

日本認知症予防学会 東京都支部 会報

一般社団法人
日本認知症予防学会
東京都支部

発行人：支部長 鈴木正彦
編集：NPO法人CIMネット
〒104-0032
東京都中央区八丁堀3-28-14 飯田ビル2F
TEL:03-3553-0631
FAX:03-3553-0757
E-Mail: info@tokyoninchishou.jp

支部会報創刊のご挨拶



共生・連携・予防のビジョンの実現

日本認知症予防学会東京都支部長
東京慈恵会医科大学高橋医療センター脳神経内科教授

鈴木正彦

2019年6月の日本認知症予防学会理事会对して辻正純先生の後任として日本認知症予防学会東京都支部長に選任いただきました。日本認知症予防学会は、認知症治療に携わる医師や介護施設職員、自治体職員など多くの業種の方々が集い、ともに「予防の観点からの認知症対策」を考え、認知症への理解を深めていただき、家庭や職場など日常生活のあらゆる場を通して、早期発見・早期治療・予防につなげていくことを活動目的としています。が、東京都支部ではさらに「認知症基本法案」を基軸とした新たな「認知症基本法案」を見据え、認知症の人と

の「共生」と認知症の「予防」、そして「連携」というキーワードを加えた3つのビジョンを掲げ活動していく所存です。この実現に向かうために、学術担当理事には岩田淳先生、広報担当理事には松村美由起先生、連携担当理事には滝口三重先生を選任し、また事務局長にはNPO法人PDN (Patient Doctors Network) 設立に中心的役割を担ってこられた二宮英温氏に担当いただくこととしました。

東京都支部では認知症予防学会の基本的な路線を引き継ぐとともに、多職種が集約されたこの東京という地の利を活かした緊密な交流活動を推進します。連携と交流を促進するため、「顔と人柄の見えるスキルアップセミナー」を頻回にかつ継続的に開催します。支部はそのための組織づくりをすすめ、セミナーの開催や各種活動のサポート、コーディネートを推進して参ります。さらに、企業への働きかけや学会への参加を促進し、認知症予防検診事業の拡充やICT (Information and communication technology) を応用した地域包括システム構築、遠隔医療の実現、IoT (Internet of things) 技術とAIによる臨床応用にも関与したいと考えます。



病を抱え、独居や経済的困窮といった問題に直面しているケースが少なくありません。地域包括ケアシステムが下支えとなっていないかもしれませんが、限界にあることは自明で、認知症患者を受け入れる多くの施設がBPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) 対応に苦慮しています。本支部活動を通じてこのような諸問題に関する情報を共有し、認知症になっても安心して住み慣れた場所で少しでも長く生活できるように会員一同の英知と実践をもって支援していきたいと考えます。その一貫として地域をつなぐ産官民のコラボレーションを高めます。

ローターの役割を担うべく、支部会報を必要に応じて発行し、セミナー開催告知や成果報告のみならず、医療介護関係者からの提案や会員同士の相談の交流の場になるような公平性のある媒体を目指します。広く投稿、寄稿を募り、提案型、相談型の紙面構成を目指し、また有識者の「リーエッセイ」など常設紙面も設けます。このように東京都支部は組織横断的な運営を行い、「つながろう！東京」を掲げ、活動していきたいと考えます。関係各位のご理解とご協力ならびに御指導、御支援の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

一般社団法人日本認知症予防学会
東京都支部発足にあたって

一般社団法人日本認知症予防学会 理事長
鳥取大学医学部 保健学科生体制御学講座 教授
浦上 克哉



一般社団法人日本認知症予防学会は発足から10年経ち社会的に認知される学会に成長してまいりました。2019年認知症施策大綱に「認知症の共生と予防」と明記され「予防」が大きく取り上げられることになりました。しかし、日本認知症本人ワークینگグループや認知症の人と家族の会等から「予防を強調すべきではない」、「予防」という文言は削除すべき」等の厳しい意見が寄せられました。これは、認知症への正しい理解が進んでいないことを背景とした「偏見」、「予防への誤解」が原因と考えます。予防という言葉は医学的な専門用語であり認知症の予防のためにのみ存在する言葉ではありません。すべての病気の予防を対象とした言葉です。予防は病気の発症予防（第1次予防）だけでなく、病気の早期発見・早期治療（第2次予防）、病気の進行防止（第3次予防）を意味

する医療・介護の根幹をなす考え方で、この公衆衛生学の教科書に書かれてある誰もが学んでいるはずの予防の概念が正しく理解されていないのが議論の核心ではない一つの理由だと思います。国が積極的に認知症予防に関与しなくなった場合の大きなデメリットとして、適切でない認知症予防法や認知症予防効果の検証されていないサプリメントが今後益々氾濫し野放しになることです。このような当面の課題に日本認知症予防学会は立ち向かっていかないとはいけません。現在本学会では6つの支部が設立されていますが、首都圏に存在する東京都支部への期待はより大きなものがあります。第10回日本認知症予防学会学術集会（2020年10月23日～25日、パシフィコ横浜ノース）の開催に向けての準備に神奈川県支部と共に東京都支部から多大なご支援を頂いております。認知症は日本だけでなく世界の課題であり、認知症予防はその対策の中核をなすものと考えます。東京都支部の今後の発展を祈念しております。

プログラム

所信のご挨拶

東京都支部長 鈴木 正彦
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター脳神経内科教授

同支部学術担当 岩田 淳
東京都健康長寿医療センター脳神経内科部長

同支部広報担当 松村美由起
東京女子医科大学附属成人医学センター脳神経内科 講師

特別講演

小野賢二郎 昭和大学医学部 内科学講座 脳神経内科学部門 教授
アルツハイマー型認知症の診断と治療

荒川 千晶 むすび葉クリニック渋谷 医師
機能強化型在宅療養支援診療所における認知症予防の取り組み

石川 容子 和光病院 看護部長
わたしたちはなぜ認知症を予防したいのか

一般演題

稲葉 敏 いなばクリニック 院長
葛飾区における認知症予防への取り組み

蒲原 聖可 株式会社DHC 医師
認知症予防の実践についての紹介

大西 典子 山野美容芸術短期大学 美容福祉事業研究センター長
地域共生社会と美容福祉

葛城 泉 音楽療法士
軽度認知症の方々に対する音楽療法士としての取り組み

菅原 利之 パーソナルフィットネストレーナー
歩行動作改善による認知症予防の可能性

お知らせ

第10回学術集会において東京都支部は、10月24日(土)(大会2日目)3時間の支部会枠をいただき、左記の通りプログラムを作成しました。

東京都支部長 鈴木正彦

日本認知症予防学会東京都支部の活動に向けての抱負

東京都健康長寿医療センター 脳神経内科部長 岩田 淳



東京都支部の発足にあたり、抱負を述べさせていただきます。私は学術担当理事として、以下の三つの目標を設定致しました。

- 支部会員の皆様に最新、かつ正しい情報を提供します。
- 支部会員の皆様に広く学術活動の場を提供します。
- 支部会員の皆様から、研究等の遂行方法のご質問を受け、可能なアドバイスを致します。

学術担当理事としての目標

第一の目標である情報提供ですが、私は今まで国内外の研究者、製薬企業との共同研究を通じてアルツハイマー病を始めとした認知症を引き起こす疾患の治療薬の開発に携わって参りました。その経験を生かし、今後とも最新の情報を折に触れ、会員の皆様に提供致します。

一方で、学会は学術活動を行う場で

た。会員の皆様におかれましては参加のご準備、発表のご準備を頂きながら大変申し訳ございませんが、どうかご理解賜れますよう、宜しくお願い致します。

ます。新たな日程は未定ですが、事態が落ち着き次第発表させて頂きます。引き続き東京都支部へのご支援の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

日本認知症予防学会 東京都支部活動に寄せて

東京女子医科大学附属成人医学センター 脳神経内科 講師 東京都地域連携型認知症疾患医療センター センター長

松村 美由起



認知症は、長い年月をかけて徐々に徐々に生活の中に現れます。そして、それまでと異なる日々が始まるのです。認知症の医療や介護に携わる我々は、まず認知症について正しく知らなければなりません。最も大切なのは、認知症とともに生きる人について知ることです。

として、受容をすることは病と向き合い、その後の生活を考えるための大切な第一歩であるはずなのに、受容がとても難しいのです。何故でしょうか。認知症であると認めてしまうと、社会から受け入れてもらえないという思いがあるからです。そうした思いは、介護するご家族にも、そして広く世間の人々にもあります。病気を受容できなければ、いつまでも葛藤や焦燥感、絶望の中に身を置くことになり、その後の生活を前向きに考えることもできなくなります。

認知症と生きる人は、どのような思いで日々を送っているのでしょうか。認知症の人は、病気であることを認めない方が多くいらっしゃいます。患者さんは、癌など重い病気の場合、はじめは否認していたとしても最終的には受容します。受容することで病氣と向き合うことができます。認知症の人に

認知症、特に変性性認知症は、治療も、ならないようにすることも出来ません。今できる最大のことは早期発見と、発症後に症状悪化を促進する身体疾患の治療や生活習慣病の管理などです。身体疾患の治療や生活習慣病の管理は、現状でも十分可能でしょう。し

かし早期発見はとうとう。認知症になったら社会から受け入れられないとの思いがあれば、ごく早期の段階で認知症かもしれないと気づいたとしても、不安を抱えたまま受診も相談もしないでしょ。早期発見を実現するためには、こうした社会的背景の改革が必要になります。社会の目を変えてゆくには時間がかかるでしょう。しかし、これを実現するために我々が出来ることがあります。それは、我々が率先して認知症の人と真摯に向き合い、ともに歩んで行くことです。地道な二つの活動が、やがて社会のもつ認知症への偏見を払拭することを実現できるでしょう。

東京都支部では、認知症の人と関わる二つ二つの活動を、貴重な声として共有し、話し合い、高めあってゆけたらと思います。どうぞ宜しくお願い申し上げます。

会報に提言、投稿をお寄せください

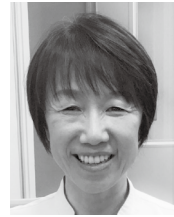
問題解決の糸口は、常に医療・介護現場の事例報告、実績、提言、発想から生まれます。創刊した支部会報は「医療・介護の現場の声を編む」を編集方針とし、広く皆様の投稿、寄稿、提言を求めます。職場、職種を明記し、東京都支部の稿窓口「掲示板係」にお寄せください。

2020年2月19日加筆

今般のCOVID-19の影響で2月22日に予定しておりました学術集會を延期とする決定を理事会で致しまして

日本認知症予防学会 東京都支部設立に寄せて

聖路加国際病院 看護師 滝口 美重



これらは、認知症の人に限ったものではなく、すべての人に共通するごく当たり前のニーズです。

認知症予防への取り組みで、私たちが目指すのはどのような社会でしょうか。認知症という病気のない社会？理想ですがまた時間がかかりそうです。自分が認知症にならない社会？そうならば安堵しますが、そうならないことを考えると不安です。認知症になっても、周囲のサポートを受け、これまで通りの暮らしを安心して続けられる社会？理想ですが実現可能でしょうか。

予防を願う背景にあるもの

認知症の人の多くは、住み慣れた家でいつまでも暮らしたいと願っています。また、英国の心理学者、トム・キッドウッド博士が提唱した認知症ケアの理念である、パーソン・センタード・ケアの心理的ニーズ、「アイデンティティ(自分が自分であること)」「愛着・結びつき」「へつらさ(やすらぎ)」「共にあること」「たすさわること」への願いを持ちながら生きています。しか

認知症でない人は、自ら周囲へ発信してニーズを満たすように行動します。しかし、認知症の人は自ら発信し満たすことが難しくなるため、そのようなニーズがないかのように誤って理解されることがあります。その結果認知症の人は理解してもらえないことによる疎外感や孤独感、不安感を感じ、落ち着いて過ごすことが難しくなります。その様子を見た周囲の人は、「よかれ」と思って「家で過ごすのは無理施設でないと」と判断し、本人の家で過ごしたいという望みは叶えられない、という状況がよく起ります。

認知症への偏見や差別との対峙

人々が認知症を予防したいと願う背景には、自分がこのような状況に陥ることへの恐怖感が少なからずあるでしょう。そう感じる私たちの心には、大小の差はあれ、認知症への偏見や差別があるのだと思います。人間は弱いのです。その気持ちをすべて拭い去るの

は難しいでしょう。でも偏見や差別があると意識すれば、行動が少し変わることもあります。

生活習慣病をコントロールする一次予防、MCIから認知症への移行を防ぐ二次予防、認知症の人がBPSDを起さないようにする三次予防。これらを勉強し、地域で予防活動に取り組

つながろう——東京

事務局長 二宮 英温

東京都支部事務局長を お引き受けした理由

いきなり私事になって恐縮であるが、私の現住所は東京都心の「介護付き有料老人ホーム」である。此処の入居者は平均年齢が80歳を超えており、認知症の人も多い。日々見かける認知症ケアには気懸りなことが多く、いずれ入居者の目線で介護施設の認知症についての問題提起をしたいと考えている。

私は1997年、62歳の時、ある事情から胃腸の啓発活動に携わるようになった。ご存じの方もあろうかと思

みながら、さまざまな人々とつながりを作る過程で、認知症についてよく知り、自分の中にある偏見や差別と向き合い、少しずつ克服していきるとよいと思います。そのようなことを心の片隅に置いて、東京都支部の様々な活動を、皆様と共に作り上げていけるように願います。

うが、NPO法人PDN(PEGドクターズネットワーク)の立ち上げに参画し、15年間事務局長を務めてきた。その後、PDNの事務局長を退き、PDNとは深い関係を保ちながら、もう一つのNPO法人「CIMネット」を立ち上げ、医療・介護の地域連携の事に携わってきた。
傘寿を超え、引退を考え介護付き有料老人ホームに入居し余生を過ごそうとしたとき、慈恵医大神経内科鈴木正彦教授から日本認知症予防学会東京都支部の事務局長を懇請され、これまでの経験が少しでもお役に立てたいと思い、短期間の約束でお引き受けすることになった。

多職種連携と異業種の協業

一般に認知症といわれる疾患は50種に及び、その鑑別診断には専門性が求められるという。鈴木先生はその専門医の第一人者であるが、そうした技量を買われての東京都支部会長の就任であったらう。

日本認知症予防学会は専門的な学術研究に加えて、広く多職種の協働による包括的、実践的で、実効性のある活動を担う学会であると認識している。そのためには多職種連携、地域連携の推進が重要視される。さらに、医学・医療という分野を超えた、工学・化学、人文科学など多分野の協業も必要不可欠である。今後、分野を超えた情報の交流から大きな成果が生み出されるであろう。時代はすでに第4次産業革命といわれAIやIoTの応用分野における成果が、日々マスメディアに報道されている。

区・市の境界をこえて 「つながろう——東京！」

東京都支部は「共生・連携・予防」と「つながろう——東京」の2つのキーワードを掲げて活動することになった。

東京首都圏では、認知症の「共生と予防」の優れた実践活動モデルが区・

市単位で創出され展開されている。交通の至便性を生かして、区・市の境界を越えての交流も容易にできる。東京都支部の最重要課題はこれらの実践活動を縦横に つなぎ産官学の交流を深めるための組織づくりと考える。情報共有とスキルアップの場としてセミナーなどをコーディネートすることが東京都支部に求められる役割ではないだろうか。スピード感をもって活動母体となる基盤づくりに取り組む所存である。

残念ながら第一回学術集会は新型コロナウイルスのため中止となったが、開催に向けての皆様のご尽力を決して無駄にしてはならない。学芸後に創刊を決めていた東京都支部会報は、コロナには影響を受けないので、計画通りに創刊させていたとのことでした。

支部会報は多くの医療関係者の叡智を結集するための開かれた媒体である。小さい紙面での創刊であるが、この変化の激しい時代に、情報の収集と伝達の役割を継続的に担う媒体として育てなければならぬ。多職種連携、異業種協業など、これからの東京都支部の活動の方向性をご理解いただき、広く各地区からの情報提供やご意見の寄稿など、各位のご支援とご指導を賜りたい。

認知症ケアパスから見る認知症施策

板橋区健康生きがい部おとしより保健福祉センター
認知症施策推進係 保健師 湊 理恵



ある日、日本認知症予防学会東京都支部から「板橋区の認知症ケアパスについて聞きたい」というお問合せがあり、平成27年に作成を始めてから、初めてのことだったので大変驚きました。

新オレンジプランでスタート

認知症ケアパスは新オレンジプランにある「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供」における「医療・介護等の有機的な連携の推進」の中に位置づけられていたため、今ではほとんどの自治体で作成がされているものであり、板橋区が特別目立つこともなく、どちらかかという地道に毎年マイナーチェンジを続けてきたと思っ

変わる情報を毎年更新

認知症ケアパス(以下、ケアパス)は、その地域ごとに認知症の生活障害の進

行状況に合わせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けられるのかをあらかじめ標準的に示したものです。認知症を取巻く様々な施策の変化や、サービス等の増減や問合せの変更など様々な影響を受けるため、

板橋区では毎年情報の更新を行い、加えて課題であるケアパスの普及啓発のために、内容の変更・追加を行ってきました。支部の方と話しているうちに、作成してきた内容が認知症施策の変化を反映していることに気がつき、今回まとめてみることにしました。

板橋区でのケアパス作成の経過

ケアパス作成は平成26年廻ります。最初の一歩は地域包括支援センター(以下、包括)との研修でした。区内を地区別にして情報を持寄り、5地区のケアパスを作成した後に1つにまとめ、板橋区認知症支援連絡会を経て平成27年度に完成し配布を開始しました。以後、包括職員とのプロジェクトチームでの検討と、認知症支援連絡会での意見交換を経る形で毎年更新してきます。また、普及啓発を図る目的で

主にケアマネジャーを対象とした「認知症ケアパス研修を毎年1回開催し、同時にケアパスへの意見募集の場としても活用しています」。

平成28年には介護保険法の改正によるサービス変更や、認知症カフェ、高齢者見守りキーホルダーの掲載と行方不明時の対応コラムを追加、平成29年度には若年性認知症やヘルプカードや介護マークの情報を追加、平成30年度には区内の認知症の診断や治療に関わる医療機関への掲載可否と内容をアンケート調査し掲載、高齢者運転免許返納のコラム、特殊詐欺対策を追加、平成28年度より開始し整備中だった認知症初期集中支援事業も掲載。またケアパス研修で要望が多かった「より地域の具体的な情報」を掲載するため、区内5地区ごとに「地域版認知症ケアパス」を作成し、区のケアパスと併せて活用する形にしました。

当事者視点に

重点をおいた改訂へ

そして令和元年度版は、認知症施策推進大綱、認知症とともに生きる希望宣言、ACPといった施策に関わる情報の掲載、平成28年度より実施してきた認知症声かけ訓練を追加。特に新オレンジプランの根底にもある「認知症の人や家族の視点の重視」にこれまで

以上に重点を置き、当事者へのアンケートを行い、文言や内容を大きく修正しました。また時代の変化に合わせてQRコードの追加も行いました。

施策により実施された取組みとその時のトピックスを反映してケアパスも変化してきており、作成を通して関係機関と連携がしやすくなり、次につながります。また、作成の根底は手に取る人がどんな情報があったら良いと思うかが大事で、当事者からいただいた内容(表現や説明)へのご意見は、作成側が分かっている表現でできていないことを実感した大事なものでした。ケアパスを通して、変化していく認知症に関する情報を伝えていくことと同時に、認知症を取巻く偏見をなくし、正しい知識を伝えていくことも大事な役割であり、ケアパスがつながりを作る一つのアイテムになることを期待しています。

協賛金募集：一口3万円

日本認知症予防学会・東京都支部の活動資金は、学会本部からの支援金と企業等の協賛金、広告収入によってまかなわれる。協賛金は持続的な活動のための必要条件であり、同じ活動目標の実現のために企業・団体組織・個人から拠出され、使途は活動目標の適否について理事会が承認し実行される。

機能強化型在宅療養支援診療所における認知症への取り組み

医療法人社団礼恵会むすび葉クリニック渋谷 荒川 千晶



はじめに

急速な高齢化に伴い、認知症の患者数が増加の一途を辿っている現在、認知症患者や家族はさまざまな問題を抱えている。認知症患者は複数の疾病を有していることが多く、身体機能も低下し、通院が困難になることも多い。また、認知症患者の中には通院を頑なに拒否し、医療や介護に結びつけることができない患者もいる。このような中で、認知症患者を在宅で診療し、家族を主とする介護者に適切なアドバイスをを行うことができる訪問診療医の役割は大きくなっていくと考える。在宅療養支援診療所（在宅診）は、地域において在宅療養を必要とする方のための診療所であり、24時間体制で連絡が取れ、往診の体制も確保することが必要である。機能強化型在宅診は、常勤医師の人数や緊急往診および看取りの実績など複数の要件を満たした在宅診

である。当院は機能強化型在宅診であるが、地域の認知症患者が増加していく中で、在宅診に求められる役割も多様化しており、当院が認知症患者に対して行っている取り組みについて概説する。

当院における調査とその概要

訪問診療の現場において、認知症があるにもかかわらず認知症の診断を受けていない患者や、認知症の診断は受けているものの鑑別診断はされていない患者に出会うことは多い。しかし、認知症の適切な診断と治療方針の決定は、認知症患者や介護者が在宅療養の環境下で安心して生活を送るための大切な要因と考える。このため、当院で2019年10月から2020年1月末までに新規の訪問診療依頼を受けた在宅患者35例の中で、癌末期などの終末期状態にある患者や協力を得られなかった患者などを除外した25例に対して、訪問診療時に家族や介護者に対して詳細な問診を行った。問診の内容は、認知症の発症からの経過や既往歴、嗜好、趣味、元来の性格などを聴取し

た。また、一般身体診察に加えて神経学的診察を行い、MMSE (Mini-mental state examination) も検査した。頭部MRIや脳血流SPECTなどの画像検査を希望した4例には連携医療機関を紹介し、画像検査を行った。その結果、25例の中で16例は既に認知症の診断を受けていたが、その中の9例は鑑別診断を受けていなかった。臨床所見や画像検査（画像検査は3例で施行）などから鑑別診断を行ったところ、図1に示すようにアルツハイマー型認知症（AD）5例、レビー小体型認知症（DLB）2例、血管性認知症（VaD）1例、正常圧水頭症1例であった。認知症の既往はなかった9例の中で、4例は実際に認知症を有していた。臨床所見や画像検査（画像検査は1例で施行）などから鑑別診断を行ったところ、AD3例、DLB1例の結果となった。図2に示すように、ADもしくはDLBの18症例において、9例は訪問診療前に抗認知症薬を服用していたが、その中の4例は訪問診療前に鑑別診断はされていない症例であった。また、抗認知症薬を処方されていなかった9例の中で、新たに5例に抗認知症薬を導入した。本人の病状や内服環境の整備が困難などの理由から、4例では抗認知症薬を処方しなかった。また、正常圧水頭症の1例は手術の方針

図1：認知症鑑別診断の詳細

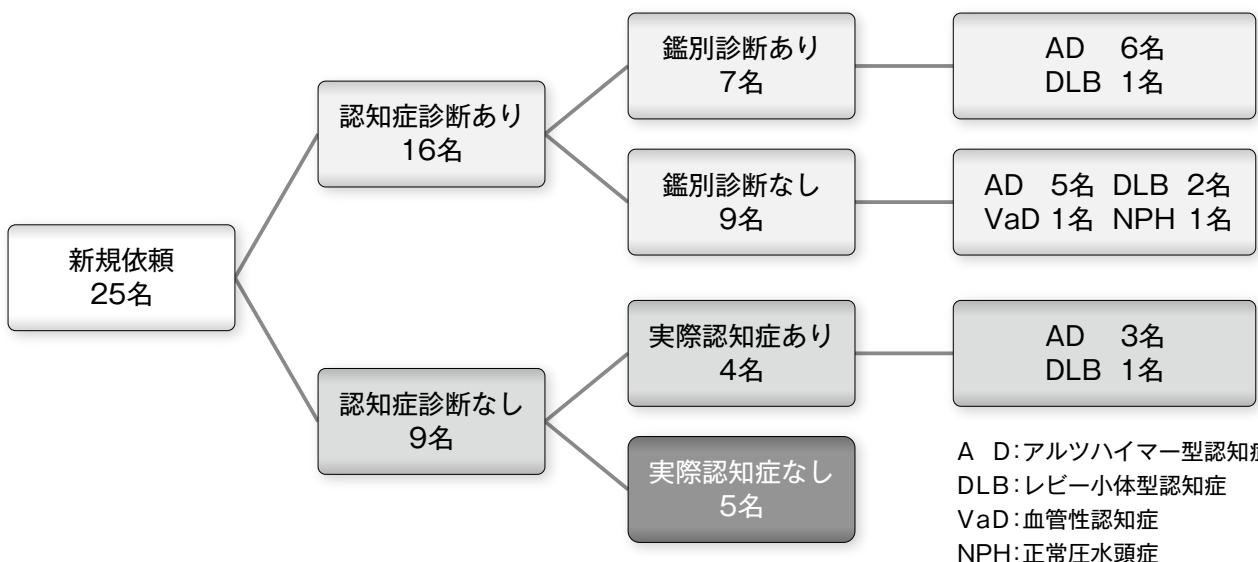
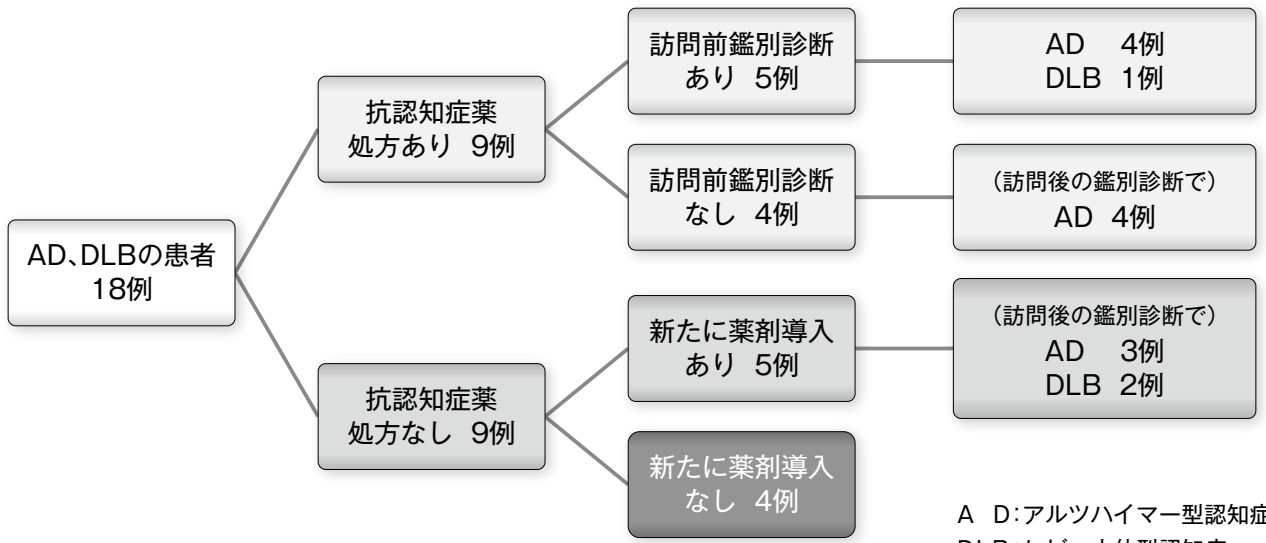


図2: 認知症治療の詳細



A D:アルツハイマー型認知症
DLB:レビー小体型認知症

となった。

考察

地域には認知症が未診断の症例や鑑別診断が行われていない症例が多く存在し、適切な治療に結びついていない実態が判明した。当院では、本人や家族、介護者などからの詳細な問診に加え、一般身体診察に神経学的診察や神経心理検査を組み合わせ、潜在的な認知症患者を適切に診断し、可能な限り鑑別診断を行うことを試みた。特にレム睡眠行動障害や幻覚の有無を聴取し、神経学的診察にて軽微なパーキンソンニズムを見逃さないことで、レビー小体型認知症を診断することが可能であった。治療の選択に関しては、本人の認知症の状況やADLのみならず、家族や介護者の有無、介護サービスの利用状況、経済的状況などを考慮する必要がある。また、独居や老老介護、認知介護の世帯も少なくないため、薬剤アドヒアランスを保持するための工夫も重要である。このため、ケアマネージャーや訪問看護ステーション、デイサービスなどの事業者と緊密な連携を取り合い、個々の症例において最適な服薬管理方法を確認していく必要がある。このような体制の構築は、薬剤アドヒアランスの改善のみならず、副作用の早期発見にも繋がっていくと考え

られる。在支診は居宅患者のみではなく、施設入居中の患者も担当することがある。当院も多くの施設入居中の認知症患者を診療しているが、居宅患者と同様に認知症の鑑別診断がされていない患者は多い。また、施設内で落ち着いた状況を保つために、抗精神病薬などの投与を余儀なくされている患者にも遭遇する。施設入居中の患者に対しても可能な限り鑑別診断を試み、適した治療薬を検討することで、できるだけ抗精神病薬など副作用発現リスクの高い薬剤を減量・中止できるように試みる必要がある。

最後に

在支診は居宅もしくは施設入居中の認知症患者を診療する機会が多い。訪問診療の現場では、問診や診察など限られた情報の中で鑑別診断を試みていくことが必要となるため、問診や診察のポイントを整理しておくことも必要となる。治療やケアに関しては、本人の思いや病状も大切にしながら、患者個々を取り巻くケアの環境を十分に考慮して方針を決定していくことが望まれる。患者本人の思いを大切に、療養環境の中で安全な生活を確保するための治療と、家族や介護者が直面している困難に対する治療は相反する点もあり、この二つを両立させるため

の工夫を現場で悩むことも多い。在支診の医師は、認知症の積極的な診断や治療に関わるのみならず、現場のケアの状況を把握し、ケアマネージャーや訪問看護師、介護士、薬剤師など職種と情報を共有することで、個々の症例において解決策を見出していく必要があると考える。

提言 東京都支部

荒川千晶先生の「機能強化型在宅療養支援診療所における認知症への取り組み」は、制度的、社会的、人道的な認知症ケアの喫緊の問題提起ではないだろうか。

国は地域医療構想、地域包括ケアを「錦の御旗」に掲げているが、施設を含めて在宅における多くの認知症患者の医療・介護は、重要な地域医療でありながら地域医療から孤立した現実は否めない。問題意識をもって真摯に地域医療に取り組んでいる良心的な医療介護従事者にとっては、はげしく堪えがたい問題であらう。

国の「共生と予防」という認知症対策を追い風に、荒川先生の提言を一つの突破口として、認知症の医療介護現場の改善につなげたいと思う。

いま・介護現場に求められる 認知症のケア

認知症予防学会東京支部事務局 担当
・ NPO法人 C-I-M ネット 理事

大津 陽子



私の看護活動

私は、相談員であり看護師のカウンセラーとして認知症ケアにボランティアとして携わっています。

相談員（カウンセラー）のかかわり方はいろいろな手技があると思います。私は主に傾聴しフィードバックし、悩みを共有して明確にしながら、看護師としてアドバイスし、共に問題解決や問題確認をします。重要なポイントは一緒に考えることです。答えのないことも多いです。相談者が孤立せずに看護師の私と一緒に悩みを明確にすることができることは実践していきま

を確認し、自分らしく生きるとは・を見出していきます。

面談は約1時間、この間の会話で笑顔をとり戻し、生き生きとした生来の自分を取り戻されます。怖い顔で、元気なく挨拶をかわし、面接時間が終わると表情が変わり、生気を取り戻しにここでお礼を言う豊かさが戻っています。付き添ってきたご家族の表情も変わります。

相談内容には「どのように死ぬのか？ 迷惑をかけたくない。チューブがいっぱいつけられるのは嫌だ。薬が多くて減らしたい。医師の言うことが納得できない。便秘や下痢・不眠・痛み・体力低下・家族や友人との関係・喪失感・不安・財産問題」など健康相談や死生観・人間関係やグリーフケア・資産管理など様々な相談があります。このような相談対応の中で、専門職である看護師としてのアドバイスと経験がとても有効であると感じて

おります。適切なアドバイスにより相談者と相談員との信頼関係が構築できます。

私は、循環器科を経て救急医療の現

場に15年以上在籍し、地域医療支援病院において在宅医療・退院調整に携わってきました。患者さんやご家族から教わることも多くこのような経験が相談対応に於いて共感される方も多く役立っています。その後、「がん電話相談」と総合診療科における患者・家族の相談員として約5年間勤務し、現在は、患者さんと家族のニーズに添える形で前述のような高齢者相談のボランティア活動をさせて頂いております。

一方、平成24年より介護職員の研修に関り、看護師として介護職とケアを共に実践するにあたって各々の専門領域における役割分担の在り方を思索してきました。看護と介護が共に働く現場において共通認識・情報共有は欠かせません。

この度認知症予防学会東京都支部に事務局として関わることになり「認知症ケア」はどうあればいいの？

特に認知症患者さんのケアに携わる家族と介護職員・医療関係者との共通認識と情報共有の必要性と環境整備の必要性を再認識しています。

さて、環境整備・共通認識・情報共有という視点で見ると、認知症ケアの現場は、介護施設・あるいは在宅において、認知症患者さんのケアに携わる介護職員や家族は24時間継続したかか

わりとなります。介護者が一人で抱えるには介護者自身の身も心も壊れそうになります。常に「これでいいの？ どうしたらいいの？ ・ ・ ・ 言わなければよかった。もっと聞いてあげれば ・ ・ ・ でもできない。なぜ、こんなことになったのか？ だんだん変わっていくのが怖い。」など不安と苦悩と疲労の日々が続くのが介護の日常です。人的資源不足の現状から情報共有や共通認識がなかなかされない現状の中で、様々な形で介護現場である施設や自宅や病院でケアが提供されています。しかしながら、なかなかご本人の苦悩に寄り添うことの継続ができません。患者さんたちは、お一人ずつ抱えている苦悩は、家族には負担をかけるから、なかなか分かってもらえないから、認知症になる前の尊厳を保ちたいから、言えません。

そして介護職員や看護師には自分の人生の価値観を説明しているだけの時間をもらえません。どこまで話したか忘れてしまいます。しかし私は誰・ここではどこ・どうなっているの？ もやもやした不安が、ふとしたタイミングで頭をもたげます。

日本看護協会から看護職能団体として認知症ケアに関わる全ての看護職に向け基礎基本を学べる入門書として『認知症ケアガイドブック』が作成そ

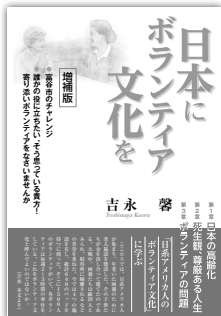
れています。また、専門職看護師としての必要な知識と技術以外に認知症患者を取り巻く環境整備活動の参考書として、吉永先生の著書が挙げられます。私が理事を務めていただいているC-I-MネットというNPO組織で吉永先生の言われる「寄り添いボランティア」活動を広げたいと思います。「寄り添いボランティア」の支援により、多くの高齢者の孤独を救済できるのではないかと考えます。

日本に ボランティア文化を

吉永 馨

増補版

- ・ 富谷市のチャレンジ
- ・ 誰かの役に立ちたい、そう思っている貴方！
- ・ 寄り添いボランティアをなさいませんか



定価770円(税込)

お問い合わせ

NPO法人 C-I-M ネット

〒104 0032 東京都中央区八丁堀5-28-14 飯田ビル2F

TEL 03-33-33-0606

FAX 03-33-33-0757