
認知症ケアネットワークにおける もの忘れクリニックの役割

The role of a memory clinic in a care network for dementia

認知症疾患医療センター診療所型／医療法人藤本クリニック

藤本直規*

キーワード：もの忘れクリニック、心理教育、認知症専用デイサービス、相談センター、
地域連携・多職種協働

1. はじめに

筆者は、1990年から県立病院に認知症診療に特化した診療科「老年神経内科」を立ち上げて10年間診療に携わった後、1999年から現在まで「もの忘れクリニック」での診療を続けている^{1) 2) 3)}。通算19年間もの忘れ外来を続けていることになるが、その間、県内のいくつかの地域医師会で認知症早期発見のための啓発活動やモデル的な検診事業が行われたが、継続的かつシステム化された取り組みにはならなかった。ところが、介護保険制度が始まって以降、主治医意見書の記載に関連して、かかりつけ医が認知症早期診断においてその役割を果たせていないこと、認知症患者の生活障害を見る視点や家族の介護負担への理解に欠けることなど、多くの問題点が介護家族やケアマネジャーなどから指摘されるようになった。その後、厚生労働省の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の実施に伴い、滋賀県と(社)滋賀県医師会が協働で、「認知症相談医制度」を立ち上げたことと、各地域医師会がケアマネジャーやケアスタッフと連携する取り組みを保健所と共同で始めたことで、滋賀県における認知症医療のあり方も変わってきている。かかりつけ医から当院へのもの忘れ患者の紹介が徐々に早期化していることなどは、その現れのひとつであろう。

本稿では、1999年4月から開設した「もの忘れク

リニック」での診療、認知症専用デイサービス、相談活動、かかりつけ医やケアマネジャーやケアスタッフとの地域連携の取り組みから、地域において必要とされる認知症医療について考えてみたい。

2. もの忘れクリニックの取り組みについて

もの忘れクリニックの活動を、【診療部門】【介護部門】【相談部門】【連携部門】の順で紹介して行きたい。

【診療部門】

(1) 外来診療

1999年4月開設後5年間にもの忘れを訴えてクリニックを受診した患者は1,806名で、そのうち認知症患者はアルツハイマー型認知症1,506名を含む1,641名である。このうちかかりつけ医からの紹介は541名であった。また、65名がせん妄状態のため緊急で来院した。独居のため保健師などに付き添われて受診したものが114名あった。

一方、68名の介護者が不眠、抑うつ症状などで受診した。

(2) 訪問診療

診断のための受診が困難な症例90名、せん妄患者24名など合計128名に往診を行った。また、デイサービスなどへの参加を拒否する症例29名に対し

* Naoki Fujimoto: Dementia disease medical care center (Clinic model) / Fujimoto clinic

てアクティビティ活動のために訪問看護を行ったが、訪問後 21 名がデイサービスへ参加するようになった。

(3) 介護者個別心理教育

診断後は、家族に検査結果や今後の治療方針を伝えるとともに、介護保険などの紹介を行なう。診断後の定期的な通院では、家族が困っていることについて話を聞き、中核症状・BPSD などへの対応方法を、パソコンやパンフレットを用いて話す。また、電話やファックスなどでいつでも連絡してきてよいことを伝える。診断後数年間介護保険サービスを利用していなかった若年認知症患者の介護者に対して、外来看護師が毎日ファックス交換を行なうことで、デイサービスの利用を始められたこともある。

(4) 本人・介護家族の交流会

2 ヶ月ごとにデイサービスおよび外来通院患者本人とその家族の交流会を行っているが、毎回 15～20 名の認知症の人と 30～40 名の家族の参加がある。約十数名が若年認知症患者介護者である。家族関係別（夫、妻、嫁、娘・息子など）に小グループを作り、ピアカウンセリングの場を提供している。例えば、妻の介護をしている夫は「自分がもう少し優しくしてやればよかったのに・・・」とか、反対に、「昔から、自分が何でもやりすぎたから、何もできなくなったのかな。」というような自責の念にかられることがある。また、「昔は迷惑をかけたから。」と自分一人で介護の苦勞を背負い込み、子供たちにも迷惑をかけまいとし、さらに、福祉サービスの導入もなかなかすまないことも多く、介護に追いつめられてアルコール依存となったりすることもある。また、妻の栄養管理などが不十分になったり、服や下着の購入が難しかったりする。そこで、交流会の場では、十数人の夫グループの中で、「女性用の洋服や下着を買いに行けない。」「外出時女性用トイレと一緒に入れない。」など、共通の悩みについて話し合い、お互いにアドバイスをしている。

(5) 本人・家族集団心理教育

軽度認知症患者の多くは、診察時、「何が起きているのか分からない」「どのようにして今の状況を乗り切ったら良いか分からない。」「本当の気持ちを話せる場所がない。」「同じ悩みを持っている人はいますか？」などと、病気を受け入れる難しさや今の状況への対応の仕方が分からないこと、仲間のない孤立感などを訴えた。そこで、2003 年 4 月から、認知症の診断後の軽度認知症で、介護保険サービスの利用に消極的な患者に対して、月二回、一回

約 1 時間、1 クール 3 ヶ月、1 グループ数人で集まってもらい、外来リハビリテーションを行った。自己紹介から始め、様々なアクティビティ活動を行いながら、もの忘れで悩んでいる仲間同士の自由な話し合いを行ってもらった後に、認知症についての情報提供や疑問点へのアドバイスをを行った。その結果、仲間との間で状況について共通の認識が持て、出来ることと出来ないことの見極めや出来ないことへの対応の仕方の工夫が話し合われた。そして、病気の存在を受け入れて治療の継続に同意し、社会的な引きこもりの改善に結びつくなど、心理教育的な効果があった。

2008 年度の第一グループは、男性 11 名（平均年齢 77.5 歳、MMSE 24.2 点）、女性 8 名（平均年齢 74.9 歳、MMSE 25.6 点）である。参加後、8 名が介護保険サービスへ移行できた。

【介護部門】^{4) 5) 6) 7)}

1) 認知症専用デイサービスの変遷

当院の認知症専用デイサービスは、集団の規模、雰囲気などの異なる 2 つのユニットで行われていた。予定された固定的なプログラムをやめ、利用者の選択の自由度を高くしていたため、若年・軽度認知症患者が多く利用していた。外来受診時に若年・軽度認知症患者に対して行っている個別面談で、デイサービスに受動的に参加するのではなく、積極的な仲間作りや社会活動に取り組みたいと訴えるようになった。そこで、2004 年 9 月から従来のデイサービスよりもさらに自主性を重んじ、社会参加を促すために、クリニックとしては 3 番目のデイサービスである若年・軽度認知症専用自立型デイサービス「もの忘れカフェ」の取り組みを始めた。

2) 認知症専用デイサービスの現在

(1) 利用者の特徴

2008 年 3 月時点でのデイサービス利用者の要介護度は要支援から要介護 5 までで、年齢構成は 50 歳前後から 90 歳前後までである。登録者数は月平均 100 名前後である。認知症の疾患別の人数は、前頭側頭型認知症およびレビー小体型認知症が十数名、脳血管性認知症が 3 名、それ以外はアルツハイマー型認知症である。

(2) 3 つのユニットの特徴

ユニット 1 は、軽度から中等度・高度認知症患者までが利用しており、ユニット 2 は軽度から中等度認知症患者が多い。固定的なプログラムがなく、当日の活動内容を決める個別ケアと、それぞれの認知症の症状

の特性に合わせた疾患別ケアを行なっている。ユニット3がこれから述べる「もの忘れカフェ」である。

3) 軽度・若年認知症専用自立型デイサービス

「もの忘れカフェ」について

(1) 何故「もの忘れカフェ」を始めたか？

受診直前まで仕事をしてきた若年認知症や高齢でもごく軽度の認知症患者に外来受診時、個別面談を繰り返したところ、「病気だと思います。試練ですね。」「本当の気持ちを話せるところがない。同じ悩みを持っている人はいますか？」「仕事がだめならボランティアをやりたい。」「役割を持ちたい。人の役に立ちたい。」など、多くの患者が病気を受け入れながらも、仲間作り、就労、社会参加を自主的に行ないたいとの希望を口にした。そこで、従来よりもさらに自主性を高め、社会参加を目的としたデイサービス「もの忘れカフェ」を始めることにした。

(2) 「もの忘れカフェ」での若年・軽度認知症患者への関わり方

カフェ開始時の参加者はそれまでデイサービスを利用していなかった軽度認知症患者のうち、参加を希望した27名である。65歳以下の若年認知症患者は14名、平均年齢58.4歳であった。開始時は週二回の開催にした。

「もの忘れカフェ」での活動内容の決め方として、①活動内容は当日参加者が話し合っただけで決める②活動内容が決まれば、活動達成のために必要な役割や準備、時間配分や手順などを決める③参加者同士で協力していくつかのことに同時に取り組むこととした。活動内容は、作業やレクリエーション、畑づくりなどのほか、作品展への応募、災害義援金のためのバザー、町内の清掃など、社会活動的なものが好んで行われたが、認知症に関する話し合いも定期的に行なわれた。

開始後10ヶ月目に行った面接では、全員が「忘れても平気。病気だからと胸をはって言える。」「病気になったことで仲間に会えた。」など、病気を受容し、乗り越えようという意思を表明し、「やりたいことがやれる。」「自分たちで決めるから達成感がある。」「スタッフに導いてほしい時もある。」など、自主的な活動を評価すると共に、必要時の援助を求める発言があった。

(3) 中等度認知症患者のための「もの忘れカフェ」の新たな展開（「もの忘れカフェ」第2期）

1) 症状進行に伴って参加者の自主的活動をどう支えるか

「もの忘れカフェ」開始から1年半以上過ぎたこ

ろから、自分たちで活動内容を決めるのが難しくなり、結局、外出などすぐに思いつける活動内容を選ぶことが多くなっていった。そして、予定を決めるのに時間がかかればかかるほど、集中力が持続できず、活動がスムーズに開始できなくなった。実行機能障害が進行したために自主活動が難しくなっていたのだが、定期的にカフェ参加者との間で話し合いをした際に聴取した彼らの言葉が、その後のカフェの展開に参考になった。

2) 「もの忘れカフェ」第2期の実際

活動の決定や動き出しや記録がうまくできなくなったため、なぜできなくなっているのかを参加者に聞きながら、活動内容の決め方や記録、スタッフのかかわり方を変えていった。

【活動が始められない】

「もの忘れカフェ」開始時には当日の朝に決めていた活動内容が、開始15ヶ月後にはなかなか決められなくなっていった。

i. 利用者に聞いたこと（斜字はスタッフリーダーの発言である、以下同様）

「物事を順序立てて行うことが難しくなっているのでは？」と尋ねると、「頭の中でやることをすぐにイメージできなくなった」「さっきしていたことがなくなる」「何をしよう？と考えている時間ももたない」と動き出しにくくなった理由を口にした。しかし、「わからなくなってきているのだけれど、与えられたことをするのは嫌だ」と、あてがわれた活動をするには抵抗が強かった。そして、「到着して動き出すときに、何か決まりごとがあれば動きやすい」「毎日同じことをすれば覚えやすい」「やろうとすることが途切れるので、つなげる言葉を言うて」と、かかわり方のヒントを与えてくれた。

ii. 実行機能障害に対するケア

・環境づくりと習慣づくり、メモリーエイドを利用する：話し合いの結果、行動へ移すときの動機づけの工夫として、環境づくりと習慣づくりの二つを考えた。まず、環境づくりは、自主活動を少しでも継続するために、カフェ開始時からの活動記録や写真、継続している活動や、月間予定、自分たちがここへ来ている目的など、参加者との話し合いが必要と決まったものをすべてを壁面に張り出した。室内に思い出すきっかけがいつでも見えるように。「そうそう、イチゴ狩りに行ったよな」、思い出すことが難しくなったことに対して、記憶補助を行うメモリーエイドを用意したのである。これで、少なくともかつて自らが選んだ活動を思い浮かべながら、今日の活

動を選ぶことができた。

・活動の手がかりときっかけづくり：到着して動き出すときに決まりごとがあれば動きやすいと思うという参加者からの意見をもとに、行動の動機づけとなるように、今まで室内で測っていた血圧を3階のクリニックの外來に行き測ることと、歩くことがより意識できるように万歩計をつけることを習慣にした。その結果、クリニック到着後、万歩計を装着し、2階から3階の外來まで出かけ、各自が自動血圧計で自己測定をし、打ち出された記録用紙に自分で名前を書きカフェへ持ち帰る。そして、各自でボードに張り、今日一日の歩く目標数を決め、書き込むという一連の動きを作り出すことで、活動のきっかけとなる習慣づくりができた。カフェ参加者たちの声を参考にしたかわり方の変更で、「もの忘れカフェ」第2期が始まった。

(4) 高度期の認知症患者へのケアについて (「もの忘れカフェ」第3期)

1) 達成感を重視するかかわり方から、居心地のよさを重視するかかわり方へ

開始から4年たった2007年の秋、カフェでは、開始時からの参加者で症状が高度化した患者と軽度の新規参加者が混在するようになった。そして、失行・失認などによって起居や移動にさえ介助が必要となった高度患者は、認知機能障害へのさまざまな支援を行ったとしても、自主活動を原則とするカフェへ参加は困難と考えた。しかし、カフェ開始時から参加している男性に別のユニットに所替えをすることを提案したところ、「まだここで過ごしたい」と訴え、また、全体の活動がスムーズにいかなくなっていると感じているほかのカフェメンバーに意見を聞いたところ、「ずっと仲間だから、一緒にいいよ」と答えた。

男性は、どんなに工夫をしても文字を書くことができなくなり、自分たちで決めた予定を書き写せなくなった。「書けなくなったね」「書けへんわ」「予定を決めることから離れる?」「それには参加したい」「じゃあ、できた予定の紙を白板に張るのをする?」「それいいですね」、ここで初めて、書字障害に対するケアで「(書くことを)頑張ろうか」としていた「もの忘れカフェ」第2期の取り組みから、「こっち(張ること)で頑張ろうか」と書字はあきらめても、何らかのやり方で活動には参加し、そのことでは達成感が持てるようなかわり方にこだわった。

2) 環境に対する配慮が重要になること

失認や失行が目立つ時期の認知症患者は、環境に対する恐怖感といってもよいくらいの不安感を持っていた。デイルームの出口に床の色と異なる足拭きマットを置いていたら、「谷底のように見えるので落ちていくのが怖い」と足を出さず、マットを取り除いたら歩けるようになった。エレベーターの床を見て、「深い穴に落ちる」と乗ろうとしなかった。また、狭い部屋は距離感がつかめなため、「壁が襲ってくる」と不安感が強まった。周囲の笑い声や歌声は、「わけがわからない、怖い怖い」と得体の知れない騒音ととらえていた。また、観念運動失行(自働性意図性の乖離)が出現すると、意図的に行動を誘導しようとするのが介助できないため、自ら行動できるような“隠れたケア”が必要であった。そして、環境に対する不適応は、自宅での入浴の際などに顕著に現れるため、症状が重度化した際には、できるだけバリアフリーな施設などでの入浴に、早めに切り替える必要があった。

(5) 告知後のアルツハイマー型認知症の経過

ここで、病名告知を受けた後「もの忘れカフェ」に参加しながら、時々、スタッフと行う面談で病気について話し合っている場面を紹介する。(斜字はスタッフの発言である)

「混乱することが増えた。弱気は見せたくない。でも自分の中では認めている。できないことが言い切れない。なんでやろうなあ。」「悪くなったと思う?」「思う。○さんはどう思う?」「私も思う。」「そうやんな。自覚は正しいってことやな。」

「最近、(ケアの)テンポが早くなってきているように思える。僕にはついて行きにくい時がある。騒音も増えた。」「どんな?」「人の声がやかましく聞こえる。以前の自分なら言い返せもしたけど今はもう無理。そこも自分でわかっている。そやし黙る。前の自分やたらついて行けてた。今も何とかついて行こうとしている。がんばっている。でも、もがいているんや。」

「私たちはどうすればいい?」「ゆっくり話して。強弱をつけて。細かく話して。気を遣うのでわかったふりをしていることも多い。見抜いているやろうけど。」

【相談部門】^{8) 9)}

1) 滋賀県認知症高齢者・家族支援センター（もの忘れサポートセンター・しが／滋賀県若年認知症コールセンター）における相談活動

認知症ケアの現場では、介護家族も専門職も、医療に関わる問題、ケアにかかわること、施設間の連携の問題、精神的ストレスなど様々な問題に直面するが、何か困ったときにそれら多彩な問題に総合的に相談できる場所が少ない。2005年4月に滋賀県からの委託でもの忘れクリニック内に設置された認知症に関する滋賀県認知症高齢者・家族支援センター（通称：もの忘れサポートセンター）での1年間の相談活動について報告する。

(1) 活動内容

活動内容は、以下の通りである。

1. 認知症に関する情報・知識の収集および地域への普及還元
2. 医療・福祉・保健専門職・家族に対する認知症介護相談への技術的支援
3. 困難事例の現地相談や現場でのスーパーバイズ
4. 医療・福祉・保健専門職への合同研修会セミナーや研修会の開催

(2) 相談方法

滋賀県から各市町、施設・事業所などへもの忘れサポートセンター・しがの設置と専用携帯電話番号を周知してもらい、電話、面接および現地での相談を受けた。相談担当は、医師（認知症サポート医）と看護師（大府センター研修修了者・認知症ケア学会認定上級ケア専門士）の2人である。相談はまず看護師が受け、必要に応じて医師に振り分けた。また、相談日時や相談時間の制限は設けなかった。

(3) 相談件数（平成17年度実績）（クリニックへの通院患者は除いてある）

平成17年度は、電話による相談は245件、面接は111件、合計356件であった。電話相談の場合、ケアマネジャーやデイサービスセンターなどの実名を挙げるのを躊躇されるため、最初多くが匿名希望だったが、長時間相談に乗っていると、実名を明かし、ケアマネジャーなどとの連絡を希望することもあった。長時間の相談を希望する場合や、複数で相談したい場合などには、面接相談が選ばれた。

(4) 相談内容（平成17年度実績）

平成17年一年間の相談内容は、対応方法、介護サービスの使い方、受診相談、家族サポートで、全体の四分の三であった。（複数回答を重複してカウント）

(5) 現地相談

現地相談は、一年間に16件で、グループホーム、デイサービスセンター、訪問看護ステーションなどへ出向き、現実に対応に困っている具体的なケースについて、認知症の人、環境やスタッフの動きを見てアドバイスした。

【連携部門】^{10) 11)}

1) 滋賀認知症ケアネットワークを考える会

介護保険開始後、デイサービスセンターやグループホームは急速に増加しているが、医療との連携、福祉施設同士の連携も十分ではない。その理由としては、以前から言われているように医療・福祉間の敷居の高さだけではなく、福祉施設同士が経営的には競合関係にあることや、交流する時間的な余裕のないことがあげられる。ところで、われわれはもの忘れクリニックという専門医療機関であることと同時に往診などを行っていること、多くの福祉施設からの相談に応じていること、そして、若年認知症患者や軽度認知症患者、他施設で処遇困難と判断された患者などに対する認知症ケアのノウハウが蓄積されていることなどから、どの専門職・施設からも声をかけられやすい立場にある。そこで、保健・医療・福祉間のケアネットワークづくりの拠点としての役割を果たすべく、平成15年6月の設立記念シンポジウムと2回の準備会を経て、平成15年11月から毎月、かかりつけ医、専門医、一般病院勤務医と介護スタッフ、ケアマネジャー、行政職との合同の勉強会である【滋賀認知症ケアネットワークを考える会】を開催している（平成18年度からは隔月開催になった）。介護職向けの講義をかかりつけ医と専門医に交互に行ってもらった後、介護職からの質問を医師が受ける形式で行っているが、認知症ケアネットワークに参加している介護スタッフにとってもっとも壁の高い医師達との顔の見える交流は仕事の上でいかされている。開始1年後の参加者へのアンケートによれば、会に出席した医師たちに対して、約40%のコメディカルが何らかの連携を図っていた。

その後、滋賀認知症ケア・ネットワークを考える会に出席した医師を中心に、湖北（1地区医師会）認知症ケアネットワークの会と東近江（2地区医師会）認知症ケア・ネットワークの会が、それぞれの保健所と連携して行われている。平成19年度には、湖西認知症勉強会（1地域医師会）が始められ、さらに平成20年度は湖東地区（1地域医師会）が滋賀県のネットワーク事業の対象で、保健所と連携した

認知症ケア・ネットワークの試みが始まった。県内にある4つの老人性認知症疾患センターと各地域医師会と行政が一緒になったケア・ネットワークの会とを重ね合わせると、県内すべての地域医師会に、認知症ケア・ネットワークの中核ができたことになる。当クリニックは、医師会のA会員である立場と、委託事業を受けるなど滋賀県と密に連携をとっている立場とを併せ持つため、直接的あるいは間接的に医師会と行政の橋渡し役となっている。

2) 認知症相談医制度¹²⁾

住民が日頃より受診するかかりつけ医が、適切な認知症診断の知識・技術や家族からの話や悩みを聞く姿勢を修得し、認知症の発症初期から認知症の人への地域支援体制で重要な役割を果たせるようにすることを目的とする「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が平成18年度から全国一斉に行われた。ちなみに、滋賀県では、平成17年度にモデル事業が行なわれたが、筆者は、滋賀県および(社)滋賀県医師会と協力して事業の企画や研修の講師を行なった。平成19年度時点で、合計324名の医師の参加があった。また、滋賀県と(社)滋賀県医師会が、認知症の人とその家族の相談に応じ、(1)認知症の早期発見、(2)専門医療機関への紹介、(3)身体疾患対応や健康管理、(4)家族の介護負担・不安の軽減(5)認知症介護サービス等諸機関と連携を図るなどの役割を担う「認知症相談医」を認定している。さらに、「認知症相談医」リストは県のホームページに掲載され、行政、地域包括支援センター等関係機関および住民への周知が図られ、ポスターやステッカーを交付して一般の目に触れやすいところに掲示することになっている。

また、各地区医師会でも様々なかたちで認知症の人と家族を支えるための活動が行われている。ケアネットワークの会の項で取り上げた医師会以外では、筆者が認知症対策のスーパーバイズに関わらせてもらった市町村、すなわち、O市、OH市、K市、M市(関わった順)で、それぞれの地区医師会が認知症サポート体制作り関わっている。

3. もの忘れクリニックの活動から考える、地域における認知症の包括的ケアシステム

認知症の人と介護家族のニーズに応えるかたちで、もの忘れクリニックの活動を広げてきたが、これまでの経験から、地域における認知症の包括的支援ケアシステムにおいて必要な項目についてまとめておきたい。

1. 継続した住民・行政機関・企業などへの啓発
2. かかりつけ医の診療技術向上と専門医との連携
3. BPSDへの治療・ケア体制
4. 軽度認知症患者への心理教育と通所サービス
5. 医療とケアの両方に対応できる相談体制
6. 医師も出席した担当者会議
7. きめ細かな家族支援体制
8. 根拠に基づく認知症ケアの確立
9. 認知症医療とケアのネットワーク
10. 徘徊探索システムなどの地域力の向上
11. 尊厳を損なわれない入院医療
12. エンドオブライフケア

4. 終わりに

原因不明で治療法の無い疾患は認知症だけではないにもかかわらず、疾患に対する偏見や恐れが強いのは、医療が認知症に対して真正面から向き合っていないからである。福祉施設やボランティアの手で運営されているデイサービスセンターなどに比べて、圧倒的に豊富な“資源”を抱える医療機関が、認知症に真正面から向き合い工夫を凝らすことで、患者や介護者を苦しめる事柄の多くは軽減できるはずである。

そして、認知症の診断のための受診しやすいもの忘れクリニックは、認知症ケアを支えるために往診や訪問看護などを行うと共に、福祉的な視点も併せ持つ医療機関として、軽度から重度まで、かつ、若年から高齢者までの認知症患者とその介護者のその人らしい生活を支えるための認知症ケアネットワークのなかで重要な役割があり、患者、介護者、医師、ケアマネジャーや福祉スタッフ間の連携のためのコーディネーター役を果たすことができる。

(藤本直規：地域における認知症の包括ケアシステムにおけるもの忘れクリニックの役割. 日本老年医学会雑誌, 46:214-217 (2009)を一部改変)

文 献

1. 藤本直規：認知症患者に対する治療とケア－介護者支援の視点を入れて－. 日本老年医学会雑誌, 37:575-583 (2000)
2. 藤本直規：“もの忘れ外来”の役割とは何か？－「もの忘れチェック外来」12年の経験から－精神科治療学, 17:335-342 (2002)
3. 藤本直規：疾病診断から「機能」をベースにした評価へ. 精神面の高齢者総合評価；高齢者医

- 療福祉の新しい方法論. 医学書院, 東京, 1998, pp69-142
4. 藤本直規：認知症の医療とケア“もの忘れクリニック”“もの忘れカフェ”の挑戦. クリエイツかもがわ. 京都, 2008
 5. 奥村典子, 藤本直規ほか：もの忘れクリニックにおける社会参加型デイサービス「もの忘れカフェ」の試み. 日本認知症ケア学会誌, 4, 286, 2005.
 6. 奥村典子, 藤本直規ほか：若年・軽度自立型デイサービス「もの忘れカフェ」～症状進行に伴って参加者の自主的活動をどう支えるか～日本認知症ケア学会誌, 5, 300, 2006.
 7. 奥村典子, 藤本直規：「もの忘れカフェ」における若年認知症ケアの実際. 臨床老年看護, 14, 54-60, 2005.
 8. 奥村典子, 藤本直規：「もの忘れサポートセンター・しが」5年間の相談活動について－電話・面接相談と現地相談の相談内容の分析から－. 日本認知症ケア学会誌, 9-2：304, 2010
 9. 奥村典子, 藤本直規, 堀井康江：「もの忘れサポートセンター・しが」における現地相談の実践－座学研修と介護現場をつなぐための取り組み－. 日本認知症ケア学会誌, 11-1：262, 2011
 10. 藤本直規：滋賀県の認知症地域連携・他職種協働の取り組み. CLINICIAN, 55, 120-128, 2008.
 11. 藤本直規, 奥村典子：もの忘れクリニックから始まった滋賀県における認知症ケアネットワークの広がり－医師会・行政と連携して－. 日本認知症ケア学会誌, 9-2：304, 2010
 12. 本間昭, 栗田圭一, 池田学, 植木昭紀, 浦上克哉, 北村伸, 繁田雅広, 中村祐：認知症の早期発見と地域連携推進を目的に始められた, かかりつけ医の認知症診断技術向上に関するモデル事業. 老年精医誌, 16 (増刊号)：155-159, 2004
- この論文は、平成 20 年 7 月 5 日（土）第 17 回近畿老年期痴呆研究会で発表された内容です。