

厚生労働科学研究費補助金

認知症政策研究事業

認知症施策の評価・課題抽出のための研究：
領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの
実践的活用

令和2～4年度 総合研究報告書

研究代表者 今中 雄一

令和5（2023）年3月

令和2～4年度 厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

認知症施策の評価・課題抽出のための研究：
領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用

研究代表者 今中 雄一 京都大学大学院医学研究科医療経済学分野

----- 目次 -----

I. 総合研究報告書	-----	1
II. 資料		
別添1：	-----	50
地域共生社会の実現に向けて認知症にやさしい健康まちづくりの提案 （パンフレット）		
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	102

令和2-4年度厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
総合研究報告書

認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと
大規模データベースの実践的活用

研究代表者：

今中 雄一（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 教授）

研究分担者：

広井 良典（京都大学 人と社会の未来研究院 教授）

山田 文（京都大学 法学研究科 教授）

佐々木一郎（同志社大学 商学部 教授）

佐々木典子（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 特定准教授）

武地 一（藤田医科大学 医学部 教授）

中村 桂子（東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 教授）

林田 賢史（産業医科大学 大学病院 医療情報部長）

村上 玄樹（産業医科大学 大学病院 講師）

原 広司（横浜市立大学 国際商学部 国際商学科 准教授）

國澤 進（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 准教授）

村嶋 幸代（大分県立看護科学大学 学長・理事長）

前田 昌弘（京都大学大学院人間・環境学研究科 准教授）

研究協力者：

慎 重虎（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 特定講師）

後藤 悦（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 特定助教）

谷口 守（筑波大学システム情報系社会工学域 教授）

山田 裕子（同志社大学研究開発推進機構 名誉教授）

中部 貴央（東京大学 医学部附属病院 国立大学病院データベースセンター 特任助教）

西下 陽子（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野）

木嶋 彩乃（大分県立看護科学大学 助教）

菅原 弘子（全国キャラバン・メイト連絡協議会 代表）

要旨

【研究の目的】 認知症施策推進大綱(2019年6月)の目標実現に向けて、「共生」と「予防」の推進・進捗把握と評価方策を確立するため、以下を目的とする。

(1)「共生」概念を、学際的アプローチを以て、多側面から社会・生活環境の具体的なあり方を表現し、それらを、認知症の人とその家族にやさしい健康まちづくりのガイドとして示す。

(2)「共生」の側面に加え、「予防」の側面から社会経済因子、関連資源、疫学指標等を基盤として、指標間の関連を明らかにしながら、自治体レベルで評価できるよう、包括的な評価指標体系を構築する。

その中で、重要なアウトカム指標として、健康余命(平均自立期間)や、認知症の自立度のデータに基

づく健康余命(以下、認知症自立度健康余命と呼ぶ)を全国の市町村において計測するなど、認知症の発症予防や「認知症発症後、重症化のスピードを遅らせること」に役立つ指標を開発する。

【進捗・成果の報告】

(1)「共生」の概念整理: 「共生」の概念を、社会に具現化されるあり方として表現し学際的アプローチで提案するために、1年目は共生の概念をとりまとめた「全世代にやさしい健康まちづくり(仮)」のガイドブックの作成に向けて、認知症や高齢者にやさしいまちづくりに関する既存の文献や WHO 等の枠組みを参考にして学際的に議論し、各側面から共生のあり方を示しうる全体構成を設定した。そのうち中核となりうる領域からのエビデンス、理論の共有を研究班内で行った。そして、認知症の人とその家族にやさしい、即ち全世代にやさしい健康まちづくりガイドの基盤として、2年目にはコンセプトシート作成した。3年目はそれをさらに発展させ、「地域共生社会の実現に向けて認知症にやさしい健康まちづくりの提案」(パンフレット)(別添1)を完成した。さらに、「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた15の視点」(今中雄一 編著 学芸出版社)を出版し、広く一般市民へ発信するとともに、全国の自治体・官公庁関連部署約450か所へ送付し、「認知症をとりまく状況に加え、… Well-being の産業別要素分解など、フィジカルなものを超えた、あるいはこれと融合したまちのあり方を追い求めていく必要性を一層感じた」(国交省の方)、「認知症の予防については、個々の因子でなく多因子へのアプローチが有効であるとの記述に特に共感した。認知症施策を行う行政、関係機関などでは、有用な一冊になるのではないか」(A市健康増進課の方)等のフィードバックを得た。

(2)可視化と「予防」: 予防・改善のまちづくりに役立つ評価指標の開発における3年間の主な成果は次の通りである。

(2)-1. 認知症高齢者の日常生活自立度による認知症自立余命の算出及び見える化:

1年目は認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命を要介護度1・2、認知症自立度1・2の各時点を目録として二次医療圏ごとに算出した。0~85歳時点の5歳刻みで平均余命を算出した。具体例として、40歳時、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上を不健康とした場合の健康余命(健康な期間の平均)のグラフを示した。健康寿命について、市町村別に算出した。また、まちづくりに関連する指標体系のうち、基礎データとなる公表データを集めデータベースの基礎とした。本データベースは健康寿命の関連要因の探索の土台となるべく構築した。さらにデータベース内の各指標間の関係ならびに健康寿命との関係について、探索的分析をすすめた。

2-3年目に「認知症発症を予防し、認知症発症後、重症化のスピードを遅らせる」ことに役立つ指標の開発にあたり、Dementia Free Life Expectancy(以降、認知症自立余命)に関連する研究のレビューならびに2年目で算出した二次医療圏における認知症自立余命を踏まえ、厚生労働省から提供を受けた匿名介護情報等(介護保険総合データベース、以降、介護DB)の集計データから、市町村(介護保険者)単位で算出を行った。市町村での算出には、人口が少ない市町村においては値が安定しなかったため、縮小推定を用いて認知症自立余命の算出を行った。縮小推定により、極端な外れ値は抑制された。

(2)-2. 認知症にやさしいまちづくりに関する指標体系案を構築し、地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを構築(2-3年目):

「認知症発症を予防し、認知症発症後、重症化のスピードを遅らせる」ことに役立つ指標の開発にあたり、認知症自立余命と関連する要因の候補を効率的に収集すべく、一昨年より構築をすすめている「まちづくり及び高齢者の生活や健康、認知症に関連する公表データを収集・整理したデータベース」のデータの体系を再検討した。さらに厚生労働省から認知症施策推進大綱 KPI の

提供を受け、それらの情報もデータベースへ組み込んだ。

(2)-3. 認知症高齢者の日常生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析(2-3 年目):

認知症高齢者の日常生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析については、地域の介護力の評価に向け「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE 値) を市町村(介護保険者)単位で算出した。

(2)-4. 認知症施策推進大綱 KPI と認知症自立余命との関連(3 年目): 認知症施策推進大綱 KPI から市町村単位のデータを整理し、認知症自立余命との関連を調べた。

『可視化と「予防」』について 3 年間のポイントは以下である。

- ・認知症高齢者の日常生活自立度を不健康として認知症自立余命を、二次医療圏及び市町村で算出した。
- ・認知症自立余命を 5 分位で色分けし、二次医療圏と市町村でそれぞれ地図に表した。
- ・より効率的にデータ収集・解析が行えるように認知症諸施策の包括的な評価体系を構築する地域レベルの多様な指標のデータベースのデータの体系を再検討した。
- ・「認知症発症を予防し、認知症発症後、重症化のスピードを遅らせる」ことに役立つ指標として、介護 DB の認知症高齢者の日常生活自立度データを活用して開発した健康余命指標(認知症自立度健康余命など)を、各種健康余命とともに、自治体毎や二次医療圏毎に計測した(人口規模の小さな町村でも健康余命を測定できるよう Shrinkage calculation の手法を用いた)。
- ・認知症諸施策の包括的な評価体系を構築するべく、地域レベルの多様な指標のデータベースを構築した。
- ・さらに、認知症自立度健康余命などの地域差の要因分析を進めた(地域変数間の共線性・多重共線性の問題を解決すべく Partial Least Square モデル等を活用した)。
- ・厚生労働省から認知症施策推進大綱 KPI の提供を受け、それらの情報もデータベースへ組み込んだ。
- ・地域の介護力の評価に向け「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE 値) を市町村別に算出した。
- ・認知症施策推進大綱 KPI の項目と認知症自立余命との関連を探索的に調べた。

【まとめ】

(1)「共生」の包括的な概念を具現化するべく、多領域の学際的専門家で議論を重ね、パンフレットにて要点を示した。

さらに詳細を「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた 15 の視点」(今中雄一編著、学芸出版社)に著し、行政等からポジティブなフィードバックが得られた。

(2)「可視化と予防」、認知症諸施策の包括的な評価体系を構築するべく、地域レベルの多様な指標のデータベースの構築を進め、全国の市町村で認知症自立度余命(一つの健康余命指標)、リスク調整済要介護度悪化指標(OE 値)などを、自治体毎・二次医療圏毎に計測した。

さらに、開発した上記指標と認知症施策推進大綱 KPI 等の地域変数との関係や地域差の要因の探索的な分析結果を得た。

A. 目的

認知症施策推進大綱(2019年6月)の目標実現に向けて、「共生」と「予防」の推進・進捗把握と評価方策を確立するため、以下を目的とする。

(1)「共生」概念を、学際的アプローチを以て、多側面から社会・生活環境の具体的なあり方を表現し、それらを、認知症の人とその家族にやさしい健康まちづくりのガイドとして示す。

(2)「共生」の側面に加え、「予防」の側面から社会経済因子、関連資源、疫学指標等を基盤として、指標間の関連を明らかにしながら、自治体レベルで評価できるよう、包括的な評価指標体系を構築する。

その中で、重要なアウトカム指標として、健康余命(平均自立期間)や、認知症の自立度のデータに基づく健康余命(以下、認知症自立度健康余命と呼ぶ)を全国の市町村において計測し、地域差の関連因子を探索するなど、認知症の発症予防や「認知症発症後、重症化のスピードを遅らせること」に役立つ指標を開発する。

(1)「共生」の概念整理

「共生」の概念を、社会に具現化されるあり方として表現し学際的アプローチで提案する。

(2)可視化と「予防」：予防・改善のまちづくりに役立つ評価指標の開発

(2)-1. 認知症高齢者の日常生活自立度による認知症自立余命の算出及び見える化

健康余命は、健康で過ごせる期間であり、健康でなくなること(以降、不健康とする)の定義により、年数が異なってくる。厚生労働省が発表する健康寿命(健康余命と同意)は、不健康を国民生活基礎調査の回答に抛り、自治体が算出する健康余命は、不健康を要介護度とすることが多い。なお、国民生活基礎調査の回答は主観的健康観に基づくため、客観的な要介護度を不健康とする健康余命より、短く算出される傾向にある。

認知症を不健康とした健康余命は、認知症になるまでの期間と捉えることが出来るため、「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」ことの評価に、関連する評価指標として有用だと考える。

(2)-2. 認知症にやさしいまちづくりに関する指標体系案を構築し、地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを構築

まちづくり及び高齢者の生活や健康、認知症に関連する公表データを e-Stat や自治体ホームページから取得した。これら収集されたデータは、認知症にやさしいまちづくり指標の候補そのものであり、また組み合わせる指標を構成する候補である。

(2)-3. 認知症高齢者の日常生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析

認知症施策推進大綱で挙げられている認知症の「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」[1]、すなわち認知症自立余命を伸ばすための施策を勘案するためには、認知症自立余命の要因を把握する必要がある。認知症の危険因子として、WHO 2019 “Risk reduction of cognitive decline and dementia” [2]の邦訳「認知機能低下および認知症のリスク低減」[3]には、認知症の修正不可能な危険因子として「この20年間の研究により、学歴や、運動不足、喫煙、不健康な食事およびアルコールの有害な使用などの生活習慣に関連した危険因子が認知機能障害や認知症の発症と関連していることが示されている。さらに、高血圧、糖尿病、高コレステロール血症、肥満やうつ病などの特定の病態は、認知症発症リスクの増大と関連している。社会的孤立や認知機能の不活発は、その他の修正可能な潜在的危険因子に含まれる。」とあり、「認知機能の低下や認知症発症を遅らせる基本的介入の実施などの公衆衛生的アプローチ

を通じて、認知症予防が可能であることを意味している。」とされている。

認知症自立余命の地域差と、社会環境や高齢者の置かれた状況等を二次医療圏単位で分析し、認知症自立余命と関連する要因の検討を行った。今後は、介護保険者(原則市町村)単位でも分析を行う。

更に健康余命について文献検索を行った。健康余命の意義、男女差・地域差の要因、公衆衛生や健康政策における示唆や活用例等を探索した。

B. 対象・方法

(1)「共生」の概念整理

「共生」の概念を、社会に具現化されるあり方として表現し学際的アプローチで提案する。

【令和2年度】

認知症の人とその家族にやさしい、すなわち全世代を視野に入れた共生社会を右図の多領域からの概念に関連する理論やエビデンスについてレビューを実施する。また、共生の概念をまとめた具体的なまちのあり方について、認知症や高齢者にやさしいまちづくりに関する既存の文献やWHO等の枠組み等[1-7]を参考にして学際的に議論し、「全世代にやさしい健康まちづくり(仮)」のガイドブックの作成を目指す。

【令和3年度】

「認知症の人とその家族にやさしい、即ち全世代にやさしい健康まちづくり(仮)」ガイドブックを作成するために、その基盤となる、コンセプトシートを作成する。

【令和4年度】

「共生」の概念を、社会に具現化されるあり方として表現し学際的アプローチで提案する。認知症の人とその家族にやさしい、即ち全世代にやさしい健康まちづくりガイドの基盤として前年度までに議論を重ねて作成したコンセプトシートを発展させ、「地域共生社会の実現

に向けて認知症にやさしい健康まちづくりの提案」を完成させる。さらに発展型である書籍を出版し、研究者、自治体・国の関係者、一般市民へ広く発信してフィードバックを得る。

(2)可視化と「予防」：予防・改善のまちづくりに役立つ評価指標の開発

【令和2年度】

[データ出典及び計算方法]

●データ出典

・人口：住民基本台帳に基づく人口(総務省)[9]

・死亡数：人口動態調査(厚生労働省)

[10]

・認知症高齢者の日常生活自立度別人数：厚生労働省より提供された「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の特別抽出を集計[11]

・二次医療圏：医療施設(動態)調査(厚生労働省)[12]

・地域の単位は、2018年時の二次医療圏にしているが、介護保険者(広域連合)が二次医療圏より広範であれば介護保険者(広域連合)にしている。

介護保険者からのデータ提出の義務化が2018年以降であり、本研究は2017年までの「要介護認定情報・介護レセプト等情報」特別抽出のデータを利用しているため、データ未提出あるいは著しくデータ数が少ない保険者があった。

年ごとに介護保険者リストと特別抽出データを照合し、データ未提出あるいは著しくデータ数が少ない保険者を省いた二次医療圏を構成した。但し、二次医療圏の総数は変わらなかった。

よって一部の二次医療圏では医療施設(動態)調査で示される二次医療圏と構成市町村が異なる。

●データ期間

2015年、2016年、2017年の3年分を使用した。

●計算方法

健康余命の計算は「厚生労働科学研究 健

健康寿命のページ」掲載の Excel を使用した。
[13]

健康余命は、不健康の定義を下記 3 通りで算出した。

- (i) 認知症高齢者の日常生活自立度 I 以上を不健康とした場合
- (ii) 同 II 以上を不健康とした場合
- (iii) 同 III 以上を不健康とした場合

【令和 3 年度】

「予防」における令和 3 年度の主な成果は次の通りである。

- (2)-1. 認知症高齢者の日常生活自立度による認知症自立余命の算出及び見える化
- (2)-2. 認知症にやさしいまちづくりに関する指標体系案を構築し、地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを構築
- (2)-3. 認知症高齢者の日常生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析

以下、(2)-1,2,3 それぞれについて記述する。

(2)-1. 認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命(“認知症自立余命”)の算出及び見える化

本研究は、厚生労働省から匿名介護情報等(介護保険総合データベース、以降介護 DB とする) の提供[4]を受け、認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命(以降、認知症自立余命とする)の算出を行った。介護 DB の介護認定情報より介護認定時の認知症高齢者の日常生活自立度別人数を、介護保険者(原則市町村)別、二次医療圏別、性別、年齢階層別に集計し、認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命(“認知症自立余命”)の算出に用いた。

(2)-1-1. データ出典及び算出方法

(2)-1-1-1. データ出典

- ・ 人口:住民基本台帳に基づく人口(総務省) (2015-2017 年)
- ・ 死亡数:人口動態調査(厚生労働省) (2015-2017 年)
- ・ **介護 DB** 認知症高齢者の日常生活自立度別人数:厚生労働省より提供された「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の特別抽出を集計(2015-2017 年)
認知症高齢者の日常生活自立度のランクを表 1 に示す。本研究では、1 以上、2 以上、3 以上の 3 グループで集計した。
- ・ 二次医療圏 :地域の単位は、2018 年時の医療施設調査における二次医療圏にしているが、介護保険者(原則市町村、一部広域連合)が二次医療圏より広範であれば介護保険者(広域連合)にしている。

(2)-1-1-2. 計算方法

- ・ 認知症自立余命の計算は「厚生労働科学研究 健康寿命のページ」掲載の Excel を使用した[5]。
- ・ 介護保険者(原則市町村)単位の場合、人口が極端に少ない介護保険者の指標値を安定させるために Shrinkage calculation の手法を用いた。Shrinkage Calculation については English indices of deprivation 2019: technical report[7]を参考にした。

(2)-1-1-3. 注意

介護保険者(原則市町村)からのデータ提出の義務化が 2018 年以降であり、本研究は 2017 年までの「要介護認定情報・介護レセプト等情報」特別抽出のデータを利用しているため、データ未提出あるいは著しくデータ数が少ない介護保険者があった。
年ごとに介護保険者リストと特別抽出データを照合し、データ未提出あるいは著しくデータ数が少ない介護保険者を省いた二次医療圏を構成した。但し、二次医療圏の総数は変わらなかった。よって一部の二次医療圏では医療施設(動態)調査で示される二次医療圏と構

成市町村が異なる。

(2)-1-3.地理情報(GIS)

公表データから二次医療圏別、要介護度別(要介護度1以上、2以上)、年別(2015、2016、2017、2018年)、年齢階層別(0歳時～75歳時、5歳刻み)、男女別、の健康余命を作成し、健康余命を5階層に色分けした地図を作成した。

(2)-1-3-1.データ出典

- ・人口:住民基本台帳に基づく人口(総務省)(2015-2017年)
- ・死亡数:人口動態調査(厚生労働省)(2015-2017年)
- ・要介護度別人数:介護保険事業状況報告(厚生労働省)(2015-2017年)

・ **介護DB** 認知症高齢者の日常生活自立度別人数:厚生労働省より提供された「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の特別抽出を集計(2015-2017年)

本研究では、認知症高齢者の日常生活自立度1以上、2以上、3以上の3グループで集計した。

- ・二次医療圏:地域の単位は、2018年時の医療施設調査における二次医療圏にしているが、介護保険者(原則市町村、一部広域連合)が二次医療圏より広範であれば介護保険者(広域連合)にしている。

(2)-1-4.保険者(原則市町村、一部広域連合)ごとの解析

認知症を不健康とした健康余命は、認知症になるまでの期間と捉えることが出来るため、「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」ことの評価指標に有用だと考え、厚生労働省から匿名介護情報等(介護保険総合データベース、以降介護DBとする)の提供を受け、認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命(以降、認知症自立余命とする)の算出を行った。

同じ都道府県内、二次医療圏内であっても地域によって人口や医療・介護資源、まちの社会資源等に大きな違いがあるため、保険者(原則市町村)単位での解析が不可欠であり、現在、保険者(原則市町村)単位での解析をすすめている。

(2)-2. 認知症にやさしいまちづくりに関する指標体系案を構築し、地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを構築

(2)-2-1.データベース作成手順

①認知症にやさしいまちづくり、高齢者の生活や健康、認知症に関連するデータの候補を挙げた。文献や報告書等に記載されたデータ、研究者が必要と判断したデータ等、国内外合わせて932項目を検討対象とした。(図8参照)

②①で挙げた932データをSDGsの17分類[6]を参照し、9グループ(医療サービス、介護サービス(認知症関連)、教育、社会関係資本、産業(第1次産業)、セイフティネット、多様性、都市、行政政治)に分類・整理した。(図8参照)

③②で整理したデータについて、e-Stat等からダウンロードした。管轄省庁毎に異なる自治体番号や年表記(西暦、和暦)などを共通化し、データベース化した。

(2)-3. 認知症高齢者の日常生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析

(2)-3-1.データ出典及び平均余命の算出方法

(2)-3-1-1.認知症自立余命算出のためのデータ

- ・人口:住民基本台帳に基づく人口(総務省)(2015-2017年)
- ・死亡数:人口動態調査(厚生労働省)2015-2017年

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度別人数：厚生労働省より提供された「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の特別抽出を集計2015-2017年
- ・ 二次医療圏：地域の単位は、2018年時の医療施設調査における二次医療圏にしているが、介護保険者(広域連合)が二次医療圏より広範であれば介護保険者(広域連合)にした。

(2)-3-1-2.認知症自立余命の計算方法

認知症自立余命の計算は「厚生労働科学研究 健康寿命のページ」掲載の Excel[5]を使用した。

(2)-3-1-3.注意

介護保険者からのデータ提出の義務化が2018年以降であり、本研究は2017年までの「要介護認定情報・介護レセプト等情報」特別抽出のデータを利用しているため、データ未提出あるいは著しくデータ数が少ない保険者があった。

年ごとに介護保険者リストと特別抽出データを照合し、データ未提出あるいは著しくデータ数が少ない保険者を省いた二次医療圏を構成した。但し、二次医療圏の総数は変わらなかった。よって一部の二次医療圏では医療施設(動態)調査で示される二次医療圏と構成市町村が異なる。

(2)-3-1-4.地域の変数

- ・ (2)-2で勘案した分類(図8)に基づき、公的統計データより各市町村の数値を収集し、二次医療圏ごとの数値に集計した。表3に変数リストを示す。
- ・ 変数の多くは、(2)-2で作成したデータベースから取得した。
- ・ BMIや血圧等バイタルデータは認知症のリスクとされる。これらは特定健診で計測されるデータであり、二次医療圏・保険者単位をNDB特別抽出チームで集計中である。公表

許可を得次第、解析に取り込む予定である。

- ・ データ出典は、国勢調査(2010,2015)、医療施設調査(2018)、介護サービス施設・事業所調査(2018)、厚生年金保険・国民年金事業統計(2018)、地方財政状況調査(2018)、認知症サポーターキャラバンサポーター養成状況(2018)、医師・歯科医師・薬剤師統計(2018)である。

(2)-3-2.認知症自立余命の関連因子の解析方法

(2)-3-2-1.モデル

- ・ 統計モデルは、Partial Least Square(部分最小二乗法、以下PLSとする)回帰モデルを使用した。

地域レベルの変数、例えば、人口密度、所得、医療資源量などは相関が強いことが多い。相関が強い複数の変数を普通の重回帰モデルに投入することは問題があると知られている。PLS回帰モデルは目的変数との共分散が最大になる主成分を抽出し、その主成分を用いて回帰分析を行う手法であるため、変数間の多重共線性の問題に対応でき、相関する多数の説明変数が存在するモデルに適している。

- ・ 目的変数は、2017年の「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ」以上を不健康として二次医療圏ごとに算出された、65歳時の男女それぞれの認知症自立余命とした。
- ・ 説明変数は、表3に挙げた公表データより取得し、二次医療圏単位に集計したデータを用いた。

【令和4年度】(令和3年度に追加分のみ記載)

地域の介護力の評価に向け「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE値)を市町村(介護保険者)単位で算出した。市町村間の介護力のばらつきを可視化した。

(2)-4. 認知症施策推進大綱KPIから市町村単位のデータを整理し、認知症自立余命との関連

を調べた。

(倫理面への配慮)

京都大学医の倫理委員会にて承認済
(R0438)

C. 結果

(1)「共生」の概念整理

【令和2年度】

共生の概念をとりまとめた「全世代にやさしい健康まちづくり（仮）」のガイドブックの作成に向けて、認知症施策推進大綱[1]の Key Performance Index (KPI) を整理・再把握するとともに、『認知症予防ガイドライン』(WHO, 2019) [2]、『Age-friendly cities and communities: A global perspective』(2018) [3]、『Measuring the Age-Friendliness of Cities: A Guide to Using Core Indicators』(WHO, 2015) [4]、『Global Age-friendly Cities: A Guide.』(WHO, 2007) [5]、『Dementia-Friendly Communities』(Alzheimer's Society-UK, ADI, 各国)、『「地域包括ケアシステム」事例集成』(2014、日本総合研究所)[6] や各地の認知症ケアパス事例 [7]、持続可能な未来に向けた政策研究（長野県、2019） [8]等を参考に概念フレームワークを検討した。そして、認知症の人とその家族を取り巻く各側面から共生のあり方を示しうる全体構成を設定した。そのうち中核となりうる領域からのエビデンス、理論の共有を研究班内で行った。

研究班内では健康・医療・介護（今中発表）を中心に、認知症大綱、認知症や高齢者にやさしいまちづくりに関する既存の文献やWHO等の枠組みを参考にして学際的に議論し、認知症施策や関連社会状況に関する二次医療圏・市町村レベルでの指標体系の構築（「共生」「予防」視点を重視）を本研究テーマの目標とすることにつき確認した。

①社会参加・認知症カフェ・サロン、②都市・交通計画、③社会関係資本・健康まちづくり、④認知症の人を支える家族への支援と社会的包摂、そして⑤IT活用という軸で、各領域の専門家から話題提供をいただき議論を行った。

【令和3年度】

コンセプトシートのタイトル及びコンテンツは下記の通りである。

タイトル「地域共生社会の実現に向けて - 認知症にやさしい健康まちづくりガイドブックへ向けたコンセプトシート」

コンテンツ

序説

(認知症の人と取り巻く人々の視点から)

0.(試案)「認知症の人とその家族にやさしいまちづくり」とまち全体のフレームワークづくり:スマートシティ構築と結びつける

1 社会参加・認知症カフェ・サロン

2.1 地域保健、地域ケア

2.2 市民参加・認知症サポーター

2.3 社会参加

(制度・社会システムの視点から)

3 社会的包摂・認知症の人を支える家族

4 人権・権利擁護・成年後見制度・紛争解決

5 高齢者雇用・年金

6 学校教育、生涯教育、マスメディア

7 医療

8 介護サービス等

9 地域包括ケアシステム

(まちづくりの視点から)

10 社会にやさしいコミュニケーションと情報

11 健康まちづくり

(制度・社会システムの視点から)

12 都市計画・交通/住環境

13 認知症にやさしい健康なまち

【令和4年度】

前年度のコンセプトシートを発展させ、『地域共生社会の実現に向けて認知症にやさしい健康まちづくりの提案(パンフレット)』を完成した。(別添1)

概要は以下の通りである。

目次

序 説 認知症にやさしい健康まちづくりの提案

第Ⅰ部 認知症にやさしい活気あるまちをどうつくるか

第1章 認知症カフェのこれまでとこれから

第2章 葛藤から抜け出す:こころの交流

第3章 認知症サポーター:楽しみながら人を支える、支えられる

第4章 世代間交流で社会参加を充実させよう

第5章 教育とマスメディアを活用しよう

第Ⅱ部 医療・介護・福祉・年金:社会保障制度を活用しよう

第1章 認知症になる前に:成年後見制度を再考する

第2章 年金リテラシーを育むには

第3章 医療で解決できることは何か

第4章 認知症施策をどのように生かすか

第5章 地域共生社会を実現できる地域包括ケアシステムへ

第Ⅲ部 認知症でも住みやすい活気あるまちをデザインしよう

第1章 誰も取り残さないデジタル化を実現するには

第2章 誰も取り残さず人々が健康なまちをつくるには

第3章 認知症にやさしいまちを設計する:都市計画・交通の視点から

第4章 認知症にやさしいコミュニティ空間をつくる

第5章 認知症にやさしい活気あるまちづくり:全体も眺めてみよう

このパンフレットをさらに発展させ、書籍『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた15の視点』（今中雄一編著、学芸出版社 2023）を出版した。

(2)可視化と「予防」: 予防・改善のまちづくりに役立つ評価指標の開発

(2)-1. 認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命(“認知症自立余命”)の算出及び見える化

【令和2年度】

健康寿命について、要介護度1・2、認知症自立度1・2の各時点を基準として二次医療圏別に算出した。健康寿命の地域差について、可視化した。

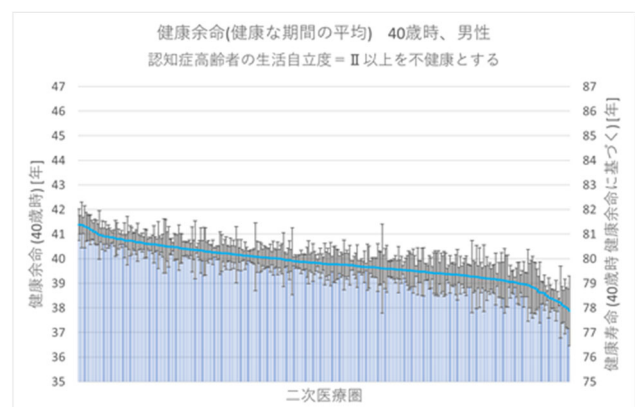
40歳時点、65歳時点における平均余命を例示した。

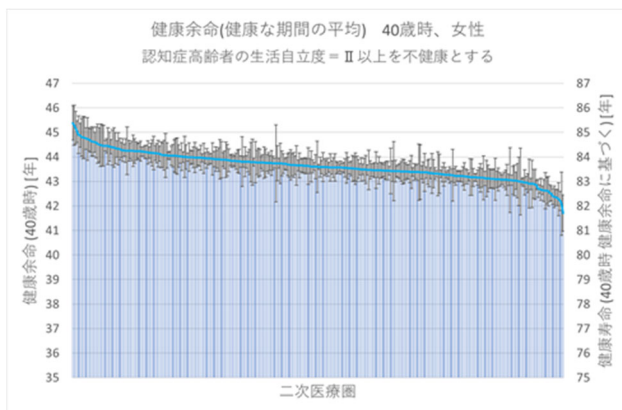
但し、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上は該当者が少なく、結果が安定しないので報告から割愛した。

具体例として、40歳時の男女別に、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上を不健康とした場合の健康余命(健康な期間の平均)のグラフを示す。男性の場合、健康余命の最大は41.4年、最小は37.9年、平均は39.8年となった。また、健康余命の平均余命に対する割合は、最大は97.6%、最小は93.9%、平均は95.9%となった。女性の場合、健康余命の最大は45.4年、最小は41.7年、平均は43.6年となった。また、健康余命の平均余命に対する割合は、最大は94.4%、最小は89.1%、平均は91.8%となった。

また、まちづくりに関連する指標体系のうち、基礎データとなる公表データを集めデータベースの基礎とした。本データベースは健康寿命の関連要因の探索の土台となるべく構築した。

さらに、データベース内の各指標間の関係ならびに健康寿命との関係について、探索的分析を進めた。





【令和3年度】

(2)-1-2.結果

二次医療圏別、介護保険者別(原則市町村)、認知症高齢者の日常生活自立度別(自立度1以上、2以上、3以上)、年別(2015, 2016, 2017年)、年齢階層別(0歳時~75歳時、5歳刻み)、男女別、の認知症自立余命を作成し、二次医療圏別について厚生労働省より公表の許可を得ている。

以下、いくつかの例を挙げる。

① 地域の単位を二次医療圏単位、不健康を認知症高齢者の日常生活自立度2以上、3以上とした、男女別、0,40,65歳時の認知症自立余命(2017年)

記述統計を表2、ヒストグラムを図1に示す。

- ・ 女性に比べ、男性において標準偏差が大きくなっている。(但し、65歳時は女性の方が若干高いが、0, 40歳時の差に比べれば小さい)
- ・ 認知症自立余命は正規分布に近い分布と考えられる。

② 地域の単位を二次医療圏単位、不健康を認知症高齢者の日常生活自立度2以上とした、男女別、0, 40, 65歳時の認知症自立余命の分布(2017年)

棒グラフを図2に示す。

- ・ 多くの二次医療圏は平均値の近くにある

が、人口の小さな二次医療圏では、死亡数や要介護認定者が少ないため、認知症自立余命が外れ値になることがある。これを数理的に解消する方策として二次医療圏についても Shrinkage calculation の手法[7]を検討中である。

③ 地域の単位を二次医療圏単位とした、不健康を認知症高齢者の日常生活自立度2以上とした、男女別、0, 40, 65歳時の認知症自立余命と平均余命の比較(2017年)

65歳時の認知症自立余命と平均余命の散布図を図3に示す。

また、平均余命と認知症自立余命の差を図4に示す。

- ・ 男性の方が女性に比べて、認知症自立余命と平均余命の比例関係が強いようにみえる。
- ・ また、平均余命と認知症自立余命の差は、認知症のために日常生活に何らかの支障を抱える期間(以降、自立できない期間とする)であるが、自立できない期間は0, 40, 65歳時で徐々に増加している。但し、増分は僅かである。(男性の場合、平均値が0歳時1.68年、40歳時1.71年、65歳時1.88年。女性の場合、平均値が0歳時3.81年、40歳時3.85年、65歳時4.03年)
- ・ 65歳時で、男性の場合、平均1.88年(SD=0.30)、女性の場合、平均4.02年(SD=0.49)となっており、女性の方が男性の約2倍長い。平均余命(65歳時で、男性の場合、平均19.21年(SD=0.56)、女性の場合、平均24.09年(SD=0.54))の内、自立できない期間の占める割合は、男性で9.8%、女性で16.7%となる。
- ・ 認知症にやさしいまちづくりの一環として、高齢まで生きる女性に対し、息の長い継続的な認知症予防の介入や地域のサポートが提供できるようなプログラムの考案が必要と考える。

(2)-1-3.地理情報(GIS)

一例として、不健康を要介護 1 以上、40 歳時の地図を図 5 に示す。

・男女ともに東北地方に健康余命が短い傾向がみられる。但し、平均余命の影響を考慮する必要がある。

・西日本で男女の色の傾向が異なる。

また、認知症自立余命において、不健康を認知症高齢者の日常生活自立度 2 以上、40 歳時の地図を図 6 に示す。

・男女ともに東北地方と北海道の一部で認知症自立余命が短い傾向がみられる。

・男性は甲信越で認知症自立余命が長く、女性は西日本から九州で認知症自立余命が長い傾向がみられる。

・但し、平均余命の影響を考慮する必要がある。

認知症自立余命が平均余命に占める割合について、同様の地図を図 7 に示す。

・男女ともに東北地方と北海道の一部で割合が小さい傾向がみられる。

・女性は北関東で割合が大きく、日本海側で割合が小さい傾向がある。男性は、割合が小さい地域で女性と同様の傾向がみられる。

(2)-2. 認知症にやさしいまちづくりに関する指標体系案を構築し、地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを構築

(2)-2-2.結果

認知症にやさしいまちづくり関連指標体系案の分類・整理を図 8 に示す。

(2)-3. 認知症高齢者の日常生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析

(2)-3-3.結果

(2)-3-3-1.潜在因子

潜在因子は、モデルの説明変数として測定されてはいないが、地域を似たような属性のグ

ループに分類できる、複数の地域に共通する特性である。

潜在因子数は Cross-validation(Leave one out 法) の結果に基づいて 3 とした。

本研究で同定された 3 つの因子の簡潔な特徴は以下の通り説明できる。

因子 1…人口、人口密度が高く、短大以上卒業割合が高い

因子 2…老年人口や自動車通勤者割合が高く、単独世帯割合が低い

因子 3…第 3 次産業就業者割合や歯科診療所数が多く、第 2 次産業就業者割合が低い

PLS 負荷量散布図(潜在因子 1 と 2)を図 9 に示す。

・ 因子 2 では、男女に大きな差は見られなかったが、因子 1 では説明される割合は男性で高かった。

・ 因子 1 の地域は都市部の特徴、因子 2 は地方部の特徴が強いことから、図 9 に赤い点で示している認知症自立余命が男性は因子 1 の負荷が高いほど、すなわち都市部の特徴が強い地域ほど長い傾向があることがわかる。一方で、女性の認知症自立余命は都市部の特徴に近い因子 1 の負荷とは関係なく、男性の認知症自立余命が女性より居住地の特徴に大きく影響されることが示唆される。

(2)-3-3-2. PLS 回帰分析

認知症自立余命を目的変数、人口構成、社会経済的、医療介護で収集した全 40 変数のうち、変数重要度 0.7 以上となった 34 変数を説明変数として、PLS 回帰分析を行った。

PLS 回帰分析の結果のうち、中心化・標準化した係数の絶対値が上位の変数を表 4 に示す。

・ 男女ともに、認知症自立余命と、65 歳以上人口あたり認知症サポーター数、短大以上卒割合が認知症自立余命と正に、15 歳以上人口あたりたばこ税が負に関連した。

・ 男性は、核家族世帯中母子世帯割合、完

全失業者割合がともに負に関連した。

・ 女性は、第1次産業就業者割合、人口あたり病院数が正に関連した。

・ 認知症自立余命と関連がみられた変数を表5にまとめた。標準化した回帰係数の絶対値は女性よりも男性に大きいものが多かった。また、因子1の寄与度が男性の方が高いことから、このモデルは男性により適していたと考えられる。

(2)-3-3-3. 健康余命について文献を検索し、レビューした。

【令和4年度】

(2)-1. 認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命(“認知症自立余命”)の算出及び見える化

2)-1-1. 結果

認知症自立余命について、認知症自立度1・2・3以上を不健康の基準として二次医療圏、市町村(介護保険者)別に算出した。男女別、年齢階層別、二次医療圏及び市町村(介護保険者)別の認知症自立余命について厚生労働省より公表の許可を得ている。

認知症自立余命の地域差について、グラフ及び地図で可視化した。要介護度1・2以上を不健康の基準とした健康余命についても同様に算出した。市町村(介護保険者)単位の算出時は、死亡数及び認知症高齢者の日常生活自立度に縮小推定を行った。

例として、認知症高齢者の日常生活自立度2以上を不健康とした場合の0, 40, 65歳時の男女別、認知症自立余命の記述統計(表4)と分布のグラフを示す(図2)。40歳時男性の場合、認知症自立余命の平均は40.0年、標準偏差は1.3となった。女性の場合、認知症自立余命の平均値は43.8年、標準偏差は1.1となった。

(2)-1-2. 地理情報(GIS)

一例として、市町村における認知症高齢者の日

常生活自立度2以上を不健康とする認知症自立余命の40歳時の地図を図3に示す。男女ともに東北地方に健康余命が短い傾向がみられる。特に男性でその傾向が強い。但し、平均余命の影響を考慮する必要がある。

また同一都道府県内において認知症自立余命のばらつきがあることがわかる。

(2)-2. 認知症にやさしいまちづくりに関する指標体系案を構築し、地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを構築

(2)-2-1. 結果

PEGASASが提唱するHealthy Smart City構造モデルの12領域へ構造モデルの12領域を用いた認知症にやさしいまちづくり関連指標体系案の分類・整理を表5に示す。

各12領域から1~10程度データ(計54データ)を選択し、人口あたり等の市町村間で比較可能な指標とした。これらに認知症自立余命を加えて、市町村毎に10パーセントにランク付けした。そのランクに基づきレーダーチャートを作成し、市町村の特徴を検討した。具体例として、政令指定市、地方の県庁所在地(市)、地方の町村を図4に示す。

(2)-3. 「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE値)を市町村(介護保険者)単位で算出

(2)-3-1. 結果

5年後要介護度重症化の悪化指標として、それぞれ要介護度1及び要介護度4を例とし、要介護度重症化件数のOE値(年齢、性別調整済)のグラフを図5に示す。また、要介護度別の5年後要介護度重症化率のグラフを図6に示す。

(2)-4. 認知症施策推進大綱KPIの市町村データと認知症自立余命との関連を調査

(2)-4-1. 結果

本研究で用いた認知症施策推進大綱 KPI の項目は、KPI27 認知症地域支援推進員の問 4 認知症地域支援推進員の人数、KPI30 認知症初期集中支援の問 3_2 サービスに繋がった者及び問 5 保健師等人員の計、KPI43 認知症カフェの問 2 認知症カフェの設置数である。これらの記述統計を表 6 に、分布は図 7 に示す。

さらに、これら認知症施策推進大綱 KPI の項目と認知症自立余命との相関係数、単回帰係数をそれぞれ表 7、表 8 に示す。

相関係数は、すべて正の相関であった。KPI30 認知症初期集中支援 保健師等人員計が最も相関係数が大きかった。

単回帰係数はいずれも値は小さいながら、ほとんどが認知症自立余命に正に有意の結果となった。男女共に KPI43 認知症カフェ数が他に比べて係数の値が若干大きく出ていた。また男性は、KPI30 認知症初期集中支援 保健師等人員計においても係数の値が若干大きく出ていた。一方、KPI30 認知症初期集中支援 サービスに繋がった者が 65 歳時以外は有意にならなかった。

D. 考察

(1) 「共生」の概念整理

【令和2年度】

① **社会参加・認知症カフェ・サロン**：認知症診療と実践の現場（武地氏の話題提供）をもとに、認知症の社会的コストをどのように分担・バランスしていくかについて、歴史的には介護保険制度がつけられ、直接益社会的コストを下げようとするとインフォーマルケアコストが増加するが、地域包括ケアを進めることで、直接的な社会コストの施設分は減っても、在宅分の増加とインフォーマルケアコストの増加する可能性が指摘された。今後の認知症施策の方向性について、認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム、一般病院での認知症の人の身体疾患での入院、そして認知症カフェの普及などがポイントになる

ことが示された。また、認知症カフェの実際、認知症カフェハンドブック、藤田医科大学病院の認知症ケアチームの実際等をもとに地域や病院での認知症の人の望ましいケアのあり方について議論した。

② **都市・交通計画**：都市計画・交通計画とまちづくりについて、健康まちづくりの観点から検討した（谷口氏による話題提供）。コンパクトシティと政策での取り上げられ方、都市計画と公衆衛生分野の接点の検討、健康まちづくりに向けたシナリオ分析フローなどが紹介された。また、新型コロナウイルスで生じた様々な変化が健全な都市構造を壊す複数の要因を生じており（コンパクトシティへの風評被害や公共交通集客パワーや人出の減少）、アフターコロナのまちづくりに必要な方向性も併せて考えていくことが重要であることが示された。

③ **社会関係資本・健康まちづくり**：健康を重視した都市政策、指標を活用したまちづくりの展開（中村氏の話題提供）について検討した。健康を重視する都市政策の国際的・歴史的変遷をベースに、ヘルシー・シティ実現のための年の健康指標・健康決定要因や価値を共有する都市計画の重要性が示された。住民の健康水準向上には保健医療部門だけでなく、社会経済、居住環境などすべての部門が係わることに意味があり、各領域の変数間の関連の例が紹介され、議論を深めた。

④ **認知症の人を支える家族への支援と社会的包摂**：認知症を知り、認知症の人の生活状況と感じ方を知り、認知症の周囲の人の感じ方と反応を知ることの重要性と、そこから認知症の共生と社会的包摂への探索が始まることについて、認知症カフェの取組みを通じて示された（山田（裕）氏による話題提供）。認知症の中核症状と周辺症状

（BPSD）の見分け方、日本における認知症施策の方向性、オレンジカフェ今出川の試みと効果の実際をもとに議論を深めた。

⑤ **IT 活用**：福岡県における IT を活用した診療サポート事例よび今後の医療提供体制構

築（二次医療圏別）の基礎調査（林田、村上氏の話提供）をもとに議論した。ITを活用した診療サポート事例については、福岡県医師会診療情報ネットワーク「とびうめネット」の運用の実際について、かかりつけ医と救急搬送のあり方が示され、データの持ち方・解析結果共有などの詳細につき議論がなされた。今後、「高齢者にやさしいコミュニケーションおよび情報に関するチェックリスト」について検討予定である。

【令和3年度】

学際的な議論を認知症の人とその家族にやさしい健康まちづくりガイドのコンセプトシートとしてまとめた。

【令和4年度】

認知症の人とその家族にやさしい健康まちづくりガイドのコンセプトシートを発展させたパンフレット「地域共生社会の実現に向けて認知症にやさしい健康まちづくりの提案」を作成した(別添1)。同書をさらに発展させて包括的・学際的視点からまとめ、「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた15の視点」(今中雄一 編著 学芸出版社、発行日2023年3月31日 ISBN 978-4-7615-3290-1)を出版した。全国自治体・官公庁へ配布し、意見交換を行った。

(2)可視化と「予防」：予防・改善のまちづくりに役立つ評価指標の開発

(2)-1. 認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命(“認知症自立余命”)の算出及び見える化

【令和2年度】

認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命を要介護度1・2、認知症自立度1・2の各時点を基準として市町村ごと、及び二次医療圏ごとに算出した。0～85歳時点の5歳刻みで平均余命を算出した。人口の小さな市町村では健康余命は不安定となり実用的ではない。二次医療圏ごとの算出値を中心に検討を進めた。

具体例として、40歳時点、50歳時点、65歳

時点での、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上を不健康とした場合の健康余命は、比較的安定し、社会的意義の上でも、今後重要となる可能性がある。「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」「認知症発症後、重症化のスピードを遅らせる」という概念領域を、具体的に評価する指標として有力な候補指標になると考えられた。

これらの健康余命は、まちづくりに関連する指標体系のコア指標となるであろう。また、まちづくりに関連する指標体系のうち、基礎データとなる公表データを集めデータベースを構築しつつある。本データベースは健康寿命の関連要因の探索の土台となり、また、評価指標体系の基盤ともなるものである。今後、健康余命指標の確立とともに、健康余命の関連要因に係る指標群の同定、各指標間の関係などを解析しながら、認知症諸施策の包括的な評価体系を構築していくことになる。

(2)-3. 認知症高齢者の日常生活自立度を不健康とした認知症自立余命の地域差の要因分析

【令和3年度】

(2)-3-4. 考察

認知症自立余命は、特に男性において居住地の特徴の影響が大きいことが示唆された。具体的に、認知症自立余命と、男女共通の正の関連要因は、認知症サポーター数、短大以上卒業者割合があり、負の関連にはたばこ税収がみられた。また男性に顕著な負の関連として母子世帯割合、完全失業率、女性に顕著な正の関連として人口当たり病院数、第1次産業従事者割合がみられた。これらのうち、まずは介入可能な要因に公衆衛生的アプローチを行い、認知症自立余命の延伸を期する。

【令和4年度】

(2)-4. 認知症施策推進大綱KPIの市町村データと認知症自立余命との関連を調査

本研究で用いた認知症施策推進大綱 KPI 項目の 65 歳以上人口あたりの分布は、正規分布ではなく右下がりの形状であり、0 に近い市町村が多かった。また人口あたりにすると、人口規模が小さな町村では 1 施設あたりの人数が大きくなるため、比較時は注意が必要である。しかしながら、認知症施策推進大綱 KPI 項目は大綱対象期間中に推進されるため、今後、各項目の実施件数等が増え正規分布に近い分布になると期待できる。

認知症自立余命との単回帰で係数が有意にならなかった認知症初期集中支援 サービスに繋がった者に関し、「認知症施策推進大綱 施策の進捗確認 K P I」[5]を参照すると、認知症初期集中支援 サービスに繋がった者の「評価(案)」は S ランクであるが、その前段階の訪問実人数が C ランクとなっている。訪問実人数が低調な理由として、「自治体によって、初期集中支援チームの活動スタイルや地域包括支援センター等の他の連携機関との連携状況、訪問実施体制が異なって」いることが対応件数の差になっている可能性があるとされており、また「新型コロナウイルス感染症の影響によりチームによる実際の訪問が出来なかった可能性がある」と記載されている。このことから、初期対応チームが対応にあたった認知症高齢者については医療または介護サービスにつなげることができているが、初期対応チームが訪問できなかった認知症高齢者については不明のままである。そのため、サービスに繋がった者は実際に医療や介護サービスを必要とする認知症高齢者より少なくなっていると考えられる。今後、初期集中支援チームの活動が盛んになり、サポートを必要とする認知症高齢者が初期対応チームの訪問を受けられるようになれば、認知症自立余命との関連はより強く表れるようになると察せられる。

認知症カフェ数については、KPI/目標の全市町村に普及は「評価(案)」は未達成であるが 2021 年度で 88.4%達成している。2021 年度は「新型コロナウイルス感染拡大予防対策の観点

から全国各地で認知症カフェの中止を余儀なくされた」ことが低調の一因とされている。今後もカフェ開催には慎重になると思われるが、「オンラインによる方法等の実施を促していく」とされており、新しい形態の認知症カフェが増えて活動が活発になることで、認知症自立余命の延伸が期待できると考えられる。

結果・考察のまとめ(各年度)

以下、各年度の結果・考察のまとめ詳細を示す。(参考)

【令和 2 年度】

共生：各領域の専門家が、その領域の深い洞察と経験をインプットし、学際的な専門家が合流して議論することで、「共生」の包括的な概念の具現化に向かって着実に進むことができた。

予防：認知症高齢者の日常生活自立度データを活用して、地域毎の健康余命指標を算出した。この健康余命指標の確立とともに、健康余命の関連要因などの解析をもとに、認知症諸施策の包括的な評価体系を構築していく。

【令和 3 年度】

共生：認知症にやさしいまちづくり指標体系案は SDGs の 17 分類を参照し、9 グループを考案した。指標体系案に沿って地域の各側面の指標を収集・分類し、データベースを作成している。これらデータは、認知症にやさしいまちづくり指標の候補そのものであり、また組み合わせで指標を構成する候補である。

予防：認知症自立余命の要因について、二次医療圏単位で Partial Least Square 回帰モデルを用いた解析を行った。認知症自立余命と、男女共通の正の関連要因には、認知症サポーター数、短大以上卒業割合があり、負の関連にはたばこ税収がみられた。また男性に顕著な負の関連として母子世帯割合、完全失業率、女

性に顕著な正の関連として人口当たり病院数、第1次産業従事者割合がみられた。これらのうち、まずは介入可能な要因に公衆衛生的アプローチを行うことで、認知症自立余命の延伸を期する。具体的には、認知症サポーター活動の更なる活性化や禁煙への取り組み強化、高齢になっても就業できる環境の醸成等が考えられる。

認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命(以降、認知症自立余命とする)は、2017年で二次医療圏を地域の単位とした場合の平均年数は、0歳時で認知症高齢者の日常生活自立度2以上の場合、男性78.97年(SD0.92)、女性83.14年(SD0.71)となった。同、認知症高齢者の日常生活自立度3以上の場合、男性79.97年(SD0.96)、女性85.21年(SD0.72)となった。男性の方が年数が短く、また標準偏差が大きい傾向があった。

また、要介護度を不健康とした健康余命と比較した場合、認知症自立余命(認知症高齢者の日常生活自立度2以上)は要介護1を不健康とした健康余命より少し長く、要介護2を不健康とした健康余命より少し短かった。今後、介護DBを用いて、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度の関連を解析し、さらには介護サービスと認知症自立余命との関連も検討していく。

【令和4年度】

共生：認知症の人とその家族にやさしい健康まちづくりガイドのコンセプトシートを発展させたパンフレット「地域共生社会の実現に向けて認知症にやさしい健康まちづくりの提案」を作成した(別添1)。同書をさらに発展させて包括的・学際的視点からまとめ、「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた15の視点」(今中雄一編著 学芸出版社.発行日 2023年3月31日

ISBN 978-4-7615-3290-1)を出版した。全国自治体・官公庁へ配布し、意見交換を行った。

予防：認知症高齢者の日常生活自立度による健康余命(認知症自立余命とする)は、2017年で市町村(介護保険者)を地域の単位とした場合の平均年数は、0歳時で認知症高齢者の日常生活自立度2以上の場合、男性79.0年(SD1.8)、女性83.2年(SD1.6)となった。同、40歳時の場合、男性40.0年(SD1.3)、女性43.8年(SD1.1)、65歳時の場合、男性17.4年(SD0.9)、女性20.1年(SD0.9)となった。男性の方が年数が短く、また標準偏差が大きい傾向があった。

認知症にやさしいまちづくり指標体系案は、昨年度検証対象とした932項目を再検討し、市町村単位かつ最近のデータが取得できるものについて整理を行い、およそ300項目について京都大学産官学民コンソーシアム“PEGASAS”

(PEGASAS: Open-Innovation Platform of All-area Enterprises, Governments and Academia to Design and Realize Super-Aging Societies)が提唱するHealthy Smart City構造モデルの12領域へ分類を行った。これらデータのうち、各領域から1~10程度データ(計54データ)を選択し、人口あたり等の市町村間で比較可能な指標とし、認知症自立余命を加えて、市町村毎に10パーセントイルにランク付けした。10パーセントイルのランクに基づきレーダーチャートを作成し、市町村の特徴を検討した。

認知症施策推進大綱KPIの市町村データと認知症自立余命との関連は、相関係数は、すべて正の相関であった。認知症施策推進大綱KPIの中では、認知症初期集中支援 保健師等人員計が最も相関係数が大きかった。単回帰係数はいずれも値は小さいながら、ほとんどが認知症自立余命に正に有意の結果となった。男女共に認知症カフェ数が他に比べて係数の値が若干大きく出ていた。また男性は、認知症初期集中支援 保健師等人員計においても係数の値が若干大きく出ていた。一方、認知症初期集中支援

サービスに繋がった者が65歳時以外は有意にならなかった。認知症初期支援チームの対応については、市町村の対応が一様でなかったり、新型コロナウイルス感染症の影響により実訪問が制限されていたことで、サポートを必要とする高齢者に届かなかった可能性がある。

まとめ

【令和2-4年度】

(1)「共生」の概念整理

「共生」の包括的な概念の具現化に向け、多領域の学際的専門家の深い洞察と経験をもとに数年にわたり議論を重ね、認知症の人とその家族にやさしい健康まちづくりガイドのコンセプトシートを発展させたパンフレット「地域共生社会の実現に向けて認知症にやさしい健康まちづくりの提案」を作成した(別添1)。同書をさらに発展させて包括的・学際的視点からまとめ、「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた15の視点」を出版した。全国自治体・官公庁へ配布し、意見交換を行った。「認知症をとりまく状況に加え、Well-beingの産業別要素分解など、フィジカルなものを越えた、あるいはこれと融合したまちのあり方を追い求めていく必要性を一層感じた」、「認知症の予防については、個々の因子でなく多因子へのアプローチが有効であるとの記述に特に共感した」等のフィードバックを得た。

(2)可視化と「予防」：予防・改善のまちづくりに役立つ評価指標の開発

3年間のポイントは以下の通りである：

- ・認知症高齢者の日常生活自立度を不健康として認知症自立余命を、二次医療圏及び市町村で算出した。
- ・認知症自立余命を5分位で色分けし、二次医療圏と市町村でそれぞれ地図に表した。
- ・より効率的にデータ収集・解析が行えるように認知症諸施策の包括的な評価体系を構築する地域レベルの多様な指標のデータベースのデータの体系を再検討した。

・「認知症発症を予防し、認知症発症後、重症化のスピードを遅らせる」ことに役立つ指標として、介護DBの認知症高齢者の日常生活自立度データを活用して開発した健康余命指標(認知症自立度健康余命など)を、各種健康余命とともに、自治体毎や二次医療圏毎に計測した(人口規模の小さな町村でも健康余命を測定できるよう Shrinkage calculation の手法を用いた)。

・認知症諸施策の包括的な評価体系を構築するべく、地域レベルの多様な指標のデータベースを構築した。

・さらに、認知症自立度健康余命などの地域差の要因分析を進めた(地域変数間の共線性・多重共線性の問題を解決すべく Partial Least Square モデル等を活用した)。

・厚生労働省から認知症施策推進大綱 KPI の提供を受けデータベースへ組み込み探索的に解析した。

・地域の介護力の評価に向け「リスク調整済要介護度悪化指標」(OE 値)を市町村別に算出した。

・認知症施策推進大綱 KPI の項目と認知症自立余命との関連を調べた。

E. 結論

(1)「共生」の包括的な概念を具現化するべく、多領域の学際的専門家で議論を重ね、パンフレットにて要点を示し、さらに詳細を「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた15の視点」(今中雄一編著、学芸出版社)に著し、行政等からポジティブなフィードバックが得られた。

(2)「可視化と予防」に関し認知症諸施策の包括的な評価体系を構築するべく、地域レベルの多様な指標のデータベースの構築を進め、全国の市町村で認知症自立度余命(一つの健康余命指標)、リスク調整済要介護度悪化指標(OE 値)などを、自治体毎・二次医療圏毎に計測し、認知症施策推進大綱 KPI 等の地域変数との関係や地域差の要因について探索的な分析結果を得た。

参考文献

【令和2年度】

- [1] 認知症施策推進大綱本文。
認知症施策推進関係閣僚会議。
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>
- [2] Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019.
- [3] Buffel, Tine, and Sophie Handler, eds. Age-friendly cities and communities: A global perspective. Policy Press, 2018.
- [4] WHO. Measuring the Age-Friendliness of Cities: A Guide to Using Core Indicators. 2015.
- [5] WHO. Global age-friendly cities : a guide. 2007.
https://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
- [6] 厚生労働省. 地域包括ケアシステムの構築に関する事例集. 2014.
<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/chiiki-houkatsu/>
- [7] 認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業検討委員会報告書. 平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）. 2014
- [8] AI を活用した、長野県の持続可能な未来に向けた政策研究. 長野県、京都大学こころの未来研究センター、三菱UFJリサーチ&コンサルティング、日立製作所（日立京大ラボ）、2019.
<https://www.pref.nagano.lg.jp/kikaku/kensei/ai/documents/190417aihoukokusyuo-syousai.pdf>
- [9] 住民基本台帳に基づく人口（総務省）
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00200241>
- [10] 人口動態調査（厚生労働省）
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html>
- [11] 匿名介護情報等の提供について（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00033.html
- [12] 医療施設（動態）調査（厚生労働省）
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html>
- [13] 「厚生労働科学研究 健康寿命のページ」
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>
- [14] 平成 27 年市区町村別生命表（厚生労働省）
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/list54-57.html>
- [15] 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0220-7c_0015.pdf

【令和3年度】

- [1] 認知症施策推進大綱本文。
認知症施策推進関係閣僚会議。
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>
- [2] Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>
- [3] 認知機能低下および認知症のリスク低減

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20200410_theme_t22.pdf

[4] 厚生労働省 匿名介護情報等の提供について
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00033.html

[5] 厚生労働科学研究 健康寿命のページ
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>

[6] United Nations, Sustainable Development Goals (THE 17 GOALS)
<https://sdgs.un.org/goals>

[7] English indices of deprivation 2019: technical report
<https://www.gov.uk/government/publications/english-indices-of-deprivation-2019-technical-report>

【令和4年度】

[1] 匿名介護情報等の提供について（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00033.html

[2] 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0220-7c_0015.pdf

[3] 「厚生労働科学研究 健康寿命のページ」
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>

[4] English indices of deprivation 2019 : technical report
<https://www.gov.uk/government/publications/english-indices-of-deprivation-2019-technical-report>

[5] 認知症施策推進関係閣僚会議（第4回）
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/dai4/gjijisidai.html

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

【令和2年度】

1. 内藤 優美, 後藤 悦, 林 慧茹, 原 広司, 佐々木 典子, 今中 雄一. 要介護データを用いた二次医療圏レベルの健康寿命（平均自立期間）の算出および関連要因の探索. 日本医療・病院管理学会誌 2020 年 57 巻 1 号 p. 2-10 発行日: 2020/04/24 公開日: 2020/04/28
DOI <https://doi.org/10.11303/jsha.57.2>
2. 今中雄一. 超高齢社会日本の医療モデルの構築. BIO Clinica 2020;35(10):28-33.
3. 今中雄一. 健康医療介護の未来づくり: 社会的協働. 日本公衆衛生雑誌. 第 67 巻・第 10 号 特別附録 2020 年 10 月 pp56-59

学会発表:

1. Imanaka Y. Design & Restructure Social System for Well-Being. The 2nd Nikkei Super Active Ageing Society Conference – An international conference aiming to resolve the issues of ageing: Panel Session "Health". Tokyo & Online (Hybrid), 16 November 2020.
Program: <https://events.nikkei.co.jp/30016/>
Video Recording (Nikkei Channel):
(Panel Session "Health")
<https://channel.nikkei.co.jp/en20201116saas/2626.html>
2. 今中雄一. 健康(Well-Being)志向の社会システム設計・再構築へ (Design & Restructure Social System for Well-Being). パネルセッション:「健康」(Panel Session: Health). 第2回 超高齢化社会の課題を解決するための国際会議 (The 2nd Nikkei Super Active Ageing Society Conference): 東京, ハイブリッド. 2020年11月16日.
3. 後藤悦, 原広司, 佐伯みか, 森剛志, 斉藤正行, 今中雄一. 通所リハビリテーションにおける Timed Up & Go 維持改善の要因分析. 第79回日本公衆衛生学会総会: 京都, オンライン開催 2020年10月20日-22日
4. 原広司, 後藤悦, 佐伯みか, 村田和男, 田中紀雄, 森剛士, 齋藤正行, 今中雄一. COVID-19 蔓延によるデイサービスの長期欠席が運動機能とADLに及ぼす影響. 第79回日本公衆衛生学会総会: 京都, オンライン開催 2020年10月20日-22日 (最優秀口演賞受賞)
5. 中部貴央, 原広司, 今中雄一. 介護事業所における職員の精神的健康状態と利用者のQOL、組織文化との関連. 第79回日本公衆衛生学会総会: 京都, オンライン開催 2020年10月20日-22日 (口演賞受賞)
6. 林慧茹, 亀山悟, 高柳智美, 池田(園田)紫乃, 高橋新, 一原直昭, 宮田裕章, 今中雄一. 機械学習を用いた医療・介護・健診・所得からの個人将来要介護度予測に関する研究. 第79回

- 日本公衆衛生学会総会: 京都, オンライン開催 2020年10月20日-22日 (優秀口演賞受賞)
7. 山田和輝, 原広司, 津田博史, 田中将之, 中部貴央, 今中雄一. 患者満足度の自然言語処理における感情分析モデルの有効性の検証と判定. 第79回日本公衆衛生学会総会: 京都, オンライン開催 2020年10月20日-22日
 8. 山田和輝, 原広司, 津田博史, 田中将之, 中部貴央, 今中雄一. 満足度調査の自然言語処理による患者が注目する領域の同定. 第58回日本医療・病院管理学会学術総会: 福岡, オンライン開催 2020年10月2-4日.
 9. 今中雄一. 健康医療介護の未来づくり: 社会的協働. 学会長講演. 第79回日本公衆衛生学会総会: 京都, オンライン開催 2020年10月20日 (日本公衆衛生雑誌 67(10) Suppl: 56-59.)

【令和3年度】

1. 後藤悦, 慎重虎, 中部貴央, 今中雄一. 認知症高齢者の日常生活自立度を用いた健康余命の全国諸地域での算出. 第80回日本公衆衛生学会総会: 東京, ハイブリッド 2021年12月21日-23日.
第80回日本公衆衛生学会総会 抄録集 P258.
2. 吉川美佳子, 後藤悦, 慎重虎, 今中雄一. 全国諸地域の健康余命の関連因子: 認知症高齢者の日常生活自立度を用いた健康余命の解析. 第80回日本公衆衛生学会総会: 東京, ハイブリッド 2021年12月21日-23日. 第80回日本公衆衛生学会総会 抄録集 P257.
3. 岡田理沙, 後藤悦, 慎重虎, 佐々木典子, 今中雄一. 認知症グループホーム利用の地域差. 第59回日本医療・病院管理学会学術総会: 東京, オンライン開催 2021年10月29-31日. 日本医療・病院管理学会誌 Vol. 58 Suppl. p 176.
4. Imanaka Y. COVID-19 impact on Japan healthcare system & suggestions of strategic framework for resilient societies. an invited

lecture in "Bridging Japan-UK Online Symposium 2022: Reviewing the pandemic responses in Japan, UK and the rest of the world" (Online) 6 March 2022.

5. Imanaka Y. Transforming COVID-19 Impact into Resilient & "Symbiotic" Health System and Healthy Society. in Post ISQua Highlight International Webinar by Taiwan Healthcare Quality Association. December 21 - December 23, 2021.

6. Imanaka Y. Data-driven Planning for Healthy Cities. [Keynote Speaker] The 9th Global Conference of the Alliance for Healthy Cities. Hong Kong, China Online (4 Nov.) 3-5 November 2021.

7. 今中雄一. 産官学民コンソーシアム"健康・医療・介護視点"の全世代型まちづくり. ウェルエイジング経済フォーラム. 東京、2021年11月23日.

(学際ユニット及び産官学民コンソーシアムとして
エイジテック・アワード優良賞受賞)

<https://www.wellaging-forum.org/general-6>

【令和4年度】

1. Mikako Yoshikawa, Etsu Goto, Jung-ho Shin, and Yuichi Imanaka. Regional disparities in Dementia-free Life Expectancy in Japan: an ecological study, using the Japanese long-term care insurance claims database. *Plos One* 2023;18(5):e0280299. doi: 10.1371/journal.pone.0280299.
2. 武地一 (2023) 「Chapter 1 当事者の不安を和らげる—認知症カフェの実践」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 9-20
3. 山田裕子 (2023) 「Chapter 2 家族の負担に向き合う：認知症の人と家族の葛藤を予防するために」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域

共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 21-32

4. 中部貴央 (2023) 「Chapter 3 コミュニティの中で支え合う：認知症サポーターの可能性」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 33-44
5. 慎重虎 (2023) 「Chapter 4 社会参加の活動をつくる：社会的バリアフリーと世代間交流」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 45-52
6. 原広司 (2023) 「Chapter 5 差別と偏見を予防する：マスメディアと教育の活用」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 53-63
7. 西下陽子・山田文 (2023) 「Chapter 6 “なる前の備え”を促す：成年後見制度の視点から」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 65-76
8. 佐々木一郎 (2023) 「Chapter 7 年金リテラシーを育む：低年金の予防の重要性」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 77-86
9. 國澤進 (2023) 「Chapter 8 医療からのサポート：病型の理解と環境整備」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 87-96
10. 後藤悦 (2023) 「Chapter 9 介護と介護予防に取り組む：暮らし続けられる地域に向けて」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 97-

11. 佐々木典子 (2023) 「Chapter 10 地域包括ケアシステムをひろげる：コミュニティレベルの互助」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 109-119
12. 林田賢史・村上玄樹 (2023) 「Chapter 11 情報をやさしく伝える：コミュニケーションのためのポイント」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 121-132
13. 中村桂子 (2023) 「Chapter 12 健康のインフラを整備する：ウェルビーイング・レジリエンス・データ活用」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 133-140
14. 谷口守 (2023) 「Chapter 13 交通サービスを立て直す：認知症の人も含む利用者目線のユニバーサルデザイン」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 141-150
15. 広井良典 (2023) 「Chapter 14 ウォーカブルなまちをつくる：医療・福祉と交通を統合する発想と実現」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 151-164
16. 今中雄一 (2023) 「Chapter 15 スマートシティと結びつける：全世代にやさしいフレームワークとは」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp. 165-180

上記 2～16 は下記書籍の章となっている。
今中雄一編著，認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向け

た 15 の視点．発行：学芸出版社，2023 年 3 月 31 日発行．ISBN 978-4-7615-3290-1.

17. 後藤悦，慎重虎，中部貴央，今中雄一．認知症高齢者の日常生活自立度を用いた健康余命の全国二次医療圏での算出．厚生指標 2023;70(2):1-8.
18. 岡田理沙，後藤悦，慎重虎，佐々木典子，今中雄一．市区町村別にみた介護保険サービス利用の地域差と関連因子の検討．日本医療・病院管理学会誌 2023;60(2):44-52.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)
なし

表1 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
1	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
2	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	2a 家庭外で上記2の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	2b 家庭外でも上記2の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番が出来ない等
3	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
	3a 日中を中心として上記3の状態がみられる。	着替え、食事、排便・排尿が上手に出来ない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	3b 夜間を中心として上記3の状態がみられる。	ランク3aと同じ
4	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、介護を必要とする。	ランク3と同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を筆よとする	譫妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-att/2r9852000002iavi.pdf>

表2 二次医療圏：認知症自立余命[年]

2017年		自立度2以上			自立度3以上		
		0歳時	40歳時	65歳時	0歳時	40歳時	65歳時
男性	平均値	78.97	39.94	17.33	79.97	40.96	18.44
	標準偏差	0.92	0.79	0.55	0.96	0.83	0.57
	3Q	79.64	40.47	17.67	80.65	41.54	18.80
	2Q	78.97	39.92	17.30	79.99	40.95	18.47
	1Q	78.38	39.46	17.01	79.32	40.44	18.11
女性	平均値	83.14	43.72	20.05	85.21	45.81	22.23
	標準偏差	0.71	0.65	0.60	0.72	0.65	0.58
	3Q	83.55	44.09	20.40	85.66	46.21	22.58
	2Q	83.13	43.71	20.02	85.21	45.84	22.26
	1Q	82.72	43.35	19.70	84.77	45.40	21.86

表 3 二次医療圏:分析に検討した変数リスト

人口構成	社会経済的	医療・介護
総人口	完全失業者割合	10万人あたり病院数
可住地面積人口密度	65歳以上就業者割合	10万人あたり一般診療所数
中卒割合	第1次産業就業者割合	10万人あたり歯科診療所数
高卒割合	第2次産業就業者割合	10万人あたり医師数
短大以上卒割合	第3次産業就業者割合	10万人あたり歯科医師数
外国人人口割合	自市区町村内での従業者割合	10万人あたり薬剤師数
年少人口割合	電車通勤割合	老年人口あたり介護老人保健施設定員数
老年人口割合	自動車通勤割合	老年人口あたり介護老人福祉施設定員数
生産年齢人口中女性割合	15歳以上人口あたり市町村民税	老年人口あたり認知症サポーター数
世帯あたり人数	15歳以上人口あたりたばこ税	要支援介護認定者中居宅介護利用者割合
核家族世帯中母子世帯割合	15歳以上人口あたり固定資産税	要支援介護認定者中地域密着利用者割合
単独世帯割合	財政力指数	
未婚割合	第1号被保険者中本人課税割合	
非労働力人口中家事従事者の割合	厚生年金受給権者あたり受給額	
	65歳以上人口あたり厚生年金受給権者数	

表 4 PLS 回帰係数 中心化・標準化した回帰係数のうち絶対値が上位の変数

	変数	回帰係数	中心化・標準化した係数
男性	65歳以上人口あたり認知症サポーター数	0.698	0.136
	短大以上卒割合	0.010	0.130
	核家族世帯中母子世帯割合	-0.117	-0.136
	完全失業者割合	-0.092	-0.138
	15歳以上人口あたりたばこ税	-0.072	-0.196
女性	65歳以上人口あたり認知症サポーター数	0.439	0.083
	短大以上卒割合	0.005	0.063
	第1次産業就業者割合	0.006	0.076
	10万人あたり病院数	0.009	0.064
	15歳以上人口あたりたばこ税	-0.041	-0.107

表 5 認知症自立余命と関連が見られた変数

認知症自立余命との関連		
	正の関連	負の関連
男女共通	認知症サポーター数 短大以上卒業者割合	たばこ税収
男性に顕著		完全失業率 母子世帯割合
女性に顕著	人口当たり病院数 第1次産業従事者割合	

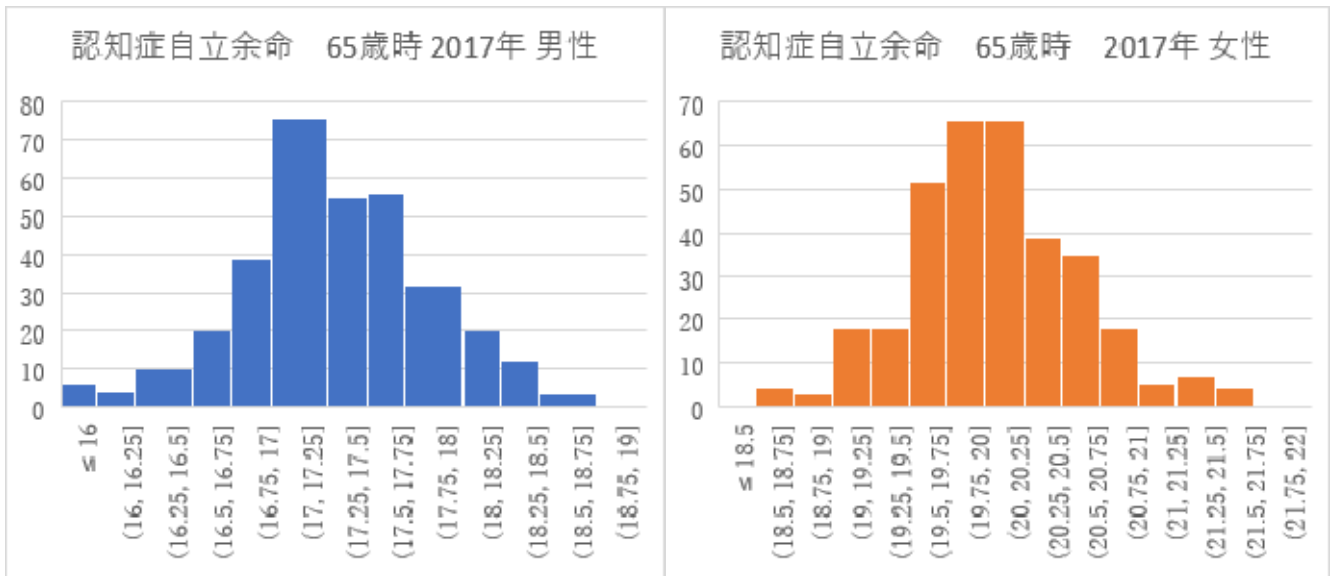


図1 二次医療圏:不健康を自立度2以上とした認知症自立余命ヒストグラム

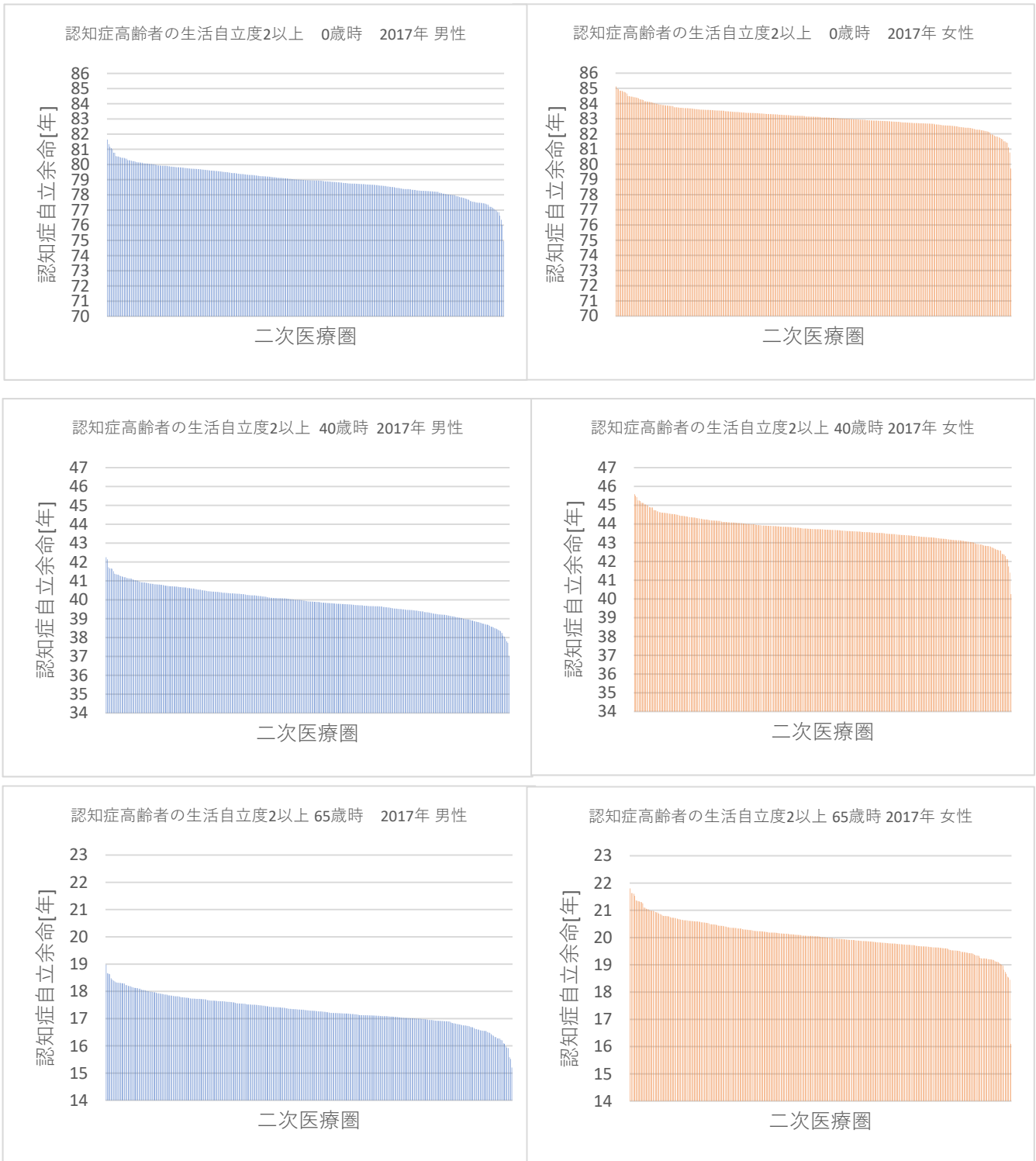


図 2.二次医療圏:

不健康を認知症生活自立度 2 以上とした男女別、0,40,65 歳時の”認知症自立余命”の分布(2017 年)

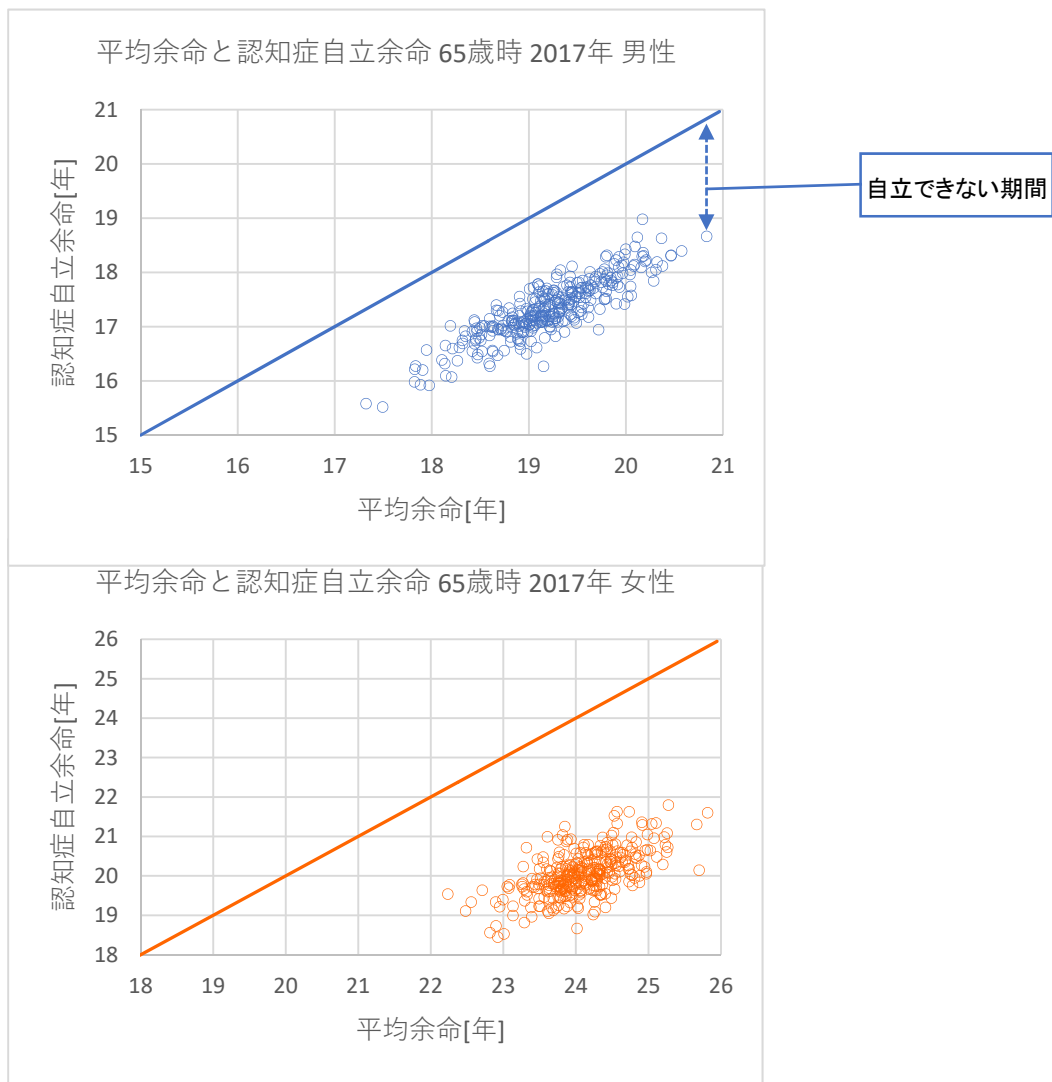


図3 二次医療圏:

不健康を認知症生活自立度 2 以上とした”認知症自立余命”と平均余命の比較(2017 年)

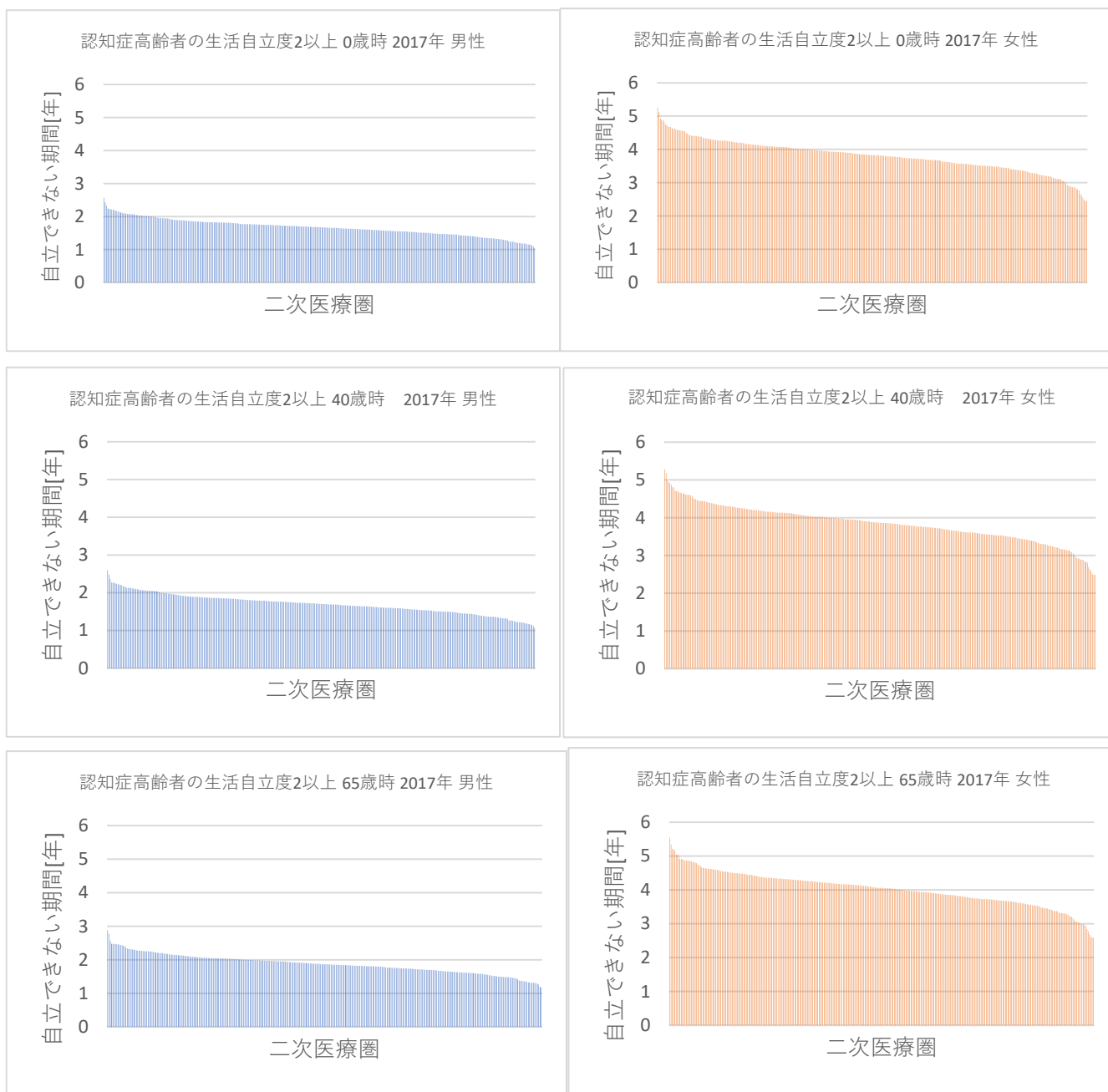


図4 二次医療圏別：
不健康を認知症生活自立度 2 以上とした「認知症自立余命」と平均余命の差(2017 年)

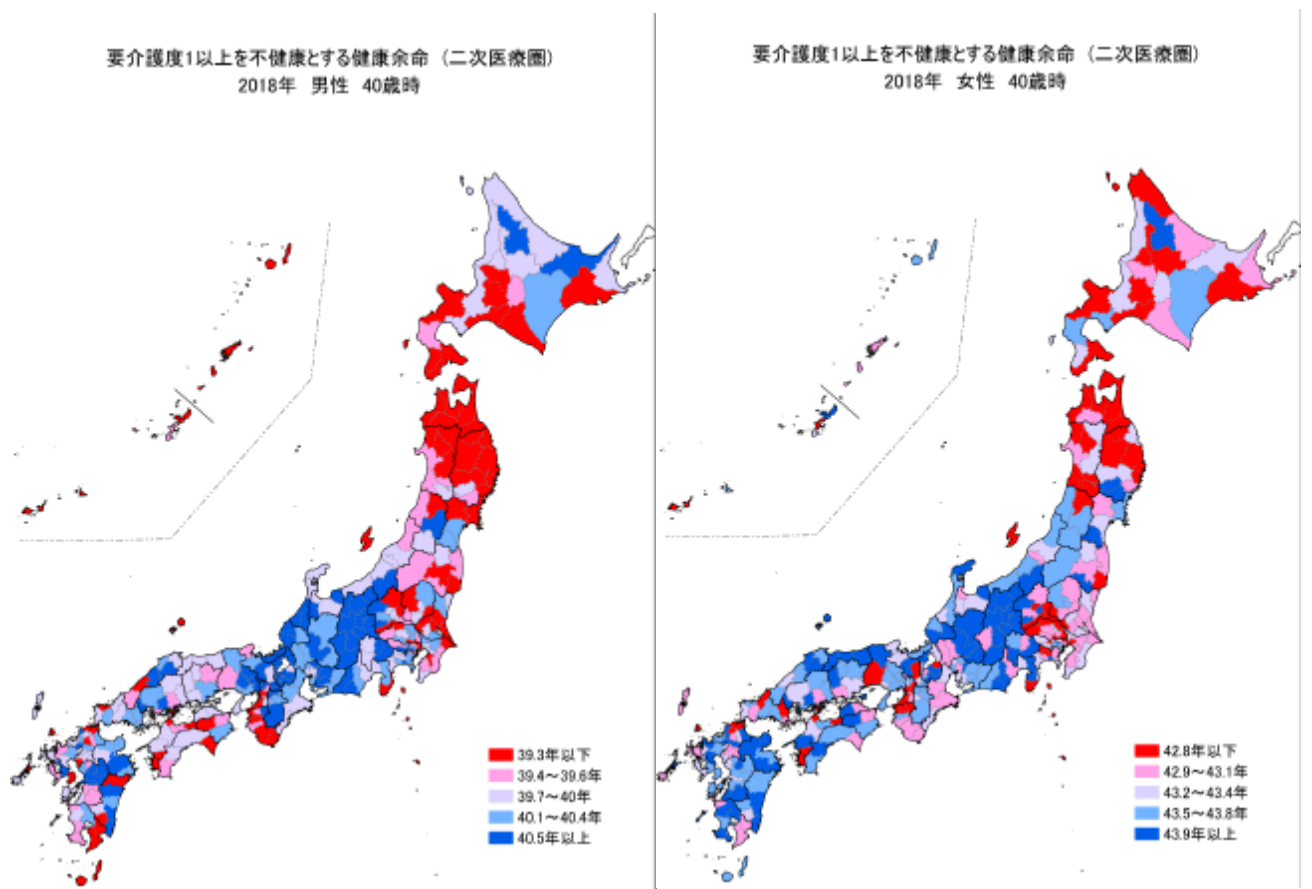


図5 要介護度を不健康とした健康余命（2018年）

不健康を認知症高齢者の生活自立度2以上とした認知症自立余命（二次医療圏）
2017年 男性 40歳時

不健康を認知症高齢者の生活自立度2以上とした認知症自立余命（二次医療圏）
2017年 女性 40歳時

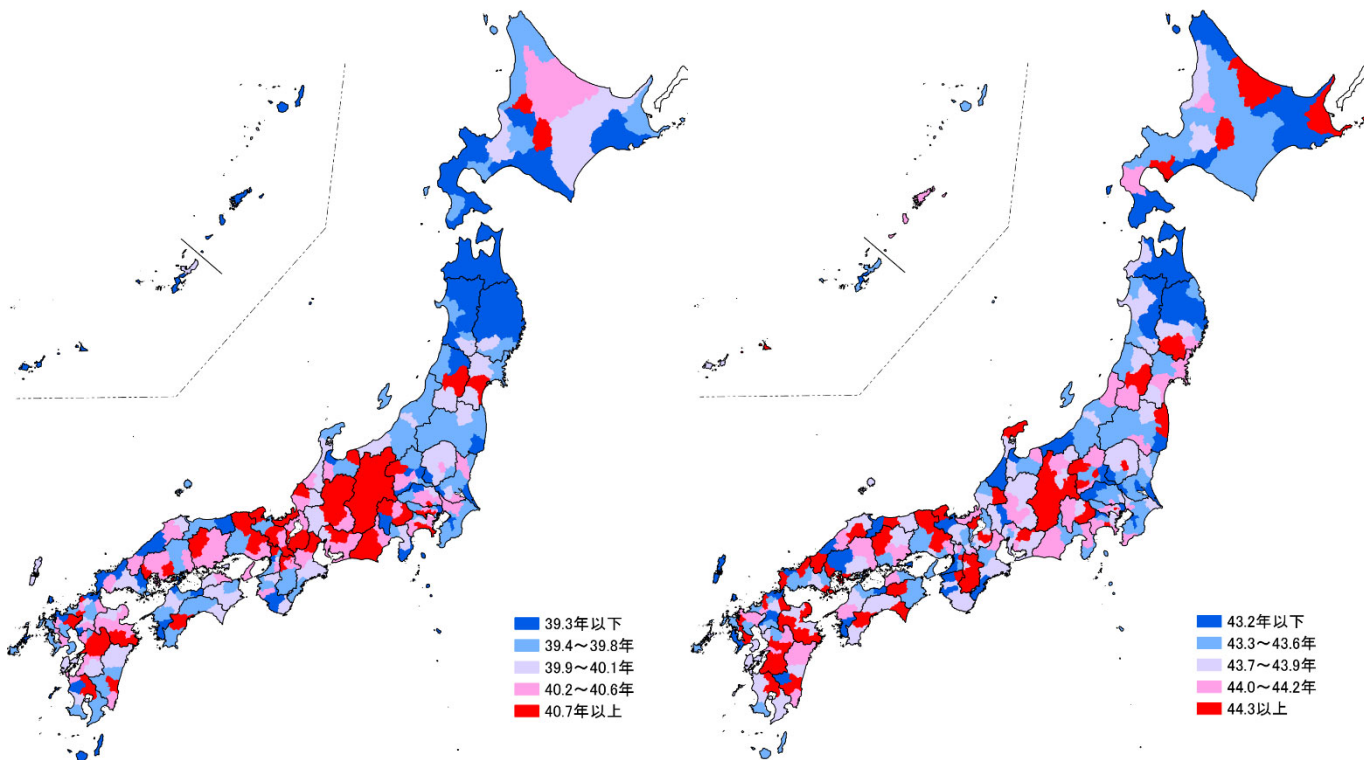


図6 認知症自立余命（2017年）

不健康を認知症高齢者の生活自立度2以上とした認知症自立余命の割合（二次医療圏） 不健康を認知症高齢者の生活自立度2以上とした認知症自立余命の割合（二次医療圏）
 2017年 男性 40歳時 2017年 女性 40歳時

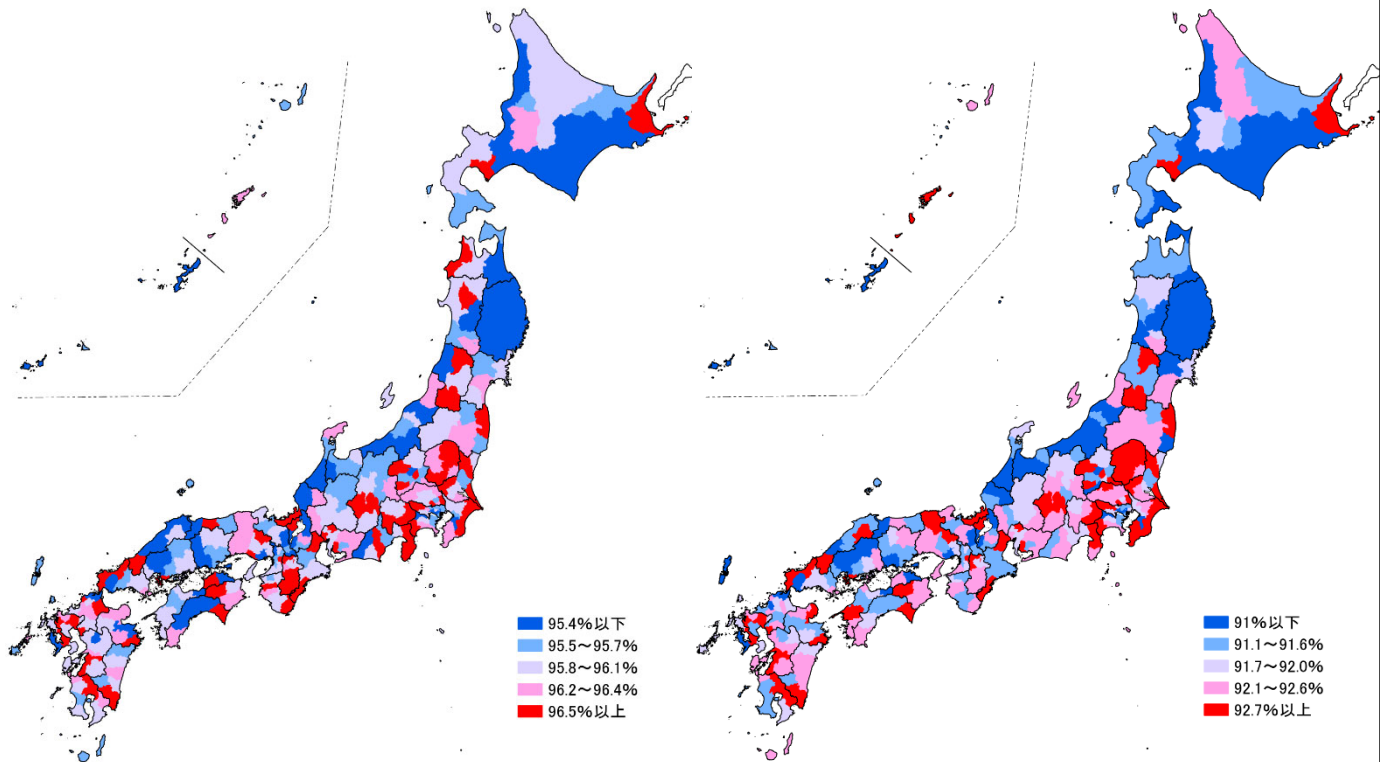


図7 認知症自立余命が平均余命に占める割合（2017年）

収集・構築した評価指標・評価指標候補データベースのデータ項目



- ### 医療サービス
- 医師数
 - 看護師数
 - コメディカル
 - 医療機関数
 - 病床数
 - 救急搬送
 - 患者紹介率
 - 特定健診
 - 先進医療
 - かかりつけ医
 - 医療介護連携
 - 母子保健
 - 等

- ### 介護サービス
- 地域包括支援センター
 - 地域ネットワーク
 - 地域ケア会議
 - 社会福祉協議会
 - 医療・介護連携
 - 疫学調査
 - 介護サービス利用実態
 - 介護施設数
 - 介護職員数
 - 介護予防の取り組み
 - 健康寿命
 - 社会福祉協議会
 - 障害者
 - 第1号被保険者数
 - 総合事業対象者数
 - 等

- ### 認知症関連
- 見守りネットワーク
 - 認知症カフェ
 - 認知症ケアパス
 - 認知症リハ
 - 認知症疾患医療センター
 - 認知症初期集中支援
 - 認知症対応プログラム
 - 認知症対応力向上研修
 - 認知症地域支援推進員
 - 意思決定支援ガイドライン
 - チームオレンジ
 - 認知症対応力向上研修ヘルプカード
 - 地域密着型サービス
 - 成人後見
 - 等



- ### 教育
- 幼稚園・保育園
 - 小中高等学校
 - 大学・専門学校
 - 生涯学習
 - e-ラーニング
 - 各種学校
 - 生涯学習
 - 通信講座
 - 学習室
 - 文化資源
 - 図書館/体育館
 - 運動/食事
 - 子育て
 - 遊び場/児童公園
 - 認知症対応力向上研修
 - 等



- ### 社会関係資本
- インフラ整備
 - 市民活動
 - 支え合い
 - 自治会
 - 住民参加
 - 声かけ
 - 相談相手
 - 男女雇用
 - 地域のつながり
 - 地域への愛着
 - 地域活動
 - 地域支援推進員
 - 地域福祉活動
 - 地域包括支援センター
 - 町内会
 - 認知症カフェ
 - 認知症サポーター
 - 等



- ### 産業
- 事業所数
 - 産業別収支
 - 産業別就業者
 - 企業
 - 融資/貸付
 - サポートステーション
 - 工業生産
 - 出荷額
 - 販売額
 - ICT/IT/IoT/AI
 - 産業連関表
 - 観光客
 - 観光収入
 - インターネット利用
 - シルバー人材
 - 消費者安全確保協議会
 - 消費者支出
 - 等

- ### 第1次産業
- 農業者従事者
 - 高齢者就業
 - 農産物
 - 農家
 - 農園
 - 農業/畜産/水産業
 - 等



- ### セイフティネット
- 保険
 - 年金
 - 生活保護
 - 移動支援
 - 就労支援
 - 民生委員
 - NPO,NGO団体
 - 母子保健
 - 虐待防止
 - 等



- ### 多様性
- 人口
 - 世帯形態
 - 子供の数
 - 男女雇用
 - 障害者就労
 - 生涯学習
 - e-ラーニング
 - 母子保健
 - 地域ネットワーク
 - 地域包括支援センター
 - インターネット利用
 - シルバー人材
 - 人権
 - 相談窓口
 - 市民活動
 - 等



- ### 都市
- 人口
 - 世帯形態
 - 子供の数
 - 上下水道
 - バリアフリー
 - 公共交通
 - 自動運転
 - バス/電車
 - アクセス時間
 - 交通事故



- 地区整備
- 道路長
- 景観保全
- 都市計画
- 気候
- 耐震/防火
- 道路舗装
- 河川改修
- 等

- ### 行政政治
- 成年後見
 - 施策
 - 行政からの情報
 - 公共料金
 - 災害対策
 - 少子化対策
 - まちのイメージ
 - 活気
 - 住民意識
 - まちへの愛着
 - 人権
 - 火災
 - 消防団
 - AED
 - 防災
 - 苦情
 - 市政
 - 市民活動
 - NPO
 - 行政サービス
 - 相談窓口
 - 法テラス
 - 等

図8 収集・構築した評価指標・評価指標候補データベースの項目

因子2の Loading (説明変数の R²: 19.8%)

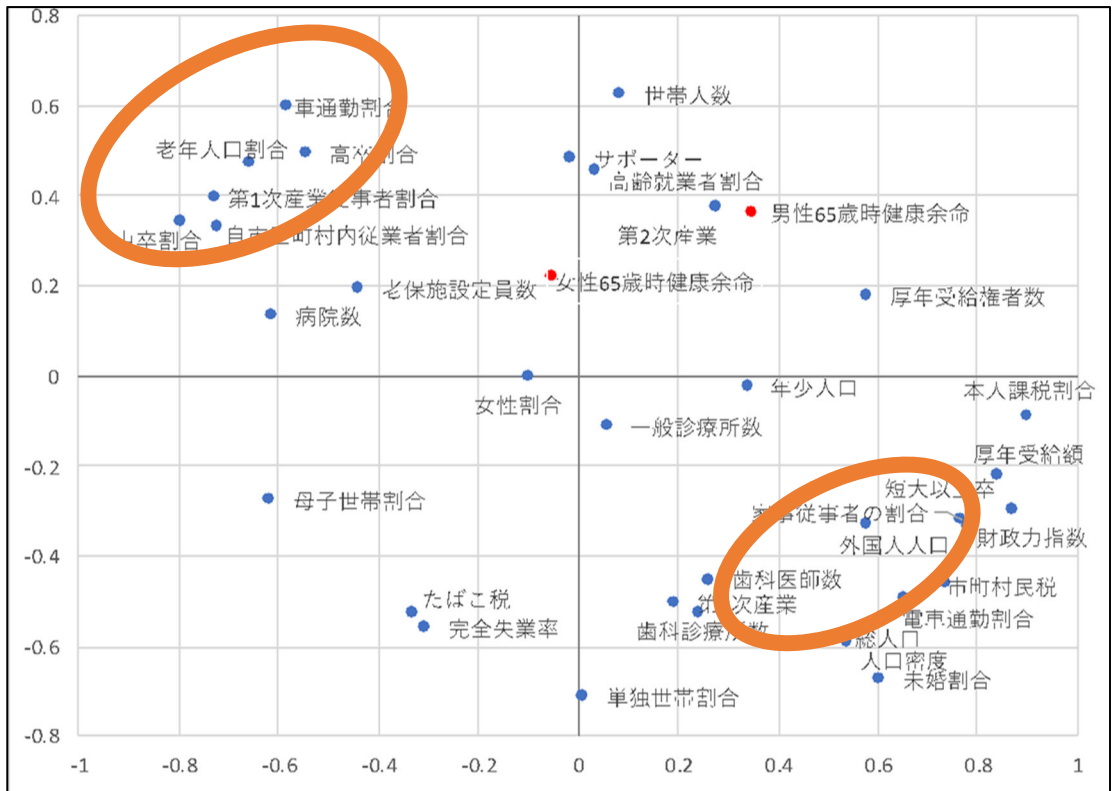


図9 PLS 負荷量散布図(潜在因子1と2)

因子1…人口、人口密度が高く、短大以上卒業者割合が高い

因子2…老年人口や自動車通勤者割合が高く、単独世帯割合が低い

【令和4年度】

表1 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
1	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
2	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
2a	家庭外で上記2の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
2b	家庭外でも上記2の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番が出来ない等
3	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
3a	日中を中心として上記3の状態がみられる。	着替え、食事、排便・排尿が上手に出来ない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
3b	夜間を中心として上記3の状態がみられる。	ランク3aに同じ
4	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、介護を必要とする。	ランク3に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を筆よとする	譫妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1-att/2r9852000002iavi.pdf>

表 2 認知症施策推進大綱 KPI の主な項目(市町村別データ)

認知症施策推進大綱 KPI	設問	数値 データ
KPI11 普及啓発、本人発信支援	1_ケアパスの作成状況	
KPI11 普及啓発、本人発信支援	3_情報連携ツールの作成状況	
KPI11 普及啓発、本人発信支援	4_クリティカルパスの作成状況	
KPI17 普及啓発、本人発信支援	問 1_本人ミーティングの実施有無	
KPI17 普及啓発、本人発信支援	問 2_ピアサポーターの実施有無	
KPI18 普及啓発、本人発信支援	問 1_周知の実施	
KPI18 普及啓発、本人発信支援	問 2_ア_窓口の種別_地域包括支援センター	
KPI18 普及啓発、本人発信支援	問 2_イ_窓口の種別_認知症疾患医療センター	
KPI18 普及啓発、本人発信支援	問 2_ウ_窓口の種別_その他	
KPI27 認知症地域支援推進員	問 4_認知症地域支援推進員の人数	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 6_認知症地域支援推進員の1週間あたりの配置日数(平均値)	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 7_認知症地域支援推進員のうち専従人数	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 8_認知症地域支援推進員のうち常勤人数	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_医師	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_保健師	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_看護師	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_作業療法士	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_精神保健福祉士	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_社会福祉士	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_介護福祉士	○
KPI27 認知症地域支援推進員	問 9_職種_介護支援専門員主任介護支援専門員	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 2.1_訪問実人数	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 2.2_訪問延べ件数	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 2.3_初動日数	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.1_サービスに繋がっていない者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.1_ア_両方に繋がっていない者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.1_イ_医療のみに繋がっていない者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.1_ウ_介護のみに繋がっていない者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.2_サービスに繋がった者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.2_ア_医療・介護サービスの両方に繋がった者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.2_イ_医療サービスのみに繋がった者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.2_ウ_介護サービスのみに繋がった者	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 3.3_サービスに繋がった人の割合	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 4_支援チーム数	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.1_保健師	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.2_看護師	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.3_作業療法士	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.4_精神保健福祉士	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.5_社会福祉士	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.6_介護福祉士	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5.7_介護支援専門員主任介護支援専門員	○
KPI30 認知症初期集中支援	問 5_チーム員医師	○
KPI43 認知症カフェ	問 2_認知症カフェの設置数	○

表 3 認知症自立余命との関連を調べた項目

認知症施策推進大綱 KPI	設問
KPI27 認知症地域支援推進員	問 4 認知症地域支援推進員の人数
KPI30 認知症初期集中支援	問 3_2 サービスに繋がった者
KPI30 認知症初期集中支援	問 5 保健師等人員の計
KPI43 認知症カフェ	問 2 認知症カフェの設置数

表 4 記述統計：市町村(介護保険者)別、認知症自立余命[年]

2017 年	男性			女性		
	0 歳時	40 歳時	65 歳時	0 歳時	40 歳時	65 歳時
平均値	79.0	40.0	17.4	83.2	43.8	20.1
標準偏差	1.8	1.3	0.9	1.6	1.1	0.9
1Q	78.2	39.4	16.9	82.5	43.2	19.6
2Q	79.0	40.0	17.3	83.2	43.7	20.0
3Q	79.9	40.7	17.8	84.0	44.4	20.5
市町村数	1,552	1,552	1,552	1,555	1,555	1,555

No.	PEGASAS領域名	データ	データ出典
		広場公園 箇所、面積(ha) 緑道 箇所、面積(ha) カントリーパーク 箇所、面積(ha) 都市公園合計 箇所、面積(ha) 契約市民緑地 箇所、面積(ha) 認定市民緑地 箇所、面積(ha) 都市公園+市民緑地合計 箇所、面積(ha) 都市計画区域人口(千人) カントリーパーク人口(千人) 都市計画区域・カントリーパーク人口(千人) 1人当り公園面積(m ² /人) 都市公園内の教養施設等整備現況_図書館 都市公園内の教養施設等整備現況_陳列館 都市公園内の教養施設等整備現況_集会所 都市公園内の教養施設等整備現況_野外劇場 都市公園内の教養施設等整備現況_植物園 都市公園内の教養施設等整備現況_温室 都市公園内の教養施設等整備現況_動物園 都市公園内の教養施設等整備現況_水族館 都市公園内の教養施設等整備現況_体験学習施設 都市公園内の教養施設等整備現況_天体・気象観測施設 都市公園内の教養施設等整備現況_自然生態園 都市公園内の教養施設等整備現況_野鳥観察所 都市公園内の教養施設等整備現況_その他の教養施設 都市公園内の教養施設等整備現況_合計 ウォークアブル推進都市 バス停数 道路の種類: 徒歩道 歩道設置道路実延長 小売業事業所数 小売業年間商品販売額 小売店数 飲食料品小売店数 飲食店数 大型小売店数 百貨店、総合スーパー数	都市公園データベース ウォークアブルポータルサイト 国土数値情報 Esri公共地図 国土数値情報 国土数値情報 経済センサス-活動調査 経済構造実態調査、経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査
10	Information and Communication	調査中	
11	Nurturing and Education	保育所等数(基本票) 公営保育所等数(基本票) 最寄りの保育所までの距離が100m未満の住宅に住んでいる普通世帯数 最寄りの保育所までの距離が100~200m未満の住宅に住んでいる普通世帯数 最寄りの保育所までの距離が200~500m未満の住宅に住んでいる普通世帯数 最寄りの保育所までの距離が500~1000m未満の住宅に住んでいる普通世帯数 最寄りの保育所までの距離が1000m以上の住宅に住んでいる普通世帯数 幼稚園数 幼稚園在園者数 小学校数 小学校教員数 小学校児童数 中学校数 中学校教員数 中学校生徒数 義務教育学校数 義務教育学校教員数 高等学校数 高等学校生徒数	社会福祉施設等調査 社会福祉施設等調査 住宅・土地統計調査報告 住宅・土地統計調査報告 住宅・土地統計調査報告 住宅・土地統計調査報告 住宅・土地統計調査報告 住宅・土地統計調査報告 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書 学校基本調査報告書
12	Learning and Augmented Skills	教育用コンピュータ台数 事業所数(民営)(教育、学習支援業) 従業者数(民営)(教育、学習支援業) 売上金額(民営)(教育、学習支援業) 付加価値額(民営)(教育、学習支援業) 教育費(市町村財政) 社会教育費(市町村財政) 美術館 資料館、記念館、博物館、科学館 図書館 水族館 動植物園	学校における教育の情報化の実態等に関する調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 経済センサス-活動調査 地方財政統計年報、市町村別決算状況調 地方財政統計年報、市町村別決算状況調 国土数値情報 国土数値情報 国土数値情報 国土数値情報

表 6 記述統計：認知症施策推進大綱 KPI の項目※

	認知症初期対応_サービスに繋がった者	初期集中支援、保健師看護師等人数計	認知症地域支援推進員	認知症カフェ数
平均値	54.3	145.2	85.6	48.1
標準偏差	187.7	410.5	333.8	170.2
1Q	0.0	24.5	15.7	11.3
2Q	13.7	57.0	33.1	23.1
3Q	44.5	120.9	71.2	44.3
市町村数	1740	1740	1740	1740

※すべて 65 歳以上人口 10 万人あたり

表 7 相関係数：認知症施策推進大綱 KPI の項目※

	男性				女性			
	認知症初期対応_サービスに繋がった者	初期集中支援、保健師看護師等人数計	認知症地域支援推進員	認知症カフェ数	認知症初期対応_サービスに繋がった者	初期集中支援、保健師看護師等人数計	認知症地域支援推進員	認知症カフェ数
0 歳時	0.015	0.216**	0.155**	0.054*	0.023	0.154**	0.123**	0.140**
40 歳時	0.030	0.274**	0.192**	0.142**	0.061*	0.264**	0.187**	0.193**
65 歳時	0.083**	0.202**	0.174**	0.151**	0.079**	0.185**	0.142**	0.143**

※すべて 65 歳以上人口 10 万人あたり

** .1% 水準で有意 (両側)。

* .5% 水準で有意 (両側)。

表 8 単回帰係数：認知症施策推進大綱 KPI の項目※

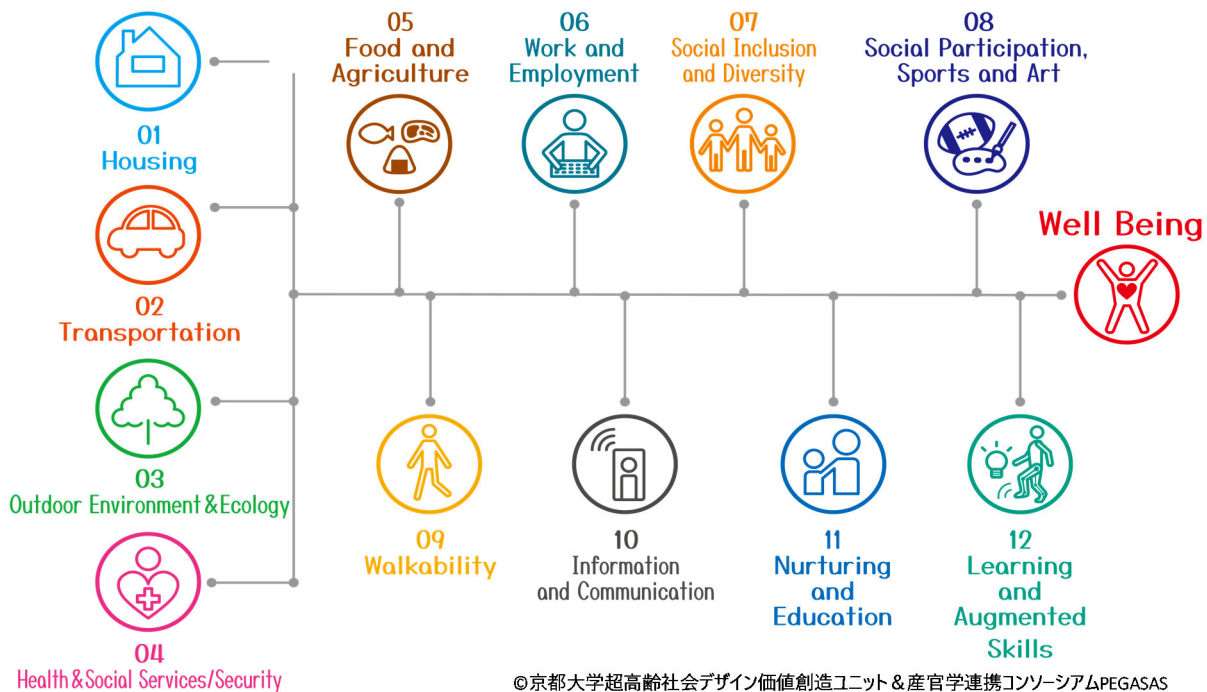
	男性				女性			
	認知症初期対応_サービスに繋がった者	初期集中支援、保健師看護師等人数計	認知症地域支援推進員	認知症カフェ数	認知症初期対応_サービスに繋がった者	初期集中支援、保健師看護師等人数計	認知症地域支援推進員	認知症カフェ数
0 歳時	0.0003	0.0014**	0.0012**	0.0007*	0.0004	0.0009**	0.0008**	0.0013**
40 歳時	0.0004	0.0013**	0.0011**	0.0013**	0.0008*	0.0011**	0.0009**	0.0012**
65 歳時	0.0004**	0.0005**	0.0006**	0.0009**	0.0003**	0.0004**	0.0005**	0.0007**

※すべて 65 歳以上人口 10 万人あたり

** .1% 水準で有意 (両側)。

* .5% 水準で有意 (両側)。

PEGASASが考えるHealthy Smart Cityの構造モデル



©京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニット & 産官学連携コンソーシアムPEGASAS

産官学民コンソーシアムPEGASAS <http://pegasas.umin.jp/>

京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニット <http://super-ageing.kyoto-u.ac.jp/>

図1 PEGASAS が考える Healthy Smart City の構造モデル

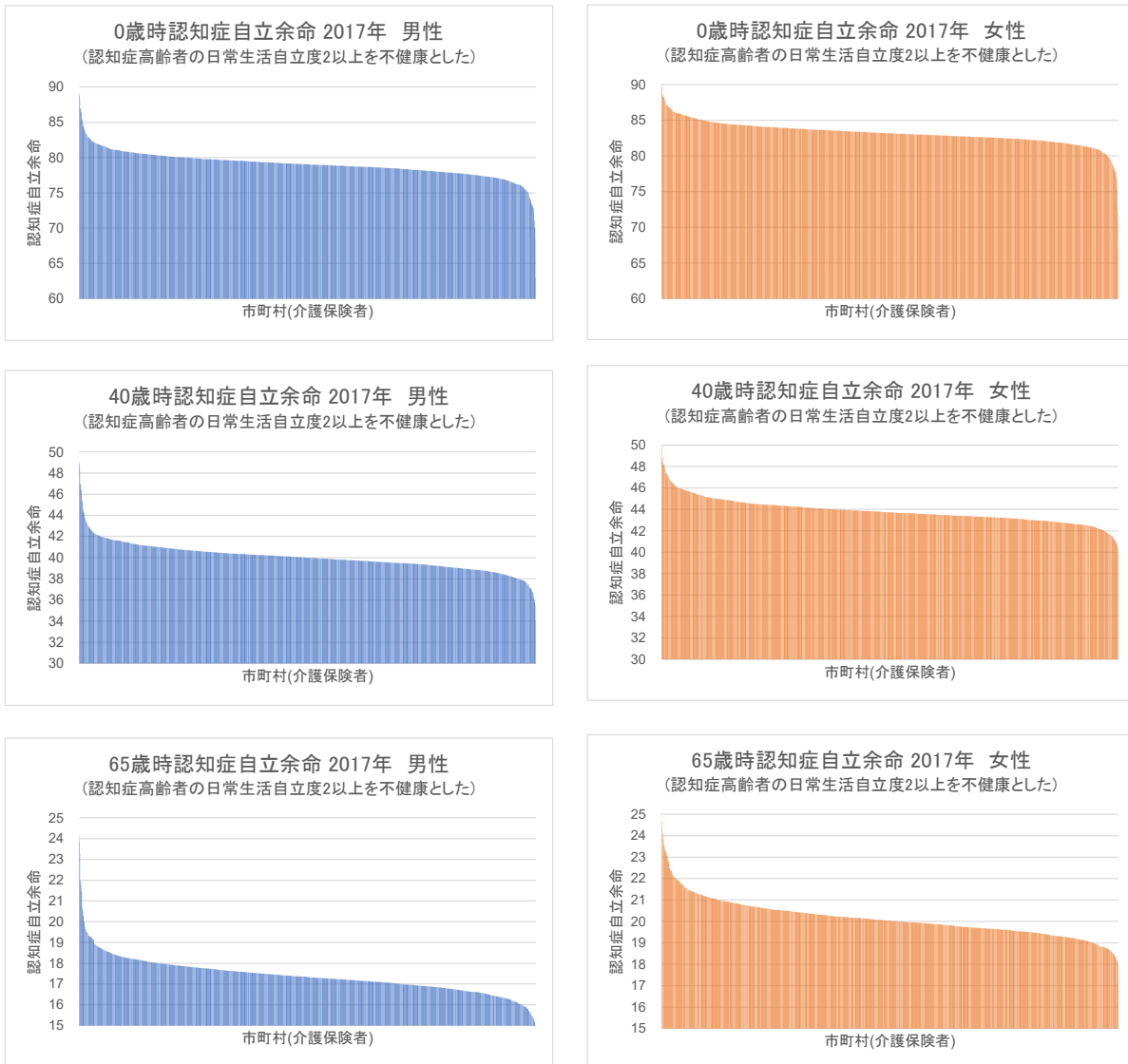


図2 市町村(介護保険者)別、認知症高齢者の日常生活自立度2以上を不健康とした認知症自立余命の分布(2017年)

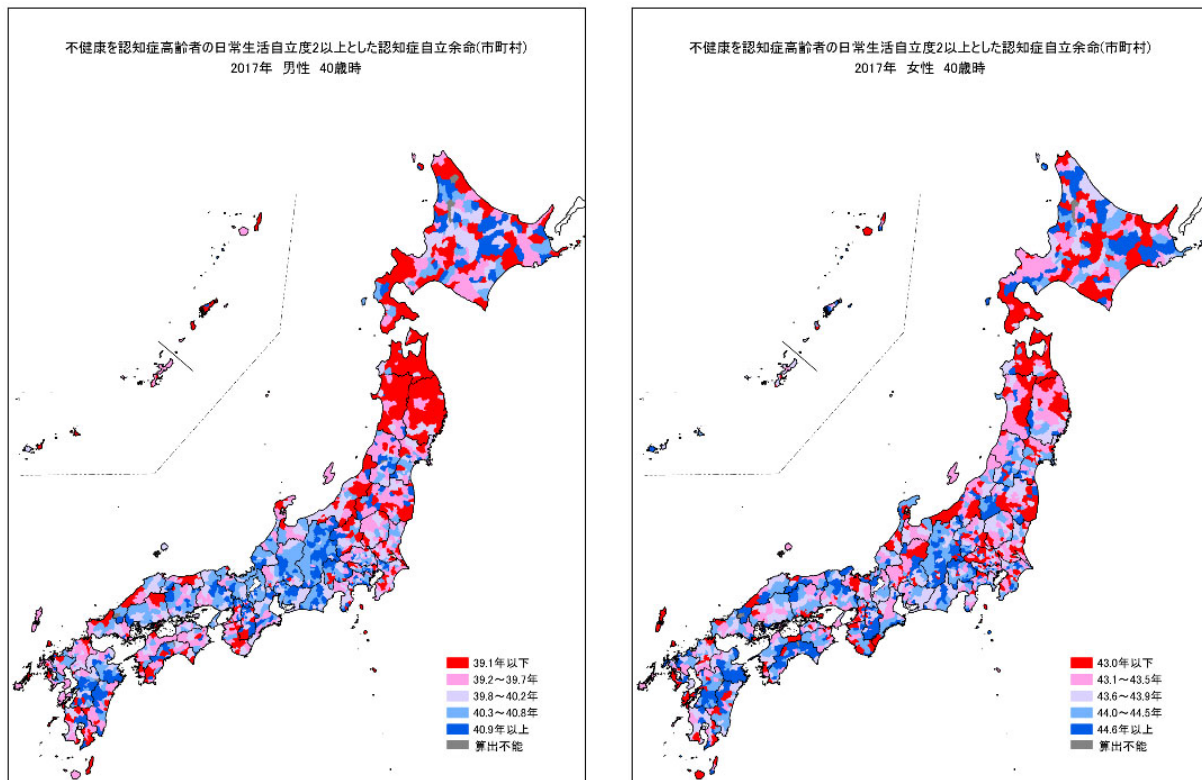
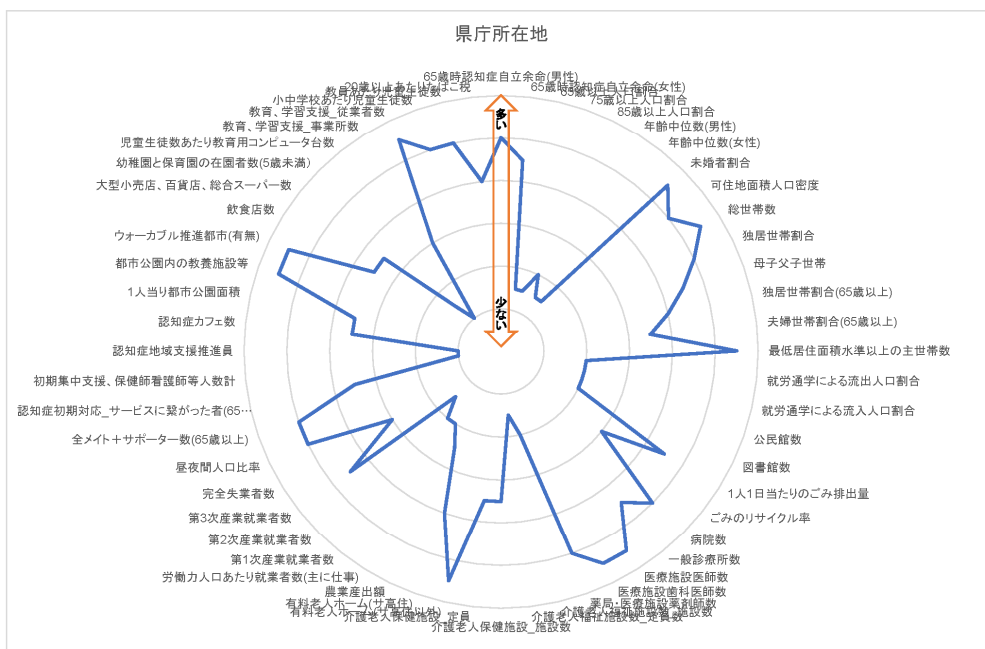
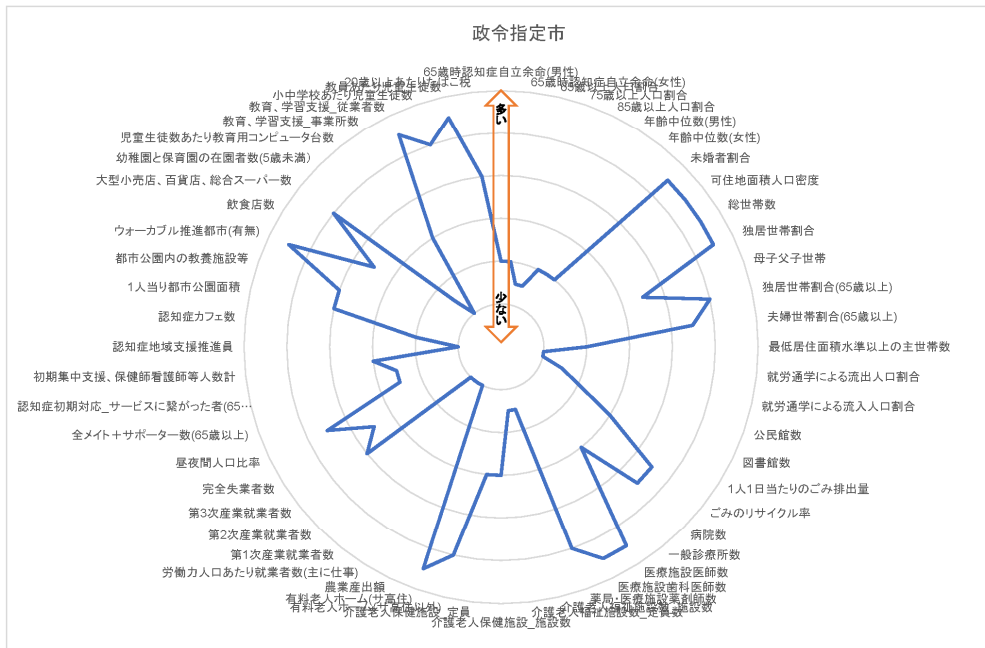
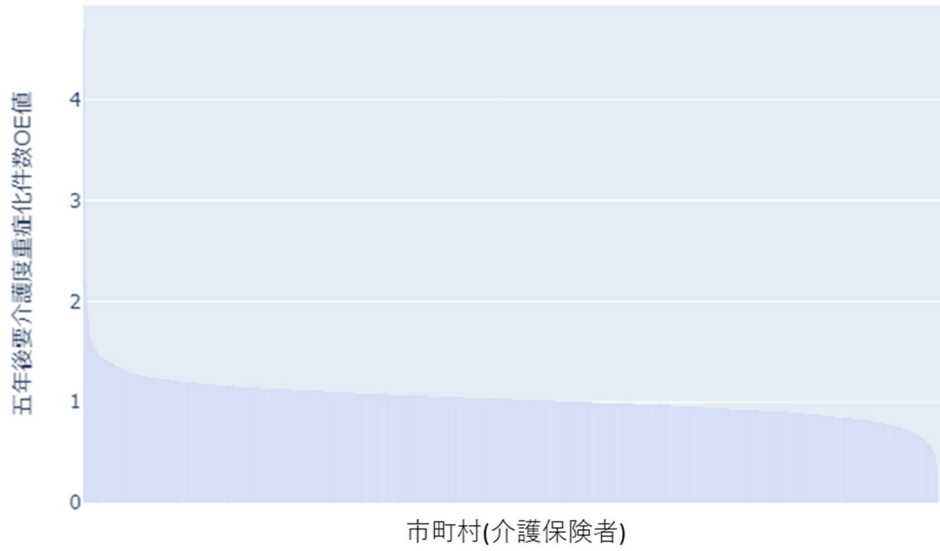


図3 市町村(介護保険者)別、認知症高齢者の日常生活自立度2以上を不健康とした40歳時の認知症自立余命の分布(2017年)



要介護1の五年後要介護度重症化有無件数OE値（年齢、性別調整済み）



要介護4の五年後要介護度重症化有無件数OE値（年齢、性別調整済み）

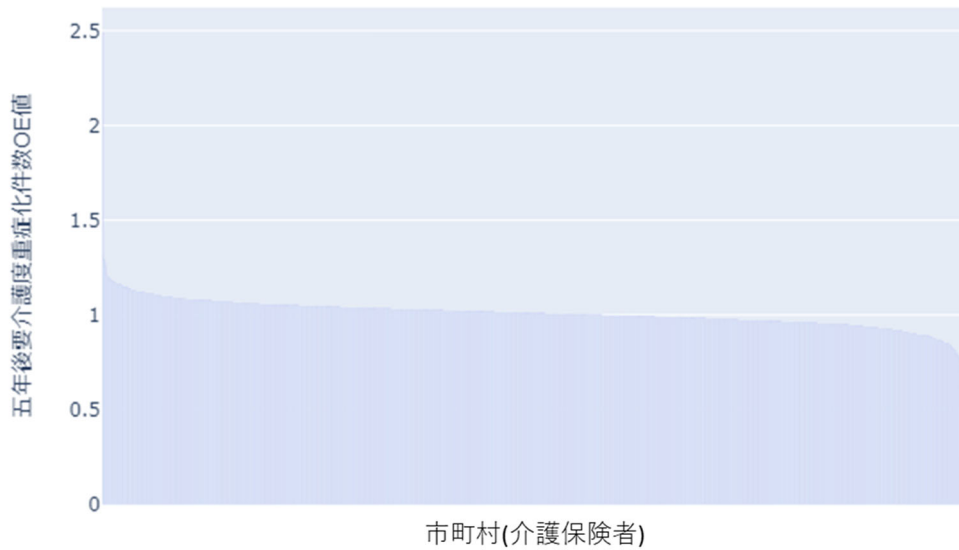
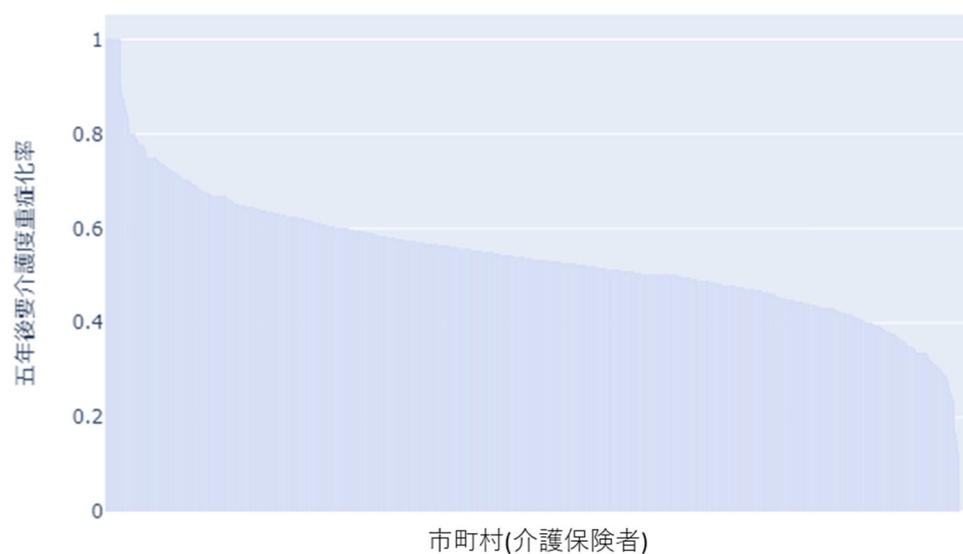


図5 要介護度重症化件数のOE値（年齢、性別調整済）

要介護1の五年後要介護度重症化有無_重症化率



要介護4の五年後要介護度重症化有無_重症化率

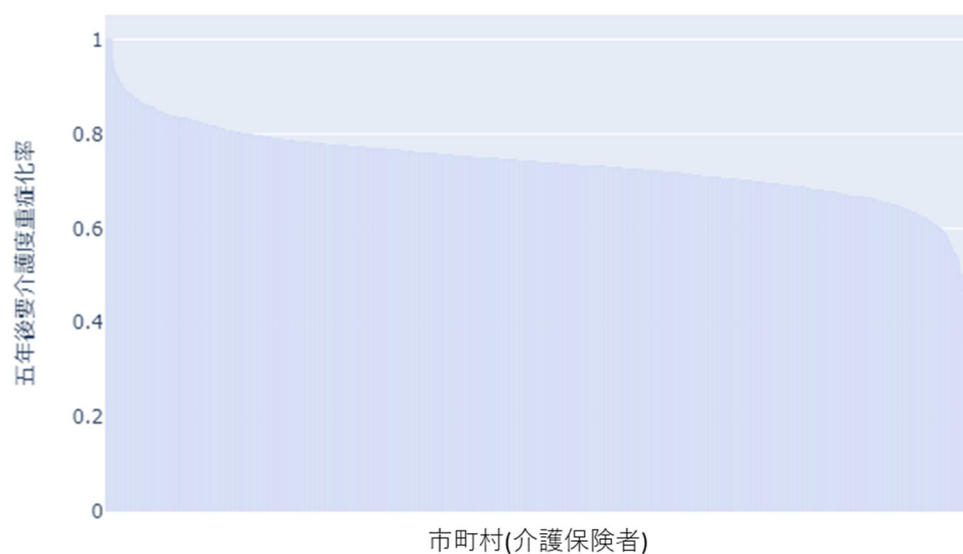
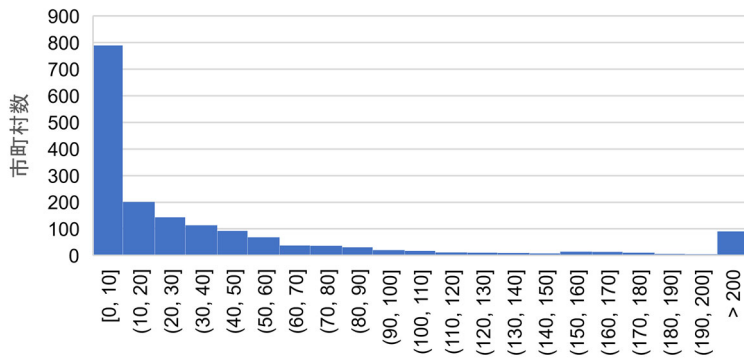
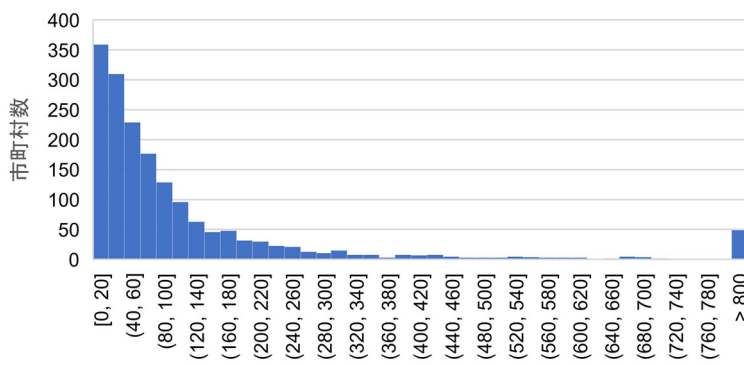


図6 要介護度別の五年後要介護度重症化率のグラフ

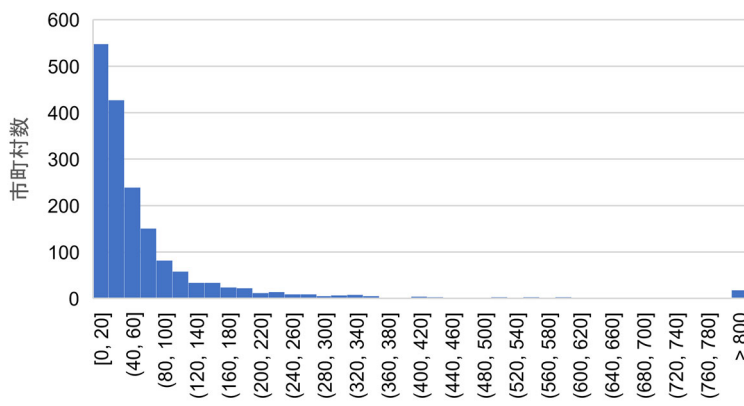
65歳以上人口あたり認知症初期対応_サービスに繋がった者



65歳以上人口あたり初期集中支援、保健師看護師等人数計



65歳以上人口あたり認知症地域支援推進員



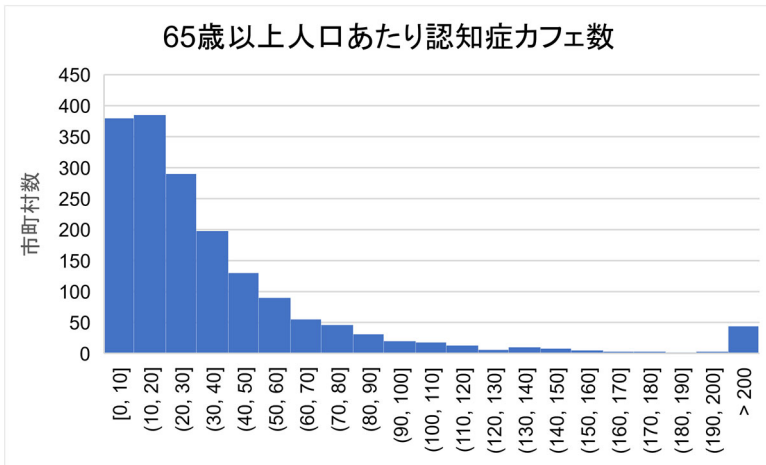


図 7 認知症施策推進大綱 KPI ヒストグラム

地域共生社会の実現に向けて 認知症にやさしい健康まちづくりの提案(パンフレット)

CONTENTS

- 序説 認知症にやさしい健康まちづくりの提案
- 第Ⅰ部 認知症にやさしい活気あるまちを
どうつくるか**
- 第1章 認知症カフェのこれまでとこれから
第2章 葛藤から抜け出す:こころの交流
第3章 認知症サポーター:楽しみながら人を支える、支えられる
第4章 世代間交流で社会参加を充実させよう
第5章 教育とマスメディアを活用しよう
- 第Ⅱ部 医療・介護・福祉・年金:
社会保障制度を活用しよう**
- 第1章 認知症になる前に:成年後見制度を再考する
第2章 年金リテラシーを育むには
第3章 医療で解決できることは何か
第4章 認知症施策をどのように生かすか
第5章 地域共生社会を実現できる地域包括ケアシステムへ
- 第Ⅲ部 認知症でも住みやすい
活気あるまちをデザインしよう**
- 第1章 誰も取り残さないデジタル化を実現するには
第2章 誰も取り残さず人々が健康なまちをつくるには
第3章 認知症にやさしいまちを設計する:
都市計画・交通の視点から
第4章 認知症にやさしいコミュニティ空間をつくる
第5章 認知症にやさしい活気あるまちづくり:
全体も眺めてみよう

参考文献

「認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック 地域共生社会に向けた15の視点」 今中雄一 編
著 学芸出版社 発行日 2023年3月31日 ISBN 978-4-7615-3290-1

序説

はじめに

「認知症の人と家族にやさしい社会」

「経済競争力のある社会」

「人々が健康で幸福な、持続可能な社会」

これらは、同時に実現できるのでしょうか。

世界においては、今やこれらの社会づくりは同時に実現するもの、いや同時でないとも実現できないものとして捉えられるようになってきています。フィンランドやデンマークといった国々がその先頭を走っています。

認知症予防と健康・ウェルビーイング向上との要因はほとんど同じです。認知症にやさしい社会は、弱い立場の人を含む全ての人にやさしい社会であり、それはすなわち、全世代の多様な人々に敬意が払われるやさしい社会ということになります。そして、それを目指すことは、人々の健康・ウェルビーイングを実現していくことになります。

このような社会の実現には、社会参加、生活支援、意思決定支援、コミュニケーション、教育、医療・介護・年金など社会保障、データ活用、交通や建造環境・生活環境など、互いに連関する社会の多側面の活性化が重要となります。このような社会では、人々の潜在力が解き放たて、経済活動も活性化していきます。

本提案「地域共生社会の実現に向けて：認知症にやさしい健康まちづくりの提案」は、以上の観点から、従来の枠組みを超えて多領域から各分野を切り拓かんとする研究者・実践家が集まり学際融合的議論をもって協働し、「これから目指すべき社会」のひとつのあり方を提案するものです。今後に向けての議論や検討のきっかけとなれば幸いです。

(今中 雄一)

第 I 部

認知症にやさしい活気あるまちをどうつくるか

第 I 部 第 1 章 認知症カフェのこれまでとこれから

A. テーマに関する背景・動向

日本社会が超高齢社会となる中、加齢を最大のリスクとする認知症の人の数は増加し、2025年には高齢者の5人に1人が認知症ということが推測されている。認知症という病気では、一人で社会生活を遂行することが難しくなり他者への依存や社会からの疎外を生む。さらには周囲の家族や近隣住民も認知症の人をうまく理解することが難しく認知症の人の社会参加を支援することは容易ではない。社会全般の認知症への偏見も認知症の人だけでなく、その家族の社会参加も妨げる。

その社会状況を踏まえ、認知症施策が推進され、認知症の人本人がメッセージを発信することや、単に支えられる側であるだけでなく、活動する側になることも推奨している。活動を促進するための拠点として認知症カフェを始めとし、幾つもの施策が進められている。

認知症カフェの目的としては、1) 認知症を持って自分らしく生きること、2) 認知症の人の家族が気軽に同じ立場の人や専門職と話し合えること、3) 地域の住民たちが認知症を身近に知り、偏見をなくすことなどがあげられる¹。認知症カフェは厚生労働省から2012年に示されたオレンジプランに盛り込まれ、日本の認知症国家戦略と位置づけられる2015年の新オレンジプランにも明記された。全国の市区町村に設置する目標が掲げられ、その結果、最近では全国で8千か所以上、人口2万人に1か所以上の認知症カフェが設置されている。認知症カフェの運営状況について詳しく見てみると、2016年度に老健事業で行われた全国調査などで多くのカフェは月1回、1回あたり2時間程度の開催であることが示されている。新オレンジプランで認知症地域支援推進員の関与が推奨されたこともあり、各自治体の認知症地域支援推進員がコーディネーターに入っているカフェも多数あるが、その他の医療・介護の専門職や市民ボランティアが開設しているカフェもある。具体的な活動内容もカフェのくつろいだ雰囲気の中で心理的支援や教育的支援を行うよう意図されたものから、リクリエーション的な活動を中心としたものまで多岐にわたっている²。

認知症カフェの活動とも関連して、認知症の人がパートナーらの支援も受けて、自ら社会に認知症のことを啓発したりする認知症希望大使の活動、本人同士がエンパワメントするオレンジドアや本人ミーティングの活動も展開されている。また、認知症カフェなどと連携し、市民が認知症の人を支援するチームオレンジの活動も広がりつつある。

B. テーマに関する課題

認知症という疾患は複雑な疾患という側面を持つため、本人の社会参加や市民の活動を中心とする施策において、医療とのかかわりや認知症に関する教育・研修が課題となる。

医療とのかかわりについては、病気としての認知症の側面を知りつつ、認知症ケアや地域ケアとの親和性を持つ医療関係者の存在は、認知症の人とその家族を医療機関から認知症カフェへ、そして認知症カフェから医療機関へと結びつける役割とともに、地域の民生委員や介護職と医療機関の医師、薬剤師などを結びつける役割も果たすことも期待されている³。

認知症カフェ等の当事者の社会参加を促す活動をめぐってのもう一つの課題として、スタッフ研修がある。認知症ケアについては目に見える手技などはないため、誰がどのようなスキルをもっているか、見極めることが難しい。そもそも、認知症カフェの運営に参加するに当たって予備知識をもっていくことが必要かどうかさえ、認識されていない場合も多いのが現状である。そのような状況の中、筆者は、「認知症カフェスタッフ自己評価票」を作成し、検証も行ってきた。認知症カフェだけではなく、関連施策として行われているオレンジドア、本人ミーティング、チームオレンジの実施においても求められると考えている。無料公開しているので、ぜひ活用いただければと考えている⁴。

C. 望まれること/事例/写真ほか

地域ごとの工夫やコロナ禍でのオンラインを用いた認知症カフェの開催などについては、筆者も関わった老人保健健康増進等事業の資料をインターネットでダウンロードして参照いただければと思う。また、認知症の人や家族の思いなどを認知症カフェなどで役立てるガイドブックも老人保健健康増進等事業で作成されインターネットからダウンロードできるようになっている。併せてご参照いただければと思う。

本論で紹介した活動の意義を明らかにし、これらの活動が実際に地域全体での認知症の理解が広がっていることを把握するためには、認知症の受けとめや理解に関する住民調査や新たに認知症と診断された際の介護負担感などが調査されることが望まれる。そして、そのデータベースを可視化し、認知症にやさしい健康なまちを創るために、これらの取り組みの状況や実施上の課題などを把握することが大切である。そのようなことを通じて、1人でも多くの方が地域共生社会を築く活動に気軽に参加してみようと思われることを願っている。

D.今後の展望 キーポイント

- 超高齢社会の日本にあって、長年の歴史的な経緯と施策の積み重ねによって、認知症の当事者や地域住民の社会参加として、認知症カフェや本人ミーティング等、様々な取り組みが行われている。
- 認知症はとても身近な疾患である。しかし、一方で、かなり複雑な疾患であり、長期間にわたって症状も変化していく。症状などには多様のパラメーターがあり、理解するのは難しい。そのため、医療や介護・福祉の専門職のかかわりや、地道な啓発や教育・研修が必要である。
- 今後、認知症の受けとめや理解に関する住民調査や新たに認知症と診断された際の介護負担感などの調査が行われ、データベース化され、その後の事業に生かされることが望ましい。

(武地 一)

参考文献

1. 武地 一. ようこそ、認知症カフェへ. 京都: ミネルヴァ書房, 2017.
2. 認知症カフェの実態に関する調査研究事業報告書; 2017年3月.
3. 日本看護協会出版会. 認知症 plus 地域共生社会. 2022年3月.
4. 認知症カフェスタッフ自己評価票 (DCSA) ; 2019. <https://orangecommons.jimdofree.com>

第2章 葛藤から抜け出す：こころの交流

認知症の人と家族が歩んできた道

認知症は、周囲の人や社会から偏見と差別の対象とされ、「何も出来ない」「コミュニケーション不可能」とみなされ、ケアや介護の公的支援など何もない暗黒の時代が長く続いた。そのような偏見は社会の中に根強くあり、そんな偏見を持って診断を受けると、絶望に苛まれる。しかし、過去数十年の間に、認知症の医療・介護に携わった人たちと家族が、病気による症状と社会環境の関心に注目し、中核症状と周辺症状の峻別を進め、認知症の人への偏見や固定観念を糺してきた^{1, 2, 3}。

人口の高齢化による認知症の人の数の増加に伴い、認知症に関する政策も過去十年の間に矢継ぎ早に出され、2019年の国家プラン「認知症施策推進大綱」では、「共生」と「予防」を両輪として、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指すとし、認知症に対してより前向きで、肯定的な生き方を支援する政策を掲げるまでになった。

そのような政策の進展には、認知症の人と家族も大きく貢献してきた。「家族の会」を形成し、介護にあたる苦労を相談し合う会合をもち、月刊誌を発行し、広く社会に認知症の人へのまっとうな見方と尊厳を求め続けてきた⁴。新たに診断された認知症の人と家族もそのような歴史を学ぶことで、認知症の偏見や固定観念を変えて、新しい生き方を模索する希望を持てるようになってきた。

認知症の人の新しい生き方を求めて

若くしてアルツハイマー病と診断された若年性認知症の人が、認知症になると「何もわからなくなる」や「何も出来なくなる」との世間の見方は自分自身の経験とは違うと感じ、全国の300人の認知症の人と会い、認知症の当事者の想いと経験を本に著した⁵。改めて欲しいと認知症の人が考えている家族の言動についても、当事者たちからたくさん聴きとってきてそれを世の中に伝える努力をしている。

認知症の人は診断を受けると、それまで従事していた仕事を辞め、趣味さえも中断する事が多かったが、それは「認知症の人は何もできない」という根強い社会の偏見があり、家族も認知症の人の活動を抑制する傾向があったからだろう。しかし、診断が早期に可能になり、診断後に介護が必要ではなく、色々なことをできる期間が長くあるようになった今も、認知症の人の意向や意思は、確かめられることがなかった。しかし、働くことや趣味を続けることへのニーズは高く、企業や職場の考え方の刷新も求められる。

認知症の人と家族の孤立・介護を巡る葛藤

介護者と認知症の間には大きな緊張がある。介護者は認知症の人のもの忘れを発見すると、とっさに驚きを表現したり、心配のあまり前もって仔細に注意し、認知症の人の自尊心と心情を傷つける⁵、とよく語られる。また介護者は、認知症の人が出来ていたことが出来なくなると、これまで自分がよく知っていた人がいなくなったように感じ、「あいまいな喪失」⁶と呼ばれるつらい喪失感に襲われる。図1の「ことばと心理の悪循環」に示すのは、認知症の人と家族や周囲の人との間で繰り返されることばと感情のやり取りで、互いが傷つけあう厳しい関係になって行くプロセスである。失認、失行、失語などの認知症の症状により、繰り返しの質問をすれば、家族や周囲の人がその質問に驚き、不可解に思う反応が起こる。認知症の人は自分が尋ねたことを忘れて繰り返し尋ねてしまうが、初めて尋ねている「つもり」なのに、「何回言ったらわかる？」と詰問されて、ことばのきつさに驚く。自分が「以前と変わらず」行動している「つもり」にも拘らず、自分の行動一つ一つに「上から目線で」指示され、次第に自尊心をなくす。自尊心は人間にとって非常に大切なもので、生きてゆく上での原動力である。

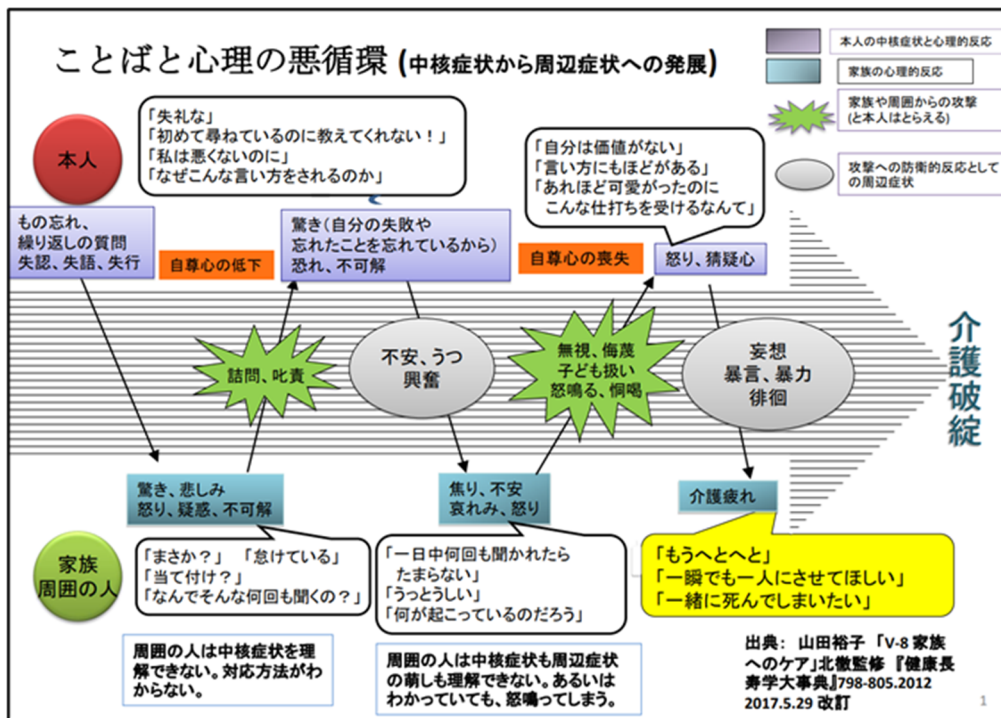


図1.ことばと心理の悪循環のプロセスの図

しかし図1に示すように、一番身近にいる家族や介護者から、詰問、叱責、無視、侮蔑、子ども扱いを受け、怒鳴られ、恫喝されるなら、認知症の人の自尊心は低下し続け、「不安」、「うつ」、あるいは「興奮」などの精神症状が起こり、さらには「妄想」や「暴言」「暴力」、「徘徊」に及ぶだろう⁷。これらの症状は、認知症の行動心理症状 (BPSD)

と呼ばれ、本人が苦しむだけでなく、周りも苦しむ。互いが傷つけ合うこのような厳しい悪循環は、家庭のような閉じられた場所で起こる。認知症の人と家族はそのような危険の中に居ることが多いがこんな危険な悪循環から一刻も早く開放され、安全で、快適で、調整力のある場所を外に持つ必要がある。

認知症の人と家族をとりまく環境と認知症カフェの可能性

認知症の人と家族介護者は、認知症と言う病気で傷つく人と、その人を介護することで傷つく人として敵対し、悪循環に陥りやすいが、それぞれがサポートとケアを得ることは現状では非常に難しい。介護保険が認知症に対応した仕組みではなく、認知症の家族へのサポートを提供する理念も体制もなく、家族の多様化への対応が未発達であり、介護と医療の連携も不十分である。このような中で認知症の診断を受けた人とその家族には、認知症カフェが、家庭の外の社会参加の場所を提供する。認知症の人と家族の本来の能力を促進し、あるいは回復させる形で機能を発揮する。

1つ目は認知症疾患センターがカフェを設置し、認知症診断直後の本人と家族に、認知症オリエンテーションを実施することで効果を収めている例がある⁸。認知症と診断された人をピアカウンセラーとして雇用して、対話を通じて認知症に対する古い偏見と固定観念を入れ替えることで不安を取り去り、家族も認知症の人に対する接し方を学ぶ。2つ目は、すでに認知症の人と家族の間に軋轢が生じている場合に、カフェで、互いの間に距離を置き、双方がカフェで他者と交流し、自分の元々の能力を再確認し、自信を取り戻すことができる。家族も他の家族介護者や専門職から認知症について学び、自らの接し方を修正する。それが功を奏した認知症の人と家族の事例を紹介した。

(山田 裕子)

参考文献

1. 室伏君士 1985 痴呆老人の理解とケア 金剛出版
2. 石橋典子 2007 「仕舞」としての呆け 中央法規
3. 敷島妙子 1983 おじいちゃんが笑った 現代出版
4. 高見国生 2011 『ああ 認知症家族』 岩波書店
5. 丹野智文 2021 『認知症の私から見える社会』 講談社
6. ポーリン・ボス 2015 『あいまいな喪失とトラウマからの回復 家族とコミュニティのレジリエンス』 誠信書房
7. 山田裕子 2012 「家族へのケア」北徹監修、横出正之・荒井秀典編 『健康長寿学大事典 QOL から EBM まで』西村書店 798-805
8. 大塚智丈 2021 『認知症の人の心を知り、「語り出し」を支える』 中央法規

第3章 認知症サポーター： 楽しみながら人を支える、支えられる

A. テーマに関する背景・動向

少子高齢社会の進展に伴い、将来人口推計において、2065年に総人口8,808万人のうち、65歳以上人口の割合が全人口の38.4%、生産年齢人口割合も約50%台まで低下することが予想され、豊富な経験や知識を有する高齢者が、定年に捉われずに、働く機会が提供される社会の実現によって、労働人口の確保することが望まれている。労働は、認知機能低下へのリスク要因の一つである社会的接触・つながりの減少を防ぎ、生きがいにもつながり、健康寿命の延伸、認知機能低下を防ぐ可能性を秘める。

令和元年6月18日に認知症施策推進関係閣僚会議によってとりまとめられた「認知症施策推進大綱」では、「普及啓発・本人発信支援」が大きな一つの柱であり、認知症の人やその家族が地域のよい環境で自分らしく暮らし続けるために、認知症への社会の理解を深めることが必要である。2005年に開始された、認知症サポーターは、1300万人に達成しており（2022年6月現在）、その数は増加傾向にある。「チームオレンジ」も創設され、地域内の認知症サポーターが新たに力をふるう場として期待されている。

地域内の『互助』では、個々人が互いに支え合うことが期待され、オープンイノベーションが進んだまちづくりでは市民の"主体性"を引き出し、まちづくりに積極的に市民が参加できるしくみが必要である。主体性を引き出されるうる市民は、こどもから大人、高齢者はもちろん、認知症の人などすべての市民が対象となってまちづくりが行われることが期待されている。

B. テーマに関する課題

- ・定年退職後の働く機会の確保が必要であるが、高齢者にふさわしい、活躍できる魅力的な場所や仕事の開拓が十分でない。特に労働人口の多い都市圏では、高齢者雇用に関する企業の意向が前向きでない。
- ・認知症サポーターの数は増えているが、その活動の場が幅広く認知されておらず、とくに若年層20代-40代のサポーター数が少ない。
- ・チームオレンジはもちろん、認知症サポーターの活動・効果が実践されている地域が限定されている。
- ・認知症の人が働く機会は多くの地域で実践されていない。
- ・まちづくりに積極的に市民が参加できるしくみは少なく、大都市圏ほど市民参加を行う体験に乏しい。

C.望まれること

1. 高齢者の雇用・ボランティアの機会の創出

高齢者は定年に捉われず、認知症の人も含めて働く機会が得られ、自己価値、アクティブな感覚、健康と社会的つながりの維持によって、生きがいを得る。ボランティアの機会があふれ、アクセスしやすい環境が整う。認知症の人や家族をサポートするための出産や子育てがしやすい環境を整える。

2. 認知症サポーターを中心とした認知症の人と家族への日常的サポート

認知症の人とその家族を理解し、支える「サポーター」である認知症サポーターがさらに増え、まち全体が認知症サポーターになり、継続的な講習等により「チームオレンジ」が立ち上げられ、支援の輪が広がる。

3. 住民全体が楽しみながら主体的に参加してまちをつくりあげる

認知症の人、高齢者、こどもも含めて、住民の"主体性"が引き出された、まちづくりに積極的に市民が参加でき、オープンイノベーションが実践されている。

D.キーポイント

1. 高齢者の雇用・ボランティアの機会の創出

- 一定年退職という概念を超え、認知症の人も含め、働ける人が働きたい場所で働いていけるまちである。
- まちの中で、自発的なボランティアの機会が多く用意され、ボランティアを希望する人がアクセスしやすい環境が整っている。
- 認知症の人、家族、高齢者をサポートする担い手にとって、出産・子育てがしやすい働き方が用意されている。

2. 認知症サポーターを中心とした認知症の人と家族への日常的サポート

- 認知症サポーターが継続的に創出される。
- 認知症サポーターの活躍の場が多く用意されている。
- ステップアップ講座を受講した認知症サポーターが増加し、支援チーム「チームオレンジ」が構築され、メンバー増員により支援の輪が広がっている。

3. 住民全体が楽しみながら主体的に参加してまちをつくりあげる

- 住民が“主体的”に参加するために、参加したくなる、楽しさや興味をひく仕掛けづくりが恒常的にある。
- 作り手から使い手まで 市民のニーズに応じた産官学民協働のオープンイノベーションが実践されている。

(中部 貴央)

参考文献

1. 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口（平成 29 年推計）
https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_ReportALL.pdf
2. 厚生労働省.高年齢者雇用対策の概要
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137096.html>
3. 全国キャラバン・メイト協議会.<https://www.caravanmate.com/>
4. 平成 29 年度 若年性認知症を含む認知症の人の能力を効果的に活かす方法等に関する調査研究事業.認知症の人が「はたらく」のススメ～認知症とともに生きる人の社会参画と活躍～（国際大学グローバル・コミュニケーション・センター、一般社団法人認知症フレンドリージャパン・イニシアチブ、一般社団法人人とまちづくり研究所）<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000334587.pdf>
5. 元橋一之.「オープンイノベーション 3.0 に中小企業はどう向き合うべきか」日本政策金融公庫調査月報 2019(131)4-15.

第4章 世代間交流で社会参加を充実させよう

A. テーマに関する背景・動向

近年、「社会的健康」の概念が注目されている。Huber (2011) は、健康の3つの領域として、身体、精神、社会を挙げ、個人の能力の発揮、義務の遂行、ある程度の自立性、仕事を含む社会活動への参加を社会的な健康状態と定義した。そのため、認知症の人も様々な社会活動への参加に支障のない社会が望ましい。社会参加は様々な健康アウトカムとの関連が知られており、社会参加の少ないグループは、認知症発症のリスクが1.4倍高く、社会的な接触が少ないグループも認知症発症のリスクが1.6倍高いと報告されている (Kuiper 2015)。また、社会的孤立は、喫煙、うつ病、運動不足、糖尿病と共に高年期の予防可能な認知症のリスク因子の一つとして挙げられている。本報告では、社会的孤立は、認知症のリスクを1.6倍にすると推定している (Livingston 2017)。

核家族化が進んでいる現代社会において、高齢者同士での活動だけではなく、若い世代も参加する世代間交流プログラムが注目されている。世代間交流プログラムに参加した若い世代に、高齢者、認知症についての認識の変化、コミュニケーション能力の向上、共感能力の向上など、ポジティブな効果があったことが報告されている (Houghton 2022)。

近年、情報通信技術 (ICT) の発達により、高齢者向けの ICT の活用についても研究、開発が多く行われており、その技術の認知症の人への応用も始まっている。ICT の活用が認知症の人のみではなく、その家族や介護者にも役に立つことが報告されている。認知症、認知機能低下の人のために使われている ICT は、ロボット・テクノロジーとマルチメディア・コンピューター・プログラムの2つの形態が多く、「パロ」などのペット型ロボットの活用は、特に重症の認知症の人に効果があると報告されている (Neal 2020)。最近、テレプレゼンスロボットを認知症の人と介護者、家族とのコミュニケーションの補助、投薬の支援などのために使用が始まっており、認知症の人の社会とのつながりの増加、孤立感の減少と共に、認知症・認知機能低下の人、介護者、医療者の3つのステークホルダーに全てにおける負担の減少に役に立つことが示された (Shin 2022)。

B. テーマに関する課題

「高齢者」における社会参加についての研究、事例と比べ、「認知症」の人の社会参加について注目した研究、事例はまだ十分ではない。また、認知症の人の社会参加による効果についての評価には、認知症の人本人のみではなく、その社会活動に参加する人々への効果も適切に評価する必要がある。特に、世代間交流プログラムにおいて、プログラムに参加する若い世代にも有意義な時間になるような活動の開発も、今後の課題と挙げられる。

今後、認知症、認知機能低下の人のために ICT の活用が増えることが予想されるが、それに伴う費用から公平性の問題が生じる。また、認知症にやさしいまちづくりも、活用可能な資源の地域差が生じる可能性があり、持続可能性が重要な課題として挙げられ、認知症大綱の基本的な考え方である「共生」、即ち、ともに生きることができる社会を作っていく必要がある。

C. 望まれること/事例/写真ほか

望まれる姿：認知症の人が住み慣れた地域で、物理的・経済的にアクセスしやすい様々な社会参加の機会が存在する。ICT を適切に活用し、参加を支援する社会システムも整備されており、認知症があってもなくても、子どもから高齢者まで、年齢を超えて社会の誰もが楽しめる世代間交流が活発に行われている。

世代間交流プログラム事例：一般社団法人かまくら認知症ネットワークの「かまくら散歩」は、認知症の本人、家族、専門職、市民、中高生が交流しながら散策を楽しむ活動で、月1回行われている。また、認知症の人の社会参加を促進するため、認知症の人と専門職、市民、中高生が協力して鎌倉の町をきれいにする清掃ボランティア活動である「かまくら磨き」も実施している。



図. かまくら散歩（写真はイメージ）（出典：<https://www.photo-ac.com/>）

D. 今後の展望 キーポイント

- 認知症の人の社会参加、特に世代間交流プログラムは、「支える」、「支えられる」側の区別のない、参加者全員において意義のあるプログラムとして拡充する必要がある。
- ICT の活用において、認知症の人の社会参加の増加、家族、周りの人の負担の減少の可能性があり、活用を拡大が期待される。
- 認知症の人の社会参加機会には格差の問題が生じる可能性があり、公平性の考慮が課題として挙げられる。

(慎 重虎)

参考文献

1. Houghton C, et al. Dementia (London). 2022 Oct;21(7):2144-2171.
2. Huber M, et al. BMJ. 2011 Jul 26;343:d4163.
3. Kuiper JS, et al. Ageing Res Rev. 2015 Jul;22:39-57.
4. Livingston G, et al. Lancet. 2017 Dec 16;390(10113):2673-2734.
5. Neal I, et al. Int Psychogeriatr. 2020 Aug;32(8):913-935.
6. Shin MH, et al. JMIR Aging. 2022 May 3;5(2):e32322.

第5章 教育とマスメディアを活用しよう

A. テーマに関する背景・動向

学校教育

学校教育を受けるすべての学生が、認知症の症状や対応方法、予防に関する理解を深め、認知症の人への差別や偏見を防ぐことが大切である。

生涯教育

人生100年時代を迎え、リカレント教育に関心が集まっている。誰でも学べる環境を構築することで、まちに新しい知識が持ち込まれ、まちの活性化につながることを期待される。

マスメディア

マスメディアは多数の人々に情報を伝達する媒体であり、同時にイメージ形成に影響を及ぼすものである。

B. テーマに関する課題

学校教育

認知症に関する知識を学習するだけでなく、高齢者との交流を通じて差別や偏見をなくさなければならない。学習指導要領において、高齢者との交流が求められており、多くの学校で実施されている。しかしながら、単なる交流でよいのかについて議論がある。交流による効果検証やより効果的な交流のあり方を模索することが必要である。

生涯教育

教育へのアクセスをするうえで時間的制約、金銭的制約、物理的制約がある。加えて、地域資源を活用した学習機会の提供も求められる。認知症と共生する街を作るために、地域を深く知り、地域資源を活用し、地域を盛り上げるのが重要である。

マスメディア

マスメディアの役割は、生活に必要な情報をすべての人に伝えることである。そのためには、わかりやすく伝える工夫が求められる。さらに、マスメディアは社会におけるイメージ形成にも大きな影響力をもつ。

C.望まれること/事例/写真ほか

学校教育

近年、学校機能・施設の地域への開放と複合化が進められている。たとえば、富山型デイサービスでは、年齢や障害の有無などにかかわらず、誰もが住み慣れた地域でサービスを受けられる場所として全国的に有名である。

高齢者施設と保育園が併設された幼老複合施設も拡大している。小学校の空き教室を利用してデイサービスや地域包括支援センターを設置し、高齢者を運動会に招待する、将棋クラブの児童がセンターにいて対局するなど、交流を深めている小学校もある。

多くの学校で高齢者との交流機会を用意しているが、学生は高齢者との交流を希望しているのかについてはさまざまな意見が指摘されている。単なる交流ではなく、高齢者への関心を高める工夫（たとえば役割演技など）を導入することも重要である。

生涯教育

大規模公開オンライン講座（MOOC）が活用できる。大学等をはじめとした教育機関が無料で教育コンテンツを公開しており、誰でもいつでもどこでも学習が可能である。しかしながら、現状では MOOC の認知度は極めて低いため、認知度を高める工夫が求められる。

地域内に学習機会を設ける取り組みも進んでいる。京都府与謝野町では「よさのみらい大学」を立ち上げた。よさのみらい大学は、「与謝野町をキャンパスに「新しいモノやコトの発見」「出会いと交流」を通じて、「自分・地域・まち」の未来を描き、主体的に行動する人材の育成を目的とした学び舎（よさのみらい大学 HP）」である。

マスメディア

マスメディアは、生活に必要な情報をすべての人に伝える役割を持つ。最近、メディア・ユニバーサル・デザインに注目が集まっている。アクセシビリティ、ユーザビリティ、リテラシー、デザイン、サステナビリティの5つのポイントから要点を整理している。マスメディアの役割は、情報を伝えることだけでなく、イメージ形成にも影響を与えている。認知症に対する適切な理解と交流を促すイメージ形成が求められる。

D.今後の展望 キーポイント

- 学校教育を受けるすべての学生が、認知症の症状や対応方法、予防に関する理解を深め、認知症の人への差別や偏見を防ぎ、共生する社会を目指すことが求められる。
- 大規模公開オンライン講座（MOOC）は国内外で整備されており、学びたい人はいつでも学べる環境が整っている。こうした学習を通じて、まちの活性化につながる可能性がある。加えて、世代を超えた学び合いの環境を整備することが大切である。
- マスメディアでは、生活に必要なすべての情報が、認知症の人および家族に適切な形で届けられるように、メディア・ユニバーサル・デザイン等を参考に、伝え方を見直す必要がある。また、マスメディアは市民のイメージ形成に大きな影響を与える。認知症の人に対する社会的イメージをどのように形成すべきか吟味し、すべての人が共生しやすい社会を作り上げていくことが望まれる。

（原 広司）

参考文献

1. NPO 法人メディア・ユニバーサル・デザイン協会ホームページ (<https://www.media-ud.org/>)
2. 公益財団法人長寿科学振興財団健康長寿ネット「全国へ広がる富山型デイサービス」(<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/kyoseigatasabisu/toyamatype-day-service.html>)
3. 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略 新オレンジプラン」
4. 寒川町ホームページ「学校施設と他の公共施設等との複合化に関する各種調査結果」(http://www.town.samukawa.kanagawa.jp/material/files/group/38/gaibu_03_06.pdf)
5. 内閣官房「人生 100 年時代構想会議」（2017 年 9 月 11 日）でのリンダ・グラットン教授の資料
6. よさのみらい大学ホームページ (<http://yosano-univ.jp/>)

第Ⅱ部

医療・介護・福祉・年金：社会保障制度を活用しよう

第Ⅱ部 第1章

認知症になる前に：成年後見制度を再考する

A. 認知症高齢単身世帯の増加

日本の少子高齢化は進行し、認知症患者も増加傾向にある。65歳以上の男女それぞれの人口に占める一人暮らしの者の割合は、昭和55年以降、増加傾向にある¹。

B. 認知症高齢者の財産管理支援

認知症等により判断力や金銭管理能力が低下したときに、相談できる者や支えてくれる者がいない人は、今後増加していくことが予想される。

判断力や金銭管理能力が低下したときに利用できる制度としては、日常生活自立支援事業と成年後見制度がある。

日常生活自立支援事業は、都道府県・指定都市社会福祉協議会が主体となって実施しているもので、日常的な金銭管理や、定期的な訪問による生活変化の察知などの援助を受けることができる。契約に基づいて利用するものであるため、日常生活自立支援事業を利用する契約の内容について判断できる能力があることが必要になる²。

成年後見制度には、任意後見制度と法定後見制度があり、さらに、法定後見制度は、制度を利用する本人の状態によって後見、保佐、補助の3類型に分かれている³。

任意後見制度は、利用する本人が、代わりにしてもらいたいことや、誰に後見人になってもらうか、後見人への報酬をいくらにするかなどを契約で決めておく制度である。契約をした後、本人の判断能力が低下した場合に、家庭裁判所で任意後見監督人が選任される。任意後見監督人が選任されて初めて、任意後見人が契約で定められた特定の法律行為を、本人に代わって行うことができるようになる。

法定後見制度は、本人の判断能力が低下し、各類型に該当する場合になってから申立が行われる点や、誰が後見人等になるかを、制度を利用する本人ではなく裁判所が決める点で、任意後見制度と異なる。法定後見制度は、類型ごとに、選任される者が本人のために行うことができる業務の範囲が異なる（表1）。

	後見	保佐	補助
対象者	判断能力が欠けているのが通常の状態の方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方
成年後見人等が同意または取り消すことができる行為（※1）	原則として全ての法律行為	借金、相続の承認など、民法13条1項記載の行為のほか、申立により裁判所が定める行為	申立により裁判所が定める行為（※2）
成年後見人等が代理することができる行為（※3）	原則として全ての法律行為	申立により裁判所が定める行為	申立により裁判所が定める行為

◆表1 法定後見制度の3種類

※1 成年後見人等が取り消すことができる行為には、日常生活に関する行為（日用品の購入など）は含まれない

※2 民法13条1項記載の行為（借金、相続の承認や放棄、訴訟行為、新築や増改築など）の一部に限る

※3 本人の居住用不動産の処分については、家庭裁判所の許可が必要となる

※補助開始の審判、補助人に同意権・代理権を与える審判、保佐人に代理権を与える審判をする場合には、本人の同意が必要である。

（出典：「成年後見制度—利用をお考えのあなたへ—令和3年10月最高裁判所」³を加工して作成）

成年後見人等だけでなく、医療従事者、介護職、親族、地域の人など、本人に関わる全ての方は、本人が決めることを適切に支援する必要がある。

意思決定支援とは、本人が、「支援を受けて意思決定をすること」である。意思決定能力は、本人の個別能力だけでなく、支援者側の支援力によって変化する⁴。意思決定支援については、様々な場面で参考とすべきガイドラインが公表されている⁵

C. “なる前の備え”とは

認知症になる前に、次のような身近なことから、認知症と共に生きるための備えをしておくことが重要である。

▼認知症に対する理解を深める

▼家族で誰かが認知症になったときの対応について話し合う

▼金銭管理が難しくなる前の対策

- ・自分の財産状況、収支を把握し、将来の生活の見通しを立てる
- ・自分の金銭管理能力が低下したときに、誰にどう動いてもらうかを考えておく

・口座凍結に備える（予約型代理人サービス、家族信託、認知症対応型信託等）

▼身近な人を増やす、地域活動に関わる

▼相談先、交流の場を知っておく

少子高齢化が進行していく中で、認知症と共に生きる社会では、認知症に対する理解、普段からの相互の意思尊重、地域での支え合いが必要である。

地域住民を含めた社会全体で判断能力が不十分な方の意思を尊重し、権利を擁護する地域共生の実現には、一人一人の小さな気づきや取り組みの積み重ねが不可欠である。

D. キーポイント

- 高齢化に伴い、認知症は誰もがなり得る身近なものとなっている。認知症になると、お金の管理や契約が難しくなることがある。認知症になった後に慌てないために、なる前に備える必要がある。
- 認知症に対する理解を深め、認知症になる前に契約できるサービスや、認知症になったときにどのような制度や事業が使えるのか、相談先はどこかについて知っておくことが重要である。
- 後見制度などの認知機能が低下した人を支える制度やサービスは本人の意思を実現するために運用される必要がある。誰もが身近な人の意思決定を適切に支援し、地域共生社会を実現していくことが不可欠である。

（西下 陽子・山田 文）

参考文献

1. 内閣府ホームページ https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s1s_03.pdf
2. 厚生労働省ホームページ
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/chiiki-fukusi-yougo/index.html
3. 裁判所パンフレット「成年後見制度—利用をお考えのあなたへ—令和4年10月最高裁判所」
4. 成年後見早わかり 後見人等を対象とした意思決定支援研修
https://guardianship.mhlw.go.jp/common/uploads/2021/02/kenshu_kyozai_p01.pdf
5. 成年後見早わかり ガイドライン比較表
<https://guardianship.mhlw.go.jp/common/uploads/2021/02/guardian04.pdf>

第2章 年金リテラシーを育むには

A. テーマに関する背景・動向

人生100年時代の日本においては、健康長寿社会を構築するうえで、老後の経済不安の解消、安心できる家計管理、高齢就労収入の確保などが重要である。近藤[2017]をはじめ、これまでの多くの先行研究から、収入・資産・就労等の要因は健康格差と関連が深いことが示されているからである。

厚生労働省「第23回生命表」から、2020年における平均寿命は、男性は81.56歳、女性は87.71歳である。また、厚生労働省[2021]「健康寿命の令和元年値について」(第16回健康日本21(第二次)推進専門委員会資料3-1(令和3年12月20日))より、2019年における日本の健康寿命は、男性は72.68歳、女性は75.38歳である。平均寿命と健康寿命の差、健康寿命を維持することが難しい期間が、男性は約9年、女性は約12年に及ぶなかで、定年退職制度や雇用情勢による影響もあり、老後に十分な給料収入を得ることは容易ではない。また、少子高齢社会のもとで、年金制度の運営も財政面で難しくなっており、年金不安や老後不安が高まってきている。

B. テーマに関する課題

厚生労働省「国民生活基礎調査の概況(2021年調査)」を参考にすると、平均で、高齢者世帯の老後収入源は、公的年金が6割以上を支えている。就労による収入は、約2割にとどまる。老後収入源の6割以上を公的年金が支えていること、高齢就労収入には健康寿命の不確実性や雇用情勢などの影響もあることを踏まえると、老後経済不安の解消には、公的年金制度の仕組みを十分に理解し、低年金を予防することが重要である。公的年金には、年金種別による年金格差、受給開始年齢による年金月額の違い、年金未納による無年金リスクなどがある。年金リテラシーを高めることで、低年金の予防が重要である。しかし、年金制度は複雑で理解することが難しいこと、学校教育現場で年金制度を体系的に学習する機会は非常に少ないことから、年金リテラシー不足になりやすく、年金リテラシー向上が課題である。

C. 望まれること/事例/写真ほか

望まれることについては、2点ある。第1は、年金リテラシーの向上である。低年金を予防するため、学校教育現場において、体系的な年金教育を整備することである。隣接領域である金融については、学校教育で金融教育の整備が進んでいる。年金教育についても、学校教育現場での年金教育の整備が重要である。指導する先生がこれまで年金を理解する機会も少ないと考えられるため、年金教育スキルを磨く仕組みの開発もあわせて重要と考えられる。

第2は、地方自治体が介護保険事業等と連携して、年金管理のサポートを促進することを

検討することである。今後、さらに長寿化が進むと、認知症が増加し、年金管理が難しいケースも増加することが考えられる。地方自治体は、介護保険事業等で高齢者とのかかわる機会が多いことなどから、年金管理が難しいケースを把握しやすいため、年金管理のサポートの一部を担うことも重要であることが考えられる。

D. 今後の展望 キーポイント

●人生 100 年の長寿社会では、健康長寿で豊かに暮らすうえで、安定した老後収入源の確保が重要である。収入や資産などの社会経済的要因は、健康長寿に影響しやすいことが、健康格差に関する先行研究から広く知られている。人生 100 年時代において、何歳まで働き、何歳から年金を受け取るのか、老後を経済面で安心して暮らすにはどのように年金や高齢就労と向き合うのがよいかという問題は、ますます重要になってきている。

●平均寿命と健康寿命の差は、男性は約 9 年、女性は約 12 年である。老後収入源の 6 割以上は公的年金であること、高齢就労による収入は約 2 割にとどまること、定年退職後は給料収入が大きく減少することが多いこと、何歳まで高齢就労収入を確保できるかは不確実性が大きいことなどから、老後の経済不安を解消するには、低年金の予防が重要である。

●国際的には、日本の 70 代の高齢就業率は高く、高齢就労は進んでいる側面がある。だが、それでもなお、平均寿命と健康寿命の差、定年退職制度、雇用情勢などから、老後は低収入リスクが大きいため、できるだけ十分な金額の年金の確保が重要である。しかし、公的年金制度には、年金格差や低年金リスクが存在している。

●老後により多くの公的年金を受給するには、年金リテラシー向上、年金教育の整備が重要である。年金リテラシー不足から、低年金になることがないように、低年金の予防が重要である。

●高齢期の年金管理においては、地方自治体の役割も重要である。年金にかかわる様々な手続きは、基本的に、年金受給者本人が行う必要がある。また、公的年金は老後の収入源の 6 割以上を占めることから、年金の受け取り、年金の管理も、家計の金銭管理において重要である。長寿社会では、認知症が増加し、年金の管理は難しいケースも増えてくることが予想される。地方自治体は、介護保険事業等において高齢者とのかかわる機会が多いことなどから、介護保険事業と連動した年金管理のサポートも、地方自治体の今後の役割として重要であることが考えられる。

(佐々木 一郎)

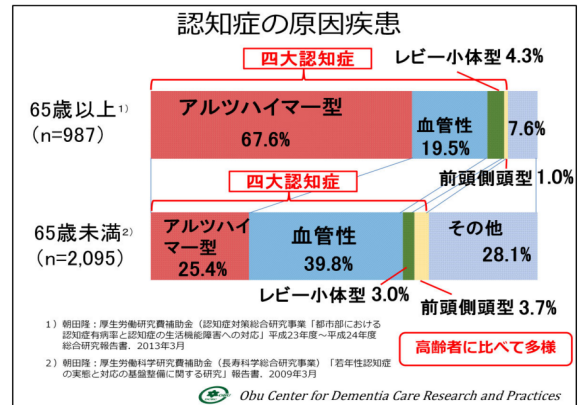
参考文献

1. 厚生労働省[2021]「国民生活基礎調査の概況(2021年調査)」
2. 厚生労働省[2021]「健康寿命の令和元年値について」(第16回健康日本21(第二次)推進専門委員会資料3-1(令和3年12月20日))
3. 厚生労働省[2020]第23回生命表(完全生命表)の概況
4. 近藤克則[2017]『健康格差社会への処方箋』,医学書院
5. 日本銀行[2022]「資金循環の日米欧比較」(日本銀行調査統計局(2022年8月31日))
6. 内閣府[2021]「国民生活に関する世論調査(2021年9月調査)」
7. 労働政策研究・研修機構[2022]「データブック国際労働比較2022」

第3章 医療で解決できることは何か

A. テーマに関する背景・動向

「認知症」は、様々な原因により起こりえる認知異能が低下した症候群である。最も多くを占めるものがアルツハイマー型認知症であるが、治療・予防についても解明は難航している。血管性認知症は脳血管障害が原因となる認知症であり、脳梗塞をその本質とすることが多い。変性した脳組織の修復は困難なことが多いが、再発・進行を予防する三次予防、発症を減らす一次予防が期待される。



<https://www.ncgg.go.jp/hospital/kenshu/kenshu/documents/2018-6-tishiki.pdf>

その他、例えば栄養素の欠乏や代謝異常に起因するものなどは原因を特定することにより、治療や軽快が期待できるものもある。髄膜炎、外傷によるものなどは、罹患・受傷の予防としての一次予防が重要である。感染症などによるものでは進行を食い止める二次予防が重要となる。これらいずれも早期に原因の特定を行い、退所されることにより、発症の減少やよりよい経過が期待される。

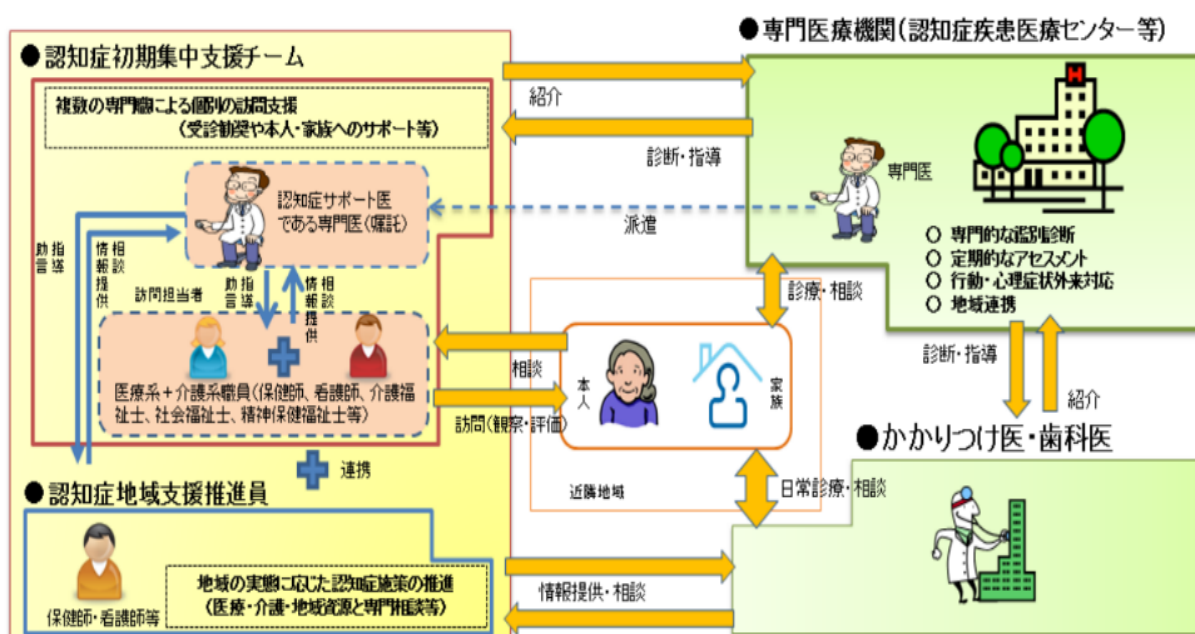
認知症においても、医療にかかりやすい環境を整えることは、診断、二次予防・三次予防の点で重要である。必ずしも本人の自発的な受診を発端としないことがあるため、本人の周囲からも、かかりつけ医、看護師あるいは社会福祉・医療関係者へコンタクトを取りやすい環境や、社会福祉関係者や医療関係者のセンシティブィティーが高い環境などが望まれる。特に医療者については、自身での診断や治療技術の向上に加え、専門家との円滑な連携やアクセスが可能な体制が期待される。さらに医療施設内や医療施設間での連携の強化のみならず、講習会、認知症カフェなど、地域の底上げとしての医療の役割も期待される。

B. テーマに関する課題

認知症の予防の取り組みには、科学的、社会的に注意が必要である。認知症のうち生活習慣の改善等を含む予防可能性は限定的であり、認知症の発症が予防の失敗という誤解を招かないような配慮が必要である。

医療としての「診断」へ至るまでには、まず受診という障壁がある。最近では、長谷川式簡易知能評価スケールを気軽に測定できるアプリやAIにより認知機能の状態を測定できるサービスなど、気軽に利用できるツールが受診への橋渡しが期待されるとも考えられる。

認知症に対する施策はさまざまに展開されている。認知症疾患医療センターは全国各地にセンターが稼働している。しかしセンターの地域差、あるいは各センターの役割や、とくに人材育成など、事業の方向性に関わる疑問・課題が指摘されている。認知症初期集中支援チームは地域包括支援センターに多く設置され運用されてきている。しかし支援チームのサポートが「初期」ではなく「困難事例」に偏るなど、その役割への疑問や、チーム、センター、それぞれの目指すべき目標が見えにくくなっているなどの指摘がされている。地域での実情は地域ごとに様々であり、今現在必要とされているものも異なっていると考えられる。認知症の多くが、治療困難であることから、その医療としての役割が不明確になりやすいことも一因としてあるが、各施策・組織の役割の明確化・分化とは逆に、地域に応じた課題解決へ向けた柔軟な協力を行えるツールとしての活用ができれば、実社会における困難へのサポートがより充実されると考えられる。



<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000519620.pdf>

C. 望まれること/事例/写真ほか

認知症に対する施策や組織が、様々に展開されている。トップダウンで開始されたものであっても、ボトムアップによる発展が期待される。地域の中では、医療・福祉に携わる人々が、認知症へのアンテナを充実させ、地域の中での解決へ、施策・組織の柔軟な活用していくことやそのサポートが期待される。

D.今後の展望 キーポイント

- 「認知症」は、様々な原因により起こりえる認知異能が低下した症候群である。いくつかの傷病やそれらの結果を包含したものであり、発症、実態、治療、予防可能性もそれぞれ全く異なることの理解が重要である。
- 認知症のうち大半を占めるアルツハイマー型は、その根本の病態は依然不明であり、治療・予防についても解明は難航している。
- 発症した認知症について予防の失敗や生活習慣が原因であるという誤解を避けるための、施策の提示推進には注意が必要である。
- 認知症の受診へつなげるための、アプリやツールを活用し、気軽に相談できる環境の整備が期待される。
- 認知症対策として様々な事業・組織が存在する。これらそれぞれがより効果的な役割を整備していく一方で、地域の課題に即した柔軟な相互の連携が構築されることおよびその連携への理解とサポートが期待される。

(國澤 進)

参考文献

1. 日本神経学会, 認知症疾患診療ガイドライン
2. 厚生労働省, 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～
3. 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター, 認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業 報告書 2020
4. 総務省, 認知症高齢者等への地域支援に関する実態調査－早期対応を中心として－

第4章 認知症施策をどのように生かすか

A. テーマに関する背景・動向

誰もが認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を継続するためには、医療、介護及び地域が有機的に連携したネットワークを形成し、効果的な支援を行うことが重要である。

認知症への国レベルの主要な取り組みとしては、認知症施策推進5カ年計画(通称**オレンジプラン**)、**新オレンジプラン**、**認知症施策推進大綱**がある。オレンジプランは、それまでの「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本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暮らし続けることができる社会」を目指すとし、その方針は受け継がれている。現在進行中の認知症施策推進大綱では、認知症はだれもがなりうるものであるとして、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進すること」を基本的考え方としている。

自治体、地域レベルの取組には、**認知症ケアパス**の作成、**認知症初期集中支援チーム**の設置・活動、**認知症サポーター**等がある。

2021年の**介護報酬改定**では、地域包括ケアシステムの推進の1つとして認知症への対応力向上に向けた取り組みの推進が挙げられた。主な変更点として、訪問介護に認知症専門ケア加算が新設された。また、在宅の認知症高齢者の宿泊ニーズに対応し(認知症行動・心理症状緊急対応加算が新設)、さらに介護サービス事業者へ医療・福祉関係の資格を有さずかつ介護に直接携わる職員に対し認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることが義務づけられた。他にも医療と介護の連携の推進、地域の特性に応じた認知症グループホームの確保、等がある。

B.テーマに関する課題

介護を要する者の増加、世帯人数の減少等により自宅における**介護の担い手の負担**が増している。認知症の介護は、認知症がある場合に要介護度が上がることもあり、重荷になりかねない。介護形態によるフォーマルケアとインフォーマルケアの時間をコストに換算し、比較した研究によれば、インフォーマルケアは自宅での介護で最大であった。この負担を軽減するために、フォーマルケア(2021年改定で訪問介護にも認知症専門ケア加算が新設された)と地域の諸組織の連携による対策が急務である。

介護予防は市町村が中心となって健康課題にも対応できるような通いの場や、通いの場を活用した健康相談や受診勧奨の取組の促進等、保健事業と介護予防との一体的な取組を行う。一部の市町村では取組の効果が現れてきているが、取組が困難な市町村もあるため、厚生労働省は2022年に「介護予防の取組強化・推進のための市町村マニュアル及び資料集」を公開し、どのようなプロセスを辿ると改善の方向に向かうのかを、改めて具体的に示した。

C.望まれること/事例/写真ほか

認知症対策事業や介護予防事業の実例については、厚生労働省のウェブサイトによく紹介されている。

◆認知症施策関連ガイドライン(手引き等)、取組事例

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000167700_00002.html

収録されているガイドライン、取り組み事例等は以下の通り。

認知症サポーター/認知症初期集中支援チーム/認知症カフェ/地域の見守り体制整備/ご本人・家族の視点からの取組～本人の声を活かしたガイドブック、本人ミーティング、本人座談会～/認知症の人の日常生活/社会生活における意思決定支援ガイドライン/認知症の人の介護者への支援/認知症の人の社会参加の支援/認知症疾患医療センター/若年性認知症/グループホーム/通所型サービス/認知症地域支援推進員/認知症予防/認知症の人等にやさしい地域づくり/認知症伴走型支援事業(伴走型支援拠点の整備)/認知症の人と家族の一体的支援/ヘルプカード

◆介護予防

介護予防活動普及展開事業(平成28年度～)

介護予防の取組強化・推進のための市町村マニュアル 事例集、事例動画

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html

D.今後の展望 キーポイント

- 誰もが認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を継続するために、医療、介護及び地域のネットワークを形成し、効果的な支援を行うことが重要である。
- 認知症への国レベルの主な取り組みとしては、策定順に認知症施策推進 5 年計画(通称オレンジプラン)、新オレンジプラン、認知症施策推進大綱がある。
- 認知症への市町村、地域レベルの主な取り組みとしては、認知症ケアパスの作成、認知症初期集中支援チームの設置・活動、認知症サポーター等がある。
- 2021 年の介護報酬改定では、地域包括ケアシステムの推進の 1 つとして認知症への対応力向上に向けた取り組みの推進が挙げられた。

(後藤 悦)

参考文献

1. 厚生労働省 認知症政策推進 5 年計画(オレンジプラン)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>
2. 厚生労働省 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議資料
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000031337.pdf>
3. 内閣官房 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて(新オレンジプラン)概要
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_taisaku/dai1/siryou1.pdf
4. 首相官邸 認知症施策推進関係閣僚会議 認知症施策推進大綱
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/index.html

第5章 地域共生社会を実現できる 地域包括ケアシステムへ

A. テーマに関する背景・動向

認知症を発症しても、またいろいろな事情で社会で生きづらくなっても、生きようと思える社会とはどのような社会だろうか。認知症施策推進大綱（2019）で「共生」は、「認知症の人が尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる」ことと定義される¹。また改正社会福祉法（2018）では、認知症・高齢者に限らず、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題の解決を目指し、障害者、生活困窮者なども含む全世代・全対象型地域包括支援体制による「地域共生社会」を目指している²。

地域包括ケアシステムは、高齢者を対象に、重度の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住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムを目指すものだが、今後はその対象を全世代へと拡大し、地域共生社会を実現する基盤となることが期待される。近年は平均的な高齢者像で語れない多様性と経済格差/健康格差/地域格差の時代に突入しており、一方的なサービス提供や、支えられる側と支える側という関係性を越えた参加・協働のプロセスをとる地域デザインが求められている³。

B. テーマに関する課題

認知症／高齢者のみならず精神疾患や経済的な困窮を含む、あらゆる困難を抱える社会的弱者を包摂して「共生」できる「全世代型社会保障」（2020年改正介護保険制度）を目指すにあたり、現行の社会保障制度で置き去りにされやすい人や世帯の具体的な特徴・ニーズは、まだ不明な点が多い。「医療における高齢者の経済的な保護」に関する調査研究（2021年 WHO 神戸センター（WKC）委託事業：筆者ら実施）⁴では、2つの課題：①複合課題をもつ個人および世帯への支援の重要性、②各種支援制度の利用しにくさが明らかとなった。本調査は、関西6府県の1,121病院および自治体、社会福祉協議会、地域包括支援センターの3種計1,351機関に勤務する社会福祉担当者を対象に、医療費の支払いに困難を覚える個人・世帯の実態につき調べたもので、詳細を一部下記に紹介する。

○各種支援制度から取り残されやすい世帯や個人の特徴

社会福祉担当者が相談を頻回に受ける世帯メンバーの背景は、「自身/同居配偶者が認知症」を筆頭に、「社会的孤立」「自身・キーパーソンの理解力が乏しい」「家計や金銭管理状況が不明」「同居の子どもが障害者・引きこもり」「セルフネグレクト」の順で、また利用者自身の特徴は、「理解力が乏しい」「いろいろな支援に対して拒否的」「認知症がある」「精神障害がある」「ニート/引きこもりである」の順に多く、どちらも支援者とコミュニケーションを取りにくい事情を抱えていた。

○利用者の社会経済状態から見える課題

相談する人の社会経済状態は、「収入が生活保護レベルだが申請ができていない」「介護保険料滞納」、続いて「国保料滞納による保険証取り上げ」「無戸籍・無保険」など、医療を受ける前の生活面で課題を認めた。各種制度から取り残されやすい人々は、社会的・精神的課題と経済的な問題が絡み合い、経済面・社会面・精神面の困難が個人や帯に集中することも多いことが示唆された。

○各種支援制度の利用しにくさ

行政の相談支援窓口は、高齢者、障害者、地域、子どもなど細分化されて年々窓口が増加している。同調査結果からも、現状の経済保護制度・政策は社会福祉専門職、利用者ともに十分に活用されているとは言えなかった。サービス提供の細分化や、申請手続きの煩雑さ、長時間を要すること等が課題だった。

C.事例

認知症のAさんが行き場を失っていると連絡を受け、福祉職員B氏が現場へ急行する。本人をまず市で保護し、その断片的な記憶をもとに警察と連携して自宅を探し出す。同居家族（娘・息子）、近所の人らの情報を総合すると、Aさんは普段同居家族から経済的虐待を受けているようだ。状況が深刻な場合は本人を自宅に返さずに保護して施設などを紹介し、世帯分離へ繋げることがある。経済的虐待世帯では、家族（加害者）が本人（被害者）年金を生活の資金としていることが多い。本人を保護しようとする行政へ非難が向けられる。家族に悪気がないことも多い。

現場レベルでは課題自体を明確化することに時間を要したり、課題が複雑すぎて同定しきれない、同定できても解決策が容易にみつからないことが多い。また複雑な課題に対応する支援者側でも、個人レベルでは対処しきれないことも多い。適切な専門職や支援者のチームが、（一挙に解決ではなく）相応の時間をかけて、寄り添いながら徐々に状況の改善を目指す「伴走型支援」と「課題解決型支援」の両輪が求められている⁵。

D.今後の展望 キーポイント

- 認知症を本人と家族などの介護者に閉じた問題にしない。血縁関係による「自助」に依存しすぎず、気づいた隣人（住民、民生委員、地域包括支援センター等の福祉職員、医療関係者ほか）が地域の相談窓口へ繋ぐなど、少しずつ無理のない範囲で「互助」する仕組みが求められる。相談窓口の一元化、ワンストップサービス(各種医療機関・専門家に繋がる)が望ましい。
- 全世代において、認知症のみならずセルフネグレクトや社会的孤立など様々な課題をもつ人・世帯をコミュニティとして放置しないことが地域共生社会への鍵となる。
- コミュニティの誰かが、社会的弱者をとりまく金銭的管理・生活継続・医療へのアクセスの難しさ等、ケアを必要とする本人と家族両方のニーズに目配りできれば、世帯内虐待等にも対策しやすくなるかもしれない。
- 認知症の人とその家族、また全世代における複合的な課題を持つ個人・世帯を効果的に支援するためには、住居、生活、金銭管理、医療、介護など、生活のあらゆる側面へ対応できるシステム、すなわち複合的な生活課題に対応できる制度オプションと、それを実現できる多職種連携体制が望まれている。当事者と支援に係わる人々が共にエンパワーされる関係づくり、居心地のよい居場所、互いに相談をしやすい地域での場づくりが求められている。

(佐々木 典子)

参考文献

1. 認知症施策推進大綱.認知症施策推進関係閣僚会議.2019.6.18.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>
2. 地域包括ケア研究会 報告書-2040年に向けた挑戦-. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社.2017.3.厚生労働省 地域包括ケアシステムに関する事例集
<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/chiiki-houkatsu/>
3. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究報告書.地域包括ケア研究会. 2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム―「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会―.三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社.2019.
4. 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野編. 複合課題をもつ世帯 周縁化された人々への支援にはどのような制度・対策が必要か?～誰一人取り残さない支援へのチャレンジ～ WKC (WHO神戸センター) フォーラム開催記録. 2022 ISBN:9784910510620
5. 奥田知志・原田正樹編.伴走型支援-新しい支援と社会のカタチ. 有斐閣.2021.

第Ⅲ部

認知症でも住みやすい活気あるまちを
デザインしよう

第Ⅲ部 第1章 誰も取り残さないデジタル化を 実現するには

A. テーマに関する背景・動向

総務省の情報通信白書によると、日本の情報通信技術はこの50年間に高度化しサービスも多様化している。携帯電話が普及しメールやSNSなどのサービスも普及し、4K・8Kでの映像やインターネット動画配信サービスをモバイル端末で視聴することも可能となり、テレワーク、オンライン学習、オンライン診療等非接触・非対面での生活様式を可能とするICTの利活用が一層進展した。

ICT利活用の推進では、ICT利活用が進展する一方で年齢や地理的条件などにより、インターネット利用率に差異がみられるが「誰一人取り残されない」デジタル化を実現するためには年齢や地理的条件などによるデジタル格差を是正することが必要であり、政策・取組として、社会・経済的課題の解決につながるICTの利活用の促進、データ流通・活用と新事業の促進、誰もがICTによる利便性を享受できる環境の整備が必要な状況である。

B. テーマに関する課題

高齢者や認知症を抱える人が社会進出する際に以下のようないくつかの課題が生じてくる。各課題についての改善事例については、次項のC.で紹介しているので参照されたい。

- 1) 社会進出に必要なサービスの提供に関する情報や日常生活を送るための情報などの情報収集が高齢者や認知症を抱える人に難しい
- 2) 医療提供を受けた際の情報を家族と共有することが難しい。特にそもそもの認知症に関する情報収集についても難しい状況である。
- 3) 外出による行方不明のリスクは増加しており、介助者による搜索の負担や事故などの発生が懸念される。
- 4) 従来認知症を抱える人への取組として認知症カフェが設置されることがあるが、運営資金の確保や人材不足、送迎にかかる負担などの課題が残っている。

C. 望まれること/事例/写真ほか

市民の認知症予防や、認知症の早期発見・早期対応を支援するために、大阪市では認知症に関する情報を集約した、公式アプリ「大阪市認知症アプリ」・公式ウェブサイト「大阪市認知症ナビ」を提供している。大阪市ではこのように認知症患者やその家族が必要とする情報を「大阪市認知症アプリ」「大阪市認知症ナビ」の中に集約することで、患者やその家族のサポートを行っている。このように、自治体がアプリを提供することにより、公的なサービスの情報が的確に高齢者や認知症の人、その家族へ提供されることが期待される。



図 1. 大阪市認知症ナビトップ画面、アプリのトップ及び操作画面

茨城県神栖市等では徘徊による事故防止、介助者の負担の軽減のため ICT を活用し、行方不明時に早期発見できる体制を構築し、認知症の人と共生するまちづくりの推進のため Me-MAMORIO という外出サポートツールを用いている。これは、持ち物等にタグをつけた認知症の人が、見守り協力者（専用アプリを入れたスマホを有する周辺住人）の一定の距離に近づくと、タグの位置情報がサーバーに送られ、専用アプリを入れたスマホを持つ介助者に送信される。その位置情報から所在場所がわかり、行方不明になる前に保護することが可能となる。（図 2）。

他にも、ICT コミュニケーションツール「わすれなびと」では、iPad を用いて自宅にしながら、医師・薬剤師等の医療従事者と認知症患者や家族がネットワークで密に繋がることができる。患者・家族は日々生じる問題を、医師と薬剤師にタイムリーに相談することが可能となる。

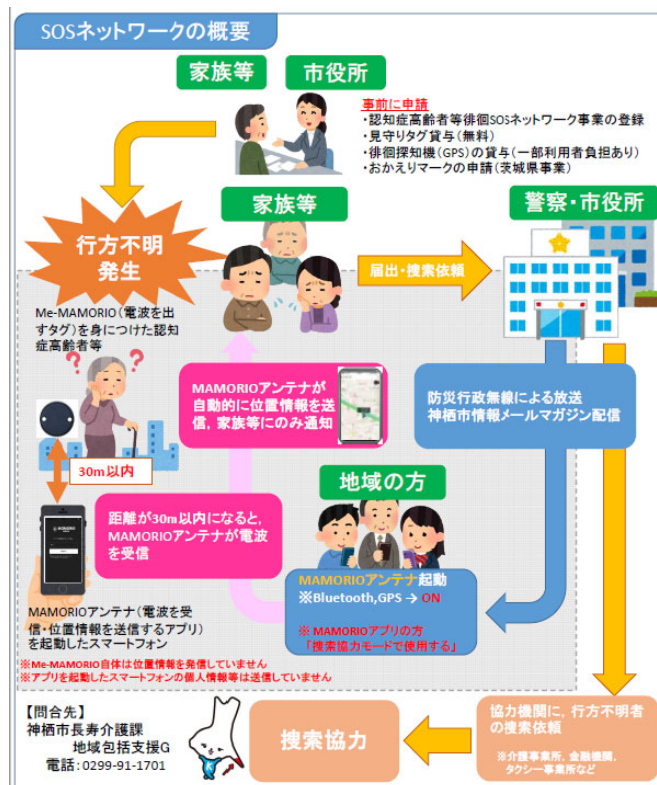


図2. 神栖市の認知高齢者等徘徊 SOS ネットワーク事業の概要図

また、認知症の本人が情報発信を行う取り組みを厚生労働省が実施している。厚生労働省による認知症施策推進大綱における「普及啓発・本人発信支援」の一環として、認知症本人大使「希望大使」を任命し、本人が体験や思いをまとめた「認知症とともに生きる希望宣言」を作成し、希望を持って前を向き自分らしく暮らし続けることを目指したものである。

D.今後の展望 キーポイント

- ICT 利活用に関する政策・取組として、社会・経済的課題の解決につながる ICT の利活用の促進、データ流通・活用と新事業の促進、誰もが ICT による利便性を享受できる環境の整備が必要である。
- そのため、具体的な望ましい姿や理想とする姿としては、①情報提供においては、広範な配信が行われている、②適切な情報を適切なタイミングで提供している、③話しかけ等のソーシャルネットワークが存在する、④情報提供の際のフォーマットやデザインのユーザビリティが高い、⑤適切に情報テクノロジーの利害がコントロールされている、⑥利用者と提供者共に責任をもって対応している、⑦認知症の本人による情報発信をする仕組みができている、⑧認知症の本人だけでなく、家族や介護者の負担軽減が実現できている等である。

(村上玄樹 林田賢史)

参考文献

1. 総務省 情報通信白書 2022 <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/>
2. 大阪市認知症ナビ <https://www.osaka-ninchisho.jp/osakan/>
3. 神栖市 認知症高齢者等徘徊 SOS ネットワーク事業、見守りタグ「Me-MAMORIO(ミマモリオ)」
https://www.city.kamisui.ibaraki.jp/iryo_fks/korei/1002175/1002033.html
4. 東京大学、エーザイ株式会社、株式会社ココカラファイン「2016年6月17日付プレスリリース、認知症・軽度認知障害の方やそのご家族のための ICT コミュニケーションツール「わすれなびと」の臨床研究の開始について」
<https://www.h.u-tokyo.ac.jp/press/20160617.html>
5. 厚生労働省 認知症本人大使「希望大使」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/kibou.html

第2章

誰も取り残さず人々が健康なまちをつくるには

A. 背景・動向

2030年までに持続可能でよりよい世界を目指す国際目標である「持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs)」への取組みでは「誰ひとり取り残さない」という原則が採用されている。認知症の人と家族の健康を推進するために地域で取組むべきことについて WHO はガイドラインを出している。健康的な生活習慣をとること、大気や水や食品中の有害物質の影響を受けないこと、安全な環境が確保され経済的な困難に陥らないこと、学びの場や社会的な繋がりが確保できること、質の高い医療や社会サービスを利用できることがあげられており、これらの条件をまちづくりとして整えることが注目されている。

B. 課題

認知症の本人や家族を含めて誰も取り残さず人々が健康なまちづくりをめざすには、関係者がまちづくりの目指す姿を共有するところからの出発が必要である。「認知症にやさしいまち」「認知症に対する不安のないまち」「認知症とともに生きるまち」など何をめざすかは、まちによって異なってきしつかえない。

C. 望まれる展開：支えあう活動がひろがるまちの仕組みづくり

■自分らしく日常生活をおくることができるまち

認知症の有無によらず、自分らしい日常の生活をおくる場、機会を見つけられるまちが望まれる。和歌山県御坊市と東京都世田谷区では、認知症関連施策に関する条例策定の検討委員会に当事者本人が委員として参加している。本人でなければわからないことをふまえた上で、誰もが生きやすいまちをめざしている。

■健康増進、生活習慣病予防に、楽しみながら取り組めるまち

認知症予防に結びつく環境整備も注目される。生活習慣病予防の行動は、認知症の予防の観点と認知症の本人と家族の健康管理の観点から重要である。高齢者の特性に合わせた情報や活動の場を、身近なところに確保することは、認知症の本人と家族の健康支援に不可欠である。健康増進、生活習慣病予防に安全に取り組みやすい、道路や公園、住宅、多くの人が利用する施設等の環境整備が必要である。

■関係主体が役割を果たし世代を超えて支えあう活動がひろがるまち

認知症の本人と家族だけでなく、世代を超えて支えあう活動が広がることは、有意義である。愛知県大府市では、平成29年12月に、全国の自治体で初めて認知症政策に関する条例を制定した。まちづくりにおける基本理念を整理して条例に示し、さらに、市民、地域組織、事業者、関係機関の役割と行政の責務を明示し、認知症に対する不安のないまちの実現をめざして、世代を超えて展開される活動とその相互連携が加速している。

■災害時、緊急時にも安全と健康を確保する準備ができているまち

平常時だけでなく、災害時や緊急時にも、認知症の人と家族の安全と健康を確保できるまちであることが望まれる。地域防災計画に、認知症本人と家族を想定した、具体的な計画が反映されることが望ましい。災大分県別府市では介護支援専門員（ケアマネジャー）や相談支援専門員等の福祉専門職が当事者と相談し、さらに地域住民等の関係者が参加して災害時ケアプラン調整会議を開いて避難支援の個別計画を策定している。

■認知症にやさしい健康まちづくりへの進捗状況を知るための情報が用意されており、まちづくりの展開にデータが活用されるまち

認知症にやさしいまちづくりは、最も支援が必要なひとを優先するまちづくりのひとつである。地域単位で「認知症にやさしい健康まちづくり」に関わる情報をとりまとめ、関係者が情報を共有して活動を展開することが望まれる。認知症の情報だけでなく、医療、教育、環境、就労、産業・経済、行政・財政、住環境、世帯、モビリティ、都市計画、保健・福祉、所得、人口、コミュニティ、地域文化、歴史など、多様な情報が有用である。また、認知症の本人、家族の健康な生活に役立つ情報、各地域の取組み事例に関するデータベースは、各地の地域活動の活性化につながる。

D.今後の展望 キーポイント

- 認知症の有無によらず、日常生活で自分らしい生活をおくることができるまちが望まれる。認知症本人の参加を得て計画を検討することもひとつの方法である。
- 生活習慣病の予防は、認知症の予防に有用である。健康的な身体活動、食生活、生活リズムの推進に加え、道路や公園、住宅、多くの人を利用する施設等の環境整備が必要である。
- 認知症の人にやさしいまちづくりに向けて関係主体が役割を果たし、世代を超えて支えあう活動のひろがり期待される。
- 平常時だけでなく災害時や緊急時にも、認知症の本人と家族を守る必要がある。地域防災計画に、認知症本人と家族を想定した計画が反映されることが望ましい。
- まちづくりの展開にデータが活用されることが望ましい。医療、教育、環境、就労、産業・経済、行政・財政、住環境、世帯、モビリティ、都市計画、保健・福祉、所得、人口、コミュニティ、地域文化、歴史など、多様な情報が有用である。

(中村 桂子)

参考文献

1. 災害時における在宅認知症者の避難所での具体的な支援方法のあり方検討委員会「避難所での認知症の人と家族支援ガイド」(一般住民用)(支援者用)社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター 2013年3月
2. 平野陽介「大府市認知症に対する不安のないまちづくり推進条例」自治体法務研究 pp.65-70 (2018・夏)
3. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
(邦訳版)「認知機能低下および認知症 のリスク低減 (WHO ガイドライン)」2019年1月
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20200410_theme_t22.pdf
4. Optimizing brain health across the life course: WHO position paper. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; 2022年7月
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240054561>

第3章 認知症にやさしいまちを設計する：

都市計画・交通の視点から

A. テーマに関する背景・動向

人口減少と高齢化が進む中、わが国の都市計画・交通計画は大きな転機を迎えている。具体的には、認知症患者を含む高齢者が増加する中で、弱者に対する視点を今まで以上に重視する必要がある。わが国の都市や交通インフラはモータリゼーションの進展に伴い、郊外へとその開発を拡げてきた。しかし、今後は自動車が運転できない交通弱者であっても、移動の負担無く、地域の中で日常的に必要なサービスに容易アクセスできるようにし、誰もが生活の質を確保できるようにすることが肝要である。

B. テーマに関する課題

- ・人口減少と高齢化が進む社会において、自動車が無いと満足に生活ができない郊外開発を拡大し、人間疎外と災害リスクの可能性の高いタワー型マンション等の建設を短期的な利潤獲得のために進めていく事は、社会におけるコストを長期的には増大させることになる。
- ・そのような問題を発生させないためには、交通弱者や社会的弱者に配慮し、土地利用計画と交通計画を長期的・広域的な観点から連動させる必要がある。
- ・公共交通サービスをはじめとし、現在の公共サービスの多くは独立採算が求められることで、弱者に対して十分なサービスが提供できていない状況にある。
- ・空間内の段差等を解消するバリアフリーの発想を拡張し、健常者も含め豊かにかつコストのかからないユニバーサルデザインの導入を空間整備において進める必要がある。
- ・これらにあわせ、都市と地方の空間サービス格差の解消が求められるとともに、インフラや都市のハード整備に留まらない、使いやすさ向上のためのソフト改善に加え、思いやりのハート（心のバリアフリー）が求められる。

C.望まれること/事例/写真ほか

認知症患者や高齢者、および自動車に頼ることのできない交通弱者に配慮したコンパクトなまちづくりを進めることが必要である。コンパクトなまちづくりを進めることで、図-1に示す通り、都市の賑わい創出から自治体財政健全化に至るまで、多岐にわたる分野への効果発現が期待できる（クロスセクター効果）。なお、コンパクトシティ政策は往々にして、短期間の間に都市を活性化するためのカンフル型政策に誤解されやすいが、そうではなく、時間をかけて都市の形を改善していく体質改善政策である。このため、往々にして短期的成果を求める政治家からは避けられる傾向のある政策であるということも注意が必要である。

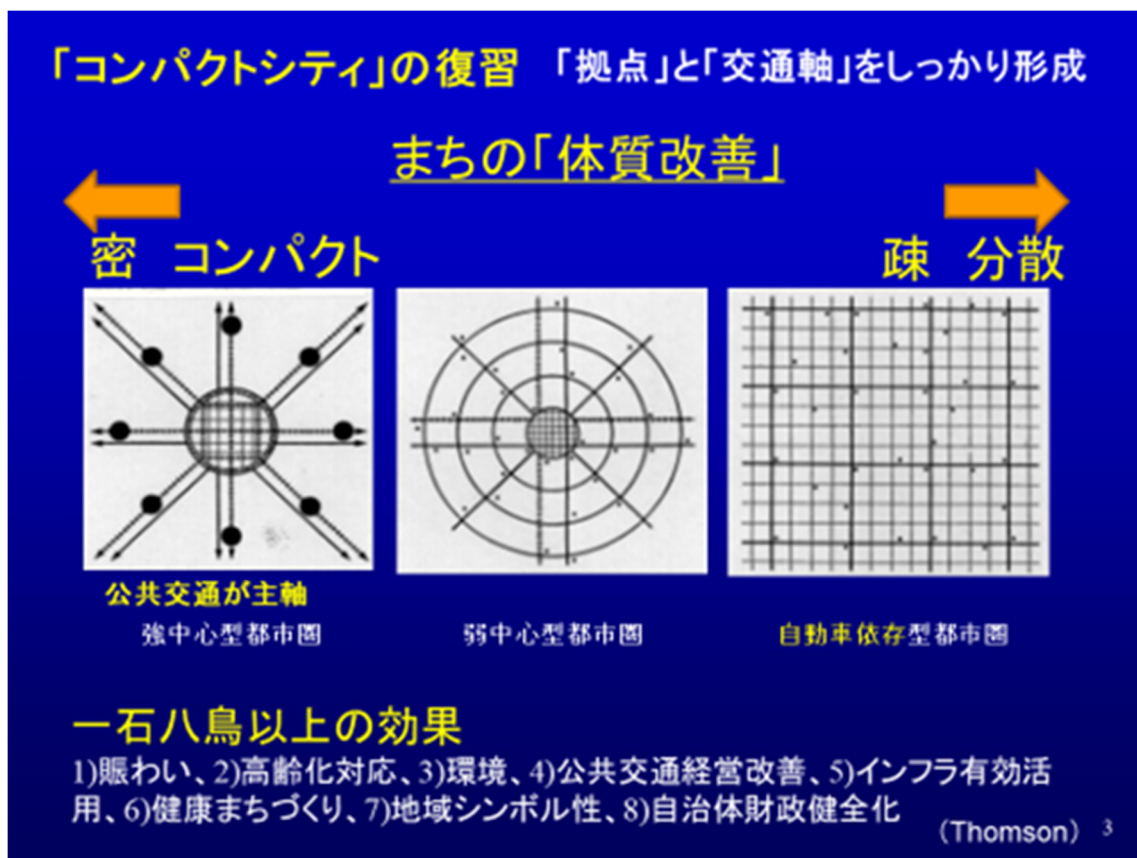


図-1 コンパクトなまちづくりの概要

D.今後の展望 キーポイント

- 現在までの日本の都市計画や交通整備は、主に経済的な活力向上を主眼として実施されてきたといえる。これからの人口減少、高齢化社会を迎える中で、認知症患者を含む弱者対応へと目線を移し、心休まる空間整備へとその考え方をシフトしていく必要がある。
- 弱者対応ができた都市や交通は、健常者にとっても暮らしやすく快適な空間となる。その意味で段差をなくすといったバリアフリーの考え方からさらに進んで、質と効率をも配慮したユニバーサルデザインの考え方を共有する必要がある。
- 住むことと移動することをセットで計画する必要がある。自動車で遠くまで行かないと生活の基本的なサービスを受けることができないような都市の構造は、弱者にとっては負担が大きく、持続可能性の観点からも問題が多い。都市を拡大するのではなく、徒歩と公共交通の範囲で十分な生活が可能となるコンパクトなまちづくりを目指す必要がある。
- 自動車のために整備されてきた道路空間も、人のために再構成を行う必要がある。ウォークアビリティ確保のために準備されたガイドラインなどを活用し、今後は我が国でもトランジットモールの導入が可能となるよう、さらに制度改革と新たな時代に向けた投資を進めていく必要がある。

(谷口 守)

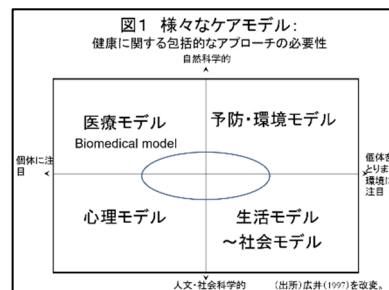
参考文献

1. 谷口守編著：世界のコンパクトシティ、学芸出版社、2019.
2. 国土交通省：新型コロナウイルス感染症の影響下における生活行動調査（第二弾）、Press Release、2022.6.
<https://www.mlit.go.jp/toshi/tosiko/content/001488638.pdf>
3. 国土交通省道路局：多様なニーズに応える道路 ガイドライン、2022.3.
https://www.mlit.go.jp/road/ir/ir-council/diverse_needs/pdf/guideline.pdf
4. マチミチ会議：ウォークアブルポータルサイト、<https://www.mlit.go.jp/toshi/walkable/index.html>

第4章 認知症にやさしいコミュニティ空間をつくる

A. テーマに関する背景・動向

(図1)は、病気や健康に関する様々なアプローチを「ケアのモデル」という視点から整理したものである。このうち左上の「医療モデル (Biomedical model)」は、「特定病因論」と呼ばれる考え方をベースにしており、これは“一つの病気には一つの原因 (物質) があり、それを除去すれば病気は治る”という、ある意味で比較的単純かつ単線的 (リニア) なモデルである。これは感染症などの場合には非常に有効だったが、現在では疾病構造が大きく変容し、慢性疾患、ひいては高齢者ケア (老年退行性疾患) あるいは精神疾患関連が前面に出る時代となっている。したがって、医療モデルにとどまらず、「予防・環境モデル」、「心理モデル」、さらには生活全体や社会との関わりまで視野に入れた「生活モデル～社会モデル」まで視野を広げた上で医療や健康の問題を見ていくことが必要となっている。そこで認知症についても、地域コミュニティやまちづくりを含めた対応が重要になっているのである。



B. テーマに関する課題

「認知症にやさしい健康なまち」を構想していくにあたり、特に重要なポイントとなるのは「歩いて楽しめる街 (ウォークアブル・シティ)」を軸とする「コミュニティ空間としての都市・地域」の実現である。

残念ながら戦後の日本においては、高度成長期を中心に、道路・自動車中心の都市・地域モデルが追求され、その結果、日本の地方都市の現状では中心市街地の空洞化が進んできた。20万人程度以下の地方都市はほぼ確実に“シャッター通り”となっており、場合によっては30～50万規模の都市でも空洞化が進んでいるのが現実である。

こうした状況を改善していくには、「医療・福祉政策と都市・交通政策の総合化」という発想と政策展開が重要であり、これまで進められてきた“郊外ショッピングモール型”の都市・地域モデルを改変し、超高齢化社会にふさわしい都市像を実現していく必要がある。

C. 望まれること/事例/写真ほか

具体的なイメージで見えていくと、ヨーロッパ、特にドイツ等においては1980年代頃から、都市の中心部から自動車をシャットアウトし、人々が歩いて楽しめるコミュニティ空間を作るという政策を展開してきた。

たとえば写真①はドイツの人口約10万の地方都市エアランゲンの中心部の様子だが、車いすの高齢者やベビーカーをひいた女性が普通に過ごすことができるとともに（福祉的側面）、ガソリン消費ないし二酸化炭素排出が抑制され（環境的側面）、さらに中心市街地が賑わい経済循環が活発化する（経済的側面）という具合に、「福祉・環境・経済」の相乗効果が実現し、SDGsの理念につながるような都市や地域のあり方が実現されている。また写真②はフーズムという、人口約2万人程度の地方都市の中心部の様子だが、こうした「まち・むら」規模の地域であっても、高齢者が出かけ、様々なコミュニケーションが生まれるような市場などの場所が広く存在している。

日本の現状に即して見ると、高齢化が急速に進み、“遠くのモールに自動車で購入に行くのが難しい”という層が増えていることを踏まえ、高齢化をいわば一つの「チャンス」（契機）として歩行者中心の都市・地域の姿を実現していくことが重要となる。こうした方向は、過度のクルマ依存社会がもたらす様々な問題（高齢者関連の交通事故を含む）の改善につながると同時に、地方創生や地域再生といった、より広い社会的課題の解決にも寄与すると考えられる。

そして、そうした「コミュニティ空間としての都市・地域」づくりに向けた動きが、現在日本の各地においてある意味で“百花繚乱”のように立ち上がりつつある。写真③は、香川県高松市の丸亀町商店街の様子で、商店街と高齢者向け住宅等を一体的に整備し、高齢化に対応した“福祉都市”的な性格ももっている例である。

また、国交省などの政策の基調にも変化が見られ、「国土のグランドデザイン2050」（2014年）における“小さな拠点”の考え方や、「ウォークブル・シティ（歩いて楽しめるまちづくり）」など、「コミュニティ」の視点を重視した、超高齢化時代における新たな都市・地域像への模索が始動しており、まさに「認知症にやさしい健康なまち」という姿に重なるものである。



D. 今後の展望 キーポイント

- 疾病構造が大きく変容し、高齢者ケアや認知症のケアが前面に出る現在のようない時代においては、医療モデルにとどまらず、生活全体や社会との関わりまで視野に入れた「生活モデル～社会モデル」まで視野を広げたケアが重要であり、地域コミュニティやまちづくりを含めた対応が重要になっている。
- 「認知症にやさしい健康なまち」を構想していくにあたり特に重要なポイントとなるのは、「歩いて楽しめる街（ウォークアブル・シティ）」を軸とする「コミュニティ空間としての都市・地域」の実現である。
- ヨーロッパなどにおいて1980年代頃から、都市の中心部での自動車交通を規制し、人々が歩いて楽しめるコミュニティ空間を作るといった政策が展開されてきたが、そうした方向は、高齢者のQOL（生活の質）の向上や認知症予防といった福祉的側面、二酸化炭素排出の抑制といった環境的側面、さらに中心市街地の活性化や地域内経済循環といった経済的側面という具合に、SDGsの理念につながるような都市や地域の実現に寄与している。
- 戦後の日本においては、高度成長期を中心に道路・自動車中心の都市・地域モデルが追求されてきたが、高齢化が急速に進み、“遠くのモールに自動車で購入物に行くのが難しい”という層が増え、買い物難民と呼ばれる層が増加する一方、過度のクルマ依存がもたらす高齢者関連の交通事故等も大きな社会的課題になっている現在、高齢化をいわば一つの「チャンス」（契機）として歩行者中心の都市・地域の姿を実現していくことが重要となる。
- そうした方向に向けた試みが現在日本の各地で進むとともに、国交省などの政策の基調にも変化が見られ、「国土のグランドデザイン2050」（2014年）における“小さな拠点”の考え方や、「ウォークアブル・シティ（歩いて楽しめるまちづくり）」など、「コミュニティ」の視点を重視した、超高齢化時代における新たな都市・地域像への模索が始動しており、まさに「認知症にやさしい健康なまち」という姿に重なるものである。

（広井 良典）

参考文献

1. 宇都宮浄人（2015）『地域再生の戦略——「交通まちづくり」というアプローチ』、ちくま新書。
2. 近藤克則（2005）『健康格差社会』、医学書院。
3. 徳田雄人（2018）『認知症フレンドリー社会』、岩波新書。
4. パットナム（2006）『孤独なボウリング——米国コミュニティの崩壊と再生』、柏書房。
5. 広井良典（2018）『持続可能な医療——超高齢化時代の科学・公共性・死生観』、ちくま新書。

第5章 認知症にやさしい活気あるまちづくり：

全体も眺めてみよう

A. テーマに関する背景・動向

超少子・超高齢社会の進展により、認知症は増加し、その支え手は減少することが見込まれる。認知症の「予防」は、国家の一大事となっている。ここで「予防」とは、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ことを意味する(認知症施策推進大綱,2019)。

この状況は、人々の健康・ウェルビーイングをよりよく実現していく社会づくりへと駆動する、またとない貴重な機会ととらえられる。

B. 望まれること

認知症を予防し認知症にやさしい社会の実現は、すべての世代の人々が健康な生活行動をとることができ、すべての人々にやさしい社会である。このような社会づくりを実現していくためには、保健医療や福祉だけではならず、さまざまな社会経済活動が人々の健康・ウェルビーイングのさらなる実現に向けて活性化していくことが重要となる。

健康志向の社会づくりにアカデミアが貢献していくためには、従来の領域を超えた協働が一層求められており、社会づくりに係わる理系文系の様々な研究領域の研究者が集まり、学内に超高齢社会デザイン価値創造ユニットを形成し、それを基盤とした産官学民コンソーシアム"PEGASAS"を結成、具体的なまちづくりの事例研究を行っている。健康・ウェルビーイング実現社会に向けては、現状を把握し、有効な方策のエビデンスを生み、計画進捗、目標達成度を可視化し確実に推進していくためのフレームワークの研究開発を進めている。これは、目標となる健康・ウェルビーイングと、以下の12の領域からなる。

01 住環境、02 交通、03 屋外環境・エコロジー、04 保健・医療・介護・福祉、05 食事・栄養と農林水産、06 働き方・雇用、07 社会的包摂と多様性、08 社会的参加と芸術・スポーツ、09 ウォーカビリティ、10 情報・コミュニケーション、11 養育・教育、12 生涯学習と支援ツール活用

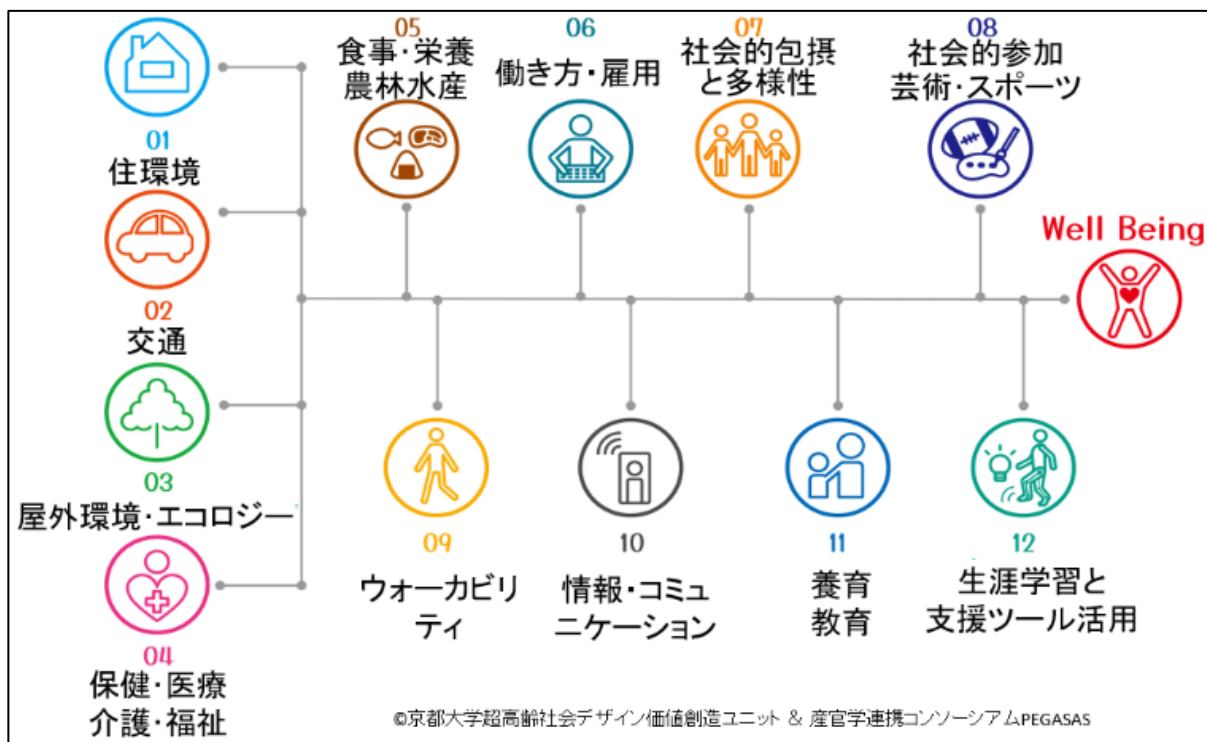


図1 健康・ウェルビーイング向上をめざす社会づくりのフレームワーク

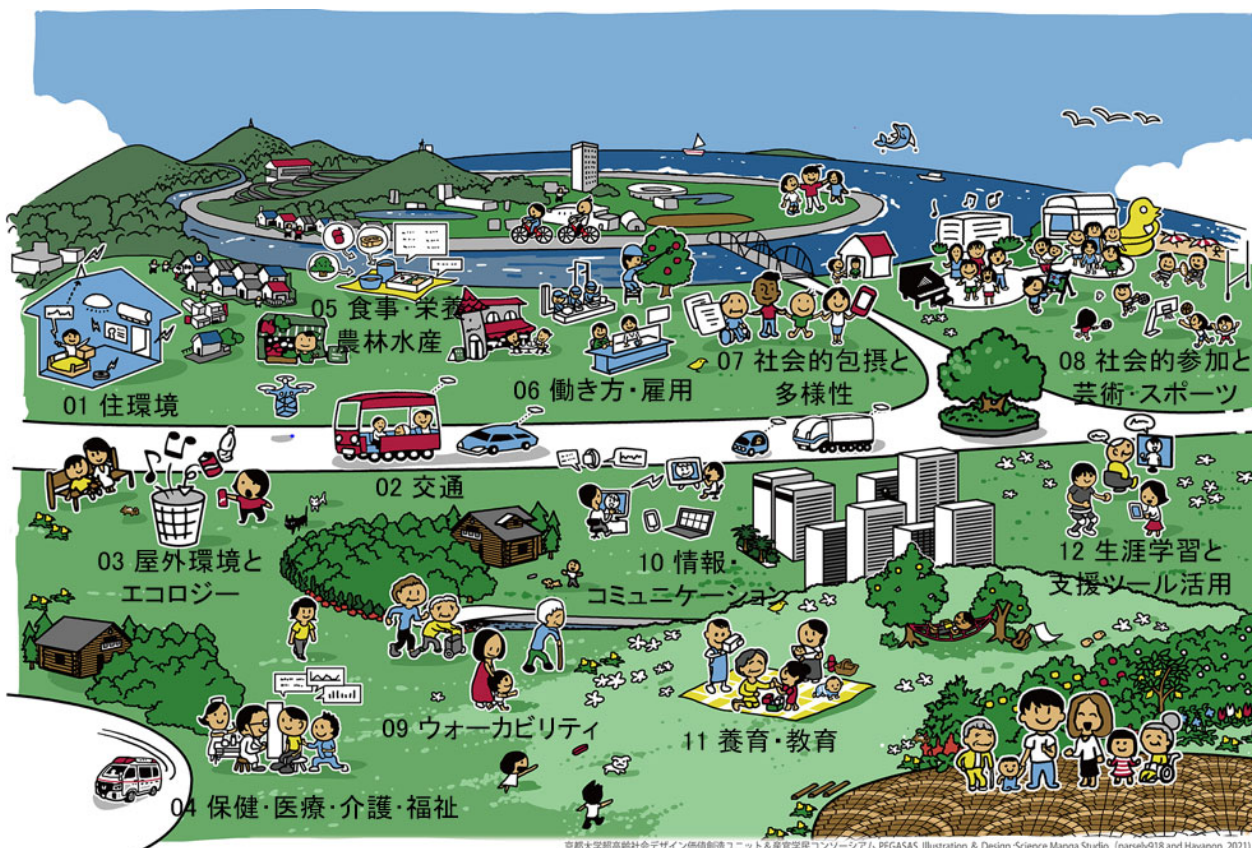


図2 健康・ウェルビーイングが向上する社会づくりのフレームワーク (イメージ)

C.今後の展望 キーポイント

- 認知症を予防する多因子は、運動、栄養、禁煙、社会交流など、生活習慣病を予防し健康余命を延伸し、健康・ウェルビーイングを向上する多因子と同様のものである。
- ただし、これらの多因子の改善は個々人の努力だけでは不可能で、健康な行動などを維持・促進する環境、認知症や多様な世代にやさしい社会を作り、社会経済活動を活発化していく必要がある。
- それを進めるため、社会・まちの多側面全体を把握するフレームワークが重要となる。

(今中 雄一)

参考文献

1. 産業競争力懇談会(COCN)推進テーマ最終報告書「健康医療介護の質指標とまちづくり情報基盤」(2019/02/15) <http://www.cocn.jp/report/thema106-L.pdf> (2022/11/01 アクセス)
2. 産官学民コンソーシアム PEGASAS"健康・医療・介護視点の全世代まちづくり" <http://pegasas.umin.jp/> (2022/11/01 アクセス)

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）「認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用」研究班

今中雄一**：京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野 教授

武地一*：藤田医科大学病院 認知症・高齢診療科 教授

山田裕子：同志社大学研究開発推進機構 名誉教授

中部貴央：東京大学医学部附属病院 国立大学病院データベースセンター 特任助教

慎重虎：京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 特定講師

原広司*：横浜市立大学国際商学部 准教授

西下陽子：京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野／弁護士

山田文*：京都大学法学研究科 教授

佐々木一郎*：同志社大学商学部 教授

國澤進*：京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野 准教授

後藤悦：京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野 特定助教

佐々木典子*：京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野 特定准教授

村上玄樹*：産業医科大学大学病院 医療情報部 副部長

林田賢史*：産業医科大学大学病院 医療情報部 部長

中村桂子*：東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 教授

谷口守：筑波大学システム情報系社会工学域 教授

広井良典*：京都大学人と社会の未来研究院 公共政策・科学哲学 教授

*研究分担者；**研究代表者

連絡先

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）「認知症施策の評価・課題抽出のための研究：領域横断・融合的アプローチと大規模データベースの実践的活用」事務局
京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 内
〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町
e mail：iken@mail2.adm.kyoto-u.ac.jp

研究成果の刊行に関する一覧表

1. Mikako Yoshikawa, Etsu Goto, Jung-ho Shin, and Yuichi Imanaka. Regional disparities in Dementia-free Life Expectancy in Japan: an ecological study, using the Japanese long-term care insurance claims database. *Plos One* 2023;18(5):e0280299. doi: 10.1371/journal.pone.0280299.
2. 武地一 (2023) 「Chapter 1 当事者の不安を和らげる—認知症カフェの実践」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.9-20
3. 山田裕子 (2023) 「Chapter 2 家族の負担に向き合う：認知症の人と家族の葛藤を予防するために」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.21-32
4. 中部貴央 (2023) 「Chapter 3 コミュニティの中で支え合う：認知症サポーターの可能性」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.33-44
5. 慎重虎 (2023) 「Chapter 4 社会参加の活動をつくる：社会的バリアフリーと世代間交流」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.45-52
6. 原広司 (2023) 「Chapter 5 差別と偏見を予防する：マスメディアと教育の活用」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.53-63
7. 西下陽子・山田文 (2023) 「Chapter 6 “なる前の備え”を促す：成年後見制度の視点から」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.65-76
8. 佐々木一郎 (2023) 「Chapter 7 年金リテラシーを育む：低年金の予防の重要性」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.77-86
9. 國澤進 (2023) 「Chapter 8 医療からのサポート：病型の理解と環境整備」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.87-96
10. 後藤悦 (2023) 「Chapter 9 介護と介護予防に取り組む：暮らし続けられる地域に向けて」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.97-108
11. 佐々木典子 (2023) 「Chapter 10 地域包括ケアシステムをひろげる：コミュニティレベルの互助」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生

社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.109-119

12. 林田賢史・村上玄樹 (2023) 「Chapter 11 情報をやさしく伝える：コミュニケーションのためのポイント」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.121-132
 13. 中村桂子 (2023) 「Chapter 12 健康のインフラを整備する：ウェルビーイング・レジリエンス・データ活用」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.133-140
 14. 谷口守 (2023) 「Chapter 13 交通サービスを立て直す：認知症の人も含む利用者目線のユニバーサルデザイン」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.141-150
 15. 広井良典 (2023) 「Chapter 14 ウォークアブルなまちをつくる：医療・福祉と交通を統合する発想と実現」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.151-164
 16. 今中雄一 (2023) 「Chapter 15 スマートシティと結びつける：全世代にやさしいフレームワークとは」今中雄一編著『認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点』学芸出版社 pp.165-180
- 上記 2～16 は右記書籍の章となっている。今中雄一編著，認知症にやさしい健康まちづくりガイドブック：地域共生社会に向けた 15 の視点。発行：学芸出版社，2023 年 3 月 31 日発行。ISBN 978-4-7615-3290-1.
17. 後藤悦，慎重虎，中部貴央，今中雄一。認知症高齢者の日常生活自立度を用いた健康余命の全国二次医療圏での算出。厚生指標 2023;70(2):1-8.
 18. 岡田理沙，後藤悦，慎重虎，佐々木典子，今中雄一。市区町村別にみた介護保険サービス利用の地域差と関連因子の検討。日本医療・病院管理学会誌 2023;60(2):44-52.
 19. 後藤悦，慎重虎，中部貴央，今中雄一。認知症高齢者の日常生活自立度を用いた健康余命の全国諸地域での算出。第 80 回日本公衆衛生学会総会：東京，ハイブリッド 2021 年 12 月 21 日-23 日。第 80 回日本公衆衛生学会総会 抄録集 P258.
 20. 吉川美佳子，後藤悦，慎重虎，今中雄一。全国諸地域の健康余命の関連因子：認知症高齢者の生活自立度を用いた健康余命の解析。第 80 回日本公衆衛生学会総会：東京，ハイブリッド 2021 年 12 月 21 日-23 日。第 80 回日本公衆衛生学会総会 抄録集 P257.
 21. 岡田理沙，後藤悦，慎重虎，佐々木典子，今中雄一。認知症グループホーム利用の地域差。第 59 回日本医療・病院管理学会学術総会：東京，オンライン開催 2021 年 10 月 29-31 日。日本医療・病院管理学会誌 Vol. 58 Suppl. p 176.
 22. 今中雄一。健康医療介護の未来づくり：社会的協働。学会長講演。第 79 回日本公衆衛生学会総会：京都，オンライン開催 2020 年 10 月 20 日（日本公衆衛生雑誌 67(10) Suppl: 56-59.)
 23. 内藤 優美，後藤 悦，林 慧茹，原 広司，佐々木 典子，今中 雄一。要介護データを用

いた二次医療圏レベルの健康寿命（平均自立期間）の算出および関連要因の探索. 日本医療・病院管理学会誌 2020 年 57 卷 1 号 p. 2-10

24. 今中雄一. 超高齢社会日本の医療モデルの構築. *BIO Clinica* 2020;35(10):28-33.