



認知症の人・高齢者等に

ややしい

地域づくりの手引き

指標の利活用とともに

PLAN (計画)

住民と一緒に高齢者等にやさしいまちづくりを計画する

- アウトカム指標を使ってまちづくりのビジョンの具体的なイメージについて対話する。……………14～20p
- アウトプット指標を用いてまちづくりのビジョンの実現の手段（どのような活動）について対話を行う。……………20p

地域診断に基づき地域特性を考慮したまちづくりを計画する

- アウトカム、アウトプット、プロセス、ストラクチャーの現状を全体的に把握して、優先的に取り組むべき課題、最初に取り組む活動の見通しを立てる。……………14～26p

ACT (見直し)

今年度の結果を踏まえて来年度の計画を作成する

- 評価結果をもとに、アウトカムの改善または悪化に影響したアウトプット、プロセス、ストラクチャーを特定し、改善可能な箇所を選択して、来年度の活動計画に反映させる。……………14～26p

指標はまちづくりのPDCAの

Do (実施)

課題を自分ごと化し住民それぞれが役割をもってまちづくりを推進する

- アウトカム指標を用いて、地域の課題を見える化（マップなど）する
…………… 14～20p
- 当事者に事例を提供してもらったうえで（質的データ）、その事例が域内にどの程度存在するかをアウトカム指標によって説明する（混合研究法） …………… 14～20p, 29～30p

組織間連携、庁内連携を推進するために、関係者の課題意識を醸成する

- アウトカム指標、アウトプット指標を中心に用いて、市町村の課題の経年変化と今後の予測を説明する…………… 14～22p
- アウトカム課題とアウトプットを中心に用いて、同じ圏域の市町村や、都道府県平均との比較、全国の同規模の市町村との比較を行う
…………… 14～22p

Check (評価)

まちづくりに関する活動の効果を測定する

関係者（住民、財務等の関係部署など）にまちづくりの結果（効果）を説明する

- アウトカム指標を用いて、課題が改善したかどうかを測定する（説明する） …… 14～20p
- アウトカム指標とアウトプット指標との関係性を示して、活動（介入）の効果を測定する（説明する） …………… 14～22p
- アウトカム指標またはアウトプット指標と、ストラクチャー指標との関係性を示して活動の効率性を測定する（説明する） …………… 14～24p
- アウトカム、アウトプット、プロセス、ストラクチャーそれぞれが住民に公正に分配されているかを測定する（説明する） …………… 24～26p

すべての段階で活用できます！

目 次

要約	1
I 手引きについて	2
1. 手引き作成の背景	2
2. 手引きの目的と対象	5
3. 本手引きの特徴	5
II 高齢者等にやさしいまちづくりの枠組み	8
1. 高齢者等にやさしいまちづくりと PDCA サイクル	8
2. PDCA サイクルの各段階で用いる指標	11
1) 計画立案	11
2) 実施（まちづくりの過程）	12
3) 評価	12
4) 見直し	12
III 高齢者等にやさしいまちづくりの指標	14
1. アウトカム	14
1) 高齢者を含めた住民の健康と幸福（Well-being）	15
2) 高齢者にやさしいまち（物理的環境と社会的包摂）	15
3) 認知症にやさしいまち（理解・共生・受援力）	19
2. アウトプット	20
3. プロセス	21
1) 高齢者等にやさしいまちづくりのための活動	22
2) 認知症の1次・2次・3次予防のための活動	22
4. ストラクチャー	23
1) 住民に対する公約とその発信	23
2) 部署・組織横断的な協働体制の整備	23

3) まちづくりの我がごと化	24
4) 財政的・人的資源の確保	24
5. その他の指標	24
1) 格差の縮小、公正性 (equity)	24

Ⅳ 高齢者等にやさしいまちの事例

一指標の活用法とまちづくりの実践例	27
1. 指標活用の事例Ⅰ：計画段階「認知症の発生率と地域差」	27
2. 指標活用の事例Ⅱ：計画および評価段階「認知症にやさしいまちの特徴」	28
3. 指標活用の事例Ⅲ：評価段階「認知症サポーターの効果を測定するには？」	34
4. まちづくりの実践例Ⅰ：「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり - 東京都三鷹市の例 -」	35
5. まちづくりの実践例Ⅱ：「高齢者等にやさしいまちづくりのプロセスと自治体職員の 役割 - 札幌市と滋賀県東近江圏域の例 -」	39

Ⅴ 高齢者等にやさしいまちづくりに向けて都道府県ができること

図 1 認知症の予防とライフコース	3
図 2 わが国の 65 歳以上高齢者の認知症割合	4
図 3 高齢者等にやさしいまちづくりのフレームワーク	10
図 4 高齢者等にやさしいまちづくりと PDCA サイクル	13
図 5 認知症にやさしいまちの要素	20
図 6 JAGES 参加 16 自治体における認知症を伴う要介護認定の 6 年間の発生率	28
図 7 認知症サポーター講座開催数（人口 1 万対）と 「地域で大切にされている」と感じている高齢者の割合	34
コラム 1 高齢者等にやさしいまちづくりに関するさまざまな事例集	6
コラム 2 格差指標の計算方法	26
コラム 3 量的調査と質的調査のハイブリッドー混合研究法	29
コラム 4 ポジティブデビアンスを発掘しよう！	33
コラム 5 当事者視点の重要性	48

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇ は じ め に ◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

日本のみならず国際的にも、平均寿命が延伸し、高齢者が増加する中で、認知症の人数が増加しています。従来は、認知症の人への支援は個人や家族へのアプローチが中心でした。しかし、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の基本理念として「認知症高齢者等にやさしい地域の実現」が掲げられているように、これからは地域ぐるみでの対策が一層重要になってきています。

認知症の人・高齢者等にやさしい地域づくりについては、既に数々の取り組みが行われています。それらの取り組みがより一層成果を上げるためには、指標を活用して定量的に評価を行い、PDCAサイクルを回しながら、着実に推進していくことが必要です。世界保健機関（WHO）では、高齢者にやさしいまち（Age-friendly Cities）を推進しており、「高齢者にやさしいまちの指標利活用ガイド（英タイトル：Measuring the age-friendliness of cities: a guide to using core indicators）」が発表されており、その考え方は認知症対策の推進においても参考になります。

認知症への対策としては、医学モデルによる早期発見・早期治療という2次予防を中心にする方法だけでは限界があり、教育や社会参加など人生の初期段階から高齢期までの生活習慣や社会環境の向上による1次予防、また認知症になっても幸せに暮らすことができる3次予防をさらに推進することが必要です。

この手引きは、国際的な評価方法を参考にしながらも、日本の各地域の現場において活用できることを意識しながら、指標の利活用を軸にまとめました。

認知症は、本人や家族も気がついていない人が少なくなく、また本質的に認知症であるのか無いのかは連続的なものであること、地域の状況に応じたさまざまな対応戦略がありうることなどにより、定量化することが難しいという特性があります。そこで、この手引きについて不十分な点も多いと思われ、関係のみなさまとの意見交換をしてゆければと考えています。

この手引きが、認知症の人・高齢者等にやさしい地域づくりの推進の一助となりますと幸いです。

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

認知症発生リスクの減少および介護者等の負担軽減を目指した

Age-Friendly Cities の創生に関する研究 研究代表者

浜松医科大学健康社会医学講座教授

尾島 俊之

要 約

本手引きは、高齢者や認知症の方々だけでなく、介護者の方々にとってもやさしいまちをつくることを推進するうえで、必要な情報を提供することを目的に作成されています。なかでも、高齢者に関する事業を担当する保健医療福祉部門の自治体職員の方々が、根拠に基づくまちづくりの計画立案、実施、評価を推進できるよう、まちづくりのPDCAの各段階で用いる指標を紹介するとともに、事例を交えて指標の利活用の方法を解説しています。

本書の構成は以下の通りです。第Ⅰ章では、本手引きの目的、対象などについてご説明しています。続く、第Ⅱ章には、高齢者等にやさしいまちづくりの枠組みとして、ロジックモデルとまちづくりのPDCAサイクルをご紹介します。第Ⅲ章では、第Ⅱ章で取り上げた各指標の定義、データ入手先および質問紙を作成する場合の質問項目例を記載しています。第Ⅳ章は、指標の活用事例と、高齢者等にやさしいまちの実践例をご紹介します。最後に第Ⅴ章では、主に都道府県の職員の方々を対象に、高齢者等にやさしいまちづくりを担う市町村等への支援の仕方についてご説明をしています。

本手引きは、どの章から読み始めても理解できるようになっており、必要なところだけをご利用いただいてもかまいません。例えば、介入の効果を評価する指標を探したい、あるいは、まちづくりの計画を作成するためのニーズ調査のアンケート用紙を作成するための質問項目を探したいという方は、見開きの表を参考にしながら、第Ⅲ章の該当箇所をご覧くださいのがよいでしょう。

皆様の地域での高齢者等にやさしいまちづくりの推進に、本手引きがお役に立てば幸いです。



1. 手引き作成の背景

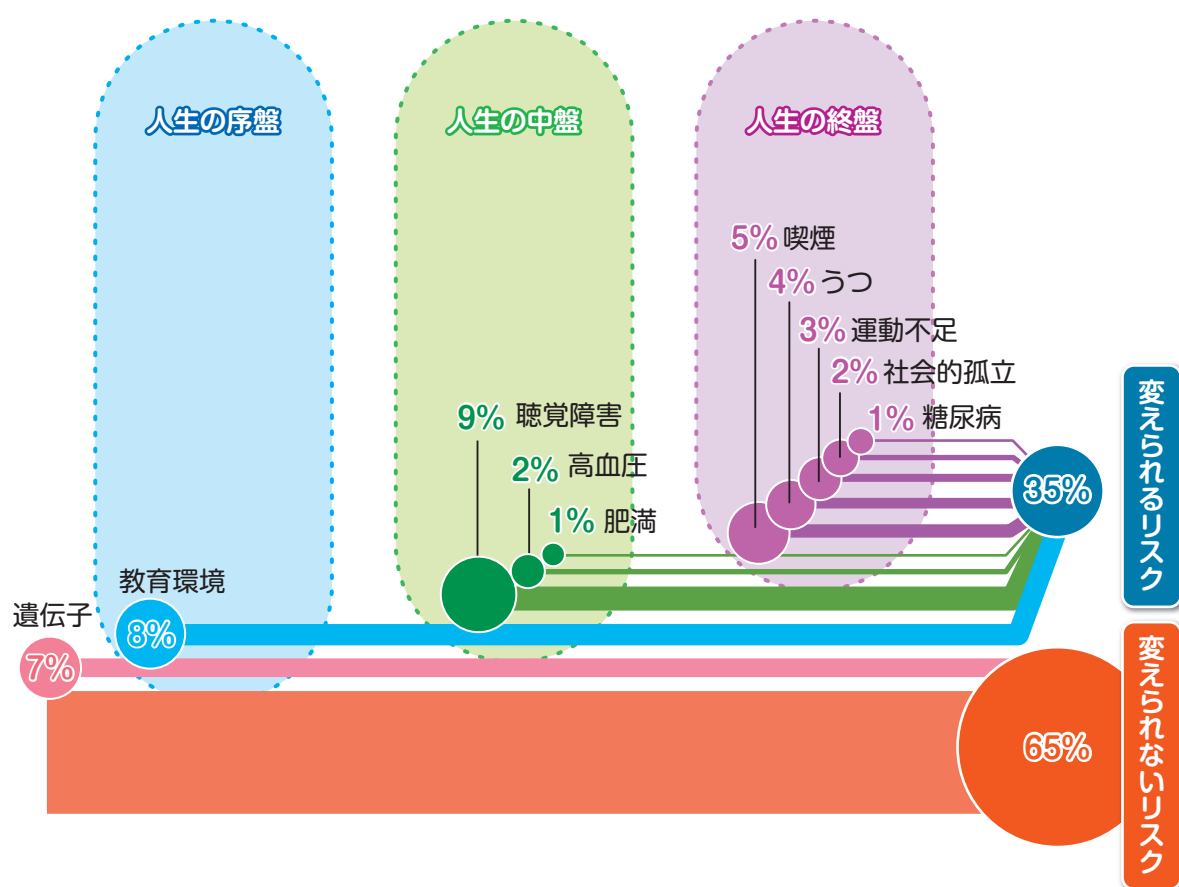
世界的な人口の高齢化に伴い、認知症の人々の数は年々増加しています。世界には、現在、認知症の方々が 4700 万人いるといわれており、その数は 2030 年には 6600 万人、2050 年には 1 億 3100 万人になると予測されています¹。また、日本には、認知症の高齢者の方が 462 万人おり（2012 年）、65 歳以上の高齢者の約 7 人に 1 人が、そして、2025 年には約 5 人に 1 人が認知症になると予測されています²。

長い間、認知症は予防も治療もできないと考えられてきましたが、近年認知症に関する予防、治療、そしてケアに関する研究は目覚ましい進歩を遂げています。

例えば、認知症の危険因子には、認知症になりやすい遺伝子に加え、人生の序盤（幼少期）の教育環境、人生の中盤（壮年期）の聴覚障害、高血圧、肥満、人生の終盤（高齢期）の喫煙、うつ、運動不足、社会的孤立、糖尿病があることが明らかになっており、これらを予防することで、認知症の 35%は予防できると考えられています¹。これらの変えられるリスクへの対策をしっかりと推進することが重要です。一方で、裏を返すと認知症の 65%は、変えられないリスクによるということでもあります。

1. Gill Livingston, Andrew Sommerlad, Vasiliki Orgeta, et al, Dementia prevention, intervention, and care, The Lancet. 390:2673-2734, 2017. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
2. 内閣府 高齢化の状況 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_3.html accessed on 30.12.2018

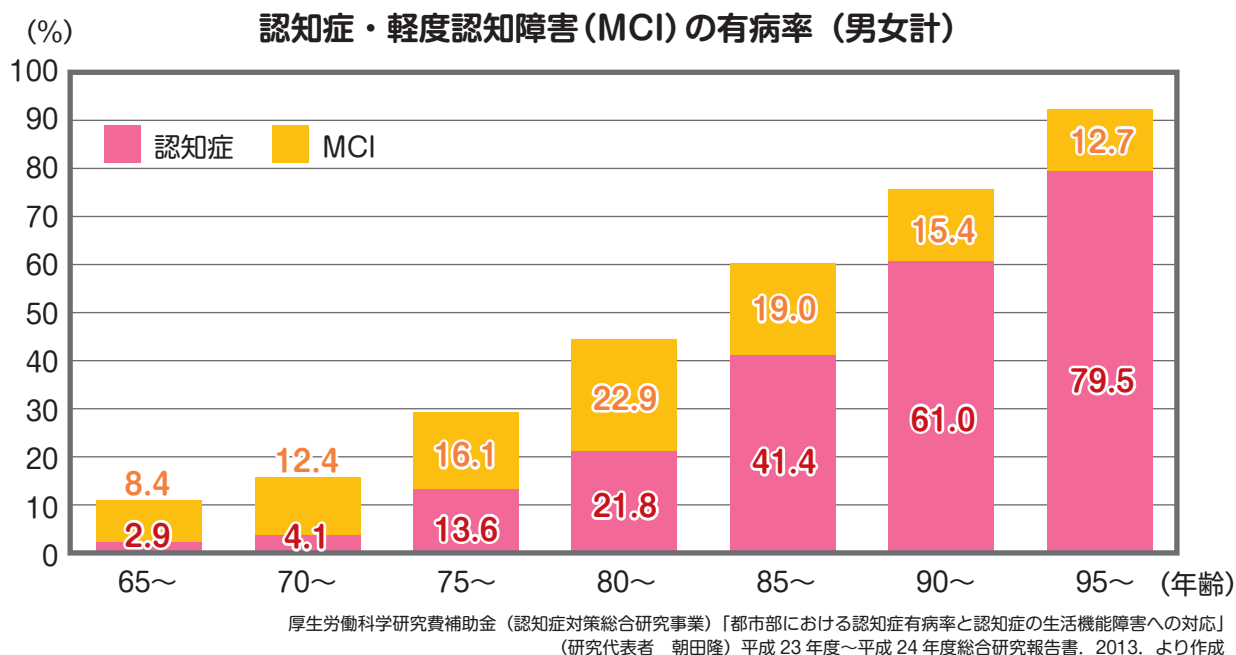
図 1. 認知症の予防とライフコース³



%の数字はそのリスクをなくした場合に認知症を予防できる可能性

調査対象地域でひとりひとりの高齢者について詳しい調査を行って、年齢階級別に認知症、また軽度認知障害（MCI）の人数を把握した研究結果があります。認知症とMCIを合計した割合は、65～69歳では10%程度ですが、85～89歳では60%以上となり、95歳以上では90%以上となります。認知症と診断され、要介護認定を受けている人以外にも、詳しく調べると認知症である人がかなりいる可能性があることがわかります。行政が把握していないだけでなく、本人や家族が気がついていない場合もあるでしょう。このデータは、加齢による認知症の発症は、ある程度避けられないことであることを示しているとも言えます。

図 2. 我が国の65歳以上高齢者の認知症割合



この年齢階級別の認知症や MCI の割合と自分の地域の人口を掛け算することにより、要介護認定などにより把握されている人以外も含めて、自分の市町村や、小地域別の認知症の人の人数を推計することができます。身近な町内にも大勢の認知症や MCI の人がいる可能性があることがわかります。

人口の高齢化が進む今後は、誰もが認知症の方々との共生が不可欠であり、このため、行政、民間組織、企業、地域住民などすべての人々が参加して、認知症にやさしいまちづくりを推進していくことが必要になります。

	A	B	C	D	E	F	G
1		研究での割合 (%)		A市			
2		認知症	MCI	人口	認知症	MCI	
3	計算式				=B列*D列/100	=C列*D列/100	
4	65-69歳	2.9	8.4	7,092	206	596	
5	70-74歳	4.1	12.4	6,129	251	760	
6	75-79歳	13.6	16.1	4,898	666	789	
7	80-84歳	21.8	22.9	3,387	738	776	
8	85-89歳	41.4	19.0	1,766	731	336	
9	90-94歳	61.0	15.4	656	400	101	
10	95歳以上	79.5	12.7	172	137	22	
11	合計			24,100	3,129	3,378	
12							
13				認知症+MCI	6,508		
14							

2. 手引きの目的と対象

こうした状況を踏まえ、高齢者、認知症の方、そして介護者の方々にもやさしいまちをつくることを推進するために必要な情報を提供することを目的に作成されたのがこの手引きです。本手引きは、主に、高齢者に関する保健医療福祉部門の自治体職員の方々を対象に、根拠に基づいたまちづくりの計画の立案、実施、評価を推進するため、必要となる指標を紹介するとともに、事例を交えて、指標の利活用の方法を解説しています。

今回、本手引きを作成する過程で、WHO が発表した「高齢者にやさしいまちの指標利活用ガイド（英タイトル：Measuring the age-friendliness of cities: a guide to using core indicators）」⁴を参考にしました。ただし、本手引きでは、それだけではなく、日本での研究成果などもふまえて、認知症の方や介護者の方々にもやさしいまちづくり、そのための指標も紹介しています。

なお、認知症には、アルツハイマー、血管性、レビー小体、そして、これらの混合型など、臨床的には様々なタイプがあります。また、これらに比べると多くありませんが、脳損傷、感染症、アルコール依存に伴う認知症も見られます⁵。本稿では、上述のすべてのタイプを指して、認知症と捉えています。

また、認知症に先行して、認知レベルが低下する状態を MCI と呼び、MCI の方は、認知症の方ができないような複雑な行動をとることができるといわれます。ただ、二者ははっきりと区別できるものではありません。このため、本稿でも MCI の方々も含めた対象の方々にとってやさしいまちづくりを推進するための手引きになっています。

3. 本手引きの特徴

高齢者等にやさしいまちづくりに関しては、本手引き以外にも、すでに様々な団体等が事例集などを作成し、公開しています。ただし、これらの事例集では、まちづくりを推進するうえで必要となる、ニーズの優先度や重要性を分析したり、介入の効果

4. WHO, Measuring the age-friendliness of cities, A guide to using core indicators, http://www.who.int/kobe_centre/publications/AFC_guide/en/

5. 前掲 1

を評価、モニタリングしたりするための量的な指標の情報が不足する傾向にありました。そこで、本手引きでは、これまでの事例集では比較的入手が困難であった、指標やその利活用に関する情報を提示することで、根拠をもってまちづくりを推進することを支援する内容になっています。

また、根拠とは量的なデータだけが提示するものではなく、質的な情報、つまり、認知症の方、当事者を含めた人々の価値観や、まちの歴史や文化なども、重要な根拠になります。そのため、本手引きに含まれる事例の中には、量的なデータと質的なデータから得られた根拠をもとに、「混合研究法」を用いた事例紹介も取り入れています（28ページ）。

コラム1

高齢者等にやさしいまちづくりに関するさまざまな事例集

以下に高齢者等にやさしいまちづくりに関連する事例集のうち、インターネットを通じて無料で入手可能で、かつ、厚生労働省等の研究の成果物であって、特定の個人の利益に関連のない（利益相反（Conflict of Interest：COI）にない）ものを取り上げました。本手引きとあわせて使用することで、まちづくりを推進していただければと思います。

【医療介護連携】

医療と介護の連携に関する報告書等（各種）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

市町村職員のための医療・介護連携ことはじめ ～事例を通じた取組のヒント～，
平成 27 年度厚生労働省委託事業 地域における医療・介護の連携強化に関する
調査研究

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-okenkyoku/0000134434.pdf>

【介護予防】

地域づくりによる介護予防進め方ガイド，国立研究開発法人 日本医療研究開発機構（AMED）2015-2017 年度長寿科学研究開発事業「地域づくりによる介護予防を推進するための研究」

<https://www.jages.net/library/protocol/>

【認知症予防】

認知症の社会的処方箋，日本医療政策機構

https://hgpi.org/wp-content/uploads/%E7%99%BD%E6%9B%B8_%E6%97%A5%E6%9C%AC%E8%AA%9E%E7%89%88_FINAL171030.pdf

【地域包括ケアシステム】

事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成 ～できること探しの素材集～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 地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究事業

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000073805.pdf>

【データ分析・地域診断】

介護予防のための地域診断データの活用と組織連携ガイド，厚生労働省・AMED 委託事業「データに基づき地域づくりによる介護予防対策を推進するための研究」

<https://www.jages.net/library/regional-medical/>

自治体における生活習慣病対策推進のための健診・医療・介護等「データ活用マニュアル」厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究

<https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>



高齢者等にやさしい まちづくりの枠組み

1. 高齢者等にやさしいまちづくりとPDCA サイクル

地域で、認知症の方々など高齢者などにやさしいまちづくりをすすめるきっかけはどのようなことでしょうか。行政の担当職員が何らかの事業として始めることもあれば、保健師など専門職が地域の課題を捉えて住民を地域活動に巻き込んでいくということもあるかもしれません。また、同じ困りごとを持った住民たちが対話をくりかえすなかで、自然と人が集まってきて「まちづくり」につながっていくということもあるでしょう。

まちづくりがどのような過程で展開されたとしても、自治体の職員の皆さんが、まちづくりにかかわる場合には、活動の実績や内容を住民や関係者に説明したり、今年度の活動結果を踏まえて、来年度以降の活動の見直しをしたりしていくことが求められます。つまり、まちづくりのプロセスもほかの行政の活動と同様、PDCA サイクルマネジメントが必要になります。

PDCA サイクルの一般的な展開方法は、地域診断にもとづく「計画」、「実施」、「評価」、「見直し」ですが、高齢者等、とくに認知症の方々にやさしいまちづくりの過程には、上述のように、必ずしも地域診断に基づく「計画」立案、それに基づく「活動」、そしてその「評価」という順序性が当てはまらない場合もあると考えられます。

それは、高齢者等に「やさしい」という基準が、地域や個々の価値の影響を受けるものであり、必ずしも数字で「正解」・「不正解」を示せるものではないからといえるかもしれません。また、認知症に関する課題は表面化しづらく、気づいた時には個人

や地域の「問題」になっているということが少なくないということも背景にあると考えられます。

このため、本手引きで紹介する指標に関しても、地域診断を網羅的に実施して計画を立てる、あるいは、包括的な評価を実施するために用いることを目指すのではなく、PDCA サイクルの各段階で、利用可能な指標を活用いただくのがよいでしょう。

この際に参考にしていただきたいのが、次ページのロジックモデル（指標間の因果関係を示したもの）です。ロジックモデルは、アウトカム、アウトプット、プロセス、ストラクチャーの4つの要素で構成されています。ただし、活動の効果や要因間の関係性は、必ずしもこの図のように直線的ではなく、また、図に示されていないほかの要因も複雑に影響し合っていると考えられます。このため、計画を作成したり、評価をしたりする際は、矢印とは反対の方向、つまり、期待するアウトカムを最初に考え、そのための指標を選定し、次にアウトプット、インプットの指標を検討することも有効でしょう。

アウトカム：

高齢者等の健康や暮らしの安心度などのレベル

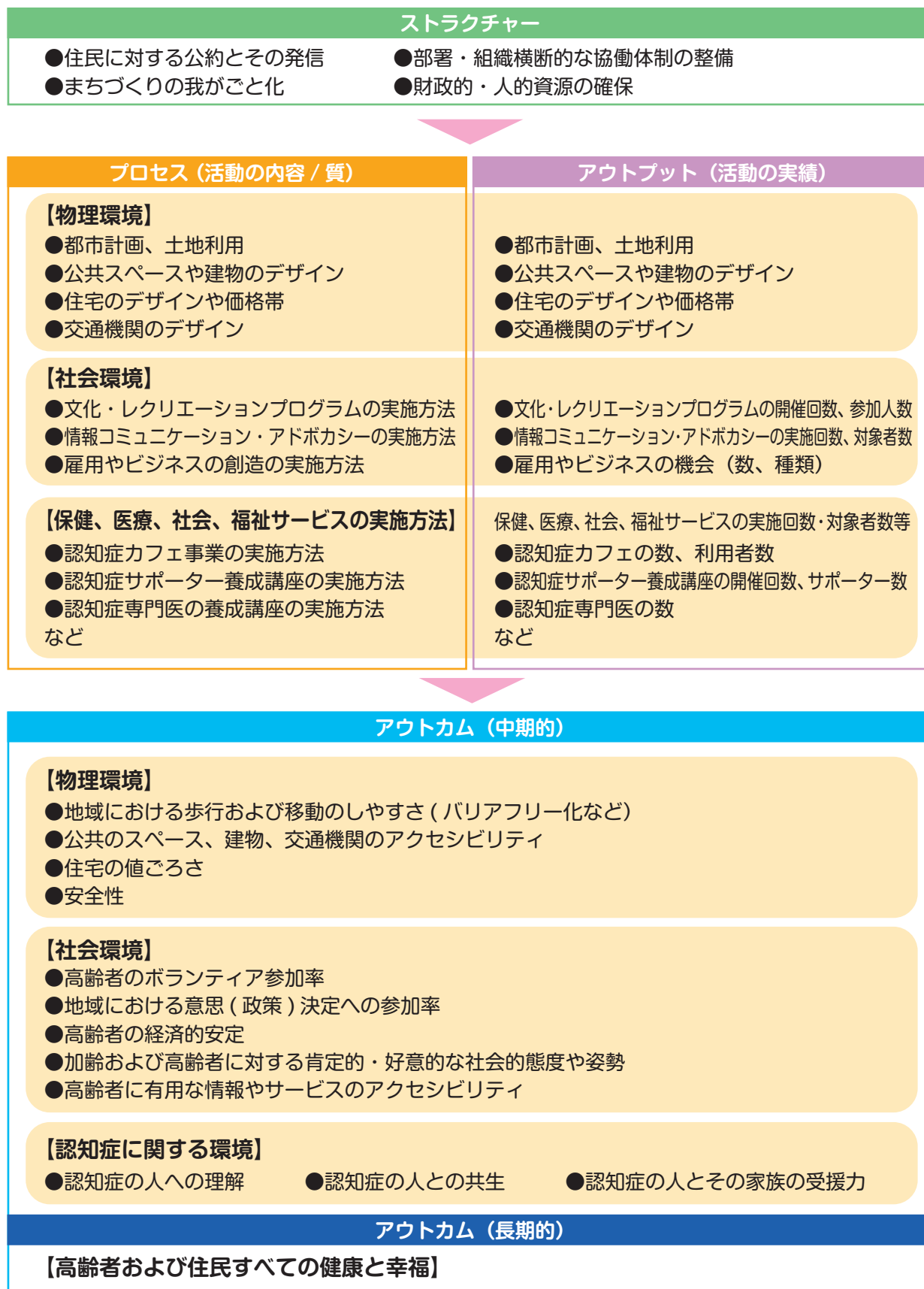
アウトプットとプロセス：

保健医療福祉サービスや、高齢者をとりまく物質的・社会的環境の整備など、まちづくりに必要な活動の内容（質）や程度（量）など

ストラクチャー：

活動のために必要な体制（予算・人材等）

図 3. 高齢者等にやさしいまちづくりフレームワーク⁶



6. この図のもとになった WHO の図は、様々な研究を体系的に分析し、また専門家による協議結果を重ね、根拠に基づき作成されました。本手引きの作成にあたり、日本の行政で働く皆さんになじみのある言葉を用いて構成を変えたり、指標の名称をわかりやすく変更したり、研究班で開発した「認知症に関する指標」を加えたりしています。

2. PDCA サイクルの各段階で用いる指標

1) 計画立案

皆さんが保健活動を立案される際、健康課題の特性に応じて、課題解決型で立案されることもあれば、ビジョン設定型で立案される場合もあると思いますが、まちづくりの計画立案に、課題解決型のアプローチを用いるのか、あるいはビジョン設定型を用いるのかによって、本手引きで紹介している指標の活用方法は変わります。

課題解決型のアプローチでは、まず、一般的な地域診断を行い、地域特有の課題を特定したうえで、その課題を解決するための方法としてまちづくりを位置づけ、具体的な計画を立案していくことになります。このため指標を活用する場合、たとえば、まだ地域の高齢者や認知症の課題についてほとんど分かっておらず、行政の皆さんがどのように対応してよいかわからないというような場合には、アウトカム指標をはじめ、アウトプット、プロセス、ストラクチャーといったすべての指標の現状について、全体的に把握してみるのがよいでしょう。それにより、優先的に取り組むべき課題、最初の一步として取りかかる活動の見通しを立てることが可能になるでしょう。

一方、ビジョン設定型では、自分たちが暮らすまちがどのような姿であることが望ましいのか、それに対し現状はどのような状況にあり、ありたいまちを実現するためにはどのような介入（活動）が必要なのかを特定して、具体的な計画として立案することになります。このアプローチをとる場合、計画段階から地域の皆さんに参加いただくことが多いと思います。このため、指標の活用では、まちがどのようなになったらよいか（望ましいまちのあり様）を、地域の皆さんと対話をしながら、計画を形にするために、本手引きでご紹介したアウトカム指標を用いて具体的なイメージを話し合います。例えば、住民の方々にとって「高齢者や認知症にやさしいまち」とはどのようなまちか、「高齢者の方々の健康や幸福」とはなにかをテーマに対話をしてみましょう。そこで具体化されたビジョンをもとに、まちづくりの目指す方向性を決めていきます。そして、そのビジョンの実現のためにはどのような活動が必要か、アウトプット指標を用いてさらに対話を深めていきます。

高齢者等にやさしいまちづくりでは、対象の特徴から、後者のビジョン設定型を用いたまちづくりが採用されることが多いかもしれません。

2) 実施（まちづくりの過程）

高齢者にやさしいまちづくりを進めるためには、保健や福祉分野だけでなく、公共政策部門など、他部署の参画、そして部署間の連携が不可欠です。また、地域のさまざまな関係者、住民の皆さんにとって、高齢者、認知症に関する課題が自分ごと化されなければ、関係者のまちづくりへの参加、そして協働を促すことはできません。

高齢者、認知症に関する課題を、様々な関係者の方々に自分ごと化してもらうためには、具体的な事例を当事者に話してもらうことも有効ですが、自分の地域の課題がいまほかの地域と比べてどうなのか、以前と比べてどうなっているのかを指標を用いて見える化することでも関係者の課題認識の醸成に役立ち、行動への一歩になることがあります。

このように指標の活用は、計画立案、評価段階に限らず、まちづくりの過程でも有効な方法です。

3) 評価

評価では、アウトカムそのものの変化や、アウトカムとそれ以外の指標との関係性を明らかにすることが求められます。つまり、アウトカムが改善したかどうか、また、改善あるいは悪化などの変化があったときに、アウトプット、プロセス、ストラクチャーのどこが良くて、どこか良くなかったのかを特定します。

その際、図4に示したように、まちづくりで最終的に目指すのは、高齢者や認知症の人々だけでなく、住民全体の健康や幸福（well-being）（アウトカム）であり、また、まちづくりのアウトカム、アウトプット、プロセス、ストラクチャーのそれぞれで、公正な分配を担保することができているかという視点も評価では重要になります。

4) 見直し

見直しの段階では、評価結果をもとに、アウトカムの改善または悪化に影響したアウトプット、プロセス、ストラクチャーを特定したうえで、改善可能な箇所を選択し、来年度の活動計画に反映させることになります。

図 4. 高齢者にやさしいまちづくりと PDCA サイクル





高齢者等にやさしい まちづくりの指標

本章では、アウトカム、アウトプット、プロセス、ストラクチャーの項目別に、指標と、その定義、データの入手先を紹介します。

指標のうち、行政などで入手可能なデータがある場合はデータの入手先を、ない場合にはアンケートを作る際に参考となる質問項目（案）を記載しています。ただし、ここでもご紹介しているように、厚労省「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の質問項目の多くが、高齢者等にやさしいまちづくりの指標として活用可能ですので、新たにアンケートを作成する前に **ニーズ調査** の結果も確認してみましょう。

また、高齢者等にやさしいまちづくりの指標とそのデータ源については、巻末の見開きの早見表に一覧を掲載していますので、そちらを見ながら、本章の該当箇所を探していただいてもよいでしょう。

1. アウトカム

アウトカムは、高齢者等にやさしいまちづくりに関する介入の結果もたらされる、住民の健康に生じる変化や地域環境の変化のことを指します。ここでいう健康とは、身体的な健康のみならず、幸福（Well-being）を含めた概念です。

アウトカムは、高齢者等にやさしいまちづくりのための活動だけでなく、様々な要因の影響で変化すると考えられます。行政の皆さんは、活動そのものの影響を測ることを望まれると思います。そのような場合に、本手引きで紹介する指標を用いて評価を行うことで、高齢者等にやさしいまちに関する活動そのものが、どのような変化を健康やまちにおこるのかを把握することにつながります。

なお、活動の結果もたらされる変化には、比較的短期的な変化と長期的な変化がありますがここでは、中・長期的な変化をアウトカム、短期的な変化をアウトプット（後述）とします。

1. 高齢者を含めた住民の健康と幸福（Well-being）

（1）クオリティオブライフ（QOL）

定 義	健康寿命（数値）または主観的健康観が高いと回答した高齢者の割合
行政データ	健康寿命（ http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/ （都道府県別データのみ））、要介護認定率
自 記 式 アンケート （質問項目例）	● 現在のあなたの健康状態はいかがですか。 二一ス調査 ● あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。 二一ス調査 ● 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか 二一ス調査

2. 高齢者にやさしいまち（物理的環境と社会的包摂）

1）物理的な環境

（1）地域における移動しやすさ

定 義	地域の基準に見合う歩道の割合、または、車椅子利用者等に利用しやすい道路がある（バリアフリー化）と回答した高齢者の割合
行政データ	道路統計年報、都道府県別整備状況（国交省）
自 記 式 アンケート （質問項目例）	あなたの家から徒歩圏内に、次のような場所はどのくらいありますか。 （選択肢の例）車いす・杖・歩行器などを利用される方でも、歩行に支障のない通り

(2) 公共スペース、建物へのアクセスのしやすさ

定 義	公共スペースのうち、車椅子等でアクセスできる場所の割合
行政データ	社会教育調査、公民館等の施設・設備の所有館数（文科省）、移動等円滑化実績等報告書、駅の段差解消状況
自 記 式 アンケート (質問項目例)	● あなたのお住まいの地域には、次のような場所はどのくらいありますか。 (選択肢の例) 歩行が困難な方や目・耳の不自由な方でも、利用に支障がない公共施設 ● 外出する際の移動手段は何ですか ニーズ調査

(3) 公共交通機関へのアクセスのしやすさ

定 義	公共交通機関のうち、高齢者や障害のある方々のためにデザインされたものの割合
行政データ	社会教育調査、公民館等の施設・設備の所有館数（文科省）、移動等円滑化実績等報告書、駅の段差解消状況
自 記 式 アンケート (質問項目例)	● あなたのお住まいの地域には、次のような場所はどのくらいありますか。 (選択肢の例) 歩行が困難な方や目・耳の不自由な方でも、利用に支障がない電車やバスの車両 ● あなたの家から徒歩圏内に、次のような場所はどのくらいありますか。 (選択肢の例) 電車・地下鉄などの駅やバス停

(4) 住宅の値ごろさ

定 義	住居にかかる費用が収入の3割未満である高齢者の割合、または、高齢者のうち住宅が値ごろだと回答した人の割合
行政データ	家計調査、世帯主の年齢階級別家計支出（住居）
自 記 式 アンケート (質問項目例)	● あなたが住んでいる住宅の種類はどれですか。 ニーズ調査 ● 有料老人ホームや高齢者向け住宅に住もうと思いますか。

2) 社会的環境の包摂性

(1) 高齢者のボランティア参加率

定 義	高齢者のうち、地域のボランティアとして登録されている人の割合、または、高齢者のうち、過去1か月に少なくとも1回はボランティア活動に参加したと回答した高齢者の割合
行政データ	なし
自 記 式 アンケート (質問項目例)	あなたはボランティアのグループにどのくらいの頻度で参加していますか ニーズ調査

(2) 地域における意思(政策)決定への参加率

定 義	選挙権のある高齢者のうち最近の選挙に投票した者の割合。あるいは、地域における政治的、経済的、社会的な課題に関する意思決定の場に参加したと回答した高齢者の割合
行政データ	国政選挙年代別投票率(総務省)
自 記 式 アンケート (質問項目例)	あなたは自治会・町内会やその他の場で、地域のものごとの決定に参加していますか。

(3) 高齢者の経済的安定

定 義	雇用されていない高齢者の割合、または、収入につながる雇用機会があると回答した高齢者の割合
行政データ	家計調査、世帯主の年齢階級別家計支出
自 記 式 アンケート (質問項目例)	● 以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加していますか。 (選択肢の例) 収入のある仕事 ニーズ調査 ● 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。 ● 貯金、不動産、株、ゴルフ会員権等、全ての資産の合計額であてはまる番号1つに○をつけてください。 (選択肢の例) 100万円以下

	● あなたの年金についてあてはまるものすべてに○をつけてください。 (選択肢の例) - 1～5はどれも受給していない ● あなたは現在、生活保護を受給していますか。
--	---

(4) 加齢および高齢者に対する肯定的・好意的な社会的態度や姿勢

定 義	高齢者への虐待ケース報告数、あるいは地域で自分が尊重されていると感じている高齢者の割合
行政データ	「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果
自 記 式 アンケート (質問項目例)	● あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人 ニーズ調査 ● 家族や友人・知人以外で、何かあった時に相談する相手を教えてください ニーズ調査 ● 殴られる、けられる、物を投げつけられる、とじこめられるなどの身体的暴行 ● 暴言を吐かれる、嫌味を言われる、長い間無視されるなどの自尊心を傷つけられる行為 ● あなたの預金や年金を、あなたの了解なしに使ったり取り上げたりされた(家族からも含む)

(5) 高齢者に有用な情報やサービスのアクセシビリティ

定 義	健康に関連するサービス等に関する地域の情報源の入手可能性(電話による連絡を含む)または、健康に関する情報を入手したと回答した高齢者の割合
行政データ	絆と社会サービスに関する調査
自 記 式 アンケート (質問項目例)	● あなたは過去1年間に、インターネットやメールを使用しましたか。使う頻度もお知らせください。 ● あなたが日常生活や健康のために必要なことは、行政や民間のサービスによって、概ね提供されていますか。

3. 認知症にやさしいまち（理解・共生・受援力）

以下は、まちづくりにおいて認知症の方々に特別に配慮が必要な内容であり、配慮の結果を、共生、理解、受援力という指標で測ります。

（１）認知症の人への理解

定 義	認知症の方々の行動・心理症状を理解しているかどうか、また、認知症の方々が自己決定をすることの必要性を理解しているかどうか
行政データ	なし
自 記 式 アンケート (質問項目例)	● 認知症の人の大声や暴力、歩き回るなどの行動は、必要なことが満たされない時に起きると思いますか。 ● 認知症の人は、記憶力が低下し判断することができないので、日々の生活をこちらで決めてあげる必要があると思いますか。

（２）認知症の人との共生

定 義	認知症の方々が自宅生活を継続すること、役割をもって参加すると良いということを肯定的に捉えられるかどうか
行政データ	なし
自 記 式 アンケート (質問項目例)	● 自分が認知症になったら、周りの人に助けをもらいながら自宅での生活を続けたいと思いますか。 ● 認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良いと思いますか。

（３）認知症の人とその家族、地域の受援力

定 義	認知症を近所の人等に知らせることができるか、相談することは恥ずかしくないと感じているかどうか。認知症の人やその家族から相談を受けたときに、適切な支援につながれるかどうか。
-----	---

行政データ なし

自 記 式
アンケート
(質問項目例)

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

図 5. 認知症にやさしいまちの要素



3つの概念の定義や質問項目例は、19ページに説明があります。

2. アウトプット

アウトカム指標の変化が生じるには長時間を要します。このため、アウトプット指標を用いてまちづくりの短期的な変化を測定することも、活動の計画や評価等において有用になります。アウトプットでは、望ましいアウトカムを達成するために実施する「活動」として、どのような活動をどのくらい実施したかを測定します。これはいわゆる活動実績であり、以下のプロセスに示す活動について、その実施回数や参加者数などを測定します。

3. プロセス

高齢者にやさしいまちづくりを目指して計画された「活動」は、プロセス指標を用いて測ります。望ましいアウトカムを達成するために実施された「活動」には、どのような活動があり、どのように実施したか、それらを測定するのがプロセス指標です。

例えば、認知症予防などを目的に実施される保健医療サービスは、高齢者にやさしいまちづくりの「活動」と考えることができます。認知症予防の活動といったとき、疾病予防の概念に1次、2次、3次予防の各ステージがあるように、認知症についても1次、2次、3次予防に分けることができます。

認知症の1・2・3次予防⁷とは？

- 1次予防・・・認知症の発症予防。生活習慣の改善、生活環境の改善、健康の増進を図ること
- 2次予防・・・認知症の早期発見、早期診断。認知症や認知症の伴う問題等を早期に発見し、対処すること
- 3次予防・・・認知症と診断された方が地域で人間の尊厳をもって暮らし続けられるよう治療、介護を受けられること、また物理・社会環境が整えられること

ただし、認知症予防のための活動は、はっきりと1次、2次、3次に分類されるものではありません。例えば「認知症カフェ」という事業に関しても、カフェにかかわる人々、参加する立場は多様です。そのため、対象によっては、1次予防にもなれば、3次予防にもなるかもしれません。実際に、前期高齢者のうち、地域活動参加者で会長・世話役・会計等の役員をされている方は、認知症発症リスクが一般会員と比較して約2割低かったという結果があります⁸。このように、各事業を実施する際に、行政がすべてを企画、実施、評価をするのではなく、住民のみなさんに役割を持っていただくことで、認知症の予防につながる可能性があることが示されています。

7. 深澤 恵治. 認知症予防のための臨床検査および認定認知症領域検査技師の役割. 医学検査 / 66 巻 (2017) をもとに筆者作成

8. Nemoto Y, Saito T, Kanamori S, Tsuji T, Shirai K, Kikuchi H, Maruo K, Arao T, Kondo K. An additive effect of leading role in the organization between social participation and dementia onset among Japanese older adults: the AGES cohort study. BMC Geriatr. 17(1):297. doi: 10.1186/s12877-017-0688-9. (2017) URL: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0688-9>

以下は、認知症の方を含めた高齢者等にやさしいまちづくりに関する活動（プロセス）を測定する指標と、認知症の１次・２次・３次予防に関する活動を測定する指標です。

1. 高齢者等にやさしいまちづくりのための活動

（１）物理環境

- 都市計画、土地利用
- 公共スペースや建物のデザイン
- 住宅のデザインや価格帯
- 交通機関のデザイン

（２）社会環境

- 文化・レクリエーションプログラム
- 情報コミュニケーション・アドボカシー
- 雇用やビジネスの機会

2. 認知症の１次・２次・３次予防のための活動

定 義	認知症の発症予防、早期発見・診断を目的としたサービス。また、認知症と診断された方が地域で尊厳をもって暮らすことを可能にする物理・社会環境の整備
行政データ	新オレンジプランの戦略実施のための以下のような活動の実施状況が指標となります。なお、以下の活動は、その方法や対象により、認知症の１次・２次・３次予防のいずれの指標にもなります。 ● 認知症カフェの設置 ● 認知症サポーター（養成研修の実施） ● 認知症初期集中支援チームの設置 ● 認知症地域支援推進員の設置 ● 専門医の確保 ● 認知症多職種協働研修・会議の実施 ● 認知症ケアパスの作成

4. ストラクチャー

ストラクチャーとは、高齢者等にやさしいまちづくりの創生、推進、維持に不可欠な「資源や構造」に関する指標です。高齢者等にやさしいまちづくりを推進するためには、まちづくりの計画あるいは方向性（ビジョン）が、保健・福祉部門だけでなく行政の他部署や他機関、また住民の方々など関係者の方々に共有され、地域に住まう様々な人々がまちづくりに参加することが不可欠です。そして、そうした異なる立場、意見を持つ地域の関係者が、問題意識や課題認識を共有し、意識を変革、そして行動につなげていくためには、首長の積極的な関与、まちづくりのための資源（人的・物的）の確保、そして対話の場（ワーキンググループの設置、地域ケア会議など）などの体制が必要になります。

以下の指標は、そのような体制にかかわる指標です。体制にかかわる指標は、質的な指標であることも多いですが、量的に測れるものもあります。以下に紹介するストラクチャー指標を活動の企画や評価に用いることで、施策の費用対効果の分析や、関係者へアドボカシー（施策への関与や貢献を引き出すこと）につなげることができます。

1. 住民に対する公約とその発信

定 義	その行動を確実にとれるようになるように実効性のある仕組みをつくること
デ ー タ	施策にかかる首長の承認の有無、自治体からの当該事業への予算総額、条例の内容、まちづくり計画等の記載内容など

2. 部署・組織横断的な協働体制の整備

定 義	同一組織内の異なる部署あるいは異なる組織間で、施策・事業（計画、会議等）が共同で運営されていること、あるいは情報、予算、人材が共同で活用されていること
デ ー タ	関連施策・事業・会議（フォーマル・インフォーマル）に関与している関係者の数、属性など ⁹

9. 「協働体制の整備」に関するデータについては、コラム1でご紹介した「介護予防のための地域診断データの活用と組織連携ガイド」の「健康・介護施策における部署間連携のためのアクションチェックリスト」にも詳しくご紹介されています。

3. まちづくりの我がごと化

定 義	まちづくりの方向性を住民が理解し、参加していること
デ ー タ	関連事業・ボランティア等への参加人数、団体、属性など

4. 財政的・人的資源の確保

定 義	まちづくりに関連する事業への予算や人材が確保されていること
デ ー タ	関連する事業の予算、人口当たりの行政職員数等

5. その他の指標

1. 格差の縮小、公平性 (equity)

地域づくり活動の効果やプロセスなどについて、格差の縮小を目指すことが重要です。格差を評価するためには、指標の差を比較します。方法には（１）対象集団の指標の平均値と最良値との差をみる方法と、（２）対象集団内の異なるサブ集団間の指標の値の差を計算する方法があります。

（１）対象集団の指標の平均値と最良値との差

定 義	指標の対象集団全体の平均値と、対象集団の中で最も良い結果が示された集団の値との差である集団寄与度をみます。例えば、市町村全体の平均値と、市町村内で最も良い学区の値との差や、県全体の平均値と、県内で最も良い市町村の値の差などです。さらに、その集団寄与度から、集団寄与割合（PAF）を計算します。
計 算 方 法	集団寄与割合は、一番良い地域と全体の平均の差である集団寄与度を、集団全体の平均で割り算して求めます。 $\text{集団寄与割合} = \frac{\text{一番良い地域と全体の平均の差}}{\text{全体の平均}}$

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

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

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

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

(2) 対象集団内の異なるサブグループ間の指標値の差

定 義

対象集団内のなかで、異なるサブグループ間の指標値の差を計算します。その他に、場合によっては比を計算することもあります。

計 算 方 法

指標が最大の地域と最小の地域の差である、範囲を計算するなどします。

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

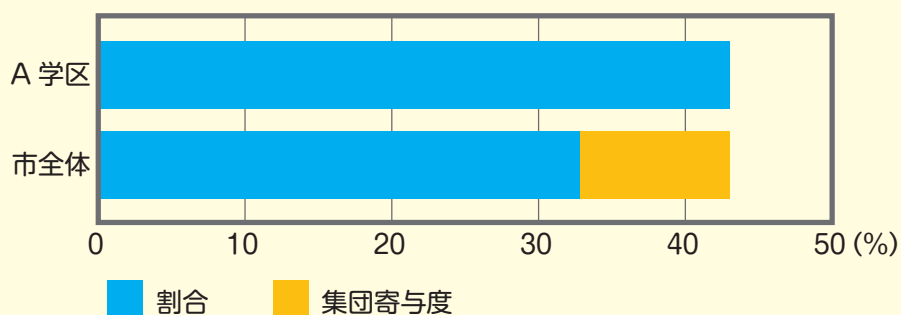
格差指標の計算方法

(1) 対象集団の指標の平均値と最良値との差

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

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

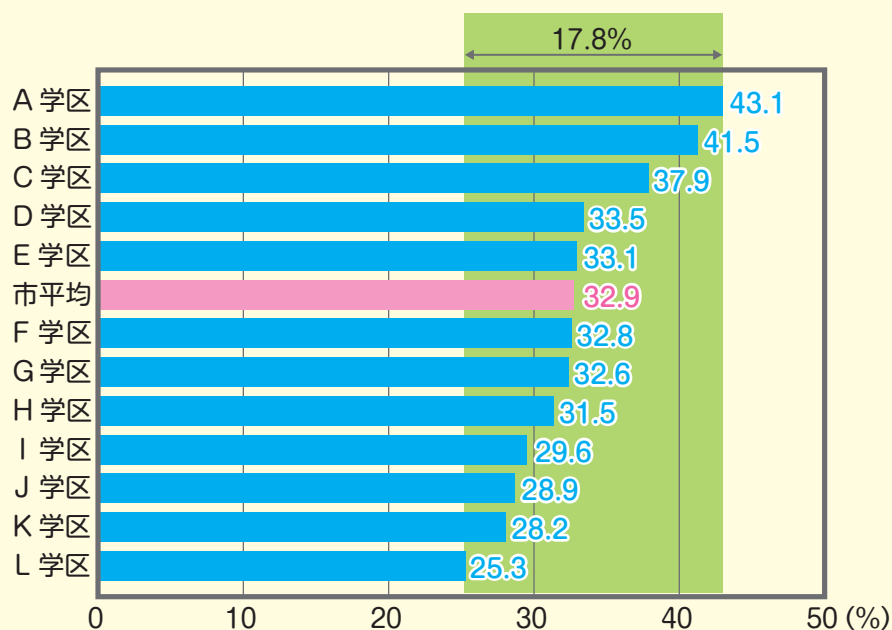
スポーツの会活動（月1回以上）



(2) 対象集団内の異なるサブグループ間の指標値の差

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

学区別のスポーツの会活動（月1回以上）の割合



IV

高齢者等にやさしい まちの事例

指標の活用法とまちづくりの実践例

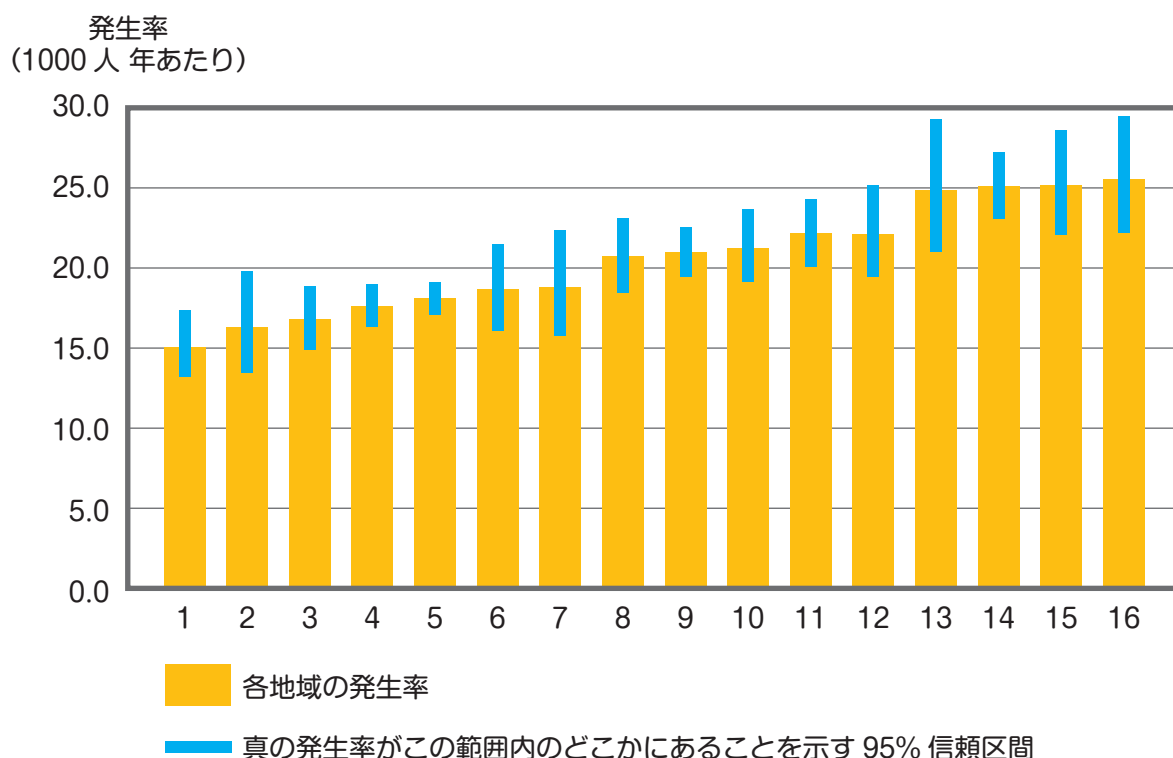
ここでは、高齢者等にやさしいまちづくりのPDCAの各段階で指標を活用するには、具体的にどのようにしたらよいか、そして、高齢者等にやさしいまちづくりの実践例（プロセス指標の具体例）にはどのようなことがあるかを事例を通じてご紹介いたします。

1. 指標活用事例Ⅰ

計画段階「認知症の発生率と地域差」

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

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



2. 指標活用事例Ⅱ

計画および評価段階「認知症にやさしいまちの特徴」

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

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

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

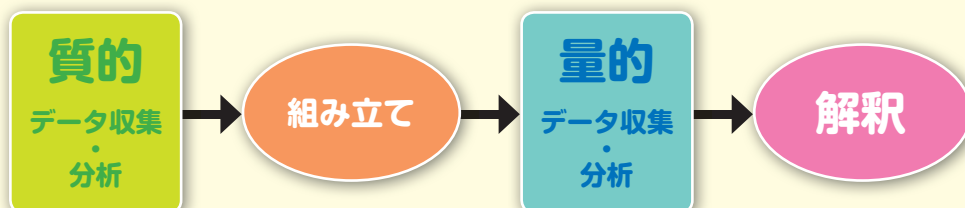
量的調査と質的調査のハイブリッド – 混合研究法

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

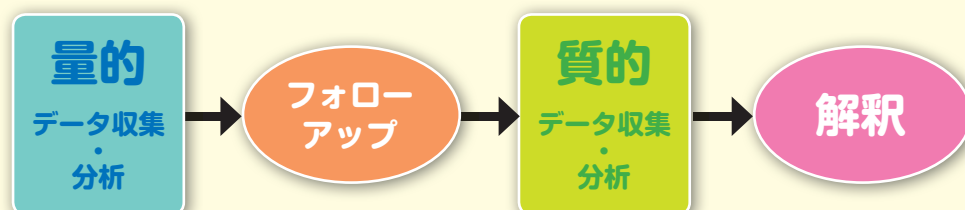
混合研究法とは、一つの研究の中に、質的研究と量的研究の研究手法を備えた研究方法のことをいいます。本来、これらの研究方法のものの見方、捉え方は、対局にあるものですが、混合研究法では、そうした哲学的な背景を超えて、知識は、さまざまな理論や情報源、研究方法によって生み出されるという考え方をします。

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

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



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



混合研究法についてさらに深めたい方へ

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

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

1) 量的調査の方法

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

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

2) 質的調査の方法

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

3) 認知症にやさしいまちの特徴とは？まちづくりの鍵は何か？

早川町は、南アルプスの山々に囲まれた総面積 369.96km² の自然豊かなまちで、人口は 1,115 人、このうち 65 歳以上人口が 542 人（高齢者割合 48.6%）、独居老人は 234 人、過疎化、高齢化は常に行政運営の課題に挙がっています。同町は、昭和

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

一方の益子町は、総面積 89.4km² の自然豊かなまちです。陶器の産地として海外にもその名が知られ、観光地としての顔もあわせ持っています。人口は 24,507 人で、平成 12 年以降人口減少が続いており、65 歳以上人口は 5,810 人、高齢化率は 23.7%、日常生活圏域によっても高齢化が異なり、比較的古い農村地区では、高齢化率が高い傾向（26.0%）にあります。全体として、高齢化は全国と比較し、若干緩やかに進行すると予測されています。町の職員は、約 150 人で、このうち、保健師は 9 人（嘱託 1 人を含む）、65 歳以上の高齢者を対象とした事業は、包括支援センター（直営）が担当しており、保健師も 1 名配置されています。

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

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

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

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

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

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

認知症にやさしいまちの指標の数値が高い自治体に共通する事項



顔が見える関係が保健師（行政）と地域の方々の間に築かれています（早川町）

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

11. WHO. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Retrieved from http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

コラム4

ポジティブデビアンスを発掘しよう！

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

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

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

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

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

ポジティブデビアンスについてさらに深めたい方へ

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

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

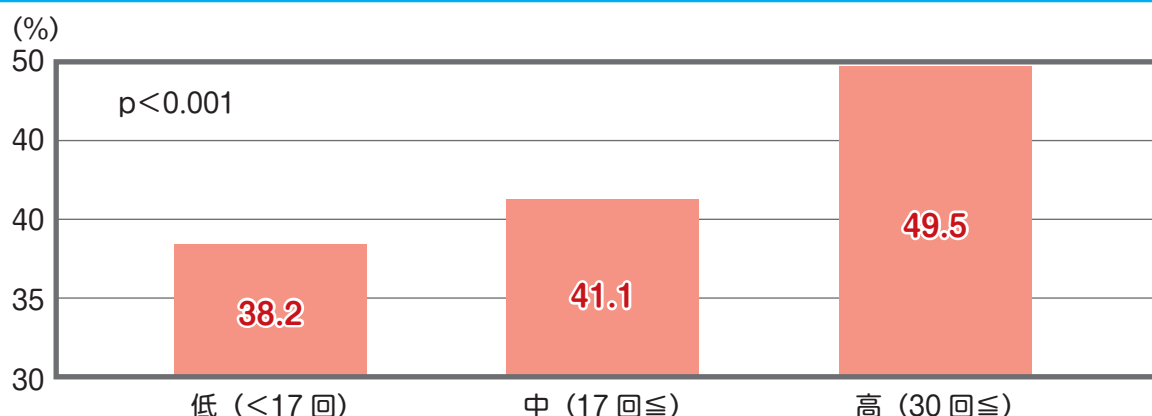
3. 指標活用事例Ⅲ

評価段階「認知症サポーターの効果測定するには？」

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

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

図7. 認知症サポーター講座開催回数（人口1万対）と「地域で大切にされている」と感じている高齢者の割合



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

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

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

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

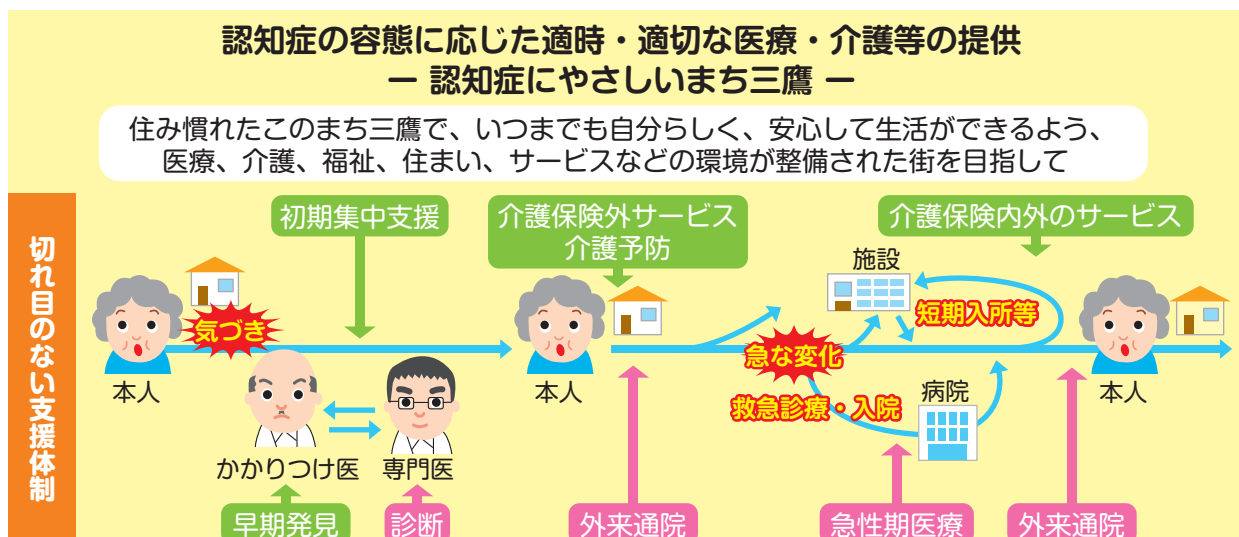
4. まちづくりの実践例Ⅰ

認知症になっても安心して暮らせるまちづくり - 東京都三鷹市の例 -

1) 最初に

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

認知症の人・高齢者等にやさしいまち作りには「地域包括ケア」という概念が基本になります。地域包括ケアとは、75歳以上の高齢者がたとえ認知症などによって要介護状態になったとしても、住み慣れたまち三鷹で自分らしい暮らしを、人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制を構築することとされています。認知症を例に挙げれば図のように、



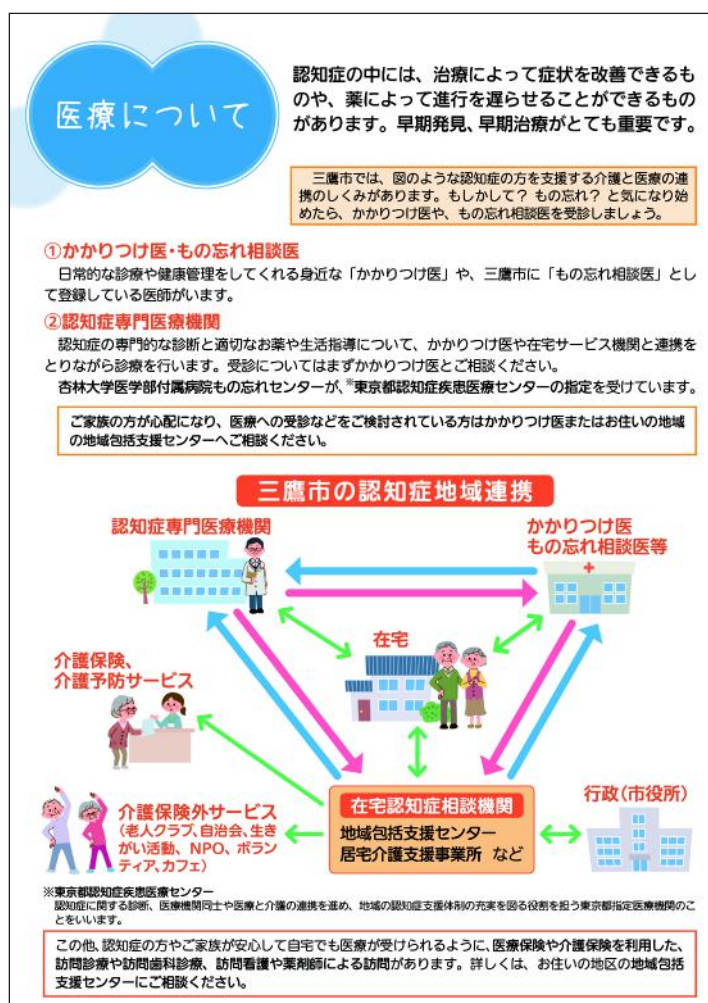
早期発見、早期介入（診断や助けの手を差し伸べることで、認知症の心配がある状態を放置しないこと）、医療面からの支援（外来通院、訪問看護など）、生活面での支援（介護保険内外のサービスを利用した生活支援）、急性期の身体的問題（病気）や認知的な問題（行動障害）に対処するセーフティーネットが存在することです。これがあってはじめて、認知症の人とその家族が安心して暮らすことができると考えられます。十分かどうかはわかりませんが、少なくともこのような体制が必要です。

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

2) 医療と介護の連携

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

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



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

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

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

3) 認知症の早期発見と初期集中支援

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

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

4) 急性期の支援

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

5) 認知症になっても安心して暮らせるまち

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

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

6) 三鷹市の例のまとめ

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

5. まちづくりの実践例Ⅱ

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

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

1. 札幌市

1) 高齢者施策の概要とその背景

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

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

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

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

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

2) 高齢者等にやさしいまちづくりのプロセス

（１）事業の概要

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

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

（２）重層的な会議の場の企画と運営

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

業について検討しています。

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

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

（3）モデル事業の実施

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



平成27年度～ 介護事業所の自主運営による認知症カフェの認証事業を開始

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

家族が
相談する

認知症の方が
地域に出る

近隣住民も
参加する

互いに
理解し合う

地域で
仲間をつくる



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

(4) 課題の見える化

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

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

（５）実践報告会の開催

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

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

2. 滋賀県東近江圏域

1) 高齢者施策の概要とその背景

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

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

2) 高齢者等にやさしいまちづくりへのプロセス

(1) 「三方よし研究会」の発足

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

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

三方よし研究会の主な動き

平成 18 年

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



平成 19 年

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

者などが参加するようになり、事例検討を通じて、その主治医をはじめとする医師が参加するようになり、一研究会の設置当初は、

- 会発足後 1～2 年より、最初は保健所であった会場を、各施設のケア活動紹介と意識向上を目的に、持ち回り制に変更。

平成 28 年

三方よし研究会が NPO 法人化

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

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

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

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

（２）プロトタイプを用いた事業展開

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

（３）多機関・多職種連携勉強会の開催

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

現在の研究会は、主に、行政担当者からの情報提供、専門職による事例紹介、

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

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

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

3. 2事例に共通した行政の役割

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

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

当事者の声の重要性

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

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

認知症の人たちは、認知症の理解が進むことを強く願っていらっしゃいました。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



高齢者等にやさしい まちづくりに向けて 都道府県ができること

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

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

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

1) データに基づく課題抽出

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

2) ビジョン策定支援

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

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

3) アウトリーチによる現状把握と保健所・振興局との協働による課題解決

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

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

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇ お わ り に ◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

本手引きは、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の基本理念として掲げられた「認知症高齢者等にやさしい地域の実現」や WHO が掲げる「Age Friendly Communities づくり」をどのように進めるのかを WHO のレポートなども参考にし、てまとめたものです。

WHO などでは、理念を掲げ計画を実行に移すだけでは足りず、PDCA（Plan-Do-Check-Act）サイクルを回すマネジメントのためにも、関係者の間で課題や目標、進捗具合などを共有するためにも、できるだけ数値指標を設定して、それを活用した取り組みを進めることを推奨しています。そこで、本手引きでは、日本の実情を踏まえた上で、マネジメントサイクルを回すことや指標の活用を進める考え方と具体的な事例も含めることに苦心しました。

特に、認知症の人や家族など当事者の声を引き出しながら課題やビジョンを共有すること、1・2次予防だけでなく、認知症を発症後の人たちへの3次予防もあること、量的なデータだけでなく質的なデータも用いた現状や課題の把握、ビジョンづくり、評価などが重要であることを各所で述べました。まだ定義の定まっていない「認知症に優しいまち」の要素について、研究班での論議と当事者へのインタビューなどを経て「認知症の理解」「共生」「受援力」という3つの下位概念を提唱しました。指標については、多くの市町村で利用可能な介護予防・日常生活圏域二エズ調査（通称二エズ調査）やJAGES（Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究）に参加する市町村なら利用できる指標群を紹介しました。JAGESについては、サイト（<https://www.jages.net/>）をご覧ください。

本手引きは、今後も増え続ける認知症の人や高齢者にやさしいまちづくりのために何をどのように進めるべきかについて、3年間の研究成果をいったんまとめたものです。PDCAで言えば、まだP(計画)にあたるものです。今後、この手引きに沿って、実施し評価した事例を積み重ねる段階へと移行します。いずれそれらをまとめ、本手引きを見直す日が、遠からずやって来ることを願っています。

高齢者等にやさしいまちづくりの指標とそのデータ源の例

高齢者等にやさしいまちづくりを構成する概念		行政データ等		
アウトカム（長期的）		高齢者および住民すべての健康と幸福	・国民生活基礎調査（＋生命表） ・日常生活に制限のない期間の平均（厚労省） ・国民生活選好度調査	
	物理環境	地域における歩行および移動のしやすさ（バリアフリー化など）	・道路統計年報 ・都道府県別整備状況（国交省） ・住生活総合調査（国交省）	
公共のスペース、建物、交通機関のアクセシビリティ		・社会教育調査：公民館等の施設・設備の所有館数（文科省） ・移動等円滑化実績等報告書（国交省）		
住宅の値ごろさ		・家計調査：世帯主の年齢階級別家計支出（住居）（総務省） ・高齢者の日常生活に関する意識調査：「住まいに対する満足度」（内閣府）		
安全性				
アウトカム（中期的）	社会環境	高齢者のボランティア参加率		
		地域における意思（政策）決定への参加率	国政選挙年代別投票率（総務省）	
		高齢者の経済的安定	家計調査：世帯主の年齢階級別家計支出（総務省）	
		加齢および高齢者に対する肯定的・好意的な社会的態度や姿勢	中高年者縦断調査：社会参加活動の状況（厚労省）	
		高齢者に有用な情報やサービスのアクセシビリティ	生活と支え合いに関する調査：人と人とのつながり・支え合いの状況（会話頻度・会話人数）（厚労省）	
		雇用率	・労働力調査：65歳以上×完全失業者数（総務省） ・中高年者縦断調査：就業の状況（厚労省）	
		社会文化活動への参加率		
認知症関連	・認知症の人への理解 ・認知症の人との共生 ・認知症の人とその家族の受援力			
アウトプット／プロセス	物理環境に関する介入（活動）	・都市計画、土地利用 ・公共スペースや建物のデザイン ・住宅のデザインや価格帯 ・交通機関のデザイン		
	社会環境に関する介入（活動）	・文化・レクリエーションプログラム ・情報コミュニケーション・アドボカシー ・保健、医療、社会、福祉サービス ・雇用やビジネスの機会		
ストラテジャー		・住民に対する公約とその発信 ・部署・組織横断的な協働体制の整備 ・まちづくりの我がごと化 ・財政的・人的支援の確保		

自治体独自でアンケートを作成する場合の質問項目例（分類は暫定）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ・認知症の人の大声や暴力、歩き回るなどの行動は、必要なことが満たされない時に起きると思いますか。
- ・認知症の人は、記憶力が低下し判断することができないので、日々の生活をこちらで決めてあげる必要があると思いますか。
- ・自分が認知症になったら、周りの人に助けてもらいながら自宅での生活を続けたいと思いますか。
- ・認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良いと思いますか。
- ・家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思いますか。
- ・悩みがあるときやストレスを感じたときに、誰かに相談したり助けを求めたりすることは恥ずかしいことだと思いますか。

編集・執筆

堀井 聡子 国立保健医療科学院 生涯健康研究部 客員研究員
JICA ベトナム新卒看護師のための臨床研修制度強化プロジェクト
チーフアドバイザー

尾島 俊之 浜松医科大学 健康社会医学講座 教授

執筆者

横山 由香里 日本福祉大学 社会福祉学部 社会福祉学科 准教授

相田 潤 東北大学大学院歯学研究科 国際歯科保健学分野 准教授

神崎 恒一 杏林大学 医学部 高齢医学教室 教授

近藤 克則 国立長寿医療研究センター老年学・
社会科学研究センター老年学評価研究部部長
千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門 教授

研究班協力者

ローゼンバーク恵美 WHO 神戸センター

倉田 貞美 浜松医科大学 看護学部老年看護学、健康社会医学

藤原 聡子 千葉大学予防医学センター

宮國 康弘 国立長寿医療研究センター老年学・社会科学研究センター

坂井 志麻 東京女子医科大学 看護学部 看護学科 老年看護学 准教授

ご助言をいただいた方々

岡島 さおり 札幌市保健福祉局高齢保健福祉部地域包括ケア 推進担当部長

児玉 タ子 秋田市福祉保健部長寿福祉課エイジフレンドリーシティ推進担当

佐々木 謙 秋田市福祉保健部長寿福祉課エイジフレンドリーシティ推進担当

松本 博行 神奈川県政策局ヘルスケア・ニューフロンティア推進本部室

児玉 順子 神奈川県政策局ヘルスケア・ニューフロンティア推進本部室

吉田 恵美子 神奈川県政策局ヘルスケア・ニューフロンティア推進本部室

田中 智子 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課

後藤 文枝 愛知県東海市市民福祉部付部長（女性活躍推進担当）

認知症の人・高齢者等にやさしい地域づくりの手引き ～指標の利活用とともに～

発 行 日 2019 年 3 月

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

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

認知症の人・高齢者等に

やさしい

地域づくりの手引き

指標の利活用とともに

