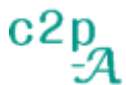


令和7年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

地域での認知症サポーター養成の 効果検証等に関する調査研究事業

令和8(2026)年3月



特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構

目次

事業の目的	5
1. 検討委員会	9
2. 認知症のある人にやさしいまちづくりの 指標について	13
3 認知症サポーターの活動実態調査報告	79
参考資料	97

事業の目的

I.事業実施目的

・認知症の人とその家族を理解する「認知症サポーター」の養成は全国民を対象とする啓発事業として平成17年度に開始し、1733市町村（全市町村1741中）が実施しており、現在までの累計で全国で約1,700万人の認知症サポーターが養成されている。

・市町村における取り組みで特に人口比・高齢者人口比で認知症サポーター養成率の高い市町村において住民が認知症の人等を見守るしくみを構築し行方不明者が発生していない事例、または認知症の早期受診が他自治体よりも進んでいる事例等、好事例が見られることがすでに確認されている。

・本調査研究事業では「認知症サポーターキャラバン」事業を実施中の全市町村を対象として認知症サポーターの養成状況と①住民の認知症に対する意識・行動、②住民（認知症サポーター）による主体的な活動の有無や実施状況、③共生社会に向けた地域づくりの進捗状況の関係を総合的に分析し、自治体等におけるより効果的な認知症サポーター養成とその効果検証に役立てることを目指す。

II.事業概要

1.検討委委員会の設置・運営

○有識者、自治体事務局担当者等からなる検討委員会を設置・開催する。

○検討委員会では、調査内容・項目の検討からデータの分析・評価、導き出された結果を元に、市町村における効果的な認知症サポーター養成の手法及び認知症サポーターを活用した共生社会構築のあり方の提案をまとめる。

1.調査事業

(1) 認知症サポーターの活動実態調査

・現在の認知症サポーターが地域においてどのような実践的活動を実施しているかを調査・把握する。

【回答期間】令和8年1月16日～2月20日

【調査対象】

「認知症サポーターキャラバン」を実施している全国の市町村・都道府県事務局（1740市町村及び47都道府県）

【調査内容】別紙5 アンケート調査「認知症サポーターが実践している活動」

【回答期間】令和8年1月16日～2月20日

【回答方法】Googleフォーム及びメール、郵送

【有効回答数】約907

(2) 共生社会に向けた地域づくりの進捗状況の分析

I. 認知症にやさしいまちと認知症サポーター養成の関連の分析

- ① JAGES プロジェクト（日本老年学的評価研究）参加自治体のデータを用いて、認知症サポーター養成との関連を含め、まちづくりの指標による地域分析を行う。

- ② サポーター講座受講者の認知症に対する意識変化をデータにより分析する。

II. 認知症サポーター養成の進捗状況データを活用した分析

市町村ごとの認知症サポーターの養成状況との関連性を分析し、地域づくりへの効果が高いと考えられる指標案作成に向けて養成された認知症サポーターの属性、年代の多様性、傾向等を自治体別に整理する。

※市町村ごとの認知症サポーター養成状況（2005年からの集積データを使用）：

養成数、性別、年代別、属性別等の受講状況、キャラバン・メイトの状況（稼働率、職種が多様であるか等）の集計データ

III. 今後の展開・課題

- ・今回の調査から得られた結果をもとに、認知症サポーター養成と「認知症に関する相談件数」「行方不明者数」「ボランティアへの参加数」「住民主体の活動の状況」「認知症の人の社会参加・役割の保持」等の地域影響との相関関係の可能性を継続して検証する必要がある。
- ・認知症サポーター養成状況の詳細と手法が認知症の人に理解のあるまちづくりに与える影響については、認知症サポーター養成以外の認知症事業の進捗も考慮し、個別事例の収集・分析を深め、まちづくり指標の一つとする方策を検討していくことが望まれる。

1. 検討委員会

1. 検討委員会の設置・運営

○有識者、自治体事務局担当者等からなる検討委員会を設置・開催する。委員は、認知症サポーター養成の効果に関する先行研究に携わる研究者、サポーター養成の実績が豊富なキャラバン・メイト、先進的な事例を有する市町村担当者等を予定している。

○検討委員会では、調査内容・項目の検討からデータの分析・評価、導き出された結果を元に、市町村における効果的な認知症サポーター養成の手法及び認知症サポーターを活用した共生社会構築のあり方の提案をまとめる。

認知症サポーター養成の効果検証等に関する検討委員会

●委員

齊藤 雅茂（日本福祉大学、教授）

尾島 俊之（浜松医科大学、教授）

川込 あゆみ（東京純心大学、准教授）

玉井 顯（福井県 敦賀温泉病院理事長・院長）

亀井 利克（前三重県名張市長／地域共生政策自治体連携機構理事）

●ワーキング班

川込 あゆみ（東京純心大学、准教授）

藤原 聡子（医療経済研究機構、研究員）

野口 泰司（浜松医科大学、助教）

井手 一茂先生（千葉大学、特任助教）

※オブザーバー：厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

※事務局：地域共生政策自治体連携機構

（全国キャラバン・メイト連絡協議会）

大島 一博（事務局長）、土屋 純子

第1回（ハイブリッド開催）

日時	2025年11月4日 11:00~12:00
内容	<p>➢概要説明</p> <p>➢委員紹介</p> <p>➢調査内容の検討</p> <p>（1. AFC/DFC 指標について、2. サポーター養成実施状況（データ）と JAGES データを用いた分析について、3. 認知症サポーターの活動実態調査（認知症サポーターが参加している実践的活動の内容）について、4. 福井県嶺南地域の事例紹介（大規模実施地域における社会影響の可能性）</p> <p>➢調査内容についての意見交換</p>

第2回 (ハイブリッド開催)

日時	2026年3月16日 12:00~13:30
内容	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 調査研究報告 <ul style="list-style-type: none"> (認知症のある人にやさしいまちづくりの指標について) (1) DFC 指標からの評価 <ul style="list-style-type: none"> ① WHO が提唱する AFC/DFC の枠組みと国際動向 〈井手委員〉 ② 日本における指標開発の到達点と課題 〈野口委員、藤原委員〉 ③ 認知症サポーター養成と AFC/DFC 指標の関連 <ul style="list-style-type: none"> (ア) JAGES データによる野口・藤原指標の地域間格差と関連要因 (認知症サポーター関連) 〈野口委員、藤原委員〉 (イ) JAGES データによる認知症サポーター養成講座受講者の意識変化に関する縦断分析 〈担当: 川込委員〉 (2) 共生社会に向けた地域づくりの進捗状況の分析に向けて自治体ごとの認知症サポーター養成状況のデータ分析結果 〈事務局〉 ● 認知症サポーターの活動実態調査報告 <ul style="list-style-type: none"> (1) 認知症サポーターが参加している実践的活動 (令和7年度調査) 結果報告 〈事務局〉 ➤ 調査報告についての意見交換

第3回 (ハイブリッド開催)

日時	2026年3月16日 12:00~13:30
内容	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 調査研究報告 ➤ 事業のまとめ ➤ オブザーバー (厚生労働省) よりコメント ➤ 調査報告についての意見交換

第1回ワーキング (オンライン開催)

日時	2025年11月4日 11:00~12:00
内容	➤ 事業内容、進め方の確認等

検討委員会、ワーキングでの検討を踏まえ調査事業内容について、下記の通りまとめ報告することとした。

[報告書内容]

- 認知症のある人にやさしいまちづくりの指標について
 - (1) DFC (認知症の人にやさしいまちづくり) 指標からの評価
 - ① WHO が提唱する AFC (高齢者にやさしいまちづくり指標) /DFC の枠組みと国際動向
 - ~AFC (認知症関連を中心に)、DFC まとめ
 - 日本における指標開発の到達点と課題

② 認知症サポーター養成と AFC/DFC 指標の関連

(ア) JAGES データによる野口・藤原指標の地域間格差と関連要因

(イ) JAGES データによる認知症サポーター養成講座受講者の意識変化に関する縦断分析

(2) 共生社会に向けた地域づくりの進捗状況の分析に向けて
自治体ごとの認知症サポーター養成状況のデータ分析

● 認知症サポーターの活動実態調査報告

(1) 認知症サポーターが参加している実践的活動（令和 7 年度調査）結果報告

(2) 大規模実施地域における社会影響の可能性

2. 認知症のある人にやさしい まちづくりの指標について

(I) Dementia-Friendly City からの評価

① 世界保健機関が提唱する Age-Friendly City および Dementia-Friendly City の枠組みと国際動向

千葉大学予防医学センター 井手一茂

1. はじめに

世界的に急速に進む高齢化は、世界各国の社会構造や政策課題に大きな影響を与えている。世界の 65 歳以上人口は今後数十年にわたり増加を続けると予測されており、特に都市部で、人口の集中と高齢化が同時に進むことから、高齢者が安心して生活できる都市環境の整備が重要な政策課題となっている。このような背景のもと、世界保健機関（World Health Organization: WHO）は 2007 年に Age-Friendly Cities（AFC：高齢者にやさしいまち）という概念を提唱した¹。この概念は、高齢者が地域社会の中で健康で活動的な生活を送ることを可能にする都市環境を整備することを目的としている。WHO はこの概念を都市政策の枠組みとして提示し、都市の物理環境、社会環境、サービス環境を包括的に改善することを提案した。

Age-Friendly City の取り組みはその後、世界各国に広がり、2010 年には Global Network for Age-Friendly Cities and Communities（GNAFCC）が設立された²。現在では世界 60 か国以上、1,000 を超える都市や地域がこのネットワークに参加しており、AFC の構築は国際的な政策課題に位置づけられている。さらに近年では、認知症の増加を背景として、Dementia-Friendly City（DFC；認知症にやさしいまち）の概念も広がっている。認知症の人が地域社会で尊厳を保ちながら生活できる環境を整備することは、高齢化社会における重要な課題となっている。

本章では、WHO が提唱する AFC の概念と枠組みを整理するとともに、DFC の概念とその国際的な展開について概観する。また、関連する研究動向や政策の発展を踏まえながら、今後の課題と展望について考察する。

2. Age-Friendly City の理論的背景

AFC に関わる近年の動向を図 1 にまとめた。1982 年に第 1 回の世界総会で高齢化についての議論がなされ、1986 年のオタワ憲章で、健康の社会的決定要因を意識したアプローチをとることのコンセンサスがえられた。2022 年の第 2 回世界総会では、高齢化に関するマドリッド行動計画が発表された。AFC の概念は、WHO が提唱するアクティブ・エイジング（Active Ageing）の理念に基づいている。アクティブ・エイジングとは、健康、社会参加、安全の機会を最適化することで高齢期の生活の質（Quality of Life：QOL）を高めることを目的とする概念であり、WHO は 2002 年の政策文書「Active Ageing: A Policy Framework」においてその基本的な考え方を提示した³。この理念では、高齢者を社会的支援の対象としてのみ捉えるのではなく、社会の一員として積極的に参加する主体として位置づけることが重視されている。高齢者が社会参加を継続し、地域社会において役割を持つことは、健康や Well-being の維持に重要な要素であると考えられている。そのうえで、WHO は AFC を「政策・サービス・環

境・構造が、高齢者を支えることを可能にする都市」として構想し、都市政策（交通、住宅、公共空間等）を“健康の社会的決定要因”として再設計するとした¹。

AFCに関わる近年の動向

- 1982：第1回世界総会 → 高齢化について議論
- 1986：オタワ憲章
→健康の社会的決定要因を意識したアプローチへ
- 2002：第2回世界総会→高齢化に関するマドリッド行動計画
- 2007：Global Age-Friendly cities: a Guide
→23か国33都市での調査・実践により作成
- 2010：Global Network for Age-friendly Cities and Communities
→高齢者にやさしいまちとコミュニティのダブリン宣言（2011）
- 2015：World report on ageing and health
- 2017：Global strategy and action plan on ageing and health
→SDGs*17ゴール中最低でも15が高齢化に関連
*持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals）
- 2019：Decade of Healthy Ageing →2021-2030

World Health Organization. National programmes for age-friendly cities and communities A guide. 2023

図1：AFCに関わる近年の動向

WHOは2005年から2007年にかけて、世界33都市・22か国の高齢者を対象としたフォーカスグループインタビューを中心とした調査を実施し、高齢者が生活しやすい都市環境の特徴を明らかにした。その成果として2007年に発表され「Global Age-Friendly Cities: A Guide」¹では、AFCのコアの枠組みとして、8つの領域が提示された。

3. Age-Friendly Cityの枠組み

WHOが提示したAFCの枠組みは、3領域8つの分野から成り立っている（図2）。

物理的環境：屋外スペースと建物、住居、交通（図3）

社会的環境：社会参加、市民参加と雇用、尊厳と社会的包摂（図4）

行政サービス：コミュニケーションと情報、地域支援と保健サービス（図5）

高齢者にやさしいまちづくり

- Age Friendly city (エイジフレンドリーシティ)
→高齢者にやさしいまち(地域)
- WHO(世界保健機関)が推進する高齢化に
対応したまちづくりの考え方
- 最終(長期)目標はHealth・Well-being

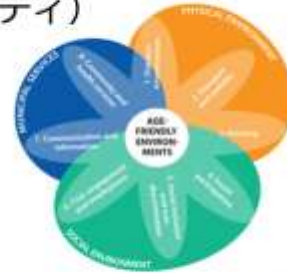


図2: 高齢者にやさしいまち、コア指標

物理的環境: Physical Environment



Orpana H, Chawla M, Gallagher E, Escaravage E. Developing indicators for evaluation of age-friendly communities in Canada: process and results. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2016 Oct;36(10):214-223. doi: 10.24095/hpcdp.36.10.02.

図3: 物理的環境

Age Friendly cityの新たな分野

The Gerontologist 53(4), 1-4
 https://doi.org/10.1177/0016224313501217
 Advance online publication & Review 2013
 Special Issue: Climate Change and Aging Issues



Age-Friendly and Climate Resilient Communities: A Grey-Green Alliance

Holly Dabeeko-Schoons, PhD,^{1*} Geoffrey D. Dabeeko, PhD,¹ Smithe Rao, PhD,¹
 Melissa Daniels, MS,² Fiona C. Doherty, MSW,¹ Anthony C. Traver, MSW,³ and
 Marissa Sheldon, MSW, LISW-S⁴

¹College of Social Work, The Ohio State University, Columbus, Ohio, USA
²George E. Vaught School of Leadership and Public Services, Ohio University Athens, Ohio, USA
³Age Friendly Innovation Center, College of Social Work, The Ohio State University, Columbus, Ohio, USA

*Address correspondence to: Holly Dabeeko-Schoons, PhD; E-mail: Adabeeko@osu.edu

© 2013 The Author(s)



相互的な持続可能性と 気候変動に対する回復力

A Cross-cutting and Interdependent Sustainability and Climate Resilience Domain

- ・高齢者向け住宅において、**太陽光発電**や**断熱材**の使用による**エネルギー効率**の向上
- ・都市の**緑地化**や**コミュニティガーデン**設置により、気温上昇を抑え、高齢者が**自然と触れ合う場**を提供
- ・**交通インフラ**の改善や**公共交通機関の利用促進**により、高齢者の**移動の利便性**を高める施策
- ・高齢者と若者が共に暮らし、**世代間の交流を促進**することにより、**高齢者の孤立**を防ぎ、若者は**経済的負担**を軽減

図 6：相互的な持続可能性と気候変動に対する回復力

AFCのフレームワーク



World Health Organization. National programmes for age-friendly cities and communities A guide. 2013

図 7：AFC のフレームワーク

さらに、近年、AFC の新たな分野として、相互的な持続可能性と気候変動に対する回復力という側面を提案する動きも出つつある (図 6) ⁴。

AFC では、健康と Well-being というインパクト (最終目標) とし、インプット (実現のための資源)、アプトプット (介入)、アウトカム (初期・中間目標) とするロジックモデルが示されており、衡平 (equity) を横串に、比較可能性と地域適合を両立させる設計が求められている (図 7)。

4. WHO Global Network for Age-Friendly Cities and Communities

WHO は 2010 年 GNAFCC を設立した。GNAFCC は、都市・コミュニティ間の学習と知識交換を促し、革新的で根拠に基づく解決策を支えることを使命とし、の取り組みを国際的に推進している。多くの国と地域が加盟しており (図 8)、日本からは秋田市、宝塚市、神奈川県 (22 市町) が加盟している。

加盟国 : 51 国 1542 都市・地域

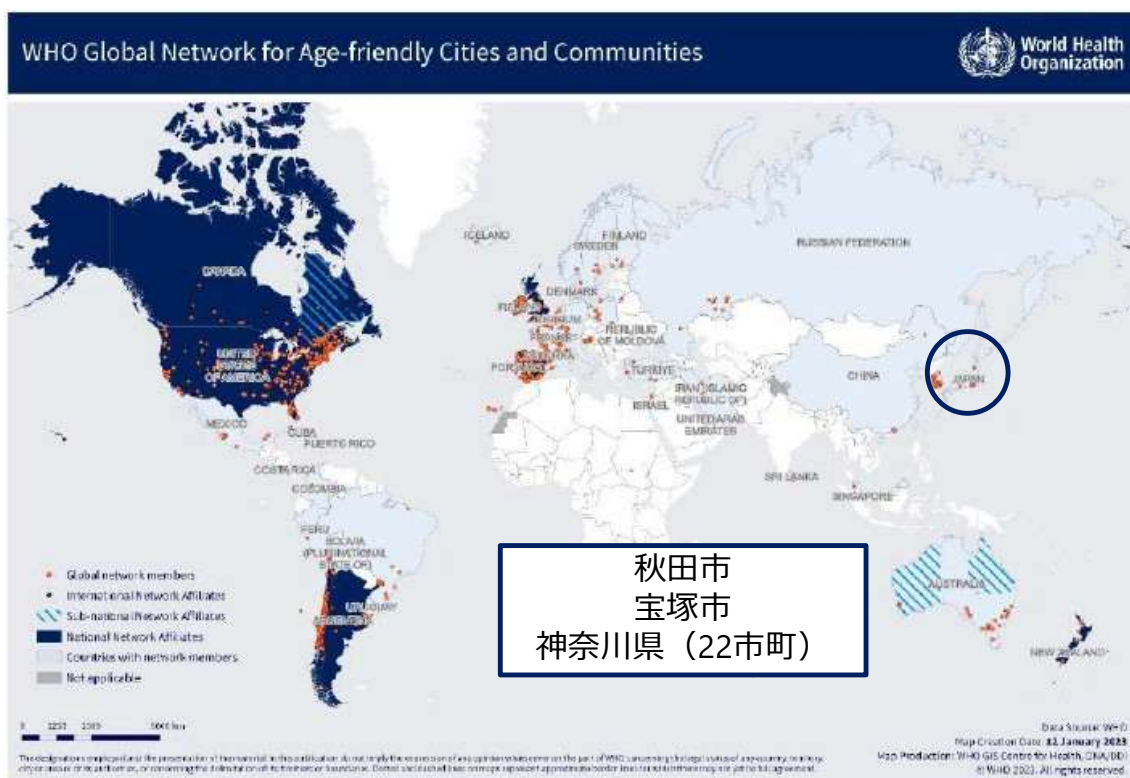


図 8 : WHO Global Network for Age-Friendly Cities and Communities

GNAFCC のサイクルとして、まずは計画段階として、高齢者が参加する仕組みづくり、行動計画の策定、評価指標の設定と評価を実施する。次に実行段階では、進捗状況をモニタリングしながら、行動計画を実施する。実施後の評価段階では、成功事例や今後の課題を確認した上で、進捗状況の評価を行い、WHO へ報告する。このようなサイクルを 5 年周期で実施する。

Age-Friendliness は、複雑、ダイナミック、多次元で、各国、各地域の文脈に依存すること

から、WHO から測定・評価に関するガイドが出版されているものの、標準化が難しいという課題がある⁵。一方で、この課題を Age-Friendliness のもつ柔軟性と前向きに捉え、各国、各地域で 3 領域 8 つの分野を解釈し、独自の評価指標を設定している。

5. WHO における Dementia-Friendly City の概念

高齢化の進展に伴い、忘れてはならない課題として、「認知症」が挙げられる。これから世界の認知症患者数は今後大幅に増加すると予測されている。WHO の Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025 では、認知症を公衆衛生上の優先課題として扱い、当事者・家族の生活の質を改善しつつ社会的影響を減らすことを目的に、複数の行動領域とグローバルターゲットが提示され⁶、更新版の作成を含め、2031 年まで延長することが決定している。中でも「行動領域 2：認知症の理解促進とフレンドリー化 (awareness and friendliness)」では、認知症のスティグマ低減、権利理解、社会・建造環境の改善、社会参加の促進が中核に据えられている。こうした状況を背景として、Dementia-Friendly City (DFC：認知症にやさしいまち) は、「包摂的でアクセス可能な環境が、健康・参加・安全の機会を最適化し、当事者と家族・介護者の尊厳と QOL を確保する状態」と定義されている。この概念は、認知症の当事者とその家族・介護者が地域社会の中で尊厳を保ちながら生活できる環境を整備することを目的としている。Age-Friendliness と Dementia-friendliness は密接に関連するとされており、DFC の形成には、認知症への社会理解、地域住民の支援、公共空間のアクセシビリティ、社会参加の機会といった要素が重要とされている。

6. 課題と今後の展望

AFC・DFC の取り組みは世界的に広がっているが、いくつかの課題も指摘されている。第一に、政策効果の評価方法の確立である。多くの都市で AFC・DFC の取り組みが実施されているものの、その成果を定量的に評価する研究はまだ十分とは言えない。これからは AFC・DFC に関する実証的なエビデンスが求められている。第二に、社会的不平等の問題である。都市内部には所得格差や健康格差が存在しており、AFC・DFC の取り組みがすべての高齢者に公平な利益をもたらしているかといった観点でのモニタリング・評価が重要となる。第三に、デジタル化やスマートシティとの連携である。COVID-19 の流行により、高齢者、特に認知症高齢者は大きな負の影響を受けたものの、“デジタル化”に関しては、急速に進行する要因ともなった。デジタル化は、アクセス格差 (デジタル・ディバイド) を拡大させ得る。今後は高齢者、認知症当事者、家族・介護者に配慮したデジタル技術を活用した新たな都市環境の整備が重要になると考えられる。

7. まとめ

WHO が提唱する AFC は、高齢化社会に対応する国際的枠組みとして広く普及している。AFC の 3 領域 8 分野に基づく都市環境の整備は、高齢者の社会参加や健康の維持に重要な役割を果たすと考えられている。また、認知症フレンドリー社会の形成を目指す DFC の取り組みも広がっており、今後は両者を統合した都市政策が求められる。今後は、都市計画、社会政策、地域コミュニティを統合した包括的なアプローチを通じて、高齢者が安心して生活でき

る環境整備を進めることが重要である。

1. World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43755/9789241547307_eng.pdf?sequence=1 (2007).
2. The Global Network for Age-friendly Cities and Communities. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-18.4> (2018).
3. World Health Organization. *Active Ageing: A Policy Framework*. (World Health Organization, 2002).
4. Dabelko-Schoeny, H. *et al.* Age-friendly and climate resilient communities: A grey-green alliance. *Gerontologist* **64**, (2024).
5. Black, K. & Oh, P. Assessing Age-Friendly Community Progress: What Have We Learned? *Gerontologist* **62**, 6–17 (2022).
6. *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017–2025*. (World Health Organization, Geneva, 2017).

② 日本における「高齢者にやさしいまち」の地域指標開発の到達点と課題

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
藤原 聡子

1. はじめに

本報告書の目的は、日本における「高齢者にやさしいまち」を測定する指標開発の到達点と課題を、国際的背景を踏まえつつ総合的に整理することである。超高齢社会を迎えた日本において、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続ける環境を整えることは、地域包括ケアシステムにおいて重要である。

世界保健機関（World Health Organization: WHO）は2007年に Age-Friendly Cities（AFC：高齢者にやさしいまち）のガイドラインを策定⁽¹⁾し、国際的に広く参照される政策枠組みを提示した。AFCは地域社会の環境や仕組みに関わる概念であり、そのモニタリングと評価には、AFCの地域環境を把握するための地域レベルの指標が重要である。また、近年では、AFCにおいて Dementia-Friendly City（DFC：認知症にやさしいまち）を考慮することが推奨されている。

こうした背景の下、日本においても高齢者の地域環境を客観的に測定・評価し、地域における AFC の状況を把握する指標の開発の必要性が高まっている。本報告書では日本の「高齢者にやさしいまち」の地域指標の開発における到達点と課題を整理する。

2. 国際的な背景

1) 世界的な高齢化と都市化の進行

世界規模での人口高齢化と都市化が急速に進行している。世界の65歳以上人口は2021年時点で約7億6,100万人に達し、2050年には16億人超に倍増する見込みである⁽²⁾。また、都市居住人口の割合は2018年時点で55%であり、2050年には68%に達すると見込まれている⁽³⁾。

こうした高齢化と都市化の進行といった人口構造の変化により、高齢者の住環境、移動、社会参加、情報アクセス、地域支援のあり方が大きく変化している。年齢を重ねても健康で、人とのつながりを持ちながら「自分らしく安心して暮らせるまち」である AFC は、健康長寿と地域持続性を支える政策枠組みとして重要である。

2) WHO による AFC/AFCC フレームワークの提唱

「健康な老化（Healthy Aging）」、すなわち健康で幸福に長生きできる社会を実現するために世界中で AFC が推進されている⁽³⁻⁵⁾。AFC は、加齢に伴う生活の質と尊厳を確保するために、すべての人々の健康、参加、安全の機会を最適化する、包括的でアクセシブルな地域環境へのコミットメントを反映している。以下の8領域から構成される。

表 1. AFC の 8 領域⁽⁴⁾

8 領域
①屋外空間と建物
②交通
③住居（住まい）
④社会参加
⑤尊重と社会的包摂
⑥市民参加と就労
⑦コミュニケーションと情報
⑧地域支援と保健医療サービス

3) 国外における AFC 指標開発の動向と課題

AFC を評価する指標の開発の多くは、国外では WHO の AFC のガイドラインに基づいて行われている⁽⁶⁻⁹⁾。先行研究では、英国⁽⁶⁾、オランダ⁽⁷⁾、米国⁽⁸⁾、トルコ⁽⁹⁾などの国々で個人レベルの AFC 指標が開発され、その妥当性と信頼性がテストされてきた。たとえば、多くの国で妥当性が確認されている指標に Age-Friendly Cities and Communities Questionnaire (AFCCQ)⁽⁷⁾がある。この指標は、オランダのハーグを含む 4 つの都市の調査データを用いて開発された⁽⁷⁾。AFCCQ は、WHO の 8 領域に対応した設問から構成され、高齢者自身が地域環境をどのように認識しているかを多面的に捉える設計となっている。

しかし、こうした指標は、個人レベルの認識や態度を測定するものに限定されており、地域レベルの指標はほとんどない。AFC は地域社会の環境や仕組みに関わる概念であるため、そのモニタリングと評価には、地域における AFC の状況を把握する地域レベルの指標が重要である。

高齢化に伴い認知症の人が増加する中、認知症の人とその介護者を支援するための DFC の概念が登場した。DFC とは、認知症の人とその家族が、スティグマや孤立なく地域社会の一員として参加し、支援を受けながら暮らし続けられるコミュニティを指す⁽¹⁰⁾。AFC と DFC は、高齢者の自立支援やステークホルダーの関与を通じた支援的な環境の育成という共通の目標を持ち、類似点もあるが、AFC が必ずしも DFC であるとは限らないという指摘がある⁽¹¹⁾。AFC は主に高齢者に焦点を当て、「年齢を重ねるにつれて生活の質を高めるために、健康、参加、安全の機会を最適化することで、活動的な老化を促進する都市」と定義されている。一方で、DFC は認知症特有の課題に対処し、人、場所、資源、ネットワーク、そして認知症の人を強調する枠組みがある。認知症の人とその家族の社会的包摂に関する住民の態度などは DFC の重要な要素であり、認知症フレンドリーな側面を考慮した指標を組み込みながら AFC を評価することが不可欠である⁽¹⁰⁾。

以上より、既存の AFC 指標の多くは個人レベルにとどまり、地域単位の指標が十分でなく、認知症フレンドリーの視点を考慮した指標がほとんど開発されていない。

3. 日本における高齢者にやさしいまち指標の先行研究の取組

1) 国際的尺度の日本への適用

Dikken ら⁽⁷⁾が開発した妥当性が検証されている国際的な尺度 AFCCQ の日本語版を用いた研究⁽¹²⁾がある。この研究は、自治体の「高齢者へのやさしさ」を明らかにすることを目的に、建築設計事務所や建設会社に勤務する専門家（建築家、施工者、都市計画家など）240 人を対象に、全国 35 都道府県の 135 自治体の評価を行った。AFCCQ 日本語版は、WHO の 8 領域に「経済状況」を加えた計 9 ドメイン（23 項目）で構成されている（補足資料 1）。

この研究では、「屋外空間と建物」の評価が低く、平地の少なさなどの地形的制約が関係している可能性が示された。また、過去 5 年間で人口が増加した自治体は、減少した自治体に比べ、「住居」「交通」「コミュニティ支援と保健サービス」および合計スコアにおいて評価が高かった。AFC の点数は過疎化（人口減少）を判別する際に高い特異度（0.939）を示した。さらに、地価が高い上位 50 自治体は、下位 50 自治体に比べ、ほぼすべての領域で評価が高く、高齢者へのやさしさが地域の資産価値にも反映していた。

この研究の限界には、調査対象が建築設計事務所や建設会社に勤務する専門家に限定され、一般の高齢住民や女性（回答者の約 8 割が男性）の視点が十分に反映されていない可能性があった。また、自治体あたりの回答者数が 1~9 名と少なく特定の自治体における評価の代表性には慎重な解釈が必要であった。さらに、AFCCQ

の国際的な妥当性は言及されているが、AFCCQ 日本語訳版の妥当性に関してはこの研究では報告されていなかった。

2) 高齢者大規模データを用いた「地域レベルの AFC 指標」

JAGES (Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究) の要介護認定を受けていない高齢者を対象とした大規模データを用いた研究がある。JAGES とは、健康長寿社会をめざした予防政策の科学的な基盤づくりを目的とした研究プロジェクトである。2022 年調査では全国の 23 都道府県の 76 市町村と共同し、要介護認定を受けていない高齢者を対象に調査を行っている。

Fujihara ら⁽¹³⁾は、JAGES のデータを用いて、WHO のガイドラインに基づき、認知症フレンドリーの要素を考慮した、AFC の地域指標を把握するための「地域レベルの AFC 指標」を開発した。また、Noguchi らはその指標が幸福感や機能低下の維持などの健康アウトカムと関連することを検証している⁽¹⁴⁾。

以上より、国内外において、地域単位で AFC を測定する指標の開発は十分ではなく、AFC と DFC を包含的に測定する試みは限定的である。本報告書では、これらの課題を踏まえて開発された、JAGES データを用いた「地域レベルの AFC 指標」^(13, 14)の開発と、本指標を用いた機能低下、抑うつ、well-being との関連検証を中心に、到達点と課題を整理する。

4. 日本における「地域レベルの AFC 指標」開発

1) 研究デザインと調査対象者

Fujihara ら⁽¹³⁾は、JAGES の 2016 年と 2019 年の 2 時点の横断調査による反復横断デザインを用いて、2016 年データを開発サンプル、2019 年データを検証サンプルとした。調査対象は 16 市町村・61 学区に在住する 65 歳以上の要介護認定を受けていない地域在住高齢者であり、有効回答数は 2016 年で 45,162 人、2019 年で 39,313 人であった。

2) 指標の構成概念と項目選定

WHO のガイドラインに基づいて⁽⁴⁾ AFC の 8 領域と DFC に関する先行研究⁽¹⁵⁻¹⁷⁾を精査し、専門家（高齢者医学・社会疫学・地域福祉）と JAGES 研究会における協議をもとに、23 の候補項目（補足資料 2）を設定した。この 23 の候補項目を地域（学区）単位に集計した。学区は、高齢者の徒歩・自転車圏内に相当し、地域包括ケアシステムにおける「日常生活圏域」と整合する実務的な単位である。なお、統計的安定性を確保するため回答者数 30 人未満の学区は除外されている。

3) 統計解析

開発サンプル（2016 年データ）において、探索的因子分析（EFA：Maximum Likelihood 法・Promax 回転）により因子構造を抽出した後、確認的因子分析

（CFA）によって構造の検証を行った。因子負荷量の絶対値が 0.40 未満の項目を除外し、最終的に 17 項目を抽出した。検証サンプル（2019 年データ）においても同様の因子構造を確認した。信頼性の評価では Cronbach's α 係数（内的一貫性）と級内相関係数 ICC（再検査信頼性・経時的安定性）を用いた。

5. 「地域レベルの AFC 指標」の到達点

1) 3 因子構造の特定と構成概念妥当性

探索的因子分析の結果、23 の候補項目から 17 項目（表 2）が抽出され、「高齢者にやさしい物理的環境」、「社会参加とコミュニケーション」、「社会的包摂と認知症フレンドリー」の 3 因子構造が抽出された。この構造は 2016 年と 2019 年の両時点でも同様であることが確認された（表 3）。

表 2. 高齢者にやさしいまち指標

要素	項目	
高齢者にやさしい物理的環境	バリアフリーな歩道・道路	車いす・杖・歩行器などを利用される方でも、歩行に支障のない通り（道路）（ある%）
	バリアフリーな公共施設	歩行が困難な方や目・耳の不自由な方でも、利用に支障がない公共施設（ある%）
	バリアフリーな移動資源	歩行が困難な方や目・耳の不自由な方でも、利用に支障がない電車やバスの車両（ある%）
	運動や散歩に適した公園・歩道	徒歩圏内（おおむね1キロ以内）運動や散歩に適した公園や歩道（ある%）
	移動資源へのアクセス性	徒歩圏内（10～15分以内で歩ける範囲）電車・地下鉄などの駅やバス停（ある%）
社会参加とコミュニケーション	趣味関係のグループへの参加	趣味関係のグループ（月数回以上%）
	スポーツグループへの参加	スポーツ関係のグループやクラブ（月数回以上%）
	学習・教養サークルへの参加	学習・教養サークル（月数回以上%）
	ボランティアのグループへの参加	ボランティアのグループ（月数回以上%）
	インターネット利用	インターネットやメールの使用（週2～3回以上%）
社会的包摂と認知症フレンドリー	地域への帰属意識	地域の人から大切にされ、地域の一員となっていると感じる（はい%）
	地域への決定参加	自治会・町内会やその他の場で、地域のものごとの決定に参加（はい%）
	地域の互酬性	地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立ちたいと思う（はい%）
	保健福祉サービスの提供	日常生活や健康に必要なことは、行政や民間のサービスによって提供されている（はい%）
	友人・知人と会う頻度	友人・知人と会う頻度（月数回以上%）
	認知症の人との共生意識	認知症の人でも地域活動に役割をもって参加した方がよい（はい%）
	認知症家族への支援	家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などに知ってほしいと思う（はい%）

Fujihara S, Noguchi T, Ide K, Jeong S, Kondo K, Ojima T. Developing an indicator for community-level age-friendly communities: the Japan gerontological evaluation study. BMC Geriatr. 2025 Apr 26;25(1):285. doi: 10.1186/s12877-025-05919-4.

表 3. 2016 年と 2019 年における探索的因子分析の結果

項目	2016 年			2019 年		
	高齢者にやさしい 物理的環境	社会参加とコミュ ニケーション	社会的包摂と 認知症フレンドリー	高齢者にやさしい 物理的環境	社会参加とコミュ ニケーション	社会的包摂と 認知症フレンドリー
バリアフリーな歩道・道路	0.99	-0.28	-0.14	0.91	-0.06	0.31
バリアフリーな公共施設	0.80	-0.01	0.05	0.88	-0.06	0.09
運動や散歩に適した公園・歩道	0.72	0.08	-0.08	0.69	0.22	0.01
バリアフリーな移動資源	0.59	0.16	-0.02	0.68	0.01	0.01
移動資源へのアクセス性	0.42	0.20	0.00	0.48	0.17	-0.16
趣味活動への参加グループ	0.05	0.90	-0.19	0.02	0.93	-0.05
スポーツグループへの参加	0.08	0.88	-0.13	0.18	0.80	-0.10
ボランティア活動への参加	-0.04	0.75	0.28	-0.19	0.77	0.14
学習・教養サークルへの参加	0.09	0.63	0.20	0.00	0.64	0.05
インターネット利用	-0.17	0.62	-0.34	0.17	0.57	-0.17
地域への帰属意識	-0.19	0.02	0.86	-0.10	0.00	0.89
地域の互酬性	0.13	-0.15	0.85	-0.06	0.07	0.74
保健福祉サービスの提供	0.03	0.11	0.79	0.25	-0.03	0.58
地域への決定参加	-0.10	-0.07	0.78	0.01	-0.19	0.82
認知症家族への支援	-0.01	-0.21	0.58	-0.09	-0.12	0.62
友人・知人と会う頻度	-0.27	0.11	0.56	-0.46	0.33	0.39
認知症の人との共生意識	0.21	0.26	0.56	0.12	0.10	0.58

Fujihara S, Noguchi T, Ide K, Jeong S, Kondo K, Ojima T. Developing an indicator for community-level age-friendly communities: the Japan gerontological evaluation study. BMC Geriatr. 2025 Apr 26;25(1):285. doi: 10.1186/s12877-025-05919-4.

2) 信頼性・再現性の検証

指標の信頼性は Cronbach's α 係数（内的一貫性）は、0.78~0.86 であり、一貫性があることが確認された。また、ピアソン相関係数 $r = 0.71 \sim 0.79$ ($p < 0.001$)、ICC が概ね 0.70 以上であることより、再現性も確認された（表 4）。

表 4. 地域レベルの AFC 指標の 3 因子構造と信頼性

指標	高齢者にやさしい物理的環境	社会参加とコミュニケーション	社会的包摂と認知症フレンドリー
Cronbach's α 係数（内的一貫性）	0.86	0.78	0.82
ピアソン相関係数 r （2016-2019 年）	0.75	0.71	0.79
ICC（再検査信頼性）	0.78	0.67	0.69

Fujihara S, Noguchi T, Ide K, Jeong S, Kondo K, Ojima T. Developing an indicator for community-level age-friendly communities: the Japan gerontological evaluation study. *BMC Geriatr.* 2025 Apr 26;25(1):285. doi: 10.1186/s12877-025-05919-4.

3) 健康アウトカムとの関連検証（外的妥当性）

Noguchi ら⁽¹⁴⁾は、JAGES 2016 年のデータを使用し、145 学区に暮らす要介護認定を受けてない 65 歳以上の 71,824 人を対象とし、地域レベルの AFC 指標と健康やウェルビーイングとの関連を検討した。地域ごとに高齢者にやさしいまち指標を用いて 3 つの側面（「高齢者にやさしい物理的環境」、「社会参加とコミュニケーション」、「社会的包摂と認知症フレンドリー」）得点化した。高齢者にやさしいまち指標と住民の主観的健康観、幸福感、抑うつ、生活機能との関連性を、地域相関分析と、マルチレベル分析（まちの特徴と個人の健康・幸福指標を分析）の 2 つの方法により分析した。分析にあたり、地域相関分析では可住地人口密度、高齢化率、低学歴者割合を、マルチレベル分析では、それらに加えて年齢、性別、世帯構成、婚姻状況、教育歴、所得、疾病を統計的に考慮した。

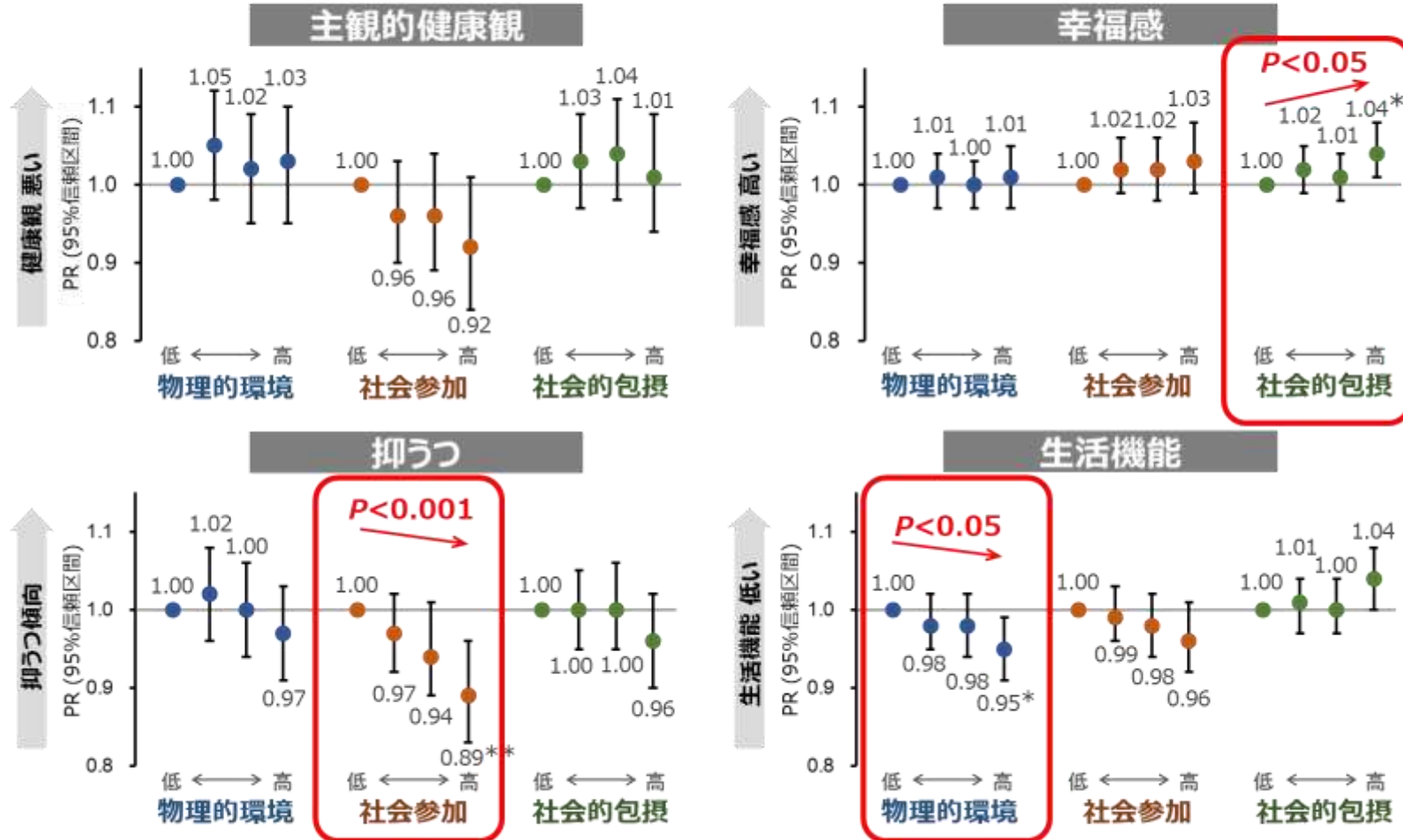
分析の結果、地域相関分析とマルチレベル分析で共通して、「高齢者にやさしい物理的環境」の得点が高い地域では、生活機能の低下者が少なく（最も低い地域と比較した場合、最も高い地域では 5%ポイント少ない）、「社会参加とコミュニケーション」の得点が高い地域では、抑うつの人が少なく（最も低い地域と比較した場合、最も高い地域では 11%ポイント少ない）、「社会的包摂と認知症フレンドリー」の得点が高い地域では、幸福感が高い人が多かった。

この結果は、各因子が高齢者の生活の異なる側面（身体機能、精神的健康、主観的 well-being）と対応して関連していることを示しており、地域レベルの AFC 指標の外的妥当性（基準関連妥当性）が検証された。

高齢者にやさしいまちと個人の健康・幸福の関連：マルチレベル分析

JAGES2016年調査, n=71,824人 (145地域, 28自治体)

PR, prevalence ratio. * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$.



Noguchi T, et al. Association of Age-Friendly Communities With Health and Well-Being Among Older Adults: An Ecological and Multilevel Analysis From the Japan Gerontological Evaluation Study. *Journal of Applied Gerontology*, 25:7334648251352306, 2025. doi: 10.1177/07334648251352306.

6. 「地域レベルの AFC 指標」の課題

1) 構造的妥当性のさらなる洗練

確認的因子分析において、適合度指標が必ずしも十分な基準に達していないため、構造的妥当性の面では改善の余地が残されている。今後は、より多様な地域特性を包含した再検証、および異なる時点・地域でのサンプルを用いた測定不変性の確認が必要である。

2) 指標の網羅性の課題

低因子負荷量のため除外された 6 項目（就労、住居（住まい）、老人クラブ等）には、政策的に重要な内容が含まれる。今後は「統計的に残った項目」のみならず、「政策的に重要だが十分に測れていない領域」を明示しつつ、中核指標と補助指標の階層化や基本版・拡張版の設計など、指標体系としての精緻化を図ることが必要である。

3) 対象集団の偏り

本指標は要介護認定を受けていない高齢者を対象として開発されており、要介護高齢者・認知症当事者本人の視点が十分に反映されていない。今後はこれらの対象にした研究が必要である。

4) 一般化可能性の限界

回答者数 30 人未満の学区の除外により、人口減少が深刻な中山間地域・農山村地域が分析対象から外れやすい。また 16 自治体を対象とした研究であることから、日本全体への一般化可能性の限界がある。今後は、他の自治体や地域特性の異なる地域において再検証を行い、適用可能性を確認する必要がある。さらに、国際的適用可能性については、本指標が日本固有の社会構造・制度・データ基盤を前提としていることから、他国への適用に関しては文化的・制度的な検証が必要である。ただし、本研究で示した指標開発のプロセスは、各国・各地域の文脈に応じた地域レベルの AFC 指標を検討する際の参考となる可能性がある。

5) 行政実装のための運用設計

地域における AFC の状況を把握する「地域レベルの AFC 指標」を自治体で実務的に使用可能にするためには、既存のニーズ調査等に関連項目を組み込み、継続的にデータを収集できる仕組みの構築が必要である。加えて、自治体との共同研究を通じて、指標の算出可能性、解釈のしやすさ、施策評価への活用可能性など、実務上の運用可能性を検証していくことが求められる。

6) 外的妥当性の検証

Noguchi らの研究は 1 時点の横断データによる関連を示したものであり、逆の因果関係を排除できない。今後は、縦断データを用いた検証が必要である。

7. 政策的含意

1) 重点地域の把握と地域間比較への活用

「地域レベルの AFC 指標」の政策的意義の一つは、地域における AFC の状況を客観的指標に基づいて見える化できる点にある。また、AFC は地域社会の環境や仕組みに関わるため、その推進においては、地域の状態を定期的に把握し、変化を継続的にモニタリングしながら、施策の効果を評価し改善につなげていくことが重要である。本指標は、地域における AFC の状況の把握、モニタリング、評価を支えるツールとして活用できる。また、学区単位での把握により、自治体内における地域差（地域内比較）と自治体間の差異（地域間比較）の両面を可視化できる。例えば、社会的包摂と認知症フレンドリー性が低い学区、社会参加機会が乏しい学区、物理的環境条件が不十分な学区を特定し、それぞれに応じた施策の重点化が可能になる。また、複数自治体間での比較により、各地域の強みと課題を客観的に把握し、「どの領域を改善することがどの健康課題への対応につながるか」を政策判断の根拠として示すことができる。

2) 認知症施策への活用

「社会的包摂と認知症への配慮」因子を含む本指標は、認知症施策の地域的基盤を可視化することにつながる。Noguchiらの研究で「社会的包摂と認知症への配慮」と幸福感との関連が示されたことより、認知症フレンドリー性が高齢者の幸福感とも関連する可能性が示唆されている。さらに、認知症基本法および認知症施策推進基本計画では、認知症の人の社会参加の機会の確保や、地域におけるバリアフリー化、共生社会の実現が重視されている。本指標は、こうした理念を地域レベルで具体化し、自治体における認知症施策推進計画の策定・実施・評価に資する根拠として活用できる可能性がある。

8. まとめ

本報告書では、日本における「高齢者にやさしいまち」を測定する指標開発の到達点と課題について整理した。

WHOのAFCフレームワークは8領域から構成され、地域社会の環境や仕組みに関わる概念である。AFCのモニタリングと評価には、個人レベルを超えた地域レベルの指標が重要である。しかし、国内外におけるこれまでの指標は個人レベルが中心で、地域レベルの指標は限定的であった。加えて、WHOが推奨しているDFCの視点を考慮した指標開発は十分でなかった。

近年、日本では要介護認定を受けていない高齢者を対象に、WHOのガイドラインの枠組みを基に認知症フレンドリーの要素を考慮した、17項目3因子（「高齢者にやさしい物理的環境」、「社会参加とコミュニケーション」、「社会的包摂と認知症フレンドリー」）からなる「地域レベルのAFC指標」が開発され、妥当性と信頼性が検証された。一般化可能性などの課題も残されているが、今後の洗練化と実証研究を通じて、政策評価基盤へ発展させていくべき指標である。

参考文献

1. World Health Organization. Global age-friendly cities: A guide 2007. <https://iris.who.int/handle/10665/43755>.
2. United Nations. World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World 2023. <https://social.desa.un.org/publications/2023-leaving-no-one-behind-in-an-ageing-world>
3. United Nations. World Urbanization Prospects 2018 2019. <https://www.un.org/development/desa/pd/news/world-urbanization-prospects-2018>.
4. World Health Organization. MEASURING THE AGE-FRIENDLINESS OF CITIES 2015. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509695>.
5. World Health Organization. National programmes for age-friendly cities and communities: a guide 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068698>.
6. Garner IW, Holland CA. Age-friendliness of living environments from the older person's viewpoint: development of the Age-Friendly Environment Assessment Tool. *Age Ageing*. 2020;49(2):193-8.
7. Dikken J, van den Hoven RFM, van Staalduinen WH, Hulsebosch-Janssen LMT, van Hoof J. How Older People Experience the Age-Friendliness of Their City: Development of the Age-Friendly Cities and Communities Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(18):6867.
8. Kim K, Buckley T, Burnette D, Kim S, Cho S. Measurement Indicators of Age-Friendly Communities: Findings From the AARP Age-Friendly Community Survey. *Gerontologist*. 2022;62(1):e17-e27.
9. Özer Z, Turan GB, Teke N. Age-friendly cities and communities questionnaire: A research on Turkish validity and reliability. *Archives of Environmental & Occupational Health*. 2023;78(1):38-47.

10. World Health Organization. Towards a dementia inclusive society 2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343780/9789240031531-eng.pdf?sequence=1>.
11. Communities ANoA-FSa. Better Together: Age-Friendly and Dementia Friendly Communities 2016. <https://www.aarp.org/livable-communities/network-age-friendly-communities/info-2016/dementia-friendly-communities.html>.
12. Yamada K, Murotani K, Mano M, Lim Y, Yoshimatsu J. Age-Friendly Approach Is Necessary to Prevent Depopulation: Resident Architectural Designers and Constructors' Evaluation of the Age-Friendliness of Japanese Municipalities. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(17).
13. Fujihara S, Noguchi T, Ide K, Jeong S, Kondo K, Ojima T. Developing an indicator for community-level age-friendly communities: the Japan gerontological evaluation study. *BMC Geriatrics*. 2025;25(1):285.
14. Noguchi T, Fujihara S, Ide K, Jeong S, Saito T, Kondo K, et al. Association of Age-Friendly Communities With Health and Well-Being Among Older Adults: An Ecological and Multilevel Analysis From the Japan Gerontological Evaluation Study. *J Appl Gerontol*. 2025:7334648251352306.
15. Annear MJ, Toye CM, Eccleston CE, McInerney FJ, Elliott KE, Tranter BK, et al. Dementia Knowledge Assessment Scale: Development and Preliminary Psychometric Properties. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2375-81.
16. Koeun K, Kenji K, Makoto S, Kyoko H. Factors related to community attitudes toward the persons with dementia. *The journal of social problems*. 2011;60:49-62.
17. Kenji K, Koeun K, Xiaohua Z, Kanako M. Factors related to community attitudes toward the persons with dementia. *The journal of social problems*. 2011;60:27-35.

Age-Friendly Cities and Communities Questionnaire AFCCQ (Japanese; 日本語版)

項目		全範囲に賛同できない	賛同できない	どちらでもない	賛同できる	全範囲に賛同できる
住居						
Q1	私の家は、私にとって交通の便が良いところにある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	私の家は、私のところに来た人々にとっても交通の便が良いところにある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会参加						
Q3	私は近所の人々と会う機会が十分にある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	活動をしたり催しのある場所は、私にとって交通の便が良い場所にまとめられている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5	活動や催しに関する情報は、私へ十分に届いており、また私に通じた情報が届いている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6	私は、催しや活動の幅が十分に変化に富んでいると感じている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
敬意と社会的包摂						
Q7*	私は自分の年齢のために、ときどきいらだいたり、否定的になったりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8*	私は自分の年齢のために、ときどき差別に直面する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
市民参加と雇用						
Q9	私は若い世代と接する機会が十分にある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	私は社会の価値ある一員であるように感じている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コミュニケーションとインフォメーション						
Q11	自治体や公共機関からの印刷物や電子情報は、読みやすい字体やサイズである。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	自治体や公共機関からの印刷物や電子情報は、理解しやすい言語で書かれている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域社会の支援と保健サービス						
Q13	私の街の介護や福祉の供給は、私にとって十分である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	私が病気の時には、私が必要とする看護や手助けを私は受けられる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q15	もし必要があれば、私が直接電話して、容易に介護や福祉のサービスに連絡を取ることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	私は私の近隣の介護および福祉サービスについて十分な情報をもっている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	私の近隣の介護と福祉の職員は、人々から十分に尊重されている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
屋外空間と建築物						
Q18	私の近所は、歩行者や車椅子を必要とする者にとっても十分に通いやすい状態にある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q19	近隣のお店は、歩行者や車椅子を必要とする者にとっても十分に通いやすい状態にある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
交通機関						
Q20	私は近所から、簡単にバスや市電、地下鉄、電車等に乘ることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q21	私の近所のバスや市電、地下鉄、電車等の駅は、容易にたどり着けるし利用できる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
個人的財務状況						
Q22	私の収入は、なんら問題なく私の基本的な要望には足りている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	私の収入をもとに、私は上手に暮らしていける。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Age-Friendly Cities and Communities Questionnaire AFCCQ (Japanese; 日本語版)

解説 AFCCQ総合得点と個別領域について

	---	---	--	-	+	++	+++	++++
AFCCQ 総合得点	≤ -35.1	-23.1 - -35.0	-11.5 - -23.0	-11.4 - 0.0	0.1 - 11.4	11.5 - 23.0	23.1 - 35.0	≥ 35.1
住居	≤ -3.1	-2.1 - -3.0	-1.1 - -2.0	-1.0 - 0.0	0.1 - 1.0	1.1 - 2.0	2.1 - 3.0	≥ 3.1
社会参加	≤ -6.1	-4.1 - -6.0	-2.1 - -4.0	-2.0 - 0.0	0.1 - 2.0	2.1 - 4.0	4.1 - 6.0	≥ 6.1
敬意と社会的包摂	≤ -3.1	-2.1 - -3.0	-1.1 - -2.0	-1.0 - 0.0	0.1 - 1.0	1.1 - 2.0	2.1 - 3.0	≥ 3.1
市民参加と雇用	≤ -3.1	-2.1 - -3.0	-1.1 - -2.0	-1.0 - 0.0	0.1 - 1.0	1.1 - 2.0	2.1 - 3.0	≥ 3.1
コミュニケーションと インフォメーション	≤ -3.1	-2.1 - -3.0	-1.1 - -2.0	-1.0 - 0.0	0.1 - 1.0	1.1 - 2.0	2.1 - 3.0	≥ 3.1
地域社会の支援と 保健サービス	≤ -7.6	-5.1 - -7.5	-2.6 - -5.0	-2.5 - 0.0	0.1 - 2.5	2.6 - 5.0	5.1 - 7.5	≥ 7.6
屋外空間と建造物	≤ -3.1	-2.1 - -3.0	-1.1 - -2.0	-1.0 - 0.0	0.1 - 1.0	1.1 - 2.0	2.1 - 3.0	≥ 3.1
交通機関	≤ -3.1	-2.1 - -3.0	-1.1 - -2.0	-1.0 - 0.0	0.1 - 1.0	1.1 - 2.0	2.1 - 3.0	≥ 3.1
個人的財務状況	≤ -3.1	-2.1 - -3.0	-1.1 - -2.0	-1.0 - 0.0	0.1 - 1.0	1.1 - 2.0	2.1 - 3.0	≥ 3.1

採点システム

AFCCQ のすべての質問は、「全面的に賛同できない」から「全面的に賛同できる」までの5段階の尺度分類で回答されます。スコア: -2 = 全面的に賛同できない, -1 = 賛同できない, 0 = どちらでもない, 1 = 賛同できる, 2 = 全面的に賛同できる。アスタリスク(*)の項目は逆転項目なので、逆方向の尺度(-2 = 2, -1 = 1, 0 = 0, 1 = -1, 2 = -2)で算出する必要があります。AFCCQ のすべてのスコアを合計して総合得点を算出します。領域固有のスコアとして、個別の領域のすべてのスコアを合計します。

Bibliographical reference

Yamada, K., Murotani, K., Mano, M., Lin, Y., & Yoshimatsu, J. (2023). Age-friendly approach is necessary to prevent depopulation; Resident architects and constructors' evaluation of the age-friendliness of Japanese municipalities. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 20(17), 6626. <https://doi.org/10.3390/ijerph20176626>

Colophon

This questionnaire is made by J. Dikken (The Hague University of Applied Sciences), R.F.M., van den Hoven (The Hague University of Applied Sciences), W. H. van Staaalduinen (AFEderny), L. M. T. Hulsebosch-Janssen (Hulsebosch Advies) and J. van Hoof. (The Hague University of Applied Sciences) with support from the Municipality of The Hague (grant number OCW/2020.1121). The validation of Japanese version was carried out by Yamada et al.'s research funded by Education and Research Infrastructure Expenses of Nagoya Institute of Technology and showed in Bibliographical reference.

ISBN: 9789063249148



DE HAAGSE
HOOGESCHOOL

補足資料 2. 表 地域レベルの AFC 指標の候補項目

項目		質問項目
屋外スペース と建物	運動や散歩に適した公園・歩道	あなたの家から徒歩圏内（おおむね1キロ以内）に、運動や散歩に適した公園や歩道はありますか。（回答：1=たくさんある・ある程度あるいくつかある、0=あまりない・まったくない・わからない）
	バリアフリーな公共施設	あなたのお住まいの地域には、歩行が困難な方や目・耳の不自由な方でも、利用に支障がない公共施設はありますか。（回答：1=たくさんある・ある程度あるいくつかある、0=あまりない・まったくない・わからない）
交通	バリアフリーな歩道・道路	あなたの家から徒歩圏内（10～15分以内で歩ける範囲）には、車いす・杖・歩行器などを利用される方でも、歩行に支障のない通りはありますか。（回答：1=たくさんある・ある程度あるいくつかある、0=あまりない・まったくない・わからない）
	移動資源へのアクセシビリティ	自宅から徒歩圏内（10～15分程度）に、鉄道・地下鉄の駅やバス停はありますか？（回答：1=たくさんある・ある程度あるいくつかある、0=あまりない・まったくない・わからない）
	バリアフリーな移動資源	あなたのお住まいの地域には、歩行が困難な方や目・耳の不自由な方でも、利用に支障がない電車やバスの車両はありますか。（回答：1=たくさんある・ある程度あるいくつかある、0=あまりない・まったくない・わからない）
住居（住まい）	住宅の種類	あなたが住んでいる住宅の種類はどれですか。（回答：1=持家（一戸建て）・持家（集合住宅）、0=公営賃貸住宅・民間賃貸住宅（一戸建て）・民間賃貸住宅（集合住宅）・借家・その他）
社会参加	趣味関係のグループへの参加	趣味のグループの活動にどのくらいの頻度で参加していますか。（回答：1=週4回以上・週2～3回・週1回・月1～3回、0=年に数回・全くない）
	スポーツ関係のグループ	スポーツ関係のグループやクラブにどのくらい

	プやクラブへの参加	の頻度で参加していますか？（回答：1=週4回以上・週2～3回・週1回・月1～3回、0=年に数回・全くない）
	学習・教養サークルへの参加	学習・教養サークルの活動にどのくらいの頻度で参加していますか？（回答：1=週4回以上・週2～3回・週1回・月1～3回、0=年に数回・全くない）
	老人クラブへの参加	老人クラブにどのくらいの頻度で参加していますか？（回答：1=週4回以上・週2～3回・週1回・月1～3回、0=年に数回・全くない）
尊厳と社会的包摂	地域への帰属意識	あなたは地域の人々から大切にされ、地域の一員となっていると感じますか。（回答：1= そう思う・ ややそう思う、0= あまり思わない・ 全く思わない・ どちらでもない）
	地域への決定参加	あなたは自治会・町内会やその他の場で、地域のものごとの決定に参加していますか。（回答：1= そう思う・ ややそう思う、0= あまり思わない・ 全く思わない・ どちらでもない）
	地域の互酬性	あなたの地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立とうとしますか。（回答：1= とてもそう思う・ まあそう思う、0= あまりそう思わない・ 全くそう思わない・ どちらともいえない）
市民参加と雇用	ボランティアのグループへの参加	ボランティアのグループへの活動にどのくらいの頻度で参加していますか？（回答：1=週4回以上・週2～3回・週1回・月1～3回、0=年に数回・全くない）
	収入のある仕事	収入のある仕事にどのくらいの頻度で従事していますか？（回答：1=週4回以上・週2～3回・週1回・月1～3回、0=年に数回・全くない）
コミュニケーションと情報	インターネット利用	あなたは過去1年間に、インターネットやメールを使用しましたか（回答：1=はい（ほぼ毎日使う）・はい（週に2～3回使う）・はい（月に数回以下）、0=いいえ）
	友人・知人と会う頻度	友人・知人と会う頻度はどのくらいですか。（回答：1=週4回以上・週2～3回・週1回・月1～3回、0=年に数回・全くない）

地域支援と保健サービス	保健福祉サービスの提供	あなたが日常生活や健康のために必要なことは、行政や民間のサービスによって、概ね提供されていますか。（回答：1= そう思う・ややそう思う、0= あまり思わない・全く思わない・どちらでもない）
認知症の人に対する意識・態度	認知症の人との共生意識	自分が認知症になったら、周りの人に助けてもらいながら自宅での生活を続けたいと思いますか。（回答：1= そう思う・ややそう思う、0= あまり思わない・全く思わない・どちらでもない）
	認知症の人の社会参加	認知症の人でも地域活動に役割をもって参加した方が良いと思いますか。（回答：1= そう思う・ややそう思う、0= あまり思わない・全く思わない・どちらでもない）
	認知症の人への理解	認知症の人の大声や暴力、歩き回るなどの行動は、必要なことが満たされない時に起きると思いますか。（回答：1= そう思う・ややそう思う、0= あまり思わない・全く思わない・どちらでもない）
	認知症の人への意思決定支援	認知症の人が、記憶力が低下し判断することができなくなっても、日々の生活についてできるだけ本人が決める方が良いと思いますか。（回答：1= そう思う・ややそう思う、0= あまり思わない・全く思わない・どちらでもない）
	認知症の人の家族の受援意識	家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思いますか。（回答：1= そう思う・ややそう思う、0= あまり思わない・全く思わない・どちらでもない）

③市町村における認知症サポーター養成状況と高齢者・認知症にやさしいまち指標との関連

—市町村レベルの生態学的分析による検討—

浜松医科大学健康社会医学講座 野口泰司
千葉大学予防医学センター 井手一茂

研究要旨

【目的】世界的な高齢化の進展を背景に、世界保健機関（WHO）は Age-friendly Cities and Communities（高齢者にやさしいまち）の枠組みを提示し、認知症フレンドリーコミュニティの推進を統合的に進める必要性を示している。日本では、認知症サポーター養成事業が全国で展開されているが、市町村レベルにおいてサポーター養成の進展がエイジフレンドリーな地域環境とどのように関連しているかは十分に検討されていない。本研究は、市町村における認知症サポーター養成状況と高齢者・認知症にやさしいまち指標との関連を生態学的研究デザインにより検討することを目的とした。

【方法】日本老年学的評価研究（JAGES）2022年調査データと認知症サポーター養成に関する公開データを市町村単位でリンケージした生態学的横断研究を実施した。分析対象は69市町村であった。高齢者・認知症にやさしいまち指標は、高齢者にやさしい物理的環境、社会参加・情報利用、社会的包摂・認知症フレンドリーの3領域から構成された。市町村の総人口に占める認知症サポーター割合を主要説明変数とし、相関分析および可住地人口密度で調整した多変量線形回帰分析を行った。

【結果】市町村の認知症サポーター割合は平均13.47%であった。相関分析では、認知症サポーター割合は高齢者にやさしい物理的環境と弱い負の相関を示し（ $r = -0.297, p < 0.01$ ）、社会的包摂・認知症フレンドリーと中等度の正の相関を示した（ $r = 0.482, p < 0.001$ ）。可住地人口密度を調整した多変量線形回帰分析では、認知症サポーター割合は社会的包摂・認知症フレンドリーと有意な正の関連を示した（coef. = 0.22, 95% CI : 0.15, 0.29）。一方、高齢者にやさしい物理的環境と社会参加・情報利用との関連は認められなかった。

【考察】認知症サポーター養成が進んでいる市町村ほど、社会的包摂性や認知症フレンドリーの要素が高いことが示された。これらの結果は、認知症サポーター養成がエイジフレンドリーシティの社会的側面を強化する地域介入として機能する可能性を示唆している。認知症施策とエイジフレンドリー政策を統合的に推進することが、認知症と共生できる地域社会の実現に重要である。

1. 背景と目的

世界的な人口高齢化の進展に伴い、高齢者が住み慣れた地域で自立し、社会参加を継続しながら生活できる地域づくりは国際的な政策課題となっている。世界保健機関（WHO）は「Age-friendly Cities and Communities（エイジフレンドリーシティ：高齢者にやさしいまち）」の取り組みを推進し、すべての住民が活動的な高齢期を過ごすことができるような物理的・社会的な環境整備を強調している（1-3）。このフレームワークでは、屋外空間・交通・住まい・社会参加・社会的包摂・コミュニケーション・地域支援など多領域にわたる環境整備の必要性が示され、高齢者の健康、生活の質、社会参加を支える地域環境を包括的に評価する概念として世界各国で政策に取り入れられている（1-3）。一方で、WHOは認知症の世界的増加を背景に、認知症フレンドリーコミュニティの推進をエイジフレンドリーの取り組みと統合的に進める必要性を強調し、地域社会の理解促進や社会的包摂の重要性を指摘している（4）。

日本は世界でも最も急速に高齢化が進行している国の一つであり、地域包括ケアシステムの推進を中心に、高齢者や認知症の人が地域で暮らし続けられる社会の実現が求められている。厚生労働省の認知症施策推進大綱では「共生」を柱として、認知症の人が地域の一員として生活し続けられる社会の実現が掲げられ、その実現に向けた具体的施策として認知症サポーター養成事業が全国で展開されてきた（5）。認知症サポーターは、認知症に関する正しい理解をもち、地域での見守りや支援を担う住民として位置づけられており、地域の理解促進や偏見の軽減を通じて社会環境の改善に寄与することが期待されている（6）。2024年には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行され、高齢者および認知症にやさしいまちづくりを推進するにあたって、認知症サポーターの役割がますます期待されている（7）。

エイジフレンドリーシティの概念において、地域環境は物理的環境と社会的環境の双方から構成される。特に社会参加や社会的包摂は、高齢者の健康維持、孤立予防、生活の質の向上と密接に関連することが多くの研究で示されている。認知症の人にとっても、地域の理解や支援体制、社会参加の機会は地域で生活を継続するための重要な要素であり、認知症施策とエイジフレンドリー政策は本質的に共通する目的を有している。

しかしながら、これまでの研究の多くは個人レベルでの知識や態度の変化に焦点を当てており（8, 9）、市町村レベルにおいて認知症サポーター養成の進展が地域のエイジフレンドリーな環境形成とどのように関連しているかについては十分に検討されていない。自治体レベルでの検討は、地域政策の立案や評価に直接的な示唆を与える点で重要である。

以上より、本研究では市町村における認知症サポーター養成状況と高齢者・認知症にやさしいまち指標との関連性について市町村レベルの生態学的研究デザインにより検討することを目的とした。

2. 方法

2. 1. 研究デザイン、対象者

研究デザインは生態学的横断研究であり、日本老年学的評価研究（JAGES）の高齢者・認知症にやさしいまち指標を含む 2022 年調査データと、認知症サポーター養成状況に関する公開データを市町村単位でリンケージしたデータを用いて検討した。JAGES は、要介護認定を受けていない地域高齢者に対する住民ベースの質問紙調査であり（10）、2022 年の 10 月から 12 月において全 75 の市町村における調査適格者で、自治体ごとにランダムサンプリングまたは悉皆サンプリングを用いて抽出された対象者に、郵送により質問紙を配布・回収した。なお、高齢者・認知症にやさしいまち指標に関する質問項目は、一部の対象者にランダムに割り当てられた。合計で 338,742 人の対象者に調査票を配布し、228,119 人から回答を得た。そのうち、要支援・要介護認定を受けている者、市町村における介護予防・日常生活支援総合事業の認定を受けている者、年齢・性別が不明の者を除外した。また、回答者のうち、居住地の市町村が不明である者を除外した。市町村レベルで回答を集計し、データの正確性を担保するために、高齢者・認知症にやさしいまち指標に関する調査票について、市町村における回答数が 20 人未満である市町村を除外した。最終的に、192,108 人の回答から成る 69 市町村が分析対象となり、認知症サポーター養成状況データと突合された。

2. 2. 高齢者・認知症にやさしいまち指標

本研究では、先行研究に基づき（11, 12）、高齢者・認知症にやさしいまち指標を用いて、市町村レベルで評価を行った。本指標の詳細を表 1 に示す。本指標は、①高齢者にやさしい物理的環境、②社会参加・情報利用、③社会的包摂・認知症フレンドリーの 3 領域、17 項目により構成されている。高齢者にやさしい物理的環境は、バリアフリーな建造環境、歩道・道路、移動資源、運動や散歩に適した公園・歩道、移動資源のアクセス性の 5 項目から構成される。社会参加・情報利用は、趣味活動グループ、スポーツグループ、学習文化活動、ボランティア活動への参加、インターネット利用の 5 項目から構成される。社会的包摂・認知症フレンドリーは、地域への帰属意識、地域への決定参加、地域の互酬性の規範、保健福祉サービス、友人関係、認知症との共生意識、認知症の人の家族の受援意識の 7 項目から構成される。個人の回答は、市町村レベルで集計され、物理的環境は 0-500 点、社会参加・情報利用は 0-500 点、社会的包摂・認知症フレンドリーは 0-700 点で、得点化された。その後、3 領域の各得点は項目数で除され、0-100 点で再スケールされた。

表 1. 高齢者・認知症にやさしいまち指標

		質問項目
高齢者にやさしい物理的環境		
バリアフリーな建造環境		あなたの住んでいる地域には、歩行が困難な方や目・耳の不自由な方でも、利用に支障がない公共施設はどのくらいありますか。（たくさんある・ある程度ある、%）
バリアフリーな歩道・道路		あなたの家から徒歩圏内に、車いす・杖・歩行器などを利用される方でも、歩行に支障のない通り（道路）はどのくらいありますか。（たくさんある・ある程度ある、%）
バリアフリーな移動資源		あなたの住んでいる地域には、歩行が困難な方や目・耳の不自由な方でも、利用に支障がない電車やバスの車両はどのくらいありますか。（たくさんある・ある程度ある、%）
運動や散歩に適した公園・歩道		あなたの家から徒歩圏内に、運動や散歩に適した公園や歩道はありますか。（たくさんある・ある程度ある、%）
移動資源へのアクセス性		あなたの家から徒歩圏内に、電車・地下鉄などの駅やバス停はどのくらいありますか。（たくさんある・ある程度ある、%）
社会参加・情報利用		
趣味活動グループへの参加		あなたは趣味関係のグループにどのくらいの頻度で参加していますか。（月 1 回以上、%）
スポーツグループへの参加		あなたはスポーツ関係のグループやクラブにどのくらいの頻度で参加していますか。（月 1 回以上、%）
学習・文化活動への参加		あなたは学習・教養サークルにどのくらいの頻度で参加していますか。（月 1 回以上、%）
ボランティア活動への参加		あなたはボランティアのグループにどのくらいの頻度で参加していますか。（月 1 回以上、%）
インターネット利用		あなたは過去 1 年間に、インターネットやメールをどのくらいの頻度で使いましたか。（月に数回以上、%）

社会的包摂・認知症フレンドリー

地域への帰属意識	あなたは地域の人々から大切にされ、地域の一員となっていると感じますか。（そう思う・ややそう思う、%）
地域への決定参加	あなたは自治会・町内会やその他の場で、地域のものごとの決定に参加していると思いますか。（そう思う・ややそう思う、%）
地域の互酬性の規範	あなたの地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立とうとすると思いますか。（とてもそう思う・まあそう思う、%）
保健福祉サービス	日常生活や健康のために必要なことは、行政や民間のサービスで概ね提供されていると思いますか。（そう思う・ややそう思う、%）
友人関係	友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。（月1回以上、%）
認知症との共生意識	自分が認知症になったら、周りの人に助けてもらいながら自宅での生活を続けたいと思いますか。（そう思う・ややそう思う、%）
認知症の人の家族の受援意識	家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思いますか。（そう思う・ややそう思う、%）

2. 3. 認知症サポーター養成状況

市町村の認知症サポーター養成状況は、地域共生自治体連携機構による公開データを用いた。「認知症サポーターキャラバン」実施状況報告書を参照し(6)、調査実施時期と合わせて、2022年9月30日現在報告書より、各市町村におけるキャラバン・メイトを含む認知症サポーター数を、市町村ごとに抽出した。住民基本台帳(2022年1月1日時点)から参照された各市町村の総人口に占める認知症サポーター割合(%)を抽出し、市町村におけるサポーター養成状況の指標として用いた。

2. 4. 統計解析

まず、市町村における認知症サポーター養成状況について、記述統計を算出した。また、各市町村の高齢者・認知症にやさしいまち指標の得点の記述統計を算出した。次に、市町村レベルにおいて、認知症サポーター養成状況と高齢者・認知症にやさしいまち指標との相関関係について散布図行列を示し、Pearson の相関分析を行った。相関分析は、可住地人口密度を中央値により 2 分した層別化も行った。さらに、認知症サポーター養成状況と高齢者・認知症にやさしいまち指標との関係について、市町村における可住地人口密度により調整した多変量線形回帰分析を行い、高齢者・認知症にやさしいまち指標に対する回帰係数 (coef.) と 95%信頼区間 (CI) を算出した。なお、分析にあたり可住地人口密度は対数変換の上、モデルに投入した。また、推定はロバスト標準誤差により行った。

全ての統計解析は、R (Version 4.3.3 for Windows; R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria) を用い、統計的有意性は $p < 0.05$ に設定した。

2. 5. 倫理的配慮

本研究は、千葉大学 (No. M10460)、浜松医科大学 (No. 91123) の研究倫理審査委員会の承認を得て実施された。郵送された調査票には研究目的・内容についての説明書が添付され、調査票の返送をもって適切な同意を得た。

3. 結果

3. 1. 記述統計

表 2 に、全 69 市町村における認知症サポーター養成状況、高齢者・認知症にやさしいまち指標の記述統計を示す。市町村の総人口当たりの認知症サポーター割合 (%) は、平均で 13.47 (標準偏差 8.30) であり、最も低い市町村では 2.62、最も高い市町村では 44.85 と、およそ 42%ポイントの差があった。

高齢者・認知症にやさしいまち指標に関し、高齢者にやさしい物理的環境は、平均で 30.58 点 (標準偏差 8.42) であり、最小で 16.30 点、最大で 54.42 点と、およそ 40 ポイントの差があった。社会参加・情報利用は、平均で 24.82 点 (標準偏差 5.45) と、最小で 12.40 点、最大で 37.56 点であり、およそ 25 ポイントの差があった。社会的包摂・認知症フレンドリーは、平均 52.53 点 (標準偏差 5.03) であり、最小で 43.60 点、最大で 67.29 点と、およそ 20 ポイントの差があった。

表 2. 認知症サポーター養成状況、高齢者・認知症にやさしいまち指標の記述統計 (n = 69)

	平均 (標準偏差)	中央値 [min, max]
総人口当たりの認知症サポーター割合 (%)	13.47 (8.30)	10.72 [2.62, 44.85]
高齢者・認知症にやさしいまち指標 (0-100 点)		
高齢者にやさしい物理的環境	30.58 (8.42)	28.44 [16.30, 54.42]
社会参加・情報利用	24.82 (5.45)	25.00 [12.40, 37.56]
社会的包摂・認知症フレンドリー	52.53 (5.03)	52.14 [43.60, 67.29]

3. 2. 認知症サポーター養成状況と高齢者・認知症にやさしいまち指標の関連

図 1 に、市町村の総人口当たりの認知症サポーター割合と高齢者・認知症にやさしいまち指標の散布図および相関分析の結果を示す。総人口当たりの認知症サポーター割合と高齢者にやさしい物理的環境は、負の弱い相関を示した ($r = -0.297$, $p < 0.01$)。社会参加・情報利用とは、ほとんど相関を示さなかった ($r = 0.008$)。社会的包摂・認知症フレンドリーとは、正の中等度の相関を示した ($r = 0.482$, $p < 0.001$)。これらの相関は、可住地人口密度により層別化すると (図 2)、物理的環境 (可住地人口密度低: $r = -0.079$; 高: $r = -0.263$) と社会的包摂・認知症フレンドリー (可住地人口密度低: $r = 0.397$, $p < 0.05$; 高: $r = 0.399$, $p < 0.05$) との相関関係はおおむね同様であったが、社会参加・情報利用については可住地人口

密度が低い市町村では正の中等度の相関を示した一方で ($r = 0.389$ 、 $p < 0.05$)、高い市町村では相関はみられなかった ($r = 0.014$)。

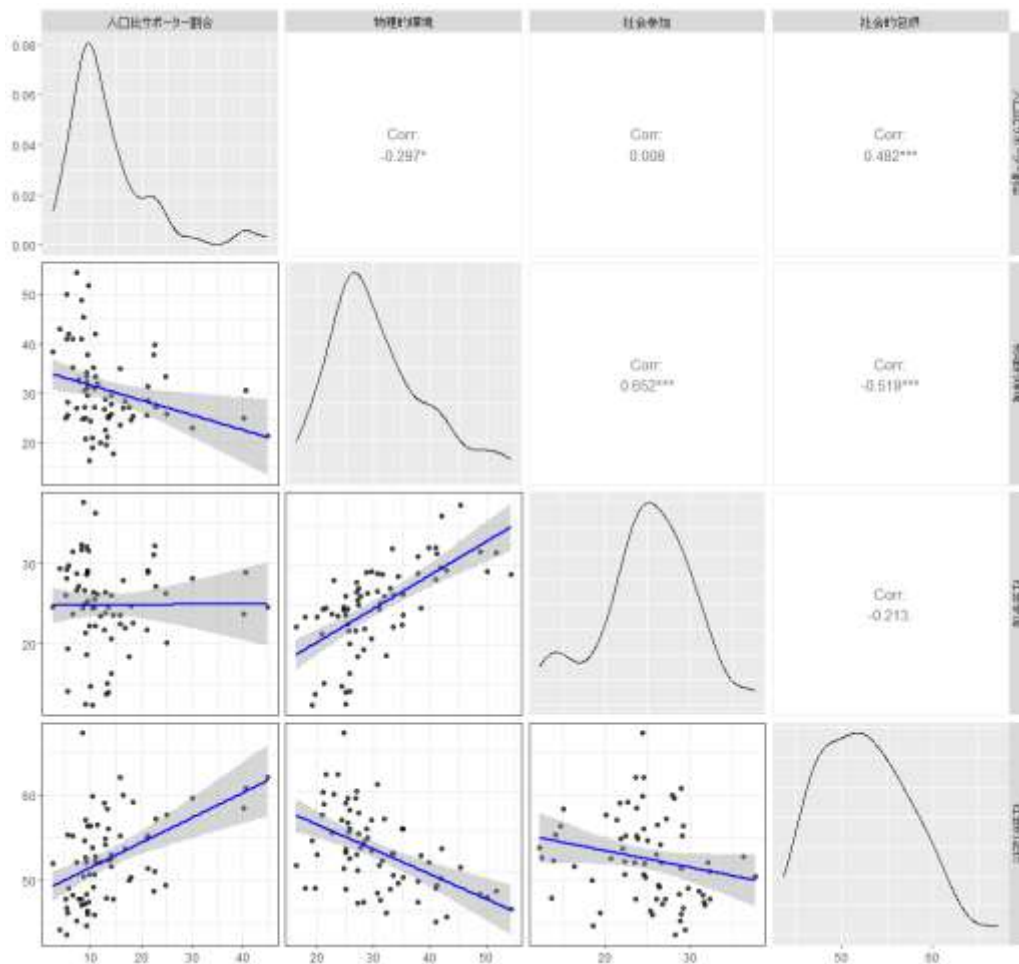


図1. 認知症サポーター養成状況と高齢者・認知症にやさしいまち指標の相関分析

対角線上は各変数の分布、左下パネルは散布図と回帰直線、右上パネルはピアソンの相関係数 (Corr.) を示す。* $p < 0.05$; *** $p < 0.001$

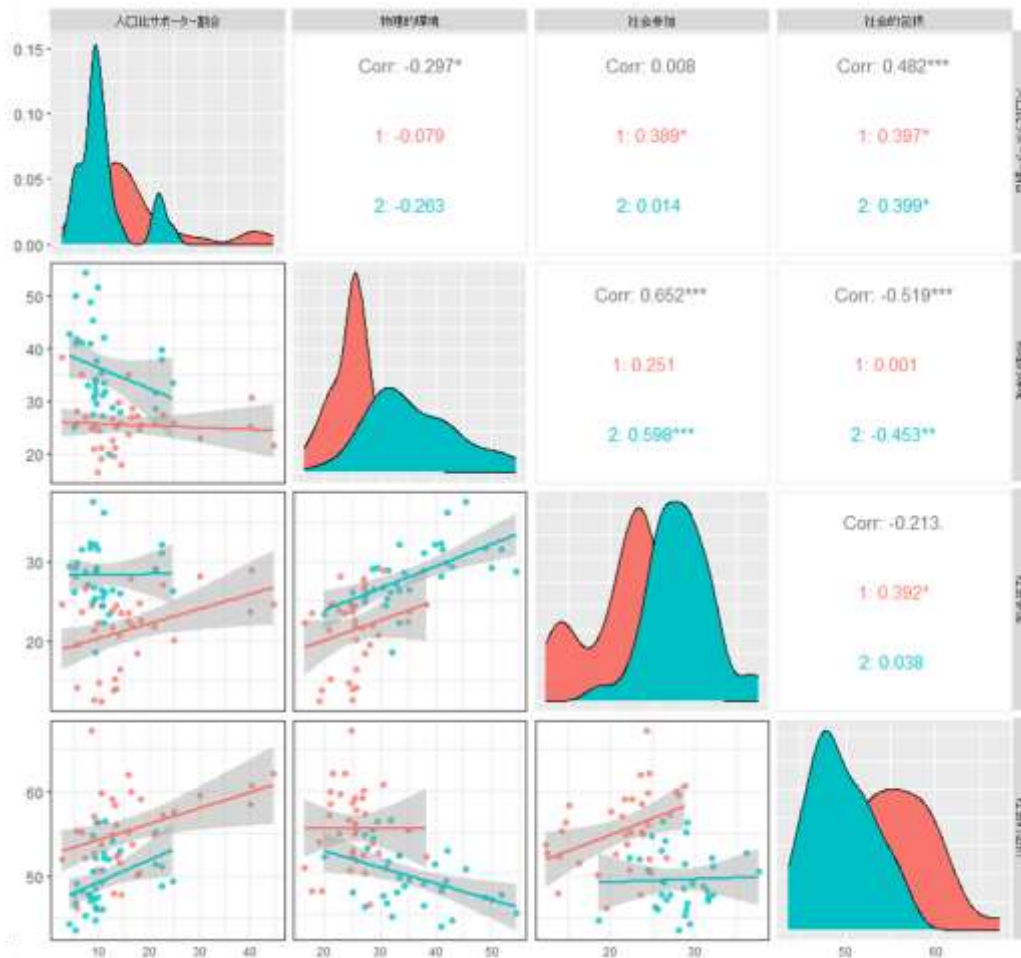


図 2. 認知症サポーター養成状況と高齢者・認知症にやさしいまち指標の相関分析：可住地人口密度による層別化

緑は可住地人口密度が高い市町村、赤は低い市町村を示す。対角線上は各変数の分布、左下パネルは散布図と回帰直線、右上パネルはピアソンの相関係数（Corr.）を示す。* $p < 0.05$ ；*** $p < 0.001$

表 3 に市町村の認知症サポーター養成状況と高齢者・認知症にやさしいまち指標との関連についての多変量解析の結果を示す。市町村の可住地人口密度で調整した解析モデルでは、総人口当たりの認知症サポーター割合は、高齢者にやさしい物理的環境と負の関連性を示したが、統計的有意性は認められなかった（coef. = -0.17, 95% CI = -0.36, 0.01, $p = 0.070$ ）。社会参加・情報利用とは正の関連性を示したが、統計的有意差は認められなかった（coef. = 0.09, 95% CI = -0.05, 0.24, $p = 0.212$ ）。一方で、認知症サポーター割合は社会的包摂・認知症フレンドリーとは有意な正の関連性が認められた（coef. = 0.22, 95% CI = 0.15, 0.29, $p < 0.001$ ）。

表 3. 総人口当たりの認知症サポーター割合と高齢者・認知症にやさしいまち指標の関連（多変量線形回帰分析）

	Crude model		Adjusted model	
	Coef. (95% CI)	p-value	Coef. (95% CI)	p-value
高齢者にやさしい物理的環境	-0.30 (-0.50, -0.11)	0.004	-0.17 (-0.36, 0.01)	0.070
社会参加・情報利用	0.01 (-0.11, 0.12)	0.931	0.09 (-0.05, 0.24)	0.212
社会的包摂・認知症フレンドリー	0.29 (0.20, 0.38)	< 0.001	0.22 (0.15, 0.29)	< 0.001

CI, confidence interval.

*可住地人口密度により調整

4. 考察

本研究では、市町村における認知症サポーター割合が高いほど社会的包摂・認知症フレンドリー指標の得点が高いことが示された。一方で、高齢者にやさしい物理的環境と社会参加・情報利用との関連は認められなかった。これらの結果は、認知症サポーター養成が地域の社会的包摂性や認知症にやさしいまちの形成に潜在的に関与している可能性を示唆するものである。

WHO のエイジフレンドリーシティのフレームワークでは、社会的包摂性は高齢者の健康、幸福に不可欠な要素として位置づけられている (1-3)。認知症サポーター養成は地域住民の理解を促進し、認知症の人や家族が地域で支援を求めやすい環境を形成する取り組みである。認知症教育はスティグマの軽減や援助行動の促進につながることを報告されており、本研究で認められた社会的包摂との関連は、認知症サポーター養成が地域の社会関係資本の向上を通じてエイジフレンドリーな社会環境の形成に寄与している可能性を示唆している。

一方で、物理的環境と社会参加・情報利用との関連は認められなかった。物理的環境については、認知症サポーター養成は主として社会的・人的環境に影響する施策であることを反映していると考えられる。交通、建築、都市計画などの物理的環境は自治体のインフラ整備や財政投資に強く依存するため、住民教育を中心とするサポーター養成と関連がないことは合理的であると考えられる。社会参加・情報利用については、高齢者の地域への社会参加や就労などの比較的健康的でアクティブな高齢者の要素を反映する側面が強く、認知症のある人への理解や前向きな態度といったサポーター養成講座とは、機能する側面が異なる可能性がある。一方で、可住地人口密度による層別化の結果からみられるように、この関係は都市度によって異なる可能性がある。都市部と非都市部においては、高齢者の社会参加の形態やその社会的資源が異なり、人々のそれらに対する態度も一様ではなく、認知症サポーターが高齢者にやさしいまちのアクティブな側面に肯定的に作用する可能性がある。地域によるサポーター養成講座の波及影響についてはさらなる検討が必要である。

本研究にはいくつかの限界がある。生態学的な横断研究であるため因果関係を推定することはできず、未測定の交絡因子の影響が残存している可能性がある。また時間的因果方向も明らかではない。今後は、縦断データを構築の上、高齢者・認知症にやさしいまち指標に認知症サポーター養成状況がどのように影響するか検証する必要がある。

5. 結論

本研究は、市町村レベルにおいて認知症サポーター養成状況と高齢者・認知症にやさしいまち指標との関連を検討した。結果、認知症サポーター割合が高い市町村ほど、高齢者・認知症にやさしいまち指標のうち社会的包摂・認知症フレンドリーの指標が高いことが示された。これらの結果は、認知症サポーター養成が包摂性や高齢者や認知症のある人への尊重意識などの地域の社会的環境を改善し、共生的な地域づくりを促進する可能性を示唆している。今後、認知症サポーター養成を地域活動や地域包括ケアと連動させて推進することが、高齢者および認知症にやさしい地域社会の実現に向けて重要である。

引用文献

1. World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007.
2. World Health Organization. Measuring the age-friendliness of cities: a guide to using core indicators. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. World Health Organization. National programmes for age-friendly cities and communities: a guide. Genève: World Health Organization; 2023.
4. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Genève; 2021.
5. 厚生労働省. 認知症施策推進大綱について 2019 [Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html].
6. 全国キャラバン・メイト連絡協議会. 認知症サポーターキャラバンとは [Available from: <https://www.caravanmate.com/aboutus.html>].
7. 厚生労働省. 共生社会の実現を推進するための認知症基本法について: 厚生労働省; 2023 [Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119099.pdf>].
8. 金高門, 鄭小華, 増井香名子, 黒田研二. 認知症サポーター養成講座受講者における認知症受容度の追跡調査. 日本認知症ケア学会誌 = Journal of Japanese Society for Dementia Care. 2011;10(1):88-96.
9. 川込あゆみ, 齊藤雅茂, 井手一茂, 尾島俊行, 近藤克則. 高齢者の認知症サポーター養成講座受講による認知症ケアに対する規範・意識の相違: JAGES2019 横断研究. 日本認知症ケア学会誌 = Journal of Japanese Society for Dementia Care. 2024;23(2):354-65.
10. Kondo K, Rosenberg M, World Health Organization. Advancing universal health coverage through knowledge translation for healthy ageing: lessons learnt from the Japan gerontological evaluation study. Geneva: World Health Organization; 2018.
11. Noguchi T, Fujihara S, Ide K, Jeong S, Saito T, Kondo K, et al. Association of age-friendly communities with health and well-being among older adults: an ecological and multilevel analysis from the Japan Gerontological Evaluation Study. MedRxiv. 2024:2024.06.21.24309218.
12. Fujihara S, Noguchi T, Ide K, Jeong S, Kondo K, Ojima T. Developing an indicator for community-level age-friendly communities: the Japan gerontological evaluation study. BMC Geriatr. 2

④市町村における認知症サポーター養成状況と 住民の認知症への意識・態度との関連

—市町村レベルの生態学的分析による検討—

浜松医科大学健康社会医学講座 野口泰司
千葉大学予防医学センター 井手一茂

研究要旨

【目的】 認知症サポーター養成は、日本における認知症理解促進の中核的施策として全国で展開されているが、その地域社会レベルでの効果に関する科学的エビデンスは十分ではない。本研究では、市町村における認知症サポーター養成状況と住民の認知症に対する意識・態度および相談窓口認識との関連を、市町村レベルの生態学的研究により検討することを目的とした。

【方法】 日本老年学的評価研究（JAGES）2022年調査の高齢者192,108人（69市町村）を対象とし、市町村ごとに認知症に対する意識・態度および相談窓口の認識割合を集計した。認知症サポーター養成状況は認知症サポーターキャラバン公開データより取得し、市町村の総人口に占める認知症サポーター割合を指標とした。市町村レベルで相関分析および可住地人口密度で調整した多変量線形回帰分析を実施した。

【結果】 市町村の認知症サポーター割合は平均13.47%（標準偏差 8.21）であり、約42%ポイントの地域差が認められた。認知症サポーター割合は、認知症の人の家族の受援意識（ $r = 0.328, p < 0.01$ ）および認知症相談窓口の認識（ $r = 0.501, p < 0.001$ ）と有意な正の相関を示した。可住地人口密度を調整した線形回帰分析でも、家族の受援意識（coef. = 0.17, 95%CI: 0.05, 0.29）および相談窓口認識（coef. = 0.32, 95%CI: 0.17, 0.47）との正の関連が認められた。一方、認知症との共生意識、社会参加、認知症理解、意思決定支援との関連は認められなかった。

【考察】 市町村における認知症サポーター養成は、住民の相談窓口認識および家族の受援意識と関連しており、地域における相談アクセス向上や家族支援環境の整備に寄与する可能性が示唆された。一方、価値観や態度指標との関連は認められず、地域全体の認知症観の変容にはさらなる普及と質的向上が必要である。

1. 背景と目的

世界的な人口高齢化の進展に伴い、認知症は医療・福祉・地域社会の持続可能性に大きな影響を及ぼす重要な公衆衛生的課題となっている。世界保健機関（World Health Organization [WHO]）の報告によると、2021年時点での世界の認知症の有病者数は約5,500万人に達し、2050年には1億3,900万人に増加すると推計されている（1）。認知症は個人の生活の質のみならず、家族介護者の身体的・精神的負担、社会保障費の増大、地域社会の包摂性など広範な領域に影響を及ぼすため、医療中心の対応から、地域社会全体で支える体制への転換が国際的に求められている。

こうした流れの中で、WHOは「認知症フレンドリー社会（Dementia-friendly communities）」の構築を重要な政策課題として提唱し、認知症に対するスティグマ（偏見や差別）の低減、地域住民の理解促進、社会参加の支援が各国で推進されている。たとえば、英国のDementia Friends、米国のDementia Friendly America、オーストラリアのDementia Friendly Communitiesの取り組みなど、一般住民を対象とした認知症に関する理解の促進プログラムが広く展開され、地域社会の認知症の望ましい理解を推進する取り組みが進められている（2-4）。これらの取り組みは、認知症に関する教育や啓発活動を通じて、住民の知識や態度を改善し、認知症のある人やその家族が地域で安心して生活できる環境整備に寄与することが期待されている。

日本では、2023年に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、2024年施行された（5）。同法は、認知症のある人の尊厳を保持しながら希望を持って暮らせる社会の実現を目的とし、国および地方公共団体に対して、認知症に関する正しい理解の普及、地域における支援体制の整備は地方自治体の重要な役割として位置付けられており、市町村レベルでの取り組みの重要性が一層高まっている。

この実行的な取り組みの1つであり、日本における代表的な住民向け認知症理解促進施策として、2005年に厚生労働省の支援のもと開始された「認知症サポーターキャラバン」がある（6）。本事業は、認知症のある人とその家族を地域で支えることができる住民を増やすことを目的としており、全国の市町村を基盤として展開されている。認知症サポーターは専門職ではなく、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域での見守りや声かけなどの支援を行う「応援者」として位置付けられている。

認知症サポーターの養成は、主に60～90分程度の「認知症サポーター養成講座」によって行われる。講座では、認知症の基礎知識、認知症のある人への接し方、家族支援、地域の相談窓口などが体系的に学習される。講座を修了した者には「オレンジリング」（またはオレンジカードなど）が授与され、地域での支援活動の象徴として広く認知されている（6）。講座は、市町村自治体、地域包括支援センターなどにより、地域住民、企業、小売店、医療・介護専門職、学校など多様な対象において実施されており、地域ぐるみの普及が図られている。

なお、認知症サポーターキャラバンは、講座を担う「キャラバン・メイト」の養成を通じた普及体

制を特徴としている。養成されたキャラバン・メイトが中心となり、地域において継続的に講座を開催する役割を担い、全国の市町村で持続的な住民教育が可能な仕組みが構築されている。

2022年時点で認知症サポーター養成人数は1,400万人を超え、人口規模において世界最大級の認知症理解促進プログラムとなっている(6)。このような大規模な住民教育施策は国際的にも注目されており、日本の取り組みは認知症フレンドリー社会の実現に向けた重要な実践例として位置付けられている。

このように認知症サポーターキャラバンは全国的に大規模な住民教育施策として展開されてきたが、その効果に関する科学的エビデンスは依然として十分とは言えない。これまでの研究の多くは、養成講座受講者を対象とした前後比較研究や小規模な観察研究が中心であり、養成講座受講後の認知症に関する知識の向上や前向きな態度の増加がみられることが報告されている(7,8)。しかし、これらの研究の多くは個人の短期的アウトカムへの影響や横断的アウトカムとの関連に焦点を当てており、地域社会全体への波及効果についての検討は不足している。

特に、認知症サポーター養成が地域住民全体の認知症観や支援行動にどの程度影響しているかについては十分に検討がされていない。認知症フレンドリー社会の実現という観点からは、受講者個人の変化だけではなく、地域レベルでの社会的受容性、支援要請、相談行動といった集団的アウトカムの検証が重要であると考えられる。また、認知症に対するスティグマの低減や共生意識の醸成は、多面的な社会環境の影響を受けると考えられており、単一の教育施策の効果を評価することの難しさも指摘されている(7)。

さらに、日本では認知症サポーター養成人数が大幅に増加している一方で、地域間で養成状況に差が存在する可能性があり、この地域差が住民の認知症に対する意識や行動にどのように関連するかを検討することは、今後の施策の改善に資する重要な課題である。しかし、日本において市町村単位での認知症サポーター養成状況が地域住民の認知症観にどのように関連しているかを検討した研究はこれまでなされていない。

以上より、本研究では市町村における認知症サポーター養成状況と住民の認知症に対する意識・態度との関連性について市町村レベルの生態学的研究デザインにより検討することを目的とした。

2. 方法

2. 1. 研究デザイン、対象者

研究デザインは生態学的横断研究とした。本研究では、高齢者住民の認知症に対する意識・態度のデータとして、日本老年学的評価研究（JAGES）の2022年調査データを用いた。本調査データと、認知症サポーター養成状況に関する公開データを市町村レベルで突合し、分析を行った。JAGESは、要介護認定を受けていない地域高齢者に対する住民ベースの質問紙調査であり（9）、2022年の10月から12月において全75の市町村における調査適格者で、自治体ごとにランダムサンプリングまたは悉皆サンプリングを用いて抽出された対象者に、郵送により質問紙を配布・回収した。なお、一部の認知症に対する意識・態度に関する質問項目は、対象者のうち8分の1にランダムに割り当てられた。合計で338,742人の対象者に調査票を配布し、228,119人から回答を得た。そのうち、要支援・要介護認定を受けている者、市町村における介護予防・日常生活支援総合事業の認定を受けている者、年齢・性別が不明な者を除外した。また、回答者のうち、居住地の市町村が不明である者を除外した。市町村レベルで回答を集計し、データの正確性を担保するために、認知症に対する意識・態度に関する調査票について市町村における回答者数が20人未満である市町村を除外した。最終的に、192,108人の回答から成る69市町村が分析対象となり、認知症サポーター養成状況データと突合された。

2. 2. 認知症に対する意識・態度

対象者は表1に示す認知症に対する意識・態度に関する質問項目に回答した（8）。①認知症との共生意識（自分が認知症になったら、周りの人に助けをもらいながら自宅での生活を続けたいと思いますか）。②認知症の人の社会参加（認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良いと思いますか）。③認知症の理解（認知症の人の大声や暴力、歩き回るなどの行動は、必要なことが満たされない時に起きると思いますか）。④認知症の人の意思決定支援（認知症の人が、記憶力が低下し判断することができなくなっても、日々の生活についてできるだけ本人が決める方が良いと思いますか）。⑤認知症の人の家族の受援意識（家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思いますか）。全ての質問項目は5段階のリッカート尺度による回答選択肢が設定された（1= そう思う、2= ややそう思う、3= どちらでもない、4= あまり思わない、5= 全く思わない）。そのうち、「そう思う」または「ややそう思う」と回答した者を、前向きな意識・態度への回答該当者と定義し、市町村ごとに該当者を集計し、得点化した（0-100点、点数が高いほど市町村における認知症に対する前向きな意識・態度を有する者が多い）。

2. 3. 認知症の相談窓口の認識

対象者は表1に示す認知症の相談窓口の認識に関する「認知症に関する相談窓口を知っていますか」の質問項目にも回答した（はい、いいえ）。そのうち「はい」と回答した者を該当者として、市町村ごとに集計し、得点化した（0-100点、点数が高いほど市町村における認知症に関する相談窓口を認識している者が多い）。

表1. 認知症に対する意識・態度、認知症の相談窓口の認識に関する質問項目

質問項目	
認知症に対する意識・態度	
認知症との共生意識	自分が認知症になったら、周りの人に助けてもらいながら自宅での生活を続けたいと思いますか。（そう思う・ややそう思う、%）
認知症の人の社会参加	認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良いと思いますか。（そう思う・ややそう思う、%）
認知症の理解	認知症の人の大声や暴力、歩き回るなどの行動は、必要なことが満たされない時に起きると思いますか。（そう思う・ややそう思う、%）
認知症の人の意思決定支援	認知症の人が、記憶力が低下し判断することができなくなっても、日々の生活についてできるだけ本人が決める方が良いと思いますか。（そう思う・ややそう思う、%）
認知症の人の家族の受援意識	家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人などにも知っておいてほしいと思いますか。（そう思う・ややそう思う、%）
認知症の相談窓口の認識	認知症に関する相談窓口を知っていますか。（はい、%）

2. 4. 認知症サポーター養成状況

各市町村の認知症サポーター養成状況は、地域共生政策自治体連携機構「認知症サポーターキャラバン」実施状況を参照した(6)。調査時期と合わせて2022年9月30日現在報告書より、各市町村におけるキャラバン・メイトを含む合計の認知症サポーター数を抽出した。住民基本台帳（2022年1月1日時点）から参照された市町村における総人口から、総人口に占める認知症サポーター割合（%）を最終的に抽出し、市町村における養成状況の指標として用いた。

2. 5. 統計解析

まず、市町村における認知症サポーター養成状況について、記述統計を算出した。また、市町村における認知症に対する意識・態度および認知症の相談窓口の認識の該当者の記述統計を算出した。次に、市町村レベルにおいて、認知症サポーター養成状況と認知症に対する意識・態度および認知症の相談窓口の認識の該当者割合との相関関係について散布図行列を示し、また相関分析を行い Pearson の相関係数を算出した。相関分析は、可住地人口密度を中央値により 2 分した層別化も行った。さらに、認知症サポーター養成状況と認知症に対する意識・態度および認知症の相談窓口の認識の該当者割合の関係について、市町村における可住地人口密度により調整した多変量線形回帰分析を行い、認知症に対する意識・態度および認知症の相談窓口の認識に対する回帰係数 (coef.) と 95%信頼区間 (CI) を算出した。なお、分析にあたり可住地人口密度は対数変換の上、モデルに投入した。また、推定はロバスト標準誤差により行った。

全ての統計解析は、R (Version 4.3.3 for Windows; R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria) を用い、統計的有意性は $p < 0.05$ に設定した。

2. 6. 倫理的配慮

本研究は、千葉大学 (No. M10460)、浜松医科大学 (No. 91123) の研究倫理審査委員会の承認を得て実施された。郵送された調査票には研究目的・内容についての説明書が添付され、調査票の返送をもって適切な同意を得た。

3. 結果

3. 1. 記述統計

表 2 に、全 69 市町村における認知症サポーター養成状況、認知症に対する意識・態度、認知症の相談窓口の認識の記述統計を示す。市町村の総人口当たりの認知症サポーター割合 (%) は、平均で 13.47 (標準偏差 8.30) であり、最も低い市町村では 2.62、最も高い市町村では 44.85 であり、およそ 42%ポイントの差があった。

認知症に対する意識・態度 (%) に関し、認知症との共生意識については、平均で 56.03 (標準偏差 5.32) であり、最も低い市町村では 40.00、最も高い市町村では 75.00 であり、およそ 35%ポイントの差があった。認知症の人の社会参加については、平均で 48.91 (標準偏差 5.19)、最も低い市町村で 37.50、最も高い市町村で 66.70 であり、およそ 30%ポイントの差があった。認知症の理解については、平均で 54.77 (標準偏差 5.05) であり、最も低い市町村では 42.20、最も高い市町村では 74.10 であり、およそ 30%ポイントの差があった。認知症の人の意思決定支援については、平均で 43.00 (標準偏差 4.94) で、最も低い市町村では 30.90 で、最も高い市町村では 66.70 であり、およそ 35%ポイントの差があった。認知症の人の家族の受援意識については、平均で 72.24 (標準偏差 5.74) であり、最も低い市町村で 60.30、最も高い市町村で 83.70 であり、およそ 20%ポイントの差があった。

認知症の相談窓口の認識 (%) については、平均で 35.26 (標準偏差 5.93) であり、最も低い市町村では 24.40、最も高い市町村では 54.20 であり、およそ 30%ポイントの差があった。

表 2. 認知症サポーター養成状況、認知症に対する意識・態度、認知症の相談窓口の認識の記述統計 (n = 69)

	平均 (標準偏差)	中央値 [min, max]
総人口当たりの認知症サポーター割合 (%)	13.47 (8.30)	10.72 [2.62, 44.85]
認知症に対する意識・態度		
認知症との共生意識	56.03 (5.32)	55.80 [40.00, 75.00]
認知症の人の社会参加	48.91 (5.19)	48.60 [37.50, 66.70]
認知症の理解	54.77 (5.05)	55.00 [42.20, 74.10]
認知症の人の意思決定支援	43.00 (4.94)	42.90 [30.90, 66.70]
認知症の人の家族の受援意識	72.24 (5.74)	71.90 [60.30, 83.70]
認知症の相談窓口の認識	35.26 (5.93)	35.30 [24.40, 54.20]

3. 2. 認知症サポーター養成状況と認知症に対する意識・態度、認知症の相談窓口の認識の関連

図1に、市町村の総人口当たりの認知症サポーター割合と認知症に対する意識・態度および認知症の相談窓口の認識の散布図および相関分析の結果を示す。総人口当たりの認知症サポーター割合と、認知症との共生意識、認知症の人の社会参加、認知症の理解、認知症の人の意思決定支援との間に相関関係はみられなかった（認知症との共生意識： $r = -0.001$ 、認知症の人の社会参加： $r = 0.075$ 、認知症の理解： $r = -0.014$ 、認知症の人の意思決定支援： $r = -0.021$ ）。一方で、総人口当たりの認知症サポーター割合と認知症の人の家族の受援意識とは弱い相関（ $r = 0.328$ 、 $p < 0.01$ ）が、認知症の相談窓口の認識とは中等度の相関（ $r = 0.501$ 、 $p < 0.001$ ）がみられた。

これらの傾向は可住地人口密度により層別化を行ってもおおむね同様であり（図2）、認知症の家族の受援意識は統計的有意差こそないものの可住地人口密度の高低に関わらず正の弱い相関を示し（可住地人口密度低： $r = 0.164$ ；高： $r = 0.337$ ）、認知症の相談窓口の認識とは中等度の相関を示した（可住地人口密度低： $r = 0.383$ 、 $p < 0.05$ ；高： $r = 0.572$ 、 $p < 0.001$ ）。

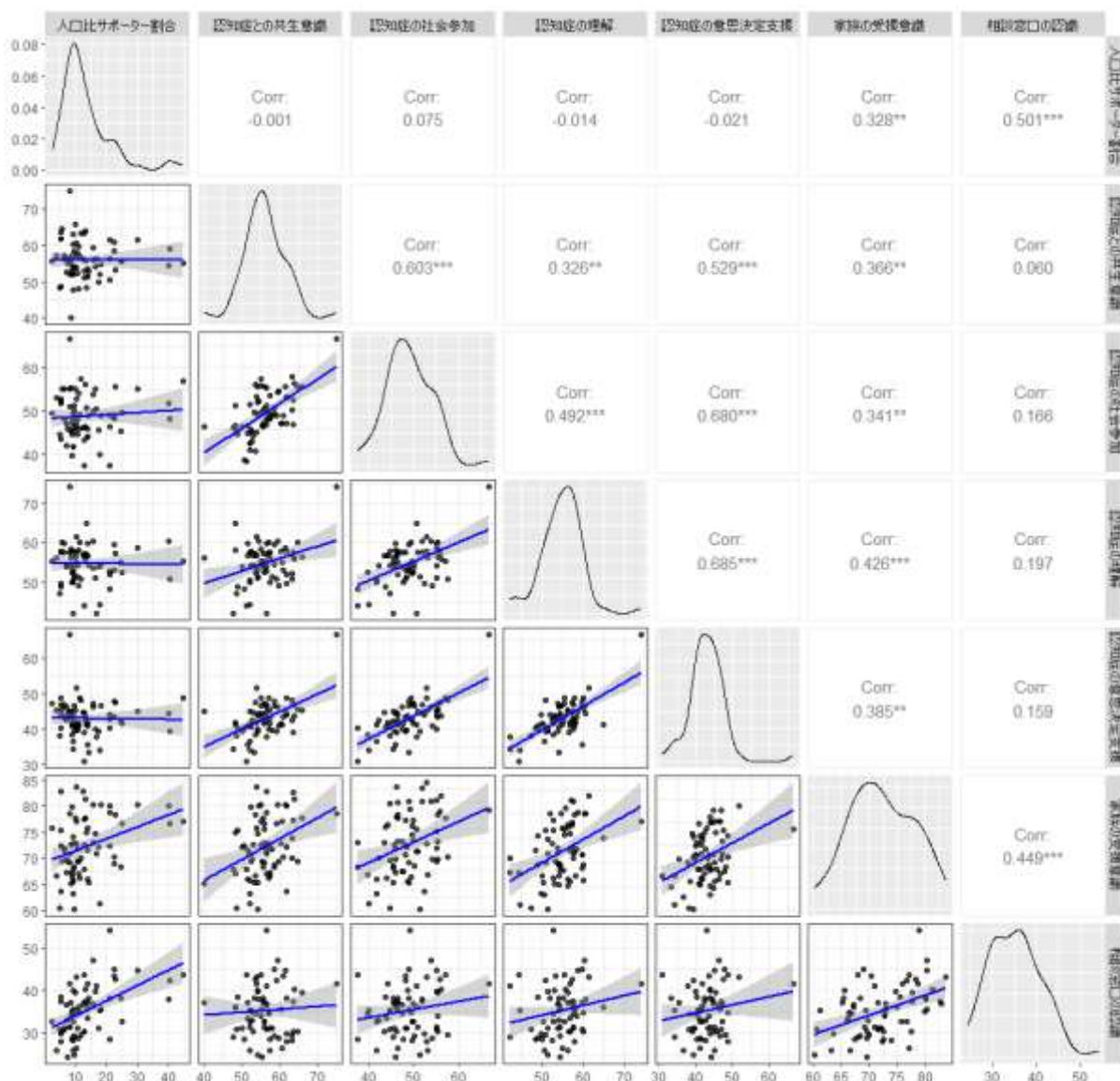


図 1. 認知症サポーター養成状況と住民の認知症に対する意識・態度および認知症の相談窓口の認識の相関分析

対角線上は各変数の分布、左下パネルは散布図と回帰直線、右上パネルはピアソンの相関係数 (Corr.) を示す。* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

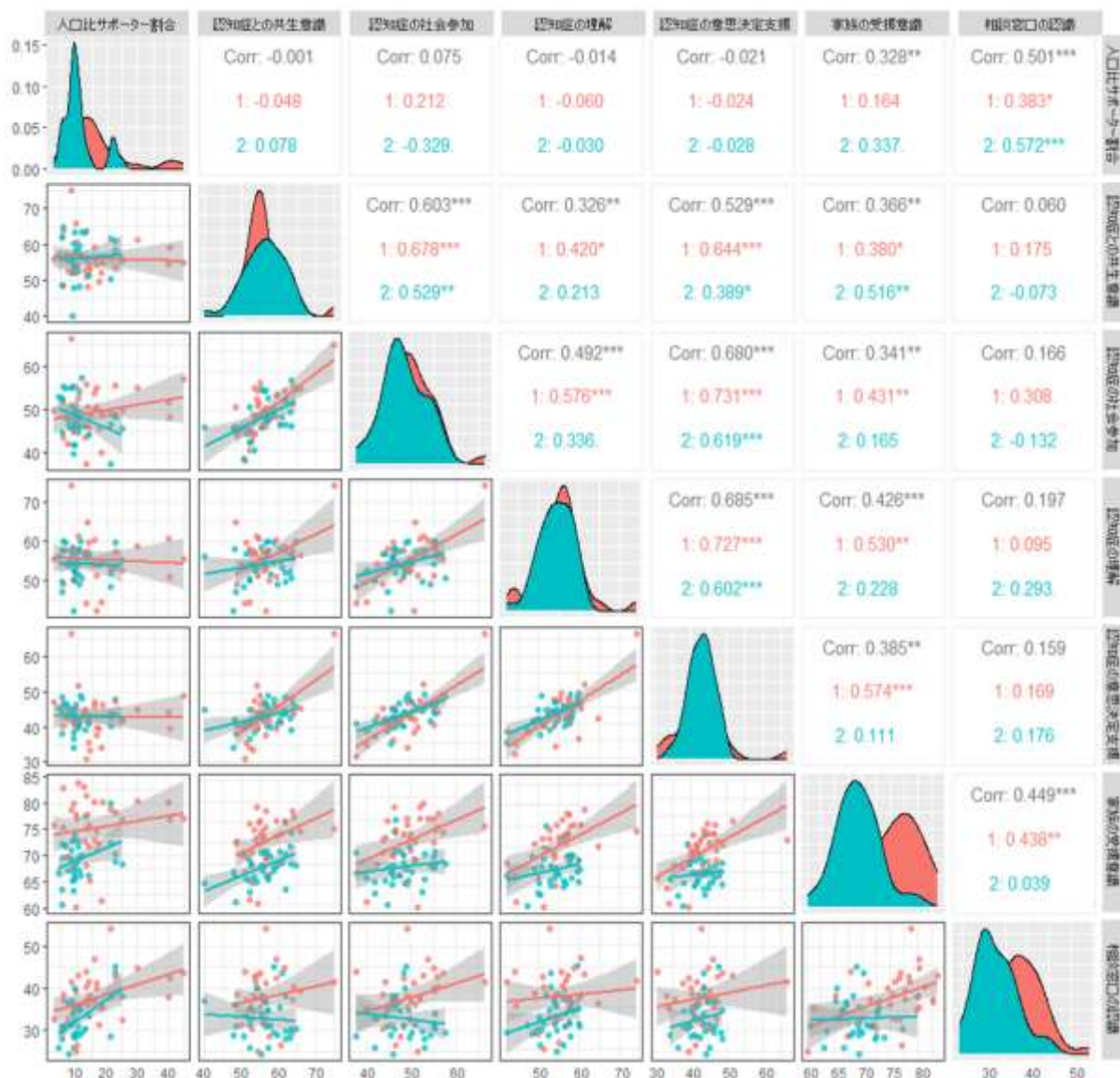


図 2. 認知症サポーター養成状況と住民の認知症に対する意識・態度および認知症の相談窓口の認識の相関分析：可住地人口密度による層別化

緑は可住地人口密度が高い市町村、赤は低い市町村を示す。対角線上は各変数の分布、左下パネルは散布図と回帰直線、右上パネルはピアソンの相関係数 (Corr.) を示す。* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

表 3 に市町村の認知症サポーター養成状況と認知症に対する意識・態度および認知症の相談窓口の認識との関連についての多変量解析の結果を示す。総人口当たりの認知症サポーター割合は、認知症の人の家族の受援意識と認知症の相談窓口の認識と正の関連を示し、これは市町村の可住地人口密度を調整したモデルにおいても認められた（調整モデル：認知症の人の家族の受援意識 coef. = 0.17, 95% CI = 0.05, 0.29, p = 0.006；認知症の相談窓口の認識 coef. = 0.32, 95% CI = 0.17, 0.47, p < 0.001）。一方で、認知症との共生意識、認知症の人の社会参加、認知症の理解、認知症の人の意思決定支援との関連性は認められなかった（調整モデル：認知症との共生意識 coef. = -0.02, 95% CI = -0.18, 0.14, p = 0.781；認知症の人の社会参加 coef. = 0.03, 95% CI = -0.16, 0.21, p = 0.768；認知症の理解 coef. = -0.05, 95% CI = -0.21, 0.11, p = 0.553；認知症の人の意思決定支援 coef. = -0.04, 95% CI = -0.23, 0.16, p = 0.710）。

表 3. 総人口当たりの認知症サポーター割合と認知症に対する意識・態度、認知症の相談窓口の認識との関連（多変量線形回帰分析）

	Crude model		Adjusted model*	
	Coef. (95% CI)	p-value	Coef. (95% CI)	p-value
認知症との共生意識	0.00 (-0.12, 0.12)	0.989	-0.02 (-0.18, 0.14)	0.781
認知症の人の社会参加	0.05 (-0.11, 0.20)	0.562	0.03 (-0.16, 0.21)	0.768
認知症の理解	-0.01 (-0.14, 0.12)	0.897	-0.05 (-0.21, 0.11)	0.553
認知症の人の意思決定支援	-0.01 (-0.16, 0.13)	0.868	-0.04 (-0.23, 0.16)	0.710
認知症の人の家族の受援意識	0.23 (0.11, 0.35)	< 0.001	0.17 (0.05, 0.29)	0.006
認知症の相談窓口の認識	0.36 (0.21, 0.51)	< 0.001	0.32 (0.17, 0.47)	< 0.001

CI, confidence interval.

*可住地人口密度により調整

4. 考察

本研究は、市町村における認知症サポーター養成状況と住民の認知症に対する意識・態度との関連性を市町村レベルの生態学的分析により検討した。結果、人口あたりの認知症サポーター養成状況は、市町村間で大きな差がみられ、地域における養成の進展状況が一様ではないことが明らかになった。一方で、住民の認知症に対する意識・態度や相談窓口の認識の状況も、市町村間でばらつきが存在していた。

本研究の主要な知見として、認知症サポーター割合が高い市町村ほど、家族が認知症になった場合に周囲に協力を求める受援意識が高かった。この家族の受援意識との関連は、地域の社会的受容性の高さを反映している可能性がある。認知症に対するスティグマは支援要請の障壁となることが知られており(10)、地域での理解促進は家族の支援希求を促し、孤立を軽減し得る。国際的にも、認知症フレンドリー社会の取り組みは、社会的包摂や支援要請の促進を重要な成果指標としている(1)。この認知症にやさしい地域づくり、認知症の人の家族支援に対して、市町村における認知症サポーターの養成は、潜在的に寄与している可能性がある。

また、認知症サポーターの割合が高い市町村ほど、認知症に関する相談窓口を知っている住民の割合が高かった。認知症サポーター養成講座では、地域包括支援センター等の相談窓口の紹介が行われていることが多く、その情報提供が効果的に機能している可能性がある。また、受講者がその家族や地域住民に情報を伝達することで、地域全体の認識が高まった可能性が考えられる。早期相談は認知症施策において重要な要素であり、本結果は認知症サポーター養成が地域の支援アクセス向上に寄与している可能性を示唆している。

一方で、認知症との共生意識や社会参加に対しての前向きな態度、行動心理症状の理解や意思決定支援の意識との関連は認められなかった。認知症に対する価値観や態度は教育のみならず、個人の認知症の人との接触・交流経験や文化的要因など多様な影響を受ける(7, 11)。したがって、比較的短時間の講義のみでは、住民の認知症に対する前向きな意識・態度に対して大きな変化を及ぼすには十分ではない可能性がある。一方で、平均約13%という市町村における人口あたりの認知症サポーター割合は、地域全体の意識や価値観を変容させるには影響力が十分ではない可能性がある。さらなる普及や継続的な関与により、人口あたりある程度の割合のサポーターが養成されることで、地域全体への指標との関連性が認められる可能性がある。

しかしながら、本研究は生態学的な横断研究であり因果関係を示すものではない。未測定の地域要因の影響を排除できない限界がある。また、認知症に対する意識・態度や認知症の相談窓口の認識は高齢者の調査データに基づくものであり、若年者や中年者等、他の人口カテゴリーにおいて一般化できるかは不明である。これらの限界はあるものの、多地域にまたがる認知症に対する意識・態度に関する住民調査データを用いて、市町村レベルの関連性を示した点に意義があると考えられる。

5. 結論

本研究では、市町村におけるサポーター養成状況が、認知症の人の家族の受援意識と認知症の相談窓口の認識と関連することを示した。一方で、認知症との共生意識や社会参加、価値観指標との関連性は認められなかった。これらの結果は、認知症サポーター養成が地域における相談アクセス性の確保や家族支援環境の整備に寄与する可能性を示している。今後は養成の量的拡大に加えて、養成講座内容の質的向上を含めたサポーター養成による認知症にやさしいまちづくりの推進が求められる。

引用文献

1. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Genève; 2021.
2. Alzheimer's Disease International. Dementia friendly communities: Alzheimer's Disease International; n.d. [Available from: <https://www.alzint.org/what-we-do/policy/dementia-friendly-communities/#:~:text=Principles%20of%20a%20dementia%20friendly,are%20crucial%20to%20effect%20change>].
3. Dementia Friendly America. Living, engaging and thriving in dementia-friendly communities Washington: Dementia Friendly America; n.d. [Available from: <https://dfamerica.org/>].
4. Dementia Australia. Dementia-Friendly Communities n.d. [Available from: <https://www.dementia.org.au/get-involved/dementia-friendly-communities>].
5. 厚生労働省. 共生社会の実現を推進するための認知症基本法について: 厚生労働省; 2023 [Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119099.pdf>].
6. 全国キャラバン・メイト連絡協議会. 認知症サポーターキャラバンとは n.d. [Available from: <https://www.caravanmate.com/aboutus.html>].
7. 金高門, 鄭小華, 増井香名子, 黒田研二. 認知症サポーター養成講座受講者における認知症受容度の追跡調査. 日本認知症ケア学会誌 = Journal of Japanese Society for Dementia Care. 2011;10(1):88-96.
8. 川込あゆみ, 斉藤雅茂, 井手一茂, 尾島俊行, 近藤克則. 高齢者の認知症サポーター養成講座受講による認知症ケアに対する規範・意識の相違 : JAGES2019 横断研究. 日本認知症ケア学会誌 = Journal of Japanese Society for Dementia Care. 2024;23(2):354-65.
9. Kondo K, Rosenberg M, World Health Organization. Advancing universal health coverage through knowledge translation for healthy ageing: lessons learnt from the Japan gerontological evaluation study. Geneva: World Health Organization; 2018.
10. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet (London, England). 2020;396(10248):413-46.
11. Noguchi T, Nakagawa T, Komatsu A, Shang E, Murata C, Saito T. Role of Interacting and Learning Experiences on Public Stigma Against Dementia: An Observational Cross-Sectional Study

⑤認知症サポーター養成講座の受講高齢者に関する調査研究

東京純心大学看護学部看護学科 川込あゆみ
千葉大学予防医学センター 井手 一茂

1. 調査研究事業の概要

1) 調査研究事業の背景と目的

令和6(2024)年に施行された認知症基本法では、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らす共生社会の実現を推進することを目的としている。そのうち、認知症の人が社会の構成員として積極的に社会に参画し、その個性と能力を発揮する地域社会づくりを強調している¹⁾。認知症になっても誰もが暮らしやすい環境をつくるためには、多様な組織連携による地域包括ケアシステムと、人格と個性を尊重した共生社会に加えて、認知症の人の参加と尊重を考慮した「認知症にやさしいまち (Dementia Friendly Cities : DFC)」の実現が重要である。

認知症サポーター養成講座(以下、サポーター講座)は、認知症に関する正しい知識と理解をもって、地域や職域で認知症のある人やその家族を手助けする人を養成することを目標として、2005年から開始された²⁾。サポーター講座の内容は、認知症の基礎知識(認知症とは何か、認知症の症状、早期診断・治療の重要性、権利擁護)、認知症の人への対応、家族の支援、サポーターとしてできることなど、概ね90分の講座形式の標準的なプログラムを参考に実施されてきた³⁾。2025年12月末時点で1,682万人を超え、国民の10人に1人が認知症サポーターとなっている²⁾。DFCを推進する一助として期待できるサポーター講座の受講に対する効果を検討するために、認知症の人との「共生」、認知症の人と家族及び地域の「受援力」、認知症の人の「理解」からなる認知症ケアに対する規範・意識に着目した。そこで、本報告書は、サポーター講座の受講高齢者と認知症ケアに対する規範・意識について関連があるかを横断研究と縦断研究の結果から考察し、課題を整理することを目的とした。

2) サポーター講座の効果に関する先行研究

認知症サポーターの活動については、成功事例が数多く紹介されている。サポーター講座については、受講前後で認知症受容度が高まったことが報告されている⁴⁾。しかし、これらの研究は、サポーター講座や講演会の高齢者を含む受講者のみが対象である。一方、サポーター講座の受講群と未受講群を比較した先行研究として、会社員、自営業、パート・アルバイトの職に就く者を調査研究の対象とした企業・職域型のサポーター講座の受講群は、未受講群と比較し、認知症や認知症の人との接し方について理解が高まったことが報告されている⁵⁾。高齢者において川込ら⁶⁾は、サポーター講座の受講の有無と認知症ケアに対する規範・意識について相違があるかを検証している。高齢者は人生経験が豊富であり地域での生活時間が長く、介護や見守り活動の担い手になり得る⁷⁾ため、認知症ケアに対する規範・意識が高まることは、DFCを目指すうえで重要である。

2. サポーター講座の効果に関する調査研究

1) 高齢者のサポーター講座受講による認知症ケアに対する規範・意識の相違 JAGES2019 横断研究

(1) 研究デザインと調査対象

川込ら⁶⁾は、日本老年学的評価研究(Japan Gerontological Evaluation Study :JAGES)^{8),9)}の2019年度調査(以下、JAGES2019)の大規模調査によるデータを用いた横断研究を行った。JAGES2019は、2019年11月から12月にかけて25都道府県60市町村から要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者に、自記式質問紙の郵送調査を実施した(回答者数:192,484人、回収率69.4%)。このうち、1/8の割当てであるサポーター講座や認知症ケアに対する規範・意識に関する設問を含むバージョン別の調査票(回答者数:24,581人、回収率:53.5%)から年齢・性の不正回答、日常生活に介助が必要であった者や欠損を除いた21,880人を分析対象とした。

(2) 指標の構成概念と項目の選定

目的変数として、認知症ケアに対する規範・意識は、尾島らの手引き¹⁰⁾のうち、認知症に対する認識を把握することができるように開発された「認知症にやさしいまち指標」を参考にして3項目で測定した。即ち、「認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良い(以下、平等意識)」「家族が認知症になったら協力を得るために近所の人や知人にも知っておいてほしい(以下、受援意識)」「認知症の人の大声や暴力、歩き回るなどの行動は必要なことが満たされていないときに起きる(以下、行動・心理症状の理解)」を用いた。

説明変数はサポーター講座の受講の有無とした。受講の回数については、「今までに認知症サポーター養成講座(一般講座)を受けたことがあるか」を質問し、「受けていない」と「サポーター」の選択肢を提示するとともに、「サポーター」と選択した者には括弧に受講回数の記述を求めた。受講の有無は、「受けていない」を「未受講」、サポーターを選択し、受講回数の回答があった者を「受講」とした。

サポーター講座受講と認知症ケアに対する規範・意識を検討する上で考慮すべき基本属性として、性別、年齢、教育歴、就業状態、等価所得、婚姻状況、家族構成、都市度、社会参加、家族の介護状況に着目した。高齢者の社会的側面と関連することが報告されており¹¹⁾、潜在的な交絡因子となる可能性があるため統制変数とした。

(3) 統計解析

川込ら⁶⁾は、サポーター講座受講と認知症ケアに対する規範・意識を示す3項目、平等意識、受援意識、行動・心理症状の理解について χ^2 乗検定を実施した。次にサポーター講座受講の有無で層別化し、記述統計を確認した。その上で、統制変数を調整し、ロバスト標準誤差を補正したポアソン回帰分析を行った。サポーター講座の未受講を対照群として、受講群の出現割合比(prevalence ratio; 以下、PR)と95%信頼区間(confidence interval; 以下、CI)、p値を算出した。サポーター講座の受講回数を説明変数とした分析も実施し、受講回数が多いほど認知症ケアに対する規範・意識について相違があるかを確認した。非該当を目的変数とした分析も実施した。サポーター受講者の属性を検討するために、講座の受講

の有無を従属変数とし、統制変数を独立変数としたロジスティック回帰を実施した。

(4) 倫理的配慮

千葉大学と日本医療科学大学による倫理審査委員会の承認を得て実施した。

(5) 分析結果

サポーター講座の受講と認知症ケアに対する規範・意識について、度数分布表（表1）を示した⁶⁾。川込ら⁶⁾の研究によると、研究対象者について、サポーター講座を受講した者は全体の7.0%であった。受講者（1,521人）のうち1回受講した者は767人（50.4%）、2回以上受講した者は612人（40.2%）であった（表2）。講座の未受講群と比較した受講群における認知症ケアに対する規範・意識のPRを示した（表3、図1）。平等意識について、受講群はPR=1.32（95%CI：1.28-1.37）と未受講群と比較して高かった。受援意識については、受講群はPR=1.14（1.11-1.16）、行動・心理症状の理解について、受講群はPR=1.16（1.11-1.21）と未受講群と比較して高かった⁶⁾。

「どちらでもない」の回答により結果が異なる可能性も否定できないことを考慮して、「あまり思わない」「全く思わない」を「非該当」に分類して目的変数とした追加分析も実施した（図2）。受講群は、非受講群と比較して「認知症の人の参加に対する平等意識」について「非該当」に回答するPRは0.54（0.47-0.63）倍であった。「認知症ケアに対する受援力」「行動・心理症状の理解」についても、受講群では「非該当」に回答しない傾向にあった。PRはそれぞれ0.52（0.42-0.65）、0.85（0.76-0.96）⁶⁾。

サポーター講座の受講回数を独立変数とした分析でも未受講群と比較すると、1回受講群、2回以上受講群で該当割合が高く、トレンド検定においても有意な結果であった（ $p < 0.001$ ）。表3には、性別、年齢、教育歴、等価所得、家族介護の有無で層別化した分析結果を示した。層別化した分析においても、受講群は、未受講群と比較すると認知症ケアに対する規範・意識について該当割合が高く、統計的にも有意な結果であった⁶⁾。

表1 認知症ケアに対する規範・意識に関する意識の度数分布 JAGES2019

認知症ケアに対する規範・意識			全体	サポーター講座(%)	
			(%)	受講	未受講
平等意識:	該当 ^{a)}	(10,667)	50.8	69.5	49.5
	非該当 ^{b)}	(4,496)	21.4	11.0	22.1
	どちらでもない	(5,829)	27.8	19.5	28.4
受援意識:	該当 ^{a)}	(15,560)	74.3	87.4	73.3
	非該当 ^{b)}	(2,450)	11.7	5.4	12.2
	どちらでもない	(2,932)	14.0	7.2	14.5
行動・心理症状の理解:	該当 ^{a)}	(11,135)	53.9	63.7	53.2
	非該当 ^{b)}	(3,922)	19.0	15.8	19.1
	どちらでもない	(5,608)	27.1	20.5	27.7

注 a) 「そう思う」「ややそう思う」を「該当」に分類した b) 「あまり思わない」「全く思わない」を「非該当」に分類した

表2 分析対象者の属性（全体・認知症サポーター養成講座受講の有無別）JAGES2019

		全体 n=21,880		受講群 n=1,521 7.0%		非受講群 n=19,225 87.9%	
		n	%	n	%	n	%
性別	男性	10,533	48.1	510	33.5	9,558	49.7
	女性	11,347	51.9	1,011	66.5	9,667	50.3
年齢	65～69歳	5,489	25.1	388	25.5	4,927	25.6
	70～74歳	6,569	30.0	516	33.9	5,801	30.2
	75～79歳	5,245	24.0	379	24.9	4,562	23.7
	80～84歳	3,096	14.2	176	11.6	2,672	13.9
	85歳以上	1,481	6.8	62	4.1	1,263	6.6
教育歴	10年以上	16,046	73.3	1,257	82.6	14,215	73.9
	9年以下	5,242	24.0	232	15.3	4,577	23.8
就業状態	就業あり	6,384	29.1	442	29.1	5,793	30.1
	就業なし	13,812	63.1	1,009	66.3	12,443	64.7
等価所得	200万円/年以上	10,110	46.2	763	50.2	9,095	47.3
	200万円/年未満	8,962	41.0	589	38.7	7,886	41.0
婚姻状態	配偶者あり	15,849	72.4	1,115	73.3	14,050	73.1
	配偶者なし	5,682	26.0	385	25.3	4,942	25.7
家族構成	同居	17,506	80.0	1,229	80.8	15,498	80.6
	独居	3,092	14.1	227	14.9	2,676	13.9
都市度	大都市	4,221	27.6	2,117	26.6	2,104	28.8
	都市	4,823	31.6	2,492	31.3	2,331	32.0
	郊外	3,529	23.1	1,851	23.2	1,678	23.0
	農村	1,870	12.3	1,033	13.0	837	11.5
地域組織活動	参加あり	14,849	67.9	1,384	91	12,902	67.1
	参加なし	5,329	24.4	102	6.7	4,945	25.7
家族の介護	実施中	1,823	8.3	171	11.2	1,598	8.3
	なし	18,400	84.1	1,288	84.6	16,671	86.7
サポーター講座	1回	767	3.5	767	50.4		
	2回以上	612	2.8	612	40.2		

- a) 無回答・不明を除外しているため受講群と未受講群の総数は分析対象者数とは異なる。
 b) 社会参加はボランティア、スポーツの会、趣味の会、老人クラブ、自治会・町内会、学習教養サークル、通いの場、特技経験の伝達活動の8つの活動のうち、どれか1つでも年数回以上の活動をしている人を「参加あり」とした。
 c) 家族の介護については、「介護をしている」「介護を手伝っている」を「介護あり」とし、「介護をしていない」と分けた。

表3 サポーター講座受講による認知症ケアに対する規範・意識の相違^{a)}と層別化^{b)}の分析

		参加に対する平等意識 ^{c)}			認知症ケアの受援意識 ^{c)}			行動・心理症状への理解 ^{c)}		
		PR	95%CI	p	PR	95%CI	p	PR	95%CI	p
サポーター講座 ^{d)}	未受講	ref.			ref.					
	受講	1.32	1.28-1.37	<.001	1.14	1.11-1.16	<.001	1.16	1.11-1.21	<.001
サポーター講座 ^{d)}	未受講	ref.			ref.					
	受講	1.26	1.19-1.33	<.001	1.10	1.07-1.14	<.001	1.11	1.04-1.18	.001
(回数)	1回	1.38	1.31-1.45	<.001	1.17	1.14-1.21	<.001	1.21	1.14-1.28	<.001
性別	男性	未受講	ref.		ref.			ref.		
		受講	1.35	1.27-1.44	<.001	1.16	1.11-1.21	<.001	1.13	1.05-1.22
	女性	未受講	ref.		ref.			ref.		
		受講	1.31	1.25-1.37	<.001	1.13	1.10-1.15	<.001	1.18	1.12-1.24
年齢	65~74歳	未受講	ref.		ref.			ref.		
		受講	1.31	1.24-1.38	<.001	1.12	1.09-1.16	<.001	1.16	1.10-1.23
	75歳以上	未受講	ref.		ref.			ref.		
		受講	1.34	1.27-1.42	<.001	1.15	1.12-1.19	<.001	1.16	1.10-1.23
教育歴	10年以上	未受講	ref.		ref.			ref.		
		受講	1.31	1.25-1.36	<.001	1.13	1.10-1.15	<.001	1.15	1.10-1.20
	9年以下	未受講	ref.		ref.			ref.		
		受講	1.41	1.29-1.54	<.001	1.18	1.12-1.23	<.001	1.23	1.12-1.35
等価所得	200万以上	未受講	ref.		ref.			ref.		
		受講	1.32	1.25-1.39	<.001	1.14	1.11-1.17	<.001	1.18	1.11-1.25
	200万未満	未受講	ref.		ref.			ref.		
		受講	1.33	1.26-1.41	<.001	1.13	1.09-1.17	<.001	1.14	1.07-1.21
家族介護	介護なし	未受講	ref.		ref.			ref.		
		受講	1.32	1.27-1.38	<.001	1.13	1.10-1.16	<.001	1.16	1.11-1.21
	介護あり	未受講	ref.		ref.			ref.		
		受講	1.32	1.17-1.48	<.001	1.18	1.13-1.24	<.001	1.18	1.06-1.32

PR(Prevalence Ratio): 各関連要因の出現割合比 95%CI(Confidence Interval):信頼区間

a) ポアソン回帰分析(多重代入前のデータセット N=21, 880) 有意水準 5% ロバスト標準誤差 b) 1=そう思う・ややそう思う c) 多重代入法により、性別、年齢、教育歴、就労状態、等価所得、婚姻状態、家族構成、都市度、社会参加、家族介護を用いて欠損値を補完した結果(m=20) d) サポーター講座の受講回数についてはいずれの項目も P for Trend は.000であった。

表4 認知症ケアに対する規範・意識が非該当を目的変数とした分析(JAGES2019 横断研究)

2019年調査	参加に対する平等意識 非該当 ^{b)}			認知症ケアの受援意識 非該当 ^{b)}			行動・心理症状の理解 非該当 ^{b)}			
	PR	95%CI	p	PR	95%CI	p	PR	95%CI	p	
サポーター講座	未受講	ref.		ref.			ref.			
	受講	0.54	0.47-0.63	<.001	0.52	0.42-0.65	<.001	0.85	0.76-0.97	<.05

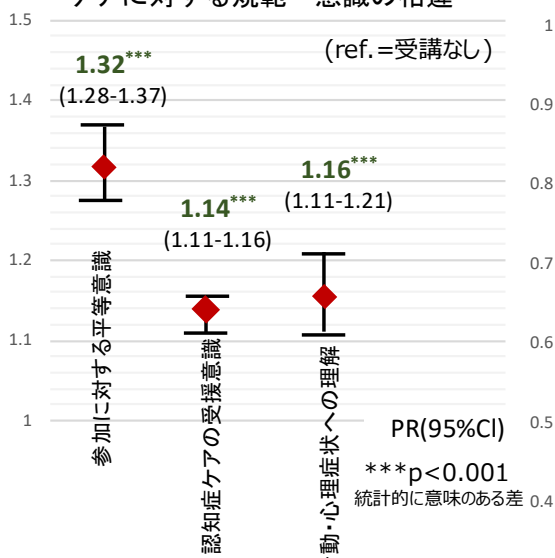
注 a) 「そう思う」「ややそう思う」を「該当」に分類した b) 「あまり思わない」「全く思わない」を「非該当」に分類した

表5 サポーター講座の受講と関連する要因

要因	カテゴリー	サポーター講座受講		
		OR ^{a)}	95%CI	p
性別	男性	ref.		
	女性	1.98	1.77-2.23	<.001
年齢	65~69歳	ref.		
	70~74歳	1.17	1.02-1.35	.026
	75~79歳	1.13	0.96-1.32	.136
	80~84歳	0.91	0.75-1.11	.373
	85歳以上	0.77	0.58-1.03	.074
教育歴	10年以上	ref.		
	9年以下	0.61	0.52-0.71	<.001
就業状態	就業あり	ref.		
	就業なし	0.99	0.88-1.12	.906
等価所得	200万円/年以上	ref.		
	200万円/年未満	0.94	0.84-1.06	.316
婚姻状態	配偶者あり	ref.		
	配偶者なし	0.86	0.72-1.03	.101
家族構成	同居	ref.		
	独居	1.20	0.97-1.47	.089
都市度 ^{b)}	大都市 ^{b)}	ref.		
	都市 ^{b)}	1.26	1.08-1.48	.004
	郊外 ^{b)}	1.37	1.15-1.62	<.001
	農村 ^{b)}	1.46	1.28-1.67	<.001
社会参加	あり	ref.		
	なし	0.22	0.18-0.28	<.001
家族の介護	なし	ref.		
	あり	1.32	1.11-1.57	.001

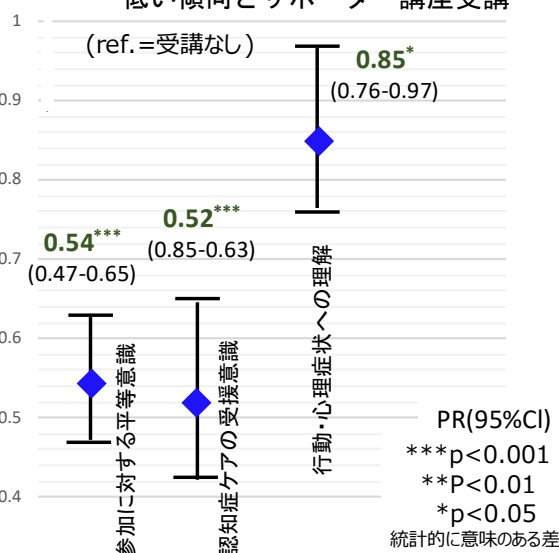
a) OR はオッズ比 従属変数は認知症サポーター養成講座受講の有無 b) 都市度は市町村レベルの可住地人口密度を算出し大都市(4,000人/km²以上 計12市)、都市(1,500~3,999人/km², 計9市町)、郊外(1,000~1,499人/km², 計7市町)、農村(1,000人/km²未満, 計32市町村)に分類した

図1 サポーター講座受講による認知症ケアに対する規範・意識の相違



注: 「そう思う」「ややそう思う」を「該当」に分類した

図2 認知症ケアに対する規範・意識の低い傾向とサポーター講座受講



注: 「あまり思わない」「全く思わない」を「非該当」に分類した

PR (Prevalence Ratio): 各関連要因の出現割合比 95%CI (Confidence Interval): 信頼区間 ポアソン回帰分析(多重代入前のデータセット N=21,880) 有意水準 5% ロバスト標準誤差 多重代入法にて、性別、年齢、教育歴、就業状態、等価所得、婚姻、家族構成、都市度、社会参加、家族介護を用いて欠損値を補完した結果(m=20)いずれの項目も P for Trend は.000 であった。

(6) 考察

川込ら⁶⁾によると、サポーター講座の未受講群と比較して受講群は平等意識、受援意識、行動・心理症状の理解について該当する割合が高かった。特に、平等意識についてサポーター講座受講群の該当割合は高かった (PR=1.32)。未受講と2回以上の受講による比較においても、平等意識の該当割合は高かった (PR=1.38)。

対象者の基本属性を受講群と未受講群で比較すると、女性、高学歴群、社会参加あり、家族の介護をしている割合が高かった。川込らの研究対象者は、社会参加をしている割合が全体で67.9%と高く、受講者においては91.0%を占めていた。先行研究では、高齢者の通いの場、スポーツグループなどへの参加に関しては、社会経済階層による違いがある¹²⁾¹³⁾。日本の高齢者において健康格差は広く認められ、低い社会経済階層は、要支援・要介護認定・死亡・認知症・閉じこもりのリスクとされており認知症の発症が多い¹⁴⁾。特に、高学歴層は健康やその決定要因について有意にはたらいっている¹⁵⁾ことが示されている。川込ら⁶⁾の研究では、高学歴層だけでなく低学歴層においても、受講群は認知症ケアに対する規範・意識の該当割合が高かった。サポーター講座は、低学歴層にとって貴重な学習の機会になっており、簡易的な講座であっても体系的な教育が有用である可能性が示された¹⁵⁾。

一方、サポーター講座の受講を従属変数とした分析の結果、サポーター講座受講と関連する正の要因は、女性 (ref. 男性)、70-74歳・75-79歳 (ref. 65-69歳)、都市・郊外・農村 (ref. 大都市)、家族の介護あり (ref. なし) であった。地域住民が集うサポーター講座は、認知機能の低下が疑われる人やその家族など地域で支援が必要となる人に勧奨することがある¹⁵⁾。この結果は、認知症に関する知識を得る機会が多いほど治療の知識の量が高くなる杉山らの研究¹⁶⁾と類似性が認められた。

(7) 課題と今後の展望

サポーター講座の受講群は、未受講群を1とすると平等意識について該当を示す回答が1.3倍であった。「非該当」のみを目的変数とした追加分析については、サポーター講座の未受講群を1とすると、受講群は平等意識と受援意識について非該当の回答が0.5倍であった。サポーター講座の受講は、未受講群と比較して認知症ケアに対する規範・意識に相違があった。また、1回受講よりも2回以上受講するほうが、該当割合が高い傾向であった。しかし、川込ら⁶⁾の研究は、横断研究であるため因果関係に言及できないことが挙げられる。認知症ケアに対する規範・意識について分析しているが、認知症に対して理解がある人がサポーター講座を受けているのではないかという逆因果の可能性が残っている。今後は、受講前後の認知症ケアに対する規範・意識を考慮した上で、受講後に変化があるかといった縦断研究デザインに基づく検討が必要である。

2) 高齢者のサポーター講座受講と認知症ケアに対する規範・意識の関連 JAGES 2019-2022 縦断研究

(1) 研究デザインと調査対象

本研究は、日本老年学的評価研究 (Japan Gerontological Evaluation Study : JAGES) (8, 9) の2019年度調査 (以下、JAGES2019) と2022年度調査 (以下、JAGES2022) の大規模調査によるデータを用いた縦断研究である。JAGES2022は、2022年10月から12月にかけて23都道府県76市町村から要介護認定を

受けていない 65 歳以上の高齢者に、自記式質問紙の郵送調査を実施した（回答者数：228,528 人、回収率 67.3%）。JAGES2019・2022 年度調査の自記式郵送調査に回答した高齢者 99,902 人のうち、1/8 の割当であるサポーター講座や認知症ケアに対する規範・意識に関する設問を含む調査票に回答した 4,327 人のデータを用いた。

(2) 指標の構成概念と項目の選定

目的変数は、認知症ケアに対する規範・意識に関する質問項目を用いた。即ち、「認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良い（以下、平等意識）」、「家族が認知症になったら、協力を得るために近所の人や知人にも知っておいてほしい（以下、受援意識）」、「認知症の人の大声や暴力、歩き回るなどの行動は、必要なことが満たされていないときに起きる（以下、行動・心理症状の理解）」について回答を「該当」と「非該当」に分類した。説明変数はサポーター講座受講の有無とし、性別、年齢、教育歴、就業状態、等価所得、婚姻状況、家族構成、社会参加、家族の介護状況、2019 年時点の認知症ケアに対する規範・意識とした。

(3) 統計解析

サポーター講座受講の有無と認知症ケアに対する規範・意識を示す 3 項目、平等意識、受援意識、行動・心理症状の理解について χ^2 乗検定を実施した。そのうえで、認知症ケアに対する規範・意識の 3 項目を目的変数、サポーター講座受講の有無を説明変数とし、性別、年齢、教育歴、就業状態、等価所得、婚姻状況、家族構成、社会参加、家族の介護状況、2019 年時点の認知症ケアに対する規範・意識を調整して修正ポアソン回帰分析を行った。サポーター講座の未受講を対照群とし、受講群の出現割合比（prevalence ratio; 以下、PR）と 95%信頼区間（confidence interval; CI）、p 値を算出した。認知症ケアに対する規範・意識に関する質問について、「どちらでもない」を含まない否定的な回答を「非該当」と分類して目的変数とした追加分析も実施した。統計ソフトは Stata/ MP19.5（Stata Corp, College Station, TX, USA）を使用した。

(4) 倫理的配慮

千葉大学による倫理審査委員会の承認を得て実施した。

(5) 分析結果

サポーター講座の受講者は、2019 年調査は 316 人（7.3%）、2022 年調査は 258 人（6.0%）であった（表 6、表 7）。2019 年調査と 2022 年調査を結合したデータの認知症ケアに対する規範・意識の受講別該当割合は、平等意識（受講 69.6%、未受講 49.5%）、受援意識（83.9%、71.6%）、行動・心理症状の理解（61.7%、51.0%）であった（表 8）。次に、サポーター講座受講の有無で層別化し、記述統計を確認した（表 9）。未受講と比較すると受講後は受援意識の該当割合が高かった（prevalence ratio:1.11、95%信頼区間:1.03-1.16）（表 10）。性別、年齢（前期/後期高齢者）、教育歴（10 年以上/9 年以下）を層別化した分析を行った結果も有意となった PR は受援意識であった。特に教育歴が 9 年以下について受援意識の PR は 1.32（1.20-1.44）であった（表 10）。また受講は受援意識について「非該当」に回答する割合が低値であった（PR:0.36、95%信頼区間:0.19-0.71）（表 11）。

表6 サポーター講座の受講割合（2019年と2022年調査の結合データの2019年分）

サポーター講座(2019年調査)	受講歴あり(人)	受講割合(%)
未受講	3,830	88.5
受講	316	7.3
欠損	181	4.2
合計	4,327	100

表7 サポーター講座の受講割合（2019年と2022年調査の結合データの内訳）

サポーター講座	受講歴(2022年調査)			
	未受講	受講	欠損	合計
未受講	3,672 (95.9%)	37 (1.0%)	121 (3.2%)	3,830 (100%)
受講	82 (26.0%)	218 (69.0%)	16 (5.1%)	316 (100%)
欠損	141 (77.9%)	3 (1.7%)	37 (20.4%)	181 (100%)
合計	3,895 (90.0%)	258 (6.0%)	174 (4.0%)	4,327 (100%)

表8 認知症ケアに対する規範・意識に関する意識の度数分布 JAGES2019-2022

認知症ケアに対する規範・意識	(n=4,327)	全体(%)	サポーター講座(%)			
			受講群	未受講群	欠損	
平等意識: 認知症の人も地域活動に 役割をもって参加した方が良い	該当 ^{a)}	(2,158)	49.9	69.6	49.5	23.2
	非該当 ^{b)}	(866)	20.0	8.9	21.3	12.2
	どちらでもない	(1,162)	26.9	21.2	28.1	11.1
	欠損	(141)	3.3	0.3	1.1	53.6
受援意識: 家族が認知症になったら協力 を得るために知ってほしい	該当 ^{a)}	(30,54)	70.6	83.9	71.6	26.5
	非該当 ^{b)}	(499)	11.5	7.0	12.1	7.2
	どちらでもない	(615)	14.2	7.6	15.1	7.7
	欠損	(159)	3.7	1.6	1.3	58.6
行動・心理症状の理解: 認知症の人の大声や暴力は 必要なことが満たされていない ときに起こる	該当 ^{a)}	(2,185)	50.5	61.7	51.0	20.4
	非該当 ^{b)}	(781)	18.1	13.0	18.8	10.5
	どちらでもない	(1,162)	26.9	22.5	28.0	11.6
	欠損	(199)	4.6	2.9	2.2	27.7

a) 「そう思う」「ややそう思う」を「該当」に分類した b) 「あまり思わない」「全く思わない」を「非該当」に分類した

表 9 分析対象者の属性（全体・認知症サポーター養成講座受講の有無別） JAGES2019-2022

		全体 n=4,327		受講 n=316 (7.3%)		未受講 n=3,830 (88.5%)	
		n	%	n	%	n	%
性別	男性	2,123	49.1	105	5.0	1,940	91.0
	女性	2,204	51.0	211	9.6	1,890	85.8
年齢	65～69歳	912	21.1	64	7.0	829	90.9
	70～74歳	1,421	32.8	101	7.1	1,275	89.7
	75～79歳	1,123	26.0	92	8.2	975	86.8
	80～84歳	631	14.6	47	7.5	543	86.1
	85歳以上	240	5.6	12	5.0	208	86.7
教育歴	10年以上	3,297	76.2	252	7.7	2,924	89.6
	9年以下	953	22.0	56	5.9	822	86.3
就業状態	就業あり	1,236	28.6	77	6.2	1,138	92.1
	就業なし	2,791	64.5	223	8.0	2,516	90.2
等価所得	200万円/年以上	2,170	50.2	144	6.6	1,977	91.1
	200万円/年未満	1,697	39.2	138	8.1	1,477	87.0
婚姻状態	配偶者あり	3,186	73.6	230	7.2	2,839	89.1
	配偶者なし	1,083	25.0	82	7.6	955	88.2
家族構成	同居	3,431	79.3	254	7.4	3,055	89.0
	独居	646	14.9	50	7.7	569	88.1

表 10 サポーター講座受講による認知症ケアに対する規範・意識の関連と層別化した分析

		参加に対する平等意識			認知症ケアの受援意識			行動・心理症状への理解		
		PR	95%CI	p	PR	95%CI	p	PR	95%CI	p
サポーター講座	未受講	ref.			ref.			ref.		
	受講	1.08	0.98-1.19	0.12	1.11	1.03-1.16	0.002	1.03	0.93-1.14	0.54
非該当が受講後該当になった割合		1.20	0.89-1.64	0.23	1.27	0.92-1.76	0.14	1.00	0.75-1.34	0.99
性別	男性	ref.			ref.			ref.		
	女性	1.14	0.96-1.38	0.13	1.12	1.01-1.24	0.03	1.10	0.95-1.29	0.21
年齢	65～74歳	ref.			ref.			ref.		
	75歳以上	1.11	0.98-1.27	0.10	1.10	1.02-1.20	0.02	1.02	0.89-1.17	0.75
教育歴	10年以上	ref.			ref.			ref.		
	9年以下	1.10	0.98-1.22	0.10	1.06	1.00-1.13	0.08	1.00	0.89-1.11	0.94
		ref.			ref.			ref.		
		1.00	0.79-1.27	0.10	1.32	1.20-1.44	0.000	1.21	0.98-1.50	0.07

PR(Prevalence Ratio):各関連要因の出現割合比 95%CI(Confidence Interval):信頼区間 a) ポアソン回帰分析(データセットN=4,327) 有意水準 5%
ロバスト標準誤差 1=そう思う・ややそう思う c) 層別化後の受講の有無別の分析

表 11 認知症ケアに対する規範・意識が非該当を目的変数とした分析^{a)} JAGES2019-2022 縦断研究

2019-2022調査	参加に対する 平等意識 非該当 ^{b)}			認知症ケアの 受援意識 非該当 ^{b)}			行動・心理症状 の理解 非該当 ^{b)}		
	PR	95%CI	p	PR	95%CI	p	PR	95%CI	p
未受講	ref.			ref.			ref.		
サポーター講座 受講	0.86	0.61-1.20	0.38	0.36	0.19-0.71	0.003	0.90	0.65-1.25	0.54

PR(Prevalence Ratio):各関連要因の出現割合比 95%CI(Confidence Interval):信頼区間 a)ポアソン回帰分析(データセット N=4,327) 有意水準 5%
ロバスト標準誤差 b)「あまり思わない」「全く思わない」を「非該当」に分類して目的変数とした。

(6) 考察

サポーター講座を受講した高齢者は、受援意識が高まる傾向が示唆された。ソーシャルサポートの授受と被援助志向性の関連は他の研究¹⁹⁾でも示唆されている。宮本²⁰⁾は受援力を「健康上の問題を抱えている個人が問題解決に向けた支援を受け入れ活用する力」と述べている。高齢者を対象とした過去の大規模疫学調査²¹⁾によると受援力が高い人は、認知機能が低下しても抑うつ度の低下が少ないなどの結果が得られている。自分や家族が認知症になった場合にも、積極的に支援を求める風土があることは、認知症の人にやさしい地域として重要であろう²²⁾。また、木村ら²³⁾は、「受援の機会を活用しようとする姿勢」のスコアが高い程、サポートの種類も多く精神健康が良好であり、虐待傾向がみられないことを示している。受援意識を高めることは、認知症の発症初期から治療やサービスを利用することにより介護負担の軽減につながると考えられる。

2019年時点での認知症ケアに対する規範・意識を調整したが、他の項目との有意な関連性は認められなかった。特に、JAGES2019調査では、平等意識が未受講と比べると有意に高まる傾向が示されたが、縦断研究は有意な結果が得られなかった。それは、縦断研究のため調査対象者数が減少し、除外された対象が多く、外的妥当性が低くなったことが考えられる。

縦断研究において、サポーター講座の未受講と比較して受講は平等意識について有意な結果が得られなかったほかの要因として、COVID-19の影響は無視できない。COVID-19が蔓延した2020年から高齢者や基礎疾患のある者を中心に重症化するリスクが高まるという懸念が表明されたこともあり、長期にわたって他者との接触や社会活動を控えようとする高齢者も確認された²⁴⁾。JAGES2022調査が実施された期間は、全国旅行支援・水際対策の緩和が開始された時期であり、緊急事態宣言などの強い制限は行わず、社会経済活動は維持しながらも、状況に応じてCOVID-19の感染流行に対応していく方針が発出された。しかし、糖尿病や高血圧などの基礎疾患を合併している可能性がある認知症の人に対して、感染症罹患時における重症化を懸念して、社会参加を推奨する質問に肯定的な回答がなされなかった可能性が考えられる。

(7) 課題と今後の展望

我が国が目指す共生社会の構築には、高齢者の社会的孤立を解消し、継続的な地域生活の可能性を高める必要があるが、そのためにはサポーター環境を準備するだけでなく、認知症の人やその家族が周囲に援助を求める受援意識や援助を希求する行動がとれることが重要である。縦断研究においても、サポーター講座の未受講と比較して、受講は受援意識について該当する割合が高かったことが明らかになった。

しかし、調査票はサポーター講座について、過去の受講歴を尋ねているため、サポーター講座の受講割

合は高くなると仮説していたが、2022年調査は2019年と比較して、受講割合が低下していた。高齢者がサポーター講座を受講した経験の記憶に対して正確性が異なる想起バイアスが生じることが本研究の限界である。

社会参加支援には、認知症による自己の変化を自覚している高齢者が、他者との交流で自己の認識を変化させ、認知機能低下に伴う生活の対処が可能になるような、他者との交流支援が必要である²⁵⁾。そのためには、平等意識や行動・心理症状への理解を広める取り組みについてさらなる工夫が必要であった。2023年9月から「認知症サポーター養成講座標準教材」は、認知症についての最新の知見や、当事者の活躍の広がりなど、近年の動向を踏まえて新版『認知症サポーター養成講座標準教材・認知症を学びみんなで考える』に変更された。またキャラバン・メイトによる講義とともに可能な範囲で「地域版希望大使」をはじめ、地域内の認知症の人による当事者の視点に立った講話の時間を取り入れることが推奨されている²⁾。これらの見直しを経て、認知症ケアに対する規範・意識が高まるか調査研究することは意義があると考える。

参考文献

- 1) 厚生労働省(2023)「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=505AC1000000065_20240615_000000000000000, 2023. 9. 7).
- 2) 特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構 「認知症サポーターの活動」(<https://www.caravanmate.com/activities/>, 2026. 3. 15).
- 3) 厚生労働省(2014)「認知症サポーター等養成事業実施要綱, 認知症施策等総合支援事業(平成26年7月9日老発0709第3号厚生労働省老健局長通知)」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000593592.pdf>, 2026. 3. 15).
- 4) 金高間, 鄭小華, 増井香名子, ほか: 認知症サポーター養成講座受講者における認知症受容度の追跡調査. 日本認知症ケア学会, 10(1): 88-96(2011).
- 5) 永井邦明, ほか: 認知症の人と共生する社会の実現に向けた認知症サポーター養成講座のあり方に関する研究: 地域で働く人がもつ認知症のイメージに関する実態調査から. 日本認知症予防学会誌, 10(2)2187-3798, (2021).
- 6) 川込あゆみ, 斉藤雅茂, 井手一茂, ほか: 高齢者の認知症サポーター養成講座受講による認知症ケアに対する規範・意識の相違 JAGES2019 横断研究. 日本認知症ケア学会 23(2): 354-365
- 7) 土屋純子: 活動する認知症サポーター. 日本認知症ケア学会誌, 19(4): 659-667(2021).
- 8) Kondo, K. Progress in aging epidemiology in Japan: The JAGES Project. J. Epidemiol. 26, 331-336(2016).
- 9) Levasseur M, Richard L, Gauvin L, et al.: Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature; proposed taxonomy of social activities. Social science and medicine, 71 (12): 2141-2149 (2010).
- 10) 尾島俊之, 近藤克則, 横山由香里, ほか: 厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業) 認知症発生リスクの減少および介護者等の負担軽減を目指した Age-Friendly Cities の創生に関する研究班: 認知症の人・高齢者等にやさしい地域づくりの手引き~指標の利活用とともに~(2019).
- 11) 近藤克則: 「医療ライセンス」を超えて: イギリスと日本の医療・介護のゆくえ. 第1版, 医学書院, (2012).
- 12) 井手一茂, 辻大士, 渡邊良太, ほか: 高齢者における通いの場参加と社会経済階層: JAGES 横断研究. 老年社会科学, 43(3): 239-251(2021).

- 13) Yamakita M, Kanamori S, Kondo N, et al.: Correlates of Regular Participation in Sports Groups among Japanese Older Adults: JAGES Cross-Sectional Study. PLoS One. 29;10(10):e0141638. (2015).
- 14) 近藤克則：健康格差社会への処方箋. 第1版第2刷, 医学書院, p186(2017).
- 15) 竹田徳則, 近藤克則, 平井寛：地域在宅高齢者における認知症を伴う要介護認定の心理社会的危険因子：AGESプロジェクト3年間のコホート研究. 日本公衆衛生雑誌, 57(12):1054-1065(2010).
- 16) Evans DA, Hebert LE, Beckett LA, et al.: Education and other measures of socioeconomic status and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons. Arch Neurol, 54:1399-1405(1997).
- 17) Levasseur M, Richard L, Gauvin L, et al.: Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature; proposed taxonomy of social activities. Social science and medicine, 71 (12) : 2141-2149 (2010).
- 18) 杉山京, 川西美里, 中尾竜二, ほか：地域住民における認知症の人に対する態度と認知症の知識量との関連. 老年精神医学雑誌, 25(5) : 556-564(2014).
- 19) 高杉友, 近藤克則：日本の高齢者における生物・心理・社会的な認知症関連リスク要因に関するシステマティックレビュー. 老年社会科学, 42(3) : 173-187(2020).
- 20) 宮本真巳：受援力に関連する諸問題について：災害支援からセルフケア支援まで. 日本保健医療行動科学会雑誌, 30:81-86(2015).
- 21) 尾島俊之, 堀井聡子, 横山由香里, ほか：認知症の3次予防推進のための指標開発. 日本循環器病予防学会誌. 53(2) :191(2018)
- 22) 尾島俊之：総論 認知症フレンドリー社会実現のために地域医療に求められる役割. 月刊地域医学. 34(7) :519(2020).
- 23) 木村美也子, 尾島俊之：未就学児を養育する母親の受援力尺度の信頼性と妥当性. 社会医学研究, 38(1)41-53(2021).
- 24) 森裕樹, 清野諭, 山下真里, ほか：大都市在住後期高齢者における通いの場への参加状況とその関連要因：新型コロナウイルス感染症拡大の影響に着目した検討. 応用老年学 18(1) :23-35(2024)
- 25) 徳永しほ, 大塚真理子：社会参加している認知症高齢者の自己効力感とその外的要因. 北日本看護学会誌 24(2) :33-43(2022)

3. 認知症サポーターの 活動実態調査報告

(1) 認知症サポーターが参加している実践的活動

(令和7年度調査) 結果報告

「認知症サポーターが実践している活動」アンケート調査

I. 調査概要

認知症サポーター養成を実施している全国の自治体事務局（市町村・都道府県）を対象に、登録制度、認知症サポーターが行っている活動、参加している活動等について実態調査を実施した。

<調査の目的>

認知症サポーターの活動、役割のあり方を検討するための資料とすることを目的に、全国キャラバン・メイト連絡協議会から認知症サポーターキャラバン事業を実施する全国の自治体事務局（市町村・都道府県）に向けて、「認知症サポーターが実践している活動」アンケート調査を実施した。

<調査期間>

令和8年1月16日（金）～2月25日（水）

<回収数>

調査対象は、全国の市町村・都道府県事務局（都道府県・市町村）1,733件で、有効回収数：907件（回収率51%）であった。

また、本調査とは別に、特定の設問に回答があった場合には、別紙1「認知症サポーターの活動」、別紙2「わがまちの企業・職域サポーターの活動」、別紙3「キャラバン・メイト連絡協議会等の取り組みについて」への回答を依頼している。

別紙の有効回収数は、別紙1「認知症サポーターの活動」（753件）、別紙2「わがまちの企業・職域サポーターの活動」（261件）、別紙3「キャラバン・メイト連絡協議会等の取り組みについて」（176件）であった。なお、別紙1と別紙2については、活動ごとの記入を依頼しているため、同一自治体から複数の回答があるケースも見られる。

II. 調査結果

1. 認知症サポーターの登録制度について

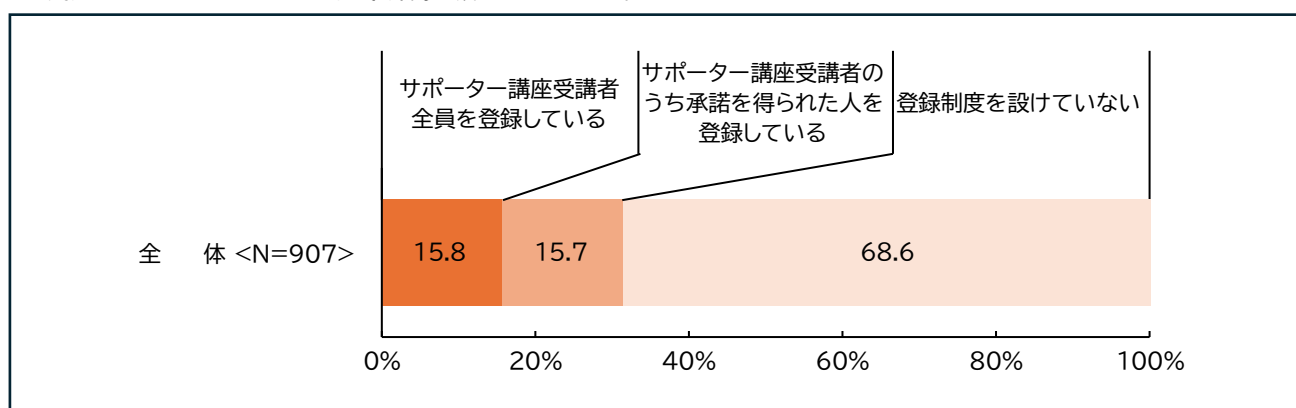
(1) 認知症サポーターの登録制度の有無

認知症サポーターの登録状況について、「サポーター講座受講者全員を登録している」(15.8%：143件)、「サポーター講座受講者のうち承諾を得られた人を登録している」(15.7%：142件)で、「登録制度を設けている」自治体の合計は(31.4%：285件)約3割であった。

一方、「登録制度を設けていない」(68.6%：622件)は約7割という結果であった。

調査時点で自治体が把握しているサポーター数は「全員登録」が483,199人、「希望者のみ登録」が142,623人、合計625,822人であった。

Q1. 認知症サポーターについて登録制度を設けていますか。



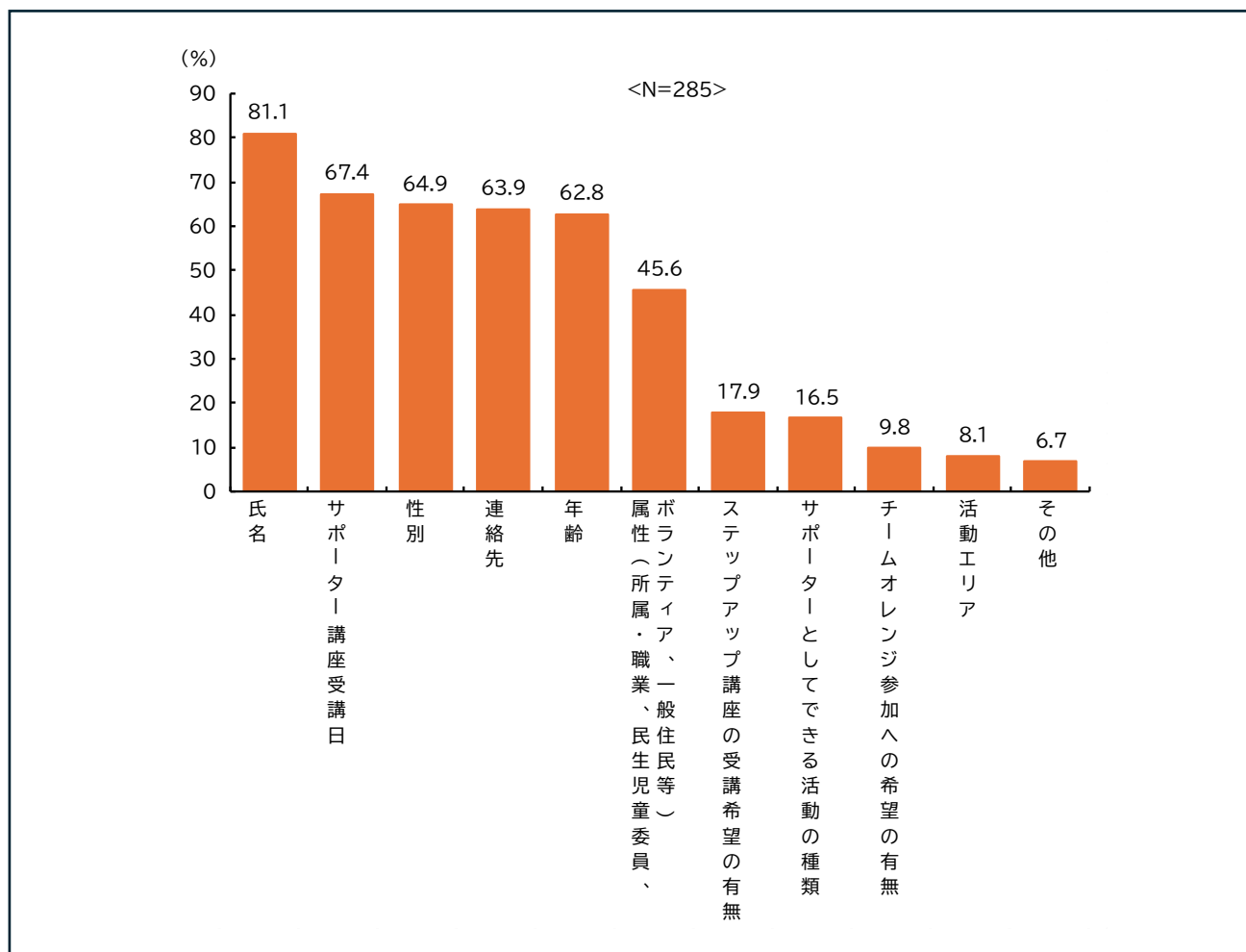
(2) 登録しているサポーターの情報

認知症サポーターについて「登録制度を設けている」と回答した285自治体について、どのような情報を登録しているか確認した結果、「氏名」(81.1%)が最も多く、次いで「サポーター講座受講日」(67.4%)、「性別」(64.9%)、「連絡先」(63.9%)、「年齢」(62.8%)が6割台で続く。

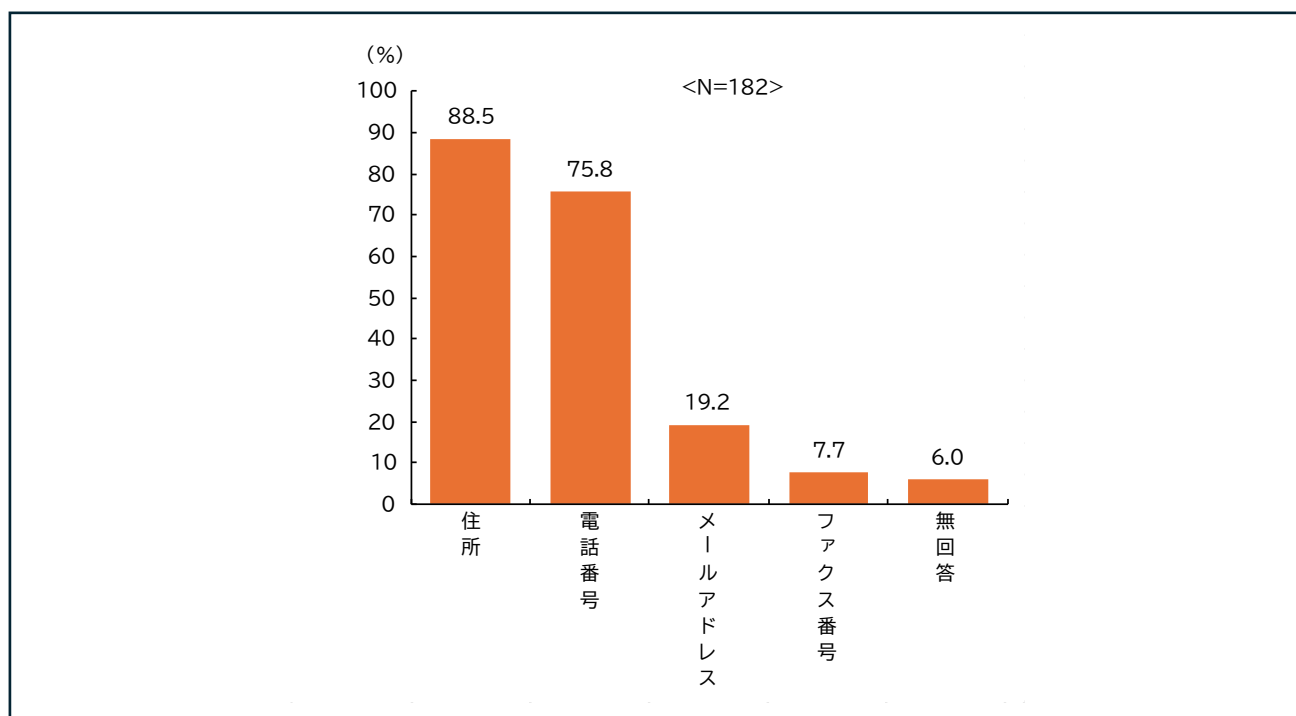
また、「ステップアップ講座の受講希望の有無」(17.9%)、「サポーターとしてできる活動の種類」(16.5%)は、約2割、「チームオレンジ参加への希望の有無」(9.8%)、「活動エリア」(8.1%)については1割未満であった。

「連絡先」の内訳については、「住所」(88.5%)、「電話番号」(75.8%)、「メールアドレス」(19.2%)、「ファックス番号」(7.7%)の順であった。

Q2. 認知症サポーターについてどのような情報を登録していますか。



<連絡先内訳>



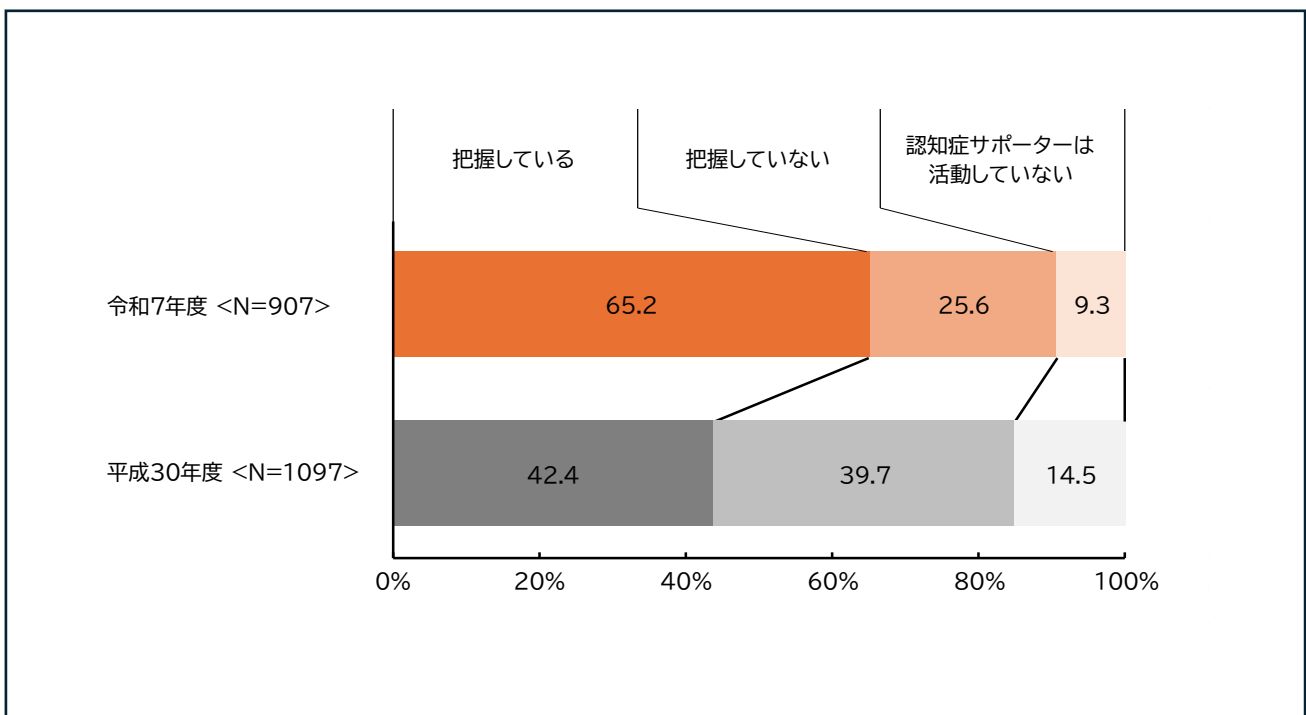
2. 認知症サポーターの活動状況

(1) 認知症サポーターの活動状況の把握

市町村・都道府県事務局における認知症サポーターの活動状況の把握については、「把握している」(65.2%:591件)が6割を超えており、「把握していない」(25.6%:232件)を大きく上回る。「認知症サポーターは活動していない」(9.3%:84件)と回答した自治体も1割近くあった。

平成30年度調査と比較すると、「把握している」が22.8ポイント増加、「把握していない」が14.1ポイント減少しており、自治体による認知症サポーターの活動状況の把握が進んでいる様子がうかがえる。

Q3. 自治体内における認知症サポーターの活動を把握していますか。

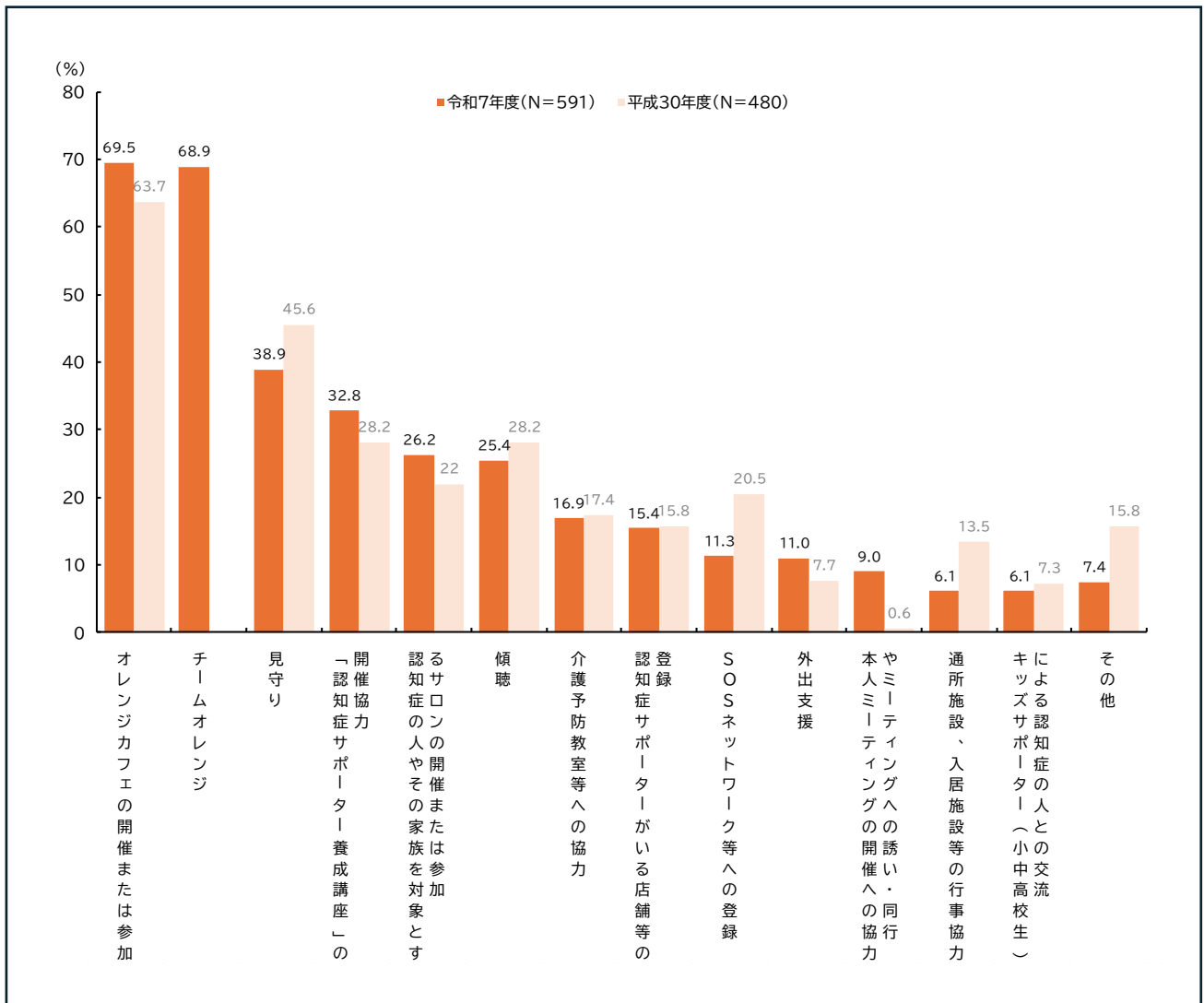


(2) 認知症サポーターが参加している活動の種類

自治体内において認知症サポーターが参加している活動の種類については、「オレンジカフェの開催または参加」(69.5%)、「チームオレンジ」(68.9%)がともに約7割で拮抗している。以降は、「見守り」(38.9%)、「認知症サポーター養成講座の開催協力」(32.8%)、「認知症の人やその家族を対象とするサロンの開催または参加」(26.2%)、「傾聴」(25.4%)が3割前後で続く。「本人ミーティングの開催への協力やミーティングへの誘い・同行」(9.0%)、「通所施設、入居施設等の行事協力」(6.1%)、「キッズサポーター(小中高生)による認知症の人との交流」(6.1%)では1割を下回った。

平成30年度の調査と比較すると、「オレンジカフェの開催または参加」が5.8ポイント増加している一方で、「SOSネットワークへの参加」は9.2ポイント、「見守り」「通所施設、入居施設等の行事協力」は7ポイント前後減少している。

Q4. 自治体内において認知症サポーターが参加している活動の種類をすべてお答えください。



※「チームオレンジ」は、令和元年度から開始された取組であるため、平成30年度のデータなし

(3) 認知症サポーターによる活動がもたらしている成果

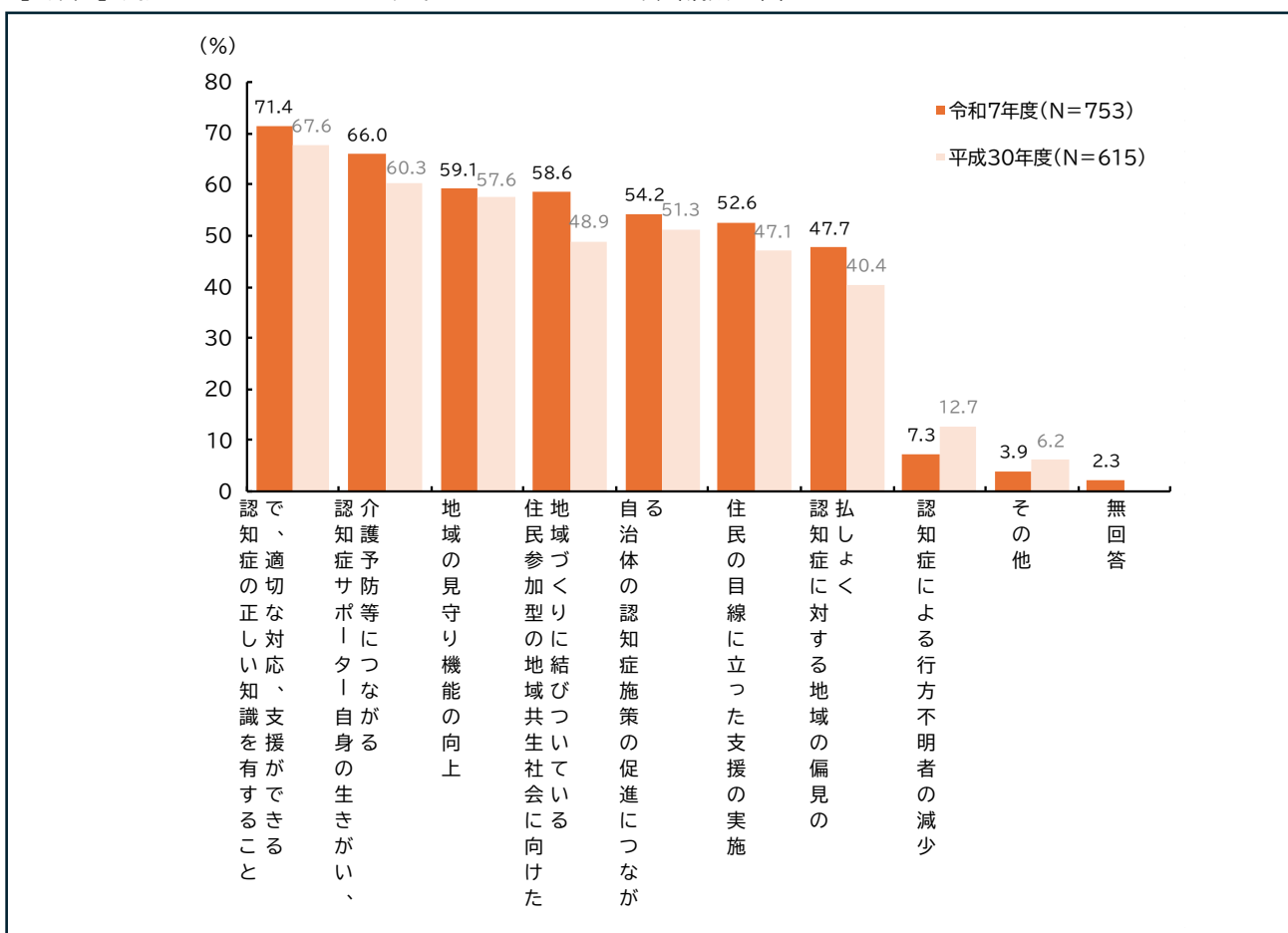
別紙1に回答した自治体の各取り組みにおける、「認知症サポーターによる活動がもたらしている成果」については、「認知症の正しい知識を有することで、適切な対応、家族への支援ができる。」

(71.4%)が最も多く、次いで「認知症サポーター自身の生きがい、介護予防等につながる」(66.0%)、「地域の見守り機能の向上」(59.1%)の順であった。

「認知症による行方不明者の減少」(7.3%)は1割を下回っており、他の選択肢と大きな差が見られた。

平成30年度の調査と比較すると、「認知症による不明者の減少」のみ5.4ポイント減少しているものの、その他の選択肢では全体的にやや増加傾向にある。

【別紙1】 認知症サポーターによる活動がもたらしている成果(複数回答)



※平成30年度調査における「無回答」のデータなし

3. 自治体で養成した企業・職域サポーターの活動

(1) 企業・職域サポーターの活動について

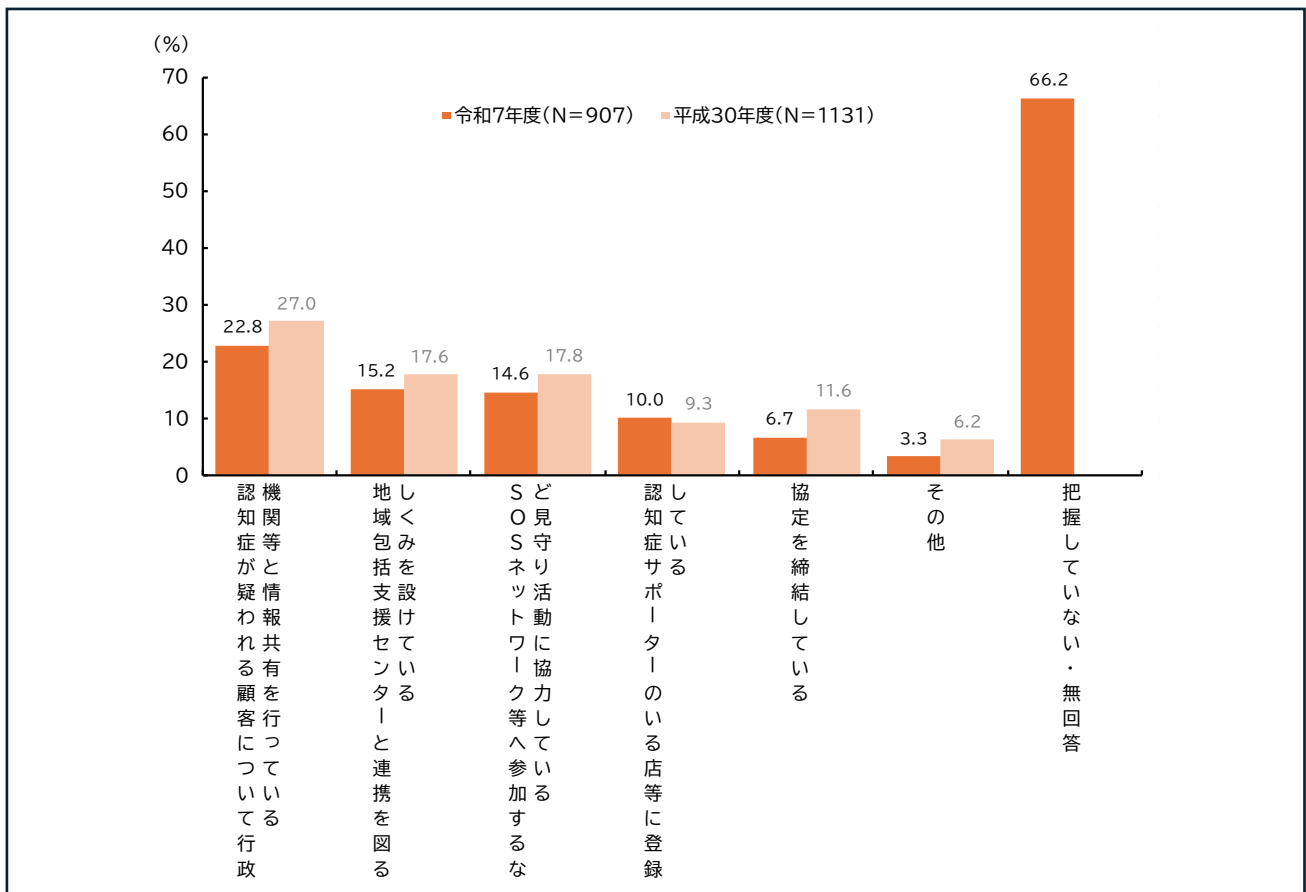
自治体で養成した企業・職域サポーターの活動については、「認知症が疑われる顧客等について行政機関等と情報共有を行っている」(22.8%)が最も多く約2割。次いで、「地域包括支援センターと連携を図るしくみを設けている」(15.2%)、「SOS ネットワーク等へ参加するなど見守り活動に協力している」(14.6%)、「認知症サポーターのいる店等に登録している」(10.0%)の順であった。

一方で、「協定を締結している」(6.7%)自治体は1割未満であった。また、企業・職域サポーターの活動について「把握していない・無回答」(66.2%)は6割を超えた。

平成30年度の調査と比較すると、「認知症サポーターのいる店等に登録している」のみ微増しているものの、その他の項目ではやや減少している。

Q5. 自治体で養成した企業・職域サポーターの活動について（把握している範囲で）お答えください。

（複数回答）



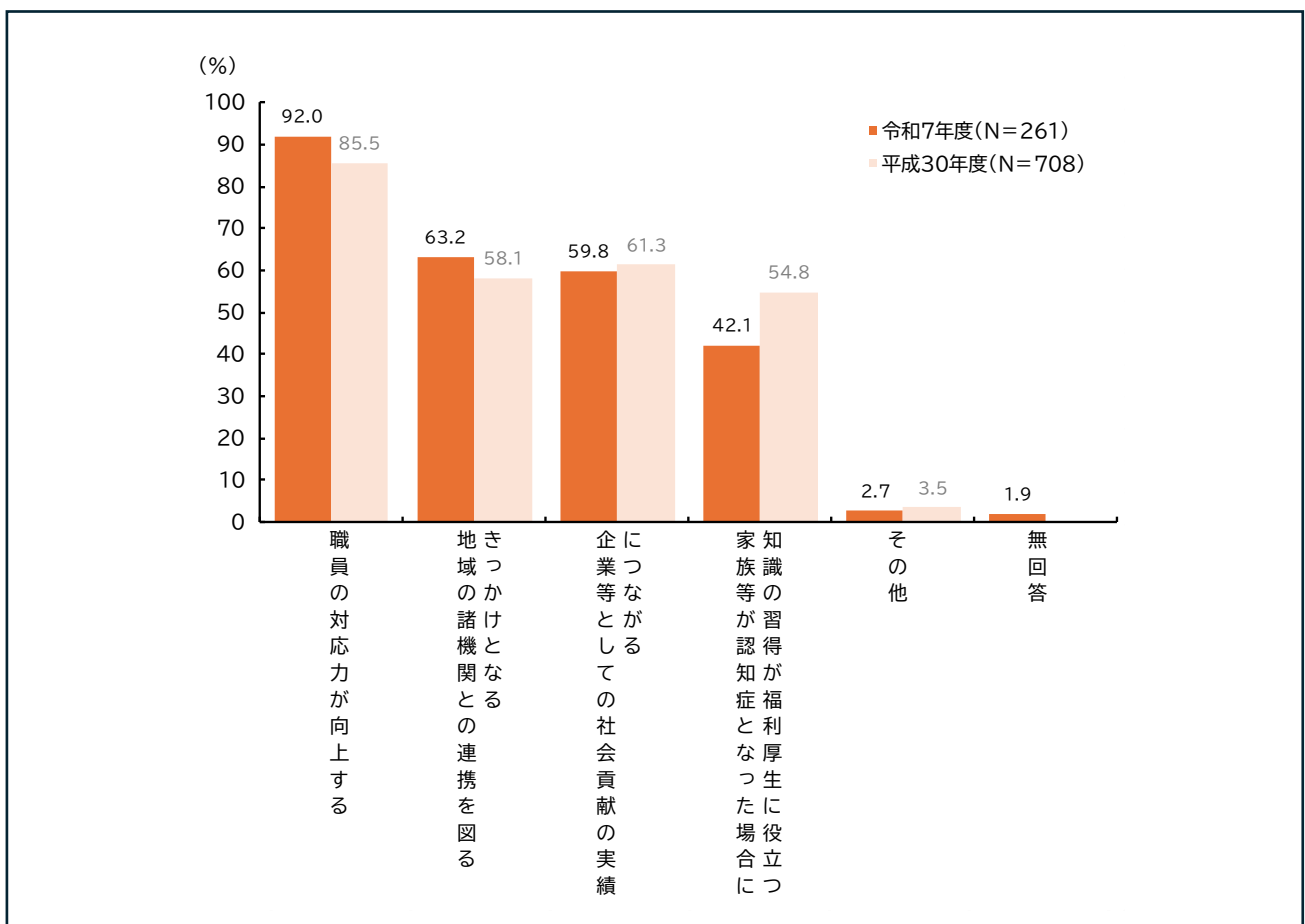
※平成30年度調査における「把握していない・無回答」のデータなし

(2) 職員が認知症サポーターとなることでもたらされた成果

別紙2に回答した自治体における、企業・団体等の「職員が認知症サポーターとなることでもたらされた効果」については、「職員の対応力が向上する」(92.0%)と9割以上が回答。「地域の諸機関との連携を図るきっかけとなる」(63.2%)、「企業等としての社会貢献の実績につながる」(59.8%)が6割前後、「家族・本人が認知症となった場合に必要な知識を習得することが職員の福利厚生に役立つ」(42.1%)が約4割であった。

平成30年度の調査と比較すると、「職員の対応力が向上する」が6.5ポイント増加している一方で、「家族・本人が認知症となった場合に必要な知識を習得することが職員の福利厚生に役立つ」は12.7ポイント減少している。

【別紙2】職員が認知症サポーターとなることでもたらされた効果(複数回答)



※平成30年度調査における「無回答」のデータなし

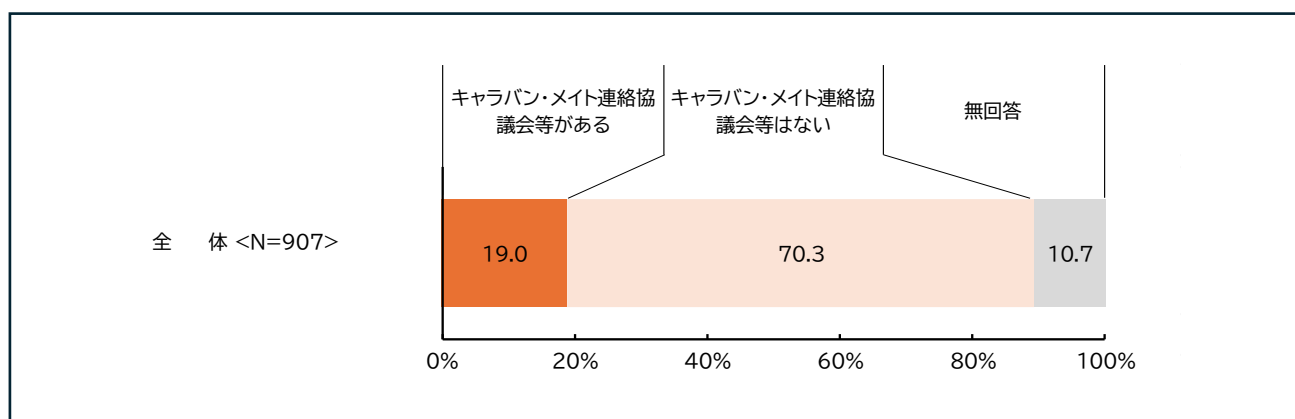
4. キャラバン・メイト連絡協議会等

(1) キャラバン・メイト連絡協議会の有無

キャラバン・メイト連絡協議会の有無について尋ねたところ、「キャラバン・メイト協議会等がある」(19.0%：172件)自治体は約2割、「キャラバン・メイト協議会等はない」(70.3%：638件)自治体は約7割であった。

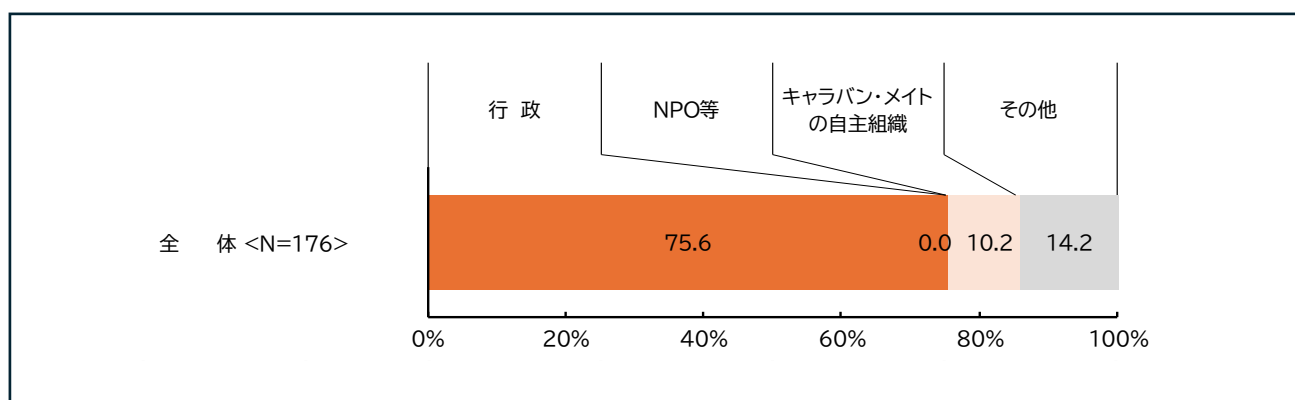
平成30年度の調査では、「キャラバン・メイト協議会等がある」自治体は24.5%であったことから、5ポイント以上減少している

Q7. キャラバン・メイトの連絡協議会等の組織化についてお答えください。



なお、キャラバン・メイト連絡協議会があると回答した172件における運営主体の内訳は、「行政」(75.6%：133件)が圧倒的に多く、「NPO等」(0.0%：0件)、「キャラバン・メイトの自主組織」(10.2%：18件)、「その他」(14.2%：25件)という結果であった。

【別紙3】運営主体



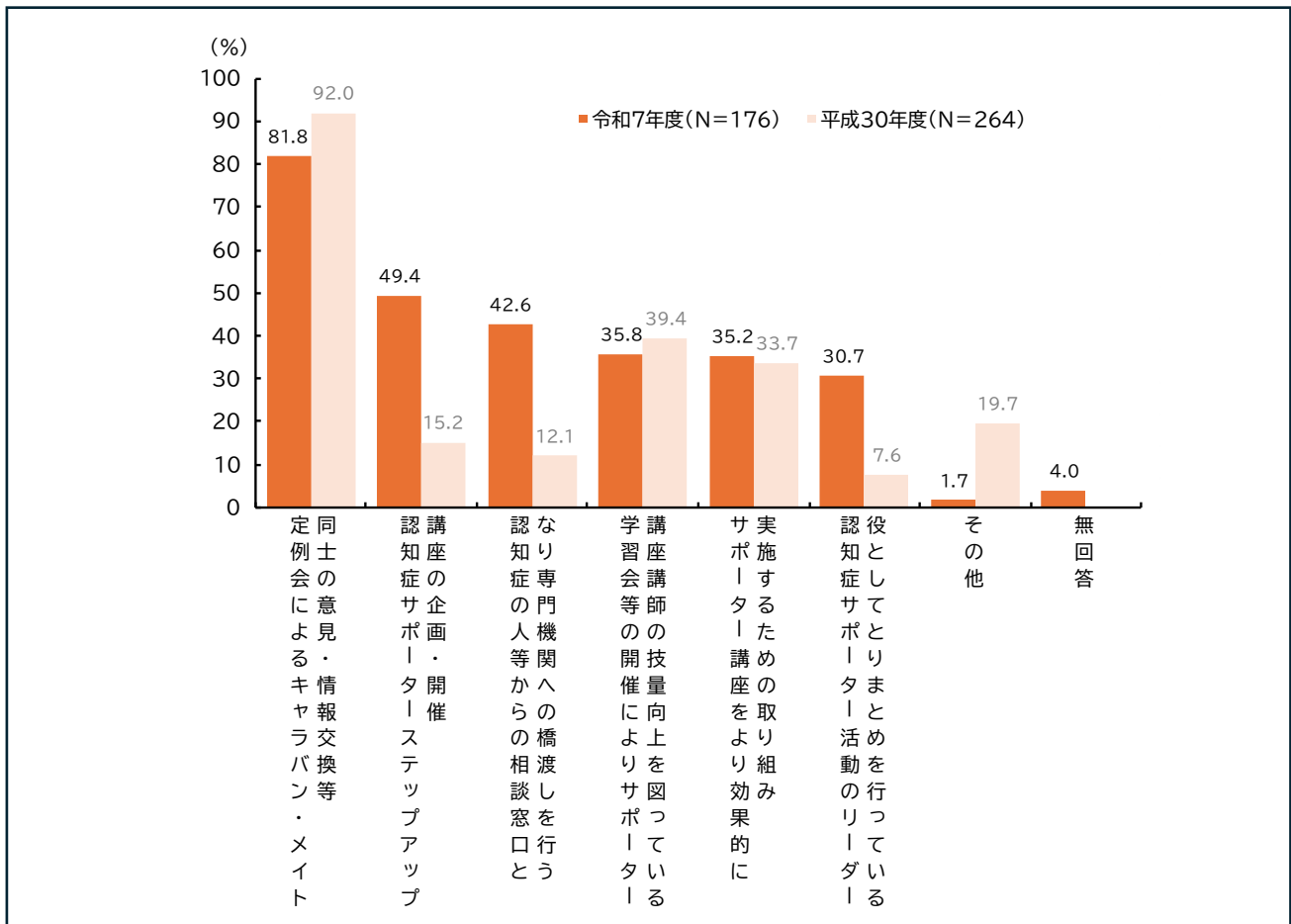
会員数は、回答のあった自治体の合計が9,332人となっており、その内訳は、「住民」(1,488人)、「医療従事者」(460人)、「介護従事者」(3,010人)、「行政機関」(2,319人)、「自治体内の企業関係者」(98人)、「その他」(951人)であった。

(2) キャラバン・メイト連絡協議会等の活動

キャラバン・メイト連絡協議会等で実施している活動については、「定例会によるキャラバン・メイト同士の意見・情報交換等」(81.8%) が約8割と最も多く、次いで「認知症サポーターステップアップ講座の企画・開催」(49.4%)、「認知症の人等からの相談窓口となり専門機関への橋渡しを行う」(42.6%) が4割台で続く。

平成30年度の調査と比較すると、「定例会によるキャラバン・メイト同士の意見・情報交換等」は約10ポイント減少しているが、「認知症サポーターステップアップ講座の企画・開催」、「認知症の人等からの相談窓口となり専門機関への橋渡しを行う」がそれぞれ30ポイント以上、「認知症サポーター活動のリーダー役としてとりまとめを行っている」が20ポイント以上増加しており、キャラバン・メイト連絡協議会の活動が拡大している様子がうかがえる。

【別紙3】キャラバン・メイトの連絡協議会等で実施しているサポーター講座開催以外の活動について、
あてはまるものすべてに○をつけてください



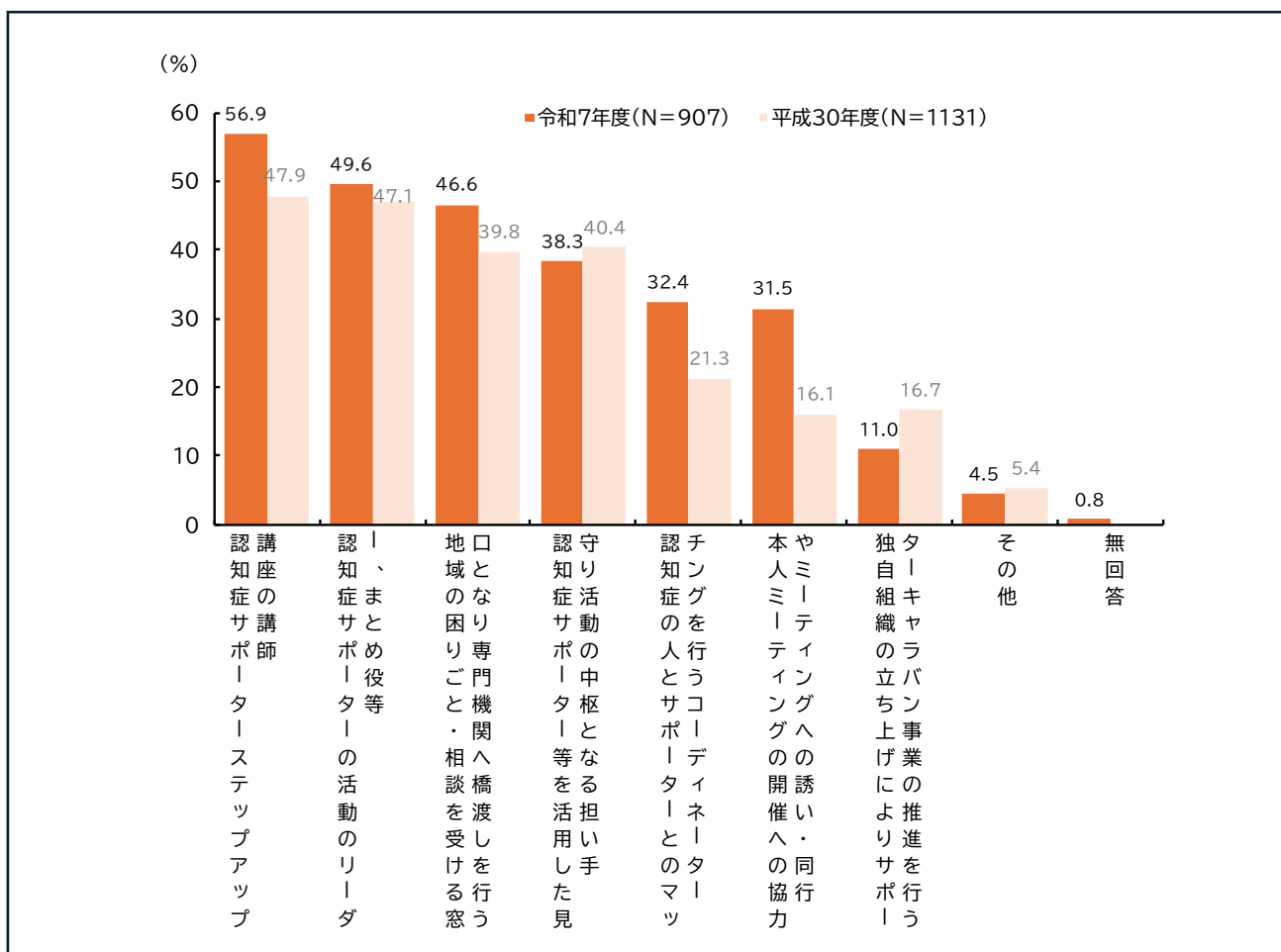
※平成30年度調査における「無回答」のデータなし

(3) キャラバン・メイトに期待される役割

今後キャラバン・メイトに期待される役割としては、「認知症サポーターステップアップ講座の講師」(56.9%)が最も多く、次いで、「認知症サポーターの活動のリーダー、まとめ役等」(49.6%)、「地域の困りごと・相談を受ける窓口となり行政等専門機関への橋渡しを行う」(46.6%)の順であった。

平成30年度の調査と比較すると、「認知症サポーター、キャラバン・メイト等を活用した地域の見守り活動の中核となる担い手」、「キャラバン・メイトによる独自組織の立ち上げにより、自治体内の認知症サポーターキャラバン事業のさらなる推進を行う」以外の選択肢で増加傾向が見られた。特に「認知症の人とその支援活動ができる認知症サポーターとのマッチングを行うコーディネーター」は10ポイント以上増加している。

Q9. 今後、自治体内のキャラバン・メイトが担うと考えられる活動で、期待される役割がありましたら、該当するものすべてに○をつけてください。



※平成30年度調査における「無回答」のデータなし

(参考) 大規模実施地域における社会影響の可能性

福井県嶺南地域の事例

～人口比認知症サポーター養成数の高い地域で初期(MCI、SCI 含む)段階での専門医療機関受診率が高くなっている調査結果

福井県嶺南地域は認知症サポーター養成状況が概ね全国平均を大きく上回る。

・総人口に占める認知症サポーター割合(敦賀市 29.263%、小浜市 19.870%、美浜町 56.985%、高浜町 16.957%、おおい町 5.728%、若狭町 103.797%/全国平均 12.783%)

・サポーター1人当たり担当高齢者人口(65歳以上人口1人に対する認知症サポーター数 敦賀市 1.0人、小浜市 1.7人、美浜町 0.7人、高浜町 2.0人、おおい町 6.0人、若狭町 0.4人 /全国平均 2.3人)

※認知症サポーター数は令和7年12月末のデータ

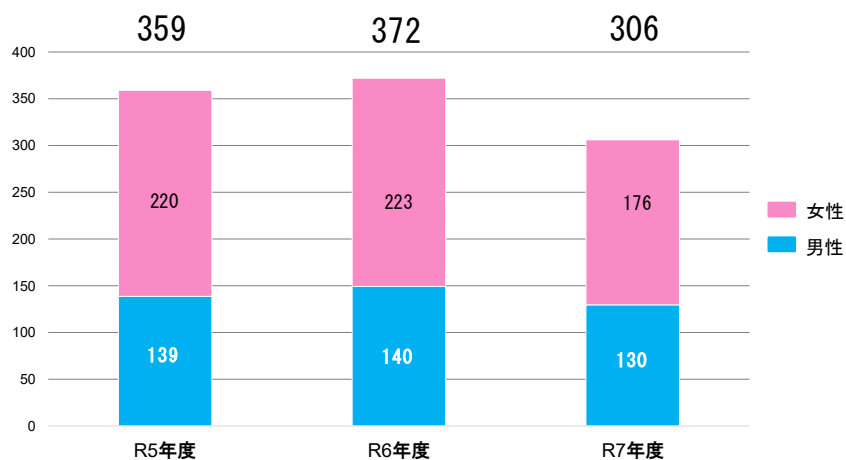
認知症サポーター養成講座の受講対象も小学校の子どもたちから金融機関、薬局をはじめとする企業等、高齢者本人や受診患者の家族へ個別に行うものまで幅広く、啓発事業を実施している。

敦賀温泉病院(認知症疾患医療センター)が1990年の開業以来、患者と家族へ向けて認知症への偏見をなくす啓発と早期発見と予防に力を入れてきたことと連動している。

これは当エリアにおいて他地域と比べて認知症の早期段階での受診(初診)につながる結果となっている。また家族に認知症が疑われる症状に気づいてからどのくらいの期間で家族・知人以外の専門家に相談したか、との問いに対して「1年以内」との回答が敦賀・若狭エリアでは8割に上る(全国では46.2%)調査結果があるところからも当事者となる以前の予備知識が早期発見・対応、予防に効果をもたらしている可能性が示唆される。

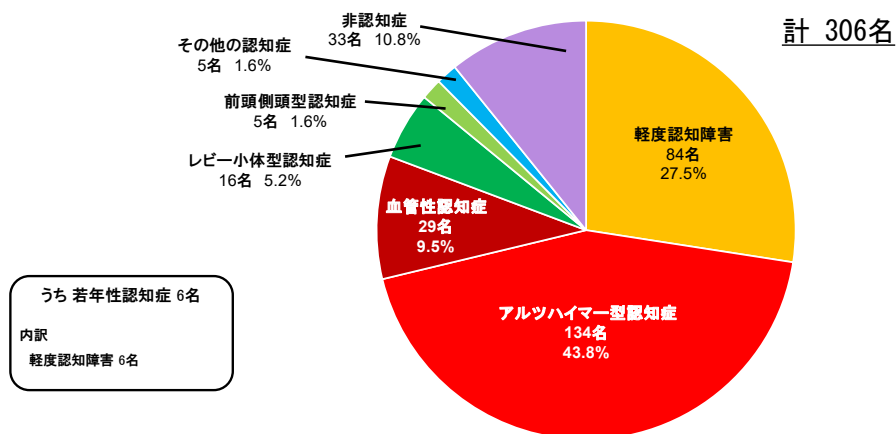
(資料提供：敦賀温泉病院)

鑑別診断数（年次経過）



※令和7年4月1日～令和8年1月31日までの期間で算出

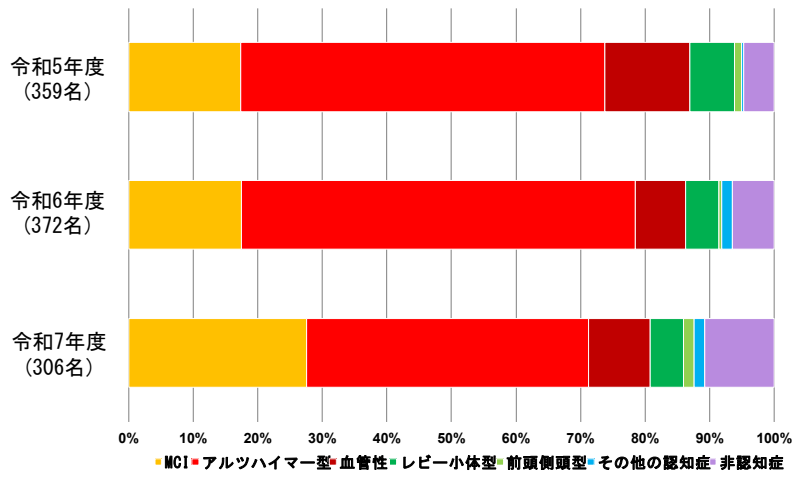
鑑別診断病名（令和7年度）



- ・「その他の認知症」には混合型、外傷性、アルコール、正常圧水頭症 など
- ・「非認知症」は器質性精神障害、神経症、脳血管障害 など

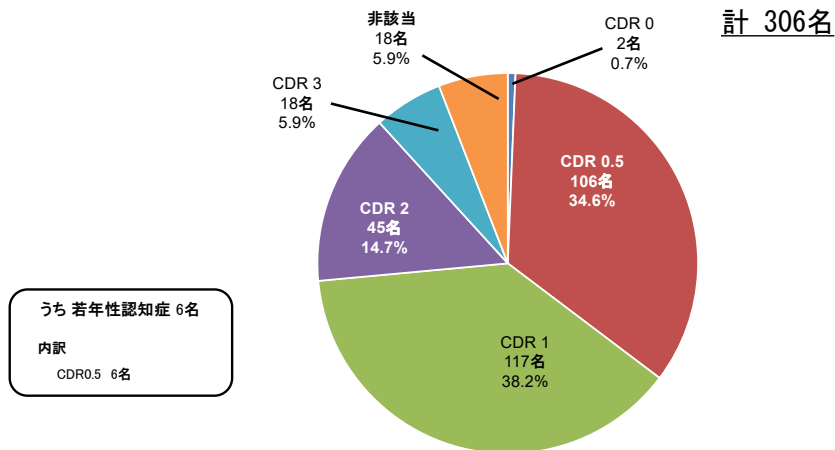
※令和7年4月1日～令和8年1月31日までの期間で算出

鑑別診断 各病名割合（年次経過）



※令和7年4月1日～令和8年1月31日までの期間で算出

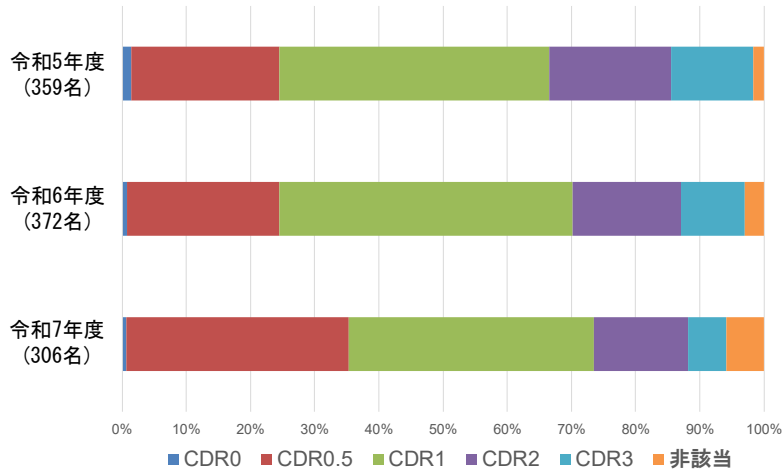
鑑別診断重症度別分類（令和7年度）



・ CDR (Clinical Dementia Rating) にて分類

※令和7年4月1日～令和8年1月31日までの期間で算出

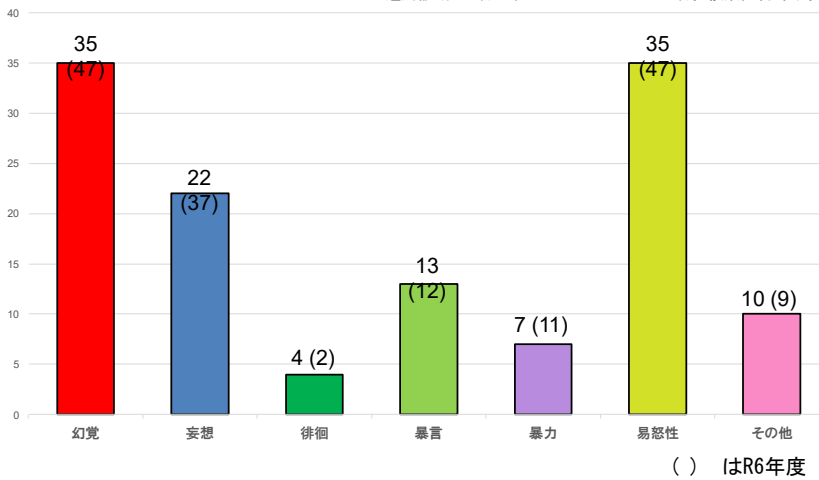
鑑別診断重症度別分類割合（年次経過）



※令和7年4月1日～令和8年1月31日までの期間で算出

BPSD内訳（令和7年度）

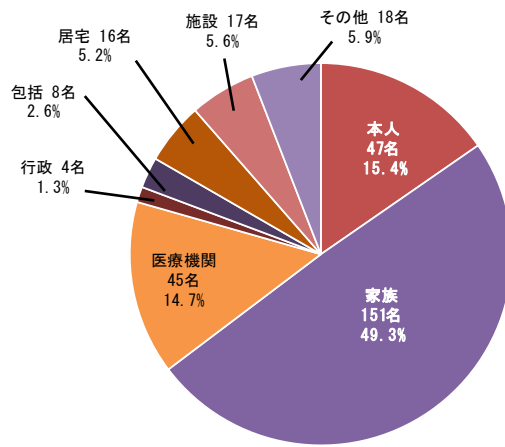
※鑑別診断306名のうちBPSDがみられた82名。複数回答あり。



※令和7年4月1日～令和8年1月31日までの期間で算出

紹介元内訳（令和7年度）

計 306名

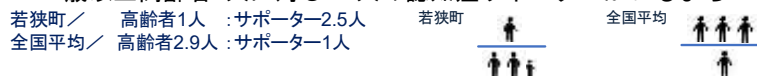


※令和7年4月1日～令和8年1月31日までの期間で算出

認知症サポーターキャラバン 啓発活動の効果

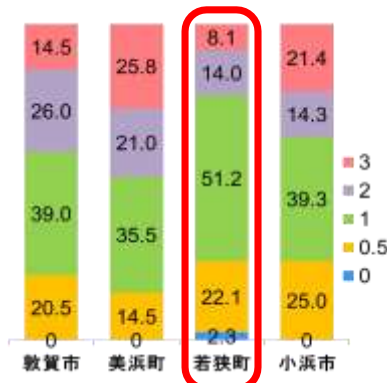
～早期発見・早期支援

65歳以上高齢者1人に対し2.5人の認知症サポーターがいるまち

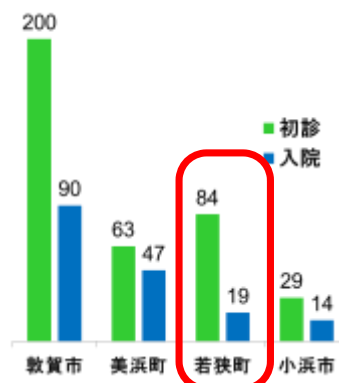


認知症重症度別初診状況と入院患者数

平成24年 福井県嶺南4市町村比較
初診患者の地域別重症度(CDR): %



平成24年
初診患者と入院患者比較: 人



參考資料

◆認知症サポーターの養成状況データを活用した分析結果

I. 調査概要

認知症サポーターとは、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族を温かく見守り、必要に応じて支援する人のことである。認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを進めるための重要な取り組みの一つであることから、認知症サポーターの多様性や講座開催のきめ細かさやまちづくりの進捗度における相関関係を検証するための事前調査として、これまで蓄積した「認知症サポーターの養成状況データ」や政府の公開データを使用し、自治体規模別に下記3つの視点から分析を行った。

- ① サポーター数（人口あたりの受講者数）
- ② 若年層への展開（小中学生の受講者数）
- ③ 多業種への展開（業種のバラツキの少なさ）

また、将来的に市町村・都道府県が策定する市町村認知症施策推進計画、都道府県認知症施策推進計画の進捗状況を評価する際の参考指標としての活用も見据え、今回の調査では、全国の市区町村を人口に応じて以下の5つに区分して分析を行った。

自治体区分

区分	基準	市区町村数
① 大都市	人口50万人以上。政令指定都市クラス。	35
② 中核市	人口20万人～50万人未満。県庁所在地クラス。	97
③ 中規模市	人口10万人～20万人未満。地方の中心市クラス。	145
④ 小規模市	人口5万人～10万人未満。周辺拠点市クラス。	237
⑤ 町村	人口5万人未満。町・村が中心。	1219

Ⅱ. 調査結果

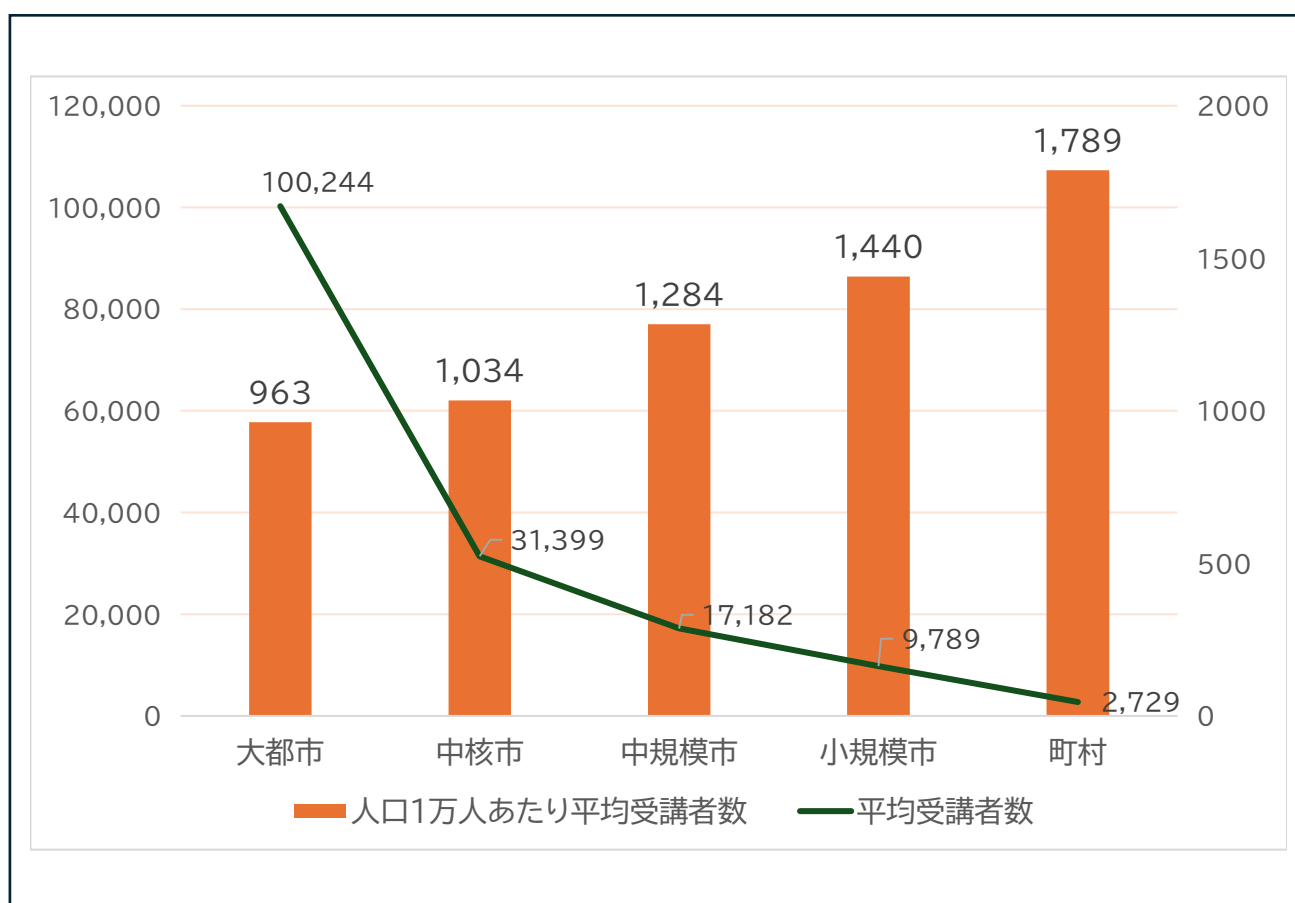
Ⅰ. サポーター数

(Ⅰ) 自治体規模別平均受講者数と人口1万人あたり平均受講者数の比較

自治体規模別に「平均受講者数」と「人口1万人あたり平均受講者数」の算出を行ったところ、自治体規模が大きいほど「平均受講者数」が多く、自治体規模が小さいほど「人口1万人あたり平均受講者数」が多い結果となった。

自治体規模が小さい地域では、講習会などの学習機会やイベントの数が都市部より少ないため、住民の参加が一つの講習会に集中しやすいと考えられる。また、町村などでは住民同士のつながりが強く、自治会や地域組織を通じた周知や呼びかけが行き届きやすい。そのため参加が促されやすく、結果として人口1万人あたりの平均参加者数が多くなったのではないかと考えられる。

自治体規模別平均受講者数と人口1万人あたり平均受講者数



(2) 人口1万人あたり平均受講者数上位の自治体

続いて、「人口1万人あたり平均受講者数」を多い順に並べたところ、上位10件はすべて町村が占めた。1位の福井県若狭町では人口12,963人に対して累計受講者数は13,736人となっており、人口以上の受講者数となっている。

また、「人口1万人あたり平均受講者数」の上位100件をみても町村が95件と圧倒的多く、小規模市は4件、中核市は1件、中核市と大都市はともに0件であった。

人口1万人あたり平均受講者数 上位10件

順位	市区町村	区分	受講者数	人口	人口1万人あたり 平均受講者数
1	福井県若狭町	町村	13,736	12,963	10596.3
2	福島県鮫川村	町村	2,093	2,771	7553.2
3	滋賀県竜王町	町村	7,747	10,907	7102.8
4	福島県西会津町	町村	3,640	5,262	6917.5
5	熊本県山江村	町村	1,907	3,053	6246.3
6	鹿児島県十島村	町村	394	634	6214.5
7	京都府伊根町	町村	1,113	1,796	6197.1
8	沖縄県座間味村	町村	501	824	6080.1
9	福井県美浜町	町村	4,889	8,374	5838.3
10	岡山県西粟倉村	町村	717	1,284	5584.1

全体の上位100件までに入った区分別自治体数

区分	件数
大都市	0件 (最高560位：千葉県船橋市)
中核市	0件 (最高559位：長崎県長崎市)
中規模市	1件
小規模市	4件
町村	95件

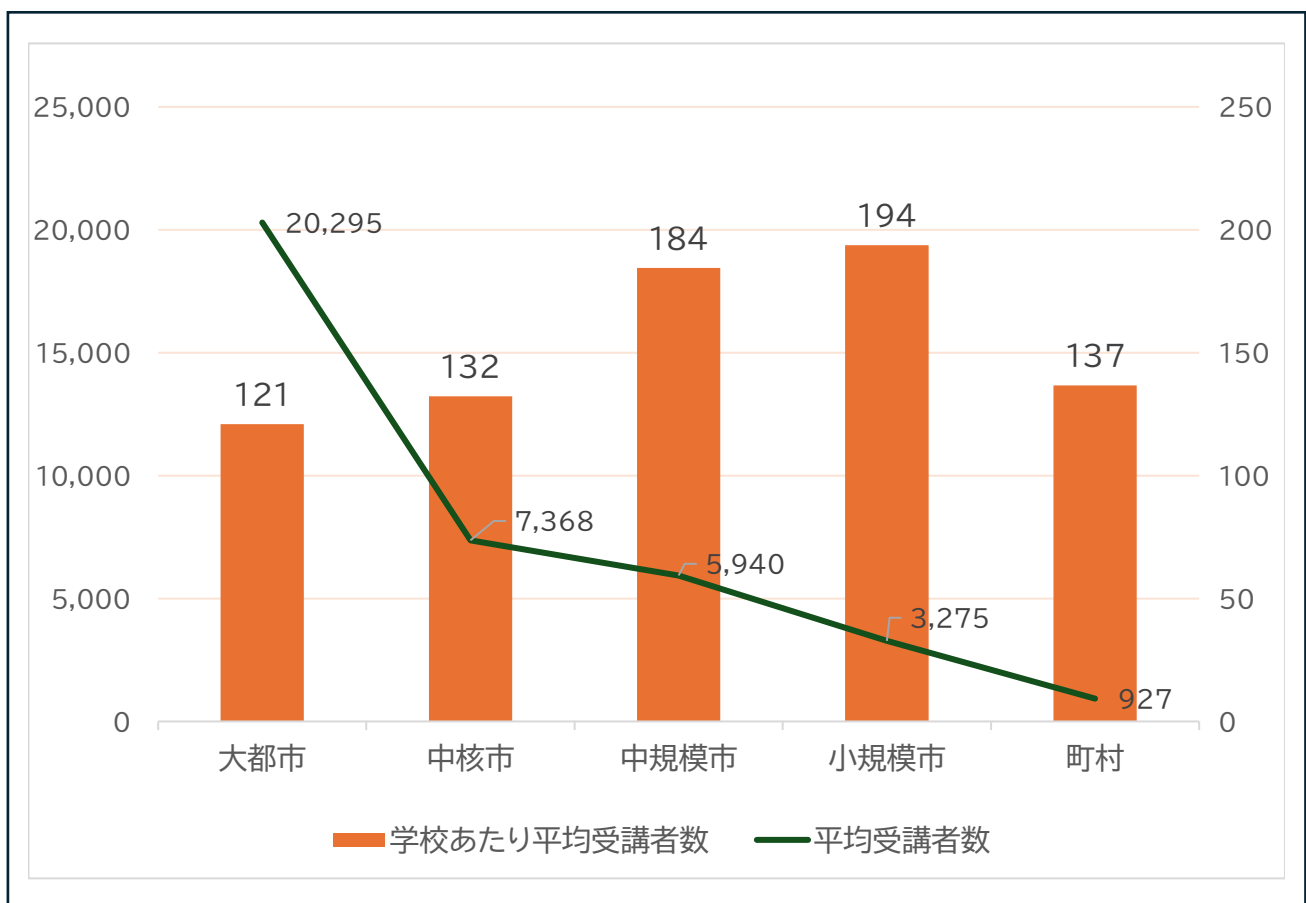
2. 若年層への展開

(1) 自治体規模別小・中学生の平均受講者数の比較

自治体規模別に「小・中学生の平均受講者数」と「学校あたり平均受講者数」の算出を行ったところ、自治体規模が大きいほど「平均受講者数」が多いものの、「学校あたり平均受講者数」は「小規模市」が最も多く、次いで「中規模市」、「町村」の順で「大都市」は最も少なかった。

全年代の平均受講者数では自治体規模が小さいほど平均受講者が多かったが、学校単位で講習を行うことの多い小・中学校の場合、規模の小さな自治体では一度に集められる人数に限界があり、規模の大きな自治体では対象となる学校数が多いことが、平均受講者数が少ない原因になったと考えられる。一方で、小規模、中規模自治体では1度に参加する人数と学校数のバランスが良く、効率的に実施できたのではないかと推測される。

自治体規模別小中学生の平均受講者数と学校あたり平均受講者数



(2) 学校あたり平均受講者数上位の自治体

続いて、「学校あたり平均受講者数」を多い順に並べたところ、上位 10 件は小規模市が 2 件、町村が 8 件であった。

また、「学校あたり平均受講者数」の上位 100 件をみると町村が 68 件と多いものの、小規模市は 21 件、中核市は 8 件、中核市は 2 件、大都市は 1 件であった。区分ごとにランクインした自治体数の割合をみると、小規模市は 8.9% (21/237 件) と 1 割近くがランクインしている。

学校あたり平均受講者数 上位 10 件

順位	市区町村	区分	小・中学校 義務教育学校数	受講者数	学校あたり 平均受講者数
1	沖縄県与那原町	町村	3	4,152	1384.0
2	愛知県みよし市	小規模市	12	13,754	1146.2
3	青森県六戸町	町村	1	1,137	1137.0
4	愛知県高浜市	町村	7	7,481	1068.7
5	宮城県岩沼市	町村	8	8,439	1054.9
6	滋賀県竜王町	町村	3	3,109	1036.3
7	愛知県長久手市	町村	9	9,070	1007.8
8	福岡県福津市	町村	10	10,057	1005.7
9	茨城県牛久市	小規模市	14	13,596	971.1
10	静岡県伊豆の国市	町村	9	8,681	964.6

全体の上位 100 件までに入った区分別自治体数

区分	件数
大都市	1 件 (2.9%)
中核市	2 件 (2.1%)
中規模市	8 件 (5.5%)
小規模市	21 件 (8.9%)
町村	68 件 (5.6%)

※ () 内はランクインした自治体数の区分ごとの割合

3. 多業種への展開

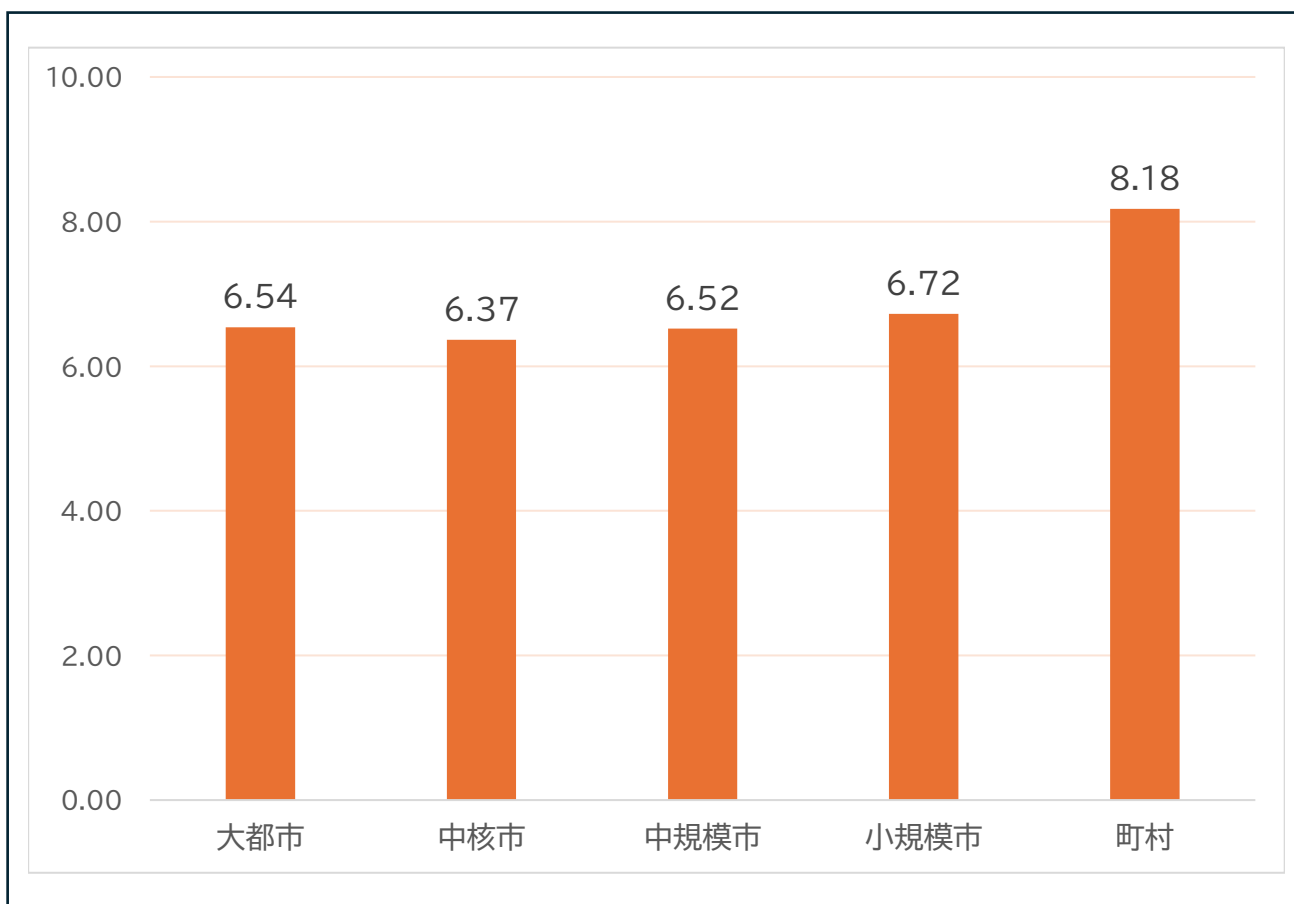
(1) 受講対象業種の多様性の比較

多業種への展開状況をみるために、市区町村ごとに受講対象分類（学校を除く）に沿って対象ごとの受講人数の標準偏差を算出した。（※今回は概要を把握することを目的にしているため、人口1万人あたりに標準化した値から算出した標準偏差の単純平均を示している。）

区分ごとの標準偏差を比較すると、最も標準偏差が小さい（業種ごとの受講人数のバラつきが小さく多様性を示す）のは「中核市」であった。

「町村」以外の区分の標準偏差は6.5前後であったが、「町村」のみ8を超えており、他の区分よりも業種ごとの受講人数にバラつきが大きいことがわかる。

自治体規模別業種ごとの受講人数の標準偏差



(2) 人口1万人あたり平均受講者数上位の自治体

「業種ごとの受講人数の標準偏差」の小さい順（ばらつきの少なく多様さがみられる順）に並べたところ、上位10件は「大都市」1件、「中核市」4件、「小規模市」1件、「町村」4件であった。

「業種ごとの受講人数の標準偏差」の小さい上位100件を見ると、件数は「町村」が40件と最も多いものの、全「町村」数に対して上位100件に入った割合は3.3%（40/1219）と最も低かった。「中核市」は全中核市97件中18件がランクインしており、その割合18.6%であった。「大都市」を除くと人口規模が大きいほど100位以内にランクインしている自治体数の割合が高いことがわかる。

業種別受講人数の標準偏差 上位10件

順位	市区町村	区分	受講者数 (学校除く)	20歳以上人口	標準偏差
1	宮崎県高鍋町	町村	1,943	16,019	3.95
2	秋田県秋田市	中核市	24,817	251,881	3.97
3	福岡県福岡市	大都市	103,317	1,332,137	4.08
4	北海道岩見沢市	小規模市	7,254	64,414	4.16
5	香川県高松市	中核市	37,617	347,265	4.24
6	秋田県能代市	町村	5,562	41,918	4.25
7	青森県青森市	中核市	18,138	226,529	4.31
8	石川県金沢市	中核市	35,083	370,354	4.35
9	石川県七尾市	町村	4,824	40,536	4.36
10	新潟県糸魚川市	町村	3,887	33,230	4.41

全体の上位100件までに入った区分別自治体数

区分	件数
大都市	3件 (8.6%)
中核市	18件 (18.6%)
中規模市	16件 (11.0%)
小規模市	23件 (9.7%)
町村	40件 (3.3%)

※ () 内はランクインした自治体数の区分ごとの割合

4. 複数の視点で上位に入った自治体

これまで分析を行った①～③の視点をすべて満たす自治体を確認するため、各分析結果の上位 150 位のリストを比較したところ、3 つとも上位 150 位以内に入った自治体が 4 つ存在した。

いずれか 2 つが上位 150 位に入った自治体を見ると、①サポーター数×②若年層への展開については 38 件と比較的両立しやすく、①サポーター数×③多業種への展開については 2 件と最も両立しにくい様子がうかがえる。

複数の視点で上位 150 位以内に入った自治体数

	視点	件数
3 つとも上位 150 位以内	①サポーター数×②若年層への展開×③多業種への展開	4 件
いずれか 2 つが上位 150 位	①サポーター数×②若年層への展開	39 件
	②若年層への展開×③多業種への展開	10 件
	①サポーター数×③多業種への展開	2 件

3 つとも上位 150 位以内に入ったのは、熊本県御船町、福島県石川町、滋賀県近江八幡市、宮城県岩沼市の 4 自治体であった。

3 つの視点とも上位 150 位以内に入った自治体

	①サポーター数 順位	②若年層への展開 順位	③多業種への展開 順位
熊本県御船町	29 位	98 位	111 位
福島県石川町	87 位	37 位	119 位
滋賀県近江八幡市	143 位	11 位	79 位
宮城県岩沼市	150 位	5 位	53 位

5. 調査結果まとめ

これまで分析を行った①～③の視点について見ていくと、

- ・ 「サポーター数」については、自治体規模が小さいほど「人口1万人あたり平均受講者数」が多い結果であった。
- ・ 「若年層への展開」については、「小規模市」、「中規模市」で「学校あたり平均受講者数」が多い結果となった。
- ・ 「多業種への展開」については、「中核市」で最もバラつきが少なく多様さがみられ、自治体規模が大きい方が比較的バラつきが少ない結果となった。

こうした結果から、人口規模が小さい町村では、比較的受講者が集まりやすい一方で、学校数や事業所数が少ないことから、若年層への展開や多業種への展開に課題が見られた。

また、人口規模が大きい自治体では、業種満遍なく展開ができるものの、人口が多いことから「人口1万人あたり平均受講者数」は少なくなってしまうという課題が見られた。

以上のことから、自治体の人口規模によって認知症サポーター養成の展開特性や課題が異なることが示唆された。特に、①サポーター数と③多業種への展開を両立することは難しいため、今後は自治体規模の特性を踏まえ、それぞれに適した事業展開の工夫や指標を検討していく必要がある。

(参考) 2 視点で上位 150 件に入った自治体

① サポーター数×②若年層への展開

②若年層への展開×③多業種への展開

①サポーター数×③多業種への展開

	自治体名	①順位	②順位
1	福井県若狭町	1	138
2	滋賀県竜王町	3	6
3	福島県西会津町	4	103
4	熊本県山鹿市	15	41
5	熊本県あさぎり町	16	23
6	長野県南木曾町	17	147
7	熊本県錦町	19	132
8	熊本県菊池市	20	17
9	兵庫県神河町	24	107
10	滋賀県愛荘町	33	78
11	新潟県関川村	34	148
12	北海道当別町	39	58
13	岩手県平泉町	42	92
14	愛知県みよし市	45	2
15	福島県会津美里町	51	55
16	滋賀県長浜市	54	27
17	熊本県球磨村	57	93
18	福島県浅川町	58	50
19	岩手県矢巾町	59	45
20	熊本県津奈木町	60	120
21	滋賀県日野町	65	99
22	大阪府泉南市	67	95
23	岩手県野田村	68	118
24	滋賀県多賀町	70	129
25	鳥取県北栄町	76	116
26	静岡県伊豆の国市	82	10
27	愛知県豊山町	94	24
28	京都府与謝野町	97	109
29	熊本県和水町	98	113
30	山形県遊佐町	99	73
31	沖縄県与那原町	109	1
32	埼玉県長瀨町	114	94
33	熊本県長洲町	119	90
34	京都府精華町	121	15
35	滋賀県豊郷町	126	97
36	愛知県東浦町	130	16
37	宮崎県綾町	133	57
38	熊本県荒尾市	139	87
39	佐賀県玄海町	146	72

	自治体名	②順位	③順位
1	岐阜県美濃加茂市	36	103
2	静岡県長泉町	38	149
3	香川県丸亀市	46	51
4	茨城県茨城町	59	150
5	静岡県森町	76	87
6	北海道苫小牧市	82	70
7	大阪府高石市	86	38
8	宮崎県高鍋町	122	1
9	静岡県島田市	126	27
10	東京都墨田区	130	128

	自治体名	①順位	③順位
1	熊本県人吉市	104	80
2	長野県富士見町	141	136

令和7年度 認知症サポーターの活動実態調査

アンケート「認知症サポーターが実践している活動」について

自治体(都道府県・市区町村)事務局のご尽力のもと、全国で1600万人を超える認知症サポーターが養成され、認知症の正しい理解を日常生活や業務等に生かし、日々さまざまなかたちで活動が始まっています。

このたび、下記の通り認知症サポーターの活動についてアンケート調査を行います。

回答いただいた内容は、認知症サポーターの活動、役割のあり方を検討するための資料とさせていただきます。

締め切り：令和8年2月20日（金）（必ずご回答くださいますようお願いいたします）

※都道府県事務局においては都道府県が主導して(実施主体となって)行っている項目のみ記入してください。

※自治体事務局入力専用サイトの「メニュー」画面の「お知らせ」のリンクから回答フォームへ入力をお願いします(回答フォームでの入力が難しい場合はアンケートフォームをダウンロードの上ご返送ください)。

全国キャラバン・メイト連絡協議会

都道府県 または 市区町村名	都・道・府・県		区・市・町・村		
	担当部署		担当者		
連絡先	TEL			FAX	
	e-Mail				
	住所	〒			

以下の質問について、該当する番号に○、あるいは記入をお願いします。

〈認知症サポーターの登録〉

[1] 認知症サポーターについて登録制度を設けていますか。

1. サポーター講座受講者全員を登録している

登録サポーター数 _____ 人

2. サポーター講座受講者のうち承諾を得られた人（希望者）を登録している

登録サポーター数 _____ 人

3. 登録制度を設けていない

< [1] で 1. 2. 登録しているに○を付けた事務局におたずねします。 >

[2] 認知症サポーターについてどのような情報を登録していますか。

(該当するものすべてに○をつけてください)

1. 氏名
2. 性別
3. 年齢
4. 属性（所属・職業、民生児童委員、ボランティア、一般住民等）
5. サポーター講座受講日（受講したサポーター講座を特定できる情報）
6. 連絡先（6-1. 住所、6-2. 電話番号、6-3. ファクス番号、6-4. E-mail アドレス）
7. チームオレンジ参加への希望の有無
8. ステップアップ講座の受講希望の有無
9. サポーターとしてできる活動の種類
10. 活動エリア
11. その他（具体的に記載してください。)

〈認知症サポーターの活動状況〉

[3] 自治体内における認知症サポーターの活動を把握していますか。

1. 把握している（一部でも把握していれば○をつけてください）
2. 把握していない
3. 認知症サポーターは活動していない

< [3] で 1. 把握しているに○を付けた事務局におたずねします。 >

[4] 自治体内において認知症サポーターが参加している活動の種類をすべてお答えください。

(参加メンバーに認知症サポーターが含まれる活動があれば、○をつけてください)

1. チームオレンジ
2. 見守り
3. 傾聴
4. 外出支援
5. 通所施設、入居施設等の行事協力
6. SOS ネットワーク等への登録

7. 認知症サポーターがいる店舗等の登録
8. 「認知症サポーター養成講座」の開催協力
9. 介護予防教室等への協力
10. オレンジカフェの開催または参加
11. 認知症の人やその家族を対象とするサロンの開催または参加
12. 本人ミーティングの開催への協力や本人ミーティングへの誘い・同行
13. キッズサポーター（小中高校生）による認知症の人との交流
14. その他（ ）

→○をつけた活動については各活動ごとに「別紙1」に記入をお願いします。

〈自治体内の企業・職域サポーターの活動状況〉

[5] 自治体で養成した企業・職域サポーターの活動について（把握している範囲で）お答えください。

（自治体内の企業・職域サポーターが実施している活動について、該当するものすべてに○をつけてください。）

1. 認知症が疑われる顧客等について行政機関等と情報共有を行っている
（業務を通して気になる顧客の情報があれば、地域包括支援センターに連絡してもらっている等）
2. 地域包括支援センターと連携を図るしくみを設けている
（最寄りの地域包括支援センターとあらかじめ面識をもち、何かあればすぐに連絡できるようにしている等）

3. SOS ネットワーク等へ参加するなど見守り活動に協力している

4. 協定を締結している

（具体的な協定の内容を記載してください。）

5. 認知症サポーターのいる店等に登録している

6. その他（具体的に記載してください。）

→ [5] で○をつけた場合、（把握している範囲で）何らかの活動を実施している企業・職域団体数をご記入ください。 _____ 社・団体

→ [5] で○をつけた場合、企業・職域団体ごとに「別紙2」に記入をお願いします。

〈 [5] でいずれかの活動に○を付けた事務局におたずねします。〉

[6] 自治体内で企業・職域サポーターが活動することで得られたメリットがありましたら、なるべく具体的にご記入ください。

（資料別紙添付可）

〈キャラバン・メイトの役割について〉

[7] キャラバン・メイトの連絡協議会等*の組織化についてお答えください。

1. キャラバン・メイト連絡協議会等がある
2. キャラバン・メイト連絡協議会等はない

*キャラバン・メイト連絡協議会等：自治体（都道府県・市区町村）単位を原則とする地域内のキャラバン・メイトを組織化した団体・グループを指す。

→ [7] で1.協議会等があるに○をつけた事務局は「別紙3」に記入をお願いします。

[8] 自治体内のキャラバン・メイトの属性の内訳をお答えください。

1. 住民（介護相談員、認知症の人を対象とする家族の会、民生児童委員、ボランティア等） _____人
2. 医療従事者（医師、看護師等） _____人
3. 介護従事者 _____人
4. 行政機関等（行政職員、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員等） _____人
5. 自治体内の企業関係者 _____人
6. その他（具体的に記載してください） _____人

[9] 今後、自治体内のキャラバン・メイトが担うと考えられる活動（認知症サポーター養成講座の講師以外で）、期待される役割がありましたら、該当するものすべてに○をつけてください。

1. 認知症サポーターの活動のリーダー、まとめ役等（サポーターによる活動の支援、サポーターの調整等）
2. 認知症の人とその支援活動ができる認知症サポーターとのマッチングを行うコーディネーター（チームオレンジコーディネーター）
3. 認知症サポーター、キャラバン・メイト等を活用した地域の見守り活動の中核となる担い手
4. 認知症サポーターステップアップ講座の講師
5. 地域の困りごと・相談を受ける窓口となり行政等専門機関への橋渡しを行う
6. キャラバン・メイトによる独自組織の立ち上げにより、自治体内の認知症サポーターキャラバン事業のさらなる推進を行う
7. 本人ミーティングの開催への協力や本人ミーティングへの誘い・同行
8. その他（具体的に記載してください。）

[]

◇◇ご協力ありがとうございました◇◇

わがまちの認知症サポーターの活動 ※活動ごとに1シート使用して記載してください。		
自治体名	都道府県	市区町村
担当課：		担当者氏名：
電話番号：		Email：
●活動名 （活動内容がわかるように） ※活動の主体 1. 認知症サポーター 2. 行政 3. その他（具体的に ） （該当するもの1つに○をつけてください）		
●活動の種類 （該当するもの1つに○をつけてください） 1. チームオレンジ 2. 見守り 3. 傾聴 4. 外出支援 5. 通所施設、入居施設等の行事協力 6. SOS ネットワーク等への登録 7. 認知症サポーターがいる店舗等の登録 8. 「認知症サポーター養成講座」の開催協力 9. 介護予防教室等への協力 10. オレンジカフェの開催または参加 11. 認知症の人やその家族を対象とするサロンの開催または参加 12. 本人ミーティングの開催への協力や本人ミーティングへの誘い・同行 13. キッズサポーター（小中高校生）による認知症の人との交流 14. その他（ ）		
●活動開始年（西暦）		年 月
●活動頻度 （例： 回／月、 回／週）		
●認知症サポーターの参加人数		人（活動に関わっているサポーター数）
（活動に関わっているサポーター以外の人を含む人数		人）
●サポーター養成講座複数回受講者数 （上記サポーター数のうち）		人
●活動1回あたりの参加人数 約		人）

●活動開始の経緯・きっかけ

(中心人物となる認知症サポーターの働きかけ、発案等)

●活動内容 (具体的に記載してください)

●活動・参加にあたっての流れ・スキーム (資料の添付でも結構です)

●認知症サポーターによる活動がもたらしている成果

(該当するものすべてに○をつけてください)

1. 認知症の正しい知識を有することで、適切な対応、家族への支援ができる
2. 住民の目線に立った支援の実施
3. 地域の見守り機能の向上
4. 認知症サポーター自身の生きがい、介護予防等につながる
5. 認知症による行方不明者の減少
6. 自治体の認知症施策の促進につながる
7. 住民参加型の地域共生社会に向けた地域づくりに結びついている
8. 認知症に対する地域の偏見の払しょく (偏見の払しょくに向かっている場合も含む)
9. その他 (具体的に記載してください)

わがまちの企業・職域サポーターの活動

※企業・職域団体ごとに1シート使用して記載してください。

※自治体担当者、企業・団体担当者のどちらが記載しても結構です。

※介護サービス事業者は対象としません。

自治体名

都道府県

市区町村

●企業・団体名

(記載者) 担当課 :

担当者氏名 :

電話番号 :

Email :

●サポーター養成開始年(西暦) _____ 年

●企業・職域団体における認知症サポーター数

認知症サポーター数 _____ 人 / (企業等の全職員数 _____ 人)

●活動の種類 (該当するものすべてに○をつけてください)

1. 認知症が疑われる顧客等について行政機関等と情報共有を行っている

(業務を通して気になる顧客の情報があれば、地域包括支援センターに連絡してもらっている等)

2. 地域包括支援センターと連携を図るしくみを設けている

(最寄りの地域包括支援センターとあらかじめ面識をもち、何かあればすぐに連絡できるようにしている等)

3. SOS ネットワーク等へ参加するなど見守り活動に協力している

4. 協定を締結している

5. 認知症サポーターのいる店等に登録している

6. その他 (_____)

キャラバン・メイト連絡協議会等*の取り組みについて

※自治体（都道府県または市町村）内のキャラバン・メイトを組織化している場合、以下の項目を記載してください。

★キャラバン・メイト連絡協議会等の規約・定款等がありましたら、参考資料として添付してください。

*キャラバン・メイト連絡協議会等：自治体（都道府県・市区町村）単位を原則とする地域内のキャラバン・メイトを組織化した団体・グループを指します。

自治体名	都道府県	市区町村
担当課：	担当者氏名：	
電話番号：	Email：	
<p>●組織の名称</p> <p>●運営主体 1. 行政 1-1. 都道府県 1-2. 市区町村 2. NPO 等 3. キャラバン・メイトの自主組織 4. その他（具体的に ）</p> <p>（該当するもの1つに○をつけてください）</p>		
<p>●開始年（西暦） 年 月</p>		
<p>●会員人数 人</p> <p>●キャラバン・メイト連絡協議会等のメンバー構成（内訳人数を記載してください）</p> <p>1. 住民（介護相談員、認知症の人を対象とする家族の会、民生児童委員、ボランティア等） 人</p> <p>2. 医療従事者（医師、看護師等） 人</p> <p>3. 介護従事者 人</p> <p>4. 行政機関等（行政職員、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員等） 人</p> <p>5. 自治体内の企業関係者 人</p> <p>6. その他（具体的に記載してください） 人</p>		

地域での認知症サポーター養成の効果検証等に関する調査研究事業 報告書

令和8(2026)年3月

発行：特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構

〒162-0083

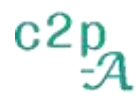
東京都新宿区市谷田町2-17-15 市谷クロスプレイス4階

TEL:03-3266-1651

E-Mail:c2p@network.email.ne.jp

URL:<https://jichitai-unit.ne.jp/network/>

令和7年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)



特定非営利活動法人地域共生政策自治体連携機構