

厚生労働科学研究費補助金
認知症政策研究事業

認知症の遠隔医療およびケア提供を促進するための研究

令和 5 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 栗田 圭一

令和 7 (2025) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

認知症の遠隔医療およびケア提供を促進するための研究

東京都健康長寿医療センター 栗田圭一 -----1

II. 分担研究報告書

1. 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究

(1) 全国調査を実施するための基盤整備

東京都健康長寿医療センター 栗田圭一 -----19

2. 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究

(2) 過疎地域の地域包括ケアシステムの構成要素の分析

東京都健康長寿医療センター 栗田圭一 -----27

3. 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究

(3) 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態調査

東京都健康長寿医療センター 栗田圭一 -----38

4. 東京都の離島における認知症支援体制の実態調査と支援モデルの開発に関する研究

東京都健康長寿医療センター研究所 井藤佳恵 -----51

5. 福島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

福島県立医科大学会津医療センター 川勝忍 -----62

6. 石川県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

金沢大学医薬保健研究域医学系 小野賢二郎 -----66

7. 三重県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

三重大学大学院 新堂晃大 -----77

8. 広島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

広島大学大学院 石井伸弥 -----79

9. オンラインを用いた介護専門職の人材育成に関する研究

認知症介護研究・研修東京センター 滝口優子 -----82

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----95

IV. 倫理審査等報告書の写し -----96

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

総括研究報告書

認知症の遠隔医療およびケア提供を促進するための研究

研究代表者 栗田主一 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

研究趣旨

研究目的: 本研究の目的は、医療資源や交通手段の確保が困難なため認知症医療ケアの提供に課題が生じている地域において、シームレスな医療介護提供体制を構築・維持するための方法を示し、自治体で活用可能な資料を作成することにある。**研究方法:** 上記の目的を達成するために、2023年度は7つの分担研究課題を設定し、基盤整備、実態把握、課題の可視化を進めた。**研究結果:** 1) 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究では、既存資料を活用して調査対象地域を選定するための基盤整備を進め（研究1）、ヒアリング調査の質的分析によって過疎地域の地域包括ケアシステムの実践の構成要素を明らかにし（研究2）、全国の過疎市町村に対する質問紙調査によって、人口規模が小さいほど、認知症に対する住民理解が不良であり、医療・ケア提供者の専門性が低くなり、医療介護リソースが不足することを示した（研究3）。2) 東京都及び全国の離島における認知症支援体制の実態調査と支援モデルの開発では、東京都の離島における認知症支援体制構築支援事業に着目し、既存資料の分析から事業には「理解」「周知」「利用」の観点から3つの課題があることを示した。3) 福島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究では、現地関係者及び住民・家族のアンケート調査から、遠隔医療の実施にあたってはネット環境や操作などITリテラシーの問題があることを示した。4) 石川県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究では、アンケート調査から、過疎地域では交通手段がないため通院困難な高齢者が多いこと、施設が不足していること、へき地医療拠点病院では認知症患者に対する介入が乏しいことを示した。5) 三重県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究では、実践活動を通して、遠隔ITスクリーニングが認知症患者を専門医につなげるのに有効であることを示した。6) 広島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究では、アンケート調査と実践活動を通して、民生委員が重要な役割を果たし、地域の特性に応じて多様な支援を行っていること、介護支援専門員に対する認知症に関する研修がケアマネジメントの向上に有効であることを示した。7) オンラインを用いた介護専門職の人材育成に関する研究では、アンケート調査及びヒアリング調査から、過疎関連地域の介護専門職にとって集合研修は「移動」「費用」等に負担があること、オンライン研修は「移動時間と旅費が削減できる」という利点があるが、「グループでの話し合い」「他の受講者との関係づくり」など複数の課題が

あることを可視化させた。**考察と結論**：初年度の実態調査によって過疎化が進む離島・中山間地域の認知症医療・ケア・人材育成・住民の理解に係る課題が把握された。課題解決に向けたモデルの可視化、構築が次年度の目標である。

<研究分担者>

井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター
研究所・研究部長

川勝 忍 公立大学法人福島県立医科大学
会津医療センター精神医学講座・教授

小野賢二郎 金沢大学医薬保健研究域
医学系・教授

新堂晃大 三重大学大学院医学系研究科
神経病態内科学・教授

石井伸弥 広島大学大学院医系科学研究
科寄附講座・教授

滝口優子 社会福祉法人浴風会認知症介
護研究・研修東京センター研修部・研修
企画主幹

<研究協力者>

内海久美子 砂川市立病院認知症疾患医
療センター・センター長

津田修治 東京都健康長寿医療センター
研究所・研究員

小野真由子 東京都健康長寿医療センタ
ー・認知症支援推進センター・非常勤研
究員

Yan Zi 東京都健康長寿医療センター研
究所・協力研究員

篠原もえ子 金沢大学医薬保健研究域医
学系脳神経内科学

碓井雄大 金沢大学医薬保健研究域医学
系脳神経内科学

河村敦子 広島大学大学院医系科学研究
科・特任講師

數井裕光 高知大学教育研究部医商学系・
教授

竹井太 沖縄県認知症疾患医療センター
うむやすみやあす・ん診療所・院長

A. 研究目的

本研究の目的は、医療資源や交通手段の確保が困難なため認知症医療ケアの提供に課題が生じている地域において、シームレスな医療介護提供体制を構築・維持するための方法を示し、自治体で活用可能な資料を作成することにある。この目的を達成するために、初年度である2023年度は7つの分担研究課題を設定し、全国調査の基盤整備、実態把握、課題の可視化を進めることとした。以下に各分担研究の今年度の目的を要約する。

1) 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究

研究1：調査対象地域を選定するための用語の定義、先行研究及び既存資料によって把握される今日の状況及び課題解決に向けた取り組みに関する情報を収集する。

研究2：認知症のある人の支援に焦点を当てて、統合的ケアの観点から、過疎地域の地域包括ケアシステムの実践の構成要素を明らかにする。

研究3：過疎地域の市町村における認知症の支援システムの実情を把握するために、市町村の人口規模別分析を行い、認知症医療・ケアの実践とシステム経営企画の諸段階における、医療・ケア提供者や関係者の相違点を明らかにする。

2) 東京都及び全国の離島における認知症支援体制の実態把握と支援モデルの開発

東京都の離島における、認知症支援体制の構築支援事業に着目し、事業の可視化と事業が抱える課題を把握する。

3) 福島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

僻地における認知症支援体制構築のために、豪雪、広大で医療過疎地を多く有する福島県会津地方の実態と現地関係者の要望を把握する。

4) 石川県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

石川県能登中部・北部医療圏、南加賀医療圏及び石川中央医療圏の一部を中心に、石川県の過疎地域における認知症医療・ケアの現状と課題を把握する。

5) 三重県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

医師不足地域では認知症専門医受診のハードルが高い。2014年度より認知症疑い患者の相談として、三重県医師会と共同でITスクリーニング（僻地を中心とする遠隔でのスクリーニング）を行っている。本研究では、ITスクリーニングの有用性の検討と地域における認知症診療のニーズを把握する。

6) 広島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

研究1：中山間地・離島における認知症地域医療の実態を明らかにするために民生委員を対象に調査を行う。

研究2：認知症支援体制構築に資する取組として、介護支援専門員の認知症ケアマネジメント質の向上に向けたオンラ

イン研修プログラムの開発を行う。

7) オンラインを用いた介護専門職の人材育成に関する研究

医療や介護などのサービスを提供する事業所が不足している過疎関連地域の介護専門職のOff-JTの実態を明らかにする。

B. 研究方法

1) 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究

研究1：関係法規を確認するとともに、総務省、厚生労働省、国土交通省の既存資料を用いて、過疎地域、へき地、離島、中山間地域の用語の定義と、それぞれの指定地域を確認した。また、過去の厚生労働省老人保健健康増進等事業報告書を閲覧するとともに、インターネットの検索エンジン及び医学中央雑誌の検索サイトを活用して、今日すでに明らかにされている過疎地域・へき地・離島・中山間地域における認知症医療の現状と課題、課題解決に向けたさまざまな取り組みについて情報を収集した。

研究2：過疎地域の指定を受けている8つの市町村で、合計17回のインタビュー調査を行った。対象市町村で、行政職、医療・介護・福祉専門職、地域のNPOや住民活動の運営者・参加者を含む合計56名を対象とした。インタビューデータは、テーマ分析の手法で帰納的に分析しながら、統合的ケアの理論モデルの概念との一致を演繹的に確認した。

研究3：過疎法で過疎、みなし過疎、または一部過疎地域の要件を満たす885市町村（以下、過疎市町村）のうち、2024年1月に発生した能登半島地震で震度5以上

の 20 市町村を除く 865 の過疎市町村の認知症施策担当者に対して、郵送法による質問紙調査を行った。分析は市町村人口規模を 3 群に分けて行った。

2) 東京都及び全国の離島における認知症支援体制の実態調査と支援モデルの開発

「島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業」および「島しょ地域等認知症医療サポート事業」に関する 2014 年度～2022 年度各年度の報告書と、2023 年度の関係者会議の逐語録を分析した。

3) 福島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

南会津地区医師会の認知症講演会において、医師を対象に認知症診療の状況と認知症に関するオンライン診療(医師-患者間)および医師-医師の遠隔医療についてアンケート調査を行った。また、福島県内の認知症疾患医療センターにおける医療情報連携ネットワークの利用状況について、認知症疾患医療センター会議においてアンケート調査を行った。さらに、会津若松市民への認知症講演会参加者及び福島県立医大会津医療センターならびに山形大学医学部附属病院の外来通院中の認知症患者家族を対象に、認知症診療やケアに対する IoT のニーズについてアンケート調査を行った。

4) 石川県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

研究 1：2023 年 7 月に郵送法にて石川県内のへき地医療拠点病院 4 か所ならびに認知症疾患医療センター 3 か所を対象に石川県の過疎地域での認知症診療の実態についてアンケート調査を実施した。

研究 2：2024 年 1 月 1 日に発生した能登半島地震の影響調査を能登中部・北部医療圏におけるへき地医療拠点病院を対象に電話調査を実施した。

5) 三重県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

三重県における医師不足地域において、IT スクリーニングを実施した。また東紀州地域の紀南病院、伊勢志摩地区の鳥羽市立神島診療所および南伊勢町大方竈生活改善センターを訪問し、認知症診療、認知症予防などのニーズや問題点に関する聞き取り調査を行った。また神島診療所では他の離島と ZOOM 接続し症例検討を行った。

6) 広島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

研究 1：都市部と中山間地・離島部の民生委員を対象に調査票調査を実施した。都市部として広島市中区、東区、南区、西区を含め、中山間地・離島には中山間地域として指定されている安芸太田町、北広島町、大崎上島町、世羅町、神石高原町、江田島市、庄原市、三次市、府中市を含めた。自記式質問紙を都市部 1582 名、中山間地・離島部 969 名の民生委員に対して郵送した。調査実施後に、同意の得られた民生委員を対象に対面式半構造化面接を実施した。

研究 2：認知症支援体制構築に資する取組として、介護支援専門員の認知症ケアマネジメントの質の向上を目的とする一連の研修プログラムを広島県介護支援専門員協会と実施した。実施形式はオンラインで、それぞれ医師、看護師による講義とグループワークで構成した。対象は主任介護支援専門員である。各研修の

テーマは先行的に実施した研修でのアンケート結果および広島県介護支援専門員協会との検討で決定した。研修の効果を検証するため、研修実施直前、直後、3ヶ月後に認知症高齢者に対するケアマネジメント実践自己評価尺度を実施した。

7) オンラインを用いた介護専門職の人材育成に関する研究

研究1：全国67都道府県・指定都市及び研修実施機関のホームページに掲載された2023年度の研修開催要項・実施要項を収集し、認知症介護実践研修におけるオンラインの活用状況を把握した。

研究2：認知症介護研究・研修東京センターにおいて実施した認知症介護指導者養成研修修了者940名を対象に郵送法による質問紙調査を実施し、認知症介護に関するOff-JT及びオンライン研修を受講するために必要な環境の整備状況を把握した。

研究3：過疎関連地域に所在する特定の介護保険施設・事業所の介護専門職を対象にヒアリング調査を行い、職場外で行われた研修の受講状況及びオンライン研修の受講に必要な環境の整備状況、介護専門職が感じている認知症介護実践における課題を把握した

C. 研究結果

1) 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究

研究1：わが国には現在、過疎関連市町村が885、無医地区を有する市町村が225、準無医地区を有する市町村が248、離島を有する市町村が111、中間農業地域を含む市町村が980市町村、山間農業地域を含む

市町村が730ある。わが国のへき地医療対策では、へき地拠点病院を核とする遠隔医療が普及されつつあるが、認知症医療に対する遠隔医療の実態は現在のところ不明である。一方、それぞれの地域の実情に応じて、住民同士の自然な助け合い、支援者同士の組織を超えた密なコミュニケーション、支援者や組織が裁量性をもって実践する統合的支援などを通して、独自の認知症支援体制づくりを進めている地域もある。

研究2：地域包括ケアシステムを動かす基本的な構成要素を示す「構造の統合」の概念には、6つのテーマを認めた。地域全体でのケア提供体制を検討したり、統合的にケアを提供したりするための手段や戦略である「機能の統合」には、4つのテーマを認めた。認知症のある人の生活を支えることに対する態度や考えの浸透を示す「規範の統合」の概念は、3つのテーマで構成された。地域包括ケアシステムの中で様々な活動が連動していくための人と人のつながりである「人と人の統合」は、3つのテーマを認めた。サービスを統合して、認知症のある人の支援ニーズを満たすための活動を説明する「ケアプロセスの統合」の概念は、6つのテーマで構成された。

研究3：357過疎市町村(41.3%)から回答を得た。人口規模5千人未満、5千～2万人、2万人以上の過疎市町村は、それぞれ89(24.9%)、170(47.6%)、97(27.2%)だった。認知症のある人の受診契機は家族からの相談や民生委員などからの連絡が多かった(90～100%)。人口規模が小さい過疎市町村では、本人からの

相談やスーパーや金融機関からの連絡が受診契機となる割合が低かった。専門的な認知症医療が必要な場合に自治体内や近隣自治体にある認知症疾患医療センターが通院先として利用できるのは、73%～96%だった。5千人未満の過疎市町村の2割は、利用できる認知症疾患医療センターがなかった。在宅医療は主に自治体内の診療所が担い、67～80%の過疎市町村で利用可能だった。しかし、5千人未満と5千～2万人の過疎市町村では、それぞれ25%、18%が、認知症のある人が在宅医療を利用できない。訪問看護や訪問介護、通所介護・リハ、ショートステイは、ほぼ全ての過疎市町村で利用できた。しかし、5千人未満の市町村ではそれらのサービスを近隣自治体に依存することが多く、その割合は訪問看護49%、訪問介護15%、通所介護・リハ9%、ショートステイ20%だった。

2) 東京都及び全国の離島における認知症支援体制の実態把握と支援モデルの開発

東京都では、2014年より「島しょ地域の認知症対応力向上事業」（島しょ二次保健医療圏の医療・介護専門職、行政職員、住民等を対象として、認知症に対する地域の対応力の向上を目標とした研修）を開始し、2015年より東京都健康長寿医療センターに設置された認知症支援推進センターがこの事業を担うこととなり、2018年より、「島しょ地域等認知症医療サポート事業」（島しょ二次保健医療圏域の認知症初期集中支援推進事業をチーム員会議への参加を通してサポート）を開始した。新型コロナウイルス感染症の流行後はこれ

らの事業をオンラインで実施する体制も構築された。しかし、島しょ二次保健医療圏の自治体ではこれらの事業が町村内に浸透しているとは言えず、積極的に活用されているとは言えない。そこには事業の「理解」「周知」「利用」の3つの課題があると考えられた。

3) 福島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

南会津地区には遠隔医療を実施している医師はいなかったが、認知症の遠隔医療については必要姓を認識している医師が多かった。一方、オンライン診療開始の支障としては要件のハードルが高いと感じている医師が多かった。

福島県内11カ所の認知症疾患医療センター中9カ所と福島県高齢福祉に対して、福島県で運用されているキビタン健康ネットを含めた医療情報の共有の状況と必要性について調べたところ、キビタン健康ネットは、認知症関連の医療情報連携に殆ど用いられていなかった。

会津若松市民を対象とする調査では、認知症における遠隔医療について、2/3は必要と答えたが、不要あるいはどちらともいえないが1/3であった。遠隔医療に対する種々の不安がある可能性も推察された。

外来通院中の認知症患者とその家族に対するアンケート調査では、IoT導入を希望する群（39名）としない群（41名）において、患者の認知症重症度、神経心理検査得点、日常生活活動度、介護負担度等で有意差や傾向はなかった。一方、主介護者がインターネットまたはスマートフォン/タブレットを使用している群は

していない群と比較して IoT 導入希望が有意に高かった。

4) 石川県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

研究 1: 石川県内の 4 つのへき地医療拠点病院のうち 3 つの調査結果を中心にまとめた。病院規模は病床数 100~163 床、医師数は常勤換算 14~18 名でいずれも小規模であり、1 つのへき地医療拠点病院で 1 名の認知症サポート医（老年科・内科）が月 1~3 回の認知症専門外来が実施しているが、認知症専門医がいない、認知症の病型診断に難渋する、認知症の行動・心理症状への対処に苦慮する、患者が病院から遠方に在住のため治療や対処に制限が出るといった意見があった。また、2 つのへき地医療拠点病院で週 1 回のペースで認知症ケアチームが活動していたが、担当医師の参加日程が少ないため、薬剤の選定や病状の評価が困難、スタッフや近隣医療機関との連携を深めるための研修会がマンパワー不足で十分できない、といった課題があげられた。

研究 2: 石川県内の認知症疾患医療センターは精神科単科病院に併設されているセンターが 2 か所、総合病院に併設されているセンターが 1 か所あり、併設されている医療機関の病床数（精神科病床）は 100~400 床、医師数は常勤換算で 5~13 名であった。専門外来の開設日はいずれも週 3 回以上、担当医師数は 2~5 名、日本老年精神医学会認定専門医が計 4 名、日本認知症学会認定専門医が計 2 名、1 カ月あたりの外来認知症患者数はいずれも 51 名以上だった。認知症疾患医療センターの所在地によって過疎地域在住者の診療状況に違

いがあった。専門医療以外の取り組みとして、認知症カフェ、地域包括支援センター、介護支援専門員やかかりつけ医との情報共有及び定期会議の実施が挙げられた。

5) 三重県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

三重県東紀州地区は紀南病院と、伊賀上野地区は上野病院及び名張市立病院と連携して IT スクリーニングを実施した。2023 年度は紀南病院で 4 例、上野病院で 2 例、名張市立病院で 8 例、合計 14 例で実施し、うち 5 例に専門医療機関の受診を推奨、9 例が経過観察となった。

三重県鳥羽市神島において認知症に関する勉強会を実施し、さらに離島間を ZOOM 接続した症例検討の実施をしている。また医師不足地域における認知症診療そして予防に対する取り組みについて 8 月は紀南病院、10 月は鳥羽市立 神島診療所、12 月には南伊勢町大方竈生活改善センターで介護予防教室の現地調査を行っている。これらの現地調査から、遠隔地における認知症予防プログラムの相談があった。また医師不足地域でパーキンソン病に対し深部刺激療法（DBS）を実施した患者が高齢になり認知症を伴った症例に関する治療の相談を行った。

6) 広島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

研究 1. 市部では 1205 名（回答率 76.2%）、中山間地・離島部では 719 名（回答率 74.2%）の民生委員から回答を得た。民生委員として行う支援では都市部と中山間地・離島部いずれも見守り・安否確認が最も多く、次いで話し相手だった。都市部と中山間地・離島部を比較し

たところ、都市部では地域交流活動の支援、認知症の人や家族と関係機関の連絡の手助け、交流会や食事会の支援が多かった。中山間地・離島部では、話し相手、食材配達・配食の手伝い、服薬確認、外出支援、通院の付き添いなど日常生活支援が多く、それ以外に緊急通報システム等への協力、介護保険や日常生活自立支援事業などの情報提供、災害時支援などが多かった。

認知機能の低下が疑われる人や認知症の人の世帯の福祉課題では、双方とも家族が遠方、孤独・孤立、近隣トラブル、徘徊が多かった。都市部の方で特に多かったのは徘徊や近隣トラブル、中山間地・離島部で多かったのは、家族が遠方、外出困難、経済的困窮、孤独・孤立であった。

地域住民が認知症を発症した場合、どのように過ごすのが適切と考えるかという質問には、「認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活する」の項目では都市部の割合が高く、「認知症になると、身の回りのことができなくなり、生活が困難になったり安全が確保できなくなったり、周囲に迷惑をかけるので、なるべく早く介護施設に入る」という項目は中山間地・離島部の方が多かった。

研究2.主任介護支援専門員を対象にオンライン研修会を2回開催した。1回目のテーマは「認知症と間違われやすい精神疾患」、2回目は「せん妄」とした。1回目には37名、2回目には29名が参加した。

いずれの研修においても、研修後のアンケート結果では研修前と比較して認知症のケアマネジメントを困難と感じる頻度

(「いつも困難と感じる」「ときどき困難と感じる」の合計)が減少しており、さらに学習テーマに関して自信がない(「自信がない」「自信があまりない」の合計)と感じた参加者の割合が減少していた。認知症高齢者に対するケアマネジメント実践自己評価尺度では、研修後にはいずれの尺度に含まれる4因子すべて(「パーソン・センタード・ケア」「疾患特性、治療やケアへの理解」「認知症の人への理解と特性に応じたケアマネジメント」「認知症の人を取り巻く地域資源の活用」)において得点が向上していた。

7) オンラインを用いた介護専門職の人材育成に関する研究

研究1:2023年度の認知症介護実践者研修では32地域(47.8%)、認知症介護実践リーダー研修では23地域(34.3%)がオンラインを活用していた。

研究2:介護保険施設・事業所における職場外の研修は、過疎関連地域では70.8%、非過疎関連地域では59.8%で実施されており、そのうち集合研修は過疎関連地域では55.7%、非過疎関連地域では51.5%、オンライン研修は過疎関連地域では39.3%、非過疎関連地域では47.8%で実施されていた。

研究3:過疎関連地域から集合研修を受講する介護専門職が負担に感じることは「受講したい研修が開催される会場までの移動」「受講にかかる費用」「留守中の家族の心配」であり、オンライン研修は「移動時間と旅費が削減できる」という利点があるが、実際に受講した経験を持つ者は「オンラインシステム上のタイムラグ」「少人数のグループに分かれて話し合い

をする際の発言」「他の受講者との関係づくり」「講師に対する質問」「実技の学習」「眠気や集中力の低下」に難しさを感じていた。また、介護専門職は日々の実践において、「認知症の人が繰り返す言動への対応」「介護職・看護職間の連携」「指導的立場にある職員としての役割」「他の職員と考え方に違いがあるときの解決方法」「話し合っただけで決めたことが実行されない」「よい雰囲気でき持ちよく働けない人間関係」を課題としていた。

D. 考察

1) 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究

研究 1: 市町村を対象とする全国調査を実施する場合には、過疎関連市町村 885、無医地区を有する市町村 225、準無医地区を有する市町村 248、離島を有する市町村 111、中間農業地域を含む市町村 980 市町村、山間農業地域を含む市町村 730 のいずれかの市町村リストを活用することになるが、体系的な調査をするとすれば、「過疎関連市町村 885 ヶ所」を対象とする悉皆調査を行い、その中で「無医地区または準無医地区がある市町村」及び「離島・中間農業地域・山間農業地域を含む市町村」をラベリングして下位分析を行うのがよいであろう。また、同じように過疎・高齢化が進展する離島・中山間地域であったとしても、その地域の人口・面積・地理・歴史・文化・気候などを背景にして、そこに住む人々の価値観もニーズも多様であることに留意した調査研究が必要であろう。

研究 2: 過疎地域に共通する医療・介護・福祉・生活支援のリソースの不足に対

して、医療・介護・福祉専門職だけでなく、地域住民の自主活動や地域の NPO 法人、民間の中小企業など幅広く利用して補完していた（構造の統合）。非専門職によるサービスを外注・創出・多目的利用などの手段で活用し、情報システム・複合拠点・地区割（地区担当の専門職と地域住民が密接に協働する）などの仕組みや戦略で効率的に運用しようとする努力がある（機能の統合）。このように、人の立場を超えて地域全体で協働する背景には、地域の専門職と地域住民のつながりが接続されていて（人と人の統合）、理念や態度が共有されていた（規範の統合）。そして、ケアプロセスの統合では、専門職間の医療介護連携や病診連携に加えて、行政—専門職—住民の連携という 3 つ目の連携の要素を認めた。

研究 3: 過疎地域の市町村の認知症医療・ケアの実情を調査した結果、人口規模が小さいほど不利になる 3 つの地域格差、つまり、医療介護リソース、医療・ケア提供者の専門性、認知症に対する住民理解、の地域格差を認めた。この 3 つの地域格差について自治体毎に評価して対策を講じていくことが大切である。対策として、IT 活用による業務の効率化や、地域の認知症医療・ケアシステム構築のための会議体の構成員の再検討、ケアシステムの経営企画レベルで二次医療圏内にある認知症疾患医療センターとの協働、地域の既存のサービス等の柔軟な活用などが考えられる。

2) 東京都及び全国の離島における認知症支援体制の実態把握と支援モデルの開発

本研究で明らかになった課題を解決するための方策を検討する必要性を東京都

と共有し、2024年度初めに島しょ二次保健医療圏の役所の担当者、診療所、社会福祉協議会、地域包括支援センター、介護事業所等、事業利用の直接的ニーズがあると想定される専門職を一同に集めたオンライン会議を開催し、東京都から事業の周知を行うこととした。

3) 福島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

南会津地区の医師会所属の認知症かかりつけ医は、遠隔医療の必要姓を認めており、医師自体が60歳以上とやや高齢ではあるが導入に積極的である。患者-医師のオンライン診療だけでなく、医師-医師間の認知症診断治療サポートを含めた遠隔医療体制構築も考慮すべきである。認知症疾患医療センターにおける認知症の医療情報の共有や利用は、認知症支援体制構築において必要であるが、初期費用や利用できる情報へのアクセスなどに問題があり、改善が望まれる。一般市民における認知症の遠隔医療やIoT利用については、必ずしも全員が必要性を認めているわけではなく、個々のニーズに合わせた遠隔医療の提供と積極的でない理由について検討する必要がある。外来通院している患者と介護者に対するアンケート調査では、IoT導入希望ありとなしほぼ半々であり、かならずしも遠隔医療などの利用に積極的ではない。その背景として、ネット環境、操作への不安といったITリテラシーの問題があり、とくに老々看護の世帯では問題になる。遠隔医療に伴う個人情報の問題や、意思疎通への不安などがあると答える方々もあり、実際の遠隔医療にあたっては、これらの点を配慮する必要がある。

4) 石川県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

認知症医療・ケアの課題として、認知症関連専門医の不在・連携不足、高齢者のみの世帯（特に独居世帯）が多い、医療機関の受診自体が困難、進行期認知症段階での受診、内服管理や通院付き添い等の介助者の不在、自宅から通所できる施設・在宅サービス・退院後に入所できる施設・低所得者や生活保護受給者等の社会的弱者に対する受け入れ先の不足などが挙げられた。

2024年1月1日に発生した能登半島地震による影響について、能登中部・北部医療圏のへき地医療拠点病院に電話調査を行ったところ、ライフラインの復旧遅延、患者の金沢市等への避難による転出、資源不足に伴う診療の制限、メディカルスタッフ・コメディカルスタッフの疲弊・離職、能登地域の中でも医療の受け入れに偏りがあり、受け入れ先施設が不足しているといった実態が明らかとなった。

5) 三重県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

医師不足地域では専門医そのものの不足のほか、受診におけるアクセスの問題、さらには認知症予防教室のような一般高齢者がアクセスしやすい活動など様々なニーズがあることが判明した。さらに近年様々な治療がパーキンソン病に対して行われるようになったが、深部刺激療法DBSを行ってから高齢化した症例では特に認知機能低下のみならずADL低下もあるため専門医受診が困難になっていることも判明した。

専門医受診につなげるにあたり、三重県では以前から遠隔ITスクリーニングを

行っており、これを引き続き実施していく必要がある。さらに認知症予防教室に関しては内容の工夫などもされているが、よりエビデンスのあるものを求められていたため三重大学で実施しているプログラムの普及も重要と考えた。

6) 広島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

研究1から、認知症の人が地域で生活するにあたって民生委員が重要な役割を果たしていること、認知症の人に対して民生委員が行っている支援や認識している課題では共通しているものもある一方、地域の特性を反映した多様なものとなっていることが明らかになった。

研究2から、認知症の人の課題、特に医療上の課題に対して介護支援専門員の多くが対応に苦慮して自信がないと感じていること、オンラインの研修によって自信があると感ぜられる割合が増えると共に、自己評価も向上することが示された。これらの知見から、介護支援専門員においては、認知症に関してオンラインでの研修を行う有用性が示唆された。

7) オンラインを用いた介護専門職の人材育成に関する研究

認知症介護指導者が勤務している介護保険施設・事業所においては、過疎関連地域であっても非過疎関連地域に劣らず集合研修を受講していることが明らかにされたが、一方、過疎関連地域から集合研修を受講する介護専門職は、「会場までの移動」「受講にかかる費用」「留守中の家族の心配」について負担を感じている。オンライン研修は「移動時間と旅費が削減できる」という利点があるが、「オ

ンラインシステム上のタイムラグ」「少人数のグループに分かれて話し合いをする際の発言」「他の受講者との関係づくり」「講師に対する質問」「実技の学習」「眠気や集中力の低下」に課題があり、介護専門職の日々の実践においても複数の課題に直面していることが可視化された。

E. 結論と今後の課題

1) 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究

研究1：全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態を把握するためには、それぞれの地域の地域包括ケアシステムのあり方、地域づくりのあり方という観点から調査を進めていく必要がある。

研究2：過疎地域で認知症のある人を支える地域包括ケアシステムの実践として、専門職や非専門職の垣根を超えて、同じ地域の住民として幅広く連携し、理念や行動指針を共有し、ケアや支援を補完し、効率化し、統合的に提供する努力が明らかになった。この研究で明らかになった構成要素を利用して、過疎地域の地域包括ケアシステムの実践を類型化し、類型毎の背景要因の違いや、アウトカムの違いを明らかにすることである。

研究3：過疎地域の市町村の認知症医療・ケアの実情を調査した結果、人口規模が小さいほど不利になる3つの地域格差、つまり、認知症に対する住民理解、医療・ケア提供者の専門性、医療介護リソース、の地域格差を認めた。この3点について自治体毎に評価して対策を講じていくことが大切である。

2) 東京都及び全国の離島における認知症支援体制の実態把握と支援モデルの開発

東京都の離島を対象とした認知症支援体制の構築支援事業が抱える課題を明らかにした。年初に関係者への周知を強化することで何ほどの程度改善するのか評価し、支援モデルを柔軟に修正していく必要性について東京都と協議を重ねていく必要がある。

3) 福島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

実践にあたっては、ネット環境や操作など IT リテラシーの問題があることが分かった。今後は、会津若松市と協力し、IBM の遠隔医療システムを認知症医療に応用し、その効果と問題点を検証していく予定である。

4) 石川県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

過疎地域では(能登半島地震以降は特に)交通手段がないため通院困難な高齢者が多いことや、施設サービス、在宅サービス及び入所できる施設が不足していることが明らかとなった。へき地医療拠点病院においては、認知症患者に対する介入が乏しい側面が目立ち、認知症専門医との連携が認知症医療・ケアを適切に推進するために必要な可能性が示唆された。

5) 三重県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

今回明らかになった課題に対して、IT スクリーニング事業は引き続き実施し、さらには予防教室の普及、DBS 後患者の遠隔診療などを実施していくことが課題として挙げられる。

6) 広島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

民生委員が地域における認知症の人の生活を支えるために重要な役割を果たしており、さらに地域の特性に応じて多様な支援を行っていること、介護支援専門員の研修ニーズとして認知症があり、ケアマネジメントの向上として認知症に関する研修が有効であることが明らかとなった。

7) オンラインを用いた介護専門職の人材育成に関する研究

2023 年度の調査研究で明らかにされた課題の解決に向けた研修が、オンラインを活用しながら企画・実施されることによって、過疎関連地域の介護専門職が提供するサービスの質を高めることにつながるものと考えられる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 栗田主一：過疎化が進展する離島・中山間地域の認知症支援. 老年精神医学雑誌, 35(1) : 5-10 (2024)
- 2) 井藤佳恵, 津田修治: 東京都の島しょ地域に対する認知症支援の現状と課題, 老年精神医学雑誌;35(1) :26-37 (2024)
- 3) 川勝忍, 石田義則, 林博史, 羽金裕也, 志賀哲也, 錫谷研, 宮川明美, 小林直人, 渋谷譲: 福島県会津地方における認知症の遠隔医療・ケアの現状と課題. 老年精神医学雑誌 35:20-25(2024)

- 4) 篠原もえ子, 碓井雄大, 小野賢二郎 : 石川県の過疎地域における認知症医療・ケアの現状と展望. 老年精神医学雑誌 35:38-46(2024)
- 5) 川北澄江, 新堂晃大: 認知症スクリーニングを用いた三重県のへき地の認知症医療支援システム構築の取組み. 老年精神医学雑誌 35:47-53(2024)
- 6) 石井伸弥: 広島県の中山間地・離島部の認知症医療介護提供体制. 老年精神医学雑誌 35(1) : 54-58(2024)
- 7) 滝口優子: 離島・中山間地域の専門職の人材育成—認知症介護実践研修へのアクセシビリティ—. 老年精神医学雑誌 35(1)78-87 (2024)
2. 学会発表
- 1) 井藤佳恵, 畠山啓. 離島で暮らす高齢者の精神的健康度の関連要因—東京都A村で行った高齢者調査の結果から. 第25回日本認知症ケア学会大会; 東京国際フォーラム. 2024. 6. 15-16
- 2) 川勝 忍. オンライン診療と認知症. 会津オンライン診療研究会, 2024年3月、会津
- 3) 小野賢二郎: アルツハイマー型認知症の診断と治療. 第120回日本内科学会総会・講演会、東京、2023. 4. 14-16
- 4) 小野賢二郎: アルツハイマー型認知症の根本的治療への展望. 第31回日本医学会総会 2023 東京、東京、2023. 4. 21-23
- 5) 小野賢二郎: アルツハイマー病の疾患修飾療法の現状と展望. 第31回日本医学会総会 2023 東京、東京、2023. 4. 21-23
- 6) 小野賢二郎: アミロイド研究から見え
- てきたアルツハイマー病の病態解明. 第64回日本神経学会学術大会(学会共催ランチョンセミナー)、千葉、2023. 5. 31-6. 3
- 7) 小野賢二郎: 認知症: 診断と治療の最前線. 第64回日本神経学会学術大会、千葉、2023. 5. 31-6. 3
- 8) Shinohara M, Hamaguchi T, Sakai K, Komatsu J, Iwasa K, Horimoto M, Nakamura H, Yamada M, Ono K. Effects of *Melissa officinalis* Extract on cognition in older adults. 第64回日本神経学会学術大会、東京、2023. 5. 31-6. 3
- 9) 篠原もえ子, 小野賢二郎: コホート研究から見えてきた新たな認知症病態: 石川健康長寿プロジェクト. 第64回日本神経学会学術大会、千葉、2023. 5. 31-6. 3
- 10) 柴田修太郎, 篠原もえ子, 小松潤史, 島 綾乃, 坂下泰浩, 村松大輝, 疋島貞雄, 小野賢二郎: 健常高齢者における緑茶摂取量と大脳白質病変の関連. 第64回日本神経学会学術大会、千葉、2023. 5. 31-6. 3
- 11) 島 綾乃, 篠原もえ子, 小松潤史, 柴田修太郎, 坂下泰浩, 村松大輝, 疋島貞雄, ティローバンジャマン, 館脇康子, 瀧 靖之, 二宮利治, 小野賢二郎: 海馬垂領域の糖尿病に対する脆弱性. 第64回日本神経学会学術大会、千葉、2023. 5. 31-6. 3
- 12) 森 誠, 篠原もえ子, 小松潤史, 柴田修太郎, 島 綾乃, 坂下泰浩, 村松大輝, 疋島貞雄, 小野賢二郎: 高齢者における低アルブミン血症と大脳白質

- 病変との関連。第 64 回日本神経学会
学術大会、千葉、2023. 5. 31-6. 3
- 13) 篠原もえ子、小野賢二郎：身体的フレイル及び食品・栄養と脳萎縮・大脳白質病変との関連。第 119 回日本精神神経学会学術総会、横浜、2023. 6. 22-24
- 14) 篠原もえ子、小野賢二郎：MEG での視覚タスクによるアルツハイマー病の検出。第 32 回日本脳ドック学会総会、盛岡、2023. 6. 23-24
- 15) 小野賢二郎：アルツハイマー型認知症の根本的治療への展望。日本神経学会 2023 年度医学生・研修医のための脳神経内科サマーキャンプ、弘前、2023. 7. 1-2
- 16) 小野賢二郎：アルツハイマー病の疾患修飾療法。第 64 回日本神経病理学会総会学術研究会／第 66 回日本神経化学学会大会、神戸、2023. 7. 6-8
- 17) 小野賢二郎：アルツハイマー病の病態からアプローチを再考する。第 64 回日本神経病理学会総会学術研究会／第 66 回日本神経化学学会大会（学会共催ランチョンセミナー）、神戸、2023. 7. 6-8
- 18) 小野賢二郎：異種アミロイド間の相互干渉効果。第 64 回日本神経病理学会総会学術研究会／第 66 回日本神経化学学会大会、神戸、2023. 7. 6-8
- 19) 篠原もえ子、村上秀友、坂下泰浩、森友紀子、小松潤史、村松大輝、疋島貞雄、小野賢二郎：血液アミロイドマーカによるアルツハイマー病理合併レビー小体病の検出。第 64 回日本神経病理学会総会学術研究会／第 66 回日本神経化学学会大会、神戸、2023. 7. 6-8
- 20) 村松大輝、小野賢二郎：タウオパチーの疾患修飾療法。第 64 回日本神経病理学会総会学術研究会／第 66 回日本神経化学学会大会、神戸、2023. 7. 6-8
- 21) 小野賢二郎：アルツハイマー病：最新の話。第 28 回認知神経科学学会学術集会（学会共催ランチョンセミナー）、札幌、2023. 7. 15-16
- 22) 篠原もえ子、村上秀友、坂下泰浩、森友紀子、小松潤史、村松大輝、疋島貞雄、小野賢二郎：血液によるアルツハイマー病理合併レビー小体病の検出。第 17 回パーキンソン病・運動障害疾患コンgres、大阪、2023. 7. 20-22
- 23) 篠原もえ子、柴田修太郎、島 綾乃、碓井雄大、小松潤史、小野賢二郎：地域高齢者における大脳白質病変に影響する因子及び将来の認知機能との関連。第 13 回日本脳血管・認知症学会総会、東京、2023. 8. 5
- 24) 篠原もえ子、小野賢二郎：脳画像と生活習慣病との関連。第 13 回日本脳血管・認知症学会総会、東京、2023. 8. 5
- 25) 柴田修太郎、篠原もえ子、小松潤史、島 綾乃、碓井雄大、小野賢二郎：健康高齢者における緑茶摂取量と大脳白質病変の関連。第 13 回日本脳血管・認知症学会総会、東京、2023. 8. 5
- 26) 中野博人、浜口 毅、池田篤平、中山隆宏、小野賢二郎、山田正仁：アミロイド β 凝集体におけるシーディング活性の不活化に関する *in vitro* 研究。第 13 回日本脳血管・認知症学会総会、東京、2023. 8. 5

- 27) 小野賢二郎：アミロイド β に焦点を当てたアルツハイマー病の疾患修飾療法へのアプローチ。第 53 回日本神経精神薬理学会、東京、2023. 9. 7-9
- 28) 小野賢二郎：アルツハイマー病の疾患修飾薬の現状と展望。第 12 回日本認知症予防学会学術集会、新潟、2023. 9. 15-17
- 29) 小野賢二郎：アルツハイマー病治療戦略のフロントライン：アミロイド β 抗体療法。第 12 回日本認知症予防学会学術集会、新潟、2023. 9. 15-17
- 30) 篠原もえ子、横山邦彦、小松潤史、増田和実、河野光伸、吉田光宏、小野賢二郎：地域高齢者における運動習慣定着の認知症予防効果検証。第 12 回日本認知症予防学会学術集会、新潟、2023. 9. 15-17
- 31) 篠原もえ子、小野賢二郎：食品・栄養による認知症予防。第 12 回日本認知症予防学会学術集会、新潟、2023. 9. 15-17
- 32) 小野賢二郎：アルツハイマー病治療研究の進歩。日本認知症予防学会第 13 回専門医教育セミナー、新潟、2023. 9. 16
- 33) 小野賢二郎：アルツハイマー病の疾患修飾療法の現状と展望。日本神経学会難治性神経疾患基礎研究支援事業シンポジウム、新潟、2023. 10. 2
- 34) 小野賢二郎：A β プロトフィブリルとアルツハイマー病。日本神経学会難治性神経疾患基礎研究支援事業シンポジウム 脳神経内科ウェブセミナー、WEB、2023. 10. 9
- 35) 小野賢二郎：パーキンソン病：疾患修飾へのアプローチ。第 27 回日本神経感染症学会総会・学術大会（学会共催アフタヌーンセミナー）、横浜、2023. 10. 13
- 36) 小野賢二郎：アルツハイマー病疾患修飾薬の最新情報。第 38 回日本老年精神医学会秋季大会、東京、2023. 10. 14
- 37) 小野賢二郎：アルツハイマー病疾患修飾療法の現状と展望。第 149 回日本薬理学会関東部会、東京、2023. 10. 14
- 38) 小野賢二郎：アルツハイマー病の診断と治療の最前線。第 41 回日本神経治療学会学術集会、東京、2023. 11. 3-5
- 39) 小野賢二郎：抗 A β 抗体レケンビによるアルツハイマー病の新たな治療戦略。第 41 回日本神経治療学会学術集会（学会共催ランチョンセミナー）、東京、2023. 11. 3-5
- 40) 小野賢二郎：抗 A β 抗体療法の機序と展望。第 41 回日本神経治療学会学術集会、東京、2023. 11. 3-5
- 41) 小野賢二郎：抗アミロイド療法の実状と未来。第 41 回日本神経治療学会学術集会、東京、2023. 11. 3-5
- 42) 小野賢二郎：認知機能障害を伴うレビー小体病を体液バイオマーカーから考える。第 41 回日本神経治療学会学術集会、東京、2023. 11. 3-5
- 43) 小野賢二郎：認知症の診断と治療ーアルツハイマー病を中心にー。第 41 回日本神経治療学会学術集会、東京、2023. 11. 3-5
- 44) 小野賢二郎： α シヌクレイン凝集と治療的アプローチ。第 41 回日本神経治療学会学術集会、東京、2023. 11. 3-

- 45) 篠原もえ子、横山邦彦、小松潤史、増田和実、河野光伸、吉田光宏、小野賢二郎:高齢者における運動習慣獲得の認知症機能低下抑制効果の検証。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 46) 篠原もえ子、小野賢二郎:食品・栄養による認知症予防:石川県中島町研究。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 47) 篠原もえ子、小野賢二郎:生活介入(食事・運動)の観点から。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 48) Nakano H, Hamaguchi T, Ikeda T, Watanabe-Nakayama T, Ono K, Yamada M. Effects of inactivation procedures for seeding activity of amyloid β -protein aggregates. 第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 49) 小野賢二郎:アミロイドに焦点をあてた疾患修飾へのアプローチ。第63回日本核医学会学術総会/第43回日本核医学技術学会総会学術大会(学会共催ランチョンセミナー)、大阪、2023.11.16-18
- 50) 小野賢二郎、中山隆宏、辻まゆみ、梅田健一、小口達敬、紺野宏記、篠原もえ子、木内祐二、古寺哲幸、David B. Teplow:高速原子間力顕微鏡を用いた $A\beta$ プロトフィブリルの構造動態とレカネマブの作用。第42回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 51) 小野賢二郎: $A\beta$ 凝集体の毒性とその制御。第42回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 52) 小野賢二郎:アルツハイマー病の疾患修飾療法へのアプローチ。第42回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 53) 小野賢二郎:アルツハイマー病病態における蛋白凝集体の病的意義を考える。第42回日本認知症学会学術大会(学会共催ランチョンセミナー)、奈良、2023.11.24-26
- 54) 小野賢二郎:シヌクレイノパチーの疾患修飾療法へのアプローチ。第42回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 55) 小野賢二郎:プロトフィブリルと神経変性疾患。第42回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 56) 小野賢二郎:高速原子間力顕微鏡(高速AFM)を用いたアプローチ。第42回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 57) 篠原もえ子、横山邦彦、小松潤史、増田和実、河野光伸、吉田光宏、小野賢二郎:運動習慣定着の認知症予防効果を検証する。第42回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 58) 篠原もえ子、小野賢二郎:生活習慣・生活習慣病と脳画像との関連:中島町研究。第42回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 59) 篠原もえ子、小野賢二郎:体液バイオマーカーからみた Alzheimer 病理合併 Lewy 小体病。第42回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26

- 60) 篠原もえ子、村上英友、坂下泰造、森友紀子、小松潤史、村松大輝、疋島貞雄、小野賢二郎：血液によるアルツハイマー病理合併レビー小体病の検出。第42回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 61) 中野博人、森 誠、疋島貞雄、南川靖太、村松大輝、坂下泰造、小野賢二郎：Nobiletin のアミロイド β 凝集抑制効果の検証。第42回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 62) 小野賢二郎：アルツハイマー病の診断と治療ーてんかんと関連も含めてー。第53回日本臨床神経生理学会学術大会／第60回日本臨床神経生理学会技術講習会(学会共催ランチョンセミナー)、福岡、2023.11.30-12.2
- 63) Ono K, Nakayama T, Tsuji M, Umeda K, Oguchi T, Konno H, Shinohara M, Kiuch Y, Kodera N, Teplow DB. Structural dynamics of amyloid- β protofibrils and action of lecanemab as observed by high-speed atomic force microscopy. CTAD2023(16th Clinical Trials On Alzheimer's Disease), Boston, October 24-27, 2023
- 64) Shinohara M, Ono K. Effects of *Melissa officinalis* extract containing rosmarinic acid for Alzheimer's disease in human. CTAD2023(16th Clinical Trials On Alzheimer's Disease), Boston, October 24-27, 2023
- 65) Noguchi-Shinohara M, Murakami H, Sakashita Y, Mori Y, Komatsu J, Muramatsu D, Hikishima S, Ono K. Plasma Amyloid- β Biomarkers Distinguish Co-Morbid Alzheimer's Disease Pathology In Patients With Lewy Body Disease. AD/PD™ 2024 Alzheimer's & Parkinson's Diseases, Lisbon, March 5-9, 2024
- 66) Ono K, Pasinetti GM. Role of gut microbiota-derived metabolites in neurodegenerative disorders involving protein misfolding: implication in lewy body disease patients. AD/PD™ 2024 Alzheimer's & Parkinson's Diseases, Lisbon, March 5-9, 2024
- 67) Ono K, Watanabe-Nakayama T. Structural Dynamics of Amyloid- β Protofibrils And Action Of Lecanemab As Observed By High-Speed Atomic Force Microscopy. AD/PD™ 2024 Alzheimer's & Parkinson's Diseases, Lisbon, March 5-9, 2024
- 68) 河村敦子, 日笠晴香, 加澤佳奈, 新庄圭二, 石井伸弥:山間部や離島における認知症地域支援システムの確立を目指した民生委員対象調査. 第42回日本認知症学会学術集会 2023年11月24-26日. 奈良.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定含む)

1. 特許取得
 - 1) 新堂晃大、及川伸二、富本秀和. 対象が脳アミロイド血管症を有するかを判定するための方法、組成物および

キット、特願 2023-146818 三重大学

出願年月日令和 5 年 9 月 11 日

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

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

全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究

(1) 全国調査を実施するための基盤整備

研究代表者 栗田主一 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

研究要旨

研究目的:本研究の目的は、医療資源や交通手段の確保が困難なため認知症医療ケアの提供に課題が生じている全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態を把握することにある。この目的を達成するために、初年度の当該研究においては、調査対象地域を選定するための用語の定義、先行研究や既存資料によって把握される今日の状況及び課題、課題解決に向けた取り組みに関する情報を収集した。**研究方法:**関係法規を確認するとともに、総務省、厚生労働省、国土交通省の資料を用いて、過疎地域、へき地、離島、中山間地域の用語の定義とともに、それぞれの指定地域を確認した。また、過去の厚生労働省老人保健健康増進等事業報告書、インターネットの検索エンジン、医学中央雑誌の検索サイト等を活用して、今日すでに明らかにされている過疎地域・へき地・離島・中山間地域における認知症医療の現状と課題、課題解決に向けたさまざまな取り組みについて情報を収集した。**研究結果:**わが国には現在、過疎関連市町村が 885、無医地区を有する市町村が 225、準無医地区を有する市町村が 248、離島を有する市町村が 111、中間農業地域を含む市町村が 980 市町村、山間農業地域を含む市町村が 730 ある。わが国のへき地医療対策では、へき地拠点病院を核とする遠隔医療が普及されつつあるが、認知症医療に対する遠隔医療の実態は現在のところ不明である。一方、それぞれの地域の実情に応じて、住民同士の自然な助け合い、支援者同士の組織を超えた密なコミュニケーション、支援者や組織が裁量性をもって実践する統合的支援などを通して、独自の認知症支援体制づくりを進めている地域もある。**考察:**市町村を対象とする全国調査を実施する場合には上記のいずれかの市町村リストを活用することになるが、体系的かつ実質的な調査をすすれば、「過疎関連市町村 885 ヲ所」を対象とする悉皆調査を行い、その中で「無医地区または準無医地区がある市町村」及び「離島・中間農業地域・山間農業地域を含む市町村」をラベリングして下位分析を行うのがよいであろう。また、同じように過疎・高齢化が進展する離島・中山間地域であったとしても、その地域の人口・面積・地理・歴史・文化・気候などを背景にして、そこ住む人々の価値観もニーズも多様であることに留意した調査研究が必要であろう。**結論と今後の課題:**全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態を把握するためには、それぞれの地域の地域包括ケアシステムのあり方、地域づくりのあり方という観点から調査を進めていく必要がある。

A. 研究目的

本研究の目的は、医療資源や交通手段の確保が困難なため認知症医療ケアの提供に課題が生じている全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態を把握することにある。この目的を達成するために、初年度の当該研究においては、調査対象地域を選定するための用語の定義、先行研究や既存資料によって把握できる今日の状況・課題と課題解決に向けた取り組みに関する情報を収集した。

B. 研究方法

関係法規を確認するとともに、総務省、厚生労働省、国土交通省の資料を用いて、過疎地域、へき地、離島、中山間地域の用語の定義を確認するとともに、それぞれの指定地域を確認した。また、過去の厚生労働省老人保健健康増進等事業報告書、インターネットの検索エンジン、医学中央雑誌の検索サイト等を活用して、今日すでに明らかにされている過疎地域・へき地・離島・中山間地域における認知症医療の現状と課題、課題解決に向けたさまざまな取り組みについて情報を収集した。

(倫理面への配慮)

本研究は公表されている既存資料の調査であり、個人情報には取り扱わない。

C. 研究結果

1. 過疎地域とへき地の定義

「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」(以下、過疎法)によれば、「過疎地域とは人口の著しい減少等によって地域社会の活力が低下し、生産機能及び生活環境の整備等が他の地域に比して

低位にある地域」(同法1条)であり、人口要件及び財政力要件などから、過疎関係市町村は、全部過疎、一部過疎、みなし過疎、特定市町村に分類されている(同法2条)¹⁷⁾。2015年国勢調査で過疎関係市町村と公示された市町村は797カ所であったが、2020年の国勢調査では885カ所に増加している(図1)¹⁷⁾。過疎関係市町村が拡大傾向にあることがわかる。

一方、へき地とは、一般的には離島や山間地など交通不便な地域を意味しているが、厳しい自然条件や経済条件などを背景に、教育や医療などのサービス提供に困難が生じやすい地域でもある。国のへき地保健医療対策¹¹⁾では、へき地とは、「無医地区及び準無医地区などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされている地域」と定義されており、無医地区とは「医療機関がない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区」、準無医地区とは「無医地区には該当しないが、無医地区に準じた医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議できる地区」とされている。令和4年10月末日現在の無医地区数は557地区、無医地区がある市町村は225、無医地区人口は122,206人、都道府県別で無医地区数が最も多いのは北海道、市町村別では広島県庄原市、無医地区人口が最も多いのは岩手県であった(表1)¹²⁾。また、準無医地区549カ所、準無医地区がある市町村は248であった。無医地区数は年々減少傾向にあるが、それによって認知症の医療提供体制の整備が

進んでいるわけではない。令和4年度の無医地区調査によれば無医地区の高齢化率は51.5%に達している（表1）。

2. 離島と中山間地域の定義

離島とは、一般的には本土や本島から離れている島を意味するが、地理学上は本島・離島といった区別はない。昭和62年に海上保安庁は日本の構成島数は6,852と発表しているが、令和5年2月28日に国土地理院はわが国には自然に形成された陸地が14,125あると報告している⁹⁾。国土交通省¹⁰⁾によれば、このうち令和2年国勢調査によって有人島とされたのは446、離島振興法による離島振興対策実施地域は沖縄・奄美・小笠原等を除く77地域256島（令和5年1月25日現在）、離島振興法の対象地域がある都道府県は26（長崎県が51島で最も多く、愛媛県31島、香川県24島がこれに次ぐ）、市町村は111、人口は339,280人である（令和5年4月1日現在）。尚、沖縄・奄美群島・小笠原諸島は、それぞれ沖縄振興特別措置法、奄美群島振興開発特別措置法、小笠原諸島振興開発特別措置法の対象とされている。

一方、中山間地域とは、一般的には山間地域及びその周辺地域を意味するが、農林統計上では、農業地域類型区分のうち中間農業地域と山間農業地域を合わせた地域をさすものと定義されている¹⁶⁾。令和5年4月1日現在の農林統計¹⁶⁾によれば、中間農業地域を含む市区町村数は980、山間農業地域を含む市区町村は730である。わが国の総人口の約1割が中山間地域に暮らしている。

3. 過疎地域・へき地・離島・中山間地域の認知症医療の現状と課題

わが国の認知症医療・介護提供体制の基本型は図2のように描かれる場合が多い。しかし、過疎化が進展する離島・中山間地域ではこのような図式で示されるような社会資源の確保が一般的には困難である。

令和4年度の厚生労働省老人保健健康増進等事業において実施された調査¹⁵⁾によれば、都道府県・指定都市の28%、認知症疾患医療センターの48%が、へき地等（人口規模が小さい、交通の便が悪い、面積が広大など）のために、認知症のための医療サービス提供体制に課題がある地域があると回答している。その具体的内容については、医療資源や医師が不足していること、交通の便が悪いこと、豪雪や台風などの気候条件によって医療へのアクセスが容易に悪くなることなどがあげられている。このような課題に対応するために、同老健事業では、認知症疾患医療センター運営事業を所掌する国及び都道府県・指定都市に対して、「人口規模が小さい、交通の便が悪い、面積が広大である等の理由から医療資源や人員の確保が困難であり、認知症疾患医療センターの設置が困難な地域については、それぞれの地域の実情を十分に勘案した上で、その地域の実情に応じた支援体制を講じる必要がある」「常勤の専門医を確保できない地域については、事業の質を担保するための何らかの基準を設定した上で、非常勤の専門医の派遣があれば認知症疾患医療センターと認めるような柔軟な対応も検討する必要がある」と提言している。

一方、わが国のへき地保健医療対策においては、二次医療圏単独では医療過疎地域の医療需要に対応しきれないことから、へ

き地医療支援機構を中心に、より広域の都道府県単位のへき地対策が体系的に講じられている（図3）¹¹⁾。令和4年4月1日現在でへき地医療支援機構は40都道府県に設置されており、へき地医療拠点病院は345施設、へき地診療所は1,117施設である¹¹⁾。また、令和3年度の厚生労働科学研究¹³⁾によれば、遠隔医療の活用状況について、へき地医療拠点病院の17.8%がオンライン診療、11.2%が遠隔画像診断、1.2%が遠隔病理診断、へき地診療所の18.4%がオンライン診療、9.9%が遠隔画像診断、1.6%が遠隔病理診断、0.8%がオンライン服薬指導を活用していると報告されている。しかし、認知症の遠隔医療に関する実態は明らかにされていない。

4. 課題解決に向けたさまざまな取り組み

過疎・高齢化が進展する離島・中山間地域における認知症支援の課題解決に向けた取り組みについては、精神保健相談事業と地域の医療機関との連携^{1, 2)}、認知症専門医や多職種チームによる定期的な巡回訪問^{3, 5)}、へき地診療所と地域包括支援センターとの連携⁷⁾、TV会議システムを用いた認知症の普及啓発活動¹⁸⁾、オンライン診療⁸⁾、オンラインによる神経心理検査⁴⁾、オンラインによる専門相談や認知症初期集中支援チームへの参画⁵⁾など多様な報告がなされている。池田⁶⁾は、いわゆるフォーマルなサービスが不足している過疎高齢地域においても、地域で支援していくという覚悟をもって、住民同士が助け合いながら、支援・被支援の壁を超えた地域づくりを進めている実践例があることを紹介している。宮前ら¹⁴⁾は、東京都の島

しょ地域9町村10島を計24回訪問して認知症支援に関わる専門職を対象にフォーカス・グループ・ディスカッションを実施し、「人材不足、人材の流動性、離島の状況と制度との間のズレ」が独居認知症高齢者が島で暮らし続けることの阻害要因となっているが、「住民同士の自然な助け合い、支援者同士の組織を超えた密なコミュニケーション、支援者や組織が裁量性をもって実践する統合的支援」が促進因子になり得ると指摘している。

D. 考察

本研究によって、わが国には現在、過疎関連市町村が885市町村（国勢調査、2020年）、へき地医療の対象とされる無医地区が557カ所（225市町村）（厚生労働省、2022年）、準無医地区549カ所（248市町村）（厚生労働省、2022年）、離島を有する市町村が111市町村（離島振興法、2023年）、中間農業地域を含む市町村が980市町村（2023年農林統計）、山間農業地域を含む市町村が730市町村（2023年農林統計）あることが明らかになった。

市町村を対象とする全国調査を実施する場合には上記のいずれかの市町村リストを活用することになるが、体系的かつ実質的な調査をすれば、「過疎関連市町村885カ所」を対象とする悉皆調査とする悉皆調査を行い、その中で、「無医地区または準無医地区がある市町村」及び「離島・中間農業地域・山間農業地域」がある市町村をラベリングして下位分析を行うのがよいのではないかと思われる。

また、調査にあたっては地域の実情を考慮する必要がある。すなわち、同じように

過疎・高齢化が進展する離島・中山間地域であったとしても、その地域の人口・面積・地理・歴史・文化・気候などを背景にして、そこ住む人々の価値観もニーズも多様である。さらに、地域によっては、それぞれの地域の特性に応じた地域づくりが進められている。したがって、認知症支援の在り方を追求していくためには、それぞれの地域の地域包括ケアシステム(Community-based Integrated Care System)のあり方あるいは地域づくりのあり方という観点から調査を進めていく研究デザインを検討する必要がある。

E. 結論と今後の課題

- 1) わが国には現在、過疎関連市町村が 885、無医地区を有する市町村が 225、準無医地区を有する市町村が 248、離島を有する市町村が 111、中間農業地域を含む市町村が 980、山間農業地域を含む市町村が 730 ある。
- 2) 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態を把握するためには、それぞれの地域の地域包括ケアシステムのあり方という観点から調査を進めていく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 栗田主一：過疎化が進展する離島・中山間地域の認知症支援. 老年精神医学雑誌, 35(1) : 5-10 (2024)

2. 学会発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

References:

- 1) 栗田主一：過疎高齢地域に在住する痴呆性老人早期診断・早期対応システムの構築に関する実践的研究(1). 保健所老人精神保健相談事業・地域総合病院連携システムの意義と課題. 老年精神医学雑誌 13(10): 1175-1184 (2002).
- 2) 栗田主一：過疎高齢地域に在住する痴呆性老人早期診断・早期対応システムの構築に関する実践的研究(2). 精神医学的相談と地域精神保健チームの連携を含む統合的地域ケアシステム. 老年精神医学雑誌 13(10): 1175-1184 (2002).
- 3) 栗田主一：東日本大震災と高齢者. 3.11 とその後. 1. 被災地の認知症高齢者の在宅支援体制. 宮城県石巻網地島の実践を通して. Geriatr. Med. 52(2): 131-136 (2014).
- 4) 江口洋子：認知症診療における遠隔神経心理検査の現状と今後. 精神医学. 64(6): 893-900 (2022).
- 5) 古田光：東京都における島しょ地域の認知症支援について. 島しょ医療研究会誌 12 : 16-19 (2020).
- 6) 池田昌弘：過疎高齢化が進む中山間

- 地域に暮らす認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」. 老年精神医学雑誌 6(5) : 493-497 (2015).
- 7) 佐藤新平 : 山間へき地診療所における、新規認知症患者に対しての地域包括支援センターとの連携の実例. 地域医学 29(5) : 356-359 (2015).
 - 8) 岸本泰士郎, 佐藤大介, 吉田 和生, ほか. 精神科領域における遠隔医療の展望とビッグデータ活用の可能性. 分子精神医学 18(3) : 137-142(2018).
 - 9) 公益社団法人日本離島センター : しま ネット . <https://www.nijinet.or.jp/>
 - 10) 国土交通省 : 離島振興 . <https://www.mlit.go.jp/kokudosei/saku/chirit/index.html>
 - 11) 厚生労働省 : へき地医療について. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_20900.html
 - 12) 厚生労働省 : 令和 4 年度無医地区等及び無歯科医地区等調査の結果概要. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/76-16b/dl/r05-01.pdf>
 - 13) 小谷和彦 : へき地医療拠点病院およびへき地診療所における遠隔医療に関する調査報告 . <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000961281.pdf>
 - 14) 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子, ほか : 離島の独居認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援とは. 認知症支援関係者からみた地域生活継続の促進要因と阻害要因. 日本認知症ケア学会誌, 20(4) : 532-544(2022).
 - 15) 日本認知症学会 : 令和 4 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業」報告書 (令和 5 年 3 月) https://square.umin.ac.jp/dementia/pdf/maintenance_report.pdf
 - 16) 農林水産省 : 中山間地域等について. https://www.maff.go.jp/j/nousin/tyusan/siharai_seido/s_about/cyusan/
 - 17) 総務省 : 過疎対策 . https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/cgyousei/2001/kaso/kasomain0.htm
 - 18) 竹井太 横田勝彦, 羽地克也, ほか : TV 会議システムを用いた島嶼地区(宮古島)認知症市民講座. 家族会の立ち上げからみえてくるもの. 日本遠隔医療学会雑誌 6(2) : 219-220 (2010).

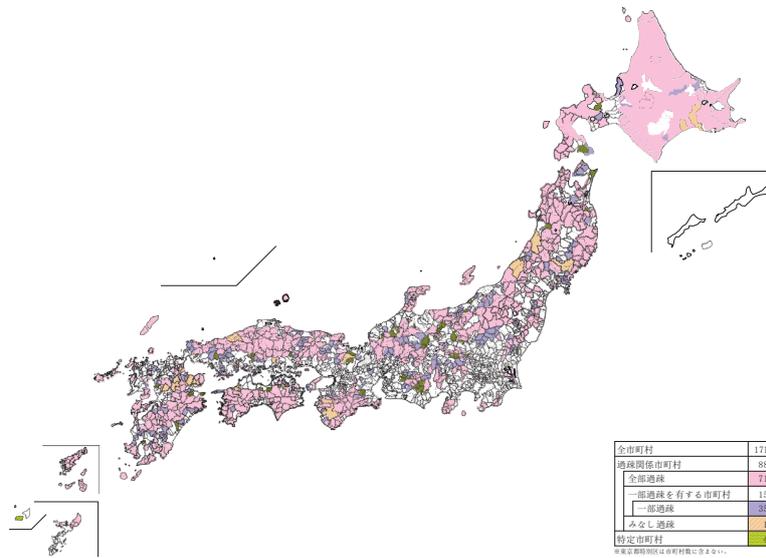


図1. 過疎関係市町村分布図（総務省自治行政局過疎対策室 令和4年4月）

表1. 都道府県別・市区町村別無医地区数と都道府県別無医地区人口（上位10位）

順位	都道府県・市町村別無医地区数				都道府県別無医地区人口			
	都道府県		市町村			65～74歳	75歳以上	全年齢
1	北海道	64	広島県庄原市	23	岩手県	1,304	4,709	13,410
2	広島県	53	愛知県豊田市	10	広島県	904	4,481	9,517
3	大分県	38	大分県国東市	10	北海道	852	2,792	9,170
4	島根県	28	広島県神石高原町	9	栃木県	914	2,790	7,422
5	熊本県	26	広島県三次市	8	島根県	715	3,218	7,232
6	岩手県	24	熊本県山都町	8	大分県	670	3,227	6,287
7	高知県	23	北海道浜中町	7	熊本県	640	2,666	5,708
8	岡山県	21	島根県浜田市	7	鹿児島県	595	2,111	5,343
9	愛知県	17	島根県益田市	7	長野県	441	1,637	4,999
10	福岡県	17	熊本県八代市	7	岡山県	443	1,864	4,291
	全国	557	全国	557	全国	12,637	50,271	122,206

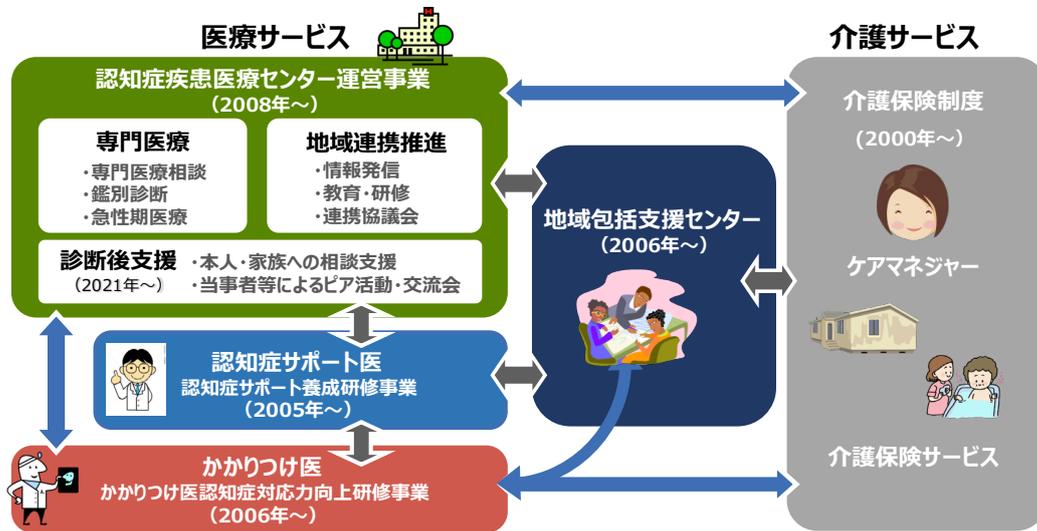


図 2. 地域における認知症の医療・介護連携体制

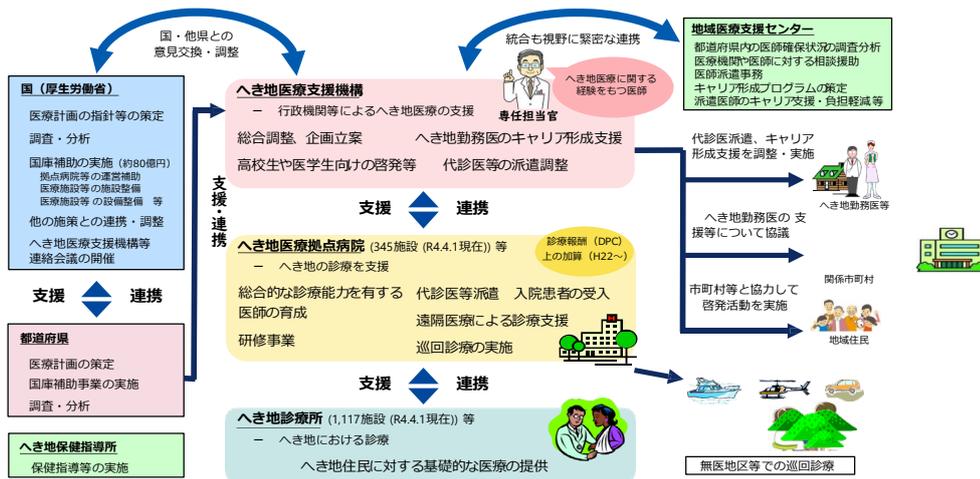


図 3. へき地における医療の体系図 (厚生労働省医政局地域医療計画課)

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

全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究
(2) 過疎地域の地域包括ケアシステムの構成要素の分析

研究代表者 栗田圭一 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
研究分担者 井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
研究協力者 津田修治 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
研究協力者 Yan Zi 東京都健康長寿医療センター研究所 協力研究員

研究要旨

研究目的：重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、各地の自治体は地域包括ケアシステムを整備する。過疎地域の自治体では、支援リソースの不足への対応が大きな課題である。本研究は、認知症のある人の支援に焦点を当てて、統合的ケアの観点から、過疎地域の地域包括ケアシステムの実践の構成要素を明らかにした。**研究方法：**過疎地域の指定を受ける8つの市町村で、合計17回のインタビュー調査を行った。対象市町村で、行政職、医療・介護・福祉専門職、地域のNPOや住民活動の運営者・参加者を含む、合計56名を対象とした。インタビューデータは、テーマ分析の手法で帰納的に分析しながら、統合的ケアの理論モデルの概念との一致を演繹的に確認した。**研究結果：**地域包括ケアシステムを動かす基本的な構成要素を示す「構造の統合」の概念には、6つのテーマを認めた。地域全体でのケア提供体制を検討したり、統合的にケアを提供したりするための手段や戦略である「機能の統合」には、4つのテーマを認めた。認知症のある人の生活を支えることに対する態度や考えの浸透を示す「規範の統合」の概念は、3つのテーマで構成された。地域包括ケアシステムの中で様々な活動が連動していくための人と人のつながりである「人と人の統合」は、3つのテーマを認めた。サービスを統合して、認知症のある人の支援ニーズを満たすための活動を説明する「ケアプロセスの統合」の概念は、6つのテーマで構成された。**結論と今後の課題：**過疎地域で認知症のある人を支える地域包括ケアシステムの実践として、専門職や非専門職の垣根を超えて、同じ地域の住民として幅広く連携し、理念や行動指針を共有し、ケアや支援を補完し、効率化し、統合的に提供する努力が明らかになった。

A. 研究目的

日本の市区町村のうち実に半数近い885

市町村が過疎地域に指定されている¹⁾。過疎地域は、人口減少と地域社会の活力低下

による生産機能および生活環境の整備に困難をきたしている。同時に、65歳以上の高齢者人口が平均で40%を超える市町村群であり、認知症のある人など介護が必要な高齢者を支えることにも困難を抱える¹⁾。日本の市区町村は、国策によって認知症を含む介護等が必要な高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築に取り組む。過疎地域では、深刻な医療介護の人材難のため、公的サービスを維持して、認知症のある人が抱える医療・介護・生活支援など多岐にわたる支援ニーズに十分に対応することができなくなっている²⁾。しかし、そのような中でも認知症のある人は現実に過疎地域で生活を続けており、そこには、暮らしを守るための仕組みや工夫がある。例えば、過疎地域の互助は公的サービスを補完するために重要な要素で、都市部のそれとは異なるものであろう³⁾。また、近年では自治体や町内会などの地縁団体による互助の脆弱化を受けて、過疎地域の住民が協働でNPO法人等を立ち上げて生活支援サービスを提供するコミュニティビジネスのような新たな動きも出てきている⁴⁾。

認知症のある人は、認知症の進行とともに、より多領域にわたる複合的な支援ニーズが生じる⁵⁾。彼らを支えるために、過疎地域の自治体では、医療・福祉・介護・生活支援のあらゆるリソースを最大限活用して、地域包括ケアシステムを効果的に運用していく必要がある。

本研究は、認知症のある人が地域で暮らし続けるために、過疎地域の市町村がどのような地域包括ケアシステムを構築して運用しているのか、その構成要素を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1) 研究デザイン

多様な関係者に対するフォーカスグループ及び個別インタビューを通して、過疎地域では、認知症に対応した地域包括ケアシステムをどのように構築して、その中でどのようにケアを提供しているのかを調査した。

2) 対象

対象自治体は、機縁法によって選択した。北海道標茶町、北海道浦河町、福島県三島町、福島県柳津町、福島県金山町、福島県昭和村、岐阜県高山市、高知県仁淀川町の8市町村が対象となった。対象各市町村で、行政・医療・福祉・介護職員及び、民生委員や住民活動の参加者などの地域住民を対象に、各60分程度のインタビューを行った。

3) 調査

インタビューでは、自治体内に住む認知症のある人を支えるために、誰が何をしているか、どのような協働があるかを質問した。さらに、それらの支援を効果的に行うために、どのような体制を、誰がどのようににつくっているか、を聴取した。その際、認知症の初期と中期以降の対応を分けて質問した。認知症のステージによって、支援ニーズが異なり、支援や支援提供体制を規定する制度等が異なるためである。

4) 分析

統合的ケア(Integrated care)の枠組みからデータを分析した。本研究では、統合的ケアを、「医療・介護・保健・生活支援」の領域で、認知症のある人のニーズに的確に対応するために、地方自治体内の行政職や医療・介護・福祉専門職およびボラン

ティアや地域住民が、組織内や組織間で協働して、全体として統一されたサービスを管理・提供すること」と定義した。この定義に沿って、過疎地域の地域包括ケアシステムを統合的ケアの観点から理解するために最も適した理論モデル⁶⁾を選択して、分析枠組みに用いた。

具体的な分析手続きでは、まず、録音したインタビューデータから逐語録を作成した。次に、テキストを意味的な区切りで分けてフリーコーディングでコードした。コードをカテゴリーに分類し、さらにカテゴリーからテーマを帰納的に抽出した。同時に、理論モデルの概念との一致を演繹的に確認して、最終的に抽出した全てのテーマを理論モデルの枠組みの中で配置した。一連の分析手続きは、3名の研究者で同時に進め、意見の相違が生じた時は、その都度議論して合意を図った。

(倫理面への配慮)

東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

対象の8市町村で、合計17回のフォーカスグループ(15回)または個別インタビュー(2回)を実施した。参加者は合計56名で、その内訳は、行政職11名、病院職員6名、社会福祉協議会職員1名、地域包括支援センター職員11名、診療所職員4名、訪問看護ステーション職員2名、介護事業所職員6名、住民活動の運営者および参加者15名だった(表1)。

構造の統合(表2)の概念は、地域包括ケアシステムを動かす基本的な構成要素を示すもので、6つのテーマを認めた。「実務者

リーダーの構成」、「ケア提供チームの法的つながり」および「ケア提供チームの構成」、「補完的サービス・施設」、「組織間の情報システム」、「医療介護福祉サービスの複合拠点」だった。

機能の統合(表3)は、地域全体でのケア提供体制を検討したり、統合的にケアを提供したりするための手段や戦略である。「システムの経営企画」、「サービス戦略」「サービス管理」「質改善の活動」の4つのテーマを認めた。主に地方自治体の行政が行う活動が分類された。

規範の統合(表4)は、地域で連携して、認知症のある人の生活を支えることに対する態度や考えの浸透を示す概念である。地域全体で「共有された理念」、主に医療介護福祉専門職の間で「共有された行動指針」、地域に住む住民として一般住民にも専門職にも共有された「集団の態度」の3つのテーマで構成された。

人と人の統合(表5)は、地域包括ケアシステムの中での様々な活動が連動していくための人と人のつながりを示した概念である。「専門職同士のつながり」と「地域住民のつながり」、さらに両者をつなぐ「つながりの橋渡し」の3つのテーマを認めた。

ケアプロセスの統合(表6)は、具体的にケアを統合して、認知症のある人の支援ニーズを満たすための活動を説明する概念である。6つのテーマで構成された。地域の「医療介護連携」と「病診連携」に加えて、「行政—専門職—住民の連携」は、住民や住民活動による互助を活用するための連携だった。これらは、過疎地域において統合的にケアを提供するための3種類の連携と理解することができた。また、これらのリソースが効

率的に協働して、認知症のある人の支援ニーズを効果的に満たすために、「不足や間隙の補完」、「情報共有」、「ケアコーディネート」が必要であった。

D. 考察

認知症のある人の支援に焦点を当てて、過疎地域の地域包括ケアシステムの実践を、統合的ケアの理論モデルに従って整理した。理論モデルで示された統合的ケアの5つの概念の中で、それぞれ3～6テーマで示す実践（構成要素）を認めた。

過疎地域に共通する医療・介護・福祉・生活支援のリソースの不足に対して、医療・介護・福祉専門職だけでなく、地域住民の自主活動や地域のNPO法人、民間の中小企業など幅広く利用して補完していた（構造の統合）。非専門職によるサービスを外注・創出・多目的利用などの手段で活用し、情報システム・複合拠点・地区割（地区担当の専門職と地域住民が密接に協働する）などの仕組みや戦略で効率的に運用しようとする努力がある（機能の統合）。このように、人の立場を超えて地域全体で協働する背景には、地域の専門職と地域住民のつながりが接続されていて（人と人の統合）、理念や態度が共有されていた（規範の統合）。そして、ケアプロセスの統合では、専門職間の医療介護連携や病診連携に加えて、行政—専門職—住民の連携という3つ目の連携の要素を認めた。

行政や医療・介護・福祉専門職の人たちも、一般住民と同じ希少な地域住民である。少ないメンバーで、顔の見える関係性で、地域の当事者として価値観を共有する点は、流入人口がほとんどない過疎地域に

特徴的な要素であろう。過疎地域の地域包括ケアシステムが、このように地域の特徴を色濃く反映して構築されていることは、自治体ごとに工夫したシステム構築を促す政策に鑑みて驚くことではない⁷⁾。本研究の価値は、過疎地域に共通する自治体ごとの工夫とはどのような実践なのか共通点を構成要素として明らかにし、統合的ケアの枠組みの中に整理して可視化したことである。

一方で、結果で示した構成要素が全ての自治体で同様に、同等に実践されていたわけではない。例えば、システム中で専門職と地域住民が協働したり、互助を組織化して活用したりすることには、インタビューを通して地域差を認めていた。このような差異の存在を明示して、その差異を何が規定しているのか、どのようなアウトカムにつながるのかを明らかにすることは、今後の課題である。

E. 結論と今後の課題

認知症のケアに注目した過疎地域の自治体の地域包括ケアシステムの実践を、統合的ケアの概念から説明した。過疎地域に共通する資源の不足に対策するため、専門職や非専門職の垣根を超えて、同じ地域の住民として理念や行動規範を共有し、幅広く連携してケアや支援を補完し、効率化して、統合的に提供する努力が明らかになった。

今後の研究課題は、この研究で明らかになった構成要素を利用して、過疎地域の地域包括ケアシステムの実践を類型化し、類型毎の背景要因の違いや、アウトカムの違いを明らかにすることである。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

References

- 1) 総務省地域力創造グループ過疎対策室 (2023). 令和3年度版過疎対策の現況. https://www.soumu.go.jp/main_content/000875710.pdf
- 2) 総務省地域力創造グループ過疎対策室 (2020). 過疎地域等における集落の状況に関する現況把握調査報告書. 2020年. https://www.soumu.go.jp/main_content/000678497.pdf
- 3) 星貴子 (2015). 地域包括ケアにおける住民組織の役割と求められる対応. JRI レビュー, 6(25), 130-155. <https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrireview/pdf/8142.pdf>
- 4) 星貴子 (2020). 過疎地域における高齢者向け生活支援の課題: 互助からソーシャルビジネスへ. JRI レビュー, 11(83), 21-41. <https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrireview/pdf/12195.pdf>
- 5) Curnow E, et al. (2021). Exploring the needs of people with dementia living at home reported by people with dementia and informal caregivers: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 25(3), 397-407. DOI: 10.1080/13607863.2019.1695741
- 6) Singer SJ, et al. (2020). A comprehensive theory of integration. *Medical Care Research and Review*, 77(2), 196-207. DOI:10.1177/1077558718767000
- 7) 地域包括ケア研究会 (2016). 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書: 地域包括ケアシステムと地域マネジメント. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000126435.pdf>

表 1. 調査対象者一覧

市町 村	合計 回数	合計 人	行政		病院*			社協	包括				診療所		訪看	介護事業所			住民活動						
			職員†	PHN	事務	NS	SW	CM	SW	CM	PHN	Dr	NS	NS	理事	CM	SW	行政 スタッ ッフ	民生 委員	NPO メン バー	活動 リー ダー	活動 メン バー			
A	4	18	2		1	1	1	1	1	1	1				1						2			2	4
B	2	4								1	1	1	1												
C	1	6	2			1	1					1						1							
D	1	2	1												1										
E	1	2		1														1							
F	1	2	1	1																					
G	5	14	1	1			1				2		2	1			2	1	1			1	1		
H	2	8	1								1	1											2	1	2
合 計	17	56	8	3	1	2	3	1	2	5	4	3	1	2	2	2	3	1	2	1	3	3	3	6	

社協, 社会福祉協議会; 包括, 地域包括支援センター; 訪看, 訪問看護ステーション; PHN, 保健師; NS, 看護師; SW, 社会福祉士; CM, 介護支援専門員; Dr, 医師

*病院は認知症疾患医療センターを含む

†行政の職員は事務職員や福祉職員を含む

表 2. 構造の統合

テーマ	カテゴリー	コード	
		行為者	活動
実務者リーダーの構成	現場の医療介護職のリーダー 地域 NPO のリーダー 住民活動のリーダー（民生委員、老人会）	行	リーダーを発見・育成・交流促進する 地域包括ケア会議に出席依頼
ケア提供チームの法的 つながり	病院—診療所—訪問看護—居宅支援—包括	国	診療・介護保険制度で定められた専門機関・専門職
ケア提供チームの構成	医療：外来・入院・在宅サービスの人員・施設 介護：在宅・通所・施設サービスの人員・施設 生活支援：配食・移動などのサービスの提供者 コーディネーターの配置	行・医 行・介 行 国	医療人材の育成と募集 介護人材の育成と募集 サービス提供者の募集 介護保険制度に基づくケアマネ等の配置
補完的サービス・施設	公設施設 民間委託 互助の組織化と補助	行	地域の医療介護で対応できないニーズに対応（BPSD） 地域生活のインフラ事業（越冬住宅、配食、移動） 互助を組み込んだ事業開発（安否確認、見守りシステム） 互助活動への補助（住民活動、生協の家事援助）
組織間の情報システム	組織間の IT システム	行	行政職や専門職が組織間で患者情報を共有
医療介護福祉サービスの 複合拠点	行政施設—地域包括支援センター—介護事業 所—診療所	行	併設・隣接を促し拠点化

行, 行政; 医, 医療; 介, 介護; 包括, 地域包括支援センター; ケアマネ, ケアマネジャー; NPO, non-profit organization; BPSD, behavioral and psychological symptoms of dementia, IT, information technology

表 3. 機能の統合

テーマ	カテゴリー	コード	
		行為者	活動
システムの経営企画	地域ケア会議、行政一ケアマネ連絡会、保健師一民生委員連絡会	行	領域横断的な参加者（住民・行政・包括・介護・医療） 医療介護に限定しない住民生活の広範な課題検討
サービス戦略	地区割 生活ニーズの把握と効果的な対応	行	地区担当の保健師による地域密着支援、本所一支所の協働 担当課横断的なサービスの検討・提供
サービス管理	ケアプロセスの標準化	行	領域・組織横断的な認知症ケアパス作成 行政一消防一住民の見守りシステムのプロトコル作成
質改善の活動	介護保険法による住民実態調査 自主的なニーズ調査	国 行	介護保険計画策定のための住民調査 行政職が地域住民の意見を聞く場の設置、住民アンケート

行, 行政; 包括, 地域包括支援センター

表 4. 規範の統合

テーマ	カテゴリー	コード	
		行為者	活動
共有された理念	地域全体で認知症のある人を支える	全て	地域ケア会議、講演、研修会など
共有された行動指針	利用者・当事者本意 地域住民が築いてきた資源・生活・文化の尊重	医・介 行・住	民主的な組織運営、娯楽と健康志向の住民活動
集团的態度	包摂：自分ごとと仲間意識 排除：認知症に対するスティグマ 諦め：地域生活継続の限界と諦め	全て	楽しみや健康志向の共有 近所迷惑と排除、世間体とサービスの利用控え 車の運転、近所の人への考え、専門職による限界設定などの同調圧力

行, 行政; 医, 医療; 介, 介護; 住, 住民

表 5. 人と人の統合

テーマ	カテゴリー	コード	
		行為者	活動
専門職同士のつながり	施設間の専門職のつながり 行政・医療・介護・保健の専門職のつながり	行・医・介	地域ケア会議など各種会合で交流促進
つながりの橋渡し	住民ネットワークに参加する地域在住の専門職 専門職のつながりに参加する地域住民	医・介 住	その地域在住の保健師が地区割で担当する 民生委員、有償ボランティア、行政との連絡会
地域住民のつながり	患者・家族を含む、地域の近所付き合い	住	近所付き合い、自治会、老人会

行, 行政; 医, 医療; 介, 介護; 住, 住民

表 6. ケアプロセスの統合

テーマ	カテゴリー	コード	
		行為者	活動
医療介護連携	行政—包括—介護—医療の連携	行・医・介	医療・介護保険制度内の運用 固定メンバーによる効率化・定型化 地域ケア会議でのケース検討
病診連携	病院—診療所の連携 病院—介護の連携	行・医 医・介	紹介と逆紹介、定期連絡会 入退院支援の協働、病院リソースの利用
行政—専門職—住民 の連携	専門職—住民の連携 行政—住民の連携	医・介・住 行・住	保健師の民生委員の同行訪問、住民のロコミ 住民活動の運営補助、住民活動と健康相談の併設
不足や間隙の補完	外注 創出 多目的利用	医・介 行・N 行・N・住	自治体外のフォーマルサービスの活用 制度の隙間にあるニーズを満たすサービスの創出・ 提供 フレイル予防教室を認知症のある人の社会参加の場 として利用
情報共有	住民参加 多機関・多職種 of 専門職間	医・介・住 行・医・介	ロコミと接続した専門職の情報網 対面重視で密な情報共有
ケアコーディネート	医療・介護サービスのコーディネート 互助を織り込んだコーディネート 疾患の進行に伴走するコーディネーター	医・介 介・N 行・介	医療・介護保険制度が規定する管理 自主的に互助やボランティアを活用 自主的な対応

行, 行政; 医, 医療; 介, 介護; 住, 住民; N, NPO, non-profit organization; 包括, 地域包括支援センター

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

全国の離島・中山間地域の認知症支援体制の実態把握に関する研究
(3) 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態調査

研究代表者 栗田圭一 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
研究分担者 井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
研究協力者 津田修治 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

研究要旨

人口減少と地域社会の活力低下による生産機能および生活環境の整備に困難がある過疎地域の市町村で、いかに認知症に対応した医療・ケアシステムを構築するが課題である。本研究は、過疎地域の市町村における認知症の支援システムについて実情を把握するための調査を行った。調査は全国の過疎市町村の認知症施策担当者を対象に郵送で実施した。調査票では、過疎市町村での認知症医療・ケアの一般的な実践と、医療・ケアシステムの経営企画のための会議体の構成員等について質問した。分析は市町村の人口規模によって3群に分けて比較した。調査では357過疎市町村（41.3%）から回答を得た。人口規模5千人未満、5千～2万人、2万人以上の過疎市町村は、それぞれ89（24.9%）、170（47.6%）、97（27.2%）だった。認知症のある人の受診契機は家族からの相談や民生委員などからの連絡が多かった（90～100%）。人口規模が小さい過疎市町村では、本人からの相談やスーパーや金融機関からの連絡が受診契機となる割合が低かった。専門的な認知症医療が必要な場合に自治体内や近隣自治体にある認知症疾患医療センターが通院先として利用できるのは、73%～96%だった。5千人未満の過疎市町村の2割は、利用できる認知症疾患医療センターがない。在宅医療は主に自治体内の診療所が担い、67～80%の過疎市町村で利用可能だった。しかし、5千人未満と5千～2万人の過疎市町村では、それぞれ25%、18%が、認知症のある人が在宅医療を利用できない。訪問看護や訪問介護、通所介護・リハ、ショートステイは、ほぼ全ての過疎市町村で利用できた。しかし、5千人未満の市町村ではそれらのサービスを近隣自治体に依存することが多く、その割合は訪問看護49%、訪問介護15%、通所介護・リハ9%、ショートステイ20%だった。過疎地域の市町村の認知症医療・ケアの実情を調査した結果、人口規模が小さいほど不利になる3つの地域格差、つまり、認知症に対する住民理解、医療・ケア提供者の専門性、医療介護リソース、の地域格差を認めた。この3点について自治体毎に評価して対策を講じていくことが大切である。

A. 研究目的

日本の市区町村の半数以上である 885 市町村が、人口減少と地域社会の活力低下による生産機能および生活環境の整備に困難がある過疎地域に指定されている¹⁾。これらの市町村では、65 歳以上の高齢者人口が平均で 40%を超えており、認知症のある人を含む介護が必要な高齢者が多く居住する²⁾。だが、深刻な医療介護の人材難のため、公的サービスを維持して、認知症のある人が抱える医療・介護・生活支援など多岐にわたる支援ニーズに十分に対応することが難しくなっている³⁾。

本研究で昨年度実施した過疎地域の市町村の認知症施策担当者やケア提供者へのインタビュー調査³⁾では、医療介護人材の不足に対し、人材の育成や募集をするだけでなく、近隣自治体のサービスの利用や、類似サービスでの代替、互助の活用など、さまざまな対策を講じていることが明らかになった。また、地域ケア推進会議等の場では、医療介護に限定しない住民生活に関わる多様な関係者が集まり、地域の広範な課題を検討するなど、地域のケアシステムの経営企画の場で対策を講じていた。

過疎地域の医療介護や地域包括ケアシステム構築の推進に関する調査はこれまで行われてきた^{4,5)}。だが、認知症の支援システム構築には、過疎地域における医療介護のリソースの確保や地域包括ケアシステムの構築だけには留まらない課題がある。一つには、認知症疾患や認知症ケアに対する専門性の確保の課題である。二次医療圏にある認知症疾患医療センターや認知症サポート医を中心に、認知症疾患に対応した専門性を確保して、地域の認知症医療・ケア

の質を高めることが求められる⁶⁾。

もう一つの課題は、住民同士の自然な助け合いを認知症支援に波及するよう促すことである^{3,7)}。認知症がある人の生活支援ニーズは多岐に渡り、医療介護サービスや行政の生活支援サービスだけで対応するには限界がある。地域の一般住民の認知症に対する理解やスティグマへの対策は、これまで国を挙げて進められてきた。この延長上には、住民同士の助け合いの輪に認知症のある人を包含し、社会参加の支援など公的サービスだけでは不足しがちな領域の支援の拡充がある。

本研究は、過疎地域の市町村における認知症の支援システムについて実情を把握するための調査を行った。市町村の人口規模別の分析を行い、認知症医療・ケアの実践とシステムの経営企画の諸段階における、医療・ケア提供者や関係者の相違点を明らかにした。

B. 研究方法

1) 研究デザイン

過疎地域の市町村を対象に、認知症医療・ケアの提供の実情について質問する郵送質問票調査を実施した。

2) 対象

対象市町村は、過疎法で過疎、みなし過疎、または一部過疎地域の要件を満たす 885 市町村（以下、過疎市町村と表記する）とした。ただし、2024 年 1 月に発生した能登半島地震から 10 ヶ月後の調査だったため、甚大な被害が報告された被災地域は除外した。除外基準は震度 5 強以上が観測された市町村とし、20 市町村が該当した。対象となった 865 の過疎市町村の認

知症施策担当者に対して、紙媒体の質問票を郵送して回答を依頼した。

3) 調査期間

調査は2024年10月1日から10月31日までの期間に実施した。

4) 調査内容

調査の前半では、認知症医療・ケアを7つの領域に分けて対象となった過疎市町村での一般的な対応を質問した。認知症医療・ケアの7領域は、1. 受診契機、2. 初期支援、3. 生活支援、4. 通院医療、5. 入院医療、6. 在宅医療・介護、7. 社会参加の場、とした。また、調査の後半では認知症医療・ケアのためのIT活用や、認知症に対応する医療介護システムの構築について検討する多職種会議体（地域ケア推進会議など）について質問した。市町村の人口や面積、過疎区分などの属性については、回答された市町村名から、市町村コードを使って地域包括ケア「見える化」システム⁸⁾などの外部データを接続して収集した。

5) 分析

過疎市町村を人口規模から3群に分けてカイ二乗検定や一元配置分散分析で割合や実数の差を検定した。人口規模の分類は、各群が分析に足るサンプル数となるように5千人未満、5千～2万人、2万人以上とした。

（倫理面への配慮）

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所の研究倫理委員会の許可を得て実施した（R24-048）。調査対象者には、研究の目的や方法、個人情報取り扱いなどについて書面で説明して同意を得た。

C. 研究結果

調査では357の過疎市町村（41.3%）から回答を得た。そのうち2市町村は調査への不同意の回答だったため、残る355過疎市町村を分析対象とした。

人口規模5千人未満、5千～2万人、2万人以上の過疎市町村は、それぞれ89（24.9%）、170（47.6%）、97（27.2%）だった（表1）。3群の過疎市町村は人口規模が大きいほど面積も広い。しかし、人口密度を比較すると、5千人未満38人/km²、5千～2万人109人/km²、2万人以上130/km²で、5千人未満の過疎市町村は有意に人口密度が低い。5千人未満の過疎市町村では、65歳以上人口1万人あたりの地域包括支援センター数は11.2で、他の2群よりも高く、数値上は加配状態だった。ITの活用は5千人未満の過疎市町村で少なかった。

1) 受診契機

過疎市町村における認知症のある人の一般的な受診契機について、人口規模別に集計して比較した（図1）。家族からの相談や民生委員などからの連絡は、人口規模によらず90～100%の過疎市町村で受診契機となっていた。一方で、健診事業が受診契機となっている過疎市町村は23～30%だった。人口5千人未満の過疎市町村では、本人からの相談（36%）やスーパーや金融機関からの連絡（32%）が受診契機となることが、2万人以上の過疎市町村（それぞれ54%、66%）に比べて有意に少なかった。老人クラブや自主的なサークル、フレイル予防事業など、地域の高齢者の集いから受診に至ることも5千人未満の過疎市町村では少ない傾向だった。

2) 初期支援

過疎市町村での一般的な認知症初期支援の提供者について(図2)に示した。地域包括支援センターは96%以上の過疎市町村で、かかりつけ医は74~80%の過疎市町村で、初期支援を提供しており、人口規模による差異は認めない。初期集中支援チームの活動は、人口規模が小さい過疎市町村ほど少ない(人口の少ない過疎市町村から順に65%、72%、87%)。同様に、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、認知症地域支援推進員による初期支援への参画も小規模な過疎市町村ほど少なかった。

3) 生活支援

認知症のある人への生活支援の実態について(図3)に示した。配食や見守り・安否確認については8割以上の過疎市町村が対応している。一方で、買い物、通院、移動について対応するのは、いずれも半数以下だった。人口規模別の比較では、通院や移動を支援するのは5千人未満の過疎市町村に多い傾向だった。

4) 通院

過疎市町村の85%以上には、認知症のある人が通院できる診療所が自治体内にある(図4)。だが、専門的な認知症医療が必要な場合に自治体内や近隣自治体にある認知症疾患医療センターが通院先として利用できるのは、人口規模の小さい過疎市町村から順に73%、88%、96%だった。5千人未満の過疎市町村の2割は、利用できる認知症疾患医療センターがない。

5) 入院先と在宅医療

認知症のある人が身体疾患で入院を必要としたとき、近隣自治体にある施設も含めれば95%以上の過疎市町村で入院施設が利

用できる(図5)。ただし、5千人未満の過疎市町村の64%では入院施設は近隣自治体の施設となる。

在宅医療は主に自治体内の診療所が担っており、67~80%の過疎市町村で利用可能だった。しかし、5千人未満と5千~2万人の過疎市町村では、それぞれ25%、18%が、認知症のある人が在宅医療を利用できない。

6) 在宅ケア

訪問看護や訪問介護、通所介護・リハ、ショートステイは、ほぼ全ての過疎市町村で利用できる(図6)。しかし、5千人未満の市町村ではそれらのサービスを近隣市町村に依存することが多く、その割合は訪問看護49%、訪問介護15%、通所介護・リハ9%、ショートステイ20%だった。

7) 社会参加

認知症のある人が一般的に利用する社会参加の場を過疎市町村の人口規模別に集計した(図7)。介護予防事業や介護保険事業の通所型サービスは9割以上の過疎市町村で整備されており、認知症のある人が利用している。認知症カフェは、5千~2万人と2万人以上の過疎市町村ではそれぞれ94%、99%が利用可能だが、5千人未満の過疎市町村では66%にとどまった。フレイル予防事業等のグループ活動は9割以上の過疎市町村で利用可能だが、5千人未満や5千~2万人の過疎市町村では、認知症のある人は参加していない割合が15%前後あり、2万人以上の過疎市町村(8%)よりも高い。自主的なサークル活動も同様の傾向で、80%前後の過疎市町村には活動の場があるが、人口規模の小さい過疎市町村ほど認知症のある人の社会参加の場として利用されていない。

8) 地域の会議体

認知症に対応する医療・ケアシステムについて検討するための地域の会議体の構成員について(図8)に示した。行政の認知症担当課(81~94%)や地域包括支援センターの職員(96~98%)や、認知症地域支援推進員(65~75%)、居宅介護事業所の代表者(67~76%)は人口規模とは関係なく割合が高い。病院や診療所などの医療者の代表は、5千人未満の過疎市町村では、認知症疾患医療センター(18%)や病院(37%)の代表者は少なく、診療所(46%)が多い傾向だった。一方で、2万人以上の過疎市町村では対照的に、認知症疾患医療センター(41%)、病院(63%)が多く、診療所(39%)はやや少なかった。介護関係の事業者の参加は、訪問・通所サービスの介護事業所(39~51%)、居宅介護事業所(67~76%)、介護施設(50~62%)で、人口規模別に有意な差は認めない。しかし、訪問看護ステーションの代表者の参加は、人口規模の小さい過疎市町村ほど少ない傾向だった(人口の少ない順に17%、26%、32%)。住民の代表者の参加は、ボランティアや市民活動団体(15%、16%、26%)、民生委員(42%、47%、59%)で、小規模な過疎市町村ほど少ない傾向がある。当事者、つまり介護家族(1%、16%、17%)や認知症のある人(0%、2%、4%)の参加は非常に少なく、5千人未満の過疎市町村ではほぼ参加していない。

D. 考察

過疎地域の市町村の認知症医療・ケアの実情を明らかにした。人口規模別に比較すると、5千人未満の小規模な過疎市町村ほど不利な地域格差を認めた。その地域格差

は、医療介護リソース、医療・ケア提供者の専門性、認知症に対する住民理解の、3つにわたる。以下、3つの地域格差を順に述べた上で、結果から考えられる対応について考察する。

1) 医療介護リソースの地域格差

まず、医療介護リソースの地域格差は、これまでの調査でも再三指摘されてきたことである²⁾。人口規模の小さい過疎市町村ほど、認知症のある人の通院先の選択肢は診療所だけになりやすく、入院が必要になった場合は近隣自治体の施設利用になる可能性が高く、在宅医療は利用できない可能性がある。在宅介護のリソースも同様で、訪問看護や訪問介護は近隣自治体に依頼することが多く、ショートステイも近隣自治体のサービスを利用する可能性がある。これに対して、5千人未満の過疎市町村では通院や移動の支援を提供する対策が多く実施されていた。だが、業務を効率化することで医療介護専門職を支援するIT技術の利用は小規模な過疎市町村ほど少なく、今後の対策として活用を進めていく余地がある。

2) 認知症に対する専門性の地域格差

5千人未満の過疎市町村の認知症初期支援では、初期集中支援チームや認知症サポート医など認知症に専門性のある医療介護専門職の活動が少ない代わりに、かかりつけ医や保健師の活動が相対的に多い。また、通院先の選択肢として認知症疾患医療センターは、近隣自治体にもない場合がある。さらに、このような専門性の地域格差は、臨床実践のレベルだけでなく、認知症医療・ケアシステムの経営企画のレベルでも認めた。すなわち、小規模の過疎市町村では認知症医療・ケアシステムを検討する会議体に認

知症疾患医療センターが関与しない場合が多い。

医療・ケアの実践のレベルの対策としては、認知症サポート医の養成であろう。人口規模の小さな過疎市町村の医師には重点的に研修の受講を促すなどが考えられる。

同時に、認知症疾患医療センターの役割も検討すべきである。二次医療圏に一施設を目標に設置される認知症疾患医療センターには、地域連携推進機関としての役割がある⁹⁾。認知症疾患医療センター地域連携会議などを通して、センターがある市町村だけでなく、圏域内にある過疎市町村の認知症医療について課題を整理して対策を進めることが期待される。また、過疎市町村で開催される地域ケア推進会議等への参加と発言を依頼するなど、過疎市町村側からのアプローチも可能であろう。経営企画のための会議や研修等は、オンライン会議で十分なために実現しやすい。二次医療圏にある認知症疾患医療センターが、専門的な見地から過疎市町村の認知症医療・ケアシステムについて助言することは有用であろう。そのためには、手法や枠組みの開発、ITシステムの整備等が期待される。

3) 認知症に対する住民理解の地域格差

5千人未満の過疎市町村では、本人からの相談や、スーパーや金融機関からの連絡が受診契機になることが有意に少なかった。また、認知症カフェやピアサポートなど、当事者同士の支え合いを含む社会参加の場の利用が少ない。その他の住民主体の社会参加の場として、老人クラブや自主的サークルがある。だが、5千人未満の過疎市町村では認知症のある人が社会参加の場として、老人クラブや自主的サークルを利用するこ

とは少ない傾向だった。

認知症高齢者は社会参加を通して互助のネットワークを維持・拡大したり、well-beingを維持したりする⁹⁾。そのための場として認知症カフェが注目を集め、2019年の認知症施策推進大綱からは全市町村での設置を目標に推進されてきた¹⁰⁾。小規模な過疎市町村で、認知症カフェを新たに創設することが難しい場合、既存の老人クラブや自主的サークルに新たな機能を追加するなど柔軟に運用している³⁾。本調査の結果では、認知症のある人の社会参加の場として、老人クラブや自主的サークルなどの既存の枠組みは人口規模の小さな過疎市町村ほど利用されていなかった。地域資源の有効活用の余地があるかもしれない。そのためには、地域住民の認知症に対する理解への取り組みを進める必要がある。認知症医療・ケアシステムの経営企画のレベル、つまり地域ケア推進会議等の場に住民代表や当事者の代表を巻き込み、共に創っていく仕組みを構築することが大切であろう。

E. 結論

過疎地域の市町村の認知症医療・ケアの実情を調査した結果、人口規模が小さいほど不利になる3つの地域格差、つまり、医療介護リソース、医療・ケア提供者の専門性、認知症に対する住民理解、の地域格差を認めた。この3つの地域格差について自治体毎に評価して対策を講じていくことが大切である。対策として、IT活用による業務の効率化や、地域の認知症医療・ケアシステム構築のための会議体の構成員の再検討、ケアシステムの経営企画レベルで二次医療圏内にある認知症疾患医療センター

との協働、地域の既存のサービス等の柔軟な活用などが考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

Tsuda S, Toya J, Ito K. Collaborative care models of primary care clinic for people with early-stage dementia: A cross-sectional survey of primary care physicians in Japan. *Int J Integr Care*. 2024;24(2):21.

津田修治, 晏子, Petra Christiansen-Lammel, 井藤佳恵. 認知症のある人の地域生活を支えるインフォーマルケア：ドイツバイエルン州の地方部における対応に学ぶ. *日本認知症ケア学会誌*. (印刷中)

2. 学会発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

Reference

- 1) 総務省地域力創造グループ過疎対策室：令和3年度版過疎対策の現況. (2023)
https://www.soumu.go.jp/main_content/000875710.pdf
- 2) 総務省地域力創造グループ過疎対策室：過疎地域等における集落の状況に関する現況把握調査報告書. (2020)

https://www.soumu.go.jp/main_content/000678497.pdf

- 3) 栗田主一, 井藤佳恵, 津田修治, ほか：厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書. 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究. (2024) https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202316007A-buntan2.pdf
- 4) 全国国民健康保険診療施設協議会：過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業報告書. (2015)
https://www.kokushinkyoo.or.jp/index/principalresearch/principalresearch_detail/tabid/169/Default.aspx?ItemId=245
- 5) 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所：中山間地域における地域共生社会を見据えた地域包括ケアシステムの深化に関する調査研究事業. (2022) https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r03_12jigyohokokusho.pdf
- 6) 一般社団法人日本認知症学会：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業報告書. (2023)
https://dementia-japan.org/wp-content/uploads/2024/10/maintenance_report.pdf
- 7) 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子, ほか：離島の独居認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援とは. 認知症支援関係者からみた地域生活継続の促進要因と阻害要因. *日本認*

知症ケア学会誌, 20(4) : 532-
544(2022).

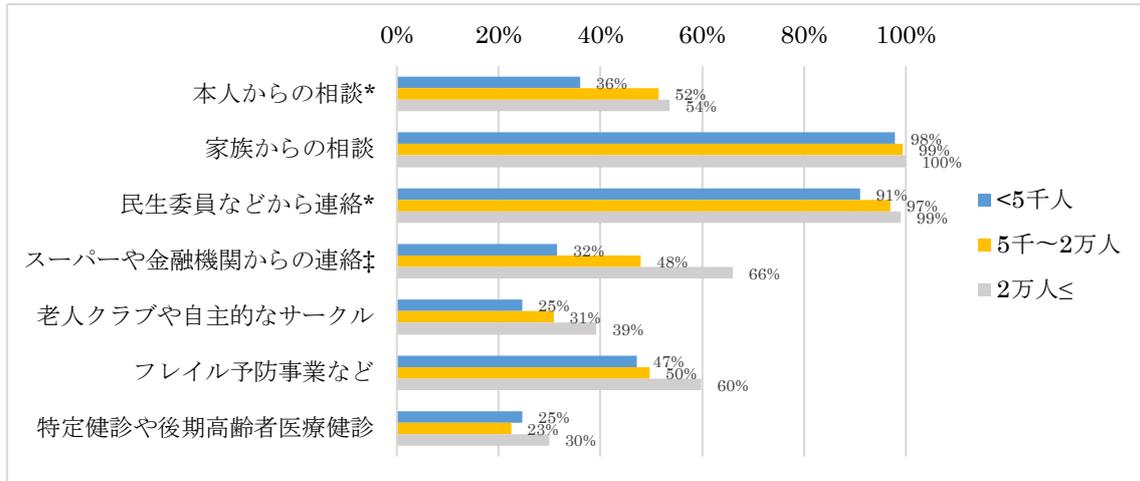
- 8) 厚生労働省 : 地域包括ケア「見える
化」システム.
<https://mieruka.mhlw.go.jp/>
- 9) Dröes RM, Chattat R, Diaz A, et
al. Social health and dementia: a
European consensus on the
operationalization of the concept
and directions for research and
practice. *Aging Ment Health*,
21(1) :4-17(2017).
- 10) 厚生労働省 : 認知症施策推進大綱.
(2019)
[https://www.mhlw.go.jp/content/000
522832.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf)

表 1. 過疎自治体の特性

	<5 千 (n=89)		5~20 千 (n=170)		20 千≤ (n=97)		p*
	mean/n	SD/%	mean/n	SD/%	mean/n	SD/%	
過疎区分 (n, %)							<0.001
過疎	68	76.4%	133	78.2%	74	76.3%	
みなし過疎	0	0.0%	0	0.0%	9	9.3%	
一部過疎	21	23.6%	37	21.8%	14	14.4%	
人口 (人)	2782	1374	11151	3924	36461	17298	<0.001
面積 (km ²)	182.1	163.2	274.7	277.9	450.5	332.1	<0.001
人口密度 (人/km ²)	39.0	76.3	106.3	152.7	127.9	97.9	<0.001
日常生活圏域数	1.9	2.4	2.3	2.2	4.7	4.0	<0.001
地域包括支援センター数	1.4	1.7	1.6	1.9	2.5	2.9	0.001
地域包括支援センター数 (65 歳以上人口 1 万対)	11.2	15.3	2.3	1.1	1.2	0.7	<0.001
サービス維持が困難な遠 隔集落あり (n, %)	47	53.4%	90	53.3%	70	72.2%	0.006
IT システムあり (n, %)	12	13.6%	45	26.9%	33	34.0%	0.007

*割合のデータはカイニ乗検定で、実数のデータは一元配置分散分析で検定した。

図 1. 過疎自治体における認知症のある人の一般的な受診契機



記号はカイ二乗検定で検定した結果を示す：* $p<0.05$ 、† $p<0.001$

図 2. 過疎自治体における認知症のある人への一般的な初期支援提供者



記号はカイ二乗検定で検定した結果を示す：* $p<0.05$ 、† $p<0.01$ 、‡ $p<0.001$

図 3. 過疎自治体における認知症のある人への生活支援

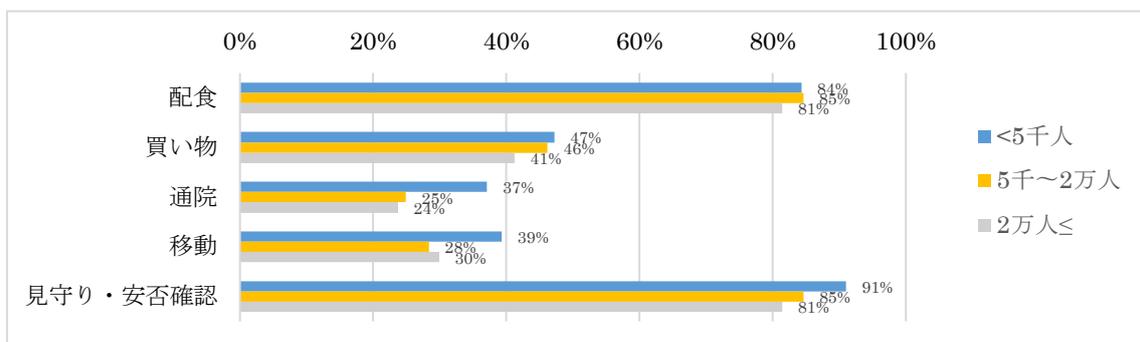
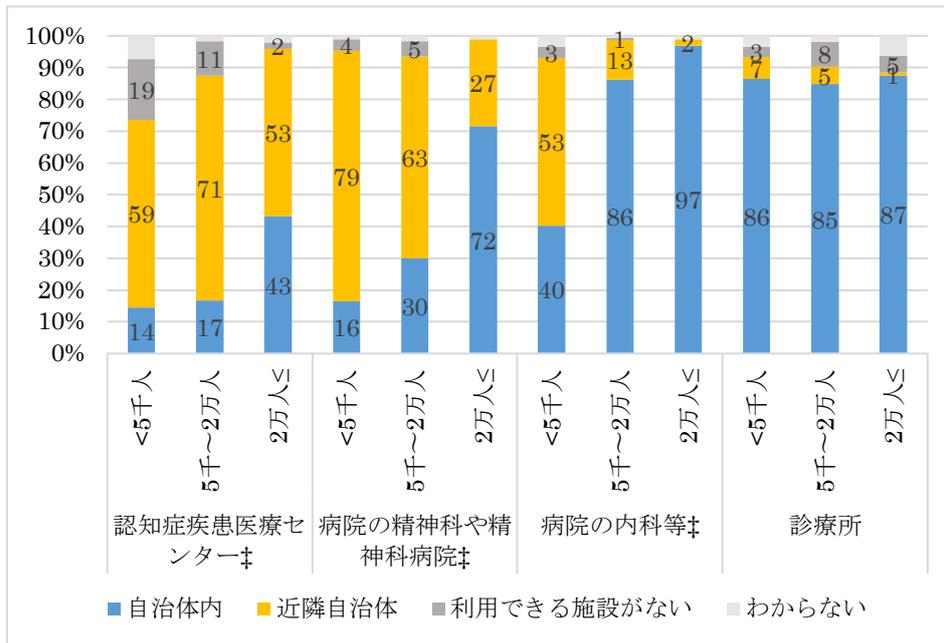
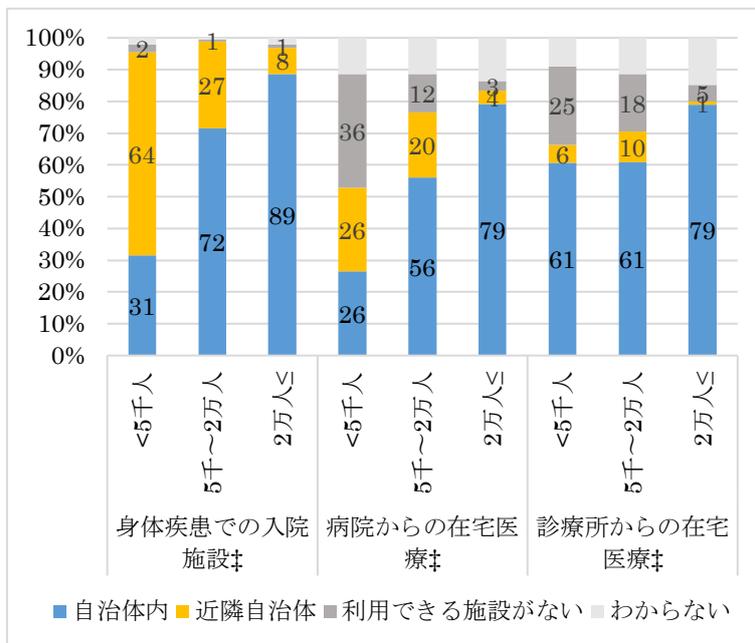


図 4. 過疎自治体における認知症のある人の一般的な通院先



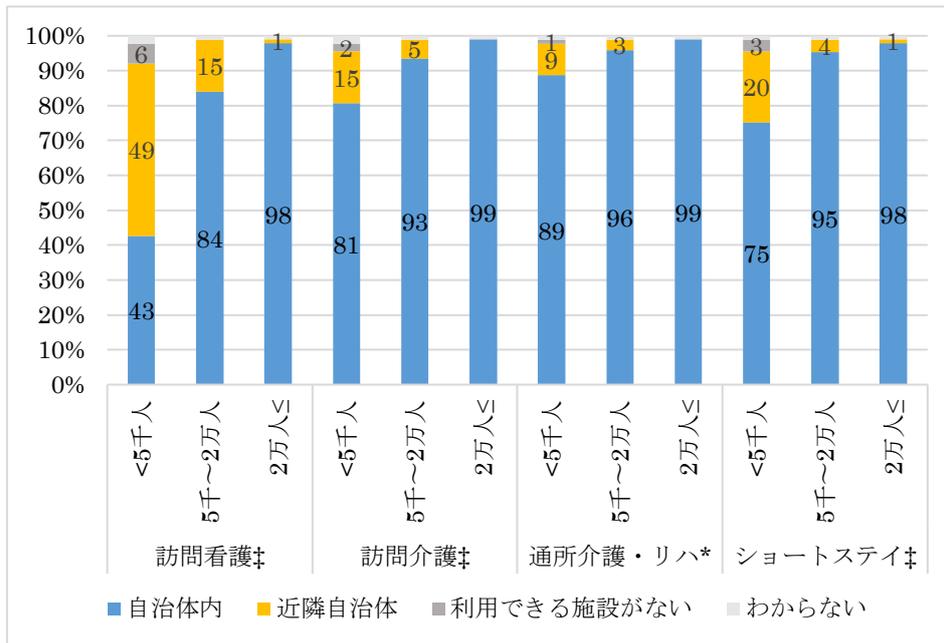
記号はカイ二乗検定で検定した結果を示す：[‡]p<0.001

図 5. 過疎自治体における認知症のある人の一般的な入院先・在宅医療



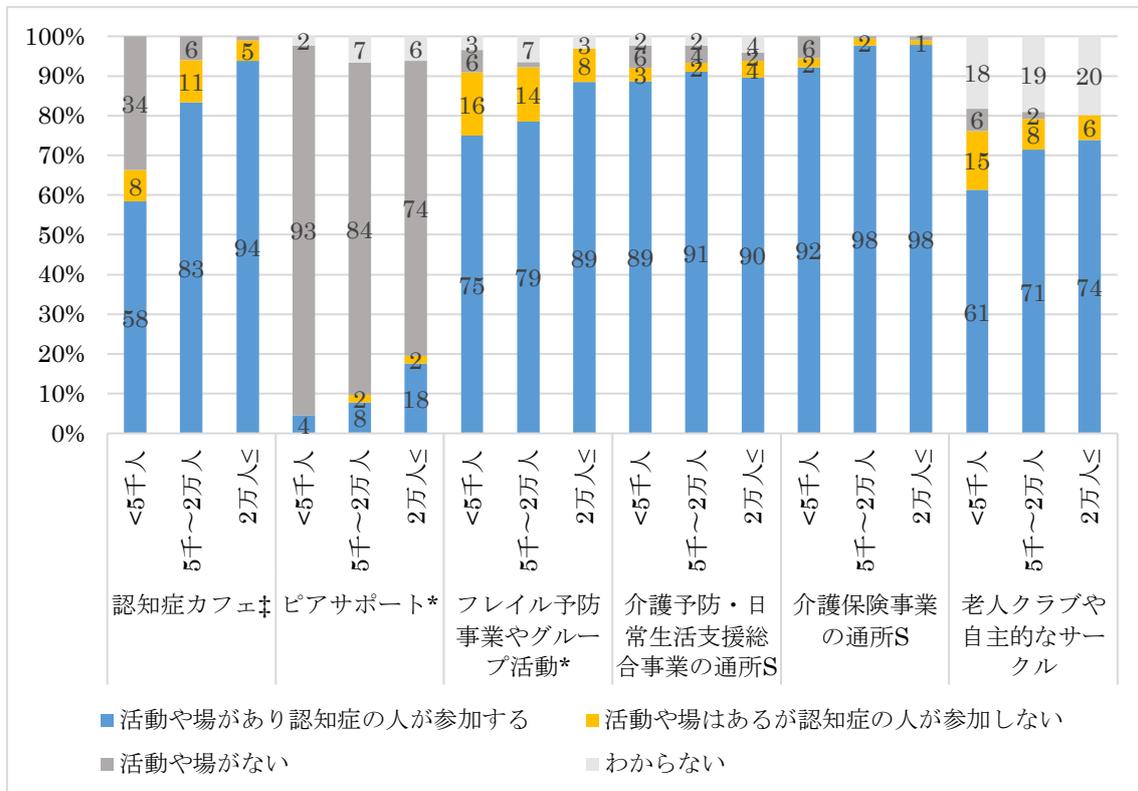
記号はカイ二乗検定で検定した結果を示す：^{*}p<0.05、[†]p<0.01、[‡]p<0.001

図 6. 過疎自治体における認知症のある人への一般的な在宅ケアサービス



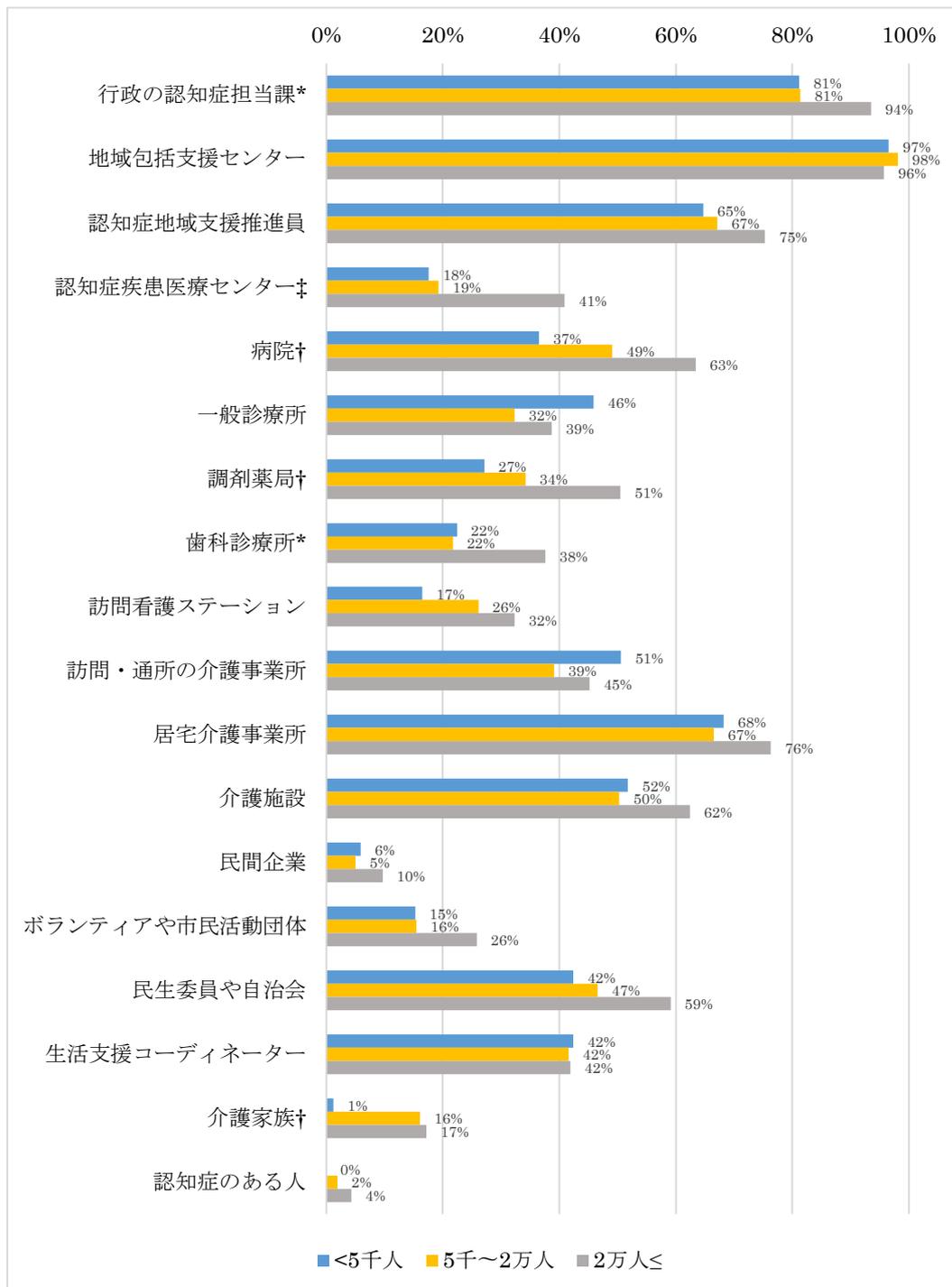
記号はカイ二乗検定で検定した結果を示す：*p<0.05、[‡]p<0.001

図 7. 過疎自治体における認知症のある人への一般的な社会参加の場



記号はカイ二乗検定で検定した結果を示す：*p<0.05、[‡]p<0.001

図 8. 認知症医療・ケアシステム構築のための会議体の構成員



記号はカイ二乗検定で検定した結果を示す：*p<0.05、†p<0.01、‡p<0.001

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

東京都の離島における認知症支援体制の実態調査と支援モデルの開発に関する研究

研究分担者 井藤 佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

研究要旨

都内13の二次保健医療圏のうち、島しょ二次保健医療圏は唯一、認知症疾患医療センターが設置されていない二次保健医療圏である。島しょ地域の認知症支援体制の構築を支援することを目的として、東京都では、2014年に、「島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業」が開始された。本事業は、島しょ二次保健医療圏の医療・介護専門職、行政職員、住民等を対象として、認知症に対する地域の対応力の向上を目標とした研修を実施するものである。さらに2018年には、島しょ二次保健医療圏域の認知症初期集中支援推進事業をサポートすることを目的とした、「島しょ地域等認知症医療サポート事業」が開始された。現在、これらの事業は、2015年に東京都より委託を受けて創設された認知症支援推進センターが運営している。

そこで、東京都の離島における、認知症支援体制の構築支援事業に着目し、事業が抱える課題を把握することを目的とした研究を行った。その結果、島しょ二次保健医療圏への認知症支援推進事業が積極的に活用されない理由は、本事業が町村内に浸透していないからである。そこには事業の理解・周知・利用の3つの課題があると考えられた。

A. 研究目的

東京都の離島における、認知症支援体制の構築支援事業に着目し、事業が抱える課題を把握すること。

B. 研究方法

東京都の離島支援の事業では、伊豆諸島（伊豆大島、利島、新島、式根島、神津島、三宅島、御蔵島、八丈島、青ヶ島）と小笠原諸島（父島、母島）に位置する、大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村の9町村の認知症支援関係者を対象としたフォーカス・グ

ループ・ディスカッションを実施しており、その分析資料を報告書としてとりまとめている。本調査ではこの資料を活用して離島支援の実態を調査した。さらに、各町村の基礎データおよび保健・医療・介護に関わる資源のデータを整理し、「島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業」および「島しょ地域等認知症医療サポート事業」に関する2014年度～2022年度各年度の報告書⁽¹⁾の質的分析を行った。

（倫理面への配慮）

本調査は個人情報を含まないすでに公開されている既存資料の調査であり、倫理審

査の対象外である。

C. 研究結果

1. 東京都の島しょ地域

東京都の島しょ地域には、伊豆諸島（伊豆大島、利島、新島、式根島、神津島、三宅島、御蔵島、八丈島、青ヶ島）と小笠原諸島（父島、母島）の、11の離島が含まれる。東京都の離島は、新島と式根島が新島村を、父島と母島が小笠原村を構成することを除いて、1島1村の体制であり、大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村の9町村で島しょ二次保健医療圏を構成する。

島しょ二次保健医療圏の2023年時点の人口は23,651人で、東京都全体の0.2%を占めた。2013年時点の島しょ二次保健医療圏の人口は26,971人であったから、10年間で約12%減少している⁽²⁾。人口減少に加えて、2023年時点で多くの町村の高齢化率が東京都全体の高齢化率（23.5%）⁽³⁾を上回っている（表1）。

島しょ二次保健医療圏の医療介護資源の概観を表1に示す。データは、各町村、東京都、厚生労働省、日本医師会、日経新聞社、NPO法人地域共生政策自治体連携機構が公開しているものを用いた（閲覧期間：2023年9月4日から11月10日）⁽²⁻⁹⁾⁽¹⁰⁾。

医療資源に目を向けてみると、病院は国民健康保険町立八丈島病院1施設、病床数は52床である。人口10万人あたり97床の換算になるので、東京都全域の約10分の1の水準にあたる。診療所は19施設あり、人口10万人あたり36、東京都全域の約5分の2の水準に相当する。人口10万人あたりの保健・医療従事者（医師、歯科医師、看

護師、薬剤師、保健師、助産師、技師、作業療法士、理学療法士など）の数も総じて少ない⁽²⁾。

介護サービスは、特に訪問系サービスを提供することの難しさが把握され、種類、量ともに限られている⁽⁷⁾。

高齢化が進行する島しょ二次保健医療圏の医療資源は東京都全体と比較して充足されておらず、介護資源については介護過疎とも言える状況がある。

2. 島しょ二次保健医療圏が抱える認知症支援の課題

図1に島しょ二次保健医療圏を構成する9町村の高齢化率の推移を示す。高齢化率は大きく3群に分かれ、A群の高齢化率は14%以上21%未満、高齢社会を迎えている村である。A群には小笠原村、青ヶ島村、御蔵島村が含まれる。B・C群の高齢化率は21%以上、超高齢社会を迎えている町村である。高齢化率が35%未満の利島村と神津島村をB群、35%以上の大島町、三宅村、八丈町、新島村をC群とした。

各町村における要支援要介護認定別の介護サービス利用率を図2に示した。在宅サービス、居住系サービス、施設サービスの定義は厚生労働省の定義に従い、利用率についても厚生労働省が公表しているデータ⁽⁷⁾を用いた。人口規模が小さく、また要支援要介護認定を受けている者の数が非常に少ない町村もあるため、結果の解釈には注意を要する。しかしおおまかな傾向として、全国および東京都全域のデータと比較して、要支援1および2でサービスを利用している人の頻度が低く、要介護4および5で施設サービスを利用している人の頻度が高いことが把握される。2014年から現在まで各町

村で繰り返してきたフォーカス・グループ・ディスカッションからも、認知症の中期以降も在宅生活を続けることの難しさー Aging in place の課題ーが把握された⁽¹⁾。

3. 東京都の島しょ地域の認知症支援

2008年に国の認知症疾患医療センター運営事業が開始され、2011年の介護保険法改正で地域包括ケアシステムの構築が法制化された。そのような中、東京都の認知症疾患医療センター事業が2012年に開始された。東京都は、基幹型認知症疾患医療センターを設置せず、各二次保健医療圏に1か所の地域拠点型認知症疾患医療センターを設置し、地域拠点型認知症疾患医療センターが設置されていない区市町村に地域連携型認知症疾患医療センターを設置している。都内12の二次保健医療圏のうち、認知症疾患医療センターが設置されていない唯一の二次保健医療圏が「島しょ二次保健医療圏」である。

認知症の保健・医療・介護の連携体制のなかで、認知症疾患医療センターは、専門医療の提供、医療圏内の地域連携の促進、適切な診断後支援の提供の、3つの機能を担う。認知症疾患医療センター運営事業は、地域において、認知症の進行予防から地域生活の維持に必要な認知症医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目標とする⁽¹¹⁾。保健・医療・介護の有効でシームレスな連携を実現することは、質の高い医療・福祉・介護サービスを統合的に提供できる機能体制、すなわち地域包括支援システムの構築につながると考えられる。

一方で、認知症疾患医療センターの設置の有無に関わらず、どこに暮らす人にも、質の高い認知症医療・ケアを受ける権利があ

る。そこで東京都は、2014年に、認知症疾患医療センターが未設置の島しょ二次保健医療圏を対象とした「島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業」を開始した。本事業は、認知症に対する地域の対応力の向上を目標として、島しょ二次保健医療圏の医療・介護専門職、行政職員、住民等を対象とした研修を実施するもので、東京都健康長寿医療センター研究所が受託した。同年、東京都健康長寿医療センター研究所では、島しょ二次保健医療圏の認知症支援体制の実態把握のための調査研究を開始した。

翌2015年、東京都より委託を受けて、東京都健康長寿医療センターに認知症支援推進センターが創設された。認知症支援推進センター運営事業は、「島しょ地域の認知症対応力向上に向けた支援事業(2014年～)」を発展させ、東京都全域の認知症の保健・医療・介護に関わる人材の育成を担うことを目的とした、東京都独自の事業である。

さらに、新オレンジプラン(2015年)のなかで、「2018年度までに全国すべての市町村で認知症初期集中支援チームを事業化すること」が目標として掲げられたことを受けて、2018年には「島しょ地域等認知症医療サポート事業」も開始された。この事業は、島しょ二次保健医療圏域の認知症初期集中支援推進事業をサポートすることを目的とした事業である。

現在、認知症支援推進センターが東京都より委託を受けている島しょ二次保健医療圏への認知症支援事業を(表2)に示す。

4. 島しょ地域の認知症支援の課題

新型コロナウイルス感染症の拡大による移動の自粛は、対面支援を困難にした半面、オンライン環境の整備を急速に進展させた。

2020-2021 年度は、認知症支援推進センターで受託するすべての認知症支援事業をオンラインで行った結果、配信側も受信側もオンライン開催に慣れ、オンラインの研修や会議等の開催に際して、回線トラブルや機材トラブルはほとんど起こらなくなった。症例検討に際しても、電子カルテはネットワークから切断されているために共有できないが、web カメラを通して画像を供覧することは可能であり、診断のスーパーバイズに有用である。

オンライン環境が整い、会議やカンファレンスが活発に行われるようになったのかというと、残念ながらそうではない。島しょ二次保健医療圏への認知症支援推進事業が積極的に活用されない理由は、本事業が町村内に浸透していかないからである。そこには事業の理解・周知・利用の3つの課題があると考えられる。

[事業の理解]

本事業は東京都の事業である性質上、窓口は自治体の担当課職員である。先方の自治体職員は、異動も多く、欠員の課題もあり、都市部の自治体職員以上に多岐にわたる業務を兼任している。島内の状況、担当課の体制、職員個人の経験や関心等によって、自治体の認知症施策への関心の程度は多様であり、それは本事業の優先度の違いとなって現れる。いずれにしても、担当職員の配属替えの際に本事業に関する申し送りがなされていたことはなく、毎年送付している報告書の存在も知られていない。2014年から継続している事業であるが自治体のなかで利用実績が蓄積されない状況が続いている。自治体職員が、「初めて聞く事業」の主旨・内容を任期中に十分に理解することの

難しさが感じられ、それはさらに、次に挙げる関係機関への周知の課題につながる。

[事業の周知]

役所から他機関への周知の課題も把握される。ヒアリングを実施すると、繰り返し参加を呼びかけている研修や相談事業を「行ってほしい」という要望が多々寄せられる。たとえば、研修機会の不足への対応、なかでも新任者向けの研修実施の要望が上がる。一方、当センターでは、2021年度以降、ほとんどの研修をオンラインで開催している。特に新任者向けの基礎講座は島しょ二次保健医療圏以外からも受講の要望が多いことから、毎年10日間～2週間の期間をもうけて配信している。しかしながら2021-2023年度の島しょ二次保健医療圏からの受講者は、島しょ二次保健医療圏を構成する9つの自治体のうち、2つの町村からに限られた。あるいは、認知症初期集中支援チーム員会議の開催を年度初めから呼び掛けているが、例年、実現は第3・第4四半期にずれ込む。チーム員会議を開催すれば「こういう事業があることを知らなかった。もっと活用すればよかった」等の感想が寄せられる。しかし翌年にはチーム員が変わり、やはりまた「こういう事業があることを知らなかった」から始まって、積極的な活用にはつながらない。

このような状況からは、事業を利用したい人に情報が届いていない可能性が考えられる。そもそも事業の存在が念頭になれば、事業の利用が選択肢にあがることはない。今年度は、診療所、地域包括支援センター、社会福祉協議会等、事例検討会の需要があると考えられる関係機関への周知を目的として、事業内容を簡潔に示したチラシを

作成し、役所から諸機関に送っていただくよう依頼したが、状況は改善しなかった。

[事業の利用]

相談事業が利用しにくい要因として一般的に挙がるのは、事前準備の負担感や、相談すべきタイミングがわからない等である。ヒアリングの結果からは、本事業にも同様の課題があることが把握された。本相談事業の目的は、多職種によるディスカッションを通して知識とスキルを向上させることもあるが、第一は、普段の実践を言語化し多角的な視点を入れることによって自分が行っている専門職としての実践の意味を知ることにある。従って、たとえばケース検討では、特別に難しかったり変わったところのない事例を、事例を共有するために最低限必要な情報を口頭で話していただければ良いことを伝えているが、それでも「敷居が高い」という意見が寄せられる。普段から連携があるわけでない外部組織との事例検討を「気軽に」申し込むことの困難さを感じられ、まずは関係の構築が必要と考えられる。

D. 考察

本研究で明らかになった課題について検討する必要性を東京都と共有した。その結果、2024年度は、年度初めに島しょ二次保健医療圏の、役所の担当者だけではなく、診療所、社会福祉協議会、地域包括支援センター、介護事業所等、本事業の直接的な利用ニーズがあると想定される専門職を対象としたオンライン会議を開催する方針となった。当該会議の場で、東京都から改めて事業の周知を行うとともに、事業を有効に利用している町村の利用例、ケース

検討の好事例を紹介することにより、本事業の積極的な利用を促す。

E. 結論と今後の課題

東京都の離島を対象とした認知症支援体制の構築支援事業が抱える課題を明らかにした。年初に関係者への周知を強化することで何がどの程度改善するのか評価し、支援モデルを柔軟に修正をしていく必要性について東京都と協議を重ねていく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 井藤佳恵, 津田修治: 東京都の島しょ地域に対する認知症支援の現状と課題, 老年精神医学雑誌; 35(1): 26-37 2024
- 2) 井藤佳恵: エイジズムと精神疾患のステイグマ, 老年精神医学雑誌; 35(5) 2024
- 3) 井藤佳恵: 「共生」ということば, 心と社会; 195: 68-73 2024

2. 学会発表

- 1) 井藤佳恵, 畠山啓. 離島で暮らす高齢者の精神的健康度の関連要因-東京都A村で行った高齢者調査の結果から. 第25回日本認知症ケア学会大会; 東京国際フォーラム. 2024.6.15-16

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

References

1. 東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター. 島しょ認知症支援事業報告書 平成 26 年度版～令和 4 年度版. 2014–2023.
2. 東京都. 島しょ地域保健医療圏 地域保健医療推進プラン (平成 30 年度から 6 年計画) [Available from: https://www.hokeniryu.metro.tokyo.lg.jp/tousyo/shiryuu/tiikiplan.files/03_P8-15.pdf].
3. 東京都. 令和 5 年「敬老の日にちなんだ東京都の高齢者人口 (推計)」 2023 [Available from: <https://www.toukei.metro.tokyo.lg.jp/koureisya/kr23rf0000.pdf>].
4. 東京都. 東京認知症ナビ [Available from: https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/soudan/iryuu_kikan/support_meibo/index.html].
5. 東京都. 東京都の統計くらしと統計 2023 [Available from: <https://www.toukei.metro.tokyo.lg.jp/kurasi/2023/ku23-23.htm>].
6. 東京都神社庁. 東京「島めぐり神社めぐり」 [Available from: <http://www.tokyojinjacho.or.jp/arukikata/0001/>].
7. 厚生労働省. 地域包括ケアシステム「見える化」システム [Available from: <https://mieruka.mhlw.go.jp/>].
8. 日本医師会. 地域医療情報システム [Available from: https://jmap.jp/cities/detail/medical_area/1313].
9. 日本経済新聞. ふるさとクリック 地図で見る高齢者独居率 2022.1.28 公開 [Available from: <https://vdata.nikkei.com/newsgraphics/regional-regeneration/elderly-living-alone-rate-map/>].
10. NPO 法人地域共生政策自治体連携機構. サポーターの養成状況 [Available from: <https://www.caravanmate.com/result/>].
11. 粟田主一. 令和 3 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業報告書. 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター; 2022

図1 島しょ二次医療圏を構成する9町村の高齢化率の年次推移

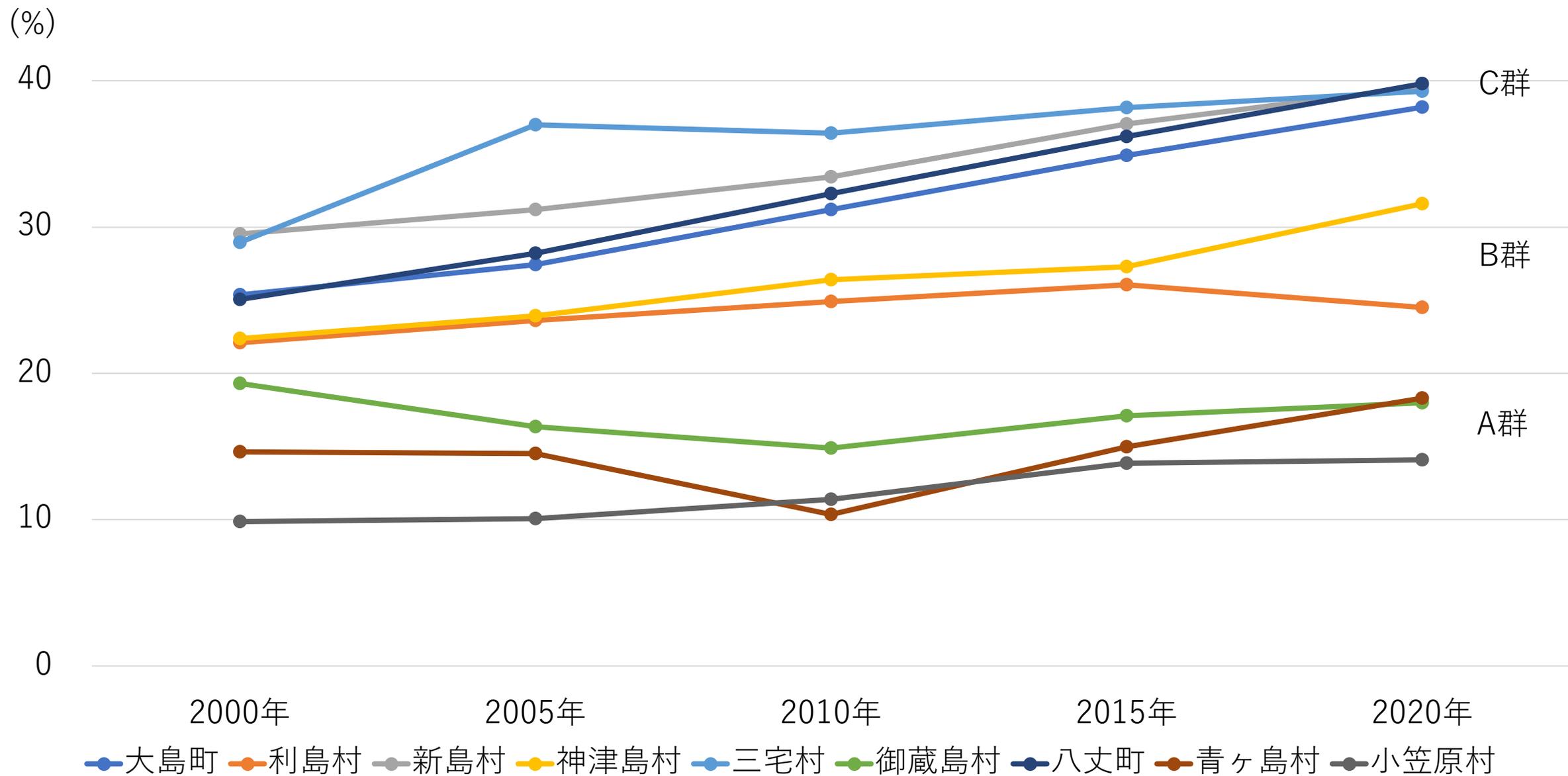
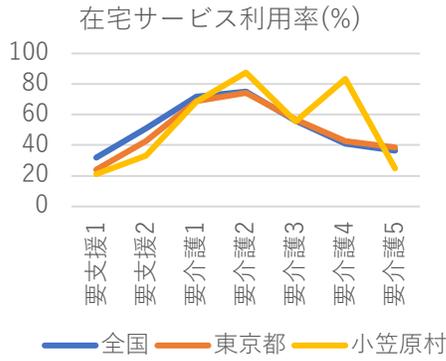
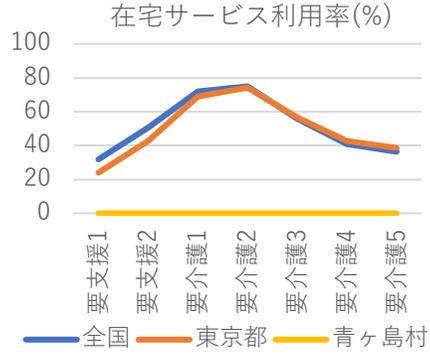


図2 各町村の要支援要介護認定別介護サービス利用率

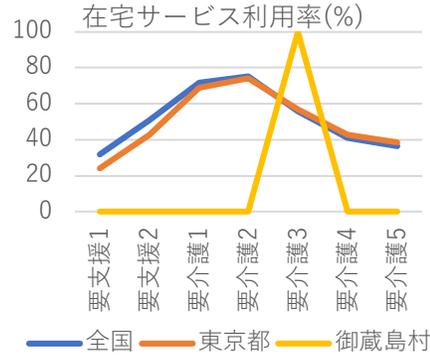
小笠原村



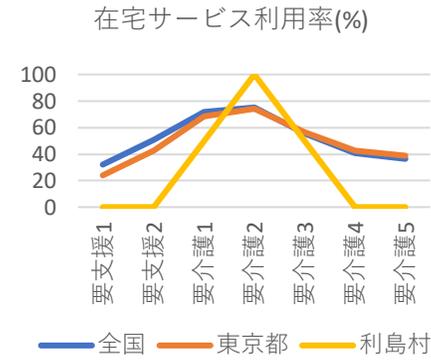
青ヶ島村



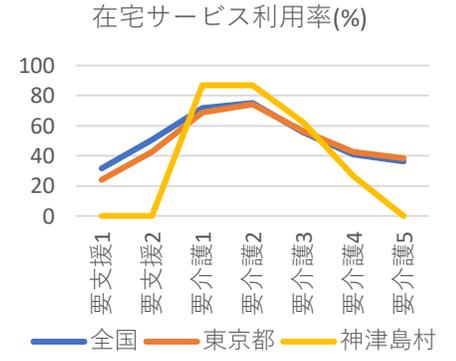
御蔵島村



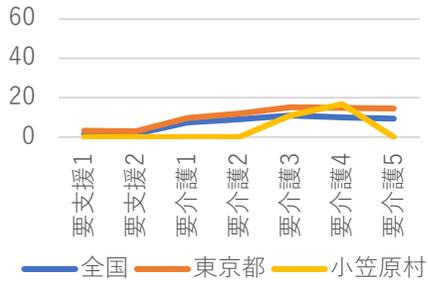
利島村



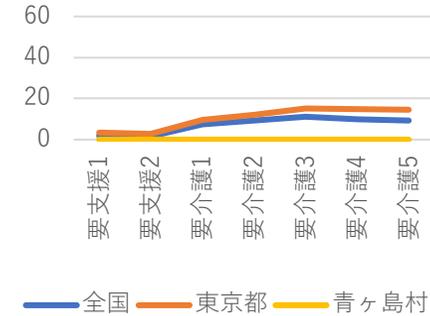
神津島村



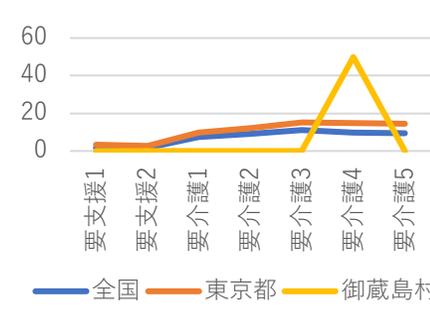
居住系サービス利用率(%)



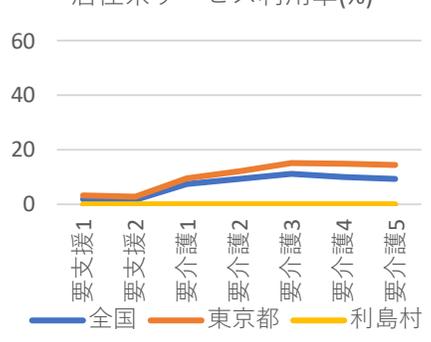
居住系サービス利用率(%)



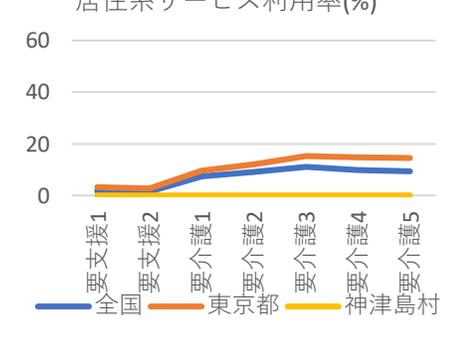
居住系サービス利用率(%)



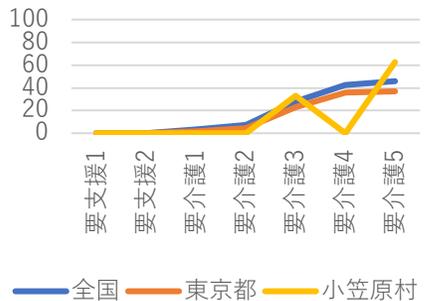
居住系サービス利用率(%)



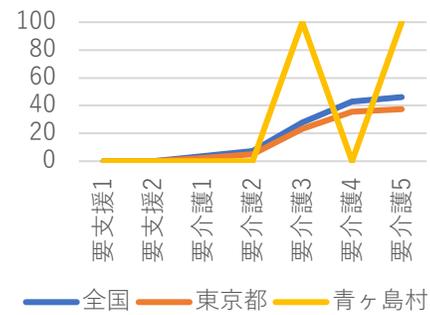
居住系サービス利用率(%)



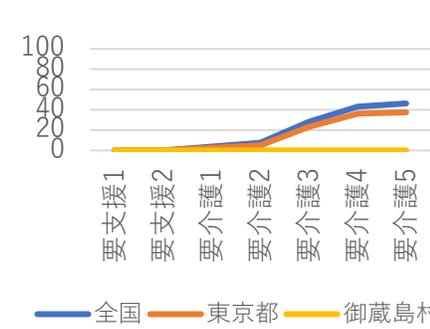
施設サービス利用率(%)



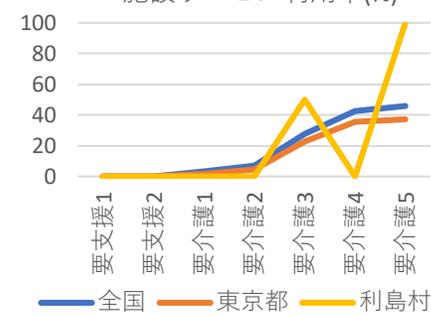
施設サービス利用率(%)



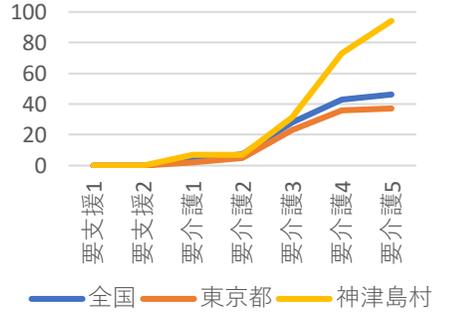
施設サービス利用率(%)



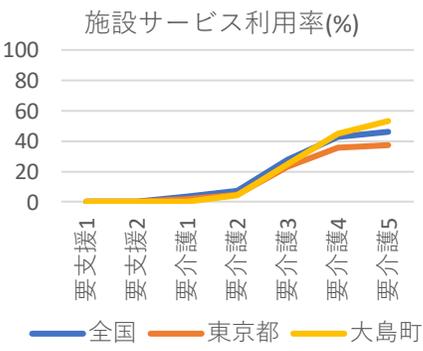
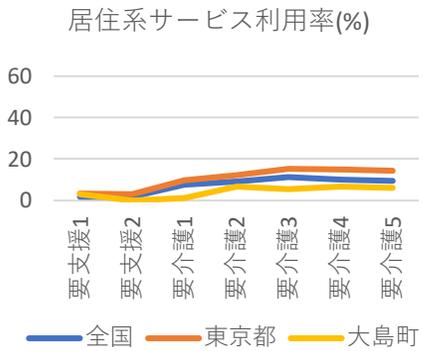
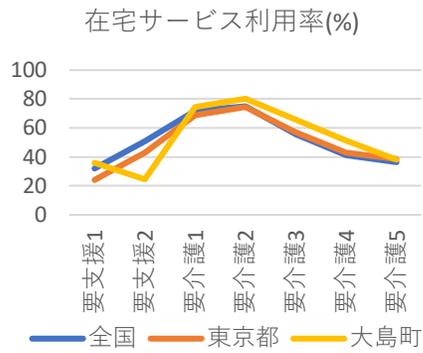
施設サービス利用率(%)



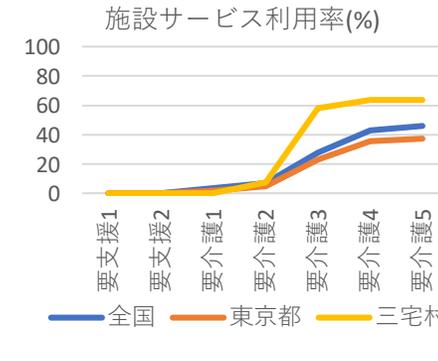
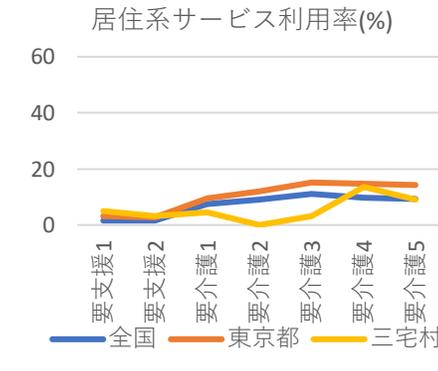
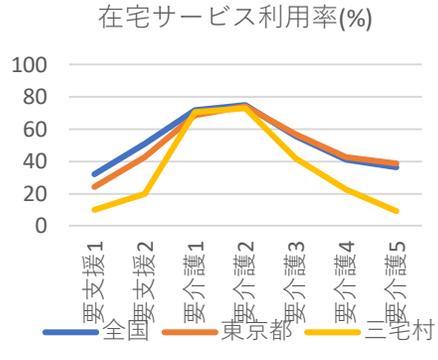
施設サービス利用率(%)



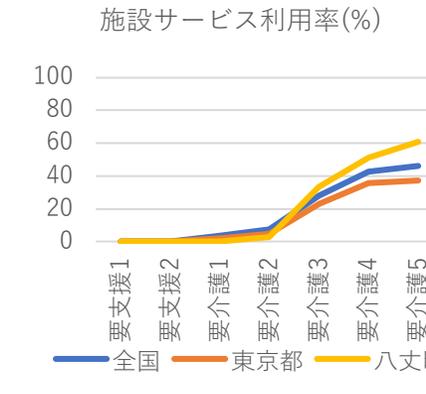
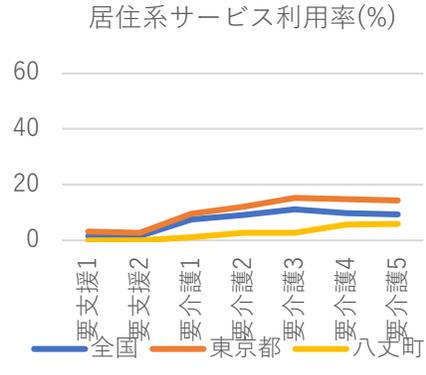
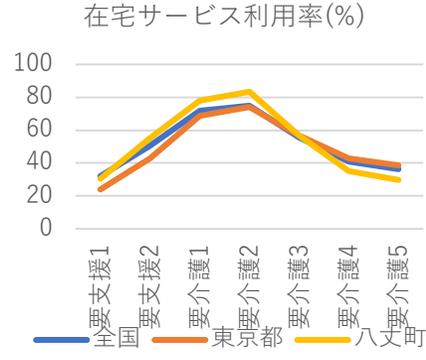
大島町



三宅村



八丈町



新島村

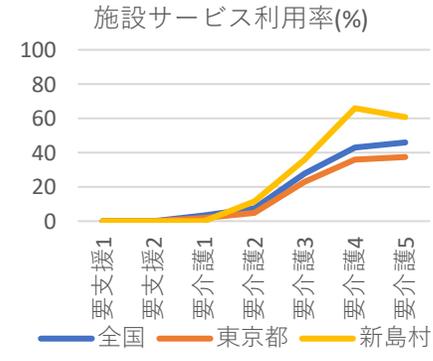
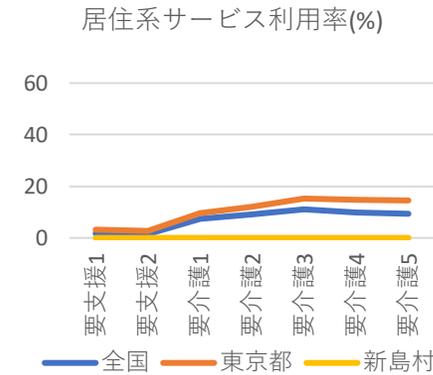
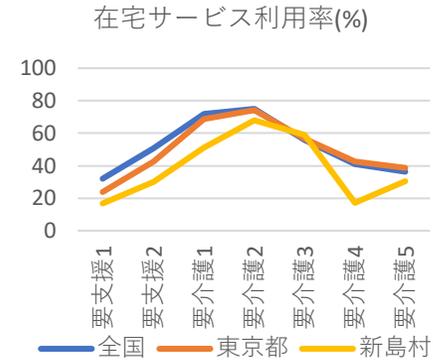


表1. 島しょ医療介護資源データ一覧

	大島町	利島村	新島村	神津島村	三宅村	御蔵島村	八丈町	青ヶ島村	小笠原村
面積	90.76km ²	4.12km ²	27.54km ²	18.58km ²	55.26km ²	20.55km ²	72.24km ²	5.96km ²	104km ²
人口(人)	6823	334	2295	1780	2186	302	6845	174	2912
高齢者数(人) (高齢化率)	2713 (38.5%)	80 (23.2%)	939 (40.9%)	580 (32.6%)	870 (39.8%)	56 (18.7%)	2731 (39.9%)	38 (21.8%)	497 (17.1%)
世帯数(戸)	3657	193	1160	804	1376	187	3758	118	1457
高齢者独居率	35.5%	41.3%	23.8%	18.2%	39.8%	36.2%	33.7%	61.3%	38.3%
病院	—	—	—	—	—	—	1施設:52床 医師7名	—	—
診療所 医師数	3施設 (その内1施設19床あり) 医師7名	1施設 医師数1名	3施設 医師3名	2施設 医師1名	2施設 医師2名	1施設 医師1名	2施設 医師2名	1施設 医師1名	2施設 医師5名
認知症疾患医療 センター	—	—	—	—	—	—	—	—	—
認知症サポート医	—	—	1名	—	—	—	—	—	1名
訪問看護 ステーション	3事業所	—	1事業所	—	1事業所	—	1事業所	—	—
認知症初期集中支援チーム (設置場所)	1チーム (村役場)	1チーム (診療所)	1チーム (地域包括支援センター)	1チーム (地域包括支援センター)	1チーム (村役場)	1チーム (地域包括支援センター)	1チーム (町役場)	1チーム (地域包括支援センター)	1チーム (地域包括支援センター)
地域包括支援 センター	1か所 (委託)	1か所 (委託)	1か所 (委託)	1か所 (委託)	1か所 (委託)	1か所 (直営)	1か所 (委託)	1か所 (直営)	1か所 (直営)
認知症地域支援 推進員	1名	1名	1名	3名	8名	1名	1名	3名	—
要支援・要介護認定者数 (R5/5)	要支援1:71名 2:53名	要支援1:2名 2:1名	要支援1:17名 2:22名	要支援1:4名 2:12名	要支援1:20名 2:31名	要支援1:1名 2:0名	要支援1:103名 2:84名	要支援1:1名 2:0名	要支援1:21名 2:13名
	要介護1:93名 2:90名	要介護1:1名 2:2名	要介護1:46名 2:53名	要介護1:18名 2:14名	要介護1:42名 2:22名	要介護1:0名 2:0名	要介護1:91名 2:74名	要介護1:0名 2:1名	要介護1:24名 2:7名
	3:83名	3:3名	3:38名	3:17名	3:30名	3:1名	3:71名	3:1名	3:10名
	4:76名	4:0名	4:34名	4:29名	4:23名	4:2名	4:87名	4:0名	4:5名
	5:64名	5:2名	5:36名	5:16名	5:15名	5:1名	5:82名	5:1名	5:7名
居宅介護支援 事業所	6事業所	1事業所	2事業所	1事業所	2事業所	1事業所	2事業所	—	データなし
介護保険サービス 事業所(事業所数)	地域密着型通所介護(2) 通所介護(2) 訪問介護(3) 訪問入浴(1) 福祉用具貸与・販売(3)	地域密着型通所介護(1)	地域密着型通所介護(1)	通所介護(1)	通所介護(1) 訪問介護(1)	福祉用具購入(1) 住宅改修(1)	地域密着型通所介護(2) 通所介護(2) 訪問リハビリテーション(1) 訪問介護(4) 訪問入浴(1) 特定福祉用具販売・貸与(2)	—	通所リハビリテーション(1)
高齢者入所施設 (施設数、定員)	介護老人福祉施設 (1施設、定員100名) 認知症対応型共同生活介護 (1施設、定員9名)	—	介護老人福祉施設 (1施設、定員38名)	介護老人福祉施設 (1施設、定員34名)	介護老人福祉施設 (定員50名)	—	介護老人福祉施設 (1施設、定員100名) サービス付高齢者住宅30戸	—	—
ケアバス	—	あり	—	—	—	—	—	—	—
認知症カフェ	—	1か所	—	—	1か所	—	—	—	—
認知症サポーター養成講座 修了者(現時点で島内在住 であるか否かは不明)	546名	95名	—	43名	—	40名	1125名	—	192名

人口、高齢化率、世帯数、高齢者独居率は2023年時点のデータを用い、その他のデータは2023年11月時点で公表されている最新のものをを用いた。

表2. 東京都の島しょ地域等への認知症医療に係る支援

・ 島しょ地域の認知症対応力向上研修（2014年～）

【対象】

島しょ地域の医療・介護専門職、行政職員、住民等

【事業内容】

- ・ 認知症支援推進センターが、認知症疾患医療センターの協力のもと、各島の地域特性に応じた研修等を実施する。
- ・ 研修等は精神科医、精神保健福祉士、臨床心理士から成る多職種チームによって行う。
- ・ 形式は対面またはオンライン

【実施内容】

- (1) 専門職に対する認知症の知識と対応スキルの習得に関する講義
 - (2) 住民向けの講演会・相談会
 - (3) 認知症施策に関する意見交換会等（関係者ミーティング）
- ・ (1)(2)については、例として表3の支援事業メニューを提示し、各島の担当者の希望に従ってカリキュラムを作成する。メニューに記載されていない内容でも、希望があれば対応する。
 - ・ (3)については、希望があれば住民調査の質問紙の作成と分析を受託する。

【訪島実績】

- ・ 2014-2015年度、2016-2017年度は2か年で、2018-2020年度は3か年で9町村を訪問
- ・ 新型コロナウイルス感染症の流行による中止を経て、2022年度に訪島を再開、以降3年周期で9町村を訪問する予定である

・ 島しょ地域等認知症医療サポート事業（2018年～）

【対象】

島しょ地域の町村

【事業内容】

- ・ 認知症支援推進センターが、認知症疾患医療センターの協力のもと、各島の医療従事者等に対する支援を行う。
- ・ 支援は、精神科医、精神保健福祉士、臨床心理士から成る多職種チームによって行う。
- ・ 形式は対面またはオンライン

【実施内容】

- (1) 認知症初期集中支援チームの活動支援
 - (2) 認知症その他の精神疾患を抱える高齢者等のケース検討
- ・ 町村内にチーム員医師（認知症サポート医）が不在の場合：認知症支援推進センターの認知症サポート医は、チーム員医師としてチーム員会議に参加する。
 - ・ 町村内にチーム員医師（認知症サポート医）がいる場合：認知症支援推進センターの認知症サポート医は、チーム外の専門医としてチーム員会議に参加する。
 - ・ 認知症初期集中支援チームの対象とならなかったケースについても、認知症 その他の精神疾患の診断、治療、対応、生活支援、ソーシャルワーク等にかかる相談支援を行う。

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

福島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

研究分担者 川勝 忍 福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座 教授

研究要旨

僻地における認知症支援体制構築のために、豪雪、広大で医療過疎地を多く有する福島県会津地方をモデルとして実態や要望を調査した。方法は医師会、地元住民、外来患者を対象にして現状の調査を行い、医師や認知症疾患医療センター側からみると遠隔医療や情報共有の要望が高かったが、外来患者および介護者への質問調査からみると、遠隔医療を含めた IoT 利用の希望は約半数に留まっており、実践にあたっては、ネット環境や操作など IOT リテラシーの問題を考慮して進める必要があることが分かった。

A. 研究目的

福島県会津地方は、福島県西部に位置し、2 誌 11 町 4 村からなる。地形的には西の越後山脈と東の奥羽山脈に挟まれ多くの山間部を含み、面積は愛知県や千葉県よりも広く、豪雪地帯でもあるため医療機関へのアクセスには多くの問題を抱えている。また、高齢化率は会津地方全体で 37.4%であり、わが国の平均 29.1%よりも高く、とくに南会津地方は 45.9%に達する。精神科医療機関は会津若松市と喜多方市に集中しており、しかも医師や看護師不足から病床の削減が相次いでいる。その他の地域では常勤の精神科医は不在である。認知症疾患医療センターとしては、福島県内 11 カ所のうち 2 カ所が設置されており、会津若松市内に地域型が、南会津町に連携型がある。

本研究では僻地における認知症支援体制構築のために、豪雪、広大で医療過疎地を多く有する福島県会津地方をモデルとし

て、本年度は実態や要望を調査した。

B. 研究方法

1) 僻地が多く認知症専門医療機関が殆ど無い南会津地区医師会の認知症講演会において、医師に対して認知症診療の状況と認知症に関するオンライン診療¹⁾²⁾（医師-患者間）および医師-医師の遠隔医療についてアンケート調査を行った。2) 福島県内の認知症疾患医療センターにおける医療情報連携ネットワークの利用状況について、認知症疾患医療センター会議（定例会議、研修会）においてアンケート調査を行った。3) 会津若松市民への認知症講演会参加者に対する認知症医療への IoT 利用の必要性について調査した。4) 福島県立医大会津医療センターならびに山形大学医学部附属病院の外来通院中の認知症患者家族 80 名に対して、認知症診療やケアに対する IoT のニーズについてアンケート調査を実施した。

(倫理面への配慮)

患者および家族に対するアンケート調査については、福島県立医科大学倫理委員会の承認を受けて行い、患者または家族より書面による同意を得た。

C. 研究結果

1) 南会津地区における遠隔医療の実態調査について

遠隔医療を実施している医師はいなかったが、認知症の遠隔医療については必要性を認識している医師が多かった。一方、オンライン診療開始の支障としては要件のハードルが高いと感じている医師が多かった。

表 1. 南会津医師会、認知症遠隔診療についてのアンケート調査

	遠隔診療経験	遠隔診療開始の支障(ネット環境整備・要件のハードル・その他)	コロナ電話診療経験数	担当している認知症患者数	認知症遠隔診療の必要性	D to D のオンライン遠隔医療協力	キビタンネット使用	IoTによる診療情報共有の必要性
80歳代内科医	無	要件のハードルが高い	有り 50名	50名以上	必要	どちらともいえない	使用中	どちらともいえない
80歳代内科医	無	要件のハードルが高い	有り 30名	50名以上	必要	協力可	未使用	必要
70歳代内科医	準備中	要件のハードルが高い	有り	10~50名	必要	協力可	未使用	必要
50歳代医師	無	その他	無	無	どちらともいえない	どちらともいえない	未使用	必要

2) 福島県内の認知症疾患医療センターにおける医療情報連携ネットワークの利用状況

福島県内 11 カ所の認知症疾患医療センター中 9 カ所と福島県高齢福祉に対して、福島県で運用されているキビタン健康ネット³⁾を含めた医療情報の共有の状況と必要性について調べたところ、キビタン健康ネットは、認知症関連の医療情報連携に殆ど用いられていないことが分かった。

表 2. 福島県の認知症疾患医療センターにおける医療情報連携の実態調査

	IoTによる施設との診療情報共有	キビタンネットについて				連携のためのIoT環境整備の必要性
		知っている	登録している	使用している	役立っている	
福島県高齢福祉課	-	○	-	-	-	必要
基幹型センター	○	○	○	×	×	必要
A精神科病院(連携型)	×	○	○	×	×	必要
B総合病院(地域型)	○	○	○	○	○	必要
Cクリニック(連携型)	×	○	×	×	×	必要
D総合病院(地域型)(会津)	×	○	○	×	×	必要
E病院(地域型)	無回答	○	○	○	○	必要
F精神科病院(連携型)	×	○	×	×	×	必要
G精神科病院(地域型)	×	○	×	×	×	必要
H県立病院(連携型)(会津)	○	○	×	×	×	必要

3) 会津若松市民の認知症医療へのIoT利用の必要性についての調査

認知症における遠隔医療の必要性としては、2/3は必要と答えたが、不要あるいはどちらともいえないが1/3あり、必ずしも全員が希望している訳ではなかった。遠隔医療に対する種々の不安がある可能性も推察された。その点を明らかにするために、次に外来通院中の認知症患者とその家族に対するアンケート調査を実施した。

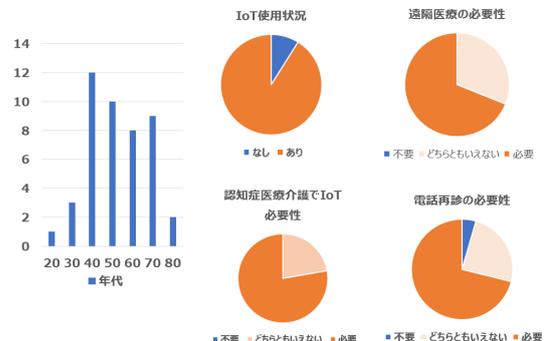


図 1. 会津若松市民(認知症講演会参加者)における認知症医療とIoTの意識調査

4) 外来通院中の認知症患者および介護者に対する認知症診療やケアに対するIoTのニーズについてアンケート調査

IoT導入を希望する群(39名:64.9±12.6歳)としない群(41名:69.5±11.8歳)において、患者の認知症重症度、神経心理検査得点、日常生活活動度、介護負担度等で有意差や傾向はなかった。一方、主介護者がインターネットまたはスマート

フォン/タブレットを使用している群はしていない群と比較して IoT 導入希望が有意に高かった ($p < 0.001$)。従って、IoT の普及推進のために、患者家族の IT リテラシー向上と導入プロセスの明確化が必要と考えられた。

表 3. 認知症外来患者におけるご家族の IoT 導入希望調査。対象の背景特徴

	IoT導入希望なし群 (n=41)	IoT導入希望あり群 (n=39)	
患者年齢 (歳)	80.1±6.9	79.5±8.2	ns
主たる介護者年齢 (歳)	69.5±11.8	64.9±12.6	ns
CDR	0.99±0.62	1.03±0.65	ns
CDR-SOB	5.68±3.87	5.85±3.81	ns
HDS-R	15.6±7.1	17.5±5.7	ns
MMSE	18.8±6.5	20.1±4.6	ns
NPI-10(0-120)	10.4±10.7	10.1±10.2	ns
NPI-10介護負担度(1-50)	4.3±6.5	4.0±5.5	ns
介護負担度 Zarit ₂₂	23.1±17.0	29.7±19.7	ns
通院時間 (分)			
通常	28.0±18.5	28.1±25.2	ns
冬期	37.1±24.5	40.2±32.2	ns

表 4. IoT 導入希望と IT リテラシーの関係

	IoT導入希望なし群 (n=41)	IoT導入希望あり群 (n=39)	χ^2 検定
介護者のインターネット使用	17/41(41.5%)	34/39(87.2%)	<0.001
患者本人のインターネット使用	4/41(9.8%)	9/39(23.1%)	ns
介護者のスマホ・タブレット使用	25/41(61.0%)	36/37(97.3%)	<0.001
患者本人のスマホ・タブレット使用	9/41(22.0%)	14/39(35.9%)	ns

D. 考察

会津地方でもとくに僻地が多く、豪雪地帯でもある南会津地区の医師会所属の認知症かかりつけ医においては、遠隔医療の必要性を認めており、医師自体が 60 歳以上とやや高齢ではあるが導入に積極的である。患者・医師のオンライン診療だけでなく、医師・医師間の認知症診断治療サポートを含めた遠隔医療体制構築も考慮すべきである。

認知症疾患医療センターにおける認知症の医療情報の共有や利用は、認知症支援体制構築において必要であるが、初期費用や利用できる情報へのアクセスなどに問題があり、改善が望まれる。他県における同様なシステムでは、うまく稼動しているシステムもあり^{4) 5)}、より適切なモデルの調査、研究が必要と思われる。

一般市民における認知症の遠隔医療や IoT 利用については、必ずしも全員が必要性を認めているわけではなく、個々のニーズに合わせた遠隔医療の提供と積極的でない理由について検討する必要がある。

実際に外来通院している患者さんと介護者に対するアンケート調査では、IoT 導入希望ありとなしほぼ半々であり、かならずしも遠隔医療などの利用に積極的ではなかった。その背景として、ネット環境、操作への不安といった IT リテラシーの問題があり、とくに老々看護の世帯では問題になる。一方で、遠隔医療に伴う個人情報の問題や、意思疎通への不安などがあると答える方々もあり、実際の遠隔医療にあたっては、十分にこれらの点を配慮して実施する必要があると思われた。

E. 結論と今後の課題

医師会、地元住民、外来患者を対象にして現状の調査を行い、遠隔医療や情報共有の要望が高いことを確認した。実践にあたっては、ネット環境や操作など IT リテラシーの問題があることが分かった。今後は、会津若松市と協力し、IBM の遠隔医療システム^{6) 7)}を認知症医療に応用し、その効果と問題点を検証していく予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

川勝 忍、石田義則、林 博史、羽金裕也、志賀哲也、錫谷研、宮川明美、小林直人、渋谷 譲. 福島県会津地方における認知症の遠隔医療・ケアの現状と課題. 老年精神医学雑誌 35:20-25, 2024

2. 学会発表

川勝 忍. オンライン診療と認知症. 会津オンライン診療研究会、2024年3月、会津

ーシウム事例のご紹介 ～人生 100 年時代に向けた臨床医療、自治体、民間企業の挑戦～. 筑波経済月報 2020 年 8 月号 ; 2-7 (2020).

7) 石田義則：地域医療におけるパーキンソン病への遠隔（オンライン）診療. BIO Clinica, 37(5): 428-432 (2022).

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

References

1) 厚生労働省：[オンライン診療研修実施概要 | 厚生労働省 / オンライン診療研修・緊急避妊薬の処方に対する研修 \(telemed-training.jp\)](#)

2) 厚生労働省：[参考資料9 地域医療情報連携ネットワークの状況 \(mhlw.go.jp\)](#)

3) [キビタン健康ネット | 一般社団法人福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 \(kibitan-k.net\)](#)

4) NEC：[地域医療連携ネットワークサービス ID-Link: NEC ネクサソリューションズ \(nec-nexs.com\)](#)

5) ちようかいネット：

<https://www.nihonkai-hos.jp/choukai-net/>

6) 石田義則, 太田 進: 遠隔診療を起点とした「業界」と「地域」の枠を超えたコンソ

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

石川県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

研究分担者 小野賢二郎 金沢大学医薬保健研究域医学系 脳神経内科学
研究協力者 篠原もえ子 金沢大学医薬保健研究域医学系 脳神経内科学
研究協力者 碓井 雄大 金沢大学医薬保健研究域医学系 脳神経内科学

研究要旨

わが国では都市部への人口集中と地方の過疎化が進展している。地方では過疎化の進展とともに人口の高齢化も進み、大きな医療・社会問題が生じている。アルツハイマー病をはじめとした認知症疾患は加齢とともに爆発的に増加する。過疎地域では高齢者のみの世帯も多く、認知症を患っていても医療機関への受診すら容易ではないケースも少なくない。そのような高齢者においても問題なく認知症医療が提供できる体制を構築することは喫緊の課題である。本研究では能登半島地震の影響も含め、石川県の過疎地域における認知症医療・ケアの現状について調査し、課題を抽出する。

A. 研究目的

石川県は人口 113 万人で、能登半島が日本海に突き出したような、南北に長い地形をしている。県内には能登北部、能登中部、石川中央、及び南加賀という 4 つの医療圏があるが、金沢市が位置する石川中央医療圏では、2020 年から 2025 年にかけてほぼ人口の増減はない一方で、他の 3 医療圏ではいずれも 4%以上の人口減が推計されており、特に能登北部医療圏では 13.05%もの人口減少が見込まれている。人口減少、高齢化と、南北に長い能登半島の地形の影響で、専門医不足は能登中部・北部医療圏で特に深刻となっている。本研究では石川県の過疎地域における認知症医療・ケアの現状について把握し、過疎地域の認知症医療・ケアの課題を抽出する。

B. 研究方法

1) 医療機関へのアンケート調査

2023 年 7 月に郵送法にて石川県内のへき地医療拠点病院 4 か所ならびに認知症患者医療センター 3 か所を対象に石川県の過疎地域での認知症診療の実態についてアンケート調査を実施した。

2) 能登半島地震の影響調査

2024 年 1 月 1 日に発生した能登半島地震の影響調査を能登中部・北部医療圏におけるへき地医療拠点病院を対象に電話調査を実施した。

（倫理面への配慮）

本研究に携わるすべての者は、人を対象とする全ての医学研究が準拠すべき「世界医師会ヘルシンキ宣言」及び「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」

(文部科学省・厚生労働省・経済産業省)の内容を熟読し理解した上で遵守し、研究を施行する。

C. 研究結果

1) へき地医療拠点病院

石川県内のへき地医療拠点病院 4 か所のうち、認知症疾患医療センターを併設している 1 病院はかなり、他の 3 病院とは異なった特色を有していた。そのため、以後は残り 3 つのへき地医療拠点病院のアンケート結果を中心にまとめた。

1 a) 病院規模

3 つのへき地医療拠点病院の病床数は 100~163 床、医師数は常勤換算で 14~18 名と、いずれも小規模の病院であった。

1 b) 認知症専門外来の有無

1 つのへき地医療拠点病院で 1 名の認知症サポート医(老年科・内科)によって月 1~3 回の認知症専門外来が実施されていた。残りの 2 つの病院では認知症専門外来は設置されていなかった。

認知症専門外来での問題点としては、認知症専門医がいないこと、認知症の病型診断に難渋する、認知症の行動・心理症状への対処に苦慮する、患者さんが病院から遠方に在住のため治療や対処に制限が出るといった意見があった。

1 c) 認知症ケアチームの有無

2 つのへき地医療拠点病院で、いずれも週 1 回のペースで認知症ケアチームが活動していた。担当医師は 1 名ないし 2 名、いずれも認知症サポート医(精神科・老年科・内科)であった。認知症ケアチームが担当する 1 カ月あたりの患者数は 2 病院とも 20 名未満であった。

認知症ケアチーム活動での問題点としては、担当医師の参加日程が少ないため、薬剤の選定や病状の評価が困難であること、及びスタッフや近隣医療機関との連携を深めるための研修会がマンパワー不足で十分できていないことが挙げられた。

2) 認知症疾患医療センター

石川県内の認知症疾患医療センターは精神科単科病院に併設されているセンターが 2 か所、総合病院の精神センターに併設されているのが 1 か所であった。併設されている医療機関の病床数(精神科病床)は 100~400 床、医師数は常勤換算で 5~13 名であった。

2 a) 認知症専門外来

専門外来の開設日はいずれの認知症疾患医療センターも週 3 回以上、担当医師数は 2~5 名であった。認知症専門医資格の種類としては日本老年精神医学会認定専門医が 3 病院合計で 4 名ともっとも多く、次いで日本認知症学会認定専門医 2 名という内訳であった。

1 カ月あたりの外来認知症患者数はいずれの認知症疾患医療センターにおいても 51 名以上だった。過疎地域在住の認知症患者数割合は、外来診療で 20%未満、51%以上のセンター 1 か所ずつで、認知症疾患医療センターの所在地によって過疎地域在住者の診療状況に違いがあった。

2 b) 認知症患者の入院診療

認知症疾患医療センターにおける入院診療をうけている認知症患者数は 20 名~50 名が 1 か所、残りの 2 か所では 51 名以上だった。そのうち、過疎地域在住者の割合は、1 か所のセンターでは 5%以下、もう一方では 20~50%であり、センターの所在地によ

って過疎地域在住者の診療状況に違いがあった。

2c) その他の取り組み

専門外来・入院以外の認知症医療・ケアに関する取り組みとして、認知症カフェの実施、地域包括支援センター、介護支援専門員、及びかかりつけ医との情報共有及び定期会議の実施が挙げられた。

3) 石川県の過疎地域における認知症医療・ケアの問題点

過疎地域在住高齢者の認知症医療・ケアの課題として、認知症関連専門医の不在・連携不足、高齢者のみの世帯（特に独居世帯）が多い、医療機関の受診自体が困難、進行期認知症段階での受診、内服管理や通院付き添い等の介助者の不在、自宅から通所できる施設・在宅サービス・退院後に入所できる施設・低所得者や生活保護受給者等の社会的弱者に対する受け入れ先の不足などが挙げられた。

4) 能登半島地震の影響調査結果

2024年1月1日に発生した能登半島地震による影響について、能登中部・北部医療圏のへき地医療拠点病院に電話調査を行ったところ、ライフラインの復旧遅延、患者の金沢市等への避難による転出、資源不足に伴う診療の制限、メディカルスタッフ・コメディカルスタッフの疲弊・離職、能登地域の中でも医療の受け入れに偏りがある、受け入れ先施設が不足しているといった実態が明らかとなった。

D. 考察

研究分担者らが行ったアンケート結果より、へき地医療拠点病院においては、認知症専門医との連携が認知症医療・ケアを適切

に推進するために必要な可能性が示唆された。また、過疎地域では交通手段がないため通院困難な高齢者が多いことや、施設サービス、在宅サービス及び入所できる施設が不足していることが明らかとなった。

2024年1月1日に発生した能登半島地震によって能登中部・北部医療圏のライフラインは寸断され3か月経過した2024年4月現在も水道などの復旧に時間がかかっている。

認知症高齢者数の将来推計によるとわが国では高齢化を背景に今後ますます認知症高齢者数が増加する。これらの過疎地域における認知症医療・ケアの課題を解決し、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせる地域の実現に貢献していきたい。

E. 結論と今後の課題

過疎地域では（能登半島地震以降は特に）交通手段がないため通院困難な高齢者が多いことや、施設サービス、在宅サービス及び入所できる施設が不足していることが明らかとなった。へき地医療拠点病院においては、認知症患者に対する介入が乏しい側面が目立ち、認知症専門医との連携が認知症医療・ケアを適切に推進するために必要な可能性が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Bun S, Suzuki K, Niimura H, Shikimoto R, Kida H, Shibata M, Honda T, Ohara T, Hata J, Nakaji S, Maeda T, Ono K, Nakashima K, Iga JI, Takebayashi M, Ninomiya T, Mimura M; JPSC-AD Study Group. Gender and age influence the

- association between gait speed and mild cognitive impairment in community-dwelling Japanese older adults: from the Japan Prospective Studies Collaboration for Ageing and Dementia (JPSC-AD). *Psychogeriatrics* 23:918-929, 2023
- 2) Hirabayashi N, Honda T, Hata J, Furuta Y, Shibata M, Ohara T, Tatewaki Y, Taki Y, Nakaji S, Maeda T, Ono K, Mimura M, Nakashima K, Iga JI, Takebayashi M, Ninomiya T; Japan Prospective Studies Collaboration for Aging and Dementia (JPSC-AD) Study. Association between frequency of social contact and brain atrophy in community-dwelling older people without dementia: The JPSC-AD Study. *Neurology* 101:e1108-e1117, 2023
 - 3) Ito N, Tsuji M, Adachi N, Nakamura S, Sarkar AK, Ikenaka K, Aguirre C, Kimura AM, Kiuchi Y, Mochizuki H, Teplow DB, Ono K. Extracellular high molecular weight α -synuclein oligomers induce cell death by disrupting the plasma membrane. *NPJ Parkinsons Dis* 9:139, 2023
 - 4) Ishibashi S, Nishiyama T, Makino T, Suzuki F, Shimada S, Tomari S, Imanari E, Higashi T, Fukumoto S, Kurata S, Mizuno Y, Morimoto T, Nakamichi H, Iida T, Ohashi K, Yamada A, Kimura T, Kuru Y, Sumi S, Tanaka Y, Ono K, Ichikawa H, DuPaul GJ, Kosaka H. Psychometrics of rating scales for externalizing disorders in Japanese outpatients: The ADHD-Rating Scale-5 and the Disruptive Behavior Disorders Rating Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 33:e2015, 2024
 - 5) Kainuma M, Kawakatsu S, Kim JD, Ouma S, Iritani O, Yamashita KI, Ohara T, Hirano S, Suda S, Hamano T, Hieda S, Yasui M, Yoshiiwa A, Shiota S, Hironishi M, Wada-Isoe K, Sasabayashi D, Yamasaki S, Murata M, Funakoshi K, Hayashi K, Shirafuji N, Sasaki H, Kajimoto Y, Mori Y, Suzuki M, Ito H, Ono K, Tsuboi Y. Metabolic changes in the plasma of mild Alzheimer's disease patients treated with Hachimijiogan. *Front Pharmacol* 14:1203349, 2023
 - 6) Kuroda T, Ono K, Honma M, Asano M, Mori Y, Futamura A, Yano S, Kanemoto M, Hieda S, Baba Y, Izumizaki M, Murakami H. Cerebral white matter lesions and regional blood flow are associated with reduced cognitive function in early-stage cognitive impairment. *Front Aging Neurosci* 15:1126618, 2023
 - 7) Momma Y, Tsuji M, Oguchi T, Ohashi H, Nohara T, Ito N, Yamamoto K, Nagata M, Kimura AM, Nakamura S, Kiuchi Y, Ono K. The curcumin derivative GT863 protects cell membranes in cytotoxicity by A β oligomers. *Int J Mol Sci* 24:3089, 2023
 - 8) Nakamura H, Noguchi-Shinohara M, Ishimiya-Jokaji M, Kobayashi Y, Isa M, Ide K, Kawano T, Kawashiri S, Uchida K, Tatewaki Y, Taki Y, Ohara T, Ninomiya T, Ono K. Brain atrophy in normal older adult links tooth loss and diet changes to future cognitive decline. *NPJ Aging* 10:20, 2024

- 9) Noguchi-Shinohara M, Hamaguchi T, Sakai K, Komatsu J, Iwasa K, Horimoto M, Nakamura H, Yamada M, Ono K. Effects of Melissa officinalis extract containing rosmarinic acid on cognition in older adults without dementia: a randomized controlled trial. *J Alzheimers Dis* 91:805-814, 2023
- 10) Noguchi-Shinohara M, Murakami H, Sakashita Y, Mori Y, Komatsu J, Muramatsu D, Hikishima S, Ono K. Plasma amyloid- β biomarkers are associated with Alzheimer's disease comorbidity in Lewy body disease. *Parkinsonism Relat Disord* 111:105445, 2023
- 11) Noguchi-Shinohara M, Ono K. The mechanisms of the roles of α -synuclein, amyloid- β , and tau protein in the Lewy body diseases: pathogenesis, early detection, and therapeutics. *Int J Mol Sci* 24:10215, 2023
- 12) Noguchi-Shinohara M, Yokoyama K, Komatsu J, Masuda K, Kouno M, Yoshita M, Ono K. Exercise program to reduce the risk of cognitive decline and physical frailty in older adults: study protocol for an open label double-arm clinical trial. *Front Aging Neurosci* 19:1162765, 2023
- 13) Sakai K, Noguchi-Shinohara M, Tanaka H, Ikeda T, Hamaguchi T, Kakita A, Yamada M, Ono K. Cerebrospinal fluid biomarkers and amyloid- β elimination from the brain in cerebral amyloid angiopathy-related inflammation. *J Alzheimers Dis* 91:1173-1183, 2023
- 14) Tachibana A, Iga JI, Ozaki T, Yoshida T, Yoshino Y, Shimizu H, Mori T, Furuta Y, Shibata M, Ohara T, Hata J, Taki Y, Mikami T, Maeda T, Ono K, Mimura M, Nakashima K, Takebayashi M, Ninomiya T, Ueno SI; JPSC-AD study group. Serum high-sensitivity C-reactive protein and dementia in a community-dwelling Japanese older population (JPSC-AD). *Sci Rep* 14:7374, 2024
- 15) Tachibana A, Iga JI, Tatewaki Y, Thyreau B, Chen H, Ozaki T, Yoshida T, Yoshino Y, Shimizu H, Mori T, Furuta Y, Shibata M, Ohara T, Hata J, Taki Y, Nakaji S, Maeda T, Ono K, Mimura M, Nakashima K, Takebayashi M, Ninomiya T, Ueno SI; JPSC-AD study group. Late-Life High Blood Pressure and Enlarged Perivascular Spaces in the Putaminal Regions of Community-Dwelling Japanese Older Persons. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 37:61-72, 2024
- 16) Watanabe-Nakayama T, Tsuji M, Umeda K, Oguchi T, Konno H, Noguchi-Shinohara M, Kiuchi Y, Kodera N, Teplow DB, Ono K. Structural dynamics of amyloid- β protofibrils and actions of anti-amyloid- β antibodies as observed by high-speed atomic force microscopy. *Nano Lett* 23:6259-6268, 2023
- 17) 小野賢二郎: アルツハイマー型認知症. *日本医事新報* 5210:35-36, 2024
- 18) 小野賢二郎: アルツハイマー病: 疾患修飾へのアプローチ. *北陸神経精神医学雑誌* 37:3-6, 2023
- 19) 小野賢二郎: アルツハイマー病に対する

- 新規治療薬－レカネマブ。 *Medical Practice* 41:644-645, 2024
- 20) 小野賢二郎:アルツハイマー病の診断と治療。 *日本内科学会雑誌* 112:1764-1770, 2023
- 21) 小野賢二郎:タンパク質構造と凝集にもとづく神経変性疾患の新たな理解。 *実験医学(増刊:いま新薬で加速する 神経変性疾患研究 異常タンパク質の構造、凝集のしくみから根本治療の真の標的に迫る)* 41:1856-1861, 2023
- 22) 小野賢二郎:バイオマーカーや疾患修飾療法の標的としての A β 。 *実験医学(増刊:いま新薬で加速する 神経変性疾患研究 異常タンパク質の構造、凝集のしくみから根本治療の真の標的に迫る)* 41:1907-1913, 2023
- 23) 小野賢二郎:レカネマブ。 *Current Therapy* 2024 42:243, 2024
- 24) 小野賢二郎:認知症の診断と治療－Alzheimer 病を中心に－。 *神経治療学* 40:233-236, 2023
- 25) 篠原もえ子、碓井雄大、小野賢二郎:石川県の過疎地域における認知症医療・ケアの現状と展望。 *老年精神医学雑誌* 35:38-46, 2024
- 26) 篠原もえ子、小野賢二郎:ロスマリン酸含有レモンバーム抽出物の抗 Alzheimer 病効果に関する臨床試験。 *神経治療学* 40:401-406, 2023
- 27) 篠原もえ子、小野賢二郎:食事、栄養と認知症。 *最新精神医学* 28:317-323, 2023
- 28) 篠原もえ子、小野賢二郎:石川県における認知症疫学研究－石川健康長寿プロジェクトから見えた課題。 *実験医学(増刊:いま新薬で加速する 神経変性疾患研究 異常タンパク質の構造、凝集のしくみから根本治療の真の標的に迫る)* 41:195-200, 2023
- 29) 篠原もえ子、小野賢二郎:認知機能障害レベルと排尿動作障害の関係。 *日本老年泌尿器科学会雑誌* 36:33-37, 2023
- 30) 篠原もえ子、小野賢二郎:認知症と未病。 *脳神経内科* 100:78-83, 2024
- 31) 中野博人、小野賢二郎:認知症。 *薬事* 66:727-731, 2024
- 32) 野崎一朗、小野賢二郎:血管性認知症または血管性軽度認知障害。 *老年精神医学雑誌* 34:559-566, 2023
- 33) 稗田宗太郎、小野賢二郎:ミスフォールディング病に対する抗体医薬の現状－Alzheimer 病・Parkinson 病を中心に。 *実験医学(増刊:いま新薬で加速する 神経変性疾患研究 異常タンパク質の構造、凝集のしくみから根本治療の真の標的に迫る)* 41:1996-2003, 2023
- 34) 小野賢二郎:アルツハイマー病。 福井次矢、高木 誠、小室一成(総編)今日の治療指針 2023 年版、医学書院、東京、pp 946-947, 2023
- 35) 坂下泰浩、小野賢二郎:治療標的としての α -シヌクレイン。 鈴木則宏、荒木信夫、宇川義一、桑原 聡、塩川芳昭(編) *Annual Review 神経* 2023、中外医学社、東京、pp94-101, 2023
- 36) 篠原もえ子、小野賢二郎:認知症。 矢富裕、山田俊幸(監)下澤達雄、佐藤健夫、松井啓隆、長尾美紀(編)今日の臨床検査 2023-2024、南江堂、東京、pp38, 2023
- 37) 杉本あずさ、小野賢二郎:Lewy 小体型認知症。 藤村昭夫(監)藤本 茂(編)神

- 経診療がわかる現場の教科書 診るロジックと薬の使い方、じほう、東京、pp122-129, 2023
- 38) 中野博人、小野賢二郎:アミロイド関連画像異常 (ARIA)。鈴木則宏、荒木信夫、宇川義一、桑原 聡、塩川芳昭 (編) Annual Review 神経 2024、中外医学社、東京、pp84-88, 2024
- 39) 稗田宗太郎、小野賢二郎:Alzheimer 型認知症。藤村昭夫 (監) 藤本 茂 (編) 神経診療がわかる現場の教科書 診るロジックと薬の使い方、じほう、東京、pp110-120, 2023
2. 学会発表
- 1) 小野賢二郎:アルツハイマー型認知症の診断と治療。第 120 回日本内科学会総会・講演会、東京、2023.4.14-16
- 2) 小野賢二郎:アルツハイマー型認知症の根本的治療への展望。第 31 回日本医学会総会 2023 東京、東京、2023.4.21-23
- 3) 小野賢二郎:アルツハイマー病の疾患修飾療法の現状と展望。第 31 回日本医学会総会 2023 東京、東京、2023.4.21-23
- 4) 小野賢二郎:アミロイド研究から見てきたアルツハイマー病の病態解明。第 64 回日本神経学会学術大会 (学会共催ランチョンセミナー)、千葉、2023.5.31-6.3
- 5) 小野賢二郎:認知症:診断と治療の最前線。第 64 回日本神経学会学術大会、千葉、2023.5.31-6.3
- 6) Shinohara M, Hamaguchi T, Sakai K, Komatsu J, Iwasa K, Horimoto M, Nakamura H, Yamada M, Ono K. Effects of Melissa officinalis Extract on cognition in older adults. 第 64 回日本神経学会学術大会、東京、2023.5.31-6.3
- 7) 篠原もえ子、小野賢二郎:コホート研究から見てきた新たな認知症病態:石川健康長寿プロジェクト。第 64 回日本神経学会学術大会、千葉、2023.5.31-6.3
- 8) 柴田修太郎、篠原もえ子、小松潤史、島綾乃、坂下泰浩、村松大輝、疋島貞雄、小野賢二郎:健常高齢者における緑茶摂取量と大脳白質病変の関連。第 64 回日本神経学会学術大会、千葉、2023.5.31-6.3
- 9) 島 綾乃、篠原もえ子、小松潤史、柴田修太郎、坂下泰浩、村松大輝、疋島貞雄、ティローバンジャマン、館脇康子、瀧 靖之、二宮利治、小野賢二郎:海馬垂領域の糖尿病に対する脆弱性。第 64 回日本神経学会学術大会、千葉、2023.5.31-6.3
- 10) 森 誠、篠原もえ子、小松潤史、柴田修太郎、島 綾乃、坂下泰浩、村松大輝、疋島貞雄、小野賢二郎:高齢者における低アルブミン血症と大脳白質病変との関連。第 64 回日本神経学会学術大会、千葉、2023.5.31-6.3
- 11) 篠原もえ子、小野賢二郎:身体的フレイル及び食品・栄養と脳萎縮・大脳白質病変との関連。第 119 回日本精神神経学会学術総会、横浜、2023.6.22-24
- 12) 篠原もえ子、小野賢二郎:MEG での視覚タスクによるアルツハイマー病の検出。第 32 回日本脳ドック学会総会、盛岡、2023.6.23-24
- 13) 小野賢二郎:アルツハイマー型認知症の根本的治療への展望。日本神経学会 2023 年度医学生・研修医のための脳神経内科サマーキャンプ、弘前、2023.7.1-2
- 14) 小野賢二郎:アルツハイマー病の疾患修飾療法。第 64 回日本神経病理学会総会

- 学術研究会／第 66 回日本神経化学学会大会、神戸、2023.7.6-8
- 15) 小野賢二郎:アルツハイマー病の病態からアプローチを再考する。第 64 回日本神経病理学会総会学術研究会／第 66 回日本神経化学学会大会(学会共催ランチョンセミナー)、神戸、2023.7.6-8
- 16) 小野賢二郎:異種アミロイド間の相互干渉効果。第 64 回日本神経病理学会総会学術研究会／第 66 回日本神経化学学会大会、神戸、2023.7.6-8
- 17) 篠原もえ子、村上秀友、坂下泰浩、森友紀子、小松潤史、村松大輝、疋島貞雄、小野賢二郎:血液アミロイドマーカによるアルツハイマー病理合併レビー小体病の検出。第 64 回日本神経病理学会総会学術研究会／第 66 回日本神経化学学会大会、神戸、2023.7.6-8
- 18) 村松大輝、小野賢二郎:タウオパチーの疾患修飾療法。第 64 回日本神経病理学会総会学術研究会／第 66 回日本神経化学学会大会、神戸、2023.7.6-8
- 19) 小野賢二郎:アルツハイマー病:最新の話。第 28 回認知神経科学学会学術集会(学会共催ランチョンセミナー)、札幌、2023.7.15-16
- 20) 篠原もえ子、村上秀友、坂下泰浩、森友紀子、小松潤史、村松大輝、疋島貞雄、小野賢二郎:血液によるアルツハイマー病理合併レビー小体病の検出。第 17 回パーキンソン病・運動障害疾患コンgres、大阪、2023.7.20-22
- 21) 篠原もえ子、柴田修太郎、島 綾乃、碓井雄大、小松潤史、小野賢二郎:地域高齢者における大脳白質病変に影響する因子及び将来の認知機能との関連。第 13 回日本脳血管・認知症学会総会、東京、2023.8.5
- 22) 篠原もえ子、小野賢二郎:脳画像と生活習慣病との関連。第 13 回日本脳血管・認知症学会総会、東京、2023.8.5
- 23) 柴田修太郎、篠原もえ子、小松潤史、島綾乃、碓井雄大、小野賢二郎:健常高齢者における緑茶摂取量と大脳白質病変の関連。第 13 回日本脳血管・認知症学会総会、東京、2023.8.5
- 24) 中野博人、浜口 毅、池田篤平、中山隆宏、小野賢二郎、山田正仁:アミロイド β 凝集体におけるシーディング活性の不活化に関する in vitro 研究。第 13 回日本脳血管・認知症学会総会、東京、2023.8.5
- 25) 小野賢二郎:アミロイド β に焦点を当てたアルツハイマー病の疾患修飾療法へのアプローチ。第 53 回日本神経精神薬理学会、東京、2023.9.7-9
- 26) 小野賢二郎:アルツハイマー病の疾患修飾薬の現状と展望。第 12 回日本認知症予防学会学術集会、新潟、2023.9.15-17
- 27) 小野賢二郎:アルツハイマー病治療戦略のフロントライン:アミロイド β 抗体療法。第 12 回日本認知症予防学会学術集会、新潟、2023.9.15-17
- 28) 篠原もえ子、横山邦彦、小松潤史、増田和実、河野光伸、吉田光宏、小野賢二郎:地域高齢者における運動習慣定着の認知症予防効果検証。第 12 回日本認知症予防学会学術集会、新潟、2023.9.15-17
- 29) 篠原もえ子、小野賢二郎:食品・栄養による認知症予防。第 12 回日本認知症予防学会学術集会、新潟、2023.9.15-17
- 30) 小野賢二郎:アルツハイマー病治療研究

- の進歩。日本認知症予防学会第13回専門医教育セミナー、新潟、2023.9.16
- 31) 小野賢二郎:アルツハイマー病の疾患修飾療法の現状と展望。日本神経学会難治性神経疾患基礎研究支援事業シンポジウム、新潟、2023.10.2
- 32) 小野賢二郎:A β プロトフィブリルとアルツハイマー病。日本神経学会難治性神経疾患基礎研究支援事業シンポジウム 脳神経内科ウェブセミナー、WEB、2023.10.9
- 33) 小野賢二郎:パーキンソン病:疾患修飾へのアプローチ。第27回日本神経感染症学会総会・学術大会(学会共催アフタヌーンセミナー)、横浜、2023.10.13
- 34) 小野賢二郎:アルツハイマー病疾患修飾薬の最新情報。第38回日本老年精神医学会秋季大会、東京、2023.10.14
- 35) 小野賢二郎:アルツハイマー病疾患修飾療法の現状と展望。第149回日本薬理学会関東部会、東京、2023.10.14
- 36) 小野賢二郎:アルツハイマー病の診断と治療の最前線。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 37) 小野賢二郎:抗 A β 抗体レケンビによるアルツハイマー病の新たな治療戦略。第41回日本神経治療学会学術集会(学会共催ランチョンセミナー)、東京、2023.11.3-5
- 38) 小野賢二郎:抗 A β 抗体療法の機序と展望。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 39) 小野賢二郎:抗アミロイド療法の実状と未来。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 40) 小野賢二郎:認知機能障害を伴うレビー
- 小体病を体液バイオマーカーから考える。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 41) 小野賢二郎:認知症の診断と治療ーアルツハイマー病を中心にー。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 42) 小野賢二郎: α シヌクレイン凝集と治療的アプローチ。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 43) 篠原もえ子、横山邦彦、小松潤史、増田和実、河野光伸、吉田光宏、小野賢二郎:高齢者における運動習慣獲得の認知症機能低下抑制効果の検証。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 44) 篠原もえ子、小野賢二郎:食品・栄養による認知症予防:石川県中島町研究。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 45) 篠原もえ子、小野賢二郎:生活介入(食事・運動)の観点から。第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 46) Nakano H, Hamaguchi T, Ikeda T, Watanabe-Nakayama T, Ono K, Yamada M. Effects of inactivation procedures for seeding activity of amyloid β -protein aggregates. 第41回日本神経治療学会学術集会、東京、2023.11.3-5
- 47) 小野賢二郎:アミロイドに焦点をあてた疾患修飾へのアプローチ。第63回日本核医学会学術総会/第43回日本核医学技術学会総会学術大会(学会共催ランチョンセミナー)、大阪、2023.11.16-18
- 48) 小野賢二郎、中山隆宏、辻まゆみ、梅田健一、小口達敬、紺野宏記、篠原もえ子、

- 木内祐二、古寺哲幸、David B.Teplow: 高速原子間力顕微鏡を用いた A β プロトフィブリルの構造動態とレカネマブの作用。第 42 回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 49) 小野賢二郎: A β 凝集体の毒性とその制御。第 42 回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 50) 小野賢二郎: アルツハイマー病の疾患修飾療法へのアプローチ。第 42 回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 51) 小野賢二郎: アルツハイマー病病態における蛋白凝集体の病的意義を考える。第 42 回日本認知症学会学術大会(学会共催ランチョンセミナー)、奈良、2023.11.24-26
- 52) 小野賢二郎: シヌクレイノパチーの疾患修飾療法へのアプローチ。第 42 回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 53) 小野賢二郎: プロトフィブリルと神経変性疾患。第 42 回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 54) 小野賢二郎: 高速原子間力顕微鏡(高速 AFM)を用いたアプローチ。第 42 回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 55) 篠原もえ子、横山邦彦、小松潤史、増田和実、河野光伸、吉田光宏、小野賢二郎: 運動習慣定着の認知症予防効果を検証する。第 42 回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 56) 篠原もえ子、小野賢二郎: 生活習慣・生活習慣病と脳画像との関連: 中島町研究。第 42 回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 57) 篠原もえ子、小野賢二郎: 体液バイオマーカーからみた Alzheimer 病理合併 Lewy 小体病。第 42 回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 58) 篠原もえ子、村上英友、坂下泰造、森友紀子、小松潤史、村松大輝、疋島貞雄、小野賢二郎: 血液によるアルツハイマー病理合併レビー小体病の検出。第 42 回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 59) 中野博人、森 誠、疋島貞雄、南川靖太、村松大輝、坂下泰造、小野賢二郎: Nobiletin のアミロイド β 凝集抑制効果の検証。第 42 回日本認知症学会学術大会、奈良、2023.11.24-26
- 60) 小野賢二郎: アルツハイマー病の診断と治療ーてんかんと関連も含めてー。第 53 回日本臨床神経生理学会学術大会/第 60 回日本臨床神経生理学会技術講習会(学会共催ランチョンセミナー)、福岡、2023.11.30-12.2
- 61) Ono K, Nakayama T, Tsuji M, Umeda K, Oguchi T, Konno H, Shinohara M, Kiuchi Y, Kodera N, Teplow DB. Structural dynamics of amyloid- β protofibrils and action of lecanemab as observed by high-speed atomic force microscopy. CTAD2023(16th Clinical Trials On Alzheimer's Disease), Boston, October 24-27, 2023
- 62) Shinohara M, Ono K. Effects of Melissa officinalis extract containing rosmarinic acid for Alzheimer's disease in human. CTAD2023(16th Clinical Trials On Alzheimer's Disease), Boston, October 24-

27, 2023

- 63) Noguchi-Shinohara M, Murakami H, Sakashita Y, Mori Y, Komatsu J, Muramatsu D, Hikishima S, Ono K. Plasma Amyloid- β Biomarkers Distinguish Co-Morbid Alzheimer's Disease Pathology In Patients With Lewy Body Disease. AD/PD™ 2024 Alzheimer's & Parkinson's Diseases, Lisbon, March 5-9, 2024
- 64) Ono K, Pasinetti GM. Role of gut microbiota-derived metabolites in neurodegenerative disorders involving protein misfolding: implication in lewy body disease patients. AD/PD™ 2024 Alzheimer's & Parkinson's Diseases, Lisbon, March 5-9, 2024
- 65) Ono K, Watanabe-Nakayama T. Structural Dynamics of Amyloid- β Protofibrils And Action Of Lecanemab As Observed By High-Speed Atomic Force Microscopy. AD/PD™ 2024 Alzheimer's & Parkinson's Diseases, Lisbon, March 5-9, 2024

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

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

三重県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

研究分担者 新堂晃大 三重大学大学院医学系研究科神経病態内科学

研究要旨

三重県の医師不足地域では認知症専門医受診のハードルが高く、受診そのものの必要性判断が困難なことがある。2014年度より三重県では認知症疑い患者の相談として、三重県医師会と共同でITスクリーニングを行い、僻地を中心に遠隔でのスクリーニングを開始した。2023年度は、地域における認知症専門人材の現状を評価している。三重県の医師不足地域における認知症のITスクリーニングでは地域の医療機関と連携し7名のスクリーニングを実施した。さらに、離島での認知症に関する勉強会を実施した。また医師不足地域における、認知症予防に対する取り組みについて現地調査を行っている。

A. 研究目的

三重県の医師不足地域では認知症専門医受診のハードルが高く、受診そのものの必要性判断が困難なことがある。2014年度より三重県では認知症疑い患者の相談として、三重県医師会と共同でITスクリーニングを行い、僻地を中心に遠隔でのスクリーニングを行っている。さらに地域における認知症診療のニーズを把握するため、地域での勉強会、さらに実地調査を行うこととした。

B. 研究方法

三重県における医師不足地域において、ITスクリーニングを実施した。また東紀州地域の紀南病院、伊勢志摩地区の鳥羽市立神島診療所および南伊勢町大方竈生活改善センターを訪問し、認知症診療、認知症

予防などのニーズや問題点に関する聞き取り調査を行った。また神島診療所では他の離島とZOOM接続し症例検討を行った。

（倫理面への配慮）

三重大学医学系倫理審査委員会の承認を得て実施し（承認番号H2019-114）、さらに個人情報保護には細心の注意を払った。

C. 研究結果

三重県の医師不足地域における認知症のITスクリーニングでは地域の医療機関と連携しスクリーニングを実施した。三重県東紀州地区は紀南病院と、そして伊賀上野地区は上野病院、名張市立病院と連携している。令和5年度は紀南病院4例、上野病院2例、名張市立病院8例で合計14例実施し、うち5例が専門医療機関の受診を推奨、9例が経過観察と報告している。

また、三重県鳥羽市神島において認知症に関する勉強会を実施し、さらに離島間を ZOOM 接続した症例検討の実施をしている。また医師不足地域における認知症診療そして予防に対する取り組みについて 8 月は紀南病院、10 月は鳥羽市立 神島診療所、12 月には南伊勢町大方竈生活改善センターで介護予防教室の現地調査を行っている。これらの現地調査から、遠隔地における認知症予防プログラムの相談があった。また医師不足地域でパーキンソン病に対し深部刺激療法 (DBS) を実施した患者が高齢になり認知症を伴った症例に関する治療の相談を行った。

D. 考察

医師不足地域では専門医そのものの不足のほか、受診におけるアクセスの問題、さらには認知症予防教室のような一般高齢者がアクセスしやすい活動など様々なニーズがあることが判明した。さらに近年様々な治療がパーキンソン病に対して行われるようになったが、深部刺激療法 DBS を行っ
てから高齢化した症例では特に認知機能低下のみならず ADL 低下もあるため専門医受診が困難になっていることも判明した。

専門医受診につなげるにあたり、三重県では以前から遠隔 IT スクリーニングを行っており、これを引き続き実施していく必要がある。さらに認知症予防教室に関しては内容の工夫などもされているが、よりエビデンスのあるものを求められていたため三重大学で実施しているプログラムの普及も重要と考えた。

E. 結論と今後の課題

今回明らかになった課題に対して、IT スクリーニング事業は引き続き実施し、さらには予防教室の普及、DBS 後患者の遠隔診療などを実施していくことが課題として挙げられる。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

新堂晃大、及川伸二、富本秀和. 対象が脳アミロイド血管症を有するかを判定するための方法、組成物およびキット、特願 2023-146818 三重大学 出願年月日令和 5 年 9 月 11 日

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

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

広島県の僻地における認知症支援体制構築に関する研究

研究分担者 石井伸弥 広島大学大学院医系科学研究科共生社会医学講座寄附講座 教授

研究要旨

広島県の中山間地・離島部における認知症地域医療の実態を明らかにするための民生委員を対象とした調査票調査およびインタビュー調査（研究1）、認知症支援体制構築に資する取組として、介護支援専門員の認知症ケアマネジメントの質の向上に向けたオンライン研修プログラムの開発（研究2）を行った。本研究から民生委員が地域における認知症の人の生活を支えるために重要な役割を果たしており、さらに地域の特性に応じて多様な支援を行っていること、また、介護支援専門員の研修ニーズとして認知症があり、ケアマネジメントの向上として認知症に関する研修が有効であることが明らかとなった。

A. 研究目的

本研究においては、研究1. 広島県の中山間地・離島における認知症地域医療の実態を明らかにするための民生委員を対象とした調査票調査およびインタビュー調査 研究2. 認知症支援体制構築に資する取組として、介護支援専門員の認知症ケアマネジメント質の向上に向けたオンライン研修プログラムの開発を行った。

B. 研究方法

研究1. 民生委員が果たしている認知症の人が地域で過ごす上で果たしている役割を明らかにするため都市部と、中山間地・離島部の民生委員を対象として調査票調査を実施した。都市部として広島市中区、東区、南区、西区を含め、中山間地・離島には中山間地域として指定されている安芸太

田町、北広島町、大崎上島町、世羅町、神石高原町、江田島市、庄原市、三次市、府中市を含めた。調査方法は、自記式質問紙を都市部 1582 名、中山間地・離島部 969 名の民生委員に対して郵送した。調査票の発送にあたっては、広島県民生委員児童委員協議会および広島市民生委員児童委員協議会の協力を得た。

調査票調査実施後に、同意の得られた民生委員を対象として対面式半構造化面接を実施した。

研究2. 認知症支援体制構築に資する取組として、介護支援専門員の認知症ケアマネジメントの質の向上のため、一連の研修プログラムを広島県介護支援専門員協会と実施した。実施形式はオンライン（zoom）であり、それぞれ医師、看護師による講義とグループワークで構成した。対象は主任

ケアマネである。各研修のテーマは先行的に実施した研修でのアンケート結果および広島県介護支援専門員協会との検討で決定した。研修の効果を検証するため、研修実施直前、直後、3ヶ月後に認知症高齢者に対するケアマネジメント実践自己評価尺度¹⁾を実施した。

(倫理面への配慮)

本研究は、広島大学倫理審査委員会の許可を得て実施した。

C. 研究結果

研究1. 市部では1205名の民生委員から回答が得られた(回答率76.2%)。一方、中山間地・離島部では719名の民生委員から回答が得られた(回答率74.2%)。

民生委員として行う支援では都市部と中山間地・離島部いずれにおいても見守り・安否確認が最も多く、次いで話し相手だった。都市部と中山間地・離島部を比較したところ、都市部では地域交流活動の支援、認知症の人や家族と関係機関(市や包括支援センター)の連絡の手助け、交流会や食事会の支援が多かった。一方、中山間地・離島部では、話し相手、食材配達・配食の手伝い、服薬確認、外出支援、通院の付き添いなど日常生活支援が多く、それ以外に緊急通報システム等への協力、介護保険や日常生活自立支援事業などの情報提供、災害時支援などが多かった。

認知機能の低下が疑われる人や認知症の人の世帯の福祉課題では、双方とも家族が遠方、孤独・孤立、近隣トラブル、徘徊が多かった。都市部の方で特に多かったのは徘徊や近隣トラブルであった一方、中山間地・離島部の方で多かったのは、家族が遠方、外出

困難、経済的困窮、孤独・孤立であった。地域住民が認知症を発症した場合、どのように過ごすのが適切と考えるかという質問には、「認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活する」の項目では都市部の割合が高く、「認知症になると、身の回りのことができなくなり、生活が困難になったり安全が確保できなくなったり、周囲に迷惑をかけるので、なるべく早く介護施設に入る」という項目は中山間地・離島部の方が多かった。

インタビュー調査として都市部12名、中山間地・離島部11名の民生委員を対象として対面式半構造化面接を実施した。結果は現在解析中である。

研究2. 主任介護支援専門員を対象とした研修会をオンラインで2回にわたって開催した。

1回目のテーマは「認知症と間違われやすい精神疾患」であり、2回目は「せん妄」とした。1回目の研修(令和5年12月22日)には37名、2回目の研修(令和6年1月19日)には29名が参加した。

いずれの研修においても、研修後のアンケート結果では研修前と比較して認知症のケアマネジメントを困難と感じる頻度(「いつも困難と感じる」「ときどき困難と感じる」の合計)が減少しており、さらに学習テーマに関して自信がない(「自信がない」「自信があまりない」の合計)と感じた参加者の割合が減少していた。認知症高齢者に対するケアマネジメント実践自己評価尺度では、研修後にはいずれの尺度に含まれる4因子すべて(「パーソン・センタード・ケア」「疾患特性、治療やケアへの理解」「認知症の人へ

の理解と特性に応じたケアマネジメント」
「認知症の人を取り巻く地域資源の活用」
において得点が向上していた。

D. 考察

民生委員を対象とした調査票調査からは、
認知症の人が地域で生活するにあたって民
生委員が重要な役割を果たしていること、
認知症の人に対して民生委員が行っている
支援や認識している課題では共通している
ものもある一方、地域の特性を反映した多
様なものとなっていることが明らかになっ
た。

また、介護支援専門員を対象とした研修プ
ログラムの開発では、認知症の人の課題、特
に医療上の課題に対して介護支援専門員の
多くが対応に苦慮して自信がないと感じて
いること、オンラインの研修によって自信
があると感じられる割合が増えると共に、
自己評価も向上することが示された。これ
らの知見から、介護支援専門員においては、
認知症に関してオンラインでの研修を行う
有用性が示唆された。

E. 結論と今後の課題

本研究から民生委員が地域における認知症
の人の生活を支えるために重要な役割を果
たしており、さらに地域の特性に応じて多
様な支援を行っていること、また、介護支援
専門員の研修ニーズとして認知症があり、
ケアマネジメントの向上として認知症に関
する研修が有効であることが明らかとなっ
た。

今後は、民生委員を対象とした調査票調査
の追加解析、インタビュー調査の結果解析
を行って各地域における民生委員の役割お

よび認知症の人の支援ニーズについて検討
すると共に、介護支援専門員を対象とした
研修プログラムについても引き続き多様な
テーマに関して実施していく予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

石井伸弥(2024). 特集 過疎化が進展する離
島・中山間地域の認知症支援. 広島県の中
山間地・離島部の認知症医療介護提供体制
老年精神医学雑誌 35 (1) 54-58, 2024.

2. 学会発表

河村敦子, 日笠晴香, 加澤佳奈, 新庄圭二,
石井伸弥: 山間部や離島における認知症地
域支援システムの確立を目指した民生委員
対象調査. 第42回日本認知症学会学術集会
2023年11月24-26日. 奈良.

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

References

1) Kazawa K, Mochizuki M, Ochikubo H,
Ishii S. Development, reliability, and
validity of a self-assessment scale for
dementia care management.
Psychogeriatrics 23(2):345-353. 2023

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

オンラインを用いた介護専門職の人材育成に関する研究

研究分担者 滝口優子 認知症介護研究・研修東京センター 研修企画主幹

研究要旨

【目的】本研究の目的は、過疎関連地域と非過疎関連地域における介護専門職のOff-JTの実態を明らかにすることにある。

【方法】研究1：全国67都道府県・指定都市及び研修実施機関のホームページに掲載された2023年度の研修開催要項・実施要項を収集し、認知症介護実践研修におけるオンラインの活用状況を把握した。研究2：認知症介護研究・研修東京センターにおいて実施した認知症介護指導者養成研修修了者940名を対象に郵送法による質問紙調査を実施し、認知症介護に関するOff-JT及びオンライン研修を受講するために必要な環境の整備状況を把握した。研究3：過疎関連地域に所在する特定の介護保険施設・事業所の介護専門職を対象にヒアリング調査を行い、職場外で行われた研修の受講状況及びオンライン研修の受講に必要な環境の整備状況、介護専門職が感じている認知症介護実践における課題を把握した。

【結果】研究1：2023年度の認知症介護実践者研修では32地域（47.8%）、認知症介護実践リーダー研修では23地域（34.3%）がオンラインを活用していた。研究2：介護保険施設・事業所における職場外の研修は、過疎関連地域では70.8%、非過疎関連地域では59.8%で実施されており、そのうち集合研修は過疎関連地域では55.7%、非過疎関連地域では51.5%、オンライン研修は過疎関連地域では39.3%、非過疎関連地域では47.8%で実施されていた。研究3：過疎関連地域から集合研修を受講する介護専門職が負担に感じることは「受講したい研修が開催される会場までの移動」「受講にかかる費用」「留守中の家族の心配」であり、オンライン研修は「移動時間と旅費が削減できる」という利点があるが、実際に受講した経験を持つ者は「オンラインシステム上のタイムラグ」「少人数のグループに分かれて話し合いをする際の発言」「他の受講者との関係づくり」「講師に対する質問」「実技の学習」「眠気や集中力の低下」に難しさを感じていた。また、介護専門職は日々の実践において、「認知症の人が繰り返す言動への対応」「介護職・看護職間の連携」「指導的立場にある職員としての役割」「他の職員と考え方に違いがあるときの解決方法」「話し合っただけで決めたことが実行されない」「よい雰囲気でも気持ちよく働けない人間関係」を課題としていた。

【考察】認知症介護指導者が勤務している介護保険施設・事業所においては、過疎関連

地域であっても非過疎関連地域に劣らず集合研修を受講していることが明らかにされたが、一方、過疎関連地域から集合研修を受講する介護専門職は、「受講したい研修が開催される会場までの移動」「受講にかかる費用」「留守中の家族の心配」について負担を感じている。オンライン研修は「移動時間と旅費が削減できる」という利点があるが、「オンラインシステム上のタイムラグ」「少人数のグループに分かれて話し合いをする際の発言」「他の受講者との関係づくり」「講師に対する質問」「実技の学習」「眠気や集中力の低下」に課題があり、介護専門職の日々の実践においても複数の課題に直面していることが可視化された。

【結論】これらの課題の解決に向けた研修がオンラインを活用しながら企画・実施されると、過疎関連地域の介護専門職が提供するサービスの質を高めることにつながると考えられる。

A. 研究目的

人材育成においては、OJT（現場での実務を通して行う教育）を中心としながらも、Off-JT（現場を一時的に離れて行う研修）を計画的に実施することで、実務で得た経験の整理・体系化を図ることができる。

しかし、介護サービス事業者からは、職員に研修を受けさせたくても人手不足で研修を受けさせるだけの余力がない、研修会場までの移動時間や交通費・宿泊費などの負担が大きいといった声が聞かれ、Off-JTが積極的に実施されているとは言い難い。

介護専門職が、所属施設・事業所の職員数や所在地にかかわらず Off-JT の機会を得て、必要とされる知識・技術を身につけることができると、提供するサービスの質を高めることにつながると考えられる。

一方、新型コロナウイルス感染症の流行により社会全体のデジタル化が進展し、介護分野においてもオンラインの活用が進んでいる。

そこで、本研究では、人口減少率が高く高齢化が進展しており医療や介護などのサー

ビスを提供する事業所が不足している過疎関連地域と非過疎関連地域における介護専門職の Off-JT の実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

研究1. 認知症介護実践研修におけるオンラインの活用状況に関する情報収集

認知症介護実践研修（認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修）におけるオンラインの活用状況を把握することを目的として、全国 67 都道府県・指定都市及び研修実施機関のホームページに掲載された 2023 年度の研修開催要項・実施要項を収集し、実施形式を集計した。

研究2. 介護専門職の Off-JT に関する質問紙調査

認知症介護指導者が勤務している介護保険施設・事業所の職員が受講した認知症介護に関する Off-JT 及びオンライン研修を受講するために必要な環境の整備状況を把握することを目的として、郵送による質問紙調査を行った。

調査の対象者は、認知症介護研究・研修東京センターにおいて実施した認知症介護指導者養成研修を2023年10月31日までに修了した者1,036名のうち、当センターが連絡先住所を把握している940名とした。

調査期間は2023年11月から2023年12月までとした。

調査票では、2023年11月1日の時点での介護保険施設・事業所への勤務の有無、勤務していた場合その所在地、名称、サービス種別、職員数、職員が2022年度に受講した認知症介護に関する研修の有無、有った場合その名称、形式、主な内容、会場までの移動手段と移動時間、オンライン研修の受講に必要な環境の整備状況について尋ねた。

研究3. 介護専門職のOff-JTに関するヒアリング調査

職場外で行われた研修の受講状況及びオンライン研修の受講に必要な環境の整備状況、介護専門職が感じている認知症介護実践における課題を把握することを目的として、過疎関連地域に所在する特定の介護保険施設・事業所の介護専門職に対するヒアリング調査を行った。

調査は2024年1月及び2月に実施した。

調査の対象者は、機縁法により協力が得られた社会福祉法人（大分県日田市1法人、長崎県五島市2法人）が運営する介護保険

施設・事業所に勤務している介護専門職16名とした（表1、表2）。

事前に、ヒアリングしたい内容（1. 職場外で行われた研修の受講状況、2. オンライン研修の受講経験、3. 認知症介護の実践において課題と感じていること）を記載したシートを送付し、その後訪問して個別に60分程度のヒアリングを行った。ヒアリングは録音し、音声データから逐語録を作成して、テーマ分析の手法を用いて帰納的に分析した¹⁾。

オンライン研修の受講に必要な環境の整備状況については、対象者のうち整備状況に詳しい者へのヒアリングに加え、施設・事業所内を確認した。

（倫理面への配慮）

研究1に関しては、その研究手法上倫理審査委員会への申請をしていない。研究2及び研究3に関しては、認知症介護研究・研修東京センター倫理審査委員会の承認を得て行った。研究2の対象者には、調査に関する説明文書を郵送し、調査協力への同意書に署名が得られた者を対象とした。研究3の対象者には、調査に関する説明文書を用いて説明し、調査協力への同意書に署名を得た。

表1 地域属性 (2023年10月1日現在)

大分県日田市	人口：59,862人	高齢化率：37.23% ²⁾	過疎区分：全部過疎 ³⁾
長崎県五島市	人口：32,640人	高齢化率：42.6% ⁴⁾	過疎区分：全部過疎 ³⁾

表2 対象者属性

ID	年代	性別	サービス種別	認知症介護に関する 実務経験年数 (2024年1月現在)
A	30代	女性	グループホーム	12年
B	50代	女性	特別養護老人ホーム	18年
C	40代	男性	特別養護老人ホーム	13年
D	40代	女性	特別養護老人ホーム	15年
E	40代	男性	特別養護老人ホーム	21年
F	60代	男性	特別養護老人ホーム	27年
G	50代	女性	短期入所生活介護	30年
H	50代	女性	短期入所生活介護	14年
I	30代	男性	グループホーム	14年
J	50代	男性	グループホーム	24年
K	40代	男性	居宅介護支援	13年
L	30代	女性	短期入所生活介護	13年8か月
M	30代	女性	通所介護	10年
N	30代	女性	通所介護	12年
O	40代	男性	短期入所生活介護	11年8か月
P	50代	女性	短期入所生活介護	13年4か月

C. 研究結果

研究1. 認知症介護実践研修におけるオンラインの活用状況に関する情報収集

職場実習以外の科目について実施形式を集計した結果、認知症介護実践者研修においてオンラインを活用している地域は32地域(47.8%)、活用していない地域は35地域(52.2%)であった。認知症介護実践リーダー研修においてオンラインを活用している地域は23地域(34.3%)、活用していない地域は44地域(65.7%)であった。

オンラインを活用している地域のうち、すべての回をオンラインで実施しているのは両研修とも10地域であった。そのほかの地域は、「オンラインで実施する回と、集合

で実施する回がある」「講義・演習はオンラインで実施し、実習の課題設定と報告会は集合で実施」「講義・演習科目はオンライン・集合どちらかを受講者が選択し、実習の課題設定と報告会は集合で実施」「YouTubeによる動画配信の科目を視聴してから集合で実施」であった。

研究2. 介護専門職のOff-JTに関する質問紙調査

対象者940名のうち、373名から調査票が返送された(回答率39.7%)。そのうち、2023年11月1日の時点で介護保険施設・事業所に勤務していた者269名を分析の対象とした。

1) 対象者属性

非過疎関連地域の介護保険施設・事業所に勤務している者が220名(81.8%)、過疎関連地域(全部過疎、一部過疎、みなし過疎、特定市町村)の介護保険施設・事業所に勤務している者が49名(18.2%)であった(表3、表4)。

2) 職場内で行われた認知症介護に関する研修

勤務する介護保険施設・事業所の職員が2022年度に受講した認知症介護に関する研修について、職場内で行われた研修が「ある」と回答した者は、非過疎関連地域で187件(85.8%)、過疎関連地域で43件(87.8%)であった(表5)。

3) 職場外で行われた認知症介護に関する研修

勤務する介護保険施設・事業所の職員が2022年度に受講した認知症介護に関する研修について、職場外で行われた研修が「ある」と回答した者は、非過疎関連地域で128件(59.8%)、過疎関連地域で34件(70.8%)であった(表6)。

職場外で行われた研修が「ある」と回答した者に、その研修の実施形式を尋ねたところ、非過疎関連地域で272件、過疎関連地域で61件の研修について回答があった。実施形式は、非過疎関連地域では集合140件(51.5%)、オンライン130件(47.8%)、その他2件(0.7%)、過疎関連地域では集合34件(55.7%)、オンライン24件(39.3%)、その他3件(4.9%)であった(表7)。

4) オンライン研修の受講に必要な環境整備状況

オンライン研修に使用できるパソコンの有無については、「ある」が259件(98.5%)、「ない」が4件(1.5%)であった。

通信環境(LAN)の整備状況は、「整備されている」が256件(97.3%)、「整備されていない」が7件(2.7%)であった。

環境音が邪魔にならず静かにオンライン研修を受講できる場所の有無については、「ある」が210件(80.2%)、「ない」が52件(19.8%)であった。

表3 勤務している介護保険施設・事業所の過疎区分

	n	(%)
非過疎関連地域	220	(81.8)
過疎関連地域	49	(18.2)
(内訳) 全部過疎	16	(5.9)
一部過疎	32	(11.9)
みなし過疎	1	(0.4)

表4 勤務している介護保険施設・事業所のサービス種別

サービス種別	非過疎関連	過疎関連	合計
	地域	地域	
介護老人福祉施設(地域密着型含む)	59	6	65
介護老人保健施設	19	5	24
介護療養型医療施設	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	49	12	61
小規模多機能型居宅介護	13	5	18
訪問介護	5	1	6
訪問入浴介護	0	0	0
訪問看護	0	0	0
訪問リハビリテーション	0	0	0
通所介護(認知症対応型・地域密着型含む)	26	7	33
通所リハビリテーション	1	0	1
短期入所生活介護	2	1	3
短期入所療養介護	0	0	0
特定施設入居者生活介護(地域密着型含む)	6	2	8
居宅介護支援	29	7	36
サービス付き高齢者向け住宅	0	0	0
その他	11	3	14
合計	220	49	269

表5 職場内で行われた研修の有無

	ある		ない	
	件数	(%)	件数	(%)
非過疎関連地域 (n=218)	187	(85.8)	31	(14.2)
過疎関連地域 (n=49)	43	(87.8)	6	(12.2)
合計	230	(86.1)	37	(13.9)

表6 職場外で行われた研修の有無

	ある		ない	
	件数	(%)	件数	(%)
非過疎関連地域 (n=214)	128	(59.8)	86	(40.2)
過疎関連地域 (n=48)	34	(70.8)	14	(29.2)
合計	162	(61.8)	100	(38.2)

表7 職場外で行われた研修の実施形式（複数回答）

	集合		オンライン		その他	
	件数	(%)	件数	(%)	件数	(%)
非過疎関連地域 (n=272)	140	(51.5)	130	(47.8)	2	(0.7)
過疎関連地域 (n=61)	34	(55.7)	24	(39.3)	3	(4.9)
合計	174	(52.3)	154	(46.2)	5	(1.5)

研究3. 介護専門職の Off-JT に関するヒアリング調査

1) 職場外で行われた研修の受講状況

(1) 受講経験の有無

職場外で行われた研修の受講経験の有無については、ある者が15名、ない者が1名であった。認知症介護の仕事に就いてから現在までに受講経験のある研修は、認知症介護実践者研修が14名、認知症介護実践リーダー研修が5名、介護技術（生活支援技術）のスキルを高めるための研修が4名、事業所のチームリーダー（ユニットリーダー等）になるために必要な研修が3名と続いた（表8）。

(2) 集合研修を受講した（する）際の負担

職場外での集合研修を受講した（する）際の負担について、テーマ1「受講したい研修が開催される会場までの移動」、テーマ2「受講にかかる費用」、テーマ3「留守中の家族の心配」の3つが生成された。

大分県日田市は県北西部に位置し、福岡県、熊本県と県境を接する中山間地域にある。日田市から県庁所在地である大分市へ行くには、有料道路を使用して約100kmの距離がある。集合研修の受講日は、開始時間に間に合うよう早朝に出発し、有料道路を

使用して片道2時間ほどをかけて車で移動する。冬期に、雪や濃霧の影響で有料道路が使用できない場合は、研修前日の移動・宿泊や、一般道での移動を検討する。

長崎県五島市は五島列島の南西部に位置する離島である。五島市から県庁所在地である長崎市へ行くには空路（長崎空港まで約30分、長崎空港から長崎市内まで高速バスで約40分）もしくは航路（ジェットfoil便で約1時間25分、フェリー便で約3時間10分）が選択できるが、費用が安い航路が選択されることが多い。集合研修の受講日は、研修前日に移動して会場近くで宿泊し、当日終了後も宿泊、翌日に航路で帰島する。研修日が続く場合は連泊し、帰島日が天候不良で欠航となった場合は延泊する。

受講料や旅費について、本調査の対象者が所属する3法人では、それらの費用を法人が負担する仕組みがあった。

また、五島市の場合は1回の受講で3日以上留守にする場合がある。そのため、留守中の子どもの様子を心配しながら受講した者や、家族の介護をしているため受講できる集合研修は日帰りが可能な島内での研修に限られるという者がいた。

表8 受講経験のある研修（複数回答）

n=16

研修名もしくは主な内容	人
認知症介護実践者研修	14
認知症介護実践リーダー研修	5
介護技術（生活支援技術）のスキルを高めるための研修	4
事業所のチームリーダー（ユニットリーダー等）になるために必要な研修	3
認知症介護指導者養成研修	2
サービス計画の作成・責任者等になるために必要な研修	1
マネジメント、リーダーシップスキルを高めるための研修	1
認知症介護のスキルを高めるための研修	1
外国人介護人材への指導や助言を行うスキルを高めるための研修	1
ICT等の活用のスキルを高めるための研修	1
疾病や障害等、医療に関する知識を高めるための研修	1
制度やサービス等の知識を高めるための研修	1

（3）オンライン研修の受講経験

オンラインで実施された研修の受講経験の有無については、ある者が13名、ない者が3名であった。

オンライン研修の利点としてテーマ「移動時間と旅費の削減」が生成された。

資格の取得・更新に必要な研修では、開講から修了までの期間が長く、会場へ通う回数が多いため旅費がかさんでいたが、実施形式が集合からオンラインに変更になり、都度の移動時間と旅費が削減できていた。

一方、集合研修と比較してオンライン研修の難しさを感じた点として、テーマ1「オンラインシステム上のタイムラグ」、テーマ2「少人数のグループに分かれて話し合いをする際の発言」、テーマ3「他の受講者との関係づくり」、テーマ4「講師に対する質問」、テーマ5「実技の学習」、テーマ6「眠気や集中力の低下」の6つが生成された。

オンライン研修において、受講者を少人数のグループに分けて演習を行うことがあ

る。振り分けられたルームへの移動に個人差が生じて演習の時間が短くなり、不満を感じていた。また、グループに分かれた演習の際に発言のタイミングが他の受講者とかぶり引いてしまったことや、意見が出にくかったこと、画面や音声をオフにしたままの受講者がいたため、グループメンバー全員での話し合いにならなかったことがあった。

集合研修では休憩時間に他の受講者と話ができ、連絡先を交換することもできるが、オンライン研修ではそれらが難しく、関係づくりに物足りなさを感じていた。また、講師に対して質問がしにくいと感じ、研修の内容に関する疑問点が解消されないまま終了していた。

実技を学習するオンライン研修では、実際に触れたり動かしたりといった経験ができないことから、知識として得た内容を現場で実践するとき不安を感じていた。

また、周囲に他者がいない環境で受講す

ることから、眠気や集中力の低下が生じていた。

2) オンライン研修の受講に必要な環境の整備状況

オンライン研修の受講に必要な環境の整備状況は、3 法人とも通信環境 (LAN) が整備されていた。うち 1 法人では有線ルーターの設置場所が施設長室であるため、職員がオンライン研修を受講する際には、数メートル離れた会議室まで LAN ケーブルを延長する作業を毎回行っていた。別の 1 法人では、居室やホールに面した事務室での受講となるため、他の人物が画面に映り込むことや、受講者が発言中に周囲の環境音が入る可能性が高い環境であった。

3) 介護専門職が感じている認知症介護実践における課題

認知症介護実践における課題について、テーマ 1 「認知症の人が繰り返す言動への対応」、テーマ 2 「介護職・看護職間の連携」、テーマ 3 「指導的立場にある職員としての役割」、テーマ 4 「他の職員と考え方に違いがあるときの解決方法」、テーマ 5 「話し合っただけで決めたことが実行されない」、テーマ 6 「よい雰囲気でき持ちよく働けない人間関係」の 6 つが生成された。各テーマに対応する語りを逐語録から一部抜粋して、以下に示す。

テーマ 1 「認知症の人が繰り返す言動への対応」

「同じことを言われても毎回ちゃんと、大丈夫よってそんな安心するような言葉を声かけしてあげられればいいんですけど、やっぱり忙しかったというのを理由にしたらあれですけど、忙しかったりするとやっぱりどうしても、さっき言ったよとか、さっき

もうそれ言ったよとか、ご飯も食べたよとか、食べてないよって言うのに対して、やっぱりどうしても、食べたよ、もう食べたやんとか言ってしまう。」(A-83)

「お風呂が嫌いな人がいまして、これは多分ずっと何年も試行錯誤しても結局解決できなかったことなんですけど、嫌がっているのを週に 3 回お風呂というか、本当にもう嫌がるので、短くシャワーとかで対応しているんですけど。すごく嫌がるのにやっぱりああしてこうしてこうしてこうしてこうしてってしながら入れても、なお嫌がるのに、何か別のやり方はないのかなとか普通に引っかかりますね。嫌がることをしたくないし。でも仕方がないのかなとか思いながら、ずっと引っかかってはいますね。結局解決ができないんですけどね。」(I-183)

テーマ 2 「介護職・看護職間の連携」

「入居施設ってなったら(要)介護度も大きくなるし医療行為も大きくなる。ってなったら、看護師さんが手がいかないのは、すごくすごく分かるんですけど。だから、おむつ交換とかも介護員の仕事でしょう。ただ、ちょっと何か体調が悪いなっていうところとか、そういうのは介護員でも見つけられるのに、状態をすぐ見ずに、あなた看護師でしょうって丸投げ。そういうのがあんまり個人的に好きじゃなくてですね。」(M-395)

「この頃結構、うちは看取りをしているんですね。ショート(ステイ)ですけどね。御家族の意向に沿ってもうそのままこちらです。ですから、どうしてもオンコールとかが出てきますから。看護師との連携は、スムーズに行きたいし、ギスギス感はなくしたい。」(P-288)

テーマ3 「指導的立場にある職員としての役割」

「言葉遣いは特に一番最初に感じたことですよね。ただ、最近になって、それが少し慣れてきた自分が怖いですね。なので、できるだけ慣れないように、私が現場にいて入居者と話すときは、正しい言葉遣いで、ほかの人も見習ってほしいなと思って声かけはしています。」(E-165)

「注意をすと言っても、自分はやっぱり役職じゃないので、何度も言って申し訳ないんで。役職を飛び越えて注意をするのは、役職の面目がないというか、それがないので、一応これは係長のほうに相談したんですけど、こういうことが起きているから、その場に毎日1人は役職者がいるんだから、その役職者が中心となって言わないと、威厳も何もなくなってしまおうと。何のための役職になるのってなるから、私じゃなくて役職が働きかけるようにしてほしいとはお願いしているので、ちょっと変わりましたけど。」(L-220)

テーマ4 「他の職員と考え方に違いがあるときの解決方法」

「どこの施設も一緒なんでしょうけど、だから、考えというのは人それぞれじゃないですか。自分はこう思っているけど、でもそれがみんな同じようには思っていない。だから、それを押しつけじゃないけど、こうやって学んだことをこうなんだよと伝えていても、やっぱり個人個人に自分の考えがある。そこをどうもっていくかという難しさ。結構ここでもありますけど、やっぱり言うけど、いや、でも自分はそう思わないから、自分はこういうふうにするんだと言われれば、あーそうなのかなという。」(G-159)

「伝えることは伝えるけれども、どっちかという(会議中は)黙って聞いているほうです。言われたことに対して、こうじゃない?という返しはするけど。あまり正論をぶつけちゃうと、というところもあって。ちょっと私が理屈がちで、理屈で攻めてしまいそうなので、そういうときはなるべく口を開かないように注意しておこうかなと思って。ちょっとこれは理屈で言うと場の雰囲気が悪くなりそうだなというときは、あまり口出しはしないようにはしているところがあります。」(O-499)

テーマ5 「話し合っただけで決めたことが実行されない」

「認知症の対応の仕方が、やっぱり統一じゃないですけど、こう言ってきたときにはこういうふうな声かけとかをしましょうねって言っているというか、共有しているつもりなんですけど、やっぱりそれぞれ違って。例えばお金の心配をしている人が、私のここの利用料はどうなっているのみたいな感じで聞いてきたら、それは事務員さんに聞かないと分からないよって言う人もおれば、大丈夫、ちゃんと払っているから大丈夫だよって言う人もおれば、そこの対応をちょっと統一したいなって思っているんですけどね。」(I-277)

テーマ6 「よい雰囲気で気持ちよく働けない人間関係」

「こういうふうにあんたが言ったことが相手を傷つけているんだよとか、こう話をするんですけども、そのときだけなんです。それで後また時間が経てば忘れての繰り返しです。あいさつだけでもせんですかとか、あいさつを朝もしないとか、そういう初歩的な、もう最初から駄目なんです。あっちもし

ないんだらこっちもしない。結局 1 日会話なしで帰るんで。で、また 1 つ仕事をやったらまたそうなるから、行きたくない。勤務の時間じゃなくて、勤務の日にちを変えてほしいと。会わないようにしてと。」(J-155)

D. 考察

研究 1. 認知症介護実践研修におけるオンラインの活用状況に関する情報収集

2023 年度の認知症介護実践研修におけるオンラインの活用状況が明らかとなった。実践者研修では 32 地域、実践リーダー研修では 23 地域がオンラインを活用していた。2021 年度に当センターが行った同様の調査の結果⁵⁾では、実践者研修で 26 地域、実践リーダー研修で 17 地域だったことから、両研修ともオンラインを活用する地域が増えている。ただし、2023 年度すべての回をオンラインで実施したのは両研修とも 10 地域であり、地域によって活用する範囲に差があることも明らかとなった。

研究 2. 介護専門職の Off-JT に関する質問紙調査

認知症介護指導者が勤務している介護保険施設・事業所の約 6 割で職場外の研修が行われており、さらに過疎区分で比較すると、非過疎関連地域より過疎関連地域のほうが職場外の研修が行われていることが明らかになった。

オンライン研修に使用できるパソコン、通信環境 (LAN) は、ほとんどの介護保険施設・事業所で整備されているが、職場外で行われた研修の実施形式の割合は集合がオンラインを上回っていたことから、認知症介護指導者が勤務している介護保険施設・事業所においては、過疎関連地域であっても

オンライン研修より集合研修を受講することが多いと考えられる。

環境音が邪魔にならずオンライン研修を受講できる場所の有無については約 2 割が「ない」と回答していた。講義を聴くだけでなく受講者が発言する時間がある研修では、利用者や他の職員の様子もみれないよう配慮する必要がある。

研究 3. 介護専門職の Off-JT に関するヒアリング調査

過疎関連地域である日田市と五島市での調査の結果から、職場外での集合研修を受講した (する) 際の負担について、3 つのテーマが生成された。

受講したい研修が開催される会場までの移動 (テーマ 1) については、どの交通手段を利用する場合でも、その集合研修が近隣で開催されない限り、負担の軽減は難しい。受講にかかる費用 (テーマ 2) は、受講料のほかに交通費や宿泊費が負担となっていた。本調査の対象者が所属する法人では、受講にかかる費用を法人が負担する仕組みがあったが、同様の仕組みが過疎関連地域のどの法人にもあるとは限らない。また、受講にあたり宿泊が必要な場合、特に子どもや介護が必要な家族と同居していると、留守中の家族の心配 (テーマ 3) が生じる。どのような環境や周囲の協力があればその心配が軽減できるかは、個々のケースで異なる。

オンライン研修は、移動時間と旅費を削減できることが利点であり、上記で述べた負担の軽減に寄与していた。

一方、集合研修と比較してオンライン研修の難しさを感じた点として、6 つのテーマが生成された。既存の集合研修の時間配分をそのままオンライン化すると、オンラ

インシステム上のタイムラグ(テーマ1)が考慮されず、研修の進行が滞ることや、研修運営者や講師が意図する学びを受講者に提供できないことが起きやすい。少人数のグループに分かれて話し合いをする際の発言(テーマ2)は、話し合いを開始する前の講師による教示や、個々の受講者の研修への参加意欲が影響すると考えられる。集合研修では他の受講者との関係づくり(テーマ3)や講師に対する質問(テーマ4)を積極的に行っていた者であっても、オンライン研修では行えていなかった。集合研修と比較して実技の学習(テーマ5)は効果的に習得することが難しいが、研修の動画を繰り返し視聴できたり、現場で実践する期間を経た後に習得度に合わせて復習する機会を設けたりする工夫が考えられる。講義が長時間にわたったり、午後の時間帯になると、眠気や集中力の低下(テーマ6)が起きやすい。受講者の様子をとらえ研修の時間や構成を見直すことが、研修運営者や講師に求められる。

オンライン研修の受講に必要な環境の整備状況は法人によって異なっていたが、設備や機器の更新を含め、受講しやすい環境づくりが望まれる。

介護専門職が感じている認知症介護実践における課題として、6つのテーマが生成された。本調査の対象者は認知症介護実践者研修の修了者が多く、実務経験年数が10年以上あり、基本的な知識や技術をもとにサービスを提供している者であった。対象者の条件を見直して同様の調査を行うことで、さらに別の課題が挙がる可能性が考えられる。

E. 結論と今後の課題

認知症介護指導者が勤務している介護保険施設・事業所においては、過疎関連地域であっても非過疎関連地域に劣らず集合研修を受講していることが明らかになった。一方、過疎関連地域から集合研修を受講する介護専門職は「受講したい研修が開催される会場までの移動」「受講にかかる費用」「留守中の家族の心配」について負担を感じている。

オンライン研修は「移動時間と旅費が削減できる」という利点があるが、実際に受講した経験を持つ者は、オンライン研修の難しさとして「オンラインシステム上のタイムラグ」「少人数のグループに分かれて話し合いをする際の発言」「他の受講者との関係づくり」「講師に対する質問」「実技の学習」「眠気や集中力の低下」を挙げた。これらの解決に取り組むことが、研修運営者や講師に求められる。

また、介護専門職は日々の実践において、「認知症の人が繰り返す言動への対応」「介護職・看護職間の連携」「指導的立場にある職員としての役割」「他の職員と考え方に違いがあるときの解決方法」「話し合っただけで決めたことが実行されない」「よい雰囲気でも気持ちよく働けない人間関係」を課題としていた。これらの課題の解決に向けた研修がオンラインを活用しながら企画・実施されると、過疎関連地域の介護専門職が提供するサービスの質を高めることにつながると思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

滝口優子：離島・中山間地域の専門職の

人材育成—認知症介護実践研修へのアクセシビリティ。老年精神医学雑誌 35 (1) :78-87, 2024.

2. 学会発表
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む.)

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

References

- 1) 土屋雅子：テーマティック・アナリシス法 インタビューデータ分析のためのコーディングの基礎. 13-26, ナカニシヤ出版, 2016.
- 2) 大分県：大分県の人口推計【年報】令和5年版. Available at : <https://www.pref.oita.jp/site/toukei/cpe-2023.html> (閲覧日：2024年4月10日)
- 3) 総務省：過疎対策 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法について. Available at : https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/c-gyousei/2001/kaso/kasomain0.htm (閲覧日：2024年4月10日)
- 4) 長崎県：長崎県移動人口調査 年齢別市町村別推計人口. Available at : <https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/kenseijoho/toukeijoho/idojinko/636435.html> (閲覧日：2024年4月10日)
- 5) 社会福祉法人浴風会 認知症介護研

究・研修東京センター：令和3年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「認知症介護実践者等養成事業のオンライン化の実装促進及び評価の効果的展開に関する研究」報告書. 19 - 20, 2022. Available at : https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center1/392/t_3rouken_seikabutu.pdf (閲覧日：2024年4月10日)

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
栗田圭一	過疎化が進展する離島・中山間地域の認知症支援	老年精神医学	35(1)	5-10	2024
井藤佳恵, 津田修治	東京都の島しょ地域に対する認知症支援の現状と課題	老年精神医学	35(1)	26-37	2024
川勝忍, 石田義則, 林博史, 羽金裕也, 志賀哲也, 錫谷研, 宮川明美, 小林直人, 渋谷譲	福島県会津地方における認知症の遠隔医療・ケアの現状と課題	老年精神医学	35(1)	20-25	2024
篠原もえ子, 碓井雄大, 小野賢二郎	石川県の過疎地域における認知症医療・ケアの現状と展望	老年精神医学	35(1)	38-46	2024
川北澄江, 新堂晃大	認知症スクリーニングを用いた三重県のへき地の認知症医療支援システム構築の取組み	老年精神医学	35(1)	47-53	2024
石井伸弥	広島県の中山間地・離島部の認知症医療介護提供体制	老年精神医学	35(1)	54-58	2024
滝口優子	離島・中山間地域の専門職の人材育成—認知症介護実践研修へのアクセシビリティ—	老年精神医学	35(1)	78-87	2024

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
	刊行物なし						

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
 所属研究機関長 職名 理事長
 氏名 鳥羽 研二

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 認知症の遠隔医療およびケア提供を促進するための研究(23GB1001)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 認知症未来社会創造センター・センター長
 (氏名・フリガナ) 栗田 主一(アタ シュイチ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/>	未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	--	------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその理由:)

- (留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

機関名 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
 所属研究機関長 職名 理事長
 氏名 鳥羽 研二

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 認知症の遠隔医療およびケア提供を促進するための研究(23GB1001)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 認知症未来社会創造センター・センター長

(氏名・フリガナ) 井藤 佳恵(イウ ケ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/>	未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	--	------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその理由:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 公立大学法人福島県立医科大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 竹之下誠一

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 認知症の遠隔医療およびケア提供を促進するための研究 (23GB1001)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 会津医療センター・教授

(氏名・フリガナ) 川勝 忍・カワカツ シノブ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人金沢大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 和田 隆志

次の職員の令和 5 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 認知症の遠隔医療およびケア提供を促進するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医薬保健研究域医学系・教授
(氏名・フリガナ) 小野 賢二郎・オノ ケンジロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	金沢大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

機関名 国立大学法人三重大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 伊藤 正明

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 認知症の遠隔医療およびケア提供を促進するための研究 (23GB1001)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学系研究科・教授
 (氏名・フリガナ) 新堂 晃大・シンドウ アキヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	三重大学医学部附属病院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
 (※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人広島大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 越智 光夫

次の職員の令和5年度 厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 認知症の遠隔医療およびケア提供を促進するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医系科学研究科 寄附講座教授
(氏名・フリガナ) 石井 伸弥 ・イシイ シンヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	広島大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

広島大学倫理審査委員会で審査を受けたときの研究科題名は「都市近郊、中山間地域における認知症の人にやさしい地域づくりに関する研究」

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

機関名 社会福祉法人 浴風会
 認知症介護研究・研修東京センター
 所属研究機関長 職 名 センター長
 氏 名 栗 田 主 一

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 認知症の遠隔医療およびケア提供を促進するための研究 (23GB1001)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 研修部 研究企画主幹
 (氏名・フリガナ) 滝口 優子 タキグチ ユウコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	認知症介護研究・研修東京センター倫理審査規程	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 今後実施する。)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。