

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

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

研究代表者 栗田主一 東京都健康長寿医療センター・認知症未来社会創造センター
センター長
研究分担者 井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
研究協力者 津田修治 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
研究協力者 Yan Zi 東京都健康長寿医療センター研究所 協力研究員

研究要旨

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

A. 研究目的

日本の市区町村のうち実に半数近い885

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

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

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

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

B. 研究方法

1) 研究デザイン

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

2) 対象

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

3) 調査

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

4) 分析

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

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

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

(倫理面への配慮)

東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

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

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

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

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

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

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

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

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

D. 考察

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

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

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

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

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

E. 結論と今後の課題

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

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

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

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

References

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

表 1. 調査対象者一覧

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

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

*病院は認知症疾患医療センターを含む

†行政の職員は事務職員や福祉職員を含む

表 2. 構造の統合

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

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

表 3. 機能の統合

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

行, 行政; 包括, 地域包括支援センター

表 4. 規範の統合

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

行, 行政; 医, 医療; 介, 介護; 住, 住民

表 5. 人と人の統合

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

行, 行政; 医, 医療; 介, 介護; 住, 住民

表 6. ケアプロセスの統合

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

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