

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

CONTENTS

序説

認知症の人と取り巻く人々の視点から

- 0 「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
- 12 都市計画・交通/住環境
- 13 認知症にやさしい健康なまち

序説

本コンセプトシートは、地域「共生」社会の実現に向けた認知症にやさしい健康まちづくりのポイントについて、学際的な議論も行い各専門領域の研究者が各々の視点から記載したものである。

今後これをベースにさらに議論を重ね、各自治体や現場の人々に活用していただけるガイドブックにしていく計画である。

注目のハイライトポイント

- ・認知症のひと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、活動する側になるための具体的な取組み、例えば、**認知症希望大使、オレンジドア、認知症カフェ、本人ミーティング、チームオレンジ**等が紹介されている。
- ・認知症の人の尊厳が尊ばれ、社会の中で共生するためには、**まず認知症の人と身近な人の関係が改善されることが最重要**であり、身近な人に内在する課題(例:認知症の人への偏見を増幅/修正するメディアの役割、介護者本人の孤立傾向・自己犠牲、また逆に認知症の人の生殺与奪権を持つ等)につき、**高齢者虐待に通じる課題として問題提起**している。
- ・認知症の当事者や周辺の人たちにとって安心なまちとはどのようなものか、AIなど先進技術の活用とともに、都市計画、交通の利便性なども考慮に入れた、住みやすいまちづくり、その基盤となる考え方についても検討している。
- ・「健康まちづくり」として、「生きがいを追求することができる」、「健康増進、疾病予防に、楽しみながら取り組める」、「世代を超えて支えあう活動がひろがる」、「緊急時、災害時にも安全と健康を確保する準備ができている」、そして、「まちづくりの展開にデータが活用される」まちづくりを目指している。
- ・「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が「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」の実現であり、都市の空洞化を改善するためには「**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**であることを指摘している。

2022年2月

研究班代表

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 教授

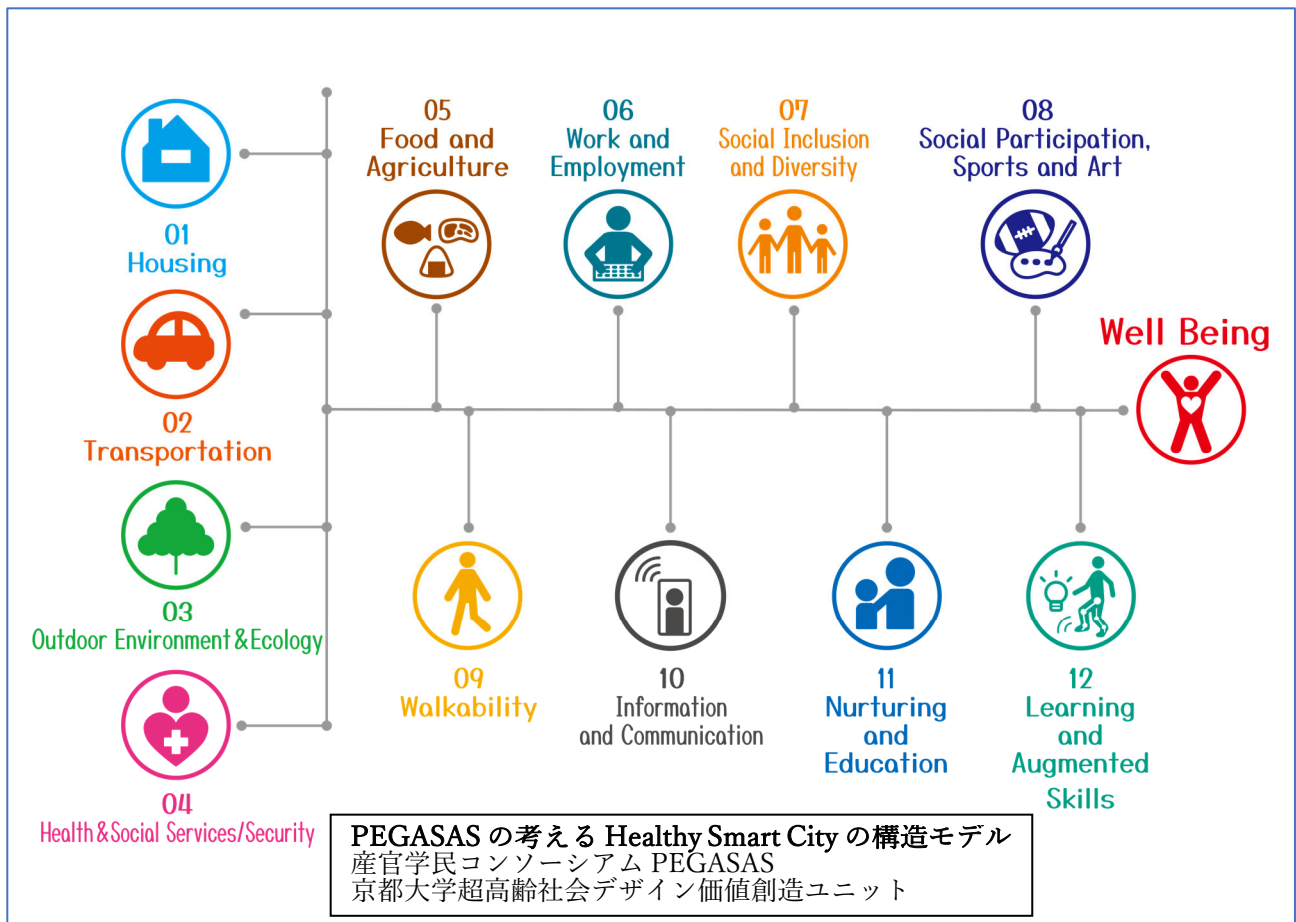
今中 雄一

0. 「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

担当:今中雄一

「認知症の人とその家族にやさしいまち」をつくるということは、即ち「全世代にやさしいまち」をつくることになると考えている。生活の多側面で「認知症の人とその家族にやさしい、全世代にやさしいまち」を実現していく必要がある。そこに国策であるコンパクトシティづくりを融合させていく。

下図は、京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニットとそれを基盤とした産官学民コンソーシアム PEGASAS とで検討してきた健康(Well-Being)志向のまちづくりのフレームワークである。コンパクトシティをベースとして、「全世代にやさしいまち」そして「認知症の人とその家族にやさしいまち」づくりを展開するフレームワークを展開していこうとするものである。



01 住環境、02 交通、03 屋外環境やエコロジー、04 保健医療介護のサービスとその保障、05 食事と農林水産、06 働き方・雇用、07 社会的包摂と多様性、08 社会的参加や芸術・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 育成・教育、12 生涯学習と支援ツール活用、このような各側面のあり方について、また全体を把握して、認知症の人や全世代の人々の健康・Well Being が向上するように、まちづくりをしていくことが望まれる。

特に、「共生」のためには、社会的包摂と多様性、社会参加が重要となることはいままでもないが、情報とコミュニケーション、生涯学習や支援ツールの活用も、ますます重要になってくるであろう。

下記は目指す方針の一部を表すが、その実現には技術の開発や適用、意識改革や活動が必須である。

社会的包摂と多様性(Social Inclusion and Diversity)

日常生活の中で手を差し伸べる文化の醸成が求められている。スーパー等でのレジやセルフレジ、レストランでの食事、などでは、認知症の人やその家族、高齢者や外国人など困っている人の元へすぐに支援の手が差し伸べられる仕組みが浸透している社会を築くことが望まれる。地域内のイベントや集いもよい機会となりうるが、行政担当者や専門家の支援とともに、孤立や孤独を防いでいこうという人々の意識を醸成していくことが重要である。教育のみならず、マスメディアからの情報発信や、インターネットを通じたSNSも重要な機能を持つであろう。

認知症や高齢化、社会保障の基礎、多様性への敬意などについて、小学校と中学校のカリキュラムに含まれたり(例えば生徒は全員認知症サポーターになる)、高齢者や子供を含む多世代が楽しみをもって一緒に活動できる機会も、学校活動が契機や基盤となりうるであろう。

社会参加(Social Participation, Sports and Arts)

コミュニティや家族と一緒にレジャー、社会的、文化的、精神的な活動に参加できるような社会環境づくりをめざす。認知症であるからといって参加が阻まれないよう、人々の意識や、認知機能上、身体機能上などのバリアフリーを展開する。サロン活動のみならず、各種イベントに関する情報を入手しやすくし、適切なアクセスを確保・提供する。集う場所は、認知機能上、身体機能上もバリアフリーであり、どの世代も過ごしやすい環境とする。地域密着型のスポーツも振興され、日常的に運動しやすい環境が整えられ、芸術や文化に日常的に触れやすい環境をつくっていく。

情報とコミュニケーション(Information and Communication)

人々は生活していく上で必要な情報を適時に容易に取得できる必要がある。情報伝達の方法は紙や TV、ラジオ等、SNSを含む Internet などのメディア、サイネージや口頭での情報伝達など様々な手段が組み合わせられ活用され情報格差の解消を図っていく。各種メディアや ICT の利活用により、認知症の人と家族がより多くの人と繋がれるようになり、「まち」の各サービスプレイヤーや行政機関とプラットフォームを介して最新の情報を得るとともに、最適な人材や健康医療介護サービスに繋げる。

支援に最も高いニーズのある人々、つまり、認知症の人や脆弱な人々(低所得者層、高齢者、社会から取り残された人々)がデジタルデバイドのために、不利な立場に置かれるリスクが最も高いため、そのため、地域における ICT 機器に触れる機会、学ぶ機会、訓練等を充実させていく(デジタルインクルージョンの充実)。

生涯学習や支援ツールの活用(Learning and Augmented Skills)

少子高齢化に起因する医療・介護問題をはじめ、さまざまな社会課題について先進技術を適用し、私たち自身の機能を増強・拡張させることで課題解決を図る。特に、認知症の人やその家族にとって、技術による機能の補助・拡張は極めて重要である。たとえば、家庭での日常の暮らしの中でも、健康維持に必要なデータを把握し自ら重症化予測、発症予防を行うとともに、医療機関での治療後も専門的な支援を受けながら自らフォローを行い予後を改善するなど科学的な健康維持ができるようになる。認知症の予防やケアについても、ICT 技術により自らや家族のセルフケア力を向上させ、また専門的な支援を受けやすくする。全世代が生涯を通して、学びたいことを学び続けることができる仕組み、そして、誰もが取り残されず ICT を活用できるように世代やその人に応じたデジタル教育を展開する。

1. 社会参加・認知症カフェ・サロン

担当 武地

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。

そのような社会状況を踏まえ、2012年に掲げられたオレンジプランと、それを改訂して深化させた新オレンジプラン、認知症施策推進大綱では、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。そのような活動を促進するための拠点として認知症カフェの設置も促されている。

それらの活動が具体化するための取り組みを以下に示す。認知症施策の評価を行い、データベースを通じて可視化し、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。

1) 認知症希望大使

認知症施策推進大綱に基づき、厚生労働省では、認知症の人本人からの発信の機会が増えるよう、認知症本人の方々を認知症に関する普及啓発を行う「希望大使」として任命。各自治体でも希望大使を任命し、メッセージ発信の機会を設けている。

* 関連事項：認知症希望大使の任命状況と活動状況、若年性認知症コーディネーター、認知症サポーター、各自治体の認知症条例など

2) オレンジドア

認知症の診断を受けて、これから先、どうなるのだろうと不安で仕方がない時期に一歩先に診断を受け、その不安を乗り越えてきた認知症当事者の方々と出会い、前向きになるきっかけをつかむ場所。

* 関連事項：オレンジドアの設置状況と活動状況

3) 認知症カフェ

認知症カフェは、認知症の当事者やその家族、知人、医療やケアの専門職、そして認知症について気になる人などが気軽に集まり、なごやかな雰囲気のもとで交流を楽しむ場所。

*関連事項：認知症カフェ設置状況、認知症カフェでの認知症の人の活動状況、各自治体の認知症カフェ運営助成交付要綱や助成状況、認知症カフェスタッフ研修の実施状況など

4) 本人ミーティング

認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場。

*関連事項：本人ミーティング開催状況、本人ミーティング開催ガイドブック利用状況

5) チームオレンジ

認知症サポーターが正しい理解を得たことを契機に自主的に行ってきた活動をさらに一歩前進させ、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための取り組み。

*関連事項：認知症サポーター養成状況、認知症サポーターステップアップ講座実施状況、チームオレンジ活動状況

6) 住民調査や病院での診断時の調査

1)～4)など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かということ把握するためには、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。

2.1. 地域保健・地域ケア

担当： 村嶋幸代/木嶋彩乃

認知症施策推進大綱の基本的な考え方

高齢者の4人に1人が認知症又は予備軍といわれ、今後さらに増加することが見込まれている。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」を両輪として施策を推進する。

発症予防の重視：働く世代からの健康増進

高齢者の4人に1人が認知症又は予備軍といわれるが、糖尿病などの慢性疾患を予防することで、発症を予防できることが知られている。まずは、壮年期、その前の青年期・小児期から、全世代・地域ぐるみで健康増進に取り組むことが、重要である。

青壮年期に食事、運動、禁煙、適度な休養等を個々人に働きかけるだけでなく、そのための環境を整備していくことが重要である。また、社員の健康管理に留意する健康経営事業所を増加させるための工夫（表彰制度等）、更に、企業トップの意識改革（大企業だけでなく、中小企業の経営者層への浸透）等々、社会全体が健康になるような仕掛けを多方面で行い、推進していくことが必要である。その手法を、成人保健だけでなく、学校保健、小児保健等にも適用していくようにする。

地域保健・地域ケアにおける望まれる姿・理想とする姿

1. 介護予防・認知症予防

● 通いの場の拡充と社会参加活動の推進

運動不足の改善、糖尿病や高血圧症などの生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立

の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせる可能性が示唆されている。一般の高齢者や虚弱高齢者が身近に通うことができる「通いの場」は、全国に約9万設置(平成29年度)されている。今後も地域において、公民館等の社会教育施設や大学の公開講座など住民が幅広く活用できる場を最大限利用するなど、定期的に通える場を拡充していくことが求められている。一方で、高齢者の中には、経験等を生かして社会で活躍したい高齢者も存在する。高齢者が地域において生きがいをもって生活できるよう、ニーズを把握し、高齢者の社会参加活動を促進する体制整備が期待される。

2. 早期発見・早期対応の体制整備

● 地域の特性に合わせた認知症初期集中支援チームの効果的な推進

早期発見・早期対応の体制の一つである認知症初期集中支援チームは、全国市町村の地域包括支援センターに設置されている。保健師・看護師等の認知症地域支援推進員が、認知症(疑いを含む)の方及びその家族を訪問し、医療・介護と連携し、サービスの調整や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行う。初期集中支援チーム

が支援を要する家庭を把握するためには、地域からの情報提供(気づき)が大きいと考える。そのため、高齢者と日常的に関わる地域の医療職の理解、地域住民の認知症に対する基本的な理解がベースとして必要と考える。そして、認知症の本人や家族が望む形でのサービスにつなぐためには、地域の実情やニーズを踏まえ、社会資源等の体制整備も併せて進めていくことが望まれる。

3. 認知症の本人と家族がよりよく生きていくことができる地域

● 認知症サポーターや認知症カフェの普及と活動の推進

認知症になっても進行を緩やかにし、認知症とともによりよく生きていくことができるような地域づくりが求められている。認知症が正しく理解され、また認知症の方が安心して暮らせるよう、その第一歩として認知症サポーター養成が展開されてきた。現在は小中学生から大人まで、また金融機関・交通機関など高齢者と日頃関わることの多い業界まで拡大し 1,144 万人（2019 年 3 月末現在）養成されている。今後は認知症サポーターの活躍の推進が期待されており、全市町村で認知症本人や家族のニーズと認知症サポーターをつなぐ仕組みを整備することが求められている。

また、地域共生の拠点として、認知症カフェが挙げられ、全国 1,265 市町村約 6 千か所（2018 年 3 月末）設置されている。認知症の方やその家族専門職が情報共有し、認知症の受容や今後の見通しなど不安のある介護者の負担軽減などピアサポートが図られている。加えて、地域住民も参加することで、お互いを理解する場となり、地域の認知症に対する理解促進が期待される。全国市町村での設置が目標とされており、今後は地域住民が参加しやすいようにさらに身近な存在となることが望まれる。

（参考資料）

- ・WHO. Global Age-friendly Cities: A Guide ; 12 Community support and health services. 2007.
- ・厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）. 平成 29 年 7 月.
- ・認知症施策推進関係閣僚会議. 認知症施策推進大綱. 令和元年 6 月 18 日.
- ・厚生労働省老健局. 認知症施策の総合的な推進について. 社会保障審議会介護保険部会資料. 令和元年 6 月 20 日

2.2 市民参加・認知症サポーター

担当：中部 貴央

<望まれる姿・理想とする姿>

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に働く機会を提供されることによって、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が期待され、生きがいにもつながる。生きがい、やりがいをもって働くことは、認知機能低下を予防する可能性を秘める。結果として、健康寿命が延びる。

- 定年退職後にも、働く機会が様々に用意されている。
 - －フルタイム・パートタイムに限らない柔軟な働き方が用意され、高齢者が障害を持つ場合には、障害者のニーズを満たすように調整される（聴覚支援等）。
 - －働く立場に応じたトレーニングの機会が用意される。
- 定年退職という概念を超え、働ける人が働きたい場所で働いていけるまちである。
 - －組織が硬直しない仕組みがつけられている。
 - －高齢の起業家や自営業の機会に対する支援がある（例：農産物や工芸品を販売する市場、中小企業のトレーニング、高齢労働者のためのマイクロファイナンス）。
 - －小規模および在宅ビジネスをサポートする機会を用意し、必要な情報は、高齢者を含め誰もが得やすい形で提供する。
 - －障害に関わらず、起業へのサポートが受けられる。
- 自発的なボランティアの機会が多く用意されている。
 - －各ボランティア組織をとりまとめる組織が十分に発達し、各組織が持続可能な運用が実施されている。
- 認知症の人、家族、高齢者をサポートする担い手として、出産・子育てがしやすい働き方が用意されている。
 - －働きたい場所で働き、介護や子育てなど柔軟に対応できる。
 - －担い手を維持するとともに、少子化対策になる。

(参考)

厚生労働省職業安定局高齢者雇用対策課 生涯現役促進地域連携事業のご案内（令和元年 12 月）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000505087.pdf>

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

認知症サポーターは、認知症について正しく理解し、偏見をもたず、認知症の人や家族を温かく見守る「応援者（サポーター）」である。各サポーターが自身のできる範囲で活動し、身近でさりげなく見守ったり、困っている人へ手助けを行う。日本国内の認知症サポーター数はのべ 1300 万人を超える（令和 3 年 9 月 30 日現在：13, 396, 073 人）が、さらなる増加が望ましい。

- 認知症サポーターの継続的創出
 - －認知症の人と認知症サポーターが同程度の数になる。
 - －認知症サポーターのステップアップ・フォローアップ講座が定期的に提供される。
 - －市町村内の全小中高校での認知症サポーター講座を開講する。
- 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支援チーム「チームオレンジ」が構築されている。

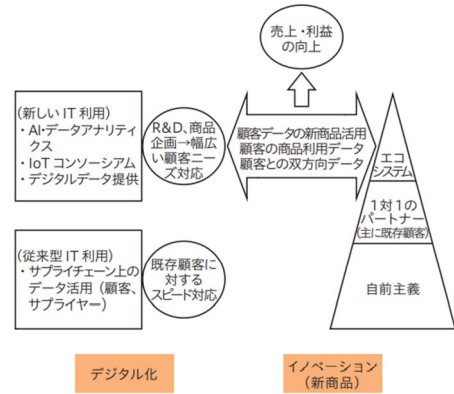
(参考)

特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構 令和 2 年度 老人保健事業推進費等補助金「認知症サポーター活動促進事業「チームオレンジ」の立ち上げ支援のあり方にかかる調査研究事業 報告書」(令和 3 年 3 月)

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

オープンイノベーション 3.0 で着目されるように、1 対 1 だけでなく、地域の垣根、業界の垣根を超えた一体となった連携が必要とされている。単にモノやサービスがつけられ提供されるだけでなく、技術的なプラットフォームからユーザーと新たなビジネスが構築されるビジネスイノベーションの水平分業が必要とされている。新規の技術開発とビジネスモデル開発に組み合わせ、まったく新しい事業を展開が求められている。つまり、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る。

図-3 経済のデジタル化とオープンイノベーションの関係



出所：Motohashi (2019)

図の例：差し替え予定

○市民が“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。

- －認知症の人も参加できる仕組みがある
- －こどもから大人まで意見を吸い上げる場がある

○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。

- －地域内で市民が参加した新しい技術・サービス開発がある。
- －地域内のオープンイノベーションを行政が支援している。

(参考)

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

文部科学省. 令和 3 年版科学技術・イノベーション白書.

https://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpaa202101/detail/1421221_00021.html

2.3 社会参加

担当：慎

認知症の人の社会参加を充実するため、参加可能な活動自体の拡充のみではなく、社会活動にアクセスできる物理的なアクセス、情報面でのアクセスも重要である。その側面で、WHOガイドのPart 5 (Outdoor spaces and buildings)、Part 6 (Transportation)、Part 8 (Social participation)、Part 11 (Communication and information) は密接な関係がある。

認知症大綱

5つの柱の中、「4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援」のキーワード：「地域共生社会」

認知症により、外出や交流の機会が減る

(1) 「認知症バリアフリー」の推進

- ① バリアフリーのまちづくり：様々な生活環境（移動、消費、金融、小売など）において認知症になっても利用しやすいよう改善、工夫
- ② ③ 運転ができなくても移動可能な手段の確保
- ⑤ 認知症カフェを活用した取組の実施、社会参加活動促進等を通じた地域支援体制の強化
- ⑧ 金融商品開発の推進：保有している不動産を担保として、生活資金等の融資を行う取組（リバースモーゲージ）を普及など
- ⑩ 消費者被害防止施策の推進

(3) 社会参加支援

- ・ 社会参加活動や社会貢献の促進
- ・ 支えられる側だけでなく、支える側として役割と生きがいを持って生活ができる環境づくり：介護予防にもつながる農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動やマルシェの開催等
- ・ 社会教育施設での講座の受講による学びを通じた高齢者の地域社会への参画
- ・ 介護サービス事業所利用者の社会参加の促進

WHO Guide

様々な社会活動への参加のためには、参加機会の提供のみではなく、その活動に参加するための適切なアクセス、情報提供も必要である。

1. Accessible opportunities
 - ・ 活動についての情報へのアクセス
 - ・ 物理的なアクセス：交通手段、距離、休憩できる場所、お手洗い
2. Affordable activities
 - ・ 費用が負担にならない活動の拡充
3. Range of opportunities
 - ・ 広い範囲の活動の提供
多くの都市において中心部に集中
 - ・ フレイル、障害のある高齢者が参加できる活動が多くない
 - ・ 広い年齢層の人が参加できる活動が望ましい
 - ・ 障害学習への参加
4. Awareness of activities and events

5. Encouraging participation and addressing isolation

- 歩いてアクセスできる文化センターの存在
- 学校などの施設の活用：高齢者を含め、全年齢層の地域住民が利用
- 高齢者は孤立されやすい：配偶者の死亡、健康悪化など。特に高齢の介護者介護者がいなくても参加できる活動の拡充
- 男性の高齢者の社会参加が少ない傾向

6. Integrating generations, cultures and communities

- 若い世代との交流ができる活動が望ましい

望まれる姿：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し、参加を支援する社会システムも整備されている。高齢者の生きがいがづくり、生涯学習はもちろん、全世代が楽しめる活動も多く、世代間交流、地域文化の継承の場としても機能する。

3. 社会的包摂・認知症の人を支える家族

山田裕子

このガイドブック（案）では、認知症の人が社会の偏見やステレオタイプに阻まれることなく、人間としての尊厳を自他ともに保ち、偏見やステレオタイプを書き換えることができる生き方を可能にできる社会の仕組みをどのように構築するかについて、各分野から探るが、この章では、認知症の人にとっての最も身近な存在の家族や親族、あるいは介護にあたる人の関係から考え、その光と影に注目し、どのようにその関係が改善され、認知症の人とその身近な人々にとって、力を発揮できる関係になるかを考える。

大前提として、認知症の症状が現れるのも、それが進行するのも、日常生活の中であり、診察室ではないことをまず確認したい。日常生活がそれを進ませ、複雑にもする。逆に日常生活が、その症状を穏やかにし、進行を抑制することもある。日常生活を物理的環境と人的環境の2要素からなると大きく考えると、その2要素のうち、特に人的環境がどのような効果を生み出すかについては実践や研究で次第に明らかになってきている。

社会や社会を構成する人々が認知症と認知症に恐れや嫌悪感をどのように持つのが、認知症の人の共生を考えるときの主要なテーマになるが、そのような、人々の認知症に対する感じ方は、認知症に身近に接している人の視覚および言語情報に大きく左右されると思われる。認知症に身近に接している人は、家族、親族、介護従事者などからなる。身近に接している人が、認知症の人と、楽しく、和やかに、問題なく生きているならば、世間や社会の認知症と認知症の人に対する見方も、恐れや嫌悪を含まないだろう。しかし、認知症の人と身近にいることは、かつて「認知症は人間関係を悪くする病気である」と臨床医が語ったように、トラブルや問題を孕み、それまで問題のない人間関係を築いてきた人々の間柄も、トラブルに巻き込まれることが、これまであまたの研究や証言が示している。

しかし、認知症の人の尊厳が尊ばれ、社会の中で共生できるためには、矛盾しているように受け取られるかもしれないが、この一番難しく思われる、認知症の人と身近な人の関係が改善されることが、最も大きな効果を持つように思われる。

この関係がなぜそのように、認知症の人の共生にとって大切なのかは、いくつか理由がある。

まず、家族や身近な人は認知症の人について、言語情報として、その症状について語り、偏見を増幅し、また偏見を修正するメディアとしての役割①を果たしている。それゆえに身近な人々が認知症の人と築いている関係性は社会や世間にとって、認知症観を構築する決め手と言ってもいいぐらい影響力の大きなものとなるのである。

次に、家族や身近な人は、認知症の人との相互作用によって、認知症の人のBPSDを悪化させたり、改善したりもする、認知症のBPSDの規定要因②でもある。認知症は、これまで、その「問題行動」と呼ばれていたものにより、厄介で困難なことと捉えられ、忌避されることが多かった。しかしその「問題行動」(=BPSD)は認知症のinnateな症状ではなく、認知症の人を取り巻く人(状況要因)との関係で、発展し、悪化する悪循環の結果であることも多い(室伏、2014)。これまで多くの研究が積み重ねられている。(Kitwood 1997, 山田他 2019)

認知症の人とその家族や身近な人は、認知症が発症すると、職業および社会的な交流などから遠ざかり、社会参加の機会を失い、社会生活の範囲を狭め、孤立する傾向③があり、その孤立がさらに認知症の人とその家族や身近な人の閉鎖的な生活を招来することになる。孤立は、心理的にも危険なものであり、偏見やステレオタイプを増悪することに繋がり、また自殺や殺人など、最悪の結果を来すことも知られている。

また最後に、認知症の人の介護者であり、自己犠牲を強いられると同時に認知症の人にとって、生殺与奪の権をもつ④かのような大きな存在である。

家族や身近な人が果たす役割はこの①②③④のように、単に介護者とだけ呼ばれるものではないために、私たちは、慎重に、そこから深く学び、身近な人との関係を逆に、大きな資源とする方法を講ずることが必要となる。そのように、悪循環を好循環に転換することによって、認知症の人の共生は、それほど難しいものではなくなる可能性がある。

この身近な人と認知症の人との関係は、今は最悪と言っていいかも知れない。2021年12月25日(土)朝日新聞「介護家族の高齢者虐待、最多」と報じるのは、コロナ禍に於いて、介護サービスが停止したことにより、認知症の人に家族が直接、そしておそらく長時間、関わることにより、介護負担が増加したことが原因とみられている。介護は、労働負荷が高いのは知られているが、認知症の介護は、認知症に対する理解、認知症の人に対する理解など、さらに多岐にわたる理解や知識が必要とされており、それら資源のない状況での介護は、双方にとって危険を伴うことを意味しているのではないだろうか。

よって、認知症の人とその家族や身近な人々には、地域において、社会参加の機会を提供し、孤立を防ぎ、認知症や介護についての知識を得る機会を設けることが必要である。彼らの関係には、互いを思いやり、世話をし合う性格を潜在的に持っているが、認知症について、老いについて、思い込みや、相手への過剰な期待、間違った解釈も伴うものであり、その関係自体が常に外部に開かれ、それぞれが社会参加できる機会を持ち、負担感や犠牲感などに凌駕されないゆとりが必要なのではないだろうか。

家族や親族には「家族会」のような、自分のしている介護の困りことを他の参加者に理解され、他の介護者発言を聞いて、自分の介護を見なおす機会や、認知症の本人には、これまで得意としてきたことを実践する機会などが有効である。しかし、介護者と家族、という関係だけに捉らわれない社会参加の機会も必要である。

それらを効果的に行うために、もの忘れ外来や認知症の診断を行う診療科には、家族や介護にあたる人へのカウンセリングおよび相談を行う人員を配置する必要がある。例えば、診断直後一定の期間、家族と本人の話を聞き取り、家族や本人の苦悩を理解し、そのうえで互いの関係を改善できるように、家族や介護にあたる人に認知症についての教育を行い、関わり方についての助言を行うことができるように、また、孤立を避けるように、地域の本人および家族会などへの紹介を行うことができれば、認知症と家族にとって、診断後の関係の危機や孤立に対処できると期待できる。

参考文献：

1. 室伏君士、2014 認知症高齢者の本態の理解 (株)ワールドプランニング
2. **Kitwood, Tom 1997** Dementia Reconsidered: The Person Comes First (Rethinking Ageing Series)
3. 山田裕子、肖崢楠、鄭熙聖、朴蕙彬、杉原百合子、武地一 (2019) 「初期および若年性認知症の人と家族の困難とニーズ」家族介護者から見た認知症カフェの機能と役割」 (第20回) 日本認知症ケア学会大会 (京都) 5月)
4. 2021年12月25日(土)朝日新聞「介護家族の高齢者虐待、最多」より

高齢者を介護する家族らによる虐待は、2021年度に1万7281件あり、この数字は過去最多で、前年度より358件増加していたことが厚生労働省より発表された。亡くなった人は25人で、も前年度より25人増えていた。虐待を受けた高齢者の約半数が認知症だった。コロナ禍で、介護サービスが中止となり家族の負担が増えたことが要因の一つとみられている。この姿は理想とする姿の真逆の姿であり、認知症の高齢者と家族の関係が危険なものであることを著している。

4. 人権・権利擁護・成年後見制度・紛争解決

山田 文(法学研究科)

- 認知症の当事者の意思決定／意思形成への支援体制の充実
 - 現行の任意後見制度へのアクセス障害の除去
 - ◇ 今後の認知症の当事者や関係者はウェブによる情報収集や関係者間での情報共有を行う世代であり、電話等に追加して IT を利用して(例えばチャット等のテキストで)相談やアドバイスを得られる体制へ
 - ◇ 費用(報酬), 後見人・後見監督人の例 cf.保証人制度によるアクセス障害
 - ◇ FAQ による不安の共有・解消
 - 後見制度の範囲外にあたる, 非法律行為への対応
 - ◇ 事実行為(介護行為等)
 - ◇ 医療行為への同意
 - 後見制度は, 本人の意思決定の代わりに, 代理・代行し, 本人を保護する仕組みであり, 法律行為を対象。他方, 本人の人生にとって最も重要な判断の一つとなるのは, 非法律行為であって, どこでどのような医療や介護を受けたいか, 誰に助けてほしいか, なぜそのような希望をもつのか, といった事項ではないか
 - 本人の意思決定を代理・代行してしまうだけではなく, 情報提供やケアを通じて, 本人の意思を最大限尊重し, 意思形成支援をする仕組みも重要 ct. Mental Capacity Act 2005
 - ◇ 関係者(家族等)による医療行為への同意なども心理的な負担が重いことから, 関係者と第三者(福祉関係者など直接関係のない人)の合同で話し合うことも可
 - ◇ advocate として本人の最善の利益を図る。本人の希望を叶えるだけではなく, 最善の利益を提案 cf.子どもの代理人制度(家事事件手続法)
- 認知症の当事者の周辺の人たちにとっても安心なまち
 - 認知症当事者が起こした事故につき損害賠償保険加入(公的財政支援)
 - 周辺の人たちも安心して支援を受けられるシステム
- 施設等における紛争・苦情とその解決方法
 - 情報収集(法的に成立を認められ得る苦情か, 法的観点), 相談, 苦情を伝えるシステムの整備とアクセス拡大
 - 認知症の当事者に親族等がいなくとも, 施設等の外部の人が支援する仕組み(IMCA: Independent Mental Capacity Advocate) ⇒施設の内外の風通しを良くして, 当事者の独立性を保護

- AIによる細密な個別対応のケア計画: パーソナルデータにより, 当事者の選好, 病歴, 生活歴, 社会関係, 財政状況等を分析して, 個々人に対応するケア計画を提供

*参考文献

- ・手嶋豊「神戸市における認知症の人に対する事故救済制度の意義と課題」ジュリスト 1529 号 68 頁(2019)
- ・佐々木育子「成年後見制度から意思決定支援制度へ」論究ジュリスト 27 号 69 頁(2018)
- ・田中美穂＝児玉聡「英国の終末期医療における意思能力法 2005 の現状と課題」生命倫理 24 卷 1 号 9 頁(2014) ほか

5. 高齢者雇用・年金

担当 佐々木一郎

1. 認知機能低下と高齢就労・社会保障整備

現在、高齢者世帯の老後収入源は、平均で約6割は公的年金、約2割は高齢就労所得等の稼働所得で支えられている。だが、公的年金制度は基本的に賦課方式の仕組みであり、主にその時々々の現役世代が、そのときどきの高齢世代の年金給付をカバーしている。そのため、少子高齢化が進む日本では、2000万円老後資金不足問題など、公的年金による収入割合が、将来は低下することも懸念されている。

公衆衛生や社会疫学の多くの先行研究から、経済力は健康格差にも影響することが広く知られてきている。老後経済力確保とそれに伴う健康維持の効果の点から、高齢就労所得をいかに安定的かつ、より確実に確保するかという問題の解決は、個人的な課題であるとともに、重要な社会課題にもなっている。

労働政策研究・研修機構「データブック国際労働比較2019」を参考にして、高齢就労の現状について、海外との比較でみると、2018年現在、日本の65～69歳の男性、女性の就業率はそれぞれ57.2%、36.6%である。70～74歳の男性、女性の就業率はそれぞれ38.1%、23.1%である。欧米先進諸国の状況については、アメリカでは、65～69歳の男性、女性の就業率はそれぞれ36.4%、27.9%、70～74歳の男性、女性の就業率はそれぞれ23.0%、15.3%である。フランスでは、65～69歳の男性、女性の就業率はそれぞれ7.7%、5.4%、70～74歳の男性、女性の就業率はそれぞれ3.6%、2.3%である。日本は、海外との比較でみると、高齢就労は進んでおり、60代後半で4～5割前後、70代前半で3割前後の人々が就業を継続している。

だが、高齢期は、ADL等の身体機能の低下のリスクに加え、認知機能低下等の認知症のリスクも高まってくる。認知機能低下のリスクや発症年齢は、個人差も大きく、個人が個別で予測して備えることは難しい。個人が安心して高齢就労を計画するためには、部分的に認知機能が低下しても、残存した認知機能のもとで働き続けることができる環境を、公的介護保険等をいっそう整備・拡充することで、社会保障の仕組みで支えることが重要と考えられる。

認知機能の低下による高齢就労不能リスクは、誰にとっても関連するリスクである。認知機能が部分的に低下しても、可能な限り働けることができる環境の整備は、個人レベルの所得保障の点で重要であるだけでなく、広く社会全体に高齢就労可能性を高める安心感を提供するという点で、公衆衛生の観点からも重要である。

2. 研究案

第1は、認知機能の低下の度合いや内容に応じて、どのような介助等があれば高齢就労が可能になるかを識別・分類することである。第2は、公的介護保険で支援すべき範囲や境界線をどこまでに定めるか、さらに、本人負担と国の負担の割合について分析することである。第3は、高齢就労可能性が社会全体でどの程度高まることが期待できるか、社会的な経済的便益について簡便な推計を行うことである。

6. 学校教育、生涯教育、マスメディア

担当：原 広司

理想とする姿の記述

○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ぎ、共生する社会を目指すこと。
 - ―指導要領に「認知症に関する学習」を盛り込み、知識を深めると同時に、総合学習で認知症の人との共生について調べる。
 - ―認知症の人との交流の機会等を用意し、身近な存在として理解する。
- ・認知症の人や介護者を支える介護・医療人材を育成すること。
 - ―教育プログラムや体験学習等を通じ、関心を持つ学生を増やす。
 - ―介護・医療人材を担う人たちの就労環境、労働条件等を整備する。

○生涯教育

- ・インターネットを活用した全世代がいつでもどこでも学べる教育機会の提供を行うこと。
 - ―GIGA スクール構想を全世代に拡張する。
 - ―MOOC を活用し、どこにいても学習できる環境を用意する。
 - ―地域の教育資源をオンライン教材として整備する。
 - ―インターネットを活用した教育を受けられるように、地域社会でサポートする。
 - ―マルチステージの人生をもとにした教育機会を提供する。
- ・世代を超えた学び合いの環境を整備すること。
 - ―身近に学べる環境（コミュニティセンター等）を用意し、無料あるいは安価で提供すること。
 - ―図書館や美術館、博物館、公民館等の社会教育環境を整備すること。

○マスメディア

- ・生活に必要なすべての情報が、認知症患者および家族に適切な形で届けられること。
 - ―わかりやすい言葉で伝えること。
 - ―インターネットに限らず、新聞やラジオ、電話などの高齢者も馴染みやすい媒体でも情報を提供すること。
 - ―回覧板等で共有される地域社会の情報も伝わるようにすること。
- ・認知症の人への差別や偏見が助長されないように、正しい知識や理解を広げる努力をすること。

国内の現状と課題、関連する理論やエビデンス

・人生 100 年時代構想の中で、政府は生涯学習の実現を目指している。(文部科学省
https://www.koho2.mext.go.jp/221/voice/221_09.html)

生涯学習を加速させるためには、生涯学習を支えるコンテンツの拡充、企業への理解やインセンティブ等の制度設計、受講料の補助、教育機会に関する周知等の課題が挙げられる。とくに、多くの人々がインターネットを活用している現状を鑑みると、MOOC を活用した教育機会の整備が求められる(インターネットの利用率は 60 歳代で 90.5%、70 代で 74.2%、80 歳以上で 57.5% (総務省、2019 年))。

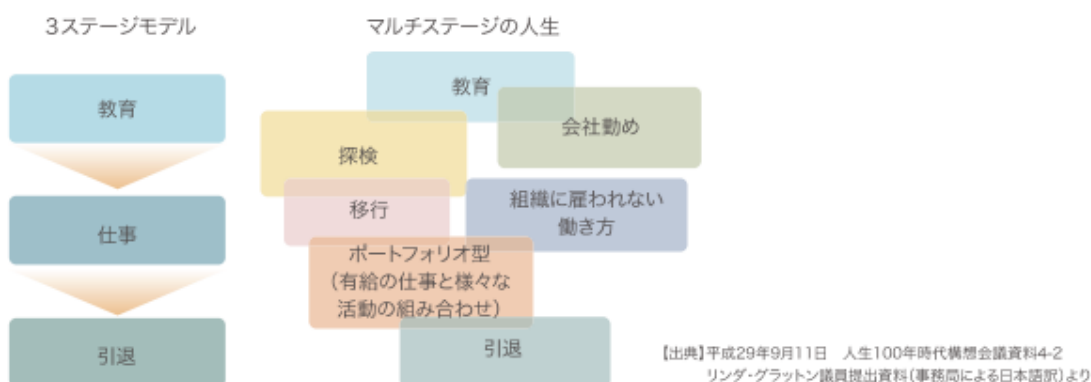
・学校と地域でつくる学びの未来 (<https://manabi-mirai.mext.go.jp/index.html>)

・文部科学省 第 3 期教育振興基本計画

https://www.mext.go.jp/content/1412107_1_2.pdf

実現方法、参考になる国内外の事例

・人生 100 年時代では、マルチステージの人生における生涯教育の強化が行われている。



・よさのみらい大学 <http://yosano-univ.jp/>

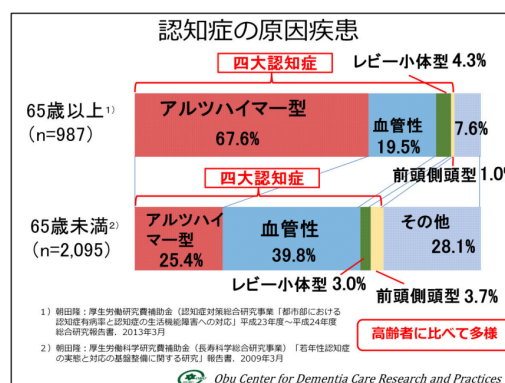
よさのみらい大学は、「与謝野町をキャンパスに「新しいモノやコトの発見」「出会いと交流」を通じて、「自分・地域・まち」の未来を描き、主体的に行動する人財の育成を目的とした学び舎(よさのみらい大学HP)」である。受講料は無料となっており、オンライン参加も可能となっている。リベラルアーツコース、地域づくり学部、ビジネス学部を用意し、高い教養の獲得、地域課題・地域資源の活用、新しい農業モデルの構築などを提供している。

7. 医療

担当：國澤進

「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 [1]。症状としては、記憶・理解・判断・見当識等の障害として「中核症状」、徘徊・暴力・せん妄・抑うつなど「行動・心理症状」が起こり、特に生活するうえで支障がおよそ6か月以上継続するものを認知症としている [2]。「認知症」への対応は、たとえば認知症の人にやさしいまちづくりガイドや条例 [3] [4] [5] [6]など、この症候群を一体とらえた対応がしばしばみられる。しかし医療の観点からは、「認知症」はいくつも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。

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。わが国でも6割から7割を占め、増加傾向と考えられている [7]。病理学的に神経原線維変化とアミロイドを特徴とするが、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。進行の抑制を期待される薬剤が開発はされつつも、現在の医療では治療や軽快は困難である。



血管性認知症は脳血管障害が原因となる認知症であり [7]、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。

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。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、感染症などによるものでは進行を食い止める二次予防など、いずれも原因の早期特定が期待される。

認知症の人にやさしいまちづくり条例の中に見られるように、予防の取り組みが少しずつ見られているが、科学的視点からは注意が必要である。取り組みの多くは、いわゆる生活習慣病の予防を中心とするが、これによる効果の期待できるものは認知症の一部であり、大多数を占めるアルツハイマー病への効果は期待しにくい。しかし、例えば認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、その第2項で [8] 「(2) 発症予防の推進 運動、口腔機能の向上、趣味活動など日常生活における取組が認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、住民主体の運営によるサロンなど地域の実情に応じた取組を推進していきます。」ことを記し、認知症原因の第1を占めるアルツハイマー病に当てはまりにくい施策を前面に掲げている。このような記載の仕方はWHOでも同様 [1]であり、アルツハイマー病の予防を含むという誤解を与えかねない表現を示してきている。厚生労働省による別

の手引きでは [9]認知症の 65%は変えられないリスクとして認識し、予防可能性は残り 35%のうち約 7% [10]と明示している。近年、生活習慣の改善が発症を予防する可能性を示唆する研究も示されてきているが [11] [12] [13]、これらはまだ研究段階の情報であるという分別を踏まえることが重要である。

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。日本の医療では皆保険制度およびフリーアクセスに支えられており、原理的には医療を受けることは、世界の中では比較的充実した環境といえる。しかし、特に認知症においては、必ずしも自発的な受診とはならず、周囲の者にとっては医療への橋渡しに戸惑いや困難が発生する [14]。まずは、疾病としての十分な鑑別を得るため、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、また社会福祉・医療関係者のセンシティブティが高い環境が望まれる。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、認知症疾患医療センターなど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。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。

認知症による症状が進行性あるいは不可逆の状態になると、精神科治療に準じた対処・緩和と治療が必要となることがある。認知症の専門的に診療と、かかりつけ医・家庭医など日常を支えることの両立した医療が求められる。また、このような病態において、心筋梗塞や癌、外傷、肺炎など、急性期医療が必要となることもしばしば発生する。必ずしも本人からの治療への希望が確認できない中、インフォームドコンセント・インフォームドアセントのありかた、人としての尊厳の在り方、社会の有限な医療資源の公正な配分など、医療倫理や価値観を含め、家族で、医療・福祉チームで、地域で、そして国家としても様々に考えていく必要がある。

引用文献

- [1] WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- [2] 〈独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業〉認知症サポーター活動ハンドブック。
- [3] 国際大学グローバル・コミュニケーション・センター 認知症フレンドリージャパン・イニシアチブ, 認知症の人にやさしいまちづくりガイド。
- [4] 神戸市認知症の人にやさしいまちづくり条例。
- [5] 名古屋市認知症の人と家族が安心して暮らせるまちづくり条例。
- [6] 草津市認知症があっても安心なまちづくり条例。
- [7] 日本神経学会, 認知症疾患診療ガイドライン 2017。
- [8] 厚生労働省, 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～。
- [9] 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～。
- [10] Gill Livingston, Andrew Sommerlad, Vasiliki Orgeta, et al, Dementia prevention, intervention, and care, *TheLancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6).
- [11] NHS, <https://www.nhs.uk/conditions/alzheimers-disease/>.
- [12] CDC, <https://www.cdc.gov/aging/aginginfo/alzheimers.htm>.
- [13] Scheltens, Alzheimer's disease.
- [14] 岡村 毅(東京都健康長寿医療センター東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム), 地域在住高齢者の医療の手前のニーズ 地域に拠点をつくり医療相談をしてわかったこと。

8. 介護サービス

担当：後藤

認知症高齢者が介護サービスを受けようとする場合、ふたつのハードルがあるように思われる。

ひとつめは、認知症高齢者がどのような介護サービスを受けたいと思っているかの把握。ふたつめは、適切な介護サービスの供給体制の有無。いわば、需要と供給、両面において対応すべき事柄が存在する。

認知症高齢者の意志の確認については、厚生労働省より「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」¹が策定されている。このガイドラインの趣旨は、「認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すものである。」とされ、対象者は「認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人（以下、「意思決定支援者」という）による意思決定支援を行う際のガイドラインである。」と記されている。また、意志決定支援の基本原則、意思決定支援のプロセスについても簡潔に示されている。

このガイドラインを広く周知、研修に活用できるよう、厚労省は YouTube で動画配信²を行っている。他にも団体等による研修動画が多く見られ、研修が盛んに行われている様子が窺える。

ガイドラインの適用範囲は高齢者の日常生活・社会生活全般に亘る。介護サービスはその一部であるが、認知症高齢者にとって QOL に直結する事項であるため、意志決定支援者による適切なサポートを積極的にすすめていきたい。

介護サービスは、大きく居宅、通所、施設サービスに分類され、軽度の認知症であれば、それらの介護サービスの助けを借りて自宅等で生活することが可能であろう。但し、認知症が認知症高齢者の生活自立度Ⅲ以上程度になると、認知症対応の介護サービスが選択の視野に入ってくる。認知症に対応したサービスは、主に認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護があるが、地域によってアクセシビリティに差がある。認知症対応型通所介護を例に、75歳以上千人あたり定員数を都道府県別に計算すると、最小 0.9～最大 4.8 までばらつきがある³。また中央値が 2.0、平均値が 2.3 であり、平均値以下の都道府県が 29 とやや多くなっている。介護保険者単位に落とせば、保険者の人口規模や年齢構成の差により、より多くのばらつきがみられることだろう。

また認知症対応型施設は、地域密着型サービスであり、地域密着型サービスは(原則として)同一市区町村内の住民のみが利用できるため、どこに住んでいるかによって利用可否が生じてくる。同様な人口構成でも隣市には施設があるのに、自市にはないような状況もあり得る。そうだとすると、全市区町村に地域密着型サービスを充実させるのは、人的資源や事業所経営の面で実現は不可能だろう。

認知症予防を含めた認知症に対する介護サービスの充実を、利用者と事業者双方に不利益がないよう、客観的データを含め、考えていかななくてはならない。

例えば、GIS データを用いた事例⁴がある。新潟市の例に於いて人口動態と GIS の組み合わせから将来の施設の充足を「DID 地区等の市街地エリアにおいては、現在でも施設の不足感が高いのに対し、郊外の農村エリアにおいては現状においてもどちらかと言うと施設がやや過剰気味であり、また将来においては、市街地エリアではますます施設の不足感が高まる一方、郊外の農村エリアにおいては過剰感がむしろ拡大するとの結果」だとしている。このような手法に、更に自治体の介護レセプトや厚労省の匿名介護情報等から得られる介護サービス利用実態データを加えて、介護サービス利用の実態把握と将来の最適な介護サービスの供給体制を論じることが出来ると考える。

参考文献：

- 1 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 平成 30 年 6 月
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf> (2022 年 2 月閲覧)
- 2 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/0000212395.html> (2022 年 2 月閲覧)
- 3 令和 2 年 介護サービス施設・事業所調査 第 3 章【詳細票】第 1 3 表(4-2)
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450042&tstat=000001029805&cycle=7&tclass1=000001161846&tclass2=000001161847&tclass3=000001161848> (2022 年 2 月閲覧)
- 令和 3 年 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数
https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/daityo/jinkou_jinkoudoutai-setaisuu.html (2022 年 2 月閲覧)
- 4 財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」平成 29 年第 3 号(通巻第 131 号) 2017 年 6 月
人口減少・超高齢化下での介護施設の配置のあり方及び GIS(地理情報システム)の活用に関する一考察—新潟市を事例に—
https://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list7/r131/r131_04.pdf (2022 年 2 月閲覧)

9. 地域包括ケアシステム

担当：佐々木典子

2000年4月に開始された介護保険制度は、6回に及ぶ改正を経て、22年目を迎える。2005年改正では大幅に増加する軽度者（要支援・要介護1）に対する介護予防重視の視点から、地域包括支援センターによる要支援者への介護予防ケアマネジメント、市町村による介護予防事業の提供が開始された。また、2011年改正で目標として掲げられた「地域包括ケアシステム」では、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まちに構築することが目指されてきた。

75才以上人口が急増する大都市部、まちの人口自体が減少する町村部など、それぞれの地域特性や実情に応じて「地域包括ケアシステム」充実を目指したまちづくりが進み、独自の取組みや先進事例についても、これまでに数多く報告されてきている。国連で採択された持続可能な開発目標（SDGs：Sustainable Development Goals）「3.すべての人に健康と福祉を」「11.住み続けられるまちづくりを」も視野に入れつつ、2020年の制度改正でも掲げられた全世代型社会保障のように、認知症や精神疾患を抱えた高齢者をも包摂し、「共生」できる社会が望まれている。

都道府県レベル、町村レベルの政策、NPO法人による支援が有機的に繋がり、様々な課題を抱えた高齢者やその家族・介護者の生活・医療・介護が諸手続きに煩わされることなく、基本的な権利として受けられる（アクセスしやすい）社会であることが理想である。

ケーススタディ：某市福祉課職員から見える日常の風景

認知症のAさんが行き場を失っていると連絡が入り、福祉職員のB氏が現場へ急行する。本人をまずは市で保護し、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。しかし、同居家族である娘や息子、近所の人などから状況をよく聞くと、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である。

状況が深刻な場合は、本人を自宅に返して終わり、ではなく、保護して施設などを紹介し、世帯分離へ繋げることもある。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。本人がいなくなるとたちまち自分が困窮するため、本人を保護しようとする行政へ非難が向けられる。家族のルールがあるので、なぜ行政のルールに従う必要があるのか、と。加害者側に悪気がないことも多い。

→家族への一方的な「啓発」で解決できる問題だろうか？

コミュニティレベルで重要と考えられるポイントは、以下の通りである。

- 認知症を本人・家族などの介護者に閉じた問題にしない。認知症をとりまく金銭的管理の難しさ、生活継続の難しさ、医療へのアクセスの難しさ等、気づいた隣人（住民、民生委員、地域包括支援センター職員、ケースワーカー、ソーシャルワーカーほか）が地域の相談窓口へ繋ぐ。相談窓口はできるだけ一元化し、ワンストップで各種医療機関、専門家やサービスに繋がるのが望ましい。
- 認知症のみでなく、全世代におけるセルフネグレクトや社会的孤立をコミュニティとして放置しない仕組みづくりを継続する。コミュニティ内の誰かが認知症本人と家族両方に目配りすることで、認知症本人に対する世帯内の経済的虐待（年金を世帯の生活費として使用）などもおきにくくなる。
- 認知症の人の家族・親族などの血縁関係による「自助」に依存しすぎず、認知症の人を支援する関係者が、少しずつ無理のない範囲で「互助」する仕組みが求められている。医療保険・介護保険の「共助」および制度や公的支援による「公助」は支援の基盤となる。「共助」「公助」の対象から漏れる人々をNPO法人などの民間支援が支えており、その強化（財源の持続的確保）が望まれる。
- 認知症の人への関わり方について、住民の主体的学習と参加を促す試みを持続するしくみづくりが重要。認知症サポーター教育は、熱心な参加者や1度だけの参加者にとどまらず、こどもから成人まで、いつでも繰り返し参加できるしくみを設ける。
- 認知症の人とその家族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、生活のすべての側面を考慮し、かつ対応できる多職種連携体制が望ましい。自治体、NPO法人、地域包括支援センター、ケースワーカー、社会福祉士、精神保健福祉士、医療関係者、弁護士などが顔の見える関係を構築し、地域で事例相談を行いやすい場づくりが求められている。
- 介護者や支援者への支援とその教育体制、およびシステムの維持・発展のための財源・資源は必須であり、政策や支援プロジェクトの見える化と使いやすさを不断に検討・評価し、改善するサイクルが重要となる。
- 経済一辺倒で立ち行かなくなっている現代において、福祉の公共哲学につき社会全体で議論を深め、誰しものが少数派として生きられる多様性のある社会を目指す。

参考文献：

1. 厚生労働省 国民の福祉と介護の動向 2021/2022, 第 68 巻第 10 号, 厚生労働統計協会.
2. 厚生労働省 保険と年金の動向 2021/2022, 第 68 巻第 14 号, 厚生労働統計協会.
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/>
4. よくわかる！地域が広がる認知症カフェ.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000523084.pdf>
5. 認知症大綱
6. 広井良典編著 (2017) 『「福祉の哲学」とは何か』 ミネルヴァ書房.
7. 小坂井敏晶 (2021) 『格差という虚構』 ちくま新書.

10. 社会にやさしいコミュニケーションと情報

担当：産業医科大学 林田賢史、村上玄樹

【望まれる姿、理想とする姿】

- 広範な配信が行われている
- 適切な情報を適切なタイミングで提供している
- 話しかけ等のソーシャルネットワークが存在する
- 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
- 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
- 利用者と提供者共に責任をもって対応している
- 下記のチェックリストにより評価される状況

【チェックリスト】

情報提供について

- 文書メディア、放送メディアならびに電話などの、基本的で普遍的なコミュニケーションシステムがすべての住民に普及している。
- 行政機関やボランティア団体による定期的で信頼性の高い情報配布が担保されている。
- 自宅に近い所ならびに日常生活を営む場所で住民に伝わるように情報の流布を行うこと。
- 広く広報された1箇所のコミュニティサービスで情報の流布が行われている
～“ワンストップ”情報センタ等の設置～。
- 通常メディアと特定者向けメディアの両方で、住民に関係のある情報提供や番組の放送を定期的に行っている。

オーラル・コミュニケーションについて

- 公共の会合、コミュニティセンター、クラブ、放送メディアなど、言葉を1対1で広める責任がある個人等の、住民がアクセスできる口頭でのコミュニケーションがある
- 社会的孤立のリスクがある人々は、ボランティアの呼び出し元や訪問者、ホームサポーター、美容師、ドアマン、世話人など、彼らが相互作用する可能性のある信頼できる個人から情報を取得できる。
- 公的機関や民間企業の職員は、求められれば、フレンドリーな1対1サービスを提供できる。

印刷物による情報について

- 印刷物による情報、たとえば公的文書やテレビ画面のキャプション、ビジュアルディスプレイの文字等は、大きなサイズの文字で書かれ、明確に理解できる見出しをボールド体の文字でつけて、伝えたい主な情報を示している。

平易な表現の使用について

- 文字を介したコミュニケーションならびに口頭によるコミュニケーションでは、シンプルで使い慣れている単語を用い、短い、簡潔な文章になっている。

自動コミュニケーションならびに機器について

- 電話応答サービスでは、指示をゆっくり明確に伝え、いつでもメッセージを聴き直すことのできる方法について話者に伝えている。
- ユーザーは、実際のスタッフと通話するか、メッセージを残して折返し電話してもらえる方法を選択できる。

- 携帯電話やラジオ、テレビ、銀行 ATM や自動券売機などの電子機器には、大きなボタンが備えられ、大きな文字で表示されている。
- 銀行や郵便、その他のサービスのための機器の表示パネルは、十分な明るさで表示されており、様々な身長の人が操作できる。

コンピュータとインターネットについて

- 行政機関やコミュニティセンター、図書館などの公共スペースで、コンピュータやインターネットに、無料であるいは低額で、一般の人々が広くアクセスできる。
- 使用者に合わせた操作指示や操作支援を容易に提供できるようになっている。

11. 健康まちづくり

中村桂子

【理想とする姿】

○ 生きがいを追求することができるまち。

認知症の有無によらず、それぞれの潜在能力を活かして生きがいを追求できる場、機会が、日常的に確保されているまち。独居や高齢者のみの世帯、多世代同居であっても、グループホームや施設での生活でもそのような機会が確保される。

○ 健康増進、疾病予防に、楽しみながら取り組めるまち。

健康増進活動全般、一般の疾病の予防の行動は、認知症の予防の観点、また、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身体活動、健康な食生活、生活リズムに関する情報や活動の場を、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、疾病予防に安全に取り組むやすい、道路や公園、住宅、商業施設の構造、その他の環境整備が必要である。

○ 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、世代を超えて地域で支えあう活動が広がることは、地域全体での認知症の理解を推進し、備えることに役立つ。多様な年代、男女の認知症サポーターが増えることが期待される。世代を超えて支えあう活動は、特定の地域に偏ることなく、まちのどの地域においても展開されることが望ましい。

○ 緊急時、災害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、緊急時、災害時にも、認知症の本人と家族、地域を守ることが期待される。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。認知症本人と家族のニーズをふまえ、行政と、医療介護事業所、地域の組織が連携し、安全と健康を確保する計画が必要である。

○ 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。

認知症にやさしい健康まちづくりの進捗状況を可視化し、関係者で情報を共有しながらまちづくりを推進することが望ましい。地域単位で「認知症にやさしい健康まちづくり」に関わる数値情報または数値で表現しにくい定性的情報をとりまとめ、関係者が情報を共有して活動を展開することが期待される。認知症の疫学に関わる情報だけでなく、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、各地域の取り組み事例に関するデータベースは、実践的であり地域活動の活性化が期待される。

12. 都市・交通

筑波大学 谷口守

1) WHO ガイド自体に違和感は無く、ここで書かれている高齢者向け都市・交通政策と現在わが国で目指されている一般向けの都市・交通政策に（それが達成可能かどうかということとは別にして）大きな乖離はない。その意味ではこのチェックリストは活用できる。

2) なお、高齢者向け「バリアフリー」という用語・概念より、健常者も含め都市・交通としてのクオリティー全体を向上させるという概念として「ユニバーサルデザイン」という用語で全体をカバーした方が、個人的にはしっくりくる。

3) 一方で、私個人として、認知症向けと高齢者（＝ユニバーサル）向けが同じ考え方でいいのかというところが全くよくわからない。例えば、下記のようなフェイクバス停をつくるなどといった発想は、通常の都市・交通政策からは出てくることは無く、WHO ガイドにもない。これは極端な例だが、専門外の者には見えない漏れや逆方向のものが他にもあることを危惧する。 <https://ideasforgood.jp/2017/09/21/fake-bus-stop/>

4) また、チェックリストにあるようなユニバーサルデザインに優れたまちづくりが実現できると、素人判断ですが徘徊者がどこか遠くまで簡単に行ってしまうという逆の問題も発生しそうである。これは裏返すと人権上の課題にもなるかと思うが、空間の質を高める公共事業を無駄遣いと主張する人からは、各自に GPS 端末を持たせれば十分ではないかという反論や、DX で顔認証を導入すれば済む話という情報系の人達もいる。ウェルビーイングという観点から個人的にはあまり賛同するものではないが、これらをどう扱うべきなのか。

5) 個人的に最大の問題と思うのは、コロナ禍もあって公共交通サービスの劣化・撤退が止まらないことである。介護交通などを担っている福祉部局と運輸部局の縦割りを無くし、利用者目線で交通サービスを早急に統合していく事が、WHO のチェックリストにはないが、わが国において最も必要なポイントである。

13. 認知症にやさしい健康なまち

担当：広井良典

「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」の実現と考えている。

具体的なイメージで見ていくと、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った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在り存在している。

残念ながら日本の地方都市の現状では、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（写真3は今治市〔人口約16万人〕の中心部の様子）。

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、日本がこれまで進めてきた“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。また、“遠くのモールに自動車で行くのが難しい”という高齢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」として歩行者中心の都市・地域の姿を実現していくことは、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。

このような方向を展開していくにあたっては、たとえば①AI技術を活用した都市・地域の中長期的な持続可能性に関するシミュレーションなどの研究を進めるとともに（広井良典『人口減少社会のデザイン』参照）、②商店街再生・地域活性化に関する「エリア・リノベーション」（またはリノベーションまちづくり）などの手法を活用した社会実装が重要であり、「空間デザイン」と「地域経済循環」をつないだ総合的なアプローチが課題になると考えられる。

写真1



写真2



写真3



[執筆/執筆順] *分担研究者

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
武地 一*	藤田医科大学病院認知症・高齢診療科 教授
村嶋 幸代*	大分県立看護科学大学 学長・理事長 東京大学名誉教授
木嶋 彩乃	大分県立看護科学大学 助教
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 特定助教
山田 裕子*	同志社大学 研究開発推進機構 名誉教授
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
原 広司	横浜市立大学国際商学部 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
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
林田 賢史*	産業医科大学大学病院 医療情報部 部長
村上 玄樹*	産業医科大学大学病院 医療情報部 副部長
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 こころの未来研究センター 教授