

Aging & Health

エイジングアンドヘルス

秋

No.115

2025年
第34巻第3号



特集

認知症施策
推進基本計画と
これからの認知症施策

対談

国家公務員共済組合連合会虎の門病院名誉院長 大内尉義
公益財団法人長寿科学振興財団理事長 大島伸一

シリーズ

インタビュー

いつも元気、
いまでも現役

アイヌ文化伝承者・古布絵作家
宇梶静江

ルポ

地域の鼓動

岩手県滝沢市
神奈川県横浜市

アンケートにご協力ください！

WEB版機関誌エイジングアンドヘルスのよりよい誌面づくりのため、
本誌へのご意見、ご感想、ご要望などをお寄せください。

<https://forms.gle/Ujq8dwPvndtkMW9GA>



公益財団法人
長寿科学振興財団

連載 エッセイ 少子高齢化・人口減少社会のモビリティ

第3回 自動運転の現在地 3

東京大学名誉教授、一般財団法人日本自動車研究所所長 鎌田 実

巻頭言

「共生社会」とは何か 4

東京都健康長寿医療センター認知症未来社会創造センターセンター長特任補佐

社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センターセンター長 栗田主一

特集

認知症施策推進基本計画とこれからの認知症施策 5

認知症施策推進基本計画とこれからの認知症施策の概要 6

東京都健康長寿医療センター認知症未来社会創造センターセンター長特任補佐

社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センターセンター長 栗田主一

認知症の人の基本的人権の確保と社会参加の促進 11

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授 堀田聡子

「新しい認知症観」に立った保健医療・福祉サービス提供体制の普及 16

国立長寿医療研究センターもの忘れセンターセンター長 武田章敬

認知症の人の暮らしとバリアフリー化の推進 21

藤田医科大学医学部認知症・高齢診療科教授 武地 一

対談 長生きを喜べる社会、生きがいある人生をめざして

第15回 老年医学の知見を社会実装につなげる 26

国家公務員共済組合連合会虎の門病院名誉院長 大内尉義

公益財団法人長寿科学振興財団理事長 大島伸一

最新研究情報

インタビュー いつも元気、いまでも現役

アイヌとして生きる力 32

アイヌ文化伝承者・古布絵作家 宇梶静江

地域の鼓動

ルポ1 スローショッピングで認知症の人に買い物の喜びを 36

岩手県滝沢市 NPO 法人やまぼうしネットワーク

ルポ2 ショッピングリハビリ®でこころも体も元気に 39

神奈川県横浜市 株式会社リカバリータイムズ

連載 エッセイ 認知症の人のところを知る

第3回 認知症の人の会話促進 CANDyの開発と意義 42

大阪大学名誉教授、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団特別顧問 佐藤真一

News & Topics

アンケートにご協力ください！

WEB版機関誌エイジングアンドヘルスのよりよい誌面づくりのため、
本誌へのご意見、ご感想、ご要望などをお寄せください。<https://forms.gle/Ujq8dwPvndtkMW9GA>

<表紙>

アイヌ文化伝承者・

古布絵作家

宇梶静江さん

(撮影/丹羽 諭)

少子高齢化・人口減少社会のモビリティ

第3回 自動運転の現在地

東京大学名誉教授、一般財団法人日本自動車研究所所長 鎌田 実

最近のモビリティの世界では、自動運転に対する期待が強くある。バスもタクシーもドライバー不足に喘いでおり、無人で動くロボタクシーが米国・中国で実用化されていることから、日本での導入が求められている。国では、自動運転サービスを2025年に全国50か所、2027年には100か所以上の社会実装を目指すという目標が立てられ、技術開発や実証実験がなされている。2024年度には国交省の補助金で99か所の実証実験が実施された。

自動運転の実現には、技術的な対応はもちろんのこと、事故への責任体制などの制度整備、導入コストが妥当であること、それから社会の受容性が重要である。技術の面では、シンプルな環境で自動で動かすことは比較的容易であるが、混在環境において他の車や歩行者などの動きを予測して軌道生成や加減速を決めることは難しく、年々進歩を重ねてきているものの、まだ完璧にできるとは言い難い。また、センサーなどの異常時に、それを検出して安全に停止するとか、冗長性を確保することが道路運送車両法の保安基準で求められているが、それを十分にクリアできる車両がまだまだ少ないのが現状である。なお、実証実験で、レベル3とかレベル4とかを名乗っているものがあるが、ほぼすべて認可されたものではなく、レベル2での運行となっている。マスコミはその辺の事情を詳しく知らずに記事を書いているものが多い。

自動運転システムが引き起こす事故について、メーカーの責任なのか、認可をした国の責任なのか、責任は問えずに保険で対処すべきなのか、その辺がまだはっきりしないところがある。製造物責任を厳しく問うと、ものをつくって提供する企業がなくなってしまうだろうし、どこまできっちり審査できるかについても完璧というのは無理であり、ベストエフォートで対応すればいいという仕組みにしなければ、なかなか普及がおぼつかない。実際、人が運転するより事故率が減るのであれば、完璧を求めずに広く普及させた方がいいと主張する識者もいる。

自動運転にはものすごく費用がかかる。そのためマイカーでは運転支援にとどまり、自動運転はサービスカーから普及が始まるといわれている。そこでもリーズナブルなコストになっていかないと事業性が成立しない。

さらに社会が自動運転という新しいものを正しく理解して受容していくことも必要である。そんなこんなを考えると、完全自動運転は国の目標どおりには進みにくく、もう少し時間がかかるような印象を筆者は持っており、ドライバー不足がますます加速する中で、うまく間に合っていくことを望みたい。

鎌田 実 (かまた みのる)

1987年東京大学大学院工学系研究科博士課程修了。東京大学工学部講師、助教授を経て、2002年東京大学大学院工学系研究科教授、2009年東京大学高齢社会総合研究機構機構長・教授、2013年東京大学大学院新領域創成科学研究科教授。2020年より一般財団法人日本自動車研究所所長。専門は車両工学、人間工学、ジェロントロジー。



アンケートにご協力ください！



東京都健康長寿医療センター
認知症未来社会創造センター
センター長特任補佐

社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
センター長
栗田主一

栗田主一 あわた しゅいち

1984年 山形大学医学部
卒業、東北大学医学部附
属病院神経科精神科研修
医、医員、助手、講師、医局
長を経て、

2001年 東北大学大学院
医学系研究科精神神経学
助教授

2005年 仙台市立病院神
経科精神科部長(兼)認知
症疾患医療センター科長

2009年 東京都健康長寿
医療センター研究所研究
部長

2013年 同センター認知
症疾患医療センター長

2020年 同センター研究所
副所長、同センター認知症
未来社会創造センター長

2023年 認知症介護研究・
研修東京センターセンター
長(現職)

2025年 東京都健康長寿
医療センター認知症未来
社会創造センターセン
ター長特任補佐(現職)

【専門分野】老年精神医学

「共生社会」とは何か

2024年1月に「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、同年12月に「認知症施策推進基本計画」が閣議決定された。現在は、これを踏まえて、都道府県・市町村の認知症施策推進計画の策定が進められている。

ところで、「共生社会」という言葉は、わが国の法制度改革の中で繰り返し使用されてきた用語であるが、その定義は必ずしも一致していない。

たとえば、国連の障害者権利条約の批准に向けて2011年に改正された障害者基本法では、その第1条に、「全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会」と記されている。ここで言う「共生社会」という用語の背景には、ノーマライゼーションの思想がある。それは、障害がある人を排除することなく、障害がある人もない人も同等に生活できる社会が正常な社会であるとする考え方である。

一方、2016年に閣議決定されたニッポン一億総活躍プランにおいて掲げられた「地域共生社会」は、「制度・分野ごとの『縦割り』や『支え手』『受け手』という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」と定義されている。その背景には、超少子高齢化の進展による人口減少社会の中で、地域社会存続の危機への対応という観点から「地域創生」の取り組みを推進しようという考え方がある。

認知症基本法が示す「共生社会」は、障害者基本法の場合と同じようにノーマライゼーションの思想をその背景に持つものである。したがって、「地域共生社会」との用語上の混乱を避ける必要がある。しかし、今日の社会状況を踏まえると、「地域共生社会」という視点も重要であることに変わりはない。そのようなことから、「地域共生社会」の理念・概念を人権の確保という観点から再整理する動きも現れている。

本特集では、総論で認知症施策推進基本計画の概要を解説し、各論で基本的施策に係る計画を進める上での重要なポイントを3名の有識者に解説していただいた。



アンケートにご協力ください！

認知症施策 推進基本計画と これからの認知症施策

2024年1月に施行された「認知症基本法」に基づき、同年12月、国は今後の認知症施策の根幹となる「認知症施策推進基本計画」（以下、基本計画）を閣議決定した。地方公共団体は、この基本計画を基に都道府県計画や市町村計画を策定することが努力義務とされている。国と地方が連携し、地域の実情に即した認知症施策を、認知症の人や関係者とともに展開していくことが重要となる。

基本計画では、「新しい認知症観」に立った取り組みの推進が打ち出され、さまざまな施策を認知症の本人の視点から進める姿勢が明確に示された。「新しい認知症観」とは、「認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができる」という考え方である。

超高齢社会においては、誰もが認知症になる可能性がある。認知症を自分ごととして捉え、「新しい認知症観」に立ち、共生社会を築いていくことが求められる。

本号特集では「認知症施策推進基本計画とこれからの認知症施策」をテーマに、企画アドバイザーとして認知症施策推進関係者会議会長の栗田主一氏を迎えた。栗田氏に「認知症施策推進基本計画とこれからの認知症施策の概要」について解説いただき、堀田聰子氏、武田章敬氏、武地一氏に基本計画推進のカギとなるポイントを執筆いただいた。

（編集部）





認知症施策推進基本計画と これからの認知症施策の概要

東京都健康長寿医療センター認知症未来社会創造センターセンター長特任補佐
社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センターセンター長

栗田主一（あわた しゅいち）

【略歴】 1984年：山形大学医学部卒業、東北大学医学部附属病院神経科精神科研修医、医員、助手、講師、医局長を経て、2001年：東北大学大学院医学系研究科精神神経学助教授、2005年：仙台市立病院神経科精神科部長（兼）認知症疾患医療センター科長、2009年：東京都健康長寿医療センター研究所研究部長、2013年：同センター認知症疾患医療センター長、2020年：同センター研究所副所長、同センター認知症未来社会創造センター長、2023年：認知症介護研究・研修東京センターセンター長（現職）、2025年：東京都健康長寿医療センター認知症未来社会創造センターセンター長特任補佐（現職）

【専門分野】 老年精神医学

はじめに

2024年1月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下、認知症基本法）が施行された。この法律の大きな特徴は、第1条に、「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）」というビジョンを掲げ、このビジョンを実現するために「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進する」ことが法の目的であると明示した点である。また、第3条には認知症施策を実施する上での7項目の基本理念を掲げ、その筆頭に「全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること」と記し、第4条～第8条に国、地方公共団体、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者、日常生活及び社会生活を営む基盤となるサービスを提供する事業者（公共交通事業者、金融機関、小売業者等）、及び国民の責務を示したことも注目すべき点である。

人権ベースのアプローチ

2015年に開催された「認知症に対する世界的アクションに関するWHO大臣級会合」において、国連の「高齢者の人権享受に関する独立専門家」であるRosa Kornfeld-Matte氏がその講演の中で、「すべての国家及びその他のステークホルダーに、認知症に取り組む際には『人権ベースのアプローチ（RBA）』を採用することを求める」¹⁾と述べ、同年にWHO²⁾は世界に向けて認知症とともに生きる人々に対する「RBA」の確保を求めた。

「RBA」とは、人権に関する国際的な法体系の「基準」や「原則」を開発援助の「計画」や「過程」の中に採り入れようとする考え方である。認知症の場合、国連の「障害者の権利に関する条約」（以下、障害者権利条約）がそれに該当する。また、その特徴は、(1) ニーズが充足されていない



[アンケートにご協力ください！](#)

ことに注目するばかりではなく、ニーズが充足されていないことを権利が実現されない状況と捉え、(2)その構造を徹底的に分析し、(3)権利保有者と責務履行者の関係にフォーカスを当てて、(4)権利保有者が権利を行使できるように、責務履行者が責務を履行する能力を発揮できるように、包括的な戦略を練り、開発援助の計画を進める、といった点にある。認知症の場合は、認知症とともに生きる本人が権利保有者となり、国家・地方公共団体及びその他の関連するステークホルダーが責務履行者ということになる³⁾。認知症施策推進基本計画⁴⁾はこれに対応することを目指して策定されたものである。

認知症施策推進基本計画

2024年12月に認知症施策推進基本計画⁴⁾が閣議決定された。12の基本的施策に関する計画が記されているが、ここでは国及び地方公共団体において実施することとされている8つの基本的施策について解説する。

1. 認知症の人に関する国民の理解の増進等

「共生社会の実現を推進するための基盤である基本的人権及びその尊重についての理解を推進する。その上で、『新しい認知症観』の普及が促進されるよう、認知症の人が発信することにより、国民一人一人が認知症に関する知識及び認知症の人に関する理解を深めること」を目標に、(1)学校教育における認知症に関する知識及び認知症の人に関する理解を深める教育の推進、(2)社会教育における認知症に関する知識及び認知症の人に関する理解を深める教育の推進、(3)認知症の人に関する正しい理解を深めるための、本人発信を含めた運動の展開を実施する、とされている。

「『新しい認知症観』とは、認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方である」と説明されている。これは、「認知症とともに生きる」という体験をしている本人の声である。そこには「私たちは客体ではなく、主体として生きる人間である。意味のある『人と人とのつながり』が希望と尊厳を持って生きるための源泉である。認知症や障害があってもそのことは決して失われない」という思いが込められている。「新しい認知症観」の理解は、認知症とともに生きる本人の基本的人権の尊重に連なるものである。本人の声の発信を通して、その理解を深めていくことが求められる。

2. 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進

「認知症の人の声を聴きながら、その日常生活や社会生活等を営む上で障壁となるもの(ハード・ソフト両面にわたる社会的障壁)を除去することによって、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らせる社会環境を確保していくこと」を目標に、(1)認知症の人が自立して、かつ、安心して暮らすための、地域における生活支援体制の整備等、(2)移動のための交通手段の確保、(3)交通の安全の確保、(4)認知症の人にとって利用しやすい製品・サービスの開発・普及の促進、(5)事業者が認知症の人に適切に対応するために必要な指針の策定、(6)民間における自主的な取組の促進を実施する、と記されている。

バリアフリーとは、障害の有無にかかわらず全ての人が同等の暮らしが営めるよう、自立生活や社会参加を阻む物理的・社会的・制度的・心理的バリアを除去するという考え方である。ここでは、「安心・安全」だけではなく、「自立・自由」という考え方が重視されている点に留意する



[アンケートにご協力ください！](#)

必要がある。たとえば、「見守り」という用語がしばしば使用されるが、認知症の本人からは、それが「自由な暮らしを阻むもの」として体験される場合もある。「見守り」という用語は「生活支援」の一要素として使用されてきた用語であるが、「生活支援」とは「尊厳ある自立生活の支援」という意味を持つ。尊厳ある自立生活を推進する「地域づくり」を分野横断的に進める必要がある。

3. 認知症の人の社会参加の機会の確保等

「認知症の人が孤立することなく、必要な社会的支援につながるとともに、多様な社会参加の機会を確保することによって、生きがいや希望を持って暮らすことができるようにすること」を目標に、(1) 認知症の人自らの経験等の共有機会の確保、(2) 認知症の人の社会参加の機会の確保、(3) 多様な主体の連携・協働の推進による若年性認知症の人等の就労に関する事業主に対する啓発・普及等を実施する、とされている。

社会参加とは、社会から排除されることなく、社会の中で孤立させられることなく、社会を構成する大切な一員として、意味のある人と人とのつながり(社会的ネットワーク)が確保され、多様な活動に参加し、自らの生活に関わること(利用するサービスの決定、地域づくり・施策づくりなど)に関与していることを意味している。それは、障害者権利条約第3条(一般原則)にも規定されている権利であり、それを確保できる社会をつくることは国家及び地域社会の責務である。

4. 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護

「認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるように、認知症の人への意思決定の適切な支援と権利利益の保護を図ること」を目標に、(1) 認知症の人の意思決定支援に関する指針の策定、(2) 認知症の人に対する分かりやすい形での意思決定支援等に関する情報提供の促進、(3) 消費生活における被害を防止するための啓発、(4) その他(虐待防止の推進、成年後見制度の見直し等)を実施する、とされている。

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン⁵⁾はすでに策定されているが、それが実践されるような教育は十分になされていない。日常のサービス提供体制の中に意思決定支援を組み込む必要がある。また、今日の公的な権利擁護支援制度(日常生活自立支援事業、成年後見制度)は、認知症の人の日常的な金銭管理支援サービスとしては使い勝手が悪い。新たな権利擁護支援サービスをつくりだすことは喫緊の課題である。特殊詐欺や強引な訪問販売等の消費者被害は、認知症高齢者を標的とするものが目立ってきている。高齢者虐待判断事例の被虐待者の多くも認知症高齢者である。それらの構造を徹底的に分析し、実効力のある対策を講じなければならない。

5. 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等

「認知症の人が、居住する地域にかかわらず、自らの意向が十分に尊重され、望む場で質の高い保健医療及び福祉サービスが適時にかつ切れ目なく利用できるように、地域の実情に応じたサービス提供体制と連携体制を整備し、人材育成を進めること」を目標に、(1) 専門的な、又は良質かつ適切な医療提供体制の整備、(2) 保健医療福祉の有機的な連携の確保、(3) 人材の確保、養成、資質向上を実施する、とされている。

これまでに認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医、地域包括支援センター、居宅介護支援及び介護保険サービス事業所等の連携による医療・介護連携体制が圏域単位に構築されてきた。しかし、実際には、地域の人口規模、地理的条件、現存する社会資源等から、地域の実情に応じた実現可能なサービス提供体制の構築が求められている。また、認知症であることを理由に、併存疾患に対する適切な医療や救急医療へのアクセスが阻まれることのないよう



に、関係機関における人材育成と連携体制づくりを進める必要がある。

6. 相談体制の整備等

「認知症の人や家族等が必要な社会的支援につなげることができるように、相談体制を整備し、地域づくりを推進していくこと」を目標に、(1) 個々の認知症の人や家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするための体制の整備、(2) 認知症の人や家族等が互いに支え合うための相談・交流の活動に対する支援、関係機関の紹介、その他の必要な情報の提供及び助言を実施する、とされている。

「相談支援」とは、信頼を基盤にして、個人の支援ニーズを把握し、現存する社会資源の中で必要な支援を統合的に調整しながらパーソナルな社会的ネットワークをつくりだしていく「個別支援」である。一方、それを可能にするためには、そのような支援につながりやすい地域社会の構造をつくること、すなわち「地域づくり」が不可欠である。そのような「相談支援・個別支援」「地域づくり」「施策デザイン」の連結が求められる。

7. 研究等の推進等

「共生社会の実現に資する認知症の研究を推進し、認知症の人を始めとする国民がその成果を享受できるようにすること」を目標に、(1) 予防・診断・治療、リハビリテーション・介護方法等の研究の推進・成果の普及、(2) 社会参加の在り方、共生のための社会環境整備その他の調査研究、検証、成果の活用、(3) 官民連携、全国規模調査の推進、治験実施の環境整備、認知症の人及び家族等の参加促進、成果実用化環境整備、情報の蓄積・管理・活用の基盤整備を実施する、とされている。

共生社会の実現に資する研究の領域は広範であり、産官学の協働を含む学際的研究が必要である。また、これらの研究の多くは国レベルで実施されるものであるが、地方公共団体においても、それぞれの地域の実情に応じて、地域が直面している課題を把握し、その解決に向けた研究を進める必要がある。

8. 認知症の予防等

「認知症の人を含む全ての国民が、その人の希望に応じて、『新しい認知症観』に立った科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにすること、また、認知症の人及び軽度の認知機能の障害がある人が、どこに暮らしていても早期に必要な対応につなげることができるようにすること」を目標に、(1) 予防に関する啓発・知識の普及・地域活動の推進・情報収集、(2) 地域包括支援センター、医療機関、民間団体等の連携協力体制の整備、認知症及び軽度の認知機能の障害に関する情報提供を実施する、と記されている。

認知症と非感染性疾患の生活習慣関連リスク因子(中年期の高血圧症、糖尿病、身体的不活発、肥満、偏った食事、喫煙、過度な飲酒)の間には相互関係がある。また、より認知症に特異的とされるリスク因子(社会的孤立、低い教育歴、認知的不活発、中年期のうつ病)は小児期からはじまりライフコース全体に及ぶものである。そのようなことから、WHOは、リスク低減の活動は、年齢・性・障害の有無・文化を考慮したプライマリ・ヘルス・ケアシステムの中で、他の健康づくり事業とリンクさせて行うべきであるとし、その方法は、認知症の人も含む全ての人の健康的なライフスタイルをサポートする包摂的なポピュレーション戦略とすべきであるとしている⁶⁾。

おわりに

「共生社会」の実現に向けて、分野横断的な対話を重ね、誰一人取り残されることなく、すべ



[アンケートにご協力ください!](#)

ての人の人権が守られる社会環境を整備していくことが、これからのわが国の認知症施策の方向性である。

文献

- 1) Cahill S: Dementia and Human Rights (English Edition). Policy Press, 2018, 3-4.
- 2) [World Health Organization: Ensuring a human rights-based approach for people living with dementia \(PDF: 293KB\)](#) (2025年9月22日閲覧)
- 3) 栗田主一: 権利ベースのアプローチ 地域をつくる取組み. 老年精神医学雑誌 2021; 32 (2): 165-172.
- 4) [厚生労働省: 認知症施策推進基本計画 \(PDF: 555KB\)](#) (2025年9月22日閲覧)
- 5) [厚生労働省: 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン\(第2版\) \(PDF: 2.2MB\)](#) (2025年9月22日閲覧)
- 6) [World Health Organization: Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025](#) (2025年9月22日閲覧)





認知症の人の 基本的人権の確保と 社会参加の促進

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授

堀田聡子（ほった さとこ）

【略歴】 京都大学法学部卒業後、東京大学社会科学研究所助手・特任准教授、ユトレヒト大学訪問教授等を経て、2017年より現職。2016年より人とまちづくり研究所代表理事、2018年より認知症未来共創ハブ代表、日本医療政策機構理事等。国際公共政策博士（大阪大学）

【専門分野】 ケアリングコミュニティ

はじめに

2023年6月14日に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、認知症基本法）」¹⁾が成立、2024年1月1日に施行され、同年12月には、同法第11条に定められる「認知症施策推進基本計画（以下、基本計画）」²⁾が閣議決定された。

本稿では、認知症基本法・基本計画における認知症の人の基本的人権の確保と社会参加、関連する世界の動向、なぜ参加にかかわる施策が必要か、社会参加とは何かを確認したうえ、本人の権利を尊重し、社会とのつながりをつくる事業所の取組み事例と、それがもたらす変化を紹介する。

認知症基本法・基本計画における認知症の人の基本的人権と社会参加の確保

認知症基本法¹⁾は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、共生社会の実現を推進することを目的とする（第1条）。全ての認知症施策に通じる考え方として、7つの基本理念を掲げ（第3条）、12の基本的施策を定める（第14条～第25条）。基本理念の筆頭に「全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること（第3条1）」、また「認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができるようにすること（第3条3）」があげられ、基本的施策は、「認知症の人の社会参加の機会の確保等（第16条）」及び「認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護（第17条）」を含むものとなった。

基本計画²⁾では、まず、前文に、認知症基本法第3条の基本理念が「認知症の人」を主語として記されていることを踏まえて「認知症の人と家族等が参画し、共に施策を立案、実施、評価する」



[アンケートにご協力ください！](#)

こと、基本的な方向性に、「認知症の人の声を起点として、認知症の人の視点に立って、認知症のひとと家族等と共に推進することが重要」と明記された。そのうえで、基本的施策「認知症の人の社会参加の機会の確保等」については、「認知症の人が孤立することなく、必要な社会的支援につながるとともに、多様な社会参加の機会を確保することによって、生きがいや希望を持って暮らすことができるようにすること」を、基本的施策「認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護」については、「認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるように、認知症の人への意思決定の適切な支援と権利利益の保護を図ること」を目標に掲げる。なお、基本的人権に関しては、基本的施策「認知症の人に関する国民の理解の増進等」の目標にも、「共生社会の実現を推進するための基盤である基本的人権及びその尊重についての理解を推進する（後略）」という一文が冒頭に加えられている。

世界の動き

2006年12月に、国連総会で、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的として、障害者の権利の実現のための措置等について定める「障害者の権利に関する条約（以下、障害者権利条約）」³⁾が採択され、2008年5月に発効した。わが国は2007年9月に同条約に署名、2014年1月に批准書を寄託、同2月に同条約はわが国について効力を発生した。

障害者権利条約³⁾は、前文で「種々の文書及び約束にもかかわらず、障害者が、世界の全ての地域において、社会の平等な構成員としての参加を妨げる障壁及び人権侵害に依然として直面していることを憂慮(k)」したうえで、「障害が発展する概念であることを認め、また、障害が、機能障害を有する者とこれらの者に対する態度及び環境による障壁との間の相互作用であって、これらの者が他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げるものによって生ずることを認め(e)」 「障害者の権利及び尊厳を促進し、及び保護するための包括的かつ総合的な国際条約が、(中略)障害者が市民的、政治的、経済的、社会的及び文化的分野に均等な機会により参加することを促進することを確信(y)」とあるように、障害の社会モデルを採用し、8つの一般原則(第3条)の中に、「固有の尊厳、個人の自律(自ら選択する自由を含む。)及び個人の自立の尊重(a)」とともに、「社会への完全かつ効果的な参加及び包容(c)」を掲げる。

2017年に世界保健機関(WHO)が公表した「認知症の公衆衛生対策に関する世界的アクションプラン」⁴⁾は、領域を横断する7つの原則の筆頭に「認知症の人の人権」をあげ、政策・介入・アクション等は、障害者権利条約及び国際的・国内的な人権に関する法律文書と軌を一にして、認知症の人のニーズ、期待と人権に配慮すべき、と記している。そのうえで、アクション領域「認知症の啓発・認知症フレンドリー」において、国際・地域・国レベルのパートナーに提案するアクションのひとつに、「認知症の人の自律を高めることによって、認知症の人が、より広範なコミュニティの活動に包摂され、文化的・社会的・市民としての参加を確保すること」を掲げる。

なぜ、参加にかかわる施策が必要か

社会参加は、全般的な健康とウェルビーイング、とくに認知機能の健康、認知症発症のリスクに影響を及ぼす潜在的な要因として関心を集めてきた^{5) 6)}。そこで得たつながりは、社会的支援の授受を可能にし、困ったときに助け合う資源にもなる⁷⁾。外出、社会活動への参加は、認知症の人の社会的健康^{8) 9)}と生活の質¹⁰⁾にも、大いに貢献することが知られている。



しかし、認知症になって日常活動に制限が出るようになると、社会参加にも深刻な影響がある¹¹⁾。社会参加の減少は、認知症があり、さらに独居の場合、特に大きな意味を持つ。独居の認知症の人は、深刻な孤独を経験する可能性が高く、深刻な孤独は、抑うつ症状と社会的孤立のリスク増加と関連がみられる¹²⁾。

認知症発症リスクの低減だけでなく、社会的孤立リスクを低減し、必要な社会的支援を届けられるようにすること、そして認知症の人を含む一人ひとりの「市民としての権利」とウェルビーイングを守ることを目的として、個別支援と地域づくりの両面から、参加にかかわる施策を検討することが求められる。

社会参加とは何か

2001年5月に、WHO総会でICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, 国際生活機能分類) が採択されてから、「参加」という概念がヘルス・ソーシャルケアの文献で広く用いられるようになり、その後、「社会参加」という概念が学術研究や政策文書にも頻繁に登場するようになった。しかしICFには「社会参加」の具体的な定義はなく、参加と社会参加の明確な定義にかかわるコンセンサス及び両者の十分な区別は存在しないとされる¹³⁾。

基本計画においても、社会参加の定義は明記しておらず、脚注として、「国際生活機能分類では、『参加』を『生活・人生場面への関わり』と定義しており、その領域としてセルフケア、家事や他者の世話、教育、仕事、経済生活、対人関係、地域・社会・市民生活などが示されている。」とICFにおける定義を紹介するに留めている。

こうした中、Levasseurら¹⁴⁾は、高齢者の社会参加に関する定義について、4つのデータベースで関連キーワード検索により43の定義を抽出、内容分析と活動の分析を経て、6つのレベルを特定した(表)。またその結果をもとに、「社会またはコミュニティにおける他者との交流をもたらす活動への関与・参加」を社会参加の定義とすることができないのではないかと提案している。

「はたらく」を通じて当たり前を取り戻す

認知症の人が地域社会で仲間と一緒に役割を持って暮らすためのBLG (Barrier, Life, Gathering) と称する拠点が全国に広がっている。

表 Levasseurらによる高齢者の社会参加に関する定義のレベル／分類

(出典：Levasseur M, et al., Soc Sci Med. 2010¹⁴⁾に基づき筆者作成)

レベル	レベルの説明	例
レベル1	他者とつながる準備段階として通常1人で行うすべての日常の活動	食事、着替え、料理、ラジオを聴く、テレビを観る
レベル2	直接接触はないが、他者が周囲にいる活動	近所の散歩、映画に行く、入出金、(有人レジを使わない)買物
レベル3	他者と対面もしくはインターネット上で社会的接触はあるが、特定の活動を一緒にするわけではない	買物のとき、欲しいものを見つけたり商品の支払いのために他者とやりとりする
レベル4	共通の目標のため、他者と協働して活動する	テニス等のほとんどのレクリエーション
レベル5	他者を助ける活動	介護・育児、ボランティア
レベル6	社会貢献	政党や政治組織への関与



[アンケートにご協力ください！](#)

原点は、東京都町田市にある「地域密着型通所介護事業所DAYS BLG！」である¹⁵⁾。認知症の診断により、「役に立つことがしたい」「能力を発揮したい」という権利を奪われがちになる認知症の人が、地域・社会・企業とつながり、役割を見出すことができるハブ機能を付加した居場所としてつくられた。当初は認知症の人が「はたらく」ことに理解が得られないこともあったが、自動車販売店の展示用の車の洗車、駄菓子屋の店番、コミュニティ紙のポスティング、地域の信用金庫の新人研修を認知症のあるメンバーが引き受けるなど、活動の領域も広がっている。一部の活動は有償ボランティアとして謝金が支払われ、地域に貢献して、時に謝金も得られることは、メンバーにとっての生きがいとなっている。「メンバーの想いをカタチに」という理念のもと、まずはメンバーに聞くことを徹底、自己選択・自己決定する権利を保障しており、どのような活動をしたいのかミーティングで一人ひとり聞きながら決め、昼食も日常生活では当たり前の、何が食べたいか考えることから始める。

ここでは、利用者とスタッフの区別なく集う人すべてを「メンバー」と呼び、賃金労働や有償ボランティアに限らず、「誰かのために、なにかのために日々すること」を「はたらく」ととらえる。活動を通じてメンバー間の絆を深め、失敗を共有し、笑い合える空間が、仲間と一緒に役割を持って活動して行ける場所、本来あるべき権利が行使できる場所となっている。

河野ら¹⁶⁾によれば、介護事業所が利用者の社会参加・「はたらく」を進めていくと、「スタッフの意識やチームワーク」「利用者」「スタッフと利用者の関係性」という3つの領域で変化が起きる。順序はさまざまでも各領域に変化が現れ、プラスの影響を及ぼし合うことにより、事業所によい「場」が生まれ、これが地域社会へと伝播してゆく。

はじめにポイントになるのは、管理者とスタッフが、利用者の自立と尊厳ある生活の継続の支援とそのもとでの社会参加の意義について「腹落ち」することである。利用者が介護事業所を「サービスを受ける場所」と考えていたり、新たなことをできると思えなくなっていること、スタッフが勤務先事業所の利用者には無理と思い込んでいること等がチャレンジとなる。まずスタッフの意識が変わることにより、スタッフと利用者の双方が「お世話する・される」という関係から、人として互いに関心を持ち、日常の小さな願いをともに形にしていく水平な関係へと徐々に変化する。利用者の意識の変化は、これを加速させる。互いに想いに耳を傾ける態度と、スタッフか利用者かにかかわらず、一緒に叶えようとする行動が、事業所の雰囲気やスタッフ・利用者に影響を与え、スタッフと利用者、さらに利用者同士が「仲間」(メンバー)となってゆく。

この過程では、スタッフと利用者、スタッフ間など、事業所内でのコミュニケーションを密にすることが意識されていることに加え、市役所、近隣のさまざまな組織、学校等への働きかけにより活動を実現することで、地域における認知症、認知症の人や高齢者に対する理解にもつなげている。

認知機能の低下とともに生きる人々が、自らの生活・人生場面に関わり、社会のあらゆる分野における参加を継続できるようにすることは、ウェルビーイングを守り、社会的孤立のリスクを低減するうえで、喫緊の課題である。認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにする手段として、なぜ、どのような社会参加の機会が必要かを、認知症の人と共に考えることが重要となる。さらに、認知症の人を含む、全ての人の社会参加の機会の確保について、社会的包摂と社会市民権の観点からも検討することが求められる。



文献

- 1) [e-Govポータル：共生社会の実現を推進するための認知症基本法\(令和五年法律第六十五号\)](#) (2025年9月22日閲覧)
- 2) [厚生労働省：認知症施策推進基本計画\(PDF：555KB\)](#) (2025年9月22日閲覧)
- 3) [外務省：障害者の権利に関する条約\(略称：障害者権利条約\)](#) (2025年9月22日閲覧)
- 4) [World Health Organization：Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025](#) (2025年9月22日閲覧)
- 5) Serrat R, Scharf T, Villar F, et al. : Fifty-Five Years of Research Into Older People' s Civic Participation : Recent Trends, Future Directions. Gerontologist. 2020 ; 60(1) : e38-51.
- 6) Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. : Dementia prevention, intervention, and care : 2024 report of the Lancet standing Commission. The Lancet. 2024 ; 404(10452) : 572-628.
- 7) Kawachi I, Berkman LF. : Social capital, social cohesion, and health. In : Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editors. Social Epidemiology. Second ed ed. New York : Oxford University Press, 2014.
- 8) Sturge J, Klaassens M, Lager D, et al. : Using the concept of activity space to understand the social health of older adults living with memory problems and dementia at home. Social Science & Medicine. 2021 ; 113208.
- 9) Dröes RM, Chattat R, Diaz A, et al. : Social health and dementia : a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. Aging and Mental Health. 2017 ; 21(1) : 4-17.
- 10) Martyr A, Nelis SM, Quinn C, et al. : Living well with dementia : a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. Psychol Medicine. 2018 ; 48(13) : 2130-2139.
- 11) Chaudhury H, Mahal T, Seetharaman K, Nygaard HB. : Community participation in activities and places among older adults with and without dementia. Dementia(London). 2021 ; 20(4) : 1213-1233.
- 12) Victor CR, Rippon I, Nelis SM, Martyr A, Litherland R, Pickett J, et al. : Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia : Findings from the IDEAL programme. Int J Geriatr Psychiatry. 2020 ; 35(8) : 851-858.
- 13) Piškur B, Daniëls R, Jongmans MJ, et al. : Participation and social participation : Are they distinct concepts? Clin Rehabil. 2014 ; 28(3) : 211-220.
- 14) Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. : Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature : proposed taxonomy of social activities. Soc Sci Med. 2010 ; 71(12) : 2141-2149.
- 15) 前田隆行：若年性認知症の人の就労と社会参加権利. 医学のあゆみ. 2021 ; 278(12) : 1044-1049.
- 16) [河野禎之, 徳田雄人, 後藤励, 有野文香：介護サービス事業所における認知症のある方を含む利用者の社会参加・就労的活動の意義・効果の見える化. 認知症の人の地域における参加・交流の促進に関する調査研究事業報告書. 人とまちづくり研究所, 2022\(PDF：3.8MB\)](#) (2025年9月22日閲覧)





「新しい認知症観」に立った 保健医療・福祉サービス 提供体制の普及

国立長寿医療研究センターもの忘れセンターセンター長

武田章敬（たけだ あきのり）

【略歴】1989年：名古屋大学医学部卒業、名古屋掖済会病院勤務、1995年：小山田記念温泉病院勤務、1999年：名古屋大学医学部附属病院勤務、2004年：国立長寿医療センター第一アルツハイマー型認知症科医長、2008年：厚生労働省老健局認知症対策専門官、2010年：国立長寿医療研究センター脳機能診療部第二脳機能診療科医長、2016年：同センター医療安全推進部部長、もの忘れセンター副センター長併任、2020年：同センター長寿医療研修センターセンター長、もの忘れセンター副センター長併任、2022年より現職

【専門分野】認知症、神経内科一般

2023年6月に成立し、2024年1月に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づき2024年12月に閣議決定された「認知症施策推進基本計画」¹⁾の「保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等」の項においては、「認知症の人が、居住する地域にかかわらず、自らの意向が十分に尊重され、望む場で質の高い保健医療及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく利用できるように、地域の実情に応じたサービス提供体制と連携体制を整備し、人材育成を進めること」を目標にすると謳っている。

認知症に関わる保健医療サービスとしては、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センターを含む専門医療機関等があるが、これらが地域の実情に応じた機能を発揮し、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、居宅介護支援事業所等との連携を強化することが重要である。

認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターは2008年に創設された。創設時に示された役割は以下の通りである。

- (1) 認知症疾患について、鑑別診断やBPSD（行動心理症状）への対応、身体合併症への対応、専門医療相談を行う専門医療機関としての機能
- (2) BPSDへの対応や身体合併症への対応を行う医療施設の空床情報の把握と情報提供、病態に応じた他の医療機関への紹介、かかりつけ医等地域の医療関係者への専門的な医療研修の実施、協議会の開催や専門的な相談への対応、地域の医療機関や介護施設等の関係者との連携を行うなど、認知症疾患に関わる地域の医療機能の中核機関としての機能
- (3) 地域住民に対する普及啓発や相談への対応など、認知症疾患に係る医療に関する情報センターとしての機能

2008年の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」における議論を経て、2009年度から、認知症疾患医療センターに連携担当者を配置することにより認知症連携担当者を配置



[アンケートにご協力ください！](#)

した地域包括支援センターとの連携機能を強化し、地域における医療と介護の連携の拠点としての機能が加えられた。さらに、2010年度からは、認知症のBPSDや身体合併症に対する双方の医療を担う基幹的な機能を果たす総合病院型のセンター（「基幹型」）が新たに位置付けられ、従来のセンターは「地域型」とされた。さらに、2014年度からは、新たに人員配置等の要件が緩和された「診療所型」のセンターの指定が開始され、2017年度からは「診療所型」の指定要件に診療所の他に病院も加えられ、「連携型」となった（表）²⁾。

2019年度から、認知症疾患医療センターの機能として診断後に適切に医療・介護サービスや地域での見守りなどの日常生活面の支援につなげる役割として「日常生活支援機能」が追加となったが、2021年度から「診断後等支援機能」に変更となり、これはすべての認知症疾患医療センターに義務化された。診断後等支援機能とは認知症の人や家族が診断後に円滑な日常生活を過ご

表 認知症疾患医療センターの概要

（出典：厚生労働省、認知症疾患医療センター運営事業（PDF：582KB）²⁾）

○認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設） ○本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う「診断後等支援」や、都道府県・指定都市が行う地域連携体制の推進等を支援する「事業の着実な実施に向けた取組」なども実施 ○実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定） ○設置数：全国に509カ所（令和6年12月現在）					
		基幹型Ⅰ	基幹型Ⅱ	地域型	連携型
主な医療機関		総合病院、大学病院等		精神科病院、一般病院	診療所、一般病院
設置数（令和6年12月現在）		16カ所	5カ所	388カ所	100カ所
基本的活動圏域		都道府県圏域		二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談			
	人員配置	・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）		・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）	・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上）
	検査体制（※他の医療機関との連携で可）	・CT ・MRI ・SPECT（※）		・CT ・MRI（※） ・SPECT（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）
	BPSD・身体合併症対応	救急医療機関として空床を確保	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可		
	医療相談室の設置	必須			—
地域連携拠点機能		・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化 等			
診断後等支援機能		・診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催			
アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に係る治療・相談支援等機能		・認知症の人や家族からの抗アミロイドβ抗体薬に係る治療についての相談対応・支援、地域の医療機関からの相談対応、また、地域の医療機関等と連携し、当該治療の適応外である者への支援等			
事業の着実な実施に向けた取組の推進		都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与		※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施	



アンケートにご協力ください！

せるよう、認知症疾患医療センターの専門職等による相談支援のほか、当事者同士のピアカウンセリングの実施等、医療センターや地域の実情に応じて実施し、本人等が認知症を理解し、症状とうまく付き合い、地域の中で生活を継続できるよう、診断後の認知症の人や家族に対する相談支援機能を強化するための取り組みをいう。このような取り組みを通じて診断後の空白期間の解消、ひいては認知症の人が可能な限り社会参加し続けることが期待されている。

2023年12月から抗アミロイドβ抗体薬であるレカネマブがアルツハイマー病による軽度認知障害と軽度の認知症に使用できるようになったことで、治療に関する相談対応や治療の対象とならなかった人に対する支援も認知症疾患医療センターに求められるようになった(表)²⁾。

認知症地域支援推進員

「認知症施策推進基本計画」には「各市町村において、地域の実情に応じた認知症施策の要となる認知症地域支援推進員が適切に配置され、認知症カフェ、本人ミーティング、ピアサポート活動、意思決定支援、診断後支援等の個々の認知症の人や家族等に応じた施策を推進する。さらに、認知症地域支援推進員が、個々の認知症の人や家族等に寄り添った活動ができるよう環境を整備する」と記載されている。

認知症地域支援推進員は2018年度からすべての市町村に配置されているが、他の業務と兼任していることが多いために地域の認知症の人とその家族と向き合うことができていない、との指摘がある。2022年度に行われた調査³⁾では、エフォートが20%未満の認知症地域支援推進員が48.3%にもなっていた。全国 1,713市町村に 8,509人配置されている認知症地域支援推進員のうち、専任は 825人(9.7%)であることを踏まえ、2025年度からは、自治体において専任の認知症地域支援推進員を配置する際の経費補助が可能となった。

専任の認知症地域支援推進員を配置することで、(1)認知症基本法の理念や「新しい認知症観」について地域住民に普及啓発する、(2)認知症ケアパスの定期的な見直しや周知により必要な情報を提供する、(3)地域の認知症の人の発信支援を拡大する、(4)認知症の人や家族に対して個別の相談支援を行い、認知症の人の権利を守る、(5)若年性認知症支援コーディネーターと連携して若年性認知症の人の支援を行う等の取り組みにより、市町村が認知症施策推進計画を策定する際に認知症の人や家族の意見が反映されやすくなることが期待されている⁴⁾。

認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームとは、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的(おおむね6か月)に行い、自立生活のサポートを行うチームである(図)⁵⁾。

認知症初期集中支援チームは、2012年度に3か所のモデル地域の実践結果を踏まえた活動スキームの検討から始まった。2015年度からは介護保険制度の中の地域支援事業として実施されることとなり、2019年9月にすべての市町村に設置が完了した。

これまでの調査研究においては、BPSDの軽減や、医療・介護サービスへの円滑なつながり等の効果が認められている。認知症初期集中支援チームの活動は、単に認知症高齢者へのアウトリーチ活動の機能・効果(本人・家族にとって)にとどまらない。自治体にとっては、早期発見や医療・介護連携の体制づくりのツールやチームのマネジメントを通じたガバナンスの強化といった利点が期待される。また、活動するチーム員にとっては、多職種連携の実践、個人のケア技術の



[アンケートにご協力ください！](#)

⑩地域への啓発活動・チームの存在の周知

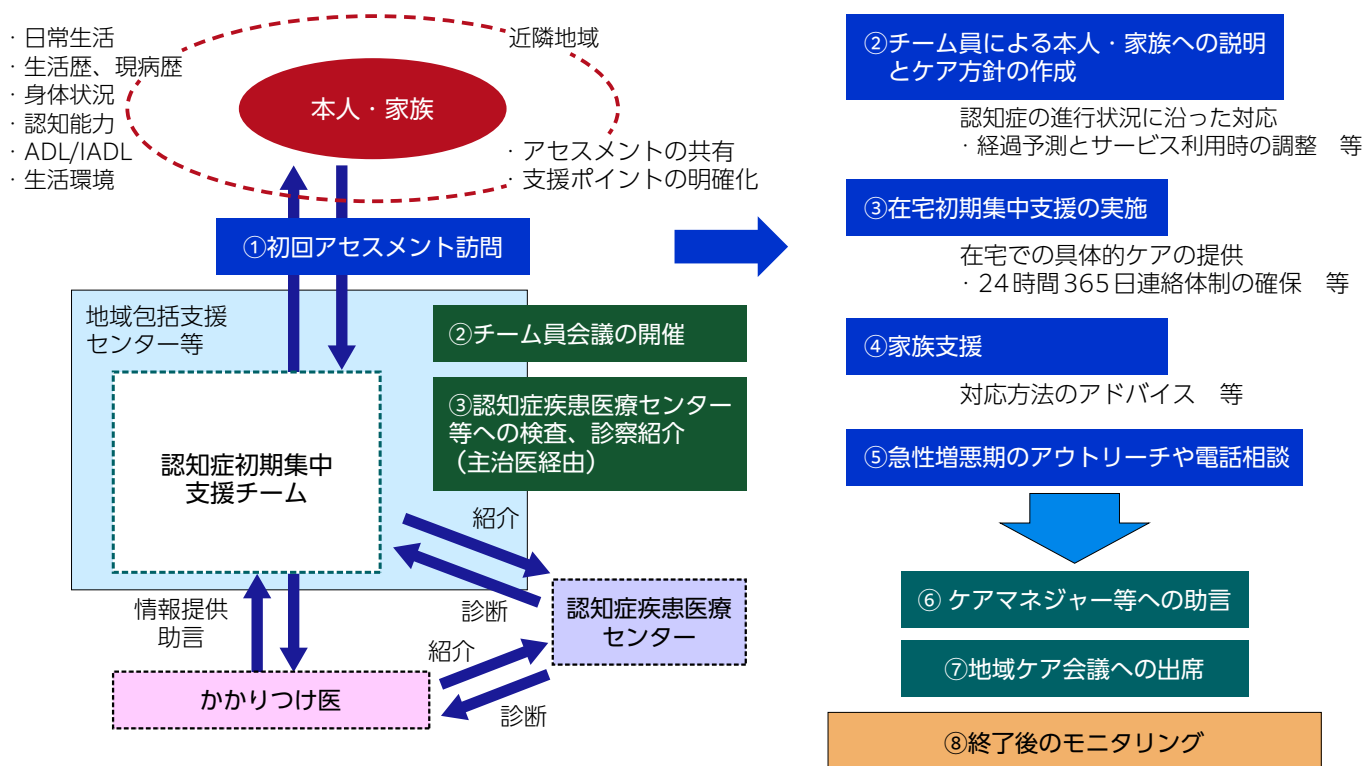


図 認知症初期集中支援の流れ

（出典：国立長寿医療研究センター：認知症サポート医養成研修テキスト、令和7年度（2025年度）第1版^{5）}）

向上、地域にとっては、社会資源の連携の核としてのチームが地域住民を巻き込んだ認知症にやさしい街づくりへの発展、などが期待できる。

一方で課題も指摘されている。認知症初期集中支援チームは地域包括支援センターに設置されていることが多いが、役割分担が明確ではない、対象者が当初想定されたような初期の認知症の人に対する支援よりもBPSDなどの困難事例対応の方が主になっている、対象者が認知症ではなく、精神疾患であった場合の対応が想定されていない、などの課題が指摘されている。

認知症施策推進基本計画においては「認知症初期集中支援チームは、認知症の人の意向に基づいた地域生活を続けるための相談・支援をする多職種チームであり、地域の実情に応じてその在り方を見直し、独居や身寄りのない認知症の人や複合的な課題を抱えたケースの支援など、役割を検討する」とされており、今後、現状の把握と在り方の検討が求められている。

本人の意向が尊重される体制の整備

2022年度診療報酬改定において、療養・就労両立支援指導料の対象疾患に若年性認知症が含まれることとなり、医療機関や企業等においても認知症の人が就労を継続しやすくなる仕組みが整いつつある。

2024年度診療報酬改定においては、身体的拘束を最小化する取り組みが強化された。「患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない」と告示に明記され、身体的拘束を行う場合には、その態様および時間、その際の患者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録すること、医療機関内に身体的拘束最小



[アンケートにご協力ください！](#)

化チームを設置し、身体的拘束の実施状況の把握、身体的拘束最小化のための指針の作成、職員への研修等を行うこと等が基準として定められた。この基準を満たすことができない医療機関はすべての患者の入院基本料等が1日につき40点減算されることも定められた。

2016年度の診療報酬改定において新設された、身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する認知症ケア加算に関しても、2024年度の診療報酬改定では加算点数が上がった一方で、身体拘束による減算の割合が40%から60%に増えており、医療機関における質の高い認知症ケアがこれまで以上に求められるようになった。

同じ2024年度診療報酬改定においては、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料の範囲も拡大された。

2025年3月には、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(第2版)」⁶⁾が公表されている。この第2版は、認知症基本法や認知症施策推進基本計画に基づき改訂されたものである。この中では、社会参加の機会を確保することの重要性、本人が意思表示しやすくなるようなパートナーや伴走者の必要性、認知症が重度であっても意思決定支援を行うこと、本人には意思決定をしない自由もあり、意思決定を強制することにならないように注意すること、本人の意思と家族の意思が対立する場合の対応などにつき細かく記載されている。

抗アミロイドβ抗体薬が2023年12月からアルツハイマー病による軽度認知障害と軽度の認知症に使用できるようになったことで、その治療を受けるか否か等につき、家族のみならず本人の意思を尋ねることが通常の対応として行われるようになってきた。今後は、このような軽度認知障害や軽度の認知症の人に限らず、より多くの認知症の本人が、自分が受ける医療について話し合いの場に参加し、自らの意思が反映された治療を受けられるような、本人主体の医療が広がってることが期待される。

文献

- 1) 厚生労働省：認知症施策推進基本計画(PDF：555KB) (2025年9月22日閲覧)
- 2) 厚生労働省：認知症疾患医療センター運営事業(PDF：582KB) (2025年9月22日閲覧)
- 3) 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター：認知症地域支援推進員の配置形態や活動実態に応じた機能強化に関する調査研究報告書. 令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業(PDF：8.9MB) (2025年9月22日閲覧)
- 4) 厚生労働省：令和6年度全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料(PDF：28.3MB) (2025年9月22日閲覧)
- 5) 国立長寿医療研究センター：認知症サポート医養成研修テキスト. 令和7年度(2025年度)第1版.
- 6) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(第2版) (PDF：2.2MB) (2025年9月22日閲覧)





認知症の人の暮らしと バリアフリー化の推進

藤田医科大学医学部認知症・高齢診療科教授

武地 一（たけち はじめ）

【略歴】 1986年：京都大学医学部医学科卒業、1987年：福井赤十字病院内科医員、1993年：京都大学大学院医学研究科卒業、医学博士号取得、新技術事業団研究員（大阪バイオサイエンス研究所）、1996年：ドイツ・ザール大学生理学研究所博士研究員、1999年：京都大学医学部附属病院老年科助手（助教）、2010年：京都大学大学院医学研究科加齢医学講師、2014年：京都大学大学院医学研究科臨床神経学講師、2016年より現職
【専門分野】 老年医学、認知症

はじめに

本特集テーマのもととなる「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の第3条には、基本理念7項目のひとつとして「認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができる」と記載されている。ここで示された「障壁となるものを除去する」という理念に基づき、認知症施策推進基本計画では基本的施策の2つ目の項目として「認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進」が掲げられた。この項目を読み解くとともに、筆者が関与してきた事業や研究をベースに、この施策を実践的に進める方向を示してみたい。

認知症を生きる人の声

昨今では認知症本人ミーティングや認知症希望大使の活動などを通じて様々な形で認知症を生きる人の声が発信されている。筆者も関わってきた「京都式オレンジプラン」では当初から「認知症の人がかなえたい目標」あるいは認知症施策のアウトカムとしてアイメッセージ（私のメッセージ）を示し、計画期間の終了時点でアウトカム評価として「10のアイメッセージ評価報告書」が提出された¹⁾。多くの認知症の人から生の声を聞くためには、声を聞くための方法論とトレーニングも重要となるが、その報告書にはそのプロセスも記載されている。認知症の人、認知症の人の家族、そして認知症の人や家族に関わる専門職から聞き取った定量的評価とともに、聞き取りの際の生の声を質的に分析し示されている。

その分析結果を筆者が集約した図を示す（図1）。そこには「認知症になったのショックや不具合」（具体的な声のひとつとして「以前は地域の役員などをして活躍していたが今は責任もって引き受けられない」）という認知症になって本人が根源的に感じる衝撃や困難を中心に、その関連事項として「家族の支援に対する信頼と期待」「介護保険サービスや地域での支援への満足」「薬や制度、仕組みへの期待」といった家族等の支援、介護保険サービスや地域住民による支援から



[アンケートにご協力ください！](#)

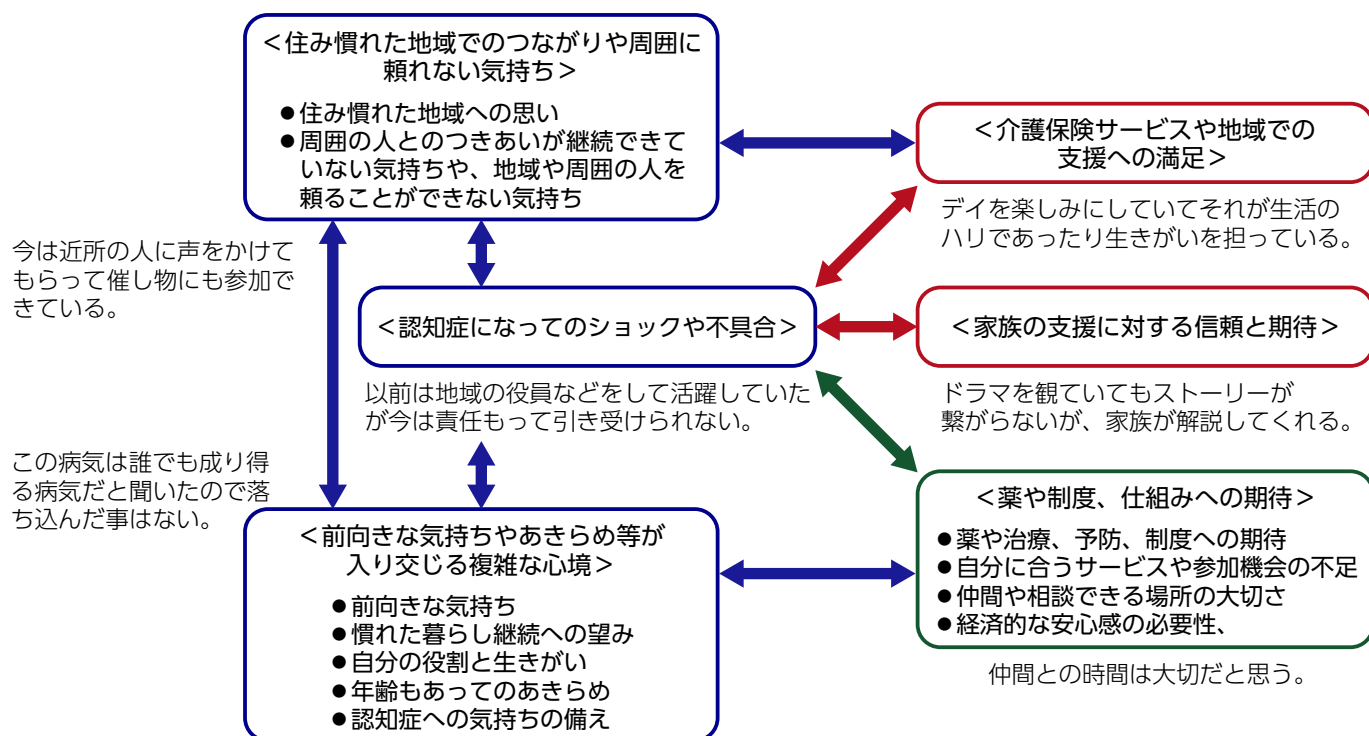


図1 10のアイメッセージ評価の際に示された本人の意見・要望

得られるものが声として示されるとともに、周囲の人々との間に生じる感情や自身の心境として「住み慣れた地域でのつながりや周囲に頼れない気持ち」「前向きな気持ちやあきらめ等が入り交じる複雑な心境」が語られている。2000年に介護保険制度が施行される前、そして介護保険施行後、さらには地域包括ケアの提唱とオレンジプラン以降に進められてきた施策のひとつの到達点が示されているように思う。

ここに示された日本社会の現状をもとに、基本的施策の推進に必要なことを次に考えていきたい。

認知症の人の生活におけるバリアフリー化

認知症施策推進基本計画の基本的施策では、具体的には「地域における生活支援体制の整備」として地域住民の取り組みの方向性や「移動のための交通手段の確保」「交通の安全の確保」「認知症の人が利用しやすい製品やサービスの開発」「事業者による取り組み」「企業の経営戦略への組み込み」が提案されている。これらの中にはすでに具体的に各地・各企業などで取り組まれていることもあるが、さらに普遍化を求められていることも多い。これらの日常生活に直結した支援や商品開発などは今後進められるものが多いので、ここでは地域資源の充実によるバリアフリーの例として地域包括ケアの理念のもとに進められてきた認知症ケアパスに関するデータを紹介しておきたい。

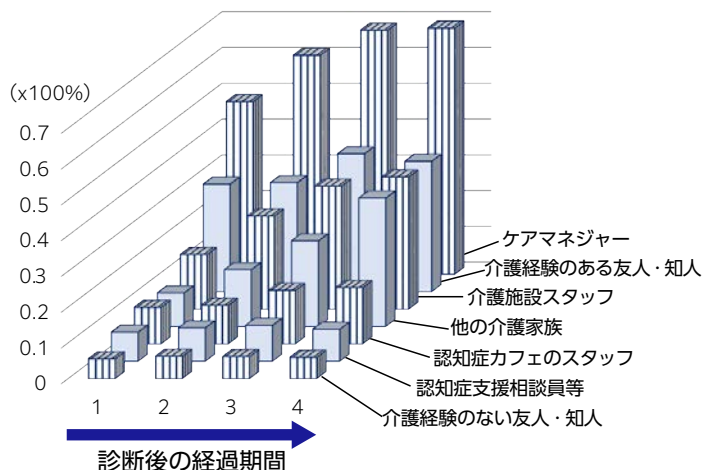
オレンジプラン、新オレンジプラン以降、認知症ケアパスの策定が各自治体で行われた。認知症を発症する前、そして発症してから5年、10年と、認知症とともに歩む長い道のりと、そこに関わってくる地域住民、医療、介護・福祉の地域資源が示されていることが多い²⁾。

認知症ケアパスの基本図や各自治体で作成された冊子は多くの専門職、市民にとって納得しやすいものと思われるが、認知症の人やその家族にとって、認知症ケアパスに掲げられた地域資源や専門職に実際どのようにアクセスできているか、データとして示されていない。そこで、その点を明らかにするため、2021年度厚生労働省老人保健事業「認知症の人の家族の思いと受

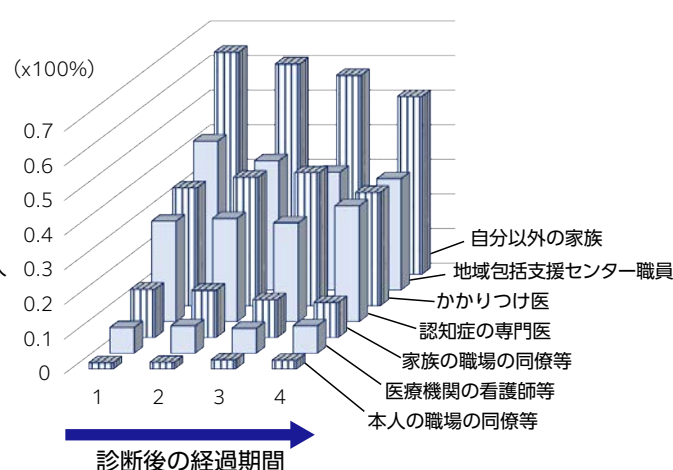


アンケートにご協力ください！

〈時間経過とともに増加した職種・立場〉



〈時間経過とともに不変、または減少した職種・立場〉



診断後の経過期間(目安)

1. 6か月～1年半、2. 2年～3年、3. 4年～6年、4. 7年～10年以上

図2 認知症ケアパスに沿った認知症の診断時やその後の相談者

「認知症に関する実態調査」を実施した際、「認知症の診断時やその後、認知症のことや生活のことなどについて相談した相手」についての質問を行い、分析した(図2)³⁾。診断後の経過期間(目安)を6か月～1年半、2年～3年、4年～6年、7年～10年以上の4つの時期に分けてある。相談した相手は14の職種・立場に分かれるが、グラフの左側には主に診断後の時間経過とともに増加している職種・立場を示している。グラフの右側は診断後の時間経過とともに不変だった職種・立場や減少した職種・立場を示している。

診断当初は身近な家族への相談や地域包括支援センターでの相談が多く、診断後経過とともにケアマネジャー、介護施設スタッフ、介護経験のある友人・知人、他の介護家族、認知症カフェスタッフ等が増えていく様子がわかる。かかりつけ医や認知症専門医は診断当初から診断後経過時間が長くなってもコンスタントに相談対象となっていることもわかる。全体として認知症ケアパスの概念図で示されるように、認知症の初期の頃から重度になる経過の長い期間、相談する職種・立場は変化しつつも相談する人がいるという状態が地域で構築されていることがわかる。武田信玄の「人は城、人は石垣」という言葉に例えられるかもしれないが、認知症のバリアフリーを考える時、認知症の人やその家族にとってアクセスできる相談者が途切れることなく存在することは重要である。

ただし、図2ではアクセスしたかったがアクセスできなかった人や、そもそもアクセスできることを知らずにアクセスしなかった人は示されていない。このような資源が社会に用意されていることを示しているだけともいえる。この点に注意して、今後、この石垣を充実させることが求められている。また、この章の冒頭に書いたような基本計画の基本的施策に具体的に記載された様々な取り組みや商品、サービスについては、今後、基本計画が推進される中で、図2と同様の図として示される日が近い将来、来るだろう。

認知症のバリアフリーにおけるソフトパワー

バリアフリーという時、多くの人は家の中の段差など目に見える障壁、身体に感じる障壁を思い浮かべる。しかし、認知症のバリアフリーという時の障壁は、目に見えないもの、身体では感



[アンケートにご協力ください！](#)

表 認知症カフェスタッフ自己評価票

(出典: [NPO法人オレンジコモンズ: 認知症カフェスタッフ自己評価票\(DCSA\)](#)⁴⁾; Takechi H, et al., Dement Geriatr Cogn Disord. 2019⁵⁾より作成)

以下の1～20の項目について、自己評価点の欄に、0. まったくしていない・できない、1. あまりしていない・できない、2. ある程度している・できる、3. おおよそ、している・できるという基準で0～3を記入して下さい。項目の記載内容について、ほとんど知識がないか、わからない場合も0と記入して下さい。

●**認知症の人とのかかわり**

Q1. 「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、友人として一緒に楽しもうとしていますか？

Q2. 遠隔記憶(昔のことなど)と近時記憶(最近のことや10分前のこと)の違いを理解して、本人と会話をする事ができますか？

Q3. 疾患の種類や重症度を意識して、本人へのかかわりや会話、助言、同行ができますか？

Q4. 病識の有無や程度を理解して、本人へのかかわりや会話などができますか？

Q5. 本人の得意なことや興味があることを引き出すことができますか？

Q6. 本人の不安感を意識し、安心を与えるような会話やかかわりができますか？

●**認知症の人の家族とのかかわり**

Q7. 認知症の人を見守る家族の気持ちを理解し、家族が話したいと思えるような傾聴ができますか？

Q8. 家族の認知症症状への理解が不十分な場合、病気の特徴や接し方をアドバイスできますか？

Q9. 家族が困っていることに対し、助言ができますか？

Q10. 介護保険サービス利用や地域資源などに関して適切なアドバイスができますか？

Q11. 認知症の人だけではなく、家族の健康や生活について配慮できていますか？

●**認知症の人と家族双方へのかかわり**

Q12. 認知症の人と家族の相互関係について理解して、両者が良い関係になるようにコーディネートができますか？

Q13. 家族が、日々の生活の中で、従来認知症の人がしていた役割を担っていることを理解し、心理的支援や助言ができますか？

●**認知症についての一般的知識やカフェスタッフとしての振る舞いについて**

Q14. 中核症状と行動・心理症状をきちんと理解して、治療期間や治療目標の違いについてアドバイスすることができますか？

Q15. 認知症の人に良い状態と悪い状態があることを意識し、その状態が周囲の人の理解や接し方によって変化することを理解できていますか？

Q16. 認知症の人や家族などに、認知症カフェやその他の地域資源の情報が届いていない場合などもあることに気がついてますか？

Q17. 若年性認知症の場合の本人・家族の特別な心境や制度利用について知識を持ち、かかわることができますか？

Q18. ボランティア同士の考え方が異なるとき、ときには他者のやり方に従ってみようと思うことはできますか？

Q19. 地域の人々のニーズをくみ取り、認知症についての地域啓発に大切な助言を行うことができますか？

Q20. カフェでコーヒーを入れたり、運んだり、来店者を案内したり、カフェのあつらえを手伝うなど、居心地良いカフェになるよう、かかわっていますか？

じにくい点も多い。認知症のバリアフリーの中には、認知機能が低下していても理解しやすい交通標識やトイレの表示、ATMの操作方法等も含まれるが、割合がもっと大きなものは、目で見たり身体で感じる事が難しいこと、すなわち無理解、偏見、配慮の不足であったりする。

そこで筆者は認知症カフェスタッフ自己評価票という形で、認知症のバリアフリーのソフトパワー向上の目安になる評価票を作成した(表)^{4) 5)}。認知症の人やその家族と接する時、必要な知識や配慮20項目について0から3点の4段階で自己採点できるようにしてある。1つひとつの項目は簡潔に記載してあるが、どのようなことを指しているか項目を読んだだけでは理解しにくい場合もあるかもしれない。そのような場合、参照できるように項目を解説したマニュアルも用意してある。なお、認知症カフェスタッフ自己評価票と解説資料は[NPO法人オレンジコモンズ](#)⁴⁾のホームページから入手できる。

この自己評価票は認知症カフェスタッフの研修用に開発したが、認知症サポーターやチームオレンジのメンバー、さらには認知症について学ぼうとする多くの人に使ってもらえると考えている。専門職でも、自身のスキルを見直すために用いることができる。

この自己評価票を実際に用いた場合、当然のことながら専門職は市民ボランティアに比べ、ほとんどの項目で有意に高得点となるが、市民ボランティアを経験の浅い群(n=24)、中程度の



[アンケートにご協力ください！](#)

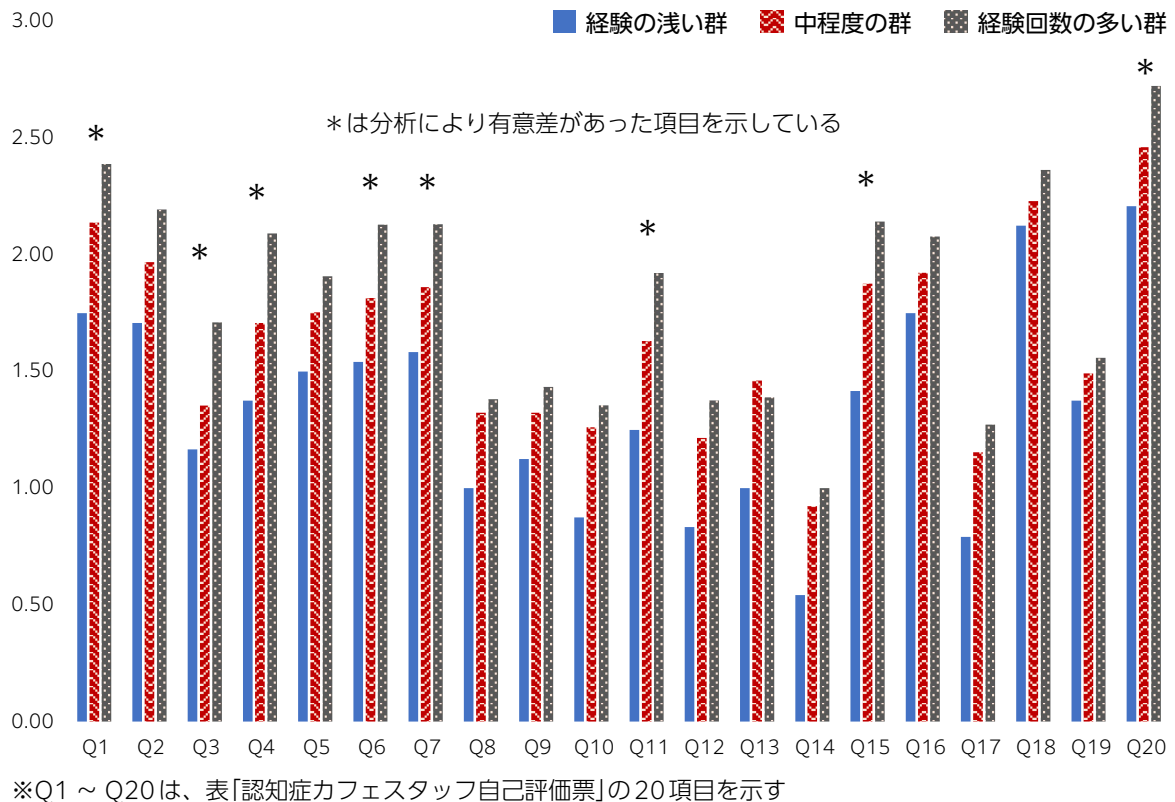


図3 市民ボランティアの認知症カフェ参加経験別の比較

群 (n=65)、経験回数の多い群 (n=77) に分けて比べた場合、20項目中8項目で有意差が見られ、特に認知症の人とのかかわりに関する1～6番の項目のうち4つ (Q1、Q3、Q4、Q6) で経験回数の多い群で有意に得点が高かった (図3)⁵⁾。自己評価という点に限界はあるが、実際に市民ボランティアなどを客観的な方法で評価することのほうが様々な観点で困難がある。今後、このような自己評価票を用いることで、目に見えないソフトパワーを可視化し、バリアフリーを実現していくことができるであろう。

結語

目に見え、身体に感じる障壁に対してのバリアフリー化は行いやすいが、それに比べると認知症の人の生活におけるバリアフリー化は言葉では示せても容易ではない。個々の取り組みや総体として積み上げていくものを目に見える形にしてバリアフリーが推進されることを願っている。

文献

- 1) 京都地域包括ケア推進機構：京都式オレンジプラン 10のアイメッセージ評価 報告書, 2018 (PDF：6.6MB) (2025年9月22日閲覧)
- 2) NPO法人オレンジコモンズ (2025年9月22日閲覧)
- 3) Takechi H, Hara N, Eguchi K, et al. : Dynamics of Interaction among Professionals, Informal Supporters, and Family Caregivers of People with Dementia along the Dementia Care Pathway : A Nationwide Survey in Japan. Int J Environ Res Public Health. 2023 ; 20 (6) : 5044.
- 4) NPO法人オレンジコモンズ：認知症カフェスタッフ自己評価票 (DCSA) (2025年9月22日閲覧)
- 5) Takechi H, Yamamoto F, Matsunagaa S, et al. : Dementia Cafés as Hubs to Promote Community-Integrated Care for Dementia through Enhancement of the Competence of Citizen Volunteer Staff Using a New Assessment Tool. Dement Geriatr Cogn Disord. 2019 ; 48 (5-6) : 271-280.



アンケートにご協力ください！



人生100年時代を迎え、一人ひとりが生きがいを持って暮らし、長生きを喜べる社会の実現に向けて、どのようなことが重要であるかを考える、「長生きを喜べる社会、生きがいある人生をめざして」と題した、各界のキーパーソンと大島伸一・公益財団法人長寿科学振興財団理事長の対談の第15回は、国家公務員共済組合連合会虎の門病院名誉院長の大内尉義氏をお招きしました。

第15回

老年医学の知見を社会実装につなげる

大内尉義 (おおうち やすよし)

国家公務員共済組合連合会虎の門病院名誉院長

1949年生まれ。1973年東京大学医学部卒業、1976年東京大学第三内科入局、三井記念病院内科医員、1984年東京大学第三内科助手、1985年米国テネシー大学医学部生理学教室 Visiting Assistant Professor、1986年東京大学老年病学教室講師、1995年東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座教授、2006年東京大学医学部附属病院副病院長、2013年虎の門病院病院長、2020年虎の門病院顧問、冲中記念成人病研究所代表理事、2025年現職。専門は老年医学、循環器病学。日本老年学会、日本老年医学会理事長を歴任。東京大学名誉教授。長寿科学振興財団理事。



大島伸一 (おおしま しんいち)

公益財団法人長寿科学振興財団理事長

1945年生まれ。1970年名古屋大学医学部卒業、社会保険中京病院泌尿器科、1992年同病院副院長、1997年名古屋大学医学部泌尿器科学講座教授、2002年同附属病院病院長、2004年国立長寿医療センター初代総長、2010年独立行政法人国立長寿医療研究センター理事長・総長、2014年同センター名誉総長。2020年より長寿科学振興財団理事長。2023年瑞宝重光章受章。



循環器から老年医学へ

大島：今号は、虎の門病院名誉院長の大内尉義先生をお迎えしました。大内先生は日本老年学会^{※1}や日本老年医学会の理事長を歴任された老年医学のリーダーです。まず、どのように老年医学と関わるようになったのか、自己紹介を兼ねてお聞かせください。

大内：私は岡山県の南西部、笠岡市というところの出身で、大学進学を機に上京し、それ以来ずっと東京で過ごしています。1973年に東京大学医学部を卒業し、小児科医を志しましたが、当時の東大小児科は大学紛争の影響が強く残っていて入局を断念し、内科に進みました。

※1 日本老年学会は、以下の7学会で構成される。日本老年医学会、日本老年社会学会、日本基礎老化学会、日本老年歯科医学会、日本ケアマネジメント学会、日本老年看護学会、日本老年薬学会。



[アンケートにご協力ください！](#)

当時の東大の内科は2年間の研修制度で、半年ごとに4つの内科を回るローテーション制でした。最初の半年が「老人科」で、ここで初めて高齢者医療に触れました。老人科は当時、内科の一分野という位置づけで、「高齢者を扱う内科」という臓器別医療の色彩が濃いイメージでした。

研修2期目は、どうしても小児科を諦めきれず、東京警察病院小児科で研修させていただきました。3期目は第一内科だったのですが、その頃、当時の老人科教授であられた吉川政己先生から、「老人科に入らないか」と声をかけられました。迷っていたのですが、入るなら老人科のルーツである第三内科を経験してからにしようと考え、4期目は第三内科を選びました。ここで矢崎義雄先生と出会い、私の進路は大きく変わったのです。

大島：矢崎先生は循環器がご専門ですよ。

大内：はい。当時、矢崎先生は第三内科の助手であられましたが、循環器グループの責任者に就任されたばかりで、弟子を探しておられました。

大島：第三内科といえば、東大の中核で、日本の医療界を牽引する診療科ですね。

大内：よくそう言われますが、当時の第三内科の主流は糖尿病と血液のグループで、循環器は決して主流のグループではありませんでしたが、それだけに矢崎先生の下、みなよく結束していました。循環器は臨床力が求められるのですが、大学ではなかなか習得が難しく、矢崎先生の紹介をいただき、三井記念病院で3年間、臨床経験を積みました。最初の1年半は内科一般、後半が循環器専門で、町井潔部長の指導を受けましたが、月の半分は病院に泊まり込むような生活でした。大変でしたが、その分やりがいがあったし、楽しい日々でした。

大島：外科ではよく聞きますが、内科でそれほど泊まり込むのは珍しいですね。先生はアカデミック志向、それとも臨床志向ですか。

大内：間違いなく、臨床志向です。患者さんをしっかり診たいという思いが強く、3年間の経験で、当直中にどんな患者さんが来ても動じなくなりました。三井記念病院での3年間は私を「医者」にしてくれたと、今でも感謝しています。

その後、矢崎先生に大学に帰るように言われ、1980年に第三内科に戻りました。そこで高血圧を専門にして学位を取得した後、1985年にアメリカのテネシー大学へ留学しました。メンフィスという自然豊かな町で、「高血圧と性差」をテーマに研究に没頭しました。充実した日々でしたが、翌年の春に矢崎先生から手紙が届き、その中には、「折茂肇先生が老人科の教授になられ、臨床経験のある循環器の医師を探しておられ、君を推薦したので、すぐに帰国してほしい」と書かれていました。ちょうど英語も少しずつわかるようになり、研究もデータが出始めていた時期だったので、「もう1年いさせてほしい」と折茂先生にお願いしましたが、「すぐ帰国せよ」とのご返事。急いで研究をまとめて論文を書き、1986年夏の終わりに帰国し、そのまま老人科に赴任しました。これが私の老年医学との本格的な出会いになったのです。

高齢者医療は全人的医療

大島：東大の老人科は、日本で初めて設立された老年病学の教室^{※2}ですね。大内先生は、のちに折茂先生から教授職を引き継がれ、それ以降、老年医学に長く携わってこられました。当時、先

※2 東大老人科は、1962年に日本初の老年病学教室として誕生した。沖中重雄氏(当時、第三内科教授との併任、のちに虎の門病院長)によって開設され、1964年より吉川政己氏が初代専任教授、1979年より原澤道美氏が2代目教授、1986年より折茂肇氏が第3代教授、1995年より大内尉義氏が第4代教授、2013年より秋下雅弘氏が第5代教授、2024年より小川純人氏が第6代教授に就任し、現在に至る。1998年に「老人科」から「老年病科」に呼称を改めた。





生は「老人科」をどのように捉えていらっしゃるのですか。

大内：実は、老人科で半年間研修した経験があるにもかかわらず、「なぜ東大に老人科という高齢者専門の診療科があるのか」と、正直ずっと疑問に思っていました。内科の一分野として、高齢者を診る科なのだという表面的な理解はしていましたが、その本質的な意味はわかっていなかったのです。老人科に異動し、最初の半年間は助手として、次に講師として主に病棟を担当しましたが、その中で初めて「内科と老人科は考え方が大きく異なる」と実感しました。高

齢者医療では、いわゆる「全人的な医療」が必要で、患者の社会的側面や心理も考慮する必要があります。また、臓器だけでなく生活機能まで含めて診なければならない。やはりこの「生活機能を見る」というのが、老年医学・高齢者医療の本質だと思います。この2点に気づいて初めて、「なぜ東大に老人科、老年病学教室があるのか」が理解できました。

大島：私も長寿医療センターに赴任した際に、同じようなことを感じました。これまで大学で行っていた医療は、「病気を診て、病態を診て、改善を目指す」ことが前提でした。生活を基盤にした医療の視点や、終末期への備えは、ほとんど考慮されていなかったと思います。「終末期に絶対に至らせてはならない」という考えだけがありました。しかし実際には、高齢者に限らず、人は誰も否応なく終末期を迎えるものです。そこまで見据えて診療にあたらなければ、高齢者医療は完結しないということに気づかされました。

大内：私も研修医1年目の最初の半年間の研修では、そうした理解には至りませんでした。その後、高齢者の心身と生活を総合的に評価する「CGA」（高齢者総合機能評価）という概念が出てきました。これは1930年代からイギリスで発展してきた考え方です。

大島：CGAには、本当に衝撃を受けました。「高齢者医療とは、まさにCGAである」と思いました。

大内：単に「生活機能を見る」のではなく、CGAはそれを科学として確立し、誰もが実践できる体系にまで引き上げた。その点が非常に重要だと思います。

高齢者医療と社会とのつながり

大島：以前から疑問に思っていたのは、「なぜ日本老年医学会は社会に目を向けているのか」ということです。その視点は、年々確実に広がっていて、産官学民が一体となって取り組むという姿勢が、さらに強まっていると感じます。2025年6月の日本老年学会総会に参加し、そのことを強く実感しました。

大内：老年医学は、まさに高齢者のための医学です。高齢者は社会的な存在であり、社会環境が診療や予後に、若い人よりもうんと大きく関わってきます。つまり、高齢者を適切にマネジメントするには、社会全体を視野に入れる必要がある。臓器単位で診る医療では、そうした意識は生まれにくいのです。繰り返しになりますが、高齢者医療では、全人的視点が不可欠で、生活機能もみる必要があるため、自ずと社会との接点が重要になってきます。だからこそ、社会とのつな



[アンケートにご協力ください！](#)

がりに焦点を当てる考え方が大きく出てきたのだと思います。

大島：今、超高齢社会に直面し、行政も産業界も、高齢者の抱える課題にどう対応するかに苦慮しています。それに対して、学会の立場からどうアプローチしていくのか。いわゆる疾病を基軸にしながら、解決策を示していくのか。

大内：私たちが目指すのは、一言で言うと、「健康長寿社会」です。国民の一人ひとりが年を重ねても元気で、天寿をまっとうする社会。その実現には、医療だけでは限界があります。健康長寿の秘訣のひとつに「運動」

がありますが、「若い頃から運動しましょう」と言っても、なかなか習慣にはなりません。ならば、自然に歩きたくなる仕組みをつくる。たとえばイベント会場を駅から少し離したりして、生活の中に活動量を取り込む仕掛けが必要です。つまり、社会全体の仕組みを変えていく必要がある。

建築界も高齢者に関心を寄せています。なぜなら、家やまちのあり方を変えることで、健康長寿を支える社会づくりが可能になるからです。また、産業界も大きく変わっています。たとえばスーパーマーケットなどで、「フレイル健診」のスペースを設けているところがあります。スーパーはそうしたスペースを提供する代わりに買い物をしてもらえるわけです。こうした仕掛けが新たな産業やビジネスの機会につながります。老年医学や高齢者医療の分野を、新しいビジネスチャンスと捉えている企業は多いと思います。

大島：企業がそこまで意識しているのは頼もしいですね。ただ、健康長寿社会をデザインしていく際、日本全体を1枚のグランドデザインとして描くのは難しいと感じています。地域ごとに人口構成や地理、文化、地域資源などが大きく異なるからです。そのため、地域ごとに将来像を描き、そこに産業界・医療界・行政がそれぞれどう関与するかの役割を考えるべきだと思います。

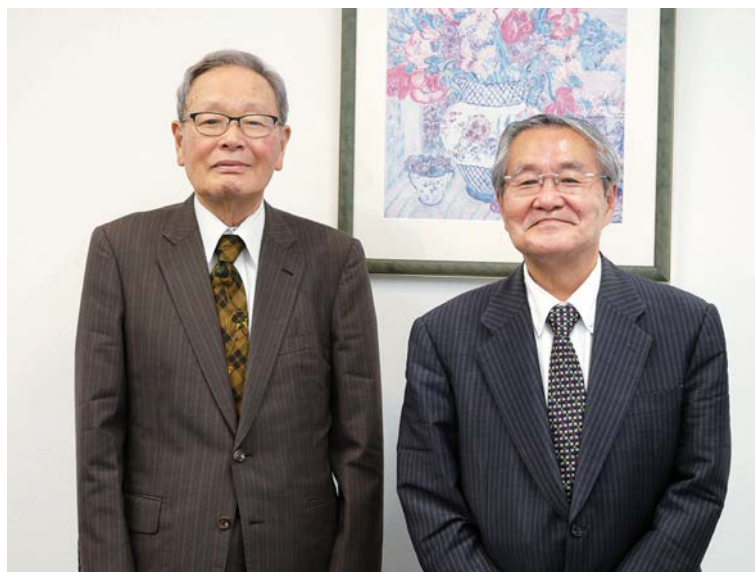
大内：おっしゃる通りですね。老年医学と社会とのつながりを、日本全体の枠組みで考えるのは難しいです。ですから、これからは「コミュニティ」が鍵になります。人口5～10万人の規模の自治体あるいは行政区単位で、行政・産業・医療が連携する体制をつくるのが最も重要だと思います。「まちづくりによって健康長寿を実現する」——これが基本的な考え方になると思います。

学会の役割と社会実装

大島：日本老年学会や日本老年医学会は、そうした日本の将来像の中で、どのような役割を果たしていくのでしょうか。リーダーシップをとる存在なのか、理論的な支柱となるのか。

大内：どちらも担うべきだと思います。学会として、まずはアカデミアとしての理論的支柱を築くこと。そして、その知見を社会に実装していくこと。この両輪が、学会のあるべき姿だと考えます。特に、行政との連携なしには前に進めません。たとえば、東京大学の飯島勝矢先生が中心となって進めている「フレイルチェック会」は、もう全国100か所ほどで開催しています。また、筑波大学の久野譜也教授とともに立ち上げた[スマートウエルネスコミュニティ協議会](#)では、行政と強い連携を構築しています。姉妹団体である[スマートウエルネスシティ首長研究会](#)には多くの





自治体が加盟していて、「コミュニティで健康づくりをする」という考えを持つ首長の方々が非常に増えています。

大島：その取り組みはどんどん広がっているのですか。

大内：日本全体で考えるとまだこれからですが、エビデンスを構築していくと、「わがまちも」という自治体が増えてきます。今はその過渡期だと思います。

「いかに社会に役に立つのか」の視点で

大内：学会としても、老年医学の知見をいかに社会実装につなげるかが重要な課題です。2018年に日本老年医学会が「老年医学推進5か年計画」をつくりましたが、私は新しい課題として「社会実装」を加えるよう提言しました。その結果、2024年に始まった新たな5か年計画では、「社会実装」の方向性が盛り込まれましたので、今後はその実現に力を入れていくと考えています。

大島：長寿科学振興財団でも、社会実装を見据えた研究、特に社会学的アプローチを重視し、長寿科学研究等支援事業として助成を行っています。渡辺捷昭会長は、財団の役割や存在意義を常に問い、一言で言えば、「世の中に役立つのか」という視点を重視しています。研究プロジェクトが実際に社会に浸透し、価値を生み出すには、実装というプロセスが不可欠であり、それを重視して現在の事業を進めています。たとえば、Googleの慈善事業部門であるGoogle.orgの支援を受けて実施している「高齢社会課題解決研究および社会実装活動への助成事業」では、高齢者のデジタルデバイド解消に取り組むプロジェクトに対し、1件あたり約5千万円という大型助成を行っています。

大内：基礎研究も重要ですが、総花的に助成を分配するのではなく、大型プロジェクトとして、社会実装を視野に入れた研究を掲げられたのは、時代の先を見据えた進め方だと拝見しています。

大島：財団の視点は、あくまでも日本全体です。

大内：日本全国で応用可能な基本理論を築き、それを地域ごとの特性に合わせて展開する——その流れを財団がつくっているのですね。そう考えると、財団の存在は非常に大きいと思います。

大島：そう言っていただき光栄です。今後も「社会に役立つ」という視点から、社会実装を目指した研究開発を進めてまいります。大内先生には、アカデミアとして、また財団の理事として引き続きご協力いただければ幸いです。本日はありがとうございました。



国内外の新しい長寿科学研究を紹介します。今回の情報は、京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室担当部長・石崎達郎氏、国立障害者リハビリテーションセンター研究所シニアフェロー・井上剛伸氏、国際医療福祉大学医学部糖尿病・代謝・内分泌内科学教授(代表)・竹本稔氏、東京大学大学院薬学系研究科機能病態学教室准教授・堀由起子氏、福岡国際医療福祉大学特任教授・森望氏から提供いただきました。

臨床検査情報を用いたフレイル迅速判定システムの有用性評価

電子カルテに記録された臨床検査データを用いてフレイルを即時判定するシステム(FI-Labs)が各国で開発されている。本論文では、ロンドン市内2か所の救急外来における約7万5千件のデータを用いてFI-Labsの有用性を評価した。看護師による臨床フレイル指標(CFI)と比べ、FI-Labsによる死亡予測力はやや劣っていたが、FI-Labsによるフレイル判定の安定性は高かった。検査データに基づくフレイル自動判定は、年齢と同様に重要な健康指標となる可能性があり、看護師によるCFIを使った判定と併用することで、救急現場での質の高いフレイル評価が期待される(Logan Ellis H, et al., Age Ageing. 2025 ; 54 (7) : afaf192)。(石崎)

20周年を迎えた国際生活機能分類のヘルスケア研究への貢献に関する文献調査

国際保健機関(WHO)が2001年に発行した国際生活機能分類(ICF)は、生活機能と障害に関する用語や分類を定めた、リハビリテーション分野での重要な国際規格である。2002年から2022年の20年間に発表された、ICFを含むヘルスケア関連の学術論文のレビュー結果が示された。国としては、米国、カナダ、ドイツ、オランダ、スイスの順で論文数が多く、最も多く出現した関連単語は「リハビリテーション」であった。2020年以降の論文では、「疫学」や「高齢化」といった単語が急増し、疾患から生活機能へのシフトや、患者中心のアプローチへの関心の高まりを反映する結果が示された(Stojic S, et al., Disabil Rehabil Assist Technol. 2025 ; 20 (2) : 444-451)。(井上)

簡便な身体計測データから死亡・健康リスクを高精度に予測

AnthropoAgeは、BMIやウエスト身長比から算出される生物学的年齢指標であり、AnthropoAgeAccelはその加齢の進行度(AnthropoAgeから実年齢を引くことで算出)を示す。メキシコ国立老年医学研究所のFermín-Martínez CAらは、米・英・中・メキシコ・コスタリカの約5.7万人を対象にこれらの指標の妥当性を検証した。その結果、AnthropoAgeAccelが正の人は死亡リスクが約37%高く、ADL低下や加齢関連疾患の予測にも有用であることが示された。簡便かつ実用性の高い指標として、今後の高齢者リスク評価に活用が期待される(Fermín-Martínez CA, et al., NPJ Aging. 2025 ; 11 : 52)。(竹本)

α -シヌクレイン病理形成に関わる新しい構造領域

パーキンソン病など、 α -シヌクレイン(α -syn)が異常に凝集蓄積する疾患において、その病理は異常な α -synが細胞間を伝播することで形成される。異常な α -synの構造は、安定なコア領域と、コア以外の比較的柔軟性の高い領域(ファジーコート)に分けられるが、これまでファジーコートの役割は不明であった。今回、中国科学院のHe博士らは、 α -synのファジーコートが伝播や病理に寄与する重要な領域であることを明らかにした。ファジーコートを標的とした新しい治療戦略の開発にもつながる興味深い研究である(Fang Y, et al., Neuron 2025 ; 113 (11) : 1723-1740.e7)。(堀)

リトコール酸：カロリー制限による健康長寿効果の黒幕

カロリー制限が健康長寿に良いことはマウス、線虫、ハエ、酵母など多種のモデル生物で実証済みだ。しかし、そのメカニズムは？ となると必ずしも明確でない。代謝スイッチの切り札となるAMPキナーゼ(AMPK)が誘導され、サーチュイン(SIRT1など)が活性化されるのだが、どうしてそうなるのか？ この問題に中国福建省の廈門(アモイ)大学のシェンカイ・リン一派が切り込んだ。マウスのカロリー制限で変動する代謝分子700種の中からAMPK変動と呼応する分子を探索。その結果、胆汁酸の一種、リトコール酸が鍵分子であることを見出した。これがインスリン抵抗性を軽減し、NAD⁺レベルを上げる。腸内細菌の集団変容(マイクロバイオーム)がその背景にあるらしい。ヨーグルトの効能もそこにあるのかもしれない(Qu Q, et al., Nature 2025 ; 643 (8070) : 192-200 ; Qu Q, et al., Nature 2025 ; 643 (8070) : 201-209)。(森)



[アンケートにご協力ください！](#)

アイヌとして生きる力



アイヌ文化伝承者・古布絵作家 **宇梶静江さん 92歳**

PROFILE 宇梶静江（うかじ しずえ）

1933年北海道浦河郡浦河町生まれ。20歳で中学に入学、卒業後上京し、1959年に結婚。1966年から『詩人会議』同人となり詩を書く。1972年『朝日新聞』に「ウタリたちよ、手をつなごう」と投稿し反響を呼ぶ。翌年「東京ウタリ会」設立。1996年63歳でアイヌ刺繍を学び、アイヌの叙事詩を古布で表現する「古布絵」（こふえ）を創作。古布絵作家の活動を評価され、2011年吉川英治文化賞受賞。2021年北海道白老町に移住し、[一般社団法人アイヌ力\(ぢから\)](#)を設立し、アイヌ学舎「シマフクロウの家」でアイヌ学を立ち上げる。2020年後藤新平賞、2023年アイヌ文化賞、北海道文化賞受賞。2024年地域文化功労者表彰。著書に『大地よ！アイヌの母神、宇梶静江自伝』『アイヌ力よ！次世代へのメッセージ』（いずれも藤原書店）、『シマフクロウとサケ』（福音館書店、藤原書店）など。

アイヌであることを問い続ける92年

北海道白老町のJR白老駅近く、通りの入口で木彫りのシマフクロウが出迎える一軒の民家がある。ここがアイヌ学舎「シマフクロウの家」。アイヌ文化を共に考え、体験できる場である。



[アンケートにご協力ください！](#)

この学舎は、アイヌ文化伝承者の宇梶静江さんが2021年、88歳で関東から移住して開設した。1973年には東京ウタリ会を設立し、長年にわたりアイヌ民族の復権運動*の中心を担ってきた活動家であり、古布絵(こふえ)作家や詩人としても知られる多才な人物である。

アイヌ刺繍を施した鉢巻(マタンプシ)と羽織を凛と着こなす宇梶さんは、芯のある口調で、92年の歩みを語った。



アイヌ学舎「シマフクロウの家」の入り口

■ アイヌと知られないように生きる

1933年、宇梶さんは北海道浦河郡浦河町の和人(日本人)も混在するアイヌ集落に6人きょうだいの3番目として生まれた。戦時中の幼少期は貧困に苦しみ、小学校では厳しい差別を受けた。多毛であることや彫りの深い顔立ちがいじめの対象となった。幼い頃には「和人」と「アイヌ」を意識することはなかったが、学校での体験によってその違いが心に刻まれることとなった。

戦後、13歳のときには生活がさらに困窮し、中学校には進学せず、家業の手伝いや日雇い労働に追われる日々を送った。20歳で一念発起して札幌市内の私立中学に入学し、卒業後は友人に誘われて23歳で東京へ上京した。

「中学校を卒業しても、北海道ではアイヌということだけで職に就けません。何のために勉強してきたのかわからない。人間らしく生きたい。だからアイヌを封印して東京へ移りました」

27歳で結婚し、長女・良子さんと長男・剛士さん(俳優)をもうけ、二人の母親となった。そのころ宇梶さんの家は、上京してくるウタリ(同胞・アイヌの人々)の集まる場となっていた。

のちに国立市の公団住宅に移り住み、団地の人の勧めで詩作を始める。詩人・壺井繁治氏(作家・壺井栄の夫)から評価を受け、月刊誌『詩人会議』に詩を発表した。しかし、一番表現したかった“アイヌ”には触れられず、「アイヌをどう表現してよいかわからなかった」という。

■ ウタリたちよ、手をつなごう！

宇梶さんのアイヌの活動家としての歩みは、1972年38歳の頃、『朝日新聞』家庭欄へ「ウタリたちよ、手をつなごう」と呼びかけたことから始まった。

「自分がアイヌだと知られないように出自を隠して生きる。自分に対してこんなに愚かなことはありません。アイヌはいつも置き去りにされ、人権というものを認められない。仲間と一緒に何かを訴えなければいけない。共に語り合いましょうと呼びかけたのです」

しかし、この呼びかけに対する反応は決して一様ではなかった。賛同する人がいる一方で、「アイヌとして生きたいと思わない。放っておいてほしい」と怒鳴られることもあった。「私の呼びか

* アイヌ民族の歴史：1868年に明治時代が始まり、1869年に政府は北海道開拓のために開拓使を設置。北海道の先住民のアイヌ民族を「旧土人」と呼び、和人(日本人)との同化政策を進めた。1899年「北海道旧土人保護法」が制定され、狩猟や漁労といったアイヌ固有の生業を禁じ、農業への転換を推奨した。さらに日本語の使用を進め、アイヌ語を禁止したことで、口承によるアイヌ文化は衰退していった。この法律は、1997年にアイヌ民族出身の国会議員が誕生したことを契機に廃止され「アイヌ新法」が誕生するまで、100年近く続いた。





古布絵作品「浦河憧憬」(1997年)。赤い目のシマフクロウ

けが、むしろアイヌの人たちを苦しめるのではないか」と宇梶さんは苦悩したという。

それでも、翌1973年、宇梶さんは仲間とともに「東京ウタリ会」を設立。「アイヌは諦めることから始まっている。ならば、私がやるのは諦めないことだ」と宇梶さん。都議会に何度も働きかけ「アイヌ実態調査」を実現するなど、アイヌ民族の復権運動に向けて尽力していった。

■ 63歳、古布絵との運命的な出会い

「手をつなごう」と呼びかけて始まった同胞たちとの交流も理想にはほど遠く、数々の要望を行政に訴えても厚い壁に阻まれ、出口の見えない状況が続いた。25年近くが過ぎ、60歳を超えた頃には、宇梶さんの情熱に少し陰りが見え始めていた。そんな折、都内で開かれた北海道物産展でアイヌ刺繍に出会い、その美しさに心を打たれた宇梶さんは、基礎から学びたいと北海道ウタリ協会主催の刺繍教室に1年間通い、技術を身につけた。

63歳の春、着物の古布展に出かけた際、壁にかけてあったA4サイズほどの2枚の布絵に目を奪われた。

「布で絵を表現できることに驚きました。布でシマフクロウを描きたい、アイヌを表現したいと胸が高鳴りました。シマフクロウはアイヌにとって『村の守り神』。大きく見開いた目で村を守ると伝えられています。翌日本屋でシマフクロウの写真集を買い、ページを開いた瞬間、炎のような目で迫ってくるシマフクロウと目が合い、私も負けじと見返しました」

この体験をきっかけに、燃えるような赤い目のシマフクロウの布絵を完成させた。その赤い目には「アイヌはここにいます。私たちが見えますか」というメッセージを込めた。そして、古布とアイヌ刺繍を組み合わせた作品を「古布絵」と名付けた。

「布で絵を表現できることに驚きました。布でシマフクロウを描きたい、アイヌを表現したいと胸が高鳴りました。シマフクロウはアイヌにとって『村の守り神』。大きく見開いた目で村を守ると伝えられています。翌日本屋でシマフクロウの写真集を買い、ページを開いた瞬間、炎のような目で迫ってくるシマフクロウと目が合い、私も負けじと見返しました」

■ 叙事詩を通してアイヌであることの喜びを知る

やがて宇梶さんは、アイヌの叙事詩(口承の物語)に独自の絵を付け、古布絵で表現し、絵本として仕立てるようになった。

「なぜアイヌの叙事詩を絵本にしたかという、アイヌの精神性や文化を伝えたいからです。物語を読むと、かつてのアイヌが蘇ってきます。明治時代からアイヌ語も生活習慣も、アイヌ文化のすべてが禁止されましたが、母がよく語ってくれた物語を通して、私はアイヌの世界で育ってきた感覚があります。物語そのものがアイヌの教育でした」

こうして3冊の絵本『シマフクロウとサケ』(福音館書店、藤原書店)『セミ神さまのお告げ』『トーキナ・ト』(いずれも福音館書店)を出版した。「一部の同胞から『アイヌの伝統を破った』と批判を受け、悲しい思いもしましたが、和人を含め多くの人が支援してくれました」と宇梶さん。その活動は高く評価され、2011年には吉川英治文化賞を受賞している。

古布絵と出会い、叙事詩に深く触れたことで、「アイヌであることの喜びを知った」と語る宇梶



さん。これまでのアイヌ民族復権運動と表現者としての活動が交わり、新たな世界が広がっていった。日本各地をはじめ海外でも、講演や古布絵展を精力的に行い、アイヌ文化を広く伝えている。

■ アイヌが持つ力は世界を変える

「天から言葉がこぼれ落ちてきて、近くにあった紙切れに夢中で書き留めました」

2000年、宇梶さんは実に28年ぶりに詩作に取り組んだ。その後、2011年には「大地よ——東日本大震災によせて」を発表。30代の頃の詩では“アイヌ”を表現することはなかったが、古布絵や叙事詩から受けた大きな波動が、以後の詩作を強く後押しすることになった。

そして2020年、その後の活動の象徴となる詩「アイヌ力(ぢから)よ！」を発表する。

「『アイヌ力』はアイヌの精神性を表しています。私は長い間、胸を張って『私はアイヌです』と言えませんでした。清水の舞台から飛び降りる思いで、この詩を書きました」

アイヌ力よ！

アイヌよ／自分力(りょく)を出せ／アイヌが持つ力は 世界を変える

自分を出すは 自分力／自分力は アイヌ力

アイヌよ／大地を割って出るが如く／力を出せよ／アイヌ力を！

■ 「アイヌを学問する」アイヌ学の立ち上げ

宇梶さんは2020年、書籍『大地よ！ アイヌの母神、宇梶静江自伝』を藤原書店から出版し、多くの反響を得た。「遺言書を完成させたような思いでしたが、これで本当に終えてよいのかという迷いもありました」と宇梶さんは振り返る。そんなとき、「アイヌ学の確立はこれからではないか」という藤原書店の社長の言葉に背中を押され、2021年には関東から白老町へ拠点を移す。そこで一般社団法人アイヌ力(ぢから)を設立し、「アイヌ学」を立ち上げた。

アイヌ学とは「アイヌを学問する」という意味である。文字を持たないアイヌには歴史書が存在しない。だからこそ、次世代に向けて、アイヌも和人も共に「アイヌとは何か」を考え、語り合い、文化や精神性を共有する場を築き、学問として確立していこうとする試みである。

「アイヌの人々は、森羅万象、あらゆる動植物、人が使う道具に至るまで、すべてにカムイ(神)が宿ると信じています。目の前の四つ葉のクローバーにも、雨風から守ってくれる屋根にも。何ひとつ無駄なものはなく、それぞれに役割と意味があって存在しています。競い合いや争いではなく、助け合って生きる。自然を崇拜し、生かされている——それが私たちアイヌの生き方です。世界に存在するすべてに、アイヌの感謝の言葉『イヤイライケレ』を送りたい」

●写真／丹羽諭 ●文／編集部



アイヌ力の皆さん。前列左から宇梶さん、井上千晴さん、後列は鱗川広美・文枝夫妻。後ろに飾ってある橙色のタペストリーは宇梶さんの刺繍、宇梶さんの衣装は長女・良子さんの刺繍によるもの



アンケートにご協力ください！



スローショッピングで 認知症の人に買い物の喜びを

岩手県滝沢市
NPO法人やまぼうしネットワーク

● 効率よりも楽しむ買い物を

認知症の人やその家族が安心して買い物を楽しめるよう支援する「スローショッピング」。岩手県滝沢市のスーパーマーケット「マイヤ滝沢店」で、2019年7月に始まった取り組みである。

同店では毎週木曜13時から15時にスローショッピングを実施している。開始前、「パートナー」と呼ばれる認知症サポーターがオレンジ色のバンダナを身に着け、イートインスペースに集まる。この時間、イートインスペースは「くつろぎサロン」として開放され、活動の拠点となる。認知症の人とその家族が到着すると、ここで打ち合わせを済ませ、パートナーと一緒に売り場へ向かう。

認知症の人とパートナーが和やかに買い物をする姿は、近所の常連客のようにも映る。会計は、認知症サポーターのレジ担当者がいる対面の「スローレジ」で行い、本人のペースでゆっくり支払うことができる。同店スタッフの約7割が認知症サポーターである。

会計後は再びくつろぎサロンに戻り、ひと休みしながら歓談したり、介護者同士で悩みを共有したりと交流の場になる。行政や医療従事者が参加する日には、医療・介護相談の機会にもなる。最後にはその日の反省会を行い、課題を次回のスローショッピングに活かしている。

「パートナーの皆さんにお願いしているのは、効率よく買い物を済ませるのではなく、買い物メモの順に売り場を行ったり来たりしてよいということです。ゆっくり歩いて買うこと自体が足腰の運動にもなりますし、何よりご本人が自分の意思で選ぶことが大切なのです」と語るのは、スローショッピングを考案した、この神経内科・脳神経外科クリニック理事長の紺野敏昭医師である。

● やまぼうしネットワークの立ち上げ

紺野医師が所属する岩手西北医師会は、滝沢市・雫石町・岩手町・八幡平市・葛巻町の5自治体を管轄している。認知症専門医として診療する中で、紺野医師は「専門医だけで広範囲を担うのは難しい」と考え、「外科や内科の医師にも認知症を診てもらいたい」と呼びかけ、勉強会を始めた。

その後、2013年には医師に加え、地域包括支援センター、介護職、民生委員、社会福祉協議会、認知症の人と家族の会など多様なメンバーとともに、「岩手西北医師会認知症支援ネットワーク(や



スローショッピングの様子



予定外の買い物も楽しい



[アンケートにご協力ください！](#)



スローレジでゆっくり会計



くつろぎサロンで反省会

まぼうしネットワーク)」を設立。認知症の早期発見・治療や医療・介護の地域連携、認知症に対する偏見解消のための啓発活動に取り組んできた。

「一方で、認知症の人の生活に目を向けてみると、早期から買い物に行かなくなるケースが多いです。家族に買い物を止められ、役割を失い、孤立が進むと症状悪化につながることもあります。もう一度買い物の喜びを取り戻せば、尊厳や自信、役割感の回復につながると考え、株式会社マイヤに協力をお願いしました」と紺野医師はスローショッピング発想の背景を語る。

2019年4月には、地域包括支援センター、社会福祉協議会、岩手西北医師会、株式会社マイヤ、認知症の人と家族会が協働し、「認知症になってもやさしいスーパー・プロジェクト」を立ち上げ、スローショッピング開始に向けた準備を始めた。

マイヤに協力をお願いする際、紺野医師は「長く続けていくために経済的負担をかけたくない。場所と時間だけ提供してほしい」と伝えた。これを受け、マイヤは優先レジ「スローレジ」の設置、イー トインスペースを「くつろぎサロン」として開放、さらに認知症サポーター養成講座を店舗で実施し、従業員や一般の人が受講できる環境を整えた。

同年7月、マイヤ滝沢店でスローショッピングがスタート。毎週木曜13時から15時という時間帯は、客足が比較的少なく、スタッフの体制を整えやすいことから選ばれている。

● 認知症や障がいのある人にもやさしいスーパーマーケット

マイヤ滝沢店には、認知症の人や障がいのある人に配慮した工夫が多く見られる。たとえば、トイレや売り場の案内表示は一般的には頭上にあるが、同店では床にもある。

「高齢になるほど上を見ず、下を見て歩く傾向があるそうです。そこで床に案内表示を付けました。高齢の方や認知症の方はまずトイレの場所を気にされるので、トイレの表示から始め、続いて売り場の案内も床に示しました。また、色の判別が難しい方のために、ランプの4つのマークやピクトグラムを使って見分けやすくしています」とマイヤ取締役の辻野晃寛さん。

同店では、案内表示の工夫に加え、トイレや照明などのバリアフリー化で設備を整え、さらに従業員の多くが認知症サポーターとなり、ハードとソフトの両面から配慮を重ねている。



床の案内表示。マークやピクトグラムで見やすく



[アンケートにご協力ください！](#)



左から、紺野敏昭医師、櫻野正之さん（滝沢市認知症の
人と家族の会代表）、辻野晃寛さん（マイヤ取締役）



送迎車「スローショッピング号」

「地域密着型スーパーとして、誰にとっても便利で買い物しやすい店でありたい。今後ますます増えていく高齢者や認知症の方に対応していく店づくりをどのように進めていくか。スローショッピングはビジネスモデルの転換のきっかけになります」と辻野さんは語る。

スローショッピングは、マイヤ滝沢店のほか、マイヤ青山店・マイヤ仙北店（いずれも盛岡市）、マイヤ高田店（陸前高田市）へ広がり、マリンコープDORA（宮古市）、そして2025年9月からはコープ牧野林店（滝沢市）でも実施されている。

● 認知症をオープンにすることで社会が変わる

2019年に始まったマイヤ滝沢店のスローショッピングは、参加者が5,000人を超えている（2025年5月時点）。紺野医師によれば、参加した認知症の人には明らかな変化が見られるという。

「元気になり、自ら行動し、気持ちも安定します。たとえば、認知症カフェに20分しかいらなかった方が、参加後は2時間も過ごせるようになりました。何よりも存在意義を感じ、家族に貢献できる実感を得られます。長年、買い物で家族を支えてきた経験があり、買い物は重要な家事の一部です。『ありがとう』と感謝され、認められ、信頼される。この3つが認知症の人にとって大切です」

スローショッピングは貸し切りではなく一般客の利用時間に実施していることで、認知症への理解促進にもつながっている。スローショッピングの和気あいあいとした雰囲気に関心を持った一般客が「ボランティアとして参加したい」と手を挙げ、パートナーの輪も広がっているという。

「認知症は隠さないことが大事です。認知症と知っていれば、周囲が見守り、助けてくれます。以前オランダ・アムステルダムを視察した際、街には杖をついた人や車椅子の人が多く、その姿に驚きました。障がいのある人が積極的に外に出て、『ここが使いにくい』と声を上げることが、社会を変える原動力になっています。それがオランダの国策だそうです。認知症も同じで、オープンにすることで周囲が受け入れ、支え、社会も変わっていきます」と紺野医師は語る。

● スローショッピングを市民活動として根付かせたい

[やまぼうしネットワーク](#)は2023年にNPO法人化し、紺野医師が理事長を務めている。法人化によって補助金等を得やすくなり、事業の継続性も高まった。課題となっていた参加者の来店・帰宅時の移動については、NPO移行後に地元企業から車両を無償貸与され、送迎支援が可能になった。

紺野医師が目指すのは、「スローショッピングを市民活動として根付かせること」。誰もが認知症になる可能性があるといわれる今、地域ぐるみで認知症を支える社会づくりが重要となる。滝沢市発のスローショッピングは、地域共生社会を実現する取り組みとして注目されている。

● 文／編集部



[アンケートにご協力ください！](#)



ショッピングリハビリ®で こころも体も元気に

神奈川県横浜市
株式会社リカバリータイムズ

●「買い物」×「歩行」の新しいリハビリ

横浜市港北区にある大型ショッピングモール「[トレッサ横浜](#)」は、株式会社トヨタオートモールクリエイイトが運営する首都圏初のオートモール複合施設である。ここの一角に、ショッピングモール歩行特化型デイサービス「リカバリー CHOICE」がある。モール内で買い物を楽しみながら歩く「ショッピングリハビリ®」というプログラムを主軸にしている。

リカバリー CHOICE を運営するのは、横浜市鶴見区と港北区に10拠点を展開し、リハビリテーション、看護、介護、保育のサービスを提供する株式会社リカバリータイムズである。代表取締役の石田輝樹さんは理学療法士であり、医学博士でもある。リカバリー CHOICE 開設の経緯について、石田さんはこう語る。

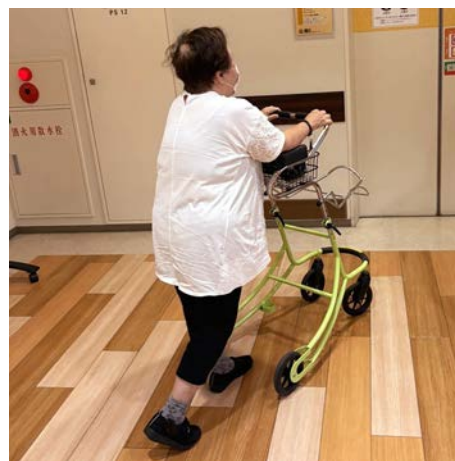
「リハビリ特化型デイサービスを運営する中で、利用者の方から『買い物に行きたい』という声を多く聞きました。実際に買い物ができるほど回復した方もいますが、そのような方が次に通える場がない。『回復した方の次の行き先をつくりたい』という思いが、ショッピングリハビリ®を始めたひとつのきっかけです。もうひとつは、デイサービスに消極的な高齢者が一定数いることです。『買い物ができるなら、デイサービスに行ってみようかな』と外出のきっかけになる。『買い物』というキーワードは非常に大きいです。こうした『フレイル予防』と『回復した方の行き先づくり』という2つのニーズが合致し、ショッピングリハビリ®に特化したデイサービスを2023年に開設しました」

● ショッピングリハビリ®で高齢者の健康増進と地域課題解決

ショッピングリハビリ®は、[ショッピングリハビリカンパニー株式会社](#)が提供する事業モデルである。高齢者が商業施設で買い物をすることを通じて、「健康増進」「買い物弱者対策」「地域活性化」を目指すものだ。リカバリー CHOICE は、この事業モデルのエリアパートナーとして、ショッピングリハビリ®専用の「[楽々カート®](#)」の提供を受け、実施している。このカートは、リハビリ用の歩行器と買い物カートを組み合わせて開発されたものである。



歩行器と買い物カートを組み合わせた
楽々カート®



楽々カート®で安定歩行
(画像提供：リカバリータイムズ)



[アンケートにご協力ください！](#)

神奈川県内でショッピングリハビリ®を実施する事業所は、現在、リカバリー CHOICE の1店舗のみ。この企画をトレッサ横浜に提案したところ、「当館としても高齢者のアクティビティを支援したいと考えていた」と賛同が得られ、開業まで進むことができたという。

ショッピングリハビリ®を実施する商業施設の中でも、トレッサ横浜は最大規模を誇る。

「実際にショッピングリハビリ®を始めてみてわかったのは、この広さが利用者の方の好奇心を刺激する点では非常に良いのですが、管理や見守りの面が課題となることです。広いので、あっちこっちに行けてしまうんですね(笑)。皆さんの希望を尊重しつつも、運営上のルールをしっかりと決めていく必要があります。一方、広くて良かったのは、『今日は買い物はしなくていい』という方でも、モールウォーキングとして、バリアフリーで快適な環境のもと、広い館内を歩けることです」と石田さんは言う。

1回の利用で2,000～3,000歩の歩行が可能であり、自然と歩行の習慣が身につくやすい。

● 買い物を楽しみながら自然にリハビリができる

リカバリー CHOICE のプログラムは午前・午後の二部制で、要支援者は2時間、要介護者は3時間利用する。利用者を自宅まで迎えに行き、トレッサ横浜3階の施設に到着後、準備体操やグループエクササイズを行い、職員と共に1階のスーパーマーケットへ向かう。買い物は少人数制で行い、一度に出かけるのは多くても利用者5～6名程度、職員は2名ほどが同行する。利用者の身体機能に応じて専用の楽々カート®を使用する。

リカバリー CHOICE 管理者の松崎菜摘さんは、「介護度に応じたグループ分けが必要です。常に見守りが必要な方には職員が付き添い、歩行が安定している方には適宜様子を見ながらサポートします。最後はレジ前で集合し、精算時には必ず職員が見守るようにしています」と話す。

会計後は買い物カートのまま3階に戻り、商品の袋詰めを施設内で行う。荷物の上げ下ろしや袋詰めは高齢になると難しくなるが、職員のサポートの下、利用者はゆっくりと作業ができる。プログラム終了後は、購入した商品と共に利用者を自宅まで送り届ける。

実際に買い物を終えた利用者の方に話を伺うと、「買い物が楽しくて、つい買いすぎてしまう」「孫と同じ世代の職員さんと買い物ができて楽しい」など、笑顔で語ってくれた。

● 「できる」を支えるショッピングリハビリ®

ショッピングリハビリ®がもたらす効果とは？

「自分の目で見えて買い物ができることに大きな喜びを感じる利用者の方が多いです。ショッピング



職員と共にスーパーマーケットへ
(画像提供：リカバリータイムズ)



職員のサポートの下、施設内で商品の袋詰めをする。冷蔵庫完備で冷蔵品も安心



[アンケートにご協力ください！](#)



リカバリータイムズ代表取締役の石田輝樹さん(右)とリカバリー CHOICE 管理者の松崎菜摘さん(左)

モールに来ることで周囲を意識し、身だしなみにも気を配るようになります。歩きながら買い物をする『ダブルタスク』は脳を活性化し、認知症予防にもつながります。筋力や歩行能力の維持・向上にも効果的です。日常の動作の中で自然に力を取り戻し、少しのサポートで、『できない』が『できる』に変わる。その積み重ねが、自信や自己肯定感にもつながると思います」と石田さん。

松崎さんは続けてこう語る。

「ショッピングリハビリ®を通じて、生活の中で、できなくなっていたことが再びできるようになる——そんな場面によく立ち会います。久しぶりに食材を買って調理したという声や、『これはこう料理すると美味しいのよ』と利用者の方から教わることもあります。他のデイサービスに勤務していた時にも、身体が動くようになったなど嬉しい言葉を聞きましたが、リカバリー CHOICE では利用者の方の暮らしをより身近に感じられる。年を重ねても、少しの支援があれば自立した生活ができると実感します。それがとても嬉しく、自分の支援が役に立ったと感じられる瞬間です」

松崎さんは、以前は同法人のリハビリ特化型デイサービスに勤務しており、リカバリー CHOICE の開設に伴い管理者となった。こうした実感こそが、リカバリー CHOICE ならではの視点だろう。

暮らしを支える地域インフラづくり

株式会社リカバリータイムズのパンフレットには、「住み慣れた街で安心して生活し続けられる『あなたの街のリハビリステーション』として、横浜市鶴見区・港北区で地域づくりをしています」とある。この「地域づくり」に込めた思いを石田さんはこう話す。

「私たちが目指すのは、安心して暮らし続けられる“アクティブな街”づくりです。そのために、ショッピングリハビリ®をはじめ、デイサービス、保育園、訪問看護など多様なサービスを展開し、生活を支える『地域インフラ』をつくっています。横浜の方は地元愛がとても強いです。少しの支援があれば、誰もが自分らしく横浜に住み続けられる。そうした環境をひとつずつ形にしていくことこそ、私たちの目指す地域づくりであり、すべては“地域インフラづくり”に尽きます」

「リカバリー CHOICE」という名には、「あなたらしく商品を選んでほしい。生きがいを選んでほしい。どんな状態になっても、選び、つかみとり、住み慣れた街で過ごしてほしい」という願いが込められている。たとえ体が弱っても、地域インフラが整っていれば、本人がやりたいことを選び、それを支えることができる。それが、リカバリータイムズが目指す地域づくりである。

●文／編集部



[アンケートにご協力ください！](#)

認知症の人の ころを知る

第3回 認知症の人の会話促進 CANDyの開発と意義

大阪大学名誉教授、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団特別顧問 **佐藤真一**

ある日、知り合いの女性の神経内科医が、「今日も患者さんに叱られちゃった!」と言うのを聞いた。なぜ叱られたのかと尋ねると、MMSE (Mini-Mental State Examination) という認知症の有無を判定する検査を初診の高齢男性に行ったところ、「なんで俺にそんなことを尋ねるんだ、馬鹿にするな!」と言われたとのことで、そのようなことは頻繁にあるというのだ。

そこで私は、大阪大学で私の指導下で認知症の研究によって博士の学位を取得したばかりの大庭輝先生(現・弘前大学大学院保健学研究科教授)に、日常会話を分析して、認知症の有無を判定する検査と一緒に作成をすることを提案した。幸いにも日本生命財団から研究助成を得ることができ、精神科や神経内科の医師や心理士、施設の介護士、一人暮らし高齢者との会話を事業化していたベンチャー企業などにも協力を仰いだうえで、日常会話式認知機能評価CANDy (Conversational Assessment of Neurocognitive Dysfunction) を作成して、2016年に公表し¹⁾、その後、和文²⁾と英文³⁾の論文として発表した。世界初の認知機能検査をしない認知症のスクリーニング(判定)検査である。

CANDyは、対象者との日常的な会話中に認知機能障害の特徴がどの程度見られるか評価する尺度である。公開しているCANDyのマニュアルには、全15項目とその項目が測定する内容、神経認知領域、および各項目の会話の例と評価のポイントが示されている。CANDy全項目をここに示す紙幅がないため、例として最初の5項目とその項目が評価している神経認知領域を示す。なお、日常的に会話をする関係性であれば、印象による回答でもその精度が確認されている。

1. 会話中に同じことを繰り返し質問してくる(記憶障害)
2. 話している相手に対する理解が曖昧である(人物誤認)
3. どのような話をしても関心を示さない(興味・関心の喪失)
4. 会話の内容に広がりがない(思考の生産性・柔軟性の障害)
5. 質問をしても答えられず、ごまかしたり、はぐらかしたりする(取り繕い)

以下には会話の例として「項目5. 取り繕い」に関して作成した施設スタッフと利用者の会話を示す(大阪弁ですが……)。会話のやり取りがちぐはぐになっている程度と頻度を評価することになる。

スタッフ：ご気分はどうですか。

利用者：良くないわ。もうすぐ、あっこ行かなあかんやろ。

スタッフ：そうですか。どこに行くんですか？

利用者：どこ、いうこともないけど、行かなあかんやろ。みんな行けいうし。

スタッフ：誰が行けっていうんですか？

利用者：誰ということはないけど、みんな言うわな。

このような経緯から作成したCANDyだが、意外な副次的な意義のあることがわかった。ひとつは、



シカゴで開催された国際アルツハイマー病協会の世界大会でCANDyを発表した時のことである。中東のある国の精神科医が近寄ってきて、私の国は、今は産油国として豊かになったが、高齢者はきちんとした教育を受けたことのない人が多いため、MMSEのような「テスト」を実施できなくて困っていたが、CANDyなら可能なのでとても助かるとのことだった。

もうひとつは、ある病院の心理士から言われたことである。その病院の神経内科では大学院在学中の新人医師が派遣されて認知症の臨床を行っているが、高齢者と上手に話ができないことに悩んでいるようだったので、CANDyを試してみることをアドバイスしたところ、話題に困らなくなった、と感謝されたとのことであった。高齢者施設でも新人職員にCANDyを実施してもらうと、認知症の人との会話の練習になるので研修用にも役立つと言ってもらえた。また、特養の職員からは、利用者と話をしていると仕事をサボっているように思われるのが心配だったが、CANDyを実施していれば、業務の一環として利用者との会話ができると喜んでもらった。

文献を調べてみると、認知症の人は、普段、家族からも施設の職員からも介護の指示を受けることはあっても、日常的な何気ない会話をするのがほとんどないことがわかった。認知症の人は、会話がなくなることによって「ひとりぼっち」になってしまっていることの問題に気づき、共同研究者の大庭先生とともに心理学的な調査と考察を重ねて、これまでに書籍^{4) 5)}や論文⁶⁾として、あるいは講義や講演でも認知症の人にとっての会話の重要性を指摘するようにしている。

ところで、作成から9年を経た今頃になって、CANDyへの問い合わせが急に増えてきたことに驚いている。高齢者を顧客とする企業や、AIを搭載するロボットやアプリの開発事業者からの問い合わせが、国内だけでなく、海外からも複数あった。超高齢社会では、認知症は他人事ではない。その人なりの意思と個性を有する隣人である認知症の人の心の内を、会話を通じて知りたいと思う人が増えてきたのだとしたら、とても嬉しく思う。

なお、CANDyのダウンロードは、[CANDy\(日常会話式認知機能評価\)公式ホームページ](#)から可能(要登録、無料)。



文献

- 1) 佐藤眞一(研究代表者)：日常会話形式による認知症スクリーニング法の開発と医療介護連携. 第24回ニッセイ財団高齢社会ワークショップ研究助成成果報告, 2016(PDF: 1.5MB) (2025年9月22日閲覧)
- 2) 大庭輝, 佐藤眞一, 数井裕光 他：日常会話式認知機能評価(Conversational Assessment of Neurocognitive Dysfunction; CANDy)の開発と信頼性・妥当性の検討. 老年精神医学雑誌 2017; 28(4): 379-388.
- 3) Oba H, Sato S, Kazui H, et al.: Conversational assessment of cognitive dysfunction among residents living in long-term care facilities. International Psychogeriatrics 2018; 30(1): 87-94.
- 4) 佐藤眞一, 認知症の人の心の中はどうなっているのか? 光文社新書, 2018.
- 5) 大庭輝, 佐藤眞一, 認知症plusコミュニケーション 怒らない・否定しない・共感する. 日本看護協会出版会, 2021.
- 6) Oba H, Sato S, Narumoto J, et al.: Inter-Rater Reliability of the Conversational Assessment of Neurocognitive Dysfunction (CANDy). Psychogeriatrics 2023; 23(4) 667-674.



佐藤眞一(さとう しんいち)

早稲田大学大学院文学研究科博士後期課程単位取得退学。博士(医学)。東京都老人総合研究所研究員、マックスプランク人口学研究所上級客員研究員、明治学院大学心理学部教授、大阪大学大学院人間科学研究科教授などを経て、現在、大阪大学名誉教授、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団特別顧問。専門は老年心理学、老年行動学。『心理老年学と臨床死生学』(ミネルヴァ書房)、『老いのこころ—加齢と成熟の発達心理学』(有斐閣)、『認知症の人の心の中はどうなっているのか?』(光文社)、『心理学で支える認知症の理論と臨床実践』(誠信書房)など著書多数。



[アンケートにご協力ください!](#)

長寿科学研究者支援事業 高齢社会課題解決研究 (AI) への助成

公益財団法人長寿科学振興財団は、Google の慈善事業部門である Google.org からの寄附を受け、超高齢社会における人工知能 (AI) の変革の可能性を活用するために、AI搭載のロボットによるアシスタンスやコンパニオンシップなど、高齢者のAIリテラシーを強化し、若者との有意義な世代間学習を促進することに焦点を当てた包括的な戦略に助成をいたします。

高齢者と若い世代がAIを活用してつながり、若い世代が高齢者を支援するスキルを身に付け、高齢者のニーズに合わせたAIソリューションに貢献できる相互に有益なエコシステムの構築を目指します。

「高齢社会課題解決研究 (AI) への助成」事業に産学官民で連携した各分野から多くの応募を期待しています。

課題① 高齢者向けAIリテラシーの向上 (最大1億4千万円 / 2年間)

課題② 世代間学習の促進 (最大1億円 / 2年間)

応募期間 2025年9月16日 (火) ~ 11月24日 (月・祝) まで

応募要項等問い合わせ等、詳しくは、以下のURLにてご覧ください。

<https://www.tyojyu.or.jp/zaidan/about-jigyo/koueki1/kifujigyo-ai.html>

「検診」は症状のない健康な人が対象です

がん検診は一見どこも悪くなさそうな大勢の健康な人たち (ほとんどががんの人はいない) の中から、「がんがありそうな人」を選びだす仕組みです。

がん検診と、具合が悪い患者さんに対して病院で行われる診察や診断とは全く違うものです。

しかし、これらはしばしば混同されており、がん検診については誤解されていることが多いです。

(冊子から抜粋)

この冊子を公益財団法人がん研究振興財団からいただきました。今後財団が企画するセミナー等にて配布いたします。

以下の「がん研究振興財団 刊行物」のURLから無料ダウンロードできます。

<https://www.fpcr.or.jp/pamphlet.html>



がん研究振興財団 刊行物 検索

【長寿科学振興財団広報委員会委員名簿】

令和7年10月現在

〈委員長〉	井藤 英喜	東京都健康長寿医療センター 名誉理事長
〈副委員長〉	鳥羽 研二	東京都健康長寿医療センター 名誉理事長
〈委員〉	飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構 機構長
	飯野 奈津子	医療福祉ジャーナリスト
	櫻井 孝	国立長寿医療研究センター 研究所長
	佐藤 真一	大阪大学 名誉教授
	柳澤 信夫	全日本労働福祉協会 会長



[アンケートにご協力ください！](#)

長寿科学研究を助長奨励するための基金造成に、皆様のご協力をお願いいたします。

長寿科学振興財団では、高齢者と高齢社会全般に関わる諸課題を研究し、実践的に解決する学術分野である長寿科学に関する調査研究の実施・研究の助長奨励・研究成果の普及を促進し、もって国民の健康と福祉の増進に寄与することを目的とします。これらの活動はすべて皆様からの温かいご支援によって成り立っています。令和7年6月から令和7年8月までの間で寄附者芳名を記して感謝の意を表します。

寄附者芳名

Yoshida Sawae 様 (岐阜県) ウエダ ケイスケ 様 匿名希望 3名

寄附の方法について

●つながる募金



SoftBank のスマホから
ご利用料金とまとめて寄付



どなたでも可能
クレジットカードで寄付



●銀行振込

銀行振込でのご寄附を希望の方は、寄附申込フォームの各項目に情報を入力、送信の上、下記寄附金振込先口座宛にお振込みください。なお、振込手数料のご負担をお願いいたします。

[寄附申し込みフォームはこちら](#)



【寄附金振込先口座】

金融機関：三菱UFJ銀行 (0005) 大府支店 (344)

種別 ：普通預金

口座番号：1762379

口座名義：公益財団法人長寿科学振興財団 基本財産受入口 理事長 大島伸一

●郵便振替用紙 (振込手数料不要)

郵便振替用紙でのご寄附を希望の方は、寄附申込フォームの各項目に情報を入力し、送信してください。専用の郵便振替用紙 (振込手数料不要) を郵送にてお送りいたします。郵便振替用紙が届きましたら最寄りの郵便局にてご送金ください。

[寄附申し込みフォームはこちら](#)



詳しくは、当財団ホームページ「[ご寄附の方法について](#)」をご覧ください。

【お問合せ】公益財団法人長寿科学振興財団 総務企画課 E-mail: soumu@tyojyu.or.jp

当財団は、所得税法 (所得税関係)、法人税法 (法人税関係) および租税特別措置法 (相続税関係) 上の「特定公益増進法人」です。当財団への寄附金は、寄附金控除、損金算入等についての税法上の特典が受けられます。

長寿科学振興財団機関誌 Aging & Health エイジングアンドヘルス

2025年 秋号 No.115 第34巻第3号

令和7年10月発行

編集発行人 大島 伸一

発行所 公益財団法人長寿科学振興財団

470-2101 愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山1-1

あいち健康の森健康科学総合センター 4階

TEL 0562-84-5411 FAX 0562-84-5414

URL <https://www.tyojyu.or.jp> E-mail soumu@tyojyu.or.jp

制作 株式会社厚生科学研究所

TEL 03-3400-6070



[アンケートにご協力ください！](#)



公益財団法人 長寿科学振興財団

当財団のマークの由来

長寿科学振興財団の設立は、昭和天皇御長寿御在位 60 年記念慶祝事業の一環として検討されました。また、昭和天皇の一周年祭に当たり、天皇陛下、皇太后陛下から、長寿科学研究推進に資する思し召しにより、昭和天皇のご遺産から本財団に対して御下賜金が賜与されました。

こうした経緯がありまして、昭和天皇の宮中での御印が「若竹」でありましたことに因み、いつまでもみずみずしさと若々しさの心を象徴する若竹を当財団のシンボルマークとしました。