

愛媛県愛南町における認知症になっても暮らしやすい町づくりの推進  
－ 地域住民の認知症に関する意識調査の結果から －

岡村 絹代, 嶋田 さおり, 土幡 淳, 小島 美和

愛媛県立医療技術大学紀要 第12巻 第1号抜粋

2015年12月

## 愛媛県愛南町における認知症になっても暮らしやすい町づくりの推進 — 地域住民の認知症に関する意識調査の結果から —

岡村 絹代\*, 嶋田 さおり\*\*, 土幡 淳\*\*\*, 小島 美和\*\*\*

### Promotion of the Citizen-Based Town Planning That is Easy to Live Even If I Suffer from Dementia in Ainan-cho, Ehime : From the Result of the Attitude Survey about Dementia of Local Inhabitants

Kinuyo OKAMURA, Saori SHIMADA, Sunao DOBATA, Miwa KOJIMA

Key Words : 過疎高齢化地域, 認知症, 地域づくり

#### 序 文

認知症の人が地域で暮らすということは、自宅や介護保険施設などの居住形態に関わらず、それまで住み慣れた地域にとどまることを意味している。そこには、認知症の人の積み重ねられた体験や経験、生活や社会的活動があり、友人や知人との交流や趣味の活動、買い物や散歩などの外出は、慣れ親しんだ地域に住み続けることにより確保されるものである。平成24年に策定された「認知症施策5か年計画(オレンジプラン)」(以下、オレンジプラン)では、認知症になっても住み慣れた地域での生活を可能な限り継続する方向へと施策を転換し<sup>1)</sup>、平成27年に「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」(以下、新オレンジプラン)では、団塊の世代が75歳以上となる2025年(平成37年)を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、コミュニティのつながりを基盤に、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の実現を推奨している<sup>2)</sup>。

愛媛県愛南町においても、平成24年度から愛南町地域包括支援センターが中心となり、行政や地域の関連機関および地域住民が一体となり、地域住民とともに考える「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」に取り組んでいる。愛南町は愛媛県最南端に位置し、平成16年に旧5か町村が合併し誕生した町である。人口は、平成27年9月現在で23,573人、高齢化率は37.1%であり、2025年には49.3%になると推算されている。町民の生活は、内陸部では農林業を、海岸部では漁業および魚類養

殖の水産業が中心で、近年になり交通アクセスは徐々に改善されているが、高速道路や鉄道の整備はなく、人口減少と過疎・高齢化の進行が深刻な地域である<sup>3)4)</sup>。地域住民の地元への愛着は強く、人生の最期まで住み慣れた地域や自宅で暮らしたいと思う傍ら、認知症や要介護状態になれば特別養護老人ホーム(以下、特養)への入居を希望している状況があった<sup>5)</sup>。しかし、愛南町には4施設の特養があるものの慢性的な待機状態が続いており<sup>6)</sup>、入所を希望した時のタイムリーな入所は叶わない。高齢化の進行に伴い認知症者も増加しており、当事者や家族は特養入所までの長い期間を、負担や不安を抱えながら在宅で生活しなければならず、この現実に対する地域住民の理解は充分とはいえない現状があった。

このような状況の中、愛南町地域包括支援センターでは、地域特性に応じた包括的な支援体制の構築に向けた基礎的調査として、地域住民・在宅要介護高齢者・在宅家族介護者・介護保険事業所を対象に、認知症に関するアンケート調査を実施した。本稿では、その中の地域住民に対するアンケート調査結果を取り上げ、地域住民の認知症に対する理解や愛南町に対する思いを明らかにし、今後の愛南町における認知症対策の課題と方向性を検討する資料とすることを目的とする。

#### 方 法

##### 1. 調査対象者

平成25年7月1日現在で、愛南町に住所を有する30歳以上70歳未満の人の中から、無作為に抽出した1,000名を対象とした。

\*愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科

\*\*安田女子大学

\*\*\*愛南町地域包括支援センター

## 2. 調査期間

平成25年8月21日～平成25年9月30日

## 3. 調査方法

調査は独自に作成した質問紙を用いた、無記名自記式質問紙調査とした。調査用紙の配布は愛南町地域包括支援センターを通じた個別の郵送法とした。記入済みの調査用紙は、同封した返信用封筒を用いて、対象者自身が個別に愛南町地域包括支援センター宛てに郵送で返信した。

## 4. 調査内容

調査項目は、1) 基本属性（性別、年齢、居住地域、家族構成、介護経験の有無）、2) 認知症に対する理解と意識、3) 認知症になった場合の生活場所と協力者で構成した。

## 5. 分析方法

回収した質問紙の回答を電子データ化し、質問項目ごとに単純集計を行い概観した。その後、対象者の年代別に $\chi^2$ 検定および残渣分析を行った。統計解析はSPSS version19を用い、有意水準は5%に設定した。また、自由記述の回答については、記述内容の類似性に基づいて分類した。

## 6. 倫理的配慮

調査対象者へは、調査の目的、方法、プライバシーと匿名性の確保、データの適切かつ適正な取り扱いについて文書を用いて説明し、回答用紙の返信をもって同意を得たものとした。共同研究者である自治体（愛南町、地域包括支援センター）に対しては、本データの取り扱いについて、個人を識別する情報は一切使用しないこと、電子データの保管は専用パソコンを使用し、パソコンおよび資料は施錠できる書類棚に保管する事、電子データや資料は研究終了後に直ちに破棄する事、調査内容の公表について文書と口頭で説明し同意を得た。

## 結 果

### 1. 回答者の概要

質問紙の配布数は回答可能な987人で、回答は463人から得られた（回収率：46.9%）。回答者の概要は表1に示した。性別は男性175人（37.8%）、女性278人（60.0%）であった。年代は、60歳代が最も多く173人（37.3%）で、次いで50歳代の141人（30.5%）であり、年代が下がるごとにその割合は減少していた。居住地域は愛南町中心部

表1 回答者の概要

(n=463)

年代		30歳代(n=67)	40歳代(n=72)	50歳代(n=141)	60歳代(n=173)	合計
性別	男性	32 (6.9)	24 (5.2)	45 (9.7)	74 (16.0)	175 (37.8)
	女性	35 (7.6)	48 (10.4)	96 (20.7)	99 (21.4)	278 (60.0)
	未記入	—	—	—	—	10 (2.2)
	計	67 (14.5)	72 (15.6)	141 (30.5)	173 (37.3)	463(100.0)
居住地域	内海地域	6 (1.3)	7 (1.5)	9 (1.9)	14 (3.0)	36 (7.8)
	御荘地域	25 (5.4)	34 (7.3)	46 (9.9)	57 (12.3)	162 (34.9)
	城辺地域	23 (5.0)	17 (3.7)	52 (11.2)	54 (11.7)	146 (31.5)
	西海地域	4 (0.9)	6 (1.3)	12 (2.6)	28 (6.0)	50 (10.8)
	一本松地域	9 (1.9)	8 (1.7)	25 (5.4)	24 (5.2)	66 (14.3)
	未記入	—	—	—	—	3 (0.6)
計	67 (14.5)	72 (15.6)	144 (31.1)	177 (38.2)	463(100.0)	
家族構成	独居	3 (0.6)	1 (0.2)	16 (3.5)	18 (3.9)	38 (8.2)
	高齢者と同居	23 (5.0)	31 (6.7)	51 (11.0)	74 (16.0)	179 (38.6)
	高齢者世帯	0 (0.0)	1 (0.2)	2 (0.4)	29 (6.3)	32 (6.9)
	その他	41 (8.9)	39 (8.4)	75 (16.2)	55 (11.8)	210 (45.4)
	未記入	—	—	—	—	4 (0.9)
	計	67 (14.5)	72 (15.5)	144 (31.1)	177 (38.2)	463(100.0)
	高齢者独居 (65才以上)	—	—	—	—	9 (1.9)
介護経験の有無	あり	12 (2.6)	6 (1.3)	18 (3.9)	24 (5.2)	60 (13.0)
	なし	52 (11.2)	63 (13.6)	119 (25.7)	148 (32.0)	382 (82.5)
	未記入	3 (0.6)	3 (0.6)	7 (1.5)	5 (1.0)	18 (3.9)
	未記入	—	—	—	—	3 (0.6)
	計	67 (14.4)	72 (15.5)	144 (31.1)	177 (38.2)	463(100.0)

表2 年代別認知症に対する理解

調査項目		未記入	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	合計
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
「認知症」という言葉 (n=463)	知っている	3 (0.6)	67(14.4)	71(15.3)	143(30.8)	176(38.0)	460(99.4)
	知らない	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)
	未記入	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.4)
認知症は病気である (n=463)	知っている	3 (0.6)	58(12.5)	68(14.6)	137(29.5)	163(35.2)	429(92.7)
	知らない	0 (0.0)	9 (1.9)	4 (0.8)	5 (1.0)	6 (1.2)	24 (5.2)
	未記入	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.4)	8 (1.7)	10 (2.1)
原因となる病気がいろいろある (n=429)	知っている	-	17 (4.0)	30 (7.0)	70(29.5)	66(27.8)	183(42.6)
	知らない	-	7 (1.6)	16 (3.7)	13 (3.0)	17 (4.0)	53(12.4)
予防が重要となる認知症がある (n=429)	知っている	-	23 (5.4)	34 (7.9)	71(16.6)	79(18.4)	207(48.2)
	知らない	-	5 (1.2)	14 (3.3)	14 (3.3)	15 (3.5)	48(11.2)
治る認知症もある (n=429)	知っている	-	16 (3.7)	17 (4.0)	36 (8.4)	45(10.5)	114(26.6)
	知らない	-	8 (1.9)	18 (4.2)	21 (4.9)	25 (5.8)	72(16.7)
進行する認知症がある (n=429)	知っている	-	44(10.3)	53(12.4)	101(23.5)	122(28.4)	320(74.6)
	知らない	-	4 (0.9)	5 (1.2)	7 (1.6)	10 (2.3)	26 (6.1)
誰もが認知症になる可能性がある (n=429)	知っている	-	48(11.2)	57(13.3)	119(27.7)	145(33.8)	369(86.0)
	知らない	-	5 (1.2)	5 (1.2)	5 (1.2)	4 (0.9)	19 (4.3)
認知症サポーターの存在 (n=429)	知っている	1 (0.2)	13 (2.8)	14 (3.0)	40 (8.6)	53(11.4)	121(26.1)
	知らない	2 (0.4)	53(11.4)	56(12.0)	100(21.5)	124(26.7)	335(72.3)
	未記入	0 (0.0)	1 (0.2)	2 (0.4)	4 (0.8)	0 (0.0)	7 (1.5)
認知症サポーター受講の有無 (n=463)	受講者	1 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.4)	8 (1.7)	13 (2.8)	25 (5.4)
	未受講	2 (0.4)	66(14.2)	70(15.1)	136(29.3)	164(35.4)	438(94.6)
認知症に関する情報源 (n=358) 複数回答	テレビ・ラジオ	3 (0.8)	38(10.6)	56(15.6)	113(31.5)	120(33.5)	330(92.1)
	新聞・雑誌	1 (0.2)	13*(3.6)	27 (7.5)	68*(18.9)	66(18.4)	175(48.8)
	講演・学習会参加	1 (0.2)	11 (3.0)	7 (1.9)	22 (6.1)	34 (9.4)	75(20.9)

χ<sup>2</sup>検定 \* p<.05

の城辺地域が146人(31.5%)、御荘地域が162人(34.9%)であり、愛南町の地域別人口比に準じていた。家族構成は、質問項目のその他の世帯を除き、高齢者との同居世帯が179人(38.6%)と最も多かった。これまでに介護経験がある人は60人(13.0%)、ない人は382人(82.5%)であった。

## 2. 認知症に対する理解と意識

「認知症」という用語については、460人(99.4%)が知っていた。年代による認知症の理解について有意な差はなく、429人(92.7%)は認知症が病気であることを認識しており、そのうち183人(42.6%)は、原因となる病気があることを知っていた。予防が重要であることを知っている人は207人(48.2%)で、認知症が進行性であることは320人(74.6%)が、誰もが認知症になる可能性があることは369人(86.0%)が知っていた。認知症サポーターについて知っている人は121人(26.1%)であり、受講者は25人(5.4%)であった。認知症に関する情報源はテレビやラジオが最も多く330人(92.1%)であり、次いで新聞や雑誌が175人(48.8%)、講演・学習会への参加が75人(20.9%)の順であった。年代別では、新聞や雑誌から情報を得た人は30歳代が有意に少なく50歳代が有意に多かった(p=0.016)(表2)。認知症サポーターの養成講

座の受講状況は、受講したいかわからないと答えた人が最も多く238人(51.4%)、今後受講する意思がある人は145人(31.3%)、今後も受講する意思がない人は49人(10.5%)であった(図1)。認知症の人に対する印象の上位は、「いろいろなことができなくなってしまう」が262人(56.5%)、「物忘れがあり、同じことを何回も聞いてくる困った人」が259人(55.9%)、「世話はかかっても家族にとって必要な人」が188人(40.6%)であった(図2)。身近な人が認知症だと思った時の最初の相談先は、かかりつけ医が最も多く181人(39.1%)、次いで総合病院が152人(32.8%)、役場(地域包括支援センターなど)が106人(22.8%)であった(図3)。

## 3. 認知症になった場合の生活場所と協力者

認知症の人にとって、愛南町は住みやすい町だと思う人は197人(42.5%)、そう思わない人が175人(37.8%)であり、年代による有意な差はなかった(p=0.097)(表3)。住みやすさと住みにくさの理由については、記述内容を類型化しその結果を表4に示した。愛南町が認知症になっても住みやすい町だと答えた197人のうち、その理由を記述した人は116人で、記述内容は12のカテゴリーに分類できた。住みやすいと思う理由の上位には、地域住民が親切であること(25件)、コミュニティが形成

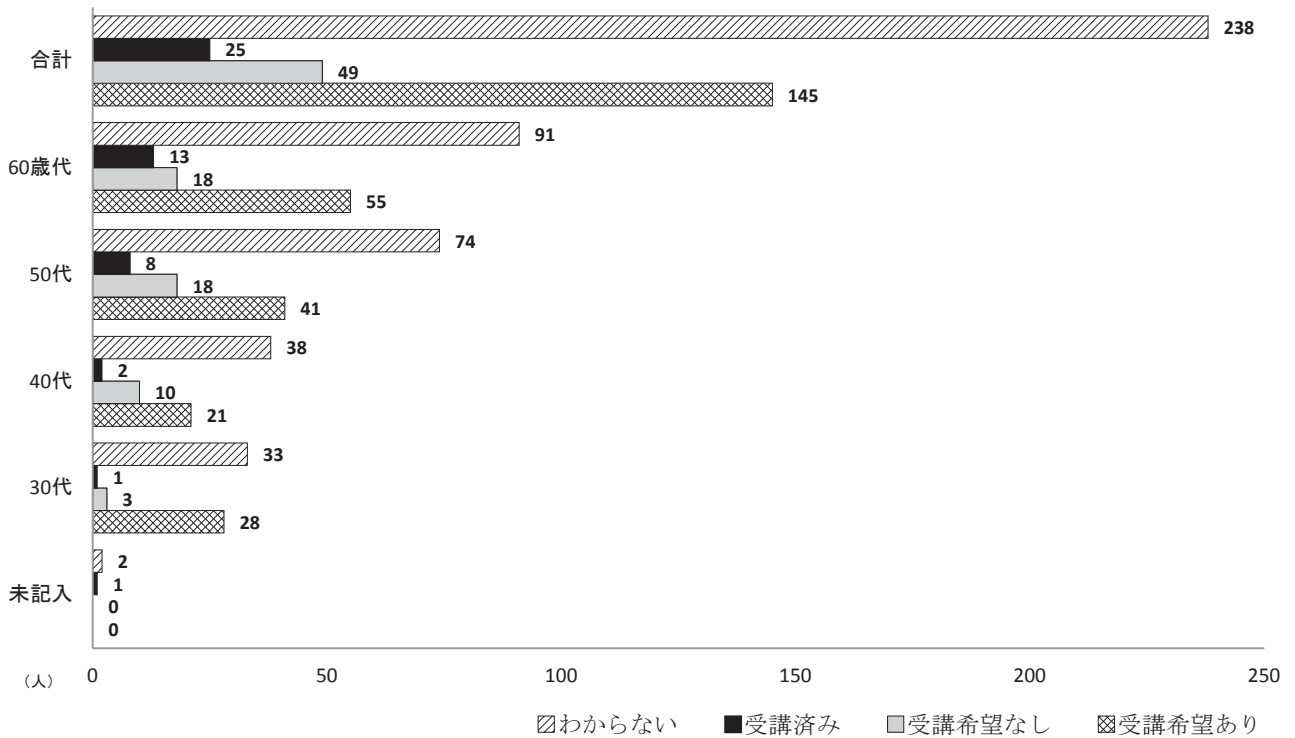


図1 認知症サポーター受講状況 (n=463)

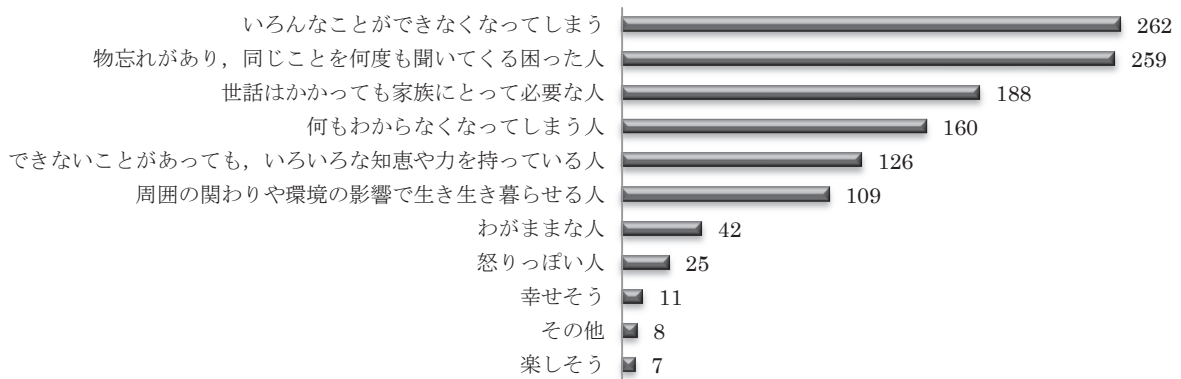


図2 認知症の人に対する印象 (n=463 3つ以内の回答)

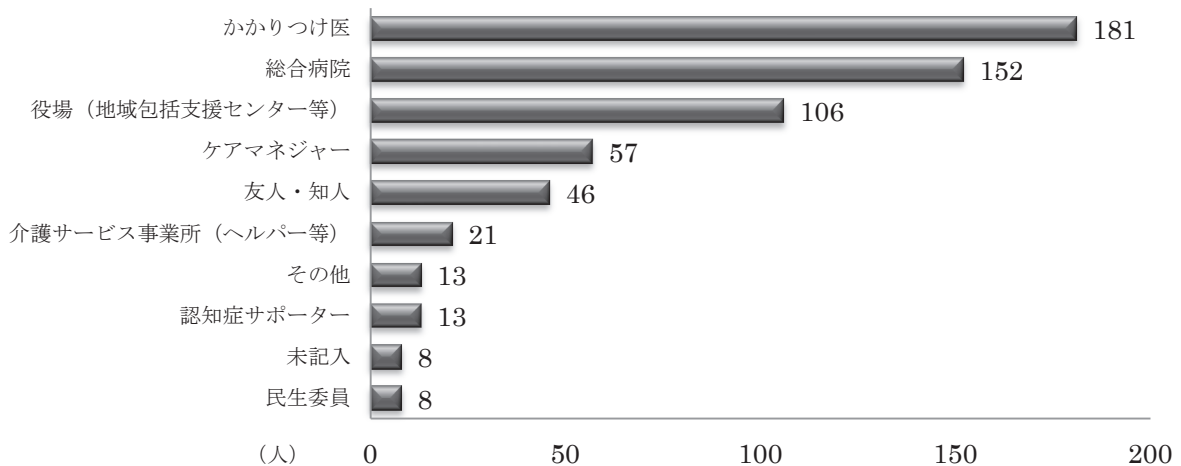


図3 身近な人が認知症だと思った時の最初の相談先 (n=463)



表3 認知症の人にとっての愛南町の住みやすさ

(n=463)

		年 代					合 計
		未記入	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	
愛南町の住みやすさ	住みやすいと思う	1 (0.2)	30 (6.4)	30 (6.4)	59 (12.7)	77 (16.6)	197 (42.5)
	思わない	1 (0.2)	23 (4.9)	30 (6.4)	53 (11.4)	68 (14.6)	175 (37.8)
	未回答	1 (0.2)	14 (3.0)	12 (2.5)	32 (6.9)	32 (6.9)	91 (19.7)
	計	3 (0.6)	67 (14.4)	72 (15.5)	144 (31.1)	177 (38.2)	463 (100.0)

 $\chi^2$ 検定 p<0.05 n.s

表4 愛南町の住みやすさ・住みにくさの理由（自由記述の内容）

住みやすいと回答した人 (197人)	住みにくいと回答した人 (175人)	回答を未記入の人 (91人)
記述者 116人	記述者 116人	記述者 36人
地域住民が親切 (25) コミュニティが形成されている (22) 認知症に対する支援体制が構築されている (17) 自然が豊か (16) 介護施設や支援が充実している (14) 小さい町だから (12) 知人が多く馴染みの関係 (10) サービスの質が良い (8) なんとなく (3) ネットワークができて (2) 行政が積極的 (2) その他 (3)	施設が少なくすぐ入所できない (39) 啓発、情報発信の不足 (27) サポート、サービスの不足 (16) 地域の協力が期待できない (12) 専門職の意識が低い (9) よくわからない (8) 家族の負担が大きい (7) 認知症者が身近にいないのでわからない (6) 認知症に対する理解が低い (6) 経済的な負担が大きい (4) 交通が不便 (4) 専門職が少ない (3) その他 (3)	周囲に認知症の人がいない (14) 町にどのようなサポートがあるのかわからない (9) わからない (6) 地域と付き合いがないのでわからない (5) 他の地域と比べてことがない (3) 重度の認知症のことがわからない (2) 家族への負担が大きい (2) 今後の生活に不安、不満 (2) その他 (2)

( )内は件数

されていること(22件)、認知症に対する支援体制が構築されている事(17件)があった。住みにくい町だと答えた175人のうち、その理由を記述した人は116人で、記述内容は13のカテゴリーに分類できた。住みにくいと思う理由の上位には、施設が少なくすぐ入所できないこと(39件)、認知症の啓発・情報発信が不足していること(27件)、サポート・サービスが不足していること(16件)があった。また、住みやすいか否かの問いに回答していない91人のうち、自由記述欄に記述していた人は36人で、記述内容は9のカテゴリーに分類できた。記述内容の上位には、周囲に認知症の人がいないのでわからない(14件)、愛南町にどのようなサポートがあるのかわからない(9件)、わからない(6件)、地域との付き合いがないのでわからない(5件)などがあった。

認知症になった場合に生活したい場所は、特養を希望する人が168人(36.4%)と最も多く、次いで自宅を希望する人が137人(29.7%)、わからないと答えた人が106人(22.9%)であった。わからないと答えた人は30歳代に有意に多く、60歳代に有意に少なかった(p=0.002)。自宅で生活する場合に必要な協力者は、同居家族が最も多く382人(82.5%)で、次いで親族等が182人(39.4%)、地域住民が170人(36.7%)であった。年代別では、60歳代では親族の協力を希望しない人が有意に多かった(p=0.016)。また、その他の協力者を希望した人は50歳代に有意に多かった(p=0.014)(表5)。その他の協力

者としては、訪問介護員や医療・福祉の専門職、短期入所生活介護、公的な支援などが挙がっていた。

## 考 察

本調査は、無作為に抽出した愛南町に住所を有する30歳以上70歳未満の人を対象に、調査時点で回答が可能な人に対して自記式質問紙調査を行ったものである。有効回収率は46.9%であったが、この回収率は一般的な郵送調査の回収率(約30%程度)から考えると高いといえる<sup>7)</sup>。また、居住地域別の回答者の比率も、愛南町の旧地域別人口比と準じており、本データの分析においては妥当な数字と考えられる。この回収率の妥当性を基に、「地域住民の認知症に関する理解」と「愛南町における認知症対策の課題と方向性」について考察する。

### 1. 地域住民の認知症に関する理解

「認知症」という用語については、460人(99.4%)が知っており、松岡ら<sup>8)</sup>の地域住民を対象とした調査結果とほぼ同様であった。「認知症」という用語は、2004年12月に厚生労働省により従来の「痴呆症」から「認知症」へと名称変更が行われ、介護保険などを通じて10年以上にわたり広く周知された結果と考えられる。92.7%の人が病気であると認識しており、誰もが認知症になる可能性があることや、進行性であることの理解は高く、単なる物忘れや高齢になると認知症になるという誤解は薄れて

表5 認知症になった場合の生活場所と自宅生活での協力者

(n=463)

		年 代					合 計
		未記入	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	
認知症になった場合に生活したい場所							
自宅 (n=461)	希望する	1 (0.2)	17 (3.6)	19 (4.1)	37 (8.0)	63(13.6)	137 (29.7)
	希望しない	2 (0.4)	50(10.8)	52(11.2)	107(23.2)	113 (4.5)	324 (70.3)
	計	3 (0.6)	67(14.5)	71(15.4)	144(31.2)	176(38.1)	461(100.0)
町内の病院 (n=463)	希望する	0 (0.0)	2 (0.4)	0 (0.0)	8 (1.7)	7 (1.5)	17 (3.7)
	希望しない	3 (0.6)	65(14.0)	72(15.5)	136(29.3)	170(36.7)	446 (96.3)
	計	3 (0.6)	67(14.4)	72(15.5)	144(31.1)	177(38.2)	463(100.0)
特養 (n=461)	希望する	1 (0.2)	20 (4.3)	22 (4.7)	52(11.2)	73(15.8)	168 (36.4)
	希望しない	2 (0.4)	47(10.1)	50(10.8)	92(19.9)	102(22.1)	293 (63.6)
	計	3 (0.6)	67(14.5)	72(15.6)	144(31.2)	175(37.9)	461(100.0)
グループホーム (n=463)	希望する	1 (0.2)	5 (1.0)	8 (1.7)	15 (3.2)	21 (4.5)	50 (10.8)
	希望しない	2 (0.4)	62(13.3)	64(13.8)	129(27.8)	156(33.6)	413 (89.2)
	計	3 (0.6)	67(14.4)	72(15.5)	144(31.1)	177(38.2)	463(100.0)
わからない (n=462)	該当する	0 (0.0)	24* (5.1)	22 (4.7)	35 (7.5)	25 (5.4)	106 (22.9)
	該当しない	3 (0.6)	43 (9.3)	50(10.8)	109(23.5)	151*(32.6)	356 (77.1)
	計	3 (0.6)	67(14.5)	72(15.5)	144(31.1)	176(30.0)	462(100.0)
自宅で生活する場合に必要な協力者							
同居家族 (n=463)	希望する	2 (0.4)	61(13.1)	64(13.8)	115(24.8)	140(30.2)	382 (82.5)
	希望しない	1 (0.2)	6 (1.3)	8 (1.7)	29 (6.3)	37 (8.0)	81 (17.5)
	計	3 (0.6)	67(14.4)	72(15.5)	144(31.1)	177(38.2)	463(100.0)
親族など (n=462)	希望する	0 (0.0)	29 (6.2)	34 (7.3)	65(14.1)	54(11.7)	182 (39.4)
	希望しない	3 (0.6)	37 (8.0)	38 (8.2)	79(17.1)	123*(26.6)	280 (60.6)
	計	3 (0.6)	66(14.2)	72(15.5)	144(31.2)	177(38.3)	462(100.0)
友人 (n=463)	希望する	0 (0.0)	4 (0.8)	8 (1.7)	12 (2.6)	5 (1.1)	29 (6.3)
	希望しない	3 (0.6)	63(13.6)	64(13.8)	132(28.5)	172(37.1)	434 (93.7)
	計	3 (0.6)	67(14.4)	72(15.5)	144(31.1)	177(38.2)	463(100.0)
地域住民 (n=463)	希望する	1 (0.2)	26 (5.6)	30 (6.4)	58(12.5)	55(11.9)	170 (36.7)
	希望しない	2 (0.4)	41 (8.8)	42 (9.1)	86(18.6)	122(26.3)	293 (63.3)
	計	3 (0.6)	67(14.4)	72(15.5)	144(31.1)	177(38.2)	463(100.0)
ボランティア (n=463)	希望する	1 (0.2)	24 (5.1)	25 (5.3)	42 (9.1)	44 (9.5)	136 (29.4)
	希望しない	2 (0.4)	43 (9.3)	47(10.2)	102(22.0)	133(28.7)	327 (70.6)
	計	3 (0.6)	67(14.4)	72(15.5)	144(31.1)	177(38.2)	463(100.0)
わからない (n=463)	該当する	0 (0.0)	2 (0.4)	4 (0.8)	5 (1.1)	13 (2.8)	24 (5.2)
	該当しない	3 (0.6)	65(14.0)	68(14.6)	139(30.0)	164(35.4)	439 (94.8)
	計	3 (0.6)	67(14.4)	72(15.5)	144(31.1)	177(38.2)	463(100.0)
その他 (n=463)	該当する	1 (0.2)	10 (2.1)	5 (1.0)	21*(4.5)	9 (1.9)	46 (9.9)
	該当しない	2 (0.4)	57(12.3)	67(14.5)	123(26.6)	168*(36.3)	417 (90.1)
	計	3 (0.6)	67(14.4)	72(15.5)	144(31.1)	177(38.2)	463(100.0)

χ<sup>2</sup>検定 残差分析 \*p<0.05

きていると考えられる。しかし、テレビやラジオが主な情報源である人が92.1%を占めていることから、テレビやラジオは大衆への伝達速度が早く、映像や音声を通して人の感情に残りやすい一方、発信された情報は一方的で、「ながら見」「ながら聞き」されることもあり、広く浅い理解はできても、正しい知識の蓄積ができていないと限らない。また、新聞や雑誌から情報を得ている人は

全体の50%を下回っていることから、認知症に関する知識や情報を主体的に得ようとする意欲や行動力があるとはいえない。特に30歳代では、他の年代よりも新聞や雑誌を活用しておらず、若年者の活字離れの傾向が進行する中、若年世代に対する認知症の情報発信の方法を検討していく必要がある。

認知症の人に対する印象では、「いろいろなことがで

きなくなってしまう」や「物忘れがあり同じことを何回も聞いてくる困った人」という回答が50%を超えており、認知症に対する負のイメージの先行が考えられた。身近な人が認知症になった場合の最初の相談先は、かかりつけ医や総合病院が上位にあり、早期診断や治療に結びつく可能性が高いといえる。日本認知症ケア学会による認知症の家族への調査結果<sup>9)</sup>では、家族介護者が相談できる人は、「ケアマネジャー(70.3%)」「配偶者(46.7%)」「かかりつけ医(46.4%)」の順となっている。本調査の対象者は家族介護者ではないため、結果の単純な比較はできないが、家族介護者が相談や受診を先延ばしにする傾向が報告されている<sup>10)</sup>中、最初の相談先として身内よりも医療の専門家を優先していることから、これまでに得た認知症に関する知識の活用ができていていると考えられる。日本認知症ケア学会の調査<sup>9)</sup>では、地域包括支援センターやその他の専門職への相談がわずか数%という結果であったが、本調査では、役場などへの相談が医療機関に次いで多く、役場は地域住民にとって身近な存在であり、困りごとが起きると気軽に外向き、相談しやすい職員のいる垣根の低い場所であり、役場と地域住民の良い関係性が構築されていると考えられた。

認知症サポーターを知らない人は70%以上であり、サポーター養成講座を受講するかどうかわからない人と、受講する意思がない人を合わせると60%を超えており、更なる認知症サポーターへの理解と養成講座を通じた啓発活動の必要性が考えられた。新オレンジプランでも、認知症への理解を深めるための普及・啓発を推進する基本的な柱のひとつに認知症サポーターの養成を掲げており、2017(平成29)年度末までに800万人の養成を目標としているところである。平成27年9月30日現在の認知症サポーター(キャラバンメイト)実施状況<sup>11)</sup>によると、愛南町の総人口23,573人に対し高齢化率は37.1%で、サポーター講座開催回数は81回、サポーター数は1,504人で、総人口に占めるサポーター数の割合は6.38%であった。総人口や高齢化率の近似している四国圏域の須崎市やいの町などと比較すると、サポーター講座開催回数、総人口に占めるサポーター数の割合は上回っており、愛南町が認知症対策に力を注ぎ、積極的・建設的な推進活動を行っていることが推測できた。今後は、全世代を対象に、町内の小中高等学校などの教育機関との連携を視野に入れながら、各年代の特徴に合わせた効果的な認知症サポーターの養成方法の検討および推進していく必要がある。

## 2. 愛南町における認知症対策の課題と方向性

認知症になった場合に生活したい場所として、最も希望が多かった特養は、全国的にも慢性的な待機状態である。全国の特養7,865施設で受け入れ可能な高齢者は、平成25年現在51万6,000人であり、待機者は平成25年10

月時点で52万2,000人に上っている<sup>11)</sup>。愛南町においても4か所の特養の総受け入れ人数は220人であり、701人が待機状態である<sup>6)</sup>。

厚生労働省による、「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」結果では、特養側からみた「真に入所が必要な人」は入所申込者全体の1割強である。家族や居宅ケアマネジャーの申し込み理由では、将来への不安からとりあえず申し込む人が約50%であり、入所の順番が来ても「今回はお断りする」または「すぐには決められない」と回答した家族は、在宅で31%程度、施設在所で34%~44%程度であり、入所の順番が来ても入所しない人が多いことが裏付けられた。また、入所理由に「家族の負担」を配慮している人は6割程度、「いつも誰かが一緒にいると安心」や「自宅にいると自分の体調が不安」などの理由が4割程度である<sup>12)</sup>。認知症に関する専門的ケアの必要性により、入院や施設入所が必要な場合もあるが、愛南町においても特養の入所理由について、当事者や家族の視点から丁寧に分析し、その思いに沿った在宅生活が可能になるサポート体制の再検討が必要である。また、認知症になった場合に、自宅で生活するための協力者として、同居家族や親族等の身内や地域住民などを希望しているように、専門職の力を活用するという意識は高いとはいえない。さらに、現状の介護保険制度での在宅介護分野のサービスにおいても、家族介護を前提にそれを補完する程度のサービスであることも否めない<sup>13)</sup>。しかし、愛南町では著しい人口減少と高齢化が進行しており、当事者が希望しても同居家族や親族による介護が叶いにくい現状もあり、ニーズと現実の間は乖離がある。この状況に対する地域住民の理解度を確認し、正しい情報を提供していかなければならない。平成25年の「国民生活基礎調査(厚生労働省)」では、要介護者の3人に2人は同居する家族の介護を受けているが、同居家族による介護は減少し、介護事業所や別居の家族による介護が増加している傾向があることが報告されている<sup>14)</sup>。2010年における在宅介護の介護者の続柄は、配偶者が最も多く25.7%で、次いで子どもの20.9%であったが<sup>15)</sup>、愛南町でも同様な状況が起きていることが推測される。「地域」という福祉集団が崩壊し、核家族化の進行により最小福祉単位である「家族」もその機能が縮小・喪失しつつある<sup>16)</sup>現在においては、家族をインフォーマルな資源と捉えることは難しく、今後は血縁よりも地縁という地域住民の力と社会的なサポートの必要性の情報提供や、認知症の人とその家族へのサポートのあり方を検討していく必要がある。但し、50歳代や60歳代では、親族の協力を希望しない人が多いことから、今後は専門職の介入の場が広がる可能性がある。次世代高齢者の特徴を踏まえ、認知症に関する教育的な介入を強化することは、地域づくりの基盤を固めることにつな



がると考えられる。

認知症の人にとって愛南町が住みやすい理由には、地域住民との関わりの深さやコミュニティの形成、馴染みの関係などがあり、昔ながらの地縁や血縁の相互システムが円滑に機能していることが推測できた。また、支援体制の充実や介護施設およびサービスが充実しているという回答からは、実際に介護に関するサービスや支援を受けた結果、速やかで質の良い対応を受けた経験が反映されていることが推測できた。反面、住みにくさの理由として、施設数が少なくすぐ入所できないことやサポートやサービスの不足、専門職の意識が低いことなどから、施設数やサービス体制が同じであっても、サービスの提供方法や利用のタイミングのズレなどのニーズに沿わない体験により、住みにくいという意識になることが考えられた。また、住みにくい理由や回答していない人の共通の理由として、周囲に認知症の人がいないのでわからないというように、認知症に関する知識の不足や介護の実体験がないこと、情報が行き届いていないと感じる状況があり、このような状況では建設的に今後のまちづくりを考えることは難しい。テレビやラジオが主な情報源であることを活かし、例えば、ケーブルテレビや愛南町のホームページを介して、愛南町独自の認知症に関する基本情報や状況を発信することは可能ではないだろうか。また、50歳代では、他の年代より新聞や雑誌から情報収集していることから、健康志向が高いことが考えられる。50歳代は、配偶者や親世代の介護を担う年代でもあり、次世代の高齢者でもある。60歳代とともに地域づくりの中核となる年代として、認知症に関する啓発や知識の提供を積極的に行う必要がある。

本稿は、地域住民を対象とした調査結果の報告であったが、介護事業所や家族介護者など、その他のデータの分析も進んでいる。また、愛南町内の特定の地域をモデルに、認知症の啓発と地域住民自身が考え実践するまちづくりのモデル事業も実施した。地域づくりにおいては住民の認知症に対する理解や主体的な取り組みが重要であり<sup>17)</sup>、まちづくりの中核となる「自助」を支える「互助」と「共助」のあり方や、経済面や生活面における持続性も踏まえながら、「愛南町版認知症になっても暮らしやすい町づくり」に向けて具体的な方法を検討し、可能なことから実践・評価していく予定である。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省(2015/12/15):認知症施策5か年計画(オレンジプラン). <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>.
- 2) 厚生労働省(2016/1/15):認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン). <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>.
- 3) 愛南町(2015/9/30):愛南町公式ホームページ:  
<http://www.town.ainan.ehime.jp/kurashi/chosei/gaiyo/jinkotokei/>.
- 4) 総務省統計局(2015/9.1):平成22年国勢調査結果.  
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm>.
- 5) 愛南町(2015.9.1):愛南町公式ホームページ愛南町第7次高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画.  
<http://www.town.ainan.ehime.jp/kurashi/kenko/fukushi/koreifukushi/files/plan06.pdf>.
- 6) ホームズ(2016.1.5):南宇和郡愛南町の特別養護老人ホーム. <http://kaigo.homes.co.jp>.
- 7) 林秀夫(2004):郵送調査法. 関西大学出版会.
- 8) 松岡千代, 安達和美(2009):地域住民の認知症に対する意識と相談ニーズに関する調査-「まちの保健室」の相談場所としての利用可能性-. UH CNAS, RINCP Bulletin (16) p69-83.
- 9) 日本認知症ケア学会(2010):認知症ケア専門士制度がケア現場にもたらした効果の検証研究事業報告. 認知症ケア事例ジャーナル, 3(3), p312-318.
- 10) 奥村由美子, 久世淳子, 柴山漠人(2004):要介護認定者の介護者における認知症についての認識と相談・受診状況. 老年精神医学雑誌, 16(2), p229-241.
- 11) 特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク(2015.12.30):都道府県別メイト・サポーター数グラフ-認知症サポーターキャラバン実施状況.  
<http://www.caravanmate.com/result/>.
- 12) 厚生労働省(2012):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.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002axxratt/2r9852000002ayll.pdf>
- 13) 春日キスヨ(2011):介護問題の社会学. 岩波書店.  
一般財団法人厚生労働統計協会(2014):国民福祉と介護の動向. 61(10), p175.
- 14) 厚生労働省(2016/1/5):平成25年国民生活基礎調査. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/index.html>.
- 15) 一般社団法人厚生労働統計協会(2014):国民衛生の動向. 61(9), p236-241.
- 16) 岩見太市(2012):地域家族の時代, 孤立しないシニアライフのための発想転換. 筒井書房.
- 17) 小野ミツ(2015):発展する在宅ケアの未来に住み慣れた地域の暮らしを支えるケア. 日本在宅ケア学会誌, 18(2), p54~58.

## 要 旨

本研究の目的は、地域住民の認知症への理解や自分たちの住む愛南町に対する思いを明らかにし、今後の愛南町における認知症対策の課題と方向性を検討する資料とすることである。無作為に抽出した30歳以上70歳未満の住民987人に対して、無記名の自記式質問紙調査を行い、463人から回答が得られた(回収率：46.9%)。対象者のほとんどは「認知症」という用語や認知症が病気であることを理解しており、予防の重要性も感じていたが、認知症に対する負のイメージも持っていた。介護サービス活用経験の良否は、愛南町の住みやすさの意識に影響しており、更なるサービスの質の向上が望まれた。また、認知症になった場合は特別養護老人ホームへの入所を、自宅で生活する場合は血縁の協力を希望していたが、今後は、地域の現状や認知症に関する各年代別の効果的な情報発信と啓発活動を行うとともに、ニーズに対応した在宅生活の継続可能な体制を確立させることが必要である。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、ご協力していただいた愛南町民の皆様、関係自治体の皆様に深く感謝申し上げます。

## 利 益 相 反

本論文に関して、開示すべき利益相反状態は存在しない。