

# 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

## 認知症とフレイル

東京医科大学 高齢総合医学分野 櫻井博文



### 略歴

1982年 東京医科大学卒業  
1984年9月、1986年3月 東京都老人総合研究所臨床病理部で神経病理研究  
1991年6月 東京医科大学 老年病学教室 助手  
1997年4月 東京医科大学 老年病学教室 講師  
2001年1月 東京医科大学 老年病学教室 准教授  
2002年12月 東京医科大学病院 総合相談支援センター副センター長併任  
2005年9月 東京医科大学病院 認知症疾患医療センター副センター長併任  
2015年12月 東京医科大学 高齢総合医学分野(高齢診療科)教授  
2020年4月 東京医科大学病院 認知症疾患医療センター長併任  
現在に至る

### 主な役職等

日本老年医学会専門医・指導医(幹事、代議員)  
日本認知症学会専門医・指導医(評議員)  
日本神経学会専門医・指導医

### 健康寿命と平均寿命

健康寿命とは、日常的に介護を必要としないで自立した生活ができる期間をさす。2016年の厚生労働省の調査によると、日本人の平均寿命は男性81歳、女性87歳、健康寿命は男性で72歳、女性75歳である。平均寿命と健康寿命の間には、女性で12年、男

性で9年の差があるため、健康寿命を延ばすことが重視されるようになってきた。65歳以上の介護が必要となった原因(2016年厚生労働省調査)では、認知症(25%)、脳血管疾患(18%)、高齢による衰弱(フレイル)(12%)、骨折・転倒(11%)、関節疾患(7%)の順に多い。認知症、脳血管疾患、フレイルは健康寿命を阻害す

る主要な原因であり、お互いに関連性があることが報告されている。

### フレイルとは

フレイルは加齢とともに心身の活力が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態である。フレイルは自立と要介護状態の中間に位置し、適切な介入・支援により生活機能の維持向上が可能とされる(図1)。フレイルには多面性があり、筋力低下、歩行能力の低下などの身体的要因だけでなく、認知機能障害、うつなどの精神・心理的要因、独居、経済的困窮などの社会的要因が

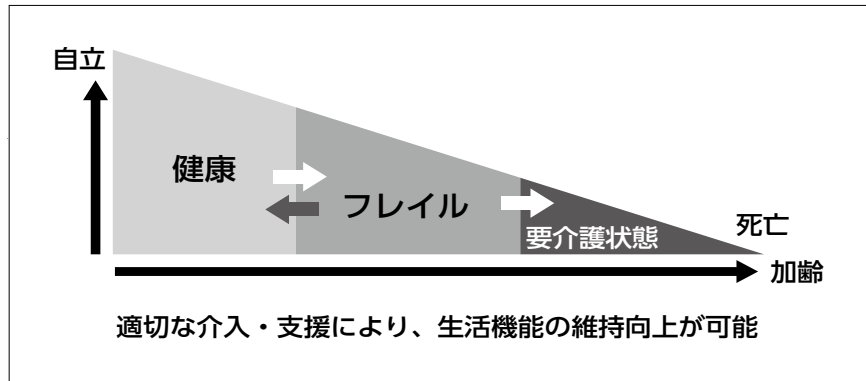


図1 フレイルは可逆的である

表1 フレイルの診断 (J-CHS基準)

項目	評価基準
体重減少	6ヵ月で、2~3kg以上の体重減少
筋力低下	握力：男性<26kg、女性<18kg
疲労感	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする
歩行速度	通常歩行速度<1.0m/秒
身体活動	①軽い運動・体操をしていますか？ ②定期的な運動・スポーツをしていますか？ 上記の2つのいずれも「していない」と回答

(該当項目数)

0項目：健康 1~2項目：プレフレイル 3項目以上：フレイル

含まれる。  
サルコペニアは加齢に伴う筋肉量低下、筋力低下、身体機能の低下(歩行速度低下など)の3つの要因を含み、フレイルのJ-CHS基準にも握力低下と歩行速度低下の2項目が入っており、フレイルの中核をなす概念である。フレイルの診断では、Fried(2001)らの方法が世界的に使われている。高齢期に起こりやすい5つの特徴(体重

減少、筋力低下、疲労感、歩行速度低下、低活動性)のうち3つ以上該当する場合をフレイルと診断する。これを日本語訳したものがJ-CHS (Japanese version of the Cardiovascular Health Study) 基準である(表1)。このJ-CHS基準を用いたフレイルの有病率は、高齢になるほど上昇し、地域在住高齢者において65~74歳で4%、75~84歳で16%、85歳以上で34%と

	No	質問項目		
手段的ADL	1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
社会的ADL	4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
運動・転倒	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
	8	15分くらい続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
栄養	11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
	12	身長 cm、 体重 kg (BMI= )		
口腔機能	13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
	14	お茶や汁物でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
	15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
閉じこもり	16	週に1度以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
認知症	18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
	20	今日が何月何日かわからないときがありますか	1. はい	0. いいえ
うつ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

〈該当点数〉 0~3点：健康 4~7点：プレフレイル 8点以上：フレイル

図2 基本チェックリスト（フレイルの評価）

報告されている<sup>20)</sup>。  
基本チェックリスト（厚生労働省2006年）は要介護に至る危険性の高い高齢者の抽出を目的として作成された自記式質問票で、フレイルの評価にも有用で広く用いられている（図2）。Satohらは基本チェックリストを用いて、25項目のうち8項目以上でフレイルと判定すると、1年後の要支援・介護は5倍、死亡は4倍であることを報告している<sup>21)</sup>。

**認知症とフレイルの関連**  
フレイルの頻度は、一般高齢者へ認知症へ脳血管障害を伴う認知症の順に高い。

一般高齢者におけるフレイルは10%程度の有病率であるのに比べて、認知症におけるフレイル併存率は高い。認知症のない823名の高齢者を対象とした3年間の縦断研究では、ベースライン時にフレイルの高齢者がアルツハイマー型認知症（Alzheimer

dementia:AD）を発症するハザード比は2.10（95%信頼区間1.27~3.46）であり、フレイルがAD発症の危険因子であることが報告されている<sup>22)</sup>。

AD高齢者では、脳血管障害（Cerebro-vascular disease: CVD）を併する頻度が高いことが知られている。我々はJ-CHS基準を用いて、65歳以上のAD高齢者（82名）とAD+CVD高齢者（25名）の両者に対して、フレイル、プレフレイルの頻度を調べた。AD+CVD群（フレイル40%、プレフレイル52%）はAD群（フレイル16%、プレフレイル38%

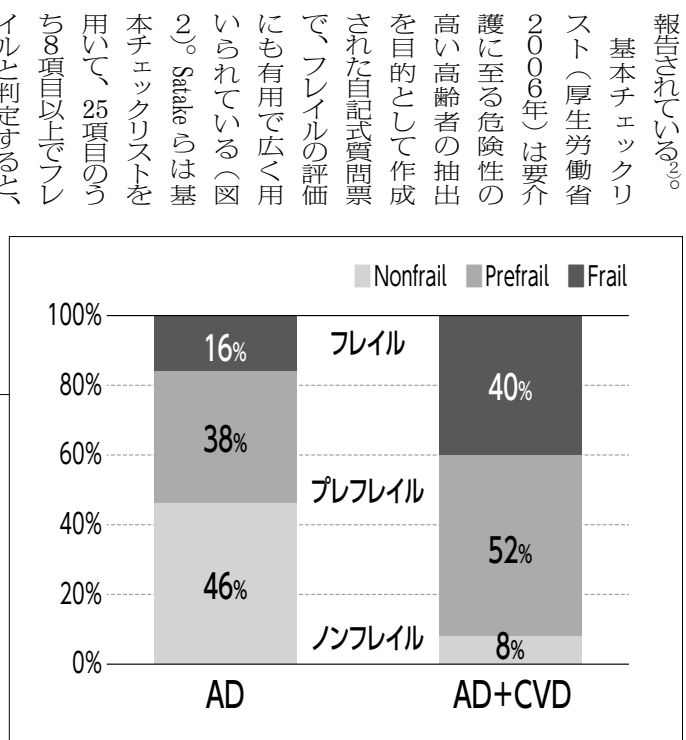


図3 CVDを伴うADはフレイルの頻度が高い

と比べて有意にフレイル、プレフレイルの頻度が高かった(図3)。

フレイルへの対応

フレイル診療ガイド2018によれば、フレイルに対する運動介入は、歩行、筋力、身体運動機能、日常生活活動度を改善し、フレイルの進行を予防し得るため推奨される。フレイルの発症・進行を予防するための運動プログラムとしては、レジスタンス運動(スクワットなど)、バランストレーニングなどを組み合わせた運動プログラムが推奨される。フレイルなADや認知症の高齢者を対象としたレジスタンス運動は、対照群と比較して、筋力や身体機能が有意に改善した。認知症者においても、各個人に合わせた運動によりサルコペニアやフレイルを改善させられる可能性がある。

栄養状態はフレイルと関連がある。特に血清ビタミンD低値はフレイルのリスクとなる。地中海食をはじめバランスの取れた良質な食事はフレイルを予防する可能性がある。

文献

1. 荒井秀典 他編:フレイル診療ガイド2018年版、ライフ・サイエンス、東京、2018

2. Satake et al. Prevalence of frailty among community-dwellers and outpatients in Japan as defined by the Japanese version of the Cardiovascular Health Study criteria. Geriatr Gerontol Int 17: 2629-2634, 2017

3. Satake et al. Validity of the Kihon Checklist for assessing frailty status. Geriatr Gerontol Int 16: 709-715, 2016

4. Buchman AS et al. Frailty is associated with incident Alzheimer's disease and cognitive decline in the elderly. Psychosom Med 69: 483-489, 2007

5. Hirose D et al.: Frailty and sarcopenia in subjects with Alzheimer's disease with or without cerebrovascular disease. Geriatr Gerontol Int 16: 653-654, 2016

6. 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編、サルコペニア、フレイルの対応はどのように行うか、認知症疾患診療ガイドライン2017、101-102 医学書院2017



開催延期のお知らせ <<第2弾>>

第10回日本認知症予防学会学術集会

開催日程 2021年 6月24日(木曜日)~26日(土曜日)
会場 パシフィコ横浜 ノース

ご連絡事項

- 1. プログラム登壇者(座長・演者)の皆様
プログラム日程を調整の上、個別に運営事務局よりご連絡させていただきます。
(現状では、延期前の日程をスライドさせていただきます)
2. 協賛企業の各社様
延期前の協賛社様へプログラム日程のご案内とともに再度ご協力の依頼をさせていただきます。
3. 演題募集について
新たな演題募集期間が決定次第、HP上にてご案内いたします。

一般社団法人日本認知症予防学会 理事長
第10回日本認知症予防学会 学術集会 大会長
浦上 克哉
HPアドレス: http://ninchishou.jp

2021 The 10th Annual Meeting of Japan Society for Dementia Prevention
第10回 日本認知症予防学会 学術集会
認知症予防学の確立と予防の普及に向けて
2021年6月24日(木)▶26日(土)
パシフィコ横浜 ノース
F220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1-1-1
大会長 浦上 克哉 鳥取大学医学部保健字科生体制御学講座 環境保健字分野 教授
副大会長 内門 大丈 医療法人社団みのり会湘南いなほクリニック 院長
副大会長 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
演題募集期間 2020年12月2日(水)▶2021年2月3日(水)
http://jssdp2020.umin.jp



# 認知症の薬物治療

医療法人社団礼恵会むすび薬クリニック渋谷 荒川 千晶



## 【はじめに】

認知症の治療は大別すると、薬物療法と非薬物療法があります。現在はアルツハイマー型認知症を代表とする多くの認知症において、根本的治療薬は存在しておりません。認知症は記憶障害などの中核症状の進行とともに、行動心理症状が重なり合い、日常生活を送ることに困難が生じます。

認知症の治療の目標は、中核症状の進行を緩徐にし、行動心理症状を和らげ、そして生活の質を改善することにあると言えます。認知症の本人のみではなく、ケアをしている家族などの介護者にも注目して治療を展開することが大切です。本稿では認知症の薬物療法に関して概説いたします。

## 【認知症の薬物治療】

アルツハイマー型認知症に関する治

療では、中核症状の進行抑制に対してコリンエステラーゼ阻害薬やNMDA受容体拮抗薬を用いることが多く、行動心理症状の改善に対しては、それらに加えて漢方薬や抗精神病薬、抗うつ薬などを患者に応じて使用します。

コリンエステラーゼ阻害薬は現在3種類処方可能です(図1)。ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンの3種類であり、いずれもアルツハイマー型認知症に対して適応となっています。ドネペジルのみが高度アルツハイマー型認知症に対しても処方が可能です。レビー小体型認知症に対しても保険収載されています。3剤の比較においては、認知機能の進行抑制に関して有意差は認められていません(図2)。

NMDA受容体拮抗薬であるメマンチンは、中等度〜高度アルツハイマー型認知症に対して用いられ、中核症状の進行抑制効果も期待されますが、興奮・攻撃性や易刺激性などの行動心理症状を改善させる効果が報告されており、実臨床ではその目的に処方されることも多いと考えられます。

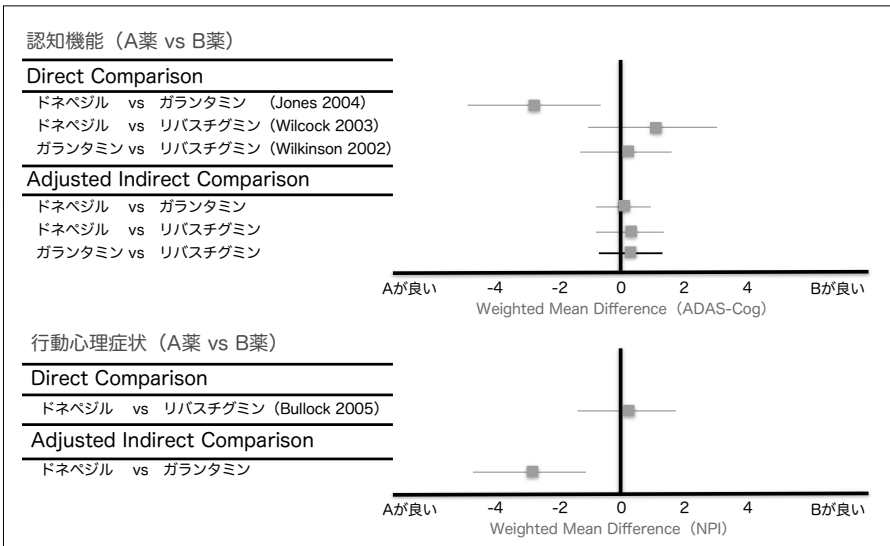
興奮や攻撃性に対しては、抑肝散などの漢方薬が有効なことも多く経験しますが、偽性アルドステロン症からの低カリウム血症には注意が必要です。クエチアピンやリスペリドンのような抗精神病薬の使用を余儀なくされることもありませんが、傾眠やふらつきなどから転倒するリスクも上昇し、パーキンソンニズムを引き起こすこともありますので、漫然と投与するのではなく、症

状の改善に応じて減量/中止を常に念頭におくことが必要です。バルプロ酸やカルバマゼピンのような抗てんかん薬も鎮静作用があり、臨床の現場では用いることがありますが、特にカルバマゼピンには皮疹の副作用があるため留意しなければなりません。しかし、いずれの行動心理症状においても、症状を引き起こしている要因を検索し、適切に対応することが何よりも大事な

プロセスとなります。体調を悪化させているような身体疾患がないか、環境の変化がないか、ケアが適切になされているかなどの要因を詳しく調べ、可能性のある要因にはアプローチをすることが先決です。あくまでも行動心理症状に対する薬物療法は一時しのぎの治療であり、できるだけ早期に薬剤を減量/中止することが肝要です。コリンエステラーゼ阻害薬を処方す

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
商品名	アリセプト	レミニール	リバスタッチパッチ イクセロンパッチ
作用機序	AChE阻害作用	AChE阻害作用 ニコチン受容体刺激作用	AchE阻害作用 BuChE阻害作用
適応	軽度〜高度	軽度・中等度	軽度・中等度
投与方法	1日1回 内服	1日2回 内服	1日1回 貼付
投与量	3mg/日 2週間 5mg/日 維持量 (4週間以上経過後) 10mg/日 最大量	8mg/日 4週間 16mg/日 維持量 (4週間以上経過後) 24mg/日 最大量	9.0mg/日 4週間 18.0mg/日 維持量

図1 コリンエステラーゼ阻害薬の種類





患者自宅 訪問薬剤師がおくすりカレンダーにセット

る上で、考慮しなければならない重要なことの一つが投与方法の相違にあります。ドネペジルは1日1回の内服で良いのに対して、ガランタミンは1日2回の内服が必要であり、またリバスチグミンは1日1回の貼付剤という特性があります。高齢者は複数の病気に罹患していることが多く、数か所の病院やクリニックから処方箋をもらっていることも少なくありません。必然的に処方薬の種類も多数となり、また薬剤の1包化もされていないことを頻繁に経験します。6種類以上の内服では有害事象が増加し、5種類以上の内

服では転倒のリスクが増加する」という報告もされており、また認知症患者は本人のみでは決められた通りの服薬が困難な場合が多いため、服薬内容や投与方法、投与回数、投与環境を調整することが大切となります。このようなアドヒアランスや多剤内服の観点も踏まえて、コリンエステラーゼ阻害薬などの治療薬を選択する必要があります。理想的には処方する医療機関を可能な限りまとめ、内服薬は1包化できるように地域と連携を構築していくことが望ましいと考えられます。

高齢者は肝臓や腎臓における薬物代謝能や排泄能の低下が認められるため、薬剤を少量より投与することが必要な場合もあります。また、レビー小体型認知症ではコリンエステラーゼ阻害薬や抗精神病薬などに過敏感性を有していることも多く、少量からの投与開始を講じることも大事です。投薬により副作用が出現しても、認知症患者は症状を的確に伝えられず、介護者も気

付きにくいことがあります。コリンエステラーゼ阻害薬による下痢や嘔気などの消化器症状、メマンチンによるめまいなどはよく経験する副作用です。また、リバスチグミンは貼付剤のため、かぶれなどの皮膚症状が起きやすい特徴があります。このような副作用があることを介護者にも詳細に伝えておき、副作用が生じた際には早期発見できるように整えておくことが重要です。コリンエステラーゼ阻害薬の嘔気には制吐役であるドンパリンなどが有効な場合もありますし、リバスチグミンによる皮膚症状は保湿剤を背部などの貼付部位に塗布することで予防できることもあります。このような適切な対策を講じることも大切です。

また、アルツハイマー型認知症の患者全てにコリンエステラーゼ阻害薬などの投与が必要なのは、個別に考慮すべき事案です。患者の身体的状態、認知機能障害の程度、併存疾患、ADL、家族背景、介護サービスの状況など様々な要因を総合的に判断して、投薬の必要性を検討することが望ましいと考えます。

【おわりに】

認知症の治療は、現状ではコリンエステラーゼ阻害薬が中心となりますが、症状や併存疾患の有無、内服環境

など多角的な観点から治療薬を選択していくことが望まれます。認知症患者の独居や高齢者夫婦のみの世帯などでは薬剤管理も困難なため、訪問介護、訪問看護、訪問薬局などの方たちと協力し残薬調整を行うことも必要であり、また「バイス」などを利用することで内服を正確にしやすい環境を作ることも大切と考えます。認知症の治療は薬物療法のみで解決するものではありません。個人個人の特性に応じて非薬物療法も選択し、患者自身のみならず介護者が安心して生活できるように



デイサービス 内服させてもらうシーン

に介護サービスなどの環境を整えるなど、トータルケアを構築していくことが不可欠です。

- 1) Hansen RA et al : Clinical Interventions in Aging 3(2) : 211-225, 2008
- 2) Cummings JL et al : Neurology 67(1) : 57-63, 2006
- 3) Kojima T et al : Geriatr Gerontol Int 12 : 761-2, 2012
- 4) Kojima T et al : Geriatr Gerontol Int 12 : 425-30, 2012

# 行政が主体的にボランティア活動に踏み込んだ現場報告でした!!

## 「富谷市にボランティア文化を」講演会参加レポート

NPO法人CI-Mネット理事 大津 陽子



コロナ禍の中、仙台市医師会館において、仙台敬老奉仕会第74回研修会が開催されました。案内によると、「富谷市では、市を挙げて寄り添いボランティア制度を作成し、それを育成して昨年10月から実践に移し、多大な効果を上げています。今回はその経緯を富谷市社協の安積春美部長にお話し頂きます。富谷市のこの事業は全国に先駆けたもので、各方面の注目を集めています。」とありました。

会場入り口で検温・手指のアルコール消毒後、健康状態のアンケートチェックと海外渡航歴チェックし、連絡先を記入して会場に入ります。会場はソーシャルディスタンスを守った椅子の配置がされていました。参加者40人前後でしょうか、地方自治体からの参加者や会員と思しき高齢な方々そして演者を取り巻く関係者の皆さ

ん。静かな中、講演内容への興味関心が伺える。こちよい緊張の中、敬老奉仕会の鈴木さんの司会により吉永先生のボランティア文化についてのお話があり、いよいよ社会福祉協議会 事務局長 安積春美さんから活動報告の講演が始まりました。約一時間の中で富谷市にボランティア文化を「とみさぽこころねからの発信」の講演の中で富谷市でのボランティア活動の始まり、そして現状と、このコロナ禍での活動内容や、今後に向けての抱負を熱く述べられました。



講演会の最後にボランティア活動をされているコーディネーターさんサポーターさんの紹介があり、ボランティア受け入れ施設からの発言もありました。

さて、講演内容についてご紹介し、心に残った内容をご紹介いたします。

### 介護人材不足がきっかけ

吉永先生が富谷市長に、寄り添いボランティア活動を紹介し、市長が富谷市においてモデル事業として立ち上げることを決めた。

国の補助なしで富谷市の独自事業として、スタートした。ボランティア活動を以前から実施していた社会福祉協議会をベースにした三年計画のモデル事業です。

### 地域と施設の支え合いモデル事業

介護人材不足の施設と市民をつなぐ事業として市から施設コーディネーターを派遣し、市はこれまでの地域と施設の支え合い事業を拡充し市民コーディネーターの養成と配置を令和元年9月開始した。

開始した一か月は「寄り添い」に不慣れでコーディネーターとサポーターの役割理解と共有ができていない戸惑いの時期であった。調整をして、三か月後にはコーディネーターサポーター

施設職員の関係が良好となった。

### コロナ禍においても

つながりを途切れさせない活動

寄り添いボランティア活動が市の事業として始まって以来、4ヶ月で新型コロナウイルスのパンデミックの状況となった。

いつ終わるかわからないコロナ禍の状況において「その中でもできることを考えていかなければ」との声があり、つながりを途切れさせない工夫を考えてきた

社協と施設と福祉工房の講師をリモートでつなぎ、オンライン講習を実施し制作物お届けしたり、訪問の工夫をしてつながりを途切れさせない活動をしている

### 活動を通してわかったこと

- ★お互いに寄り添いボランティア活動を待っていた
- ★ピンク色のユニフォームを覚えてくれた
- ★ありがたの笑顔が見れた
- ★施設職員にとっても、外部者が入ることによる、ほどよき緊張が生まれ開かれた施設になる。
- ★吉永先生の教えにより、「ただそこにいるだけで何もしくなくていいんだ」と分かった



★ボランティア活動は自分の元気として返ってくる

### 今後について

在宅・施設にとらわれず高齢者の暮らしを支える、地域包括ケアの実現による地域共生社会を目指したい

### 講演会を聴講して

コロナ禍において寄り添いボランティアは可能なのか・との思いの中、聴講させていただきました。

自治体が事業としてボランティア活動に参画してくれればどんなにか受け



る側も実施する側も安心して活動できるかと平日頃より思っていました。なるほど「介護人材不足」と「地域包括ケア」というキーワードのもとに実践可能なのだとわかりました。

吉永先生という指導者が率いる仙台敬老奉仕会という組織との連携により、他地域ではなかなか実現できなかった寄り添いボランティア活動を富谷市では自治体として日本で初めて実現したのだとおもいます。やはり自治体トップの英断があつての実現だったと思います。

主催者・参加者の強い思いが会場の熱気として熱く伝わってきました。「ボランティアは、やっている人が元気になる！」その通り、参加者・発言者ともにお元気でした。

仙台敬老奉仕会の活動は東京、そして全国で実践することが可能だと示唆する実践モデル事業だと思えます。

今後、当NPO法人CIMネットは仙台敬老奉仕会の活動に協賛し協働できることを祈念しレポートのまとめとさせていただきます。皆様ありがとうございます。

日本認知症予防学会東京都支部

入会案内

東京支部には全国どこからでも、また、どなたでも参加できます。支部活動は以下の支部規約をご参照ください。日本認知症予防学会本部との連携のもと、認知症に関わる人材育成に積極的に取り組んでいます。特にコロナ禍の現状においても関係者・関係団体のスキルアップと認知症予防専門士制度による人材育成に向けて活動を開始します。支部会員として共に認知症への理解を深め、実践者として取り組んでまいりましょう。

日本認知症予防学会東京都支部 規約 (一部抜粋)

【目的】

第3条 本支部は認知症予防に関連する諸分野の科学的研究の進歩発展を図り、その成果を東京都民に還元するとともに、医療・保健・福祉の向上に寄与することを目的とする。

【事業】

第4条 本支部は第3条の目的を達成するために次の事業を行う。

- (1) 学術集会(講演会・研究会・講習会など)の開催
(2) 東京都における認知症予防の取り組みへの啓発、支援
(3) 日本認知症予防学会並びに関係諸団体との協力と連携
(4) その他、本会の目的を達成するために必要な事業

【会員】

第5条 本支部の会員は次のとおりとする。

- (1) 正会員 本支部の目的に賛同し、所定の会費を納入した者。
(2) 賛助会員 本支部の事業を後援する目的で所定の会費を納入した団体または個人。

第6条 会員になろうとするものは、別に定める入会申込書を事務局へ提出し、支部長の承認を得なければならない。

【研究会】

第21条 支部は、毎年1回以上学術集会を開催する。

- 1. 学術集会は、支部長が任命した者がその運営にあたる。
2. 学術集会への参加は非会員も可能。

日本認知症予防学会東京都支部 規約細則 (会費規則)

【総則】

第1条 この規則は、日本認知症予防学会東京都支部(以下「本支部」という)規約第23条・第26条の規定により、本支部の会費について定めるものとする。

2 会費については、本支部の規約に定められたことのほかはこの規則による。

【会費】

第2条 本支部の会費は次のとおり定める。

Table with 2 columns: Category (支部役員, 正会員, 賛助会員) and Amount (年額, 一口). Includes rates for medical and non-medical professionals.

2 会費は当該会計年度の間で本支部事務局より指定された方法並びに期日内に年額の金額を一括で納めなければならない。

Form for membership application (会費申込書) with fields for name, address, phone, and email. Includes a footer with contact information for the association.

オ	ン	ラ	イ	ン
ハ	イ	ブ	リ	ッド
セ	ミ	ナ	ー	

# 認知症患者の キユアとケア

日本認知症予防学会 東京都支部事務局長  
二宮 英温

新型コロナウイルス下で、経済活動は対面産業とリモート産業のそれぞれの便利と不便、長所と短所、効率性と非効率性を顕在化したように思う。対面産業の抑制を補い、支援するためのリモートワークが、ITの技術進歩と相俟ってすでに多くの分野でニューノーマルと呼ばれ、立場を逆転させている。もはやポストコロナにおいても元に戻ることは望めないであろうし、新型コロナウイルスの感染拡大の収束を待つものは時代から取り残され、前向きに改革する者は新たな局面を展開することになるだろう。

その顕著な事例の一つになるのが、学会発表の在り方ではないだろうか。対面の学会発表が制限されたために、今まで普通に行われてきた学会参加の対面発表が、WEBへと変わっている。デジタル変革と合わせて、オンラインセミナーの利便

性が見直されるばかりか、それがニューノーマル(新常态)になってきたように思う。

## 認知症ケアは日常的な営み

私事で恐縮だが、妻は脊髄管手術、脳梗塞、カルシウム血症という重篤な疾患で入院した。脳梗塞とカルシウム血症の入院では、脳血管性の認知機能の低下が発症し、認知機能の低下を防ぐためにレミニールとメモリーを服用している。私は85歳、妻は89歳の高齢者である。介護付き有料老人ホームに入居し、今は老々介護をしている。

妻の介護体験で感じることがある。認知症者の医療は、進行を抑える薬の服用は必須であるが、その他に、個別的なケアが疾患の進行を抑える大きな部分を占めていることを体験させられている。それらはエビ

デンスと言われる科学的な証明のない領域であるが、この領域は極めて重要であると認識させられる。認知症患者の交流、言動の傾聴、受容、理解などスピリチュアルなものから、ウオーキング、音楽療法、美容、サプリメントなど、具体的な対応には日常的な様々な心遣いや気づきが大切であるようだ。

日本認知症予防学会はそれらのすべての領域をカバーする組織団体である。私は認識している。医師のみでなく多分野のコ・メディカルの資格制度を設けていることからそのことが頷ける。

## 高齢者施設の 認知症患者の孤独

私は3年半前に介護付き有老人ホームという類型の高齢者施設に入居した。此処での生活で最も驚いたことは認知症患者の多さと症状の進行の早さである。2018年の国の調査によると、65歳以上の高齢者の7人に1人が認知症で、2025年には5人に1人が認知症になるといふ。ところが私の入居する施設は半数以上が認知症のように見える。これは、高齢化社会の核家族化が進む中で、これまでの担い手であった

認知症患者の家族ケアの困難さが作り出した高齢者施設の実態である。ところが高齢者施設は、介護職の人材不足が深刻度を増し、職員は認知症ケアに専念できない現実がある。介護ロボットや見守りセンサーの導入などの進捗状況も芳しくなく、外国人介護職の採用も規制が厳しい。

人材の逼迫は、コンプライアンス重視のマニュアルケアにならざるを得ないだろうが、個別ケアを求められる認知症ケアには決して適しているとはいえない。こうした難題は施設毎の対応で解決できる問題ではなく、入居した認知症患者が気の毒である。すべての類型の協会が一体となり、自治体も加わって打開策を求めべきであろう。その中で人材育成とボランティアの参加は喫緊の課題でなからうか。

私どもは2013年から、NPO法人仙台敬老奉仕会の「寄り添いボランティア」に共感・共振して東京首都圏にも広げる活動をしている。このことは、会報2号にも紹介させていただいているが、仙台敬老奉仕会の「より添いボランティア」が、宮城県亘谷市と社会福祉協議会の取組みによって新しい局面をひらいて

いる。(この内容は天津副事務局長のレポートを参照 本号〇頁に掲載)

## 認知症患者に資する 現場の体験発表を募集!!

新型コロナウイルス下で、日本認知症予防学会「東京都支部」は、いま何を為すべきかが問われている。東京都支部は「会報・セミナー・WEBの3媒体」の相乗効果の活性化策に注力し、その突破口として、オンラインセミナーを積極的に推進していきたい。私どもは、簡素で小回りの利く常設スタジオを用意し、ダウンサイズしたオンラインセミナーを頻回に開催するための実施計画に取り組んでいる。

まずは認知症ケアの現場経験のある医師とコ・メディカルの研究発表から始めてはどうだろうか。その進め方として、オンラインセミナーの演題を広く募集して、東京都支部の理事の審査の上、出演依頼を行いたいと考えている。

オンラインセミナーには、まず多彩な講師陣のラインアップが不可欠である。会員各位のご指導、ご支援、ご協力をお願いしたい。