

**令和4年度
かかりつけ医認知症対応力向上研修会（後半）**

令和5年3月11日（土）
福島県医師会館 1階 大会議場

**1 かかりつけ医の役割 編
4 地域・生活における実践 編**

- 県立ふくしま医療センターこころの杜
 - （認知症疾患医療センター）
 - 橘高 一

1

かかりつけ医の役割 編

ねらい：認知症の人や家族を支えるために
かかりつけ医ができることを理解する

到達目標：

- 認知症施策推進大綱等の施策の目的を踏まえ、
かかりつけ医の役割を理解する
- 認知症の人の本人視点を重視したアプローチ
の重要性を理解する
- 早期診断・早期対応の意義・重要性を理解する

2

地域・生活における実践 編

ねらい：認知症の人の地域における生活を支える
ために必要な支援の基本、活用できる医療・
介護等の施策、多職種連携の重要性を理解する

到達目標：

- かかりつけ医による認知症ケアのポイントを理解する
- 認知症の人が医療・介護等の施策や制度を活用する
ために必要なかかりつけ医の役割を理解する
- 多職種連携による支援体制構築におけるかかりつけ医
の役割を理解する

3

地域・生活における実践 編

ねらい：認知症の人の地域における生活を支える

到

認知症施策・制度の理解



かかりつけ医の役割を考える

4

認知症対策のキーワード

- 気づく（早期対応）
- つなぐ（連携）
- 支える（支援）

5

認知症関連施策のあゆみ 概要

- 昭和38年 老人福祉法 制定（特別養護老人ホームの創設等）
- 昭和57年 老人保健法 制定（疾病予防や健康作り）
- 昭和59年 認知症ケアに関する研修事業開始
- 平成元年 老人性痴呆疾患センター 開始
- 平成 4年 認知症対応型デイサービスセンター 開始
- 平成 9年 認知症対応型グループホーム 開始
- 平成12年 介護保険法制定
- 平成16年 痴呆 → 認知症 へ用語の変更
- 平成17年 認知症サポーター養成研修
認知症サポート医養成研修 開始
- 平成18年 かかりつけ医認知症対応力向上研修 開始
- 平成20年 認知症疾患医療センター 開始
- 平成24年 「認知症施策推進5か年計画」（オレンジプラン）策定
- 令和元年 認知症施策推進大綱

支える

6

認知症高齢者ケアの基本

～ 尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

- ・記憶障害の進行と感情等の残存
- ・不安・焦燥感
⇒行動障害の引き金
- ・環境適応能力の低下
(環境変化に脆弱)



生活そのものを ケアとして組み立てる

- ・環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- ・高齢者のペースでゆっくりと安心感を大切に
- ・心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より

7

認知症高齢者ケアの基本

～ サービスのあり方 ～

望ましい条件

- ・小規模な居住空間
- ・家庭的な雰囲気
- ・なじみのある安定的な人間関係
- ・住み慣れた地域での生活の継続



普遍化に向けた展開

- ・グループホーム
- ・小規模・多機能ケア
- ・施設機能の地域展開
- ・ユニットケアの普及
- ☆事業者・従事者の専門性・資質の確保向上



終末期を視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より一部改変

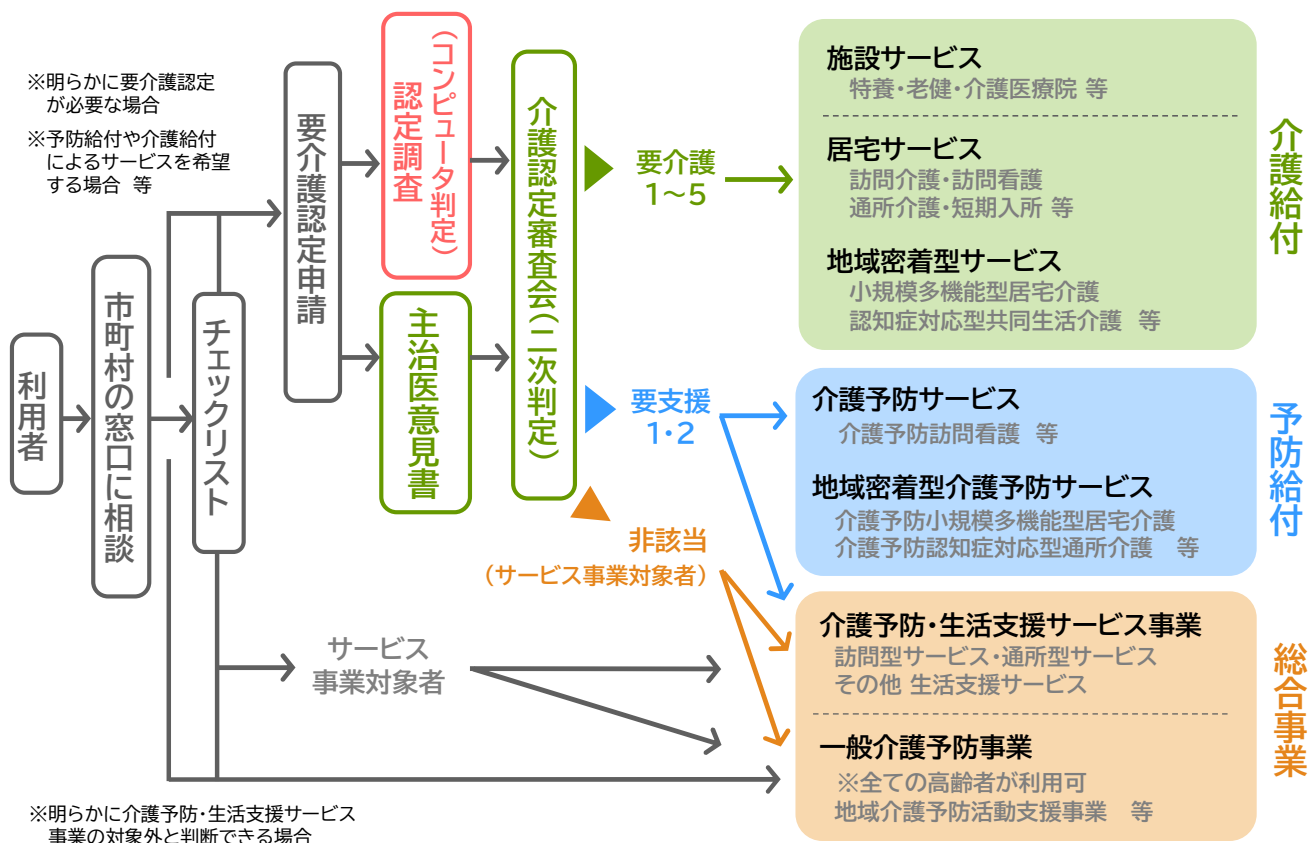
8

認知症関連施策のあゆみ 概要

- 昭和38年 老人福祉法 制定（特別養護老人ホームの創設等）
- 昭和57年 老人保健法 制定（疾病予防や健康作り）
- 昭和59年 認知症ケアに関する研修事業開始
- 平成元年 老人性痴呆疾患センター 開始
- 平成 4年 認知症対応型デイサービスセンター 開始
- 平成 9年 認知症対応型グループホーム 開始
- **平成12年 介護保険法制定**
- 平成16年 痴呆 → 認知症 へ用語の変更
- 平成17年 認知症サポーター養成研修
認知症サポート医養成研修 開始
- 平成18年 かかりつけ医認知症対応力向上研修 開始
- 平成20年 認知症疾患医療センター 開始
- 平成24年 「認知症施策推進5か年計画」（オレンジプラン）策定
- 令和元年 認知症施策推進大綱

9

介護サービスの利用の手続き



10

ADL×BPSDによる認知症日常生活自立度

		ADLのレベル				
		自立	家庭外 で支障	家庭内 で支障	介護 が必要	常に介護 が必要
B P S D の 程 度	なし	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅳ
	日中を中心	Ⅲ a	Ⅲ a	Ⅲ a	Ⅲ a	Ⅳ
	夜間を中心	Ⅲ b	Ⅲ b	Ⅲ b	Ⅲ b	Ⅳ
	著しい 精神症状等	M	M	M	M	M

11

主治医意見書の役割

● 介護認定審査会における重要な資料

- ➡ 医学的観点からの意見を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案できる
- ➡ 介護の手間の程度や状況等について、具体的状況の記入が求められる
- ➡ 認定調査(コンピュータ判定)には表れない情報の

● 医療とケアの連携ツール

情報としてアセスメントで活かす

● 介護報酬「認知症加算」の算定根拠

- ➡ 認知症高齢者の日常生活自立度の評価が、介護保険サービスの認知症関連加算の算定根拠となる

12

認知症症例の意見書①

項 目	介護の手間を把握するための視点(例)
(1)認知機能	・ HDS-R 15／30 ・ 記憶と見当識の障害が高度 ・ 全く意思疎通ができない
(2)日常生活活動	・ 薬の飲み忘れが多い ・ トイレがわからず部屋の中で排泄する
(3)行動・心理症状	・ 不安が強い ・ ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される
(4)処方内容とその影響	・ 少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した
(5)現在受けている支援 及び 今後必要な支援	・ 現在デイサービスを週3回利用している ・ 今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある

13

認知症症例の意見書②

項 目	介護の手間を把握するための視点(例)
(6)生活環境	・ 独居 ・ 公団の4階に住んでいてあまり外出しない
(7)家族の状況と介護負担	・ 認知症の妻と二人暮らしである ・ 主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している
(8)経過・頻度	・ ADLは悪化しつつある ・ 徘徊の頻度は増加している
(9)現在ある困難や危険性 及び 今後予想される 困難や危険性	・ しばしば経済被害を受けている ・ 今後、家人へ暴力をふるう危険がある
(10)身体合併症	・ 肺炎を来したが認知症のため外来で点滴治療を行っている
(11)評価に際しての 留意事項	・ 症状は1日のうちでも大きく変動している ・ とりつくろいのために正常にみられる

14

介護給付(介護保険サービス)

居宅サービス

訪問サービス、通所サービス
短期入所サービス、福祉用具貸与サービス
福祉用具と住宅改修に関する費用支給 など

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護(H28～)
認知症対応型共同生活介護(グループホーム) など

施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院(H30～)
介護療養型医療施設(～R5)

15

地域密着型サービス

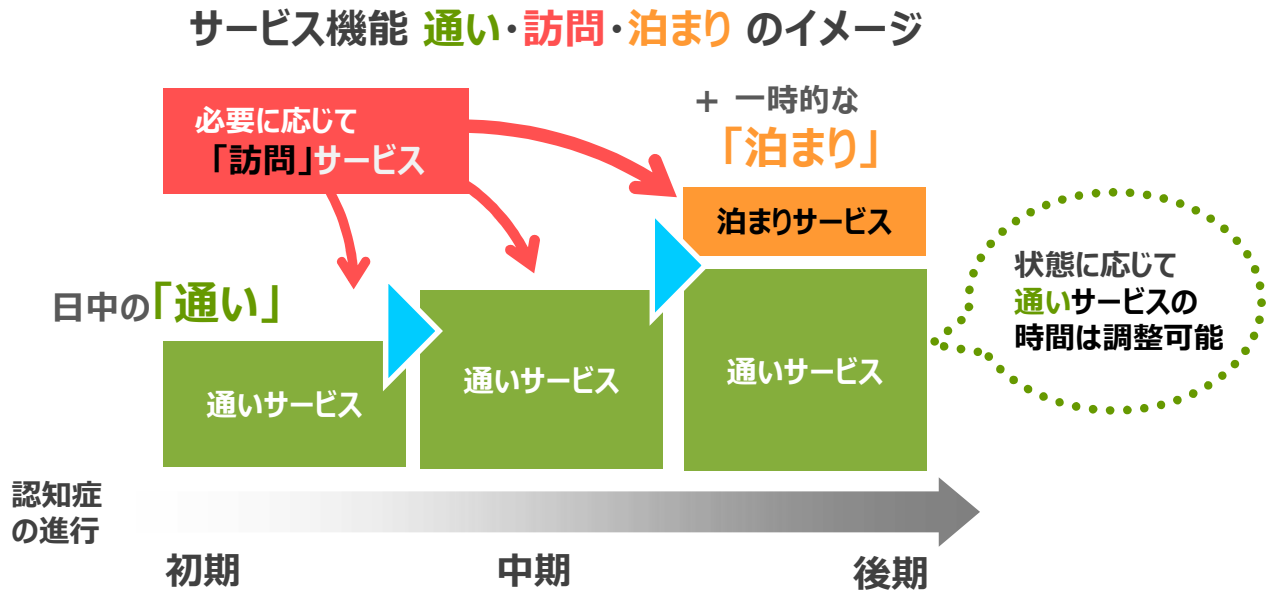
1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督
2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能
3. 住民に身近な生活圈域単位で整備
4. 地域ごとの指定基準、介護報酬設定が可能

- ▶▶ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ▶▶ 夜間対応型訪問介護
- ▶▶ 地域密着型通所介護
- ▶▶ 認知症対応型通所介護
- ▶▶ 小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 看護小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 認知症対応型共同生活介護
- ▶▶ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ▶▶ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

16

小規模多機能型居宅介護

通いを中心に、要介護者の様態や希望に応じて、随時訪問や泊まりを組み合わせるサービスを提供し、中重度になっても在宅生活が継続できるように支援



17

予防給付と地域支援事業

介護給付（要介護1～5）

予防給付（要支援1・2）

対象：身体介護・機能訓練等を必要としない要支援高齢者 地域支援事業	新しい介護予防・日常生活支援総合事業（要支援1・2、それ以外の者） ○ 介護予防・生活支援サービス事業 ・訪問型サービス ・通所型サービス ・生活支援サービス（配食等）多様な民間事業者・非営利団体等の地域資源を活用 ・介護予防支援事業（ケアマネジメント） ○ 一般介護予防事業
	包括的支援事業 ○ 地域包括支援センターの運営（従来3事業に加え、地域ケア会議の充実） ○ 在宅医療・介護連携推進事業（医療・介護の情報共有と切れ目のない提供体制等） ○ 認知症総合支援事業（認知症初期集中支援推進事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等） ○ 生活支援体制整備事業（生活支援コーディネーターの配置、協議体の設置 等）
	任意事業

18

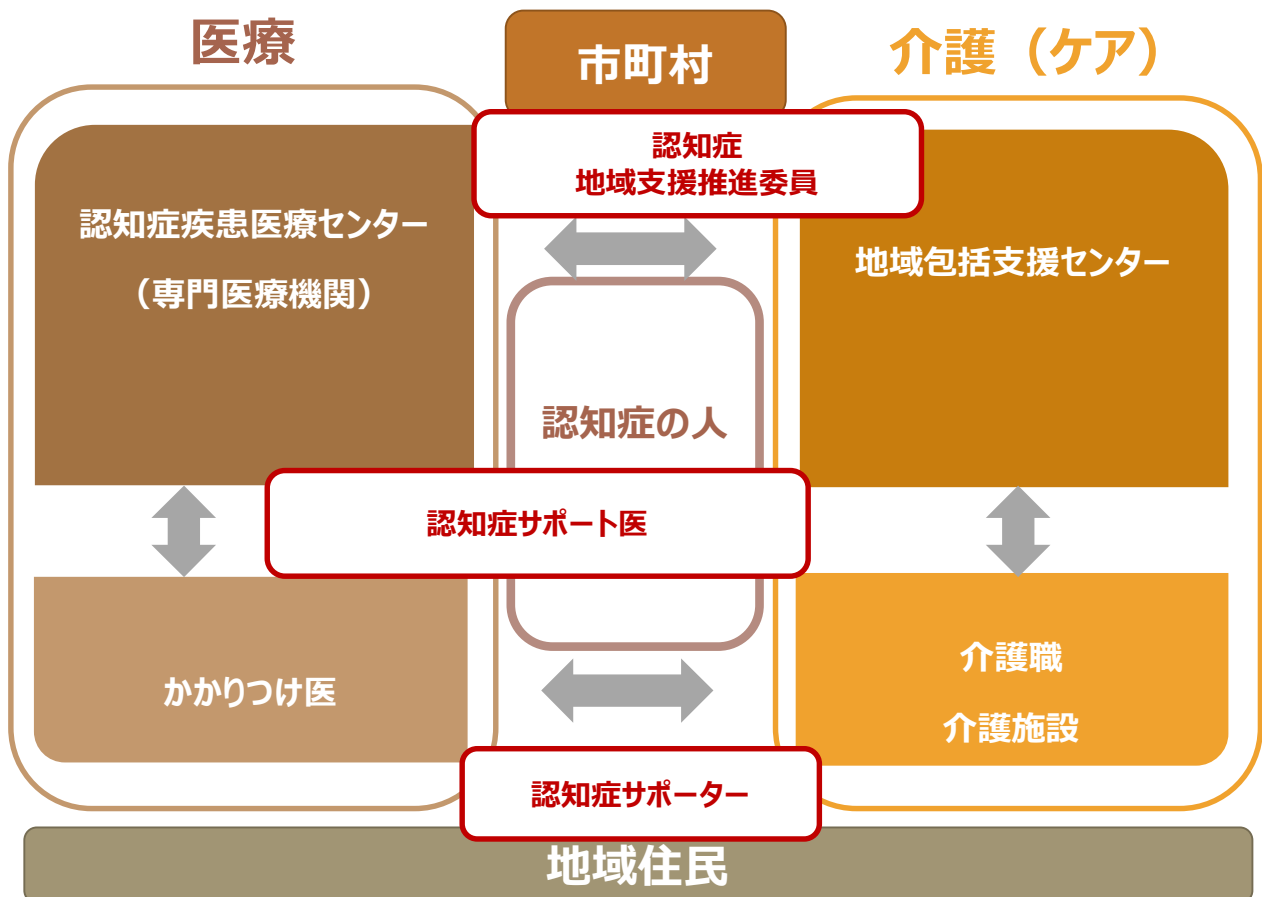
認知症関連施策のあゆみ 概要

- 昭和38年 老人福祉法 制定（特別養護老人ホームの創設等）
- 昭和57年 老人保健法 制定（疾病予防や健康作り）
- 昭和59年 認知症ケアに関する研修事業開始
- 平成元年 老人性痴呆疾患センター 開始
- 平成4年 認知症対応型デイサービスセンター 開始
- 平成9年 認知症対応型グループホーム 開始
- 平成12年 介護保険法制定
- 平成16年 痴呆 → 認知症 へ用語の変更
- **平成17年 認知症サポーター養成研修
認知症サポート医養成研修 開始**
- **平成18年 かかりつけ医認知症対応力向上研修 開始**
- **平成20年 認知症疾患医療センター 開始**
- 平成24年 「認知症施策推進5ヵ年計画」（オレンジプラン）策定
- 令和元年 認知症施策推進大綱

つなぐ

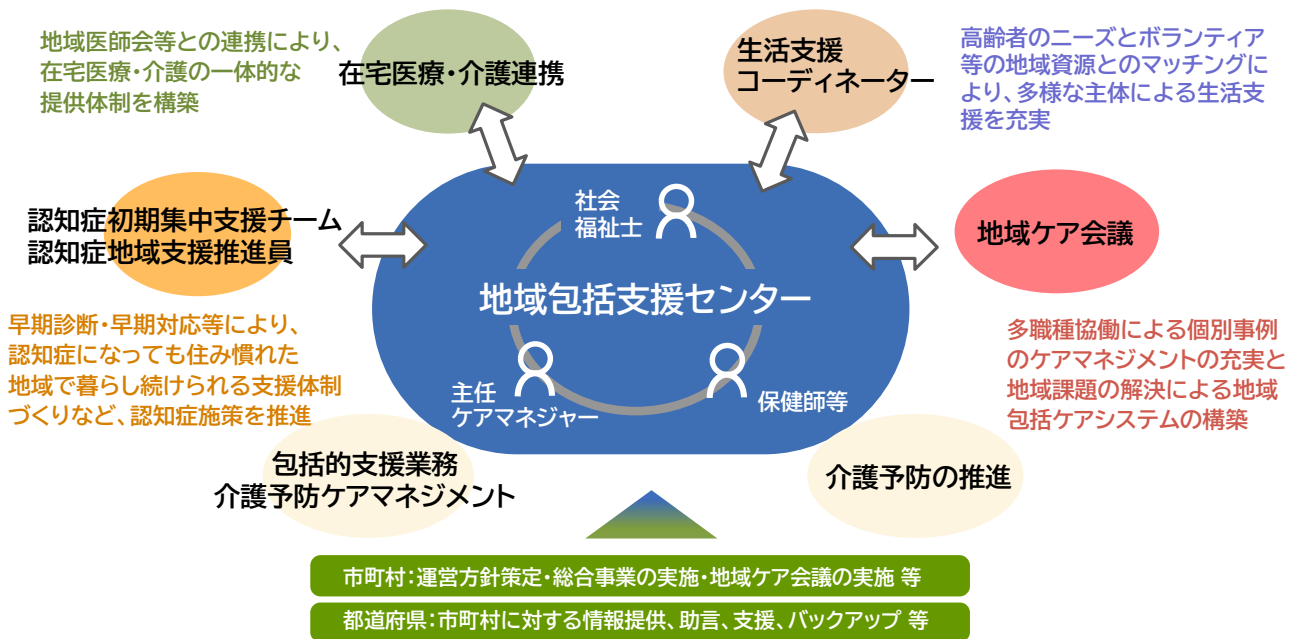
19

認知症ネットワーク（連携）



20

地域包括支援センター



地域包括支援センターの機能強化に向けて

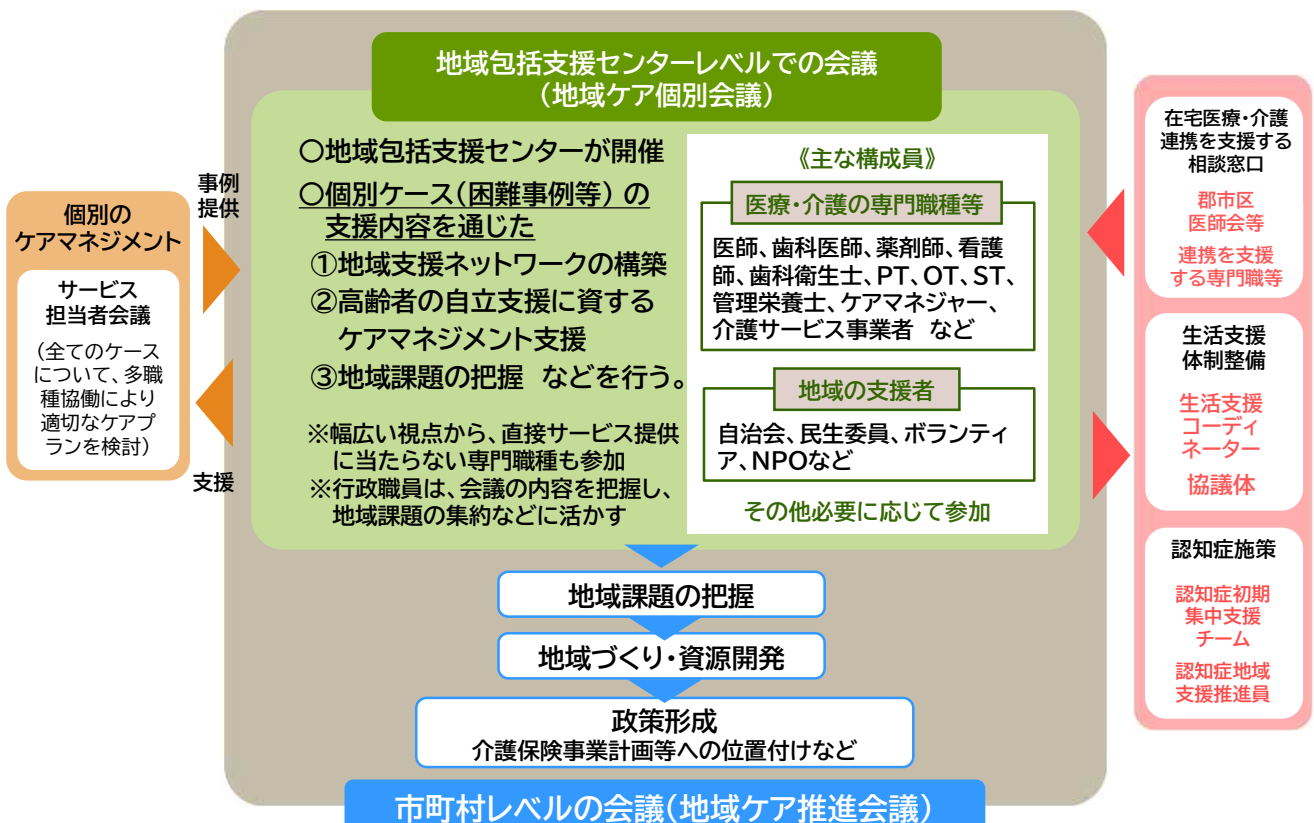
業務量増加・センターごとの役割に応じた人員体制の強化

基幹型・機能強化型センターの位置づけ等、連携強化・効果的運営

運営協議会による評価・PDCAの充実等、継続的な評価・点検

21

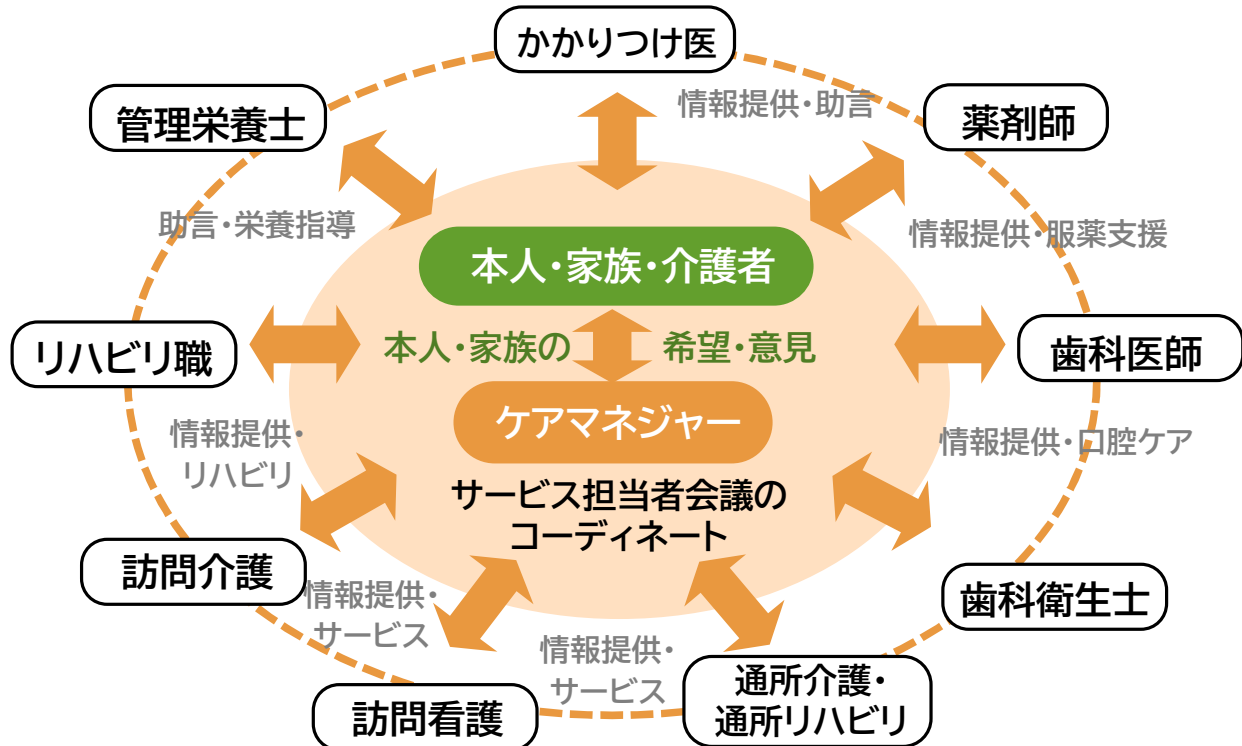
地域ケア会議



22

ケアマネジャーと多職種連携

サービス担当者会議での情報共有と多職種の協働が重要



23

サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

- 通院時や診察時の本人の様子について報告
- 傷病に関わる身体状況等の情報提供
- 認知症の病期や重症度、経過などの確認
- 現在の投薬内容、副作用等の注意事項
- 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針についての具体的指示
(身体症状や行動心理症状)
- 日常生活上の医学的な注意事項
(特に介護サービス提供時の留意事項)

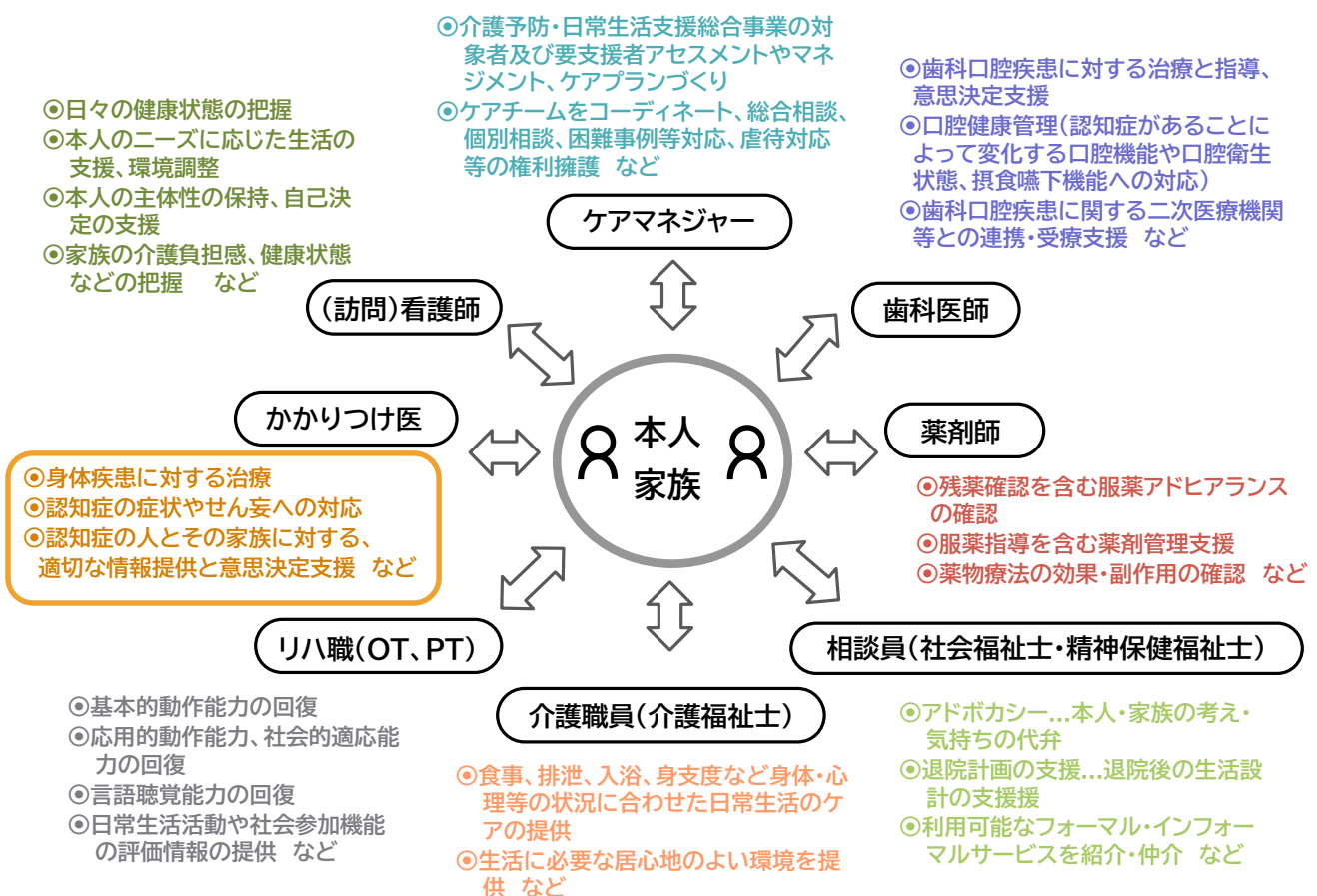
24

ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと

- 認知症の早期発見と進行予防
- 適時の専門医療機関との連携
- 他の診療科受診の判断と紹介時の連携
- 疾病や体調管理面での指示や指導
- 身体症状や精神症状が悪化時の対応
- 服薬管理上の注意や薬の副作用の指導
- ケアプランへのアドバイスと共通理解
- 本人の心理的サポートと家族への共感

25

地域の多職種役割



26

「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味

● 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる

- * 特に独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員や訪問看護師からの情報は欠かせない。
- * アルツハイマー型認知症では“取り繕い”が特徴であり、本人以外から情報を得る必要がある。

● 服薬状況の確認ができる

- * 認知症治療薬や身体疾患の治療薬を含め、診察時に実際の服薬状況が確認できない場合は、薬剤師や訪問看護師や介護職員から情報を得る。

● かかりつけ医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる

● 生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用の説明ができる

● BPSDに関連する要因について客観的な情報が得られる

● 同じ目的や目標を共有することで、それぞれの専門職種と役割分担でき、連携のマネジメントが可能になる

27

情報共有ツール

認知症の医療介護連携の推進のための情報共有ツールのひな形

「情報共有ツール」のコンセプト

- ☑ 認知症の人にとって使いやすい、持つことで安心する、必要な情報を支援者と共有できる「ご本人の視点」を重視した情報共有ツールを目指して、全国の先進地域を調査し、ご本人・ご家族・有識者との議論をもとに作成。
- ☑ ひな形を参考に各自治体を中心に関係機関と協働しながら地域の実状に合わせた情報



情報項目

- (1) 使い方(内容の目録と記入に当たっての注意)
- (2) 同意書
- (3) わたし自身① :ご本人の基本情報
- (4) わたし自身② :ご本人の経歴・趣味等その人らしさを示す項目
- (5) わたしの医療・介護① :医療機関
- (6) わたしの医療・介護② :支援に関わる者・機関のリスト
- (7) わたしの医療・介護③ :病名と医療機関
- (8) わたしの医療・介護④ :処方内容と処方の目的
- (9) わたしの医療・介護⑤ :血圧、体重
- (10) わたしの医療・介護⑥ :利用しているサービス状況
- (11) わたしの認知症の状況① :認知機能検査(MMSE又はHDS-R)
- (12) わたしの認知症の状況② :日常生活活動の変化
- (13) わたしの認知症の状況③ :最近気になっていること、困っていること
- (14) わたしのこれからのこと①② :今後の医療・介護への希望
- (15) 通信欄

認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業
情報共有ツール等は 国立長寿医療研究センターのホームページからダウンロード可能

28

認知症地域支援推進員

【推進員の要件】

- ① 認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士
- ② ①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

【配置先】

- 地域包括支援センター
- 市町村本庁
- 認知症疾患医療センター など

市町村

協働

認知症地域支援推進員

医療・介護等の支援ネットワーク構築

- 認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築
- 市町村等との協力による、認知症ケアパス(状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れ)の作成・普及・点検および活用 等

関係機関と連携した事業の企画・調整

- 認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
- 介護保険施設等の相談員による、在宅で生活する認知症の人や家族に対する効果的な介護方法などの専門的な相談支援
- 「認知症カフェ」等の開設
- 認知症多職種協働研修の実施・支援 等

相談支援・支援体制構築

- 認知症の人や家族等への相談支援
- 「認知症初期集中支援チーム」との連携等による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整
- 認知症の人が相談につながるための支援
- 認知症の人が相談した後の支援

29

認知症サポーター/キャラバン・メイト/チームオレンジ

【認知症サポーターとは】

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人。

【キャラバン・メイト養成研修】

実施主体:

都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目的:

地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバン・メイト」を養成する。

内容:

認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。



認知症サポーターキャラバン

【認知症サポーター養成講座】

実施主体:

都道府県、市町村、職域団体等

対象者:

〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等

〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等

〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等



【チームオレンジとは】

認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取り組み。認知症の人もメンバーとして参加する。

30

認知症サポート医

地域における「連携の推進役」を期待されている

かかりつけ医の機能

- 日常の医学管理
- 早期発見・早期対応
- 本人・家族支援
- 多職種連携 等

認知症
サポート医

専門医の機能

- 鑑別診断
- 若年性認知症の診断
- 急激な症状の進行や
- 重篤な身体合併症の
対応 等

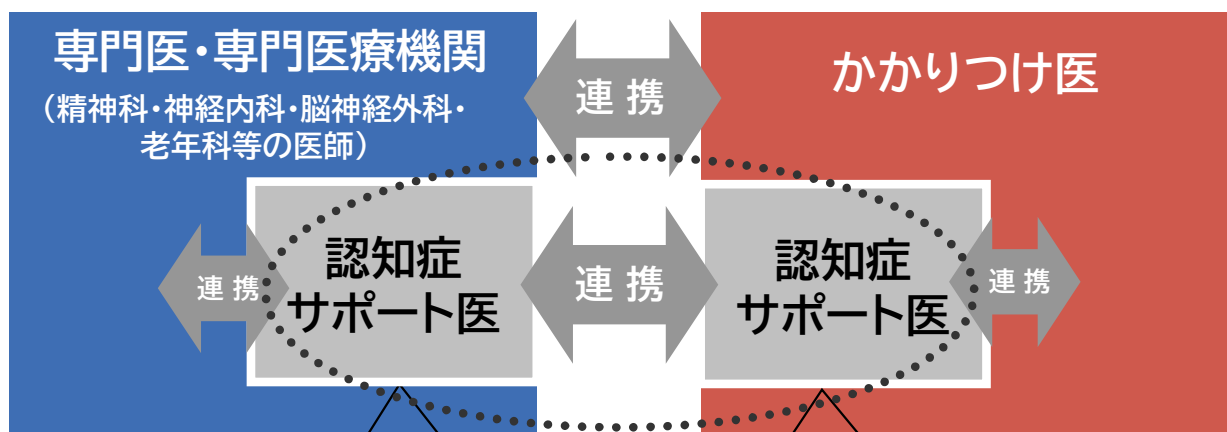
認知症サポート医の機能・役割

- ① 認知症の人の医療・介護に関わる かかりつけ医や介護専門職
に対するサポート
- ② 地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り
- ③ かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発

31

地域における認知症の医療連携

専門医・専門医療機関・認知症サポート医・かかりつけ医の連携



- かかりつけ医や認知症サポート医の相談役・アドバイザー
- 専門医療機関との連携の橋渡し
- 研修の講師

- かかりつけ医研修の企画・立案・講師
- 地域包括支援センターや地区医師会との連携作り

32

専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)

- アルツハイマー病治療薬を処方していれば、薬剤名、使用開始後の変化の有無、過去の投薬歴
- 施行していれば、認知機能検査や画像検査の結果
(得失点のプロフィールも含め、実物やコピー添付が望ましい)
- 現在内服中の薬剤と服薬指導の内容
(薬剤名、用法・用量、服薬の管理、服薬支援状況など)
- 身体疾患に関する情報
(既往歴や治療を継続している疾患の治療開始の時期)
- 介護保険サービス利用の状況
(要介護認定やケアマネジャーの所属や氏名)
- かかりつけ医や本人・家族からの希望
(鑑別診断、薬物調整、BPSD対応、今後の治療環境など)

33

認知症疾患医療センター

地域における認知症医療体制・日常生活支援に関する相談支援

認知症初期集中
支援チーム

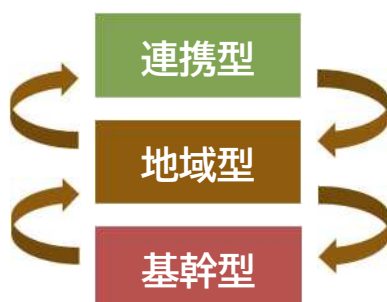
地域包括支援
センター

かかりつけ医・
歯科医・薬剤師

認知症
サポート医

連携

認知症疾患医療センター(早期診断等を担う医療機関)



(1)専門的医療機能

- ・速やかな鑑別診断
- ・診断後のフォロー
- ・症状増悪期の対応
- ・BPSD・身体合併症への急性期対応
- ・専門医療相談

(2)地域連携拠点機能

- ・連携協議会の設置
- ・研修会の開催

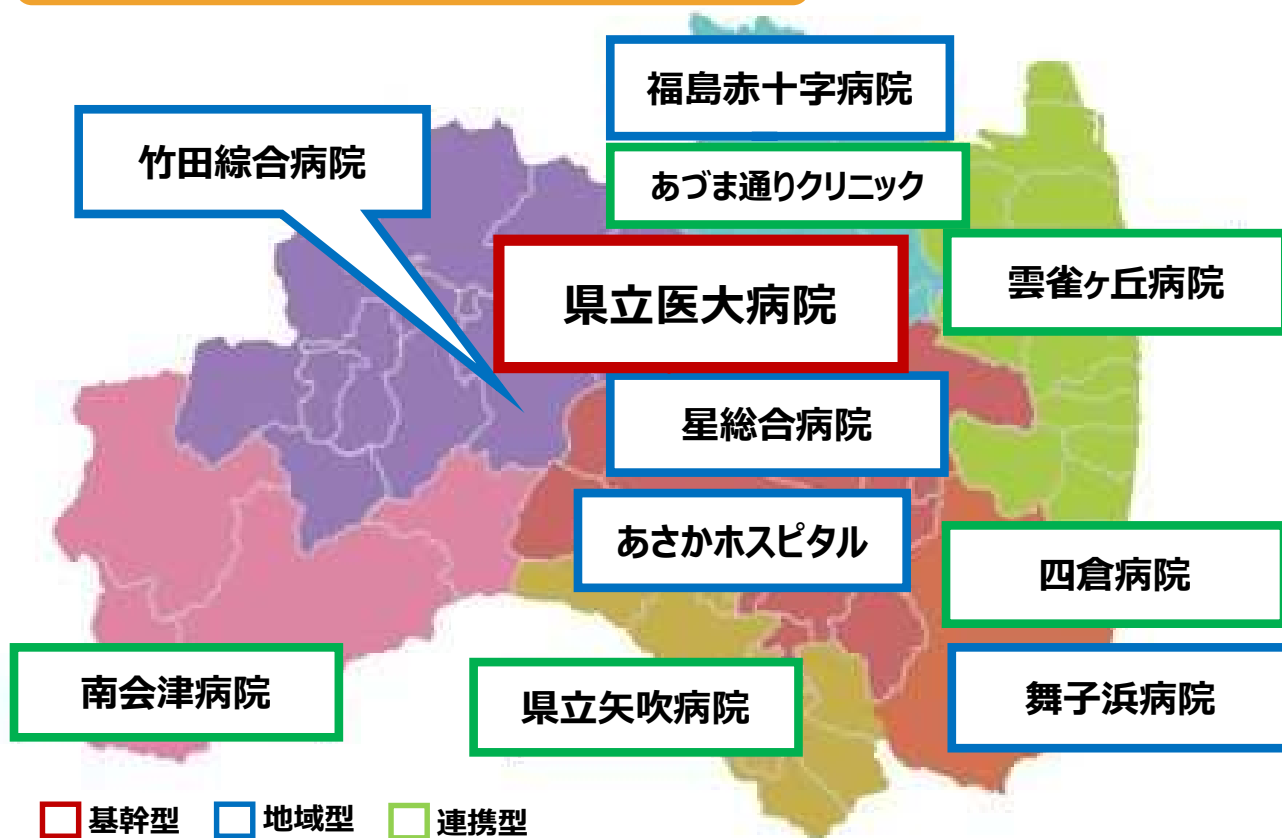
(3)日常生活支援機能

- ・診断後の相談支援

地域の医療提供体制の中核

34

福島県認知症疾患医療センター



35

認知症関連施策のあゆみ 概要

- 昭和38年 老人福祉法 制定 (特別養護老人ホームの創設等)
- 昭和57年 老人保健法 制定 (疾病予防や健康作り)
- 昭和59年 認知症ケアに関する研修事業開始
- 平成元年 老人性痴呆疾患センター 開始
- 平成 4年 認知症対応型デイサービスセンター 開始
- 平成 9年 認知症対応型グループホーム 開始
- 平成12年 介護保険法制定
- 平成16年 痴呆 → 認知症 へ用語の変更
- 平成17年 認知症サポーター養成研修
認知症サポート医養成研修 開始
- 平成18年 かかりつけ医認知症対応力向上研修 開始
- 平成20年 認知症疾患医療センター 開始
- **平成24年 「認知症施策推進5か年計画」(オレンジプラン) 策定**
- 令和元年 認知症施策推進大綱

36

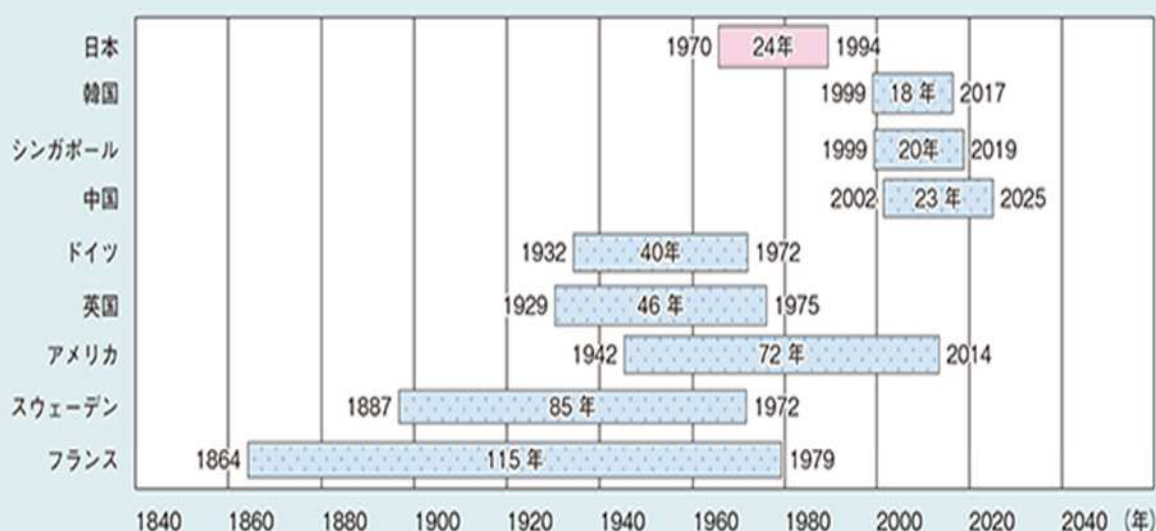
認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン)

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域での生活支援を支える医療サービスの構築
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

気づく

37

図1-1-14 主要国における高齢化率が7%から14%へ要した期間

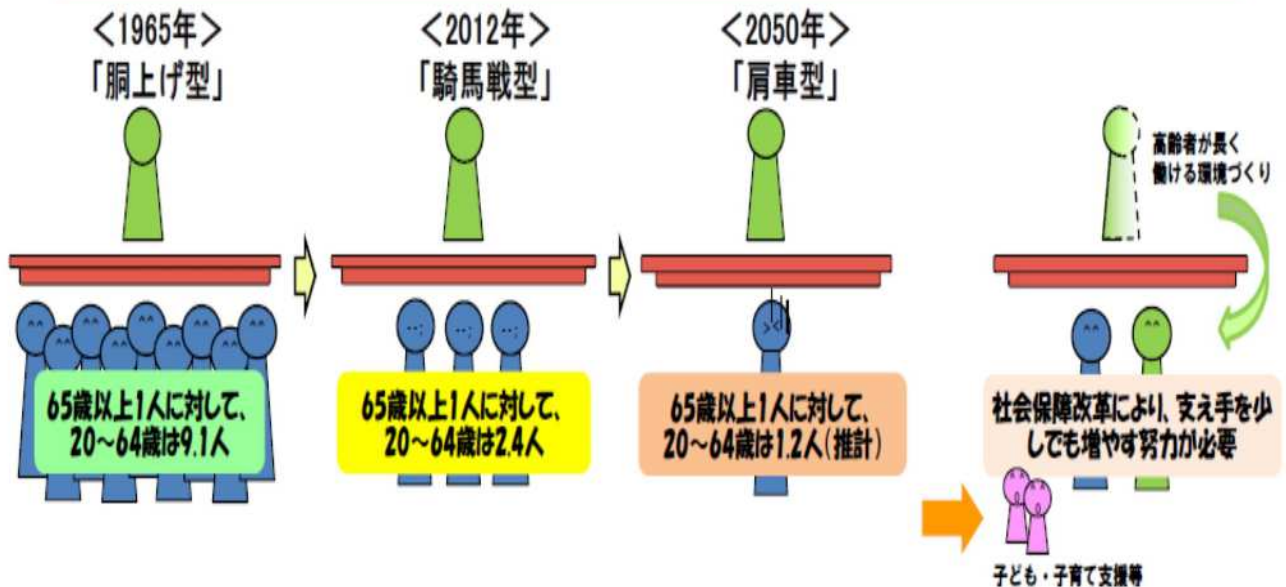


資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(2017年)

(注) 1950年以前はUN, The Aging of Population and Its Economic and Social Implications (Population Studies, No.26, 1956) 及び Demographic Yearbook. 1950年以降はUN, World Population Prospects: The 2015 Revision (中位推計) による。
ただし、日本は総務省統計局「国勢調査」、「人口推計」による。1950年以前は既知年次のデータを基に補間推計したものである。

「肩車型」社会へ

今後、急速に高齢化が進み、やがて、「1人の若者が1人の高齢者を支える」という厳しい社会が訪れることが予想されています。



2023/3/8

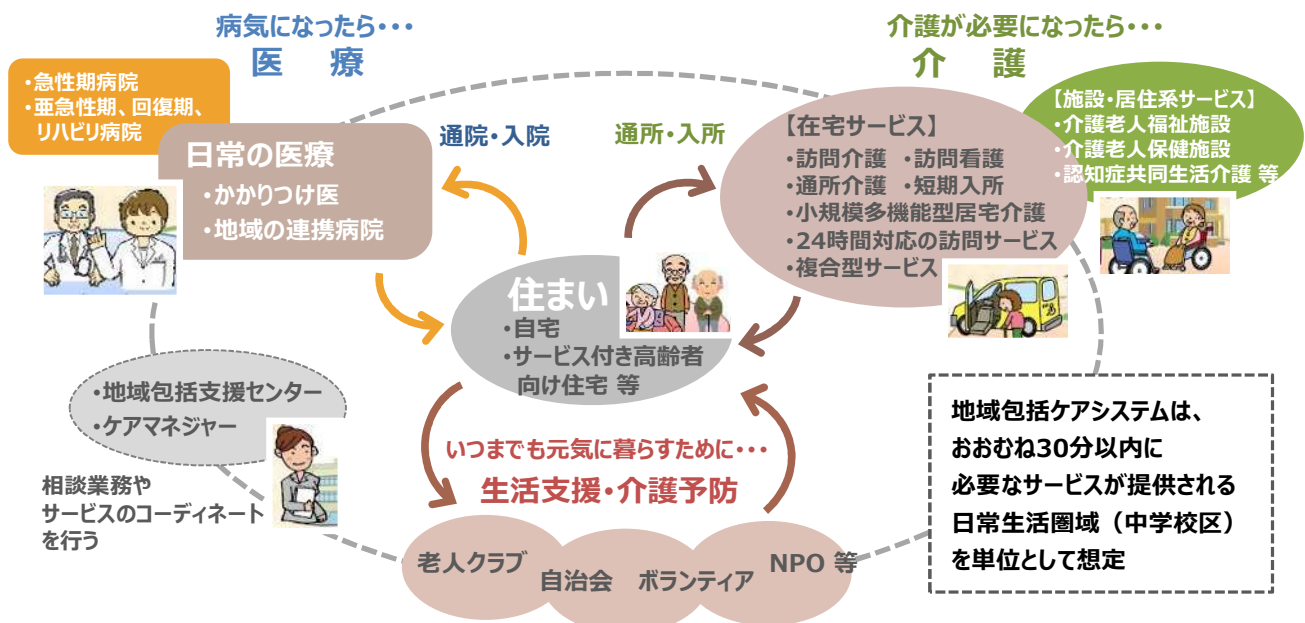
39

39

地域包括ケアシステム

2025年（平成37年）を目途に、

- ・高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、
- ・可能な限り住み慣れた地域で、
- ・自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、
- ・地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進



（厚生労働省資料を一部改変）

40

認知症高齢者施策と地域包括ケアシステムとの関係

- 高齢者人口の約 1 割が認知症高齢者
- 要介護認定者の約 6 割が認知症高齢者
⇒ **今後も増加が予測**されている。
- 介護サービス利用者の多くが何らかの認知症がある。
- また、認知症高齢者の半数は在宅で生活している。
⇒ **各介護サービスにおいても認知症への対応が求められる。**
- 各地域の実情に応じて、医療サービスから介護サービスへのシームレス（切れ目ない）のサービス提供が求められている。
⇒ **認知症施策においても医療サービスから介護サービスへの切れ目ない対応や連携が必要。**
- 各自治体では、今後、地域包括ケアシステムの構築を含めた街づくりを行う必要がある。
⇒ その際、**認知症施策を主眼においた街づくりが求められる。**

地域包括ケアシステムの体制構築には、認知症高齢者施策が必須

41

2012京都文書（京都式オレンジプラン）

◆認知症の疾病観を変えることから始める <冒頭>

家族介護とそれが限界を迎えたときの入院・入所しかなかった時代、既に多くのものを失ってからしか医療とケアとの出会いはなかった。そんな従来の認知症の疾病観は極論すれば、認知症の終末像を中心に構築されたといえることができる。

（・・中略）

癌などの他の疾患が「死の宣告」から「生きるための告知」に転換していった過程にならって、初期の疾患イメージが変わることが重要になる。

（・・中略）

多くの疾患がそうであったように、**初期の疾患イメージと手当の方法が確立すると、終末期の姿が大きく変化していく。**認知症の人が今よりもっと豊かな人生を生きることができるようになることで、認知症の疾病観は確実に変わっていく。

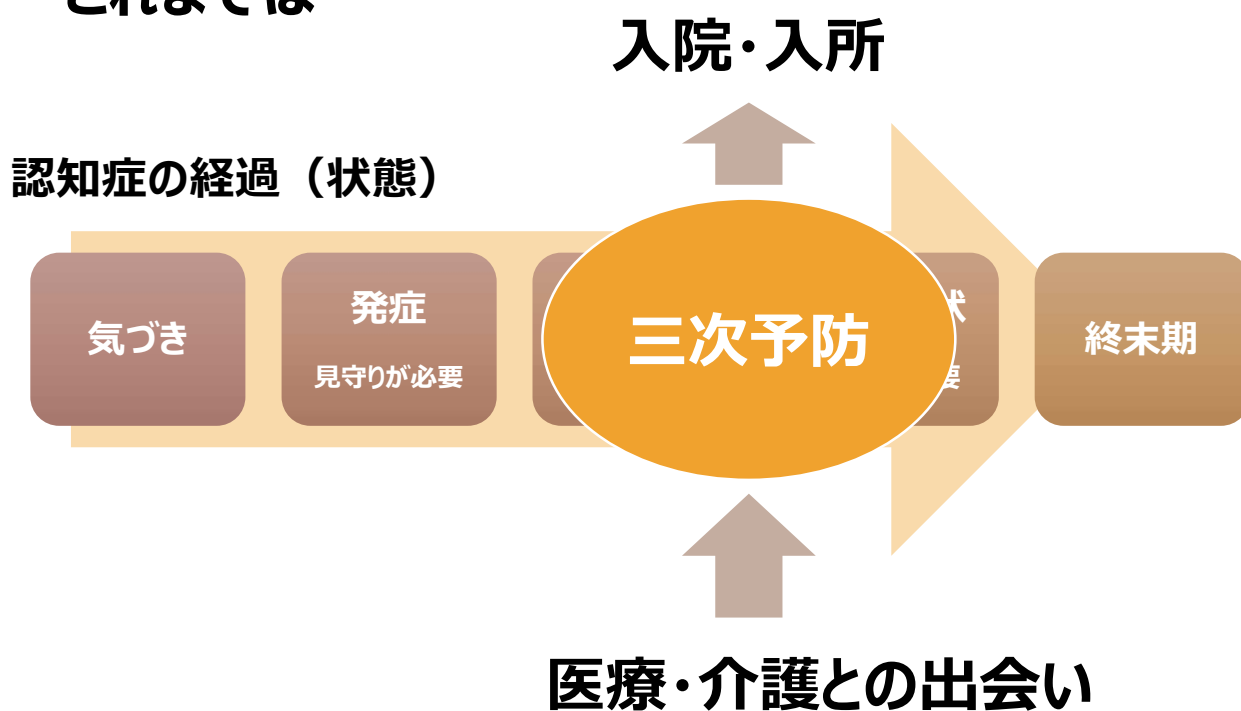
42

◆認知症の疾病観を変えるためには <冒頭>

認知症の疾病観を変えるためには、つまり初期の疾患イメージと手当の方法を確立するためには、**出会いのポイントを前にずらすこと**が必要になる。家族や周囲との関係を含め、すべてを失い、すべてが壊れた後に医療とケアと出会うと、その出会いは多くの場合侵襲的なものにならざるをえない。彼らの生活の連続性を絶ち、生活を根こそぎにする形で始まる医療とケアとの出会いは不幸である。せめて生活を奪わない医療やケアでありたい。医療やケアの侵襲性を最小限にするためには、失う前、壊れる前に彼らと出会う必要がある。

43

これまでは…

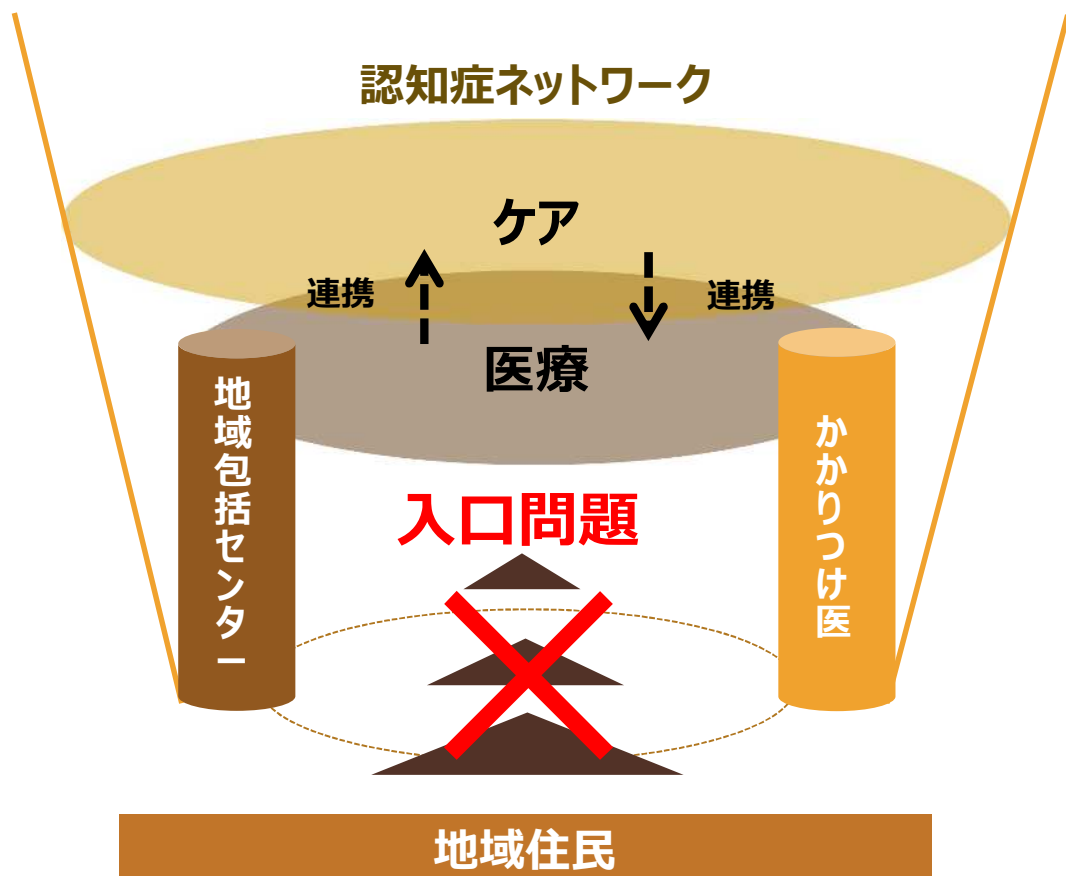


44

地域包括ケアシステムの目指すところ



45



46

認知症対策における入り口問題

◆アクセスする側（認知症の人やその家族）の要因

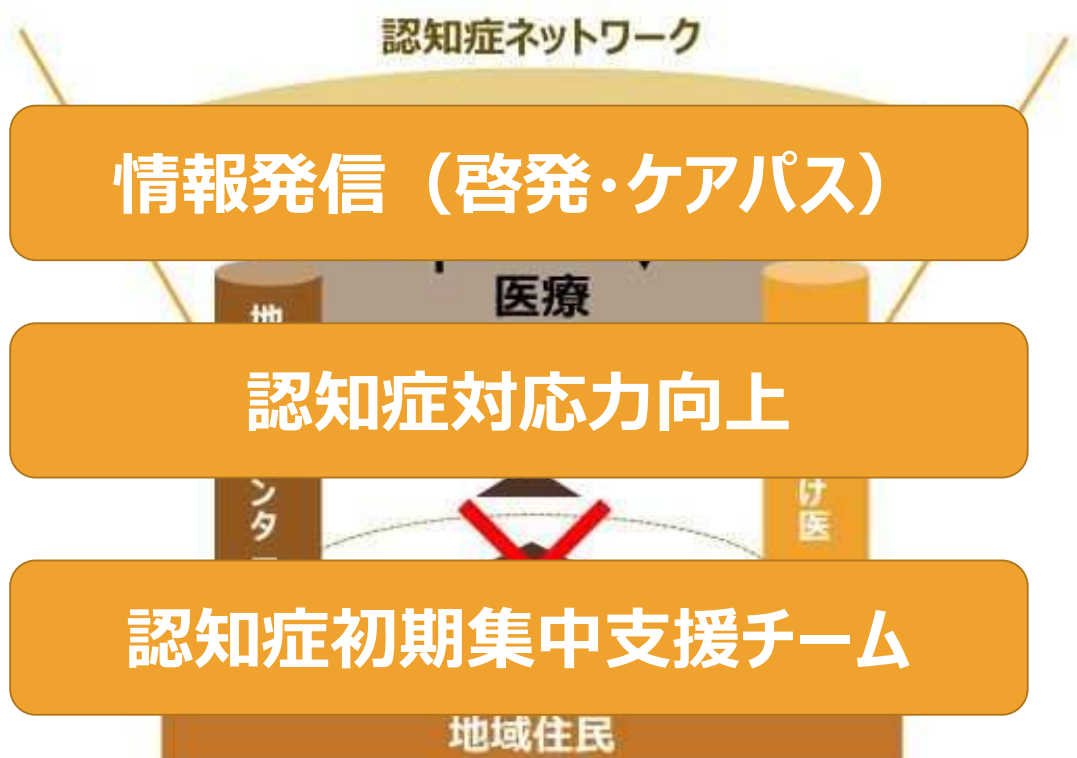
- ・ 独居、老老世帯、キーパーソンの不在
- ・ 家族の知識不足や抱え込み・隠し続け
- ・ 家族が周囲・社会から孤立
- ・ 貧困
- ・ 精神障害等がもともとある複合的ケース

◆アクセスを受ける側（専門職、市民、行政など）の要因

- ・ かかりつけ医の認識・知識不足
- ・ 地域包括センターの経験・技術不足、制度的問題
- ・ 地域連携（医療・ケア・行政・住民）の不足
- ・ アウトリーチ機能の未成熟・不在
- ・ 地域力の不足（新興住宅地など）

47

入口問題対策（オレンジプラン施策）



48

認知症啓発の説明のポイント

- 認知症は脳の疾患によって起こる
- 早期発見・早期対応によって、可逆性の疾患の治療ができたり、進行性の認知症であっても認知機能障害の進行を遅らせることができる
- 適切な治療とケアにより本人の症状を緩和し、本人の苦痛や家族の介護負担を軽減することが期待できる
- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、認知症の人と家族を地域全体で支えていく必要がある
- 認知症の人と家族を地域全体で支えるサポート体制や様々な支援があり、活用が可能である
- 認知症は、適切な対応や治療により発症を遅らせたり、進行を予防できる

49

認知症ケアパス

認知症ケアパスとは

『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』

(認知症施策推進大綱より引用)

- ・ 認知症ケアパスを地域ごとに確立し、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。
- ・ 認知症ケアパスは、医療・介護関係者間の情報共有のツールでもあり、サービスが切れ目なく提供されるように医療機関でも積極的な活用が望まれる。

50

認知症の状態に合わせて利用できる支援の一覧表

会津若松市では、認知症の方や介護する家族などを支援する体制の充実を推進しています。
認知症の状態に合わせ、介護保険サービスや公的サービス、その他の支援を上手に利用しましょう。

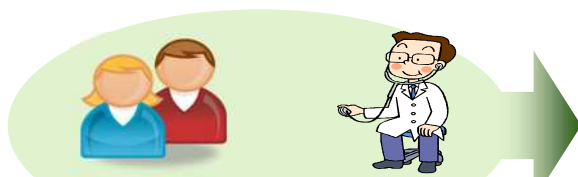
認知症の介護は、介護する人がストレスをためないことが大切です。
1人で抱え込まず、手助けする人とつながりましょう。

		気づきの時期 (変化が起きた時)	発症した時期 (日常生活で見守りが必要)	症状が多 (日常生活に手助け・介護が必要)	発する時期 (日常生活に手助け・介護が必要)	身体面の障害が重なる時期 (常に介護が必要)	終末期
相談		地域包括支援センター・認知症疾患医療センター・ケアマネジャー・認知症の人と家族の会・各種電話相談（連絡先：10ページ）					相談
予防		健康づくり事業・介護予防講座・介護予防教室 あいづわくわく学園・ゆめ寺子屋・サークル活動 老人クラブ・地域ふれあいサロン 介護予防サービス（ディサービス・通所リハビリなど）					予防
医療		かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局・認知症疾患医療センター 訪問看護・精神科（外来・急性期増悪期の一時入院）					医療
介護		介護サービス（ディサービス・通所リハビリ・訪問介護・訪問看護・ショートステイなど）					介護
生活支援 家族支援 安否確認 権利を守る		緊急通報システム・訪問給食サービス・日常生活用具貸付 紙おむつ等購入経費の助成・高齢者車いすタクシー利用助成券・介護者慰労金 民生児童委員・高齢者福祉相談員・老人クラブ・認知症サポーター（※①）・孤立死防止ネットワーク・地域支援ネットワークボランティア 認知症カフェ（※②）・認知症の人と家族の会・家族介護者交流会 日常生活自立支援事業 成年後見制度					生活支援 家族支援 安否確認 権利を守る
住まい		グループホーム・老人保健施設 介護老人ホーム 特別養護老人ホーム 自宅・公営住宅・民間住宅・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅					住まい

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を訪問し、アセスメント、家族
支援等の初期の支援を包括的・集中的
（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

（保健師、看護師、作業療法士、
精神保健福祉士、社会福祉士、
介護福祉士等）

認知症サポート医 である医師（嘱託）

- 配置場所 地域包括支援センター等
診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人
（ア）認知症疾患の臨床診断を受けていない人
（イ）継続的な医療サービスを受けていない人
（ウ）適切な介護保険サービスに結び付いていない人
（エ）診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状が顕著なため、
対応に苦慮している

認知症カフェ

認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と
相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場

- 認知症地域支援推進員等の企画により地域の実情に応じて展開
- 設置主体は 地域包括支援センター、介護サービス施設・事業所が多い

認知症
カフェ
の要素

- ① 認知症の人とその家族が安心して過ごせる
- ② 認知症の人・家族が気軽に相談できる
- ③ 認知症の人とその家族が自分たちの思いを吐き出せる
- ④ 本人と家族の暮らしのリズム、関係性を崩さずに利用できる
- ⑤ 認知症の人と家族の思いや希望が社会に発信される
- ⑥ 一般の地域住民が認知症の人やその家族と出会う
- ⑦ 一般の地域住民が認知症のことや認知症ケアについて知る
- ⑧ 専門職が本人や家族と平面で出会い、本人家族の別の側面を発見する相互扶助の輪を形成できる
- ⑨ 運営スタッフにとって、必要とされていること、やりがいを感じる
- ⑩ 「自分が認知症になった時」に安心して利用できる場を知り、相互扶助の輪を形成できる

出典：平成24年度老人保健健康増進等事業
「認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業」

53

ひだまり cafe

認知症カフェ

ひだまり

どなたでもお気軽においで下さい
すこしのんびりしませんか

家族の
みなさんです

お天気の
良い日は
外で喫茶

開店時間 毎月第3木曜日
11時～14時

場 所 河東園芸ふれあいセンター

メニュー ランチセット(ドリンクつき)…500円
ドリンクのみ……………200円

一人で悩んでいませんか
同じ立場の方とお話しませんか
ゆっくり、のんびりお茶しませんか
心が少し軽くなりますよ

営業日
(平成28年・29年は3月より)

平成28年
4/21・5/19・6/16
7/21・8/18・9/15
10/20・11/17・12/15

平成29年
3/16

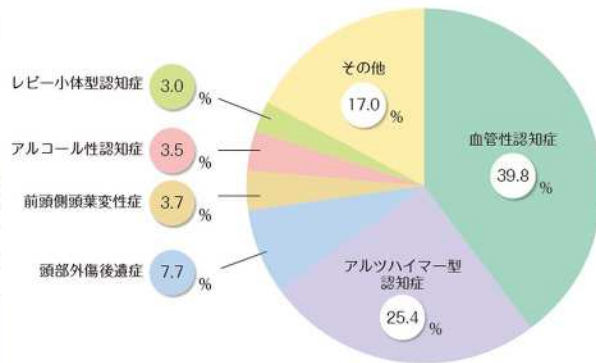
社会福祉協議会 ● 河東事務所
河東事務所 ● 保健センター
河東事務所 ● 河東公民館
ひだまり ● 河東保健センター
河東事務所 ● 河東水戸
河東事務所 ● 河東水戸
河東事務所 ● 河東水戸

主催：認知症の人と家族の会 河東地区分 代表 十屋あき子 090-6688-1110

54

若年性認知症の特徴と現状

- 全国における若年性認知症者数は
- 18～64歳人口における人口10万
- 基礎疾患としては、**血管性認知症**、**アルツハイマー型認知症**、**頭部外傷後遺症**7.7%、**前頭側頭**
レビー小体型認知症3.0%の順で



認知症高齢者との違い

- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断しにくい
- 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護となる。
- 家庭内での課題が多い
(就労、子供の教育・結婚 等)

- ・ 若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い (H24年度：39.1%)
※認知症高齢者からの相談では男性は 9.1%
- ・ 本人からの相談が多い (H24年度：40.0%)
※認知症高齢者からの相談では本人からは 0.9%
- ・ 社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い

※の認知症高齢者の電話相談における割合は：
「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用

55

若年性認知症の人への支援

- 若年性認知症は 高齢者の認知症とは年齢や置かれている環境が異なるため、本人や家族の心理状態・社会経済的状态に配慮が必要である。
- 早期診断や早期治療、適切な支援や相談機関や支援機関へのつなぎなどがかりつけ医の役割である。
- 若年性認知症支援のハンドブックの配布、都道府県ごとの専門相談窓口の設置や相談窓口への若年性認知症支援コーディネーターの配置、若年性認知症コールセンターの周知などが重要である。

【若年性認知症支援コーディネーターの役割】

- ・ 本人やその家族、職場等からの電話等による相談窓口
- ・ 適切な専門医療へのアクセスと継続の支援
- ・ 利用できる制度・サービスの情報提供
- ・ 関係機関との連絡調整

専門職向け



本人・家族向け



56

若年性認知症の人への支援のネットワーク

「認知症総合戦略推進事業」若年性認知症施策総合推進事業（実施主体：都道府県・指定都市）

〈〈 相談（相談窓口）〉〉

- ① 本人や家族との悩みの共有
- ② 同行受診を含む受診勧奨
- ③ 利用できる制度、サービスの紹介や手続き支援
- ④ 本人、家族が交流できる居場所づくり

〈〈 支援ネットワークづくり〉〉

- フンストップの相談窓口の役割を果たすため、医療・介護・福祉・労働等の関係者による支援体制（ネットワーク）の構築
- ネットワークにおける情報共有、ケース会議の開催、普及啓発等

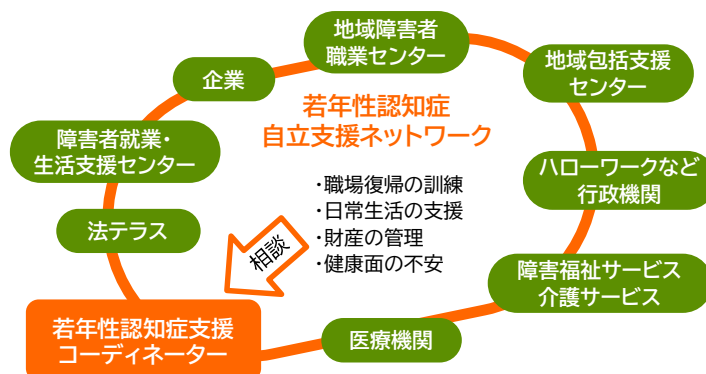
〈〈 普及・啓発〉〉

- 支援者・関係者への研修会の開催等
- 企業や福祉施設等の理解を促進するためのパンフレット作成など

これらの支援を一体的に行うために **若年性認知症支援コーディネーター** を各都道府県に配置

若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援

- ① 若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握
- ② 若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり
- ③ 産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知
- ④ 企業における就業上の措置等の適切な実施など治療と仕事の両立支援の取組の推進
- ⑤ 若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知 等



57

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

趣旨

- 意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様。
- 意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの。

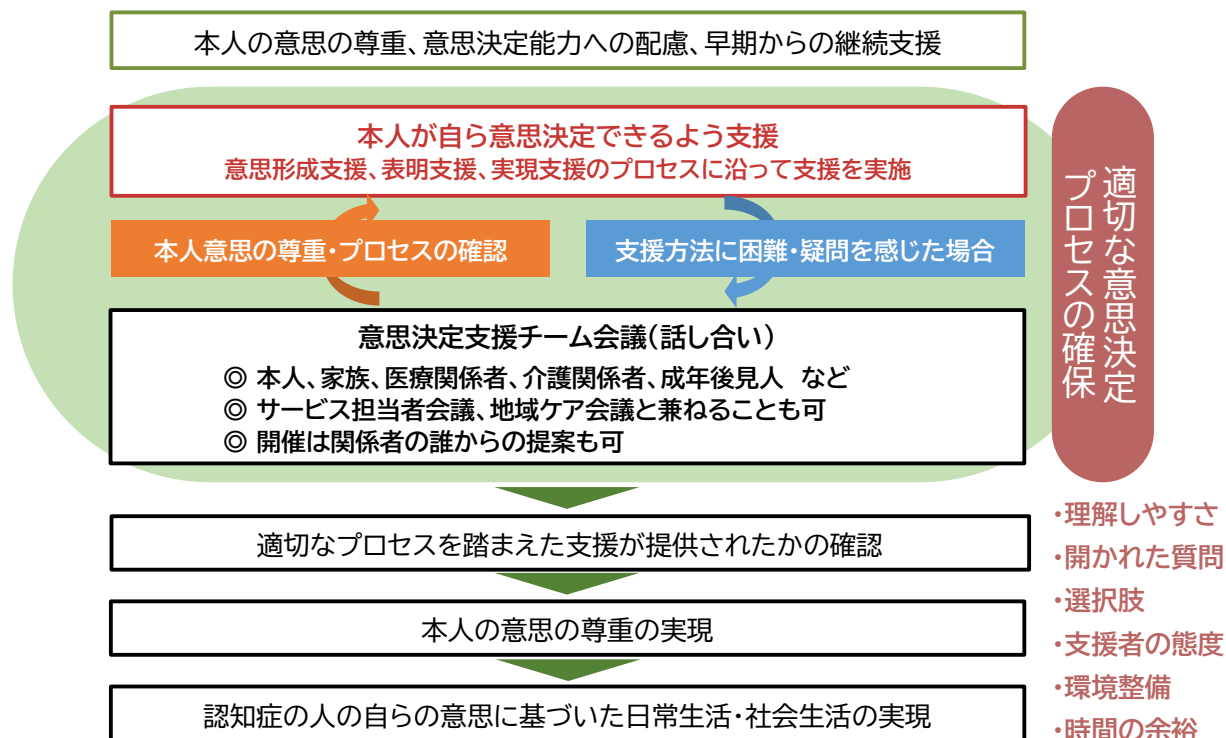
基本事項（誰のための・誰による・支援なのか）

- 認知症の人ための
（認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。）
- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
（意思決定支援者）
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
（意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援）

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 組込型研修の視聴

58

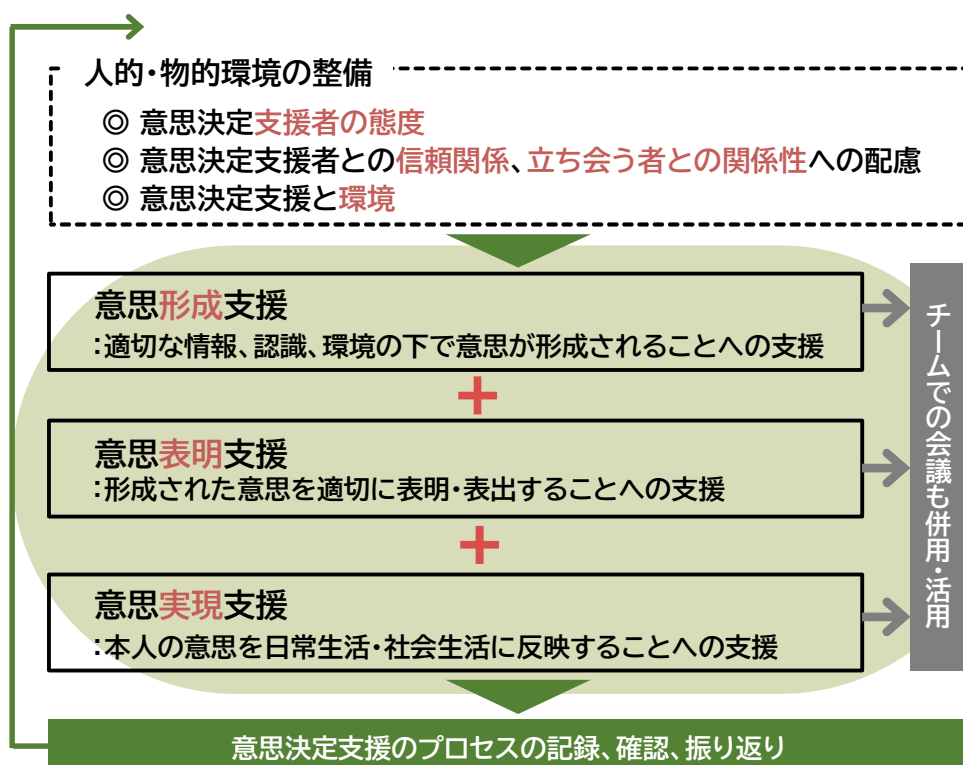
生活支援としての意思決定支援



認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(H30.6) に一部追記

59

意思決定支援のプロセス



認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(H30.6) より

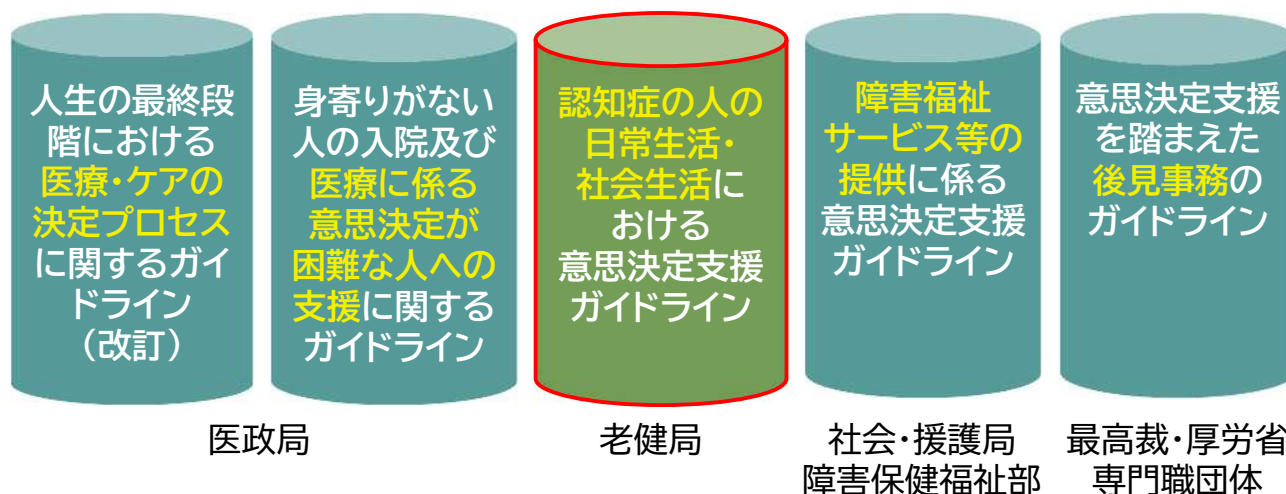
60

各意思決定支援ガイドライン

【意思決定支援ガイドラインの策定推進の背景】

- ◎ 障害者の権利に関する条約
- ◎ 成年後見制度利用促進法
- ◎ 成年後見制度利用促進基本計画(2017年3月閣議決定)

【公表されている5つの意思決定支援ガイドライン】



61

Advance Care Planning(ACP)

人生会議

ACPとは

『将来の変化に備えて、将来の医療及びケアについて患者さんを主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと』

ACPの目標

- 患者さん本人の人生観や価値感、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化する。

ACPの原則(主体は患者さん本人)

- コミュニケーションの促進、治療の選択肢・予後の情報共有、治療計画の共同作成、繰り返しの話し合いなどが原則である。
- 認知症の特性に考慮したACPの啓発・普及が課題である。
- かかりつけ医が多職種と共に患者さんの意思に寄り添うことが理想である。

62

改正道路交通法と認知症

改正道路交通法(平成29年3月12日施行)

- 75歳以上の高齢者が**運転免許を更新する際には、認知機能検査**を受検し、その結果によって、「**高齢者講習**」や「**臨時適性検査** または **医師の診断書**」が必要となる。
- 75歳以上で、**一定の違反行為(基準行為)**があった場合には、**臨時認知機能検査**を受検し、その結果によって、「**臨時高齢者講習**」や「**臨時適性検査** または **医師の診断書**」が必要となる。

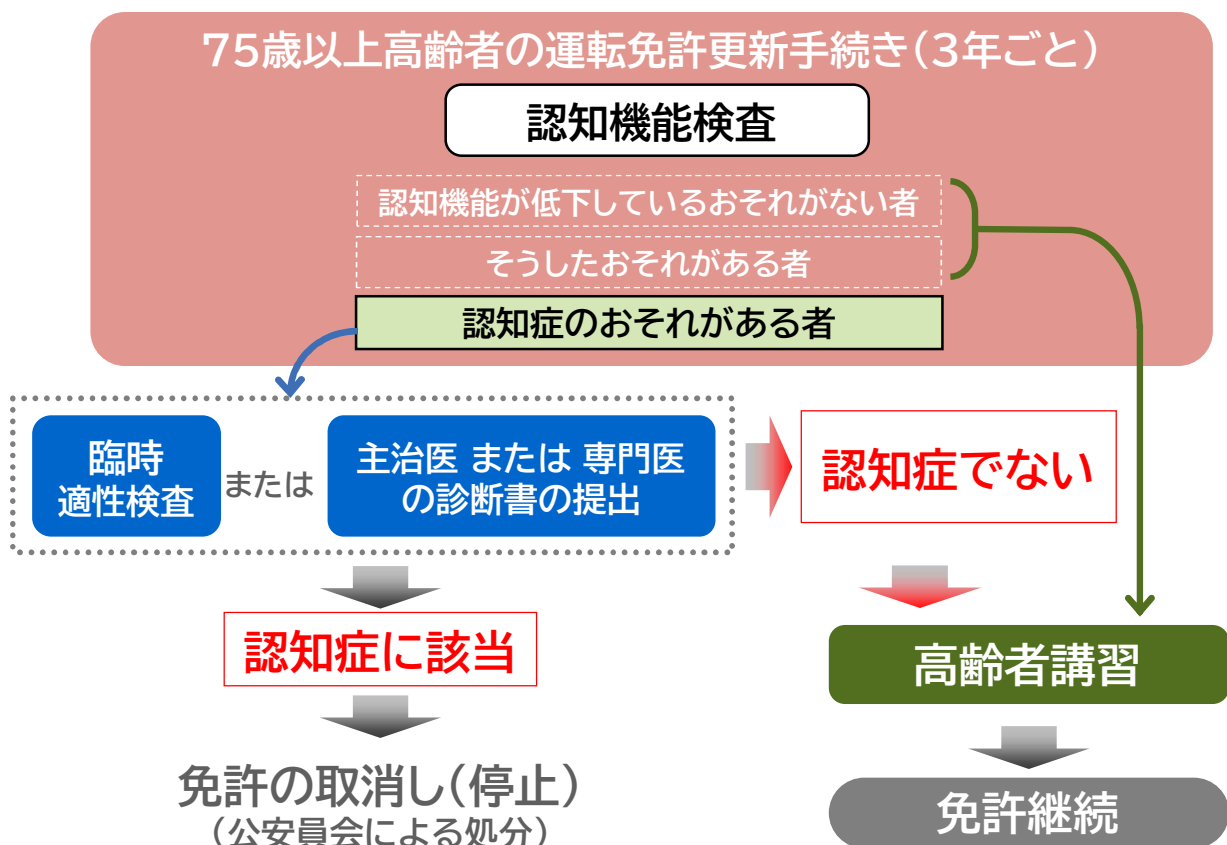
※ 臨時適性検査の受検及び診断書の提出は、都道府県公安委員会より本人に対して通知・命令される。

改正後の課題

- 正確な認知症診断や判定、自主返納後や運転中断後の生活の維持、症状の進行予防、社会的孤立などへの支援や連携が課題であり、かかりつけ医の役割も大きい。

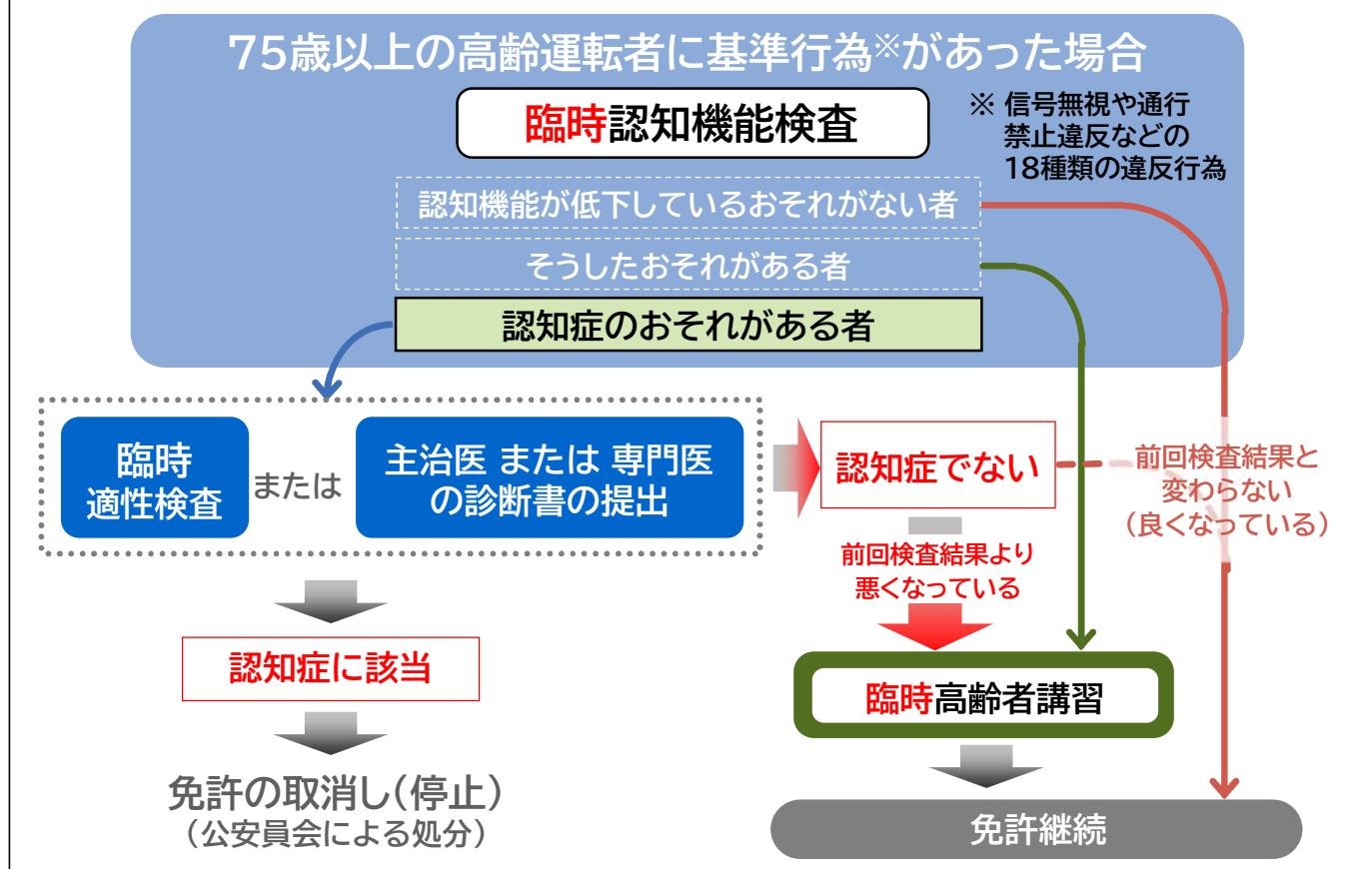
63

75歳以上高齢者の運転免許更新手続き



64

一定の違反行為(基準行為)があった場合

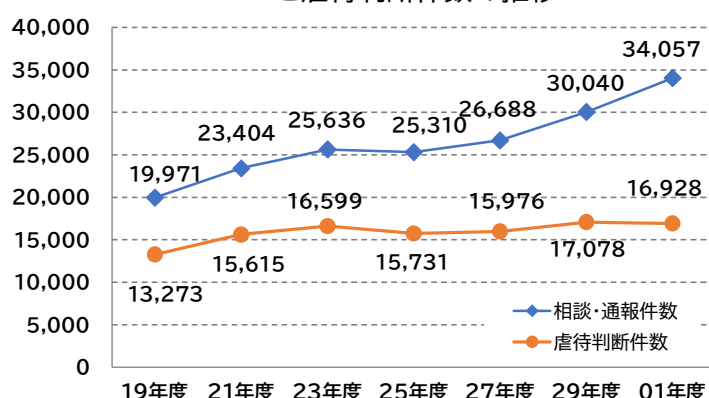


65

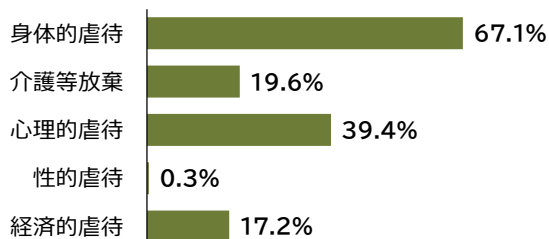
養護者による高齢者虐待の現状

- 養護者による高齢者虐待は年々増加している
- 被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護放棄」を受ける割合が高い
- 介護保険未申請・申請中・自立において、虐待の程度(深刻度)4・5の割合が高い

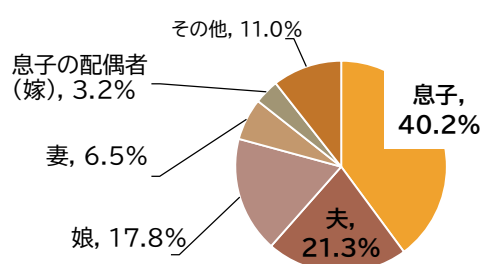
養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



虐待の種類割合



被虐待高齢者からみた虐待者の続柄



出典:厚生労働省「令和元年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果」

66

高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割

高齢者虐待防止法における医師の通報義務

医師は、虐待を受けたと思われる高齢者を発見し、高齢者の生命又は身体に重大な危機が生じている場合は、速やかに市区町村・地域包括支援センターに必ず通報しなければならない
(“生命・身体への重大な危機”以外の場合は努力義務)

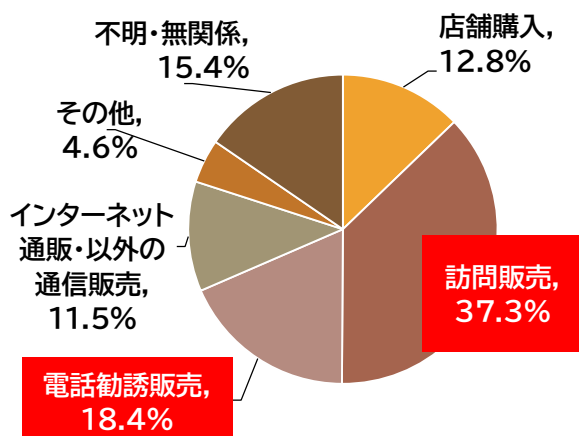
- ▶ 高齢者虐待の早期発見、未然防止、地域の取り組みへの協力などかかりつけ医の役割は極めて重要
- ▶ かかりつけ医は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者の権利擁護や介護を担ってきた養護者を支援することも重要

67

消費者被害の現状

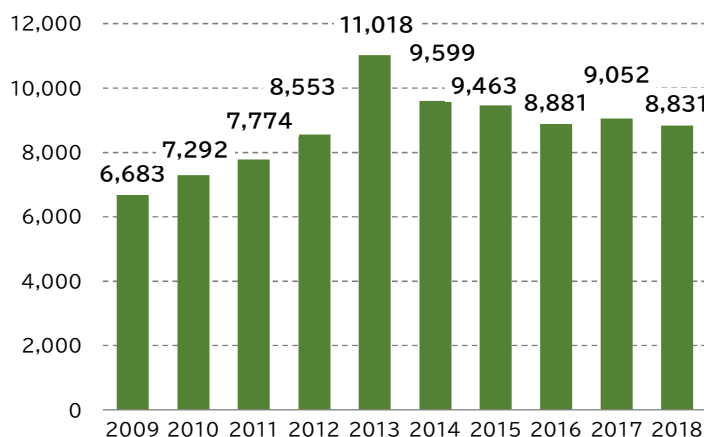
認知症等高齢者の販売購入形態別消費生活相談割合

○訪問販売と電話勧誘販売が半数以上



認知症等高齢者に関する消費生活相談件数

- 高齢者の相談は全体の35%
- 相談1件あたりの平均契約購入額150.9万
- 約8割で相談者と契約者が異なる



消費者庁「令和元年版消費者白書」

68

認知症と成年後見制度

高齢者：平成12年より介護保険制度導入

障害者：平成15年度より支援費制度導入

平成18年度から 障害者自立支援法へ

平成25年度から 障害者総合支援法へ

「措置」から「契約」へと制度を転換

- ・高齢者、障害者が自らの意思でサービスを選択し、契約に基づき介護・福祉サービスを利用する仕組みを導入
- ・認知症等の障害により判断能力が不十分な者が行う契約という法律行為を支援する仕組みが不可欠となる

高齢者・障害者等の尊厳の保持

- ・判断能力が不十分な認知症の人の尊厳の保持のためにも、必要に応じて本人の意思を代弁しうる仕組みが不可欠
- ・高齢者虐待への対応、消費者被害等の未然防止にも有効

69

成年後見制度の仕組み

○任意後見制度

本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来、判断能力が不十分となった場合に備え、「誰に」「どのように支援してもらうか」をあらかじめ契約により決めておく制度

○法定後見制度（下表参照）

本人の判断能力に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の3つの類型がある。家庭裁判所に審判の申立てを行い、家庭裁判所によって、援助者として成年後見人・保佐人・補助人が選ばれる制度

		後 見	保 佐	補 助
対象者		判断能力が全くない	判断能力が著しく不十分	判断能力が不十分
申立て権者		本人・配偶者・4親等内の親族、検察官、市区町村長など		
成年 後見人 等の 権限	必ず 与えられる 権限	財産管理についての 全般的な代理権、取消権 (日常生活行為を除く)	特定の事項※1についての 同意権※2、取消権 (日常生活行為を除く)	—
	申立により 与えられる 権限	—	▶ 特定事項※1以外の事項 についての同意権※2、 取消権 (日常生活行為を除く) ▶ 特定法律行為※3 についての代理権	▶ 特定事項※1の一部 についての同意権※2、 取消権 (日常生活行為を除く) ▶ 特定法律行為※3 についての代理権

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項(民13 I)

※2 特定の法律行為を行う場合に、本人に不利益がない場合の同意権限

※3 民13 Iに挙げられる、要同意の行為に限定されない

70

日常生活自立支援事業と成年後見制度

○日常生活自立支援事業は、判断能力などは不十分でも契約行為が行え、身近に親族などの支援者がなく
金銭管理等できないで困っている人を支える仕組み

○成年後見制度は、さらに認知症が進行し、財産管理及び身上監護に関する契約等の法律行為全般を行う仕組み

日常生活自立支援事業		成年後見制度
厚生労働省	所轄庁	法務省
社会福祉法	法律	法定後見制度：民法 任意後見制度：任意後見契約に関する法律
認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力が不十分な方であり、なおかつ、本事業の契約内容について、判断し得る能力を有していると認められる方(判断能力が全くない方は対象外)	対象者	認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力が不十分な方(補助・保佐)及び判断能力が全くない方(後見)
市区町村社会福祉協議会の職員(専門員、生活支援員)	援助者	法定後見制度：補助人・保佐人・後見人 任意後見制度：任意後見人
社会福祉協議会への相談(本人、家族、関係機関から)	手続きの開始	本人、配偶者、4親等内の親族、市区町村長、検察官、任意後見人等が家庭裁判所へ申立て
「契約締結判定ガイドライン」により確認 困難な場合、契約締結審査会で審査(都道府県社協に設置)	意思能力の確認・ 審査や鑑定・診断	医師の診断書を家庭裁判所に提出 (必要に応じて、鑑定を行うことがある)
本人負担 生活保護世帯は公費負担あり	利用中の費用	本人が負担 金額については家庭裁判所が決定
運営適正化委員会(都道府県社協に設置)	監督機関	法定後見制度：家庭裁判所、成年後見監督人 任意後見制度：家庭裁判所、任意後見監督人

福祉サービスの利用、日常生活費(預金の入出金・通帳の預かり等)の管理、日常生活の購入代金の支払い、各種届出などの手続きを支援する。
社会福祉協議会と支援計画を作成し、利用契約を結ぶ。

親族等(推定相続人)への照会、作業等の手続きがあり、2か月以上を要するほか、後見人等は家裁の職権によって選任され、後見業務は本人の死亡等まで継続し、選任された人物に対し不服申立てはできない。後見が開始されると、印鑑登録できなくなる。

71

認知症関連施策のあゆみ 概要

- 昭和38年 老人福祉法 制定 (特別養護老人ホームの創設等)
- 昭和57年 老人保健法 制定 (疾病予防や健康作り)
- 昭和59年 認知症ケアに関する研修事業開始
- 平成元年 老人性痴呆疾患センター 開始
- 平成 4年 認知症対応型デイサービスセンター 開始
- 平成 9年 認知症対応型グループホーム 開始
- 平成12年 介護保険法制定
- 平成16年 痴呆 → 認知症 へ用語の変更
- 平成17年 認知症サポーター養成研修
認知症サポート医養成研修 開始
- 平成18年 かかりつけ医認知症対応力向上研修 開始
- 平成20年 認知症疾患医療センター 開始
- 平成24年 「認知症施策推進5ヵ年計画」(オレンジプラン) 策定
- **令和元年 認知症施策推進大綱**

認知症施策推進大綱の概要

－令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定－

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し
認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進

具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

▶▶ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人
への支援・社会参加支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人や家族の視点の重視

73

これからの認知症施策の key Word

共生

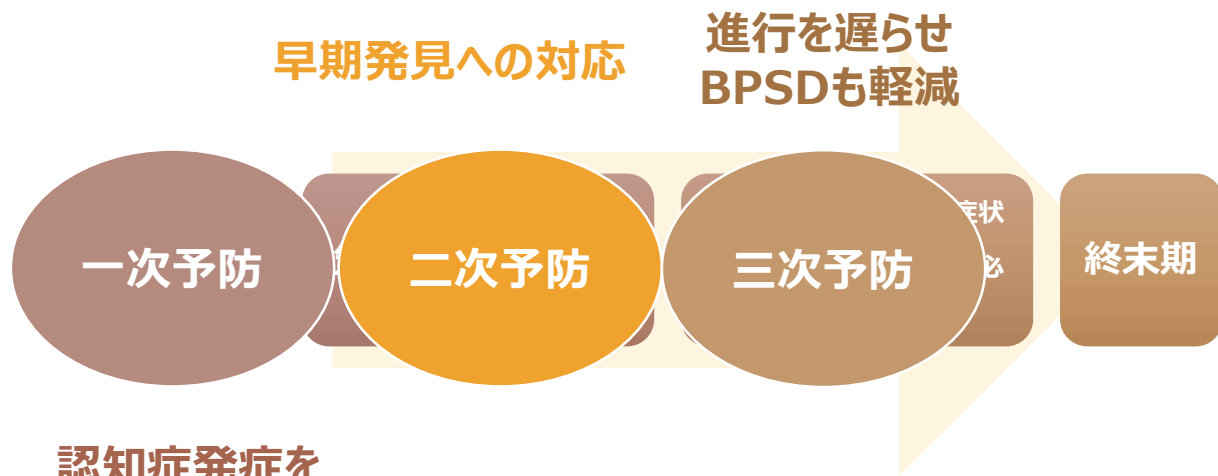
認知症の人が尊厳と希望をもって、認知症とともに生きる
(認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる)

予防

認知症になるのを遅らせる
認知症になっても進行を穏やかにする

74

認知症の予防

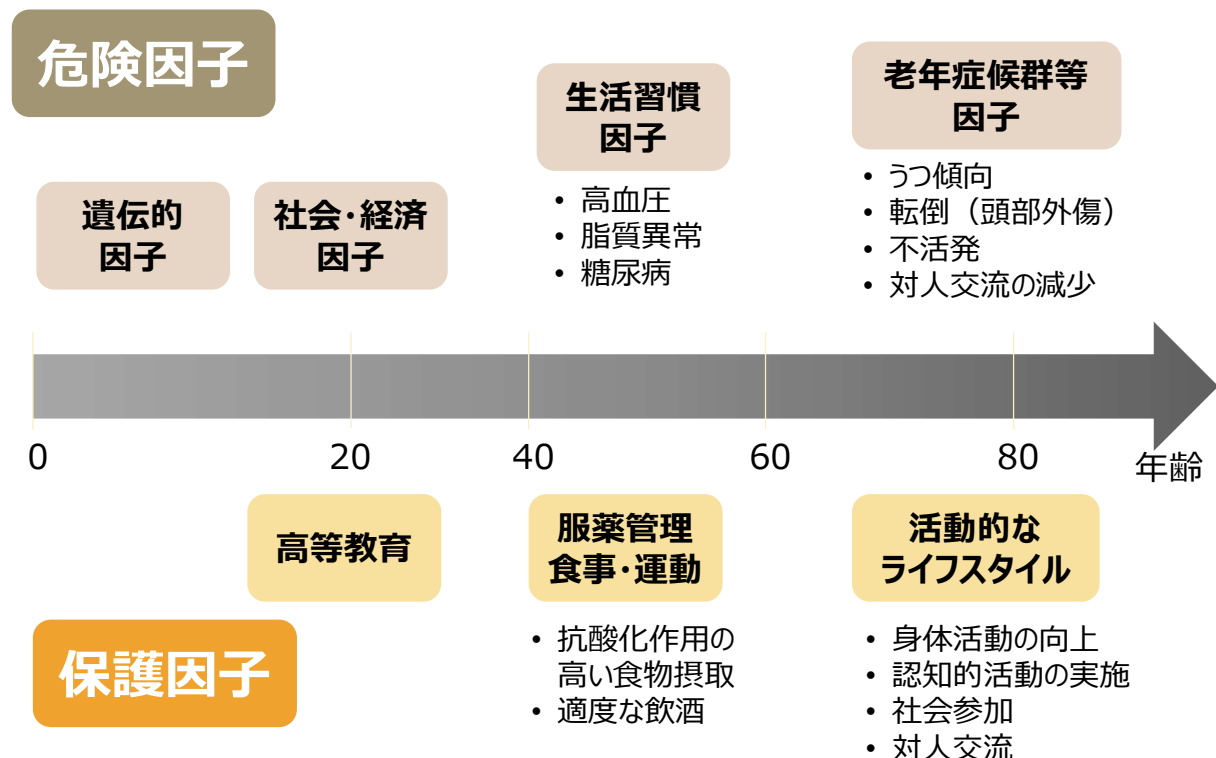


認知症発症を
先送りする

これからのテーマ！

75

認知症の保護因子と危険因子



認知症予防に向けた運動 コグニサイズ（国立長寿医療センター）より

76

認知症とともに生きる希望宣言

一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ

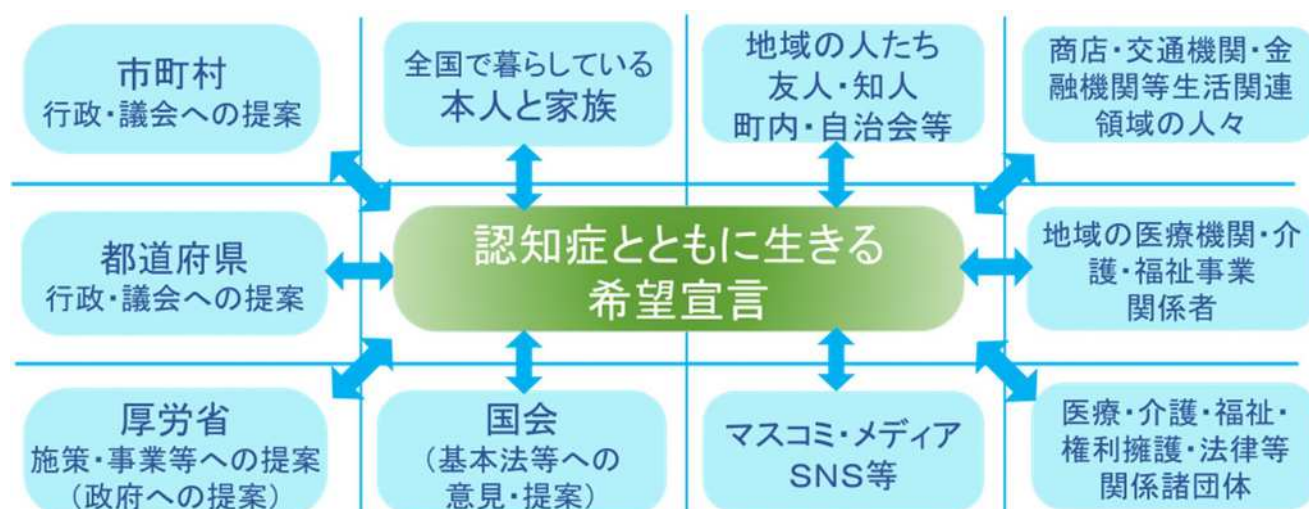
- 1 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
- 4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)(平成30年11月1日) <http://www.jdwg.org/statement/>

77

「希望をもって共に生きる」ための地域づくり

認知症の人が、希望をもって共に生きるための地域づくりには、立場や職種を超えた関わりが必要であり、かかりつけ医もその一員である。



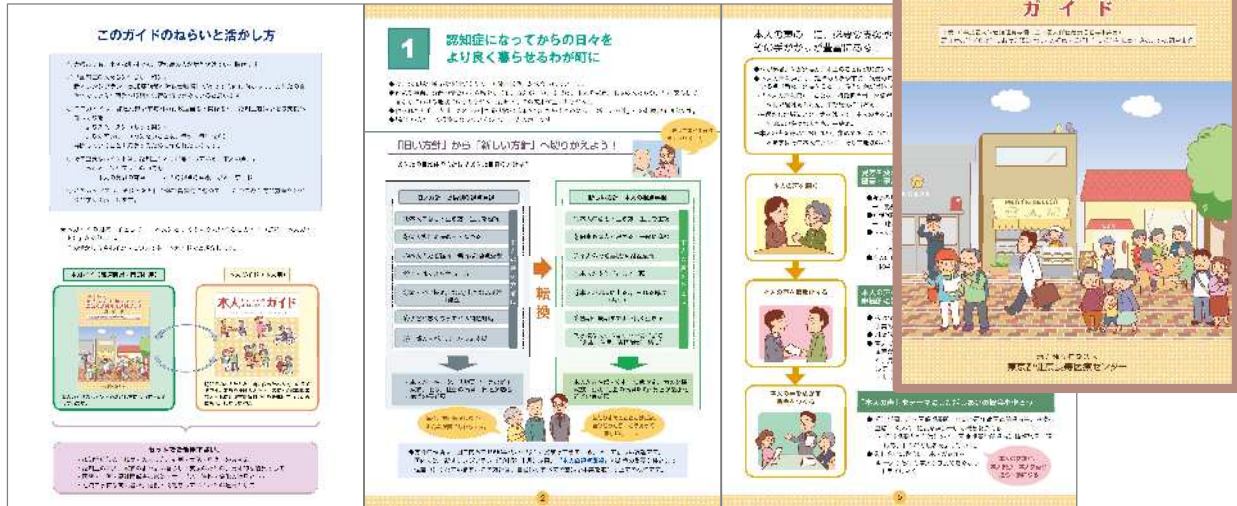
日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)(平成30年11月1日) <http://www.jdwg.org/statement/>

78

本人の視点を重視した施策の展開

「本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド」

- 都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりをより効率的に展開していくことを支援するためのガイド



平成29年度老人保健健康増進等事業
「認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より

79

認知症対応におけるかかりつけ医の役割

- 早期段階での発見・気づき役になる
- 認知症に対する相談や心配に適切な対応をする
- 日常的な身体疾患への対応、健康管理を行う
- 家族の介護負担、不安への理解を示し、共感的な精神的支えとなる
- 専門医との連携構築を行い、チームアプローチのコーディネーターとなる
- 適切に専門医療機関への受診誘導を行う（医療連携）
- 地域の認知症介護サービス諸機関や多職種との協働・連携を行う

かかりつけ医に期待される役割

～認知症医療の特殊性と望まれる対応～

- ◎ 認知症に対する誤解と偏見が根強い
 - ➡ 地域や医療現場での啓発や気づき
- ◎ 早期の診断や鑑別診断が難しい場合がある
 - ➡ 医師の専門性を生かした医療連携
- ◎ 増加する患者さんに対し専門医療機関が少ない
 - ➡ かかりつけ医での治療の継続と医療連携
- ◎ 医療のみでの対応には限界がある
 - ➡ 歯科医師、薬剤師、介護、行政、地域との連携

- 認知症の早期発見・早期対応の重要性の理解
- 認知症の診断、治療、ケア、連携に関する知識の習得
- 認知症の人と家族を支える方法の理解と地域での実践

81

診断直後に本人が支えになった「医師のことば」

～ 日本認知症ワーキンググループ 本人の語りより ～

「今は治すことはできないけれど、薬の開発が進んでいます。良い状態を保つために、一緒にがんばりましょう。」

… この言葉をかけてもらったことが、大きな支えになりました。 (50代 女性)

「心配しないでください。わたしがこれから、ずっとみていきますよ。」

… どれだけ、心強かったことか。後の説明はまったく覚えていませんが、これだけはしっかりと覚えています。 (60代 女性)

「おどろかれましたね。でも、この薬は、人の安心が一番の薬です。これから少しでも安心してください。」

… この言葉で、妻もわ (60代 男性)

「昔とちがって、今は認知症でも、家で過ごすだけでいい。外に出る必要はないで、外に出て。」

… ばあつと視界が開けた。 (60代 男性)

「勇気がいったでしょう。よく受診されましたね。病気がなんだかわかってよかった。病気と上手につきあってください。わたしもできるだけのことをしますので。」

… よく説明してくれて、この先生についていこうと思った。 (70代 男性)

「今は地域でいろいろな人が支えてくれますよ。一人で悩まないで。家に戻って落ち着いたなら、ここの〇〇さんに相談してみるといいですよ。なんでも相談をきいてくれますよ。」

… 資料を渡していただき、その場所と電話番号に〇印をつけていただきました。早速、電話しました。 (70代 女性)

寄り添う

82



研修、お疲れ様でした！