

治療の最前線、 ブランディングを探る」

認知症予防・治療の現状ならびに認知症ケアの差別化戦略とは～

Part 1

厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課
課長補佐

中西 亜紀氏

Part 2

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター理事長
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐
内閣官房「認知症施策推進のための有識者会議」 座長
国際アルツハイマー病協会 (ADI) 医療・科学諮問委員会委員

鳥羽 研二氏

Part 3

公益社団法人認知症グループホーム協会
会長

河崎 茂子氏

Part 4

一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ 代表理事

藤田 和子氏

Part 5

株式会社あおいけあ 代表取締役社長

加藤 忠相氏

Part 6

特定非営利活動法人あやの里 代表

岡元 奈央氏

サポーターは1500万人の新目標
コロナ禍で地域活動の低迷影響も

19年6月に策定された「認知症施策推進大綱」は、基本的な考え方として、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくことを打ち出している。具体的な施策として、▽普及啓発・本人発信支援▽予防▽医療・ケア・介護サービス・介護者への支援▽認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援▽研究開発・産業促進・国際展開の5つの柱を掲げ、認知症サポーターの養成や、認知症の人が務める「希望大使」による普及啓発活動、認知症初期集中支援チームの整備、認知症の危険因子と認知症発症の関連説明などに取り組んでいる。大綱の対象期間は25年までで、昨年12月には策定3年後の各施策の進捗状況に関する中間評価を行った。例えば、認知症サポーターの養成数は20年度の1200万人の当初目標に対し、20年度末には1317万人とすでに達成し、さらに昨年6月末に1391万人、昨年12月には1430万人と順調に増加している。

る。このため、大綱の終了年となる25年の新たな目標として1500万人を再設定した。また認知症のバイオマーカーの開発・確立では、POC (Proof of Concept) の取得が3件以上の目標に対し、血中アミロイドβプラド測定システムAmyloid MS CLやタウ病変PETなど4件を獲得した。一方、認知症カフェは20年度末に全市町村への普及を目標としていたが、20年度末で1518市町村（全体の87・2%、7737カ所）にとどまり、21年度末でも1539市町村（同88・4%、7886カ所）と伸び悩んだ。また認知症介護指導者養成研修（20年度末目標2800人、20年度末実績2569人、21年度末実績2608人）や認知症介護実践リーダー研修（順に5000人、47495人、49696人）も目標に届いていない。長引くコロナ禍で、地域活動が低迷したのが大きな要因だ。今年5月8日以降、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが5類へ移行したことで巻き返しを図りたいところだ。

基本法に「本人や家族」の視点
今秋に「レカネマップ」国内承認も

そうした状況下、各施策や研究開発の進展にさらに弾みを付けること

「認知症基本法と予防・認知症ケアの

～2040年に向けさらに増加する認知症高齢者の将来予測と、

我が国の65歳以上の認知症高齢者は、2012年の調整では約462万人で65歳以上の7人に1人だったが、25年になると約700万人となり、65歳以上の5人に1人になると見込まれている。さらに50年には1000万人を超えると推計されている。人口の高齢化に伴う認知症への対応は、世界各国の社会的な共通課題だ。英国、米国も国家戦略をそれぞれ策定し、我が国も19年に「認知症施策推進大綱」を取りまとめた。今年6月14日には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、認知症基本法）」が全会一致で成立し、認知症施策や研究開発を進展させる構えだ。

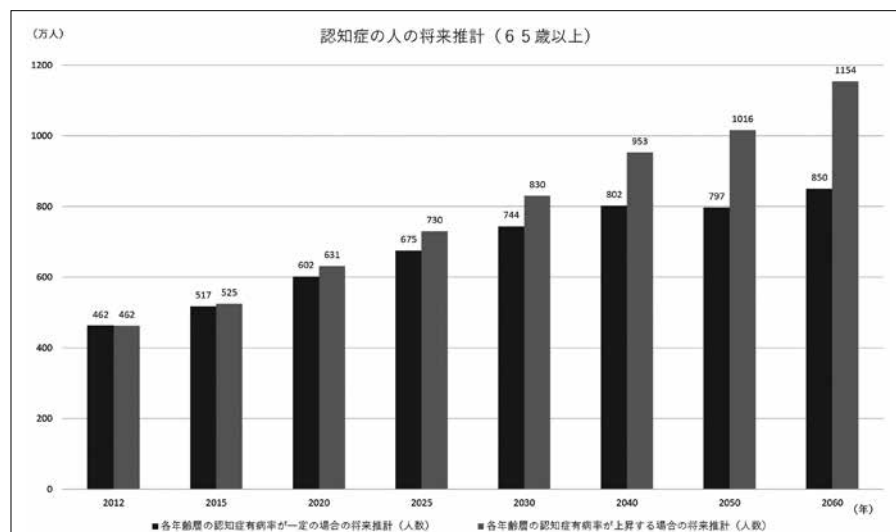
そこで、特集では「認知症基本法と予防・治療の最前線、認知症ケアのブランディングを探る」をテーマに、認知症基本法のポイントを解説するとともに、国、医療機関、研究機関、団体、介護施設、認知症の本人らに、認知症施策の現状と展望、最新の研究、自立支援と尊厳を保障した認知症ケアのブランディングへの取り組みなどについて取材し、まとめたので報告する。

が期待されるのが、今年6月14日に成立した「認知症基本法」だ。認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができる「認知症とともにある共生社会」を実現するのが目的。国には認知症施策推進基本計画の策定を義務付け、都道府県や市町村（特別区を含む）には認知症施策推進計画を策定する努力義務を課している。その際、認知症の当事者や家族の意見を重視していることも大きなポイントだろう。

さらに、認知症の人にとって福音となるのが、新たな治療薬の登場だ。エーザイと米国バイオジェン・インクが共同開発したアルツハイマー病（AD）の治療薬レカネマブについて、米国食品医薬品局（FDA）が今年7月6日（現地時間）に正式承認した。ADによる軽度認知障害または軽度ADの人に対して、投薬1年半後の時点で認知機能と日常生活機能の低下をプラセボと比べ27%抑制する臨床データが出ている。日本国内でも今年1月に新薬

の承認申請を行っており、早ければ今秋にも承認される見通し。今後の普及には、費用や脳画像検査を含めた診療提供体制の整備も不可欠だ。

基本法の成立、日本企業による世界初のAD治療薬の登場となる今年、我が国にとって認知症の新たな時代を切り拓く「エポックメイキング」の年となるだろう。（認知症基本法の解説は次項から）



資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（2014年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）より本誌編集部作成。長期的縦断的な認知症の有病率調査を行っている福岡県久山町研究データ（2012年462万人）をベースに、各年齢層の認知症有病率が「2012年以降一定と仮定した場合」と「2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合」を推計。

認知症施策で基本法が公布、 国家プロジェクトで推進へ

首相トップに推進本部設置、大綱に代わる基本計画を策定

議員立法の「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が先の通常国会で可決・成立、6月16日に公布された。首相をトップとする認知症施策推進本部を置き、認知症施策推進基本計画を策定することなどを規定する。これまで厚生労働省や閣僚会議などで認知症施策の方針を定めていたのが、より上位の国家プロジェクトとして実施することが明確化された。

介護保険法などで体制強化 オレンジプランから大綱へ

高齢化の進展で認知症患者が増加する中、2000年施行の介護保険法により、体制整備が図られてきた。06年の改正で認知症の人を念頭に、目的に「高齢者の尊厳の保持」を加え、12年改正では認知症の調査研究の推進規定が設けられた。市町村が策定する介護保険事業計画に認知症施策の推進に関する事項を盛り込むことも規定された。

介護保険法施行後約10年が過ぎ、厚労省内のプロジェクトチームの議論などを経て、厚労省は12年に「認知症施策推進5カ年計画」（オレンジプラン）を策定した。標準的な認知症ケアパスの作成・普及や早期診断・早期対応、地域での生活を支える医療・介護サービスの確保など7点について、13年度から17年度末までの具体的な数値目標を定めた。

オレンジプランの施策が進められる中、当時の安倍首相の指示で15年1月に「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）が作成された。旧オレンジプランは厚労省のみで策定したのに対し、新オレンジプランは各省庁が参加した点が異なる。新オレンジプランは普及・啓発、医療・介護等、若年性認知症、介護者支援、研究開発、認知症の人や家族の視点の重視など7つの柱で、旧プランと同じ17年度末を達成時期とし、目標の引上げなどを行った。

その後、18年末に内閣官房長官を

議長とする「認知症施策推進関係閣僚会議」を設置。認知症の人や家族など関係者の意見聴取を経て、19年6月に「認知症施策推進大綱」を策定した。大綱では共生と予防を両輪に、「普及啓発・本人発信支援」「予防」「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」「認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援」「研究開発・産業促進・国際展開」の5つの柱に沿って施策を盛り込んだ。対象期間は団塊の世代がすべて75歳以上となる25年とし、策定後3年の22年に進捗を確認、目標を見直した。

店ざらしだった基本法 超党派議連で検討進む

一方、国会では、自民・公明両党が議員立法の「認知症基本法案」を19年に衆院に提出したが、継続審査となり店ざらしの状態が続いていた。当事者らの強い声に推され、21年6月に全会派からなる「共生社会の実現に向けた認知症施策推進議員連盟」が立ち上がり、新たな法案策定に向けた検討を開始した。ただ、議論は遅々として進まず、22年の臨時国会終盤に法案イメージのたたき台が示されるにとどまっていた。と

ころが、23年3月に再開すると急ピッチで進み、5月には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法案」を了承した。法案は6月に委員長提案で国会に提出され、14日の参院本会議で全会一致で可決・成立、16日に公布された。

基本法では、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らせるよう、認知症施策の基本理念や国・地方公共団体の施策推進の計画の策定、基本的施策などを定める。「認知症」には、アルツハイマー病その他神経変成疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態として政令で定める状態とする。

基本理念では、「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備」などを設定した。

基本的施策には、①認知症の人に關する国民の理解の増進等②認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進③認知症の人の社会参加の機会の確保等④認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護⑤保健医療サービス及び福祉サービスの提供

「認知症基本法と予防・治療の最前線、認知症ケアのブランディングを探る」

体制の整備等⑥相談体制の整備等⑦研究等の推進等⑧認知症の予防等一の8点を示した。

認知症施策を推進するために、内閣に首相を本部長とする「認知症施策推進本部」を設置する。本部では、基本計画の作成や実施の推進、関係機関が基本計画に基づき実施する施策の総合調整、実施状況の評価などを担う。本部には認知症の人や家族等、保健医療福祉等の関係者で組織する認知症施策推進関係者会議を設ける。

政府は、認知症施策を総合的かつ計画的な推進を図るために、認知症施策推進基本計画を策定する。基本計画には施策の具体的な目標と達成時期を定める。計画は閣議決定事項に格上げし、5年ごとに見直す。

都道府県は基本計画を基に、都道府県認知症施策推進計画を、市町村は市町村認知症施策推進計画を策定する。国の基本計画策定は義務規定だが、自治体の負担に配慮して努力義務とした。いずれも、計画作成にあたっては、認知症の人・家族等の意見を聴くこととし、当事者参画の方向性を強調した。保健医療・福祉サービスの整備では、国や自治体は居住する地域に

かわらず等しく適切なサービスが受けられるよう、認知症の専門的な医療や心身の状況に応じた医療を提供する医療機関の整備などを講じる。サービスを切れ目なく提供するため、地域包括ケアシステムを構築して有機的な連携を確保する。認知症に関する専門的な知識や技術を持つ人材の確保や養成、

資質向上を図ることも規定した。研究等の推進では、国が共生社会の実現に資する研究等の基盤を構築するため、全国的な規模の追跡調査の実施、治験の迅速かつ容易な実施のための環境の整備、当該研究等への認知症の人・家族等の参加の促進等を進める。

し、施行後5年の見直し規定を設けた。基本法で認知症施策推進基本計画の策定が規定されたことを受け、25年が目標年次の大綱の後継となる計画を策定することになる。岸田文雄首相は6月21日の会見で、認知症への対応を新たな国家プロジェクトとして取り組む方針を示しており、今後の展開が注目される。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

1. 目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進
⇒ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2. 基本理念

- 認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。
- ① 全ての認知症の人が、基本的な権利を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
 - ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
 - ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会を確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
 - ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質な適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
 - ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
 - ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
 - ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3. 国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念のこころ、認知症施策を策定・実施する責務を有する。
国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。
政府は、認知症施策を実施するために必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。
※ その他保健医療・福祉サービス提供者、生活支援サービス提供事業者の責務を規定

4. 認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。）
都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

5. 基本的施策

- ①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
 - ②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】
・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域づくりの推進のための施策
・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
 - ③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことのできるようにするための施策
・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
 - ④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
 - ⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
・ 認知症の人に対し良質な適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質な適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
 - ⑥【相談体制の整備等】
・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることのできるようにするために必要な体制の整備
・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
 - ⑦【研究等の推進等】
・ 認知症の早期発見、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及等
・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用等
 - ⑧【認知症の予防等】
・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策
- ※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。
※ 基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

出典：共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

共生社会の実現を推進へ 本人が活躍できる場づくり 全国規模のコホート研究

今年6月14日に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、認知症基本法）」が全会一致で成立した。この法制度に伴い、認知症とともにある社会の実現に向け、認知症の本人や家族が参画し、地域の中で安心安全で自立した日常生活を送れる地域づくりが始まる。我が国の認知症施策の現状や今後の展望について、厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課の中西亜紀課長補佐に聞いた。

■中西課長補佐のご経歴と貴課での役割について教えてください。

中西 1989年に福井医科大学医学部（現・福井大学医学部）を卒業後、大阪市立大学医学部附属病院での勤務を経て、大阪市立弘済院附属病院副病院長・認知症疾患医療センター長を務めるとともに、大阪市の職員とし



厚生労働省老健局
認知症施策・地域介護推進課
課長補佐（医系技官）

中西 亜紀 氏
Nakanishi Aki

て自治体の認知症施策の仕事も兼務してきました。昨年4月より当省に着任し、認知症施策の中で主に研究開発・産業促進・国際展開や医療に関わる事項を中心に担当しています。

■我が国における認知症の研究開発では、どのような取り組みが行われていますか。

中西 当省が管轄している研究事業としては、厚生労働科学研究補助金事業（厚労科研）、日本医療研究開発機構（AMED）への委託研究、老人保健健康増進等事業があります。厚労科研では、例えば、独居高齢者の認知症の人における課題整理とアプローチの方策などに関する研究や、今

年からは若年性認知症の人への医療や支援が適時適切に提供されるための課題検討などの研究にも取り組んでいます。一方、AMED研究では、全国規模のコホート研究で定期的に住民の追跡調査を行い、認知症の発症と進行の経緯、危険因子、予防因子を明らかにするなどの研究を進めています。今年からは遺伝性の認知症の人のコホート研究も開始しています。

■今年5月に開かれたG7長崎保健大臣会合で、認知症シンポジウムが開催されましたが、どのような成果がありましたか。

中西 認知症シンポジウムには、認知症のご本人やご家族にも参加していただきました。また「共生」と「リスク低減とイノベーション」の2つのテーマでパネルディスカッションを企画し、国内外の有識者による討議も行いました。G7長崎保健大臣宣言には、認知症への対策においてヘルス・イノベーションの推進が重要であり、認知症の予防、リスク軽減、早期発見、診断、治療を含めたトータルパッケージで健康アウトカムを改善するための研究開発を促進することや、医療・介護連携、官民を含めたマルチステークホルダーによる協議、認知症を抱える本人とサポーターの参加などの取

り組みを通して高齢者や認知症に優しいコミュニティづくりを推進することなどが明記されました。引き続き、海外との交流を積極的に展開し、日本の認知症施策の一層の向上を図っていかねばいけないと考えています。

■諸外国と我が国の認知症施策では、どのような違いがありますか。

中西 例えば、認知症フレンドリー社会ということでスコットランドなどの先進的な取り組みがありますが、日本においては国民が医療機関に自由にアクセスでき、主治の医師がいて、専門医療機関があり、広く高齢者の方を対象に、地域包括支援センター、通いの場などがあり、さらに認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームなど重層的な構造によって地域づくりが進められていることは高く評価できると認識しています。

■認知症施策推進大綱（以下、大綱）の進捗状況はいかがですか。

中西 昨年12月23日に開かれた認知症施策推進関係閣僚会議で、各施策の進捗状況に関する中間評価を行いました。例えば、認知症サポーター養成数は20年度の1200万人の目標に対し、20年度末に1317万人の受講が達成

「認知症基本法と予防・治療の最前線、認知症ケアのブランディングを探る」

できていましたので、現大綱の終了年となる25年には1500万人の新たな目標を設定しています。一方、認知症カフェの普及、認知症介護指導者養成研修や認知症介護実践リーダー研修の受講者数は目標を達成できませんでした。地域での活動にはCOVID19感染拡大の影響が非常に大きかったと考えられます。研究開発では、認知症のバイオマーカーや創薬、コホートの研究などによる活発な動きがあります。今後さまざまな施策をさらに推進していくことができると考えています。

■今年6月14日に成立した「認知症基本法」のポイントについて教えてください。

中西 今回成立した認知症基本法は、共生社会の実現を推進するための認知症基本法が正式名称です。基本理念の一番目に「全ての認知症の人が基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる」と掲げています。国民が認知症に関する正しい知識を持ち、認知症の人に正しい理解を深めることにより、認知症の人が活躍できる社会を作っていくということです。さらに、政府が認知症施策推進計画を策定し、都道府県・市町村（特別区を含む）に認知症施策推進計画を

策定する努力義務を課しているところが、大綱と大きく異なります。基本的施策についても「認知症の人に対する国民の理解の推進等」や、認知症の人の「生活におけるバリアフリー化の推進」「社会参加の機会の確保等」「意思決定の支援及び権利利益の保護」が前段に記載されることも重要なポイントです。これには、古い認知症観を変えていくという意思が示されていると認識しています。大綱以降、認知症の本人が活動する機会も高まり、今回の認知症基本法の策定においては認知症の本人や家族がより深く関わり、その人の視点を大事にしていることは大きな変化だと捉えています。

■最新の認知症診断や治療について教えてください。

中西 一昨年はアデュカヌマブが話題となり、最近ではレカネマブが注目されています。これらの薬は認知症を治すのではなく、アルツハイマー病（AD）の発症に関わるアミロイドβの蓄積を抑制するという作用機序になるので、適応を早期ADとして開発が進められてきました。こうした薬が日本で開発されたことは、大きな一歩だと捉えています。

■かかりつけ医機能に関する制度設計の議論が始まりますが、かかりつけ

医による認知症対応や役割についてはどのようにお考えでしょうか。

中西 主治の医師が普段診療している人の変化に気付くことは大切です。また専門医が診断しても、基本的には専門医だけで長く担当し続けることではなく、地域の先生方と連携して診療に携わるため、地域の先生方の対応力は非常に重要です。また歯科医師にも認知症の人の診療をしていただき、薬剤師にも患者さんがお薬を受け取りに来た時に行動の変化に気付いていただいたり、認知症の人の支援もしていただきたいです。21年度介護報酬改定では、介護サービス事業者に対して医療・福祉関係の資格を保有しない介護に直接携わる職員にも認知症介護基礎研修を受講していただくことを義務付け、24年3月に経過措置期間を迎えます。あらゆる医療・介護・福祉の関係者が認知症への対応力を備えることが大事になります。

■認知症の人の家族への支援はどのように考えていますか。

中西 地域包括支援センターだけではなく、医療的な相談を受けられる場所、当事者同士の支え合いの場所など、本人・家族が相談できるチャネルを増やすことです。また全国的に独居高齢者が多くなり、特に85歳以上の女性の独居が急

速に増えています。独居の場合、認知症状に気付くのが遅れたり、体調の悪化時などの危機介入が難しかったりしますので、特に日頃から、緩やかなつながりを作っておく必要があります。

■来年度の診療・介護・障害福祉サービス等報酬のトリプル改定に当たり、認知症ではどのような視点がありますか。

中西 今年4月に「認知症」をテーマに意見交換会が行われました。今後、認知症の人の増加が見込まれる中、医療・介護現場では認知症に対応できることを前提として、さまざまな方策の検討に向けて取り組ませていただいているところです。具体的には今後議論していくことになります。

■医療福祉施設の経営者や幹部、職員の方へのメッセージをお願いします。

中西 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、検査技師、介護従事者など多くの方々に認知症対応力向上研修を受講していただいており、感謝申し上げます。病院福祉施設の経営者や幹部の方々に認知症への理解を深めていただいてこそ職員の皆様の対応力が現場で十分に発揮できると考えますので、ますますのご理解・ご協力を何卒よろしくお願いいたします。

基本法成立は「大変画期的」 「量」から「質」の改革へ 医療・介護職に大きな役割

「認知症基本法の成立は大変画期的なことだ。認知症施策の更なる進展に向け、全ての力を結集していかなければいけない」。こう話すのは、内閣官房の「認知症施策推進のための有識者会議」の座長を務め、東京都健康長寿医療センター理事長の鳥羽研二氏だ。最新の認知症研究から、医療・介護現場の業務改革と今後の役割への期待、2040年の地域共生社会の実現への展望などを聞いた。

■認知症の歴史的な経過と今後の見通しについて教えてください。

鳥羽 1800年代には、世界で認知症という概念はなく、精神病、特に精神障害の著しいものとして捉えられていました。その後、アロイス・アルツハイマー博士が50歳ぐらいの女性の方で

認知機能が低下し、同じ話を繰り返す人がいることを発表しました。それでも1920年頃までは、認知症として認められず、その概念が確立したのは戦後になります。90年代に認知症の方に脳アミロイドが蓄積されているというデータが集まり、精神障害ではなく、神経疾患であることが分かってきました。このため、当初の認知症学会は病理が中心で、学会名が「デメンシア・リサーチ」となっているのは、その名残です。04年に「痴呆」から「認知症」へ名称変更され、世界の趨勢も本人の参加、人権が重要視され、「アルツハイマー・デジーズ・インターナショナル」という患者の会が重要な位置付



地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター理事長
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター理事長特任補佐
内閣官房「認知症施策推進のための有識者会議」座長
国際アルツハイマー病協会（ADI）医療、科学諮問委員会委員

鳥羽 研二 氏
Toba Kenji

けとなるなど、さまざまな取り組みが展開されています。日本でも10年以降、当事者の会や家族の会が立ち上がり、さまざまな活動が広がってきているところです。12年には「オレンジプラン（認知症施策推進5か年計画）」が公表され、厚生労働省も世界の認知症の会議に参加し始めました。その後、15年に「新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）」、19年にその取り組みを強化するための「認知症施策推進大綱（以下、大綱）」が策定されました。一方で、医療・介護・学術団体を束ねた「認知症医療介護推進会議」を国立長寿医療センターが中心となつて立ち上げました。私はその座長を長年務めさせていただいており、18年には当時の岸田文雄政調会長に、推進会議として認知症基本法の制定を提言しました。その後、自民党案や公明党案、超党派でも動きがあり、国会での継続審議や廃案を繰り返して、今回も時間的な制約で「認知症基本法」の成立は厳しいのではないかと気に掛けていましたが、なんとか成立に至り、大変画期的なことだと受け止めています。

■基本法の成立により、今後の認知症施策はどのように変化するので

しょうか。

鳥羽 認知症施策推進本部の本部長を総理大臣とすることや、全ての関係閣僚が会議に参加すること、地方自治体による認知症施策推進計画の策定（努力義務）、その策定に当たり当事者や家族などからの意見聴取を行うことなどが記載されており、認知症施策が進展すると思います。ただ、実際には法律を作っただけでは広まらないので、各関係団体、国民、当事者、家族の会、マスメディアも含めて、全ての力を結集していかなければいけません。

■昨年12月の大綱の中間評価について、どのように受け止めていますか。

鳥羽 評価にはストラクチャー、プロセス、アウトカムの3つがありますが、大綱のKPIと評価項目でアウトカム評価は非常に少ないです。例えば、認知症疾患医療センターや認知症カフェ、認知症サポーターなどの設置数や養成数が主体になっています。当事者や家族にとっては「どこに行けば、親切的な相談を受けられるのか」「相談に乗ってもらったら、前よりも明るくなり、穏やかに暮らせるようになった」というのが本来のアウトカムですが、そういうアウトカムが欠けています。基本法には、当事者が意見を述べるのが明記されている

「認知症基本法と予防・治療の最前線、認知症ケアのブランディングを探る」

ので、大綱の中で当事者や家族が何を望んでいるのかを主体に目標を設定して、アウトカムを評価する方向性に変えていくべきでしょう。大綱の終了年の25年までの残り2年は、「量」ではなく、「質」の改革へシフトしていくべきです。

■認知症の人や家族への支援拡充に向けて、介護施設や地域ではどのような取り組みが考えられますか。

鳥羽 認知症でもフレイルでも、症状の軽い人は通所介護などを利用してします。そういう方々に接する時に、専門職でなければできない仕事とそうでない仕事も介護人材が全て担っているところが多いです。それでは「人手が足りない」ということで医療法人緑の風の東憲太郎先生が導入したのが、介護助手です。本当に画期的なアイデアです。

当センターが介護助手の導入効果を検証したところ、例えば、職員の離職率が低下するというデータが出ています。事務的な業務が減り、専門性を活かした仕事に専念できるのが要因の一つと考えられます。通所やグループホームなどで働ける高齢者を介護助手として活用することで、生き甲斐づくり、介護のプロフェッショナルの負担軽減、サービスの質の向上に

つながるといって一石三鳥の取り組みです。また介護現場では記録やデータ入力などで実際の介護に関わる2倍の時間がかかっていると言われていました。介護記録など音声で自動入力できるICTの活用も進めるべきです。

一方、当センターでは、社会資源の活用にも取り組んでいます。例えば、お寺の住職の方は「死にゆくこと」「生きること」を話せるので、認知症の症状の軽い人やご家族を集めることでお寺を活用できます。お寺の数はコンビニエンスストアの店舗数よりも多く、地域には神社や交番など社会資源がたくさんあります。

また認知症の方は、介護現場や家庭で不安を抱えています。話し相手がないために、孤独感やうつ状態になるケースがあります。現在、生成AIを活用したチャットボットの開発を進めています。今年秋をめどに実証研究を開始する計画です。さらに抗アミロイドβプロテオフィブリル抗体「レカネマブ」が注目される中、治験で副作用としてレカネマブ投与群の約2割に脳の腫れ、微小出血が発生するとの報告があります。コロナでも脳の微小出血が報告され、気分障害など後遺症の原因にもなっています。投薬の継続可否の判断にもなるため、現在、東京

大学の松尾研究室とAIで微小出血を自動判定する研究を進めています。

■認知症ケアにおける今後のビジョンや戦略について、お聞かせください。

鳥羽 当センターの病院には、もの忘れ外来が設置されており、1万人、2万人を対象にした数十年にわたるコホートがあります。MCIの約4割の人は、症状の進行抑制や改善効果が見られます。どういう人が回復して、どういう人が悪化しているのかは、はつきり分かっています。昨年からMCIの人を研究対象とし、バイオマーカーや画像、生活習慣などのデータを用いた前向きな研究が本格始動しています。数年後には「こういう人は早く受診しましょう」「こういう人は大丈夫でしょう」という、今よりも人々の「安心」が高まる環境を作り上げていきたいです。

■2040年の地域共生社会への提言がありましたら、お聞かせください。

鳥羽 これからは「共生」と「理解」によって、住みやすい地域、社会を作ることが大切です。例えば、認知症の人や家族の会の間でも、英語で「ディメンテッド・ピープル」とまだ記載されているところがありますが、世界では使用しなくなっています。「パーソンズ・ウィ

ズ・ディメンシア」もあまり使わず、「パーソンズ・ウィズ・コグニティブ・ディクライン」という認知機能が低下した人、つまり人が先という概念です。医療介護施設、職員の中でも、まだ病気が主体になっているのではないのでしょうか。認知症に関わる用語や接し方について、当事者に理解できるような言葉に全て変えていくべきです。それが偏見、ステイグマを打破する、まず第一歩だと思っています。

また暮らしの中では、特に若年性認知症の方の労働環境を確保していくことです。欧米では認知症の方の雇用に関する法律の成立を目指しています。日本の基本法の中でも、その趣旨が盛り込まれているので、今後の動きを注目しています。一方、ご本人の自立度が落ちてくると、家庭の中だけでは対応できなくなります。私の母親も、かなり進行した状態になり老人保健施設や病院でリハビリテーションも兼ねて受け入れていただきました。特に今後はさらに専業主婦が減り、共働きの家庭が増えていきます。介護者の75%が女性と言われている社会はとも続かないと思います。男女共生にも取り組みながら、医療や介護の職種の役割がますます大きくなってくると思います。

GH入居者の平均介護度は2・7 身体と心のリハビリに注力する

グループホームは全国に1万4000事業所。入居者の介護度が上がり、看取りまで望む本人・家族が増えている状況を踏まえて、日本認知症グループホーム協会は、身体のリハビリと心のリハビリを強化していく方針だ。同時に相談窓口機能を拡充して、本人に異変を感じた家族がすぐに相談できる体制を整えていく。河崎会長に協会の全体方針を聞いた。

公益社団法人日本認知症グループホーム協会
会長

河崎 茂子 氏

Kawasaki Shigeko



グループホーム運営は市町村の状況に左右されるため、市町村レベルでも基本法に基づく計画策定が具体的に推進されることを期待しています。

■認知症施策の変遷について、どのようなご意見をお持ちですか。

河崎 昔は職員本位の集団ケアが行われていましたが、現在はパーソン・センタード・ケアの考え方にに基づき、利用者本位のケアが当たり前となってきました。その方に合った、その方に準じた、その方個別のケアを、その方の目線で提供するケアに変わってきました。これが大きな変化だと思います。

日本では、認知症介護実践者研修などの研修体系のほか、サポーター養成講座などが国の研修として整備されていますが、協会では、平成29年度から、グループホーム独自の資格制度を創設して、会員、非会員問わず実施しています。この研修は、現在のところ、3階級から成り、毎年多くの職員に受講していただいて、協会が資格認定証を発行しています。

■グループホームケア実践士という資格ですね。

河崎 そうです。ブロンズ級（初級）、シルバー級（中級）、ゴールド級（上級）

というランクを設けていますが、すでに160人が研修を受けて、現場で実践しています。

■国や自治体が行っている研修との違いはありますか。

河崎 協会の研修は、グループホームの現場職員が対象です。認知症の人に毎日接している方のための研修であることに強みがあると思います。現場の問題をピックアップして、どうすれば解決できるのかというように、現場の意見と意思を取り入れた研修を実施していると理解していただければありがたいです。

私は10年前の会長就任の時に、現場に即した認知症ケアを、我々が何年もかけて実践しながら得てきたものを国に提言して、何らかの形になればいいなという思いを持ちました。この研修がグループホーム職員の財産になって、国にも理解していただければ、協会としてはこれほど嬉しいことはありません。

■国の研修を受けた後に協会の研修を受けるという流れが多いのですか。

河崎 国の認知症介護研修は最低限受けていただきながら、それと並行しながら協会独自の研修も受けていただいてスキルを高める。このことを

■さる6月に認知症基本法が成立しました。日本認知症グループホーム協会会長としての受け止めをお聞かせください。

河崎 基本法が成立して、よかったな、ようやくここまで来たな、という思いで一杯です。グループホーム協会の設立当初からの理念は「認知症に

なつても最期まで人間の尊厳を失わずに、ご自分の好きな所で社会の一員として共生社会の中で暮らしていただける」でしたので、基本法の目的と合致しました。グループホームも基本法の内容に基づきながら努力をして、地域の皆さんに喜んでいただける仕事をしていきたいと思っています。

■国や都道府県に何を期待されますか。

河崎 グループホームは市町村が保険者ですが、国が都道府県の担当課長会議で制度の内容を周知しても、市町村の方針や財政状況等により、市町村レベルでは十分に活用されない、浸透しないということがあります。

「認知症基本法と予防・治療の最前線、認知症ケアのブランディングを探る」

グループホーム経営者に対して大いに推奨しています。

さらにスキルアップについては、認知症伴走型相談支援を先進的に行っているグループホームの経営者に協会の理事に就任していただき、そのグループホームのケアを全国に広めることにも取り組んでいます。そのため協会が存在するのですから、これも大きな役割だと思っています。隔月刊の機関紙にも先進的な事例を掲載して、北から南まで全国の会員に普及させています。

■先ほど看取りの話が出ましたが、日本のグループホームはどのステージのケアを担っているのでしょうか。

河崎 グループホームの対象者は、当初は、軽度から中等度の認知症の人を中心に考えられ、重度の方は想定されていませんでした。今はグループホームの入居者の平均要介護度は2.7となり、要介護度5の方も増えて、看取りも行っています。当初よりも対象者の範囲がずいぶん広がりました。

グループホームが開設されて20年が経てば、入居者も20年の年齢を重ねます。60歳で入居すれば80歳になります。「ここは居心地がいいから、ここで看取ってほしい」と本人と家族が

希望されれば対応しなければなりません。このあたりが当初と現在との大きな違いで、医療との連携も強くなっています。それから基本法にも明記されていますが、私は認知症のリハビリがとても大事だと思います。

入居して20年経てば足腰が弱ってきますが、最期まで食事は自分の手で取り、最後まで下の処理は自分でしたいというのが人間の本能でしょう。

リハビリは、身体のリハビリと心のリハビリのどちらも大事です。基本法に「予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法その他の事項に関する研究開発等の成果を普及し、活用し、及び発展させること」と明記されましたが、私は認知症のリハをきちんとやっていきたい。人間は最期まで笑顔で生きるのが一番なので、心身のリハビリを重視したいと思います。

時代状況を踏まえて認知症基本法ができたので、基本法に魂を入れるのは我々の役割であると自負しています。今までも認知症カフェなどに取り組んできましたが、地域の皆さんの相談窓口をしっかりと強化していきたい。全国1万4000事業所のグループホームを上手く利用していただきながら、声を大にして「認知症になったら相談

に来ていただきたい」と理解を促していかなければならないと思っています。

■最先端の研究成果を取り入れて、どんなリハが行われているのですか。

河崎 認知症のリハビリは、まだ、発展の余地があると思います。一般病院も認知症の方をしっかりと受け止めながら、十分に対応していける力を備えていかないと国民の皆さんに喜んでいただけないと私は考えます。私の法人は一般病院を運営していますが、その対応をしていますし、精神科の医師を交えてリハビリの研究を進め、国に提言できる手法の開発に努力している最中です。

■グループホームのブランディングについて、どのようにお考えでしょうか。

河崎 認知症施策推進大綱では、グループホームは「認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待される」とされています。地域の皆さんの窓口としての相談支援機能を拡充して、今後は、地域で生活する認知症の人や家族を支えていくことも

大切ではないでしょうか。それこそが我々に与えられた役割だと思っています。

■グループホーム以外の介護サービス現場の課題として何が挙げられますか。

河崎 やはり人手不足ではないでしょうか。どの介護現場も人がいなくて本当に苦しんでいます。他の職種に転職していく方もいます。お金全てではありませんが、職員にとって家庭生活の安定は一番望むことなので、全産業平均との月額7万円の差をどのように総理に考えていただけるのかが大きな課題です。

■日本認知症グループホーム協会のビジョンや対応策をお聞かせください。

河崎 ビジョンは「認知症になったら1万4000事業所のグループホームにお任せください」。地域の皆さんが少しでも不安を持った時に、垣根が低く相談しやすいのがグループホームじゃないですか。認知症ケアに特化しているのですから。それから職員が笑顔で働けて、入居者も笑顔で「ここに入ってよかった。最期まで暮らせてよかった」と思える場所。これはグループホーム以外にも当てはまることです。夢と希望を持ちながら職員とともに歩んでいきます。

認知症の本人が主体的に動き 施策づくりに参画する時代が到来

40代で若年性認知症を発症した看護師の藤田和子氏は、認知症のことを医療・介護の範ちゅうを超えた人権問題としてとらえてほしいと、本人の立場からの発信やさまざまな活動が続けている。キーワードは「つながり」である。藤田氏はケアの提供側には見えにくい「本人の視点」を語った。

■藤田代表理事のご経歴と日本認知症本人ワーキンググループの沿革を
教えていただけますか。

藤田 看護師として病院で働いていましたが、義母が認知症を発症して9年間介護を経験し、その後に実母がアルツハイマー病にかかりました。



一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ
代表理事

藤田 和子 氏

Fujita Kazuko

認知症に関わる運命なのかなと思って働いたところ、今度は自分が若年性認知症を発症したのです。「記憶が変だな」と気付いて2007年に医療機関で受診したところ若年性アルツハイマー病と診断されました。看護師として働き、そして介護者から認知症の当事者になつてはじめて、認知症の人が生きにくい社会環境であることに気づいたのです。

以前から行っていた人権活動では当事者が発信をしないと対策が進まないことを経験していたので、「若年性認知症問題にとりくむ会・クローバー」を地元の鳥取で立ち上げました。会の活動を通して全国の認知症

の本人と知り合い、海外では当事者団体のスコットランド認知症ワーキンググループが様々な提案を行っていることを知りました。日本でも当事者が主体となつて活動する団体を作ろうと、2014年に日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）を結成し、17年に法人化しました。

全国に会員がいますが、私も地元で、本人同士が集まって話し合う「本人ミーティング」を開催したり、本人によるピアサポート活動「オレンジドア」で相談員をしたり、公民館で地元の方たちと認知症になってからの暮らしについて話し合っている。また、代表理事として国の日本認知症官民協議会の委員にもなり、今回の基本法の審議過程にも参画しました。

■JDWGの活動成果としてはどのようなことが挙げられますか。

藤田 2018年に「認知症とともに生きる希望宣言」を表明し、この宣言文の配布を通じて認知症とともに希望をもつて生きていける可能性を全国へつなぐ「希望のリレー」活動を行い、いろいろな人たちとつながることに力を入れています。会員は、地元で希望のリレーの目的に賛

同する仲間とつながり、自分らしく生きる姿を見せています。こうした中で国は、私を含む5人の希望大使を任命し、さらに各地で地域版希望大使も誕生しています。

「古い常識の殻を破り、前を向いて生きる」ことを具体的に進める一つとして、JDWGでは「本人にとってのよりよい暮らしガイド（通称…本人ガイド）」も作りました。「診断後に、これからどう暮らしていったらいいか、手がかりになる本や行政の資料、ネットの情報を探し回ったが、家族や支援する人用のものばかり。読めば読むほど落ち込んだ。自分（本人）に役立つ本、元気になる情報がほしい」という本人たちの切実な声から生まれた一冊です。この「本人ガイド」を本人には無償で配布し、関係者には実費で配布しながら普及を続けています。自治体や地域包括支援センター、医療機関や介護事業所等で認知症の本人に配布したり、窓口や待合室、図書館等で閲覧できるように常設するところも年々増えています。こうしたガイドを一人でも多くの本人、そして家族や支援者、地域の人たちにも手にしてもらい、日々を自分なりに前向きに暮らしていく人が一人でも多く増えてほしいです。

「認知症基本法と予防・治療の最前線、認知症ケアのブランディングを探る」

■かつて日本は認知症対策の後進国でしたが、認知症基本法をはじめ施策が進んだように見受けられます。どのようにご覧になっていますか。

藤田 自分の思いや考えを発信する本人が少しずつ増え、JDWGのように本人の意見を組織として発信するようになったことも影響があると思います。認知症になったらにもわからない、といった古い認知症観ではなく、当事者と一緒に考えていくという人たちの輪が、立場や職種を超えて広がっています。この変化が認知症に関わる取り組みが進んだ要因だと思います。

基本法には「共生社会を実現するため」と目的が明記されています。今認知症とともに生きる人のためだけでなく、これから認知症になる人たちのための法律でもあるのです。国民全体で認知症を我が事として考える共生社会をめざすという内容になっていますが、絵に描いた餅にならないのかと疑問を持つ人もいるかもしれません。各自自治体に理念と目的をしっかりと降ろして、地元の本人が施策の企画段階から参画すれば、自治体もという取り組みをすればよいのかが分かると思います。

鳥取では基本法ができる前から当

事者が自治体の取り組みに参画して、本人がわかりやすいガイドが作られました。基本法のもと皆さんが意識を変えて、今の病院や介護施設のあり方を改善することを期待しています。

■今まで患者側では家族の会が中心になって活動してきましたが、当事者の活動によってかなり変化が起きているのでしょうか。

藤田 家族の会も「認知症の人と家族の会」に名称を変更され、最近では、認知症の本人も理事に就任されておられます。

これからは独り暮らしの認知症の人も増えてきますし、私のように、子どもが県外に住んでいる人もいると思います。子どもには、自分の人生を大事にしてもらいたい。認知症の人を支えるのは家族だけ、という考え方から、家族以外の身近にいる人との関係性を大事にする動きも出てきています。

本人を支える方たちにとっても、認知症になるかもしれない将来のためにもなります。診断された後も自分らしい暮らしを続けるための工夫をしていく。その過程を見ている人たちは、絶望ではなく希望を感じ、自分ができることを考えることにつな

がっていきます。これこそが、基本法で共生社会の実現を謳ったことの意味だと思います。

■医療機関、介護施設、介護予防施設への期待と要望がありましたら、お話しください。

藤田 目の前の本人にしっかりと向き合っていたきたいです。自分の経験からも、早期発見が大事だと思いますが、まだまだ十分でない現状があります。最近相談をうけた方は、自分の異変を感じて受診しても「あなたはまだ大丈夫です」といわれ、2〜3年後に家族に付き添われて受診したら「やっぱり認知症です」と診断されたそうです。早い段階で、認知症地域支援推進員等、地域資源につないでもらえていたら、と残念に思いました。

認知症治療は薬だけでなく、暮らしの支援との両輪が必要です。認知症の人が望んでいる暮らし方を探り出せるコミュニケーション術を磨いていただけると、認知症とともに生きる人の暮らしが豊かなものになっていくと思います。

■グループホームの現状に対するご意見はいかがでしょう？

藤田 良いグループホームもあるので

しょうが、そこで働く人たちから「自分が認知症になったらグループホームには入りたくない」という声を耳にすることがあります。グループホームに限らず介護施設に入所しても行動が縮小されず、そこを拠点に外出して、いろいろなつながりを持てる仕組みに変わることを希望します。ワクワクと生きている実感を持てるようにすることが大切です。

■医療機関と介護施設の経営者や幹部に伝えたいことはありますか。

藤田 医療機関や介護施設の経営者も、ご自身がいずれ認知症になるかもしれません。その時は、経営者だったという立場と認知症になったという両方の立場を活かして、認知症サポートの環境をより良くするため活躍をする。そういう考え方を持っていただきたいです。長谷川和夫先生が、診断された後も変わらず活躍されたように。

看護師だった私も、これからも地道に仲間を増やしながら、社会をよりよくしていきたい。症状も進んでいきますが、諦めず活動を続け、認知症のことに関心を持っていなかった人にも出会いたいと思っています。

良い環境と良い心理状態をつくれば 認知症でも普通の高齢者で暮らせる

神奈川県藤沢市で、グループホームと小規模多機能型居宅介護を運営するあおいけあ。地域との垣根を物理的に取り除いて、住民が自由に出入りしている。このような取り組みに対し、海外からの視察団はどれも驚嘆するという。既存の認知症ケアという概念と本人へのアプローチ法を否定する加藤社長に考え方を聞いた。

■加藤社長の足跡を振り返っていた
だけです。

加藤 東北福祉大学を卒業後、特別養護老人ホームに勤務しましたが、「自分の祖父母はここには入れたくない」と思うほどショックを受けました。辞めようと思ったのが



株式会社あおいけあ
代表取締役社長

加藤 忠相 氏

Kato Tadasuke

1999年だったので、書店に入ると介護保険サービスに関する書籍コーナーが開設されていて、山井和則さん（元厚生労働政務官）の書かれた『グループホームの基礎知識』を立ち読みしました。当時24歳で社会経験が乏しかったこともあって、グループホームなら自分でも経営できるんじゃないかと。そして会社設立の準備を始めて、2000年に起業しました。その後、食事と一緒につくらないようなグループホームも雨後の筍のように開設しましたが、私は自立支援につながるグループホームを運営しようと志しました。私はごく普通の運営をしていたつ

もりですが、周囲から見るとそうではなかったらしく、10年ぐらい経った頃、見学者が増えるようになりました。メディアにも取り上げられるようになって現在に至っています。

■認知症ケアの課題は何だとお考え
でしょうか。

加藤 特養で働いていた時もそうでしたが、介護職や看護職に「認知症、知ってますか？」と聞くと100人のうち100人が「知ってます」と答えてきます。「では、皆の前で認知症について説明してください。できる人、手を挙げてください」と言うと、手を挙げる人はほとんどいません。セミナー会場でも、せいぜい1人か2人です。しかし介護や看護の仕事をしているのだから、認知症ケアはど真ん中のはずです。なぜ説明ができないのでしょうか。

アインシュタインは「あなたが6歳児に説明して6歳児が理解できないことは、あなたが理解していることにはならない」と言っています。まさにこのことが当てはまります。認知症のど真ん中で働いている専門職が「認知症って、こんな感じだよ」としか理解してなくて、自分の思いもよらない事態が起きると「認知

症だからだね」と安易に発言したりするのです。しかし認知症ではないという例が、枚挙にいとまないほど数多くあります。

医師も含めて専門職が認知症を理解しているのかという疑問があります。認知症は「症」なので、風邪の症状と同じように原因病があります。

レビー小体認知症、アルツハイマー型認知症、血管性認知症が3大認知症ですが、全部で70種類ぐらいの原因病があります。ただ、認知症は内面で起こり他人には見えないので、本人がどんなに辛くても周囲の人が「大丈夫？寝ていたら？」「医者に行ったら？」などと優しい言葉をかけてくれません。本人が困った挙句に取った行動は本人から見れば正常な行動なのに、それを認知症と思っている専門職がたくさんいます。

専門職が働きかける対象が、症状なのか、原因病なのか、行動なのか。ほとんどの認知症の原因病は治せません。治せないのなら、働きかけるのは症状か行動です。私が働いていた特養では「徘徊するから鍵を閉めよう」と行動に働きかけていましたが、これはケアでしょうか？

良い環境と良い心理状態をつくるのがケアです。ケアを直訳すると

「認知症基本法と予防・治療の最前線、認知症ケアのブランディングを探る」

「気にかけること」で、語源はラテン語で「耕す」です。私たちが一方的に相手にサービスを与えるのではなく、相手の持っている畑と一緒に耕して、相手の生活が上手くいくように気にかけることをケアと言うのです。これができる環境をつくれれば、認知症の方も普通のじいちゃん、ばあちゃんです。

うちに視察に来る方から「認知症、軽いですね」とよく言われますが、これはじいちゃん、ばあちゃんが困っていないだけで、困らない環境と心理状態をつくっているからです。

■御社が取り組む認知症ケアの啓発活動を教えてください。

加藤 認知症ケアとは、認知症になっても地域で当たり前に暮らせるようにすることです。大人しく椅子に座っていてもらうことは認知症ケアではありません。うちは施設内に書道教室を設けたり、コーヒーを飲めたりする環境をつくったり、スタッフが当たり前のように子供を連れて出勤したり、犬を連れて出勤したりしています。それは認知症ケアというつくられたレッテルに対するアンチテーゼと考えています。

うちの施設に地域の方が食事をし

に来ている時に、認知症のおばあちゃんが食器を洗ったりしています。その姿を見て「年を取りたくない」とか「認知症になるのは嫌だ」と思うでしょうか？施設の中や敷地で、当スタッフあるいは地域の子どもたちがたくさん遊んでいます。が、「認知症のじいちゃん、ばあちゃんがたくさんいる！」と思うでしょうか？同じことを2回しゃべるけど普通のじいちゃん、ばあちゃんだと思うって皆が付き合っています。

その子どもたちが大人になった時に「年取ったらこうなるよね。別に普通じゃない！」と思ってくれる環境をつくるのが認知症ケアです。しかし、こういう経験をせずに大人になり、いきなり地方に住むおばあちゃんが認知症になって病院や施設で暴れている姿を見たら、認知症はとてつもない病気だと思ってしまう。

今は認知症の人が普通に暮らせる社会をつくるのが急務なのに、認知症ケアをどうするかという議論がされていることは、時代錯誤も甚だしい。一般の人や子どもたちが「認知症は普通だよ」と感じ取れる環境を地域に降ろすことに取り組むべきです。逆に一般的に言われる認知症ケアは重要ではないと思います。

■御社では国際的な活動も幅広く展開されていますね。

加藤 この1カ月だけでもインド、マレーシア、フランス、イタリアなど海外から多くの視察団が訪問してきました。一方、私たちもシンガポールや台湾を訪問しましたし、またフランスや中国から招かれています。日本は世界で最初に少子高齢化を迎えた国なので、ショーケースのように各国からもの凄く注目されています。

先日、訪問してきた25名のフランスの視察団は、認知症のばあちゃんが見て驚いていました。日本の介護はまさに世界の最先端なのです。あおいけあは、フランスとインドから現地の事業展開を呼びかけられています。

■人材育成にどのように取り組まれていますか。

加藤 私が委員を務めている介護人材に関する県の会議で、団体トップが「介護人材は虐待を引き起こすし、質が低すぎる」と怒っていたので、私は「質の高い介護人材とはどんな人材か？」と質問しました。その人は答えませんでした。明確に答えられる人はほとんどいないので

はないでしょうか。しかも職員に毎日ルーティンワークをやらせておいて、そこに質の高い人材は必要でしょうか。その意味で質とは職員ではなく経営側の問題です。

人が成長する時というのは、目の前の課題をどう克服するかを様々に考えて実行した時です。ルーティンワークをさせておいて「はい、ヒヤリハット」「はい、事故報告」と処理している職場で、人が成長するはずがありません。

■あおいけあのブランディング手法を教えてください。

加藤 のれん分けやフランチャイズで多店舗展開をする考えはありません。私が良いと思う事業所が全国に約10カ所ありますが、例えば私がパイプを持っている全国の専門学校から40名を4年契約で採用し、1年間はおおいけあで働いて残りの3年はこちらで指定する事業所に1年ごとに派遣して、あおいけあより高い給与を払っていたら、契約期間を終えたらドラフト会議を開いて、事業所が欲しい人、本人が働きたい事業所を選ぶ。独立したい人には後押しをしてあげる。こんな仕組みを考えています。

認知症レベルに応じたケアで伴走 困難・緊急時もウエルカム対応 デイ利用者にも広がる「家族会」

地元で「認知症に強い」というイメージが定着し、施設の利用者だけでなく、その家族、住民、学生、行政関係者から支持されているのが、特定非営利活動法人あやの里だ。創業当初より、同法人のグループホーム（GH）など住まいの利用者の家族を対象とした「家族会」を立ち上げ、家族同士や職員との「絆」を深めている。年内にもデイサービス向けの「家族会」の発足も計画している。同法人代表の岡元奈央氏に、今後の認知症ケアの展開やブランディングについて聞いた。

■岡元代表のご経歴と貴法人の概要について、お聞かせください。

岡元 私は熊本県生まれで、日本国内の航空会社に客室乗務員として15年勤務した後、私の母親が2001年に創業した当法人の副代表として11年に入職し、21年6月より2代目の



特定非営利活動法人あやの里
代表

岡元 奈央 氏

Okamoto Nao

代表を務めています。当法人は、認知症に特化した介護事業所として現在、GH（2カ所）、有料老人ホームと訪問介護事業所と居宅介護支援事業所（各1カ所）の5事業と認知症カフェを運営しています。職員数は65人で、介護福祉士が大半を占め、看護師が10人、社会福祉士が3人、理学療法士と作業療法士が各1人、事務員が4人です。当法人は入職条件として「全員介護」を掲げていて、職員全てが利用者の介護に関わることになりました。

■貴法人の認知症ケアの特長について、教えてください。

岡元 当法人は事業理念として「ともに生きる」を掲げ、ご利用者、ご家族、地域住民、職員ともに手を携え、喜びを共有し合う地域福祉拠点として精進していくことを宣言しています。各事業所は、熊本市東区の同一敷地内に隣接し、認知症に関する相談から通い、訪問、泊まり、看取りまで伴走できる総合的なサービスの提供体制を整えています。このため、利用者の認知症レベルの変化に応じて通所からGHへ、あるいはGHから有料老人ホームへとスムーズな移動を行い、それぞれの認知症レベルに適したケアを提供できるため、ご利用者の心理面でも非常に有効です。

こうした認知症のレベルに応じたきめ細かな対応を行うため、①小規模型（家庭的なサイズ感）②多機能性（変化に合わせてさまざまな対応）③機動性（緊急時にすぐに対応できるサービスと環境）④柔軟性（臨機応変な対応）——を重視しています。どんな困難事例でも何かできることはないか、「今日、認知症のお母さんが転倒してしまったて、ショートステイをお願いします」という緊急事態においても、とにかく断らずに受け入れる「ウエルカム」な対応を実践しています。

■貴法人は、利用者の家族との関係性を大切にされ、その代表的な取り組みに「家族会」の開催がありますね。

岡元 当法人では、設立当初より家族会「あやの会」を発足し、20年以上にわたり活動を続けています。家族会は、当法人のGHや有料老人ホームの入居者のご家族がメンバーになり、ご利用者の入居の際、家族会の参加をお願いしています。ご利用者の家族と密な連携をとることで、ご家族の介護に関する問題解決やレスパイトケア、ご利用者とご家族との関係性の継続、ご家族との喜びや悲しみの共有、ご家族同士で悩みを相談できる仲間づくりが目的です。毎月第2土曜日に認知症カフェ「asacafe」で開かれ、これまでに開催を中止したのは東日本大震災、熊本地震、水害、コロナ禍の有事の時のみです。開始当時はGHの入居者9人のご家族から始まり、現在は毎回40人前後が参加しています。

1日の基本的なスケジュールは、午前10時30分に開会し、午前中は主に家族会主催の介護保険最新情報や認知症介護に関する勉強会、講演会、事故報告、コンサートやダンスパフォーマンスなどの催し、福祉用具の展示会などを行い、その後、ご利用者の日々の様子を撮影

「認知症基本法と予防・治療の最前線、認知症ケアのブランディングを探る」

した動画の紹介、食事会へと移り、片付けをして午後2時に閉会します。動画紹介は、ご利用者の食事やりハビリ、歯磨き、起床時などの場面を10分程度で編集してスクリーンに映します。ご家族には、ご利用者の普段見られない生活の様子を垣間見ることができて好評です。コロナ禍で中止していた食事会も今年10月に再開する予定です。

家族会の開催により、ご家族との交流が深まり、当法人の運営にも協力していただくようになり、最大の応援者になっていただいています。例えば、調理や食事介助をはじめ、介護の手伝い、水まき、草取り、温泉旅行のサポート、年末の大掃除などさまざまなことに手助けをしていただいています。また、ご家族同士の交流が深まることで、家族会の「同窓会」へと発展しています。ご家族とも助け合いや補い合いの精神で「ともに生きる」という事業理念を実現できています。年内にも新たにデイサービスの利用者のご家族を対象とした家族会の開催に向けて準備を進めています。

■貴法人は「地域に開かれた事業所」を掲げ、住民や学生との交流も盛んですね。

岡元 「家族会」の開催以外にも、

地域の認知症に関する相談などに応じる住民向けの「家族の会」を月2回、学生の持ち込みによるボランティア企画も月1回以上開催しています。ボランティア企画は、スタートから7年目に入り、今年6月には認知症に関する勉強会、認知症に良いとされるヨーグルトの試食会（学生と企業の共同）、台湾の看護学生との交流会を行いました。台湾以外にも中国や韓国の学生の受け入れ実績もあります。若い世代との交流は、施設のご利用者にとっても、職員にとっても良い刺激になります。今年8月には、台湾の大学からの視察ツアーも予定しています。ほかにも多世代型認知症サポート養成講座や座談会、ミニコンサート、お琴の会なども開催し、熊本地震の時には認知症カフェ「asacafe」を避難所として開放しました。

■職員の人材育成では、どのような取り組みを展開されていますか。

岡元 認知症ケアは、チームケアが大事になります。職員が事業理念を共有し、チームの目標を設定し、その目標に向かって同じマインドと知識とケアでバトンをつないでいかなければいけません。チームケアが上手く回るためには、現場のミドルリーダーが強い

意志を持つて方向性を示し、現場が付いてくるようにしなければいけません。そのため、チームでどう動くかを学ぶ場が必要であり、5年前にミドルリーダーのマネジメントスキルを向上させるための研修を導入しました。

当法人内でのマネジメント研修は月1回開催していて、今年は「業務改善（生産性の向上）」をテーマに掲げています。研修の実施により、ミドルリーダーのマネジメント意識が高まり、部下の育成やチームケアに関する価値観が浸透してきています。さらに3年前から当法人外でも熊本県下のリーダー介護士向けのマネジメント研修を開催しています。研修は別の事業所と合同で当法人のミドルリーダーが講師を担い「熊本介護マネジメント委員会」（事務局…あやの里）を立ち上げて行っています。介護の世界はクローズドな空間であるため、ミドルリーダーが外部との交流を深め、成長する機会になっています。

■地元で「認知症に強いあやの里」というイメージが定着していますが、今後の認知症ケアのブランディングについて、どのようにお考えですか。

岡元 以前はコンセプトがあり、ストーリーがあり、そこにファンが付くとい

う時代でしたが、現在は個々人がSNSを使ってメッセージを発信する時代に変わりました。そのような流れの中で「こういう認知症のケアがいいですよ」というアプローチよりも、これからは「こういう人生を送りたいですか」「こんな生活はいかがですか」「どんな最期を迎えたいですか」と問い掛けて、それぞれの人が受け止めてイメージして「こんな施設だったら入りたいな」「この施設で人生を送りたいな」と感じるようなブランディングを展開していきたいです。職員がインスタグラムなど各種のSNSを活用して問い掛けて、個人の感想や意見をどんどん聞いていくようなブランディングをしていきたいです。

■2040年の地域共生社会に向けて今後の展望がありましたら、お聞かせください。

岡元 当法人では、ご利用者が認知症になる前と後で変わらない生活を維持できる環境を整えるということが永遠のテーマです。認知症になり、できなくなることで、分からないことが増えてきますが、ご家族、地域住民、職員がともに手を携えて、周りのみんなそれぞれの人生をサポートしていくという社会を実現していきたいです。