

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）  
分担研究報告書

全国の離島・中山間地域の認知症支援体制の実態把握に関する研究

(3) 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態調査

研究代表者 粟田主一 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

研究要旨

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

## A. 研究目的

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

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

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

の質を高めることが求められる<sup>6)</sup>。

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

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

## B. 研究方法

### 1) 研究デザイン

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

### 2) 対象

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

知症施策担当者に対して、紙媒体の質問票を郵送して回答を依頼した。

### 3) 調査期間

調査は 2024 年 10 月 1 日から 10 月 31 日までの期間に実施した。

### 4) 調査内容

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

### 5) 分析

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

#### (倫理面への配慮)

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

## C. 研究結果

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

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

### 1) 受診契機

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

## 2) 初期支援

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

## 3) 生活支援

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

## 4) 通院

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

## 5) 入院先と在宅医療

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

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

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

## 6) 在宅ケア

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

## 7) 社会参加

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

## 8) 地域の会議体

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

## D. 考察

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

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

### 1) 医療介護リソースの地域格差

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

### 2) 認知症に対する専門性の地域格差

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

知症疾患医療センターが関与しない場合が多い。

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

同時に、認知症疾患医療センターの役割も検討すべきである。二次医療圏に一施設を目標に設置される認知症疾患医療センターには、地域連携推進機関としての役割がある<sup>6)</sup>。認知症疾患医療センター地域連携会議などを通して、センターがある市町村だけでなく、圏域内にある過疎市町村の認知症医療について課題を整理して対策を進めることが期待される。また、過疎市町村で開催される地域ケア推進会議等への参加と発言を依頼するなど、過疎市町村側からのアプローチも可能であろう。経営企画のための会議や研修等は、オンライン会議で十分なために実現しやすい。二次医療圏にある認知症疾患医療センターが、専門的な見地から過疎市町村の認知症医療・ケアシステムについて助言することは有用であろう。そのためには、手法や枠組みの開発、ITシステムの整備等が期待される。

### 3) 認知症に対する住民理解の地域格差

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

とは少ない傾向だった。

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

## E. 結論

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

との協働、地域の既存のサービス等の柔軟な活用などが考えられる。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

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

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

##### 2. 学会発表

該当なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

該当なし

##### 2. 実用新案登録

該当なし

##### 3. その他

該当なし

#### Reference

1) 総務省地域力創造グループ過疎対策室：令和3年度版過疎対策の現況. (2023)

[https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000875710.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000875710.pdf)

2) 総務省地域力創造グループ過疎対策室：過疎地域等における集落の状況に関する現況把握調査報告書. (2020)

[https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000678497.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000678497.pdf)

3) 栗田主一, 井藤佳恵, 津田修治, ほか：厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書. 全国の離島・中山間地域における認知症支援体制の実態把握に関する研究. (2024) [https://mh1w-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/202316007A-buntan2.pdf](https://mh1w-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202316007A-buntan2.pdf)

4) 全国国民健康保険診療施設協議会：過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業報告書. (2015)  
[https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/principalresearch\\_detail/tabid/169/Default.aspx?ItemId=245](https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/principalresearch_detail/tabid/169/Default.aspx?ItemId=245)

5) 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所：中山間地域における地域共生社会を見据えた地域包括ケアシステムの深化に関する調査研究事業. (2022) [https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r03\\_12jigyohokokusho.pdf](https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r03_12jigyohokokusho.pdf)

6) 一般社団法人日本認知症学会：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業報告書. (2023)  
[https://dementia-japan.org/wp-content/uploads/2024/10/maintenance\\_report.pdf](https://dementia-japan.org/wp-content/uploads/2024/10/maintenance_report.pdf)

7) 宮前史子, 扇澤史子, 今村陽子, ほか：離島の独居認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための支援とは. 認知症支援関係者からみた地域生活継続の促進要因と阻害要因. 日本認

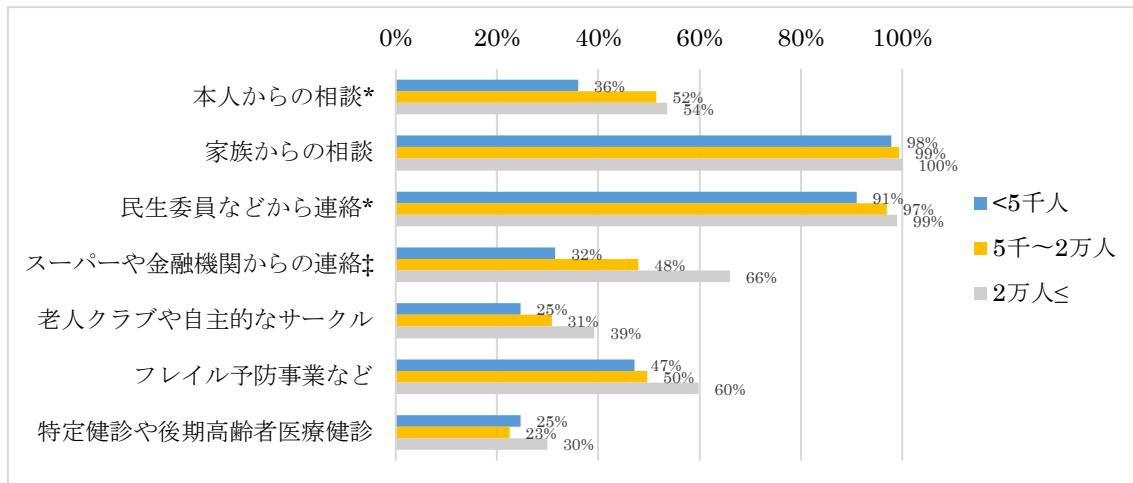
- 知症ケア学会誌, 20(4) : 532-544 (2022).
- 8) 厚生労働省：地域包括ケア「見える化」システム。  
<https://mieruka.mhlw.go.jp/>
- 9) Dröes RM, Chattat R, Diaz A, et al. Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging Ment Health*, 21(1):4-17 (2017).
- 10) 厚生労働省：認知症施策推進大綱.  
(2019)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>

表 1. 過疎自治体の特性

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

\*割合のデータはカイ二乗検定で、実数のデータは一元配置分散分析で検定した。

図1. 過疎自治体における認知症のある人の一般的な受診契機



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

図2. 過疎自治体における認知症のある人への一般的な初期支援提供者



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

図3. 過疎自治体における認知症のある人への生活支援

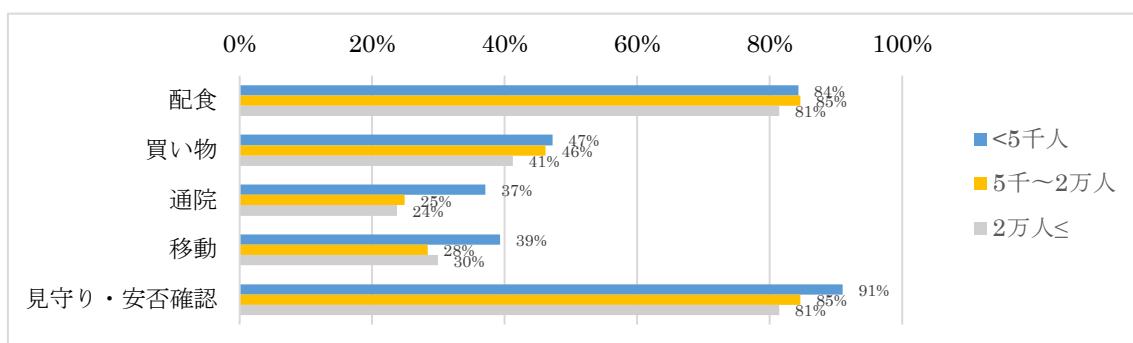
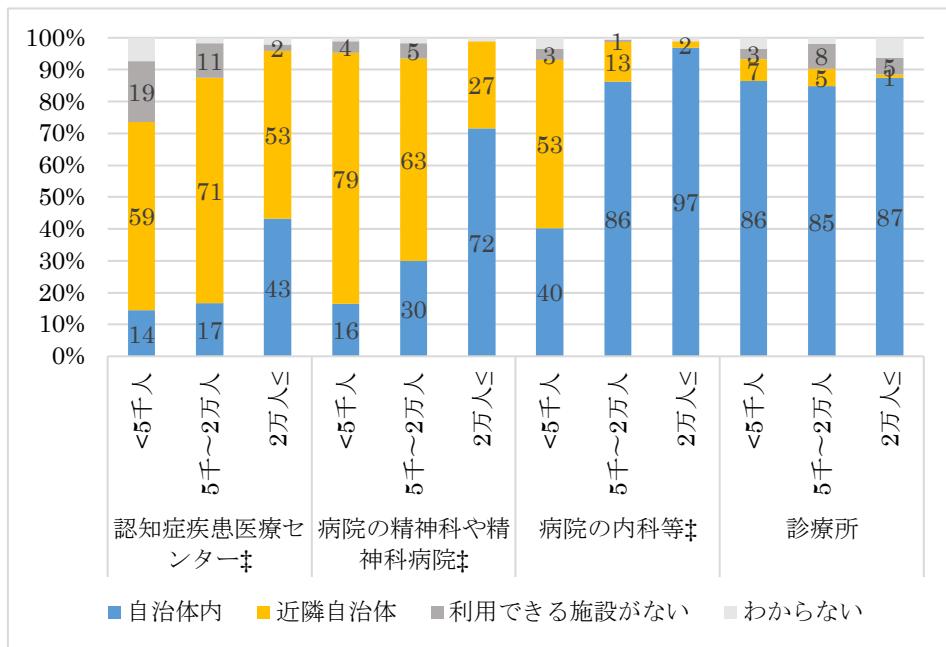
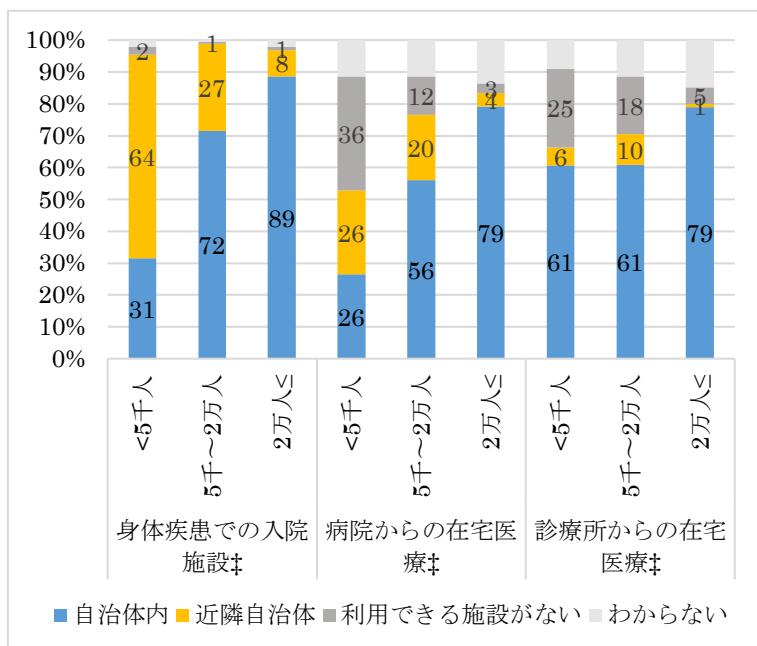


図4. 過疎自治体における認知症のある人の一般的な通院先



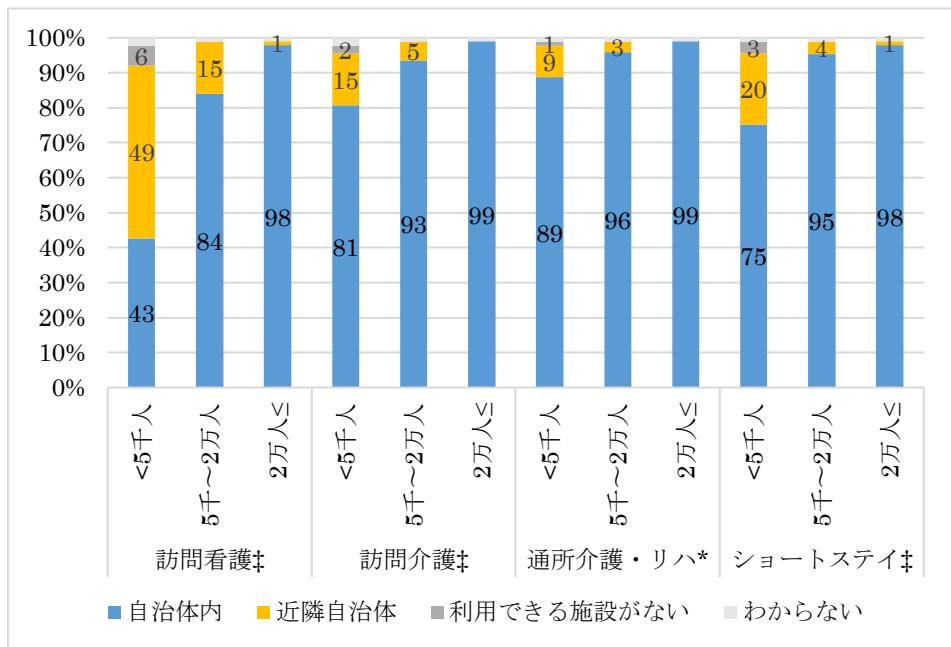
記号はカイ二乗検定で検定した結果を示す：† p<0.001

図5. 過疎自治体における認知症のある人の一般的な入院先・在宅医療



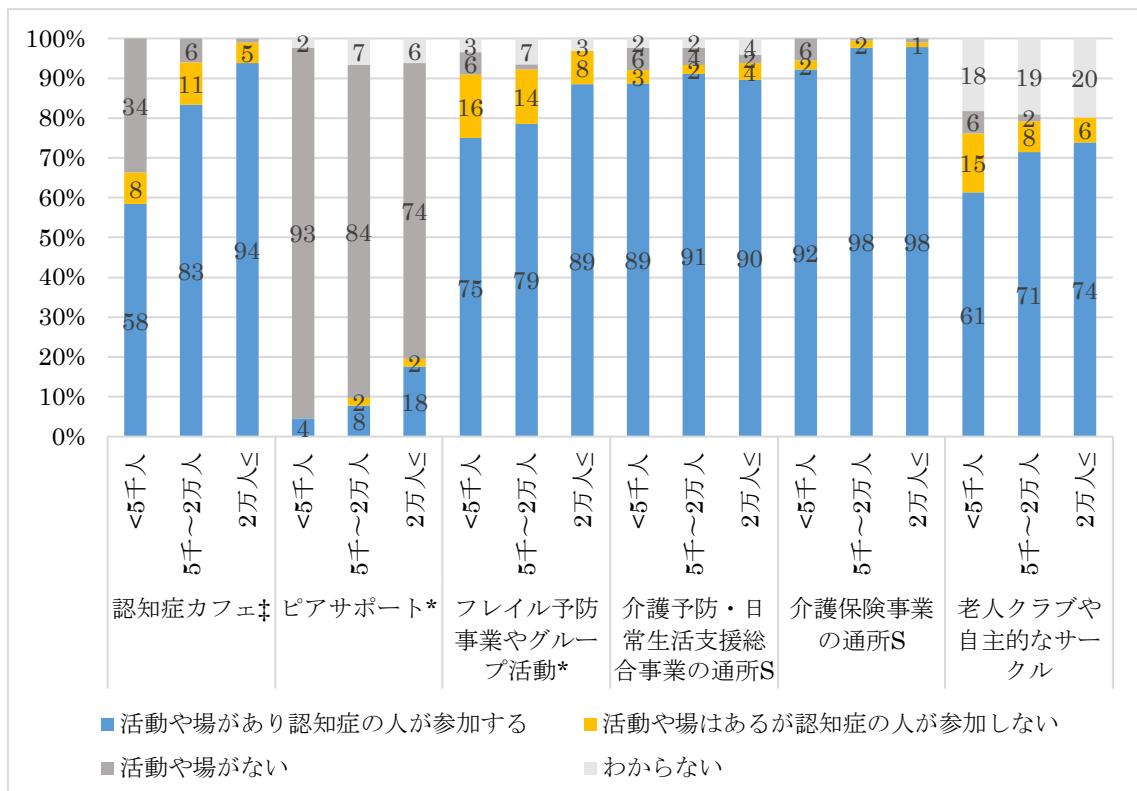
記号はカイ二乗検定で検定した結果を示す：\*p<0.05、† p<0.01、‡ p<0.001

図6. 過疎自治体における認知症のある人への一般的な在宅ケアサービス



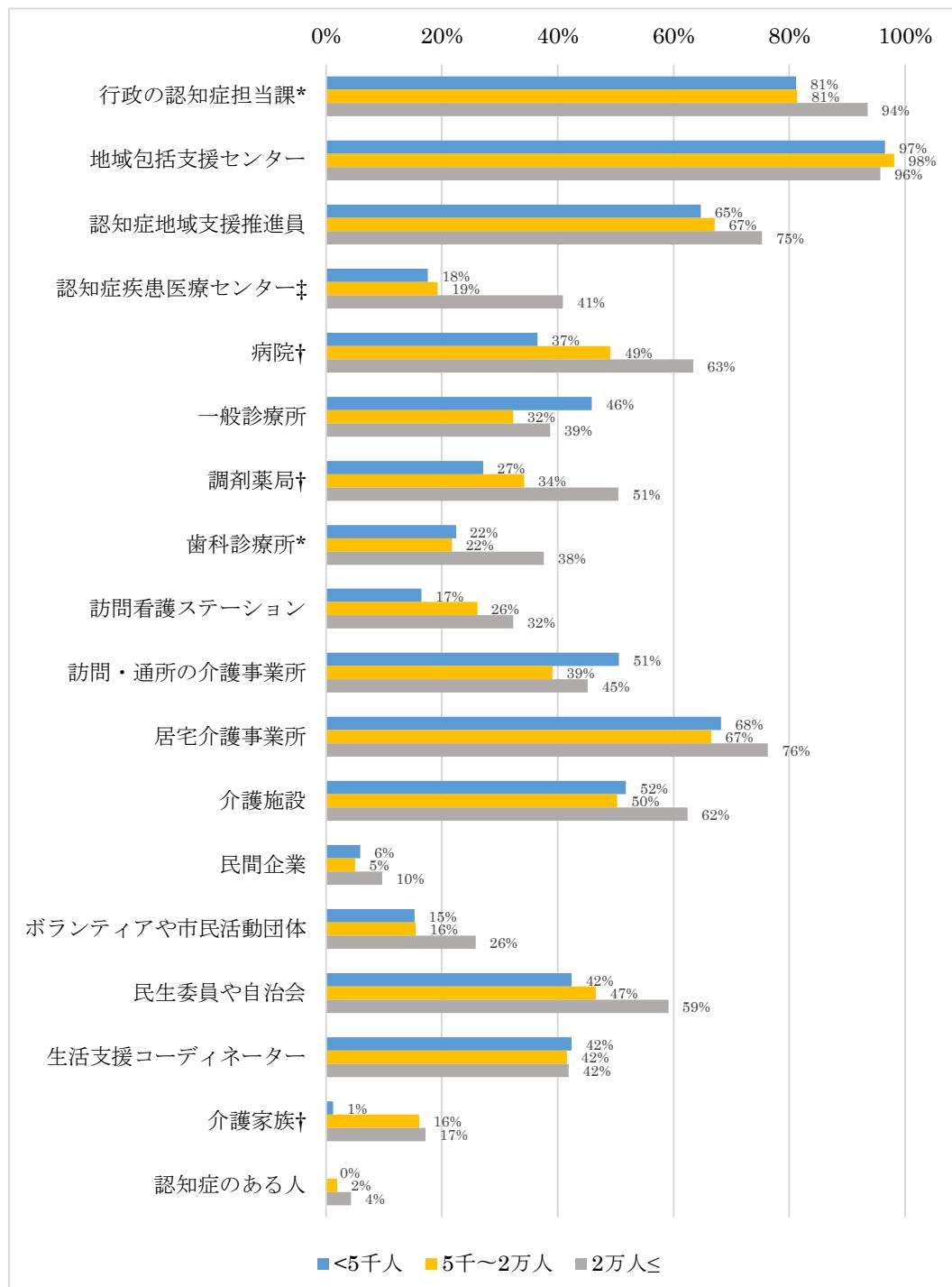
記号はカイ二乗検定で検定した結果を示す：\*p<0.05、‡p<0.001

図7. 過疎自治体における認知症のある人への一般的な社会参加の場



記号はカイ二乗検定で検定した結果を示す：\*p<0.05、‡p<0.001

図8. 認知症医療・ケアシステム構築のための会議体の構成員



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