厚生労働科学研究費補助金
認知症政策研究事業

認知症診断後支援の総合的・学際的研究

令和６年度
総括・分担研究年度終了報告書

研究代表者　岡村　毅
令和７（２０２５）年　３月

目　　次

Ⅰ．総括研究年度終了報告
認知症診断後支援の総合的・学際的研究 ---------- 1
岡村毅、飯塚あい、山下真里

II. 分担研究年度終了報告
１．認知症疾患医療センターにおける診断後支援の実態に関する研究-------- 9
枝広あや子、杉山美香、岡村毅
（資料）調査票---------- 15
２．本人ミーティングを通じた認知症当事者の回復に関する研究---------- 19
宮前史子
３．医療機関における診断後支援の実態調査 ---------- 48
井藤佳恵、古田光、井原涼子
４．認知症サポート医調査 ---------- 53
井藤佳恵、古田光、井原涼子
（資料）調査票---------- 55
５．認知症診断後の家族支援の現状と課題 ---------- 63
（資料）調査票---------- 67
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ---------- 71

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
総括研究報告書

認知症診断後支援の総合的・学際的研究

研究代表者
研究代表者　岡村毅　東京都健康長寿医療センター研究所　研究副部長
研究分担者　飯塚あい　東京都健康長寿医療センター研究所　研究員
研究分担者　山下真里　東京都健康長寿医療センター研究所　研究員

研究要旨

認知症基本法は、認知症と共に生きる人が希望と尊厳をもって地域で暮らしていける共生社会の構築を目標に掲げている。本研究を貫く哲学は『認知症基本法に基づく新しい時代に、医療が認知症と診断された後に、人々の幸福の為できることを探求し、実装する』というものである。

初年度は、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、高度先進医療の現場、本人ミーティング、家族、の５つの領域において調査を行い、以下のような成果を上げている。

１） 認知症疾患医療センターにおける診断後支援の実態に関する研究

診断後支援のうち、医療・介護に関する領域は実装される一方で、「就労支援」「経済的支援」「権利擁護」といったより社会的な支援に関する実装は低い。地域の支援主体への情報提供などは行われているが「認知症カフェ」や「ピアサポートミーティング」「家族会の開催」など、医療機関が主体的に運営する活動は限られる。「共生」をミッションとするセンター群は、他のセンター群と比較して、診断後支援全般にわたり実施率が有意に高い。

２） 本人ミーティングを通じた認知症当事者の回復に関する研究

本人ミーティングは【認知症の受容と意識の変化】、【対人交流の積極性の変化】を促進する。参加を重ねるにつれて、認知症の受容が進み、対人交流が積極的になるなど前向きな変化が見られた。認知症の当事者がファシリテーターを担うことが鍵であった。

３） 医療機関における診断後支援の実態調査

先進医療の現場は、抗Ａβ抗体により大きく変貌している。加えてEU・米国は実装からは遠く我が国が最先端である。抗 Ａβ抗体により認知症と共に「長く」生きる人がさらに増えることが予想されるが、いかに QOL を測定し、治療にどのように生かしていくのかという研究は日本でしかできない。このためのプロトコルが作成され、エントリーが始まった段階である。

４） 認知症サポート医調査（東京都東北の比較）

東京の認知症サポート医は困難事例に関して認知症疾患医療センターや地域包括支援センターとの連携を行っているが、東北では地理的条件から十分に行えていない可能性がある。また死に関することを話題にすることの心理的抵抗は東京よりも東北が高いことが分かった。

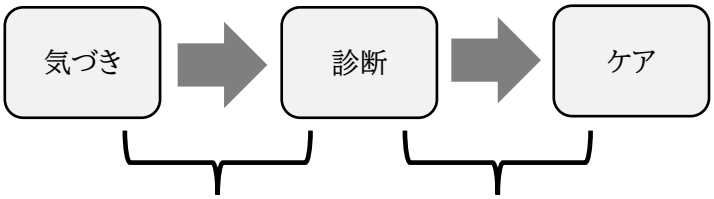
５） 認知症診断後の家族支援の現状と課題

違和感を覚えてから確定診断に至るまで平均 12.2 カ月を要した。診断直後に家族が求めた情報は「介護保険申請手続」「介護保険サービス利用」「認知症への対応」が多く、診断時点における介護生活に関する情報提供の必要性が示唆された。

前提

- 日本社会の高齢化（高齢化率 40%へ）
- 認知症の人の増加（10 人に 1 人が認知症/MCI をもつ）
- 認知症の人を支える家族や地域の弱体化
- 抗 Aβ 抗体の実装
- より早期からの診断が可能になる

空白の期間の概念図



空白期間①
早期診断により短くなる

空白期間②
長くなる

診断後支援が提供できないのであれば、診断を奨めない（国際アルツハイマー病協会. 2022年）

診断後支援が極めて重要

本事業の目的

1. 日本の診断後支援の現状について調査しデータを得る
2. 様々な診断後支援の効果を研究する
3. 自治体等が参照できる分かりやすいマニュアルを作る

*行政（板橋区梨木氏）、強力な支援者（若年性認知症支援総合支援センター来島氏）、教育機関（慈恵品川准教授）、地域医療の要（内門医師）、人文（野村教授）も参画した

初年度行ったこと

① 全国調査

認知症疾患医療センターの全国調査を行い、現在の診断支援の「できているところ」「できていないところ」が分かった。また診断後支援を強力に行っている医療機関の特徴が分かった。

【2年目に向けて】

認知症疾患医療センターのうち、特に熱心に行っている機関に対して、深掘り調査を行う

② 効果の評価

1）本人ミーティングの分析を行い「認知症を持つ人がファシリテートもすること」が重要だと分かった
2）かかりつけ医が主体のサポート医の調査を行い、医療連携の現状を把握した
3）抗体医療の現場での診断後支援の調査のプロトコルを作り患者エントリーが始まった
4）家族の体験を分析するための調査を実施し、データを得た
5）家族は診断時から介護保険の情報を欲しがっていた。なお空白の期間は12か月である。

【2年目に向けて】

引き続き様々な診断後支援の効果を把握する。海外事例の調査を行う。

③ マニュアル作成

この項目は2年目に準備、3年目に作成する

A. 研究目的

本研究を貫く哲学は『認知症基本法に基づく新しい時代に、医療が認知症と共に生きる人々の幸福の為できることをさらに探求し、実装する』というものである。

認知症基本法は、認知症と共に生きる人が希望と尊厳をもって地域で暮らしていける共生社会の構築を目標に掲げている。きわめて単純化して述べるならば、認知症と共に生きる人に対して、診断し、認知症がない人に合わせて設計された社会での生活が困難になった場合には施設や病院に移動させる、という古いシステムとの決別である。

これまでの医学領域の認知症研究は、神経病理学等による原因の探究、それに基づく創薬、臨床的にはより早期でより正確な診断、といった領域で活発に行われてきた。これは我が国によるアミロイドβ抗体医療の開発という世界的な成果を上げている。

一方で診断された患者に対して「希望と尊厳をもって地域で暮らしていける共生社会」を作ることは十分になされていない。認知症の診断後支援は、多くの熱意ある人（専門家だけでなく、当事者や、地域の人も含む）が行っている。ただし、加算などの保険点数による管理もないことから、客観的な情報を得ることが極めて難しい。そこで3年間でまずは現在の我が国の全体像をつかみ、さらに多くの人が自ら無理なく行うことができるようなマニュアルを作成することを目標とした。

国際アルツハイマー病協会の2022年の報告書には「診断後支援が提供できないのであれば、診断を奨めない」と冒頭にあり、診断後支援が世界的にも最先端の課題となった。

我が国では矢吹らが、2017年には診断後の空白の期間が16か月以上あることを報告し（平成29年度老健事業、認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業）、市民向けおよび専門職向けの冊子を作成した（平成30年度老健事業、認知症の人の家族等介護者への効果的な支援のあり方に関する研究事業）。これにより認知症疾患医療センターに運営事業要綱に明確に「診断後等支援機能」が加えられた。

しかし現時点で、診断後支援が社会に遍く行われているとは残念ながら言えない。第一に、新型コロナウイルス感染症の影響のために診断後支援の普及の現状は不明であることだ。第二に、診断後支援の必要性は医療現場にも徐々に知られるようになってきたが、どのような診断後支援があるのか、どのような対象者に、どのような効果があるのかについての知見がないことである。第三に、本人支援と家族支援の統合の必要性である。これまでは本人に対する支援と家族に対する支援は、別の文脈で語られ、しばしば対立してきた。家族と本人の双方が同じベクトルへと向かう診断後支援を提供するためのノウハウを普及していく必要がある。

B. 研究方法

上記の課題を解決するために、3年間で診断後支援の全国調査（項目①）、診断後支援の効果検証（項目②）、認知症診療医療機関等向けの手引き作成（項目③）という研究を行う。

1年目の令和7年度は手引き作成の基礎となる、①および②を行うために以下の5つのプロジェクトを遂行した。

1） 認知症疾患医療センターにおける診断後支援の実態に関する研究

日本全国の認知症疾患医療センター（MCDs）における診断後支援の実施状況を明らかにすることを目的とし、全MCDsを対象とした質問紙調査を実施した。

基本的な支援の実施状況、診断時の対応、地域連携に関する三つのテーマで調査表を作成した。令和5年10月現在において指定されているMCDs　505施設に発送し、227施設（回収率45%）から回答を得た。

2） 本人ミーティングを通じた認知症当事者の回復に関する研究

近年、日本における認知症施策が本人重視へと転換し、本人ミーティングが注目される一方、その具体的な効果や認知症当事者に与える影響に関する実証研究は不足している。本研究は、本人ミーティングが認知症当事者へ与える影響を明らかにすることを目的とした。東京都内の認知症支援地域拠点で行われた本人ミーティングに継続して参加した認知症当事者 3 名を分析対象とし、観察記録、フィールドノート、議事録を分析した。

3） 医療機関における診断後支援の実態調査

2023 年 12 月に、抗 Aβ抗体「レカネマブ」による治療がわが国でも始まった。現在、わが国で唯一保険適応のある抗 Aβ抗体であるレカネマブは、認知症のなかでもアルツハイマー病（Alzheimer's Disease; AD）による軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment; MCI）と軽度 AD、つまり AD 前段階から早期 AD の患者を対象とする。今後登場する抗 Aβ抗体も同様である。このことから、抗 Aβ抗体の臨床実装と一般市民への周知により、これまでより早期に認知症や MCI を診断される患者が増え、診断から支援につながるまでの期間の延長、very early caregiver 等、新たな心理社会的支援ニーズが生じると予想される。したがって認知症治療の新たな展開が期待される抗 Aβ抗体が、認知症者の QOL に与える影響を明らかにするための研究を立ち上げる。

4） 認知症サポート医調査

認知症サポート医は、地域における認知症医療において、認知症疾患医療センターとかかりつけ医の中間的存在として、①かかりつけ医や介護職に対するサポート、②地域包括支援センターを中心とした多職種連携の促進、③かかりつけ医の認知症対応力向上を目的とした研修の講師や住民への普及啓発等の役割を担うことが期待されている。認知症サポート医の養成は 2005 年に開始され、「2025 年までに 16,000 人の認知症サポート医を養成する」という数値目標として掲げられている。現在のところ、認知症サポート医の養成は順調に進んでいるが、一方で、かねてより認知症サポート医の役割の不明確さが指摘されている。

そこで今回、「認知症サポート医」の実践における地域差を明らかにすることを通して、認知症サポート医の活動のあり方を検討することを目的に、東京都と東北地方の認知症サポート医を対象とした質問紙調査を実施した。

5） 認知症診断後の家族支援の現状と課題

本研究は、認知症患者の家族が診断後に受けている支援の実態と課題を明らかにすることを目的に、認知症と診断された患者の家族を対象とした質問紙調査を実施した。全国の認知症疾患医療センターおよび東北エリアのサポート医を通じて 1050 票を配布し、2025 年 2 月末時点で 132 票の回答を得た。

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倫理委員会において承認された、あるいは「個人情報を取り扱わない病院機能に関する調査であるため倫理審査対象外」と判断され、実施可能との判断を得ている。

C. 研究結果

1） 認知症疾患医療センターにおける診断後支援の実態に関する研究

診断後支援のうち、医療・介護に関する支援提供率は高かった一方で、「就労支援」「経済的支援」「権利擁護」に関する支援の提供率は低い傾向がみられた。また、診断時に患者本人への告知や情緒的支援は行われていたが、予後については家族には伝えられている一方で、本人への説明は少なかった。地域連携においては、「認知症カフェ」や「ピアサポートミーティング」「家族会の開催」など、医療機関が主体的に運営する活動は限られていた。

さらに、「共生」をミッションとするセンター群は、他のセンター群と比較して、診断後支援全般にわたり実施率が有意に高い傾向が認められた。

2） 本人ミーティングを通じた認知症当事者の回復に関する研究

分析対象者ごとに抽出したカテゴリを統合し比較･分類した結果､【認知症の受容と認識の変化】、【対人交流の積極性の変化】、【認知症と共に生きる知恵と工夫】、【尊厳】、【状況の変化】、【家族との葛藤】の 6 つのテーマを抽出された。この中から、特にミーティングがもたらした変化を表す 2 つのテーマは【認知症の受容と意識の変化】、【対人交流の積極性の変化】であった。参加を重ねるにつれて、認知症の受容が進み、対人交流が積極的になるなど前向きな変化が見られた。認知症の当事者がファシリテーターを担う、心理的安全性の高い場づくり、勉強会といった要素がこれらの変化を促進した可能性が示唆され、集団心理療法における治療的因子やリカバリー概念との関連も考察された。本人ミーティングは認知症当事者の心理的成長やリカバリーを促す可能性を持つ一方で、認知症は進行性の疾患／障害であり、参加者の認知機能や身体機能の変化によって容易に影響されてしまう可能性がある。

3） 医療機関における診断後支援の実態調査

抗 Aβ抗体外来を受診する認知症の患者の QOL の調査を体系的に行うために、精神科医師、脳神経内科医師、心理士、精神保健福祉士および老年学を専門とする研究者の対話を重ね、以下の 4 つのインタフェースで QOL にアプローチすることになった。

【研究①】調査票調査

対象：抗 Aβ抗体外来で 2 次スクリーニングを受けた患者

方法：ベースライン、3 か月、6 か月、12 か月の時点で調査票調査を実施する。

【研究②】日記研究 A

対象：抗 Aβ抗体による治療が開始された患者とその家族。各 5 人程度を分析対象とする。

方法：研究協力者には、毎日数行の日記を 12 か月間つけていただく。

分析：日記記載事項の主題分析から、1）抗 Aβ抗体による治療に期待していたこと、2）満たされた期待、3）満たされない期待を抽出し、質的分析を行う。これにより、抗 Aβ抗体が認知症者の QOL に与える影響、および QOL の維持向上に寄与するために必要な要因を、本人、家族の両面から明らかにする。

【研究③】日記研究 B

対象：2 次スクリーニングで抗 Aβ抗体の適応外とされた患者のうち、その理由が「AD によらない MCI」である者と、その家族。各 5 名程度を分析対象とする。

方法：日記研究 A と同様に、研究協力者は毎日数行の日記を 12 か月間つける。

分析：日記記載事項の主題分析から、1）早期診断に期待していたこと、2）診断直後から疾患受容の過程、3）心理社会的支援ニーズを抽出し、質的分析を行う。これにより、診断後の疾患受容過程・認知症の病期による支援ニーズの時間的変化を、本人と家族の両面から明らかにする。

【研究④】インタビュー調査

対象：抗体医薬に関わる医療を担当する医療スタッフ（医師、看護師、心理士、相談員）方法：ベースライン、3 か月、6 月、12 か月の時点でインタビュー調査を実施

分析:インタビュー逐語録の主題分析から、1）患者が抗 Aβ抗体による治療に期待していたこと、2）満たされた期待、3）満たされない期待を抽出し、質的分析を行う。これにより、医療者の視点から見た、抗 Aβ抗体が認知症者の QOL に与える影響、および QOL の維持向上に寄与するために必要な要因を明らかにする。

4） 認知症サポート医調査

認知症サポート医の基本属性に大きな地域差は

なかったが、東北地方では病院勤務者が多い傾向が見られた。

診断時の実践として、東北地方の認知症サポート医は本人への病名告知を行う割合が高い一方で、地域包括支援センターに関する情報提供は少なかった。

困難事例への対応に際して、認知症疾患医療センターや地域包括支援センターとの連携することは、東京都の認知症サポート医の方が有意に多かった。

ACP の実施状況には有意差はなかった。しかし「死に関することを話題にすることの心理的抵抗を表明した回答者が、東北地方の認知症サポート医の方が有意に高かった。

5） 認知症診断後の家族支援の現状と課題

予備解析の結果、違和感を覚えてから確定診断に至るまで平均 12.2 カ月を要し、診断確定プロセスに大きな個人差が認められた。診断直後に家族が求めた情報は「介護保険申請手続」「介護保険サービス利用」「認知症への対応」が多く、診断時点における介護生活に関する情報提供の必要性が示唆された。また、診断により安心感を得る一方で、本人の生活や症状進行への不安も高率に報告された。(Ministry of Health Labour and Welfare, 2023)

今後は、最終回収データを加え、家族支援に関連する要因を分析し、包括的な診断後支援モデルの構築を目指す。

D. 考察

認知症の診断後支援は、必要性は認識されているし、多くの熱意ある人（専門家だけでなく、当事者や、地域の人も含む）が行っている。ただし、加算などの保険点数による管理もないことから、客観的な情報を得ることが極めて難しい。

この 3 年間でまずは現在の我が国の全体像をつかみ、さらに多くの人が自ら無理なく行うことができるようなマニュアルを作成することを目標として研究を進める。

1）初年度はまず診断後支援の司令塔ともいえる認知症疾患医療センターの全国調査を行った。この結果診断後支援が濃く行われている領域、あるいは薄い領域が明らかになった。今後、どこまでを医療機関に求めるかといった深掘りを行っていく予定である。

2）本人の視点からは、同じ認知症と共に生きる仲間との出会いや対話が受容と自己解放につながることが分かった。本人のみが参加する試みは世界でも極めてまれである。パーソンセンタードケアをうたう欧米からの発信も、実際に論文を読むと、家族の言説分析にとどまっている。あるいは分析内容も、どうやって病気と向き合うか、という従来の悪性腫瘍や慢性疾患や神経疾患の患者の体験の現象学的探究を超えるものではなく、オープンダイアローグ的な本人ミーティングは世界再選点であろう。今後はこの本人ミーティングを実装していくことが必要である。

3）高度先進医療の現場は、アミロイド抗体という新たな薬剤の実装により変化が訪れている。アルツハイマー型認知症が今後進行がかなり抑制され、認知症と共に生きる人がさらに増えることが予想されるが、どのように QOL を測定し、治療にどのように生かしていくのか、大きな問題である。特に子の抗体医療は我が国が先導したことも関連するかもしれないが、我が国が世界で最も実装されている（EU では認可されていない、米国ではきわめて高価であり広く使われていない)。従って我が国が抗体医療時代の QOL 研究を先導していくだろう。新たな時代の研究を切り拓くためにプロトコルが作成され、徐々にエントリーが始まった段階である。

4）高度先進医療の現場と同様に、実際の認知症医療の最先端に立つサポート医に関する研究からは、医療行為が、地理的条件、文化的条件の影響を強く受けることが示唆された。このことは全国一律の制度には限界がある可能性を示している。

E. 健康危険情報
該当なし

F. 研究発表
1. 論文発表
1. Hitomi Matsui, Takehiro Tamura, Tsuyoshi Okamura, Genichi Sugihara, Ko Furuta, Yuki Omori, Masashi Kameyama, Shuichi Awata, Takashi Takeuchi, Hidehiko Takahashi Indicative biomarkers of Lewy body disease with oral sensory hallucinations in the older people Psychiatry Clin. Neurosci. Rep. 3 e171 2024
2. Iizuka A, Ura C, Yamashita M, Ito K, Yamashiro M, Okamura T. "GO" to move toward dementia-friendly communities: A pilot study Brain Behav 14(6) e3581. 2024
3. Ura C, Wakui T, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Kaneko M, Yamashita M, Awata S, Okamura T. Having a consultation partner, including relatives, and the well-being of older people living with cognitive decline: Both sides of the story. Psychogeriatrics. 24(5) 1173-1175. 2024
4. Okamura T, Iizuka A, Mitsui M, Sakurai H, Nishi M, Ura C. Welfare to Meaningful Work Int J Geriatr Psychiatry 40(1) e700432025
5. Okamura T, Ura C. Inter- or intragenerational conflict: Insights from clinical experience. 2025 Feb 15:100053. doi: 10.1016/j.inpsyc.2025.100053.. PMID: 39956673. Int Psychogeriatr. Epub ahead of print Epub ahead of print 2025
6. 岡村毅、宇良千秋、髙瀬顕功、小川有閑、島薗進. 高齢化の進むコミュニティにおける臨床宗教師の可能性の検討 老年精神医学雑誌 35(10) 1043-1048 2024
7. 見城澄子 ・中山莉子 ・枝広あや子・岡村毅・宇良千秋. 認知症とともに生きる人を含めた地域住民の「認知症本人発：希望のリレーフォーラム」への参加を実現する過程と参加した体験に関する報告；本人たちの声を聞いた人々へと渡された「希望」と「尊厳」そして「自信」のバトン. 認知症ケア事例ジャーナル 16(4) 250-254 2024
8. 小野真由子，畠山啓，齋藤久美子，井藤佳恵. 認知症の抗体医薬に関する相談対応マニュアル作成に向けた取組み 認知症疾患医療センターに寄せられた問い合わせの分類. 老年精神医学雑誌 35(5) 491-501. 2024
9. 岡村毅、飯塚あい、三井美穂子、櫻井花、宇良千秋 高齢期に働く動機の分析：高齢期に働く多様な場があることがのぞましい. 老年精神医学雑誌 InPress InPress 2025

2. 学会発表
1. 岡村毅、宇良千秋、枝広あや子、高瀬顕功、戸松義晴、東海林良昌、郷堀ヨゼフ (Josef)、ティム・グラフ（Tim Graf)、島薗進、小川有閑 認知症と共に生きる人のスピリチュアルケア：医療者と宗教者の協働における実際的課題の探索 日本老年精神医学（札幌）2024/7/12-13
2. 岡村毅 未来のケアのカタチとしてのケアファーム：エビデンスと実践から 日本フードシステム学会（博多） 2024/6/22-23
3. 岡村毅、宇良千秋、釘宮由紀子、岡村睦子、山村正子、岡戸秀美、金子真由美、山下真里、涌井智子 地域の介護者の実態調査：高齢者本人を起点とした調査から 日本認知症ケア学会（東京） 2024/6/15-16
4. 宮前史子、藤田和子、小森由美子、山梨恵子、粟田主一、岡村毅、永田久美子 認知症の本人からの発信はどのようにして実現するか：市町村担当者から見た本人発信支援事業が抱える課

題日本認知症ケア学会（東京）2024/6/15-16

5. 飯塚あい 、伊藤晃碧、北郷萌、山城実有子、宇良千秋、岡村毅 、鳥羽研二、鈴木宏幸　ペ ア碁を活用した認知機能低下抑制プログラムの開発と評価:認知機能への介入効果　日本老年精神医学（札幌）　2024/7/12-13
6. Ai Iizuka, Kristine Ann Mulhorn, Koki Ito, Moe Kitago, Miyuko Yamashiro, Chiaki Ura, Tsuyoshi Okamura, Kenji Toba, Hiroyuki Suzuki　Development and assessment of an intervention program using Pair Go: Results of an exploratory study　GSA（シアトル）2024/111/13-16
7. 岡村毅　本人を支えるための既存地域資源：医療の外部との協働　日本老年医学会
8. 宇良千秋 1）　涌井智子 1）　釘宮由紀子 1）岡村睦子 1）　山村正子 1）　岡戸秀美 1）　金子真由美 1）　山下真里 1）　岡村毅 1）　粟田主一 2）認知機能低下をもつ地域在住高齢者の精神的健康に対する相談相手の有無の影響日本老年精神医学（札幌）　2024/7/12-13
9. 宇良千秋 1），稲垣宏樹 1），杉山美香 1），宮前史子 1），枝広あや子 1），井藤佳恵 1），岡村毅 1），粟田主一 2）独居高齢者における地域生活継続のセルフ・エフィカシーの関連要因：将来認知症になっても近くに相談相手がいれば大丈夫？　日本認知症ケア学会（東京）2024/6/15-16
10. 岡村毅　リアルワールドにおける ACP：コミュニティ参加型研究の視座から In シンポジウム麻酔科領域における advance care planning (ACP)－周術期の DNAR 再考－日本臨床麻酔学会第 44 回　2024/11/21-2024/11/23
11. 杉山美香　宮前史子　稲垣宏樹　宇良千秋　枝広あや子　岡村毅　粟田主一地域在住の認知機能低下高齢者の日常生活支援ニーズと世帯状況　日本老年社会科学会　2024/06/01～02
12. 杉山美香，宮前史子，中山莉子，枝広あや子，井藤佳恵，櫻井花，多賀努，宇良千秋，岡村毅，粟田主一　ポストコロナでの認知症支援のための地域拠点の実践～新型コロナ「5 類」移行後の認知症支援拠点の取り組み～日本認知症ケア学会（東京）2024/6/15-16
13. 中山莉子，櫻井花，杉山美香，見城澄子，釘宮由紀子，岡村睦子，多賀努，宮前史子，枝広あや子，岡村毅，粟田主
心理職による地域拠点での心理支援活動に関する報告―地域に暮らす高齢者の心理相談の概要と相談経路についてー　日本認知症ケア学会（東京）2024/6/15-16
14. 櫻井花，中山莉子 "地域在住高齢者への心理支援において心理職に求められた対応と知識―地域拠点における心理相談の実践報告を通した検討―日本心理臨床学会第 43 回大会 2024/8/23-25

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

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

認知症疾患医療センターにおける診断後支援の実態に関する研究

研究分担者
枝広あや子　東京都健康長寿医療センター研究所　専門副部長
杉山美香　東京都健康長寿医療センター研究所　研究員
岡村毅　東京都健康長寿医療センター研究所　研究副部長

研究要旨
本研究は、日本全国の認知症疾患医療センター（MCDs）における診断後支援の実施状況を明らかにすることを目的とし、全 MCDs を対象とした質問紙調査を実施した。
基本的な支援の実施状況、診断時の対応、地域連携に関する三つのテーマで調査表を作成した。令和 5 年 10 月現在において指定されている MCDs　505 施設に発送し、227 施設（回収率 45%）から回答を得た。
結果として、医療・介護関連の支援は広く実施されていた一方で、権利擁護や就労・経済的支援については実施率が低く、医療機関が担うべき範囲の見直しが求められることが示唆された。また、センターが重視する社会的使命（ミッション）として「共生」を掲げているか否かが、診断後支援の実施状況と有意に関連していた。
今後、医療機関のリソース配分の再検討や、診断後支援を社会全体で担う仕組みの構築が求められる。

D. 研究目的

本研究の目的は、日本全国の認知症疾患医療センター（Medical Center for Dementia: MCD）における診断後支援の現状を把握するとともに、各センターが重視する社会的使命（ミッション）と支援実施状況との関連性を明らかにすることである。特に、医療・介護にとどまらず、地域との連携や権利擁護、経済的支援といった多様な支援が実際にどのように提供されているのか、またそれがセンターの重視するミッションとどのように結びついているかを明らかにし、今後の支援体制の整備に資する知見を得ることを目的とした。

E. 研究方法

本研究は、全国の認知症疾患医療センターを対象とした郵送による質問紙調査である。

対象は令和 5 年 10 月現在で指定されている全国 505 カ所の MCDs とした。調査項目は、過去の厚生労働省による調査研究を参考に、以下の三つのテーマに分類して構成された。

（1）基本的な診断後支援の提供状況、（2）診断時の対応、（3）地域連携

各項目については、提供の頻度や内容について選択肢形式で回答を求めた。また、各センターの重視する社会的使命（認知症予防・診断・共生・研究など）について選択してもらい、それと実施内容との関連について検討を行った。

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倫理委員会において「個人情報を取り扱わない病院機能に関する調査であるため倫理審査対象外」と判断され、実施可能との判断を得ている。

F. 研究結果

227 施設から回答を得た（回収率 45%）。診断後支援のうち、医療・介護に関する支援提供率は高かった一方で、「就労支援」「経済的支援」「権利擁護」に関する支援の提供率は低い傾向がみられた。また、診断時に患者本人への告知や情緒的支援は行われていたが、予後については家族には伝えられている一方で、本人への説明は少なかった。地域連携においては、「認知症カフェ」や「ピアサポートミーティング」「家族会の開催」など、医療機関が主体的に運営する活動は限られていた。

さらに、「共生」をミッションとするセンター群は、他のセンター群と比較して、診断後支援全般にわたり実施率が有意に高い傾向が認められた。

G. 考察

本研究は、全国の MCDs における診断後支援の実施状況を網羅的に把握した、国内初の大規模調査である。結果から、医療・介護関連の支援については比較的広く実施されていたが、権利擁護や経済的支援、就労支援といった生活支援に関する取り組みは不十分であった。これは、認知症疾患医療センター運営事業実施要項にあるように、個々の MCD の地域における役割は、地域のほかの医療介護資源等や、インフラストラクチャー整備状況などの地域の実情に合わせた役割としていることが影響した可能性がある。また医療機関の診断後支援機能の明確な指針がないことが背景にある可能性がある。

また、診断時における支援では、情緒的サポートは一定程度行われていたものの、予後に関する情報提供については本人には十分に伝えられていない現状が明らかとなった。本人の意思決定支援を重視する観点からは、状況に応じた支援のあり方を構築していく必要がある。地域連携の点では、認知症カフェやピアサポートの会、家族会の運営は医療機関にとって負担であると同時に、社会的使命が共生であるセンターにとっては地域へのアプローチの重要な柱になっている可能性があった。

本研究で注目すべき点は、センターが自らのミッションとして「共生」を掲げているか否かが、診断後支援の実施状況と有意に関連していたことである。これは、組織としての理念や自己認識が、具体的な支援のあり方に影響を与えていることを示唆しており、今後の制度設計や人材育成においても考慮すべき重要な視点である。

E. 結論と今後の課題

診断後支援は、認知症とともに生きる人々が希望と尊厳をもって地域で暮らし続けるために不可欠な支援である。本研究により、MCD における診断後支援の実施状況と、それに影響する要因が明らかとなった。今後は、医療機関のみならず地域社会全体で診断後支援を担う体制づくりが求められる。また、センターの社会的使命、理念・ミッションの共有と明確化は、支援体制の充実に資する可能性がある。政策的には、診断後支援の重要性を再確認し、その継続的な実施を制度的に支える仕組みが必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

Edahiro A, Ura C, Sugiyama M, Ito K, Miyamae F, Yabuki T, Okamura T. Current status of post-diagnosis support for the people with dementia among the medical centers for dementia in Japan: Nationwide survey and descriptive analysis based on self-identified missions. （投稿中）

2. 学会発表

1.枝広あや子、杉山美香、宮前史子、宇良千秋、涌井智子、岡村毅

「診断後支援の現在地：認知症疾患医療センター

全国調査から（１）」
第 67 回日本老年医学会学術集会（2025）
2.岡村毅、杉山美香、宮前史子、宇良千秋、涌井智子、枝広あや子
「診断後支援としてのケアファーム（農福連携）：認知症疾患医療センター全国調査から（２）」第 67 回日本老年医学会学術集会（2025）

（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

G. 知的財産権の出願・登録状況

表 1. 診断後支援における項目別の実施状況

	認知症疾患医療センター類型			重視する社会的使命			
	基幹型	地域型	連携型	共生以外	共生	p value	
介護保険に関する情報提供	92%	84%	76%	63%	91%	<0.001	***
認知症の特性/治療/症状管理に関する医学情報提供	100%	82%	80%	63%	90%	＜0.001	***
関係機関との連絡調整	75%	74%	71%	57%	79%	<0.001	***
地域包括支援センターに関する情報提供	83%	69%	64%	56%	64%	0.368	
運転免許に関する情報提供	58%	44%	47%	34%	52%	0.022	**
認知症カフェに関する情報提供	42%	43%	56%	32%	62%	<0.001	***
本人/家族への心理的支援	42%	41%	49%	30%	53%	0.002	**
家族会に関する情報提供	58%	37%	36%	28%	45%	0.017	*
経済的支援に関する情報提供	18%	36%	27%	21%	50%	<0.001	***
権利擁護に関する情報提供	17%	27%	33%	19%	38%	0.004	**
ピアサポートミーティングに関する情報提供	42%	25%	27%	19%	35%	0.019	*
就労に関する情報提供	33%	14%	13%	11%	19%	0.118	

表 2. 診断時の対応状況

	認知症疾患医療センター類型			重視する社会的使命			
	基幹型	地域型	連携型	共生以外	共生	p value	
本人への病名告知	83%	59%	64%	50%	60%	0.182	
家族への病名告知	92%	97%	96%	76%	98%	<0.001	***
本人への予後の告知	58%	24%	31%	19%	36%	0.013	*
家族への予後の告知	58%	52%	51%	40%	60%	0.007	**
本人の想いや不安を受け止める情緒的支援	67%	61%	58%	45%	74%	<0.001	***
家族の想いや不安を受け止める情緒的支援	58%	64%	62%	46%	79%	<0.001	***
本人の生活状況の詳細な聴取	83%	84%	84%	65%	91%	<0.001	***

表 3. 地域との連携状況

	認知症疾患医療センター類型			重視する社会的使命			
	基幹型	地域型	連携型	共生以外	共生	p value	
認知症カフェの運営	25%	35%	31%	33%	36%	0.748	
地域の認知症カフェへの講師派遣などの協力	33%	60%	38%	52%	60%	0.360	
地域の認知症カフェの周知に協力（院内掲示など）	42%	74%	76%	71%	76%	0.610	
本人ミーティング（ピアサポート）の運営	25%	26%	22%	22%	33%	0.116	
地域の本人ミーティングへの講師派遣などの協力	42%	34%	20%	30%	38%	0.257	
地域の本人ミーティングの周知に協力（院内掲示など）	50%	47%	42%	44%	53%	0.222	
家族会の運営	0%	24%	29%	21%	31%	0.150	
地域の家族会への講師派遣などの協力	50%	51%	42%	48%	53%	0.451	
地域の家族会の周知に協力（院内の掲示など）	67%	69%	69%	68%	71%	0.745	
自治体等で主催する介護者教育や家族会との連携や協力	58%	81%	71%	74%	88%	0.029	*
地域包括支援センターが主催する地域ケア会議への参加	58%	86%	76%	81%	86%	0.431	
地域で開催される事例検討会やネットワーク会議などへの参加	83%	94%	87%	91%	95%	0.573	
家族会、本人ミーティング、認知症カフェのいずれかの運営	4%	75%	20%	49%	66%	0.030	*

ID:

000　　令和 6 年度 厚生労働科学研究費補助金（認知症施策研究事業）

認知症疾患医療センターにおける診断後支援の実態調査

問 1 貴センターにおける認知症と診断された本人やその家族への診断後支援の実施状況についてお伺いします。
当てはまるものに○をつけてください。

	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない
認知症の特性、治療方法、症状との付き合い方についての情報提供	1	2	3	4
住まいの近くの地域包括支援センターについての情報提供	1	2	3	4
介護保険に関する情報提供	1	2	3	4
権利擁護に関する援助（成年後見制度、虐待・経済被害対策、日常生活自立支援事業）	1	2	3	4
経済問題に関する援助（年金、生活保護、医療費助成など）	1	2	3	4
家族会に関する情報提供	1	2	3	4
本人の会（本人ミーティングなど）に関する情報提供	1	2	3	4
認知症カフェなど地域の居場所や交流の場に関する情報提供	1	2	3	4
関係機関との連絡調整	1	2	3	4
本人・家族の心理的サポート（カウンセリング等）	1	2	3	4
運転免許に関する情報提供	1	2	3	4
就労に関する情報提供	1	2	3	4

問 2 貴センターにおける地域に対するアプローチに関して、当てはまるものに○をつけてください。

	している	今年度中に開始予定	していない

認知症カフェの運営	1	2	3
地域の認知症カフェへの講師派遣などの協力	1	2	3
地域の認知症カフェを周知するための協力（院内の掲示など）	1	2	3
本人ミーティング（ピアサポート）の運営	1	2	3
地域の本人ミーティング（ピアサポート）への講師派遣などの協力	1	2	3
地域の本人ミーティング（ピアサポート）を周知するための協力（院内の掲示など）	1	2	3
家族会の運営	1	2	3
地域の家族会への講師派遣などの協力	1	2	3
地域の家族会を周知するための協力（院内の掲示など）	1	2	3
自治体等で主催する介護者教育や家族会との連携や協力	1	2	3
地域包括支援センターが主催する地域ケア会議への参加	1	2	3
地域で開催される事例検討会やネットワーク会議などへの参加	1	2	3

問 3 貴センターで、診断の際に行っていることについてお伺いします（本人と家族が来院した場合を想定しています)。

	ほとんどしている	していることが多い	しないことが多い	ほとんどしていない
本人への病名告知	1	2	3	4
家族への病名告知	1	2	3	4
本人への予後の告知	1	2	3	4
家族への予後の告知	1	2	3	4
本人の想いや不安を受けとめる情緒的な支援	1	2	3	4
家族の想いや不安を受けとめる情緒的な支援	1	2	3	4
本人の生活状況の詳細な聴取	1	2	3	4

問 4 貴センターの特徴を教えてください。

①外来業務に関わる医師の所属科について、当てはまる全ての番号に○をつけてください。

1．脳神経内科	2．老年内科	3．精神科	4．脳神経外科

5．リハビリテーション科	6．その他 （　　）

②年間の初診患者数について教えてください。

（　　）人

③初診患者のおよその診断内訳を教えてください。 ＊合計で「10」割となるようにご回答ください

	割合
特に精神・神経系の診断はつかない	（　　）割
MCI	（　　）割
軽度認知症	（　　）割
中等度以上の認知症	（　　）割
その他の精神・神経疾患	（　　）割

④貴院の認知症疾患医療センター外来における初診枠の人数（1 週間あたり）を教えてください。認知症疾患医療センター外来が一般外来と区別できない場合は、もの忘れ外来（メモリークリニック）の初診枠の人数を教えてください。

1．（　　）人	2．人数は決まっていない

⑤現在の初診予約から実際の受診までの期間を教えてください（初診の待ち期間がない場合は0と回答ください)。

（　　）週

⑥レカネマブの点滴を実施されていますか

1．現在している	2．今年度中に開始を予定している	3．していない

⑦認知症疾患医療センターにはいくつかの重要な社会的使命があります。いずれも重要ですが、貴センターでは以下のどれを最も重視していますか？（一つだけ○）

1．認知症の予防	2．認知症の診断	3．認知症との共生	4．認知症の研究
5．この中にはない⇒差し支えなければご記入ください（　　）			

⑧貴センターにおいて診断後支援のための業務を行っている職員の職種を教えてください（複数回答可)。

1．専門医（日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医）		
2．専門医以外の医師	3．精神保健福祉士	4．保健師
5．心理士	6．連携推進補助員	7．社会福祉士
8．上記以外の職種 （　　）		
9．担当するものがいない		

問 5 貴センターの圏域で優れた診断後支援の活動、組織、団体などがあればぜひ教えてください。

問 6 医療機関が診断後支援を行うときの課題はなんだと思われますか？

問 7 回答をしてくださっているあなた（貴センターの責任者、または代理の方）についてお伺いします
①性別を教えてください

1．男性	2．女性	3．その他

②年齢（10 歳刻み）を教えてください

1．20 歳代	2．30 歳代	3．40 歳代	4．50 歳代	5．60 歳代	6．70 歳代以上

③職種を教えてください

1．医師	2．看護師	3．保健師	4．社会福祉士	5．それ以外（　　）

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

本人ミーティングを通じた認知症当事者の回復に関する研究

研究分担者
宮前史子　東京都健康長寿医療センター研究所　研究員

研究要旨
近年、日本における認知症施策が本人重視へと転換し、本人ミーティングが注目される一方、その具体的な効果や認知症当事者に与える影響に関する実証研究は不足している。本研究は、本人ミーティングが認知症当事者へ与える影響を明らかにすることを目的とした。東京都内の認知症支援地域拠点で行われた本人ミーティングに継続して参加した認知症当事者 3 名を分析対象とし、観察記録、フィールドノート、議事録を分析した結果、【認知症の受容と意識の変化】、【対人交流の積極性の変化】を含む 6 つのテーマが抽出された。参加を重ねるにつれて、認知症の受容が進み、対人交流が積極的になるなど前向きな変化が見られた。認知症の当事者がファシリテーターを担う、心理的安全性の高い場づくり、勉強会といった要素がこれらの変化を促進した可能性が示唆され、集団心理療法における治療的因子やリカバリー概念との関連も考察された。本人ミーティングは認知症当事者の心理的成長やリカバリーを促す可能性を持つ一方で、認知症は進行性の疾患／障害であり、参加者の認知機能や身体機能の変化によって容易に影響されてしまう可能性があることに留意したい。

A. 研究目的

日本における認知症を取り巻く施策は、近年「認知症の本人・家族の視点を重視する」という方向へ大きく転換してきている。その萌芽は、2015 年に策定された新オレンジプランに見て取れる。同プランでは、認知症当事者の声の尊重が謳われ、その流れを受け、2017 年以降、認知症施策の一つとして「本人ミーティング」が位置付けられるに至った。

この本人視点の重視という理念は、2024 年に施行された認知症基本法において、認知症の当事者の社会参加や本人発信という形でより明確に打ち出されている。同年策定された認知症施策推進基本計画においても、この方向性は踏襲され、本人ミーティングが当事者の社会参加・社会発信の機会を創出し促進するための重要な手段として明記された。さらに、同基本計画では、市町村に配置された認知症地域支援推進員が、本人ミーティングをはじめとする施策を推進する役割を担うことが示されている。

このように、国レベルでの政策において、認知症の当事者の主体的な活動を支援する動きが加速する一方で、本人ミーティングに関する研究は十分に進んでいるとは言えない現状がある。そのような状況下において、Miyamae et al.（2023）は、本人ミーティングの場において「希望」や「思いやり」といったポジティブな感情が共有されると報告しており、これらの要素が認知症の当事者に何らかの好影響を与えている可能性が示唆されている。

この先行研究の知見は、本人ミーティングが単なる情報交換の場ではなく、認知症の当事者にとってポジティブな影響を及ぼす機会となり得る可能性を示唆している点で重要である。しかしなが

ら、本人ミーティングが当事者に具体的にどのような影響を与えているのか、そのプロセスや効果に関する実証的な研究は、依然として不足していると言わざるを得ない。そこで本研究では、本人ミーティング参加者の言説がどのように変化したかを本人の発言と研究者の観察から明らかにする。

B. 研究方法

本研究では、質的記述的研究を採用した。これは、現象に関する既存の知見が限られた研究領域において、出来事を日常的な用語を用いて包括的に記述することを目的とするものである。

研究は、2018 年 11 月から 2022 年 11 月で、東京都内の大規模団地内に位置する認知症支援地域拠点(以下、地域拠点)を会場として実施された。この地域拠点は、地域住民にとっての交流の場であるとともに、医療、介護、福祉、心理の専門職が相談支援を提供している。また、本拠点は、東京都健康長寿医療センター研究所が地域住民と研究者が協働して研究を進める CBPR(Community-Based Participatory Research）の拠点としての機能も有している。

本研究が対象とした本人ミーティングは、認知症と診断された本人、主観的な認知機能低下を自覚している人、および認知症に関心のある人を対象に開催された。ミーティングのファシリテーションは、若年性認知症の当事者が担当し、テーマは参加者に委ねられた。参加にあたっては、「何を話しても良い」「他の参加者の話を否定しない」「ミーティングで聞いた個人的な情報を外部に漏らさない」という 3 つのルールが共有された。なお、第 26 回目のミーティング以降は、前半 1 時間を認知症に関する勉強会、後半 1 時間を本人ミーティングとする二部構成で実施された。本人ミーティングは原則として毎月 1 回開催した。分析対象者は、近隣に居住し、ミーティングの中で認知症と診断された経験があると公言し、全 45 回のミーティング中 20 回以上出席した 3 名とした。

データ収集においては、量的データとして各回の参加者の出欠記録、および性別、年齢、参加理由等を尋ねた無記名アンケートを収集した。質的データとしては、各ミーティングに 2〜3 名の研究者が参加し、非言語的行動を含め観察し、終了後、発言内容、相互作用、気づきを含む詳細なフィールドノートを作成した。また、各ミーティング後には、運営改善と参加者の言動の再検討を目的としたスタッフの反省会を実施し、その議論の内容を議事録として記録した。筆者は研究期間中、原則として全てのミーティングに参加し、終了後、他のスタッフから参与観察に基づくフィールドノートと反省会議事録を収集し、時系列順に整理した。データの信頼性を確保するため、毎回、フィールドノートおよび議事録の作成者に対し内容の確認を依頼し、最終的な合意を得た。

収集した質的データは以下の手順で分析された。まず、フィールドノートと議事録から発言や行動を抽出し、意味のある単位でコード化した。次に、各参加者に付与されたコードを、「変化」（発言内容、行動、ミーティングへの参加態度など）の視点で比較検討し、類似するコードを統合してカテゴリ化した。そして、カテゴリごとにコードとミーティングの開催日を対応させたコードマトリクスを作成し、各コードの出現状況を視覚的に把握した。このコードマトリクスを用いて、経時的な変化や特定の出現パターンを分析した。なお、反省会議事録からスタッフの意見等もコード化しカテゴリに含めたが、経時的変化の分析には含めず、考察の際の参考にした。さらに、分析対象者から抽出されたカテゴリを比較検討し、共通する特徴や異なる特徴を明確にした。最後に、抽出されたカテゴリを比較検討し、類似するものを統合することで、包括的なテーマを抽出した。

C. 研究結果

1.　ミーティングの開催状況(図 1)

ミーティングは、新型コロナウイルスによる緊急事態宣言下、2 か月の中断をはさんで開催され

た。1 回目から 15 回目は平均参加者数は 7.67 名だった。16 回目から 45 回目は平均 9.73 名だった。26 回目から付加された勉強会は 20 回開催され、平均 8.45 名参加した。

2.　参加者の属性

無記名の参加者アンケートをもとに参加者の属性を示す。本人ミーティングの参加者は、男性が 25.8%、女性が 73.6%、無回答が 0.7%だった。年代は、40 代以下が 2.2%、50 代が 7.3%、60 代が 8.1%、70 代が 27.0%、80 代が 49.2%、90 代以上が 1.2%、無回答が 5.0%だった(図 2)。

勉強会の参加者は、男性が 25.6%、女性が 72.8%、無回答が 1.6%だった。年代は、40 代以下が 1.6%、50 代が 5.0%、60 代が 10.1%、70 代が 31.0%、80 代が 49.2%、90 代が 0.4%、無回答が 2.7%だった(図 3)。

3.　勉強会の内容

第 26 回から付加された勉強会の内容を示す。この勉強会は、学びたいことを参加者で話し合って決め、次の回に講師が講義を行い参加者が意見や感想について話し合うという方法を取った。

テーマは次のとおりである。第 1 回は「認知症の予防について」、第 2 回から第 4 回は「認知症であるかないかの違いについて」、第 5・6 回は「認知症の受診のタイミングについて」、第 7 回から第 10 回は「認知症になった後に使えるサービスについて」、第 11 回は「認知症の人が火事を起こしたらどうなるか、その責任の所在について」、第 12 回から 16 回・第 18 回は、「自分のエンディングをどう考えどう実現するか」、第 17 回は「介護保険サービスの利用の方法について：地域包括支援センター職員の講演」、第 19・20 回はこれまでの勉強会を振り返り参加者同士で話し合う、というものであった。

4.　分析対象者の背景

分析対象者 3 名の背景は次のとおりである。

(1) A さん

女性で、初参加時は 70 代後半、子どもと二人暮らしであった。認知機能の低下に不安を感じ、本人ミーティングに参加した。地域拠点を居場所として利用し、さらに医療の相談支援も受けるようになった。その後医療専門職の勧めで受診し、軽度認知障害の診断を受けた。本人ミーティングへの出席率は 75.6%で、初回から参加していた。勉強会へは第 6 回から参加し、出席率は 55.0%であった。

(2) B さん

男性で、初参加時は 60 代後半、妻と二人暮らしであった。大学病院で血管性認知症と診断されたものの、支援につながることができず困っていた。そのような中、まず妻が地域拠点と繋がりを持ち、妻の勧めで本人ミーティングに参加するようになった。その後、B さん自身も地域拠点の居場所としての機能に積極的に参加するようになった。本人ミーティングへの出席率は 51.2%で、第 3 回からの参加であった。勉強会への出席率は 15.0%で、第 1 回から参加していた。

(3) C さん

女性で、初参加時は 80 歳代前半で独居である。幼少の頃より行き慣れた街で道に迷うようになり、自ら受診した結果、認知症と診断された。義理のきょうだいに地域拠点を紹介されたことがきっかけで、本人ミーティングにも参加するようになった。本人ミーティングへの出席率は 82.1%で、第 7 回からの参加であった。勉強会への出席率は 25.0%で、第 1 回から参加していた。

5.　分析結果

分析結果を以下に示す。なお、〈　〉は代表的なコード、“　”は代表的なコードを最もよく表すフィールドノートからの引用、[　]はコードから抽出されたカテゴリ、【　】はカテゴリを統合した包括的なテーマである。

(1) 分析対象者ごとの分析結果

①　A さん（表 1）

データから、[認知症当事者としての視点の変遷]、[参加者との交流の積極性の変化]、[経験と知恵の共有]、[尊厳の軽視の経験と不安]、[日常生活と体調の動揺]、[家族との葛藤] の 6 カテゴ

リが抽出された。

［認知症当事者としての視点の変遷］は〈自分の認知機能低下の経験について語る〉*“「最近進んでいる気がする。聞いてるそばから名前が出てこなくなっている。記憶ができないということはある。鍵とかそういうのはもう同じ場所に置いておくようにしている。場所変えたらわからなくなる」。(#6)”*、〈過去に出会った認知症の人の症状を思い出す〉*“「思い返してみれば、自分の母親に対して色々言ったが、その年齢にならないとわからないことがあるのだと、今になってわかる。」(#16)”*、〈周りの人が抱く認知症への恐れの報告〉*“「認知症の病気というのは、私は思うんですけど、外で、私の近所の人にも年寄りがいっぱいいるから、その人たちがただひたすらに認知症っていう言葉は出さない。自分で隠そう隠そうって。私も隠そうと思ってますけど。… 」(#19)”*というコードから構成されている。認知症の当事者として認知症に対する視点を自分自身から周りの人、そして社会へ向ける変化を表す。

［参加者との交流の積極性の変化］は、〈自分には仲間は必要ない〉*“フリートークでの話題が「仲間」に関することになると、自分には仲間は必要ない、ということを言っていた。(#1)”*、［友達は地域拠点にいる］*“「私はね、お家大好き、一日、口を開かないこともある。でも、ここ（で会う人たち）がお友達と思っている。人と話すのは苦手。ここを知る前はカタツムリみたいに生きていた。」(#14)”*といったコードから構成される。他の参加者との交流に対する意識の変化、交流の意味付けの変化を表すカテゴリである。

［経験と知恵の共有］は、〈他の認知症の人に経験について質問〉*“A さんからファシリテーターに、「最初、自分で認知症だと気づいたのでしょうか？」と質問があった。ファシリテーターは気づきから受診、診断の時の説明など、細かく体験談を語った。(#3)”*、〈人の話でよいと思ったものを参考に取り入れている〉*“「いろんな話を聴いて、どこを取り入れたら合うか？自分に合うものを取り入れていくようにしてる。」(#17)”*といったコードから構成される。認知症の経験や知恵を積極的に取り入れようとする姿勢である。

［尊厳の軽視の経験と不安］は、〈自分の意思にそぐわない医療行為をされたことへのショック〉*“「神経内科にかかったところ、主治医が自分の話を聞いてくれないばかりか居眠りまでし、それが 2 回もあった。不信感が募って通うのをやめてしまった」と語った。(#1)”*、〈終末期の希望と現実が折り合いそうにないことへの不安〉*“「私も家にいたい。でも認知症がどの程度になるかわからないから、施設かな。でも本当は施設には行きたくない…でもひどい施設があるって聞くから心配。」(#32)”*といったコードから構成される。自分の意思や決定が軽んじられ尊厳が守られることへの疑念と不安を示すカテゴリである。

［日常生活と体調の動揺］は、〈引っ越し後心が落ち着かない〉*“「12 月末に引越したがまだ落ち着かない。自分の家になっていない。もの忘れが最近ずいぶんすすんできたと思う。少し心配だから、みんなの話を聞きたいと思って来た。」(#24)”*といったコードから構成される。日常生活の変化に動揺する体調に関する語りである。

［家族との葛藤］は、〈頼りない我が子だが頼らなければならない〉“「*(同居の)息子は家事がダメです。自分が失禁とかするようになったら…息子には頼めないから、ヘルパーを頼むと思う。他に娘もいるけど所帯を持ってますからね。(中略)。だから第三者に頼むと思います。」(#34)”*といったコードから構成される。同居する子どもへの期待とあきらめ、重荷になりたくないという葛藤を表すカテゴリである。

② B さん(表 2)

データから、［認知症の受容の深化］、［ミーティング参加の積極性］、［他者に寄り添う積極性］、［ロールモデルからの影響］、［自他の尊厳の尊重］、［徐々に進む認知機能・身体機能の低下］、［家族との葛藤］の 7 つのカテゴリが抽出された。

［認知症の受容の深化］は〈会の中で認知症と

診断されていることを公言〉*“終了５分前になって、B さんがつい先日診断を受けたことを話し始めた。別の科に入院した時、（中略）認知症の診断を受けた。最近は銀行の暗証番号も忘れるが、「認知症と分かっているので忘れるということが納得できる。」とのこと。(#3)”*、〈認知症であることを外でも公言〉*“「妻もわかってくれているし、私は外でも正直に言うようにしています。別に悪いことをしているわけではないから。」(#12)”*、〈認知症でもせっかくの人生を笑って生きたい〉*“「認知症になっても楽しく笑って生きていく。」(#25)”*といったコードから構成される。認知症の診断を受け入れ、さらに主体性をもって生きる様子を表すカテゴリである。

［ミーティング参加の積極性］は、〈まるで会のスタッフのように気を配って参加している〉*“お隣でＣさんとスタッフがおしゃべりをしているのを、なにげなく B さんが聞いていて、「はじめてですか？ここはいいところですよ。」「私は地域拠点に来るようになってとても楽しくなりました。…(略)」など、地域拠点利用の様子を説明した。(#7)”*、〈認知症の心構えについて紹介〉*“「私も、ATM の暗証番号を忘れていることもある。大切なことを一つ決めて、それだけは心がけて忘れないようにしている。それだけで自分の気持ちが楽になりました。注意をして生活することで、解決できる問題もある。心がければ大丈夫。」(#11)”*といったコードから構成される。他の参加者を気遣う行動からミーティングの目的に沿って積極的に自分自身の経験を共有するような関わり方の深まりを表すカテゴリである。

［他者に寄り添う積極性］は、〈自分は興味がない事には参加しないが楽しんでいる人を受け入れている〉*“「ここにきたら、私はできなくても、みんながゲームをしたり、囲碁をしているのを見ているだけでも落ち着きます」などと説明していた。(#7)”*、〈がんが進行した人に寄り添い励ます〉*“ガンが進行し「どこか山奥の施設に入れてくれ」「俺はもうだめかもしれない」とつぶやく男性に「そんなこと言わずに…」と話を聴きはげましていた。(#7)”*といったコードから構成される。自分とは好みも状況も異なる他の参加者を受け入れるようになり、さらに不安を訴える人には積極的に寄り添おうとする態度をとるようになったことを表すカテゴリである。

［ロールモデルからの影響］は、〈ファシリテーターが自分の話をすることへの感謝とリスペクト〉*“「ファシリテーターさんの話を聞いて心強く思っている。自分も認知症なので。こういうことを言ったほうが自分が楽になるとわかった。知らないことを知って感謝している。」(#10)”*などからなるカテゴリである。ロールモデルである若年性認知症のファシリテーターとのかかわり方の変化を表すカテゴリである。

［自他の尊厳の尊重］は、〈認知症であることは恥ずかしいことではない〉*“「私は妻もわかってくれているし、外でも正直に言うようにしています。別に悪いことをしているわけではないから。」(#12)”*、〈認知症を認められないことは悪いことではない〉*“「（認められないことが）悪いことじゃないんですよ。それは人それぞれの生き方だから。認めたくないものは仕方ないから。生きるのが大事だから。」(#34)”*といったコードから構成される。自分の尊厳だけでなく、他者の尊厳も尊重することを語るようになったことを示すカテゴリである。

［徐々に進む認知機能・身体機能の低下］は、〈電話でお誘いしたが欠席した〉*“B さんにスタッフが電話をした。B さんが来ないなら奥さんがきてくれても、と誘ったが、結局どちらも来なかった。(#29)”*、〈本人は来なくなり妻が家族会に参加するようになった〉*“B さんの奥さんが(スタッフの)すすめのとおりに家族会に参加した。(#45)”*といったカテゴリから構成される。認知機能・身体機能の低下により徐々に日常生活への支障やミーティングへの参加ができなくなっていくことを表すカテゴリである。

［家族との葛藤］は、〈妻にきつい言い方をしたことへの反省〉*“「今日は妻にキツイ言い方をして*

*しまった。反省しています。」(#12)"*といったコードから構成される。同居する家族との葛藤を表すカテゴリである。

③ C さん(表 3)

データから、[認知症に向き合い受容するプロセス]、[ミーティングへの関与と認識の変化]、[支援を活用した自分らしい暮らし]、[尊厳を侵害された経験]、[社会参加の縮小] の 5 つのカテゴリが抽出された。

[認知症に向き合い受容するプロセス] は、〈認知症が分かってとても落ち込んでいた〉*"「病気がわかってとても落ち込んでいた。」「あまり外に出たくなかった。」「電話で友達といつも話している。仕事をしていたから、話す友達はたくさんいる。いろいろな話題で話す。閉じこもりではないですよね？電話でも話していたら大丈夫ですよね？」(#7)"*、〈もの忘れはするが無事暮らせている〉*"「久しぶりに参加しました。相変わらず物忘れをしながら、無事に暮らしている(#10)」"*、〈認知症の診断を受けたことを公表〉*"「自分の場合は子供のころから行きなれた銀座で迷ってしまって、おかしいと思って受診したのがきっかけです。」(#26)"*といったコードから構成される。認知症であることにショックを受けていた状態から徐々にそれを受け入れていく様子を表すカテゴリである。

[ミーティングへの関与と認識の変化] は、〈平日の地域拠点利用を他の参加者からすすめられる〉*"B さんが、「はじめてですか？ここはいいところですよ。」「私は地域拠点にくるようになってとても楽しくなりました。(略)」など、C さんに説明した。すると、C さんが、「私もひとりで来てみようかしら」と答えていた。(#7)"*、〈本音で話すことはできている〉*"「本音でしゃべることができている。相談するようなことは起きてないが地域拠点は安心。」(#14)"*、〈人の話を聞くのが楽しみで来ている〉*"発言は少ないが（他の人の話を）聞いているだけでいい時間だと語る。(#24)"*といったコードから構成される。初期は周囲からの勧めで参加し始めたが徐々に他の参加者との交流が見られるようになり、その後地域拠点への安心感や帰属意識が高まっていった変化を表している。

[支援を活用した自分らしい暮らし] は、〈仕事も頑張り母も見送ったんだから今は好きなように楽しく暮らしている〉*"「働いている時は一生懸命朝早くから夜遅くまでやっていたもんですから、その反動で今は自由に。もう母も送りましたので、自分の好き勝手に一日送って、ぐうたらな生活をしています。」(#44)"*、〈民生委員によく相談している〉*"「同じ棟に住んでる方、前からやっていらっしゃる方なので、よく訪ねてくださって。私が何かちょっと問題がある時は親切に相談に乗ってくださる。(中略) 心強い味方です。」(#41)"*といったコードから構成される。支援をうまく使いながら自分らしく暮らしている様子を表すカテゴリである。

[尊厳を侵害された経験] は、〈義理の家族が許可なく他人に認知症のことをしゃべったのが腹立たしい〉*"義理のきょうだいが、絵の先生に C さんが認知症であることを勝手に伝えたことをスタッフに話し、怒りをあらわにしていた。(#22)"*といったコードから構成される。権利や尊厳を侵害された経験を表すカテゴリである。

[社会参加の縮小] は、〈義理の家族に迷惑をかけたくないから趣味はやめた〉*"「趣味のお稽古を先月やめた。義理のきょうだいに迷惑をかけるから。何かあったときに、家族はいないから。」(#19)"*といったコードから構成される。認知症が理由で趣味活動など社会参加をあきらめる状況に追い込まれたことを表すカテゴリである。

(2) 包括的なテーマの抽出と変化の分析

分析対象者ごとに抽出したカテゴリを統合し比較・分類した結果、【認知症の受容と認識の変化】、【対人交流の積極性の変化】、【認知症と共に生きる知恵と工夫】、【尊厳】、【状況の変化】、【家族との葛藤】の 6 つのテーマを抽出した(表 4)。

この中から、特にミーティングがもたらした変化を表す 2 つのテーマについて時系列的な視点を含めて分析した。

① 【認知症の受容と認識の変化】

【認知症の受容と認識の変化】は、[認知症の受容の深化]、[認知症当事者としての視点の変遷]、[認知症に向き合い受容するプロセス] から構成されるテーマである。下位カテゴリにおけるコードの時系列的な出現は、参加者が認知症という現実を段階的に受け入れ、自身のとらえ方を深めていくプロセスを示唆している。B さんの [認知症の受容の深化]、A さんの [認知症当事者としての視点の変遷]、C さんの [認知症に向き合い受容するプロセス] において、初期には戸惑いや葛藤が見られるコードが多く、後期になるにつれて受容や主体的な行動を示すコードが増えている。

② 【対人交流の積極性の変化】

【対人交流の積極性の変化】は、[ミーティング参加の積極性]、[他者に寄り添う積極性]、[ミーティングへの関与と認識の変化]、[参加者との交流の積極性の変化] から構成されるテーマである。

A さんの [参加者との交流の積極性の変化] は、自分に仲間は必要ないという発言から友達は地域拠点にいるという発言の変化があり、態度の変容を示しており、積極的に変化していると言える。

B さんの [ミーティング参加の積極性] と [他者に寄り添う積極性] のカテゴリはともに初期からポジティブな言動が見られている。その内容を検討すると、徐々に個人的な話をするようになったり、他の参加者にアドバイスをするようになったりと積極性の質が変化していることがわかる。

C さんの [ミーティングへの関与と認識の変化] では、一見雑多なコードが集まっているように思えるが、〈地域拠点は安心できるところだ〉、〈本音で話すことはできている〉〈他の人の話を聞くのが楽しみで来ている〉 というコードから、地域拠点という「場」に対する価値や位置づけが変化している様子がうかがえる。

D. 考察

3 名の行動と言説の変化を分析した結果、6 つのテーマが抽出された。本考察では、これらのテーマのうち、参加者にとって特に重要と考えられた、【認知症の受容と意識の変化】および【対人交流の積極性の変化】に焦点を当てる。

参加者は、ミーティングへの出席を重ねるにつれて、認知症であることへの困惑や否定的な言動から、自身の認知症を受け入れ、折り合いをつけながら前向きにとらえる言動に変化を示した。この認知症の受容と意識の変化は、認知症当事者が、進行する自信の状態と主体的に向き合い、自分らしい人生を再構築する上で不可欠なプロセスであると考えられる。

対人交流の積極性の変化は、認知症当事者にとって、社会的な孤立を解消し、豊かな人間関係を再構築する機会をもたらすとともに、社会参加の促進につながる重要な要素となりえる。

また、これらの変化は、本人ミーティングの場の構造やプロセスによって促進された可能性が考えられる。第一に、本研究で対象としたミーティングでは、若年性認知症の当事者がファシリテーターの役割を担っていた。これは、B さんの変化をとらえたコードから抽出されたカテゴリ [ロールモデルからの影響] が示唆するように、参加者にとって自身の先を行く認知症当事者の存在が希望や目標となり、影響を与えたと考えられる。

第二に、毎回ミーティング冒頭で確認される 3 つのルールは参加者の心理的安全性を高める上で機能した。これにより、日常的な近所付き合いレベルでは開示されない自身の病状、生活状況、考えや感情といった内面を安心して共有できる機会が創出されたと考えられる。

第三に、第 26 回から付加された勉強会の導入も、参加者の変化に影響を与えた可能性か考えられる。この勉強会は参加者からの強い希望を受けて企画され、その内容は認知症や介護保険サービスから自身のエンドオブ・ライフといったセンシティブなテーマまで多岐にわたった。認知症当事者が主体的に学び、これらの深いテーマについて他の参加者と話し合う機会を得たことは、認知症への理解を深め、自身の状態を受容することを促

進した可能性がある。また、これらの話し合いを通じて、誰もが認知症になる可能性があり、平等に死を迎えるといった普遍的な事実に主体的に向かい、今後の人生について考える新たな一歩を踏み出す機会となったことも示唆される。

Yalom（1995）は，集団療法に特有の効果をもたらす要因として、11 の「療法的因子」を提唱している。本研究で実施した本人ミーティングをこの概念に照らすと、複数の療法的因子が含まれていたと考えられる。例えば、認知症と共に前向きに生きる他の当事者（特にファシリテーター）と出会うことは参加者に「希望をもたらすこと」につながった。前述の B さんの変化における［ロールモデルからの影響］のカテゴリがこれを裏付けると言えよう。また、自身の経験を語り、他者の話を聞くプロセスを通じて、共通の悩みや経験があることを認識する「普遍性」や、他者を支援することで自信も力を得る「愛他性」を経験したと考えられる。ファシリテーターである若年性認知症当事者は、参加者にとって「模倣」の対象となり、新たな役割モデルを提示したといえる。さらに、ミーティングの 3 つのルールは、参加者が安心して自己開示する環境を保証し、感情の解放である「カタルシス」促進したと考えられる。これらの療法的因子の存在は、本人ミーティングが単なる情報交換の場ではなく、参加者の心理的な成長や回復を促す「治療的な場」としての側面も持ち合わせていた可能性を示唆している。

本研究で明らかになったテーマである【認知症の受容と意識の変化】【対人交流の積極性の変化】および【認知症と共に生きる知恵と工夫】は、精神障害分野におけるリカバリー概念に通じる点が多いと考えられる。このリカバリーとは、単に治療の対象として生きるのではなく、当事者が自分の手に人生の主導権を取り戻すことに重きを置くという発想が込められている概念である（久住,2023）。Leamy ら（2011）は、先行研究のレビューから、パーソナル・リカバリーの構成概念を「他者とのつながり」「将来への希望と楽観」「アイデンティティ・自分らしさ」「生活の意義・人生の意味」「エンパワメント」「生活のしづらさ・生きづらさへの対応」と整理している。

本人ミーティングの参加者は、参加を通じて他者とつながるきっかけを得た。さらに認知症と共に生きる知恵と工夫を得て生活のしづらさや生きづらさへの対応を行った。そして、一足先に認知症と共に生きる他の当事者たちとの交流を通じて、認知症になった後の人生に対する希望を見出した可能性がある。また、ミーティングや他の参加者との関わりにおいてより主体的な態度を示すようになり、自身の経験や意見を語ることを通じて、いわば「認知症経験専門家」として他の参加者たちに影響を与える役割を担う場面を見られた。これは参加者にエンパワメントが起こったことを示唆している。

その一方で、認知症は進行性の疾患であり、ここで言及したリカバリーの状態が永続的に維持されるとは限らない点も留意すべきである。本研究の対象者である B さんが、症状が進行に伴い徐々にミーティングへの参加が困難になったように、活動できる期間は認知症の原因疾患によって限定されることがある。さらに言えば、本人ミーティングが及ぼす効果は、参加者の生活や経済状況、家族関係等によって容易に影響されてしまう可能性があり、本人ミーティング以前に認知症の当事者の生活の基盤を安定させることは当然考慮すべきである。

本研究は、本人ミーティングが認知症当事者である参加者に及ぼした影響を、参加者の行動と言説の変化を追うという質的なアプローチによって明らかにすることができた。しかし、本研究の限界として、分析対象者の人数が限定的であるため、結果の一般化は難しい点が挙げられる。また、認知症当事者でない参加者への影響については、本研究の対象外であり明らかになっていない。今後の研究では、分析対象者を増やし、認知症当事者以外の参加者を含めた分析を通じて、本人ミーティングによる変化のプロセスをより多角的に捉え

ていくことが必要であると考える。

≪引用文献≫

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial rehabilitation journal, 11(4), 11.

久住一郎　編著（2023）精神科実臨床における認知機能リハビリテーションの実践．中外医学社．

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. The British journal of psychiatry, 199(6), 445-452.

Miyamae, F., Sugiyama, M., Taga, T., & Okamura, T. (2023). Peer support meeting of people with dementia: a qualitative descriptive analysis of the discussions. BMC geriatrics, 23(1), 637.

Yalom, I. D.（1995）The Theory and Practice of Group Psychotherapy, 4th Edition. Basic Books.（中久喜雅文・川室優監訳（2012）ヤローム　グループサイコセラピー．理論と実践．西村書店.）

F. 研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

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

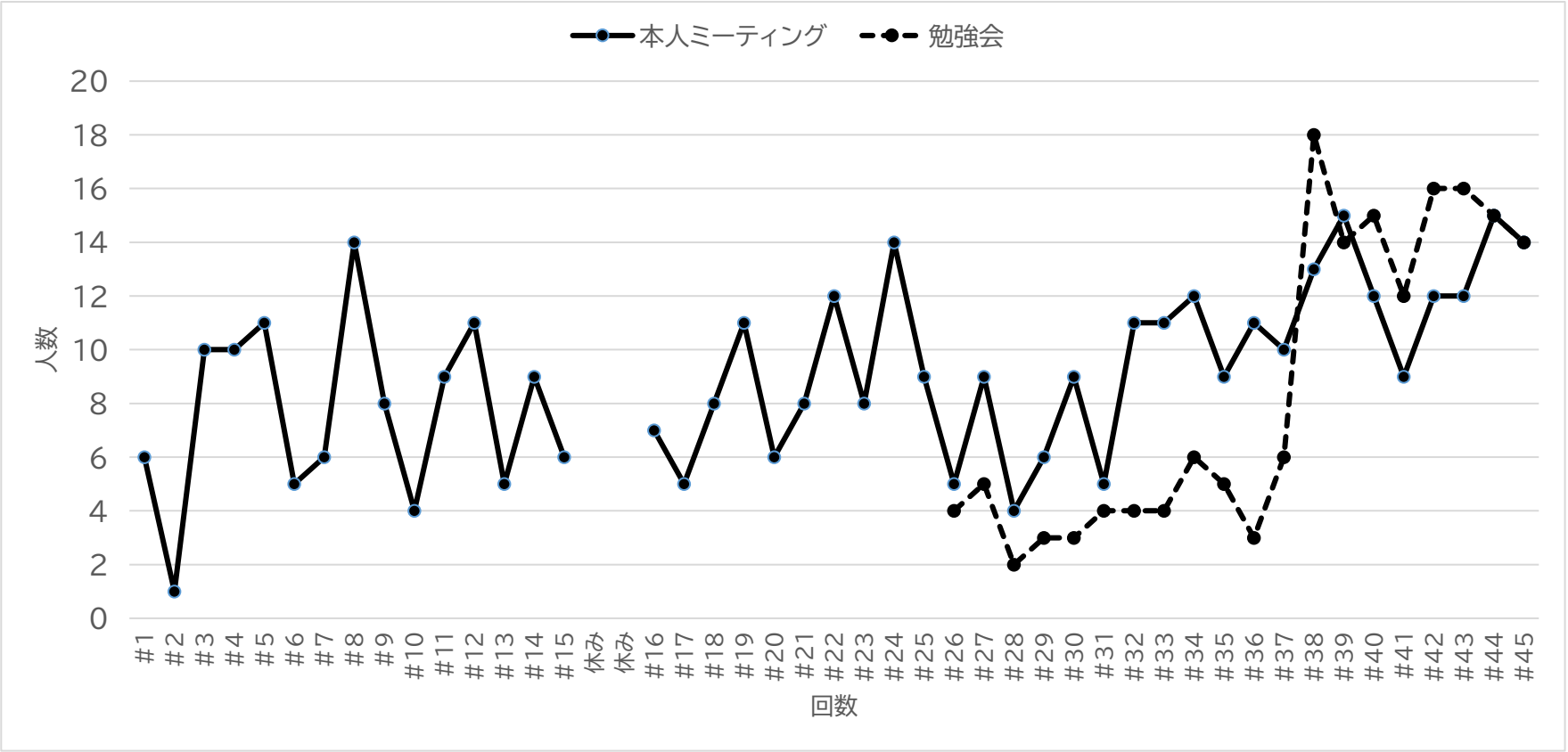


図 1　本人ミーティングと勉強会の参加者数の推移

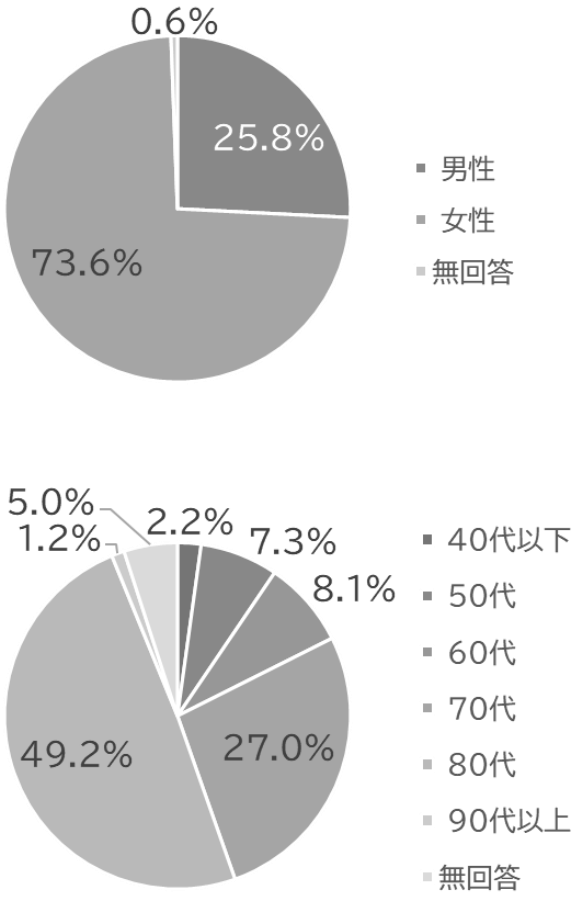


図 2　本人ミーティング参加者の属性

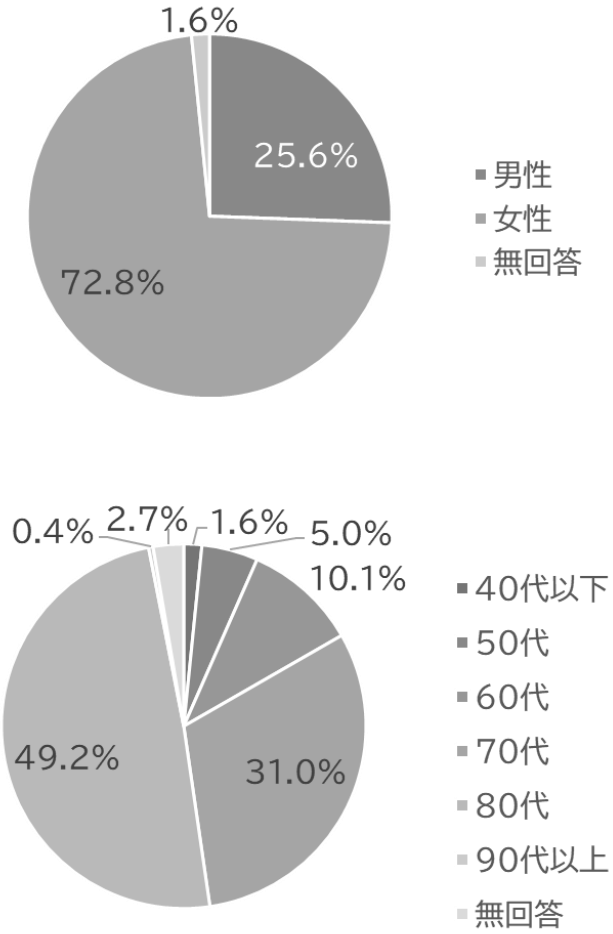


図 3　勉強会参加者の属性

表1　Aさんのコードマトリクス

カテゴリ	コード	回数 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
認知症当事者としての視点の変遷																																														
	自分の認知機能低下の経験について語る	1					2						1			2		2							1	1		2			1	3											1		
	認知症になりたくないという不安の吐露			1																																									
	地域拠点のおかげで認知機能低下が良くなってきた					1											2	1		1																					1					
	認知症になったら誰に頼ればいいかわからない						1																																						
	過去に出会った認知症の人の症状を思い出す															1	1			1	1							1							1										
	話そう会は偏見の目で見られることなく認知症について話せるから良い																	1																										3	
	当事者の立場に立って認知症について語る																																1	1	1										
	認知症への偏見について疑問を呈する																																		2										1	
	認知症であることを公表																																										1		
	認知症が進んでいる気がする																																										3		
	周りの人が抱く認知症への恐れの報告																																											2	
参加者との交流の積極性の変化																																													
	自分には仲間は必要ない	1																																											
	人との交流の大切さを認識した					1				1						1	1				1																									
	自分は人と交わることで明るくなった						1																			1				1			1								1				
	以前は孤立していたという過去の状態についての開示														1	1					1					1																		
	友達は地域拠点にいる														2																														
	人との交流に積極的に取り組んでいる																																										1	1	
	地域拠点／本人ミーティングに来ると元気になる																											1			1											1		
	Aさんに仲良しの友達ができたという周りからの意見																1														1												1	
	人の話を聞けるのは話を聞いてもらったからというスタッフの考察																																									1			
経験と知恵の共有																																													
	他の認知症の人に経験について質問			1			1						1															1	1															
	忙しくても引っ越しても意欲的に参加							1	1												1			2																		1		
	仲間へのリスペクトを示す								1																																				
	自分と似た立場の人への共感											1																			1	1					1								
	人の話でよいと思ったものを参考に取り入れている																	2							1																				
	前向きに生活している																																										1			
	自分の困りごとについて話せるようになったというスタッフからの意見						1																																						
	表情や言動が明るくなってきたというスタッフからの意見																	1																											
尊厳の軽視の経験と不安																																													
	自分の意思にそぐわない医療行為をされたことへのショック	1																	1																										
	医師に自分の意見を上手に伝えられるか心配																														3														
	介護施設に入ると自分の尊厳が守られないのではという疑念																																1	1										
	終末期の希望と現実が折り合いそうにないことへの不安																																1											
	ケアマネは自分の意向を理解してくれない																																	1										
日常生活と体調の動揺																																													
	身体の不調や不眠が気になっている								1												2							2														3		
	引っ越し後こころが落ち着かない																							1	1																		1		
	不眠が良くなった気がする																														1														
家族との葛藤																																													
	きょうだいが経験した母の介護の苦労を語る																												1																
	我が子が頼もしくなった																																1							1					
	頼りない我が子だが頼らなければならない																																1							1					
	我が子へは頼れない																																1	1						1					
	家族への本音の思いを語る																																										2		
	我が子が抱く生きづらさや苦悩への心配																																											1	
	孫育てを通じて元気になったとのスタッフの意見							1										1	1																										

表2　Bさんのコードマトリクス

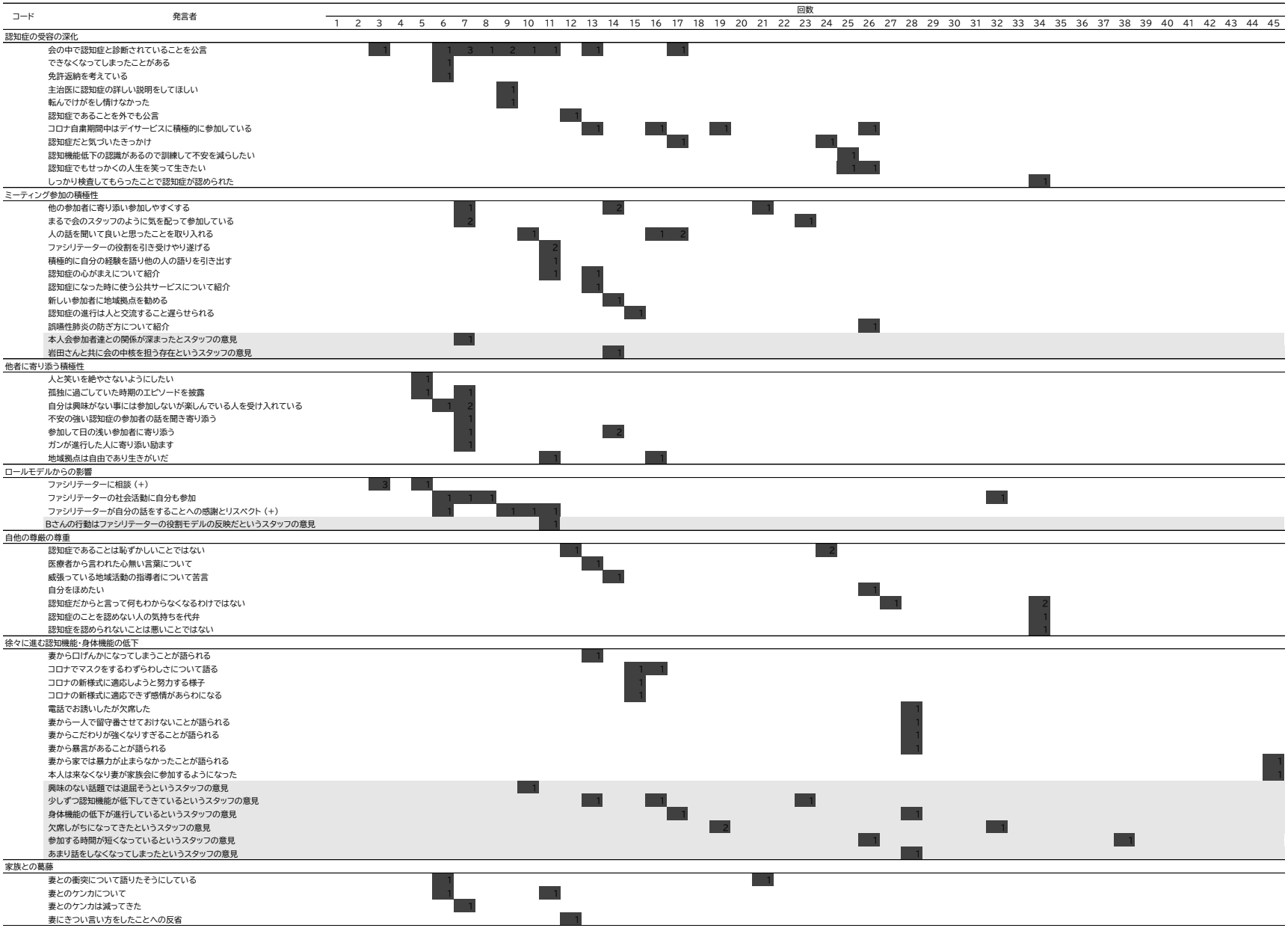

回数
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45
コード
発言者
認知症の受容の深化
会の中で認知症と診断されていることを公言
できなくなってしまったことがある
免許返納を考えている
主治医に認知症の詳しい説明をしてほしい
転んでけがをし情けなかった
認知症であることを外でも公言
コロナ自粛期間中はデイサービスに積極的に参加している
認知症だと気づいたきっかけ
認知機能低下の認識があるので訓練して不安を減らしたい
認知症でもせっかくの人生を笑って生きたい
しっかり検査してもらったことで認知症が認められた
ミーティング参加の積極性
他の参加者に寄り添い参加しやすくする
まるで会のスタッフのように気を配って参加している
人の話を聞いて良いと思ったことを取り入れる
ファシリテーターの役割を引き受けやり遂げる
積極的に自分の経験を語り他の人の語りを引き出す
認知症の心がまえについて紹介
認知症になった時に使う公共サービスについて紹介
新しい参加者に地域拠点を勧める
認知症の進行は人と交流すること遅らせられる
誤嚥性肺炎の防ぎ方について紹介
本人会参加者達との関係が深まったとスタッフの意見
岩田さんと共に会の中核を担う存在というスタッフの意見
他者に寄り添う積極性
人と笑いを絶やさないようにしたい
孤独に過ごしていた時期のエピソードを披露
自分は興味がない事には参加しないが楽しんでいる人を受け入れている
不安の強い認知症の参加者の話を聞き寄り添う
参加して日の浅い参加者に寄り添う
ガンが進行した人に寄り添い励ます
地域拠点は自由であり生きがいだ
ロールモデルからの影響
ファシリテーターに相談（+）
ファシリテーターの社会活動に自分も参加
ファシリテーターが自分の話をすることへの感謝とリスペクト（+）
Bさんの行動はファシリテーターの役割モデルの反映だというスタッフの意見
自他の尊厳の尊重
認知症であることは恥ずかしいことではない
医療者から言われた心無い言葉について
威張っている地域活動の指導者について苦言
自分をほめたい
認知症だからと言って何もわからなくなるわけではない
認知症のことを認めない人の気持ちを代弁
認知症を認められないことは悪いことではない
徐々に進む認知機能・身体機能の低下
妻から口げんかになってしまうことが語られる
コロナでマスクをするわずらわしさについて語る
コロナの新様式に適応しようと努力する様子
コロナの新様式に適応できず感情があらわになる
電話でお誘いしたが欠席した
妻から一人で留守番させておけないことが語られる
妻からこだわりが強くなりすぎることが語られる
妻から暴言があることが語られる
妻から家では暴力が止まらなかったことが語られる
本人は来なくなり妻が家族会に参加するようになった
興味のない話題では退屈そうというスタッフの意見
少しずつ認知機能が低下してきているというスタッフの意見
身体機能の低下が進行しているというスタッフの意見
欠席しがちになってきたというスタッフの意見
参加する時間が短くなっているというスタッフの意見
あまり話をしなくなってしまったというスタッフの意見
家族との葛藤
妻との衝突について語りたそうにしている
妻とのケンカについて
妻とのケンカは減ってきた
妻にきつい言い方をしたことへの反省

表3　Cさんのコードマトリクス

カテゴリ	コード	回数																																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
認知症に向き合い受容するプロセス																																														
	認知症が分かってとても落ち込んでいた							1																																						
	家族の希望でミーティングに参加した							2																																						
	認知症のことはあまり気にしないようにしている							1																																						
	認知症がこれ以上進むか心配してファシリテーターに質問							1																																						
	認知症であることを皆に匂わせる							1			1																																			
	診断を受けてショックだが努めて外の集まりに出ている								1																															1						
	もの忘れはするが無事暮らせている										1																																			
	物忘れがひどくなってきた気がするとスタッフに相談											1																																		
	認知症の進行抑制のためにミーティングに参加している																								1															1						
	自分の取り組みは認知症の進行予防になっているかを知りたい																									1																				
	最近忘れっぽいが気にしていない																									1																				
	認知症の診断を受けたことを公表																										1													2						
ミーティングへの関与と認識の変化																																														
	平日の地域拠点利用を他の参加者からすすめられる							1																																						
	ユーモアを交えた体験談										1																																			
	忙しくて時々しか参加できない											1	1		1																															
	他の参加者を励ます											1																																		
	他の参加者をねぎらう											1																																		
	茶話会まで残らず早々に帰宅												1																																	
	遅刻しがち												1							3	1	1																	1			1	1		1	
	地域拠点は安心できるところだ														1																															
	本音で話すことはできている														1																															
	この会に何回参加したかは忘れた														1																															
	キャリアウーマンだった参加者と交流を楽しむ																	1																												
	地域拠点の壁新聞に投稿した																	1																												
	会の開催を電話でリマインドしてもらう																		1	2	1																									
	実は難聴で話が良くわからないことがある																			1																										
	参加者やスタッフに気持ちよく迎えてもらえてありがたい																				1																									
	他の人の話を聞くのが楽しみに来ている																							1	1																					
	大勢の前ではあまり心のうちは語らないというスタッフの意見							1																																						
	地域拠点平日営業では対話を楽しんでいるとのスタッフの報告																	1																												
	発言の機会は少ないというスタッフの観察																																						1							
支援を活用した自分らしい暮らし																																														
	退職後母の介護をした							1																								1														
	近隣に義理の家族が住んでいる							1																																						
	今はひとり暮らしをしている							1																																						
	平和に過ごせている																							1																						
	仕事も頑張り母も見送ったんだから今は好きなように楽しく暮らしている																								1																		1		1	
	あまりストレスは溜まっていないほうだ																														1															
	ひとり暮らしなので家事は自分でやらないといけない																															1		1												
	私は主治医には余計なことは言わないほう																															1														
	そこそこ元気に過ごしている																																								1					
	民生委員によく相談している																																									1				
	色んな専門職にサポートしてもらいながら暮らしている																																										1			
尊厳を侵害された経験																																														
	義理の家族は過保護で指示的だ							2	1																																					
	銀行の営業に認知症と告げると態度が変わったことがある							2																																						
	先日詐欺被害に遭ってしまった																		2																											
	義理の家族が許可なく他人に認知症のことをしゃべったのが腹立たしい																					1																								
社会参加の縮小																																														
	ひとりでお稽古事に行けるか専門家のお墨付きが欲しい							1																																						
	地域の様々な集まりに興味を示す							1																																						
	昔茶道を習っていた										1																																			
	絵画を描くのを数十年続けている										1																																			
	義理の家族に迷惑をかけたくないから趣味はやめた																			1																										
	十数年続けた絵画を辞めた																			1																										
	絵画のお稽古を辞めたらすることがなくなった																				1																									
	絵画のお稽古はやめたが絵は楽しんでいる																																												1	
	服装がいつもおしゃれだというスタッフの意見																	1																												

表４　カテゴリから統合されたテーマ

テーマ	カテゴリ
認知症の受容と認識の変化	
	認知症当事者としての視点の変遷
	認知症の受容の深化
	認知症に向き合い受容するプロセス
対人交流の積極性の変化	
	参加者との交流の積極性の変化
	ミーティング参加の積極性
	他者に寄り添う積極性
	ミーティングへの関与と認識の変化
認知症と共に生きる知恵と工夫	
	経験と知恵の共有
	ロールモデルからの影響
	支援を活用した自分らしい暮らし
尊厳	
	尊厳の軽視の経験と不安
	自他の尊厳の尊重
	尊厳を侵害された経験
状況の変化	
	日常生活と体調の動揺
	徐々に進む認知機能・身体機能の低下
	社会参加の縮小
家族との葛藤	
	家族との葛藤
	家族との葛藤

テーマ	カテゴリ
認知症の受容と認識の変化	
	認知症当事者としての視点の変遷
	認知症の受容の深化
	認知症に向き合い受容するプロセス
対人交流の積極性の変化	
	参加者との交流の積極性の変化
	ミーティング参加の積極性
	他者に寄り添う積極性
	ミーティングへの関与と認識の変化
認知症と共に生きる知恵と工夫	
	経験と知恵の共有
	ロールモデルからの影響
	支援を活用した自分らしい暮らし
尊厳	
	尊厳の軽視の経験と不安
	自他の尊厳の尊重
	尊厳を侵害された経験
状況の変化	
	日常生活と体調の動揺
	徐々に進む認知機能・身体機能の低下
	社会参加の縮小
家族との葛藤	
	家族との葛藤
	家族との葛藤

第62回

認知症の本人とミーティング

ココから話そう会

語ろう・知ろう認知症のこと

家族も話そう会は別室で同時開催します

2024年4月20日（土）午後2時30分～3時30分

※新型コロナの流行の状況によっては、開催を中止する場合があります。

この会は、毎月1回土曜日のこ午後に集まって、認知症やもの忘れについて情報交換したり、自分にとって大切なことをみんなに伝えたりする場です。

3月の第61回では、本人会に23名、家族会に3名参加されました。本人会では、こころとからだのゼミナールの講義の感想を語り合ったり、久しぶりの方の近況報告を聞いたりと、盛りだくさんの1時間でした。

認知症と言われて悩んでいませんか

もの忘れの心配を独りで抱えていませんか

外に出るのが苦手で部屋で引きこもっていませんか

大切なものを落とし見つからず困っていませんか

【当日の会場】

cocokara Station 高島平 ココからステーション

オープン 月曜／水曜／金曜／第2・4土曜

〒175-0082
東京都板橋区高島平
2丁目-32-2号棟 105号室

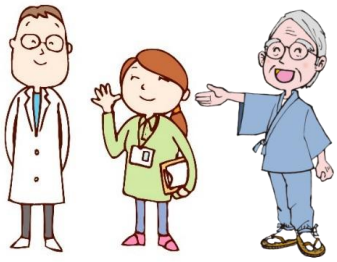
【オープン時のみ】
03-6909-7645
FAX 03-6909-7644

当日の感染症予防対策にご協力をお願いします。

まちに出て、味方や仲間と出会おう

認知症やもの忘れの困りごとは
外から見えにくい障害です。
今、あなたに「**何が起きていて、何が必要か**」
自分から話してみませんか。

人は、やりたいことをすることで元気が出てきます。
あなたの希望をまちの知り合いや友人と話しあってみたら、かなえることができるようになると思います。
やってみたいことに**一緒にチャレンジ**しませんか。



ご家族・ご友人・介護に関わる皆さまへ
あなたの周りの認知症のご本人や
もの忘れを心配している方に、
この会への**参加をお声がけ**ください。
ご本人を中心とした仲間を一緒に作りませんか。

▲この看板が目印です

▲ココからステーション入口

日　時	2024年4月20日（土）午後2時30分～3時30分
会　場	高島平ココからステーション（高島平2-32-2-105）
対　象	認知症と診断された方、もの忘れが心配な方、ご家族・同伴の方
内　容	上記のテーマについて参加者同士で話し合い、活動します。 ご家族・同伴の方は別室で交流していただきます。 **※荒天や感染症流行の状況によっては中止いたします。**
問合せ	東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム 電 話：**03-3964-3241(内)4219** メール：fmiyamae@tmig.or.jp（宮前） 担 当：宮前・多賀・見城・杉山・山村

お一人で会場まで来るのが難しい時は、
お気軽にご相談ください！

第67回

認知症の本人とミーティング

ココから話そう会

語ろう・知ろう認知症のこと

家族も話そう会は別室で同時開催します

2024年9月21日（土）午後2時30分～3時30分

※新型コロナの流行の状況によっては、開催を中止する場合があります。

この会は、毎月1回土曜日の午後に集まって、認知症やもの忘れについて情報交換したり、自分にとって大切なことをみんなに伝えたりする場です。8月の第66回では、認知症と診断された方、自分事として話を聞いてみたい方など本人会に17名、家族会に2名が参加されました。本人会では、どんな運動を続けているかと言った話や転倒した時の話など、幅広いテーマについて、ざっくばらんに話しあい、お互いの話を聞きあいました。

- 認知症と言われて悩んでいませんか
- もの忘れの心配を独りで抱えていませんか
- 外に出るのが苦手で部屋で引きこもっていませんか
- 大切なものを落とし見つからず困っていませんか

当日の感染症予防対策にご協力をお願いします。

【当日の会場】

高島平 ココからステーション

オープン 月曜／水曜／金曜／第2・4土曜

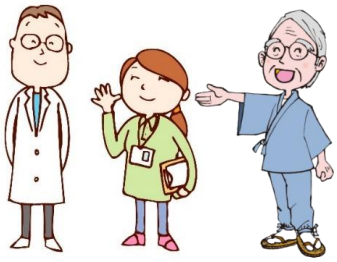
〒175-0082
東京都板橋区高島平
2丁目-32-2号棟 105号室

【オープン時のみ】
03-6909-7645
FAX 03-6909-7644

まちに出て、味方や仲間と出会おう

認知症やもの忘れの困りごとは
外から見えにくい障害です。
今、あなたに「**何が起きていて、何が必要か**」
自分から話してみませんか。

人は、やりたいことをすることで元気が出てきます。
あなたの希望をまちの知り合いや友人と話しあってみたら、かなえることができるようになると思います。
やってみたいことに**一緒にチャレンジ**しませんか。



ご家族・ご友人・介護に関わる皆さまへ

あなたの周りの認知症のご本人や
もの忘れを心配している方に、
この会への**参加をお声がけ**ください。
ご本人を中心とした仲間を一緒に作りませんか。

▲この看板が目印です

▲ココからステーション入口

日　時	2024年9月21日（土）午後2時30分～3時30分
会　場	高島平ココからステーション（高島平2-32-2-105）
対　象	認知症と診断された方、もの忘れが心配な方、ご家族・同伴の方
内　容	上記のテーマについて参加者同士で話し合い、活動します。 ご家族・同伴の方は別室で交流していただきます。 **※荒天や感染症流行の状況によっては中止いたします。**
問合せ	東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム 電 話：**03-3964-3241（内）4219** メール：fmiyamae@tmig.or.jp（宮前） 担 当：宮前・多賀・見城・杉山・山村

お一人で会場まで来るのが難しい時は、
お気軽にご相談ください！

第69回

認知症の本人とミーティング

ココから話そう会

語ろう・知ろう認知症のこと

家族も話そう会は別室で同時開催します

2024年11月16日（土）午後2時30分～3時30分

※新型コロナの流行の状況によっては、開催を中止する場合があります。

この会は、毎月1回土曜日の午後に集まって、認知症やもの忘れについて情報交換したり、自分にとって大切なことをみんなに伝えたりする場です。10月の第68回では、認知症と診断された方、自分事として話を聞いてみたい方など本人会に3名、家族会に2名が参加されました。本人会では、初参加の方が2名いらしたので、それぞれ話そう会に参加する理由や参加してみての感想などを語り、お互い耳を傾けていました。

- 認知症と言われて悩んでいませんか
- もの忘れの心配を独りで抱えていませんか
- 外に出るのが苦手で部屋で引きこもっていませんか
- 大切なものを落とし見つからず困っていませんか

【当日の会場】

cocokara Station 高島平 ココからステーション

オープン 月曜／水曜／金曜／第2・4土曜

〒175-0082
東京都板橋区高島平
2丁目-32-2号棟 105号室

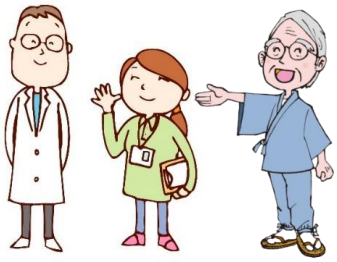
【オープン時のみ】
TEL 03-6909-7645
FAX 03-6909-7644

当日の感染症予防対策にご協力をお願いします。

まちに出て、味方や仲間と出会おう

認知症やもの忘れの困りごとは
外から見えにくい障害です。
今、あなたに「**何が起きていて、何が必要か**」
自分から話してみませんか。

人は、やりたいことをすることで元気が出てきます。
あなたの希望をまちの知り合いや友人と話しあってみたら、かなえることができるようになると思います。
やってみたいことに**一緒にチャレンジ**しませんか。



ご家族・ご友人・介護に関わる皆さまへ

あなたの周りの認知症のご本人や
もの忘れを心配している方に、
この会への**参加をお声がけ**ください。
ご本人を中心とした仲間を一緒に作りませんか。

▲この看板が目印です

▲ココからステーション入口

日　時	2024年11月16日（土）午後2時30分～3時30分
会　場	高島平ココからステーション（高島平2-32-2-105）
対　象	認知症と診断された方、もの忘れが心配な方、ご家族・同伴の方
内　容	上記のテーマについて参加者同士で話し合い、活動します。 ご家族・同伴の方は別室で交流していただきます。 **※荒天や感染症流行の状況によっては中止いたします。**
問合せ	東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム 電 話：**03-3964-3241（内）4219** メール：fmiyamae@tmig.or.jp（宮前） 担 当：宮前・多賀・見城・杉山・山村

お一人で会場まで来るのが難しい時は、
お気軽にご相談ください！

こころとからだのゼミナール

こころとからだのゼミナールは、 老化やフレイル、認知症 について学び、より健やかに暮らしていくための勉強会です。まず、参加者同士の話しあいを通じて学びたいことを明確にし、次の回で専門家から 知識と予防方法を学びます。食事、口腔ケア、運動、社会参加、睡眠、認知症の 6テーマを1年かけて学びます。

第2弾　老化やフレイル、認知症に関わる『お口のケアや飲みこみの機能』について

話し合おうの会

2024 年4 月20 日(土)
午後1時～2時

老化やフレイル、認知症に関わる**お口のケアや飲みこみの機能**などについて、参加者の皆さんが気になっていることや疑問、そして、自分で気を付けていることについて話し合い、お互いの経験を学び合います。

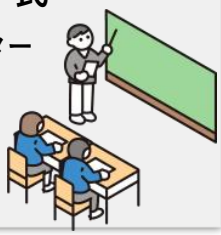
学ぼうの会

2024 年5 月18日(土)
午後1時～2時

老化やフレイル、認知症に関わる**お口のケアや飲みこみの機能**について、前回出てきた疑問を含めて専門家に解説していただきます。

【講師】**吉村 秀平氏**

東京都健康長寿医療センター
摂食・嚥下障害看護
認定看護師



takashimadaira cocokara Station

対象　上記テーマについて学びたい方

会場　高島平ココからステーション

費用　無料　　予約　不要

定員 20 名

こころとからだのゼミナール

こころとからだのゼミナールは、 老化やフレイル、認知症 について学び、より健やかに暮らしていくための勉強会です。まず、参加者同士の話しあいを通じて学びたいことを明確にし、次の回で専門家から 知識と予防方法を学びます。食事、口腔ケア、運動、社会参加、睡眠、認知症の 6テーマを1年かけて学びます。

第4弾　老化やフレイル、認知症に備え
『自分らしく生活するための制度やサービスを学ぶ』

話し合おうの会

2024 年8 月17日(土)
午後1時～2時

老化やフレイル、認知症に備えて、自分らしく生活するための制度やサービスについて、参加者の皆さんが気になっていることや疑問、そして、自分で気を付けていることについて話し合い、お互いの経験を学び合います。

学ぼうの会

2024 年9 月21日(土)
午後1時～2時

老化やフレイル、認知症に備え、自分らしく生活するための制度やサービスについて、前回出てきた疑問を含めて専門家に解説していただきます。

【講師】奥村真木氏

東京都健康長寿医療センター
地域連携課
在宅医療・福祉相談係
係長

takashimadaira cocokara Station

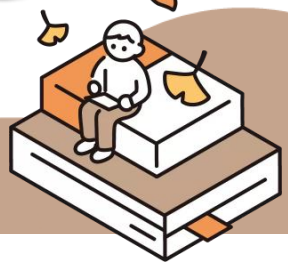
対象　上記テーマについて学びたい方

会場　高島平ココからステーション

費用　無料　　予約　不要

定員 20 名

こころとからだのゼミナール



こころとからだのゼミナールは、老化やフレイル、認知症について学び、より健やかに暮らしていくための勉強会です。まず、参加者同士の話しあいを通じて学びたいことを明確にし、次の回で専門家から知識と予防方法を学びます。食事、口腔ケア、運動、社会参加、睡眠、認知症の6テーマを1年かけて学びます。

第５弾　老化やフレイル、認知症に関わる『睡眠』について

話し合おうの会

2024年10月19日(土)
午後1時～2時

老化やフレイル、認知症に関わる**睡眠**について、参加者の皆さんが気になっていることや疑問、そして、自分で気を付けていることについて話し合い、お互いの経験を学び合います。

学ぼうの会

2024年11月16日(土)
午後1時～2時

老化やフレイル、認知症に関わる**睡眠**について、前回出てきた疑問を含めて専門家に解説していただきます。

【講師】大森　佑貴氏

東京都健康長寿医療センター 精神科医師
筑波大学国際統合睡眠医科学研究機構
(WPI-IIIS) 客員研究員
医療法人社団大坪会 小石川東京病院

takashimadaira cocokara Station

対象　上記テーマについて学びたい方

会場　高島平ココからステーション

費用　無料　　予約　不要

定員 20名

USBメモリが取り外されました
高島平みんなの

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

医療機関における診断後支援の実態調査

研究分担者
井藤佳恵[1]　井原涼子[2]　古田光[3]
1.東京都健康長寿医療センター研究所　研究部長
2.東京都健康長寿医療センター　脳神経内科　医長
3.東京都健康長寿医療センター　精神科部長

研究要旨
2023 年 12 月に、抗 Aβ抗体「レカネマブ」による治療がわが国でも始まった。現在、わが国で唯一保険適応のある抗 Aβ抗体であるレカネマブは、認知症のなかでもアルツハイマー病（Alzheimer's Disease; AD）による軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment; MCI）と軽度 AD、つまり AD 前段階から早期 AD の患者を対象とする。今後登場する抗 Aβ抗体も同様である。このことから、抗 Aβ抗体の臨床実装と一般市民への周知により、これまでより早期に認知症や MCI を診断される患者が増え、診断から支援につながるまでの期間の延長、very early caregiver 等、新たな心理社会的支援ニーズが生じると予想される。
本研究の目的は、認知症治療の新たな展開が期待される抗 Aβ抗体が、認知症者の QOL に与える影響を明らかにすることである。研究の全体は図 1 に示すとおりであり、このうち「患者・家族の日記研究」を、厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）分担研究として実施する。

A. 研究目的

2023 年 12 月に、抗 Aβ抗体「レカネマブ」による治療がわが国でも始まった。現在、わが国で唯一保険適応のある抗 Aβ抗体であるレカネマブは、認知症のなかでもアルツハイマー病（Alzheimer's Disease; AD）による軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment; MCI）と軽度 AD、つまり AD 前段階から早期 AD の患者を対象とし、今後登場する抗 Aβ抗体も同様である。

このことから、抗 Aβ抗体の臨床実装と一般市民への周知が進むことにより、これまでより早期に認知症や MCI を診断される患者が増え、診断から支援につながるまでの期間の延長、very early caregiver 等、新たな心理社会的支援ニーズが生じると予想される。

本研究の目的は、認知症治療の新たな展開が期待される抗 Aβ抗体が、認知症者の QOL に与える影響を明らかにすることである。

B. 研究方法

研究の全体像を図 1 に示す。

【研究①】調査票調査
対象：抗 Aβ抗体外来で 2 次スクリーニングを受けた患者
方法：ベースライン、3 か月、6 か月、12 か月の時点で調査票調査を実施する。

【研究②】日記研究 A
対象：抗 Aβ抗体による治療が開始された患者とその家族。各 5 人程度を分析対象とする。
方法：研究協力者には、毎日数行の日記を 12 か月間つけていただく。
分析：日記記載事項の主題分析から、1）抗 Aβ抗体による治療に期待していたこと、2）満たされた期待、3）満たされない期待を抽出し、質的分析を行う。これにより、抗 Aβ抗体が認知症者の QOL に与える影響、および QOL の維持向上に寄与するために必要な要因を、本人、家族の両面から明らかにする。
【研究③】日記研究 B
対象：2 次スクリーニングで抗 Aβ抗体の適応外とされた患者のうち、その理由が「AD によらない MCI」である者と、その家族。各 5 名程度を分析対象とする。
方法：日記研究 A と同様に、研究協力者は毎日数行の日記を 12 か月間つける。
分析：日記記載事項の主題分析から、1）早期診断に期待していたこと、2）診断直後から疾患受容の過程、3）心理社会的支援ニーズを抽出し、質的分析を行う。これにより、診断後の疾患受容過程・認知症の病期による支援ニーズの時間的変化を、本人と家族の両面から明らかにする。
【研究④】インタビュー調査
対象：抗体医薬に関わる医療を担当する医療スタッフ（医師、看護師、心理士、相談員）方法：ベースライン、3 か月、6 月、12 か月の時点でインタビュー調査を実施
分析：インタビュー逐語録の主題分析から、1）患者が抗 Aβ抗体による治療に期待していたこと、2）満たされた期待、3）満たされない期待を抽出し、質的分析を行う。これにより、医療者の視点から見た、抗 Aβ抗体が認知症者の QOL に与える影響、および QOL の維持向上に寄与するために必要な要因を明らかにする。

本課題では、このうち研究②と③を行う。

（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たうえで実施する。

C. 研究結果
今年度はリクルートとデータ収集の期間にあてた。研究協力者の基本属性を図 2 に示す。スクリーニングの結果抗体医薬による医療の適応にならなかった患者、とくに現時点で認知症医療の対象とされなかった軽度認知症群の支援ニーズをとらえることの社会的意義が大きいと考えている（図 3)。しかしながら現状ではこの群のデータが不足していることから、インタビューデータの追加を検討する。

D. 考察
スクリーニングの結果抗体医薬による医療の適応にならなかった患者、とくに現時点で認知症医療の対象とされなかった軽度認知障害群の支援ニーズをとらえることの社会的意義が大きいと考えている（図２)。
現状ではこの群のデータが不足していることから、インタビューデータの追加を検討する。

E. 結論と今後の課題
新薬の臨床導入は、認知症治療の大きな転換点となる一方で、支援の空白を生じさせる可能性がある。支援の個別化と持続的アセスメント体制の構築、そして本人の語りを反映した政策のあり方が今後の課題である。

F. 研究発表
1. 論文発表
小野真由子, 畠山啓, 齋藤久美子, 井藤佳恵. 認知症の抗体医薬に関する相談対応マニュアル作成に向けた取組み　認知症疾患医療センターに寄せられた問い合わせの分類. 老年精神医学雑誌. 202;35(5):491-501.

2.　学会発表

なし

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

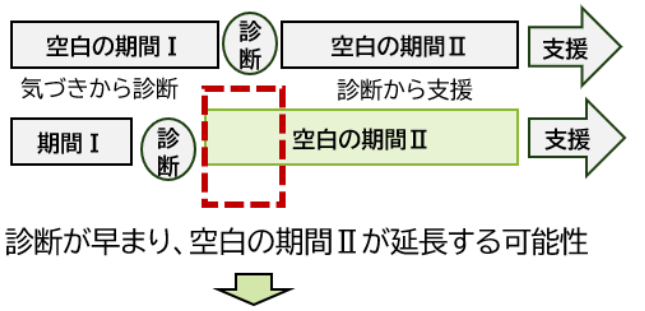
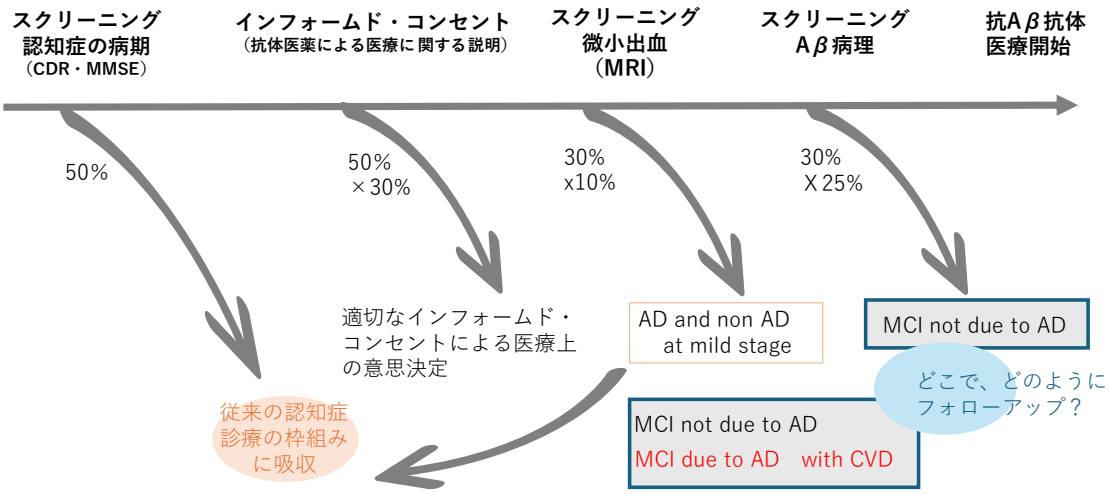


図１　研究の全体像

		抗体医薬適応群	抗体医薬非適応群
リクルートｎ	本人 家族	13 8	4 2
男女比	本人 家族	2:11 5:3	2:2 0:2
年齢	本人	76.5 ±7.8	79 ±10.5
	家族	50代　n=2 60代　n=1 70代　n=4	50代　n=1 60代　n=1
診断		MCI due to AD n=10 AD　　n=3	mild AD（微少出血）　　n=1 MCI du to AD（微少出血 ）n=1 mild dementia not due to AD n=1 MCI not due to AD n=1
リクルート時MMSE	平均±SD （range)	24.6±2.0 (22-29)	25.3±0.5 (25-26)
リクルート時CDR	0.5 1	11人 2人	3人 1人
日記継続期間 （2025年3月31日時点）	本人 家族	平均113.5±49.2 days (range: 29 days-187 days) 128.5±46.7 days (range: 29 days-187 days)	平均124.8±82.7 days (range: 50 days-211 days) 平均172.5±38.5 days (range:134 days-211 days)
中断	本人 家族	4 2	2 0
中断理由		・日記を継続してほしい家族の思いが強く、それに起因した関係不和が生じていたため（本人） ・元々日記はやらないため、初めから１か月のみと決めていた（本人） ・特に書くことがないから（本人） ・連絡取れないため不明（本人） ・継続が大変(家族) ・本人が辞めるので家族の自分も同時にやめたい（家族）	・忙しくて書けない（本人） ・仕事をしていて継続できない（本人）
2025.3.31時点での継続ｎ	本人 家族	9 6	2 2

図２　対象者の基本属性



CDR: Clinical Dementia Rating, MMSE: Mini Mental State Examination, Aβ ：Amyloid beta, AD:　Alzheimer's disease, MCI: Mild Cognitive Impairment, CVD: Cerebrovascular Disease

図３　抗体医薬による医療のスクリーニング状況

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

認知症サポート医調査

研究分担者
井藤佳恵[1]　岡村毅[2]
東京都健康長寿医療センター研究所　1.研究部長　2.研究副部長

研究要旨
認知症サポート医は、地域における認知症医療において、認知症疾患医療センターとかかりつけ医の中間的存在として、①かかりつけ医や介護職に対するサポート、②地域包括支援センターを中心とした多職種連携の促進、③かかりつけ医の認知症対応力向上を目的とした研修の講師や住民への普及啓発等の役割を担うことが期待されている。認知症サポート医の養成は 2005 年に開始され、「2025 年までに 16,000 人の認知症サポート医を養成する」という数値目標として掲げられている。現在のところ、認知症サポート医の養成は順調に進んでいるが、一方で、かねてより認知症サポート医の役割の不明確さが指摘されている。
そこで今回、「認知症サポート医」の実践における地域差を明らかにすることを通して、認知症サポート医の活動のあり方を検討することを目的に、東京都と東北地方の認知症サポート医を対象とした質問紙調査を実施した。
その結果、診断直後の支援、いわゆる困難事例への対応、ACP の実践の 3 局面において、地域の特性に応じた支援アプローチや他職種連携のあり方があることが示された。

A. 研究目的
本研究は、東京都および東北地方の認知症サポート医を対象に、診断直後の支援、困難事例への対応、ACP の実践の 3 つのケア局面における臨床実践を比較することで、認知症サポート医の診断後支援の、地域による特性を明らかにすることを目的とした。
B. 研究方法
郵送による自記式アンケート調査を実施した。質問紙は、(1) 診断直後の支援、(2) 困難事例対応、(3) ACP の実践に関する項目で構成され。
C. 研究結果
東京都の認知症サポート医 1438 名に自記式質問紙を送付し、200 名から回答を得て、有効回収率は 13.9%であった。同様に、東北 6 県の認知症サポート医 622 名に自記式質問紙を送付し、79 名から回答を得、有効回収率は 12.7%であった。
認知症サポート医の基本属性に大きな地域差はなかったが、東北地方では病院勤務者が多い傾向が見られた。
診断時の実践として、東北地方の認知症サポート医は本人への病名告知を行う割合が高い一方で、地域包括支援センターに関する情報提供は少なかった。
困難事例への対応に際して、認知症疾患医療センターや地域包括支援センターとの連携することは、東京都の認知症サポート医の方が有意に多かった。ACP の実施状況には有意差はなかった。しかし「死に関することを話題にすることの心理的抵抗を表明した回答者が、東北地方の認知症サポート

医の方が有意に高かった。

D. 考察

地域資源の密度の違いが、認知症サポート医の支援実践に影響を与えている可能性が示唆された。特に、医療・介護資源の限られる東北地方では、多職種連携への期待が相対的に低く、患者・家族の自助に頼らざるを得ない状況があると考えられた。死に関するタブーの地域差は、今後のエンドオブライフケアの質の向上において課題となるだろう。

E. 結論と今後の課題

認知症サポート医は、全員が同じ認知症サポート医養成研修の修了者である。しかしながら、本研究の結果、共通の教育プログラムによって要請されても、活動地域の地理的・資源的条件により実践に差が生じることが示された。今後は、質的研究を通じて地域特性に即した支援の在り方を探るとともに、他職種の連携に対する期待や課題についての検討が求められる。

F. 研究発表

1. 論文発表

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*. 2025;25:e70012. doi:10.1111/psyg.70012

2. 学会発表

なし

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

ID:

令和 6 年度　厚生労働科学研究費補助金（認知症施策研究事業）
「認知症診断後支援の総合的・学際的研究（24GB0301）」

認知症サポート医が行っている診断後支援の実態調査
調査票

【ご記入にあたってのお願い】
・ご回答は任意です。認知症サポート医の先生ご自身にご回答をお願いしています。
・ご記入の際には、**当てはまる番号に〇をつけて**いただくか、**回答欄に文字・数字をご記入**ください。
・別紙「調査ご協力のお願い」をお読みいただき、調査にご協力をいただける場合には、ご回答後
調査票を、返信用封筒にて 11 月12日までにご返送ください。

最初に先生ご自身についてお答えください

質問 1　ご年代を教えてください。（〇はひとつ）

1. 20 歳代	2. 30 歳代	3. 40 歳代	4. 50 歳代	5. 60 歳代	6.　70 歳代以上

質問 2　性別を教えてください。（〇はひとつ）

1.　男性	2.　女性	3.　その他	4.　回答しない

質問 3　ご専門の診療科について、もっとも当てはまる番号を1つ選んで〇をつけてください。

1. 老年内科	2. 内科	3. 精神科	4. 脳神経内科
5. 脳神経外科	6. 外科	7. 整形外科	8. その他（　　）

次に、ご勤務先（複数ある場合には主たる勤務先）について教えてください

質問4　ご勤務先の施設種別を教えてください。（〇はひとつ）

1. 病院	2.診療所	3. 老人保健施設	4. その他

⇩

質問4で「3. 老人保健施設」「4. その他」と
ご回答いただいた先生質問は以上です。
ご回答いただき誠にありがとうございました。
返信用封筒にて、11月 12 日（火）までにご返送ください。

質問4で「1. 病院」「2. 診療所」と回答いただいた先生は、次ページにお進みくださ

質問5　質問 4 でご回答いただいたご勤務先は、認知症疾患医療センターに指定されていますか。
（〇はひとつ）

1. 指定されている	2.指定されていない

認知症診療について伺います

質問 6　**認知症が鑑別診断にあがる初診患者**を、**年間何人程度診察**されていますか。
（医療機関全体ではなく、先生が診察される初診患者についてご回答ください）

年間の合計（　　）人

質問 7　**認知症が鑑別診断にあがる初診患者**の、おおよその診断内訳を**合計が 100%**になるようにご回答ください。（医療機関全体ではなく、先生が診察される初診患者についてご回答ください）

診断の内訳（初診患者のみ）	割合
特に精神・神経系の診断はつかない	（　　）%
MCI	（　　）%
軽度認知症	（　　）%
中等度以上の認知症	（　　）%
その他の精神・神経疾患	（　　）%
合計	100%

質問 8　**患者様ご本人と家族が一緒に来院した場合を想定して**ご回答ください。
先生ご自身が、診断の際に行っていることについてお伺いします。
それぞれの項目について、もっとも当てはまる番号を1つ選んで〇をつけてください。

		積極的に実施している	求められたら実施している	あまり実施していない	実施していない
1	本人への病名告知	1	2	3	4
2	家族への病名告知	1	2	3	4
3	本人への予後の告知	1	2	3	4
4	家族への予後の告知	1	2	3	4
5	本人の想いや不安を受けとめる心理的サポート（情緒的支援）	1	2	3	4
6	家族の想いや不安を受けとめる心理的サポート（情緒的支援）	1	2	3	4
7	本人の生活状況の詳細な聴取	1	2	3	4
8	その他（　　）	1	2	3	4

認知症の診断後支援について伺います

質問9　ご勤務されている医療機関(複数ある場合には主たる勤務先)における
認知症と診断された本人やその家族への診断後支援の実施状況についてお伺いします。
それぞれの項目について、もっとも当てはまる番号を1つ選んで○をつけてください。

		積極的に実施している	求められたら実施している	あまり実施していない	実施していない
1	認知症の特性、治療方法、症状との付き合い方についての情報提供	1	2	3	4
2	地域包括支援センターについての情報提供	1	2	3	4
3	介護保険の申請や介護保険サービスに関する情報提供	1	2	3	4
4	権利擁護に関する情報提供や利用支援(成年後見制度、虐待・経済被害対策、日常生活自立支援事業)	1	2	3	4
5	経済的支援に関する情報提供や利用支援(障害年金、生活保護、医療費助成など)	1	2	3	4
6	家族会に関する情報提供	1	2	3	4
7	認知症の当事者の会(本人ミーティングなど)に関する情報提供	1	2	3	4
8	認知症カフェなど、介護保険サービス外の地域の居場所や交流の場に 関する情報提供	1	2	3	4
9	区市町村役所/役場や地域包括支援センター、介護保険事業所等、 関係機関との連絡調整	1	2	3	4
10	本人・家族の心理的サポート(カウンセリング等)	1	2	3	4
11	運転免許の更新・返納に関する情報提供	1	2	3	4
12	若年性認知症者等の就労に関する情報提供	1	2	3	4
13	その他(　　)	1	2	3	4

次のページへ⇒

質問 10　ご勤務されている医療機関(複数ある場合には主たる勤務先)での
認知症の診断後支援としての**地域に対するアプローチの実施状況**についてお伺いします。
それぞれの項目について、もっとも当てはまる番号を1つ選んで○をつけてください。

		している	していない	していないが今年度中に開始予定
1	認知症カフェの運営	1	2	3
2	地域の認知症カフェへの講師派遣などの協力	1	2	3
3	地域の認知症カフェを周知するための協力(院内の掲示など)	1	2	3
4	本人ミーティング(ピアサポート)の運営	1	2	3
5	地域の本人ミーティング(ピアサポート)への講師派遣などの協力	1	2	3
6	地域の本人ミーティング(ピアサポート)を周知するための協力 (院内の掲示など)	1	2	3
7	家族会の運営	1	2	3
8	地域の家族会への講師派遣などの協力	1	2	3
9	地域の家族会を周知するための協力(院内の掲示など)	1	2	3
10	自治体等で主催する介護者教育教室や家族会との連携や協力	1	2	3
11	地域包括支援センターが主催する地域ケア会議への参加	1	2	3
12	地域で開催される事例検討会やネットワーク会議などへの参加	1	2	3
13	その他 (　　)			

質問 11　勤務されている医療機関(複数ある場合には主たる勤務先)の所在地である自治体
あるいは二次保健医療圏内の、優れた認知症の診断後支援の活動、組織、団体などがあれば
ぜひ教えてください。

質問12　医療機関が診断後支援を行うときの課題や難しさは、どのようなことだとお考えですか。

認知症の抗体医薬(現時点で保険適応があるのはレカネマブ)による治療提供体制について伺います。

質問 13　ご勤務されている医療機関(複数ある場合には主たる勤務先)では、現在、レカネマブによる治療を提供していますか。(○はひとつ)

1. 提供している	2.　提供していない

質問 14　質問 13 で「2. 提供していない」と回答された方のみに伺います。

質問14－1 勤務されている医療機関(複数ある場合には主たる勤務先)では、今後 1 年以内にレカネマブによる治療を開始する予定はありますか。(○はひとつ)

1. ある	2. ない

質問14－2 レカネマブによる治療を希望する方に、レカネマブによる治療を提供している医療機関を紹介していますか。(○はひとつ)

1. 紹介している	2. 紹介していない	3. レカネマブによる治療を希望した患者はいない

質問 15 にお進みください。

質問15　他院でレカネマブによる治療を受けている期間の認知症の診断後支援は、どの医療機関がするべきとお考えになりますか。<u>もっとも当てはまる番号を1つ選んで○をつけてください</u>。

1	かかりつけ医
2	レカネマブ投与医療機関
3	その他 (　　)

次のページへ⇒

独居認知症高齢者へのご対応について伺います

問16　ご担当される患者全体のなかで、「生活支援が必要と考えられるが、支援が入っていない独居の認知症患者」はどのくらいいますか。もっとも当てはまる番号を1つ選んで○をつけてください。

1. よくいる	2. まあまあいる	3. あまりいない	4. 全くいない	5. わからない

問17　**質問 16で「1. よくいる」「2. まあまあいる」「3. あまりいない」と回答された方**に伺います。「生活支援が必要と考えられるが、支援が入っていない独居の認知症患者」へ、どのような対応をされていますか。各項目について、もっとも当てはまる番号を1つ選んで○をつけてください。

		たいていあてはまる	ときどきあてはまる	あまりあてはまらない	まったくあてはまらない
1	別居家族に連絡をする	1	2	3	4
2	自院で対応する（往診、電話による支援）	1	2	3	4
3	地域包括支援センターや行政機関に相談する	1	2	3	4
4	認知症疾患医療センターに紹介する （認知症疾患医療センター勤務の先生を除く）	1	2	3	4
5	その他 （　　）	1	2	3	4
6	特別な対応はしない	1	2	3	4

令和 6 年度の診療報酬改定で、人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定）が加わりました。
厚生労働省による「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に従い、今後いっそう、地域でもアドバンス・ケア・プランニング※（ACP）を推進していく動きが強まることが考えられます。そこで、先生が現在実践されている ACP に関する取り組みについて伺います。

※参考：アドバンス・ケア・プランニングのための普遍的原則 （英国 National Health Service, 2022）
アドバンス・ケア・プランニングとは、将来のケアに関する本人の希望や優先順位について、本人とケア提供者が自発的に話し合うプロセスであり、本人がそれらのことについて有意義な会話ができる精神的能力を有している間に行われる。時間をかけて何度も話し合うことにもなるこのプロセスにおいては、つねに本人の希望と感情を十分に考慮し、尊重しなければならない。その結果、本人は、より大きな当事者意識を持ち、自らにとって最も重要なことを考え、共有する機会を得ることが可能となる。

質問18　ACP（またはそれに相当するコミュニケーション）を行ったり、その記録を残したりしていますか。もっとも当てはまる番号を1つ選んで○をつけてください。

1	すべての患者と行う方針である
2	死期が迫っている等、必要と考える患者と行っている
3	基本的に、行っていない

質問19　かかりつけ医が ACP を行おうとする際の障壁は何だと思いますか。
もっとも当てはまる番号を1つ選んで○をつけてください。

1	時間がとれない
2	知識や技術の不足
3	死を話題にすることが難しい
4	その他（　　）

次のページへ⇒

最後の質問です

質問20　強いて順位をつけるなら、認知症サポート医の役割として、以下のどれをもっとも重視していますか？もっとも当てはまる番号を1つ選んで○をつけてください。

1	認知症の予防
2	認知症の診断
3	共生社会の実現
4	認知症の研究
5	その他(　　)

東京都健康長寿医療センターでは、認知症を診断した後の患者さんの well-being につながるような研究を継続して参ります。
先生方の実践を教えていただいたり、別の研究へのご協力をお願いすることがあろうかと思います。
ご協力をご検討いただける先生は、ぜひ、お名前とご連絡先(メールアドレス)をご記入ください。

ご所属 _____

お名前 _____

ご連絡先(メールアドレス)_____

アンケートは以上です。ご協力いただきありがとうございました。
返信用封筒にて、11 月 12 日(火)までにご返送ください。

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

認知症診断後の家族支援の現状と課題
～診断から支援につなぐ体制整備に向けて～

研究分担者
涌井智子　東京都健康長寿医療センター研究所　准主任研究員
矢吹知之　高知県立大学　教授
井藤佳恵　東京都健康長寿医療センター研究所　研究部長
岡村毅　東京都健康長寿医療センター研究所　研究副部長

研究要旨
本研究は、認知症患者の家族が診断後に受けている支援の実態と課題を明らかにすることを目的に、認知症と診断された患者の家族を対象とした質問紙調査を実施した。全国の認知症疾患医療センターおよび東北エリアのサポート医を通じて 1050 票を配布し、2025 年 2 月末時点で 132 票の回答を得た。
予備解析の結果、違和感を覚えてから確定診断に至るまで平均 12.2 カ月を要し、診断確定プロセスに大きな個人差が認められた。診断直後に家族が求めた情報は「介護保険申請手続」「介護保険サービス利用」「認知症への対応」が多く、診断時点における介護生活に関する情報提供の必要性が示唆された。また、診断により安心感を得る一方で、本人の生活や症状進行への不安も高率に報告された。(Ministry of Health Labour and Welfare, 2023)
今後は、最終回収データを加え、家族支援に関連する要因を分析し、包括的な診断後支援モデルの構築を目指す。

A.　研究目的

認知症は、本人のみならず家族にとっても生活に大きな影響を及ぼす疾患であり、早期からの適切な支援が生活の質（Quality of Life: QOL）維持に不可欠である。とりわけ、診断直後の時期は、本人と家族が将来の生活設計や支援体制の構築を考える上で極めて重要な段階であり、診断後支援（post-diagnostic support）の提供が重要視される。

海外では、例えばイギリスの「National Dementia Strategy」[1]やオーストラリアの「Dementia Pathways」[2,3]など、診断後支援を制度的に整備する動きが進められてきた。しかし、日本においては、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）や認知症基本法[4]の成立などにより診断後支援の重要性は認識されつつあるものの、実際に家族がどのような支援を受けているか、その実態については十分に明らかになっていない。

特に、家族介護者は、認知症患者の日常生活の支援を担う中心的存在であり、診断直後からの情報提供、心理的支援、社会資源へのアクセス支援などが不可欠である。しかし、実際には診断告知後に適切な支援につながらないケースも多く、家族の負担感や孤立感が高まるリスクが懸念される。

こうした背景から、本研究は認知症患者の家族が認知症診断後に得ている支援の実態を明らかに

するため、①家族への診断後支援の実態を明らかにすること、②家族への診断後支援促進に向けた要因を明らかにすることを目的に、認知症の診断を受けた患者の家族を対象に調査を行った。

B.　研究方法

本研究は、日本全国の認知症疾患医療センターおよび東北エリアの認知症サポート医のいる施設を対象に、家族への調査票配布協力を募り、協力に同意した施設経由で家族を対象にしたアンケート調査を配布した。

家族調査への協力に同意した認知症疾患医療センター78 施設および東北のサポート医のいる 27 施設を経由して、各施設当たり 10 票の自記式質問紙（計 1050 票）の配布を依頼した。

調査期間は 2025 年 1 月～3 月である。

調査項目は、診断のプロセス、認知症の診断後に診断施設において得られた情報支援の内容、認知症診断と介護保険サービスへのアクセスとの乖離期間（空白の期間）とした。

本報告では、2025 年 2 月末時点までに回収された回答データに基づき実施した予備解析の結果を報告する。

なお本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所の倫理委員会において審査を経た方法に則り実施した。

C.　研究結果

2025 年 2 月末日時点において 41 施設 132 票の返信があった。

介護者の平均年齢は 64.0 歳（SD＝11.5）であり女性が 66.7%を占めていた。家族介護者の属性は、夫（18.2%）、妻（24.2%）、子ども（43.9%）、嫁（8.4%）となっていた。世帯構成は夫婦のみ世帯が最も多く 34.1％、続いて夫婦と未婚の子（24.2%）、ひとり親と未婚の子（12.1%）、三世代世帯（8.3%）、単身世帯（6.1%）となっていた。

認知症の違和感を覚えてから（疑い）鑑別診断（確定）に至るまでの期間は、平均 12.2 カ月（SD=21.2, 0-170:最小-最大）であった。診断から介護保険サービスに至るまでの期間は平均 15.1 カ月（SD=19.6、 0-84:最小-最大）となっていた。

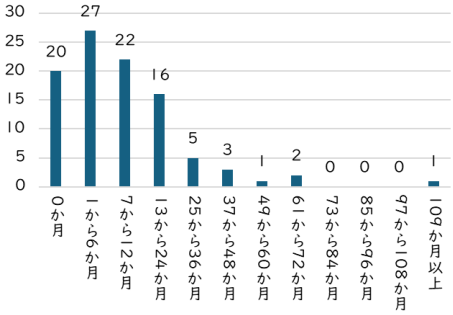


図１：認知症の違和感を覚えてから（疑い）鑑別診断（確定）に至るまでの期間

認知症の診断までに受診した医療機関数は 1 か所が最も多く 51.5%、2 か所が 28.8%、3 か所以上が 8.3%となっていた。

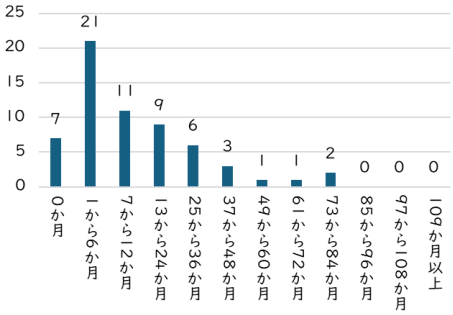


図２：診断から介護保険サービスに至るまでの期間

家族にとっての診断を受けることの意味として、

- *やっと公的支援の申請ができると安心した。*
- *やっぱりそうかと納得した。*

等と感じており、「ほっとした」と回答したのは 38.6%となっていた。

一方で、「本人の生活に不安：47.7%」「（症状の）進行による変化がわからず不安：59.8%」といった声が上位に挙がっていた（複数回答）。

- *とにかく家族が不安。本人には手厚く接するが、家族の気持ちに寄り添う人達がいない。*
- *両親の介護と家族の介護と両立ができるか常に不安。*
- *介護保険サービス利用の説得は時間がかかると思った。*

表１　認知症診断時の家族の気持ち

	人数	割合
ほっとした	51	38.6%
本人が受け入れていない	44	33.3%
自分が受け入れられず	14	10.6%
接し方がわからなかった	21	15.9%
認知症がわからず今後に不安	21	15.9%
本人の生活に不安	63	47.7%
経済的不安	31	23.5%
進行による変化がわからず不安	79	59.8%
周囲の理解への不安	21	15.9%
自分の仕事継続に不安	31	23.5%
介護方法わからず不安	36	27.3%
介護保険の利用方法がわからない	30	22.7%
その他	11	8.3%

一方で、診断時に必要とされた情報は、介護保険サービス利用が 61.4%、介護保険申請手続きが 59.8%、認知症への対応が 55.3%となっていた。

表２　診断時に必要な情報

	必要な情報	
	人数	割合
介護保険申請手続	79	59.8%
介護保険サービス利用	81	61.4%
認知症への対応	73	55.3%
認知症カフェ・家族会	31	23.5%
お金	49	37.1%
自分の就業継続等	20	15.2%
本人の就業継続	5	3.8%
身近な医療機関	49	37.1%
権利擁護	5	3.8%
その他	3	2.3%

D.　考察

本研究の予備解析結果から、認知症診断後における家族支援におけるいくつかの課題が浮かび上がった。

第一に、認知症の違和感を覚えてから確定診断に至るまでに平均 12.2 カ月、標準偏差が 21 カ月要しており、診断確定に至るまでのプロセスに個人差が大きいことが示された。複数医療機関を受診するケースが一定数見られ、早期診断を促進するためには、かかりつけ医等による早期介入体制の強化や、認知症に関する一般医療機関の知識向上が求められる。

第二に、診断直後に家族が求めた情報として、「介護保険申請手続」「介護保険サービス利用」「認知症への対応」が上位に挙げられた点は、診断時点での介護生活に関する情報提供が極めて重要であることを示している。医療から介護へシームレスに移行する支援体制を構築するためには、診断施設において、その後利用しうる介護保険サービスの具体的な情報支援が不可欠と思われた。また、認知症ケアに関する実践的な支援や、地域資源（認知症カフェ・家族会等）に関する情報が不足している現状は、家族の孤立防止や介護準備支援の観点から早急な対応が求められる。

さらに、診断を受けた家族の心理面では、「ほっとした」と感じる肯定的な受け止めが一定数認められた一方で、「本人の生活に対する不安」や「症状進行に対する不安」が高率に認められた。家族の心理的負担軽減に向けては、単なる情報提供にとどまらず、家族自身を支えるための心理的支援やピアサポートの充実が重要である。さらに、介

護方法や介護保険制度の利用方法に関する不安も多く報告されており、診断時点から家族に対する実践的な支援を組み込む取り組みが求められる。

本研究は予備的解析に基づくものであり、さらなるデータ蓄積と検討が必要であるが、現時点でも認知症診断後支援体制の強化に向けた課題と方向性を示す重要な知見と考えられる。

E. 結論と今後の方針

本研究の予備解析から、認知症診断後における家族支援の現状として、診断確定までのプロセスにおける個人差、診断時点における介護生活に関する情報提供の不足、診断直後の家族の心理的不安の大きさといった課題が明らかとなった。特に、診断直後からの医療・介護連携支援の重要性や、家族に対する継続的な心理的支援体制の必要性が示唆された。

今後の方針としては、2025 年 3 月末までに得られる最終回収データを加え、家族支援に関連する要因をより詳細に分析するとともに、診断後支援における課題と効果的な介入ポイントを整理する予定である。最終的には、診断時から家族支援を組み込んだ包括的な支援モデルの構築に向け、実践的な示唆を得ることを目指す。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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

参考文献

1. イギリス保健省（Department of Health）.（2009）.『認知症とともにより良く生きる：国家認知症戦略（Living well with dementia: A national dementia strategy)』. ロンドン：イギリス保健省. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7b63e9e5274a34770eb5f4/dh_094052.pdf

2. Australian Government Department of Health and Aged Care（オーストラリア政府保健・高齢者ケア省）.（2024）.『National Dementia Action Plan 2024–2034』. https://www.health.gov.au/our-work/national-dementia-action-plan

3. Victorian and Tasmanian Primary Health Network Alliance（ビクトリア州・タスマニア州プライマリーヘルスネットワーク連盟）.（2023）.『 Dementia Support Pathways and Implementation 』. https://vtphna.org.au/wp-content/uploads/2023/02/PHN-Dementia-Health-Pathways-Policy-Guidance-Final.pdf

4. Ministry of Health Labour and Welfare. (2023). *The Basic Act on Dementia to Promote the Realization of a Symbiotic Society.* Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119099.pdf?utm_source=chatgpt.com

令和６年度 厚生労働科学研究　認知症診断後支援の総合的・学際的研究

認知症の診断後の支援に関する
介護者の方へのアンケート

たいへんお手数ですが、ご協力よろしくお願いします。

●このアンケートの目的は何ですか？

このアンケートは、令和6年度厚生労働省厚生労働科学研究費により実施しており、認知症と診断後にこれからの生活を含めたより良いサポートを実現することを目的としています。この結果をもとに、日々ご自宅等で認知症の方と生活する皆様の支援につながるよう、国や行政に働きかけを行う予定です。

●誰に配っていますか？

全国の認知症専門の医療機関やサポート医にご協力いただき、病院に通院されているご家族の皆様にお配りしています。調査票において、ご記入いただいた内容は、全て数値化され、個人が特定されることはありません。

日々ご多忙のところ大変心苦しく存じますが何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

●どのように使われるのですか？

結果は、東京都健康長寿医療センター研究所のホームページに掲載されます。また、個人が特定されない形で、学術会議や学術雑誌などで報告させていただきます。

到着後 2週間以内に返送してください

対 象 者　認知症の方を介護しているご家族の皆さま

個人情報の取り扱いについて

この調査で得た情報は、統計的に処理を行い調査の目的以外には用いません。回答者が特定できないようコード化し、研究責任者以外がアクセスできないようパスワード設定を行います。ご記入いただいた内容は、東京都健康長寿医療センターの倫理審査委員会の承認を受け、定められた事項に基づいて適切に取り扱います。

以上について　□同意しました　→次のページから回答をお願いします。
□同意できません　→このまま破棄していただいて結構です。

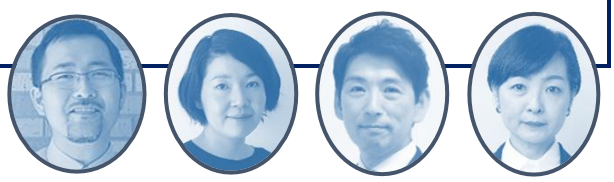
このアンケートの実施主体･問合せ先、担当者

東京都健康長寿医療センター研究所 **自立促進と精神保健研究チーム** 研究責任者 岡村 毅

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35 番 2 号

事務局：涌井・山下・田中　電話 090-9010-3616

共同研究者　涌井智子、矢吹知之、井藤佳恵



私たちが、責任をもって管理し、分析します。

ご協力よろしくお願いします。

1. まず、ご記入いただいているあなたご自身について伺います。

Q1 あなたの今の年齢	Q2 あなたの性別	Q3 あなたは結婚していますか
歳	男 ・ 女	1．未婚　2．既婚　3．離別　4．死別

Q4 あなたからみて介護が必要な方は下記のどれに該当しますか。(1 つだけに○)

1．妻　2．夫　3．実父　4．実母　5．義父　6．義母　7．祖父　8．祖母
9．きょうだい　10．娘　11．息子　12．その他（　　）

Q5 あなたの世帯構成は下記のどれに該当しますか。(1 つだけに○)

1．単身世帯　2.夫婦のみの世帯　3.夫婦と未婚の子のみの世帯
4．ひとり親と未婚の子のみの世帯　5.三世代同居
6．その他の世帯（具体的に　　）

Q6 あなたは現在、仕事をしていますか。仕事の状況により、5-1 と 5-3 にもお答えください。

1．仕事をしている　2. 仕事をしていない　3．休職中

6-1.現在の雇用の状況

1. 正規雇用
2. 非正規雇用(パート、アルバイト等)
3. 自営業
4. その他（　　）

6-3.休職の理由

1. 介護が理由で休職中
2. 介護以外の理由で休職中

Q7 認知症のご本人が診断を受けた後、或いはあなたが介護をするようになってから、あなたが仕事を辞めたり転職した経験がありますか？(1つだけに○)

1．辞めた経験がある　2．転職した経験がある　3．仕事に変化はない　4．仕事をしていない

Q8 あなたご自身の健康状態について、どのようにお感じですか？ (1つだけに○)

1．まったく健康ではない　2．あまり健康ではない　3．どちらともいえない
4．まあ健康　5．非常に健康

Q9 あなたのご家庭の暮らし向きを総合的に見て、どう感じていますか？ (1 つだけに○)

1．かなり苦しい　2．やや苦しい　3．どちらともいえない
4．少しゆとりがある　5．十分にゆとりがある

Q10 あなたが最後に卒業された学校は次のうちどれにあたりますか。(1 つだけに○)

1．中学校　2．高等学校　3．短大・専門学校　4．大学　5．大学院
6．その他（具体的に：　　）

Q11 あなたの介護に関するご経験について教えてください。(あてはまるものすべてに○)

1．医療や介護、看護に関係する就業経験がある
2．親族の介護経験がある
3．介護に関連した経験はない

2. 認知症のご本人のことについて伺います。

Q12 その方の年齢	Q13 その方の性別
歳	男 ・ 女

Q14 ここ３カ月の認知症のご本人の方の症状を教えてください(1つに○)

1．認知症の症状はない
2．多少のイライラや不安などの症状はあるが日常生活にはほとんど問題ない
3．過剰な心配、疑り深いなどの症状はあるが、見守りや口頭の対応があれば日常生活を送ることが可能
4．家から出て行ってしまい帰宅できないなどの症状があり、常に目が離せない
5．自分を傷つける、他者への暴力などが多く、専門的医療が必要
6．自分の意思で行動することや、意思疎通ができない

Q15 認知症のご本人の方に以下に該当しますか？(それぞれ、はい、あるいは、いいえに○)

1．	過度に歩き回ることが多い	はい　いいえ
2．	同じ動作を何回も繰り返してしまう	はい　いいえ
3．	日常的な物事に関心を持てない	はい　いいえ
4．	話をしてもらうことを受け入れられない	はい　いいえ
5．	特別な理由がないのに夜中に起きて布団から出てしまう	はい　いいえ

Q16 要支援･要介護度を教えてください(1つに○)

1．認定を受けていない　2．認定待ち　3．要支援１　4．要支援２
5．要介護１　6．要介護２　7．要介護３　8．要介護４　9．要介護５　10．不明

3 「認知症かもしれない」/「以前と少し違うな」と思いだした時期から介護保険サービス利用までの時期

Q17 認知症かもしれないと思いだした時期はいつですか

平成・令和　　年　　月頃

Q18 あなたが見守ったり手を貸したりするようになった時期はいつですか

平成・令和　　年　　月頃

Q19 病院で認知症の診断を受けた時期はいつですか(認知症の可能性を言われた時期)

平成・令和　　年　　月頃

Q20 介護保険サービスを利用し始めた時期はいつですか

平成・令和　　年　　月頃

4 診断の診断を受けたときのことについて伺います。

Q21 認知症の診断を受けるために病院を受診したのはどなたからの勧めでしたか(ひとつに○)。

1．本人(被介護者の方)が違和感を覚え受診を希望した
2．あなた自身を含めた同居するご家族
3．同居以外のご家族や親せき
4．ケアマネジャー等医療や介護の専門家
5．その他（　　）

Q22 本人(被介護者の方)は、診断のために医療機関に行くことを躊躇しましたか(ひとつに○)。

1．とても躊躇した　2．多少躊躇した　3．あまりしなかった　4．全くしなかった

その時の状況と理由について教えてください（自由記述）

Q23 現在の認知症の診断を受けるまでに、何か所の医療機関を受診しましたか？

1. 1か所だけ　2. 2か所　3. 3か所　4．4か所以上
（具体的に：　　箇所）

23-1 複数の医療機関の受診経験がある方、現在の認知症の診断名と、最初の診断に違いはありますか？

1. 違いはない　2. 違いがある

23-2 最初の診断名を教えて下さい。

1．アルツハイマー型認知症
2．脳血管性認知症
3．レビー小体型認知症
4．前頭側頭型認知症
5．MCI（軽度認知障害）
6．どのタイプの認知症かわからない
7．うつ病
8．その他の認知症（　　）

Q24 現在の認知症の診断名を教えて下さい。

1．アルツハイマー型認知症　2．脳血管性認知症
3．レビー小体型認知症　4．前頭側頭型認知症
5．MCI（軽度認知障害）　6．どのタイプの認知症かわからない
7．うつ病　8．その他の認知症（　　）

別紙４

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

該当なし

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
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	e70012	2025
Hitomi Matsui, Takehiro Tamura, Tsuyoshi Okamura, Genichi Sugihara, Ko Furuta, Yuki Omori, Masashi Kameyama, Shuichi Awata, Takashi Takeuchi, Hidehiko Takahashi	Indicative biomarkers of Lewy body disease with oral sensory hallucinations in the older people	Psychiatry Clin. Neurosci. Rep.	3	e171	2024
Iizuka A, Ura C, Yamashita M, Ito K, Yamashiro M, Okamura T.	"GO" to move toward dementia-friendly communities: A pilot study	Brain Behav	14(6)	e3581.	2024
Ura C, Wakui T, Kugimiya Y, Okamura M, Yamamura M, Okado H, Kaneko M, Yamashita M, Awata S, Okamura T.	Having a consultation partner, including relatives, and the well-being of older people living with cognitive decline: Both sides of the story.	Psychogeriatrics.	24(5)	1173-1175.	2024
Okamura T, Iizuka A, Mitsui M, Sakurai H, Nishi M, Ura C.	Welfare to Meaningful Work	Int J Geriatr Psychiatry	40(1)	e70043	2025
Okamura T, Ura C.	Inter- or intragenerational conflict: Insights from clinical experience. 2025 Feb 15:100053. doi: 10.1016/j.inpsyc.2025.100053.. PMID: 39956673.	Int Psychogeriatr.	Epub ahead of print	Epub ahead of print	2025

岡村毅、宇良千秋、髙瀬顕功、小川有閑、島薗進.	高齢化の進むコミュニティにおける臨床宗教師の可能性の検討	老年精神医学雑誌	35(10)	1043-1048	2024
見城澄子 ・中山莉子 ・枝広あや子・岡村毅・宇良千秋.	認知症とともに生きる人を含めた地域住民の「認知症本人発：希望のリレーフォーラム」への参加を実現する過程と参加した体験に関する報告；本人たちの声を聞いた人々へと渡された「希望」と「尊厳」そして「自信」のバトン.	認知症ケア事例ジャーナル	16(4)	250-254	2024
小野真由子, 畠山啓, 齋藤久美子, 井藤佳恵.	認知症の抗体医薬に関する相談対応マニュアル作成に向けた取組み　認知症疾患医療センターに寄せられた問い合わせの分類.	老年精神医学雑誌	35(5)	491-501.	2024
岡村毅、飯塚あい、三井美穂子、櫻井花、宇良千秋	高齢期に働く動機の分析：高齢期に働く多様な場があることがのぞましい.	老年精神医学雑誌	InPress	InPress	2025

様式-書式５

整理番号	R24-044

2024年　8月 22日

研究倫理審査結果通知書

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター

センター長　　殿

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター
研究倫理審査委員会
東京都板橋区栄町35番２号
委員長　小林　江里香

審査依頼のあった件についての審査結果を下記のとおり通知いたします。

記

研究課題名	認知症疾患医療センターにおける診断後支援の調査
研究責任者	岡村　毅
審査事項 （審査資料）	■実施の適否　　■研究申請書　（ 2024年　7月 29日付/研究-書式3） □継続の適否 □重篤な有害事象等 □有害事象に関する報告書　（　　年　　月　　日付/研究-書式10） □有害事象及び不具合に関する報告書（　　年　　月　　日付/研究-書式11） □研究計画に関する変更（変更申請書　（　　年　　月　　日付/研究-書式8）） □研究計画書からの逸脱に関する報告書（　　年　　月　　日付/研究-書式12） □継続審査（実施状況報告書（　　年　　月　　日付/研究-書式9）） □その他（　　）
審査区分	□委員会審査（審査日：　　年　　月　　日） ■迅速審査　（審査日： 2024年　8月 22日） □緊急審査　（審査日：　　年　　月　　日）
審査結果	■承認　□修正の上で承認　□却下　□既承認事項の取り消し　□保留　□取下げ
「承認」以外の場合の理由等	
備考	・「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」非該当

2024年　8月 22日

研究責任者
自立促進と精神保健研究チーム・岡村　毅　　殿

依頼のあった臨床研究に関する審査事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
センター長　秋下　雅弘

様式-書式５

整理番号	R24-080

2024年 11月　1日

研究倫理審査結果通知書

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター

センター長　　殿

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター
研究倫理審査委員会
東京都板橋区栄町35番２号
委員長　小林　江里香

審査依頼のあった件についての審査結果を下記のとおり通知いたします。

記

研究課題名	東京都の認知症サポート医における診断後支援の実態の分析
研究責任者	岡村　毅
審査事項 （審査資料）	■実施の適否　　■研究申請書　（ 2024年 10月 22日付/研究-書式3） □継続の適否 □重篤な有害事象等 □有害事象に関する報告書　（　　年　月　日付/研究-書式10） □有害事象及び不具合に関する報告書（　　年　月　日付/研究-書式11） □研究計画に関する変更（変更申請書　（　　年　月　日付/研究-書式8）） □研究計画書からの逸脱に関する報告書（　　年　月　日付/研究-書式12） □継続審査（実施状況報告書（　　年　月　日付/研究-書式9）） □その他（　　）
審査区分	□委員会審査（審査日：　　年　月　日） ■迅速審査　（審査日： 2024年 11月　1日） □緊急審査　（審査日：　　年　月　日）
審査結果	■承認　□修正の上で承認　□却下　□既承認事項の取り消し　□保留　□取下げ
「承認」以外の場合の理由等	
備考	・「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」非該当

2024年 11月　1日

研究責任者
自立促進と精神保健研究チーム・岡村　毅　　殿

依頼のあった臨床研究に関する審査事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
センター長　秋下　雅弘

様式-書式５

整理番号	R24-084

2024年 11月 27日

研究倫理審査結果通知書

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター

センター長　　殿

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター
研究倫理審査委員会
東京都板橋区栄町35番２号
委員長　小林　江里香

審査依頼のあった件についての審査結果を下記のとおり通知いたします。

記

研究課題名	認知症と診断された人々のケアを担う家族における診断後支援の実態に関する研究
研究責任者	岡村　毅
審査事項 （審査資料）	■実施の適否　　■研究申請書　（ 2024年 11月　4日付/研究-書式3） □継続の適否 □重篤な有害事象等 □有害事象に関する報告書　（　　年　　月　　日付/研究-書式10） □有害事象及び不具合に関する報告書（　　年　　月　　日付/研究-書式11） □研究計画に関する変更（変更申請書　（　　年　　月　　日付/研究-書式8）） □研究計画書からの逸脱に関する報告書（　　年　　月　　日付/研究-書式12） □継続審査（実施状況報告書（　　年　　月　　日付/研究-書式9）） □その他（　　）
審査区分	□委員会審査（審査日：　　年　　月　　日） ■迅速審査　（審査日： 2024年 11月 27日） □緊急審査　（審査日：　　年　　月　　日）
審査結果	■承認　□修正の上で承認　□却下　□既承認事項の取り消し　□保留　□取下げ
「承認」以外の場合の理由等	
備考	・東京都健康長寿医療センター研究倫理審査委員会中央一括審査対象の従たる研究機関（別紙一覧）を含む。

2024年 11月 27日

研究責任者
自立促進と精神保健研究チーム・岡村　毅　　殿

依頼のあった臨床研究に関する審査事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
センター長　秋下　雅弘

様式-書式５

整理番号	R24-091

2024年 11月 21日

研究倫理審査結果通知書

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター

センター長　　殿

地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター
研究倫理審査委員会
東京都板橋区栄町35番２号
委員長　原田　和昌

審査依頼のあった件についての審査結果を下記のとおり通知いたします。

記

研究課題名	認知症サポート医における診断後支援の実態の分析
研究責任者	岡村　毅
審査事項 （審査資料）	■実施の適否　　■研究申請書　（ 2024年 11月 14日付/研究-書式3） □継続の適否 □重篤な有害事象等 □有害事象に関する報告書　（　　年　月　日付/研究-書式10） □有害事象及び不具合に関する報告書（　　年　月　日付/研究-書式11） □研究計画に関する変更（変更申請書　（　　年　月　日付/研究-書式8）） □研究計画書からの逸脱に関する報告書（　　年　月　日付/研究-書式12） □継続審査（実施状況報告書（　　年　月　日付/研究-書式9）） □その他（　　）
審査区分	□委員会審査（審査日：　　年　月　日） ■迅速審査　（審査日： 2024年 11月 21日） □緊急審査　（審査日：　　年　月　日）
審査結果	■承認　□修正の上で承認　□却下　□既承認事項の取り消し　□保留　□取下げ
「承認」以外の場合の理由等	
備考	・「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」非該当

2024年 11月 21日

研究責任者
自立促進と精神保健研究チーム・岡村　毅　　殿

依頼のあった臨床研究に関する審査事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
センター長　秋下　雅弘