

平成2829年度

認知症とともに暮らせる 社会に向けた地域 ケアモデル事業 報告書

概要版

平成 28・29 年度

認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業
報告書（概要版）

発 行 東京都健康長寿医療センター研究所

編 集 東京都健康長寿医療センター研究所

自立促進と介護予防研究チーム

栗田主一

平成 30 年（2018）3 月

禁無断転載

第1節 はじめに

わが国の疫学調査によれば、2025年には約700万人、65歳以上高齢者の5人に1人が認知症になるものと推計されています。東京都においても、2025年には、認知症高齢者の数が56万人に達するものと推計されていますが、大都市特有の課題として、ひとり暮らし世帯をはじめとする核家族世帯が増加すること、それによって、家族による生活支援を得られにくい高齢者が増加すること、さらに、経済的に困窮する高齢者が増加することなどが予測されています。このことは、社会的に孤立し、必要な情報や社会支援にアクセスすることができず、経済的困窮も相まって、住み慣れた地域で暮らし続けることが困難になる認知症高齢者が増加することを意味しています。そのようなことから、東京都では、大都市において、「認知症とともに暮らせる社会」のモデルをつくりだすことを目的に、平成28年度～29年度の2カ年にわたって、「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」を実施いたしました。

本研究は観察研究と介入研究の2部によって構成されています。まずは、平成28年度に実施した観察研究「生活実態調査」の結果を報告します。ここでは、70歳以上高齢者を対象とする3段階の調査の結果を示すとともに、認知機能が低下した高齢者、または認知症とともに生きる高齢者の生活実態をお示します。次に、平成29年度に実施した介入研究「コーディネーションとネットワーキング」の結果を報告します。ここでは、観察研究の中で認知機能低下を認め、何らかの社会支援ニーズが「ある」と判断された高齢者の方を対象に、多職種協働による社会支援の統合的な調整（コーディネーション）と社会支援を相互に提供することを可能にする地域づくり（ネットワーキング）を進め、その効果を評価しています。

本研究の実施にあたっては、東京都板橋区高島平地区に暮らす多くの方々からご支援とご協力をいただきました。また、板橋区健康いきがい部長寿社会推進課、同介護保険課、同健康福祉センター、同おとしより保健福祉センター、高島平おとしより相談センター、三園おとしより相談センター、板橋区医師会、板橋区医師会訪問看護ステーション、板橋区医師会在宅医療センター、板橋区社会福祉協議会、高島平支部町会の皆様、高島平地区民生委員協議会、NPO 法人ドリームタウン、コミュニティカフェ・高島平駅前、和みサロンゆずり葉、社会福祉法人愛宕福祉会、独立行政法人都市再生機構（UR 都市機構）、株式会社コミュニティネット・ゆいま～る高島平など、板橋区内で活動するさまざま組織・団体から多大なご支援をいただきました。茲に深く感謝を申し上げます。

「認知症とともに暮らせる社会」とは、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、地域に暮らすすべての人々が、地域の大切な一員であると認識され、未来に向けて、希望と尊厳をもって暮らすことができる社会かと思われます。本報告書が、大都市のさまざまな地域で展開される「認知症とともに暮らせる社会」の実現に寄与することができれば幸いです。

平成30年3月31日

東京都健康長寿医療センター
研究部長 栗田主一

第2節 生活実態調査（観察研究）

第1項 目的

観察研究では、大都市に暮らす高齢者、特に認知機能低下や認知症とともに暮らす高齢者の生活実態を把握するために、東京都板橋区高島平地区に在住する70歳以上高齢者7,614名を対象に、3段階の調査を実施しました。一次調査では、7,614名に対して郵送留置回収法による自記式アンケート調査を実施し、5,430名の有効回答を得ました（有効回答率71.3%）。二次調査では、この5,430名を対象に会場または訪問による面接調査（認知機能検査を含む）を実施し、2,053名が調査に参加し、2,020名から有効な認知機能検査（MMSE-J）の結果を得ました。三次調査では、MMSE-J23点以下の認知機能の低下がみられた335名を対象に医師を含む専門職チームで面接調査（医学的評価を含む社会支援ニーズの評価）を行い、198名から有効回答を得ました。本節では、これら生活実態調査（観察研究）によって得られた知見を要約して報告します。

第2項 方法

1) 対象地区

調査対象地区は東京都板橋区高島平一丁目～五丁目です。平成28年7月1日現在、対象地区全体の人口は32,674人、このうち高島平団地のある高島平二丁目の人口が13,591人で、対象地区の人口の41.6%を占めています。対象地区の65歳以上高齢者の人口比率（高齢化率）は、区22.8%に対し、33.2%と高く、特に団地地区（二・三丁目）は著しく高くなっています（43.4%と40.4%）。

一方、今回の調査対象である70歳以上高齢者では、要支援要介護「認定」の割合が17.5%で、区全域の23.5%に比べて低くなっています。「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱa以上の割合も、区全域13.1%（11,572名）に対し、対象地域は8.5%（646名）と低くなっています。

2) 調査対象者

調査対象は、対象者抽出基準日（平成28年7月1日）において、住民基本台帳上、板橋区高島平一丁目～五丁目に現住所がある70歳以上高齢者7,614名全員です（悉皆調査）。

3) 調査方法

調査は、一次調査、二次調査、三次調査の3段階で実施しました（図1）。

一次調査は、ご自身でご記入いただくアンケート用紙を郵送でお送りし、調査員がお宅に訪問して回収する方法（郵送留置回収法）で実施いたしました。調査項目は、基本属性、住居状況、家族状況、基本チェックリスト、身体的健康、認知機能、精神的健康、生活習慣、口腔・栄養、対人関係、社会参加、介護・認知症に対する意識、経済状況などでした。

二次調査は、専門職（看護師、心理士）による面接調査で、会場調査または訪問調査の2通りの方法で実施しました。調査項目は、認知機能検査（MMSE-J、TMT）、DASC-21、血圧・脈拍測定、既往歴、身体的健康、介護状況、同別居状況、学歴、職歴などでした。

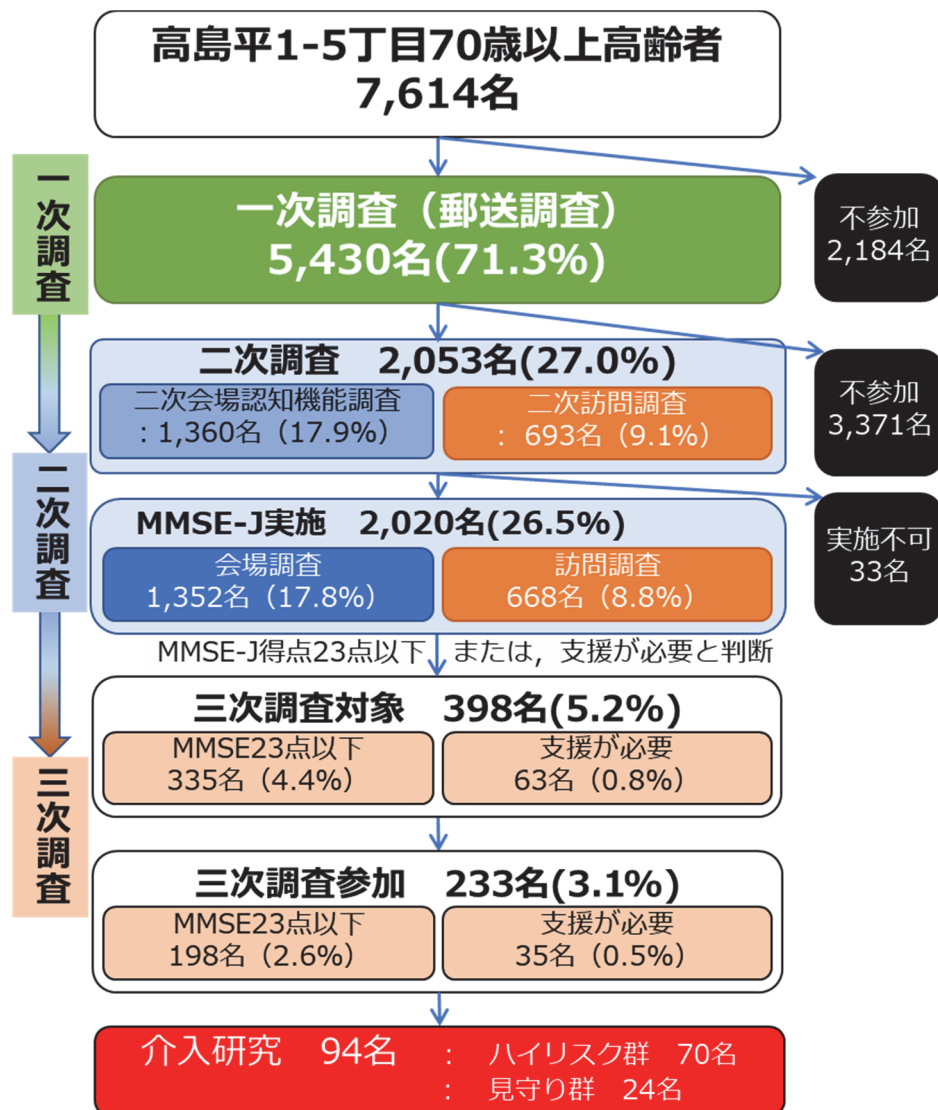


図 1 対象者の抽出過程

三次調査は、医師、医療専門職（精神保健福祉士、心理士）による面接調査で、会場調査または訪問調査の2通りの方法で実施しました。調査項目は、認知症の状態や重症度（診断の有無、CDR）、社会支援の必要性に関する評価でした。一部の対象者の方にはMRIによる頭部画像検査を実施しました。

第3項 一次調査から得られた知見の要約

- 1) 一次調査に協力が得られた者は5,430名（男性2,309名、女性3,121名）であり、有効回答率に性差は認められませんでした。90歳以上超高齢者では回答率が大きく低下していました。
- 2) 調査協力者のうち、ひとり暮らし世帯は男性26%/女性44%、住まいが集合住宅である人は男性79%/女性80%、居住年数が26年以上である人は男性65%/女性63%、就労している人は男性26%/女性13%、年収100万円未満の人は男性8%/女性14%でした。
- 3) 生活習慣について、飲酒をする人は男性53%/女性23%、喫煙する人は男性17%/女性5%、週1回以上外出する人は男性94%/女性94%、週1回以上趣味活動をする人は男性41%/女性44%でした。

- 4) 介護保険に関連しては、要支援 1 以上が男性 11%/女性 16%、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上が男性 5%/女性 5%、基本チェックリスト二次予防対象者が男性 33%/女性 39%でした。
- 5) 身体的健康状態については、主観的に健康と感じている人が男性 75%/女性 76%、自立歩行に問題がない人が男性 93%/女性 91%、かかりつけ医がいる人が男性 83%/女性 85%でした。
- 6) 口腔機能については、主観的に健康と感じている人が男性 63%/女性 67%、ブクブクうがいができない人が男性 13%/女性 13%、かかりつけ歯科医がいる人が男性 74%/女性 78%、どんなものでも咬めるという人が男性 34%/女性 40%でした。
- 7) 認知機能および精神機能については、自覚的認知機能低下を認める高齢者（「自分でできる認知症気づきチェックリスト」20 点以上）の出現頻度は男性 4.9%/女性 4.5%、抑うつ症状を認める高齢者（GDS-15 で 6 点以上）は男性 34%/女性 30.4%でした。
- 8) 睡眠については、平均の睡眠時間が男性 423 分/女性 407 分、昼寝をしない人は男性 43%/女性 46%、睡眠時に服薬する人は男性 16%/女性 24%でした。
- 9) 社会的機能については、週 1 回以上友人と直接的に会って交流する人は男性 17%/女性 24%、間接的に電話などで交流する人は男性 22%/女性 36%、別居家族と直接的に会って交流する人は男性 10%/女性 16%、間接的に電話などで交流する人は男性 17%/女性 34%でした。
- 10) 認知症に関する知識について、症状についての知識がある人は男性 74%/女性 80%、相談先について知識がある人は男性 33%/女性 41%でした。
- 11) 認知症になったら、在宅で暮らしたいと感じている人は男性 45%/女性 34%、自分が認知症になってもこの地域で暮らせると感じている人は男性 36%/女性 33%でした。
- 12) 主観的な生活支援ニーズ（自分が誰かに手伝ってもらいたいと感じること）については、家事支援（「食事の準備」、「買い物の相談や同行」など）、私的領域支援（「毎日きちんと薬を飲む手伝い」、「給与や年金などの管理」など）、社会参加支援（「自分の趣味や興味に合ったイベントにさそってほしい」、「気楽に過ごせる場所や何でも話せる場所にさそってほしい」など）、受療支援（「病院へ付き添い、医師からの説明などを一緒に聞いてほしい」、「自分の体調が悪いときに看病してほしい」など）、権利擁護に関する支援（「消費者被害にあったときに対処してほしい」、「成年後見制度について、相談に乗ってもらったり手続きしてほしい」など）という 5 つの領域が抽出されました。また、これらの生活支援ニーズのうち、受療支援、権利擁護に関する支援、家事支援にニーズを感じる人の出現頻度が相対的に高く、私的領域支援にニーズを感じる人の出現頻度は相対的に低いことがわかりました。

第 4 項 二次調査から得られた知見の要約

- 1) 認知機能検査（MMSE-J）を含む二次調査に協力が得られた 2,020 名（会場調査 1,352 名、訪問調査 668 名）のうち、MMSE-J23 点以下の認知機能が低下した高齢者は 335 名（16.6%）でした。認知機能が低下した高齢者の出現率について性差は認められませんでした。会場調査では 9.6%、訪問調査では 30.7%と約 3 倍の差が見られました（図 2）。

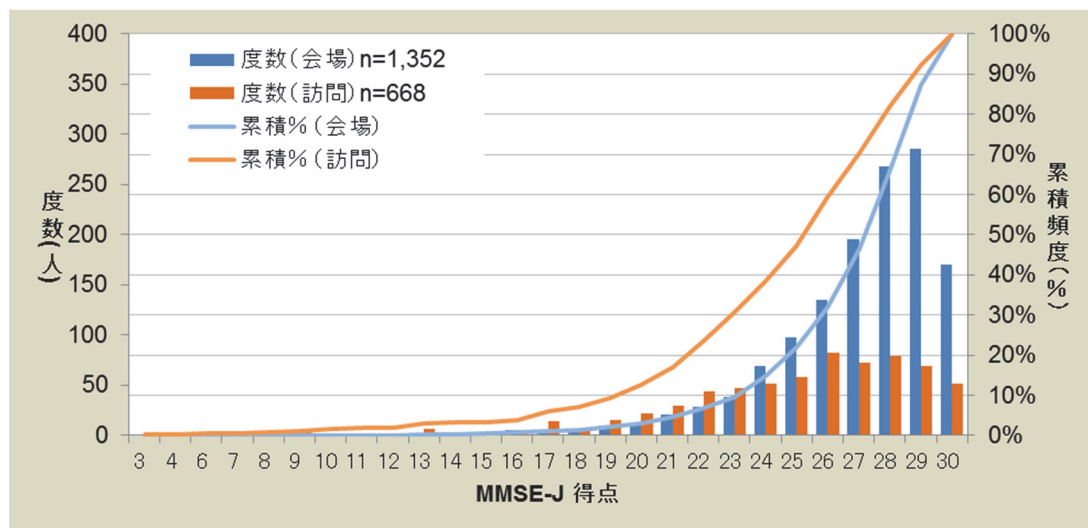


図 2 二次調査（会場）と二次調査（訪問）の MMSE-J の得点分布

- 2) 調査参加者の MMSE-J 得点の分布に基づいて、対象地区の 70 歳以上高齢者（7,614 名）における認知機能が低下した高齢者の出現数を推計すると 2,050 名（有症率 26.9%；男性 26.7%、女性 27.0%）となりました。推計された認知機能が低下した高齢者の出現率は年齢階級とともに増加し、70～74 歳階級では 14.7%であるのに対し、90 歳以上では 60.8%に達していました（図 3）。

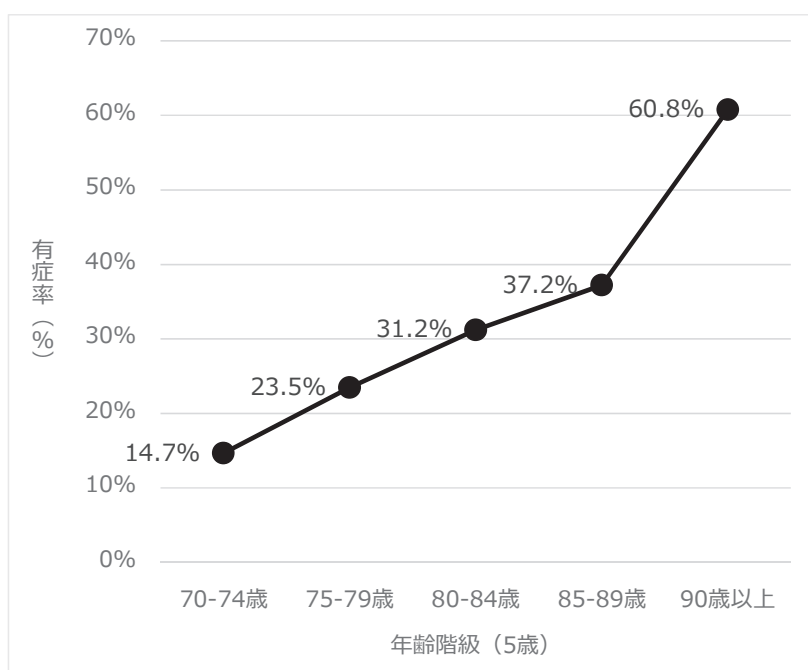


図 3 認知機能低下高齢者（MMSE-J23 点以下）の年齢階級別有症率の推計

- 3) 認知機能低下を認める高齢者は、認知機能低下を認めない高齢者に比較すると、自覚的な認知機能低下、手段的 ADL の低下、身体的 ADL の低下、主観的健康感の低下、視力・聴力の低下、歩行機能、運動機能、口腔機能の低下を認める人が多く、栄養状態が不良となるリスクが高く、糖尿病、脳卒中、血液・免疫疾患、うつ病、認知症、パーキンソン病、耳の病気の出現頻度が高く、抑うつ症状を認める人、精神的健康度が低下する人が多くなっていました。
- 4) 認知機能低下を認める高齢者は、認知機能低下を認めない高齢者に比較すると、社会活動への参加や

社会的交流の頻度が少なく、情緒的なソーシャルサポートが確保されにくい人が多く、年収 100 万円未満の人が多いことが分かりました。特に、社会的交流については、認知機能低下を認める高齢者では、月 1 回以上友人と直接的に交流する人は 11.5%、間接的に交流する人は 11.4%、別居家族と直接的に交流する人は 13.5%、間接的に電話などで交流する人は 12.8%であり、統計的な分析の結果、認知機能低下が友人との直接的・間接的交流および家族との間接的交流の頻度の低下と有意に関連することが示されました。また、友人や家族との交流頻度は情緒的・道具的・情動的サポートの確保と有意に関連することから、認知機能低下が、社会的交流の頻度の低下を通して、社会支援（ソーシャルサポート）の確保を困難にする可能性が示唆されました。

- 5) 二次調査に参加した 2,053 名のうち、現在処方薬を服薬している人は 1,751 名（85.3%）で、このうちお薬手帳または薬剤情報をもっている人は 1,546 名（88.3%）でした。このお薬手帳や薬剤情報によって現在服薬している薬剤の内容を調査し得た人は 1,833 名（男性 739 名、女性 1,094 名）で、このうち多剤併用（6 種類以上の薬剤が処方されている）の人は 627 名（30.5%）でした。統計的な分析の結果、認知機能低下と多剤併用の間に有意な関連が認められ、多剤併用が認知機能低下の要因になっている可能性とともに、認知機能低下が服薬コンプライアンスの低下を通して多剤併用という結果をもたらしている可能性が示唆されました（図 4）。

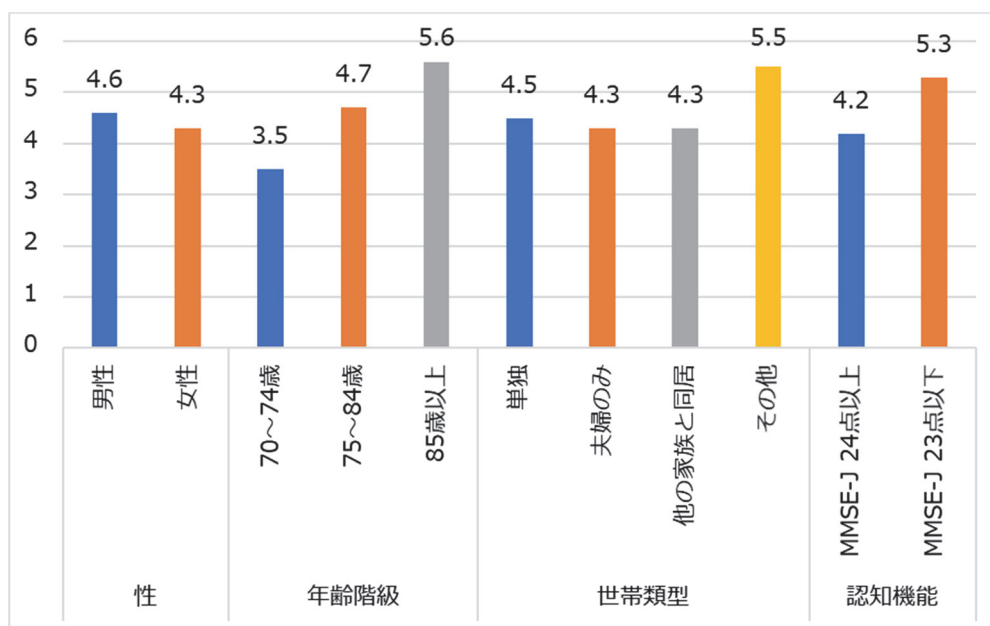


図 4 服薬している平均薬剤数—性別・年齢階級別・世帯類型別・MMSE-J 得点群別の比較

- 6) 認知機能低下を認める高齢者では、認知機能低下を認めない高齢者に比べて、家事支援、私的領域支援、社会参加支援、受療支援、権利擁護に関する支援のすべての領域において、生活支援ニーズを感じる人の出現頻度が増加しました（図 5）。特に、受療支援や権利擁護に関する生活支援ニーズを感じる人の出現頻度が顕著に高まる傾向が認められました。それでも、私的領域に関わる生活支援ニーズを感じる人は、他の生活支援ニーズに比較すると相対的に少なく、私的領域については、仮に援助を必要とする状況であったとしても、援助を希求しにくい、あるいは、「人の手は借りたくない」と感じられやすい支援である可能性が示唆されました。

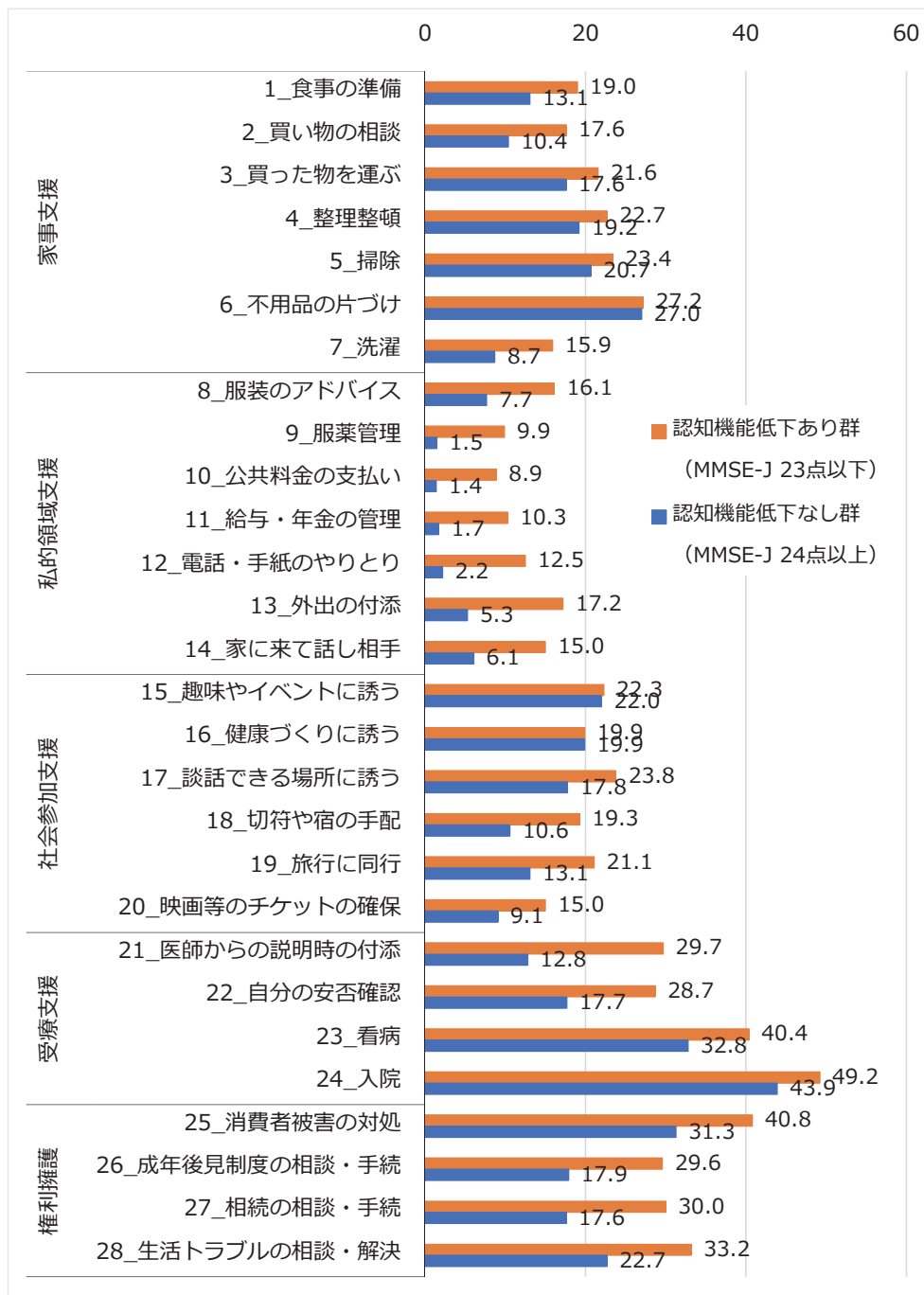


図5 認知機能低下あり群と認知機能低下なし群における生活支援ニーズ有の割合の比較 (%)

第5項 三次調査から得られた知見の要約

- 1) 三次調査に協力が得られた 198 名（男性 80 名、女性 118 名；平均年齢 81.0 歳）のうち 45.5%（男性の 33.8%、女性の 53.4%）がひとり暮らしであり、70.2%が要介護・要支援未認定でした。
- 2) 医学的評価によって、現時点で認知症の状態に「ある」と判定されたのは 78 名（39.4%）であり、そのうちの 78.2%は軽度の認知症状態でした。
- 3) 認知症の状態に「ある」と評価された者のうち、医療機関ですでに認知症と診断されていた者は 34 名（43.6%）であり、アルツハイマー型認知症等の認知症疾患が診断されていた者は 22 名（28.2%）でした。

- 4) 認知症の状態に「ある」78名のうち、現時点で何らかの社会支援の調整が必要と判定された者は61名(78.2%)であり、2つ以上の複合的な支援ニーズをもつ者は48名(61.5%)でした。
- 5) 必要とされる社会支援を頻度の高い順に並べると、①認知症等の医学的診断(51.3%)、②介護保険サービスの利用支援(50.0%)、③生活支援(41.1%)、④家族支援(38.5%)、⑤継続医療の確保(15.4%)、⑥権利擁護に関する支援(15.4%)、⑦身体的健康状態の医学的評価(12.8%)、⑧経済的支援(10.3%)、⑨居住支援(10.3%)、⑩その他の支援(3.8%)でした。

第6項 「生活実態調査」(観察研究)からわかること

「生活実態調査」(観察研究)において明らかになったことは、第一に、認知機能の低下が、生活機能の低下とともに、身体的・精神的な健康状態の悪化、社会的孤立、経済的困窮と深く関連しているということであり、しかも、このような身体的・精神的・社会的リスクの複合化が、認知症の初期、すなわち認知機能の低下が認められる比較的初期の段階で生じているということです。

第二に、大都市の大規模住宅地には、単独世帯をはじめ、家族による生活支援が得られにくい高齢者が数多く暮らしているということであり、同時に、認知機能の低下が、社会的交流の減少と関連し、それが情報や社会支援サービスへのアクセスをさらに困難にしている可能性があるということです。

第三に、実際に、認知症とともに地域に暮らす高齢者の多くは、医学的な診断や介護保険サービスの利用にはつながっておらず、数多くの複合的な社会支援ニーズが存在するにも関わらず、必要な支援にアクセスできていないということです。おそらく、その多くは、情報の欠如と、社会支援の利用を援助する担い手の欠如によるものと考えられます。

これらの知見は、このたびの一次調査から三次調査に至る各調査研究に参加された人々から得られたもので、結果の一般化には注意を要します。しかし、一般に、調査に参加されていない後期高齢者は、調査に参加される後期高齢者よりも健康リスクが高いことが知られています。身体的・精神的・社会的な重層的生活課題を抱え、生活の継続が困難な状況に陥るリスクに直面している高齢者の数は、本研究で得られた結果を上回るものと予測されます。

必要な社会支援のニーズを把握し、それを本人の視点に立って統合的に調整する(コーディネーション)とともに、社会支援の相互提供を可能にする地域社会を創出すること(ネットワーキング)が強く求められています。

第3節 コーディネーションとネットワーキング（介入研究）

第1項 目的

介入研究（コーディネートとネットワーキング）の目的は、「認知症とともに暮らせる社会」を創出するためのモデルを大都市において開発することにあります。本研究では、第一に、認知機能が低下し、かつ何らかの社会支援ニーズがある高齢者を対象に、多職種協働による社会支援の統合的調整（コーディネート）を実践し、「必要な社会支援は調整されたか？」という観点から、そのプロセスの達成度を検討しました。第二に、研究フィールド内に地域の拠点「高島平ココからステーション」を設置し、ここを拠点にして、社会支援を相互に提供することができる地域づくり（ネットワーキング）を推進するために、5つの機能を発揮するための活動を展開し、その活動実績の評価を通して、「地域の力は醸成されているか？」という観点から考察を加えました。また、これらの取り組み全体を評価するために、認知症とともに生きる高齢者の「地域生活は継続されているか？」という観点から、6カ月間の介入終了時点の介入対象者の生活の場を分析しました。

第2項 社会支援の統合的調整（コーディネート）について

高島平地区に在住する70歳以上高齢者7,614名を対象とする3段階調査（1次調査：質問紙調査、2次：会場または訪問による認知機能検査と健康調査、3次調査：MMSE-J 23点以下または生活機能や精神機能の低下を疑われる高齢者を対象とする面接調査）のすべてを完了した233名のうち、何らかの社会支援を要する70名（男性37名、女性33名、71歳～96歳、平均81.3歳、MMSE-J=20.1±3.4、要介護未認定67.1%）を介入（多職種協働によるコーディネート）の対象としました。

介入対象者70名について、必要とされるが充足されていない社会支援を、出現頻度の高い順にあげると、①認知症等の医学的診断21名（30.0%）、②介護保険サービスの利用支援21名（30.0%）、③家族支援18名（25.7%）、④生活支援17名（24.3%）、⑤継続医療の確保6名（8.6%）、⑥権利擁護に関する支援6名（8.6%）、⑦身体的健康状態の医学的評価5名（7.1%）、⑧経済支援4名（5.7%）、⑨居住支援2名（2.9%）でした（表1）。

70名全員に対し担当者（コーディネーター）を定め、①信頼関係の形成に努め、②総合的アセスメントを行い、③本人・家族・多職種間で情報を共有し、④多職種協働で課題解決に向けた検討を行い、⑤社会支援の調整を行いました。

その結果、約6カ月の介入において社会支援の充足状況を分析すると、充足率（ベースラインで「社会支援が必要である」と判定された人のうち、6カ月後に「社会支援が確保されている」または「社会支援の必要がない」と判定された人の割合）が高い順に、「居住支援」（100%）、「経済支援」（100%）、「継続医療の確保」（83.3%）、「家族支援」（72.2%）、「認知症等の医学的診断」（71.4%）、「生活支援」（64.7%）、

「介護保険サービスの利用支援」(61.9%)、「身体的健康状態の医学的評価」(60.0%)、「権利擁護に関する支援」(50%)でした(表 1)。

表 1 介入期間における社会支援の充足の状況

社会支援の領域	社会支援ニーズがある人	充足された人	充足率
認知症等の医学的診断	21	15	71.4%
身体的健康状態の医学的評価	5	3	60.0%
継続医療の確保	6	5	83.3%
生活支援	17	11	64.7%
家族支援	18	13	72.2%
居住支援	2	2	100.0%
介護保険サービスの利用支援	21	13	61.9%
経済支援	4	4	100.0%
権利擁護に関する支援	6	3	50.0%

本研究の結果は、多職種協働によるコーディネーションが社会支援ニーズの充足を促進することを示すものと思われます。しかし、それでも、出現頻度の高い社会支援ニーズである、「認知症等の医学的診断」、「家族支援」では約 3 割、「生活支援」、「介護保険サービスの利用支援」では約 4 割において、ニーズが充足されていないこと、出現頻度は低いものの「権利擁護に関する支援」の充足率は 50%に留まっていることに注意する必要があります。

本研究の介入期間は 6 カ月に限定されていますが、実際に、本人の視点に立って、本人の思いや希望を理解しながら支援を調整していくには、6 カ月という期間は決して十分であるとは言えません。認知症とともに生きる本人と、①信頼関係を形成し、②総合的なアセスメントを行い、③情報を共有し、④多職種で課題解決に向けた検討を行い、⑤社会支援を調整するというプロセスはそれなりに時間を要します。特に、社会的な孤立状況におかれている場合には、「見守り」による生活支援を継続しながら、時間をかけて信頼関係を形成するプロセスが不可欠です。今回の介入対象者には、社会的に孤立している認知症の高齢者が数多く含まれていました。これは、大都市に暮らす認知症高齢者の特徴と言えるかもしれません。

多職種協働による社会支援の統合的調整（コーディネーション）は、いま現在も継続中です。

第3項 地域づくり（ネットワーキング）について

「認知症とともに暮らせる社会」を創出するためには、コーディネーションとともに、地域の中に拠点（場所）を設置し、そこが、ネットワーキング（社会支援を相互に提供することを可能にする地域づくり）の推進に向けた一連の機能を発揮する必要があります。本研究では、研究フィールドに設置された地域拠点（「高島平ココからステーション」、図6）が下記の機能を実際に発揮し得ることを確認しました。



図6 「高島平ココからステーション」のパンフレット

1) 居場所としての機能（写真1）

- ① 「認知症とともに暮らせる社会の創出」を開設理念とし、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、「みんなが居心地よく、だれでも自由に」過ごせる居場所であることを、ポスターやパンフレットに掲示して、拠点に来られる地域の人々に周知しました。
- ② 開設準備の段階から、地域の多様な組織・団体（地域包括支援センター、医療機関、介護保険事業所、民生委員、町内会、コミュニティ・カフェ／認知症カフェなど）にも、上記の開設趣旨について周知をはかり、協力を求めました。

- ③ 地域拠点は可能な限り常設とし、ローテーションを組んで運営スタッフを配置し、地域に住む人々が自由に時間を過ごせる開室日を可能な限り多く確保しました。
- ④ 地域拠点を運営するスタッフは、「認知症についての正しい理解」と「人権」にフォーカスをあてた研修（コーディネーター＆サポートワーカー研修）を受け、日々の活動においても、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、「みんなが居心地よく、だれでも自由に」過ごせる居場所となるように配慮しました。



写真 1 高島平ココからステーションの部屋の様子

2) 相談に応需する機能（写真 2）

- ① 認知症を含め、多様な生活課題をもって暮らす人々に対して、専門的な観点からも相談を受けることができ、かつ必要に応じて、適切な社会資源（保健・医療・福祉・介護に係る諸機関等）につながることができるように、保健・医療・福祉等の専門職を運営スタッフに含めました。
- ② 特に、長年にわたって第一線で活躍され、定年退職を迎えられた専門職がスタッフにすることで、質の高い相談機能を発揮することができました。
- ③ 週の中に特定の日を設けて、医師による相談が受けられるようにするなどの工夫も有用であり（例：ドクターマンデー）、この日に相談者が数多く来場することがわかりました。
- ④ 一方、現存するコミュニティ・カフェ（例：地域リビングプラスワン）の活動例からもわかるように、専門職であるか否かに関わらず、「認知症についての正しい理解」と「人権」について高い意識をもち、地域の社会資源や制度等に精通している人がいれば、地域に暮らす人々のさまざまな生活課題の相談に応じることができることもわかりました。
- ⑤ 相談を契機に、必要な社会資源と連携することができるように、日常的に顔の見える連携づくりを進めておくことが重要です。



写真 2 相談室の様子

3) 差別や偏見を解消し、住民同士の互助をつくりだす機能

- ① 認知症に関する正しい知識の普及とともに、多様な活動（イベントなど）を通して、社会支援を相互に提供することができる人と人とのつながりを創り出すことが促進されることが確認されました。

- ② たとえば、地域住民を対象に、「認知症」、「認知症とともに生きること」、「人権」にフォーカスをあてた講座を開催することによって、認知症とともに生きる人々に対する自然な配慮が醸成されました。また、認知症に限定されることなく、さまざまな人が興味をもつ、さまざまなテーマの講座やイベントを開催することによって、多様な人々が気軽に立ち寄るようになり、認知症であることや、障害があることの壁を越えて、来場者同士のつながりが自然につくりだされました（例：ココからミニ講座、図7）。
- ③ ときには、認知症に対する偏見や差別が見られる場面もありましたが、運営スタッフの配慮によって、認知症である本人との交流の中で、次第に偏見や差別が解消され、来場者同士の間でも、「みんなで居心地よく、だれでも自由に」過ごせるようにするための配慮が芽生えました。
- ④ 「認知症とともに暮らせる社会の創出」という理念を見失うことなく運営を続けることによって、地域の拠点が偏見を解消し、互助を創出する場になることが確認できました。



図7 ココからミニ講座のチラシ

4) 連携を推進する機能（狭義のネットワーキング）

- ① 「認知症とともに暮らせる社会の創出」という理念のもとで、地域社会のさまざまな組織・団体と情報を共有したり、協力してイベントを開催したり、多様なネットワーク会議に参加したり、立ち

上げたりすることによって、社会支援を提供する多様な組織団体との相互連携が推進されることが確認できました。

- ② UR 都市機構のスタッフは、毎回のコーディネーター＆サポートワーカーの研修会にも参加され、スコットランドやスウェーデンにも視察にでかけ、「認知症にやさしい」住宅づくりへの取り組みを開始しました。
- ③ 板橋コミュニティスペース連絡会を通して、地域の認知症カフェやサロン活動が横の連携を創り出し、活動が全体として活性化されるようになりました。
- ④ 既存の NPO 法人との連携が進み、生活支援の担い手となるボランティア育成や認知症サポーターの活用に関する取り組みを協働して実施しようという機運が生み出されました。
- ⑤ 地域包括支援センターや在宅医療センターとは、協働して個別支援を継続的に展開することができるようになりました。

5) 人材を育成する機能

- ① コーディネーター＆サポートワーカー研修会を定例的に開催することによって、受講者の「認知症についての正しい理解」と「人権」の意識が高まることを確認しました。
- ② 研修会では、さまざまな領域の専門職、認知症である本人、家族、地域で多様な活動をされている人々（例えば、コミュニティ・カフェ、ボランティア育成、若年性認知症の会、UR 都市機構など）に講師をお願いし、多様な観点から、「認知症についての正しい理解」と「人権」にフォーカスをあてたディスカッションを行うことができました。
- ③ テーマは尽きることなく、毎回活発な意見交換が行われました。
- ④ 「認知症についての正しい理解」と「人権」について高い意識をもつ支援の担い手の育成は、認知症とともに暮らせる社会をつくる根幹であると考えられます。

第4項 地域生活の継続について

このたびの介入研究参加者 70 名のうち、6 カ月後にも地域での生活が継続されている人は 52 名（74.3%）、このうち安定的な地域生活が継続できていたと判断されたのは 40 名（57.0%）であり、12 名（17.1%）が 6 カ月の間に入院・入所していました。

すでに観察研究の段階で、多くの認知症高齢者が、社会的に孤立し、多様な身体的・精神的健康問題を抱えていることが明らかにされています。入院や入所ということが必ずしもネガティブな意味をもつものではなく、このたびの社会支援の統合的な調整（コーディネーション）によって、はじめて必要な医療

サービスや居住サービスを確保することができたという側面もあります。本研究では個別事例は報告しませんが、いずれの入院・入所も、本人の意思が尊重され、本人の生活を守るために調整されたものです。

大都市には、数多くの認知症高齢者が、必要な支援につなげることができず、厳しい現実の中で暮らしているという事実注目する必要があります。

6 カ月間という限られた介入期間の結果報告ですが、こうした支援の意義を 6 カ月間で評価するのは困難です。コーディネーションのプロセスは時間を要するものであり、スコットランドの認知症国家戦略では、「認知症とともに生きる人は、認知症と診断された後、少なくとも 1 年間、リンクワーカーによる診断後支援を受ける権利がある」と定められています。また、ネットワーキングのプロセスはさらに時間を要するものです。このたびの研究を事業プログラムのストラクチャとプロセスの評価に留めた理由はそこにあります。現在の研究フィールドで、数年後に、本研究のアウトカムの評価、つまり認知症とともに生きる人々が、権利を守られ、希望と尊厳をもって地域生活を継続することができたかを評価することが必要でしょう。