

基調報告

2013.02.17

第二回京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会
(洛南病院 森 俊夫)

2012.02.12 第一回

「京都式認知症ケアを考えるつどい」とは

シンプルで一貫していた「棒の如きもの」

京都の認知症医療とケアの現在をデッサンし、
「認知症を生きる彼・彼女からみた地域包括ケア」に
言葉を与えることを目的とした試み

出会いのポイントを前に倒す

- 生活を根こそぎにする出会いはお互いの不幸
- 医療やケアとの出会いは「足し算」であるべき
- 切れ目なく継続した支援を形にする
- 生活を奪わない医療やケアに(侵襲性を最小に)

課題は……

「二極分化が進む(条件の良い人と悪い人との不平等)」

- ・条件の悪い人(独居、孤立、支援拒否…)へのアクセス
- ・そのための方法論と技術を確立していく
(地域包括支援センターが担うべき機能)



入口問題とは何か

入り口問題とは

入口問題とは、単にアクセスポイントの有無だけに留まらず、社会的・経済的問題を含んだ「アクセスからの排除」をもたらす要因のことである。

しかし、これまではこの問題に明確な焦点があてられることがなかったために、きちんとした分析がなされることなく放置されてきた。入口問題を解決するためには、まずはこの問題を描き出すところから始めなければならない。

(2012京都文書より)

入口問題 武地分類

1)入口問題の二分類(狭義と広義)

ケアへのアクセスが不全(狭義)

ケアの対応力が及ばず包摂できない可能性(広義)

2)広義の入口問題の分類

○ケアを受ける側(認知症の人と家族)の要因

複合的家庭要因

BPSDに相当する課題

活動性・個別性の問題(若年性・初期認知症)

身体疾患の合併

○ケアを提供する側(医療、ケア、地域等)の要因

こうした問題を机上の空論ではなく本気で解決し、
京都に認知症ケアを確立する試み…

それが「京都式認知症ケアを考えるつどい」だった

京都式認知症ケアを考えるつどい

1. 2012年2月12日(日曜日)

- ・同志社大学室町キャンパス寒梅館ハーディーホール
- ・実行委員会形式(認知症に関与する団体・個人)

2. 基調講演とパネルディスカッション

- ① 京都の認知症医療・ケアの全体像を描ききる
- ② 認知症を生きる人たちからみた地域包括ケアを描く

3. 「2012京都文書」を採択

1,000人を超える人が集まった

2025年問題と二つの動き(つどいの背景)

1. 地域包括ケア研究会報告書(グランドデザイン)

団塊の世代の最後が65歳

「2015年の高齢者介護」(2003年)

団塊の世代の最後が75歳(2025年問題)

「地域包括ケア研究会報告書」(2010年)

2. 京都式地域包括ケアのスタート(2011年)

大きな予算はどこへいくか…

誰か絵を描いている人はいるのだろうか…

(2025年に向けた骨格が決まり動き始める、この時に…)

地域包括ケア研究会報告書を読む視点

1. 2000年の要介護認定場面を繰り返さない

認知症の要介護度判定は混乱を極めた

理由は認知症の介護場面が想定されていなかったため

認知症に対する有効な評価方法を持たぬままのスタート

認知症ケアが未確立であることが明らかになった瞬間

2. 地域包括ケア研究会報告書を読み解く

報告書は認知症の介護場面を十分に想定しているか

24時間巡回型訪問看護・介護は有効か（自立と自律）

認知症を生きる人たちを十分に包摂しているか

3. 「認知症を生きる彼・彼女からみた地域包括ケア」の言語化

2011年11月時点での問題意識

1. 私たちのケアはすべての認知症を包摂できていない
2. つまり、排除される認知症がある
3. 現状をデッサンするための方法論を確定する(デルファイ法)
4. 「認知症を生きる彼・彼女からみた地域包括ケア」を言葉にする
5. 「京都式地域包括ケア」構想が高らかに掲げられた
2011年6月、京都地域包括推進機構がスタート
6. 政策立案者が拾える言葉を刻むことが課題
7. 認知症に関与するものが一堂に会する集まりを持ってないか

方法は・・・

1. 現在の全体像を正確に描いてみる(全体像のデッサン)
2. 具体的には認知症ケアのプロセスに沿って
(入口部分、認知症医療、認知症ケア)
3. 「できていること」と「できていないこと」を明示する
4. 地域包括ケアから「排除される」認知症を明示する
5. 排除された認知症の行き先(行く末)を明らかにする
6. 排除された認知症を地域包括ケアに包摂し直す道筋を描く
7. 排除を予防する道筋も描く(ケアの技術化)

デルファイ法による調査・分析 9項目 (武地先生のアイデア)

1. 認知症を生きる人から見た地域包括ケアという観点から、
「できていること」
2. 認知症を生きる人から見た地域包括ケアという観点から、
「できていないこと」
3. 認知症ケアから排除されている(可能性のある)認知症の人
4. 対応がうまくできていないと思われる事例、対応困難な事例
5. 生活が破綻してから事例化するケース(事例や原因)
6. 入口問題への対策
7. 認知症医療確立への道筋
8. 認知症ケア確立への道筋
9. 認知症を生きる彼・彼女の思い(満たされていないニーズ)
(今回の「五年後の十二の成果指標」の基盤になった)

「2012京都文書」の採択

1. 京都文書の目的

認知症を生きる人たちからみた地域包括ケアの言語化

「京都式地域包括ケア」に対して実務者としての責任を果たす

2. 京都文書の基盤(三位一体)

- ・基調講演(京都の認知症医療・介護の全体像)
- ・パネルディスカッション
- ・プレセミナー(2月12日午前に行われた二つのセッション)

3. 1,000人の拍手で2012京都文書を採択

2012京都文書

1. 認知症の疾病観を変えることから始める

初期の疾患イメージと手当の方法が確立すると…

2. 認知症の疾病観を変えるためには(出会いのポイントを前に倒す)

失う前、壊れる前に彼らと出会う。そこで浮上してくるのが入り口問題

3. 入り口問題とは何か(アクセスからの排除)

「アクセスする側の要因」と「アクセスを受ける側の要因」

4. 入り口問題の解決に向けた道筋

5. 認知症医療の問題(ケアとの相互補完的關係)

「伴走する姿勢と連携」を医療の標準装備にする、「合併症問題」

6. 認知症ケアの問題(守備範囲を拡大する)

7. 都市型と地域型(地域特性に応じた認知症地域包括ケア)

8. 地域包括ケアから排除されやすい人たち(排除の要因は多因子)

9. 若年性認知症問題は多くのことを提起する(若年性認知症は二度排除される)

10. 大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけ

認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア、

それは認知症の人を地域から排除しないケアのことでもある

認知症を

生きる人たちから見た

地域包括ケア



京都式認知症ケアを考えるつどいと
2012京都文書

「京都式認知症ケアを
考えるつどい」実行委員会 ◆ 編著

2012年2月12日、京都。
1000人が押し寄せた「つどい」で
何が起こったのか、
「つどい」がしたことは何か——

京都の認知症医療・ケアの現在と道筋をデッサンし、
認知症を生きる彼・彼女から見た地域包括ケアを
言語化する試み—「つどい」の全記録。
採択された「2012京都文書」の全容が明らかに！

クリエイティブかもがわ
CREATIVES GAMOGAWA

定価 本体1,600円＋税

京都文書が描いた世界

「認知症の疾病観を変える」

「2012京都文書」冒頭

□認知症の疾病観を変えることから始める

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や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言いうことができる。しかし、終末像のイメージしか持たない疾病観というものはアイデアとしての貧困であり、医療にとってもケアにとっても、ときとして有害である。

(…中略)

癌などの他の疾病が「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。

「2012京都文書」終章

□ 大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけ

大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけに過ぎない。そして、この大変な時期は想像されるよりもずっと短い。横断面での大変さについて目を奪われがちになるが、縦断的な視点を持てるようになると治療もケアも自信を回復できる。一時的に地域ケアの外に置かれることはあっても、再包摂する経験を積むことによって、医療もケアも、そして社会も、認知症の全体像を獲得していくことが可能になる。このように手当の方法が確立していけば、若年性認知症を含め認知症の疾病観の変更も可能となり、終末期の姿も大きく変化していく。

認知症を生きる人たちからみた地域包括ケア、それは認知症の人を地域から排除しないケアのことでもある。それは既に私たちの射程に入っており、それを京都式地域包括ケアの中で形にしていけることが私たちの責務である。私たち一人一人の力を合わせれば、京都の認知症ケアを変えることができる。それは、認知症ケアの確立を希求する連綿とした流れが本日のつどいへと収斂していく過程を経て、私たちの中に形成されていった確信である。

京都式認知症ケアの定義十箇条

- 一、現状の課題をしっかりと分析し、それを踏まえたケア
- 一、現実に認知症を病む彼・彼女らの思いを常に忘れず包摂したケア
- 一、入り口問題を意識し焦点をあてたケア
- 一、経済的支援やソーシャルワークを通じて虚弱な家族を支えることができるケア
- 一、今までの生活や人とのつながりを大事にして暮らしを支えるケア
- 一、地域力や専門職連携を充実させ地域から排除される認知症の人を作らないケア
- 一、ハード・ソフト両面からの環境整備を通じて自宅に近い環境を整えたケア
- 一、身体疾患を持っていても必要な医療が受けられるケア
- 一、若年性や初期認知症の人とその家族に対し十分な対応力を持ったケア
- 一、認知症の人にかかわる専門職の待遇を保障するとともに認知症の人を支援する家族に安らぎをもたらすケア

私たちの前に広がる新しい風景

その1 京都のケア風景

認知症ケアパス(ケアの流れ)ー2つの欠落

性格変化(猜疑心、頑固)

気分変化(抑うつ、希に多幸)

注意散漫

ケアの不在
(初期認知症)

I 期(初期) 記憶障害(初期:記銘障害)

II 期(中期)

時間・場所の見当識障害

間接介護の時期

保続・常同・冗長・迂遠

運動不穩(殊に夜間せん妄)

III 期(後期)

無欲状・無関心

直接介護の時期(身体化が前提)

知的鈍化・人物の見当識障害

全記憶の著明な障害

尿便の失禁・寝たきり

ケアからの排除
(身体化しない群)

すぐに克服したい三つの羊頭狗肉

1. 切れ目のない連続したケアの「嘘」

第一期のケアの不在(最初からケアは途切れている)

2. 早期発見・早期治療の「嘘」

- ① 診断後のサポートの不在(投薬のみ)
- ② 診断は「告知」ではなく「宣告」になる

3. 認知症になっても安心して暮らせる地域の「嘘」

認知症だけにはなりたくないという認知症イメージ

京都の新しい風景

1. 三つの羊頭狗肉への回答(カフェの始動)

- ①切れ目なく連続したケアを提供する最初の「拠点」
- ②診断後のサポート体制の起点(早期診断を受けてよかった)
- ③認知症のイメージを「実像」にシフトさせる場

例えばクリスティーン、例えば太田正博

(認知症当事者の参加・登場が不可欠)

2. 認知症の疾病観を変える挑戦(中京区認知症連携の会)

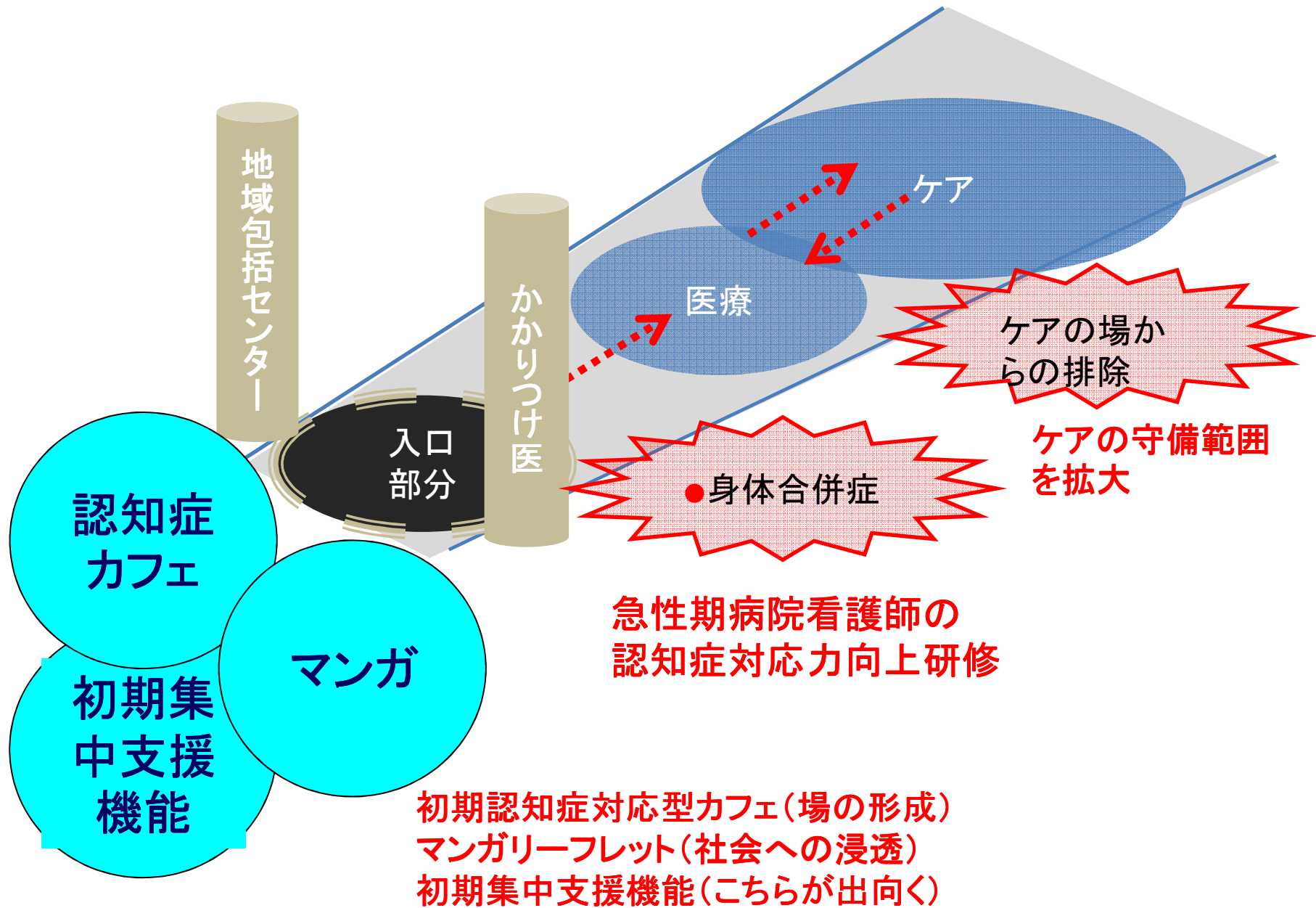
マンガリーフレット「おばちゃんが認知症になった」

3. 医療やケアの提供の仕方を転換する

診断・評価も「待ちの体制」から「出向く仕組み」へ(アウトリーチ)

初期集中支援チームの形成

4. 認知症の身体合併症を排除しない急性期病院に



武地分類と入口問題解決への新しい実践

見方が変われば見え方が変わる

1) 私たちが垣根を越える(彼らではなく)

これまでは彼・彼女にそれを求めた(根こそぎ)
ケアスタッフの「入り口問題」への回答
その先に「ケアの連続性」を展望する

2) 私たちが「水」になる(同調性優位に)

これまでは彼・彼女にそれを求めた(排除の問題)
フレンドシップの精神(武地先生)
認知症という障害に対する理解と技術
多様性の受容

3) 「ケアの原型」と「ともに生きる者」(辻先生)

新しい社会とケアのあり方を示す雛型
そこには医師・看護師・ケアスタッフも…

私たちの前に広がる新しい風景

その2 京都で、日本で、世界で

「つどい」後の変化(何が起きているか)

京都で…

京都の新しい動き ①

1. 京都式地域包括ケアにおける認知症の位置が変わった
第一回つどい以前は認知症に強い焦点は当たっていなかった
(それが、昨年のつどい開催に至った理由の一つ)
今は、認知症問題は「京都式地域包括ケア」の中心課題になった
2. 2012年6月、認知症総合対策推進プロジェクトがスタート
6月に9人の委員で事前準備会(ワーキング)スタート
10月に「報告書」を作成(これがプロジェクトの前段)
3. 京都の行政は本気で認知症問題に取り組み始めている

京都の新しい動き ②

1. 認知症総合対策推進プロジェクト後半がスタート

11月20日(火)に第一回全体会が開催された

2. 二つの作業部会にわかれての短期集中作業(そして課題)

医療・ケア連携部会

かかりつけ医、看護師等対応力向上

医療介護連携人材養成

合併症、BPSDの対応

病病、病診、医療介護連携促進

初期対応・地域部会

初期集中支援機能具体化・認知症ケアパス

若年性認知症支援マニュアル作成

権利擁護・在宅療養支援

3. 2013年5月に最終報告書(京都式オレンジプランの策定)

「つどい」後の変化(何が起きているか)

日本で…

厚労省PT「今後の認知症施策の方向性について」

【これまでの認知症施策を再検証する】

かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよい医療とケアが提供できるように努めなければならない。

【今後目指すべき基本目標 —「ケアの流れ」を変える—】

このプロジェクトは、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本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暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。

この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とするものである。

厚労省PT「今後の認知症施策の方向性について」Ⅲ 具体的対応策

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

「認知症初期集中支援チーム」「身近型認知症疾患医療センター」

「医師のための認知症患者及び家族への対応ガイドライン」

「重症度推測」「早期受診」のアセスメントツール、「地域ケア会議」

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

「認知症の薬物治療に関するガイドライン」

「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

「共用型認知症対応型通所介護」「短期利用共同生活介護」

「認知症行動・心理症状緊急対応加算」「医療連携体制加算」「看取り介護加算」

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

「認知症地域支援推進員」「家族に対する支援(アセスメント・ケアプラン)」

6. 若年性認知症対策の強化

若年性認知症支援ハンドブック作成、居場所づくり(カフェ)、ニーズ把握、就労支援

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル) 「研修カリキュラム・テキスト」

「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」

2013年～2018年3月(5年後の日本の姿)

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

○認知症初期集中支援チームの設置

(家庭訪問、アセスメント、家族支援)

3. 地域での生活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・家族支援の強化

○認知症の人やその家族に対する支援 「認知症カフェ」

(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)

6. 若年性認知症施策の強化

○若年性認知症支援のハンドブックの作成

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

○「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定

○一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修

「つどい」後の変化(何が起きているか)

世界で…

各国の認知症国家戦略

(東京都医学総合研究所 西田淳志先生のスライド一部改変)

- イギリス 国家認知症戦略
- フランス 国家プラン・アルツハイマー
- オランダ 国家認知症プログラム
- デンマーク 国家認知症アクションプラン
- オーストラリア 国家認知症アクションフレームワーク
- アメリカ 国家アルツハイマープラン
- 日本 今後の認知症施策の方向性

この1月29日にアメリカを除く6ヶ国が東京に集まり、「認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム」が開催された。「つどい」からも4人が参加。

戦略の柱(重点)は極めて類似している

各国の国家戦略に共通するサービス機能

(東京都医学総合研究所 西田淳志先生のスライド一部改変)

1. 初期集中支援
2. 日常的ガイド
3. 地域での危機解決をはかるアウトリーチ医療
4. 家族(無償の介護者)への支援
5. 市民・住民の参加、市民による評価

地域での暮らしを支えるという視点から医療・ケア・社会の再編を図る
それに国家戦略として取り組むという決意

「認知症になっても地域の中で今まで通り暮らし続けたい」

英国国家認知症戦略(5つの重点施策)

～京都文書とほとんど同じ～

- ① 包括的な初期集中支援サービス(メモリーサービス)の普及
- ② 総合病院における認知症治療・ケアの改善
- ③ ケアホームにおける認知症治療・ケアの改善
- ④ ケアラー(無償介護者)へのサポート強化
- ⑤ 認知症の方への抗精神病薬処方制限

英国国家認知症戦略の最終年監査(2014年) における9つの成果指標(アウトカム)

1. 私は早期に認知症の診断を受けた。
2. 私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。
3. 私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている。
4. 私の周囲の人々、特にケアをしてくれている家族が十分なサポートを受けられている。
5. 私は、尊厳と敬意を持って扱われている。
6. 私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。
7. 私は人生を楽しんでいる。
8. 私はコミュニティの一員であると感じる
9. 私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それがかなえられていると感じられている。

不思議な「同時性」

時代が変わろうとする
歴史的転換点を迎えている時の条件

2-4-6連鎖(つどい後)

1. 2-4-6連鎖とは...

- 2月 「2012京都文書」

- 4月 「WHOレポート」

「Dementia: A Public Health Priority」

(認知症は公衆衛生(保健)の優先課題)

WHOが認知症に言及する嚆矢となる報告書

- 6月 「6.18文書」(厚労省認知症対策PT)

「認知症施策の今後の方向性について」

2. 京都の動きが日本と、そして世界と呼応し合う

3. 「小さな物語」は瞬く間に「大きな物語」へと姿を変えた

再び京都で...

第二回つどいの位置

1. 京都の認知症ケアにとって時代を画する2013年

今後5年間の認知症ケアの骨格が決定する(京都式オレンジプラン)

3. 京都式オレンジプランに責任を果たす

認知症に関与する者と政策立案者との

緊張感と躍動感のある相互補完的關係を形成する

○認知症総合対策プロジェクト(クローズドな場)

○つどい(誰に対しても開かれた開放的な空間)

2. 認知症を生きる人たちからみたオレンジプランを描く

私たちの前に広がる「新しい風景」の言語化を基盤に、

新しい認知症ケアの形、新しい社会の姿を展望する

「認知症になっても地域の中で今まで通り暮らし続けたい」

準備作業1 「10のワーキングチーム」を始動

1. 認知症ケアパス
2. 初期集中支援チームのイメージ
3. 認知症カフェの類型と機能
4. 医師のための認知症ガイドライン
5. 認知症ライフサポートモデル
6. 本人支援と家族支援
7. 後見制度と医療同意
8. 終末期ケアと権利擁護
9. 最終年度のアウトカム
10. 海外の認知症国家戦略および主要文献の整理と解説

準備作業2 「2つのプレセミナー」を企画

1. 第1部 権利擁護および同意(代諾)の問題(法的側面)

座長: 塚本忠司 (西京区認知症地域ケア協議会)

中村重信 (洛和会音羽病院神経内科)

成木 迅 (京都府立医科大学精神科)

北川英幸 (北川法律事務所)

荒牧敦子 (認知症の人と家族の会)

北野太郎 (京都府介護支援専門員会)

鎌田智広 (訪問看護ステーション協議会)

2. 第2部 新しい時代の新しい多職種連携をどう構築するのか

座長: 宇都宮宏子 (在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス)

森 俊夫 (京都府立洛南病院・認知症疾患医療センター)

鎌田智広 (訪問看護ステーションアドナース)

藤井裕子 (認知症看護認定看護師 京都南病院)

古川美佳 (原谷地域包括支援センター)

丸山貴司 (東宇治北地域包括支援センター)

加藤里美 (向日回生病院作業療法士)

その集大成が本日のつどい

1. 基調報告(私たちの前に広がる新しい二つの風景)
2. 認知症の人 本人からのメッセージ「今の私」
3. 二つの主題提示
 - 本人支援と家族支援
 - オレンジカフェへようこそ
4. パネルディスカッション
 - 本人支援と家族支援
 - つどい後の新しい風景と私たちの位置(入口問題の具体的解決)
 - 認知症の疾病観を変える(新しい社会の構築)
 - 京都の認知症ケアを変えるロードマップ
5. 文書採択「2012京都文書からみたオレンジプラン」
(つどい終了後意見を求める期間を設定し、3月中旬に文書を確定する)

京都の認知症ケアを変えるロードマップ

1. オレンジプラン最終年(2018年3月)の成果指標を明示する

認知症を生きる彼・彼女からみた地域包括ケアの言語化(京都文書)
認知症を生きる彼・彼女からみたオレンジプラン(今回)

2. 「～かなえられた私の思い～五年後の十二の成果指標」

- 認知症の「私」を主語にして、2018年3月の社会を描く
- それを私たちの共有の理念とする(たどりつきたい地平)
- 2018年3月に認知症にかかわるすべての人が成果を評価する

3. 2015年2月に中間年評価のための第3回つどいを開催する

昨年のデルファイ法の経験を活かす

認知症にかかわるすべての人が評価に参加できる手法と文化の形成

私たちの財産(京都のアドバンテージ) ～ 「つどい」がもたらした果実 ～

1. 京都の認知症医療・ケアを検討する「核」の熟成

- 職種・職域の垣根を越えた専門職が一堂に会する
- 専門職と家族が分析作業を共有

2. 京都の認知症医療とケアを変えられるという確信

- 1,000人を越える人々が一堂に会した経験
- 一人ひとりの英知を結集すれば変えられる

3. 認知症医療とケアを数量化する手法を開発(デルファイ法)

- 認知症ケアの現在の「可視化」(見える化)、「測定可能」(測る化)
- 国家的戦略と共通性を持った多角的分析を、数値的な合意状況として示すことができた」(武地先生)

2012京都文書から

○認知症の疾病観を変える

起点から始めて疾病過程に順行して全経過をフォローすべき
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

○認知症の人を地域から排除しないケア

認知症を生きる人たちからみた地域包括ケア、それは認知症の人を地域から排除しないケアのことでもある。それは既に私たちの射程に入っており、それを京都式地域包括ケアの中で形にしていくことが私たちの責務である。私たち一人一人の力を合わせれば、京都の認知症ケアを変えることができる。それは、認知症ケアの確立を希求する連綿とした流れが本日のつどいへと収斂していく過程を経て、私たちの中に形成されていった確信である。

それは、もうすぐそこに……