

シンポジウム

認知症の早期診断から適切なケア推進まで

- 第7回 阪和地域リハビリテーション研究会 シンポジウム -

2016年12月10日 収録
於 大学 大講義室

☆シンポジスト

松本 一生氏（松本診療所（ものわずれクリニック）院長、大阪市立大学大学院生活科学研究科 客員教授）

川北雄一郎氏（宇治市福祉サービス公社事務局次長）

由井 直子氏（社会福祉法人由寿会理事長）

村川 浩一（本学教授・図書館長）コーディネーター



村川： 本日は、阪和地域リハビリテーション研究会に各方面からお集まりいただき有り難うございます。大阪河崎リハビリテーション大学10周年・法人設立20周年記念の一環として、認知症をテーマとするシンポジウムを開催いたしました。認知症の医療と介護についてオール関西を見渡し、最先端の取り組みをなさっている御三方に、シンポジストとしてお出でいただきました。

「認知症の早期診断から適切なケア推進まで」と題し、これよりシンポジウムを始めて参りますが、前半は御三方よりお一人15～20分程度で講話をいただき、また後半では会場の皆さんからの質問にお答えいただきながら進めて参りたいと思います。前半は、松本さん、川北さん、由井さんの順でお話いただきます。

1. 松本 一生氏

（1）認知症とは？

「診断が早期の絶望にならないようにする」という最も大事なポイントで今日来ていらっしゃるケア

職・介護職のみなさん、この大学の卒業生をはじめとする先生方、たとえば理学療法士・作業療法士の方々、そして言語聴覚士の方々が、我々の医療分野と非常に深く関わるという話をさせていただきます。

認知症というのは、すでに認知症という病気になっている状態と、軽度認知障害と言う認知症の前段階があります。そして認知症でも、軽度の方、中程度の方、重度の方がいらっしゃるとうると認知症も3段階あって、軽度認知障害、そして歳なりの物忘れ、いわゆる健忘という方がいる、5段階くらいのイメージで捉えてください。

(2) MCIについて

その中で、地域の中での早期発見・早期対応で一番求められるのは、認知症になる前段階のMCI、軽度認知障害の人々です。これは私のクリニックで25年、3000名くらいの方を診た中での軽度認知障害から認知症に移行した843名の方をカルテに残して、発現を早く見つけることによってご自分でも、地域の方も気づかれるということがとても大事なポイントになる訳です。

物がなくなることが増えた。いつも作ってもらっている料理の味が変わった。待ち合わせや約束を間違えることが増えた、自分ではなく、相手が間違えることが増えたということを言います。

それから、何事も面倒くさくなってきた時が、実は大きなポイントで、自分の物忘れに気づく方々も決して少数ではありません。たくさんの方が今までとは違うと気づくときに、この4つプラスおとこの晩御飯の献立が思い出せないなどと訴えます。こういうポイントがいくつかあったときに自分が気になったら医療機関に相談しましょう。それもできればどこかの大病院に行くよりも、いつもその人のことやご家族のことを知ってくれている「かかりつけ」の先生を通じて、「こんなことがあるけれど大丈夫かな」と相談できる地域医療との結びつきが大事だという気がします。

ところが自分で気になる人もいれば、自分ではあんまり気にならないが、家族の人が気づくという軽度認知障害の方がいらっしゃいます。この方の場合には3つ以上思い当たれば相談してくださいと、地域の介護職やご家族に言うようにしています。

例えば、これまでよりも怒りっぽくなった、何度も確認することが増えた、家電の操作ができなくなった。特にダイヤルを操作しなくても、ボタンひとつ押せばすむ電子レンジが新しい器具になるともう使えないとなると、ここがポイントだってお考えいただいたらいと思います。何事にも関心を示さない。これは先ほどの本人も気づくときにも、私興味がなくなったっていうのと同じように、今度はご家族が身近で気づくのに、この人は何事にも関心を示さなくなってしまったというときに感じることが多い。そして、大きなお札での支払いばかりをする、これらに当てはめると軽度認知障害なのか、それとも健忘レベルで大丈夫なのか、かかりつけのお医者さんに相談されるといいかと思えます。

特に認知症の人の2016年までの3039名のカルテを当院では置いてあって（見送った人の分も置いてある）内訳を見ると、最初から自分の変化に気づいてらっしゃる方は67パーセントいらっしゃいます。



「私、最近物忘れが増えてきたけど、家族には内緒にしとかんといかんからな」「ご家族が知っておられたら安心ですよ」と言ったら「家族がこのことを知ったら、倒れてしまう。まだ仕事してるから。子育てもしないといけないから。ちょっと内緒にしておいて」という方も含めて67パーセントの方が自分で自分の異変に気づく。作業療法士、理学療法士、そして言語聴覚士の先生が、気づかれたときに我々精神医療とか神経内科とかそういうところと組んでください。これは特に言語聴覚士の先生であれば、コミュニケーション障害というあたりで気づいて連携させて下さい。

認知症があっても病識が全然ないという方はほぼいらっしゃらないですが、なかなか出てこない場合があります。うちの診療所でも長年来られて「先生、うちの家内診たってんかー。僕はなんともないけれど、家内の健康診断に今年も来ましたわ」と来られるアルツハイマー型の認知症の方がいらっしゃいます。その方は7年間病識がなかなか出てこない。ただし病気が進んだときに「俺、やっぱり物忘れ進んできたわ」という方もいらっしゃいます。つまり、形どおりに認知症というものは病識の有無だけでは語れないし、しかも物忘れの病気だから、その人自身はつらくないというような古典的な間違いに満ちた解釈をすると大変なことになる。

(3) 認知症：中核症状、周辺症状

現在462万人という発表があって、それ以外の軽度認知障害の方が300万人。すると日本で700万人くらいの物忘れが気になる方がいるときに少しでも早く気づいて、少しでも早く医療と繋がって、しかもその医療が絶望につながる診断のみの放置にならないようにすることがとても大事なことです。認知症がなかなかわかりにくいのはなぜか。改めて申しますと、中核症状として考えるべき縦の線、周辺症状として考えるべき横の線、縦の線と横の線を考えた上で、いま目の前にいるどなたかがどのレベルにいるかを考えると理解しやすいです。例えば認知症は物忘れをする病気だというだけで認識していると、物忘れはさほどではないのに、精神的な症状ばかりでてくる方だと、認知症か精神疾患か間違えてしまう方が地域に増えます。片や、物忘れの度合いが非常に強い。だけどいつもニコニコして、精神的なことや行動面の症状、いわゆる周辺症状がほとんど出てこないような方の場合には、これは同じ病気かと思うほどイメージが異なります。

知的な面に課題が出てくるものを中核症状としましょう。周辺症状は初期は不安や気分の沈み、ちょっと進むと被害的になります。症状もぐんと出ています。一方で、周りに被害感を出しているのに知的能力は100パーセントに近い人がいればまったく違った病態に見えます。ここを理解することがとても重要だと思います。そういうことでは、言語聴覚士の方はコミュニケーション障害のあたりでいち早く、認知症を発見することができます。このリハビリテーション大学にいらっしゃる専門職の方々と医師が連携することで地域の皆さんにとって早く認知症を知る大きなポイントになると考えます。

生きがいも大切です。いつまでも自分の役割がある。それが悪化を防ぐ訳です。ところが最初の1年間の間に、絶望感の中でなんにもすることがないとなるとこれが悪化をたどる一番の道になります。つまり認知症は特に精神科リハビリテーション・身体的リハビリテーション、言葉を返したたとえば意味性認知症などはその言葉のリハビリテーションによってその人が生きる意味を見出せるかどうかその改善につながってくるというような疾患でもあるわけです。しかもそういう方の場合に本人が絶望感を持つと、自殺という選択肢も出てきます。ですから、我々は初期の心に寄り添わなければ

ならないということに尽きます。自死が増えたのは2000年です。介護保険が始まって、今までのような措置ではなくなる、認知症が放り出されるといったときに社会不安から自死が増えました。また2008年のリーマンショックの時も同様です。社会的背景、社会不安と共に自傷する方が増えています。

(4) BPSD (精神行動症状) について

症状によって認知症には種類があります。例えば、怒りっぽくなる血管性認知症と、やる気がなくなる前頭側頭型、このあたりのことを地域として何型の認知症かということを知っておくことが必要かと考えます。実はこれはBPSDという精神行動症状ですね。認知症のケアが始まってから3年目の頃が最も多く、1ヶ月間に平均して38回の精神行動症状が出ました。ところが4年目、5年目、6年目に低下していきます。誤解のないようにいいますと認知症が進んだために元気がなくなってそういう症状が出なくなったと考えるかもしれませんが、認知症の進行がなくて、脳の変化は進んでいなくても、3年目をピークとして混乱はなくなってきます。

(5) 早期からの対応、家族支援の大切さ、地域の変化

これは別の観点からすると家族支援のポイントでもあります。今は私の介護を受けている妻ですが、以前は妻の母の介護をしていました。そんな妻が妻の母に対して介護時に怒って、虐待につながるのではないかと追いつめられているような時がありました。妻の母のBPSDがきつかったからです。そういう時には私は妻にずっと言っていました。いずれ安定するときだって来る。そして実際安定しました。27年は掛かりましたが。

今日の勉強会で皆さんに知っておいて頂きたいことがあります。専門家でも追いつめられてしまうことがあることです。それならば、地域の中で介護家族に早期から目を向けておくこと、家族が追いつめられないようにするというのは非常に大切なことだと思います。特に地域が変わってきています。私の診療所でも家族と来られる方もいらっしゃいますが、単身でこないといけない方、あるいはこちらから出向いていかないとラインができない方。たった800人くらいの中の103人が単身、59人が来院不能です。だとすると、そういう方々にはこちらから出向いていかなければいけない。みなさんもご存知のように、チームでこちらから出向いていくという体制が大阪でも整備されつつあります。ちなみに私は38人の往診をしています。明日も朝から往診に行きます。終末期にはけいれんや誤嚥性肺炎が出ます。この終末期になって痙攣が増えてくる方たちもいますが、誤嚥性肺炎で亡くなる方が全体の3分の1を占めています。先生方が見守り続けてくださるかどうかは認知症の方の命に関わってきます。

最終的に地域の方や多職種の方が連携して行って、みんなで診ていく、なにもできなくてもそれはそれで寄り添っていくことが大切です。どうもご静聴ありがとうございました。

村川：松本さんありがとうございました。認知症の早期診断・対応の大切さ、MCI、ご本人、ご家族、地域の方々の大切な役割などをご指摘いただきました。

2. 川北 雄一郎氏

(1) 宇治市の人口動向・保健福祉状況

今、宇治市で取り組んでいるのは認知症の方に優しい「まち」を作っていこうということです。このことは全ての人に優しい「まちづくり」にもなろうという考えのもとで仕事をさせていただいています。宇治市は京都府の南側に位置し、人口は4月現在で189,000人。もともと190,000人いましたが、人口が減ってきております。高齢化率27パーセントです。



宇治市内には地域包括支援センターが6ヶ所あり、そのうちの3ヶ所を当法人が市から受託を受けております。また認知症疾患医療センターが2ヶ所あります。

私たち宇治市ではとりわけ初期の段階で認知症の皆様と出会って、初期のうちから適切なサポートを行って、住み慣れた地域でより安心していただける体制を作るように取り組んでいます。特に京都でも大きくいわれているのは初期からのサポートを行う

上での「入口問題」を解消していこうということです。

事の発端は、やはり地域ケアから排除される認知症の方がいる事実であります。これは認知症の誤ったイメージに起因するものだと思います。私も福祉の現場で仕事をしておりますが、認知症の方と出会ったときに、ほぼ中度・重度ということで、即介護・医療が必要な状態の方が多かったです。そうするとその方の在宅の生活を根こそぎ奪ってしまうような状況になっておりました。その1つの理由としては我々の出会う認知症の方々のイメージが、中・重度の状態になってしまっているのではないかと思います。

市民のみなさんが「認知症になったらかなんなあ、怖いなあ」というネガティブなイメージでまだまだとらえられていることが現実的であろうかと思います。

その中で京都では特に入口問題ということを言われております。認知症の方が福祉とか介護・医療の窓口到達するまでに色々な障壁があるということです。それを解消していかないと初期からの対応に繋がっていかない。特に独居・孤立・孤独・支援拒否・複合的な家族問題を抱えている方には情報が届きにくい。医療の入り口になかなか辿り着けない。辿り着けたとしても、診察しっぱなしで松本先生が先ほどおっしゃられた早期診断が絶望の状況になってしまう。認知症ケアの未成熟さから本当に受け入れてもらいたい時に受け入れてもらえない。また、若年性の認知症の方々にあったサービスがない。この現状をなんとか解消していかねば本当の意味での早期からの福祉・医療への出会いに繋がっていかないのではないかとというのが京都での議論のポイントです。

(2) 総合相談、支援事業の展開

そんな中で宇治市としては認知症のイメージを何とか変えていきたいということで、初期認知症総合相談支援事業に取り組んでおります。

認知症カフェ、初期集中支援チーム、こういったものを両輪として福祉・医療の入り口に辿り着きにくい方になんとか早期から出会いの場と機能の整備に宇治市が取り組んでいる事を今からお話させていただきますと思います。

宇治市の具体的な取り組みとして、①早期発見の仕組みを作っていこう、②認知症のご本人・家族が安心して地域に参加できる場を作っていこう、そして③市民の皆様に認知症を正しく理解していただく、④介護されているご家族のサポートもしていこう。以上の大きな4つの目的を持って事業を行っております。この事業には専門のコーディネーターを配置しております。私ども宇治市福祉サービス公社が行っております、1ヶ所の包括支援センターに専任の社会福祉士2名を配置し今からご説明する事業を運営しております。

まず、場としての認知症カフェと機能としての初期集中支援チームの2本立ての認知症対策を行っております。この取り組みは平成25年から行っており、4年目を迎えております。まず、初期集中支援チームですが、平成30年度までには全市町村でこういう取り組みをしていくと国が言っております。専門の先生の指導の下で複数の専門職、この場合は福祉の専門職と看護の専門職が2名体制で認知症とその家族に訪問をして、様々なアセスメントツールを用いてその方の状況をしっかりと把握して、そして専門医の先生と共にこの方のサポートをして早期に対応していく仕組みです。

ここでいう初期というのは認知症の初期段階という意味合いもありますし、認知症との関わりが初期の方、つまり窓口にとどり着けずに認知症を患っておられる方々で始めてそういうサポートを受けられる方。その2つの初期があります。そして集中という意味はだいたい6ヶ月を目安にサポートを行っていこうというものです。宇治ではこの初期集中支援チームを2つ置いており、認知症疾患医療センターの宇治おうばく病院で月1回、府立洛南病院で週1回、計月5回のチーム員会議を行っております。

昨年度は年間54ケースを担当いたしました。この件数が多いか少ないかは色々意見が別れるところですが、全国的に見ても宇治の人口から見たら比較的多い件数ではないかと認識しております。

初期集中支援の実際から見えてきたのは、一般の方の理解としては、「まだ病院にいかなくても大丈夫だよ」とか、「まだ介護保険使わない」とか、「本人が嫌がっているからなかなか行けないんだ」等早期に受診するタイミングを失ってるな、というのが実感であります。そして、独居で孤立状態にある人は発見が遅れてしまうという状況があります。さらに、既に介護サービスを受けていても適切なサポートに繋がっていないという現実もあります。そういった場面で初期集中支援チームの介入で一定の改善が図れると考えています。

(3) 認知症カフェ

認知症カフェは、国の新オレンジプランでの位置づけもございまして、ここでは、家族介護者への支援という項目に認知症カフェの設立が盛り込まれておりますが、認知症の方々が地域でいきいきと活動している姿が見えていかないと認知症のイメージが変わっていきません。そういった意味では認知症の皆様方が安心して地域に参加できる場として、認知症カフェが必要だと感じております。宇治市の認知症カフェは「れもんカフェ」という名称で行われており、具体的には本人・ご家族の支援、それから認知症を正しく知る場・気軽に相談できる場としてゆるやかなケアネットワークをつくってお

ります。市内6拠点、月1回もしくは3ヶ月に1回という開催頻度で、1ヶ月のうちに2ヶ所から3ヶ所くらい認知症カフェが行われているという状況です。申し込み不要で気軽に参加できる場になっております。

様々な形態がございまして、地域のカフェレストランを使うパターン、公共施設を使うパターン、また地域のコミュニティカフェに相乗りするパターンなど様々な方法でカフェを開催しております。

(4) 認知症の人にやさしい「まちづくり」

このような取り組みを通じて現在宇治市では「認知症にやさしいまち・うじ」というスローガンの下に活動しております。認知症になっても安心して暮らせる社会を作るというのが大きなポイントになっておりますが、その中でやはり大きかったのは2015年3月に市長が「認知症にやさしいまち・うじ」宣言をされました。宣言に基づいて宇治市では様々な活動を展開しております。

そして、日本でも始めてのことかもしれませんが、「認知症アクションアライアンス」に取り組んでおります。通称「れもねいど」という名称で行っておりますが、要は認知症を支える医療等専門機関だけではなく、民間の企業や地域の皆様方に「認知症にやさしいまち」を作るために、お力添えをいただきたいということで、様々な企業様に加盟をお願いしております。現在25社が加盟しております。金融・商業・交通・宅配・小売・茶農家・大学・医療・介護、様々な機関にご協力いただいております。

この3月に「れもねいど」は始動したばかりですが、認知症当事者の方々の活動と、地域の大学とのコラボレーションで調査研究を行っており、認知症当事者の皆さんと学生さんとで活動していただいております。そして認知症当事者の皆さんがそういう政策の評価をしていく。そういう準備も進めております。また宇治市の認知症の当事者のみなさんには色々な活動をしていただいております。宇治の伝統産業である茶摘を認知症の皆さんと家族の方とボランティアとで行ったり、認知症の皆さん方が、色々な講演会で当事者の声を市民の皆さんに届けていただいております。

まとめですが、「認知症にやさしいまち」を作っていくということで、認知症を正しく知ってもらって誤ったイメージを変えていくということがございまして、そのためには当事者の皆さん方が地域にどんどん登場していただいて、自らの声を発信していく。そういった場面を作っていくことが必要だと思っております。

村川：認知症の初期集中支援チームについて大変積極的な展開などをご紹介いただきました。川北さんありがとうございました。

3. 由井 直子 氏

(1) 高齢者＝自分力、お助け力 まちづくり

「私たちは認知症でも大丈夫。自分力とお助け力が広く繋がるまち」という標語を作っています。自分力というのは何か、いつまでも元気で活躍し続ける力をそう名づけました。いつまでも元気で活躍し続けることは大事だと考えております。そして、お助け力とは困っている人を助ける力のことで、お助け力でお互いに助け合って1日でも長く元気でいていただくことが一番かなと思います。

認知症になって、介護・ケアが必要になったとしても、私たちが地域で連携して1日でも長く地域で暮らしていただく。そして、どうしても施設に入所が必要になった時は、私たちが関わった方々には「終わりよければ全てよし」というケアができればと思ひまして、小さな社会福祉法人ですけれども、そういう多角的な観点で、活動をしています。

(2) 東大阪市の人口・保健福祉状況

私たちの東大阪市をご紹介させていただきます。大阪市の東、西は奈良の生駒市に繋がっていて東から西に細長い町です。人口は約50万人。高齢化率は27.8パーセント。宇治市と同じくらいのパーセンテージですね。東大阪市と言えば、高校ラグビーの決勝戦の会場ということで、高校ラグビーの聖地とも呼ばれる町です。

介護認定者数は27,322人、認知症高齢者数は12,800人で、そして中学校区は25中学校あります。その中で地域包括支援センターは22ヶ所ございます。結構大きくて、3市が合併された町なので、医師会は3つ、歯科医師会は2つ、薬剤師会は2つという少し特徴的なところを持っている町です。そして、平成29年4月から要支援1・2の方に対して総合事業が始まります。中学校区に約1つの地域包括支援センターになってきたんですけれども、多職種で地域包括支援センターを中心として、地域包括ケアシステムを作っていきたいと考えており、第2層合議体をメンバリングしているところです。

次に私たちの社会福祉法人のお話をさせていただきます。私は元医師として病院に勤めているときに、高齢者で家に帰りたくても帰れない方が病気で入院されているんですけれども、病院で足腰が弱ってしまったり、また、家に居場所がなくなって帰れなくなってしまった高齢者が多いことに気づき、心を痛めました。そこで一念発起して、平成9年12月に社会福祉法人を立ち上げて、平成10年の12月から事業を開始いたしました。現在東大阪市の4つの中学校区で、特養・老健・認知症高齢者グループホーム・各種在宅サービスをさせて頂いております。そしてその中の3中学校区で地域包括支援センターの委託を受けております。私たちの社会福祉法人の理念として「地域のあらゆる高齢者の灯台になろう」ということで、私たちの施設に入所された方には目配り、気配りをしっかりさせていただくということはもちろん地域に対しても様々な活動をしてきました。特徴なのは「アーバンケア友の会」という会です。地域のお元気な方にますます元気になっていただくことを目的としていて、会員さんはお元気な方です。そして、様々な活動、たとえばバスツアーに行ったり、カラオケ大会などを通じて、ますますお元気になっていきたいと思いますし色々なことをさせて頂いております。そういう活動と共に、地域包括支援センターは自治体と接点を持ちながら、地域の困り事の色々なことに関わったり、またはアウトリーチをしてきました。でも、認知症が原因の各地域の悲しい出来事は後を絶たない。

そこで、どうしようかと考えました。中学校区でみんなが顔見知りになるという、積極的な取り組みをやってみようと思ひ立ちました。それが2年前でその活動のテーマを「認知症でも大丈夫。自分力 - いつまでも元気で活躍し続けることができる力 - 」と「お



助け力「困っている人・弱い人を助ける力」が広く繋がるまちづくりをしようと思い立ちました。実験的にということで、先ほどお話しました花園ラグビー場のある地域で一番最初に立ち上げた、アーバンケア島之内という特別養護老人ホームを中心とした拠点、それから子ども園の拠点もありましたので、その中学校区で始めてみました。

(3) 認知症ケアのネットワーク

そのために3つの目的を作って、この地域の27,000人の全員や昼間この地域に働きに来ている人全員顔見知りになってもらい、そして全員が認知症の知識を持って、みんながオレンジリングをはめて、オレンジ色に町を染めてみよう。そして顔見知りになって挨拶が飛び交う町にしよう、そんな町作りを試みました。まだ2年経っただけですから、ほんの入り口に立っただけですけども、そのような活動もしております。

そして、それをするために、まず核となる2つを立ち上げました。それが認知症ケアネットワーク推進委員会と認知症相談支援研修センター^{ゆい}の結でした。

認知症相談支援研修センター「結」は法人独自の取り組みです。地域住民だけではなくて、事業所に対して結が様々な場所に出向いて行って認知症の勉強会・研修会であったり、色んなことをしていきます。そして、認知症の知識を一人でも多くの人に持っていただきたい。または、地域包括支援センターでもたくさんの仕事がありますので、専門職でも認知症でお困りの方は気兼ねなくご相談くださいという役割であったり、地域住民さんに掛かりつけ相談安心保険証をお渡しして、いつでも何かあったら連絡してね、というそういう啓発活動をしています。

そしてもう1つが、まちづくりの趣旨をお話して、医師会、薬剤師会、歯科医師会、行政、教育委員会、社会福祉協議会、そして認知症相談支援研修センター結、アーバンケア島之内、由寿会、そして、地域包括支援センターが1つになって認知症ケアネットワーク推進委員会を立ち上げて、月1回、会を開くことにしました。そしてその中で色んな取り組みをしています。とにかく全員が顔見知りになってもらうために。そして、一人ひとり興味があることが違います。毎回毎回少しずつ違うメンバーの方が参加されますので、たくさんの方に来ていただくには色んな興味のあることをしていこうということでたくさん活動をさせていただきました。そして事業所というのは、私たちの事業所だけではなくて、その地域にある全ての事業所さんにお声を掛けて、事業所と地域の方をつなぐ関わりや、地域の先生方、薬局と地域の人たちを繋いで敷居を低くして、顔見知りになるという活動をしています。そのおかげで少しずつではありますけれども、なじみの関係ができてきました。そして医師会のかかりつけ医、歯科医師会のかかりつけ医、それからかかりつけ薬局と今はかかりつけの時代ですので、事業所もかかりつけがあってもいいのではないかとということで、1人の方に対してそれぞれのかかりつけがあって、そのかかりつけの人たちがみんな顔見知りになったら、いざなにかあってもみんながばっと集まって行って、大丈夫ですかとチームをつくることができます。ということで私たちは「かかりつけ支援チーム」を作るべく活動を続けているということです。

ということで、地域の方たちが次第に私たちもその活動に参加させてだとか、または自分たちで認知症カフェやるとか、自発的にどんどん地域活動を展開してくださるようになってきました。地域の方同士が「隣の人は大丈夫やろかなあ」と、お互いに気配りをするような関わりも出てきました。それぞれの自治会は積極的に色んな事に取り組んでおられるんですけども、自治会間では関わりが

なかったのが、この活動で顔見知りが増えてきて、「またあの人たちと会いたいわ。また何かやってくれへん？」という声もたくさん上がるようになってきて、住民のみなさんも自分力・お助け力がついてきたのではないかなあと思っています。

(4) 特養・老健とグループホームの役割、連続性のあるケア

でも、最終的に入所が必要となったときに私たちの法人では認知症高齢者グループホームは中間的な位置づけと考えています。1日でも長く、その状態を悪化させないようにして、最後の時期はもう少し専門性の高い老健や特養に入所していただく。その方にとって一番いい方法をとることがその人にとって生活の質を高めるということだと考えています。これは私たち法人の考え方なんですが、老健はとても多機能ではないかと考えています。在宅復帰の方から始まって、看取りまで。私たちの法人ではそのような多機能な老健を目指しています。このように私たちの法人の中でも外でも施設の入所に関しても様々な関係性でその人に一番良い住処を見つけていただいて、そして「ああ、生まれてきて良かったなあ」と旅立って行っていただきたいなあと思います。対外的にもそうですし、対法人内でも様々な連携をさせるように、共生的に色々な機会を持って多職種が連携できるようにしています。

私たちはこのような色々な取り組みや日頃のケアを通じて、認知症でも大丈夫！やはりそのためには誰もが認知症について正しい知識を持つことが一番大事だと思います。そこに加えて連携する力や顔見知りや顔なじみの関係を作って在宅から最終看取りに至るまで、その看取りの場所がどこであっても、連続性のあるケアをさせてもらえたらと考えて法人活動を頑張っています。どうぞご静聴ありがとうございました。

村川：由井さんありがとうございました。自分力・お助け力という所から始まりまして、東大阪市内で認知症患者の生活の質（QOL）の向上を目指した非常に多様な取り組み、そしてスタッフの方々の連携力。多職種協働の時代にふさわしい内容のご紹介をいただきました。3人のシンポジストの方々、ありがとうございました。

村川：後半を始めさせていただきます。

3人のシンポジストから大変素晴らしいお話をいただきました。会場の皆様方から質問をいただきましたので、松本さん、川北さん、由井さんの順でそれぞれお答えをいただきます

松本氏 Q&A

Q1. 認知症と年齢は関係ありますか？ 若い人は認知症にならないですか？

松本：私の経験した中で一番若い若年性認知症の方のご発病は29歳です。亡くなられたのは31歳です。年齢と共に、加齢とも少し影響がある、脳の細胞の変化がある病気が

が認知症と考えると高齢になると可能性は増えますが、逆に言うと若い人でもなる可能性があるということです。

Q2. 診察を拒否される認知症の方や、そのご家族に対して訪問を行う場合、連絡も取れない状況でどのように同意を得ているのですか？

松本：かかわるのに1年半かかったケースがあります。こちらが出かけて言っても門前払いもありました。「保健センターから来ました松本です」というと「誰や」、「いらん」、「帰れ」と。そういう人たちに対して諦めず関わりを持っていくことがアウトリーチ、こちらが到達するための大事なポイントです。

よく介入という言葉が出ますが、福祉関係でわれわれが使いたくないのは、無理矢理に入っていくような形でなく、その人たちの同意が本当に得られるようにしたい、但しどうしてもだめな場合は、私は医師ですので、精神保健指定医という資格をもって、人権を守りながら介入するということにいたします。

Q3. グループホームの入所者の方で、大きなお札で支払いばかりして小銭をもって帰ってくる方がおられるのですが、一般の精神障害者でのグループホームでの入居を続けるのは難しいのでしょうか。もし入居を続けることができるのであれば、どのようにして金銭面でサポートしていくとよいのでしょうか。

松本：認知症の場合、成年後見制度があります。大阪市内であれば、任意後見に基づく安心サポートという制度があります。ご本人が希望されれば金銭面の管理ができます。

Q4. 毎日、金銭出納帳をつけていますが、支払いが多い日には、何に使ったかどうしても思い出せず、失ったと被害妄想になります。認知症のはじまりでしょうか。これは施設の方ご自身がそういうことに気づかれるので、認知症のはじまりですか。

松本：いいえ、全くそういうことはありません。例えばお金を使うことが多くていくつもの処理をして、後で出納帳につけたりする時にご自身がやったことの内のひとつ、ふたつ、何に使ったかなとご自身で疑問がわい

てくることは、何もその方は病気ではありません。問題になるのは、その買い物をしたことをエピソードとしてすっかり忘れてしまっていたときは、少し相談に行かれたほうがよろしいです。

村川：ありがとうございました。

川北さん、お願いします。

川北氏 Q&A

川北：初期集中支援チームとカフェの2つについての質問をいただいています。

まず1つ、施設関係者の方から入口問題についての的確に問題の根本を表しているとお気づきの言葉をいただきました。

Q1. アウトリーチに成功しているということで、こういったアプローチをしているのか。

川北：ひとつは初期集中支援チームについて、アウトリーチが基本となっていますので、受診に繋がりにくい方々のところにこちらから出向いて行って、アセスメントをきちり行って、専門医のいるチーム員会議で議論し方針を決めていくというスタイルになっています。まずは地域の中でそういった方を初期集中支援の方へつなげていただく必要があります。多くの場合は地域包括支援センター、そしてここ数年はかかりつけ医の先生からたくさんの紹介を寄せられるようになりました。あとはご家族、ご自身、民生委員、近隣の皆様から寄せられてきております。

まずはアウトリーチに成功する、こちらから出向いていくひとつのきっかけをつくっていただく地域包括支援センターや開業医の先生方が、認知症にかかわる関心や気づき、そのあたりが非常に大きいと思います。これと関連して、作業療法士の方か

らのご質問で、初期集中支援チームでいくつかのアセスメントツール、どういったものか具体的に教えてほしいというご質問なのですが、国が指定するものの他に、市町村が独自に使えるものがあり、当方では、物忘れ連絡シートという名称のツールを使っております。

宇治久世医師会のホームページをご覧くださいと、認知症診断マニュアルという、地元医師会が作成した開業医の先生方用の診療マニュアルがあります。その診療マニュアルの中に、物忘れ連絡シートが入っております。これは宇治市にひと声かけていただきましたら、お使いいただいて結構なツールになっておまして、実はあちこちでたくさん使っていただいています。元々は初期集中支援チームのほかに認知症関連などで、ご支援いただいております京都府立洛南病院の森先生が、平成22、3年頃から地元の包括支援センターのメンバーを集めて月1回認知症のケアの事例検討会を行っていただいております、その中から包括支援センターのメンバーが、この方の認知症症状はどこからきているのか、アルツハイマーなのか、脳血管なのか、前頭側頭か、レビーか、その辺りの見極めがなかなか難しいということで、その方の症状をチェックすることでアルツハイマーなのか、脳血管なのか、前頭側頭か、レビーか、4症病にふりわけができ、なおかつその方の認知症の症状が、初期なのか中期なのか、重度なのか、ある程度見極めができるようなアセスメントの簡易ツールを作っていただきました。それがこの「物忘れ連絡シート」というものになっております。宇治久世医師会のホームページを是非ご覧頂きたいと思っております。

医師会のご協力もありまして、認知症の

患者さんの変化に敏感に感じていただくようになって、初期支援チームにつなげていこうという先生方が増えてきております。こうしたことが、アウトリーチに成功している結果に繋がっていると思います。やはり地域の中でご協力いただける皆様の存在が、初期集中支援が機能しているかの要になっていると思います。

Q2. 家族が嫌がっていることはないですか？

川北：ご家族が嫌がるというよりも『なぜうちのお父さん、お母さん、おじいさん、おばあさんこんなことになっているのか』ということで、困惑されている方がたくさんおられます。多くの場合は認知症を疑うのですが、中には、なかなか認知症であることを理解いただけず、とまどい、困惑の中におられるご家族が多いです。

初期集中支援チームのひとつのツールの中に「ザリット (Zarit)」というものがあります。これはご家族の介護負担をはかる尺度になっておまして、ザリットの点数が高い場合は、介護負担がきついということでございまして、その場合初期集中支援としては、早期に間髪入れずに入っていかなないと、介護崩壊してしまうという状態になります。われわれは「ザリット」介護負担をはかるシートはかなり重要とみております。実は「ザリット」というのは初期集中から介入して、治療、ケアサービスが軌道に乗っていき、再度ザリットで点数を取り直すと、点数は下がっていきます。やはりこれは初期集中が入ったことで介護負担、心理的負担の軽減、認知症からくる言動に理解をし、安定がはかられていくということが、ザリットの変化から見えてきます。実際、ご家族は嫌がるということは我々はあまり感じていなくて、むしろ本当にお困

りであるということが実際のことだと感じています。

Q3. OTの方からの質問、認知症カフェはどんなスタッフで構成されていますか？

川北：私ども認知症コーディネーターと、専門の医師、これは多くは京都府立洛南の森先生、認知症集中支援チームでもご支援いただいている先生で自ら店長と名乗って、毎回ご参加いただいています。また、あとは各圏域の包括支援センターのスタッフ、そして最近では、れもねいどという紹介を先ほどしましたが、市民の中で認知症の講座を色々うけていただいた皆様方、認知症の知識をもって、地域で活動したいといわれる方が増えてきておりまして、こういった方をれもねいどーという名称をつけて、認知症の地域のサポート、ご協力いただくボランティア活動を組織化しておりまして、れもねいどーさんにもカフェのお手伝いいただいています。多くは、そういった専門職と、一定の理解をいただいているボランティアの方によって運営しております。もちろん、看護師や、OTの皆さんも関わっていただいております。

とりわけ京都府では、京都OT協会の方々が、1つのカフェですが毎回メンバーをかえてきていただいて、OTのOJTということを含めて、一緒に取り組みをしていただいています。

認知症カフェの開設によって、地域の中で認知症の理解というのが浸透してきていると思います。あるご質問では、認知症カフェの利用されている方たちの中で問題や課題はないですかとありますが、認知症カフェは、どちらかというところ初期の認知症の方、介護サービスにつながりにくい方々、まだデイは行きたくない、ショートステイ

はまだまだだよ、だけど出かける先、居場所がほしいという方たちに焦点をあてた場になっていますので、認知症の症状で対応が難しいとか、困ったとかほとんどありません。

一方、カフェに来たがらない方もおられて、ご家族が連れて行きたいんだけど本人が行きたがらないというお困りはあります。

ひとつの例として、生け花がお得意の女性がいて、その方に、お花を生けるボランティアとして認知症カフェにきていただけませんか？とお誘いしまして、お花を生けに来ていただいたところ、本人にいいイメージを持っていただきました。その後はご参加いただいているというエピソードもあります。その人が持っている役割、発揮できる場をカフェで用意できれば、ずっと繋がっていくという事例もあります。

以上、おおむねそのようなご質問であったかと思えます。

由井氏 Q&A

Q1. 多職種連携の中で、薬剤師、歯科医師、リハ職は入っていますか。

由井：薬剤師、歯科医師の先生方は、それぞれの薬剤師会、歯科医師会の中から入ってくださっています。そして、事業所の代表として入っていただいている方の中にリハ職の方がいらっしゃいます。一緒に連携会議をさせていただいています。

Q2. サービス付き高齢者向け住宅について

由井：「サ高住」は私ども法人は来年4月から運営するところですが、全国の中で大阪府が群を抜いて一番多いです。その大阪府の中でも群を貫いて多いのが、東大阪市ということですが。

今は特養入所が要介護3以上しか入れなくなっていて、しかも今は要介護3でも判定が厳しく出ているので要介護2で在宅では難しいという方も増えてきています。ひとりで生活はしにくい、特養も無理、介護福祉施設も無理だと、サ高住に一足先に入られる方が増えることは、必要なことと思っておりますが、最後までそこで看取りまでを過ごされる方もたくさんいらっしゃると思っています。看取りまでもサ高住で終始一貫というのはどうかな？と考えます。ふさわしい終の棲みかがあると考えています。

私たちの「サ高住」は、14世帯ほどの小さなところで、1階に小規模保育所との合築で、お子さんの声も聞こえるところで、若干一人では生活しにくい、少し見守りが必要となってきた方、でもまだ一人でも生活し続けられる方たちの中間施設的なになればと思って建設を予定しています。

松本氏 Q&A

Q1. 高齢者の運転事故が多発していると報じられていますが、ご意見をお聞かせください。認知症の観点から、作業療法士のご質問。

松本：困っています。車がないと生活できない方はたくさんいらっしゃいますし、大阪どころか三重県や和歌山県などの人里の離れたところで、生活自体を保たないといけないための車である一方、ものすごく事故が増えています。自分自身が運転に自信を

持っておられて事故する方は非常に多いので、運転していてこれまでのように対処できなくなった人には自主返納の機会を与えるべきだとは考えています。自ら返すのも勇気であると、私は返納する勇気をもってくださいと言うようにはしています。

Q2. 外来のケースで困難なケースはどのような症例ですか。看護師からご質問。

松本：単身のケースでは、在宅介護を受けることを拒む、セルフネグレクトが増えてきているということです。認知症のある方で自らがケアを受けないためにセルフネグレクトというふうに解釈されても仕方がない人は全体の70%を占めています。つまりはわれわれが彼らの所に諦めずにアウトリーチしていくということが本人に対してのセルフネグレクトを防ぐ最大の理由。そしてそれが防御策になると思います。

家族ケースでは、家族のパーソナリティ障害です。先生方もご経験のように、家族であるからと言って、家族の気持ちを優先させてしまうと、パーソナリティの中に課題を残したご家族が100%かゼロかというあたりで揺れ動きます。高齢者虐待に対する、家族が加害者となる、しかも家族に悪気がない、善意を持って介護しながら善意の加害者になってしまう家族のほぼ82%がパーソナリティに課題がある家族でいらっしゃいます。



村川：ありがとうございました。3人のシンポジストの方々からそれぞれお答えいただきました。まだ残っている質問事項はいくつかありますが、シンポジウムという進行に戻しまして3つの柱、まず1つ目の柱としまして、認知症の早期診断、あるいは初期対応は、松本さん、川北さんの所で大変力強く進めていただいております。

村川：本日は人口270万人の大阪市の旭区で取り組んでおられる松本さん、人口約20万人の宇治市の川北さん、そして東大阪は50万人くらい由井さん、地元貝塚市におきましても、人口9万人ほどの自治体ではありますが、最近市役所と水間病院との提携のもとに初期集中支援チームが展開されようとしている状況です。

さきほどのお話で触れきれない点、認知症の早期診断、あるいは初期対応で、まず松本さんからMCIについて用語も含めて、わかりにくい、しかし非常に大事なポイントである事柄。それから川北さんからはソーシャルワーカーの方からは非常にキメ細かなアウトリーチという事柄から2つの角度からまず第1の柱で深めていただければと思います。

第2の柱は、川北さんと由井さんの接点のところカフェという大変よい居場所、生活の場の提供、しかし月に1回とか回数が限られています、安心して通える場が確保されているわけですから、その後、継続的な生活支援や介護ということになりますと、様々な社会資源の活用が大事かと思しますので、あらためて川北さん、由井さんから触れていただきまして、お時間がありましたら、最後にこれからの認知症ケアに対してこれが大事ということを一言ずつ触れていただくというお願いしたいと思います。

それでは第1の柱、早期診断、初期対応ということに関して、松本さんからMCIを含めてお話いただければと思います。

松本：MCIの人達が、地域の中で気付く、しかもMCIになったからといって不安を持つことなく安心するためには、これまでの展開でも言われてきたようにやはり自分が何でも話せる誰かを傍に持つということだと思います。それが医療関係者としてのかかりつけ医やかかりつけ医師会、かかりつけ薬剤師会の先生であれば心強いでしょうが、それが適わないときには、身近で話を聞いてくれるという地域の関わりがポイントだと思っています。

由井：まずは近所の見守りからだと思います。昔は「向こう三軒両隣」とか「隣組」ということで地域の関わりということでしたが、だんだん「隣は何をする人ぞ」という形になってきました。やはり、ご近所さんの関係は大事なことでないかとたくさん事例を通しても、地域の様々な声を聞いていてもそのように感じます。また、そこに先ほども松本先生が仰られたかかりつけ体制、それは医療関係だけではなくて様々なかかりつけの顔見知りの方々が取り巻いていて、誰かが異変に気付いたときに初期集中につながっていくということであると考えています。

川北：早期診断、初期対応というお話になるんですけども、今日はまだ触れていないことで、認知症予防のお話ですが、認知症教室は今花盛りでありまして、認知症だけにはなりたくない、そういう方たちが認知症にならないためにはどうすればいいのかということで教室に殺到されます。ともすると認知症予防というのは、認知症を排除してしまう予防になりがちです。そのことを持って予防教室を行うと、「認知症だけにはなりたくない」という人が大勢を占める予防教室に認知症の方、MCIの方が参加できるかどうかという問題があります。

我々としては認知症を正しく理解してもらおう。認知症は年齢がいったら誰でもなるんですよということが1つ。そして、もう1つは認知症教室というのは認知症になるのを遅らせるための予防であり、認知症初期の段階にそういった方に関して言えば、進行を遅らせる予防教室であるということです。

つまり、「認知症にやさしいまちをつくろう」ということで、MCI・初期認知症の方々を排除しないことが我々の認知症予防教室の考え方になります。質問の答えとは異なるかもしれませんが特に重

要なことなので述べさせていただきました。

村川：補足として、若年性の認知症、あるいはその疑いのある方とカフェとの繋がりなどへの対応を教えてください。

川北：若年性の方については、れもんカフェを利用されている人が何名かいらっしゃいます。最近あったケースでは、れもんカフェは3構成になっていて、最初にミニ公演を行って、次にミニコンサートを行います。最後にカフェ交流タイムということでコーヒーを飲みながら対談してもらいます。ミニコンサートでは、地域のアマチュアの音楽家の方に入ってもらうんですが、その音楽家の中にも若年性アルツハイマーの方がいます。男性の方で、奥様と一緒に来られていますが、何か地域で活動できる場が無いのかということで、実は音楽をやっていたということだったので、演者として参加していただきました。最近新たに女性の若年性アルツハイマーの方が歌がお好きということで、ミニコンサートで歌っていただくとか、そういった関わりを持っていただいております。

一方で、就労サポートを制度化できないかと考えているんですが、その1つとして先程ご紹介した茶摘というのも就労の1つであります。ただ茶摘は季節労働ですので、1年を通して参加できるような場面を作るために、れもねいどに協力いただいている企業に出番を与えていただけないかと考えており、今後の課題です。

村川：若年性認知症で悩まれている方が多い中で、具体的に活躍できる場。さらに就労をサポート。茶摘というのはいかにも宇治市らしい取り組み・発想で開けてきているところがあると感じます。

次に、例えば特別養護老人ホームに入りたい、あるいは老健施設に入りたいと思って申し込んでも、すぐに入りにくいということがありますし、認知症の方に対する多様な手段がある中での対応についてのポイントを解説してください。

由井：大変難しい問題だと思います。在宅で生活しづらくなられた方に対してどのアプローチで前に進んでいかれるかということもあるかと思うんですが、多職種の方の見守り連携が重要だと思います。そして、東大阪市でもオレンジメモというメモを活用して医療機関他と共有連絡ツールを持つというような活動も行われています。医師会でもICTを活用して、多職種でケアの情報を共有することができないかという試みがなされているところです。そして、いよいよ入所となると、様々なカテゴリーの施設がありますので、どこが一番最適かの判断はケアマネージャーや地域包括支援センターを中心としてその方に適切な施設探しがされるのではないかと考えています。

村川：非常に多様な取り組みをされておまして、オレンジメモ、あるいはICTの活用など色んなヒントをいただきました。全国的に地域包括支援センターというのは設定されていると思いますが、由井さんが取り組まれている認知症相談支援研修センターのお話を聞いて、今から取り組もうという所もあるかと思しますので、もう少し詳しくご紹介下さい。

由井：私たちもセンターを作って3年目ですので、模索しながらでございますが、認知症の相談や研修等に特化しています。専門職が常駐、もしくは専門性を持った先生と連携して、相談を受けたり、アウトリーチしてお話を聞いて適切な関係機関につないだり、認知症についての勉強会を開いたり、まだ認知症にはなっていないけれども不安を抱いておられる方に安心安全保険証を出していつでも何か心配事があったらこの番号に電話をしてと渡したりとか、具体的に言えばそういう活動ですね。まちづくりとして多職種連携のメンバーとして入っていただいで一緒に様々な人が顔と顔を合わせられる活動をしています。

村川：厚生労働省・政府からオレンジプラン～新オレンジプランということで、いくつかの柱が提示されておりますが、全国共通の取り組みがありますが、由井さんのお話にありましたような地域の実情あるいは法人としての取り組み、そういう中で大変新しい取り組みが打ち出されてきているというのは大変興味深いところがございます。また、川北さんのところでもソーシャルワーカーの地域支援活動、あるいは調整等、それぞれの地域に根ざした取り組みが各地域で展開されることが大切と感じております。

最後に、これからの認知症医療・ケアにおいて、これが重要、これに重点をおきたいという抱負についてお話しください。

松本：自分の家族を介護していても思うことですが、極めて初期の初期段階から色々なリハビリを受けようと思ってもそういう制度がなかなか介護保険にはありません。そして急性期リハの取り組みに比べると、慢性期リハの認知症の方に先生方の関心を向けるのがどうしても難しいと感じます。将来的には、そういう垣根をなくして、早期の対応ができるように先生方にはなってほしいと思います。

村川：リハビリテーション大学、そして今日お集まりのリハビリテーションスタッフの方々に対する力強いメッセージをいただきました。

川北：宇治市では、「認知症にやさしいまち・うじ」という市長宣言が大きな柱になっていますが、平成26年度に認知症カフェに市長をご招待したことがきっかけになりました。そこで市長が認知症当事者の方と交流をされ、また講師の森先生の方から認知症の人のための町づくりは市民みんなのための町づくりになるんだと聞かされた次の週にはさっそく「認知症の人にやさしいまちづくり」を宣言すると言われました。市長のレスポンスも早かったんですけども、認知症当事者の方には人を動かす力があるというのを実感しております。こういうことから認知症の疾病感を変えていくには認知症当事者の方がいきいきと地域で活躍・活動される場を作っていくのが我々の使命です。

そのための新たな取り組みとして本日少しご紹介した、「宇治市認知症アクションアライアンスれもねいど」が一つの鍵になると考えています。認知症当事者を従来の患者、利用者ということでなく、地域で共に暮らす生活者としての視点から、認知症の人が安心して地域で暮らすために、様々な分野の方が認知症を正しく理解し、認知症を忌嫌うことなく、当たり前のこととして受け止め、できることをさりげなくサポートしていく。そんな町づくりのためには、従来の医療・介護・福祉だけではなく、広範囲な取り組みが必要となります。まだ始まったばかりですが、毎年3月にフォーラムを開催することで、きちんとPDCAサイクルに乗せてこの取り組みを検証し、そこに認知症当事者の皆さんの評価を反映させるようにして行きたいと考えています。

今日是一部のご紹介しかできませんでしたが、れもねいどのホームページやフェイスブックでも情報発信しておりますので、興味を持っていただいて、こういう取り組みが全国的に広まるきっかけ作りになればと考えております。今日、お話しさせていただく場をいただいて誠にありがとうございます。今後ともよろしく願いいたします。

村川：宇治市福祉サービス公社が開拓的に色々なことを手掛けられていらっしゃいます。時間的制約がありましたので是非「れもねいど」の情報にアクセスしていただきたいと思います。

由井：「在宅のお元気な方はますますお元気に」というところから看取りまでさせていただいている私たちですが、認知症の方に関してのお話をさせていただきます。現在、私たちの施設で看取りをさ

れる方が増えてきました。

終わりよければ全て良しということだと思っていますので、最期にいい人生だったと旅立っていただこうと思います。そのためには一番に職員研修だと考えています。専門性は大切に深めていくことが大事ですが、そのことに加えて人間性の向上が必要だと思っています。法人としても人間形成から専門性に至るまでの間のあらゆる研修をさせていただいております。今日は本当にありがとうございました。

村川：ありがとうございました。認知症の看取りのケア、スタッフの方々の力を高めるということを大きく打ち出していただきました。

それでは、本学を代表しまして寺山副学長からひとこといただければと思います。

コメント（寺山副学長）

寺山：3人の先生方、本当にありがとうございました。私ども河崎学園は、実は今年、創立20周年・大学開学10周年ということで、11月6日に式典をやりました。

私はこの1年は、周年事業の一環として質の高いレベルの講演会をしようとひそかに思っていたので、これもその一環です。

村川先生は、日本社会事業大学におられ、その前は厚生労働省で老人福祉、地域・在宅ケアで、国際的に活躍する先生です。専門の立場から企画いただき、人選もいただいたということで、今日参加された人は、10倍以上も得したと思ってください。学生さんも含めて各分野の方々は、この3人の先生方のホームページをみたり、情報をいただいたり、お知り合いになったりしながら、今後のお仕事をされたら非常に良いと思います。

私はリハビリテーションを50年以上やっていますが、認知症は最後、私がリタイアした後かな、と思っておりましたが、最後のお仕事となりました。

本学は地元貝塚市・泉州で地域密着型の大学を目指そうとやってきておりまして、河崎病院、水間病院、関連施設、水間病院の中には認知症疾患医療センターもありまして、認知症予防プログラムもやっていますし、教育も地域包括ケアの中で実習も含めて若いうちから教育もしなければということで、見直しながらやっています。認知症、これから大学も頑張ります。こちらからもご支援お願いいたします。

学生は演習、アクティブ・ラーニングなどで、先生たちの所へ何うかもしれません。先生たちご自身の地域を是非見せてください。そして是非先生たちのプログラム、多職種連携に入らせてほしいと言うかもしれませんので、その時はよろしく願います。

シンポジストの先生方、情熱と愛情が伝わってくるシンポジウムをありがとうございました。お元気で引きつづきのご活躍を期待しております。