



福岡医発第 1044 号 (地)
令和 6 年 7 月 2 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

認知症サポート医に係る調査について (お願い)

時下 貴職ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、福岡県においては、令和 6 年 3 月に策定した「第10次福岡県高齢者保健福祉計画」に基づき、認知症の早期発見・早期診断に繋がるよう、かかりつけ医への助言やその他の支援等を行う認知症サポート医を養成することとしておりますが、今般、福岡県保健医療介護部より、県内の認知症サポート医の活動に係る現状を把握することを目的とした標記調査への協力依頼がありました。

本調査は、「令和 5 年度福岡県認知症施策推進会議」において、本会より提言した「認知症サポート医の活動実態等が分からない中で、毎年養成され続けている現状を打開するため、県行政主導で実態把握を行うべき」との意見を踏まえて実施されるものです。

本会といたしましては、令和 6 年 6 月 27 日開催の本会第10回全理事会において協議の結果、本調査に協力することといたしました。

つきましては、貴会におかれましても本件の趣旨をご理解のうえ、本調査について対象者より問合せ等があった場合は、ご協力を促していただきますようご高配方お願い申し上げます。

また、調査票は、県高齢者地域包括ケア推進課より、7 月 12 日 (金) 頃を目途に対象者へ直接送付されますが、貴会管内医療機関において他県から転入された認知症サポート医の先生がいらっしゃる場合は、ご協力いただけるよう周知方よろしくお願い申し上げます。

記

1. 調 査 名 令和 6 年度福岡県認知症サポート医の活動実態に関する調査
2. 調査対象 令和 6 年 5 月 31 日現在において、認知症サポート医名簿に掲載されている者
398 名 (※退職者等を除く)
3. 回答期限 令和 6 年 9 月 20 日 (金)
4. 問合せ先 福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課
在宅介護・予防係 (担当：佐藤)
TEL：092-643-3250 FAX：092-643-3253

以上

公印省略

6 高ヶ推 第 6 0 9 号
令和 6 年 6 月 1 0 日

公益社団法人福岡県医師会 会長 殿

福岡県保健医療介護部長(高
齢者地域包括ケア推進課)

認知症サポート医に係る調査について（依頼）

本県の保健医療行政につきましては、平素から御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本県では、令和6年3月に策定した「第10次福岡県高齢者保健福祉計画」に基づき、認知症の早期発見・早期診断につながるよう、かかりつけ医への助言その他の支援等を行う認知症サポート医を養成することとしており、令和5年度末現在で241名が養成研修を修了しています。

認知症サポート医の活動は市町村等の地域における関係諸機関との連携が重要です。そこで、今回、調査を通じ、本県の認知症サポート医の活動に係る現状を把握したいと考えております。

つきましては、下記のとおり調査を実施いたしますので、御協力いただきますようお願いいたします。

記

1 調査名

令和6年度福岡県認知症サポート医の活動実態に関する調査

2 調査対象

令和6年5月31日現在において、認知症サポート医名簿に掲載されている者（退職者等を除く）

3 照会文及び調査票

別紙案のとおり

福岡県 保健医療介護部
高齢者地域包括ケア推進課
在宅介護・予防係 佐藤
電話： 092-643-3250
FAX： 092-643-3253

福岡県内に勤務する認知症サポート医 殿

福岡県保健医療介護部長
公益社団法人福岡県医師会長

令和6年度認知症サポート医の活動実態に関する調査について（依頼）

本県の保健医療行政につきましては、平素から御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本県では、令和6年3月に策定した「第10次福岡県高齢者保健福祉計画」に基づき、認知症の早期発見・早期診断につながるよう、かかりつけ医への助言その他の支援等を行う認知症サポート医を養成することとしております。

このたび、本県では、認知症サポート医と市町村を対象に標記調査を実施し、地域における関係諸機関の連携状況の把握を行うこととしました。

つきましては、御多忙中と存じますが、調査の趣旨を御理解の上、調査に御協力くださいますようお願いいたします。

なお、個別の回答内容を公表することはありませんが、調査の集計結果は福岡県ホームページ等で公表する場合があります。

市町村及び関係公的機関から依頼があった場合は、必要に応じて個別の回答内容を情報提供することがあります。その場合でも、市町村及び関係公的機関から個別の回答内容を公表することはありませんので、念のため申し添えます。

記

1 調査票

別紙のとおり

2 回答方法・回答期限

令和6年9月20日（金）までに、回答用 Web サイトから御回答いただくか、調査票に御記入の上、返信用封筒に入れて返送してください。

【回答用 Web サイト URL】

<https://shinsei.pref.fukuoka.lg.jp/0JLBj6N0>

【回答用 QR コード】



3 認知症サポート医及び医療機関の皆様へ

同封チラシに記載の県 HP 掲載情報に変更が生じた場合や、削除・追加を御希望の場合、お手数ですが、「名簿掲載事項変更届」を下記メールアドレス宛てに御提出ください。

福岡県 保健医療介護部 高齢者地域包括ケア推進課
在宅介護・予防係 佐藤

電話：092-643-3250 FAX：092-643-3253

E-mail k-kaigoyobou@pref.fukuoka.lg.jp

認知症サポート医の活動実態に関する調査（サポート医回答票）

以下のQRコード（回答フォーム）からもご回答いただけます。



氏名	
医療機関名	
医療機関所在地	
電話番号	
医籍登録番号	

1 基本属性について

1-1 医療機関等

所属の医療機関種類について、当てはまるもの1つに○をつけてください

☐ 1 無床診療所	☐ 2 有床診療所	☐ 3 一般病院（大学病院を除く）
☐ 4 大学病院	☐ 5 精神科病院	☐ 6 その他（ ）

1-2 認知症診療

先生ご自身が可能な認知症診療について、当てはまるもの全てに○を付けてください（複数回答）

☐ 1 認知症の早期発見	☐ 2 認知症の診断	☐ 3 認知症の治療・処方
☐ 4 訪問診療		☐ 5 行動・心理症状（BPSD）の治療（診察）
☐ 6 行動・心理症状（BPSD）の治療（入院）		☐ 7 身体合併症の治療（通院）
☐ 8 身体合併症の治療（入院）		☐ 9 成年後見制度診断書作成
☐ 10 成年後見制度鑑定書作成		☐ 11 自動車運転免許更新に関する診断書作成

上記のほか、対応されている診療等があれば、簡単にご記入ください。

2 地域の医療・介護等資源との連携や地域との取り組みへの関与について

ここ1年程度の状況から、地域の医療・介護等資源との連携や地域との取り組みへの関与についてお答えください

2-1 かかりつけ医

（1）かかりつけ医から認知症の診療について相談を受けることがありましたか

☐ 1 あった	☐ 2 なかった
--------------------------------	---------------------------------

➡ “1 あった”場合、具体的な内容について、当てはまるもの全てに○を付けてください（複数回答）

☐ 1 認知症の診断	☐ 2 治療方針	☐ 3 行動・心理状態の対応
☐ 4 社会資源の活用	☐ 5 専門医紹介	☐ 6 行動・心理状態の入院治療
☐ 7 身体合併症の入院治療	☐ 8 その他（ ）	

2-2 認知症医療センター ※ご所属の医療機関が認知症医療センターである先生はお答えいただく必要はありません

（1）認知症医療センターに鑑別診断やBPSD治療、成年後見制度の鑑定等を目的として患者を紹介することがありましたか

☐ 1 あった	☐ 2 なかった
--------------------------------	---------------------------------

（2）認知症医療センターから逆紹介された認知症患者の継続診療を行うことがありましたか

☐ 1 あった	☐ 2 なかった
--------------------------------	---------------------------------

2-3 認知症初期集中支援チーム

ご自身の市町村での認知症初期集中支援チームへの関与について、あてはまるもの全てに○を付けてください（複数回答）

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| ☐ | 1 チーム員として活動している | ☐ | 2 アドバイザーとして活動している |
| ☐ | 3 自分のかかりつけの患者についてチームからの情報提供の依頼に応じている | | |
| ☐ | 4 自分のかかりつけの患者についてチームに情報提供して支援を依頼している | | |
| ☐ | 5 チームには全く関わっていない | | |

2-4 地域包括支援センター

（1）地域でのトラブルやいわゆる徘徊などで地域包括支援センターに情報提供を行ったり、本人や家族に地域包括支援センターでの相談をすすめることがありましたか

- | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|--------|
| ☐ | 1 あった | ☐ | 2 なかった |
|--------------------------|-------|--------------------------|--------|

（2）地域包括支援センターから認知症のこと（患者に関することや患者を支援する取組み等）で相談を受けることがありましたか

- | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|--------|
| ☐ | 1 あった | ☐ | 2 なかった |
|--------------------------|-------|--------------------------|--------|

2-5 市町村

（1）地域でのトラブルや社会的孤立、経済的問題などで市町村に情報提供を行ったり、本人や家族に市町村での相談をすすめることがありましたか

- | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|--------|
| ☐ | 1 あった | ☐ | 2 なかった |
|--------------------------|-------|--------------------------|--------|

（2）市町村から認知症のこと（患者に関することや患者を支援する取組み等）で相談を受けることがありましたか

- | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|--------|
| ☐ | 1 あった | ☐ | 2 なかった |
|--------------------------|-------|--------------------------|--------|

2-6 地域の取組み

地域における認知症の方や家族を支援する取組み（認知症初期集中支援チームを除く）に関して、あてはまるもの全てに○を付けてください（複数回答）

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------|
| ☐ | 1 企画または運営に関わっている | ☐ | 2 依頼を受けて協力している |
| ☐ | 3 全く関わっていない | ☐ | 4 そのような取組みはない |
| ☐ | 5 そのような取組みがあるかわからない | | |

➡ 上記で 1 又は 2 と答えられた場合、具体的な取組みとして、あてはまるもの全てに○を付けてください（複数回答）

- | | | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|
| ☐ | 1 もの忘れ相談 | ☐ | 2 認知症検診 | ☐ | 3 多職種ネットワーク |
| ☐ | 4 地域ケア会議 | ☐ | 5 認知症カフェ | ☐ | 6 認知症サポート医ネットワーク |
| ☐ | 7 その他（ | | | | ） |

2-7 認知症に関する研修・講演会等

ご自身の市町村（または都道府県）での研修・講演会等について、あてはまるもの全てに○を付けてください（複数回答）

（例）認知症サポート医フォローアップ研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修、病院勤務の医療従事者向け・歯科医師・薬剤師等の認知症対応力向上研修、多職種向けの研修会等、地域住民向けの啓発等セミナーや講演会

- | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|
| ☐ | 1 企画または運営に関わっている | ☐ | 2 講師として関わっている |
| ☐ | 3 受講者として参加している | ☐ | 4 関わっていない |
| ☐ | 5 地域で開催されていない | ☐ | 6 開催されているかどうかかわからない |

3 認知症ケアチームについて ※病院勤務の先生のみお答えください

3-1 病院内の多職種からなる認知症ケアチームについて、あてはまるもの 1 つに○を付けてください

- | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|------|
| ☐ | 1 ある | ☐ | 2 ない |
|--------------------------|------|--------------------------|------|

➡ “1 ある”場合、認知症ケアチームへの関与について、あてはまるもの全てに○を付けてください（複数回答）

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|
| ☐ | 1 チームを監督・指揮している | ☐ | 2 チームのメンバーとして活動している |
| ☐ | 3 チームに協力している | ☐ | 4 チームには関わっていない |

4 認知症サポート医に関するご意見について

4－1 認知症診療の地域連携における課題やその解決策と考えることをご記入ください

4－2 認知症サポート医として、地域連携の一環で自身が活躍されていること、今後できそうなことをご記入ください

4－3 認知症サポート医として、地域で活躍するうえで課題と感じていることをご記入ください

調査は以上です。お忙しいところ、回答にご協力をいただきまして誠にありがとうございました。

回答は同封している返送用封筒でご返送ください。

提出先 福岡県高齢者地域包括ケア推進課 佐藤

mail : k-kaigoyobou@pref.fukuoka.lg.jp

TEL : 092-643-3250

FAX : 092-643-3253

福岡県では、認知症に関する各種研修修了者のうち、公表に同意を得られた方の情報を県HPに掲載しています。

各名簿に記載している内容（医療機関、住所、電話番号、医師名等）に変更が生じた場合や、削除・追加をご希望の場合は、お手数ですが、「名簿掲載事項変更届」を下記メールアドレスあてにご提出ください。

名簿は、地域住民、市町村地域包括支援センター、専門医療機関、介護保険事業所等において、連絡先、相談先として活用されています。



認知症に関する 各種研修修了者名簿 掲載事項の変更等について



福岡県 高齢者地域包括ケア推進課

[担当] 在宅介護・予防係

[メールアドレス] k-kaigoyobou@pref.fukuoka.lg.jp



記入日： 年 月 日

認知症に関する各種研修修了者名簿掲載事項変更届

申 請 内 容	変 更 ・ 削 除 ・ 新 規 追 加
申 請 理 由	
フ リ ガ ナ	
氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
連 絡 先 電 話 番 号	— —
研 修 名	
修 了 年 度	平成・令和 年度
(追加の場合)受講した自治体名	
所 属 医 療 機 関 名	
医 療 機 関 住 所	〒
医 療 機 関 電 話 番 号	
所 属 診 療 科	科

※名簿は、地域住民、市町村地域包括支援センター、専門医療機関、介護保険事業所等において、
連絡先、相談先として活用されています。

※名簿への追加を希望される場合、各研修の修了証書の写しを添付してください。

【提出先】

福岡県高齢者地域包括ケア推進課 在宅介護・予防係

k-kaigoyobou@pref.fukuoka.lg.jp

6 高ヶ推第825号
令和6年7月12日

各市町村認知症施策担当課長 殿

福岡県保健医療介護部長
公益社団法人福岡県医師会長

令和6年度認知症サポート医の活動実態に関する調査について（依頼）

本県の保健医療行政につきましては、平素から御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本県では、令和6年3月に策定した「第10次福岡県高齢者保健福祉計画」に基づき、認知症の早期発見・早期診断につながるよう、かかりつけ医への助言その他の支援等を行う認知症サポート医を養成することとしております。

このたび、本県では、認知症サポート医と市町村を対象に標記調査を実施し、地域における関係諸機関の連携状況の把握を行うこととしました。

つきましては、御多忙中と存じますが、調査の趣旨を御理解の上、調査に御協力くださいますようお願いいたします。

なお、個別の回答内容を公表することはありませんが、調査の集計結果は福岡県ホームページ等で公表する場合があります。

医療機関及び関係公的機関から依頼があった場合は、必要に応じて個別の回答内容を情報提供することがあります。その場合でも、医療機関及び関係公的機関から個別の回答内容を公表することはありませんので、念のため申し添えます。

記

1 調査票 別紙のとおり

2 回答方法・回答期限

令和6年9月20日（金）までに、調査票に御記入の上、電子メールにて回答してください。

3 提出先

福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課 在宅介護・予防係 佐藤
メールアドレス satou-y9298@pref.fukuoka.lg.jp

福岡県 保健医療介護部 高齢者地域包括ケア推進課 在宅介護・予防係 佐藤 電話：092-643-3250 FAX：092-643-3253

認知症サポート医の活動実態に関する調査（市町村回答票）

市町村名	
担当課	
回答者氏名	
電話番号	
メールアドレス	

1 認知症サポート医との連携について

1－1 貴自治体管内において勤務する認知症サポート医を把握していますか。当てはまるもの1つに○をつけてください

☐	1 把握している	→ 直近での把握人数（		）人
☐	2 リストで公表されたサポート医のみ把握している	→ 直近での把握人数（		）人
☐	3 把握していない			
☐	4 その他（			）

1－2 県HP（<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/ninchisho-kenshu.html>）の認知症サポート医名簿において掲載されていない認知症サポート医をご存じですか。

☐	1 知っている	※異動者や県外からの転入者把握のため、個別にお問合せさせていただく可能性があります。
☐	2 知らない	

1－3 認知症サポート医と市町村の連携は取れていますか。当てはまるもの1つに○をつけてください

☐	1 十分取れている		
☐	2 取れているサポート医と取れていないサポート医がいる		
☐	3 あまり取れていない		
☐	4 取れていない		
☐	5 その他（		）

➡ 上記1－3で1又は2と答えられた場合、どのように連携しているか、あてはまるもの全てに○を付けてください（複数回答）

☐	1 認知症初期集中支援チームの活動	☐	2 市町村の協議会やネットワークの一員
☐	3 受信困難な認知症者の訪問診療や往診	☐	4 相談に乗ってもらう
☐	5 専門職への研修	☐	6 市町村住民への啓発
☐	7 その他（		）

➡ 上記1－3で3又は4と答えられた場合、その理由としてあてはまるもの全てに○を付けてください（複数回答）

☐	1 誰が認知症サポート医か分からない	☐	2 予算がない
☐	3 認知症サポート医の業務範囲が分からない	☐	4 地域の認知症サポート医があまり協力的でない
☐	5 どのように連携していいか分からない		
☐	6 その他（		）

2 認知症サポート医に期待する役割について

貴自治体が認知症サポート医に期待する役割について、5段階で評価してください（あてはまるものをそれぞれ1つ選んでください）

	1 期待して いない	2 あまり期 待してい ない	3 どちらで も ない	4 やや期 待して いる	5 期待して いる
1) かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画・運営・講義					
2) かかりつけ医から認知症専門医への紹介の橋渡し					
3) かかりつけ医と認知症医療センターとの連携の橋渡し					
4) 自治体と地区医師会との関係構築の橋渡し					
5) 地域の認知症サポート医同士の連携					
	1	2	3	4	5
	期待して いない	あまり期 待してい ない	どちらで も ない	やや期 待して いる	期待して いる
6) 地域包括支援センターからの相談対応・助言・連携					
7) 介護支援専門員からの相談対応・助言・連携					
8) 介護保険サービス事業所からの相談対応・助言・連携					
9) 受診困難な認知症者の訪問診療や往診					
10) 認知症初期集中支援チームのチーム医師					
11) 認知症初期集中支援チームのアドバイザー					
12) 独居・老老世帯など社会的弱者への支援					
13) 認知症者の運転免許更新に関する相談対応					
14) 成年後見制度の利用支援（情報提供など）					
15) 虐待等の困難事例に関する相談対応・助言・連携					
16) 認知症カフェへの参画・協力					
17) チームオレンジへの参画・協力					
18) 専門職向け研修への参画・協力					
19) 一般住民向け啓発への参画・協力					
20) 都道府県・指定都市が行う認知症の方や家族への支援策への協力					
21) 市町村が行う認知症の方や家族への支援策への協力					
22) 地域包括支援センターが行う認知症の方や家族への支援策への協力					

▶ 上記以外で貴自治体が認知症サポート医に期待している役割があればご記入ください

3 認知症サポート医に関するご意見について

貴自治体と認知症サポート医の連携における課題やその解決策と考えることをご記入ください

調査は以上です。お忙しいところ、回答にご協力をいただきまして誠にありがとうございました。

提出先 福岡県高齢者地域包括ケア推進課 佐藤

mail : k-kaigoyobou@pref.fukuoka.lg.jp