

パネルディスカッション『認知症国家戦略と大都市の取り組み』

指定発言1 「東京都における認知症対策の現状と課題」

東京都福祉保健局高齢社会対策部 中山政昭 部長

東京の高齢者人口は、2010年（平成22年）の268万人から、東京オリンピックが開催される2020年には324万人に増えます。しかも、2020年には後期高齢者の数が前期高齢者の数を上回ると見込まれています。まさにわが国の高齢社会を象徴しているような年ですので、東京オリンピックの開催コンセプトも当然それを睨んだものとしていく必要があるかと思っております。

要介護認定者数は、平成25年から12年間で一挙に20万人増えると見込まれています。このような状況ですから、介護基盤、介護サービスの整備を急ピッチで進める必要があります。

東京都の福祉・保健関係予算額とその全体に占める構成比は、高齢化の進展により母数が増えますので、当然ながら上がっていきます。構成比率は都の全体予算の2割を超えているという状況でございます。

今年度の福祉保健局の一般会計予算の歳出ですが、総額は9,618億円と、1兆円近くなっています。分野別の予算額を見ますと、高齢社会対策で2,022億円、割合は21.0%です。このうち認知症対策費としては32億8,500万円を計上しています。この分野別で一番構成比率が高いのが保健政策の分野で3,167億円です。東京都は医療費の自己負担部分を助成するという独特の仕組みを持っておりまして、その予算がすべてここに入っていますので、保健政策費が一番高いという構成でございます。

さて、東京都保健医療計画には「認知症対策の強化」を盛り込んでいます。現在、来年度予算の編成を行っているところですが、今年度から新しく事業化した取り組みを含め、認知症につきましては施策の充実、予算の増額といったものを東京都として考えているところでございます。

早期発見・早期診断推進事業では、今年8月から条件が整ったところから順次、開始しております。アウトリーチチームが実際にご家庭を訪問し必要な支援を行ったのは、10月時点で6区において約30ケースです。

先ほどもご説明いただいた目標4「地域での生活・家族の支援の強化」についても、継続・新規事業がございますが、そのうち認知症高齢者グループホームの整備につきましては、在宅で生活を支えるための重要なツールと考えておりまして、都内では現在定員8,000人分を整備しております。2年後の平成26年度末までには、1万人規模にしていきたいと考えております。

認知症の方を地域全体で支えるイメージ図（スライド10）ですけれども、認知症疾患医療センターが後方から支援をするというイメージでございます。大都市部の強みで

ある地域の資源を総動員して、見守り等の仕組み、必要な支援を行う仕組みをこれからも充実をさせていきたいと考えております。

東京都の先進的な取り組みとしまして、若年性認知症の方の総合支援センターを目黒区内に1ヵ所、昨年5月に開設しました。65歳未満で認知症を発症された若年性認知症の方が都内には約4,000人おられると推定されていますが、開設以前は、この方々に対する支援の相談窓口や支援ツールがほとんどない状態でした。こうした方に対するワンストップの窓口を設け、必要な支援につなげていくという仕組みでございます。

これ（スライド12）は、横軸が要介護の程度、縦軸がその方の収入の多寡を示した図です。それらに応じて、利用が考えられる住まい（住宅・施設）の現在の整備数を掲げています。東京においては、いずれの施設も今後さらに増やしていく必要があります。

区市町村が主体的に行われるさまざまな取り組みに対して、広域的自治体として東京都は柔軟な補助の仕組みを持って、財政支援を致しております。

先ほどもご紹介がありましたが、認知症の人の家族を支える取り組みは、認知症疾患医療センターと家族の方が連携をしながら、さまざまな講座や交流会を開催するものです。これも区市町村が主体となって行うものを東京都が包括補助という仕組みで支援しています。

また、独自の「シルバー交番」という取り組みも行っています。地域包括支援センターなどと連携して、地域の認知症の方を含む高齢者の安心安全の見守り体制を推進していくという事業でございます。

最後に、認知症ポータルサイトとして、「とうきょう認知症ナビ」を開設しておりますので、ご活用いただきたいと存じます。簡単でございますが、以上、最初の指定発言とさせていただきます。

せたがや
SETAGAYA CITY

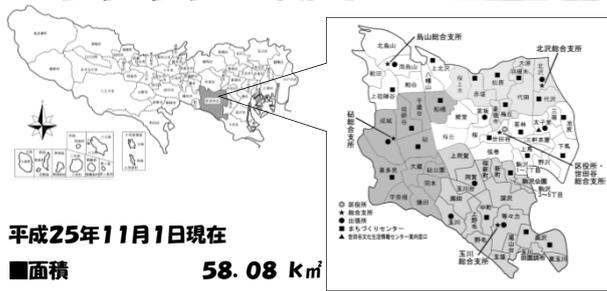


世田谷区認知症在宅支援の取組み

世田谷区 副区長
秋山由美子

せたがや
SETAGAYA CITY

世田谷区の概況



平成25年11月1日現在

- 面積 58.08 km²
- 総人口 867,481人
- 65歳以上人口 168,863人(19.5%)

せたがや
SETAGAYA CITY

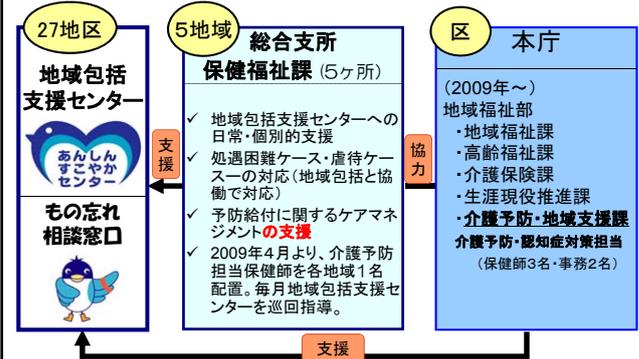


世田谷区の認知症施策に関する基本的考え方

- 認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせる世田谷の実現

せたがや
SETAGAYA CITY

世田谷区の認知症施策関連組織



27地区
地域包括支援センター
あんしんすこやかセンター
もの忘れ相談窓口

5地域
総合支所
保健福祉課 (5ヶ所)

- ✓ 地域包括支援センターへの日常・個別的支援
- ✓ 処遇困難ケース・虐待ケースの対応(地域包括と協働で対応)
- ✓ 予防給付に関するケアマネジメントの支援
- ✓ 2009年4月より、介護予防担当保健師を各地域1名配置。毎月地域包括支援センターを巡回指導。

区 本庁
(2009年～)
地域福祉部
・地域福祉課
・高齢福祉課
・介護保険課
・生涯現役推進課
・介護予防・地域支援課
介護予防・認知症対策担当
(保健師3名・事務2名)

せたがや
SETAGAYA CITY



認知症をとりまく世田谷区の状況

- 平成25年4月1日現在
- 介護保険の要支援・要介護認定者数 約34,000人
- うち、認知症の症状があり何らかの介護を必要とする人の数 約18,000人

※平成20年以降、毎年平均して 約1,000人ずつ増加

せたがや
SETAGAYA CITY



認知症の世田谷区の取り組み



相談

- ・あんしんすこやかセンター(27)
- ・保健福祉課(5)
- ・認知症初期集中支援チームモデル事業

サービス

- ・認知症デイ27箇所294人
- ・若年性認知症コース1箇所

地域

- ・家族介護支援(家族会・勉強会等)
- ・認知症サポーター養成講座

研修

- ・福祉人材・育成研修センター(認知症ケア研修(入門・基礎・応用))
- ・NPO法人と区との協働事業(ボランティア・家族介護者・介護職員)講座

本人

- ・介護予防講座
- ・認知症予防プログラム
- ・認知症予防普及プログラム

住まい

- ・グループホーム 32箇所594人
- ・特養ホーム18箇所1352人

予防

認知症をとりまく世田谷区の状況

- 首都圏で加速度的に高齢化が進む。
 - 区で、ひとり暮らしや高齢者のみの世帯が増え、**老老介護**や**認知介護**の増加が予想される。
- ↓
- あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）だけで認知症の人の相談支援を展開することには**困難**が伴う。
 - 認知症に関する先駆的な取り組みやあんしんすこやかセンター等への**後方支援**を担う、**区の専門的・中核的機関**が必要

世田谷区の新たな取り組み①

認知症在宅生活サポートセンター 構想

- 平成24年度から検討を開始
- 認知症の人の早期対応体制の確立や、医療・福祉の連携推進、実務的な人材育成、家族支援の充実、情報発信等を行う**専門的かつ中核的**な拠点を設置
- 平成25年11月に構想を策定

世田谷区の新たな取り組み②

認知症初期集中支援チーム

- 平成25年度国のモデル事業の採択を受けて開始。
- 看護師や医師、作業療法士等の**専門家**からなるチームが、認知症の人や家族を訪問し、**専門医療**の確保や介護サービス等の利用につなげ、**自立生活**のサポートを行う。
- 区では認知症在宅生活サポートセンターの**アウトリーチ機能**として位置づけ、**国の制度化**にあわせ、**事業**として継続する予定。



ご清聴ありがとうございました

指定発言 2 「世田谷区認知症在宅支援の取り組み」

世田谷区 秋山由美子 副区長

認知症の方を在宅で支援をしていくための世田谷区の取り組みについて、お話しさせていただきます。

世田谷区の概況でございますが、人口は公式には 86 万 7,000 人、住民登録をしていない方も含めた人口は 88 万人とみられます。65 歳以上の方は 17 万人弱。東京都の中でも最も人口が多い区です。区内を 5 つの地域に分け、さらに 27 の地区に分けて事業を行っております。

世田谷区の認知症施策に関する基本的な考え方として、「認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせる世田谷の実現」を謳っております。尊厳を重んじましょう、認知症の方々がこれまで歩んできたことを大切にしていきたい、本人やご家族が背負う負担を少しでも軽くしていきたい、そしてより良い環境で生活できることを目指したい、と思っております。先ほど、ニューヨークの Levine さんから、「本人の歩んできたことを大切にしたいんだ」というお話がありました。世田谷区もまさに本人のことにしっかり視点を置いていきたいと思っております。

世田谷区の認知症施策関連組織ですが、先ほど申し上げました 27 の地区に「あんしんすこやかセンター」を設けております。国でいう地域包括支援センターの役目を負った組織で、健康、予防、福祉、サービスの利用、権利擁護など 65 歳以上の高齢者のあらゆる相談にのる、第一義的な窓口となっています。平成 21 年度からもの忘れ相談窓口も開設をしております。センターで受けた相談については、広域の 5 つの地域がしっかりサポートしています。例えば介護予防に関するケアマネジメントの支援も行いますし、虐待のケースがあれば、総合支所の保健福祉課が支援のサポートをすることで、27 地区が孤立しないような態勢をとっています。

認知症を取り巻く世田谷区の状況ですが、平成 25 年 4 月 1 日現在の介護保険の要支援・要介護認定者数が約 34,000 人。うち認知症の症状がある人が 18,000 人で、全体の 53% を占めます。つまり、介護認定を受けている人の半分は何らかの認知症の症状があるということになります。平成 20 年度以降、毎年平均して約 1,000 人ずつ認知症の方が増加しており、今後はさらに増えていくと思われれます。

認知症に関する世田谷区の取り組みの 1 つは、予防です。認知症にならない生活を送ってほしいということで、講座やプログラムを開催しています。住まいについては、先ほど東京都からお話がありました通り、グループホームも整備していこうと思っておりますし、サービス付き高齢者住宅で生活している方も含めて、定期巡回や小規模多機能の訪問介護・訪問看護、小規模多機能の通所サービスなどを利用して頂こうと思っております。

そして、人材育成が何よりも大切だと思っています。ケアの仕方によって認知症の症状は改善すると思いますので、そのようなケアができる介護職を育てていくことが大変重要なポイントとして、研修事業に取り組んでいます。併せて、家族介護者の人たちをいかに支えるかというテーマの講座も行っています。

地域の方を対象とした認知症サポーター養成講座も行っています。私が今、左手首にしているオレンジリングが修了者の印です。そして、認知症サポーター養成講座で学んだ人たちが、今度は教える側になるという形になっています。

区民の方々からの様々な相談は、あんしんすこやかセンターを中心に受けていますし、今年度から開始している認知症の初期集中支援チームでも相談を受けています。サービスとしては、若年性認知症コースや認知症デイがあります。

首都圏では加速度的に高齢化が進むことが先ほどから指摘されていますが、世田谷区も例外ではありません。一人暮らしや高齢者のみ世帯が増え続けています。高齢者のみ世帯については、「老老介護」はまだよくて、「認認介護」という、少し軽い認知症の方が認知症の家族の介護をしているという現実があります。

このような状況をこれから先どうしていくのかというと、あんしんすこやかセンターだけでは認知症の相談支援を展開するには限界がありますので、あんしんすこやかセンターや認知症に関する先駆的な取り組みなどの後方支援を行う、区の専門的・中核的機関が必要だろうと考えております。そこで考えているのが、認知症在宅生活サポートセンター構想です。平成 24 年度から検討を開始しまして、認知症の人の早期対応体制の確立、医療・福祉の連携推進、実務的な人材育成、家族支援の充実、情報発信などを行う専門的かつ中核的な拠点という位置づけで、認知症在宅生活サポートセンターを設置したいと考えております。

認知症の方へのアウトリーチ機能は、初期集中支援チームが担います。あんしんすこやかセンターが認知症の人の対応に困ったときに、初期集中支援チームや在宅生活サポートセンターのバックアップを受けて安心してケアに入れるようにしたいということで、平成 25 年 11 月に構想を策定致しました。

来年 4 月には在宅生活サポート準備室を立ち上げながら、初期集中支援チームによる展開など、できるところから取り組んでいきます。翌年にはサポート室に格上げして事業を行う中で、サポートセンターを設置していきたいと考えているところです。

認知症初期集中支援チームは、平成 25 年度の国のモデル事業採択を受けて開始しました。看護師や医師、作業療法士の専門家からなるチームが認知症の人や家族の自宅を訪問して、専門医療の確保や介護サービスの利用につなげる、自立生活をサポートする、というものです。

今年度からのモデル事業を私たちがすぐに開始できたのは、3 年前から認知症高齢者見守り訪問看護事業というものを実施してきたことが背景にあります。あんしんすこや

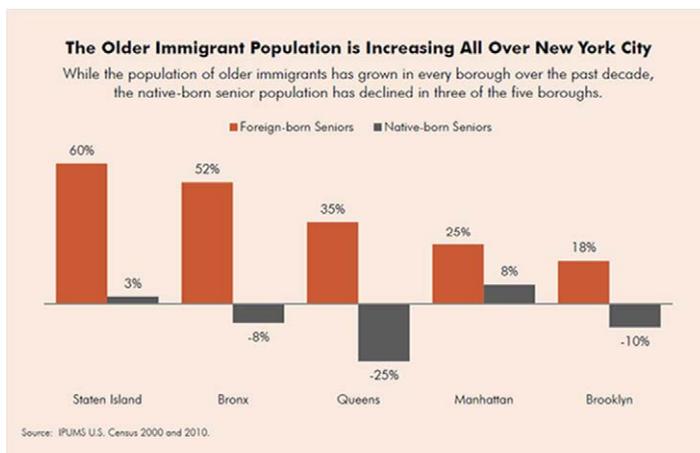
かセンターで認知症の困ったケースがあると訪問看護師に協力を仰ぎ、6ヵ月間ぐらいかけて訪問サービスにつなげる、という事業です。この経験があったので、国のモデル事業もぜひやろうと手を挙げ、今、動いているところです。このアウトリーチ機能は、国の制度化に合わせて事業として継続していきたいと思っています。

最後に、高齢になっても認知症の人たちもどこか遠くの施設に入るのではなく、世田谷の町で四季折々の風景に触れながら地域の中で生活をしていける、そんな社会を作っていきたいと思っています。以上でございます。



米国および日本における現場の状況
 ～ニューヨーク市と東京の似ている点と異なる点～
 認知症介護研究・研修東京センター 進藤由美

1. ニューヨーク市と東京の似ている点
 - 1人暮らし、賃貸集合住宅暮らしの高齢者が多い
 - 認知症高齢者の急増
2. ニューヨーク市における課題（東京と異なる点）
 - 医療保険は複雑であり、Medicare は長期にわたる療養・介護をカバーしない
 - ニューヨーク市は多民族国家であり、「移民高齢者」が増加している（高齢者人口の46%¹⁾）
 - 「言葉が通じない」「生活習慣が違う」高齢者をいかに支えていくか



ニューヨーク市全体において、移民高齢者が増加している

オレンジ：外国生まれの高齢者
 グレー：アメリカ生まれの高齢者

*左から、スタテンアイランド、ブロンクス、クイーンズ、マンハッタン、ブルックリン（地域）

Center for an Urban Future, "The New Face of New York's Seniors." July 2013, p5

3. 民族、文化、生活習慣、言語等の違いをふまえた支援のために
 - 情報提供 + 本人の意向を聞く
 - 介護職の確保と認知症の症状（孤立やうつ）に焦点を当てた研修の開催（多言語）
 - 民族や宗教別のグループ、アドボカーショングループ（主にNPO）等が多数あり、医療、介護や認知症に関する情報提供や相談会の開催等を行っている。

<例> ニューヨーク日系人会(www.jaany.org)における高齢者向けの活動

敬老会（月1回）、無料相談会（月1回/予約で随時）、お弁当の配達（月1回）、友愛訪問（随時）、シニアウィーク（年1回）、サクラヘルスウィーク（年1回）、インターネットでの情報提供

◎ 利用者にとっての利点

- ・自分の言語で相談できる
- ・様々な情報を第三者的視点で収集、整理、提供してくれる
- ・直接的、間接的に、「守ってくれる」

◎ 医療・介護サービス提供団体にとっての利点

- ・通訳をお願いできる
- ・利用者の生活習慣や価値観について相談できる

4. 日本の利点とニューヨーク市における取組みから学べること

日本の利点：医療、介護保険が整備されており、安価である

学べる部分：老後の計画を早めに立てる（予防を含め）、第三者的視点での情報整理・提供

¹ Center for an Urban Future, "The New Face of New York's Seniors." July 2013, p3

指定発言3 「米国および日本における現場の状況」

認知症介護研究・研修東京センター 進藤由美 研究主幹

先ほどからお話がありました通り、ニューヨーク市と東京は、一人暮らしの高齢者や賃貸集合住宅に暮らす高齢者が多い点で共通しています。ニューヨーク市における65歳以上の単身世帯の割合は、2012年の段階で10.7%でした。同じく東京23区の65歳以上の単身世帯の割合は2012年のデータで10.2%と、非常に近い値です。持ち家率はニューヨーク市32.6%（2010年）、東京23区36.8%（2008年）と、やはり近い数字となっております。ニューヨークと東京は、今後、高齢者数が急増するのに伴って、認知症高齢者の数が増えていく点も、共によく指摘されているところです。

東京とは異なるニューヨーク市の課題の1つは、医療保険が複雑なことです。例えば、マンハッタンに住んでいらっしゃる方がメディケアのパートDという処方箋薬をカバーするプランに入ろうと思って調べますと、26ぐらいのプランが出てまいります。その中から自分に合ったものを選びねばなりません。これは、選択の自由がそれだけ保障されているとも言えます。

メディケアが長期にわたる療養介護をカバーしないことも課題です。メディケアのパートAといわれる部分で病院やナーシングホームにおけるケアがカバーされており、その詳細はここでは割愛しますが、大体年間1疾病あたり90日間までで、その期間を過ぎると自己負担になります。ニューヨーク市内のナーシングホームの1日あたりの平均滞在費は450ドル、日本円では1ドル100円として約4万5千円とされていますので、長期にわたる療養・介護をカバーする保険を選ぶことが一つの大きな課題になってくるかと思えます。

また、ニューヨーク市は多民族社会で、移民高齢者が急増しております。お手元の資料にありますグラフは、オレンジが外国生まれの高齢者、グレーが米国生まれの高齢者の割合を、左からスタテン島、ブロンクス、クイーンズ、マンハッタン、ブルックリンの地区別に示しています。これを見ますと、全ての地区において移民の高齢者が増えていくことが分かります。

現在、高齢者人口の46%は外国生まれの方であると言われております。ニューヨークでたくさん的高齢者とお話していて気づいたのですが、やはりお年を召してこられると英語が出なくなって、会話が難しくなってきます。耳が遠くなられて、相手の話が聞きとりにくいということもあるとは思いますが、英語が出てこなくなってくるのです。このように言葉が通じない、民族文化が違う、生活習慣が違う高齢者の方をいかに支えていくかということが、ニューヨーク市における1つの大きなチャレンジとなっております。

民族、文化、生活習慣、言語などの違いを踏まえた支援を行うためには、やはり情報

をきちんと提供をしていくことが重要です。そして、本人の意向を聞くこと。実はニューヨークの場合、介護をする人と介護を受ける人の民族や言語が違うケースは珍しくありませんので、介護をする側の人は介護を受ける方に対して、「これでいいですか？」「どちらがよろしいですか？」と確認しながら介護するということは当然なのです。

先ほど、Levine さんも紹介されていましたが、米国では在宅の高齢者が個人的に介護者を雇うことがあります。となると、おひとりの高齢者におひとりの介護職の方がつく形になりますから、介護職の確保は非常に重要な課題です。また、認知症の方によく見られる、孤立やうつなどに焦点をあてた研修も、各地で、多言語で介護職を対象に行われています。民族や宗教別のグループやアドボカーショングループなども多数ございますので、それらのグループが医療や介護、認知症に関する情報提供や相談会などを開催しています。

私が働いておりましたニューヨーク日系人会の例をご紹介します。毎月 1 回、敬老会を行っていて、昼食サービスをメインにししながら、併せて医療や介護に関する情報提供であるとか、落語や日本舞踊などちょっとした余興も行っています。無料の生活相談会も月 1 回定例で開いていますし、その他にも予約があれば随時行っています。日本食のお弁当の配達や友愛訪問もありますし、シニアウィークやサクラヘルスウィークと銘打った情報提供の機会も年 1 回ずつ大々的に行っていて、その中で認知症のサポーター養成講座も開いておりますし、インターネットによる情報提供も行っています。

このようなサービスを民族別・宗教別の団体が行うことによるメリットは、利用者にとっては自分の言語で相談できる、特に宗教的な団体であれば自分の宗教観に合った方に相談できる、ということがあります。また、このような団体は、第三者的な視点で様々な情報を収集・整理・提供しています。先ほど処方箋薬のプランが 26 種類あるという話を致しましたが、26 種類のプランを見せられて、「さあ選んでください」と言われても、正直なかなか難しいです。けれども、その中で「カバー率は低いけれども保険料も安い」というプラン、「カバー率はとてもいいけれども保険料も高い」プラン、その中間的なプランなど、整理した形で、しかも母語でいくつか提示すると、より選択しやすくなるだろうと思います。

また、直接的・間接的に「守ってくれる」という点も、特に重要だと思われれます。例えば病院に行くときに通訳や見守りを兼ねた付き添いをしたり、ナーシングホームなどに入居されている認知症の方を定期的に訪問したりしています。そうすることによって、認知症の方の後ろ盾としての存在をアピールすることができます。医療介護サービスを提供する側も、何かその認知症の方に関して困ったことが起きたときに通訳を依頼したり、その方の生活習慣や価値観について相談することができます。このように、認知症の方を中心として、第三者のグループが関わり、何をすることがその方にとってよりよ

いのかを相談しながら、ケアを提供してくとすることができます。

日本の利点として、医療や介護保険制度が整備されており、米国の高価な医療保険に比べると安価なことが挙げられますが、老後の計画を早めに立てることについては、ニューヨーク市での取り組みから学べることだと思います。ニューヨーク日系人会等が開催しているイベントは、認知症になる前、高齢者になる前から様々な情報に接する機会となり、「あそこに行けば情報が手に入る」ということに気づくことができますので、これはとても大事であると思います。また、こういった様々な活動を展開してはおりませんが、ニューヨーク日系人会は非常に小さな団体で、フルタイムの職員は1名、パートタイムが1~2名ですが、100名くらいのボランティアが参加・協力し、第三者的な視点で情報を整理して提供し、判断しやすくするためのお手伝いをしております。以上です。



パネルディスカッション

飛鳥井 パネルディスカッションでは、3つの論点についてご討議頂きたいと思います。論点1は「認知症ケアを推進する上で、大都市に特徴的な困難と利点、それらに対する課題解決の方向性は何か」、論点2は「国、都道府県または州、区市町村は、認知症ケアの推進に向けてどのように役割を分担することが望ましいか」、そしてメインである論点3は「認知症の人が安心して暮らせるために、多様なステークホルダーを巻き込んだ地域住民主体の取り組みと町づくりをどのように実現するか」です。

堀田 まず、ここまでお聞き頂きました日本における認知症施策の国レベルでの方向性、そして東京都と世田谷区の取り組みについて、KatzさんとLevineさんの印象やご感想をお聞かせください。

Katz 認知症の問題に対する東京都の積極的な取り組みには、非常に感銘を受けました。問題認識においても取り組みにおいても、東京都は世界の中でかなり先を行っているという印象を受けました。それから、国の介護保険制度ができてすべてが変わったというご指摘には、とても説得力がありました。確かに、介護保険という形でサービスが整備され提供されるようになったことで、素晴らしい変化をもたらされたのだろうと思います。

Levine 私も、現在および将来の認知症の人のニーズを満たすべく東京都が計画されてこられたことに、大きな感銘を受けました。また、大規模な施設ケアから、地域ケアや小規模なグループホームでのケアモデルに移行してこられた点も、素晴らしいと思いました。我々もグループホームのケアモデルを米国に導入しようとしていまして、実際に何ヵ所か実施しているところがあります。ナーシングホームにも初めて導入しました。建物は大きいままですが、各ユニットを小規模にしたもので、グリーンハウス・モデルと呼ばれています。我々と協働しているニューヨーク市内のホームにもこのモデルを導入しつつありますので、今後の成果が楽しみです。

また、特にニューヨーク市では家族と離れ、一人暮らしの方もたくさんおられます。社会から孤立しているために、発見してサービスにつなげ、安全とケアを確保することがなかなか難しいという問題があります。ですから、日本での取り組みを伺っていて、とても感銘を受けました。

■論点 1

「認知症ケアを推進する上で、大都市に特徴的な困難と利点、それらに対する課題解決の方向性は何か」

堀田 論点 1 に入ります。日本と米国の制度は大きく異なりますが、課題は共通しています。特に大都市ならではの特徴として、認知症の方の数が多いこと、今後増加していく規模が大きくスピードも早いと見込まれること、一人暮らしの方が多いということ、難しさとして地価が高いことによる住まい確保、利点として高い人口密度と多様な資源があるということ等が挙げられていました。このような大都市ならではの強みと難しさを踏まえたうえで、大都市におけるケアをいかに考えていくのか。

まず、住まいの問題を取り上げましょう。居場所である住まいがないと暮らしが成り立たないため、日本の地域包括ケアシステムの絵のなかでも、住まいは「植木鉢」として位置づけられます。その中に生活支援・福祉サービスという「土」が入ります。米国では、NORC (Naturally Occurring Retirement Communities) と呼ばれる自然発生的な退職者コミュニティ、1つの住まいをコミュニティとして助け合いが生まれ、サービスが付加されていくという取り組みが起きているとのことですので、Katz さんにご紹介頂きたいと思います。

Katz 住まいの問題はとても大きな問題です。在宅サービスや地域をベースとしたサービスについて話をしているのですから、サービスを受けるためにもまず住まいが必要です。

大都市では建物の密集地があり、人口の高齢化が顕著です。そして、例えばホームヘルパーの人たちが様々な事業所から1つのアパートにやってきます。虚弱で、自宅で転倒する高齢者もいれば、ちょっとした支援が必要なだけの人もいます。孤立しているために救急医療を利用する人や、本来の必要以上に病院を利用する人もいます。皆、そこに住み続けていますし、「自然にできあがった高齢者のための入居施設のようだ」と言われています。

そこで、サービス事業者がそのアパート内にサービスを持ち込み始めたのです。デイサービスや医療もあれば、モニタリングだけのサービスもあります。例えば、「今日はちょっとめまいがする」というような時に、すぐに病院に行く代わりに、階下にいる看護師に会うといった具合です。これが自然発生的退職者コミュニティと言われるものです。

堀田 もともと集合住宅で住まいを共にしている人たちが次第に老いていくなかで自発的に動き始め、住民の志による助け合いのネットワークができ、その実践に基づいて必要なサービスを発見し、取り込んでいくというプロセスがあるとうかがっています。ありがとうございます。

栗田さんからは、「ふるさとの会」が東京で住まいがなく困っている方々に、住まいと生

活支援をセットで提供して自立を促しているという取り組みのご紹介がありました。これについて、もう少し詳しくお話し頂けますか。

栗田 住まいというテーマが出ましたが、敢えて、もう1つの生活支援の方からお話しします。先ほどから言われていますように、日本の医療保険や介護保険の制度は経済的に困っている人も、誰でも医療保険や介護保険のサービスが受けられるという点で、大変優れています。しかしながら、実はわが国の医療保険や介護保険、福祉制度は、家族がいることが前提になっています。日々の生活で、例えば誰が病気に気づいてくれるのか、誰が病院に連れて行ってくれるのか、困ったときに誰が相談に乗ってくれるのか、寂しいときに誰がそばにいてくれるのか。これはみんな家族がやる。この家族がいるからこそ、医療保険制度や介護保険制度を使える、という前提があります。

ところが、これからの東京都ではその家族がいない高齢者、特に認知症高齢者がたくさん増えてきますので、ここをどうするかということが大変大きな課題になるわけです。なかなか今の保険制度ではカバーできないところです。この、言わば「家族的な支援」を新たなサービスとするために、敢えて「生活支援」と名づけられているわけですが、これはなかなかフォーマルな制度に乗りにくい。

そこで、必要に迫られて、やはり自然発生的にNPOが出てきています。東日本大震災があって、多くの高齢者が孤立した状態で暮らしている東北地方にも、自然発生的にそのような動きが出てきています。これからは大都市でもそのような生活支援がまずないと、特に認知症の一人暮らしの方は生きていくことができません。つまり、家を用意することが仮にできたとしても、生活支援がなければ、残念ながら認知症の人は生きていくことができません。

「ふるさとの会」というNPO法人は、ホームレスの人をどうやってホームレスの状態で助けていくかということからスタートしています。つまり、生活支援がまず大事。それにしても家がないと、住民票がないと制度的なサービスも受けられないので、家を確保しなければならない。ところが東京は地価が非常に高いので、お金がない人たちに東京都が家を確保していくのは大変です。介護保険施設の建設費も高くかかりますし、介護保険料も払わないといけないので、施設の建設費も簡単には増やせない。

でも、実は東京都には空き家がたくさんあります。大家さんは誰かに貸したいけれどもリスクはとりたくない。まして保証人がいない人には貸せないで空き家になったままです。そこで、この「ふるさとの会」は保証人にもなるし、何かトラブルがあったときにはそのサポートもするし、生活支援も入れる。大きな家は複数の人で共同生活をするなど安く入居できるように工夫しながら何とか家を借り上げて、生活支援をして認知症の人の暮らしを支えるという団体です。

堀田 さて、大都市にはサービスを必要とする人だけでなく、サービスを提供する人もた

くさんいます。フォーマルにもインフォーマルにもサービスにかかわる選択肢は豊かであり得ます。そうしたなかで、適時適切に情報やサービスを届けるためにどのような努力をしているのかについて、中山さんにお聞きしたいと思います。

中山 東京都として現在進行形の施策を PR することはもちろん大事ですが、やはり私どもが一番必要だと思っているのは、区市町村の総合相談的な機能を高めていくことに尽きます。高齢者の介護の分野では、地域包括支援センターが都内では約 380 カ所ございます。このセンターが高齢者等からの相談を受ける機能を基本として、同時に、必要とする住民に情報を提供・発信する機能を今後もっと高めていくことが必要だと思います。要するに、地域包括支援センターの機能強化を図る必要がある。そのために、国も、広域的自治体である東京都もこれまで以上にバックアップしていく必要があると考えております。

堀田 この論点の最後に、Levine さんにお聞きします。日本にも小さな草の根の動きはたくさんありますが、ニューヨークにおけるアルツハイマー協会のように、支援においては初期から終末期まで、さらに教育・研修もアドボカシーも行うような組織は今のところありません。どうやって草の根のさまざまな資源や取り組みをつないで、このような包括的なプログラムやサービスを作り上げてくることができたのでしょうか。美術館や博物館など大都市ならではの豊かな文化的資源を含めたパートナーシップへの道のりをお教えください。

Levine 35 年前にアルツハイマー協会が活動を開始した当初は、情報を必要とする少数の家族が集った草の根の運動でした。当時、同じようなグループが 6 つか 7 つありました。ビジョンとモチベーションがあり、正しい環境をつくることのできる 1 人が組織を成長させるとよく言われますが、アルツハイマー協会の場合は 2 人いました。1 人は著名な老年科医の Dr. Robert Butler です。彼は国立高齢化研究所 (National Institute of Aging) の初代所長であり、いずれ大勢の人が認知症になることを知っていました。もう 1 人はシカゴの Jerry Stone です。彼には認知症の家族がいたので、それが家族にどれほどの影響を与えるのかを身を持って知っていました。そして、各地域で個別にがんばるだけではなく、結集して全国的に何かしなければならぬと言って、全国組織をつくったのです。

大勢の人間がたくさんの努力と仕事をしたのは確かですが、ビジョンを持ち、お膳立てをして、多数の参加を募り、協働する方法を交渉できるリーダーを見出だすことが、しばしば組織の成長のカギになると思います。アルツハイマー協会は、全国組織もニューヨーク市支部も、ともにこのモデルで成長を遂げました。いろいろ変化もありました。よい時ばかりではありませんが、使命を指針として持ち続けてきたことがよかったのだ

と思います。ニューヨーク市支部では官民パートナーシップとして、様々な機関との協働モデルも構築してきました。自分たちだけですべてはできませんし、そうしたいとも思っていません。しかし、認知症に関する専門知識センターとして、ケアを直接提供する他の組織の人たちに情報を提供し力を与えたいと思っています。

■論点2

「国、都道府県（州）、区市町村は、認知症ケアの推進に向けてどのように役割を分担することが望ましいか」

堀田 論点2にうつります。国レベルの戦略を地域と共有、浸透、実現していくためには、都道府県や州、そして区市町村がそれぞれ役割を果たしていくことが求められます。そこで、住民に最も近い立場で認知症ケアに取り組んでいらっしゃる世田谷区の秋山さんに、区としての認知症ケアに関する基本的な考え方、さらに都道府県や国への期待について、お話し頂きたいと思います。

秋山 区としては、住民同士の互助や共助がとても大切だと考えています。その取り組みの一例ですが、区内だけでも空き家が3万4,000戸あると推定されています。その空き家を活用した事業を募集したところ、認知症カフェをやりたいと手を上げた事業所がありましたので、来年3月までの開設を目指して準備が進められています。

このように、区民は何かやりたいという力を持っているのですが、何をどうしていいのか分からない。一方で、さまざまな社会資源も地域にはある。区がそれらの社会資源をしっかりと認識して、区民の力と結びつけていくことが大切であると思っています。

それから、生活支援サービスについても、区民の力をもっと活用したいと考えています。来年度には、例えばワンコイン、500円で買い物の支援をしたり、ヘルパーさんではなく、もうちょっと簡単な家事援助に力を貸して頂くシステムも始める予定です。そうしていかないと、やはり認知症の人たちは支えられないと思っています。このように区民に身近なところで施策を展開していくことが一番必要ですので、来年度後半の実現に向けて、今計画を立てています。

東京都や国へのお願いですが、東京都にはやはり医療体制の確保をお願いしたい。認知症に関して診断や支援を含めて携わってくださる医師も増えてきてはいますが、まだまだ一緒に出向いてくださるところまでは至っていません。地域を包括的に支えるためには、医療なくしては支えられないと思いますので、地域に出向いて頂けるお医者さんの確保を含めた医療体制づくりを担って頂けるとありがたいです。

もう1つは人材です。もちろん区も一生懸命やりますし事業者もそうですが、やはり医療福祉の人材は東京都にも担って頂きたいと思っています。

国には、法的整備や研究はもちろんですが、私は「認知症は良いケアがあれば絶対大

丈夫なんだよ、心配しなくてもいいんだよ」というキャンペーンを張ってほしいと思っています。例えば国民年金についてテレビで誰か有名な人が言うと、翌日から世田谷区の国民年金の電話は鳴りっぱなし、ということがあります。ですから大きな影響力を持つテレビで「認知症は決して怖くないだよ、良いケアがあれば大丈夫なんだよ。良いケアのためには地域の力、介護の人材が大切ですよ」というキャンペーンを国が張ってくれたら嬉しいなと思います。

堀田 昨年度の厚生労働省老健事業の一環で東京都医学総合研究所が1月に開催された国際政策シンポジウムでも、各国の認知症国家戦略実施責任者やアルツハイマー協会の代表者の方々が、認知症の方々が、認知症とつきあいながら、いかにその人らしく暮らしているかという良い「物語」を広めていくことがとても大事であると強調されました。国内各地でもそのようなご意見をお聞きしています。

医療体制に関しては、都道府県が地域保健医療計画を立てることになっていますが、今後、在宅医療については、市町村レベルでの体制充実が重要になっていくといわれているところです。秋山さんから期待が寄せられた医療体制の充実、人材確保について、都道府県としての取り組みの方向性を中山さんにお聞きしたいと思います。

中山 秋山さんからご注文を頂いた通りだと思います。東京都はこれまで基礎自治体のように施策をいろいろやってきましたが、これからは事業の実施主体は区市町村が基本となり、都道府県は自治体間の広域的な調整を図りながら、側面から財政的・技術的支援をしっかりとやっていくことが求められています。区市町村が単体では担えない、まさに医療や人材の確保・育成支援は、東京都が責任を持ってやっていくべきことだと認識しています。さまざまな都の施策の充実につきましては、これからも力を入れて、予算もたくさん付けていきたいと思っていますのでございます。

堀田 心強いお言葉、ありがとうございます。さて、先ほどKatzさんから、米国では長期目標と戦略を立てて進捗管理をしっかりと行っているというお話がありました。日本では、どのようにオレンジプランを推進していこうとしているのか、そのアウトカムをどのように見ていこうとしているのかについて、勝又さんにお聞きしたいと思います。

勝又 まず、地域包括ケアシステムを、一番身近な自治体である市町村で達成して頂けるようお願いしたいと思います。都道府県につきましては、市町村の後方支援をお願いしたいと思います。また、介護の人材は介護保険制度施行以降10年間で倍増していますが、2025年にはさらに1.5倍以上必要であると推計されていますので、さらなる介護の人材の育成・確保の役割を担って頂きたいと思います。認知症疾患医療センターの配置数は今年度、250ヵ所と整備が進んでいますので、広域的な医療の確保に関しては

都道府県でご検討・ご対応頂きたいと思っています。

国は一昨年、プロジェクトチームを立ち上げまして、認知症になっても本人の意志が尊重されて、できる限り地域の中で生活していけるようにということを基本的な方向性と致しました。その方向性に基づいて「認知症施策推進 5 ヶ年計画」、通称オレンジプランを立て、平成 25 年度から、例えば認知症疾患医療センターを 5 年後には 500 ヶ所に増やすなど、具体的に数値を定めて推進しているところでございます。

今後、国としては、地域の中での生活を続けられるような認知症施策の基本的な方向性をしっかりと打ち出すとともに、達成のための制度設計、研究、財源確保を行うことが大きな役割でないかと考えています。厚生労働省の認知症施策の予算は、昨年度はわずか 22 億円、今年度は 32 億円で東京都と同じ金額です。国の役割としては、今後さらなる財源確保もしていく必要があるだろうと考えています。

広報の件につきましては、いろいろ当たっておりまして、来年度はできれば政府広報を使って、認知症の方の明るいイメージを全面に打ち出していく必要があると考えております。

堀田 財源確保のお話が出ましたが、各国では認知症の方々がこれからどれぐらい増えていくのか、それに伴ってどれぐらいのコストがかかるのか、対策を行うことによってどれだけコストの増加を抑えられる可能性があるのかといった観点から、さまざまな推計が行われています。日本では社会的経済的影響に関する研究は始まったばかりですが、臨床医であり、かつ医療経済学者でもある佐渡さんに、認知症ケアにかかるコストの推計について、現状をご紹介頂きたいと思います。

佐渡 皆さんがおっしゃる通り、よいケア、よい体制を作っていくことが非常に重要であり、何より優先されるべきことだろうと思います。同時に、その実現には一定の財源が必要になることも避けられません。しかし、財源はこれから非常に厳しくなってきます。

私は臨床家で臨床研究もしていますが、同時に、今後どれぐらいのコストを使ってどういったサービスをやれば限られた資源を最大限効率的に使えるかという経済評価が、ますます必要になってくるだろうと思います。

現状としては認知症による社会的損失がどれぐらいかというデータも、まだ日本にはありません。今年から厚労省の補助金を受けまして、私たちのグループでまずそこから取り組み、次に費用対効果研究の実現につなげていく必要があると考えているところです。

堀田 ありがとうございます。栗田さんは全国さまざまな地域の認知症ケアについてご存知ですが、区市町村ごとに温度差があると思います。それぞれの地域に合った形で、

より良いケアが模索されていくためには何が課題だと思われるでしょうか。地域包括ケアシステムの推進にも関連づけながら、お話し頂ければと思います。

栗田 まさに区市町村ごとに全く違います。東京都の中だけ見ましても、隣あった町同士で意識もやっていることも水準もまったく違う、ということが現実としてあります。

これからの認知症施策は高齢者が暮らしている、その地域の特性に応じたサービス提供体制を作っていかななくてはいけないので、なんと言っても区市町村がきちんと意識を持ち、計画を立てていく力を持たないと、認知症の施策が成功しないと思います。

そうは言いながら、ところが意外にそうでなかったりするところもあります。実は私、東北でも仕事をしているのですが、2011年の東日本大震災で市町村機能が全てダウンしてしまって、それこそ認知症施策どころじゃなくなってしまった市町村がたくさんありました。でも、そこにも認知症の人がたくさん暮らしています。そうすると、必要に迫られて、地域に暮らしている人たちが力を合わせて支え合っていこうという動きが出てきたのです。

これはやはり人間のすごいところです。気がついてみると、例えば廃校になった小学校がサービス付きの高齢者住宅として機能していて、そこに地域の人が集まってきていろんな支援について一生懸命考えたり、一人暮らしの高齢者のお宅に行って認知症の人を支えるようなこともやれる範囲でやってみたりとか、いろんなことが出てくる。自治体はやらなきゃいけないということは分かっているけども動けないという状況でも、地域ではそういう動きが出てきています。

行政は、そのような動きがあるときに、それを支えていくことが大事です。そのためには、NPOの活動、地域住民たちの活動をきちんと見ていて、気づくことも大切です。それによって、相互作用と言いますか、自治体が弱いときには住民が頑張り、住民が弱いときには自治体が頑張っていて、だんだんと盛り上がってくるのだと思います。ですから、行政も地域の住民もしっかり意識を持って、お互いに影響し合いながら行動していくというやり方がとても大事だと思います。

また、秋山さんがおっしゃった「こういうケアをすれば認知症は大丈夫なんだよ」というキャンペーンをやることも、とても重要だと思います。認知症の啓発事業として「認知症になったら大変なことになるよ、だから何とかしましょう」というのはやはりだめでして、「きちんとしたケアをすれば認知症になっても安心して暮らせるよ」というキャンペーンが、認知症に対するスティグマも解消する、一番の重要な方法であろうと思います。

堀田 そうしますと、基礎自治体には、フォーマル、インフォーマルを通じて、住まい、生活支援、予防、介護、医療と、地域のニーズに応じたさまざまな資源を発見してつなげていく地域マネジメントの力が求められることになります。

どうやって基礎自治体の地域マネジメント力を高めていくか。米国には「Strong Cities, Strong Communities」というプロジェクトがあるとお聞きしました。Katzさん、ご紹介頂けますか。

Katz 連邦政府が人々の自宅や街で何かすることを考えるのは、なかなか難しいことですが、現政権が行ったことの1つに、省庁の垣根を越えた協力があります。そして、現政権では特に、従来の「ワシントンにいる我々がトップダウンで物事を進めるのだ」という意識ではなく、「住宅サービス、社会保障、介護サービス、医療サービスなどの施策の先には利用する人々がいる。しかも、1人の人が政府の様々な部署が管轄する様々なサービスの利用者なのだ」という認識を持って、思考を尽くし検討しました。このように、現政権では連邦レベルでは部署の垣根を越えて仕事に取り組み、施策の先にいる人々をいかに支援することができるかを考えてきたと言えます。

そして、これまでに取り組んできたプロジェクトの1つが、認知症に限ったものではありませんが、「必要とされている分野で何ができるか」を第1に考える、「Strong Cities, Strong Communities (SC2)」と呼ばれるプロジェクトです。オバマ大統領はシカゴに長く住んでいました。彼の支持者も大勢シカゴにいます。ですから、シカゴという市の課題、市に住む人々という視点を強く持っているのだと思います。それで、地方が直面するすべての課題に対処するよう、政府の部署の垣根を越えて、また地方自治体とも緊密な関係で取り組んでほしいと、大統領が我々に頼んだのだと思います。「Strong Cities, Strong Communities (SC2)」プロジェクトの対象となる市は、ハリケーン・カトリーナ以来、現在も地域崩壊が顕著なニューオーリンズ、貧困や失業、ホームレスに苦悩しているデトロイト、あらゆる問題が一挙に押し寄せているカリフォルニア州フレズノなどです。

堀田 連邦政府内で省庁間の垣根を超えるだけでなく、国・州・市の間でもミッションを共有していくということですね。どうやって、横も縦も共有を進めたのでしょうか。

Katz 例えば住まいの問題ですが、米政府には公営住宅を管轄する住宅都市開発省と、私の所属する保健福祉省があります。それぞれにサービス利用の適格基準が異なっていて、それぞれに待機者リストを持っていました。まったく別々に住宅施策を行っていたのです。まるで片方は木星にいて、もう片方は火星にいるかのごとくでした。

ところが数年前、保健福祉省と住宅都市開発省の長官が一緒に昼食をとったある日、ふたりは「待てよ。全国には保健福祉省のサービスを利用して、公営住宅に住む人がたくさんいるのだから、一緒に仕事をしようじゃないか」という話になったのです。手始めに、複数の助成金を異なる住宅プロジェクトに提供して、高齢化してますます虚弱化し、サービスを必要とする人々に、真に意味のある方法でサービスを持ち込み、提供す

る方法を考える機会にしました。

これは一例です。助成金制度を導入し、何がうまくいき、何がうまくいかないのか、いかにして物事を前進させるべきかを知るために、研究も導入したいと思います。

■論点3

「認知症の人が安心して暮らせるために、多様なステークホルダーを巻き込んだ地域住民主体の取り組みと町づくりをどのように実現するか」

堀田 論点3ではまず、多職種協働による切れ目ない認知症ケアの推進という観点から、専門職の教育研修に関してお聞きしたいと思います。近藤さんは大学で医師の教育にも携わっていらっしゃる。今、認知症サポート医研修などさまざまな取り組みがなされていますけれども、特に Levine さんのご報告にもありました緩和ケアや終末期ケアに関連して、どのような教育が行われようとしているか、あるいは今後の課題なのか、ご紹介ください。

近藤 一言で言いますと今後の課題という側面が大きいと思います。けれども決して悲観的ではなくて、医学部卒業後2年間、主要な科をローテートする臨床研修制度が必修化され、その間に科を超えて共に学んだ仲間がそれぞれの科に進んだ後も横のつながりを作りますので、情報の風通しがずっと良くなったように思います。

私がいる大学病院には医学生が毎年100人以上、研修医も100人以上がやってきます。教育病院としての啓発の影響力はすごく大きいと思います。しかし、病院には機能も人材も集約され、教育効果は高いのですが、普通のコミュニティにおける暮らしとは全く違う空間です。ですので、病院にしかできないことがある一方で、病院に全くできないこと、病院の限界もあります。今、2年間の研修の中に地域医療が必修として入っていますので、病院を離れ地域医療に必ず研修医がローテートする形になっています。そこで、病院だけがすばらしいのではなくて、病院にはできないものを地域・へき地で感じることができるかと思っています。

専門分化が進みすぎたことに強い違和感を持つ若手も増えています。国民のニーズに合わないのではないかという問題意識を持って、ジェネラリスト診療を志向する若手が増えてきていますので、10年後にはジェネラリストの意識を持って、今はがん一辺倒の緩和ケアも認知症、高齢者、皆さんに本来あてはまるものだという柔軟な思考の医師がこれからどんどん増えていくのではないかと感じております。

堀田 これから総合診療専門医も養成されていこうとしていますし、治すだけではなく生活の質も支えていくお医者さんの活躍に期待したいところです。

先ほど栗田さんから、かかりつけ医や看護師さん向けの研修、さらに多職種の研修につ

いてご紹介がありました。とりわけ多職種で認知症に関する考え方を共有していこうということについて、認知症ライフサポートモデルというものが開発されてきています。これに関して、勝又さんにご紹介頂きたいと思います。

勝又 一昨年、私が認知症室長を拝命したときに前局長から指示を受け、医療や介護分野の方々と研究班を立ち上げ、認知症のケアモデル策定に向けて話し合っています。医療の人は認知症という疾患に焦点を当ててお話をされますし、介護の人は認知症の人の人生や生活に焦点を当ててアプローチをしているというふうに、それぞれがバラバラで認知症のケアに当たっていることが明らかになりました。

診断についても最初にあるべきか後からでもよいのかなど、様々な議論がなされた結果、最終的には認知症の人の生活のしづらさを解消すること、生活全般への支援を医療と介護の人が一体的に提供する「認知症ライフサポートモデル」をやっていこうということになりました。そして今、市町村の、特に日常生活圏域ごとに医療と介護の人がライフサポートモデルと一緒に研修するプログラムが始まったところです。国からもいろいろな形で支援できると思いますので、市町村にもこのような研修を広めて頂きたいと考えております。

堀田 日本は介護保険制度のもとで在宅ケアに従事する人は、少なくとも概ね訪問介護員2級の130時間の研修を受講していることが求められていますが、米国の場合は、現段階では無資格でもケアを提供できることになっています。Levineさんがご講演の中でお話された、アルツハイマー協会によるヘルパーさん向けの50時間の研修について、もう少しご説明頂けますか。

Levine 我々が行っている50時間の研修プログラムは、認知症ケアに特化したものです。以前は、家事援助や身体介護を行う人々向けに、基本的なケアの仕方や感染予防に関する一般的な注意事項、入浴援助の方法、身体移動といった内容の別の研修が行われていました。

現在、我々が行っているプログラムの柱は4つです。1つ目は認知症の人の脳では何が起きているのかという病気に関する知識、2つ目は様々な経過や状態にある認知症の人との効果的なコミュニケーション方法、3つ目は認知症の人の介護や食事づくりといった支援に従事している人たちが、その活動を楽しみ、さらに積極的に活動に参加するための課題、4つ目は、有償の介護職対象の研修としては珍しいのですが、自分自身をケアする方法です。例えばヨガの先生を招いて呼吸法や瞑想法について学びます。認知症や一人暮らしの人の介護で大きなストレスを抱えても、すぐに電話して相談できる上司もいませんから、在宅ケアに従事する人にはセルフケアの大切さを教えています。

また、長年介護の経験を積んできた人の中には、「今さら学べることなんてあるだろ

うか？」と思いながら参加する人もいます。我々は彼らの経験や判断、直感的知識を尊重しますが、実際、研修が終わる頃には「新しい道具を手にした大工のような気分です。これまで以上によい仕事ができそう」という感想が寄せられます。このように、我々は家事援助や身体介護を行っている人々のスキルや地位を向上させるために活動しています。

堀田 ここまで、主に多職種で認知症の方々を支えていくための専門職に対する研修について伺いましたが、適切な時期に支援につなげ、その人らしい暮らしを実現していくうえでは、地域住民の方々の学びが極めて重要です。

日本で全国 440 万人もの認知症サポーターが養成されていることは世界的にも注目されています。認知症についての理解を深めたうえで、自分のこととして考え、行動していくことも期待されているところです。世田谷区でも熱心に養成されていますが、認知症サポーターの養成を、まち全体を巻き込んだ地域づくりにどうつなげていこうとされているのでしょうか。家族介護者の支援に関する取り組みとあわせて秋山さんにご紹介頂ければと思います。

秋山 今、世田谷区に認知症サポーターは約 1 万 2,000 人います。世田谷区で広がった背景には、学校、中学生や高校生、大学生を巻き込んだこと、それから企業を巻き込んだことが挙げられます。特に信用金庫など金融機関は高齢者のお宅を訪問して財産について話し合ったりしますが、対応に迷うことがあるそうです。このように、高齢者と接する機会の多い企業の人たちをみんな巻き込んでいますので、広がっているのだと思います。

「あの人、認知症らしい」となったときに、「火事を出しはしないか」「何だかもう汚くて臭くていやだ」と、地域はものすごく冷たい目になることが珍しくありません。地域の温かい目があれば認知症の人は地域で暮らせると思います。地域の冷たい目を認知症の人たちは一番敏感に感じます。かといって、「冷たい目じゃなくて温かい目を」と言っても難しい。でも、「何かあったらあんしんすこやかセンターに相談すればいいですよ。あなたは都合のいいときだけ見てくださればいいですよ」となると、地域の住民はみな優しいですから、「じゃあ私、この時間帯だけだったらあの人のは見ることができ」「気が向いたときだけでいいのなら私もやれる」となることがあります。一朝一夕には進みませんが、このようにして広げていくことが大切ですし、サポーター養成にも取り組んでいるところです。

家族介護者に対しては、「1 人で悩まないでね」というのが一番のメッセージです。地域には NPO を含めていろいろな資源があり、家族介護者の人たちがお茶会などをやっています。社会福祉協議会が中心になって展開している「ふれあい・いきいきサロン」は、現在、世田谷区内に約 700 グループあります。そのうちのいくつかは認知症の人た

ちも参加して、自宅や区民施設などに集まって、数時間おしゃべりをして過ごすというように取り組んでいて、そこには区からも金銭面も含めて少し支援しています。

家族会にもレビー小体型認知症の家族会などさまざまありますが、世田谷区が旗を上げて「ここに集まってください」と呼びかけるのではなく、区民が立ち上げて下さったものを支援していくという形で進めています。今後も家族会などの取り組みをさらに地域に広げていきたいと考えています。

堀田 まさに地域から「生えてきた」取り組みをしっかりと支援なさるということですね。サポーター養成に関しては学校や一般の事業所を巻き込んでいくというのは、世代や立場を越えた支えあいのまちづくりを目指すうえでも非常に重要な観点だと思います。

続けまして、Katz さんに、認知症の方に限らず、どうやったら年を重ねても、あるいは何らかの病気や障害を持って暮らしやすい地域を作るかということで、「elder friendly community（高齢者にやさしいコミュニティ）」の取り組みについてご紹介を頂ければと思います。

Katz 最初に一言申し上げたいのですが、これまで皆さんのお話にあったように、物事をオープンにすることは、高齢者虐待という非常に大きな問題への取り組みとしても有効だろうと思います。介護職の人たちは犯罪者ではありませんし、悪い人たちでもありません。ただ、とても大きなストレスがかかります。ですから、物事をオープンにして支援が得られるようにすること、いろんな人たちの目があるようにすることで、虐待の抑止に少しはつながるだろうと思います。

Elder friendly community には多くの地域が取り組んでいます。この取り組みの推進には、大規模な非営利組織 AARP (American Association of Retired Person: 全米退職者協会) の果たしてきた役割が非常に大きいです。また、約 20 年前に制定された「アメリカ障害者法 (Americans with Disabilities Act)」によるところも大きいと思われます。具体的には、curb cuts (車道と歩道の段差をなくす) の導入、野菜の宅配、インターネット上での金銭管理、地域を高齢者にやさしい場所にするといったようなことです。つまり、ただ単に高齢者のためのサービスを導入するというのではなくて、高齢者をもっと歓迎するような地域にするという取り組みです。

Curb cuts (車道と歩道の段差がなくす) はとてもよい例だと思います。と言いますのも、これは車イスを利用している人の可動性の問題を解消するために設けられたものですが、ベビーカーを押している人にとっても、また身体のバランスがとりづらく転倒しやすい人にとっても非常によいものであることが分かりました。ですから、障害のある人たちが暮らしやすい地域づくりはとてもよいことなのです。障害のある人たちが地域の一員であり続けることが可能となり、今までよりも長く地域で暮らすことができますし、彼らが街に出かけ、その姿を目にすることで、地域に溶け込むことができます。

堀田 ありがとうございます。先ほど進藤さんからのご報告で、第三者的視点での情報整理と提供についてお話がありました。この「第三者的視点」について、もう少し詳細にお話し頂けますか。

進藤 米国では連邦政府や州政府、市政府のほかにさまざまなアドボケーションのグループがあり、さまざまな新しい情報が毎月あるいは毎週のように提供されます。ただ、そのような情報を読んでも、制度等の仕組みがわかっているなければ理解するのはなかなか難しいです。特に 65 歳以上になって、メディケアとか年金のことを初めて聞く方もたくさんいて、専門的な英語がなかなか理解できないということがあります。

このようなさまざまな情報の中で、「これは日系人の方に有用であろう」と思われるものをある程度ふるいにかけていくような役割を、第三者的視点に立ち、ニューヨーク日系人会などがやっています。

先ほどニューヨーク日系人会はいろいろな活動をしていると申し上げました。活動自体はそれぞれ月に 1 回くらいです。少ないと思われるかもしれませんが、もともとは文化的な支援を行っている団体で、落語のセッションを試みたり、ヨガや書道のクラスを開いてみたり、日本の本の貸し出しなどを行ってきました。ところが、地域で高齢者サービスを提供している機関の方から、「こういう日本人の方がいるのですが、あなたのところではサービスは提供していませんか？」というような問い合わせの電話を受けるうちに、会としてできるのは何なのか、他の団体にやってもらうものはどこまでか、といったことを話し合い、その人にとって必要と思われる情報を日系人会で整理してお渡しするようになりました。

堀田 地域全体としてさまざまな取り組みを充実させても、利用したい人がたどり着くのはなかなか難しい、何が自分にとって大事なものか分かりづらいこともあるということですね。一人ひとりのニーズと一緒に見極めながら、必要な情報を整理して提供することは改めて重要で、アルツハイマー協会は、まさにそのような役割も果たしていらっしゃると思います。

最後に Levine さんにおうかがいします。アルツハイマー協会においてさまざまな活動を効果的に展開されていくうえで、いかに認知症の方ご本人あるいは介護者の方々のニーズや声に耳を傾け続けていらっしゃるのでしょうか。前回の国際会議の中でも、イギリスの“I statement”について紹介があり、日本でもご本人の視点を中心に施策をつくり、その成果を評価することへの関心も高まっています。「認知症の人基本法」をつくらうという動きもあります。ご本人と介護者の声に根ざした活動をしていくうえでの工夫について、お聞かせ頂ければと思います。

Levine アルツハイマー協会は家族介護者の声から設立されました。ところが、ある時、我々が開いた家族介護者の会議で、若い男性が立ち上がって言いました。55 歳ぐらいの人でした。「あなたたちは家族向けにはこれだけたくさんのサービスを取り揃えているけれども、私のためには何があるのか教えてほしい。私はアルツハイマー病です」と。若年発症の方だったのです。もう 23~24 年前のことです。これが、認知症である人にもっと注意を向け、彼らのチャンスを確保するようにしなければならないと気づいたきっかけでした。ですから、我々のアドボカシーの活動においては、早期発症のアルツハイマー病の人たちをはじめ、誰もがアドボケートの役割を担うことができます。

公聴会や公共ホールで我々が証言する時に、誰かが立ち上がって「私はアルツハイマー病です。時間との競争の只中にいます。政府が 20 億ドルを拠出するのを待ってはられません。今、治療薬が必要なんです」と発言しているのを耳にすると、とても印象的です。人を動かす非常に強い力があります。

ご家族も同様です。ある上院議員の事務所に 25 歳の若い女性と訪問したことがあります。彼女の母親は 52 歳でアルツハイマー病のために亡くなったばかりでした。アルツハイマー病は高齢者の病気だと思われていますが、誰でもなる可能性があります。ですから、我々は彼らが声を上げられる機会をつくろうと努力していますし、我々の活動を人々に紹介するだけでなく、アルツハイマー協会の政策を理解してもらい、その政策に沿った活動推進への協力を求めています。

アルツハイマー協会が全国で提供しているサービスの全利用者を対象とした、公式の調査があります。そこで、満足度の報告を受け、注意深く追跡し、どうすればよりよいサービスが可能かを知ることができます。このように、利用者の声を公式・非公式の方法で聞き取る方法を持っていますし、常に認知症の人や家族の声に耳を傾けるようにしています。我々の活動は、そのためのものだからです。

堀田 一人ひとり、私たちがそれぞれの地域でどのように暮らしていきたいのか、どのように支えあいながら生きていきたいのか考えること。常にご本人やご家族の声に耳を傾け、対話を重ねながら、社会全体としてビジョンを共有して進んでいくことが重要だという示唆を頂きました。以上でパネルディスカッションを終わります。

ありがとうございました。

閉会挨拶

飛鳥井 望 公益財団法人東京都医学総合研究所 副所長

昨年度の老健事業で開催させて頂いた国際政策シンポジウムで、国家戦略はトップダウンで始まってすぐボトムアップにシフトするということが各国で共通に言われていました。今年度老健事業の日米カンファレンスは、そこを出発点として組ませて頂きま

した。

Katz さんが最初に「国家戦略というのは政府の戦略ではないんだ」と言われましたが、まさに国家全体、国家を構成する全ての人に関わるものであるということ、そして結局は人であるといったお言葉もありました。また、今日は世田谷区の秋山副区長にいらして頂きましたけれども、やはり基礎自治体が本当に一人ひとりの市民をどう支えるか、自治体の力が足りないときは、地域住民がいかに自分たちで支え合うかといったような、まさにボトムアップのお話もありました。本日のテーマの「国家戦略と大都市の取り組み」ということですが、やはりトップダウンからボトムアップに尽きていくというお話だったと思います。

時間の関係上、取り上げることができなかったテーマの1つがインターネットです。英語で Alzheimer と入力しますと、アルツハイマー協会の素晴らしいウェブサイトが出てまいります。英語圏の人は皆、これを利用できるのかと思うと本当にうらやましいような充実ぶりです。これから認知症になっていく人たちは完全なインターネット世代ですので、このような IT をいかに利用するかということも課題であると思います。

また、教育の問題が出ましたけれども、おそらく最もパワフルなキャンペーンは初等・中等教育の福祉教育の中で認知症の問題を取り上げるということ。これが10年20年後に必ず生きてくるような強力なキャンペーンだと思います。このような課題、チャレンジがまだいろいろありますので、引き続き皆さんと一緒に考える機会があればと思います。



