

認知症の人の家族等介護者への効果的な 支援のあり方に関する研究事業

報告書

2019年3月



社会福祉法人東北福祉会
認知症介護研究・研修仙台センター

は じ め に

認知症と診断されてから、何らかの専門職がかかわる支援に結び付くまでの間に、日常生活の中で生じる様々な出来事に本人は苦しみ、混乱します。一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループの藤田和子さんは、これを「空白の期間」と表現しました。診断されたご本人と同じように、その家族もまた周囲の人に相談できずに不安を感じ混乱します。その不安や混乱が本人と家族の軋轢を生むこともあります。認知症は周囲の人には分かり難いものであり、その「空白の期間」を作らないような支援が求められています。

本研究事業では、診断前の違和感を覚える段階でできる限り早期に専門機関に繋がること、また診断後にもその直後から支援が行き届くことに役立つ成果を上げることを目的に実施しました。

一般市民向けの冊子「もしも、気になるようでしたお読みください」は、認知症という疾病への偏見を解消するために、これまでにないアプローチで作成しています。誰しもが認知症の当事者であり、支え手である介護者や支援者もまた当事者でもあるという考え方に基づいています。

もう一つの冊子「Q&Aでわかる診断後の認知症の人とそのご家族の支援方法」は、認知症疾患医療センターの相談担当職員向けの事例集です。全国調査の結果をもとに、効果的な支援や助言が診断直後から届くように構成しています。この事例集は、課題を取り上げるのではなく成功事例を大切にしています。

成果物の作成に当たっては、多くの方のご協力をいただきました。委員会では、認知症のご本人、家族、医療・福祉各専門家の方々、そして一般市民の方にもモニター調査としてご協力いただきました。質問紙調査には、多忙な業務の中認知症疾患医療センターの職員の方々にご協力いただきました。この場を借りて御礼申し上げます。

本研究事業で作成した成果物は、いずれも当センターホームページからダウンロードすることができます。

一人でも多くの方にこれらの冊子を手にとっていただき、認知症と向き合い、認知症と共に生きるための助けになれば幸いです。

認知症介護研究・研修仙台センター

センター長 **加 藤 伸 司**

目 次

はじめに

1. 本研究の整理 ABSTRACT	1
1.1 研究事業概要	1
1.2 認知症疾患医療センターの悉皆調査	1
1.2.1 調査概要	
1.2.2 結果概要	
1.2.3 結果の活用方法	
1.3 早期支援につながることの促進を目的にした市民向け冊子の作成	2
1.4 診断後支援のための専門職向け事例集の作成	2
2. 研究事業概要	4
2.1 研究事業の背景	4
2.2 研究事業の目的	4
2.3 事業概要	5
2.3.1 スケジュール	
2.3.2 研究事業委員会の設置	
2.3.3 質問紙調査の実施「疑いから診断直後の家族支援の状況調査」	
2.3.4 早期支援につながることを促進するための冊子の作成と普及	
2.3.5 認知症疾患医療センター相談担当者による家族支援対応事例集の作成と普及	
2.3.6 海外の認知症の初期支援に関する文献収集	
2.3.7 報告書の作成と配布	
3 疑いから診断直後の家族支援の実態と対応	11
3.1 調査概要	11
3.1.1 目的	
3.1.2 方法	
3.2 結果	13
3.2.1 基本属性	
3.2.2 来院者の受診経緯	
3.2.3 関係機関との連携とアウトリーチ	
3.2.4 認知症疾患医療連携協議会	

3.2.5	地域のインフォーマルな社会資源との連携	
3.2.6	認知症の理解促進に関する研修会の実施とその内容	
3.2.7	認知症の人の家族会の実施状況とその内容	
3.2.8	認知症の本人の会の実施状況とその内容	
3.2.9	家族介護者に対する心理教育の実施状況と内容	
3.2.10	診断後、診断時家族支援の事例対応方法	
3.2.11	家族からの相談事例への対応	
3.2.12	家族支援の終結	
3.3	事例集の作成	41
3.3.1	事例集の概要	
3.3.2	事例集の対象者	
3.3.3	事例集のタイトル	
3.3.4	事例集の目次構成と仕様	
4.	早期支援につながることを促進するための冊子の作成	43
4.1	冊子作成にあたっての委員会での議論	43
4.1.1	冊子素案作成にあたっての議論(第1回委員会)	
4.1.2	冊子素案を閲覧し改善点に関する指摘(第2回委員会)	
4.2	冊子作成にあたっての一般市民へのモニター調査	50
4.2.1	モニター調査の目的	
4.2.2	モニター調査の方法	
4.2.3	モニター調査の結果	
4.3	冊子作成	53
4.3.1	冊子作成の概要	
4.3.2	タイトル	
4.3.3	コンセプト	
4.3.4	冊子の仕様	
4.3.5	構成	
資料1	文献収集および翻訳作業(イギリス、オランダ)	57
資料2	「認知症の家族介護者への診断後の支援方法に関する全国調査」調査票	76

1. 本研究の整理 ABSTRACT

1.1 研究事業概要

本研究事業は、認知症の人を介護する家族が直面する課題である認知症の疑いから何らかの支援に結び付くまでの期間、および認知症の診断直後において、専門職と早期に繋がり充実した支援に結び付くことを促進するための冊子を作成することを目的としている。すなわち、認知症の人とその家族へのシームレスな支援体制の実現のための調査研究事業である。

この目的を達成するために、診断後支援体制づくりのための情報収集として診断後支援の最前線となりうる認知症疾患医療センターを対象とした悉皆調査を実施した。加えて、診断前の空白の期間の解消のために諸外国の認知症の兆候の判断に関わる情報収集と、一般市民向けのリーフレットや冊子を収集した。これらを用いて医療、介護、保健、福祉等各分野専門家及び認知症の本人の参加による委員会にて検討を図り、日本版の早期支援へつながる冊子を作成した。

1.2 認知症疾患医療センターの悉皆調査

1.2.1 調査概要

診断後支援の現状と課題を把握するために、認知症疾患医療センターの悉皆調査を実施した。名称は「認知症の家族介護者への診断後の支援方法に関する全国調査」とした。期間は、平成 30 年 8 月 20 日～9 月 5 日。調査対象者は、認知症疾患医療センター（基幹型、地域型、連携型）に勤務する相談担当職員。方法は、郵送による質問紙調査。配布 430 件、回収 181 件、回収率 42.1%であった。

1.2.2 結果概要

- ①受診経緯はかかりつけ医等の医療機関や家族からの勧めで来院されることが多い。
- ②アウトリーチについては必要性が高いものの十分に行えていない状況。
- ③インフォーマルな社会資源との連携はあるが実際に運営に関わっているセンターは少ない。
- ④情報提供は行うところが多いが、家族や本人のピアサポートの場を設けているところは少ない。
- ⑤家族支援の成功事例は多く有しているものの共有が図れていない。
- ⑥家族支援の診断成功事例が多かったのは、暴力への対応、自動車運転であった。一方で少ない回答は家族の拒否と初期集中支援チームに関わる事例であった。

1.2.3 結果の活用方法

結果を用いて、認知症疾患医療センター相談担当職員向けの事例集を作成した。

1.3 早期支援につながることの促進を目的にした市民向け冊子の作成

認知症という言葉に抵抗がある本人や家族も、思わず手に取り開きたくること、読み進めるにつれて認知症への偏見が和らぐこと、読みやすくシンプル、そして汎用性が高く読むことで早期に専門機関に繋がることを目指した冊子を作成した。諸外国の文献、冊子などを読み込み、日本に適応させた。

タイトル「もしも、気になるようでしたらお読みください」

(目次)

あなた自身の人生(6 項目)
～違和感を覚えるあなたへ～

記憶の支えと生活の支え(6 項目)
～もの忘れが気になったら～

ご家族へ(8 項目)



(仕様 B5 版カラー、全 45 ページ)

1.4 診断後支援のための専門職向け事例集の作成

診断後支援については、認知症疾患医療センターがその重要な位置づけにあり、違和感を覚える人もしくは診断直後に困惑する本人や家族への適切な支援は、空白の期間を解消するうえで欠かすことができない。その支援に役立つ冊子を調査結果から作成した。

タイトル「認知症疾患医療センターにおける診断後支援事例集 Q&Aでわかる診断後の認知症の人とそこそご家族の支援方法」

(目次)

1. なぜ、診断後の家族支援が必要なのでしょうか
2. 診断後の支援方法があるのでしょうか
3. Q&A でわかる診断後の家族支援(9 事例)
4. 認知症疾患医療センターにおける
家族支援終結の考え方



(A4版 2 色刷り、全 35 ページ)

上記 2 つの成果物は、すべて認知症介護研究・研修センター(仙台・東京大府)のWEB サイト「DC-NET」でダウンロード可能となっている。

●1.3 の冊子ダウンロードの際には検索サイトにて「DC-NET もしも 認知症」と検索



2. 研究事業概要

2.1 研究事業の背景

認知症の本人への支援と同様に在宅で介護を担う家族等への支援は欠かすことはできない。これまでの家族介護者等支援は、公的には経済的な支援としては、高額介護サービス支給制度や各自治体により各種支援制度が実施されている。他方で、教育的な支援を目的としたアプローチについては地域支援事業の任意事業で行われる家族交流会や介護教室か、または、認知症の人と家族の会が実施する集いや電話相談などが主な手段となっていた。

認知症施策推進総合戦略（以下、新オレンジプラン）によって介護者支援として紹介された「認知症カフェ」は地域のインフォーマルな支援の側面について広く支持が集まり、2017年末時点で5千件を超えるほど設置が増進しており急速な広がりを見せている。さらに、フォーマル、インフォーマルな支援に関わるこれらの社会資源を「認知症ケアパス」によって整理し可視化する作業も全国的に広がっているところである。しかし、これらを有機的に地域全体に浸透させるためには、専門職の連携や各関係に携わる専門職等による個別性や地域性に応じた働きかけが不可欠である。加えて、その対象となる認知症の本人と家族の視点からのアプローチが前提となることも忘れてはならない。疑いから診断、その後の介護保険サービス利用と介護と仕事、家庭生活の両立、アフターケアに至るまでの生活を基盤にしたシームレスな支援が求められる。しかし現状においては、ここまで言及した様々な社会資源をつなぎ合わせるための有効な事例やそのためのツールなどの収集と検討は十分とは言えない。特に、認知症の場合、その疑いから診断まで、診断直後の支援に関しては「空白の期間」とも言われ、その時期の支援方法の指針は不足している。

認知症介護研究・研修仙台センター（以下、当センター）が平成29年度事業において作成した「認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き」およびその詳細版のQ&A冊子は、家族等介護者に対し支援が届かない「空白の期間」支援の指針についてまとめたものである。この研究事業で実施した調査結果では、認知症の疑いから何らかの支援に結びつくまでの支援（平均1年2か月）、認知症の診断直後支援（平均1年5か月）であった（カッコ内数字は当センター実施の平成29年度老人保健事業調査より）。課題として、診断直後の医療機関での支援や、医療機関に訪れる前の、違和感を覚えている段階での家族と本人への支援が不足していることが明らかになった。

2.2 研究事業の目的

本事業においては、上記の課題解決を図ることを目的に、平成29年度に実施した調査結果の課題であった、前述の「空白の期間」を満たされた期間にするための具体的な支援事

例収集と、医療機関や介護専門職と繋がりを持つことに躊躇することを緩和するための冊子を作成することを目的とする。これらの活用と普及によって、認知症の違和感の段階で生じる「空白の期間」と診断直後の「空白の期間」において効果的な支援が行われることを目指している。

2.3 事業概要

2.3.1 スケジュール

本研究は下記スケジュールで実施した（表 2-1）。

表 2-1 研究事業のスケジュール

	早期支援検討委員会	診断後支援対応事例調査委員会	文献調査
7 月		○第 1 回委員会 24 日 17:30～ フクラシア東京ステーション	
8 月	ガイドライン構成案作成	●8 月 10 日調査票発送 認知症疾患医療センター悉皆調査	・国内外の研究成果 のレビュー 医中誌 web CiNii 等
9 月	○第 1 回委員会 11 日 17:00～ 東京八重洲ホール ・研究趣旨の確認 ・早期支援と偏見の解消	●9 月 5 日調査締切 (適宜集計・分析)	
10 月	(意見収集)	○第 2 回委員会 23 日 17:30～ フクラシア東京ステーション ・事例の精査と校正 ・分析結果の考察	
11 月	(意見収集) ●早期支援冊子作成		
12 月	○第 2 回委員会 6 日 17:00～ 東京八重洲ホール	事例集・報告書執筆	
2019 年 1 月	下旬 冊子校了・完成		
2 月			
3 月	冊子印刷・配布	報告書執筆・印刷・配布	

2.3.2 研究事業委員会の設置

1) 早期支援検討委員会

(1) 目的

本事業の方向性を検討し、早期支援に関する検討を行った。

(2) 内容

- ① 研究事業全体の方向性の検討
- ② 情報収集に関する検討
- ③ 手引き増補作業に関する検討
- ④ 報告書のとりまとめ

(3) 委員構成

認知症介護研究・研修仙台センターの研究スタッフ(4名)、各分野の学識経験者(8名)、介護・医療機関関係者(4名)、市町村認知症施策等の担当者(1名)、関係団体担当者(3名)。事務局職員2名がこれを補佐した(表2-2)。

表 2-2 早期支援検討委員会委員名簿

氏 名	所 属
長田 久雄	桜美林大学大学院 老年学研究科
高橋 正彦	たかはしメモリークリニック
諏訪 さゆり	千葉大学大学院 看護学研究科
岸 恵美子	東邦大学 看護学部
清家 理	京都大学 こころの未来研究センター
太田 差恵子	NPO 法人パオッコ
津止 正敏	立命館大学 産業社会学部
小長谷 陽子	認知症介護研究・研修大府センター
植木 章三	大阪体育大学 教育学部
吉田 裕人	東北文化学園大学 医療福祉学部
井上 雅彦	鳥取大学大学院 医学系研究科
中澤 伸	公益社団法人日本社会福祉士会
秋田谷 一	公益社団法人認知症の人と家族の会
平 みき	一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ
鈴木 和恵	一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ
稲垣 康次	富士宮市 産業振興部観光課
加藤 伸司	認知症介護研究・研修仙台センター
阿部 哲也	認知症介護研究・研修仙台センター
矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター
吉川 悠貴	認知症介護研究・研修仙台センター

(4) 各回の概要

①第1回 早期支援検討委員会

日時：9月11日 17:00～19:00

場所：東京八重洲ホール

内容：研究趣旨の確認

早期支援と偏見の解消のための議論

②第2回委員会

日時：12月6日 17:00～19:00

場所：東京八重洲ホール

内容：成果物に関する意見交換

普及方法に関する議論

2) 診断後支援対応事例調査委員会

(1) 目的

認知症疾患医療センターを対象とした質問紙調査結果の分析ならびに報告書の企画、執筆を行った。

(2) 内容

①認知症疾患医療センター対象の調査企画

②調査結果の分析

③調査報告書および事例集の執筆

(3) 委員構成

認知症介護研究・研修仙台センターの研究スタッフ（2名）、学識経験者（3名）、介護・医療機関関係者（3名）。事務局職員2名がこれを補佐した（表2-3）。

表 2-3 診断後支援対応事例調査委員会委員名簿

氏 名	所 属
長田 久雄	桜美林大学大学院 老年学研究科
高橋 正彦	たかはしメモリークリニック
石原 哲郎	みはるの杜診療所
北村 世都	日本大学 文理学部
進藤 由美	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
森下 久美	公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団
加藤 伸司	認知症介護研究・研修仙台センター
矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター

(4) 各回の概要

①第1回 調査委員会

日時：7月24日 17:30～19:30

場所：フクラシア東京ステーション

内容：事業概要の説明

認知症疾患医療センターを対象とした調査企画

②第2回 調査委員会

日時：10月23日 17:30～19:30

場所：フクラシア東京ステーション

内容：調査結果の報告

調査結果の分析

成果物作成に関する事項

2.3.3 質問紙調査の実施「疑いから診断直後の家族支援の状況調査」

1) 目的と概要

認知症疾患医療センターを対象にした、疑いから診断直後の家族支援の状況と事例収集を行い、その結果を成果物に反映する。

2) 方法

(1) 調査名

認知症の家族介護者への診断後の支援方法に関する全国調査

(2) 対象

認知症疾患医療センター（基幹型、地域型、連携型）に勤務する相談担当職員。内訳は、基幹型、地域型が医療相談室の職員（精神保健福祉士、保健師等）。連携型は、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等であった。

(3) 期間 平成30年8月20日～9月5日

(4) 配布回収 郵送による質問紙調査 配布430件、回収181件、回収率42.1%

(5) 手続き

対象者に調査票を郵送配布し、担当者に回答を依頼する。回収は、郵送で行う。

(6) 主な調査内容

- ①各機関、施設、事業所の情報
- ②家族支援のために実施している事業内容と方法
- ③具体的な支援事例
- ④使用しているツール等の情報収集
- ⑤実施事業の効果

2.3.4 早期支援につながることを促進するための冊子の作成と普及

1) 目的と概要

認知症への違和感を覚える方、またはその家族に向けて早期支援を促進することを目的とした冊子を作成した。

2) 冊子の概要

認知症への違和感を覚える本人が早期受診に繋がりをやすくするためには、「認知症」への恐怖感や絶望感を抱かせることなく、早期であれば進行抑制につながる可能性があり、また良い環境の中で専門職につながることで適切な支援にもつながることを強調することが肝要である。さらに、早期では自分自身で生活の問題に対応することも可能であることを指し示す内容で作成することを配慮した。他方、家族においても早期診断後の認知症の本人へのかかわり方が適切である必要もあり、その適切なかかわり方により進行抑制の可能性もあることを説明する冊子とした。

3) 執筆

早期支援検討委員会にて、各委員から意見を聴取しその内容について委員会内で議論した。その内容をもとに、事務局にて素案を執筆し再度委員会にて内容の検討を繰り返した。その作業を通じて冊子を執筆した。

4) 周知方法

都道府県、全市町村自治体、社会福祉協議会、地域包括支援センター及び関係機関に配布した。また当センターホームページ（DC-NET）を用いて、WEB上で自由にダウンロードできるようにした。

2.3.5 認知症疾患医療センター相談担当者による家族支援対応事例集の作成と普及

1) 目的と概要

診断直後の支援には、認知症疾患医療センターの相談担当者からの助言や支援は極めて有力である。その担当者への質問紙調査をもとに、診断後の家族支援の事例を収集し、相談担当職員が業務上活用しやすいようQ&A方式での冊子を作成した。

2) 相談後家族支援事例集の内容

事例集は、次のような内容で構成した。

事例集の概要

1. なぜ、診断後の家族支援が必要なのか
2. 診断後の支援方法があるのか
3. Q&A でわかる診断後の家族支援
 - ①診断後の相談室による対応方法で“うまくいった”例（5題）
 - ②家族の想いや、希望にどのように答えるのか“うまくいった”例（4題）
4. 認知症疾患医療センターにおける家族支援終結の考え方

3)周知方法

全認知症疾患医療センター、都道府県、市町村自治体、及び関係機関等に配布。また、当センターホームページ（DC - NET）を用いてWEB上でダウンロード可能とした。

2.3.6 海外の認知症の初期支援に関する文献収集

1)目的と概要

認知症の早期支援に関連する諸外国の情報を収集し、本研究事業で作成する早期支援に活用できる冊子、事例集の参考にすることを目的とした。収集においてキーワードとして、「認知症の兆候」「診断後支援」「家族支援」とし、一般市民向けに書かれたものを収集した。

2)対象国

イギリス（スコットランド、イングランド）、オランダ、アメリカ

3)方法

諸外国で配される一般市民向けリーフレット、WEBサイト、文献等を収集・翻訳し、本研究の各委員会にて本事業での適応について検討を図った。

2.3.7 報告書の作成と配布

1)目的と概要

事業全体内容と議論の結果についてまとめる。

2)配布と印刷

都道府県、政令指定都市、関係団体・関係者等に配布。また、当センターホームページ（DC - NET）を用いてWEB上でダウンロード可能とした。

3 疑いから診断直後の家族支援の実態と対応

3.1 調査概要

3.1.1 目的

2008 年から創設された認知症疾患医療センターは、認知症の鑑別診断や対応方法への支援に加え、地域の医療、介護、保健機関等と連携し、地域の中で認知症の本人やその家族を対象にした、専門医療相談機関である。また、もの忘れ外来（相談）、その後のフォーマル、インフォーマルを含め認知症の疑いや、違和感を覚えている段階から支援が提供されており、シームレスな認知症の支援を行う上で欠かすことができない機関である。このように多岐にわたる支援体制が求められているが、担当する専門職は限られているために、効果的かつ効率的に、個人や地域に適した支援の提供は難しい状況である。本調査では、疑いから診断直後の家族支援の状況と事例収集を行い、その結果を整理し実際の支援場面で活用可能な成果物を作成することを目的とした。

3.1.2 方法

1)調査名

認知症の家族介護者への診断後の支援方法に関する全国調査

2)対象者

2018 年 7 月時点で設置されている全国の認知症疾患医療センターの悉皆調査。

認知症疾患医療センター（基幹型、地域型、連携型）に勤務する相談担当職員。内訳は、基幹型、地域型が医療相談室の職員（精神保健福祉士、保健師等）。連携型は、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等であった。

3)期間

平成 30 年 8 月 20 日～9 月 5 日

4)配布回収

郵送による質問紙調査 配布 430 件、回収 181 件、回収率 42.1%

5) 手続き

郵送にて調査票を配布し、担当者に回答を依頼する。回収は、同封の封筒にて郵送で行う。調査票は無記名の自記式調査である。

6) 主な調査項目

3. 疑いから診断直後の家族支援の実態と対応

- (1) 属性に関わる内容（10項目）
- (2) 診断経緯（3項目）
- (3) 他機関や地域との連携（14項目）
- (4) 家族支援のために実施している事業内容と方法（4項目）
- (5) 具体的な家族支援事例（6項目）
- (6) 終結の考え方（1項目）

3.2 結果

3.2.1 基本属性

1)回答者の属性

調査票記入者の属性について下記に示した（表 3-1）。

表 3-1 回答者の属性

	医師	看護師	保健師	精神保健 福祉士	理学療法 士	作業療法 士	その他	無回答	合計
件数	8件	21件	9件	127件	0件	1件	13件	2件	181件
割合	4.4%	11.6%	5.0%	70.2%	0.0%	0.6%	7.2%	1.1%	100.0%

2)認知症疾患医療センターの種別

調査分析に用いた認知症疾患医療センターの種別内訳について下記に示した（表 3-2）。

表 3-2 認知症疾患医療センターの種別

	基幹型	地域型	連携型	無回答	合計
件数	10件	147件	22件	2件	181件
割合	5.5%	81.2%	12.2%	1.1%	100.0%

3)関連法人等の介護施設の有無

関連法人などの介護施設・機関等の有無とその詳細について下記に示した（表 3-3、3-4）。これによって連携のしやすさの概況の指標となる。

表 3-3 関連法人などの介護施設の有無

	あり	なし	無回答	合計
件数	93件	87件	1件	181件
割合	51.4%	48.1%	0.6%	100.0%

表 3-4 関連介護施設・機関の内訳（複数回答）

	特別養護老人 ホーム	老人保健施設	通所事業所	訪問事業所	居宅介護支援 事業所	地域包括支援 センター	その他	合計
件数	33件	59件	61件	47件	69件	31件	30件	330件
割合	10.0%	17.9%	18.5%	14.2%	20.9%	9.4%	9.1%	—

4)初期集中支援チームの設置状況

認知症疾患医療センター内の初期集中支援チームの設置の有無について下記に示した（表 3-5）。アウトリーチのしやすさについての指標の一つとなる。

表 3-5 初期集中支援チームの設置の有無

	されている	されていない	無回答	合計
件数	46件	134件	1件	181件
割合	25.4%	74.0%	0.6%	100.0%

5) 対象の機関種別の詳細な属性

表 3-6 回答者の詳細な属性（※各数字は回答した病院の判断基準に基づくために参考数字）

	基幹型				地域型				連携型			
	平均値	度数	標準偏差	最小値	最大値	平均値	度数	標準偏差	最小値	最大値	平均値	度数
F2-1 常医師	4.50	10	2.273	2	8	2.39	137	1.759	1	8	2.11	19
F2-1 非医師	2.00	2	1.414	1	3	2.37	52	2.686	0	16	1.87	12
F2-2 常保健師	1.00	2	0.000	1	1	0.49	37	0.607	0	2	0.20	5
F2-2 非保健師						0.19	21	0.512	0	2	0.00	2
F2-3 常看護師	1.00	3	0.000	1	1	11.50	68	28.941	0	158	8.32	19
F2-3 非常看護師	1.00	2	0.000	1	1	3.26	27	5.735	0	25	1.14	7
F2-4 常精保	1.63	8	1.061	1	4	2.24	132	1.850	0	11	2.46	13
F2-4 非常精保	1.00	1		1	1	0.52	29	0.688	0	3	0.60	5
F2-5 常PT						0.17	23	0.388	0	1	0.71	7
F2-5 非常PT						0.00	17	0.000	0	0	0.33	3
F2-6 常OT						3.62	26	4.535	0	14	2.80	5
F2-6 非常OT						0.31	16	1.014	0	4	0.33	3
F2-7 常心理	1.14	7	0.378	1	2	1.27	119	0.721	0	5	1.83	6
F2-7 非常心理	1.00	1		1	1	1.00	29	1.134	0	5	1.00	7
F2-8 常SW	1.00	2	0.000	1	1	1.30	33	2.604	0	14	0.78	9
F2-8 非常SW						0.06	16	0.250	0	1	0.00	2
F4 来院数	1128.60	10	1363.032	96	4098	3593.34	137	9182.362	36	96386	4649.16	19
F5 鑑別数	229.30	10	110.514	77	382	299.18	145	275.438	16	2551	212.48	21
F6 相談数	597.44	9	351.081	159	1175	1257.13	143	1937.651	31	17243	1257.35	20
F7-1 電話	471.20	10	338.764	104	1036	861.25	145	1237.665	28	9968	671.29	21
F7-2 面接	168.40	10	192.468	18	682	359.03	145	598.787	1	4880	451.60	20
F7-3 訪問						33.50	52	52.226	1	305	82.10	10
F8 日数	21.90	10	14.963	7	60	21.06	138	15.900	3	70	14.38	21
F8-1 最長	3.25	8	3.536	0	10	6.79	126	10.244	0	60	4.28	18
F8-2 最長	41.13	8	18.833	7	60	33.68	125	22.690	0	153	26.05	21
Q5 協議会回数	1.60	10	0.966	1	4	1.87	145	1.664	0	15	1.43	21
Q8 年回開催回数	3.17	6	2.317	1	6	5.39	113	6.882	0	37	7.33	15

3.2.2 来院者の受診経緯

認知症疾患医療センターの受診の経緯について下記に示した（図 3-1）（表 3-7～9）。最も多い来院の経緯は、かかりつけ医等の医療機関や家族からの勧めであった。家族の理解、地域包括支援センターとの連携が早期診断、早期支援には重要である。

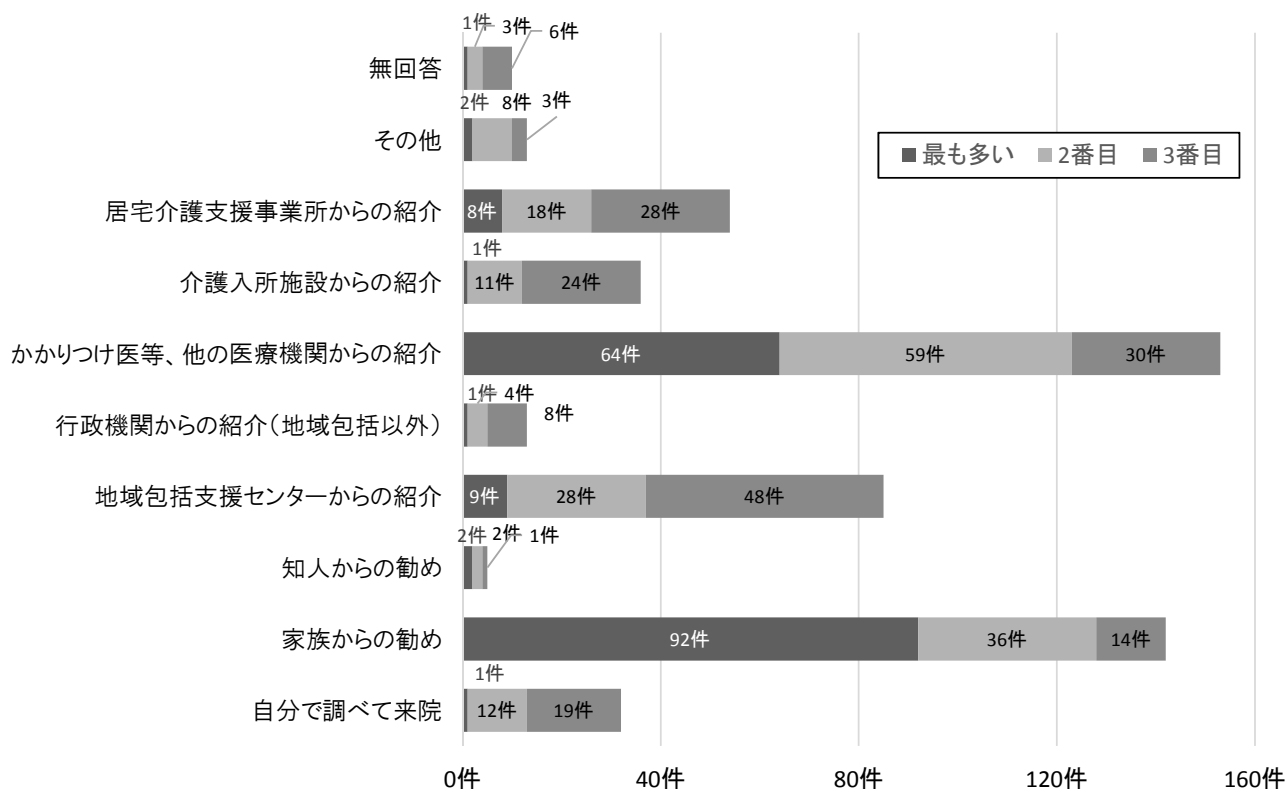


図 3-1 来院者の経緯(n=181)

表 3-7 もっとも多い受診経緯

	自分で調べて来院	家族からの勧め	知人からの勧め	地域包括支援センターからの紹介	行政機関からの紹介(地域包括以外)	かかりつけ医等、他の医療機関からの紹介	介護入所施設からの紹介	居宅介護支援事業所からの紹介	その他	無回答	合計
件数	1件	92件	2件	9件	1件	64件	1件	8件	2件	1件	181件
割合	0.6%	50.8%	1.1%	5.0%	0.6%	35.4%	0.6%	4.4%	1.1%	0.6%	100.0%

表 3-8 2 番目に多い受診経緯

	自分で調べて来院	家族からの勧め	知人からの勧め	地域包括支援センターからの紹介	行政機関からの紹介(地域包括以外)	かかりつけ医等、他の医療機関からの紹介	介護入所施設からの紹介	居宅介護支援事業所からの紹介	その他	無回答	合計
件数	12件	36件	2件	28件	4件	59件	11件	18件	8件	3件	181件
割合	6.6%	19.9%	1.1%	15.5%	2.2%	32.6%	6.1%	9.9%	4.4%	1.7%	100.0%

3. 疑いから診断直後の家族支援の実態と対応

表 3-9 3 番目に多い受診経緯

	自分で調べて来院	家族からの勧め	知人からの勧め	地域包括支援センターからの紹介	行政機関からの紹介(地域包括以外)	かかりつけ医等、他の医療機関からの紹介	介護入所施設からの紹介	居宅介護支援事業所からの紹介	その他	無回答	合計
件数	19件	14件	1件	48件	8件	30件	24件	28件	3件	6件	181件
割合	10.5%	7.7%	0.6%	26.5%	4.4%	16.6%	13.3%	15.5%	1.7%	3.3%	100.0%

3.2.3 関係機関との連携とアウトリーチ

認知症疾患医療センターにおける受診困難な事例へのアウトリーチや診断後の他機関等との連携の現状について尋ねた(表 3-10、表 3-11)。アウトリーチについては必要性が高いものの十分に行えていない、もしくは対応が難しい状況である。診断後の他機関との連携については、多くの箇所で開催できていることが明らかになった。

表 3-10 受診困難な事例に対して訪問等のアウトリーチについて

	必要なケースには十分に行えている	必要だが十分には行えていない	必要性は低く行っていない	対応は難しい	無回答	合計
件数	25件	72件	5件	78件	1件	181件
割合	13.8%	39.8%	2.8%	43.1%	0.6%	100.0%

表 3-11 診断後の対象者について地域包括支援センター等との情報共有について

	十分に行えている	十分ではないが行えている	あまり行えていない	必要性が低く行っていない	無回答	合計
件数	42件	114件	23件	0件	2件	181件
割合	23.2%	63.0%	12.7%	0.0%	1.1%	100.0%

3.2.4 認知症疾患医療連携協議会

認知症疾患医療連携協議会の回数および参加機関等について下記に示した(表 3-12、表 3-13)。結果、平均年 1.79 回開催され、参加機関等では地域包括支援センター、市町村等自治体担当者が多い傾向であった。

表 3-12 開催回数

平均値	度数	標準偏差	最大値	最小値
1.79	178	1.568	10	0

表 3-13 参加機関等(複数回答)

	地域包括支援センター	都道府県医師会	市町村医師会	保健センター	自治体行政担当者	介護保険事業所(入所施設)	介護保険事業所(居宅系)	福祉事務所	社会福祉協議会	その他	合計
件数	152件	12件	119件	41件	145件	54件	86件	23件	58件	98件	788件
割合	19.3%	1.5%	15.1%	5.2%	18.4%	6.9%	10.9%	2.9%	7.4%	12.4%	—

3.2.5 地域のインフォーマルな社会資源との連携

認知症カフェへの参画、認知症の人と家族の会、自治体の開催する家族会等との連携や参加について下記に示した（図 3-2）。結果、関係者で構成されるネットワーク会議や認知症カフェの周知について協力している割合が高い傾向がうかがえた。一方で、認知症カフェの運営に携わっているところや、認知症の人と家族の会との連携しているところは少ない傾向も明らかになった。

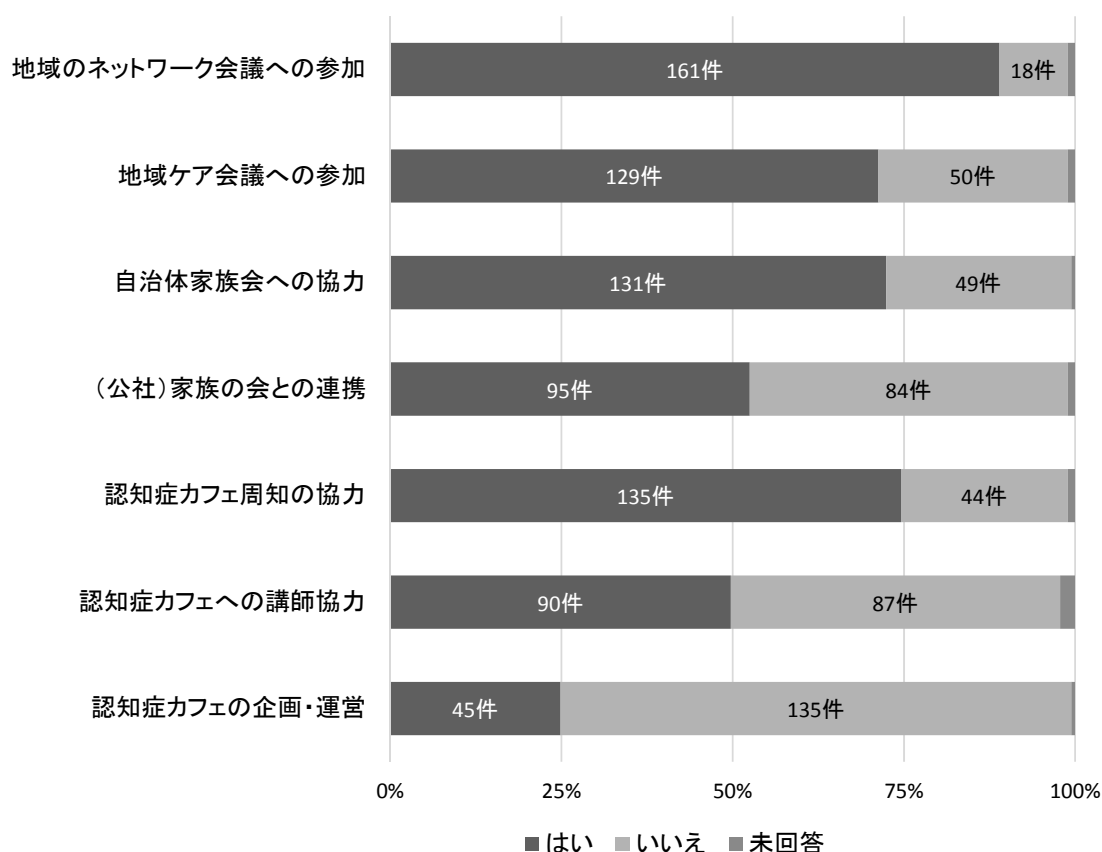


図 3-2 地域のインフォーマルな社会資源との連携(n=181)

3.2.6 認知症の理解促進に関する研修会の実施とその内容

地域住民や家族介護者等を対象とした認知症理解促進に関する研修会の実施状況とその内容を示した（表 3-14、表 3-15）。結果、実施しているセンターが多かった。

表 3-14 認知症に関する研修会の実施状況

	実施している	実施していない	これから実施する予定	無回答	合計
件数	139件	24件	14件	4件	181件
割合	76.8%	13.3%	7.7%	2.2%	100.0%

表 3-15 認知症の研修会タイトル一覧(その1)

●認知症全般に関するテーマ	認知症について 若年性認知症とは 認知症Q&A 認知症の発見・治療・ケア 家族が認知症になった時の為に、自分が認知症になった時の為に 認知症に関する相談について 認知症に備える心の作り方 認知症の転倒を通してみえる課題 認知症の疾患啓発 認知症再々考～本人、家族にとって、専門職、地域にとって～ 認知症の最近の動向 健康寿命を考える～生活習慣と認知症～ 認知症とお金の話
●認知症の症状に関するテーマ	せん妄について 認知症の症状について（中核症状、周辺症状、BPSD） 認知症患者の摂食・嚥下障害 認知症による暴言・暴力について 認知症初期症状について
●認知症の種類に関するテーマ	アルツハイマー病はどんな病気なのか 前頭側頭葉変性症について レビー小体型認知症とは （各疾患ごとの勉強会）
●認知症の人への対応・ケア等に関するテーマ	認知症の方への適切な接し方 サポート方法について 認知症の介護 認知症の人の栄養について レベルアップする認知症ケアの考え方 認知症の人と向き合うということ 認知症との付き合い方～認知症の病態と日常生活の注意点～ 認知症、早期発見と対応について こころの扱い方 認知症の困ったことの対処法 認知症介護に笑いを取り入れる
●認知症の具体的症状への対応に関するテーマ	認知症の症状とその対応方法 BPSDの対応等について 認知症の行動障害への対応 排泄問題にどう対応するか？ 入浴時の問題にどう対応するか？ 認知症の人の理解のギャップにどう対応するか？ 妄想に対してどう対応するか？ 拒食のある認知症患者への対応

表 3-15 認知症の研修会タイトル一覧(その2)

●本人・家族への理解・支援に関するテーマ	認知症の方の理解 認知症本人・家族の気持 若年性認知症の人をどう支援していくか？ 認知症の人の家族をどう支援していくか？ 認知症の人の今を知る～認知症の人のこれからを見すえた対応～ 認知症を病む人の生きている世界 ケアする人のストレス対応 認知症の対応と家族のサポート ご家族が元気で過ごすために 当事者の声を聞く 認知症の方への支援、連携ってどうする？ 当事者による早期治療の体験 介護うつについて 家族が認知症になったら～医療につながるタイミング～ 認知症介護者のセルフケアについて
●他疾患と認知症に関するテーマ	高血圧と認知症 糖尿病と認知症について MCIについて 認知症とうつ病 合併症を有する認知症治療について 認知症と高齢者の幻覚妄想 認知症と睡眠疾患 若年性認知症と高次脳機能障害の方を支援するために
●診断・治療に関するテーマ	認知症の診断と治療について 薬物治療について 非薬物療法について 認知症の医療とケア 認知症の初期対応 回想法とは 認知症疾患への対応 認知機能検査について 認知症の早期発見と早期治療 認知症リハビリテーション 認知症～医療と社会の現場から～(新薬開発・認知症関連事件・事故) 認知症とアロマセラピー 在宅患者、訪問薬剤管理指導について 地域医療と知らないと損する技術 そうだったんだ！認知症の画像検査 認知症の対応困難な症状に対する看護 認知症介護支援者(家族、専門職)への認知行動療法 BPSDに対する漢方薬の効果
●認知症疾患医療センターに関するテーマ	認知症疾患医療センターの役割と利用方法 かかりつけ医と認知症疾患医療センターの医療連携で取り組む認知症の予防と治療 認知症疾患医療センターとしての実績
●地域等社会資源に関するテーマ	地域で認知症を支える 認知症地域連携を考える 認知症に関する社会資源 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり 認知症初期集中支援チームについて 見守りネットワークの紹介 認知症の早期発見と地域連携
●施策等に関するテーマ	当該自治体の認知症施策について 成年後見人制度について 介護保険サービスについて
●老化と認知症に関するテーマ	老いと認知症の関わり方 健康長寿と認知症 正常老化と認知症の間
●終末期医療に関するテーマ	終末期医療について 平穏死とその看取り

表 3-15 認知症の研修会タイトル一覧(その3)

●自動車運転に関するテーマ	改正道路交通法における、高齢者対策について
	改正道路交通法について
	認知症と自動車運転
	高齢者の自動車運転について
●認知症予防に関するテーマ	認知症予防について
	運動と体操
	ロコモと認知症・座ってできる体操
	認知症予防とヨガ
	脳のらく楽トレーニング教室
	認知症予防リハレク
	認知症にならないために
	認知症予防と安心の街づくり
	もの忘れ予防のための生活習慣
	「コグニサイズ」で認知症予防
●その他のテーマ	毎日の食事で認知症予防
	消費者トラブルと対策
	認知症評価ツールを使ってみよう
	(多職種事例検討会)
	入院・入所のタイミング
	がん・老化予防
	熱中症予防
	長寿ホルモン
	フィトケミカル
	徘徊訓練
	高齢者の健康
	介護現場から
	高齢者と脱水
	高齢者が巻きこまれやすいトラブル
	よりよく生活するための福祉用具
	サービス付高齢者住宅について
	認知症カフェの紹介
	健康を支える口腔ケア
	こころの健康
	もの忘れ検診
	災害と認知症
	冬の感染症予防
	快眠のススメ

3.2.7 認知症の人の家族会の実施状況とその内容

認知症疾患医療センターにおける、認知症の人の家族会（ピアサポート）の開催を下記に示した（表 3-16、表 3-17）。結果、開催している認知症疾患医療センターは少ない傾向で、その内容については相談や情報提供が多くみられた。

表 3-16 認知症の人の家族会の運営をしているか

	はい	いいえ	無回答	合計
件数	28件	153件	0件	181件
割合	15.5%	84.5%	0.0%	100.0%

表 3-17 認知症の人の家族会の内容

頻度	曜日	時間	内容
1回／月			自由形式
1回／3か月	土曜日	10:00-11:30	対象は当該センターで認知症の診断を受けた家族。郵送で案内し、出欠の確認を取る。 スタッフから認知症疾患や介護に関係することを30分程度話し、グループに分かれて家族交流の時間を設ける。
1回／月			テーマ例「徘徊に備える（携帯GPS機能利用例）」、「日々の食事について考える」（栄養士とのコミュニケーション）、「特養、グループホーム、小規模多機能サービスについて考える」
1回／月			茶話会やOT活動などを実施。
1回／月	第3土曜日		併設している認知症デイケアの職員と運営、開催。テーマは、Drからの話、対応について、施設（自院のもの）見学、排泄ケアについて、等
①1回／月 ②1回／3か月			①“家族のための認知症勉強会”＝30分の講義＋60分の質疑応答。その中で家族同士の悩みや介護方法等が話される。 ②重度認知症デイケア通所者の家族会＝茶話会を中心にテーマに沿った話し合いの場。
1回／月	第3水曜日		介護中の家族、終えた家族、専門職が集まり、認知症の方を介護している方の相談や傾聴を行いながら、安心して思いを語れる場として活動中。
1回／2か月	第1金曜日	10:30-12:30	認知症の方の介護に関するミニレクチャーを開催。テーマは参加者の希望で決定する。毎月、家族間で情報交換や語りの時間をとっている。
1回／月			参加者が近況などを語ったり創作活動を行ったりする。
1回／月			家族の患者対応を中心に助言。家族同伴で患者本人が参加した場合には、患者の良い点を家族に伝える。参加者同士の情報交換あり。
1回／年			ファミカフェと題して、家族が日頃悩んでいることなど話し合っている。
5回／年			介護家族同士の話し合いや、介護体験談の聴講、当事者からの講話、専門家による講義講習等をテーマに行っている。
1回／月	第1日曜日		認知症カフェを開催。認知症介護家族の参加が多く、ミニ講話後、各テーブルごとにスタッフを配置し、日頃の介護の悩みやアドバイス等を含めたピアサポートの場となっている。
			若年性認知症の人と家族のつどいを認知症の人と家族会と共催。
①8回／年 ②4回／年			①介護者サロン ②介護者教室
1回／月			対象は当院の患者と家族。 メモリーカフェを開催。前半はスタッフや当事者、当事者家族との交流会、午後からは当事者と家族が分かれてプログラムに参加する。当事者は作業療法士等が実施する回想法に参加。家族は、別室で家族会に参加し、お互いの悩みや現在の当事者の生活状況を話し合う。それにより介護同士の仲間意識ができ、新たな気持ちで認知症家族との生活を過ごすことができ、心の負担を軽減してもらうよう支援している。
1回／月			若年性認知症の家族交流会を開催。同時間に本人の居場所づくりを行い家族が参加しやすいようにしている。
7回／年			対象は認知症の方の介護をしている方。 学習会や座談会を実施。
1回／2か月			法人内の薬剤師、栄養士、看護師などを講師として開催
1回／月			本人、家族ミーティング、レクリエーション等
1回／2か月			若年認知症の人と家族の会を実施。家族は専門職同席のもと、意見交換、情報共有をする。
			家族教室及びカフェ（心理教育あり）を開催し、家族同士の相談、情報共有を実施。
1回／月		10:00-11:00	体操は外来作業療法及び精神科デイケア利用者
1回／月			センタースタッフによる講座と、センタースタッフと家族での茶話会を実施。
1回／2か月			「本人、家族交流会」。家族関係別に小グループを作り、ピアカウンセリングの場を提供。

3.2.8 認知症の本人の会の実施状況とその内容

認知症疾患医療センターにおいて認知症の本人同士の会（ピサポート）の実施状況と具体的な内容について下記に示した（表 3-18、表 3-19）。結果、開催している認知症疾患医療センターは少ない。また、内容はミーティング等の話し合いよりもレクリエーション等を介したコミュニケーションが中心であった。他団体が実施する本人の会への参加協力の方が多い傾向であった（表 3-20）。

表 3-18 認知症の本人の会を開催しているか

	はい	いいえ	無回答	合計
件数	11件	170件	0件	181件
割合	6.1%	93.9%	0.0%	100.0%

表 3-19 認知症の本人の会の内容

頻度	曜日	時間	内容
1回／月	第2土曜日	13:30-14:30	若年性認知症のつどい
2回／月			体操、講義、ゲーム、情報交換
			若年性認知症の人と家族のつどいを、認知症の人と家族の会と共催。年12回行い、うち4回は当院で実施。センター医師との座談会や体操、本人、家族の思いの共有等プログラムを実施。
2回／月			若年認知症の人と家族の会を実施している。本人はレクリエーション(ヨガ、体操、音楽、お菓子づくり)などを行う。
1回／月			活動(レクリエーションや作業)、外出、テーマを設定したミーティングを実施。
①1回／週 ②1回／2か月			①若年認知症の人、高齢軽度認知症の人、発達障害や精神障害の人、社会に繋がりが持てない若者等が、内職仕事で集まり、茶話会なども行っている“仕事の場” ②“本人、家族交流会”

表 3-20 他団体実施の認知症の本人の会への参加や協力をしているか

	はい	いいえ	無回答	合計
件数	40件	140件	1件	181件
割合	22.1%	77.3%	0.6%	100.0%

3.2.9 家族介護者に対する心理教育の実施状況と内容

診断後の家族介護者に対する心理教育等の実施状況とその内容について下記に示した(表 3-21、表 3-22)。その結果、実施は 32%であり非実施の方が多い。また、内容や頻度についても格差があり心理教育をプログラム化して実施しているところは少ない。

表 3-21 家族介護者への心理教育を実施しているか

	はい	いいえ	無回答	合計
件数	58件	123件	0件	181件
割合	32.0%	68.0%	0.0%	100.0%

表 3-22 家族介護者への心理教育の内容(その1)

頻度・タイミング	内容
月1回×5回を年2回	認知症領域の介護福祉、認知症領域の運動、認知症領域の栄養と看護、認知症領域の心理等についてグループワークを実施。
状況に応じて適宜	不安の軽減、相談できる場所の案内などを実施。 電話、面談での相談対応。 冊子などを使い疾病教育実施。PtのBPSDに対する具体的アドバイスを行う(入院の促しも含む)
2週間に1回、または2か月に1回の診察時	家族には日常のことを紙に書いて持参するよう依頼し、それへの返答や冊子を用いた疾患教育等を行う。
診察時間の前後で声かけをして実施	対象は対応に困っている方や介護ストレスの大きい方など。 介護者の余裕のなさや認知症の方の不安定につながることや家族だけで抱え込まないことを話し、包括やサービスなどうまく利用するよう助言。認知症になったから終わりではなく、できる事もたくさんあるし、その人らしさも残っている。また自尊心もあることを伝え、自分が認知症になったら家族にどうしてほしいか考えてみるよう勧める。本人の「怒らないでほしい・役割がほしい・笑顔で向き合ってほしい・話をさえぎらないでほしい」という意見がそのまま介護者の心構えになるなどの話をする。
院内家族教室毎月1回	認知症に関する講義+家族間での交流会(茶話会) 個々のケースでBPSDなどの症状のしくみについて、パンフレット等を用いて教育。
来院時	服薬管理の仕方や認知症の症状と対応の仕方
受診後	必要な方に個別に、認知症について、服薬について、今後の過ごし方、ご本人への関わり方、社会資源について等話をし、家族のメンタル面に配慮している。
2回/月	「もの忘れ外来」担当医1名が担当し、1回1時間程度で、家族の話の聞いたり、介護サービス、福祉サービスについて勉強会などを実施。
	診断がついても、怒鳴ったりできない事を指摘して、イライラしているご家族がいる場合は、毎回外来へ介入してその都度話をする。ケアの重要性や介護することのストレスなど、それが本人に及ぼす影響などについて一緒に考えていく。
毎月開催している家族会内で実施	診断後の方は、受容が難しいため、個別面談や電話相談で対応する。 BPSDへの対応の仕方を、パンフレット等を利用して都度説明している。 診察場面等、本人への関わり方などについて伝える。
随時	認知症の特徴や利用できるサービスについて。
本人の心理検査終了後	家族に対して、本人の認知的な特性と、それに基づく対応方法について指導
1回/月～1回/週(家族の状況で頻度は異なる)	認知症への対応方法や家族の心理的支援(気持ちの整理等)
適宜	担当医より認知症についての種類や経過についての一般的な説明、本人の心理状況、ご家族の心構え等について話している。 今後の生活での心配事を聞き、対応方法や介護保険制度について説明する。
3週連続のセッションで設定。年4クール	医師、臨床心理士、看護師が講師となり、疾患理解、症状の背景を考えながらのストレスマネジメント、日常生活における工夫や社会資源等について情報提供。
①診察室の中で、各医師が常に実施 ②診断後	①否定をしないことや、言うてはいけない言葉を集めた資料を渡したり、対応で認知症の進行に左右されることの説明などは毎回実施。 ②年に5～6ケースは、家族全員、ケアマネジャー、介護サービスの担当者を集め、認知症の説明、個別のケースについての課題や具体的な支援の方法について医師を含めてカンファレンスを開催。

3. 疑いから診断直後の家族支援の実態と対応

表 3-22 家族介護者への心理教育の内容(その2)

結果報告を伝えた後	心理士が実施
家族からの希望の都度	家族からの希望の都度、DrやPSWから、病状や対応、福祉サービスについて説明 当事者との接し方。相談時でのアドバイス。
4回／年、及び随時	家族教室
必要に応じて	担当医またはPSWが実施
①外来時 ②1回／2か月	心理教育ではないかもしれないが ①対象は外来の方。症状や接し方などを記載したパンフレット及び介護相談の案内を配布 ②対象は入院中の方。家族教室として、症状や接し方、介護サービスについての情報提供 外来での相談
初診後及び必要に応じてその都度	診断名がつくまでの経過を振り返り、家族の気持ちを受容しながら今後の治療継続について、受診に同行した家族が理解しやすい言葉やパンフレット等を用いて説明。また、症状に応じた対応の仕方ができるよう援助し、同時に介護サービスの利活用についても分かりやすく説明している。家族介護が継続できるように、治療と介護生活が連動できるイメージや具体的なプランを説明、提供し、認知症介護に前向きに取り組めるような心理教育を行っている。
診断後	心理士が、認知症の説明、家族支援、公的支援の提案等を行う。
4回／年、及び随時	介護者教室。パンフレット配布。個別相談。 診断から介護保険の利用、予防等も含めて冊子を渡して詳細に説明。 主な対象は受診患者家族。 主にBPSD症状についての説明と、その対応方法について、講義形式で実施する認知症家族教室実施。
適宜	対応方法の説明
電話相談や受診時にその都度	認知症の病状、説明や対応方法、これからの方針についてまた、問題点や家族の想いに寄りそった傾聴など。
1回／月、1時間半	前半は医師などの専門職による講義を実施し、後半の時間は質疑応答や家族の方同士が悩みを話せる時間を設けるようにしている。
必要に応じて	相談員、Ns、Drが実施。
相談があった場合	病気についての理解や、対応について伝える。 若年性認知症の方とその家族の交流会を年2回開催し、学習会や活動をおとして支援を行っている。
1回／3か月	「認知症はじめて教室」の実施。医師による認知症とともに生きるためのレクチャー。医師その他専門職が解答する質疑応答。
4回／年	対象は初めて鑑別を受けた患者家族。 認知症専門医、認知症看護認定看護師などの専門職と共に情報交換を行い、正しい知識を得てもらう。
1回／月	疾患や介護保険についての基礎編と寸劇を用いた対応の仕方の応用編。
外来受診時	医師が実施
3回程度／年	Drの囑託教育や、PSW、Nsの関わり方の相談会など。 個別対応。
1回／月	家族教室開催。認知症についての理解を深めてもらう為、看護師、臨床心理士、薬剤師、精神保健福祉士などが講義を行う。また、家族同士の語り合いの場を持ち、気持ちを表出してもらうよう心掛けている。
外来診察時にDrが必要とおもった場合	SWや心理士が個別に対応
3回／年	家族教室開催。介護者のストレスケア。環境整備、社会資源。薬について。 家族会開催。疾患や困っていることへの対処方法、介護保険サービス等について情報共有したり、提供している。
面接時や相談時	心理教育的支援(認知症理解の促進、ストレス対処方法の習得)。サービス調整(介護サービス、社会資源の活用導入、調整)。家族療法的支援(家族の関係性の改善、協力の促し、葛藤の整理)。心理療法的支援(認知症の受容過程の整理、自分自身についての悩みの整理)など。
1回／月	家族教室実施
1回／3か月	「外来心理教育」において情報提供と仲間作り

3.2.10 診断後、診断時家族支援の事例対応方法

1) 事例1 認知症の診断であったが、その後病院に来なくなった方への対応や声かけ

上記事例について、対応の効果について評価し、その後自由記述を求めた。表 3-23 は効果に関する評価であり、表 3-24 は、事例をカテゴライズした上での集計である。事例の詳細については、成果物「Q&Aでわかる診断後の認知症の人とそこそご家族の支援方法」に掲載している。結果、効果的と評価することは難しい事例が多いことが明らかになった。

表 3-23 事例の評価(事例1)

	効果的だった	効果的ではなかった	対応の効果判断は難しい	無回答	合計
件数	27件	11件	85件	58件	181件
割合	14.9%	6.1%	47.0%	32.0%	100.0%

表 3-24 事例対応方法のカテゴリ化後の集計結果(事例1)

	家族・本人への声掛け	地域包括支援センターとの連携	かかりつけ医と連携	疾患医療センターの体制構築	対応なし	複数機関と連携	その他	合計
件数	19	33	14	2	35	20	3	126
割合	15.1%	26.1%	11.1%	15.9%	28%	15.9%	2.9%	100%

2) 事例2 診断後地域包括支援センターを紹介したが、その後の経過が不明な場合の対応

上記事例について、対応の効果について評価し、その後自由記述を求めた。表 3-25 は効果に関する評価であり、表 3-26 は、事例をカテゴライズした上での集計である。事例の詳細については、成果物「Q&Aでわかる診断後の認知症の人とそこそご家族の支援方法」に掲載している。結果、効果的と評価することは難しい事例が多く、この事例では、地域包括支援センターとの連携を図ることが多いことも明らかになった。

表 3-25 事例の評価(事例2)

	効果的だった	効果的ではなかった	対応の効果判断は難しい	無回答	合計
件数	44件	9件	64件	64件	181件
割合	24.3%	5.0%	35.4%	35.4%	100.0%

表 3-26 事例対応方法のカテゴリ化後の集計結果(事例2)

	家族・本人への声掛け	地域包括支援センターとの連携	かかりつけ医と連携	対応なし	複数機関と連携	その他	合計
件数	12	59	5	17	12	6	111
割合	10.8%	53.2%	4.5%	15.3%	10.8%	5.4%	100%

3. 疑いから診断直後の家族支援の実態と対応

3)事例 3 認知症と診断されたが初期であり介護保険サービス利用が合わない程軽度の方への対応

上記事例について、対応の効果について評価し、その後自由記述を求めた。表 3-27 は効果に関する評価であり、表 3-28 は、事例をカテゴライズした上での集計である。事例の詳細については、成果物「Q&Aでわかる診断後の認知症の人とそこそご家族の支援方法」に掲載している。結果、他の事例より効果的と評価できる事例がやや多い。内容は、進行抑制につなげるための助言や教育的な支援を行うことが多いことが明らかになった。

表 3-27 事例の評価(事例 3)

	効果的だった	効果的ではなかった	対応の効果判断は難しい	無回答	合計
件数	52件	3件	84件	42件	181件
割合	28.7%	1.7%	46.4%	23.2%	100.0%

表 3-28 事例対応方法のカテゴリ化後の集計結果(事例 3)

	継続通院の促し	家族教育	進行抑制につながる方法の提案	地域包括支援センターへつなげる	その他	合計
件数	25	33	46	28	10	142
割合	17.6%	23.2%	32.4%	19.7%	7.0%	100%

4)事例 4 認知症を疑っている本人が受診を拒否している場合の対応

上記事例について、対応の効果について評価し、その後自由記述を求めた。表 3-29 は効果に関する評価であり、表 3-30 は、事例をカテゴライズした上での集計である。事例の詳細については、成果物「Q&Aでわかる診断後の認知症の人とそこそご家族の支援方法」に掲載している。結果、他の事例より効果的と評価できる事例が多い。内容は、家族と本人への声掛けや助言が多い傾向であった。

表 3-29 事例の評価(事例 4)

	効果的だった	効果的ではなかった	対応の効果判断は難しい	無回答	合計
件数	76件	5件	70件	30件	181件
割合	42.0%	2.8%	38.7%	16.6%	100.0%

表 3-30 事例対応方法のカテゴリ化後の集計結果(事例 4)

	家族・本人への声掛け	地域包括支援センターとの連携	かかりつけ医と連携	対応なし	複数機関と連携	その他	合計
件数	68	7	35	2	45	4	161
割合	42.2%	4.3%	21.7%	1.2%	28.0%	2.5%	100%

5)事例 5 MCIという診断を受けた場合の家族への対応や助言

上記事例について、対応の効果について評価し、その後自由記述を求めた。表 3-31 は効果に関する評価であり、表 3-32 は、事例をカテゴライズした上での集計である。事例の詳細については、成果物「Q&Aでわかる診断後の認知症の人とそこそご家族の支援方法」に掲載している。結果、効果的と評価できる事例は少ない。内容は、さまざまな対応方法が見られ、効果的な対応方法の判断に迷っていることが示唆された。

表 3-31 事例の評価(事例 5)

	効果的だった	効果的ではなかった	対応の効果判断は難しい	無回答	合計
件数	41件	2件	94件	44件	181件
割合	22.7%	1.1%	51.9%	24.3%	100.0%

表 3-32 事例対応方法のカテゴリ化後の集計結果(事例 5)

	家族教育	生活の助言	継続通院	進行抑制	社会資源・包括連携	声掛け例	その他	合計
件数	23	22	25	14	19	17	17	137
割合	16.8%	16.1%	18.2%	10.2%	13.9%	12.4%	12.4%	100%

3.2.11 家族からの相談事例への対応

1) 全体からみた記入事例の割合

家族からの相談事例について6事例の中からうまくいった(対応成功)事例の自由記述を求めた。表3-33はその内訳を示した。成功事例で多かったのは、暴力への対応であった。一方で少ない回答は家族の拒否と初期集中支援チームに関わる事例であった。

表 3-33 家族からの相談事例への対応

	自宅で暴れて 暴力をふるう という相談を 家族から受け た場合の助 言、対応方法	認知症と診断 されているが 自動車運転を やめてくれな いと家族から 相談された場 合の助言、対 応方法	認知症の人を 介護する家族 が、「施設だ けには入れた くない」「介護 保険サービス は利用したく ない」という場 合の助言、対 応方法	認知症と診断 されたもの の、家族は絶 対に違うはず だと認めない 場合の助言 や対応方法	家族から「初 期集中支援 チームへ依頼 したが何週間 も先になると 言われた。何 とかしてほし い」と言われ た際の対応や 声かけ方法	その他	無回答	合計
件数	47件	39件	20件	4件	4件	7件	60件	181件
割合	26.0%	21.5%	11.0%	2.2%	2.2%	3.9%	33.1%	100.0%

2) 自宅で暴れて暴力をふるうという相談を家族から受けた場合の助言、対応方法

家族からの相談事例について上記事例の対応成功例の自由記述を整理した（表 3-34）。暴力の程度にもよるが緊急的な入院体制を整えておくことが求められる。そのうえで、認知症の人が興奮する要因を専門職が家族から丁寧に聴きとり、アセスメントを行いその要因を排除することで多くの場合は解決に向かっている傾向がある。しかし、家族に危険が及ぶ程の暴力がある場合には、警察に通報することも視野に入れるよう助言する必要がある。

表 3-34 暴力への対応方法

（可能な限り即時対応を行う） 暴力行為等で早急な受診対応が必要なケースに対しては、外来と相談し、外来患者の隙間の時間を見つけて対応する。必ずしも、外来に空きがあるわけではないので、常に受け入れができていないわけでもないために、受け入れが難しい場合は、他の認知症疾患医療センターを紹介したり、精神症状の増悪であれば、認知症疾患医療センターを設置していない精神科病院も視野に入れ、情報提供を行う。過去、暴力行為や徘徊著明で、地域包括支援センターが強く入院希望をしてきたケースがあり、当医師が入院の手段はとらずに、地域にあるサービスを活かすようにした場合もある。地域ケア会議を開催。対応した当医師にも参加を依頼し、話し合い後、サービス調整や周囲の対応方法の改善にて、入院せずに在宅で生活ができたケースもあった。
（暴力の背景の理解と原因の除去を図ることで解決） 何故暴力を振うのかという疾病の理解と同時に、家族自身も身を守ることを方針とすることについて支援者・医療者・家族などがそれぞれ共通認識を持つことを大切にしたい。認知症の程度にもよるが、入院での薬物調整と安全の確保を検討。入院後、暴力行為の減少がみられれば、家族の関与のあり方も変化することもある。このパターンがうまくいった事例とは断言できないが、関与を放棄する人はほとんどなくなっていると感じている
（緊急対応と対応方法の助言） 家族介護者のかかわり方が本人の易怒性を悪化させている要因となっていたので、まずは家族への聞き取りと助言を行った。物盗られ妄想に対しての対応方法、受け答えの仕方等具体的に説明し、あまり関わりすぎず少し距離をとるように助言。並行して、当院には精神科病床がないためにBPSD悪化に備えて精神科病院へつなぎ、家族のみの受診を行い緊急時の入院対応ができるよう調整。また、警察にも現状を説明し、何かあれば保護入院への協力を得られるよう体制を整備した。
（受診枠を即時設ける） 平日午前ならば予約なしで受診可能。午前の早い段階で受診が出来るような様子ならばいつでも来て下さいとアナウンスしているため、ほぼうまくいっている。受診そのものが困難な時は、我慢せずに警察や地域包括支援センターへ連絡する事をすすめている。

（緊急入院後家族への対応方法助言） 拒否をすると拳で胸を突くそぶりを見せるなどの様子が見られ、次第に、夢と現実の区別がつかず夢を現実と思い込みじつまの合わない話をし、パニックを起こして怒り出すようになるという症状。主治医と情報共有し、薬の調整をしたが、改善が見られず。精神科への入院加療が必要と判断し、妻ともよく相談した上で、精神科病院への紹介。しかし予約前になって、入院させたくないと言われ妻から連絡あり入院はキャンセルとなる。その後徐々に暴力が落ち着きを取り戻す。暴力などの周辺症状は、本人と家族との相互作用の中で生じていることがうかがえた。この事例では、入院への決断を迫られ、これから本人とどう時間を過ごしていくのかを考えたうえでの介護者である妻自身の変化がその後の本人の症状の改善につながったと思われる。
（緊急入院後原因の特定へ） 暴力行為等がある場合、外来通院での対応の後、入院での対応に切り替えるケースがあった。その際の助言は、本人が不快に感じている事、例えば、排泄（失禁）などのケアに関するものを行い軽減が図られた。
（慎重な聞き取りと家族支援） まずは暴れる、暴力を振るう場面の状況を細かく確認する。誰に対して、きっかけは何か、頻度はどのくらいか、どういった言葉かけを行った時に起こるのか等。きっかけが家族の言動によるものであればケアについてアドバイスする。認知症の症状進行に伴うものであれば薬物の検討を含めて受診につなぐ。また、暴力を振るわれた家族の思いを傾聴し、介護の負担について表出してもらい、家族が背負い過ぎないように介護保険サービス導入や場合によっては地域包括支援センターへつなぐよう介入する。緊急対応が必要な場合は保健福祉センターへの相談や精神科入院もあることを家族に説明。
（慎重な聞き取りと社会資源活用） 家族と本人の距離をおくことを優先する。そのうえで、どのような状況で暴力をふるうのか、家族は本人にどのような関わりをしているのか、詳しく話をきき関わり方の改善を家族と共に考える。家族への教育的支援として、認知症の人と家族の会を紹介したり、書籍やパンフレットを提供したりすることもある。ケアマネジャーに暴力をふるうことを伝えているか確認し、介護保険サービスの利用や生活の場の変更を検討する。ケアで対応が難しい場合は、必要に応じて予約日を調整し、主治医・家族・ケアマネジャー等で今後の治療方針を話しあい、メリットとデメリットを十分に説明したうえで、向精神薬の導入や精神科入院を検討。
（家族支援後の経過観察） 包丁をチラつかせアパートの大家さんや高齢者支援センタースタッフも介入せざるを得ない状況ようだった。この状況に関しても介護者である妻は自分が口答えをしてしまうからと責任は自分にあると状況を捉えていた。この状況は普通ではない事、DVの可能性があり、自分の安全を守ることを優先させることを伝え、涙を流しながら、「ありがとうございます」「実は少し前までできていた息抜きさえも今はできなくなってしまう」と心理的にも切迫し、正常判断も失ってしまいがちな状況を訴えてきた。高齢者支援センターや入院施設等と連携し、夫を入院させるのか、ないしは妻を夫から引き離すために入院させるか、そして妻を入院させた場合、認知症の夫の生活をどうするかを検討しながら、妻を支えることを最優先に環境調整を進めることとなった。
（家族支援後の原因分析） 家族の話を傾聴し辛い気持ちに共感し、どういう時に暴力をふるうのか、何かきっかけがあったのか、落ち着かなくなる時間はいつも同じぐらいなのか、普段の関わり方等について確認。入浴等を促した時の反応として暴力に発展することもあるれば、そうでない場合も

あるとのことだった。入浴を促して拒否された場合は時間を改めて試みることや数日毎に入らなくても良いと思うことも大事であること、また入浴剤を入れたり、美味しい飲み物を提供したり等、嬉しい楽しい思いと繋げることを伝えた。家族は本人の言うことを否定しないように心掛けていたが、物忘れが起こらないようにしようとしているところがあった。そのため、物忘れがなくても楽しくないというより、物忘れがあっても安心して生活するにはどうしたらよいか、楽しく幸せに暮らすにはどうすれば良いかが重要ではないかと話した。ただ、本人も大切だが同様に家族も大切であり、本人のために家族が犠牲になるのは良くない。家族がゆっくり休める時間を持つことや気分転換することも大事であると説明。脱力介護を目指すよう伝えた。その後、家族も徐々にゆとりが持てるようになったようで、数か月かかったが、本人も落ち着いてきた。
（家族への聞き取り後の対応検討） 家族から、ご本人のこれまでの暮らし、家族との関係、いつからどのような症状がでてきたか、環境、身体疾患、服薬状況なども含めて聴き、いつ、どこで、どんな場面で誰に、どんな風に暴力をふるうのか等具体的にうかがう。 あわせて、医師と共有し、薬の処方検討。実際の場面で、よりよい対応の仕方を実践。服薬も試みる。再度、検討。デイサービスなどのサービスが利用できる状況になったら、家族と距離をとり日中の過ごし方を工夫する。
（緊急時は警察への連絡を勧める） 家族が身の危険を感じた場合、速やかに警察へ連絡するよう勧める（精神保健および精神障害者福祉に関する法律第23条に基づき通報を視野に入れて進める）。同時に市や保健所へ相談。夜間と休日に暴れる場合を想定し、家族へ県の精神科救急情報センターの連絡先を伝えておく。その間に市や保健所と連携し、入院への流れへ繋げることが出来た。
（原因分析と入院） 本人が、どのような状況で暴力を振るうのか、その要因は何か、既往歴や現病歴などを早急に調査していく。また、家族面談等を行い自傷、他害の危険性についても把握しながら、医師に相談し、受診日の調整を図る。同時に受診の際の協力者として、公的機関（地域包括支援センター、保健所や場合によっては警察）にも依頼する。受診後、外来加療が検討される場合は、同居の家族以外で、本人の暴力行為への対応および薬物療法、生活介護等に協力していただける協力者やサービスの調整を図る。受診後に入院加療が必要と診断された場合は、医療保護入院のケースを踏まえ、入院同意する家族を探し、同時に受診の際の協力者を調整する。入院加療となった場合は、退院後の受け入れ先（生活の場）を検討し、必要となる申請、サービス利用など、入院早期の段階から支援計画を作成し、退院後の受け入れについて、家族が具体的にイメージできるよう説明していく。
（原因分析と入院） どんな状況のときに暴れることや暴力を振るうことがあるのかを丁寧に聞き取る。その他気になる様子、既往歴、性格等を聞き取る。家族から聞き取った本人の状態から、認知症という病気によって、暴れることや暴力が起こっていると考えられるときは、そのままご家族へ説明し、専門の医療機関への受診、入院の可能性を説明する。当院への入院が希望であれば入院調整をしました。
（原因分析と家族支援） 暴力（杖を振り回す）の背景をアセスメントすると、排尿障害が見つかり、最初は拒否があったが導尿を開始するようになって、落ち着かれた。また、退院後は、導尿ができるグループホーム利用につながり、家族も安心された。
（原因分析と入院）

家族から、症状経過や家族のかかわり方、現在のケア体制について情報収集。ケア、環境設定で工夫の余地があるようならば、アドバイスを行っていく。また、社会資料の活用についてもアドバイスを行った。状況的に、危機的な状況も認められ、受診の必要性があった時は、当院救急外来に案内。救急外来から入院へつながることもある。また、当院が受入れできない時は入院先をさがして、認知症のコントロール後で再度療養先、療養体制を検討した。
（入院の検討） 自宅で暴れたり、暴力をふるうケース。自宅での介護のみでは、暴力をふるうことについての対応は難しいため、いったん施設や病院（急性病棟）入院などを検討してもらいました。当センターとしては、家族のレスパイトを目的にも入れて、説明させて頂くことで、何とか、家族が動き始める場合があります。
（多職種連携と家族支援） 地域包括支援センター、認知症初期集中支援チームと連携。地域包括支援センタースタッフ、チーム員が本人宅訪問を重ね、人間関係を構築。介入中は電話等にて情報共有していたところ、本人が転倒。打撲したことをきっかけに、関係者が付き添い総合病院受診。その際に専門科受診につなげた。家族に対しては、症状悪化時には、本人と距離を置くよう提案し、又、いつでも関係機関（地域包括支援センター、認知症疾患医療センター）へ連絡、相談出来る体制を整えた。
（家族支援と対応の助言） デイサービス利用について拒否があり「お前を殺して死ぬ」と興奮され警察介入となった。妻が地域包括支援センターへ相談。地域包括支援センターより当センター窓口へ連絡が入る。妻より状況を確認したところ、今は落ち着いているが包丁を持ったので今すぐ入院をさせてほしいと訴えがあった。理由はデイサービス利用が明確であるので、現在落ち着いている状況であれば週末の過ごし方を考える方向となった。
（緊急時は警察への通報を勧める） 相談があった時点で、妻に対する暴言や杖を振り回すといった行動あり、妻の身に危険が及ぶ可能性があった為、必要時は警察に連絡するよう促した。入院希望があった為、即日入院可能か医師と相談し、調整出来次第連絡すると伝えた。当院での受け入れ体制が整った為、妻に連絡を入れたところ、現場には、妻の連絡を受けた、警察、救急隊が到着し、妻の身の安全も確保されていた。その後、救急隊と共に来院され、診察の結果入院となった。
（初期集中支援チームの介入） 自宅で暴れ、妻に暴力をふるっていると夫婦の息子から連絡があり、初期集中支援チームに依頼。依頼後すぐ本人宅にチーム員が訪問し、本人に受診を促し、本人も受診に同意。当院初診後、即日入院となった。また、本人の妻もMCIの診断を受けていたことから、息子に本人を刺激しないような対応例を伝え、息子からも妻に対応を教えて家族全体でサポートしていく体制を整えた。

3)自動車運転への助言、対応方法

家族からの相談事例について上記事例の対応成功例の自由記述を整理した（表 3-35）。医師の丁寧な説明と説得により自主返納に応じるケースが多い傾向がみられた。場合によっては信頼関係の構築されているかかりつけ医に依頼している例もあった。家族が免許返納をかわいそうと感じてしまい躊躇している例もあり、家族と一緒に話をすることが重要である。

ただし、免許返納は生活そのものを変えてしまう問題でもあるので、その後の生活支援を合わせて提案する必要がある。高齢者の自動車運転については社会の機運が高まっていることから警察も親身になって対応をしてくれるようである。注意したいのは、鍵を隠すことはうまくいく例よりも、失敗し新たなトラブルを生むケース生じている事例があることである。

表 3-35 自動車運転への対応

（疾患医療センター医師から説得） 更新が近い場合は、先に認知症の診断書を提出して、更新ができない様にする。本人だけでなく、家族も呼んで、医師から話をしてもらい自主返納について説得する。本人が、1番言うことをきいてくれる人（息子、兄、弟など）から説得をしてもらう。運転については、本気で家族がやめさせたいと考えている方については、案外スムーズに自主返納に結びつくようです。そのために家族の「かわいそう」「まだ大丈夫」「自分達が送迎しないといけなくなる」という問題を解決することも重要。
（疾患医療センター医師から説得） 過去に何度も単独事故歴があるが運転は継続してきた。本人以外は運転の継続は望んでいなかった。医師より本人と家族に対し認知症であることを説明し、運転については「技術的なことだけを言えば出来るのかもしれないが、相手がいる事故を起こす可能性はとても高い。残りの人生を刑務所で過ごすのは悲しすぎませんか？あなたには支えてくれる奥さんやお孫さんだっている。この人たちのためにも勇退しませんか？」と話し本人納得。免許は返納に至った。
（疾患医療センター医師から説得） 76歳男性、免許更新の認知機能検査の結果、医師の診断書が必要となり当院を受診され、受診結果ADと診断された方。まず、本人と家族を別で医師が面談し、再度本人、家族同席で面談した。本人は免許を更新したいという気持ちを強く訴え、診断書の作成を希望されていた。家族は今後事故が心配なので、なんとか自主返納してもらいたいと本人は自主返納する気がなく困っていると訴えていた。医師から本人、家族へ「運転時の危険リスクが高いこと、自主返納は各市で優遇サービスを受けられるメリットもあること」など丁寧に説明し、本人と家族で十分話し合うよう提案した。家族より、「本人と家族で話し合った結果、本人も納得し自主返納することにしました」と連絡をいただいた。
（かかりつけ医師からの説得） 家族から連絡が入り免許を返納させてほしいとの依頼が入る。家族の同意をもらった上で主治医のクリニックにソーシャルワーカーが電話した。その後、主治医のクリニックの医師から本人に対して「今のあなたの状態では、運転は大丈夫だと診断書に記入することはできない。免許は返納した方がいい。」と説明と説得をされ、本人も「先生がそこまで言

うなら免許は返さないといけないな」と納得し、次の日に妻同伴で免許返納したということだった。かかりつけ医は運転免許に関する意見書記入に対する抵抗感が強く、患者との今後の信頼関係にも響くからとセンターに回して来られるケースがあるが、この事例のように説得という方法もあり説得できれば診断書記入の必要はないという事をかかりつけ医に伝えるだけでも、本人にとっても家族にとっても新たな受診で負担感を感じることなくスムーズに終結する場合もあるため、SW としてはかかりつけ医に対して運転免許の診断書に関する周知を行っていく必要があると感じたケースだった。
（返納後の生活の提案） 診断後（医師から運転禁止の説明後）、本人の思いを聞き、共感・受容に努め運転することのリスクについても説明。家族の想いなども伝え、また家族にも運転することのリスクを話し、返納の流れ及び診断書提出の流れについても説明し返納後の生活環境について提案する。同時に警察にも相談を入れた。
（警察からの説得） 医師が説得を行ったが聞き入れなかったため、医師が家族と面談した。その時に家族から依頼があり、家族・警察署と対応を検討しました。その後、家族が「ドライブレコーダーを借りに行こう」と本人と警察署を訪れた際に、警察担当が本人を説得し、自主返納となった事例がある。
（警察からの説得） 家族に警察に相談して貰うよう伝えたところ、警察に診断書を提出する運びとなった。その後当院受診し検査を行ったところ、検査結果が悪く、本人も検査の出来が悪かった実感があつたようで、診断書を作成する前に免許返納に応じた。
（自動車を使わない生活設計の提案） 本人の気持ちを否定することなく、自動車が無い環境での生活の代替案を提案した。不透明であったキーパーソンを家族内で決めてもらい、キーパーソンが中心となって本人に粘り強く運転に関する声掛けをするようにした。同時に本人・家族の意向に配慮し、担当ケアマネジャーと支援の方向性を決め、環境整備を行った。デイサービス・ヘルパーの導入がスムーズにいき、2～3ヶ月の時間を要したが、ある程度、自動車の無い生活環境が整い、新しい環境での生活へ移行ができた。
（自動車を使わない生活設計の提案） 運転をやめない理由の一つに「自宅にお風呂がなく毎日温泉へ運転して通っている」という事があり介護保険サービスで補える場合もあると説明。介護認定を行いその後デイケアや訪問介護、介護タクシーが利用できるようになったことで、生活の支障を解消され自主返納された。
（疾患医療センター医師から説得） 現在の状況での運転は法律違反に該当する旨を本人・家族に説明した。運転し、事故を起こせば100%責任を負うことになる。本人のみならず、家族も許していたと見られ責任の対象者となる事も説明。医療者の立場では認知症は完治が望めない病気であり、症状が悪化してからでは改善は望めない。現状を維持する事が大切であり、早めに治療を開始し、現状維持することの重要性を理解できるよう説明。また、一生涯、運転しつづける事はできない為、この受診を期に車に頼らない生活を家族も一緒に考える事も説明。車に頼らない生活自体（歩いたり、公共交通機関を考えて利用したり）が認知機能により影響を及ぼすことも充分説明。また、自主返納であれば、地域で受ける事ができる支援がある事、診断書を提出し、免許失効になるとそれらの支援は受けることが出来ない事も説明。一旦、本人・家族で話合って頂く期日（診断書提出期限以内）を設け診察終了。後日、免許は自主返納し、治療希望された為、受診予約となった。
（自動車のキーを隠す）

診察時、医師より本人には認知症と診断されると運転はできないと伝える。家族には、鍵を本人の見えないところに隠すなど車を使えないように工夫をしてもらう。
(運転免許センターへ相談) 家族から「何かあってからでは遅いので何としてでもやめさせたい」と強い思いがあった。免許センターに相談し、家族から相談をしたらセンターでの検査は更新時以外にはできないが、本人に確認の上診断書を提出し、運転可能かどうかの判断をしてもらう事になった。
(認知症の検査に家族が同席) 神経心理検査に家族に同席してもらい、家族と共に現状を把握する。本人の気持ちに寄り添う働きかけにより、多くの方が、免許証を返納している。
(運転経歴書がもらえることを説明) 神経心理検査を行い、軽度～中等度のADの診断だった。実際、車の運転の仕方が変わってきていた。(車庫出しに急発進する、2車線の真ん中を走る、道に迷うなど)。検査後に、家族、本人に診断結果を説明した。この状況では運転することはできないことを説明し、また自主返納すると運転経歴証明書がもらえることを説明し、自主返納となった。
(様々な情報提供を行う) 何故運転を続けたいのか聴く。運転しない生活を想像してもらう。運転に代わる交通手段などについて考えてもらう。お住まいの免許証返納後の交通機関利用方法などについて情報提供を行う。高齢者の自動車事故について、さりげなく話す。家族が心配されていることを伝える。独居の患者本人には生活に欠かせない移動手段だったが、上記内容について何回も聴き、話す時間を設け、ご家族と一緒に説得を続け、何とか自主返納へとこぎつけることができた。
(疾患医療センター医師から説得) 認知症の診断がついて本人へ運転中止や返納を勧めるが、本人は納得しなかった。公安委員会へ当センターと家族から相談。公安委員会の診断書を家族へ送ってもらい診断書を医師が作成。診断書を元に家族が返納について説明し、一度は納得するも翌日には忘れてしまい、家族も説明や説得することに疲弊していた。再度医師から説明していただくことを家族に勧め3ヵ月後に再受診。本人に話を伺うと、本人も警察に行けば運転はだめだと言われることを分かっており、気持ちの整理がつききらなかったとのこと。本人と家族とで相談を続け、診察の10日後に返納。返納後も免許証を探したり、家族へ確認を続ける行為は続くが、無理に返納手続きを進めるのではなく、本人に説明し少しでも分かって頂ける時間と割くことも大事であると感じた。
(家族からの説得方法の工夫と本人の納得) 本人に運転をやめて何が困るか、運転は何のためにするのか家族にも一緒に考えてもらう。できなくなったことに対してフォローはどうするかを考える。タクシーを利用する場合お金の支払い、連絡など決めておく。特にお金の支払いは本人のお金がなくなってしまうことが多くなるべく本人が支払わなくてもよいようにする。しばらく納得がえられるまでやってみる。 車の鍵は絶対取りあげない、かくさない。これは逆効果で別のトラブルを生むことがある。
(警察からの説得) 車で衝突事故をおこしたが、そのことをよくおぼえておらず、ぶつかっていないと言い張ることがあり、警察から運転に関わる診断書の提出命令あった。同時期から、腰痛により歩行の不安定さがあり、家事やセルフケアが大変になっていた。免許返納を説得すると激しく怒り出し、家族からの食事の差し入れも拒否するようになった。易怒性の緩和と、生活の立て直し、運転免許返納についての段取りを行うことを目的に、1月程度、精神科病棟へ入院していただくことに。入院中、薬物調整により易怒性が落ち着いた。退院前に、

ご本人が一番信頼を置く娘婿が警察交通課に行く。 警察から、1時間かけてご本人に免許返納について説明があり、自ら免許を返納した
(新たな役割ができることで自主返納) 家族より「認知症と診断をされてからも、車まで行き運転をしようとする」「子供もおらず、本人にとって家庭では、車の運転が重要な役割であった様子」「バスの本数が少なく、車でないと交通が不便な場所に住んでいる」「それでも、家族としては、本人に運転を諦めてほしい」とのこと。相談対応としては、「今まで担っていた、運転という役割を本人がすぐには諦められないかもしれない」「家事の一部など、家庭内での新たな役割を少しずつ考えてみる」ことを提案。本人と家族の同意のもと、居住区担当の地域包括支援センターへ経過を連絡し、介入の運びとなる。後日、家族から運転を辞めたとの連絡があった。
(警察からの説得) 「運転出来ないなら死んでやる」などと発言もあった。家族の意見を確認したところ、やめさせたいという思いが強かったため、地域包括支援センター、警察署へ情報提供することです承を得て連携を図る。(事前に警察署へは、家族の意見が強ければ、対応してもらえるか否かの確認済み)警察署へ相談、警察署員より地域の見守りとして訪問していただくことで協力依頼を行った。地域包括支援センターへは、返納後を検討している方がいることの情報提供をする。当センターからは、返納後の本人への家族のサポートの必要性について説明。家族、本人と何度か話を行い返納に至った。

4) 介護保険や介護サービスを拒否する家族への対応

家族からの相談事例について上記事例の対応成功例の自由記述を整理した（表 3-36）。家族への介護保険や介護サービスの状況の情報提供と教育的な支援が有効である。まずは、施設に入れたくないという声に耳を傾けて、そう感じている理由について話を聞く時間を設ける必要がある。それだけで気持ちが変わってくる可能性を示す事例も多くあった。

表 3-36 介護保険や介護サービスを拒否する家族への対応

（家族介護者側の生活への配慮も行う） 家族に対し現在の認知症介護の情報提供を中心として行った。必ずしも在宅介護がいい訳ではないこと、離れることでいい介護ができることもあること、介護保険サービスをうけることの意味や、そうすることで在宅介護にも影響が出てくることなど、ゆっくりと伝えていった。一番大事なのは本人も家族も安心して安全な暮らし（生活）ができることなのでそう考えた時にどういった選択がベターなのか一緒に考えて、施設入居にふみきった方がいた。在宅介護中はお互いにイライラしていたのが、今は笑顔で外来に来られている。家族は離れたことで会う時にすごく優しくなれると後日語っていた。
（家族介護者の想いの傾聴） 何故介護サービスを利用したくないのか話を聞き、マイナスイメージを払拭できるようメリットを伝える。自宅まで来てくれるサービスや通所サービス等があることを説明。それぞれのニーズにあったサービスを提案。また、今はよくても今後何かあった場合、施設等に慣れていないと本人を誰も見るができなくなってしまうことも丁寧に説明した。家にこもってばかりだと認知症の進行やADLの低下も考えられるため、介護サービス等を利用し、外に出たり、他者と関わることも必要だと話し納得へとつながった。
（介護負担感軽減への助言） サービスを利用したくない理由が、“介護サービスを信頼していないから”“自分が介護をしなければと思い込んでいる”“経済的に不安となるため”など一言にサービスを使わないと言っても理由は様々なので、利用しない、出来ない理由を把握する。その上で、施設・介護保険サービスなどサービス利用を前提とせず、現在、何に困っているのか？当人、家族の話を聞き、何らかの解決策が無いのか一緒に考えるようにしている。
（現状のアセスメントと共に考える姿勢を示す） 本人・家族の考えを聞き、本人・家族を受容する。現状で家族が支援を行えているのか、できていないのか認知症専門医・相談員が情報共有し見極め、本人・家族の気持ちに寄り添いながらも現状が本人のためにとって良い状態なのか一緒に確認作業を行い、家族に「どうしたら本人にとって良い状態・支援ができるのか」を一緒に考える支援をしている。少しずつではあるが、家族に考えてもらうことで、現状を理解し、客観的に本人を見られるようになってくれる家族が多く、介護保険の利用も検討開始するケースが多い。ただし、家族の支援だけで、他のフォーマルなサービスが必要無い場合には、無理に勧めない。困ったときに相談し、支援が受けられるような状態で経過を観察している。受診時に、本人・家族へ声かけし困り事等ないのか確認と対応方法など助言を行い、信頼関係を築いている。

（家族の思いへの傾聴）

若年性認知症の方への支援。本人は、高学歴で小学校の校長を務めあげた方であり、寄り添ってきた妻は、本人の事を尊敬し生活をしてきていた。家族は非常に献身的に介護を続けてきた。家族は、生まれ育った自宅という気持ちが強く、なかなか施設入所への受入れが困難であった。本人は、全介護状態までレベル低下が見られ、体も大きく介護力をかなり要する状態。小柄な妻ではとても介護は難しく、また自宅には本人の母（90歳代・要介護2）もあり、2人の介護を妻が一人で担うのは現実的には困難であった。妻の気持ちを汲みつつ、介護力がかなり必要となり、自宅で日々過ごすにはかなり難しい状況であることを伝えつつ、妻の「自宅へ連れて帰りたい」という想いを大切に、介護方法を一緒に検討した。数ヶ月に渡り、話し合いを続け徐々に妻の気持ちへの変化がみられるようになった。妻の気持ちに変化してきた所で、介護保険の区分変更と施設入所についての話を再度すると施設入所方向へ。本人と、そのご家族の気持ちを丁寧に時間をつくり傾聴してきたこと、また実際の介護を経験していただいた事で気持ち的に変化が見られた。気持ちを汲みつつ、気持ちの変化するまで、待つことの大切さを学んだ。

（家族の状況の再アセスメント）

家族の意向に理解を示しつつ本人の状況と、家族の状況を観察、情報収集を丁寧に実施。そして介護保険サービスは利用したくなくばしなくてよい事を伝えたいと、もし家族が何らかの理由で難しくなった場合に備えて介護認定の申請をしておいてはどうかと説明した。認知症の対応が書いてあるパンフレットを用いて活動の必要性を伝え、反応を見ながらケアマネジャーにつなぎ、デイサービス利用となった。

（家族の思いへの傾聴）

家族の話を傾聴し現状を把握する事に努めることから始めた。認知症ケアにおける家族への介護負担は大きい。家族がなぜ、施設はいやだと思うのか、サービスを使いたくないのはどんな思いがあってなのか、その背景を考える。今の介護の状況はどんな様子なのか、自宅で見えていくことは可能なのか、または無理をしているのか現状を把握する。施設は嫌だ、サービスは使わない＝困っていないではない事が多く、その背景の思いを考えるようにしている。家族が何に対して悩んでいるのかを知るためには、傾聴し思いを聞くことが第一の対応であると考えた。実際に伝えた言葉としては、迷いがある場合は、実際に見学にいったりすることも提案した。本人の生活だけではなく、介護者自身の生活も考えてお互いが安心して過ごせる方法について一緒に考える機会を設けることで解決が図られた事例があった。

5) 家族が認知症を認めない場合の対応

家族からの相談事例について上記事例の対応成功例の自由記述を整理した（表 3-37）。認知症を理解できていない家族が多くいることを理解することがまずは求められる。治療の経過や検査の内容についても理解してもらうように、診察の際には本人が許せば同席してもらうようにすることで成功した事例もあった。そして、認知症疾患医療センター内で心理教育や介護者教室などを開催し参加してもらうことも効果的である。

表 3-37 家族が認知症を認めない場合の対応

（家族への教育的支援） 本人が物忘れ主訴にて受診。MRI、SPECTにて初期ADと診断。家族は、治療、介護保険申請についても否定的。セカンドオピニオンすすめるも拒否。当センター内他科の医師により再度検査所見について説明施行。同時にリーフレット使用にて家族教育を実施した。地域包括支援センター職員にも介入依頼しアプローチ開始する。介護保険はまだ申請出来ていないが、デイケア等を見学をしている。
（家族との信頼関係の再構築） 遠方に住む息子が本人の病気を認めなかった。それまで病院からの連絡は、病状の事や介護サービスの内容が多く、次第に反発するようになった。まずは、息子との関係性を築くため、良い報告も積極的にするようにし、密に連絡をとりあうようにしたところ、病院職員に対して好意的になり、結果として、本人の病状を受け入れてくれた。
（認知症の人の状況確認と家族への教育的支援） 受診者本人の認知機能評価の受検時に家族の同席をお願いして、検査時の本人の得意・不得意な部分を見てもらうようにしている。検査直後に、同席した家族に対し自宅でのBPSDに関する質問があるので、その後に本人の認知症を呈する状態について説明も行い理解を促している。
（家族が納得するまで丁寧な説明をする） 時間をかけ、診察、説明をすることで、本人の行動が認知症の症状であることを、ひとつひとつ説明し、家族に受け入れてもらった。当院では、医師の診察時間が、初診の方の場合、1時間程度、その後、家族のみに5～20分程度説明することが多い。CT・心理テスト等を含めると平均2時間半～3時間かかっている。

3.2.12 家族支援の終結

家族支援の終結の捉え方については下記の通りであった（表 3-38）。結果、終結については明確な判断が難しいという結果であった。他の機関に紹介することでいったん終結とするケースもある。

表 3-38 家族支援の終結

	退院した段階 で一時終結	他の医療機 関に紹介しつ ながった場合 は終結	地域包括支 援センターに 紹介をした段 階で終結	介護保険 サービスにつ ながった時点 で終結	明確な終結 はない	その他	無回答	合計
件数	2件	36件	2件	6件	120件	11件	4件	181件
割合	1.1%	19.9%	1.1%	3.3%	66.3%	6.1%	2.2%	100.0%

3.3 事例集の作成

3.3.1 事例集の概要

認知症疾患医療センターを対象とした診断前および診断後の家族支援状況調査の結果をもとに、診断後支援の際に役立つQ & A方式の事例集を作成した。この事例集は、診断後支援に有用と思われる他機関との連携、診断後の様々な問題に対する解決策、そして終結のあり方について解説している。事例は失敗事例ではなく成功事例を掲載し、成功事例の中から波及的かつ前向きに支援を勧めるためのヒントとなることを目指したものである。

3.3.2 事例集の対象者

事例集の活用対象者は、認知症疾患医療センターの相談担当にあたる職員を想定しているが、地域包括支援センター職員や介護支援専門員や医師なども活用することができる。

3.3.3 事例集のタイトル

「認知症疾患医療センターにおける診断後支援事例集 Q & Aでわかる診断後の認知症の人とそこそご家族の支援方法」

3.3.4 事例集の目次構成と仕様

A 42 色刷り、全 35 ページ。目次は以下の通りである（表 3-39）。

表 3-39 事例集の目次

この冊子の使い方と概要

1. なぜ、診断後の家族支援が必要なのでしょう

2. 診断後の支援方法があるのでしょうか

Q 認知症疾患医療連携協議会に参加する機関はどのようなところでしょうか？

Q 診断後の家族への支援としてどのようなことを行えばいいのでしょうか？

● 診断後支援の事例

3. Q & A でわかる診断後の家族支援

① 診断後の相談室による対応方法で“うまくいった”例を紹介します

Q1 認知症の診断であったが、その後病院に来なくなった方、その家族への対応や声かけの方法は？

Q2 認知症の診断を受けた方への相談支援の中で地域包括支援センターにおいて要介護認定を受けることを勧めたが、その後は分からなくなった場合の対応方法は？

Q3 認知症の診断を受けたが、きわめて初期であり介護保険サービスを利用する必要もないほど軽度の方、その家族への助言方法は？

Q4 家族は、認知症を疑っているが本人が受診を嫌がっているという場合の対応方法は？

Q5 MCI という診断を受けた人の家族への対応方法や助言方法は？

② 家族の想いや、希望にどのように答えるのか“うまくいった”例を紹介します。

Q6 自宅で暴れて暴力をふるうという相談を家族から受けた場合の助言、対応方法は？

Q7 認知症と診断されているが自動車運転をやめてくれないと家族から相談された場合の助言、対応方法は？

Q8 認知症の人を介護する家族が、「施設だけには入れたくない」「介護保険サービスは利用したくない」という場合の助言、対応方法は？

Q9 認知症と診断されたものの、家族は絶対に違うはずだと認めない場合の助言や対応方法は？

4. 認知症疾患医療センターにおける家族支援終結の考え方

表紙等と内容抜粋



4. 早期支援につながることを促進するための冊子の作成

4.1 冊子作成にあたっての委員会での議論

4.1.1 冊子素案作成にあたっての議論(第1回委員会)

- 特に若い方で、自分とは関係がないと思っている方に、まず簡単に相談ができるような窓口がわかるようなことが必要なのではないか。
- 家族に勧められて、「私は、本当は来たくなかったのだが…」という人がほとんどである。ご家族、ご本人がどういうことがあったら医者に行こうと思うのかというのが一番重要。おかしいなと思っても病院には行きたくないというハードルがあるのかなと思われる。「行きたくない」という心理が働く。それをどうやってクリアするかというのはとても重要かと思う。
- 認知症の専門医はどこにでもいるわけではないので、適切な診断を行っている医療機関がどこにあって、誰に言ったらいいのかわからない。適切な診断に結びついたとしても、ケアの連続性というものがなかったので、診断がついてもその後の見通しはたたない。介護者の立場でいくと、適切な診断に結びつくためのルート探しのようなのものが、本人の同意も含めて難しい。一緒に長く住んでいる人は気がつかずよそから言われて初めて気がつく。気づきの指標のようなものが少し細かくあれば、疑いがあったときの家族の判断として確信が持てるようなものになっていくのかと考える。一人一人が行ってきたような実践例のようなものが幾つも用意できればいいかと思う。
- かなりの頻度で聞くのは「冷蔵庫」である。親元の冷蔵庫に異変があって気づかれたというケースが非常にたくさんあった。賞味期限が相当前に切れたものや、同じものたくさんある。「冷蔵庫（の異変）」での発見が非常に多い。
(遠距離介護の場合) 親の言動、気づきメモということで、～例えば親が寂しいと言って泣いたとか、行ったら冷蔵庫に変なものが入っていたとか、それを何月何日と書いておく、それが積み重なっていく。そうすることで、受診の時、ケアマネジャーと話す時に参考になる。
- ①初期集中支援チームの介入状況や課題点との擦り合わせが必要なのではないか。
②(認知症のステージやタイプによって) アプローチをどうしていくのかというところを丁寧に扱ったほうがいいのではないかと。ニーズが異なるので見極めとアプローチ方法の整理が必要であろう。
③「認知症は一般的な病気なので、我が事として学ぶ、いずれは誰にでもなり得る」というように、啓発の仕方を変えていく必要があるのではないかと考えている。
- 絶対に認知症にならない方法はないということ。認知症になっている人は自分の先輩で、後輩である自分も認知症になるということだから、偏見も大分減ってくるだろうし、早いときに対策をとると進行をゆっくりさせるとか、BPSDを最小限限りなく

4. 早期支援につながることを促進するための冊子の作成

ゼロに近づける方向につながるようにするということを普及啓発することは多分一番大事だろう。それを踏まえた上で、「できるだけ早い時期に支援しましょう」ということを言えばいい。

認知症の人というのは、ご家族がおかしいと思った時期の前に本人がおかしいと思っている時期がある。正しい情報を伝えることによって、本人が自分で受診できるような仕組みができるといい。また、ご家族が（受診を）勧めたときに本人が拒否する一番の理由は、本人自身が認知症に対する偏見を持っているからであって、その偏見をどうにかしてなくしていくことが大事だろうと思われる。

- 偏見をなくすということと裏返しなのは不安をなくすということだろうと思う。ということは、「救いの方法」「対処法」、「対処法」といっても治療という意味ではなくて、それをきちんと例として明示すると大分イメージが違ってくるだろう。
- 「ケアはすごく進歩しています」ということをしっかり伝えて、自分らしく最期までインディペンデンスとオートノミー、自立と自律をなるべく最後まで保って生活していращやる認知症の方というものを私たちが目標像として、また、一人一人の市民の方も目標像としていけるように、資料や情報を提供できたらいいのではないだろうか。
- イギリスのパンフレットを見てみると、認知症の方には、記憶障害もそうだが、食事や着替え、入浴、排泄など、日常生活の遂行障害が出るので、そこをどう支えるのかということを伝えているようだが、日本の場合そこが欠落しているのではないだろうか。中核症状のケアや BPSD のケアは一生懸命だが、日常生活の ADL、IADL を中心とした、それ以外も含めた行為をどう支えていくかとか、先ほどの冷蔵庫の話もそうだが、どんなふうに障害があらわれて気づくことがあるのかというようなことまで伝えていくとよいのではないか。診断如何によらず、ご家族の方、また隣近所で特に専門的知識を持っていない方でも、こういう方法があるということで、ヒントのようなものがあると、気づきやすいし、診断されていなくても支援しやすいのではないか。
- 「空白の期間がなぜ空白になるのか」というところは、もう少し分解して、「空白の期間」で「こういう状態のレベルの方にはこういうアプローチ」というものを示していかないと。「空白の時期」が長くなることについては、認めたくないという気持ちがあるということと、認知症のサインがもう少し具体的なレベルがあればいいのではないか。（空白の期間は）1 年以上あるので、どういう段階をたどって受診につながるのかというところを明らかにして、そこに対してどんなアプローチが適切かを明らかにするというのと、家族が見極められるサインというところと、地域が見極められるサインというのを具体的にお示しし、そして、病院の手前の相談できるような窓口ができるといいのではないか。
- 日常生活の中で何となく自分や家族がおかしいと思ったときに（チェックができて）

4. 早期支援につながることを促進するための冊子の作成

「あなたは認知症です」ではなく、「念のために相談してみたら」「受診してみたら」という。入り口の段階で、「もしかしたら人に言ったほうがいい」というようなチェックができるといいかと思う。

- 治療することで、また早期発見することで少しでも遅らせることができるという部分をもっと広く知ってもらおうということが、まずは早期発見という部分に大きく影響してくる。今までにもいろいろな発見のためのツールというのはたくさんあったがそれが有機的につながっていないという部分が一番問題だと思うので、もう少し簡単に、ハードルを下げた形で早期受診につながるような部分というのがあってもいいのかもしれない。

- 本人からしてみれば、おかしくなって、歯車が狂い始めた時間というのは必ずわかっている。それが言えるか言えないかというのは家族なり、周りの支援者がどれだけ心許せるかというか、頼れるかというか、そこに壁がないような関係が一番スムーズにいつていると思われる。何もかもできなくなるのではなく、何か方法を見つければできるのです。癌に罹患したことを昔は周囲に言えなかった。でも 20 年、30 年も経った今は「癌です」と言える。認知症の人にとっても、そういう時期を必ずやってこさせなければいけないという運動を私たちはしている。

アルツハイマーに特化しないで、やはり症状別のことが出てこない、これは違う病気ではないかというようなことになりかねないのかと思う。

- ①一番大事なのは情報の連鎖

②フォーマルとインフォーマルのバランスをとることが重要

③他人がつくる本人の偏見をいかになくせるかというのが、初期につながるというのが非常に重要かと思っている。そのときには情報の連鎖が起きやすくなるように、周りの人も、認知症の当事者やご家族となっていない人から関わっていくことによって、自分が違和感を覚えたときに相談につながるというか、認知症の本人が行きやすい情報発信と行きやすい地域づくりというものをとことん目指すことによって、これからなる人の相談が早まるということがあり得ると思っていて、そこを追及すべきかと思う。

- ①（空白の期間）第Ⅰ期については、医療機関以外の相談機関でワンクッション置くというのも一つかと思っている。それから、例えばもの忘れとか自分の困難に感じている症状が環境的な工夫によって改善するということを支援の中心にすえられたらどうなのかと思った。

②第Ⅱ期に関しては、診断後の情報提供を見直す必要があると考える。

③情報の周知や発信に関して、広報などをうまくメディアとして使いながら、早期に相談することで具体的にどんなメリットがあるのかということを、家族の方も、当事者本人の方も理解していけるような道筋があるといい。

4.1.2 冊子素案を閲覧し改善点に関する指摘(第2回委員会)

- タイトルは、インパクトがあつていいと思ったが、認知症(に関するもの)であるかどうかということは、少しわかりづらい点はあった。包括に温度差があり過ぎて、ここに書かれているような状態に至るまでにあと何十年かかるのか、というような感想を持った。

「物忘れ」に関してすごく多く載っていて、アルツハイマーに偏っているのかなという感じがした。原因疾患によって症状が全く違うので、そういう人のフォローに至るにはどうしたらいいのかなという思いがあった。

「記憶を助けるもの」としてデジタルなどが出てきているが、これからの時代の人にはいいと思ったが、今必要としている人に「デジタルだ」と言うと、これはすごく難しい話だと思う。

今までの冊子とは違うなという感じがした。

- こういう時に出すものは、やはり一番理想化されたものが望ましいと思う。まずここで一番大事なのは、ご本人や家族が「ちょっと困った」「アレっと思った」時に、気楽にしかるべき窓口に行ってくれる動機づけにすると、そういうために作られるものだと思う。
- この冊子を読むのはご本人とご家族でしかないかと思っていて、ご本人とご家族がこの冊子を見てどう感じるのかというのを、どんどんこれに反映させていくことしか方策はないのかなと思った。
- この表紙が分かりにくいのではないか、認知症に関連することが入っていないのではないか。
- 全体のコンセプトとしては、「初期の段階の方に対する啓発本」ということで、ここで例えば「認知症」とうたってしまうと、逆に入口を狭めてしまうような印象を持っている。あえて載せないというのも、逆にいい面としても捉えられるのではないか。認知症にかかわる方の理念、基本をあらわすものとして、こういう基本的な部分はすごく大事で、啓発という意味からするとこのぐらいのほうが(いい)。
- 表紙については、これがボンと置いてあると、誰が手に取ったらいいかわからなくなるので、認知症ということは書かなくても、何が気になる人が読む本なのかはあったほうがいいのかと感じた。また、「気になるようならお読みください」だけだと、「これを読んだらどうなるのか」ということがわからないので、「少しだけ助けになります」というように、「これを読むとどんないいことがあるのか」があるといい。

「Aさん、何歳、地域包括に相談したらこうなって、こういう生活ができています」といった事例のようなものが少しあるといいかと思った。

(認知症に関する相談先としては) 高齢福祉課、地域包括支援センターという高齢の部署のみになっていることが多いが、若年性認知症の場合はどうか。若く(認知症を)発症した人にも手に取ってもらうことを考えると、高齢福祉とか地域包括という

4. 早期支援につながることを促進するための冊子の作成

内容だけでなく、少し内容をつけ足す必要がある。

- 高齢者福祉担当課は、自治体ごとにいろいろな名称になっているので、ヒントとして、よくある課の名前を入れておくと、ご家族などは探しやすいのかと思う。同じように地域包括支援センターも名称を変えているところが多い。全部は網羅できないとしても、「こんな名前のところもあります」と、ヒントとして例示があるといいのではないか。

デジタルについてだが、こういうものを1冊作ったらそれで何年かいくということを見ると、デジタルを使いこなしている世代の人が高齢者になっていくということ踏まえた内容があるといいと思った。もし「デジタル」という表現に馴染みがあれば、その前の「基本」に対応するように「発展」というような日本語の表現を置いておいてもいいのかもしれない。

(アラームの音について) イラストを見ると「ピッピッ」とあるが、警告音ではない音を選ぶということが一つの配慮になるのではないか。「優しい音のアラーム」のように、ヒントとして書かれているといいのではないか。

文字数はかなり少ないのだが、その中でも「ここを見てほしい」というように視線を誘導するためにも、「囲む」というような仕掛けがなされてもいいのかなと感じた。

- 欧米にはこのようなパンフレットはたくさんあるが、日本では全然見ないので画期的な感じがするし、新鮮な感じがするのでいいと思う。だが、まずは手に取ってもらうことが大事なので、タイトルの「もしも」が果たしてベストなのか、ということももう一回考えたほうがいいと思う。

- この表紙は「もしも」をどうするかというのがあってと思うが、「何だろう」と思って手に取って読む可能性はある。ただ、せめて1ページ目の「違和感のあるあなたへ」の部分に、「何の違和感があるのか」「何の本なのか」ということがわかるような表現があったほうがいいだろうと思った。

(地域包括支援センターに関する記述で) 6ページ「あなたの人生の支えになってくれるはず」というのは、書き過ぎではないだろうか。

- 6ページ「精神科や神経内科であれば」と2つの科を挙げているが、最近はそれ以外にも、脳神経外科や、老年科でも認知症の専門医の方はいる。脳神経外科など他の科も入れてほしい。

「地域包括」が何度も出てくるというのは、やはり少し違和感がある。

若年性認知症支援コーディネーターや全国支援センターというものができてきている。例えば10ページあたりに「若年の方ですと、そういうコーディネーターが相談に応じます」というのを書いていただけるとありがたい。

- 10ページに「理解してくれる人がいるところ」と幾つか書いてあるが、「もし私がそこに連絡したいなと思った時にどうやって調べるのか」が、ここに書いてあるだけではわからないと思う。電話番号を全部書けということではないけど、例えば巻末か何

4. 早期支援につながることを促進するための冊子の作成

かに、「こういうところへ」などと具体的に記載してはどうか。

(イラスト中の文字は) なぜ英語なのか。もしかしたら英語であることでわかりにくい人もいるかもしれない。

26 ページ一番上に、「医師への相談は検査も含めて初診で 1 万円程度です」とあるが、これは誤解されると思う。ケースバイケースなので、具体的な金額を書くのは止めたほうがいいのかと思う。

「医師への相談は」と書いてあるが、「相談しに行く」わけではなくて、病院には「受診をしに行く」ので、相談はその後だと思われる。

- 相談機関によって値段が違うのではないかな。
- 例えば「病院によって異なるが、クリニック物忘れ外来の場合には 1 万円前後ぐらいだ」というような感じで書いたらどうか。
- 赤い線や少し大きい活字などは、どの単語をそうするかを考えないと。高齢者に見やすい色にしたほうがいいだろう。
- 専門機関につないでいきたいということはわかるのだが、まだ迷いがある場合に、「医療機関に行ってもいいし、地域包括に行ってもいいよ、カフェに行ってもいいよ」となっているのだが、どういう筋書きで誘導していくのかというのがハッキリわかったほうがいいのかと思った。例えば 6 ページ目「目に見えない病気」で、その下に「なので、専門の医師に見てもら必要があります」となっているが、これを「精神科や神経内科であればどこでもよいではありません」の下に持ってきたほうがいいのかと思う。この 2 行目と 3 行目を入れかえてしまったほうがいいのかと思った。
- 12 ページ目のところで、「行政、地域包括支援センターなど、病院」となっているが、今まで専門医が大事だと書いてあるので、「専門医のいる病院」に変えたほうがいいのかと思う。
- 13 ページ目に「認知症と診断されたら薬が処方されます」とあるが、抵抗があるかもしれない。だから、その下に「薬に抵抗のある方もいらっしゃるかもしれませんが、お医者様に相談してみましよう」「お薬を使わないさまざまな方法もあります」という文章があると、抵抗はなくなるかと思った。
- 「記憶を助けるもの」のデジタルに関して、スマートスピーカーは今後普及すると思う。
- 啓発として、これはとても優れたもの。Web でダウンロードできるだけでなく動画にしたらどうだろう。私の勝手なアイデアだが、9 月 21 日の「認知症の啓発の日」に「ハッシュタグで拡散してください」などとしてみる。例えば 42 ページか 44 ページに QR コードを埋めるという手があるかと。
- (13 ページ) 下から 2 行目に「相談室や地域包括につないで」と、また「地域包括」が出てくるが、その後の 42 ページ「もしも気になる人があれば」の真ん中の 3 フレ

4. 早期支援につながることを促進するための冊子の作成

一ズ目に「病院で診断されたら、その後はもう一度地域包括に行きましょう」と書いてある。私はここに違和感があって、認知症疾患医療センターであれば必ずケースワーカーがいるはずである。「もう一度地域包括に行きましょう」よりは、13 ページに書いてあるように、「病院の相談室」で相談されるほうがずっといいと思う。

- モニター調査で冊子の中の白抜き部分が読みにくいという意見もあったので、考えていただきたい。
- （表紙に）「認知症」という言葉を入れないでフレーズのいいものがいっぱいあるので、中の文面を一部、表紙に出しておくといいかと思う。老化や加齢のことは、少し匂わせたほうがいいのではないか。
- 若年性認知症の相談窓口というのは、全国の都道府県全て（1 県除く）に設置されており、そこに「若年性認知症支援コーディネーター」がいる。若年の方であればそういうところへご相談いただいてもいい、ということを 1 行ぐらい入れていただきたい。
- （表紙に）「認知症」を入れるか、入れないかは入れないという方向でよい。
- 私は何よりも横書きなのがよかったなと思った。行間も取ってあるし。
- いろいろな地域包括に対する不満は皆持っていると思うが、基本が載っているものでないといけないのではないか。相談するところがない、となると一番家族にとって不幸なことだと思うので、その問題は別な問題として、やはり「必要なところはつないでください、そして考えてくれます」ということは、多少はリップサービスでも入れていただきたいなと思っている。
- この冊子は当然、本人とご家族のための冊子なのだが、地域住民の人たちが持てる環境というのはかなり重要で、地域包括を育てる意味でも、民生委員たちが活用できるような、そういう冊子を追加注文できるような仕組みがかなり重要かと思った。

4.2 冊子作成にあたっての一般市民へのモニター調査

4.2.1 モニター調査の目的

冊子の対象者である一般市民を対象にして、試作した冊子「もしも、気になるようでしたお読みください」について試読したうえで改善点等を明らかにすることを目的にした。

4.2.2 モニター調査の方法

(1) 対象者

読者層として想定する20代～70代の男女19名とした。

(2) 手続き

第1回委員会終了後に作成したサンプル版を手渡し、1週間後に回収した。質問は、感想と改善点の2項目を自由記述とした。期間は、2019年10月～11月に実施した。

4.2.3 モニター調査の結果

モニター調査の結果は、表4-1の通りであった。

表4-1 モニター調査の結果(その1)

	年齢	性別	介護 経験	Q1感想	Q2改善点
1	20	女	無	「認知症と診断される」＝「人生が悪い方向に切り替わる」というイメージが、認知症は人生の一部であるし、診断された日から変わる訳ではないのだなあと考える内容だと思いました。診断してもらふことは、本人も家族も認知症であるという事実を認めることになり、とても不安だと思えます。この本を読めば、少し安心して大丈夫と思うことができ、専門の人に頼ってみようと思えると感じました。	「1」認知症でも自分らしく～、人生の連続の中に～など、肯定的な表現が多いのは良いが、その前に、「『自分らしくいられるのではないか』などの不安を抱くこともありますよね」や、「それはあなただけではない」など不安をうけとめるような表現があると、聞く耳を持ちやすいかなあとと思います。
2	20	女	無	認知症に対するイメージ、病院に行くことに対する偏見が軽減されたように感じる。認知症に悩む方の背中を押すような本だと思った。また、認知症になっても自分で選択して生活ができる、専門職や家族はあくまでも支えて一緒に考える人なのだと感じた。p24で、認知症と話したら離れていく人も何も言わない人もいるかもしれないと書いており、快く受け入れてくれる人ばかりいなくて当たり前なんだと思い安心した。	記憶を助けるものの項目を、基本とデジタルに分けなくても良いと感じた。テレビ電話について、たしかに安心にはつながると思うが、使いこなすのが難しい人もいるかもしれないと感じた。
3	20	女	無	本人が読んでも、家族が読んでも、専門職が読んでも、誰が読んでもためになると思いました。本人がどうしていいかわからないときに読むと、今後の方向性が見えてきて精神的に安心し、気持ちが楽になると思います。	p34の「その人の人生を運転(生きる)のはその人です」のところで、「～運転する(生きる)～」を付け加えた方がいのかと思いました。その他は、文字が大きくて、イラストもあって分かりやすくていいなと思いました。
4	20	男	無	ひとつの話が見開きで完結しているので分かりやすかったです。／冊子は文字が多くて全部読むことがめんどくさいと思う人も多いと思うが、この冊子は、話も分かりやすく短時間でスラスラ読むことができ、抵抗がなかったです。／文章だけでなくイラストもあるため、やわらかい雰囲気があると思いました。／本人だけでなく家族に向けて書いてあるので、冊子1つあるだけでとても役に立つと思った。	表紙がバツと見、なにかわかんないと思いました。

4. 早期支援につながることを促進するための冊子の作成

表 4-1 モニター調査の結果(その2)

5	20	女	無	認知症かもしれないと思ってても病院に行かない人、行けない人が沢山いると思う。認知症と診断されても、生活の変化はすぐに起こらないこと、相談できる場所を知ることができる等、背中を押してくれる言葉が多かった。認知症であることを周囲に話して離れていってしまったらと考えると不安になるけど、それは嫌われたとかではなく、どうすれば良いか分からないと考えることで、気が楽になったと思った。同じことばかりで聞かれて嫌になることもあるが、自分を慕っているからだと考えたと落ち着いて話を聞けると思う。	p9のイラストの包括支援センターに「地域」をつけてほしい。
6	20	女	無	相談場所等がわかりやすく書いてあって、何をしたらいいかわからない人にとって良いと思った。表紙を見て何についての本であるのかわからないため、どこでも読みやすいと思った。	もの忘れが気になり始めたときの対策や、家族の心構えだけでは余計に今後の不安が大きくなる人もいるのではないかと考えた。認知症になっても期待できること、楽しいことも書いた方がいいと思った。
7	20	男	有	絵がかわいい。見やすい。	地域包括支援センターがこれだけでわかるかどうか。総合相談窓口とか入れるとわかるかも。
8	50	男	無	心配があつて手に取ったならば少々まわりくどいかも。読み進めないと内容が理解しにくい。	「今の不安を解消できる」という内容が、まず最初にあるといいかもと思う。
9	20	男	無	イラストが分かりやすく、かわいらしい／ちょうど不安に思ったり、分からなくなったりするポイントに適切で具体的な解決策があり、不安を解消しやすい	p37の砂糖と塩を迷っているイラストが、誤解を生みやすい気がする(私も含めて誰でも起こしそうなため)。「お金が数えられなくなった」のイラストがあると、解りやすくかつ誤解を生みにくいと思われる。／p6で地域包括支援センターという聞きなれない単語がいきなり出てくるので、そればかり気になって内容が入ってこなくなるかもしれない。本のテイストが変わるような表現になるかもしれないが、なんとか注釈を入れると良いと思う。「地域で困っている高齢者の方への総合相談窓口です」など。／タイトルが全く認知症と分からない(おそらく置くときに施設側に分かりやすくしてもらおうのだろうが)。
10	20	女	無	自分が認知症になったときのことを考えると、向き合えなければいけないと感じた	「仕事に復帰した人もいます」のイラストが、ネクタイさがアドバイスをしているのか部下うさぎの困ることを言っているのかよく分からなかった。
11	20	女	無	目的である「1.相談しやすく、2.偏見を軽減する、3.専門職に相談する」ということが達成できなそうな、認知症の方やそのご家族の方の不安を軽減し、心を軽くしてくれる冊子になっていると感じました。イラストが1ページまるまるつかわれていたり、行間があつて絵本みたいに軽く読めるのも良いところだなと思いました。うさぎも可愛らしいです。地域にはたくさん相談できるところがあつたり、仕事に復帰した人もいるということが書かれてあつたり、老いになってしまうものなんだということが分かり、家族にとっても本人にとっても安心できるようになっているなと思いました。	個人的に「し」のうねりが気になる

4. 早期支援につながることを促進するための冊子の作成

表 4-1 モニター調査の結果(その3)

12	20	女	有	ネガティブな表現が少ない／イラストがかわいい／「～してみよう」「～できます」という表現がよかった	大切なところにカラー引くとぼっと見やすいかな／介護する家族にも助けになる施設の案内があるといいと思う
13	20	女	無	感じることとその対応方法、そうすると良い理由がセットで分かりやすく書いてあり、すぐ読みやすく理解しやすかった。どこに相談に行けば良いかが毎回書いてあり、ページを探したりしなくて済むのが良いなと感じた。自分の身の回りの人、家族にも読んでもらいたい	
14	50	男	有	目的1～3を同様に達成するのはなかなか難しいと思うが、手始め用には良くできているのではないだろうか	※別記
15	60	女	有	不安に思っていることが多すぎず少なすぎず、書かれています。一歩踏み出すことができそうです。	明るい時間と夜と二度読んだのですが、1、2、3のカラーページの文字の色が白いいので見えにくく、もう少し濃い色にするか、文字の色を変えたら、と思いました。
16	30	女	無	とても分かりやすいです。認知症…？と不安に思っている本人、家族が読んだら、安心すると思います。	表紙に“認知症”等の文字がないので、悩んでいる本人・家族がタイムリーにこの冊子を手取るかな？と思いました。一般の方に認知症を知っていただくのには“もしも”で気になって手に取るかもしれませんが…
17	50	女	有	とてもわかりやすく、読みやすかった	イラストとてもよいと思います
18	70	女	有	優しく分かりやすく書かれていて、どこのページからでも読むことができるのがとても良かった。まるで絵本を見るようで、楽しく読ませていただきました。また色遣いもすっきりしていて良かったと思います。	
19	60	女	無	文章も挿絵も優しく、とても理解しやすいと思います	目次1～3と色分けしてありますので、あとがきは虹色のような、気持ちが明るくなる色があると、希望が持てるのではないのでしょうか。
※別記修正事項					
14	50	男	有	もくじ 1.あなた自身の人生	その5だけ表現がキツイのは何故？「あなたには仲間がいます」とかでは？
				もくじ 2.記憶の支えと生活の支え	その2は「日々の習慣」とかでは？
					その3は「便利な道具」とかでは？
				p30 下から4行目	「ともかく聞いてみる」は積極的すぎるのでは？「聞く姿勢があることが伝わる」程度では？
				p40 タイトル	「もう少ししたら」は「そのあと」くらいで良いのでは？
				p40 上から5行目	「でも、本当はそこにいたい」の「でも」は不要では？
				p41 下から2行目	「本当はわかっているのかもしれない」の「本当」は、「ちゃんと」くらいで良いのでは？前ページの「本当」とはだいぶ違うと思います。
				p42 1行目	「誰かが、良い場所をお勧めしてあげなければ」は不要では？
				p42 2行目	「～不安なはずです」の「です」は無くてもいいような
				p44 タイトル	「あるのであれば」は念の押しすぎでは？「あるのなら」くらいでも十分では？

4.3 冊子作成

4.3.1 冊子作成の概要

委員会及びモニター調査の結果に基づき、認知症の違和感を覚える本人及び家族が、早期に専門機関や専門職とつながることを促進するための冊子を作成した。

4.3.2 タイトル

「もしも、気になるようでしたらお読みください」として、認知症という呼称を表紙では用いないよう配慮した。

4.3.3 コンセプト

- ・諸外国のリーフレットやブックレットでみられるような柔らかいイメージと、インパクトのある表紙とする
- ・認知症についての診断はあくまで医師の役割であるため、そうした機関につながることを促進する
- ・初期では、不安な気持ちは本人が最も早く感じている場合が多いという認識のもと、本人が手に取るということを想定する
- ・専門職につながるだけでなく、自らの工夫で在宅生活が長く続けられるための情報提供にもなる
- ・家族も手に取り接し方も学べる
- ・具体的な情報（例えば診察費用や相談費用）も提示する。しかし、地域別の（例えば地域包括支援センターの電話番号）情報は掲載せず汎用性を高める
- ・認知症の本人も読みやすくするために、横書きで身近な文章で、かつ1ページ10行程度、行間を広くすることとした
- ・語りかけるような表現で柔らかく支えられるような表現を心がけた

4.3.4 冊子の仕様

B5 版カラー、全 45 ページ

4.3.5 構成

目次は表 4-2 の通り。3 部構成であり 1 部、2 部は違和感を覚える本人向けであり、3 部は、家族向けである。家族向けについては早期の気づきと本人を支える方法や捉え方について解説した。

4. 早期支援につながることを促進するための冊子の作成

表 4-1 冊子の目次構成

もしも、気になるようでしたらお読みください あなた自身の人生～違和感を覚えるあなたへ～ その1 あなた自身の人生 その2 認知症という病気を誤解していませんか？ その3 どのように生きるかを選択するのはあなた自身です その4 早く相談することはなぜよいのか？ その5 決してひとりで立ち向かおうとしないでください その6 とともに歩む助けになる人、専門職は誰？どこにいる？ 記憶の支えと生活の支え～もの忘れが気になったら～ その1 生活の中で起こる記憶の問題を和らげる その2 記憶を助けるもの(基本) その3 記憶を助けるもの(さまざまな道具) その4 仕事に復帰した人もいます その5 病気は理解されにくいものです その6 相談にはいくらかかる？ ご家族へ その1 本人が一番わかっています その2 家族が気がつくこと その3 家族の心構え その4 家族が気づいた違和感 その5 はじめのころに起こること その6 もう少ししたら起こるかもしれないこと その7 もしも気になる人がいるのなら その8 不安があるのなら

冊子の表紙と内容の抜粋



資料1 文献収集および翻訳作業

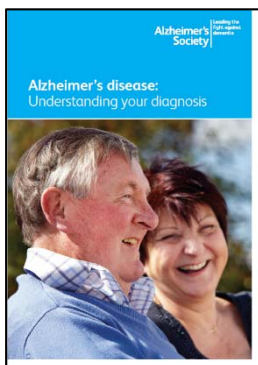
資料2 「認知症の家族介護者への診断後の支援方法に関する全国調査」調査票

翻訳作業(イギリス)

イギリスのアルツハイマー協会が作成する一般市民向けリーフレット及び診断後支援に用いられているものを翻訳し、本研究事業の成果物冊子及び事例集作成の参考にした。

(なお著作権と著作権があるために翻訳版はここでは掲載しない)

- A: Alzheimers_disease_understanding_your_diagnosis (Alzheimer society、イングランド): 認知症の理解促進のための冊子
- B: We_care_about_dementia (スコットランド): アルツハイマー協会の団体説明と支援の内容の紹介
- C: Planning_Your_Will_2017 (スコットランド): 意思決定支援のための冊子
- D: TechnologyCharter(スコットランド): 認知症の人のための ICT 活用促進のための冊子
- E: The dementia guide Alzheimer society (Alzheimer society、イングランド): 認知症の理解のための冊子
- F: Dementia_reducing_your_risk Alzheimer society (Alzheimer society、イングランド): 認知症の進行および発症予防のための啓発冊子
- G: this_is_me Alzheimer society (Alzheimer society、イングランド): 意思決定支援のための実用的なノート



A



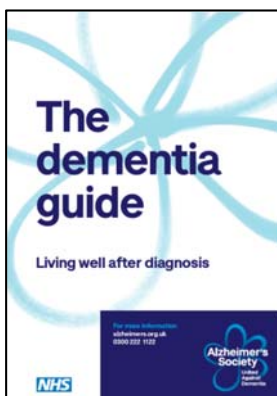
B



C



D



E



F



G

翻訳作業(オランダ)

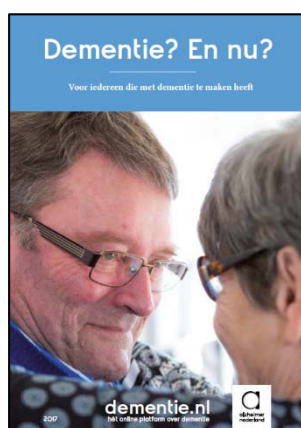
オランダのアルツハイマー協会が作成する診断前から診断後そして進行した段階に合わせて作成されたブックレットを全文翻訳した。これらは、本研究事業の成果物冊子及び事例集作成の参考にした。(なお著作権と著作権があるために翻訳版はここでは掲載しない)

A: brochure-dementie-en-nu:もしかして認知症?:認知症の診断前の理解および支援について説明された冊子

B: brochure-leven-met-dementie 認知症と共に生きる:認知症と診断された直後に読む冊子

C: brochure-rechtsbescherming-dementie 法的保護(黄):意思決定支援や財産保護のための冊子

D: brochure-als-thuis-wonen-niet-meer-gaat 自宅に住めなくなったら(緑):認知症が進行し施設利用を考える際の情報と準備のための冊子



A



B



C



D

資料認知症の兆候に関するオンライン情報とその翻訳一覧

機関	兆候	サイト
Dementia UK	Memory problems Cognitive ability, i.e. processing information Communication	https://www.dementiauk.org/understanding-dementia/about-dementia/?gclid=CjwKCAjwzenbBRB3EiwAltS-u0-kTQQH4ZABHkoXvexuUk70zU6DxaNTcFALmRwbrAGZEnTBQIiIRoGMM4QA_vD_BwE
Social Care Institute for excellence	Memory problems Decline in communication skills Recognition and coordination difficulties Disorientation Changes in behaviour, judgement and moods Loss of daily life skills	https://www.scie.org.uk/dementia/symptoms/diagnosis/early-signs-of-dementia.asp?gclid=CjwKCAjwzenbBRB3EiwAltS-uvPtIDUskitWvtJV9W17_S8LI8DCFm4PIABsTRXWOhm2AhXCYYLQIRoCF20QAvD_BwE *Available downloads: QCF Mapping: Early signs of dementia What the research says: Early signs and diagnosis
Healthline	1. Subtle short-term memory changes 2. Difficulty finding the right words 3. Changes in mood 4. Apathy 5. Difficulty completing normal tasks 6. Confusion 7. Difficulty following storylines 8. A failing sense of direction 9. Being repetitive 10. Struggling to adapt to change	https://www.healthline.com/health/dementia/early-warning-signs
NHS	● Common early symptoms of dementia memory loss difficulty concentrating finding it hard to carry out familiar daily tasks, such as getting confused over the correct change when shopping struggling to follow a conversation or find the right word being confused about time and place mood changes 1. Symptoms specific to Alzheimer's disease 2. Symptoms specific to vascular dementia 3. Symptoms specific to dementia with Lewy bodies 4. Symptoms specific to frontotemporal dementia 5. Symptoms in the later stages of dementia	https://www.nhs.uk/conditions/dementia/symptoms/
e medicine health		https://www.emedicinehealth.com/dementia_overview/article_em.htm#what_are_the_7_stages_of_dementia

DEMENTIA UK

https://www.dementiauk.org/understanding-dementia/about-dementia/?gclid=CjwKCAjwzenbBRB3EiwAItS-u0-kTQQH4ZABHkoXvexuUk70zU6DxaNTcFALmRwbrAGZjEnTBQIiIRoCMM4QAvD_BwE

記憶に関する問題

認知症とはどのような疾病か？

認知症とは、進行性の神経障害、すなわち脳に影響を及ぼす疾病の総称である。認知症にはさまざまなタイプがあるが、最も多いタイプはアルツハイマーである。認知症患者の中には、複数の異なるタイプの認知症を有しているケースもある。診断された認知症のタイプに関わらず、患者たちは、認知症という疾患について、さまざまな形で経験を重ねていく。

4 大認知症

- ・アルツハイマー型認知症
- ・脳血管性認知症
- ・前頭側頭型認知症
- ・レビー小体型認知症

認知症の兆候

- ・記憶障害 - 認知症の人は、新しい情報を取り入れ、記憶していく際に困難に直面するかもしれない。彼らは以前によく知っている場所でも迷子になったり、名前を思い出せなくなったりするかもしれない。傍目には、周囲の人々のことを次第に忘れていっているように見えるかもしれない。こうしたことが頻繁に起こるようになった場合は、認知症かどうかを診断できる GP に相談することをすすめる。
- ・認知機能（情報処理能力） - 認知症の人は、例えば、退職していたとしても夜中に起きて仕事に行くなど、時間と場所の認知について問題が生じることがある。他には、買い物をするときに商品を選んだり、支払いをするのが難しい場合がある。すなわち、状況を理解し、判断したり決定を下すことが難しくなっている。また、落ち着いて座っているよりも、動くことを好む人もいれば、集団の輪に加わり、一緒に楽しんだりアクティビティへの参加を嫌う人もいる。

- ・コミュニケーション - 認知症の人は頻繁に同じことを繰り返し言ったり、意志を伝えるための正確な表現を見つけることが困難になる。読み書き能力も低下するかもしれない。気分の変化、不安やうつ病といった経験を通じて、人格が変わったようになり、行動に様々な変化が生じるかもしれない。また、認知症の人は、他人に対する興味を失う場合もある。他者との会話に困難を感じ、疲れてしまう可能性もある。そのため、以前に比べ、物静かになったり、内向的になることがある。そのことにより、彼らの自尊心に対して何等かの影響が生じるかもしれない。

これらの症状が様々な形で現れる（一つの場合もあれば、複数が組み合わった形の場合もある）のが、認知症である。身近な人に、こうした症状があつて、さらに症状が進行しているように感じた場合は、GP の診察を受けることをすすめる。

英国における認知症患者数の推計

認知症の患者数は世界的にも増加傾向にある。アルツハイマー病協会（2015）の調べによると、英国における認知症患者数は、現在 85 万人以上と推計されている。そのうち、約 42、000 人が 65 歳未満の若年発症型認知症患者と推計される。年齢が上がるにつれて、認知症の発症リスクは高くなる。英国における認知症患者数は、2025 年までに 100 万人を超えると推定されている。認知症の発症リスクを抱えながらも診断に至っていないケースも多いことが想定される。人々が適切なアドバイスやサポート、治療を受けながら生活を継続していくためには、できるだけ早く正確な診断を行うことが重要となる。

認知症発症リスクの低減

認知症は発症において、女性はアルツハイマー病を発症する可能性が高く、男性は血管性認知症を発症する可能性が高い。認知症の発症リスクを完全に排除することはできない、そのリスクは、生活習慣の改善によって一定程度可能である。一般的な傾向として、心臓に良いものは脳にも良い影響を及ぼす。禁煙、健康的な食生活、定期的な運動、アルコール摂取量の削減は、認知症発症リスクの低減に効果的である。社会活動を維持し、コレステロールを減らし、血圧を下げることは、健康にプラスの影響を及ぼす。

SOCIAL CARE INSTITUTE FOR EXCELLENCE

(イギリス)

https://www.scie.org.uk/dementia/symptoms/diagnosis/early-signs-of-dementia.asp?gclid=CjwKCAjwzenbBRB3EiwAItS-uyPt1DUskitWvtJV9W17_S8LI8DCFm4PIABsTRXWOhm2AhXCYYLQIRoCF20QAvD_BwE

認知症の初期症状

認知症の兆候を早期段階で見つけることは、身近にいる人間にとっても容易なことではない。例えば、人の名前を中々思い出せずにいる場合、それが加齢によるものなのか、認知症の兆候の一つなのか見極めることは難しい。家族や友人、介護者は、認知症の兆候を最初に見ている可能性が高いため、そうした気づきに基づき、彼らを GP につないでいく上で、家族や友人、介護者の役割は重要なものとなる。

認知症の初期症状は明瞭か？

認知症の初期段階では、徐々に症状が変化するため、通常の老化と混同されやすい。認知症は人々にさまざまな形で影響するため、症状が必ずしも明瞭ではない場合がある。認知症の兆候を早期段階で認識していないために、発症後数年間、認知症と診断されていないケースも多々ある。

では何を探すべきか？ 例えば、前日のことは覚えているにもかかわらず、友人や日常的な物の名前を忘れていたり、思考能力に問題がある場合は、何度も同じ言動を繰り返す場合もある。認知症の人は、記憶を失ってしまったことに対して怒ったり、不安を感じたり、落ち込んだりすることがある。

介護者の経験談（healthtalk のサイトで共有 & 紹介）

最初の段階では、妻の行動の変化が認知症の兆候であるとは認識できていませんでした。妻に起きていた行動の変化が、重大な精神的健康問題（認知症）の始まりであるという事実を理解していませんでした。私は妻と長い間一緒に暮らしてきたので、妻と会う機会が少ない人々よりも、変化を認識しにくかったと思います。

典型的な初期症状

コミュニケーション能力の低下

人との会話に困難を感じているように見受けられる場合や、会話の輪に参加することに苦労している様子が見受けられる場合、同じ質問や同じ表現を繰り返す傾向が強い場合、それらは認知症の初期症状を示している可能性がある。

認知症の人は、話している途中で話の流れが分からなくなったり、最近の出来事や、テレビでみたことを説明することが困難になることがある。また、話している最中に、適格な言葉を選び、使うことができなくなったり、発音自体を間違えることもある。そのため、特定の物体を描写することが出来なくなる。冗談を理解することも困難となる。

認知機能及びコーディネート能力の低下

認知症の初期段階では、日常生活の中で、普段使っているものを、いつもとは違う場所に置くことがある（例えば、洗濯機の中にパンを入れる、オーブンの中にお金を入れる、冷蔵庫に洗剤を入れる等）。日用品（椅子、石鹸、歯ブラシ、食器、やかん、炊飯器、冷蔵庫等）を認識する際に困難を伴うようになる。コーディネート能力の低下という点では、着替え（ボタンをかけたり、外したり）、靴紐やネクタイを結んだり解いたり、ヘアブラシやカミソリを使うことが難しくなる。

時間や場所に関する認知機能低下

外出先で迷子になり帰宅できなくなる場合や、日付や曜日、時間を思い出すことができない場合は、認知症の初期症状の可能性がある。昼夜逆転の生活や、季節が分からなくなり、季節外れのイベントを設定することがある。反対に人との約束が出来ない場合もある。こうしたケースは、時間の混乱を示唆しており、これらも認知症の初期症状の可能性がある。自宅で物を紛失し混乱しだすことがある（こうしたケースでは、寝室やバスルーム、冷蔵庫ややかんの中を探し始める）。また、友人の家や、なじみの店に行く道順や行き方（交通手段）を忘れている場合は、場所に関する認知機能が低下しており、これらも認知症の初期症状である。

行動や気分の変化

認知症の初期症状として、急に静かになったり前言を撤回したり、または不機嫌になったり、欲求不満を抱えたり怒りをあらわにすることがある。他には反復的な行動をすることがある。例えば、同じ質問を繰り返したり、同じ人に何度も電話をかけたりする。また、物を隠したり、そのことで結果的に失くしてしまうこともある。社会活動から離れ、それまでの趣味に対する興味を失い、趣味などの活動が続けることを諦めることがある。

認知症の人は、非常に感情的になり気分の急激な変化を経験するか、あるいは通常よりも静かで感情の起伏が小さくなるという、いずれかに極端にふれる傾向がある。

日常生活能力の喪失

かつてとは異なる家の様子（例えば、掃除されていない、冷蔵庫の中に古い食べ物が残されたまま等）は、その家の住民が認知症に発症していることの、一つのサインである可能性がある。食事の準備をはじめ、当たり前のこととしてやってきた、基本的な日常生活をおくるための能力を失うことがある。

また、自分の衛生状態を維持（洗濯や入浴から歯の清掃まで）することが難しくなる。着替えにも苦勞するようになる。

HEALTHLINE (アメリカ)

<https://www.healthline.com/health/dementia/early-warning-signs>

認知症の兆候

たとえ記憶の問題を抱えていても、そのことによって認知症であると断定することはできない。認知症と診断される場合、日常生活に影響を及ぼす要素が、少なくとも2つある。

短期記憶

記憶障害は、認知症の初期症状である可能性がある。変化は微妙であり、短期記憶に伴う記憶障害を有する傾向がある。高齢者は、何年も前の出来事を覚えていたとしても、朝食に何を食べたかは忘れていることがある。短期記憶に関する他の症状としては、どこに物を置いたのかを忘れたり、なぜ特定の部屋に入ったのかを覚えていないかったり、いつ何をすべきかを忘れるといったことがある。

適格な表現を見つけることの困難

考えを伝えることに困難を伴う。認知症の人は、何かを説明することや自分自身を表現するために、適格な表現を見つけることが難しくなる。認知症の人と会話では、意志の疎通において通常よりも時間がかかることがある。

気分の変化

気分の変化も、認知症によく見られる症状である。認知症がある場合は、自分自身でこうした変化を自覚することは容易ではないが、周囲が気付くことがある。例えば、うつ病は典型的な認知症初期の症状である。気分の変化に加えて、性格にも変化が表れてくる。認知症に見られる典型的な性格変化の1つは、内向的性格から外交的性格への変化である。

無気力

無気力感は、認知症の初期症状としてよく見られるものである。認知症の人は、趣味や慣れ親しんできた活動に対する興味を失うことがある。彼らはもう出かけることも、何か楽しいことをしたくないかもしれない。彼らは友人や家族と一緒に過ごす時間に興味を失い、感情の起伏があまり無いように見えることがある。

日常のタスク遂行に伴う困難

日常のタスクを実行する能力に関する変化は、認知症の初期症状の一つである。例えば、ル

ールの多いゲームに挑戦するときのように、次第に複雑な作業を行うことが難しくなっていく。

慣れ親しんだタスクをこなすことにも苦勞するようになると共に、新しいことに調整したり、新しい方法を学ぶことに苦勞するようになる。

混乱

認知症の初期段階にいる人はしばしば混乱することがある。記憶や思考、判断能力が低下するため、人の顔を覚えたり、正しい言葉を見つけたり、人とコミュニケーションを取ることが難しくなるため、混乱をきたすようになる。

話の流れについていうことの難しさ

認知症の初期段階では、話の流れについていくことが難しくなる。これは典型的な初期症状の一つである。適切な言葉を見つけて使用するのが困難になる。また、会話やテレビ番組を通じて聞く言葉を理解することが難しくなる。

地理感覚の低下

認知症の発症とともに、方向感覚と空間的認識能力が低下し始める。慣れ親しんだ目印を認識できなくなり、そのため知っている場所であっても、自分で移動する（出かけていく）のが難しくなることを意味する。

繰り返し行動

記憶力低下および一般的な行動変化のために、同じ行動を繰り返すようになる。髭をそるといった毎日の習慣を、一日の中で何度も繰り返したり、同じ物をたくさん収集することがある。同様に、何度も同じ質問を繰り返すことがある。

変化を受け入れることの難しさ

認知症初期の人にとって、新たな経験は恐怖を引き起こす可能性がある。知人のことをとっさに思い出したり、他の人が言っていることをすぐには理解することができない。彼らは、なぜその店に行ったのか、すぐに思い出すことができなかったり、帰宅途中で迷子になることもある。そのため、認知症の人は、新しい経験を試すことに恐怖を覚えるようになる。変化に適応することの難しさは、早期認知症の典型的な症状でもある。

NHS SYMPTOMS OF DEMENTIA (イギリス)

<https://www.nhs.uk/conditions/dementia/symptoms/>

典型的な認知症の初期症状

認知症と診断される前に現れることがある典型的な兆候

- ・ 記憶力の問題
- ・ 集中力低下
- ・ 日常タスク遂行に伴う困難
- ・ 会話における困難、適切な表現を見つける上での困難
- ・ 時間感覚と場所認識に関する混乱
- ・ 気分の変化

アルツハイマー特有の兆候

- ・ 記憶障害 - 喫緊の出来事、名前、顔を忘れる
- ・ 同じ質問を繰り返す
- ・ 組織や一連の計画の中で求められるタスクや行動を実行する際に困難が増加する
- ・ 不慣れな環境で混乱するようになる
- ・ 適格な表現を見つけることが難しくなる
- ・ 支払いやお金の計算が困難になる
- ・ 不安感が強まる

脳血管性認知症特有の兆候

脳血管性認知症の症状は、アルツハイマー病と類似しているが、初期段階では記憶障害がアルツハイマーほど明らかでないことがある。突然に症状が急速に悪化することもある。数ヶ月または数年に渡って徐々に進行することもある。

具体的な症状：

- ・ 脳卒中様症状：体の片側の筋力低下または一時的な麻痺を含む（これらの症状は、緊急の医療的処置を必要とする）
- ・ 運動機能の低下 - 歩行困難、歩き方の変化
- ・ 思考力の低下 - 注意、計画、推論にかかる問題

- ・気分の変化 - うつ病発症、感情的になる傾向

レビー小体型認知症特有の兆候

レビー小体型認知症には、アルツハイマーと共通する点も多い

- ・典型的な症状：
- ・眠気、混乱感の表出
- ・幻覚
- ・動作が緩慢
- ・転倒と失神の繰り返し
- ・睡眠障害

前頭側頭型認知症特有の兆候

アルツハイマーは、65 歳未満の人々の中で最も一般的なタイプの認知症である。同時に、高齢者と比較した場合 65 歳未満では、前頭側頭型認知症を発症する可能性がある。その多くが 45-65 歳での発症である。

典型的な症状：

- ・人格の変化 - 他人の感情に対する感受性の低下、人々の寒さと不快感
- ・社会的意識の欠如 - 不適切なジョーク、無愛想な態度
- ・言語の問題 - 正しい単語を見つけたり、話を理解するうえでの困難
- ・食習慣の変化（過食、飲酒等）

E MEDICINE HEALTH (アメリカ)

https://www.emedicinehealth.com/dementia_overview/article_em.htm#what_are_early_signs_and_symptoms_of_dementia

認知症の初期症状及び兆候

認知症の症状は、個人および認知症の発症原因によって異なる。認知症の症状は、非常に明白に表出する場合もあれば、非常に微妙であったり、認識されにくい場合もある。認知症の最初の徴候は、通常は短期記憶の喪失である。

認知症の初期症状及び兆候

- ・ 適格な表現選択の難しさ：同義語を使用したり、単語を定義することで補完可能
- ・ 名前、予定、または人が何かをしたかどうかを忘れ
- ・ 日常のタスクをすることに伴う：運転、食事の調理、家事、個人財務の管理
- ・ 性格の変化
- ・ 意味のない行動
- ・ 怒りやすくなる、気分の変化
- ・ 判断力の低下
- ・ 行動障害：パラノイア、不信感の増大
- ・ 日常生活遂行能力低下：確立されたルーチン（習慣）の実行は可能
- ・ 不慣れな環境下での混乱
- ・ 複数のタスクを同時並行することの困難または不可能

MAYO CLINIC (アメリカ)

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447>

概要

アルツハイマーは、記憶および他の重要な精神機能を破壊する進行性疾患である。アルツハイマーに罹患すると、軽い混乱を覚えたり、記憶力の異変に気付くかもしれない。ついには、大切な人々のことも忘れ、人格の変化までも経験するかもしれない。

アルツハイマーは、最も典型的な認知症の一つである。認知症は、知的および社会的スキルの喪失を引き起こす脳障害である。アルツハイマーは、脳細胞が退化することで、記憶および精神機能が低下する。

現在アルツハイマーは、投薬コントロールによって、一時的に症状は改善されるかもしれない。そうすることで、アルツハイマーの人々が機能を最大限に引き出し、一定期間、自立した生活を可能とする。しかし、アルツハイマーの完全治癒はの方法はないため、本人の生活を支えるためのサポートネットワークをできるだけ早く構築し、活用することが重要となる。

兆候

アルツハイマーの症状として最初に気付くものとしては、忘れっぽくなったり、ちょっとしたことで混乱するようになるというものがあるだろう。そして、時間の経過と共に、記憶が奪われ、最近のことですら覚えていられなくなる。症状の悪化の程度や進行速度は、人によって異なる。アルツハイマーの人は、まず物事を覚えたり思考を整理するのに困難を感じるようになる。アルツハイマー症状の進行に伴う脳の変化は、様々な困難を本人にもたらす。

アルツハイマー症状の進行に伴う脳の変化がもたらす困難

記憶

誰でも、時々には記憶があいまいになったり、物忘れをすることはある。鍵の置き場所や知り合いの名前を忘れることもあるだろう。しかし、アルツハイマーの場合、そうした記憶障がいを持続的に起こり、症状は次第に悪化、仕事や日常生活にも影響を与えるようになる

アルツハイマーの場合の特徴的傾向：

前に質問したことを忘れ、何度も同じ質問を繰り返す

会話の内容や予定を覚えられない、後から思い出せない
日ごろ使っているものを、予想外のところ（本来なら非合理的な場所）に置く
慣れ親しんだ場所であっても場所で迷子になる
遂には、家族や様々な物の名前を忘れる
何かについて説明したり、考えを伝えたり、会話に参加することが困難になる

思考力

アルツハイマーは思考力に影響を及ぼす。特に数字のような抽象的な概念に対する思考力や、集中力の継続が困難になる。
マルチタスクは特に難しく、財務管理、支払いを滞りなく行えなくなる。それは、数字を理解することが出来なくなっている可能性がある。

判断能力

ストーブでの食べ物や予想外の運転状況など、日々の問題に効果的に対応することはますます難しくなっています。
日常生活で起こることに、以前のように対応できなくなる（例えば、オーブンを使って調理する、運転中に予想外のことが起きても咄嗟に反応する等）。

計画力と日常習慣行動

アルツハイマーの症状が進行するにつれ、例えば、料理をしたり、好きなゲームをするといった、一連の流れを必要とする通常の行動を行えなくなる。最終的には、着替えや入浴といった基本的な動作も忘れてしまう。

性格や行動の変化

アルツハイマーによってもたらされる脳の変化は、行動や気分に影響を及ぼす可能性がある。アルツハイマーの人が経験する症状としては、下記のようなものがある。

- ・ うつ症状
- ・ 無礼な態度をとる
- ・ 社会的ひきこもり
- ・ 気分のむら
- ・ 他人に対する不信感
- ・ 苛立ちや攻撃的態度
- ・ 睡眠習慣（睡眠時間帯など）の変化
- ・ 徘徊
- ・ 動抑制能力の喪失
- ・ 妄想（何かが盗まれたといった思い込み）

多くの重要な能力は、アルツハイマーが相当程度進むまで失われることはない（維持される）。そうした能力には、本を読んだり、ダンスや歌を楽しんだり、古い音楽を聴いたり工芸や趣味に取り組むといったことも含まれる。これらは、幼少期に得た情報、技能、習慣といったものは、病気が進行した場合、最後に失われる能力だからである。これらの情報を記憶している脳の部位は、病状進行における後半に影響を受ける部位だからである。こうした特性を活かすと、ある程度病気が進行した段階であっても、生活の質を維持することが可能となる。

DIAGNOSING ALZHEIMER'S: HOW ALZHEIMER'S IS DIAGNOSED

(メイヨークリニック)

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alzheimers-disease/in-depth/alzheimers/art-20048075>

アルツハイマーの診断について

アルツハイマー型認知症の診断に医師が用いる評価基準は、記憶障害、思考能力の評価、身体機能の評価、行動である。その他、症状に影響を及ぼしている要因を特定するためのテストも行う。

アルツハイマー型認知症を正確に診断することは、適切な治療やケア、家族に対するアドバイス、将来に対する見通しを付けるための重要な第一歩となる。

アルツハイマー型認知症の初期症状および兆候

- ・記憶障害（ものが思い出せなくなる等）
- ・集中力低下、計画を立てられなくなる、問題解決能力の低下
- ・日常生活及び仕事におけるタスク遂行力の低下（タスクを完遂できなくなる）
- ・場所や時間という概念の混乱（場所が分からなくなる、時間感覚があいまいになる）
- ・空間認識力の低下（運転中に距離が分からなくなり、道に迷い、目的地にたどり着けない等）
- ・言語能力の低下（読み書きにおいて、思ったことを伝えるために適切な言葉が分からなくなったり、語彙数自体が減っていくなど）
- ・判断力の低下
- ・仕事や社会活動からの撤退
- ・雰囲気の変化（うつ症状、行動や性格の変化など）

アルツハイマーに係るこうした症状や兆候が現れたら、迅速かつ正確な診断を受けることが重要となる。

アルツハイマー型認知症の診断

アルツハイマー型認知症の診断に際しては、専門医（神経科の専門医、高齢者医療の専門医

等) が、病歴、投薬歴および症状を確認する。その際に、いくつかの検査を行なう。

医師が診断のために評価する項目

- ・記憶力や思考力に問題があるか
- ・性格や行動に何かの変化があるか
- ・あなたの記憶や思考の障害や変化の程度
- ・思考力の低下が、どのように日常生活に影響を及ぼしているか
- ・症状の原因

医師は、これらを確認した上で、どのような検査を追加するか決める。

健康状態の確認

医師は、健康状態と既往歴（脳卒中、パーキンソン病、うつ病またはその他の病状の徴候など）を確認し、アルツハイマー症状を引き起こす可能性のある要因があるかをチェックする。

記憶障害およびその他兆候の評価

記憶障害及びその他の兆候を評価するために行うテスト

- ・精神状態評価テスト：思考力（認知機能）と記憶力を評価するために精神状態評価テストを行う。（認知障害の程度を評価する）。
 - ・神経心理評価テスト：神経心理学の専門家が、評価には、記憶力と思考力（認知機能）を評価する。テスト結果は、医師が認知症の有無を判断する上で有効。また、財産管理や日常生活に支障がないかを判断する上でも有効。さらに、うつ病がアルツハイマー症状を引き起こしているかどうかを評価する上でも有効。
 - ・友人や家族へのインタビュー：患者自身のことや患者の行動について、その家族や友人にインタビューする。インタビューを通じて、患者の状態変化について詳細な情報を得ていく。
- 医師は、以上の結果をもって、どのような追加検査が必要か見極める。

検査室での検査

甲状腺疾患やビタミン B12 欠乏症など、アルツハイマー型認知症の症状に類似したものを除外するための検査を受けることもある。

脳の画像診断

アルツハイマー型認知症は、脳細胞へのダメージが起因となっている。よって、そうした変化は、脳画像にも現れる。しかし、脳画像の結果だけをもってアルツハイマーを診断することは避ける必要がある。加齢による脳細胞状態の変化等、他の要因も画像に現れるからであ

る。とはいえ、以下のような点で、脳の画像診断は有効である。

- ・出血、脳腫瘍、脳卒中などの他の要素を除外する
- ・異なる種類の脳疾患を識別する
- ・病状進行の程度に関するベースラインを確定する

主な画像診断手法としては以下の 3 つ：

- ・MRI 検査
- ・CT 検査
- ・PET 検査

早期診断の有効性

アルツハイマー型認知症や関連疾患がある場合、医師はアルツハイマーを治療によって治癒させることはできない。しかし、早期診断をすることは有益である。それは、あなたができることと、あなたができないことを知ることになるからである。認知障害の原因を見極め、並存疾患がある場合には、それが治療可能なものであれば、医師はその疾患に対して治療を開始することができる。

アルツハイマー型認知症は、薬物の投与やその他の介入によって、疾患によってもたらされる負担を軽減することができる。医師は記憶や他の認知能力の低下を遅らせる薬を処方することがある。患者は、状況によっては臨床試験に参加することもできる。

医師は、患者の QOL を改善するために、病気の影響を最小限に抑えるスキルや、状態の変化を管理する戦略について、患者およびその家族や介護者に伝えることができる。

平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
認知症の人の家族等介護者への効果的な支援のあり方に関する研究事業

相談ご担当の方向け

認知症の家族介護者への 診断後の支援方法に関する全国調査

この調査は、平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業に基づく調査で、全国すべての認知症疾患医療センターの相談業務にあたる方を対象にしたものです。認知症の方またはその家族への早期支援や専門職間の連携がなされることは予後にとって大変重要です。本調査は、診断後の早期支援の入り口となることが多い認知症疾患医療センターによる家族支援を中心とした事例を集めることを目的に実施されます。ご多忙のところ大変恐縮ですが何卒ご理解の程宜しくお願い致します。

○調査結果は以下のことに役立てます○

- ①診断後の早期支援の具体的な方法に関する事例集を作成することに役立てられます。
- ②認知症への偏見を軽減するための方策を検討するための資料として活用されます。

<個人情報の取り扱いについて>

この調査結果は、調査の目的以外の使用はいたしません。なお、事例等で個人が特定されるような情報が含まれていた場合には、報告書等では、すべて個人が特定できない形式にいたします。ご記入いただいた内容については、当センターの「倫理審査委員会」の承認を受け定められた事項に基づいて、適切に取り扱います。なお、本調査は返信をもって協力の同意とさせていただきます。

平成 **30** 年 **9** 月 **5** 日 (水)

までに同封の封筒にてご返送をお願いします。
自由記述部分については別紙添付でも結構です。

☒ 本調査結果から作成された、対応事例集(Q&A)をご入り用な方は下記に連絡先をご記入ください。

〒	-	電話番号	-	-
住所				

実施主体
問合せ先



認知症介護研究・研修仙台センター

事業責任者 センター長 加藤伸司

調査責任者 矢吹知之 調査事務担当者 工藤靖子

〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149-1 電話 022-303-7556

まず、貴センターについてお伺いします。下記について、当てはまる番号を○で囲むか、空欄に数字をご記入ください。

F1 疾患医療センターの種別	1. 基幹型 (設置年	2. 地域型 西暦	3. 連携型 年)		
F2 職員数および属性	医師	常勤	人	非常勤	人
	保健師	常勤	人	非常勤	人
	看護師	常勤	人	非常勤	人
	精神保健福祉士	常勤	人	非常勤	人
	理学療法士	常勤	人	非常勤	人
	作業療法士	常勤	人	非常勤	人
	臨床心理技術者	常勤	人	非常勤	人
	社会福祉士	常勤	人	非常勤	人
F3 関連法人などの介護施設の有無と、その内訳	1. あり 2. なし 「1. あり」の場合下記から選択してください(複数回答可) 1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 通所事業所 4. 訪問事業所 5. 居宅介護支援事業所 6. 地域包括支援センター 7. その他				
F4 昨年1年間の来院者数	年間	人			
F5 昨年1年間の鑑別診断数(外来初診患者でMCIを含む)	年間	人			
F6 昨年1年間の医療相談件数	年間	人			
F7 相談の内訳	電話相談	件			
	面接相談	件			
	訪問相談	件			
F8 現在の来院申し込みから初診までの平均的な期間を教えてください ※また、わかる範囲で最短と、最長日数を教えてください	約 日 最短 日ぐらい 最長 日ぐらい				
F9 貴センターでは、初期集中支援チームが設置されていますか	1. されている 2. されていない				
F10 記入いただいているあなたの役職についてご記入ください	役職名 _____ ※当てはまる番号を○で囲んでください。 資格 1. 医師 2. 看護師 3. 保健師 4. 精神保健福祉士 5. 理学療法士 6. 作業療法士 7. その他 ()				

I 受診される方の経緯について伺います

問1 貴センターを受診される経緯で多いと感じる順番を教えてください。下記の番号から上位3つについて下記にご記入ください。

1. 自分で調べて来院
2. 家族からの勧め
3. 知人からの勧め
4. 地域包括支援センターからの紹介
5. 行政機関からの紹介（地域包括以外）
6. かかりつけ医等、他の医療機関からの紹介
7. 介護入所施設からの紹介
8. 居宅介護支援事業所からの紹介
9. その他

もっとも多い	2番目に多い	3番目に多い

II. 関係機関との連携や診断後支援の方針について伺います

問2 認知症が疑われるが自ら医療機関を受診することが困難な人等について、区市町村や地域包括支援センターと連携して、医師や専門職が訪問支援（アウトリーチ）を行っていますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

1. 必要なケースには十分に行えている
2. 必要だが十分には行えていない
3. 必要性は低く行っていない
4. 対応は難しい

問3 診断後および退院直後の支援として、患者や家族について地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等と連携や情報共有を行っていますか。当てはまる番号を○で囲んでください。

1. 十分に行えている
2. 十分ではないが行えている
3. あまり行えていない
4. 必要性が低く行っていない

「1. 行なっている」の場合、連携や情報共有の具体的な方法について教えてください

問4 貴センターの診断後の患者及び家族へのフォローの方針について教えてください。下記にご記入をお願いいたします。

例：心理教育や家族会を勧める

問5 昨年度1年間の認知症疾患医療連携協議会の開催回数について教えてください。

年間 回

問6 認知症疾患医療連携協議会に参加する機関等について、当てはまる番号すべてを○で囲んでください。(複数回答可)

1. 地域包括支援センター 2. 都道府県医師会 3. 市町村医師会 4. 保健センター
5. 自治体行政担当者 6. 介護保険事業所（入所施設） 7. 介護保険事業所（居宅系）
8. 福祉事務所 9. 社会福祉協議会 10. その他

連携協議会の内容（自由記述）

問7 認知症カフェや地域へのアプローチについて伺います。下記について当てはまる番号を○で囲んでください。

①認知症カフェの企画運営者としての関与をしている	1. はい 2. いいえ
②認知症カフェへの講師派遣などの協力をしている	1. はい 2. いいえ
③認知症カフェを周知するための協力をしている	1. はい 2. いいえ
④公益社団法人認知症の人と家族の会との連携や協力をしている	1. はい 2. いいえ
⑤自治体等で主催する介護者教育や家族会との連携や協力をしている	1. はい 2. いいえ
⑥地域包括支援センターが主催する地域ケア会議に参加している	1. はい 2. いいえ
⑦地域で開催される事例検討会やネットワーク会議などに参加している	1. はい 2. いいえ

問8 家族や地域住民に対する、認知症等の理解促進に関する研修会等の開催状況について伺います。当てはまる番号を○で囲み、実施している場合そのテーマについて教えてください。

1. 実施している（昨年1年間 回） 2. 実施していない
3. これから実施する予定

※昨年の研修会のテーマをいくつか教えてください。

研修会のテーマ

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

Ⅲ. 家族、本人のピアサポート等について伺います

問9 下記について当てはまる番号を○で囲み、詳細について教えてください。

①認知症の人の家族会（ピアサポート）の運営をしている	1. はい 2. いいえ 「1. はい」の場合詳細（頻度や内容）についてご記入ください。
②診断された本人の会（ピアサポート）を開催している	1. はい 2. いいえ 「1. はい」の場合詳細（頻度や内容）についてご記入ください。
③他団体実施の診断された本人の会（ピアサポート）への参加や協力をしている	1. はい 2. いいえ
④診断後の家族の心理教育をしている	1. はい 2. いいえ 「1. はい」の場合詳細（頻度や内容）についてご記入ください。

IV. 次のような事例について、貴センターでは、どのように対応していましたか？体験した事例等の評価と経過について教えてください

自由記述は、別の用紙でご自身でパソコン等で入力されたものをご提出くださっても結構です。
その際には、事例番号とその評価についてもご記載ください。

問10 次の事例について、評価いただき経過についてご記載をお願いします。

事例1 認知症の診断であったが、その後病院に来なくなった方、その家族への対応や声かけの方法

1. 効果的だった 2. 効果的ではなかった 3. 対応の効果判断は難しい

事例2 認知症の診断を受けた方への相談支援の中で地域包括支援センターにおいて要介護認定を受けることを勧めたが、その後は分からなくなった場合の対応方法

1. 効果的だった 2. 効果的ではなかった 3. 対応の効果判断は難しい

事例3 認知症の診断を受けたが、きわめて初期であり介護保険サービスを利用する必要もないほど軽度の方、その家族への助言方法

資料2 「認知症の家族介護者への診断後の支援方法に関する全国調査」調査票

1. 効果的だった 2. 効果的ではなかった 3. 対応の効果の判断は難しい

事例4 家族は、認知症を疑っているが本人が受診を嫌がっているという場合の対応方法

1. 効果的だった 2. 効果的ではなかった 3. 対応の効果の判断は難しい

事例5 MCI という診断を受けた人の家族への対応方法や助言方法

1. 効果的だった 2. 効果的ではなかった 3. 対応の効果の判断は難しい

V. 家族からの相談や対応について伺います

問 11 次の家族への対応事例について、うまくいった事例で当てはまるものがございましたら1つ選択してご回答ください。

A	自宅で暴れて暴力をふるうという相談を家族から受けた場合の助言、対応方法
B	認知症と診断されているが自動車運転をやめてくれないと家族から相談された場合の助言、対応方法
C	認知症の人を介護する家族が、「施設だけには入れたくない」「介護保険サービスは利用したくない」という場合の助言、対応方法
D	認知症と診断されたものの、家族は絶対に違うはずだと認めない場合の助言や対応方法
E	家族から「初期集中支援チームへ依頼したが何週間も先になると言われた。何とかしてほしい」と言われた際の対応や声かけ方法
F	その他

事例	A	B	C	D	E	F	※○で囲んでください
対応 内容							

V. 診断後の認知症の本人、ならびに家族への支援の事例への対応について

問 12 あなた、もしくは貴センターの認知症の本人及び家族支援の終結の考え方について伺います。どのようなになれば支援は終結と考えていますか。もっとも当てはまると思われる番号 1 つを○で囲んでください。

1. 退院した段階で一時終結
2. 他の医療機関に紹介しつなぐ場合は終結
3. 地域包括支援センターに紹介をした段階で終結
4. 介護保険サービスにつなぐ時点で終結
5. 明確な終結はない
6. その他

ご協力誠にありがとうございました。同封の封筒でご返信ください。

(調査概要)

厚生労働省 老人保健健康増進等事業

調査実施主体 認知症介護研究・研修仙台センター

対象者 認知症疾患医療センター（基幹型、地域型、連携型）の悉皆調査

回答者 基幹型、地域型：医療相談室の職員（精神保健福祉士、保健師等）

連携型：看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

期間 平成 30 年 8 月 20～9 月 5 日頃まで

配布回収 郵送による質問紙調査

平成 30 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）

**認知症の人の家族等介護者への
効果的な支援のあり方に関する研究事業
報告書**

2019 年 3 月発刊

発行所 社会福祉法人東北福祉会

認知症介護研究・研修仙台センター

住 所 〒989-3201 仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 149-1

TEL022-303-7550 FAX022-303-7570 <http://www.dcnnet.gr.jp/>

責任者 センター長 加藤伸司