

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
印刷：株式会社キタジマ
〒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

葛飾区における 認知症予防への取り組み

いなば内科クリニック 院長 稲葉 敏



「認知症対策の実施5項目」

1. かかりつけ医向上研修会開催と医療ネットワーク構築

はじめに：葛飾区における高齢化率は、東京23区中3位と高く、また、認知症高齢者数は、本年2020年には21,000人を超えると推計され、今後は、さらに増加することが確実です。2019年6月に政府は、新・オレンジプランに加えて、認知症施策に「予防と共生」を新たに掲げました。私共は、既に6年前からこれらの施策に先んじて実施5項目を掲げて活動を展開して参りました。

認知症は、「早期認知症（早期AD）や軽度認知障害（MCI）の段階でいかに早く発見できるか」が重要です。これは、今後の認知症患者が生活能力（ADL）をいかに維持できるかを左右するスタートラインとなるからです。かかりつけ医の認知症診断能力・対応力向上は最重要課題の一つです。そこで、「かかりつけ医・在宅医の為に認知症研修会」を東京都と共催で開催しました。

これらの研修会に参加された先生は、葛飾区医師会認定「認知症連携医」として証し、東京都から「もの忘れ予防健診・受託医療機関」の資格を有する事となりました。（2020年1月現在、115医療機関128名の連携医が登録されています。）

2. BPSDD介護マニュアルの改訂

5年ぶりに「かかりつけ医の為にBPSDD対応マニュアル」と、「認知症家族・介護者のための、認知症・BPSDD介護マニュアル」を改訂しました。他地域の多職種の方にも「研修会」資料として好評を博しています。葛飾区医師会ホームページにて閲覧下さい。

3. もの忘れ相談事業の開催

各地域の高齢者総合相談センター（地括）にて、認知症サポート医の先生方に協力頂き、年間15回の相談会を開催しました。

4. もの忘れ予防フェスタin葛飾

もの忘れ予防フェスタin葛飾

（1）「もの忘れ予防健診」：2015年～2019年（5か年）

区内在住の68歳から75歳（約35,500名）を対象に、協力かかりつけ医（120医療機関）にて、一次健診（表：もの忘れチェックリストを使用）を行い、もの忘れ評価点が4点以上または、かかりつけ医が問診し医学上必要と認めた対象者に、二次健診（表：QOLを使用）を行いました。過去5年間で一次健診受診者総数は13,027人で、二次健診受診者は3,960人でした。このうち、認知症の疑い例、軽度認知症の疑い例の総数1,040人（受診者の約8.0%）でした。これらの例につき、かかりつけ医に「今後の方針」につき質問した結果、「当院にて精査・診断・治療を開始」と答えられた例が、毎年、約70%を超えています。かかりつけ医の認知症対応力向上とネットワーク構築の成果と考えます。今後も、受診対

象者枠をさらに拡大して、区民への裾野を広げていく予定です。

（2）「もの忘れ予防フェスタin葛飾」：「もの忘れ予防健診」の受皿として連携・連動し、フェスタを開催しました。

「もの忘れ予防フェスタin葛飾」（第3回）：（主催：葛飾区・葛飾区医師会）開催日時：2019年11月9日（土）午前10時～午後4時
会場：テクノプラザかつしか
（後援：日本認知症予防学会、日本認知症予防学会東京都支部）

講演会参加対象者は、かかりつけ医からの参加勧奨者、もの忘れ予防健診受診者、その家族や友人、また認知症に興味のある一般区民、日本認知症予防学会の予防専門医・予防専門士等、幅広く参加を呼びかけました。

講演 演：認知症を予防する！
午後2時～午後4時（2階大ホール）
慈恵医大葛飾医療センター
脳神経内科教授 鈴木正彦先生
特別講演：「しっかり食べて、歩こう」
——認知症から逃げ切る作戦

国立長寿医療研究センター
もの忘れセンター長 櫻井孝先生
会場参加者：530名 講演参加者：310名で大盛況に終わりました。

もの忘れ予防健診：平成 27 年度から平成 31 年度

葛飾区もの忘れチェックリスト採点法と評価内容について

		質問項目			評価内容
1	今まで普通にやっていた日課がこなせないことがある (例えば：買い物、携帯電話、テレビのリモコン、電子レンジなど)	ほとんではない	月 1 ~ 4 回程度ある	毎日または毎回のようにある	実行機能障害 生活障害
2	周りの人から「いつも同じことを聞く」と言われたり、物をなくしたりすることが増えた (例えば：財布、鍵、通帳、保険証など)	ほとんではない	月 1 ~ 4 回程度ある	毎日または毎回のようにある	記憶障害
3	友人や知人の名前や言いたい言葉がすぐにでないことがある	ほとんではない	月 1 ~ 4 回程度ある	毎日または毎回のようにある	記憶障害 失語
4	今日が何月何日何曜日かわからないことがある	ほとんではない	月 1 ~ 4 回程度ある	毎日または毎回のようにある	見当識障害
5	以前に比べ、「やる気がなくなった」又は「怒りっぽくなった」と言われることがある	ほとんではない	月 1 ~ 4 回程度ある	毎日または毎回のようにある	意欲・感情障害

判定について：

「毎日または毎回のようにある」が 1 個以上該当、あるいは「月 1 ~ 4 回程度ある」が 2 個以上該当の場合、葛飾区もの忘れ予防健診（二次スクリーニング：Me-CDT）への受診を推奨する

*ほとんではない：0 点、月 1 ~ 4 回程度ある：2 点、毎日または毎回のようにある：4 点、4 点以上を陽性者とする

*ほとんではない、と、月 1 ~ 4 回程度ある、の中間に○がある場合は、月 1 ~ 4 回程度あるに繰り上げて採点する事とする

*これらの点数はあくまでも参考値であり、医師が医学的見地から二次健診へ進むべきか総合的に判断する

東京慈恵会医科大学精神医学講座 繁田雅弘 教授 監修

今回のフェスタでは、フレイル対策を視野に入れた「歩行速度測定会」。また、VR 認知症体験講座、もの忘れセルフチェック・タッチパネル（浦上克哉先生監修・日本光電）等、盛りだくさんのフェスタとなりました。

5・多職種連携と医療連携

各種の認知症研修会、もの忘れ予防フェスタ等へ、薬剤師会、高齢者総合相談センター職員、認知症疾患医療センターと区行政の各位が積極的に参加頂き、連携強化してきました。特にフェスタ役員は、今回 90 名を超える方々に協力を頂きました。

最後に、東京 23 区ではじめての「もの忘れ予防健診」が 5 年目を経て、今年度から東京都推奨事業として正式に認められました。さらに医師会と葛飾区が共催で、「もの忘れ予防フェスタ in 葛飾」（第 3 回）をアクノプラザかつしかで開催しました。特に、日本認知症予防学会東京都支部の正式な後援を頂いたことも大成功の要因になったと存じます。

これら「予防」の重要性は言うまでもありません。超高齢社会に突入した現在、認知症は、今後 10 年で爆発的に増加し、認知症専門医やサポート医だけでは対応が出来ない状況になります。認知症のリスクファクターとなる

生活習慣病を持つ患者では、かなり早期から認知症を発症することが知られています。これらの方々には、既に、かかりつけ医で治療を受けているケース



講演会場



レクササイズ

が多く、かかりつけ医の初期対応が大切になります。認知症の初期段階では診断・治療共にそれほど難しいケースはありません。しかし、早期の段階で



おしゃれで脳トレ



脳トレアロマ

発見できずに進行すると、数年後には、BPSD等、症状も複雑化し、かかりつけ医では対応が困難となります。さらには、生活能力に支障を来すようになり、介護者や家族にも精神的、肉体的、また、経済的にも負担が増加して行きます。一方、早期の段階で診断すれば、治療も単純であり、症状も一定期間改善する為、短時間の研修で、「かかりつけ医」でも十分に対応できます。これにより、ご本人の意思確認や今後の生活方針、家族の対応を進めるための時間も十分に取れ、医療面や介護面でも負担が軽減されます。今後は、増加する認知症に対し、かかりつけ医が早期に対応し、進行を遅らせ、その期間に患者と家族に認知症について教育をし、生活に破綻が生じないよう順次治療を進めて行かなければなりません。そのためにもかかりつけ医として認知症対応能力を向上させることが肝要です。

また、「共生」については、地域の現場では、「医療」にも「介護」にも手つかずの高齢者は限りなくおられます。これらの方々に誰かが「手を差し伸べる」気づきのチャンスを与えねばなりません。かかりつけ医は、「医療」と「介護」の指令塔となる中核的存在です。認知症は決して「医療」のみで完結する疾患ではありません。そのた

めには、認知症患者や家族に寄り添い、そしてこれらに携わる「介護・福祉・行政」等、多くの多職種の方々と協働・連携し、また情報を共有し、強力な信頼関係と密接なネットワーク・システ

認知症ケアの質向上を目指して



和光病院 看護部長 石川 容子

ム構築が必要不可欠と考えます。結びに、医療ネットワーク構築にご尽力頂いた、鈴木正彦東京都支部長に深謝いたします。

の治療・ケア、身体合併症の治療、認知症の終末期ケア、看取りを行っています。

和光病院（以下、当院）は、病床数205床、精神科単科の認知症専門病院です。開院以来、身体拘束や隔離などの行動制限は一切しないことを方針に治療・ケアを行っています。外来では、認知症の診断、治療、BPSD（認知症の行動・心理症状）に対する治療の他、軽度認知障害（MCI）またはその疑いと診断された方を対象にした認知症予防トレーニングを実施しています。また、「認知症看護外来」を設置し、認知症看護認定看護師が外来通院している患者・家族の介護に関する相談に対応しています。病棟では、主にBPSD（認知症の行動・心理症状）

の倫理的感性の向上、認知症ケアの標準化などです。日常生活援助の質向上については、食事、排泄、入浴、睡眠など日々繰り返されるケアを見直し、改善してきました。例えば、入浴については、患者さんの誘導から終了までを一人の職員が対応します。そうすることで、患者

さんの安心につながりBPSDを予防することが出来ます。排泄ケアの際に暴力的になりやすい患者さんのトイレへの誘導は、無理強いせず、さりげなく、穏やかな気持ちでかわることでスムーズに終えることも出来ます。認知症の患者さんは、日常生活をする上で多くの困りごとを抱えています。日々の良質なケアは、患者さんの穏やかな日常につながると思っています。職員の倫理的感性の向上は、尊厳あるケアの基本です。これでもいいのだろうか、これではいけないと気付ける感性を持つために、当院では、不適切なケアについて考える研修を実施しています。自身のケアや態度、言葉遣いなどを客観的に振り返る機会になっていきます。患者さんが認知症だからこそ、常に自分たちの心を見つめなおすことが必要です。当たり前のことですが、患者さんを子ども扱いしない、馬鹿にしたような言葉遣いをしない、ため口を使わないなどは約束事項としてい

ます。認知症ケアの標準化は、当院の認知症ケアの考え方を職員と話し合いながらマニュアルを作成しました。マニュアルは、認知症の理解、BPSDに対するケアではなく、BPSDの考え方とBPSDを予防するケア、認知症の各期に応じたケアについてまとめました。例えば、オムツをはずしてしまう患者さんのケアの考え方については、オムツをはずすことを問題にしてしまつて、はずさないようにするためにどうすればよいのかといった考え方がなくなってしまっています。しかし、患者さんのオムツの不快感を問題にすれば、解決策は異なります。認知症ケアでは、職員個々の価値観や経験によるケアになりやすいように感じます。正解はないかもしれませんが、ケアの考え方を統一しておくことは重要だと考えています。また、認知症を正しく理解し根拠あるケアの実践ができるように認知症の疾患別の研修やケースカンファレンスを通して学習する機会を設けています。前頭側頭型認知症の患者さんが、他の患者さんの食事を食べてしまうことは、病気によるものだと理解できれば「盗食」という言葉は使わなくなり、必死に患者さんを説得することもなくなります。当院の取り組みについていくつか紹介させていただきます。またまた課題は山積ですが、日々繰り返されるケア、自分たちの気持ちの有り様の振り返り、知識に裏付けされたケアを積み重ねつつ、患者さんにとって最善なケアとは何かを考え続けていきたいと思っています。

認知症の鑑別診断

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】

認知症を適切に鑑別診断することは、治療を開始する上で大切な一歩となる。例えば、前頭側頭葉変性症の患者にコリンエステラーゼ阻害薬を使用すると、脱抑制症状の悪化などを生じることがある。このようなことを防ぐためにも、鑑別診断はできるだけ慎重にかつ正確に行われることが望まれる。

多くの認知症患者は外来に通院しているが、通院している場所が総合病院なのかクリニックなのかで実施できる検査は異なってくる。また、画像検査などは高額のものもあるため、全患者に対して十分な画像検査を実施することも難しい。何らかの理由で通院ができず訪問診療を受けている患者においては、問診や診察所見のみから診断を迫られることも多い。このように認知



症の鑑別診断は、その状況に応じて弾力的に行っていくべきと考ええる。本稿では外来における鑑別診断手順を示すとともに、訪問診療の現場における鑑別診断の工夫についても概説する。

【鑑別診断の手順】

認知症の鑑別診断には、問診、身体診察、神経学的診察、血液検査、神経心理検査、画像検査などを用い、これらの結果を多角的に把握し解釈するこ

とが必要となる。また重要なことには治療可能な認知症 (treatable dementia) を確実に除外することであり、その除外ができたならば、いわゆる四大認知症 (アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、血管性認知症、前頭側頭葉変性症) を主に念頭に置き鑑別診断を進めることになる。

【問診と診察の重要性】

問診は認知症診断の最も重要なプロセスであり、現病歴、既往歴、家族歴、内服薬、嗜好 (特にアルコール) などについて可能な限り聞き出すことが大切である。患者本人からのみでは詳細が分からないことも多く、同行している家族や介護関係者などからの聴取が重要となる。このため、患者一人で来院した場合は、次の外来の際に家族や介護関係者にも来院してもらうように依頼することが望ましい。時間や場所が許せば、患者本人と同行者は異なる部屋で問診をすることが理想と考える。患者本人の前で同行者がもの忘れの話をすることは、患者本人の心理を傷つけることもできる限り配慮したい。

現病歴を聴取する際には、いつ頃からどのような症状が出現してきたのか (些細なもの忘れや性格変化なども参考になる)、社会生活の上での



ようなことに困ってきているのか、症状は進行性であるのか、幻覚や妄想などの行動心理症状はないかなどを聞き出すことになる。もの忘れから症状がはじまっていない場合には、アルツハイマー型認知症以外の疾患を十分に考慮するべきである。また、早期からの幻覚や夜間の寝言に代表されるレム睡眠行動障害は、レビー小体型認知症を疑わせる重要な徴候であるし、性格変化や易怒性などの症状が前面に出ている場合には前頭側頭葉変性症を疑わせるポイントとなる。

診察ではまず一般身体診察を行う。特に甲状腺腫大や下腿の非圧痕性浮腫は甲状腺機能低下症を疑わせる所見で

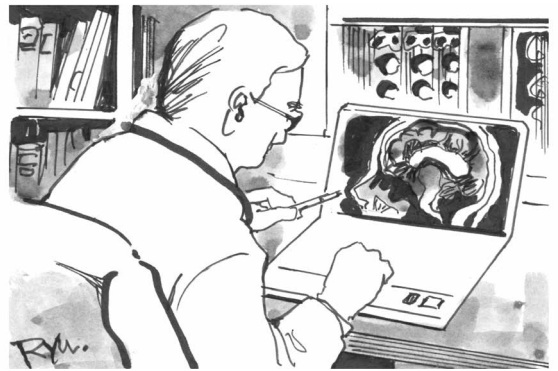
ある。アルコール多飲者においては、肝障害を示唆するくも状血管腫や手掌紅斑などの有無にも注意をしたい。また、神経学的診察も十分に行うことが大切である。問診の際に起立性低血圧を疑わせるような立ち眩みなどの症状があれば、仰臥位及び立位での血圧測定を行い、起立性低血圧の有無をチェックする。また、神経学的所見としては錐体外路症状にも注意して診察を行う。起立性低血圧や錐体外路徴候はレビー小体型認知症を疑わせるサインである。また、血管性認知症であれば、麻痺や感覚障害、構音障害などが認められることも多い。

【検査の必要性】

認知症の鑑別診断には前述したように、血液検査、神経心理検査、画像検査などを組み合わせて行うことが多い。

血液検査では、一般的な血算や生化学検査に加え、血糖、甲状腺機能、ビタミンB12、葉酸や梅毒などの治療可能な要素を調べる。また、アルコール多飲者や偏食の方ではWernicke脳症の可能性も考慮してヒタミンB1も検査する。

次に神経心理検査に関して、最も汎用されているバッテリーは長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) と



Mimmental State Examination (MMSE) の2つに思われる。しかし、この2つはあくまでも認知症のスクリーニング検査であり、HDS-RやMMSEが高得点であっても認知症は否定できないので、その解釈には注意が必要である。他には、前頭葉機能を検出するFrontal Assessment Battery (FAB)、軽度認知障害を検出するCognitive Assessment (MOCA)、マルツハイマー型認知症の治療効果を評価する目的としたAlzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) などにも検査の項目が多いが、これらを一般外来で行うと相当の時間をとられてしまうことから、現実的には必要

なバッテリーを選択して行うことが多い。

画像検査としては、脳の形態を評価するための頭部MRI/CT、脳血流を評価するためのSPECTが良く用いられる。MRI/CTを撮影することにより硬膜下血腫や正常圧水頭症、脳腫瘍などの鑑別が可能となり、また脳血管障害の状況についても把握することが容易となる。また頭部MRIに関してはVSRAD (Voxel-based Specific Regional Analysis System for Alzheimer's Disease) という海馬周辺の萎縮度を数値化するものによってマルツハイマー型認知症の診断を補助するツールもあり、臨床で応用されている。しかし、「海馬周囲の脳萎縮がある」＝「アルツハイマー型認知症である」ということではないため、その解釈には臨床症状や診察所見などを含めた総合的な判断が必要とされる。

脳血流SPECTはその施設でも行えるものではなく高額でもあるため、全患者に行うことは困難であるが、脳血流の低下部位を把握し、MRI/CTの結果と組み合わせることで、正確な診断に近づけることが可能となる。また、レビー小体型認知症の診断において、ドパミントランスポートシンチグラフィによるドパミントランスポーターの基底核における取り

込み低下やMIBG心筋シンチグラフィにおける心筋への取り込み低下は、レビー小体型認知症の臨床診断基準(2017年)の指標のバイオマーカーとなっており有用な検査である。

【訪問診療の現場における鑑別診断】

認知症患者が訪問診療に至る理由は様々である。本人の受診拒否や検査拒否が強く通院できない場合もあれば、身体的に通院が困難な場合もある。いずれの場合においても、訪問診療に

至っている患者の場合、画像検査は行えないことも多い。実際当院の訪問患者においても、画像検査に持ち込むことができない症例はわずかである。

このため、訪問診療の現場では病歴の聴取と診察所見が極めて重要となるが、限られた情報の中で暫定的な鑑別診断とならざるを得ない場合もあり、その診断に対して治療を検討することになる。

訪問診療におけるアドバンテージは、家族のみならずケアマネジャーや訪問看護師などの介護関係者から情報を聴取できる場合が多いことや、実際の生活現場を見ることで家族との関係性や生活状況を詳しく観察できることである。



家族の視点とケアマネジャーや訪問看護師の視点は異なっていることもあり、問診を行う上で多方面からの情報を入手することは鑑別診断にも有利となる。また、実際の基本的ADLや手段的ADLを確認することで、生活の中で本人のみならず

介護者が何に困っているのかを把握することが可能となり、適切な治療やアドバイスに繋げることが出来る。

訪問診療を行っている中、全く身寄りがなく同居で、病歴も一切不詳の患者に遭遇することがある。介護関係者もほとんどの情報をもっており、本人が診察にも拒否的であると、当初は鑑別診断が困難である。このような際にも繰り返し訪問を行うことにより、少しずつでも信頼関係が構築されると、問診や診察が可能となる場合がある。十分な情報量とはならないことも多いが、得られた情報を蓄積し解釈することで鑑別診断に至れることもある。

【最後に】

認知症の鑑別診断に関して、外来における場合と訪問診療の場合に分けて概説した。いずれの場合においても、きめ細かい問診と診察が基礎となることは疑いがなく、問診に関しては本人、家族、介護関係者など幅広く聴取することにより、鑑別の糸口が開けることもある。問診、診察に加えて必要な検査を組み合わせることで、適切な鑑別診断が可能となり、さらにはより良い治療やケアに繋がっていく。

新型コロナウイルス状況下 耐えて克服の時期を待とう

仙台敬老奉仕会 吉永 馨



プロフィール
昭和3年9月18日 栃木県生まれ
内科医 元東北大学内科学教授、同病院長
医学部長、東北労災病院院長
現職
（財）宮城県成人病予防協会会長
宮城県腎臓協合理事長
仙台ターミナルケアを考える会会長
宮城県骨髄バンク登録推進協議会会長

新型コロナウイルスの感染が世界中に拡大し、一種の恐慌状態を呈している。経済や教育が停滞し、企業も商業も大打撃を受け、個人の生活も制限されている。峠を越えたような国もあれば、アフリカなど、これから爆発的に増えると思われるところもあり、終息の目途は立っていない。

各国でワクチンの開発が進んでいるので、その完成を待ってパンデミーは終わるのであろう。それまで今後1年余り掛ると言われているから、その間は現在の流行抑制策を続けるほかはない。

このような世界的大流行（パンデミー）は有史以来度々発生して人類を苦しめてきた。記録がはっきりしているのは、ヨーロッパからアジアに掛けて流行したペストである。これは波状

に何度か発生した。特に激しかったのは1347年のパンデミーで、イタリアでは人口の半分が死亡したという。ペストの原因はペスト菌で、ネズミの間に拡がり、それに寄生したノミが人に移したものであった。当時は細菌の知識がなく、治療法も皆無で、病人を隔離するのが精一杯の対策だった。

コレラはインドなどの地方病であったが、大航海時代に世界的に拡大し、何度か日本にも来襲した。徳川時代から外国船が持ち込み、何度か流行を起こしていたが、明治以降もこれが繰り返して、明治19年には東京で10万人余りが死亡している。これもコレラ菌による伝染病であるから、現在ならば抗生剤や点滴などで脱水を防げば容易に治すことができる。

1918年のスペイン風邪は未だ忘れられていない。アメリカに端を発し、ヨーロッパに飛び火し、日本にも来た。第1波が下火になった後、第2波が発生し、その後さらに第3波まで起こっている。今度のコロナ禍も一度収まった後も再燃が心配されている。スペイン風邪は全世界に拡がり、罹患者は5億人に達し、死者は5千万人に及んでいる。日本では罹患者2千数百万、死者およそ40万人であった。最近では2016年に西アフリカを襲ったエボラ出血熱が記憶に新しい。これもインフルエンザ同様、ウイルス病である。感染力が強く、死亡率も高い感染症で、感染者総数は3万人に近く、死者は1万人を超えている。死亡者の中に医療関係者が500人も含まれていた。エボラ出血熱はその後もアフリカの各地に散発的に発生している。

近年のパンデミーはすべてウイルスによるもので、それはすべて野生動物から人に感染したものである。今回のコロナウイルスはコウモリのウイルスだと言われている。エボラもコウモリウイルスとされている。パンデミーではないが、エーズ（後天性免疫不全症候群）の原因も猿由来のウイルスである。人は自然を利用し、それを破壊してきた。森林も減少し、野生動物の生活

が侵害され、絶滅種も多く、彼らの生存条件が悪化した。動物由来のウイルスが人間に感染するようになったのも、その結果だとされている。人はまた、地震、噴火、津波、洪水などの天災にも悩まされている。これらの災害の発生を止める手段はないのであろう。天災やパンデミー等の被害に比べて、戦争の災害は桁違いに大きい。まずこれを克服して、災害に備えることが必要である。

欧米に学ぶ 高齢者の介護

仙台敬老奉仕会 吉永 馨

序

日本人の平均寿命は世界一長く、誠に慶賀すべき事ではあるが、同時に高齢者の介護問題が浮上してきた。2025年には団塊の世代が後期高齢者となる。介護問題は今も極めて厳しいが、それが一層激化し、介護保険制度が崩壊するのではないかと心配されている。

政府もこれを見通し、介護要員として外国人を導入することや、ロボットを活用、市民のボランティア活動を強

コロナウイルスの蔓延も、現在の拡大防止に励んで極力抑え、ワクチンによる最終的な解決を待つほかはない。その方策は各国で進められている。既存薬の利用も進んできた。それも感染者の死亡を減少させ、回復を早めるであろう。こういう時、流言が飛び交うけれど、事態を冷静に判断して、耐えて克服の時期を待とう。

化して対応しようとしている。しかしそれで乗り切れるのかどうか、疑問です。外国人の導入は既に始まっているが、日本語の習得が難しいか、応募する者もあっても基準に達する者が少なく、余り成功していない。ロボットの開発は急速に進んでいるが、果たして介護現場の人手不足を満たせるのか、大いに疑問である。最後は市民ボランティアであるが、日本の現状ではコーラスや舞踊や芸能人の慰問が主なもの、介護力としては期待できない。

欧米のボランティア

欧米では市民ボランティアは慰問ではなく、直接年寄りに寄り添ってい

る。体のケアは食事の世話、入浴、排泄の排除などであり、これは職員が行なっているが、心のケアはボランティアが担当している。ボランティアが年寄りに寄り添い、話し相手、遊び相手、散歩相手などをしている。

年寄りはボランティアと親しくなり、その来訪を待つようになる。ボランティアは年寄りが喜ぶのを見て嬉しくなり、生き甲斐、やり甲斐を感じる。彼らは介護ボランティアを始めると辞めない。20年、30年という勤続者が多い。ボランティアは市民の生き甲斐の場としても重要である。

欧米の市民はボランティアをするとき、これを友情訪問 (friendly visiting) あるいは友達付き合い (befriending) と呼ぶ。決して弱い年寄りを助けに行くという上下関係ではない。

筆者とこの仲間、後で述べるように、アメリカやカナダの介護施設と交流がある。アメリカでもカナダでも市民のボランティアはなほだ活発である。両国とも市民の半分近くが何らかの無償の社会奉仕をしている。

ボランティアの活動を支えるのは市民の善意の寄付である。アメリカの寄付総額は年間25兆円を超えている (日本それは5,600億)。しかもその大部分は市民個人の寄付で、企業から

の寄付は一部に過ぎない (日本では殆どが企業の寄付)。米国の一般市民の平均寄付額は年間およそ10万円に達している (日本は3,000円)。

なぜ欧米ではこんなにボランティアが多く、これを支える寄付が多額なのであるか。一つはキリスト教の愛の精神、もう一つは彼らの市民意識だろうと筆者は考えている。彼らは王制の専横に立ち向かって何度も革命を起し、市民の権利を守ってきた。市民生活は市民が守る、権力者は容赦するなという意識が彼らに共有されているのであろう。

日本には残念ながらこの種の市民意識がない。昔の言葉で言えば、お上 (おかみ) 任せである。日本人の市民意識は、国際的に見て甚だ遅れていると言わなければならない。

介護を受けている者の心境

介護度が3度以上の人は日本に130万人ほどいる。その人達は食事や排泄なども困難で、常に誰かの世話を受けなければならない。普通は家族がそれを担当し、訪問介護等を利用して負担の軽減を図っている。しかし24時間と渡って世話をすると、家族もやりきれない。まして老老介護の家庭や、独居老人などは、在宅介護は無理である。介護老人施設に入所を申

し込んでも、空室待ちとなる。数ヶ月時に年余に及ぶ待機の後、漸く施設に入所できることになる。

入所できれば安心と考えるのが普通であるが、実態はそうではない。介護施設は人手不足で悩んでいる。介護士の給与は低く、仕事はきつい。排泄の世話など、不快な世話も多い。そのため、介護士の離職率が高い。少ない職員で世話をするので、身体介護 (食事、排泄、入浴など) で精一杯で、年寄りの心に配慮する余裕がない。年寄りは見捨てられ感に陥る。尊厳が失われている。施設側は、それに気付いても対応する余裕がないので、無視せざるを得ない。するとやがてそれが当たり前になり、気にならなくなる。

マザーテレサは言う。「人が最も苦しいのは飢えでもなく重い病気でもない。それは人から見放され、人としての尊厳を失うことだ」と。そしてテレサはカルカッタの町で、瀕死の行き倒れを集めて世話をした。

人は身体のケアだけでは満足できない。心のケアもなければならぬ。介護施設の老人にはそれがなく、尊厳を失っている。それを廻りは知らない。世間も行政もそれに気付いていないようである。

筆者は介護施設における寄り添いボランティアの振興を進めようと、色々

な方面にアピールしてきた。しかしなかなか聴いて貰いなかった。ある時、一人の介護施設長が私の話を聞いてくれた。そして彼は、部下を派遣して私達の寄り添いボランティア活動を見学させ、実習させ、その人を指導者として自分の施設で市民に呼びかけ、募集し、トレーニングして寄り添いボランティアを始めた。今もそれを続けている。なぜ彼がすぐ理解したかと聞くと、彼は常々自分の施設の入所者が寂しがり、見捨てられ感に悩んでいるのを気の毒に思っていたから、と答えた。

仙台敬老奉仕会

2016年、欧米流の寄り添いボランティアを日本にも導入したいと考え、筆者達数人が協議してこの会を設立した。仙台の老人施設協議会の会長さんを訪ね、計画を話して協力を要請した。まず研修会を開いて欧米の事情を学び、同時に市民ボランティアを育成して施設に何かせよう。そういう運動を進めた。当時は、ボランティアを施設内に入れることに難色を示す施設が多かった。数年かかって了解する施設長が出て来て、現在12の特養で40人ほどが寄り添いボランティアをしている。

その間、アメリカやカナダの施設を訪問して現場を調査したり、向こうの方を呼んで仙台市民向けのフォーラム

を開いたりした。

最近、仙台の二つの施設が欧米方式を取り入れ、自分でボランティアを募集し、訓練を始めたが、他の施設は当会の派遣を受入れるだけである。また昨年、仙台に隣接する宮谷市は市を挙げて寄り添いボラを育成し、市内の6つの介護施設に派遣するようになった。仙台からかなり離れた気仙沼市の施設は、前記のように、私達のお薦めを直ちに理解して自力でボランティアを育成して活用している。

以上、若干の成功を得たが、未だ理解しない施設も多く、十分な成果とは言えない。今後は宮城県内に拡げ、更に全国に拡大するよう努力したいと思っている。

幸い、宮城県内の各所に当会の存在が認められ、同調の声が起っている。隣県の山形や福島にも理解者が出て来た。CIMネットは以前から当会の理念に賛同し、私の拙著「日本にボランティア文化を」を出版して下さった。現在、その改訂増補版を準備中である。増補版には宮谷市の取り組みやボランティアの実情が加えられている。東京をはじめ、全国の有志がこの本を活用して頂きたい。そして日本が欧米に追い付き、追い越し、介護が国家的に遅れているという屈辱を払拭する日が来るよう願っている。

宮城県富谷市における 介護ボランティアの育成と派遣

日本認知症予防学会 東京都支部事務局長 二宮 英温

社会福祉協議会と仙台敬老 奉仕会のコラボレーション

昨年の夏、仙台敬老奉仕会の長年の活動が評価されて、宮城県富谷市が介護ボランティアの育成事業に英断を下した。市、社会福祉協議会、介護施設の3者が事業推進に向けた協定書の調印式を行い、介護ボランティアの育成と派遣が始まった。社会福祉協議会と仙台敬老奉仕会のコラボレーションによる画期的な富谷市の取組みである。

高齢者介護施設で最も看過されているのは寄り添いボランティアである。慢性的な介護職の人材不足は深刻度を増すばかりで、介護施設の入居者は今後も増え続ける。介護高齢者の孤独を癒すにはボランティアしかないだろう。仙台敬老奉仕会の長年にわたる継続的な活動が引き金になり、自治体予算で介護ボランティアの育成と派遣の取り組みが始まったことは、新しいコミュニティの創

出に範を示すものだ。

地方自治体、社会福祉協議会が関与する富谷市の英断は、すでに近隣の市にも伝播が始まろうとしている。その矢先の新型コロナウイルスのパンデミックだった。

社協はわが国の最大の ボランティア組織だ

社会福祉協議会は地域の福祉事業を担う民間組織である。社会福祉法に基づいて自治体ごとに設置されている。社会福祉協議会は、紛れもなく日本最大のボランティア組織といえよう。富谷市の先進的なモデルを突破口として、寄り添いボランティアが全国展開されることに期待したい。

NPOのバイブルであるといわれるP・Fドラッカー著『非営利組織の経営』（上田淳夫訳・ダイヤモンド社）の「日本版へのまえがき」は次のように始まっている。

「最古の非営利組織は日本にある。日本の寺は自治的だった。もちろん非営利だった。その他にも日本には無数の非営利組織があった。ある分野では日本がいちばん多い。それは産業団体であって、企業間、産業間、対政府の橋渡し役となってきた」

「アメリカ社会を論ずるとき、日本ではアメリカの個人主義を強調する。そして日本のコミュニティにおける絆と対比させる。しかし企業の工場進出に伴いアメリカに住むようになった日本人は、非営利組織におけるボランティアのコミュニティに驚かされる。日本人が職場をコミュニティにしているように、アメリカ人は非営利組織をコミュニティにしている。しかも非営利組織はアメリカ人にとって自己実現の場となっている。このアメリカの非営利組織が外国からはなかなか理解されない」

「アメリカ社会では二人に一人が週三時間ボランティアとして働くようになった今日、非営利組織はアメリカ最大の職場といえる。それは市民としての責任を果たしたいというアメリカ人のニーズに応える場である」

日本に新しいボランティア 文化を根付かせよう！

繰り返しになるが社会福祉協議会は地域の福祉事業を担う民間組織で、社会福祉法に基づいて自治体ごとに設置されている。社会福祉協議会はわが国最大のボランティア組織だったのだ。社協の活動の裾野が広すぎて視野からはみだし、私は不認識にもそのことに思いが至らなかった。

先進的な取り組みの富谷モデルが近隣の市にも伝播が始まろうとしている矢先、コロナのパンデミックに見舞われたが、コロナが去れば、やがて新しい日本のボランティア文化が全国に根付くかもしれない。いや根付かせなければならぬ。私はひそかにそれを期待している。

吉永先生はボランティア文化のパラダイムシフト（常識の変換）と言われる。ニューノーマル（新常态）の機会をとらえ、全国的なボランティア文化の創出が望まれる。民間企業の協賛を強く呼びかけた。

日本認知症予防学会 東京都支部
令和2年度 会員・賛助会員募集の
お知らせ

昨今の新型コロナウイルスにより、学会等での開催が中止・延期となり、東京都支部においても十分な活動が行えていませんが、令和2年4月より「東京都支部 会報」を創刊し、認知症予防に関する情報を継続的に提供してまいります。と考えております。

新年度を迎え、会員の増員を含めまして、既に申込を頂いている皆様方への会員資格のご継続を改めてお願いする次第であります。

今後皆様方のご尽力いただき、東京都支部のより一層邁進して参ります。何卒宜しくお願い申し上げます。

令和2年4月

日本認知症予防学会理事・東京都支部長 鈴木 正彦

【重要】開催延期のお知らせ

10月23日（金曜日）～25日（日曜日）開催の学会集會について、ご案内いたします。

昨今の新型コロナウイルスの影響に伴い、本学会集會の開催延期が決定いたしました。

今後日本認知症予防学会HPで随時情報を公表してまいりますので、定期的にご確認いただけますと幸いです。