

地域によって、前期高齢者と後期高齢者の構成割合が大きく異なり、高齢者全体での分析で単純に比較できない場合には、前期高齢者と後期高齢者のそれぞれで分析したり、年齢調整した値で分析したりなども良いでしょう。

他の種々の指標でも同様の計算ができます。収集したデータについて、この例のように地域別の格差をみる他に、性別、年齢別、所得別などによって計算することもできます。

疫学の教科書では、集団寄与割合を計算する場合に、危険因子の曝露の無い群との差をみるように書かれています。ここで説明しているのは、最も良い値の地域を、目指すべき危険因子の曝露の無い状態とみなして計算していることになります。

集団寄与割合のことを、英語では、Population attributable fraction (PAF) または Population attributable risk (PAR) といいます。自分の地域で、ある危険因子への対策を完全に実行できた場合に、どれだけ改善することができるかを示すもので、種々の課題間の優先順位の判断を行いたい場合など、公衆衛生活動においてとても有用な計算方法です。

## (2) 対象集団内の異なるサブグループ間の指標値の差

定 義	対象集団内のなかで、異なるサブグループ間の指標値の差を計算します。その他に、場合によっては比を計算することもあります。
計 算 方 法	指標が最大の地域と最小の地域の差である、範囲を計算するなどします。

健康日本 21（第二次）での健康格差の指標として、最大と最小の都道府県の値の差を縮小することを目標としています。直感的にもわかりやすい方法です。ただし、この方法は、最大と最小以外の中間の地域の取り組みが指標に反映されません。また、中間の地域の努力により全体としての格差が縮小傾向になったとしても、最大や最小の一部の地域の特殊な状況により格差指標が左右されることになってしまいます。そこで、地域の値の標準偏差を用いるほうが、全ての地域の努力を反映できるため、よりよい評価方法です。健康日本 21（第二次）の中間評価などにおいても、標準偏差の年次推移が用いられています。

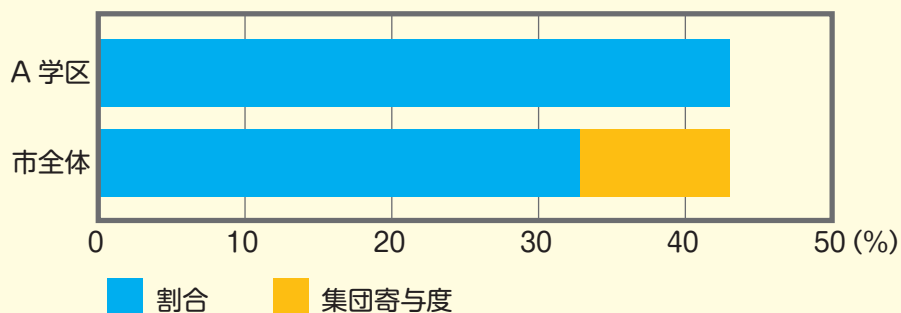
## 格差指標の計算方法

### (1) 対象集団の指標の平均値と最良値との差

この例は、ある市での、スポーツの会の活動に月1回以上参加する高齢者の割合です。市全体の平均は32.9%で、市内で最も値が高かった学区は43.1%でした。その差である集団寄与度は10.2%になります。それを市全体の平均である32.9%で割ると集団寄与割合31.0%になります。

$$\text{集団寄与割合} = \frac{\text{一番良い地域と全体の平均の差}}{\text{全体の平均}} = \frac{10.2\%}{32.9\%} = 31.0\%$$

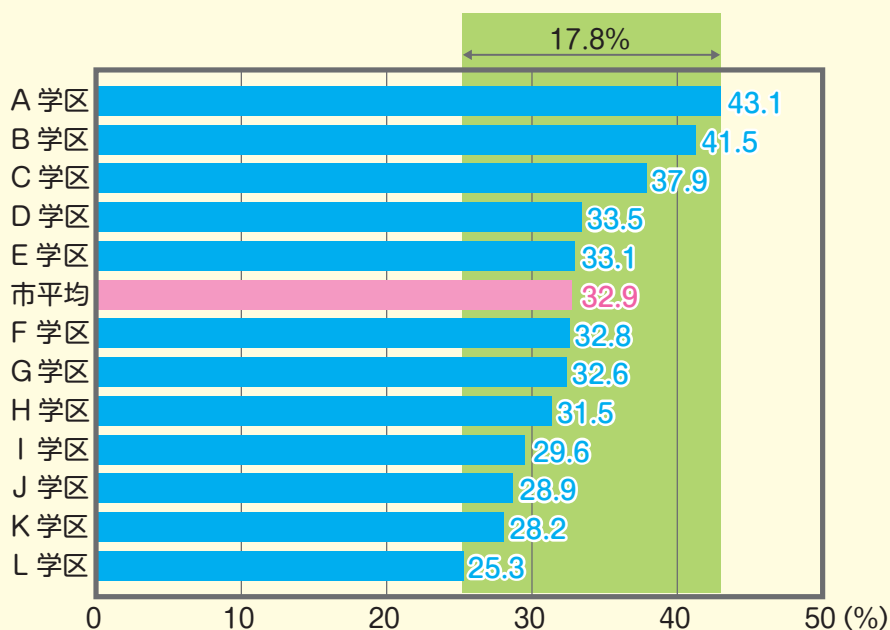
### スポーツの会活動（月1回以上）



### (2) 対象集団内の異なるサブグループ間の指標値の差

この方法の場合、指標が最大の地域と最小の地域の差である範囲を計算するため、この例では、最大のA学区43.1%と、最小のL学区25.3%の差を計算し、17.8%となります。

### 学区別のスポーツの会活動（月1回以上）の割合



# IV

## 高齢者等にやさしい まちの事例

### 指標の活用法とまちづくりの実践例

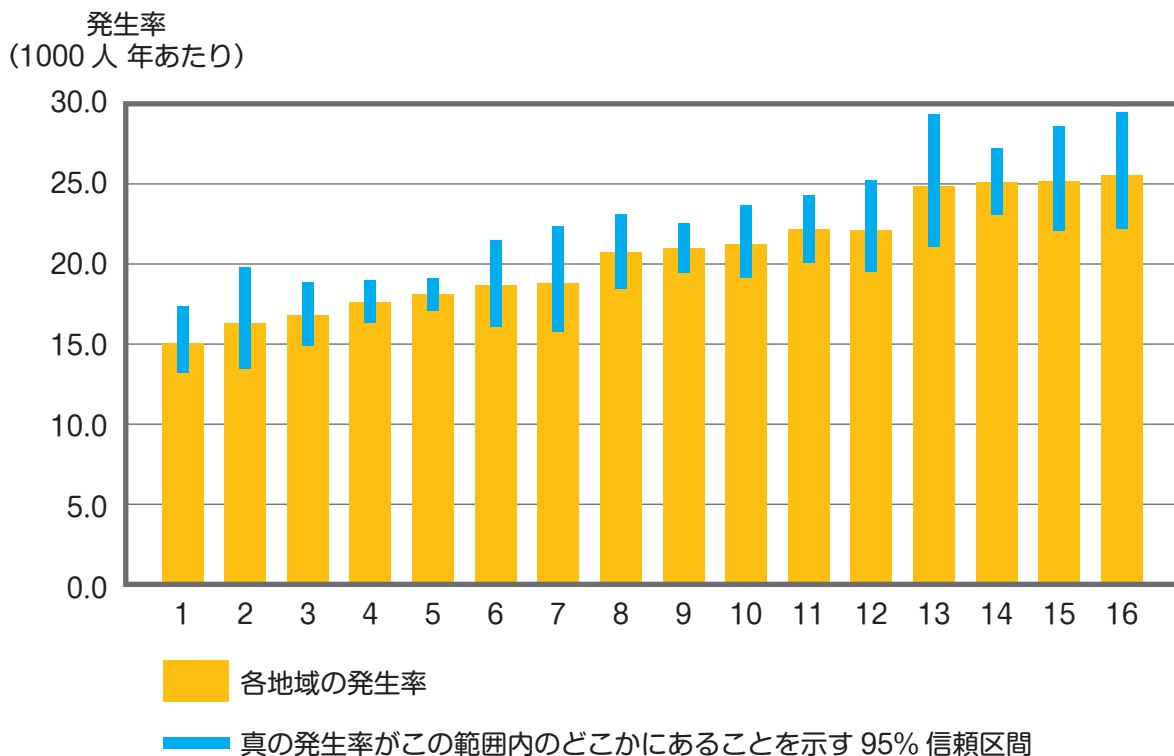
ここでは、高齢者等にやさしいまちづくりのPDCAの各段階で指標を活用するには、具体的にどのようにしたらよいか、そして、高齢者等にやさしいまちづくりの実践例（プロセス指標の具体例）にはどのようなことがあるかを事例を通じてご紹介いたします。

#### 1. 指標活用の事例 I

##### 計画段階「認知症の発生率と地域差」

様々な健康指標や生活習慣に地域差があることが知られています。認知症の発生にも地域差があります。図は日本老年学的評価研究（JAGES）に参加する16自治体で2010年から2016年にかけての認知症（ここでは認知症を伴う要介護認定（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ a以上）の発生と定義しました）の発生率の地域差を示しています。最も低い自治体における発生率（1000人年あたり、つまり「1000人の人を1年間追跡」あたりの発生率になります）は15.1（95%信頼区間：13.2 - 17.3）ですが、最も高い自治体では25.5（95%信頼区間：22.2 - 29.5）となっています。この地域差の原因は複雑ですが、一部分は自治体ごとの年齢や生活習慣、健康状態などの差異が原因で発生しており、各自治体ごとの原因になっている変更可能な要因を改善していくことが地域差の縮小に寄与すると考えられます。

図 6. JAGES 参加 16 自治体における認知症を伴う要介護認定の 6 年間の発生率



## 2. 指標活用 of 事例 II

### 計画および評価段階「認知症にやさしいまちの特徴」

認知症にやさしいまちづくりを計画したり評価したりする際に、量的な指標だけでなく、質的な情報が重要になることは言うまでもありませんが、これら異なる性質のデータをどのように分析したり、解釈したりすれば、事業の計画や評価に使用できるのか説明した資料は多くありません。

この事例では、まちづくりの計画や評価の段階で、どのような活動や投入が必要なのかを検討する際の視点を提供するために、量的・質的データの両方を用いて認知症にやさしいまちの特徴を説明します<sup>10</sup>。

10. 本稿は、平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業「Age-Friendly Cities 認知症高齢者等にやさしい地域づくり（代表尾島俊之）」分担研究報告書「手引き作成と教育研修に関する研究（堀井聡子、坂井志麻）」の内容の一部に加筆修正したものです。



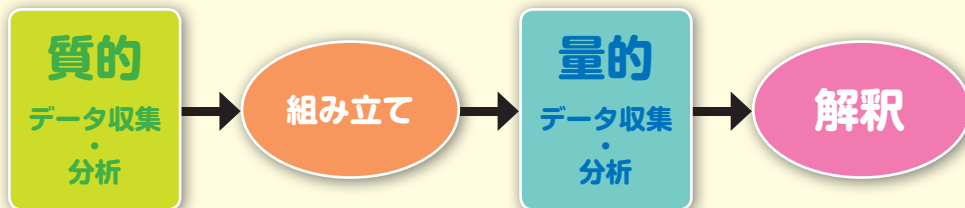
## 量的調査と質的調査のハイブリッド – 混合研究法

地域診断を行う場合に、量的データだけでなく質的データが重要なことは言うまでもありませんが、それらのデータをどのように組み合わせるかを分析したり、解釈したりするか、自信がない方も多いと思います。近年急速に、これらの方法は、「混合研究法」と呼ばれる研究方法として体系化されています。

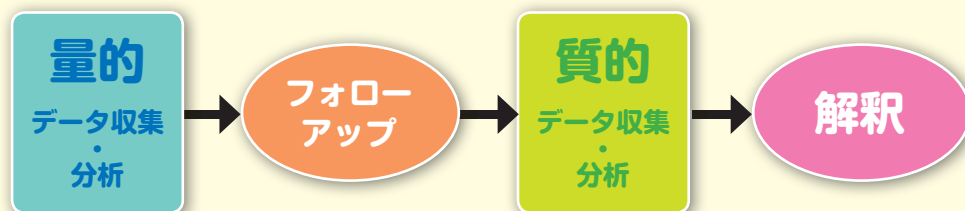
混合研究法とは、一つの研究の中に、質的研究と量的研究の研究手法を備えた研究方法のことをいいます。本来、これらの研究方法のものの見方、捉え方は、対局にあるものですが、混合研究法では、そうした哲学的な背景を超えて、知識は、さまざまな理論や情報源、研究方法によって生み出されるという考え方をします。

そのため、混合研究法を用いることで、質的データだけではわからない全体像や関係を統計的数値によって明らかにしたり、統計的数値の背後にある個人の経験や考え方を質的に明らかにしたりすることが可能になります。以下が主なデータの組み合わせ方法ですので、質問紙の開発や施策形成・評価など、何を明らかにしたいかによって、質的データや量的データの使い方、そしてその統合の仕方を変えて、使用してみてください。

はじめに得られた質的調査の結果を次の量的調査のデータ収集に利用する。個々の住民の声・意見などをもとにアンケートを作成して、市町村全体で調査するなど。個別の意見が一般化できるかどうか確認する際などに役立つ。



はじめに得られた量的結果を次の質的研究のデータ収集に利用する。統計調査の結果をもとに、その現象の具体的な側面を明らかにして、地域特性に合わせた施策・事業の形成に役立つ。



### 混合研究法についてさらに深めたい方へ

抱井尚子（著）. 混合研究法入門：質と量による統合のアート. 医学書院, 2015.

日本混合研究法学会（監修）, 抱井尚子（編集）, 成田慶一（編集）混合研究法への誘い—質的・量的研究を統合する新しい実践研究アプローチ. 遠見書房, 2016.

## 1) 量的調査の方法

認知症にやさしいまちを選ぶために、まず、高齢者に対する大規模アンケート調査の質問項目から、認知症等にやさしいまちのアウトカムを測定する質問項目（6項目）の結果を確認しました。質問紙の尺度は5段階になっていますが、分析では結果をわかりやすくするため（そう思う / ややそう思う、どちらでもない、あまり思わない / 全く思わない）の3区分に分けました。

次に、地区別の結果を、質問項目ごとに、望ましい回答をした対象者の割合で比較し、質問項目ごとに上位5位に入る地区をマーキングしました。その結果、早川町（山梨県）が6項目中5項目で、益子町（栃木県）は4項目が上位5位に入っていました。

## 2) 質的調査の方法

そこで、両町が「認知症にやさしいまち」であるとの仮説をたて、両町で質的調査（保健師と住民へのインタビュー、地域の観察など）を行いました。

## 3) 認知症にやさしいまちの特徴とは？まちづくりの鍵は何か？

早川町は、南アルプスの山々に囲まれた総面積 369.96km<sup>2</sup> の自然豊かなまちで、人口は 1,115 人、このうち 65 歳以上人口が 542 人（高齢者割合 48.6%）、独居老人は 234 人、過疎化、高齢化は常に行政運営の課題に挙がっています。同町は、昭和

31年に6か村が合併してつくられたまちで、現在の町長は昭和56年に初当選後、交代していません。また、町の職員は約50名であり、このうち、保健医療福祉行政は、保健師3名（このうち一名は管理職）、介護保険などを担当する事務職数名らによって運営されていました。

一方の益子町は、総面積89.4km<sup>2</sup>の自然豊かなまちです。陶器の産地として海外にもその名が知られ、観光地としての顔もあわせ持っています。人口は24,507人で、平成12年以降人口減少が続いており、65歳以上人口は5,810人、高齢化率は23.7%、日常生活圏域によっても高齢化が異なり、比較的古い農村地区では、高齢化率が高い傾向（26.0%）にあります。全体として、高齢化は全国と比較し、若干緩やかに進行すると予測されています。町の職員は、約150人で、このうち、保健師は9人（嘱託1人を含む）、65歳以上の高齢者を対象とした事業は、包括支援センター（直営）が担当しており、保健師も1名配置されています。

調査の結果、両町には、「住民へのまちのビジョンの浸透（共有）」、「首長（町長）の強いリーダーシップ」、「まちづくりのための庁内連携体制」、「行政と住民の顔の見える関係」という4つの共通する特徴がみられました。

まず、「住民へのまちのビジョンの浸透」についてです。早川町の場合、町民憲章や人口ビジョンを通じて、支えあうこと、つながりあうこと、そして人口減少を食い止めて、文化を継承していくことなど、具体的なまちの将来像を住民と共有していました。また、住民のなかにもそうしたまちの将来像が浸透しており、お互いに声を掛け合いながら、支えあいながら生きる生活が成り立っていました。益子町においても「みらい計画」を定め、また、そのPDCAサイクルを回すプロセスに住民を巻き込むことで、ビジョンが共有され、浸透する構造が作られていました。このように住民にまちのビジョンが明確に示され、浸透していることは、まちづくりを推進する要因の一つになっていると考えられます。

次に、「首長の強いリーダーシップ」です。先述のビジョンの浸透、ビジョンの実現にむけたまちづくりの推進にも関連しますが、まちづくりの運営方針や方法は、両町とも、現町長が就任後に打ち出したものであり、両町ともに、現町長が連続当選を果たしていました。このように、長期的に安定した体制が構築されていることも、時間のかかるまちづくりを、ひとつひとつ実現していくうえで、重要な要因になっていると考えられます。

3点目は「まちづくりのための庁内連携体制」です。益子町の場合、総合計画を作成するために、部署横断的なワーキンググループを構成しており、各部署が持っている知見の共有や、異なる部署の職員関係の共通理解の推進につながったと考えられま

す。これは、他部署が連携しなければ進まない総合的なまちづくりの原動力になったと考えられます。一方の早川町についても、町の職員には、当然それぞれに担当業務はあるものの、住民がどの窓口にどのような相談が持ち込まれても対応できるなど、部署間の連携が実務レベルでなされるような配慮がされていました。このような対応ができるのは、職員の数が限られ、また職員の多くが同町出身者であり、町民と行政職員との間に顔が見える関係が構築されていることなどの影響もあるかもしれません。しかし、2町に共通していることとして、担当部署を超えた連携体制が構築されていることが、認知症に限らず、まちづくりを推進するうえで、不可欠な要因であったと考えられます。

最後に、「行政と住民との顔が見える関係」です。両町とも、担当課職員の方々は、認知症に特化した活動は実施していないと話されていました。一方で、2町に共通していたこととして、保健師の活動体制が業務分担、地区分担にかかわらず、アウトリーチ型の健康相談・教育を頻回に開催していました。これにより、行政と住民相互の信頼関係が醸成され、何かあれば、お互いに情報を提供する、相談するという関係が構築され、認知症に特異的な活動の有無にかかわらず、認知症の予防にかかわる健康教育(1次予防)、早期対応(2次予防)につながったのではないかと考えられます。ソーシャルキャピタル(SC)の類型のひとつに、地方政府や外部権力とのつながるタイプであるリンキング型と呼ばれる類型があります<sup>11</sup>。これは、健康増進や健康格差の縮小にかかる制度と住民の協働的な関係の重要性の根拠ともなるSCの類型ですが、「行政と住民の顔が見える関係」を構築している両町は、まさにこのタイプのSCが豊富であり、健康なまちづくりの一つの要因であると考えられます。

### 認知症にやさしいまちの指標の数値が高い自治体に共通する事項



顔が見える関係が保健師（行政）と地域の方々の間に築かれています（早川町）

- 住民へのまちのビジョンの浸透（共有）
- 首長（町長）の強いリーダーシップ
- まちづくりのための庁内連携体制
- 行政と住民の顔が見える関係

11. WHO. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Retrieved from [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)



## ポジティブデビアンスを発掘しよう！

皆さんは、地域診断の結果に基づき、施策・事業形成を行う場合に、どのような数値に注目するでしょうか。ご自分がいくつかの学区を担当している場合、担当事業に関するデータがほかの学区と比べあまりよくない学区を探し出し、良くない状況を改善するために事業など何らかの介入をしなければいけないと考える方も多いと思います。

ポジティブデビアンスのデビアンスとは統計学で“外れ値”のことを意味します。ポジティブな、つまり“よい”外れ値を探し出して、それをほかにも応用しようとする考え方がポジティブデビアンスの考え方です。

ポジティブデビアンスでは、地域住民（個人あるいは集団）のなかで、ほかの人と違う行動をとっていて、その結果、ほかの仲間と比べて社会経済レベルなど、入手しうる資源が同等あるいはそれ以下であるにもかかわらず、よりよい生活レベル（例えば健康指標が高い）を維持できている人たちに焦点をあて、その人（あるいは集団）の行動様式などを課題解決の方法として、それ以外の同じ課題に直面している人たちに応用することを試みることです<sup>12</sup>。

先の項で取り上げた2町についても、両町は高齢化率が高く、また人口規模も小さく、本来は、高齢者の方々が生活するうえでは不便が多い町かもしれません。それにも関わらず、「認知症にやさしいまち」の指標がほかの市町村よりも望ましい数値を示していたため、どのような要因が数値を押し上げているのか確認するために調査を行ったところ、首長のリーダーシップや行政の庁内連携、行政と住民との顔の見える関係づくりなど、どの地域でも実施可能なことが、共通点として挙がってきました。

このように、だれでもどこでもできるような解決策を見出し、その他の同じ課題を抱えているまちに応用する、強みに着目した課題解決型のアプローチであるポジティブデビアンスアプローチを、ぜひ、本手引きの指標を活用して、進めていただければと思います。

### ポジティブデビアンスについてさらに深めたい方へ

神馬征峰・ポジデビを探せ！（第1回）ポジデビ・アプローチとは何か？ 公衆衛生 80(11):853-858, 2016.（～第15回（2018）まで連載）

12. Positive Deviance Initiative, <https://positivedeviance.org/>

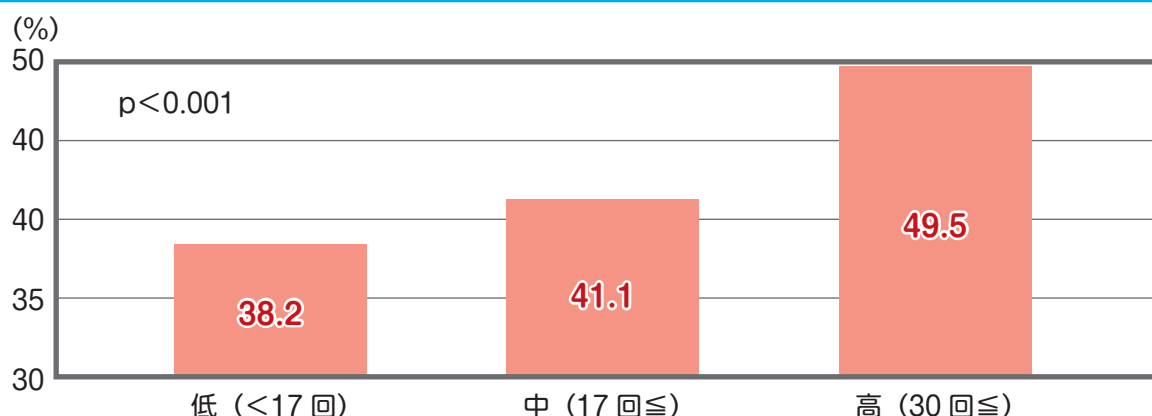
### 3. 指標活用事例Ⅲ

#### 評価段階「認知症サポーターの効果測定するには？」

現在、認知症サポーター養成講座は全国的に非常に活発に実施されており、2018年3月末には養成数の累計が1千万人を越えました。しかし、数量的なアウトカム評価は、これまで十分に実施されていませんでした。

そこで、我々研究班では、日本老年学的評価研究（JAGES）の一環とし、2016年度に全国39市町村に在住の要介護認定を受けていない在宅高齢者を対象に自記式郵送調査を実施しました。そのなかで、包摂的な社会環境を把握するため「あなたは地域の人々から大切にされ、地域の一員となっていると感じますか。」という質問を無作為に割り当てられた1/8の人に調査しました。

図7. 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



分析では、「そう思う」・「ややそう思う」と回答した人を該当、「どちらでもない」・「あまり思わない」・「全く思わない」を非該当とし、該当する割合を目的変数にしました。また、2018年3月末までの累計について、各市町村での認知症サポーター講座開催回数（人口1万対）、キャラバンメイト（認知症サポーター養成の先生役）とサポーター合計の累計養成人数（総人口対%）を説明変数として使用しました。講座開催回数及び養成人数に関しては、市町村数が概ね等しくなるように3区分にし、一般線形モデルで、性・年齢階級・市町村の人口規模階級を調整し、説明変数3区分での目的変数の平均値を算定しました。

その結果、認知症サポーター養成講座について、全国の全市町村での講座開催回数は平均32.1回、標準偏差24.8回、養成数の総人口対の割合は平均9.1%、標準偏差6.1%でした。自記式郵送調査は全体で196,438人（回収率70.2%）から回答が得られました。

「地域で大切にされている」と感じている高齢者の割合は、認知症サポーター講座開催回数（人口1万対）が低い（17回未満）市町村で38.2%、中等度（17～30回）の市町村で41.1%、高い（30回以上）市町村で49.5%でした（ $p < 0.001$ ）。また、キャラバンメイトと認知症サポーター合計養成数（総人口対%）別に見ると、低い（5.6%未満）市町村で40.0%、中等度（5.6～10%）の市町村で38.5%、高い（10%以上）市町村で48.8%でした（ $p < 0.001$ ）。

これらの結果から、他の交絡因子、因果の逆転などについて、慎重に考える必要はありますが、認知症サポーター養成講座を熱心に開催している市町村では、住民の高齢者への接し方が良好である可能性が示されました。

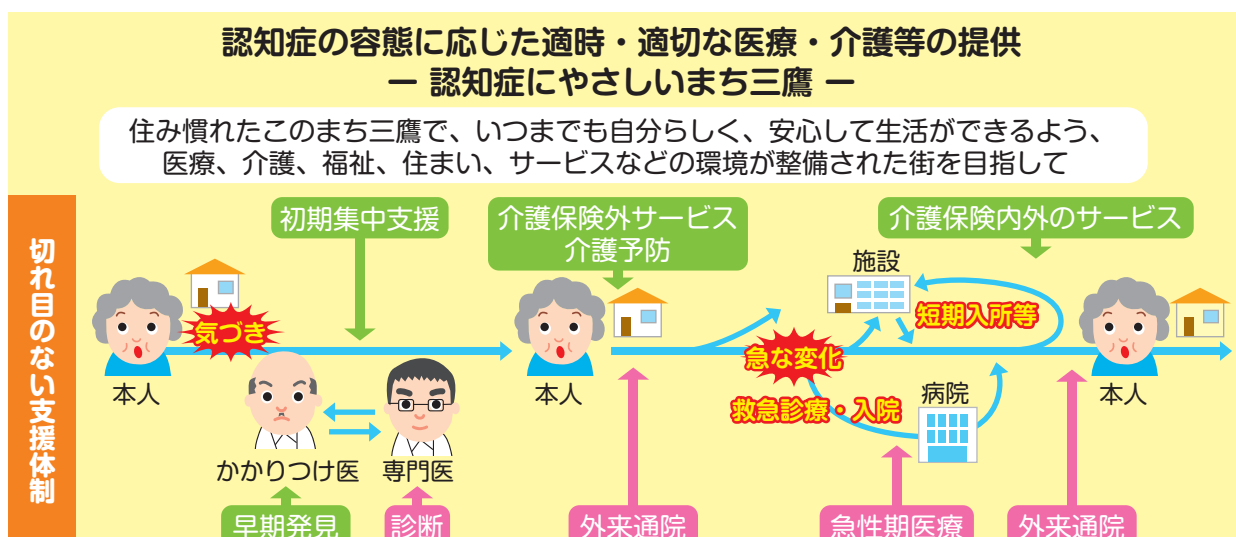
## 4. まちづくりの実践例 I

### 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり - 東京都三鷹市の例 -

#### 1) 最初に

ここでは東京都三鷹市を例に挙げて、認知症のひとにやさしいまちづくりのプロセスとアウトプットについて紹介します。東京都三鷹市は23区の西隣に接する位置にあり、人口18.7万人（高齢化率21.6%）の都市です。

認知症の人・高齢者等にやさしいまち作りには「地域包括ケア」という概念が基本になります。地域包括ケアとは、75歳以上の高齢者がたとえ認知症などによって要介護状態になったとしても、住み慣れたまち三鷹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体制を構築することとされています。認知症を例に挙げれば図のように、





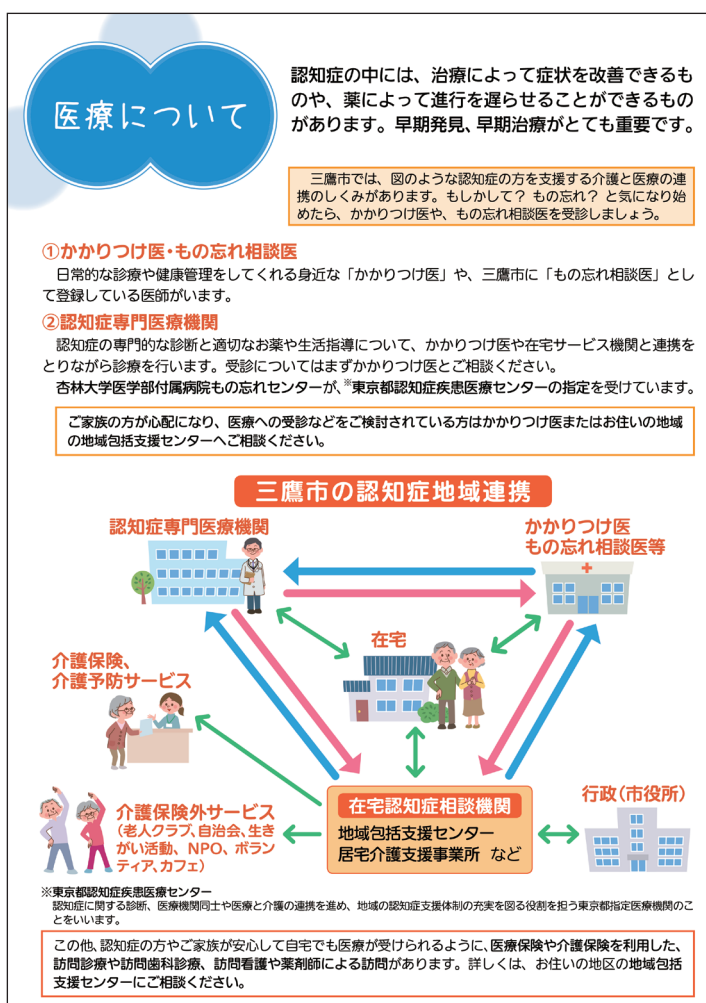
早期発見、早期介入（診断や助けの手を差し伸べることで、認知症の心配がある状態を放置しないこと）、医療面からの支援（外来通院、訪問看護など）、生活面での支援（介護保険内外のサービスを利用した生活支援）、急性期の身体的問題（病気）や認知的な問題（行動障害）に対処するセーフティーネットが存在することです。これがあってはじめて、認知症の人とその家族が安心して暮らすことができると考えられます。十分かどうかはわかりませんが、少なくともこのような体制が必要です。

これを実現するために平成28年に「知ってあんしん認知症ガイドブック」が作成されました。これは、三鷹市行政、地域包括支援センター、医師会、認知症の専門医療機関が協働して作成したもので、上記の内容を具現化したものです。最大の特徴は、“前段階を含めて認知症の段階に応じて、市内でどのような支援を受けることができるかが具体的に示されている”ことです。このような冊子は現在国の要請によって、日本の各市区町村で“認知症ケアパス”という名称で作成されています。認知症ケアパスとは多職種（かかりつけ医、専門医、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、薬剤師、看護師など）がどうかかわるか、情報のやり取りをするための工程表（ツール）です。したがってその内容は各地域ごとに異なります。

## 2) 医療と介護の連携

認知症とは“認知機能の低下によって生活の支援が必要な状態”であるため、医療だけでなく介護との連携体制が必要です。そのことが「三鷹市知ってあんしん認知症ガイドブック」に示されています。

この連携体制は、三鷹市の専門医療機関と診療所（かかりつけ医と相談医）、在宅相談機関（地域包括支援センターなど）、行政（市役所）が、在宅を中心に双方向に連携する形をとっています。この連携体制ができる前は、在宅では、どこに相談に行ったら



よいのかわからない、認知症のことがわからないので不安、そもそも本人も家族も認知症であることに気づかない、などの問題があること、在宅相談機関は、家族から相談を受けても、どのように医療につなげたらよいのかわからない、診療所においては、認知症を専門としていないため診療が難しい、診療に時間がかかりすぎるなどの問題、専門医療機関は、患者集中による初診の長期予約待ちなどが問題視されていました。また、診療所と専門医療機関の共通の悩みとして、在宅相談機関との連携が不十分なため、地域のサービスにつなげることができない、という問題点もありました。以上4者の問題を解決するために始まったのが本連携体制です。

ストラクチャーは以下のとおりです。認知症のことで困ったら、まず在宅相談機関に相談に行き、そこで書類を記載します。1枚は家族が記載する相談事前チェックシートです。これは16項目をチェックする形になっており、当てはまる数が多いほど認知症である可能性が高く、診断の必要ありと判断されれば、在宅相談機関の紹介でかかりつけ医、あるいはもの忘れ相談医（手挙げの医師会医師、冊子に記載されている）に相談します。場合によっては、在宅相談機関から直接専門医療機関に相談しても構いません。かかりつけ医もしくは相談医で解決に至ればそれでよいし、そうでなければ、同医院から専門医療機関に紹介することになります。専門医療機関は詳細な検査を行って認知症の診断や今後の方針を決め、原則として紹介元の医院に返します。専門的な診療が必要と判断された場合はそのまま専門医療機関が診療を継続します。そして、大事なことは医療機関から在宅相談機関に情報を伝えることです。その定型文書は、認知症の人や家族にとって必要なサービス（予防活動、交流の場、生活支援など）を受けられるように依頼する内容になっています。同時に、診断名や治療方針などの医療情報も伝えます。これによって在宅相談機関も問題点や今後の方針がわかるようになります。これによって、必要なサービスや助言が適切に行うことができるようになります。

アウトプットとしての評価はまだ行っていませんが、平成29年度は市の予算で6,000部作成し、3,389部を配布し、残りは再請求場所やイベント開催時に配布予定です。現在の配布先は地域包括支援センター1,060部、医師会600部、薬剤師250部、コミュニティセンター210部、シニアSOHO150部、社会福祉協議会120部、歯科医師会70部、市役所各課125部などとなっています。利用状況について小数での確認ながら、ガイドブックを知らない、渡したことがない、と回答とした医療・介護関係者もあり、周知の面も大事であると思われます。

### 3) 認知症の早期発見と初期集中支援

先に述べたように、一緒に暮らしていると本人や家族は、もの忘れなどの症状は歳によるものと考え、認知症と気がつかないことが少なくありません。認知症もしくはその前段階である軽度認知障害は早期に診断し、進行を防止することが大事です。そのために、作成したのが相談事前チェックシートです。杏林大学も病院で行った検討で、チェックシートの該当項目数が多いほど本人の認知機能は低下しており、家族の負担が大きいことがわかっています。

もうひとつ、現在注目されるのが初期集中支援です。初期集中支援とは自宅で生活している認知症または認知症が疑われる人で、診断を受けていないまたは治療が中断している、医療や介護サービスを受けていない、もしくは、サービスを利用しているが認知症の症状が強く、家族が対応に苦慮している場合に出動するチーム支援体制です。家族や民生委員などから相談を受けた際、チーム員が支援の方向性を検討し、医療機関など関係各所と連携し、介護サービスを導入したり、専門医療機関につなげたりします。セーフティーネットとして大事な役割を有しています。

### 4) 急性期の支援

初期集中支援と並んでセーフティーネットとして重要なのが急性期の対応です。認知症の人が肺炎、心不全、骨折などを起こすと入院が必要になります。また、時に暴言・暴力行為などのために家族が対応しきれなくなった場合には精神科病院に入院せざるを得ないこともあります。そのような急な事態に対応する体制が設けられています。

### 5) 認知症になっても安心して暮らせるまち

表題は現在さまざまな地方自治体に取り組んでいる課題です。神戸市では平成 30 年 3 月末に全国に先駆けて、認知症の人にやさしいまちづくりを条例化し、まちぐるみで認知症地域包括ケア実現の旗揚げをしました。三鷹市では毎年秋に「認知症にやさしいまち三鷹」で市民参加型のイベントを開催しています。このイベントで、自分が認知症になったときに、もしくは自分の家族が認知症になったときに、三鷹市に何が必要かについてアンケート調査を行いました。その結果、自分が認知症になったと

きは「介護や生活支援のためのサービスがどこで受けられるかわかること」、「世の中の見守り体制が充実すること」、「元気なうちに自分の意思を伝えておく仕組み作り」などの回答が多く、自分の家族が認知症になったときは「相談できる場所がはっきりわかること」、「医療体制の充実」などの回答が多かったです。このような市民の意識は「知ってあんしん認知症ガイドブック」のなかに多くは取り入れられています。しかしながら、「元気なうちに自分の意思を伝えておく仕組み作り」や、商業施設、銀行、警察、消防などとの連携、学童に対する認知症教育については今後取り組む必要があります。

## 6) 三鷹市の例のまとめ

三鷹市は以前から地域ケアネットワークという形でコミュニティが作られてきました。そのような土壌は認知症地域包括ケア構築の礎になるものです。認知症を特別視せず、自然に向き合うことができるようになれば、三鷹市が今よりもさらに「認知症にやさしいまち」として住みよいまちになることを信じて疑いません。

# 5. まちづくりの実践例Ⅱ

## 高齢者等にやさしいまちづくりのプロセスと自治体職員の役割 - 札幌市と滋賀県東近江圏域の例 -

本稿では、高齢者等にやさしいまちの実践例として、北海道札幌市「認知症カフェ認証事業等」と、滋賀県東近江圏域「三方よし研究会」を取り上げ、高齢者等にやさしいまちづくりのプロセスと、そのプロセスで都道府県等の自治体職員が果たした機能・役割についてご紹介します<sup>13</sup>。

### 1. 札幌市

#### 1) 高齢者施策の概要とその背景

札幌市は、人口約 1,926 千人、高齢化率は 25.1%（いずれも平成 28 年度）、合計

13. 本稿は、平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金認知症政策研究事業「Age-Friendly Cities 認知症高齢者等にやさしい地域づくり（代表 尾島俊之）」分担研究報告書「手引き作成と教育研修に関する研究（堀井聡子、小串輝男、岡島さおり）」の内容の一部に加筆修正したものです。



特殊出生率は1.14（平成26年度）で、急速に少子高齢化が進む都市のひとつです。要介護認定者は9.9万人（平成28年3月31日現在）で、被保険者数の10.8%は認知症であり、認知症施策が主要な健康課題の一つとなっています。

札幌市の保健衛生行政組織は本庁、区役所（10区）で構成され、地域包括支援センターが各区2～3か所、介護予防センターが各区3～8か所あり、加えてまちづくり拠点が市内に全87か所あってセンターおよび区役所と連携しながら関連事業が展開されています。

現在、札幌市で行われている認知症施策は、「関係職員の資質向上及び医療介護連携の強化・ネットワーク構築」、「認知症に対する市民理解の推進」、「認知症の方と家族への支援体制の整備」の3つの柱からなっています。本施策のもとに専門職への研修や、市民への啓発、家族支援に関わる事業、ボランティア養成など、多数の関連事業が展開されており、「認知症カフェ認証事業」もその一つに位置付けられています。

## 2) 高齢者等にやさしいまちづくりのプロセス

### (1) 事業の概要

札幌市の認知症カフェ認証事業は、認知症の人とその家族の孤立の防止、地域住民の認知症に関する理解の促進、認知症の人と家族を支える地域づくりを目的に、地域支援事業の包括的支援事業として実施されています。

主な事業内容は、一定の要件を満たす認知症カフェの市による認証と登録であり、市に登録されたカフェは、市のホームページへの掲載や、ボランティアのマッチング支援などの後方支援を受けることができます。平成26年度にモデル事業を行い、翌年度から事業化、インタビューを実施した平成28年12月時点では42か所の認知症カフェが市に登録されていました。

### (2) 重層的な会議の場の企画と運営

札幌市における認知症カフェ事業は、新オレンジプランなどを背景に、平成25年に「認知症支援事業推進委員」による提案を契機として検討が開始されたものです。この「認知症支援事業推進委員会」とは、医療介護関係者や、認知症や若年認知症の人と家族の会などが参加し、認知症にかかる事業内容を検討する場であり、委員会では、市が行う地域アセスメントの結果や、地域ケア会議、保健師や地域包括支援センターなどから提示される課題をもとに認知症に関する事

業について検討しています。

これに加え、札幌市では、全市、区、地区連合・町内会、個別ケースとレベルが異なる4層の「地域ケア会議」を運営しており、それぞれのレベルで会議の目的や招集する構成員を分けています。全市レベルでは、地域の関係組織の意思決定者レベルの課題意識の醸成と全市レベルでの課題解決方法の検討を図るための会議がなされ、個別ケア会議では、個別ケースを扱い、認知症の人とその家族に加え、医師、保健師、介護事業所などで構成し、認知症の人やその家族のニーズを施策に反映させるため、事例を多職種の見点で検討しています。個別ケア会議で議論された、住民の個別の課題意識や要望については、階層化された地域ケア会議を通じて、委員会に吸い上げられるしくみになっています。

認知症カフェの設置も、このような異なる会議をリンクさせることで「地域の課題」と「対応策の検討」がつながり実現されました。具体的には、まず委員会から提示されたカフェ設置の提案について、「札幌市の認知症カフェはどうあるべきか」、つまり事業の方向性をどのようにするかを、地域アセスメントの結果も参考にしながら関係者間で検討しました。そして、「地域力を高める、まちづくりのきっかけになる」事業を目指し、行政主導ではなく市民参加で運営することや、地域に根付く場所へ設置することなどが共有されました。その後、ここで検討された事業の方向性に沿って、「介護事業所や住民と連携しながら、認知症の人や家族が気軽に交流し、相談し合える場を身近な地域に作り、今後の認知症の人や家族等を支える地域づくりの可能性を検証する」を目的としたモデル事業が、異なる4つの法人（1団体、3事業所）によって実施されることになったのです。

### (3) モデル事業の実施

モデル事業は、実施主体である介護事業所らの自主活動とし、その内容は各法人が決定することとしました。そのため、月一回の定期開催をする法人もあれば、常設コミュニティカフェを開設した法人もありました。

1年間のモデル事業の実績は、4法人合わせて、参加者510人（のべ）、認知症支援ボランティア47人（のべ）でした。また、大学との協働研究結果から、「認知症の人とその家族の社会参加の場の確保」、「介護事業所が地域に開かれた存在になる」、「介護事業所が市民ニーズを知る機会」などの効果が確認されました。

モデル事業を実施した法人のうち、常設コミュニティカフェを開設した法人は、モデル事業以前から、認知症サポーター養成講座の講師などをつとめており、「こ

「ぼれ落ちる人」を拾い上げることの必要性を地域の認知症の課題として捉えていました。そのため、日を限定しないカフェの設置や、多様なプログラムの企画、地域の住民組織や学校などと協働することにより、「認知症の垣根を低くすること」を目指した活動を展開するように工夫しました。同コミュニティカフェは、現在、市の認証カフェの一つとなっており、地域の専門学校の生徒を接客ボランティアとして迎え入れるなどの取り組みを通じて、地域の若者が日常生活の中で高齢者への接し方を自然と学ぶ仕組みが作られていました（同法人は、同専門学校に対する認知症サポーター養成講座も実施しています）。

市職員（保健師）によると、モデル事業は、こうした個別の活動を一般市民に周知する手段になるとともに、市民が、数ある事業所の中から信頼できる事業所を選定する能力、つまり批判的なヘルスリテラシーの強化にもつながったとのことでした。

## 認知症カフェの事業化を通じた ソーシャル・キャピタルの醸成過程 (H26年度～H28年度上半期)

Step1	市民・関係機関からの提案
Step2	モデル実施による事業化の検討
Step3	地域アセスメントも並行して実施
Step4	モデル実施の結果(成果の共有)
Step5	事業化と市民周知
Step6	フォーラム開催(ノウハウと成果の共有)
Step7	H27年度事業評価
Step8	波及効果

札幌市 保健福祉局 高齢保健福祉部 地域包括ケア推進担当部長 岡島さおりさん提供資料

モデル事業の成果を共有する報告会を年度末に開催することにより、市内の特養、地域包括支援センター等から参加した関係者に活動内容を周知しました。また、報告会では、類似の取り組みの把握も含めたアンケートも実施し、市内の認



知症支援事業に関与する事業所の全体像を把握し、それまで把握できていなかった市内の社会資源の発掘を行いました。

本モデル事業の結果を受け、市では、認知症カフェの認証要件を確定し、例えば、認知症カフェが行政の支援のあるなしに関わらず、長期的な視点で住民に提供されるよう、実施主体は介護保険事業所を運営する法人にすることを、認定要件に掲げるなどとしました。認証制度を通じ、事業所の認証が進むことにより、市が市内の認知症支援事業に関わる事業所の全体像を把握することも可能になりました。

このように、取り組みの方向性を共有したうえで、実証実験的にモデル事業を実施し、あわせて後述のとおり地域診断を実施して地域の課題を提示しながら、徐々に認知症カフェ事業、そして、認知症施策のあるべき姿について合意形成をしていきました。

SAPPORO  
MAKES YOU SMILE

## 平成27年度～ 介護事業所の自主運営による認知症カフェの認証事業を開始

認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが集える場  
認知症サポーターが、ボランティアとしてカフェの運営を支援

家族が  
相談する

認知症の方が  
地域に出る

近隣住民も  
参加する

互いに  
理解し合う

地域で  
仲間をつくる



札幌市 保健福祉局 高齢保健福祉部 地域包括ケア推進担当部長 岡島さおりさん提供資料

### (4) 課題の見える化

市は、モデル事業を動かしながら、認知症高齢者の将来推計等、各種統計データと、高齢社会に関する意識調査などの結果を分析しました。その結果、認知症などのケースが適切な支援につながるまでに時間を要していること、またそうした事例が増加傾向にあること、このため、現行の相談支援体制に加えてより気軽

な相談や交流ができて、かつ介護や認知症に関する情報を得る場を地域に作る必要性が明らかになりました。これにより、動かしながら事業化を進めてきた認知症カフェ事業を推進するための根拠を提示すること、関係者の事業への理解が促されるようになりました。

### (5) 実践報告会の開催

事業化以降は、一般市民も参加できる「札幌市認知症カフェフォーラム」を実践報告の場として企画しました。これにより、事業所間の知識協創やネットワークの構築が推進されるだけでなく、一般市民が、事業所について知り、行政や事業所との信頼関係を構築する機会になりました。

また、フォーラムでは、認知症カフェ事業と連動させて実施している「認知症支援ボランティア登録」事業のボランティアからの活動報告を行うことにより、家族等に認知症の人がいない限りは実感しにくい認知症に関する課題を自分ごと化することを可能にし、誰もが、地域の一員として活動に参加することができることを認識する場を提供することにつながりました。

## 2. 滋賀県東近江圏域

### 1) 高齢者施策の概要とその背景

東近江圏域とは、近江八幡市、東近江市、日野町、竜王町の2市2町で構成されている地域です。人口約230千人、高齢化率は25.4%（いずれも平成27年10月）、要介護認定者は8789人で、その57.9%が認知症と報告されています（要介護認定者のうち認知症高齢者自立度Ⅱ以上の割合、平成26年1月1日）

東近江圏域では、患者中心の医療・保健・福祉・介護の切れ目のないサービスの提供体制を構築するため、圏域内の病院・診療所・介護施設・公共機関などが集まり、関係機関の機能分担と連携のあり方を検討する場として「三方よし研究会」を設けています。近年は、病気になっても、年齢をとっても、そして認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを志向し会が開催されています。同研究会は、平成28年度からNPO法人化されていますが、会の発足当初は保健所が調整役となって実施されていました。本稿では、まちづくりに関する行政の関わりに焦点をあてるため、NPO法人化以前の会の活動を中心に紹介します。

## 2) 高齢者等にやさしいまちづくりへのプロセス

### (1) 「三方よし研究会」の発足

三方よし研究会は、平成 19 年、その前年に改正された医療法の 4 疾患 5 事業の医療連携体制の検討と脳卒中連携パスの作成を契機に、滋賀県東近江圏域で患者中心の医療・保健・福祉・介護の切れ目のないサービスの提供体制構築をめざし関係機関の機能分担と連携の在り方を検討する場として設置されました。

研究会の設置は、平成 18 年度に、保健所が主体となって、地域リハビリ提供体制整備委員会を設置し、リハビリ関係者の講習会を開催したこと、また、同年に、管内の一介護事業所運営者の企画により、地域医療について市民が議論する市民フォーラムが開催されたことなどがきっかけでした。

### 三方よし研究会の主な動き

**平成 18 年** 保健所が主体となり、地域リハビリ提供体制整備委員会を設置し、リハビリ関係者講習会を開催。  
同時期に、住民主体の市民医療フォーラムの開催。



**平成 19 年** 三方よし研究会の発足、医療法 4 疾患 5 事業（当時）の医療連携体制の検討と脳卒中連携パスの作成、脳卒中患者らの事例検討を開始。

- 一研究会の設置当初は、リハビリテーション関係者が大半。徐々に看護師や病院の地域連携室の担当者などが参加するようになり、事例検討を通して、その主治医をはじめとする医師が参加するようになり。
- 会発足後 1~2 年より、最初は保健所であった会場を、各施設のケア活動紹介と意識向上を目的に、持ち回り制に変更。

**平成 28 年** 三方よし研究会が NPO 法人化

リハビリ関係者の講習会では、会に集まった、域内の回復期、維持期の病院等に勤務する理学療法士、作業療法士の間で、それぞれが現場で抱えていた課題意識、すなわち、「脳卒中患者に対し、患者中心の適切なケアを提供するために、病院や施設の壁を越えて連携する必要性」について参加者間で共有されました。また、市民フォーラムでは、当時の保健所長、医師会長などの保健医療福祉専門職に加え、地域住民がパネリストとなる、パネルディスカッション形式によって、地域の医療連携体制、在宅医療の在り方などについて議論がなされました。こうした場で、関係者の課題意識が噴出し、医療関係者の連携への思い、地域住民が



この地域でどのような生き方、死に方を望んでいるのかなどが明確になっていきました。こうした取り組みの蓄積が、その後の組織横断的な医療連携ネットワークの設置につながったと考えられます。

研究会の設置当初は、リハビリテーション関係者が大半でしたが、徐々に看護師や病院の地域連携室の担当者などが参加するようになり、また、研究会で脳卒中患者らの事例検討をするなかで、その主治医をはじめとする医師が参加するようになりました。現在では、病院、三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）、地域栄養士会、住民代表等の関係者が月一回、2時間という時間を決めて集まっています。会は域内の関係機関が持ち回りで企画、運営するため、取り上げるテーマは毎回異なりますが、近年は、在宅医療・介護や、認知症等にかかる事例や話題が取り上げられる傾向にあります。

また、会の活動予定は、保健所のHPやメーリングリストなどを用いて周知されるため、回によっては、域内関係者以外（県外の保健医療関係者、全国からの視察者等）の参加も可能な仕組みになっています。

## （2）プロトタイプを用いた事業展開

研究会が設置された当初の主な活動は、「脳卒中連携パス」の作成でした。「連携パス」の作成当初は、施設同士の関係性やそれまでの経験などにより、スムーズに役割分担は進みませんでした。しかし、「連携パス」を作成する過程で、事例検討を通じた関係機関間の顔の見える関係づくりや、「連携パス手引書」などの共通ツールを活用することによって、関係機関の連携や役割分担が進んでいきました。会では、最初から完璧なものを作ろうとは考えずに、プロトタイプを用いて事業を動かしながら、適宜修正を加えていきました。このようにツールを作成していく過程が、関係者の相互理解の促進、課題解決力の醸成が可能になったといえます（このため手引書は、会の活動の最初の4年間だけで4版改訂されています）。

## （3）多機関・多職種連携勉強会の開催

上述のとおり、三方よし研究会の発足当初は、地域医療体制づくりやそのための規則・ツール作りが主な目的であったため、保健所を会場に開催されていました。現在は、関係施設が持ち回りで会場を提供するだけでなく、取り上げるテーマなどの会全体の企画構成などを担っています。

現在の研究会は、主に、行政担当者からの情報提供、専門職による事例紹介、

その事例をもとにしたグループディスカッション（対話）などから構成されています。ディスカッションは、医師、リハビリ関係専門職、福祉専門職、地域住民など多様なメンバーで構成されるグループ単位で実施し、全体ファシリテーターが時間を管理します。多職種からなるグループの討議の結果、地域住民は地域の実情を、専門職は専門知識や臨床での体験を、それぞれの立場の経験と知識を持ち寄るため、グループごとに知識共創が行われる仕組みになっています。また、グループディスカッション後には、チーム間で討議された内容を共有する時間を設けることで、さらに知識共創が促される仕組みになっています。

さらに、研究会は地区単位での活動を展開しており、例えば五箇荘地区では、認知症施策の一環で、「徘徊訓練」と呼ばれる認知症患者を地域で見守るためのシミュレーション訓練が実施されています。この訓練は、単なる訓練にとどまらず、地域包括ケアの理解と認知症の学習の機会になっています。こうした活動の企画と実施がスムーズになされるのも、三方よしの活動を通じて保健医療福祉関係者だけでなく地域住民の相互理解が深まっているからであると考えられます。

なお、三方よし発足の約2年後に、メーリングリスト（ML）による意見交換が開始され、会で検討された問題をさらに討議したり、他の事例を紹介したりする場が作られました。このMLには、全国の市民、専門職、行政関係者、研究者などが登録しているため、医療、保健、介護に関する現場の課題に多様な視点でコメントが寄せられています。このMLを使った情報交換を進める一方で、三方よし研究会では、上述のような顔が見える関係を促す対話の場を、会の設置当初から現在に至るまで維持しています。その結果、研究会の開催は100回を超え、地域の医療、保健、介護に関わる人々のまちづくりに向けた相互理解の促進につながっています。

### 3. 2事例に共通した行政の役割

今回取り上げた2事例のプロセスでは、行政が「対話の場の設定とファシリテーション」、「事業のプロトタイプ化（モデル化）」、「地域診断による課題の見える化」といった共通した役割を担っていました。また、これら役割が発揮されることで、地域住民の間で、望ましいまちの姿（ビジョン）や高齢者の健康課題に関する関係者の相互理解が促進され、課題解決にむけた革新的なアイデアが共創されていました。

高齢者等にやさしいまちづくりとは、地域に住まう様々な立場の方々が、地域の問題を認識し、共有し、課題解決を推進していくためにつながり、それぞれの力を発揮する、そうした地域力が醸成されていくプロセスそのものといえるかもしれません。

## 当事者の声の重要性

「認知症にやさしいまち」とは、どのようなまちでしょうか。様々な地域で、認知症カフェが展開されたり、認知症予防を目的としたサロン活動が行われたりするなど、認知症対策が各地で進められています。その一方で、認知症の人ご本人が抱く「こうしたい」「こうあってほしい」という思いは、なかなかクローズアップされてきませんでした。

地域には、認知症と診断されても自宅で暮らし続けている人がたくさんいらっしゃいます。認知症にやさしいまちを考えるのであれば、「認知症の当事者」の視点が大切にされなければなりません。そこで、地域で暮らし続けている認知症の人たちのお話をお聴きし、ご本人が考える「認知症にやさしいまち」の手がかりを探りました。ここでは、当事者の方々の声を紹介します（当事者の方の言葉を斜体で記します）。

認知症の人たちは、認知症の理解が進むことを強く願っていらっしゃいました。

*“すごい苦しかったけどね。だから、もっとみんなに認知症を理解してもらえれば、こうやってちょっとできないことでも、ねえ、理解してもらえれば…”*

また、認知症の人たちは「勝手に決めてほしくない」、「できることがたくさんあることを知ってほしい」という思いをお持ちでした。

*“できないことは助けてほしい。でも、できることを、逆に…(略)…勝手に決められては困る。よく話を聴いて、その人なりというものを分かってくれる人がいいですね。”*

*“認知症だからって言って、何もかもできないわけじゃなく、できることはいっぱい。”*

認知症であっても、仕事や役割を持って生活したいという声もありました。しかし、病名を隠していたために仕事を辞めざるを得なかった人もいらっしゃいました。その背景には、恥ずかしさがあり、認知症であることを隠していたことが語られました。

*“やっぱり恥ずかしいですからね。病気がね。むしろどっかけがしてるとか、そういう病気だったら言えますけど、頭のことは言えなかったですね。恥ずかしい”*

医療資源が少ない地域では特に、認知症の診断・治療時に精神科を標榜する(あるいは過去にしていた)医療機関を受診することへの抵抗もあるようです。

他方で、認知症になったことを周囲に話している当事者は、次のように話してくださいました。

*“困ることは特に(ない)。私は、もうとにかく聞くことにしてるから。もしなんかあれ?って、おかしいなって思ったら、聞くことにしてるからいいんだけど”*

*“友人でも、知っててくれる人がいるとね。一緒に誘ってくれて、ランチしたり…”*

認知症のことを周りの人に話すきっかけの一つには、認知症当事者の存在があることもわかりました。

*“踏み出せるなにかってありますよね。私も、(当事者の名前)さんに会ってできるようになった。話すことで、知っててもらうことでできるようになった。”*

認知症カフェの数などは、認知症にやさしいまちづくりの指標の1つです。しかし、当事者が認知症カフェに行ったところ「認知症になりたくないから予防しに来ている」という参加者が多かった、ということもあるようです。カフェの数だけではなく、開催目的や参加者に合わせた内容を検討するなど、当事者の声を聴きながら、多側面から「認知症にやさしいまち」を考えていくことが大切ではないでしょうか。

「認知症にやさしいまち」は明確な定義が難しいことも事実です。一人一人の住民の考えや、その地域の文化によって異なるからです。だからこそ皆で話し合いながら、よりよいまちづくりにつなげていくことが求められます。その際、認知症のご本人やご家族の参加を促しながら、共にまちづくりを進めていただけたらと思います。



# V

## 高齢者等にやさしい まちづくりに向けて 都道府県ができること

ここまで、本手引きでも主な読者を市町村と想定して記載してきました。それは、介護保険事業の実施主体である市町村が、高齢者等にやさしいまちづくりをすすめるうえで重要な役割を担うためです。しかし、高齢者等にやさしいまちづくりの実現には、都道府県（保健所等）をはじめとするその他の行政機関の役割もとても重要です。とくに、高齢者等にやさしいまちづくりを実現するためには、市町村の認知症対応力の向上に向け、医療介護連携や認知症初期集中支援チームの支援など、都道府県には、広域的な視点で地域資源（とくに医師会や医療機関など市町村だけではつながりにくい医療系の関係機関）を市町村とつないでいくことなどの役割が期待されます。また、それら社会資源の必要性を判断したり、市町村間の状況を比較しながら市町村のニーズを分析したりするためには、都道府県が広域的に高齢者等の健康課題について分析することが必要になります。

そこでここでは、市町村が高齢者等にやさしいまちづくりをすすめるうえで、都道府県にはどのような支援が可能なのか、とくに、本手引きで提示したような指標を用いた都道府県による支援の具体的な内容について、我々が行った調査結果<sup>14</sup>をもとに、実際に都道府県の方々が実施されている支援内容についてご紹介します。

14. 本稿は、平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究推進事業「介護予防を推進する地域づくりを戦略的に進めるための研究（代表 近藤克則）」分担研究報告書「自治体支援に関する研究：都道府県等による支援の現状とその特徴（堀井聡子、大塚賀政昭、森山葉子）」の内容の一部に加筆修正したものです。

## 1) データに基づく課題抽出

- 国保連合会と協働によるデータ分析により、県内の全体的な課題を把握する（見える化システムとレセプト情報（全保険者）を活用）。この際、大学がアドバイザー機関として支援に参画している
- 事業のアウトカム評価を行うためアンケート（質問項目）を市町村とともに検討する（全県の統一指標ではなく、市町村ごとに検討する）
- 市町村が自らの課題を把握できるように「To do リスト」を作成している（もともとは、在宅医療、認知症施策、生活支援、介護予防、地域ケア会議、リハの各分野、地域支援事業の進捗把握を目的に作成）。各市町村が「To do リスト」をもとに評価した内容は「現況調査」としてとりまとめ、現況調査の結果は、都道府県が横並びで確認することにより、市町村の課題を把握する（例えば、認知症初期集中支援チームの配置状況など。他と異なる市町には直接連絡を入れ、情報収集する）。現況調査で抽出された市町村の共通課題で優先度の高いものは全体会議にかけて課題解決につなげる。半年ごとにモニタリングも実施している
- 都道府県独自で介護予防の評価指標を作成している。評価指標と地域支援事業の事業指標を連動させる予定である。結果は各市町村単位で見られ、市町村間の情報提供ツールのひとつとなっている。

## 2) ビジョン策定支援

- 市町村の課題解決力の強化にむけた助言を行う（現存する社会資源を活用した課題解決方法への助言や地域のあるべき姿を市町村担当者とともに検討する）
- 「日本一の健康長寿県構想」（ビジョン）があり、それに基づき、都道府県、市町村が一体となって、関連事業を推進している。
- 都道府県が市町村のビジョン設定を支援している。

- 包括支援センターに対し市は必須事業と任意事業について運営方針を文書で示し、目標と課題を共有している。運営方針には重点目標を定め、包括支援センターに計画を立ててもらい、自己評価をしてもらっている。

### 3) アウトリーチによる現状把握と保健所・振興局との協働による課題解決

- 市町村セミナー（本庁集合型）とヒアリング（アウトリーチ）でニーズを聴取り、共通する課題を有する市町村で分類して、課題解決の方法を検討する。
- 市町村のニーズ（課題）把握のためのヒアリングを実施している。ヒアリングは、保健所に管内市町を集め、本庁担当者が保健所に出向いている。また、その場に、保健所職員も同席させ、課題共有をはかっている。抽出された課題については、保健所主体の管内「意見交換会」につなげ、課題解決につなげている。
- 地域振興局単位で開催される会議に本庁担当者が参加している。本庁担当者は、国からの情報の提供、解釈に関する助言、予算の確保および参画、他の地域の取り組みの説明等を行っている。本庁から各地の会議にアウトリーチすることにより、各自治体の課題を把握できるだけでなく、好事例の収集が可能になっている。
- 総合事業、在宅医療・介護連携推進事業に対し、保健所と福祉課がチームになって市町村支援を行う「保健所支援チーム」を保健所単位で設置、支援チームによる市町村巡回を行っている。技術系職員である保健所の保健師が支援を行うことで、市町村への説得力が高まることもある。

以上のように、市町村支援を実際に展開している都道府県では、各市町村の評価結果を取りまとめることで広域的な課題を把握し、支援が必要な市町村あるいは分野を特定したり、各市町村がデータに基づき課題を抽出できるよう、課題把握のためのツールを開発したり、指標を提示したりしていました。また、課題を設定するためには、ビジョン、つまり目指す方向性が明らかになっている必要があります。このため、都道府県としてのビジョンを掲げたうえで、各市町村が都道府県のビジョンと連動させる形で各市町村のビジョンを策定できるように支援するなどを行うことも重要な都道府県の役割と考えられます。



# 高齢者等にやさしいまちづくりの指標とそのデータ源の例

		高齢者等にやさしいまちづくりを構成する概念	行政データ等
アウトカム(長期的)		高齢者および住民すべての健康と幸福	<ul style="list-style-type: none"> <li>国民生活基礎調査 (+ 生命表)</li> <li>日常生活に制限のない期間の平均 (厚労省)</li> <li>国民生活選好度調査</li> </ul>
	物理環境	地域における歩行および移動のしやすさ (バリアフリー化など)	<ul style="list-style-type: none"> <li>道路統計年報</li> <li>都道府県別整備状況 (国交省)</li> <li>住生活総合調査 (国交省)</li> </ul>
公共のスペース、建物、交通機関のアクセシビリティ		<ul style="list-style-type: none"> <li>社会教育調査：公民館等の施設・設備の所有館数 (文科省)</li> <li>移動等円滑化実績等報告書 (国交省)</li> </ul>	
住宅の値ごろさ		<ul style="list-style-type: none"> <li>家計調査：世帯主の年齢階級別家計支出 (住居) (総務省)</li> <li>高齢者の日常生活に関する意識調査：「住まいに対する満足度」(内閣府)</li> </ul>	
安全性			
アウトカム(中期的)	社会環境	高齢者のボランティア参加率	
		地域における意思(政策)決定への参加率	国政選挙年代別投票率 (総務省)
		高齢者の経済的安定	家計調査：世帯主の年齢階級別家計支出 (総務省)
		加齢および高齢者に対する肯定的・好意的な社会的態度や姿勢	中高年者縦断調査：社会参加活動の状況 (厚労省)
		高齢者に有用な情報やサービスのアクセシビリティ	生活と支え合いに関する調査：人と人とのつながり・支え合いの状況 (会話頻度・会話人数) (厚労省)
		雇用率	<ul style="list-style-type: none"> <li>労働力調査：65歳以上×完全失業者数 (総務省)</li> <li>中高年者縦断調査：就業の状況 (厚労省)</li> </ul>
		社会文化活動への参加率	
認知症関連	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の人への理解</li> <li>認知症の人との共生</li> <li>認知症の人とその家族の受援力</li> </ul>		
アウトプット/プロセス	物理環境に関する介入(活動)	<ul style="list-style-type: none"> <li>都市計画、土地利用</li> <li>公共スペースや建物のデザイン</li> <li>住宅のデザインや価格帯</li> <li>交通機関のデザイン</li> </ul>	
	社会環境に関する介入(活動)	<ul style="list-style-type: none"> <li>文化・レクリエーションプログラム</li> <li>情報コミュニケーション・アドボカシー</li> <li>保健、医療、社会、福祉サービス</li> <li>雇用やビジネスの機会</li> </ul>	
ストラテジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>住民に対する公約とその発信</li> <li>部署・組織横断的な協働体制の整備</li> <li>まちづくりの我がごと化</li> <li>財政的・人的支援の確保</li> </ul>		



## 自治体独自でアンケートを作成する場合の質問項目例（分類は暫定）

- 現在のあなたの健康状態はいかがですか。
- あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。
- 現在治療中、または後遺症のある病気にあてはまる番号すべてに○をつけてください。
- 周りの人から「いつも同じ事を聞く」など物忘れがあるといわれますか。
- こうして生きていることはすばらしいと思いますか。
- 自分は活力が満ちていると感じますか。
- あなたは、現在の程度幸せですか（「とても幸せ」を10点、「とても不幸」を0点としてご記入ください）
- あなたが介護している方には認知症と思われる症状がありますか。

- あなたのお住まいの地域には、次のような場所はどのくらいありますか。（例）歩行が困難な方や目・耳の不自由な方でも、利用に支障がない公共施設ほか
- あなたの家から徒歩圏内に、次のような場所はどのくらいありますか。（例）車いす・杖・歩行器などを利用される方でも、歩行に支障のない通りほか

- あなたが外出する時に利用している交通手段すべてに○をつけてください。
- あなたの家から徒歩圏内（おおむね1キロ以内）に、次のような場所はどのくらいありますか。（例）生鮮食品（肉、魚、野菜、果物など）が手に入る商店・施設・移動販売
- あなたのお住まいの地域には、次のような場所はどのくらいありますか。（例）歩行が困難な方や目・耳の不自由な方でも、利用に支障がない電車やバスの車両
- あなたの家から徒歩圏内に、次のような場所はどのくらいありますか。（例）電車・地下鉄などの駅やバス停
- 地域には、医療や介護の制度やサービスに関わる様々な窓口があります。次の中で、あなたがご存じの窓口はどれですか。-市区町村の担当部署

- あなたが住んでいる住宅の種類はどれですか。
- あなたの家から徒歩圏内に、次のような場所はどのくらいありますか。（例）手頃な価格の住まい
- 有料老人ホームや高齢者向け住宅に住もうと思いませんか。
- あなたが住んでいる住宅の構造はどれですか。

- あなたは下記のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか。（例）ボランティアのグループ

- あなたは自治会・町内会やその他の場で、地域のものごとの決定に参加していますか。

- あなたは下記のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか。（例）収入のある仕事
- この1年間に起こったことについておうかがいします。あてはまるものすべてに○をつけてください。（例）経済的な余裕ができた
- この1年間に起こったことについておうかがいします。あてはまるものすべてに○をつけてください。（例）経済的な困難が増した
- 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。
- 世帯全体の資産についてお聞きします。貯金、不動産、株、ゴルフ会員権等、全ての資産の合計額であてはまる番号1つに○をつけてください。
- あなたの年金についてあてはまるものすべてに○をつけてください。（例）（厚生年金等）はどれも受給していない
- あなたは現在、生活保護を受給していますか。

- 殴られる、けられる、物を投げつけられる、とじこめられるなどの身体的暴行
- 暴言を吐かれる、嫌味を言われる、長い間無視されるなどの自尊心を傷つけられる行為
- あなたの預金や年金を、あなたの了解なしに使ったり取り上げたりされた（家族からも含む）
- あなたは地域の人々から大切にされ、地域の一員となっていると感じますか。

- 新聞を読んでいますか。
- 本や雑誌を読んでいますか。
- あなたは過去1年間に、インターネットやメールを使いましたか。使う頻度もお知らせください。
- あなたが日常生活や健康のために必要なことは、行政や民間のサービスによって、概ね提供されていますか。
- 過去3年間に地域の避難訓練など、災害や緊急時の訓練の行事に1回以上参加しましたか。

- あなたは下記のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか。（例）収入のある仕事（再掲）
- 現在のあなたの就労状態はどれですか。（例）常勤
- 現在、仕事を探していますか。

- スポーツ関係のグループやクラブに参加しておこなっている運動は何ですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。（例）ウォーキング
- あなたは下記のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか。  
（例1）スポーツ関係のグループやクラブ （例2）趣味関係のグループ （例3）老人クラブ （例4）町内会・自治会 （例5）学習・教養サークル  
（例6）介護予防・健康づくりの活動 （例7）特技や経験を他者に伝える活動 （例8）収入のある仕事
- 上記（1）～（8）のうち、ただ参加するだけではなく運営に関わっている活動グループはどれですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。
- あなたがやっている趣味は何ですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。（例）グランドゴルフ

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

## 編集・執筆

---

- 堀井 聡子 国立保健医療科学院 生涯健康研究部 客員研究員  
JICA ベトナム新卒看護師のための臨床研修制度強化プロジェクト  
チーフアドバイザー
- 尾島 俊之 浜松医科大学 健康社会医学講座 教授

## 執筆者

---

- 横山 由香里 日本福祉大学 社会福祉学部 社会福祉学科 准教授
- 相田 潤 東北大学大学院歯学研究科 国際歯科保健学分野 准教授
- 神崎 恒一 杏林大学 医学部 高齢医学教室 教授
- 近藤 克則 国立長寿医療研究センター老年学・  
社会科学研究所センター老年学評価研究部部長  
千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門 教授

## 研究班協力者

---

- ローゼンバーク恵美 WHO 神戸センター
- 倉田 貞美 浜松医科大学 看護学部老年看護学、健康社会医学
- 藤原 聡子 千葉大学予防医学センター
- 宮國 康弘 国立長寿医療研究センター老年学・社会科学研究所センター
- 坂井 志麻 東京女子医科大学 看護学部 看護学科 老年看護学 准教授

## ご助言をいただいた方々

---

- 岡島 さおり 札幌市保健福祉局高齢保健福祉部地域包括ケア 推進担当部長
- 児玉 タ子 秋田市福祉保健部長寿福祉課エイジフレンドリーシティ推進担当
- 佐々木 謙 秋田市福祉保健部長寿福祉課エイジフレンドリーシティ推進担当
- 松本 博行 神奈川県政策局ヘルスケア・ニューフロンティア推進本部室
- 児玉 順子 神奈川県政策局ヘルスケア・ニューフロンティア推進本部室
- 吉田 恵美子 神奈川県政策局ヘルスケア・ニューフロンティア推進本部室
- 田中 智子 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課
- 後藤 文枝 愛知県東海市市民福祉部付部長（女性活躍推進担当）



## 認知症の人・高齢者等にやさしい地域づくりの手引き ～指標の利活用とともに～

---

発 行 日 2019年3月

発 行 者 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）  
認知症発生リスクの減少および介護者等の負担軽減を  
目指した Age-Friendly Cities の創生に関する研究班  
浜松医科大学健康社会医学講座 尾島俊之  
浜松市東区半田山 1-20-1

デザイン・ラウンドアラウンド 道田真司  
イラスト 福岡市博多区  
<http://roundaround.net>

認知症の人・高齢者等に

やさしい

地域づくりの手引き

～指標の利活用とともに～

