

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

独居認知症高齢者の権利利益の保護と認知症疾患医療センターの役割に関する研究

研究代表者 栗田主一 認知症介護研究・研修東京センター センター長／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長特任補佐

研究要旨

【研究目的】本研究の目的は、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点から認知症疾患医療センターが果たすべき役割を示し、それを 2024 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ガイド」（以下、ガイド）に反映させた改訂版ガイドを作成することにある。【研究方法】2024 年度に作成したガイドの内容を精査して改訂版において検討すべき事項を示すとともに（研究 1）、実際に認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者の事例分析を通して、独居認知症高齢者が直面している権利利益の保護に関わる課題を診療録の後方視調査を通して明らかにした（研究 2）。【研究結果】ガイドの改訂版作成にあたって検討すべき複数の事項を示した。また、独居認知症高齢者の受診の経緯では、「本人が健忘を自覚し、不安を感じ、自発的に受診するパターン」と「別居の家族・親族が気づき、別居の家族・親族に促されて受診するパターン」があること、消費者被害や特殊詐欺、道順障害による行方不明が受診の経緯に認められる場合があることが可視化された。【考察】今年度は独居認知症高齢者 10 例（すべて女性）に限定して、受診に至る経緯、初診時の認知機能と診断名、初診時の同伴者にフォーカスをあてた分析を行ったが、この段階でも権利利益の保護という観点から特筆すべき事項があることを示唆された。【結論】2024 年度に作成したガイドは、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点からは記載が不十分である。認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者は、受診までの経緯や初診時においても、権利利益の保護に関わる多様な課題に直面している。

A. 研究目的

2022～2024 年度の厚労科研「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・持続化するための研究」の分担研究課題「認知症疾患医療センターの診断後支援に関する研究」において、全国の認知症疾患医療センターの相談員を対象とする実態調査、事例分析、文献レビューを行い、「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）を作成した。本研究の目的は、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点から認知症疾患医療センターが果たすべき役割を示し、それを 2024 年度に作成したガイドに反映させることにある。

B. 研究方法

上記の目的を達成するために、本年度は第一に 2024 年度に作成したガイドの内容を精査した上で改訂版において検討すべき事項を示し（研究 1）、さらに、2022～2024 年度に作成した認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者のデータベースを用いて、認知症疾患医療センターの受診に至る経緯、初診時の認知機能と診断名（その後の経過で診断名が変遷した場合には変更後の診断名）、初診時の同伴者に焦点をあてたデータベースの作成を診療録の後方視的調査を追加して実施した（研究 2）。

（倫理的配慮）

本研究で実施した診療録の後方視的調査は、東京都健康長寿医療センターの日常診療の中で得られたデータを研究活用するものであるが、これについては東京都健康長寿医療センターではオプトアウトによる包括的同意を得ている。

C. 研究結果

研究 1: ガイドの改訂版作成にあたって検討すべき事項を表 1 に示した。以下に要約する。

I. 序論：

- 独居認知症高齢者及び MCI を含めた独居認知症高齢者数の推計値は今回の厚労科研の分担研究のデータを踏まえて修正すべきである。
- 独居認知症高齢者の状況を権利利益侵害のリスクという観点から、より明確に、かつ evidence based に記述する必要がある。認知症疾患医療センターの役割については、実施要綱に示されて

いる内容を記述するだけでなく、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点からの役割についても言及すべきである。

- 認知症の診断後支援の考え方について、「5 つの柱の支援モデル」を提案したのはスコットランドアルツハイマー病協会であることを示し、2022 年の ADI レポートの引用元を示した上で、ADI の診断後支援の定義を解説すべきである。
- ### 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パターンについてはここに掲げた①～④以外の類型はないか。認知症疾患医療センター受診例の分析を通して再確認する必要がある。
 - 意思決定支援チームという用語の解説を別記する必要がある。
 - 「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」という文言がわかりにくいかもしれない。「その個人にとって必要な生活支援のネットワーク」の方がよいかもしれない。
 - 「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」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地域レベルのネットワーク」とした方がよい。「このような地域レベルのネットワークづくりが「地域づくり」の本質であることを示すべきである。
 - 独居認知症高齢者では、日常生活を共にしている同居家族が不在であるために、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相対的に大きくなることを強調すべきである。

研究 2: 認知症疾患医療センターの受診に至る経緯、初診時の認知機能と診断名（その後の経過で診断名が変遷した場合には変遷した診断名）、初診時の同伴者に関するデータを表 2 に示す。受診の経緯では、「本人が健忘を自覚し、不安を感じ、自発的に受診するパターン」と「別居の家族・親族が気づき、別居の家族・親族に促されて受診するパターン」がある。また、10 例中 2 例は初診時に本人単独で受診している。さらに、消費者被害に家族が気づいたり、道順障害により行方不明となり警察に保護されたりして受診に至るという場合もある。初診時に SCD（Subjective Cognitive Decline）または MCI の人も認知症に進展し、権利利益の保護という観点からも生活支援ニーズが高まる様子が窺える。

D. 考察

2024 年度に作成したガイドは、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点からは記載が不十分であることが明らかになった。また、事例分析については、今年度は独居認知症高齢者 10 例（すべて女性）に限定して、認知症疾患医療センターの受診に至る経緯、初診時の認知機能と診断名（その後の経過で診断名が変遷した場合には変遷後の診断名）、初診時の同伴者にフォーカスをあてた分析を行ったが、この段階でも権利利益の保護という観点から特筆すべき事項があることを示された。

次年度には、さらに対象数を増やし、長

期経過の中で直面する権利利益の保護に関わる多様な課題に焦点をあてた分析を行う予定である。

E. 結論

- 2024 年度に作成したガイドは、独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点からは記載が不十分である。
- 認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者には、受診に至る経緯や初診時においても、権利利益の保護に関わる課題が生じている。

F. 研究発表

1. 論文発表
 - 1) 栗田主一：認知症施策推進基本計画：論点と概要．The Curator of Neurocognitive Disorders2(1): 50-52, 2025.
 - 2) 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と認知症施策推進基本計画．社会福祉研究(0286-2980)152 号 Page4-11(2025. 04)
 - 3) 栗田主一：認知症基本法の制定と共生社会の推進．日本臨床, 83(6), 877-883. 2025.
 - 4) 栗田主一：共生社会の実現をめざす「認知症施策推進基本計画」．健康づくり. N569, 1-6, 2025.
 - 5) Kikuchi K, Oguchi T, Ikeuchi T, Awata S. An exploratory study on municipal measures for preventing and addressing incidents of missing older persons with dementia living alone in Japan. Psychogeriatrics. 2025May;25(3):e

70022. doi:10.1111/psyg.70022.

2. 学会発表

- 1) 栗田主一：認知症施策推進基本計画について、紐解く．第26回日本認知症ケア学会，2025. 5. 31-6. 1，福岡（認知症ケア賞特別講演）．
- 2) 栗田主一：「認知症施策推進基本計画」策定過程の議論がもたらすものは何か．第26回日本認知症ケア学会，2025. 5. 31-6. 1，福岡（特別講演）．
- 3) 齊藤葉子，吉江悟，松本博成，相田里香，森澤拓，栗田主一：独居認知症高齢者の消費者被害に関する実態調査 強引な訪問販売・リフォーム詐欺，特殊詐欺やその他不適切な取引．第26回日本認知症ケア学会，2025. 5. 31-6. 1，福岡（ポスター）．
- 4) 枝広あや子，岡村毅，栗田主一：認知症疾患医療センターにおける診断後支援の取り組み状況の変化．第26回日本認知症ケア学会，2025. 5. 31-6. 1，福岡（ポスター）．
- 5) 扇澤史子，木村陽子，岡本一枝，今村陽子，佐々木知輝，畠山啓，大森佑貴，古田光，岩田淳，栗田主一：急性期病院の認知症ケアチームの介入頻度および取り組みの充実の効果．認知症ケア加算対象患者の身体拘束率の推移による検証．第26回日本認知症ケア学会，2025. 5. 31-6. 1，福岡（ポスター）．
- 6) 栗田主一：認知症基本法と今後の認知症施策の方向性．第67回日本老年医学会，2025. 6. 27-6. 29，千葉幕張（教育講演）．

- 7) 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と新しい認知症観．日本老年歯科医学．オンラインLive研修会「認知症と向き合う研修会」，2025. 10. 15（お案ライン）
- 8) Ikeuchi T, Kikuchi K, Awata S: Incidence of Missing Persons with Dementia Living Alone and Not Living Alone: Findings from a Municipal Survey in Japan. The 2025 International Congress of the International Psychogeriatric Association (IPA), Kanazawa, Japan. September 25-27, 2025 (Symposium).

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

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ガイド」改訂版作成において検討されるべき事項

厚労科研(2022-2024)で作成した「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ガイド」の内容	改訂版において検討されるべき事項
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 年の段階の 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。	独居認知症高齢者及び MCI を含めた独居認知症高齢者数の推計値は今回の厚労科研の分担研究のデータを踏まえて修正すべきである。
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。	独居認知症高齢者の状況を権利利益侵害のリスクという観点から，より明確に，かつ evidence based な記述が必要である。文献情報も表示すべきである。
○ 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。	認知症疾患医療センターの役割については，実施要綱に示されている内容を記述するのみならず，独居認知症高齢者の権利利益の保護という観点から果たすべき役割について言及すべきである。

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<u>全国調査</u>で明らかにされています。	2019 年度に実施された<u>全国調査</u>（老健事業報告書）については、その引用元を表示すべきである。
○ 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、<u>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。</u>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、<u>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。</u>	「5つの柱の支援モデル」を提案したのはスコットランドアルツハイマー病協会なので修正が必要である。 2022 年の ADI のレポートの引用元を表示すべきでないか。
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います。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もあります。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。ここ	独居認知症高齢者の受診パターンについては、ここに掲げた①～④の類型でよいか、認知症疾患医療センター受診例の分析を通して再確認する必要があるのではないか。

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。	
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提供します。	
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. 本人・家族の生活状況のアセスメントと心理的サポート」とすべきか。
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本人・家族の意向を確認し，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，さま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出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	

避するための助言が必要です（「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。	
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（ <u>意思決定支援チーム</u> ）で、そのあり方を検討します（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	• <u>意思決定支援チーム</u>という用語の解説を別記する必要がある。

合もあります).	
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した。また、本人、別居家族、多職種が連携して先に述べた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」を参照）。	文言の修正：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。
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：診断後支援に重要な目標は、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。	「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」という文言がわかりにくいかもしれない。「その個人にとって必要な生活支援のネットワーク」の方がよいかもしれない。 「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」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地域レベルのネットワーク」 「このようなネットワークづくりが「地域づくり」は、「このような地域レベルのネットワークづくりが「地域づくり」」
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、<u>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。</u>	「<u>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。</u>」は、「<u>独居認知症高齢者の場合には、日常生活を共にしている同居家族が不在であるために、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相対的に大きくなることに留意する必要があります。</u>」
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。<u>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。</u>	<u>文言の修正:「そのことが信頼関係の醸成し」は「そのことが信頼関係を醸成し」。</u>
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、<u>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。</u>	この部分の文章は、今回の厚労科研での研究成果及び議論を踏まえて、また自治体向けガイド(改訂版)との整合性を踏まえて修文する必要がある。
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。<u>独居の</u>	<u>「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。」</u>は、日本語的には、「<u>認知症疾患医療センターの診断後支援の中で、一人暮らしの認知症高齢者もピア・サポー</u>

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。	トや交流会への参加が可能になるようにしていくためにはどうすればよい 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。」 ということになる。 認知症疾患医療センターにおけるピア・サポートのあり方については、現在進められている老健事業の動きも踏まえて作文する必要がある。
--	--

表 2. 認知症疾患医療センターを受診する独居認知症高齢者の受診経緯、初診時診断、初診同伴者

事例	受診経緯	初診時診断→診断変遷	初診同伴者
事例 1 初 診 時 64 歳 女性	夫と死別後独居生活を続けていたが、約束を覚えていない、同じ内容の電話をする、被害妄想的な言動があるということで、長女に促され、別居の長女同伴で受診に至る。	初診時：MMSE=26、診断：MCI (CDR0.5)、妄想状態→3年後：MMSE=19, AD (CDR1)	別居家族
事例 2 初 診 時 85 歳 女性	夫の入院・死亡などの経緯の中で、予定を忘れる、約束事を忘れる、書類の置き場所がわからなくなるなどの健忘を強く自覚するようになり、不安で熟睡できなくなって自らかかりつけ医に相談し、単独受診に至る。一旦通院が途絶えるが、その後記憶障害が進行し、3年後に長男同伴で受診。	初診時：MMSE24, 診断：MCI due to AD (CDR0.5)→3年後：MMSE=23, AD (CDR1)	なし
事例 3 初 診 時 85 歳 女性	未婚で独居生活を続けていたが、近隣に住む姪が本人の健忘に気づき、別居の姪同伴で受診に至る。	初診時：MMSE=26, 診断：MCI (CDR0.5)→1年後 MMSE に変化は見られないが道順障害のエピソードあり、診断：AD (CDR1)	別居親族
事例 4 初 診 時 84 歳 女性	夫と死別後、携帯が見つからない、役所から送られてくる書類を紛失するなどの健忘が目立つようになり、認知症についての不安も高まり、自ら予約をとって単独受診に至った。	初診時：MMSE=30, 診断：SCD (CDR0)→4年後：MMSE=22, 診断：AD (CDR1)	なし
事例 5 初 診 時 79 歳 女性	夫と死別後独居生活をしていたが、健忘が目立つようになり、料理もなくなり、道順障害のエピソードがあり警察から長女に連絡が入る。長女に促され、かかりつけ医から紹介されて、別居の長女同伴で受診に至った。	初 診 時：MMSE=21、診断：AD (CDR1)	別居家族
事例 6 初 診 時 75 歳 女性	夫と死別後独居生活をしていたが、薬の飲み忘れや会話の内容をすぐに忘れるなどの健忘が目立つようになり、また家族に大金を預けたという記憶錯誤も現れ、別居の妹同伴で受診に至った。	初 診 時：MMSE=17、診断：AD (CDR1)	別居家族
事例 7 初 診 時 82 歳 女性	夫と死別が頻繁に寂しさを訴え、不眠、意欲低下が見られ、同時期より同じ話を繰り返す、鍵を紛失するなどの健忘も目立つようになり、別居家族が支えていたが、かかりつけ医にも勧められ、別居家族同伴で受診に至った。	初診時 MMSE=23、診断：AD with CVD (CDR1)	別居家族

事例 8 初 診 時 92 歳 女性	夫と死別してから独居。その頃から健忘が目立ったが、次第に進行するとともに、身体的愁訴、不安も目立つようになったとのことで、長女に促され、別居の長女同伴で受診に至る。	初診時：MMSE=28, 診断：MCI	別居家族
事例 9 初 診 時 77 歳 女性	夫と死別後不動産業を営みながら独居生活を続けていたが、10 年ほどして健忘が目立つようになり、仕事にも支障を来すようになり、長男（別居家族）とも相談し、かかりつけ医とも相談の上、別居の家族同伴で受診に至る。	初診時：MMSE=24, 診断：AD（CDR1）	別居家族
事例 10 初 診 時 84 歳 女性	別居家族が本人の健忘や金銭管理の支障を気にしていたが、知らぬ間にマンションを購入したり、キャッシュカードから 250 万円引き出されるような特殊詐欺に合い、家族がかかりつけ医と相談し、家族同伴で受診に至った。	初診時 MMSE=23, 診断：AD(CDR1)	別居家族