

# 認知症および認知症疑い患者さん 対応マニュアル

（尼崎市認知症対応連携パス）

## 認知症患者さんを みんなでつなぐ手引き



一般社団法人

尼崎市医師会

Amagasaki Medical Association



## あいさつ

このたび、尼崎市医師会地域包括ケア・勤務医委員会の認知症対応部会を中心に「認知症および認知症疑い患者さん対応マニュアル(尼崎市認知症対応連携パス)」～認知症患者さんをみんなでつなぐ手引き～が発刊できますことを非常にうれしく思います。

日本は、2025年に団塊の世代が全員75歳以上になり、2030年には75歳以上の高齢者が2200万人になると推計されています。都市部では独居高齢者、高齢者夫婦世帯、認知症患者さんなど医療、介護を必要とする方が増加し、今までに経験したことのない時代に入ります。

国は、急増する認知症高齢者に対応するために、2015年4月から「新オレンジプラン」を国家戦略として開始しています。まさに今、超高齢化がますます加速する尼崎市でも地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題であると皆様もお考えのことと思います。地域社会の中で認知症患者さんを早期発見、早期治療、適切なサポートをすることで認知症の進行が抑えられ、ご家族、お世話をする方の負担を軽減することができます。また、認知症高齢者の方々に対する医療、介護、福祉などの医療介護連携システムを確立する必要があると思います。そのためには、皆様が認知症に対する知識を深め、関心を持っていただくことが何より必要です。認知症の中核症状として記憶障害や見当識障害、認知機能障害だけではなく、周辺症状として幻覚、妄想、不安、せん妄、不眠、うつ状態、情動失禁などの精神症状、徘徊、性的逸脱行為、不潔行為、攻撃、介護への反抗、暴力など行動障害が現れることもあり、それぞれどのように対応すればよいのか、介護者の負担に対する対応などの知識が必要になります。尼崎市における認知症患者さんの診断、医療的ケア、介護、福祉ケア、施設への流れなどもご理解していただくことが必要になります。認知症に関して皆様がほしい情報をまとめ、認知症患者さんをみんなでつなぐ手引きとしての「認知症および認知症疑い患者さん対応マニュアル(尼崎市認知症対応連携パス)」です。どうか、お手元に置いてご活用くださいますようお願いいたします。

これからもより使いやすいようにバージョンアップしていくつもりですので、皆様のご意見、ご感想、使い勝手などお教えくだされば幸いです。この本が認知症の患者さん、ご家族、介護をされている皆様、認知症診療をされている医師会員の皆様のお役に立つことを祈念し、ご挨拶とさせていただきます。

平成28年11月1日

一般社団法人 尼崎市医師会  
会 長 黒 田 佳 治

# 目 次



## あいさつ

|    |                                               |    |
|----|-----------------------------------------------|----|
| 1) | はじめに                                          | 1  |
| 2) | 認知症の早期発見のために                                  | 2  |
|    | ■ 簡易スクリーニング検査法                                | 2  |
|    | 資料① もの忘れ気づきシート                                | 4  |
|    | ■ 認知症 周辺症状への対応の基本                             | 5  |
|    | ■ 認知症の治療                                      | 6  |
|    | 《参考資料》                                        | 6  |
| 3) | 尼崎市認知症対応連携フロー                                 | 7  |
|    | 尼崎市認知症対応連携フロー図                                | 7  |
|    | (1) かかりつけ医 ⇄ 尼崎市認知症診断対応医療機関                   | 8  |
|    | (2) かかりつけ医 ⇄ 介護                               | 9  |
|    | (3) かかりつけ医 ⇄ 認知症 BPSD 対応専門医療機関                | 9  |
|    | 尼崎市内 心療内科（精神科）等の BPSD 対応診療所                   | 9  |
|    | 市外の後方支援精神科病院                                  | 10 |
|    | BPSD 出現時の対応について                               | 10 |
|    | 付記：画像診断依頼について                                 | 10 |
|    | 資料② 尼崎市認知症対応連携パス                              | 11 |
|    | 資料③ 尼崎市認知症対応連携パスの記入説明                         | 12 |
|    | 資料④ 関西労災病院 診療情報提供書（認知症用）                      | 13 |
|    | 資料⑤ 記憶・認知機能検査の結果（家族説明用）                       | 14 |
|    | 資料⑥ 尼崎市認知症医療・介護ネットワーク後方支援精神科病院名簿              | 15 |
| 4) | 認知症患者さんおよび医療介護従事者を支える3つのグループ                  | 17 |
|    | (1) 尼崎市認知症かかりつけ医相談医療機関                        | 17 |
|    | (2) 認知症対応医療機関                                 | 17 |
|    | (3) 認知症サポート医                                  | 17 |
|    | 尼崎市認知症かかりつけ医相談医療機関・<br>認知症対応医療機関・認知症サポート医の一覧表 | 18 |
| 5) | 尼崎市内の地域包括支援センターと担当地域                          | 21 |
| 6) | 尼崎市 居宅介護支援事業所の情報                              | 23 |



# 1) はじめに

この『認知症および認知症疑い患者さん対応マニュアル(尼崎市認知症対応連携パス)』は、認知症および認知症疑いの患者さんをご家族に関わる地域の医療保健福祉従事者の方々に利用していただき、認知症の診断・治療・介護などにおいて多職種が連携し、患者さんをご家族を地域で支えていくためのツールとして作成しました。

認知症の患者さんは、今後さらに数が激増し、2025年には65歳以上の高齢者の約5人に1人に達すると予想されています。こうした時代を迎え、厚生労働省も2015年に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)を策定し、その中で認知症の患者さんが住み慣れた環境で、適時・適切な医療や介護を受けつつ、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるような地域の実現が必要と謳っています。

従来、尼崎市医師会は、認知症に対する取り組みを行ってきましたが、2016年2月より認知症対応部会を新たに設置し、行政や介護領域との協働のもと、認知症患者さんへの医療・介護上の対応や連携について、より細やかな検討を行ってきました。このたび、作成した対応マニュアルを通して、認知症患者さんやその疑いのある方に対して、早期発見、早期診断、早期治療を含む地域での医療・介護支援体制の確立を目指し、市内の認知症診断対応医療機関における鑑別診断と尼崎市「かかりつけ医」による治療(周辺症状の発症時も含む)および地域包括支援センターやケアマネジャー等による介護のサービス提供につないでいきます。

認知症又は認知症の疑いの患者さんがおられましたら、まず「かかりつけ医」の受診をお勧めします。「かかりつけ医」がおられない場合は、一度、地域包括支援センターにご相談ください。そして、市内の認知症診断対応医療機関に鑑別診断を依頼してみてください。認知症の診断が確定し治療が開始された場合、患者さんやご家族の希望があれば、地域包括支援センターや居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)に連絡していただくことで、「かかりつけ医」との密な医療介護連携体制が可能となります。

また、認知症の周辺症状(BPSD)が出現した際は、市内心療内科(精神科)クリニックや市外の後方支援精神病院とも連携し対応できるシステムを構築しました。

患者さんをご家族が、安心して医療・福祉・介護にかかり、少しでも不安や負担を軽減できるように願っております。

平成28年11月1日

一般社団法人 尼崎市医師会  
地域包括ケア・勤務医委員会



## 2) 認知症の早期発見のために

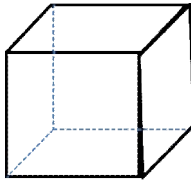
認知症の中で最も多いアルツハイマー型認知症の早期発見と対応の助けとなるように要点をまとめています。診療や介護の場面でご活用ください。

### ■ 簡易スクリーニング検査法

※ せん妄や意識障害がない時に、実施してください。

#### ① 認知症簡易スクリーニングシート(浦上式)

以下の順番で、ご本人に質問、立方体の模写をしていただき、点数を記入してください。

|        | 質 問                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 項目    | 正 解…1<br>不正解…0 |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|
| 即時再生   | <ul style="list-style-type: none"> <li>これから言う3つの言葉を言ってみてください。</li> <li>あとでまた聞きますから、よく覚えておいてください。</li> </ul> (以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく)<br><br><b>【例】</b> 1 :    a) 桜、    b) 猫、    c) 電 車<br>2 :    a) 梅、    b) 犬、    c) 自動車                                                                                                              | a)    | 0・1            |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | b)    | 0・1            |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | c)    | 0・1            |
| 時間の見当識 | <ul style="list-style-type: none"> <li>今日は何年の何月何日ですか？</li> <li>何曜日ですか？</li> </ul> (年月日、曜日が正解で、それぞれ1点ずつ)                                                                                                                                                                                                                                       | 年     | 0・1            |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 月     | 0・1            |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 日     | 0・1            |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 曜日    | 0・1            |
| 遅延再生   | <ul style="list-style-type: none"> <li>先ほど覚えてもらった言葉を、もう一度言ってみてください。</li> </ul> (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合は、以下のヒントを与えて正解であれば1点)<br><br>a) 植物、    b) 動物、    c) 乗り物                                                                                                                                                                                | a)    | 0・1・2          |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | b)    | 0・1・2          |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | c)    | 0・1・2          |
| 空間認知   | <ul style="list-style-type: none"> <li>立方体の模写をおこなってください。</li> </ul> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;">           正しく描ける … 2点<br/>           一部描ける … 1点<br/>           全く描けない … 0点         </div>  </div> | 0・1・2 |                |

➡ 15点満点中、12点以下の場合にアルツハイマー型認知症が疑われる。

## ② 初期認知症徴候観察リスト (OLD : Observation List for early signs of Dementia)

OLDは観察式の診断方法で、患者さんが協力的でなくても患者さんの日常生活をよく知っている人からの情報で実施可能です。

(家族あるいは付添人による記入にて、問診票としての利用も可能です。)

1. いつも日にちを忘れている。
2. 少し前のことをしばしば忘れる。
3. 最近聞いた話を繰り返すことができない。
4. 同じことを言うことがしばしばある。
5. いつも同じ話を繰り返す。
6. 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある。
7. 話の脈絡をすぐに失う。
8. 質問を理解していないことが答えからわかる。
9. 会話を理解することがかなり困難。
10. 時間の観念がない。
11. 話のつじつまを合わせようとする。
12. 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など）。

➡ 該当する項が、4項目以上あれば、アルツハイマー型認知症を疑う。

## ③ もの忘れ気づきシート（尼崎市認知症地域支援推進員会議 作成）

もの忘れ気づきシート(資料① P 4)は、自宅にて、ご本人やご家族の方ご自身が気軽に利用していただけます。

認知症を心配されている患者さんやご家族にお渡しし、ご自宅でチェックしてもらってください。認知症患者さんの早期見つけ出しにつながるかもしれません。

(家族あるいは付添人による記入にて、問診票としての利用も可能です。)

★もの忘れ気づきシートは、次ページ（資料①）をご利用ください。

医学的な診断基準  
ではありません

## もの忘れ気づきシート

記入日 平成 年 月 日

### ◆ もの忘れが気になり始めたら、このシートでチェックをしてみましょう ◆

～ 認知症は早く気づいて適切に対応することで、症状を軽くしたり、進行を遅らせることができます～

#### <自分でチェック>

- ☐ 曜日や日付を何度も確認しないと忘れてしまう。
- ☐ ものをなくしてしまうことが増え、いつも探し物をしている。
- ☐ 財布や通帳、健康保険証など大事なものをなくす。
- ☐ 薬を飲んだかどうかわからなくなることがある。
- ☐ リモコンや洗濯機、調理器具などの家電製品の操作にまごつく。
- ☐ 計算まちがい、料理や運転のミスが増えた。
- ☐ 新聞や本、説明書などを読むことがおっくう。
- ☐ 今までできていたことが段取りよくできず、時間がかかる。
- ☐ レジでの支払いがわずらわしい。
- ☐ 慣れた所で道に迷った。
- ☐ ひとりでいると不安を感じる。
- ☐ いらいらして怒りっぽくなった。
- ☐ 趣味や好きなテレビ番組が楽しめない。
- ☐ 外出がおっくうになった。
- ☐ 夜、眠れないことが多い。
- ☐ 味やにおいの感覚が変わったと言われる。

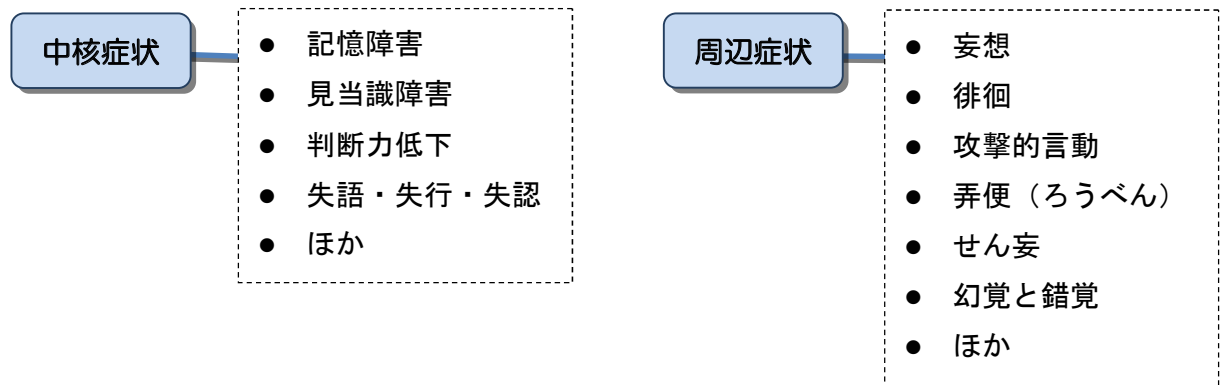
#### <身近な人でチェック>

- ☐ 何度も同じことを言ったり、聞いたり、行動する。
- ☐ 曜日や日付がわからず何度も確認する。
- ☐ 置き忘れ、しまい忘れが多く、いつも探し物をしている。
- ☐ 薬の飲み忘れや飲んだかどうかわからなくなることがある。
- ☐ 水道やガス等の閉め忘れ、火の用心ができなくなった。
- ☐ 物をなくして、盗まれたと人を疑うようになった。
- ☐ 料理、片付け、計算、運転ミスが多くなった。
- ☐ 約束の日時や場所をまちがえるようになった。
- ☐ ささいなことで怒るようになった。
- ☐ 失敗を指摘されると隠そうとする。
- ☐ わがままを言うようになった。
- ☐ 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった。
- ☐ 身なりをかまわなくなった。
- ☐ 夜中に起き出して騒ぐことがある。
- ☐ 実際にはいない人や生き物が見えると言うことがある。
- ☐ 銀行や窓口でのトラブルが多くなった。

チェックをして  
気になることがあれば、  
まず、かかりつけ医や  
地域包括支援センター  
(P21 参照)に  
相談してみましょう。

## ■ 認知症 周辺症状への対応の基本

- \* 認知症症状は、脳機能低下を直接反映する**中核症状**（認知機能障害；記憶障害、見当識障害など）と**周辺症状**（BPSD）に分けられる。
- \* 周辺症状は、中核症状を基盤に生じる「行動・心理症状」で、不安やストレスが蓄積されて誘発される。



### （代表的周辺症状への対応）

#### 妄想「財布を盗まれた」「監視されている」

- ☐ 訴えをよく聞き、否定したり説得したりしない。
- ☐ 物盗られ妄想の場合は、まずは一緒にさがしてみる。
- ☐ 日ごろから、ものをしまう場所などを観察しておく。
- ☐ なるべく本人自身が探し出せるよう誘導する。
- ☐ 混乱が強い場合には、代替品を用意しておき渡す。
- ☐ 監視されているという妄想の場合、安心できる場所をつくる。

#### 徘徊「家に帰る」「会社に行く」

- ☐ 動き回ったり、外へ出たがるのを直接止めようとしない。
- ☐ 「一服しませんか」などと声をかけ、お茶での休憩を誘ってみる。
- ☐ 会社に行くと言い張る時は「今日はお休みです」などと言い安心させる。
- ☐ どうしても出て行く場合には、近所を一緒に歩く。
- ☐ 帰ってきてても責めず、ねぎらいの言葉をかける。

#### 攻撃的言動

- ☐ 暴言・暴力にあった時、興奮して力で押さえつけようとしない。
- ☐ 身の危険を感じた時には、その場を離れ間をおく。
- ☐ 原因や誘因を考えてみて、人や環境を変えてみる。
- ☐ 体調が悪いためであるときは、改善を急ぐ。
- ☐ まわりにある刃物などの危険物は遠ざけておく。

## ■ 認知症の治療



### (1) 薬物療法

《 薬 剤 》 ドネペジル（アリセプト）、ガランタミン（レミニール）、  
リバスチグミン（イクセロン, リバスタッチ）、メマンチン（メマリー）

《 効 能 》 認知症症状の進行抑制（完全ではない）

《主な副作用》

- ドネペジル、ガランタミン ……悪心、嘔吐、食欲低下、下痢、徐脈、興奮など
- リバスチグミン ……悪心、嘔吐、食欲低下、下痢、興奮、接触性皮膚炎など
- メマンチン ……めまい、便秘、体重減少、頭痛など

《使用注意》

- \*ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンは、作用機序が同じため併用できない。
- \*リバスチグミンは、貼布剤。
- \*ガランタミン、リバスチグミンの使用は、軽度～中等度認知症患者に限る。
- \*メマンチンの使用は、中等度～高度認知症患者に限る。

### (2) 非薬物療法

認知症の治療の基本は、薬物療法ではありません。患者さんのご家族・介護者へ認知症という状態を丁寧に説明し時間をかけて理解していただき、「医療」だけではなく「介護」という支える仕組みがあることを情報提供してください。

安心して暮らせる生活環境づくりを整え、患者さんが興味・関心のあることに取り組むことも治療として必要です。

国が認めている非薬物療法を下記に紹介します。

地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集

「保険外サービス活用ガイドブック」 厚生労働省 農林水産省 経済産業省 平成 28 年 3 月

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/guidebook-zentai.pdf>

### 《参考資料》

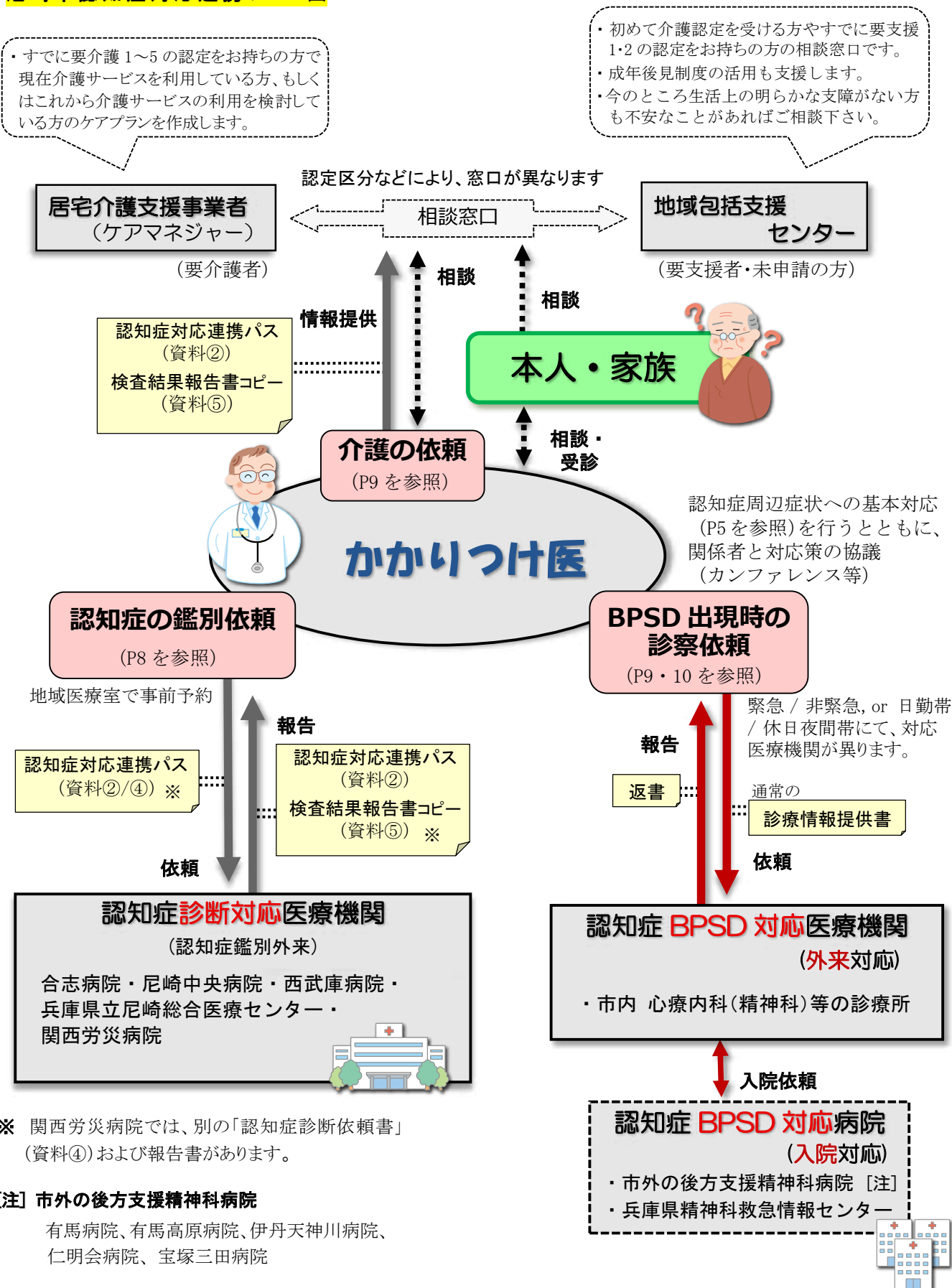
文献； 「これでわかる認知症診療-かかりつけ医と研修医のために」 浦上克哉（南江堂）  
Hopman-Rock M et al. Int J Geriatr J Psychiatry 2001; 16: 406  
「臨床認知症学入門」 博野信次著（金芳堂）

Web； ・「あしたの暮らしをわかりやすく 政府広報オンライン」（厚生労働省）  
<http://www.gov-online.go.jp/useful/article/201308/1.html>  
・「認知症の人と家族の会」（公益社団法人）  
<http://www.alzheimer.or.jp/>  
・「認知症ねっと」 <https://info.ninchisho.net>



### 3) 尼崎市認知症対応連携フロー

#### 尼崎市認知症対応連携フロー図



尼崎市認知症対応連携フローは、以下の3つの連携にて構成されています(P7 フロー図参照)。

## (1) かかりつけ医 ⇄ 尼崎市認知症診断対応医療機関

- ・ 診療所にて認知症又は認知症の疑いの患者さんを診られたら、まず、市内の**認知症診断対応医療機関**(下記\$)の認知症外来へ『尼崎市認知症対応連携パス』(資料②; P11 注1)を用いて、鑑別診断・早期診断・早期治療をご依頼してください。  
なお、関西労災病院へ認知症診断依頼の際には、従来の『関西労災病院 診療情報提供書(認知症用)』(資料④; P13) もご利用可能です。

### \$ 尼崎市認知症診断対応医療機関 (平成28年10月時点)

合志病院、尼崎中央病院、西武庫病院、兵庫県立尼崎総合医療センター、  
関西労災病院

※順次、対応医療機関を増やす予定です。

- ・ 認知症診断対応病院でのご本人またはご家族への診療結果説明の際には、『記憶・認知機能検査の結果(家族説明用)』(資料⑤; P14)を使用し、そのコピーをご本人またはご家族へお渡しします。
- ・ 『記憶・認知機能検査の結果(家族説明用)』原本は、認知症診断対応病院で保管しますが、そのコピーは『尼崎市認知症対応連携パス』(資料②; P11 注1)とともに、ご紹介元のかかりつけ医へ郵送いたしますので、今後の対応の指導などの参考になさってください。

### 注1; 共通パスシートとしての尼崎市認知症対応連携パス(尼崎市医師会版)

**便利!**

この1枚のパス帳票で、

- ① 「かかりつけ医」から「認知症診断対応病院」への紹介状(専門診断依頼書)
- ② 「認知症診断対応病院」から「かかりつけ医」への診断報告書(返書)
- ③ 「かかりつけ医」から「地域包括支援センター」又は、「居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)」への相談依頼書。※P9 (2) **かかりつけ医 ⇄ 介護**を参照

の連携利用に可能な共通パスシートに成っており、手間なく情報の共有化が可能です。  
記入の仕方については、『パスの記入説明』(資料③; P12)をご参照下さい。

従来の『関西労災病院 診療情報提供書(認知症用)』(資料④; P13)は、共通パスシートにはなっていません。

- ・ 診断後の認知症安定時における治療や経過観察は、原則、かかりつけ医にておこないますが、周辺症状(BPSD)を含めて認知症症状が悪化した場合は、利用された診断対応医療機関への相談(入院は不可と思われます)、または、認知症専門医療機関(診療所や病院)への相談や紹介が可能です。※P9 (3) **かかりつけ医 ⇄ 認知症 BPSD 対応専門医療機関**を参照



## (2) かかりつけ医 ⇄ 介護

- 患者さんやご家族の希望、あるいは介護の介入が必要と思われる場合には、前記『尼崎市認知症対応連携パス』（資料②；P11, P8 注1）と『記憶・認知機能検査の結果（家族説明用）』（資料⑤；P14）のコピーを用いて、地域包括支援センターや居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）に連絡していただくことで、「かかりつけ医」との密な医療介護連携体制が可能となります。
- なお、連絡先は、認定区分（要介護・要支援・未申請等）にて以下のように異なります。

### 介護担当部署への連絡先；

要支援者や未申請の方 → 地域包括支援センター（P21・22 参照）

要介護者 → 居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）（P23 参照）

- 介護内容は、認知度等により異なりますので、担当ケアマネジャーにお尋ねください。

## (3) かかりつけ医 ⇄ 認知症 BPSD 対応専門医療機関

- 周辺症状（BPSD）出現など認知症症状が悪化した場合は、利用された認知症診断対応医療機関への相談（入院不可）、**尼崎市内心療内科（精神科）等の BPSD 対応の診療所**（注2）や**市外の後方支援精神科病院**（注3）での専門的治療（外来/入院）、相談などが必要になります。

### 注2； 尼崎市内の心療内科（精神科）等の BPSD 対応診療所

| 地域<br>包括 | 医師会<br>地 区 | 医療機関名称             | 医 師 名         | 郵便番号     | 住 所               | 電話番号      |
|----------|------------|--------------------|---------------|----------|-------------------|-----------|
| 園田北      | 園 田        | こくらクリニック           | 小倉 義廣         | 661-0981 | 猪名寺2丁目6-25 1F     | 6498-7721 |
| 園田北      | 園 田        | 新名診療所              | 新名 荘史         | 661-0953 | 東園田町6丁目119-14     | 6493-4080 |
| 立花南      | 南立水        | 塩山心療内科             | 塩山 晃彦         | 660-0052 | 七松町1丁目2-1-601E    | 6414-0334 |
| 立花北      | 塚 口        | はんしん<br>メンタルクリニック  | 真殿 実<br>梶本 康雄 | 661-0002 | 塚口町1丁目13-1 2F     | 6427-7155 |
| 立花北      | 塚 口        | たぐちクリニック           | 田口 隆司         | 661-0002 | 塚口町1丁目10-1 4F     | 6429-1551 |
| 立花北      | 塚 口        | 北村クリニック            | 北村 輝男         | 661-0002 | 塚口町6丁目20-13       | 6426-8080 |
| 大庄北      | 南立水        | 田島診療所              | 中馬 睦          | 660-0054 | 西立花町2丁目14-8       | 6411-0600 |
| 大庄北      | 大 島        | 藤川医院               | 藤川 亮          | 660-0063 | 大庄北4丁目18-6        | 6417-0389 |
| 小田南      | 杭 瀬        | かやはらクリニック          | 栢原 尚之         | 660-0812 | 今福1丁目1-28         | 4950-0122 |
| 小田南      | 長 楽        | わだ脳神経外科<br>クリニック   | 和田 太郎         | 660-0803 | 長洲本通1丁目<br>10-11F | 4868-2274 |
| 中央東      | 長 楽        | 松下メンタルクリニック        | 松下 寿能         | 660-0881 | 昭和通2丁目6-30 2F     | 6481-8119 |
| 中央東      | 城内開明       | あらいクリニック           | 新井 啓之         | 660-0882 | 昭和南通4丁目68-3 2F    | 6411-0303 |
| 中央東      | 難 波        | はらクリニック            | 原 秀憲          | 660-0892 | 東難波町5丁目7-20 1F    | 6415-9081 |
| 中央西      | 難 波        | いまきたファミリー<br>クリニック | 今北 正道         | 660-0892 | 東難波町3丁目10-20      | 6625-8188 |
| 武庫東      | 武庫之荘       | とみた脳神経<br>クリニック    | 富田 洋司         | 661-0035 | 武庫之荘1丁目18-5 1F    | 6434-1236 |
| 武庫西      | 武庫之荘       | おぐらクリニック           | 小倉 哲          | 661-0042 | 常吉1丁目2-8          | 4962-5320 |

### 注 3 ; 市外の後方支援精神科病院

・有馬病院 ・有馬高原病院 ・伊丹天神川病院 ・仁明会病院 ・宝塚三田病院

**コレ、大切！**

※ 上記の精神科病院を利用する際は、別途定めた「尼崎市認知症医療・介護ネットワーク後方支援精神科病院名簿」（資料⑥；P15・16 を参照）を必ずお読みの上、記載の受付時間や注意事項を遵守願います。

※ 兵庫県立尼崎総合医療センターの精神科病床は、現時点では身体合併症を伴う精神疾患患者さんの受入れ専用の緊急病床です。

## ★ BPSD 出現時の対応について

### 1) 医療機関へ診察依頼

診療受入れ可能な対応専門医療機関は、BPSD の発症時間帯（平日日勤帯 or 休日・夜間帯）および緊急性の有無（治療を急ぐ or 急がない）により異なります。

＊ 平日日勤帯で、非緊急（緊急入院不要）の場合；

・当日、又は、翌日に、市内心療内科（精神科）クリニックへ紹介

＊ 休日・夜間帯で、非緊急（緊急入院不要）の場合；

・翌日（休日明け）に、市内心療内科（精神科）クリニックへ紹介

＊ 平日日勤帯で、緊急（治療を急ぐ）の場合；

1<sup>st</sup> 心療内科（精神科）クリニックへ連絡

→必要に応じて、市外の後方支援精神科病院への入院調整を考慮

2<sup>nd</sup> 緊急入院も考慮する場合、市外の後方支援精神科病院への直接問合せも考慮

3<sup>rd</sup> 状況に応じて、兵庫県立尼崎総合医療センター・関西労災病院への問合せも可能  
(但し、First Call ではない)

＊ 休日・夜間帯で、緊急（治療を急ぐ）の場合；

1<sup>st</sup> 兵庫県精神科救急情報センター（TEL 078-367-7210）へ連絡

2<sup>nd</sup> 市外後方支援精神科病院へ直接問い合わせ

3<sup>rd</sup> 受入れ先がない場合、兵庫県立尼崎総合医療センターへの問合せも可能  
(但し、First Call ではない)

### 2) 警察への連絡

凶器を振り回す、暴力的に他人に危害を加える場合

### 《補足》

・地域包括支援センターやケアマネジャーへの相談について

重症化していない患者さんで、既に介護保険を利用されている場合には、担当のケアマネジャーや地域包括支援センターが、介護サービス事業所での緊急ショートステイでの一時的対応に関する相談を受けることもできる（家族からの相談も可能）。

・認知症サポート医の活用

対応困難な場合には、認知症サポート医にご相談下さい。

(P17 認知症患者さんおよび医療介護従事者をささえる尼崎市医師会内の 3 つのグループ (3) 認知症サポート医を参照)

### 付記：画像診断依頼について

臨床的に認知症の診断がほぼ確定している場合や経過観察として、頭部 CT 検査・MRI 検査だけを要する際には、認知症診断対応病院の地域医療連携室（または、放射線部）を介して通常の検査依頼として予約していただけます。

尼崎中央病院、兵庫県立尼崎総合医療センター、関西労災病院



## 尼崎市認知症対応連携パス（医療介護連携 共通パス；尼崎市医師会作成）

| 尼崎市認知症対応連携パス                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     |           | 初回・2回目以降                   |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------|-------------|
|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     |           | 平成 年 月 日                   |             |
| 【診療情報提供料（Ⅰ）対応】                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     |           |                            |             |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     | 生年月日      | T S                        | 年 月 日 ( ) 歳 |
| 患者氏名                                                                                                                                                                                                          | (男・女)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     | 生活状況      | 同居者の有無など                   |             |
| 住所                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     | 電話番号      |                            |             |
| 家族の<br>連絡先                                                                                                                                                                                                    | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                     | 患者との関係    |                            |             |
|                                                                                                                                                                                                               | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                     | 電話番号      |                            |             |
| ①<br>鑑別<br>診断・<br>かかり<br>つけ医<br>↓<br>診断<br>等<br>の<br>依<br>頼<br>医<br>療<br>機<br>関                                                                                                                               | 紹介元<br>医療機関                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 名称<br>医師名                                                                                                                                                                                                                           | 住所        | TEL・FAX                    |             |
|                                                                                                                                                                                                               | 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"/> 地域包括等の依頼                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                     |           |                            |             |
|                                                                                                                                                                                                               | 現在治療中の病名 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病<br><input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                     |           |                            |             |
|                                                                                                                                                                                                               | 現在の病状 <input type="checkbox"/> もの忘れ <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"/> 異常行動<br><input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> アルコール乱用・依存 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                     |           |                            |             |
|                                                                                                                                                                                                               | 介護認定 <input type="checkbox"/> なし 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |           |                            |             |
|                                                                                                                                                                                                               | 検査等・心理テスト ※任意 <input type="checkbox"/> 別添の検査結果一覧表参照 <input type="checkbox"/> 頭部CT(所見別紙参照) <input type="checkbox"/> 頭部MRI(所見別紙参照)<br><input type="checkbox"/> 改訂版長谷川式簡易認知症評価スケール(HDS-R) _____点 ※20点以下とは限定しません<br><input type="checkbox"/> ミニ・メンタルステート試験(MMSE) _____点 ※23点以下とは限定しません                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                     |           |                            |             |
|                                                                                                                                                                                                               | 依頼内容 <input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 進行度評価・経過評価 <input type="checkbox"/> その他検査 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                     |           |                            |             |
|                                                                                                                                                                                                               | 連絡事項 <input type="checkbox"/> 受診への本人の抵抗 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 認知症薬(ドネペジル・ガランタミン・リバスチグミン・メマンチン・抑肝散)の投与歴あり<br><input type="checkbox"/> 「もの忘れの気づきシート(尼崎市作成)」の添付あり<br><input type="checkbox"/> お薬手帳の持参あり<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                     |           |                            |             |
| ②<br>(検査・<br>診断・<br>対応<br>医の<br>結果<br>関<br>か<br>か<br>り<br>つ<br>け<br>医)                                                                                                                                        | 診察医                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 病院名 ( ) 医師名 ( )<br>問い合わせ先 TEL( ) FAX( )                                                                                                                                                                                             | 受診日       | 平成 年 月 日                   | 鑑別・一般 ID :  |
|                                                                                                                                                                                                               | 診断名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                     | 本人への告知    |                            | 有 ・ 無       |
|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     | 有の場合本人の反応 |                            |             |
|                                                                                                                                                                                                               | 記憶・認知機能検査<br>(心理テスト)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) _____点 (≤20/30)<br><input type="checkbox"/> ミニ・メンタルステート試験(MMSE) _____点 (≤23/30)<br><input type="checkbox"/> アルツハイマー病評価スケール(ADAS) _____点 (≥10/70)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |           |                            |             |
|                                                                                                                                                                                                               | 画像診断その他検査                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> その他検査 ※所見別紙参照                                                                                                 |           |                            |             |
| 治療計画・<br>連絡事項                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 今回は特に異常は認められませんでした。認知症症状が進行するようでしたら、改めてご紹介ください。<br><input type="checkbox"/> 脳神経外科の治療が必要であるため、[ ]病院の脳神経外科をご紹介しました。<br><input type="checkbox"/> 上記の診断名となりましたので、貴院にて継続診療をお願いいたします。<br><input type="checkbox"/> 投薬をお願いいたします。(薬剤名/投与量: )<br><input type="checkbox"/> 当院に[ ]ヶ月後くらいに定期チェックのための紹介をお勧めいたします。<br><input type="checkbox"/> 介護認定申請を行ってください。<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                                                     |           |                            |             |
| ③介護・福祉等に関する相談 (かかりつけ医→地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者)                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     |           |                            |             |
| ※②で認知症疾患と診断された場合は、介護認定の有無、認定区分によってその後の対応を本人・家族にご案内ください。地域包括支援センター職員・ケアマネジャーが介護方法や介護サービスの種類・利用方法・費用負担について相談に応じます。介護サービスの利用を開始される場合は、本人・家族の意向を踏まえ、その手続き、連絡調整を行います。その際は、かかりつけ医に生活上の留意点等問い合わせが入ることがありますが、ご了承ください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     |           |                            |             |
| <input type="checkbox"/> 介護認定なし                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 地域包括支援センターにご相談下さい。                                                                                                                                                                                                                  |           |                            |             |
| <input type="checkbox"/> 介護認定あり                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2                                                                                                                                                                           |           | 地域包括支援センターにご相談下さい。         |             |
|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5                                                                                          |           | 居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)にご相談下さい。 |             |

平成28年8月尼崎市医師会作成

# 尼崎市認知症対応連携パスの記入説明

| 初回・2回目以降<br><b>尼崎市認知症対応連携パス</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 | 平成 年 月 日<br>【診療情報提供料(I)対応】 |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------|----------|--|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | T S 年 月 日 ( ) 歳 |                            |          |  |
| 患者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (男・女)                                                                                        | 生活状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 同居者の有無など        |                            |          |  |
| 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                              | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                            |          |  |
| 家族の<br>連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                            | 氏名                                                                                           | 患者との関係                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                            |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 住所                                                                                           | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                            |          |  |
| ①<br>鑑別<br>(か<br>診<br>断<br>・<br>専<br>門<br>医<br>診<br>断<br>等<br>の<br>対<br>応<br>機<br>関<br>)                                                                                                                                                                                              | 紹介元<br>医療機関                                                                                  | 名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 住所              |                            |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                              | 医師名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TEL・FAX         |                            |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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"/> 地域包括等の依頼                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                            |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 現在治療中<br>の病名                                                                                 | <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病<br><input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                    |                 |                            |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 現在の病状                                                                                        | <input type="checkbox"/> もの忘れ <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"/> 異常行動<br><input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> アルコール乱用・依存 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                  |                 |                            |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 介護認定                                                                                         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5                                                                                                                           |                 |                            |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 検査等・心理テスト<br>※任意                                                                             | <input type="checkbox"/> 別添の検査結果一覧表参照 <input type="checkbox"/> 頭部CT(所見別紙参照) <input type="checkbox"/> 頭部MRI(所見別紙参照)<br><input type="checkbox"/> 改訂版長谷川式簡易認知症評価スケール(HDS-R) 点 ※20点以下とは限定しません<br><input type="checkbox"/> ミニ・メンタルステート試験(MMSE) 点 ※23点以下とは限定しません                                                                                                                                                   |                 |                            |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 依頼内容                                                                                         | <input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 進行度評価・経過評価 <input type="checkbox"/> その他検査 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                            |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 連絡事項                                                                                         | <input type="checkbox"/> 受診への本人の抵抗 (あり・なし)<br><input type="checkbox"/> 認知症薬(ドネペジル・ガランタミン・リバスチグミン・メマンチン・抑肝散)の投与歴あり<br><input type="checkbox"/> 「もの忘れの気づきシート(尼崎市作成)」の添付あり<br><input type="checkbox"/> お薬手帳の持参あり<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                            |                 |                            |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ②<br>(診<br>断<br>・<br>診<br>断<br>医<br>の<br>療<br>果<br>機<br>関<br>か<br>か<br>り<br>つ<br>け<br>医<br>) | 診察医                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 病院名 ( ) 医師名 ( ) | 受診日                        | 平成 年 月 日 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                              | 問い合わせ先 TEL( ) FAX( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 鑑別・一般           | ID :                       |          |  |
| 診断名                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                              | 本人への告知                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 | 有 ・ 無                      |          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                              | 有の場合本人の反応                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                            |          |  |
| 記憶・認知機能検査<br>(心理テスト)                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              | <input type="checkbox"/> 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 点 (≦20/30)<br><input type="checkbox"/> ミニ・メンタルステート試験(MMSE) 点 (≦23/30)<br><input type="checkbox"/> アルツハイマー病評価スケール(ADAS) 点 (≧10/70)<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                         |                 |                            |          |  |
| 画像診断その他検査                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                              | <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> その他検査 ※所見別紙参照                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                            |          |  |
| 治療計画・連絡事項                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                              | <input type="checkbox"/> 今回は特に異常は認められませんでした。認知症症状が進行するようでしたら、改めてご紹介ください。<br><input type="checkbox"/> 脳神経外科の治療が必要であるため、[ ]病院の脳神経外科をご紹介しました。<br><input type="checkbox"/> 上記の診断名となりましたので、貴院にて継続診療をお願いいたします。<br><input type="checkbox"/> 投薬をお願いいたします。(薬剤名/投与量: )<br><input type="checkbox"/> 当院に[ ]ヶ月後くらいに定期チェックのための紹介をお勧めいたします。<br><input type="checkbox"/> 介護認定申請を行ってください。<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                 |                            |          |  |
| ③介護・福祉等に関する相談 (かかりつけ医→地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者)                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                            |          |  |
| ※②で認知症疾患と診断された場合は、介護認定の有無、認定区分によってその後の対応を本人・家族にご案内ください。地域包括支援センター職員・ケアマネジャーが介護方法や介護サービスの種類・利用方法・費用負担について相談に応じます。介護サービスの利用を開始される場合は、本人・家族の意向を踏まえ、その手続き、連絡調整を行います。その際は、かかりつけ医に生活上の留意点等問い合わせが入ることがありますが、ご了承ください。                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                            |          |  |
| <input type="checkbox"/> 介護認定なし 地域包括支援センターにご相談下さい。                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                            |          |  |
| <input type="checkbox"/> 介護認定あり 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 地域包括支援センターにご相談下さい。<br>要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)にご相談下さい。 |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                            |          |  |

平成28年8月尼崎市医師会作成

## (1) かかりつけ医 → 診断対応医療機関

該当項目にチェックしてください。  
血液検査・「もの忘れ気づきシート」等を実施されている場合は、別途添付してください。

## (2) 診断対応医療機関 → かかりつけ医

初回の鑑別診断では HDS-R、MMSE を実施し、必要に応じて画像診断を行います。  
患者・家族へは同様の内容で別途文書をお渡しいたします。

## (3) かかりつけ医 → 介護

診断が認知症疾患となった場合でまだ介護保険サービス等を受けていない場合は、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者に該当項目にチェックしてからご紹介ください。

## 診療情報提供書（認知症用）

送付先FAX番号 **06-6416-8016**

平成 年 月 日

関西労災病院「診察券（IDカード）」（有・無）  
番号：

郵便番号 —  
所在地

医療機関名

《紹介先医療機関名》

関西労災病院 心療内科・精神科

TEL ( ) —

FAX ( ) —

先生

医師氏名

受診希望日 平成 年 月 日 ( )

|                                        |                                                                                                                             |            |    |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|
| フリガナ                                   | 生年                                                                                                                          | 明・大・昭・平    | 性別 |
| 患者氏名                                   | 月日                                                                                                                          | 年 月 日 ( 歳) |    |
| 住 所                                    | 〒 - TEL ( ) -                                                                                                               |            |    |
| 以下の該当数字に○印をご記載下さい                      |                                                                                                                             |            |    |
| 紹介目的                                   | 1. 認知症の診断、認知症レベルの評価<br>2. 認知症の治療<br>3. 周辺症状（BPSD）の治療（不眠、せん妄、徘徊、暴言、暴行、妄想、その他）<br>4. 意見書の作成<br>5. 成年後見人における精神鑑定<br>6. その他 ( ) |            |    |
| 実施要望<br>検査内容                           | 1. 認知機能検査（MMSE、HDS-R（改訂 長谷川式）、N式脳機能検査など）<br>2. 脳MRI 3. ダクトスキャン 4. 脳SPECT<br>5. 関西労災病院に一任<br>6. その他 ( )                      |            |    |
| 診察後<br>経過観察                            | 1. 自院で経過観察<br>2. 関西労災病院にて経過観察<br>3. 定期的な検査のみ関西労災病院で希望                                                                       |            |    |
| 抗認知症薬の投与<br>アリセプト・レミニール<br>イクセロン・メモリー等 | 1. 自院にて投与希望 2. 関西労災病院にて投与を希望<br>3. 投与しないほしい 4. その他 ( )                                                                      |            |    |
| 合併症<br>既往歴など                           | 1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 脂質異常<br>4. 心疾患 ( ) 5. 呼吸器疾患 ( )<br>6. 消化器疾患 ( ) 7. 神経疾患 ( )<br>8. その他 ( )                                  |            |    |
| 現在の処方                                  | ※お薬手帳またはそのコピー等投薬が確認できるものを持参していただいても構いません。                                                                                   |            |    |
| 備 考                                    |                                                                                                                             |            |    |

## 記憶・認知機能検査の結果（家族説明用）

様

日 年 月 日

|           |                                                                                                                              |   |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 記憶・認知機能検査 | <input type="checkbox"/> 長谷川式簡易知能評価スケール<br>（30点満点 20点以下の場合、認知症の疑いがある）                                                        | 点 |
|           | <input type="checkbox"/> ミニ・メンタルステート試験（MMSE）<br>（30点満点 23点以下の場合、認知症の疑いがある）                                                   | 点 |
|           | <input type="checkbox"/> アルツハイマー病評価スケール（ADAS）<br>（70点満点 10点以上の場合、認知症の疑いがある）                                                  | 点 |
|           | <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                              |   |
| 画像診断・その他  | <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> その他（ ） |   |

|                  |                                                                           |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 考えられる疾患名         |                                                                           |
| 日常生活における<br>注意事項 | <input type="checkbox"/> 生活リズムを改善しましょう（日中起きておくようにしましょう）。                  |
|                  | <input type="checkbox"/> 野菜、魚を中心としたバランスのよい食事を心がけましょう。                     |
|                  | <input type="checkbox"/> 散歩など適度な運動を続けましょう。                                |
|                  | <input type="checkbox"/> 家族・友人とのつながり、交流を大切にしましょう。                         |
|                  | <input type="checkbox"/> 遠慮なく気軽に相談できる人や場所をもちましょう。                         |
|                  | <input type="checkbox"/> 処方薬の管理・確認をしてください。                                |
|                  | <input type="checkbox"/> 貴重品の管理をしてください。                                   |
|                  | <input type="checkbox"/> 自動車の運転はやめるようにしてください。（運転免許試験場が最寄りの警察署交通課へご相談ください） |
|                  | <input type="checkbox"/> 飲酒を控えてください。                                      |
|                  | <input type="checkbox"/> 転ばないように注意してください。                                 |
|                  | <input type="checkbox"/> 間違いを指摘したり怒ったりしないようにしてください。                       |
|                  | <input type="checkbox"/> 安心できることを一緒に考えましょう。                               |
|                  | <input type="checkbox"/> その他（ ）                                           |
| 社会資源活用           | <input type="checkbox"/> 介護認定申請してください（地域包括支援センターにご相談ください）。                |
|                  | <input type="checkbox"/> 介護サービスの利用を検討してください。                              |
|                  | <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善や人的交流の確保が難しいようであれば、デイサービスの利用をお勧めします。     |
|                  | <input type="checkbox"/> 調理や買物等の家事に失敗があるようであれば、訪問介護の利用をお勧めします。            |
|                  | <input type="checkbox"/> 成年後見制度の活用を検討してください。（地域包括支援センターにご相談ください）。         |
| 治療薬について          | <input type="checkbox"/> グループホームや特別養護老人ホーム等の入所を検討してください。                  |
|                  | <input type="checkbox"/> 認知症症状の進行抑制のために〔 〕を（開始・継続）してください。                 |
|                  | <input type="checkbox"/> 〔 〕に対して薬を調整していきます。                               |
|                  | <input type="checkbox"/> その他（ ）                                           |

|        |                                                    |
|--------|----------------------------------------------------|
| 今後について | <input type="checkbox"/> かかりつけ医の先生に今まで通り受診してください。  |
|        | <input type="checkbox"/> 定期検査で当院に紹介していただくよう依頼しました。 |
|        | <input type="checkbox"/> その他（ ）                    |

説明を行った医師：病院名（ ） 医師名（ ）

説明を受けた人：代表者署名（ ）（続柄： ）



# 尼崎市認知症医療・介護ネットワーク後方支援精神科病院名簿

(作成；平成28年3月 尼崎市保健所)

## 1 趣旨目的

尼崎市では、かかりつけ医に認知症患者の包括的な支援を担っていただき、認知症の患者が安心して住み慣れた地域で暮らしていくことができるまちづくりを目指し、連携体制の構築を進めています。しかしながら本市には、認知症の患者にB P S D関連症状等が生じた場合に入院加療も含めて対応できる精神科病院がないため、対応に苦慮している現状があります。

このたび、市外にある精神科病院の皆さまに、後方支援病院としてご協力をいただき、市内医療機関との連携にかかる病院基本情報をご提供していただきました。

尼崎市内認知症対応医療機関およびかかりつけ医の先生におかれましては、後方支援病院へ患者を紹介する場合、この病院基本情報を踏まえ患者個々の症状や家族の状況を勘案し、円滑な連携に努めていただきますようお願いいたします。

## 2 後方支援精神科病院の位置づけ

兵庫県「認知症対応医療機関」に登録しているC型医療機関（認知症治療やB P S D等の対応が可能で、入院加療の可能な医療機関）で、尼崎市医師会会員と円滑に連携を行うために病院基本情報を提供していただいた医療機関です。

## 3 精神科病院への入院について

精神科病院へ入院する場合、「任意入院」「医療保護入院」「措置入院」があります。

### ○ 任意入院（精神保健福祉法（以下、「法」という。）第20 条関係）

患者本人が、自ら入院を希望して行う入院。

### ○ 医療保護入院（法第33 条関係）

精神保健指定医が患者本人の医療及び保護のために入院が必要と判断しているが、本人が入院に同意しない場合に家族等の同意により行う入院。

家族等とは、配偶者、親権者、扶養義務者（直系血族及び兄弟姉妹。家庭裁判所から扶養義務者の審判を受けた三親等以内の親族）、後見人又は保佐人。該当する者がいない場合、市町村長が同意の判断を行います。詳しくは各後方支援精神科病院にお問い合わせください。

### ○ 措置入院／緊急措置入院（法第29 条／法第29 条の2 関係）

入院させなければ自傷他害の恐れがある患者に対して都道府県知事の権限により行う入院。

## 【後方支援精神科病院の受付情報】

| 有馬病院 |                                                              | 住所： 西宮市山口町下山口 1 6 3 7 - 5 |  |
|------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|--|
| 受付時間 | 初 回 診 療； 午前 9 時 30 分 ～ 12 時 00 分 / 午後                      ～ |                           |  |
|      | 休 診 日； 日・祝日・年末年始                                             |                           |  |



| 有馬高原病院    |                                                                                     | 住所： 神戸市北区長尾町上津4663-3 |              |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|
| 受付時間      | 初回診療； 午前9時30分～12時30分(受付:午前9時00分～12時00分)                                             |                      |              |
|           | 休診日； 日・祝日・年末年始<br>緊急時対応； 24時間365日対応可能                                               |                      |              |
| 受付担当      | 診療受付窓口； 地域医療連携室 TEL 078-986-1218 FAX 078-986-9412                                   |                      |              |
|           | 入院窓口； 医療福祉相談室 TEL 078-986-1330 FAX 078-986-9412                                     |                      |              |
| 注意事項      | ご本人の様子が分かる方の同伴が望ましい（特に高齢者の場合）<br>入院時は家族等と連絡が取れるようにしてください。                           |                      |              |
| 補足事項      | 日曜、祝日、年末年始及び時間外(午後5時～翌朝9時)は、代表電話(078-986-1115、FAX 078-986-1850)へご連絡ください。入院期間は概ね3ヵ月。 |                      |              |
| 対応が困難な合併症 |                                                                                     | 内科重症例（ケース毎に判断します）    |              |
| 指定病院ですか？  |                                                                                     | はい                   | 応急入院指定病院ですか？ |
|           |                                                                                     |                      | はい           |

|           |                                                                                                                              |                    |                    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| 伊丹天神川病院   |                                                                                                                              | 住所： 伊丹市北野 6 丁目 3 8 |                    |
| 受付時間      | 初 回 診 療； 午前 9 時 30 分～11 時 30 分 / 午後 2 時 00 分～4 時 30 分<br>休 診 日； 日・祝日・年末年始<br>緊急時対応； 時間指定 午前 9 時 30 分～午後 4 時 30 分<br>事前相談； 必要 |                    |                    |
| 受付担当      | 診療受付窓口； 医療福祉相談室 TEL 072-781-5577 FAX 072-779-8923<br>入 院 窓 口； 医療福祉相談室 TEL 072-781-5577 FAX 072-779-8923                      |                    |                    |
| 注意事項      | ご本人の様子が分かる方の同伴が必要です。入院時には可能な限り、家族同伴または、家族と連絡がとれるようにしてください。                                                                   |                    |                    |
| 補足事項      | なし                                                                                                                           |                    |                    |
| 対応が困難な合併症 |                                                                                                                              | 受入時に当院内科医の判断による    |                    |
| 指定病院ですか？  |                                                                                                                              | はい                 | 応急入院指定病院ですか？<br>はい |

| 仁明会病院     |                                                                        | 住所:西宮市甲山町5 3 番地 2 0 |                                   |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| 受付時間      | 初 回 診 療; 午前 9 時 00 分～11 時 30 分 / 午後 ～                                  |                     |                                   |
|           | 休 診 日; 土・日・祝日・年末年始 事前相談; 必要                                            |                     |                                   |
|           | 緊急時対応; 時間指定 午前 9 時 00 分～午後 4 時 00 分                                    |                     |                                   |
| 受付担当      | 診療受付窓口; 医事課                                                            |                     | TEL 0798-71-3001 FAX 0798-72-6004 |
|           | 入 院 窓 口; 医事相談室                                                         |                     | TEL 0798-74-3506 FAX 0798-74-3506 |
| 注意事項      | 本人受診時は必ず御家族の同伴をお願いします(精神保健福祉法上の同意者になれる人)。<br>家族、近親者がいない場合は、個別にご相談ください。 |                     |                                   |
| 補足事項      | なし                                                                     |                     |                                   |
| 対応が困難な合併症 |                                                                        | 内科外科重症例（ケース毎に判断します） |                                   |
| 指定病院ですか？  | はい                                                                     | 応急入院指定病院ですか？        | はい                                |

|           |                                                                                                        |                   |            |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|
| 宝塚三田病院    |                                                                                                        | 住所： 三田市西山2丁目22-10 |            |
| 受付時間      | 初回診療： 午前9時00分～12時00分 / 午後 ～<br>休診日： 日・祝日・年末年始<br>緊急時対応： 24時間365日対応可能<br>事前相談： 必要                       |                   |            |
| 受付担当      | 診療受付窓口： ケースワーカー室 TEL 079-563-4871 FAX 079-563-2816<br>入院窓口： ケースワーカー室 TEL 079-563-4871 FAX 079-563-2816 |                   |            |
| 注意事項      | 家族同伴。入院に際して家族の同意が必要ことがあります。家族等がいない場合は、個別に対応しています。                                                      |                   |            |
| 補足事項      | 時間外対応(9:00～17:00 以外)は、事務受付(Tel 079-563-4871)にて、相談対応します。                                                |                   |            |
| 対応が困難な合併症 | 癌性疼痛、肺梗塞、脳血管障害、解離性大動脈瘤、くも膜下出血、急性心筋梗塞、                                                                  |                   |            |
| 指定病院ですか？  | はい                                                                                                     | 応急入院指定病院ですか？      | はい 脳炎、腎不全等 |

## 4) 認知症患者さんおよび医療介護従事者をささえる 尼崎市医師会内の3つのグループ

★ 尼崎市医師会には、認知症疾患や患者さん、医療従事者・介護従事者を支援する3つのグループがあります。（P18-20 にリストを掲示しています。）

- 1) 尼崎市認知症かかりつけ医相談医療機関
- 2) 認知症対応医療機関
- 3) 認知症サポート医

### (1) 尼崎市認知症かかりつけ医相談医療機関

地域の認知症専門医療機関（認知症対応医療機関や認知症サポート医）とともに、何らかの形で認知症患者さんへの対応窓口となる医療機関です（平成28年8月時点）。

各医療機関が、必ずしも認知症の診断や治療を専門的にされるわけではありませんが、患者さんやかかりつけ医が臨床の場にてお困りになられた場合には、気軽にご相談に応じ、認知症専門医療機関への紹介をおこないます。

### (2) 認知症対応医療機関

認知症を専門的に取り扱う医療機関です。

認知症対応への機能別に、下記のA～Fに分類され、認知症患者さんへそれぞれの機能に応じた診療を行います。

#### 【認知症対応医療機関の区分（A～F）について】

| 分 類 | 認知症への対応 機能別          |                  |     |       |                  |
|-----|----------------------|------------------|-----|-------|------------------|
|     | 相 談                  | 診 断<br>(認知症機能検査) | 治 療 | 外来/入院 | BPSD への急性<br>期対応 |
| A 型 | ○                    | ○                | ○   |       | X                |
| B 型 | ○                    | ○                | ○   | 外来のみ  | ○                |
| C 型 | ○                    | ○                | ○   | 入院対応可 | ○                |
| D 型 |                      |                  |     | 外来のみ  | 身体合併症に対応         |
| E 型 |                      |                  |     | 入院対応可 | 身体合併症に対応         |
| F 型 | (1)専門医療、(2)鑑別診断と初期対応 |                  |     |       | ○                |

### (3) 認知症サポート医

認知症に関する専門的知識の研修を受け、認知症にかかる地域医療体制構築での中核的な役割を担う医師です。

認知症サポート医の役割は、

- かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案  
(適切な認知症診断の知識・技術、家族からの話や悩みを聞く姿勢の習得など)
- かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の協力

# 尼崎市認知症かかりつけ医相談医療機関・

## 認知症対応医療機関・認知症サポート医の一覧

※受診する際は、事前に連絡していただくようお願い申し上げます。

平成28年12月20日

|    | 地域包括<br>担当地区 | 医 療 機 関 名             | 医 師 名          | 認知症対応<br>医療機関 | 認 知 症<br>サポート医 | 郵便番号     | 住 所                 | 電話番号      |
|----|--------------|-----------------------|----------------|---------------|----------------|----------|---------------------|-----------|
| 1  | ①武庫東         | 芦田外科皮フ科               | 芦田 和彦          |               |                | 661-0035 | 武庫之荘 2 丁目 5-16      | 6436-0151 |
| 2  | ①武庫東         | 安藤クリニック               | 安藤 史隆          |               |                | 661-0035 | 武庫之荘 1 丁目 2-15-101  | 6434-1531 |
| 3  | ①武庫東         | 板谷クリニック               | 板谷 勝美          | A             |                | 661-0033 | 南武庫之荘 1 丁目 12-17    | 6433-1130 |
| 4  | ①武庫東         | 岡本医院                  | 岡本 重一          | A             |                | 661-0035 | 武庫之荘 1 丁目 22-11     | 6436-5335 |
| 5  | ①武庫東         | 木戸整形外科                | 木戸 一二          |               |                | 661-0034 | 武庫之荘西 2 丁目 53-12    | 6437-7722 |
| 6  | ①武庫東         | 木村医院                  | 木村 信彦          | A             |                | 661-0031 | 武庫之荘本町 2 丁目 21-15   | 6431-5338 |
| 7  | ①武庫東         | 新藤クリニック               | 新藤 高士          | D             |                | 661-0033 | 南武庫之荘 1 丁目 27-1     | 6434-1008 |
| 8  | ①武庫東         | 滝内科胃腸科                | 滝 正憲           |               |                | 661-0033 | 南武庫之荘 1 丁目 20-25    | 6438-8060 |
| 9  | ①武庫東         | とみた脳神経クリニック           | 富田 洋司          | B             | ★              | 661-0035 | 武庫之荘 1 丁目 18-5 1F   | 6434-1236 |
| 10 | ①武庫東         | 中山内科医院                | 中山 康弘          |               |                | 661-0035 | 武庫之荘 2 丁目 32-15     | 6436-1843 |
| 11 | ①武庫東         | はせがわ内科                | 長谷川吉昭          | A             | ★              | 661-0033 | 南武庫之荘 1 丁目 3-1 1F   | 6431-9999 |
| 12 | ①武庫東         | 細見医院                  | 細見 基信          | A             |                | 661-0043 | 武庫元町 1 丁目 22-3      | 6432-5500 |
| 13 | ①武庫東         | まつもとファミリークリニック        | 松本 重人          | A             |                | 661-0035 | 武庫之荘 1 丁目 37-14 3F  | 6436-8699 |
| 14 | ①武庫東         | 山口診療所                 | 山口 眞子          | A             |                | 661-0035 | 武庫之荘 3 丁目 1-1 1F    | 6432-7328 |
| 15 | ①武庫東         | 山脇医院                  | 山脇 幹夫          |               |                | 661-0035 | 武庫之荘 3 丁目 3-1       | 6431-6670 |
| 16 | ①武庫東         | 吉田整形外科                | 吉田 和久          | A             |                | 661-0035 | 武庫之荘 1 丁目 5-7 2F    | 6436-1020 |
| 17 | ②武庫西         | 大隈内科医院                | 大隈 義道          |               |                | 661-0047 | 西昆陽 1 丁目 11-1       | 6433-7878 |
| 18 | ②武庫西         | おぐらクリニック              | 小倉 哲           | B             |                | 661-0042 | 常吉 1 丁目 2-8 1F      | 4962-5320 |
| 19 | ②武庫西         | 釜本医院                  | 釜本 隆行          | D             |                | 661-0043 | 武庫元町 1 丁目 28-11     | 6432-5738 |
| 20 | ②武庫西         | 小泉クリニック               | 小泉 民雄          | A             |                | 661-0047 | 西昆陽 2 丁目 35-1       | 6432-7117 |
| 21 | ②武庫西         | さくらいクリニック             | 桜井 隆           | A             |                | 661-0043 | 武庫元町 1 丁目 25-14     | 6431-5555 |
| 22 | ②武庫西         | 谷口内科クリニック             | 谷口 智通          |               |                | 661-0045 | 武庫豊町 3 丁目 9-11      | 6432-8385 |
| 23 | ②武庫西         | 塚原内科麻酔科医院             | 塚原 勲           | D             |                | 661-0033 | 南武庫之荘 8 丁目 30-1     | 6436-4389 |
| 24 | ②武庫西         | 西武庫病院                 | 谷本 道則          | A             |                | 661-0043 | 武庫元町 2 丁目 4-13      | 6431-0015 |
| 25 | ②武庫西         | 西脇内科                  | 西脇 行雄          |               |                | 661-0046 | 常松 1 丁目 5-20        | 6436-0148 |
| 26 | ③大庄北         | おおはら内科循環器科<br>クリニック   | 大原 知樹<br>両角 隆一 |               |                | 660-0055 | 稲葉元町 2 丁目 16-27     | 6430-1143 |
| 27 | ③大庄北         | 鈴木耳鼻咽喉科医院             | 鈴木 克司          | D             |                | 660-0063 | 大庄北 4 丁目 18-1       | 6412-3314 |
| 28 | ③大庄北         | 田島診療所                 | 中馬 睦           | B             |                | 660-0054 | 西立花町 2 丁目 14-8      | 6411-0600 |
| 29 | ③大庄北         | 中川診療所                 | 中川 勝           | D             |                | 660-0063 | 大庄北 3 丁目 5-1        | 6417-1836 |
| 30 | ③大庄北         | 藤川医院                  | 藤川 亮           | B             | ★              | 660-0063 | 大庄北 4 丁目 18-6       | 6417-0389 |
| 31 | ③大庄北         | 明倫ファミリークリニック          | 近藤 貴志          |               |                | 660-0081 | 蓬川町 302-16-104      | 4869-5860 |
| 32 | ③大庄北         | 山本医院                  | 山本 信光          |               |                | 660-0063 | 大庄北 2 丁目 22-11-101  | 6417-2351 |
| 33 | ④大庄南         | 小川医院                  | 小川 説郎          | F             | ★              | 660-0083 | 道意町 4 丁目 40-3       | 6416-7789 |
| 34 | ④大庄南         | 海辺医院                  | 海辺 正博          |               |                | 660-0077 | 大庄西町 1 丁目 38-18     | 6416-0334 |
| 35 | ④大庄南         | 児玉医院                  | 児玉 岳           | A             |                | 660-0084 | 武庫川町 4 丁目 16        | 6418-7668 |
| 36 | ④大庄南         | 島田クリニック               | 島田 哲志          |               |                | 660-0084 | 武庫川町 2 丁目 43        | 6417-3772 |
| 37 | ④大庄南         | 畠中整形外科・<br>リハビリテーション科 | 畠中 将           | A             |                | 660-0077 | 大庄西町 1 丁目 10-15     | 6418-7146 |
| 38 | ④大庄南         | 高寺医院                  | 高寺 美文          |               |                | 660-0076 | 大島 1 丁目 25-10       | 6419-1470 |
| 39 | ④大庄南         | 陳医院                   | 陳 京生           |               |                | 660-0076 | 大島 3 丁目 36-1        | 6416-1625 |
| 40 | ④大庄南         | 本田診療所                 | 森 敬良           |               |                | 660-0077 | 大庄西町 2 丁目 29-15     | 6416-0325 |
| 41 | ④大庄南         | 宮武医院                  | 宮武 孝法          |               |                | 660-0076 | 大島 2 丁目 3-17        | 6416-6473 |
| 42 | ⑤園田北         | 大村整形外科クリニック           | 大村 宗久          |               |                | 661-0953 | 東園田町 4 丁目 101-1     | 6497-3601 |
| 43 | ⑤園田北         | くさか医院                 | 日下 泰徳          | A             | ★              | 661-0953 | 東園田町 6 丁目 104-10    | 6491-1001 |
| 44 | ⑤園田北         | 久保医院                  | 久保 仁邦          |               |                | 661-0953 | 東園田町 5 丁目 7-7       | 6493-1990 |
| 45 | ⑤園田北         | 栗原医院                  | 栗原 稔           |               |                | 661-0953 | 東園田町 5 丁目 118-1-102 | 6497-3003 |
| 46 | ⑤園田北         | こくらクリニック              | 小倉 義廣          | B             |                | 661-0981 | 猪名寺 2 丁目 6-25 1F    | 6498-7721 |
| 47 | ⑤園田北         | 後藤医院                  | 後藤 精司          | D             |                | 661-0985 | 南清水 37-35           | 6492-1611 |

|    | 地域包括<br>担当地区 | 医 療 機 関 名           | 医 師 名          | 認知症対応<br>医療機関 | 認 知 症<br>サポート医 | 郵便番号     | 住 所               | 電話番号      |
|----|--------------|---------------------|----------------|---------------|----------------|----------|-------------------|-----------|
| 48 | ⑤園田北         | 新名診療所               | 新名 莊史          | B             |                | 661-0953 | 東園田町 6 丁目 119-14  | 6493-4080 |
| 49 | ⑤園田北         | 園田病院                | 橋本 創<br>(岸上 仁) | A             |                | 661-0953 | 東園田町 2 丁目 48-7    | 6491-9521 |
| 50 | ⑤園田北         | 高橋クリニック             | 高橋 淳           |               |                | 661-0951 | 田能 3 丁目 1-40 1F   | 6499-5515 |
| 51 | ⑤園田北         | 中家クリニック             | 中家 康博          |               |                | 661-0981 | 猪名寺 2 丁目 2-10     | 6498-1158 |
| 52 | ⑤園田北         | 中川医院                | 中川 純一          | A             | ★              | 661-0953 | 東園田町 3 丁目 15-4    | 6491-3971 |
| 53 | ⑤園田北         | 矢野外科胃腸科医院           | 矢野 寛司          | A             |                | 661-0953 | 東園田町 4 丁目 144-12  | 6493-0211 |
| 54 | ⑥園田南         | 朝田医院 内科・循環器科        | 朝田 真司          | A             | ★              | 661-0012 | 南塚口町 2 丁目 19-14   | 6429-1697 |
| 55 | ⑥園田南         | あらい内科医院             | 荒井 六郎          | D             |                | 661-0012 | 南塚口町 1 丁目 12-23   | 6421-3023 |
| 56 | ⑥園田南         | クリニック肥田             | 肥田候一郎          | A             | ★              | 661-0012 | 南塚口町 3 丁目 4-27    | 6426-1516 |
| 57 | ⑥園田南         | 小児科・内科 中野医院         | 塩川美恵子          |               |                | 661-0012 | 南塚口町 1 丁目 12-6    | 6429-4533 |
| 58 | ⑥園田南         | 夏秋医院                | 夏秋 恵           | A             | ★              | 661-0012 | 南塚口町 1 丁目 11-9    | 6429-5020 |
| 59 | ⑥園田南         | のざわ耳鼻咽喉科            | 野澤 眞司          | A             |                | 661-0979 | 上坂部 3 丁目 11-1 1F  | 6496-4187 |
| 60 | ⑥園田南         | 藤本クリニック             | 藤本 隆敏          | A             |                | 661-0974 | 若王寺 3 丁目 27-20    | 6498-7329 |
| 61 | ⑥園田南         | 松島整形外科医院            | 松島 正弘          |               |                | 661-0979 | 上坂部 3 丁目 29-8     | 6492-3376 |
| 62 | ⑥園田南         | よこた芳友クリニック          | 横田 芳郎          |               |                | 661-0012 | 南塚口町 2 丁目 21-29   | 6429-4092 |
| 63 | ⑥園田南         | 江崎医院                | 江崎 弘彦          | A             |                | 661-0953 | 東園田町 9 丁目 1-13    | 6493-3818 |
| 64 | ⑥園田南         | 小中島診療所              | 山崎 史郎          | A             |                | 661-0972 | 小中島 2 丁目 8-8      | 6491-5138 |
| 65 | ⑥園田南         | 戸ノ内共立診療所            | 松浦浩太郎          | A             |                | 661-0961 | 戸ノ内町 3 丁目 29-9    | 6497-1690 |
| 66 | ⑥園田南         | 戸ノ内診療所              | 下地 富安          |               |                | 661-0961 | 戸ノ内町 3 丁目 29-8    | 6499-5962 |
| 67 | ⑥園田南         | 細川内科医院              | 細川 隆久          |               |                | 661-0953 | 東園田町 9 丁目 18-19   | 6497-3332 |
| 68 | ⑦立花北         | 池田医院                | 池田 正尚          |               |                | 661-0001 | 塚口本町 2 丁目 21-25   | 6422-0777 |
| 69 | ⑦立花北         | 井上内科循環器科医院          | 井上 正博          |               |                | 661-0003 | 富松町 2 丁目 23-12    | 6428-1140 |
| 70 | ⑦立花北         | 改正眼科                | 改正 良江          |               |                | 661-0002 | 塚口町 1 丁目 13-7     | 6429-5005 |
| 71 | ⑦立花北         | 亀井整形外科医院            | 亀井 滋           |               |                | 661-0002 | 塚口町 6 丁目 43-1     | 4961-3455 |
| 72 | ⑦立花北         | 北村クリニック             | 北村 輝男          | B             | ★              | 661-0002 | 塚口町 6 丁目 20-13    | 6426-8080 |
| 73 | ⑦立花北         | 笹部内科クリニック           | 笹部 真人          | A             |                | 661-0003 | 富松町 1 丁目 29-18    | 4961-7856 |
| 74 | ⑦立花北         | たぐちクリニック            | 田口 隆司          | B             | ★              | 661-0002 | 塚口町 1 丁目 10-1 4F  | 6429-1551 |
| 75 | ⑦立花北         | はんしんメンタルクリニック       | 真殿 実<br>梶本 康雄  | B             |                | 661-0002 | 塚口町 1 丁目 13-1 2F  | 6427-7155 |
| 76 | ⑦立花北         | 南川クリニック内科           | 南川 辰夫          |               |                | 661-0001 | 塚口本町 2 丁目 20-1    | 6423-0202 |
| 77 | ⑦立花北         | 森クリニック              | 森 一高           |               |                | 661-0001 | 塚口本町 3 丁目 32-20   | 6426-8586 |
| 78 | ⑦立花北         | よこたクリニック            | 横田 直美          |               |                | 661-0002 | 塚口町 3 丁目 37-1     | 6421-7177 |
| 79 | ⑧立花南         | 勝谷医院                | 勝谷 友宏          | A             | ★              | 660-0052 | 七松町 2 丁目 17-21    | 6416-1684 |
| 80 | ⑧立花南         | きたつじクリニック           | 北達光史郎          | A             |                | 660-0054 | 西立花町 3 丁目 1-1-101 | 6430-7708 |
| 81 | ⑧立花南         | きむらたくや<br>整形外科クリニック | 木村 琢也          |               |                | 661-0026 | 水堂町 1 丁目 3-1      | 6438-1205 |
| 82 | ⑧立花南         | 眞田医院                | 眞田 幸弘          |               |                | 660-0052 | 七松町 1 丁目 3-1-101  | 6416-4387 |
| 83 | ⑧立花南         | 塩山心療内科              | 塩山 晃彦          | B             |                | 660-0052 | 七松町 1 丁目 2-1-601E | 6414-0334 |
| 84 | ⑧立花南         | 杉澤医院                | 杉澤 一彦          | D             |                | 661-0025 | 立花町 1 丁目 25-14    | 6429-3183 |
| 85 | ⑧立花南         | 立花内科産婦人科医院          | 飯田 豊           | A             |                | 661-0025 | 立花町 4 丁目 3-22     | 6438-1341 |
| 86 | ⑧立花南         | 辻岡医院                | 辻岡 良           | A             |                | 660-0053 | 南七松町 1 丁目 2-3     | 6416-7909 |
| 87 | ⑧立花南         | 土田医院                | 土田 哲雄          |               |                | 660-0052 | 七松町 1 丁目 3-1-211  | 6416-1819 |
| 88 | ⑧立花南         | 戸田医院                | 戸田 隆           | A             |                | 661-0012 | 南塚口町 7 丁目 25-3    | 6429-7399 |
| 89 | ⑧立花南         | 飛松内科胃腸科医院           | 飛松 良和          |               |                | 661-0026 | 水堂町 1 丁目 1-6      | 6436-5500 |
| 90 | ⑧立花南         | 中村クリニック             | 中村 俊則          |               |                | 661-0025 | 立花町 3 丁目 1-3      | 6429-5677 |
| 91 | ⑧立花南         | 八田クリニック             | 八田 昌樹          |               |                | 661-0013 | 栗山町 2 丁目 24-36    | 6426-8883 |
| 92 | ⑧立花南         | 深江医院                | 深江 卓司          | A             |                | 660-0052 | 七松町 1 丁目 10-20    | 6419-1155 |
| 93 | ⑧立花南         | 松田医院                | 松田 淳           |               |                | 661-0023 | 大西町 1 丁目 1-30     | 6429-1025 |
| 94 | ⑧立花南         | 鷺田病院                | 鷺田亜佐男          |               |                | 661-0024 | 三反田町 2 丁目 16-18   | 6429-1234 |
| 95 | ⑨小田北         | あづま整形外科リウマチ科        | 東 文造           |               |                | 661-0976 | 潮江 1 丁目 29-10     | 6495-1120 |
| 96 | ⑨小田北         | 尼崎中央病院              | 松本 強           | A             |                | 661-0976 | 潮江 1 丁目 12-1      | 6499-3045 |
| 97 | ⑨小田北         | 潮江診療所               | 船越 正信          |               |                | 661-0975 | 下坂部 1 丁目 7-7      | 6499-4213 |



|     | 地域包括<br>担当地区 | 医 療 機 関 名      | 医 師 名           | 認知症対応<br>医療機関 | 認 知 症<br>サポート医 | 郵便番号     | 住 所               | 電話番号      |
|-----|--------------|----------------|-----------------|---------------|----------------|----------|-------------------|-----------|
| 98  | ⑨小田北         | 上野医院           | 上野 透            | A             |                | 661-0966 | 西川 2 丁目 27-15     | 6499-0989 |
| 99  | ⑨小田北         | 作道診療所          | 作道 義治           |               |                | 661-0978 | 久々知西町 2 丁目 2-7    | 6428-2223 |
| 100 | ⑨小田北         | 浜名外科医院         | 濱名 傳平           |               |                | 660-0811 | 常光寺 2 丁目 7-10     | 6401-0410 |
| 101 | ⑨小田北         | やまもと内科クリニック    | 山本 房子           | A             | ★              | 661-0965 | 次屋 2 丁目 13-23     | 6498-4976 |
| 102 | ⑨小田北         | わかくさ診療所        | 安水 清            |               |                | 661-0966 | 西川 2 丁目 34-5      | 6494-8302 |
| 103 | ⑩小田南         | 浅野クリニック        | 浅野 佳秀           | A             |                | 660-0814 | 杭瀬本町 1 丁目 27-21   | 6481-0066 |
| 104 | ⑩小田南         | おおくまクリニック      | 大隈 義彦<br>(朝井 知) | A             |                | 660-0815 | 杭瀬北新町 2 丁目 1-18   | 6489-0090 |
| 105 | ⑩小田南         | 大隈病院           | 大隈 健英           |               |                | 660-0814 | 杭瀬本町 2 丁目 17-13   | 6481-1667 |
| 106 | ⑩小田南         | かやはらクリニック      | 栢原 尚之           | B             | ★              | 660-0812 | 今福 1 丁目 1-28      | 4950-0122 |
| 107 | ⑩小田南         | 高クリニック         | 高 光重            |               |                | 660-0815 | 杭瀬北新町 2 丁目 3-13   | 6482-1878 |
| 108 | ⑩小田南         | 合志病院           | 合志 明彦           | A             |                | 660-0807 | 長洲西通 1 丁目 8-20    | 6488-1601 |
| 109 | ⑩小田南         | 酒井医院           | 酒井 忠            |               |                | 660-0814 | 杭瀬本町 2 丁目 24-11   | 6488-3541 |
| 110 | ⑩小田南         | 高橋内科           | 高橋 洋二           |               |                | 660-0814 | 杭瀬本町 1 丁目 9-21    | 6488-6315 |
| 111 | ⑩小田南         | 田中医院           | 田中 誠            |               |                | 660-0803 | 長洲本通 3 丁目 9-20    | 6481-7439 |
| 112 | ⑩小田南         | 阪神医生協診療所       | 藤野 隆興           | A             |                | 660-0803 | 長洲本通 1 丁目 16-17   | 6488-8648 |
| 113 | ⑩小田南         | 東尼崎診療所         | 中島 八束           |               |                | 660-0815 | 杭瀬北新町 1 丁目 12-8   | 6488-2518 |
| 114 | ⑩小田南         | 行松クリニック        | 行松 信孝           |               |                | 660-0814 | 杭瀬本町 3 丁目 1-78 1F | 6481-1012 |
| 115 | ⑩小田南         | わだ脳神経外科クリニック   | 和田 太郎           | B             |                | 660-0803 | 長洲本通 1 丁目 10-1 1F | 4868-2274 |
| 116 | ⑪中央西         | いまきたファミリークリニック | 今北 正道           | B             | ★              | 660-0892 | 東難波町 3 丁目 10-20   | 6625-8188 |
| 117 | ⑪中央西         | 大藤第二診療所        | 金山 拓司           | A             |                | 660-0893 | 西難波町 5 丁目 2-16    | 6488-6339 |
| 118 | ⑪中央西         | 堅田医院           | 田中 尚子           |               |                | 660-0885 | 神田南通 4 丁目 103     | 6411-4319 |
| 119 | ⑪中央西         | 久野内科           | 久野 健二           |               |                | 660-0893 | 西難波町 6 丁目 9-30    | 6481-4817 |
| 120 | ⑪中央西         | しのざき医院         | 篠崎 一哉           | A             |                | 660-0893 | 西難波町 3 丁目 29-10   | 6417-0319 |
| 121 | ⑪中央西         | 中村医院           | 中村 陽            |               |                | 660-0892 | 東難波町 3 丁目 1-30    | 6481-0681 |
| 122 | ⑪中央西         | 西村医院           | 西村 亮一           |               |                | 660-0893 | 西難波町 3 丁目 16-1    | 6416-5852 |
| 123 | ⑪中央西         | 森医院            | 森 茂樹            | A             |                | 660-0877 | 宮内町 2 丁目 39       | 6411-2546 |
| 124 | ⑪中央西         | 山口クリニック        | 山口 巖            |               |                | 660-0885 | 神田南通 5 丁目 126     | 6411-6260 |
| 125 | ⑫中央東         | 尼崎だいもつ病院       | 松森 良信<br>(瀧本 裕) |               |                | 660-0828 | 東大物町 1 丁目 1-1     | 6482-0001 |
| 126 | ⑫中央東         | あらいクリニック       | 新井 啓之           | B             |                | 660-0882 | 昭和南通 4 丁目 68-3 2F | 6411-0303 |
| 127 | ⑫中央東         | 黒田クリニック        | 黒田 佳治           | A             | ★              | 660-0881 | 昭和通 2 丁目 6-30     | 6488-7222 |
| 128 | ⑫中央東         | 幸田医院           | 幸田 正明           | A             |                | 660-0875 | 南竹谷町 1 丁目 11      | 6412-7731 |
| 129 | ⑫中央東         | 小林医院           | 小林 達郎           |               |                | 660-0892 | 東難波町 5 丁目 2-5     | 6481-8407 |
| 130 | ⑫中央東         | 近藤病院           | 中野 博貴           | A             |                | 660-0881 | 昭和通 4 丁目 114      | 6411-6181 |
| 131 | ⑫中央東         | 天崎クリニック        | 天崎 勝            | A             |                | 660-0892 | 東難波町 5 丁目 16-30   | 4868-4333 |
| 132 | ⑫中央東         | 長尾クリニック        | 長尾 和宏           | A             |                | 660-0881 | 昭和通 7 丁目 242      | 6412-9090 |
| 133 | ⑫中央東         | にしがわ内科クリニック    | 西側 昌孝           | A             |                | 660-0828 | 東大物町 2 丁目 6-5     | 6487-3636 |
| 134 | ⑫中央東         | にしむら胃腸科外科医院    | 西村 正            | A             | ★              | 660-0885 | 神田南通 2 丁目 35-1    | 6417-3030 |
| 135 | ⑫中央東         | はらクリニック        | 原 秀憲            | B             |                | 660-0892 | 東難波町 5 丁目 7-20 1F | 6415-9081 |
| 136 | ⑫中央東         | 前田耳鼻咽喉科医院      | 前田 秀明           |               |                | 660-0883 | 神田北通 1 丁目 5 2F    | 6411-6788 |
| 137 | ⑫中央東         | 松下メンタルクリニック    | 松下 寿能           | B             |                | 660-0881 | 昭和通 2 丁目 6-30 2F  | 6481-8119 |
| 138 | ⑫中央東         | 宮井胃腸科内科        | 宮井 満久           | A             |                | 660-0885 | 神田南通 3 丁目 75      | 6411-6956 |
| 139 | ⑫中央東         | 柳井医院           | 柳井 篤            | A             |                | 660-0874 | 西本町 8 丁目 371-1    | 6411-2522 |



## 5) 尼崎市内の地域包括支援センターと担当地域

地域包括支援センターは、支所の対象地域である中央地区・小田地区・大庄地区・立花地区・武庫地区・園田地区に2か所ずつ計12か所に設置され、尼崎市が運営委託している高齢者の総合相談窓口です。

初めて介護認定を受ける方の申請代行や、認定区分が「要支援 1・2」の方のケアマネジメントも行なっています。認知症の方やその家族の暮らしを支える介護サービスや介護予防教室などの相談に応じますので、認知症と診断された方やご家族に当センターをご案内ください。

なお、患者さんの住所地によって、管轄するセンターが異なりますので、ご案内される場合はこちらの一覧をご活用下さい。 本人・家族が相談に出向くことが難しい場合は、センター職員が自宅を訪問して相談に応じることを、あわせてお伝え下さい。

### ◇ 地域包括支援センターと担当地域一覧

| 地区 | センター名               | 住所・電話番号                                                                   | 担当地域                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|---------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 中央 | 「中央東」<br>地域包括支援センター | 東本町4-103-11<br>特別養護老人ホーム<br>ほがらか苑 内<br><br>TEL:4868-8300<br>FAX:4868-8303 | 大高洲町、開明町、神田北通1～6丁目、神田中通1～6丁目、神田南通1～3丁目、北城内、北大物町、北初島町、玄番北之町、玄番南之町、汐町、昭和通1～7丁目、昭和南通3～7丁目、建家町、大物町1丁目4番12～31号・5～19番・2丁目、築地、寺町、中在家町、西海岸町、西桜木町、西高洲町、西大物町、西本町、西本町北通、西松島町、西御園町、西向島町、東海岸町、東桜木町、東高洲町、東大物町(1丁目1番街区を除く)、東難波町5丁目、東初島町、東浜町、東本町、東松島町、東御園町、東向島西之町、東向島東之町、船出、御園町、南城内、南竹谷町、南初島町 |
|    | 「中央西」<br>地域包括支援センター | 神田中通9-291<br>ナニワ診療所 内<br><br>TEL:6430-5615<br>FAX:6414-1401               | 神田北通7～9丁目、神田中通7～9丁目、神田南通4～6丁目、北竹谷町、昭和通8～9丁目、昭和南通8～9丁目、竹谷町、西難波町、東難波町1～4丁目、扶桑町、宮内町、蓬川荘園                                                                                                                                                                                         |
| 小田 | 「小田南」<br>地域包括支援センター | 金楽寺町2-7-7<br>喜楽苑地域ケアセンターあんしん24内<br><br>TEL:6488-0180<br>FAX:6488-0190     | 今福、梶ヶ島、金楽寺町、杭瀬北新町、杭瀬寺島、杭瀬本町、杭瀬南新町、大物町1丁目1～3番・4番1～11号、長洲中通、長洲西通、長洲東通、長洲本通、西長洲町、東大物町1丁目1番街区                                                                                                                                                                                     |
|    | 「小田北」<br>地域包括支援センター | 潮江1-15-2-120<br>尼崎中央病院 北東<br><br>TEL:6498-5111<br>FAX:6492-1100           | 神崎町、久々知、久々知西町、潮江、下坂部1～3丁目・4丁目1～10番・14番、常光寺、善法寺町、高田町、次屋、西川、額田町、浜、名神町3丁目、弥生ヶ丘町                                                                                                                                                                                                  |
| 大庄 | 「大庄南」<br>地域包括支援センター | 大庄西町4-3-9<br>老人保健施設<br>サンプラザ平成 内<br><br>TEL:6417-0125<br>FAX:4950-4715    | 扇町、大島、大庄中通、大庄西町、大浜町、末広町、鶴町、道意町、中浜町、西、平左衛門町、又兵衛、丸島町、武庫川町、元浜町                                                                                                                                                                                                                   |
|    | 「大庄北」<br>地域包括支援センター | 浜田町4-5<br>カナートモール<br>浜田町 2F<br><br>TEL:6430-0511<br>FAX:6430-0512         | 稲葉荘、稲葉元町、大庄川田町、大庄北、琴浦町、水明町、崇徳院、菜切山町、西立花町2丁目14番・20～27番・33～35番、西立花町3丁目12～14番・17～20番、西立花町4～5丁目、浜田町、蓬川町                                                                                                                                                                           |



| 地区 | センター名               | 住所・電話番号                                                                | 担当地域                                                                                                                                                                |
|----|---------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 立花 | 「立花南」<br>地域包括支援センター | 大西町3-17-18<br>(～あなたの街の相談室～介護と医療の窓口内)<br>TEL:6428-7112<br>FAX:6423-0130 | 大西町、尾浜町、栗山町、三反田町、立花町1～2丁目・3丁目1～9番・4丁目、七松町、西立花町1丁目・2丁目1～13番・15～19番・28～32番、西立花町3丁目1～11番・15～16番、東七松町、水堂町1～2丁目・4丁目11番1～4号、18～26号、南塚口町5丁目13～17番・6丁目10番・7丁目、南七松町、名神町1～2丁目 |
|    | 「立花北」<br>地域包括支援センター | 富松町3-3-6<br>デイサービスセンター<br>南野の庭内<br>TEL:6422-3333<br>FAX:6422-0025      | 上ノ島町、立花町3丁目10～37番、塚口町、塚口本町1～7丁目、富松町、水堂町3丁目、南塚口町8丁目、南武庫之荘2～3丁目、武庫之荘東2丁目、武庫之荘本町3丁目1～14番、                                                                              |
| 武庫 | 「武庫東」<br>地域包括支援センター | 武庫之荘1-9-4<br>阪急武庫之荘駅 北東<br>TEL:4962-5308<br>FAX:4962-5309              | 水堂町4丁目(11番は5～17号のみ)、南武庫之荘1丁目・4～5丁目、武庫之荘、武庫之荘西、武庫之荘東1丁目、武庫之荘本町1～2丁目、武庫之荘本町3丁目15～26番                                                                                  |
|    | 「武庫西」<br>地域包括支援センター | 武庫元町1-26-3<br>(武庫支所南)<br>TEL:6438-3955<br>FAX:6438-3956                | 常松、常吉、西昆陽、南武庫之荘6～12丁目、武庫町、武庫元町、武庫豊町、武庫の里                                                                                                                            |
| 園田 | 「園田南」<br>地域包括支援センター | 小中島2-10-20<br>特別養護老人ホーム<br>園田苑 南西<br>TEL:6494-8087<br>FAX:6494-8086    | 上坂部、瓦宮、口田中、小中島、下坂部4丁目11～13番、戸ノ内、戸ノ内町、若王寺、東園田町8～9丁目、東塚口町、御園、南塚口町1～4丁目・5丁目1～12番・6丁目1～9番                                                                               |
|    | 「園田北」<br>地域包括支援センター | 田能5-10-25<br>特別養護老人ホーム<br>春日苑 内<br>TEL:6498-0826<br>FAX:6498-0909      | 猪名寺、食満、推堂、田能、塚口本町8丁目、東園田町1～7丁目、南清水                                                                                                                                  |



## 尼崎市12の地域包括支援センター

- ① 武庫東
- ② 武庫西
- ③ 大庄北
- ④ 大庄南
- ⑤ 園田北
- ⑥ 園田南
- ⑦ 立花北
- ⑧ 立花南
- ⑨ 小田北
- ⑩ 小田南
- ⑪ 中央西
- ⑫ 中央東

## 6) 尼崎市 居宅介護支援事業所の情報

尼崎市居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)の情報検索には、下記のホームページをご利用ください。

「尼崎市公式ホームページ 介護保険事業者・施設一覧」

[www.city.amagasaki.hyogo.jp/koreisya/044jigyosya.html](http://www.city.amagasaki.hyogo.jp/koreisya/044jigyosya.html)

「介護保険事業者・施設一覧」

- ➡ 「居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）」  
をクリック



この『認知症および認知症疑い患者さん対応マニュアル(尼崎市認知症対応連携パス)』は、新しい情報が追加されるたびに、**尼崎市医師会のホームページのタブ「地域包括ケア」**上にて更新されます。

また、連携にて資料する帳票（資料①～⑤の帳票）も、**尼崎市医師会ホームページの会員ページ⇒右上「各種証明書・報告書等」よりダウンロード**できますのでご利用ください。





hvc  
human health care

## 患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。  
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。  
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、  
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。  
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。  
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。  
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

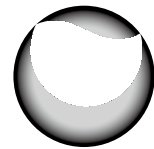
## 願いをこめた新薬を、 世界のあなたに届けたい。

「病気と苦痛に対する人間の闘いのために」

わたしたちは、新薬の開発に挑み続けます。

待ち望まれるくすりを、一日でも早くお届けするために。

ONO 小野薬品工業株式会社



Daiichi-Sankyo

第一三共株式会社

[www.daiichisankyo.co.jp](http://www.daiichisankyo.co.jp)

イノベーションに情熱を。ひとに思いやりを。

*Better Health, Brighter Future*



タケダから、世界中の人々へ。より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに答えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

[www.takeda.co.jp](http://www.takeda.co.jp)

武田薬品工業株式会社





## 新薬で人々のいのちと健康に貢献します。

私たちノバルティス ファーマは、  
分子標的薬や抗体医薬など最新の技術を生かして、  
世界で140もの開発プロジェクトを進めています。  
くすりを必要としている患者さんに、革新的な新薬を。  
ノバルティス ファーマの新薬は、これからも進化を続けます。



ノバルティス ファーマ株式会社

<http://www.novartis.co.jp/>



## 命を明日につなぐ。希望は世界中にある。

課題と国境を越えて、人々の明日をひらく製薬会社、ヤンセンファーマ。

世界のすべてが、私たちの研究室。  
病と懸命に闘う患者さんのために、最高の科学と、独創的な知性、  
世界中の力を合わせ、新しい可能性を切り拓く。

すべては、私たちの解決策を待つ、ひとつの命のために。複雑な課題にこそ挑んでいく。  
新しい薬を創るだけでなく、それを最適な方法で提供する。

革新的な薬や治療法を、届ける。世界中に、私たちを待つ人がいる限り。

誰もが健やかに、いきいきと暮らす社会。  
そんな「当たり前」の願いのために、自ら変化し、努力を続けます。

ヤンセンファーマ株式会社 [www.janssen.com/japan](http://www.janssen.com/japan)







# 尼崎市医師会 地域包括ケア・勤務医委員会メンバー

平成 28 年 11 月 1 日

|        |        |                 |
|--------|--------|-----------------|
| 会 長    | 黒田 佳治  | 黒田クリニック         |
| 副 会 長  | 橋本 創   | 園田病院            |
| 担当理事   | 齋田 宏   | 兵庫県立尼崎総合医療センター  |
| 〃      | 合志 明彦  | 合志病院            |
| 〃      | 原 秀憲   | はらクリニック         |
| 〃      | 朝田 真司  | 朝田医院 内科・循環器科    |
| 〃      | 中川 純一  | 中川医院            |
| 〃      | 上松 正朗  | 関西労災病院          |
| 委 員 長  | 両角 隆一  | おおはら内科循環器科クリニック |
| 副委員長   | 内藤 武夫  | 合志病院            |
| 〃      | 吉田 純一  | 尼崎中央病院          |
| 委 員    | 大隈 健英  | 大隈病院            |
| 〃      | 栢原 尚之  | かやはらクリニック       |
| 〃      | 藤野 隆興  | 阪神医生協診療所        |
| 〃      | 尾上 正浩  | おのえ泌尿器科皮膚科医院    |
| 〃      | 山本 房子  | やまもと内科クリニック     |
| 〃      | 長尾 和宏  | 長尾クリニック         |
| 〃      | 篠崎 一哉  | しのぎき医院          |
| 〃      | 近藤 貴志  | 明倫ファミリークリニック    |
| 〃      | 宮武 孝法  | 宮武医院            |
| 〃      | 島田 真   | 尼崎医療生協病院        |
| 〃      | 勝谷 友宏  | 勝谷医院            |
| 〃      | 一番ヶ瀬 順 | 一番ヶ瀬医院          |
| 〃      | 夏秋 恵   | 夏秋医院            |
| 〃      | 綿谷 茂樹  | わたや整形外科         |
| 〃      | 新名 荘史  | 新名診療所           |
| 〃      | 小泉 民雄  | 小泉クリニック         |
| 〃      | 松本 重人  | まつもとファミリークリニック  |
| 〃      | 萩原 秀紀  | 関西労災病院          |
| 〃      | 梅田 幹人  | 〃               |
| 〃      | 山田 圭介  | 兵庫県立尼崎総合医療センター  |
| 〃      | 見野 耕一  | 〃               |
| 〃      | 影山 恭史  | 〃               |
| オブザーバー | 松長 寿枝  | 尼崎市健康福祉局 保健企画課  |
| 〃      | 寺沢 元芳  | 尼崎市健康福祉局 包括支援担当 |



編集 一般社団法人 尼崎市医師会  
〒661-0012 尼崎市南塚口町4丁目4番8号  
市民健康開発センターハーティ21内  
TEL 06-6426-6333 FAX 06-6428-2226

協力 尼崎市  
兵庫県立尼崎総合医療センター  
独立行政法人 労働者健康安全機構 関西労災病院

平成28年11月1日 作成（第1版）