

統合ケアマネジメント事例検討会は、国立社会保障・人口問題研究所と一般財団法人オレンジクロスにより研究事業として行われている多職種の検討会。①利用者像の捉え方（周囲との関係性を含む）、②見立て、③課題設定、④課題の原因分析、⑤対策——に関する捉え方や考え方を話し合うことで、最適な支援方法を多職種で検討する会として行われている。

—— 今月の A さん ——

# 一人暮らしで認知症のある女性 地域包括は「施設に入所を」 ケアマネは本人が望む在宅を続けたい

## 事例検討会の参加者

事例提出者 C子さん 居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員  
 司 会 川越雅弘 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科教授  
 参 加 者 ケアマネジャー  
 医 師  
 訪問看護師、OT  
 介護福祉士、社会福祉士、  
 薬剤師、介護施設長

他、多職種の参加者 40 名

果たして、C 子さんの見立てはどう変わるでしょうか？  
 皆さんも、次の表から、A さん像を想像してみてください。

## A さんの概要

1. 基本情報	
① 性別・年齢・介護度	女性 ・ 80 歳代後半 ・ 要介護 1
② 自立度 身長、体重	寝たきり度：J1 認知症自立度：Ⅱ b 身長：146cm 体重：47kg
③ 同居者／主介護者 家族の状況	独居／主介護者なし／長男夫婦は外国暮らし。仮に本人が亡くなっても帰国する意思はない。
④ 経済状況	生活保護
⑤ 居住環境	2DK のアパートに一人暮らし。近隣の人とはあいさつする程度。徒歩 5 分の所に行きつけのコンビニがある。徒歩 10 分弱の場所にバス停、徒歩 20 分弱の所に主治医、スーパーマーケットがある。
⑥ 連絡元 (事例の紹介者・機関等)	地域包括支援センター

2. 生活歴／現在の生活／趣味／参加の状況	
① 生活歴・職歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他県で生まれ、10歳代終わりに上京、親戚の工場を手伝う。30歳代初頭で教員の夫と結婚し、主婦となる。長男が生まれるが、結婚7年目で夫ががんで急死。本人も代用教員や掃除の仕事をして暮らしを支える。</li> <li>・その後、外国女性と結婚した長男が事業に失敗したことで本人のお金もすべてなくなる。</li> <li>・長男夫婦は妻の出身国に永住。</li> <li>・本人は地域の老人クラブに参加したり、宗教関係の集まりに出かけていたが、日にちの見当識がなくなり、最近では遠のいている。</li> </ul>
② 現在の生活状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月数回バスを乗り継いで近隣のデパートやショッピングセンターに行き、1000円以内の買物を楽しんでいる。</li> <li>・日常は、近くのコンビニで、パンやカット野菜、缶詰を買い、ヘルパーとともに食料品の在庫確認、服薬確認をしている。</li> </ul>
③ 性格	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前向き。くよくよしない。人の悪口を言うのも聞くのも大嫌い。決め言葉は「ニコニコにっこり」「幸せなら手をたたこう!」</li> </ul>
④ 趣味／嗜好	<ul style="list-style-type: none"> <li>・買物 ⇒ 1ℓ108円の飲み物、カット野菜、卵、納豆、メロンパン、缶詰など。</li> <li>・街歩き ⇒ バスを乗り継いで隣の市などのデパートに外食（コーヒーショップ、うどん店、おにぎり屋さん）</li> <li>・バスは、家を出てから目的地に着くまで30分から1時間程度乗車。以前は友だちと待ち合わせをしてうどんやサンドイッチを食べていたが、友だちが外出できなくなり一人で出掛けている。</li> </ul>
⑤ 参加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通っているデイサービスで月に1回行うオレンジカフェに毎回参加。数十人の前で自発的に発言する。</li> <li>・例えば、講師の「認知症は老いのあらわれ。認知症になることを恐れることはない。老年的超越、逆に多幸感が増す」との発言を受けて「私は〇〇と申します。一人暮らしをしています。さびしいでしょう、お困りでしようという人もいますが、そんなことはありません。毎日が幸せです。毎日元気です。東京オリンピックを見て、100歳まで元気ががんばります。皆さんと一緒に、がんばります。幸せなら手をたたこう」と発言している。満場の拍手で本人も満面の笑み。</li> <li>・オレンジカフェには、近隣の方や介護サービスを利用している方が6割、認知症の本人とその家族が1割、介護サービスにかかわる人が1割、ボランティア2割が参加。平均年齢は70歳を超えている。</li> </ul>
3. 病歴／健康状態	
① 入院歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> </ul>
② 合併症・疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルツハイマー型認知症</li> </ul>
③ 受診状況 服薬状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通院1回。主治医は、ヘルパーによる週1回の通院介助を求めている。</li> <li>・ドネペジル5mg1錠 朝内服</li> <li>・薬カレンダーにヘルパーさんの見守りのもと自分で入れている。 ・8割程度服薬できている。</li> </ul>
4. 心身機能／基本動作／IADL／ADL	
① 心身機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特に問題ない。</li> <li>⇒ 曜日の見当識がないので、「今日はデイサービスの日ですが、まだお迎えの車が来ません」とデイではない日に電話をしたり、近所のコンビニに買い物に行っても、冷蔵庫にあるものを重ねて買ってしまい、野菜や納豆がいくつも入っている。</li> </ul>
② コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・良好。回りの人に対する気使いも豊か。人の悪口は決して言わない。</li> <li>・デイサービスで隣の人が、「なんで今さらこんなドリルをしないといけないのか分からない」といったときに「私も始めはそう思っていたけれど、やってみたら面白かった」「一緒にやってみますか？」などの会話をしている。</li> </ul>
③ 基本動作	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立</li> </ul>
④ IADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>・金銭管理や契約については、サポートが必要。電話での勧誘に乗って不必要な契約をしたり、知り合いにお金を計40万円程度貸して、自分の食費が一日400円になった時期もあった。</li> <li>⇒ 本人は20万円程度を2回貸した借用書を持っていた。しかし、どうやって返してもらうかを考えていなかった。人がいいので「いつでもあるときに返して下さい」と話していたとのこと。「知り合いなので、大丈夫」と全幅の信頼をしている。自分が苦しい生活になっても、知り合いを恨むことはなかった。</li> <li>ももとの本人の性格とともに、判断能力の低下がある。</li> </ul>
⑤ ADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立</li> </ul>
5. 本人・家族の意向／専門職の援助方針	
① 本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バスを乗り継いで、N地区やK市に買い物に出かけたり、知り合いに会って楽しく過ごしたり、近所のコンビニでパンや牛乳を買って、アパートでこれからものびのび暮らしたい。</li> </ul>
② 家族 (長男は外国にいる。 帰国の意思はない)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター：今回、人にお金を貸しすぎ自分の暮らしが立ち行かなくなった。また、近隣の方から、本人の徘徊を心配する声も上がっている。本人の認知症が軽いうちに、施設に入った方が本人にとっていいのではないか。施設に入れば1日3食栄養バランスのある温かい食事が食べられる。</li> </ul>
③ CMの援助方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の意向は、「街歩きや買い物を楽しんで、今のアパートで、人の悪口を言わず、聞かず、のびのび暮らしたい」。ケアを工夫して、その思いを実現していく。</li> </ul>

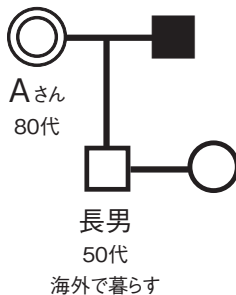
## 6. CMが設定した解決すべき課題

【課題内容】	【長期目標】	【短期目標】
① 定期的に出掛け、「100歳まで元気」に過ごす時間を作る。	・「毎日が幸せ」という思いを共有できる知り合いを作る。	・定期的に出かける機会を作り、元気な生き方を共有できる場と役割を作る。
② アパートでのびのび暮らしたい。	・買物や街歩きを楽しむ暮らしを続ける。	・福祉事務所に週1回通い、1週間分のお金を自分で管理できる。 ・買物のレシートをとっておき、誰かと確認する機会を持つことで楽しんだ成果を共有する。
③ 詐欺にあわないようにする。	・自分のお金を、計画的に使い、楽しむ。	・レシート、葉書、案内などとおき、内容を確認する機会を持つ

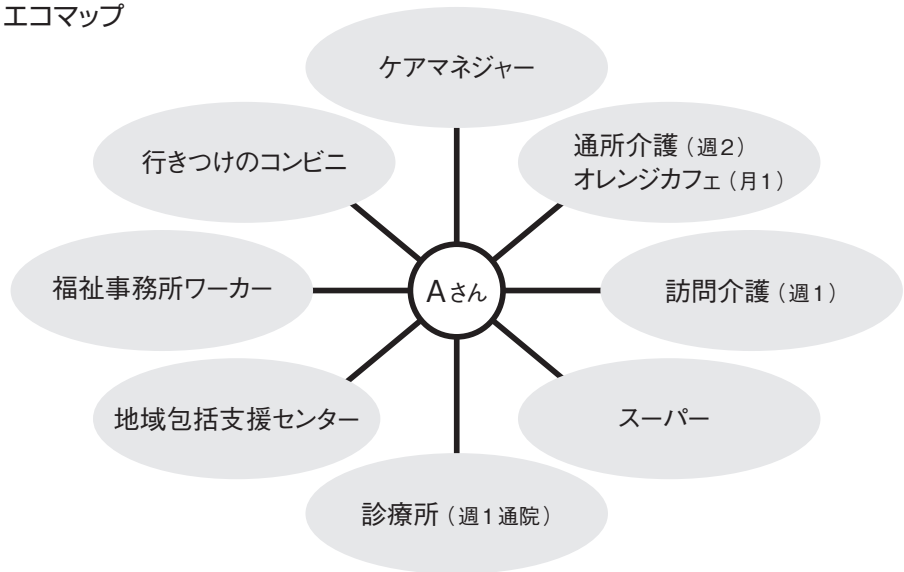
## 7. サービスの利用状況

① 訪問介護	・通院介助、買物同行、室内の環境整備、服薬確認、食料品などを一緒に整理する。
② 地域密着型通所介護	・週2回（知り合いに貸した40万円程度を分割で返してもらうまでは食費の支払いができないため、週1回に利用制限していた）
③ 担当福祉事務所 ④ 地域包括支援センター	・金銭管理、相談、助言。
⑤ 診療所	・週1回通院、診察、投薬。

### ジェノグラム



### エコマップ



## ● 課題の確認

**司会** 課題が3つ出されています。①定期的に出掛け元気に過ごす時間をつくりたいということと ②アパートでのびのび暮らしたいということと、③お金の管理のところで課題があるようなので、詐欺にあわないようにするということの3つです。ご本人の意向は、バスを乗り継いでいろいろな地区に買い物に出掛けたり、知り合いに会って楽しく過ごしたり、コンビニでパンや牛乳を買って、アパートでこのまま在宅での生活を継続したい、という思いをお持ちです。家族である長男さんは外国にいらっしやって、これからも帰ってくる予定

はないのですが、お金を貸したり使いすぎたりということが過去にあったので、今の状態だったら施設に入った方がいいのではないか…。

**C子さん** それは、地域包括のお考えです。

**司会** あっ、地域包括の考えなんですね。ケアマネさんとしては、本人が自分の家でのびのび暮らしたいと言っておられることを、できれば実現してあげたいと思っていて、地域包括の考えとケアマネさんの思いが違うのですね。

**C子さん** はい。

**司会** ケアマネさんが困っていることと、専門職の方に聞

いてみたいことがあれば、ひと言どうぞ。

**C子さん** この方は生活保護で一人暮らしで、少し認知症のある方です。地域包括は「安全安心」を前面に出して施設入所を勧めています。私たちは本人の意向を前面に出して、在宅での暮らしを何とか工夫して支援していきたいと思っていて、その方針の違いに困っています。地域包括は、「少しでも分かっているうちに施設に入った方が、本人も温かいご飯が食べられて幸せなのではないか」と言う。本人の在宅の意向を伝えても、「詐欺にあわないようにする」というところで、「契約能力だけでも保佐人、補助人に任せてはどうか」とおっしゃって、方向性の違いがあつて困っています。

認知症があつてもなくても、本人の意向と周囲の意向が異なる場合のケアマネジャーの立ち位置を、皆さん方どのようにされているのか、お聞きできればと思っています。

**司会** 分かりました。それでは資料の読み込みを5分ほどお願いします。

## ● 本人像への質疑

本人が夜10時にコンビニへ買い物  
地域から「徘徊している」と見られる

**司会** まず事実関係の確認をします。質問のある方は、挙手をお願いします。

**ケアマネ1** 実際に多額のお金を他人に貸してしまったり、過去の生活の中でお金が足りなくなってしまうことがあったようなのですが、詐欺にあったときのリスク管理は誰がどのように介入していますか。

**C子さん** ヘルパーが週2回入っていて、本人のレシート等を一緒に確認するようにしています。最近も電話関係の会社に8,000円払うようなサービスを電話で契約していて、解約することができました。レシートを貯めておいてもらうということと、チェックする機会を持つということで対応しています。

**ケアマネ1** 福祉事務所の対応を教えてください。

**C子さん** Aさんは過去、知人に40万円貸してなくなってしまうことがあり、生活保護の人は、普通は月に1回、福祉事務所にお金を取りに行くのですが、特別に週1回、分割して取りに行くようなはからいをしてもらいました。

**介護福祉士** 本人は生活保護を受けていることをどう思っ

ているのでしょうか。

**C子さん** 生活保護は、「ありがたい」と言っています。息子の借金の清算で、お金がまったくなくなってしまったので、収入が年金だけしかないのでありがたいとのことで、「13万円くらいを丁寧に使っていきたい」と言っています。

**地域包括看護師** 地域包括で働いている看護師です。後見人をつけることについて、本人にメリット、デメリットを説明する機会は、どこかでありましたか。

**C子さん** 後見人の話が出たのは、実は最近です。本人にメリット、デメリットを話すことはこれからです。

**地域包括看護師** 何度か繰り返して話したり聞いたりすると、本人の意向が分かると思います。成年後見もデメリットばかりではないと思います。

**薬剤師** Aさんの徘徊を心配する声が上がっているとのことですが、バスを乗り継いで、隣の市まで買い物に出掛けている。迷わずに帰ってくるのでいいのでしょうか。

**C子さん** 帰ってきます。しかし、本人が夜の10時に、コンビニへ明日の朝食を買いにいったのですが、それを見た近所の人が、「昨日徘徊していた」と伝えてきた。地域の目が徘徊と見なしてしまいます。

**薬剤師** 近所の人がAさんを見て、心配している。でも実際は、徘徊ではないのですね。

**ケアマネ2** 地域包括支援センターの方が入所を勧めているということですが、それはセンターの1人の職員さんですか。センター全体の総意ですか。

**C子さん** おそらく全体の総意です。

**ケアマネ3** 地域包括には、地域の商店街、民生委員などが情報や苦情、相談、地域課題を挙げる人が多いですよ。なぜそこまで、Aさんが外に出たらすぐ徘徊と判断をしたり、本人がバスに乗って帰ってこられるにもかかわらず、地域包括がそこまで「施設」と言っているのか。何か根拠があるような気がします。それは聞いたことはないですか。

**C子さん** この方を担当するようになってまだ1年以内なのですが、そもそもが近隣の苦情から上がってきたケースです。苦情が地域包括にあって、介護認定の申請になって、ケアプランを受けてほしいと言われ、それが入り口です。Aさんが夜の10時にコンビニにいてるとか、徘徊という苦情から始まっているケースなのです。

**ケアマネ3** 福祉事務所のワーカーさんも、施設に入れた方がいいと思っているのでしょうか。



質疑応答から  
見えてきた A さん像

**C子さん** Aさんが知人に貸してしまってお金がなくなってしまったときは、福祉事務所のワーカーさんもすごく動いてくれました。一週間おきにしてくださるところなど、協力してくれるのですが、「認知症の人の言うことを真に受けているのではなく、施設入所を説得するのがケアマネジャーの役割でしょう」というニュアンスのことを言われたりします。

**ケアマネ4** 地域では、認知症についての勉強会などは行われていないのですか。

**C子さん** やっています。なので、地域包括の人も例えば「認知症の軽いうちに施設に入った方が本人にとって幸せなのではないか」とか、あるいは Aさんが買うものがコンビニのカット野菜や缶詰、パン、牛乳なので、「施設に入って温かいご飯3食食べられる方が、本人にとって幸せなのではないでしょうか」という言い方です。「本人にとって」という言い方をしています。

● 多職種からのアドバイス

デイサービスで  
近所の社会資源を使うトレーニングを

**ケアマネ4** 宗教関係の集まりに行っているという話でしたが、Aさんの家に訪問する人はいますか。

**C子さん** 月に1回とか集まりがあって、A子さんはそこに出掛けていたけれども、だんだん行けなくなった。訪ねてくるのは集金のときだけです。会費を集めにくるときだけ訪ねてくる。実はその宗教の方が苦情を言っていました。

**一同** ふ～ん（そうなんです～）

**施設長** アルツハイマー型の認知症は確定診断ですか。

**C子さん** 確定診断ではなく、Aさんがかかっている診療所が、私たちがかかわる前から出していた診断です。

**施設長** ドネベジルはどのくらいの期間服用していますか。

**C子さん** 少なくとも5年間は飲んでます。

**施設長** 入所を勧められている施設の種類の、グループホームなのか、サ高住なのか、老健なのか？

**C子さん** 要介護1ですし、Aさんはよく街歩きをされるので、勧めるとしたらサ高住しかないと思います。

**O T** 確認なのですが、地域包括の人はAさんに出会っているのですか。

**C子さん** 何回も会っています。

① バスを乗り継いで隣の市まで  
買い物に行き、帰ってこられる

② 知人に40万円貸して  
生活費に困ることがあった

③ 「ニコニコにっこり」が口ぐせ

④ 地域包括は  
「施設に入った方が  
本人にとって幸せ」と言う

**O T** 苦情の始まりは宗教関係の人たちだという話がありました。何かトラブルがあったのでしょうか。

**C子さん** Aさんが集会に来なくなったこと、会費を払わなくなったこと、訪ねていってもいないということかと思います。

**O T** 本人がまわりの住民に対して、前に宗教勧誘みたいなことはしていましたか。

**C子さん** していません。

**O T** 分かりました。あともう一つ、地域の中で、認知症に関する事で何かトラブルが起こったことはありましたか。例えば、火事になったとか。

**C子さん** そういうことはないです。

**訪問看護師** 私は、自分が80代の後半になったら、Aさんのように「ニコニコにっこり」と言えるような人生はうらやましいと思いました。だから在宅で、もし人さまに迷惑をかけるのだったら、お金の管理とか、後見人みたいなものはあった方がいいと思いましたし、生活保護費の支給を分割にしてもらえるのは、すごくありがたいと感じました。事例を通して地域課題が見えるんだということも、今日学べました。

**ケアマネ5** Aさんが利用できる近くに、社会資源で利用できる価値のあるものはないでしょうか。例えば、近所のたまり場で、そこに通うことをプランの中に組み込む余地はないのかとか。助け合いの中で、見守りとかプラスアルファで構築していくようなプランを考える余地や資源は、この地域にないでしょうか。

**C子さん** 歩いていける範囲に、月1回やっているオレンジカフェがあるのと、あとバスに乗って10分くらいのところに、常設型のオレンジカフェがあります。そういったところはいいかかなと、今のお話を聞いて思いました。一緒に行ってみながら場所を覚えてもらうとか。

**ケアマネ5** 例えばオレンジカフェでいいなという感触があれば、今通っている地域密着型通所介護では、Aさんが社会資源を活用して、地域とつながるように、機能向上だとか、認知能力を落とさないような工夫をしてくれる、サービスを提供できる通所介護になっていますか。

**C子さん** 通所介護では「歩く」ということに取り組んでいます。例えば、「とにかく600mは歩く力をつけましょう」とか。本人の家とバス停とデイは徒歩圏内なので、おっしゃるようにやってみようと思います。また、いつも本人が乗るバス停と、オレンジカフェに行くバス停は違うので、そのトレーニングも通所のプログラムに含めていこうと思いました。

## ● 多職種からのアドバイス

### 地域ケア会議の活用や 意思決定支援のための後見人を

**O T** 私は、Aさんの課題は金銭管理の部分だけで、あとはプランを変える必要はないのではと思っています。変わるべきなのは地域包括支援センターであり、まわりの住民だと思います。本来やるべきなのは地域ケア会議で、まわりの住民や地域包括に対し、Aさんの捉え方をどうやって良い方向に築いていけるかということだと思います。

地域包括とケアマネだけでやっていると、単に意見の対立になってしまうから、その上部にある自立支援型の地域ケア会議のようなところにもって行って、地域の方々に、「この人はこういうふう安全に生活できます」と示せれば、地域住民が、Aさんの困ったときに支えてくれる——そういうふうになれば、すてきなかなと思います。

**社会福祉士** 元地域包括職員です。私は、地域の方とコミュニケーションを取る機会をもって、特にこの事例にかかわる人に相談をして、ちょっとずつお願いごとを増やして、理解をもらうことだと思います。それが熟成してきたら、認知症サポーター養成講座に行ってもらおうとか。

それから、地域包括には認知症地域支援推進員がいる

はずです。推進員とコンタクトを取るのも一つかもしれません。地域包括側に少しずつ理解者を作っていければ…。

**介護福祉士** 生活保護で徘徊があるとか、借金もあって、クレームもあるという時点で、すぐ施設という考え方になってしまうのかなと思います。私が今サ責として担当しているケースでは、逆にケアマネさんが施設に入れたがっています。週1回入っているヘルパーさんは、良き理解者になってくれるのではないのでしょうか。

**ケアマネ1** 成年後見の活動をしています。後見人や保佐人の話があったのは、とてもいいことだと思います。

詐欺にあわないリスク管理というところで、ヘルパーにレシートを確認してもらっているのは、ヘルパーの責任が少し重すぎるかもしれないと思いますし、ケースワーカーも年度で変わり、ワーカーさんによって対応が変わる場合もあります。後見人のような立場の人が必要なのではと思います。

施設入所は、要介護1で現実問題として難しい。サ高住にしても、契約などいろいろある場合、Aさんの身元引受人はどうするのかという、後見人は身元引受人にはなれません。しかし、入院の手続きや退院の手続きなどで動くことができます。医療職と連携を取りながら相談ができますし、本人のためなら一生懸命働くはずで、本人がどうやって生きたいか、意思決定支援を一緒にしていくことになるので、後見人を探していただくのがいいと思いました。

日本社会福祉士会の運営する権利擁護センターばあとなあは、地域に分かれて活動しています。Aさんの地域の「ばあとなあ」のスタッフと連携を取ると、いろんなことを教えてくれるし、相性もみてくれます。事前に行って、本人とある程度やり取りをする中で、本人が選任できるようにするのがいいのではないかと感じました。

社会福祉士会の他にも、各専門職が後見の活動をしています。それぞれの専門職の得意分野があるので、いろいろな専門職の団体にも相談しながら、適任の人を探すのも良いと思います

## ● 多職種からのアドバイス

### 認知症疾患センターの専門職と連携や 地域のテーマ・コミュニティーを活用する

**ケアマネ6** 認知症疾患医療センターが地域にあると思う

C 子さんが  
気づいた手だて

- ① Aさんとかかわれる人たちに  
お願いごとをして、理解を広げる
- ② 認知症地域支援推進員の人たちに  
働きかける
- ③ 機能が衰えても、本人が行いたい  
日常生活のルーチンを支える
- ④ 成年後見人を選定。  
最期はどうするかについても  
一緒に考える

のですが、そのアウトリーチしてくれる看護師などに相談してみてもと思います。私も、地域包括が施設入所と言っているケースがあって、認知症疾患医療センターの看護師に「この人は在宅です」と言ってもらい、地域包括も一緒に見守ってくれたというケースがあります。

まったく違うところから専門の人がかかわってくると、また違った展開があると思います。本人がどうしたら家にいられるのかを、疾患医療センターの人たちと一緒にカンファレンスを開いて、「地域の専門職が、こういう根拠で在宅は大丈夫だと判断しています」ということをきちんと伝えていくといいのかなと思います。

**ケアマネ7** 息子さんは、Aさんが亡くなくても帰ってこないのですよね。最終的にサ高住に入っても、最後亡くってしまったら、どなたが引き受けるのですか？

**C子さん** …

**ケアマネ7** 私の法人もサ高住を運営していますが、最後に身元を引き受けてくれる人がいないと困ると思います。私はこのケースは、お金のこと等は、社会資源でどうにかなると思うけれど、私がケアマネとして担当したら、最後はどうするかというのが、一番困るところだと思います。

サ高住を運営していると、無縁仏を引き受けるという事業者が営業に来るのですが、とても値段が高く、うちは契約しません。葬儀場が終活をすべて引き受けますというのものもある。しかし、途中で事業がつづかなくて破たんしてしまったりすることもあるので、よく調べるようにしています。

**司会** F先生いかがですか。

**医師F** すごく勉強になりました。本人がこうしたいというパターン生活をさせてあげたいというのは、極めて正当な考えだと思います。例えば徘徊も、主体の解放の試みだという説があるんですね。自分自身が自分であることを維持する行為は、どんなに認知機能が落ちてでも存在する。それはルーチンのいろいろな活動に現れるといわれている。例えば、フードコートでコーヒーを飲んで帰ってくるというだけの行為でも、その人の主体の一貫性を保証する活動なのだと思います。それをどうやったらやらせてあげるかというのを考えるのは、極めて正当なことです。機能がだんだん落ちてきてやるのが少なくなっても、「これをやろうとしているんだ」と分かったら、それを支えるのが非常にいいことだと思うし、生活機能を維持する方向になると思います。

都市部の高齢化した古い戸建てが多い地域は、これから高齢者が爆発的に増えるので、非常に難しい地域だと感じています。しかし、都市部はテーマ・コミュニティ<sup>\*1</sup>とあって、「へえ、こんなことをやっているんだ」みたいな意外なリソース（社会資源）があるので、今流行の社会的処方<sup>\*2</sup>のように、テーマ・コミュニティにつなげられるようリソースを発見してピックアップしておくよと思います。

**司会** C子さんいかがですか？

**C子さん** いろんなアイデアが出されて、本当によかったと思います。社会資源的なたまり場に行ってみてはどうかとか、認知症疾患センターの医療職を味方につける方法もあるとか、地域包括の中の認知症地域支援推進員に味方になる人がいるかもしれない等々。今度デイサービスの運営推進会議があり、民生委員さんもいらして、本人もいらっしやいます。民生委員さんを味方につけるなど、いろんなアイデアが思い浮かびました。ありがとうございました。

(※事例は個人が特定されないよう改変を加えています)

\*1 テーマ・コミュニティ：ある特定の地域課題について、その解決に取り組むNPOや市民団体などのこと

\*2 社会的処方：地域とのつながりを図ることで、一人暮らしの高齢者や認知症の人の症状を解決しようとする取り組み。イギリスでは社会的処方を行う組織があり、医師が薬を処方するようにこうした組織につなげるという仕組みがある