

日本医療政策機構（HGPI）認知症政策プロジェクト FY2022

認知症の早期発見・早期対応の促進に向けた好事例集

2023年3月



インタビュー対象者一覧（順不同）

インタビュー対象者	タイトル	頁
若狭・認知症リンクワーカー 樹の輪	住民の自発的な行動から始まった「家族が認知症になった」と言える町づくり	5
認知症の人と家族の会 鳥取県支部	認知症当事者に寄り添う地域全体での取り組み	7
一般社団法人 認知症当事者 ネットワーク宮城	当事者が主体となって支え合うための環境づくり	9
京都認知症総合センター・ 常設型認知症カフェほうおう・ クリニック	自治体との連携による保健医療介護福祉ワンストップサービスの展開	12
東北部医療圏（荒川・足立・葛飾） 東京都地域拠点型認知症疾患 医療センター 大内病院	認知症疾患医療センターの医療資源を活用した、医療・介護・福祉複合的なニーズへの対応	14
金沢大学大学院医薬保健研究域 医学系脳神経内科学	65歳以上の全住民を対象とした脳健診（いきいき脳健診）を基軸として、大学の調査研究と医療機関が連携した早期発見・早期対応の推進	16
エーザイ株式会社	企業の開発する脳の健康度評価ツール等のソリューションを活用し、官民が一体となって進める早期発見・早期対応の推進	18
日本テクトシステムズ株式会社	日常生活から健康管理を意識して認知機能低下に気付けるきっかけを作る	20
北海道名寄市 健康福祉部 こども・高齢者支援室 地域包括支援センター	ICTを活用した多職種での早期発見・早期対応と住民主体の対策の推進	22
東京都世田谷区 高齢福祉部 介護予防・地域支援課 認知症 在宅生活サポート担当	認知症が進行しても安心して住み慣れた場所で暮らせる環境づくり	25
静岡県静岡市 保健福祉長寿局 地域包括ケア推進本部 在宅医療・介護連携推進係	認知症ケア推進の拠点を通じて認知症の理解を深める	27
愛知県みよし市 福祉部 長寿介護課	民生委員や認知症サポーターを活用した連携強化	30
和歌山県 福祉保健部 福祉保健政策局長寿社会課	地縁を通じた地域の見守り体制の構築	32

はじめに

日本医療政策機構（HGPI）では、認知症を取り巻く様々な政策課題を取り上げ、その解決を目指し、取り組みを重ねてきた。2022年7月には、これまでの活動から得られた知見を基に、政策提言「これからの認知症政策 2022～認知症の人や家族を中心とした国際社会をリードする認知症政策の深化に向けて～」を公表し、今後の認知症政策に求められる視点を「社会環境」「ケア」「研究」「政治的リーダーシップ」の4つに整理した。そのうち、「ケア」の主要項目として、早期発見・早期対応の推進を提言している。

国の認知症政策においても、早期発見・早期対応の推進は、初めての認知症戦略である2012年の「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」から一貫して主要項目として位置づけられているが、依然として課題であり続けている。認知症の初期段階には、支援の必要性が理解されにくく、十分な支援が届かない空白期間が存在し、この空白期間に社会的孤立が進み、本人の生活の質（QOL: Quality Of Life）が下がることが報告されている。こうした課題に対し、現在は、主に介護保険制度における地域支援事業のうち包括的支援事業として市町村（基礎自治体）が中心的な役割を担い、都道府県（広域自治体）がその支援を行うという体制が敷かれている。そのため、その推進状況は自治体の対応力に大きく左右される状況にあり、日本全体での更なる推進に向けては、先進的な自治体の取り組みを他の自治体に横展開していくことも重要と言える。また、早期発見・早期対応の推進には、自治体職員の孤軍奮闘ではなく、地域の保健医療福祉の関係者をはじめマルチステークホルダーと広く連携し、地域包括ケアシステムの枠組みの中で、効果的・効率的に対応体制を構築することも期待される。実際に、市民・当事者団体や医療・介護施設、民間企業が自治体と連携し、取り組みが進められている事例も見られ、多様なステークホルダーによる取り組みの推進が期待される。本事例集では、先進的な取り組みを進める様々なステークホルダーの協力の下、これらの好事例の横展開を目指して、各取り組みの詳細、さらに、その実現までに乗り越えてきた課題やそれまでの工夫を取りまとめた。

謝辞

本事例集の作成にあたりインタビューにご協力をいただいた関係者の皆様に、深く感謝申し上げます。

インタビュー対象者一覧（順不同）

若狭・認知症リンクワーカー樹の輪

認知症の人と家族の会鳥取県支部

認知症当事者ネットワーク宮城（DENMY: MIYAGI PEOPLE WITH DEMENTIA NETWORK）

京都認知症総合センター・常設型認知症カフェほうおう・クリニック

東北部医療圏（荒川・足立・葛飾）東京都地域拠点型認知症疾患医療センター 大内病院

金沢大学大学院医薬保健研究域医学系脳神経内科学

エーザイ株式会社

日本テクトシステムズ株式会社

北海道名寄市 健康福祉部子ども・高齢者支援室 地域包括支援センター

世田谷区高齢福祉部 介護予防・地域支援課認知症在宅生活サポート担当

静岡県静岡市 保健福祉長寿局 地域包括ケア推進本部在宅医療・介護連携推進係

愛知県みよし市 福祉部長寿介護課

和歌山県庁 福祉保健部福祉保健政策局長寿社会課

住民の自発的な行動から始まった「家族が認知症になった」と言える町づくり：「若狭・認知症リンクワーカー樹の輪」

好事例のポイント

「若狭・認知症リンクワーカー樹の輪」（以下、樹の輪）は福井県美浜町を拠点に活動する認知症のご家族や医療福祉関係者により結成された市民団体である。樹の輪は、メンバーの原体験から生まれた。「住民自らの力で認知症に対応しよう」というコンセプトで認知症の当事者やその家族に対し医療福祉関連の情報提供、精神的なサポート、月に1度の勉強会や講習会を実施している。近年はこうした活動に加え、当事者とその家族からの視点で取りまとめられたガイドブックを作成するなど、活動の幅を広げている。

「認知症リンクワーカー」を目指して

樹の輪の発足は、事務局長が実母の介護中、投薬等の治療を行ったが状態改善が見られなかった事に端を発する。主治医に相談する中で、まずは事務局長自身が認知症に関する知識を身に付けようと実母の介護関係者らと2015年頃から月に1度の定例勉強会を始めた。当初は20人程度で、予防、空白期間、診断後支援などいくつかの課題をテーマとして設定し専門家からの講演を依頼。その後、特に情報の不足していた診断直後1、2年をターゲットとした支援の整備を目的に、2016年4月正式な住民主体の団体として発足に至った。

団体の名称にもある「リンクワーカー」とは、英国スコットランドで実施されている認知症の診断後支援制度を提供するスタッフの名称である。スコットランドでは、「リンクワーカー」と呼ばれるスタッフが、認知症と診断された人や家族に対し、診断直後から様々な地域資源に繋ぐ（リンク）サポートや、自立生活のための精神的なサポート、医療介護サービスを受けるための手続き的なサポートを提供している。

（制度名は、「Post Diagnosis Support (PDS)」）リンクワーカーの存在を実母の主治医から聴き、感銘を受けたことがきっかけだった。そこで、団体が認知症と診断された当事者や家族の悩みや戸惑い、不安に寄り添うリンクワーカーのような存在となることを目指す意味を込め、「若狭・認知症“リンクワーカー”樹の輪」との名称とした。

「認知症になった」と気軽に言える環境へ

勉強会や講習会と並行し、認知症の基礎知識、薬の種類や投薬方法、早期発見の手掛かりとなった実際のエピソードの紹介、当事者とのやり取りで具体的に困った時の対処法など、実体験に裏付けられたガイドブックの作成により、認知症共生社会の実現の兆しも感じるようになった。かつては、自分自身や家族が認知症と診断されると、地域ではまるで「腫れ物」のような扱いを受けることさえあった。樹の輪の活動開始以降、「うちの家族が認知症になった」との声を耳にするようになり、いわゆるスティグマが徐々に解消されていることを実感している。

樹の輪の取り組みを持続可能なものとするには、安定した財源の確保、行政の支援が必要である。そのため法人化を求める声もあるが、市民による任意団体としての価値や自由度も感じており、自由度の高い資金や財源の確保にむけ奔走している。また都市部に比べて、在宅生活を継続するための介護資源が不足

しており、こうした課題への取り組みも検討している。



**若狭・認知症
リンクワーカー
樹の輪**

認知症の人と共に、希望をもって暮らせる地域に

敦賀・美浜・若狭・小浜から多様な人々が集まる自発的な住民の会です。温かい心と深い知識を持って、認知症当事者の社会参加を応援する「リンクワーカー」を目指して結成しました。認知症になっても、自宅や地域で住み続けることができるように、当事者と家族、住民、医療・福祉関係者等が歩調を合わせて活動しています。




1 認知症専門学習や認知症関連の学習会（月1回実施）
家族、住民、医療・福祉関係者などの多種多様な方が参加

2 目からウロコの啓発講演会（年1回）
県外から講師を招き、100～150人が参加する講演会

3 集落講演会（年1～2回）
美浜町の集落を、松原六郎 Dr が講演して回ります

4 リンクワーカーカフェ（月1回）
家族・介護者・近隣の方などの何でも相談カフェ
○第4水曜日 13:00～14:30
喫茶スケール



【お問い合わせ先】 若狭・リンクワーカー樹の輪 090-2836-2072 (渡辺)

認知症当事者に寄り添う地域全体での取り組み：認知症の人と家族の会鳥取県支部

好事例のポイント

地域のステークホルダーと連携しながら、認知症の人と家族の会（以下、家族の会）鳥取県支部が中心となり、認知症の当事者に寄り添った生活相談、ピアサポート等の早期対応の基盤を整備している。特に、おれんじドアや認知症カフェでは、自治体や疾患医療センター等と連携し、認知症早期の本人や家族の不安に対応すべく、当事者の視点を重視した生活相談、ピアサポートを提供している。その他にも、電話相談や認知症サポーター養成講座の実施など様々な役割を担っており、ワンストップ相談窓口としての機能も強化している。

当事者の想いを尊重し、当事者のニーズにこたえるピアサポートや生活相談

認知症の疑いや診断に伴う今後の生活への不安や本人と家族の関係性の悪化等により、不用意に当事者の生活の質（QOL: Quality of Life）が損なわれてしまうことがある。こうした認知症早期の課題に対し、当事者に寄り添ったピアサポートや生活相談を行い、当事者の QOL の維持、向上に寄与している。認知症早期の本人のニーズは、頻回に交流できる居場所や、より深く長く同じ立場の本人と話すことができる機会、認知症地域支援推進員（推進員）に相談することができる機会等、様々である。こうした多様なニーズに対応すべく、頻回に比較的大人数が集まる居場所としての認知症カフェ、少人数でゆっくり対話をするおれんじドアを使い分けている。



<おれんじドア・どまんなか 当事者同士の会話の様子>

当事者団体が先導するワンストップ相談窓口としてのハブ機能

鳥取県や市町村と連携し、推進員、認知症カフェ、おれんじドア、電話相談、認知症サポーター養成講座

など、様々な事業を担っている。こうした取り組みの中で、当事者を含む様々なステークホルダーからの相談が増え、相談窓口としての機能を強めている。特に当事者からの相談に対しては、当事者の抱える課題等を丁寧に聞き、当事者のニーズに合わせて、医療介護あるいはその他の適切なサービスの紹介を行っている。活動の拠点となる米子市の市外、さらには鳥取県外から相談を受けることもあり、地域の垣根を超えて、認知症早期の様々な生活課題に対応している。

「支援する」「提供する」から「寄り添う」「共に楽しむ」を理念とした「共生」を体現できる人材

認知症に対する支援においては、支援する人・支援を受ける人という関係性を脱し、「寄り添う」「共に楽しむ」という意識のもとで活動することが重要である。「支援する」「提供する」という理念の下では、支援者本位になってしまうこともあり、必ずしも当事者が安心して会話、相談をできる環境とならないこともある。当事者が安心して相談できる場の構築に向け、支援する立場ではなく、共に楽しみ、真に共生を実現することを理念として、活動を行っている。

地域のマルチステークホルダーと連携した持続可能な体制の確立

認知症早期の様々なニーズに対応し、当事者の QOL の向上を推進するために、5名の専従職員が活動している。活動の継続に向けて、関係自治体と連携し、県や市町村の既存の事業の受託、さらに、新しい取り組みの事業化に向けた提案を行っている。自治体と連携した当事者の視点を尊重した新規事業化の取り組みを続けてきた中で、国の施策による推進がなされる以前から、鳥取県若年性認知症サポートセンターや本人と家族の一体的な支援（にっこりの会）等、様々な先進的な取り組みを推進してきた。また、団体としての独立した取り組みや資金調達に固執することなく、地域の他団体と連携しながら、地域全体で認知症に関する取り組みを広げていくことを重視している。他団体や疾患医療センターをはじめとした医療機関、介護事業所等のステークホルダーとの連携が進んでいることも、持続的な取り組みにつながっている。



<にっこりの会 当事者とパートナーで町散策>

当事者が主体となって支え合うための環境づくり：一般社団法人認知症当事者ネットワーク宮城 (Denmy: Miyagi People with Dementia Network)

好事例のポイント

認知症の診断によって、本人、家族のそれまでの生活を壊してしまうことがある。こうした当事者の課題に対して、認知症の症状に対する医学的な対応に加えて、認知症と付き合いながら幸せな生活を送るためのピアサポートが重要である。一般社団法人認知症当事者ネットワークみやぎ (Denmy: Miyagi People with Dementia Network) では、医療介護福祉と連携しながらも、支援者ではなく本人主導の活動を尊重したピアサポートを提供している。

専門職がピアサポートの場に立ち会わずに、診療所内で本人主体のピアサポートを実施

ピアサポートでの本人同士の関わりの場を尊重するために、医療介護福祉専門職をはじめとした支援者のいない、認知症の本人だけのピアサポートの場を実施している。ピアサポートの場には支援者は立ち会わず、また記録も取らないようにすることで、本人同士が本音で話しあえる環境を整えている。支援する専門職は、現場には立ち会わないが、こうした本人同士が話しやすい環境づくり、参加者への周知などの運営に注力している。

ピアサポートを必要とする人に広く提供するためには、開催場所の選定も重要である。例えば、医療・介護施設は、認知症の本人にとってアクセスしやすいことが多い。いずみの杜診療所では、診療所の2階をピアサポート活動に提供している。



< 診療所の2階で行われているピアサポートの様子 >

当事者の取り組みへの正当な評価と報酬を得られる仕組みづくり

ピアサポートの重要性が認識され、少しずつ広がりを見せる中で、持続可能な活動にするためには、ピア

サポーターが適切な報酬や評価を得ることが必要である。現在、ピアサポート活動支援事業や、初期集中支援事業における経験専門家として、ピアサポート活動に対する報酬が得られる体制を整備している。金銭的な報酬の大きさよりも、報酬が支払われるという事実が、本人が自らの活動が評価されていることを認識でき、やりがいを支えている。こうした仕組みを通じて社会参画の場が提供されることで、当事者自身の生きがいになっているという声も多く聞かれている。

多職種連携、当事者主体の活動の基盤となる専門性の壁のない関係性の構築

2001年に、当時東北大学に在籍されていた栗田主一氏（現東京都長寿健康医療センター センター長）が中心となり、仙台市内の医療福祉のネットワーク「宮城の認知症ケアを考える会」が設立された。宮城県の看護協会やケアマネジャー協会、認知症グループホーム協議会、宅老連絡会、認知症の人と家族の会などの関係団体が参加し、医療福祉の専門職が集う場を設け、多職種のフラットな関係を築いてきた。その後、2014年に若年性認知症の本人である丹野智文氏の参画をきっかけに、専門職の壁を脱し、認知症の本人・家族と共に認知症を考える現在の団体へと発展したことを受け、団体の名称を「宮城の認知症とともに考える会」に改称した。地域での多職種連携の機運やそのためのネットワークが構築されていたこと、それらを通して当事者の視点の重要性が認識されていたこと、当事者の方との出会いに恵まれたことが、現在の活動につながっている。

このように、在宅医療や介護福祉に携わる多職種のフラットな議論の場を通じて、様々な専門職が、それぞれの専門性にとどまらず、当事者の生活や社会的な視点の重要性を強く認識していたことが、本取り組みの実現を可能とした。全国展開に向けて、多職種連携のネットワークの強化、また、専門職に対する社会モデルへの理解のさらなる促進が期待される。



<地域の認知症講演会で当事者が参加して行われたグループディスカッションの様子>

団体の事務局機能の強化を通じた、他セクターと連携した当事者活動の有償化・持続可能性の向上

これまで、ピアサポートをはじめとする当事者の活動の多くは無償であり、活動を継続していくにあたって課題が多くあった。2019年に策定された認知症施策推進大綱では、認知症の本人・家族による活動へ

の支援も明記されており、こうした活動がさらに発展していくことが期待される。一方で現状の支援事業を受託するためには、受託を受ける団体が法人であることなど、様々な条件が付きまとう。「宮城の認知症ケアを考える会」は、2019年にその一部を Denmy として法人化し、様々な事業やステークホルダーと連携しながら、当事者活動の有償化、持続可能性の向上に寄与している。

今後、ピアサポートをはじめとする当事者活動をより一層促進していくために、個別の施策とのスムーズな連携に向けた、当事者団体の事務局機能の強化が必要と考えられる。また、当事者活動を促進する政策として、個々の施策による断片的な補助ではなく、当事者活動を包括的に評価し、報酬を与えるような制度の構築が期待される。

自治体との連携による保健医療介護福祉ワンストップサービスの展開：京都認知症総合センター・常設型認知症カフェほうおう・クリニック

好事例のポイント

京都認知症総合センター（以下、センター）は、京都認知症総合センタークリニック・認知症カフェ・認知症対応型共同生活介護・認知症対応型通所介護・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション・訪問介護ステーションを同一建物内に、特別養護老人ホーム・ケアハウス・デイサービスを同一敷地内に備えている。クリニックと連携された常設型認知症カフェも含め、利用者が医療介護福祉サービスをワンストップで受けることができるように工夫されている。

自治体主導のワンストップサービスの展開

2016年、京都府知事がスウェーデンでの視察経験を基に「京都認知症総合センター」構想を提案した。その後、運営法人の公募にて武田病院グループ〔社会福祉法人悠仁福社会（現京都悠仁福社会）〕が選定され、京都府・宇治市・宇治久世医師会・武田病院グループが共同で実現化プランの作成を開始した。2018年3月、認知症になっても本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現を目指し、一人ひとりの状態に応じた適時・適切なサービスをワンストップで提供する全国初の施設として「京都認知症総合センター」が開設に至った。クリニックでは2022年現在までに1650人を超える新患を受け入れた実績がある。

本センターは、「医療支援」「初期支援」「在宅支援」「施設入所サービス」の4つの機能を備え、認知症の初期から看取りに至るまで、医療・介護・福祉サービスをシームレスに提供するとともに、支援研究も実施し、その成果と問題点を発信している。クリニックでは初期の看護相談が機能し、情報が入ると適宜連携し常設型認知症カフェの支援へと繋がる流れが出来ている。そのため、常設型認知症カフェの利用者は約8割がクリニックの受診者である。認知症カフェでは、認知症と診断された本人と面談し、聞き取り調査、本人と家族とも面談、本人の状態を客観的なスケールで判断し、それらの情報をもとに本人の希望や状態に応じた活動機会を提供している。こうした取り組みは、認知症カフェがクリニックに併設されていることで可能となっている。

一方で今後に向けた課題もある。「京都認知症総合センター」という名称であることから、認知症に対する何らかの課題感がある住民にはリーチできるものの、課題意識のない方や認知症に対する抵抗感を示す人にはサービス提供が難しい。そのため、今後は認知症に対する理解を高める啓発とともに、地域住民の健診なども実施することによって、より多く、かつ初期段階の人にもサポートを提供できるようにしたいと考えている。



<カフェでの活動、当事者の就労の取り組み>

認知症地域連携協議会の継続運営

シームレスな医療・介護・福祉サービス提供が可能となっている背景には「認知症地域連携協議会」の存在がある。協議会の運営は京都府の補助事業として実施され、京都府のほか2市1町が関わり、宇治市がセンターに事業を委託する形式となっている。協議体の参加者は、認知症当事者をはじめとして、医師会、歯科医師会、薬剤師会、認知症の人と家族の会、町内会、京都府高齢者支援課、宇治市長寿生きがい課等の多様な団体であり、域内の当事者組織や専門職、行政、企業などのマルチステークホルダーの連携拠点となっている。協議会は2018年のセンター開設以来、3か月に1度年に4回頻度で開催されている。協議会での議題は多岐に渡り、例えば2021年度に取り上げられたテーマとしては、地域におけるコロナ禍でのカフェ支援プログラム、認知症当事者の就労・社会参加支援の取り組み等が挙げられる。



<協議会の様子>

認知症疾患医療センターの医療資源を活用した、医療・介護・福祉複合的なニーズへの対応：東北部医療圏（荒川・足立・葛飾） 東京都地域拠点型認知症疾患医療センター 大内病院

好事例のポイント

東京都の区東北部医療圏（荒川区・足立区・葛飾区）の認知症疾患医療センターである大内病院は、認知症のみならず他疾患の併存、加えて多様な社会的なニーズが混在する複雑なケースに対し、疾患医療センターの入院・在宅の医療資源を活用したレスパイトケアを提供している。さらに、病院で受け入れた直後から、多職種と連携し退院に向けた環境整備を積極的に行い、スムーズな地域移行を目指した支援体制を構築している。

早期の認知症と身体・精神疾患の併発等の困難ケースに対する、レスパイトケアの提供と地域と連携した早期対応


大内病院は、東京都の地域拠点型認知症疾患医療センターであり、都内東北部の2次医療圏（荒川区・足立区・葛飾区）を担当している。圏域では唯一精神科病床を持つ認知症疾患医療センターであり、地域内の連携機関からは、精神疾患をはじめとした様々な症状・疾患を伴う複雑なケースに関する相談を多く受けている。こうした困難ケースは、必ずしも進行した認知症や行動心理症状（BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）を伴うケース、だけではなく、認知症以外の要因が大きな影響を与えている早期段階の認知症も含まれている。特に大内病院の担当圏域では、高齢化率、単身高齢者世帯の割合がともに23区内の平均以上であり、認知症自体は初期段階であっても、居住・その他の社会環境上、地域での対応が難しい事例など、認知症以外の要因が大きな影響を与えていることも多い。大内病院では、こうした地域特性を考慮し、複雑なケースの受け皿として、精神科病床への任意入院や在宅サービスの提供など、豊富な医療資源による支援を提供、レスパイトケアとしての役割を果たしている。また、単に受け皿機能を担うだけでなく、地域包括支援センターをはじめ域内の医療・介護・福祉サービスと連携した、スムーズな地域移行への支援を提供している。

マニュアルのない、認知症の本人を中心とした「顔の見える」対応の提供

適切な支援を提供するには、個別ニーズを尊重した対応が不可欠である。例えば空床がなく入院の受け入れが難しい場合であっても、単にマニュアルに沿って断るのではなく、できる限り近いレベルで医療的な支援を提供できる在宅サービスを検討したり、受け入れ可能な他施設を紹介したりと、認知症の本人・家族のニーズに沿った、個別の対応に努めている。

地域のニーズに柔軟に対応できる空床の確保

その他、心身や症状の変化によって、介護施設や自宅での通常の生活を継続することが困難な場合には、本人の同意を経て任意入院として受け入れを行っている。こうした突発的なニーズに柔軟に対応するには空床の確保が必要であるが、病院経営の観点では損失となる。大内病院では、精神科救急医療体制整備事業の補助金などを活用しながら、地域のニーズに対応できる体制の構築に努めている。

医療法人社団 大和会

大内病院
GOUCHI HOSPITAL

大内病院併設 高齢期外来

デイケアはなみずき

『住み慣れた地域で・自分らしく・豊かに』

周辺症状の緩和や心身機能の回復・維持を目的とした
 医療保険によるデイケアです

当院デイケアの特徴

1

作業療法士が創作やレクリエーションゲームなどの活動を毎日実施

2

看護師が毎日の健康をチェック

3

精神保健福祉士が医療と介護サービスの連携


このような方におすすめです

- ・物忘れがある
- ・怒りっぽくなった
- ・幻覚や妄想がある
- ・最近意欲がない
- ・不安が強い
- ・家族以外との交流がない


(迎え9:30～・送り15:00～/送迎を含む6時間以上/昼食付)

介護保険サービスとの併用が可能です。デイサービスがない日にご利用ください。
在宅療養を続けていく上で、ご家族様の負担軽減も可能となります。


施設環境



窓が大きなデイルーム



疲れたらソファで休憩



病院の屋上で園芸活動

＜自立支援医療を利用した病院デイケア＞

地域の保健・医療・介護・福祉との連携体制の構築

認知症のみならず複合的なニーズを抱える本人が自宅・地域での生活を続けるには、保健医療介護福祉が有機的に連携し、本人が抱えるニーズを解きほぐしながら、各種施策・事業やサービスを組み合わせて生活を設計することが期待される。特に単身高齢者が多い地域では、本人が自身のニーズを正確に把握し関係各所へ依頼することが難しいこともあり、行政とも連携したアウトリーチによる医療介護福祉の包括的な提供が必要である。大内病院では、在宅医療での様々なステークホルダーとの関わりや職員その他施設での兼務によって、域内での多職種による包括的な支援体制のハブとしての役割を果たしている。

65 歳以上の全住民を対象とした脳健診（いきいき脳健診）を基軸として、大学の調査研究と医療機関が連携した早期発見・早期対応の推進：金沢大学医薬保健研究域医学系脳神経内科学教室

好事例のポイント

金沢大学医薬保健研究域医学系脳神経内科学教室では、認知症の早期発見・予防を目指した地域基盤型研究として、地域の 65 歳以上のすべての住民を対象とした地域脳健診（いきいき脳健診）を、2010 年度から継続して行っている。研究への参加によって認知症の早期発見のみならず、適切な支援への連携も行っており、研究活動を通じて早期発見・早期対応の推進に寄与している。さらに、地域住民全体を対象とした悉皆性の高い希少な研究として、認知症分野の研究開発の基盤となるコホートとしての役割も果たしている。

65 歳以上の全住民を対象としたいきいき脳健診による早期発見・早期対応

毎年特定地区の 800 人近く、複数年をかけて中島町全体の約 2400 人の 65 歳以上の住民を対象にいきいき脳健診を実施している。健診の周知に加えて、健診を受診されない人への戸別訪問の実施により、現在では 90%以上の住民が健診に参加している。健診で異常が見つかった場合は地域の医療機関へ紹介しており、早期対応の強化につながっている。



<なかじま町訪問の様子>

協力地域への還元や普及啓発と研究成果の創出

65 歳以上の全住民を対象に、15 年以上続く本研究（石川健康長寿プロジェクト）は、対象者の早期発見・早期対応に貢献しているだけでなく、認知症の予防、診断、治療に至るまで、認知症の人を支える様々な研究の基盤となっている。その悉皆性の高さにより、悉皆性の低い研究では軽度認知障害（MCI: Mild Cognitive Impairment）及び認知症の有病率が低く見積られる可能性があることが示唆されたといった成果もある。また、非常に長期間をかけて進行する認知症の予防や診断、治療の有効性、安全性、妥当性等を研究するためには、長期間にわたる研究の継続が不可欠である。石川健康長寿プロジェクトでは、15 年

以上にわたるデータやサンプルを蓄積しており、今後様々な研究に応用可能な、世界に誇る研究基盤の構築を進めている。

地域住民が健診に参加するメリットを感じられる工夫

健診参加率は 90%以上を達成しているが、事業開始当初からこれほどの参加率だったわけではない。高い参加率を達成するために、地域住民が参加するメリットを感じられるように工夫を凝らしている。具体的には、健診結果の参加者へのフィードバック、市民公開講座での認知症に関する啓発活動、モバイル MRI を用いた通常高額な MRI 検査の無償での提供、異常を確認した際の適切な医療機関等への紹介等を続けてきたことで、地域住民の理解が広がっている。

大規模かつ長期的な取り組みの推進に向けた、マルチステークホルダーとの信頼関係の構築

町全体を対象とする大規模な取り組みを行うためには、様々なステークホルダーとの連携が不可欠である。例えば、戸別訪問を行う際の民生委員との連携や、健診の実施や健診後の紹介時の医療機関との連携等、効果的・効率的な実施のために、マルチステークホルダーの連携が必要となる場面が多くある。また、長年にわたって取り組みを継続的に行うには、キーパーソンの入れ替わりに影響されない体制が必要である。市長や町会長、自治体の保健担当職員、民生委員、地域の医師会や医療機関をはじめとした様々なステークホルダーとの協働体制により、関係者の異動等があっても、取り組みを継続する体制が構築されている。

様々な事業・助成と連携した資金調達と研究チームの協働体制の構築

調査研究を続けていくためには、その資金や、人材の確保が必要となる。認知症領域では長期的な研究が必要となる一方で、多くの研究助成等は、年単位での助成となることが一般的である。そのため、15 年以上の継続の中で、2001 年の計画段階から様々な事業の採択や助成を受けながら、取り組みを継続している。また、昨今の大学の研究体制では、限られた人材で、大学医学部としての教育や臨床の業務と研究の両立が求められることも多い。日々の臨床の業務負荷が高い大学病院において、研究の機会を公平に確保し、職員間での協力の機運を高めるチームマネジメントに苦慮している。

企業の開発する脳の健康度評価ツール等のソリューションを活用し、官民が一体となって進める早期発見・早期対応の推進：エーザイ株式会社

好事例のポイント

エーザイ株式会社では認知症を取り巻く様々な課題解決を目指して、薬の開発以外にも、自治体との連携協定を通じて、認知症の早期発見・早期対応を推進する体制整備を目指している。認知症の早期発見・早期対応を推進する様々なソリューションを導入しており、特に認知機能の低下、脳の健康度をセルフチェックできるデジタルツール「のう KNOW®」（以下、「のう KNOW」）は、認知症と診断される前段階や健康な人を対象として、能動的に脳の健康度を知る機会を創出している。対象者を特定することで、施策の効果を高めることに寄与する評価ツールとして、多くの自治体で活用されている。

早期発見・早期対応の推進に向け、自治体との連携協定を通じて官民連携体制を構築

早期・事前的な対応の必要性は 2012 年の認知症施策推進 5 年計画（オレンジプラン）の当時から指摘されており、その後の 2015 年の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）、2019 年の認知症施策推進大綱でも引き続き重点項目とされている。それに伴い、各自治体でも体制整備に向けた各種施策・事業を展開している。エーザイ株式会社では全国 167 の自治体と連携協定を締結しており（2023 年 2 月時点）、官民の連携を通じて、新しいソリューションを効果的に活用し、早期発見・早期対応の体制づくりを推進している。特に、認知症早期を対象とした事業の効果的な実施には、対象となる市民の適切な抽出、すなわち早期の認知機能低下の評価が不可欠である。同社が開発したブレインパフォーマンス（脳の健康度）のセルフチェックツール「のう KNOW」は、認知機能の評価を目的としている。自治体の検診事業や脳ドックや健診事業でも活用されており、地域住民の脳の健康度の見える化を通して、早期発見・早期対応施策の効果的な推進に貢献している。



医療にかかる前からの継続的な脳の健康度の評価を目的とした、簡便で評価精度の高い評価ツール

一般的な臨床心理検査ツールは認知機能低下が一定程度進んだ状態を対象とし、主に鑑別診断に使用されるのに対し、「のう KNOW」は、診断以前の脳の健康度を評価するツールとして開発された。認知機能の軽微な変化や脳の健康度を正確に評価するためには、継続的な評価を通じて変化を捉えることが不可欠である。しかし、あくまでも症状が顕在化していない人を対象とするため、参加については「脳の健康」

への個々人の関心に依存する。そのため、「のう KNOW」は、いかに簡便かつ精確に評価できるかに重点を置いている。Cogstate 社の Cogstate Brief Battery (CBB) を基に開発された Cognigram は、アメリカをはじめ諸外国において医療機器とされているケースもあるが、日本においてはエーザイ株式会社が CBB に一部改良を加えた「のう KNOW」を開発し、広く汎用性の高い非医療機器としたことで、幅広く活用されている。

好事例の横展開に向けた自治体間連携の橋渡し

各自治体とも早期発見・早期対応の推進には取り組んでいるが、残念ながら資源（人的、経済的 etc.）には地域差があるため、現実的には自治体ごとの状況を踏まえた事業の検討・実施が求められる。そのため、いわゆる先進事例とされる自治体の取り組みを参考とすることで、効果的・効率的な体制整備が可能となる。こうした事例調査・共有は厚生労働省のほか、様々な調査研究も実施されている。同社においても、連携協定を結ぶ自治体との個別の協働に加え、自治体担当者間の情報交換の場、「のう KNOW」を活用した事例共有としてオンラインでの講演会や先進事例を冊子化して様々な自治体に情報提供をおこなっている。

※「のう KNOW」は疾病の予防や診断ではなく、健康意識の向上を目的としています。

日常生活から健康管理を意識して認知機能低下に気付けるきっかけを作る：日本テクトシステムズ株式会社「ONSEI」

好事例のポイント

ONSEI は、日本テクトシステムズ株式会社（以下、同社）が提供するスマートフォンアプリである。自分自身の声を入力することで、その音声データから認知機能の状態を評価できる。この結果を蓄積し、継続的にモニタリングすることで、自分自身の認知機能状態の変化を正確に把握できる。医療機関に出向かなくても、自分自身の健康状態をモニタリングできる製品の開発を通じて、認知機能の変化の早期発見に寄与することを目指している。同社代表取締役社長の増岡氏は、製品開発の折訪問診療に同伴、数百名の認知症当事者の方にお話を聞いた経験をお持ちの他、現在も認知症クリニックで相談員としても活動している。そのため当事者のニーズや想い、現場レベルの課題感にも精通している。増岡氏は、ONSEI を活用することで、普段から自分で自分の健康状態をチェックする習慣をつけ、早い段階で自身の変化に気づき、適切な支援につながることを理想と考えている。

シルバー人材センター・建設現場・自治体での活用のメリット

ONSEI の特徴として、音声データ入力後約 20 秒という迅速かつ、非常に微細な変化でも検知できる高精度が挙げられる。近年社会で働き活躍し続ける高齢者が増えているが、屋外や高所など危険を伴う場所での労働も増えている。こうした就労環境では、心身の機能が健康に保たれていることを常に確認する必要があり、就業前の定期的なチェックにも活用されている。すでにシルバー人材センターでも導入されており、管理者が測定結果やその他の健康状態を参考に、安全に勤務できるかを判断している。

また自治体では、健康増進を目的としたイベントにおいて ONSEI を来場者に試用しているほか、特定健診の受診者やサロン・体操教室等介護予防事業の定期利用者に対して導入している事例もある。同社では、将来的に個人が日々の健康状態のモニタリングのために購入することも想定している。さらに、活用の幅は高齢者に限らない。ある建設会社では、飲酒・ストレス・睡眠不足等による認知機能の変化をチェックするため、工事現場の入り口で就業前にセルフチェックする取り組みを実施している。

社会生活全般をサポートするエコシステムの形成に向けて

同社では、その他以下のような製品も展開している：

1. 画像診断のための医療機器：MRI-TAISKI
2. 神経心理検査機器：SHINRI-ADAS（ADAS-Jcog 実施支援システム）機器
3. 認知機能の評価・モニターに加えゲーム、メモ、投薬状態などをグラフ化して計測可能とした機器：ONSEI プラス
4. 75 歳上の運転免許更新のための認知機能検査：MENKYO

今後は、医療機関で活用される製品のみならず、個人向けの健康維持・増進に寄与するヘルスケア製品、運転免許更新の際の認知機能検査関連機器等、認知機能にフォーカスした製品群を金融機関や自治体等に提供し、社会生活全般をサポートするエコシステムの形成を図りたいと考えている。

例えば金融機関では、口座名義人が認知症等の影響により判断能力が低下していると判断した場合に、取引の制限を行うことがある。その場合、一般的には成年後見制度を利用することが求められる。しかし、こうした「判断能力が低下しているか」の判断基準は窓口での対応を踏まえてのものであり、客観的な判断指標に基づいてはいない。ONSEIを活用することで、窓口で認知機能を確認するといった対応をせずとも、認知機能の客観的な評価を顧客対応に活用することができる。そうすることで、金融機関側も顧客側も納得のできるサービス提供に繋げることが期待される。

認知機能の変化を客観的に把握できることは、自身の健康管理のみならず、社会全体にも有意義である。単に認知機能が低下した人を発見し医療や介護に繋げるのではなく、個々人の健康状態を可視化することで、本人の心身や資産といった大切なものを守ることにもつながっていく。

ICTを活用した多職種での早期発見・早期対応と住民主体の対策の推進：名寄市 健康福祉部こども・高齢者支援室

好事例のポイント

北海道名寄市では、2021年に医療・介護・福祉の情報連携基盤を構築し、医療介護福祉を担う多職種のスムーズな連携、それによる認知症の早期発見・早期対応への包括的な対応体制を整備している。また介護予防事業の一環として、住民が主体となって解決策を考えるワークショップを継続的に開催している。認知症もテーマの1つとされており、地域でできる取り組みについて住民同士が話し合う機会を作ることで、住民主体での認知症の早期発見・早期対応の強化を進めている。

多職種、多施設連携の基盤となる医療介護連携 ICT の活用

認知症の早期発見・早期対応には、気づきの機会をできる限り多く創出し、認知症の疑いを持った際に、診断そしてその後の適切な支援へつなげることが肝要である。こうした支援は、医療だけでは完結しないことも多く、医療・介護、さらには保健福祉やインフォーマルケアといった支援を担う幅広いステークホルダー間の連携が必要である。現在、複数の医療機関等で利用者に関する多職種のコミュニケーションを促進し、切れ目ない医療や介護サービスの提供を目指し、その基盤となる医療情報連携ネットワークの構築が進み、多くの地域で医療機関・介護同士の連携が進んでいるが、本自治体では歯科、薬局等を含む医療機関、介護事業所に加え、地域包括支援センター、ケアマネジャー等の幅広い職種・施設間の情報共有・コミュニケーションプラットフォームとして「名寄市医療介護連携 ICT（通称：ポラリスネットワーク 2.0）」を2021年7月に稼働した。この活用は、介護事業者から地域包括支援センターへの利用者の物忘れに関する相談・情報共有が早期発見につながることや、医療機関と地域包括支援センターや介護事業所との連携による診断や要介護認定後の迅速な対応が可能になるなど、認知症の早期発見・早期対応にも大きく貢献している。

現場の意見に寄り添った丁寧な ICT 導入プロセスによる高い定着率

ICTの導入によって多職種連携を推進し、包括的な支援を幅広く提供するには、域内での高いシステム定着率、すなわち、地域内の多くの施設での導入と、導入した施設での日常的な活用が不可欠である。名寄市が高い定着率を誇る背景には、行政のリーダーシップの下、地域の様々なステークホルダーと一緒にシステムを作り上げてきた導入プロセスがある。ICT導入検討以前から、在宅医療の強化や多職種連携推進の必要性に対する理解が醸成されていたことや、市長のICTの導入への意向もあり2020年度から医療介護連携 ICT 導入が予算化されたことなどが追い風となった。一方で、行政担当者による現場の様々な意見のヒアリングや、多職種による事例検討会、先行トライアルと振り返りの中で、様々な現場の医療介護福祉関係者を巻き込みながらボトムアップで改善を重ねてきた。こうした現場目線の導入プロセスにより、様々な職種・施設のニーズに対応したシステムが実現した。これにより、現在までに医療機関に加えて域内の介護事業所の90%以上、また地域包括支援センターやケアマネジャーなど、多くの関係者が日常的に使用できるシステムとなっている。



<名寄市医療介護連携 ICTに関するワークショップを介護事業所と市が行っている写真>

住民主体の認知症予防、早期発見・早期対応を推進するサポーター養成講座の実施

限られた人材や財源を効果的・効率的に活用し、認知症の早期発見・早期対応を推進するためには、特定のステークホルダーの努力・資源に依存しない地域全体での対応体制の構築が必要である。地域包括支援センターが行っている「介護予防サポーター養成講座」では、認知症を含む様々な高齢社会の健康課題（栄養、オーラルフレイル、サルコペニア、社会的フレイルなど）をテーマに取り上げている。受講後、介護予防サポーターとなった地域住民が主体となって、地域の健康に貢献する取り組みを展開している。認知症については、認知症の人のために地域でできることを介護予防サポーターと認知症サポーターがグループで検討し、そうした議論から認知症カフェの普及を目指す動きが広がるなど、住民主体の早期発見・早期対応推進に向けた取り組みを進めている。

継続的な介護予防事業を通じた住民主体の活動の促進

自治体直営の地域包括支援センターが主体となり、介護予防と認知症予防に関する取り組みを継続的に実施してきた。近隣大学とも連携し様々なイベントを開催しており、講演などのプログラムに加え、参加者が主体的に参加できるワークショップも行っている。例えば、高齢者が楽しく食生活を改善できる事業「楽食（らくたべ）健幸（けんこう）講座」の一環として、栄養学の専門家の講師によるフレイルの講演に加え、参加者が実際に買い物から調理までを行い、講師と一緒にフレイル対策のレシピを考案、自治体の web サイトで発信している。このような、住民と共に地域課題を解決する事業の継続的な開催によって、参加した住民が主体的に行政と共に介護や認知症といった高齢者福祉の課題を考える機会を創出している。



< 楽食健幸講座の様子 >

認知症が進行しても安心して住み慣れた場所で暮らせる環境づくり：世田谷区認知症在宅生活サポートセンター

好事例のポイント

世田谷区が設置している「認知症在宅生活サポートセンター」（以下、サポートセンター）は、認知症の早期対応体制の確立や、医療と福祉の連携推進、医療・介護の専門職の実務的な支援能力の向上、家族支援の充実等、区における認知症ケアモデルの構築を進めていくための専門的かつ中核的な全区の拠点としての役割を担っている。サポートセンターが地域包括支援センターのバックアップ機能を担い、個別事例毎に役割を分担している。これらのケースの進捗管理を含めた伴走型のバックアップの体制が、地域包括支援センターのケースアセスメント力および対応力の向上につながっている。

世田谷区認知症在宅生活サポートセンターの立ち上げと初期集中支援チームの本来の役割の提供

世田谷区では、「認知症になってからも住み慣れた地域で安心して暮らせるまち、世田谷」を掲げ、サポートセンターを2020年4月から稼働している。支援の流れは、まずサポートセンターに地域包括支援センターから相談が入るところからスタートする。地域包括支援センター職員が相談内容の一次アセスメントを行った後、区の所管担当者の二次アセスメントにおいて、初期集中支援チーム事業、医師による認知症専門相談事業に該当するか否かの検討を行う。同時に、高齢者虐待等緊急対応などの必要性を含め、困難事例であると判断された場合には各総合支所保健福祉課につなぐ。現在、多くの自治体において医療・介護・福祉の専門職で構成される認知症初期集中支援チームが、その専門性の高さゆえに困難事例への対応に追われることが一般的となりつつある。しかしながら世田谷区では、区の所管担当者が仲介役となり、早期対応事例と困難事例を適切に振り分ける体制が整えられていることで、認知症初期集中支援チームが「認知症への早期対応」という本来の役割を果たすことができている。後述する認知症観のアップデートと相まって、初期集中支援チームが対応するケースでは在宅生活を継続できるケースが増えており、これまでサポートセンターが初期集中支援として介入した区民の在宅生活継続率は約9割程度となっている（残り約1割は施設入所より併存疾患や転居による支援終了ケースが主である）。



<チーム員会議>

条例制定による「新しい認知症観」の醸成

世田谷区では、2020年10月に「認知症とともに生きる希望条例」（以下、条例）を施行した。条例施行以前は、地域包括支援センターが対応するケースは中等～重度認知症の家族を中心とした支援相談が多かった。しかし認知症は誰もがなりうる身近なものであり、たとえ認知症になっても希望をもって生きることができるというメッセージを伝えることで、区民・職員双方の認知症観の転換が起り始めている。条例制定以降、地域包括支援センターが意思決定支援を主たる支援目標とする初期段階の依頼が増加しており、地域包括支援センター含め支援者側の事業の理解と認知症観の転換が起っていることが影響していると考えている。

今後の取り組みとしては、自ら情報を求めている区民に対しても区の認知症施策に関する情報が届くような啓発施策を目指すほか、将来的には診断後のピアサポート体制の充実を図っていくことを検討している。



< 自宅での支援 >

認知症ケア推進の拠点を通じて認知症の理解を深める：静岡市保健福祉長寿局 地域包括ケア推進本部 在宅医療・介護連携推進係

好事例のポイント

静岡市は、静岡市健康長寿のまちづくり計画の基本目標に基づき、「市民が、できる限り、健康で人生を楽しむことができ、住み慣れた『自宅ですっと』、自分らしく暮らすことができるまち」事業を展開。その一環として、2020年、認知症ケア推進の活動拠点「静岡市認知症ケア推進センター“かけこまち七間町”」（以下、「かけこまち」）を、葵区七間町に開設した。この拠点を通じて、気軽に脳の健康度を測定できる環境や認知症の相談をしやすい環境を提供し、早期発見と早期対応を目指している。また、認知症が身近ではない若年層なども含んだ多様な世代に対しても利用を促進し、認知症に対する偏見を解消して正しい知識を普及啓発することに取り組んでいる

「かけこまち」をより多くの市民が立ち寄ることのできるような施設へ

「かけこまち」は、認知症の本人やその家族の支援を行うとともに、全世代を対象として広く認知症予防や認知症の理解促進に係る事業を展開する、認知症ケア推進のための活動拠点である。主たる機能として「個別相談支援と関係機関との連携」「研究開発と人材育成」「普及啓発と理解促進」の3つを掲げている。介護保険制度の地域支援事業を活用し、静岡市地域包括ケア推進本部が民間のテナントを借り上げる形で運営している。

「かけこまち」は、より多くの人々が立ち寄ることができるように、市内中心部の商店街に立地している。また、アクセス面のみならず、内部空間をモダンなカフェ風の内装にして、気軽に入りやすい雰囲気を出出することで、より多くの人に利用してもらえるよう工夫している。さらには、民生委員などの地域の人々を対象とした見学ツアーを実施し、口コミで広げてもらうといった広報面での工夫も行っている。

「かけこまち」は、看護師・社会福祉士・介護福祉士などの専門職が相談員として常駐しているという問題が発生したときに利用する相談機関としての側面だけでなく、脳の健康度チェックや認知症に係る情報提供など、日常的に訪問・利用してもらえることを目指している。それにより、日頃から「かけこまち」を身近に感じてもらい、いざという時に利用しやすくなるといった狙いがある。

今後静岡市は、「かけこまち」から地域に向く出張相談・出張体験会を実施し、「かけこまち」への来所が困難な市民への対応を強化していく予定である。



<かけこまちの内観>

3つのターゲット層へのアプローチ：啓発活動・早期発見・早期対応への取り組み

「かけこまち」では、「認知症がまだ自分ごとになっていない層」に対して、スペースをオープンに解放したり、コンサートや折り紙講座などといった親しみやすいイベントも開催したりすることで、施設への訪問のきっかけづくりにも取り組んでいる。訪問を機に、認知症に関する情報コーナーにも触れてもらうことで、啓発活動に結び付けている。そして2つ目のターゲット層は、「健康への関心が高い層」である。

「かけこまち」では企業が開発した脳の健康度を測定できるデジタル機器を常時設置している。一般的にはイベント時などに限って設置するケースが多い中、このデジタル機器をいつでも、だれでも利用できる環境を整えている。それにより、認知機能維持に対する興味関心を高め、早期に変化を発見することを目指している。そして3つ目は「すでに何らかの不安を抱えつつも病院受診には抵抗のある層」である。

「かけこまち」の立地や雰囲気づくりを工夫したことで、市街地への用事のついでに寄ることができ、畏まった「相談」ではなく、あくまで気軽な会話から個人の抱える不安等を引き出す環境が生まれている。訪問者とスタッフとの会話の中で、「実は家族が」「実は最近自分が」といった話題が出てくることも多く、結果として早期対応につながっている。



<折り紙講座の様子>

今後は、認知症 VR 体験機器の導入や、2022 年度に開発した MCI を対象とした改善プログラムの実施などにより、啓発活動・早期発見・早期対応の機能を強化していく予定である。

民生委員や認知症サポーターを活用した連携強化：みよし市福祉部長寿介護課

好事例のポイント

愛知県みよし市では、市内および近隣の地域資源を踏まえ、それらが有機的に連携する体制を構築し、認知症の早期発見・早期対応体制の強化を進めている。早期発見においては、住民への認知症の情報提供、民生委員や警察署と地域包括支援センターの連携を通して、地域生活の中で認知症への「気付き」を高めている。早期支援においては、認知症初期集中支援チームが地域包括支援センターを効果的にバックアップすることで、地域包括支援センターの対応能力の向上に寄与し、地域包括支援センターで対応できない困難事例への対応を行っている。

認知症に関する住民からの相談や情報が、地域包括支援センターに集まる体制の構築

認知症の早期発見を進めるため、地域の中で認知症への「気付き」の機会を増やすことが重要である。みよし市では、「気付き」を促進するために、認知症サポーター養成講座や民生委員との連携、警察署との協定など、地域資源の有機的な連携を進めている。認知症サポーター養成講座では、他自治体と同様に企業や町内会での開催に加え、学校での開催も積極的に行い、認知症サポーターとキャラバン・メイト（以下、サポーター）の合計が19,236人、サポーター1人当たりの高齢者人口が0.6人（2020年12月31日時点）と、サポーター1人当たり高齢者人口の全国平均（2.9人）に比べても養成が進んでいる。また、新たな民生委員が任命される度に実施される研修や、豊田警察署との「徘徊高齢者等の早期発見等の取組に関する協定」を通じて、民生委員や警察署から認知症に関する相談・情報が入ることも多い。特に、民生委員が単身高齢世帯を把握できるようにしており、見守り活動にもつながり、リスクが高い住民を把握することにつながっている。また警察との連携を強化したことで、生活安全課からの情報共有により認知症の疑いのある住民を把握できたケースもある。このように多様な地域資源を活用し、認知症の可能性のある住民を早期に把握・対応できる体制を構築している。



< 小学校での認知症サポーター養成講座の様子 >

利用者ニーズに即した認知症初期集中支援チームの活用と、地域包括支援センターとの連携

2015 年度から開始された認知症初期集中支援推進事業において、多職種が連携するアウトリーチ活動として「認知症初期集中支援チーム」が設置され、「認知症の初期段階」もしくは「医療介護サービスへのファーストタッチ（初期）」を対象としている。市は 2018 年に初期集中支援チームを設置し、当時課題であった地域包括支援センターと医療機関との連携を円滑にし、認知症の早期診断、早期対応を促進してきた。各ケースへの対応について、認知症初期集中支援チームを活用する必要性については、特定の基準を設けず、地域包括支援センターがケースごとに個別に検討し、判断している。これにより、地域包括支援センターでの対応が困難な事例から、地域包括支援センターでの対応が可能であるが認知症初期集中支援チームを介した多職種での対応が望ましい事例まで、利用者一人ひとりのニーズに合った認知症初期集中支援チームの活用が行われている。

認知症初期集中支援チームが地域包括支援センターをバックアップする体制が構築されたことで、地域包括支援センターの相談対応能力が向上している。そのため、認知症初期集中支援チームに頼らずとも対応できるケースも増えており、認知症初期集中支援チームは多職種で構成されるという強みを生かして、地域包括支援センターでの対応が困難なケースに注力することで、地域全体での効果的・効率的な体制の構築につながっている。

地縁を通じた地域の見守り体制の構築：和歌山県福祉保健部 福祉保健政策局長寿社会課

好事例のポイント

和歌山県は高齢化率 33.2%（2022 年 1 月時点）、近畿地方では 1 位である。全体的な人口減少や少子高齢化の進展、さらには都市部と過疎地域の両極化が進行する偏在化が進む状況下にある。県では、地域における住民同士のつながりが希薄化し、それが住民の生活における不安の増大にもつながっていると考えている。そこで、住民ボランティアによる「地域見守り協力員」の任命や、民間事業者と協定を結ぶことで事業者に協力を求めるといった取り組みを通じて、見守り体制を構築している。

従来地域コミュニティを生かした体制構築

和歌山県では、誰もが地域で安全・安心に暮らしていける社会をつくるため、行政が軸となり、住民が互いに支え合う取り組みを進めている。2009 年からは「地域見守り協力員制度」が開始された。市町村からの推薦によって任命されたボランティアが、地域住民に対して日常的な見守りや声掛けなどを行っている。県からは市町村を通じて活動準備経費・活動経費が支給され、消耗品の購入、印刷費用や保険費用等を賄っている。

市町村が民生委員をはじめ老人クラブ、通いの場、社会福祉協議会などを通じて参加者を募り、県に推薦する仕組みとなっており、現時点で約 2,000 名が参加している。こうした以前から地域の中でコミュニティや役割を持っている人たちを中心に協力を募り、地縁の再強化を図っている。すでに支援の必要な高齢者の発見につながるケースが出て来ており、徐々に参加者も増加している。

民間事業者との連携による体制構築

また、高齢者と接する機会の多い民間事業者とは「和歌山県における高齢者等の見守り協力に関する協定」を結び、認知症サポーターやキャラバンメイトの養成に加え、見守り活動への協力を求めている。例えば、飲料・新聞・郵便・宅配等の各家庭への訪問を伴う事業者には、配達時に「洗濯物を取り込んでいない」「郵便物がたまっている」等の異変に気付いた場合に、緊急性の高いケースは警察・消防へ、それ以外は市町村の連絡受付窓口へと通報することを依頼している。

この協定はあくまで企業の社会貢献によるもので特別なインセンティブはないが、多くの企業の賛同を集め、2022 年 7 月時点で 12 の事業者と協定が提携されている。この取り組みにより、実際に事業者からの報告が支援に繋がった例もある。宅配時に応答がなかったケースや新聞がたまっていたケースが通報に繋がり、居室内で倒れていた高齢者の発見に至っている。

寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいただきません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがあります。それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています（2021年1月時点（最新データ））。

執筆者

栗田 駿一郎	日本医療政策機構 マネージャー
河田 友紀子	日本医療政策機構 シニアアソシエイト
坂内 駿紘	日本医療政策機構 シニアアソシエイト
牧野 ひろこ	日本医療政策機構 アソシエイト
山下 織江	日本医療政策機構 アソシエイト
田村 元樹	千葉大学予防医学センター 特任研究員（所属・役職は2022年4月時点）

本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します。

特定非営利活動法人 日本医療政策機構
〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階
Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378
E-mail: info@hgpi.org