

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
印刷：株式会社キタジマ

認知症になった本人と家族の生き方支援 ～自分事となって見えたこと～

介護支援専門員・看護師・保健師・認知症ケア上級専門士 高澤 留美子



はじめに

東京都内の居宅介護支援事業所で管理者兼ケアマネジャーに従事している私は、以前、医療や介護の現場で全国を飛び回り、ほとんど実家に立ち寄ることの無いいわゆる親不孝者でした。そんな私が、生き方を変えようと思いはじめたのが約6年前。父の異変に気付いたことでした。たびたび意識消失を起し、救搬され検査しても原因が

分からず、しかし認知症の症状はじわじわと進行していました。このまま、父を放っておくようでは人としても専門職者としても失格だと思い、実家通いのできる仕事に転職し、父と認知症に向き合っていくことになったのが約5年前。この経験から、認知症になった本人と家族の生き方支援の在り方について、改めてたくさんのご紹介させていただきます。

【家族側の視点】

父の異変と進行する認知症

父の病名は「脳表へモジリン沈着症」。異変が起ってから大学病院で

精査してもらい、ようやく判明しました。脳の表面のどの部位で出血が起るかわからない病気のため、定期受診をしながらなんとかを抑える薬を内服することになりました。父はもともと、農業の開発をしていた研究者で、定年後は家庭菜園を趣味にしています。だが、自分の異変に気付いた頃から、部屋に閉じこもることが多くなりました。過去の書類を山積みにして、人は一切手をつけさせない姿を見て「瓦礫の山のような書類は、自分が壊れていく不安に押しつぶされそうな父にとって、唯一、形になって残っている『自分の宝物(功績)』であり、城壁だったのだらうな」と思いました。ある日

「お父さんの大切な書類なんだから、整理しやすいようにファイルを買ってきたよ。私がファイルするから、お父さんが指示してくれるよ」と言うとしばらく黙ってから、書類を整理しはじめました。

それからしばらくした夏の日、警察から連絡がありました。午前中に上野の同窓会に行った父が、行く先が分からず夕方まで電車を乗り継いでいたのでした。家族で迎えに行った時の父はとて小さくなっていて「大変だったね。これからは一緒に出掛けようね」というと小さく頷いていました。子供にそんなことを言われるのは、どんなに辛いことだろうと思いました。その冬のクリスマスイブ前日、脳出血を起こして致命的な後遺症を負うことになりました。

脳出血で失われた 父の記憶と言語

脳出血を起こした朝、父は頭痛を訴えたようですが、病院に行きたがらず寝てしまいました。母は私の携帯に連絡をし、父と話させようとしたのですが、父は「来なくていいよ。あなたには仕事を頑張してほしいから」と言っていました。兄弟3人で早退し、実家に向かうと父は起き上がってききましたが、明らかに歩行も顔つきもおかしいことから救急車を要請しました。結果、後

頭部の脳出血が認められましたが、手術せず、経過観察することになりました。運動機能は比較的、保たれていましたが、過去の記憶はほぼ失われており、感覚性失語で、会話も成り立たなくなりました。それでも、社会的な性格だった父は「なるほどね」といって話を合わせるような素振りをし、笑うと笑い返し、歩いたりお箸でご飯を食べること等、残っている機能もあったため、家族はまだ絶望はしていませんでした。

回復期リハビリテーション病棟での戸惑い

約1ヶ月後、大学病院から回復期リハビリテーション病棟に転院することになりましたが、中度～重度の認知症と判断され、認知症病棟に行くことになりました。ここでは、常時、つなぎ服を着用し、1日2回のリハビリ時間のみ、腰ベルトを外されました。リハビリは認知症と失語症に対し、作業療法士さんと言語聴覚士さんが担当してくださり、リハビリ時間は楽しく過ごせていましたが、それ以外の時間は車椅子かベッドにつながれたまま。看護師さんは忙しく走り回っており、家族が面会している時以外は無表情で壁や天井を見つめている父がいました。そんな中、世界中でコロナが蔓延しはじめ、面会禁止になる話上がりま

した。今の状態の父を家に帰すのは、大変な負担を家族が負うことになるとを家族に説明しましたが、母と兄妹の意志は固く、在宅介護を選択することになりました。ここから、要介護4の父の介護が始まりました。

コロナが決断させた在宅介護の道

「自宅に戻ったら認知症の症状が改善する」と信じていた母は、食事・排泄・睡眠すべてに人の助けが必要となり、言葉も記憶も失われている夫を目の当たりにし、絶望しつつ状態になりました。幸い、子供たちは通える範囲にいたことから、ローテーションを組んで泊まり込んで介護をすることにしました。さらに、地域密着型の小規模デイサービスに週5回通うことで、徐々に生活リズムが整ってくるようになりました。

希望を打ち砕かれた母は、2ヶ月ほどうつ状態が続きました。「お父さんが壊れてしまった。いなくなってしまう」と言いつつ、目の前にいる父に目を向けることができず、塞ぎ込む母にかける言葉はありませんでした。ただ一緒にいて、話を聞いてあげることしかできませんでした。その後、子供の援助を受けながら、アットホームなデイサービスで温かいケアを受けて笑顔を見せる父を見て、少しずつ、現状

を受け入れるようになりました。認知症カフェ（平塚カフェ&ミーティングセンター）の遠足企画に両親と一緒に参加させてもらい、他の家族の話も聞いたことも、母にとっては父と向き合おうと思わせるきっかけの一つになったように思います。穏やかに優しい「夫らしさ」に気づくことができたようでした。

家族介護の限界との狭間で

母が父の介護をする決断をしてから、2日に1回は母が熟睡できるようにと姉妹交代で泊り、それ以外の日は見守りカメラの有感センサーを利用して、父がトイレで立ち上がった時に母が誘導できるように、兄弟で遠隔の見守りをしました。できる限り、普通に暮らしてもらいたいと、兄夫婦は仕事帰りに父と毎日、近隣を散歩してご近所と挨拶を交わすことを日課にし、家族で外食したりしました。脳出血後の約4年、デイサービスの週5回利用と訪問診療や家族のサポートにより、高齢の母も今や要介護5の父の介護をなんとか続けることができました。しかし、半年前から徐々に体調を崩すことが増え、つい3週間前、2度目の脳出血を起しました。今度は、前頭部出血がみられ、脳の萎縮も著しく、今以上の回復の見込みは低いだろうとの先生の見解でした。「面会ができないよう

なところには、お父さんを預けたくない」というのが、家族の意見です。ここで、次の段階の家族会議をすることになります。

【専門職側の視点】家族の立場を経験して

長年、病院、施設、在宅それぞれ環境の中で、常に認知症の方やご家族に対して寄り添う気持ちで接してきたつもりでした。しかし、家族の立場を経験したことで、考えを改めさせられたことが三つあります。

一つは、「限界」の決めつけです。早い段階で「在宅は限界だろう」「ここまで進行しているのであればこの動作は無理だろう」と決めつけ、ご本人やご家族の可能性を狭めたり、心の声に耳を傾けていなかったことがあったのではないかと思うようになりました。

たとえば、病院から在宅に帰ってしばらくした頃、母は父に水やりをさせていました。道具を使えるはずがないと思っていました。ホースではなく、バケツと柄杓を持たせて水やりができるように自然と工夫した母に驚きました。私なら最初からさせなかったでしょう。うつ状態から回復した母が、夜間の介護を自分ですることになった時は、見守りカメラを部屋に設置し、

WEB上で兄弟3人が見られる環境を作ったのも、とても役に立ちました。窮地に立たされれば、知恵が出てくるものだと思います。何より、重介護の父を在宅で見ていくことは持つて1〜2ヶ月と想っていた私の見立ては見事に外れ、約4年間、自宅での生活を続けることができました。コロナ禍で、子供世代の生き方や仕事のスタイルも変わってきた時代ですから、もしかしたら在宅介護をトライできる家庭もあるかも知れません。私の専門職としての経験と知識が、気づきや判断を妨げることは多々あり、柔軟な頭でご本人やご家族を支援していかなくてはならないと考えるようになりました。

もう一つは、ご本人とご家族を共に支援することの重要性です。認知症を発症し、受容していく過程の中で、ご本人・ご家族とも、驚き、戸惑い、絶望する段階があります。介護や医療サービスにつながる前の段階はとくに、両者のサポートが必要なのにもかかわらず、共に参加し、サポートを受けられる場合はほとんどありません。この点、両親と参加させてもらった「平塚カフェ&ミーティングセンター」認知症の人と家族の一体的支援プログラムは、他の家族との出会いによる学びを通して、お互いの関係性の再構築ができる場となりました。カフェの運営スタッフには、医師や看護師、保健

師、精神保健福祉士などがボランティアで参加しており、必要な時に相談に応じてくれることも、参加する者としては安心できました。これからはますます増える認知症高齢者の方の支援をしていくためには、地域の当たり前の機能として、認知症の人と家族を一体的にサポートする場が必要と考えています。さらにもう一つ、認知症であることを隠す必要のない社会にすることです。まだまだ認知症に対する世間の偏見はありますが、父のことをオープンにすることで、むしろいろんな人が見守り助けてくれました。近所の人も実は家の夫も…」などと話し始め、た々さんの人が自宅まで頑張っていることを知り、労わったり助け合ったりするようになりました。

最近ではメディアやSNSを通して、当事者の方も積極的に語る時代になりました。認知症の人をみんなが支える社会になっていくことを期待しつつ、自ら認知症の啓発活動等に参加するようになりました。

おわりに

認知症ケアにとって大切なことは、声にならない声に耳を傾け、言葉にならない言葉を読み取る「こと」と、父は教えてくれました。父が幸せかは分かりません。でも、父は私たち家族

を幸せにしてくれていることは確かです。今後在宅での介護は厳しいでしょうが、できる限りのことはしていきたいと思えます。その傍ら、多くの認知症の人と家族が安心して暮らせる社会

になるように、これからは認知症啓発活動に積極的に参加したり、当事者家族として、平塚カフェ&ミーティングセンターのボランティアスタッフをしながら、皆さんと学び合っていきたい

と思います。いつかは訪れる、親の介護。私と家族の経験がほんの僅かでもどなたかの役に立てれば幸いです。

第12回日本認知症予防学会学術集会

9月15日～17日、朱鷺メッセ

東京都支部シンポジウムを実施 「第13回日本認知症予防学会学術集会に 向けて東京都支部の展望」

第12回日本認知症予防学会学術集会(テーマ「認知症予防のための多職種協働と地域連携」、児玉直樹大会長)が9月15日～17日、朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンターでハイブリッド開催されました。東京都支部は16日、鈴木正彦支部長、荒川千晶理事を座長として、シンポジウム「第13回日本認知症予防学会学術集会に向けて東京都支部の展望」を実施。来年9月、鈴木支部長が大会長を務める第13回学術集会の開催に向けて、当支部の活動状況を5人の理事が報告しました。

コロナ禍における 東京都支部の活動報告

日本認知症予防学会 東京都支部長
東京慈恵会医科大学 脳神経内科
鈴木 正彦

2019年末から世界中で猛威を振るったCOVID-19パンデミックは、2023年5月下旬現在、感染者数の減少と2類から5類への取り扱いの変更により、社会的には落ち着きを取り戻しつつある。未曾有の状況下であったが東京都支部は関係各位の協力を得て着実な前進を遂げることができた。このシンポジウムではこれまでの支部の歩みを総括しその概要について紹介

する。

東京都支部は本部活動をサポートする形で2019年8月に発足した。その基本理念は、人として輝き続ける社会の実現を目指して、である。「誰もがいくつになっても活躍できる生涯現役社会の実現に向けて全力を尽くす」ことを目標とし、「共生と連携」と予防つながろう！東京」を活動のスローガンとした。

以下、コロナ禍における具体的な活動内容について紹介したい。まず第1回学術集会(つながろう！東京)は、東京大学脳神経内科准教授(現東京都健康長寿医療センター脳神経内科

部長)岩田淳先生が学術集会長として選任され2020年2月22日に開催予定であった。しかしながらパンデミックの影響により延期を余儀なくされ、2021年6月にパシフィコ横浜での第10回日本認知症予防学会学術集会に組み込む形で開催された。第2回学術集会(予防と共生、次の段階へ)は完全WEB配信となったが2022年3月12日に東京慈恵会医科大学精神神経科教授・繁田雅弘先生の多大なるご尽力を持って開催することができた。第3回学術集会(地域の現場から発信する認知症予防)は副支部長を務むすび葉クリニック渋谷副院長・荒川千晶先生により2023年3月4日にWEB配信形式で開催された。いずれの学術集会も参加者からの好評を得て成功裡に終わった。

次に東京都支部の中核的活動ともいえるWEB講演会についてであるが、これは年4回開催され、前半が認知症予防専門士テキストブックに沿った講義、後半が認知症予防に関する取り組み事例を紹介

する形式を取ってきた。2021年4月17日に第1回のWEB講演会を開催し2023年4月の配信で計9回目を迎えている。WEB講演会はコロナ禍であっても最新の情報を得るにはきわめて有用な企画であり、今後も継続的な配信を予定している。

東京都支部会報については、年4回の季刊誌として発行し東京都支部ホームページ上で無料公開している。2023年7月現在、16回の発刊を数えているが、これまでの主要なテーマは、コロナと認知症、国家戦略としてのフレイル予防、葛飾区における認知症予防への取り組み、アルツハイマー病の疾患修飾療法の現況と展望、認知症との共生、等である。いずれもアクセス数が多く社会の関心の高さを示している。



鈴木正彦支部長

地域連携活動については、認知症カフェを中央区にて2021年度から毎月開催し2023年3月26日現在で計16回の開催に至っている。毎回のテーマは身近な話題が多く、またヨガや脳トレ、訪問診療といった多岐にわたる話題を提供してきた。地域活動としての取り組みとして今後も更なる発展が期待されている。

以上、東京都支部はパンデミックの最中においても多くの方々からのご支援を頂戴しながら活動してきた。東京都支部会員の皆様をはじめ、関係各位にこの場をお借りして深謝申し上げます。今後とも認知症の1次予防から3次予防まで全ての段階における高みを目指し取り組んでいく所存でございますので、引き続きご支援のほどよろしくお願い致します。

Web講演会、支部会報、支部学術集会についての報告

医療法人社団礼恵会
むすび葉クリニック 渋谷
荒川 千晶

日本認知症予防学会東京都支部(以下、東京都支部)においては、認知症施策推進大綱にて掲げられた「予防」と「共生」という目標に加えて「連携」も重要視し、「つながろう!東京」をスローガンとして活動を開始した。東京都支部が行っている活動の中で、①

Web講演会、②会報、③学術集会について発表する。

Web講演会については、2021年4月より年4回開催している。Web講演会は2部構成とし、第1部は東京都支部理事が講師を担当し、「認知症予防専門士テキストブック」の内容を基に、認知症に関する各テーマの基礎から応用について講演することとし、第2部は認知症予防を地域で実践されている方を講師として迎え、実際の活動内容も踏まえて講演をいただいている。

Web講演会を開始し2年が経過し、「認知症予防専門士テキストブック」の内容は一通り網羅したことから、2023年度から第1部の講演内容は、今までの聴講者に対するアンケート結果を基に、聴講者から要望が多かったテーマや認知症に関するトピックなどについて東京都支部理事が講演することとした。また、Web講演会聴講により認知症予防専門士の更新単位も取得可能となっている。Web講演会に申し込みのあった職種としては、看護師、作業療法士、臨床検査技師が多かった。

会報は2020年4月〜7月までは毎月発行していたが、その後は年4回発行しており、認知症予防に関するさまざまなテーマに関して寄稿いただいている。トップページにはコロナ、フ

レイル、疾患修飾療法など認知症に関するトピックを捉えた記事を掲載している。できるだけ多くの方に会報を読んでもらいたく、現在は東京都支部ホームページにて支部会員のみなさんへ一般の方へもフリーアクセスとしている。

学術集会に関しては、これまで計3回開催した。第1回は「つながろう!東京」をテーマに2020年2月に開催予定であったが、コロナ禍のため開催は延期となり、2021年6月の日本認知症予防学会学術集会に組み込む形式で開催した。第2回は2022年3月に「予防と共生、次の段階へ」をテーマにWeb開催とし、77名の参加となった。第3回は2023年3月に「地域の現場から発信する認知症予防」をテーマにWeb開催とし、63名の参加となった。東京都に居住されていない方もしくは東京都で勤務していない方からの参加も非常に多く認められた。東京都支部学術集会は、認知症予防専門士の更新単位を取得できることに加え、日本認知症ケア学会とも連携し、認知症ケア専門士の単位も取得可能となっている。

東京都支部活動においては、会員の皆様の援助をいただきながらコロナ禍においても活発な活動を継続することができた。日本認知症予防学会には、認知症予防専門医、認知症予防専

門看護師、認知症予防専門薬剤師、認知症予防専門臨床検査技師などさまざまな専門資格もあり、各専門職のニーズに合わせたWeb講演会なども計画していきたい。また、コロナ禍が終息し、対面における活動が展開できるようになってきた現在において、さらなるステップアップを目指して新たな活動を展開したい。



荒川千晶理事

都心での認知症カフェ開催報告

NPO法人CIIMネット理事
(東京都支部事務局担当)
大津 陽子

「行ってみようか認知症カフェ」のテーマで、東京都中央区で開催している認知症カフェの開催状況を報告する。私達の認知症カフェの開催方法や、参加者のアンケート、コロナ禍での参加者の想いなど、参加者の事例を参考にその地域らしい、その団体らしいカフェの開催が広がることを期待している。

この認知症カフェは、日本認知症予防学会東京都支部事務局を担当しているNPO法人CIIMネットの主催である。CIIMネット・二宮理事長と東京都支部・鈴木支部長の意見交換から、理事会承認を経て「認知症カフェ」開催が決まった。

まず、開催場所を中央区としたのは、理事長やスタッフが中央区の住民であり、事務所も中央区にあることから、地域住民のニーズが把握しやすくニーズに合わせた対応が可能となる。開催目的は、地域住民に学会の知見を公開し、地域に役立つ学会活動とすることである。

「行ってみようか認知症カフェ」の特徴は、①【情報発信】「ちよこっと勉強会」の開催、会報や体験情報などを資料提供。②【参加型】終了時にアン

ケート調査を実施し勉強会に反映する。③【安心安全の場】メインスタッフが看護師。④【相談窓口】医療や介護の相談が可能。

今回の発表では、ちよこつと勉強会の内容・アンケート集計結果・参加者プロフィール・参加者の事例を紹介する。【開催状況】2021年11月から月一回開催（14時から2時間）。場所は勝どきデイルーム。

【結果・考察】アンケート集計結果からは、ちよこつと勉強会に参加者の多くが興味を持っているとの回答が多く、参加理由の回答では、認知症や認知症予防情報などへの関心が高かった。これはカフェのネーミングからも推察できる。このアンケート結果は、開催目的である学会の知見を地域住民と共有するという目的において参加者ニーズと合っていると評価できた。

参加者は女性が多く、年代は80代と50代が多い。このプロフィールから参加者はカフェでの居場所確保や自己学習となっている方と、自分が情報発信者として知見を求めて参加される方などの目的傾向がみられた。参加人数は平均して18人前後。スタッフは3〜4人。この参加人数は地元のリハビリも多く、継続して参加者確保ができていくことでカフェの存続について好評価を示唆する。また看護師がメインスタッフとして開催しているこ

とにより、参加者からの信頼感・安心感となり、継続参加も多いのではないかと。認知症カフェの新たな役割として、2023年5月から認知症患者を開催時間中預かることができるようになり、家族の精神的負担軽減ができることがわかった。

認知症予防におけるリハビリテーション専門職の役割と可能性

順天堂大学医学部附属順天堂
東京江東高齢者医療センター
リハビリテーション科
國枝 洋太

従来のリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）は、急性期病院や回復期病院、老人保健施設、特別養護老人ホームなどで身体的、精神的な視点からの三次予防としての関わりが多く、一次から二次予防を目的とした事業に関わるリハビリテーション専門職は比較的少数であった。近年では、地域の介護予防事業に参加したり行政に所属したりするリハビリテーション専門職も徐々に増加しており、認知症の発症遅延を目指す地域在住高齢者に直接関わる機会が増えている。認知機能低下予防を目指してリハビリテーション専門職が関わることで、リハビリテーション治療場面で培ったトレーニング理論や指導方法をMCUなどの指導に活かして地域で活

躍できる可能性がある。一次予防および二次予防は、主に地域在住高齢者が対象となる。東京都江東区内では、順天堂大学と江東区内高齢者福祉センター（ふれあいセンター）が協働して、地域在住高齢者の身体機能、体組成、認知機能、呼吸機能、口腔嚥下機能、社会機能など、多面的な機能を1日で測定し、その場で結果のフィードバックをリハビリテーション専門職から1対1で受けられる機能測定会を実施している。高齢者福祉センターの介護予防事業の一環として実施することで、高齢者は通い慣れた施設で現時点の自分の機能を多角的にチェックすることができ、今後の具体的な生活アドバイスや悩み相談ができる機会を確保している。

認知機能評価は、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが開発した認知機能評価システム(National Center for Geriatrics and Gerontology-Functional Assessment Tool, NCGG-FAT)を利用し、領域別の認知機能評価結果からより具体的な生活アドバイスや日常生活の実践活動例、対策の提案を行っている。高齢者個々が気になっていることを具体的に聴取し、対策を一緒に考えることで、高齢者自身が普段抱えている不安や悩みを少しでも軽減できるよう取り組んでいる。

この事業には、順天堂大学のリハビ

リテーション専門職だけでなく、高齢者福祉センターの職員や区内の多くのリハビリテーション専門職の方々に協力いただき、地域在住高齢者の健康維持や機能低下の早期発見、早期治療対策に取り組むことが可能となっている。

認知機能低下者や認知機能の維持改善を目的としたトレーニングをしたい高齢者に対しては、高齢者福祉センターで実施されている認知症予防に関する事業案内を行なっている。本人の不安が強い場合には、担当包括支援センターの紹介や行政が主導しているもの忘れ検診の紹介など、相談先を明確に提案し、不安や悩みをそのままにしないよう十分に注意を払いながら対応している。

三次予防の取り組みとして、当院では認知症身体合併症病棟では理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別的にリハビリテーション治療を実施し、認知症治療病棟では作業療法士が生活機能回復訓練の一部として関わっている。認知症治療病棟では、患者個々が安心できる入院環境の提供を目指し、入院生活空間の中で作業療法士が個別・集团的に作業療法を実践している。集団体操では、ラジオ体操を採用し、①見当識刺激、②ラジオ体操実践、③点呼、④一本締めの流れで基本的に毎日開催している。体操中の転倒や車い

すからの転落事故等を防止するため、作業療法士だけでなく看護師、介護福祉士、臨床心理士なども協働して、集団の中で個人を考慮しながら対応することを心がけている。活動に積極的な入院患者には、一本締めの音頭を取っていただき、自分の居場所を実感できる機会としても活用している。

臨床検査技師の認知症予防における役割

臨床検査部
三井記念病院
社会福祉法人

松熊 美千代

認知症対策は重要な課題である。臨床検査専門職である臨床検査技師の卒前教育、卒後教育、認定資格等の認知症に関連する内容を紹介する。

卒前教育では、国民の医療へのニーズの増大と多様化、チーム医療の推進、新規検査項目、検査機器の高度化など、業務環境が変化し、要求される役割や知識等も変化していることより、指導ガイドライン見直しを検討されてきた。令和2年4月に臨床検査技師学校養成所カリキュラム等改善検討会報告

The 13rd Annual Meeting of Japan Society for Dementia Prevention

第13回 日本認知症予防学会 学術集会

人として輝き続ける 社会の実現を目指して

2024年9月27日(土)▶29日(月)

パシフィコ横浜 ノース 〒2200012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1丁目1-2

大会長 鈴木 正彦 東京慈恵会医科大学 内科学講座 脳神経内科 教授
 副大会長 池田 佳生 群馬大学大学院医学系研究科 脳神経内科学 教授
 副大会長 荒川 千晶 医療法人社団礼恵会むすび葉クリニック 院長

2024年3月6日(水)▶5月8日(火)

来年度の学術集会ポスター（鈴木正彦大会長）

書が公表された。「臨床検査の基礎とその疾病との関連」の教育内容は、高度化する医療ニーズに対応した検査情報の提供を実践するため、臨床検査の基礎となる知識と技術及び臨床栄養、病態薬理、認知症の検査等の基礎を学習し、救急や病棟、在宅など様々な現場で行われる臨床検査を理解することにも、疾病の成因を系統的に把握、理解すると記載された。認知症の検査等の基礎を学修することが新たに加わっている。また、公衆衛生学の教育目標として、保健・医療・福祉の制度を学び、臨床検査技師として、予防医学、在宅医療、地域包括ケアシステムや多職種連携について学習し、疫学的分析法の理論と技術及び臨床検査との関連について理解するとともに、医療チームの一員としての自覚を養うと記載が

ある。臨床検査技師の役割が、予防の分野においても重要であると認識されつつある。

卒後教育として、日本臨床衛生検査技師会（以下日臨技）や各都道府県臨床検査技師会の研修会と認定制度がある。日臨技の認定資格「認定認知症領域検査技師制度」は、認知症領域における臨床検査の普及や実施体制の構築を目的とし、臨床検査技師が認知症の早期発見・予防・治療に参画・貢献できるようにカリキュラムを設定し、研修会等を開催している。臨床検査として、神経心理学的検査、血液検査・髄液検査、脳波検査、超音波検査、嗅覚検査、睡眠ポリグラフ検査、画像検査がある。カリキュラムでは、検査に加え、認知症の概念、症候学、病態、治療、予防やケアが指定されており、臨

どこから話を始めるか

筆者の経験をもとに具体的な告知の流れについて考えてみたい。本人が自分の変化（不調）に気付いている場合は、症状と思われる変化を本人と確認・共有するところから話を始める。同じ訴えでも、生活動作やライフスタイルによって症候学的な意味が異なり、解



東京慈恵会医科大学精神医学講座 繁田雅弘

2023年度Web講演会抄録 認知症の告知をめぐる

床検査技師が認知症の診断や治療など様々な場面でチーム医療の一員として参加できるように設定されている。研修会は、臨床検査に加え、認知症の治療、ケア等もプログラムに組み込まれている。症例検討やグループワークを取り入れ、他者とのディスカッションによる意見交換を行うことで実践に役立つ情報の収集を可能としている。

日本認知症予防学会では、2023年度より「社会に出ていくための臨床

検査技師」育成のため、認知症予防専門臨床検査技師制度を新設した。狭義の認知症の発症予防だけでなく、広義の発症予防や進行予防として認知症診療や介護・福祉に関する社会的ニーズに対応するためには、予防のフィールドで活躍した認知症予防を行う多職種協働チームの一員となる臨床検査技師の育成が必要であり、認知症予防専門臨床検査技師の育成が必要である。

第12回日本認知症予防学会学術集

会において、第1回育成セミナーが開催され、70名を超える受講があった。臨床検査技師が認知症予防の領域に関心および参画希望があることの証と受け止めている。

卒前教育と認定認知症領域検査技師制度に加え、認知症予防専門臨床検査技師制度が新設されたことで、一次予防から二次予防、三次予防まですべての段階において、臨床検査技師が参画することが可能となる。

告知をする判断

病歴や検査結果に関わる対話から告知を行うか否か、行うとすればどのようなに行うか、そして病気にいつてどのように補足説明するか、見当をつけ

(Shankstein, 2006) と考えるべきかもしれない。周囲から自分の変化を指摘されてもまったく身に覚えがない。この場合の病識の獲得はさらに困難であることを担当医は覚悟しなければならぬであろう。神経心理検査や画像検査の結果をもとに病気にいつて話し合うしかないが、こうした結果は本人の日常生活の実感とは関係がないため説得力をもたないことが多い。病識の獲得は、もっぱら担当医などのスタッフとの信頼関係に負わなければならないわけである。

る必要がある。本人と家族との情緒的な関係が好ましくないなら、家族に席を外してもらって本人にだけ告げ、後ほど家族に話すという手間が必要になることもある。その一方で、家族にどのように話すか、本人の意見を聞く、家族への説明の際に参考になるだけであって、本人と説明者との信頼関係の築きに役立つというもある。

告知における医師の工夫

認知症診療の研修会に参加した医師に、告知における具体的な工夫について尋ねたことがある。医師たちは診断の確かさに関する言葉を「ご本人に与える衝撃を調節していることを知った。認知症疾患は確定診断ではないが、それでも……間違いないでしょう」と言えば診断はより確実なものとして伝わり、「……の可能性もある」「……も否定できない」といった言い方をすれば、そうでない可能性を残すことができる。ただ遠回しの表現を用いれば衝撃を和らげることができるが、本人が覚悟を決められず治療のコンプライアンスが下がるかもしれない。一方、確実だとニュアンスで伝えれば、治療の覚悟はできるかもしれないが、心的外傷として作用するかもしれない。本人の様子を観ながら判断する必要がある。

医師は、患者を精神的に傷つけないようにと、診療の流れから説明してかかるべき情報を伏せることもある。患者の反応が予想できないように不安になるからである。しかし限られた時間であつた情報を伏せようという情報は提供するかは、ときに倫理的な問題をほらむようを求めているのではないかと思う。

病気の受容の難しさ

自分が認知症疾患に罹患したことを受け容れるのは容易なことではない。受け容れるためには、価値観の転換が必要である(Wright 1960)。ある人は、障害によって自分が失ったと思っていた価値(能力)のほかにも、別の価値(能力)が自分にあることに気付いたという(Diana Friel McGowin 1983)。これは自己の価値範囲の拡大といわれる受容のかたちである。別の人は、自分を他人と比較するのをやめ、失った価値へのこだわりを捨て、本来自分ももっている価値に目を向けられるようになったという(Christine Bryden 2012)。それは比較価値から資産価値への転換という受容のかたちである。

病気の付き合ひ

筆者が出会ってきた認知症疾患の人

の中で、上記のような価値観の転換ができた人はまれであった。また、認知症疾患は進行性であり、変わってしまった自分を受け容れたらいつか認知症が進行する。また新たな自分を受け容れることを強いられるのである。変わらなければならない。絶望と希望が交錯し続ける過酷な心情に、専門職は寄り添うことがわれわれに求められていると考える。

なかには、症状としての生活上の失敗について考えないようにし、トレーニングやリハビリテーションに没頭する人がいる。変わらなければならないという向き合い方ができないためである。あるいは、病気について自分で考え理解することやめ、家族や医師の判断に盲目的に従う人もいる。結果的に治療を継続しているならそれでもよいとの意見があるかもしれない。たしかに心的外傷を回避して診療を継続できるのなら最悪の事態を避けたことにはなる。しかし目指すべき治療のかたちは、患者自身が自分の変化ないし周囲のかかわりを本人なりの認識の仕方と理解して受け止め、自分らしく暮らすことではないであろうか。生活上の困難や周囲との摩擦と部分的にせよ向き合うこととして、その人らしい生活はないのではないであろうか。

文献

Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. A diagnostic formulation for anosognosia in Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 77: 719-725, 2006.
Wright, B. A. (1960) Physical Disability - A Psychological Approach. Harper & Row, New York
Diana Friel McGowin. Living in the labyrinth. Elder Books, 1983. タイムナ・フリール・マクゴウウィン、私が壊れる瞬間 アルツハイマー

病患者の手記、中村洋子訳、(株)ディーエイチシー、1993

Christine Bryden. Dancing with Dementia: My story of Living Positively with dementia. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, 2005. クリステイン・ブライデン、私ほわたしになつてゆく 認知症とダンスを 改訂新版、馬籠久美子・椋垣陽子訳、クリエイツかもがわ、2012

*本稿は第11回Web講演会(10月28日~11月26日)の抄録です。

2023年度Web講演会抄録

若年性認知症患者への支援

↳ ソーシャルワーク実践について

順天堂東京江東高齢者医療センター 医療福祉相談室 田形 美和



1. 若年性認知症とは

若年性認知症とは18歳~64歳以下の人が発症する認知症の総称である。血管型認知症、アルツハイマー型認知

症、頭部外傷後後遺症、前頭側頭型認知症、アルコール性認知症、レビー小体型認知症などが若年性認知症の原因となる疾患である。

2. 当医療センターの取り組み

当医療センターのメンタルクリニック(認知症専門外来)の初診予約は年間1,200件を超し、その平均年齢は80歳を超える。初診予約件数の中

で若年性認知症患者の予約件数は1・6%である。当医療センターで診断後、他院へ転医となる患者もいるためソーシャルワーカーが社会支援目的で介入することが難しいことが多い。そのため、若年性認知症患者の入院時に社会制度の利用状況を確認した際、活用できる制度を申請していない患者が多く、入院後に申請支援をする事例が複数例あった。

社会制度の申請時期は患者家族にとってはわかりにくいことが多く、申請が遅れてしまうことがある。その一つの要因として院内での情報提供ツールがないことが判明した。患者家族の社会的不利益を防止するため、外来支援拡充のため若年性認知症患者にとって必要な社会制度を検討し資料を作成した。その中でも特に精神障害者保健福祉手帳、障害年金、自立支援医療の3制度については個別のリーフレットの作成を行った。申請時期を時系列でまとめ、制度内容については簡潔にまとめたものを作成し外来待合室に設置した。

3. ソーシャルワークについて

当医療センターのソーシャルワーク業務は認知症外来の受診相談・入院相談、退院支援、社会福祉に関する相談などである。社会福祉に関する相談の

中では生活保護、各種手帳の申請、難病など社会福祉制度の申請支援が多い。

外来支援する上でソーシャルワーカーが大切にしていることは、患者家族の病気に対する受容と意思決定である。まず、病気に対する受容がどこまでできているか。社会制度の申請支援をする上で患者が病気の受容ができない中、申請支援を進めると患者のストレスにつながることを考えられる。認知症であることを受容ができない状態で、病院側が精神障害者保健福祉手帳の申請を機械的に進めた場合、患者へ精神的負担を強いることにつながる。

各種制度の申請時期は異なるが、申請時期とは別に患者家族の受け入れ、病気に対する受容がどこまでできているかによって支援のスピードは異なる。患者家族会の情報提供も同様で、相手にとっては負担になる可能性がある側面も否めない。適切なタイミングで情報提供を行う必要がある。

また、若年性認知症患者のソーシャルワーク支援をする中で当初の依頼内容と実際の支援内容に変化が生まれることがある。社会制度の申請支援依頼であっても支援を進めるにあたり、仕事と治療の両立支援が必要になる等だ。認知症により仕事がかれまで同様の遂行が困難となる状況に直面する。

職場も本人の病状や認知症状の対応方法がわからず苦慮することが考えられる。そのため治療の場と仕事の場をつなぐために両立支援を求められることがある。患者のストレスに焦点を当て、ソーシャルワーカーは患者家族が最大限に力を引き出せるようサポートする。意思決定支援や必要があれば医師への代弁、多職種や各機関、産業医と連携を図ることもある。

当医療センターでは認知症の入院相談の窓口がソーシャルワーカーであることから、家族や地域から相談を受けることが多い。家族からの入院相談の場合、必死な訴えが多く問題点が明確にならないこともある。アセスメントしながら少しでも家族の不安を軽減することができるよう話を傾聴することもある。家族や地域から受けた入院相談を医師に伝え、適切な期間で入院へ繋げられるようサポートすることが求められる。

外来支援同様、退院支援でも意思決定支援が必要となる。患者の希望に寄り添った支援をすることが求められる一方で、患者の生命の安全を確保した支援をすることも求められる。その他、家族の意向、経済的課題、継続して必要な医療行為や薬剤内容といった医学的な状態の把握も求められる。認知症であっても希望はあり、何度も話すこ

とで患者の意向が見えてくることもあるため耳を傾ける必要がある。また、様々な角度から患者の状態を把握するために多職種で情報共有をすることが求められる。

退院支援においても制度申請が必要となる。介護保険の申請、近年身寄りのない患者の入院が増えているため成年後見制度の利用検討、経済的理由から障害年金の申請や生活保護の申請が必要になる可能性もある。制度は患者の状態、状況によって使えるもの使えないものがあり、その都度正しい情報、根拠の確認が求められる。思い込みで支援を進めるのではなく、常に自ら立ち止まって考えながら支援を進める必要がある。

4. 参考文献

- 新井平伊、専門医からみた若年性認知症に対する治療と仕事の両立支援の現状、老年精神医学雑誌、2023、第34巻第一号、p.12.
- 江口尚、産業医からみた若年性認知症に対する治療と仕事の両立支援の現状、老年精神医学雑誌、2023、第34巻第一号、p.3-19.
- 柏木一恵・繁信和恵、若年性認知症者のための支援制度の使い方、老年精神医学雑誌、2023、第34巻第一号、p.2-9.

新台豪志・中西亜紀・林牧・丸田純平・岡田進一、若年性認知症の人の医療機関への受診や介護・福祉などの支援の実態分析、日本認知症ケア学会誌、2023、第22巻第2号、p.129-134.

若年性認知症者の就労支援のための調査研究事業検討委員会委員・令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「若年性認知症における治療と仕事の両立に関する手引き」令和3年12月

※本稿は第11回Web講演会（10月28日〜11月26日）の抄録です。

次回のWeb講演会は、**2024年1月27日(土)公開予定です。**
(オンデマンドで30日間開催します)

「疾患修飾薬により新たな展開を迎えた認知症医療・介護の在り方。認知症疾患医療センターの立場から」

松村 美由起
東京女子医科大学附属成人医学センター 副所長
東京都地域連携型認知症疾患医療センター長

「未定」

児玉 信剛
渋谷区 笹幡地域包括支援センター