

かかりつけ医認知症対応力向上研修

1. かかりつけ医の役割 編
2. 基本知識 編
3. 診療における実践 編
4. 地域・生活における実践 編

令和5年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会 編

ファイル容量の関係から動画は埋め込まれていません



医師に「認知症です。」

と言われて、頭が真っ白になりました。

自分はこれからどうなってしまうのか、心配で心配で、眠れない夜が続きました。

誰にも相談できずに、一人でうつうつ悩んでました。

人に会いたくない、家から出たくなくて、家にこもってました。

自分でもまずいなとわかってるけど、

家族に言われるとムカっときて、毎日、口喧嘩ばかり。

こんなんじゃダメになるって、ある日思いきって役所に相談に
いってみたら、担当の人が本当に親身に話しをきいてくれた。

視界がぱあっと開けた。

もっと早く相談にいけばよかったな。

あんなに苦しい思いをせずに済んだのに。

『本人にとってのよりよい暮らしガイド』より

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)
を参照して作成



認知症対応力向上研修の目的

1. 認知症の人や家族を支えるためのかかりつけ医の役割を理解する
2. 認知症の本人の視点を重視したアプローチについて理解する
3. 認知症の早期発見・早期対応の重要性を理解する
4. 認知症の診断・治療の基本とケアの原則を理解する
5. 認知症の人と家族への支援の現状と制度を理解する
6. 認知症の人や家族を支えるための医療機関、介護事業者、地域が連携した生活支援の重要性を理解する

かかりつけ医の役割 編

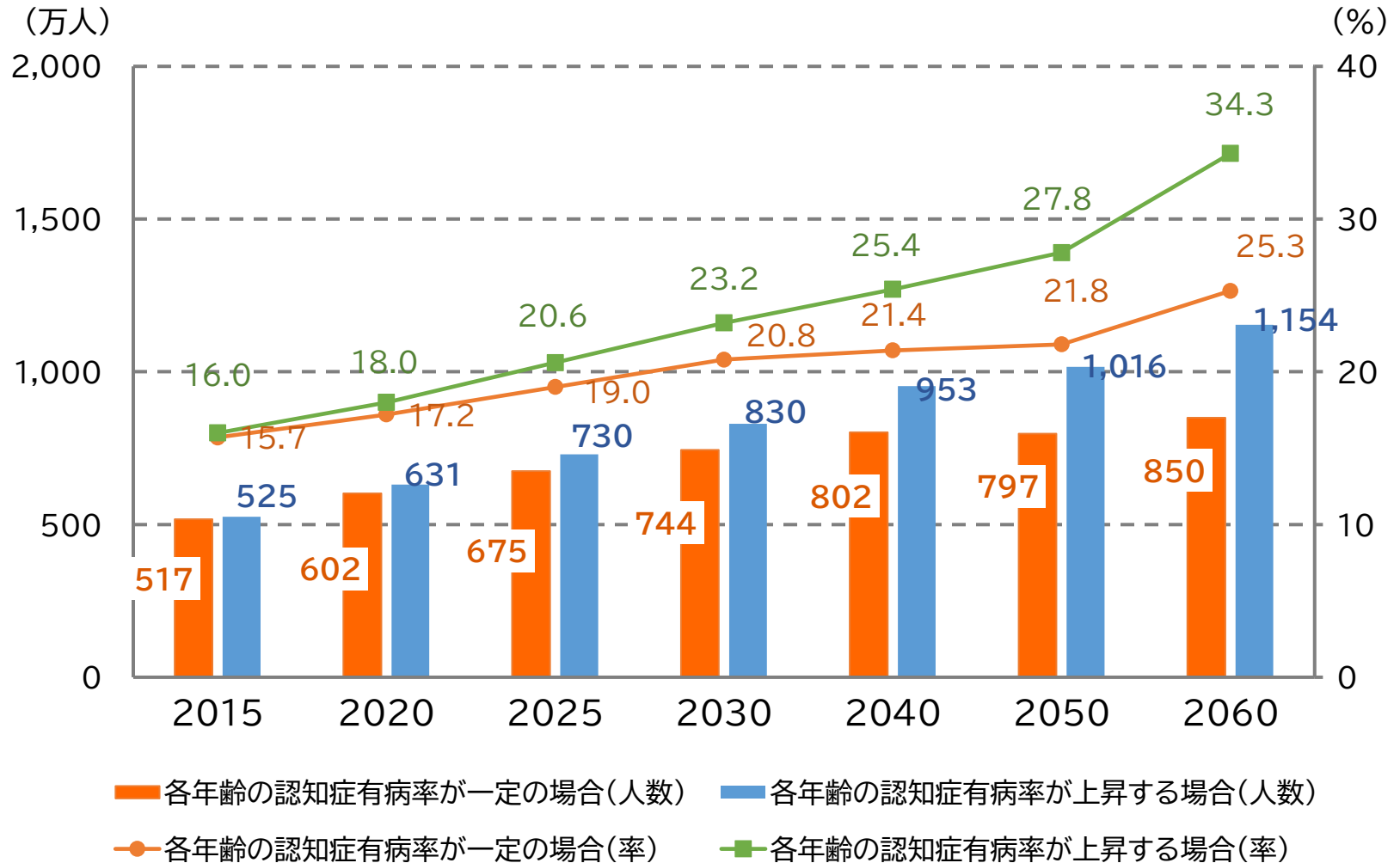
ねらい： 認知症の人や家族を支えるために
かかりつけ医ができることを理解する

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

認知症高齢者数の推移

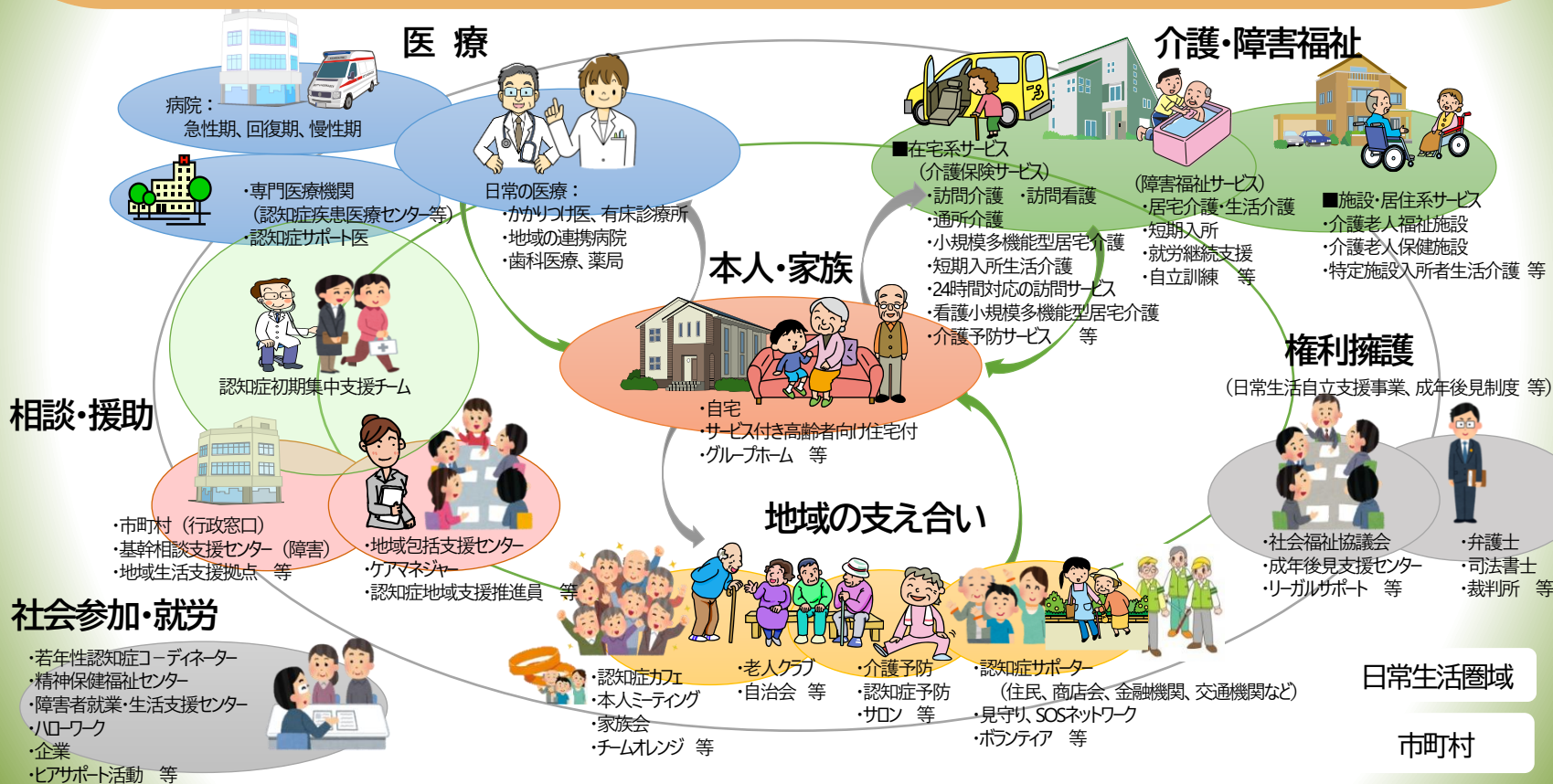
〔役割1〕



認知症施策の推進について

〔役割2〕

- 高齢化の進展に伴い、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、認知症の人は約700万人（65歳以上高齢者の約5人に1人）となる見込み
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要
- 2025年に向け、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す



認知症施策推進大綱の概要

〔役割3〕

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

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

- ▶▶早期発見・早期対応、医療体制の整備
- ▶▶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

具体的な施策の5つの柱

認知症の人や家族の視点の重視

認知症とともに生きる希望宣言

〔役割4〕

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。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ①

〔役割5〕

令和5年法律第65号
令和5年6月14日成立、
同月16日公布
令和6年1月1日施行

1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

- ➔ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定(認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。)

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定(認知症の人及び家族等の意見を聴く。)(努力義務)

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ②

〔役割6〕

5. 基本的施策

①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】

国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策

②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】

- ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
- ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策

③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】

- ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
- ・ 若年性認知症の人(65歳未満で認知症となった者)その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策

④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】

認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策

⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】

- ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
- ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
- ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策

⑥【相談体制の整備及び孤立への対策】

- ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
- ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策

⑦【研究等の推進等】

- ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
- ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等

⑧【認知症の予防等】

- ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
- ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：令和6年1月1日施行、施行後5年を目途とした検討

認知症対応力向上研修

〔役割7〕

	かかりつけ医	病院勤務の医療従事者	歯科医師	薬剤師	看護職員	病院勤務以外の看護師等
開始年度	平成18年度	平成25年度	平成28年度	平成28年度	平成28年度	令和3年度
教材の改訂※	令和2年度	令和3年度	令和3年度	令和3年度	令和4年度	—
受講対象	医師 (かかりつけ医)	病院勤務の医療従事者	歯科医師	薬剤師	指導的役割の看護職員	病院勤務以外の看護師等
標準的カリキュラム※	210分 ①かかりつけ医の役割(30) ②基本知識(60) ③診療における実践(60) ④地域・生活における実践(60)	90分 ①目的(15) ②対応力(60) ③連携等(15)	210分 ①かかりつけ歯科医の役割(30) ②基本知識(60) ③歯科診療における実践(60) ④地域・生活における実践(60)	210分 ①かかりつけ薬剤師の役割(30) ②基本知識(60) ③薬局業務における実践(60) ④地域・生活における実践(60)	1,020分 ①認知症に関する知識(講180) ②認知症看護の実践対応力(講330/演120) ③体制構築・人材育成(講90/演300)	100分 ①知識(20) ②実践(70) ③社会資源(10)
演習		▲(任意)			●	

※ 直近で実施された個別の教材改訂、標準的カリキュラムの内容は令和6年度現在

かかりつけ医の定義と機能

〔役割8〕

かかりつけ医の定義

「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言

『なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療・保健・福祉を担う総合的な能力を有する医師』

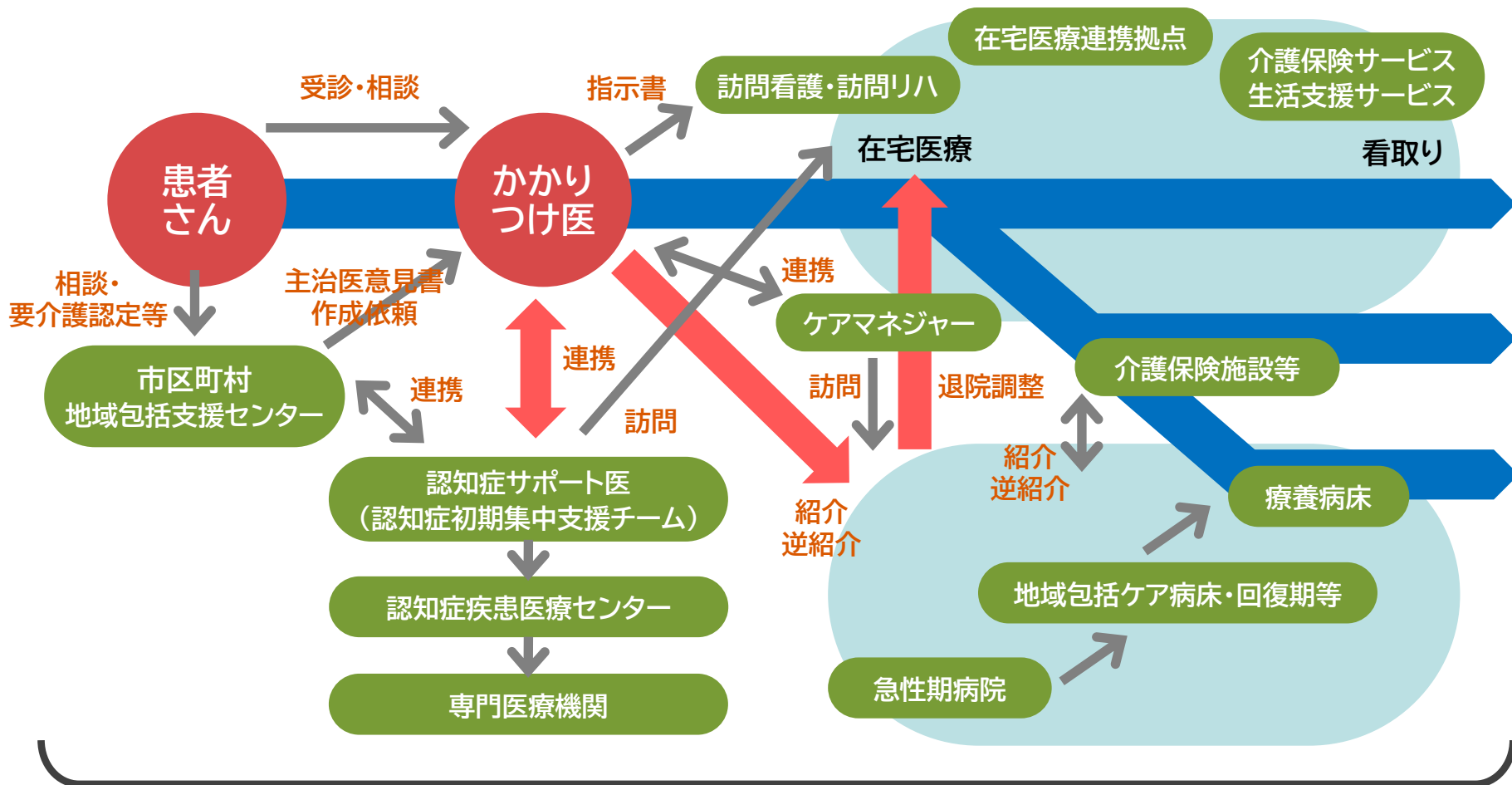
かかりつけ医機能

日医かかりつけ医機能研修制度資料

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践

かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり

〔役割9〕



行政・医師会による地域の実情に応じた体制整備 (地域包括ケアシステム)

認知症対応におけるかかりつけ医の役割

〔役割10〕

- 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

早期発見・早期対応の意義

〔役割11〕

- 認知機能障害を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- 進行性の認知症であっても、より早期からの適切な薬物療法により進行抑制や症状緩和が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能となる
- 病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により、日常生活の質の維持向上や家族の介護負担が軽減できる

本人の視点を重視したアプローチ

〔役割12〕

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “わからない人”とせず、自己決定を尊重
- ③ 治療方針や診療費用等の相談は必要に応じて家族も交える
- ④ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 生活歴を知り、生活の継続性を保つ治療方針とする
- ⑦ 最期の時までの継続性を視野においた治療計画

認知症の人の視点を施策の中心へ

- 本人にとってのよりよい暮らしガイド
- 認知症とともに生きる希望宣言
- 本人の視点を重視した施策の展開

本人にとってのよりよい暮らしガイド

〔役割13〕

—足先に認知症になった私たちからあなたへ

診断直後に本人が手にし、次の一步を踏み出すことを後押しする
ような本人にとって役に立つガイド



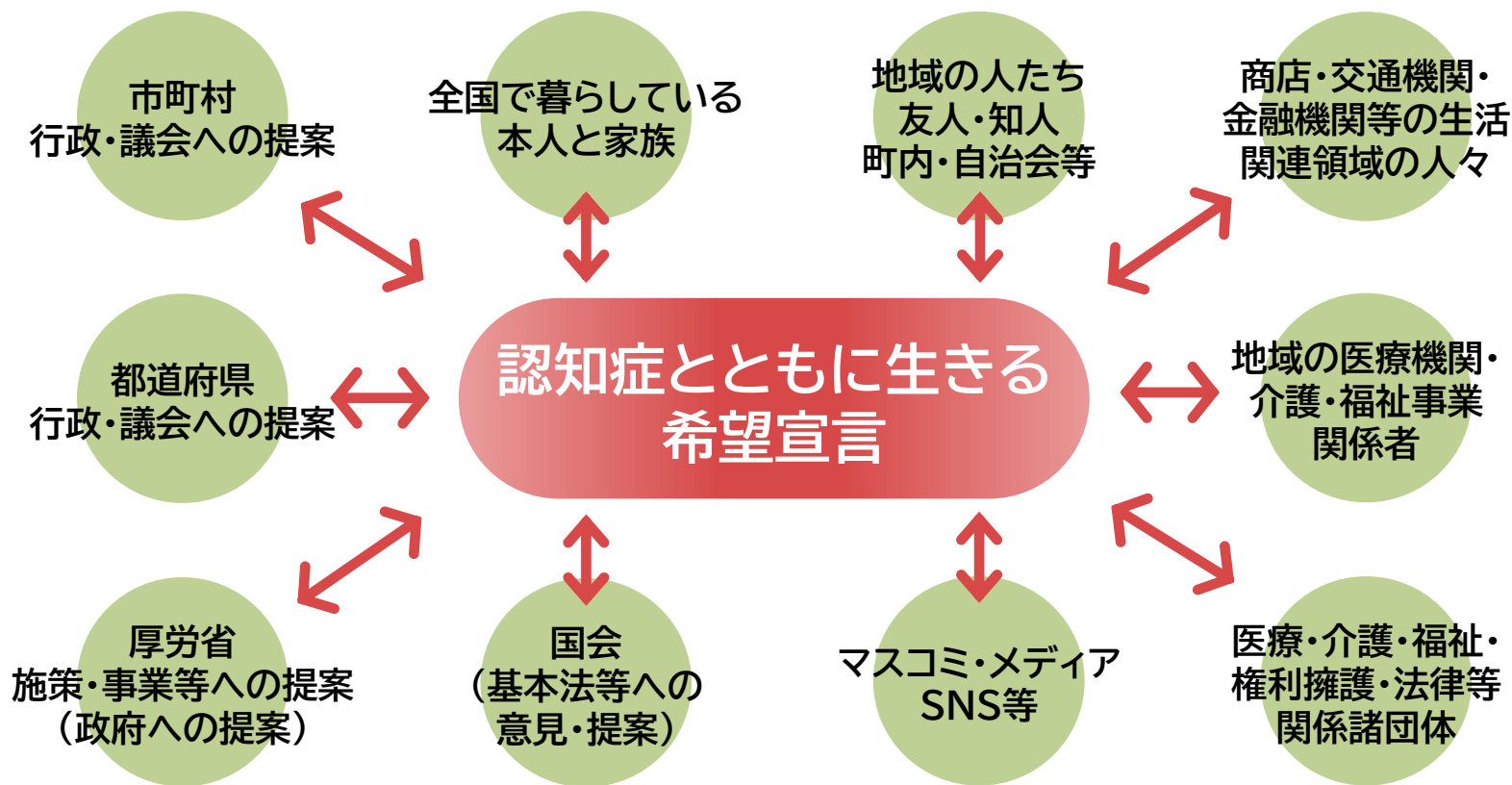
<主な内容>

1. 一日も早く、スタートを切ろう
2. これからのよりよい日々のために
 - イメージを変えよう！
 - 町に出て、味方や仲間と出会おう
 - 何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう
 - 自分にとって「大切なこと」をつたえよう
 - のびのびと、ゆる～く暮らそう
 - できないことは割り切ろう、できることを大事に
 - やりたいことにチャレンジ！ 楽しい日々を
3. あなたの応援団がまちの中にある
4. わたしの暮らし(こんな風に暮らしています)

「希望をもって共に生きる」ための地域づくり

〔役割14〕

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



本人の視点を重視した施策の展開

〔役割15〕

「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

このガイドのねらいと活かし方

- 大都市でも、小さな町村でも、認知症の人が増え続けていく時代です。
- 「認知症の人たちとやさしい町に」
新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）がめざす方向に向かって、あなたの自治体でも様々な事業や取組を実行計画で進めていると思います。
- このガイドは、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
・よりスムーズに（もっと楽に）
・より効率的に（役にたつことを、無駄・無理なく）
展開していくことを応援するために作られたものです。
- その重要なポイントは、認知症とならざるも暮らしの「本人の声」。
※新オレンジプランの中にも
「本人の意思の尊重」と「本人の視点の重視」がキーワード。
- このガイドでは、それらを各自治体で具体的にすすめていくためのあり方や方法をわかりやすくお伝えします。

★本ガイドの関連冊子として、「本人にとってのよりよい暮らしガイド（通称：本人ガイド）」があります。
その活かし方やポイントについても、本ガイドでご紹介します。

本ガイド（都道府県・市町村向け）

本人ガイド（本人用）

認知症の本人たちと一緒に作った本人向けのガイドです。家族や地域のみなさん、介護・医療関係者とともに地域実情を踏まえてつくられていくためにお役立ちしてください。

セットでご活用下さい。

- ・認知症施策のこれからのあり方、計画・実施、見直しへの参考に
- ・認知症の本人、家族のよりよい暮らし、支援のための、具体的な道具として
- ・医師・介護・福祉関係者の意識、サービス、連携、意識の道具として
- ・地域の多様な関係者が、連携・協働していくための道具として

1 認知症になってからの日々をより良く暮らせるわが町に

◆今、認知症地域支援体制づくりの「方針の転換」が求められています。
◆施策や事業、資源の量を増やしても、方針が同じままでは、本人や家族、地域のみなさんが、共に安心して暮らしている地域にはなりません（行政としての成果は上がりません）。
◆認められたい人、時間、コストの中で認知症の成果を出していくためには、「新しい方針」への転換が不可欠です。
◆新しい方針、の根拠になっているのは、「本人の声」です。

行政担当者が事業のチェンジメーカー

「旧い方針」から「新しい方針」へ切りかえよう！

あなたの自治体の方針は？あなたの自身の方針は？

旧い方針：提供側の視点重視

- ①本人の意思・生き方・生活を軽視
- ②本人が自由に決める・進める
- ③本人の力を軽視・無視/問題点重視
- ④本人は支えられ一方
- ⑤本人が地域に出ない/出さない環境（孤立）
- ⑥状態が悪くなってから問題対応
- ⑦一部の人が、バラバラに支援

本人の声を尊重しない
みんなが安心な暮らしを。

→ 転換 →

新しい方針：本人の視点重視

- ①本人の意思・生き方・生活を重視
- ②必要事も本人と決める・一緒に進む
- ③本人の力を重視/可能性重視
- ④本人が支え手として活躍
- ⑤本人が地域に出る/出られる環境（共生）
- ⑥初期～最期までより良く生きる
- ⑦多様な人がつながり一緒に進む（家族、住民、専門職が一括に）

本人の声を尊重し
自分たちから自分たちを。

◆方針の転換は、国内外で1990年代から始まってきている、目覚ましい課題です。
国内では、新オレンジプラン（2015年1月）以降、「本人の視点重視」が施策の重要な柱として位置づけられています。この方針は、自治体がすべての施策や事業を進める上での根幹です。

本人の声の中に、必要な支援やその手がかりが豊富にある！

◆何が起き、何が必要か、本当のことは認知症に
◆本人の声を聴いて、現行の支援や事業・施策の見直し
の点（新たな必要点など）、優先課題が具体的に
→「本人の声を聴く」ことを、行政担当者・関係者
※技術職はもちろん、事務職の担当者も。
→普段から地域にアンテナをはって、本人の声を知
※地域の様々な人たちと一緒に
→本人の声を聴いておしまい、聴いておしまいし
→まずはその人のために、そして地域のため

本人の声を聴く

本人の声を情報化する

本人の声を活かす機会をつくる

見方を転換する

- 今ある1歩 → 2歩
- 介護依存型 → 自立型
- 本人だけが → 「本人」に「他者」

本人の声を根拠的に

- 多様な
- 多面的
- 本人の
- 本人の
- 本人の
- 本人の

「本人の声」をテーマにした話し合いの機会を作ろう

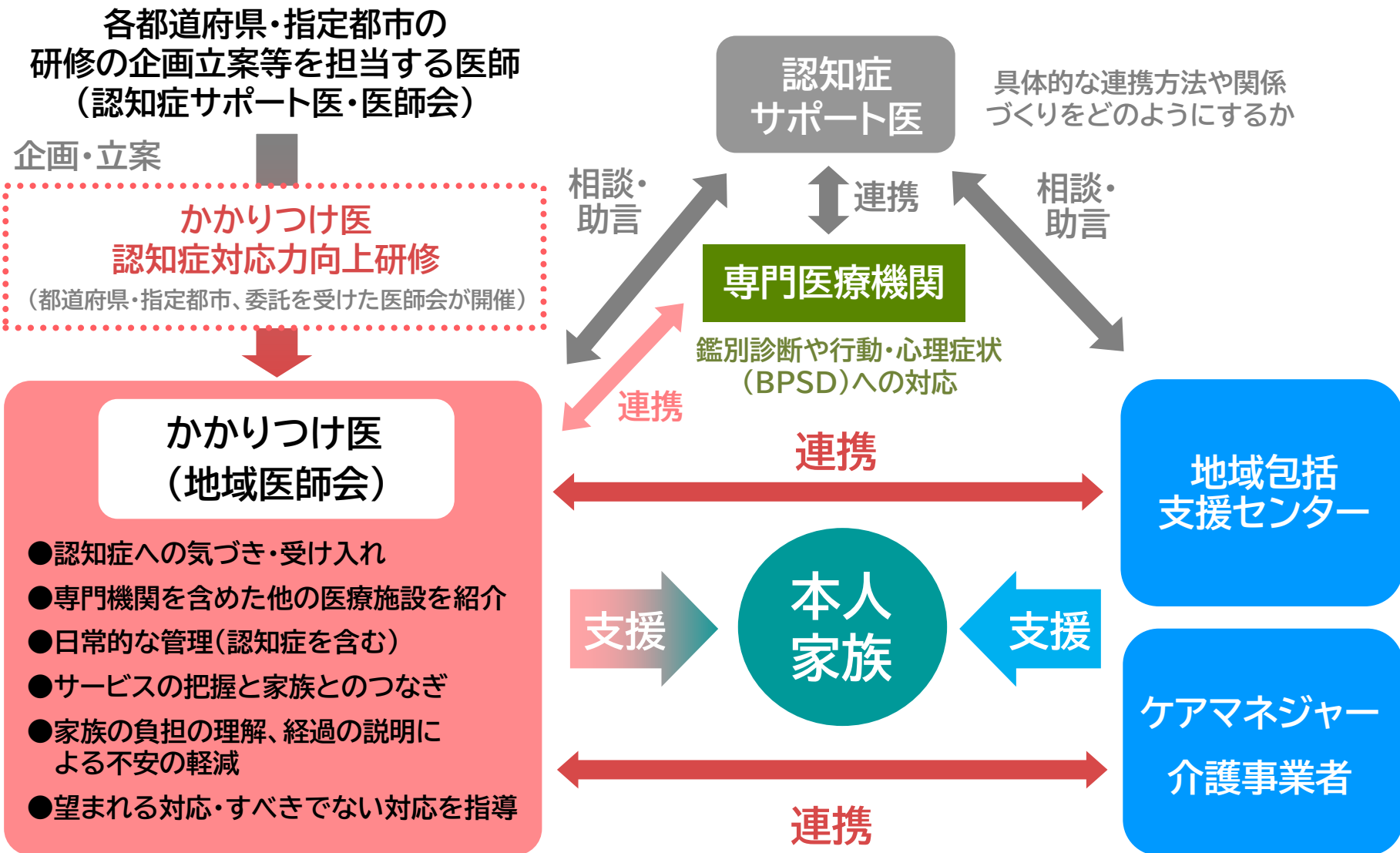
- 前向きな、互いに関係構築、地域の認知症関連関係者等、多様な立場、メンバーによる話し合いの機会をつくる
- 担当部署内からはじめて、関係部署や関係者に情報発信、「話し合い」への参加者を広げていく。
- 話し合いの機会に、本人が参加を
※「人」からでも本人が参加できるようなトライしよう

本人の参加が、本人視点、本人参加が、進む一歩になる



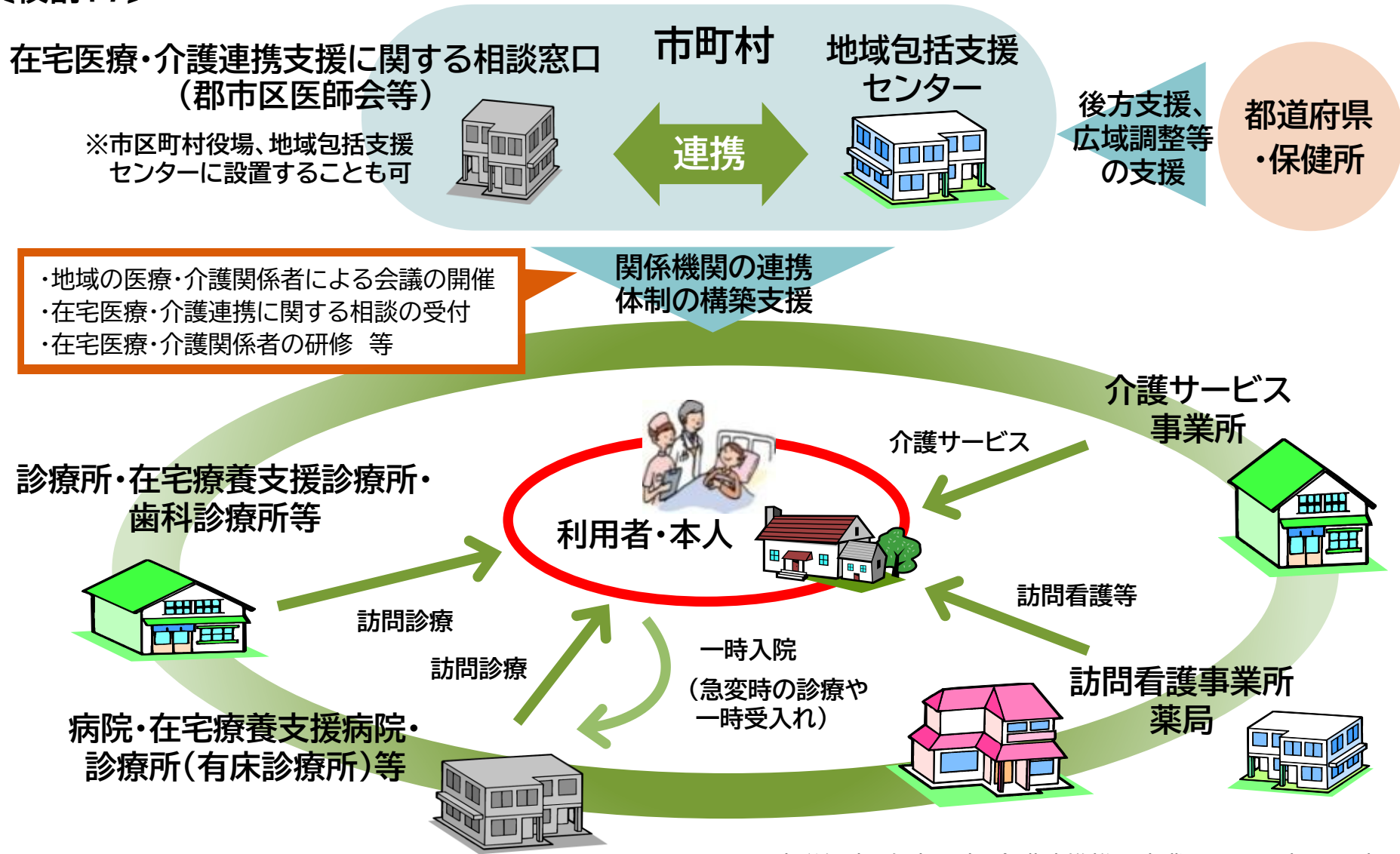
かかりつけ医が参画した 早期からの認知症高齢者支援体制

〔役割16〕



地域包括ケアシステムにおける 在宅医療・介護連携の推進

〔役割17〕



在宅医療・介護連携支援に関する相談窓口
(郡市区医師会等)

※市区町村役場、地域包括支援センターに設置することも可

市町村

地域包括支援センター



後方支援、
広域調整等
の支援



- ・地域の医療・介護関係者による会議の開催
- ・在宅医療・介護連携に関する相談の受付
- ・在宅医療・介護関係者の研修 等

関係機関の連携
体制の構築支援

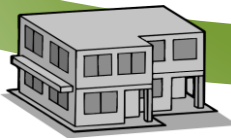
診療所・在宅療養支援診療所・
歯科診療所等



訪問診療

訪問診療

病院・在宅療養支援病院・
診療所(有床診療所)等



介護サービス

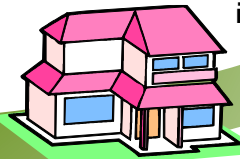
介護サービス
事業所



訪問看護等

一時入院
(急変時の診療や
一時受入れ)

訪問看護事業所
薬局



認知症診断後の介入とサポートのあり方

〔役割18〕

～ 診断後の本人や家族の不安 ～

『診断名を告げられ、薬を処方されるだけだった』

『これからの変化や症状についての説明がなかった』

『サポート体制や具体的な対応の情報なかった』

『何の支援も得られない空白の期間があった』

- 早期診断と治療導入の取り組みだけでは、不十分
- 本人と家族の受ける心理的打撃や将来への不安の緩和が重要
- 個別性と柔軟性の高い手段での介入やサポートが必要
- 本人や家族の話に共感し、傾聴する姿勢が必要不可欠

診断後の早い段階からの支援

〔役割19〕

認知症と診断された早い段階から、生活の支えや社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための診断後支援が重要



認知症啓発の説明のポイント

〔役割20〕

- 認知症は脳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

認知症の予防の考え方

〔役割21〕

一次予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）

- 運動不足の改善と糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防
- 社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持
- 介護予防の事業や健康増進事業と連携

二次予防（早期発見・早期対応）

- かかりつけ医、保健師、管理栄養士等による健康相談
- 認知症初期集中支援チームによる訪問活動
- かかりつけ医や地域包括支援センター等と連携

三次予防（認知症の進行の予防と進行遅延）

- 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応
- 認知症バリアフリー、不安の除去と安心・安全な生活の確保

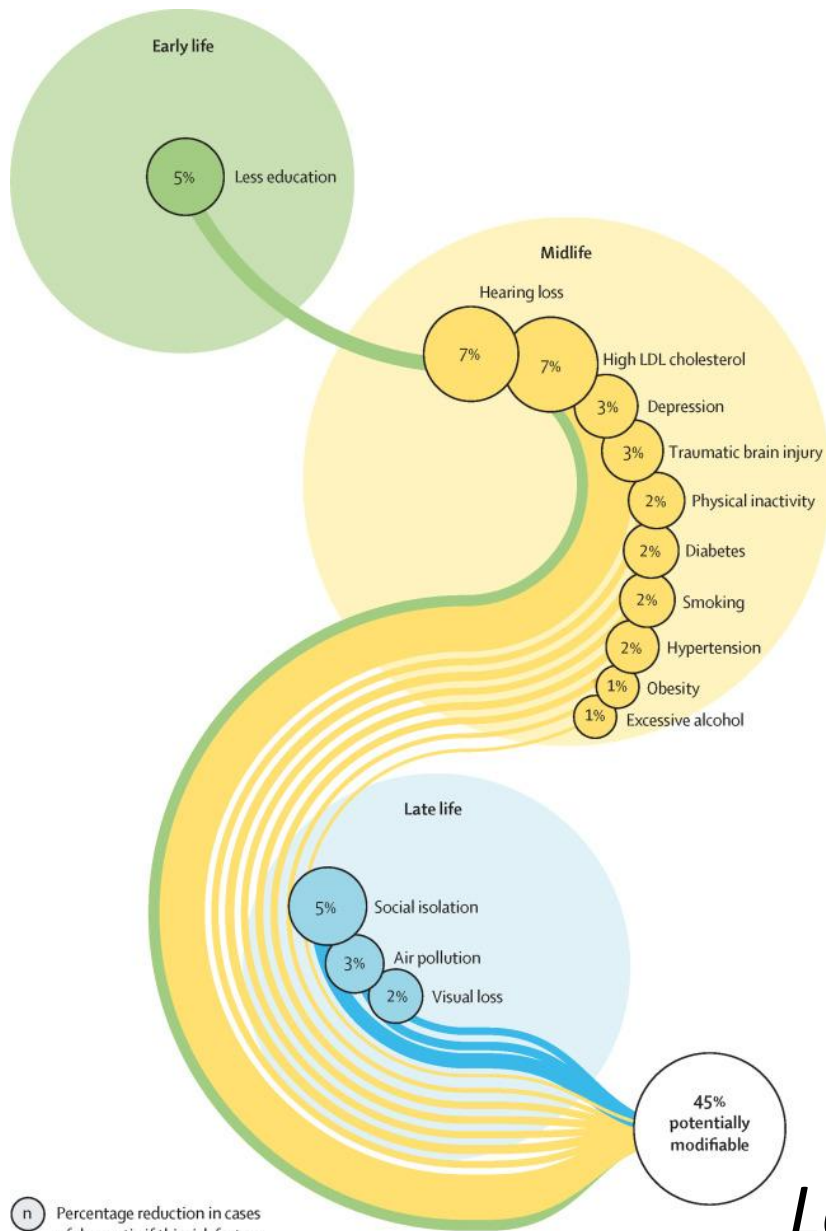
The Lancet Commissions



Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the *Lancet* standing Commission

Gill Livingston, Jonathan Huntley, Kathy Y Liu, Sergi G Costafreda, Geir Selbæk, Suvarna Alladi, David Ames, Sube Banerjee, Alistair Burns, Carol Brayne, Nick C Fox, Cleusa P Ferri, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Mika Kivimäki, Eric B Larson, Noeline Nakasujja, Kenneth Rockwood, Quincy Samus, Kokoro Shirai, Archana Singh-Manoux, Lon S Schneider, Sebastian Walsh, Yao Yao, Andrew Sommerlad, Naaheed Mukadam**

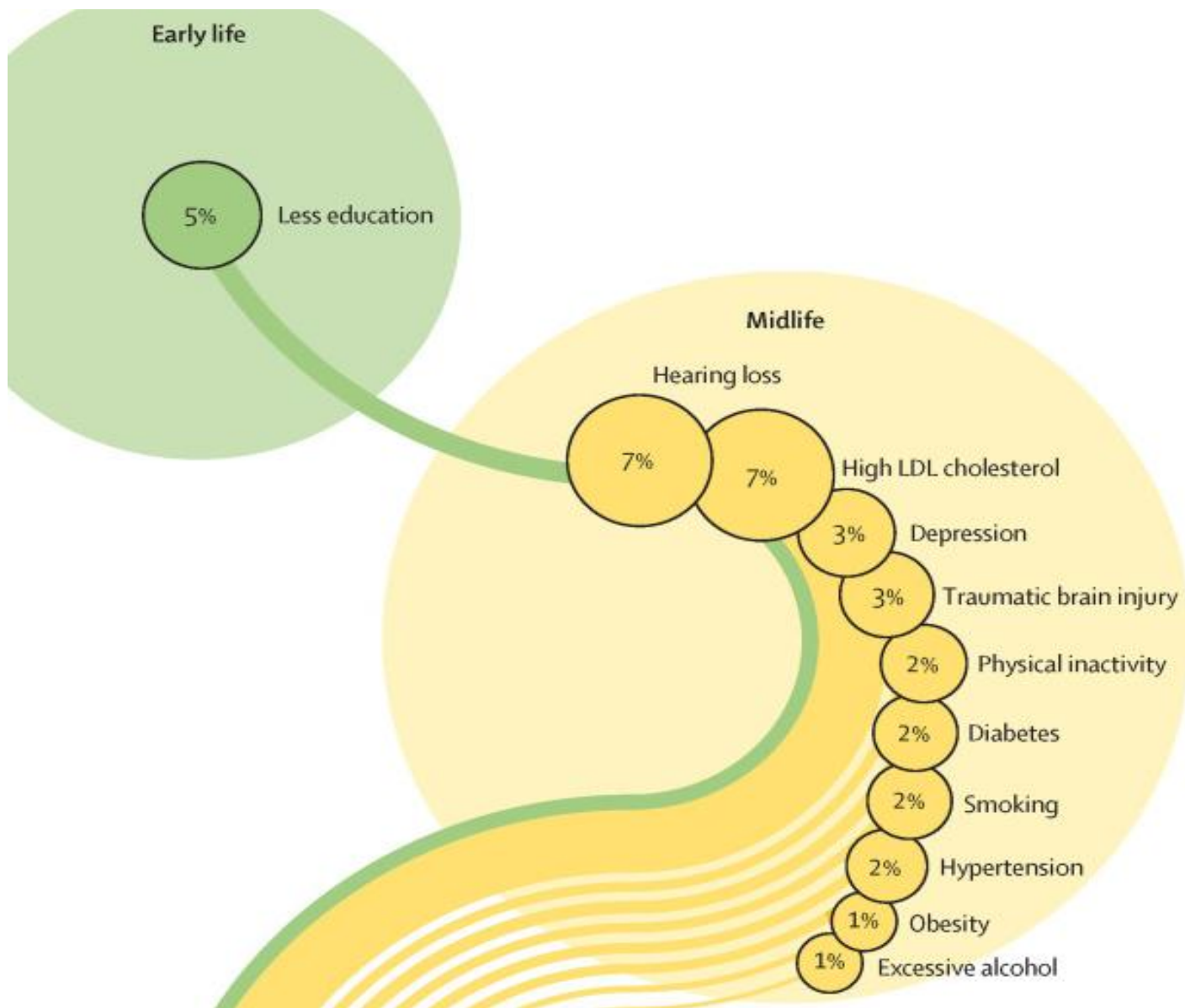
Lancet 2024; 404: 572-628



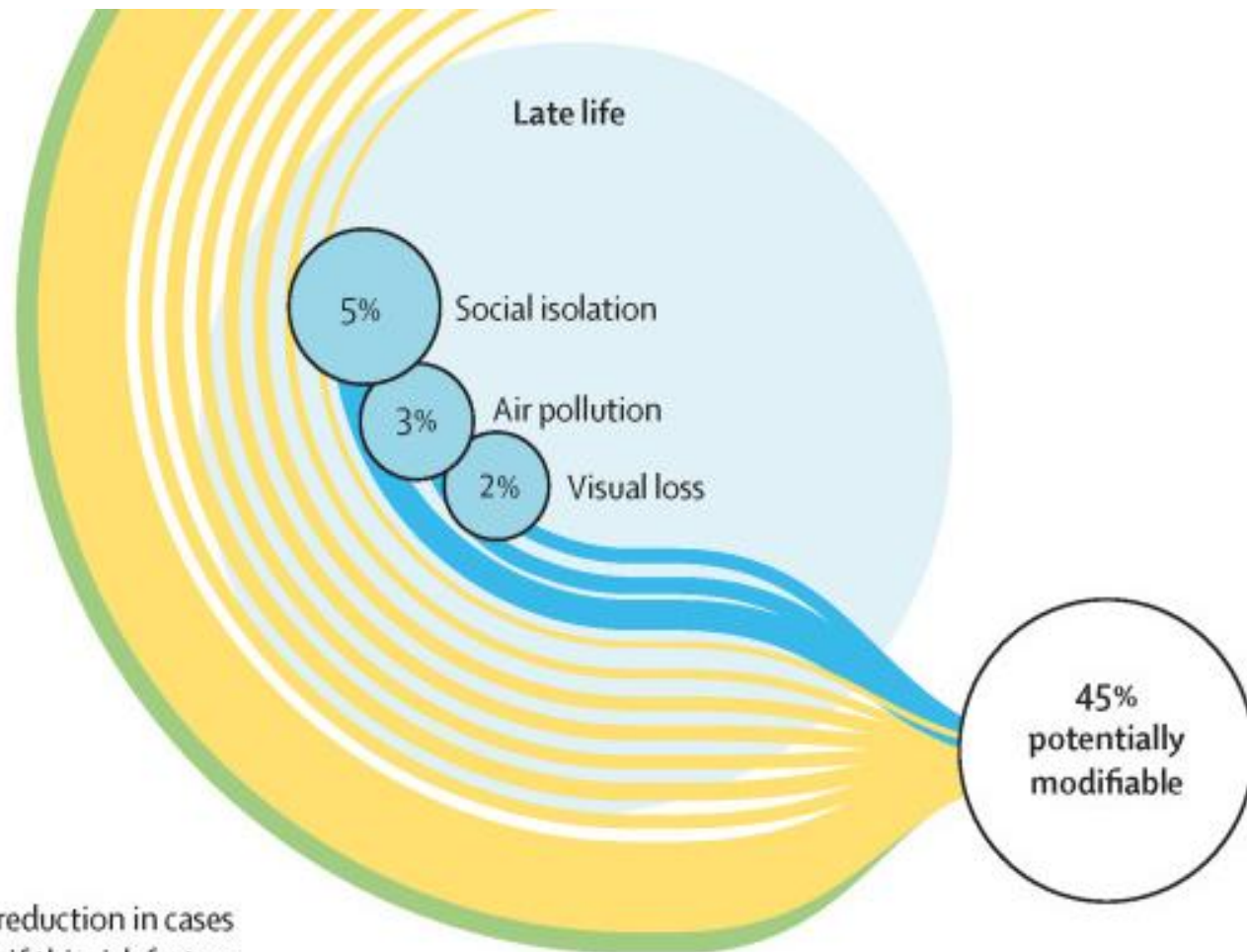
ⁿ Percentage reduction in cases of dementia if this risk factor is eliminated

Lancet 2024; 404: 572-628

Figure 9 Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia



Lancet 2024; 404: 572-628



n Percentage reduction in cases of dementia if this risk factor is eliminated

Lancet 2024; 404: 572-628

THE LANCET *Regional Health* Western Pacific

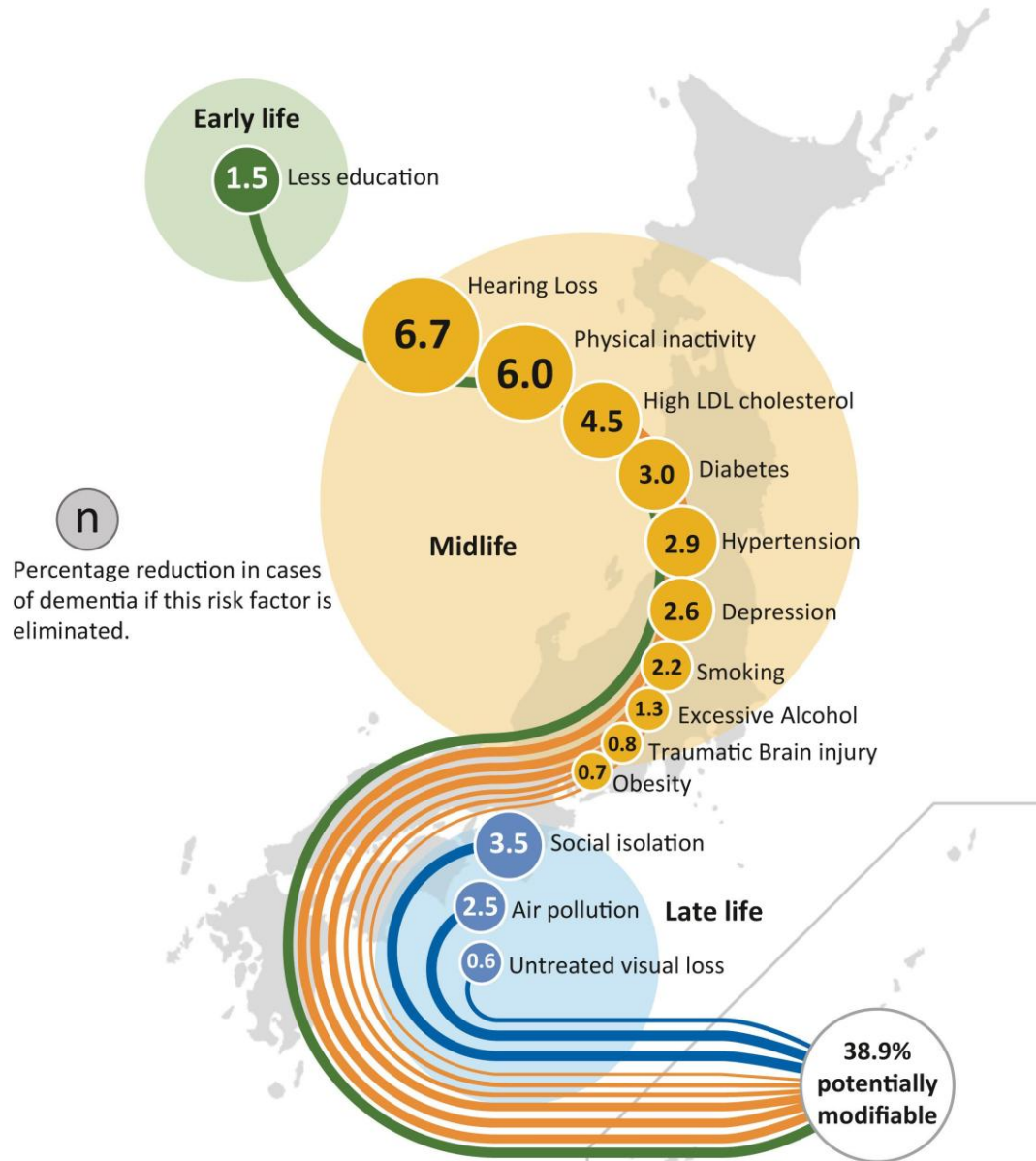
ARTICLES · [Online first](#), 101792, January 11, 2026 · [Open Access](#)

The potential for dementia prevention in Japan: a population attributable fraction calculation for 14 modifiable risk factors and estimates of the impact of risk factor reductions

[Koichiro Wasano](#)  ^a  · [Kasper Jørgensen](#) ^b

[Affiliations & Notes](#)  [Article Info](#) 

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(25\)00331-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(25)00331-1/fulltext)



[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(25\)00331-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(25)00331-1/fulltext)

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～

〔役割22〕

- ◎ 認知症に対する理解が浸透していない
 - ➔ 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
 - ➔ 医師の専門性を活かした医療連携
- ◎ 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、看護師介護、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