

認知症フレンドリー社会実現に向けた地域医療の役割

企画：地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 参事 村中峯子
センター長 中村正和

特集

●エディトリアル

●総論 認知症フレンドリー社会実現のために地域医療に求められる役割

●多職種が連携して進める地域ぐるみの認知症ケアと医療機関としての役割

●地域特性に合わせた認知症支援に向けた地域医療への期待

●地域の人々が主体となって取り組む認知症予防と安心なまちづくり

●認知機能低下と金融資産管理の課題

エディトリアル

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 参事 村中峯子
センター長 中村正和

国は2019年6月に認知症施策推進大綱を閣議決定し、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持ち日常生活を過ごせる社会」を目指すべき社会とした。

認知症者とその家族が、地域において安心して尊厳と希望を持った暮らしを継続するには、福祉・介護のみでは困難であり、地域医療・かかりつけ医の協力や支援が欠かせない。

本特集では、まず浜松医科大学の尾島俊之教授に、認知症は長生きすれば誰にでも生じうることや、認知症の予防の重要性とその限界を踏まえて、地域医療関係者が多職種で患者や家族に早期対応することの重要性と、認知症を含めて高齢者にやさしい地域の仕組みづくりの必要性について解説していただいた。

香川県綾川町の国民健康保険陶病院の大原昌樹院長には、長年にわたる綾川町での地域ぐるみの認知症ケア活動の紹介の中で、認知症本人が参加できる活動の大切さを具体的に述べていただいた。また、医療機関の役割として、日ごろの活動を通じて関係者や関係団体との連携力を高めながら、医療者として相談に迅速に対応できる機動力を磨くことで、町民の一人ひとりの気持ちに寄り添って暮らしを継続していくために支援できることを事例を通して示していただいた。

新潟県湯沢町の國松明美主任保健師には、湯沢町保健医療センター開院に併せて医療、介護、保健、福祉が一体となった体制の中で、町民と共に取り組んでいる認知症地域支援の取り組みを紹介していただいた。アクション農園をはじめ、認知症支援の活動に医師・研修医をはじめ医療スタッフが参加することは、町民の生活や生活への思いを知る貴重な機会となり、町民の生活に寄り添った医療対応につながるという指摘は、医療者として大切にしたいメッセージである。

奈良県生駒市の福祉健康部の元次長である田中明美保健師には、全国に先駆けて地域ケア会議や認知症ケアパスを導入し、医療とも連携しながら、市民が主体となった認知症の予防とケアのまちづくりを紹介していただいた。自治体のトップランナーでありつつも、その成果は日頃からのていねいな医療・福祉・介護との連携と、認知症高齢者の社会参加を促す創意工夫の賜物であることが読み取れる。

野村資本市場研究所の研究部長である野村亜紀子氏には、人生100年時代の中で、認知機能低下を踏まえた高齢期の金融資産管理の必要性とそのための「金融ジェロントロジー」による学際的なアプローチの重要性について解説していただいた。今後、地域において、これまでの医療・介護・福祉の連携モデルに金融関係者の参画や支援を促す必要性が示唆されている。

認知症の病因解明や治療法の確立が未だなされておらず、多くの人々は認知症になることに大きな不安を感じている。しかし、「長生きをすれば、誰もが認知症になりうる」。できる限り認知症の発症を遅らせ、発症しても重症化しない、自分らしく暮らし続けられる社会の構築が不可欠である。地域の仕組みと住民や関係者の認識を整えるにあたって、医療機関には重要な役割がある。本特集が、医療機関としての役割を果たす一つの契機となれば幸甚である。

総論

認知症フレンドリー社会実現のために 地域医療に求められる役割

浜松医科大学医学部健康社会医学講座 教授 尾島俊之

POINT

- ① 長生きをすると認知症になるのが普通である
- ② 生活習慣などを改善すると1割くらい認知症を減らすことができる
- ③ 多職種で認知症の人や家族が上手に対応できるようにする
- ④ 認知症になっても幸せに暮らせるように、地域の仕組みや認識を整える

はじめに

人々の平均寿命が長くなり、また戦後のベビーブーム世代(団塊の世代)が75歳以上の後期高齢者になっていく中で、認知症の人の人数が急速に増加している。そこで、政府は、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「共生」と、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「予防」を2本柱とした認知症施策推進大綱¹⁾を令和元年6月に発表している。このように認知症施策が重要となる中、地域医療関係者は認知症にどのように向き合えばよいかを考えてみたい。

認知症・軽度認知障害(MCI)の有病率について、平成24年度厚生労働科学研究朝田班報告書²⁾に掲載されている調査対象地域の高齢者についての克明な調査から計算した結果について図1

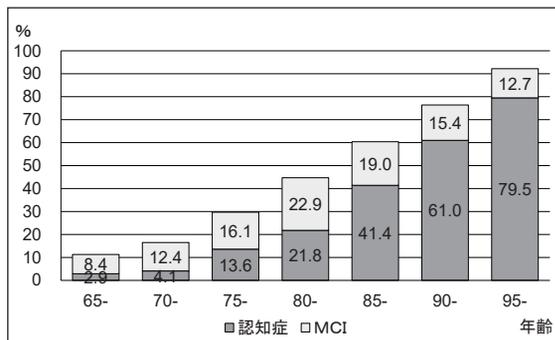


図1 認知症・軽度認知障害(MCI)の有病率(男女計)
(平成24年度朝田班報告書より計算)

に示す。65~69歳ではまだまだ少ないが、85歳以上では、認知症とMCIの合計は50%を超え、さらに95歳以上では90%を超える割合となっている。認知症は決して一部の人の問題ではなく、長生きをすると認知症になるのが普通であるという認識を持って、認知症について考えていく必要がある。

認知症を予防する生活習慣

認知症施策としてまず考えられるのは認知症にならないようにする1次予防である。図2は、認知症の変えられるリスク要因について、Lancet誌に掲載された数値³⁾から作成したものである。その論文では、35%は変えられる要因であるとしている。特に、人生の終盤における喫煙、うつ、運動不足、社会的孤立、糖尿病が認知症の発症リスクになっているとしている。認知症施策推進大綱では、通いの場における活動の推進などにより、70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指すとしているが、これは、各年齢階級での認知症の人の割合を1割減らすこととおおむね等しい内容である。変えられる要因35%のうち、10%分を改善させることは、努力すれば十分に実現可能であると考えられ、それを推進していくことが重要であろう。地域住民の健康づくり・介護予防活動の推進、生活習慣の改善や糖尿病のコントロールなど、これらの予防活動の推進における地域医療関係者の役割は大きい。

認知症の人と家族の上手な対応

一般的に疾病の予防において、早期発見早期対応という2次予防の役割も大きい。しかしながら、認知症については、脳細胞の変性を遅らせたり・回復させたりする薬剤はまだ開発されていない。また、図1の状況を見ると、仮に認知症の進行を緩徐にさせる薬剤が開発された場合には、一定年齢以上の高齢者の全員に服用していただく必要がありそうで、なかなか現実的ではない。では、認知症の早期発見早期対応のポイントは何であろうか。

認知症の定義は、世界保健機関(WHO)による国際疾病分類第10版(ICD-10)、米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル第5版(DSM-5)、米国国立加齢研究所-アルツハイマー協会の合同作業グループ(NIA-AA)によるものなど各種出されているが、それらの内容をまとめて、介護保険法では、「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態」と定義されている。認知機能が低下してく

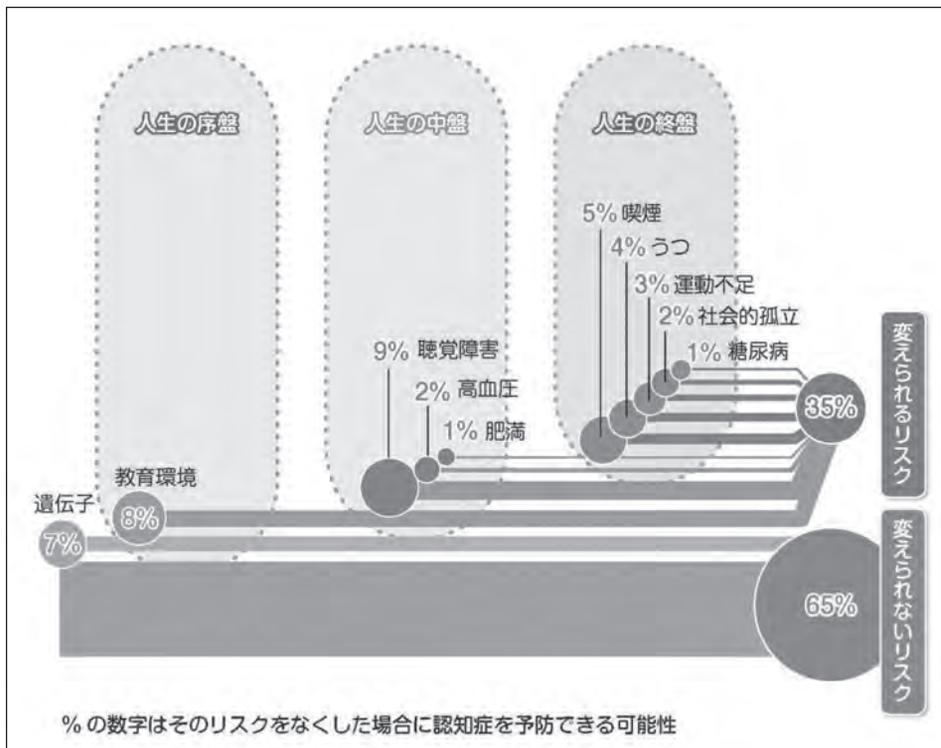


図2 認知症の変えられるリスクと変えられないリスク

〔文献5〕に掲載の数値から描画

ると本人や家族は不安を抱え、時に認知症の行動・心理症状(BPSD)が激しくなる。そこで、「日常生活に支障が生じている程度」を把握して、その支障が少なくなるような上手な対応について、認知症の人や家族などに対してアドバイスすることが、早期発見早期対応として重要であろう。そのような役割については、看護職・福祉職・介護職などの多職種に期待されるところが大きい。一方で、硬膜下血腫や内分泌・代謝性疾患などに伴う認知機能の低下などの可能性の検討などは医師の役割として重要であろう。

認知症にやさしい地域の仕組み

WHOは地球規模の高齢化の進展の中で、Age-Friendly City, すなわち高齢者にやさしい地域づくりを提唱して推進している。その拡張として、認知症フレンドリー社会の実現に向けた取り組みも国内外で推進されている。私たちは、厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)「認知症発症リスクの減少および介護者の負担軽減を目指したAge-Friendly Citiesの創生に関する研究」の一環として、「認知症の人・高齢者等にやさしい地域づくりの手引き」^{4),5)}をまとめた。そのポイントを図3に示す。上部の8項目はWHOが提唱している高齢者にやさしい地域の要素であり、これらは認知症にやさしい地域としても重要であると考えられる。さらに、認知症に特化した重要な要素として、私たちの検討で、(認知症の)理解、(認知症の有無に関わ

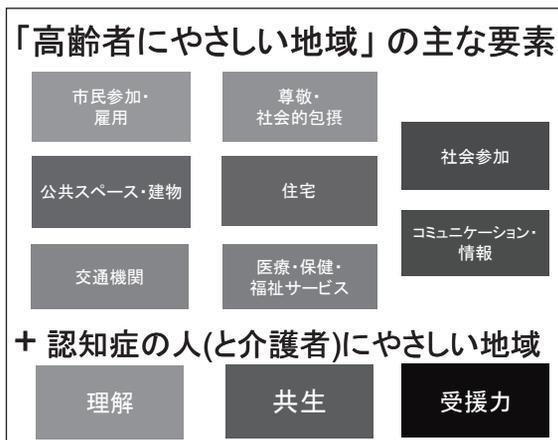


図3 高齢者と認知症の人にやさしい地域の要素

表1 認知症の人・高齢者等にやさしい地域に関する質問項目(抜粋)

<p>【理解】 Q. 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ことが必要だと思いますか。(「いいえ」の人が増えることが好ましい)</p>
<p>【共生】 Q. 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。</p>
<p>【受援力】 Q. 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。(「いいえ」の人が増えることが好ましい)</p>
<p>【社会的包摂(尊厳)】 Q. あなたは地域の人々から大切にされ、地域の一人となっていると感じますか。</p>
<p>【社会参加】 Q. 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。 Q. 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。 ボランティア、スポーツ、趣味、学習・教養のグループ、収入のある仕事</p>

らない)共生、(必要な支援を積極的に受ける)受援力の3つを抽出した。また、これらに関して、地域の高齢者に無作為抽出調査を行うことで、実際に地域の現状や推進状況を把握することができるように、表1に示すような質問項目(指標)を開発した。日本老年学的評価研究(JAGES)による大規模調査を行った結果、地域による各指標の差異や、受援力が高い人は、認知機能が低下しても、抑うつ度の低下が少ないことなどの結果⁶⁾が得られた。

この受援力は、東日本大震災の対応、復興に当たって支援を積極的に受けることが重要であるとして注目された概念である。また、岡⁷⁾の研究によると、当時、日本で最も自殺死亡率が低かった徳島県海部町では、「病は市に出せ」という言葉があり、困ったことがあった場合に、人に知らせて助けをを求めることを良しとする風土があることが報告されている。自分や家族が認知症になった場合にも、積極的に支援を求め風土があることが認知症のやさしい地域として重要であろう。

認知症にやさしい地域づくりを推進するためには、保健医療福祉だけではなく、さまざまな分野の連携が必要である。地域の意思決定においては、政治や町内会・自治会のあり方が重要

である。認知症の理解の推進のためには、教育関係者との連携で子ども達への認知症サポーター養成講座を行っている例⁸⁾もある。また、認知症の人が水路に転落する事故なども懸念されるため、建設部局などと連携して、転落防止の柵を整備するなど重要である。認知機能が低下した高齢者による交通事故なども発生しており、地域医療機関は運転免許更新に関する診断書作成を求められることも多い。運転免許証の返納は、公共交通機関の乏しい地域においては高齢者の買い物や社会生活の支障となり、事故防止との兼ね合いで難しい判断が求められる。自動ブレーキ付きの自動車の普及や、住民主体の移動サービスの仕組みづくり、通院・買い物バスの運行なども認知症にやさしい地域づくりの重要な要素である。

まとめ

認知症は医学的な概念であるが、それに対応するためには、保健医療福祉関係の多職種の連携や、さらに広範囲な連携が必要となる。地域

医療関係者には、認知症フレンドリー社会実現に向けて、いろいろな立場の人にその重要性を知ってもらうための、また地域での種々の活動の推進のための、重要な役割が期待される。

文献

- 1) 認知症施策推進関係閣僚会議: 認知症施策推進大綱. 2019. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html
- 2) 朝田隆: 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 認知症対策総合研究「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」. 平成23~24年度総合研究報告書, 2013.
- 3) Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al: Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390(10113): 2673-2734.
- 4) 堀井聡子, 尾島俊之, 他: 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 -. 2019. <https://www.jages.net/project/adfc/>
- 5) 尾島俊之, 堀井聡子, 横山由香里, 他: 認知症にもやさしいまちづくり. *老年内科* 2020;1(3):359-368.
- 6) 尾島俊之, 堀井聡子, 横山由香里, 他: 認知症の3次予防推進のための指標開発. *日本循環器病予防学会誌* 2018;53(2):191.
- 7) 岡檀: 生き心地の良い町 この自殺率の低さには理由がある. 講談社, 2013.
- 8) 福田久美子, 古閑裕子, 福本久美子, 他: 能動的学習による高校生への認知症サポーター養成講座. *日本健康教育学会誌* 2020; 28(2) (印刷中)

多職種が連携して進める地域ぐるみの認知症ケアと医療機関としての役割

綾川町国民健康保険陶病院 院長 大原昌樹

POINT

- ① 認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるために、住民力・地域力が重要である
- ② 専門職，関係機関・団体，地域住民，そして本人・家族が連携し，地域ぐるみで認知症対策を進めていく必要がある
- ③ 医療機関は，地域づくりの一翼として重要な役割を担っていることを認識し，相談への迅速な対応と認知症施策に協力していくべきである

はじめに

高齢者の施策の中でも最大の課題は認知症対策であり，地域包括支援センターなどを中心にさまざまな専門職，さまざまな関係機関・団体，地域住民，そして本人・家族が関わり連携して，地域ぐるみで対策を進めていかなければならない。医療機関の役割は，その一翼を担うものであり，必ずしも前面に出るべきではないと考えているが，地域で取り組んでいる人たちと連携し，それを支援し，一緒により良い方向性を探っていくことが重要と考えている。

当院のある綾川町は農村地帯で，人口24,000人，高齢化率約35%である。当院の病床数は63床(地域包括ケア病床10床含む一般病床35床，医療型療養病床28床)，常勤医師9名(老健医師含む)で，国保総合保健施設，介護老人保健施

設あやがわを併設し，当院の理念である地域包括ケアを推進するために連携して取り組んでいる。国保総合保健施設内の地域包括支援センターを中心に以前から取り組んできた認知症施策を紹介するとともに，当院の関わりについても述べたい。

綾川町の認知症への取り組み

綾川町での認知症施策は，平成18年(2006年)の地域包括支援センター開設とセンター最初の事業である介護予防サポーター養成「まなびあい講座」と言って過言ではない¹⁾。介護保険が平成12年(2000年)から施行され，介護サービスも充実してきていたが，反面，介護保険を利用すると地域とのつながりが切れる，サービスを利用していても本人が必ずしも良い姿ではない，

などが課題として挙がっていた。介護予防の意義や知識の普及、ひとり暮らしの高齢者や認知症高齢者とその家族への声かけ・見守りなどを目的に講座を始めることとし、私もそれ以来ずっとこの講座の初回を担当している。一般的な認知症サポーター研修との違いは、毎月1回8回コースで視察研修や受講者同士の話し合いの場を設けている点である。また、最終回には町長より直接、本人に委嘱状を渡している。養成数は毎年40名前後であるが、サポーター同士の関係が深く、その後も地域のために活動している割合が6割と極めて高い。サポーター運営委員会を毎月開き、資源マップ班、お話しボランティア班、いっぷく広場班、転倒予防班などに分かれて活動を行うようになった。サポーターの代表が会長となり、各班の代表者が活動内容を話し合い、地域包括支援センターなどの支援を受けながら活動している。いっぷく広場は、今広まっている認知症カフェであり、お話しボランティアは、施設のみならず自宅も訪問するなど先進的な取り組みをしてきた。現在、「ほっとか連とこ100歳体操」(ほっとかれんとこ＝放っておかれないように)という介護予防体操を町内54ヵ所(令和2年1月現在)で行い、65歳以上高齢者の1割(約800人)が参加している。これは単にサルコペニア、廃用症候群予防ということだけではなく、終わった後の談笑や茶話会などを通じて人間関係の深まり、認知症予防にも役立っていると思われる。半数以上は、介護予防サポーターが中心となって立ち上げており、住民力、地域力の大きな原点になっている。

地域包括支援センターでは、ボランティア活動をさらに広げるために、平成24年より「介護支援ボランティア制度」を導入、「ささえあい手帳」に活動1時間ごとに1スタンプを押してもらい、150スタンプ＝1万5千円まで支給する制度を始めた。また、社会福祉協議会との共同事業で、認知症を含めた高齢者の声かけ・見守りのための「まちかどほっと歓事業」(ほっとかん＝放っておかない、ほっと＝hot, 温かい)も行っている。また、地元医師会との連携で、認知症ケアパス作成・全戸配布、初期把握シ-

ト(セルフチェックシート)作成、認知症サポーター医による相談窓口開設、認知症初期集中支援チームの活動、多職種連携を図る認知症事例検討会(年4～6回)などが行われている。

本人ミーティング・育育広場

平成28年度、国の補助事業(実施主体:長寿社会開発センター)で「認知症の人の視点を重視した生活実態調査及び認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための方法論等に関する調査研究事業」のパイロット地域(全国10地域)に選ばれた。綾川町在住の認知症(MCIを含む)本人9名と家族4名、パートナーや職員等合わせて32名が集まり、「本人ミーティング」を開催した。その後、住民向けや専門職向けに認知症の本人とそのパートナーを招待した講演会を開催し350名が集まった。これらは、住民にとっても専門職にとっても、認知症は何も分からなくなってしまうとか、自分とは違う人、という考え方を変え、意識改革を迫る大きなインパクトがある事業であった。新オレンジプラン²⁾の7本目の柱に挙げられたように認知症の本人の声を町の施策に生かしていくために、本人ミーティングには、町健康福祉課長も参加している。認知症施策推進大綱³⁾においても、具体的施策の最初に普及啓発・本人発信支援を挙げ、「認知症の人本人が自らの言葉で語り、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿等を積極的に発信していく」としており、今後も推進していくこととしている。

「育育広場」は、本人ミーティングをきっかけに、認知症の人にもそうでない人にも誰にとってもやさしい地域づくりを推進するため、ある住宅団地での取り組みである。この団地には住民700名余が住んでいるが、介護予防サポーターが30名おり、100歳体操も3グループ52名が参加している活動の活発な地区である。育育広場は、認知症になっても住み慣れた地域で楽しく生きがいを持ちながら安心して暮らし続けるための場作りと世代間交流のあり方を模索することを目的としたもので、認知症の人でも認知症で



写真1 育育広場 園庭を耕し芋を植える

ない人も老若男女を問わず参加できる。なお、65歳以上の方はこの活動に対しても介護支援ボランティア制度が適応される。育育広場の中心となって活躍する男性は、63歳の時に若年性アルツハイマー型認知症と診断された。内装業を営んでいたが、物忘れが進むにつれ段々と仕事を減らし、やがてリタイヤした。社会とのつながりが乏しくなり悩んでいる時、本人ミーティングに参加し、「認知症があってもそれぞれできることがあるのだから何かをしたい。何をできるかを考えたい」と思いを語った。その思いに賛同した団地の仲間が集まり、育育広場がスタートした。認知症であっても、昔やっていたことは得意である。子育て施設のドアのペンキ塗りをしてもらおうと活気が戻った。保育所の衝立づくり、雑草だらけだった園庭の一部を菜園にするため耕したり、野菜を育てるということを住民と一緒にに行った(写真1)。作った衝立は町内の全保育所・幼稚園に配り、育てた芋は園児やその保護者などと焼き芋をして、子育て世代との交流を図った。認知症の人が生きがいを持ち元気になるのはもちろん、手伝っている介護予防サポーターや地域住民にもやりがいが出ている。認知症の本人と活動をする中で生じる悩みについて勉強会を開くこともあり、当院の物忘れ外来の医師を派遣するなど協力し、参加者から「認知症をより深く理解でき、認知症の本人がいきいきと続けられる活動が何よりも大切であることを再認識することができた」という感想が得られた(写真2)。今後、これを他の地域にも広げていくのが課題である。



写真2 育育広場 当院医師による講演

医療機関の役割

当院と町内での認知症施策と関わりであるが、介護予防サポーター養成講座では、毎回、初めに講師を務め、認知症の人に対する考え方を含めた話をしている。フォローアップ研修でも講師をすることがある。陶病院では、以前から「移動健康教室」として地域の公民館や集会所で行われているいきいきサロンなどに職員を派遣しているが、認知症がテーマのことも多い。また、100歳体操には、理学療法士が運動指導や初回・半年ごとの体力測定のため参加している(写真3)。

認知症ケアで重要なのは多職種・多機関連携であり、一人ひとり、その人の暮らしや家族構成などさまざまな要素を考慮してその人らしい人生が送れるように支援していくことである。基本は、介護支援専門員が中心となって開かれるサービス担当者会議である。介護支援専門員や関わる専門職からの質問や依頼には丁寧な対応を心がけている。町や地区医師会が中心に



写真3 ほっとか連とこ100歳体操 当院理学療法士が指導・体力測定

なっている認知症事例検討会や在宅医療介護連携推進事業は、多職種連携に役立つものであり、当院を含め多くの医療機関や介護事業所が参加している。事例検討も大切であるが、他の事業所がどのようなことをどのような考えで行っているのか、パンフレットには出てこない実際の状況が分かるようになることが役立つ。医療機関も専門医療機関につなぐことはもちろん、地域の実情を知り連携していくことが求められている。

地域包括支援センターが、隔週開催している「地域ケア会議」には、当院理学療法士がアドバイザーを兼ねて出席している。インフォーマルサービスを含めてサービスの選択の考え方に差のある要支援など軽度の人とともに、認知症の人がテーマになることもある。当院が関係した方がよい事例があれば、相談を受けて対応している。また、「物忘れ外来」は、香川大学精神神経講座の協力を得て数年前に開設され、専門医の診察を身近で受けることができるようになった。

通院できる人はよいのだが、通院ができない、拒否される場合、周囲が対応に困ることがある。食事や衛生面で課題が多く、本人が自宅で暮らしたいと望んでも生命の危険がある場合には対応に苦慮することも多い。その際に、サービスの入り口として医療が有用な場合がある。当院が相談を受け、そこからその人にあったサービスにつないでいくことができた最近の1例を紹介する。

事例紹介

事例:87歳女性、元中学校教師

経過:退職後、非常勤講師をしながら、自治会長など地域の世話役をしてきたが、数年前から物忘れが見られるようになった。調理ができなくなり、200m離れた喫茶店で食事をしてきた。また、顔なじみの公民館職員や民生委員に電話をかけ、食事などの買い物をしてもらうことがあった。地域包括支援センターに相談があったが、介護保険サービスは申請含めて拒否、近親者で関わってくれるのは名古屋の姪だけだったので、当初は、近隣のサポートで見守ること

とした。しかし、変形性膝関節症で歩くのがさらに困難となり、公民館や民生委員への電話も頻回となり対応が限界ということで、再度、地域包括支援センターに相談があった。何度か訪問するが受診やサービスにつながらず当院に相談があった。

訪問診療後の経過:相談翌日に訪問した。昔の教師生活や退職後の生活を話題にすると喜んでいろいろ話をしてくれた。血圧194/72mmHg、症状なし。次に訪問した際に、趣味の話から書道で県展に何度も出たことがあることを聞き出し、その作品を見せてもらった。その後もこれを話題にするたびに同じものを何度も見せて説明してくれるが、その顔はいきいきとしていた。また、教え子の話題は、名前は憶えていないがとにかく自慢そうに話される。

人間関係ができた上で、訪問介護、訪問看護など勤めるがやはり拒否された。地域包括支援センターや介護支援専門員の考えで通いも訪問もある小規模多機能型居宅介護が良いのではないかということになり、町内事業所が旧小学校の建物であったり、元教師ということもあり「学校に行きましょう」と言うのと納得して行ってくれるようになった。一度行き出すと職員と顔なじみとなり、そこからの訪問介護も受け入れるようになり食事も十分摂れるようになった。降圧剤も当初、家に置いて帰るとほとんど飲んでいなかったが、通所時や訪問時に見守りで飲むようになり、血圧140/80mmHg前後に低下した。その後、姪が帰ってくる機会があり当院物忘れ外来受診、改訂長谷川式簡易認知症スケール(HDS-R)18点(遅延再生0/6点)、CDT:文字盤可、針の位置混乱、手指模倣不可、立方体模写歪む、でアルツハイマー型認知症の診断であった。それから2週ごとに訪問診療を行っているが、元気に自宅で過ごされている。

認知症を治すことは現在の医学で難しく、医療機関で解決できることは限られているが、それを入り口にしていろいろな医療・介護サービスや地域につなぐことはできる。イギリスでは、社会的処方(social prescribing)と呼ばれ、最近、日本でも注目されている³⁾。この方の場合は、

逆に医療機関が相談を受けたわけであるが、素早く対応することにより、それに関わる専門職や民生委員がチームになって動くことにより良い方向を見出すことができた。医療機関には、地域との連携力を高めることと機動力のある対応が求められていると感じた1例である。

まとめ

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるために、住民力・地域力が大切である。それには、介護保険、医療保険の公的サービスがベースにしっかりとあることが重要である。医療機関は、それらをつなぐ地域

包括支援センターや介護支援専門員としっかり連携していくことが求められる。医療機関は、地域づくりの一翼として重要な役割を担っていることを認識・自覚して、自院の役割を高めていく努力が必要である。

参考文献

- 1) 篠岡有雅:住民主体のまちづくりをめざして -介護予防サポーターとともに-。地域医療 2017;54(3):324-329.
- 2) 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-。厚生労働省等,平成27年1月27日。
- 3) 認知症施策推進大綱。p4-6, 認知症施策推進関係閣僚会議,令和元年6月18日。
- 4) 澤憲明,堀田聡子:英国における社会的処方社会的処方。ジェネラリスト教育コンソーシアム 2018;10:138-144.



地域特性に合わせた 認知症支援に向けた地域医療への期待

湯沢町健康福祉部健康増進課 主任保健師 國松明美

POINT

- ① 「町民主体・町民と協働する取り組み」へのシフト「ファミリー健康プラン」が町民と職員の健康づくり意識を変えた
- ② 湯沢町保健福祉介護部門と湯沢町保健医療センターは「お願い！」で思いが通じる
- ③ 認知症の人と共にお互いが安心して元気に暮らせる町づくりのきっかけは認知症地域支援アクションミーティング
- ④ アクション農園は医療スタッフが町民の生活を知り、本人と家族の思いや力、地域資源を体験できる場、その体験は地域医療に活かされ地域資源が必要な人に届く
- ⑤ 医療スタッフが地域の認知症支援アクションに関わることは、町民や地域支援者の安心・健康につながる

はじめに

平成14年8月、湯沢町保健医療センター（以下、湯沢病院）の開院に合わせ湯沢町の保健部門（湯沢町保健センター）と福祉介護部門（介護保険、障害・生活保護等福祉関係）が役場本庁から総合福祉センター内に移動し、「医療・保健・福祉」が一体となって町民の健康と生活を支援する体制ができた。湯沢病院開院17年を経過し、湯沢病院と総合福祉センター内の機関はさまざまな活動や個別支援の連携も多く、思いが通じ合う関係の中で町民の健康生活を支援する役割を担っている。

今回は、認知症になっても住み慣れた湯沢町で自分らしく生活し続けたいという町民の思いを実現するために、湯沢町が湯沢病院と共に行っている活動について行政の立場から報告する。

1. 「ファミリー健康プラン」は健康づくり意識を変えた

湯沢町は新潟県の最南端に位置し、2020年3月31日現在人口8,134人、年少人口710人、生産年齢人口4,395人、65歳以上3,029人（高齢化率37.24%）、少子高齢化が進んでいる。

湯沢町は2003年（平成15年）、従来の行政主導の保健活動では町民の主体的な健康づくりの行

動化につながらないことから、健康を町民一人ひとりが豊かな人生を送るための大切な資源ととらえ、個人・家族・地域・行政および関係機関が連携し共通の目標に向かって取り組む住民主体の「ファミリー健康プラン」(以下健康プラン)の取り組みへシフトした。

健康プランは町民が実態把握調査から関与し、実施、評価、プラン更新の全過程に関わっている。認知症の取り組みも健康プランに基づき実施している。湯沢病院医師は健康プラン検討委員、健康プラン策定後はプラン推進委員として健康プランに関与している。

町民の生の声・生活実態を根拠にしたプランとその推進体制ができたことで、町民が自身や家族、地域の健康を意識しプラン推進の活動を周囲の人に伝えるなど主体的な行動化が始まり継続している。また、健康に関わる職員にとっても活動の根拠と目的が明確になり、町民と同じ意識で取り組めることで達成感を感じ、より町民にとって有効な活動を議論し行動につなげるようになった。

2. 行政と医療の思いが伝わる関係

総合福祉センターの機関と湯沢病院は内線電話、湯沢病院スタッフとは直接PHSで連絡が取り合える。開院当初に湯沢病院が作成した情報連携用紙(病院連絡票)やその後赴任した医師が始めた町内の居宅介護事業所(ケアマネ)が参加する訪問診療カンファレンス(月2回)、介護保険主治医意見書作成のための質問票は地域で暮らす本人家族の生活実態が医師に届く情報連携の機会・ツールとして活用され支援に役立っている。また、湯沢病院をかかりつけ医としている町民も多く、主治医は定期的継続的に受診している人の変化に早期に気づき社会参加の機会を維持することで認知症や生活機能低下を防ぐために保健師につなぐ。保健師は地区担当制をとり、長年住んでいる高齢者はほぼ把握し家族親族のつながりなどの情報を持っている。医師は保健師の関与が必要と判断すると、事前に保健師に連絡してくれるため保健師はその人に合わせた資源の調整等準備ができる。逆に保健師

が勧めても資源につながらない時は主治医が勧めるにつながりやすいこともあり、保健師から医師に協力を求めることも多い。このような個別事例を通じた関係の中で保健師を含め地域支援者は医師と思いが伝わる経験を積み上げることができている。この関係が長年続いていることで入院治療が必要な人や自宅生活が困難な人、虐待・行方不明者保護等緊急の場合でも支援し合える関係ができてきた。また、医療スタッフが地域に向き、地域資源を経験することで実際の活動内容や成果を具体的に説明でき早期相談や支援につながりやすく、その後の状態変化時の連携もしやすい。

また、湯沢病院とはケース支援だけでなく地域ケア会議への参加や健康教育・認知症サポーター養成講座の講師、研修医の研修の受け入れなども互いに実施している。特に講座の講師を担当する医師は地域で自分の体験したことを講義内容に入れることで参加者の気持ちをつかみ、地域を知っている医師は身近な存在として参加者の信頼を得ている。

3. 認知症アクションミーティングが町づくりのきっかけ

2011年度秋、認知症の人と共にお互いが安心して元気に暮らせる町づくりを目指し、町民や認知症支援に関わる事業所、地域サロンのボランティア、湯沢病院は看護部長がメンバーになり認知症地域支援アクションミーティングを実施した。ミーティングは毎回楽しく看護部長の発案で毎回次回の日時が決まるほどだった。参加者は回を重ねるにつれ知人を誘い人数を増やし、湯沢町に暮らす(仕事している)一人の人として立場を超えて話し合う機会を活かした。このミーティングは言いっぱなしで終わらず必ずアクションにつなげ、2ヵ月間で4回集まり、具体的な行動計画を作成した。このプロセスを通し2012年度5月には行政が動かなくてもアクションが開始できるよう参加者自らが行動した(写真1)。看護部長は勤務のため実際の農園には参加できないが家族をつなげ家族を通じ活動に参加した。



写真1 アクションミーティング“アクション農園”を検討したチーム (2011年11月)



写真2 管理者 井上陽介医師・アメリカから視察の人とアクション農園丸山団長 (2015年6月30日)



写真3 湯沢病院研修医と農園参加者 (2019年7月16日)

4. 必要な人に資源が届く取り組み

アクション農園倶楽部(以下、アクション農園)は、町民の多くが土に触れた経験を持つ湯沢の地域特性と戸外での活動のため人の目に触れやすく地域の関心を得やすい。ドアを開けて入る活動とは違い躊躇せずその場にいられる。畑の活動はいろいろな世代がそれぞれの状態に応じて自分がしたい・できる作業がある。多世代と交流できる。陽に当たり汗をかき元気になり笑顔が増え心身の健康につながるという特徴がある。毎週火曜日9時から11時、町中心部から車で5分程度の場所にある畑(広さは約350㎡)で天候が悪くても休まず実施している。雪のある時期は月1回、福祉センターで参加者個々に合わせてルール変更できるやさしいゲートボールをしながら雪解け後の農園活動について話し合っている。

農園に参加する町民の多くは湯沢病院が主治医であり、医師は患者を通じ農園活動を知る。重度の認知症の人が外来で自ら主治医に農園について語る、農園で力を発揮している様子が医療関係者や地域支援者の気持ちを動かす。湯沢病院は医学生や研修医の研修機関でもあり、病院管理者は研修期間に農園活動がある時は研修プログラムに農園を入れる。湯沢病院に来る海外の視察者も農園に誘う(写真2)。農園に参加する医療関係者は農園参加者と一緒に活動する中で患者として病院で出会う人の生活を意識する(写真3)。農園には認知症や地域の人だけでなく湯沢町にある介護事業所(社会福祉協議会・

小規模多機能型・認知症対応型共同生活介護等)地域サロン、傾聴ボランティア、こども園入所前の親子等も参加しているため病院内では出会えない地域資源を理解する機会にもなる(図1~3)。

5. 医療スタッフの地域意識は町民や支援者の安心・健康につながる

湯沢病院の医師はアクション農園以外でも町の認知症支援施策に関わっている。

認知症の地域支援者として養成している認知症サポーター養成講座は湯沢町健康福祉部と町内の介護保険事業所と湯沢病院の医師がチームをつくり地域に向かう。マンション管理組合、金融機関、高速道路管理事業所、タクシー協会、商工会、児童クラブの子どもたち等さまざまな対象に合わせて実施する。

2013年度から年1回実施した認知症行方不明者探索SOS訓練(ミーティングを3回し、4回目は訓練対象地域の特性に合わせたシナリオで実

認知症の人と共にお互いが安心して元気に暮らせる町を目指して認知症地域支援アクションが始まっています

アクション名: アクション農園倶楽部

アクション名の意味: 苗を植え作物を大きくするところにかけて、小さなコミュニティから大きなコミュニティになってほしいと願ってつけました。

【アクションの内容】

- ・朝市や無人販売所で収穫の喜びを感じてもらう
- ・町内に回覧版を回し、部員・顧問・農地を貸してくれる人を募集する
- ・畑に目立つ看板をたてる
- ・自分たちが育てたい苗を持ち寄る
- ・曜日は決めるが誰が来てもいい
- ・畑に椅子やテーブルを置き、昼食をとったりお茶をしたりする

【アクションの目的(アクションを通じて目指したいこと・生み出したいこと)】

- ・閉じこもりや老若男女が外に出て陽に当たり汗をかき元気になり笑顔になる
- ・地域の人やマンションの人、誰もが区別なく話ができる

【アクションのつながり(こんな人・立場・分野の人)】

- ・農地を貸してくれる人・広い意味で(いろいろな面で)お世話をしてくれる人 ・町長

【アクションを話し合ってきたグループメンバーからメッセージ】

※外に出て、陽の光を浴びて汗をかきましょう!

毎週火曜日午前9時から収穫や草取りなどの畑作業をしながら交流しています。中学生が来てくれたり、様々な世代、背景の方が参加しています。毎回畑の作物を食べながら休憩しています。おいしいですよ～。一緒に活動して下さる方を随時募集しています。(年齢は問いません。子どもからお年寄りまでどなたでも・畑未経験者でもOK。ちょっとしたお手伝いだけでもOKです。立ち寄っておしゃべりしていただいてもOKです。場所は柴町のAコープ側です。看板があります。連絡先:湯沢町健康福祉課(地域包括支援センター) 電話784-3000 農園 団長 丸山080-5459-1009 <http://yuzawa.cc/now/> ブログもご覧ください。

図1 アクションミーティングで検討したアクション農園のプラン

認知症の人でもそうでない人も、いろいろな世代・立場や職種を越えて、地域の中で出会い、話しあい、共に汗を流す楽しい体験を重ねながら...

畑で作物をつくるのが目的ではありません

認知症の人でもそうでない人も本音と各自の底力を出し合いながら馴染みの関係をつくって...

アクション農園倶楽部

地域(近所・お友達等)から支援が届く

認知症の理解が地域に広がる

体験

つながりあい

笑顔

活躍できる場がある、喜んでもらえる、食べる喜びも、作物の成長も楽しめる、何してもいい、いろんな世代と話ができる...

図2 アクション農園の目指す姿

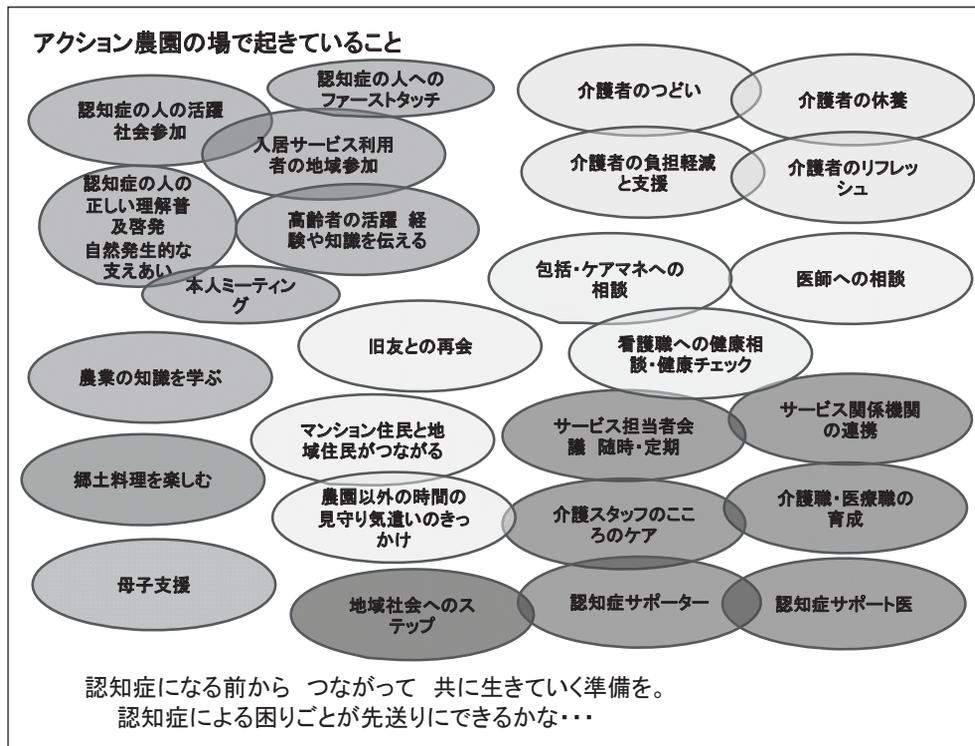


図3 アクション農園の場で起きていること

特集

際に行方不明者を探索する)にも研修医等が全回参加する。参加者全員で実施する評価のための話し合いでは医師としての意見を伝える。2017年度の訓練に参加した医師は「自分のような若い医師は認知症についても医療でできることを考えがちだが、認知症は診察室でできることは多くなく生活のことの方がすごく大事で、こういう取り組みがあることは医師として心強く、この体験は診察室でも患者さんの生活に触れる一言を追加しようと思うことにつながる」と言っていた。

医師が医療と生活を結び付け対応してくれることは町民だけでなく生活支援に関わっている介護職員等支援者の安心につながる。本人の生活に対する思いを共有してもらい話ができることで、地域支援スタッフは医師に相談しやすく認知症以外の事例についても状態が悪化する前の予防的な対応が可能となる。また、患者の病状悪化の要因の一つに家族の介護があり、主治医から保健師やケアマネに家族単位の健康を視野に情報共有の依頼が多くなっていることは町全体の健康づくりにつながっている。

国が全市町村に設置義務とした認知症初期集中支援チームについて湯沢町は湯沢病院管理者井上陽介医師にサポート医研修を受講してもらい設置した。湯沢町は初期集中支援チームを国が事業化する以前から初期集中支援チームの目的である初期段階でのファーストタッチ(早期発見・早期対応)が定着している。認知症の場合、周囲の人の不安で支援が開始されがちだが主治医を含め関係者が認知症の人自身の思いを大事に支援している。

今後の課題

湯沢病院の医師を含めスタッフの中で一緒に活動を体験した人たちとは相談しやすい関係になっているが、そうでない場合はなかなか思いが伝わらないこともある。研修の機会を共有するなど同じ場面で顔を合わせて話し合うことでより多くのスタッフとの関係づくりを試みるが、業務や職員体制上難しい面もある。

国は認知症大綱の中で「医療・ケア・介護サービス・介護者支援」として医療従事者の認

知症対応力向上の促進を上げている。湯沢病院スタッフも毎年1～2名研修に参加している。

認知症の人が必要な治療を諦めることがなく、関わるスタッフも認知症を負担に感じない対応力を身につけること、認知症の人の治療は病院内だけで判断せず、地域支援スタッフ共に本人のために、本人の生活の中でできることを話し合おうと声をかけ合える関係づくりをさらに進めていく必要がある。

最後に

平成14年8月、湯沢町に初めて町民の念願の湯沢病院が開院した。湯沢病院の理念は「地域のかかりつけ病院として病気の人だけでなく健康な人にも関わり、地域の健康と安心を守ります」[医療・保健・福祉の連携を推進し地域の資

源をいかしていきます]となっている。この理念は湯沢町(行政)自体も同じ思いで取り組むべきものである。町民だけでなく地域資源のスタッフにとっても地域医療を担う湯沢病院の存在は大きい。

今後も互いの役割を尊重し、信頼関係を維持し、湯沢病院とともに町民主体の地域の健康づくりに取り組んでいきたい。

参考文献

- 1) 國松明美:地域ならではの“集い”の場所をめざして -新潟県湯沢町-。NHKテキスト社会福祉セミナー, 2017年10月1日発行, p98-101.
- 2) 國松明美:アクション農園を通じた住民主体の取組。地域保健 2020;3:38-41.
- 3) 湯沢町保健医療センターホームページ <https://yuzawajadecom.or.jp/>

地域の人々が主体となって取り組む 認知症予防と安心なまちづくり

元 生駒市福祉健康部 次長 田中明美

POINT

- ① 普通の日常を支援する「認知症支え隊」の存在
- ② 「共生」と「予防」をつないで考える活動づくり
- ③ 「このまちで暮らし続けたい」を支える地域づくり

特集

はじめに

令和元年6月に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推進していくことが、認知症施策推進大綱により示された。具体的な施策には5つの柱が立てられ、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年認知症の人への支援・社会参加、⑤研究開発・産業促進・国際展開であり、全体を通して認知症の人や家族の視点を重視すること、とある。

今回は、認知症施策推進大綱も踏まえ、地域住民が主体となって取り組む認知症予防と安心なまちづくりについて生駒市におけるその取り組みの一部を報告する。

普及啓発・本人発信支援・介護者への支援

認知症の普及啓発に関しては、平成21年から本格的に「認知症サポーター養成講座」の展開をはじめ、令和元年8月末時点でのサポーター数は延9,646人となっている。小・中学生を含む住民から民間企業、警察、消防、市職員の受講を通して、認知症の理解に向け、啓発を重ねている。

また、定期的に「認知症に関する市民フォーラム」の開催や広報誌において、本人や家族が実名で「認知症とともに生きる」という特集を組むなど、認知症が身近なものになっていることを広く周知している(図1)。

平成28年度からは、「認知症支え隊養成講座」を新たに開催し、物忘れが進み日時の感覚が薄れていく認知症高齢者に対し、通いなれた地域の集いの場と同行できるボランティアを養成し、令和元年度の登録者は40人となっている。



図1 認知症に関する共生の取り組み

また、本人発信に向けては、平成元年度より、試行的ではあるが、本人ミーティングも開催し、家族も同伴の上、グルーピングを分け、さまざまな思いを発信してもらう機会を設けている。家族同士をつなぎ、互いの家を訪問するなどを地域包括支援センターも試行的な取り組みを進めているほか、認知症カフェについては、市内に5ヵ所あり、本人および家族の他、地域の方々や民生委員・老人クラブ、ボランティア、中には専門職も加わり、運営しているところもある。

認知症に関する相談機能の強化については、市内6ヵ所ある各委託先地域包括支援センターに1名常勤で認知症地域支援推進員を加配するとともに、市では物忘れ相談事業や認知症初期集中支援チーム、若年認知症に関する相談窓口の設置などを行っている。

啓発冊子については、生駒市医療介護連携ネットワーク協議会等の協力を得ながら、認知症対策部会で作成した市民・医療介護従事者向けの「認知症ケアパス」や医療介護従事者向けの「認知症初期対応事例集」等の作成を行い、情報提供やつながる先、症状による対応方法など掲載している。

介護予防の取り組みを充実

介護保険制度が導入される以前より「介護予防」と「地域のネットワークづくり」を進めてきた生駒市においては、さまざまな国のモデル事業にも参画し、自立支援や重度化防止への取り組みを積極的に展開してきた。

特に平成27年に介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」という)を早期移行したことにより、認知症の方々への支援の強化につながった。総合事業は市町村の実情に応じた事業が展開できるメリットがあるため、全国一律の給付制度とは異なり、市区町村の特性に応じた設計ができるのである。

そこで、生駒市においては経年的に非認定者の実態把握調査を行ってきた定量的データや地域包括支援センターのケアマネジメントの結果を反映し、医療介護連携の場を活用しながら独自の総合事業の体系図の考案とともに、介護予防ケアマネジメントの質を高めるアセスメントツールの開発などを行ってきた(図2)。

特に要介護1の状態に近い、要支援2の方々を対象とする集中介入期の事業については、3ヵ月間という利用期間内に、理学療法士・



図2 介護予防の取組を充実

作業療法士・看護師・運動実践指導者・介護福祉士等の専門職の密なる関与を行う「通所型サービスC+訪問型サービスC」をセットした事業である。この事業に介護サービスの利用を拒む認知症高齢者が事業対象者として参加することもあり、認知症の方の生活を改めて「できること」「支援が必要なこと」「声掛けで対応できること」など整理していった。すると認知症を有する人の中には、「教室の担い手」として活躍できる面が見えてきたのである。

それ以降は、要支援者等が参加する通所型サービスCや訪問型サービスCが位置付けられている介護予防・生活支援サービス事業では、3ヵ月から6ヵ月という利用期間の制限があるため、一般介護予防事業(高齢者全般)とを抱き合わせた事業に組み替えを行い、要介護認定を申請していない認知症高齢者の方も、教室に継続参加できる仕組みに変えた。認知症を有しながらも活躍できる場があることで、重度化を防止しながら、輝き過ぎず人たちが生まれた。私たちは、認知症の方々の無限の可能性を総合事業から学んだのである。

それからは認知症高齢者が特別な場所ではなく、地域の中に自然と通える身近な通いの場を増やすこと、価値観の多様性や年齢構成も加味して、介護予防事業の種類

を多く用意することを心がけた。認知症というキーワードからは、「コグニサイズ教室」や「脳の若返り教室」「認知症料理教室」「認知症カフェ」が代表的である。

ほかにも「機能訓練教室(わくわく教室)」や「いきいき100歳体操」「送迎付き介護予防教室」などの運動系の教室や「高齢者サロン」など、多様な通いの場を住民と共に作りあげてきている。

また、できる限り地域とのつながりを意識し、社会参加を行うことで、たとえ将来、認知症を患っても、平時の頃を知っておいてもらえたことで、周囲の方々が、声掛けや見守りなども負担なく行えることも増え、結果的に本人・家族、地域の混乱も少なくなることを伝えてきた。

そのためには、地域のサロン運営者等にも「参加時間にムラがでてくる」「欠席が増える」「曜日を間違えて来所される」「何度も同じ話を繰り返すようになっていく」など、気づけるヒントを伝え、「知らない間に参加しなくなった人」ということがないように留意してきた。認知症に関する地域間のトラブルの多くが、地域とのつながりがいつしか途絶えてしまい、もしくはもともとつながりがない中で、認知症症状が重度化していく過程の中で起きていることが多い。地域とつながる自身の努力と地域もつながりを切らない支え合いの気持ちが必要なのである。

ほかには、自立支援や重度化防止、地域のネットワークの構築や認知症施策の展開等を手掛けるためのツールとなる「地域ケア個別会議」等の展開においても、個別課題にあがってくる中に認知症に関することが多いことも踏まえ、これらの会議から積みあがる個別の課題を丁寧に吸い上げ、安心して暮らせるまちづくりに向け、地域ケア推進会議（コミュニティ推進会議）等へと展開していく仕組みづくりも重要であることから地域ケア会議の体系化を行い整理している。

医療・ケア・介護サービス

地域の人々が主体となって認知症予防に取り組むには、医療・ケア・介護サービスや介護者への支援や理解の促進も合わせて行うことが重要である。

特に認知症の方では、入院等をきっかけにADLやIADLの低下のみならず、認知機能の低下やBPSDの発症などが起こることはまれではない。入院前の様子や自宅に戻ることによって回復できる機能、地域の馴染みの環境の有無など、さまざまな角度から見渡してみると、実際は地域の支えあいの中で過ごせることもある。いきなり施設入所に至らずとも、地域密着型のサービスの導入等により、状況・状態の変化に応じた対応が可能であったりもする。

昨年、生駒市においては「入退院支援マニュアルの活用」を啓発するため、市内の医療機関に協力してもらい、行政が病院に出向いていく「出前講座」を展開し、総合事業を始め、地域のインフォーマルサポート支援について伝える機会をいただいた。

ほかには、医療介護従事者向けの多職種連携研修において、認知症の方への意思決定支援などをテーマとして研修会や事例検討会なども実施し、ケアにあたる方々の情報共有・連携強化に努めている。

また、昨年度においては、認知症症状別対応マニュアルの作成等を通して、認知症の進行度合いによって、どのような家族支援が求められているかなどをまとめ、地域包括支援セン

ター職員でとりまとめるなども行った。

地域の見守りネットワークの構築

認知症サポーター養成講座を継続して展開していく中で、やはり、「学んだことを活かしたい」という参加者の思いや行方不明高齢者の相談や保護件数の伸びもあり、地域内でのネットワーク構築を進めたいという思いもあり、先行市の取り組みを参考にしようと考えた。

そこで、大牟田市が認知症にやさしいまちとして有名であったことから、視察に向かい、徘徊高齢者の模擬訓練に参加し、生駒に持ち帰り、自治会単位で「認知症サポーター養成講座」の開催とともに訓練を実施するようにした。

実際の流れは、生駒市版に一部改編し、I部では開会式があり、自治会長より開催趣旨説明を行ってもらったのち、認知症サポーター養成講座を行い、どのような声掛けが望ましいか、なども含めて学んでもらう。講師は、そのエリアを担当する地域包括支援センター職員と認知症地域支援推進員が担い、地域包括支援センターのエリアの介護事業所やケアマネジャーも自治会員にまざり参加する。

認知症サポーター養成講座の終了後に、模擬訓練開催にあたり、生駒警察署からも行方不明高齢者事案の経年的変化や消費者被害のトラブル等についても説明してもらっている。次にII部では福祉健康部部長の挨拶を行い、市全体で認知症施策に取り組んでいる姿勢を伝えている。その後、実際の訓練の説明を市担当者から行った後、地域包括支援センター職員と認知症地域支援推進員、地域の方々4名から5名で1チームを結成し、行方不明高齢者が発生したという設定の下、訓練を行う。あらかじめ認知症当事者を演じる本物役1名、偽物役8名ほどを自治会エリアに配置し、Aさんという設定で、同じ服装をし、認知症当事者になりきって演じてもらう。Aさんらしき人をみかけると1チームになった人たちが順に声掛けを行う。本物役以外との対応では途中で「お声かけありがとうございます」カードが渡され「本物役は他にいます」と告げ

る。本物役の方を発見し、上手に声をかけて集会所までお連れする流れであるが、なかなかこれが難しく、戻ってからの振り返り反省会ではさまざまな意見が飛び交う。実際、この訓練のおかげで無事保護された方もあり、続けていくことの重要性を実感している。

こうした取り組みをきっかけにして、地域の中で自発的に認知症スキルアップ講座の展開や認知症カフェが立ち上がるなどもあり、生駒市で最も高齢化率の高い鹿ノ台小学校区で住民主体の認知症カフェとして「校区バンビカフェ」が誕生した。「あたたかな人のつながりがある地域にしたい」という思いをもった住民が立ち上がり、図書館職員なども交え、認知症にやさしい図書館づくりにも発展している。見事、令和元年度の奈良県介護大賞において、「奈良県あたたか介護賞」を受賞され、生駒市内のグループホームさくらが奈良県介護大賞を受賞し、生駒市内の認知症への取り組みは確実に未来へとつながっている。

ほかには、見守りキーホルダーや反射シール、認知症の人にやさしいお店ステッカー等も用意しており、このお店では安心して買い物ができることを知らせている。見守りキーホルダーについては、警察・地域包括支援センター・行政で登録者情報を共有しており、不安そうにしている人でキーホルダー保持の人を見かけたら、住民から市や警察に連絡してもらうことで、早期の発見・事故の防止につなげている。

特に地域のネットワーク構築に関しては、認知症に限らず、高齢者が歩いて通える距離に通いの場を多く設けることで、顔の見える関係性を地域で再構築していくことが重要だと感じて

いる。地域の中では「挨拶運動」を重要視しながら、互いを気に掛ける風土を盛り上げてくれている地域もある。

また、通いの場に通えなくなった人たちの支援としては、先の述べた認知症支援隊の活動がある。何よりも認知症の普及啓発を大々的に行う「RUN TOMO」イベントにおいては、手作りのうちの作成をはじめ、当日は市役所ロビーを開放し、有志のボランティアが認知症カフェを運営してくれる。奈良県のゴールイベントやスタートイベントを生駒市で開催できることが経年的に続いており、生駒市長も福祉健康部の部次長・課長・担当課職員、地域包括支援センター、認知症知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターや介護事業所、ボランティアなど、多くの人が参加し、思いをつないでいる。

最後に

地域の人々が主体となって取り組む認知症予防と安心なまちづくりを推進していくには、行政の内部においてもその意識を高め、「共生」「予防」の考え方を浸透させていくことが重要である。介護予防や地域づくり、認知症施策や医療介護連携、どれもが連動して初めて地域包括ケア・地域共生社会へとつながると考えている。そういう意味合いにおいては、副市長をトップとした「地域包括ケア推進会議」など、関係部局の意思決定ができる部課長が集う庁内連携会議の場を有効に活用し、市民との協働の中、さらに地域づくりを進めていき、認知症予防と安心して暮らせるまちづくりのために発展し続けていただきたいと心より願っている。

認知機能低下と金融資産管理の課題

野村資本市場研究所 研究部長 野村亜紀子

POINT

- ① 長寿化が進む日本では、より多くの個人・家計が、認知機能低下の可能性を踏まえつつ老齢期の金融資産管理を行う必要性が増す
- ② 終身給付の公的年金に加えて、現役期に蓄積してきた金融資産をいかに長期間持続させるか、すなわち、「資産寿命」の延伸が課題となる
- ③ 金融業界においては、顧客の資産寿命延伸を支援するべく、金融商品・サービスの提供が始まっている
- ④ これらの取り組みは、金融と非金融、とりわけ医療・介護関係者との協働が成否を分けるといっても過言ではない。「金融ジェロントロジー」のアプローチを活かした取り組みが期待される

長寿化と家計金融資産

日本の平均寿命は2018年に男性81.25歳、女性87.32歳に達し、2000年に比して男性は3.53年、女性は2.72歳延伸した。長寿化の進展は歓迎すべきことだが、一般に、加齢と共に心身機能は低下する。

自分自身で日々の生活や基本的な資金の管理が難しくなってくる中では、社会保障給付に依拠したいところだが、少子高齢化が進む日本では、社会保障制度の財政は全般的に厳しい。公的年金については、2004年の改革で「マクロ経済スライド」と呼ばれる給付抑制措置が導入された。これは、制度の中長期的な持続可能性を高めるために、公的年金給付の実質的な購買力

を徐々に目減りさせていくという措置である。

図1は、厚生労働省が2019年に、公的年金財政検証(公的年金が長期的に持続可能かを5年に1回確認する作業)に際して作成した資料の抜粋である。これによると、2019年度に65歳になり、「モデル年金」である月額22.0万円を受給した家計の予想給付額は、いずれも2019年価格で、2024年度に21.4万円、2029年度に20.8万円という具合に低下し、25年後の2044年度には19.1万円になるとされた。財政検証では前提条件の異なる6つのシナリオが用意されたが、経済成長率が高い方から3番目のケースで、この結果だった。仮に「モデル年金」家計が、2019年度の公的年金給付と同じような生活水準を維持したいなら、この実質的な目減り分を、自身が保有する金融

2029年度以降の長期の経済前提						マクロ経済スライドの終了 (2047年度)				
経済前提	物価上昇率	賃金上昇率(実質)	運用利回り		経済成長率(実質)					
			実質	対賃金						
経済前提	1.2%	1.1%	2.8%	1.7%	0.4%					

生年度(2019年度の年齢)	2019	2024	2029	2034	2039	2044	2049	2054	2059
1954年度生 (65歳)	22.0 (65歳)	21.4 (70歳)	20.8 (75歳)	20.1 (80歳)	19.5 (85歳)	19.1 (90歳)			
1959年度生 (60歳)		22.1 (65歳)	21.4 (70歳)	20.7 (75歳)	20.0 (80歳)	19.4 (85歳)	19.6 (90歳)		
1964年度生 (55歳)			22.8 (65歳)	22.1 (70歳)	21.3 (75歳)	20.7 (80歳)	20.4 (85歳)	20.8 (90歳)	
1969年度生 (50歳)				23.2 (65歳)	22.4 (70歳)	21.7 (75歳)	21.4 (80歳)	21.4 (85歳)	21.9 (90歳)

(注)財政検証で用意された6つの前提条件のうち、経済成長率が高い方から3番目のケース
(出所)「2019(令和元)年財政検証関連資料」(第9回社会保障審議会年金部会 資料4, 2019年8月27日)

図1 公的年金給付の推移(2019年度価格に換算した金額)

資産で埋める必要があることを意味した。

日本銀行「資金循環統計」によると、日本の家計が保有する金融資産は、2019年12月末時点で1,903兆円だった。一般に、年齢が高くなるほど資産保有額は大きくなる。総務省「家計調査報告」(2018年平均結果概要)によれば、世帯主が40歳未満の家計の平均貯蓄額が600万円だったのに対し、70歳以上の家計は2,249万円だった。高齢期の保有金融資産を可能な限り長持ちさせる、換言すると「資産寿命」を延伸することができれば、充実した老後生活のために有意義と言える。

伝統的に、高齢期の資産運用は、現役時代に比べ安全に行うのが適当と考えられている。代表的なのが、銀行預金である。しかし、容易に解消されそうにない超低金利の環境下では、預金金利がほとんど付かないのはもとより、何らかの手数料を伴う取引を行っただけで資産が目減りするのが実態だ。この現実を直視するならば、より多くの家計において資産寿命を伸ばすためには、預金に加えて投資信託のような価格変動を伴う金融商品の活用も検討の余地があると言える。

重要性を増す包括的な金融資産管理

一般に、個人はいわゆる現役時代に勤労所得

の一部を蓄積して資産形成を行い、引退して勤労所得がなくなってからは、保有資産を適宜取り崩して消費する。資産形成の目的はさまざまだが、代表的なのが老後の備えである。金融広報中央委員会の2019年調査によると、金融資産の保有目的は「老後の生活資金」が65.8%で最も高かった(複数回答可)。

高齢期の資産の取り崩しは、計画的に行うのが望ましく、その際、意図せざる資産枯渇という事態を回避することが重要となる。そのためには資産を何年間維持したいか、という目標を設定する必要があるが、誰も自分の寿命は予測できない。また、加齢に伴い医療や介護に関する資金ニーズが高まっていく可能性もある。住宅を保有している場合、その管理や処分等も考えなければならない。子供世代との関わり方や相続の考え方も定めておく必要がある。要するに、包括的なライフプランに基づく資産管理が求められるが、現役時代に比べて考慮すべき事項が多岐にわたり、相当程度複雑となり得る。

さらに、加齢に伴い、認知機能が低下すること、認知症の有病率が上昇することも踏まえる必要がある。認知症などにより個人の財産管理能力が失われた場合、成年後見制度を利用することができる。同制度では、裁判所により選任された後見人が本人に代わり財産管理を行うこととなるが、制度の主な目的は被後見人の保護

であり、上述のような高齢期の金融課題に包括的に対応することは難しい。したがって、高齢者やその家族においては、高齢者自身が直接指図できなくなった際の財産管理について、事前に取り決めをしておくことが重要になる。また、これを一般の個人が独力で行うのは必ずしも容易ではなく、専門家のサポートが有用となる。

活発化する金融機関の取り組み

金融機関は、上記のような高齢の個人や家計のニーズの高まりを踏まえ、さまざまな金融商品・サービスの開発、提供に取り組んでいる。まさに金融業界総力戦の様相を呈している(表1)。

例えば、保険業界では、近年、認知症にフォーカスした保険商品が提供されるようになっていく。認知症保険と呼ばれ、加入者が認知症となり保険会社が定める条件を満たした場合、給付金が支払われる。

長寿に注目した個人年金保険も登場している。長寿年金、あるいはトンチン年金とも呼ばれる。長寿年金は、解約時や死亡時の返戻金が低く抑えられているので、結果的に、加入者が早くに亡くなれば払込保険料の合計額を下回る給付しか受けられず、長生きするほど多額の給付を受け取れることになる。個人の寿命の不確実性に備えることにフォーカスした保険と言える。

認知症になった場合の資産管理を、信託という機能を使って支援する取り組みも進められている。信託とは、自身の財産を他者に託し、あらかじめ定めた方針等に沿って管理してもら

ための仕組みである。信託銀行では、例えば、高齢者がある程度まとまった資金を信託に入れて解約等は家族の同意が必要な形にしておき、そこから生活費や医療費等が本人や家族に支払われるようあらかじめ設定しておくサービスを提供している。また、住宅を含む不動産や金融資産を民事信託に入れて、家族が管理する仕組みも登場している。

超低金利下での資産寿命の延伸のためには、前述の通り、資産運用を検討することも重要になる。運用は価格変動というリスクを伴うが、値動きの小さな投資対象を選んだり、投資対象を幅広く分散したりすることで、リスクの抑制が期待できる。投資信託は、個人が分散投資を行う際に便利な金融商品の代表例である。資産運用にはさまざまな方法があるが、証券会社や信託銀行が提供する投資一任サービスを利用すれば、個人の目的等に基づく運用計画をあらかじめ策定し、それに沿った運用を専門家に一任することができる。定期的な資金の払い出しを組み合わせたサービスも登場しており、「運用しながら資産を取り崩す」という作業を一括で行うことができる。

これらはいずれも、高齢期の資産管理に対応するための部品であり、どれか一つで事足りるというものではない。換言すると、特定の金融業態だけで対応することは不可能であり、金融業界全体での連携が求められている。また、高齢期の金融問題全体についての相談相手、多様な金融サービスの取りまとめ役のような役割も、今後一層ニーズが高まると思われる。これ

表1 資産寿命の延伸に向けた金融業界の取り組み事例 (出所)各種資料より野村資本市場研究所

目的	具体例	概要	提供者
認知症関連の支出に保険で備える	認知症保険	• 認知症と診断され、保険会社が規定する条件が満たされると、給付金が支払われる医療保険	保険会社
超高齢期の資産枯渇を回避する	長寿年金保険	• 高齢に達した段階で、終身給付を提供。払戻金は低めに設定にされる	保険会社
日々の資金と分けて、まとまった資金を管理する	解約制限のある信託	• 払い出しにはあらかじめ指定した親族等の同意が必要とされるサービス	信託銀行
「運用しながら取り崩す」を実践する	ファンドラップの定期払い戻しサービス	• ファンドラップ※資産を定期的に換金し払い出すサービス ※顧客の投資目的・投資方針に基づき投資信託を用いて運用する投資一任契約	証券会社、信託銀行

を誰が担っていくのかは現時点で何とも言えないが、個人との長年の信頼関係が鍵を握るのは確かだろう。地域金融機関や地域密着のアドバイザーが強みを発揮する余地は大いにあると考えられる。

金融以外の専門家との連携:金融ジェロントロジーのアプローチ

上記のような事前の備えは、あくまでも高齢者本人の判断力が健全なうちに講じておく必要があるが、難しいのは軽度認知症(MCI)のような状態である。認知機能、判断力の水準に合わせて、提供可能な金融サービスを一律に設定するのは難しい。例えば、若い頃から複雑な金融取引を行ってきた個人と、初めての個人とでは、老齢期にストレスなく手掛けられる金融取引の内容が相違する可能性が高い。加齢に伴う財産管理能力の評価は、金融関連の知見や経験だけでは太刀打ちできない問題であり、金融以外の専門家との連携が必須と言える。

このような問題意識の下で、金融業界ではここ数年、金融ジェロントロジーという学術分野への注目度が高まっている。ジェロントロジー(老年学)は、老齢期・老齢化のプロセスについて、医学、心理学、社会学などにまたがり学際的に研究する。加齢に伴う心身機能の低下が、個人・家計の生活全般、ひいては社会・経済に

どのような影響を及ぼすのかを解明し、課題の解消を目指す。金融ジェロントロジーは、ジェロントロジーの成果に立脚しつつ、老齢期の金融問題を研究する。金融の実務への応用力が高い学問であると言える。

金融ジェロントロジーでは、資産寿命を延伸することが重要な目標となる。老齢期の金融面での安定は、健康と同様に、生活の質に大きな影響を及ぼし得ることから、健康寿命、資産寿命ともに自身の生命寿命と合致させることを目指すのが重要となる(図2)。金融ジェロントロジーは、米国で1980年代末から90年代にかけて立ち上がった学術分野だが、高齢化が着実に進む日本でこそ、実践が求められると言える。

前述の通り、金融業界においては、顧客の資産寿命延伸を支援するべく、さまざまな金融商品・サービスの提供が始まっている。2019年4月には高齢社会の課題に関する業界全体の知識底上げを目指して、日本金融ジェロントロジー協会が設立された。各業態から16社が法人特別会員として参加しており、2019年10月には会員向けに動画研修「エッセンシャル金融ジェロントロジー」の提供を開始した。同研修は慶應義塾大学経済学部、医学部、理工学部の研究者、弁護士、金融機関専門家などが講師を務め、高齢者の認知機能や心理の変化など、通常の金融関連の研修にはない科目が用意されている。2020年4月には当該研修の受講者を個人会員と

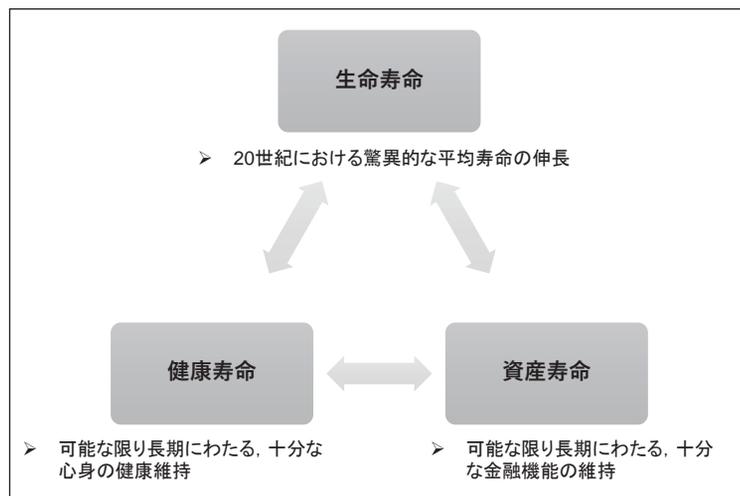


図2 金融ジェロントロジーと3つの寿命
(出所) American Institute of Financial Gerontology他より野村資本市場研究所作成

して認定する活動も始まった。このような取り組みを通じて、高齢者の金融面の相談に乗ることができる人材育成が志向されている。

おわりに

個人が必要とする金融サービスへのアクセスを得られるようにすることを、「金融包摂」と呼ぶ。逆に貧困や差別により金融サービスへのアクセスがない状態を「金融排除」と呼ぶが、その解消を目指す取り組みである。心身機能の低下に直面する高齢者に対し、適切な金融サービスへのアクセスを提供し続けることは、まさに金融包摂である。金融包摂は、世界的な課題として認識されているが、高齢化の進む日本では、高齢者の金融包摂の重要性が今後増してくるであろう。日本金融ジェロントロジー協会のような取り組みに対する期待が高まるが、金融と非金融、とりわけ医療・介護関係者との協働が、その成否を分けるといっても過言ではない。

足元の状況を見れば、新型コロナウイルス感染症対応でソーシャル・ディスタンスが求められており、本来、対面が所与、あるいは望

ましいとされてきたさまざまなサービスの提供方法が見直されていくこととなろう。この危機を乗り越えた後に、必ずしも以前の状態には戻らないのではないか、という認識も高まりつつある。デジタル技術のさらなる活用が確実視されるが、一般に、高齢者は新しいインターフェースへの適用が難しいと言われる。しかしながら、ここでも慣れや個人差の問題が大きく、高齢者にとって利用しやすいデジタル・ツールを開発するには何に留意すればよいかなど、よりきめ細かな検討が必要ではないだろうか。医療・介護、テクノロジー、金融の知見を総合する、金融ジェロントロジーの学際的なアプローチはここでも生きてくる可能性がある。金融業界においては、医療・介護関係者との連携強化と、さらなる創意工夫が求められよう。

参考文献

- 1) 清家篤編著:金融ジェロントロジー「健康寿命」と「資産寿命」をいかに伸ばすか。東洋経済新報社, 2017.
- 2) 「特集:金融ジェロントロジー」の各論文。証券アナリストジャーナル。2018年8月号.
- 3) 駒村康平編:エッセンシャル金融ジェロントロジー 高齢者の暮らし・健康・資産を考える。慶應義塾大学出版会, 2019.