

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

平成 29 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 尾島 俊之

(浜松医科大学健康社会医学講座教授)

目 次

I. 総括研究報告書	1
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 尾島 俊之（浜松医科大学健康社会医学）	
II. 分担研究報告書	
1. 多地域大規模疫学調査データによる Age and Dementia Friendly Communities (ADFC)指標作成	7
近藤 克則（国立長寿医療研究センター・千葉大学予防医学センター）	
2. 認知症当事者からみた認知症にやさしい地域	17
横山 由香里（日本福祉大学 社会福祉学部）	
3. 手引き作成と教育研修に関する研究： 「手引きの骨子作成および混合法を用いた認知症にやさしいまちの特徴の探索」	23
堀井 聡子（国立保健医療科学院 生涯健康研究部）	
4. 自治体による認知症発生の地域差の要因分析.....	33
相田 潤（東北大学大学院 歯学研究科 国際歯科保健学分野）	
III. 研究成果の刊行に関する一覧	39

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

研究代表者 尾島 俊之（浜松医科大学医学部健康社会医学講座 教授）

研究要旨

3年間の研究計画期間の2年目の研究を実施した。認知症高齢者等にやさしい地域の評価指標を開発し、手引きを作成して試用と評価を行い、認知症高齢者等にやさしいまちづくりに貢献することが目的である。初年度に、概念整理、多地域大規模疫学調査による指標作成のためのデータ収集等を行った。2年目はデータ分析と見える化、インタビュー、手引きの検討等を行った。収集したデータにより指標の信頼性・妥当性の検討を行い、全27項目でCronbach $\alpha=0.633$ 、基準関連妥当性等、一定の信頼性・妥当性が検証された。また、自治体間の地域差は年齢や行動、健康状態が原因で生じている部分が存在することなどが分かった。認知症当事者等へのインタビューにより、地域の一員としての関わりの継続、認知症だと気軽に言える社会等の希望が示された。また農村部においてはスティグマや公共交通機関の不足などが深刻である可能性が示唆された。認知症等にやさしいまち関連得点が高かった自治体において、住民へのまちのビジョンの浸透、首庁の強いリーダーシップ等が抽出された。また、手引きの骨子を作成した。

研究分担者

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教授）

横山由香里（日本福祉大学社会福祉学部准教授）

堀井聡子（国立保健医療科学院生涯健康研究部主任研究官）

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）

藤原聡子（千葉大学予防医学センター特任研究員）

佐々木由理（千葉大学予防医学センター特任助教）

辻大士（千葉大学予防医学センター特任助教）

亀田義人（千葉大学予防医学センター特任助教）

宮國康弘（千葉大学予防医学センター特任研究員）

伊藤美智予（名古屋大学予防早期医療創成センター准教授）

坂井志麻（東京女子医科大学看護学部老年看護学准教授）

研究協力者

ローゼンバーグ恵美（WHO健康開発総合研究センターテクニカル・オフィサー）

倉田貞美（浜松医科大学健康社会医学講座講座研究員）

A. 研究目的

3年間の研究計画期間の2年目の研究である。世界保健機関（WHO）は、世界の高齢化の進展に伴い、高齢者にやさしい都市（Age-friendly Cities, AFC）づくりを推進している。2007年には、Global Age-friendly Cities: A Guide を、また2015年には、Measuring the Age-Friendliness of Cities: A Guide to Using Core Indicators を発行している。この開発には、日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study, JAGES）の成果も活用されている。しかし、この報告書でまとめられた国際的にコンセンサスのとれた指標群について、その後日本国内で体系的に調査が行われたものはまだない。

一方で、認知症の一次予防、二次予防を推進するとともに、仮に認知症になっても、幸せに生活することができるようにする三次予防の重要性が高まっていると言える。そこで、前述の AFC に加えて、認知症高齢者等にやさしいまち（Age and Dementia Friendly Community, ADFC）を目指していく必要がある。

そこで、認知症高齢者等にやさしい地域を評価するための評価指標を開発し、その評価指標等の信頼性・妥当性を検証し、ADFC指標の活用を含めて認知症高齢者等にやさしい地域を作るための手引きを作成すること、そして社会創生に向けて協力市町村で試用と評価を行い、認知症高齢者等にやさしいまちづくりに貢献することがこの研究の目的である。

B. 研究方法

(1) 信頼性・妥当性の検討

信頼性・妥当性の検討を行った。具体的には、信頼性の検討として Cronbach α 係数の算定を行った。妥当性の検討としては、個人単位での Geriatric Depression Score (GDS)

15項目版による抑うつ点数の平均値との関連、また市町村単位での認知症サポーター講座開催回数等との関連などによる基準関連妥当性の検討を行った。また、初年度に指標の開発を行った際に文献的検討や専門家によるディスカッションにより内容的妥当性の確保を行った。また、後述するように認知症の当事者等へのインタビューによる内容的妥当性の検討も行った。

(2) 多地域大規模疫学調査データによる ADFC 指標作成

全国の市町村に協力を呼びかけ日本老年学的評価研究（JAGES）調査を41市町村で共同実施した。要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者を対象に自記式郵送法で実施した。2016年度に実施した調査において39市町村の279,661人の対象者（回収数196,438票、回収率70.2%）のうちランダムに8等分した対象者にはADFC指標関連項目を含む調査票を送付した。これらのデータを用いて、JAGES HEART（Health Equity Assessment and Response Tool）2017版を開発しADFC指標を閲覧できるようにした。

(3) 認知症当事者からみた認知症にやさしい地域

認知症当事者へのインタビューと参与観察を昨年度から継続し、特に都市と農村部の共通点、相違点に焦点をあてて分析することとした。

(4) 手引き作成と教育研修に関する研究

手引きの骨子の作成では、文献レビュー、関係者ワークショップ、ワーキング班会議などを実施した。事例調査では、研究班が行った大規模調査の対象自治体のうち、認知症関連項目の得点が高かった自治体を抽出し（量的調査）、対象自治体でフィールドワーク（イ

ンタビュー・参与観察・現地資料収集)を実施した(質的調査)。

(5) 自治体による認知症発生の地域差の要因分析

65歳以上の高齢者を対象とした日本老年学的評価研究(JAGES)の2010年から2016年までのコホートデータを用いて、自治体間の認知症発生の地域差の要因について検討を行った。本研究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Ⅱa以上)の発生を認知症発生と定義した。認定申請の個人差を考慮するため、ベースライン時点での軽度認知障害の有無を調整した。年齢、性別、ベースライン時点での軽度認知障害、社会的要因(つながりや社会経済状態)、健康要因(認知症に関連する疾患や健康状態)、行動要因(保健行動や社会参加行動)について、競合リスクを考慮した生存時間分析で検討を行った。

(倫理的配慮)

調査に当たっては、必要なものについてそれぞれ倫理審査を受けて実施した。新規の調査については、対象者に趣旨を説明し、同意が得られた場合に協力を頂いた。

C. 研究結果と考察

(1) 信頼性・妥当性の検討

信頼性・妥当性の検討を行い、信頼性については全27項目でCronbach $\alpha=0.633$ であった。基準関連妥当性については、個人単位で見た場合、認知機能低下者における抑うつ度の性・年齢を調整した平均値は、「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」という設問に、該当する群では7.7点、非該当の群では6.6点($p=0.008$)であり、受援力と抑うつ度には有

意な関連がみられた。また、市町村単位で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関連(相関係数 $\rho=0.350$ 、 $p=0.031$)が見られた。以上のように、一定の信頼性・妥当性が検証された。

(2) 多地域大規模疫学調査データによるADFC指標作成

「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う」では、市町村間に54.4~71.0%の差を認めた。「地域活動に役割をもって参加した方が良いと思う」では73.7~93.8%、「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う」では72.8~86.7%の差が見られた。あるまちの数値がどれくらいで、39市町村中のどこに位置づけるかがわかるJAGES HEART 2017が開発できた。

(3) 認知症当事者からみた認知症にやさしい地域

当事者8名の声を分析した結果、認知症当事者にとって住みやすいまちや、地域に求める内容は、その地域の特徴に応じて異なるが、「認知症への理解」「共生」「受援力」については共通してみられる要因であることが確認された。農村部では、専門的な医療機関の不足、スティグマ、公共交通機関の不足などが特に深刻である可能性が示唆された。

(4) 手引き作成と教育研修に関する研究

手引きの骨子(目次案)作成では、WHOの高齢者にやさしいまちのコア指標ガイド(AFCガイドライン)をベースに、わが国の地域保健行政関係者にとっての実用度を考慮に入れて内容を追加修正し、Ⅰ. 手引きの概要、Ⅱ. 認知症の人等にやさしいまちのフレームワーク、Ⅲ. 認知症の人等にやさしいまちの指標、Ⅳ. 認知症の人等にやさしいまち

の事例、V. 自治体の受援力アップに向けて、から構成することとした。手引きに含める事例案の検討では、認知症等にやさしいまち関連得点が高い自治体（2 町）でのフィールド調査を行った。その結果、両町に共通する特徴として、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（戦略策定のための部署横断的ワーキングの存在等）、行政と住民との顔の見える関係、が抽出された。これらの内容は、AFC ガイドラインのインプット指標と一致するものであり、本調査結果を、認知症の人等にやさしいまちづくりのインプットとアウトカムとの関連を示す事例として、手引きに掲載することが妥当であると考えられた。

(5) 自治体による認知症発生の地域差の要因分析

16 自治体（合併前の自治体を含む）の 56,521 人を 6 年間追跡した結果、5874 人において認知症を伴う要介護認定が発生した。1000 人年あたりの発生率は 19.8 であり、最も少ない自治体で 15.1、最も多い自治体で 25.5 と大きな差が見られた。最も平均年齢の若い自治体を基準とした生存時間分析の結果、年齢、性別、ベースライン時点での軽度認知障害を調整した後で、最も認知症発生が多い自治体のハザード比は 1.3（95%信頼区間＝1.0;1.6）、最も少ない自治体は 0.8（95%信頼区間＝0.7;1.0）であった。基準の自治体と比べて、認知症発生が多い自治体は、ベースライン時点での平均年齢が高い、行動要因が悪い、健康状態が悪い傾向にあった。これらの要因を含むすべての変数を調整した後には、最も認知症発生が多い自治体のハザード比は 1.1（95%信頼区間＝0.9;1.4）と低下し統計学的有意差は消失した。一方で認知症発生が少ない自治体は、ハザード比は 0.7（95%信頼区間＝0.6;0.9）とより少なくなり基準自治体

との差は説明されなかった。自治体間の認知症発生の地域差は、年齢や行動、健康状態が原因で生じている部分が存在したが、自治体ごとにその特徴は異なり、画一的に地域差の原因を把握することは困難であり、それぞれの自治体特有の要因があることが分かった。また今回考慮できなかった要因によって生じている地域差も存在し、特にそれは認知症発生率の低い自治体において顕著であった。認知症になりにくい地域づくりには今回把握されたような自治体ごとの個別性を把握した対策が必要だと考えられる。

D. 結論

認知症高齢者等にやさしい地域に関する概念整理、指標の開発を行い、一定の信頼性、妥当性が検証された。大規模疫学調査結果による地域の状況の見える化を実施した。また、認知症当事者等及び自治体へのインタビューにより質的に状況を明確化した。さらに、認知症が多い地域には行動などの特性の他、地域ごとの要因があることが明らかとなった。

参考文献

- 1) World Health Organization. Global Age-friendly Cities: A Guide. 2007.
- 2) World Health Organization. Measuring the Age-Friendliness of Cities: A Guide to Using Core Indicators. 2015.

E. 健康危険情報

特記事項なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 井手一茂, 宮國康弘, 中村恒徳, 近藤克則: 個人および地域レベルにおける要介護リスク指標とソーシャルキャピタル指標の関連の違い: JAGES2010横断研究. 厚生省の指標 (印刷中)

2) 井手一茂, 鄭丞媛, 村山洋史, 宮國康弘, 中村恒穂, 尾島俊之, 近藤克則: 介護予防のための地域診断指標—文献レビューと6基準を用いた量的指標の評価. 総合リハビリテーション (印刷中)

2. 学会発表

- 1) Ojima T. Development of indicators of dementia-friendliness of communities. 32nd International Conference of Alzheimer's Disease International, Invited Symposist, Kyoto, April 27-29, 2017.
- 2) Ojima T, Horii S, Yokoyama Y, Aida J. Extending indicators to dementia-friendliness. The 21st International Epidemiological Association (IEA) World Congress of Epidemiology (WCE2017), Organized Symposium, Saitama, Aug 19-22, 2017.
- 3) Ojima T, Okada E, Nakamura M, Jeong S, Miyaguni Y, Shirai K, Hirai H, Saito M, Aida J, Kondo N, Kondo K. Social support and long-term care need. The 21st International Epidemiological Association (IEA) World Congress of Epidemiology (WCE2017), Saitama, Aug 19-22, 2017.
- 4) Ojima T, Rosenberg M, Horii S, Yokoyama Y, Aida J, Miyaguni Y, Shobugawa Y, Saito

M, Kondo N, Kondo K. Promoting age and dementia friendly cities according to assessment data. 14th International Conference on Urban Health. Coimbra, Portugal, 26-29 Sept, 2017.

- 5) 尾島俊之、中村恒穂、鄭丞媛、近藤克則、宮國康弘、岡田栄作、中村美詠子、堀井聡子、横山由香里、相田潤、ローゼンバーク恵美、斉藤雅茂、近藤尚己: 地域単位でみた受援力、近所づきあい等と自殺死亡率の関連. 第28回日本疫学会学術集会. 福島市, 2018年2月1日~3日.
- 6) 横山由香里. 認知症当事者における Dementia-friendly cityの予備的検討. 日本社会福祉学会第65回秋季大会. 八王子市, 2017年10月22日.

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

多地域大規模疫学調査データによるAge and Dementia Friendly Communities (ADFC) 指標作成

研究分担者 近藤 克則（国立長寿医療研究センター老年学・
社会科学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 教授）
研究協力者 佐々木由理（千葉大学予防医学センター 特任助教）
辻 大士（千葉大学予防医学センター 特任助教）
亀田 義人（千葉大学予防医学センター 特任助教）
宮國 康弘（千葉大学予防医学センター 特任研究員）

研究要旨

【目的】認知症の発生や認知症介護者の負担に影響する環境やまちづくりについての科学的根拠をえるため、複数の市町村において大規模調査データを入手し、それを用いてAge and Dementia Friendly Communities (ADFC)指標を作成することを目的とした。

【方法】全国市町村に協力を呼びかけJAGES (Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究) 調査を41市町村で共同実施した。要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者を対象に自記式郵送法で実施した。2016年度に実施した39市町村（279,661人に送付し、回収数196,438票、回収率70.2%）のうち、ランダムに8等分した対象者にはAge and Dementia Friendly Cities indicators 関連項目）を含む調査票を送付した。これらのデータを用いて、JAGES HEART (Health Equity Assessment and Response Tool) 2017版を開発しAge and Dementia Friendly Communities (ADFC) indicatorを閲覧できるようにした。

【結果】「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う」では、市町村間に54.4～71.0%の差を認めた。「地域活動に役割をもって参加した方が良いと思う」では73.7～93.8%、「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う」では72.8～86.7%の差が見られた。あるまちの数値がどれくらいで、39市町村中のどこに位置づくのかがわかるJAGES HEART2017が開発できた。

【結論】認知症の発生や認知症介護者の負担に影響する環境やまちづくりについての科学的根拠を検討できるJAGES HEART2017を開発できた。

A. 研究目的

JAGES (Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究) プロジェクトでは、2010年と2013年に、全国30超市町村と協力して、10万人超の高齢者

を対象とした大規模調査を行い、高齢者の well-being (幸福・健康) の高いまちと低いまちがあることやその関連要因を明らかにしてきた。また、社会参加や社会的サポートなどの豊かさが、高齢者に優しいまちの条件

であることを明らかにしてきた。しかし、認知症予防や介護に焦点を充てた研究は少なかった。

そこで、認知症の発生や認知症介護者の負担に影響する環境やまちづくりについての科学的根拠を得るべく、①昨年度の39市町村に加え2017年度に2市町においてJAGES調査を実施すること、②調査データを用いて、認知症発症やQOLの関連要因を解明し、高齢者等にやさしい地域（Age and Dementia Friendly Community）を評価するための評価指標を開発すること、③指標を関係者で共有するための「見える化」システムを開発すること、④認知症高齢者等にやさしい地域を作る協力市町村で試用し要望を集めて改良することを目的とした。

B. 研究方法

1. 調査の実施

JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究）調査を2016年度に39市町村、2017年度に2市町の合計41市町村で共同実施した（図1）。要介護認定を受けていない65歳以上高齢者を対象に自記式郵送法で実施した。ランダムに8等分した対象者にはAge and Dementia Friendly Cities indicators 関連項目）を含む調査票を送付した。

2. 指標の開発

先行研究を元に、専門家の合議で、内容的妥当性、構成概念妥当性の観点から検討して質問項目を作成した。その回答をデータ分析して指標を作成した。

3. 「見える化」システムの開発

2016年度に収集したデータを用いて認

知症リスクや高齢者等にやさしい地域の評価指標を搭載した「見える化」システム JAGES HEART（Health Equity Assessment and Response Tool）2017版を開発した。そこで Age and Dementia Friendly Communities（ADFC）indicator を閲覧できるようにした。認知症高齢者等にやさしい地域を作るための「見える化」システムとして手引とともに市町村に試用してもらい要改良点などの意見を収集した。

（倫理面への配慮）

調査は、国立長寿医療研究センターおよび千葉大学の倫理審査委員会の承認を受けて行われている（国立長寿医療研究センター；No.992，千葉大学；2493）。

C. 結果

1. 調査の実施

2016年度に実施した39市町村では279,661人に送付し、回収数196,438票、回収率70.2%であった。2017年度調査は現在データ整理中である。

2. 指標の開発と信頼性・妥当性の検証

調査票の質問項目では、認知症についての5項目で信頼性・妥当性の検証を行った結果、以下の3項目を用いることにした。

1. 「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」
 2. 「認知症の人も地域活動に役割を持って参加した方が良いと思いますか」
 3. 「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」
- 以上の3項目に「はい」と回答した者の割

合を指標として用いることとした。

3. 「見える化」システムの開発

認知症高齢者等にやさしいまちや関連要因を解明し、関係者で共有を図るシステムとして、JAGES HEART2017年版を開発した(図2)。

認知症リスクと、保護的要因についても、指標を搭載した(表1)。

上記の3指標における最小値と最大値の差が大きいものでは、2倍の差が見られた。「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う」では、前期高齢者(以下前期)で45.2~71.6%、後期高齢者(以下後期)で56.6~76.5%、高齢者全体(以下全体)で54.4~71.0%であった。

「地域活動に役割をもって参加した方が良いと思う」では前期42.9~60.7%、後期で39.4~76.5%、全体では73.7~93.8%であった。

「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う」では、前期72.0~84.7%、後期73.7~93.8%、全体で72.8~86.7%となった(図3)。

また、認知症リスクと関連する要因の分析ができるようになった。例えば、スポーツの会への参加率が高い市町村で、認知症リスク者が少ないことなどがわかる散布図が、簡便に作成できる(図4)。

4. 協力市町村における試用

認知症高齢者等にやさしい地域を作る協力市町村で試用してもらったところ、全体としては好意的な評価が多かったが、指標名がわかりにくい、これらの指標を改善するための手がかりや事例集が欲しいなどの要望が出された。

D. 考察

今回、開発した2017年版では、画面上での簡単な操作によって、棒グラフなどにより認知症高齢者等にやさしいまち指標等の比較分析がより容易に行えるようになったと考えられる。

今回開発したサイトのシステム面での特徴としては、既存の多くのウェブブラウザ(Microsoft Internet Explorer®、Mozilla Firefox®など)で閲覧が可能な点、対話的な可視化(タイル、棒・円グラフ、テーブルなどが動的に連動)が可能な点、クリック操作のみで閲覧でき、複雑なパソコンスキルを必要としない点、などが挙げられる。

今後の課題としては、「見える化」システムを試用した協力市町村からの要望を踏まえ、より利用しやすいツールとして改良が必要である。また、地域づくりの手引きも必要と思われる。さらに、地域診断指標としての妥当性の検証、認知症・要介護・介護負担感のリスク解明などを進めて行くことも課題である。例えば、食料品店の多い環境、公園面積が多い環境、社会参加が多い地域環境などと認知症やそのリスク要因との関連の分析を進めている。

E. 結論

認知症の発生や認知症介護者の負担に影響する環境やまちづくりについての科学的根拠をえるためのデータを収集する大規模調査を実施できた。そのデータを用いて、「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う」「地域活動に役割をもって参加した方が良いと思う」「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う」の3指標を開発し、それを閲覧できる「見え

る化」システムJAGES HEART2017を開発でき、試用してもらって来年度以降の要改善点が明らかとなった。

F. 研究発表

- 1)井手一茂, 宮國康弘, 中村恒穂, 近藤克則 : 個人および地域レベルにおける要介護リスク指標とソーシャルキャピタル指標の関連の違い : JAGES2010横断研究. 厚生 の指標 (印刷中)
- 2)井手一茂, 鄭丞媛, 村山洋史, 宮國康弘, 中村恒穂, 尾島俊之, 近藤克則 : 介護予

防のための地域診断指標—文献レビューと6基準を用いた量的指標の評価. 総合リハビリテーション (印刷中)

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

- 1.特許取得
なし
- 2.実用新案登録
なし
- 3.その他
なし

図1 JAGES2016調査協力保険者

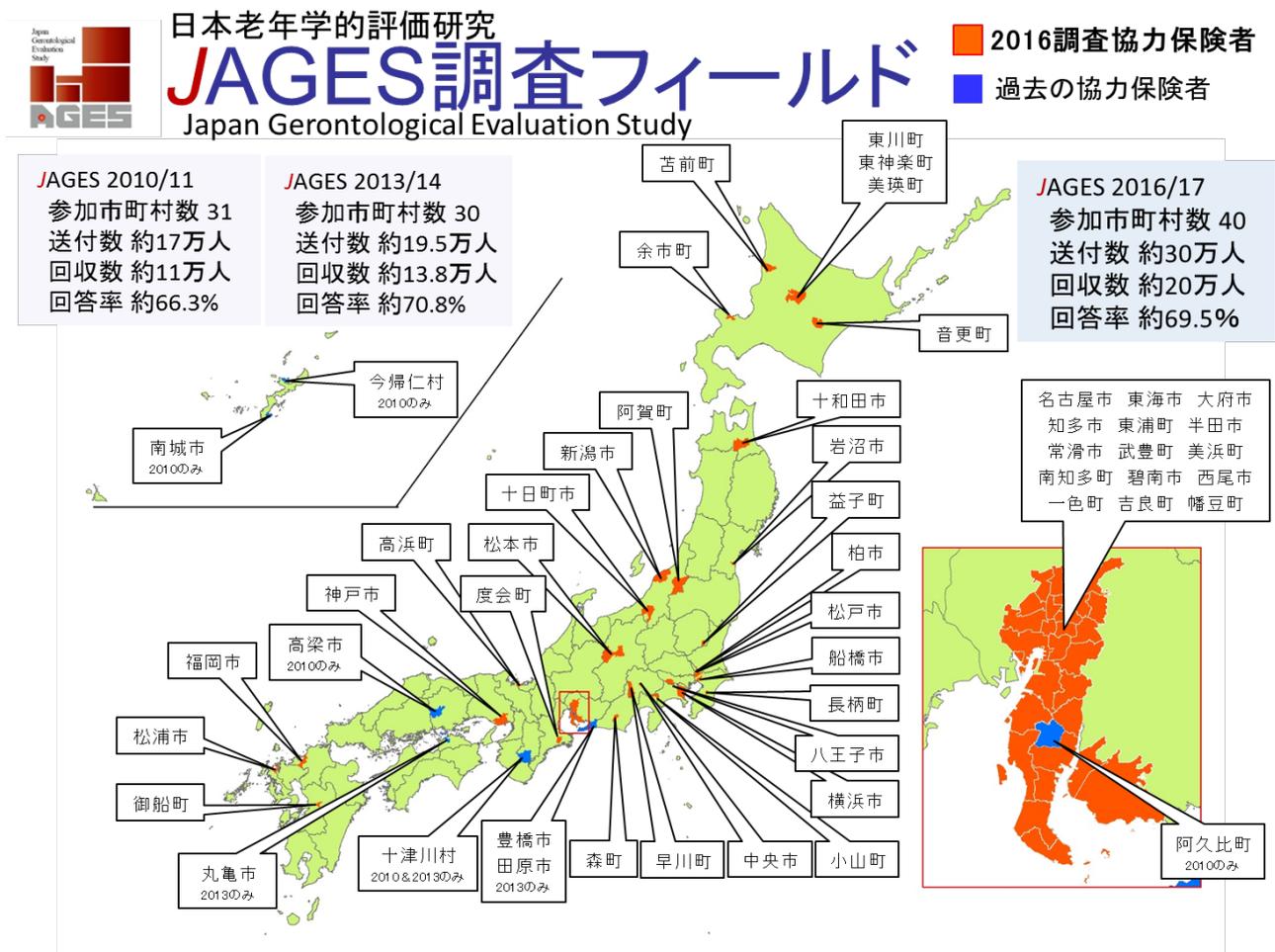
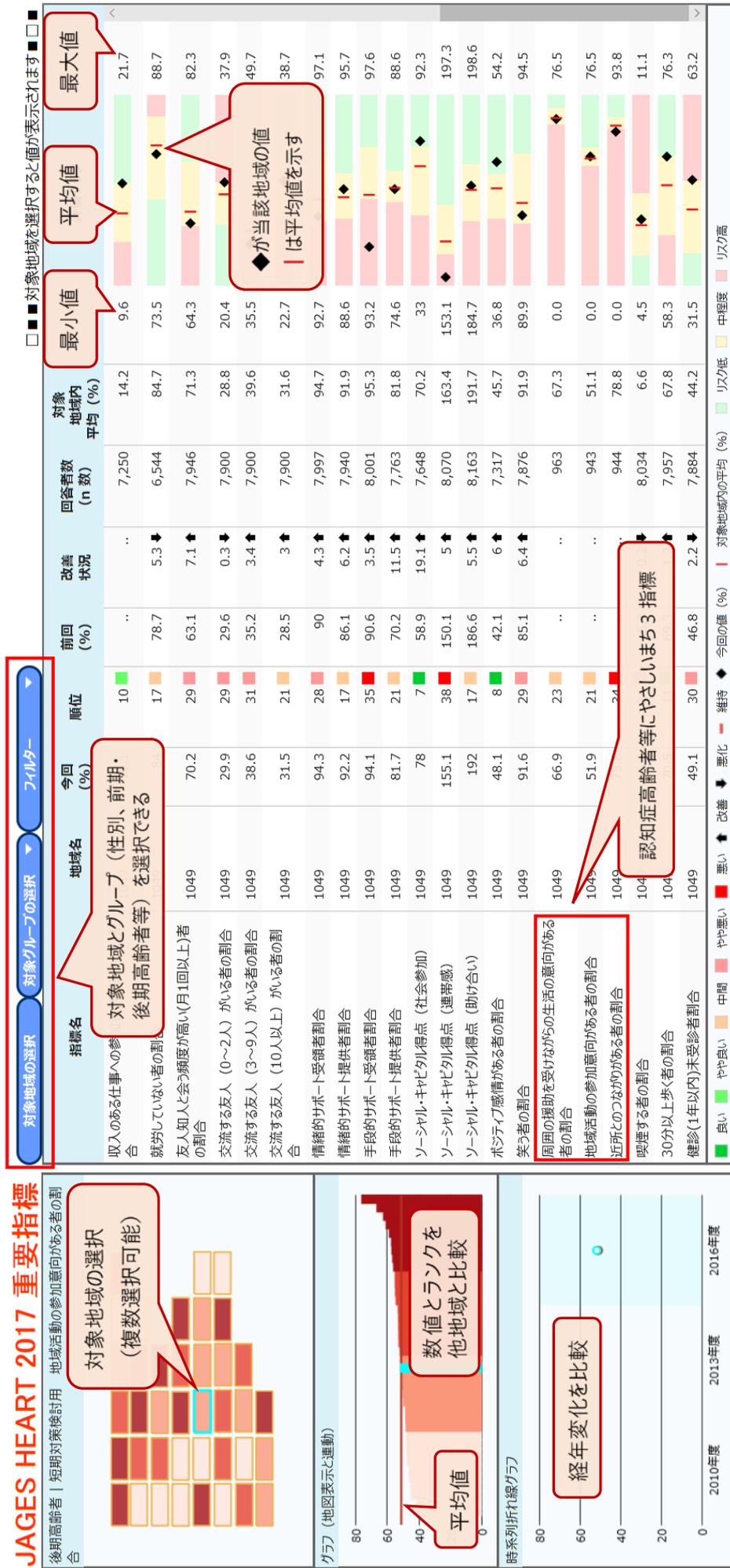


図2 「見える化」システムのイメージ



◇Internet Explorerで閲覧の方◇印刷ができない場合があります。Google Chrome,またはMozilla Firefoxをご使用ください。

表1 JAGES HEART2017に搭載した指標

階層	分類	項目		
1.コア指標	要介護リスク	1	虚弱者割合	
		2	運動機能低下者割合	
		3	1年間の転倒あり割合	
		4	閉じこもり者割合	
		5	うつ割合(ニーズ調査)	
		6	うつ割合(基本チェックリスト)	
		7	うつ割合(GDS5点以上)	
		8	口腔機能低下者割合	
		9	残歯数19本以下の者の割合	
		10	物忘れが多い者の割合	
		11	要介護リスク者割合	
		12	認知症リスク者割合	
		13	要介護認定者割合	
	社会参加		14	スポーツの会参加者(月1回以上)割合
			15	趣味の会参加者(月1回以上)割合
			16	ボランティア参加者(月1回以上)割合
			17	学習・教養サークル参加者(月1回以上)割合
			18	特技や経験を他者に伝える活動参加者(月1回以上)割合
	社会的ネットワーク		19	友人知人と会う頻度が高い(月1回以上)者の割合
			20	交流する友人(2人以下)がいる者の割合
			21	交流する友人(3~9人)がいる者の割合
			22	交流する友人(10人以上)がいる者の割合
	社会的サポート		23	情緒的サポート受領者割合
			24	情緒的サポート提供者割合
			25	手段的サポート受領者割合
			26	手段的サポート提供者割合
			27	ソーシャル・キャピタル得点(社会参加)
			28	ソーシャル・キャピタル得点(連帯感)
			29	ソーシャル・キャピタル得点(助け合い)

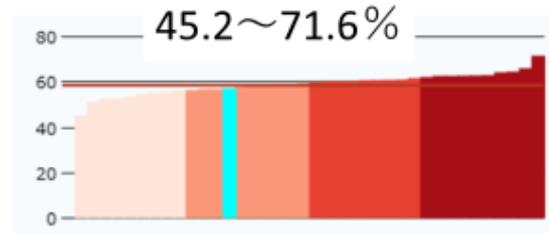
階層	分類	項目	
2. 重要指標	長期対策検討用	1	独居者割合
		2	孤食者割合
		3	低所得者割合
		4	低学歴者割合
		5	経済的不安感がある者の割合
	中間アウトカム・インパクト分析用	6	フレイルなし割合
		7	プレフレイルあり割合
		8	フレイルあり割合
		9	BMIが18.5未満の者の割合
		10	肥満(BMI25以上)者割合
		11	IADL(自立度)低下者割合
		12	社会的役割低下者割合
		13	知的能動性低下者割合
		14	低栄養者割合
		15	認知機能低下者割合
		16	主観的健康感が良い者の割合
		17	幸福感がある者の割合
	短期対策検討用	18	スポーツの会参加者(月1回以上)割合
		19	趣味の会参加者(月1回以上)割合
		20	ボランティア参加者(月1回以上)割合
		21	学習・教養サークル参加者(月1回以上)割合
		22	特技や経験を他者に伝える活動参加者(月1回以上)割合
		23	老人クラブ参加者(月1回以上)割合
24		グループ活動へ参加意向がある者の割合	
25		グループ活動(企画・運営)へ参加意向がある者の割合	
26		収入のある仕事への参加者(月1回以上)割合	
27		就労していない者の割合	
	28	友人知人と会う頻度が高い(月1回以上)者の割合	
	29	交流する友人(2人以下)がいる者の割合	
	30	交流する友人(3~9人)がいる者の割合	
	31	交流する友人(10人以上)がいる者の割合	
	32	情緒的サポート受領者割合	
	33	情緒的サポート提供者割合	
	34	手段的サポート受領者割合	
	35	手段的サポート提供者割合	
	36	ソーシャル・キャピタル得点(社会参加)	
	37	ソーシャル・キャピタル得点(連帯感)	
	38	ソーシャル・キャピタル得点(助け合い)	
	39	ポジティブ感情がある者の割合	
	40	笑う者の割合	
	41	周囲の援助を受けながらの生活の意向がある者の割合	
	42	地域活動の参加意向がある者の割合	
	43	近所とのつながりがある者の割合	
	44	喫煙する者の割合	
	45	30分以上歩く者の割合	
	46	健診(1年以内)未受診者割合	

図3 認知症にやさしいまち指標結果

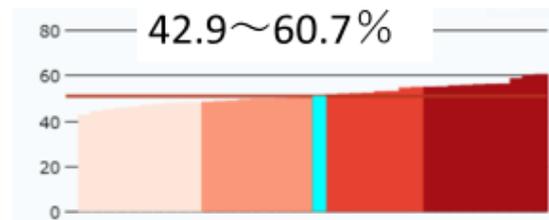
認知症に優しいまち指標

前期高齢者

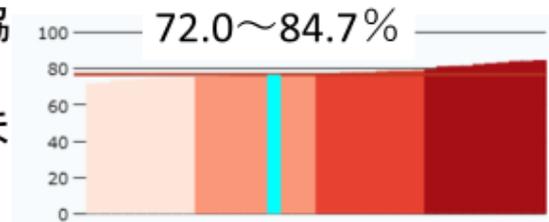
周りの人に助けてもらいながら自宅での生活を続けたいと思う



地域活動に役割をもって参加した方が良いと思う



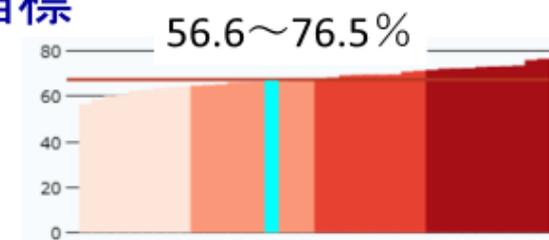
家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思う



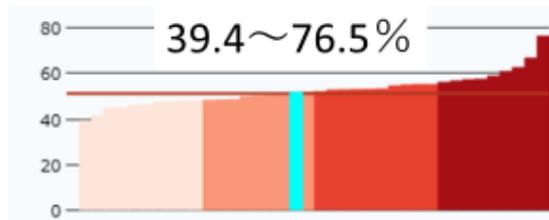
認知症に優しいまち指標

後期高齢者

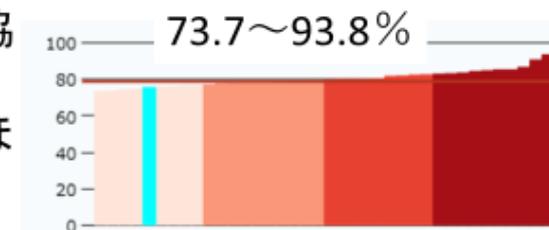
周りの人に助けてもらいながら自宅での生活を続けたいと思う



地域活動に役割をもって参加した方が良いと思う



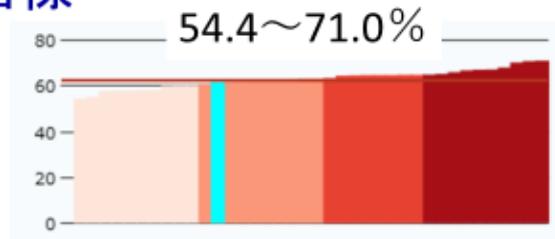
家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思う



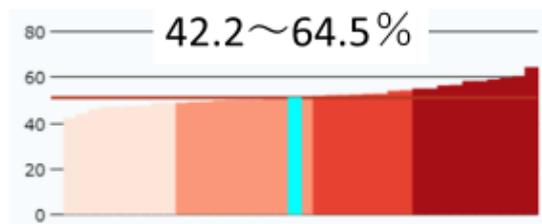
認知症に優しいまち指標

高齢者全体

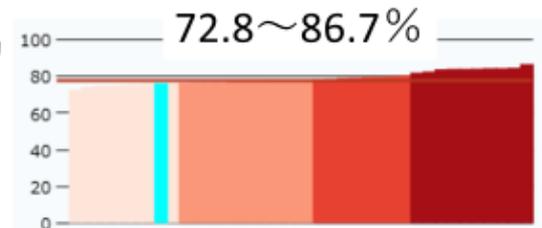
周りの人に助けをもらいながら自宅での生活を続けたいと思う



地域活動に役割をもって参加した方が良いと思う



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う

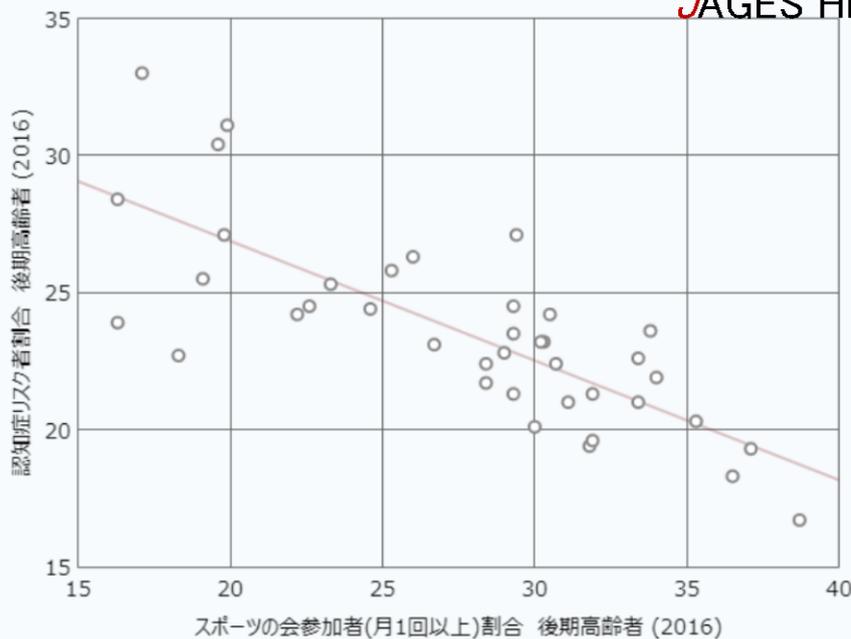


スポーツの会参加者が多い市町村で 認知症リスク者は少ない 39市町村

相関係数 (r) = -0.776 | 決定係数 = 0.602 | 回帰方程式: $y = -0.436x + 35.594$

JAGES HEART 2016

39市町村



厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

認知症当事者からみた認知症にやさしい地域

研究分担者 横山 由香里（日本福祉大学社会福祉学部 准教授）
研究協力者 伊藤 美智予（名古屋大学 予防早期医療創成センター准教授）

研究要旨：

認知症高齢者等に優しい地域の評価指標、ならびに手引きの作成、活用のためには、認知症当事者の視点からその有用性を確認しておくことが必要である。本研究では、認知症当事者へのインタビューと参与観察を昨年度から継続し、特に都市と農村部の共通点、相違点に焦点をあてて分析することとした。当事者8名の声を分析した結果、認知症当事者にとって住みやすいまちや、地域に求める内容は、その地域に特徴に応じて異なるが、「認知症への理解」「共生」「受援力」については共通してみられる要因であることが確認された。農村部では、専門的な医療機関の不足、スティグマ、公共交通機関の不足などが特に深刻である可能性が示唆された。

A. 研究目的

本研究班で作成する認知症高齢者等に優しい地域の評価指標、ならびに手引きの活用のためには、認知症当事者の視点からその有用性を確認しておくことが必要である。

「新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）」においても、これまでの認知症施策が認知症の人を支える側の視点に偏りがちであったことを踏まえ、「認知症の人やその家族の視点の重視」を柱の1つとして掲げている。

2016年度は、認知症の人とその家族を対象にインタビュー調査を行い、認知症の人と家族は、①公共スペースの福祉化が進んでいる地域、②サポート資源が充実している地域、③介護しながらでも生活しやすい地域を「住みやすいと感じる地域環境」と考えていること、そうした地域環境に加え、①症状の多様性への理解、②認知症だと気軽に言える社会づくり、③地域の一員としての関わりの継続、④社会参加の後押しを「認知症にやさしい地域住民の関わり方」として期待していることが示された。

2017年度も、認知症当事者へのインタビューと参与観察を継続し、特に都市と農村部の共通点、相違点に焦点をあてて分析することとした。

B. 研究方法

参与観察と、同意の得られた当事者に対するインタビュー調査を行った。

1. 対象と方法

1) 参与観察

名古屋市西区で行われている「おれんじドア」（認知症本人が本人の相談にのる場）で、参与観察を7回行ったほか、長野県、福井県で行われた本人の集いでも各1回、参与観察を行った。また、岐阜県の自宅で暮らす当事者宅でも参与観察を行った。

2) インタビュー

社会福祉協議会や患者家族会の協力を得て、認知症当事者にインタビューを依頼した。2017年1月～2018年3月に実施

した。協力者いただいた認知症当事者9名のうち、会話が困難だった1名を除いた8名を分析対象とした(表1)。

慣れない環境下で認知症当事者が不安を感じる可能性を考慮し、面接調査には既に当事者と信頼関係が構築されている専門家に同席または別室待機を依頼した。

半構造化面接では、地域で暮らす上で不安なことや不便なこと、地域の人との関係で残念な思いや嫌な思いをした経験、地域で生活していくうえでの希望などを尋ねた。

長野県の調査では、当事者の集いで語られた内容を、研究として用いて良いか、集いの後に確認し、承諾を得た。

面接調査の時間は、平均1時間21分であった。

表1. インタビュー対象者

	居住地	病名	性別	年齢
A	名古屋市	アルツハイマー型	女性	57
B	名古屋市	アルツハイマー型	女性	56
C	名古屋市	アルツハイマー型	女性	58
D	長野県	アルツハイマー型	女性	—
E	長野県	アルツハイマー型	女性	69
F	長野県	アルツハイマー型	男性	—
G	長野県	アルツハイマー型	女性	67
H	岐阜県	レビー小体型	女性	80

年齢はインタビュー時のもの

(倫理面への配慮)

インタビュー調査に際し、日本福祉大学倫理委員会の承認を得た。調査は研究目的で実施するものであり、参加は自由意思であること、途中あるいは調査終了後

に同意を撤回しても不利益は生じないこと、回答したくない質問には回答する必要がないこと等を説明した。本人の同意に加え、家族や支援者等からも同意を得た。

C. 研究結果

1. 参与観察

都市部に比べ、農村部では、医療資源が少ない。医療機関や専門医の不在、不足等から病院を選択できないこと、精神科単科病院へのネガティブなイメージにより、十分な医療支援につながっていないことが支援者や家族、本人の語りから示唆された。

支援者が専門医療機関(精神科)への受診を促しても、「頭がおかしいと思われる」と当事者が受診に抵抗を示す場面もあった。

農村部に住む認知症の本人は、交通機関の不便さを度々語っていた。認知症と診断され、運転免許証を返納した後の社会活動が制限されること、公共交通機関の本数が少なく、乗り方が分からないことも問題点として挙げられていた。都市部で行われている当事者の集いには、郊外から外出・移動支援事業を使って参加している認知症当事者もいた。

2. インタビュー結果

インタビューでは、都市部・農村部の共通点について示す。都市部でも農村部でも「認知症の理解」「共生」「受援力」に関する内容を当事者が語った。斜体で当事者の言葉を記す。

1) 認知症の理解

当事者からは、認知症への理解があれば、社会での生活がしやすくなることが語られた。

“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… (A)。”

また、「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」という思いも語られた。

“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 (C)。”

“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て、できることはいっぱい (A)。”

2) 共生

役割をもち生活することを望む声が聴かれた。

“今までできたことを手放しちゃいけないって思います。 (E) ”

周りの人に助けてもらいながら、できる役割を続けていくことの大切さも語られた。

“わからなければやってもらえば。私なんか全然、食事できなくて。主人が作ってくれて。だから後片付けは自分でしょうかなって。少しでも役に立ちたいなって。どんなになっても (G)。”

当事者間のやりとりでも、仕事について語られていた。

A:仕事を辞めるのはおつらくなかったですか？

F:もう、楽をしたいと思って。でも、結果的には楽じゃない。

A:仕事をした方がよくなったなって？

F:そう思います。

“仕事がしたいんです。なんでもいいです。お金が欲しいわけじゃないです。 (G) ”

3) 受援力

認知症になったことを周囲に伝え、助けを求めるようになった当事者は、次のように語った。

“困ることは特に。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 (A) ”

他方で、認知症を「恥ずかしい」と感じている当事者もいた。周囲に言えず、仕事を辞めることになったことを後悔していることも語られた。

“やっぱ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、頭のこととは言えなかったですね。恥ずかしい (B) ”

一部の人に打ち明け、理解を得ることは、当事者がもつ従来のつながりを保ったり、一度途切れかけたつながりを回復したりする契機となっていた。

“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、・・・
(D)”

認知症カフェでは、自分の思いを気軽に話せないという語りもあった。

オレンジカフェも、全然違う人？言葉もでなくなっちゃうんですよ。(D)

周囲に打ち明けたり、助けを求めたりできるようになったきっかけの1つに、当事者との出会いがあることも語られた。安心して話せる場があることで、次のステップにつながっていくことも示唆された。

“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。(E)”

D. 考察

本研究では都市部、農村部で暮らす認知症当事者へのインタビューと当事者の集いなどの参与観察を通して、以下の点を明らかにした。

第1に、認知症の当事者は、居住地にかかわらず、認知症を正しく理解してほしいという思いを持っていた。症状の理解だけでなく、「認知症になってもできることがある、尊重してほしい」という思いも理解してほしいと願っていた。また、当事者は、地域で何らかの役割をもち、社会参加したいという思いを語った。さらに、認知症を恥ずかしいと感じている当事者に比べて、自ら「助けを求めると語った当事者は社会参加の度合いが高いことも示された。

これらは、本研究班で作成した認知症高齢者等にやさしい地域の指標である

「認知症の理解」「共生」「受援力」とも重なる内容である。多くの地域において、理解を高めること、共生可能な社会をつくること、受援力を向上させることが認知症当事者にとっても重要な要素であることが確認できた。

第2に、農村部では、専門的な医療機関の不足、スティグマ、公共交通機関の不足などが特に深刻である可能性が示唆された。専門的な医療につながるまでに時間を要することによって、適切な医療福祉サービスを受けるまでに時間を要することが示唆される。これらは、認知症の早期発見を阻害する要因として先行研究で指摘されているが、農村部において顕著である可能性がある。

「認知症にやさしいまち」は多様なとらえ方があり、その定義は難しい。したがって、指標や手引き作成においては、多くのまちに共通する要因として「認知症の理解」「共生」「受援力」に着目し、エビデンスに基づく地域づくりを進めていくことに加え、その地域特有の文化や物理的環境を視野に入れた取り組みを推進していくことも必要である。

また、今回当事者からは、当事者同士が会うことによる波及効果について語られていた。病気のことを伝えることを恥ずかしいと思っていたり、助けを求めることを躊躇したりしていた当事者が、別の当事者に出会うことによって、「受援力」の大切さを理解し、社会とのつながりを保っていた。都市部・農村部にかかわらず、当事者が集う場は、当事者を支える力になること、当事者の声を主軸に、支援者や行政の理解・連携が豊かになることも示唆された。

「認知症にやさしい地域づくり」に当事者が関わる意義について、今後さらなる研究が必要と考える。

E. 結論

認知症当事者の住みやすいまちは、その地域に特徴に応じて異なるが、「理解」「共生」「受援力」については共通してみられる要因であることが確認された。

農村部では、専門的な医療機関の不足、スティグマ、公共交通機関の不足などが特に深刻である可能性が示唆された。

「認知症にやさしいまち」は多様なとらえ方があり、その定義は難しい。したがって、指標や手引き作成においては、多くのまちに共通する要因として「認知症の理解」「共生」「受援力」に着目し、エビデンスに基づく地域づくりを進めていくことに加え、その地域特有の文化や物理的環境を視野に入れた取り組みを推進していくことも必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

「認知症当事者における Dementia-friendly city の予備的検討」

日本社会福祉学会 第 65 回秋季大会

2017.10.22

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

手引き作成と教育研修に関する研究：
手引きの骨子作成および混合法を用いた認知症にやさしいまちの特徴の探索

研究分担者 堀井 聡子（国立保健医療科学院 生涯健康研究部）
研究協力者 坂井 志麻（東京女子医科大学 看護学部 老年看護学）

研究要旨

目的：今年度は、本研究班の最終成果物のひとつである「認知症の人等にやさしいまちづくりの手引き」の骨子を作成すること、および、手引きに収める「認知症の人等にやさしいまち」の事例案を作成することを目的とした。

方法：手引きの骨子の作成では、文献レビュー、関係者ワークショップ、研究班会議などを実施した。事例案の作成では、研究班が行った大規模調査の対象自治体のうち、認知症関連項目の得点が高かった自治体を抽出し（量的調査）、対象自治体でフィールドワーク（インタビュー・参与観察・現地資料収集）を実施した（質的調査）。

結果：手引きの骨子（目次案）作成では、WHO の高齢者にやさしいまちのコア指標ガイド（AFC ガイドライン）をベースに、わが国の地域保健行政関係者にとっての実用度を考慮に入れて内容を追加修正し、Ⅰ．手引きの概要、Ⅱ．認知症の人等にやさしいまちのフレームワーク、Ⅲ．認知症の人等にやさしいまちの指標、Ⅳ．認知症の人等にやさしいまちの事例、Ⅴ．自治体の受援力アップに向けて、から構成することとした。手引きに含める事例案の検討では、認知症等にやさしいまち関連得点が高い自治体（2 町）でのフィールド調査を行った。その結果、両町に共通する特徴として、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（戦略策定のための部署横断的ワーキングの存在等）、行政と住民との顔の見える関係、が抽出された。これらの内容は、AFC ガイドラインのインプット指標と一致するものであり、本調査結果を、認知症の人等にやさしいまちづくりのインプットとアウトカムとの関連を示す事例として、手引きに掲載することが妥当であると考えられた。

A. 研究目的

本研究班では、最終的に認知症高齢者等にやさしい地域の評価指標の開発と、地域づくりのための手引きを作成すること等を目的に研究を進めている。

そこで、今年度、本研究分担では、「認知症の人等にやさしいまちづくりの手引き」の骨子を作成するとともに、手引きに収める「認知症の人にやさしいまち」の事例案

を作成することを目的とした。

B. 方法

Ⅰ. 手引きの骨子作成

1. データ収集

WHO の Measuring the age-friendliness of cities A guide to using core indicators（以降、AFC ガイドライン）[1]、および、「認知症にやさしい

まち」をキーワードに検索して抽出された文献（グレイ文献を含む）のレビューに加え、自治体におけるヒアリング、認知症等、高齢者にやさしいまちづくりの専門家からの意見聴取を目的とした JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究）研究会でのワークショップおよび班会議を実施した。

2. 分析方法

収集されたデータをもとに、本研究分担が作成した手引きの骨子案を、JAGES 研究会および班会議で共有し、内容妥当性を検討した。

II. 事例案の作成

1. データ収集

「認知症にやさしいまちの特徴」を探索することを目的に、まず、平成 28 年度に JAGES が実施した高齢者に対する大規模調査の対象自治体のうち、認知症関連項目において望ましい回答を選択した割合が高かった自治体（早川町・益子町）を抽出した（量的調査）。次に、抽出された 2 町において、フィールドワーク（インタビュー・参与観察・現地資料収集）を実施した（質的調査）。

2. 分析方法

質的調査により得られたデータは、認知症にやさしいまちづくりをテーマに質的帰納的に分析して、カテゴリを生成した。生成されたカテゴリから、「認知症にやさしいまちの特徴」を解釈し、記述した。

III. 倫理的配慮

本研究は計画書の段階で、国立保健医療科学院倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 NIPH-IBRA # 12161）。

C. 結果

I. 手引きの骨子作成

WHO の AFC ガイドラインは、ガイド開発の背景、高齢者にやさしいまちづくりのフレームワーク、まちづくりの指標、事例から構成されていた。指標には、認知症にやさしいまちづくりの指標は含まれていなかった。

インターネットの検索エンジンを用いた文献検索の結果、さまざまな機関が「認知症にやさしいまちづくり」やそれに類似した名称の事例集を作成しており、自治体や民間が行うまちづくりの事例が記述的に紹介されていた。また、これらはインターネットにアクセスできる環境であれば無料で入手可能であった。ただし、これら事例集のうち、「認知症にやさしい」をどのように判断したか、根拠が示されているものはなかった。

以上から、本研究班では、WHO の AFC ガイドラインをベースにして、国内の既存の事例集にない、量的指標、とりわけ認知症関連の指標を用いて根拠に基づく「まちづくりの計画・実施・評価」を可能にする手引きを開発することが望ましいと考えられた。ただし、わが国の地域保健行政関係者にとって有用な内容にするため、AFC ガイドの内容をそのまま用いるのではなく、事例など追加修正することが必要と考えられた。

具体的には、指標に関する内容として、本研究班で開発した認知症にやさしいまちづくりに関する指標（認知症の理解、共生、受援力）を含めること、これら指標を用いて、事例を解説することなどが必要と考えられた。加えて、ワークショップ、班会議などの提案を受け、調査項目として既存の項目（行政データ、暮らしの調査の項目）を用いること、フレームワークは、WHO

の AFC ガイドラインの、「インプット、アウトプット、アウトカム、インパクト」ではなく、データヘルス計画などでわが国の地方行政担当者になじみのある「インプット、プロセス、アウトプット、アウトカム」で説明することが望ましいと考えられた。

以上の結果をもとに、手引きの方向性、およびその目次（案）を以下のとおり定めた。

目的「高齢者、認知症の方、および介護者にやさしいまちづくりを根拠に基づき推進すること」

対象「主に、高齢者に関する事業を担当する自治体職員（市町村の保健医療福祉部門の担当職員等）」

概要「まちづくりの計画策定、実施、評価のために必要となる指標を紹介するとともに、事例を交えて指標を利活用する方法を解説するもの」

目次案

I. 手引きについて

1. 手引き作成の背景
2. 手引きの目的と対象
3. 本手引きの特徴

II. 認知症の人等にやさしいまちのフレームワーク

III. 認知症の人等にやさしいまちの指標

1. ストラクチャーに関する指標
2. プロセスに関する指標
3. アウトプットに関する指標
4. アウトカムに関する指標（認知症に対する理解・共生・受援力等）
5. その他の指標（公正性等）

IV. 認知症の人等にやさしいまちの事例—指標を用いた解説

V. 自治体の受援力アップに向けて

II. 事例案の作成

1. 量的調査の結果(表 1)

まず、高齢者に対する大規模アンケート調査のうち、後述の認知症等にやさしいまち関連の質問項目（5 項目）に対する回答を、（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 件で単純集計を行った。

次に、自治体別の結果を、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 10%に入る自治体をマーキングした。

その結果、早川町（山梨県）は 5 項目中 4 項目で、益子町（栃木県）は 3 項目が上位 10%に入っていた。ここから、両町が「認知症にやさしいまち」であるとの仮説をたて、両町における質的調査を行うことにした。

なお以下が、認知症にやさしいまち関連質問項目（5 項目）である。

1) 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。

2) 認知症の人で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。

3) 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。

4) 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。

5) 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。

2. 質的調査の結果

2 町のフィールド調査の結果は以下のとおりであった。

1) 早川町

早川町は、南アルプスの山々に囲まれた総面積 369.96km² の自然豊かなまちである。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 人と、過疎化、高齢化は常に行政運営の課題に挙げられている[2]。

同町は、昭和 31 年に 6 か村が合併してつくられたまちであり、現在の町長は昭和 56 年に初当選後、交代していない。

現在の町長になった年には、「たがいに助け合い、心のふれあいを大切にする町民となります」など 5 つの原則で構成される町民憲章が定められた。また、2015 年には人口ビジョンとして、具体的な人口増加の目標値を掲げ、「若者が早川町に魅力を感じ、入ってき続ける状態、また帰ってき続ける状態をつくる」ことで、最終的には「世代がつながり、町民の暮らし、地域の自然、歴史、文化が守られていくこと」目指したまちづくりが展開されている。

まちづくりは、平成 6 年に「日本上流文化圏構想」と呼ばれる総合計画を作成したことで本格化した。当初は町の事業として始まった同構想は、現在では NPO 法人「日本上流文化圏研究所」の活動として、町内外の人々の自主的な活動として発展している[3]。また、早川町は、車がないと生活が難しい環境にあり、コミュニティバスや移動販売などの整備に町の予算が投入されている。

なお、こうしたまちづくり活動の様子やビジョン、そしてまちの歴史などが記された町報、小学校の学校便りなどは、町内のレストランなどいたるところに設置されており、常に町民が閲覧できる状態にあった。

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た。それぞれに担当業務はあるものの、どの窓口にもどのような相談が持ち込まれても対応できるよう配慮がなされていた。このように部署間の連携が実務レベルで可能なのは、役場職員によると、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の影響もあると考えられている。

保健師は、地区担当制をとっており、法定化された事業などと別に、「健康相談」と呼ばれるアウトリーチ型の活動を、30 年以上前から、地区ごとに実施している。「健康相談」とは、1 か月に一回程度、公民館等に集まった住民に対し、血圧測定や健康情報の提供などを行う保健活動である。近年は、高齢化等により、公民館までも徒歩で来ることが困難な住民が増加しており、皆が集いやすい個人の住居などを間借りして、実施することが多くなっている。この健康相談は、保健師による身近な健康教育の場であると同時に、住民のわずかな変化を捉えたり、認知症初期症状が出現している住民の情報を住民から得たりする機会になっている。また、「声掛け協力員」という活動を、20 年以上前から実施しており（「協力員」ではない住民も含めて）、なにかあったときにはお互いに声を掛け合う文化が醸成されている。

町の保健師によれば、町では認知症に関する特別な施策・事業等は実施していないが、高齢化が進み互いに支えあって生活せざるをえない状況にあること、その結果、住民同士の声掛けや、ご近所の変化に気づいて住民が自ら行政につなぐなどの対応がなされているとのことであった。

2) 益子町

益子町は、総面積 89.4 km² の自然豊かなまちである。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る。人口は 24,507 人で、平成 12 年以降人口減少が続いている。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%) にある (平成 26 年)。それでも、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る [4][5]。

益子町では、平成 27 年度に「新ましこ未来計画」を策定し、「幸せな共同体・ましこ」というまちの将来像を掲げ、益子町ならではの価値、特色 (強みなど) を生かしたまちづくりを進めている。同計画はまちの将来像、その実現のための目的・目標と、具体的数値目標、および実施計画等から構成されるものである [6]。

本計画は、平成 18 年度策定の「ましこ再生計画」、平成 22 年度の「ましこ未来計画」に続く、第 3 次の総合計画であり、現在の町長が当選して以降 (平成 18 年度)、このようにまちの将来像を示し、それに基づく総合計画を立案し、PDCA サイクルを展開するというまちづくりがなされている。

未来計画の策定にあたっては、行政の内部ワーキングと外部ワーキングが構成され、外部ワーキングには、住民代表らが参画している。内部ワーキングは、テーマ別に構成されるが、基本的に、テーマの担当課職員以外の部署横断的なメンバーで構成される。例えば、健康な暮らしを実現するためのまちづくりの在り方を検討するワーキングには、保健医療福祉関連部署の職員が入らないといった工夫がされている。このような体制をとっている理由は、担当課が入ることにより「これはできるが、これはで

きない」といった現実的な意見を避けるためといわれている。

町の職員は、約 150 人で、このうち、保健師は 9 人 (嘱託 2 人を含む) である。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 名配置されている。町の保健師によれば、認知症に対して特別な施策を実施してはいない。しかし、介護予防教室などの健康教育の機会に、地域に出る機会を多くとっており (年間 140~150 回)、行政と住民に顔の見える関係ができており、健康教育の機会などに、町の高齢者の情報 (病院、施設への入所、認知の変化など) が入ってくることであった。

D. 考察

ここでは、混合法を用いた事例研究に関する考察を記す。

両町に共通していた特徴として、「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」の 4 点があったと考えられる。

まず、「住民へのまちのビジョンの浸透」について、早川町では、町民憲章や人口ビジョンを示すことで、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た。こうした特徴はまちづくりを推進する

要因の一つになっていたと考えられる。

次に、「首長の強いリーダーシップ」である。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するが、こうした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された。そして両町ともに、現町長が連続当選を果たしており、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る。

3点目は「まちづくりのための庁内連携体制」である。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、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る。一方の早川町についても、職員規模や地元出身者が多いなど、一般化しにくい要因もあるが、2町とも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る。

最後に、「行政と住民との顔の見える関係」である。両町とも、担当課職員の主観的な評価では、認知症に特異的な活動は実施していないとのことであったが、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る。ソーシャルキャピタル(SC)のタイプのひとつに、地方政府や外部権力とのつながるタイプであるリンク型と呼ばれるタイプがある[7]。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のタイプであるが、「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になっていると考えられる。

以上、認知症にやさしいまちに関する得点が高い2町に共通した4つ特性は、WHOのAFCのガイドラインにおいてインプットに記されていた指標と共通する概念であった。つまり、ビジョンの策定やそれを主導した首長の強いリーダーシップは、「ハイレベルな政治的コミットメント」であり、まちづくりのための庁内連携体制や行政と住民の顔の見える関係は「複数の関係者による協働体制」である。ビジョンの浸透による住民の主体的な行動は「高齢者とのオーナーシップ（当事者意識）との共有」と読み替えることもできるだろう。これらのインプットがある町では、認知症の人等にやさしいまちづくり（アウトカム）が推進される可能性がある、ということの本調査結果が示したと考えられる。

以上から、本研究班で作成する手引きの中に、今回調査対象とした2自治体を、インプットとアウトカムの関連を示すための事例として、活用することが妥当であると考えられた。

E. 結論

本研究班の最終成果物のひとつである「認知症の人等にやさしいまちづくりの手引き」の骨子作成と、手引きに収める「認知症の人にやさしいまち」の事例案の作成

を目的に、量的調査と質的調査からなる混合法を用いた研究などを展開した。

調査等の結果、手引きの骨子(目次)は、WHO の高齢者にやさしいまちのコア指標ガイドの内容をベースに、わが国の地域保健行政関係者が活用可能で、かつ必要とされている情報(まちづくりの計画・実施・評価のための指標の利活用など)を包含した内容、構成とした。また、手引きに含める事例として、認知症関連得点が高い自治体(2町)で調査した結果、両町では、認知症に特化した特徴的な保健医療サービスは提供されていなかったが、共通する特徴として、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(戦略策定のための部署横断的ワーキングの存在等)、行政と住民との顔の見える関係がみられた。本事例が示した特徴は、WHO の AFC ガイドラインのインプット指標とも整合性があり、来年度以降開発するガイドラインの事例として活用することが妥当であると考えられた。

参考文献

- [1] WHO. Measuring the age-friendliness of cities A guide to using core indicators. 2015
- [2] 山梨県 R 町 町勢要覧 2016
- [3] 鞍打 大輔. 日本上流文化圏研究所の挑戦「山の暮らしを守るために」〈上〉～地域資源を掘り起こし活用する～公益財団法人山梨総合研究所. ニュースレター 2012
- [4] 益子町.人口ビジョン 2015
- [5] 益子町.高齢者総合福祉計画(第 6 期計画)2015
- [6] 新ましこ未来計画 2017 年
- [7] WHO. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Retrieved from http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

	A	B	C	D	E	F	益子町
1) 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。	58.00%	62.10%	60.30%	58.20%	62.10%	64.80%	70.20%
	20.30%	19.30%	18.50%	10.40%	18.30%	14.80%	14.90%
	21.70%	18.60%	21.20%	31.30%	19.60%	20.40%	14.90%
2) 認知症の人や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。	58.40%	56.70%	55.10%	42.20%	48.90%	49.90%	54.10%
	23.40%	22.00%	28.30%	28.10%	26.60%	24.10%	23.80%
	18.20%	21.30%	16.60%	29.70%	24.50%	26.10%	22.20%
3) 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。	65.40%	69.90%	62.00%	54.70%	61.60%	63.10%	62.80%
	22.60%	16.20%	21.20%	17.20%	22.10%	21.20%	22.80%
	12.00%	14.00%	16.80%	28.10%	16.30%	15.70%	14.40%
4) 認知症の人は、記憶力が低下し判断することができないうので、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。	65.40%	73.30%	72.20%	64.10%	66.50%	68.80%	66.70%
	25.70%	19.30%	19.30%	26.60%	21.00%	19.30%	19.10%
	8.80%	7.40%	8.60%	9.40%	12.50%	11.90%	14.20%
5) 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。	82.60%	79.30%	84.40%	84.10%	77.70%	76.80%	84.40%
	11.60%	10.70%	6.50%	6.30%	12.80%	11.10%	8.90%
	5.80%	10.00%	9.10%	9.50%	9.60%	12.10%	6.80%
望ましい回答を選択した割合が上位10%の項目数		2	1	1			3

H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	早川町	S	T	U	V	W
58.20%	63.00%	64.70%	67.10%	60.20%	62.10%	61.80%	64.70%	57.70%	68.00%	71.00%	66.80%	64.80%	64.70%	61.60%	63.40%
16.80%	19.20%	17.30%	11.60%	19.50%	14.70%	16.60%	15.50%	19.40%	16.00%	6.50%	14.50%	19.70%	20.50%	18.20%	20.70%
25.00%	17.70%	17.90%	21.30%	20.30%	23.10%	21.60%	19.80%	22.90%	16.00%	22.60%	18.80%	15.50%	14.70%	20.30%	15.90%
49.40%	51.70%	50.30%	50.30%	52.40%	49.30%	52.80%	47.40%	52.20%	58.40%	64.50%	56.50%	59.20%	46.10%	51.40%	51.40%
27.50%	28.20%	27.20%	26.70%	26.40%	25.50%	23.80%	26.20%	29.40%	23.70%	22.60%	24.50%	28.20%	33.80%	27.90%	27.50%
23.00%	20.00%	22.50%	23.00%	21.30%	25.20%	23.30%	26.30%	18.40%	17.90%	12.90%	19.10%	12.70%	20.10%	20.70%	21.10%
62.10%	59.20%	63.40%	69.10%	62.70%	59.60%	63.20%	61.30%	58.70%	62.90%	67.70%	65.70%	59.30%	66.00%	61.40%	62.00%
23.30%	28.70%	21.30%	15.40%	22.50%	24.30%	21.30%	24.70%	24.60%	22.40%	22.60%	20.70%	25.00%	18.70%	24.60%	23.90%
14.60%	12.10%	15.30%	15.40%	14.80%	16.00%	15.50%	14.00%	16.70%	14.80%	9.70%	13.60%	15.70%	15.30%	14.00%	14.00%
66.90%	67.30%	70.60%	65.60%	70.40%	66.10%	70.10%	69.40%	63.70%	67.00%	50.00%	68.20%	66.40%	77.20%	68.10%	69.00%
21.50%	23.40%	19.20%	20.20%	19.10%	23.30%	20.50%	19.10%	21.90%	20.60%	26.70%	21.50%	27.10%	12.10%	21.80%	21.20%
11.60%	9.30%	10.20%	14.10%	10.60%	10.60%	9.40%	11.50%	14.30%	12.40%	23.30%	10.30%	6.40%	10.70%	10.10%	9.90%
76.20%	78.00%	78.40%	80.50%	76.60%	74.20%	78.20%	79.80%	76.90%	84.10%	86.70%	80.10%	77.60%	84.20%	76.30%	75.80%
13.10%	12.70%	10.70%	8.50%	13.30%	13.20%	12.10%	11.20%	12.70%	9.10%	10.00%	9.90%	12.60%	9.90%	13.60%	13.10%
10.70%	9.30%	10.90%	11.00%	10.10%	12.60%	9.70%	9.00%	10.40%	6.80%	3.30%	10.10%	9.80%	5.90%	10.10%	11.00%

X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AH	AG	AH	AI	AJ	AK	全体平均
64.90%	65.20%	62.10%	64.50%	70.80%	61.90%	67.20%	54.40%	63.00%	60.90%	58.00%	64.60%	55.10%	60.30%	66.00%	62.40%
20.40%	16.70%	19.20%	18.00%	15.20%	19.20%	23.00%	19.50%	17.90%	20.40%	21.80%	14.90%	20.00%	17.00%	14.20%	17.70%
14.70%	18.10%	18.70%	17.50%	14.00%	18.90%	9.80%	26.10%	19.10%	18.70%	20.10%	20.50%	24.90%	22.70%	19.80%	19.90%
52.10%	47.10%	44.10%	51.00%	55.10%	51.00%	59.80%	47.20%	50.20%	47.50%	48.80%	54.30%	48.80%	52.70%	60.40%	51.10%
30.60%	29.60%	31.50%	26.80%	26.00%	31.30%	25.50%	25.20%	30.80%	30.50%	26.50%	25.10%	27.90%	23.80%	22.80%	27.10%
17.30%	23.30%	24.50%	22.10%	18.90%	17.70%	14.70%	27.70%	18.90%	22.00%	24.70%	20.60%	23.30%	23.50%	16.90%	21.90%
55.30%	60.40%	59.00%	60.20%	63.20%	57.60%	63.60%	63.50%	55.80%	62.10%	60.40%	62.60%	61.90%	66.60%	64.80%	61.80%
29.20%	24.00%	27.20%	27.50%	21.90%	29.20%	26.80%	23.20%	28.00%	26.20%	25.00%	22.90%	23.00%	17.60%	19.40%	23.60%
15.40%	15.60%	13.70%	12.20%	14.80%	13.20%	9.60%	13.30%	16.30%	11.70%	14.60%	14.50%	15.10%	15.80%	15.80%	14.60%
66.30%	69.30%	65.10%	65.20%	63.60%	67.10%	64.00%	67.10%	63.10%	65.10%	74.60%	70.30%	69.50%	74.70%	74.30%	68.40%
22.60%	20.20%	25.10%	23.10%	23.70%	23.30%	26.50%	24.50%	24.40%	25.50%	17.80%	19.40%	20.40%	13.30%	16.20%	21.10%
11.10%	10.50%	9.80%	11.70%	12.70%	9.60%	9.50%	8.50%	12.50%	9.50%	7.70%	10.40%	10.00%	12.00%	9.60%	10.50%
76.80%	79.10%	75.40%	79.70%	76.40%	78.00%	75.00%	78.00%	74.90%	77.90%	82.00%	77.50%	72.80%	84.60%	83.90%	77.70%
12.00%	11.50%	13.70%	11.50%	14.60%	14.20%	14.00%	14.90%	14.30%	13.90%	8.70%	12.30%	13.00%	7.60%	7.90%	12.20%
11.30%	9.40%	11.00%	8.80%	8.90%	7.80%	11.00%	7.10%	10.80%	8.10%	9.30%	10.20%	14.10%	7.80%	8.20%	10.10%

自治体による認知症発生の地域差の要因分析

研究分担者 相田 潤（東北大学大学院歯学研究科准教授）

研究要旨：市町村における認知症発生に地域差が存在することが知られている。しかしどのような要因が地域差を生じさせるかは明らかではなかった。この要因の解明は、認知症になりにくい地域をつくるために重要である。そこで本研究では、65歳以上の高齢者を対象とした日本老年学的評価研究（JAGES）の2010年から2016年までのコホートデータを用いて、自治体間の認知症発生の地域差の要因について検討を行った。本研究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Ⅱa以上）の発生を認知症発生と定義した。認定申請の個人差を考慮するため、ベースライン時点での軽度認知障害の有無を調整した。年齢、性別、ベースライン時点での軽度認知障害、社会的要因（つながりや社会経済状態）、健康要因（認知症に関連する疾患や健康状態）、行動要因（保健行動や社会参加行動）について、競合リスクを考慮した生存時間分析で検討を行った。16自治体（合併前の自治体を含む）の56,521人を6年間追跡した結果、5,874人が認知症を発生した。1,000人年あたりの発生率は19.8であり、最も少ない自治体で15.1、最も多い自治体で25.5と大きな差が見られた。最も平均年齢の若い自治体を基準とした生存時間分析の結果、年齢、性別、ベースライン時点での軽度認知障害を調整した後で、最も認知症発生が多い自治体のハザード比は1.3（95%信頼区間=1.0;1.6）、最も少ない自治体は0.8（95%信頼区間=0.7;1.0）であった。基準の自治体と比べて、認知症発生が多い自治体は、ベースライン時点での平均年齢が高い、行動要因が悪い、健康状態が悪い傾向にあった。これらの要因を含むすべての変数を調整した後には、最も認知症発生が多い自治体のハザード比は1.1（95%信頼区間=0.9;1.4）と低下し統計学的有意差は消失した。一方で認知症発生が少ない自治体は、ハザード比は0.7（95%信頼区間=0.6;0.9）とより少なくなり基準自治体との差は説明されなかった。自治体間の認知症発生の地域差は、年齢や行動、健康状態が原因で生じている部分が存在したが、自治体ごとにその特徴は異なり、画一的に地域差の原因を把握は困難であり、それぞれの自治体特有の要因があることが分かった。また今回考慮できなかった要因によって生じている地域差も存在し、特にそれは認知症発生率の低い自治体において顕著であった。全体的な傾向として自治体間の認知症発生の地域差は、発生が多い地域は年齢や行動などの特定の要因により多くが説明できる一方で、発生が少ない自治体は今回考慮できていない要因が存在することが示唆された。認知症になりにくい地域づくりには今回把握されたような自治体ごとの個別性を把握した対策が必要だと考えられる。

A. 研究目的

認知症は人口の高齢化に伴い増加しており、この対策が求められている。これ

まで認知症の発生に大きな地域差が存在することが指摘されてきた。

地域差が発生する原因として、地域ごとの個人の特性の差が原因となる構成効果 (compositional effect) と、地域自体に認知症発生を左右する要因が存在するという文脈効果 (contextual effect) が存在する。構成効果の例として、地域による高齢化率の差により病気の発生率に地域差が存在するといったことが挙げられ、地域差を考える上でまず考慮すべき基本的な概念である。

そこで本研究では、地域の構成要因の特性の違いによってどの程度地域の認知症発生に差が生じているのかを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

65歳以上の高齢者を対象とした日本老年学的評価研究 (JAGES) の2010年調査をベースラインとして6年間追跡したコホート研究を行った。追跡の行えた16自治体 (合併前の自治体を含む) の日常生活動作に制限のない56,521人が解析に含められた。

本研究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Ⅱa以上) の発生を認知症発生と定義した。認定申請の個人差を考慮するため、ベースライン時点での軽度認知障害の有無を調整した。「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」の質問に「はい」と回答した場合、または「自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか」の質問に「いいえ」と回答した場合、または「今日が何月何日かわからない時がありますか」の質問に「はい」と回答した場合を軽度認知障害 (MCI) がありとした。認知症に関連していることが報告されている要因を説明要因に用いた。社会的要因として教育歴、婚姻状態、友人と会う頻度、社会参加 (趣味の会の参加) の、社会経

済状態や社会関係に関する変数を用いた。健康要因として、うつ (GDS15)、脳卒中、高血圧、糖尿病、BMI、歯の本数の変数を用いた。行動要因として、喫煙、飲酒、運動 (歩行時間) の変数を用いた。

年齢、性別、ベースライン時点での軽度認知障害、社会的要因 (社会経済状態や社会関係)、健康要因 (認知症に関連する疾患や健康状態)、行動要因 (保健行動) について、競合リスクを考慮した生存時間分析で検討を行った。その際、各要因について逐次投入した複数のモデルをつくった。自治体ごとのハザード比は、最も平均年齢が若い自治体を基準として算出した。

(倫理面への配慮)

本研究は、日本福祉大学「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会の承認 (承認日2010年7月27日) (承認日2013年8月6日) および東北大学大学院歯学研究科倫理専門委員会の承認 (承認日2010年4月19日) を得たうえで行われた。また、市町村からのデータ提供に際しては、各市町村と総合研究協定を結び、定められた個人情報取扱特記事項を遵守した。個人情報保護のために住所、氏名を削除したほか、各市町村が被保険者番号を暗号化し、分析者が個人を特定できないように配慮した。

C. 研究結果

16自治体の56,521人を6年間追跡した結果、5874人が認知症を発生した。1000人年あたりの発生率は19.8であり、最も少ない自治体で15.1、最も多い自治体で25.5と大きな差が見られた (表1)。

図1に最も平均年齢の若い自治体を基準とした生存時間分析の結果を示す。年齢を調整すると、認知症発生が多い自治

体（ハザード比が高い）のハザード比は無調整モデルと比較して大きく低下し、基準自治体との差は小さくなった。これは、認知症発生が多い自治体は平均年齢が高く、年齢を調整すると基準自治体との差が小さくなることを意味している。年齢、性別、ベースライン時点での軽度認知障害を調整した後で、最も認知症発生が多い自治体のハザード比は 1.3 (95%信頼区間=1.0;1.6)、最も少ない自治体は 0.8 (95%信頼区間=0.7;1.0) であった。

健康、行動、社会変数を投入した際のハザード比の変動傾向は自治体によって異なった。すべての変数を調整した後には（基準となる自治体と各要因が同じ状態に調整されると）最も認知症発生が多い自治体のハザード比は 1.1 (95%信頼区間=0.9;1.4) と低下し統計学的有意差は消失した。一方で認知症発生が少ない自治体は、ハザード比は 0.7 (95%信頼区間=0.6;0.9) とより少なくなり、基準自治体との差は説明されなかった。

D. 考察

今回用いた分析により、認知症発生に関わる個別の自治体の住民の特性とその差が明確化された。自治体間の認知症発生の地域差は、住民の年齢や行動、健康状態の違いが原因で生じている部分が存在したが、自治体によって特性が異なった。このことが、画一的に地域差の要因を把握することを困難にしていた原因だと考えられる。そのため、個別の自治体の特性に応じた対策が必要だと考えられた。また今回考慮できなかった要因によって生じている地域差も存在し、特にそ

れは認知症発生率の低い自治体において顕著であった。

全体的な傾向として自治体間の認知症発生の地域差は、発生が多い地域は年齢や行動などの特定の要因により多くが説明できる一方で、発生が少ない自治体は今回考慮できていない要因で認知症発生が少ない可能性が示唆された。自治体ごとの説明されなかった個別性を把握するためには質的研究を含めた検討が今後必要であると考えられる。

E. 結論

今回用いた分析により認知症発生に関わる個別の自治体の住民の特性とその差が明確化された。一方で今回考慮できなかった要因によって生じている地域差も存在し、特にそれは認知症発生率の低い自治体において顕著であった。認知症になりにくい地域づくりには今回把握されたような自治体ごとの個別性を把握した対策が必要だと考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

表1. 各自治体の参加者数および認知症発生率の記述統計

自治体	人数	観察人年	認知症発生数	認知症発生率(1000人年あたり、95%信頼区間)
A	2877	13585.1	205	15.1 (13.2 - 17.3)
B	1190	6339.6	103	16.2 (13.4 - 19.7)
C	3193	16907.7	282	16.7 (14.8 - 18.7)
D	6471	37046.6	648	17.5 (16.2 - 18.9)
E	14557	70361.1	1265	18.0 (17.0 - 19.0)
F	1802	9655.7	179	18.5 (16.0 - 21.5)
G	1257	6637.4	124	18.7 (15.7 - 22.3)
H	2587	14467.1	298	20.6 (18.4 - 23.1)
I	5974	31786.5	664	20.9 (19.4 - 22.5)
J	2718	15489.8	328	21.2 (19.0 - 23.6)
K	3521	18743.3	412	22.0 (20.0 - 24.2)
L	2027	10529.9	232	22.0 (19.4 - 25.1)
M	1073	5601.2	139	24.8 (21.0 - 29.3)
N	4183	23544.1	588	25.0 (23.0 - 27.1)
O	1695	8696.4	218	25.1 (22.0 - 28.6)
P	1396	7398.2	189	25.5 (22.2 - 29.5)

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌・学会発表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
井手一茂, 宮國康弘, 中村恒穂, 近藤克則	個人および地域レベルにおける要介護リスク指標とソーシャルキャピタル指標の関連の違い: JAGES2010横断研究	厚生学の指標			(印刷中)
井手一茂, 鄭丞媛, 村山洋史, 宮國康弘, 中村恒穂, 尾島俊之, 近藤克則	介護予防のための地域診断指標—文献レビューと6基準を用いた量的指標の評価	総合リハビリテーション			(印刷中)
Ojima T.	Development of indicators of dementia-friendliness of communities	32nd International Conference of Alzheimer's Disease International			2017
Ojima T, Horii S, Yokoyama Y, Aida J.	Extending indicators to dementia-friendliness	The 21st International Epidemiological Association (IEA) World Congress of Epidemiology (WCE2017), Organized Symposium			2017
Ojima T, et al	Social support and long-term care need	The 21st International Epidemiological Association (IEA) World Congress of Epidemiology (WCE2017)			2017
Ojima T, et al	Promoting age and dementia friendly cities according to assessment data	14th International Conference on Urban Health.			2017
尾島俊之、他	地域単位でみた受援力、近所づきあい等と自殺死亡率の関連	第28回日本疫学会学術集会			2018
横山由香里	認知症当事者における Dementia-friendly cityの予備的検討	日本社会福祉学会第65回秋季大会			2017

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
平成 29 年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成 30 (2018) 年 3 月

研究代表者 尾島 俊之

事務局 〒431-3192 浜松市東区半田山 1 丁目 20-1
浜松医科大学健康社会医学講座

電話 053-435-2333

FAX 053-435-2341

メール dph@hama-med.ac.jp