



特集

「認知症ケアのブランディングと これからの介護事業経営を探る」

～我が国における認知症ケアの最前線と

地域の認知症高齢者を支える医療介護の取り組みの実際～

高齢化が進む我が国では、認知症高齢者が増え、2025年には700万人に増加することが予測され、認知症予備軍といわれるMCI（軽度認知症障害）を合わせると1300万人になるともいわれている。そのような中、令和元年6月に認知症施策推進関係閣僚会議で取りまとめられた「認知症施策推進大綱」では、「共生」と「予防」をテーマとして、さらなる全国的な認知症施策の推進をめざしている。

そこで、「Visionと戦略」12月号特集では、厚生労働省企画官に『認知症施策推進大綱』の詳細や現状の課題について伺ったほか、「認知症対応型I o Tサービス」実証事業に参画する研究者、初期集中支援チームを運営するクリニックや地域で質の高い認知症ケアとブランディングに取り組む病院・介護事業者に話を伺ったので、そのとりまとめを報告する。

Part 1 | 90歳の認知症有病率64% 2040年問題の核心

『Visionと戦略』編集部

Part 2 | 認知症施策・ 地域介護推進課を設置

厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課
認知症総合戦略企画官
菱谷 文彦 氏

Part 3 | キョウメーションケアでBPSD緩和 AI実証事業でケア方法確率へ

社団法人認知症高齢者研究所 代表理事
羽田野政治 氏

Part 4 | 初期集中支援チームを8年運営 年間100例のケア受け持つ

医療法人社団プラタナス
桜新町アーバンクリニック 院長
遠矢純一郎 氏

Part 5 | 拘束ゼロ+脳活性リハ5原則 「大誠会スタイル」を展開

医療法人大誠会 理事長
田中 志子 氏

Part 6 | 毎月開く家族会で情報共有 利用者の世界観に入ってケア

特定非営利活動法人あやの里 副代表
岡元 奈央 氏

Part 7 | ユマニチュードケア導入で 穏やかな看護・介護へと変化

郡山市医療介護病院 看護部長
宗形 初枝 氏

Part 8 | 各国から視察団が訪問する 地域共生の先進モデルを確立

株式会社あおいけあ 代表取締役
加藤 忠相 氏

90歳の認知症有病率64% 2040年問題の核心

国民に覚悟を求めた 認知症施策推進大綱

団塊の世代が集まった会合

で、あるデータが話題になったとき、出席者のひとりが「それが現実なのだろうが、想像したくない」と吐露した。そのデータというのは認知症の将来推計値である。

日本医療研究開発機構「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知コホート研究」によると、90歳の認知症有病率は64・2%。男性よりも女性のほうが認知症を有病しやすい、男女別の有病率は、男性42・4%、女性71・8%だ。

2040年には、これだけの割合で団塊世代が認知症になると推計できる。しかも、この年には、もうひとつのヤマがある。団塊ジュニア世代が65歳以上になるのだ。同じ研究で65～69歳の認知症有病率は15%（男性15%、女性

16%）。65歳は認知症が増え始める年齢で、2040年には、親子二代で認知症という家族が一定の割合で出現しうる。

認知症の予備群はどんな状況にあるのか。さる11月5日、東京都長寿健康長寿医療センターが調査結果を発表した。518名を対象とした調査（死亡時年齢65歳以上、平均80歳）によると、高齢者の3分の1がパーキンソン病・レビー小体型認知症及びその予備群であるという。

認知症患者を隔離の対象でなく、共に生きる対象に転化させるのは決して理念論ではなく、もはや不可避の現実的な課題である。昨年6月に閣議決定した「認知症施策推進大綱」のキーワードは「共生」と「予防」で、「認知症は誰もがなりうる」「多くの人にとって身近なものとなっている」と国民に覚悟を求めた。さらに大綱は2025年度

までの達成目標として①認知症のバイオマーカーの開発・確立②認知機能低下抑制のための技術・サービス・機器等の評価指標の確立③認知症の予防・治療法開発に資するデータベースの構築と実用化④日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始——などを掲げた。

BPSDケアプログラムで 多くの改善事例を創出

当然、認知症に関する知識も、医療・看護・介護職の専門知識だけでなく、一般市民の生活知識への浸透が必要だ。ある在宅専門医は次のように提言する。

「サ高住の入居者に認知症の人が増える時代になるので、管理者だけでなく運営会社の経営者も認知症サポーター養成講座を受講してほしい。運営会社が医療介護以外の業種であっても、経営者は認知症

について最低限の知識だけは学んでほしい」

専門職向けの研修では成果が確認された。東京都は東京都医学総合研究所に委託して、スウェーデンのケアプログラムをもとに独自のBPSDケアプログラムを開発。世田谷区、足立区、武蔵野市の計44カ所の介護事業所で95人のケアマネジャー・介護職員が研修を受講した。

プログラムは症状やニーズを見える化し、チームで統一的なケアを行う内容である。参加した事業所で、デイサービス中、常に徘徊を繰り返す、頻繁に外に逃げ出そうとしていた利用者に対して、ケアプログラムを実践したところ、落ち着いて過ごせるようになるなど、認知症高齢者のBPSDが改善した事例が多く見られたという。

一方、介護事業所は、認知症ケアをブランディングして地域での信頼度を向上させることも必要だ。住民にとって心強い。

ブランディングとは必ずしも広報・広告宣伝に由来する

効果ではない。広報・広告宣伝に長けていても、それだけでは一時的効果しか期待できない。確かに「全国紙に掲載された」「テレビで放映された」「雑誌で特集された」という理由で、報道内容を鵜呑みにして事業者やサービス内容を評価してしまう人は多い。だが行き着くのは、ひとえにケアの質に尽きる。

介護は地産地消型の地場産業である。ケアの質を高めてエビデンスを固め、市民講座やHP等による広報活動など地道な啓発活動を積み重ねることが、確実なブランディングに結びつく。足元の地域に對しては、飾り立てようのない事実が伝わるからだ。

本特集で取り上げた事例は、いずれも先進的な取り組みで成果を上げ、同業者の視察を端緒にメディア・行政へと伝わり、大学の研究対象にもなっていた。PR会社や広告代理店を起用した「仕掛け」は介在していない。そして伝搬のサイクルが循環しながら、事業所の評価を向上させたのである。

（文／編集部）

認知症施策・地域介護推進課を設置

認知症施策を地域づくりの中で実践する。この方針の下に厚生労働省は今年8月に組織を再編した。こうした流れの中で、認知症疾患医療センターの機能強化、認知症初期集中支援チームと地域包括支援センターの役割分担、認知症カフェの運営、認知症ケアパスの作成などについて菱谷企画官が解説する。



厚生労働省 老健局
認知症施策・地域介護推進課
認知症総合戦略企画官

菱谷 文彦 氏

その後、厚生労働省人材開発統括官付訓練企画室長などを経て、今年2月には厚生労働省新型コロナ

■菱谷企画官のご経歴を教えてください。

菱谷 平成12年4月に厚生労働省に入省しました。以来、

衛生行政、児童福祉行政などを経て、経済産業省、内閣府に出向しました。社会保障・税一体改革を議論していた頃に、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室室長補佐を務め、その後、愛媛県経済労働部労働雇用課長、厚生労働省職業安定局派遣・有期労働対策部企画課長補佐、医薬・生活衛生局総務課長補佐、平成28、29年度には大阪府福祉部介護支援課長を務めました。

ナウイルス感染症対策本部に配属されました。現職に就任したのは今年8月です。

■「認知症施策推進大綱」

は①普及啓発・本人発信支援②予防③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援④認知症バリアフリーの推進・若年層認知症の人への支援・社会参加支援⑤研究開発・産業促進・国際展開の5つの柱を掲げました。施策の狙いと特徴についてお聞かせください。

菱谷 平成27年に策定された新オレンジプランは各省庁の事務的な積み上げによって策

定しましたが、大綱では、官房長官の下に関係閣僚会議を設置して取りまとめられたので、施策の位置付けがワンランク上がったと言えます。新オレンジプランに盛り込まれ

た7つの項目を参考にしつつ、認知症になっても尊厳と希望をもって生きていける社会をめざすための対策として、大綱では5つの柱に再編し、その施策の全てを認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本としています。施策の両輪をなすのは「共生」と「予防」です。ここで掲げた「予防」とは認知症にならないという意味ではありません。「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味です。

身近なものになっていきます。取りまとめにあたっては、新オレンジプランと同様に当事者と家族の声を反映させるとともに、5つの柱の一つ目に「普及啓発・本人発信支援」を明確に位置付けました。多くの人が認知症に対して正しい認識を持ち、誤解を解いていくきっかけにしたいと考えています。

■国は認知症初期集中支援チーム設置について、令和元年9月末に全市町村配置の目標を達成しました。認知症疾患医療センターの10月時点の設置数と支援チーム・医療センターに期待される役割と課題についてもお聞かせください。

菱谷 認知症疾患医療センターの設置数は令和2年10月時点で全国473カ所です。内訳は基幹型として都道府県圏域に総合病院17カ所、地域型として二次医療圏域に単科精神科病院等373カ所、連携型として二次医療圏域に診療所・病院83カ所です。機能の見直しを進めつつ、将来的には、基幹型を47都道府県

全てに設置したいと考えています。

それから認知症の診断が付いた後すぐにサービスにつながらないという空白期間をなくしていく目的で、来年度に向けて医療センターにおける診断後の相談支援機能の設置を必須化することを考えています。また、各医療センターの底上げを図るために、都道府県と連携して基幹型が、管内の医療センターがそれぞれの役割を果たしているかを評価する仕組みもつくっていきます。

一方、初期集中支援チームについては、引き続き適切な医療につなげるための取り組みを実施してもらう必要があります。同時に地域包括支援センターとの役割分担をもっと整理していく必要があるとも考えています。

■認知症初期集中支援チームと地域包括支援センターの役割分担についてお聞かせください。

菱谷 初期集中支援チームの一義的な役割は早期診断につなげることで、地域包括支援センターと役割が重複し

これからの介護事業経営を探る」

ていることが指摘されてきました。

厚労省では、今年8月7日に老健局総務課認知症施策推進室と総合事業を担当する振興課を統合して、私が所属する認知症施策・地域介護推進課が設置されました。認知症は縦割りで考えるものではなく、介護行政全般に関わっており、より地域づくりの文脈の中で考えるべきです。そもそも、一般介護予防や総合事業との連携も必要です。早期診断については、一般介護予防や総合事業の仕組みが機能していれば、何らかの支援につながっているような人に対してまで集中支援チームに廻す必要はないわけです。

割を果たすことが必要です。

■認知症カフェの整備数や運営状況、またその成果についても聞かせてください。

菱谷 平成30年度実績ですが、認知症カフェは全国1421市町村で7023カ所が運営されています。大綱のKPIには残り約300市町村で設置が進む必要がありますが、市町村にはいろいろな考え方やマンパワーの問題があるだろうとも思っています。ただ、認知症の日本人や家族がいろいろな情報交換や息抜きをする場所が必要ですから、この取り組みをもっと進めていかなければならないと思います。もうひとつの課題として、コロナの影響でカフェの開催そのものが難しくなっていることも挙げられます。いくつかの市町村ではオンライン開催を実施しており、国もオンライン開催のマニュアルを作成することにより支援していますが、ソーシャル・ディスタンスではなく、社会的な繋がりや大切にしつつも、物理的な距離をとるフィジカル・

ディスタンスという考え方に切り替えていく必要があります。このほか、高齢者の方が家にこもることでフレイルや、ストレスを溜めてBPSDが悪化させないように配慮していく必要があります。

認知症カフェは、認知症の人にとっては、みずから活動し、楽しめる場所。家族にとっては分かり合える人と出会う場所。専門職にとっては人として触れ合える場所。地域住民にとっては、つながりの再構築の場所。こうした効果が出ていると思います。一方で、大阪府の介護支援課長時代に感じていたことですが、本人が参加しているカフェが少ないので、もっと役割や機能が明確化したカフェが増えたほうがよいと考えています。

■認知症ケアパスの運用状況はいかがでしょうか。

菱谷 大綱における認知症ケアパスのKPIは市町村での作成率100%となっていますが、令和元年度の達成率は85・5%、市町村数としては1488市町村でした。この

他、作成中が98市町村、未作成が155市町村となっています。小規模な市町村ではケアパスがなくても地域資源を把握できている例もあるので、しょうが、そもその役割が理解できていない市町村もあるのではないかと思います。

ケアパスの目的は、認知症の本人の希望と状態像に応じた相談先や医療介護サービスを可視化して、どのようなプレーヤーが地域に存在しているかが分かるようにするツールです。認知症ケアには、多職種や多様な主体による連携が必要なので、ケアパスでプレーヤー間の役割を明確に意識していただくことが重要です。

■様々な認知症ケア方式がありますが、国として今後の施策に反映したい方式などはありますか。

菱谷 認知症ケアの基本は、本人に寄り添って、その意向等を尊重したケアをどう行っていくかではないかと思っています。特に、認知症の行動・心理症状（BPSD）への対応については、東京都の先行事業

や国の老健事業で、客観的指標に基づき継続的に測定を行いながら、背景要因を踏まえたPDCAサイクルに基づくチーム介護を実践する取組を行うことで、明確にBPSDの緩和が図られるという成果が出ています。

客観的な評価指標によりBPSDを測定しながらチームケアを実施する取り組みをどのように普及させていくか、令和3年度介護報酬改定に向け、介護給付費分科会でご議論いただいているところです。

■医療介護事業経営者に向けた助言をお願いします。

菱谷 BPSD対応については、暗黙知を可視化する取り組みが必要だと思います。また、現場でがんばっている事業所を報酬上でも評価していくことが国の役割です。国は、科学的視点を踏まえた介護の質の向上を推奨していく方針ですので、こうした動きも踏まえつつ、介護報酬上の加算などを活用しながら経営していただきたいと思います。

キョウメイションケアでBPSD緩和

A-I実証事業でケア方法確率へ

認知症ケアに科学を導入した「キョウメイションケア」。90年代から認知症ケアの研究を始め、この理論を提唱した羽田野氏は「経験則による接し方では認知症に対応できない」と強調する。その上で、認知症ケアのあり方について提言した。



社団法人認知症高齢者研究所 代表理事

羽田野 政治 氏

ていたことは知的機能障害に基づき日常生活に様々な問題症状が出現する病気で、せん妄やうつ病、生理的老化とは少し違う

うにしました。その結果、認知症の人の日常生活の問題点や病態が見えてくるようになったのです。その成果を用いて、対人援助技術のメソッドを開発しキョウメイションケアと名付けました。

その後、2004年に認知症と名称が変更されたことを

■羽田野代表理事が認知症研究に取り組んだきっかけや、社団法人認知症高齢者研究所設立の経緯をお聞かせください。

羽田野 私の認知症研究が本格化したのは、2000年社会福祉法人青葉福祉学院の常務理事に就任した時でした。介護保険が日本でも始まり、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）4棟を法人内に開設し、当時は痴呆症と呼ばれており、認知症という病は、まだまだ未知の病でもありました。当時分かっ

ていたことは知的機能障害に基づき日常生活に様々な問題症状が出現する病気で、せん妄やうつ病、生理的老化とは少し違う症状があるということだけだったのです。この未知の病をケアすることになった私は、その対応方法の研究する認知症研究室を施設内に設立して、認知症の人の経過を追いながら日常生活の様子を記録し続けました。

まず、注意深い観察を行い認知症の人のニーズを見極めるため介護記録を電子化しPCを活用して医療分野で使われていた問題指向型診療法の一つであるPOSで分類しSOAP方式で記録できるよ

ションケア」BPSDを緩和する教本を中央法規より出版しました。

■その出会いが認知症研究に携わる契機となったのですか？

羽田野 岩田誠先生からは認知症は脳機能障害の結果であることを教えて頂きました。その後、認知症研究の第一線で業績を重ねている、素晴らしい先生方にも出会い勉強の機会も得ました。レビー小体型認知症の発見で知られる小坂憲司先生（横浜市立大学名誉教授）とは共著も発行させて頂きました。

塩井純一先生（米国マウンツサイナイ医科大学）からはアルツハイマー病の分子基盤について学ばせて頂きました。

キャリアとしては、社会福祉法人青葉福祉学院常務理事、横浜福祉研究所所長を経て2011年に認知症高齢者研究所を設立し代表理事に就任しました。

■「キョウメイションケア」を確立されたのは、どんな問題意識からでしょうか。

羽田野 2000年から認知症高齢者のデータを蓄積して、2001年に宮崎雅子先生（カナダ・アルバータ州立大学院リハビリテーション医学博士）の指導の元で「キョウメイション」理論を構築し、2002年にトロントで開かれた在宅看護介護国際学会で発表しました。同じ年に、日本介護福祉学会においても発表させて頂きました。

認知症ケアでは、患者さんの様々な症状を捉える必要がありますが、長期間の観察が必要のため生活に関わる介護現場でないと捉えられません。さらに個々の発症のメカニズムを捉えて、脳の機能障害として位置付けないと認知症のケアはできないというのが私の見解です。ケアとは、病を癒し治すための対人援助の技術です。介護現場では措置時代から経験則でケアする慣行が今でも続いています。私はグループホームの介護を通じて、経験則では対応できないことを知りました。記憶、忘却、認識、思考など脳の高次機能の仕組みに関する知識が

これからの介護事業経営を探る」

ないと、認知症ケアはできず、ただただ得体の知れない現象にしかみえないからです。

■「キョウメイションケア」の特徴について教えてください。

羽田野 キョウメイションケアのキョウメイは共鳴を意味しています。弦楽器は弦のコードを的確に押さえないければ綺麗な音は出ません。フレットから離れた位置で押さえると不規則な音が混じり弦は綺麗に振動せず汚く聞こえてしまいます。電気信号で動く脳の機能も同様で、一つひとつの症状には、それに対応した脳機能の弦があるので。認知症という病態は脳の病気によって惹き起こされる脳の不規則な信号の結果ですから、それらの脳機能障害の実態を見つけ病態メカニズムをよく知れば、どこから発生しているかを正確に理解することができ、それに対する理屈に合った科学的な対策を見つけて日常生活に活かそうというのがキョウメイションケアの考え方です。

認知症はその種類や程度に

よって差異はあるものの、一般的には対人援助に困難を来たすことが多い原因の一つには、真正面からの近づきや介護者側の一方向の接し方なのです。人間は他人が真正面から近づいてくると、落ち着かなくなり不快に感じバーソナルスペースが壊れて退いてしまいます。実は、これが相互関係の限界だと思っています。キョウメイションケアでは、共同注視と言って介護者は認知症の人の横に添いながら同じものに注意を向けます。本人が何を

見ているのかを一緒に見ることで認知症の人の心のイメージを共有し、相手の視線、身振り、指差しや発声から、相手の感情の動きに関心を払いながら声掛けを行っていく接し方を基本にしています。

本人がひまわりを見ていたら「ひまわりがきれいですね」と声をかけて、示す反応から残存能力を把握していきま

す。タッチングが前提ではありませんが、手や背中を触ることは推奨しています。心臓の鼓動に合わせて1分間に60回程度、子どもを寝か

しつけるように背中を軽く叩くのですが、このとき介護者の手は本人と同じ側の手を握ります。本人が左手を痛い箇所に移動させたら、介護者も左手を重ねたまま移動させれば、どこが痛いのが分かれます。逆に、正面から「痛い？」と声掛けても、オウム返しのように「痛い」と返ってくるだけで、本当にどこが痛いのかまでは分からないことが多いからです。

■総務省の支援を受けた「認知症対応型・O・Tサービス」実証事業はどのような現状にありますか。

羽田野 2025年問題である介護難民、老々介護、認知介護の課題解決を始めとする介護人材不足の解消と介護負担の軽減が事業の目標です。ゴールは、キョウメイションケア理論に基づいた認知症対応型AI・O・Tシステムを活用してデータ解析によりBPSD予測を行い、認知症に対する理解と適切な対応を推奨する、経験則に頼らない専門的な運用システムを確立して、認知症の人が住み慣れ

た地域で、自分の頭で考え、自分の足で歩き、たとえ認知症になっても楽しめる社会をつくることです。現在では総務省事業はAMED（日本医療研究開発機構）に移管され、代表団体である認知症介護研究・研修東京センターや国立長寿医療研究センター、産業技術総合研究所、電気通信大学らと共に共同研究者として参画しています。

この事業では、認知症の状態を正確に把握するために、高度な音声入力技術による自然言語処理や機械学習などを活用したチャットボットで介護情報を記録しニーズと立場に立ったデマンドを推論したり、介護記録やセンサーデータなどを分析して、BPSDの予測、発症や進行の過程、ケアの方法論などを見出していきます。私の役割はデータ収集によりBPSDの出現の早期予測と予防方法で、関連団体などの協力を得て日本中の介護施設や物忘れ外来を標榜している病院からデータを収集してAIで分析する体制を固めています。

■医療介護事業経営者へのメッセージをお願いします。

羽田野 1日に5分でもいいので、認知症をケアする方は本人の隣に座って、何も語らずに本人と同じ光景を眺める共同注視をしてみてください。黙して語らない本人がどういう気持ちになっているのかが、おのずと分かります。そのゆとりを介護職員に持たせてください。隣にすわって認知症の人の心が感じられれば、その人の内側にある言葉や仕草にヒントを見出し会話が始まりますし、職員は予測しつつ関わり日々の変化を今まで以上に気づけるようになるでしょう。

この関係ができるだけで、認知症の人はストレスが取れて安心感を持って暮らせるようになります。すると、逆に職員に「大丈夫？ 顔色が悪いんじゃないの？」と話しかけてくるようにもなってきます。本人の気持ちや思い、ゆとりを持つ職員を育てることで相互作用の関わりも始まります。そんなキョウメイションケアを是非ためしてみてはどうでしょう。

(文／編集部)

初期集中支援チームを8年運営 年間100例のケア受け持つ

2012年に認知症初期集中支援チームの研究事業が、国内3カ所ではじまった。そのうちの1カ所、東京都世田谷区でチーム運営を担う遠矢医師。8年におよぶ初期集中支援チーム活動の成果と課題を尋ねた。



医療法人社団プラタナス
桜新町アーバンクリニック

院長 純一郎 氏

対してガン緩
和ケアや認知
症ケアなどを
行っています。

当時家庭医
は日本ではな
かなか馴染み
がありません

■遠矢先生のご経歴と桜新町
アーバンクリニックの概要を
教えてください。

遠矢 1992年に鹿児島
大学医学部を卒業し、鹿児島
大学医学部第3内科に所属。
2000年、用賀アーバンク
リニック開設に参画して副院
長に就任し、2009年に桜
新町アーバンクリニック院長
に就任しました。桜新町アー
バンクリニックは家庭医やプ
ライマリ・ケアを専門とする
クリニックで、在宅医療も
400名を超える患者さんに

でしたが、赤ちゃんからお年

寄りまで診ること、地域と
連携しながら、おひとりおひ
とりの患者さんに寄り添い、
その方の健康問題に責任を持
つ役割をめざしており、在宅
医療もその延長上にあると考
えています。

■先生が認知症ケアに取り組
んだキッカケについて教えて
いただけますか。

遠矢 在宅医療の患者さんの
7〜8割以上の方が認知症を
お持ちなので、身近な病気と感

じています。しかし認知症に
なっても、その人らしく暮ら
し続けられるか、生きられる
かと言えば、必ずしもそうで
はありません。結果として家
族の希望により施設や病院に
入ることも経験してきて、認
知症に対するケアが改善され
ないものかと思ひ続けました。

そんな矢先の2012年
に、日本でも認知症ケアの新
しい施策を策定するための調
査として、認知症ケアの先進
国を視察する厚生労働省の研
究班に加えていただきました。
2週間近くかけてオラン
ダ、フランス、イギリスを視
察したのですが、それぞれの
国でも高齢化に伴い認知症が
大きな社会課題になってお
り、さまざまな取り組みが始
まっていました。

とくにオランダは先進的な

取り組みをしていて、それぞ
れの地域で認知症の方の居場
所づくりや社会参画の機会を
設けていることが非常に印象
的でした。廃棄した農場を活
用して、認知症の方が作物を
栽培したり、家畜を育てたり
する農場型デイサービスもあ
りました。日本のデイサービ
スは決められた日に送迎され
て、皆で歌を歌うなどさまざ
まなアクティビティをなさつ
ていますが、利用者さんに
とっては通う意味を見出せな
いという声を聞きます。

自分で種をまいた作物が
育って、それを収穫して、皆
で料理して食べたりする農場
型デイでの過ごし方を見て、
自然に触れたり、仲間と共同
して何か生産的なことに関わ
れることが素晴らしく、認知
症になっても生きがいを持て
るような生活は、認知症に
とつてもより良い状態でいら
れるだろうと感じました。

■他の国ではどのような認知
症ケアが実践されていたので
しょうか。

遠矢 イギリスで視察した

「メモリーサービス」は、日
本の初期集中支援のモデルに
なったサービスです。認知症
の初期の方に対して、地域の
専門チームが自宅に訪問し生
活状況や認知症の状況を把握
したうえで、その方にふさわ
しいケアプランを立てていき
ます。当時の日本には「早期
診断・早期絶望」という言わ
れ方がありましたが、ただ医
療的な介入をするだけでなく、
認知症とともに生きる生
活の困り事に対するアウト
リーチ型のサービスが認知症
ケアで不足していることを知
る機会にもなりました。

その後、オランダプランが
策定され、日本でも初期集中
支援を始めることになりました。
2012年に全国3カ所
(世田谷区、仙台市、福井県敦
賀市)で厚生労働省の研究事
業として開始され、我々も世
田谷区からの委託で初期集中
支援に取り組みはじまりました。

■初期集中支援事業にどのよ
うにして取り組まれたので
しょうか。

遠矢 当初、何をしたらよい

これからの介護事業経営を探る」

のかと戸惑いましたが、まず認知症の方とご家族に必要な支援は何かを考えました。ご本人の認知症状に対する不安や生活の困りごとや、ご家族が認知症にどう関わっていか

ばよいのか分からないとか、行動心理症状への対応などをいっしょに考えること等を繰り返しました。

世田谷区における初期集中支援は、地域包括支援センターが最初の相談窓口となり、そこからの依頼で専門チームが関わるスキームになっています。世田谷区には地域包括支援センターが28カ所もあって、それぞれのセン

ターに認知症相談員が配置され、困り事を受け止めています。相談員のほとんどが看護師や保健師で、多くのケースをマネジメントしています

が、そこでは難しいケースが、そこで集中支援チームに依頼されました。おのずと困難事例が多く、本人が暴れてしま

ったなど、自宅の中に入れていただくまで何度も訪問するという経験もしましたが、その方やご家族が何に困っているかを丁寧に紐解きながら、徐々に関係性を築けるように配慮しています。

■初期集中支援事業の課題としてどのようなことが見えてきたのでしょうか。

遠矢 この活動を始めて今年で8年目になり、年間100例を超える事例を経験してき

ました。この数は全国でもかなり多いほうではないかと思いますが、経験するほどにスキルも高まっていき、パートナーとして動いてくださっている地域包括支援センターの方々も初期集中支援を理解して、よりふさわしい事例を選んでくださるようになっていきます。

初期集中支援の初期は診断が付いていないか、もしくはいまだ何の支援にもつながることができていない方へのファーストタッチを意味し、集中は6カ月間の期間が限定された支援という意味です。

本来は早期の方がより穏やかに在宅で暮らし続けられるように支援することが目的ですが、東京など大都市も含めてそれぞれの地域には認知症専門チームが他には存在しないので、結果的に初期集中支援チームにかなり進行した認知症に伴う困難事例が集中しています。

早期の認知症に関わるための専門チームという本来の目的とは異なる状況になっていくことが課題だと思っています。

■先生が関わっておられる認知症カフェと世田谷区からの受託事業である認知症在宅生活サポート事業の現状についてお聞かせください。

遠矢 私どもは直接運営していませんが、世田谷区では約40カ所の認知症カフェが運営されています。区の認知症在宅生活サポートセンターの役割は、世田谷区が実施している認知症に関わる様々な活動、例えば初期集中支援や物忘れ

相談会、家族会や様々なインフォーマル・サービスへの支援などを集約して進めることにあります。この事業を当院で受託していて、認知症カフェも支援しています。区内のカ

フェについて、どこで、どんな人たちが、どんな運営をしているかをデータベース化して、区民が見て分かりやすいパンフレットを作成しました。

■昨年6月に取りまとめられた認知症施策推進大綱について、医師のお立場からのご意見をお願いします。

遠矢 オレンジプランにより、「認知症になっても、住み慣れた地域で暮らし続けられるように」という大きな方針が決められたことはとても重要な変革だと思います。またこの4・5年ほどの間で、認知症の当事者の方々が自ら世の中に発言なさるようになりました。当事者活動は世界的な流れで、施策や条例の策定においても、認知症の方の意見を聞くというレベルではなく、認知症の方も委員会のメンバーに入っ

て頂き、一緒に議論し構築していく「Co-production」という考え方が広がっています。世田谷区での認知症条例策定の委員会にも認知症の方

拘束ゼロ+脳活性リハ5原則

「大誠会スタイル」を展開

群馬県初の認知症専門病棟を開設した内田病院は研究機関との連携を進めて、認知症医療・ケアに関する多くのエビデンスを発表してきた。「大誠会スタイル」を学ぶ体験型研修センター志学舎には法人職員の他、国内はもとより海外からも多くの参加者があるという。大誠会の認知症ケアについて田中理事長が解説する。



医療法人大誠会 理事長

田中 志子 氏

常勤で来てくださっていたので、老年医学を学ぶことができました。

大誠会は内田病院を母体として、老健として

■先生が内田病院に就職されたときには、既に認知症ケアを実践されていたのでしょうか。

田中 いえ、認知症の患者さんがいらっしやいました。その患者さんへの対応に父も職員もどうしたらいいのかと困っていました。そこで私は医師というよりも看護師か

介護士のようになって、患者さんと一緒にトイレに行ったり、どのベッドなら睡眠を取りやすいかなど手探り状態でした。

■「大誠会スタイル」確立の経緯、成果や課題についてもお聞かせください。

「大誠会スタイル」と命名しているのですが、平成14年に私は医師として初めて認知症介護指導者の資格を取って、長谷川一夫先生がセンター長をされていた認知症介護研究・研修東京センターでパーソン・セントード・ケアを学びました。国がパーソン・セントード・ケアを推奨して3年目ぐらいのときですが、その前から内田病院で実践していたので「やっていたことは間違っていないかった」と確認できました。

解し、ついてきてくれるようになったので、本当に楽しかったですね。

大誠会スタイルでは、身体拘束をせずに、山口晴保先生（認知症介護研究・研修東京センター・センター長）が提唱された①快刺激②褒める③双方向コミュニケーション④役割⑤エラーレス（失敗を防ぐ支援）という「脳活性化リハ5原則」と同じことを実践していました。学術的な根拠を示すために、内田病院は山口先生とコラボレーションして、先生に顧問に就任していただいています。「身体拘束ゼロ+脳活性化リハ5原則」が大誠会スタイルです。

■ご経歴と認知症に取り組んだ経緯をお聞かせください。

田中 平成3年に帝京大学医学部を卒業してから、内田病院の院長だった父の強い希望により地元に戻り、群馬大学第一内科に入局しました。結婚を機に大学病院を辞めて内田病院に就職し、今日に至っています。認知症については必要に迫られて独学で勉強し、認知症介護の資格を取ったりしました。幸い、東京大学老年病科の先生たちが非

は群馬県で初となる認知症専門棟を開設しました。以降、認知症医療・ケアを主軸に据えて、グループホーム、特養など様々な事業を展開しています。その事業の中で、認知症の方に対する偏見は障がいの方にも向けられていることに気がつきました。認知症の方と障がいの方に対する関わりは一緒なので、認知症の方に対する考え方を活かして障がいの方にも対応しています。

■先生が内田病院に就職されたときには、既に認知症ケアを実践されていたのでしょうか。

田中 いえ、認知症の患者さんがいらっしやいました。その患者さんへの対応に父も職員もどうしたらいいのかと困っていました。そこで私は医師というよりも看護師か

■「大誠会スタイル」確立の経緯、成果や課題についてもお聞かせください。

田中 内田病院に入った当時は19床の有床診療所がいきなり100床の病院に拡大したばかりだったので、マネジメントができていませんでした。会議体の見直しなどから入り、それから認知症ケアに本格的に取り組めるようになりました。一番の問題は身体拘束をなくすことでした。当初の半年間は孤軍奮闘で大変でしたが、その後は職員が理

そのケアを行うことで患者さんは怒らなくなり、身体を拘束せずに済むようになりました。活動性も上がるので、患者さんの身体機能についてデータをどんどん取って、症状を好転させることに取り組み、発表しています。

患者さんや利用者さんの状況を通して、やはり地域での信頼をいただけていると思います。それから大誠会スタイル

ルが関心を呼んで、職員の採用にも役立っています。実習に來た学生も「雰囲気が良いから」「縛らないから」という理由で職員として就職する例があります。

課題は人手不足です。沼田市は人口の減少している過疎地でもあるので、採用環境が厳しく、ブラスアルファの事業を始めようかというときに職員が足りていません。

■認知症ケアについて地域への広報や啓発はどのようにされていますか。

田中 こちらから活動するのではなく、依頼を受けたらお応えするというスタイルで取り組んでいます。昨年、私は約60本の講演をさせていただくなどコロナの前は飛び回っている状態で、認知症に関する研究、地域共生に関するテーマ、ACPなどに関する依頼を多く受けました。学会発表はグループで行うスタイルで、全員が発表でき、全員が広報できることをめざし、全国規模の学会や大会で発表し続けています。今年12月に

は私が大会長を務める日本慢性期医療学会でもグループで発表します。

この取り組みは私が認知症ケアに関わったときから意識していました。当時の発表は「笑顔になった」という内容でしたが、笑顔ではエビデンスになりません。どうすればエビデンスになるかをずっと考えていました。自分たちのケアが成果を出すことの確信は持っていますが、世間に納得していただくために、何とか数字に示せないかと最初から強く意識していました。それもあって公衆衛生の学位を取りにいたり、山口先生に顧問になっていただいたりして、研究機関との関係を太くしたいと思っていました。

これまでに学会発表や論文発表を通じて、多くのエビデンスを出し、さらに職員と一緒に書籍を出し、動画で患者さんの症状が改善している姿を発表してきました。

■田中先生は内田病院が平成22年に群馬県から委託された認知症患者医療センターのセ

ンター長に就任されています。医療センターの現状と課題についてお聞かせください。

田中 私は厚生労働省の班研究にも参画していますが、一番指摘されているのは診断後の支援が足りないことです。その点、私たちは診断後の支援を得意とし、開業医との連携もできています。初期集中支援で直面する課題は、生活保護手前や生活保護を受けている高齢者の認知症や、免許証の返納支援です。認知症の方の免許返納支援は上手く回っていますが、相当時間がかります。当院には意欲の高い職員が多いので、このような大変な業務も上手く回っています。

■「認知症施策推進大綱」へのご意見や人材育成についてお聞かせください。

田中 方針を明確に示していただいたと思っています。AI活用を盛り込んだことや、本人をしつかりと組み込んでいることなど政策が変わってきています。ただ、大綱に書かれた政策を実行できる地域

と実行できない地域に分かれると思います。

大綱を受けて私たちは実行しやすくなりましたが、大綱の内容から遠い距離にいる方々にとっては「何を言っているのだろうか？」と理解に苦しむ内容なのではないかという気がします。引っ張っていく地域リーダーがいるかいかも大きな問題で、全国に名前が知れわたっている先生がいらっしゃる地域は、物事がよく回っていて本当に強いのです。皆さんに知識も広げられるので、地域のボトムアップができています。

沼田市は認知症に対する市民意識が他の地域よりも高く、皆さんが勉強熱心になってくれているので、ボトムアップできていると私は自負しています。「認知症になっても何とかなる」という雰囲気ができる、認知症の方が生きやすくなりますが、逆に意識が低く「認知症になったら大変だね」という地域では、コーディネーターの育成も上手く進んでいないのではないかという気がします。

内部の人材育成では、職員全員にテキストを購入してもらい、動画でケアを撮影し、振り返りをしたり、学会発表をすることで力をつけてもらいます。院内外研修、資格取得のほか、法人内に志学舎というゼミがあり、社会人としての知識からレポートを書く技術まで幅広く学ぶことができます。

■認知症のブランディングについてお聞かせください。

田中 必要なことをやっていて、自分たちにしかできないことをやれば、ブランドになります。自分たちがやってきたことは、まだまだ他法人ができていないことも多いので、それをどう発信し、どう自分達が自覚するか。認知症の診断までではなく、徹底的に支援する。プランAとプランBをもつて、オンリーワンになることが重要なことだと思います。そして自分達のノウハウは惜しみなく出す。頑張りたい人を引っ張り上げる。それは志学舎の考え方でもあります。

(文／編集部)

毎月開く家族会で情報共有

利用者の世界観に入ってケア

家族参加型の認知症ケアに取り組んで20年の実績を誇る、あやの里（熊本市）では、毎月家族会を開催している。家族会、認知症ケア、認知症カフェなど、あやの里の認知症ケア提供体制について岡元副代表に尋ねた。



氏 岡元 奈央
特定非営利活動法人あやの里 副代表

約65名です。私は航空会社の客室乗務員として15年勤務した後、2010年あやの里に入職しました。

■岡元副代表のご経歴、法人設立の経緯、法人概要についてお聞かせください。

岡元 あやの里は私の母で現代代表の岡元俊子が、特別養護老人ホームや熊本市社会福祉事業団勤務などを経て2001年に創業しました。運営する事業所は、居宅介護支援事業所、グループホーム（2カ所）、デイサービス（2カ所）、ヘルパーステーション、有料老人ホーム（18名）、認知症カフェ8カ所。職員は

■あやの里における認知症ケアの特徴とその取り組みの実際についてお聞かせください。とくに評価の高い家族参加型の認知症ケアの取り組みは、いつ頃からどのような経緯で始まったのでしょうか。

岡元 岡元代表は、認知症という言葉がなく、グループホームもなかった時代から、認知症の方だけで一緒に暮らしたほうがよいのではないかという考えを持っていました。2001年にグループ

取っても信頼していただいていることが分かります。例えば転倒事故が起きても「日頃きちんと対応してくれていることは分かっています」と大変協力的に関わっていただいています。この信頼関係が全てのサービスにつながっていると感じています。

■実践されている認知症ケアにはどんな特徴があるのでしょうか。

岡元 他の介護事業者に比べて認知症ケアに関する研修をかなり多く行っていると自負しています。介護の実技研修、認知症に特化した研修、全体研修、配属先での研修と職員1人が参加する研修だけでなく月に4件は実施、ケース検討会などを入れると認知症をベースとした学びの場はそれ以上となります。職員が研修に参加している間は他事業所の職員が応援に来たりボランティアの方に現場に入ってもらったりなど、全て勤務時間内に実施できるよう工夫しています。

それから、あやの里はグ

ループホームを皮切りに認知症対応型通所介護事業所など、認知症に特化した事業所運営の経緯があり、職員も認知症を学び、認知症に向き合おうという姿勢が生まれてきているのだと思います。

■認知症ケアで最も大切にしていることや具体的な取り組みを教えてください。

岡元 代表からも職員からも「その方の視点で」や「その方の感じている世界」という発言がよく聞かれます。この方は、これまで、誰とどのような暮らしをされてきたのか。その歴史の延長線上にある「今」何を感じ、求め、思われているのか等想いを馳せ、「家に帰る」という方にはその時々様々な心情をイメージし、その方が納得されるまで職員も一緒に外出したり周囲を散策したりします。また、今暮らす場所がご本人にとって「納得のいく日常の場」であるよう、ひもときしートの等のツールも活用しチームとして取り組むことを

大切にしています。

■入居時にご家族の役割などで合意する事項はあるのでしょうか。

岡元 入居前にはご家族と様々な話し合いを重ねますが、ひとつ大きな入居の条件は毎月の家族会に必ず参加することです。さらにホーム内で鍵をかけ、本人を拘束すること等はしないので、転倒等のリスクがあることもご了承くださいます。

家族会に参加すると既存の家族があやの里のルールを教えてくれて、家族同士で情報共有ができるので「家族会に毎月参加したほうがよい」という空気感があると思います。

■家族会のプログラムや運営方法ではどのような工夫をしていますか。

岡元 毎年、家族会の年間スケジュールを発表しています。4月は新年度体制の報告、5月は理事会の報告や介護報酬改定の説明などを行い、他の月は認知症の最新情報提供、看取り研修などを組んで

毎月午前10時30分にスタートします。最初の30分は今お話ししたテーマを説明する研修に充て、次に日々の様子を動画などで報告します。さらにバーベキューパーティー、プロの踊り手による演舞、クリスマスコンサートなど所要所にホッとできるメニューを盛り込んでいます。

ご家族が帰られた後は慰労を兼ねて職員の食事を開き、ご家族に見ていただいた動画を流すのですが、ご利用者の笑顔や自分たちの奮闘ぶりを見て、ご家族以上に職員が泣いてしまうのです。モチベーション向上に役立つなど相乗効果を感じています。

■ご家族からはどのような感想が届いていますか。

岡元 毎年アンケートを取っていますが、総評として「認知症になったら自分も入りたい」とおっしゃってくださっていることが、大きな安心材料です。それから「家族会と同じ悩みを持った方と一緒になれることはすばらしい」とおっしゃる方がとても多いで

す。先輩家族の親が看取り期に入っていくときに、介護の初期からどう推移していくかを教えてもらうので覚悟ができるという感想もあります。職員はこうした心境にもっと寄り添わなければならないという気づきを得られます。

■バリデーション、パーソンド・センタードケア、センター方式、ユマニチュードケア、ひもときシートなど様々な認知症ケア方式をどう評価されていますか。取り入れている方式はありますか。

岡元 全ての方式を取り入れています。とくにセンター方式はご家族の協力を得て研修会を開き、ケース検討会でも活用するなどベースにしています。ユマニチュードケアも毎年研修会を開き、ひもときシートは適宜使っています。バリデーションも研修会を開き、パーソンド・センタードケアは新人研修に必ず盛り込んでいます。状況に応じて各方式を実践し、この分野は研究が進んでいるので最新の情報もつねに入手しています。

職員からは、介護福祉士や認知症ケア専門士などの資格取得への希望が申請されています。

■あやの里では、地域に対して認知症ケアの様々な啓蒙活動を行っています。具体的な取り組みについてお聞かせください。

岡元 10年ぐらい前から認知症に特化した施設であることが熊本県内で認知されるようになりました。代表は毎年、県内の大学で認知症について講義し、5年前に私が認知症カフェ「asa cafe」を立ち上げたときには多くの大学生が関心を示してきましたし、その他にも台湾と中国を含めて複数の大学が認知症カフェでゼミを開きました。

■「asa cafe」開設の経緯やコンセプトについて教えてください。

岡元 私が認知症に関わって最初に受けた研修テーマが地域包括ケアシステムで、介護事業所は地域の拠点として市民全体を対象にすることを

学び、衝撃を受けました。私の中で地域包括ケアシステムが大きなテーマとなり、地域と隔たりのない空間を探していたところ、認知症カフェを知ったのです。

これが2012年のことで全国に認知症カフェはまだ9軒しかありませんでした。豊かな日常を運営テーマにして、地域向け家族会やコンサートのお手伝いの拠点として機能させています。

(文／編集部)



(右・左) 毎月1回開催される家族会の様子。

ユマニチュードケア導入で 穏やかな看護・介護へと変化

全職種・全職員がユマニチュードケア研修を受け、職員と患者の関係性に変化が見られた郡山市医療介護病院。導入発案者の宗形氏が着目したのは「優しさを伝える技法」という特徴である。導入の経緯や成果、今後の取り組みについて尋ねた。



郡山市医療介護病院 看護部長

氏 初枝 宗形

郡山市医療介護病院は2006年に開院しました。この病院は郡山市が開設し、郡山医師会が管理運営しています。急性期

■貴院における従来の認知症医療・ケアの経過、ユマニチュードケア導入の経緯についてご説明ください。

宗形 開院以来、高齢の慢性期疾患を持った患者さんをケアしてきたので、認知症の方も多く入院していましたが、認知症に特化したケアを実施

していたわけはありません。ユマニチュードケアの導入は、私が長年助産師として働いてきたことに大きく関わっています。この病院の看護部長になるまでは、コミュニケーションを取れない方と接したことがあります。と

ところが、この病院では認知症の患者さんも入院されていて、コミュニケーションが取れずに「どうしたらいいのか？」と悩んでいました。

そのような折、『看護管理』2013年10月号の特集にユマニチュードケアが紹介されていて、初めて知る言葉でしたが、「優しくない人でもユマニチュードの技法を使えば優しさを伝えられる」という文章がありました。この文章を読んだときにびっくりしたのです。

私はスタッフに「優しくしてあげなさい」「優しくしてあげなさいダメだよ」と平気で言っていました。スタッフが私の優しさと自分の優しさが違うことに気づきます。しかし、優しさは技術であるという文章を読んだことで、ユマニチュードに取り組むキッカケができました。そのうちユマニチュードの情報を集め始め、誰に言うこともなく東京にひとりで研修に行ったりしました。

看護師はいろいろな技術を学びますが、私は優しさを伝える技術に非常に興味を持ち、何とかユマニチュードをこの病院に取り入れたいと願っていました。大事なことは院長がどう考えるかです

が、院長に説明したところ、「こういう技法を学ぶことも必要だ」と理解してくれましたので、病院全体でユマニチュードケアを取り入れることになりました。

■院内での導入研修はどのようにして実施したのでしょうか。

宗形 日本ユマニチュード学会代表理事の本田美和子先生（国立病院機構東京医療センター総合内科医長）が病院全体で取り組めるところを探しておられたように、2014年4月から、本田先生やユマニチュード提唱者のイヴ・ジネスト先生などによる研修が始まりました。事務職も含めて全職種・全職員が3時間コースを受ける研修で、座学よりも体験学習を中心にした指導を受けました。

本田先生もイヴ先生も、現場で一番困難な患者さんに対して実践をして、職員がその技法を学びました。同時に、ユマニチュードを導入した病棟と導入しない病棟との検証

■宗形部長のご経歴と郡山市医療介護病院の概要をお聞かせください。

宗形 私は1976年に福島県立総合衛生学院の助産学科を卒業し、総合病院で助産師として働いて2005年に退職しました。その後、地域での母子保健活動や学校での性教育活動などを行っています。この活動は今でも継続しています。2009年から郡山市医療介護病院の看護部長に就いています。

から在宅へつなぐという趣旨で開院した病院で、医療療養病床が40床と介護医療院が80床の120床です。職員数は146名で、うち看護職が54名、介護職が33名、常勤医師が3名、非常勤医師が33名。非常勤医師は医師会の会員医師が当直や土日に勤務する体制を取っています。介護医療院を開設したのは2020年4月で、それまでは介護療養型医療施設でした。

も行ったので、全職員の研修を終えるのに半年かかりました。

■ユマニチュードケア導入によって、どのような成果を得られましたか。具体例をお聞かせください。

宗形 全職員が研修を受けた直後、驚いたことが起きました。口腔ケアを行うとき、いつも使っていたバイトブロックを、いつの間にか誰も使わなくなっていたのです。

それから「死にたい」と言っていた患者さんが、廊下ですれ違った職員に「ありがとう」と声をかけてきたこともあり、また病棟に常備しておいた眠剤が使われなくなりました。

BPSDの激しい人に対しでは、職員は「困った」と言いますが、以前とは意味合いが違います。困ったけど、困っていないのです。余裕が出ました。さらに患者さんが「嫌だ」と言ったことに対して「得しようと思わず、「嫌なんだね」と全職員が応じられるようになりましたが、これもユマニ

チュードケアから学んだことです。食事も入浴も無理にさせることはしていません。

強制しなければケアする側も楽ですし、患者さんもしっかりスドできます。患者さんの身体を動かすときには五歳の子どもに手を貸す程度の力でよいと学んだことで、皮膚剥離も半分に減りました。BPSDもユマニチュードケア導入前よりも早く落ち着くようになりました。

■家族のケアへの参画状況はいかがでしょうか。

宗形 入院患者さんの平均年齢は89歳なので、元気に歩いて退院できる人はいません。認知症が激しくても自宅に連れて帰りたいと希望される方もいますので、ユマニチュードケアの考え方を伝えていきます。退院する患者さんと家族に職員が同行したり、自宅で排泄介助の仕方を教えたりしています。

■介護福祉士、看護師、医師にはどのような変化が見られましたか。

宗形 じつは職員の中でも介護福祉士はすでに他の認知ケアのメソッドも学んでいて、ユマニチュードケアに対して「なぜ今更こういうことをするのか？」と疑問を持っているスタッフもいました。

しかし、そういう職員ほどユマニチュードケアに熱心になり、自分が変わり、患者さんとの関係性を築けるようになっていきます。「寝たきりの方は話が分からない」と思っていたが、ユマニチュードケアによって、じつは話が分かることを知って、患者さんに対する前提が変わった」という職員もいます。

一方、医師もユマニチュードケアの研修を受けます。医師は一人で40床や80床を担当していますが、看護師や介護士がどのような目で患者さんを見るか、どのような報告をしてくれるか。それで自分たちは多くの患者をみる事ができる。スタッフのケアと報告と判断がなければ減薬につながらない。「減薬が必要だと思えば（医師に）減薬を指示してほし

い」と言ってくれ、医師とスタッフ間の信頼関係が強くなっています。

■学会発表など実践内容の報告には、どのように取り組んでいますか。

宗形 毎月、看護部で実施する研修会に必ずユマニチュードケアの事例報告を組み入れています。ここで蓄積した事例を認知症ケア学会や慢性期看護学会などで発表していますが、発表内容を作成する過程で看護師は多くの学びを得ているように思います。

■ユマニチュードケアの取り組みについて今後のビジョンについてお聞かせください。

宗形 ユマニチュードケアは継続的に学び続け、ひとり一人が身に着けていく技法だと思っています。本田先生からは「自転車の乗り方を覚えれば、ずっと乗り続けられることと同じだ」と教えられましたが、この数年実践してきて、先生の教えを理解できました。理論と技術を繰り返し学び続け

ていくことをどう企画するかが、これからのテーマだと思っています。

（文／編集部）



（左）認知症カフェの様子。この日はルワンダ人歌手のコンサートが開催された。（右）当院インストラクターによる「立つ支援」の研修の様子。

各国から視察団が訪問する

地域共生の先進モデルを確立

神奈川県藤沢市の小規模多機能型居宅介護（以下、小多機）「おたがいさん」には認知症の利用者が多い。だが、日中は近所の子どもの遊び場となり、利用者は特技を活かして普通の日常を送っている。マニュアルに拘泥されない認知症ケアについて、あおいけあの加藤社長が「私の意見が正しいとは限らない」と断ったうえで報告する。



株式会社あおいけあ 代表取締役

加藤 忠相 氏

無添加の食材を使用したコミュニケーション・レストランを開き、駄菓子屋を経営していた利用者さんが駄菓子を販売しています。

念から脱却し、QOLの本質に迫る取り組みではないかと思えます。そもそも介護とは何かについて、ご見解を聞かせてください。

加藤 ケアの意味は「気にかける」ことです。語源はラテン語で「耕す」という意味です。ケアの目的は相手を気にかけて、生活を耕してあげること

で、毎日10時にお茶を出すなどマニュアル通りに「業務」を遂行することではありません。ケアする仕事に求められるのは①回復をめざす②現在の機能を保つ③以上の2つができないときは最後まで寄り添う。この3つです。ところが、

社会福祉法人理事長や経営幹部には、いまだに1963年施行の老人福祉法で示された「療養上の世話」つまり福祉から

ら抜け出せない人が多いのです。介護のテーマは介護保険法の施行で「自立支援」に変わり、その後「尊厳を支える」「地域包括ケア」を経て、今のテーマは「地域共生」です。

こんな出来事がありました。社会的地位の高い人たちが出席する行政の会議で、事務局が「介護の成功事例を集めよう」と発言したときに、私が「成功事例とは何かを教えてください」と確認したら、誰も答えられませんでした。私が考える

介護の成功事例とは「最期までお付き合いできたこと」です。おじいちゃん、おばあちゃんからスタッフが「あなたで良かった」と言われることがあります。私は、おじいちゃん、おばあちゃんに対してス

タッフが「あなたに出会えて良かった」と思えないと介護は成立しないと思っています。

■提供している認知症ケアのポイントは何ですか。

加藤 利用者さんには認知症の方が多いのですが、建物の窓は掃き出し型で、日中は鍵を開けています。しかし徘徊

に出てしまうことはありません。徘徊するのは居たくない環境をつくるからです。役割があったり、居心地が良かったりすれば、認知症でも出ていきません。皆さんの事業所に皆さん自身が8時間とか快適に過ごすことが出来ればまったく問題ないと思います。

認知症という病名はありません。認知症とはクシャミや咳と同じ「症状」です。約70種類の原因病をもとに脳細胞が死んで出てくる症状が、記憶障害や見当識障害などの中核症状です。それが、徘徊、興奮、暴力、幻覚・妄想などの周辺症状と呼ばれる行動を引き起こします。多くの介護施設では鍵を閉めるなど行動に働きかけていますが、介護職が働きかけるべきなのは症状で困っている方が困らない環境・心理状態をつくることです。

記憶の種類からケアを考えると、記憶には、障害されやすい意味記憶とエピソード記憶とプライミング（呼び水）記憶があり、あおいけあでは、後者の2つの記憶に働きかけ

■あおいけあの事業概要と施設の特徴について教えてください。

加藤 1999年に当社を設立しました。グループホーム運営からスタートし、現在はグループホームとサテライト2カ所を含む小多機3カ所を運営しています。職員数は47人で、そのうち7人は子ども同伴で勤務し、子どもは施設内で高齢者と遊びながら過ごしています。小多機には書道教室を併設しており、毎週130人の子どもが通っているほか、

また、扉を取り払ったので、敷地内の私道が住民の通勤通学に利用されています。来年1月には、施設の向かい側に独居高齢者向けアパートを開設し、（徒歩1分の場所。高齢者住宅ではなく若者が住みたくなる高齢者も断らないアパート）パスタが経営するコーヒー専門店や訪問看護ステーションや、在宅訪問診療所も入居します。

■御社のケアは介護の既成概

これからの介護事業経営を探る」

ることを主眼にしています。包丁を持って野菜をカットしてもらいうのも手続き記憶に働かかけているからです。折り紙や塗り絵など福祉の発想によるマニュアルでは働きかけられません。その人のストレス（強み）を探してあげて、実行してもらえると、充実した時間を過ごしていることを実感できます。これが自分らしさの源泉です。

■どのような成果が出ていますか。エビデンスがあります。たらお示しください。

加藤 うちの利用者さんには他の施設では対応できない重度の方が多く、最初は車椅子で入ってきますが、やがて歩けるようになり、食事の用意や食器洗いもできるようになっています。

エビデンスについては、静岡大学がユマニチュードとおいけあを比較分析しました。その結果、利用者さんから受ける「アイコンタクト」「見る」「話す」の量が、ユマニチュード習得の経験豊富な病棟看護師よりも、あおいけあ職員の

ほうが上回っていることが明らかにになりました。

■自立支援はどうあるべきだとお考えでしょうか。

加藤 自立支援を「欠損部分の補填」と考える介護事業者が少なくありませんが、欠損部分の補填ではありません。社会とのつながりをつけてあげることです。海外でエビデンスも出ていますが、寿命に与える影響で一番大きいのは「社会とのつながり」で、喫煙、飲酒、肥満を上回っています。

スタッフと利用者の関係において、自立支援から社会参加へと移行するステップを整理してみましよう。

スタッフが「掃除をする」「花を見せる」「お茶を出す」は「○○さん」という業務で、利用者は「世話になる」立場です。スタッフは利用者を支配・管理する立場で、これは60年前の福祉の発想です。次はスタッフが「利用者といっしょに掃除をする」「利用者にお茶入れを手伝ってもらう」は「○○さん」というケア。自立支援で、利用者は「役に

立つ」立場です。次のステップは、利用者が「掃除をする」「花を植える」「お客さんにお茶を出す」で、これは「○○さんが」という一人称による社会参加です。利用者は「ご苦勞様」と言われる社会資源に移行します。

このプロセスでスタッフの役割は、業務に対してはサービスプロバイダー、ケア・自立支援に対してはソーシャルワーカー、社会参加に対してはプラットフォームビルダーです。介護職はソーシャルワーカー、経営者はプラットフォームビルダーに該当します。

■ブランディングの取り組みについてお聞かせください。

加藤 じつは私は目立つことが嫌いで、人前で話すことも好きではありません。講演では「先生」と呼ばれますが、自分では「介護施設のオヤジ」だと思っているので、いまだに「先生」と呼ばれることに違和感を覚えています。あおいけあも広報活動に意識して取り組んだことはありませんし、プレスリリースを出した

ことも一度もありません。

これまで私が書籍を出したり、映画のモデル事業所になったり、NHK「プロフェッショナル」で取り上げられたほか、海外のテレビ局も含めて数多くの取材も受けてきましたが、全て先方からの依頼です。こちらからアプローチしたことはありません。ブランディングを意識したことはなく、存在が知れわたるようになったのは他力によるものです。

■どのようなプロセスで知名度が広がったのですか。

加藤 東日本大震災の後、石巻市にボランティアに行きました。現地地知り合った藤沢市の人から半年後に呑み会の誘いが来て、5〜6人で呑みました。その呑み会は各自が活動内容を発表する会合に発展し、私が小多機の運営を発表したときに病院勤務のセラピストが何名か出席して、関心を示してくれました。そのセラピストたちが各方面に私の活動を話してくれて、それから様々な取材を受けるようになり、シンポジウムの演者として呼ば

れるようになったのです。

一緒に登壇した演者には国立社会保障・人口問題研究所長や東京大学特任教授などのオピニオンリーダーがいて、この方々が講演などで、あおいけあの認知症ケアを取り上げることで知名度が向上していきました。その後、厚生労働省、経済産業省、総務省、大学教員などが視察に訪れるようになり、海外メディアからの取材も入り、アジア各国やフランスから視察団が来るようになったのです。

■セミナーなど地域住民への啓発は行っていないのでしょうか。

加藤 年4回実施する職員の事例報告会を一般公開しています。フェイスブックで告知するのですが、市民、医療介護関係者、行政、マスコミなど様々な人が来て、140名の枠が半日で埋まってしまいます。藤沢市から共催を申し込まれたときには、市民ホールで実施しましたが、このときも半日で360名の枠が一杯になりました。