

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～令和7年度 総合研究報告書

研究代表者 栗田主一
令和8（2026）年3月

目 次

I. 総合研究報告書	
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-----	1
認知症介護研究・研修センター 栗田主一	
II. その他	
（資料1）離島・中山間地域における認知症支援体制づくり事例集	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	16

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 認知症介護研究・研修東京センター センター長／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長特任補佐

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】上記の目標を達成するために、2023～2025 年度に 7 つの分担研究課題を設定して研究を進めるとともに、2025 年度に自治体で活用可能な事例集を作成した。

【結果と考察】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と認知症医療介護支援モデルの開発では、2023 年度は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、2024 年度は認知症疾患医療センターが未整備の二次医療圏が 18 圏域存在し、そのすべてが過疎地・特定農山村にあること、2025 年度は調査データと介護保険データを結合して、過疎市町村における会議体の類型と認知症ケアのサービス調整機能が関連することを示した。2) 東京都及び全国の離島における認知症支援モデルの可視化と類型化に関する研究では、2023 年度はインタビュー調査を通して東京都の離島における認知症支援体制構築支援事業の課題を「理解」「周知」「利用」の観点から示し、2024 年度は量の不足、インフォーマルサポートの脆弱化とそれを補う資源が創出できないことや住民のヘルスリテラシーとスティグマという課題を抽出し、2025 年度は「予防事業と認知症対応事業の一体化実施モデル」を構築し介入研究を開始した。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、2023 年度は現地関係者等のアンケート調査から遠隔医療の実施にあたっては IT リテラシーの問題があることを示し、2024 年度は IBM 遠隔診療支援アプリを用いた D to D は充分に利用可能であること、介護支援ソフト「ケアエール」を利用した介護事業所と利用者家族との通信網利用は介護者に好評であることを示し、2025 年度は iPad と IBM 遠隔診療支援アプリを用いた D to D および D to P の認知症遠隔医療を試行的に実施し実用的であることを確認した。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、2023 年度は医療機関を対象とする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、2024 年度は震災による被災と地域コミュニティ・家族

支援体制崩壊の影響で、入院の長期化や認知症患者の症状悪化といった問題が生じていること、2025 年度は災害が認知症医療・ケアの両面に深刻な影響を及ぼし、遠隔診療・巡回診療・多職種連携・広域連携を組み合わせた継続的かつ柔軟な認知症医療・ケア体制の整備が急務であることを示した。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、2023 年度は遠隔 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、2024 年は医師不足地域における IT スクリーニングと地域住民の勉強会を実施し、2025 年度は IT スクリーニングによって認知症の早期発見が可能となりへき地医療に有用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、2023 年度はアンケート調査によって民生委員が重要な役割を果たし多様な支援を行っていること、介護支援専門員に対し研修が認知症ケアマネジメントの向上に有効であることを示し、2024 年度は認知症地域支援体制における民生委員の重要性と介護支援専門員に対するオンライン研修の有用性を示し、2025 年度はアンケート調査データの潜在クラス分析から、孤独・孤立がある場合、様々な福祉課題を有するクラスの出現確率が高まることを示した。7) **オンラインシステムを用いた医療介護専門職の人材育成に関する研究**では、2023 年度はアンケート調査から、過疎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を示し、2024 年度は異なる離島間を結ぶオンライン研修を実施し、①離島の介護専門職が容易に集まり研修会を実施できること、②介護専門職同士が互いの実情を知り、共感や新たな気付きを得る貴重な機会となること、③地域を超えた学び合いの可能性と発展性があることを示し、2025 年度はオンライン交流会兼研修会を通して、離島で働く専門職の孤立感の解消、地理的制約を超えた学び合いに有効であることを示した。

【結論】 以上の分担研究の成果を踏まえ、さらに北海道、高知県、沖縄県の事例を含めた自治体向けの事例集を作成した。本研究で作成した事例集が、離島・中山間地域の認知症支援体制の構築に係る都道府県・市町村施策の策定に活用されることが期待される。

<研究分担者>

井藤佳恵: 地方独立行政法人東京都健康長
寿医療センター研究所 福祉と生活ケア
研究チーム・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・教授

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・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

鄭勳九: 広島大学大学院医系科学研究科寄

附講座・准教授

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・研究員

<研究協力者>

津田修治: 地方独立行政法人東京都健康
長寿医療センター研究所 福祉と生活ケ
ア研究チーム・研究員

馬場美彦: 地方独立行政法人東京都健康
長寿医療センター研究所・研究員

小野真由子: 地方独立行政法人東京都健
康長寿医療センター研究所・研究員

晏子：地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・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・准教授

碓井雄大：金沢大学医薬保健研究域医学系脳神経内科学・医員

石井伸弥：医療法人社団和仁会メープルヒル病院・院長

齊藤葉子：社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター・研究員

内海久美子：砂川市立病院精神科・医師

数井裕光：高知大学医学部神経精神科学講座・教授

竹井太：医療法人たぶの木うむやすみやす・ん診療所・認知症疾患医療センター長

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、2023～2025 年度は 7 つの分担研究課題を設定し、全国及び該当地域の実態調査や先行事例の可視化・課題分析を進めつつ、専門職を含む医療・介護のリソースが不足している離島・中山間地域の認知症医療・ケアを支援していくための多様なモデルを可視化させた。

B. 研究方法

1. 分担研究

以下に示す 7 つの分担研究課題を設定

し、各分担研究の目標と計画に沿って研究を進めた。

- 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と認知症医療介護支援モデルの開発
- 2) 東京都及び全国の離島における認知症支援モデルの可視化と類型化に関する研究
- 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
- 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
- 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
- 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
- 7) オンラインシステムを用いた医療介護専門職の人材育成に関する研究

2. 自治体向け事例集の作成

各分担研究課題の研究成果を整理するとともに、研究協力者の協力を得て、北海道で実施された介護資源の現状に関する実態調査、高知県山間部における物忘れ外来の実践例、沖縄県宮古島における認知症疾患医療センターを核とする支援体制づくり、沖縄県における認知症の遠隔医療システムづくりの事例を追加した自治体向けの事例集を作成した。

（倫理面への配慮）

個人情報を取扱う研究については、研究代表者または研究分担者が所属する機関の倫理委員会の承認を得て実施した。また、本研究に関して開示すべき利益相反状態はない。

C. 研究結果

1. 分担研究：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把握と認知症医療介護支援モデルの開発では、2023年度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、特定地域のヒアリング調査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た。また、全国の885過疎関係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、医療介護リソースが不足することを示した。2024年度は認知症疾患医療センターが未整備の二次医療圏が18圏域存在することを示し、そのすべてが過疎地・特定農山村にあることを示した。また、離島で認知症支援を実践している医療・介護・地域支援の専門職同士の情報共有の場として、離島認知症支援ネットワークの立ち上げ準備を開始した。2025年度は初年度の調査データと公表されている既存の介護保険関連データを結合して分析し、過疎市町村における会議体には3つの参加者構成の類型があり、類型によってサービスの配分調整や制度外資源を認知症ケアに結びつける調整機能に差を生じ得ることを示した。2) 東京都及び全国の離島における認知症支援モデルの可視化と類型化に関する研究では、2023年度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、インタビュー調査と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、2024年度は認知症等高齢者支援体制の課題として、量の不足、インフォーマル

サポートの脆弱化とそれを補う資源が創出できないこと、住民のヘルスリテラシーとスティグマ、という課題が抽出され、これに対して、自治体内外の多機関多職種との連携、専門職教育の機会を得ること、住民教育の機会の創出という対応がなされていることを示した。2025年度は東京都の島しょ地域において「予防事業と認知症対応事業の一体化実施モデル」の構築に取り組むとともに、新島村および神津島村をフィールドに、住民リーダー育成、フレイル予防事業との連携、認知症教育の統合的実施を組み合わせた介入を開始した。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、2023年度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、2024年度はIoTの普及にはデジタル格差の影響を無視できないこと、IBM遠隔診療支援アプリを用いたD to Dは十分に利用可能であること、介護支援ソフト「ケアエール」を利用した介護事業所と利用者家族との通信網利用は介護者に好評であることを示した。2025年度はiPadとIBM遠隔診療支援アプリを用いて、実際にD to D間およびD to P間の認知症の遠隔医療を試行的に行い、有用性、使い勝手などを調査し、実用的であることを確認した。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、2023年度は石川県内の過疎地域の医療機関を対象とする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、2024 年度は能登地域にあるへき地医療拠点病院、認知症疾患医療センターを対象とする調査を通して、能登半島地震による被災や地域コミュニティ及び家族支援体制崩壊の影響で入院の長期化や認知症患者の症状悪化といった問題が生じていることを示した。2025 年度は能登地域で認知症医療を担う医療機関を対象とするアンケート調査を実施し、災害が認知症医療・ケアの両面に深刻な影響を及ぼすことを示し、遠隔診療・巡回診療・多職種連携・広域連携を組み合わせた継続的かつ柔軟な認知症医療・ケア体制の整備が急務であることを示した。

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、2023 年度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、2024 年度は医師不足地域において認知症の IT スクリーニング、地域住民に対する認知症の勉強会を実践し、2025 年度は医師不足地域において IT を活用した遠隔スクリーニングによって、要介護認定前からの認知症の早期発見が可能となりへき地医療に有用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、2023 年度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を示すとともに、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。2024 年度は民生委員を対象とするアンケート調査と介護支援専門員を対象とするオンライン研修から、認知症地域支援

体制における民生委員の重要性と介護支援専門員に対するオンライン研修の有用性を示した。2025 年度は民生委員を対象とするアンケート調査データの潜在クラス分析から、孤独・孤立がある場合、様々な福祉課題を有するクラスの出現確率が高まることを示した。また、介護支援専門員への研修が認知症ケアマネジメントの知識・スキル向上に有用であることを示した。

7) オンラインシステムを用いた医療介護専門職の人材育成に関する研究では、2023 年度は認知症介護指導者を対象とする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。2024 年度は異なる離島間を結ぶオンライン研修を実施し、①離島の介護専門職が容易に集まり、研修会を実施することができること、②離島という共通の環境にある介護専門職同士が互いの実情を知り、共感や新たな気づきを得る貴重な機会となること、③参加者の意欲は高く、地域を超えた学び合いの可能性と発展性があることを確認した。2025 年度は異なる離島間をオンラインで結ぶ交流会兼研修会を引き続き企画・実施し、介護専門職が継続的にオンラインで集まり情報を共有することが、離島で働く専門職の孤立感の解消や地理的制約を超えた学び合いに有効であることを示した。

2. 事例集の作成：以上の分担研究の成果を踏まえ、さらに北海道、高知県、沖縄県の事例を含めた

自治体向けの事例集「離島・中山間地域における認知症支援体制づくり事例集」を作成した。事例集は、1章：人口動態、地理的状况、気候条件から見た離島・中山間地域の分類、2章：離島・中山間地域における認知症支援の現状と課題、3章：地域の特性に応じた課題解決の取り組み、4章：離島・中山間地域における認知症支援体制づくりの事例、5章：参考資料、で構成されている（別添資料を参照）。

D. 考察

離島・中山間地域は人口減少が顕著であり、医療資源や介護資源の不足とともに、専門職の人材確保が困難という点で共通の課題に直面している。しかし、同じ離島・中山間地域であっても、人口動態、地理的状况、気候条件によって、直面している課題もさまざまである。

例えば、東京都の島しょ地域には11の離島があるが、本土との距離はさまざまであり、最も近い大島は空路で25分、最も遠い小笠原の父島・母島には航路で25時間以上の時間を要する。東京都の支援ですべての離島に診療所は設置されているが、介護資源（特に訪問介護サービス）が不足しており、専門職の確保と人材育成が課題となっている。東京都では2014年よりオンラインによる専門職の人材育成事業を実施しているが、認知症に対するスティグマの存在と人員不足がインフォーマルな支援体制づくりの壁となっていることが本研究で明らかにされている。これらの問題を同時に解決していくために、本研究では従来は異なる分野で実施されていた予防事業と認知症支援体制づくりを合体さ

せた新たな事業モデルの実装に取り組まれている（事例集参照）。

福島県会津地方は、山間部が多い豪雪地帯を含む広大な地域であり、医療機関へのアクセスには多くの問題を抱えている。こうした問題を克服するために、すでにパーキンソン病などの神経難病に対する遠隔診療が市の助成で始められているが、本研究では認知症の遠隔診療を行う実践的モデルを構築して試行し、その実用性を確認している（事例集参照）。

石川県の半島部等の過疎地域には4か所のへき地医療拠点病院があるが、認知症の専門医は不在であり、認知症の病型診断や行動・心理症状への対処には苦慮している。また、交通手段がないため通院困難な高齢者が多く、施設サービスや在宅サービスも不足している。2024年1月1日に発災した能登半島地震は、このようなへき地の認知症医療・ケアの体制に深刻な打撃を与え、それが今日においてもなお持続していることが本研究によって可視化されている。「過疎・被災地域の実情に即した認知症医療・ケアの継続的提供に向けて、遠隔診療・巡回診療・広域連携を組み合わせた包括的な支援体制の整備が急務である」が本研究の結論である（事例集参照）。

三重県は、山間部・沿岸部の過疎地域や離島などで医師不足が深刻化しており、地域住民が専門医療へアクセスするまでの距離的・地理的障壁が大きい状況にある。これに対応するために、基幹型認知症疾患医療センターが県医師会と連携してITを活用した認知症スクリーニング事業を展開している。本研究では、ITを活用した認知症スクリーニング事業が、医師不足地

域における認知症の早期対応に寄与していることを示している（事例集参照）。

広島県の離島・中山間地域においても、認知症専門医療の提供は困難であり、介護保険サービスの選択肢も限られている。これに対応するために、民生委員を対象とする研修や、居宅介護支援専門員を対象とする「認知症ケアマネジメント」に関するオンライン研修が試みられており、本研究の中でその有用性が報告されている（事例集参照）。

高知県の山間部では高齢化の進展、人口減少、独居世帯や高齢夫婦のみ世帯の増加、医療資源の不足などによって認知症の専門医療へのアクセスが困難な状況にある。こうした状況に対して、県内の山間部にある仁淀川町では、町内の診療所に月 1 回専門医が訪問して、地域の介護専門職、診療所の医師、高知市内の国立病院とも連携して認知症の専門医療にアクセスできるシステムづくりを進めている（事例集参照）。

沖縄県は、離島や移動に困難を伴う地域が多く、認知症専門医療へのアクセスに地域差が生じやすいという課題がある。また、医師や医療資源の偏在や移動負担の大きさから、対面診療だけでは十分な対応が難しい地域も少なくない。このような課題に対応するために、オンライン技術を活用した認知症支援の体制づくりが試みられている（事例集参照）。また、沖縄県の離島の一つである宮古島では、抗アミロイドβ抗体薬治療の導入に向けて ICT と地域間連携による体制づくりの取り組みを開始している（事例集参照）。

認知症介護研究・研修東京センターでは、離島の介護専門職の人材育成を支援する

ために、沖縄県北大東島と新潟県粟島という異なる離島間を結ぶオンラインの交流・研修会を開始した。この研修会が単なる専門職の人材育成に留まらず、離島で働く専門職の孤立の解消や、医療や行政担当者も含めた地域の認知症支援体制づくりに発展する可能性があることを本研究で可視化させている（事例集参照）。

E. 結論

分担研究の成果から以下のことが明らかにされた。1) 過疎地域では地域包括ケアシステムの推進に係る会議体の参加者構成がサービス提供体制に影響する可能性がある。2) 離島において予防と共生を統合した認知症支援モデルを構築する必要性が高い。3) IBM の遠隔医療支援システムと iPad を使った認知症の遠隔診療の有用性は高く、実用的である。4) 過疎・被災地域の実情に即した認知症医療・ケアの継続的提供に向けて、遠隔診療・巡回診療・広域連携を組み合わせた包括的な支援体制の整備が急務である。5) 医師不足地域においては IT を活用した認知症スクリーニングにより早期発見と専門医療への導入が可能となる。6) 都市部・離島・中山間地に関わらず認知症の人の福祉課題の複合化は孤立・孤独と関連している。7) 異なる離島間を結ぶオンライン交流・研修会と現地訪問を組み合わせたハイブリッドの伴走的支援は介護専門職の人材育成とケアの質向上に寄与する可能性がある実現可能な支援モデルである。

本研究で作成した事例集が、離島・中山間地域の認知症支援体制の構築に係る都道府県・市町村施策の策定に活用されるこ

とが期待される。

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) 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り組み. 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)
- 8) 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.
- 9) 津田修治, 晏子, Christiansen-Lammel Petra, 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. 18(2):380-390, 2025
- 10) Ito K. Older people living in the community with delusion. Geriatr Gerontol Int. 2025;24(S1):118-22.
- 11) Ito K, Tsuda S: Effects of clinical stage, behavioral and psychological symptoms of dementia, and living arrangement on social distance towards people with dementia, PLoS One;20(1):e0317911 2025
- 12) Ito K, Ura C, Sugiyama M, Edahiro A, Okamura T: Regional differences in the clinical practice of dementia support doctors: comparison between the Tokyo and Tohoku regions, Psychogeriatrics ;25(2):e70012 2025
- 13) 井藤佳恵. 「共生」ということば. 心と社会. 2024;195:68-73.
- 14) 井藤佳恵. 特集【老いること、衰えること、エンドオブライフケア】エイジズムと精神疾患のスティグマ. 老年精神医学雑誌. 2024;35(4):335-42.
- 15) 川勝忍, 宮川明美, 國井泰人, 深澤隆. 公益社団法人日本老年精神医学会における災害時支援、老年精神医学雑誌 35(10):1031-1036、2024年10月
- 16) 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
- 17) Ito K, Okamura T: Task-shifting in dementia care: a comparative analysis of consultation models

- and proposed collaborative ecosystem in Japan. *Front Psychiatry*. 2025. 16:1504753.
- 18) Ito K, Tsuda S, Wake T, Hatakeyama A, Ogisasa F, Ono M, et al.: Reframing Dementia Care in the Era of Disease-Modifying Therapies: Informational, Psychosocial, and Systemic Insights from Japan. *BMC Health Serv Res*. 2026. in press (原著、査読あり、IF: 3.0, 2024) .
 - 19) 井藤佳恵, 成本迅: 認知症と共に生きる人のエンドオブライフの医療とケアの課題. *Dementia Japan*. 2025. 39(3):377-8 (総説、査読なし) .
 - 20) 井藤佳恵: 認知症に対する意識とステイグマ. *ホスピス緩和ケア白書*. 2025. in press (総説、査読なし) .
 - 21) 井藤佳恵: 超高齢者における well-being—関連要因とその意味の再考—, *日本老年医学雑誌*. 2026. 63(1):27-32 (総説、査読なし) .
 - 22) 井藤佳恵: 認知症初期集中支援推進事業における複雑困難事例への継続支援とその体制: 地域保健領域における精神科コンサルテーション・リエゾンの視点から. *認知症ケア事例ジャーナル*. 2026. 18(4):336-44 (総説、査読なし)
 - 23) Hayashi H, Sone T, Iokawa K, Asao A, Fujita T, Sumigawa K, Kawamata H, Kawasaki I, Ogasawara M, Matsumoto D, Kawakatsu S. Effects of Electronic Sports on Community-Dwelling Older Adults With Mild Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Study. *Geriatr Gerontol Int*. 2026 Jan;26(1):e70319. doi: 10.1111/ggi.70319. PMID: 41537478
 - 24) Hayashi H, Kobayashi R, Shibuya Y, Aso S, Morioka D, Sakamoto K, Kimura M, Sone T, Iokawa K, Suzuki A, Kawakatsu S. Impact of Neuropsychiatric Symptoms on Caregiver Burden of People With Dementia With Lewy Bodies: A Multicentre Prospective Longitudinal Study. *Psychogeriatrics*. 2025 Jul;25(4):e70051. doi: 10.1111/psyg.70051. PMID: 40390335
 - 25) Noguchi-Shinohara M, Ozaki T, Usui Y, Shibuya S, Shima A, Komatsu J, Ono K. Housing damage and forgetfulness following the 2024 Noto Peninsula earthquake, Japan. *J Alzheimer's Dis*. 2025;105: 1289-1297.
- ## 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：海馬亜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：最新の話題。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
- 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現状と未来。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. 3-5
- 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 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
- 51) 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
 - 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, Kiuchi Y, Koderu N, Teplov 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.
- 69) Ito K, Tsuda S. Understanding and reducing social distance towards people living with dementia. 2024 EASP (East Asian Social Policy) FISS (Foundation for International Studies of Social Security) Joint Conference; Kyoto. 2024.6.14
- 70) 井藤佳恵. 日本老年精神医学会第12回心理士講習会「認知症等高齢者の地域ケア」高齢者の幻覚妄想状態と社会的孤立. 日本老年精神医学会; 2024.9.26-10.31; 配信のみ.
- 71) 井藤佳恵. 「認知症の診療体制の確保について、その現状と課題」. 第43回日本認知症学会学術総会 ダイバーシティ推進委員会シンポジウム「認知症医療・介護のためのキャリア形成・ダイバーシティ推進 2024」; 2024.11.22; 福島.
- 72) 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-東京都三宅村で行った高齢者調査の結果から. 日本認知症ケア学会 25回大会 2024; 東京国際フォーラム. 2024.6.15
- 73) 坂本和貴、小林良太、林 博史、森岡大智、鈴木匡子、伊関千書、井原一成、松田圭悟、鈴木昭仁、川勝 忍. 山形県および福島県の認知症診療におけるIoT導入に関するアンケート調査第一報. 第39回日本老年精神医学会、2024年7月、札幌
- 74) 碓井雄大、篠原もえ子、小野賢二郎: 石川県の過疎地域における認知症医療・ケアの現状と課題. 第65回日本神経学会学術大会、東京、2024.5.29-6.1
- 75) 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・ケアの現状と課題. 第39回日本老年精神医学会、札幌、2024.7.12-13
- 76) 新堂晃大: 疾患修飾薬の登場と地域

- 医療，医師不足地域での問題．シンポジウム 31：DMT の新時代を迎え，認知症疾患医療センターの立ち位置．第 43 回認知症学会学術集会（2024 年 11 月）
- 77) 滝口優子，齊藤葉子，中村考一，栗田主一：過疎化が進展している離島・中山間地域におけるオンライン研修の状況と介護実践の課題．第 43 回日本認知症学会学術集会 2024 年 11 月 21-23 日．福島．
- 78) Ito K. Changing Perspectives on Long-Term Care: Perspective from Japan. IPA (International Psychogeriatrics Association) Debate Series; 2025.11.26; Online.
- 79) Ito K, Okamura T. Task-shifting in Dementia Care: A comparative analysis of consultation models and proposed collaborative ecosystem in Japan. 2025 IPA (International Psychogeriatrics Association) International Congress; 2025.9.25-28; Kanazawa.
- 80) 井藤佳恵．認知症とともに生きる人の意思決定への関わり．第 34 回日本老年学会総会 合同シンポジウム【認知症を再考する・共生と予防を深化させるために】；2025.6.27；幕張メッセ．
- 81) Ito K. Reimagining Long-Term Care in Japan: Emerging Community-Based Approaches for an Aging Society. International Psychogeriatrics Association 2026 Congress Symposium; 2026.7.1-3; Leiden, The Netherlands.
- 82) 川勝 忍．シンポジウム 4. 認知症医療における今後の課題．全国自治体病院協議会精神科特別部会 代 62 回総会・研修会．2025.8.27 郡山
- 83) 碓井雄大、篠原もえ子、小野賢二郎：能登半島地震後の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．第 66 回日本神経学会学術大会、大阪、2025.5.21-24
- 84) 井藤佳恵，河合恒，植田拓也，藤田幸司，青沼平成，田代仁，古川真規子、櫻井拓馬、小泉裕一、栗田主一．認知症のスティグマへの挑戦：島しょ地域がつくる予防と共生の統合型プロジェクト．第 27 回日本認知症ケア学会大会；2026.6.6-7；東京国際フォーラム．
- 85) 高岡陽子，北川進一郎，船曳悠汰，吹田伊都子，井藤佳恵，岩田淳．離
- 86) 島における独居認知症高齢者支援の再構成：三宅村「みやけカフェ」による地域実装モデル．第 27 回日本認知症ケア学会大会；2026.6.6-7；東京国際フォーラム．
- G. 知的所有権の取得状況**
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：

なし
 3. その他：

なし

令和5年度～令和7年度 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

離島・中山間地域における 認知症支援体制づくり 事例集



はじめに

わが国の超高齢化と少子化は、特に離島・中山間地域において人口減少を加速化させ、医療資源や介護資源の不足、専門職確保の困難といった問題を顕在化させています。

令和7(2025)年7月25日に厚生労働省より公表された「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方に関するとりまとめ」では、人口減少、医療・介護ニーズを抱える85歳以上高齢者の増加、認知症高齢者の増加、独居高齢者の増加とともに、地域格差の拡大が指摘され、中山間・人口減少地域におけるサービスの維持・確保のための制度の柔軟化、テクノロジーの導入やタスクシフト／シェアによる生産性向上、医療・介護連携とインフォーマルな支援の推進、人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実、包括的支援体制の整備の推進などの必要性が提言されています。

こうした状況の中で、過疎化と高齢化が進行している離島や中山間地域において認知症高齢者はどのようにして暮らしているのか、地方自治体やサービス提供者はどのような課題に直面しているのか、課題解決に向けてどのような取り組みがはじめられているのか。令和5(2023)年度～令和7(2025)年度の厚生労働科学研究(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」では、このような疑問に回答することをめざして実態調査を行うとともに、課題解決に向けた多様なイノベーションを試み、その実現性や効果の検証を行う開発研究を進めました。本事例集はこれらの成果を集約したものです。

この領域の研究はまだ緒に就いたばかりであり、数多くの課題が山積しています。このたび紹介させていただいた各地の取り組みも今なお道半ばであり、さらなる改良や工夫が必要です。しかし、いずれもリアルワールドにおいて試みられている取り組みであり、現在もその取り組みが継続されている点に大きな意味があるのではないかと考えております。

本事例集で紹介させていただいたさまざまな取り組みについてさらなる情報が必要な方は、各事例の担当者にお問い合わせいただければ幸いです。本事例集が、全国の離島・中山間地域における認知症の支援体制づくりの推進に寄与することができればと願っております。

令和8(2026)年3月31日

令和5(2023)年度～令和7(2025)年度厚生労働科学研究(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」研究代表者
認知症介護研究・研修東京センター センター長
栗田 圭一

離島・中山間地域における認知症支援体制づくり事例集

目次

1章 人口動態、地理的状況、気候条件から見た離島・中山間地域の分類	P.03
2章 離島・中山間地域における認知症支援の現状と課題	P.09
3章 地域の特性に応じた課題解決の取り組み	P.13
4章 離島・中山間地域における認知症支援体制づくりの事例	P.17
(1) 福島県会津地方における認知症の遠隔医療システムづくり(福島県)川勝忍	P.18
(2) 能登半島地震被災地における認知症診療の現状調査と医療機関の取り組み(石川県)篠原もえ子	P.24
(3) 三重県の医師不足地域における認知症スクリーニングと現地調査と 診断後支援プログラム「脳活っ塾」の取り組み(三重県)新堂晃大	P.30
(4) 中山間地域で活動する民生委員と居宅介護支援専門員への支援(広島県)石井伸弥	P.34
(5) 離島における認知症疾患医療センターが展開する支援体制づくり(沖縄県宮古島市)竹井太	P.40
(6) 沖縄県における認知症の遠隔医療システムづくり(沖縄県)高江洲義和	P.46
(7) 東京都の離島における認知症等高齢者支援体制の構築支援(東京都)井藤佳恵	P.50
(8) 異なる離島をつなぐオンライン研修会の試み(新潟県粟島・沖縄県北大東島)滝口優子	P.60
5章 参考資料	P.67
(1) 過疎市町村の認知症ケアシステムの類型化：地域ケア推進会議等の会議体に注目して 津田修治	P.68
(2) インタビュー調査とアンケート調査から見てきた北海道における介護資源の現状 内海久美子	P.73
(3) 高知県の山間部における物忘れ外来 数井裕光	P.78
研究組織	P.83
奥付	



1

人口動態、地理的状況、 気候条件から見た 離島・中山間地域の分類

はじめに

人口減少が顕著な離島・中山間地域には、医療資源や介護資源が不足し、専門職の人材確保が困難という共通点があります。しかし、同じ離島・中山間地域であっても、人口動態、地理的状況、気候条件の違いによって、直面している課題の様

相もさまざまです。そのようなことから、ここでは、まず、人口動態、地理的状況、気候条件という観点から、離島・中山間地域を分類するためのいくつかの方法について解説しておきたいと思います。

1.1. 過疎地域

「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」(過疎法)によれば、過疎地域とは「人口の著しい減少等に伴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」とされています。また、人口要件及び財政力要件などから、過疎地域の市町村は、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ます。総務省は5年に1回の国勢調査の結果を踏まえて過疎関係市町村を公示していますが、平成27(2015)年の国勢調査で公示された市町村は797か所、令和2(2020)年の国勢調査で公示された市町村は885か所(全市町村の約半分)でした。過疎関係市町村は経年的に拡大す

る傾向にあり、その傾向は今後も続くものと予想されます。令和2(2020)年の国勢調査の結果に基づく過疎関係市町村の分布を図1に示します。
https://www.soumu.go.jp/main_content/000807380.pdf

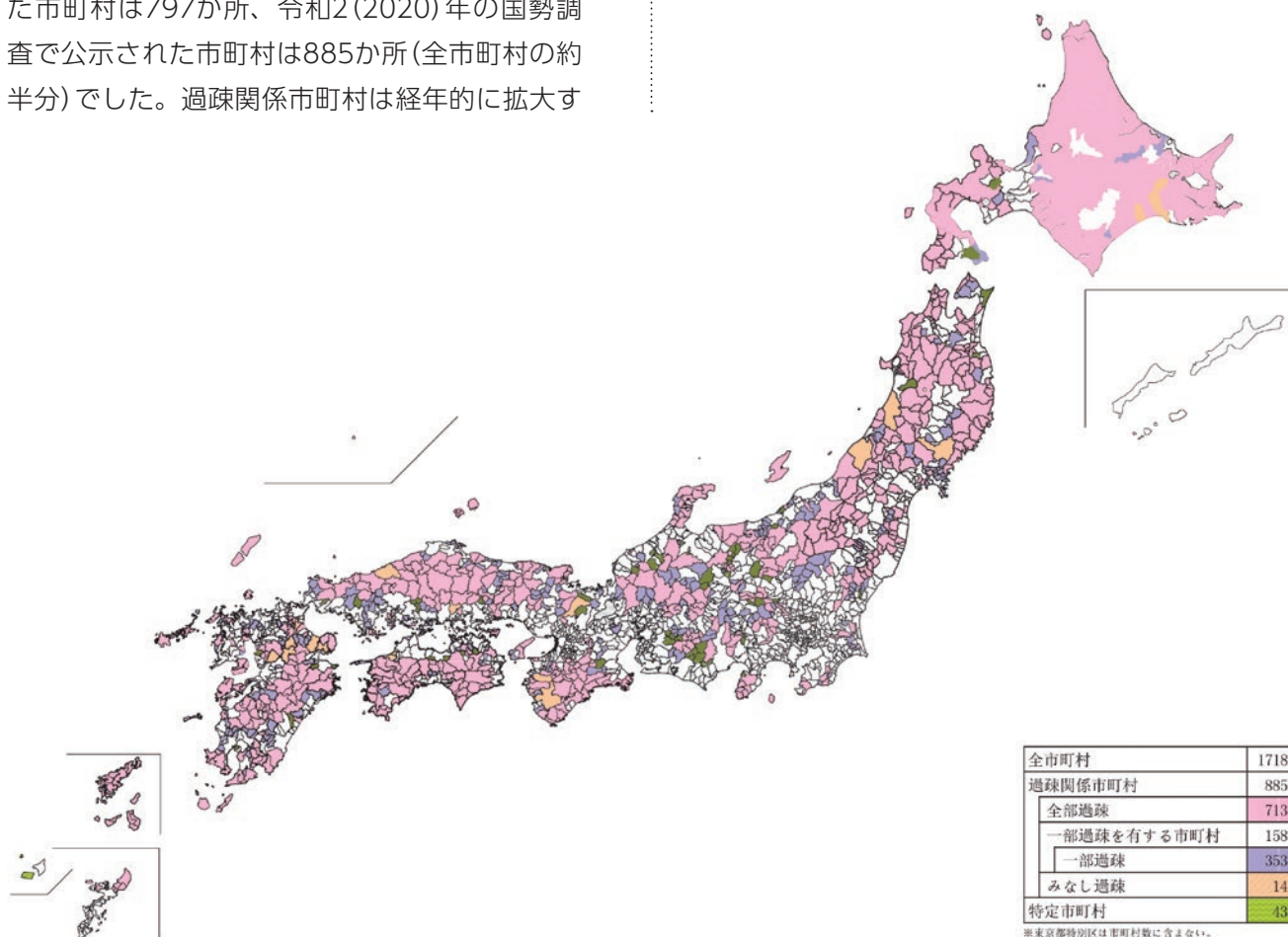


図1. 過疎関係市町村分布図(総務省自治行政局過疎対策室 令和4年4月)

1.2. へき地と無医地区

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ますが、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ります。国のへき地保健医療対策では、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」とされています。

厚生労働省は、概ね3年に1回実施される無医地区調査によって、全国の無医地区数を都道府県別・市町村別に公表しています。令和4(2022)年10月末日現在の無医地区数は557、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した(表1)。無医地区数は年々減少傾向にありますが、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というわけではありません。ちなみに無医地区の高齢化率はすでに50%を超えています。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_20900.html

表1.

都道府県別・市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		都道府県	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

1.3. 離島

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しますが、地理学上は本島・離島といった区別はありません。昭和62(1987)年に海上保安庁は日本の構成島数は6,852と発表していますが、令和5(2023)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」と報告しています。国土交通省によれば、このうち令和2(2020)年国勢調査によって有人島とされたのは446とされています。また、離島振興法による離島振興対策実施地域(沖縄・奄美・小笠原等を除く)は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(令和5年4月1日現在)、沖縄振興特別措置法の対象とされる離島は35(都道府県1、市町村19、人口126,103人)、奄美群島振興開発特別措置法の対象とされる離島は8(都道府県1、市町村12、人口104,281人)、小笠原諸島振興開発特別措置法の対象とされる離島は2(都道府県1、市町村1、人口2,528人)です。

離島はさらに、本土からアクセスするための交通手段によって一次離島、二次離島、三次離島に分けられています。但し、その定義は明確ではありません。概ね表2のように考えることができるのではないかと思います。

<https://www.mlit.go.jp/kokudoseisaku/chirit/index.html>

表2.

本土からアクセスするための交通手段による離島の分類

一次離島	① 本土(本州、四国、九州、北海道、沖縄本島など)から直接船や飛行機が出ている島
	② 離島一覧に記載されているが、橋などで本土と陸続きになっている島
	③ 上記の②の島からまたいくつかの橋や埋立などで陸続きになっている島でバス・車・徒歩で渡れる島
二次離島	① 本土から直接の交通がなく、一次離島を経由して船などを乗り継いで行く島
	② 一次離島②③の島より船・飛行機などで渡る島
三次離島	① 二次離島をさらに経由しないと行けない島
	② チャーター便・自家船等のみで渡れる島



新潟県 粟島遠景

1.4. 半島地域

半島地域とは、一般的には三方を海に囲まれた地域を言いますが、平地に恵まれず、水資源に乏しく、産業基盤及び生活環境の整備等について他の地域と比較して低位にあることなどから、半島振興法の下で総合的な振興対策が講じられています。半島振興対策実施地域は、都道府県知事の申

請に基づき、国土交通大臣が指定することとされており、現在は23地域(22道府県194市町村)が指定されています(令和7年3月31日現在)。

https://www.mlit.go.jp/kokudoseisaku/chisei/crd_chisei_tk_000013.html

1.5. 中山間地域

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しますが、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されています。令和5(2023)年4月1日現在の農林統計によれば、中間農業地域を含む市町村数は980、山間農業地域を含む市町村は730であり、わが国の総人口の約1割が中山間地域に暮らしているとされています。また、食料・農業・農村基本法では「山間地及びその周辺の地域その他の地勢等の地理的条件が悪

く、農業の生産条件が不利な地域」を「中山間地域等」として規定しています。「中山間地域等」とは、上記の中山間地域に加えて、「特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律」、「山村振興法」、「過疎法」、「半島振興法」、「離島振興法」などの地域振興立法の指定を受けている地域も含まれるとされています(表3参照)。

https://www.maff.go.jp/j/nousin/tyusan/siharai_seido/s_about/cyusan/

1.6. 豪雪地帯

豪雪地帯とは、恒常的な降積雪に見舞われ、産業の発展や生活水準の向上が阻害される地域のことを言います。国土交通大臣、総務大臣、農林水産大臣は、積雪の度その他の事情を勘案して政令で定める基準に従い、かつ、国土審議会の意見を聴いて、道府県の区域の全部または一部を豪雪地帯及び特別豪雪地帯として指定することとされて

います。現在、豪雪地帯に指定されている区域がある都道府県数は24、市町村数は532(そのうち特別豪雪地帯に指定されている区域がある市町村数は201)となっています。

https://www.mlit.go.jp/kokudoseisaku/chisei/crd_chisei_tk_000010.html



高知県 仁淀川町ひょうたん桜

表3.

地域振興立法の指定地域を含む市町村数

名称	基準指標	市町村数
特定 農山村地域	特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律	959
	[1] 勾配20分の1以上の田面積が全田面積の50%以上、但し全田面積が全耕地面積の33%以上	
	[2] 勾配15度以上の畑面積が全畑面積の50%以上、但し全畑面積が全耕地面積の33%以上	
	[3] 林野率75%以上	
	(上記のいずれかに該当)	
	[4] 総土地面積に対する農林地割合81%以上、又は15歳以上人口に対する農林業従事者数の割合が10%以上	
	[5] 人口10万人未満	
振興山村	山村振興法	734
	[1] 林野率75%以上(1960年農林業センサス)	
	[2] 人口密度1.16未満(1960年農林業センサス)	
過疎地域	過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法	885
	[1] S55～R2年の人口減少率が30%以上	
	[2] S55～R2年の人口減少率が25%以上、高齢者比率(65歳以上)38%以上	
	[3] S55～R2年の人口減少率が25%以上、若年者比率(15歳以上30歳未満)11%以下	
	[4] H7～R2年の人口減少率が23%以上	
	(上記のいずれかに該当)	
	[5] H30～R2年の財政力指数0.51以下かつ公営競技収益40億円以下	
半島振興対策 実施地域	半島振興法	194
	三方が海に囲まれた地域(架橋等により本土との陸上交通が確保された島を含む。)であって、2以上の市町村の区域からなり、一定の社会的経済的規模を有する地域	
離島振興対策 実施地域	離島振興法	111
	外海離島指定基準、又は内海・内水面離島指定基準、若しくは離島一部地域指定基準に該当するもの。	
沖縄	沖縄振興特別措置法	41
	沖縄県の区域	
奄美群島	奄美群島振興開発特別措置法	12
	鹿児島県奄美市及び大島郡の区域	
小笠原諸島	小笠原諸島振興開発特別措置法	1
	嬬婦岩の南の南方諸島(小笠原群島、西之島及び火山列島を含む)、沖の鳥島、南鳥島	

A faint, light orange map of Japan is visible in the background of the page. The number 2 is centered in a white square.

2

離島・中山間地域における 認知症支援の現状と 課題

離島・中山間地域における認知症支援の現状と課題

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のですが、過疎化が進行する離島・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は容易ではありません。令和4(2022)年度の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」で実施された調査によれば、全国の認知症疾患医療センターの約半数が、「人口規模が小さい」、「面積が広大である」、「医療資源が不足している」、「交通の便が悪い」、「豪雪や台風などの気候条件によって医療サービスへのアクセスが容易に悪くなる」などにより、認知症のための医療サービス提供に困難が生じている地域があると回答しています。

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」と提言しています。

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ます(図3)。令和4(2022)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が345施設、へき地診療所が1,117施設設置されています。また、令和3(2021)年度の厚生労働科学研究「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」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ます。しかし、こうした取り組みの中に認知症の医療提供体制の整備は含まれていません。例えば、広大な面積を有する北海道は、全国で最も多くの過疎地域と無医地区があり、へき地拠点病院も19か所設置されています

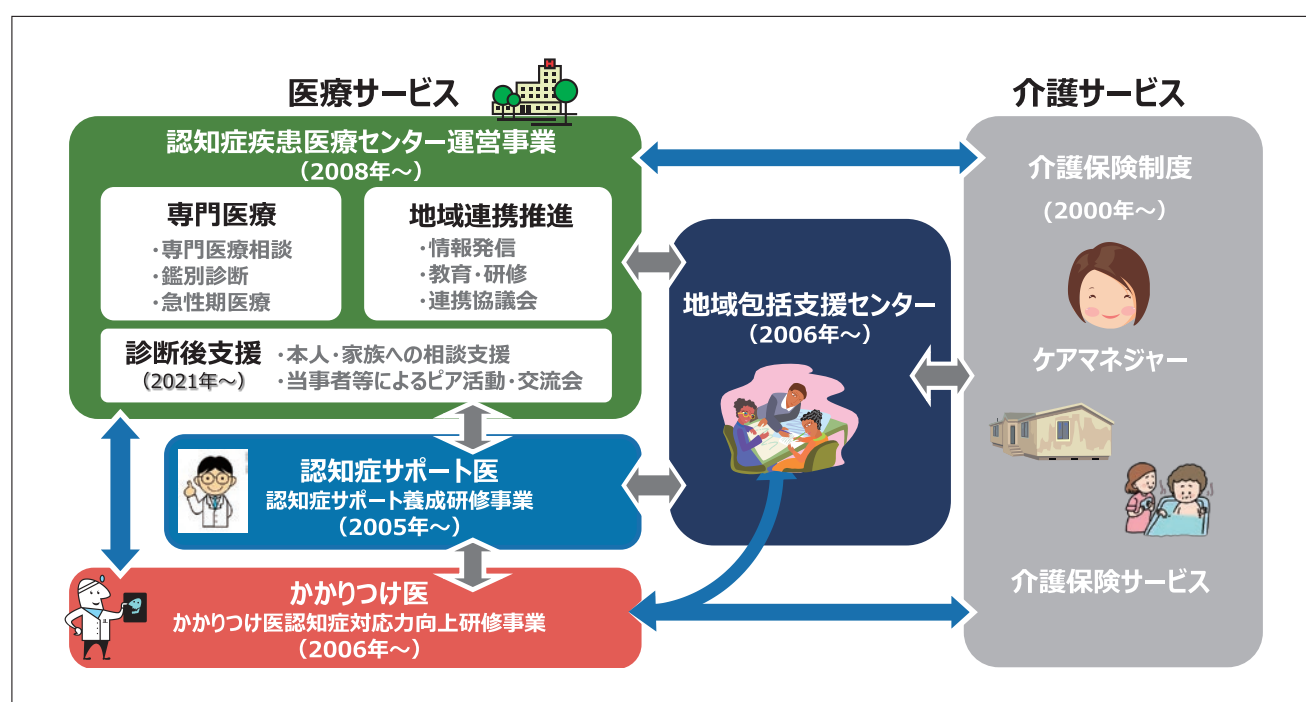


図2. 地域における認知症の医療・介護連携体制

が、身体疾患に対する医療が中心であり、認知症医療には手がまわらない状況であるということが、この事例集の中でも報告されています(第5章2参照)。

離島・中山間地域における認知症の診断、治療、診断後支援、専門職の人材確保・人材育成、介護

資源の確保、地域づくりを含む体制整備については、それぞれの地域の人口動態や地理的状況も勘案しながら、地域の特性に応じた課題解決の取り組みが必要です。

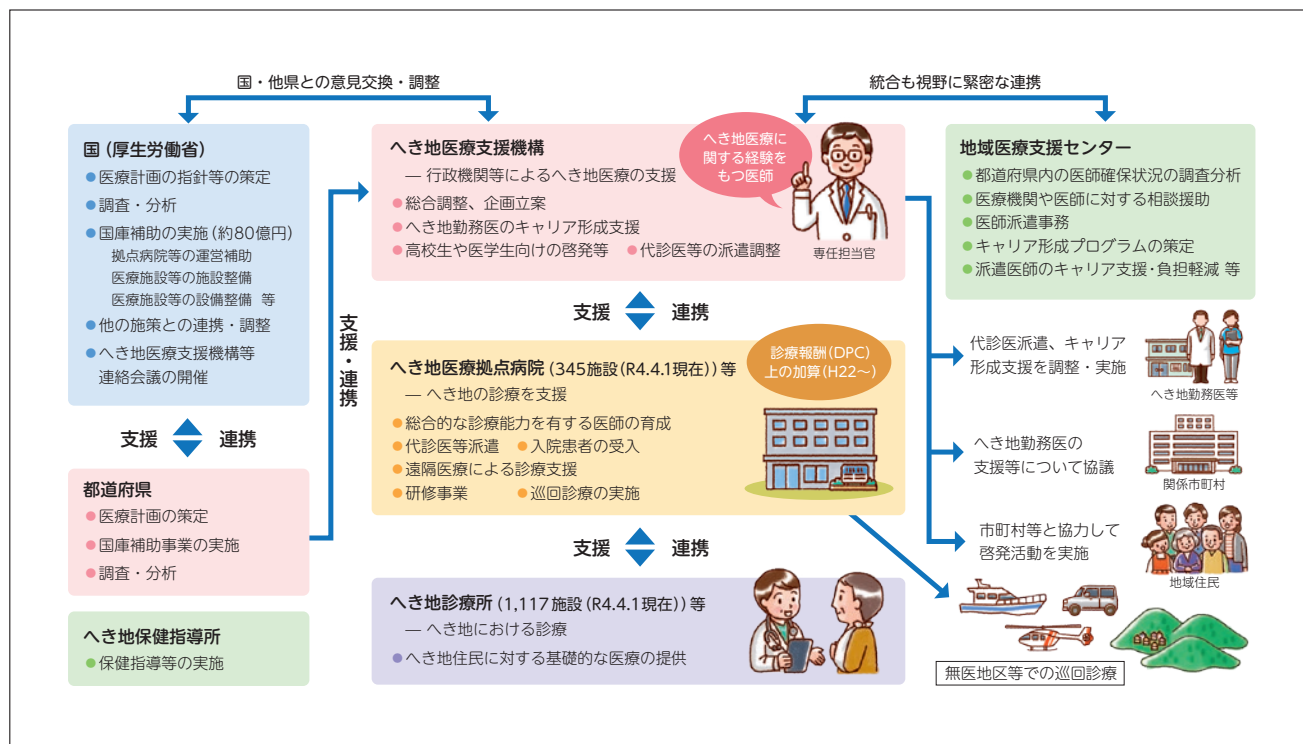


図3. へき地における医療の体系図(厚生労働省医政局地域医療計画課)



3

地域の特性に応じた 課題解決の取り組み

本事例集では、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さまざまな取り組みを紹介しています。

例えば、福島県会津地方は、山間部が多い豪雪地帯を含む広大な地域であり、医療機関へのアクセスには多くの問題を抱えています。ここではすでにパーキンソン病などの神経難病に対するオンライン診療が市の助成で始められていますが、この研究プロジェクトではオンラインによる認知症診断の支援が試みられています(第4章1参照)。

東京都の島しょ地域には11の離島がありますが、本土との距離はさまざまであり、最も近い大島は空路で25分、最も遠い小笠原の父島・母島には航路で25時間以上の時間を要します。すべての離島には東京都の支援で診療所が設置されていますが、介護資源(特に訪問介護サービス)が不足しており、専門職の確保と人材育成に課題が生じています。東京都では2014年よりオンラインによる専門職の人材育成事業を実施していますが、本事例集では、この研究プロジェクトと連動させた「予防事業と共生事業の一体化実施プロジェクト」を立ち上げ、既存事業を活用しながら予防と共生の両輪を実現させる離島モデルの構築を進めています(第4章7参照)。

石川県の半島部等の過疎地域には4か所のへき地医療拠点病院がありますが、認知症の専門医は不在であり、認知症の病型診断や行動・心理症状への対処には苦慮しています。また、交通手段がないため通院困難な高齢者が多く、施設サービスや在宅サービスも不足しています。さらに令和6(2024)年元日の能登半島地震によって地域コミュニティや家族支援体制が崩壊し、それらが認知機能低下や認知症の行動・心理症状の悪化など問題をさらに増幅させています。そのような実態の報告とともに、能登地域の医療機関でいくつかの独自の取り組みがこの事例集の中で紹介されています(第4章2参照)。

三重県は、山間部・沿岸部の過疎地域や離島などで医師不足が深刻化しており、地域住民が専門医療へアクセスするまでの距離的・地理的障壁が大きい状況にあります。これに対応するために、基幹型認知症疾患医療センターが県医師会と連携してITを活用した認知症スクリーニング事業を展

開し、要介護認定前の段階から認知機能低下を早期に把握する体制の整備が試みられています(第4章3参照)。

広島県の離島・中山間地域においても、認知症専門医療の提供は困難であり、介護保険サービスの選択肢も限られています。この研究プロジェクトではこの問題に対応するために、「認知症の人を支える地域づくりにおける民生委員の役割に関する調査」と「認知症ケアマネジメントに関する介護支援専門員対象の研修開発」が行われており、その状況がこの事例集の中で紹介されています(第4章4参照)。

高知県の山間部では高齢化の進行、人口減少、独居世帯や高齢夫婦のみ世帯の増加、医療資源の不足などによって認知症の専門医療へのアクセスが困難な状況が生じています。こうした状況に対して、県内の山間部にある仁淀川町では、町内の診療所に月1回専門医が訪問して、地域の介護専門職、診療所の医師、高知市内の国立病院とも連携して認知症の専門医療にアクセスできるシステムづくりを進めています(第5章3参照)。

沖縄県は、離島など移動に困難を伴う地域が多く、認知症専門医療へのアクセスに地域差が生じやすいという問題があります。また、医師や医療資源の偏在や移動負担の大きさから、対面診療だけでは十分な対応が難しい地域も少なくありません。このような課題に対応するために、オンライン技術を活用した認知症支援の体制づくりが試みられています(第4章6参照)。また、沖縄県の離島の一つである宮古島では、抗アミロイドβ抗体薬治療の導入に向けてICTと地域間連携による体制づくりの取り組みを開始しています(第4章5参照)。

この事例集では、過疎市町村の全国調査の結果を踏まえて市町村で実施される地域ケア推進会議等を、その構成員のパターンで類型化していますが、専門職とともに住民が参加する会議体が、過疎化が進行する人口減少地域の地域包括ケアシステムの構築には必要ではないかということが強調されています(第5章1参照)。

認知症介護研究・研修東京センターでは、この研究プロジェクトの中で、異なる離島間を結ぶオンラインの交流・研修会を開始しました。これは

離島の介護サービス事業所に勤務する専門職の人材育成の支援を目的にはじめたもので、この事例集ではその運用の実際が紹介されています。しかし、そこでは、この交流・研修会が専門職の人材育成に留まることなく、医療や行政担当者も巻き込んだ地域の認知症支援体制づくりに発展する可

能性があることも示されています(第4章8参照)。

以上の取り組みについては、その詳細がそれぞれの該当ページに紹介されておりますので、是非、興味のある事例からご一読いただければ幸いです。



第4章 7「東京都の離島における認知症等高齢者支援体制の構築支援」より

第4章・第5章にて 紹介している地域

—各都道県および離島の概略図—



A faint, light blue map of Japan is visible in the background of the page. The number 4 is centered in a white square.

4

離島・中山間地域における 認知症支援体制づくりの 事例

1

福島県会津地方における認知症の遠隔医療システムづくり (福島県)



事例の要旨

会津地域の遠隔医療の実践としてIBM遠隔診療支援アプリとiPadを用いて、D to PおよびD to Dのオンライン診療を行い、利用者に有用性、通信機器の使いやすさを7段階で評価して頂きました。そのうちの代表的な事例について紹介いたします。

D to Pの事例1、70歳代女性、軽度認知障害MCI、MMSE29点、市内在住、抗アミロイド抗体療法であるレカネマブ投与(午前中)開始日と2週間後の投与2回目の夕方にオンライン診療を実施しました。投与後の副作用等の有無などの情報について問診を行いました。通信機器の使いやすさについて、操作にご家族の援助を必要としましたが初回よりも2回目で改善しました。有用性については高い有用性があり、担当医の顔が見えて会話ができると安心感があるとのこと感想でした。事例2は、80歳代女性、軽度AD、MMSE25点、山間部在住(通院に1時間強)、単身生活で近所に娘さんがお住まいで援助があります。抗アミロイド抗体療法としてドナネマブ投与開始日(午後)に帰宅後夕方オンライン診療。介護者(娘)の評価では使い勝手は「大変よい(6点)」、有用性は「大変有用(6点)」との評価でしたが、本人だけだと使うのは難しそうとのコメントがありました。認知症の方の場合、MCIレベルでも通信機器の操作は難しい点があり援助が必須と思われます。

脳神経内科にてパーキンソン病を中心とする難病に対するオンライン診療の調査では、有用性については、6点満点で平均5.4点と高い数値でした。具体的な回答としては、「体が不自由な方には、病院に受診するだけで大変な労力であり、自宅にいて診察がうけられるのは、外出の準備、通院、院内で駐車場から診察室までの移動が必要ない点がよい。」との意見が多かったです。通信機器の使いやすさについては、6点満点で平均4.9点で、有用性に比べるとやや低い数字でした。

次いで、認知症を対象とした医師-医師+患者+介護者(D to D with P+C)について検討しました。有用性は6点満点評価で、担当医が5.1点、指導医が5.8点、通信機器の使いやすさは、担当医5.1点、指導医5.6点でした。本システムは、動画の速度、解像度もよいので、神経心理学的評価、運動症状の評価なども問題無く行えました。D to Dを利用すると、専門医療機関を受診しなくても専門医のアドバイスが得られるため、専門医がいない地域などでは非常に有効ではないかと思われ、今後、診療報酬も認められるようになることが望まれます。

事例報告者

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
錫谷 研 福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座 助教
林 博史 福島県立医科大学保健科学部作業療法学科 教授
石田義則 竹田総合病院脳神経内科、認知症疾患医療センター センター長

福島県および会津地域の基本情報

福島県の面積は北海道、岩手県について全国3位と広大です。会津地方は、福島県西部に位置し、2市(会津若松市、喜多方市)、11町(猪苗代町、磐梯町、会津坂下町、会津美里町、下郷町、南会津町、西会津町、只見町、三島町、柳津町、金山町)、4村(北塩原村、湯川村、昭和村、檜枝岐村)からなります(図1)。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5,500km²であり全国で27位に相当し、これ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ます。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%に達します。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ます。認知症疾患医療センターは、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ります。



図1. 福島県の地域図



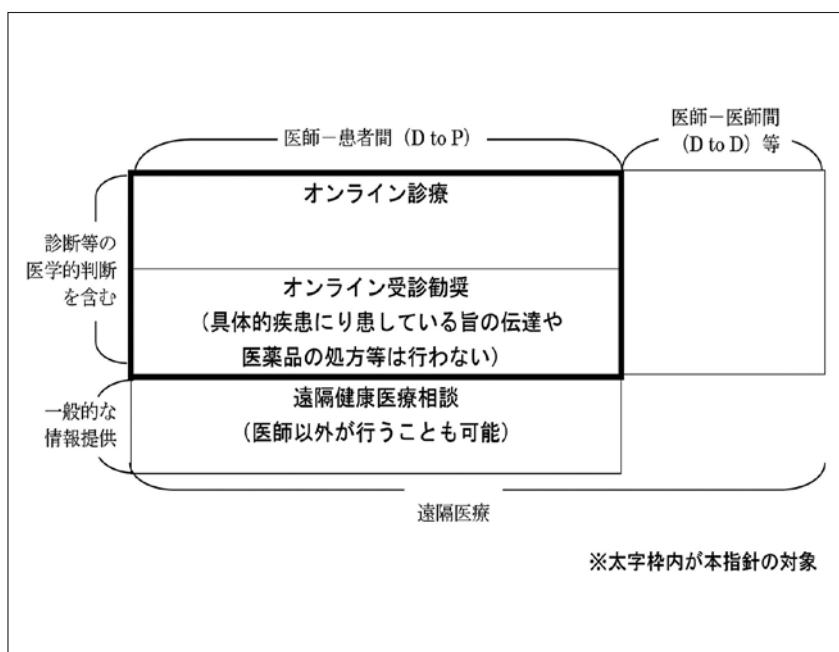
図2. 会津地方の山岳部では冬の通常の国道でも2mを超える積雪があり、通院も負担が大きい。



図3. 一晩で約100cmの積雪、車を駐車場から出すのに1時間の除雪作業が必要、夏期は20分の通勤が、2時間以上かかることもある(2025.2.7豪雪)。

オンライン診療の指針の概要

オンライン診療を行うにはオンライン診療研修を受けることが必要です。この研修はe-learningで受けることができます。ここで、オンライン診療の定義は、「遠隔医療のうち、医師-患者間(D to P)でICTを通じて、患者の診察および診断を行い、診断結果の伝達や処方等の診療行為を、リアルタイムで行う行為」とされています。医師-医師間(D to D)は、厚労省が提示するオンライン診療の指針の対象外になっています(図4)、とくに僻地や山間部の認知症の遠隔医療では重要な役割が期待されています。



会津若松市における遠隔医療システムづくり

会津若松市では、竹田総合病院脳神経内科で2019年より市の事業としてパーキンソン病などの神経難病診療を中心にオンライン診療を行っています。これは、IBM遠隔診療支援アプリとiPadを用いたシステム(図5)で、順天堂大学とIBMの協力のもと、会津オンライン診療研究会で運用されています。最終的な構想としては、在宅診療だけでなく専門医との連携、服薬指導、施設への訪問診療を含めた包括的な遠隔医療を目指しています(図6)。患者様のインターネット環境により、①パソコンやiPadなどを現在利用している方にはアプリのインストール、②これらを保有していない方にはアプリをインストール済みのiPadをすぐに使える状態で自宅に送付(会津若松市在住の方には貸与、通信料も必要な方はそちらも追加あり)しています。2024年12月時点で、100名以上の患者さんが利用しており、会津若松市だけでなく、会津地方全体に利用者がいます。竹田総合病院脳神経内科では通常の外来診療の枠組みに組み込まれる形で運用されています(図7)。福島

県立医科大学会津医療センターでも糖尿病内科で運用されており、オンライン診療のスタートチェック票が作成されています(表1)。

われわれは、難病で現在利用中の方に対しての使い勝手や有用性のアンケート調査をしました。また、このシステムを認知症医療にも利用すべく、D to PおよびD to Dを試行し、同様に使い勝手と有用性の評価をしました。評価は7段階評価で、大変有用の6点から全く有用でない0点までとしました。



図5. IBM遠隔診療支援アプリ

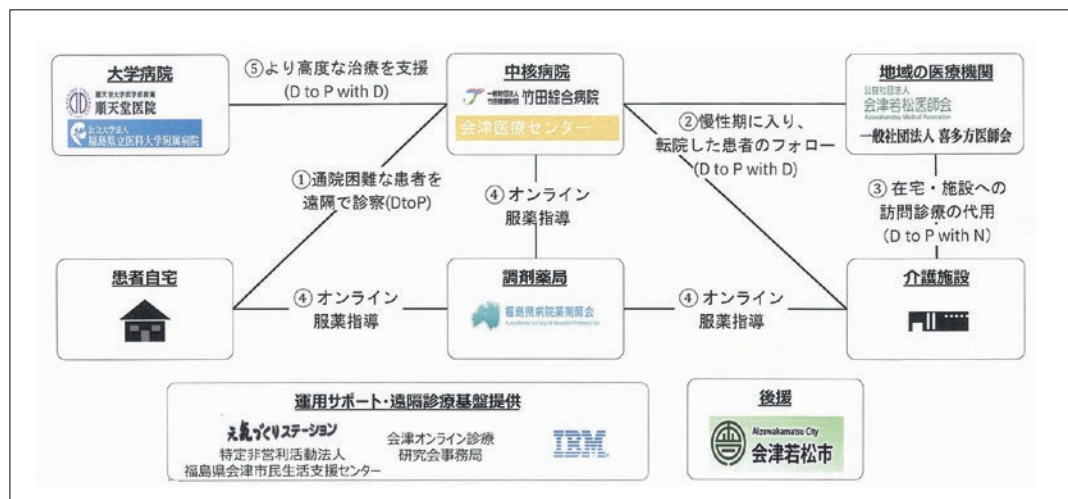


図6. 会津オンライン診療研究会におけるオンライン診療の構想

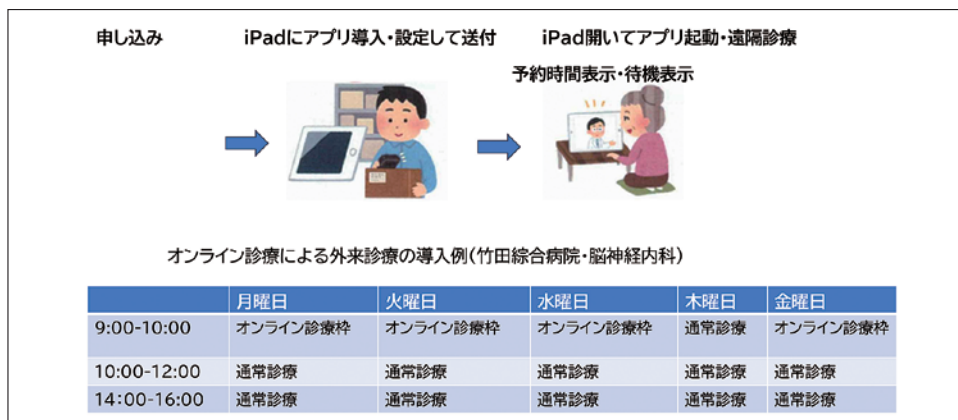


図7. 竹田総合病院脳神経内科におけるオンライン診療による外来診療のスケジュール例

表1.

会津医療センターにおけるオンライン診療 スタートチェック票

オンライン診療 スタートチェック票

初回発 生日	年 月 日			科名	糖尿代謝	医師名	
氏名	氏	名	男女別	電話	固定	日中可・不可	
			男・女		携帯	日中可・不可	
ID				住所			

行政区分	会津若松市市民（住民票登録）		会津若松市市民以外（住民票登録）
形態	① i-padレンタル有 返送書類 6.7.8	③市助成外 i-padレンタル有 返送書類 6.7	⑤ i-padレンタル有 返送書類 6.7
	② アプリのみ契約 返送書類 6.8	④市助成外 アプリのみ契約 返送書類 6	⑥ アプリのみ契約 返送書類 6
発送先	会津オンライン診療研究会	アイエスアイ	アイエスアイ

	チェック項目	担当部署	応対者	配布日	備考	
1	オンライン診療概要説明・配布	医師				
2	費用概算説明・配布					
3	同意書	外来看護師			取得日	対応者
4	療養計画書					
5	（会津住民の場合、助成枠有無のリアルタイム確認）	経営企画室		配布無		
6	サービス申込書	医事課				
7	イオンモバイル契約申込書					
8	実証事業同意書					
9	封筒（研究会行・アイエスアイ行）					
10	遠隔診療サポートサービスのご契約にあたって （iPadレンタル有編・アプリのみ編）					
11	遠隔診療サービスに関する問合先カード					
12	ipad 操作手順書				説明セット一式	

備考欄

医事課記入欄			
レンタル i-pad 到着進捗状況確認		納品予定日	
ご自宅インターネット状況環境test する・しない		実施予定日	実施予定者
会計 方法	毎回来院支払・振込・その他		
利用 薬局名		処方箋送付方法→	薬局へFAX・自宅へ郵送

外来 記入欄	
次回オンライン診療日時	
月 日 ()	
予備ｺﾝﾀｸﾄ	時 分
医師診察	時 分

会津地方におけるオンライン診療の実例

(1) 認知症を対象とした医師-患者+介護者 (D to P with C)

【事例1】70歳代女性MCI、MMSE29点、市内在住、抗アミロイド抗体療法であるレカネマブ投与(午前中)開始日と2週間後の投与2回目の夕方にオンライン診療を実施しました。投与後の副作用等の有無などの情報について問診を行いました。夫、長女夫婦と孫の5人家族の方で、夫とともにオンライン診療に臨まれました。患者さんはあらかじめ取り決めた予約時間前にiPadのスイッチを入れてアプリを起動させ待機します。医師側のiPadにはこの患者さんが待機状態であることが表示され、医師が呼び出しボタンを押すと診療が開始されます。iPadの操作については、貸し出し時に説明し操作マニュアルをお渡ししていましたが、利用時にはスイッチの入れ方について、ご本人も旦那様も自信がなかったので、お孫さんの協力を得てスムーズにできたとのことでした。使い勝手について、初回はご本人、介護者(夫)とも、「まあまあ使いやすい(4点)」、2回目は本人「まあまあ使いやすい」、介護者「かなり使いやすい(5点)」で介護者はやや使い方に慣れた評価でした。有用性については、初回はともに「かなり有用(5点)」、2回目はともに「大変有用(6点)」の評価でした。担当医の顔が見えて会話ができてと安心感があるとのこと感想でした。

【事例2】80歳代女性、軽度AD、MMSE25点、山間部在住(通院に1時間強)、単身生活で近所に娘さんが在住し援助があります。抗アミロイド抗体療法としてドナマブ投与開始日(午後)に帰宅後夕方オンライン診療。介護者(娘)の評価では使いやすさは「大変よい(6点)」、有用性は「大変有用(6点)」との評価でしたが、誰かがいればよいが、本人だけだと使うのは難しそうとのコメントがありました。そして、やはり顔が見えると安心とのことでした。事例1、2とも抗アミロイド抗体療法開始時にオンライン診療で副作用チェックも含めたサポートに利用した事例で有用性が示されました。抗アミロイド抗体療法では投与早期の6ヶ月までが種々の副作用がしやすい時期であり、とくに投与早期の時期にオンライン診療によるサポー

トが役立つと思われます。

(2) 神経難病を対象とした医師-患者+介護者 (D to P with C)

竹田総合病院脳神経内科で神経難病の外来診療として現在すでにオンライン診療を継続している方にアンケートならびに一部聞き取り調査を行いました。現時点で回答を得られた19例の平均年齢は70歳、平均利用年数は4.5年、平均罹病期間は12.0年でした。診断内訳は、パーキンソン病が約7割で最も多かったです。約5割は、介護者なしで自分だけでオンライン診療システムを利用していました。有用性評価は、本人および介護者がいらっしゃる場合は介護者の評価としました。有用性については、6点満点で平均5.4点と高い数値でした。具体的な回答としては、「体が不自由な方には、病院に受診するだけで大変な労力であり、自宅にいて診察が受けられるのは、外出の準備、通院、院内で駐車場から診察室までの移動が必要ない点がよい。」との意見が多かったです。通信機器の使いやすさについては、6点満点で平均4.9点で、有用性に比べるとやや低い数字でした。課題としては、「通信状況が不安定な環境だと、iPadの再起動などが必要な場合があり、対応できない場合がある」「予約管理やトラブル管理は、IBMのオペレーターが協力してやってくれている。(トラブル時は電話で対応)」「処方箋は郵送でもらっており、タイムラグ。近くの薬局にもらいに行かなくてはならない。」「薬局のオンライン化がなされていない(今後は薬局も含めたシステム構築が予定されているよう)」。

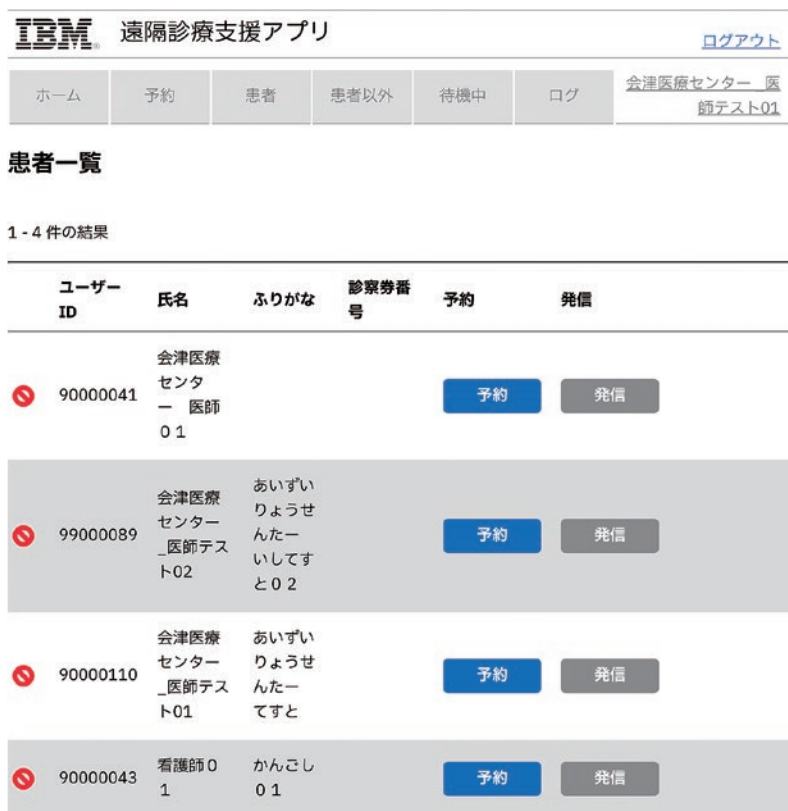
以上から、難病のオンライン診療はすでに実用化され、患者、介護者に受け入れられており、在宅で診療を受けられるメリットは大きいと思われます。通信トラブル、デバイスの不具合、予約管理などでは、オペレーターの援助が必要であり、別途、援助システムを構築する必要がある点が運用上のネックとなる可能性があります(会津オンライン診療研究会のシステムではIBMが援助)。さらに、薬局、薬の受け取りや管理などを含めた、包括的なオンラインシステムの構築が今後の課題と思われます。

(3) 認知症を対象とした医師-医師+患者+介護者(D to D with P+C)

福島県立医科大学会津医療センターもの忘れ外来と福島県立医科大学附属病院基幹型認知症疾患医療センターとを結んで、指導医が担当医の診察をオンラインで観察するとともに、患者様と介護者に対して、直接オンラインで診察して、担当医にアドバイスし、その有用性を評価してみました。対象は、認知症の鑑別診断のために受診された新規患者様12例で、平均年齢70.7歳、平均MMSE 22.3点でした。診断は、軽度認知障害4例、アルツハイマー型認知症4例、レビー小体型認知症4例でした。有用性は6点満点評価で、担当医が5.1点、指導医が5.8点、通信機器の使いやすさは、担当医5.1点、指導医5.6点でした。IBMの遠隔

医療システムは、動画の速度も速く、解像度もよいので、神経心理学的評価、運動症状の評価なども問題無く行えるという結果でした。また、脳CTやMRI画像についても、電子カルテ画面をiPadのカメラで捉えることで、十分評価することができました。D to Dを利用すると、専門医療機関を受診しなくても専門医のアドバイスが得られるため、専門医がいない地域などでは非常に有効ではないかと思われます。現在、D to Dについては、保険診療におけるオンライン診療の対象外ですが、今後、診療報酬として認められるようにすることが望まれます。

図8.遠隔診療支援アプリの予約画面。発信のボタンをタップすると相手呼び出すベルが鳴る。



IBM 遠隔診療支援アプリ						ログアウト
ホーム	予約	患者	患者以外	待機中	ログ	会津医療センター 医師テスト01
患者一覧						
1 - 4 件の結果						
ユーザーID	氏名	ふりがな	診療券番号	予約	発信	
90000041	会津医療センター 医師01			予約	発信	
99000089	会津医療センター_医師テスト02	あいずいりょうせんたーいしてすと02		予約	発信	
90000110	会津医療センター_医師テスト01	あいずいりょうせんたーてすと		予約	発信	
90000043	看護師01	かんこし01		予約	発信	

参考資料

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).

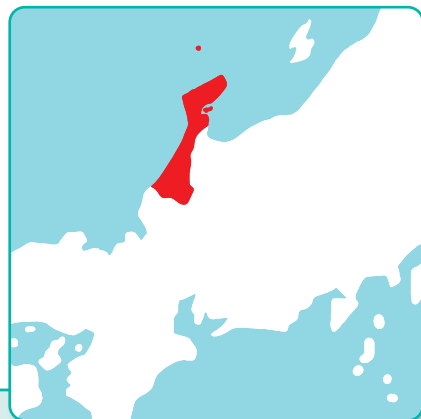
川勝 忍、石田義則、林 博史 他：

【過疎化が進展する離島・中山間地域の認知症支援】

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(1):20-25(2024)

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)

能登半島地震被災地における認知症診療の現状調査と医療機関の取り組み_(石川県)



事例の要旨

2024年元日に発災した能登半島地震は、被災地の認知症診療に大きな影響を及ぼしました。2024年8月に実施したアンケート調査によると、石川県内の認知症疾患医療センターでは、外来における過疎地域在住者の割合が減少した一方、入院患者の過疎地域在住者割合に大きな変化はありませんでした。地域コミュニティや家族支援体制の崩壊により、認知症患者の見守りが困難となり、認知機能や行動・心理症状(BPSD)の悪化が報告されました。へき地医療拠点病院では、中規模病院で認知症患者数が増加しましたが、小規模病院では地震前後で変化は見られませんでした。地震前に週1回実施されていた認知症ケアチーム活動は、地震直後には医療スタッフ不足により月1回未満に減少し、2024年8月にようやく地震前の水準に回復しました。退院先施設や自宅の被災により退院調整が難航し、入院の長期化も課題となりました。

2025年10月に実施したアンケート調査(回収率92%)では、医療従事者の離職による勤務体制の不安定化、交通インフラの復旧遅延による通院負担の増加、家族・地域の支援機能の低下が指摘されました。避難・転居による環境変化、デイサービス中断、家族や近隣住民の支援力低下などが認知機能やBPSDの悪化要因と考えられました。一方で、能登地域の医療機関による独自の症例検討会や職員研修、遠隔診療の導入、地域啓発活動、認知症リエゾンチームの創設など、能登半島地震の影響で生じた認知症診療の問題点に対する、多様な取り組みも報告されました。



町並み・空撮_穴水町_20240402

出典：令和6年能登半島地震アーカイブ(提供者：石川県)/CC_BY-NC-SA

事例報告者

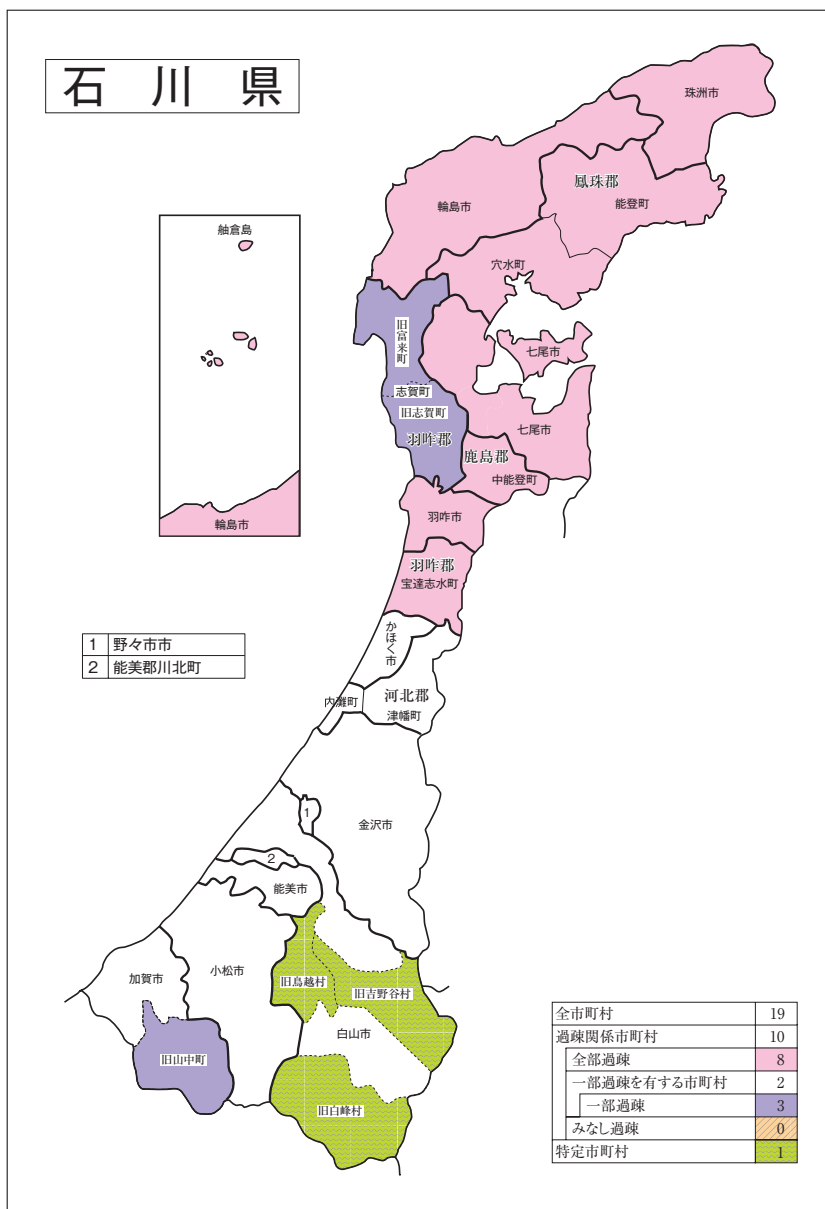
篠原もえ子 金沢大学医薬保健研究域医学系脳神経内科学 准教授
 碓井雄大 金沢大学医薬保健学総合研究科脳神経内科学 大学院生
 小野賢二郎 金沢大学医薬保健研究域医学系脳神経内科学 教授

事業を実施するに至る背景

石川県能登中部・北部医療圏は能登半島地震が発災する以前から、全域で過疎・少子高齢化が進み、認知症診療を行う医師が不足していました。2024年元日に生じた能登半島地震では、能登中部・北部医療圏では医療機関、施設の罹災や医療従事者の被災、および患者とその家族の被災が生じたため、認知症を含めた医療・ケアの提供体制に大きな変化が生まれました。



＜写真1＞能登半島地震により被災した地域の状況



事業を実施するための準備、配慮したこと

- ・事前に能登地域で医療に従事している知人に電話をして、能登地域の医療機関の被災状況、医療・ケア体制に関する情報収集を行いました。
- ・郵送アンケート前に送付先医療機関の認知症診療・ケアに携わる医療従事者の情報を電話で確認しながら、準備を進めました。
- ・1回目のアンケート調査は石川県の認知症疾患医療センター3カ所と、へき地医療拠点病院4カ所について実施しました。2回目のアンケート調査は、能登地域の認知症診療を最前線で担っている医療機関として、精神科・脳神経内

科・脳神経外科・老年科のいずれかの医師が常勤・非常勤している病院・診療所を対象に実施しました。

事業の内容／具体的取り組み

第1回 石川県の認知症疾患医療センターと、へき地医療拠点病院へのアンケート調査

【目的】能登半島地震が認知症医療・ケアにどのような影響を及ぼしたかを明らかにする。

【時期・方法】2024年8月、郵送によるアンケート調査

【郵送先】

≪認知症疾患医療センター≫

- ・石川県立こころの病院
- ・公立能登総合病院
- ・加賀こころの病院

≪へき地医療拠点病院≫

- ・珠洲市総合病院
- ・公立穴水総合病院
- ・公立能登総合病院
- ・公立つるぎ総合病院

【アンケート内容】

- ・認知症疾患医療センターへ送付したアンケート
≪図表1≫および、へき地医療拠点病院へ送付したアンケート≪図表2≫を示します。

≪図表1≫

石川県の過疎地域での認知症診療の実態と
認知症疾患医療センターにおける取組に関するアンケート

1. 貴院における認知症患者さんの能登半島地震以降の診療体制について教えてください
1-1. 貴院における認知症の専門外来の診療日について教えてください
2. 認知症診療を担当している医師について教えてください
2-1. 能登半島地震以降、専門外来を担当している医師の人数について教えてください
2-2. 認知症の入院診療に携わっている医師の人数について教えてください
3. 専門外来の診療内容について教えてください
3-1. 能登半島地震以降、病院全体で1カ月あたり何名ぐらいの認知症患者さんについて専門外来で診療を行っていますか？震災のあった1月時点と現在8月時点の状況を教えてください
3-2. 能登半島地震以降、病院全体で1カ月あたりに診療する外来認知症患者さんの数に変化はありましたか
3-3. 能登半島地震以降、病院全体で1カ月あたり何名ぐらいの認知症患者さんについて入院診療を行っていますか？震災のあった1月時点と現在8月時点の状況を教えてください
3-4. 能登半島地震以降、病院全体で1カ月あたりに診療する入院認知症患者さんの数に変化はありましたか
3-5. 能登半島地震以降、専門外来の診療されている認知症患者さんのうち、石川県の過疎地域在住の方の割合はおおよそどの程度でしょうか？震災のあった1月時点と現在8月時点の状況を教えてください。
3-6. 能登半島地震以降、専門外来の診療されている認知症患者さんのうち、石川県の過疎地域在住の方の割合に変化はありましたか
3-7. 能登半島地震以降、入院診療されている認知症患者さんのうち、石川県の過疎地域在住の方の割合はおおよそどの程度でしょうか？震災のあった1月時点と現在8月時点の状況を教えてください
3-8. 能登半島地震以降、入院診療されている認知症患者さんのうち、石川県の過疎地域在住の方の割合に変化はありましたか
3-9. 能登半島地震以降、専門外来を初診して診断される認知症患者さんの重症度はどのような割合でしょうか
3-10. 能登半島地震以降、専門外来を初診して診断される認知症患者さんの病型はどのような割合でしょうか
3-11. 能登半島地震以降、入院診療されている認知症患者さんの病型はどのような割合でしょうか
3-12. 能登半島地震以降、石川県の過疎地域在住の患者さんを専門外来／入院で診療される場合に、お困りになることはありますか
4. 貴院における認知症専門外来、入院診療以外の認知症診療に関する取り組みについて能登半島地震以降、認知症カフェや地域包括支援センターと連携した取り組み等を実施されていますか
5. 新規のアルツハイマー病治療薬レカネマブが承認されましたが、本治療薬の対象となる患者様（軽度認知障害から軽度認知症のアルツハイマー病の方）は貴院に通院されていますか？
6. 貴院でレカネマブ治療をしたことはありますか？
7. （自施設でレカネマブ治療をしたことがない施設に対して）導入に至らなかった理由について教えてください

【アンケートの結果】

すべての認知症疾患医療センターと、へき地医療拠点病院からアンケートを回収しました。

①認知症疾患医療センター

能登半島地震後、外来における過疎地域在住者の割合が減少した一方で、入院における過疎地域在住者の割合に変化はありませんでした。地域コミュニティや家族支援体制の崩壊により認知症患者の見守りが困難となり、認知症患者の認知機能低下や行動・心理症状(BPSD)の悪化が生じたことが報告されました。

②へき地医療拠点病院

へき地医療拠点病院のうち、中規模の病院(公立能登総合病院)では、能登半島地震後外来・入院の認知症患者数が増加した一方で、他の小規模の3病院では患者数の減少または変化が見られませんでした。認知症ケアチーム活動は地震前、2か所のへき地医療拠点病院で認知症サポート医(精神科・老年科・内科)を中心に週1回のペース

で実施されていましたが、地震直後は医療スタッフ不足により認知症ケアチーム活動が月1回未満しか実施できていませんでした。2024年8月より認知症ケアチーム活動は地震前と同じ週1回のペースとなっていました。また、退院先施設や自宅の被災により退院調整が難航し、入院が長期化するといった課題が報告されました。

第2回 能登地域の認知症診療を担う医療機関へのアンケート調査

【目的】能登半島地震後の地域高齢者の認知機能低下やBPSD悪化が懸念されるなか、能登地域において適切な認知症診療を提供するために解決すべき問題点を明らかにする。

【時期・方法】2025年10月、郵送によるアンケート調査

【郵送先】精神科・脳神経内科・脳神経外科・老年科のいずれかの医師が常勤・非常勤している能登地方の13の病院または診療所

＜図表2＞

石川県の過疎地域での認知症診療の実態調査に関するアンケート

1. 貴院における能登半島地震以降の認知症を含めた患者さんの診療体制について教えてください
1-1. 能登半島地震以降、病院全体で1日あたり何名ぐらいの外来患者さんの診療を行っていますか？震災のあった1月時点と現在8月時点の状況を教えてください
1-2. 能登半島地震以降、病院全体で1日あたりに診療する外来患者さんの数に変化はありましたか
1-3. 能登半島地震以降、病院全体で1日あたり何名ぐらいの入院患者さんの診療を行っていますか？震災のあった1月時点と現在8月時点の状況を教えてください
1-4. 能登半島地震以降、病院全体で1日あたりに診療する入院患者さんの数に変化はありましたか
2. 認知症専門外来の診療内容についてお伺いします
2-1. 能登半島地震以降、専門外来の開設日について教えてください
2-2. 能登半島地震以降、認知症専門外来を担当している医師の人数について教えてください
2-3. 能登半島地震以降、認知症の入院診療に携わっている医師の人数について教えてください
2-4. 能登半島地震以降、病院全体で1カ月あたり何名ぐらいの認知症患者さんを専門外来で診療を行っていますか？震災のあった1月時点と現在8月時点の状況を教えてください
2-5. 能登半島地震以降、病院全体で1カ月あたりに診療する認知症患者さんの数に変化はありましたか
2-6. 能登半島地震以降、どのような病型(アルツハイマー型認知症など)の認知症患者さんを診療しましたか
3. 認知症ケアチームについてお伺いします
3-1. 能登半島地震以降、認知症ケアチームの活動頻度を教えてください。震災のあった1月時点と現在8月時点の状況を教えてください
3-2. 病院全体で1カ月あたり何名ぐらいの認知症患者さんについて認知症ケアチームで診療を行っていますか？震災のあった1月時点と現在8月時点の状況を教えてください
4. 新規のアルツハイマー病治療薬レカネマブが承認されました。本治療薬の対象となる患者様(軽度認知障害から軽度認知症のアルツハイマー病の方)は貴院に通院されていますか？
5. 能登半島地震に伴って、診療において困ったこと、今後の課題点などについてご自由に記載ください

【アンケート内容】

- ・能登地域の認知症診療を担う医療機関へ送付したアンケートを《図表3》に示します。

【アンケートの結果】

12カ所の病院または診療所からアンケートを回収しました(回収率92%)。

①能登半島地震による認知症専門外来への影響

- ・医療従事者の勤務体制が不安定
能登半島地震後、医療従事者自身が被災したため離職し、医師および心理師、作業療法士などの勤務体制が不安定になったことが挙げられました。
- ・通院負担増加
能登半島地震後、交通インフラの復旧遅延により患者の通院負担が増加していることが挙げられました。
- ・家族・地域の支援機能の低下
能登半島地震により被災した家族や近隣住民の生活再建が長期化しているため、家族・地域による見守り機能が低下し、服薬の確認などが困難となっていることが指摘されました。

②能登半島地震後の患者の認知機能／BPSDの変化

- ・認知機能／BPSDは悪化した患者が多いと回答した施設が半数を占めました。
- ・認知機能／BPSD悪化の要因としては(1)避難、転居による環境変化、(2)デイサービス中断による活動量低下、(3)家族／介護者の支援力低下、(4)近隣住民の対応力低下(近隣トラブルの増加)が挙げられました。

③能登地域の医療機関の取り組み

- ・能登半島地震後の取り組みとして(1)症例検討会や職員向け研修を開催した(4件)、(2)遠隔診療・オンライン診療の導入を行った(3件)、(3)認知症外来のパンフレット作成など地域啓発活動を行った(2件)、(4)認知症リエゾンチームを創設した(2件)といった取り組みが報告されました。

《図表3》
石川県の過疎地域での認知症診療の実態調査に関するアンケート
貴院における能登半島地震以降の認知症を含めた患者さんの診療体制について教えてください

1.	現在の認知症診療体制についてお伺いします
1-1.	認知症外来の診療頻度について教えてください
1-2.	認知症外来を担当している医師の人数について教えてください
1-3.	認知症サポート医の人数について教えてください(外来・入院合わせて)
1-4.	医師の専門科を教えてください
2.	病院全体で1ヵ月あたり何名ぐらいの認知症患者さんを外来・入院で診療を行っていますか？震災のあった2024.1月時点と現在2025.10月時点の状況を教えてください
3.	病院全体で1ヵ月あたりに診療する認知症患者さんの内、外来と入院のおおよその比率を教えてください
4.	病院全体で1ヵ月あたりに診療する認知症患者さんの数に変化はありましたか
5.	専門外来の診療体制における影響について教えてください
6.	現在、地震後の状況に対応するために取り組んでいることについて教えてください
7.	今後、専門外来の診療体制に関して、取り組もうとしていることについて教えてください
8.	能登半島地震後の認知症患者の認知機能やBPSD(行動・心理症状)の変化について教えてください
9.	認知機能やBPSDが悪化した患者の背景について教えてください
10.	現在、認知機能低下やBPSD悪化がみられた患者さんに取り組んでいることについて教えてください
11.	今後、認知機能低下やBPSD悪化がみられた患者さんに取り組もうとしていることについて教えてください

取り組みの成果と課題

本調査から、能登半島地震は石川県過疎地域における認知症診療・ケアに多面的な影響を及ぼしたことが示されました。地震直後には医療スタッフ不足により認知症ケアチームの活動が著しく制限され、診療体制が一時的に後退しました。地震1年後の調査でも、医療従事者自身が被災したため離職し、医師および心理師、作業療法士などの勤務体制が不安定になったことを問題点に挙げる医療機関がありました。さらに、退院先の被災や家族支援の崩壊により、入院の長期化や認知症症状(特にBPSD)の悪化が生じました。また、能登半島地震発生から8カ月後の調査では、外来における過疎地域在住者の受診機会も減少し、地域医

療へのアクセス低下が懸念されました。1年後の調査においても、交通インフラの復旧遅延により患者の通院負担が増加していることが挙げられました。

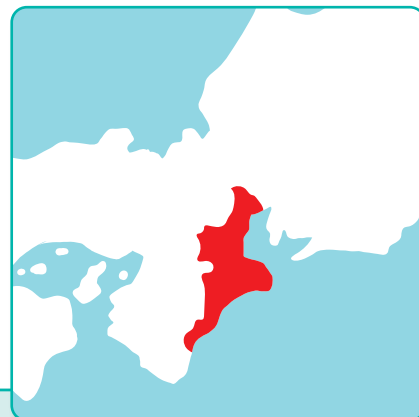
地域医療機関の一部では、症例検討会や職員向け研修の開催、遠隔診療・オンライン診療の導入、地域啓発活動の実施など、能登半島地震後の認知症診療の問題点の解決にむけた対策も開始されていました。今後の課題として、患者・家族支援の代替手段や、遠隔診療など認知症診療を継続する体制の充実が挙げられ、持続可能な支援体制の整備が求められています。



珠洲市空撮・市街地2 (撮影日2024/5/13)
出典：令和6年能登半島地震アーカイブ(提供者：石川県)/CC_BY-NC-SA

三重県の医師不足地域における 認知症スクリーニングと現地調査と 診断後支援プログラム 「脳活っ塾」の取り組み

(三重県)



事例の要旨

三重県では、人口減少と高齢化に加え、山間部・沿岸部の過疎地域や鳥羽市の離島を中心に医師不足が深刻化しています。特に医師不足地域は二次医療圏より小さな単位で設定されるほど偏在しており、地域住民が専門医療へアクセスするまでの距離的・地理的障壁は大きい状況です。このような背景から、三重県の基幹型認知症疾患医療センターでは県医師会と連携し、IT を活用した認知症スクリーニング事業を展開しています。これにより、かかりつけ医からの依頼を受けて要介護認定前の段階から認知機能低下を早期に把握する体制を整え、伊賀名張地域や東紀州地域の一部といった医師不足地域でも標準化された評価が可能になりました。一方で、MCI や初期認知症患者では介護保険サービスにつながりにくく、診断後支援の空白期間が生じやすいことが課題です。この問題に対し、三重大学医学部附属病院では 2023 年度より、e スポーツを含む認知刺激活動・運動・口腔・栄養を組み合わせた複合プログラム「脳活っ塾」を開始しました。本プログラムは医師以外の多職種が中心となって運営できる点が特徴で、将来的には医師不足地域でも実施できる持続性の高い診断後支援モデルとして位置づけられています。さらに、鳥羽市や南伊勢町の離島地域では住民ニーズ調査と講演会を開催し、地域職員・集落支援員・医療機関とともに認知症予防や見守り体制について意見交換を行いました。これらの取り組みにより、地域特性に応じた早期発見と診断後支援の基盤形成が進みつつあります。

表 1 :

第 8 次三重県医療計画における二次医療圏と構想区域

二次医療圏・構想区域	構成市町村
北勢医療圏	
桑名区域	桑名市、いなべ市、木曽岬町、東員町
三河区域	四日市市、菰野町、朝日町、川越町
鈴鹿区域	鈴鹿市、亀山市
中勢伊賀医療圏	
津区域	津市
伊賀区域	名張市、伊賀市
南勢志摩医療圏	
松阪区域	松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町
伊勢志摩区域	伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町
東紀州医療圏(区域)	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町

事例報告者

新堂晃大 三重大学大学院医学系研究科 神経病態内科学 教授

事業を実施するに至る背景

三重県は南北に長い地形を有し、県南部の山間部や沿岸部には過疎地域・へき地が点在しています。人口減少と高齢化は今後も進行すると予測され、高齢化率はすでに 30%を超えています。さらに、南伊勢町では高齢化率が 50%、鳥羽市の離島でも 40%を超えており、地域による高齢化の偏在が顕著です。一方で、認知症専門医や認知症サポート医の数には限りがあり、特にへき地や離島では医師不足が明確化しています。全国的に認知症の早期診断・早期介入が推奨されるなか、MCI や初期認知症では介護保険サービスにつながりにくく、診断後支援の空白期間が生じやすい

ことが指摘されています。MCI は認知症のハイリスク状態ですが、適切な生活習慣介入や社会参加により、認知機能低下の進行が抑制されることが報告されています。そのためかかりつけ医や現地の医療機関と連携した認知症スクリーニングにより早期介入を進めること、MCI・初期認知症患者に対して継続的な診断後支援の場として複合プログラム「脳活っ塾」を構築すること、さらに、医師不足地域の住民ニーズ把握や支援体制構築を目的として、鳥羽市神島・坂手島、南伊勢町で講演会と情報交換会を開催しました。

事業を実施するための準備、配慮したこと

(1) ITを活用した認知症スクリーニング体制の整備

認知症スクリーニング事業は三重県医師会との共同事業として位置づけ、かかりつけ医が気づいた物忘れに対し、三重大学医学部附属病院認知症センターへスクリーニングを依頼できる仕組みを整備しました。スクリーニングは「認知症連携パス推進員」がタブレットを用いて標準化されたプロトコルに従い実施します。連携パス推進員の派

遣が困難な地域に対しては、東紀州地域および伊賀・名張地域の中核病院と業務委託契約を結び、同院スタッフが同一の評価法で実施する「遠隔版スクリーニング」を導入しました(図1)。検査後の受診先として地域型・連携型認知症疾患医療センターが機能するよう、院内外の連携体制も整理しました。

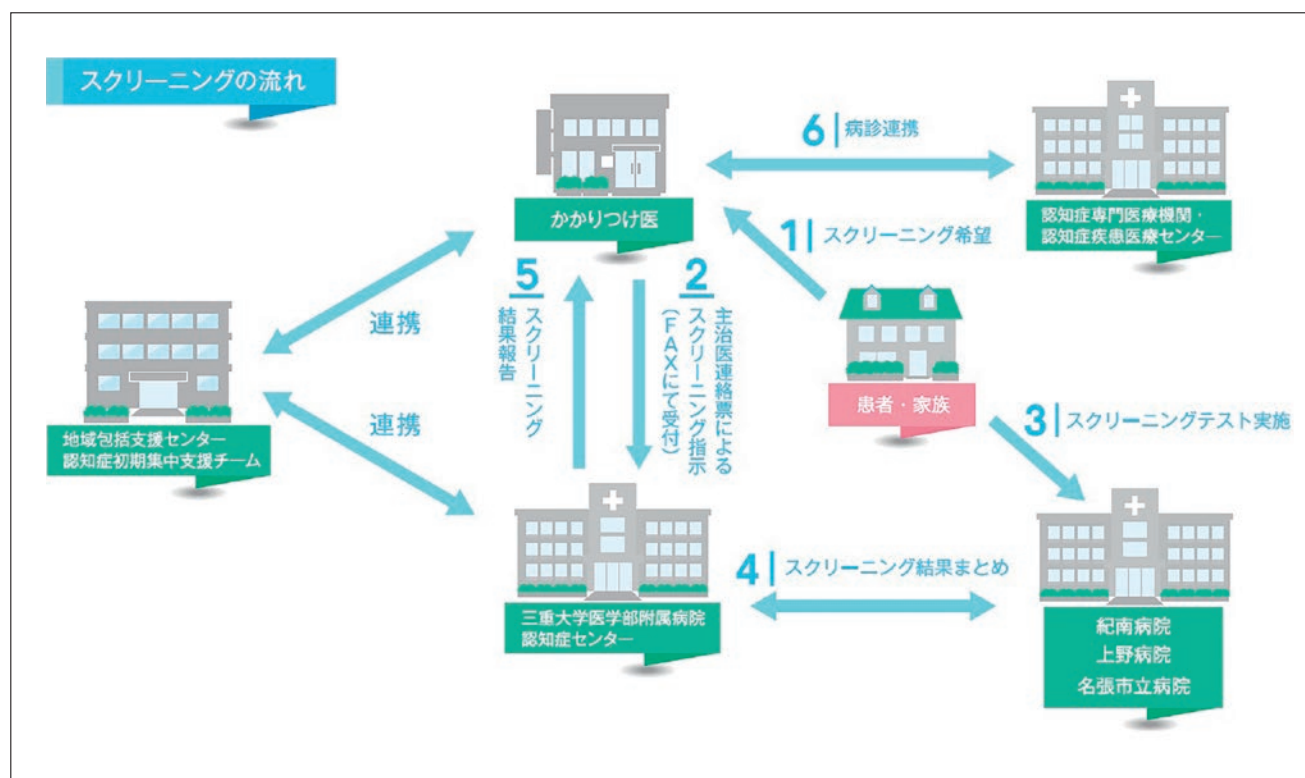


図1：遠隔版スクリーニングの流れ

(2) 複合プログラム「脳活っ塾」立ち上げ時の配慮

脳活っ塾は運動・口腔・栄養・認知刺激を組み合わせる構成とし、医師・理学療法士・言語聴覚士・歯科衛生士・管理栄養士・音楽ボランティア・医学生など多職種による運営体制を整えました(図2)。e スポーツ導入に際しては三重県 e スポーツ連合と連携し、高齢者が安全に楽しめるゲームの選定や、ハンドルコントローラー・専用コントローラーの設置、転倒防止策など環境整備を行いました。

(3) 離島・医師不足地域でのニーズ調査と講演会

離島での活動では、郡市医師会・鳥羽市・坂手診療所・集落支援員・地域包括支援センターと事前調整を行い、講演会や情報交換会が既存の地域活動(例：認知症カフェ等)と連携するよう配慮しました。鳥羽市神島では、各離島をオンラインでつなぎ事例相談を実施しました。個人情報保護に配慮し、事例共有は匿名化しました。



図2：脳活っ塾のパンフレット

事業の内容／具体的取り組み

(1) 認知症スクリーニング事業

2015 年度から年間平均約 100 名のスクリーニングを実施しています。2019～2021 年度には遠隔版スクリーニングとして 19 名を対象に実施しました。2024 年度には全体で 110 名を対象に行い、そのうち 9 名が伊賀名張地区および東紀州地区でした。対象者の 80%以上が要介護認定前の高齢者であり、家族が異変に気づいて受診につながるケースが多く、一方で物忘れに気づいてから 1 年以上経過している例が半数以上を占めました。

(2) 診断後支援プログラム「脳活っ塾」

脳活っ塾は MCI・初期認知症の患者を対象に、週 1 回・全 25 回(約 6 か月)で実施しています。e スポーツとして PlayStation®「グランツーリスモ 7®」、Nintendo Switch®「太鼓の達人®」「Switch Sports®」「マリオパーティ®」などを用い、視空間認知刺激や協調運動、協力プレイを取り入れました(図3)。また、管理栄養士による栄養指導と調理実習、言語聴覚士の発語訓練、理学療法士の体操、歯科衛生士の口腔指導、音楽演奏会など多様なプログラムを組み合わせました。1 年間参加

した 8 例では、参加のなかった方(29 例)と比較して MMSE 低下が抑制される結果が得られました。

(3) 医師不足地域におけるニーズ調査と講演会

2023 年度には鳥羽市神島および南伊勢町で、2025 年度には鳥羽市坂手島で講演会を実施しました(図4、5)。坂手島では人口(228人)の 18%にあたる 41 名が参加し、講演後に診療所医師・集落支援員・行政職員らと情報交換会を開催しました(図6)。議題は、認知症が疑われる住民の見守り、個人情報の共有範囲、既存の認知症カフェとの連携などであり、住民参加による予防活動の方向性が確認されました。



図3：脳活っ塾の様子



図4：神島の港



図5．南伊勢町での予防教室の様子



図6．坂手島で開催された認知症講演会の様子

取り組みの成果と課題

認知症スクリーニング事業により、要介護認定前から認知機能低下を把握し専門医療につなぐ体制が整いました。治療可能な疾患の発見やBPSD出現前の早期介入にも寄与しました。遠隔版スクリーニングは中核病院がハブとなり、へき地での医療・介護連携の基盤形成につながりました。脳活っ塾は診断後支援の空白を埋める場として機能し、参加継続の動機づけにもつながっています。

離島での講演会と情報交換会は、住民・行政・医療機関が一体となって地域の認知症課題を共有する機会となり、既存活動を認知症予防として再構築する動きもみられました。

しかし、スクリーニングを担う人員の不足、脳活っ塾でのプログラムを広く展開できていないこと、離島支援の継続性の確保など、それぞれの課題も残されています。

中山間地域で活動する 民生委員と居宅介護支 援専門員への支援(広島県)



事例の要旨

広島県からは「認知症の人を支える地域作りにおける民生委員の役割に関する調査」と「認知症ケアマネジメントに関する介護支援専門員対象の研修開発」の二つの事例を紹介します。

「認知症の人を支える地域作りにおける民生委員の役割に関する調査」では民生委員を対象とした質問票調査を実施しました。これによって民生委員が都市部、中山間地・離島部いずれにおいても多様な形で認知症の人や家族の支援に関わっている実態が明らかとなりました。また、民生委員が認知症の人の様々な福祉課題を認識していることも明らかとなりました。

「認知症ケアマネジメントに関する介護支援専門員対象の研修開発」では認知症に焦点をあてたケアマネジャーを対象としたオンライン研修を実施し、その効果検証を行いました。中山間地や離島部でも受講しやすいオンラインによる研修が効果的であることを示すことで、そうした地域におけるオンライン研修のより一層の活用が期待されます。



出典 Map-It マップイット | 地図素材サイト

事例報告者

石井伸弥 医療法人社団知仁会メープルヒル病院 院長

広島県の状況

広島県は北部の中国山地、瀬戸内海に沿った低地帯、その中間にある高原地帯と階段状の地形になっています。南部の瀬戸内海には100以上の島々を有します。県全体の人口は約269万人(2025年11月)となっていますが、その多くが面

積としては少ない低地帯、特に広島市や福山市などの都市部に集中しています。県全体として人口は徐々に減少傾向にありますが、特に中山間地、離島部において減少が目立っています。

事業を実施するに至る背景

中山間地や離島部では人口減少に伴い高齢者単独世帯が増加しており、認知症の人を支える地域づくりが進めにくくなっています。

また、無医地区数が53地区あり(令和4年度無医地区等調査)、そのほとんどが中山間地や離島にあります。そうした地域では介護事業所も少なく、認知症疾患医療センターなどの専門医療機関

が遠方にしかない地域もあります。ケアプラン作成やサービス調整を行う介護支援専門員(ケアマネジャー)は、認知症に関するケアマネジメントで苦慮することも多く、認知症に関する研修ニーズが高い一方で、その機会は十分ではありませんでした。

事業を実施するための準備、配慮したこと

1

認知症の人を支える地域作りにおける民生委員の役割に関する調査

- ・中山間地・離島部複数地域における認知症医療介護従事者および行政担当者に対しインタビューを行い、認知症の人の暮らしや医療・介護に関する課題に関して情報収集を行いました。
- ・都市部および中山間地・離島部においてかかりつけ医、地域包括支援センターに対して、それぞれの地域における認知症地域医療・介護に関する質問紙調査を実施して情報収集を行いました。
- ・これらの調査によって中山間地・離島部だけでなく、都市部においても認知症の早期発見や医療・介護などの関係機関との連携、相談などにおいて民生委員の果たしている役割が大きいことが明らかになりました。
- ・民生委員の役割に関する文献調査を行いました。
- ・広島県、広島市の民生委員児童委員協議会と意見交換を行いました。

2

認知症ケアマネジメントに関する介護支援専門員対象の研修開発

- ・広島県介護支援専門員協会と意見交換を行い、

ケアマネジャーの受けている研修や認知症の人に向けて行っている支援などの状況について情報収集を行いました。

- ・広島県介護支援専門員協会の協力を得て、ケアマネジャーに対する質問票調査を行い、認知症に関する研修の状況や学習ニーズが高い課題について調査しました。
- ・ケアマネジャーが認知症ケアマネジメントを実践するにあたって必要と考えられる知識・スキルをブルーム・タキソノミーによるKSAフレームワーク(学習目標の分類枠組)によって専門家と相談しながら整理しました。
- ・KSAフレームワークに基づいて、ケアマネジャーが認知症ケアマネジメントに関して自己評価を行うための「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」(以下、自己評価尺度と言います)を開発しました。また、ケアマネジャーを対象とした調査結果に基づいて自己評価尺度の信頼性、妥当性を検証し、学術論文として公表しました。
- ・広島県介護支援専門員協会と意見交換を行い、研修時期やテーマ、形式、参加者の選定などについて検討を進めました。

- ・研修実施前にZoomミーティングの招待リンクを共有しました。
- ・研修前、直後、3ヶ月後に研修や参加者が実践

している認知症ケアマネジメントに関するアンケートを行うとともに、自己評価尺度を用いて研修の効果検証を行いました。

事業の内容／具体的取り組み

1 認知症の人を支える地域作りにおける民生委員の役割に関する調査

【目的】 認知症の人を支える地域作りにおいて民生委員が果たしている役割を明らかにするとともに、その役割や認知症の人の生活状況が都市部、中山間地・離島部で異なるかどうか検討しました。これらの調査結果は認知症の人を地域で支える取り組みの進め方を検討する際の基礎資料になることが期待されます。

【日時・方法】 郵送によって無記名の質問紙票を各地域の民生委員に送付しました。

調査期間は令和5年4～7月で広島県民生委員児童委員協議会、広島市民生委員児童委員協議会の協力を得て行いました。

【回答者】 都市部1,205名(回収率76.2%)、中山間地・離島部719名(同74.2%)

【回答結果】 都市部、中山間地・離島部それぞれで回答した民生委員を比較すると、中山間地・離島部では60代以上の割合が高く、都市部より中山間地・離島部の方が民生委員の高齢化が進んでいました。

認知症の人本人からの相談で最も多かったのはいずれの地域でも生活のこと、次いで病気のことでした(表1)。運転免許返納に関する相談では中山間地・離島部で多くみられており、中山間地・離島部で日常生活を送る上で運転による移動が重要で、認知症によってそれをあきらめる・抑制されることが大きな課題であることがうかがえました。家族や地域住民からの相談では、いずれの地域においても認知症が疑われること、認知症の人と周

囲の関係、介護に関係することが多くみられました(表2)。ここでも運転免許に関する相談は中山間地・離島部でより多くみられています。

民生委員として行っている支援は様々であり、認知症の人の生活全般にわたって民生委員が関わっていることが明らかになりました(表3)。いずれの地域においても、見守り・安否確認が最も多く、次いで話し相手、認知症の人や家族と関係機関(市や包括支援センターなど)の連絡の手助けが多くみられていました。それ以外にも、地域交流活動の支援や生活支援、介護保険等に関する情報提供、災害時の支援など支援内容は多岐にわたっています。

認知機能の低下が疑われる人や認知症の人の世帯にみられる福祉課題としては、いずれの地域においても家族が遠方であること、孤独・孤立、近隣トラブル、徘徊が多くみられていました(表4)。都市部では徘徊を福祉課題であるとして答える割合が多くみられていました。一方、中山間地・離島部では、家族が遠方であること、外出困難、経済的困窮、孤独・孤立が多くみられていました。

表1.

民生委員として認知症の人本人から受けることの多い相談(複数回答可能)

	都市部	中山間地・離島部	地域による違い (都市部-中山間地・離島部)
病気のこと	27%	26%	2%
生活のこと	35%	42%	-7%
介護保険利用	18%	18%	-1%
金銭管理や後見人申し立てのこと	7%	10%	-3%
運転免許返納のこと	5%	17%	-11%
その他	5%	6%	-1%

表2.

民生委員として家族や地域住民から受けることの多い相談(複数回答可能)

	都市部	中山間地・離島部	地域による違い (都市部・中山間地・離島部)
診断はついていないが認知症が疑われること	38%	40%	-2%
認知症の人の病気(認知症)のこと	20%	21%	-1%
認知症の人の介護のこと	23%	24%	-1%
認知症の人と周囲の関係(近隣トラブルなど)	34%	37%	-3%
家族自身の介護負担のこと	17%	18%	-2%
介護保険利用	14%	20%	-6%
金銭管理や後見人申し立てのこと	6%	9%	-3%
運転免許返納のこと	5%	17%	-11%
その他	3%	3%	0%

表3.

民生委員として行う支援(複数回答可能)

	都市部	中山間地・離島部	地域による違い (都市部・中山間地・離島部)
話し相手	72%	73%	-1%
見守り・安否確認	93%	93%	-1%
食材配達・配食の手伝い	7%	12%	-5%
服薬確認	3%	6%	-3%
地域交流活動(サロンなど)の支援	56%	49%	7%
緊急通報システム等への協力	24%	38%	-14%
介護保険や日常生活自立支援事業などの情報提供	29%	34%	-5%
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	57%	51%	6%
社会福祉協議会の事業やボランティア活動利用の調整	20%	22%	-2%
生活支援(買い物支援、ゴミ出し、草取り、清掃など)	21%	21%	0%
外出支援	6%	8%	-2%
交流会や食事会	15%	13%	2%
通院の付き添い	8%	10%	-2%
悪質商法被害防止の取り組み	20%	19%	1%
災害時支援(例：避難支援、安否確認、避難後の生活支援)	35%	52%	-16%
その他	2%	2%	0%

表4.

認知機能の低下が疑われる人や認知症の人がお住まいの世帯でみられる福祉課題

	都市部	中山間地・離島部	地域による違い (都市部・中山間地・離島部)
ゴミ屋敷	19%	20%	-1%
近隣トラブル	35%	34%	2%
孤独・孤立	38%	42%	-4%
徘徊	34%	25%	9%
8050問題(認知症の親の子が引きこもっている)	6%	7%	-1%
家族の不仲	15%	15%	-1%
必要な医療を受けていない	12%	13%	-2%
必要な介護・生活支援を受けていない	20%	21%	0%
経済的困窮	8%	12%	-4%
外出困難	14%	22%	-8%
家族が遠方	37%	50%	-12%
その他	3%	5%	-1%

2

認知症ケアマネジメントに関する
介護支援専門員対象の研修開発

【目的】ケアマネジャーを対象として、認知症に焦点をあてたオンライン研修を開発するとともに、その効果を検証します。今後、中山間地や離島など、周囲に医療施設や介護事業所が少なく、介護関連職が研修を受けにくい環境における効果的な研修の実施に繋がっていくことが期待されます。

【研修方法】Zoomミーティング

【研修形式】(図1)

医師による講義(30分)

認知症看護認定看護師による講義(30分)

事前配布した事例を用いたグループワーク

事例紹介(5分)

小グループに分かれてのグループワーク(25分)

各グループからの発表(15分)

講師よりの講評(10分)

合計2時間

【日時・テーマ・参加者】これまでに合計4回の研修を実施してきました。令和7年度には2回の研修を予定しています。

第1回目：令和4年2月2日

テーマ：認知症の症状を理解する

当日参加者：36名

- 第2回目：令和4年12月22日
 テーマ：認知症と間違われやすい精神疾患
 当日参加者：37名
- 第3回目：令和5年1月19日
 テーマ：せん妄
 当日参加者：29名
- 第4回目：令和6年3月7日
 テーマ：認知症と間違われやすい精神疾患
 当日参加者：31名
- 第5回目：令和7年12月26日(予定)
 テーマ：認知症と薬
- 第6回目：令和8年2月13日(予定)
 テーマ：認知症の人の経済問題およびその支援

【研修前後の効果検証】

研修前、直後、3ヶ月後に参加者に自己評価尺度（表5）によって認知症ケアマネジメントにおける自己効力感を評価し、効果検証を行いました。

これまでの合計4回行った研修の前後、3ヶ月後の自己評価尺度の点数をみますと、研修前と比べて研修後において点数が上昇しており、その上昇は3ヶ月後まで持続していました（図2～5）。

このことはオンライン研修を実施することによって、認知症ケアマネジメントに関する能力を持っているとケアマネジャーがより感じられるようになったことを意味しています。



図1. オンライン研修の様子

表5.

認知症の人に対するケアマネジメント実践自己評価尺度

項目1	認知障害に関する行動には、まず本人の視点でその行動の理由を理解しようとする
項目2	「なににもできない」とあきらめず、本人の視点で「なにかができる」と感じられるように支援することを心掛けている
項目3	個人の独自性を尊重し、認知機能と本人に合わせて支援することを心掛けている
項目4	認知症症状の軽重にかかわらず、本人の意思や価値を尊重して支援することを心掛けている
項目5	本人の独自のニーズや不安を受け止めようとしている
項目6	転倒のリスクなど起こり得る問題を予測した上で、常に本人にとって何が優先されるのか検討している
項目7	認知症の中核症状および必要なケアについて理解している
項目8	認知症の行動・心理症状および必要なケアについて理解している
項目9	認知症の各進行段階における症状および必要なケアについて理解している
項目10	認知症を起こす個々の疾患について概念や特徴、治療について理解している
項目11	認知症の人や家族に生じる様々な身体的、心理的・社会的ニーズについて理解している
項目12	成年後見制度や運転免許返納等認知症に関わる制度について理解している
項目13	本人・家族等の意思、認知症の人の心身の状況や家族に介護状況などを把握できる
項目14	把握した情報から、認知症の人にとって必要なケアとその優先順位を検討できる
項目15	介護支援専門員として、認知症の人や家族・支援者が抱く感情や思いによりそう事が出来る
項目16	近隣住民や関係機関等と連携する体制を構築し、必要に応じて情報を共有できる
項目17	本人、家族、関係者とともに話し合い、必要に応じて意思決定支援を行い、本人が望む暮らしに沿ったケアプランを提案できる
項目18	必要に応じて介護保険制度以外の医療社会福祉サービス（自立支援医療、障害年金、傷病手当等）、インフォーマルサービスの利用を提案できる

あてはまる4点、どちらかといえばあてはまる3点、どちらかといえばあてはまらない2点、あてはまらない1点として採点します。

(Psychogeriatrics. 2023 Mar;23(2):345-353.)

以下に示す各因子の得点を計算し、自己効力感の評価として用います。

第1因子(パーソン・センタード・ケア)：項目1～6の合計得点(範囲：6～24点)

第2因子(疾患特性、治療やケアへの理解)：項目7～10の合計得点(範囲：4～16点)

第3因子(認知症の人への理解と特性に応じたケアマネジメント)：項目11、13～15、17の合計得点(範囲：5～20点)

第4因子(認知症の人を取り巻く地域資源の活用)項目12、16、18の合計得点(範囲：3～12点)

図2. 第1回令和4年2月2日研修
前後の尺度得点の変化

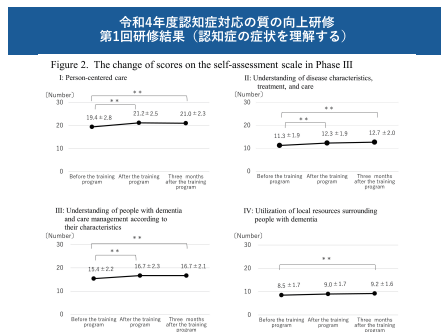


図3. 第2回令和4年12月22日研修
前後の尺度得点の変化

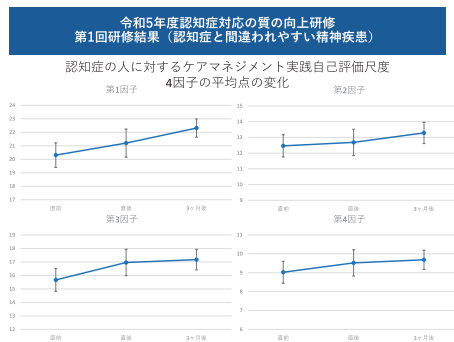


図4. 第3回令和5年1月19日研修
前後の尺度得点の変化

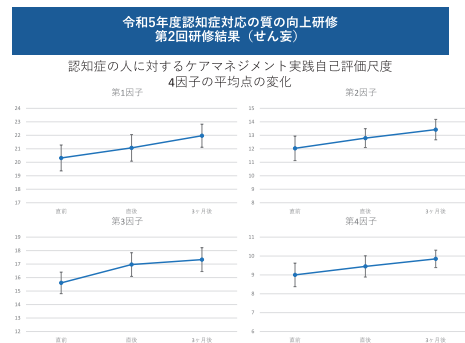
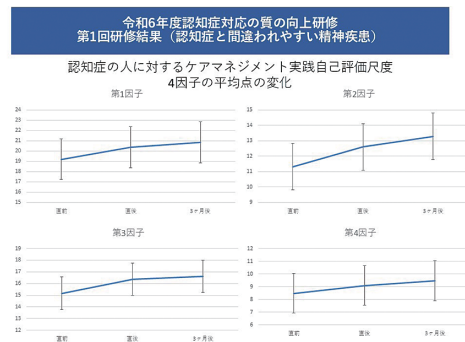


図5. 第4回令和6年3月7日研修
前後の尺度得点の変化



取り組みの成果と課題

1 認知症の人を支える地域作りにおける民生委員の役割に関する調査

民生委員が認知症の人を支える地域作りにおいて果たしている役割に関して調査を行うことによって、民生委員が多様な形で認知症の人や家族の支援に関わっている実態が明らかとなりました。都市部、中山間地・離島部、それぞれにおいて地域の実情によって違いはあるものの、民生委員が大きな役割を果たしているという点では共通していました。

また、認知症の人の生活状況において、民生委員が多く福祉課題を認識していることも明らかとなりました。福祉課題がどのようにみられるのか詳細な解析を行っていくと、孤独・孤立があることによって様々な福祉課題が起りやすくなることが明らかになってきました。（結果は医学論文として発表準備中です。）また、孤独・孤立の影響も都市部、中山間地・離島部において異なっている可能性も考えられました。

こうした実態を明らかにしていくことによって、

認知症の人を地域の中で支えていく体制作りのヒントを得られるように取り組んでいきます。

2 認知症ケアマネジメントに関する介護支援専門員対象の研修開発

これまで4回にわたって研修を行い、それによってケアマネジャーがより自信を持って認知症の人のケアマネジメントに取り組めるようになったことを示してきました。今回取り組んだ研修は中山間地や離島部においても受講しやすいオンライン形式で実施されています。中山間地や離島部では研修の機会が十分でないことが課題でしたが、オンライン研修が効果的であることが示されることによって、そうした地域におけるオンライン研修のより一層の活用が期待されます。

今後は、様々なテーマで研修を続けるとともに、より多様なケアマネジャーを対象として行うことで、テーマを認知症に絞った研修の効果を引き続き検証していく予定です。

関連情報

認知症の人に対するケアマネジメント実践自己評価尺度に関してはPsychogeriatrics. 2023 Mar;23(2):345-353.で医学論文として公表しました。

離島における認知症疾患医療センターが展開する支援体制づくり

(沖縄県宮古島市)

「サテライト・アンド・ハブ」モデルによる
アルツハイマー病疾患修飾薬 (DMD)の実装と
全国離島ネットワーク構築に向けた事例報告



事例の要旨

2024年の認知症基本法施行と、レカネマブに代表されるアルツハイマー病疾患修飾薬 (Disease Modifying Drug : DMD) の登場により、認知症診療は「共生」に加え「治療」という新たな局面を迎えました。認知症は「支えるべき状態」とであると同時に、一定の条件下では「治療により進行を抑えうる状態」として再定義されています。一方、DMD治療には厳格な適正使用基準と高度なアミロイド関連画像異常 (ARIA) 監視体制が求められ、専門医や高度検査機器が不足する離島では都市部との治療アクセス格差が顕在化しています。

本報告では、沖縄県宮古島市で当センターが実践する「サテライト・アンド・ハブ」モデルを紹介し、本モデルは、島内診療所をサテライト、沖縄本島の高度医療機関をハブとし、確定診断・治療導入・導入初期の高度判断をハブに集約し、日常的健康管理および安定期以降の治療継続をサテライトが担う遠隔連携体制です。現在までにMCI (軽度認知障害) 3例に導入実績があり、導入期の医療安全をハブで担保しつつ宮古島側での継続治療を成立させています。高齢化率28%と認知症患者が少ないにもかかわらず、DMD導入が3例にとどまる現状は、候補患者の不足ではなく、医療資源と経済的条件が治療に到達し得る患者層を著しく狭めている現状を浮き彫りにしています。

本事例の検討から、離島患者が直面する「経済的負担」が治療選択を大きく制約している実態も可視化されました。18か月のDMD治療に必要な本島通院費用は最大約216万円であり、宮古島市の平均年収約366万円に対する負担は約6割に達します。宮古島モデルでは通院回数を半減させ約108万円まで圧縮していますが、それでも年収の約3割であり、同様の資源を持たない離島では医学的適応があっても治療が「現実の選択肢」となりにくい状況です。

本稿は、離島をICTと地域間連携により課題解決を図る「実装先進地域」として位置づけ、DMD導入を左右する医療資源配置と経済的負担、患者・家族の実質的選択権をめぐる制度的課題を抽出し、全国規模の連携ネットワークと支援スキーム整備の必要性を提起します。

事例報告者

竹井 太 医療法人たぶの木 うむやすみゃあす・ん診療所 院長、沖縄県認知症疾患医療センター長

I. はじめに—認知症施策の転換点と離島医療

2024年に施行された認知症基本法は、尊厳の保持と共生を理念とし、「誰もが等しく適切な医療を受ける権利」を社会に明示しました。これに呼応して登場したDMDは、対症療法中心だった認知症診療に進行抑制という新たな選択肢をもたらしました。しかし、その恩恵を実際に享受できるか否かは居住地域によって大きく異なります。

特に離島地域では、DMDに必須のアミロイド

PETや頻回のMRI評価、専門医による副作用管理体制を十分に確保することが難しく、治療の可否が医学的適応だけでなく地域・社会条件にも左右される構造が生じています。本報告は、離島を単なる「課題先進地域」ではなく、ICTと地域間連携により課題解決を試みる「実装先進地域」へ転じる取り組みとして位置づけるものです。

II. 対象地域の特性と構造的課題

宮古島市は沖縄本島から南西約300kmに位置する大規模一次離島であり、人口は約5.5万人、高齢化率は約28%です。高齢化の進行により島内の認知症患者は相当数に達し、今後さらに増加が予測されます。それにもかかわらずDMD治療の導入が現在3例にとどまる現状は、認知症患者が少ないためではなく、医療資源と経済的条件が治療へのアクセスを物理的に阻んでいることを示しています。島内には精神科・神経内科専門医が慢性的に不足しており、DMD治療に不可欠なアミロイドPET検査は実施できません。副作用が疑

われた際に即時に高度判断を下せる専門医の確保や、夜間・休日を含む画像診断体制を島内で完結させることも難しく、こうした医療資源の制約がDMD治療の実装を構造的に困難にしています。

さらに、経済的側面も治療実装の成否に直結します。宮古島市の平均年収は約366万円と全国平均を下回り、高度医療を受けるために必要な移動・宿泊費は治療選択に直接影響する現実的要因となっています。DMD治療は薬剤費に加えて「通院のための社会的コスト」を伴う医療であり、離島ではこの部分が臨界点となり得ます。

III. 宮古島「サテライト・アンド・ハブ」モデルの構築^(図1)

当センターでは、宮古島地区医師会との連携のもと、島内医療機関をサテライト、沖縄本島の高度医療機関をハブとする分担モデルを構築しました。本モデルの特徴は、離島側で診断や治療を完結させず、治療初期の不確実な局面をハブに集約する点にあります。すなわち「分散」ではなく「集約」を戦略として選び、医療安全性と意思決定の一貫性を確保する設計です。

ハブは、確定診断、治療方針決定、導入期(約6か月)の薬剤投与およびARIAの判断を一元的に担います。治療開始直後は副作用リスクと判断密度が高く、ここをハブに集約することで、専門医不在による判断の揺れや対応の遅れを回避します。一方、サテライトは治療候補者の初期スクリーニング、日常的健康管理(併存疾患の評価、生活背景の把握、服薬支援の確認等)を担い、安定期以降の治療継続を支えます。

副作用が疑われた場合にはサテライトが初期評価と安全確保を行い、ハブの指示の下で迅速に連携します。

現在までにMCI患者3例に本モデルを適用しており、導入期の安全性をハブで担保した上で、治療継続を地域側で支える運用が初期段階で実現しています。現時点で緊急対応は発生していませんが、発生時の初動手順と連絡系統は整備しています。本モデルが成立するためには、ハブ側の重大なARIA対応に必要な迅速な判断能力と継続的リソース、サテライト側の安定した医療者配置が不可欠です。これらが欠ければ、モデルは形骸化し、期待される医療アクセス改善につながらない可能性があります。

本モデルの運用は、地域医療関係者間の信頼関係、沖縄本島の高度医療機関との継続的連携、精神保健福祉士による患者・家族支援システムなど、複数の関係者による人的基盤に支えられています。

サテライト・アンド・ハブ 運用図	診断期	導入期(0～6ヶ月)	維持期(7ヶ月～)
	施設間連携	ハブ病院指導(安全最優先)	地域連携
沖縄本島 (ハブ：病院・専門医)	確定診断 適応判定 髄液検査 アミロイドPET (沖縄県では実施不可)	薬剤投与(2週毎) 治療継続判断力 ARIA監視/MRI 副作用高度マネジメント	定期MRI評価 治療継続判断
患者 (連携・移動)	↑ 紹介	月2回 渡航 (負担：移動コスト大・疲労) ICT連携	2ヶ月に1回 渡航 (負担：激減・コスト圧縮)
宮古島 (サテライト：診療所)	認知症抽出(MCI) (対面・オンライン診療) (家族相談支援) (遠隔在住家族支援)	見守り 日常健康管理 緊急時トリアージ待機	薬剤投与(2週毎) 副作用初期評価 バイタルチェック 認知症進行外来評価

タスク・シフティング(薬剤投薬シフト：役割の移行)

図1：サテライト・アンド・ハブ運用図

IV. 経済的障壁の可視化—36回の通院という現実(表1・グラフ1)

本モデルの実装過程で、DMD治療に伴う経済的負担が、患者および家族の治療選択に影響を与えることが明確となりました。島内に相当数の認知症患者が存在するにもかかわらずDMD導入が3例にとどまることから、医学的適応があっても経済的負担などにより治療選択の段階で断念せ

ざるを得ない患者が一定数存在している可能性がうかがわれます。

仮に島内でフォローアップ投与ができない場合、患者は18か月間、2週に1回の頻度で本島へ通院する必要があります。認知症患者の渡航には安全確保の観点から付添人が不可欠となることが多く、

表1：DMD治療(18ヶ月間)における通院費および経済的負担の比較試算

	一般的離島モデル	宮古島モデル	差異(軽減効果)
	島内に連携先がなく、全期間本島へ通院	サテライト・アンド・ハブ連携	
対象期間	18ヶ月間(標準治療期間)	18ヶ月間(標準治療期間)	—
渡航単価 ^(※1)	約 60,000円 / 回	約 60,000円 / 回	—
導入期(0～6ヶ月)	月2回 × 6ヶ月 = 12回	月2回 × 6ヶ月 = 12回	変化なし
維持期(7～18ヶ月)	月2回 × 12ヶ月 = 24回	2ヶ月に1回 × 12ヶ月 = 6回	▲18回 削減
安定・継続期	毎回渡航が必要	サテライトで投与、ハブは定期評価のみ	
総通院回数	計 36回	計 18回	半減
渡航費総額 ^(※2)	約 2,160,000円	約 1,080,000円	約 108万円 軽減
対平均年収比 ^(※3)	約 59.0 %	約 29.5 %	負担は軽減するが依然として重い
経済的負担率	年収の約6割	年収の約3割	

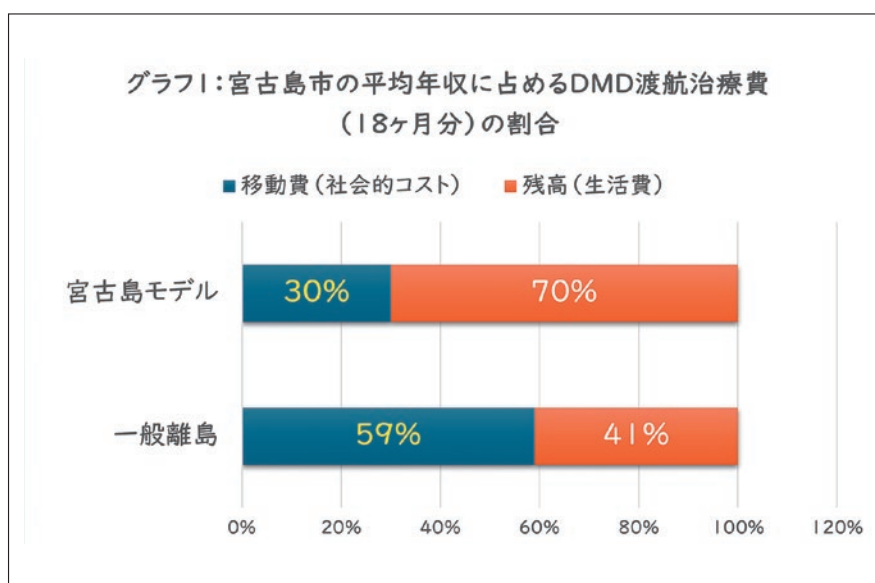
(※1) 渡航単価：患者本人および付添人1名の計2名分。宮古島-那覇間の往復航空運賃(離島割引適用)、島内・本島内交通費、および宿泊費(1泊)の概算合計。
(※2) 渡航費総額：治療にかかる薬剤費・検査費等の医療費(高額療養費制度適用後の自己負担分)は含まれていない。純粹に「移動と宿泊」にかかる社会的コストのみの試算である。
(※3) 対平均年収比：宮古島市の平均年収 約366万円(厚生労働省「賃金構造基本統計調査」等を基にした地域推計値)に対する割合。

患者本人と付添人の2名分の移動が前提となります。この条件下では、18か月間で計36回の渡航が必要となり、航空運賃、宿泊費、現地交通費を含めた1回あたりの費用は約6～7万円と試算されます。その結果、総額は約216万円に達し、平均年収の約59%を占めます。

重要なのは、これは治療費そのものではなく「移動と宿泊」に要する費用であり、医療保険制度の枠外にある負担であるという点にあります。すなわち、医学的適応があっても、家計の制約により治療が「現実の選択肢」として成立しない可能性が高いということです。

宮古島モデルでは、安定期以降の投与を島内で

担うことで通院回数を18回に減らし、総額を約108万円まで圧縮しています。しかし、それでも年収の約3割に相当します。通院回数の削減は一定の緩和策となりますが、離島住民にとって依然として重い負担です。さらに、この緩和策は、認知症疾患医療センター機能を有する宮古島だからこそ成立しています。資源が乏しい他離島では、216万円規模の負担がそのまま残り、DMD治療は検討段階で断念されやすい状況です。これらは、経済状況によって治療選択の幅が実質的に制約されている現状、すなわち「治療アクセス格差」が医療技術ではなく生活条件から生じていることを示しています。



グラフ1：宮古島市の平均年収に占めるDMD渡航治療費（18ヶ月）の割合

V. 選択権と全国ネットワーク構築の必要性—家族参画を含む支援設計

認知症に対する治療選択の権利は、本人と家族に等しく保障されるべきです。ここでいう選択権には、「治療を受ける権利」だけでなく、負担や価値観を踏まえて「あえて選択しない権利」も含まれます。必要なのは結論を強制する仕組みではなく、実質的な選択が成立する環境整備です。

離島では島外に居住する家族が意思決定に関与する場面が多くみられます。当センターでは精神保健福祉士による調整やオンライン診療を活用し、遠隔地家族が治療方針決定に主体的に参画できる体制を整えています。これは、距離によって分断されがちな家族関係を、医療的意思決定プロセスを通じて補完する試みでもあります。

今後は、各都道府県の認知症疾患医療センター

をハブ、地域のかかりつけ医をサテライトとする連携テンプレートを全国で標準化することが重要です。患者が転居した場合でも、紹介・逆紹介と情報共有のルートが明確であれば、連続的な治療提供が可能となります。ただし、本モデルの全国展開には重要な前提条件があります。ハブ側における重大なARIA対応時の迅速性とリソース確保、サテライト側における医療者の安定的な人員配置が必須です。これらが満たされない場合、モデルは形式的に導入されても実質的な改善につながりません。他地域がこのモデルを導入する際は、これら前提条件の達成可能性を事前に検証した上で、地域の実情に応じた修正・調整を行うことが求められます。

Ⅵ. おわりに—離島は日本の未来である

離島が直面する医療資源不足と経済的負担は、人口減少と高齢化が進む日本社会全体が将来直面する可能性のある課題です。本事例で示した「サテライト・アンド・ハブ」モデルは、医療安全を担保しつつ治療を成立させるプロトタイプであり、18ヶ月で最大約216万円の「移動コスト」は、DMD治療の実装が医療技術だけでは解決できないことを示しています。患者が故郷に住み続けながら治療を受けるためには、認知症疾患医療センター間の情報共有体制の標準化と、通院に伴う経済的負担に対する公的支援が必須です。

本モデルが成立した背景には、制度的な特例で

はなく、地域内外の医療者が役割を分担し続けてきた人的努力の蓄積があります。人が住み続けられる地域医療は、人が育ち、人が関わり続けることによってのみ持続可能です。こうした現状の実践知を孤立させず、全国の離島地域と共有・共創するための土台として著者らは『離島認知症懇話会』を立ち上げ、連携を開始しました(本会の詳細は別項に譲る)。全国の離島で、地域の医療者が同様の工夫と連携を実践できるための制度的・人的支援体制の整備は、今後の重要な検討課題です。本事例は、その課題設定と実装プロセスを示す一つの実践例です。



参考文献

- 1) 国税庁長官官房企画課：令和5年分 民間給与実態統計調査結果，2024.
- 2) 厚生労働省：令和5年 賃金構造基本統計調査(都道府県別賃金)，2024.
- 3) 厚生労働省 老健局：認知症施策推進基本計画(認知症基本法に基づく)，2024.
- 4) 日本神経学会 監修：アルツハイマー病疾患修飾薬の適正使用ガイドライン(第2版)，2024.
- 5) 宮古島市 企画政策部：宮古島市統計データ(市町村民所得推計等)，2023.
- 6) 竹井 太：離島におけるアルツハイマー病疾患修飾薬の実臨床—認知症治療転換期の現状と離島からの提言—
Dementia Japan, 40(1月号掲載予定)，2026.

6

沖縄県における 認知症の遠隔医療 システムづくり (沖縄県)



事例の要旨

【背景】

沖縄県は、離島や移動に困難を伴う地域が多く、認知症専門医療へのアクセスに地域差が生じやすいという課題があります。高齢化の進行により早期発見や継続的評価の重要性が高まる一方、医師・医療資源の偏在や移動負担の大きさから、対面診療のみでは十分な対応が難しい地域も少なくありません。こうした背景から、オンライン技術を活用した認知症医療や支援を行う新たな体制づくりが求められています。

【目的】

本事業の目的は、オンライン技術を活用して認知症の評価・診断支援と医療アクセスの向上を図り、沖縄県における持続可能な認知症医療体制の構築に資することです。研究開発と臨床実装を並行して進め、地域課題の解決につながる仕組みづくりを目指します。

【取り組み内容】

本事業では、①オンラインモニターで取得した画像・音声・会話データおよび生体情報を用いたAIによる認知症鑑別診断支援技術の開発、②読谷村在住の健常高齢者を対象とした認知機能の縦断的評価、③その成果を臨床現場へ還元するためのオンライン診療体制の実装化に向けた体制整備の三つを柱として進めています。

【成果と課題】

オンラインモニターを用いた画像・音声・会話データおよび生体情報を継続的に収集する体制を整備し、2025年12月末時点で健常高齢者(読谷村)40名、認知症患者16名分のデータを取得しました。現在、これらのデータを用いて健常高齢者と認知症患者の特徴の違いや経時的変化を抽出するAI解析を進め、鑑別や早期発見に資する指標の探索およびアルゴリズム検討を行っています。同時に、研究機関、医療機関、自治体、企業が連携し、専門医療資源が限られた地域においても、オンラインを通じた認知症評価を行う体制が整いつつあります。今後は、更なるデータの蓄積とともに、通信環境や運用面の改善を図り、より実用的な仕組みへと発展させていく予定です。



《写真1》 オンライン診療の様子①



《写真2》 オンライン診療の様子②

事例報告者

高江洲義和 琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座 教授

泉 晃 株式会社リュウエル 代表取締役

新垣真梨子 琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座 客員研究員

本事業に参加している地域の状況

＜図表1＞

沖縄県読谷村の状況

	読谷村 (沖縄県中頭郡読谷村：沖縄本島中部・西海岸に位置)
面積・外周	35.28 km ²
人口	42,331人(2025年11月末時点)
高齢化率	23.24%(2024年1月末時点) ※およそ4.5人に1人(約9,800人が65歳以上)
主な医療機関	・読谷村診療所(村立診療所) ・その他クリニック約10か所 ・総合病院はなく、入院・専門医療は近隣市町の病院を利用
村への交通手段	那覇空港・那覇市中心部から車で約60分程度



事業を実施するに至る背景

沖縄県は多数の離島を有し、人口規模が小さく医療資源が限られている地域が多いことから、専門的な医療や支援を受けにくい状況があります。特に認知症医療においては、専門医や医療資源が都市部に偏在しており、地域間で医療アクセスに大きな差が生じています。高齢化の進行により早期発見や継続的評価の重要性が高まる一方で、通院負担や家族の付き添いの困難さから、従来の対面診療のみでは十分な対応が難しい状況にあります。このように、地理的条件と医療資源の偏在が重なり、沖縄県の離島地域や医療アクセスが限ら

れた地域においては、認知症の早期発見や継続的支援を行うための体制整備が大きな課題となっています。

こうした課題に対し、オンライン技術を活用した遠隔医療により、移動が困難な地域においても専門的評価や支援を提供できる体制の構築が求められ、本事業の構想が生まれました。さらに、地域住民の協力のもと縦断的データを収集し、その成果を臨床現場へ還元することで、持続可能な認知症医療モデルの構築を目指し、本事業を実施するに至りました。

事業を実施するための準備、配慮したこと

- ・本事業の開始にあたり、大学、医療機関、自治体、企業の関係者間で事前に複数回協議を行い、事業の目的や実施方法、役割分担について共有しました。
- ・研究実施に際しては琉球大学の倫理審査の承認を受け、参加者に対して文書による説明と同意取得を行うとともに、取得した映像・音声・生体データは匿名化し、セキュリティを確保した環境で管理する体制を整えました。
- ・オンラインモニターや通信環境について、事前

に設置および動作確認を行い、接続トラブル発生時の対応方法についても関係者間で共有確認しながら進めてきました。

- ・高齢の参加者が安心して参加できるよう、現地で対応するスタッフが必要に応じて補助できる体制を構築しました。
- ・自治体や医療機関スタッフの通常業務に支障が生じないように、実施日時や運用方法について現場と都度調整を行い、無理のないスケジュールとなるよう配慮して実施しました。

事業の内容／具体的取り組み

本事業の目的は、オンライン技術を活用して認知症の評価・診断支援および医療アクセスの向上を図り、沖縄県における持続可能な認知症医療体制の構築に資することです。研究開発と臨床実装を並行して進め、地域課題の解決につながる仕組みづくりを目指します。

本事業は、以下の三つの柱から構成されています。

・AIによる認知症鑑別診断支援技術の開発

オンラインモニターを用いて取得した画像・音声・会話データおよび生体情報を基に、健常高齢者と認知症患者のデータを比較解析し、認知症の鑑別診断を補助するAIアルゴリズムの開発に取り組んでいます。

・読谷村高齢者を対象とした縦断データの収集

沖縄県読谷村に居住する健常高齢者を対象に、オンラインモニターを活用して認知機能や関連指標の経時的変化を追跡し、将来的な認知症発症に関連する要因の探索を行っています。

・オンライン診療・評価体制の実装に向けた取り組み

研究成果を臨床現場へ還元することを目的として、研究機関・医療機関・自治体・企業が連携し、地域に設置したオンラインモニターを活用した遠隔での認知症評価・診療体制の構築および運用方法の検討を進めています。

【実施方法・体制】

- ・ **実施地域**：沖縄県読谷村、および協力医療機関（琉球大学病院、沖縄県立八重山病院、医療法人HSR名嘉村クリニック、医療法人和泉会いず

み病院）

- ・ **方法**：読谷村内の喜名公民館（写真4）、および協力医療機関にオンラインモニターを設置し、琉球大学病院（写真3）のオンラインモニターと接続することで、遠隔による認知機能評価を実施
- ・ **連携体制**：大学（研究）、医療機関（臨床）、自治体（地域）、企業（機器・システムの提供）が協働で実施



＜写真3＞ 琉球大学病院



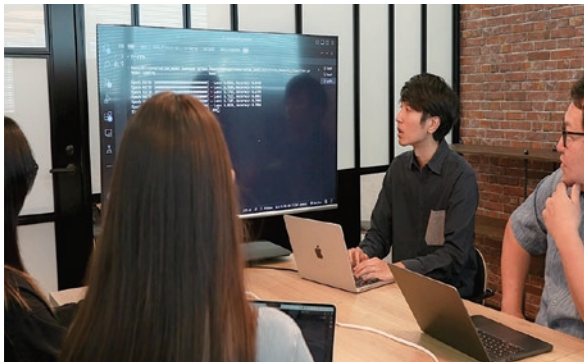
＜写真4＞ 読谷村 喜名公民館

取り組みの成果と課題

【成果】

- ・ 2025年12月末時点で、健常高齢者40名、認知症患者16名分のデータを取得しました（縦断データも含めたデータ総数は68データ）。
- ・ オンラインモニターを用いた画像・音声・会話データおよび生体情報を継続的に収集する体制を整備しました。
- ・ 取得した画像・音声・会話データおよび生体情

報を用いて、健常高齢者と認知症患者の特徴の違いや、経時的な変化を抽出する解析を進めています。これらの解析を通じて、認知症の鑑別や早期発見に資する指標の探索を行っており、現時点では、特徴量の抽出やアルゴリズムの検討を進めるなど、実用化に向けた基盤構築を行っています（写真5）。



《写真5》 AI解析の様子 株式会社リュウエル

【課題と今後の展開】

- ・現在は、読谷村内の1か所の公民館にオンラインモニターを設置して運用していますが、村内でも居住地域によっては移動距離が長く、高齢化の進行や運転免許返納等の事情により来所が困難となる高齢者が、今後増加することが想定されます。このため、将来的には他の公民館への設置拡大や、地域ごとに継続して検査が受けられる体制づくりなど、アクセス性を高める仕組みの検討が必要です。その実現にあたっては、自治体や地域関係者との連携を図りながら、設置場所や運用方法を工夫することで、限られた資源の中でも効果的かつ持続可能な方策を検討していく必要があります。
- ・オンラインの通信環境の安定化や機器操作に対する支援体制の充実を図り、高齢者や現場で支援を行う者が安心して利用できる環境整備が求められています。特に、都市部から離れた遠隔

地や離島では、実運用を通じて通信状況の不安定さが課題として明らかとなっており、今後は地域特性に応じた通信環境の改善に取り組ま

- ・個人情報管理やデータセキュリティを含む運用面の課題についても、関係機関と連携しながら継続的に改善していく必要があります。本事業では、現場で取得した個人情報を外部企業において解析する体制をとっていることから、データの受け渡し方法や安全管理体制について、これまでも関係機関と連携しつつ、より安全に実行できるよう改善に取り組んできました。今後は、こうした仕組みが標準化された体制として組織内で安定的かつ確実に機能するよう、役割分担や運用フローの整理を行うとともに、定期的な確認・見直しを通じて、運営体制のさらなる安定化を図っていきます。
- ・今後、データのさらなる蓄積と、それに基づくAI解析を進め、認知症の早期発見や鑑別精度の向上を図る必要があります。現時点では取得できているデータ数には限りがあるため、今後も継続的に症例数を増やし、多様なデータを収集していくことが重要と考えます。これにより、AIが学習するデータの質と量を高め、個人差を考慮した、より信頼性の高い認知症評価・鑑別支援が可能となるアルゴリズム、プログラム医療機器の開発が進むことが期待されます。

謝辞

本事業は、内閣府沖縄総合事務局「沖縄型スタートアップ拠点化推進事業」からの助成を受けて実施しました。また、本事業の実施にあたり、研究

の企画・運営およびデータ取得にご協力いただいた研究者、医療機関、自治体、企業、ならびにご参加いただいた皆様に深く感謝申し上げます。

関連情報

- ・琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座
<http://www.psy.skr.u-ryukyu.ac.jp/>



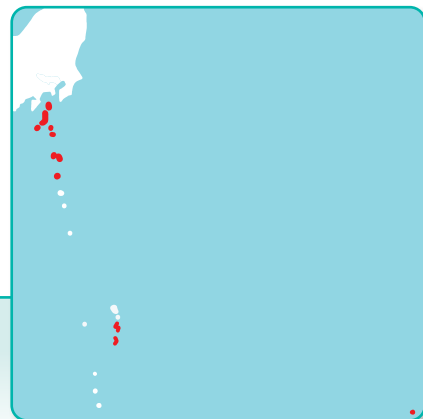
- ・株式会社リュウエル
<https://www.ryuwell.com/>



- ・読谷村
<https://www.vill.yomitan.okinawa.jp/>



東京都の離島における 認知症等高齢者支援 体制の構築支援(東京都)



事例の要旨

東京都の離島では、人口減少と高齢化が進んでいます。そして、離島特有の、医療介護資源へのアクセスの制約があります。医療介護資源は本土と比較して充足されておらず、限られた資源のなかで高齢者支援が行われていると言えます。

離島で高齢者支援に関わる諸機関を対象としたアンケート調査から、認知症の予防、医療、ケア、および高齢者の身体医療、精神医療、権利擁護の領域横断的に①フォーマルサポートの量的不足、②インフォーマルサポートの脆弱化、③住民のヘルスリテラシー不足と認知症に対するスティグマが共通課題として示されました。そして、これらの課題に対して、島内外の多機関多職種連携、専門職教育、住民教育が、重層的に実施されていることが把握されました。

また、スティグマの課題を背景とした認知症普及啓発事業の展開の困難さも明らかになりました。さらに、Aging in place の困難さには、医療介護資源の量だけでなく、地域の認知症対応力が大きく影響していることが示唆されました。

こうした背景から、東京都健康長寿医療センターでは、「予防事業と共生事業の一体化実施プロジェクト」を新たに立ち上げました。認知症講座とフレイル予防講座の一体的実施、個別支援に対するコンサルテーション、認知症がある人のフレイル予防支援、住民リーダーを認知症サポーターとして育成する研修などを組み合わせた事業展開を行い、既存資源を有効活用しながら、予防と共生の両輪を実現する離島モデルの構築を目指しています。



事例報告者

井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長、東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センターセンター長

東京都の離島がめざす共生社会

1 東京都の離島における高齢化と医療・介護資源

◆人口減少と高齢化が進み、離島特有の医療介護資源へのアクセスの制約があります。

東京都には伊豆諸島と小笠原諸島を構成する11の有人離島があり、ここに位置する9町村が、東京都「島しょ二次保健医療圏」を構成しています(図1)¹⁾。本土とのアクセスは島によって大きく異なります(図1)。交通機関の定員や、天候悪化時の欠航等も含め、本土へのアクセスは、島内で対応が難しい医療へのアクセス等にも大きな影響を与えます。

島しょ二次保健医療圏の人口は22,753人(2025年時点)²⁾で、この10年間で約12%減少しました。図2は、各町村の高齢化率の推移を示しています。9町村のうち7町村が東京都全体の高齢化率(23.4%)³⁾を上回り、超高齢社会(高齢化率21%以上)を迎えています。

医療資源をみると、各島に1か所以上の医療機関があります。人口10万人あたりの医療機関数

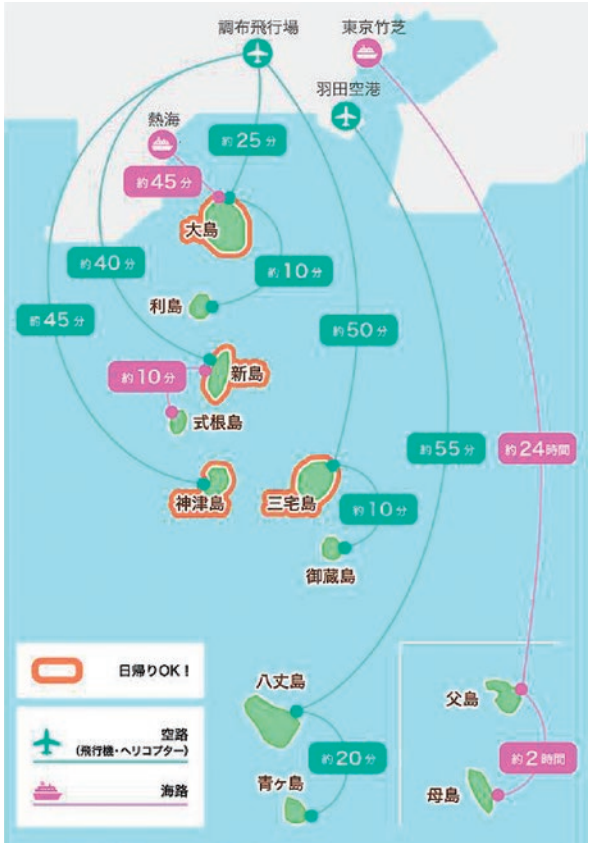


図1 東京都の島しょ地域(文献1より引用)

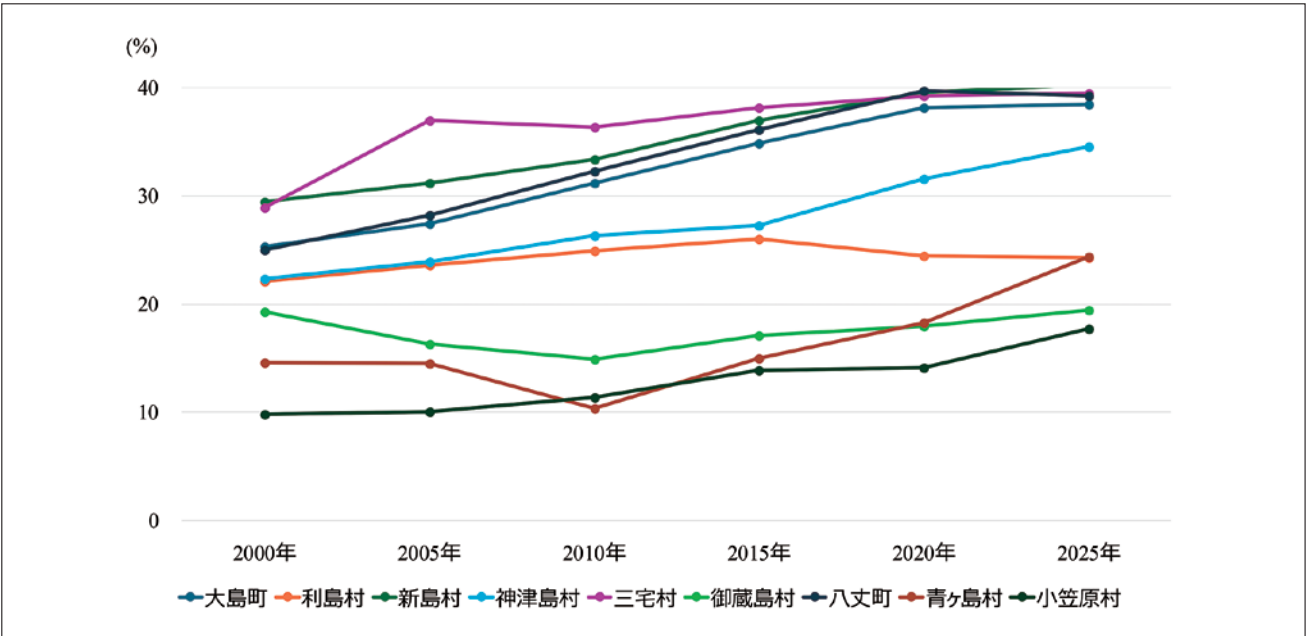


図2 島しょ二次保健医療圏を構成する9町村の高齢化率の年次推移

表1
島しょ二次保健医療圏の医療資源³⁾

	医療機関数(人口10万対)			病床数(人口10万対)		
	病院	一般診療所	歯科診療所	総病床	精神病床	感染症病床
東京都全域	4.5	104.6	76.2	891.5	148.6	1
島しょ二次保健医療圏	4.2	80.1	59.0	227.5	0	8.4

表2

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
面積	90.76km ²	4.12km ²	27.54km ²	18.58km ²	55.26km ²
人口(人)	6813	300	2415	1737	2211
人口密度(人/km ²)	75	74	88	93	40
高齢者数(人) (高齢化率)	2623 (38.5%)	73 (24.3%)	975 (40.3%)	601 (34.6%)	874 (39.5%)
世帯数(戸)	4252	178	1336	911	1457
高齢者独居率	35.5%	41.3%	23.8%	18.2%	39.8%
日常生活圏域数	1	1	1(※H26年の情報)	1(※H26年の情報)	1
病院	—	—	—	—	—
診療所 医師数	2施設 医師7名	1施設 医師1名	3施設 医師5名	1施設 医師2名	1施設 医師3名
面積10km ² あたりの 医療機関数	0.22	2.43	1.09	0.54	0.18
訪問診療を実施する 医療機関数	1	0(検討中1)	2	1	1
総病床数	19	0	10	6	12
歯科診療所(単体) 医師数 ※常勤・非常勤	4施設 医師5名	—	—	—	1施設 医師1.2名
認知症疾患医療センター	—	—	—	—	—
認知症サポート医	—	—	1名	—	—
訪問看護ステーション	2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)
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)
認知症地域支援推進員	1名	1名	1名	3名	8名
要支援・要介護認定者数	要支援1: 68名 2: 47名	要支援1: 2名 2: 0名	要支援1: 10名 2: 23名	要支援1: 6名 2: 9名	要支援1: 22名 2: 21名
	要介護1: 97名 2: 93名 3: 87名 4: 81名 5: 55名	要介護1: 4名 2: 2名 3: 1名 4: 1名 5: 3名	要介護1: 32名 2: 57名 3: 49名 4: 24名 5: 33名	要介護1: 13名 2: 6名 3: 18名 4: 27名 5: 12名	要介護1: 33名 2: 28名 3: 45名 4: 18名 5: 13名
居宅介護支援事業所 ※居宅介護サービス事業所併設含む	6事業所	1事業所	1事業所	1事業所	2事業所
介護保険サービス 事業所(事業所数)	居宅介護支援(6) 訪問介護(5) 訪問入浴介護(1) 訪問看護(2) 認知症対応型通所介護(2) 通所介護(3) 短期入所生活介護(1) 福祉用具貸与・販売(4)	居宅介護支援(1) 地域密着型通所介護(1)	地域包括センター(1) 居宅介護支援(1) 訪問介護(1) 短期入所生活介護(1) 介護老人福祉施設(2) 通所介護(1)	居宅介護支援(1) 通所介護(1) 短期入所生活介護(1) 介護老人福祉施設(1)	居宅介護支援(2) 訪問介護(1) 通所介護(1) 訪問看護(1) 短期入所生活介護(1) 介護老人福祉施設(1)
介護保険外のサービス	<町役場> ・日常生活支援 ・高齢者等見守り事業 <地域包括支援センター> ・総合相談 ・緊急通報システム ・自立支援日常生活用具給付 ・自立支援住宅改修給付 <社会福祉協議会> ・会食サービス ・寝具乾燥消毒 ・配食サービス ・医療機関等への送迎 ・介護予防教室 ・生きがい活動支援 <社会福祉法人 樺の里> ・移動困難者移送事業 <各地区婦人会> ・友愛訪問	<村役場> ・緊急通報システム <地域包括支援センター> ・総合相談 <社会福祉協議会> ・ホームヘルプサービス ・理髪サービス ・送迎サービス ・福祉車両貸出 ・電動カートお試しレンタル ・リハビリテーション指導 ・買い物サポート ・排泄補助用品等購入代金 助成事業 ・ひとり暮らし高齢者等傾 聴訪問 ・配食サービス ・ノルディックウォーキング ボール貸出 ・利島サロン(日常生活支援) ・お泊りデイサービス (通所介護利用者向け) ・夜間相談・訪問サービス (通所介護利用者向け)	<村役場> ・補聴器購入助成 <社会福祉協議会> ・訪問・相談事業 ・見守り相談窓口事業 ・配食サービス ・外出支援サービス ・介護予防送迎サービス ・温泉休養施設送迎 ・保育園児ふれあい活動 ・介護予防生活支援事業 ・日常生活自立支援事業 <村立さわか健康センター> ・個別相談・訪問 ・介護予防教室 ・介護予防検診 ・歩行補助車助成事業 <社会福祉法人 新島はまゆう会> ・心身障害者居宅介護サービス	<福祉課> ・緊急通報システム ・福祉用具貸与 <社会福祉協議会> ・福祉車両 ・配食サービス ・福祉用具貸与 ・紙おむつ等割引販売 ・非常食セット配布 ・高齢者見守りサービス ・高齢者困りごと支援サ ービス <村立生きがい健康センター> ・地域交流活動 ・生きがいづくり事業 ・健康づくり事業 ・介護予防事業 ・給食サービス <社会福祉法人 つつじ会> ・高齢者生活支援ハウス貸出	<村役場> ・高齢者補聴器購入費助成 ・GPS機器貸与 ・老人福祉館運営 ・ゲートボール場運営 <地域包括支援センター> ・総合相談 <社会福祉協議会> ・福祉総合相談 ・高齢者日常生活用具等給付 ・おむつ代助成 ・通院送迎 ・老人クラブ訪問 ・ふれあい型会食会実施 ・高齢者等緊急一時事務管 理事業 <シルバー人材センター> ・高齢者等ごみ出し支援事業 <社会福祉法人 三宅あじさいの会> ・地域見守り事業 ・配食サービス
面積10km ² あたりの介護保険施設数 ^{※1}	0.11	0	0.36	0.54	0.18
居住系サービス定員 ^{※2}	129	0	48	40	55
通所系サービス定員	65	15	10	30	25
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44名) ※従来型36名、ユニット型8名	介護老人福祉施設 (1施設、定員36名)	介護老人福祉施設 (定員50名)
ケアパス	—	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 (現時点で島内に在住であるか否かは不明)	755名 (都立大島高校の在校生を対象として毎年開催)	155名	3名	43名	—

	御蔵島村	八丈町	青ヶ島村	小笠原村(父島・母島)
面積	20.55km ²	72.24km ²	5.96km ²	104km ²
人口(人)	302	6838	160	2496
人口密度(人/km ²)	15	95	27	22
高齢者数(人) (高齢化率)	59 (19.5%)	2685 (39.3%)	39 (24.4%)	441 (17.7%)
世帯数(戸)	170	4128	114	1490
高齢者独居率	36.2%	33.7%	61.3%	38.3%
日常生活圏域数	1(※H26年の情報)	1	1(※H26年の情報)	1
病院	—	1施設：54床 医師7名	—	—
診療所 医師数	1施設 医師1名	—	1施設 医師1名	2施設 医師4名
面積10km ² あたりの 医療機関数	0.49	0.14	1.68	0.19
訪問診療を実施する 医療機関数	0(検討中1)	0	1	2
総病床数	2	54	2	13
歯科診療所(単体) 医師数 ※常勤・非常勤	—	6施設 10名	—	1施設 1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	—	1事業所	—	—
認知症初期集中支援チーム (設置場所)	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(直営)	1か所(委託)	1か所(委託)	1か所(直営)
認知症地域支援推進員	1名	1名	3名	—
要支援・要介護認定者数	要支援1：0名 2：0名	要支援1：109名 2：65名	要支援1：1名 2：0名	要支援1：28名 2：10名
	要介護1：2名 2：0名 3：1名 4：1名 5：1名	要介護1：97名 2：79名 3：63名 4：77名 5：61名	要介護1：1名 2：0名 3：0名 4：0名 5：0名	要介護1：20名 2：10名 3：11名 4：6名 5：2名
居宅介護支援事業所 ※居宅介護サービス事業所併設含む	—	2事業所	—	3事業所
介護保険サービス 事業所(事業所数)	<医療介護資源データベースに 記載有> 福祉用具貸与(1)※役場 <社会福祉協議会HPに記載有> ※詳細不明 通所介護 訪問介護 訪問入浴介護	居宅介護支援(2) 訪問介護(4) 訪問入浴介護(1) 訪問看護(1) 通所介護(1) 地域密着型通所介護(2) 認知症対応型通所介護(1) 短期入所生活介護(1) 福祉用具貸与・販売(1)	※営業状況は村役場総務課に 要問合せ 居宅介護支援(1) 訪問介護(1) 通所介護(1) 福祉用具貸与(1)	居宅介護支援(3) 訪問介護(1) 訪問リハビリ(1)※診療所 通所リハビリ(1)※診療所 訪問看護(1)※診療所 通所介護(2) 短期入所生活介護(2) 福祉用具貸与(1)※役場
介護保険外のサービス	<島役場> ・高齢者ヘリコプター 運賃助成 <社会福祉協議会> ・相談事業 ・配食サービス ・送迎サービス ・おむつ費用等助成事業 ・福祉用具貸出事業 ・介護予防通所事業	<福祉課> ・緊急通報システム <社会福祉協議会> ・福祉用具貸出事業 ・移送サービス ・給食サービス ・訪問理髪サービス ・交流サロン事業	<地域包括支援センター> ・総合相談 <社会福祉協議会> ・配食サービス ・見守り事業	<村民課福祉係> ・高齢者支合い事業 ・シルバーピア事業 (高齢者対応住宅貸出) <地域包括支援センター> ・総合相談 <社会福祉協議会> ・配食サービス ・軽作業援助サービス <高齢者在宅サービスセンター> ・デイサービス(介護保険対象外) ・診療所送迎サービス ・高齢者生活支援サービス ・介護予防体操教室 ・紙おむつ等支給サービス
面積10km ² あたりの介護保険施設数 ^{※1}	0	0.14	0	0
居住系サービス定員 ^{※2}	0	120	0	4
通所系サービス定員	詳細不明	62	詳細不明	22
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)	—	—
ケアパス	—	—	—	—
認知症カフェ	—	—	—	—
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)	41名	1270名	23名	225名

注1 施設数は以下の施設数の合計：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設

注2 定員：介護老人福祉施設、グループホーム、短期入所の延べ定員数

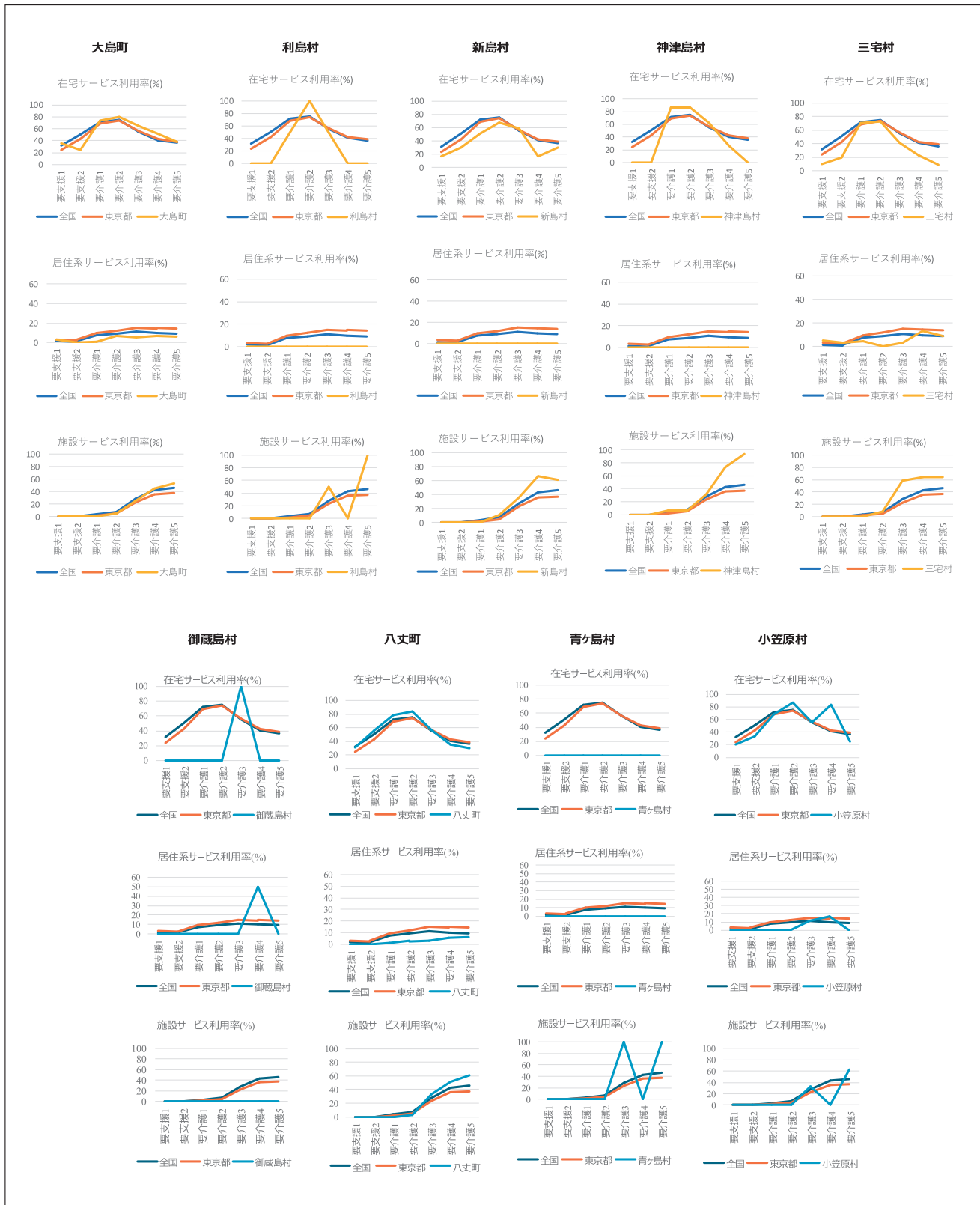


図3 各町村の要支援・要介護認定別介護サービス利用率 厚生労働省が公表しているデータ(文献12)を用いて作図

と病床数を表1 P51参照)に示します⁴⁾。医療圏内の総病床数は54床、感染症病床は2床、精神病床、結核病床、療養病床はありません。身体医療は、自治医科大学等からの医師派遣および、各島の医療機関と都立病院機構広尾病院等が連携しています。リハビリテーションについては、いくつかの島で、都内の医療法人からPTを派遣する仕組み

が整備されています⁵⁻⁷⁾。精神医療は、島外の医療機関との個別の連携によって補完されています。

介護資源については、訪問系サービスの確保が特に難しい状況が把握されます(表2)^{3, 8-12) 13)}

P52-53参照)。人口規模が小さいため慎重な解釈が必要ですが、図3¹¹⁾に示すように、全国および東京都全体と比べて「要支援1・2のサービス利用率

が低い一方、要介護4・5で施設利用率が高い傾向があります。

2 島しょ二次保健医療圏の専門職が感じている認知症等高齢者支援の課題と対応

◆離島の専門職は、フォーマル・インフォーマルサービスの不足と住民のスティグマの課題を主要課題と捉え、限られた資源のなかで重層的な対応を進めています。

島で高齢者支援に携わる自治体職員や専門職は、現状をどのようにとらえているのでしょうか。そのことを明らかにするために、各島の役所、医療機関、地域包括支援センター、社会福祉協議会、介護保険事業所、シルバー人材センター、計95

カ所を対象としたアンケート調査を実施しました。

アンケートでは、認知症の予防、診断、継続医療、在宅ケア、施設ケア、そして、高齢者の身体医療、精神医療、権利擁護の8領域の課題と対応に関して、自由記載による回答を求めました(2024年度に実施、有効回収率56.8%)。

質的分析の結果、全8領域に共通する、領域横断的な課題として、以下の3つが示されました：①フォーマルサポートの量的不足、②インフォーマルサポートの脆弱化、③住民のヘルスリテラシーの不足と認知症に対するスティグマ。そして、これらの課題に対して、以下の3つの取り組みが、重層的に実施されていました：a.島内外の多機関多職種連携、b.専門職教育、c.住民教育。(図4)

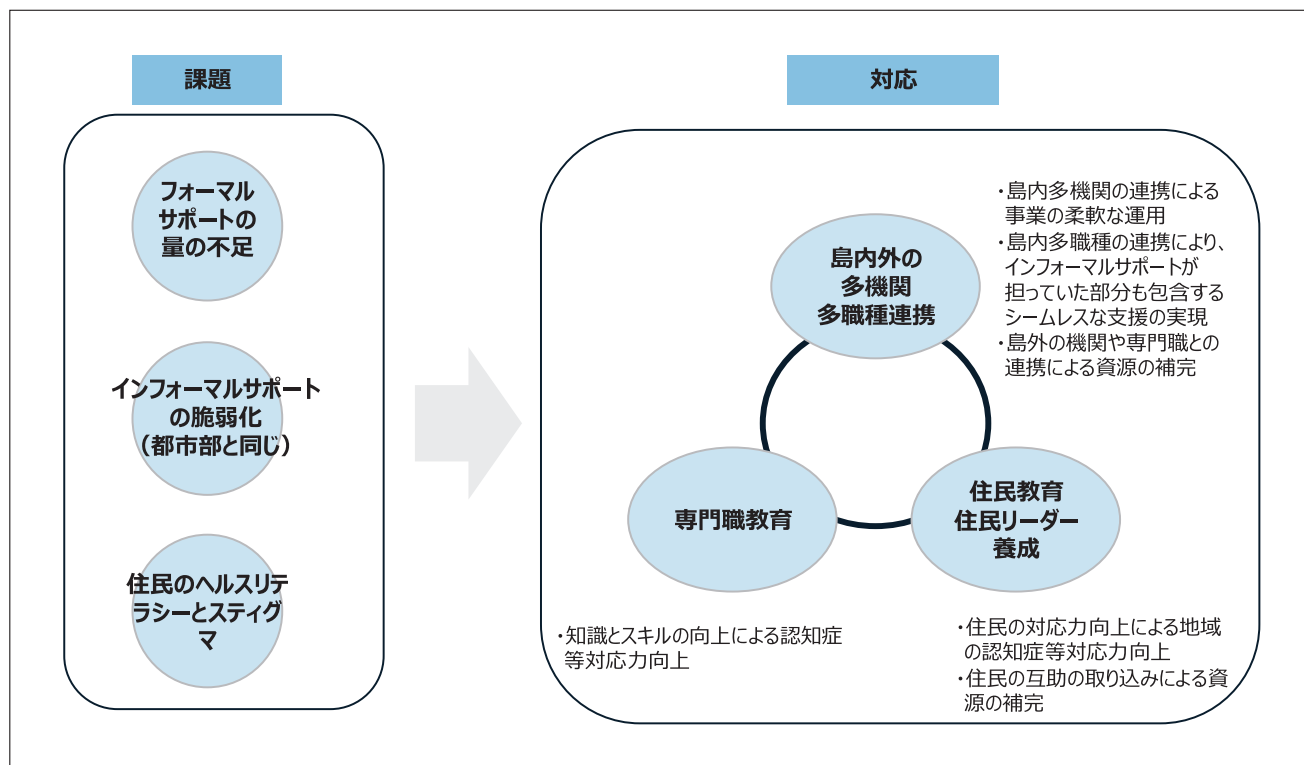


図4 認知症等高齢者支援体制の課題と対応

3 東京都の離島における認知症支援

◆東京都では、離島の特性に応じた認知症支援体制構築支援を展開し、多機関連携・専門職教育・住民教育を組み合わせることで地域の対応力向上を図っています。

東京都の認知症疾患医療センター事業は2012年に始まりました。本事業は、地域において、認知症の進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的としています¹⁴⁾。

都内12の二次保健医療圏のうち、唯一島しょ二次保健医療圏には、認知症疾患医療センターが設置されていません。そこで、東京都では、2014年より島しょ二次保健医療圏を対象とした独自の事業を開始し、東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センターで受託しています(図5)¹⁵⁾ P56参照。

島しょ地域の認知症対応力向上研修は、「a.島内外の多機関多職種連携」による「b.専門職教育」と「c.住民教育」にあたります。また、島しょ地域等認知症サポート事業は、「a.島内外の多機関多

職種連携」による「b.専門職教育」に該当する取り組みと考えられます。

そのほか、東京都健康長寿医療センターが受託している事業が2つあります。**介護予防・フレイル予防推進支援センター事業**では、自治体による、通いの場や、地域づくり型介護予防活動の立ち上げと継続支援を行っています。具体的には、高齢者のフレイル予防を住民主体で推進していくため、

事業の進め方に関する相談支援と評価・効果分析、フレイル予防に関する住民の普及啓発の支援や、住民リーダー養成の支援などを行っています。**介護予防リーダー養成・フォローアップ事業**では、介護予防を住民主体で推進するため、自治体からの委託を受けて、住民リーダーの育成のための研修事業を企画運営しています。

東京都が実施する島しょ地域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

- 【対象】
医療・介護専門職、行政職員、住民等
- 【事業内容】
・各島の地域特性に応じた研修、講座の企画運営
- 【実施内容】
(1) 専門職を対象とした、認知症対応力向上を目的とした研修会の企画運営
(2) 住民を対象とした、認知症の普及啓発を目的とした講演会・個別相談会の実施
(3) 認知症等高齢者施策に関する意見交換会、事例検討会等（行政、専門職、住民代表等）
・(1)(2)については、例として研修・講座メニュー（表3）を提示し、町村ごとに担当者から希望を聴取してカリキュラムを策定する。内容は、たとえば地域資源等が各町村の状況に即した内容になるよう調整する。
・精神科医、神経内科医、精神保健福祉士、臨床心理士等から成る多職種チームで実施する。
- 【実績】
・2014-2015年度、2016-2017年度は2か年で、2018年度以降は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期間あり）。
・訪問しない年は、温頼の研修・講座や事例検討会を希望に応じて随時開催し、特に希望がない場合も年に1回以上のオンライン会議・事例検討等を行う。

島しょ地域等認知症医療サポート事業

- 【対象】
認知症初期集中支援推進事業関係者その他の医療・介護専門職、行政職員
- 【事業内容】
(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所属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、治療方針、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。



第1回認知症医療支援体制検討部会資料（文献16）を一部改変

図5 東京都が実施する島しょ地域等への認知症医療に係る支援

4 スティグマとAgeing in Placeの課題

◆**Ageing in Placeの実現は、医療・介護資源だけでなく、住民の不安や認知症への態度、地域の包摂力によって大きく左右されます。**

各町村での意見交換から、認知症の中期以降に在宅生活を続けることの難しさ、いわゆるageing in placeの課題が把握されました¹⁶⁾。Ageing in placeを難しくする理由のひとつは、身体的介護需要度が高くなることです。訪問系サービスへのアクセスが限られている離島では、保護力のある家族介護者がいない世帯で、介護需要度・医療需要度の高い人たちが暮らし続けることの難しさがあります。

しかしながら、専門職からの聞き取りからは、そういった状況そのものよりも、その状況に対して「周囲の住民が抱く不安」こそが、在宅生活の継

続を難しくする大きな要因であることが示唆されます。つまりageing in placeには、医療・介護資源の量だけでなく、世帯の状況、別居家族の関わり、住民の認知症対応力、コミュニティが多様性を受け入れる力が、深く関わっていると考えられます。

5 予防と共生の新たな形をめざして

◆**既存資源を組み合わせた教育と接触機会の創出によって、スティグマを低減し、予防と共生を両立させる離島モデルの構築をめざします。**

スティグマへの介入として、まず教育が考えられます。本邦で行われた調査で¹⁷⁾、教育は、家族介護者と同居し、穏やかに過ごしている、軽度の認知症がある人の包摂にとっても効果的なことがわかりました。

ところが、認知症が中等度以上に進行し、かつ、認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; BPSD)が目立つようになると、教育だけで包摂を進めることは困難になります。教育に加えて「適切な準備状況のある接触」が重要になります。注意しないといけないのは、単に「場をとにもする」だけでは、お互いに戸惑いが生じるばかりで、かえって逆効果になることもあります。

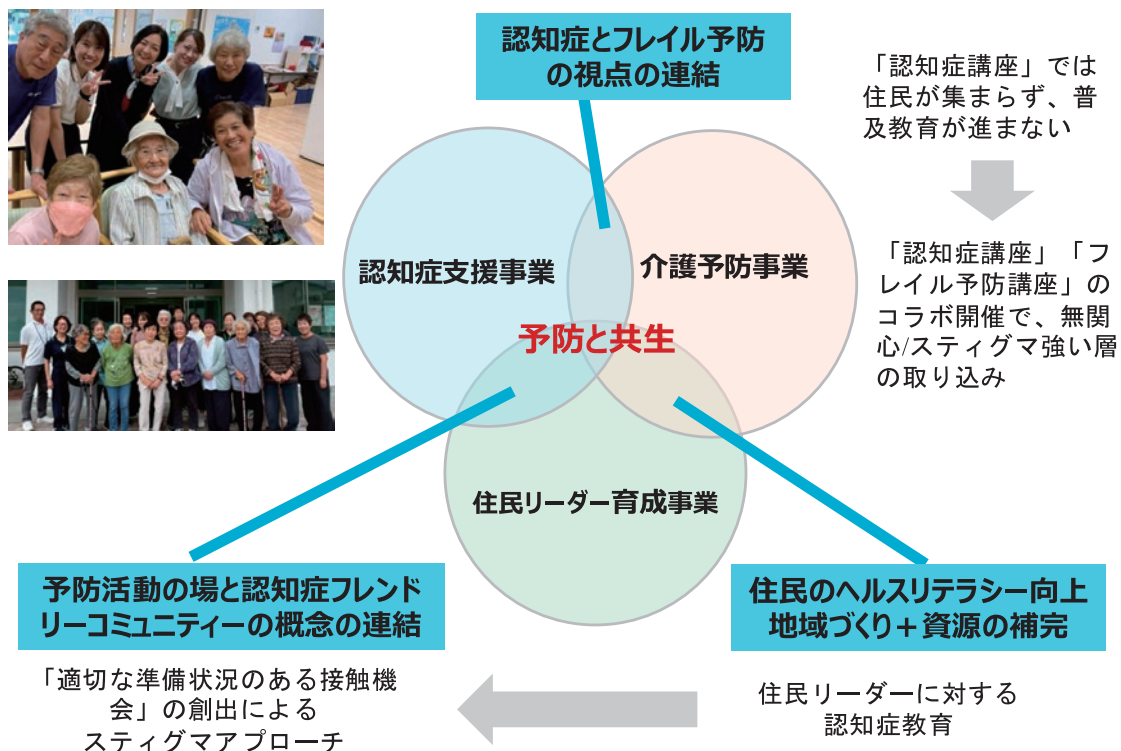
離島を含め、過疎地の住民は、初期の認知症がある人に対して非常に包摂的です¹⁷⁾。例えばデイサービスの定員が少ない島で、軽度認知症の方たちが、シルバー人材センターや、予防活動の場に参加し続ける状況があります。資源の少なさが包摂の仕組みとして機能していると捉えることができます。ですが一方で、場の運営の難しさが緊張を生み、ときに不適応反応としてBPSDを惹起します。そのような状況を背景として、場を運営・監督する立場にある職員等から、認知症対応力向

上のニーズが示されています。

また、離島に限らず、無関心層やスティグマの強い層へのアプローチは大きな課題です。離島でも、「認知症講座に参加すると自分も認知症と思われるから行かない」といった声があり、認知症と銘打った普及啓発でアプローチできる層には限界があります。

このような背景と、前述の調査結果を踏まえ、東京都健康長寿医療センターでは、「住民のヘルスリテラシーと認知症のスティグマ」に焦点を当てた研究事業を開始しました。この事業では、認知症支援推進センター、介護予防・フレイル予防推進支援センター、介護予防リーダー・サポーター養成事業が連携し、認知症支援と予防事業を組み合わせ、専門職教育、住民への普及啓発、そして住民リーダーへのアプローチを組み合わせた複合的な取り組みを行います(図6)。

予防事業と認知症対応事業の一体化実施モデルの構築



認知症支援推進センター、介護予防・フレイル予防推進支援センター、介護予防リーダー・サポーター養成事業

図6 予防事業と認知症対応事業の一体化実施モデルの構築

専門職教育

認知症対応力の向上を目的として、研修の開催や、個別支援のコンサルテーションを継続します。

住民への認知症の普及啓発

「認知症講座」と「フレイル予防講座」を組み合わせて開催することで、認知症に関心が薄かったり、スティグマが強い層にアプローチします。また、社会福祉協議会主催の集いの場、シルバー人材センター、健康づくり教室などで短時間の講座を開催し、予期せず認知症高齢者との接触が生じている住民や、軽度認知障害や認知症が疑われるけれども、スティグマのために適切な支援につながっていない可能性のある住民にアプローチします。

認知症がある人のフレイル予防への支援

認知症を抱えた後も、身体的フレイルへのアプローチを続けることがwell-beingや尊厳の維持に重要だと言われます¹⁸⁾。そして訪問系サービスが少ない離島において、基本的ADL (Activities of Daily Living) が可能な限り保持されることは、ageing in Placeのための重要な要素です。認知症と診断されることがフレイル予防の終わりにな

らないための普及啓発が、専門職に対しても、住民に対しても必要です。

住民リーダーへのアプローチ

小規模コミュニティにおいて、住民リーダーの姿勢がその他の住民に与える影響は特に大きいと考えられます。また、フォーマルサービスへのアクセスが制限される地域では、住民リーダーが主催するサロン等がデイサービス類似の役割を果たしていることもあります。住民リーダーを、地域の認知症対応力向上やフレイル予防活動に取り込むことは不可欠であり、本事業では、介護予防活動の住民リーダー養成/フォローアップ講座で、短時間の認知症講座を開催し、住民リーダーを認知症サポーターとして取り込む試みを行います。

これらの複合的なアプローチによって、地域全体の認知症対応力の向上をめざします。

新しく何かをつくったり、新たな人員配置を必要とすることなく、限られた資源の中で、既存の事業や既存の資源を有効に利用しながら、予防と共生の両輪を実現する地域モデルを提示することを最終目標としています。

島しょ地域等認知症医療サポート事業

島しょ地域住民向け認知症疾患医療センター紹介動画 ～もの忘れ外来 / 精神科病棟入院～

東京都には、11の有人離島があり、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」を構成しています。

東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センターでは、2015年の設立以来、東京都から委託を受けて、島しょ二次保健医療圏の認知症医療・ケアを、**島の特性を生かしながらいちより充実させていくための体制づくり**を支援する事業を行っています。

認知症に関して、島の医療機関と連携しながら、必要に応じて当院で診療を行うこともあります。その際に、島しょ地域の専門職の方から、「島の方々とって、都市部の病院は少し遠い存在に感じられることがある。オンラインの病院ツアーなどがあると、もっと身近に感じられて、安心して受診できるのではないか」というご意見をいただきました。

そこで、島しょ等地域にお住いの皆様に当院を身近に感じていただき、受診や入院の際の不安が少しでも和らぐよう、**もの忘れ外来の受診の流れと、精神科病棟の1日の様子**をご紹介します動画を作成いたしました。

「もの忘れ外来はこわいところではない」「認知症医療も一般診療と特別変わらない」——そんなことをお伝えしながら、認知症や認知症医療に対するスティグマも、少しずつなくなっていくことを願っています。



動画はこちらから

https://siencenter.jp/tousho_support/introduction_movie/



図7 島しょの住民向け：もの忘れ外来/精神科の1日紹介動画

引用文献

1. 旅Pocket 編集部. 旅Pocket [Available from: <https://tabi-pocket-image.tabikobo.com/wp-content/uploads/2022/06/20115141/1-0-1.png> accessed.
2. 東京都総務局統計部. 東京都の統計 くらしと統計 4. 地域別人口 2025 [Available from: <https://www.toukei.metro.tokyo.lg.jp/kurasi/2025/ku25-04.htm> accessed.
3. 東京都. 都庁総合ホームページ [Available from: <https://www.metro.tokyo.lg.jp/information/press/2025/09/2025091017> accessed 2025.11.25.
4. 東京都. 保健・医療・福祉資源－(1)医療機関及び保健施設 ①病院・診療所数 2025 [Available from: https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/r6_02-3-pdf accessed.
5. 世田谷記念病院. 離島支援事業 [Available from: <https://setagayahp.jp/efforts/#islands-support-program> accessed.
6. 平成医療グループ. A moment of | 離島プロジェクト 青ヶ島 2024 [Available from: <https://hmw.gr.jp/news/3850> accessed.
7. 平成横浜病院. リハビリ通信つむぎ[Vol.59]御蔵島探検記！～離島プロジェクト 御蔵島編～ 2025 [Available from: https://yokohamahp.jp/news/id_8861 accessed.
8. 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> accessed 2025.7.1.
9. 東京都. 東京認知症ナビ [Available from: https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/soudan/iryou_kikan/support_meibo/index.html accessed 2023.9.13.
10. 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.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/tousyo/shiryou/tiikiplan.files/03_P8-15.pdf accessed 2023.10.30.
11. 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/> accessed 2025.7.1.
12. 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 accessed 2023.9.13.
13. 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/> accessed 2023.11.10.
14. 一般社団法人日本認知症学会: 令和5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「認知症の医療提供体制に関する調査研究事業」報告書(委員長: 栗田主一).2024.
15. 東京都. 第1回認知症医療支援体制検討部会資料: 島しょ地域等への認知症医療に係る支援について [Available from: https://www.fukushi1.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/iryoubukai/kentoubukai02/pdf/31kentoubukai02_shiryou7.pdf accessed.
16. 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.
17. Ito K, Tsuda S: Effects of clinical stage, behavioral and psychological symptoms of dementia, and living arrangement on social distance towards people with dementia. PLoS One.2025. 20(1):e0317911.
18. Borda MG, Landi F, Cederholm T, Venegas-Sanabria LC, Duque G, Wakabayashi H, et al.: Assessment and management of frailty in individuals living with dementia: expert recommendations for clinical practice. Lancet Healthy Longev.2025. 6(1):100666.

8

異なる離島をつなぐ オンライン研修会の 試み(新潟県粟島・沖縄県北大東島)



事例の要旨

人口規模が小さく、医療や介護などのサービスを提供する事業所が少ない離島(新潟県粟島・沖縄県北大東島)の介護専門職を対象に、オンライン(Zoomミーティング)を活用した研修会を企画・実施しました。

第1回は、他の島の介護専門職とつながり、同じ点・違う点に気付きながら、交流を開始するきっかけをつくることを目的として実施しました。「自己紹介」では全員から島での生活歴や職歴が紹介されました。「島の紹介・事業所の紹介」では、口頭で島の紹介を行った後、通所介護事業所の一日を紹介するBGM付き動画を映写(北大東島)、PowerPointのスライドショーにそって口頭で説明(粟島)といったそれぞれの工夫がみられました。予定では全体で40分間としていましたが、実際は47分(7分超過)となりました。

第2回は、認知症介護の現場での取り組みを聞き合い、情報を交換することで、視野を広げ、今後の支援に活かせるアイデアや実践方法を見つけることを目的としました。前回の結果をふまえて日程を2日間に分け、1日目は「デイサービスの日常、ケアに関すること」、2日目は「社会福祉協議会の事業運営(デイサービス以外の事業も含めて)、職員の採用や育成、住民に関すること」をテーマとし、全員がどちらかに参加できるよう島ごとに振り分けてもらいました。

第1回・第2回とも1週間後にアンケートを実施し、参加者全員から回答を得ました。

オンラインを活用することで、①離島の介護専門職が容易に集まり、研修会を実施することができること、②離島という共通の環境にある介護専門職同士が互いの実情を知り、共感や新たな気付きを得る貴重な機会となること、③参加者の意欲は高く、地域を超えた学び合いの可能性と発展性があることが確認されました。



＜図表1＞ 粟島浦村社会福祉協議会 粟島浦村通所介護センター



＜図表2＞ 北大東村社会福祉協議会 デイサービスうふあがり

事例報告者

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

粟島と北大東島の状況

新潟県粟島は、新潟市の北方63kmの日本海に浮かぶ孤立小型離島で、一島で粟島浦村一村を形成しています¹⁾。2025年1月1日現在の人口は312人、高齢化率は45.5%です²⁾。同村は、1959年に無医村となりました。1961年に粟島へき地出張診療所が開設され、現在、常勤の看護師3名の体制となっています。2001年度から本土の村上総合病院と診療所をTV電話回線で結び、遠隔診療を行っています。

沖縄県北大東島は、沖縄本島の東方約360kmに位置し、沖大東島との2つの島で、北大東村を形

成しています。北大東島から南方に約160km離れた沖大東島は現在無人島であり、米軍の射撃場を使用されているそうです³⁾。2025年1月1日現在の人口は544人、高齢化率は26.3%です²⁾。医療機関は、県立南部医療センター・こども医療センター附属北大東診療所と村立歯科診療所があり、それぞれ医師・歯科医師・看護師が常駐しています⁴⁾。

両村とも、介護サービスを提供する施設・事業所は、社会福祉協議会が運営する通所介護事業所1カ所のみです。

◀図表3▶

粟島・北大東島の状況

	粟島(新潟県岩船郡粟島浦村)	北大東島(沖縄県島尻郡北大東村)
面積・外周	9.78km ² ・22.3km	11.9km ² ・13.52km
人口	312人	544人
高齢化率	45.5%	26.3%
医療機関	粟島へき地出張診療所 1959年から無医村 常勤看護師 3名 村上総合病院の医師による遠隔テレビ電話診療 週3回	県立南部医療センター・こども医療センター附属北大東診療所 北大東村立歯科診療所
介護サービス	通所介護事業所 1カ所	通所介護事業所 1カ所
島への交通手段	岩船港(村上市)からフェリーで約95分	沖縄本島からフェリーで約15時間もしくは飛行機で約1時間

2025年1月1日現在

実施に至る背景

事前に視察訪問を行い、介護サービス事業所の見学および介護専門職との意見交換、住民の暮らしや社会資源に関する情報収集を行いました。介護専門職の皆さんから、他の離島における介護サービスの状況に関心がありますが、外部研修に参加する機会はほとんどなく、自分たちで研修会を行うことも難しいとの話をうかがいました。ま

た、両村の介護専門職が交流した機会は過去に無いことも確認しました。1回限りの研修とせず、継続してほしいとの要望もありました。このことから、島ごとに研修会を実施するのではなく、両島の介護専門職がオンライン上で集まることとしました。

実施に向けた準備、配慮したこと

島のアプリなどを通じて行事や天候などの情報を入手しながら、準備を進めました。実施日は事業所や島の行事と重複していないこと、時間はサービス提供時間に重ならず、かつ万が一接続の

トラブルにより開始時間が遅れた、画面がフリーズしたといった場合に多少の延長をしても就業時間外の勤務が発生しないよう配慮して決めました。当初、時間は1時間半から2時間くらいと考

えていましたが、双方と事前に相談する中で、「始まる時間帯はデイサービスの送迎が終わった16：30以降にしてほしい」との要望がありました。初めての試みであること、そして勤務時間を延長し

て参加者に負担をかけないように企画しました。
実施1週間前にZoomミーティングの招待リンクを共有しました。その際、カメラや音声の接続テストの希望を尋ね、対応しました。

第1回 栗島・北大東島の介護専門職が集うオンライン交流会

【目的】離島の介護事業所に勤務する介護専門職が、他の島の介護専門職とつながり、同じ点・違う点に気付किながら、交流を開始するきっかけをつくる。

【日時】2025年2月18日(火) 16：30～17：10

【方法】Zoomミーティング

【参加者】栗島4名、北大東島6名

プログラムは、図表4のとおりです。「自己紹介」では全員から島での生活歴や職歴が紹介されました。「島の紹介・事業所の紹介」では、口頭で島の紹介を行った後、通所介護事業所の一日を紹介するBGM付き動画を映写(北大東島)、PowerPointのスライドショーにそって口頭で説明(栗島)といったそれぞれの工夫がみられました。両島とも持ち時間を超過し、感想や質問の時間が作れませんでした。

「島の紹介・事業所の紹介」が終了した時点で開始から43分が経過(3分超過)していたため「全体で共有/振り返り」は事後アンケートへの協力依頼と次回の開催についての案内にとどまりました。予定では全体で40分間としていましたが、実際は47分(7分超過)となりました。

＜図表4＞

第1回プログラム

予定 (40分)

16:30	開会 あいさつ (5分)
16:35	自己紹介 (5分)
16:40	まずはお互いを知ろう！ 島の紹介・事業所の紹介 (20分)
17:00	全体で共有/振り返り (5分)
17:05	閉会 あいさつ (5分)
17:10	終了

実際 (47分)

16:30	開会 あいさつ (4分)
16:34	自己紹介 (9分)
16:43	まずはお互いを知ろう！ 島の紹介・事業所の紹介 (30分) スライドや動画を映しながら詳しくお話ししてくださったので、予定より10分超過しました。
17:13	次回の開催について (1分)
17:14	閉会 あいさつ、 記念撮影 (3分)
17:17	終了

終了後「島の紹介・事業所の紹介」で画面共有した資料を双方に送ったところ、「他地域との初めての交流でとても新鮮でした。本会の職員も初めは緊張している様子でしたが、後半はリラックスしながら参加できたと思います。今回は時間が短かったので、次回はもう少し時間を確保してもいいかと思いました。」というメールが届きました。



＜図表5＞
第1回参加中の様子(北大東島)

【アンケートの結果】

1週間後にアンケートを実施し、全員から回収しました。また、回答を島ごとに集約し、全員に配布しました。

①「相手の島と同じ・似ていると思った点」(12件)
交通や物流に制約があること、職員の確保に難しさがあり移住者を含め少人数の職員で対応していること

②「相手の島と違うと思った点」(14件)
島民の平均年齢や移住者の人数に関すること

③「相手の島の皆さんに、聞いてみたいこと」(20件)
通所介護事業所の日常やケアに関すること、通所介護以外の事業も含めた法人の運営に関すること、職員の採用や育成に関すること、住民に関すること

④「一緒に考えてみたいこと」(6件)
高齢になっても暮らしやすい島づくりに向けた支援の体制や啓発活動について

⑤オンラインでの実施にあたり「心配だった点」(6件)、「気になった点」(5件)

初対面の相手と話が合うか、オンラインの接続状況、一人ひとりが発言する時間が少なかったこと、研修時間に関する考え

⑥その他気付いた点(3件)
相手の島に対する印象と今後の研修への期待

第2回 粟島・北大東島の認知症介護専門職オンライン研修会

【目的】認知症介護の現場での取り組みを聞き合い、情報を交換することで、視野を広げ、今後の支援に活かせるアイデアや実践方法を見つける。

【日時】1日目 2025年4月16日(水) 16:30～17:30
2日目 2025年4月17日(木) 16:30～17:30

【方法】Zoomミーティング

【各日のテーマと参加者】

1日目「デイサービスの日常、ケアに関すること」
粟島2名、北大東島4名
2日目「社会福祉協議会の事業運営(デイサービス以外の事業も含めて)、職員の採用や育成、住民に関すること」粟島2名、北大東島4名

【事前の活動】

- ・さらなる学びと発展を目指す場とするため、名称を「オンライン交流会」から「オンライン研修会」に変更することを各島に提案し、同意を得ました。
- ・第1回は一人ひとりの発言する時間が少なかったことから、第2回は日程を2日間に分け、全員がどちらかに参加できるよう、島ごとに振り分けてもらいました。
- ・第1回のアンケート「相手の島の皆さんに、聞いてみたいこと」の回答を分類して、1日目・2日目それぞれのテーマを決定しました。質問項目を記載したワークシートを事前に配布し、考えをまとめておいていただくよう依頼しました。
- ・各島の基本情報を提出いただき、共有しました。
基本情報 ①年代別人口、②高齢化率、③介護認定を受けている人の割合、④自宅での介護が必要になった場合の対応、⑤村の保健師の人数、⑥どのような地縁団体があるか、⑦行政・福祉サービスの内容、⑧住民に対する補助や助成金について

第2回のプログラムは、図表6のとおりです。第1回の結果をふまえて時間を20分増やして60分間で企画し、予定した時間どおりに終了しました。

＜図表6＞

第2回プログラム

16:30	開会 (5分)
16:35	以下の質問項目について、回答し合う(45分) 1日目 デイサービスの日常、ケアに関すること ①介護をしようと思ったきっかけは何ですか。島でなく違うところで働くとは思わなかったですか？ ②地域性や、デイサービスの特色・活動内容など ③レクリエーションはどのような事をしていますか？ ④デイサービス利用者の男女比(男性の方が楽しめる工夫などがあれば、教えて頂きたいです。) ⑤島の強み、良さを生かして、こんな事を取り入れたら利用者さんのADLが向上した！という事例があれば、どんなことでも良いので教えてほしいです。 ⑥利用者さんで、「暑いから今日行かない」もしくは「寒いから今日行かない」と言う方はおられますか？ そのときの対応はどうされていますか。 ⑦介護度が上がった場合、利用者はどうするか？ ⑧介護度が違う対象者を同時に見ることにに対してどう接したら良いのか 2日目 社会福祉協議会の事業運営(デイサービス以外の事業も含めて)、職員の採用や育成、住民に関すること、デイサービスの日常、ケアに関すること ①社協としてどのような事業を実施しているか ②採用・募集計画、それに対する応募状況を知りたい。 ③デイサービスの研修をどうしているか？ ④デイサービス利用者増への取組み ⑤住民に対して情報発信や勉強会を行っているか ⑥住民の方が介護や認知症について、自分事と考えているか ⑦事業の計画や介護サービスを提供する上で、大切にしている事を知りたいです。
17:20	まとめ (5分)
17:25	閉会 (5分)

【動画の視聴について】

Zoomミーティングのレコーディング機能を使って録画したデータを参加者に限定公開し、自分が参加しなかった回の動画も視聴できるようにしました。

【アンケートの結果】

1週間後にアンケートを実施し、全員から回収しました。また、回答を島ごとに集約し、全員に配布しました。

一番印象に残った質問項目の番号と、それを選んだ理由

1日目の参加者の回答

- ⑧ 島では、一人で利用者のケアの方針を展開、判断する事が多く、「これでいいんだろうか」、「不安に思うのは自分の勉強不足だからなんじゃないか」と、感じる事が多いですが、他事業所でも同じ悩みを抱えている人がいると知れて安心しました。
- ⑧ 利用者さんはお互いの性格や関係性がわかる

為にやきもちだったり争いだったりと様々な問題が発生する確率が高くなるんだろうな～同じだな～と思いました。

③ 危険が伴うと思いながらも目隠しをして、スイカ割りなどのレクレーションを取り入れているという事にとっても驚いた。職員がそばにつき添い、声掛け・見守りしながらとはいえ、転倒や大きな事故に繋がるリスクがあると考えてしまう為、中々レクレーションで取り入れて行う事がこちらでは難しいと思った。

⑧ 利用者の介護度や身体的特徴などが異なるが、統一的なサービスを求めるのはどこの事業所でも一緒だと感じました。また、サービスを提供する側では、上記内容の改善に苦慮する。

2日目の参加者の回答

⑤・⑥ 当村の社協は今まで情報発信といえることに対する取り組みは「人がいない」という理由で何もしてきませんでした。「人員不足」は出来ない理由にはならない、と改めて感じました。

② 島内で資格を取っている方がいても、毎日ではないからなのか、来てもらえない。(4月から週5日)島外から来てもらうにしても、住むところから確保しなければならない(村営住宅が少ない)。チラシを活用して広めたい。

① 社協として少ない人数で事業を行っていると思うが、敬老会、日赤、遺族会など一般的に行政が担っている事業を行っているので、本県内の社協では聞かれない話だったので印象に残りました。また、行政との関係性や地域福祉計画との整合性

も気になりました。

① 同じような離島でも同じような事業でも、方法や職員の配置状況などが全く異なっていた。また本県では聞いたことのないような事業も行っていたので、事業についてもう少し深く聞かせていただきたいなと思いました。

⑥ 認知症に対しての理解は、同じなんだな～と思った。認知症について利用者さんは理解している様に思えるがその本人とデイサービス中言いあいになる時があるので 一人一人ちがうことを利用者さんや住民の方に、認知症について講話やチラシなどを配布して多くの方に理解して頂きたいと思いました。

その他、気づいた点

1日目の参加者の回答

- ・自分が研修の中で伝えたいと思う利用者さんの事例や、ケアの場面は頭の中にあるが、この研修会でどこまでの情報を出していいのか迷うことがあるので、簡単なルールがあるといい。

2日目の参加者の回答

- ・楽しそうなイベント等の開催や企画をしていると言っていたので、その件について詳しくお話をお聞きしたいです。
- ・生きがい対策事業(介護予防事業)の内容なども詳しく教えていただきたいです。(人気のある内容など)
- ・行政や他の団体等と協力・連携体制は構築できていますか？

オンライン研修会の成果と新たな活動の展開

オンラインを活用することで、①離島の介護専門職が容易に集まり、研修会を実施することができること、②離島という共通の環境にある介護専門職同士が互いの実情を知り、共感や新たな気付きを得る貴重な機会となること、③参加者の意欲は高く、地域を超えた学び合いの可能性と発展性があることが確認されました。

2025年9月に粟島を再訪し、利用者の個別支援に関する相談を受けました。新潟県上越市にある社会福祉法人上越老人福祉協会 高田の郷通所

リハビリテーションの相談員(新潟県認知症介護指導者)につなぎ、同事業所の利用者が取り組んでいる「新聞エコバッグの製作活動」が伝授され、粟島においても利用者の希望を確認しながら活動が開始されたところです(図表7、8)。

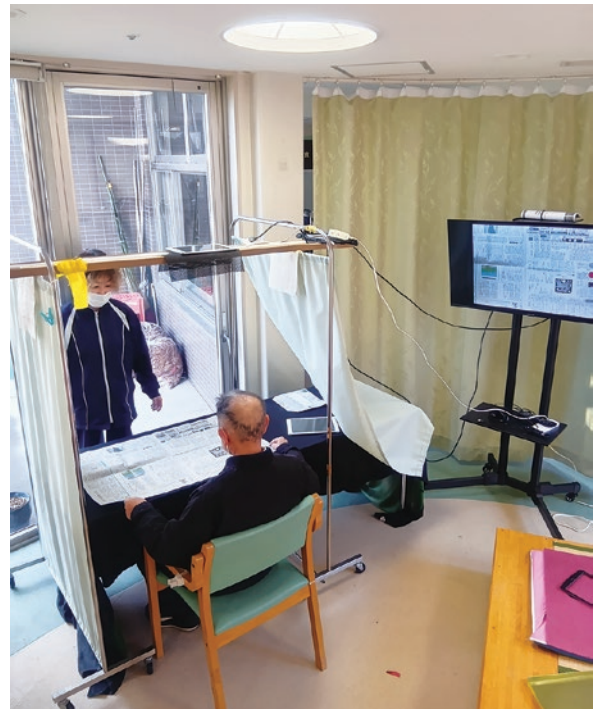
さらに、双方の利用者・職員が協働し、新聞エコバッグの作り方説明動画を制作中です。メールや電話で連絡を取り合っているとの報告を受けています(図表9)。



《図表7》新聞エコバッグ



《図表8》新聞エコバッグ持ち手の部分を製作中(粟島)



《図表9》新聞エコバッグ作り方説明動画の撮影風景(上越市・高田の郷通所リハビリテーション)

また、2026年1月には粟島浦村へき地出張診療所と、宮城県石巻市の網地島にある網小医院の医療職が参加する「遠隔診療における死亡診断に関するオンラインミーティング」を行いました。

オンラインを活用した研修会が、離島と本土の介護専門職とのつながりを創り出す契機となり、認知症のみならずさまざまな離島の地域課題についても異なる離島同士で情報が共有される機会になっています。

引用文献

- 1) 新潟県：新潟県離島振興計画 令和5年4月。
https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/life/568737_1585071_misc.pdf
(閲覧日：2025年4月24日)
- 2) 総務省：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数。
https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/daityo/jinkou_jinkoudoutai-setaisuu.html
(閲覧日：2025年12月19日)
- 3) 北大東村：位置と概要。
<https://vill.kitadaito.okinawa.jp/kitadaitou/ichi.html>
(閲覧日：2025年4月24日)
- 4) 沖縄県：第8次沖縄県医療計画 令和6年3月。
https://www.pref.okinawa.lg.jp/_res/projects/default_project/_page/_001/028/660/dai5syuu1.pdf
(閲覧日：2025年4月24日)



5

参考資料

1

過疎市町村の認知症ケアシステムの類型化: 地域ケア推進会議等の会議体に注目して

要旨

全国の自治体で整備が進められてきた地域包括ケアシステムを効果的に機能させるには、地域社会や個人の暮らしの多様化に対応し、地域の実情に即した運用が求められます。特に医療・介護人材が不足する過疎市町村では、地域住民との協力も欠かせません。地域ケア推進会議等で地域住民を含む多様な関係者が連携し、知恵を出し合うことで、認知症への対応を含めた効果的な取り組みにつながる可能性があります。本稿では、過疎市町村の地域包括ケア推進会議等の認知症ケア関連の会議体を対象とした調査結果をもとに、会議体の参加者構成の類型について整理しました。

調査では会議体の参加者構成は、医療関係者・介護関係者・住民代表者の参加の広がり方と割合の違いによって、「①多領域医療・介護中心＋住民参加型」、「②介護・住民中心＋医療者限定参加型」、「③狭領域医療・介護限定型」の三類型に分類されました。人口規模や面積が大きい市町村では多領域の参加者を集めやすく、行政、地域包括支援センター、医療・介護関係者・住民代表が幅広く参画する①の類型を取りやすく、会議の開催頻度も高い傾向が見られました。一方で、高齢者人口あたりの医療・介護者数や介護保険サービスの収容力には、三類型間で大きな差は認められませんでした。また、豪雪、山村、農村、半島、島嶼といった気象的・地理的条件によって、特定の参加者構成類型が選ばれやすいという傾向も確認されませんでした。

過疎市町村における認知症ケア関連の会議体の参加者構成は、自治体規模の影響を受ける一方で、医療・介護資源の状況や気象的・地理的条件とは必ずしも直結しておらず、各自治体の考え方や運営方針が反映されています。地域条件の不利性そのものよりも、行政や地域包括支援センターによる調整・招集機能が、参加者の多様性や、ひいては会議体の機能性にも関わっていると考えられます。特に小規模な過疎市町村では、医療・介護関係者や住民を含めて多様な参加者を集めて地域課題について検討するために、オンライン参加の活用や圏域を超えた連携など、柔軟な会議体運営を工夫する必要があります。また、それを支えるための制度的支援が望まれます。



著者

津田修治 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
馬場美彦 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

1. はじめに

全国の市区町村のうち51.5%に当たる885市町村が、人口減少と地域社会の活力低下により、生活環境等の整備が困難な過疎地域に指定されています。これらの地域は高齢化率が40%を超え、認知症等のため介護を必要とする高齢者も多く暮らしています。一方で、生産年齢人口の転出によって医療・介護人材が不足し、認知症のある人が抱える医療・介護・生活支援など多様な支援ニーズに、自治体内の地域包括ケアシステムだけでは十分に対応することが難しい場合もあります。

介護保険制度のもと、地域包括ケアシステムはおよそ20年の年月をかけて自治体ごとに構築してきました。整備されたシステムを効果的に機能させるためには、地域社会や個人の暮らしの多様化に対応し、地域ごとの実情に即した運用が大切です。一方で、認知症の有病率は顕著に増加しており、自治体の規模や地域特性にかかわらず、認知症への対応は共通する重要課題です。そのため、地域ケア推進会議等で多様な関係者が集い、地域の課題や強みを把握して、地域包括ケアシステムを運営していくことが期待されます。特に医療・介護の人材不足が深刻な過疎市町村では、認知症のある人の多岐にわたる支援ニーズを医療・介護サービスだけでカバーすることは困難で、地域住民の助け合いによって対応することが不可欠です。地域ケア推進会議に地域住民の代表者が参画して、知恵を出し合い、協力して地域課題に対策している地域もあります。

地域ケア推進会議等の会議体(以下、会議体)の

参加者構成は、主催者である行政や地域包括支援センターが裁量をもって決定できます。多様な参加者が集まって議論することで、アイデアが広がり、対策方針にも影響することが期待されます。つまり、目的に応じて参加者構成を工夫することは、地域包括ケアシステムを効果的に運用するうえで重要な要素と考えられます。しかし、過疎地域の市町村において、実際にどのような参加者構成の類型が存在し、それが地域包括ケアシステムの実践にどのような違いをもたらすのかを検証した研究はありません。そのため、多くの自治体では明確な根拠を持ってないまま、手探りで参加者を選定しているのが実情です。

著者らは、令和6年度に過疎市町村の認知症施策担当者に対する質問票調査を実施しました。調査では、各自治体での認知症ケアの体制と同時に、認知症ケアについて広く関係者が集まる会議体の参加者構成について把握しました。総務省が過疎指定した885市町村のうち357(41.3%)から回答を得ました。市町村全域が過疎地域、つまり全部過疎の市町村に限定すると686市町村のうち、275(40.0%)の回収率でした。以下に示す分析結果は、全部過疎の市町村のみを対象としています。本稿では、その調査結果を示しながら、全国の全部過疎の市町村における会議体の参加者構成の類型を紹介します。その上で、各類型はどのような自治体で採用されているのかを検証し、過疎市町村における会議体の在り方を考察します。

2. 認知症ケアに関する会議体と参加者構成

認知症ケアについて関係者が幅広く参加して検討する会議体の種類を調査したところ、地域ケア推進会議と回答した自治体が最多(60.4%)でした。その他の会議体には、認知症初期集中支援チームの活動について協議する会議(18.2%)や認知症の地域支援体制を協議する会議(8.7%)が挙げられました。また、対象となった全部過疎の市町村

では、設置された地域包括支援センター数が一つの場合が90.9%(250市町村)でした。これらの市町村では、回答された会議体が、地域の認知症ケアシステムについて検討するための市町村を代表する会議体であると解釈できます。

さて、これらの会議体の参加者構成を分析した

ところ、図1に示すように三つの類型があることがわかりました。会議の主催者である行政や地域包括支援センターは、ほぼ必ず参加しています。類型化の基準は、病院・診療所・歯科診療所・調剤薬局といった医療関係者がどの程度多様な領域から参加しているか、訪問看護・訪問介護・居宅介護支援・介護施設などの介護関係者がどの程度多領域から参加しているか、さらに民生委員やボランティア・市民団体、家族などの住民代表がど

の程度参加しているか、という三点です。医療関係・介護関係・住民の三つの参加者のバランスを踏まえて類型に名前をつけました(表1)。

第一の類型は、「①多領域医療・介護中心+住民参加型」です。この類型では、医療および介護関係者がそれぞれ複数の領域から参加し、さらに住民の代表者も参加しています。第二の類型は、「②介護・住民中心+医療者限定参加型」です。介

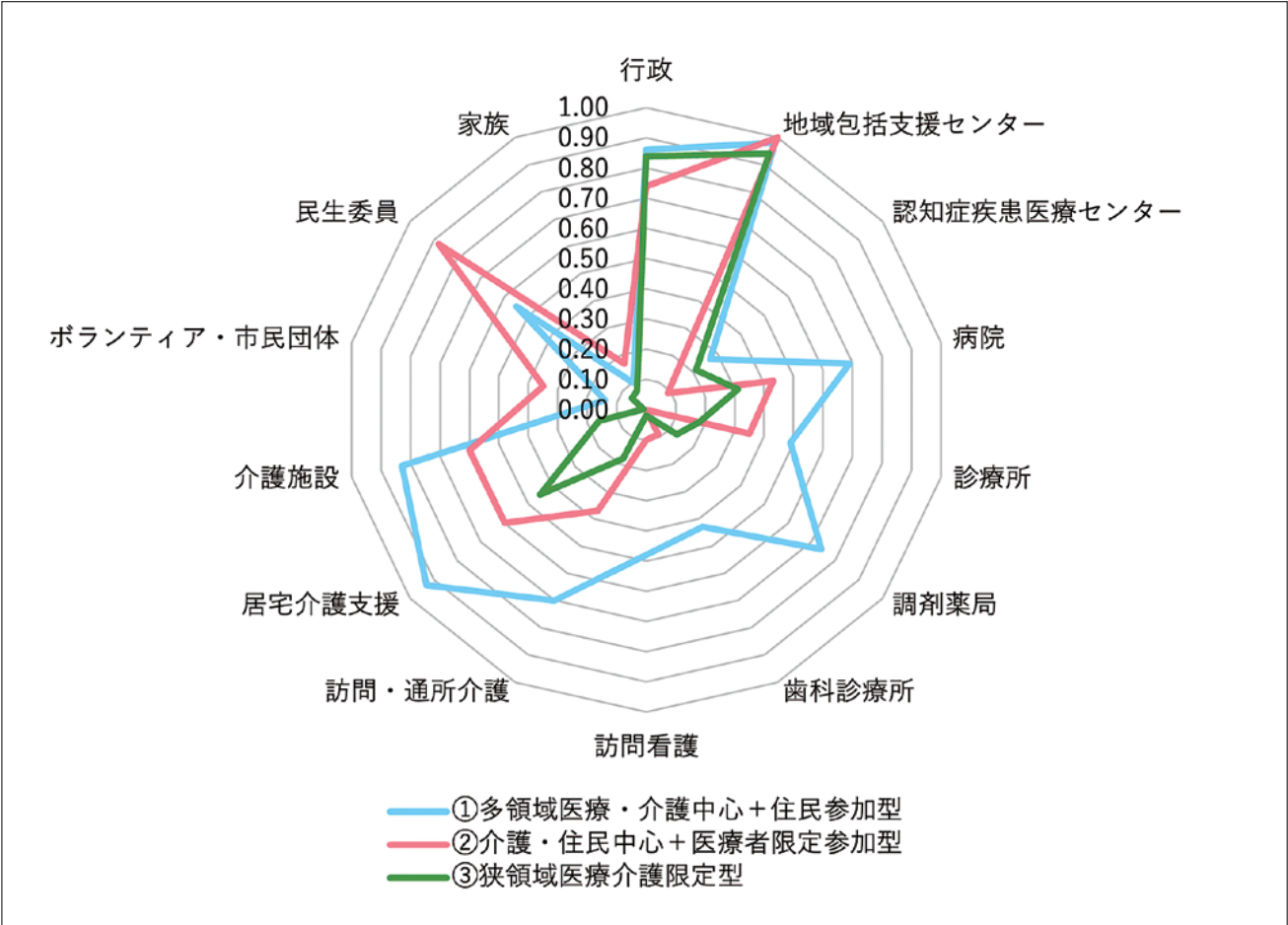


図1. 会議体の参加者構成三類型
レーダーチャート内の数字は、それぞれの組織・立場の代表者が参加している割合

表1.
三類型の会議体の典型的な参加者構成

① 多領域医療・介護中心+住民参加型	医療	・ 認知症疾患医療センターや病院、診療所から複数参加 ・ 調剤薬局や歯科診療所からも参加あり
	介護	・ 居宅介護支援と介護施設から必ず参加 ・ 訪問看護や訪問・通所介護からも参加あり
	住民	・ 民生委員等が参加
② 介護・住民中心+医療者限定参加型	医療	・ 病院または診療所のいずれかから参加あり
	介護	・ 居宅介護支援や介護施設、訪問・通所介護から複数参加
	住民	・ 民生委員やボランティア・市民団体から複数参加
③ 狭領域医療・介護限定型	医療	・ 認知症疾患医療センターまたは病院または診療所のいずれかから参加あり
	介護	・ 居宅介護支援または訪問・通所介護または介護施設のいずれかから参加あり
	住民	・ 参加なし

護は居宅介護支援や介護施設から、住民は民生委員やボランティア・市民団体から、それぞれ代表者が複数参加しているのに対して、医療は病院または診療所のいずれかからの代表者に限定されます。第三の類型は、「③狭領域医療・介護限定型」です。この類型では、医療は病院から、介護は居宅介護支援からの代表者に限定され、住民は参加しません。

これら三つの類型について、年間の会議開催回数を比較すると、①多領域医療・介護中心+住民参加型では平均5.5回、②介護・住民中心+医療者限定参加型では4.9回、③狭領域医療・介護限定型では2.9回でした。参加者構成が幅広く多様であるほど、会議がより頻繁に開催される傾向があります。

3. 三つの類型の会議体を採用する市町村の人口規模と医療・介護資源量

それぞれの参加者構成類型を採用する全部過疎の市町村の特徴について調べました(表2)。①多領域医療・介護中心+住民参加型をとりやすいのは、相対的に人口規模が大きく、面積が広い市町村です。②介護・住民中心+医療者限定参加型と③狭領域医療・介護限定型を比較すると、市町村の人口規模や面積は似通っていますが、類型②の方がやや大きいことが分かります。自治体内の人口規模が大きいと、医療・介護関係者の人数が多いため、幅広い領域の参加者を集めやすい傾向があるのでしょう。しかし、65歳以上の高齢者人口千人あたりの医師数や訪問看護師数を比較したところ、いずれも統計学的に有意な差はありません。つまり、医療関係者一人当たりの負担という点では、いずれの類型の市町村も同等の条件であることが分かります。また、高齢者人口千人あた

りの通所・居住系・施設サービス定員数の比較でも、有意な差はありません。居住系サービスとは、認知症グループホームや有料老人ホームなど、いわゆる介護保険三施設(施設サービス)以外の非在宅サービスです。このように会議体の参加者構成が異なる三つの類型の自治体では、介護サービスの収容力に大きな差がないことが分かります。ただし、今回の分析では、近年問題となっている介護職員の不足は考慮されていません。介護職員の充足率のデータが市町村単位では取得できなかったためです。そのため、通所・居住系・施設サービス定員数のデータからは、介護職員が充足して実際に運用されているのか、それとも不足のため運用されていない定員数がどの程度含まれるのかを判断することができません。

表2.
会議体三類型別にみた市町村の人口・面積と医療・介護資源量

	①多領域医療・介護中心 +住民参加型 (n=108, 41.5%)		②介護・住民中心 +医療者限定参加型 (n=72, 27.7%)		③狭領域医療・介護限定型 (n=80, 30.8%)		p
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	
人口(人)	18271	17079	13642	12190	12712	12498	0.019
高齢化率(%)	42.2	4.9	41.9	4.7	41.8	5.8	0.83
面積(km ²)	364.3	299.0	284.1	237.9	254.5	299.1	0.023
人口密度(人/km ²)	99.7	150.2	68.5	77.7	101.4	148.0	0.23
日常生活圏域数	2.3	2.5	2.0	1.6	1.9	1.9	0.51
地域包括支援センター数	1.3	1.0	1.2	0.5	1.3	1.0	0.55
医師数*	3.5	2.0	3.3	2.4	3.4	2.6	0.85
訪問看護師数*	1.1	1.1	0.8	1.0	1.0	1.1	0.30
施設サービス定員数*	43.6	22.5	38.8	18.9	41.8	32.0	0.46
居住系サービス定員数*	11.2	7.5	10.4	8.1	11.6	10.5	0.69
通所サービス定員数*	38.7	15.4	40.0	15.7	42.9	17.1	0.22

*高齢者人口千人あたりの人数・定員数
SDは標準偏差、p値は一元配置分散分析による三類型間の比較結果を示す

4. 三つの類型の会議体を採用する市町村の地理学的特徴

次に、それぞれの参加者構成類型を採用する市町村の地理的分布(図2)や、気象・地理的条件(表3)について検討しました。地図上で該当する市町村を類型別に色分けしたところ、三つの類型の市町村は、概ね類似して日本中に広く分布していることが視覚的に確認されます。表3には、豪雪地帯、振興山村地帯、農村地域、半島地域、島嶼地域について、それぞれの根拠法に基づき指定された(あるいは、指定された地域を含む)市町村数を示しました。豪雪地帯では類型③を採用する市町村が少ない傾向がみられたものの、その他の気象・地理的条件については、いずれの参加者構成類型が採用されやすいかについて明確な傾向を認めませんでした。すなわち、積雪によって住民活動や経済活動に支障が生じやすい地域、山間部に位置し産業基盤等に制約を受ける地域、農業を基幹産業とする地域、あるいは半島部や島嶼部のように交通条件に不利性を有する地域であっても、

会議体の参加者構成の選択に与える影響はほとんどないと言えます。会議体の参加者構成は、気象的・地理的条件とは無関係に選択可能だと考えてよいでしょう。

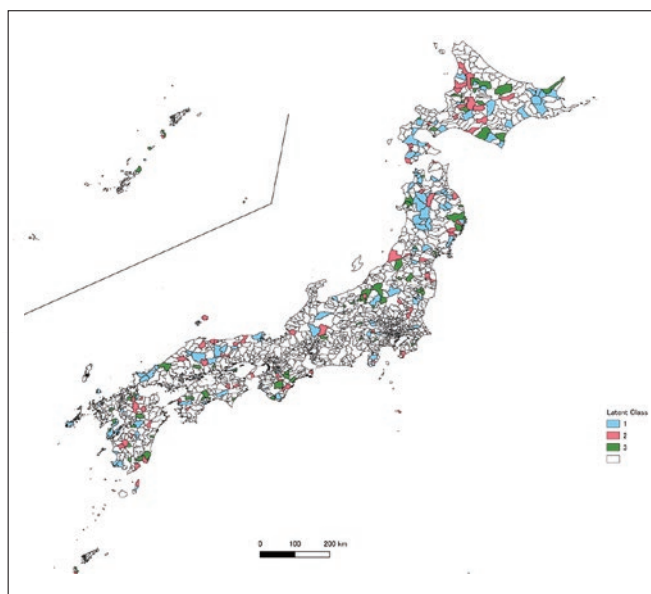


図2. 会議体三類型別にみた市町村の地理的分布

表3.
会議体三類型別にみた市町村の気象・地理的条件

	①多領域医療・介護中心 +住民参加型		②介護・住民中心 +医療者限定参加型		③狭領域医療・介護限定型		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
豪雪地帯	63	(58.3)	38	(52.8)	33	(41.2)	0.063
振興山村地帯	84	(77.8)	61	(84.7)	61	(76.2)	0.54
農村地域	97	(89.8)	68	(94.4)	72	(90.0)	0.65
半島地域	31	(28.7)	13	(18.1)	18	(22.5)	0.40
島嶼地域	14	(13.0)	11	(15.3)	8	(10.0)	0.69

豪雪地帯は豪雪地帯対策特別措置法によって指定された地域を含む市町村、振興山村地帯は山村振興法によって指定された地域を含む市町村、農村地域は農村地域工業等導入促進法で指定された市町村、半島地域は半島振興法で指定された市町村、島嶼地域は離島振興法で指定された市町村をそれぞれ指す
p値はカイニ乗検定による三類型間の比較結果を示す

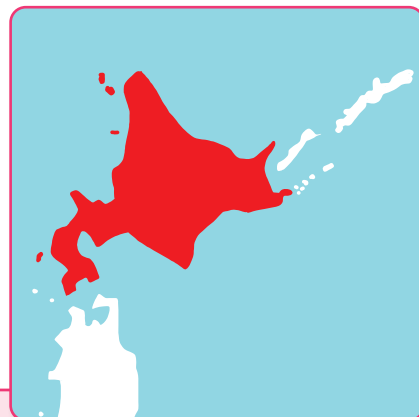
5. 考察

これらの結果は、全部過疎市町村における地域ケア推進会議をはじめとする認知症ケア関連の会議体において、参加者構成が医療・介護資源量や気象・地理的条件といった構造的制約よりも、自治体の規模や調整機能のあり方に左右されている可能性を示唆しています。とりわけ会議体の主催者である行政や地域包括支援センターが担う調整・招集機能の重要性が改めて認識されます。特に人口規模の小さい全部過疎市町村では、会議体の機能強化を図るために、地域条件の不利性その

ものを理由に参加者構成の多様化を断念するのではなく、オンライン参加の活用、圏域を越えた共同開催、住民代表者の育成、参加者へのインセンティブ付与など、柔軟な会議体運営を工夫する必要があります。そのために行政や地域包括支援センターの調整・招集機能を制度的に支援することも考えるべきでしょう。こういった全部過疎市町村では自治体内のみで多様な参加者を確保することが困難であることを前提に、柔軟な会議体運営を後押しする政策的枠組みが求められます。

2

インタビュー調査とアンケート調査から見えてきた北海道における介護資源の現状



要旨

北海道の離島における認知症医療と介護の現状をインタビュー形式で調査したところ、離島では介護資格取得・維持のための受講は数日がかかりとなり負担が重く、今後オンラインでの研修受講・資格取得できるようにしてほしいという要望が多くありました。また島内には認知症専門の医師や看護師が不在であるため、診断や治療・看護の対処に苦慮した時にオンラインなどで相談できる窓口の要望がありました。

また全道179自治体における介護資源などに関するアンケート調査では、以下の現状が明らかになりました。

①介護資源の現況：自治体内に、居宅介護支援事業所がないのは4町村、訪問介護事業所がないのは8町村でした。

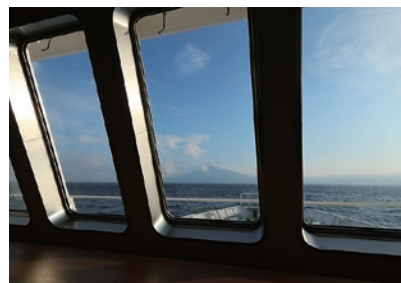
②介護人材：9割の自治体が不足を感じており、将来に対する不足感も強くありました。外国人の介護人材を受け入れているのは129自治体(74.1%)でした。外国人介護者受け入れの課題としては、言葉の問題だけではなく生活支援の難しさ・高コストなど多岐にわたっていました。

③住民が望む介護サービス提供の実態：提供できていないと回答したのは32自治体(18.4%)でした。その理由としては、事業所が少ないと回答したのは16自治体(50%)と最も多くありました。望む介護が受けられないため転出したケースを認識している自治体は75市町村でした。今後、介護事業所が撤退する不安を感じている自治体は146市町村(83.9%)でした。

④課題と解決方法：自治体内で介護サービスを持続可能にするために、国や北海道に求めることを自由記述で記載してもらったところ、

- ・介護職員の待遇改善がなければ今後の人材確保が難しい。
- ・北海道は広域であり、訪問サービスなどはコストがかかる。
- ・特に訪問介護やケアマネの減少が顕在化している。

これらの課題解決方法としては、介護報酬の増額や助成金ですが、地域の事情に応じた報酬体系や、人員の運営基準の緩和、あるいは物価上昇に応じた助成が必要と考えます。さらに介護支援専門員の資格取得を容易にするような改正や、自治体の広域連合による介護保険行政運営などが求められます。



2024.06.30 利尻島へ向かうフェリーから見た利尻山(利尻富士)

著者

内海久美子 元砂川市立病院認知症疾患医療センター センター長
大辻誠司 砂川市立病院認知症疾患医療センター 副センター長
津田祐慈 北海道新聞 記者

1. はじめに

北海道は47都道府県の中で最も広大な面積(83,456km²)を有し、かつ自治体数は179市町村もあり、全国の自治体数の約1割を占め、全国一です。

過疎地域における医療・介護資源は、非常に限られています。都市部では認知症の専門医療機関や介護サービスなど資源が豊富でアクセスしやすいですが、へき地や離島においては限られた資源の中でやりくりせざるをえず、その格差は拡大傾

向にあります。

北海道における認知症医療と介護の現状を把握するために、まず我々は2023年に北海道の有人離島5島の各関係者にインタビューを実施して離島におけるその実態を調査しました。次に北海道新聞社との協働で、北海道の全自治体に向けてアンケート調査を実施したので、その概略を報告します。

2. 北海道の有人離島の認知症医療と介護の現状と課題¹⁾

北海道の日本海側に位置する有人離島5島(利尻島、礼文島、天売島、焼尻島、奥尻島)の医療関係者および介護関係者に対面もしくはリモートにてインタビューを行いました。表1に各離島の人口・高齢化率・要介護認定率・医療と介護の資源をまとめました。

5つの離島間においても、医療と介護の提供状況の格差が非常に大きい実態が明らかになりました。利尻島・礼文島・奥尻島は、島に自治体行政があるので、地域包括支援センターはもちろんのこと他の介護サービス事業所がほぼ揃っており提供できる体制が整っていました。医療面では、認知症サポート医もいてCT検査等も可能であり、認知症の診断と治療が行われていました。対処が難しいような認知症の心理行動異常(BPSD)に対しては、本道本土にある病院との連携もできていました。しかし受診は航路での移動のため、船に乗せるにしてもかなり困難を極めるなど、離島特有の課題がありました。

天売島と焼尻島は、本道本土の羽幌町にすべての介護関係機関があり、島内で受けられる介護サービスは非常に限定的で、そのためか要介護認定率は極めて低く(天売島9.2%, 焼尻島12.9%)、介護度が少しでも高くなると島を離れなければならないという現実がありました。

共通する課題は、人材不足と相談・連携体制です。これらの解決のために以下のような対策の要望がありました。

- ①人材不足と人材育成：離島では資格取得・維持のためには、遠方まで数日がかかりで行かなければならず、その負担が非常に大きい。これらの解消のためには、今後オンラインでの研修受講・資格取得できる体制が必要。
- ②専門医療への相談窓口：島内には認知症専門の医師や看護師が不在であるため、診断治療・看護の対処に苦慮した時にオンラインなどで相談できる窓口を希望。

表1.

離島の医療・介護施設とサービス提供

離島	人口	高齢化率%	要介護認定率%	医療機関	訪問看護ステーション	特別養護老人ホーム	老人保健施設	デイサービス	デイケア	ショートステイ	訪問介護事業所	居宅介護支援事業所
利尻島	4,121	39.9	19.6	利尻島国保中央病院(42床)	あり	定員30名	あり	2か所	あり	あり	あり	あり
礼文島	2,301	38.3	17.8	礼文町立船泊診療所(19床) 道立香深診療所		定員30名		あり		あり	あり	あり
奥尻島	2,290	42.1	20.5	奥尻町国保病院(40床)・診療所1		定員30名		あり		あり	あり	あり
天売島	271	39.9	9.2	道立天売診療所				あり(週2回)				
焼尻島	162	55.6	12.9	道立焼尻診療所				あり(週2回)				

離島では、医療と介護スタッフの資格取得・維持において困難を極め、今後はICTを積極的に活用したシステムが必要であると考えます。さらには現地の医師や看護師が、認知症専門医療者に

リモートでリアルに相談できる連携体制を北海道庁が主体となって構築していただければ、認知症医療の質の向上が図られるだろうと考えます。

3. 全道自治体における介護資源の現状

北海道新聞は、北海道の介護業界が深刻な人手不足と経営難に直面し、「介護難民」の発生が現実化していることを継続的に報道してきました。特に地方では、訪問介護事業所の閉鎖や介護報酬減額による撤退²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾が加速し、サービスを受けられない地域が拡大。特別養護老人ホームも同様に厳しい状況です。住み慣れた場所で暮らし続けたいと願う高齢者が、都市部への転居を余儀なくされるケースも出ており、これが地方からの人口流出と地域衰退に直結するという懸念が高まっています。

このような現状を定量的に可視化するため、2024年7月～8月の期間に、179の全自治体に対して、アンケート調査（質問文は郵送、回答はインターネットフォーム）を実施しました。174の自治体から回答があり、回答率は97.2%と非常に高いアンケート調査結果から、一部抜粋して報告いたします。

【事業所数】

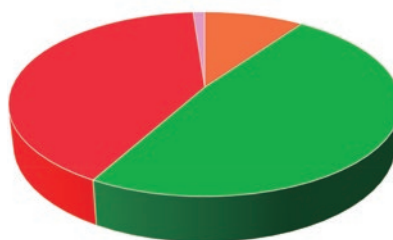
- ・居宅介護支援事業所なし：4自治体
- ・訪問介護事業所なし：8自治体
- ・デイサービスなし：4自治体
- ・ショートステイなし：12自治体
- ・小規模多機能型居宅介護事業所なし：99自治体
- ・認知症グループホームなし：37自治体
- ・特別養護老人ホームなし：9自治体
- ・介護老人保健施設なし：96自治体

【介護人材】9割の自治体が不足を感じており、将来に対しても不足感も強い。外国人の介護人材を受け入れているのは129自治体（74.1%）で、今後も受け入れを増やす必要があると回答したのは半数を超える70市町村であった。

外国人介護者受け入れの課題としては、言葉の問題だけではなく生活支援の難しさ・高コストなど多岐にわたっていました。

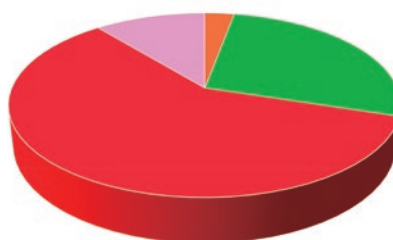
22.自治体内の介護事業所は現在、介護人材をどの程度確保できていると認識していますか

● 十分確保できている	0
● ある程度確保できている	17
● 少し不足している	84
● かなり不足している	71
● 分からない	2



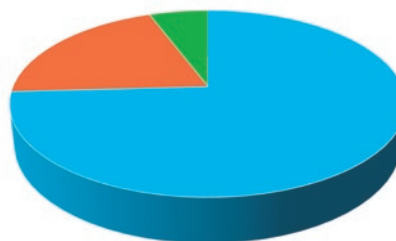
23.北海道内の高齢者は2040年まで増え続けると推計されています（第9期「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」より）。自治体内の介護事業所は将来、介護人材をどの程度確保できると考えますか。

● 十分確保できる	0
● ある程度確保できる	5
● 少し不足する	47
● かなり不足する	103
● 分からない	19



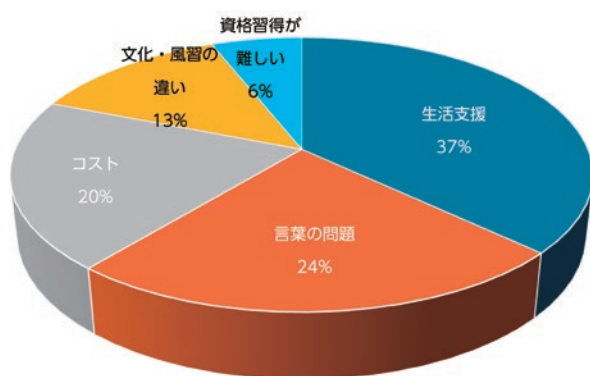
24.自治体内の介護事業所は現在、外国人の介護人材を受け入れていますか

● 受け入れている	129
● 受け入れていない	35
● 分からない	10



▼外国人介護者受け入れの課題(自由記述)

外国人介護者受け入れの問題点

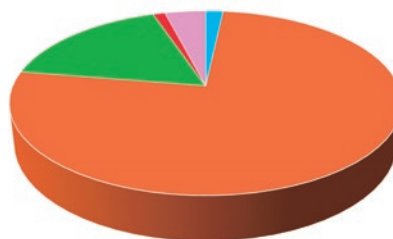


▼住民が望む介護サービス提供の実態

住民が望む介護サービスを提供できていないと回答したのは32自治体(18.4%)。その理由としては、事業所が少ないと回答したのは16自治体(46.8%)と最も多い。望む介護が受けられないため転出したケースを認識している自治体は75市町村あった⁶⁾。介護事業所が撤退して代替する介護施設がない事態を経験した自治体が17市町村(9.8%)あった。今後、介護事業所が撤退する不安を感じている自治体は146市町村(83.9%)あった。

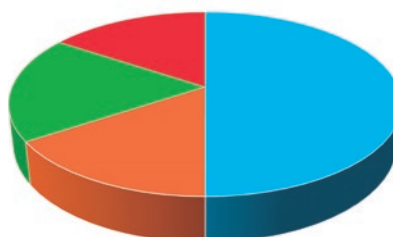
29.自治体内の事業所は、住民が望む介護サービスを提供できていますか

● 十分提供できている	3
● ある程度提供できている	132
● あまり提供できていない	30
● 提供できていない	2
● 分からない	7



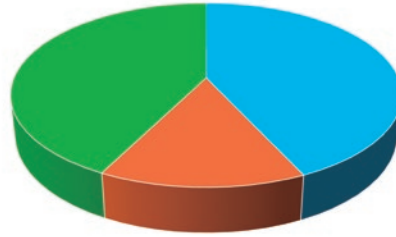
30.「あまり提供できていない」「提供できていない」と答えた自治体にお聞きます。理由をお答えください。

● 介護事業所が少ない	16
● 介護が必要な高齢者が増え、サービス供給量を超えている	5
● 介護人材不足のため、事業所が定員まで受け入れられない	6
● その他	5



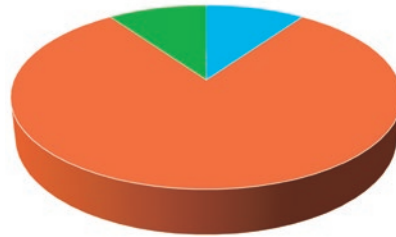
31.自治体内で望む介護サービスが受けられず、他自治体に移住した人はいると認識していますか

● いる	75
● いない	25
● 分からない	74



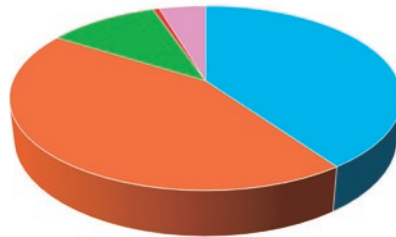
32.自治体内から介護事業所が撤退し(予定含む)、代替する事業所がない事態に陥ったことはありますか

● ある	17
● ない	140
● 分からない	17



33.今後、自治体内から介護事業者が撤退することに不安を感じていますか

● 不安を感じる	70
● 少し不安を感じる	76
● あまり不安を感じない	19
● 不安を感じない	1
● 分からない	8



▼課題と解決方法

自治体内で介護サービスを持続可能にするために、国や北海道に求めることを自由記述で記載してもらったところ、以下の意見が多数を占めていました。

- ・介護職員の待遇改善がなければ今後の人材確保が難しい。
- ・課題の解決には、介護報酬の引き上げが必要。特に北海道は広域であり、訪問サービスなどはコストがかかる。

- ・特に訪問介護やケアマネの減少が顕在化している。

これらの課題解決方法としては、介護報酬の増額や助成金ですが、地域の事情に応じた報酬体系や、人員の運営基準の緩和、あるいは物価上昇に応じた助成が必要と考えます。さらに介護支援専門員の資格取得を容易にするような改正や、自治体の広域連合による介護保険行政運営などが求められるのではないのでしょうか。

参考文献

- 1) 内海久美子、大辻誠司：老年精神医学雑誌35巻1号 Page11-19(2024.01)
- 2) 津田祐慈：北海道新聞2023年11月20日朝刊1面 ＜「介護難民」時代 地方の現場から＞上＊故郷の特養 閉鎖の危機＊待機者も働き手も減
- 3) 津田祐慈：北海道新聞2023年11月21日朝刊社会面 ＜「介護難民」時代 地方の現場から＞中＊赤字重く 苫洪の社協撤退
- 4) 津田祐慈：北海道新聞2024年3月13日朝刊社会面 ＜「介護難民」時代＞「地元で最期」背水の町営化＊中頓別の「長寿園」＊法人探し困難 経営不安残る
- 5) 津田祐慈：北海道新聞2024年10月20日朝刊社会面 地方の介護崩壊寸前
- 6) 津田祐慈：北海道新聞2024年10月20日朝刊1面 介護理由に転出75市町村

3

高知県の山間部における物忘れ外来



要旨

高知県は温暖な気候と豊かな自然に恵まれた土地である一方、全国平均を大きく上回る高齢化が進んでいます。特に山間部では高齢化率が50～60%の地域もあり、認知症医療へのアクセスが課題となっています。こうした背景のもと、筆者は2021年9月より高知県仁淀川町の大崎診療所で月1回の物忘れ外来を行っています。

この物忘れ外来の診療手順は以下の様にしています。受診前に地域包括支援センターや地域の介護専門職のスタッフが、患者さんの病歴、生活状況等に関する情報を収集します。この時に高知家@ラインが役立っています。患者さんは、まず内科医の診察を受けて、その後、MMSE-J、DASC-21、CDR、J-ZBI-8、NPI-Qによる臨床評価と血液検査、頭部CT検査を受けます。物忘れ外来では、これらの検査結果を確認した後に、必要な神経学的/神経心理学的診察を行い、状態把握を行い診断を決定し、検査結果、診断名、治療方針について本人とご家族に説明し、生活指導を行い、治療を開始します。その後数回の再診察を行い、かかりつけ医に戻っていただきます。その際に発行する診療情報提供書を重視しており、診断に重要と考えた病歴のポイントや所見、診断に至った理由や根拠、治療内容、かかりつけ医の先生方をお願いしたいその後の診療における観察のポイントなどを記載しています。

また高頻度で治療可能な認知症である特発性正常圧水頭症 (iNPH) については、大崎診療所内でタップテストを実施できる体制を整え、シャント手術への円滑な橋渡しを可能としました。さらに、脳脊髄液中のアルツハイマー病のバイオマーカー検査も活用して、アルツハイマー病を確定診断できた症例を経験しました。

大崎診療所では、医療・介護・地域が密接につながることで早期受診が実現し、治療や見守りの効果が高まっていると思います。地域コミュニティの力を基盤とした認知症診療の重要性を日々実感しています。



山肌にへばりついた家々が点在する、仁淀川町寺村

著者

数井裕光 高知大学医学部神経精神科学講座 教授

はじめに

高知県は一年を通じて温暖な気候に恵まれ、人々は気さくで親切的な土地柄です。カツオのたたきはもちろん、季節ごとに彩りを変える野菜や果物など、豊かな自然が育む食材に囲まれ、暮らしは実に心地よいものです。一方で、高知県は全国でも高齢化が進んだ地域です。2024年のデータによると、人口は約65万5千人、そのうち65歳以上は約24万人で、高齢化率は36.7%。全国平均の29.3%を大きく上回っています。県は東西に約200kmと長く、中央に位置する高知市には県民の約48%が暮らしていますが、その高齢化率も31.5%に達しています。さらに山間部では高齢化が顕著で、最も高い大豊町は61.1%、次いで仁淀川町が57.0%です。

仁淀川町は、県内随一のお茶の産地として知られています。その強い個性ゆえ、静岡や宇治から

もブレンド用の種茶として買い付けに来るほどです。私は、ご縁があり、2021年9月から、この仁淀川町の国民健康保険大崎診療所(図1)で月に一度の「物忘れ外来」を行っています。本コラムでは、この診療所での私たちの診療について、少しご紹介したいと思います。



図1. 四国山地の山々と大崎診療所

1. 「物忘れ外来」開設の経緯

私は、高知県に赴任した当初の1, 2年間に、高知県、いくつかの市町村、様々な団体からの依頼を受けて、土曜日と日曜日を中心に認知症の啓発のための全県講演行脚を行いました。その中で、特に熱心だったのが2025年8月に仁淀川町の町長になられたK氏でした。当時、仁淀川町、および近郊の町で複数回の双方向性の研修会を行ったことを覚えています。仁淀川町には認知症であろう方が多数おられるが、町内、近隣の町には認知症を診療してもらえないところがないとのことでした。また仁淀川町と高知大学病院の間には、一部高速道路を使っても自動車でも約1時間半かかる距離があり、また仁淀川町の方は独居の方、高齢者の2人暮らしをされている方が多いので、高知大学病院の外来に、ご家族が連れてくることはなかなか困難でした。そこでまず、大学病院での外来診療を経ずに、入院精査を行うという診療ができ

ないか検討しました。しかしこの方法は難しいとの結論にいたりしました。この頃、仁淀川町の大崎診療所を改築し、新しくCTを導入する等が決まっていたため、これにあわせて物忘れ外来を開設したいとの仁淀川町の意向もありました。このような流れの中で、私が、月に1回大崎診療所で診療をすることになりました。この物忘れ外来は、大崎診療所の内科医師、看護スタッフ、放射線技師、理学療法士をはじめとするスタッフの皆さんに加え、仁淀川町唯一の直営の地域包括支援センターのスタッフの皆さんの全面的な協力のもと運営されています。また物忘れ外来を開設する前には、K氏の発案で、仁淀川町のかかりつけ医師に対する認知症診療の基本についての講義を私が行う機会をいただき、この時に、ご挨拶と協力体制のご依頼もいたしました。

2. 「物忘れ外来」での診療内容

物忘れ外来は、毎月第一金曜日の午後に設置しました。私の大学内外の用務によって、前週や翌

週に変更していただくことが年に2回ほどあります。予約制で、初診患者さんのための45分枠を2

枠、再診患者さんのための10分枠を3枠設定しています。そしてこれらの診療の後に、診療情報提供書を30分～1時間かけて作成するという流れです。

初診患者さんに対しては、地域包括支援センターのスタッフの方、介護保険を申請されている方に対してはケアマネジャーさん、介護専門職の皆さんが、患者さんの病歴、生活状況等に関する情報をあらかじめ収集してくれます。その際に高知家@ラインと呼ばれるインターネットを介して、患者さんの情報を関係者が入力し共有し合うシステムが役立っています。私の診察中にも、タブレット型の端末機で情報を確認することがあります。また診察後の経過観察、治療効果判定などの際にも高知家@ラインの情報が役立ちます。

物忘れ外来を受診する患者さんは、まず大崎診療所の内科医師の診察を受けていただきます。そして内科医師に物忘れ外来の初診枠の予約をとっていただくとともに、MMSE-Jによる認知機能評価、血液検査、頭部CT検査をオーダーしていただきます。さらに専門職が本人や家族からの情報を聴取してDASC-21、CDR、J-ZBI-8の評価を行い、家族にNPI-Qで神経精神症状の評価を依頼します。私の初診外来時には、これらの情報が全て大崎診療所の電子カルテに入力されているとい

う状態になっています。検査や評価スケールの使用方法、採点方法などについては、高知大学病院の基幹型認知症疾患医療センターのスタッフが仁淀川町のスタッフの皆さんに、お互い行き来して、ご指導させていただきました。

私の45分の初診枠の診察では、検査結果を全て確認した後に、必要な神経学的診察、神経心理学的診察を行い、その場で状態把握と診断を決定し、検査結果、診断名、治療方針について本人とご家族に説明し、生活指導を行い、治療を開始します。軽症等のため、核医学検査等が必要な患者さんに対しては、本人とご家族に説明し、遠方ではありますが最も近い高知市内の国立病院での検査の実施について相談します。診断がついて治療がはじまった患者さんに対しては、多くの場合、治療効果判定や有害事象チェックのために数回の再診察を行います。その後地域のかかりつけ医の診察に戻っていただきます。その際に発行する診療情報提供書を私はとても重視しています。かかりつけ医の先生方に知っておいていただきたい内容、例えば、診断に重要と私が考えた病歴のポイントや所見、診断に至った理由や根拠、治療内容、かかりつけ医の先生方をお願いしたいその後の診療における観察のポイントなどについて詳細に記載しています。

3. 特発性正常圧水頭症に対するタッピングテストの実施

特発性正常圧水頭症 (idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus : iNPH) は、治療可能な認知症の代表的疾患で、65歳以上の高齢者の約1.6%に存在する高頻度の病態です。意欲が低下してきた、動作や反応がゆっくりになった、記憶障害はあるが比較的軽度である、歩行が不安定、頻尿、尿失禁などの症状のいくつかが緩徐に進行します。頭部CTやMRIで診断がつきますので、このような症状のある方は、一度は受けて欲しいと思っています。治療法はシャント手術という外科的治療なので、抵抗感があると思いますが、手術としては1時間くらいの比較的簡単なもので、入院期間も1週間から10日間くらいが多いと思います。進行性の病気なので、進行するとこの病気だけでも寝たきり状態になります。しかしその前に転倒、骨

折して寝たきりになる人もいますので、この病気であるならば治療を検討すべきだと思っています。

しかしいきなりシャント手術をするわけではなく、その前にタッピングテストという検査を行います。私達の頭の中には脳脊髄液 (CSF) という液体成分があり、これが脳内のある場所で産生され、脳内や脊柱管内を流れ、吸収されています。このCSFの吸収が悪くなり過剰に貯まって周囲の脳を圧迫して症状が生じる病気がiNPHです (図2)。タッピングテストでは、腰に少し長めの針を刺して (腰椎穿刺と言います)、脊柱管内のCSFを30cc程度排除します。脊柱管と脳とはつながっているので、これによって脳内のCSF量が減る→脳の圧迫が解除される→意欲低下、動作、記憶、歩行、頻尿、尿失禁等が改善するという反応が得られたら、

タップテスト陽性と判定し、シャント手術の実施を検討します。

大崎診療所を受診される方の中にもiNPHの方が多くおられました。しかしタップテストのために高知市内の病院を受診していただくのはなかなか大変でした。そこで現在は、大崎診療所でタップテストが出来るようになっていました。具体的には、内科医師に腰椎穿刺を行っていただき、その前後の症状の評価を看護師さん、理学療法士さん達が分担して行っています。タップテストの実施方法については日本正常圧水頭症学会のホームページ(<https://jnph.umin.jp/guideline/index.html>)で解説動画を公開していますので参考にいただければと思います。

この体制の構築によって、タップテスト陽性というデータを添えて、高知市内の脳神経外科施設

に直接シャント手術の依頼ができるようになりました。iNPH患者さんの中には独居の方も多いので、遠方のご家族に、手術に関する受診や入院のために何度か来ていただく必要がある等のハードルは残っていますが、受診回数は格段に減りました。独居の方が独居生活を、より長く続けていただくためには、症状を改善させ、かつ進行しないようにすることが重要です。この検査体制の構築は、仁淀川町のiNPHの方がこの地で安心して生活していただくために重要だと思っています。また私達が最近行った調査研究によって、施設に入所されているiNPHの方に対しては、脳神経外科の先生方がシャント手術に対して、やや消極的になっているという現状が明らかになりました。そのため、シャント手術を検討される方は施設入所に前に検討をお願いします。

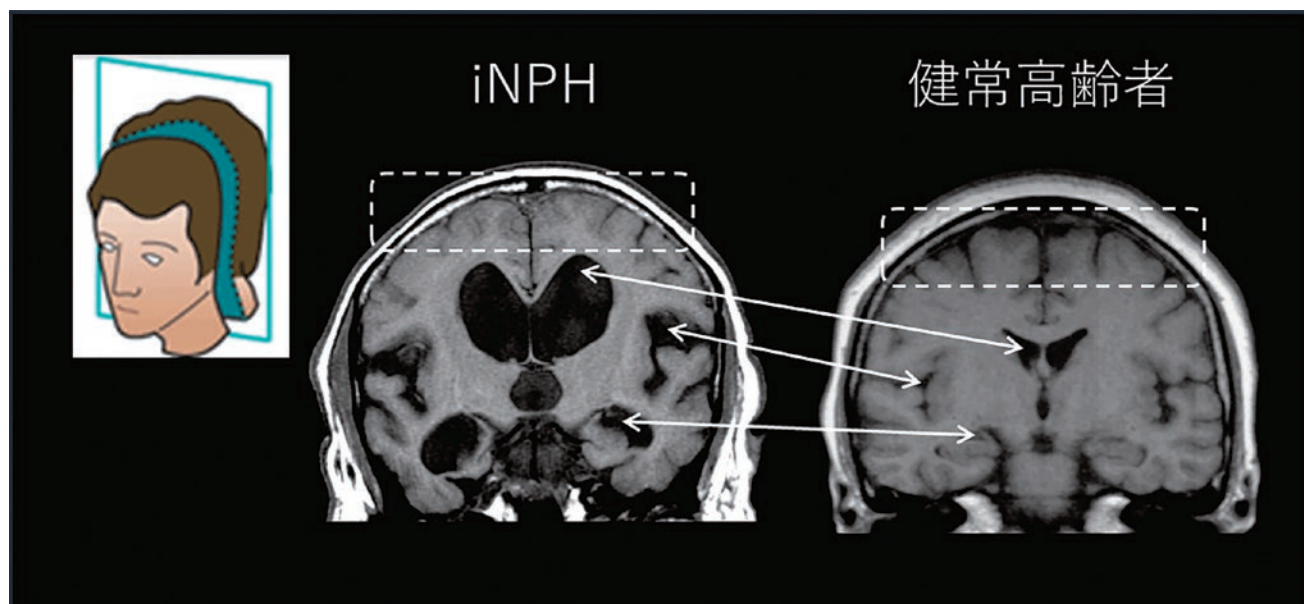


図2：特発性正常圧水頭症 (iNPH) と健常高齢者の頭部MRI画像の比較

左の人の絵のような切り方で撮影したiNPH患者さんと健常な高齢者の頭部のMRI画像を並べたものです。図の中の矢印のついた線で示した部分が、iNPH患者さんで脳脊髄液 (CSF) が過剰に貯留している領域です。iNPH患者さんと健常高齢者とで、相対する領域を両矢印のついた線で結んでいます。iNPH患者さんでは黒いスペースが広がっていますが、これはCSFが多く貯留していることを示しています。また点線の長方形で囲まれた領域については、健常高齢者の人と比べると、iNPH患者さんでは、黒い隙間が狭くなっています。これは、iNPH患者さんでは、この部分より下の領域でCSFが多く貯留して、これによって点線の長方形の中の脳の部分が圧迫されていることを表しています。

4. 山間部のアルツハイマー病の人に対するCSFバイオマーカー検査の有用性

アルツハイマー病の人の早期診断にCSF中のリン酸化タウ蛋白、アミロイドベータ42/40比 (以下アルツハイマー病のバイオマーカー検査：ADBMと略します) 測定は有用です。さらにこの検査は、医師が腰椎穿刺を行い、CSFを採取し、これを検査会社に提出するだけで結果が返ってきますので、大規模な検査機器がない山間部の診療

所でも実施可能なのです。山間部に住み、かつ職場も山間部であったアルツハイマー病の人にCSF中のADBM検査を行い、診断確定できた患者さんを経験しましたので共有したいと思います。

その患者さんは50歳代後半から職場で、浮遊感、頭痛、書類を忘れる、物を置いた場所がわからなくなる等の症状が出現した方です。いくつか

の病院を受診しましたが、不安障害、うつ病と診断されました。そしてこれらの疾患に対する治療が行われましたが、症状の改善は認められませんでした。そこで60歳代前半に、遠方ではありましたが、高知大学病院を受診されました。その時の記憶検査では明らかな低下を認めたのですが、頭部MRIでは海馬や海馬傍回も含めて脳萎縮は認めず、脳血流SPECT検査でもアルツハイマー病を示唆するような異常所見は認めず、診断にはいたりませんでした。その半年後に、再度受診していただき脳血流SPECT検査を受けていただきました。異常の傾向が高まりました。しかしこの時も明確な異常所見は示しませんでした。そこでこの時、CSF中のADBM検査を行いました。しかしこれも正常範囲内でした。その半年後にも経過観察のために高知大学病院の再診をお願いしたのですが、ご家族が多忙になったこともあり、もう

これ以上の高知大学病院への受診は難しいという状況でした。そこで、近くの診療所の内科医師にCSF中のADBM検査を行ってもらったところ異常値となり、アルツハイマー病の診断に至りました。ご本人とご家族は、アルツハイマー病という診断は当然、歓迎すべきものではないが、これまでつかなかった診断が明確になったこと自体には安堵したとのことでした。不安が軽減し、受けるべき治療をしっかりと受けようと前向きな気持ちにもなり、また職場にも明確に説明できたので、仕事場での支援体制もしっかりと構築していただけたとのことでした。私自身も、臨床評価、頭部MRI検査や脳血流SPECT検査を実施してアルツハイマー病以外の病気を否定できていたという状態であったからではありますが、ADBMは日本中どこでも実施可能な先進的な検査だと実感しました。

おわりに

大崎診療所でいつも思うことは、診療所、地域包括支援センター、介護専門職のスタッフの皆さんと患者さん、およびそのご家族との距離が近いことです。これまで患者さんがどのように働かされてきたか、活躍されてきたかをよくご存知で、だからこそ小さな変化に気づかれます。そのため大崎診療所では早期受診が実現できており、治療、生活支援、見守りの効果も大きいと思います。やはり早期受診には地域コミュニティーの力が必須

だと実感しています。私としても多くのスタッフや地域の人達の協力のもと、働きがいを持って診療できており、幸せを感じています。

謝辞：本コラム作成に関して、大崎診療所内科の東山祐士先生をはじめとするスタッフの皆様、仁淀川町役場健康福祉課地域包括支援センターの掛水房美様、中川希穂様、西森孝生様、片岡信博町長に深謝申し上げます。



子どもも大人も澄んだ水辺に親しむ、仁淀川町・宮崎の河原

令和5年度～令和7年度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 研究組織

(五十音順)

〈研究代表者〉

栗田 主一 認知症介護研究・研修東京センター 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／
東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター センター長
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 教授
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
鄭 勲九 広島大学大学院 医系科学研究科 共生社会医学講座 准教授
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
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

〈研究協力者〉

石井 伸弥 医療法人社団知仁会 メープルヒル病院 院長
碓井 雄大 金沢大学 医薬保健研究域 医学系 脳神経内科学 大学院生
内海 久美子 元砂川市立病院 認知症疾患医療センター センター長
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 研究員
数井 裕光 高知大学 医学部 神経精神科学講座 教授
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 准教授
高江洲 義和 琉球大学大学院 医学研究科 精神病態医学講座 教授
竹井 太 医療法人たぶの木 うむやすみゃあす・ん診療所 院長／
沖縄県認知症疾患医療センター(宮古圏域) 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
馬場 美彦 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

〈オブザーバー〉

富本 秀和 三重県済生会明和病院 院長／
三重大学大学院 医学系研究科 神経病態内科学 特定教授

令和5年度～令和7年度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
離島・中山間地域における認知症支援体制づくり 事例集

令和8(2026)年3月

編集・発行 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1-12-1

電話：03-3334-2173 / E-mail：tokyo_dcrc@dcnet.gr.jp

無断転載・改変は禁じます。

ただし、出典を明記の上での引用・利用は可能です。

【出典記載例】

令和5年度～令和7年度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『離島・中山間地域における認知症支援体制づくり 事例集』

(発行：認知症介護研究・研修東京センター，2026年3月)

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

離島・中山間地域における 認知症支援体制づくり事例集

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

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
	なし						

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
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
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(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り組み	老年精神医学雑誌	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	老年精神医学雑誌	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—	老年精神医学雑誌	35(1)	78-87	2024
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.	International Journal of Integrated Care	24(2)	21	2024

津田修治, 晏子, Pet ra 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.	18(2)	380-390	2025
Ito K	Older people living in the community with delusion	Geriatr Gerontol Int	24(S1)	118-122	2025
Ito K, Tsuda S	Effects of clinical stage, behavioral and psychological symptoms of dementia, and living arrangement on social distance towards people with dementia	PLoS One	20(1)	e0317911	2025
Ito K, Ura C, Sugiyama M, Edahiro A, Okamura T	Regional differences in the clinical practice of dementia support doctors: comparison between the Tokyo and Tohoku regions	Psychogeriatrics	25(2)	e70012	2025
井藤佳恵	「共生」ということば	心と社会	195	68-73	2024
井藤佳恵	特集【老いること、衰えること、エンドオブライフケア】エイジズムと精神疾患のスティグマ	老年精神医学雑誌	35(4)	335-342	2024
川勝忍、宮川明美、國井泰人、深澤隆	公益社団法人日本老年精神医学会における災害時支援	老年精神医学雑誌	35(10)	1031-1036	2024
Ito K, Okamura T	Task-shifting in dementia care: a comparative analysis of consultation models and proposed collaborative ecosystem in Japan.	Front Psychiatry	16	1504753	2025
Ito K, Tsuda S, Wake T, Hatakeyama A, Ogisasa F, Ono M, et al.	Reframing Dementia Care in the Era of Disease-Modifying Therapies: Informational, Psychosocial, and Systemic Insights from Japan.	BMC Health Serv Res.		in press	2026
井藤佳恵, 成本迅:	認知症と共に生きる人のエンドオブライフの医療とケアの課題.	Dementia Japan.	39(3)	377-378	2025
井藤佳恵:	認知症に対する意識とスティグマ.	ホスピス緩和ケア白書		in press	2025
井藤佳恵:	超高齢者におけるwell-being—関連要因とその意味の再考—	日本老年医学雑誌	63(1)	27-32	2026

井藤佳恵	認知症初期集中支援推進事業における複雑困難事例への継続支援とその体制：地域保健領域における精神科コンサルテーション・リエゾンの視点から	認知症ケア事例ジャーナル. 2026.	18(4)	336-44	2026
Hayashi H, Kobayashi R, Shibuya Y, Aso S, Morioka D, Sakamoto K, Kimura M, Sone T, Iokawa K, Suzuki A, Kawakatsu S.	Impact of neuropsychiatric symptoms on caregiver burden of people with dementia with Lewy bodies: A multicentre prospective longitudinal study.	Psychogeriatrics	25	e70051	2025
Hayashi H, Sone T, Iokawa K, Asao A, Fujita T, Sumigawa K, Kawamata H, Kawasaki I, Ogasawara M, Matsumoto D, Kawakatsu S.	Effects of electronic sports on community-dwelling older adults with mild cognitive impairment: A randomized controlled study.	Geriatr Gerontol Int.	26	e70319	2026
Noguchi-Shinohara M, Ozaki T, Usui Y, Shibuya S, Shima A, Komatsu J, <u>Ono K.</u>	Housing damage and forgetfulness following the 2024 Noto Peninsula earthquake, Japan.	J Alzheimer' s Dis.	105	1289-1297	2025