

令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

認知症疾患医療センター運営事業の  
事業評価のあり方に関する調査研究事業

# 認知症医療の機能体制の 構築に関する先進事例

## 事例集

地方独立行政法人

東京都健康長寿医療センター

令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）（区分番号）第99  
認知症患者医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業  
認知症医療の機能体制の構築に関する先進事例

# 事例集

---

令和4年（2022年）3月  
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

---



# CONTENTS

序 .....	1
<b>【基幹型】</b>	
1. 三重県の事例（三重大学医学部附属病院） .....	5
2. 高知県の事例（高知大学医学部附属病院） .....	11
<b>【地域型】</b>	
3. 北海道の事例（砂川市立病院） .....	17
4. 群馬県の事例（医療法人大誠会 内田病院） .....	25
5. 千葉県の事例（医療法人社団弥生会 旭神経内科リハビリテーション病院） .....	31
6. 東京都の事例（地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター） .....	35
7. 石川県の事例（石川県立こころの病院） .....	39
8. 愛知県の事例（国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター） .....	47
9. 大阪市の事例（大阪市立弘済院附属病院） .....	53
10. 広島県の事例（医療法人社団知仁会 メープルヒル病院） .....	59
11. 大分県の事例（医療法人淵野会 緑ヶ丘保養園） .....	63
<b>【連携型】</b>	
12. 福島県の事例（医療法人湖山荘 あずま通りクリニック） .....	69
13. 滋賀県の事例（医療法人 藤本クリニック） .....	75
執筆者一覧 .....	82



## 序

平成 20（2008 年）度にスタートした認知症疾患医療センター運営事業は、当初より事業の質をいかに担保するかが課題として指摘されてきました。これを受けて、平成 28（2016）年度より各年度の実績報告書の提出が都道府県・指定都市に求められるようになりました。また、令和 3（2021）年 3 月には認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱が改定され、認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組みとして、①都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営、②事業の取組みに関する評価等の実施、③センター事業に関わる職員の研修等の推進、が都道府県の責務に位置づけられました。

しかし、認知症疾患医療センター運営事業の評価にあたって、そもそも事業の目標とされている「認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制を構築する」とはどのようなことなのか、それをどのようにして評価すべきなのか、という疑問も呈示されました。そこで、まずは、地域において、すでに認知症医療の機能体制の構築に向けた取組みを進めている認知症疾患医療センターの活動事例を示す必要があると考え、令和 3（2021）年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業」検討委員会のメンバーが所属する認知症疾患医療センターの取組みを紹介する事例集を作成することにいたしました。

事例集は、基幹型／地域型／連携型といった認知症疾患医療センターの種類の違い、大学病院／一般病院／精神科病院／診療所といった医療機関種別の違い、公的病院／民間病院といった経営母体の違い、大都市（東京や大阪などの事例）や中山間地域（群馬県の実例）といった地域性の違いが網羅されるように構成されています。こうした違いを反映した各センターの活動事例が、全国の認知症疾患医療センターの「認知症医療の機能体制の構築」に向けた取組みの参考になれば幸いです。

2022 年 3 月 31 日

東京都健康長寿医療センター研究所  
副所長 栗田 圭一





認知症医療の機能体制の構築に関する  
基幹型認知症疾患医療センター  
先進事例





# 1. 三重県

## 医療機関名

三重大学医学部附属病院

基幹型認知症疾患医療センター

## 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	三重県津市		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	3名	看護師	2名
精神保健福祉士	1名	臨床心理技術者	1名
その他（介護福祉士）	1名		
医療機関の特性	当センターは、三重県内で唯一の特定機能病院として先進医療・高度医療を行う、地域医療・教育・研究の拠点病院です。認知症に関しても、東海北陸地区では最初の基幹型認知症疾患医療センターとして、専門的な鑑別診断や、様々な角度から認知症の診断・治療を行っています。同時に県下の医療機関や、介護・福祉施設、行政機関とのネットワーク構築にも力を注ぐなど、地域の認知症医療のけん引をしています。		

## 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

### 「三重県の認知症早期診断・介入のための取り組み紹介」

#### 1. はじめに

令和元年6月に認知症施策推進大綱が策定され、「共生」と「予防」を認知症施策の両輪とし、具体的な5つの施策の一つ「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」では、早期発見、早期対応、医療体制の整備が挙げられている。「認知症の家族介護者への診断後支援方法に関する全国調査（2018年8月実施）」によると、発症から認知症診断につながるまでの平均期間は約1年2か月、診断から介護保険サービスの利用につながるまでの平均期間は約1年5か月要することが判明している。発症の気付きから診断までの期間を短縮し、早期から適切な医療や介護の情報を提供することや、地域の社会活動につなげていくことは、患者・家族の予後に影響を与えるため重要である。

三重県の総人口は令和3年3月時点で178万人、高齢化率は29.7%で3人に1人は65歳以上の高齢者であり、認知症患者数は9万人と推定されている。認知症専門医は34名、認知症サポート医は209名おり、県内各地で認知症診療をすすめている。三重県では、厚生労働省の「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」に基づき、県全体の認知症医療の拠点である「基幹型認知症疾

患医療センター」が1か所、二次医療圏ごとに「地域型認知症疾患医療センター」が4か所指定されており、さらに地域医療構想8区域のなかで基幹型・地域型認知症疾患医療センターの指定がない4区域に「連携型認知症疾患医療センター」が4か所指定されている。認知症疾患医療センターは、認知症の専門医療の提供、専門医療相談等を行う。また、地域の医療・介護関係者への研修を行うことなどにより、地域における医療と介護の連携の中核としての機能を果たしている。当センターは平成24年に基幹型認知症疾患医療センターの指定を受け事業を展開している。

以下、当センターにおける認知症の早期診断・介入等の取り組みとして、1. 認知症ケアの医療介護連携体制の構築事業（認知症スクリーニング）、2. 認知症地域包括ケアシステム構築への取り組み、3. 認知症事例相談会（三重もの忘れネットワーク）の3事業について紹介したい。

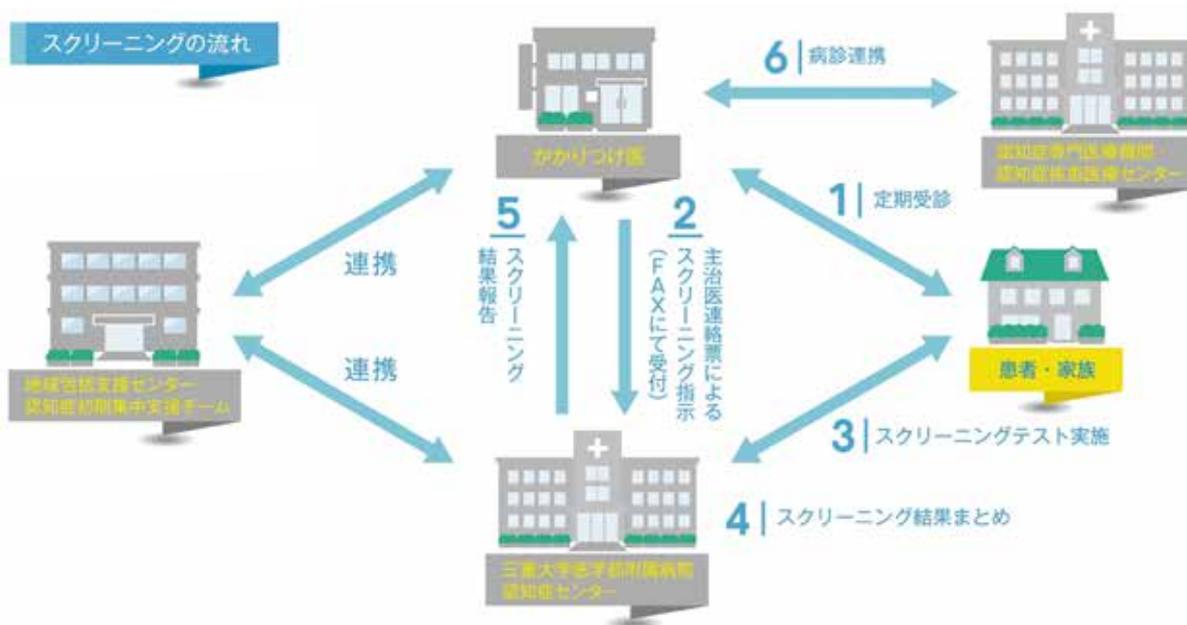
## 2. 認知症ケアの医療介護連携体制の構築事業（認知症スクリーニング）

平成26年度から当センターは、三重県の地域医療介護総合確保基金の補助金交付を受け、三重県医師会との協働事業「認知症ケアの医療介護連携体制の構築事業」を実施し、認知症の早期発見、早期介入につなげる仕組みづくりを推進している。

実施事業の中核が、かかりつけ医と認知症専門医療機関との病診連携の強化を目指した認知症スクリーニングである。基本のスタイルは、かかりつけ医を受診した認知症の疑いがある被検者に対して、被検者自身またはその家族の依頼に応じて、依頼元の医療機関に当センターから「認知症連携パス推進員」を派遣し、認知症スクリーニング（DITS：Dementia IT Screening）を実施する。スクリーニングの際は、被検者と一緒に生活状況を把握されているご家族の同席もお願いし、MMSE（Mini Mental State Examination）、BFB（Brain Function Battery）、AOS（Action Observation Sheet）、DASC（Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items）を実施し、認知機能の検査や日常生活の聞き取りを行う。その結果は当センターの認知症専門医が専門医療機関受診の必要性を総合判定して評価結果を報告する。この評価結果で「認知症専門医療機関受診推奨」と判断された被検者は、かかりつけ医からお住いの地域の専門医療機関に紹介いただき、その後は病診連携で認知症の診療・治療を進めていく（図1）。

なお、遠隔地においては、上記の基本型とは別途、遠隔型DITSを構築した。三重県の南部に位置する東紀州地域や、大阪のベッドタウンである伊賀・名張地域は、高齢化や医師不足の課題を抱えている。認知症診療体制においても地域格差の問題は例外ではない。また、認知症連携パス推進員だけでは遠隔地までカバーすることは困難であり、この格差を埋めるための事業展開が必要となった。具体的には、遠隔地域にある連携型認知症疾患医療センターの信貴山病院分院上野病院や、地域の中核医療機関である紀南病院、名張市立病院に協力いただき、病院スタッフがスクリーニングを実施、その結果を基幹型認知症疾患医療センターの認知症専門医が分析するという方式でDITSを実施した。

図 1. スクリーニング基本版



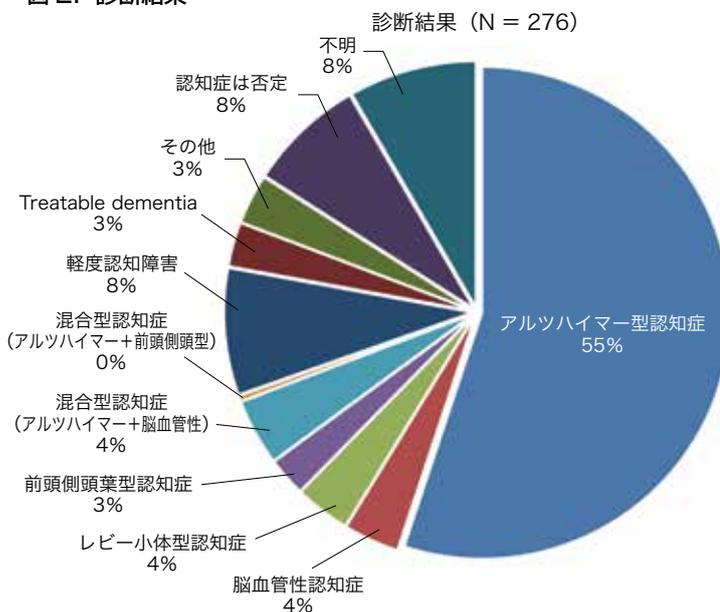
基幹型

a. 認知症スクリーニングの結果

平成 27 年 4 月～令和 3 年 3 月に被検者 708 名の検査を実施した。被検者の基本属性として、男女比は 4 対 6、平均年齢は 79.3 ± 8.2、介護保険の要介護状況は未申請・要支援 1・要支援 2 に相当して介護支援が必要ない方が 82.6%、家族構成では同居している人が 78.5%、生活の中で異変に気付いた人は家族が 55.8% と最も多く、異変に気付いたのが 1 年以内の方が 55.3% であった。BPSD のある方は 19.6% であり、内容は妄想、暴言、幻覚などが多かった。スクリーニング実施時点で既に地域包括支援センターの介入があったという方は 23.9% であった。以上のことから、比較的早い時期に異変に気付かれた被検者の方が多かったことが分かる。この被検者のうち、専門医療機関受診推奨は 415 名 (58.6%) で、そのうち専門医療機関の受診につながったのは 276 名 (66.5%) という結果であった。

鑑別診断の結果、認知症の診断だったのは 192 名 (69.6%) で (図 2)、中には、慢性硬膜下血腫や脳腫瘍等の Treatable dementia の発見につながった例もあり、早い段階で認知機能の低下の原因を追究できたケースもあった。

図 2. 診断結果



## b. 地域包括支援センター等との協働

医療にも介護にもつながっていない方、あるいは治療が中断している認知症の人に対して、地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームが全市町に設置され、これらのスタッフが自宅訪問を行ったり、集中的、包括的に関わって医療・介護につなげたりして在宅生活を継続させるように努力している。しかし、地域では高齢独居や介護者不在で通院困難な認知症患者が存在し、なかには認知症の方が認知症の方を介護しているような認認介護の現実もある。病識が乏しいことも相まって医療・介護に結び付かず放置されているような事例もみうけられる。これらの実態を踏まえて、当センターでは一部の市町において、地域包括支援センターのスタッフ同席のもと患者の自宅で認知症スクリーニングを実施している。

当センターにスクリーニング依頼のあった被検者の中にも、地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームが介入している事例が全体の23.9%あった。モデル地区のひとつである木曾岬町では、スクリーニング依頼ケースに対して地域包括支援センターのスタッフ同席のもと、自宅でスクリーニングを実施している。訪問時には、自宅の様子や生活状況の把握も同時に行い、スクリーニング結果を踏まえて、健康教室のお誘いや、必要があればその後の生活相談や認知症カフェへの声掛けなどのフォローにつなげている。在宅支援スタッフ等と認知症連携パス推進員が自宅に同行訪問をして、スクリーニング結果を共有しながら、その後の医療機関への橋渡しや生活支援の介入につないでいる医福連携のかたちである。

## 3. 認知症地域包括ケアシステム構築への取り組み

「認知症施策推進大綱」では、認知症の人が安心して暮らし続けられる地域づくりを進める観点から、令和7年までに「チームオレンジ」を全市町に設置することを目標としている。当センターは平成29年度から玉城町をモデル地区に、「レセプトデータを援用した認知症患者の地域包括ケアシステムの確立」の事業を実施している。国民健康保険と後期高齢者医療保険のレセプトデータから、認知症患者の抽出を行い、介護保険利用履歴などから地域包括ケアに紐づけされていない対象者を同定し、対象者の同意を得たうえで自宅訪問を行い、その後の個別支援を展開していく。個別支援には、介護保険サービスのようなフォーマルサービス以外に、地域のコミュニティを活かしたインフォーマルサービスの活用も含まれる。このインフォーマルサービスの軸となっているのが、町の外郭団体である「合同会社たまきあい」と、認知症介護支援のボランティア団体の「サポーターさくら」である。

平成29年度から令和2年度までに、レセプトデータ抽出作業を経て、地域包括ケアへの紐づけない認知症の方39名に対して、合同会社たまきあいが自宅訪問を行い、うち25名に対して地域のインフォーマルサービスの働きかけを行ってきた。その後は、サポーターさくらを中心に認知症の方が地域活動に参加できるように働きかけを進めている。当センターは、認知症サポーターの情報交換会の開催を行い、サポーター養成の後方支援を行っており、現在はサポーターさくらの活動を玉城町のチームオレンジ立ち上げの活動の一つとして進めている。この一連の取り組みは、三重県下に横展開していき、地域包括ケアシステムの強化を図ることができると考える。

## 4. 認知症事例相談会（三重もの忘れネットワーク）の取り組み

当センターの取り組みの一つに「三重もの忘れネットワーク」の活動がある。平成24年に発足した「認知症事例相談会」は、今年で10年目に突入し、毎年8回の開催で100例以上の事例検討を行ってきた。ここでは、医療・介護・福祉に関わる関係者の「共通言語化」「知識・問題意識

の共有」「認知症対応力向上」を図ることを目的に、支援者が実際に対応している困難事例等を通じて、毎回 40 ～ 50 名の参加者が数名の小グループに分かれてディスカッションを行っている。

実際の事例の解決策を小グループで医師や看護師、薬剤師、介護・福祉スタッフが多職種で模索することで、介護・福祉スタッフから医師への無用の遠慮がなくなり、医師からも介護の課題を介護・福祉スタッフと共有しやすく、顔の見える関係を構築しやすいという利点がある。コロナ禍では早い段階で対面開催から WEB 開催に切り替えて、現在も歩みを止めず開催している。この活動の積み重ねは、認知症の方の支援を、医療・介護・福祉の連携で「地域で解決する」体制づくりにつながっている（図3）。

図3. コロナ禍以前の様子



## 5. 今後の診断後支援について

病診連携を強化することで認知症疾患医療センター等での早期診断につながっていき、認知症の診断をされた方やその家族に対する相談支援の強化は必須となってくる。これは、認知症専門医療機関だけの問題ではなく、医療機関全体にも求められている。同時に、地域の相談窓口や対象者を受け入れるフォーマル及びインフォーマルサービスの構築は不可欠となる。基幹型認知症疾患医療センターとして、病診・医福連携で認知症の早期診断への取り組みを県下全域に広げていき、地域包括ケアシステムの強化に医療機関としてどのように関わっていくかという取り組みを進めていく。今後はこのような取り組みを通じて、早期診断と診断後支援の一体的運用が課題と考えている。





## 2. 高知県

医療機関名

高知大学医学部附属病院

基幹型認知症疾患医療センター

### 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	高知県南国市		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	3名	保健師	1名
臨床心理技術者	1名	看護師	1名
医療機関の特性	昭和56年に開院した、高知県唯一の大学病院（診療科数37、病床数613床）であり、高度医療の提供、医療技術の開発・評価、若手医師の研修にあたる特定機能病院に認定されている。精神科は、児童・思春期から老年期までの幅広い年齢の、気分障害、統合失調症、認知症の3大精神疾患から身体表現性障害、不安障害、人格障害、摂食障害、発達障害、リエゾン・緩和医療までの幅広い精神疾患の治療を行っている。		

### 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

#### （1）特発性正常圧水頭症診療における連携

高知県内の地域型認知症疾患医療センター及び認知症診療を行う医療機関で特発性正常圧水頭症（iNPH）が疑われた場合には、当センターに紹介いただき、脳脊髄液（CSF）排除試験を含めた精査を行って、シャント手術の適応を判断し、脳神経外科に紹介する体制を構築している。まず、各医療機関より紹介を受けて当センターの外来を初診した後、外来で病歴、臨床所見、MRI、脳血流シンチの結果から入院精査の必要性があると判断された場合、入院にてCSF排除試験（Tap test）を行う。CSF排除の前後でiNPH三徴（歩行障害、認知機能、排尿障害）の各種評価と、アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症を含む他の認知症との鑑別や合併についての精査を行いシャント術の適応について判断する。また、iNPH以外に歩行障害や排尿障害を来す可能性がある疾患の鑑別及び合併についても脳神経内科、泌尿器科と連携を図り、精査を行い、必要に応じて治療を行う。このようにiNPHの診断や合併症等について他科への紹介等の総合的な評価が可能となる点やCSF排除前後の一週間で連続歩行評価を行えることが、入院評価を行う利点である。髄液排除試験の結果、シャント術の適応があると判断された場合には、ご本人とご家族の意向を確認した後、当院の脳神経外科に紹介し脳神経外科に再入院してシャント術が行われる。シャント術後は脳神経外科と共診して3か月に一回外来でiNPH三徴を含めた評価を行い、シャ

ント術から1年後には入院して臨床評価、画像検査等を行っている。一方で、初診時点で病初期でありiNPHの画像所見は認めるものの三徴などの臨床症状が明らかではない無症候性脳室拡大(AVIM)の症例についても、進行した際に早期治療が行えるように当センターで3か月に一回程度の外来通院継続を行うか、定期的な通院が困難な場合には症状が出現した場合には再紹介をいただくように紹介元医療機関との連携を図っている。当センターでは2020年4月から2021年12月の間にiNPH疑いで55件の紹介があり、その内45件にTap testの目的で入院精査を行った。

## (2) 認知症の自動車運転に関する医療とケアの地域連携

当センターでは、開設以来高知県警察からの依頼で、高齢ドライバーに関する臨時適性検査の応需を行っている。また、県内の4か所の地域型認知症疾患医療センターとも連携し、診断困難例や若年性認知症の運転の可否の判断も行ってきた。これまで当センターでは認知症の背景疾患別の運転行動の相違や、高齢者の運転断念に関する研究成果をもとにして、認知症の人の交通事故予防と同時に、認知症の人の尊厳と権利擁護を意識した運転中断のための心理教育を行ってきた。また、運転行動評価表(図1)を作成し、医療機関の他にも、県外の自治体のパンフレットに提供するなど、社会支援、地域支援にも貢献している。今年の高知県免許センターの運転免許課の担当者をお呼びして新たな道路交通法の改正点に関する勉強会を開催した(写真1)。そして高齢者の運転に関する地域の課題について、初期集中支援センターとの情報交換や、地域包括支援センターへの情報提供の場を持つことができた。さらには地域型認知症疾患医療センターに免許センターのスタッフが積極的に診察にも同行するようになるなど連携システムの構築の他にも日ごろの情報交換や地域の課題について議論ができるようになり始めており、それをきっかけとして高知県内の医療-行政-地域の連携が構築されてきているなど、認知症の人の運転問題への適時適切な介入や運転免許証返納後の介護保険サービスの導入や高齢者の個性を尊重した地域生活の継続例が増えてきている。今後、道路交通法が改正予定であるため、法律変更にもすぐに対応できる医療サービス提供を警察や地域包括支援センターと協議中である。

## (3) 「認知症ちえのわ net」の普及と研究推進

当センターは、大学病院に設置されていることから、各センターと協同での研究活動に力を入れている。そのなかで、認知症の人に起こる行動・心理症状(BPSD)に対してより良い対応法を明らかにして公開する「認知症ちえのわ net (<http://chienowa-net.com/>)」の普及と研究推進を積極的に行っている。認知症ちえのわ net は、情報通信技術(Information and Communication Technology; ICT)を用いて、全国の介護専門家、医療者、家族介護者、その他の人が、認知症の人のBPSDに対して行った対応方法と、その対応方法がうまくいったか否かという情報(ケア体験)を収集するウェブシステムであり、高知大学、大阪大学、専修大学で運営をしている。サービスの一つとして、利用登録者は、研究代表者が毎週月曜日に配信するメールマガジンを受け取ることができる。メールマガジンは投稿されたケア体験について研究代表者が解説を加えて紹介するものである。このメールマガジンについては、インターネットが利用できない人にも必要に応じて各種機関から情報提供がされている。例えば、高知県認知症の人と家族の会では毎月会報誌に掲載している(図2)。また、一部の地域型認知症疾患医療センターでは病院内に掲示している。認知症ちえのわ net の普及が進んだことにより、各種研修会でメールマガジンの内容を紹介したいとの要請が事務局には多くきており、有効に活用してもらっている。研究では、令和2年度から、「認知症者の疾患別・重症度別の実生活場面における行動・心理症状(BPSD)とケアに関する縦断的データ収集と収集データの認知症ちえのわ net への活用研究」に

取り組んでいる。本研究は、4大認知症の様々な重症度の人を登録して、縦断的に2年間実生活場面で困ること、これに対して実際に行ったケア手法に関するデータを3か月おきに収集するものである。研究を開始するにあたり、地域型認知症疾患医療センターをはじめとする協力機関へ本研究の意義や方法などについて説明を行い、各センターの認知症診療体制に合わせた組み入れができるよう検討を重ねた。また、検査方法についても適宜助言を行っており、スタッフのスキルアップにもつながっている。本研究は、開始から1年半で100名を超える症例が集まっており、研究の中間結果などを連絡協議会で適宜フィードバックしている。

#### (4) 若年性認知症支援コーディネーターとの連携

若年性認知症に関しては、若年性認知症支援コーディネーターとの連携が不可欠となっている。高知県若年性認知症支援コーディネーターへの新規相談者は令和2年度40名あり、地域型も含め認知症疾患医療センターからの相談が全相談件数の8割を占めている。基幹型認知症疾患医療センターに初診の相談のあった若年性認知症疑いの方については若年性認知症支援コーディネーターが初診時から同席して相談を受け、診断後は地域包括支援センタースタッフと自宅訪問を行い地域の集いや介護・福祉サービスの利用に至るまで連携して支援にあたっている。また、最近では早期受診と早期診断、企業の定年延長により就労中に若年性認知症の診断を受ける方も増え、就労継続を目的に若年性認知症支援コーディネーターが就労先に出向き職場内でカンファレンスを持つ機会も多くなった。外来診察への職場上司の同席にとどまらず、職場内でカンファレンスを重ねることで直接現場スタッフからのヒアリングなどを通じて工作中的具体的な実行機能障害を把握し、認知機能検査結果と合わせてその後の仕事内容のマッチングや働き方について本人を交えての具体的な検討をすることができるようになった。その際、周囲には認知症についての周知を行い、精神障害者保健福祉手帳等の社会資源の利用については本人や家族、人事部とも相談し、治療と仕事の両立支援に沿って就労継続を勧めている。

図1. 運転行動チェックリスト（上村直人）



運転行動チェックリスト			
1	行き先・目的地を運転中忘れる		
2	中央線・センターラインの不注意		
3	車庫入れ・格入れの失敗		
4	道路標識・信号機の理解		
5	速度制限・速度の維持		
6	交通流場への注意力維持		
7	運転操作 (ブレーキ・ギアチェンジなど)		
8	自動車のメンテナンス (ガソリン・オイル等)		
9	他の交通者への注意維持 (歩行者・自転車等)		
10	車両距離の維持		

資料：高知大学 上村直人 提供

いかがでしたか？ 気になる項目はありましたか？  
高知ドライバーとご家族でチェックしてみた場合、チェックのついた項目は  
一緒でしたか？  
現在の運転の状況を把握できたら、今後のことについても考えてみましょう。

解説	
1	「もの忘れ」の兆候があります。悪化すれば、今どこを走っているか、わからなくなる可能性が あります。
2	距離感などを把握する「空間認知能力」の低下の兆候があります。悪化すれば、対向車との 衝突事故などを起こす危険性があります。
3	距離感などを把握する「空間認知能力」の低下の兆候があります。悪化すれば、自他事故や 衝突事故などを起こす危険性があります。
4	「理解力」あるいは「記憶を参照する力」が低下している兆候があります。悪化すれば、標識・信号 の誤読による事故などを起こす危険性があります。
5	「集中力」あるいは「感情を抑制する力」が低下している兆候があります。悪化すれば、スピード の出しすぎによる事故などを起こす危険性があります。
6	「注意力」・「集中力」の低下の兆候があります。悪化すれば、他の車や自転車・歩行者を巻き込む 事故などを起こす危険性があります。
7	「集中を維持する力」が低下している兆候があります。悪化すれば、ブレーキとアクセルの踏み 間違えによる事故などを起こす危険性があります。
8	メンテナンスのし忘れが頻発していれば「もの忘れ」の兆候があります。悪化すれば、路上での ガソリン切れ、エンジン停止などの危険性があります。
9	「注意力」・「集中力」の低下の兆候があります。悪化すれば、他の車や自転車・歩行者を巻き込む 事故などを起こす危険性があります。
10	距離感など「空間認知能力」や、前方の車と適切な距離をとる「判断力」が低下している兆候が あります。悪化すれば、前後の車と衝突する事故などを起こす危険性があります。

写真 1. WEB 講演の様子



図 2. 高知県認知症家族会広報誌の一部

「ほ～れぼ～れ」通巻 495 号付録 2021 年 10 月 25 日発行

❀ 介護の困ったを助ける ❀  
**「認知症ちえのわnet」<sup>ねっと</sup> 便り ⑱**

ケース 1: 「櫛と口紅とスリッパが、また無くなったの」と施設で訴えられる方のケア体験。  
 ケース 2: 数井先生から『先週（上記）のメルマガでの私のお願いに呼応して投稿していただいたケア体験をご紹介します。』  
 「口紅を孫が盗っていった」「櫛がなくなった。孫が取って行って使う」のケア体験。

【ケース1】 「認知症ちえのわnet」配信日：R3/9/20	
認知症の方の情報	施設、84 歳、女性、要介護 1、アルツハイマー病と血管性認知症が合併した方
起こったこと	「櫛と口紅とスリッパが、また無くなったの」と訴えられる。
対応	『ご家族に同じものを購入できるか聞いてみるね』と伝えたとこ、うまくいった。傾聴だけではうまくいかなかった。（ポムムさん）
専門医のコメント	「物が無くなった」とご本人が言われた時に、「新たに購入する」という返答は珍しいと思いました。この返答は、財布や鍵のような、ご本人固有の大切な物が無いと言われる場合には使用しにくく、また物盗られ妄想の要素を含んでいる場合には成功率は高くないように思いました。しかし「固有性が乏しい日常的な物品が、単に見つからない」という場面では、ご本人に安心感を持っていただけるお声かけ法の一つになると思いました。
数井裕光	私のこの予想が正しいか否かを知りたいと思いました。「何らかの物が無くなった」とご本人が言われた時に、今回の返答をされたケア体験をお持ちの方は、「うまくいった/いかなかった」にかかわらず、投稿をお願い申し上げます。

【ケース2】 「認知症ちえのわnet」配信日 R3/9/27	
認知症の方の情報	自宅、99 歳、女性、要介護 2、レビー小体型認知症
起こったこと	「口紅が無くなった。2～3 本あったのに！孫が盗っていった」と言う。
対応	『新しく口紅を購入し手渡した』とこ、うまくいった。（すずらんさん）
加筆	鏡台を探したが、使い切った口紅が 1 本あったのみだった。物忘れが進んだ自覚がなく、いつもの場所に物が無いと「家には鍵をかけているので、外からの者やない！」と結論づけて、いろんな場面で「家族が盗った」と言う。



認知症医療の機能体制の構築に関する  
地域型認知症疾患医療センター  
先進事例





### 3. 北海道

医療機関名

砂川市立病院

地域型認知症疾患医療センター

#### 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	北海道砂川市		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	5名	看護師	2名
精神保健福祉士	4名	作業療法士	2名
臨床心理技術者	1名		
医療機関の特性	<p>当院は北海道中空知地域に位置しており、二次医療圏域の地域拠点病院としての役割を担っている総合病院である。地域救命救急センターや地域がん診療連携拠点病院でもある。診療科は28科、医師数106名のうち精神科医5名、総病床数498床のうち精神科は80床を有している。精神科病棟の看護体制は13対1である。総合病院であるため特に身体合併症を有する認知症患者さんを受け入れている。精神科における2021年の平均在院日数は45日、病床利用率は59.5%で主に急性期精神医療を担っている。</p>		

地域型

#### 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

##### (1) 軽度認知障害（MCI）と診断された方への支援

当院の認知症疾患医療センター（以下センター）における初診時鑑別診断を見てみると、この数年MCIの割合が増加しており、約20%前後となっている。MCIの診断を受けた方には、当センターが作成した「認知症予防の手引き」（図1）を配布しており、今後の生活上での留意点について説明を行っている。また認知症予防教室を開催している（写真）。作業療法士、臨床心理士、看護師が中心となり、MCIもしくは軽度認知症のご本人やご家族を対象に、認知症の基礎知識や健康的な生活についての講義、運動、当事者同士の交流を目的としたプログラムを行っている。

当センターでは病診連携体制のため、診断後の日常診療はかかりつけ医にお願いしており、1年ごとの再受診では進行度を評価して、適宜薬物治療や介護サービスの必要性について検討している。MCIと診断された方には、1年後の再受診を連携担当者から電話でお知らせすることによって受診が途切れないように工夫している。MCIの中でも画像検査からアルツハイマー型認知症（AD）の背景病理があると推測される方（MCI due to AD 疑い）のADへのコンバート率を調査した<sup>1)</sup>。対象は、2012年～2018年に当院を初診しMCI due to AD 疑いと診断され、3年後

までに年単位のフォローアップ受診をされた165例である。3年以内にADにコンバート(AD群)したのは165例中62例(37.6%)であった。3年間通してMCIを維持していた103例(MCI群)の初診時年齢は76.7歳、ADに進展した62例の79.4歳より有意に若かった。IADL(手段的日常生活動作)・ADL(日常生活動作)完全自立者率を見てみると、MCI群は3年後のIADLはわずかに低下していたものの8~9割は自立していた(図2)。3年後においても約6割がMCIを維持しており、ADLはほぼ自立した生活が可能でIADLの支援が必要になる人は1~2割程度であることをお伝えして、前向きな生活を送れるようにアドバイスしている。

## (2) 診断名告知直後の診断後支援

当センターにおいては、診断後はかかりつけ医に逆紹介するため、診断後支援を継続的に行っていくことは難しい。しかし診断後支援の第一歩は、初診における鑑別診断名を告げることから始まる。その際の診察には30~60分かけている。その手順を以下に示す。

### 1) 担当医から認知症療養計画書に記載された以下の内容について説明

- ① 心理検査結果：HDS-R、MMSE などについて説明
- ② MRI・脳血流 SPECT 所見：モニター画面に映して各所見の説明
- ③ 診断名：症状経過と現症、および検査結果から考えられる疾患名を告知
- ④ 治療薬の説明：もし抗認知症薬を処方開始する場合には、各薬剤のリーフレットを用いて、その効能と副作用について説明。もし副作用と思われる症状が発現した時には、遠慮なく電話で問い合わせができることを説明。
- ⑤ 生活上での留意点：日々の生活で推奨される運動や生活習慣について説明。
- ⑥ 介護保険利用の勧め：介護サービスが必要と判断した方には、介護認定をするように勧め、手続きについてパンフレットを用いて解説する。
- ⑦ 今後の通院加療は、専門医療が必要と判断した以外の方には紹介元の医療機関で行っていただくが、1年後に当院に再診していただくよう説明して、今後も継続的支援を行うことを伝える。また1年を待たずに病状悪化などで受診希望がある方は、いつでも受診可能であり、その際にはかかりつけ医にお伝えして情報提供書を持参するようお願いしている。

### 2) 認知症看護認定看護師からの支援

- ① 支えあい連携手帳(図3)の配布：当院が作成した連携手帳に電子カルテ上の情報を記載したうえで、ご本人やご家族にその使用方法を説明し活用していただくように伝えている。この連携手帳には、今後受たい医療と介護(ACP)や延命治療について記載していただくページもあり、考えていくきっかけになっている。
- ② 診断直後の本人の心境を聞き、介護者からは介護に関する悩みや相談を受ける：手帳配布と同時に、本人からは診断名告知直後の気持ちを聞き不安に寄り添う、介護者からは現在の介護の悩みや今後の予想される介護への不安を聞きアドバイスを行う。そして今後もいつでも相談を受け付けることを本人家族に伝え、担当看護師の名刺をお渡ししている。

\* 2017年4月より、MCIもしくは認知症と診断された直後に本人(MMSE 20点以上)およびすべての家族から、診断名告知前後の心理的变化、診察に対する満足度アンケートを実施している。2019年12月までの結果をまとめ、老年精神医学雑誌に発表している<sup>2)</sup>。老年本人群348例、若年本人群18例、老年同伴者群619例、若年同伴者群17例から回答を得た。その結果、本人同伴者とも受診前不安だったとしたのは老年群約6割、若年群約8割であったが、受診後は両群とも8割前後の方の不安が軽減していた(図4)。受療後に前向きな気持ちになれたと回答したのは

老年群約 8 割に対し、若年群では約 5 割と有意に少なかった。しかしいずれの群も約 8～9 割が、受療を肯定的に受け止めていた。両者とも状態変化が病気であると理解しえたことに納得し、家族では治療開始ができること・今後の方針が立てられること（表 1）にも満足していた。医師と多職種による診断後支援は、受診前に抱いていた不安の軽減につながった結果であり、認知症医療では多職種協働がいかに重要であることを示唆している。

### (3) 入院となった方への支援

#### 1) 精神科病棟の入院

精神科病棟に入院となった時点で、ケアマネジャー（CM）がいる方については、CM に病棟看護師から電話連絡を入れて入院になったことをお伝えし、その方の在宅状況の情報を頂いている。CM が来棟していただけた場合には、当病棟の精神保健福祉士や看護師と入院時ケアカンファレンスを行い情報共有している。これまでケアカンファレンスは退院前に実施していたが、入院時にも実施することにより入院中や在宅に向けての看護計画に非常に役立っている。ケアカンファレンス実施に対しては介護支援連携指導料が算定できる。

#### 2) 身体科病棟入院患者への支援 — 認知症ケアチーム活動 —

2016 年から認知症ケア加算が新設された。当センターでは、2016 年 7 月から認知症ケアチームを結成して、認知症ケア加算 1 を算定している。チームは、医師（精神科医）1 名、看護師 3 名（認知症認定看護師専従 1 名、老人看護専門看護師専任 1 名、急性・重症患者看護専門看護師専任 1 名）、精神保健福祉士 1 名、薬剤師 4 名から構成されている。精神科医の役割は、認知症やせん妄の有無について判断し、適切な治療や処置が行われているかの確認、拘束を減らすための取り組みや精神科リエゾンチームへのコンサルテーションの必要性について判断する。専従の認定看護師が中心となり、各病棟に出向いて直接患者さんと接して、当該病棟の看護師に対してケアのアドバイスを行っている。老人看護専門看護師は老年看護の専門的視点からケアへのアドバイスを、急性・重症患者看護専門看護師は急性期のフィジカルアセスメントや病状の予後予測など、急性・重症ケアの専門的視点からケアへのアドバイスを実施している。精神保健福祉士は地域連携室の退院調整担当ケースワーカーへ退院調整に関するアドバイスを行っている。薬剤師は処方薬の作用・副作用を確認し、薬剤の飲み合わせやせん妄を起こしやすい薬剤について確認し、当該病棟担当の薬剤師から身体科主治医にアドバイスしてもらいポリファーマシーの改善につなげている。

このようなケアチーム活動の成果は、ケアの質の向上に寄与するだけでなく、身体拘束率の軽減にもつながり（図 5）、身体科病棟の看護師の認知症患者への苦手意識や身体拘束の意識の変化につながっている<sup>3)</sup>。

またこのチーム活動は、これまで適切な認知症医療につながっていないケースを、受診につなげることを可能にしている。

入院した医療側に CM が情報提供をすると入院時情報連携加算を算定できるようになったため、入院後に多くの CM から当該病棟に在宅での情報が届くようになった。認知症ケアチームもその情報をもとに入院中の看護やケアに役立てており、医療と介護の連携が進んでいる。

#### (4) かかりつけ医との連携

当センターでは 2004 年からもの忘れ専門外来を開設して、かかりつけ医との連携を行ってきた。当センターで鑑別診断と治療方針を決定して、日常診療はかかりつけ医に担っていただく病診連携体制をとっている。かかりつけ医が認知症疾患医療センターに紹介してその指針に基づいて日常診療を行う場合に、認知症療養指導料 350 点を算定できる。しかし実際に算定しているかかり

つけ医は非常に少ない。そもそもかかりつけ医がこの指導料を算定できることを知らない場合が多い。さらにこれを算定する時には、当該センターに文書で診療情報を提供しなければならないという条件があり、そのことが大きなハードルになっている。当センターでは、2018年度からかかりつけ医に郵送する診療情報提供書に認知症療養指導料が算定できるお知らせと、算定する場合には当センターに文書で情報を頂くためのテンプレートを同封している。それまではかかりつけ医から情報が届くことはほとんどなかったが、この情報提供によってかかりつけ医から多数の情報が届き、危機介入に役立っている。

## (5) 介護関係者への支援

当センターでは、2004年に「NPO法人・地域で認知症を支える会」を組織して、以下のような活動を通して、研修の機会を提供して啓発活動を展開している。

- ① 専門職のための講演会・研修会の開催
- ② 介護者や専門職のサポート：各施設への訪問座談会
- ③ グループホーム懇話会設立
- ④ 中空知地区：地域包括支援センター懇談会
- ⑤ 地域ケアマネジャー懇談会
- ⑥ 認知症多職種事例検討会

## (6) その他

### 1) 家族教室の開催

年に1～2回、家族教室を開催している。当センター受診歴の有無にかかわらず、近隣市町村の広報誌に掲載して中空知地域の住民を対象にしている。

### 2) 認知症支援ボランティア“ぼっけ”の後方支援

当地域には認知症の方や家族を支援するボランティア団体“ぼっけ”が2010年に結成され、主に受診援助などの支援を実施している。ボランティアを養成するための講座を当センター職員が担当して、運営にも携わっている。こうした援助行動を実際に行うボランティア活動は、今後各自治体が結成しなければならないチームオレンジの活動ともリンクして、地域包括ケアを実現していくために必須の活動である。

### 3) 認知症初期集中支援チーム（以下、支援チーム）への支援

当センターは砂川市と近隣5つの自治体の支援チームにチーム員として参加しており、支援チーム介入終了後も医療や介護のサポートが必要な事例への継続的支援を行っている。

### 4) 認知症カフェへの支援

砂川市が主催するカフェは月に1回開催されており、センターの職員がご本人とご家族を連れて参加して支援を行っている。またカフェの活動内容や在り方などについて情報交換と助言を行っている。

### 5) 運転免許証自主返納の情報提供

砂川市や近隣市町村では免許証を自主返納した時にタクシー利用券などの援助制度があり、その情報を一覧表にして配布し自主返納を促している。

## 《参考文献》

- 1) 柳渡 彩香、内海 久美子、他. MCI due to ADにおけるADへのコンパート率及び認知機能と日常生活動作の経年的変化. 老年精神医学雑誌 32 巻増刊 I Page263 (2021.09)

- 2) 柳渡 彩香、内海 久美子、福田 智子、他. 軽度認知障害 (MCI) および認知症の診断告知直後における本人・家族の心理的变化と満足度調査. 老年精神医学雑誌 31 巻 11 号 Page1211-1224 (2020.11)
- 3) 福田 智子、内海 久美子. 認知症ケアチームの現状と成果、地域連携 急性期病院における認知症ケアチームの現状と成果. Dementia Japan 33 巻 4 号 Page481 (2019.10)

図 1. 認知症予防の手引き



写真：認知症予防教室



図2. MCIにおける初診時と3年後のIADL/ADLの完全自立率

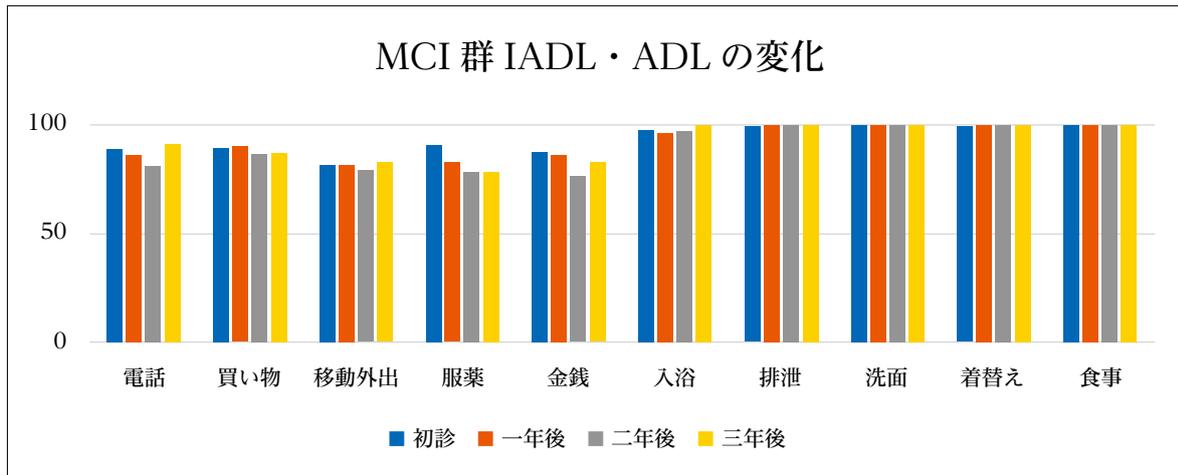


図3. 支えあい連携手帳



図4. 受診前後の不安感

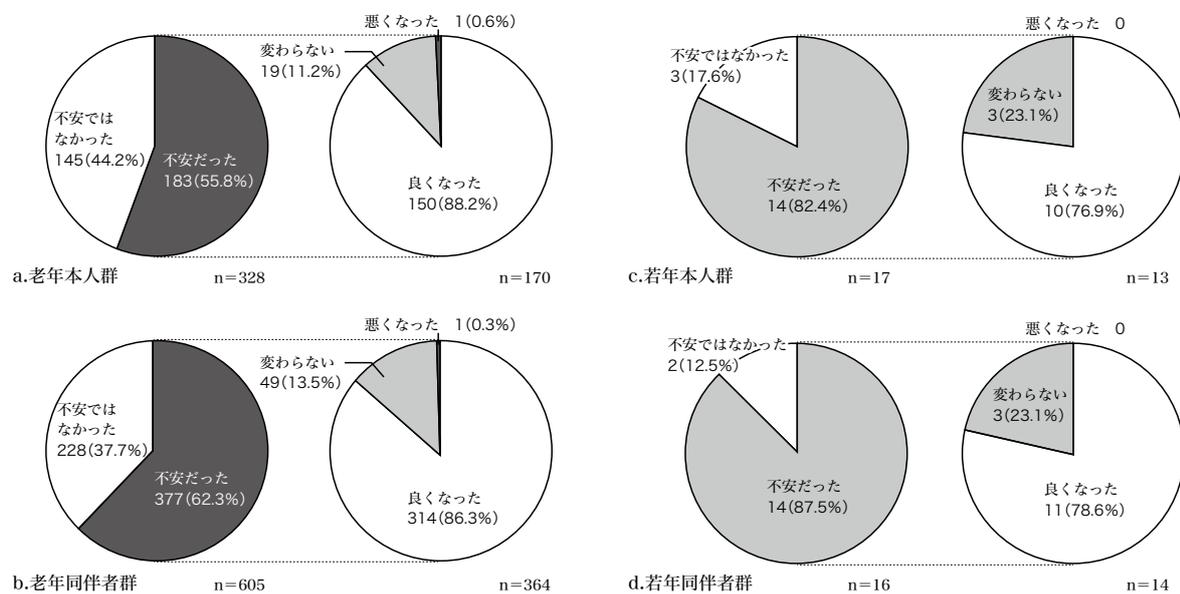
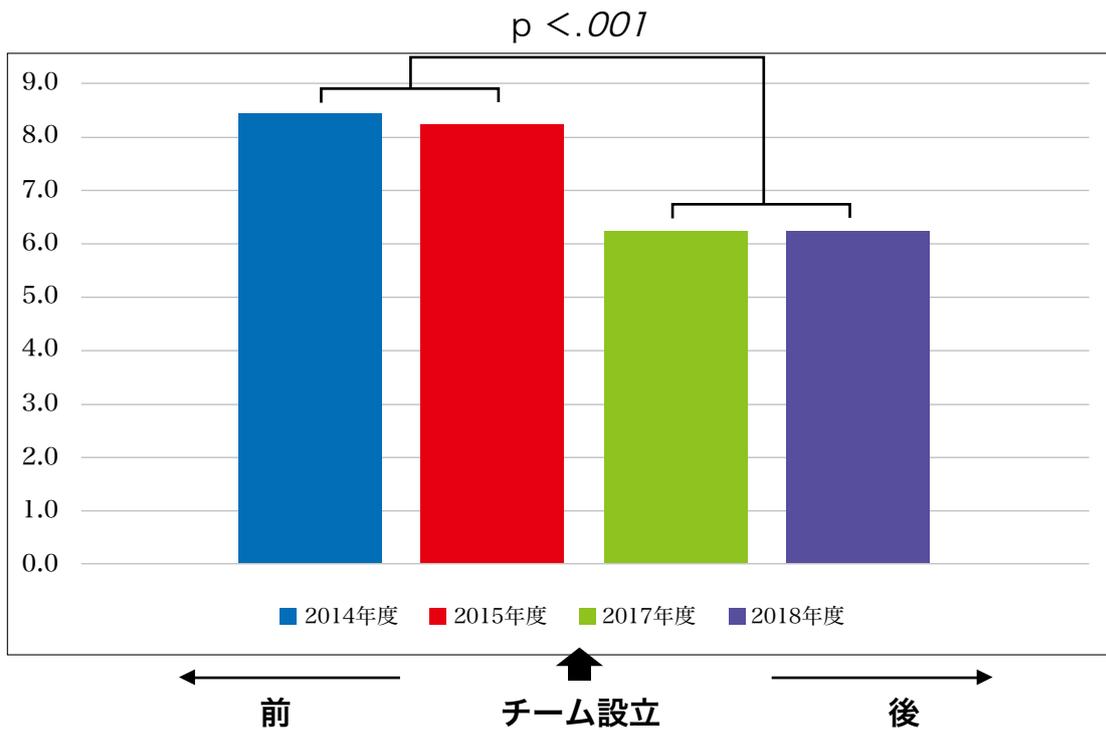


表1. 診断名告知後の気持ち

	本人	同伴者
進行が心配だったが、病気や病状が理解でき不安がやわらいだ	88 (5)	188 (2)
すべきことがわかり、前向きに治療する気持ちになった	13 (1)	12 (1)
早くわかって良かった	9	18
希望も捨てていなかったのでショックだったが前向きにいくしかない	5 (1)	7 (1)
心配だった	6	24
介護サービス利用や今後を家族で話し合おうと思う	2 (1)	18
病気だと思っていなかった	3	1
今後の進行、介護、生活が心配だ	2	41 (2)
結果を受け入れなければいけない、今後の覚悟ができた	2	15
本人が納得して良かった	0	6
その他	18	24

重複回答あり。( ) 内に若年群の数値を示した。

図5. 身体拘束率（年度別 一般病棟 65歳以上）







## 4. 群馬県

### 医療機関名

群馬県認知症疾患医療センター内田病院

地域型認知症疾患医療センター

### 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	群馬県沼田市		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	3名	看護師	2名
精神保健福祉士	1名	作業療法士	1名
社会福祉士	1名	臨床心理技術者	1名
医療機関の特性	利根沼田を二次医療圏とする地域型のセンターで、利根沼田地域の他、県内北部全般から来院相談がある。若年層や、精神障害を合併している方の対応も増えている。鑑別診断し、診断後支援にも幅広く対応する。包括ケア病床、回復期リハビリ病棟にて入院受け入れし、身体拘束をせず、内科的疾患の治療や、リハビリ、内服調整等行う。認知症ケアに特化し、各病棟や系列施設からの在宅復帰を実現させている。地域に精神科病床がなく、BPSD 重度の方々に対応し、行政機関や医療、各事業所との連携も深めている。		

### 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

2020年1月からの新型コロナウイルス感染症の蔓延により、地域の集まりや、趣味の活動も一斉にできなくなってしまった。買い物も近所付き合いもままならず、ほとんどの人が家の中で過ごしていた。当院へも、「出かけなくなってから、物忘れが進んだ」「家庭内で攻撃的になった」「電話だけで様子がわからないが、何だか変」というような相談が増え、緊急事態宣言下、外出自粛期間中でも受診希望者はほとんど減らなかった。しかしながら、ある一定数はBPSDが発現してから初診となる症例もあった。

さらに、趣味活動や地域のサロンも再開のめどが立たず、別に暮らす家族との往来も自由にならず、地域住民の中には、支援が必要な事も多々あった。地域で暮らす人達で何とか支えていかなければならない事も多々あった。検査や診察の付き添いも、その人の子らが東京都内等にいるため、地元の身内や知人をお願いしたり、各行政機関や、各事業所にも協力したりしてもらい、受診してもらった。

幾度かの波を超え、感染症との付き合い方も多少わかるようになり、地域活動ができないわけではなく、どのように活動していくのかを考えるようになった。以前は『ラウンジ活動』という

歌や手芸、書道や切り絵のクラブと、手作業が苦手な方にはお茶会や農作業、大作業のクラブを地域に開放し、運営してきた。介護保険や、外来リハビリの対象とならない人の活動の場となり、受講する中で他の得意分野に気づき、別の講座を担当してもらうこともできていた。時にはご家族様にも参加してもらったり、お手伝いとして関わってもらったり、良いネットワークができていた。一度は全面休止としたが、「楽しみにしていたのに」「いつから始まるのですか？」等の要望が聞かれ、徐々に活動を再開し現在に至る。病院内の感染対策を、クラブ活動内にも生かし、関係するスタッフは黒子であり、利用者主体のクラブ活動になるよう支援している。

コロナ禍前には、認知症理解の啓発や介護予防、地域活動として、毎夏、地域住民向けの公開講座を催し、地域の皆様との関係を構築してきた。生活に役立つ事柄（認知症の基本、薬の事、排せつの事等）をテーマとし、全国各地の講師の先生に、専門的かつ最新でありながら、わかりやすい内容でお話をいただいた。地域の皆様に日常的に取り組んでいただける内容とし、予防や家庭での介護場面に役立ててもらえることができていた。昨年度、記念すべき第10回となったが、準備半ばで中止とし、何もできないまま終了となった。本年度は集合での住民公開講座に代わり、ラジオでの認知症啓発の発信をすることとした。

地元ラジオ局に相談し、「住民ラジオ教室」と題し、1回の放送を10分、全15回の枠を作っていた。内容については、当会で発行しているハンドブックを中心に、認知症の基本から話が始まり、介護者の心構えや、身の回りのケアの他、介護保険の利用の仕方、高齢者運転の事、病院と地域、行政機関や各事業所とのつながり方等を話す。話し手は当院の職員であり、地域に馴染むエピソードを交えながら情報発信に取り組んでいる（写真1）（写真2）。

まだまだ感染状況が落ち着かないが、診察もできる限り以前同様に行い、可能な限りご家族様に付き添っていただきながら状況確認を行っている。

早期で受診され、認知症診断に至らない人が、「早めにお薬でももらえればと思って相談しました」と内服処方を希望される事が多い。内服治療も方法ではあるが、その前に日常生活の中で見直すことはないかと確認をする。「家庭での役割は何か」「家族以外の人と話す機会が1週間のうちにどのくらいあるか」「軽く汗をかくくらいの運動をどのくらいしているか」など、社会参加や、人間関係、生活がパターン化していないかを聞く。「毎日〇〇千歩、散歩しています」という人には、時にはご家族様と一緒に話しながら歩く事や、感染対策の整ったスポーツジムの利用を進めることもある。本人にも現状を話し、まずは日常生活の中で見直しができないか、家族にも、協力できることは何かと、一緒に考えるよう支援をしている。内服薬を処方する場合においても、服用することだけが目的とならないよう、運動することや、役割をもって過ごすことを組み合わせるよう説明する。

当院では外来診療で鑑別診断を行うが、必要に応じて入院対応もする。身体拘束をすることなくBPSDに対応し、内服や食事の管理、併せてリハビリをすることで全身状態を整える。入院中に各所調整し、家族の理解を得ながら、退院後の支援をして在宅復帰を目指す。元々のかかりつけ医との連携や、地域の各事業所とも連携を図る。院内では病棟職員と外来職員が連携を図ることも必須である。退院後は地域で見守っていただき、必要な時に当院を頼っていただけるような関係を継続する。

元々精神疾患のある人が、認知症を併発することも増えている。当院は精神科病院ではないため、協力病院に精神科領域の専門的治療が必要な人をお願いする場合もあるが、ほとんどのケースは当院完結で対応している。若年性認知症の人には、院内設置の支援コーディネーターと協力して対応する。就労の継続や、活用できる公的支援を検討し、必要に応じて各関係機関と連携を図る。

まだ対象ケースは少ないが、当院は数年前より、若年性認知症への就労支援を続けてきた。一般就労が難しくなっても、見守りがあれば就労できる人は、院内での作業につなげたり、障害者支援センターと連携したりし、障害者福祉サービスを利用することができている。

以前より当院では高齢者運転免許に関する診断後支援を続けている。土地柄、自動車での移動は生活に欠かせず、高齢者にとってはより一層大切な足となっている。自動車免許更新時の診断書作成のため受診される人の中で、鑑別診断後、運転継続が可能と思われる人には、安全に運転をしていただけるよう運転に関するリハビリ（ドライバーリハビリ）を勧める。リハビリをしながら運転の適性を確認し、リハビリを実施しても危険と思われる場合には、返納に向けての意識付けや、返納時期を見極めるための支援もしている。

運転免許証を返納すると、買い物（食品調達）ができなくなる高齢者が多く、そのために運転をやめられない人がいる。返納を一方的に言うのではなく、代替え案を提案し、妥協案を見つけていく。当地域は山間部も多く、過疎化が進んだ地域では、地元の商店は閉店し、買い物ができない「買い物弱者」と呼ばれる人が増えている。近くで買い物ができないことで、引きこもりから社会性を失ったり、危険な運転で遠くまで出かけざるを得なかったりする人もいる。そこで、電車やバスを利用する体質がなく、インターネットを使えない地域の高齢者のために移動型コンビニ事業を開始した。販売車は軽トラックを使用し、名前は「ゆきちゃん号」と言う（写真3）。日用品の他にパンや弁当、冷蔵庫を完備して生鮮食品も販売ができるようにした。この取り組みにより自分で買う楽しみを持ち続けられることや、定期的に販売車が来る安心感も得られ、他者との交流の場としても利用していただいている。安否確認としても活躍している。

2003年に行政と連携し、地域の皆様が安心して高齢者となり、認知症になっても住みやすい地域を目指して「沼田市認知症にやさしい地域づくりネットワーク」を立ち上げた。子供の頃から認知症について学習してもらえるよう、出前講座を実施し、徘徊模擬訓練（訓練名は「命の宝さがし」）を小学校ごとに行っている。昨年度は中止となってしまったが、本年度の訓練は中学生も参加し、保護者の皆さんの見守りの中で行うことができた。

一人歩きのリスクが高い人には、事前登録をしていただき、もしもの時にも慌てずに対処し、早期に捜索態勢が取れるよう備えている。不明者の捜索は遅れるほど存命率が下がることは実証されており、行政機関と、警察署と同じ意識を持ち、連携している。このネットワークには地域の皆様の協力も欠かせないものとなっている。

人々の根底にあるものは「健康」であり、健康を守るための最前線が医療である。より元気に暮らすこと、健康な状態に近づけていくことができるのも医療であるが、すべてをカバーできるわけではない。医療と福祉と介護が、一体化できると地域に安心感が生まれると考えている。自分たちで「当事者意識」を共有し、住みやすい安心感のある地域にすること、地域に必要なものは何かを考え、実践していきたい。

写真 1. 住民ラジオ教室チラシ (表)



**出演**

医療法人大誠会 理事長  
田中 志子

アソカンミンカン  
富所 哲平

FM OZE  
扇乃 美由紀

医療法人大誠会 内田病院

小池 京子  
伊東 七奈子  
黒木 勝紀  
今井 嘉子  
尾中 航介  
原 隆祥  
萩原 裕平  
小原 明美  
星野 里美

第10回 群馬県認知症疾患医療センター内田病院 住民公開講座

# 2021 住民ラジオ教室

— もの忘れなんてこわくない! —

11/9より  
放送開始(全15回)  
毎週火曜日  
午前8時30分

内田病院非常勤スタッフ  
群馬住みます芸人  
**アソカンミンカン**  
富所哲平も出演!

内田病院の精鋭スタッフが  
認知症に関する、なぜ？  
どうして？を解消します!



**放送スケジュール 全 15 回**

第1回 11/ 9	第6回 12/14	第11回 1/25
第2回 11/16	第7回 12/21	第12回 2/ 1
第3回 11/23	第8回 1/ 4	第13回 2/ 8
第4回 11/30	第9回 1/11	第14回 2/15
第5回 12/ 7	第10回 1/18	第15回 2/22

群馬県認知症疾患医療センター内田病院で、毎年開催してご好評をいただきました「住民公開講座」ですが、昨今の情勢を踏まえ、「ラジオ講座」に形を変えて地域のみなさんにお届けします！  
認知症の基礎知識をはじめ、認知症の方へのかかわり方のヒントを、皆さまにわかりやすくお伝えします。

※ 内容の詳細は裏面へ！

**お問合せ先**

群馬県認知症疾患医療センター内田病院 TEL.0278-24-5359  
沼田エフエム放送(FM OZE) TEL.0278-22-1600

【主 催】群馬県認知症疾患医療センター内田病院



医療法人 大誠会 **内田病院**

地域型

写真2. 住民ラジオ教室チラシ（裏）



# 住民ラジオ教室

—物忘れなんてこわくない!—

## 放送スケジュール

○ 毎週火曜日 午前8時30分（全15回）

<p>❖ 第1回 11月 9日 _____</p> <p style="text-align: center;">認知症ってなあに？認知症の基礎知識</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">センター長 日本認知症学会指導医 田中 志子</p>	<p>❖ 第9回 1月11日 _____</p> <p style="text-align: center;">地域のサポートとつながろう —介護保険制度— (認知症になっても明るい毎日)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">社会福祉士 原 隆祥</p>
<p>❖ 第2回 11月16日 _____</p> <p style="text-align: center;">認知症の人と共に生きるコツ</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">センター長 日本認知症学会指導医 田中 志子</p>	<p>❖ 第10回 1月18日 _____</p> <p style="text-align: center;">地域のサポートとつながろう (自動車運転免許)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">理学療法士 萩原 裕平</p>
<p>❖ 第3回 11月23日 _____</p> <p style="text-align: center;">認知症の人とのよりよい生活のために</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">看護師 小池 京子</p>	<p>❖ 第11回 1月25日 _____</p> <p style="text-align: center;">地域のサポートとつながろう (若年性認知症ってなあに?)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">精神保健福祉士 小原 明美</p>
<p>❖ 第4回 11月30日 _____</p> <p style="text-align: center;">生活障害への対応(食事・睡眠)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">看護師 伊東 七奈子</p>	<p>❖ 第12回 2月 1日 _____</p> <p style="text-align: center;">地域のサポートとつながろう (初期集中支援チームに相談してみよう)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">看護師 星野 里美</p>
<p>❖ 第5回 12月 7日 _____</p> <p style="text-align: center;">生活障害への対応(トイレ・移動)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">介護福祉士 黒木 勝紀</p>	<p>❖ 第13回 2月 8日 _____</p> <p style="text-align: center;">よりよいケアのために (良い介護者になろう)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">センター長 日本認知症学会指導医 田中 志子</p>
<p>❖ 第6回 12月14日 _____</p> <p style="text-align: center;">生活障害への対応(衛生・入浴)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">看護師 今井 嘉子</p>	<p>❖ 第14回 2月15日 _____</p> <p style="text-align: center;">よりよいケアのために (老いる権利・衰える権利)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">センター長 日本認知症学会指導医 田中 志子</p>
<p>❖ 第7回 12月21日 _____</p> <p style="text-align: center;">行動に関する困りごととうまくつきあう (行動障害への対応)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">公認心理師 尾中 航介</p>	<p>❖ 第15回 2月22日 _____</p> <p style="text-align: center;">笑顔でゴー(GO)!</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">センター長 日本認知症学会指導医 田中 志子</p>
<p>❖ 第8回 1月 4日 _____</p> <p style="text-align: center;">考え方・気持ちに関する困りごとと うまくつきあう(心理症状への対応)</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">公認心理師 尾中 航介</p>	<div style="text-align: center;">  <p style="font-size: small;">©しんこう堂</p> </div> <p style="text-align: center; font-size: large; font-weight: bold;">ぜひ、ご聴講ください!</p>

群馬県認知症疾患医療センター内田病院 TEL.0278-24-5359

沼田エフエム放送(FM OZE) TEL.0278-22-1600



医療法人 大 誠 会 **内田病院**

地域型

写真3. 移動型コンビニ「ゆきちゃん号」





## 5. 千葉県

医療機関名

旭神経内科リハビリテーション病院

地域型認知症疾患医療センター

### 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	千葉県松戸市		
医療機関種別	その他		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	1名	看護師	1名
精神保健福祉士	1名	社会福祉士	1名
臨床心理技術者	1名		
医療機関の特性	回復期リハビリテーション病棟を設置して疾患別のリハビリと併せて、認知症の診断・治療・リハビリを行っている。		

### 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

#### 「地域の認知症医療機能体制の構築について」

認知症疾患医療センターの役割として、BPSD、身体合併症への対応が記載されている。当院では、この対応について取り組んでいるので事例を通して述べたい。

#### 事例：身体合併症で救急病院へ入院後、BPSDが進行した認知症患者に対する認知症リハビリ

肺炎、骨折、心筋梗塞などの疾患を併発した認知症患者の救急病院への入院時にはBPSDが目立たないが、1～2週間後、上記疾患の病状が改善した後にBPSDが出現して、治療及びケアに支障を来すことが多くなる。当院では、このような認知症患者がリハビリ治療を目的として紹介されることが多くなってきた。このような認知症患者に対してリハビリ治療とケアを行って身体合併症とBPSDの改善に取り組んでいるので報告する。

表 1. 廃用症候群患者

2014年4月～9月に退院した廃用症候群患者  
70名（男性36名、女性34名） 平均年齢81.0歳

身体疾患	
肺炎	28名
急性心不全	7名
褥瘡感染症	5名
腎盂腎炎	3名
心筋梗塞	3名
その他の疾患	24名
合計	70名

認知症の原因疾患	
アルツハイマー病	16名
脳血管性認知症	12名
レビー小体型認知症	11名
前頭側頭型認知症	2名
合計	41名

表 2. 骨折患者

2014年4月～9月に退院した骨折患者  
49名（男性13名、女性36名） 平均年齢81.1歳

骨折部位	
大腿骨骨折	20名
腰椎圧迫骨折	18名
その他の骨折	11名
合計	49名

認知症の原因疾患	
アルツハイマー病	12名
レビー小体型認知症	7名
脳血管性認知症	4名
合計	24名

表1、表2で身体合併症として、廃用症候群と骨折に分けて検討した。両疾患患者119名のうち認知症患者は65名であった。当院におけるBPSDスケールは図表③に示し、入院時と退院時にBPSDを数値化した。

表 3. 当院における BPSD スケール

	無い	ほとんど無い	たまにある	よくある	いつもある
1. 日中傾眠傾向である。	0	1	2	3	4
2. 無気力・意欲低下がみられる。	0	1	2	3	4
3. 拒薬することがある。	0	1	2	3	4
4. 処置を拒否することがある。	0	1	2	3	4
5. 入浴を拒否することがある。	0	1	2	3	4
6. 拒食がある。	0	1	2	3	4
7. 暴力を振るうことがある。	0	1	2	3	4
8. 暴言をはくことがある。	0	1	2	3	4
9. 感情失禁が見られる。	0	1	2	3	4
10. 不安定な歩行で歩きまわることがある。	0	1	2	3	4
11. 離院の可能性がある（したことがある）	0	1	2	3	4
12. ふいの車椅子やいすからの立ち上がりや、ベッドからの起き上がりがある。	0	1	2	3	4
13. 幻覚がある。	0	1	2	3	4
14. 妄想がある。	0	1	2	3	4
15. 異食行為がある。	0	1	2	3	4
16. 物を溜め込むことがある。	0	1	2	3	4
17. 用事はないがナースコールを頻回に押す。	0	1	2	3	4
18. 夜間不眠傾向である。	0	1	2	3	4
19. オムツいじりなどの不潔行為がある。	0	1	2	3	4
20. 脱衣行為がある。	0	1	2	3	4
21. 独語がある。	0	1	2	3	4
22. 大声を出すことがある。	0	1	2	3	4

入院時に初期評価を行った後、リハビリ治療として PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語療法士）による個別リハビリと、院内デイケア（表 4）を行っている。院内デイケアの詳細については拙著「認知症 plus 院内デイケア（日本看護協会出版社、2019.7）」を参照していただきたい。

表 4. 院内デイケアプログラム

<p>集団体操（リハビリ体操・嚙下体操など）、身体的ゲーム、認知的ゲーム、パワーリハビリ、回想法、音楽療法、料理、手工芸、季節行事（花見・七夕・クリスマスなど）、その他</p>
<p>院内デイケアと朝夕のケア</p> <p>6:00～ 8:00 集団体操、談話、見守り</p> <p>10:00～ 12:00 デイケア</p> <p>14:00～ 16:00 デイケア</p> <p>18:00～ 20:00 集団体操、談話、見守り</p>
<p>◆デイケア参加スタッフ</p> <p>看護師、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、医療相談員、音楽療法士、ボランティア</p>

入院時にこのような初期評価を行い、77日の平均在院日数の間にリハビリ療法をして退院時評価を行った結果、BI（バーセルインデックス：日常生活活動）と BPSD は表 5、表 6 に示すように有意差をもって改善した。

表 5. 骨折患者

平均年齢	81.1 歳
男性	8 名
女性	16 名

	人数	入院時	退院時	
HDS-R	24 名	21.21	21.62	n.s.
MMSE		21.66	22.48	**
BI		49.59	67.00	***
BPSD		4.02	2.78	***

※ \* 10% 有意、\*\* 5% 有意、\*\*\* 1% 有意、

表 6. 廃用症候群患者

平均年齢	81.0 歳
男性	21 名
女性	20 名

	人数	入院時	退院時	
HDS-R	41 名	20.00	20.63	n.s.
MMSE		21.57	22.04	n.s.
BI		31.95	44.30	***
BPSD		7.03	5.83	*

※ \* 10% 有意、\*\* 5% 有意、\*\*\* 1% 有意、

一方この研究調査期間中に BPSD が重篤化して自傷他害を示す患者の場合、精神科病院へ入院依頼を行った患者が 6 名であった。

当センターとしては以上記述したように、救急病院、精神科病院と連携をとって身体合併症と BPSD に対応し改善につながられた。

今後は全国のセンターで、救急病院、リハビリ病院（回復期リハ病棟）、精神科病院と連携をとってこの活動を広げていただきたいと考えている次第である。

Tokyo

## 6. 東京都

医療機関名

東京都健康長寿医療センター

地域型認知症疾患医療センター

### 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	東京都板橋区		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	2名	看護師	1名
精神保健福祉士	2名	社会福祉士	2名
臨床心理技術者	3名		
医療機関の特性	高齢者を対象とした高度専門医療、急性期医療を提供する二次救急指定の総合病院である。高齢者の医療と研究の双方を実践している。「認知症」は重点医療に位置付けられており、各診療科で認知症の身体疾患の治療を積極的に行っている。また、精神科の閉鎖病棟を有しBPSDの入院加療も行っている。		

### 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

東京都では島しょ部と桧原村を除く各区市町村に認知症疾患医療センターが指定されており、都独自の類型として「地域拠点型」と「地域連携型」の2類型がある。「地域拠点型」認知症疾患医療センターは所在する区町村を対象とした業務とともに、所在する二次医療圏全体の地域連携推進や人材育成、初期集中支援チーム事業のバックアップを行っている。東京都健康長寿医療センターは東京都類型の「地域拠点型」認知症疾患医療センターであり、練馬区、北区、豊島区、板橋区の4区で構成される人口約180万人の東京都区西北部二次医療圏を対象とした事業と、センターの所在する人口約55万人、高齢化率約23%の板橋区を対象とした事業を行っている。

また、東京都では「認知症支援推進センター事業」を東京都健康長寿医療センターに委託している。この事業は、都内全体の認知症支援に携わる医療専門職等の認知症対応力の向上のため多様な研修を行うとともに、都の認知症疾患医療センターが実施する研修に対する支援を行うものである。本稿では当センターの二つの認知症センター、「認知症疾患医療センター」と「認知症支援推進センター」の活動について紹介する（図1）。



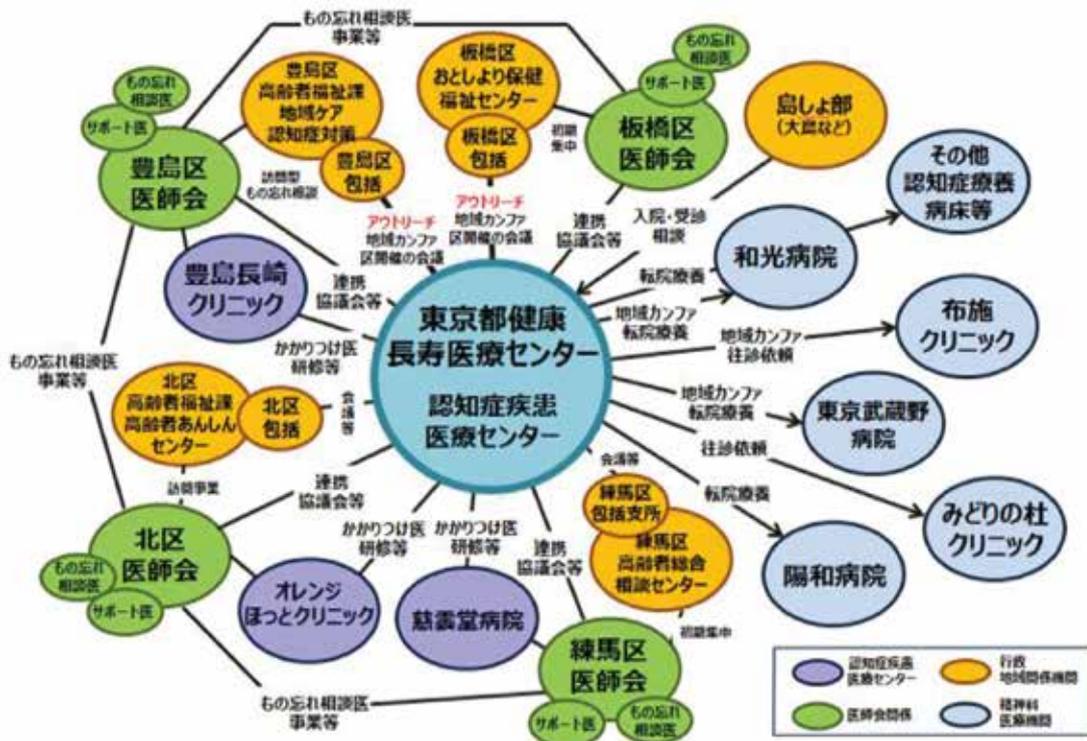
○初期集中支援チームとの連携（アウトリーチ事業）

当センターの医師、精神保健福祉士、臨床心理士、認知症認定看護師で構成する認知症アウトリーチチームが、板橋区認知症初期集中支援チームと連携し活動している。アウトリーチチーム事業はH 25 年認知症初期集中支援チームに先んじる形で開始され、当初は初期集中支援チームと同等の活動を行っていた。その後、平成 28 年から板橋区で認知症初期集中支援チームの設置が開始され、令和元年には全地域包括支援センターに初期集中支援チームが設置された。それに伴い現在、アウトリーチチームは初期集中支援チームのバックアップを中心とした活動をしている。具体的には初期集中支援チームのチーム員会議への参加、初期集中支援チームで対応困難なケースの訪問相談等である。精神疾患が疑われる例や、対応に苦慮するケースなどの依頼が多い。初期集中支援チームと合同で訪問・面接を行うこともある。心理士と精神保健福祉士の専門的見地からの見立てやアドバイスが高い評価を受けている。

○他医療機関との連携

認知症疾患医療センターの心臓部である認知症専門相談室が中心となって、地域の認知症診療に関わる医療機関と医療連携を行っている。日常的な医療連携、各種研修活動、症例検討会、連携協議会等を通して、顔の見える連携体制を作り上げている（図2）。

図2. 医療・介護連携体制



■区西北部医療圏の認知症疾患医療センターとして

○区西北部認知症医療介護連携協議会の開催

各区の行政、医師会、認知症疾患医療センターをメンバーとする連携協議会を年に2回開催し、二次医療圏全体の課題について討議している。また、分科会として医師会および認知症疾患医療センターからなる「医療部会」を年に複数回開催し、医療に関わる課題について討議している。最近では認知症検診についての話題が多かった。この医療部会でかかりつけ医認知症研修の内容についても検討している。

## ○人材育成

東京都では、「かかりつけ医認知症研修」「看護師認知症対応力向上研修1」を地域拠点型認知症疾患医療センターの必須研修としている。当センターでも同2研修と初期集中支援チーム支援研修を、区西北部二次医療圏を対象に開催している（図3）。

図3. 東京都の認知症疾患医療センターが行っている研修

### 東京都の認知症疾患医療センターが行っている研修

- 地域拠点型認知症疾患医療センターのみ（二次医療圏対象）
  - ・かかりつけ医認知症対応力向上研修（必須）
  - ・看護師認知症対応力向上研修Ⅰ（必須）
  - ・認知症多職種協働研修
  - ・初期集中支援チームの支援（研修または会議）
  
- 全認知症疾患医療センター（設置された区町村対象）
  - ・地域の医療職、行政職、介護職等を対象とした研修

## (2) 認知症支援推進センターの活動

認知症支援推進センターでは都内全体の認知症に関わる医療専門職等を対象とした多様な研修を行うことで地域の認知症医療機能体制の構築に寄与している（図4）。認知症疾患医療センターの職員を対象とした研修は、職員の異動に配慮し、新規任用者を対象とした基礎編と、専門性の高い応用編に分けて実施している。各種研修の内容については、有識者、各種医療介護関係者からなる認知症医療従事者向け支援検討会および、各研修を担う専門職の会議で検討を繰り返して研修の質担保を目指している。

東京都では、東京都全体、二次医療圏、各区町村と重層的に質の高い研修を行うことで、認知症医療を担う人材育成を行っているが、この研修事業も地域の認知症医療機能体制の構築、維持、質向上につながっていると考える。

図4. 認知症支援推進センターが行っている研修

### 認知症支援推進センターが行っている研修

- ・認知症サポート医フォローアップ研修  
認知症サポート医と認知症疾患医療センター勤務者を対象
- ・認知症疾患医療センター職員研修  
基礎編と応用編を実施（新規担当者への配慮）
- ・認知症地域対応力向上研修  
認知症に関わる行政職、医療職、介護職等対象  
（認知症コーディネーターや地域支援推進員、初期集中支援チーム員等）
- ・看護師認知症対応力向上研修Ⅱ  
看護師の認知症対応力向上研修はⅠ,Ⅱ,Ⅲにわかれており  
支援推進センターはⅡを担当
- ・島しょ地域等の認知症対応力向上研修



## 7. 石川県

医療機関名

石川県立こころの病院

地域型認知症疾患医療センター

### 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	石川県かほく市		
医療機関種別	精神科病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	4名	看護師	11名
精神保健福祉士	3名	作業療法士	3名
臨床心理技術者	3名	その他（事務）	1名
医療機関の特性	石川県立こころの病院（旧石川県立高松病院、以下当院）は単科精神科病院であり、1966年（昭和41年）に200床で開院し、55年の歴史を重ねてきた。現在、精神科救急入院料算定病棟44床、精神科急性期治療病棟50床（認知症などの高齢者専用）、認知症治療病棟50床を含む400床で運営している。県精神科救急システムの基幹病院であるとともに、県第7次医療計画では老年期精神疾患、依存症疾患、児童思春期精神疾患の県拠点病院に指定されている。		

地域型

### 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

はじめに

当院の認知症医療の歴史は古く、1972年（昭和47年）に遡る。この年は有吉佐和子の「恍惚の人」が発行され、認知症や認知症介護が初めて社会問題となった年であるが、当院はその年に認知症の専用病棟を整備した。1989年（平成元年）7月の老人性痴呆疾患センター実施要項により、同年10月に石川県老人性痴呆疾患センターが設置され、事業の見直しにより、2009年（平成21年）4月に石川県認知症疾患医療センターとなった。入院病棟については、1992年（平成4年）4月に痴呆性老人病棟（東1～3病棟）を新築し、以降地域の認知症医療の中核病院として、主に対応困難なBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）に対する入院治療を行っている。筆者は1992年4月より当院に勤務し、1994年4月から認知症医療を担当している。今回、認知症疾患医療センターにおける地域の認知症医療機能体制の構築に関する事例を執筆するにあたり、筆者の経験を振り返ってみることにした。

#### 1. オールド・カルチャーの時代 1994～

1992年に東病棟が新築され、50床の病棟3つが認知症病棟としてオープンした。東1病棟は

重度痴呆患者収容治療料を算定し、治療病棟として新規入院患者の受け入れ病棟であり、東2、3病棟は長期入院となった認知症患者の療養病棟として運用していた。3病棟とも常に満床であり、1人が退院すれば1人入院させるといった感じであった。療養病棟は車椅子か寝たきりの患者ばかりで、精神科的な治療よりも繰り返す肺炎や褥瘡などの身体管理に振り回されていた。

1994年にこれら認知症病棟の担当になった。認知症のケアは、いわゆる「オールド・カルチャー」そのものであり、認知症の人は、静かで穏やかで、じっとしている状態が良い状態、すなわちケア側からみて負担の少ないのが良い状態とされていた。スタッフは一生懸命働いていたが、そこにはパーソン・センタード・ケアの思想はなかった。一つ象徴的なことを書くと、3病棟とも、男性は青、女性はピンクのつなぎ服を全員着用していた。全員がつなぎ服を着ていることを、誰も疑問に思っていなかった。医師の仕事は、不眠や多動など、看護師がケアに困るような行動を、薬物を駆使してコントロールすることであり、少しでも良くして退院させようという考えは、ほとんどなかったように思う。

## 2. 入院依頼に即応しようとした 1996～

1996年より、病棟運営を行う立場になり、外部からの入院依頼を受けるようになった。その時、よく言われたのが痴呆疾患センターの空床確保の義務である。入院依頼に対し「では来週中に」と返事をすると、「おたくは空床確保の義務があるから今日入院させないのはおかしい」と責められる。おっしゃる通りだが、常に満床なのでどうにもならない。そこで、いわゆる老人病院へ転院できそうな患者をピックアップし、担当のケースワーカーと二人で毎日のように家族と交渉した。10年以上入院して寝たきり状態にある人の家族を納得させるのには骨が折れた。何とか家族を説得しても、老人病院探しにも苦労した。なかなか転院に応じてくれない年配の看護部長さんに、どういう患者ならとってくれるか尋ねたとき、「動かなくて、暴れなくて、できれば病気の無い人」と言われ、絶句したことを覚えている。

入院要請に迅速に対応し、病棟の回転率を上げたことで、スタッフにも活気が出た。図1に示すように、1996年中には「BPSDを治療して自宅に帰す」という病棟の運営方針を明確にした。全員のつなぎ服もこの年に廃止した。薬物療法についても、病棟の看護師長から「私たちが看ますから、無理にお薬で動けなくするようなことはしないでください」と申し出があり、抗精神病薬の使用は最小限にとどめることが伝統となった。

## 3 地域で信頼される病院を目指した 2000～

年間200人程度を受け入れられるようになり、医師、看護師、その他スタッフの意識も高まった。しかし、当時は精神科病院である「高松病院」の名はイメージが悪く、住民からは忌避されていた。長男の同意で入院した認知症の人を、遠方の娘が訪れ、「うちの母はばけていますけど、きちがいではありません」（不適切表現だが内容にかかわるのでそのまま記載した）と退院させていったことも一度や二度ではない。

2000年に介護保険制度が施行され、ケアマネジャーと関わる機会が増えた。「BPSDを良くして、できるだけ家に帰す」という当院の方針に賛同してくれる仲間が徐々に増えた。ケアマネジャーや介護施設とはWin-Winの関係を保つことが重要である。彼らの入院要請には必ず応じる代わりに、難しいケースのマネジメントを担当してもらった。もちろん丸投げではなく、何度も協議しながらである。関係者が一堂に会するケア会議の形が、自然にできあがっていった。彼らの依頼に応じ、研修会や講演会にも積極的に参加した。また誘われれば飲み会も断らなかった。人と

なりがわかることで、信頼関係も深まるものである。

#### 4. 入院期間の短縮を図った 2008～

東1病棟は重度痴呆患者収容治療料（出来高）を算定していたが、これが廃止され、2006年からは包括の認知症病棟入院料Iとなり、収益が減少した。東1病棟は行動障害が強い患者や身体合併症を有する患者が多いため、2000年度より3人夜勤を実施しており、十分に精神科急性期治療病棟の要件に対応する人的配置を行ってきた。2008年度、東1病棟を認知症病棟から精神科治療病棟に変更すべく、入院期間の短縮と在宅移行率の上昇を目指した1)。入院期間短縮のために掲げた方針が図2である。認知症の人の入院が長期化するのには、治療目標がはっきりしていないからだと考え、標的症候を明確にすることを第一に掲げた。そのほか当院の特徴として、「5」と「7」を強調したい。当時は病棟内を徘徊してトラブルとなる患者に対しては、車椅子に抑制することが多かったように思う。しかし歩けなくなるとは自宅には帰れないので、当院では足を鍛えるようにした。廃用性に下肢筋力の低下した患者には、作業療法士が立位訓練などを行い歩行機能向上に取り組んだ（図3）。また再入院を保証することは家族の安心感を高めた。

入院後の予後を調べるため、2006年4月～2009年11月の間に入院した患者402人（男性167人）を後方視的に調査し、自宅や地域の介護施設への退院をfavorable discharge（FD）とし、FDまでの期間とそれに与える要因を検討したのが、図4、5である2)。認知症が高度、攻撃的、男性患者は退院が難しいという臨床的感覚と一致する結果を得た。特に男性患者については、認知症が高度になる前、攻撃的になる前に介入すれば、入院期間が短縮する、あるいは入院を回避できると考えた。ケアマネジャーには男性の認知症患者の早期受診を促し、それらの患者に対し、認知症訪問看護を積極的に行った。

#### 5. 入院ではなく、外来で勝負する 2012～

この訪問看護は想像以上に効果があった。認知症女性の介護者の半数は子世代であるのに対し、男性の場合は半数が妻である3)。訪問看護師が妻とフレンドリーな関係を作ることで、妻の介護負担が軽減したようだった。認知症訪問看護を受けている患者家族のインタビュー研究によると4)、訪問看護の効果は、疾患の理解が深まる、対象者のポジティブな変化に気付くことのほか、訪問看護師の存在による介護者の安心感・精神的ストレスの緩和が抽出された。何でもいつでも相談できること、緊急対応できること、医療面でもサポートできることが訪問看護師のメリットである。こうして訪問看護師をハブとした連携システムができあがった（図6）。2012年、院長就任に伴い外来専属になったこともあり、BPSDの治療目的で受診した患者をなるべく入院させずに外来でfollowしていくことが生きがいとなった。外来で支援体制を固めておくと、仮に入院したとしても短期間で退院することが可能である。入院期間の短縮には、入院前の下ごしらえが重要と考えるに至った。

さいごに

地域でのケアマネジャーとの勉強会が、医師会などを巻き込んだ事例検討会に発展し、これが石川県のかかりつけ医認知症対応力向上研修の基本パターンとなった。今後も地域の認知症医療のリーダーとして、情報発信等に努めていきたい。

昨今の介護施設のケアの質の向上には目を見張るものがある。だから精神科病院での認知症の入院治療は、著しいBPSDの治療を短期集中的に行うことに特化すべきであり、可能ならば外来

治療だけで終わらせたい。ただしこれを実践した結果、認知症病棟の空床が増え、病院の経営に良からぬ影響を与えていることを報告し、稿を終える。

(北村 立)

#### 《文献》

- 1) 北村 立、倉田孝一：高齢者専用の精神科急性期ユニットの必要性について—認知症病棟から精神科急性期治療病棟への転用を試みて—。全国自治体病院協議会雑誌, 48 (10) : 86-90, 2009
- 2) Kitamura,T. Kitamura, M. Hino, S. Kurata, K. : Predictors of Time to Discharge in Patients Hospitalized for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Dement Geriatr Cogn Disord Extra, 3 : 86-95, 2013.
- 3) Kitamura,T. Kitamura, M. Hino, S. Tanaka, N. Kurata, K. : Gender Differences in Clinical Manifestations and Outcomes Among Hospitalized Patients With Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. J Clin Psychiatry, 73 (12) : 1548-1554, 2012.
- 4) Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, Kitamura M, Hino S. : Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone. PSYCHOGERIATRICS 19: 3-9, 2019.

図 1. 我々が目指すべき方向

### 我々が目指すべき方向

我々が目指すべき方向は、痴呆性老人を少しでも家族が介護しやすい状態にして、**自宅へ帰してあげる**ことにある。そのためには、専門家として、痴呆性老人との接し方や援助方法を**家族に教育**したり、地域のデイ・サービスや在宅介護支援センターなどとの**連携**を密にする必要がある。しかし、家族が介護に疲れたとき、症状が悪化したときなどに**いつでも受入れ可能な体制**を整えなければならない。

(北村立他:石川県立高松病院の老人性痴呆疾患専門病棟について. いしかわ精神保健第37号、平成8年)

図2. 早期に自宅へ退院させるために

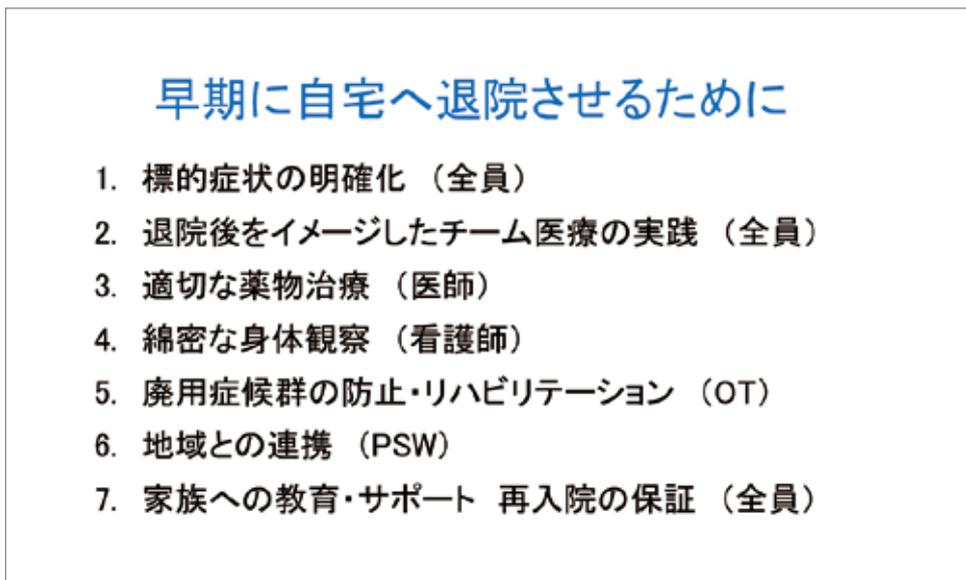


図3. ADLの自立に向けて～基本動作の獲得へのアプローチ



図 4. 自宅や施設への退院に影響を与える因子

### 自宅や施設への退院に影響を与える因子 (多変量Cox比例ハザード回帰分析)

	Hazard比	95% 信頼区間	P値
男性	0.70	0.54–0.92	0.010
年齢	1.02	1.00–1.04	0.065
自宅	1.34	1.04–1.73	0.024
単身者	0.64	0.46–0.88	0.006
介護者が子	0.73	0.54–0.97	0.033
MMSE得点	1.03	1.01–1.05	0.000
攻撃的言動	0.75	0.58–0.97	0.026

P値<0.10の変数 文献2)より

図 5. 自宅や施設への隊員に関する樹木モデル

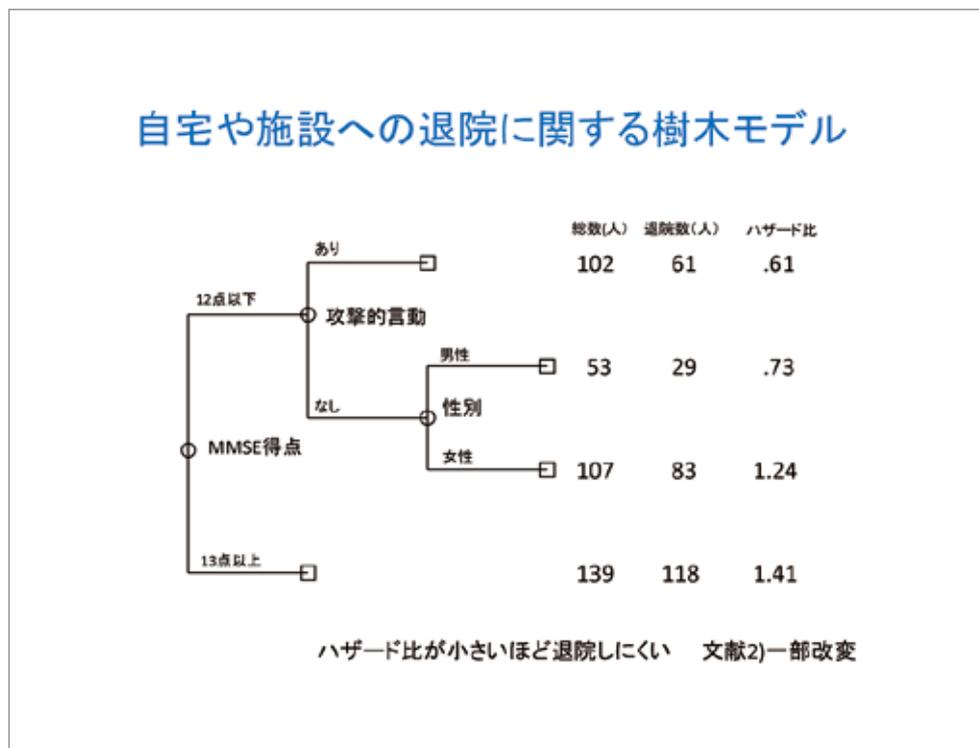
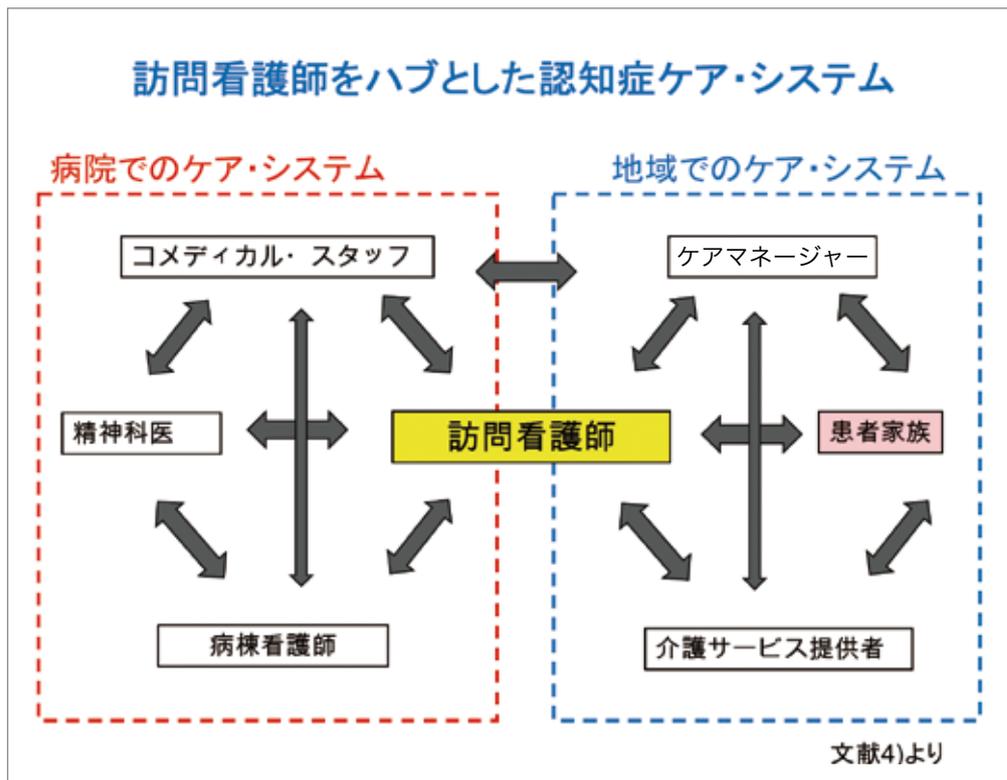


図 6. 訪問看護師をハブとした認知症ケア・システム







## 8. 愛知県

### 医療機関名

国立長寿医療研究センター

地域型認知症疾患医療センター

### 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	愛知県大府市森岡町		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ（認知症疾患医療センターの日常生活支援機能等を担うスタッフ）			
医師	19名	保健師	1名
精神保健福祉士	1名	看護師	2名
臨床心理技術者	5名		
医療機関の特性	<p>国立長寿医療研究センターは6つめのナショナルセンターであり、超高齢社会において、要介護の原因の第一位である認知症への取り組みは最も重要なミッションである。病院と研究所のスタッフが、認知症の予防、診断、治療、ケアに関する新たな診療技術の開発に取り組んでいる。もの忘れセンターでは、年間1,000名を超える初診患者の鑑別診断と治療を行い、認知症専門医、看護師、薬剤師、心理士、ソーシャルワーカーが多職種チームで、ご本人とご家族の目線に立った切れ目ないサポートを提供している。</p>		

### 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

#### 国立長寿医療研究センターにおける診断後支援の取り組み

国立長寿医療研究センターは愛知県の委託を受け、認知症疾患医療センターを運営している。年間1000名以上の鑑別診断を行い、新たな診断とケア方法の開発を研究所と一体となって行っている。患者の多くは二次医療圏からの受診であるが、東海地方のみならず遠方からの受診者もある。また、認知症サポート医養成研修、認知症初期集中支援チーム員研修などの人材育成にも積極的に貢献している。近隣の市町村と地域連携会議を行っているが、地域レベルの認知症ケア、町づくりへの貢献については課題が残っている。

私達はこれまで、認知症リハビリテーション、家族教室などの様々な診断後支援を開発し、科学的なエビデンスを広く提供してきた。最近では、認知症リスクを有する高齢者における多因子介入の効果を、大規模な介入研究で検証している（J-MINT研究）。今後、これらの診断後支援を社会実装することで、地域の認知症予防と共生に貢献していきたい。本事例集では、①認知症の人と家族介護者に対する脳・身体賦活リハビリテーション、②認知症当事者、家族を対象とした心理的支援（（家族教室））、③若年性認知症に対するソーシャルワークについて紹介する。

## I . 認知症の人とその家族介護者に対する脳・身体賦活リハビリテーション

認知症の非薬物療法には様々な技法があるが、いずれも認知機能の改善だけでなく、BPSD や生活機能の維持・改善を目指すことが特徴である。我々は非薬物療法の一環として、2013年から認知症とMCIの人およびその家族介護者を対象に、外来で週に1回、1時間の脳・身体賦活リハビリテーション（脳活リハ）を実施している。リハは原則家族同伴であるが、本人と家族の許可があれば、ケアマネジャー、施設職員などの見学も可能である。認知症の人に関わる人たちが定期的に集まることで、医療的な情報やケアに関する問題点を共有し、一貫したケアを提供でき、様々な立場から生活の再建のヒントを得ることができる。また脳活リハ開始前には、認知機能やBPSD、QOL、生活上の問題点、介護者の介護負担、社会資源の利用状況などについて詳細な評価を行う。これにより画一的なりハではなく、能力や当事者のニーズに即したりハを提供できる。

実際の脳活リハは、これらの評価結果に基づき、新しい人間関係を創出しコミュニケーション能力や社会性の維持・向上を目指す目的で、集団の形式にて実施している。医師、リハビリテーションスタッフが協働し（図1）、様々な技法を使用しながら、笑顔や会話を引き出し楽しい空間を創出すると共に、残存機能を十分に生かし、認知症の人の自尊心や自立心を高めるよう工夫している（図2）。また、家族に対しても、疾患教育だけでなく、接し方や援助方法などの介護スキル訓練、認知行動療法、家族自身の自己管理、社会資源の活用に関する指導、精神的サポートを継続して行っている。

図1. 脳活リハメンバー

リハビリテーション専門医（認知症専門医）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士



図2. 脳活リハ風景

運動療法（ストレッチ）、二重課題訓練、園芸療法、認知課題、本人・家族指導など

令和2年度はコロナ禍にあったにもかかわらず、前年度と同等（2,863名の参加）の診療実績を維持し、ニーズの高さがうかがえる。リハの満足度もとても高く、全プログラムにおいて満足度は10点満点中7.5点以上であり、脳活リハを実施しない群との比較では、介入1年後においてADLが有意に維持されていた。さらに、コロナ禍においても生活全体を支えフレイルの進行を予防するため、運動療法やADL練習なども合わせて実施し、在宅活動を促すために作成した在宅活動ガイド2020（HEPOP®2020: ヒーポップ2020）（図3、図4）を活用し、自宅での運動機会を確保しながらモニタリングを実施し、どんな時にも社会的孤立を招かぬよう、包括的・多面的なアプローチを行っている。

図3. HEPOP® フローチャート

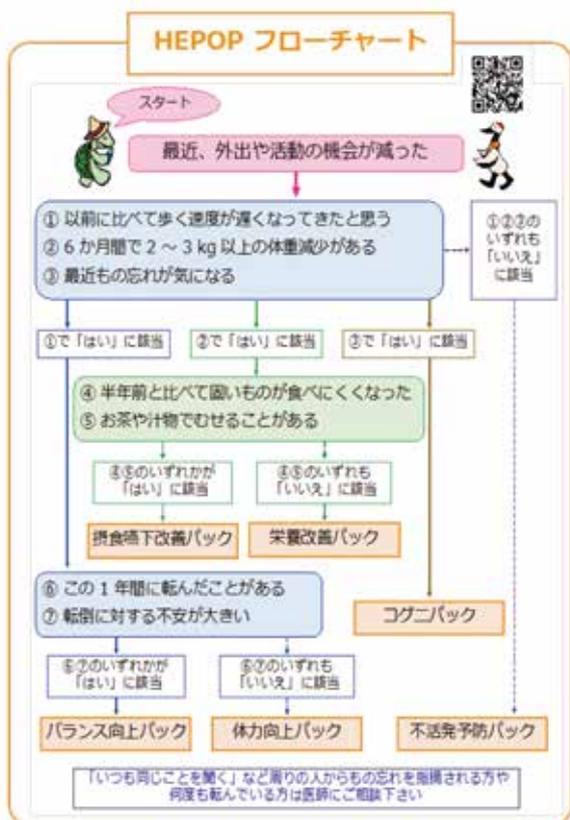
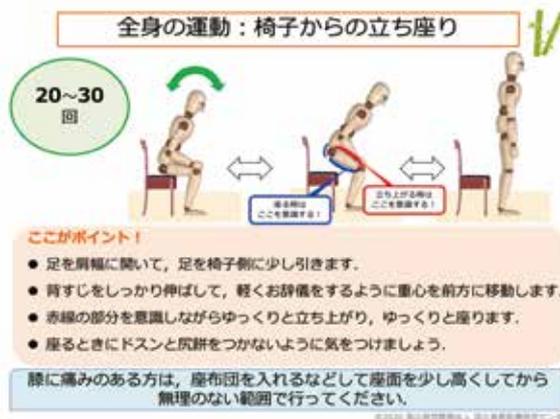


図4. 掲載している運動の例（バランス向上バックより）



国立長寿医療研究センターのホームページから無料で閲覧、ダウンロードが可能である。

(<http://www.ncgg.go.jp/hospital/guide/index.html>)

## II. 認知症の人の家族介護者向け教室

高齢者認知症の増加とともに、家族の介護負担増加に伴うバーンアウトや抑うつが発生など家族の心身負担増加が社会的課題になっている。欧米の報告では、家族のバーンアウトや抑うつ予防の手法として、心理的社会的支援の有用性が示されている。国立長寿医療研究センターでは、家族や専門職の心身負担を軽減させることを目的に、エビデンスに基づく家族向け集団型支援プログラムを、認知症の人の家族介護者向け教室（教室名:あした晴れますように）として提供している。教室の目標は、①介護者の潜在的能力（経験、知恵、特技等）を引き出し、それらを活用できるように支えて介護負担軽減を図ること、②介護者の抑うつを防ぎ、Well-beingの維持・向上を図ることである。

教室の内容については、①もの忘れ外来に通う認知症の人の家族の支援ニーズ分析、②臨床現場の専門職が家族に有してほしいと思う認知症診療やケアに関する知識・情報、③国内外の取り組みで効果がみられた支援内容をピックアップ、以上3点の要素を交えて試作化した。表1に示

した内容を、多職種協同による集団形式（90分/回、隔週6回、3か月間）で実施し、家族支援を行っている。プログラムは、専門職が一方向的に情報提供するのではなく、グループワーク、グループディスカッション、事例分析を多用し（表1）、インタラクティブ・ラーニングを行っている。そのねらいは相互交流を通じて、①現在有している認知症や介護に関する知識・経験の振り返りができる、②自らが有する疑問点をクリアにできる、③介護感情を内省する機会を創出できる、④認知症の人への最善の対応方法の経験を共有できるという主体的な学習行動の発動である。参加家族からは、「自分だけではない」「話ができやすかった」などのポジティブな感想が多かった。実際の教室の様子を図5に示した。

表1. 認知症の人の家族介護者向け教室プログラム概要

領域	テーマ	コンテンツ	メイン進行	手法
1	医学	認知症の理解	医師	Lec Q&A
2	ケアⅠ	認知症の人のケア（考え方）	看護師	Lec GW,GO
3	ケアⅡ	認知症の人のケア（認知症の人を理解する）	看護師	Lec GW,GO
4	ケアⅢ	認知症の人のケア（BPSDへの対応方法）	看護師	Lec CS
5	心理学	認知症の人と介護者のこころを整える	心理士	Lec TR
6	社会福祉	認知症の人と介護者を地域で支える環境づくり	MSW	Lec GW,EX,GO

\* 90分/回、3か月開講（2週間/回×12回）

\* Lec: 講義, Q&A: 質疑応答, GD: グループディスカッション, GW: グループワーク, CS: 事例分析

TR: 練習（トレーニング）, EX: 演習（エクササイズ）

図5. 認知症の人の家族介護者向け教室の様子（セッション6：介護地図を使った介護環境の振り返り）

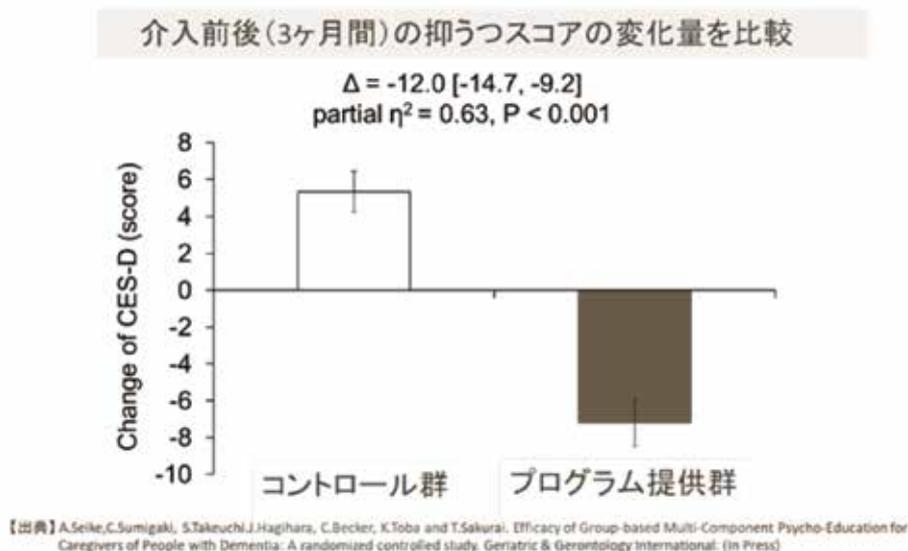


私どもは、表1の支援プログラムによる介入効果をランダム化比較試験で検証した（Seike et al, 2021）。本プログラムに参加した群（介入群）、非参加群（資料群）に分け、介入群で抑うつスコアの改善が確認された（図6）。プログラムの普及のためテキストおよびDVDを作成し、ホームページでダウンロードを可能としている（<https://www.ncgg.go.jp/hospital/monowasure/family/index.html>）。また、家族教室の企画運営ノウハウは、ワークショップや書籍でも情報公開している。

現在は教室修了者から出た「認知症の人と一緒に参加できると安心」という声に応えるため、認知症の人と家族ペアで参加できる教室を新設し、効果検証を実施している。

図 6. 心理社会的介入の効果

3か月間の心理社会的プログラムにより抑うつは低減された

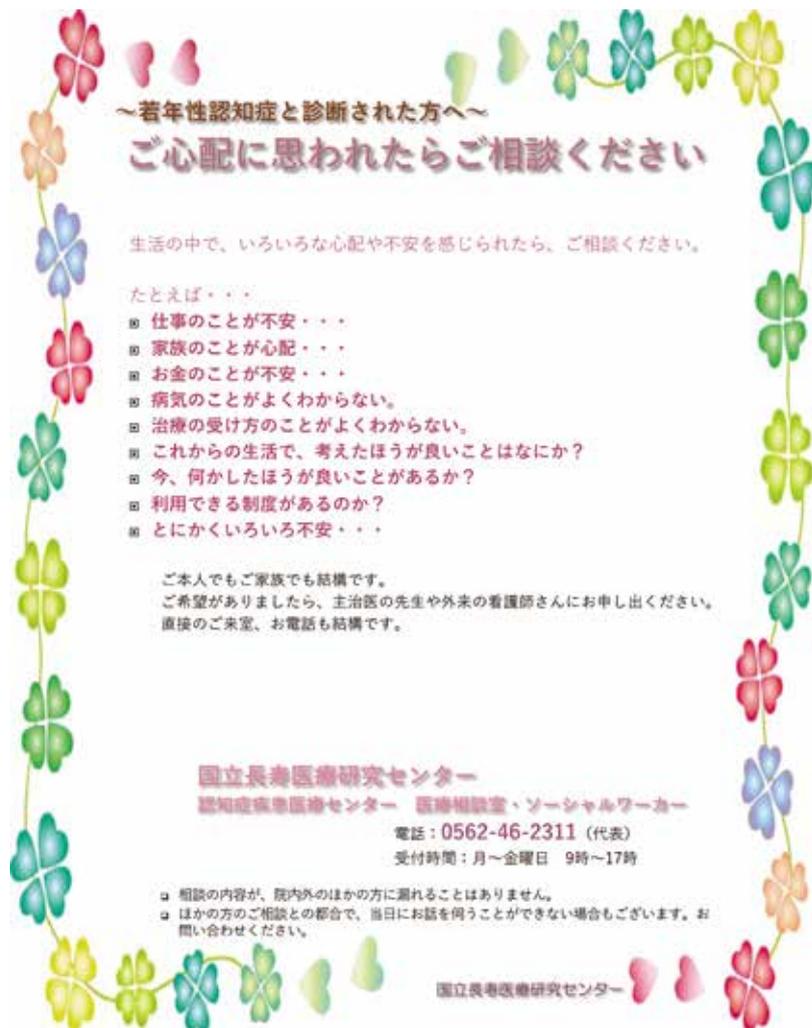


### Ⅲ. 若年性認知症への支援の取り組み

国立長寿医療研究センター・もの忘れ外来では、65歳以下の若年性認知症の患者および家族に対して、以下の診断後支援を行っている。支援は個別支援で、それぞれの状態やニーズに合わせて、心理社会的援助（ソーシャルワーク援助）を行っている。

もの忘れ外来で若年性認知症と診断された方には、外来看護師が若年性認知症のパンフレットを渡している。パンフレットの内容は、①若年性認知症支援コーディネーターの案内（愛知県、名古屋市およびその他の都道府県）、②「社団法人認知症の人と家族の会」の入会案内、③「若年性認知症の人が利用できる制度」のチラシ、④当院の専門医療相談の案内のチラシ（図7）である。本人、家族に有益な情報を少しでも早く提供し、自らが必要と感じたタイミングで、必要な資源を利用できるようにすることを目的としたツールである。診断直後は混乱し十分に受け止める心理的余裕がなくても、数日後、数か月後に思い出したり、困ったことが発生したりした時に、診断を受けた医療機関という心理的に身近な場所で相談ができることを案内し、孤立を防ぐことを目的とする。パンフレットを渡す際にも、外来看護師が本人、家族に、「お困りのことはありませんか?」「今日、ご相談していくこともできますよ」等の声掛けもしている。相談希望等がある場合には、内容に応じて、看護師もしくは精神保健福祉士が短時間でも対応している。また、初診時や検査結果説明のための受診の前でも、外来看護師が、心理社会的課題があると判断した場合には、精神保健福祉士が連絡を受け、カルテを確認して当日の必要な対応について主治医と相談をする場合もある。精神保健福祉士への相談は、外来看護師だけではなく、診察した医師から直接依頼されることもある。

図 7. 専門医療相談の案内のチラシ



診断後支援の面接では、本人および家族の状況、ニーズを確認し、課題解決のための方法を検討し、必要な支援を検討する。自宅から外に出られないことが多いケースでは、介護サービスの利用を視野に入れ、地域包括支援センターもしくは認知症初期集中支援チームとの連携支援を提案し、了承が得られたら支援を依頼している。60才未満で就労希望が明確な場合には、障害者職業センターおよび障害者就労・相談支援センターとの連携支援を検討する。診断時に就労中であるケースでは、就労継続のための支援を最優先の目標とし、職場との調整のため若年性認知症支援コーディネーターに連携援助を依頼している。

しかし、現状の問題点や将来の目標を明確にできる患者・家族ばかりではない。その場合には、不安の表出や次のステップに踏み出す準備ができるまで、受診の際に定期的な面接を行い、または電話での相談を継続し、「不安な時にはいつでも相談できる」という信頼関係を構築するようにしている。

若年性認知症の患者・家族は、心理社会的課題を抱えている方が多くみられる。既存の制度や資源を適切に組み合わせて利用することで、有益な生活が可能であることが報告されている。当院での若年性認知症の患者、家族への支援は、①医療者からの積極的な情報提供や声掛けにより、少しでも早く情報を知っていただくこと、②患者・家族の受容に合わせた関わりができるよう見守りの体制を作ること、③多彩な課題に応じて、医療機関や若年性認知症支援コーディネーターを中心とした地域の支援機関と連携する体制を構築することである。



## 9. 大阪市

### 医療機関名

大阪市立弘済院附属病院

地域型認知症疾患医療センター

### 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	大阪府大阪市		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	6名	保健師	1名
社会福祉士	1名	看護師（認定看護師）	2名
臨床心理技術者（常勤換算）	2.2名	作業療法士	1名
その他（CM 資格あり福祉職）	1名	その他（心理職相談員）	1名
医療機関の特性	<p>明治 21 年設立の市直営の福祉施設併設の病院である。平成 21 年に大阪市の地域型認知症疾患医療センターに指定され、北部 8 区（令和 4 年 1 月 1 日現在人口 936,488 人、高齢者 223,505 人、高齢化率 23.9%）を担当している。「弘済院家族の会」、若年発症者の「本人サポートの会」の設置（平成 14 年）を始め、精神科と神経内科で協働して、早くから患者家族支援に取り組んできた。歩行可能な BPSD を伴う認知症専用の第 2 特別養護老人ホームとは、定例の事例検討会を設け、認知症ケアの情報発信等に取り組んでいる。</p>		

### 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

大阪市は、大阪湾に面した平野部に位置し、24の行政区からなる政令指定都市である。令和4年1月1日現在で、人口約275万人で、政令指定都市で最も人口密度が高く（約12,200人/km<sup>2</sup>）、市域全体が2次医療圏となっている。

認知症疾患医療センターについては、平成21年に地域型認知症疾患医療センター3施設を、北、中央、南の3エリアの担当に分けて指定した。また、平成29年に連携型をさらに指定した際には、それぞれのエリアに1か所ずつ指定し、各エリアに地域型、連携型が一つずつ配置されることとなった（図1）。

#### 1) 大阪市の認知症医療に関連する背景は次の通りである。

(1) 一般に医療資源は豊富で（地域医療情報システム2021年11月現在：医療機関数18,295、病院数174）、交通網が発達している都市部であることから、多様な医療機関へのアクセスが比較的容易である。

- (2) しかし、高度急性期病院などの大きな病院は、市役所や大阪駅のある北区を中心に、市北部に多い。
- (3) 南部に向かうほど高齢化率が高いため（図 2-①）、南エリアでは認知症の人も多い（図 2-②）。
- (4) 市域全体に高齢者のひとり暮らし世帯が多く（図 3）、政令指定都市の中で全国 1 位である。
- (5) 精神科病床は、2021 年 11 月現在（地域医療情報システム）、大阪府全体では人口 10 万人あたり 204.16 床に対して、大阪市は 8.1 床と極めて少ない。
- (6) 26 地区医師会（大学、行政医師会を除く）があり、大阪市全体の医師会はない。
- (7) 地域包括支援センターは、各区に 1～5 か所あり、市域全体で 66 か所設置されている。そのうち各区 1 か所の地域包括支援センターが認知症強化型地域包括支援センターとして位置づけられており、認知症初期集中支援チーム（通称:オレンジチーム）が設置されている。さらに、認知症強化型地域包括支援センターには、認知症地域支援推進員が併置されるとともに、区域の認知症の人の支援に関わる地域ネットワークを活用して、対応力を強化する仕組みを構築していくために、認知症施策推進担当が配置されている。

## 2) 大阪市の認知症疾患医療センターの特徴

大阪市の認知症疾患医療センターは、北エリアは 8 区、中央エリアは 10 区、南エリアは高齢化率が高いため担当区数は 6 区と少なく設定されている。できるだけ、市域全体に均等に分布するように指定されているが、市直営の大阪市立弘済院附属病院は、大阪市から北方の市域外（吹田市）にある。

最大の特徴は、6 つの認知症疾患医療センターがそれぞれ異なる特徴を持つ医療機関であることが挙げられ、具体的には、大学病院、精神科単科病院、一般病院（地域医療支援病院）、一般病院（大阪市福祉局直営）、デイケアを併設する精神科クリニック、神経内科クリニックの 6 医療機関から成っている。この体制が定着するに伴い、交通の便がよいことも併せて、認知症疾患医療センターへ患者を紹介する立場のかかりつけ医や支援者が、各認知症疾患医療センターの特性を理解して、使い分けようようになってきている。

認知症疾患医療センターと連携の強い地区医師会や認知症初期集中支援チームによると、①本人、家族の希望、②患者背景（年齢、同行する家族の有無、経済的背景等）、③患者の ADL、病状（鑑別の難易度、合併症の有無等）等を総合的に判断して、いずれの医療機関を利用すべきかを考えている。つまり、かかりつけ医のみの診療のみなのか、それとも近隣の医療機関か認知症疾患医療センターへ紹介するか、あるいは 6 か所の認知症疾患医療センターの中で、多少遠方であっても専門性を求めるべきか、などの判断が行われている。

## 3) 認知症の医療体制の構築

(1) 行政区単位の活動：認知症等高齢者を支援するためのネットワークづくりは、平成 21 年度から取り組まれてきており、基本的に区単位での各種啓発活動（市民向け、多職種連携など）等が行われてきた。そこに平成 28 年から認知症初期集中支援チームが設置され、29 年からは認知症強化型地域包括支援センターが位置づけられて、区内の認知症支援の拠点として活動するようになった。認知症の人の早期対応については、各区にある地区医師会の協力のもと、認知症サポート医とともに、認知症初期集中支援チームが積極的に活動しており（図 4）、認知症疾患医療センターは担当エリアを中心に各区の活動の後方支援を行っている。ただ、区役所の保健福祉センターや医療介護連携のシステム、地域福祉施策等との協働は、地域によっては未だ不十分であること

が現場の専門職等から指摘されており、各行政区単位での連携強化が求められている。

(2) 弘済院附属病院認知症疾患医療センターの活動：大阪市直営の病院で、常に複数の医師が行政と兼務しており、事務担当者等も認知症施策担当部署との交流が多いため、施策に関する情報を入手しやすい。特に、診断後支援に関しては先進的に取り組み、市域を牽引するとともに、新規事業の立ち上げや、モデル事業の実施に際しては実施体制検証のため専門医を派遣したり、市域の啓発活動や人材育成に取り組むなど、基幹型に準じた活動を担ってきた。

### (3) 今後の課題

①他事業との連携：24行政区単位の活動を主として、認知症医療、支援体制が構築されてきているが、認知症施策以外の事業（健康施策、地域福祉施策など）との連携の強化をはかる必要がある。

②担当医療機関の交代に伴う体制の再構築：弘済院附属病院の大阪市立大学への移管とそれに伴う市域南部への移転が予定されており、今後市域全体の認知症医療体制の再構築が必要である。再構築に際しては、都市部ならではの、認知症疾患医療センター以外の数多くの医療機関等との関係性の検討も必要である。

#### ③人材育成：

③-1 専門職のスキルアップ：医療機関の規模にもよるが、専門職は同職種が少人数であることが多く、自院内部で認知症疾患医療センターの相談業務がどうあるべきか等の学びの機会を得ることが難しい。また医療機関内のみ勤務であると地域の実情を知る機会が乏しい。大阪市では令和4年2月1日に初めて「認知症疾患医療センターに携わる職員スキルアップ研修」を相談員を対象に開催し、柏木一恵精神保健福祉士（堺市 浅香山病院）に講義いただいた。引き続き同様な学びの機会が必要であると考え。

③-2 人材確保：少子高齢化の進行する中、都市部では今後も高齢者の増加の傾向が見込まれている。医療機関のみならず、医療職、介護職など専門職の人材確保が難しい状況となっており、長期的視野に立った人材育成とともに持続可能な体制づくりが必要である。

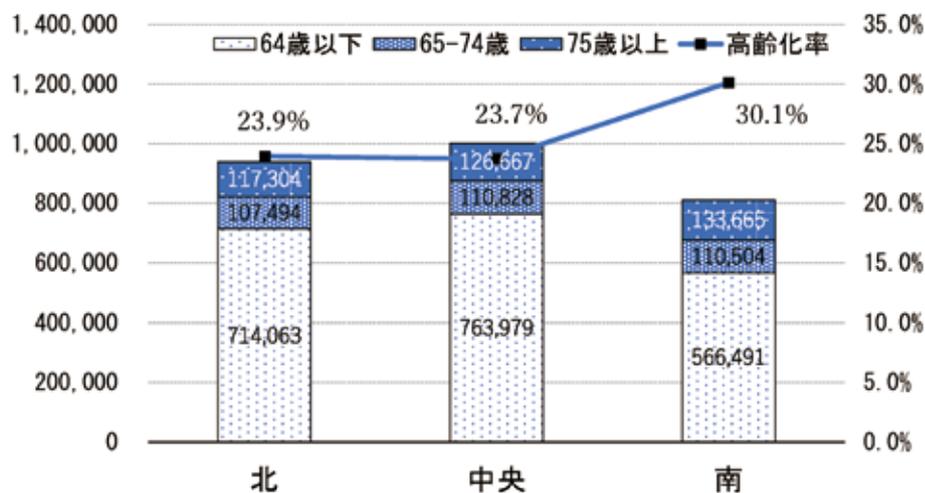
④都道府県と市町村の連携、地域連携：上記③-1「認知症疾患医療センターに携わる職員スキルアップ研修」開催に際して、講師が隣接政令市の認知症疾患医療センター勤務であったことをきっかけに、府および堺市にも声をかけ、府内全域の認知症疾患医療センターにも参加いただき、講演の後に、短時間ではあったがグループワークを行った。認知症疾患医療センターの実務者同士の交流の機会を持てたことは、今後の地域連携やスキルアップに有用であると考え、継続実施を考えている。

さらにこのような活動を機会に、自治体自体も、市町村同士あるいは、市町村から都道府県に向けても交流を深めていくことができれば、地域連携の推進に役立つのではないかと考えられる。

図 1. 大阪市認知症患者医療センター配置 (令和 4 年 3 月現在)

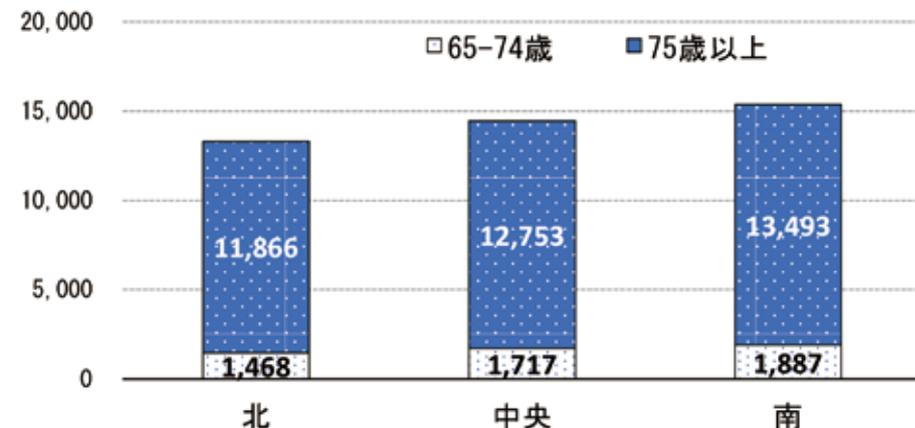


図 2-①. エリア別人口と高齢化率



数値は「大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（2021（令和 3）年度～ 2023（令和 5 年度）」の参考資料の「区別情報」をもとに作成

図 2-②. エリア別 認知症高齢者数《日常生活自立度Ⅱ以上》



数値は「大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（2021（令和 3）年度～ 2023（令和 5 年度）」の参考資料の「区別情報」をもとに作成

図3.

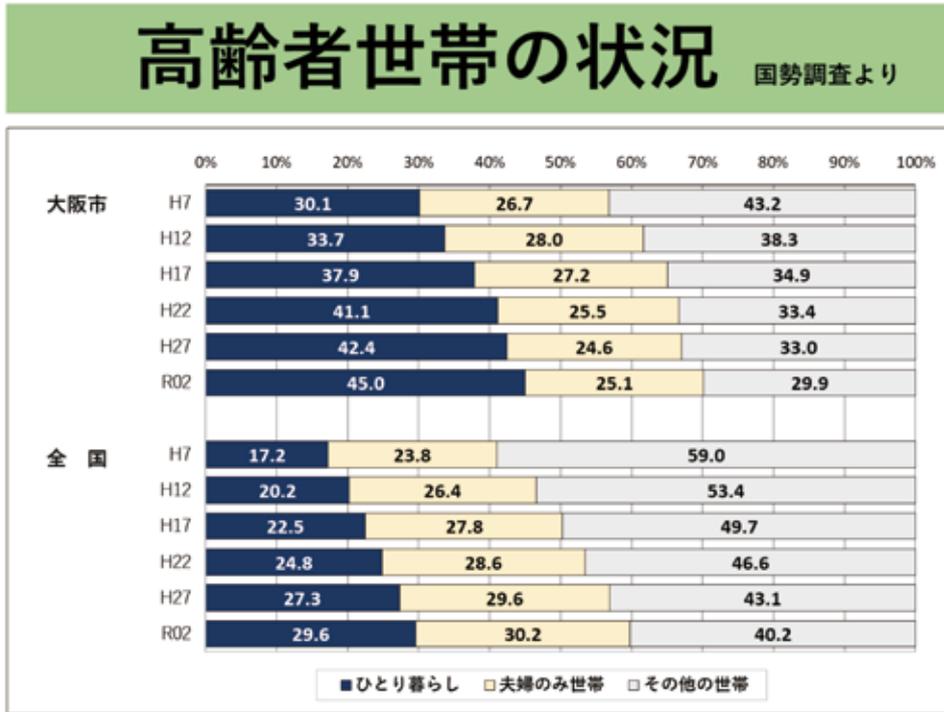


図4.

### 認知症初期集中支援チームの設置経過と支援実績

年度	経過	チーム設置数	支援数(人)
H26	・東淀川区でモデル実施 (地域包括支援センターに設置)	1	50
H27	・東淀川区・城東区・東住吉区で先行実施	3	237
H28	・全24区で実施 (チーム員医師は地区医師会推薦) ・認知症地域支援推進員をチームに併置 ・地域型認知症疾患医療センター (3か所) にチーム員医師からのメール相談体制を整備 ⇒ R1年廃止 ・関係者会議のスーパーバイザーとして学識者・専門医を派遣	24	885
H29	・チーム設置包括を「認知症強化型」に指定し、各区の認知症施策を推進する認知症施策推進担当を配置 ・チーム員医師と合わせて補佐医師を配置 (9月: 連携型認知症疾患医療センター (3か所) 設置)	24	1,421
H30	・地域分析を進め、課題の検討	24	1,412
R1	・新型コロナウイルス感染症に関する取り組み、課題の検討	24	1,302
R2	・関係者会議及びチーム員会議の実施に関する課題の検討	24	1,241
合計			6,548





# 10. 広島県

## 医療機関名

医療法人社団知仁会 メープルヒル病院

地域型認知症疾患医療センター

### 1. 認知症疾患医療センター基本情報

広島県・大竹市	広島県大竹市		
医療機関種別	精神科病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	5名	臨床心理技術者	1名
医療機関の特性	広島県西部（大竹市・廿日市市）を二次医療圏域とする認知症疾患医療センターとして平成22年に設置。認知症の早期発見、早期診断、早期介入が重要であることから、医療と介護のワンストップサービスとして認知症疾患医療センターと地域包括支援センターが一体化した『広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・玖波地区地域包括支援・合併型センター』を平成27年に設立。認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームを併設し運営している。		

地域型

### 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

当センターはもともと広島県西部（大竹市・廿日市市）を二次医療圏域とする認知症疾患医療センターとして平成22年に設置された。平成27年度からは、地域医療介護総合確保基金・広島県地域医療介護総合確保事業により、循環型認知症医療・介護連携システム推進事業が開始され、その事業において医療と介護の実質的連携向上のために、当センターに地域包括支援センターが合併した合併型センターが設立された、という経緯がある。さらに、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームを併設しており、合併型センターを核として認知症地域ケアの司令塔となることを目標として運営されている。

こうした経緯から、当センターの特色は、認知症早期段階から診断後、さらには進行した段階まで含めて医療と介護の連携した複合的なサービス提供を可能にした点にある。

認知症もしくは認知症が疑われる人についてはインテークを通して地域包括支援センターが総合相談窓口として機能する。地域包括支援センターにうまくつながらない場合には、併設されている初期集中支援チームがアウトリーチとしての機能を発揮し、自宅において集中的・包括的に関与する。地域包括支援センター、初期集中支援チームにおける相談・アセスメントの結果、医療が必要な場合には認知症疾患医療センターにつなぐこととなる。ここで、当センターが合併型として設置された強みが発揮されることとなる。地域包括支援センター、初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、認知症地域支援推進員それぞれの距離が非常に近く、また記録も共有さ

れているため適切なタイミングで有機的に対応する事が可能となっている。医療側は介護サービス等の提供状況や介護側からの情報提供を踏まえつつ医療の提供を行う事が可能となり、介護側としても医療側からの情報提供をもとに、ケアプランの作成や介護サービスの提供が可能となる。例えば、センターへの初診時に認知症の鑑別診断を行うと同時に介護保険の申請を行い、介護保険サービスを活用して環境整備を行い、服薬アドヒアランスを高めつつ抗認知症薬等の治療を開始するといったことが可能である。これは、利用者目線からは、認知症症状による困りごとが出てきたときに、当センターを受診することで医療だけでなく介護まで含めてワンストップサービスとして提供されていることによる利便性、また診断から介護ケアの提供まで医療、介護が切れ目なくつながって提供されるという安心感につながる事となる。また、それぞれの機関に所属する専門職が物理的にも近く顔が見える関係を築いていることから、個々の専門性を活かし多職種で協働しつつ対応することが可能となる。例えば、センターを受診している認知症患者が転倒した場合、転倒に対する医学的な評価や治療を行うとともに、介護保険サービスによる転倒予防のためのリハビリの導入や段差や傾斜の解消など住宅改修を並行して進めていくことができる。こうした医療介護の緊密な連携による対応は、特に、独居等生活状況に対する配慮が必要であったり、専門的な知識もしくはケアの提供が必要であったり、あるいはご本人や家族に対して特別な配慮が必要なケースにおいてはこうした利点が大きく働いてくる。

さらに、当センターの母体は内科及び認知症病棟を主体とするリハビリを重点化した内科・精神科病院であり、合併型センターの後方支援として機能している。認知症に伴う行動・心理症状等によって在宅生活の維持が困難になった場合には、必要時のみ入院を行い、入院によって症状が軽快し在宅生活への復帰が可能となった時点で退院する。

このように、外来においては合併型センターの枠組みを通して有機的に連携した医療・介護の提供を行い、行動・心理症状や身体合併症等がみられた場合には後方支援である医療機関において適切な治療やリハビリテーションを実施する。退院後には再び合併型センターによる医療・介護の提供を行うという枠組みを構築することで、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）にも示された、認知症の人が、その時の心身の状態に応じ、在宅・医療機関・介護施設等の最もふさわしい場所で適切なサービスが受けられる循環型の仕組みを実現している。

さらに、認知症疾患医療連携全体協議会を定期的に開催して県内の他認知症疾患医療センターとの連携を強化するとともに、定期的に合同セミナーを開催して認知症医療介護に従事する専門職に対する研修等、人材育成にも努めている。また、地域包括支援センタースタッフを介して他関連機関との連携も行っている。

ここまで当センターの体制について経緯を含めどのように機能しているかについて説明してきた。ここで、認知症地域医療体制の構築に向けて認知症の進行度（健常、軽度認知障害もしくは認知症疑い、認知症、認知症に伴う行動・心理症状）に応じた取り組み状況を紹介する。

認知機能が健常な段階の高齢者に対する取り組みとしては、普及啓発が中心となる。後に詳述するが、本人支援として認知症カフェを開催しており、その認知症カフェにおいて認知症疾患医療センターの認知症専門医等による地域住民向けのセミナーの実施を検討している。近年は新型コロナウイルス感染症流行の影響のため、認知症カフェ自体の開催さえも困難な時期が続いていたが、2022年にセミナーを実施する予定である。

また、全国的にも展開されている認知症サポーター養成講座については、当センターでも認知症地域支援推進員と協働で開催している。地域における認知症の理解を深める一助とするために、家庭での一場面を題材にして 認知症に関する寸劇のオリジナル動画を作成し、同市内の小学生

児童に視聴いただいた（写真1）。またサポーターの活動を通して、小学生児童が介護保険施設を利用されている認知症高齢者とやり取りできる機会を設けた（写真2.3.4）。コロナ禍のため、児童からいただいた質問などに答える形で文書による間接的な交流ではあったが、高齢者の生活を知ることができたと好評であった。企業や団体以外にも、市の相談窓口である大竹市役所新入職員を対象にサポーター養成講座を開催している。この取り組みにより、日々のやり取りの中で認知症の疑いがあった場合には当センターへ情報が入り、包括での対応や認知症疾患医療センターの受診につながっている。

認知機能低下が徐々にみられるようになり、軽度認知障害もしくは認知症疑いの段階にある高齢者に対する取り組みとしては、主に地域包括支援センターに相談に来た高齢者に対して介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）の枠組みで対応している。地域包括支援センターに相談に来た高齢者に対して基本チェックリストを実施し、事業対象者と判断された者もしくは要支援1、2と判定されていた者に対して、総合事業を活用して介護予防・生活支援サービスを提供する。ここでも、基本チェックリストの結果もしくはスタッフによるアセスメントの結果、認知症の疑いが高い場合には認知症疾患医療センター外来で評価を受けることとなる。他にも、認知症疾患医療センターに認知症疑いとしてかかりつけ医から紹介され、鑑別診断の結果軽度認知障害レベルと診断されるケースもある。この場合には、本人、家族に対して軽度認知障害レベルでの進行予防の方法やそのエビデンスについて説明し、話し合っただけで今後の治療方針についてはどうするかを決定している。多くの場合、3ヶ月もしくは半年に1回程度、当センターにてフォローしていくケースが多い。フォローし、認知機能低下が進行し認知症となった場合には、適切に対応を行う。また、外来でのフォローと並行して地域包括支援センターでの対応も行い、総合事業の枠組みを通して介護予防サービスを提供していくケースもある。

認知機能が認知症レベルにある高齢者は大半がかかりつけ医からの紹介患者である。他にも、初期集中支援チームや地域包括支援センターで対応し、そこから認知症疾患医療センター外来につながるケースもある。そうした場合には、可能な限り早期に認知症疾患医療センターでの外来受診を実施するようにしている。これは、早期に鑑別診断を行う事で、可逆性の認知症疾患、いわゆる治療可能な認知症を早期に発見し対応する事、アルツハイマー型認知症等に対してより適切なタイミングで薬物療法による症状進行抑制を可能とする事、疾患を明らかにすることで予後予測を可能とし、本人や家族がその後の暮らしに備えることを可能とする事を目的としている。外来で対応を行う場合には、認知症の一般的な経過を説明し、余裕のある段階から介護保険サービスを積極的に活用することが長期的な病状の安定に寄与することが多いことから、本人・家族より同意が得られれば早期、場合によっては即日、介護保険の申請を進めている。

本人支援として、診断後に限らず、定期的に認知症カフェを開催している（写真5）。本人、家族の参加もあり、スタッフとして薬剤師や公認心理士など専門職も参加することで、普段の診療では医師には質問しづらい相談を受けることにつながっている。そうした情報は医師にも共有される。家族に対する支援としては、診察室内だけでの対応では不十分となりやすいため、本人受診の際にセンタースタッフが中心となって対応している。家族会も運営されているため、その参加を促すこともある。

困難事例であれば、他施設、行政との関わりが特に必要となってくるため、こまめな情報交換を併設の地域包括支援センターのスタッフが中心になって行い、緊急時等には速やかに対応できるようにしている。

また、途中通院が途絶えたケースについては、併設の認知症初期集中支援チームが介入するこ

とで本人が孤立しないようにフォローし、再度当センターもしくは介護分野につなげるようにしている。

写真1. 認知症対応に関する寸劇の一場面



写真2. 児童から入院患者さんへ感謝の気持ちが込められたプレゼント



写真3. 児童よりいただいたお手紙



写真4. 贈呈式の様子



写真5. 認知症カフェの様子（個人情報保護のためぼかしをかけています）





# 11. 大分県

医療機関名

医療法人淵野会 緑ヶ丘保養園

地域型認知症疾患医療センター

## 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	大分県大分市		
医療機関種別	精神科病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	3名	精神保健福祉士	3名
臨床心理技術者	3名		
医療機関の特性	民間の単科の精神科病院であり、認知症の診断治療を外来、入院において専門的に行っている。BPSD に対する認知症治療病棟を有し、増悪期の救急入院にも対応している。また、終末期から看取りの対応まで行っている。		

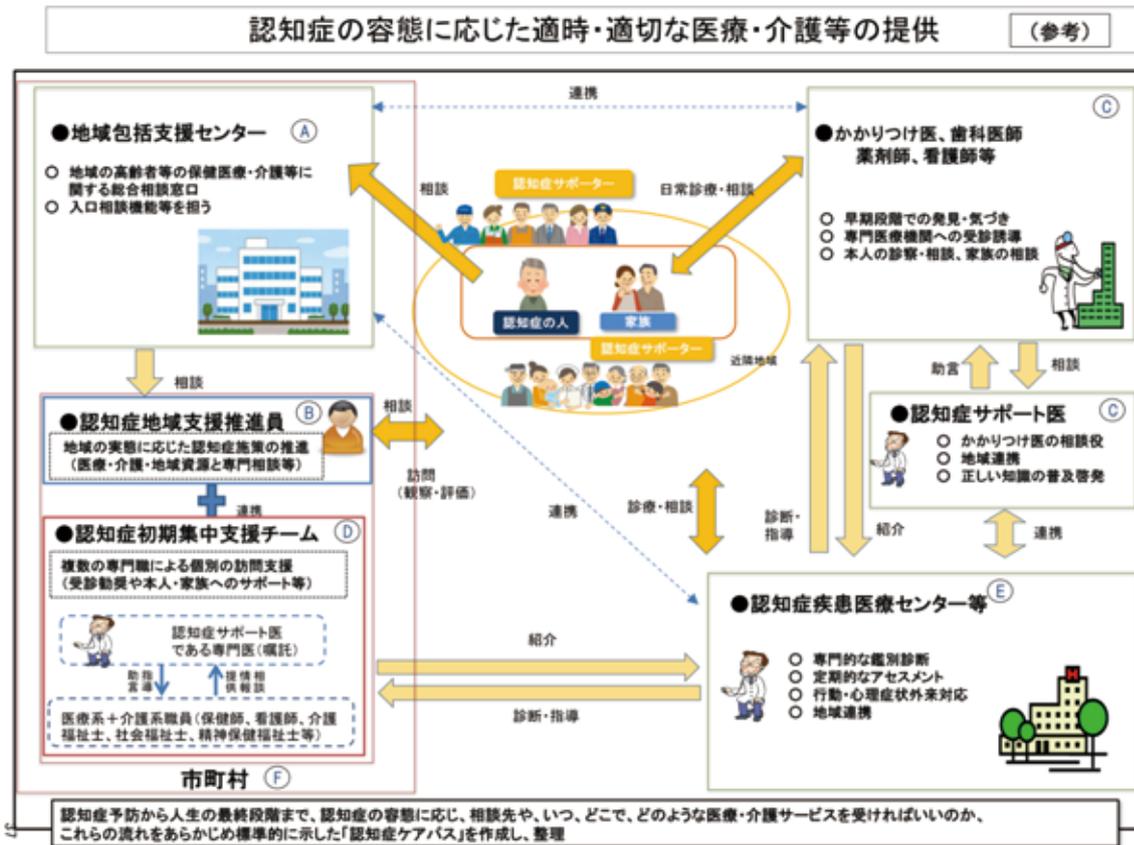
地域型

## 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

### （1）認知症施策推進大綱

住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、暮らし続けられるようにするための取り組みに重点を置き、「予防」の取り組みと「共生」の取り組みを車の両輪として進めることが2025年までの期間で示された。具体的な施策の5つの柱は、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開である。中でも③においての基本的な考え方は、認知症の容態の変化に応じた全ての期間を通じて共有すべき基本理念であることを改めて徹底し、医療・介護等の質の向上を図っていくことである。早期発見・早期対応が行えるよう、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質の向上を図るとともに、これらの間の連携を強化する。BPSDの対応ガイドラインを作成し周知する等が示されている。認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供（図1）を示す。

図 1. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供



1) 認知症疾患医療センター等の役割

図 1 において、センターの役割として、専門的な鑑別診断、定期的なアセスメント、行動・心理症状外来対応、地域連携が記されている。地域の認知症医療提供体制の中核としてかかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関と連携し、認知症の速やかな鑑別診断、診断後支援、症状増悪期の対応、BPSD や身体合併症に対する急性期医療、BPSD やせん妄予防等のための継続した医療・ケア体制の整備等を行う。地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取り組みを実施すること等を通じ、診断直後の本人や家族に対する医療的な相談支援、継続した日常生活支援の提供等を行うことが求められている。

2) 地域包括支援センターと認知症初期集中支援チーム

市町村事業である地域包括支援センターや初期集中支援チームと、そもそも都道府県事業であり、専門医療機関でもある認知症疾患医療センターとの間には連携の困難さがある。医療機関で地域包括支援センターを持っているところはほとんどない。また、地域包括支援センターの中に初期集中支援チームを持っているところも少ない。ましてや、認知症疾患医療センターに初期集中支援チームを持っているところも現状では少ない。認知症地域支援推進員も資源の一つとして作られたが数は少ない。各々の社会資源を作っても個別に機能しており、連携不足である。地域包括支援センターに少なくとも月に 1 度は認知症疾患医療センターの精神保健福祉士 (PSW) が行き検討会に加わるなど、初期集中支援チームにおいては、認知症疾患医療センターの認知症サポート医がチーム会議をセンターで開催し関係者の参加を促し検討することが必要である。

3) かかりつけ医と認知症サポート医

2021 年、日本精神科病院協会調べによると、認知症疾患医療センターへの相談で最も多いのは

本人・家族からの鑑別診断の依頼であり、次に一般病院からの入院依頼、介護保険施設からの鑑別診断の依頼であった。かかりつけ医、認知症サポート医からの依頼が多かったのはBPSDの入院依頼であった。かかりつけ医やサポート医から「認知症疑い」で紹介を受けることも多い。認知症専門診断管理料を請求し、医療機関に戻すが、可能であれば診断後の治療とその後の経過を認知症疾患医療センターで行うことができればBPSD等の急性増悪に対しても速やかに対応することができる。また、介護保険のサービスを利用しながら医療保険で行う「重度認知症患者デイケア」に通うことができればBPSDの発症予防を含め、認知症の進行予防（三次予防）に有益である。地域の医師会（かかりつけ医）の定期的研修会に積極的に参加することは重要である。

#### 4) 行政からの依頼

市町村の高齢者の福祉課や権利擁護を担当している部署からの直接の依頼も多い。介護の施設や虐待が疑われるケースにおいて行政から直接の問い合わせや入院の依頼もある。精神保健福祉法の説明と同意できる家族、成年後見人等も必要になる場合がある。行政の皆さんとも日頃より連携を取っておくことは大切である。

### (2) 認知症疾患医療センター運営事業

令和3年8月現在、全国に486か所の認知症疾患医療センターが設置されている。3類型があり約80%は地域型が占めている。さらに約半数は精神科医療機関であり精神病床を保有している。2019年の日本精神科病院協会調べによると、認知症疾患医療センターにおいて実際に担当している医師は地域型では70%以上、基幹型・連携型では53%以上が精神科医であった。期待される役割は類型による違いだけでなく、診療所、精神科病院、大学病院等の組織母体の違いによるところが大きい。最も期待される役割の上位3つは、基幹型（大学病院等）では①診断、②救急を要する身体合併症治療、③医師等の人材教育である。地域型（精神科病院等）では、①診断、②急性増悪等のBPSD対応、③内服治療である。連携型（診療所等）では、①診断、②介護関連事業との連携、③内服治療である。また、認知症の初期、中期、後期等の病期によっても症状に大きな変化があり、その対応は介護サービス等の利用だけでは困難である。センターにおいて診断後も治療を続け、地域の介護保険サービスを利用しながら医療がサポートしていくことが必要である。高齢者の身体合併症治療は地域の一般科の医療機関の先生方と協力体制をとることを忘れてはならない。

令和3年度より認知症疾患医療センターの「質の確保」に向けた取り組みが都道府県の責務に位置付けられている。当県では基幹型はないが、すでに8センターによって年に1回「認知症疾患医療連携協議会」が開催されている。事業の取り組みに関する評価、職員の研修等を行っている。基幹型を設置する必要性は感じていない。さらに、各センターでは「認知症疾患地域連携会議」も実施されており、県・市の行政機関、地域包括支援センター、初期集中支援チーム、家族会、認知症サポート医、かかりつけ医、一般連携病院の相談員が一堂に集まり、年2回会議を開き症例の検討、対応を行いフリーディスカッション等も実施している。

### (3) 認知症地域包括ケアパス

医療分野、介護分野に分け、認知症の地域包括ケアパス概念図（図2）を作成している。認知症疾患医療センターの指定を受けていなくても、認知症の専門医療機関として、地域において大きな役割を担っている医療機関は多い。気づきの初期から医療・介護の連携は始まり、BPSD等の症状の増悪を繰り返し、その時の容態に応じた最もふさわしい場所で医療・介護サービスを重複して受けていくことが必要である。また、2040年に向けて認知症緩和ケアの問題は重要課題である。

図 2. 認知症地域包括ケアパス概念図

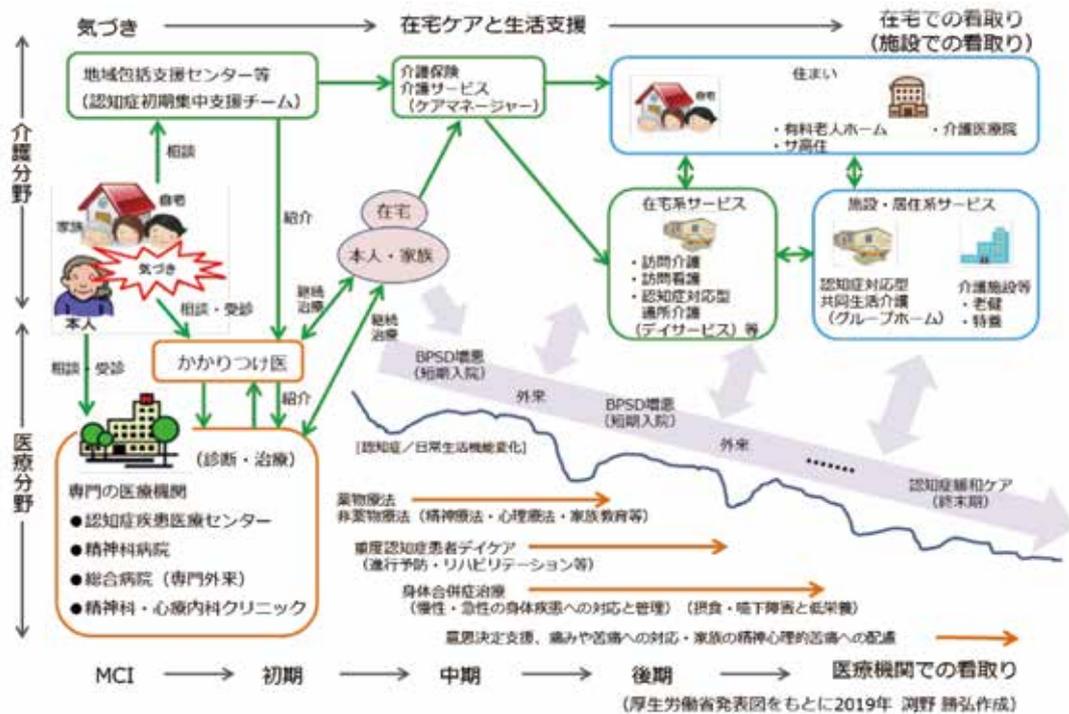


表 1. 認知症の専門医の役割

- ① 早期診断、鑑別診断を行う。
  - ・ 治療可能な認知症を見逃さない。
- ② MCIや認知症の初期より関りを持つ。
  - ・ 家族教育、専門的薬物療法、非薬物療法
  - ・ 精神療法、心理療法、認知症医療デイケア、身体合併症治療
- ③ BPSDの発現予防、認知症進行予防（三次予防）。
- ④ 意思決定支援、家族の心理的苦痛への配慮。ACPの活用。
- ⑤ 認知症の中期、後期、さらに認知症緩和ケア(終末期)への対応。
- ⑥ 介護保険の制度を理解し、介護サービス等、ケアマネジャーとの連携をとる。
- ⑦ 主治医意見書の作成及び成年後見制度の利用促進を行う。
- ⑧ 重度認知症 (CDR3以上、FAST6以上、GDS6以上のいずれか) の段階における抗認知症薬の継続・中止を考える。
- ⑨ 認知症の人の意思を尊重し、尊厳のある生活をサポートする。



認知症医療の機能体制の構築に関する  
連携型認知症疾患医療センター  
先進事例



## 12. 福島県

Fukushima

医療機関名

あずま通りクリニック

連携型認知症疾患医療センター

### 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	福島県福島市		
医療機関種別	診療所		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	1名	保健師	1名
臨床心理技術者	2名	看護師	3名
その他（メディカルクラーク）	1名	作業療法士	1名
その他（介護福祉士）	2名		
医療機関の特性	福島県北地区（福島市、伊達市、二本松市、本宮市など）を二次医療圏域とする連携型センター。同圏域の県立大学病院に基幹型、総合病院に地域型センターが設置されている。クリニックは市の中心地にある福島駅から徒歩数分の立地にあり、1階は外来、2F～4Fにはリハビリ部門を併設し、上層階は高齢者住居として機能している。認知症初期集中支援チームの運営のほか、かかりつけ医、地域包括、行政との協働を通じた地域連携促進機関としての役割を担っている。		

### 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

#### (1) 福島市版もの忘れ相談医マップ作成への取り組み

福島県においては、県が毎年発刊する「認知症に関する相談先一覧」のリストに、平成18年度より「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を受講したかかりつけ医が掲載されるようになった。その後、新規の抗認知症薬が現場に広がると共に、かかりつけ医の認知症診療のスキルアップが求められ、関連の研修を幾度にわたって聴講している医師も増えてきている。しかし、一方では、認知症の相談窓口になっているにもかかわらず、その機能を十分に果たせていない医師も散見されるようになった。認知症疾患医療センターを受診する患者、家族の聞き取りの中で、かかりつけ医として通院していたクリニックの医師が相談先一覧に掲載されていたので相談したところ、別の専門医をあたってほしいと言われたり、自分は専門ではないので対応が難しいと言われたりして、落胆してしまったとの声が聞かれることも事実である。

このような事態の背景には、県が発刊するリストが毎年更新される際の手続きが簡素化されていることや、相談医の「認知症を積極的に対応しよう」という意識にばらつきがあることが影響

していると考えられる。県全体としてこのような事態を改善していくことが重要な課題であるが、まずは3つの認知症疾患医療センターが設置されている福島市を中心に、このような状況を打開していく方法を模索していく必要があると考えた。

適切な医療体制の構築を目指して、まずはプロジェクトチームを医師会の中に立ち上げた。連携型センター(当クリニック)の医師・保健師、市内総合病院に設置されている地域型センターの医師・精神保健福祉士・看護師、地域のサポート医として中心的に活躍しているかかりつけ医代表の医師、福島市長寿福祉課、福島在宅医療・介護連携支援センター職員、計10名が構成メンバーとなった。まずは、平成28年10月に市内19地域包括支援センター(以下地域包括)(現在22地域包括に編成)を対象とした現状把握のためのアンケート調査を実施した。アンケートの結果をもとに、プロジェクトチーム内での会議を重ね、平成29年4月～9月にかけて各地域包括を訪問し、記載いただいた内容をもとに訪問ヒアリングを実施した。また、同時期の平成29年6月に福島市医師会会員に向けて、「地域における認知症診療の現状把握のためのアンケート調査」を行った。本調査では、福島市医師会会員515名に対して、認知症診療をどのような手段で(実施している検査など)、どの程度行っているか(対応人数、抗認知症薬の使用、BPSD対応など)、認知症疾患医療センター、地域包括・ケアマネジャーとどの程度連携を行っているかなどを質問した。アンケートの最後に、連携マップを作成するにあたり、相談窓口として掲載を希望するかどうかの確認を行った。

これらの結果を、平成30年2月に「福島市全19地域包括支援センター対象アンケートおよび訪問ヒアリング実施報告ー認知症治療および支援課題等に関する整理の試みー」と題した報告書を医師会代表のもと取りまとめた。各アンケート調査および地域包括ヒアリングの結果も踏まえ、4つの課題(1. 実効性を伴う福島市独自の認知症地域ケアパスの作成、2. 若年性認知症対策の具現化、3. 福島市全域にわたる小中学生など学生を対象とした認知症サポーター養成講座の実施、4. 各地域包括格差の改善、全体の底上げ)を提言した。そのうち、1.の実効性を伴うケアパスの作成を優先的に進めることとし、特に福島市独自の認知症診療連携マップを新たに作成することが決定された。平成27年度より、福島市版のオレンジプランにのっとり、各地域包括で認知症地域ケアパスが既に作成されていたが、それが十分に機能し、活用されているとは言えない現状があった。そういったことから、新たに作成される連携マップは市民、特に認知症支援者が利用しやすく、地域の実情に合わせた実効性を伴う内容に仕上げる必要があった。

その後、さらに現場の声を確認するため、平成30年10月には、福島市長寿福祉課が主体となり、認知症の本人(218名)と家族(209名)、地域包括職員・ケアマネジャー(215件)を対象に、福島市認知症の人と家族の実態調査「こころの声アンケート」を実施した。その内容を確認すると、「私は昔からあそこ1本だから、ずっとあそこだけ。ほかのところにはいかない。」という認知症の方からの意見や、介護家族からは「昔からなじみの医師なので、話しやすいし、いつ行っても嫌な顔をされないので助かっている。」などの声が寄せられた。さらに、地域包括などの現場職員からは、「症状が出た時に専門医に診てもらうことは大切だが、昔からお世話になっていて、何でも分かってきている医師のほうが家族にとっては支えになる。」というかかりつけ医との連携を大事にしていきたいという反応が多数確認できた。認知症本人・介護者、現場スタッフの「こころの声」は、我々が今後どのような姿勢で認知症患者に向き合うかについて非常に大切な方向性を示していた。

認知症の相談医になる医師は、これらの声の一つひとつ丁寧に答えていかなければならないことをプロジェクトチームでも共有し、その後も数ヶ月に1回のプロジェクト会議やかかりつけ医と認知症専門医の懇談会・シンポジウムなどを開催しながら、医師会会員の認知症診療への理解

を深めていった。その結果、令和元年5月に実施した相談医の募集には最終的に地域のかかりつけ医65名が連携マップへの掲載に同意した。その後、同年9月には2回にわたって研修会を開催し、「福島市もの忘れ相談医」として対応いただきたい診療内容に加え、同じ志で認知症診療を行っていただきたいことを強調した。「もの忘れ相談医の立ち位置」については図1に示したが、かかりつけ医と認知症疾患医療センターの橋渡しの役割（かかりつけ医や地域包括からの紹介患者に積極的に対応する、認知症疾患医療センターへ紹介すべき症例かどうかをアセスメントする等）を担う医師と定義付けした。相談医希望の医師会員には「認知症ステップアップ研修会」と題した多職種連携の定期的な研修会や、認知機能スクリーニング検査の実施方法を習得するための「認知症スクリーニング研修会」にも積極的に参加いただいた。最終的には令和2年度発刊の「福島市認知症ガイドブック」の中に「もの忘れ相談医」のマップを掲載することができた。その後は、マップを有効活用いただくための「認知症対応力強化研修会」を地道に実施し、地域包括の認知症地域支援推進員やケアマネジャーへの啓発を継続した。令和3年度には新たな医師の賛同を得ることができ、最新の相談医マップが現場で利用されている（図2）。今後も、登録されたもの忘れ相談医の状況や地域のニーズを確認しながら年度毎に更新していく予定である。

## （2）もの忘れ相談医との医療連携・多職種連携促進に向けて

令和3年度のもの忘れ相談医に登録された医師は70名となったが、それぞれの医師の経験や力量も異なるうえ、医師会の規模も大きいために、足並みを一度にそろえることは大変難しい作業である。そのうえ、これからという時に新型コロナウイルスの感染拡大が多大な足かせになってしまい、令和2年度は多職種参加のWeb研修会は開催できたものの、最前線でコロナ対応に明け暮れていたもの忘れ相談医を対象とした研修会は開催できなかった。しかし、プロジェクトチームでは会議を重ね、令和3年10月には図3のような「福島市もの忘れ相談医連携フォーラム」を当センターを会場としWeb配信で行った（図4）。このような研修会を通じて、もの忘れ相談医の認知症診療に対する疑問を解決し、モチベーションを維持させていくことが実効性のある医療連携を構築するうえでは重要であると考えられる。多くの相談医が認知症診療の難しさをBPSDコントロールとして課題に挙げている。認知症疾患医療センターの診療スタンスとしては、診断して治療方針決定後は、相談先に逆紹介する流れが通常であると思われるが、対処不能なBPSDが出現した場合、専門医が迅速に支援できる体制の担保が医療連携には欠かせない。

当センターでは平成25年度より福島市から委託を受けて認知症初期集中支援チームを設置し、地域の多職種連携を構築してきた。BPSDは地域生活の維持を困難にする要因の最たるもので、チームの介入事例でもしばしば問題となるが、もの忘れ相談医の協力を得ながら介入できたケースも増えてきている。当センターではICTの医療・介護多職種連携情報共有システムを利用した各地域包括との連携が確立しつつあるが、連携システムの中のzoom機能を利用して、診療の合間のもの忘れ相談医にも会議に参加していただくこともできたりと、コロナ禍ゆえに発展したツールが今後の連携の鍵になるとも考えている。

当クリニックの連携型センターと総合病院の地域型センターに加え、新たに設置された大学病院の基幹型センターとの連携は、地域のセンター機能分化や県全体のセンター運営を考えるうえで、非常に重要となってくる。連携型センターが他のセンターに比べてフレキシブルに動ける分、緊急性を要する患者に対応する機会が自ずと増えているが、それゆえ、もの忘れ相談医のような立ち位置の医師との医療連携や地域包括、ケアマネジャー、行政との多職種連携を今まで以上に進めていかなければならない。福島市で構築しているもの忘れ相談医の事業を今後は全県に広げ

られるよう、本事業の有益性を検証しつつ、他の医師会への啓発を行っていきたい。認知症進行予防の観点からは、福島市では「いきいきももりん体操」や「お口のももりん体操」などの独自の予防事業を展開しているが、各地域で実施している事業の情報集約を行いつつ、医療機関だからこそできるリハビリテーションの提案や啓発活動を、今後より一層推進していきたい。

図 1. 「福島市もの忘れ相談医」の立ち位置

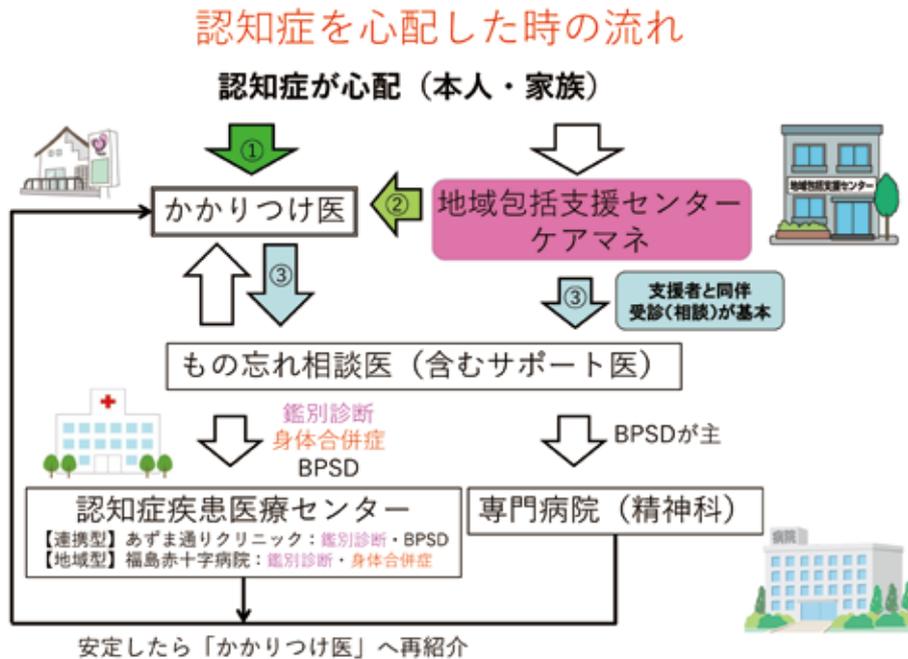


図 2. 福島市もの忘れ相談医マップ (令和 3 年度版)



図3. 福島市もの忘れ相談医連携フォーラム実施要項

**令和3年度福島市もの忘れ相談医研究会  
「福島市もの忘れ相談医連携フォーラム」**

謹啓 時下、先生方におかれましては益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。さて、「令和3年度もの忘れ相談医研究会」といたしまして『福島市もの忘れ相談医連携フォーラム』を下記によりオンラインで開催いたします。ご多用中とは存じますが、ご参加くださいますようご案内申し上げます。2回開催のうちどちらか都合の良い日程でご参加ください。

謹白

日時：[1] 10月12日(火) 19:00~20:30 (ライブ配信)  
[2] 10月14日(木) 同上 (録画配信)

※会場での参加(人数制限あり)・オンデマンドでの視聴(12日~18日)も予定しております。ご相談ください。

総司会：福島赤十字病院 地域医療連携室 菅野直樹 氏

**1 一般講演**  
「もの忘れ相談医MAPIについてのアンケート結果」  
福島市長寿福祉課地域包括ケア推進室 副主任保健師 岩崎菜津美 氏

**2 特別講演**  
「もの忘れ相談医の先生方との連携強化にむけて」  
むつみ脳神経・耳鼻科クリニック 副院長  
福島市オレンジプラン推進委員 渡邊多佳子 先生

**3 総合討論**  
\*福島市在宅医療・介護連携支援センター：大久保淳子 氏  
\*福島赤十字病院 精神科・認知症疾患医療センター：藤森春生 先生  
\*あずま通りクリニック・初期集中支援チーム：伊藤麻樹子 氏  
\*質疑応答  
\*討論総括：福島市長寿福祉課地域包括ケア推進室：須田美也子 氏

**4 総括** あずま通りクリニック 院長 小林 直人 先生  
福島市オレンジプラン推進委員

主催：福島市医師会  
共催：地域型認知症疾患医療センター（福島赤十字病院）  
連携型認知症疾患医療センター（あずま通りクリニック）  
福島市

連携型

図4. フォーラム配信会場の様子（業者に頼らずに自前の機器を利用したの配信）







# 13. 滋賀県

医療機関名

医療法人藤本クリニック

連携型認知症疾患医療センター

## 1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	滋賀県守山市		
医療機関種別	診療所		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	1名	看護師	2名
臨床心理技術者	1名	その他（介護士福祉士）	1名
医療機関の特性	<p>認知症の診断、薬物治療とともに、認知症ケアに基づいた5つの非薬物療法の取り組み、“本人・家族心理教育”“本人・家族交流会”“仕事の場”“Hej（ハイ）”“もの忘れカフェ”を行い、支援の空白をなくしている。さらに、本人や家族、支援職などのための相談センターとして、本人や家族・支援職、行政などからの相談を常時受けている。また、かかりつけ医が行う多職種連携の会の企画・運営をしており、かかりつけ医と連携して、診断、身体疾患の治療、在宅看取りまで、医療とケアが一体化した支援システムを目指している。BPSDには相談、時間外診察、緊急往診、介護施設への往診で対応している。若年性認知症の受診も多く、職場への企業研修、就労継続支援と退職後の受け皿を提供している。</p>		

連携型

## 2. 地域の認知症医療機能体制（認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制）の構築に関する取り組みについて

### （1）鑑別診断や診療の状況について

#### 【診療方針】

電話による予約受付時間は、午前9時から午後5時半まで、新患は原則2週間以内に予約が取れるようにしている。それを越える場合は、時間外などに予約を入れて調整している。また、急性発症と考えられる事例は当日に診察し、地域包括支援センターやケアマネジャーから依頼されたBPSD事例には緊急に往診を行っている。MRI、SPECTなど脳画像は県内各地の病院に依頼するが、若年者や軽度期の受診者の診断には、必要に応じて、アミロイドPETを依頼している。

#### 【診断の概要】

##### 1. 外来診療での本人・家族支援

##### ① 予約時の受診前相談

予約電話のついでに受診困難例の受診方法、症状への対応方法などについて家族が尋ねてきた場

合は、看護師が可能な限り丁寧に答える。場合によっては、緊急受診の手配、地域包括支援センターへの連絡、介護保険サービスの緊急利用へつなぐこともある。家族支援は予約時から始まる。

### ②初診時の本人用と家族用の問診票について

認知症の早期発見・早期治療の重要性が広く知られ、自らの意思で受診する人が増えている一方、苦勞して受診に連れて来る家族も少なくない。しかし、受診に反発していた本人でも、初診時の看護師の聞き取り時に、記憶障害に苦しんでいることを訴えることが多い。そこで、本人用、家族用それぞれの問診票を作成し、初診時に記載してもらい、その内容を診療時に話し合うと、本人・家族とも8割がもの忘れを理由とし、6割が実行機能障害に気づいての受診であった。

### ③薬物治療

#### i) 抗認知症薬

アルツハイマー型認知症の診断がつくと、原則、抗認知症薬を投与するが、投薬開始後は本人・家族が少しでも効果を実感できるように、生活障害の具体的な変化や副作用に関する生活チェックリストを作成し、診察前に記載してもらっている。その結果、「口数が増えた」というポジティブな捉え方の反対には「何度も同じことを話すことが増えた」というネガティブな捉え方があり、同様に「落ち着いた」という捉え方の反対に「昼間に寝ることが増えた」という捉え方があった。薬物投与後、症状が一方向的に悪化するばかりではなく、不変ないし改善している項目もあることがわかると、本人や家族が服薬の意味を理解しやすくなる。

#### ii) BPSD に対する薬物治療

BPSD に対する治療を考える時、身体状況、環境への不適応、薬物などへの配慮とともに、ケアの方法が適切であったかの点検が必要である。それぞれの介護事業所が持参した情報交換シートには、困り事（BPSD）の背景として考えられる認知機能障害についてのアセスメントと、それに対する対応方法と対応後の結果が示されており、医師に対する治療の希望が書かれている。このシートのやり取りが始まってから、抗精神病薬を処方する機会は明らかに減った。

### ④発症初期に認知症の本人に症状を説明すること

診断後、本人と家族に対して、病気の症状などについて説明した指導箋、軽度期の病気の時期に応じたワンポイントアドバイス、症状と対応策について認知症の人が学ぶための読本を渡し、若年性認知症の人と企業には若年性認知症支援マニュアルなどを渡している。

図 1. 本人と家族に渡す様々な資料



## ⑤相談電話とファックス相談

診断・告知後、「必要なら遠慮なく相談を持ちかけてください。」と、利用制限なしの相談電話の番号を教える。年間の相談数は、通院患者約 1200 件、通院歴のない人約 400 件である。

## (2) 診断後の非薬物療法 — 支援の空白をなくす —

診断後の非薬物療法の場は介護保険制度でのデイサービスであるが、軽度期の人は行きたがらないことが多いので、制度外であっても、仲間とともに、病気と向き合いながら、何らかの活動をする場が必要となってくる。

### ①本人・家族心理教育

病名告知後、病気の受容が十分でない軽度期の人たちに、病気について仲間とともに学ぶ、月二回、一回約 1 時間、1 グループ約数名の心理教育を行っている。本人には、認知症の症状について書いた冊子を読み合うことや、仲間同士の自由な話し合いの場と、様々な知的活動を、臨機応変に行っている。また、家族へは、認知機能障害と対応などの説明とピア・カウンセリングの場を提供している。

### ②本人・家族交流会

2 か月ごとに、本人とその家族の交流会を行っているが、毎回 15 ～ 20 名の認知症の人と 30 ～ 50 名の家族の参加がある。家族交流会では、ミニ講義を行った後に小グループを作り、男性介護者グループや、娘グループ、妻グループ、嫁グループなど、家族の属性別にピア・カウンセリングの場を提供している。家族はピア・カウンセリングによって、病状を受け入れやすくなる。本人交流会では、集団の場になじみ、人との交流に抵抗感がなくなり、参加することを心待ちにするようになる。その後、デイサービスの参加に抵抗がなくなることが多い。また、現在は、新型コロナウイルスの流行で、少人数の集まりで、回数を増して行っている。

### ③就労継続支援

若年性認知症についての企業啓発の効果もあって、受診者の更なる早期化で、就労中に受診して病名を告知した後、薬物治療だけでなく、就労の維持のために企業や産業医を巻き込んだ就労継続支援が必要であり、上司、人事担当、産業医、本人と家族の同席で、職務変更の是非、具体的な支援方法などを話し合う。そして、日常的な困りごとへのアドバイスは、看護師とメールやファックスでなされる。ここで役に立つのが、デイサービスでの認知機能障害へのケアの経験で、支援の仕方は、支援マニュアルでイラストにして職場に提供している。就労継続支援の取り組みで、約 2 年の就労の継続が可能になり、傷病手当金、障害者年金などが受けられるまでの、本人と家族を経済的に支えている。

就労継続支援の対象は、2014 年～ 2018 年の若年性認知症新患数 238 名のうち就労中だった 20 名であり、就労継続支援期間は平均 22 か月間であった。主な連携内容は、職務内容の報告と相談（文書・電話・面談・メール）、上司・同僚への助言と心理的サポート、配置転換や休職の判断についての検討であった。

### ④仕事の場

診断後の若年性認知症の人が、最終的に職場を退職となった場合も、就労意欲は衰えておらず、彼らは「少しでも対価をもらいながら社会に役立ちたい」などと希望した。そこで、毎週水曜日正午から午後 4 時までを内職仕事を請け負う仕事の場として提供した。2019 年 4 月現在の参加者は、若年者 23 名、高齢者 7 名、平均年齢 63.5 歳、平均 MMSE23.3 点、他に、発達障がい者などが、毎回数名参加した。これらの取り組みで、劇的に変わったのが認知症本人との関係で、「こ

ここでは、気兼ねなく喋れる。誰かの顔色を見なくて良い。」と、安心できる居場所になった。新型コロナの流行で、大人数の仕事の場は一時休止し、感染収束を待っている。

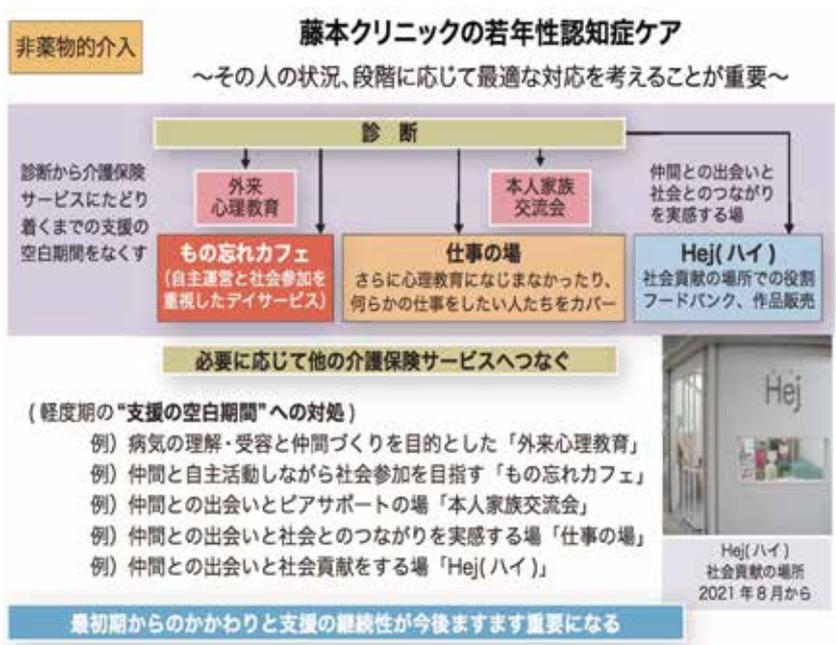
### ⑤ Hej (ハイ)

2022年1月現在、50歳代の軽度期の若年性認知症の女性が4名通院しているが、地域と交流できる場所として“Hej (ハイ)”を準備した。そこでは、お盆に、風船釣り、独楽回しなどを用意し、親子連れに地藏盆の場所を提供したり、デイサービスの参加者が活動中に作成した作品を製品化したりして、店頭やネットで販売をしている。

### ⑥若年・軽度認知症の人のための自立型デイサービス「もの忘れカフェ」

年齢の若い軽度期の認知症の人の受診が増えるにつれて、デイサービスへの参加を拒否することが多くなり、「もの忘れを何とかよくしたい」「誰かの役に立ちたい」など、できる限りの症状の改善や生活場面での失敗の減少を望み、社会での役割を求めるようになった。そこで、2004年から、活動内容を自分たちで決め、社会参加を目指したデイサービス「もの忘れカフェ」の取り組みを始めたところ、若年者だけではなく、軽度高齢者も参加するようになった。そして、症状が悪化しても、症状に合わせ、ケアを工夫することで、その後も活動内容を自分たちで決めることが継続できた。

図2. 支援の空白をなくすための様々な非薬物療法の取り組み



## (3) 相談活動 (もの忘れサポートセンター・しが / 滋賀県若年認知症コールセンター)

### ①介護相談

開設当時から、通院とデイサービス参加者の介護家族には、相談時間制限なしの電話相談を行っていたが、クリニックを受診していない介護家族や専門職からの相談も、2003年には69件、2004年には184件あった。そこで、2005年4月に滋賀県から、認知症に関する相談センター「もの忘れサポートセンター・しが」の委託を受け、現在も年間約400件の相談を受けている。

### ②現地相談から自主勉強会

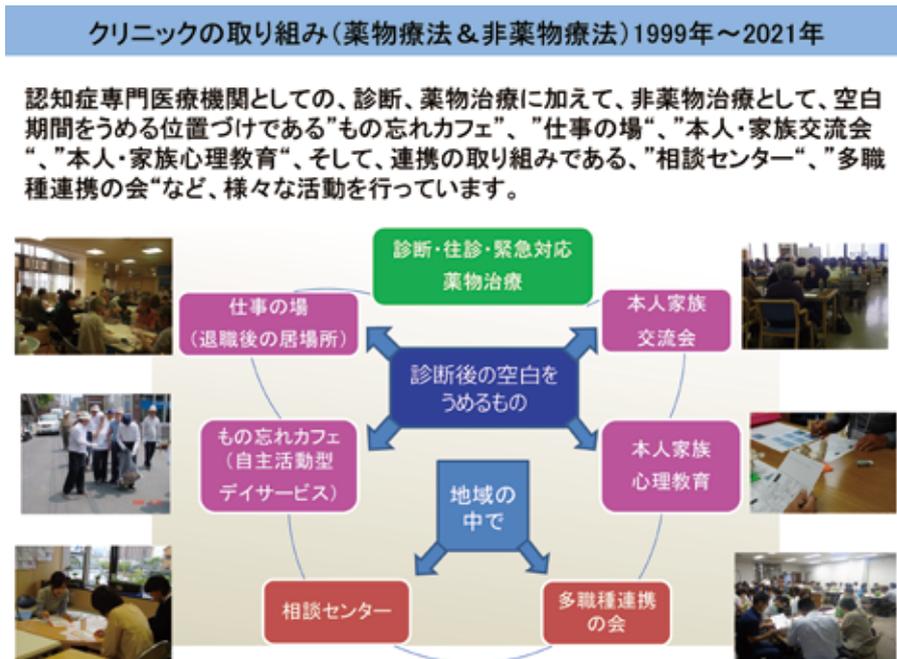
座学研修から始まる認知症研修をそれだけで終わらせるのではなく、実際のケア現場で起こっている課題に対して、事業所に出向き、認知症ケアの実践現場と一緒に課題解決に取り組む現地

相談を、14年間に約200箇所で行ってきた。そして、訪問後、訪問施設のOJTを促進するために、ケアスタッフに声をかけて、手弁当の自主勉強会を年4回開催した。

### ③滋賀県若年認知症コールセンター

若年性認知症の受診者が多いこと、年間70件前後の若年性認知症関連の相談があること、若年者対象のいくつかの居場所を持っていることなどから、2011年度から「滋賀県若年認知症コールセンター」の委託を受けた。その後、2012年より滋賀県から「若年認知症地域ケアモデル」事業の委託を受け、企業研修なども行なった。また、若年性認知症支援コーディネーターの委託も受けている。現在は県内の他の認知症疾患医療センターに広がっている。

図3. クリニックの取り組み（薬物療法&非薬物療法）



## (4) 戦略的な地域連携と人材育成

### ①各保健所圏域の医療福祉連携の拠点作り

保健・医療・介護間のネットワークづくりの拠点として、2003年から毎月、かかりつけ医、専門医、病院勤務医とケアスタッフ、行政との合同の勉強会である「滋賀認知症ケアネットワークを考える会」を開催した。介護職向けの講義をかかりつけ医と専門医が交互に行った後、介護職からの質問を医師が受ける形式で行い、顔の見える関係を目指した。その後、県下7各保健所圏域の地域医師会、保健所、介護事業所協議会に声をかけて、医師会と行政と介護事業所が連携した議論の場を、それぞれに順次設けてもらった。この連携の場はその後独自に発展し、各保健所圏域それぞれの医療福祉連携の核になった。

### ②認知症の医療と介護の連携 IN 守山野洲

多様化する認知症医療とケアの課題解決のためには、さらに共通の知識や支援の方向性を共有できる垣根のない連携の取り組みが必要と考えた。そこで、2011年から、地元医師会で、異なる専門職からなるチームのメンバーが、フラットな関係で議論し、相互尊重による協働実践を行う Inter-professional Work (IPW) の会、「認知症の医療と介護の連携 IN 守山野洲」を開始した。クリニックが事務局になり、かかりつけ医が認知症関連の講義や事例検討会のファシリテーターを行う取り組みで、医師、看護師、地域包括支援センター、ケアスタッフ、ケアマネ、行政、薬剤師、

連携型

歯科医師、警察などが加わって、偏りのない支援の可能性を議論している。IPWの会に参加しているかかりつけ医は、認知症の診断への気づきから、身体疾患の治療まで、地域の認知症医療で重要な役割を果たすとともに、若年性認知症企業研修や住民啓発などを担っている。

図 4. かかりつけ医と協働で行う多職種連携（IPW）の会



③ケアスタッフの自主勉強会から滋賀県の認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会へ

現地相談として訪問した介護施設のケアスタッフに声をかけて、手弁当の自主勉強会を年に4回、4年間開催した。そして、2015年に滋賀県に依頼して学会形式の「滋賀県の認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会」を開催してもらい、自主勉強会のケアスタッフが多くを発表をし、IPWの連携の会に参加していたかかりつけ医が抄録の査読と座長を担当した。経験年数も、立場も乗り越えての、横に広がる“連携”である。開催方法を変えながら、当院が5年間大会長を行い、2021年度からは他の認知症疾患医療センターが持ちまわりで開催することになった。

(5) 若年認知症ケアモデル事業とその後継事業

2012年度から2014年度までの3年間、クリニックの活動をベースに、滋賀県から「若年認知症地域ケアモデル事業」の委託をうけ、①若年認知症就労継続支援、②本人および家族支援、③実践報告事業、④研修会事業、⑤若年認知症就労継続支援ネットワーク事業、の5つの柱で取り組んできた。その中で、若年認知症企業研修は、県内1100社に対して企業アンケートを行い、連携の会に参加しているかかりつけ医が、5年間で55企業への研修を行った。同様に滋賀県から委託を受けた後継事業である、若年認知症支援者見える化事業では、若年性認知症の人に対して、受け皿になろうとするデイサービスなどの介護事業所を対象に、研修と事例検討会を行い、受講ののち、県のホームページ上で紹介している。就労継続支援が就労の継続を可能にし、その後の受け皿が増えることで、若年者の居場所の空白が少なくなった。

図 5. 現場の取り組みから認知症施策へ（滋賀県提供資料）

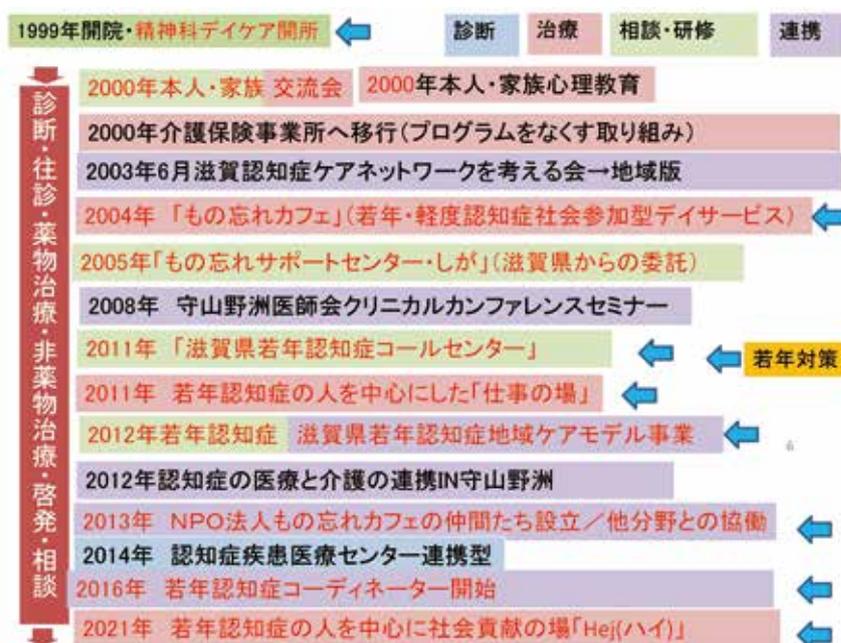


#### (6) モデル事業を施策化する、委託先を次世代に広げる

クリニックが委託を受けていた「もの忘れサポートセンター・しが」「滋賀県若年認知症コールセンター」は、県内7つの他の地域型認知症疾患医療センターに広げられた。また、若年性認知症者のケアの受け皿は、「若年認知症支援者見える化事業」に参加した介護事業所などに広がっている。企業研修は、7つの保健所圏域に作られた連携拠点を中心に、それぞれで始められる予定である。

当事者の声に応える形で、PDCA サイクルで積み上げてきた現場での取り組みが、モデル事業を経て施策化され、認知症への地域包括ケア推進の一助になったと考える。今後も、認知症についての新たな課題には、更なる支援方法を考えていきたい。

図 6. PDCA サイクルで積み上げてきた現場での取り組み



## 執筆者一覧 (掲載順・敬称略)

- 富本秀和 三重大学医学部附属病院 基幹型認知症疾患医療センター センター長
- 新堂晃大 三重大学医学部附属病院 基幹型認知症疾患医療センター 認知症専門医
- 川北澄枝 三重大学医学部附属病院 基幹型認知症疾患医療センター 精神保健福祉士
- 數井裕光 高知大学医学部附属病院 基幹型認知症疾患医療センター センター長
- 永倉和希 高知大学医学部附属病院 基幹型認知症疾患医療センター 保健師
- 内海久美子 砂川市立病院 認知症疾患医療センター センター長
- 田中志子 医療法人大誠会 内田病院 理事長 (群馬県認知症疾患医療センター内田病院)
- 小原明美 医療法人大誠会 内田病院 外来マネージャー
- 旭 俊臣 医療法人社団弥生会 旭神経内科リハビリテーション病院 理事長
- 古田 光 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 認知症疾患医療センター センター長
- 北村 立 石川県立こころの病院 院長/石川県認知症疾患医療センター 所長
- 櫻井 孝 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 副院長/もの忘れセンター センター長
- 大沢愛子 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター リハビリテーション科 医長
- 竹内さやか 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター もの忘れセンター 認知症看護認定看護師
- 高見雅代 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 認知症疾患医療センター 精神保健福祉士
- 中西亜紀 大阪市福祉局 医務監 (大阪市指定認知症疾患医療センター 大阪市立弘済院附属病院)
- 石井伸弥 広島大学大学院医系科学研究科 共生社会医学講座 特任教授
- 淵野勝弘 公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事 (医療法人淵野会 緑ヶ丘保養園 理事長)
- 小林直人 医療法人湖山荘 あずま通りクリニック 院長
- 藤本直規 医療法人藤本クリニック 理事長・院長/滋賀県認知症疾患医療センター連携型 センター長
- 奥村典子 医療法人藤本クリニック デイサービスセンター所長



---

令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）  
認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業  
認知症医療の機能体制の構築に関する先進事例 事例集

発行 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター  
編集 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所  
副所長  
粟田 主一

---

令和4年3月

無断転載、改訂を禁じます

