

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 8 月 16 日現在

機関番号：82674

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2014～2016

課題番号：26590128

研究課題名(和文) 離島における認知症支援体制構築マニュアルの開発

研究課題名(英文) Development of the manual to realize dementia support systems in remote islands

研究代表者

粟田 主一 (Awata, Shuichi)

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター(東京都健康長寿医療センター研究所)・東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長

研究者番号：90232082

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,500,000円

研究成果の概要(和文)：離島において、認知症とともに暮らせる地域社会を実現するための方法論を検討するために、認知症専門医を含む多職種で東京都島しょ部9町村を訪問し、住民と専門職を対象とする研修会と事例検討会を行うとともに、認知症支援に係る現地の関係者を招聘してフォーカス・グループ・ディスカッション(FGD)を実施した。質的分析の結果、医療・介護の資源不足や人材不足など共通課題が明確化されたが、FGDが契機となって認知症支援体制の構築が推進されることが示された。認知症支援にたずさわる専門職や住民に対して実施された、研修、事例検討、FGDは、離島における認知症支援体制構築を推進する事業パッケージになるものと考えられる。

研究成果の概要(英文)：To investigate the way to realize the community where people can live well with dementia in remote islands, we visited 9 municipalities of remote islands in Tokyo, conducted training programs for residents and professionals and held the focus group meetings (FGDs) in collaboration with people involved in dementia support practice in each island. Qualitative analyses shown that there were common problems which were obstacles to realize dementia support system in islands, for example, shortage of social and human resources. However, FGDs promoted to create dementia support systems in its own way especially in Miyake village. We concluded that Training Programs (TPs), Case Study Meetings (CSMs), and FGDs might be a program package to promote to realize dementia support systems in remote islands.

研究分野：老年精神医学

キーワード：離島 認知症 フォーカスグループ 支援体制 医療サービス 介護保険サービス

1 . 研究開始当初の背景

我が国は島国であり、領土は 6,852 もの島で構成されている。国土交通省の定義によれば、このうち北海道、本州、四国、九州、沖縄本島は本土とよばれ、それ以外の島は離島とされている。

離島は、一般的には人口規模が小さく、過疎高齢化が進展しており、医療や介護などのサービスを提供する専門職も事業所も不足している。また、離島では、移動能力が低下した高齢者が島外のサービスを利用することに困難を生じており、島の中の限られた資源で生活を維持するか、さもなければ住み慣れた島を離れて本土へ移住するかを迫られる状況にある。

認知症とともに生きる高齢者やその家族にとって、この問題はさらに切実である。認知症は、何らかの脳の病的変化によって認知機能が障害され、それによって社会生活に支障をきたす状態であるが、こうした状態はしばしば身体機能や精神機能の低下を伴い、社会的孤立、経済的困窮、家族介護者の負担など多様な社会機能の困難をもたらし、それらによって支援ニーズが重層化し、離島での生活を困難にするリスクを高める。

離島にあっても、認知症の人が住み慣れた地域の中で生活を維持することができる方法を考案することは、島国である我が国においては不可欠の課題かと考える。

2 . 研究目的

本研究の目的は、離島において、認知症とともに暮らせる地域社会を実現するための方法論を検討し、これに基づいて、離島における認知症支援体制構築のマニュアルを作成することにある。

3 . 研究方法

上記の目的を達成するために、東京都健康長寿医療センター研究所および東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター・認知症疾患医療センターの研究員、認知症専門医、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士でチームを組み、現地に訪問し、現地の社会資源の現状を把握するとともに、認知症支援に係る現地の関係者を招聘してフォーカス・グループ・ディスカッション (FGD) を実施した。

尚、本研究は、東京都および東京都島しょ部 9 町村 (大島町、八丈町、三宅村、新島村、小笠原村、神津島村、利島村、青ヶ島村、御蔵島村) の協力を得て、東京都における島しょ部の認知症支援・対応力向上事業と並行して実施した。この事業は、島しょ部の認知症対応力向上を目的に、住民や専門職を対象とする認知症の基礎知識及びケアの方法に関する講演や研修会を開催するとともに、住民

向けの相談会や現場関係者のための事例検討会を通じて、個別事例の支援についてコンサルティングを行うものである。

FGD の実施方法は以下のとおりである

(1) 対象

対象は、認知症高齢者に関わる関係者に、役割など多様な背景から該当テーマに関する議論が可能になるよう、島しょ自治体の各担当者に招聘を依頼した。各島の FGD 参加者の人数・性別・平均年齢・職種は表 1、2 のとおりである。

表1 参加者の人数、性別、平均年齢

	参加者数(人)			平均年齢 (歳)
	合計	男性	女性	
伊豆大島	24	9	15	53.7
八丈島	13	5	8	46.9
三宅島	12	3	9	54.5
新島	10	7	3	55.8
母島	7	3	4	42.6
父島	16	6	10	52.0
利島	13	6	7	43.2
神津島	17	4	13	53.9
青ヶ島	5	1	4	44.4
御蔵島	6	1	5	33.8
合計	123	45	78	48.1

表2 参加者の職種 (全体)

職種	n	%
医師	13	10.6
看護師/准看護師	15	12.2
保健師	12	9.8
ケアマネージャー	19	15.4
介護福祉士	13	10.6
社会福祉士	2	1.6
管理者	11	8.9
事務職	16	13
議員	2	1.6
民生委員	8	6.5
なし	11	8.9
理学療法士	1	0.8
合計	123	100

(2) 調査期間と地域

調査は平成 26 年 7 月から平成 28 年 12 月にかけて行われた。調査地域は、東京都の島しょ部である、大島町、八丈町、三宅村、新島村、小笠原村、神津島村、利島村、青ヶ島村、御蔵島村であった。うち、大島町、八丈町、三宅村、新島村は平成 28 年度のうちに 2 回目の調査を行った。

(3) データの収集

FGD の所用時間はおおむね 2 時間とし、対象者は「島の認知症支援の体制の現在の課題」をテーマに議論を行った。研究者の 1 名がモデレーターとなり議論の進行役を務めた。

FGD の際は、IC レコーダーとビデオカメラ

を設置し議論を記録し、観察者は議事録をとった。後日、音声と映像のデータを元に逐語録を作成した。

(4)分析

分析1：各島の課題の分析

1回目のFGDのデータを分析対象とした。研究者は島ごとの逐語録を読み発言の内容を適切な長さに断片化し(フラグメント化)、発言の文脈がわかるように最小限の言葉を補った(エディティング)。そして、類似したものをカテゴリーにまとめ、テーマをつける作業を行った(コーディング)。

分析2：テキストマイニングによる島しょ部全体の課題抽出

各地域の1回目のFGDのデータを分析対象とした。モデレーターを除外したテキストをデータとし、テキストマイニングソフト(KHCorder)を用いて分析を行った。10島全体の発言の傾向を把握するため、ネットワークグラフを作成し、キーワードの抽出とそのキーワード同士の結びつきをグループに分けるサブグラフ検出を行ない、ネットワークグラフを作成した。

10島を人口規模別に小規模/中規模/大規模の3つに分けた。多重対応分析を行い、人口規模・職種による発言の傾向を分析した。

(5)事例記述：三宅島における2年間の変化

平成26年から平成28年の3年間の研究期間で2回訪問した島のうち三宅島を取り上げ、離島における認知症支援体制構築の歩みを記述した。

(6)倫理的配慮

本研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。FGDの実施にあたっては、すべての調査対象者に口頭と書面で目的、方法、個人情報保護、参加の任意性、同意撤回の自由、不参加でも何ら不利益は生じないことを説明し、参加協力の同意を書面で得た。

4. 研究成果

(1)各島の課題

島しょ部9町村の地理的・人口統計学的情報と抽出された課題を以下に示す。なお、は面積、は都心からの距離、は人口、は高齢人口(高齢化率)、は65歳以上介護認定者数(高齢者に占める割合)、はFGDの結果抽出された課題のカテゴリー名を示す。

【大島町】 91.0km², 120km, 8,305人, 2,815人(33.9%), 524人(18.6%)。

住民意識、認知症アセスメント、生活支援のあり方、認知症の人の人権、関係者間の情報共有について。

【八丈島】 69.5km², 230km, 8,186人, 2,835人(34.6%), 586人(20.7%)、

医療体制、介護人材の不足、家族介護者支援、普及啓発、生活支援、関係機関の連携について。

【三宅村】 55.3km², 230km, 2,738人, 1,027人(37.5%), 195人(19.0%), 初期支援、生活支援、介護人材と社会資源の不足、関係機関の連携のあり方について。

【新島村】 新島 23.9km², 式根島 3.9km², 150km, 2,933人, 1,072人(36.5%), 203人(18.9%), 一次予防、二次予防、生活支援、認知症初期の支援、家族介護者への支援、独居の認知症の人への支援、人材育成について。

【小笠原村】 父島 23.8km², 母島 20.2km², 1,000km, 2,584人, 337人(13.0%), 54人(16.0%)。情報共有、最期を島で迎えたい、生活支援、単身独居高齢者への支援、終末期の意向、人材確保について。

【利島村】 面積 4.1km², 都心からの距離 130km, 人口 307人, 高齢人口 80人(高齢化率 26.1%), 65歳以上要介護認定者数 10人(12.5%)。情報共有、人員不足、介護保険の負担、独居高齢者対策、生活習慣病対策について。

【神津島村】 18.2km², 180km, 1,938人, 529人(27.3%), 142人(26.8%), 限られた社会資源の有効利用、国や都から要請される事業負担が大きい、困難事例、連携体制、認知症カフェでのプライバシー保護、本人・家族の気持ちのケアについて。

【青ヶ島村】 5.98km², 358km, 167人, 25人(15.0%), 5人(20.0%), 生活支援、慢性的人手不足、島で最期を迎えることの困難について。

【御蔵島村】 20.58km², 200km, 293人, 51人(17.1%), 2人(3.9%), 認知症の知識の不足、偏見、伝統的介護観、職員の流動性が高い、行政に要望が出にくい。

(2)離島全体の課題

ネットワークグラフを作成した結果(図1)、大きく分けて5つのグループに分類された。以下にその項目と各島での発言の概要を示す(カッコ内は発言があった島の略称)。

- 認知症の人を取り巻く状況・課題
- ・認知症に対する偏見がある(大・八)
- ・住民の認知症理解が不足している(母・御)
- ・個別的なケアをする余裕がない(八・父)
- ・独居の高齢者は支援が難しくなる(新・母・父)
- ・家族が島外にいると支援がより難しくなる(大・八)
- ・家族による在宅での介護は負担が大きい(八・母)
- ・家族への支援が不足している(八・新・父)
- ・島で最期を迎えるのが困難である(父・青)
- 医療に関する状況・課題
- ・認知症の評価・診断・治療が難しい(大)
- ・診断へのアクセスと診断後支援が整っていない(三・新)。

心理士を招いて研修を実施し、啓発と人材育成をおこなった。

また、平成 26 年度の訪問以降、三宅島では以下の認知症支援に関連する事業が順次開始された。

診療所の待ち時間短縮を目的とした優先予約システムが考案され、受診困難な認知症の人に向けて運用が始められた。

の待ち時間短縮によって、社協の通院送迎サービスを週 3 日から週 4 日に増やした。

民生委員を中心にボランティアベースのサロンが週 1 回 2 か所の集落で開始され、さらに 5 つの集落すべてで立ち上げることが計画された。

民間ボランティア団体によって、家族支援を目的とする認知症カフェの運営が始められた。

地域包括支援センターの主導で、介護保険事業所、保健師（村役場）、診療所関係者が、月 1 回の頻度で、定例の医療連携ケア会議を開催するようになった。

週 1 回のテレビ電話や訪問等を活用した見守り事業と サロンが連携し、サロンの利用が必要と考えられる住民を紹介するルートが作られた。

平成 25 年から社会福祉協議会でスタートしていた地域福祉権利擁護事業と成年後見制度関連事業を進展させ、本土の弁護士・司法書士との定期的な相談を行いながら成年後見制度の運用を支援する体制が整備された。

5) 第 2 回 FGD

平成 28 年 5 月に東京都健康長寿医療センター研究所および東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター・認知症疾患医療センターのチームが 2 回目の訪問を行い、1 回目と同様に研修と FGD を実施した。

FGD では、診療所、地域包括支援センター、保健所、居宅介護支援事務所、老人福祉施設、民生委員、社会福祉協議会、民間団体、村役場の関係者 23 名が参加した。話し合いの中では、主としてこの 2 年間の取り組みが語られた。1 回目の FGD で共有された三宅村の課題の一つ一つに取り組んでいった過程とその成果について、参加者のそれぞれが自信をもって語っていた姿が印象的であった。

しかしながら、まだ達成されていない認知症支援の課題についての議論があった。その内容は、「独居の人への支援の制度上の空白を埋める役割の担い手について」「ボランティア人材の発掘と育成の必要性」「集落によって事業の進展の早さが違うこと」「可視化されていないハイリスク者の把握の必要性について」等であった。

6) 三宅村における認知症支援体制構築の推移について

三宅村は 2000 年の噴火による全島避難で一度コミュニティが解体された経験をもつ。人口は全島避難前の 6 割までしか回復してお

らず、今も減衰している。島には 5 集落が散在しており、都道は噴火のため外環道しかなく、支援を行う際の物理的な障害となっている。しかしながら、現在の島民は 5 年間の避難生活を経て戻ってきており、限られた社会資源であっても三宅島で暮らし続けたいという思いの強い人々である。自然環境がコミュニティの歴史と住民性に影響を与えているのが三宅村の特徴である。

このような背景を持つ三宅村に、今回研修と相談会、そして調査を実施した。本研究が三宅村の認知症支援に与えた影響は少ない。研修がきっかけとなり、家族支援の必要性に気づいたボランティア団体が、介護家族の支援を行う認知症カフェを立ち上げている。

また、調査として行った FGD も関係者にインパクトを与えた。これまで医療、介護、福祉、地域社会と縦割りで活動していた人々が、FGD で一堂に会し、認知症支援の切り口でそれぞれの経験や意見を語り、地域の課題とその解決策を考えるプロセスを共有する機会を得た。これが、関係者がお互いの考えをよく理解するきっかけとなり、それ以降のコミュニケーションを向上させたようである。さらに、地域の資源をコーディネートしつつ、新たな事業を立ち上げるといったリーダーシップをとる関係者が現れたことで、2 年間の 7 つの変革が起こっている。少なくとも、三宅村で実施された FGD は、単なる認知症支援の課題抽出のためのグループインタビューを超えた影響に関係者に与えている。

(4) 離島における認知症支援体制構築のマニュアルについて

東京都の島しょ部は、2 町 7 村あり、人口、高齢化率、面積、集落の数、都心部からの距離、交通手段、社会資源の数などの概況を比較しても多種多様である。そこにコミュニティの歴史、文化、住民性などが加わることで、それぞれの島において特有な「地域」が形成されている。したがって、各島への支援のあり方は、各島の個性を十分に考慮して考案する必要がある。

しかし、それでも、各島で提示された離島における認知症支援の課題には共通するところも多い。今回、テキストマイニングの手法を用いて課題を抽出したところ、認知症の人を取り巻く状況、医療に関する課題、健康維持や予防に関する課題、社会資源の少なさ、介護保険サービスと制度に関する課題が明らかになった。

離島は海によって本土と隔てられている。その地理的条件は、本土で認知症の専門医療を受ける際には、患者と家族に大きな負担を強いることになる。それゆえに、島の中にある診療所で診断を行い、限られた社会資源を生かしながら生活支援の体制を築くことが、離島における認知症支援体制づくりの基本となるであろう。

しかし、医療サイドからは、島の医療機関において認知症診断の限界が繰り返し指摘された。多くの島では、医師1名で島民全員の診療を行っている。医師養成課程における認知症の臨床教育は十分とは言えず、赴任している医師も必ずしも認知症の臨床経験が豊かとは言えない。どの島でも医師からは認知症の診断のための支援が求められていた。

介護や福祉の現場からは、診断後、認知症の本人が島で長く暮らし続けるためのコーディネーションをどのように行うことができるかという課題が指摘されている。しかし、離島に共通する特徴として、社会資源の少なさとそれに伴う介護保険サービスの選択肢の少なさが厳然としてある。そのために、認知症が進行すると住み慣れたコミュニティで最期を迎えることができなくなるという現実がある。加えて、人口減による医療・介護・福祉人材の不足に頭を悩ませている。離島の特徴として、地域の相互扶助の関係性が比較的保持されているという側面があり、現在のところ、私的・公的な資源をコーディネートして何とか認知症の人の生活を支えているという状況はあるが、しかし、それにも限度があり、人材の確保・育成が喫緊の課題となっている。

このような離島の課題に対してどのような支援が考えられるだろうか。第一に、診断へのアクセシビリティの確保という観点からは、本土の認知症疾患医療センターと提携して専門医による巡回診療または相談を行う、遠隔医療システムを使ってテレビ・カンファレンスを行う、離島に医師を派遣している大学の教育カリキュラムにおいて、認知症診療の教育を強化するという方法が考えられる。第二に、介護・福祉の人材確保という観点からは、本土から多職種による支援チームが定期的に訪島し、現場の支援者とともに事例検討を行う、ICTを活用したTV会議などを定期開催するといった方法が考えられる。一般に、離島の事業所では、人材育成のために職員に研修を受講させることが困難になっている。その背景には、物理的な距離によるコストの問題とともに、少ない人員で組織を運営しているため、勤務体制に余力がないといったことがある。この点を支援するには、本土から専門職チームが定期的に島に訪問し研修を行うスタイルが現実的であろう。

今回特筆すべきは、調査方法として選択したFGDの副次的効果である。FGDは、多くの島で、これまで単独で認知症支援を実践してきた個人や組織が初めて一堂に会する機会を提供した。第三者である研究者に対し、地域の課題について説明していく過程の中で、課題解決のための議論も誘発された。三宅村で生じた変化は、おそらく関係者間で課題を共有できたこと、議論のプロセスが共有されたことが要因になっているものと考えられる。このような経験を繰り返すことが、医

療・介護・福祉の専門職が集い、情報を共有し、課題解決に向けて動き出す地域ケア会議や認知症初期集中支援チームの萌芽になるものと推測される。

本研究によって、FGDにおける討議内容の質的分析によって医療・介護の社会資源や人材不足など共通の課題が明確化されるとともに、FGDが契機となって認知症支援体制の構築が推進されることが示された。認知症支援にたずさわる専門職や住民を対象とする「研修」、多職種での「事例検討」、関係者が一堂に会する「FGD」は、離島における認知症支援体制構築を推進する効果的な事業パッケージのモデルになるであろう。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔学会発表〕(計2件)

宮前史子、畠山啓、齋藤久美子、扇澤史子、岡本一枝、今村陽子、白取絹恵、福島康浩、筒井卓実、山邊義彬、須田潔子、古田光、粟田主一：離島における認知症支援の課題：フォーカスグループディスカッションの内容分析から。第31回日本老年精神医学会、金沢歌劇場(石川県・金沢市)。2016.6.23-24。

宮前史子、畠山啓、齋藤久美子、扇澤史子、岡本一枝、今村陽子、白取絹恵、福島康浩、古田光、粟田主一：島嶼部における認知症支援体制構築に向けての課題。第16回日本認知症ケア学会大会。札幌市教育文化会館(北海道・札幌市)2015.5.23-24

6. 研究組織

(1)研究代表者

粟田 主一 (AWATA, Shuichi)
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター(東京都健康長寿医療センター研究所)、東京都健康長寿医療センター研究所、研究部長、研究者番号：90232082

(2)研究協力者

宮前 史子 (MIYAMAE, Fumiko)
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター(東京都健康長寿医療センター)、東京都健康長寿医療センター研究所、研究員、研究者番号：60415502