

地球規模の高齢化における WHOの取り組み

WHO健康開発総合研究センター
(WHO神戸センター)

上級顧問官 野崎慎仁郎
技官 ローゼンバーグ 恵美



1

日本公衆衛生学会 COI 開示

WHO神戸センター
野崎慎仁郎
ローゼンバーグ恵美

演題発表に関連し、開示すべき COI 関係にある
企業などはありません。

2

WHOの目標

- “The attainment by all peoples of the highest possible level of health”

「すべての人々が、可能な限り最高の健康水準に到達すること」

- “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”

「健康とは、身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、単に病気でないとか、虚弱でないということではない」

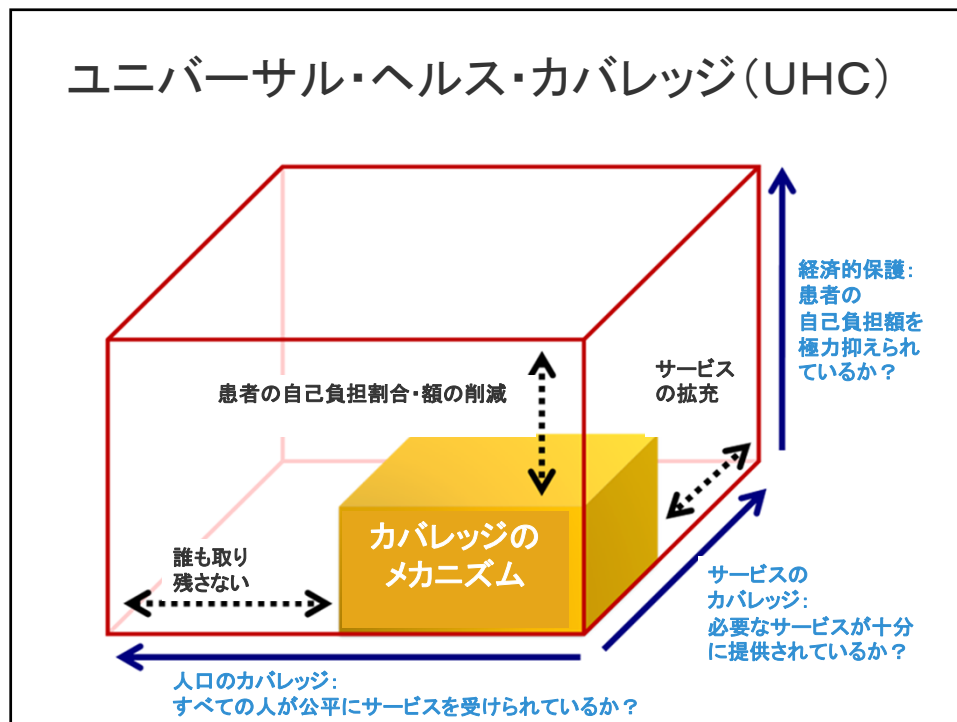
3

保健システムの根本的課題

- 必要な保健医療サービス(薬品や機器も含む)が提供されていない
- 人や地域によって受けられるサービスの内容や質に格差がある
- 保健医療費の患者負担率が高い(困窮や受診の回避を招く)

4

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)



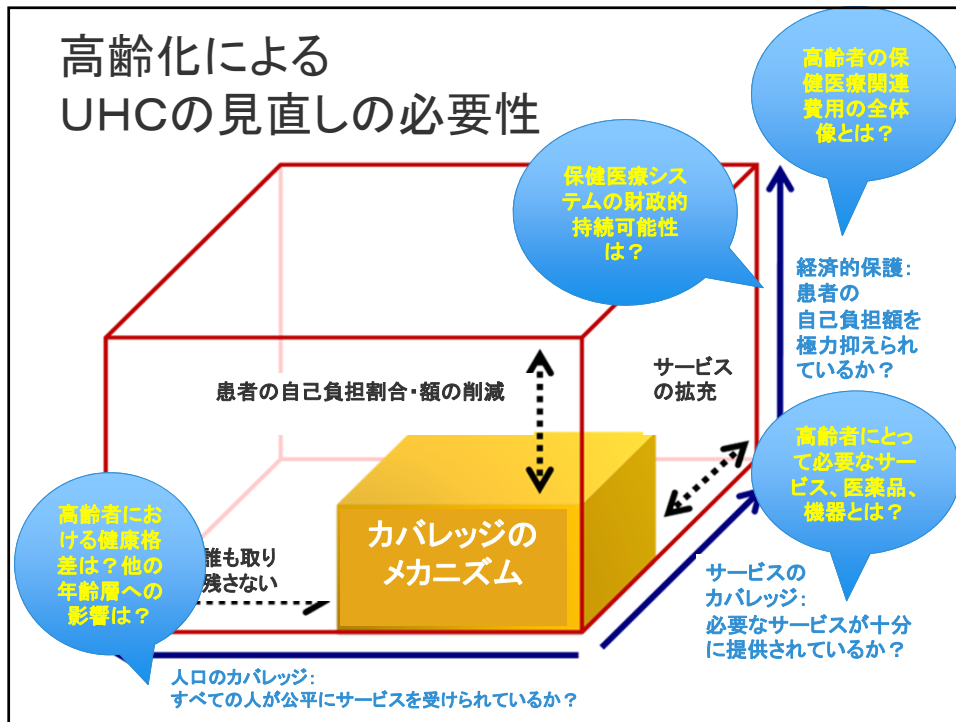
5

持続可能な開発目標(SDGs)

- **目標3. あらゆる年齢のすべての人の健康的な生活を確保し、福祉を推進する**
 - **ターゲット3. 8 UHCを達成することで、すべての人に経済的なリスクからの保護、質のよい必須保健医療サービスへのアクセス、および安全、効果的、高品質で手ごろな必須医薬品とワクチンへのアクセスを確保する。**

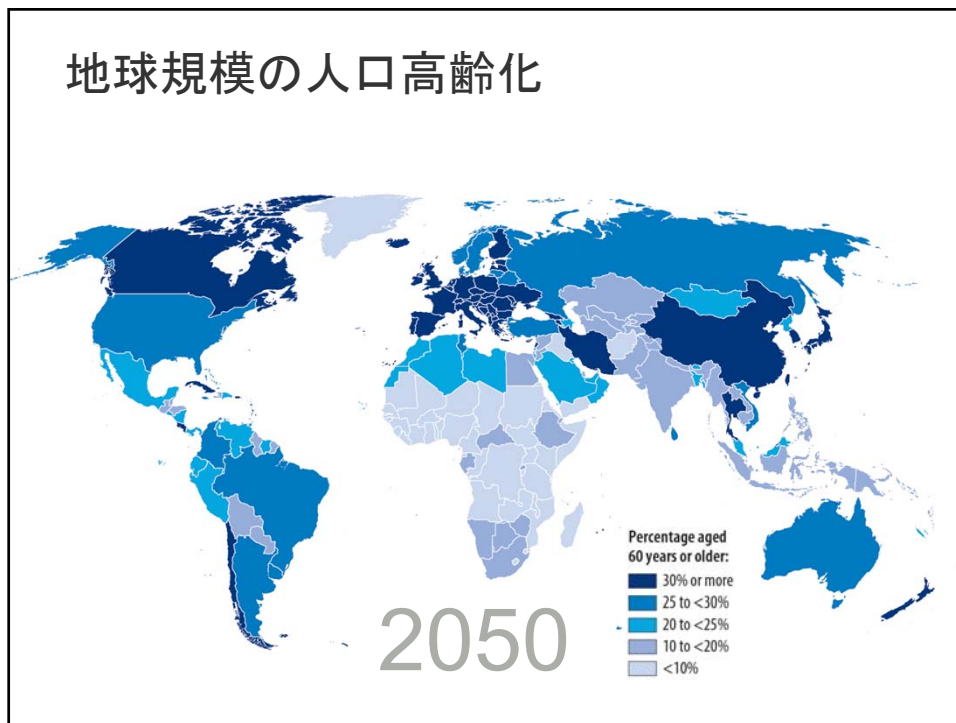
6

高齢化による UHCの見直しの必要性



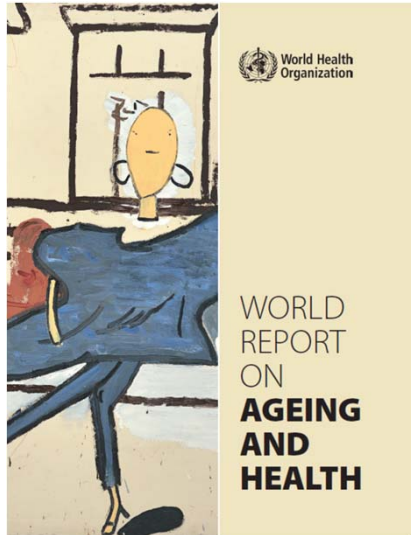
7

地球規模の人口高齢化



8

高齢化と健康に関するワールド・レポート (2015)



<http://www.who.int/ageing>

レポート全文: 英語とスペイン語

要旨: アラビア語、中国語、英語、フランス語、
日本語、ポルトガル語、ロシア語、スペイン語

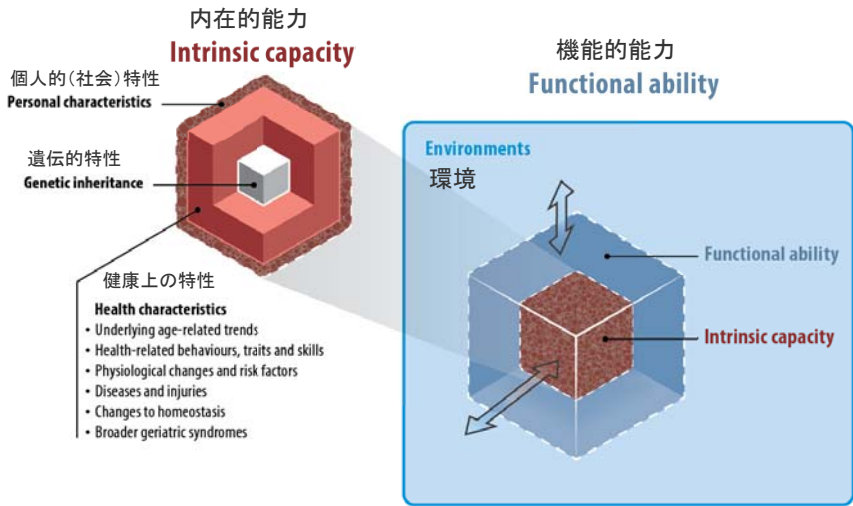
9

Healthy Ageing

健康な高齢化 (*Healthy Ageing*) とは、
高齢期における**福祉** (wellbeing) の
実現を可能にするような
機能 (functional ability) を
発達、維持する**プロセス**のことである

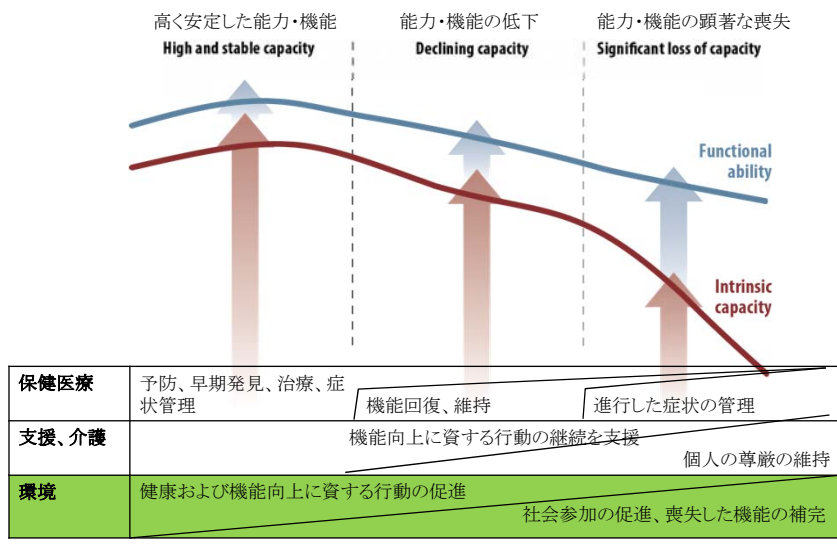
10

健康な高齢化にかかわる要素



11

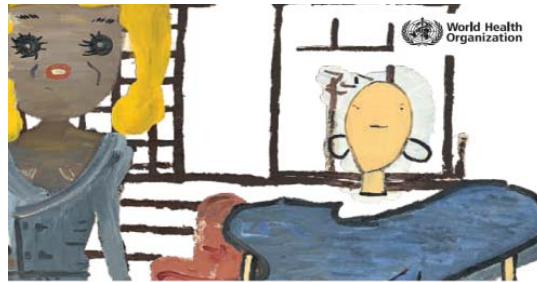
健康な高齢化のための公衆衛生学的枠組み



12

高齢化と健康に関する 世界戦略と行動計画 2016-2020

- WHO 第69回世界保健総会決議: 議題69.3
- http://kyokuhp.ncgm.go.jp/who69_web2.pdf



Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)

A framework for coordinated global action by the World Health Organization,
Member States, and Partners across the Sustainable Development Goals

13

13

目的 (Goals)

- 人々の機能的能力を最大限引き出すために、エビデンスにもとづいた介入を、すべての人に届くような形で、この5年間、実施する。
- 2020年から2030年にかけて「健康な高齢化の10年」(Decade of Healthy Ageing)を实践するのに必要なエビデンスやパートナーシップを2020年までに構築する。

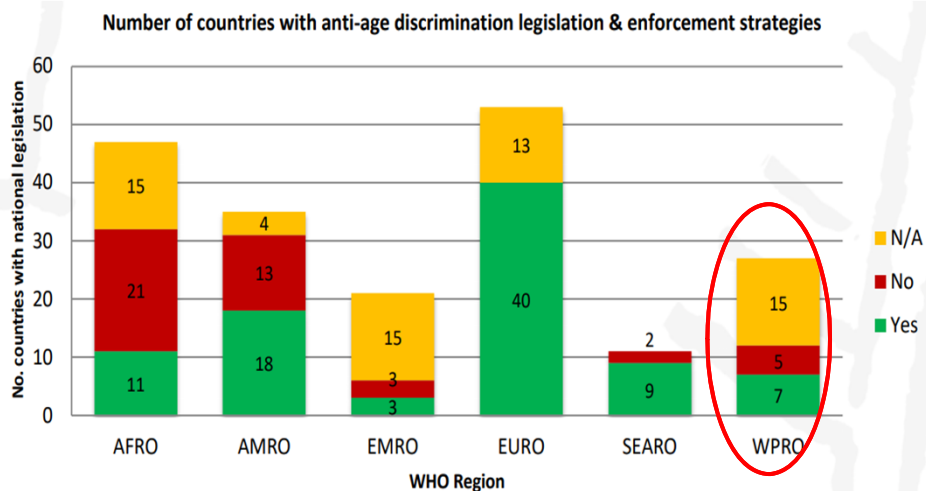
14

5つの戦略目標

- すべての国が健康な高齢化の実現に向けて取り組む
- 高齢化に適したエイジフレンドリーな環境をつくる
- 高齢者のニーズに保健医療システムを適合させる
- 在宅、地域、施設等において長期的なケアを持続的にかつ公平に提供できるシステムを築く
- 健康な高齢化に関する測定、モニタリング、研究を強化する

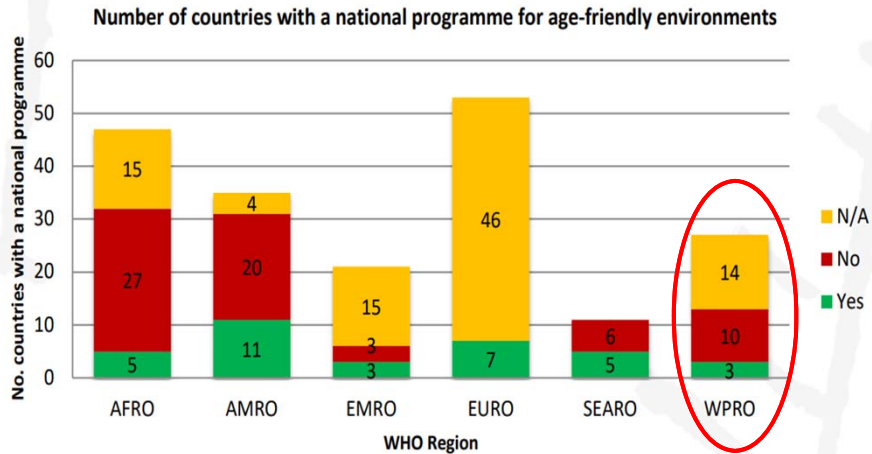
15

2018 中間評価： 年齢差別の禁止・撤廃に関する法制や施行戦略がある国



16

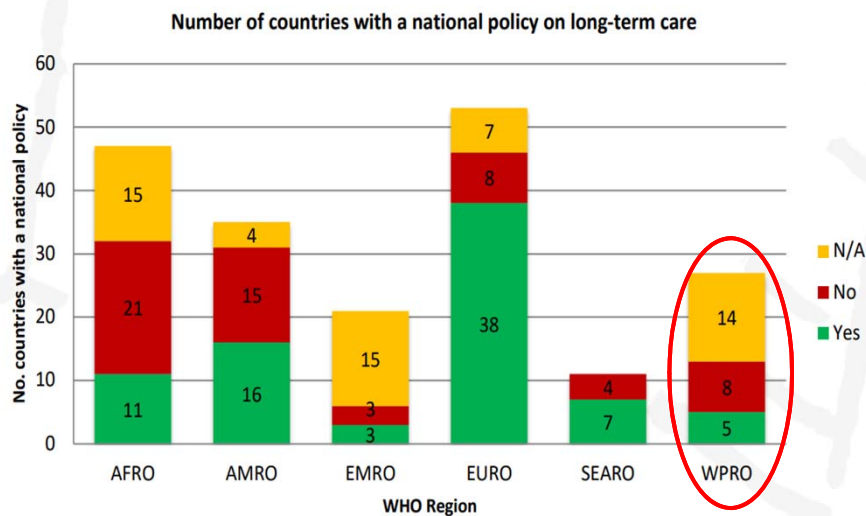
2018 中間評価： エイジフレンドリーな環境づくりに関する国の事業・取組 がある国



Source: <http://www.who.int/ageing/commit-action/measuring-progress/indicators-6.pdf>

17

2018 中間評価： 長期ケア(介護)に関する国家政策がある国

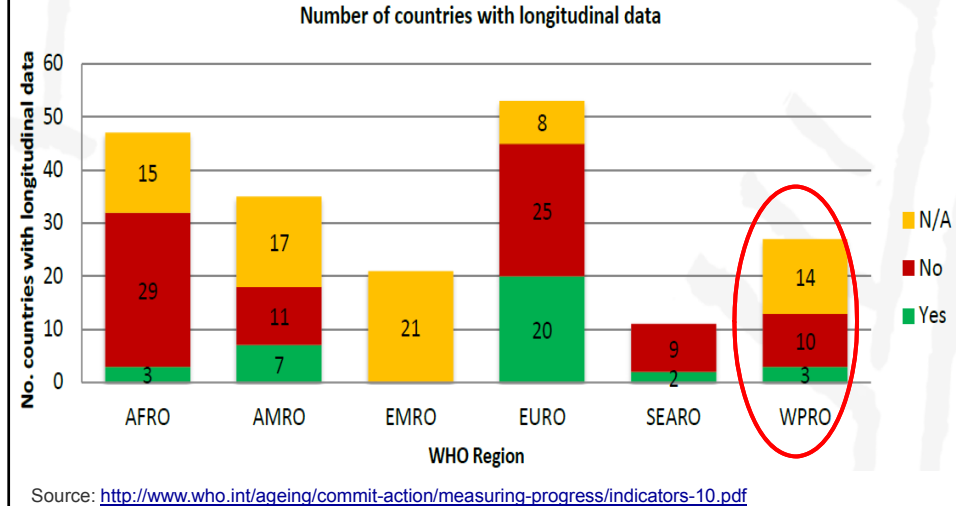


Source: <http://www.who.int/ageing/commit-action/measuring-progress/indicators-8.pdf>

18

2018 中間評価:

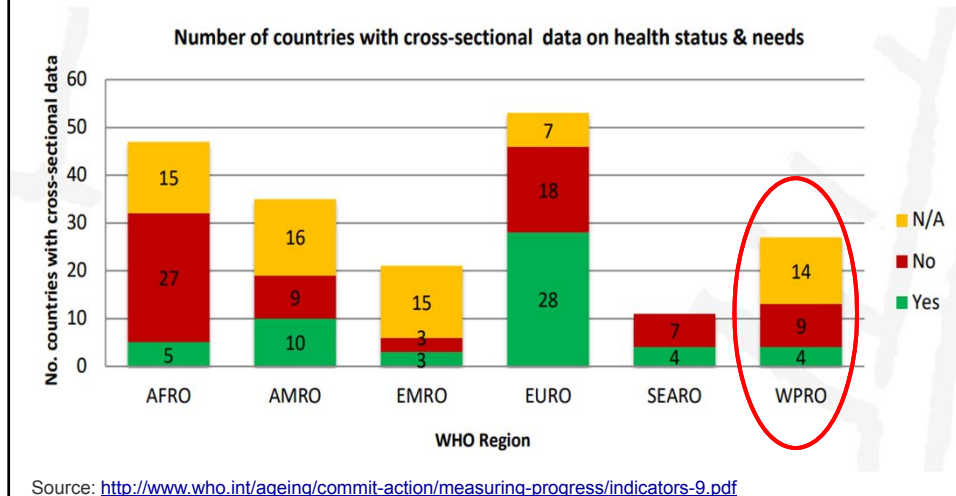
高齢者の健康状態とニーズに関する、国レベルで
 代表性のある縦断データが公開されている国



19

2018 中間評価:

高齢者の健康状態とニーズに関する、国レベルで
 代表性のある、匿名化された、2010年以降の横
 断データが公開されている国



20

WHO 健康開発総合研究センター (WHO 神戸センター)



ウェブサイト

www.who.int/kobe_centre

Eメール

wkc@who.int

エイジズム(年齢差別)と社会的処方

齋藤順子^{1,2}、近藤尚己¹

1. 東京大学大学院 医学系研究科
2. 国立がん研究センター 社会と健康研究センター

1

日本公衆衛生学会 COI 開示

東京大学大学院 国立がん研究センター
齋藤順子

東京大学大学院
近藤尚己

演題発表に関連し、開示すべき COI 関係にある
企業などはありません。

2

本日のアウトライン

世界から学ぶべき高齢化の国際的動向

- エイジズム(年齢差別)
- 感覚機能障害
- 社会的処方

3

エイジズム(年齢差別)とは

「高齢であることを理由とした体系的な
ステレオタイプ化と差別のプロセス」(1969)

by Robert Butler

- 高齢者はみんなおんなじだ
- 加齢は良い人生における「障害」であり、打ち勝たなければならない
- 年をとれば、健康は損なわれる
- 高齢者は保健システムや経済の金食い虫である

世界価値観調査(2016)
57か国、8万3000人 調査
回答者の60%
高齢者は「尊重されていない」

年齢差別の撲滅 (combat ageism)

「Global strategy and action plan on ageing and health」10の優先事項

2016年 WHO国際高齢者デーのテーマ

(World Value Survey, 2016)

4

エイジズム(年齢差別)がもたらす影響

- 高齢者自身にエイジズムが内在化
⇒ 抑うつ症状↑、社会的孤立↑、機能障害からの回復↓、寿命↓
- 高齢者虐待の要因
- 政策や医療にも影響
(社会的資源の分配対象やデータ収集の対象者から除外するなど)



(Officer, 2016; Cherubini, 2010)

エイジズムと戦うには、加齢に対する新たな理解を世の中に確立し、
人々の意識、規範を変えていくことが必要。そして、それは可能！！

(Levy, 2002)

5

定年退職制度とエイジズム(年齢差別)

各国の年齢差別禁止法

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス
年齢差別禁止根拠法	雇用における年齢差別禁止法 (ADEA)	2006年 雇用均等(年齢)規則	一般雇用機会均等法 (AGG)	労働法典 L.122-45条 (差別防止に関する一般規定) など
施行年月	1967年	2006年10月	2006年8月	(2001年11月に改正)
保護対象年齢	40歳以上のみ	全年齢		

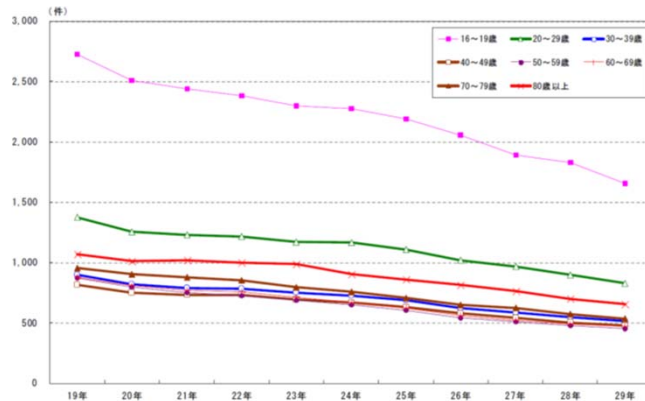
(海外情勢報告 厚生労働省,2007)

6

高齢ドライバーとエイジズム(年齢差別)

原付以上運転者(第1当事者)の年齢層別
免許保有者10万人当たり交通事故件数の推移

高齢ドライバーによる
交通事故は増えている？



「16~19歳」が傑出
次に「20~29歳」
3番目に「80歳以上」
70代は他の年代と
大差なし

(平成29年中の交通事故の発生状況 警察庁交通局, 2018)

7

高齢者ドライバーとエイジズム(年齢差別)

- 認知症高齢者による交通事故
 - 75歳以上ドライバーに臨時の認知機能検査の義務付け
- 免許の返納によって生活の足が奪われる／自尊心が低下する
 - 安心して自ら免許を手放せる環境作り
 - 公共交通機関の利用補助券、オンデマンド交通
 - 免許センターに看護師・保健師を設置する取り組み(西日本)
 - 運転したい、運転が必要な高齢者には免許を維持できる環境作り
 - 条件付き運転免許(オーストラリア)、サポカー(安全運転サポート車)

8

エイジズム(年齢差別)をどう解消するか？

- 加齢に関する知識と理解を増やすための広報キャンペーン
- 年齢に基づく差別を法律で規制
- 加齢に関するバランスの取れた視点が反映された報道

(Officer A, 2018)

9

高齢者の視力・聴力障害

- 高齢者の視力・聴力障害の特徴
 1. 日常生活に不安や不便さを抱えながら生活する
 - 社会参加の場から遠ざかる、趣味をあきらめる、抑うつ傾向
 - 認知症発症リスクが高まる可能性(老人性難聴)
 2. ロービジョンへの積極的な動機が低い
 3. 高齢者だけの世帯の増加による支援者の不在
- 高齢者の視力・聴力障害のケア

本人のゴールを把握し、現在の機能とのギャップを可能な限り小さくする

例:眼鏡、補助具の導入、環境整備(照明の調整)、生活訓練など

→ ロービジョンケアの介入で、社会的役割のQOL改善

10

ICOPE

(地域における高齢者の統合ケアのためのガイドライン)

感覚機能の維持



3. 高齢者には、プライマリケアで、**視覚障害の定期スクリーニング**および、適時に総合的な眼科治療を受けることを推奨する。
4. 高齢者には、適時に難聴の診断と管理をするために、**聴力スクリーニング**および**その結果に基づく補聴器の支給**を受けることを推奨する。

多くの場合、加齢に伴い難聴や視覚障害が発生します。これらにより、活動性が低下し、社会への参加・関与に制約が生じ、転倒のリスクも増大します。このような感覚機能に関する問題は、眼鏡や補聴器の提供、白内障手術、生活環境の適合（例：照明の調整）といった、簡単で手頃な方法で解決することができます。

11

内在的能力向上のための社会的処方の可能性

Healthy Ageingの実現のため

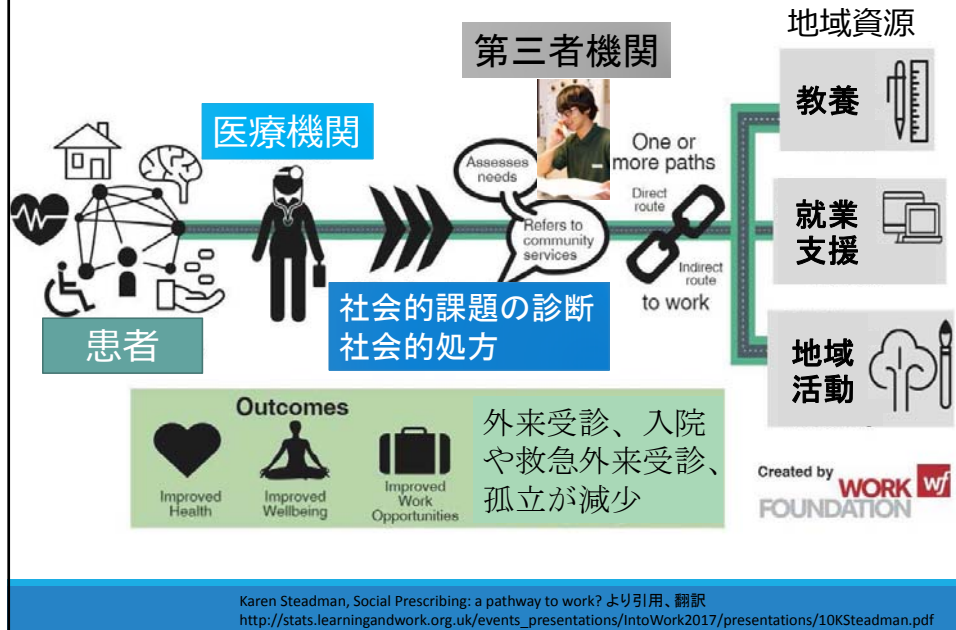
高齢者が持つ「内在的能力」を底上げするケア

- ⇒ 地域活動や地域組織が果たす役割が重要
- ⇒ 病院と地域が連携する必要性

その連携の手段の一つとして。。。

12

英国の社会的処方への仕組み



13

健康は多重レベルの要因で決定される



電子カルテにSDHの項目を取り入れた例

RESPECTIVE

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Patients in Context — EHR Capture of Social and Behavioral Determinants of Health

Nancy E. Adler, Ph.D., and William H. Shatt, M.D.
N Engl J Med 2015; 372:698-701. February 19, 2015; DOI: 10.1056/NEJbp1413945

Core Domain	Measure
Race/ethnicity	人種 *U.S. Census (2 Q)
Education	教育 †Educational attainment (2 Q)
Financial resource strain	経済的困難 †Overall financial resource strain (1 Q)
Stress	ストレス †Stress (2 Q)
Depression	うつ †PHQ-2 (2 Q)
Physical activity	身体活動 †Exercise Vital Sign (2 Q)
Tobacco use and exposure	タバコ †HHS (2 Q)
Alcohol use	アルコール †AUDIT-C (3 Q)
Social connections and social isolation	社会的孤立 †HAWES B (4 Q)
Exposure to violence: Intimate partner violence	暴力 †HARK (4 Q)
Neighborhood and community compositional characteristics	住居 †Residential address 近隣の特徴 †Census tract median income

The IOM Committee on Recommended Social and Behavioral Domains and Measures for Electronic Health Records.
http://www.iom.edu.govtoreview/2012/02/04/04.html_3?pg=1#objects

近藤尚己. 健康格差対策の進め方: 効果をもたらす5つの視点. 東京: 医学書院; 2016.
日本プライマリケア連合学会 健康格差に対する見解と行動指針

14

社会資源の例

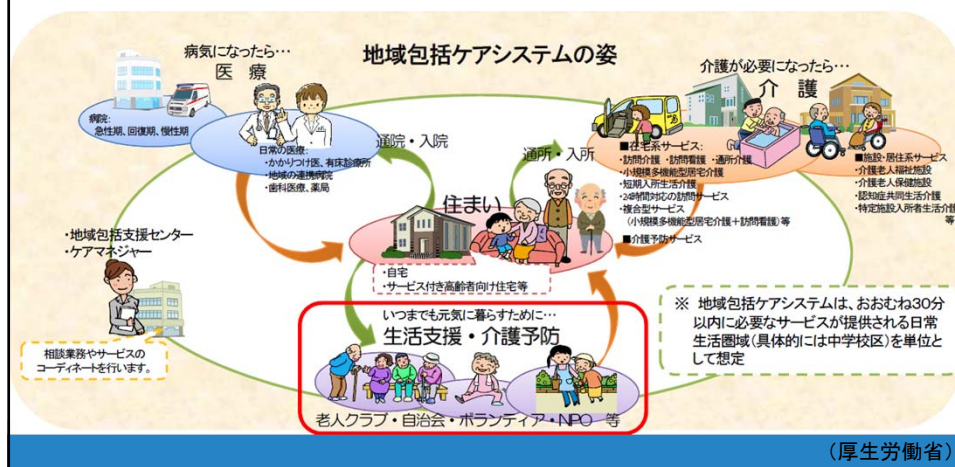
趣味・運動 生活改善	芸術活動・運動などの習い事	釣り
	読書会・自己啓発	ジム
	ガーデニング	健康ウォーキング
	編み物・おしゃべりクラブ	サイクリング
	チームスポーツ	水泳・アクアセラピー
	パソコントレーニング	体操・ダンス教室
	地域教育チームの結成	交通整理と交通案内
支援	法律相談や法的アドバイス	グループ・ボランティア活動
	友人・仲間づくり	自助グループ
	経済援助	時間貯蓄 Time Banks
	就労援助	相互援助

Wilson 2015, Dixon 2016, Mackenzie2017より引用・翻訳
東京大学 西岡大輔氏提供

15

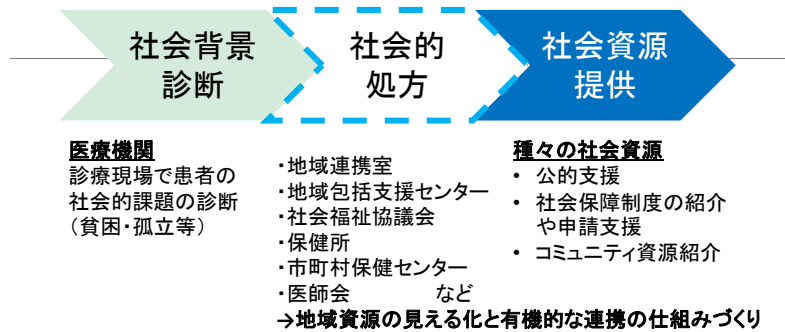
社会的処方を検討する際の日本の実情

1. 保健師、ソーシャルワーカー、ケアマネなどは社会的課題を解決する専門家
2. 医療機関にいる医療ソーシャルワーカーはまさに医療と地域のつなぎ役
3. 医療機関は地域資源の一部だが、地域との連携は必ずしも十分ではない



16

日本での社会的処方の可能性



- 医療機関（MSW含む）と地域機関との有機的な連携の仕組み作りが大切
- 社会的処方の運用プロセスの標準化
- 社会背景診断ツールの開発
- 活動の効果評価
- 実践へのインセンティブ等の活用を検討

東京大学 西岡大輔氏提供スライド 一部改変

17

まとめ

- 国際的には、エイジズム（年齢差別）は第3の差別として広く議論されているが、日本はまだ出遅れている
- まずはエイジズムの存在を認識し、日本国内での加齢に対する人々の意識、規範を変えていくことが必要
- Healthy Ageingでは、高齢者の疾病や障害そのものではなく、それらを抱えながら生きる高齢者の日常生活を支える視点が大切
- 視力や聴力など高齢者のQOLに大きな影響を与える障害へのケアも重要
- 社会的処方もHealthy Ageingの実現の手段の一つとして注目される
- 一方で、社会的処方という先進的な仕組みをそのまま取り入れるのではなく、すでに日本で機能している地域連携の仕組みの中で、よりよい包括的なケアの提供を考えることが大切

謝辞：本発表の一部スライド提供、および社会的処方について多大なる助言をいただいた東京大学大学院博士課程の西岡大輔氏に心から御礼申し上げます。

18

2018.10.25
日本公衆衛生学会

日本と世界での 認知症にやさしい まちづくりの取り組み

浜松医科大学医学部健康社会医学講座
尾島 俊之

1

1

日本公衆衛生学会 COI 開示

浜松医科大学健康社会医学講座
尾島 俊之

演題発表に関連し、開示すべき COI 関係にある
企業などはありません。

2

2

本日の内容

- **認知症の予防対策**
- 認知症対策の歴史
- 日本における取り組み
- 海外における取り組み
- PDCAと評価
- まとめ

3

3

2025年に認知症730万人

1-1 日本の高齢者人口に占める認知症の人数および割合



*糖尿病有病率の増加により認知症有病率が上昇すると仮定した場合。「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 二宮利治・九州大学教授)による速報値

4

<http://diamond.jp/articles/-/105317>

4

認知症の約35%は9個の要因による

The screenshot shows the homepage of The Lancet website. At the top, there is a navigation menu with links for Home, Journals, Specialties, The Lancet Clinic, Global Health, Multimedia, Campaigns, More, Information for, and Submit a Paper. Below the navigation is the 'THE LANCET' logo and social media icons. A search bar is present with a dropdown menu set to 'All Content' and buttons for 'Search' and 'Advanced Search'. The main content area features a section titled 'Commissions from the Lancet journals' with a 'View all Commissions' button. The featured article is 'Dementia prevention, intervention, and care', published on July 20, 2017. It includes an 'Executive Summary' stating that dementia is the greatest global challenge for health and social care in the 21st century, with around 50 million people worldwide having dementia, and this number is predicted to triple by 2050. The article also mentions that the Commission identifies nine potentially modifiable health and lifestyle factors. To the right of the article is a photograph of an elderly person sitting on a bench in a park, and a 'Related links' section with two links: 'The Lancet Neurology Dementia Commission 2016' and 'Lancet Clinic — Alzheimer's Disease'.

5

5

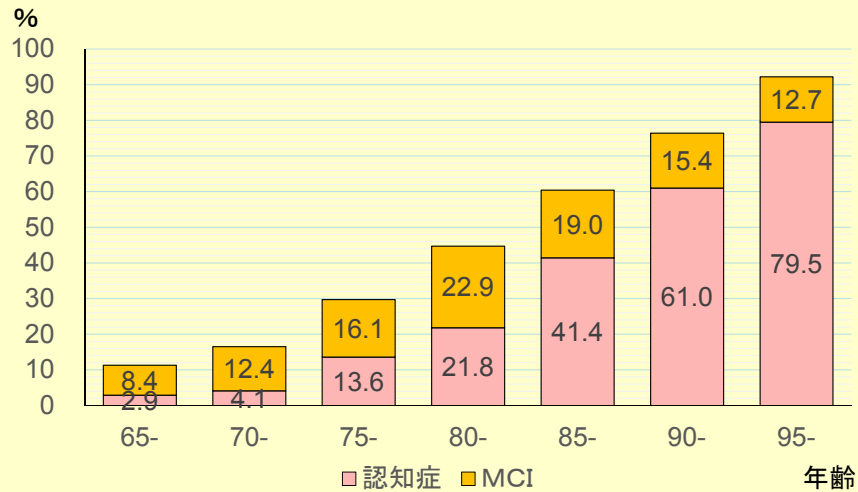
認知症の9個の要因

- (1) 教育
- (2) 高血圧
- (3) 肥満
- (4) 難聴
- (5) うつ
- (6) 糖尿病
- (7) 運動不足
- (8) 喫煙
- (9) 社会的孤立

6

6

認知症・軽度認知障害(MCI)の有病率 (男女計)



(平成24年度朝田班報告書より計算)

7

3種類の認知症予防

- 1次予防
– 認知症にならない
- 2次予防
– 軽い認知症になっても、重くならない
- 3次予防
– 認知症になっても、幸せに暮らせる

8

8

本日の内容

- 認知症の予防対策
- **認知症対策の歴史**
- 日本における取り組み
- 海外における取り組み
- PDCAと評価
- まとめ

9

9

認知症対策の歴史

- 1906年 アルツハイマー病報告
- 1950年 国際老年学協会 (IAGG) 発足
- 1959年 日本老年医学会、
日本老年社会科学会発足
- 1963年 老人福祉法制定
– 特別養護老人ホームなどが制度化
- 1972年 小説『恍惚の人』(有吉佐和子著)出版
– 翌年、映画化 → 認知症対策が本格化

10

10

認知症対策の歴史(続き)

- 1980年 現在の「認知症の人と家族の会」発足
- 1982年 現在の「日本認知症学会」発足
- 1984年 国際アルツハイマー病協会(ADI)発足
- 1986年 厚生省痴呆性老人対策本部設置
- 2001年 大牟田市での認知症対策始まる
(「認知症にやさしいまち」の先進地)
- 2001年 *Dementia Friendly Community (DFC) Guide*
(Scotland、イギリス)
- 2004年 日本公衆衛生学会で山口県大和町の発表
「痴呆予防に優しいまちづくり報告」

11

11

P03-143

痴呆予防に優しいまちづくりの概要

○西岡 房枝¹⁾、恵上 博文²⁾、佐伯 のり子²⁾、中村 譲治³⁾、岩井 梢³⁾、杉山 真一⁴⁾

山口県 大和町¹⁾、山口県 柳井環境保健所²⁾、NPO 法人 Well-Being³⁾、山口大学 医学部 公衆衛生⁴⁾

【目的】 近年、本町では、痴呆性高齢者が漸増しているため(出現率7.6%)、これまでの早期発見・早期対応を中心とした取組みでは限界を実感したことから平成14年度から元気じゃ脳計画策定委員会を立上げ、ヘルスプロモーションに基づく痴呆予防に優しいまちづくりを目指し、元気じゃ脳大作戦を策定したので、この経過及び概要を報告する。

12

12

2005年 認知症サポーターキャラバン開始

初年度 3万人養成

2009年 100万人突破

2018年3月 1,000万人突破



<http://www.bando-shakyo.jp/index2.html>



13

13

本日の内容

- 認知症の予防対策
- 認知症対策の歴史
- **日本における取り組み**
- 海外における取り組み
- PDCAと評価
- まとめ

14

14

2015年

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 資料1

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加 2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) → (新) 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

1

15

http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnet_orangeplan_explain.html


15

手軽に認知症を学べるゲームの開発


ゲーム感覚で学ぶ認知症学習アプリを開発しました。

学内だけでなく、アピタや様々なイベントでも実施し、200人以上の方に触ってもらえました。

新しいゲームも開発中・・・



日本福祉大学 斉藤雅茂先生提供スライド



- ・ 2013年度デジタルコンテンツコンテスト マルチメディア部門・最優秀賞
- ・ 2014年度デジタルコンテンツコンテスト マルチメディア部門・奨励賞

16



17

まちづくりのヒント

1. 取り組みの成長エンジンは、認知症の人の参加
2. 成功の鍵は、セクターを超えて、お互いが得する仕組み
3. 現場初の発想転換 知識から体験へ

18

18

認知症にやさしいまちづくり条例 2017大府市、2018神戸市・・・

大府市認知症に対する不安のないまちづくり推進条例をここに公布する。

平成29年12月26日

愛知県大府市長 岡村 秀人

大府市条例第27号

大府市認知症に対する不安のないまちづくり推進条例

平成19年12月に市内で発生した認知症の人の鉄道事故から、10年が経過しました。この事故は、認知症の人を介護する家族の監督義務の有無をめぐる最高裁判所まで争われたこともあり、多くの国民の関心を集め、様々な課題を私たちに投げかけました。高齢化の一層の進展により、認知症が原因で日常生活や社会生活上の不安を抱える人は今後も増加すると見込まれており、その対応は、今や我が国のみならず世界共通の課題となっています。

本市は、昭和45年の市制施行以来、総合計画におけるまちづくりの基本理念を「健康都市」とし、国立長寿医療研究センター、認知症介護研究・研修大府センター、あいち健康の森健康科学総合センターといった保健・医療・福祉に関する日本有数の研究機関が所在

http://www.city.obu.aichi.jp/cmsfiles/contents/0000026/26241/291226_jyourei_27.pdf

19

本日の内容

- 認知症の予防対策
- 認知症対策の歴史
- 日本における取り組み
- 海外における取り組み
- PDCAと評価
- まとめ

20

20

認知症にやさしい地域の定義

- 認知症の人が、理解され、尊重され、支援され、自信を持って地域生活に貢献できる地域

3つの視点

- 過程、人、場所

21

21

8つの実施領域

- 芸術、文化、余暇、レクリエーション
- 仕事や商店
- 子供、若者、学生
- 地域、ボランティア、宗教のグループや団体
- 消防や警察
- 健康や福祉ケア
- 住宅
- 交通

22

22

WHO 認知症計画の ためのガイド



http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/

23

認知症行動計画の7つの領域



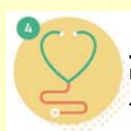
優先順位
づけ



啓発、認知症に
やさしいまちづくり



リスク
の低減



診断、治療、
ケア



介護者の
支援



情報
システム



研究、
革新

24

24

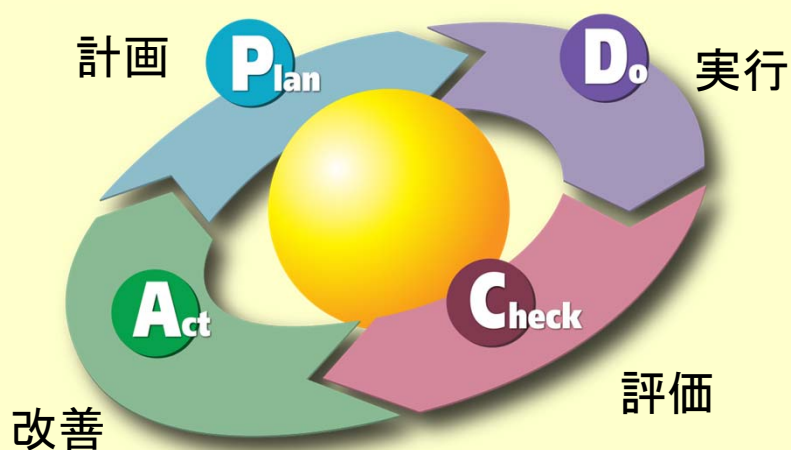
本日の内容

- 認知症の予防対策
- 認知症対策の歴史
- 日本における取り組み
- 海外における取り組み
- **PDCAと評価**
- まとめ

25

25

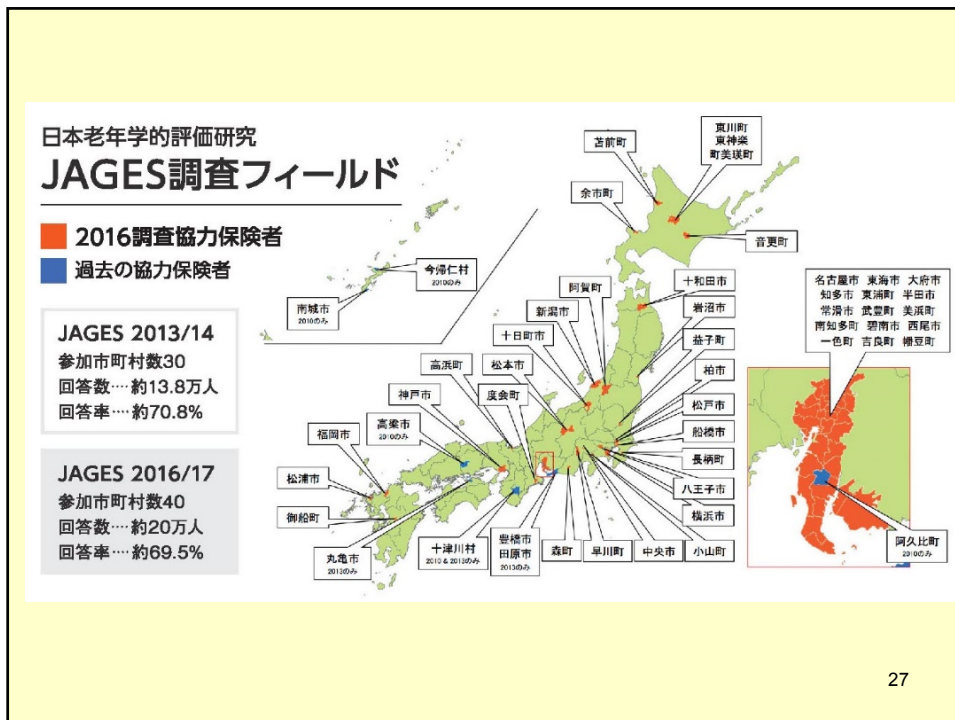
PDCAサイクル



<https://ja.wikipedia.org/wiki/PDCA%E3%82%B5%E3%82%A4%E3%82%AF%E3%83%AB>

26

26



27

世界保健機関(WHO)の高齢者にやさしいまち指標 Age Friendly Cities (AFC)

WHO, 2007

WHO, 2015

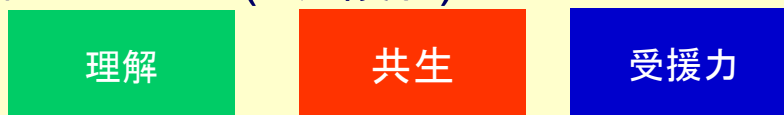
28

28

「高齢者にやさしいまち」の主要素



+ 認知症の人(と介護者)にやさしいまち



29

29

認知症の理解に関する指標

Q. 認知症の人の大声や暴力、歩き回るなどの行動は、必要なことが満たされない時に起きると思いますか。

Q. 認知症の人は、記憶力が低下し判断することができないので、日々の生活をこちらで決めてあげる必要があると思いますか。

30

30

共生に関する指標

Q. 認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良いと思いますか。

Q. 自分が認知症になったら、周りの人に助けをもらいながら自宅での生活を続けたいと思いますか。

31

31

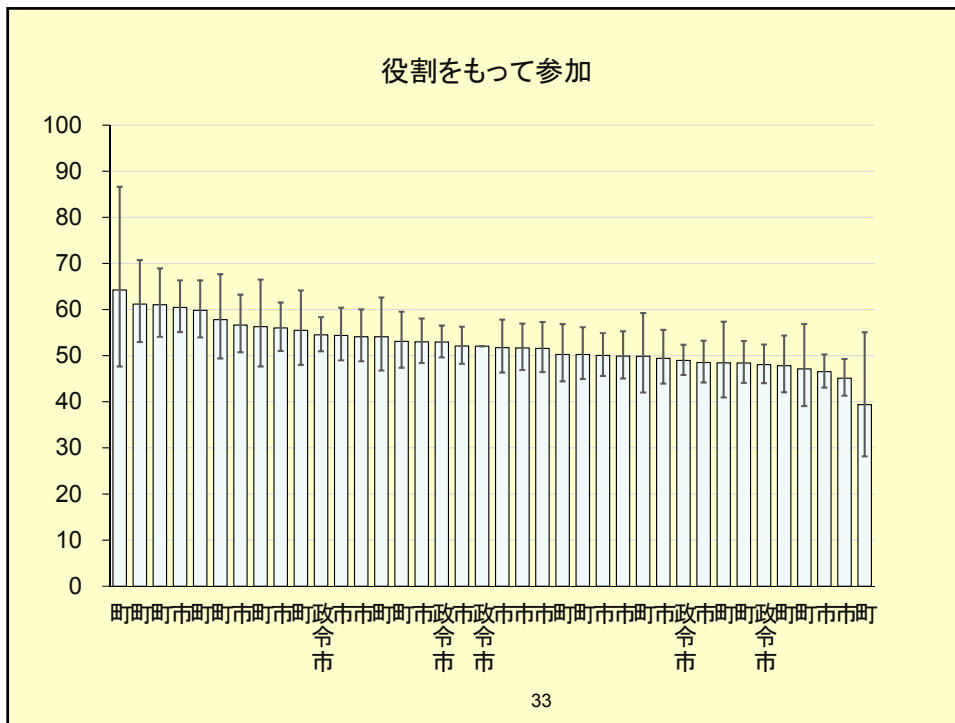
受援力に関する指標

Q. 家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思いますか。

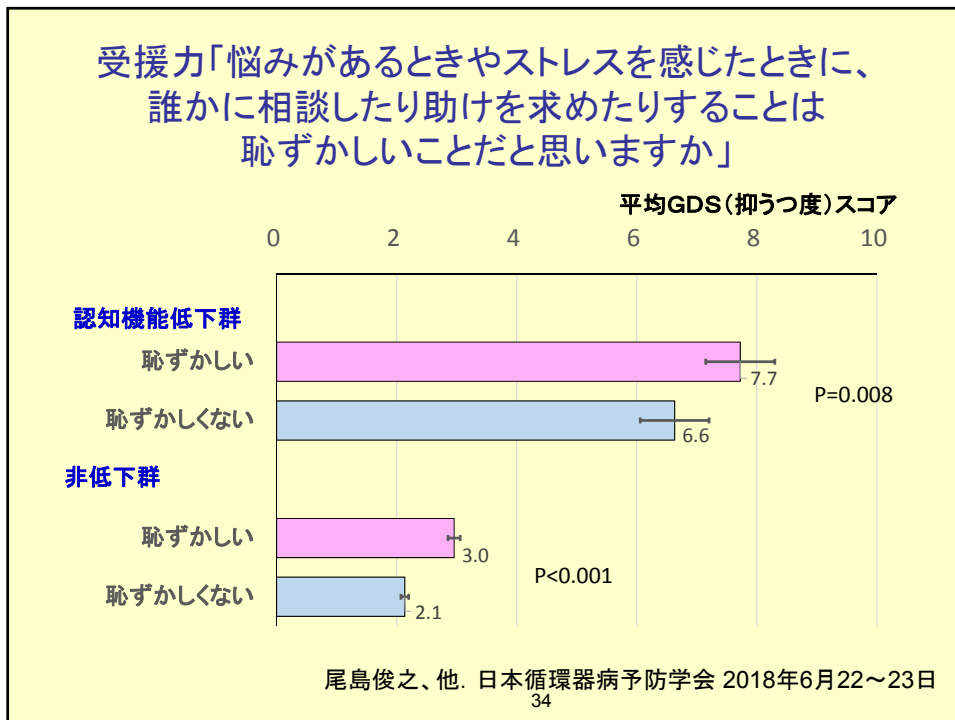
Q. 悩みがあるときやストレスを感じたときに、誰かに相談したり助けを求めたりすることは恥ずかしいことだと思いますか。

32

32

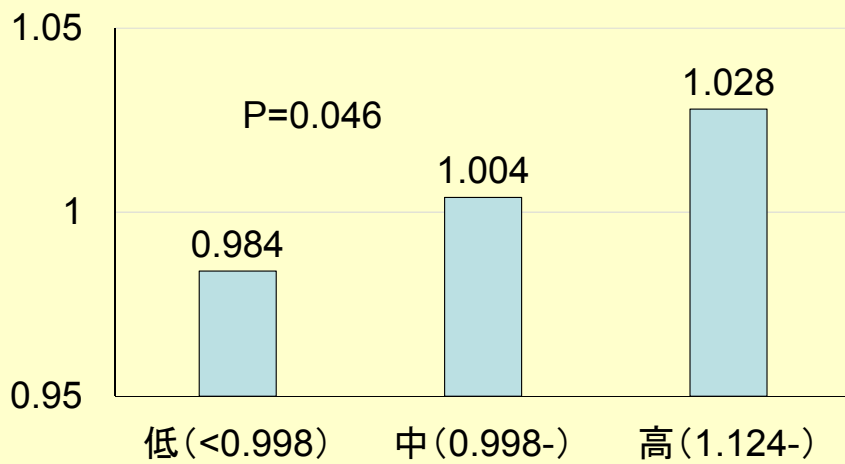


33



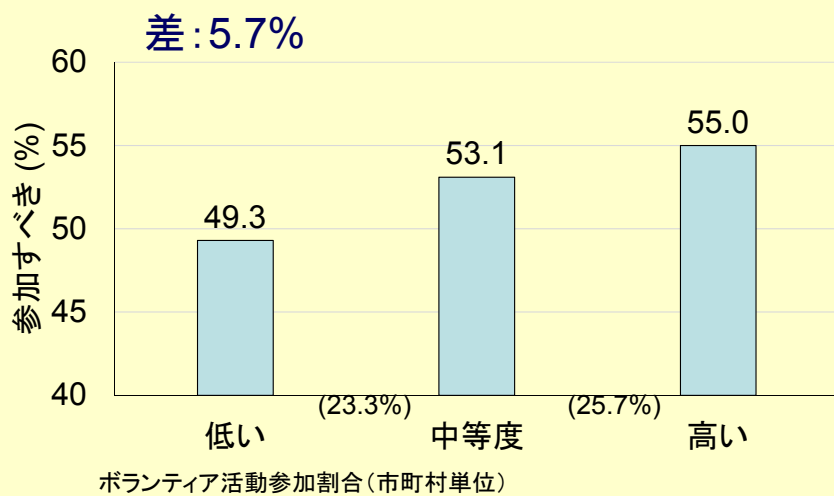
34

認知症の理解と相談は恥ずかしくない
($p=0.411$ 、 $p=0.01$)



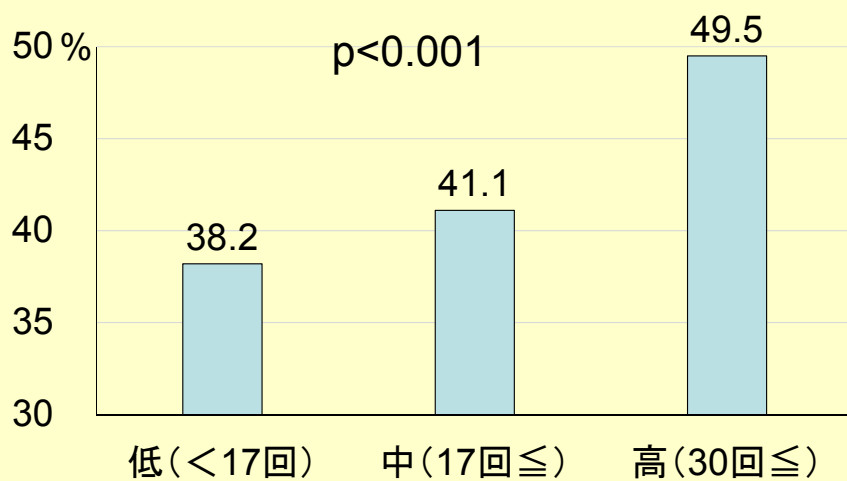
35

ボランティア活動参加割合と
役割を持って参加すべきと考える割合



36

認知症サポーター講座開催回数(人口1万対)と
「地域で大切にされている」と感じている高齢者の割合



37

37

本日の内容

- 認知症の予防対策
- 認知症対策の歴史
- 日本における取り組み
- 海外における取り組み
- PDCAと評価
- **まとめ**

38

38

まとめ

- 認知症にならない予防とともに、認知症になっても幸せに暮らせる地域づくりが重要
- 国内、国外で、認知症にやさしい地域づくりの取り組みが実施
- その取り組みを評価しながら、推進していくことが必要

39

39

世界に貢献できる 日本の地域包括ケアの取り組み

齊藤 雅茂

日本福祉大学社会福祉学部

本発表内容に関連し、発表者に開示すべき
COI関係にある企業などはございません

1

1

アジア諸国における高齢化の動向

	総人口	平均寿命	高齢化率		備 考
	2015	2015	2015	2050	
フィリピン	1.0億人	68.5歳	4.6%	9.7%	高齢者の1/3が貧困。施設サービスの普及してない。家族介護主流。
モンゴル	312万人	69.6歳	3.7%	11.0%	施設は身寄りない高齢者が原則。訪問サービスの対象は貧困層。
カンボジア	1,560万人	68.7歳	4.1%	11.7%	高齢者の8割が農村部。施設サービスはホームレス向け。
ネパール	2,850万人	69.2歳	5.5%	14.7%	高齢者の85%が農村部。2014年にユニバーサルヘルズケア制度
ミャンマー	5,390万人	66.6歳	5.4%	16.1%	2014年に高齢者に関する5カ年計画、高齢者への年金が開始。
ベトナム	9,340万人	76.0歳	6.7%	20.7%	高齢者の7割が農村部に在住、4割が健康保健カード未所持。
中国	13.8億人	76.1歳	9.6%	26.7%	2017年より上海版介護保険制度が実施。
インドネシア	2.6億人	69.1歳	5.1%	27.4%	2002年に憲法改正。2015年に労働社会保障制度が実施。
タイ	6,800万人	74.9歳	10.6%	27.4%	高齢者の34%が貧困状態。2016年から厚生年金制度等が計画。
日本	1.2億人	85歳	26.7%	37.8%	

インテリジェンス/バリューコーポレーション(2018)「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業(厚労省生活困窮者就労準備事業等補助金)」より

2

日本の介護のあゆみと実践のポイント集

●ポイント集では介護の考え方と高齢者の生活支援が強調

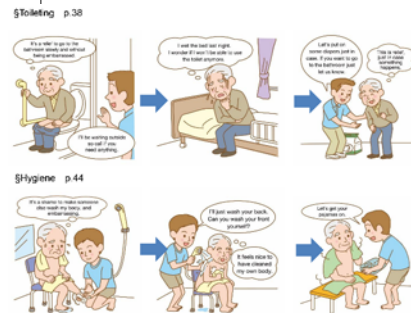
- ✓対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護
- ✓自立を支援する介護
- ✓社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護

Historical Development and Practice
of Long-Term Care in Japan
- Helping Elderly People Live Their Own Lives -

●12のコラム付き。英語版あり。

ex.介護保険制度の特徴、
介護人材のキャリアパス、
身体拘束ゼロにむけて
「おむつ論争」、など

国内では「当たり前」とも
言えることも発信することの意義

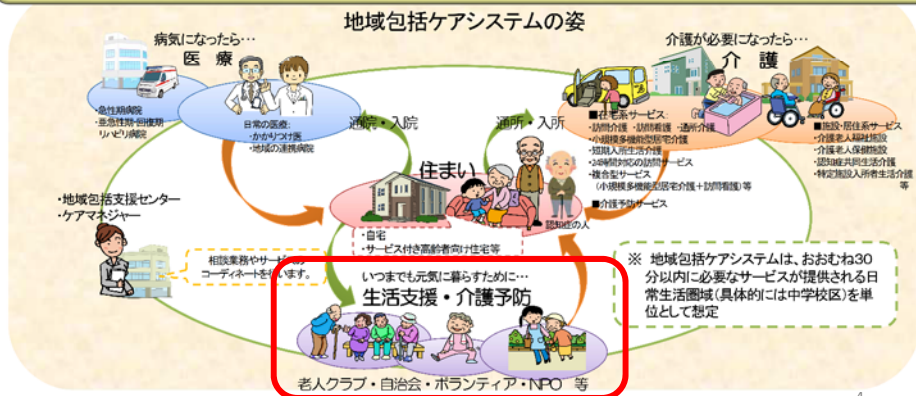


インテリジェンスバリエーション(2018)「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業(厚労省生活困窮者就労準備事業等補助金)」より

3

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。



平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より

4

健康長寿(介護予防)にむけた社会的要因のエビデンス

10 priorities towards a decade of healthy ageing

(WHO 2017)

- ①公私のプラットフォームづくり
- ②計画づくりとアクションの支援
- ③健康長寿に関わる質の高い
グローバルデータの収集
- ④高齢者の現在と将来のニーズ
に関する調査研究の推進
- ⑤保健医療制度の調整
- ⑥介護制度の財源確保
- ⑦保健医療福祉に携わる人的資源の確保
- ⑧エイジズムへの対応
- ⑨健康長寿の機会費用の解明
- ⑩高齢者に優しい地域づくりの強化



5

5

社会関係と死亡との関連を扱った148論文のメタ分析

(Holt-Lunstad et al. 2010)

社会関係が豊かな人々は1.5倍程度、早期死亡に至りにくい。
喫煙と同程度の影響力の可能性あり。

Table 4. Weighted average effect sizes across different measures of social relationships.

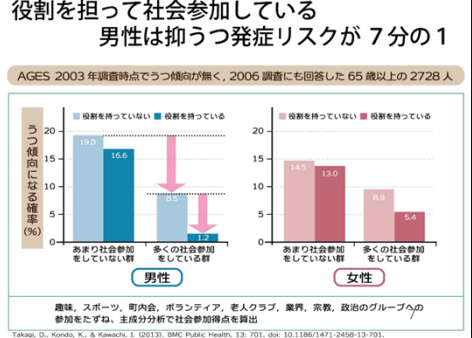
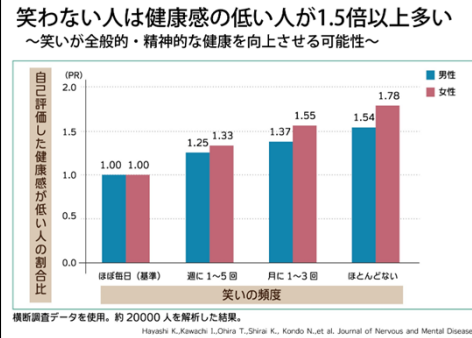
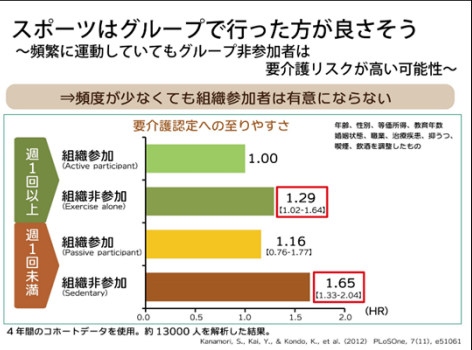
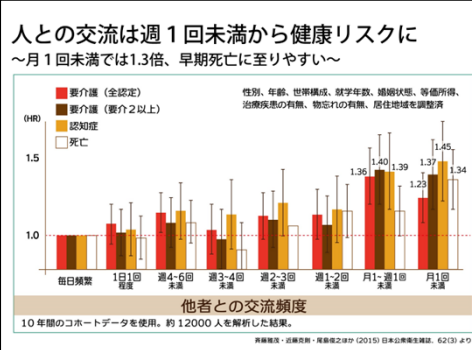
Type of Measure		k	OR	95% CI
Functional	Received social support	9	1.22	[0.91, 1.63]
	Perceptions of social support	73	1.35	[1.22, 1.49]
	Loneliness (inversed)	8	1.45	[1.08, 1.94]
Structural	Living alone (inversed)	17	1.19	[0.99, 1.44]
	Marital status (married versus other)	62	1.33	[1.20, 1.48]
	Social isolation (inversed)	8	1.40	[1.06, 1.86]
	Social networks	71	1.45	[1.32, 1.59]
	Social integration	45	1.52	[1.36, 1.69]
	Complex measures of social integration	30	1.91	[1.63, 2.23]
Combined structural and functional	Multifaceted measurement	67	1.47	[1.34, 1.60]

These analyses shifted the units of analysis, with distinct effect size estimates within studies used within different categories of measurement, such that many studies contributed more than one effect size but not more than one per category of measurement.

OR, odds ratio, transformed from random effects weighted lnOR.
doi:10.1371/journal.pmed.1000316.t004

Holt-Lunstad et al. (2010) PLoS Med 7(7): e1000316.

6



7

専門職・住民向けのエビデンス集の作成

サロン参加群で要介護認定率が低い
～5年間で追跡した結果～

2007年から2012年までの5年間の要介護認定率を参加群と非参加群で比較した

5年間で要介護認定率は約半分(6.3%ポイント)抑制されていた

5年間のコホートデータを使用。約2400人を解析した結果。

【本スライドのポイント】

- 愛知県のある町で高齢者約2,500人を5年間追跡調査した結果、町内の十数個所で、それぞれ月に1回程度行われている高齢者サロンに参加している人たちは、非参加者と比べて、要介護になる比率が約半分に抑制されていた。
- なお、より健康な人がサロンに参加しやすい傾向にあることを考慮し、サロンへの参加・非参加以外の状態は同様な人々の中で比較した結果、この町では、高齢者の概ね10%がサロンに参加しているため、高齢者人口を8000人とすると約50人の要介護認定を抑制した効果があることになる。

詳細はスライド下の書誌情報をご参照下さい

【聴衆への問いかけ例】

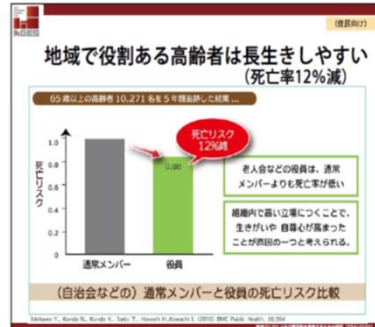
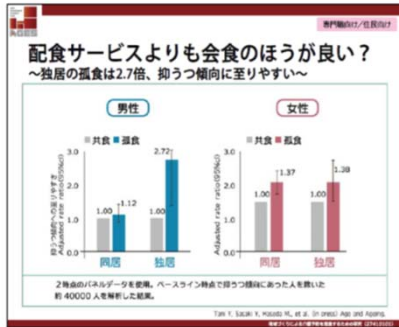
- 住民が集うサロン活動は、健康維持・増進もしくは介護予防につながっているのでしょうか？

- 論文で得られた主要な知見や先進的な取り組み等をグラフにして1枚に要約。
- 地域づくりによる介護予防にむけて、「共通認識の形成期」「運営主体の形成期」「評価期」を想定し、49枚を公開中(2018年6月時点)
- 各スライドにはスライドのポイントと、聴衆への問いかけ例などをメモに掲載。
- 英語版は準備中

日本老年学的評価研究
Japan Gerontological Evaluation Study

8
<https://www.jages.net/>

8



【本スライドのポイント】

- ✓ 調査時点で抑うつ傾向ではなかった高齢者4万人を追跡したところ、「人と一緒に食事をする(=共食)」が「一人で食事をする(=孤食)」かで、3年後の抑うつ傾向への至りやすさが異なることが明らかになった。
- ✓ 具体的には、一人住まいの高齢者男性(青棒)の場合、食事の形態が共食の人と比べて孤食であった人の方が、新たに抑うつ傾向へ至っている確率は2.7倍、女性(赤棒)では独居・同居に関わらず1.4倍程度、孤食の人が抑うつ傾向へ至りやすい。
- ✓ 配食サービスが全国各地で展開されているが、配食された食事を一人で食べるよりも、会食する機会を設ける方が、要介護状態へのリスク要因である抑うつ傾向を予防する効果が期待される。

詳細はスライド下の書誌情報をご参照下さい

【聴衆への問いかけ例】

- ✓ お食事はいつものようにされていますか？
- ✓ 1人で食事していると(いわゆる「孤食」)は抑うつ傾向へのリスクを高めるかもしれません。

【本スライドのポイント】

- ✓ 65歳以上の男女約10000人を5年間追跡調査した結果。
- ✓ 「役割を持って参加する」ことは、死亡のリスクとも関連していることが明らかになった。
- ✓ 具体的には、自治会や老人会などに参加している人のなかでも、1つ以上の役員を担っている人の死亡リスクは通常メンバーに比べおよそ12%低いことが分かった。
※性別、年齢、等価所得、修学年数、婚姻状態、健康度自己評価、抑うつ傾向、居住年数等を調整
- ✓ この背景には、組織内で高い立場につくことで、生きがいや自尊心が高まったことが原因の一つと考えることができる。

詳細はスライド下の書誌情報をご参照下さい

【聴衆への問いかけ例】

- ✓ 地域での活動に参加するだけでなく、役割を持って参加すると長生きができるかもしれません。

生活支援・介護予防の事業評価の課題

総務省は行政機関への勧告を公表(2013年4月)

高齢者の社会的孤立対策に関する事業が

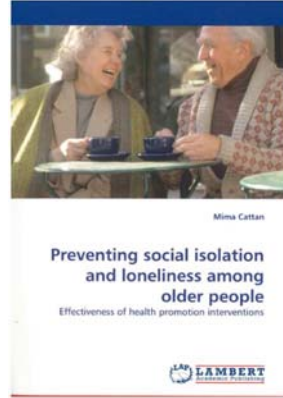
- 利用実績が低調；適切にニーズが把握されていない
 - ・ ある市町村では、安心生活創造事業の利用者数が3人
 - ・ 地域商業活性化補助事業による買物代行サービスの目標達成率は0.9%
- 事業の目標が未設定
 - ・ 調査対象の75機関のうち、57.3%が当初から目標を設定しておらず、効果も検討できない



《高齢者の孤立・孤独軽減の主なプログラム》

イギリスにおける高齢者の社会的孤立・孤独軽減にむけた
12プロジェクトのスタッフへのヒアリング調査 (Cattan 2010)

- ① 各種の趣味活動・パーティー
- ② 生活雑事の訪問支援
- ③ 情緒的な相談支援／電話相談
- ④ (低価格の) 配食サービス
- ⑤ 保健福祉サービスの利用案内
- ⑥ 身体活動・エクササイズ
- ⑦ 移動支援
- ⑧ お料理教室



日本でも同様のプログラムが存在する
(海外をみれば画期的な何かがあるわけではなさそう) ¹¹

11

プログラム評価に必要な情報・データ

評価に必須の5つの情報を集める

- ① サロン参加者群とサロン非参加者群の、両方のベースライン情報
(健康や生活習慣などの調査)
- ② 参加者名簿・ボランティア名簿
- ③ サロンの開催日毎のプログラム (カラオケ、体操、おしゃべりなどの) 内容
- ④ サロンおよび高齢者の住所地 (町丁字まで)
- ⑤ 死亡・要介護認定状況と数年後の縦断調査

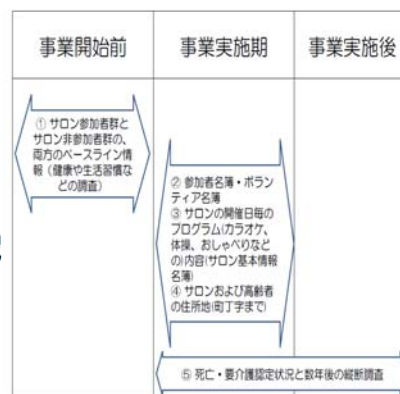
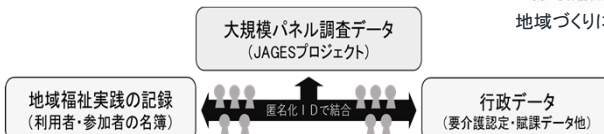


図. 事業評価に必要な情報と、入手の時期
地域づくりによる介護予防進め方ガイド2015年度版より



12

12

実践記録(名簿)×調査データに基づく評価事例

見守りが届くべき人に届いていない可能性あり

どういった独居者が見守られているのか？

		オッズ比	(95%CI)	集団寄与危険度	未充足数推計(95%CI)
性別	男性(ref.=女性)	0.54**	(0.34 - 0.86)	12.4%	371 (322 - 422)
教育年数	10年未満(ref.=10年以上)	0.89	(0.59 - 1.33)	—	—
婚姻状態	離別・未婚(ref.=死別)	0.51**	(0.32 - 0.83)	12.1%	329 (283 - 377)
等価所得	200万円未満(ref.=200万以上)	0.90	(0.58 - 1.42)	—	—
居住年数	10年未満(ref.=30年以上)	0.54*	(0.32 - 0.91)	8.9%	122 (97 - 152)
	10~30年未満	0.30**	(0.14 - 0.62)	9.2%	198 (166 - 233)
住宅種類	民間賃貸住宅(ref.=持ち家)	0.23**	(0.10 - 0.53)	9.7%	134 (106 - 165)
	公営・公社・公団	0.89	(0.47 - 1.68)	—	—
友人等交流頻度	週1回未満(ref.=週1回以上)	0.65*	(0.42 - 0.99)	11.7%	431 (383 - 481)
健康度自己評価	よくない(ref.=よい)	1.00	(0.61 - 1.64)	—	—
	抑うつ傾向あり(ref.=なし)	0.87	(0.55 - 1.41)	—	—

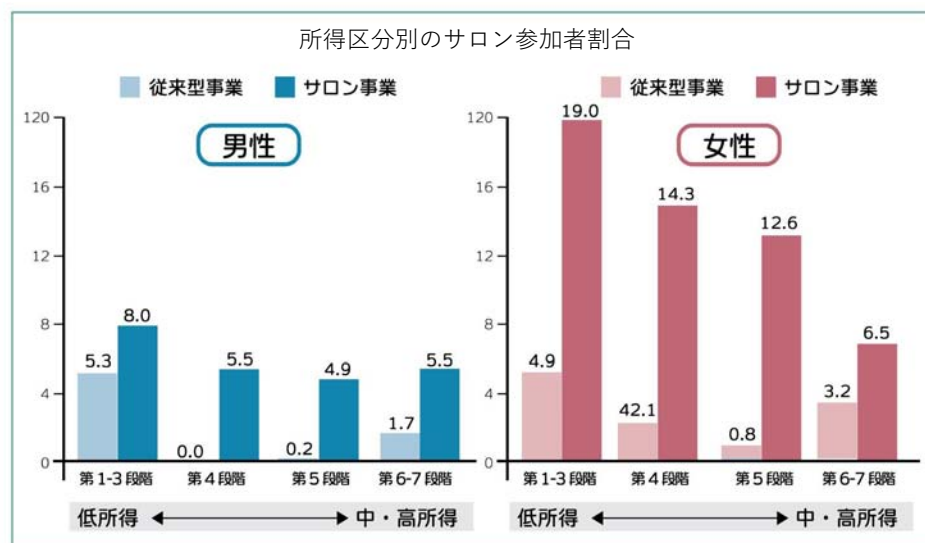
社協データと調査データを結合できた428名(見守りあり=116名)を分析したもの

13
齊藤雅茂ほか(2017)社会福祉研究(鉄道弘済会)129号

13

実践記録(名簿)×介護保険賦課データに基づく評価事例

住民主体のサロンでは低所得者の参加が多い



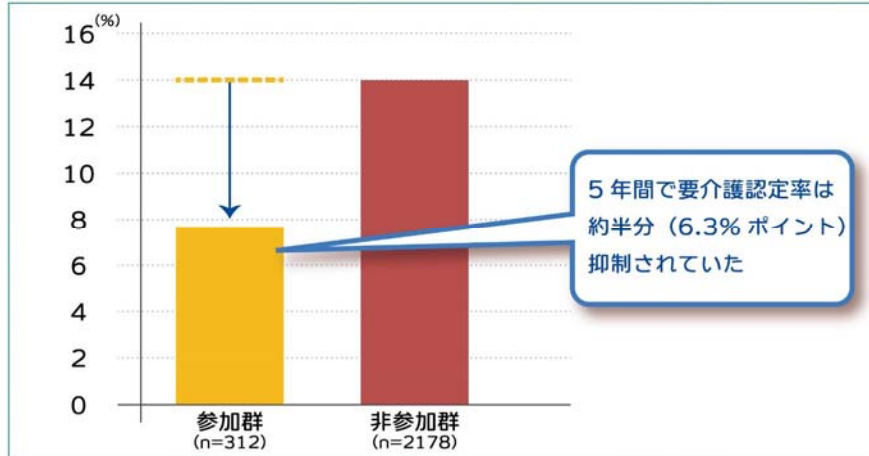
平井寛・近藤克則(2010)季刊社会保障研究, 46(3): 249-263

14

実践記録(名簿)×調査データ×認定データに基づく評価事例

サロン参加群で要介護認定率が低い

2007年から2012年までの5年間の要介護認定率を参加群と非参加群で比較した



5年間のコホートデータを使用。約2400人を解析した結果。

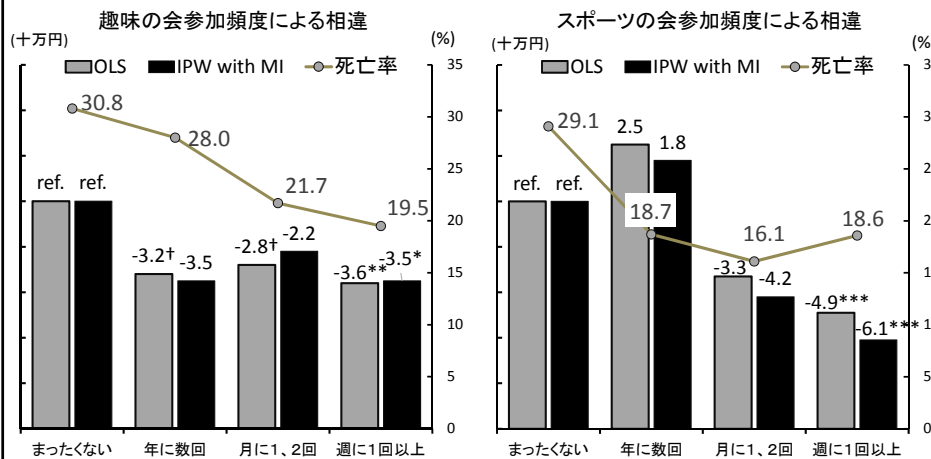
15

Hikichi H., Kondo N., Kondo K., et al. (2015) Journal of Epidemiology and Community Health (doi: 10.1136/jech-2014-205345)

15

調査データ×要介護認定/介護給付データに基づく評価事例

週1回以上、趣味やスポーツの会に参加した高齢者の間では、11年間で30~50万円/人程度、介護費が低い



OLSは、2006年時点の性別・年齢・治療疾患の有無・修学年数、等価所得、婚姻状態、世帯構成、健康度自己評価を調整。不明はダミー変数にして投入。

IPWwithMIは、同変数の欠損値を多重代入法で補完後、各社会参加頻度への該当しやすさを推定し、その逆数を調整したもの。 16

Saito M et al. (2018) 投稿中

16

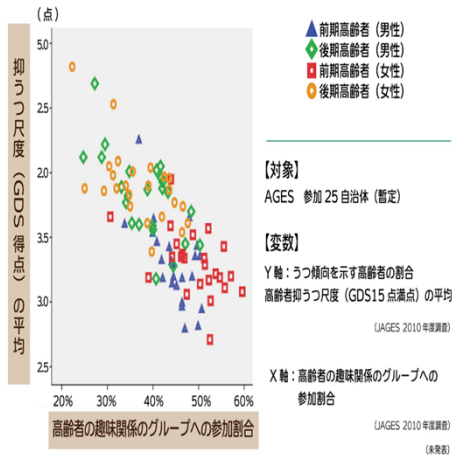
地域間格差と地域診断の試み

地域の社会関係の豊かさと健康との関連; 地域相関分析

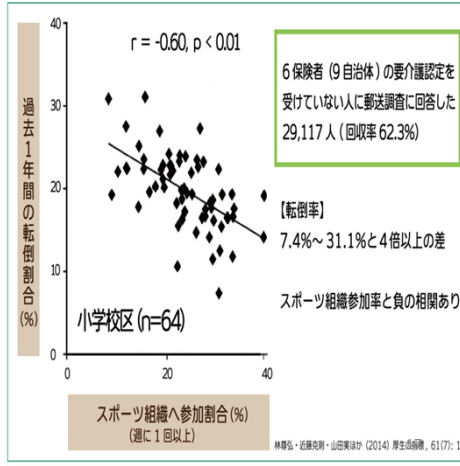
趣味の会参加割合が高いと **抑うつ傾向** ↓

スポーツ組織参加率が高いと **転倒率** ↓

趣味関係のグループへの参加割合



~65-74歳の者に限定~



17

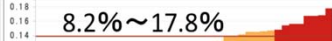
地域診断システム(JAGES HEART)の開発

前期高齢者に限定

転びやすいまち 転ばないまち



市町村間で転倒など運動機能低下者割合に2倍の差



JAGES HEART 2014



地域診断書の出力機能

項目	調査対象者	今回値 (2013)	前回値 (2010)	地域	基準値
高齢者生活	チー95%	0.27	チー95%	0.22	0.41
運動機能低下者	チー95%	0.13	チー95%	0.07	0.20
認知症	チー95%	0.13	チー95%	0.10	0.50
生活機能低下者	チー95%	0.34	チー95%	0.34	0.32
生活機能評価: 要介護リスク7項目	チー95%	0.09	チー95%	0.30	0.02
生活機能評価: 要介護リスク7項目	チー95%	0.36	チー95%	0.36	0.21
IAOL: 1項目	チー95%	0.28	チー95%	0.28	0.18
IAOL: 独立歩行	チー95%	1.31	チー95%	0.02	0.02
社会参加: 6項目	チー95%	0.11	チー95%	0.06	0.06
社会参加: 1項目	チー95%	0.11	チー95%	0.06	0.06
生活習慣等の状況: 4項目	チー95%	0.07	チー95%	0.07	0.14
サービスニーズ: 4項目	チー95%	0.18	チー95%	0.02	0.28
生活サービス: 10項目	チー95%	0.18	チー95%	0.02	0.28
ソーシャル・サポート: 4項目	チー95%	0.04	チー95%	0.04	0.02
高齢者生活	チー95%	0.33	チー95%	0.22	0.28
運動機能低下者	チー95%	0.13	チー95%	0.07	0.20
認知症	チー95%	0.13	チー95%	0.10	0.50
生活機能低下者	チー95%	0.34	チー95%	0.34	0.32
生活機能評価: 要介護リスク7項目	チー95%	0.09	チー95%	0.30	0.02
生活機能評価: 要介護リスク7項目	チー95%	0.36	チー95%	0.36	0.21
IAOL: 1項目	チー95%	0.28	チー95%	0.28	0.18
IAOL: 独立歩行	チー95%	1.31	チー95%	0.02	0.02
社会参加: 6項目	チー95%	0.11	チー95%	0.06	0.06
社会参加: 1項目	チー95%	0.11	チー95%	0.06	0.06
生活習慣等の状況: 4項目	チー95%	0.07	チー95%	0.07	0.14
サービスニーズ: 4項目	チー95%	0.18	チー95%	0.02	0.28
生活サービス: 10項目	チー95%	0.18	チー95%	0.02	0.28
ソーシャル・サポート: 4項目	チー95%	0.04	チー95%	0.04	0.02
高齢者生活	チー95%	0.33	チー95%	0.22	0.28
運動機能低下者	チー95%	0.13	チー95%	0.07	0.20
認知症	チー95%	0.13	チー95%	0.10	0.50
生活機能低下者	チー95%	0.34	チー95%	0.34	0.32
生活機能評価: 要介護リスク7項目	チー95%	0.09	チー95%	0.30	0.02
生活機能評価: 要介護リスク7項目	チー95%	0.36	チー95%	0.36	0.21
IAOL: 1項目	チー95%	0.28	チー95%	0.28	0.18
IAOL: 独立歩行	チー95%	1.31	チー95%	0.02	0.02
社会参加: 6項目	チー95%	0.11	チー95%	0.06	0.06
社会参加: 1項目	チー95%	0.11	チー95%	0.06	0.06
生活習慣等の状況: 4項目	チー95%	0.07	チー95%	0.07	0.14
サービスニーズ: 4項目	チー95%	0.18	チー95%	0.02	0.28
生活サービス: 10項目	チー95%	0.18	チー95%	0.02	0.28
ソーシャル・サポート: 4項目	チー95%	0.04	チー95%	0.04	0.02

本システム活用のための研修会も実施

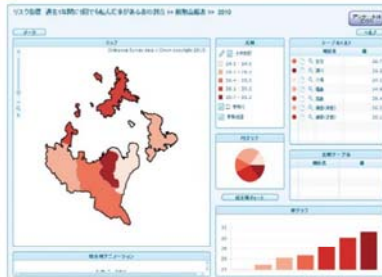
日本老年学的評価研究 Japan Gerontological Evaluation Study

- ✓ 評価したい対象地域の要介護リスクや社会参加状況を表示しています。
- ✓ 今回値や前回値、また他の対象地域と比べた良悪の相対的位置がわかります。
- ✓ この地域診断書によって、事業評価やどの項目を優先するなど、戦略的な地域政策を立案することに活用できます。

18

M市A地区 介護予防事業「お寄りませ」に至る経過

「見える化」による地域診断



地域診断による現状把握・課題抽出

介護リスクも買い物に困っている人も多いのはA地区

地域診断結果の共有・意見交換

- 住民（各種団体）参加の報告討論会
- 地域ケア会議
- 介護予防サポーター養成講座 等

重点地区の住民が集まり取組内容の決定

移動販売車を誘致して買い物ニーズも満たす



重点地区の公民館に「お寄りませ」オープン



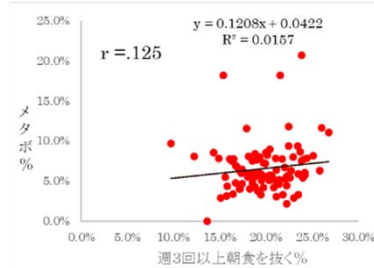
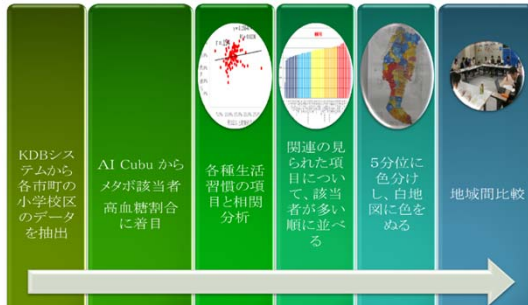
サポーター手作りの
昼食をみんなで食べます

AMED研究班「地域づくりによる介護予防を推進するための研究(27410101)」より

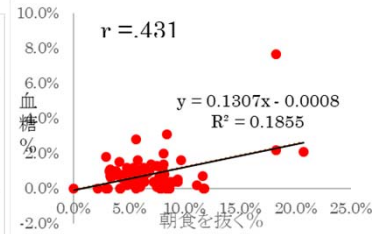
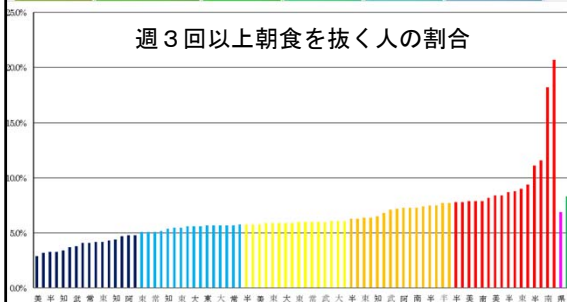
19

KDBシステムに基づく地域診断の試み

～知多地区保健師グループ学習会より～



週3回以上朝食を抜く人の割合



伊藤美智氏(南知多町役場厚生部保健師)提供

20

まとめ

- 高齢化率だけでなく、介護の考え方や生活支援という視点など国内では当たり前であることも国際的には発信する意義がある。
- 介護予防(健康長寿)に関しては、個人・地域単位の社会関係の保護的な効果を示唆する研究が蓄積されつつある。JAGESプロジェクトでは、地域づくりによる介護予防を進めるためのエビデンス集を公開中。
- 生活支援・介護予防プログラムそのものは多様に展開されているが、その評価のためには、名簿管理を含めたベースラインの情報収集が必須(延べ人数では不十分)。
- 重点対象地域やローカルの課題発見のためには「地域診断」が有効。地図にして「見える化」することで専門職・住民間での課題共有が進む可能性あり。

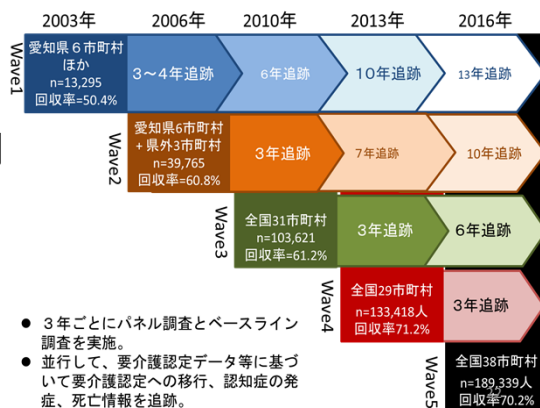
21

21

日本の高齢者を対象にした大規模縦断研究の知見

JAGES(Japan Gerontological Evaluation Study)調査の経過

- 高齢者を対象にした「健康の社会的決定要因」を解明する社会疫学研究の推進。介護予防政策の総合的なベンチマーク・システムの開発と地域介入の評価研究。
- 3年ごとに自治体と共同して要介護認定を受けていない高齢者への大規模な質問紙調査。2016年は約19万人分を回収。
- 公衆衛生学、作業療法学、社会心理学、地理学など学際研究



22