

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

離島における独居認知症高齢者の地域生活継続のための支援とその課題に関する質的分析

研究協力者 宮前史子 東京都健康長寿医療センター研究所研究員

研究代表者 栗田圭一 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長

研究要旨

本研究では、離島に暮らす独居認知症高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するための支援とその課題について、島しょ地域で認知症支援に携わる関係者のフォーカスグループディスカッション（FGD）を実施し、内容の分析を行った。

FGDの結果から、79のサブカテゴリと31の小カテゴリ、20の中カテゴリが抽出され、【早期対応とその課題】【在宅継続に必要な支援とその課題】【島で最期を迎えるための支援とその課題】【支援を阻害する要因】【支援を促進する要因】の5つの大カテゴリに集約することができた。抽出された支援と課題は、独居認知症高齢者の生活や暮らしに関するものを中心としたもので、早期対応から在宅生活の支援、看取りに至る支援体制作りの構築がカギとなることが明らかとなった。どの島も、今回示したいくつかの要因において、順調な面とそうでない面、両面を抱えながら、その地域の実情に即した支援を工夫しながら進めている。今後は結果をもとに、好事例を取材し積み重ね、実際の体制がどのように構築されているのかを可視化していくことが必要である。

A.研究目的

我が国は島国であり、領土は6852もの島で構成されている。国土交通省の定義によれば、このうち北海道、本州、四国、九州、沖縄本島は本土とよばれ、それ以外の島は離島とされている<sup>1)</sup>。一般的に離島は人口規模が小さく、過疎高齢化が進展しており、医療や介護などのサービスを提供する専門職や事業所が不足している。また、移動能力が低下した高齢者が島外のサービスを利用することに困難を生じており、島の中の限られた資源で生活を維持するか、さもなければ住み慣れた島を離れて本土へ移住するかを迫られる状況にある。研究者は、2014

年より東京都から委託を受け、都内の島しょ地域9町村を対象に、医療・介護・福祉の専門職と行政の職員を対象に研修を実施し、その認知症対応力の向上を図るとともに、フォーカス・グループ・ディスカッション（FGD）の手法を用いて離島における認知症支援に関わる課題についての調査を行っている。本研究では、社会資源が不足する離島において、独居の認知症高齢者が暮らしを継続するための要件は何か認知症支援関係者のFGDで得られたデータを通して明らかにする。

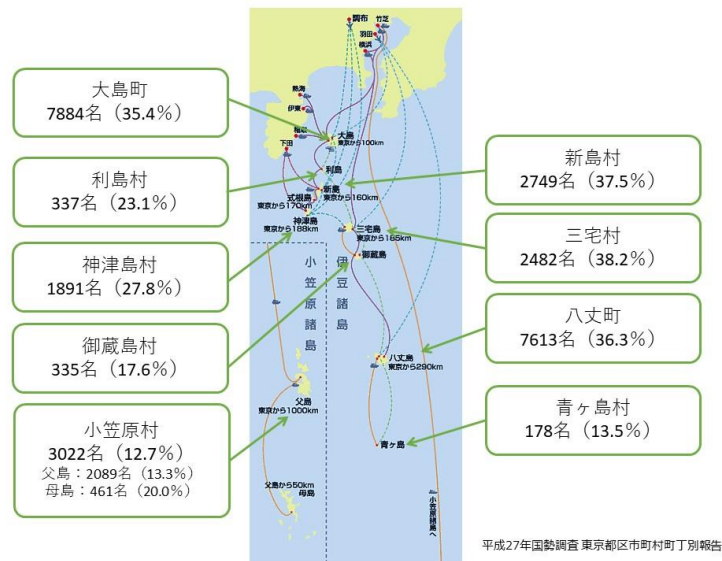


図 1. 島の人口と高齢化率（平成 27 年度国勢調査）

## B.研究方法

本研究は、2014年7月から2020年2月に東京都から委託を受け「島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業」の一部として実施された。この事業では、島しょ9町村10島（図1）を訪問し、2~3年に1巡し、2020年現在3巡目のべ24島を訪問した。事業内容は専門職や住民を対象にした研修・講演、個別（事例）相談、コンサルテーションなどとともに、認知症支援を行う関係者が集まり、「島の認知症支援の体制と現在の課題」について議論する「関係者ミーティング」を実施している。

本研究で用いたデータは、この「関係者ミーティング」での議論を録音し、逐語化したテキストである。このミーティングはフォーカス・グループ・ディスカッション(FGD)形式で実施された。1回1時間から2時間程度、研究者の1名がモデレーターとなり、参加者が自由に議論できるよう進行を行った。1回の訪島で1回実施し、研究期間に

24回実施した。

研究協力者のリクルートは、認知症高齢者に関わる組織、機関、役割など多様な背景から該当テーマに関する議論が可能になるよう、自治体担当者に様々な年齢、性別、職種の者の抽出を依頼した。本研究では、東京都の島しょ部9町村10島に在住する、認知症支援に携わる専門職ないし住民で、のべ308名に協力いただいた。属性については、表1から3のとおりである。1回のFGDの参加者は、最も少ない回で5名、最も多い回で23名、平均12.8名であった。

分析は、質的記述的研究法を用いた<sup>2)</sup>。まず、逐語録を読み、「離島に暮らす独居認知症高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するための支援とその課題」を示す内容を出来事ごとにコード化した。続いて、共通の意味内容をもつコードを集約して「サブカテゴリ」を形成し、サブカテゴリ間の意味内容や関係を考慮しながら全体の文脈の意味を検討し抽象化して「小カテゴリ」を形成し

さらにそれを集約した「中カテゴリ」「大カテゴリ」を形成した。コード化から大カテゴリ形成までの分析は研究者1名で行った。最終的に形成されたカテゴリについては、FGDに参加した専門職1名も検討に加わ

り文脈やカテゴリ内容の意味について確認を行った。

なお、本研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

**表1 FGD参加者の性別**

性別	人数	%
男性	120	39
女性	188	61
合計	308	100

**表2 FGD参加者の所属**

所属	人数	%
町・村役場	59	19.2
診療所	42	13.6
保健所・保健センター	32	10.4
社会福祉協議会	30	9.7
地域包括支援センター	22	7.1
居宅介護支援事業所	22	7.1
病院	18	5.8
デイサービス	18	5.8
民生委員	17	5.5
介護老人保健・福祉施設	16	5.2
住民	8	2.6
グループホーム	5	1.6
警察署・駐在所	4	1.3
訪問看護ステーション	3	1.0
NPO法人	3	1.0
無回答	3	1.0
小規模多機能型居宅介護事業所	2	0.6
支庁	2	0.6
訪問介護事業所	1	0.3
家族会	1	0.3
合計	308	100

**表3 FGD参加者の職種**

職種	人数	%
ケアマネージャー	44	14.3
事務職	41	13.3
医師	38	12.3
看護師・准看護師	35	11.4
保健師	33	10.7
介護福祉士・ヘルパー	31	10.1
管理者	22	7.1
民生委員	15	4.9
なし	14	4.5
社会福祉士	13	4.2
理学療法士	7	2.3
その他	7	2.3
警察官	4	1.3
栄養士	2	0.6
議員	2	0.6
合計	308	100

## C.研究結果

FGD の内容分析により、「離島に暮らす独居認知症高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するための支援とその課題」は 79 のサブカテゴリと 31 の小カテゴリ、20 の中カテゴリが抽出され、それらは 5 つの大カテゴリに集約することができた(表 4、表 5)。以下に各分類の大カテゴリ、カテゴリ、サブカテゴリとその内容を解説する。なお、大カテゴリを【】、中カテゴリを〈〉、小カテゴリを《》、サブカテゴリを「」で示す。『』はコードからの引用、“ ” は逐語録からの引用である。

### (1) 早期対応とその課題

【早期対応とその課題】とは、独居の認知症高齢者が困難事例化する前の対応に関する問題である。〈ハイリスク者の把握〉〈信頼関係構築〉〈関係者の連携〉〈正しいアセスメント〉の 4 つの中カテゴリからなる。

離島のコミュニティでも、関係者から見て背景がわからず、診療所にも受診歴がないという住民がいる。往々にしてそういう人々は援助希求に乏しく、島内の親戚と疎遠であったりする場合が多い。〈ハイリスク者の把握〉には、このような「島に血縁がない人に注意しておく」必要があるという認識が関係者間にはある。このようなハイリスク者は民生委員や地域住民が把握している。何かあると、支援に携わる関係者同士は会議体等を通じて情報共有している。このように離島では、気になる人やハ

イリスク者を「情報共有を生かして早期から把握できている」ことが多い。一方で、地域からの情報を受け取るものの、会議体など「情報共有の機会が少ない、うまくいっていない」ために情報を活用できないという島もある。

〈信頼関係構築〉は、支援を本人に受け入れてもらうための土台作りである。先に述べた通り、援助希求が乏しい認知症高齢者に対して、「早期につながるためには信頼関係を築くことが必要」である。平時から“たまり場に行って血圧を測った”などのエピソードが示すように、積極的に生活圏に向くような工夫や“明確な用事がない受診でも歓迎する”のような気楽に相談できる関係を築くことが必要だという。

〈関係者間の連携〉は関係者が有機的につながり支援を行うことである。いざ独居認知症高齢者の生活が成り立たなくなった時、機関を越えた「多職種間の連携」をしながら生活を支え、サービス利用を円滑に進めていく必要がある。しかし、生活のニーズは多岐にわたるのに受け皿が少なく調整が困難なことから、「退院後の生活支援を手配できない」ということも起こっている。また、連携ができていない地域では、地域包括やケアマネジャーなど「一つの役割に業務が集中しがち」であり、「生活支援のコーディネーターが必要」という意見もある。

表 2 独居認知症高齢者が地域生活を送るための支援とその課題

大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ	サブカテゴリ
早期対応とその課題	ハイリスク者の把握		島に血縁がない人に注意しておく
			情報共有を生かして早期から把握できている 情報共有の機会が少ない、うまくいっていない
	信頼関係構築		早期につながるためには信頼関係を築くことが重要 生活支援のコーディネーターが必要
	関係者の連携		退院後の生活支援を手配できない 一つの役割に業務が集中しがち 多職種間の連携が必要
	正しいアセスメント		正しい診断が受けられるよう医師を支援する 認知症の人の介護認定が支援を左右する
在宅継続に必要な支援とその課題	生活支援の提供	通いの場の提供	見守りができる 高齢者にとってイメージの良い 本人が主体的に参加できる 認知症の人が集まり交流できる 多様な対象・多様な機能がある
		見守り支援	火の始末などができない 高齢者への食事の手当が必要
		家事支援	片付けの支援が必要 洗濯の支援が必要
		外出支援	外出手段・移動手段の確保
		受療支援	服薬管理支援 認知症の人が受診しやすい仕組みが必要
		権利擁護	権利擁護事業の利用 金銭管理を支援する仕組み
		提供できる種類や量	生活支援全般の量や種類が足りていない
		民生委員	住民の生活を密に支援する
		住民ボランティア	行政によるボランティア活動への支援が必要 生活支援ボランティアのシステムが未整備 活用されていない元気高齢者 住民ボランティアが足りない
		役割を超えた支援	介護保険サービス外の支援を担わされるケアマネ 自分の役割を少し超えた支援をする関係者 住民の善意に頼るのも限度がある
	その他の社会資源の乏しさ	住まいを担保する施策が必要 社会資源の乏しさが在宅継続を難しくさせる	
島で最期を迎えるための支援とその課題	終末期に対する意識	住民の終末期の意識	最期は島を出る覚悟をしている住民たち 島で死にたいと望む高齢者たち 自分の終末期に対する意思があいまいな高齢者たち
		関係者の希望	高齢者を島で看取ってあげたいと望む関係者
	看取りとその課題	社会・人的資源	家族の介護力が看取りに影響する 社会資源の乏しさが島での看取りを難しくさせる 島で死ぬには施設が必要だが足りない
		地域の習慣	家で看取る習慣がある
		看取りに習熟した支援者がいる	専門職は終末期の経験が豊富で予測ができる 看取りには医療の見切りがつけられることが必要 島で看取るには関係者やサービス間の連携が必要

表 3 独居認知症高齢者が地域生活を送るための支援とその課題（続き）

大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ	サブカテゴリ
支援を困難にする要因	人材不足		人手不足でサービスが足りない
			人材不足で認知症対応まで手が回らない
	小規模離島の行政特有の問題		保健・介護・福祉サービスの統合的な提供による強み
			保健・介護・福祉サービスが一体化していることで起こる弊害
			医療・介護・福祉行政のビジョンが見えない
			多忙すぎて行政担当者がかかわれない
			職員の流動性の高さが招く業務の停滞
	キーパーソン不在		島外に暮らす子どもや家族
			キーパーソンがいないと受診や治療が進まない
			キーパーソンがいないと生活がなりたない
			キーパーソンがいないと本人の状況がわからない
			キーパーソンがいないと契約にかかわることが進まない
	偏見	偏見	キーパーソンが決まらない
			地域全体に認知症への偏見
認知症のサービスに対する偏見			
認知症のポジティブな情報がない			
認知症という病気に対する偏見			
差別と合理的配慮	介護保険申請や相談のタイミングが遅い	認知症の本人に対する偏見	
		背景に偏見があるため相談が遅い	
地縁血縁の負の側面		問題が大きくなってから相談する	
		認知症の人への差別と合理的配慮	
		地域に迷惑をかけられないという意識	
		地縁血縁からの日常生活支援を頼めない人への支援がない	
		古い人間関係が支援を阻害することもある	
支援を促進する要因	助け合いがある	住民のちょっとした協力	生活を少し見守るだけで在宅生活を長くすることができる
			地域住民からの小さな手助け・ちょっとした手助けがあると長く暮らせる
	関係者への支援		助け合いの変化
			コミュニティの助け合いがある
			以前よりもコミュニティの助け合いが減ったと感じる
住民への啓発		認知症ケアに関する支援	
		認知症医療に関する支援	
			介護家族に認知症や介護の知識をつけてもらいたい
			島で長く暮らすために重度化の前に予防の意識を高めたい
			すべての住民が認知症の知識をつけサポートできることが必要

《正しいアセスメント》は、速やかに介入するために必要である。いざ介護保険サービスを導入しようとしても、障害が軽く見積もられやすく、思った支援が受けられないことがあり、「認知症の人の介護認定が支援を左右する」。全住民の医療を一手に引き受ける医師にとって認知症の診断やアセスメントは荷が重く、内地からの支援を必要としている。離島の医師は少なく多くの島は自治医大から1名から数名派遣されているのみである。認知症専門医はおらず、派遣もない。精神科専門医が診察のため定期的に訪島することはあるが、多くの

患者を抱えており、認知症の診断を依頼するのは困難だと関係者は考えている。このような背景をふまえて「正しい診断が受けられるよう医師を支援する」ことが必要である。

(2) 在宅継続に必要な支援とその課題

【在宅継続に必要な支援とその課題】では、＜生活支援の提供＞＜生活支援の担い手＞＜そのほかの社会資源の乏しさ＞という3つの中カテゴリが抽出された。

＜生活支援の提供＞は、《通いの場の提供》、《見守り支援》《家事支援》《外

出・移動手手段の確保》、《受療支援》《権利擁護》の6つの支援と《提供できる種類や量》の課題がある。《通いの場の提供》とは、デイサービスやサロンなど、日中通えて「見守りができる」場や「認知症の本人が集まって交流できる」通いの場を提供することである。また、関係者の中からは、他の障害を持つ人々も一緒に、居場所だけでなく様々な相談に応需できような「多様な対象・多様な機能がある」場を提供したいというアイデアもある。このような場が生かされるためには、「本人が主体的に参加できる」ことや「高齢者にとってイメージが良い」ことが必要な要素であるという。《見守り支援》は「火の始末などできない」ことにより自立して暮らすことが困難になった時の支援である。《家事支援》は、「片付け」や「洗濯」などのいわゆる家事支援についてだけでなく、「高齢者への食事の手当」もあげられる。認知機能の低下等により、自力で食事を準備することが難しくなった場合、“食事難民”が生まれてしまう。離島は食堂など食事を提供する店が少ない。社協等が配食サービスを行う例もあるが、体制が整わず毎食は難しい。地域の助け合いがあり近隣の住民が食事の世話をすることはあるが、糖尿病などの持病がある場合の配慮はしてもらえないといった問題がある。《外出支援》は、「外出手段・移動手手段の確保」についてである。離島は公共交通機関がほとんどなく、自動車運転が不可能になると外出機会が制限され社会参加の機会が失われやすくなる。《受療支援》とは、認知機能の低下で「服薬管理支援」が必要となるだけでなく、診察の整理券が取れない、予約した

日に受診できないといったことが起こるため、「認知症の人が受診しやすい仕組みが必要」である。《権利擁護》とは、認知機能低下を背景に「金銭管理を支援する仕組み」や「権利擁護事業の利用」の支援である。最後に、《提供できる種類や量》だが、以上挙げた生活支援のサービスについて、生活支援全般のサービスの量や種類が少ないことが問題となっている。

二つ目は、〈生活支援の担い手〉についてである。独居高齢者の生活支援の担い手は《民生委員》《住民ボランティア》が主として担っている。民生委員は「住民の生活を密に支援する」。見守りや早期発見を担う重要な役割である。また、生活支援は住民のボランティアな活動を頼みとすることが多い。活動を活発にするためには、「行政によるボランティアな活動への支援」が必要とされるが、一方で「生活支援ボランティアのシステムが未整備」な問題があり、保険など含め安全なボランティア活動が求められている。人手の問題もある。「住民ボランティアが足りない」一方、「活用されていない元気高齢者」がいるとの指摘もある。さらに、生活支援の需要に供給が追い付いていない現状がある。生活支援は《役割を超えた支援》が求められることが多い。専門職であっても、「自分の役割を少し超えた支援」で生活支援の一端を担うことができ、本人のケアや生活がうまく回る。しかし、先に述べた通り、生活支援のサービスは全般に量が少ない。「介護保険サービス外の支援を担わされるケアマネ」というサブカテゴリが示す通り、最初に関わった者がずっとかかわり続け疲弊することが起こる。行政などは生活

支援を住民同士の支え合いを頼みにしがちだが、服薬管理や先に述べた慢性疾患にともなう療養食などは依頼し辛く「住民の善意に頼るのも限度がある」という問題がある。

三つ目はくその他の社会資源の乏しさ>である。関係者が在宅生活継続を断念するのは、島の中の医療資源や在宅介護サービスが枯渇した時であり、「社会資源の乏しさが在宅継続を難しくさせる」。ゆえに、関係者の中には少しでも長く島で暮らすため、入所施設の拡充や生活支援を受けやすいよう集合住宅を作るといった「住まいを担保する施策が必要」という意見が根強い。

### (3) 島で最期を迎えるための支援とその課題

【島で最期を迎えるための支援とその課題】には2つの中カテゴリがある。ひとつ目の<終末期に対する意識>には、《住民の終末期の意識》と《関係者の希望》がある。《住民の終末期の意識》には、「最期は島を出る覚悟をしている住民たち」「島で死にたいと望む高齢者たち」のカテゴリがある。FGDでは医療や介護など社会資源の乏しさから、島で治療できない慢性疾患などを抱えると内地で治療せざるを得ないことが語られた。一方で関係者は、住み慣れた島で最期を迎えたいという高齢者の希望を聞いているという。一方の<関係者の希望>には、「高齢者を島で看取ってあげたいと望む関係者」がある。高齢者の島への愛着を知るが故、看取りができないことへの無念さが語られていた。

二つ目の、<看取りとその課題>にはまず《社会・人的資源》についてのカテゴリが見いだされ3つのサブカテゴリ分けることができた。看取りの可否を決める要素に《社会・人的資源》がある。自宅または島で看取るには「家族の介護力が看取りに影響する」。また、関係者は、在宅で寝たきりや病状が悪化した時、対応できる介護サービスや入院設備がないことをあげ「社会資源の乏しさが島での見取りを難しくさせる」という認識を持っている。そのような状況があるため、「島で死ぬには施設が必要だが足りない」という。現在、人口が1000人を超える島は入所施設があるが、常に満員であり、関係者は“みんな入居できるわけではなく、やっぱり、そこも狭き門”であると語る。二つ目の要因に《地域の習慣》がある。離島の中には「家で看取る習慣がある」島もある。内地で入院していても、終末期になると家族が看取りのために自宅に連れ帰るという。“ご家族様の介護力が高いと思います。(中略)我々も、往診といっても、我々で何かを介入しなくちゃいけないということは実際ほとんどなくて、最初の段階でちゃんと説明をしておけば、ご家族の方でしっかりやってくれる家庭が多い”という語りの通り家族の介護力の高さが要因の一つにある。ここには、“本人もですけど、家族が高望みをしないというんですか、医療に対して。”という住民の意識も関係しているようである。三つ目の要因は《看取りに習熟した支援者がいる》である。看取りを可能にするのは、まず、「専門職は終末期の経験が豊富で予測ができること」、そして、「看取りには医療の見切りがつけられることが必



要」であるという。これらを可能にするのは、『本人の状況や家族の介護力に応じて柔軟に在宅と入所施設を行き来できる』こと、『医師が看取りに理解がある』こと、『関係者間で十分な話し合いができる』という条件が整っているからで、「島で看取るには関係者やサービス間の連携が必要」である。

次に、以上の支援と課題に影響を与える要因を示す。

#### (4) 支援を困難にする要因

【支援を困難にする背景】には、<人材不足><小規模離島の行政特有の問題><キーパーソンの不在><偏見><地縁血縁の負の側面>の5つの中カテゴリが抽出された。

体制にかかわるものとしては、まず<人材不足>がある。離島は医療・介護の人材が慢性的に不足していて、「人手不足でサービスが足りない」状況に陥りやすい。例えば、『人員不足でデイサービスが運営できない』というようなことである。また、「人材不足で認知症対応まで手が回らない」ことが起こり、認知症高齢者の受け皿が常に少ない状況にある。

<小規模離島の行政特有の問題>には良い面と悪い面がある。小規模離島は介護保険サービスがない場合がある。その場合、社会福祉協議会が「保健・介護・福祉サービスを統合して提供することによる強み」を生かして、合理的に運営することができるといえる。一方、「保健・介護・福祉サービスが一体化していることによって起こる弊害」もある。具体的には、社協が保健・介護・福祉サービスを一手に引き受

けると、『住民の求めに応じて雪だるま式にサービスが増えた』りすることで現場の負担感が強まったり、『介護保険制度を導入しておらず、ケアマネジメントに基づいたサービス提供をしないことでサービスの不平等が起こっていた』ということが起こる。制度がなく現場の裁量が大きすぎると、「医療・介護・福祉行政のビジョンが見えない」という現場職員の不安につながる。このようなことが起こるのは、「多忙すぎて行政担当者がかかわれない」ためである。小規模離島の行政では、『役場職員自体が少なく、様々な役割を掛け持ちしており業務量が多すぎる。』『本来業務の勉強の時間が作れない』という状況がある。そのせいで離職率が高く、「職員の流動性の高さが招く業務の停滞」が起こり、現場頼りになるという悪循環が生じている。

独居高齢者は、<キーパーソンの不在>が起こっていることが多い。すなわち、「島外に暮らす子供や家族」という状態である。そのせいで、「キーパーソンがいないと受診や治療が進まない」「キーパーソンがいないと生活が成り立たない」「キーパーソンがいないと本人の状況がわからない」「キーパーソンがいないと契約にかかわることが進まない」といったことが起こり、支援が難しくなる。また、離島独特の子守りの関係や若いころ手厚く世話になった関係など家族以上のつながりがある場合は「キーパーソンが決まらない」ということも起こる。

<偏見>によって起こる支援の停滞がある。《偏見》の内容はさまざまである。「地域全体に認知症への偏見」があるため、『認知症をオープンにできない雰囲気

気』や『噂で家族が疲弊する』といったことが起こっている。他に、「認知症のサービスに対する偏見」や「認知症という病気に対する偏見」があり、サービス拒否につながることもある。さらに、「認知症の本人に対する偏見」もある。このような偏見の遠因には「認知症のポジティブな情報がない」ということも指摘されている。そのせいで、「介護保険申請や相談のタイミングが遅い」ことになることが起こる。本人や家族の「背景に偏見があるため相談が遅い」と感じる関係者は多い。それが「問題が大きくなってから相談する」ことにつながり、困難事例化し島で暮らし続けることを難しくしているようだ。また、「差別と合理的配慮」についても考えねばならない。認知症高齢者本人と周囲の安全のために買い物や制限したり、ごみ屋敷の住人のごみ、本人にとっては財産を処分しようとするのが差別につながっていないか、「認知症の人への差別と合理的配慮」については常に注意をしておかねばならない。

<地縁血縁の負の側面>とは、コミュニティの成員に共通する意識ともいえる。在宅生活をあきらめるその背景には「地域に迷惑をかけられないという意識」がある。また、地縁血縁の結びつきの強さは、「地縁血縁関係からの日常生活支援を頼めない人への支援がない」ことにつながっている。人間関係が狭く固定化していることから、「古い人間関係が支援を阻害する」ことがある。関係が悪い人がいるからデイサービスを利用したくない、といった話は様々な島で聞かれるありふれたものである。離島のような小さなコミュニティかつサービスの選択肢がない地域ではこのよう

な集団力動が働きうることも考慮せねばならない。

#### (5) 支援を促進する要因

【支援を促進する要因】は、<助け合いがある><教育や啓発>の2つの中カテゴリからなる。

<助け合いがある>は、2つのサブカテゴリからなる。<住民のちょっとした協力>が重要だと認識している関係者は多い。認知症高齢者の火の始末や徘徊など「生活を少し見守るだけで在宅生活を長くすることができる」。また、生活が成り立たなくなった時でも「地域住民からの小さな手助け・ちょっとした手助けがあると長く暮らせる」というものである。一方で<助け合いの変化>がある。関係者は離島は「コミュニティの助け合いがある」と考えている一方で、都会からの移住者や時代の流れとして「以前よりもコミュニティの助け合いが減ったと感じる」とも感じている。

<関係者への支援>は、「認知症ケアに関する支援」「認知症医療に関する支援」が挙げられる。関係者は認知症ケアや診断や治療について困難さを感じ、相談先がないことに不安を感じており、支援を求めている。

認知症について学び、理解してもらうために<住民への啓発>をより一層行うことが認知症支援を促進する。具体的には「介護家族に認知症や介護の知識をつけてもらいたい」、「島で長く暮らすため重度化の前に予防の意識を高めたい」「すべての住民が認知症の知識をつけてサポートできることが必要」と関係者は考えており、地域住

民の認知症対応力を底上げすることを重要視している。

#### D. 考察

FGD の結果から「離島に暮らす独居認知

症高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するための支援とその課題」は 79 のサブカテゴリと 31 の小カテゴリ、20 の中カテゴリが抽出され、それらは 5 つの大カテゴリに集約することができた (図 2)。

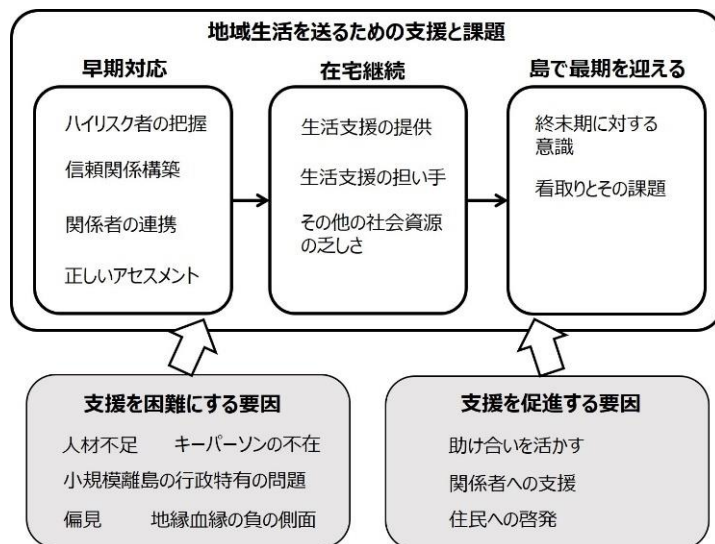


図 2. 結果のまとめ

独居の認知症高齢者が地域生活を続けるための支援と課題は大きく分けて 3 つあると関係者たちは認識していることが明らかとなった。まず、【早期対応とその課題】は、困難事例化することで在宅生活が難しくなることを防ぐための支援である。離島では、内地に比して住民同士の顔の見える関係があるため、認知症やそれに伴う生活の破綻などに気づける環境である。ハイリスク者の把握はどの島でも行われているようである。ハイリスク者の生活が崩れそうになるその時に、支援を始められれば困難事例化を回避できる。しかし、今回の結果から支援のコーディネートがネックになることが明らかとなった。岡野ら<sup>3)</sup>は、地域包

括支援センター保健師のコーディネーションを①対象と対象が暮らす地域のニーズを把握する、②支援協力者・資源を発掘する、③つなぐための調整を図る、④サービスやサポートにつなぐ、⑤関係者間で情報を共有し支援体制をつくる、⑥個別の支援体制形成から地域づくりに発展させることとしている。このような労力のかかる仕事は、島しょ地域の場合、ケアマネジャーが担っていることが多く現場の疲弊につながっている。一方、コーディネートができていない島では、地域ケア会議等の会議体が機能していて、情報共有が密であり関係者個々人の事例に対する理解が深い。一つ一つのケースに対し本人との信頼関係を築きつつそれぞ

れが支援に入ることによって初動を早くすることができていると考えられる。

次に、【在宅継続に必要な支援とその課題】である。住み慣れた自宅、なじみのあるコミュニティで暮らし続けるには、生活支援の提供が必要である。関係者が必要と考える生活支援は離島に限ったものではない。しかし、離島は社会資源の乏しさから、内地では可能な生活支援を他の公的サービスで代用することが困難である。そこで、ボランティアな担い手が重要になってくる。多くの島で民生委員は見守り、相談、生活支援の担い手と住民の生活を支える重要な役割を担っており非常に重要な役割を担っている。また、住民ボランティアは生活支援の担い手として期待され、社会福祉協議会を中心に組織され活躍している。一方で、生活支援の受け皿がない場合や支援の内容によっては、ケアマネジャーが担わざるを得ない状態に陥っているのが現状である。井口<sup>4)</sup>は、地域包括ケアシステムの「自助・互助」を取り上げ、過疎地域の介護保険サービスの少なさ、家族介護者の負担の大きさ、地域住民の疲弊を指摘し、介護を自助・互助にゆだねるのは健康権の侵害であると述べている。今後高齢化がさらに進展し、生活支援の担い手が減っていくなかで住民の自助・互助に頼り続ける困難は早晚やってくるだろう。FGDでは、ケアの効率化のため住まいを担保する施策を求める声が聞かれる。独居で生活支援が必要となるレベルに身体・認知機能が低下した際、効率的に支援を提供できるよう集住させるというアイデアである。神津島では、生活支援ハウスの枠組みを使って実際に運用されている。担い手の減少をどのように解決していくのかは議論

の余地がある。

三つ目は【島で最期を迎えるための支援とその課題】である。島で最期を迎えることの困難さについては、多くの島で語られている。住民は病を得た場合、島で最期を迎えることが難しいだろうと覚悟をしている一方、関係者は普段接する高齢者から、島で最期を迎えたいということを感じ取っており、関係者自身も高齢者を島で看取りたいという思いがある。しかし、看取りの課題として、家族の介護力、社会資源の乏しさがある。島内に入所施設があり、うまく入所できれば島を離れずに済むかもしれないが、希望する住民全員ができることではない。しかしながら、堀越ら<sup>5)</sup>は、離島で暮らす高齢者の在宅療養・死亡場所にかかわる特徴から、がんの場合は①家族介護力が高く、②往診医が確保されており、③疼痛コントロールが可能である3つの条件がそろえば、入院施設の有無にかかわらず、離島地域でも看取りの可能性が高いという。本研究でも自宅で見守る習慣のある島では、家族の介護力が看取りの条件となっていた。そして、少ない社会資源の中でも終末期の医療・ケアの経験が豊富な専門職が連携によって対応が可能になっていることが明らかになった。これは島での看取りの可能性を示唆しているといえよう。

今回の分析で、3つの支援と課題が明らかとなった。抽出された支援と課題は、独居認知症高齢者の生活や暮らしに関するものを中心としたものであった。これらの課題は離島であることとは関係なく全国でも共通の課題であるといえる。しかし、離島と内地の大きな違いは、海で物理的な行き来が遮断されており、島の中で支援を完結させ

ねばならないという地理的条件である。この特徴を背景にして、キーパーソンの不在や専門職の人材不足、行政の体制の問題が生まれており、独居認知症高齢者への支援を困難にしている。しかしながら、離島には顔の見える関係があり、地域のつながりがある。どの島でも住民のちょっとした協力についての例は事欠かない。この地域力は内地に比べて格段に大きく、社会資源が乏しいにもかかわらず、独居でも認知症が進行しても島に住み続けられる要因になっていると考えられる。

本研究では、東京都の島しょ地域にある10 島で認知症支援に携わる関係者の FGD から得られた議論を分類した。その結果、今回、早期対応から在宅生活の支援、看取りに至る支援体制をどのように構築していくかがカギとなることが明らかとなった。どの島も、今回示したいくつかの要因において、順調な面とそうでない面、両面を抱えながら、その地域の実情に即した支援を工夫しながら進めている。今後は今回明らかとなった結果をもとに、好事例を取材し積み重ね、実際の体制がどのように構築されているのかを可視化していくことが必要である。

#### E. 結論

FGD の結果から、79 のサブカテゴリと31 の小カテゴリ、20 の中カテゴリが抽出され、【早期対応とその課題】【在宅継続に必要な支援とその課題】【島で最期を迎えるための支援とその課題】【支援を阻害する要因】【支援を促進する要因】の5つの大カテゴリに集約することができた。離島の特徴を

考慮しながら、早期対応から在宅生活の支援、看取りに至る支援体制作りの構築がカギとなることが明らかとなった。今後は結果をもとに、好事例を取材し積み重ね、実際の体制がどのように構築されているのかを可視化していくことが必要である。

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### Reference

- 1) 日本離島センター：新版【日本の島ガイド】SHIMADAS シマダス。日本離島センター，東京（2019）。
- 2) グレグ美鈴，麻原きよみ，横山美江：よくわかる質的研究の進め方・まとめ方；看護研究のエキスパートをめざして。第2版，64-84，医歯薬出版，東京（2016）。
- 3) 岡野明美，上野昌江，大川聡子：保健師のコーディネーションの概念分析。大阪府立大学看護学雑誌，24（1），21-30。2018。
- 4) 井口克郎：医療・福祉過疎地域の現状と地域包括ケアシステムの現実性：介護における自助・互助・共助論の問題。医療・福祉研究（23），51-64，2014。
- 5) 堀越直子，桑原雄樹，田口敦子，永田智子，村嶋幸代：離島で暮らす高齢者の在宅療養・死亡場所にかかわる特徴入院施設の有無に着目して。日本公衆衛生雑誌 60(7)，412-421，2013。