

# 「認知症とその他の精神疾患、どのように対応していますか？」 Q&A

## 1 研修会質疑応答

### ●受診に繋げる方法

どうすれば受診に繋がりますか？

#### 萩原先生（医師）

・王道はないが、患者と信頼関係を築くためにも継続的にかかわっていく事が大切。

「もの忘れ相談会」（大分市が毎月第2木曜日に開催）

- ・毎回4名前後の相談に対応しており1~2例は私のところやクリニックにつながっている。BPSDがあつたり介護や医療が必要な方もいるが、もの忘れ相談なので100歳で長谷川式29点という方も来られ全員に受診が必要ではない。
- ・最近は難しい方が多く、受診に繋がらない方も多く駆け込み寺のように利用されている。包括やケアマネジャーの方と一緒に来られたり、家族が来られたりしている。

認知症と精神疾患の見分け方について、このような症状の時は専門医を受診した方がよいということがあるのでしょうか？

#### 萩原先生（医師）

- ・アルツハイマー型認知症においてよくあるケースである。財布が無くなったと言われる場合は一緒に探して、さり気なく本人が見つけれられるようにしてあげることで、対応としてうまくいくケースが多い。
- ・講話にもありましたが、非典型例や専門職がいつもの認知症と経過が違ふと感じた場合は、早めに専門医へ相談していただくと良いと思います。BPSDがひどくなると入院や入所一択になってしまう事が多い。早めに介入することで看護師など色んな人とつながることができる。その方の性格や生きてきた人生等をベースにどのような支援を組み立てるかを考えないと、十把一絡げに支援を入れるのは極めて難しい。重症化した際には、考えられる支援を全部入れないといけないとなると、本人が受け入れられないケースがかなりの割合である。おかしいなと思った時には早めに専門医へ相談していただくと良いと思います。
- ・包括が対象ですが、大分市長寿福祉課と組んで「ちょっとおかしいな」と思った症例や対応困難例に対してzoomを用いて随時相談会を行う取り組みをしています。相談の結果、妄想が主症状であるとの結論から、初期集中支援チームへ繋ぎ訪問から解決に至るケースもあります。自分たちだけで抱えるのではなく、いろんな機関と連携しながらやっていくのが解決への近道だと思います。

専門医に繋げるにはどのようにしたらいいのか。大分市で認知症の専門医は何名いらっしゃいますか？

#### 萩原先生（医師）

・認知症専門医を広くとれば結構いますが、狭くとれば人数が少なくなる。

- ①認知症を専門の一部にする。例えば精神科、神経内科、脳神経外科の先生は、大分市内においてかなりの人数が医療活動を行っております。
- ②日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の専門医を有している医師を認知症専門医としてとらえると、日本認知症専門学会の資格を持っている医師は大分市内で2名ほど、老年精神学会に関しても大分市内では数名しかいない。

司会：限られた医師の数に対して大分市の認知症の疑いのある方全部の診察は不可能というところから、まずは、かかりつけ医やオレンジドクターに相談するということからよろしいでしょうか？

#### 萩原先生（医師）

- ・そう思います。講話の中にもありました非典型例や若年の方、てんかんを併発した方等に関しては、鑑別や治療が難しいことが多く、専門医に相談されるのは一つの手段かと思います。神経内科的な疾患PSP（進行性核上性麻痺）や進行性核上性麻痺など特殊な神経疾患になってくると薬も通常使う薬とは違うこともあります。また、抗パーキンソン病薬等の使用が必要となるケースもあり、その効果や副反応を熟知しないと処方難しいこともあり、専門医が対応した方がよいケースもあると思います。
- ・多くのケースにおいては、もの忘れが始まって、家族の支援のもとでデイサービスを利用し、徐々に認知機能が低下してくると訪問看護師やヘルパー等の支援を入れてゆき、いよいよ在宅が厳しくなってきた際には施設への移行になるかと思えます。そういったケースの多くは、オレンジドクターの方々が対応されているかと思えます。

## ●対応について

妄想、せん妄が強い方が興奮状態でゆっくり話す、目を合わせるといったテクニック通じない場合の対応のコツ

### 古森氏（訪問看護師）

- ・興奮状態なので直ぐには落ち着かないと思います。まずは興奮状態の原因が何なのかということをしかりとアセスメントする。怒りのメカニズムのところで、そのリスクを減らすためのテクニックがゆっくり話す、目を合わせるといったことになるので、うまく効果的に使っていくといいのかと思います。

### 食べた事を忘れる認知症患者の栄養管理について

独居の女性、食べた事を忘れてすぐに食べてしまう。1人の時には次々に食べているようで訪問時には食べ物の袋が散乱している。家族は差し入れを絶えずされていて体調が心配です、どのように関わったらいいですか？

### 古森氏（訪問看護師）

- ・栄養管理は、食べているので問題ないかと思います。差し入れをして食べさせている家族にも栄養の説明をして協力を得られるようにしていった方がいい。
- ・食べた事を忘れてしまうのは仕方がないので、ヘルパーに食べた事を忘れて食べたいと言われるようであれば、否定はせずに「準備をしますね」と言ってその場を離れて5～10分して戻るとテレビなど他のことに集中していたりすることがあるので、そこで放置せずに話しかけて「テレビは何を見てるんですか？」など他の話題に転換させて、患者に教えてもらうという発想を変えることが大事かと思います。アフターフォローが大事かと思います。

利用者とのコミュニケーション上のトラブルに対して、専門職であれば認知症だからと思いますが、利用者間でのトラブルの場合、個人情報保護の観点からも相手に認知症があるからと伝えるわけにもいかず、利用者同士の関係をこじらせてしまう。認知症であることを知らない方に対する対応についてお聞きしたい。

### 古森氏（訪問看護師）

- ・認知症だからと疾患名で相手の状態を納得しようとしてしまうと、その方の負荷が大きくなり認知症が苦手という思考になりかねないと思います。また、認知症だから横柄な態度は仕方ないとスタッフが捉えていると、ますます横柄な態度はエスカレートしてしまうのではないかと思います。こういった現象のことをラベリングといい、あの人はクセのある人だからと捉えていると、そのクセはどんどん大きくなり、いずれ苦手意識が強くなり付き合いなくなる。認知症だからとラベリングしてしまうことで、その方の問題行動を更にエスカレートさせてしまう。まずは自分のラベリングかもしれない意識を少し他の意識に変えてみることはできるのではないかと思います。

司会：家族だからこそ病名がわかることで、うまくいったケースなどありますか？

### 萩原先生（医師）

- ・家族の場合、お互いの感情がぶつかることも多く、対応が難しくなることがあります。
- ・診療においてはお互いの相性もあると思います。実際に、「先生は明るくていい」「先生の所に来ると楽しい」と言ってくれる患者さんもいれば、「うるさい」と言われる患者さんもいてそれはお互いの愛称ではないでしょうか。その相性が合わないのは病気だけでなく、性格など色々な要素があると思います。通所系で相性が合わないのであれば、物理的な距離をとるなどの配慮をしていただくのも一つの方法かと思います。
- ・いろんな問題がある時に全て病気で片付けることはできないし、全て性格で片付けることもできない。全てを何か一つの事で片付けるのは極めて難しいと思います。
- ・いろんな経験から、一番いい解を我々支援者が見つけ出すことが必要ではないでしょうか。その時に一人のアイデアだといいい解が出せないが、いろんな人とコミュニケーションする中でこっちの方がいいよねということも多いと思います。訪問看護師や家族の方にも一緒に来ていただくことが多く、その場で喧々譁々議論することもある。アイデアを出し合いながら全体的なバランスをみて「この辺りがいいですかね」と落としどころが見えてくるとトラブルが減ってくると思う。

コロナ禍の今、精神状態が落ち込んでいる方へ私たちができること。

### 萩原先生（医師）

- ・実際には、うつ病、うつ状態というのは病気の重症度の幅は非常に広いかと思います。アメリカ精神神経学会の診断基準である DSM-5 を基に精神科での診断を行います。うつ状態に入っているようであれば薬物療法と休養で少しずつ回復を促していく。うつ状態が死別反応で正常な反応であれば、そっと寄り添ってあげるという対応になる。本人の状態や状況により対応は異なると思うので一概には言えないかと思います。
- ・コロナ禍で人とのコミュニケーションが減りフラストレーションが溜まって、うまくいかないというのは臨床でも経験します。例えばカラオケに行くことが減って、人と話すことが減り家にいることが多くなった。そうなった原因をいかに取り除くかが重要となってきます。
- ・専門職にできることがあるとすれば、通常の死別反応であれば寄り添っていただければいいが、かなり元気がなく心配な状況や何かいつもと違う感じを受けた時には主治医にまず相談されることをお勧めします。主治医が専門外等で対応が難しいのであれば、精神科専門の医師等に繋げていただければと思います。

・何度も同じ話を繰り返され話の切りどきに困っている。傾聴も大事ですが自尊心を傷つけない話の切り上げ方。

### 古森氏（訪問看護師）

- ・繰り返し訴えてくる行動の背景には、伝わっているのか不安、ルーチンだったり、繋がりたいというメッセージ、寂しさの表れ、失われていく自分をつなぎ留めておく作業といった様々な目的があります。その目的に応じてアセスメントしながら 1 つ 1 つ考えていく事が必要。面接技法で、ある程度話を聞いたら話を聞く側がその話を一旦「こういうことですよね」と要約して話を区切ってその場を離れる。いつも話している話であれば、ある程度話がまとまったという習慣化があると思うので、そこで区切りをつけることが大事だと思います。

司会：日頃の診察で患者や家族の話が止まらないという時にどのようにされていますか？

### 萩原先生（医師）

- ・入院が必要になるところまで家族が追い込まれているケースなどの場合には、十分な時間を作り、家族の意見や支援者の考えをお聞きするようにしております。
- ・何度も同じ話をされることは多々ありますが、何回か診察を重ねることで、お互いの間合いを見つけてゆきます。例えば、主治医がペンを机に置くと、患者さんが側が診療終了だと察して話をまとめてくることもあります。認知症やいろんな病気を患っていても本人の性格は必ず残る部分があるので、通じ合うとうまい間合いができると思います。それを言語化するのは難しいですが、最終的に話をやめるタイミングは間合いになります。これは経験を積みば積むほど上手くなっていく、悩まれている方は上手くなる素質を持っていると思うので、周りの方がどのようにして上手くまとめているのか、どういうきっかけで止めているのかを見るとヒントになると思います。Aさんには上手くいったが、Bさんには上手くないということが多々あるので自分の引き出しをいかに沢山作るかも重要かと思います。これは経験や、いろんな事の積み重ねだと思います。基本的なテクニックをある程度身に着けたうえで経験を積むほど、同じ話や長くなってきた時の切り盛りの仕方は上達していきま

## 2 研修会参加者からの事前質問回答

### ●疾患について

質問	早期に受診と服薬開始をされる方と、2～3年後の受診の方のアルツハイマー型認知症の際の進行の差を教えてください。
萩原先生（医師）	・アルツハイマー型認知症では、抗認知症薬の使用をすることで、1年半程度認知機能の維持が図れるとのデータがあります。よって、初期からの内服が効果的です。なお、軽度認知機能障害では抗認知症薬の効果はないとのデータがあります。

質問	摂食嚥下機能に影響が出てくるタイミングなどは疾患によって差が見られますか？
萩原先生（医師）	・パーキンソン症状が出やすい認知症（レビー小体型認知症等）では、アルツハイマー型認知症に比べて、早期に嚥下機能の低下が生じやすいかと思えます。また、認知症に伴う行動心理症状の悪化にて抗精神病薬等の内服をされている方では、嚥下機能低下を生じやすいです。

### ●受診に繋げる方法

質問	認知症、精神疾患で生活に支障が出ているが、本人・家族の受診拒否、自宅から出ない、他者（知らない人）の介入を拒む方を受診に繋げる方法。
萩原先生（医師）	・包括支援センターへの相談や大分市役所長寿福祉課への相談を行い、必要時には初期集中支援チーム等の支援を受けることで、精神科受診に繋がるケースがあります。また、市役所での物忘れ相談会等の利用を行うことで、受診に繋がるケースもあります。

質問	妄想被害が激しく、すぐに感情的に怒ったり、行動に出る方で近隣住民とトラブルを起こす方の精神科への受診方法。
萩原先生（医師）	・このようなケースにおいては、包括支援センターへの相談や大分市役所長寿福祉課への相談を行い、必要時には初期集中支援チーム等の支援を受けることで、精神科受診に繋がるケースがあります。

質問	精神症状によるものか、認知によるものか見極めが難しい。訪問診療の医師の見解もあり、内服など専門医の受診をしたほうがいいのかと思う場面があります。
萩原先生（医師）	・難しい状況に至ってからのご相談では、施設や在宅での療養継続が困難となっているケースが多く、精神科病院での入院治療が必要となります。入院治療では、一般的に ADL 低下が見られることが多く、認知症専門医としては、できるだけ早期にご相談いただければと思います。

### ●対応について

質問	精神疾患まで行かない方も含め、こだわりが強く受け入れが難しい方への対応。その方たちの思考に変化があるか、時間が経てば受け入れられるのか等お聞かせいただくとありがたいです。
萩原先生（医師）	・対応法として、王道はないかと思えます。徐々に信頼関係を構築することで、受け入れられることが多くありますので、継続的にかかわることが大切かと思えます。

質問	認知症のある方でサービス利用の拒否がある場合の対応は、どのように行えば良いのか。
萩原先生（医師）	・本人の意向が強固にある際には、サービス利用が難しいことがあります。利用可能なサービスを用いながら、本人に繰り返し働きかけることで、徐々に受け入れが可能となるケースが多いかと思えます。また、身体機能低下等の場面において、受け入れが可能となるケースもあるかと思えます。

質問	認知症のある方でサービス利用の拒否がある場合の対応は、どのように行えば良いのか。
萩原先生（医師）	・本人の意向が強固にある際には、サービス利用が難しいことがあります。利用可能なサービスを用いながら、本人に繰り返し働きかけることで、徐々に受け入れが可能となるケースが多いかと思えます。また、身体機能低下等の場面において、受け入れが可能となるケースもあるかと思えます。

### ●支援体制について

質問	ご本人が認知症や精神疾患で専門医にかかっている場合は、担当医や病院に確認できます。その一方で家族に症状がある場合に家族支援が必要と考えられますが、どこまでケアマネジャーがかかわるべきか、その領域についてご助言ください。
萩原先生（医師）	・本人支援を行う上で、家族も含めたケアが必要となるケースがあり、専門家として、症状で気になるケースがある際には、担当医等に相談されると良いかと思えます。

### 3 研修会参加者からのアンケート質問

#### ●受診に繋げる方法

質問	かかりつけ医やオレンジドクターから専門医に繋げていただくために、かかりつけ医やオレンジドクターにどのような報告や相談をするとよいのか？(どのような情報があるといいのか、伝え方)
<p><b>萩原先生の講話内容から</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <u>必要な情報</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日頃の生活状況</li> <li>・介護上の問題行動</li> <li>・服薬状況(内服ができないために効果が見られない?)</li> <li>・治療によりどのように変化したか、変化していないのか。</li> <li>・薬物療法(特に開始時)副作用が見られていないか？(薬物療法は万能ではなく対症療法。) など</li> <li>・認知症に罹患されている方は、環境の変化で症状の悪化が見られやすい。特に変わりがないとの情報も重要(今のところ落ち着いていると確認できる)</li> <li>・症状の悪化時や気になることがあれば、遠慮せず主治医・ケースワーカーと連絡を取る</li> <li>・本人のみでは状況確認は困難。しかし、ご家族も専門家ではないので、専門家方に今の本人様の状態を伝えていただく様をお願いする</li> </ul> </li> <li>➢ <u>情報提供の具体的な手段</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報提供書の作成</li> <li>・電話連絡</li> <li>・ケースワーカーに相談 等を行う</li> </ul> </li> <li>➢ <u>家族・訪問看護師・ケアマネジャーなどの支援者からの情報提供が重要！！</u>              医師の前では、普通に対応されることも多く(気を張るから?)、短い診療時間では、認知症の悪化に気づきにくい。短い診察時間で効率的に的確な診療を行うには、今の状況を詳細に教えていただくことが重要</li> </ul> <p><b>古森氏(訪問看護師)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日々のセルフケア、ADLの状況。健康時の頃と今現在(認知機能を伴う)変化についての情報があるとよいかと思えます。また、認知機能の低下によって、何が困っているのか?を明確に伝えることも重要と考えます。</li> </ul>	

質問	専門医の受診をしたほうが良いと思う場面があり、かかりつけ医やオレンジドクターに相談したが認知症専門医に繋がらない場合、認知症専門医にどのようにして相談するといいいのか
<p><b>萩原先生(医師)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の包括支援センター等に相談をされることをお勧めします。自身の経験でも、包括支援センター等を通じて相談に至るケースも多くあります。</li> </ul> <p><b>古森氏(訪問看護師)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医やオレンジドクターになぜ、認知症専門医に繋がなくてよい判断をしたか見解を確認する。そのうえで、やはり認知症専門医への受診が必要と判断するのであれば、かかりつけ医へ再度打診する。あるいは、別の関係機関から相談をお願いしたり、直接、認知症専門医へ相談、連絡してみる。</li> </ul>	

質問	かかりつけ医やオレンジドクターと、専門医の連携としてどのようなことが必要だと思われますか？
<p><b>萩原先生(医師)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関同士の連携が重要であると思えます。上野ヶ丘圏域で数年前より、地域の様々な機関が ZOOM 等を通じて顔の見える関係作りを行っておりますが、この様な地道な活動が必要かと思えます。結果として、お互いに専門性を尊重できるようになり、結果として本人の支援がよりスムーズに進むかと思えます。</li> </ul>	

## ●対応について

質問	レビー小体タイプと統合失調症で幻視・幻聴の違いや対応の違いがありますか？
<p><b>萩原先生（医師）</b>  <b>幻視・幻聴の違い</b>            ・統合失調症においては一次妄想（一次妄想は、「なんでそういった確信に至ったのか、常識的な考えでは理解できない」という妄想です。）が多く認められます。            ・レビー小体型認知症（DLB）では誤認（人物誤認症状、場所誤認，“いない身内が居る”，TV 徴候）がおおく、幻視や誤認で現れる相手が被害妄想の対象になることがあります。結果として、物盗られ妄想、見捨てられ妄想、嫉妬妄想などが多く見られます。レビー小体型認知症では、嫉妬妄想の頻度が高いことが知られていますが、幻視や誤認が誘因になって二次的に嫉妬妄想を形成しやすいと考えられています。</p> <p><b>対応について</b>            ・レビー小体型認知症の幻視が現れたときの対処法としては、まず最も重要なことは、幻視は本人にとってはとても“まぼろし”とは思えないほどリアリティ、真実味があって、生き活きして見えているということを充分理解しておくことです。強く否定したり、感情的に対応すると、本人が混乱したり興奮が高まったりしてますます幻視を増長させたり、妄想へと発展させたりすることがあります。また、抑うつ症状を悪化させたりする事もあります。</p> <p><b>古森氏（訪問看護師）</b>            ・レビーは初期からせん妄を伴わない幻覚、特に鮮明で具体的な幻視が出現する。たとえば「壁に虫がはっている。」「子供が枕元に座っている。」など。また、「ふとんが人の姿に見える」などの錯視もある。統合失調症は、幻覚は知覚の障害で「対象なき知覚」といわれている。いずれも、否定もせず、肯定もせずの対応。</p>	

質問	妄想、せん妄の強い方が興奮状態でゆっくり話す、目を合わせるテクニック通じなかった場合の対応のコツ（研修会の補足）
<p><b>萩原先生（医師）</b>            ・興奮が強い場合、認知症のタイプにもよりますが、基本的にはその場から離れて、少し落ち着く時間が必要かと思います。それでも、落ち着かない等の状況がある際には、主治医と相談されると良いと思います。</p> <p><b>古森氏（訪問看護師）</b>            ・極度の興奮は長く続かないので、話題を変え、注意を別のところに向けられるようにする。            ・周囲の攻撃に矛先を向けられそうな利用者がいなければ、注意を別のことに向けられるようにする。            ・きっかけとなる言動を避ける。            ・危険なものを周囲に置かないようにして見守る。</p>	

質問	妄想、せん妄が強い方の対応で同意できない（そうですねと言えない）場合にどのようにするといいいのか
<p><b>萩原先生（医師）</b>            妄想とせん妄で対応は異なるかと思えます。            ・せん妄の場合、ほとんどのケースにおいて数日以内で改善していきます。そのため、根本的な原因の改善と一時的に対症療法を行う事となります。            ・認知症に関連した妄想の場合、適度な距離を置くことや、複数人でケアをしている環境であれば、対応する人を代えるなどの対応法が必要となります。</p> <p><b>古森氏（訪問看護師）</b>            ・一般的に感情をコントロールする力が低下しているので、ちょっとした気いらないうちでも、すぐに攻撃的になったり、否定的になることが多く、同意を得られないこともあると思います。自尊心を傷つけられた場合や、考え方が違う場合などによくみられるが、自分の思いをうまく表現できないもどかしさや、焦りが根底になることを関わるスタッフは理解することが大切。それを踏まえたとえ、スタッフは、冷静にいったんその場を離れて、利用者がわすれることを待ったり、注意を別のことに向けられるようにする。</p>	

質問	認知症の方、季節が分からず季節に合った生活を提案し拒否される場合の受け入れてもらえる声かけの仕方 → 認知症の方に受け入れてもらえる声のかけ方
<p><b>萩原先生（医師）</b>            ・認知症の方が季節を混乱してしまう場合、季節に合わせた生活を提案しても拒否される場合があります。その場合、            「今日は○月○日ですね。」と声をかける。            「今日は暑いですね。こんな日は水分をたくさんとりましょう。」と声をかける。            「今日は何を着ていきますか？」と声をかける。            などと声をかけると良いとの報告があります。</p> <p><b>古森氏（訪問看護師）</b>            日によって、受け入れてくれる日や受け入れてもらえない日があるかと思えます。日頃のかかわりのなかで、下記対応をするとよいかと思えます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・着替える習慣をつける。</li> <li>・きれいですよ、お似合いですねなど、積極的に声かけする。</li> <li>・本人の希望を重視して着衣を選ぶ。</li> <li>・着る順番に並べる。</li> <li>・一枚ずつ手渡す。</li> <li>・ちぐはぐな着方にはさりげなく援助する。</li> <li>・脱衣の原因を取り除く（皮膚疾患、便秘、失禁等）。</li> </ul>	

<b>質問</b>	認知症患者さんの失敗（日付の間違い）を指摘しすぎない方がいいと聞いたことがあるが、対応が知りたい
<b>萩原先生（医師）</b>	・本人ができることに着目し、そのことをほめたり継続してできるような環境を整えてゆくことが重要と言われております。できるだけ自尊心が傷つくような状況を作らないことも肝要です。
<b>古森氏（訪問看護師）</b>	・間違っていたとしても、すぐに訂正したり、叱ったりしない。 大きな日めくりカレンダーを部屋にかけて、一緒にその前に行き、「ほら、今日はこの日ですよ。」「ああ、今日はこの日なのね」と納得してもらって、その場を離れるなどの対応がよいかも。

<b>質問</b>	言葉や仕草で精神状態を把握する方法
<b>萩原先生（医師）</b>	・常に本人の変化を観察することで、状態把握に努めてゆくことが重要かと思えます。
<b>古森氏（訪問看護師）</b>	・日々、かかわりを持っていくなかで、「今日は何か違う」「いつもと言葉、行動に変化がある」と気付ける。1回だけお会いして相手のことを知ることは困難。何度も繰り返しかかわりを持つことで、相手の人物像が見えてくる。また、相手側もかかわりを持ってくださる関係機関の方を知り、信頼関係が構築できると考えます。

<b>質問</b>	本人に認知機能の低下に自覚がなく受診できない場合、どのように接するべきか教えていただきたい。
<b>萩原先生（医師）</b>	・内科主治医がいる際には、その方に情報提供を行い、認知機能の検査等を入れて頂き、治療に結びつける方法があるかと思えます。また、大分市内であれば、大分市役所にて行っている物忘れ相談会等を利用して受診に繋がるケースもあります。また、初期集中支援チーム等に相談する方法もあるかと思えます。
<b>古森氏（訪問看護師）</b>	・認知機能の低下していることについて、説得したり一方的に不用意な言動をとると逆効果。まずは、かかりつけのクリニックや病院等があれば、身体的な検査や受診が必要という部分を説明する。受診先のクリニックや病院等にも予め、認知機能低下について悩んでいる、受診したい旨を相談しておく。一緒に受診同行する。

<b>質問</b>	活気の上がるきっかけ作り、その後に影響してしまう良くない方法
<b>萩原先生（医師）</b>	・本人の思いを十分にくみ取り、話し合いを重ね、お互いに信頼関係を構築して、支援を進めてゆくことが重要かと思えます。
<b>古森氏（訪問看護師）</b>	・過去は生き生きとした話題を提供することができる ・残されている長期記憶を活用する ・その後の影響としては、設定されたテーマに関する思い出は、個々人で微妙に異なるので、プライバシーに踏み込まないように注意する。

<b>質問</b>	認知症や精神疾患の方と関わる専門職が注意すること
してはいけない対応方法	
<b>萩原先生（医師）</b>	・本人の自尊心を傷つけるような行為（叱責する・間違いを指摘する等）を行わない事や本人を無視した対応等は行わない事などがあります。
<b>古森氏（訪問看護師）</b>	・無視する ・一方的な不用意な言動をとる ・感情的になって同じレベルで反応する ・叱る
専門職が心がけること	
<b>萩原先生（医師）</b>	・疾患理解等の勉強を行い、自身の知識のアップデートを行う事が重要かと思えます。また、常に自身の対応が十分か等に関して、職場内等でお互いに話し合うことなどが重要ではないでしょうか。
<b>古森氏（訪問看護師）</b>	・対応の方法は一様ではない。利用者の行動のひとつ一つが、利用者一人ひとりの生きてきた過程を反映しているともいえる。また、利用者のその日、そのときの気分のあり様によって、昨日はうまくいった援助方法が、今日は全く役に立たないということもしばしばあることを念頭に置く。

## ●講話内容について

質問	萩原先生の講話でレビー小体型認知症の症状でレム睡眠行動障害の項があり、スライドではほぼ触れられませんでした但对処法の「照明をつけて起こす」とはどのように実施することなのか具体的に知りたい。【薬剤師】
----	---

萩原先生（医師）

・レム睡眠行動障害において、特に夜間、幻視をもとに生じていることが多いことが知られております。夜間の幻視の一員として、見間違いあり、明るくすることで幻視が消えることがあります。また、レム睡眠中に生じた行動異常なので、しっかりと覚醒させることで、症状が消失します。そこで、レム睡眠行動障害の対処法として照明をつけて起こすというのがあります。

質問	老年期に見られる精神病について、もう少し掘り下げた話が聞きたかった。【介護支援専門員】
----	---

萩原先生（医師）

・老年期に見られる精神病は様々です。今回は時間の関係上十分に解説で開設できませんでした。大変申し訳ありません。また、次回以降の本研修会を通じて、講義させて頂く時間があればと思います。

質問	「てんかん」について詳しく知りたいです。【介護支援専門員】
----	-------------------------------

萩原先生（医師）

・てんかんは高齢者に比較的多い疾患です。認知症と併発することも多く、注意が必要です。また、次回以降の本研修会を通じて、講義させて頂く時間があればと思います。

## ●最期の質問

質問	認知症を有する方が地域で長く暮らしていくためには何が重要と考えるか教えていただきたい。
----	---

萩原先生（医師）

・本人の多職種での支援体制の構築と、認知症の進行に合わせた支援が必要かと思います。その中で、医療間での連携や医療・介護連携を行い、つねに情報共有を行うことで、いつでもすぐに本人の必要な支援に結び付く事ができる様にしておくことが重要ではないでしょうか。

古森氏（訪問看護師）

・途方に暮れ、ため息をつきたくある日があるかもしれない。しかし、認知症の人々は決して何もできず、何も感じない人々ではない。地域で暮らす認知症の人々をさりげなく援助することが重要である。

本研修会講師の萩原先生（医師）、古森氏（訪問看護師）には多くの質問に丁寧にご回答いただき、誠にありがとうございました。