

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

認知症疾患医療センターの診断後支援に関する研究

研究代表者 栗田主一 東京都健康長寿医療センター 認知症未来社会創造センター・
センター長／社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京セ
ンター・センター・センター長

研究要旨

【研究目的】本研究の目的は、認知症の診断後支援に関する文献レビュー（研究1）を行うとともに、これまでの研究成果を統合して、「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」（以下、ガイド）を作成する（研究2）ことにある。**【研究方法】**研究1：文献レビュー：2つの Research Question(RQ)（「RQ1：年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か」「RQ2：独居認知症高齢者の診断後支援として実施されるべきことは何か」）の下で文献レビューを行った。研究2：ガイドの作成：2022年度に作成した「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援プロセスの枠組み案」と2023年度に実施した事例分析の結果を踏まえ、さらに2024年度の研究1で得られた知見を参考にしてガイドを作成した。**【研究結果】**研究1：RQ1についてPubMedで17件、医中誌で5件の文献がヒットした。これらのうち、認知症の診断後支援全般のモデルを考える上で有用と思われる論文12報を採用して文献レビューを行い、回答文を作成した。RQ2については、いずれのデータベース検索を用いてもRQに関連する論文は見当たらなかった。研究2：これまでに実施してきた認知症疾患医療センターの実態調査、事例分析、文献レビューを踏まえ、かつ本研究班で作成した自治体向けガイドとの整合性を考慮して、「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」を作成した。**【考察】**本研究の成果物の名称をガイドに留めたのは、この領域のエビデンスが極めて希薄なためである。しかし、ここで作成されたガイドは、今日の認知症疾患医療センターで実際に取り組まれている診断後支援を基礎にし、かつ、具体的な事例検討の中でもリアルワールドでの実現性が確認されたものである。また、2事例であるが、実践例において、認知症と診断されてから数年間にわたって在宅生活が継続できていることが確認されている。**【結論】**認知症疾患医療センターの実態調査、事例分析、文献レビューを踏まえ、かつ本研究班で作成した自治体向けガイドとの整合性を考慮して、「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」を作成した。このガイドは世界で最初に作成された独居認知症高齢者にフォーカスをあてた診断後支援のガイドかと思われる。このガイドを踏まえて、実際に独居認知症高齢者の在宅生活の継続をアウトカムとする実証研究を行うことが今後の課題である。

A. 研究目的

本研究の目的は認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者等の診断後支援のガイドを作成することにある。この目的を達成するために、2022年度は、全国の認知症疾患医療センターの相談員を対象とする「独居または高齢者世帯の認知症の診断後支援」の実態調査を踏まえて作成した「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援プロセスの枠組み案」（以下、枠組み案）を基礎にして独居認知症高齢者の初診例における実用性を検討し、2023年度は、認知症疾患医療センターを受診・通院している独居認知症高齢者のデータベースを作成し、このデータベースに登録されている事例の分析を行うことによって、ガイドを作成するための基礎資料を得た。2024年度の研究目的は、認知症の診断後支援に関する文献レビュー（研究1）を行うとともに、これまでの研究成果を統合して、「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者診断後支援ガイド」（以下、ガイド）を作成する（研究2）ことにある。

B. 研究方法

研究1：文献レビュー

以下の2つのResearch Question(RQ)の下で文献レビューを行った。

RQ1：年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か。

PubMedと医学中央雑誌（医中誌）を用いて以下の検索式で文献検索を行い、RQ1に関連する論文を選定した。文献スタイルから、ケースレポートと会議録は除外し、和文論文は原著論文に限定した。論文の出

版期間は限定しなかった。

- `("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields]) AND "post-diagnostic support"[All Fields]) AND ((classicalarticle[Filter] OR clinicalstudy[Filter] OR clinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter])`（最終検索日：2025年3月31日）
- 医中誌：`((((認知症/TH or 認知症/AL) and (診断後支援/AL)) and (PT=会議録除く))) and (PT=原著論文)`（最終検索日：2025年3月31日）

RQ2：独居認知症高齢者の診断後支援として実施されるべきことは何か。

PubMedと医中誌を用いて以下の検索式で文献検索を行い、RQ2に関連する論文を選定した。文献スタイルから、会議録は除外した。論文の出版期間は限定しなかった。

- `("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields]) AND "living alone"[All Fields] AND ("post-diagnostic support"[All Fields] OR "post diagnosis"[All Fields])`（最終検索日：2025年3月31日）

- (認知症/TH or 認知症/AL) and (ひとり暮らし/TH or 独居/AL) and 診断後支援/A (最終検索日：2025年3月31日)

研究2：ガイドの作成

2022年度に作成した「枠組み案」及び2023年度に実施した事例検討を踏まえ、さらに2024年度の研究1で得られた知見を参考にして、ガイドを作成した。

(倫理的配慮)

本研究では文献レビューとこれまでの研究成果を踏まえてガイドの作成を行うものであり、個人情報を取り扱う研究は実施しない。尚、本研究では、東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センターの受診者の事例分析結果を参考としているが、東京都健康長寿医療センターでは日常診療の中で得られたデータを研究活用することについてオプトアウトによる包括的同意を得ている。

C. 研究結果

RQ1：年齢によらず、認知症の診断後支援として実施されるべきことは何か。

PubMedで17件、医中誌で5件の文献がヒットした。これらのうち、認知症の診断後支援全般のモデルを考える上で有用と思われる論文12報を採用して文献レビューを行った。採用論文から得られたRQに対する回答は以下のとおりである。

「認知症の診断後支援」は比較的新しい用語である。その嚆矢は、スコットランドの認知症当事者組織であるスコットランド認知症ワーキンググループ(SDWG)の提案に基づいて作成された「5つの柱の支援モデル」であろう¹⁾。このモデルは、認知

症と診断された直後から少なくとも1年間、リンクワーカーが「病気の理解と症状のマネジメント」「地域とのつながり」「ピア・サポート」「将来の意思決定に関する計画」「将来のケアの計画」に関する支援を提供するものである。スコットランド政府は2013年よりその実施率をスコットランド認知症国家戦略のアウトカム指標として採用している。

その後、「認知症の診断後支援」のあり方は、診断後の本人・家族の不安・抑うつ・社会的孤立・絶望等への支援^{2,3)}を含むより統合的で包括的な支援に発展した⁴⁻⁶⁾。Bamfordら⁵⁾は、英国のイングランドとウェールズの認知症者、介護者、事業所管理者、支援スタッフを対象にインタビュー調査を実施し、認知症の診断後支援の good practice の構造を図1のように整理している。すなわち、認知症とともに生きる道のは疾患や生活状況によって多様であることから、認知症者及び家族の両者に対して、「現在及び将来のニーズを適切なタイミングで同定しマネジメントすること」を前提に、「認知症の理解とマネジメント」(認知症者と家族の両者に、病気についての情報、今後起こり得ることに関する情報、できる限り良い状態で暮らすための方法に関する情報を提供すること)、「心理的・情緒的ウェルビーイング」(不安や抑うつなどの心理的症状に対する支援を行うとともに、ピア・サポート、社会的活動、レジャー、対人関係の支援を通して、その人のアイデンティティや生きがいを維持すること)、「プラクティカルな支援」(認知症者及びケアラーが可能な限り自立的にかつ安全に暮らせるようにすること)に関

する支援を、疾病の全経過にわたって統合的に提供すること（「支援の統合」：そのためのメカニズムとして「相談窓口や専門職の設置」「ケア・コーディネーション」「ケアの場の移動のためのマネジメント」がある）であるとしている。2022年に国際アルツハイマー病協会⁷⁾は、「認知症の診断後支援とは、認知症と診断された後の、認知症者と家族の身体的・社会的・心理的なウェルビーイングの促進を目的とする、さまざまなフォーマル及びインフォーマルなサービスと情報提供を含む包括的な用語である」と定義している。

認知症者を対象に「認知症の診断後支援」の効果を検証した研究は少ない。英文誌ではRCTが1件報告されており、それによれば、リカバリーにフォーカスをあてた6か月間の精神医学的介入がWHO精神健康状態表（WHO-5）で評価されたウェルビーイングを有意に改善させたと報告している⁸⁾。和文誌では、認知症の診断後支援に関する原著論文が5件⁹⁻¹³⁾抽出されたが、いずれも認知症疾患医療センターにおける診断後支援の実態に関する調査であった。

RQ2：独居認知症高齢者の診断後支援として実施されるべきことは何か。

文献のヒット数はPubMedで1件、医中誌で0件であった。PubMedでヒットした1件の文献は、がん患者の診断後のアウトカムに及ぼす要因を探索するコホート研究であり、ベースラインで認知機能障害または認知症があることがその後のADL低下に有意に関連するというものであった。RQ2には関連しないので不採用とした。

研究2：ガイドの作成

○ 文献レビューの結果

本研究において渉猟した範囲では、現時点で独居認知症高齢者にフォーカスをあてて診断後支援のあり方を検討しようとした研究は見当たらない。しかし、本研究班で作成したエビデンスブック2024にまとめられているように、独居認知症高齢者の実態や支援のあり方等に関する研究はさまざまな観点から実施されてきている。このことを踏まえて、本研究班では、自治体向けの手引きとして「独居認知症高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりをめざして」を作成している。

○ 事例分析の結果

2023年度に実施した2事例の分析によって、2022年度に作成した6つの枠組みが、認知症疾患医療センターの実臨床に反映されていることが示された（表1）。尚、この2事例については、その後も在宅生活を継続している。

○ ガイド作成の方針

以上を踏まえて、本研究班では、これまでに実施してきた、①認知症疾患医療センターの実態調査の結果、②事例分析の結果、③文献レビューの結果を踏まえ、さらに、③自治体向け手引き「独居認知症高齢者等が尊厳ある暮らしを継続することができる環境づくりをめざして」との整合性を考慮して、「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」を作成した。以下にその概要を記載する。

I. 序論

○ 今日の状況

超少子高齢化の進展によって、認知症とともに一人で暮らす高齢者の人口は着実

に増加しています。独居認知症高齢者数は2025年の段階で121万人（男25万人，女96万人）ですが，2040年には168万人（男38万人，女130万人）に増加します。また，認知症とMCIを合わせた独居の認知機能低下高齢者数も，2025年の段階では250万人（男75万人，女175万人）ですが，2040年には330万人（男110万人，女220万人）に増加します。特に85歳以上の女性の独居認知症高齢者が急増するものと予測されています。

独居認知症高齢者は，生活支援の担い手である同居の家族介護者が不在であることから，しばしば必要な情報やサービスへのアクセスが困難となり，社会的孤立の傾向が強まること，それとともに身体的健康状態が悪化するリスクが高まること，精神的にも孤独，不安，抑うつ，妄想などが現れやすい傾向があることが示唆されています。さらに，自然災害やパンデミック下にあつては，平時の社会的孤立が増幅され，健康被害や生命のリスクが著しく高まることも経験的に認識されています。

○ 認知症疾患医療センターの役割

認知症疾患医療センターは都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業である認知症疾患医療センター運営事業によって設置される専門医療サービスです。その目的は、「保健医療・介護機関等と連携を図りながら，地域において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を図ること」とされています。

2019年度より，認知症疾患医療センターの事業内容に診断後等支援機能が追加されましたが，その背景には，「認知症と

診断された後，薬物治療が行われるだけで心理社会的な支援が十分に行われていない」という意見や，その反対に「認知症疾患医療センターでは，さまざまな診断後支援を行われているにも関わらず，それが適正に評価されていない」という意見がありました。特に，急速に増加している独居の認知症高齢者に対して，認知症疾患医療センターでは相談室が中心になって，多様な支援をおこなっていることが，2019年度に実施された全国調査で明らかにされています。

○ 認知症の診断後支援とは何か

「認知症の診断後支援」は比較的新しい用語です。そのはじまりは，スコットランドの認知症当事者組織であるスコットランド認知症ワーキンググループ(SDWG)の提案に基づいて作成された「5つの柱の支援モデル」とされています。このモデルでは，認知症と診断された直後から少なくとも1年間，リンクワーカーが「病気の理解と症状のマネジメント」「地域とのつながり」「ピア・サポート」「将来の意思決定に関する計画」「将来のケアの計画」に関する支援を提供することとされています。その後，診断後支援のあり方やモデルについての報告も数多くなされるようになり，2022年に国際アルツハイマー病協会が，「認知症の診断後支援とは，認知症と診断された後の，認知症者と家族の身体的・社会的・心理的なウェルビーイングの促進を目的とする，さまざまなフォーマル及びインフォーマルなサービスと情報提供を含む包括的な用語である」と定義しています。

II. 認知症疾患医療センターに求められる独居認知症高齢者の診断後支援

独居認知症高齢者の受診については、①別居家族が本人の変化に気づき、別居家族に促されて、別居家族が同伴して受診される場合が多いかと思えます。それ以外にも、②本人が変化に気づき、本人が心配して自分一人で受診する場合や、③本人が変化に気づき、本人が心配して、別居家族が同伴して受診する場合、もあります。さらに、④身寄りがいない場合や別居家族がいても本人と疎遠な場合に、保健・福祉の専門職や民生委員・地域住民等に促されて受診する場合があります。それぞれの状況によって配慮されねばならないことがありますが、ここでは、診断後支援として共通に実施すべきことを簡単に要約します。

1. 診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮のある情報提供.

1.1. 医師が本人・家族等に認知症の診断名やその他の医学的評価の結果を説明する：検査所見を供覧したり、必要に応じてパンフレットなどを活用したりしながら、わかりやすく、丁寧に説明します。認知症という診断名のこと、背景にある疾患のこと、症状や背景にある疾患とどのようにつきあっていくかということについては、家族だけではなく、本人にわかりやすく、丁寧に説明することが重要です。それは、本人が、認知症になってからも、尊厳を保持し希望をもって生きていくための大切な要件です。

1.2. 診断名に対する不安に配慮し、今後の治療、尊厳ある暮らしの継続などについて情報提供する：受診に至るまでに、本人・家族ともに、

日々の暮らしの変化に当惑している場合が少なくありません。また、認知症の診断それ自体も、病気に対する不安とともに、これらからの生活が変化することについての不安を感じていることが多いかと思えます。そのことに配慮して、今後の治療、病気との付き合い方、今後の暮らし方のことなどについて、対話をしながら情報を共有できるように努めます。

2. 本人・家族の心理的サポートと生活状況のアセスメント

2.1. 本人・家族・地域支援者等から生活の様子を聴取するとともに、現在利用しているサービスを把握する：認知症の医療の前提には、包括的な総合アセスメントがあります。

しかし、本人が一人暮らしである場合には、日々の暮らしやこれまでの生活史などについて十分な情報が確保できない可能性があります。それを補完するためにも、本人だけではなく、本人の同意を得た上で、家族や地域の支援者等からも情報を収集する必要があります。

2.2. 今後の生活に関する本人・家族の意向を確認する：総合アセスメントの結果を本人・家族等と共有した上で、これからどのような暮らしをしていきたいか、どのような困難に直面しているか、どのような支援が必要なのか、まずは本人・家族の意向を確認し、それを尊重しながら今後の治療やケアの方針を立てます。

2.3. 本人や家族に不安がある場合に

は、対話を通して心理的なサポートを行う：このような本人・家族の意向を確認する中で、さなざまな不安や心配事も聴取されます。一人暮らしの場合には、特に家族から、金銭管理、服薬管理、健康管理、火の不始末、行方不明、消費者被害など、さまざまなリスクに関する心配ごとも聴取されるでしょう。このような心配事をまずは積極的に傾聴することが信頼関係をつくりだすためには不可欠です。特に、火の不始末や独り歩きによる行方不明の心配がある場合には、危険を回避するために利用できるサービスなども含めて助言が必要です（「自治体向け手引き」を参照）

3. 生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援

- 3.1. 本人・家族の生活上の困りごとや意向を聴取しながら、介護保険サービスやその他の地域サービスについての情報を提供する：上記のような不安や心配事を含めた総合アセスメントの結果を踏まえ、尊厳ある暮らしを継続するために必要な生活支援に関わるフォーマルなサービスやインフォーマルなサービスについての情報の提供と利用支援を行います。独居の方で、家族からの支援が十分に受けられない方では、そもそも介護保険サービスや地域サービスのことも知らないということは少なくありません。どのようなサービスが利用できるか、その概略をまずはわかりやすく説明します。

- 3.2. サービス利用にあたっては、要介護認定を受けることの必要性を説明し、地域包括支援センターの利用について情報提供する：特に、介護保険サービスの利用にあたっては、要介護認定の申請手続きと地域包括支援センターの利用が不可欠になりますので、手続きの流れや住所地を管轄している地域包括支援センターの場所等に関する情報を提供します。独居認知症高齢者が一人で受診され、別居家族によるサポートが受けられない場合には、本人の同意を得た上で、医療機関の方から地域包括支援センターに連絡して、要介護認定の手続きが円滑に進むようにサポートします。

4. 地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有と連携

- 4.1. 必要に応じて、本人・家族の同意を得て、地域包括支援センターや介護支援専門員と情報共有を行う：認知症の継続医療にはチームケアが不可欠でありますので、本人・家族の同意を得て、実際に日々の暮らしを支援してくれる地域包括支援センターのスタッフや居宅介護支援事業所の介護支援専門員等と情報共有を図り、チーム（意思決定支援チーム）を作りだしていきます（「自治体向けガイド」を参照）。
- 4.2. 必要に応じて、見守り・安否確認、服薬管理、金銭管理、受診同行などの生活支援のあり方について本人・家族・多職種で検討する：一人暮らしの認知症の方の尊厳ある暮ら

しの継続は、介護保険給付サービスのみでは不十分な場合が少なくありません。介護保険給付サービスではカバーしきれない生活支援も含めて、本人・家族・多職種がチーム（意思決定支援チーム）を形成して、どのようにして利用できるサービスを調整していくが、あるいは利用できるサポートをつくりだしていくについて検討します（地域包括支援センターの地域ケア会議、居宅介護支援事業所のサービス担当者会議が、このチームに該当する場合があります）。

5. 別居家族との情報共有と連携

5.1. 独居の場合は、キーパーソンになり得る別居家族の有無を確認し、本人の同意を得て家族と情報共有し連携する：キーパーソンになり得る別居家族の有無は、今後の医療・ケアのあり方を考える上で不可欠の情報になります。キーパーソンとなる別居家族がいる場合には、本人の同意を得て、別居家族と情報を共有します。また、本人、別居家族、多職種が連携して先に述べた意思決定支援チームを結成します。その際、別居家族には、同居家族とは異なる様々な支援ニーズが存在することについても留意する必要があります（「自治体向けガイド」「一人暮らしの認知症高齢者の家族支援ガイド」も参照）。

5.2. 相談員等は、電話や面接等を通して、別居家族と継続的な関係を保ち、変化がある場合には情報を共有

して対応できるようにする：認知症疾患医療センターの相談員が、別居家族と継続的な関係を保持しておくことは、本人の暮らしの変化に関する情報を入手するだけでなく、別居家族を心理社会的に支援する上でも重要な意味をもっています。

6. パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働

6.1. 相談員等は、本人・家族、担当医、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、事業所職員、地域の関係者等と必要に応じて関係者会議を開催するなどして、生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を継続的に実践する：診断後支援の重要な目標は、認知症の本人にとってのパーソナルな生活支援ネットワークを構築し、それを継続していくための体制を確保していくことです。また、それを実現するために、それを可能とするような地域環境が不可欠です。そのような地域環境をつくるには、関連する組織や機関が必要に応じていつでもつながり合うことができるようなネットワークを形成している必要があります。このようなネットワークづくりが「地域づくり」といわれる活動の本質かと思われます。認知症疾患医療センターにおける「個別支援」は「地域づくり」と連動していることを認識しておくことが重要です。

7. 全体を通しての共通事項

7.1. 多職種協働によるコミュニティ・ソーシャルワーク

診断後支援として実施されていることは多職種協働による「総合アセスメント」と「必要な社会的支援の統合的調整」です。これは、独居であるか否かに関わらず、複合的生活課題をもつ認知症高齢者に対して実践されている「多職種チームによるコミュニティ・ソーシャルワーク」に他なりません。しかし、独居認知症高齢者の場合には、いわゆる日常生活を共にしている家族が不在であるという点において、生活状況の評価や本人のニーズの把握について多職種チームが果たす役割が大きくなることに留意する必要があります。

7.2. 独居生活の孤独・不安・抑うつ・妄想に対する精神療法的アプローチ

認知機能障害をもって独居で暮らすことに関する不安は大きく、しばしば妄想に発展することもあります。これに対しては、認知症疾患医療センターのスタッフのみならず、多職種のチームで本人の体験を積極的に傾聴し、受容し、共感するという精神療法的アプローチが肝要です。そのことが信頼関係の醸成し、不安をもちながらも本人なりの自立生活の継続に繋がることに留意する必要があります。

7.3. 意思決定支援チームの結成と権利実現支援（アドボカシー）

本人なりの自立生活の工夫を尊重し、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を継続できるようにしていくことは、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本理念（第3条第1項）にも掲げられている基本的

人権の実現に他なりません。同時に、可能な範囲で本人が健康で安全な生活を維持できるようにすることは憲法第25条に定められる基本的人権の実現支援でもあります。意思決定支援チームは、そのような自由権と社会権の両者の実現に向けて機能する役割を担っており、チーム員には認知症とともに生きる当事者のアドボケイトとして機能することが求められています。

7.4. 本人の声の発信とエンパワメント

認知症である本人の声の発信、本人同士の出会い、ピア・サポートが、認知症とともに生きる人々を力づけ、それが尊厳ある自立生活の継続に大きな役割を果たしていることが示されてきています。そのようなことから、認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱の「診断後等支援機能」には、その具体的内容としてピア・サポートや当事者交流会の開催が掲げられています。独居の認知症高齢者を認知症疾患医療センターの診断後支援の中で、どうすればピア・サポートや交流会へのアクセシビリティを確保することができるか、これからの認知症疾患医療センターに課せられた重要な課題でしょう。

D. 考察

本研究の成果物の名称は、「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」とした。名称を「ガイド」に留めた第一の理由は、この領域のエビデンスが極めて希薄なためである。し

かし、ここで作成されたガイドは、今日の認知症疾患医療センターで実際に取り組まれている診断後支援を基礎にし、かつ、事例分析を通してリアルワールドでの実現性が確認されたものである。また、2事例はであるが、認知症と診断されてからの数年間にわたるプロセス評価を通して、在宅生活の継続に寄与していることも確認されている。

今後の課題は、第一に、このガイドを踏まえて、実際に独居認知症高齢者の在宅生活の継続をアウトカムとする実証研究を行うことであり、第二に、関係する実践家でコンセンサス・パネルをつくり、内容的な妥当性を確認していくことであろう。

E. 結論

認知症疾患医療センターの実態調査、事例分析、文献レビューを踏まえ、かつ本研究班で作成した自治体向けガイドとの整合性を考慮して、「認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援ガイド」を作成した。このガイドは世界で最初に作成された独居認知症高齢者にフォーカスをあてた診断後支援のガイドかと思われる。このガイドを踏まえて、実際に独居認知症高齢者の在宅生活の継続をアウトカムとする実証研究を行うことが今後の課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 栗田主一：特集にあたって。過疎化が進展する離島・中山間地域の認知症支援。老年精神医学雑誌, 35(1):5-10, 2024.

- 2) 栗田主一：認知症のリハビリテーション医療。診断と治療 112: 694-698, 2024.
- 3) 栗田主一：認知症基本法と自治体における今後の認知症施策の在り方, 自治体法務研究 78: 49-54, 2024.
- 4) 栗田主一：認知症に対する医療と介護のかかわり：一人暮らしの認知症の人への精神科医療のかかわり。日精診 50(2):193-209, 2024.
- 5) 栗田主一：認知症と社会保障。医学のあゆみ. 287(13):1100-1105, 2024.
- 6) 栗田主一：人生 100 年時代の認知症とこころの健康問題。日本老年医学会：高齢者および高齢社会に関する検討ワーキンググループ報告書 2024. p50-59, 日本老年学会, 2024, 東京.
- 7) 栗田主一：共生社会において個性と能力が発揮できる支援とは何か？作業療法ジャーナル 58(11): 1046-1051, 2024.
- 8) 栗田主一：認知症基本法と認知症診療。「精神科治療学」編集委員会：症状性・器質性精神障害診療ガイドー精神症状を引き起こす身体疾患, 物質・医薬品一。精神科治療学 39 増刊号: 129, 2024.
- 9) 栗田主一：第 13 章高齢者の生活と地域社会。日本老年精神医学会編：新訂・老年精神医学講座；総論。ワールドプランニング社, 2024, 東京. p235-249.
- 10) 栗田主一：認知症診療の探求, 国の方向性を伝達する：共生社会の実現を推進するための認知症基本法。クリニシアン 71(3): 266-271, 2024.
- 11) 栗田主一：【災害と認知症支援】災害と

- 認知症支援 特集にあたって. 老年精神医学雑誌 35(10): 975-983, 2024.
- 12) 大塚理加, 栗田主一: 被災後の介護保険サービスの状況と高齢者への影響. 老年精神医学雑誌 35(10): 1007-1014, 2024
 - 13) 栗田主一: 今後の認知症医療提供体制 抗アミロイドβ抗体薬治療の導入を踏まえて. The Curator of Neurocognitive Disorders1(2): 52-54, 2024.
 - 14) 中山莉子, 涌井智子, 関野明子, 大久保豪, 栗田主一: 認知症の人と家族のコミュニケーションの類型化に関する質的研究. 日本認知症ケア学会誌 23(2): 340-353, 2024.
 - 15) 栗田主一: 新たな認知症医療提供体制整備と共生社会の実現を推進するために. 老年学・老年医学公開講座 169回: 33-41, 2024.
 - 16) 栗田主一: 共生社会の実現を推進するための認知症基本法. The Curator of Neurocognitive Disorders. 1(1): 50-51, 2024
 - 17) 新美芳樹, 田中稔久, 石井伸弥, 内海久美子, 枝広あや子, 武田章敬, 冨本秀和, 藤本直規, 古田光, 森啓, 栗田主一, 岩坪威, 日本認知症学会 社会対応委員会: アルツハイマー病の疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制の課題に関する, 認知症疾患医療センターを対象とした調査に関する報告. Dementia Japan38(2): 279-296, 2024.
- 1) Awata S: Living alone with dementia in Japan: Challenges and Policies. AAIC2024, 2024. 7. 28-8. 1, Philadelphia (Symposium)
 - 2) Awata S: Creating an inclusive society where people can live well with dementia with hope and dignity -The Japan Model. H. C. R. 2024 International Symposium, 2024. 10. 3-10. 4, Tokyo.
 - 3) 栗田主一: 高齢者の社会的孤立と孤独の実態と支援. 日本認知症ケア学会・2023年度東海ブロック大会, 2024. 2. 11, 名古屋 (特別講演).
 - 4) 栗田主一: 今, 再考する認知症共生社会とは. 第25回日本認知症ケア学会, 2024. 6. 15-6. 16, 東京 (認知症ケア賞特別講演).
 - 5) 宇良千秋, 稲垣宏樹, 杉山美香, 宮前史子, 枝広あや子, 井藤佳恵, 岡村毅, 栗田主一: 独居高齢者における地域生活継続のセルフ・エフィカシーの関連要因. 将来認知症になっても近くに相談相手がいれば大丈夫? 第25回日本認知症ケア学会, 2024. 6. 15-6. 16, 東京 (ポスター).
 - 6) 杉山美香, 宮前史子, 中山莉子, 枝広あや子, 井藤佳恵, 櫻井花, 多賀努, 宇良千秋, 岡村毅, 栗田主一: ポストコロナでの認知症支援のための地域拠点の実践. 新型コロナ「5類」移行後の認知症支援拠点の取り組み. 第25回日本認知症ケア学会, 2024. 6. 15-6. 16, 東京 (ポスター).
 - 7) 宮前史子, 藤田和子, 小森由美子, 山梨恵子, 栗田主一, 岡村毅, 永田久美

1. 学会発表

- 子:認知症の本人からの発信はどのようにして実現するか.市町村担当者から見た本人発信支援事業が抱える課題.第25回日本認知症ケア学会,2024.6.15-6.16,東京(ポスター).
- 8) 中山莉子,櫻井花,杉山美香,見城澄子,釘宮由紀子,岡村睦子,多賀努,宮前史子,岡村毅,栗田圭一:認知症支援のための地域拠点における心理職による臨床心理学的地域援助に関する報告.心理相談の概要と相談経路について.第25回日本認知症ケア学会,2024.6.15-6.16,東京(ポスター).
- 9) 花田健二,伊藤和江,沼沢満,杉浦綾乃,佐々木努,山田恭平,山北武,作田直人,永田久美子,栗田圭一:自治体と自動車学校の協働による高齢者運転支援と認知症の人の免許返納後の相談体制.第25回日本認知症ケア学会,2024.6.15-6.16,東京(口演).
- 10) 涌井智子,藤原聡子,中川威,森山葉子,甲斐一郎,大淵修一,栗田圭一:認知症介護を支える日常介護記録.記録・振り返り・受容の質的効果評価.第25回日本認知症ケア学会,2024.6.15-6.16,東京(ポスター).
- 11) 栗田圭一:共生社会の実現を推進するための認知症基本法について.日本認知症ケア学会・2024年度東北ブロック大会,2024.9.8,仙台(基調講演).
- 12) 栗田圭一:高齢者のアパシー・うつへの治療ストラテジー.第66回日本老年医学会,2024.6.13-6.15,名古屋(教育講演).
- 13) 大丸香,畑中翔,太田崇央,大淵修一,石崎達郎,鈴木宏幸,藤原佳典,栗田圭一,鳥羽研二,IRIDEコホート研究チーム.地域在住高齢者における糖尿病とダイナペニアの横断的關係:IRIDEコホート研究.第66回日本老年医学会,2024.6.13-6.15,名古屋(一般演題・講演).
- 14) 菊地和則,池内朋子,栗田圭一:認知症高齢者の行方不明者数推計に関する研究.第66回日本老年医学会,2024.6.13-6.15,名古屋(一般演題・ポスター).
- 15) 雛倉圭吾,桜井良太,笹井浩行,清野諭,秦俊貴,藤原佳典,栗田圭一:高齢者におけるウェアラブルアクティビティトラッカーの使用意向とその関連要因.第66回日本老年医学会,2024.6.13-6.15,名古屋(一般演題・ポスター).
- 16) 栗田圭一:認知機能の低下とともに生きる高齢者が尊厳ある自立生活を送れる社会の実現をめざして.第19回日本応用老年学会,2024.11.9-11.10,横浜(シンポジウム).
- 17) 稲垣宏樹,杉山美香,栗田圭一:地域在住高齢者の日常生活における支援のニーズの充足度に関する報告:「千代田区こころとからだのすこやかチェック」から.第19回日本応用老年学会,2024.11.9-11.10,横浜(一般演題・ポスター).
- 18) 栗田圭一:共生社会の実現を推進するための認知症基本法とこれからの認知症施策.第43回日本認知症学会,2024.11.21-11.23,郡山(特別講演).
- 19) 栗田圭一:認知症の発症リスク低減を社会実装する際の課題:プライマリ・

- ヘルス・ケアの視点から. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (シンポジウム).
- 20) 栗田主一: 抗A β 抗体薬の実臨床への導入を踏まえた認知症医療提供体制の整備について. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (シンポジウム).
- 21) 栗田主一: 総括: これからの認知症施策が目指す方向性. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (シンポジウム).
- 22) 栗田主一: 独居認知症高齢者等の尊厳ある地域生活の継続をめざして: 取り組むべき課題の整理. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (ミニシンポジウム).
- 23) 高橋佳史, 佐藤研一郎, 畑中翔, 安藤千晶, 大田崇央, 鈴木宏之, 桜井亮太, 河合恒, 笹井浩行, 藤原佳典, 栗田主一, 鳥羽研二, DMCIRC investigators: DMCIRC (Determinant of MCI Reversion/Conversion) でのMCI判定基準の特徴. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (ポスター).
- 24) 佐藤研一郎, 高橋佳史, 畑中翔, 安藤千晶, 鈴木宏幸, 桜井亮太, 河合恒, 笹井浩行, 藤原佳典, 栗田主一, 鳥羽研二, DMCIRC investigators: DMCIRC studyの参加者の特徴: 軽度認知障害における記憶機能低下者の割合. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (ポスター).
- 25) 扇澤史子, 岡本一枝, 今村陽子, 高岡陽子, 松井仁美, 井原涼子, 古田光, 井藤佳恵, 岩田淳, 栗田主一: MCIからADへの移行を予測するスクリーニング検査の下位項目の検討. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (ポスター).
- 26) 岡本一枝, 扇澤史子, 今村陽子, 植田那月, 加藤真衣, 大森祐貴, 古田光, 井藤佳恵, 岩田淳, 栗田主一: 高齢化率の高い地域の医療機関における軽度認知障害 (MCI) の推移の実態. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (ポスター).
- 27) 齊藤葉子, 滝口優子, 中村考一, 川越雅弘, 栗田主一: 介護支援専門員が行う一人暮らし認知症高齢者の生活継続支援に関するインタビュー調査. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (ポスター).
- 28) 滝口優子, 斎藤葉子, 中村考一, 栗田主一: 過疎化が進展している離島・中山間地域におけるオンライン研修の状況と介護実践の課題. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (ポスター).
- 29) 中村考一, 月井直哉, 橋本萌子, 栗田主一: 居住系サービスにおいて実施されているケアがBPSDへ及ぼす影響. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (ポスター).
- 30) 新美芳樹, 田中稔久, 栗田主一, 岩坪威: 疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制と社会的課題に関する調査研究. 第43回日本認知症学会, 2024. 11. 21-11. 23, 郡山 (ポスター).
- G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定含む)**

1. 特許取得 :

該当なし

2. 実用新案登録 :

該当なし

3. その他 :

該当なし

References

- 1) Alzheimer' s Scotland. The 5 Pillars Model of Post Diagnostic Dementia Support 2011. Available from: http://www.alzscot.org/campaigning/five_pillars.
- 2) Low LF, Swaffer K, McGrath M, Brodaty H. Do people with early stage dementia experience Prescribed Disengagement®? A systematic review of qualitative studies. *Int Psychogeriatr*. 2018 Jun;30(6):807-831.
- 3) Morgan A. A review of policy and provision of emotional support for people living with early-stage dementia in the Republic of Ireland and call for specialist counselling and psychotherapy services. *Dementia* (London). 2021 Aug;20(6):1958-1970.
- 4) Alzheimer' s Scotland. Delivering Integrated Dementia Care: the 8 Pillars of Community Support 2015. Available from: http://www.alzscot.org/campaigning/eight_pillars_model_of_community_support.
- 5) Bamford C, Wheatley A, Brunskill G, Booi L, Allan L, Banerjee S, Harrison Denning K, Manthorpe J, Robinson L; PriDem study team. Key components of post-diagnostic support for people with dementia and their carers: A qualitative study. *PLoS One*. 2021 Dec 20;16(12):e0260506.
- 6) Low LF, Gresham M, Phillipson L. Further development needed: models of post-diagnostic support for people with dementia. *Curr Opin Psychiatry*. 2023 Mar 1;36(2):104-111.
- 7) Alzheimer' s Disease International. World Alzheimer Report 2022. Life after diagnosis, Navigating treatment, care and support. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2022.pdf>
- 8) Jha A, Jan F, Gale T, Newman C. Effectiveness of a recovery-orientated psychiatric intervention package on the wellbeing of people with early dementia: a preliminary randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013 Jun;28(6):589-96. doi: 10.1002/gps.3863. Epub 2012 Jul 30. PMID: 22847712.
- 9) 畠山啓, 枝広あや子, 椎名貴恵, 近藤康寛, 山田悠佳, 新田怜小, 佐古

- 真紀, 柏木一恵, 岡村毅, 井藤 佳
恵, 栗田主一: 認知症疾患医療セン
ターにおける若年性認知症の診断後
支援. 老年精神医学雑誌 (0915-
6305) 34巻5号 Page477-
486 (2023. 05)
- 10) 山口智晴, 河合晶子, 村井千賀, 遠
藤千冬, 村島久美子, 北村立: 認知
症疾患医療センター併設医療機関に
おける作業療法実態調査. 老年精神
医学雑誌 (0915-6305) 33巻6号
Page595-601 (2022. 06)
- 11) 齊藤千晶, 朝岡義博, 太田崇, 伊藤
篤史, 岩丸陽彦: 認知症疾患医療セ
ンターにおける作業療法士の関与の
実態 愛知県作業療法士会会員への
アンケート調査から. 愛知作業療法
(1342-274X) 30巻 Page67-
72 (2022. 03)
- 12) 柳渡彩香, 内海久美子, 福田智子,
大辻誠司, 姫野大作, 石田智隆, 江
本雄泰, 藤本純, 野呂孝徳, 安村
修一: 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(11): 1211-
1224, 2020.
- 13) 吉武亜紀, 保野孝弘: もの忘れ外来
における診断後支援の探索的検討
DASC-21を用いた患者とその家族の
評価の違いを活かして. 川崎医療福
祉学会誌, 32(2): 375-383, 2023.

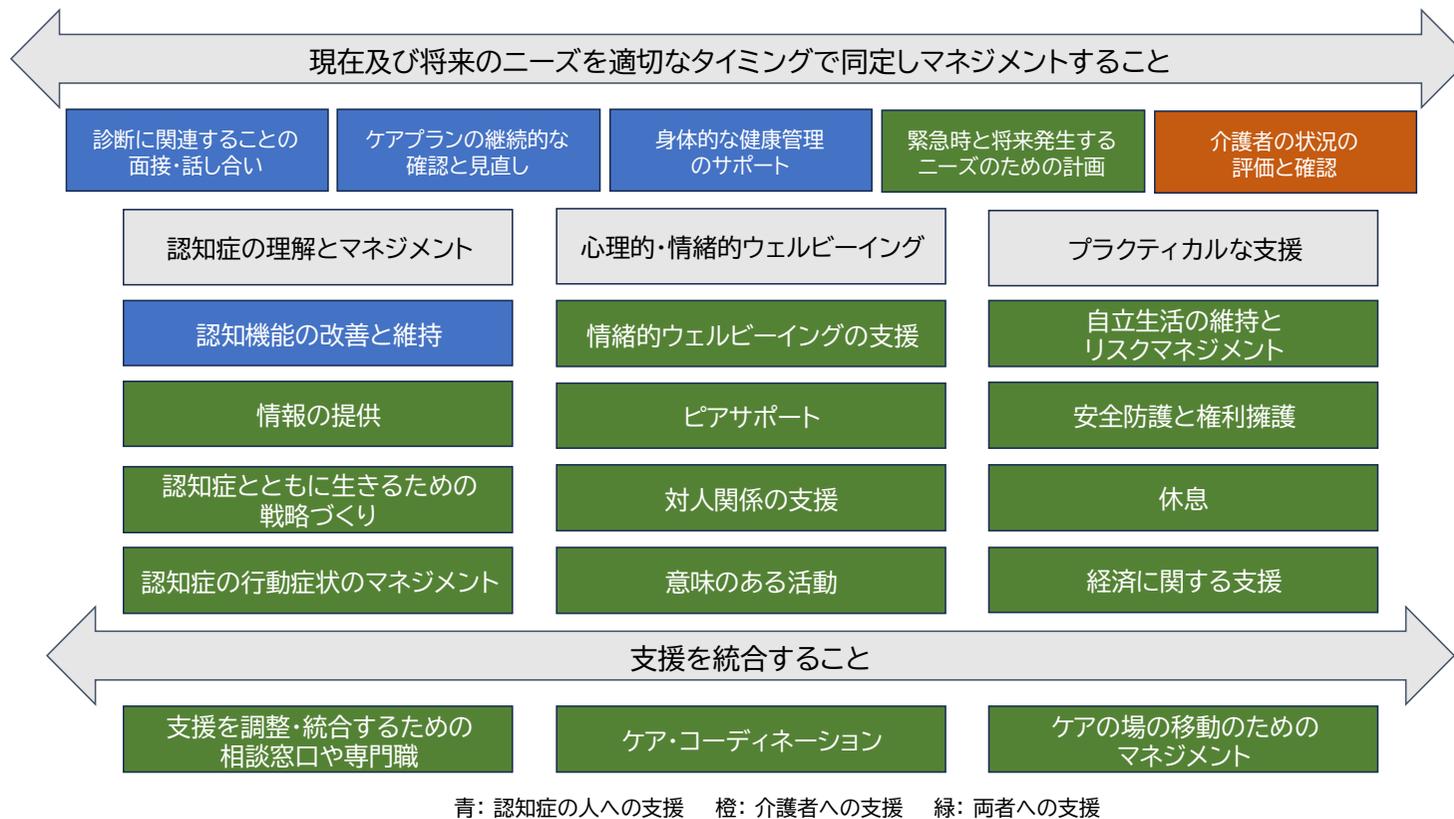


図 1. 認知症の診断後支援の構造

表 1. 認知症疾患医療センターにおける独居認知症高齢者の診断後支援の事例分析

	事例 1： MCI の診断から 4 年間、認知症の診断から 1.2 年間独居生活を継続している調査時 68 歳の女性	事例 2： MCI の診断から 4 年間、認知症の診断から 3 年間独居生活を継続している調査時 89 歳の女性
1. 診断名を含む医学的評価の結果に関する配慮のある情報提供	初診時 (MCI 疑い、不安・不眠症状の併存)、X+1 年 (アルツハイマー病による MCI 疑い)、X+3 年 (アルツハイマー型認知症、妄想の併存) に医師・家族に認知症の診断名やその他の医学的評価について説明し、不安への対応や、今後の尊厳ある自立生活に向けた情報提供が行われている。	夫の入院を契機とする健忘への強い自覚と不安を契機に認知症疾患医療センターを受診し、MCI と診断され、その後の経過の中で認知症へ進展しているが、医師は、通院診療の中で、本人・家族等に MCI や MCI から認知症への進展について説明。また併存する身体疾患の問題について説明をしている。また、本人の独居に関する不安に配慮して、今後の暮らし方についても継続的な情報提供を行っている。
2. 本人・家族の心理的サポートと生活状況のアセスメント	上記と並行して、診察場面のみならず、日々の生活を通して、本人・家族・地域支援者等から生活の様子を聴取し、現在利用しているサービスを把握するとともに、今後の生活に関する本人・家族の意向を確認している。また、本人や家族の不安に対しては、対話を通して心理的なサポートが継続されている。	日々の生活状況については、本人、家族、地域包括支援センター職員等から絶えず情報を収集し、現在のサービスの利用状況や、本人・家族の意向を確認しながら、今後の暮らしのあり方が検討されている。また、本人の独居生活に関する不安については、本人の体験を積極的に傾聴しながら、心理的なサポートが継続されており、それによって本人・家族ともに精神的に落ち着いてきている様子もうかがわれる。
3. 生活支援に関わるサービスの情報提供と利用支援	上記を通して、認知症疾患医療センターの医師と精神保健福祉士は、本人・家族の生活上の困りごとやニーズ、本人や家族の意向を聴取し、介護保険サービスやその他の地域サービスについての情報を提供している。また、サービス利用にあたっては、要介護認定を受けることの必要性を説明し、地域包括支援センターの利用について説明している。	本人・家族の生活上の困りごとや意向を聴取しながら、介護保険サービスやその他の地域サービスについての情報を提供したり、サービス利用にあたっては、要介護認定を受けることの必要性を説明したり、地域包括支援センターの利用について情報提供したりするなどの支援がなされている。本事例で特に注目しておきたいことは、併存する血圧コントロールの不良と服薬アドヒアランスの不良という医学的評価の下で、服薬管理および健康管理の支援体制の再構築がなされている点である。

<p>4. 地域包括支援センターや介護支援専門員との情報共有と連携</p>	<p>初診の段階で、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士が、本人・家族の同意を得て、地域包括支援センターに連絡を入れて介護保険サービスの利用調整を開始している。また、X+3年には、認知機能障害と生活障害の進展に合わせて、地域包括支援センターと連携して区分変更を進め、要介護1になってからは、さらに居宅介護支援専門員とも情報を共有して、見守り・安否確認、服薬管理、金銭管理、受診同行などの生活支援のあり方が検討され、実践されている。</p>	<p>上記のプロセスの中で、必要に応じて、本人・家族の同意を得て、地域包括支援センターや介護支援専門員と情報共有を行い、見守り・安否確認、服薬管理、金銭管理、通院同行などの生活支援について本人・家族・多職種で検討されている。特に注目しておきたいことは、本人・家族・多職種の間で情報共有を行いながら、信頼関係が形成され、意思決定支援チームを結成されていることである。今後の暮らしについて本人の意思決定が揺らいでいたり、猜疑心や被害妄想などを背景にサービス利用に拒否感を感じていたりするときなどは、信頼関係が形成されている意思決定支援チームが、本人の意思を尊重し、安全性を確保しつつ、本人に伴走しながら協働で意思決定できるようにしていくことが、本人の在宅生活の継続に寄与しているものと思われる。</p>
<p>5. 別居家族との情報共有と連携</p>	<p>初診時からキーパーソンとなる長女が同伴しており、初診時から一貫して、本人と長女と医師を含む支援者の中で情報共有していく作業が継続的に実践されている。また、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士が、電話や面接等を通して、長女と継続的な関係を保ち、変化がある場合には適宜情報を共有しながら対応しているのがわかる。</p>	<p>初診時よりキーパーソンである長男との間で情報共有と連携がなされている。その際には、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士が、電話や面接等を通して別居家族と継続的な関係を保ち、変化がある場合に情報を共有して対応できるようにしている点がポイントである。しかし、本事例では、長男が遠方に暮らしており、かつ勤務もされているということから、本人とのコミュニケーションや生活支援には明らかに限界があった。そのようなことも背景にあって、やがて本人は長男に対して被害妄想をもつようになり、別居家族による金銭管理支援が困難になり、それを契機に成年後見制度の利用という選択肢が支援チームの間で検討されるようになっていく。</p>
<p>6. パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働</p>	<p>以上のプロセス全体を通して、本人、家族、地域包括支援センター職員、居宅介護支援専門員、介護保険サービス事業所職員（訪問看護師、訪問介護士）、認知症疾患医療センターの担当医師と精神保健福祉士が、意</p>	<p>このように、全経過を通じて、認知症疾患医療センターの医師及び精神保健福祉士は、本人・家族、担当医、地域包括支援センター職員、居宅介護支援専門員、介護保険サービス事業所職員と必要に応じて関係者会議を開催するなどしながら、パーソナルな生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働が継続</p>

	<p>思決定支援チームを結成し、必要に応じて関係者会議を開催しながら、生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を継続的に実践されているのを確認することができる。</p>	<p>的に実践されている。そして、この事例では、初診後4年目に成年後見制度の利用が検討されるようになったが、後見人が選任された場合には、後見人も意思決定支援チームに加わり、本人の意思の尊重を原則にしながら、本人の安全性の確保を考慮に入れて生活支援ネットワークの構築を進めていけるように多職種協働を維持していく必要がある。</p>
--	--	--