講演

認知症の三次予防

認知症になってからも希望と尊厳をもって暮らせる社会を創ろう！

東京都健康長寿医療センター研究所副所長

栗田 圭一

新井 続きまして、東京都健康長寿医療センター研究所の副所長であられる栗田圭一先生です。

タイトルに書かれております。認知症の三次予防ですね。これも将来、如何に次世代の薬が発達したとしても、三次予防の重要性は決して消え去ることはないだろうという認識のもとで栗田先生のお話を楽しみにしておりました。では、どうぞよろしくお願いします。

栗田 新井先生、ご紹介ありがとうございます。この度はこのような会にお招きいただきまして、江利川理事長をはじめ医療科学研究所の皆様改めて御

礼申し上げます。

私は、三次予防のお話をするのですが、「認知症になってからも希望と尊厳をもって暮らせる社会を創ろう！」というようなサブタイトルをつけさせていただきました。なぜ「社会」なのかということですが、今日はこの「社会」を中心にして三次予防のお話をさせていただこうかと思っております。

先ほど新井先生がお話しされた中で、三次予防の「進行を遅らせる」、ここが私のテーマでございます。ただ、三次予防の「進行を遅らせる」をどう考えるかにつきましては、認知症とはそもそも何かということをよくよく理解してからでなければいけないかなと思います。

このスライドは、私が認知症の講義をする時に必ず使っているスライドです。認知症の一般的特性というのは、何か脳の病的変化があって、それによって認知機能が低下して、日々の生活に支障が現れた状態を言うわけです（資料5-1）。しかしながら、現実の認知症の臨床像は、この3つだけでは収まらないということでございます。この3つの要素が揃ってくると、それと同時に、様々な精神的な健康問題、あるいは体の健康問題が現れ、これらが非常に深くお互いに関係し合いながら、様々な社会的な生活課題が一緒に現れる傾向がある。これが認知症の特徴でございます。これを私は認知症の複雑化の傾向と呼んでいるのですが、認知症の進行、あるいは認知症の重症化ということを考える時には、複雑化のことをよく考えなくてははいけない。単に認知機能が悪化しているということだけではなくて、如何に複雑化の問題が認知症の重症化に深く関係しているかということを考えておかなくてははいけないのではないかと思っております。

ちなみに、BPSDという言葉があるのですが、英語ではBehavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの頭文字でございますが、日本語では認知症の行動・心理症状と呼んでおりまして、認知症に伴って現れる様々な行動の変化や精神症状を言います。具体的には、うつ状態になったり、不安が現れてきたり、妄想が出てきたり、幻覚が現れたり、時には興奮状態になったり。これらは精神的な健康、あるいはメンタルヘルス・ウェルビーイングに関係することなので

認知症の一般的特性:複雑化の傾向

S. Awata

資料5-1

すが、先ほどの図からいくと精神的健康問題というところに当たるわけですが、この図からわかるようにBPSDには全てのものが関係します。したがって、BPSDの予防、あるいは改善を考える時には、全てを考えていかななくてはいけないということでもあります。

ただ、本日はBPSDを中心にしてお話するのではなくて、全体のお話をさせていただくのですが、それにあたっては大事なキーワードがあるかなと思っています(資料5-2)。

これは厚生労働省が出している「地域共生社会を提案する背景」という文章の抜粋でございます。

資料5-2

大変長いので、そのままここに示すのは大変なので、抜粋させていただきました(資料5-3)。それでも読むと長いので読みませんけれども、ここに書いてあることと今日のお話は非常に深く関係しているということを皆さんに知っておいていただくと良いかなと。これは後でゆっくり読んでいただければと思います。

これは大変有名なグラフでございしますが、朝田先生が厚生労働科学研究で出されました我が国の65歳以上高齢者の認知症の年齢階級別の有病率でございします(資料5-4)。このグラフを見ますと、85歳を過ぎると認知症の有病率は非常に高くなります。大体40~80%になるということを表しております。

この年齢階級別有病率を使って算出される我が国の認知症高齢者の将来推計値は、既に二宮先生が出されているのですが、それを年齢階級別に見てみますと、薄い色が65~74歳、中間が75~84歳、濃い色が85歳以上ということで、これを見て分かりますように、これから増える認知症の方は85歳以上の方でございします。84歳までの

地域共生社会を提案する背景

- 社会保障制度は、これまで、社会の様々な変化が生じる過程において、地域や家庭が果たしてきた役割の一部を代替する必要性が高まったことに対応して、高齢者、障害者、子どもなどの対象者ごとに、また、生活に必要な機能ごとに、公的支援制度の整備と公的支援の充実が図られ、人々の暮らしを支えてきた。
- しかし、我が国では、高齢化や人口減少が進み、地域・家庭・職場という人々の生活領域における支え合いの基盤が弱まってきている。暮らしにおける人と人とのつながりが弱まる中、これを再構築することで、人生における様々な困難に直面した場合でも、誰もが役割を持ち、お互いが配慮し存在を認め合い、そして時に支え合うことで、孤立せずにその人らしい生活を送ることができるような社会としていくことが求められている。
- 対象者別・機能別に整備された公的支援についても、昨今、様々な分野の課題が絡み合って複雑化したり、個人や世帯単位で複数分野の課題を抱え、複合的な支援を必要とするといった状況がみられ、対応が困難なケースが浮き彫りとなっている。
- 「地域共生社会」とは、このような社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものである。

厚生労働省(抜粋) <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>

資料5-3

高齢者における認知症の年齢階級別有病率

朝田隆：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24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業（研究代表者朝田隆）報告書より作成

資料5-4

認知症の方は逆にあんまり増えないんですね。しかも現時点でも認知症の方の半分以上は85歳以上なのですが、2060年を過ぎれば7割以上は85歳以上の認知症高齢者になるということでございます

（資料5-5）。

認知症の方々、特に超高齢期に近い認知症の方は、地域の中で一体どんなふうに住んでいるんだろうということを考えなければいけないのです

認知症高齢者数の将来推計と年齢階級別構成比

各年齢層の認知症有病率が一定と仮定し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）・出生中位（死亡中位）推計」を用いて算出した。栗田主一：老年精神医学雑誌29:343-349, 2018

資料5-5

性・年齢階級別独居認知症高齢者数

栗田主一：一人暮らし、認知症、社会的孤立。老年精神医学雑誌31: 451-459, 2020

資料5-6

が、ちなみにこれは、我が国の世帯類型別のデータを使いまして、年齢階級別・世帯類型別に認知症の方を調べたものです。ここでは独居の認知症高齢者数のみを示しました。これを見て分かります。

すように、一番右側が85歳以上ですけれども、85歳以上になると、独居の認知症の方が非常に多くなるということが分かります（資料5-6）。

更に将来に亘って見てみますと、独居の認知症

独居認知症高齢者数の将来推計

栗田主一: 一人暮らし、認知症、社会的孤立。老年精神医学雑誌31: 451-459, 2020

資料5-7

高島平スタディ

<はじめに>

- 2016～2017年: 東京都受託研究事業「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」における生活実態調査

<地域特性>

- 昭和40年代に日本住宅公団(現UR都市機構)によって建設された高島平団地(10,170戸, 1972年入居開始)を擁する大規模住宅地域。対象地域である高島平1～5丁目の調査開始時点(2016年7月1日)人口: 32,674人, 高齢化率33.2%
- 高齢単身世帯/高齢夫婦世帯が多く, 大都市の課題が象徴された地域

<調査の特徴>

- 板橋区行政/医師会/地域の多様なステークホルダーとの連携体制
- 団地内に設置された地域拠点「高島平ココからステーション」が生活支援提供と研究の拠点として機能

資料5-8

高齢者, 特に女性の独居の認知症の高齢者が大変な勢いで増えていくということが分かります(資料5-7)。

では現実社会の中でこういった方たちはどう

やって暮らしているのかということを調べようと思ひまして, 私共は東京都板橋区の高島平というところで調査をいたしました(資料5-8)。ここには一人暮らしの高齢者の方が数多く暮らして

資料5-9

います。この地域の特性についてはここにメモしておきました。

どういふに調査をしたかという、3段階の調査をいたしました(資料5-9)。ここに住んでいる70歳以上高齢者7,614名全員を対象に、最初は郵送調査、アンケート調査をしまして、次に、会場に来てくれる方は会場で、来られない方は私共が訪問して、認知機能検査と様々な健康診断をさせていただきました。ここでを行いました認知機能検査の結果、認知機能が低下していると判断された方は三次調査ということで、専門医を含む医療チームで、会場に来てもらえる方は会場で、来られない方は訪問して、医学的な評価をさせていただきました。この3段階の調査に参加された方については、その後、縦断的にずっと追跡もしております。

まず、大まかな結果を見させていただきますが、これは認知機能が低下している人は、認知機能が低下していない人に比べて、どのような人が多いかというのを見たものです(資料5-10)。上

から見ていきますと、買い物に支障がある人、交通機関の利用に支障がある人、金銭管理に支障がある人、電話の利用に支障がある人、食事の準備に支障がある人、服薬管理に支障がある人、耳がよく聞こえない人、目がよく見えない人、歩行障害があって自由に外出できない人、糖尿病の人、脳卒中の人、血液・免疫疾患がある人、パーキンソン病の人、耳鼻科疾患のある人が、性・年齢・教育年数を調整しても有意に多くなることが分かります。ここに記載している数字はオッズ比と言いまして、認知機能が低下していない人に比べて何倍多いかというものを表したものでございます。

ちなみに、血液・免疫疾患については、低栄養を背景にして貧血になる人が増えます(資料5-11)。

更に、ブクブクうがいができない人、かかりつけ歯科医がいない人、過去1年間歯科受診していない人、うつ病の既往がある人、現在うつ症状のある人、外出が週1回未満の人、友人と会って話したり電話で話すのが月1回未満の人、家族と電

認知機能低下高齢者の日常生活機能と身体状況

身体的・精神的・社会的状況	調整オッズ比 (95%信頼区間) a	P値
買い物に支障がある	5.25 (3.16-8.72)	<0.01
交通機関の利用に支障がある	4.13 (2.66-6.42)	<0.01
金銭管理に支障がある	8.36 (5.16-13.56)	<0.01
電話の使用に支障がある	21.87 (7.27-65.83)	<0.01
食事の準備に支障がある	5.20 (3.28-8.25)	<0.01
服薬管理に支障がある	16.50 (8.09-33.62)	<0.01
主観的聴力の低下: 聞こえない, または, 大きな声であれば聞こえる	1.47 (1.04-2.07)	0.03
主観的視力の低下: 見えない, または, 顔がわかる程度	2.26 (1.50-3.40)	<0.01
自力歩行の障害: 歩行機能が低下し, 自由に外出できない	2.56 (1.53-4.28)	<0.01
糖尿病の既往	1.66 (1.19-2.31)	<0.01
脳卒中の既往	1.62 (1.07-2.46)	0.02
心疾患の既往	0.87 (0.61-1.24)	0.45
血液・免疫疾患の既往	1.80 (1.01-3.21)	0.05
パーキンソン病の既往	2.07 (0.98-4.40)	0.06
耳鼻科疾患の既往	1.50 (1.07-2.10)	0.02

身体的・精神的・社会的状況に関する各変数を目的変数、認知機能低下 (MMSE<24) を説明変数とするロジスティック回帰分析

a. 年齢, 性, 教育年数を調整したオッズ比

栗田主一: 認知症フレンドリー社会の創出をめざした地域疫学研究, 精神医学63: 505-514, 2021.

資料5-10

認知機能低下と貧血との関連

(会場調査に参加した70歳以上高齢者, N=1,195)

性, 年齢, 同居の有無, 教育年数, 経済状況(年収), 既往歴(高血圧, 脳卒中, 心臓病, 糖尿病, 慢性閉塞性肺疾患, 悪性新生物)を調整した分散分析

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

資料5-11

話で話すのが月1回未満の人, 社会的活動, いろいろな活動がありますが, 何も参加していない人, そして年収100万未満の人も, 認知機能が低下すると増えるということが分かります (資料5 -

12)。

ブクブクうがいのところが非常に興味深いので, 実は細かな分析も沢山しております。英語のスライドで申し訳ございませんが, 私共の研究所

認知機能低下高齢者の精神的健康と社会的状況

身体的・精神的・社会的状況	調整オッズ比(95%信頼区間)a	P値
ブクブクうがいができない	1.66 (1.18-2.35)	<0.01
かかりつけ歯科医がいない	1.44 (1.06-1.95)	0.02
過去1年間歯科受診していない	1.53 (1.17-20.1)	0.02
うつ病の既往	1.50 (1.07-2.10)	0.02
現在の抑うつ症状: GDS-15が5点以上	1.69 (1.30-2.20)	<0.01
外出が週1回未満	2.96 (1.98-4.43)	<0.01
友人との直接交流: 友人・知人と会って話すのは月1回未満	1.61 (1.23-2.11)	<0.01
友人との間接交流: 友人と知人と電話で話すのは月1回未満	1.86 (1.42-2.44)	<0.01
家族との直接交流: 家族と会って話すのは月1回未満	1.21 (0.93-1.57)	0.16
家族との間接交流: 家族と電話で話すのは月1回未満	1.74 (1.32-2.30)	<0.01
社会活動には参加していない b	2.71 (1.92-3.81)	<0.01
年収100万円未満	2.18 (1.50-3.17)	<0.01

身体的・精神的・社会的状況に関する各変数を目的変数、認知機能低下(MMSE<24)を説明変数とするロジスティック回帰分析

a. 年齢、性、教育年数を調整したオッズ比

b. 8項目の社会活動(町内会、趣味、スポーツ、ボランティア、老人クラブ、同窓会、業界関係、その他)のいずれにも参加していない

栗田主一: 認知症フレンドリー社会の創出をめざした地域疫学研究, 精神医学63: 505-514, 2021.

資料5-12

A 2-year longitudinal study of association between oral frailty and deteriorating nutritional status among community-dwelling older adults Community-dwelling older adults with oral frailty had increased risk of deteriorating nutritional status. (2018 venue survey, N=466)

Variables	Outcome = having MNA ⁻ SF score of <12 at 2-year follow-up assessment								
	Model 1 (oral frailty only)			Model 2 (Model 1 + other variables that yielded p-values < 0.05 in the crude model)			Model 3 (fully adjusted model)		
	ORs	95% CI	p-value	ORs	95% CI	p-value	ORs	95% CI	p-value
Oral frailty	2.57	(1.32-4.99)	0.01	2.13	(1.05-4.33)	0.04	2.24	(1.08-4.63)	0.03
MNA ⁻ SF (per one increase)				0.42	(0.28-0.63)	<0.01	0.43	(0.28-0.65)	<0.01
Age (per one increase)							1.01	(0.94-1.08)	0.86
Men (versus women)							0.71	(0.36-1.39)	0.32
Years of schooling (per one increase)							1.03	(0.91-1.16)	0.64
Annual income < 3 million JPY							1	(0.47-2.14)	1
Current smoker							0.5	(0.16-1.57)	0.23
Daily drinker							1.47	(0.65-3.35)	0.36
Low physical activity level							1.26	(0.63-2.50)	0.52
Poor appetite				1.51	(0.82-2.79)	0.18	1.56	(0.85-2.85)	0.15
Social isolation							1.3	(0.68-2.47)	0.43
Living alone							0.61	(0.27-1.39)	0.24
JST-IC score (per one increase)				0.88	(0.79-0.98)	0.02	0.88	(0.78-0.99)	0.04
Number of comorbidities (per one increase)							1.05	(0.81-1.36)	0.7
Polypharmacy							1.07	(0.50-2.26)	0.87
Depressive symptoms				0.96	(0.42-2.19)	0.91	1.18	(0.49-2.86)	0.71
Cognitive impairment							2.03	(0.58-7.19)	0.27

Iwasaki M et al. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020 Dec 30;18(1):213. doi: 10.3390/ijerph18010213

資料5-13

には口腔機能に関連する研究チームがあるのですが、そのメンバーが口腔機能と栄養と認知機能の研究を沢山してくれております。論文も沢山出ているのですけれども、これはそのうちの1つを示

したものです(資料5-13)。「Oral frailty」と書いてあるのですが、これは口腔機能が低下しているということです。口腔機能が低下している方は、MNA-SFという栄養状態を調べる調査があるの

ですが、2年後の栄養状態が2倍以上悪くなる。口腔機能が低下すれば栄養状態が悪くなるということです。

更に、今日はデータを出しませんが、一人暮らしで、且つ認知機能が低下すると、栄養状態は最も悪くなるという結果も出ております。

今度はこの中で、実際に認知機能が低下して、我々の医学チームが訪問して、認知症状態にあった方はどうなのか。実際には78人の方が認知症状態にあるということが分かったのですが、既に認知症と診断されていたかという、43%の方が認知症であると言われたことがあるということでした（資料5-14）。また、実際にアルツハイマー病とか、血管性認知症とか、原因となる認知症疾患が診断されているかということになると、全体の3割に過ぎませんでした。特に独居だと、これが更に下がり2割になりました。つまり、一人暮らしの認知症の方は、地域では8割はちゃんと診断されていないということになります。

更に、これは必要とされる社会的支援ニーズを調べているのですが、灰色の棒グラフは、必要と

されるという人の割合なのですけれども、濃い灰色部分は、必要とされ、且つ充足されている人たちです。薄い灰色は、必要なのに確保されていないという人たちです。これを見ると、医学的診断でありますとか、生活支援、家族支援、あるいは介護保険のサービスの利用支援は4割以上の人が必要なのに確保できていないということでもあります（資料5-15）。

これも英語で申し訳ございませんが、認知機能が低下している方たちが対象ですが、この方たちはずっと地域で暮らせているのかという、認知機能が低下している方、トータルで198人ですが、この方のうち3割は、3年後にはこの地域には住んでおりません。理由は、死亡とか施設入所とか入院等々でございます。

では、この地域に3年後住めていない人は、どういことが関係しているのかということ进行分析したのが下ですが、いろいろあるのですが、斜体のところが特に問題なのですが、居住支援のニーズが充足されていない人、権利擁護の支援が充足されていない人が、特に生活を続けられないとい

認知症の状態にある高齢者は 認知症の既診断率：世帯類型別比較

（認知症の状態にある高齢者：N=76、世帯類型欠損値：N=2）

栗田主一：認知症フレンドリー社会の創出をめざした地域疫学研究，精神医学63: 505-514, 2021.

資料5-14

必要とされる社会的支援は何か？

MMSE 24点未満で、認知症の状態にある70歳以上高齢者、N=78

栗田主一：認知症フレンドリー社会の創出をめざした地域疫学研究，精神医学63: 505-514, 2021.

資料5-15

認知機能低下高齢者の3年後の転帰

Outcome		Number	rate(%)
Continued community living		126	63.6%
Discontinued community living	Died	18	29.3%
	Institutionalized	18	
	Hospitalized	9	
	Moved out	13	
Missing information		14	7.1%

Factors associated with discontinuation	OR	95% CI	P-value
Age (≥80 years)	1.67	0.73–3.84	0.225
Long-term care insurance (Certified)	3.59	1.51–8.53	0.004
MMSE (Low score)	0.81	0.32–2.03	0.65
DSM-5 diagnosis (Dementia)	1.45	0.58–3.61	0.428
S-WHO-5-J (Low score)	1.64	0.73–3.64	0.229
Self-perceived health (Not good)	1.74	0.63–4.79	0.286
Frailty (Frailty)	0.91	0.33–2.49	0.847
Lack of trust in neighbors (Yes)	3.36	0.97–11.67	0.056
Need for housing support (Yes)	6.79	1.09–42.25	0.04
Need for rights protection (Yes)	3.53	1.06–11.76	0.04

Ura et al.: BMC Geriatr 2021; 21: 131. Published online 2021 Feb 19. doi: 10.1186/s12877-021-02084-2

資料5-16

うことです（資料5-16）。

全部お見せしませんでしたけれども、まとめますと、認知機能低下は、日常生活機能の低下と共に、身体的・精神的健康状態の悪化、社会的孤立、

経済的困窮と密接に関連している。認知機能低下は、身体機能低下、口腔機能低下、低栄養と関連しており、一人暮らしであることは低栄養のリスクを更に高める。認知機能低下は多剤併用と関連

生活実態調査のまとめ

- ① 認知機能低下は、日常生活機能の低下とともに、身体的・精神的健康状態の悪化、社会的孤立、経済的困窮と密接に関連している。
- ② 認知機能低下は身体機能低下、口腔機能低下、低栄養と関連しており、独居であることは低栄養のリスクをさらに高めるようである。
- ③ 認知機能低下は多剤併用と関連する。
- ④ 認知症高齢者のうち認知症疾患が診断されているのは3割程度、独居である場合にはさらにその割合がさらに低下する。
- ⑤ 複合的支援ニーズが存在するにもかかわらず、必要な支援にアクセスできていない認知症高齢者が多い。
- ⑥ 社会的支援ニーズの不充足（アンメットニーズ）は認知機能低下高齢者の地域生活中断の要因になる。

Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

資料5-17

複雑化のプロセスは認知症の初期段階からはじまっている

S. Aiwata

資料5-18

する。このデータも出しませんでした。多剤併用のデータもございます。認知症高齢者のうち、認知症疾患が診断されているのは3割程度、独居である場合には更にその割合が低下する。複合的支援ニーズが存在するにもかかわらず、必要な支援にアクセスできていない認知症高齢者が多い。社会的支援ニーズの不充足（アンメットニーズ）は認知機能低下高齢者の地域生活中断の要因になっているということでございます（資料5-17）。

これは最初にお見せしたのですが、まさにリアルワールドでこういうことが起こっています（資料5-1）。

しかも、こういう複雑化はかなり初期から起こっております。一般的に、認知症は、正常、MCI、軽度認知症、中等度認知症、重度認知症と進行しますが、複雑化はかなり初期から起こっているのです。なぜ初期からと言えるのかというと、そもそもこの研究に参加してくれる方というのは、認知症であったとしても軽度の方しか参加で

社会的孤立とは

- 社会的孤立の共通の特徴は“意味のある”社会的ネットワークが欠如しているということである。
- “意味のある”とは個人の社会的ニーズが充足されるということである。
- つまり、換言すると、社会的孤立とは、個人に対して、社会的支援の提供を可能とするネットワークが欠如していることである。

Ludwien Meeuwesen (2009)

資料5-19

きていないんですね。研究参加に当たっては、インフォームドコンセントとか、いろいろな手続が必要なので、ほとんどが軽度の人です。けれども、こういう状況であるということでもあります（資料5-18）。

ところで、ここに社会的孤立と書いてあるのですが、これがとても重要なキーワードでございます（資料5-19）。社会的孤立というのはいろいろな定義があるのですが、これはオランダの研究者の定義ですが、社会的孤立の共通の特徴は、意味のある社会的ネットワークが欠如しているということである。ここで言う「意味のある」

とは、個人の社会的ニーズが充足されていない、つまりアンメットニーズの状態にあるということです。つまり換言すると、社会的孤立とは個人に対して社会的支援の提供を可能とするネットワークが欠如している状態であるということでもあります。

しかし、我が国には既にこういうシステムができております（資料5-20）。医療サービスについては認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医。介護に関しては様々な介護保険サービスがあって、その中間には地域包括支援センターというプラットフォームもございます。更に近年では、認知症初期集中支援チームというものもできております。しかし、それにもかかわらず、多くの方がアンメットニーズの状態にあるのはなぜなのでしょう。

今言った既存の制度は、コーディネーション機能を持った社会制度であります。つまり、本人の視点に立って、生活の継続に必要な社会的支援を統合的に調整することができる仕組みです。しかしながら、多くの方はここに辿り着くことができないんですね。仮に辿り着いたとしても、仮に調整できたとしても、その後、社会的支援を本人が

資料5-20

ネットワークづくりの地域拠点

高島平ココからステーション

① 居場所としての機能: 認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、誰もが居心地よく自由に過ごすことができる地域の居場所がある。

② 相談に応需できる機能: 定年退職した経験のある専門職や認知症サポート医などの協力を得て、多様な生活課題をもって暮らす人が気軽に相談することができる。地域包括支援センターとも強いパイプでつながっているため、必要に応じて適切な社会資源につなぐことができる。

資料5-21

継続的に利用していくことを可能にする構造が地域にはないんですね。つまり、ネットワークがない。必要な社会的支援、特に生活支援の利用・提供を可能とする地域社会の構造がないのです。したがって、これをつくらなければいけない。つまり、社会的孤立を防ぐ社会的な構造をつくらなくてはいけないということでもあります。

どうやってつくるのかということですが、これは本当に手探りなのでございますが、現場では割と古くから実践されてきたことでもあるのです。例えば精神保健の領域では、地域生活支援という活動が1980年代から盛んに行われてきましたが、基本的な考え方はここにあるようなことではございます。

まずは地域の中に居場所としての機能がなければいけないだろう。リビングルームであります。認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、誰もが居心地よく自由に過ごすことができる地域の居場所が必要である。そして、そこでは相談に応需できる機能が必要だと。定年退職した経験のある専門職や認知症サポート医などの協力を得て、多様な生活課題をもって暮らす人が気軽に相談することができる場所が必要である。ここは地域包括支援センターの隣につくってありますの

で、非常に太いパイプがあって、必要に応じて適切な社会的支援に繋げることができるわけでありまして（資料5-21）。

更にここでは、「差別や偏見を解消し、社会参加を促進する機能」と書いてありますが、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、みんなで共に学び、共に楽しむことができる。ここでは認知症の勉強会もしますが、先ほど言いましたように、口腔保健だとか、栄養だとか、筋骨格系の運動教室だとか、時にはお坊さんの話を聞いてみたり、落語を楽しんだり、弦楽三重奏を楽しんだり。これは認知症であろうがなかろうが関係なく、みんな一緒にやるということが大事であります（資料5-22）。

そして、生活支援の担い手を育成する機能。こういう場所でいろいろサポートしてくれる人が必要ですので、研修会や情報交換会などを通して、認知症と人権について意識を高めながら、人材を育成するということをやっております。

その次に、地域連携を推進する機能であります。実は地域の中に同じような考え方をもって居場所づくりをしている活動が沢山あるんですね。そういう活動と連携をして、お互いの強いところ

③ 差別や偏見を解消し、社会参加を促進する機能：認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、共に学び、共に活動し、共に楽しむことができる。

資料5-22

④ 生活支援の担い手を育成する機能：研修会や情報交換会などを通して、認知症と人権についての意識を高め、顔の見える連携をつくる。

⑤ 地域の連携を推進する機能：生活支援に関わるさまざまな市民活動／住民組織／民間企業等と情報の共有、イベントへの参加・共催などを通して、重層的なネットワークを構築する。

S. Awata

資料5-23

と弱いところがありますので、お互い補完し合いながら、居場所づくりの組織・団体と連携していくというようなことをやったりしています（資料5-23）。

更にここでは、認知症と共に生きる当事者、本人が参加を促進する機能ということで、本人ミーティングというのをやっています（資料5-24）。これは何かというと、認知症の方が主体的

に集まってきて、自分たちで体験や希望、あるいは必要としていることを語り合いながら、これからのより良い暮らし、暮らしやすい地域の在り方を一緒に考えていくという会でございます。こういう会というのは本当にできるのか、みんな不思議に思うかもしれませんが、これはちゃんと広告を出してやると人々が集まってきます。認知機能が低下している人は、自分でもやっぱり心配で、

⑥ 認知症とともに生きる本人の参画を促進する機能：

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

本人ミーティングの定例会
(高島平ココからステーションにて)

参加を呼び掛けるポスター

本人ミーティングの
ガイドブック

資料5-24

不安な方が数多くいるのです。特に一人暮らしの方。したがって、ちゃんと周知をすれば、だんだんに人が集まってくるわけです。ただ、継続的にずっとやっているということが大事であって、そうすると、定期的に第3土曜日はやっているからといって、やってくるようになるわけでありです。

こういった活動が認知症の三次予防に寄与するであろうということで、「地域づくりの手引き」^{注1)}と「コーディネーションとネットワーキングの手引き」^{注2)}というのを東京都のほうでつくっていただいております。誰でも見られるようになっています。高島平では「ココからステーション」と呼んでいるのですが、そのような地域の拠点を利用して、認知症と共に暮らし続けている人の事例も沢山掲載しております。こういう活動がどのくらい効果があるかというのはなかなか難しい研究テーマでありますが、最初に行われるべ

きことは事例の蓄積でございまして、実際に認知症と診断された方がこういうところで活動しながら、いろいろな日々の課題にぶつかるとは思いますが、課題にぶつかりながらも暮らしていける。それを可視化させる作業を現在続けているところでございます。

以上で私の話は終わりでございます。どうもご清聴ありがとうございました。(拍手)

注1) 地域づくりの手引き2020年度改訂版 2021年3月発行 (東京都福祉保健局) <https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/manual_text/pdf/chiiki_tebiki.pdf>

注2) コーディネーションとネットワーキングの手引き 2018年3月発行 (東京都福祉保健局) <https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyuu/caremodel/pdf/tebiki.pdf>