

〈論文〉

認知症の人と家族を支える地域づくりの可能性

市野 瑛子

はじめに

世界保健機構は、2012年4月に認知症に関する初の報告書を出した。世界で認知症患者が増えており、2010年時点で3560万人、2050年には3.2倍の1.1億人になると報告している。WHOの事務局長は、報告書で「世界は老い始めた。認知症は世界の保険制度にも大きな負担となる。患者を抱える家族を貧困ライン以下に押しやりかねない。社会全体で対応策を考える必要がある」¹⁾と訴えたと報道されている。

日本では、1970年に高齢者人口が7%を超え高齢化社会と定義されてから、わずか24年後の1994年に14%を超え高齢社会となった。現在では、23%を超え本格的な高齢社会となった高齢社会先進国である。

また、介護が必要な者を介護保険の要介護認定者数からみると、2010年4月末現在で、要介護認定者数は487万人となっており、居宅サービスを利用している数は294万人、地域密着サービスを利用している数は25万人、施設サービスを利用している数は83万人であり、多くの者が在宅で生活していることになる。2010年1年間の要介護認定データを基に「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても誰かが注意すれば自立できる状態）以上に介助が必要な認知症高齢者割合²⁾を算出すると、280万人であった。要介護認定を受けた人の半数以上は、誰かが注意していることで自立できる状態であり、65歳以上人口全体の9.5%に当たる人数である。この結果から2012年を推計すると、305万人となっており、今後も認知症状のある高齢者は増加する見通しである。ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれないため、現在においても実際にはこれ以上の認知症状のある高齢者が存在すると考えられる。

次に、高齢者の住まい方を2009年の世帯構成統計から見ると、65歳以上のひとり暮らし高齢者世帯は23.0%、夫婦世帯は29.8%であり、この両者を合わせると52.8%となり、子世代と同居していない世帯が全高齢者世帯の半数を超える。子どもと同居する場合も、三世帯世帯に住む高齢者は17.5%に過ぎず、1992年に36.6%が三世帯世帯だった頃の半数以下の

割合となっている。また、子どもが経済的に不安定なまま同居し続けるケースを含む親と未婚の子のみの世帯の18.5%より少ない。

子世代家族と同居する場合でも、高度経済成長期と異なり専業主婦の割合は低下し、女性の意識も変化したため「嫁」として介護を担う人は少なくなってきた。以前は、介護をしなくても過ごすことができた夫や息子も介護することを求められ、別居している家族も介護に関わるケースが増えた。つまり、「介護する気は持ち合わせていても介護を担う力のない」家族³⁾が増えているといえる。

初めの統計で見たように、認知症高齢者が増加する今後、認知症高齢者が住み慣れた地域生活を可能にしていくためには、今以上に認知症高齢者を支えられる仕組みが必要となる。つまり、現在の家族介護者、介護保険制度によるサービスが中心となる支援に地域の支援が加わることが必要ではないだろうか。

本稿では、高齢社会先進国である日本で行われている、認知症の人とその介護者の地域との関わりや現在の状況、今後の方向性をふまえ、取組にどのような成果と課題があるか考察する。また、地域での見守りにつなげる認知症サポーター養成等の活動が、どのように認知症の人や家族を支えることが可能か検討する。

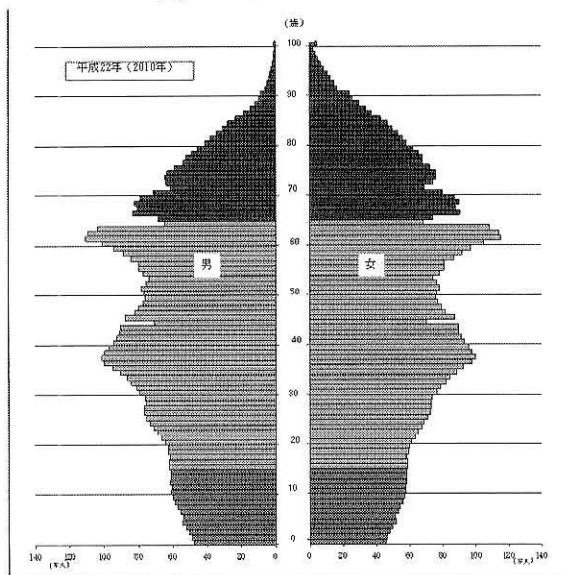
1. 高齢化の現状

1-1 高齢化と認知症の人⁴⁾の増加

日本では、急速な高齢化が進行している。日本における平成22年10月1日現在の総人口は、1億2,806万人であった。65歳以上の高齢者人口は、2,958万人（男性は1,264万人、女性は1,693万人）であり、高齢化率は23.1%となった。5人に1人が高齢者、9人に1人が75歳以上人口という「本格的な高齢社会」⁵⁾となっている。

高齢者と認知症の人の増加は比例している。なぜなら、認知症の最大の危険因子は加齢だからである。65～69歳での有病率は1.5%で、以後5歳ごとに倍増し、85歳では27%に達する。現時点で、日本の65歳以上の高齢者全体における有病率は8～10%程度と推定されている。2010年時点では、認知症を有する高齢者人口は280万人程度⁶⁾といわれていたが、専

図表 1 人口ピラミッド



出所) 統計局 HP 「国政調査 e ガイド 2010 国勢調査」
http://www.stat.go.jp/data/kousei/2010/kouhou/useful/u01_219.htm

門家の間ではすでに 65 歳以上人口の 10% (242 万人程度) に達している⁷⁾ という意見もある。

例えば、有病率から単純に考えると、結婚した 2 人の親 4 人があり、全員が 85 歳以上生きたとすれば、その内 1 人が認知症を発症する。結婚した場合、親世代の家族介護者になる可能性が十分にある。つまり、平均寿命の長い日本人にとって、認知症は自身が発症するかもしれない病気であり、認知症は全ての人に関係する問題となっている。

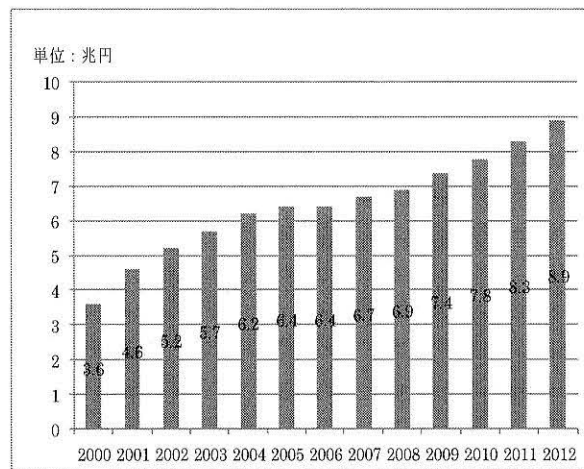
そして、認知症の人の増大は介護費用と保険料の増加⁸⁾ にもつながっている。2000 年度に 3.6 兆円だった介護保険の総費用は、2009 年度には約 2 倍の 7.4 兆円となり、2012 年度は 8.9 兆円となっている。65 歳以上が支払う保険料の全国平均 (月額・加重平均) は、第 1 期 (2000~2002 年) は 2,911 円だったが、第 5 期 (2012~2014 年) は 4,972 円となっている。今と同じ程度の介護を今後も介護保険を使って利用していこうと考えるなら、高齢者の増加に伴い保険料は上がることが予想される。

図表 2 「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の将来推計
将来推計

将来推計 (年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280 9.5%	345 10.2%	410 11.3%	470 12.8%

(出所) 厚生労働省 H P <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul-att/2r9852000002iavi.pdf>

図表 3 介護保険料の推移 総費用



(出所) 厚生労働省 H P <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi.html>

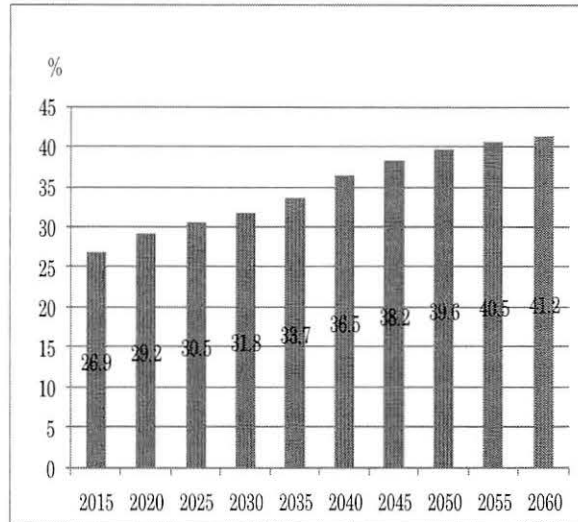
図表 4 保険料の推移

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均 (月額・加重平均)〕



(出所) 厚生労働省 H P <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi.html>

図表 5 高齢化率の将来予測



(出所)『高齢社会白書〈平成23年版〉』<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/ze>

2015年には、団塊世代の最後が65歳となり、2025年には、団塊世代の最後が75歳になることから、史上かつてない超高齢社会となる。また、平成67(2055)年には高齢化率40.5%に達して、国民の2.5人に1人が65歳以上の高齢者となる社会が到来すると推計されている。超高齢社会問題は認知症問題でもあると言える。今後、高齢者人口の急増とともに認知症患者数も増加し、2020年には325万人まで増加するとされる。制度として、どこでどのように高齢者や認知症の人を支えるかが課題となってくる。

1-2 生活環境と認知症の症状

生活の場を考えた時、多くの人はいつまでも住み慣れた地域で生活する事を望んでいる。また、高齢になり在宅生活は難しいと感じて施設入所を視野に入れた場合も、特別養護老人ホームの入所申込者は、1施設当たり定員数は66.7人、入所申込者数は227.1人であり、定員数に対して3.4倍の入所申込者が存在している状態⁹⁾であり、入所希望者も在宅で生活する期間がある。今後も高齢者は増えていくことから、入所申込者全てを施設で対応することは難しく、すでにその問題は顕在化してきている。だが、在宅生活支援が行き届き地域生活が続けられるとしたらどうだろうか。認知症の人に対しての支援および、在宅介護を担う家族を地域が支え負担を軽減することができれば、認知症の人と家族が暮らしやすいまちになり、住み慣れた地域で暮らすことが可能になるのではないだろうか。今後、在宅生活と施設利用を自由に選べる環境にし、認知症の人が暮らしやすいまちづくりが必要となってくる。

認知症という病気のケアとして、住み慣れた地域に住みつづけることは有効だといわれる。なぜなら、

住み慣れた自宅から子どもの家への転居、または施設入所によって環境が変わると認知機能が急激に低下したり、後述するBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)が悪化したる可能性があり、これはリロケーションダメージ¹⁰⁾と呼ばれる。住み慣れた地域であれば保持された以前からの記憶を使い活動を継続でき、認知症の進行を遅らせることができるためである。

認知症とは、様々な原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなってしまったために、様々な障害が起こり、生活する上で支障が出ている状態（およそ6カ月以上継続）を指す。認知症の症状として、新しいことを記憶できない、人の名前を忘れる等の中核症状と、不安・焦燥、妄想等のBPSDがある。しかし、認知症を発症した全ての人が、同じ症状や問題行動と言われる行動をするのではない。認知症の人自身の性格と周囲の環境が合わさることにより、BPSDの発生の仕方が変わるのである。認知症は、症状の進行を抑える薬を用いるとともに、周囲の人の関わりにより症状の緩和や地域生活が可能になる病気である。認知症は物忘れが起こる病気であるが、認知症になるといきなり何も分からなくなるのではなく徐々に進行していく。

認知症の人は、それまでできていたことが徐々にできなくなっていく自分自身に戸惑い、不安と格闘している。小さな失敗に自信をなくし、周囲のまなざしや言葉に傷つきやすく、人と会うことが嫌になりひきこもりがちになってしまう。しかし、世話になるだけでなく、これまでどおり、家族や地域の役に立ちたいという願いを抱いている。地域は、認知症の人の委縮しがちな心身を解放し、戸外に出ること自体でやすらぎや快さを感じることができると大切

な場でもある¹¹⁾。そのため、多くの人が認知症になる可能性がある現在、認知症になっても安心して地域に出て快さを感じられるような環境を作っていくべきではないだろうか。

住み慣れた地域だから、認知症状があっても自分自身でできるということもある。認知症の人の能力を維持できるのは、地域という環境でもある。

1-3 家族介護の課題

1-3-1 介護者がおかれている状況と支える資源

現在、介護保険制度により、認知症の人が福祉サービスを受け、医療保険制度により医学的ケアを受け、認知症の進行を遅らせる薬や精神状態を安定させる薬を処方されることで、間接的に家族介護者の負担を減らすことになっているが、家族介護者への直接的な支援はまだ脆弱で、家族の介護負担の重さが大きな問題になっている。世帯の少人数化も進んでおり、家族内で介護負担を分担することも難しい。

家族介護者の介護負担を大別すると、①精神的負担、②経済的負担、③肉体的負担が挙げられる。本稿で注目するのは精神的負担である。

①精神的負担をみると、人は通常、死によって喪失体験を経験するが、認知症介護者は認知症の人の様子が認知症になる前と変わってしまうことで、本人が生きたまま喪失体験をすることになる。また、初期の認知症の人が、症状の進行する物忘れをする自分を悲観して「死にたい」などと発言したり、自殺未遂をしたりすることもあり、介護者家族の精神的負担も増える時期がある。

介護期間についても、認知症介護は、いつまで続くのか、将来どのように変化するか予定が立てにくいものであるため、不安を感じやすい。地域や介護者自身の考え方によっては、認知症であることが周囲に知れるのは恥ずかしいと感じたり、家族内で解決するものだと感じていたりすると、介護者は、助けを求められず個人で引き受けることになってしまう。そのような状況では長時間の見守りと自由に外出できない環境になる。

先行研究においては、抑うつと介護負担感との関連が報告されており、大浦ら（2008）は、要介護高齢者の介護者 113 名を対象に、介護者の介護負担感と介護者の抑うつとの関連を抑うつ群、非抑うつ群に分けて検討¹²⁾した結果、2 群間の介護負担感に有意な差が認められ、そのなかでも見守り時間が長い者、外出ができない者が有意に多かった事を報告している。うつ症状に至るかどうかは個人差があっても、一般的に認知症の介護者は、見守り時間が長い、外出ができないことが想像され、負担感は大きいと考えられる。また、認知症の初期であれば、認知症の人はあまり関わりのない人の前では緊張し、問題

なく振舞うことができるため認知症であると気付かれにくい。そのため、家族が周囲の人に助けを求めようとしても信用されず、家族が嘘をついているように思われてしまうことがある。これら周囲の無理解は介護者の負担を増やすことになる。

精神的負担への支援として、周囲の理解がある場合は、老人会や趣味のグループに認知症の人が出かけることで、介護者と被介護者が離れる時間が作れるが、現在、どこでも誰でもができるわけではない状態である。そのため介護保険サービスで関わる職員や家族の会が担う役割は大きい。家族の会が行っている電話相談や集いは介護経験者が対応しており、介護者の気持ちを傾聴して聞いてもらうことができる。しかしそのような活動があると情報を得ることができなければ相談につながらない。また、地域の中にも介護経験者や相談になりうる人がいると思われるが、そのような人がいることを知らない、相談した内容の漏えいを心配し相談できない、とも考えられる。地域など周囲の人が、家族の精神的負担を和らげる関わりを持つことができれば、認知症の人の悲観的な気持ちを緩和させ、家族の介護のしやすさにつながりうる。

②経済的負担をみると、介護保険サービスを利用する際、費用の 1 割の本人負担が必要となる。介護保険サービス量が足りなかったり、利用する本人の年金や預貯金ではサービス利用料が支払えなかったりすると家族が支援することになる。また、認知症の人が介護サービスの利用を拒むことで家族の介護が必要になると、就労している介護者は自らの職務に制約がでてくる。家族の介護・看護のために離転職している労働者が、2002 年からの 5 年間で約 50 万人存在している。欠勤や離転職により収入が減ることも経済的な負担になる。

経済的負担への支援として「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」は、要介護状態にある家族の通院の付き添い等に対応するため、介護のための短期の休暇制度が設けられ、要介護状態の対象家族が 1 人であれば年 5 日、2 人以上であれば年 10 日とることができる。しかし、一時的に介護するのであれば、有給休暇や年 5 日の介護休暇で対応できると考えられるが、介護サービス利用時間以外は、家族の介護を前提とするのであれば、働きながら介護を続けることは難しい。休業して介護するのであれば介護休業制度があるが、通算 93 日までとなっている。主に介護者となる年齢の人は、会社にとっては経験を積んだ人材であり、そのような人の離転職は、会社にとっても損失となると考えられる。離転職者数の多さは、現在の法支援のみで介護者の就労継続を支えることの限界を示しているのではないだろうか。

③肉体的負担をみると、認知症の人の日常生活動作（ADL）が不安定になってくると身体介護が必要となる。自分で動きにくい生活は昼夜逆転現象も起りやすくなり、介護者の不眠につながる等それまでになかった負担も追加されることになる。昼間の支援は介護保険等によるサービスを使いやすいが、夜間は対応できる事業所も少ないことから利用が難しく、このようになると更に介護者負担も増加する。

肉体的負担への支援としても、介護保険サービスを用いることが肉体的負担の軽減となる。介護負担を減らすためにも、認知症の人の日常生活動作を保持・向上するリハビリは、専門職がしっかりと関わるべき分野だと言える。家族や地域の方は、認知症の人のやる気を引き出す役割を持ち、協力することで効果的な変化につなげることができる。

ただ、介護保険サービスは、認定された要介護度により1割の自己負担で使える利用上限が決まっており、それ以上は全額自己負担となるため、無限に使えるわけではない。現在の制度内だけで家族の負担軽減を解決することは難しい。

1-3-2 介護者の悩み（孤立）

家族の会への相談時間からもそれはよみとれる。家族介護者の負担で最も大きいものは、①精神的負担ではないだろうか。尾之内は、「認知症の人と家族の会愛知県支部」で受けた2001年11月～2008年12月までの電話相談3,669件の分析結果でも人間関係の悩みが多く相談されている。主訴で分類すると、①認知症の症状（21.8%）、②人間関係（17.6%）、③サービス利用（11.7%）、④介護にかかわる不安（8.4%）の相談内容の順になっている。特に、②人間関係については、相談時間も30分を超える場合が多く、主訴でないにしても相談全体の3割の人が人間関係の話を口にしてしている。認知症状の対応ノウハウの習得だけで解決する悩みはそれほど多くはなく、長年の

歴史やしがらみから生じる人間関係の悩みや介護者自身の身体的・精神的不安などの悩みのほうがとても大きい¹³⁾。と述べているからである。認知症の人に対する相談は他の場所でも聞いてもらえるが、介護者自信の悩みを相談できる機会が少なく、介護者に対する支援が求められていると言えるのではないだろうか。

また、認知症介護の悩みとして、阿部喜明らはテキストマイニング¹⁴⁾を使い、認知症の人と家族の会の会員さんからの便利のコーナーに寄せられた投書者の「声」を調査している。そこでは「本人」「サービス」「地域社会」「制度」「家族」「介護者」の6つのカテゴリに分け、カテゴリと否定形・肯定形・疑問形の「声」の関の結果から、次のように考察している。

“私は地域社会が嬉しい”という「声」の地域社会というカテゴリには「家族の会」や「地域の方々」という表現が多く地域に住む人々との“付き合い”と解釈する。認知症の人と家族の会は、当事者を中心とした会であり、各支部で定期的に“つどい”という介護者同士の交流の場を設け、また支部のない地域の人のために会報誌が発行されている。こうした取り組みは、認知症介護に関わる仲間同士の触れ合いの中で互いに自己開示を繰り返し、そこで得られる効果は、単に介護の情報収集や悩み相談ではなくピアカウンセリング（共感的世界）にあるといえる。

しかし、その研究のカテゴリと否定形の「声」の関係において、地域社会に対して「恐怖」という「声」が多いという特徴が示されている。地域社会に対して「恐怖」という「声」の根本的な問題は“地域社会からの孤独、孤立感”、いわゆる地域との交流を絶った状態であるといえ、“私は地域社会が嬉しい”という「声」の裏側に、“地

図表 6 介護者の負担分類

負担分類	負担感	原因	資源
精神的負担	・ 認知症の人が生きたまま喪失体験 ・ 介護者自身に支援が必要でありながら支援者であることを望まれる ・ 予測しにくい介護期間など	・ 認知症に対する知識不足 ・ 周囲の人の無理解 ・ 利用できるサービスの不足など	・ 介護保険サービス ・ 介護者家族の会 ・ 認知症サポーターなど
経済的負担	・ サービス利用時の自己負担額 ・ 介護のため就労制約による収入減少など	・ 利用可能な制度の不足など	・ 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律など
身体的負担	・ 症状進行による身体介護 ・ 夜間介護	・ 認知症の人のADLの低下 ・ 夜間対応サービスの不足など	・ 介護保険サービス ・ 医療サービスなど

域社会からの孤独、孤立感”を抱いているとするなら積極的に介護者・家族の社会参加に対し目を向けていく必要があるといえる¹⁵⁾

家族の会は、後述するようにピアカウンセリングにもなる大切な場所であるが、認知症の人も家族介護者も地域の中で生活しており、常に家族の会と接しているわけではない。心強い仲間が家族の会にいることは大きな心理的支援となるが、日常の孤独、孤立感は解消されないのではないだろうか。地域の関わりにより「恐怖」が「嬉しい」に変わり、地域での介護のしやすさや暮らしやすさにつながる可能性があるため、認知症の人が地域で暮らすうえで、地域の人の認知症の人や家族介護者に対する理解は外すことができない。地域における孤立感は、地域の住民によって解消していかなければ解決できないだろう。

孤独感¹⁶⁾は、他者と断絶しているという苦痛の感情を伴うことが多く、一度、こうした変化が生じると長期に持続してしまう。孤独感は、その人の相互作用スタイルに望ましくない変化を引き起こし、それによって他者が遠ざかってしまう。その結果、さらに孤独感が強まるというかたちで持続してしまうため孤独感を感じさせない関わりが求められる。孤独・孤立の問題を解決するためには、介護者が地域に住む介護者の悩みを理解する人と関われる機会の確保や、仕事や友人関係等それまでの社会的関係から離れなければならない状況を防ぐことが必要となる。

認知症の人が地域で生きていくためには、認知症の人を支える家族へのサポートも必要である。現在、認知症の人や家族を支える人として、介護支援専門員のような介護保険サービスを通じた関係者や家族の会等の団体であることが多い。しかし、家族介護者の負担は、周囲の理解のなさによるところも大きいことから、生活の場である地域の人が認知症に対する正しい知識を持ち、認知症の人や家族に対する理解を示していくことが求められる。今後、求められる支援は、職業として関わる人が行うこと以上に、認知症の人や家族の近く存在である地域の人の活躍である。

2. 認知症高齢者に関わる制度・政策

2-1 現行制度の特徴

2-1-1 介護保険制度の変化とその評価

現在、介護が必要な高齢者の多くは介護保険サービスを利用している。1997年に成立した介護保険法の導入の経緯として、高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズ

は益々増大したこと、一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化してきたことがある。2000年に、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして介護保険が施行された。単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者の自立を支援することを理念としている。利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度であり、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用している。介護保険制度の導入により、介護は家庭内で担われる無償労働から社会に開かれてきた¹⁷⁾。介護保険サービス利用は徐々に進んだが、介護者の介護時間は必要とされた。

さらに、2005年に介護保険制度改革があり、再び同居家族に負担が増える変更も行われた。独居高齢者や認知症高齢者の増加により、地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設、居住系サービスの充実、新たなサービス体系の確立がされる一方、介護給付費における国庫負担を抑制する目的で、介護予防の充実と介護給付の「適正化」が行われた。具体的には、介護報酬の引き下げや、基準・運用の強化が行われ、訪問介護事業における同居家族原則の徹底など、再び家族の介護責任を強化することによって、制度サービスはあくまでも家族の後方支援へとその役割を縮小する「再家族化」という姿を見せている¹⁸⁾。

2011年6月に、介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律が制定され、2012年4月より施行された。高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進めると明文化されている。6つの柱として、1. 医療と介護の連携の強化、2. 介護人材の確保とサービスの質の向上、3. 高齢者の住まいの整備等、4. 認知症対策の推進、5. 保険者による主体的な取組の推進、6. 保険料の上昇の緩和がある。

平成22年度介護保険制度に関する世論調査¹⁹⁾において、介護保険制度導入により良くなった点として、介護の状況は「良くなったと思う」、「どちらかといえば良くなったと思う」と答えた者(1,678人)に、良くなったと思われることは何か複数回答で聞いたところ「家族の負担が軽くなった」54.8%、「介護サービスを選択しやすくなった」50.2%と高く、以下「家族に介護が必要となった場合でも働き続けることができるようになった」(33.8%)などの順になっている。制度導入後も良くなっていない点として、介護の状況は「どちらかといえば良くなったとは思わない」、「良くなったとは思わない」と答えた者(942人)に

良くなったとは思わないことは何か複数回答で聞いたところ「利用料などの経済的な負担が減っていない」53.7%が最も高く、「家族の負担が軽くなっていない」(44.3%)「家族に介護が必要となった場合でも働き続けることができるようになっていない」(40.4%)などの順となっている。

介護保険制度により介護負担の軽減が図られた面はあるが、制度改革の方向性により家族の負担は左右され、課題は残されている。介護保険制度だけで解決しようとするのではなく、現在、介護に関わっていない支援者が関わることで介護負担の軽減の可能性はあるのではないだろうか。今後、現在の施設入所の待機者を解消するような入所施設の増設がされる予定はなく、限られた施設資源をいかに必要な人に使ってもらえるようにするかを考え、地域で介護していけることが幸せだと感じられるシステムを作る必要がある。地域で介護をする上で、誰かが大きな負担を抱えるのではなく、本人、家族、地域の3者が良いと思える社会にすることが大切である。

2-1-2 「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」構想

政策的な方向としては、地域において認知症の人と家族を支えるまちづくりの方向性をみることができる。

2005年に行われた認知症に関する政策として、「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」構想がある。2004年12月に「痴呆」の呼び名が「認知症」に改正された。「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」構想は、2005年度を「認知症を知る1年」と位置づけた。単なる呼称変更にとどまらず、今後、多くの人々に認知症が正しく理解され、また認知症の方が安心して暮らせる町がつくられていくよう、その第一歩として普及啓発のためのキャンペーンが行われている。開始一年目である2005年度の到達目標として、多くの住民が、認知症の特徴、認知症になっても自分らしく暮らせること、認知症予防に有効と思われること、認知症になったのではないかと思ったときの対応、認知症になったときの対応、認知症の人の暮らしを地域で支えることの重要性と可能性について知り、各自なりの対応・支援を考えていくための素材づくり、地域づくりのモデルができていくとした。

2009年の中間年の到達目標として、認知症について学んだ住民等が100万人程度に達し、地域のサポーターになっている。認知症になっても安心して暮らせるモデル的な地域が全国各都道府県でいくつかできている。2014年度到達目標として、認知症を理解し支援する人(サポーター)が地域に数多く存在し、すべてのまちが認知症になっても安心して暮らせる地域になっているとされている²⁰⁾。

このキャンペーンの成果として、2009年5月31日

図表7 年度別サポーター数の推移

年度	サポーター数	累計
17	29,982	29,982
18	138,436	168,418
19	279,787	448,205
20	479,860	928,065
21	734,125	1,662,190
22	800,874	2,463,064
23	764,955	3,228,019
24	593,182	3,821,201

(出所) 認知症サポーターキャラバン

<http://www.caravanmate.com/index01.pdf>

には、活動開始から丸4年を待たずに認知症サポーター100万人を超えることができ、中間到達目標の人数を達成した。小学生の子どもから高齢者まで幅広い年齢層が講座を受講し、2012年9月30日には360万人を超える人が認知症サポーターとなり、認知症への知識は広がりつつあるが、認知症になっても安心して暮らせるようになったとまでは言い切れない。安心して暮らせるようになった実感が湧きにくいのは、認知症について理解している人が地域にいるということが目に見えず、認知症の人や家族、地域の人に分かりにくいことも原因であるだろう。理解者が増えることで地域での孤立感が軽減されることは疑いないが、理解だけでは直接の支援としての家族の負担軽減にはつながらず、今後、認知症について「理解しているサポーター」だけでなく「支援できるサポーター」が増えることで2014年のすべてのまちが認知症になっても安心して暮らせる地域に近づくことになる。目標とするまちにするためには、それぞれのまちに合う取組が更に必要となる。

2-1-3 国による家族支援事業

国による家族支援事業においても、近年、地域における家族支援の方向性をみることができる。

2007年度に認知症地域支援体制構築等推進事業(2011年度に認知症地域支援施策推進事業に再編)が創設された。地域において、認知症の人と家族を支えるためには、認知症への対応(予防、早期発見、ケア等)を行うマンパワーや拠点などの「地域資源」をネットワーク化して、相互に連携しながら有効な支援を行う体制を構築することが必要である。この観点から、各都道府県内にモデル地区を設定して、先駆的に支援体制を構築し、都道府県内の各地域にその成果を普及させることを目的としている。この事

業により「地域資源」がある先進地域が全国にできることとなった。この点については3章で詳しく論ずる。

また、家族支援を充実させるため、平成24年度老人保健福祉関係予算概算要求で、地域包括支援センターの多職種連携機能を強化することを目的に「地域ケア多職種協働推進等事業」を創設することを発表している。その中に、家族介護総合支援事業があり、市町村が実施主体となり地域包括支援センター等において家族介護者への相談支援を強化するとともに、既存の社会資源を活用した家族介護者のレスパイト事業等を総合的に実施し、事業の効果を検証することになっている。基本的な事業として実施する事業は必須とするものの、それ以外の事業についてはいずれかを選択的に実施することも可能とされていることから、各地域の実情に合わせられるとともに、先進的に取組む地域とそうでない地域の差が出てくると考えられる。

2-1-4 「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」

それでは、今後の介護政策において地域はどのように位置づけられているかをみていく。

今後実施される2013年度から2017年度までの計画として、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」がある。認知症の人の状態が急性増悪期には地域包括支援センター等のアウトリーチや精神科医療機関等の専門医の支援もあり介護施設や病院を利用するが、そのまま入院・入所にするのではなく、状態が落ち着けば本人が自宅で生活できるように支援していくものである。計画が実現していけば必要に応じて施設・病院を利用しながら在宅生活が長く送れるよう専門職の対応が強化され、適切なサービス提供の流れがあることで、住み慣れた地域で暮らし続けることが可能となる。

これらの政策は、認知症になっても生活の場は住み慣れた地域であると位置付けていると言える。施設数の課題としてではなく、認知症の人は環境の変化に弱く、住み慣れた地域で生活できること自体がケアになることから地域での生活を支えて行く必要がある。在宅生活をする介護保険利用者に対して、相談の専門職である介護支援専門員が中心となり、制度の対象となる認知症の人や家族介護者の希望を聞き、介護の専門職である介護保険事業所の職員が直接的な支援（サービス提供）を行っている。今後も増加する認知症の人が、住み慣れた地域で生活するためには、今まで支援の輪の中に入る人が少なかった地域の人の関わりが必要となる。実現するためには、認知症の人や家族と専門職のつながりだけでなく、地域の人が認知症について理解し支援できるつ

ながりが必要となってくる。

2-2 介護者の負担軽減のための支援

2-2-1 家族の会

1-3-3でも触れた家族の会²¹⁾だが、介護者の負担を軽減するものの中で「認知症の人と家族の会」(以下、「家族の会」と省略)は大きな役割を果たしている。家族の会(発足当時は「呆け老人をかかえる家族の会」)は、1980年に京都で発足した。当時は、行政の「痴呆性老人対策」は皆無で、社会的関心も低く、認知症に対する偏見や差別が強く残っている時代であった。家族は何ら社会的援助も受けず、まわりの無理解の中、やるせなさやつらさに耐えて孤独に介護を続けていた。そのため、仲間がいることを知った参加者は大きな励ましと勇気を得、京都につづくと各地でつどいが開かれた。これが全国組織の「家族の会」の活動の始まりである。現在では約1万人の会員がいる公益社団法人となる。

家族の会では月刊誌を発行しており、会員の介護の様子など、介護者にとって大切な情報収集の方法の一つとなっている。また、介護者が対応するフリーダイヤルによる電話相談を実施しており、どこに相談していいかわからず悩んでいる認知症の人や家族に対して重要な機能を担っている。家族の会の支部においては、定期的に家族の会が開催され、直接顔をみて話ができる場を設けている。

家族介護者が集まれる機会は、当事者である家族介護者の働きかけでグループとなり集まるだけでなく、医療・福祉関係者の呼びかけにより家族介護者の集い(「認知症の人と家族の会」とは別の集まりである家族の会)が行われることもある。関西医科大学精神神経科では、早期発見・早期受診が勧められ診察を受ける人が増えることにより、診察時間が制約された。この問題を解消するために、介護者・家族が集まる機会を持ち対応した。介護の負担軽減をするためには、家族に対する疾病教育、心理教育が不可欠とされる。今後、他の病院においても認知症の人が増加し、診察時間が制限されると、更に家族の会の役割は大きくなり、医療との連携が強まると予想される²²⁾。

個別の症状については、個々に、主治医より説明を聞く必要があるが、基礎知識や介護のポイントについては、介護者が集まって聞くことで情報を得ることができる。また、集団で聞く機会は、一人では思いつかなかった質問を他者がすることで、予想以上の情報が得られることになる。基礎知識を持っていることで、主治医とは基礎知識の質問に時間をとるのではなく、個別の症状についてやりとりする時間ができるため、制限された診察時間を有効に使うことができる。

また、家族の会で交わされる話は、介護負担を知っている人の言葉であり、素直に耳を傾けることができる。しかし、地域には、家族の会の場に行きたくても出かけられない人もいる。そのような人に対しては、家族介護者が家から出かけられるように、認知症の人の対応をする支援、又は、家族の会の人や介護経験のあるサポーターが出向いて行く支援が必要である。

2-2-2 介護者を支える NPO

介護者支援を中心として活動する NPO はまだ少ないが、東京都では 2001 年に発足、現在、NPO 法人となった介護者サポートネットワークセンター・アラジンが活躍している。アラジンは「ケアする人²³⁾のケア」を掲げた市民団体で、ミッションとして、1. 介護する人への直接的なケアやサポートのしくみづくり、2. 孤立しがちな介護者を社会へつなぐしくみづくり、を挙げている。ケアする人を「介護にたずさわる人」と定義し、介護にたずさわる人自身のケアやサポートがこれまで見過ごされてきたのではないだろうか、という視点から介護者のケアやサポートのしくみづくりを考え、実践している。アラジンでは、2001 年より地域の中で介護者が孤立しないために、支えあいのシステムを導入しながら、介護者同士が集う「介護者の会」づくりや、介護者を訪問し、気持ちに寄り添う「ケアフレンド」の養成と派遣、介護者のための電話相談の設置と「聴き手ボランティア」の養成を行っている。これらの介護者支援ボランティアを総称して「介護者サポーター」と銘打ち、「介護者サポーター」を養成する講座を開催し、支援者を増やしている。

支援者を増やすことは、具体的な困り事の解消を支援することができる。介護中の人が多い集まりであると自分の家族の介護にかかる時間が必要なため、他者の支援を行っていく際にも制約ができてしまうが、介護者以外にもメンバーであることで、活動的な支援にもつながる。同じ立場の人だけで集まる場合は、状況や辛さを共有でき話がしやすい良さがある反面、渦中の人だけであるため気付けない視点や活動の限界もある。家族介護者への支援も、多様な立場の人がいることで、より良い支援体制となるのではないだろうか。

2-2-3 介護環境を改善する多様な取組

認知症の人や家族を支えるために、本人に対するアプローチとともに、認知症の人にとって使いやすい医療やケアを形にし、暮らしやすい社会づくりなど環境に対しても行われている。認知症の人や家族を支える団体は各団体で活動しながら、他団体と協働して認知症ケアについて考える場を持っている。例

えば、京都では、認知症の医療やケアに関与する団体・個人が順次、広く参加できる実行委員会を結成し、京都式認知症ケアを考えるつどいが開催された。2012 年 2 月 12 日「京都式認知症ケアを考えるつどい 認知症を生きる人たちからみた地域包括ケア～京都の認知症医療・介護の全体像をデッサンする～」では、1000 名を超える参加者によって『2012 年京都文書』が採択された。『2012 年京都文書』において、認知症の人を、大変な人がいるのではなく、大変な時期があるだけと考えている。認知症を生きる人たちからみた自助、互助、共助、民間企業なども含めて、介護を必要とする人たちを支えるシステムをつくる地域包括ケアは、認知症の人を地域から排除しないケアのことでありとしている。

国の政策として認知症の取組があるだけでなく、団体の活動により、つどいに 1,000 名を超える人が参加し、認知症の人を地域から排除しないことに賛同していることは、認知症になっても暮らしやすいまちづくりが徐々に共通認識になってきている成果ではないだろうか。

2-3 医療・介護と地域支援の連携の必要性とその可能性

病院や施設内における専門職による介護と地域におけるケアは、分断されているのが現状である。これらが分かれている原因として、専門職が地域によるケアに目を向けていなかったり、向けていたとしても、個人情報保護を理由に情報共有できていなかったりすることが考えられる。医療・福祉の専門職間では保険制度の連携加算による業務として、連携しやすい環境や守秘義務を持った機関同士の信頼感もあり、連携ができてつつあるが、地域住民との連携はまだできていないとは言えない。

専門職は、認知症の人に合った薬の処方や認知力、日常生活動作の維持・向上を担当している。病院では、本人の症状を見ながら薬の量や種類の変更を行い、介護保険の在宅向けサービスでは、運動や認知症の進行予防に効果があると言われるリハビリやレクリエーション活動を計画的に行うことで、地域での生活を継続する支援を行っている。

地域での理解が深まり、日常生活の中でサポーターが気遣うことで認知症の人が地域で大きな問題なく時間を過ごせるよう支援することが可能となる。地域に住むサポーターが、認知症について理解した上で、認知症の人と世間話ができるということも認知症の人の安心感につながる。見守られながら、過去の記憶が使える地域の伝統行事・お寺の付き合い等に参加することにより、認知症の人は役割を維持しながら社会生活ができる可能性がある。専門職ではできない支援を地域ではできるのである。

症状が軽度であれば、専門職と地域の支援が分断されていても問題なく日常を過ごせることもあるが、認知症の進行や、個人に合わせたその人らしい生活を送るにはどちらかだけの支援では対応できない。認知症の人が生活しやすくするためには、地域の支援が充実し、専門職の支援と地域の支援を認知症の人や家族介護者が状態に合わせて選べるようになり、必要な支援者が関わっていきけるようになることが望ましいのではないだろうか。まず、介護・医療の専門職が、地域の可能性に目を向け連携していくべきではないだろうか。認知症になっても住み続けられるまちづくりは、現在は健康な地域の人にとって、いずれ発症するかもしれない自分自身や家族のための環境作りでもある。地域の方は、まず認知症について正しい知識を持った理解者となることが求められる。理解者が支援者となることで、認知症の人と家族が暮らしやすい環境が醸成される。それを可能とするものとして、認知症サポーター養成講座がきっかけとなるのではないだろうか。

3. 地域での取組

3-1 認知症サポーター養成講座

認知症の正しい知識の普及を図り、認知症の人が、尊厳をもって地域で暮らし続けることを支える「地域づくり」を推進していくための広報キャンペーンについては、「認知症サポーター 100 万人キャラバン」等を始めとする取組が、各地域において推進されている。取組を推進する全国キャラバン・メイト連絡協議会が、都道府県、市区町村など自治体や全国規模の企業・団体等と協催で認知症サポーター養成講座の講師役（キャラバン・メイト）を養成し、養成されたキャラバン・メイトは自治体事務局等と協働して 2005 年度から「認知症サポーター養成講座」を開催している。一般の人が理解しやすいように、講座では認知症が病気であり、周囲の人の関わりで症状が軽減することを DVD などを使い伝えられており、2 時間程度で受講できる。受講者にはサポーターのしるしとしてオレンジリング²⁴⁾が配られる。

認知症サポーターに期待されることとして、①認知症に対して正しく理解し、偏見をもたない。②認知症の人や家族に対して温かい目で見守る。③近隣の認知症の人や家族に対して、自分なりにできる簡単なことから実践する。④地域でできることを探し、相互扶助・協力・連携、ネットワークをつくる。⑤まちづくりを担う地域のリーダーとして活躍する、こと²⁵⁾が挙げられている。

認知症サポーターはサポーターになったからと言って何か特別なことをしなくてはいけないわけではない。上記①～⑤の活動を期待されるが、活動内

容にはレベルの差があり、サポーター自身に合わせて活動できることから始めればよい。そのため参加しやすい取組であり、レベルアップによりサポーター自身の変化も伴う取組となっている。最も取組やすい①であっても、認知症に対して正しく理解することは、周囲の無理解による介護負担を解消する第一歩となると考える。

3-2 活動事例

認知症サポーター養成をきっかけとした各地の取組から、認知症の人と家族介護者を支える活動として 3 つの事例を取り上げる。全て認知症地域支援体制構築等推進事業に取組んだ地域であり、事業をすすめる中心となる機関は、熊本県山鹿市（直営地域包括支援センター）、長野県上水内郡飯綱町（行政と社会福祉協議会）、三重県松阪市（行政と委託地域包括支援センター）と異なる地域を選定した。

3-2-1 熊本県山鹿市の事例



2012 年 12 月現在、熊本県山鹿市は総人口 56,124 人、高齢者 17,200 人、高齢化率 30.6 %、総面積 299.67km² である。山鹿市直営の地域包括センターが認知症施策に関わっている。認知症サポーター講座開催回数は 254 回、キャラバン・メイト数 237 人、認知症サポーター数 10,398 人、総人口に占める割合（キャラバン・メイト＋認知症サポーター）18.95%、キャラバン・メイト＋認知症サポーター 1 人当たり担当高齢者人口 1.6 人、総人口 10,000 人当たりの講座開催数 45.257 回であり、認知症の人を支える人が多い地域である。

認知症地域支援体制構築事業に 2007～2008 年度に取組んでおり、山鹿市の認知症施策として、地域と事業所の協働・人材育成のための認知症地域サポーターリーダー養成講座（1 年間の講座）を行っており、

379名の修了生が市内各地域に存在する。互いに知り、つながることを狙いに、年齢や職種もさまざまな市民・事業所・スタッフを市内8つの生活圏ごとに分け、グループワークや出前講座企画、マップづくり等を実施している。

更に、認知症の困り事にも対応できる具体的な取組も行われている。認知症の人の命に関わる困り事として、徘徊・行方不明がある。山鹿市では、地域資源のネットワーク構築として、徘徊SOSネットワークと徘徊模擬訓練を行っている。行方不明者を早期発見するために警察と連携したメール登録制度があり、市民や事業所が参加している。2008年度より始まった徘徊模擬訓練は、校区単位で地域の認知症サポーターや事業所とともに計画、実施されている。徘徊模擬訓練を続けたことの効果として、①地域の中で必要性が理解され地区行事として「徘徊模擬訓練」も位置づけ主体的に実施されるようになった。②近隣の方の声かけにより行方不明になることを未然に防ぐこともできるようになった。③地域の「探す力」が上がり、行方不明になった時に発見までの時間が短縮できている、といった変化があった。

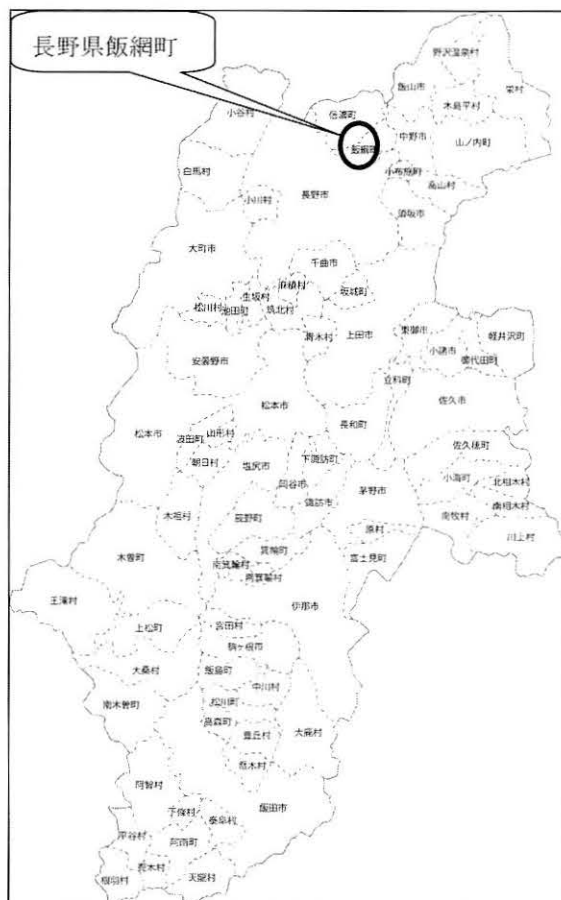
事業に取り組む事で変化してきたこととして8つ示されている。①「認知症」を隠さない雰囲気が広がってきた、②早期からの相談が増加した、③「苦情」が減ってきた、④相談内容が「迷惑行為があって困っている」というものから「このような行動をされることに、どのようにかわかってあげればよいか」といったものになった、⑤鑑別診断を目的に専門医受診する人が増えた、⑥かかりつけ医から専門医紹介が増えた、⑦地域の支援やサービスを受けながら在宅で暮らし続けられる人が増えた、⑧地域拠点等で認知症の人が地域の人と共に普通に過ごしている場面がよく見られるようになった、と挙げている。

事業担当者が「多くの市民は認知症の人を排除しようとはしていない。むしろ、自分たちの課題と捉えて支援しようとしてくれる人が多い。」と感じる程、地域の様子が変わってきている。

3-2-2 長野県上水内郡飯綱町の事例

2012年12月現在、長野県上水内郡飯綱町は総人口12,170人、高齢者3,642人、高齢化率29.9%、面積75.31km²である。認知症サポーター講座開催回数は104回、キャラバン・メイト数53人、認知症サポーター数2,077人、総人口に占める割合（キャラバン・メイト＋認知症サポーター）17.5%、キャラバン・メイト＋認知症サポーター1人当たり担当高齢者人口1.7人、総人口10,000人当たりの講座開催数85.456回であり、認知症の人を支える人が多い地域である。

認知症施策を行う際、町直営の地域包括支援センターと社会福祉協議会が中心となり、2007年度～



2008年度にかけ認知症地域支援体制構築等推進事業を行った。飯綱町は山間地域であり、当時、特別養護老人ホームやショートステイができる施設がなく、住民には「ボケたらおしまい」という意識があった。2004年にはデイサービスに要介護5の人がたくさん来るような地域となったことで、将来を見越し、一歩何かきっかけがないといけないと危惧していたため、行政とともに事業実施につながった。

事業開始に伴い、2007年から1年半は認知症を「正しく知ってもらう」ため周知活動が行われた。認知症サポーター養成講座は延68回実施し、1,100人の受講となった。事業の取組のポイントとして、①住民主体を重視し、住民と考えることを大切にすること。②住民が知らないモデル地区にはせず、住民の2割は知っている程の事業を目標とすることとした。③「正しく知る」というのは「自分はどうなアクションができるか？」を考える裏支えとなる、と考え、担当者が依頼するのではなく、何ができるかを問うことで地域の人々のアクションを引き出していった。

この取組の成果として、①特に活動的な80人のキーマンができた。②新旧の住民が住む複合型地域では新住民が活動的に動くことができた。③しがらみが多い地域では活動は進みにくいものだが、担当職員より各地域に呼びかけをし、他地区が参加するうちに「なぜうちには声がかからないのか?」、と言われ

るまでに变化した。④認知症啓発DVD『うんまく「ボケ」りゃいいさ飯綱町』は県外にも広がった。

事業終了後も認知症の人を支える取組は続けられ、社会福祉協議会がボランティア養成として、1年間で20人、全23時間の認知症講座を開催しており、修了者は60人となった。修了者にメール登録してもらうことで実働部隊とすることができている。社会福祉協議会からは、指示ではなく情報しか出さないようにしている。事務局から、どのように対応するのが良いか考えてもらう情報をメールで発信するだけで、ボランティアから自分のできること（帰りに認知症の人の様子を見てくる）など返信され、支援が行われる取組となっている。

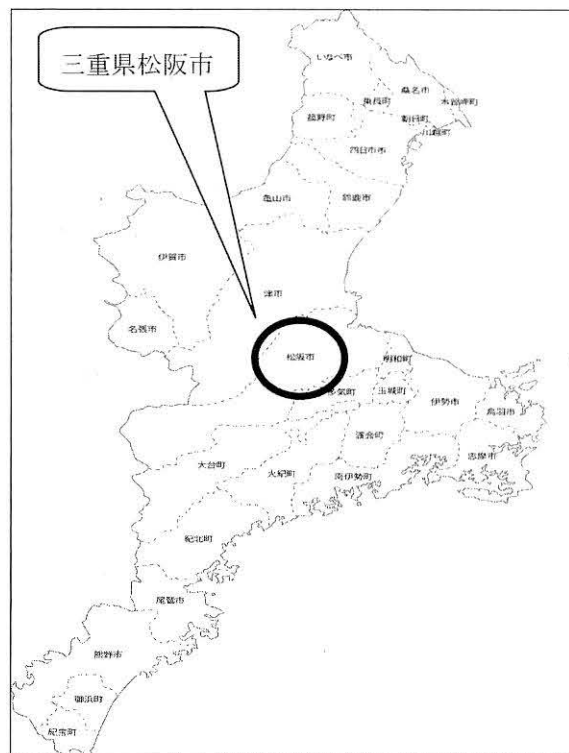
また、子どもを対象に行われる認知症サポーター養成講座（キッズサポーター養成講座）にも大人を関わらせて取組んでいる。小学校2年生以上に実施しており、飯綱町では総合学習の時間ではなく、授業として認知症を学ぶ。教職員、PTA、生徒の順に講座を行い、子どもにどのような内容を教えるかを知ってもらうことで、フォローできる体制を作っている。年1回3～4年生、5～6年生のグループで認知症について学び、全校集会で発表することになっている。授業の内容は、子どもの心の成長に合わせて学ぶことができるよう工夫されており、全国作文コンクールに出すことで効果測定をしている。子どもには、親も勉強しているから聞いてみるようにと声をかけており、認知症について学ぶ機会の少ない世代への啓発にもつながっている。

また、PTA対象の大人向け講座では、家族介護者を支援するために、家族介護者が認知症の人に手をあげてしまったことを隠さず話しても良いと伝えている。手をあげることは、高齢者虐待となるため口に出しにくい、介護は認知症高齢者に手をあげてしまう程追い詰められることがあることが理解される。周囲の理解は高齢者虐待を黙認するためではなく、介護負担の状況を知ることで高齢者虐待につながる負担に対する支援のきっかけも作っていくことになる。

3-2-3 三重県松阪市の事例

2012年12月現在、松阪市は総人口は166,219人、高齢者は41,758人、高齢化率は25.1%、面積623.77Km²である。

2008年度～2011年度に松阪市は認知症地域支援体制構築等推進事業を行った。認知症サポーター養成講座開催回数は335回、キャラバン・メイト数134人、認知症サポーター数11,370人、総人口に占める割合（キャラバン・メイト＋認知症サポーター）6.92%、キャラバン・メイト＋認知症サポーター1人当たり担当高齢者人口3.6人、総人口10,000人当たりの講座開



催数20,154回である。市内には5ヶ所の委託型地域包括支援センター（委託先として、医師会、社会福祉協議会2ヶ所、社会福祉法人2ヶ所）があり、認知症サポーター養成講座は地域に根ざした活動として、各包括支援センターが中心となり担当地域において養成講座を行っている。

松阪市では、認知症サポーターとなった人から「もっと勉強したい」「できる事を考えたい」と声があがり、松阪市高齢者安心見守り隊養成講座を開催している。2時間程度講座を修了し、松阪市高齢者安心見守り隊に登録申請した人に対し、松阪市長名で発行された松阪市高齢者安心見守り隊証が渡されている。2012年末で700人を超える登録者数となっている。

松阪市高齢者安心見守り隊実施要項の目的として、「松阪市高齢者安心見守り隊」は認知症を正しく理解し、支援の必要な高齢者や家族を地域の人々で支えていこうとするものである。「松阪市高齢者安心見守り隊」に登録する多くの地域の関係者と協力・連携を図り、地域に密着した見守りを行うことで一人ひとりが安心して暮らせるまちづくりをめざす、としている。主な役割は（1）高齢者安心見守り隊養成講座を受講し、認知症について正しい理解を深めること（2）地域で認知症の方や家族を見守ること（3）必要に応じて、関係機関へ連絡すること（4）地域の方々に配布する地域資源マップへの掲載を了解すること（5）認知症の啓発に継続的に協力すること（6）年3回程度の連絡会・研修会に参加すること（7）その他目的達成に必要なこと、とされている。松阪市

高齢者安心見守り隊（以下「見守り隊」）の主体的な活動としていくため、行政や地域包括支援センターから活動の具体的な内容が提示されているわけではない。

取組の成果として、①身近な地域における支援準備が始まった。例として、見守り隊の呼びかけで自治会単位のマップづくりをしている地区がある。認知症の人を支える資源マップは、すでに作成され市内で広く配布されているが、それとは逆に、支援が必要な人がチェックされているマップづくりをしている。世帯構成や支援が必要な状態かどうか分かり、地域の支援者が誰か分かるよう顔写真も載ったマップとなっている。マップ掲載にあたっては個人情報保護の説明がされ、情報提供の同意書の受け取りもしつつ取組まれている。完成したマップを手にするのは、住んでいる自治会内の人と地域包括支援センター等の関係機関であり部外秘のものである。②認知症になってからの対応ではなく、予防にも視野が広がってきた。例として、見守り隊が中心となり呼びかけたことで、住んでいる地域の高齢者とともに行う認知症予防のための運動グループができた。そこに、地域包括支援センターから職員が出向き共に運動を行い、効果測定を支援する取組が行われている。③他団体との連携の可能性ができた。地域における各種団体（住民協議会内の健康部会など）において見守り隊に登録した人がメンバーに入っていることや見守り隊の活動が公認されている地域もある。他団体の活動の中でも認知症支援の視点が発揮され、見守り隊との連携の可能性ができている。

見守り隊の活動を支援するため、地域包括支援センターがフォローアップ講座を開催している。その講座において、活動に行き詰った時の知識の提供や、活動を進めるためのグループワークが行われている。

3-2-4 先駆事例が示す可能性

上記3地域の取組から、地域住民の参加が環境の変化と大きく関わっているといえるのではないだろうか。事業を進める担当者からの依頼で地域の人に対応してもらうのではなく、地域住民自らが行動することで具体的な支援につながっている。各地の活動により、理解者は支援者となる可能性があると考え。地域の人が認知症について知り理解者が増えることは、意識の底上げとなり、家族介護者が介護しやすい見守りがある環境を作ることにつながる。さらに、具体的な支援ができる人がいることは、直接介護負担を減らす支援となる。サポーターを養成する役割を持つ組織が地域の理解者の理解度を把握し、支援者となる働きかけをすること、認知症の人や家族介護者が望む支援とサポーターをつなぐことができれば認知症になっても暮らしやすいまちづくりが

実現するのではないだろうか。サポーター養成講座とその成果が理解者とさらに支援者の地域における増加につながっているかどうか次節で考えてみたい。

3-3 理解から支援者へ

認知症サポーターに幅があるように、理解することから行動までには段階がある。石丸智信は「能力の5段階」と表現している。5つの段階としては、1. 知っている段階、2. わかっている段階、3. おこなっている段階、4. 実現している段階、5. 継続している段階がある。知っている段階から継続している段階へと進展していくことになる。目標などを達成し続けるため、成果や結果を出し続けるためには、この5段階を進めていくことが重要になる。「わかっている段階」の認知症サポーターが多い状況では、認知症の人や家族介護者のことを理解している環境を作ったことになる。介護負担を減らすには「おこなっている段階」以上を目指していくことが必要となる。

また、段階を進めていくためには自発性も必要となる。他者から説得されてしぶしぶ行動しても、なかなか良い結果や成果を出すことはできない。他者から指示された、言われたことを自分なりに「納得」した場合は説得されたときよりも結果や成果を出すことはできるだろう。しかし、他者から言われた通りの成果や結果を出すことはできても、それ以上の成果は出しにくい。自ら進んで行動する時は、説得される時や納得した時よりも、積極的に行動でき、生み出す結果や成果も違ってくるだろう。問題や目的意識を持って自発的に研修会に参加しようとする場合には、他者から言われて参加する時と比べると「学ぼう」「理解しよう」「実践しよう」という意欲が高いので、身に付くものも多くなる。また、他者から指示されたことであっても、自らが考えて工夫しながら取り組んだとしたら、生み出す結果や成果は大きくなだろう。「説得」「納得」「自発的」という順に難易度は上がっていく²⁶⁾。つまり、認知症サポーター活動が「説得」により行われた場合、たとえ認知症サポーターによる支援がされたとしても、認知症サポーターが説得されて行動している様子が認知症の人や家族介護者に伝わると、認知症の人や家族介護者は周囲に迷惑をかけているように感じ、さらなる精神的負担となりかねない。そして、迷惑をかけないように家族介護者が抱え込む介護になるようでは地域で支えることから遠ざかってしまう。

また、認知症の人と家族介護者と認知症サポーターをつなぐ担当者が必要となるが、担当者が依頼した行動しかできない認知症サポーターの仕組みとなれば、認知症サポーターは手伝わされていると感じ活動を負担に思うだろう。認知症サポーターの自発的な支援を支えられる担当者が必要である。「説得」で

活動が行われる状態は限界があり、認知症サポーターの取組が目指す住み慣れた地域で暮らす支援にはならない。認知症サポーターの支援をする際には、認知症サポーターが段階として「納得」以上の状態で活動できるよう支援することが必要となる。そうすることで理解者であった認知症サポーターが支援者として活躍できるようになり、住み慣れた地域で暮らししていくことを可能にすると考える。

4. 今後の課題

認知症サポーターの数は増えてきているが、活動により認知症の人や家族介護者が助かる支援にまでは至っていない。認知症の人や家族介護者の具体的な支援になるまでには段階があると考えられる。具体的な活動内容として考えられるのは、①認知症について理解しているが特に活動はしていない、②認知症の人や家族介護者に挨拶したり家族介護者への労いの声をかけ、困っていないか見守る、③認知症の人や家族介護者とよく話をしたり傾聴をする、④認知症の人や家族介護者が困っている時に手伝う・代行する、⑤一定の時間、認知症の人と一緒に趣味活動等を行うことで家族介護者の自由な時間を作る、などである。段階が上がる程に認知症サポーターは、認知症の人と家族介護者との距離が近くなっていく。また、認知症サポーターが認知症の人と関わる時間が増えることで、家族介護者は自分の時間が持て、介護負担が軽減されると考えられる。

しかし、現状は認知症サポーターによる具体的な支援につながっているケースは少ない。原因として2点あり、1つは、認知症サポーターが理解者の段階でとまっており、支援者となっていないことが考えられる。もう1つは、認知症の人と家族介護者と認知

症サポーターがつながっていないことで、支援者になるきっかけを逃しているのではないだろうか。どこに支援が必要な人がいて、どこに理解している・支援できる人がいるのか分からず、互いが見えていない状態だと考えられる。具体的な支援につなげるには、3章で示した事例のように、講座を継続して受講していくことで理解者から支援者となり、実際に地域で活動していくことが必要である。お互いが見えるためには地域住民が参加し徘徊模擬訓練やマップ作りなど、互いの存在が分かる支援体制であることが必要だと考える。その活動の中で支援を必要としている人と認知症サポーターとがつながっていくことになる。認知症の人と介護者家族と認知症サポーターのつなぎ役となる機関は、事例においても地域により直営地域包括支援センター、委託地域包括支援センター、社会福祉協議会と様々であることから、地域に合わせてどの機関が中心で担当することも可能であると考えられる。その地域における、つなぎ役が得意な機関が中心となることで、認知症の人と家族介護者、認知症サポーターにとどまらず、医療・福祉の専門家との連携ができる可能性がある。

まとめ

本稿では、認知症の人と家族介護者が認知症サポーターの支援と医療・福祉のケアを利用しながら地域で暮らし続けることの価値を論じた。認知症の人が地域で暮らし続けて行くことが必要な理由は大きく分けて2つある。1つは、介護保険制度による入所施設数の限界であり、もう1つは環境変化により認知症の人の状態が悪化する可能性である。

図表 8

住民の様子とまちの変化				
介護負担	能力の段階	住民の状態	認知症サポーターの段階	まちの様子・サポーターの活動
↑ ↓	知らない	一般住民		・認知症に対して無理解・苦情・排除の気持ち ・「ボケたらおしまい」という意識
	知っている	認知症サポーター (理解者)	認知症に対して正しく理解し、 偏見をもたない	・認知症サポーター養成講座を受講
	わかっている		認知症の人や家族に対して 温かい目で見守る	・認知症の人とどう関わればよいか聞く ・認知症を隠さない雰囲気
	行っている	認知症サポーター (支援者)	近隣の認知症の人や家族に 対して、自分なりにできる簡単 なことから実践する	・声かけ・認知症に関する情報を周囲に伝える ・早期からの認知症に関する相談・受診 ・認知症予防の活動
	実現している		地域でできることを探し、 相互扶助・協力・連携、 ネットワークをつくる	・徘徊模擬訓練 ・徘徊時の早期発見 ・マップ作り
小	継続している		まちづくりを担う地域の リーダーとして活躍する	・実働できるサポーターの活躍 ・行方不明を未然に防ぐ声かけ ・認知症の人と地域の人が共に普通に過ごしている

(1) 地域で暮らし続けることができる環境整備の必要性

1章で示したように、今後も高齢者・認知症の人の数は増加するため、入所施設において介護保険制度を利用した対応をするには費用が増大し、現在と同等のサービス利用ができなくなる。また、認知症の人は新しいことを記憶するのが難しく、慣れない環境での行動で失敗することを恐れるため行動範囲も狭くなるため、住み慣れた地域から新たな生活の場へ環境が変化することは、認知症状を進行させてしまう危険性がある。そのため、認知症のひと家族介護者が地域で暮らし続けていくことは政策の方向性からも支持されているが、現状は認知症のひと家族介護者が負担なく地域で暮らし続けやすい環境が整っているとはいえない。認知症のひと家族介護者が地域で暮らし続けていくための課題として、家族介護者の負担感や地域からの孤立感がある。認知症のひと家族が地域で暮らし続けていくには、まず地域のひと認知症に対する理解が必要となる。そして、認知症状の進行を遅らせ、家族介護者の負担を直接的に軽減するには、理解だけでなく地域のひとが具体的に支援していくことも必要となる。

(2) 認知症サポーターの課題と可能性

認知症の正しい知識の普及を図り、認知症のひとが尊厳をもって地域で暮らし続けることを支えるための認知症サポーター養成講座の課題と可能性を3章、4章で論じた。全国で開催された認知症サポーター養成講座により、2012年3月までに330万人を超す認知症サポーターが養成された成果があるが、まだ認知症のひと家族介護者がどの地域に住んでも暮らしやすくなったとは言えない状況である。多くのひとが認知症サポーター養成講座を受講し、理解を深めたひとが増えることはより良い介護環境の構築につながっているが、日常生活でサポーターとしての行動に表れない場合、認知症のひとや家族介護者は負担が軽くなったと感じることは難しい。講座修了者にはオレンジリングが渡されるが、常時身につけている人は少数であり、理解者が増えていることを認知症のひと家族介護者が知る機会は少ない。更に、介護負担を直接的に軽減するためには、3章でみたようにサポーターが研修を積みスキルアップし、認知症のひと家族介護者と認知症サポーターをつなぎ、互いの存在を見えるようにすることが必要となる。両者がつながり、支援が実現されることにより認知症のひと家族介護者は負担が少なく地域で暮らし続けることが可能となる。

また、認知症のひとの増加は、誰もが認知症のひとや家族介護者として当事者になりうることを示唆している。現在、認知症でないひとでも将来の自分自身のためにも今から取り組むべき課題だといえる。事例の

地域のように、認知症であることを隠さない雰囲気や苦情から対応を考える相談に変わった環境は、現在は支援者である立場のひとにとって、自分が認知症になった時の不安感を減らすものであり、認知症でない別の問題で困った時にも打ち明けやすい環境となるのではないだろうか。

本稿では、在宅生活をする認知症高齢者とその家族介護者を支援対象者として想定している。無論、在宅生活を送る身寄りのない一人暮らし高齢者が住み慣れた地域での暮らしを続けるためには、家族介護者がいる場合より更に多くの支援者が必要であると考ええる。また、認知症状の進行により、認知症サポーターと在宅における専門職の支援だけでは限界があること、施設利用における専門職のケアによる認知症のひと家族介護者の安心感も理解している。しかし、住み慣れた地域で暮らすことを希望するあらゆる世帯のひとにとって、認知症サポーターの充実、支援する専門職との連携は、認知症状の進行を遅らせ、より長く地域で暮らしたいという希望を叶える支えにつながると考える。

注

- 1) 「認知症 2050 年に 1.1 億人」『朝日新聞』2012 年 4 月 12 日
- 2) 厚生労働省「「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul-att/2r9852000002iavi.pdf>, 2012 年 12 月 31 日情報取得)。
- 3) 春日キスヨ『変わる家族と介護』講談社、2010 年。
- 4) 認知症の患者としてではなく、認知症状のある生活者としての捉えた呼び方として一般的に使用されている。
- 5) 内閣府調査『高齢社会白書〈平成 23 年版〉』印刷通販 2011 年 7 月
- 6) 厚生労働省老健局「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集（結果概要について）」2010 年 5 月 15 日 (<http://www.mhlw.go.jp/public/kekka/2010/dl/p0517-la.pdf>, 2012 年 12 月 31 日情報取得)。
- 7) 厚生労働省「みんなのメンタルヘルス」(http://www.mhlw.go.jp/kokoro/disease_detail/1_07_02recog.html, 2012 年 12 月 31 日情報取得)。
- 8) 厚生労働省「介護費用と保険料の推移」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi.html>, 2012 年 12 月 31 日情報取得)。
- 9) 社会保障審議会「平成 23 年度 老人保健健康増進等事業特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業～待機者のニーズと入所決定のあり方等に関する研究～＜説明資料＞」介護給付費分科会、2012 年 5 月 17 日。
- 10) 日本認知症学会『認知症テキストブック』中外医学社、2008 年、192 頁。
- 11) 永田久美子「認知症のひとと家族が地域の中で安心して暮らせるために」『現代のエスプリ』507 号、至文堂、2009 年、40-50 頁。

- 12) 大浦麻絵、鷺尾昌一、桑原裕一、橋本恵理、荒井由美子、森満「介護保険導入前後における福岡県 K 地区における要介護高齢者を介護する家族の抑うつ」『札幌医学雑誌』74 (1/2) 2005 年、5-8 頁。
- 13) 尾之内直美「介護者・家族のおもいと支援プログラム」『介護支援専門員』Vol.11No.1、2009 年、27-31 頁。
- 14) テキストマイニングは、テキストデータをさまざまな計量的方法によって分析し、形式化されていない膨大なテキストデータという鉱脈のなかから言葉（キーワード）どうしにみられるパターンや規則性を見つけ、役に立ちそうな知識・情報を取り出そうとする手法・技法である。藤井美和・小杉考司・李政元『福祉・心理・看護のテキストマイニング入門』中央法規出版、2005 年、10 頁。
- 15) 阿部喜明、斉藤眞樹、佐藤政美、井上善行「認知症介護の悩みー認知症のひとと家族の会会報誌からの分析ー」『JSCI 自立支援介護学』Vol.4No.1、2010 年、10-16 頁。
- 16) R.M. コワルスキ、M.R. リアリー「臨床社会心理学の進歩ー実りあるインターフェイスをめざしてー」安藤清志、丹野義彦訳、北大路書房、2001 年
- 17) 厚生労働省「介護保険導入の経緯・意義」(http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/hoken_05.html、2012 年 11 月 3 日情報取得)。
- 18) 森山千賀子、安達智則「介護の質「2050 年問題」への挑戦」クリエイツかもがわ、2012 年、119 頁。
- 19) 内閣府「平成 22 年度介護保険制度に関する世論調査」(<http://www8.cao.go.jp/survey/h22/h22-kaigohoken/2-3.html>、2012 年 12 月 15 日情報取得。)
- 20) 厚生労働省「認知症を知り地域をつくる 10 カ年の構想」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c01.html>、2012 年 11 月 14 日情報取得)。
- 21) 認知症のひとと家族の会「家族の会について」(http://www.alzheimer.or.jp/?page_id=198、2012 年 12 月 13 日情報取得)。
- 22) 吉田常孝「物忘れ外来」『現代のエスプリ』507 号、2009 年、106-115 頁。
- 23) NPO 法人アラジンでは「介護にたずさわる人」をケアする人と呼ぶ。本稿で取り上げる介護者も含まれる。
- 24) 認知症を支援する「目印」であるオレンジ色のプレスレット
- 25) 厚生労働省「認知症サポーターキャラバン」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c03.html>、2012 年 11 月 14 日情報取得)。
- 26) 石丸智信「「身についた」と言えるのはどこから？能力の 5 段階 教育のまぐまぐ！」(http://education.mag2.com/osusume/2008/08/149_2.html、2012 年 11 月 14 日情報取得)。