

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

東京都の離島における認知症支援体制の実態調査と支援モデルの開発に関する研究

研究分担者 井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

研究要旨

本研究は、離島における認知症支援体制のモデルを構築するため、東京都の離島における認知症高齢者支援体制の課題と対応を明らかにすることを目的とした。2024年10月1日から10月23日の期間に、東京都島しょ二次保健医療圏に含まれる9町村の、認知症医療・福祉・ケアにかかわる機関を対象とした郵送によるアンケート調査を実施した。質問紙は、認知症の予防、認知症の診断、認知症の医療、認知症高齢者の在宅介護、認知症高齢者の施設介護、高齢者の身体医療・ケア、高齢者の認知症以外の精神疾患の医療・ケア、高齢者の権利擁護の8項目について、課題と対応を自由記述による回答で求めた。認知症医療・福祉・ケアにかかわる94機関にアンケートを送付し、51カ所より回答を得て、有効回収率は54.3%であった。東京都の離島における認知症等高齢者支援体制の課題として、1) 量の不足、2) 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、3) 住民のヘルスリテラシーとスティグマの課題が抽出された。これらの課題への対応として、1) 自治体内外の多機関多職種との連携、2) 専門職教育の機会を得ること、3) 住民教育の機会の創出という対応がなされていると考えられた。

A. 研究目的

本研究は、離島における認知症支援体制のモデルを構築するため、東京都の離島における認知症高齢者支援体制の課題と対応を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1) 対象

東京都島しょ二次保健医療圏に含まれる9町村の、認知症医療・福祉・ケアにかかわる機関

2) 方法

郵送によるアンケート調査

期間は2024年10月1日から10月23日とした。

3) 質問紙の構成

以下の8項目の課題と対応について、自由記述による回答を求めた。

- ① 認知症の予防
- ② 認知症の診断
- ③ 認知症の医療
- ④ 認知症高齢者の在宅介護

- ⑤ 認知症高齢者の施設介護
- ⑥ 高齢者の身体医療・ケア
- ⑦ 高齢者の認知症以外の精神疾患の医療・ケア
- ⑧ 高齢者の権利擁護

4) 分析方法

得られた回答を主題分析の手法を用いて質的に分析した。

(倫理面への配慮)

本研究は東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て行った(R24-028)

C. 研究結果

認知症医療・福祉・ケアにかかわる 94 機関にアンケートを送付し、51 カ所より回答を得て、有効回収率は 54.3%であった。自治体別、機関別回収率を図 1 に示す。

自治体内の認知症高齢者支援体制の課題と対応に関する解析結果を表 1 に示す。総括すると、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た。

D. 考察

島内外の多職種連携のひとつとして、東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センターとの医療連携、同認知症支援推進センターが東京都から受託している「島しょ地域等認知症対応力向上研修」「島しょ地域等認知症医療サポート事業」がある。これらの事業には、専門職を対象としたオンラ

インおよび会場型研修、オンラインおよび会場型の住民向け講演会、個別支援に関するオンライン相談・スーパーバイズ、GH 等「個別支援の場におけるスーパーバイズが含まれ、今回の調査で明らかになった「認知症高齢者支援体制の課題への対応」に合致する内容であることが確認された。

認知症支援推進センター事業は人材育成に特化した事業であり、その目的はケアの質の向上と、スティグマへのアプローチとを考えている。

なぜなら社会的排除には、スティグマが深く結びついているからである。今年度、全国の地域住民を対象として認知症のスティグマ調査を実施した¹。本調査では、独居同居、BPSD の有無の組み合わせが異なる 4 つのセッティングの vignette study を行った。

その結果、「家族介護者と同居し、BPSD のない認知症高齢者」の包摂が確かに進んだことが明らかになった一方で、「BPSD のある、独居の認知症高齢者」に対するスティグマは依然として強く、元々社会的孤立状態にある人達を、社会は、より強く、排除しようすることが示された。また、スティグマ軽減のための介入として教育は確かに有効であるが、その効果は軽度認知症に限られ、中等度以上の認知症に対するスティグマの軽減には、教育に加えて接触機会が必要であることが明らかになった。一方で、適切な準備状況のない接触が、スティグマを強化することにも知られている。我々は、この「適切な準備状況」として、インクルーシブなスーパービジョンを想定しており、適切な教育を受けた専門職や住民リーダーがスーパーバイザーとして機能することで、認知症

者との接触がスティグマの軽減につながる可能性を検討している。

E. 結論

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た。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Ito K. Older people living in the community with delusion. *Geriatr Gerontol Int*. 202;24(S1):118-22.
2. 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
3. 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
4. 井藤佳恵. 「共生」ということば. *心と社会*. 2024;195:68-73.
5. 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.
6. 井藤佳恵: 地域におけるフレイル予防

事業と認知症対応事業の連携について：社会的包摂や地域における認知症ケアの視点から、東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター メールマガジン;5 2025

2. 学会発表

1. 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
2. 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.
3. 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 ダイバーシティー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・ダイバーシティー推進 2024」; 2024.11.22; 福島.
4. 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

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む.)

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他

該当なし

Reference

1. 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.

	行政		地域包括 支援センター		医療機関		社会福祉 協議会		シルバー人材 センター		介護保険 事業所		回収 数	発送 数	回収 率
大島町	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	14	8	21	38.1%
利島村	1	1	1	1	0	1	1	1	/	/	2	2	5	6	83.3%
新島村	1	1	0	1	0	3	2	2			2	6	6	14	42.9%
神津島村	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	5	6	83.3%
三宅村	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	5	5	9	55.6%
御蔵島村	0	1	0	1	1	1	1	1	/	/	/	/	2	4	50.0%
八丈町	1	1	0	1	0	2	1	1					9	19	47.4%
青ヶ島村	1	1	1	1	1	1	0	1	/	/	/	/	3	4	75.0%
小笠原村	1	1	1	1	1	2	1	2					8	11	72.7%
回収 /発送数	8	9	6	9	4	14	8	11	4	5	20	46	51	94	54.3%
	88.9%		66.7%		28.6%		72.7%		80.0%		43.5%				

図 1 自治体別機関別回収率

表 1 自治体内の認知症高齢者支援体制の課題と対応

カテゴリー	サブカテゴリー
1- 認知症予防の課題	
1	
自治体の姿勢	予防重視
	予防まで手が回らない
資源の不足	予算の不足
	人の不足
	事業の不足
	通所支援の不足
住民のヘルスリテラシーの不足	予防という意識に乏しい
1- 認知症予防の課題への対応	
2	
行政への働きかけ	必要性を行政と共有
事業の創設・事業の柔軟な運用	内容の充実
	シルバー人材対象事業、認知症対応事業の柔軟な運用
	閉じこもり予防事業の創設

専門職の補完	専門職の人材育成
	都のオンライン事業、企業が提供するオンラインプログラムを活用
多機関多職種連携	多機関の定例カンファレンスで要介入者の情報を共有
住民リーダー育成と自主活動の支援	住民リーダーの育成 自主活動の支援
住民の教育啓発	認知症予防・フレイル予防に関する住民の教育啓発
2- 認知症診断の課題 1	
専門医療へのアクセスの不良	認知症が医療の対象であるという認識の不足
	専門医の不在
	島外受診の困難
独居・高齢世帯への対応	通院支援ニーズの増大
	別居家族の協力を得ることの困難
島内の医療体制に対する過小評価	「MRI がないと認知症診断ができない」という認識
2- 認知症診断の課題への対応 2	
多機関多職種連携による診断前支援	掘り起こし
	受診勧奨
	生活支援ネットワークの形成
島外資源の利用支援	島外受診の交通費助成
住民の教育啓発	認知症の正しい知識の普及
3- 認知症医療の課題 1	
専門医療へのアクセスの不良	専門医の不在
	コメディカルスタッフの不在
	島外の医療機関を受診することの困難
生活支援サービスの不足	自宅での健康管理を支える介護保険サービスの不足
多機関連携の課題	医療情報が共有されず適切な対応ができない

3- 認知症医療の課題への対応 2	
継続診療	医療の継続
専門職の補完	行政への働きかけ
	都のオンライン事業の活用
多機関多職種連携	多機関で生活支援ネットワークを形成
4- 認知症高齢者の在宅ケアの課題 1	
訪問サービスの不足	ヘルパーの不足
宿泊サービスの不足	短期入所施設の不足
軽度認知症に対応する資源の不足	要介護1・2の人の在宅生活を支える介護保険サービスの不足
中等度以上認知症に対応する資源の不足	要介護3以上の人の在宅サービスを支える介護保険サービスの不足
	特定の個人に過剰な負担が生じるリスク
ハイリスクな行動に対応する資源の不足	徘徊に対応できない
介護者ケアの不足	介護者のレスパイト、ピアサポートのための資源がない
	介護者教育の機会の不足
独居・高齢世帯への対応	家族介護力の低下
	役所の負担増
	世帯の支援ニーズと島で提供できる支援のアンバランス
	別居家族と認識を共有することの困難
	得られる情報の不足
地域住民の認知症対応力向上	住民の理解の不足
	住民リーダーの不在
4- 認知症高齢者の在宅ケアの課題への対応 2	
行政への働きかけ	行政への働きかけ
既存資源の柔軟な利用	既存の自主活動の支援
	予防事業の利用
	特定の個人に過剰な負担が生じるリスク

多機関多職種連携	介護保険サービスの不足を医療で補完
島外資源の活用	専門職・事業所の招致
島外の家族へのアプローチ	写真付きのメールやラインで島外の家族と生活状況を共有
地域住民の認知症対応力向上	住民や島を出ていく高校生を対象とした認知症サポーター養成講座を通して「島全体で見守る」体制をつくる

5- 認知症高齢者の施設ケアの課題 1

施設の不足	認知症対応施設の不足
	塩害による加速度的な老朽化
専門職の不足	専門職の不足
	研修機会への影響
スティグマ	施設入所に対するスティグマ

5- 認知症高齢者の施設ケアの課題への対応 2

行政への働きかけ	行政への働きかけ
既存資源の柔軟な利用	地域包括支援センターで施設サービスを代替
島外資源の利用	外国人介護人材の活用や島外施設の利用
施設利用に至らない工夫	早期から生活支援ネットワークを形成
介護職の離職防止	介護職員のストレス緩和のためスキルアップやピアカウンセリング

6- 高齢者の身体医療・ケアの課題 1

医療・ケアへのアクセスの不良	島内外の救急搬送の困難
	回復期リハビリテーションの不足
	入院病床の不足
	在宅医療のための資源の不足
	島外の医療機関を受診することの困難
専門医の不足	専門医の不在
コメディカルスタッフの不足	薬剤師、PT、OT の不足
独居・高齢世帯への対応	独居・高齢世帯の通院支援の不足

	住民のヘルスリテラシーの不足	住民に介護の知識がない
6-	高齢者の身体医療・ケアの課題への対応	
2		
	行政への働きかけ	行政への働きかけ
	多機関多職種連携	多機関による見守り体制の構築
	島外の資源の利用支援	島外受診の交通費助成
7-	高齢者の精神疾患の医療・ケアの課題	
1		
	精神医療へのアクセスの不良	(常勤)精神科医の不在 訪問診療がない
	精神疾患のケアへのアクセスの不良	精神科経験のある専門職の不在 通所施設の不足
	スティグマ	困った人＝精神障害者という認識 受診に対する心理的抵抗
7-	高齢者の精神疾患の医療・ケアの課題への対応	
2		
	既存資源の利用	地域活動センター、地域包括支援センターで対応
	地域連携	小地域ケア会議で情報共有、保健師や社会福祉協議会で見守り
	島外の資源の利用	島外受診、島外施設の利用
	住民、専門職の教育啓発	息の長い教育
8-	高齢者の権利擁護の課題	
1		
	支援の継続性	支援が途切れる
	制度の使いにくさ	多機関連携の課題 制度が複雑 費用負担が重い 要件が厳しい
	専門職の不在	相談・申し立て窓口 島在住の成年後見人等の不在
	権利侵害の把握の難しさ	把握の困難
	コミュニティの狭さ	情報秘匿の難しさ

	人権擁護に対する意識の不 十分さ	人権意識
8- 2	高齢者の権利擁護の課題への対応	
	制度・システムへの要望	制度利用へのアクセスの改善
	住民の教育啓発	成年後見制度に関する知識の普及