高齢者見守り研究会報告書

平成 22 年 12 月

高齢者見守り研究会

目次

はじめに ・・1

社会的背景 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

現状認識のための各種データ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

高齢者、特に、認知症の人たちを取り巻く問題
…医師の立場から ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

高齢者、特に、認知症の人たちを取り巻く問題
…現場を臨床心理士として調査した立場から…
アルツハイマー型認知症の本人と家族が体験する経済的被害・・・・・・・・・・・・10

認知症状のある方の抱えている問題と対応法
…ケアマネージャーの現場からの注意点・警告など・・・・・・・・・・・・・・・・12

高齢者見守りについて
…当 NPO 事務局長の報告 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17

徘徊をなくすという名目の下、拘束・薬漬けからの脱却
…NPO 法人地域認知症サポートブリッジ理事、
元 NHK 番組ディレクターの取材の現場から ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・19

介護保険制度外のニーズに応えたケアサービスの取り組みの工夫例
…NPO 法人グレースケア機構代表（柳本文貴氏）の報告 ・・・・・・・・・・・・21

自治体や地域でのさまざまな工夫…三鷹市の報告 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・23

自治体や地域でのさまざまな工夫…高知県の報告
　高知県津野町の地域の見守り・助け合い活動への ICT 利活用モデル
（日本銀行元高知支店長のご報告…個人・ボランティアの立場から） ・・・・・・・・26

終わりに ・・27

はじめに

高齢化が急速に進む我が国。高齢者が４人に１人，いや，間もなく３人に１人になると予測され，その備えとして，国・地方をはじめとしてさまざまな分野で，活発な動きがある。社会は，行政主体から，民間主体へと舵を切りつつあるところで，行政と民間，そしてこれらをつなぐ公共部門への期待も大きい。

先般，「100 歳以上の行方不明者」が問題となり，実際に死亡していたケースでは，その方の年金を子供たちが詐取していたとして逮捕されたところである。それ以外でも，住民票は残っているけれど，実際には，所在が不明，という事例も多数発見された。近隣の人のみならず，家族すら，行方を知らないという話である。今後，100 歳以下についても調査するようであるが，現代のミステリーというほかはない。ここにおいても，高齢者が地域のみならず，家族からも孤立している現状がはからずも浮き彫りとなっている。

2009 年 10 月，在宅医療の専門医師，弁護士，フィナンシャルプランナーなどが集まり，ＮＰＯ法人「長寿社会の安全安心な暮らしを実現する会」のスタートに向けて，長寿社会に対応する新たなインフラ・システム・きずなつくりなどを模索するための研究会を開始した。

この研究会には，NPO 参加予定メンバーのほか，三鷹市の行政の担当者，郵政・電気・ガスなどの公共部門，実際に三鷹市でＮＰＯ活動をする方などにも参画をお願いした。これからの社会づくりのためには，民間だけではなく，行政と公共部門の力が必須であると考えたためである。これまで計 7 回開催し，ご多忙な中，ほぼ，毎回ご出席いただいた。その後，この報告書の取りまとめにあたっても，さまざまなご提言・ご意見などをいただいた。ここに心からの謝意を表する次第である。

そして，今年４月，ＮＰＯ法人が設立されたのを機に，この研究会としても一区切りのまとめをすることとなった。

研究会の経過は，以下のとおりである。

開催日	形式	テーマ
2009 年 10 月	非公開	認知症の現状と問題点 地方公共団体（三鷹市）の取り組みについて
2009 年 11 月	一般公開	ケア･医療の側面から見た認知症の現状と課題（医師木之下徹）
2009 年 12 月	一般公開	認知症と経済被害（臨床心理士安田朝子） 法律及び経済被害の側面から見た高齢者の現状と課題（弁護士住田裕子）
2010 年 2 月	非公開	認知症対策の現状と課題（NPO 代表徳田雄人） 認知症症状のある方の問題と対応法（介護ケアマネジャー木内由美）
2010 年 3 月	非公開	NPO の説明（ファイナンシャルプランナー和泉昭子） 各社よりの報告（東京ガス，東京電力，日本郵便，三鷹市，ドコモ）
2010 年 5 月	非公開	地方での試み（元日本銀行支店長） 見守りの現状と今後の見通し（NPO法人事務局長保高睦美）
2010 年 6 月	非公開	企業の立場から長寿社会に向けてのさまざまな手法のあり方等（参加企業様） 総括

社会的背景

現状とその問題点

我が国は，戦後，高度経済成長が進展し，産業構造・社会構造も大きく変化した。あわせて，都市化･核家族化も進行したが,それが家族形態や高齢者を取り巻く環境の変化にもつながった。

すなわち，戦前から，戦後まもなくまでの高度産業社会以前の我が国では，大家族が一般的であり，農業・商業・家内工業などの「家業」があり，家業を基盤として地域に人間関係のきずなが築かれていたが，それが崩れ，相互扶助の関係もとぎれ，全般的に人間関係が疎遠になってきたといわれる。地域コミュニティの崩壊ともいわれる。

その結果，現代社会では，高齢者の孤立死・孤独死，引きこもりや高齢者家庭を狙った詐欺等の経済被害，声を出せない高齢者に対する虐待・犯罪が増加し，かつ，深刻化している。メディアでも，「ゴミ屋敷」，「認認介護・老老介護」の実態や「高齢者施設での死亡事故」，さらには，介護疲れからの家族内犯罪や介護をになう家族の心身の疲弊，加えて介護のために退職を余儀なくされた末の経済的窮状など，さまざまな問題が，連日のように報道されている。

いうまでもなく，近年の医療技術の進歩は著しく，平均寿命は伸びるものの，それに合わせるかのように介護の必要年数も伸びている。その間，介護に関する環境も大きく変化した。核家族化，少人数家庭化から，家族内だけの介護は限界となり，２０００年に介護保険制度・成年後見制度が開始した。

これら諸制度の開始から１０年が経過したが，高齢者を取り巻く問題は，いっそう増加しているのみならず，複雑化，深刻化している。今後，高齢化が一層進み，『高齢社会』を経て，『超』高齢社会になることが見込まれる。そうした世界に類を見ない『超高齢化』社会に対応するためにも，既に，顕在化している高齢者に関する問題に対し，あらゆる分野で，対応策を検討していくことが極めて重要である。特に，都市化や核家族化とともに，地域との関係性の希薄さが顕著になった東京など都市部において，人間関係のきずなを再構築する必要性が強く叫ばれている。

本研究会の出発点と問題意識

社会制度や環境の変容に高齢化が対応できないままの現状の下,高齢社会にあわせた社会とはどのようなものか，今後どのような制度やインフラが必要となるのか，行政・公共部門・医師・臨床心理士・法律家・フィナャルプランナーなどの専門家や関係者が連携して新しいあり方を探ろうとしたのが，本研究会の出発点であった。

たとえば，新しいきずなづくりのために，高齢者を取り巻く人間関係をさりげなく見守るという形での，本人の視点を大切にした緩やかなネットワークを再構築できないか，という試みもそ

の一つである。高齢者・特に，認知症の人が安心して暮らせる社会には，どのようなものが求められるのか。たとえば，詐欺・強盗・窃盗などの経済被害の防止のために，現金を手元に置かずに必要な額を必要な都度，郵便局員によって配達するサービスなどが考えられる。

そのような実情を探索した上，問題点を抽出・分析し，かつ，障壁を同定して解決していくことが国家的急務であろう。

さまざまな問題意識を共有するために，本研究会のこれまでの議論や報告が，次の議論や新たなものの創設につながる契機となれば，幸いである。

現状認識のための各種データ　（なお数はいずれも「約」）

１）　６５歳以上人口

年	65歳以上人口
2005年	2567万人(高齢化率 20.1%)うち女性が約6割
2009年	2901万人(高齢化率 22.7%)

＜出典：総務省統計局「平成１７年国勢調査」／総務省統計局「人口推計」（平成２１年１０月１日現在）／内閣府「平成２２年版　高齢社会白書」＞

２）　一人暮らしの高齢者

性別	2005 年	2015 年
男性	105.1 万人	186.4 万人
女性	281.4 万人	375.6 万人

＜出典：内閣府「平成２２年版　高齢社会白書」＞

・なお，本年は，全国的な国勢調査年であり，最新の調査結果が待たれる。

３）　寿命

性別	平均寿命	健康寿命	介護年数
男性	79.59 歳(前年 79.29 歳)世界第 5 位	73歳	6･6年
女性	86.44 歳(前年 86.05 歳)25 年連続世界第1位	78歳	8･4年

＜出典：厚生労働省「平成 21 年簡易生命表」「平成 20 年簡易生命表」／総務省統計局「世界の統計 2010」／WHO「The World Health Report 2004」／WHO「WORLD HEALTH STATISTICS 2010」＞

・2055 年には男性 83.67 歳，女性 90.34 歳の見通し
・男性……癌のほか，血管病（脳・心臓など）
・女性……寝たきりの原因は，骨折

※　ちなみに，　戦後間もなくの平均寿命は，50 歳代，昭和 30 年代に 60 歳代となっている。国連で「高齢者は 65 歳以上」と定義されたのもこのころである。「人生 50 年」時代から，わずか半世紀余りで「人生 80 年から 90 年」時代に突入する。社会制度の整備のみならず，意識の在り方も変革が求められるゆえんである。

４）　認知症高齢者数　（現在，厚労省班研究により詳細を追跡中）

2008 年（現在）	225万人（有病率 6.3%）	宮城･長野県人口とほぼ同じ
	うち，顕在者数　65 万人	
	うち，潜在者数　160 万人（介護制度と無関係，無防備）	
2015 年	302 万人	
2035 年	445 万人	

＜出典：厚生労働省「精神科救急医療，特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」平成１９年度　総括・分担研究報告書／財団法人認知症予防財団＞

※　認知症については，診断され，必要な介護等のサービスや情報が提供されれば，多くの被害や問題の発生が回避できるのであるが，認知症の無理解や誤解から顕在者の倍以上の人々が潜在化している実態がある。本人のみならず，周囲にその認識がなく，適切なケアがされないために，いわゆる『社会的弱者』としてさまざまな面で被害者になるばかりか，加害者になるおそれすらあることが，問題である。

５）　介護保険サービスの利用状況

合計	398.9 万人
女性	283.2 万人
男性	115.6 万人

＜出典：厚生労働省「平成２１年度介護給付費実態調査結果の概況」＞

※　急増する保険利用者数に対応して適切なサービスが提供できるのか，財源の問題解決が急務である。

６）　特別養護老人ホームの待機者

42万人

＜出典：厚生労働省「特別養護老人ホームの入所申込者の状況（都道府県別の状況）」＞

※　地価の高い首都圏では，軽費ホームなど，簡便化・簡易化が進んでいる。特に，個室ではなく，多人数の収容を認めることにつき，人として許容できないレベルであるとの批判も強い。

7）　要介護者からみた主な介護者の続柄

続柄	%	内訳
配偶者	25	同居　計 60%(内訳：男 28.1%，女 71.9%)
子	17.9	
子の配偶者	14.3	
その他の親族	2.8	
別居の家族	10.7	
事業者	12.0	

＜出典：厚生労働省「平成１９年国民生活基礎調査の概況」＞

※　介護保険制度が発足して 10 年経過するが，介護については，同居の家族，特に女性に多くがゆだねられているのが実情である。それらの疲弊が甚だしく，社会問題化している。

8）　認知症に発症する割合

たとえば，両親が健在で，あなたが，両親が共に 25 歳のときの子供だとすると･･･	
65 歳以上の有病率 8%以上	あなたが 40 歳以上だとすると，あなた方夫婦の 4 人の親のうち，だれかが認知症である確率が 3 割
85 歳以上の有病率 25%以上	あなたが 40 歳以上だとすると，あなた方夫婦の 4 人の親のうち，だれかが認知症である確率が 7 割

＜出典：医師・木之下徹＞

※　他人ごとではない数字である。特に，社会で中核となって活動している 55 歳以上の夫婦の半分が，家庭では，介護の問題をかかえていることに注目すべきである。

9）　BPSD（認知症の周辺症状）の出現率

認知症のうち7～9割

出現頻度を 8 割とした場合，居宅 90 万人，施設も 90 万人，合計 180 万人いる計算

なお，BPSD(behavioral and psychological symptoms of dementia)とは

1)　徘徊･攻撃･暴言･暴力･拒絶･収集…等の行動障害

2)　興奮･幻覚･妄想･せん妄･不安感･鬱状態･不眠等の精神症状

をいう

＜出典：Int Psychogeriatr. 2004 Dec;16(4):441-59. Ferri CP　et al.／Int Psychogeriatr. 2004 Sep;16(3):337-50. Suh GH　et al.／老年精神医学雑誌 1998 9(9):1019-1024.　本間昭　et al.＞

※　この点について，介護する側で適切なケアをいかにするかも重大な問題であるが，それにとどまらず，ご本人の視点を中心にして，その方の人権を守るために，社会が，どのように取り組んでいくかが研究会の当初からの主要なテーマである。後述のとおり，薬漬けによる事実上の拘束という悲惨な実態も散見される。

今後もこの視点に基づいて，当 NPO はさまざまな研究・検討を続けていくこととしたい。

１０）　成年後見の制度利用者数

年	件数
2000 年	9007件
2009 年	2万7397件

＜出典：裁判所「成年後見関係事件の概況」（平成 12 年 4 月から平成 13 年 3 月）／最高裁判所事務総局家庭局「成年後見関係事件の概況」（平成 21 年 1 月から 12 月）＞

※　介護保険制度と比較して，利用率はさほど伸びていない。その原因として，制度の周知不足だけでなく，担い手不足の問題が大きい。加えて，担い手となるための研修体制もまだまだである。さらに，成年後見制度の守備範囲でない医療同意権の問題，日々の金銭管理の問題など，今後の課題は多い。

１１）　高齢者虐待の実情

件数	内訳（2008厚生労働省調査）
1 万 5000 件	家庭内では，被害者の 7 割以上が女性。4 割以上が 80 歳以上。
	加害者の 4 割が息子。次いで，夫･娘。

＜出典：厚生労働省「平成 20 年度　高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」＞

※　深刻な実態があるが，これは，加害者だけを一方的に責めて解決する問題ではないことはいうまでもないことであろう。

１２） 公正証書遺言作成数

年	件数
1972年	1万7000件
2009年	7万8000件

＜出典：日本公証人連合会による統計＞

※　成年後見制度とともに，法律に関するサービスの普及活動の立ち遅れの結果であろう。

高齢者，特に，認知症の人たちを取り巻く問題・・・医師の立場から

認知症とは

認知症とは，加齢に伴う生理的な物忘れではなく，知的機能が持続的に低下し，社会生活に支障をきたすようになるものである。アルツハイマー型認知症，血管性認知症，レビー小体型認知症などの種類があり，それぞれ症状の出方や経過が異なる。たとえば，アルツハイマー型認知症の症状は，物覚えが悪くなったり，日付が分からなくなったりするのが一般的で，これらを中核症状とよぶ。一方，徘徊や暴言，暴力などは，介護保険では「周辺症状（以下，BPSD と記す。ただし，周辺症状＝BPSD ではないことに留意されたい。）」といわれ，医療や介護が不適切な場合には，深刻なものとなり得る。

※BPSD　：　前述の通り，「Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia」の略で，徘徊･攻撃･暴言･暴力･拒絶･収集…等の行動障害や興奮･幻覚･妄想･せん妄･不安感･鬱状態･不眠等の精神症状をいう。

そもそも認知症とは認知機能（知的能力の）障害（たとえば，見当識，記憶，注意などの障害）があることが含まれている。

疾患ごとに中核症状〈脳の原因疾患ごとの特異的な（と想定される）器質的障害によって直接説明しうる症状〉と周辺症状〈中核症状が元にある二次的な症状〉があるとするのが合理的理解である。すなわち，中核症状とは，脳の原因疾患ごとの特異的な（と想定される）器質的障害によって直接説明しうる症状である，一方，周辺症状とは，中核症状を背景とした二次的な症状のことである。中核症状の例を挙げると，たとえば，アルツハイマー型認知症において記憶障害が挙げられ，レビー小体型認知症では，注意障害が挙げられる，といった具合である。

一方，BPSD は疾患ごとにそれらを区別しない，認知症に伴う行動や心理の症状として，認知機能障害ならびに身体症状以外の症状として大きくくくられる概念である。

すなわち，BPSD には徘徊・攻撃・暴言・暴力・拒絶・収集…等の行動障害や興奮・幻覚・妄想・せん妄・不安感・鬱状態・不眠等の精神症状が含まれている。

ただし，実用上は，せん妄は区分して理解すべき要素であることを加筆する。多くのせん妄は薬剤や身体環境の悪化から生ずる場合が多く，適切な医療介入を必要とするサインでもあるからである。

ところで，この概念の区分の重要性は，とりわけ，周辺症状は，中核症状に伴い二次的に生ずる症状である，という点にある。現在，周辺症状に対しては，それを無害化することを意識した鎮静系薬剤の標的になりがちであるが，それは，対処療法的対応であり単に精神活動の鎮静化であり，副作用が大きいものも多くかえって体調を損ねることもある。こういった意識の醸成に対して重要な概念である，ということを主張したい。

根本の解決は，標的とすべき症状がなぜ生じているのかを理解し，そのプロセスに適切に介入すべきであることに論を待たない。しかし，ともに暮らす家族にとってはその対応に煮詰まっていることも多く，その部分には第三者的支援の構築と提供が必要である，と考えるのは自然であろう。

認知症の人数

さて, 2009 年 10 月 1 日時点での推計人口は, 65 歳以上人口は, 約 2920 万人･高齢化率 22.7%（総務省人口推計）だが，認知症の顕在者数は，65 万人，潜在者数は，160 万人(厚生労働省推計)で，2015 年には，302 万人，2035 年には，445 万人となる見込みである。今後，日本経済に大きな影響を与えることが予想される（家計の消費支出が今後 23 年間で 28 兆円，企業の国内生産が 41 兆円減少見通し。これは，認知症の人の消費行動の減衰が必至であること，及び後述の労働人口減少が国内生産減少につながると予測されることなどにより, 概算として見積もられたものである）。これと同様に，働き手の減少も深刻で，2030 年の労働力人口は 2006 年比で 7%減の 6180 万人に落ち込む（国立社会保障・人口問題研究所の予測）。特に打撃が大きいのは，社会保障で，2035 年には，生産年齢人口（15－64 歳）1.31 人で 1 人の高齢者を支える計算となる。2005 年では 1.95 人に 1 人である。

本人視点

それ故日本社会が，高齢者，シニア層にあった仕様に衣替えをする必要がある。残念ながら，現在認知症そのものは治癒しない。しかし進行を遅らせる薬はある。BPSD については，とりわけ，本人の視点が必須である。本人視点なき BPSD の解決方法には，たとえば，身体拘束もありえる。また鎮静系薬剤による事実上の化学拘束もある。薬は経済的問題が大きいが，とりわけ，本人の生活の質を低下させ，ひいてはケアをする側にも，深刻な影を落とす。なぜなら，家族であれば，その目の裏に，本人の生き生きとした風景が刻まれている。それだけに，単に大人しくなればよい，というものではない。身体の拘束や薬剤による事実上の化学拘束の姿は，これまでの姿が目に焼き付いているだけに, 家族にとっても, 受け入れがたいものではないだろうか。本人および家族が，いかにして共に満ち足りた思いで暮らしていくか，という視点が重要になってこよう。

認知症になっても，その人の核となる部分は失われない，とする考え方がある。すなわち，認知症になってしまうと，その人らしさや人間性のすべてが失われてしまうというのではなく，その人のこれまでの生活史を経て形成されてきた考え方や性格，そして行動傾向を含む人格全体のうち，中核をなす部分は失われないという考え方である。その失われない核となる部分に我々が真摯に向き合いながら，最期までその人らしい生き方や暮らしを送ることを目指すということ……パーソンセンタードケアとは，「人」中心のケアと訳出され，すなわち，「人」として，認知症の人々やその周囲の人々，さらに将来認知症になるであろう人々への眼差しのあり方を問うもので，まずは上述の観点（本人視点，あるいはその人らしさを追求する視点）が前提となる。

パーソンセンタードケアを基底にし，認知症になっても安全安心に暮らすための，行政，医療機関，介護施設，企業などの社会制度やインフラを整備していくことが求められ，そして人間関係やきずなを再構築することが必要とされている。

認知症のケアとは？

「してもらうーしてあげるケア」から本人が希望を見出し，今を生きる意味をみつけられるように，「ともに歩むケア」へ。

パーソンセンタードケアの視点に立って医療・ケアに従事している人たち，そして，介護する家族の人々が共に集い語り合う組織がある。『お福の会』といい，その宣言が，パーソンセンタードケアの精神・真髄を示しているので，ここに紹介する。

お福の会宣言

人は、人として生まれ、人として死ぬ。そして、その過程で誰もが認知症という病に遭遇する可能性をもっている。かつて、認知症をもつ人は、「人格が崩壊する」「こころが失われる」と恐れられた時代があった。だが、今や私たちは知っている。認知症になっても自分は自分であり続けることを。月が欠けているように見えても、月が丸いことに変わらないのと同じである。自分が、認知症になっても、家族の一員、社会の一員として、

友人として、権利と義務とを有する国民の一人として、生活を続け、人生を全うしたい。同じように、家族や友人が認知症になっても、ともに人生の旅路を歩き続けたい。「お福の会」は、そういう思いをもつ市民が、本人や家族、医療、介護、行政、その他の立場を超えて集う場である。認知症をもつ人が生活の主体者として人生を全うできるように、私たちは力を尽くしたい。

発起人：

小阪憲司（日本老年精神医学会前理事長、レビー小体型認知症発見者）

髙見国生（「認知症の人と家族の会」 代表）

木之下徹（こだまクリニック院長）

和田行男（東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会代表）

町永俊雄（NHK 福祉ネットワークキャスター）

高齢者，特に，認知症の人たちを取り巻く問題
・・・現場を臨床心理士として調査した立場から・・・
アルツハイマー型認知症の本人と家族が体験する経済的被害

はじめに

認知症では，判断力や問題解決能力が十分に機能しなくなることに伴い，経済的な面でも本人や家族に負荷やトラブル(経済的被害)が生じやすい。しかし，これまで，経済的被害にさほど関心が払われてこなかったが，ようやく昨年，クーリングオフ制度の拡大や過量販売の契約解除を認める法改正，そして消費者庁の新設などにみられるように，被害にあいやすい高齢者を念頭においた悪徳商法対策に本腰が入れられようとしている。

経済的被害の定義

ここでは，

1. 消費者として，不用品・高額品等の購入や贈与等の取引に伴う被害

2. 認知症発症後介護等のために家族が退職・転職したほか，資産を処分せざるを得なかったなどの本来得られるはずであった機会や収入を喪失したことの被害

とする。

調査方法

2007 年 6 月から翌年 3 月にわたっての医療機関を受診した在宅介護中の本人と介護者を対象として 106 組の例を調査した。

結果

被害の実態

対象者約 6 割の人が被害にあったり，介護による退職など機会損失を受けており，一世帯当たりの平均損失額は約 497 万円で，最高額は約 1 億 5,000 万円であった。現在の国内の推定認知症者数を 200 万人として今回のデータを当てはめると，経済被害の経験世帯数 120 万件でその額 2 兆 500 億円に，機会損失経験世帯数 152 万件でその額は 7 兆 5,500 億円に上るものと推計された。

（関東近郊の病院にかかる在宅介護中のアルツハイマー型認知症の本人とその主たる家族介護者 121 組（最終 106 組）を対象とした木之下徹医師・安田朝子臨床心理士による調査結果より）

今後の対策等

以上のような被害のために，本人および家族，そして医療や介護の関係者あるいは専門家は苦慮しているが，少なくとも認知症であることの早期の診断は抑止力のひとつとして重要である事が示唆された。また，第三者の目が入ることによって，被害の発生や拡大をくいとめることができる可能性もある。成年後見制度があるものの，いまだ実際の利用度は低く，これを広げていく必要性が高い。そのほか，家計の管理方法についても，家族全体で取り組む必要がある。制度整備のみならず，そこに至るための情報の周知方法も工夫が必要である。

特に，高齢者は最新の知識や情報が入手しにくく，そのために被害が一層増すおそれも大きいこと忘れてはならない。

高齢者・・・防災弱者を守るために

災害・防災のときの最大の犠牲者となるおそれがあるのが，障がい者と高齢者である。自力での避難が難しくなることが予想され，先般の「とんでん」，「たまゆら」火災の悲惨な実態は，これからの高齢社会を考える上で，深く肝に銘ずるべき事件であった。

国は災害の犠牲者ゼロを目標にし，そのための支援計画の策定を促しているが，計画はありながら，実行が伴わないこともあり得る。日常生活のレベルから，いつ襲ってくるかわからない災害に備えて，高齢者を含む要援護者とその人たちを支援する人たちとの支援のネットワークの構築とその手入れは怠ってはならないであろう。

また，前記事故を受け，厚生労働省が全国約 1 万のグループホームを調査したところ，6 割の施設でスプリンクラーが設置されていなかったことが判明した。来年 2011 年度末までの設置が義務付けられている，延べ床面積 275 平方メートル以上の施設でも，半数以上がまだ設置されていないとのことであった（以上，本年 4 月末現在）。

今後，国の補助を一定規模以上としていたのを，小規模施設まで拡大する方向で，火災警報器もその範囲に含まれることをも検討されている。国を挙げての安全対策とその実施が求められているところである。

認知症症状のある方の抱えている問題と対応法・・・ケアマネジャーの現場からの注意点・警告など

高齢者世帯は誰からでも狙われている！

1） 遠くに住む家族には時間がなく，やむを得ず，業者へ依頼するなど人任せとなってしまうことが多い。隣人，医者など，何かおかしいなと感じても，手をだせずに，放置されたままとなって，手遅れになってしまうことも・・・

1） 弁護士からのコメント：実は，同居している家族や親しげや知人であっても，実は，その資産などを狙っているということがよくある。そのような新聞報道に接することも多い。被害妄想にすぎないのか実際の事件なのかの見極めのためにも，早期診断が欠か

せない。また，高齢者家庭を孤立させないようにすることが必要だろう。

2） 介護保険や認知症について，医師の専門性・スキル・資質はさまざまである。介護認定は医師の意見書に左右されるため，また，適切なケアを受けるためにも，医師の専門性と相性とが大切。

2） 弁護士からのコメント：とはいえ，弁護士も同様で，どの弁護士に依頼するか，どこにいけばよいかわからないことが多い。また，弁護士として裁判における鑑定医師の資質に疑問を感じた経験もある。一人の医師だけでなく，セカンドオピニオンも大切なことであろう。これらを集約する情報源として，地域包括支援センター・行政の相談窓口の存在も大きいが，その際，医師の資質については，コメントしにくいと聞く。民間レベルで情報を集め，格付け等の必要性もあるのかもしれない。

3） 高齢者に良かれと思ってしたことも，不幸の始まりとなったケースがある。高齢になっての環境変化は，時に大きな傷を心に残す。

3） 弁護士からのコメント：後見人がよかれと思っても，医学的立場では違うといわれると，本当に迷う。専門家との連携が欠かせない。素人の生兵法はけがのもと。心しよう。

4） 建築会社など，他人を家に入れるときには細心の注意が必要。必ず頻回に訪問し，業務内容をチェックする。

4） 弁護士からのコメント：確かに，必要だと思う。しかし，身近に家族がいないとき，どうしたらよいのだろうか？　そのための後見人などの保護的立場の人を確保すること，孤立化を防ぐことなどが高齢社会での当然の知恵となるはず。ご近所のネットワークの再構築・きずなつくりも大切なことだろう。

5） 昔からの知り合いは，必ずしも安全ではない（例：司法書士から紹介された，悪徳リフォーム業者）

5） 弁護士からのコメント：確かに，認知症の人がいったん悪徳業者に付け込まれると，被害は繰り返される実態がある（次々販売等）。信頼できる第三者の保護的立場の人との連携がさらに必要となろう。

6） 介護にとどまらず，生活全般にまつわる悩み事は誰かに発言することで，問題解決の糸口がつかめることがある。

6） 弁護士からのコメント：ネットワーク・人との絆の重要性！　まさに話し合える仲間は資産です。介護する人たちのネットワーク，そして介護される人たちのネットワークも。

7） 2004 年 12 月に「痴呆」は「認知症」へと呼称を厚労省が変更。しかしながら，「痴呆」＝「バカ」という悪印象は，根強く残り，偏見を生んでいる。「認知症」と呼称の変更はあったものの，現に，「私は認知症か?」と人に聞けないし，「あなたの親は認知症か?」とも聞けない。そして，認知症という診断を避けたいがために，医師の受診が遅れ，病状が進行していくというケースは多い。

7） 弁護士からのコメント：認知症の認識を改めること。誰でもなる可能性があるということ。そのために診断を一般化するような社会に変わること・・・問題は多々あるが，方向は見えるようだ。

8） 加齢による変化と認知症による変化は類似している。

8） 弁護士からのコメント：認知症の兆しは見逃したくないが，やはり専門家による診断が必要・重要ということか。

9）「最後の最後まで自分のことができて，コロッと死にたい」とほとんどの人は願っているが，その願いとは裏腹に認知症になり，要介護状態になる人も多い。一般人として生活しているつもりでいても，実は「認知症の人」として生活する可能性が高い。

9）弁護士からのコメント：どう人生の終末期・収穫期を迎え，過ごすか。考えていきましょう。認知症になっても，自分人らしく。

10）　介護施設によっては，自律する力がどんどん落ちていく例が・・・。

10）弁護士からのコメント：適切な介護とは？　なにもやらせてくれないというのと逆に，放置されっぱなし，という苦情も多数あり。介護の質をチェックする格付け機関としての民間団体が必要なのだろう。

11）　入院すると治療のためと「抑制」されることがある。仕方がないと受け入れてしまうようだが，本当に仕方がないのか？　自分なら頭がおかしくならないだろうか？想像するだに恐怖である。

11）弁護士からのコメント：しっかりしているときから，どういう介護を求めるかの意思を明確にわかるように，文書で残す・・・そのような制度が必要ではないだろうか。遺言制度も諸外国に比べてなかなか利用されていないが，医療同意権を含めて本人の意思・意向を人生の最後まで全うできるようにすることが，これからの課題であろう。

12）　治療して，歩行が改善したり ADL が改善すると要介護が要支援になり受けられるサービスが減るため，回復しないでと願う家族も少なくない。残念ながら，認知症の人が歩けるようになると困ると感じている家族は多いようだ。

※ADL（ACTIVITIES OF DAILY LIVING）。日常生活動作，日常生活活動ともいう。食

事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な基本的行動を指す。それぞれについて自立／一部介助／全介助のいずれかであるか評価することで障がい者や高齢者の生活自立度を表現する。

12)　弁護士からのコメント：介護される人とする側との利益が相反する場面は多々あり。ご本人の意思や人権をしっかりと守れる制度がほしい。中立的でご本人を保護できる立場の人が必要。

13)　認知症の人自身は悩んでいるのだが，周囲の人はそれがわからず困っていることが多い。認知症のある人に「何か困っていることはありませんか？」と聞いてみたり，食事をしなくなった人に「何か悩んでいることがあるの？」と聞いてみることが大切なのだが。

13)　弁護士からのコメント：コミュニケーションをもっと。その人らしい生き方を全うするために，そのためのネットワークを作っていきたい。

14)　認知症がではじめた独居の親を施設に入所させたいと子は考えるが，親は「家があるのに何故ホームに住む必要があるのか」と考える。たとえ自分が少し「変になってきている」との自覚があっても・・・。親の心を中心に方向性を考えたいものだが。

14)　弁護士からのコメント：それが，パーソンセンタードケアの真髄。とはいえなかなか実現しがたい現状だが。在宅医療の充実とともに，さまざまな偏見も変えていかなくては。

15)　認知症になっても，食べ物や入浴の好き嫌いはあるのが普通。食べないから「問題行動」，入浴拒否も「問題行動」と，レッテル貼りすることこそ問題。嫌いなものを無理に食べさせれば，吐き出そうとむせることは普通のことのはず。

15)　弁護士からのコメント：パーソンセンタードケアの視点が必要だが。介護の質を上げることも大切。介護の現場では，信じがたい，おそるべき実態があるようで，副代表の木之下医師の調査で判明し，今後，報告される予定。あくまでも本人視点を大切にしたいのだが，現状は・・・

16)　現在の年齢を忘れ，時代が逆行すれば，会社に通勤したくなるし，子供の迎えにも行きたくなる。思いがあり外出するのであり，徘徊しているわけではない。

16)　弁護士からのコメント：　“問題行動”といわれるものの‘問題性’がそこにある。ご本人の気持ちや考え方をそんたくすれば，解決策が発見できることがある，ということだろう。

17)　多くの高齢者は夜間トイレに頻回に移動する。失敗してはいけないとの思いが強い。ベッドの生活にも慣れていない。そのようなことから，入院・入所，初日に転倒・転落することはよくあるのだが。

17)　弁護士からのコメント：自立を尊重したいが，かといって，介護の人手の制約があるのだろう。①失敗行動があっても，決してしからない，②物取られ妄想もばかにせず，一度は一緒に探す，③夜間は明かりを消さないようにして幻覚を起きにくくする，などの対応がよさそう。日々のことをきちんと確認して，考えておくことが大切なよう。

高齢者見守りについて・・・当ＮＰＯ事務局長の報告

「見守り」は，名前のない高齢者サービスの総称という側面がある。ここでは「単身または高齢者のみの世帯に対し，その安全が害されないよう，周囲の者がする配慮」と定義し，施設入居者等に対するもの，非常通報システムは除外する。

それでは，現在，どのような「見守り」が行われているのか。

まず，家族・親族が行う「私的見守り」がある。直接，家族等が行うもののほかに，ポット，センサー等の機械を媒介したものがあるが，需要は伸び悩んでいるのが実情だ。

次に，自治体が中心となった「公助による見守り」の代表として，民生員の活動がある。また，行政が，新聞販売店などの事業者に協力を依頼。異常通報を受け，対処するネットワーク作りも近年盛んになってきた。

私的なグループも「共助による見守り」の役割を果たしている。趣味の会等は，見守りを目的とするものではないが，自然な支えあい関係が生まれる。自治体でも退職シニアに向けに「地域デビュー講座」を盛んに開催している。

また，千葉県の常盤平団地を代表とするマンション管理組合の見守り活動も活発だ。

高齢者の利用が多い，生協等の宅配サービスと融合した見守りも有力な方法である。

以上のような見守りサービスもバラバラでは効果が薄い。私，公，共が一体化して取り組むことが，地域のニーズにあった見守り活動の展開には必要だ。厚労省の「安心生活創造事業」もそうした考えに基づいている。

一方，見守りを考慮した住まい作り，街作りなどハード面の整備も欠かせない視点だ。東京都でもケア付き賃貸住宅の整備などに乗り出している。また，住居は個別，リビング等は共用のシェアハウスも活用できそうだ。

さらに大きく，青壮老一体となった街作りで孤立を防ぐ取り組みも出てきている。この点で，「下町の住まいの再生」を掲げた墨田区・曳舟での試みが注目される。

これらに加え，高齢者自身の孤立しない自助努力，意識改革も重要なことは当然である。

以上を踏まえ，当会の活動として，自治体と共同したニーズ調査やセミナーの開催で，地域見守りネットワークの一翼を担うことが考えられる。

センサー等を使った見守りサービスの例

事業者名	サービスの名称	開始年	加入者数		料金等
			03 年	10 年	
象印マホービン	みまもりほっとライン	2001 年	1270 人	4000 人	契約料 5250 円 3150 円／月 ポットはレンタル
東京ガス	みまも～る	2002 年	50 人	200 人	加入料 5250 円 987 円／月

パナソニック	みまもりネット	2002 年	400 人	350 人	初期設定料 5250 円 3990 円／月 09 年 3 月 31 日で新規受け付け終了。サービス終了は 12 年 3 月 31 日
アートデータ	安否確認コール	1998 年	1600 世帯	数千世帯	生活リズムを安否確認メールで通知 入会金 8400 円，会費 1050 円。(例)冷蔵庫センサ機器レンタル料 3300 円／月

代表的な業者でも需要が伸びていないのが実情。

東邦ガス・名古屋市上下水道局・NTT，東京都水道局もメーターを使った実証実験を行ったが，実用化に至っていない。

費用，駆けつけサービスがない，高齢者宅のネット環境の不備などが，需要が伸びない理由と考えられている。

我が国がこのような現状にある中，2011 年から，医療機器大手の米国ゼネラル・エレクトリック（ＧＥ社）とオランダ・フィリップスの 2 社は，それぞれ高齢者の安否を遠隔操作で確認するサービスを展開するとの報道に接した。ネット経由で在宅・施設内の高齢者や患者の状態を 24 時間把握する仕組みで，米国では，すでに手がけられているサービスであるとのことである。（9 月 16 日付け日経新聞）

ＧＥ社は，ベッドやトイレの近くなどに居住者の動きを検知するセンサーを設置し，ネット経由で送られた居住者情報をリアルタイムで把握し，急病など異変により動けなくなった場合や転倒による意識不明，夜中の徘徊をいち早く検知し，施設の担当者や家族に連絡するというものである。1 か月 1 部屋 6000 円から 7000 円程度の価格の予定である。米国では，約 3000 人が利用しているとのことである。

また，フィリップ社は，専用の通信機器を部屋に設置して利用者がセンサー機能付きのペンダント型の通報機器を携帯し，転倒したり，ペンダントを放置したりなどの異常を検知した場合と本人からの通報により，通信機器経由で同社センターに自動通知される。1 か月 1 部屋 5000 円から 6000 円程度の価格の予定である。

今後，日本市場の参入を機に，ノウハウの蓄積を進め，欧州や中国にも展開することを目指しているとのことである。

このような機器による見守りは，我が国の先端的高級老人ホームでも導入されているが，これが今後どの程度普及することになるのか，注目していきたい。

徘徊をなくすという名目の下，拘束・薬漬けからの脱却

・・・NPO 法人地域認知症サポートブリッジ理事，元ＮＨＫ番組ディレクターの取材の現場から。

１）これまでの実態

「物忘れとうつ症状　数年にわたり病院を転々とした５０代女性」「万引きをしたとして逮捕された５０代男性　懲戒解雇処分に」「認知症と診断された５０代女性　夫と絆を深めるきっかけに」「重度の認知症でも，コミュニケーションがとれる介護スタッフの存在」。などを取材しての疑問。

なぜ，同じ病気をきっかけとして，暮らしぶりに差がでてしまうのか？

それは，認知症の問題の多くが，病気そのものに由来するよりも，受け入れる社会環境や人と人との繋がり方に由来するものが大きいからだと考える。

２）制度などの推移

認知症をとりまく環境は，２０００年ごろに大きな転換点を迎えた。認知症治療薬アリセプトの登場，介護保険制度の開始，認知症本人や介護家族の声があがるようになったことなど。それまでの，手の施しようがない，やっかい課題から，医療や介護次第で対処可能な問題となった。そして，国の認知症対策は，以下のように様々な形でされてきた。

国の認知症対策

かかりつけ医－サポート医－認知症疾患医療センター，

認知症ケア高度化推進事業

地域支援体制構築等推進事業

認知症サポーター　100万人キャラバン

地域包括支援センター

成年後見制度

３）現状の問題点

以上のように，制度上は整備され，さまざまな施策も実施され，形式的には問題はないように見えるが，現状は，簡単な講座を受けた医師とサポーターがリストアップされているだけで，潜在的な認知症の人の発見や，医療連携が確実になされている地域は多くない。

介護と医療を結びつけ，相談業務やコーディネートの受け皿として期待される地域包括支援センターは，業務の多くが介護予防事業に置かれ，高齢者の生活を支援する総合窓口の役割を果たすことはなかなか困難なようである。総じて，対策の看板はかかっているものの，実態はおそまつというしかないのが現状である。

しかし，一方で各地の認知症の人に向き合う現場から新しい取り組みが生まれている。具体的には，認知症フレンドシップクラブ，おりづる工務店，NALC，すずの会の活動など，認知症の人とその人を取り巻く人たちの連携の輪と場が設定され，それらが定着してきた。

今後，これら各地の先進的な取り組みをヒントに，

単なる認知症という「疾病」モデル　→　認知症の人がその人らしく過ごせる「生活」モデル　→認知症の人とその人を取り巻く人たちが織りなす「まちづくり」モデルへ

と対策が進化することが望まれる。

介護保険制度外のニーズに応えたケアサービスの取り組みの工夫例
・・・NPO 法人グレースケア機構代表(柳本文貴氏)の報告

医療や介護の制度がきしみ，充分な安心が保証されなくなっている。

私たちは三鷹市を中心に，武蔵野・杉並から都心にかけて介護保険外のケアサービスを提供してきた。今回，研究会への参加を通して，特に３つの分野での課題を感じた。

１）安心の住まいのために

たまゆらの問題のように，特に都内では加齢や障がい，生活の困窮，家庭の事情などにより，生活の基盤を失うことが少なくない。特別養護老人ホームは待機者が多く，重度者を優先するためになかなか入れず，またユニット＝個室化によって費要負担が上がり，低所得者が利用しにくくなった。

グレースケアでは，「医療付きアパート事業」として，武蔵野ホームケアクリニック（武蔵野市・東郷清児院長）と提携し，アパートの１室を使った滞在型のケアを提供している。病院は退院できたが，自宅では独居や家族の高齢・認知症などの理由で介護力がないケース，痰の

吸引など医療ニーズを伴うために，一般の施設では受け入れてもらえないケースなどに対応している。

さまざまなニーズに即した施設を多様に展開していくことに対応するように努めている。

２）認知症の人の見守りとして

今回，社会的インフラを担うガス・電気その他公共サービス企業による見守りの仕組みをお聞きし，利用者数はまだ限られている，あるいは，進んでいない実態がわかった。

グレースケアで担当した被後見人のケースであるが，病院に緊急搬送後も１年にわたり電気・ガスの請求と引落しが続けられ，利用量０でも請求する旨のお知らせとともに請求書がポストに投函され続けられていた例があった。

電力会社の方にリサーチしたところ，長期間にわたる利用量「０」世帯に対しても、個人情報やプライバシー保護の観点から、近隣住民への問い合わせなどは行われておらず、本人や家族と連絡が取れない場合は，機械的な請求が続く可能性が高いことが判明した。

これに対しては，法的な代理人が選ばれて解約することが理想的な手続き対応であろうが，そうでなくても，利用量「０」の場合は，居住実態を把握したうえで，お客様番号を確認することで，「代理人による確認あり」と見なして，請求を停止する等の手続きをとる必要があろう。

また，このような事態においては，公共企業として，お客様の孤独死や孤独死寸前という最悪のケースがあることも想定し，民生委員・警察署などの行政機関への通報・連携も検討すべきであるとの意見も出された。

実際に，自治体によっては，高齢者見守りネットワークの一員として公共企業体や民間企業などが行政における連携機関として登録している例（東京都目黒区ほか）もあり，各地でそのネットワークが拡大していくことが望まれる。

なお，このような連絡をするに際しては，個人情報の保護は極めて重要であるが，より高度な保護法益である生命・身体を守るためには，例外的に情報の目的外使用を禁じた上で行政機関への通報は，許容されるとする意見が出された。

グレースケアでは，地域包括支援センターや遠方の家族などから依頼があれば，定期的な訪問や見守り，手続きの代行，緊急時の対応などを行っている。特に「徘徊」のある方に長時間や夜間につきそったり，金銭管理をお手伝いしたりしている。

３）暮らしの楽しみのための実例

会の話し合いのなかでは，木之下徹先生からは，見守り＝安否確認といった消極的な支援にとどまらず，認知症の人が積極的に暮らしを楽しめるような支援の必要性が指摘された。確かに，認知症や障がい，疾病を理由に，これまでの普通の楽しみも伴う生活をあきらめざるを得なかったり，制度の枠内で提供されるデイやショートステイなどのサービスに選択肢が狭められる現実がある。

グレースケアでは，通院や入院時の付添い，家事代行などお困りごとのケアに加えて，冠婚葬祭など家族の行事，地域のお祭りやイベントなどへの参加，その他，観光や行楽，観劇・お稽古ごとなど趣味活動，さらに本人の仕事を継続するためのサービスを行っている。ケアスタッフの側も，通訳や秘書など独自のキャリアを活かしてやりがいと報酬を両立させた新たなケアの仕事づくりになっている。なお，若年性認知症で高齢者のケアに馴染めない場合には趣味やスポーツのサポートをしており，認知症の人の個性や実情に応じたサービスは今後ますます拡充する必要があろう。

介護保険は日常生活に最低限必要な支援だが，人の暮らしはそれだけでは成り立たない。プラスアルファの豊かさを支える仕組みづくりはまだまだこれからの課題である。

自治体や地域でのさまざまな工夫・・・三鷹市の報告

三鷹市の高齢者施策
地域ケア推進事業の推進～新たな共助のしくみづくりの取り組み

三鷹市の高齢化率は，およそ 19%で，全国平均や東京都平均よりやや低い状況となっている。世帯構成も昭和 30 年代以降の人口急増の中，世帯人員の減少や単身世帯の増加という大きな変化が見られ，とくに独り暮らしの高齢者世帯の割合は多摩地域ではトップクラスの水準にある。

そうした中，平成 15 年 6 月に「三鷹市健康・福祉総合計画 2010」を策定して「地域ケアの推進」を重要課題とするとともに，平成 16 年度には第 3 次三鷹市基本計画（改定）の中で，いつまでも元気で心豊かに生活できる地域をめざす「地域ケア推進プロジェクト」を三鷹市の最重点プロジェクトの一つとして位置付け，地域ケア推進事業に着手した。地域で活動の中心を担うための任意団体である「地域ケアネットワーク」の構築にあたっては，各住民協議会の取り組みや意向を踏まえるとともに，住民協議会を中心として，配食サービスや機能回復訓練事

業などのボランティア活動が活発に展開されていることなどから，井の頭地区をモデル事業地区とし，平成 16 年 10 月に「地域ケアネットワーク・井の頭」が発足した。

「地域ケアネットワーク」は，言い換えれば，地域における「新たな支え合い（共助）」と協働のしくみづくりのための組織である。これは，市内 7 つのコミュニティ住区を基盤として住民協議会や町会・自治会をはじめとする地域のさまざまな支え合い活動と民生児童委員や市民，行政，関係機関・団体等が連携してネットワークを形成し，地域での課題解決に向け協働して取り組んでいくものであり，「コミュニティの創生」の一翼を担うものである。現在，7 つのコミュニティ住区のうち，井の頭，新川中原，西部の 3 つの地区で地域ケアネットワークが設置され，居場所づくり事業としての地域サロン活動や日常でのちょっとした困りごとを地域の住民が援助する「ちょこっとサービス支えあい」事業等，各地域の状況に応じた事業を展開しており，市では今後全ての住区でネットワークの設立と活動支援を予定している。また，傾聴ボランティア，認知症キャラバンメイトや認知症サポーター，地域福祉ファシリテーター等，地域福祉活動推進の担い手の養成と活動支援も併せて実施している。

三鷹・武蔵野認知症連携を考える会
～医療連携，医療と介護の連携を目指して

増え続ける高齢者人口とそれに伴う認知症高齢者への対応は，地域の大きな課題となっている。そうしたことから，認知症高齢者が住み慣れた地域で，安心して生活が送ることができるよう，三鷹市と武蔵野市では，一昨年行政や医療機関，関係機関等が協働して「三鷹・武蔵野認知症連携を考える会」を立ち上げ，認知症高齢者をシームレスに見守っていくための仕組みづくりを進めている。

具体的には，両市の高齢者支援課に加え，杏林大学付属病院と武蔵野赤十字病院という地域の基幹病院，そして両市の医師会や地域包括支援センターなどが参加しており，基幹病院と物忘れ相談医の医療連携，また市の高齢者支援課，地域の包括支援センター等介護分野と医療分野の連携など，医療現場と介護現場が連携して認知症高齢者を地域で見守っていくための仕組みづくりである。

こうした取り組みは，上述した「地域ケア推進事業」による地域の「新たな支え合い（共助）」の仕組みづくりと有機的に連携することにより，認知症高齢者ができるだけ長く住み慣れた地域で暮らしていくための大きな地域力になってくるものと考えている。

参考

～おもに独り暮らしや高齢者のみの世帯を対象にした三鷹市独自のサービス

① 高齢者福祉電話設置事業

おおむね 65 歳以上の高齢者世帯で，現在電話をお持ちでなく，近くに親族のいない方で，所得税が年額 42,000 円以下の世帯が対象である。市名義の電話を貸し出し，基本料金と月 60 通話分までの通話料を助成する。

② 緊急通報システム設置事業

おおむね 65 歳以上のひとり暮らし，又は夫婦などの世帯の高齢者のうち，世帯の前年度所得が 2,376,000 円以下の方であって，かつ，心疾患等の疾病又は身体機能の著しい低下により日常生活に注意を要する方が対象である。発作などの緊急時にペンダント型のベルを押すと，東京消防庁に自動通報され協力員がかけつける。あらかじめ近隣の方で緊急通報協力員になってくださる方を探し，決定しておくことが必要である。

③ 電話訪問（社会福祉協議会）

65 歳以上のひとり暮らしの高齢者に，ボランティアセンターからボランティアが週１回電話訪問を行い，安否の確認や話相手をする。

④ ふれあい型給食サービス

給食サービスは昭和 51 年から始まり，ボランティアがコミュニティセンターで共同調理して届けるものと，高齢者福祉施設などで調理されたものを届けるものがある。おおむね 65 歳以上でひとり暮らし及び 65 歳以上の方だけの世帯，又は重度の身体障がい者，知的障がい者などの世帯で，心身の状態から買い物や炊事が困難な方を対象としており，年間約 4 万 4 千食の弁当を安否確認を行いながら配達している。原則として週２回。１食 400 円。

⑤ その他の食事サービス

毎日昼・夕食を配達する毎日型食事サービスやカロリー計算をした療養食サービスに加え，会食会など高齢者のためのさまざまな食事サービスを実施している。

⑥ その他，徘徊高齢者位置探索システムや入院見舞金の支給，理美容サービスなどに加え，介護保険制度に関しても，利用者負担軽減制度や介護保険料個別軽減制度など，三鷹市独自の負担軽減事業を実施している。

自治体や地域でのさまざまな工夫・・・高知県の報告
高知県津野町の地域の見守り・助け合い活動へのＩＣＴ利活用モデル
（日本銀行元高知支店長のご報告・・・個人・ボランティアの立場から）

１，高齢化率は約３６・８％と高率

高齢化率は約３６・８％と高率。９割が林野で占められた自然豊かな地域。

広さ 197ｋ㎡で，人口は約 7000 人。

２，「誰もが安心できるまち・安全で災害にも強いまちづくり」のために

関係機関（地域包括支援センター，社会福祉協議会，町役場，民生委員，福祉委員，各種相談員，近隣ボランティア，消防，警察）が連携・協働して日常的に助け合う地域づくりを目指す。

１）　安心・安全見守り台帳とお守りカード

日常的な見守りや助け合いに必要な情報（住所・氏名・生年月日・血液型・持病・かかりつけ医師・服用薬・緊急連絡先・自宅見取り図＜含む就寝場所＞・親しい人・避難場所等）を記載した「台帳」を個別の承諾を得たうえで作成し，地域包括支援センター・社会福祉協議会などの機関が保管。

高齢者宅には，その一部を記載した「お守りカード」を掲示。

２）　小地域ふくし座談会と五目マップ

座談会を開催して意見交換。

地図上に一人暮らし世帯・高齢者世帯・障害者世帯・防火設備・避難場所・福祉設備などをマーキングする「五目マップ」を作成。

３）　当初紙ベースであったが，見守り台帳をデータベース化するＩＣＴ利活用により，支援者相互の情報共有と迅速な情報更新の仕組みを実現。連携がさらに機動的なものとなった。

また，これらに，地理情報システム（GIS)のデータとも連携され，一覧性が増した。

４）　高齢者（見守られる人）に関する情報入手の手段としては，メール，地域サロン，口答（福祉委員，保健士，民生委員などの訪問）などがある。

特に，地域サロンは，高齢者にとって健康維持に資するところが大きい。

５）　このシステムについて，住民アンケートをとったところ，132 名のうち，91%が見守り・助け合い活動の活性化に寄与できると期待感を示す回答結果であった。

６）　事業運営上の課題

①　高齢者のＩＣＴの活用に不安がある→高齢者が使いやすい情報端末の使用

②　地域によっては，ＩＣＴの活用のための費用がかかる。

また，運用のための費用も今後増加することが見込まれるなど，　財源上の問題がある。　→　総務省の予算がつけられたが・・

③　他地域に応用できるか・・・高知のこの地域は人間関係が密なため，また，必要性の理解が得られやすかったため，個人情報・プライバシー収集等に関して，支障とはならなかった。

しかし，都会など，人間関係が疎な地域では，個人情報の収集・保管について，了解が得られにくく，全体のネットワークつくりは困難が予想される。

終わりに

本報告書では，高齢社会の動向とともに，高齢者，とりわけ深刻な実態にある認知症の人とその方々を取り巻く周囲の人々の実態を 医師や介護の現場からの声によって取り上げた。

また，高齢者のための国・地方公共団体や NPO の取り組み，中でも，孤立化しがちな高齢者のための見守りシステムの現状についても取りまとめた。断片的ではあるが，今の社会の実情のいくつかの側面を切り出したのではないだろうか。

今後，高齢化が進み，現状のまま何ら対処しないでいると，人とのつながりがさらに，疎遠になることが見込まれる。

そこをうめるためのきずなは，もちろん，民間主体であるが，地域に密着した行政・生活の基礎的インフラでライフラインを担う公共企業体が対応していただけないか，これは，公共企業体の社会的責任を果たすことにもなるのではないか，と，今回 NPO を立ち上げたメンバー達は期待を寄せている。官･公･民のきずなをこれまでと違った形で築いていくことが必要ではないか，と。

特に，きずなつくりは，人間関係の根幹をなすものである。それが，地域コミュニティを形成し，社会を生成する。もっとも，戦後からこれまで，核家族化・都市化がここまで進むと，個

人情報の保護・個人の主体性の尊重という観点もあり，きずなつくりは容易ではない。高齢社会に向けた私たち一人ひとりの意識改革も制度整備とともに急務であろう。

高齢社会の問題点についての必要なものは，なにか，どう対応していくべきか，法律・経済・医学的領域のいずれの分野においても，まだまだであり，そのための方策についても，緒についたばかりといってもよいであろう。手探りが続くかもしれないが，しかし，待ったなしで現実は進んでいるという現実をふまえ，多様な観点からの研究を進めていく所存である。

今後の予定

今回，NPO の立ち上げの前のこの研究会に参画いただいた，三鷹市，そして，東京ガス・東京電力・ＮＴＴドコモの公共企業体の方々には心から御礼を申し上げる。

この報告書のまとめを受けて，NPO としては，秋から新体制の下で，人生の終末をどう迎えるか，『ターミナル・ケア』についての研究会を開始する予定である。インターネットなど，さまざまな媒体で多くの方々のご意見をいただく機会を持ちたいと考えているので，さらなるご支援・ご協力をお願いしてまとめの言葉とさせていただく。