

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

令和7年度  
総括・分担研究年度終了報告書

研究代表者  
東京都健康長寿医療センター 岡村 毅  
令和8(2026)年 5月

# 目 次

## 第1部 総括研究年度終了報告

- 1 認知症診断後支援の総合的・学際的研究 ..... 1  
(岡村毅)

## 第2部 分担研究年度終了報告

- 1 認知症診断および介護サービス利用開始の遅延要因 ..... 7  
に関する検討:「空白の期間」に着目した探索的研究  
(岡村 毅、涌井 智子、井藤 佳恵、矢吹 知之)
- 2 本人ミーティングによる診断後支援の研究 ..... 20  
有識者インタビューによる本人ミーティングの促進要  
因と阻害要因の探索的研究  
(宮前 史子)
- 3 農園を活用した認知症診断後支援のシステム構築 ..... 29  
(宇良千秋、岡村毅)
- 4 認知症の人と認知症のない人が共に参加する参加型 ..... 44  
アートプログラムの効果:診断後支援における心理的  
側面と認知症観の変容に関する探索的研究  
(杉山 美香)
- 5 新たな診断後支援の形態としてのリロケーション後 ..... 51  
の支援の探索研究  
(山下 真里)
- 6 認知症疾患医療センターにおける診断後支援の実践 ..... 55  
に関する質的研究  
(枝広 あや子)
- 7 医療機関における認知症診断後支援の研究 ..... 62  
(岡村 毅、井藤佳恵、井原涼子、古田 光)

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

岡村毅 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長(研究代表者)

### 研究要旨

令和7年度は①空白の期間、②本人ミーティング、③農園、④アート、⑤リロケーション、⑥認知症疾患医療センター、⑦医療機関、の7つのプロジェクトを実施した。診断前後には長期の「空白の期間」が存在し、文化的・社会的要因が関与していた。本人ミーティング、農園、アート、リロケーション支援は、役割や人とのつながりを再構築する支援として機能していた。医療機関の調査からはACPや地域連携の重要性が示された。認知症診断後支援は、医療の付加的支援ではなく、医療・福祉・地域を横断する統合的・学際的支援であることで、希望と尊厳をもって暮らせる共生社会を実現するだろう。

### 目的

## 認知症基本法時代における診断後支援の総合的・学際的研究

2024年度は全国認知症疾患医療センターの全国調査をして基礎データを得た

### 2025年度は7つのプロジェクトを行った

#### 1. 空白の期間の研究

認知症の気づきから診断(BP1)は13.5か月、診断から介護保険サービス開始(BP2)は16.9か月。診断遅延には、受診ためらいや女性介護者が関連、サービス利用遅延には若年性認知症や家族等同居が関連。文化的・社会的要因が深く関与。

#### 2. 本人ミーティングによる診断後支援

本人ミーティングの成立条件と促進・阻害要因に関して半構造化インタビューを実施。「認知症をもつ本人が主体的に出会い、語り合い、社会へ開かれていくこと」であることが示されたが、制度化は時に阻害要因となる可能性も示唆された。

#### 3. 農園を活用した診断後支援

認知症の人を農園に繋ぐプロジェクトを伊東市で実装。出席率8割、精神的健康状態の維持・向上9割。従来型デイサービスへの抵抗感が軽減され進捗後に農園付きデイサービスへ移行事例も。

#### 6. 認知症疾患医療センターにおける診断後支援

全国調査に続き追加調査。診断後支援に積極的な施設では地域包括支援センターや当事者団体との連携が強かった。

#### 4. アート活用診断後支援

共同制作や作品共有を通して、参加者同士の交流や自己表現が活性化し、役割や自己肯定感の回復。

#### 5. リロケーション後診断後支援

転居直後の高齢者では、孤立や不安、生活再建困難。挨拶同行や交流会支援により不安が軽減され、スタディプロトコル作成。

#### 7. 医療機関の診断後支援

東京都の認知症サポート医においてACPを積極的に行う医師は、診断後支援も積極的に行っていた。

### ここから分かること

認知症診断後支援は、医療の付加的支援ではなく、医療・福祉・地域を横断する統合的・学際的支援であることで、希望と尊厳をもって暮らせる共生社会を実現する

## 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、医療が認知症とともに生きる人々の幸福のために何ができるのかを探求し、実装する」ことである。

認知症基本法は、認知症の人が希望と尊厳をもって地域で暮らし続けられる共生社会の構築を理念として掲げている。これは、認知症を診断し、その後は“認知症ではない人”を前提に設計された社会に適応できなくなった段階で施設や病院へ移行させるという従来型システムからの転換を意味する。すなわち、認知症の人を社会から切り離すのではなく、地域との関係を保ちながら生活を継続できるよう支援することが、現代の認知症医療・ケアに求められている。

これまで医学領域における認知症研究は、神経病理学的機序の解明、バイオマーカー研究、創薬、早期診断技術の開発を中心に発展してきた。我が国はアミロイドβ抗体医薬の開発という世界的成果を上げている。一方で、診断された後に本人と家族がどのように生活を再構築し、地域でその人らしく生きていくかという「診断後支援（post-diagnostic support）」の領域は、依然として十分に体系化されていない。

国際アルツハイマー病協会（ADI）の2022年報告書は、“We should not encourage people to have a diagnosis if post-diagnostic support is not available.”と述べ、診断後支援を世界的最重要課題として位置づけた。我が国でも、認知症の症状自覚から診断、さらに介護サービス利用開始までの間に長期の「空白の期間」が存在することが報告されている。この概念は、認知症診断後支援

の必要性を社会的に可視化し、認知症疾患医療センター運営事業要綱に「診断後等支援機能」が位置づけられる契機となった。

しかしながら、診断後支援にはなお多くの課題が残されている。第一に、診断後支援の全国的実態が十分把握されていないことである。第二に、アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型などの疾患特性や、若年性認知症、独居、社会的孤立、外国人、生活困窮など多様な社会背景に応じた、個別化された支援モデルが不足していることである。第三に、本人支援と家族支援、さらには意思決定支援を統合した支援モデルが十分構築されていないことである。

本研究では、こうした課題に対して、「空白の期間」という概念枠組みを用いながら、診断後支援の全国調査、効果検証、支援手引き作成を進める。同時に、認知症サポート医によるACP実践、本人ミーティングにおけるピアサポート、さらにケアファームを用いたgreen social prescribingなど、多様な診断後支援実践を対象として検討する。

本人ミーティングは、認知症当事者が主体的に集まり、自らの経験や希望を語り合うピアサポートの場である。認知症基本法および認知症施策推進基本計画においても、本人ミーティングは社会参加と社会発信を支える重要な実践として位置づけられている。一方で、実践の質や継続性には大きな差があり、どのような条件がエンパワメントを促進するのかは十分明らかでない。本研究では、成功している本人ミーティングの特徴を明らかにし、その促進要因・阻害要因を検討する。

また、診断後支援の重要な構成要素として、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）にも注目する。認知症は進行性疾患であり、意

思決定能力が徐々に変化するため、本人の価値観や人生観を共有する ACP は極めて重要である。しかし実際には、ACP が診断後支援として十分実装されているとは言い難い。そこで、本研究では地域における診断後支援の中核的担い手である認知症サポート医に着目し、ACP 実践の現状とその関連要因を明らかにする。

さらに、本研究では「社会的処方 (social prescribing)」の視点を導入する。認知症診断後の不安や孤独に対して、人や地域とのつながりを再構築する支援が国際的に注目されており、ケアファームは green social prescribing の代表例として位置づけられる。我々は既に農園活動を用いた QOL 向上効果を検証してきたが、認知症疾患医療センターから地域活動へ接続する仕組みは未整備である。本研究では、診断後支援としてケアファームを活用する実践を可視化し、地域包摂型支援モデルの構築を目指す。

本研究は、東京都健康長寿医療センターと板橋区が協働し、高島平地域で約 10 年間展開してきた Community-Based Participatory Research (CBPR) のフィールドを基盤としている。当事者、家族、地域住民、専門職、行政が協働するリビングラボ型研究を通して、単なる理論ではなく、現実社会に実装可能な診断後支援モデルを構築することを目指す。

令和 7 年度は以下の 7 つのプロジェクトを行った。

- 1) 空白の期間の研究
- 2) 本人ミーティングによる診断後支援
- 3) 農園を活用した診断後支援
- 4) アートを活用した診断後支援

- 5) リロケーション後の診断後支援
- 6) 認知症疾患医療センターにおける診断後支援
- 7) 医療機関の診断後支援

## B. 研究方法

### 1. 空白の期間の研究

認知症診断前後に支援が途切れる「空白の期間」に着目し、認知症の自覚から診断まで (BP1)、診断から介護保険サービス開始まで (BP2) の遅延要因を探索した。全国の認知症疾患医療センターおよび認知症サポート医の協力を得て、認知症外来患者の家族介護者を対象とした質問紙調査を実施した。調査項目には、受診への躊躇、家族関係、同居状況、情報提供状況などを含め、多面的要因を収集した。BP1・BP2 の長さを定量化し、ロジスティック回帰分析により関連因子を検討した。

### 2. 本人ミーティングによる診断後支援

認知症本人によるピアサポートの場である「本人ミーティング」の成立条件と促進・阻害要因を明らかにするため、研究者、実践者、行政研修担当者など有識者 3 名に半構造化インタビューを実施した。逐語録を作成し、Braun & Clarke のリフレクシブ・テーマ分析を用いて分析した。分析では、本人主体性、制度化との関係、発達プロセス、運営支援、地域実装条件などを中心に検討した。

### 3. 農園を活用した診断後支援

Green Social Prescribing の一環として、農園を活用したケアファーム型診断後支援の実装可能性を検討した。静岡県伊東市における自治体委託ケアファーム事業を

対象に、参加者 13 名と関係機関職員 7 名を分析対象とした。参与観察、アンケート、半構造化面接を用い、参加継続率、精神的健康状態、医療機関との連携、サービス移行状況などを多面的に評価した。

#### 4. アートを活用した診断後支援

認知症の人と家族を対象としたアート活動を、診断後支援の一形態として位置づけ、その実践可能性と意味を検討した。地域拠点やコミュニティスペースにおいて、創作活動、共同制作、作品共有などを行い、参与観察および参加者への聞き取りを実施した。特に、認知症診断後に失われやすい役割、自己表現、他者との交流がどのように再構築されるかに注目した。

#### 5. リロケーション後の診断後支援

高齢期の転居後に生じる社会的孤立や地域関係断絶に対する支援として、「ウェルカムプロジェクト」を実施した。独居高齢転入者を対象に、研究スタッフによる挨拶同行、地域交流会への参加支援を行い、質問紙評価と質的分析を実施した。CASP-19、WHO-5、LSNS-6 などを用いてウェルビーイングと社会的つながりを評価するとともに、転居後の生活再建過程を分析した。

#### 6. 認知症疾患医療センターにおける診断後支援

全国の認知症疾患医療センターを対象に、診断後支援の実態を把握するための全国調査を実施した。認知症カフェ、本人ミーティング、家族支援、ピアサポート、社会資源紹介などの実施状況、運営主体、課題、地域連携状況を調査した。また、診断後支援に積極的

な施設に対して追加調査を行い、支援モデルの特徴やベストプラクティスを質的に分析した。

#### 7. 医療機関の診断後支援

地域における診断後支援の担い手として認知症サポート医に着目し、ACP (Advance Care Planning)実践状況を調査した。東京都の認知症サポート医を対象に質問紙調査を行い、ACP の実施頻度、診断後支援に対する認識、継続教育の有無、地域資源との連携などを収集した。ACP を診断後支援の質を測る指標として位置づけ、関連要因を探索した。

### C. 研究結果

#### 1. 空白の期間の研究

BP1 の平均は 13.5 か月、BP2 は 16.9 か月であり、日本において診断前後に長期の支援空白が存在することが示された。診断遅延には、受診への躊躇や女性介護者が関連していた。一方、サービス利用開始の遅延には若年性認知症や同居が関連していた。これらの結果は、認知症診断および支援アクセスの遅延に、医学的要因だけでなく、文化的・社会的要因が深く関与していることを示唆した。

#### 2. 本人ミーティングによる診断後支援

本人ミーティングの本質は、「認知症本人が主体的に出会い、語り合い、社会へ開かれていくこと」であることが示された。一方で、行政事業化や数値目標化による制度化は、本人主体性を損なう阻害要因となり得た。また、本人ミーティングは単なる集まりではなく、「出会い→語り合い→社会提案」という段

階的発達過程を持つことが示された。本人主体性を尊重する支援、水平的関係、小さな成功体験が継続要因として重要であった。

### 3. 農園を活用した診断後支援

ケアファーム参加者の約 4 割は認知症疾患医療センターから紹介され、その多くが MCI 段階で早期に地域活動へ接続されていた。平均出席率は 75.8%と高く、約 9 割で精神的健康状態の維持・向上がみられた。特に男性参加者では、従来型デイサービスへの抵抗感が軽減され、農作業を介した共同活動が関係形成や役割回復に寄与していた。また、農園活動を経て農園付きデイサービスへ移行するなど、介護保険外から保険内サービスへのシームレスな接続も確認された。

### 4. アートを活用した診断後支援

アート活動は、認知症の人が「支援される存在」ではなく、「表現する主体」として関わる契機となった。共同制作や作品共有を通して、参加者同士の交流や自己表現が活性化し、役割感や自己肯定感の回復が観察された。また、言語能力低下を補完する非言語的コミュニケーション手段として機能し、家族や地域住民との新たな関係形成にも寄与していた。

### 5. リロケーション後の診断後支援

転居直後の高齢者では、孤立や不安、生活再建困難が観察された。挨拶同行や交流会支援により、「一人では地域に入れなかった」という不安が軽減され、地域との接点形成が促進された。支援者は「地域住民でも専門職でもない中間的存在」として機能し、地域参入時の心理的緩衝材となっていた。また、

転居後初期が精神保健上不安定な時期であることも示された。

### 6. 認知症疾患医療センターにおける診断後支援

全国調査では、診断後支援の内容や質に大きな地域差が存在した。認知症カフェ、本人ミーティング、家族会などを積極的に実施している施設もあった一方で、診断後支援機能が限定的な施設もみられた。特に、地域資源との接続方法、本人主体支援、家族支援統合のあり方に差異が存在した。積極的施設では、地域包括支援センターや当事者団体との連携が強かった。

### 7. 医療機関の診断後支援

認知症サポート医の ACP 実践には大きなばらつきが認められた。ACP を積極的に行う医師は、地域資源との連携意識が高く、診断後支援を「生活支援」として捉える傾向があった。一方で、ACP に十分取り組めていない医師では、時間不足や支援体制不足が課題として挙げられた。ACP は単なる終末期医療調整ではなく、診断後支援の質を反映する重要指標であることが示唆された。

## D. 考察

本研究群は、認知症診断後支援を「医療後の付加的支援」ではなく、「認知症とともに地域で生きることを支える社会的実践」として再定義した点に特徴がある。空白の期間研究は、診断・支援アクセス遅延に文化的・社会的要因が深く関与することを示し、本人ミーティング、農園、アート、リロケーション支援は、人とのつながりや役割を再構築する支援として機能していた。また、ACP や認知症疾

患医療センター研究からは、診断後支援が医療・福祉・地域を横断する統合的支援である必要性が示された。これらは認知症基本法の掲げる「希望と尊厳をもって暮らせる共生社会」の具体化に資する知見である。

#### E. 結論と今後の課題

本研究では、診断後支援を構成する多様

な実践を可視化し、その促進要因・阻害要因を明らかにした。今後は、各実践を地域実装可能なモデルとして体系化し、効果検証を進める必要がある。また、本人・家族・地域・専門職が協働する持続可能な支援体制を構築し、認知症基本法時代にふさわしい共生社会モデルへ発展させることが課題である。

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

認知症診断および介護サービス利用開始の遅延要因に関する検討  
「空白の期間」に着目した探索的研究

研究分担者 岡村 毅 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長  
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  
井藤 佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長  
矢吹 知之 高知県立大学 教授

研究要旨

認知症高齢者およびその家族の生活の質を向上させるためには、適切な時期における診断とケアの開始が不可欠である。日本では、診断前後の支援が途切れる「空白の期間」に注目が集まっているものの、期間に関連する要因を検討した定量的研究は限られている。本研究では、「空白の期間」の枠組みを用いて、診断の遅れおよび介護サービスへのアクセス遅延に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

本研究は、認知症疾患医療センターおよび認知症サポート医の協力の基、認知症外来患者の家族介護者を対象に質問紙調査を実施した。「空白の期間」は、認知症の自覚から診断までの期間(空白の期間Ⅰ)および診断から介護保険サービス開始までの期間(空白の期間Ⅱ)に区分し、各期間について75パーセンタイルを超える場合を遅延と定義した。

解析対象は216例であり、空白の期間Ⅰおよび空白の期間Ⅱの平均期間はそれぞれ13.5か月および16.9か月であった。ロジスティック回帰分析の結果、診断の遅れは介護者が女性であること、高齢者の受診躊躇と有意に関連していた。また、サービスへのアクセス遅延は診断時年齢が65歳未満であることと有意に関連していた。本研究により、日本における認知症患者の診断およびサービス利用開始の遅延には、介護者属性や受診行動、年齢といった社会的・文化的要因が関与していることが示唆された。

A. 研究目的

日本は急速な高齢化が進展しており、認知症の有病率の増加が大きな社会課題となっている。認知症の早期診断は、本人が自身のケア計画に主体的に関与する機会を確保し、介護体制の整備や法的・経済的意思決定、さらには終末期に向けた事前ケアプランニングを可能にする[1]。また、疾患修飾薬の使

用機会の確保や、家族介護者が適切な知識・スキルを習得する機会の提供にもつながり、患者および家族双方の生活の質の向上に寄与することが知られている[2-4]。一方で、診断の遅れや診断後のケア開始の遅延は、こうした機会の喪失を招き、患者および家族の生活の質に負の影響を及ぼす可能性がある。

これまで、認知症の診断までの期間(time to diagnosis: TTD)に関する定量的研究は一定程度蓄積されており、人種、社会経済的状况、併存疾患、教育歴などが診断遅延や未診断状態に関連することが報告されている[5, 6]。また、質的研究においては、本人の受診への抵抗やスティグマといった要因も指摘されている[7]。しかしながら、これらの知見の多くは欧米を中心としたものであり、日本における実証的研究は極めて限られている。さらに、診断後のケアへのアクセス遅延に関する定量的検討はほとんど行われておらず、地域におけるサービス利用の障壁についても体系的な把握が不十分である。

こうした中、日本では認知症当事者や家族を支援する団体を中心に、診断前後に社会的支援が十分に得られない期間が「空白の期間」として提起され、社会的関心が高まっている。この「空白の期間」は、実務的には、認知症の自覚から診断までの期間(空白期間 I:BP1)および診断から介護保険サービス開始までの期間(空白期間 II:BP2)の2段階から構成される[8]。先行研究において、これらの期間の平均値や一部の関連要因が示されている[9]ものの、その決定要因について包括的に検討した研究は十分に蓄積されていない。

以上の背景を踏まえ、本研究では「空白の期間」の枠組みを用いて、認知症の自覚から診断までの期間(BP1)および診断から介護保険サービス開始までの期間(BP2)を明確に区分し、社会的要因(性別、教育歴、家族関係等)、文化的要因(受診への躊躇、診断受容等)、および病理学的要因(認知症の亜型、年齢等)を含む多面的な視点から、診断の遅れおよび介護サービスへのアクセス遅延に関

連する要因を明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 標本抽出

本研究の対象者は、外来治療を受けている認知症患者の家族介護者である。本研究は、先行して実施した全国調査[10]を基盤としている。同調査では、日本全国のもの忘れ外来(Memory Clinic for Dementia: MCD)505施設に対してアンケートを配布し、227施設(回答率45%)から回答を得た。これらの回答を得た施設に対して、本家族調査への協力依頼を実施したところ、78施設(全体の15%、回答施設の34%)が協力を同意した。

また、本州北東部6県に在籍する認知症サポート医622名に対しても同様の調査を行い、79名(回答率13%)から回答を得た。そのうち27名(全体の4%、回答者の34%)が本家族調査研究への協力を同意した。これらの協力機関および医師に対して、各10部のアンケート用紙を配布し、外来受診する認知症患者1名につき、1名の家族介護者に対して、調査票を配布するよう依頼した。

家族介護者は自宅にて説明文書を確認した後、研究参加の可否を判断し、参加に同意した場合にはアンケートに回答のうえ、東京都健康長寿医療センター研究への郵送返信を依頼した。

### 2. 測定方法

主要評価項目として、「認知症の自覚時期(Time A)」、「診断時期(Time B)」および「介護保険サービス利用開始時期(Time C)」をYYYY/MM形式で収集した。これらに基

づき、認知症の自覚から診断までの期間を空白の期間 I (BP1)、診断から介護保険サービス開始までの期間を空白の期間 II (BP2) として算出した。

説明変数として、まず介護者に関する属性 (性別、患者の認知症が最初に認められた時点での年齢、学歴、有償介護従事経験の有無) を収集した。

患者に関する項目としては、性別、発症時年齢、および医師受診の躊躇の有無を収集した。受診躊躇に関する項目は、診断遅延に関する質的研究の知見を踏まえて設定した。

さらに、介護者と患者の関係 (配偶者、親子等) および同居の有無についても調査した。また、診断時に直面した問題として、診断受容の困難に加え、認知症に関する医療情報、地域包括支援センター、介護保険制度、家族会、ピアサポート、成年後見制度、地域医療サービス等に関する情報提供の状況を把握した。これは、診断後の情報提供の不足がサービス利用の遅延と関連する可能性が指摘されているためである。

### 3. 統計解析

空白の期間に関する先行研究が限られていることから、本研究では BP1 および BP2 について 75 パーセンタイルを超える場合を「遅延」と定義し、対象者を遅延群と非遅延群の 2 群に分類した。負の値を示すデータについては分析から除外した。

解析は探索的観察研究として実施し、まず各説明変数とアウトカム (診断遅延およびケアアクセス遅延) との関連を単変量解析 (単純ロジスティック回帰) により検討した。統計学的有意水準については、 $p < 0.05$  を有意としつつ、探索的研究の特性および標本サイ

ズを考慮し、 $p < 0.10$  を関連の傾向として解釈した。

なお、BP1 の解析においては、診断後に生じる事象に関する変数は除外した。解析には SPSS version 22.0 を用いた。(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倫理委員会の承認 (承認番号: R24-084) を得て実施した。

### C. 研究結果

本研究の解析対象は 216 件の回答である。空白の期間 I (BP1) の平均値は  $13.5 \pm 20.7$  か月であり、25 パーセンタイル、中央値 (50 パーセンタイル)、75 パーセンタイルはそれぞれ 1.0 か月、7.0 か月、16.0 か月であった。

単変量解析の結果、診断の遅れ (BP1) には、介護者が女性であること ( $p < 0.001$ )、発症時に介護者が 50 歳未満であること ( $p = 0.074$ )、介護を理由とした退職・転職の有無 ( $p = 0.084$ )、患者の受診への躊躇 ( $p < 0.001$ )、配偶者関係 ( $p = 0.027$ )、および長期介護保険 (LTCI)、後見制度、近隣医療サービスに関する情報提供不足 (それぞれ  $p = 0.042$ 、 $0.059$ 、 $0.078$ ) と関連が認められた。

これらの変数を投入した多重ロジスティック回帰分析の結果、診断の遅れは、介護者が女性であること (オッズ比 4.51、95%信頼区間 1.72–11.92、 $p = 0.002$ ) および患者の受診躊躇 (オッズ比 4.52、95%信頼区間 2.07–9.87、 $p < 0.001$ ) と有意に関連していた。モデルの説明力 (Nagelkerke  $R^2$ ) は 0.21 であった (表 1)。

空白の期間 II (BP2) の平均値は  $16.9 \pm$

24.1 か月であり、25 パーセンタイル、中央値、75 パーセンタイルはそれぞれ1.0 か月、7.0 か月、24.0 か月であった。単変量解析の結果、ケアへのアクセス遅延(BP2)は、発症時に介護者が 50 歳未満であること( $p=0.057$ )、介護者の学歴が高いこと( $p=0.052$ )、患者が男性であること( $p=0.006$ )、診断時年齢が 65 歳未満であること( $p<0.001$ )、配偶者関係( $p<0.001$ )、および同居( $p=0.076$ )と関連していた。

多重ロジスティック回帰分析の結果、介護サービスへのアクセス遅延は、診断時年齢が 65 歳未満であること(オッズ比 7.44、95%信頼区間 1.93–28.66、 $p=0.004$ )と有意に関連していた。また、同居していることも関連傾向を示した(オッズ比 3.78、95%信頼区間 0.85–16.91、 $p=0.082$ )。モデルの説明力(Nagelkerke  $R^2$ )は 0.36 であった(表 2)。

#### D. 考察

本研究では、「空白の期間」の枠組みに基づき、認知症における診断の遅れおよび介護サービスへのアクセス遅延に関連する要因を検討した。その結果、診断の遅れについては、患者の受診への躊躇および介護者が女性であることが有意に関連していた。受診を躊躇することが診断の遅れにつながる点は臨床的にも妥当であり、先行研究の知見とも一致している[12]。また、女性介護者において診断の遅れが認められた背景として、女性は男性に比べて認知的再評価などの感情調整戦略を多く用い、感情の抑制を通じてストレスをコントロールする傾向があることが報告されている[11]。このような心理的適応により、受診行動が相対的に遅れる

可能性が示唆される。

一方、介護サービスへのアクセス遅延については、診断時年齢が 65 歳未満であることおよび同居していることが関連していた。同居がケア導入の遅延と関連する結果は、他の成人と同居している場合に在宅サービスや施設利用の開始が遅れるとする海外研究の知見と整合的である[12]。また、若年性認知症に該当する 65 歳未満の患者において遅延が認められた点については、症状が比較的軽度の段階で診断されることや、就労・家庭役割の維持といった社会的要因によりサービス利用が先送りされる可能性が考えられる。さらに、日本の全国調査においても、若年性認知症患者における介護保険サービス利用への抵抗感が指摘されており[13]、こうした文化的・制度的要因がケアアクセスの遅延に影響している可能性がある。

以上の結果は、日本における認知症支援において、診断前後の連続的支援体制の強化が重要であることを示唆している。特に、受診行動を促進するための啓発や相談体制の整備、ならびに若年性認知症患者や同居家族に対する早期介入の仕組み構築が求められる。また、診断時における情報提供の質や内容がその後のケア利用に影響する可能性も示唆されており、医療機関と地域資源との連携強化が重要である。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、標本サイズが比較的小さく、結果の一般化には慎重な解釈が必要である。第二に、対象が外来通院中の患者の家族に限定されており、医療機関と接点のない患者や重症例は含まれていない可能性がある。そのため、特に BP2 が長い症例に偏っている可能性がある。第三に、参加施設は研究協力を積極

的な医療機関である可能性が高く、選択バイアスが存在する可能性があるが、その影響の方向性は明確ではない。第四に、若年性認知症患者を含むことにより、診断からケア開始までの期間が長くなるバイアスが生じた可能性がある。第五に、本研究のデータは家族の記憶に基づく自己評価であり、想起バイアスの影響を受ける可能性がある。

今後は、より大規模かつ前向きなコホート研究により、認知症の初期症状の認識から診断、さらにケア導入に至る一連の過程を縦断的に把握することが求められる。複数の医療機関を横断したデータ収集と追跡調査を通じて、「空白の期間」の実態とその決定要因をより精緻に解明する必要がある。

#### E. 結論と今後の課題

本研究により、日本における認知症患者の診断および介護サービス開始の遅延には、介護者の性別や同居状況といった社会的要因、医療受診への躊躇といった文化的要因、ならびに若年性認知症といった病理学的要因が関与していることが明らかとなった。これらの結果は、診断前後に支援が途切れる「空白の期間」が多面的な要因によって形成されていることを示唆している。

今後の課題として、第一に、これらの要因が診断および介護サービスの遅延にどのように影響するのかについて、質的研究や現象学的アプローチを用いて、当事者および家族の経験に基づく詳細な検討を行う必要がある。第二に、複数の医療機関において診断された患者を対象とした前向きコホート研究を実施し、初期症状の認識から診断、さらにケア開始に至るまでの一連のプロセスを縦断的に把握することが求められる。第三に、

本研究では十分に検討できなかった介護サービス利用に対する心理的抵抗や地域資源の利用可能性などについても、今後の研究において包括的に評価することが重要である。

これらの課題に取り組むことにより、「空白の期間」の実態解明とその短縮に向けた具体的方策の検討が進み、認知症患者および家族に対する切れ目のない支援体制の構築に資することが期待される。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

Okamura T, Wakui T, Ito K, Yabuki T. Factors Related to Delayed Diagnosis and Care Access in Dementia: A Preliminary Descriptive Study of the ‘Blank Period’ in Japan. *Psychogeriatrics* 2026; 26: e70134. <https://doi.org/10.1111/psyg.70134>.

岡村 毅, 井藤 佳恵, & 矢吹 知之. (2026). 認知症の「空白の期間」を振り返る:それは短くなっているのか?. *日本老年医学会雑誌*, 63(1), 66–68. <https://doi.org/10.3143/geriatrics.63.66>.

##### 2. 学会発表

Okamura T, Wakui T, Ito K, Yabuki T. The Blank Period: A period of exclusion and suffering for people with dementia in Japan. The 23rd IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics.

(2026/7/5-8: Amsterdam, The Netherlands)

Wakui T, Okamura T, Ito K, Hirata T, Yabuki T. From Diagnosis Forward: How Early Information Shapes the Family Caregiving Experience in Dementia. Gerontological Society of America 2025 Annual Scientific Meeting. (2025/11/12-15: Boston, MA, USA; Poster presentation)

#### 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. Power, M.C., et al., *Risks and Benefits of Clinical Diagnosis Around the Time of Dementia Onset*. Gerontology and Geriatric Medicine, 2023. **9**: p. 23337214231213185.
2. Dyck, C.H.v., et al., *Lecanemab in Early Alzheimer's Disease*. New England Journal of Medicine, 2023. **388**(1): p. 9-21.
3. Sims, J.R., et al., *Donanemab in Early Symptomatic Alzheimer Disease: The TRAILBLAZER-ALZ 2 Randomized Clinical Trial*. JAMA, 2023. **330**(6): p. 512-527.
4. Molvik, I., et al., *The significance of a dementia diagnosis from the perspective of the family caregivers: a qualitative study*. BMC Health Services Research, 2025. **25**(1): p. 487.
5. Kusoro, O., et al., *Time to Diagnosis in Dementia: A Systematic Review With Meta-Analysis*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2025. **40**(7): p. e70129.
6. Savva, G.M. and A. Arthur, *Who has undiagnosed dementia? A cross-sectional analysis of participants of the Aging, Demographics and Memory Study*. Age and Ageing, 2015. **44**(4): p. 642-647.
7. Jeyagurunathan, A., et al., *Facilitators and barriers of help-seeking for persons with dementia in Asia—findings from a qualitative study of informal caregivers*. Frontiers in Public Health, 2024. **Volume 12 - 2024**.
8. Japan Dementia Working Group. *Purpose Statement*. 2014; Available from: [https://www.jdwg.org/wp-content/uploads/2017/04/JDWG\\_prospectus.pdf](https://www.jdwg.org/wp-content/uploads/2017/04/JDWG_prospectus.pdf).
9. Sendai, C.f.D.C.R.a.P.i. *Effective Support for Family Members and Other Carers of People With Dementia*.

*Report of 2018 Health Promotion Program for Older Adults.* 2019; Available from: [https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center3/401/2019\\_sendai0003.pdf](https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center3/401/2019_sendai0003.pdf).

10. Edahiro A, Ura C, Sugiyama M, et al. Preliminary Research of Postdiagnostic Support Provided by Medical Centres for Dementia in Japan: A Nationwide Survey and Descriptive Analysis Based on the Mission of These Centres. *Psychogeriatrics*. 2025;25(5):e70074. doi:10.1111/psyg.70074
11. Bullard, B.M., et al., *Emotion Regulation Strategies and Mental Health in Dementia Caregivers: The Moderating Role of Gender*. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2024. **53**(3): p. 128-134.
12. Kårelind, F., et al., *Factors influencing time to support in young-onset dementia: survival analysis of data from the Swedish Dementia Registry (SveDem)*. *Aging Ment Health*, 2025. **29**(6): p. 992-999.
13. van Vliet, D., et al., *Time to diagnosis in young-onset dementia as compared with late-onset dementia*. *Psychological Medicine*, 2013. **43**(2): p. 423-432.

表 1 空白の期間 I の関連要因

			Bivariate analysis			Logistic regression analysis			
			Longer	Usual	p value	OR	95% CI	p value	
Items concerning caregivers									
Sex	Female	41	85.40 %	82	57.70 %	< 0.001 ***	4.3	1.70-11.33	0.002 **
	< 50								
Age at the time of awareness	years old	16	34.80 %	29	20.90 %	0.074 #	1.93	0.81-4.60	0.136
Leaving/Changing job due to care	Present	10	20.80 %	15	10.60 %	0.084 #	1.28	0.46-3.55	0.634
History of paid care worker	Present	12	25.00 %	24	16.90 %	0.286			
Education	College graduate	10	20.80 %	34	23.90 %	0.843			
Items concerning care recipients									
Sex	Male	16	33.30 %	43	30.30 %	0.72 #			

Hesitation to see doctor		2	60.90		32.40	<0.00		3.9	1.81-	<0.00
		8	%	44	%	1	***	0	8.40	1 ***
Age at the time of awareness	< 65 years old		14.90		14.80					
		7	%	21	%	1				
Current Diagnosis	AD	3	75.00		65.50					
		6	%	93	%	0.284				
Relationships between caregiver and care recipient										
Relationship	Spouse	13	27.10	%	65	45.80	0.027 *	0.9	0.38-	0.911
			66.00	10	73.00					
Living together	Present	31	%	3	%	0.358				
Items concerning issues at the time of diagnosis										
Caregiver's unacceptance	Present	4	8.30%	15	10.60	0.786				
Care recipient's unacceptance	Present	18	37.50	45	31.90	484				
Providing medical information about dementia	Absent	11	23.90	34	25.20	1				

Providing information about CCSC	Absent	2	48.90	37.30			
		3	%	50	%	0.171	
Providing information about LTCI	Absent	19	41.30	58.80	%	80	% 0.042 *
Providing information about family association	Absent	3	76.10	63.60	%	84	% 0.147
Providing information about peer support meeting	Absent	3	84.80	72.50	%	95	% 0.112
Providing information about guardianship	Absent	3	89.10	74.80	%	98	% 0.059 #
Providing information about nearby medical services	Absent	3	73.90	58.60	%	78	% 0.078 #

# p<0.1, \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

As stated in the main text, variables with p-values less than 0.25 in the univariate analyses were included as explanatory variables in the multivariable model. For both the univariate and multivariable analyses, statistical significance was set at  $p < 0.05$ . However, given the exploratory nature of this study, associations with p-values less than 0.1 were also interpreted as showing a possible trend and discussed accordingly.

AD Alzheimer's disease. The diagnosis is dichotomized into AD and non-AD.

CCSC Community Comprehensive Support Center

LTCI Long-Term Care Insurance

表 2 空白の期間Ⅱの関連要因

		Bivariate analysis			Logistic regression analysis		
		Longer	Usual	p value	OR	95% CI	p value
Items concerning caregivers							
		59.40	5	64.80			
Sex	Female	19	%	7	%	0.67	
Age at the time of awareness	< 50 years old	4	%	8	%	0.057 #	0.4
Leaving/Changing job due to care	Present	3	9.40%	18	%	0.275	0.96-2.13
History of paid care worker	Present	3	9.40%	17	%	0.272	0.31
Education	College graduate	12	%	17	%	0.052 #	1.3
							0.38-4.86
							0.63
							6
Items concerning care recipients							
							2.1
Sex	Male	15	%	18	%	0.006 **	0.66-6.79
							0.20
Hesitation to see doctor	Present	13	%	5	%	1	2

Age at the time of awareness	< 65 years old	13	44.80 %	5	5.70%	<0.001 ***	7.4	1.93-28.66	0.004 **
Current Diagnosis	AD	2	78.10 %	6	71.90 %	0.641			
Relationships between caregiver and care recipient									
Relationship	Spouse	2	62.50 %	2	27.00 %	<0.001 ***	1.4	0.37-5.67	0.587
Living together	Present	2	80.60 %	5	61.40 %	0.076 #	3.7	0.85-16.91	0.082 #
Delayed diagnosis									
Longer blank period		7	25.00 %	2	26.20 %	1			
Items concerning issues at the time of diagnosis									
Caregiver's unacceptance	Present	5	15.60 %	9	10.10 %	0.519			
Care recipient's unacceptance	Present	14	43.80 %	2	32.60 %	0.286			
Providing information about dementia	Absent	4	14.30 %	2	27.10 %	0.208	0.5	0.13-2.01	0.343

Providing information about CCSC	Absent	8	27.60 %	3	39.50 %	0.274
Providing information about LTCI	Absent	9	31.00 %	31	35.60 %	0.822
Providing information about family association	Absent	18	62.10 %	5	65.10 %	0.824
Providing information about peer support meeting	Absent	2	71.40 %	6	76.80 %	0.614
Providing information about guardianship	Absent	0	71.40 %	6	75.60 %	0.802
Providing information about nearby medical services	Absent	18	62.10 %	51	60.70 %	1

# p<0.1, \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

As stated in the main text, variables with p-values less than 0.25 in the univariate analyses were included as explanatory variables in the multivariable model. For both the univariate and multivariable analyses, statistical significance was set at  $p < 0.05$ . However, given the exploratory nature of this study, associations with p-values less than 0.1 were also interpreted as showing a possible trend and discussed accordingly.

AD Alzheimer's disease. The diagnosis is dichotomized into AD and non-AD.

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

本人ミーティングによる診断後支援の研究  
有識者インタビューによる本人ミーティングの促進要因と阻害要因の探索的研究

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

本研究は、本人ミーティングの促進要因と阻害要因を明らかにすることを目的としている。本年度は有識者 3 名に半構造化インタビューを実施し、リフレクシブ・テーマ分析を行った結果、5 つのテーマが生成された。①当事者が主体的に出会い・集まり・語り合い社会へと開かれていくことが本人ミーティングの成立条件である、②制度化と本人ミーティングは本質的に矛盾をはらむ、③本人ミーティングはプロセスであり段階的な発達を経る、④当事者主体性を尊重するサポートが継続の鍵である、⑤本人ミーティングの実装を左右する現実的条件、である。本人ミーティングの本質的定義については有識者間で概ね共有されていた一方、制度化による構造的矛盾が阻害要因として機能しうることが示された。促進要因・阻害要因の全体像の解明には、今後の運営者・参加者へのインタビューが不可欠である。

## A. 研究目的

認知症の診断を受けた人は、診断を契機に社会的役割やつながりを失いやすい状況に置かれる。こうした状況への対応として、診断後支援におけるピアサポートの重要性が近年注目されている。ピアサポートとは、同じ経験や立場を持つ人々が互いに支え合う実践であり、孤立の防止やエンパワメントの促進に寄与するものとして、精神保健や慢性疾患領域を中心に広く活用されてきた。

このような文脈のなかで、認知症の当事者によるピアサポートの場として「本人ミーティング」が注目されてきた。本人ミーティングとは、認知症の本人が主体的に集まり、自身の体験や希望、必要としていることを当事者同士で自由に語り合う場であり、2017

年以降、認知症施策の一つとして位置付けられ、地方自治体の事業として全国各地で開催されるようになった(長寿社会開発センター, 2017)。2024 年に施行された認知症基本法および同年策定された認知症施策推進基本計画においても、本人ミーティングは当事者の社会参加・社会発信の機会を創出・促進するための重要な手段として明記されている(厚生労働省, 2024)。

本人ミーティングの実証的研究はいまだ限られているが、Miyamae ら(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ことを報告しており、本人ミーティングがピアサポートとして機能している可能性を示唆している。

しかしながら、本人ミーティングの実態は多岐にわたる。運営方法やミーティングの雰囲気も様々であり、認知症の当事者が集まらなかったり、継続が困難になったりするケースも散見される一方で、認知症の本人が主体的に関わり、活発な意見交換が行われ、参加者のエンパワメントに繋がっている成功事例も存在する。なぜあるミーティングはうまくいき、あるミーティングはうまくいかないのか、その促進要因・阻害要因に関する知見は依然として不足している。

本研究は、成功している本人ミーティングがどのようなものを定義し、その促進要因と阻害要因を明らかにすることを目的とする。本研究では、以下の3つのリサーチクエストに答えることを目指す。

- 本人ミーティングは具体的にどのように定義されるのか。
- 本人ミーティングの運営を成功させるための促進要因は何か。
- 本人ミーティングがうまくいかなくなる阻害要因は何か。
- 

## B. 研究方法

### 1. 研究デザイン・期間・セッティング

本研究は、質的事例研究である。研究期間は2025年11月から2026年3月末である。本年度は有識者へのインタビューを実施した。インタビューは対象者の希望に応じて対面またはオンラインで実施した。

### 2. 分析対象者

本年度の分析対象者は、本人ミーティングの研究・実践・政策形成に深く関わる有識者3名(研究者、実践者、行政研修実践者)である。対象者は機縁法により選定した。選択基準は、本人ミーティングまたは認知症カフェ・

ピアサポート支援事業等の近接領域の活動における研究・運営・政策提言に3年以上の関与実績を有する者とした。

### 3. データ収集

各対象者に対し、半構造化インタビュー(約60分)を実施した。インタビューは2025年11月に実施した。主なインタビュー項目は、①本人ミーティングの定義・特徴・他の類似活動との違い、②参加者の継続的な参加を促す促進要因、③運営が困難になる阻害要因、④具体的な運営方法と工夫、⑤参加者の体験と意義であった。対象者の同意を得たうえで録音し、逐語録を作成した。

### 4. 分析

Braun & Clarke(2006)のリフレクティブ・テーマ分析(Reflexive Thematic Analysis)を用いた。具体的には、①逐語録の作成とデータの熟読、②初期コードの生成、③テーマの探索、④テーマの再検討、⑤テーマの定義づけと命名、⑥分析結果の記述という6段階のアプローチに従い分析を行った。逐語録の管理および分析にはMAXQDA(バージョン26)を使用した。

(倫理面への配慮)

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所倫理審査委員会の承認を得て実施した(R25-051)。

対象者へのインフォームド・コンセントにあたっては、調査の趣旨と協力依頼を記載した文書を事前に配布し、調査開始時に口頭でも十分な説明を行ったうえで、文書による同意を取得した。調査への協力は自由意思に基づくものであり、協力を拒否した場合および途中で撤回を希望した場合にも何ら不利益が生じないことを明示した。

個人情報保護については、インタビュー

音声データおよび逐語録を仮名加工情報として取り扱い、研究対象者 ID を割り当てたうえで個人識別情報と研究データを厳格に分離して管理した。結果の公表にあたっては、研究対象者を特定できる情報を含まないよう配慮する。

## C. 研究結果

リフレクシブ・テーマ分析の結果、以下の 5 つのテーマが生成された。

テーマ① 当事者が主体的に出会い・集まり・語り合い、社会へと開かれていくことが本人ミーティングの成立条件である

3者に共通するテーマであるが、「社会へと開かれていく」要素の強調において ID1・ID3 と ID2 の間に濃淡がみられた。

ID1 は、本人ミーティングの本質を〈認知症である本人同士が出会って主体的に語り合う〉こととして定義し、[当事者同士の主体的出会いと語り合い]において〈場所はどこでもよい〉〈本人の主体性に焦点を当てれば何人参加してもよいし継続性も問題ない〉と述べ、形式的条件の非本質性を強調した。また本人ミーティングを〈本来市民としての権利を主張する運動からスタートしている動きである〉とスコットランド認知症ワーキンググループの系譜に位置づけ、〈人とともに生きられる社会を作ることは生存の本質であり尊厳をもって生きる根底にある〉という認識から、当事者の社会参加を基本的人権の問題として語った。

ID3 は、本人ミーティングを「場」としてだけでなく〈本人ミーティングはプロセスだ〉と定義した。〈本人ミーティングには会の発達過程がある〉として、出会い・語り合い・提案という 3 段階を経るものだとし、〈最初は自

分の暮らしを良くしたいという小さな願いが仲間とともに社会へ視野が広がるプロセス〉であると語った。また[集められるのではなく自ら集まること]を成立条件として強調した。

ID2 は、本人ミーティングを〈本人ミーティングはグループで行うピアサポートだ〉と定義し、〈本人たちだけで集まって行う「クローズド」なミーティングが本人ミーティングだ〉と述べた。ID2 の語りにおいては「社会へと開かれていく」という方向性は明示的には現れず、ピアサポートとしての機能を中心に本人ミーティングの意義が語られた。

テーマ② 制度化と本人ミーティングは本質的に矛盾をはらむ

3者に共通するテーマであるが、その語り口はそれぞれ異なっていた。ID1 は原理的・市民運動論的な観点から、ID3 は形骸化への懸念として、ID2 は制度化によるピアサポートの目的の「ぶれ」として語った。

ID1 は、〈本人ミーティングの市民運動としての起源と制度化による変質〉を指摘し、本人ミーティングはシチズンシップライツ (Citizenship Rights: 市民権・公民権) に基づく市民運動としてスタートしたものであり、〈行政のレギュレーションが入ると本来的な意味から遠のく〉と述べた。また〈資金提供とレギュレーションの不可分性〉として、行政が資金を出した途端からレギュレーションがスタートするという認識を示した。さらに〈制度的枠組みが本人ミーティングの成立条件を歪める〉として、制度として人数や継続性の担保を求めることが、本人が出会って語り合うという本質的定義と矛盾すると語った。〈行政が本人ミーティングの市民運動的性格を理解しないまま受け入れた無自覚性〉も指

摘されており、制度化の過程における行政側の認識の問題が示された。

ID3 は、〈良い取り組みを普及させようとする形骸化されてしまう〉として、本人ミーティングや新しい認知症観がセンター方式と同様の道をたどることへの懸念を示した。また〈行政の事業として目標数値が定められたミーティングはうまくいかない〉と述べ、提供側目線での発想や進め方が本人ミーティングの本来の意義を損なうと語った。

ID2 は、〈(ある先駆的な活動)は制度化により「フォーマル」なピアサポートに変化した〉と述べ、もともとインフォーマルな形で行われていた活動が制度に乗ることで、フォーマルで意図的なピアサポートへと変化したと語った。また[政策的なピアサポートの場面ではセルフヘルプグループの機能が弱まる]として、〈制度化により当事者からの提案が求められ、ピアサポートの目的からぶれている〉という認識を示した。一方で〈当事者からの提案は制度的な支えを得るためには意味のあることだ〉とも述べており、制度的位置づけの矛盾を認めながらも、その意義を完全には否定しない複雑な立場が示された。

またID2は本人ミーティングと類似事業との概念的混乱を批判した。〈本人ミーティングと認知症カフェが似ていてはいけない〉と述べ、〈地域の中で認知症カフェと本人ミーティングのすみわけがあいまいになっている〉現状を問題視した。

テーマ③ 本人ミーティングはプロセスであり段階的な発達を経る

このテーマはID3に最も豊かに現れ、ID1に部分的に現れた。ID2には明示的に現れなかった。

ID3 は、〈本人ミーティングはプロセスだ〉

として、本人同士が「出会う→集まる→経験や希望を語り合う→より良い暮らし方や地域についての意見や提案を出し合う」という変遷を示した。この発達過程には3つの段階があるとされ、第1段階は[出会いの段階]であり、〈仲間といるから認知症になって生きることの前向きな経験が増幅することを実感できる〉ことが特徴とされた。第2段階は[語り合いの段階]であり、〈継続することで本人が自分の意見や地域への意識を育てていく〉ものとされた。第3段階は[提案の段階]であり、〈回数を重ねると自分たちの声を地域社会に届けなければという思いが育つ〉とされた。

また、〈最初から本人が地域社会に対して要望や意見が語れるわけではないことを知っておく〉ことの重要性が強調され、〈本人ミーティングを始めるときは社会に提言提案する人が現れることを考慮に入れて開催する〉という設計の視点が示された。一方で〈社会に声を上げるステージに2、3回で至るミーティングもある〉とも語られており、発達の速度はミーティングによって異なることも示された。

ID1はこのプロセスの観点を部分的に共有しており、〈開催について初期はサポートが必要だが徐々に主体的なグループになっていく〉と述べ、サポートからエンパワメントへという移行を認識していた。

テーマ④ 当事者主体性を尊重するサポートが継続の鍵である

3者に共通するテーマであるが、語りの内容と比重はそれぞれ異なっていた。

ID1は、[支援する側が留意すべき主体性尊重の原則とプロセス]として、〈本人の主体性以外に開催をサポートする人は必要だ〉と

しながらも、〈当事者主体性を尊重するサポートという実践的原則がある〉と述べ、サポートする人が本人の主体的な出会いと語り合いを尊重しないようなサポートをすることは問題であると語った。また〈開催について初期はサポートが必要だが徐々に主体的なグループになっていく〉とも述べ、サポートからエンパワメントへという移行を認識していた。さらに[定義の柔軟な解釈が実践を活性化する]として、〈当事者が主体的に集まり語り合っているのであれば朝のミーティングも本人ミーティング〉と述べ、御坊市の例のような柔軟な解釈が実践の機動力につながるという観察を示した。

ID2 は、[スタッフは参加者の主体性を損ねないようにする]として、〈スタッフは本人の主体性を損ねないよう黒子に徹する〉ことが重要であると語った。

ID3 は、当事者主体性の尊重を運営全体に関わる原則として幅広く語った。〈行政も運営も本人たちも水平の関係で地域の認知症の人たちの暮らしについて語り合う場を作れるかがコツ〉と述べ、[本人と運営が水平の関係で活動する]ことを基本姿勢として示した。また[目的を運営も参加者も共有できているか]として、〈ミーティングの目的を運営も参加者も共有できているかがうまくいくコツだ〉と述べ、〈目的が曖昧なままのミーティングは先細りする〉と語った。〈楽しさを目的にすると競合する活動に負ける〉という指摘も示された。

さらに ID3 は、〈ミーティングの初期の目的は日々の暮らしをよくするという小さなところから始めると受け入れられやすい〉と述べ、小さな目的から出発することの重要性を語った。また〈振り返り会で本人の声の意味

を掘り下げることが継続の質を高める〉とし、〈運営者も回数を重ねるごとに本人の声の価値を体感していく〉という変化を示した。参加者の成長については、〈参加者の成長やグループの成熟は小さな成功体験の積み重ねが鍵である〉と述べ、声を出すことの意味に本人たちが気づいていくプロセスの重要性が語られた。

加えて、〈認知症の人ではなく人生経験を積んできた大人なのだ〉という視点から、〈問題の多い参加者に見えても深い考えを持っていることがある〉として、当事者を見くびらない姿勢が強調された。また〈本人を置いてきぼりにした企画はうまくいかない〉として、家族も含めたレク的な交流会は本人ミーティングではないと述べ、〈本人ミーティングの発達段階を意識しながら運営する〉ことの重要性も語られた。

テーマ⑤ 本人ミーティングの実装を左右する現実的条件

このテーマは主に ID2 から現れた。今後の追加インタビューによってさらに豊かになることが期待される。

ID2 は、本人ミーティングの実装を左右する現実的条件として、参加者の確保に関わる医療機関との連携、地域特性、そしてコア当事者の存在を挙げた。

参加者の確保については、〈本人ミーティングに参加したい人を見つけるには認知症疾患医療センターとの連携は必要〉であり、〈診断を受けた人は医療機関または包括との連携がないと紹介してもらえない〉と述べた。また[地域特性により参加する本人の見つけやすさに差がある]として、〈地方だと参加可能性の高い本人が見つかりやすい〉一方で、〈地方だと地域に社会資源がなく専門職が

いないことがある」という両面が示された。〈地方だと関係者が把握しやすく協働がしやすい〉という地方の強みも語られた。

コア当事者の存在については、〈開始時に発言力のあるコア当事者がいるとやりやすい〉として、最初の段階で積極的に発言できる当事者の存在が実装の鍵となることが示された。また、〈発言でき全体を見て引っ張っていくコアとなる本人が必要だ〉と述べるとともに、〈コアとなる人の意見を他の当事者にも受け入れられるよう調整することが必要〉であると語り、コア当事者の声を最大限に活かしながら他の参加者にもなじませていく場づくりの重要性が示された。

#### D. 考察

本分析で得られた 5 つのテーマは、テーマ①を中心に据えた構造として理解できる。テーマ①「当事者が主体的に出会い・集まり・語り合い、社会へと開かれていくことが本人ミーティングの成立条件である」は、本人ミーティングの本質的定義を示すものであり、他の 4 つのテーマはこの定義を多角的に支える位置にある。

テーマ③「本人ミーティングはプロセスであり段階的な発達を経る」は、テーマ①で示された成立条件が静的なものではなく、出会い・語り合い・提案という段階を経て動的に展開するものであることを示しており、定義をプロセスの観点から補完するものといえる。

テーマ②「制度化と本人ミーティングは本質的に矛盾をはらむ」は、テーマ①で示された本質的定義が現在の政策的・制度的文脈においていかに歪められやすいかを示す構造的課題として位置づけられる。行政による

レギュレーションや目標数値の設定、形骸化のリスクは、本人ミーティングの成立条件そのものを損なう阻害要因として機能しうる。

テーマ④「当事者主体性を尊重するサポートが継続の鍵である」は、テーマ①の成立条件を実践的に支える促進要因として位置づけられる。当事者主体性を尊重するサポートのあり方、目的の共有、振り返りの質、小さな成功体験の積み重ねといった要素は、本人ミーティングがその定義に沿って継続・発展するための具体的な条件を示している。

テーマ⑤「本人ミーティングの実装を左右する現実的条件」は、現時点では主に ID2 の語りから生成されたテーマであり、今後の運営者・参加者へのインタビューを通じてさらに豊かになることが期待される。医療機関との連携や地域特性、コア当事者の存在といった条件は、テーマ①の成立条件を地域の実装レベルで左右する促進・阻害要因として機能するものと考えられる。

#### E. 結論と今後の課題

本年度の有識者インタビューの分析から、本人ミーティングの本質的定義、すなわち、当事者が主体的に出会い・集まり・語り合い、社会へと開かれていくことについては、立場や視点の違いを超えて 3 者間で概ね共有されていることが示された。一方で、本人ミーティングが市民運動としての起源を持ちながら行政施策として制度化されているという構造的矛盾は、本質的定義を歪める阻害要因として機能しうるということが、有識者の語りから明確に示された。促進要因・阻害要因の全体像については、本年度の有識者インタビューによって萌芽的な知見が得られたが、成功事例の運営者・参加者の視点を加えること

で初めて包括的に明らかになるものであり、今後の調査が不可欠である。

本年度のデータは有識者の視点に限定されており、今後の調査によって以下の点を明らかにする必要がある。

第一に、成功事例の運営者・参加者へのインタビューを通じて、テーマ④およびテーマ⑤をより豊かに記述することが必要である。特にテーマ⑤は現時点では萌芽的なテーマにとどまっており、運営者・参加者の語りによって促進・阻害要因の全体像が明らかになると考えられる。

第二に、有識者間でみられた認識の差異をさらに検討する必要がある。特にテーマ①における「社会へと開かれていく」要素について ID1・ID3 と ID2 の間にみられた濃淡、およびテーマ②における制度化への評価の違いは、本人ミーティングの定義や意義に関する多様な見解を示しており、追加インタビューで深める価値がある。

#### 引用文献

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

長寿社会開発センター. (2017). 認知症の人の視点を重視した生活実態調査及び認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための方法論等に関する調査研究事業（平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）. 一般財団法人長寿社会開発センター. chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://nenrin.or.jp/

center/pdf/h28\_report\_01.pdf

厚生労働省. (2024). 認知症施策推進基本計画.

<https://www.mhlw.go.jp/content/001344090.pdf>

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.

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

宮前史子・杉山美香・多賀努・森倉三男・岩田裕之・見城澄子・山村正子・金子真由美・佐々木知輝・岡村毅. (2025年5月31日-6月1日). 本人ミーティングを通じた認知症当事者のエンパワメント: 発言の変化に見る認知症理解の深化と当事者意識の獲得 [ポスター発表]. 第26回日本認知症ケア学会大会, 福岡, 日本.

#### 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

表 リフレクティブ・テーマ分析の結果

総括テーマ	テーマ	サブテーマ
テーマ 1:当事者が主体的に出会い・集まり・語り合い、社会へと開かれていくことが本人ミーティングの成立条件である	当事者同士が主体的に出会い・集まり・話し合う	同じ立場の当事者たちが参加する
		主体的に集まることが最重要
		集められるのではなく自ら集まること
		当事者同士の出会いの切実な希求がある
社会へと開かれた意見を持つ		当事者たちの主体的な活動である
		ピアサポートである
		当事者同士の主体的出会いと語り合い
		基本的人権を背景に持つ
テーマ 2:制度化と本人ミーティングは本質的に矛盾をはらむ	良い取り組みを普及させようとする形骸化する	意見や提案を話し合う場
	制度化による本人ミーティングの本質からの逸脱	語り合いとより良い暮らし方が核心
	行政の事業として目標数値が定められたミーティングはうまくいかない	市民運動的要素をもつ
	政策的なピアサポートの場面ではセルフヘルプグループの機能が弱まる	制度化による自発性の喪失
テーマ 3:本人ミーティングはプロセスであり段階的な発達を経る	本人ミーティングには会の発達過程がある (+)	制度化による目的の矮小化
		行政によるレギュレーションと市民活動的性格の矛盾
	本人ミーティングはプロセスだ	出会いの段階
		語り合いの段階
		提案の段階

表 リフレクティブ・テーマ分析の結果(続き)

総括テーマ	テーマ	サブテーマ
テーマ 4: 当事者主体性を尊重するサポートが継続の鍵である	本人と運営が水平の関係で活動する	
	質の良い振り返りの会ができています	
	本人ミーティングの発達段階を意識しながら運営する	
	ビジョンとミッションを地域全体で共有できるかがカギ	
	当事者を見くびらない	
	小さな成功体験の積み重ね	
	目的を運営も参加者も共有できているか	
	最初は小さな目的から始めると受け入れられやすい	
	目的が曖昧なままのミーティングは先細りする	
	本人を置いてきぼりにした企画はうまくいかない	
テーマ 5: 本人ミーティングの実装を左右する現実的条件	支援する側が留意すべき主体性尊重の原則とプロセス	
	定義の柔軟な解釈が実践を活性化する	
	参加する本人を紹介してくれる機関との連携が必要	
	地域特性により参加する本人の見つけやすさに差がある	
	コア当事者の存在があるとうまくいきやすい	

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

農園を活用した認知症診断後支援のシステム構築

研究協力者 宇良 千秋 東京都健康長寿医療センター研究所研究員  
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部長

研究要旨

【背景と目的】

認知症診断直後に適切な支援が届かない「空白の期間」の解消が世界的な課題となっている。本研究は、非薬物療法として注目される「社会的処方(Social Prescribing)」の一環として、農園を活用したケアファームが、診断後支援の仕組み構築においてどのような役割を果たすかを明らかにすることを目的としている。

【方法】

静岡県伊東市の NPO 法人えんが自治体から受託したケアファーム事業(2023 年 10 月～2025 年 9 月)を対象に、参加者 13 名と関係機関職員 7 名を分析した。調査は参与観察、アンケート、半構造化面接などを用いた多面的評価により行われた。

【結果】

- ①早期支援の実現:参加者の約 4 割が認知症疾患医療センターからの紹介であり、その 8 割が軽度認知障害(MCI)段階で早期にケアファームに繋がった。
- ②高い継続性と健康維持:平均出席率は 75.8%と高く、9 割の参加者で精神的健康状態が維持・向上した。
- ③シームレスな支援の移行:プログラム卒業者の多くは、顔なじみの職員がいる農園付きデイサービスへと円滑に移行できた。
- ④男性への親和性:既存のデイサービスに抵抗感を持つ男性(参加者の 6 割)にとって、農作業や人との交流が有効な支援ツールとなることが示唆された。

【考察】

ケアファームは認知症診断後の「空白の期間」を埋める社会的処方として実行可能性があり有効である。農作業での共同作業が本人主体の生活モデルや信頼関係を構築し、介護保険外から内へのシームレスな支援を可能にする。

【結論】

農園での共同作業は、当事者視点での支援を促進し、生活モデルへの転換を促す有効な診断後支援ツールであることが示唆された。今後は、農地の確保や人材育成といった運営面の課題解決と、地域社会への啓発が重要である。

## A. 研究目的

現在、世界の認知症ケア学の主たる課題は、診断後支援である。2022年の国際アルツハイマー病協会の報告書のタイトルは Post diagnosis support(診断後支援)であり、冒頭に『診断後支援が提供できないのであれば、診断を奨めない』“We should not encourage people to have a diagnosis if post-diagnostic support is not available.”と断言している<sup>1)</sup>。正しい診断は当たり前であり、そのあと支援することが伴わなければ意味がないのである。わが国では、認知症と診断されたあと介護が始まるまでの時期を「空白の期間」と呼んだ。近年の研究の進歩によりアルツハイマー型認知症の疾患修飾薬が開発されているが、一方で、薬剤ができたことにより認知症疾患医療センターにおいてより早期にプレクリニカル期(アミロイドは集積しているが症状がない時期)に診断を受ける患者が増える。つまり患者は増え、より早期になる。また疾患修飾薬は進行を遅らせるので初期の患者が増える。従って、初期の患者を認知症疾患医療センターで診断したあと、様々な不安や孤独を抱えた人をどのように包摂するかという「診断後支援」がわが国の認知症ケアの次の課題である。

同時に、薬物を使わずに人や地域とのつながりを作って QOL を高める「社会的処方 (social prescribing)」が国際的に注目されており、農園を活用したケアファームは green social prescribing に該当する<sup>2)</sup>。ケアファームは認知症や知的障害、精神障害、発達障害、薬物依存などを持つ人のケアやリハビリ、レクリエーションの場として使われる農園のことである。我々は新潟県上越市で認知症をもつ人を対象に稲作を中心としたケアファームの

QOL 向上効果を検証してきた<sup>3),4)</sup>。さらに板橋区で都市型ケアファームも実装した<sup>5)</sup>。一方で、全国の認知症疾患医療センターを対象にした調査によれば、農園芸活動を用いた社会的処方による診断後支援の仕組みは十分に確立されていない。

そこで、本研究では、認知症疾患医療センター等で認知症や軽度認知障害と診断された人をケアファームにつなぐ診断後支援の実践を可視化し、診断後支援の仕組み構築に資する知見を得る。

## B. 研究方法

### 1) 研究デザイン

本研究は、NPO が新たに開始したケアファーム事業における診断後支援の仕組み構築に資する知見を得ることを目的に多面的評価 (triangulation approach) を行った。具体的には、認知症診断後の生活支援プロセスを対象とした構造化ケースシリーズ研究である。ケアファーム事業の参加者と関係者を対象に事前に定義した評価項目に基づく連続的観察と多面的なデータ収集を行い、ケース間比較 (cross-case analysis) を伴う探索的アプローチを採用した<sup>6)</sup>。

### 2) 研究の期間

研究期間は 2023 年 10 月から 2025 年 9 月までの 2 年間である。

### 3) 研究の場所・対象

静岡県伊東市で認知症デイサービスなどの介護事業を行っている特定非営利活動法人えん(以下、NPO)が自治体から受託した介護予防事業の一環で行うケアファーム事業を研究対象とした。農園活動は NPO が農地所有者が

ら無償で借りた約 2,000 m<sup>2</sup>の敷地で行われた。研究の対象は、本事業の農園プログラムに登録・参加した高齢者、NPO 職員、ケアファームに参加者を紹介したり会議に出席したりした関係機関(市役所、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター)の職員である。

#### 4) ケアファーム事業開始までの経緯とプログラムの内容

2022 年度から一般住民や医療・福祉・介護関係者への啓発を目的に、農園を活用した認知症診断後支援に関する講演会(3 回)や勉強会(1 回)を計 4 回開催した。2023 年度春に事業予算が確定し、NPO と自治体担当者が認知症疾患医療センター(1 か所)や地域包括支援センター(5 か所)、近隣の医療機関(3 か所)などへの周知および参加者リクルートの協力依頼を行った。

農園プログラムは、週 1 回、2 時間実施された。一部の参加者は自宅から農園まで参加者自身や家族の車で通ったが、ほとんどの参加者は NPO 職員が車で送迎した。プログラムの内容は、季節ごとの野菜の種や苗を植える、雑草を取る、収穫する、調理・試食をするなどであった。参加者と NPO 職員は同じ作業を協働で実施する。また、年に4回、同法人の関係者が参加する多世代交流プログラムが実施された。運営する保育園を利用する親子との交流プログラムが開催された。プログラム 1 回あたりの参加人数は最大 10 名で、本事業専任のスタッフが 1 名と NPO 職員 2-3 名がつく。見学を兼ねて地域包括支援センターの職員や付き添いの家族が参加することもあった。プログラムの様子と 1 日のスケジュールは図1のとおりである。

#### 5) 評価項目

本研究では、農園活動の参与観察、NPO が入手した参加者情報をはじめ、研究者による参加者および本事業に関わった関係者へのアンケート調査や半構造化面接、関係者会議の参与観察などによる多面的なデータを収集した。

#### A. 量的データ

- (1)参加者の基本属性(年代、性別、同居者の有無、認知症診断)
- (2)農園プログラムの出席率
- (3)WHO-5 精神的健康状態表<sup>7)</sup>

#### B. 質的データ

以下の質的データは逐語録あるいはフィールドノートとして記録した。

#### (1) 農園活動の参与観察と記録

参加者の役割や主体性、他者との交流の観点から参与観察を行い、記録した。

#### (2) 参加者への半構造化面接(家族同席の場合あり)

参加動機やプログラムへの評価、プログラムに参加して変化した意識や行動、その他自由意見をたずねた。

#### (3) 参加者のプログラム卒業後の転帰

#### (4) 関係者会議の参与観察と議事録

本事業の進捗と課題、事例の共有のために開催された関係者会議(4 回開催)と認知症への不安を抱える軽度認知障害の当事者を交えた地域ケア会議(2 回開催)の参与観察を行い、議事録を作成した。いずれの会議にも、NPO 職員、自治体担当者、地域包括支援センター職員、認知症疾患医療センター職員が参加した。

#### (5) 軽度認知障害の本人を交えた地域ケア会議の参与観察と議事録

認知症への不安を抱える軽度認知障害の当事者を交えた地域ケア会議(NPO 職員、自治

体担当者、地域包括支援センター職員、認知症疾患医療センター職員が参加)の参与観察を行い、議事録を作成した。

#### (6) 関係者への半構造化面接

本事業に直接関わった NPO 職員、当該自治体認知症施策担当者、認知症疾患医療センター職員、地域包括支援センター職員を対象に、職種、本事業での役割、本事業の効果、プログラムによる参加者の変化、本事業の普及・実装に関する評価<sup>8)</sup>をたずねた。

#### 6) 分析

量的データは記述統計を示した。質的データは、Braun & Clarke のテーマ分析<sup>9)</sup>に基づき、ケース内分析(within-case 分析)、ケース間比較(cross-case synthesis)の手順で分析した<sup>10)</sup>。多面的情報の統合にはケース×指標マトリクスを用いた。

#### 7) 倫理的配慮

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実施した(R23-088、R23-089)。

### C. 研究結果

#### 1) 分析対象者

##### ① プログラム参加者

2023年4月から2025年3月までの間に関係機関から NPO のケアファーム事業に紹介があった19名のうち、実際に農園プログラムに登録・参加した者は15名であった。いずれも登録時点では介護保険サービスは利用していなかった。そのうち、転居のために活動を中断し十分なデータが得られなかった2名を除いた13名(男性8名、女性5名)を本研究の分析対象者とし

た。年齢は60代が1名、70代が8名、80代が4名であった(表1参照)。

##### ② 関係者

研究期間中にケアファームに参加者を紹介したり会議に出席したりした関係機関の職員7名(男性4名、女性3名)を対象とした。

#### 2) 参加者の属性と紹介経路、出席率、変化、転帰

表1にプログラム参加者の属性と紹介経路、出席率、精神的健康状態の変化、活動継続・転帰の情報を示した。男性が6割を占めていた。紹介経路は、認知症疾患医療センターからの紹介が5名(38.5%)、地域包括支援センターが8名(61.5%)であった。その他地域の医療機関からの紹介はなかった。認知症疾患医療センターから紹介された5名のうち4名(80%)は軽度認知障害が占めており、早期にケアファームにつながっていた。地域包括支援センターから紹介された人には軽度認知障害をもつ人はいなかった。

出席率は平均75.8%と高かった。活動開始からおおむね半年以上期間をあけて WHO-5 精神的健康状態表(25点満点で13点未満が精神的健康不良)を2回評価した結果、2回評価できた10名のうち1名(10%)が良好から不良へ低下したものの、8名(80%)が精神的健康良好を維持し、1名(10%)が不良から良好へ好転しており、全体では9割が維持・向上していた。2025年3月時点で分析対象者のプログラム継続状況および転帰を調べたところ、継続してプログラムに参加している者は5名(38.5%)であった。一方で、同法人が運営する畑のある認知症デイサービス利用に移

行した者(6名)や別法人の畑のあるデイサービス利用へ移行した者(1名)が7名(53.8%)いた。これらデイサービスへの移行の理由は、認知症の進行に伴う介護保険サービスの利用開始や、現状週1回の農園プログラムよりも外出機会を増やしたいという家族の意向が主であった。畑のあるデイサービスへの移行は、農園活動を続けたいという本人の希望や馴染みの関係を考慮した結果である。別居家族からの理解が得られずに農園活動をやめ、その後の転帰に関する情報が得られなかった者が1名いた。

### 3)参加者が語った参加動機

参加者の語りから、プログラム参加の動機については、①農作業への関心、②認知症への不安、③外出の機会、④デイサービスへの抵抗、⑤人との交流の5カテゴリーが抽出された(表2参照)。

### 4)参加者が語ったプログラムの評価

参加者が語ったプログラムの効果については、「人との交流」、「農作業の楽しみ」、「気分や体調の変化」、「生活リズムの構築」の4カテゴリーが抽出された。(表3参照)

### 5)軽度認知障害をもつ本人が参加する早期地域ケア会議

軽度認知障害をもつプログラム参加者2名を交えた地域ケア会議(NPO職員、自治体担当者、地域包括支援センター職員、認知症疾患医療センター職員が参加)が2回(本人1名につき1回約1時間)実施された。会議の冒頭に、年を取ると身体やこころの機能が低下して生活が変わる可能性があるが、今後どのような生活を希望しているか、不安な

ことがないかなどを本人と一緒に考える会にしたい旨を伝えた上で、本人の思いや不安、願いを傾聴し、共有した。

農園プログラム参加当初から認知症への不安を口にしていたA氏からは、「診断を受けたり失敗が多くなったりするうちに、何でも自分でやろうとするんじゃなくて年を取ったら人に助けてもらおうと思った」という語りがあった。また、農園プログラムへの出席率が高く、社会的で明るく他の参加者への気遣いが顕著なB氏からは、認知症への不安は語られず、「健康を第一に考えて、農園でみんなとおしゃべりして、感謝の気持ちを忘れないようにしたい」という語りがあった。

会議に参加した専門職からは、「通常地域ケア会議では、認知症が進行して事例が複雑化した時に事後的に開催され、本人が参加することはほとんどないので、軽度認知障害の段階から本人の認知症に対する思いや不安、希望を聞く機会が得られることは意義があり、今後もこのような会議をしてほしい」という言説が得られた。

### 6)関係者による事業の普及・実装に関する評価

本事業の運営に関わった職員および参加者の紹介などで実質的に連携し、関係者会議や地域ケア会議にも参加した職員7名を対象に実施した実装・普及に関する評価の結果を表4に示す。実装・普及に関する量的評価の項目(①認知症診断後支援プログラムとしての農園活動に同意します、②農園活動は認知症診断後支援プログラムとして高齢者にふさわしいようです、③農園活動は認知症診断後支援プログラムとして実装可能のようです)については、7名全員が「完全に賛

成する」または「賛成する」と回答していた。また、「プログラムの効果・強み」に関する自由回答を分類したところ、「A. 診断後支援の有効なプログラム」、「B. 当事者視点での支援促進」、「C. シームレスな介護保険サービスへの移行」のカテゴリーが抽出された。「A. 診断後支援の有効なプログラム」には、【デイサービス等に行かない人の受け皿】、【男性に適したプログラム】、【目標・役割ができる】、【個々が尊重されるちょうど良い距離感】、【信頼関係が醸成される】、【仲間ができて不安が軽減される】、【空白の期間が減る】、【認知症の進行を遅らせる】、【体を動かせる】、【社会参加の機会が増える】、【家族支援への効果】のサブ・カテゴリーが含まれた。さらに、「普及・実装の課題」に関する自由回答を分類したところ、「A. 運営面での課題」と「B. 地域展開における課題」に分類され、カテゴリーAには【費用・人材の確保】、【農地の確保】、【送迎】、【集客】、【プログラムの定員・頻度を増やす】、【プログラムのメニューを増やす】のサブ・カテゴリーが、カテゴリーBには、【ケアファーム事業所を増やす】、【関係機関との連携】、【ケアファーム事業の理解促進】、【認知症に対するイメージ改善】が含まれた。

#### D. 考察

本研究では、認知症や軽度認知障害と共に生きる人を対象にケアファームを用いた診断後支援の実践を記述し、その過程や効果、実装の可能性について多面的に評価した。

1) 認知症診断後にケアファームにつながる仕組みが確立された

参加者のケアファーム参加の経緯をみると、紹介元は認知症疾患医療センター(38.5%)と地域包括支援センター(61.5%)で占められていた。実際に、研究期間中にケアファームに紹介された高齢者は19名で、そのうち15名(78.9%)が登録・参加に至ったことをふまえると、認知症や軽度認知障害をもつ人を認知症疾患医療センターや地域包括支援センターからケアファームにつなぐルートはかなり確立されたといえよう。また、認知症疾患医療センターからケアファームに紹介された人は5名のうち4名(80%)が軽度認知障害であり、地域包括支援センターからの紹介に比べて早い段階でケアファームにつながる傾向があった。認知症の鑑別診断後、速やかに本人に適した活動につながる仕組みができれば、診断直後の「空白の期間」を減らすことができるであろう。

一方で、本事業を運営するNPOは事業立ち上げの前に、地域の医療機関へケアファーム事業の説明を行い、対象者へ渡すチラシも配布したが、効果は得られなかった。この理由として、医療機関への経済的インセンティブがないことや多忙で他機関との連携がなかなか図れないことなどが考えられるが、今後さらなる分析が必要である。日本における社会的処方の実装も、英国との医療制度の違い(英国では患者登録数に応じて支払われ、医療をしなければいけないほど収益が上がるが、日本では基本的に出来高払いである)から足踏みしている状況を鑑みると、わが国の医療制度の持つ普遍的な課題かもしれない。

2) ケアファームは診断後支援・社会的処方

のツールとして有効・実装可能である

参加者の参加動機やプログラムへの評価から、ケアファームは診断後支援や社会的処方ツールとして有効であることが示唆された。特に、既存のデイサービスには行きたがらない男性などに親和性がありそうだ。農園での共同作業は、信頼関係の構築、役割獲得、孤独の軽減につながった。事業に関わった職員からもプログラムの効果や実装についてポジティブな評価が得られ、当事者視点での支援が促進され、シームレスな介護保険サービスへの移行ができるという強みが示された。これらの結果から、ケアファームは社会的処方として、あるいは、認知症診断後の「空白の期間」を埋める実効性のあるツールであることが示唆された。

### 3) 本人視点の生活モデルによる地域ケア会議が実現できた

本事業では、認知症への不安を抱えやすい軽度認知障害の時期に本人を交えた地域ケア会議が実施された。認知症が進行して事例が複雑化してから実施するのではなく、早い段階から本人の不安や希望を聞く機会が専門職にとっても有意義であることが示唆された。事態が切迫してから事後的に開催される地域ケア会議では、支援先が限られ、入院や入所につなげる支援になりがちである。また、本人不在で診断や要介護度が会議の最初に提示されてから議論が始まるスタイルでは、医療モデルに偏る傾向がある。一方で、今回のような地域ケア会議では困難事例ではないので、本人の視点で未来についてじっくり話せるという利点がある。それを可能性にしているのは、農園での体験の共有であり、支援する人と支援される人の分断の

ない雰囲気醸成され、オープンダイアログの要素があるかもしれない。すなわち、本来の地域包括ケアシステムは本人の生活を中心にして本人を支えるというものであり、医療はあくまで必要な時の社会的な道具の一つであるはずだ。しかし現状では、困難事例化したあとの事後的ケース会議が行われ、それは医療モデルに基づいて行われているという矛盾が生じている。これに対して本人参加型事前のケース会議をすることで、本来の生活モデルによる支援を目指すことができる。

### 4) 農園での共同作業が本人視点のシームレスな支援につながる可能性

本研究で得られた事業の有効性や事業卒業後も含めた本人視点のシームレスな支援の確立には、農園での共同作業が大きく影響していると考えられる。つまり、共同作業をとおして参加者との信頼関係や新しい認知症観が醸成され、支援する・されるの分断なくなり、結果的に本人視点のシームレスな支援が促進されたのではないかと考える。本事業の農園プログラムでは、参加者と職員が協力しながら共に野菜を育て、成長や収穫を喜び、共に食べるという共同作業を行った。先行研究では、認知症の人が意味のある時間とを感じる要素は、共同作業、本人の残された能力や個性が尊重される環境、安心できる人間関係、過去の経験と結びつく活動とされている<sup>11)</sup>。農園プログラムでの共同作業を通して、参加者と職員の間信頼関係が生まれ、支援する者と支援される者という関係を超えた信頼関係が構築されるのかもしれない。

また、介護保険サービスを利用する前から

の関係機関との連携も、円滑かつシームレスなデイサービス利用につながっている。本事業では、NPOと自治体担当者、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターの職員が、本事業の進捗と課題、事例の共有のために関係者会議や当事者を交えた地域ケア会議を開催している。このことにより、参加者の認知症や介護度が進行しても、すぐに相談しやすい信頼関係が関係者間で構築され、結果的に途切れない支援が行き届いている。

#### 5) ケアファームを用いた診断後支援の課題

事業に関わった職員によるプログラムの実装・普及に関する評価の結果から、本事業の農園プログラムは認知症診断後支援のツールとして有効であり、当事者視点での支援が促進され、シームレスな介護保険サービスへの移行ができるという強みが示された。プログラムの有効性としては、デイサービスに行きたがらない人や男性に適したプログラムであることや、信頼関係が醸成される、仲間ができ不安が軽減される、空白の期間が減るなどの強みが評価された。

一方で、プログラムの普及・実装の課題に関しては、費用や人材、農地の確保、送迎の問題、集客などの「運営面での課題」と、ケアファーム事業所を増やす、関係機関との連携を強化する、ケアファーム事業の理解を促進するなどの「地域展開における課題」が抽出された。これらの課題に対していくつかの対策が考えられる。

第一には、効率的・効果的なケアファーム事業の運営方法についてのさらなる議論が必要である。例えば、市民農園や休耕地の活用、農園芸に詳しい人材や送迎を補助する

認知症サポーターの活用、活動費用の支援などが考えられる。

第二には、体験共有型のケアファームが診断後支援や社会的処方の有効な資源であることの見直し(リポジショニング)が必要である。地域や介護施設などで農園芸活動をしている事例はあるが、一般の住民や介護サービス利用者が知らないだけなのかもしれない。対策として、農園芸活動をしている地域の居場所や施設を知ってもらう機会やチャンネルを増やすことも重要であろう。国の認知症施策や医療制度を変えるくらいのチャレンジングな課題かもしれないが、社会的処方や診断後支援への経済的インセンティブ(診療報酬や介護報酬のようなもの)の導入も、ケアファームの普及を促進するに違いない。Everettは、普及とは、「イノベーションが、あるコミュニケーション・チャンネルを通じて、時間の経過の中で、社会システム成員の間に伝達される過程である」と述べている<sup>12)</sup>。認知症の診断後支援のツールとしてのケアファームがどのように普及・実装されていくかを記述する研究や、介入をする研究も必要である。

第三に、認知症の診断前から診断後までのシームレスな支援体制の構築が必要である。そのためには、軽度認知障害の段階から地域包括ケアに関わる専門職が気軽に相談・連携ができる協議体を作ることも考えられる。

#### 6) 本研究の限界

本研究は特定の地域のひとつの事業所とそれを取り巻く関係機関との連携に限られた診断後支援の内容を観察・記述したものであり、結果の一般化には慎重を要する。今

後、他の複数のフィールドで観察研究や比較対照群を設置した介入研究を行い、診断後支援の仕組み構築に寄与する要因を明らかにする必要がある。

#### E. 結論

農園での共同作業は、当事者視点での支援を促進し、生活モデルへの転換を促す有効な診断後支援ツールであることが示唆された。今後は、農地の確保や人材育成といった運営面の課題解決と、地域社会への啓発が重要である。

#### F. 引用文献

- 1) Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2022-Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support. 21 September 2022. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>
- 2) NHS England. Green social prescribing. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/green-social-prescribing/> (Accessed 16 Nov.2025)
- 3) Ura C, Okamura T, Yamazaki S, Shimmei M, Torishima K, Eboshida A, Kawamuro Y. Rice farming care as a novel method of green care farm in East Asian context: an implementation research. BMC Geriatr. 2021 Apr 9;21(1):237. doi: 10.1186/s12877-021-02181-2
- 4) 宇良千秋, 岡村毅, 山崎幸子, 石黒太一, 井部真澄, 宮崎眞也子, 鳥島佳祐, 川室優. 認知機能障害をもつ高齢者の社会的包摂の実現に向けた農業ケアの開発: 稲作を中心としたプログラムのフィージビリティの検討. 日本老年医学会雑誌, 55(1):106-116,2018.
- 5) Ura C, Okamura T, Taga T, Yanagisawa C, Yamazaki S, Shimmei M. Living for the city: Feasibility study of a dementia-friendly care farm in an urban area. Int J Geriatr Psychiatry. 2022 Sep;37(9). doi: 10.1002/gps.5794.
- 6) Kazdin AE. Single-case experimental designs. Behaviour Research and Therapy, 117:3-17, 2019
- 7) Awata S, Bech P, Yoshida S, Hirai M, Suzuki S, Yamashita M, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. Psychiatry Clin Neurosci 2007;61:112-119.
- 8) 山本彩・中村堯駿 普及と実装研究における実装アウトカムについての一考察～ Parent-Child Interaction

- Therapy(PCIT)を例として～. 札幌学院大学心理学紀要、6(1):1-18, 2023.
- 9) Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2):77-101,2006.
- 10) Yin R. *Case Study Research and Applications*. SAGE Publications, 2018.
- 11) Sarah Fox, James Thompson, John Keady. *Meaningful Moments of Connection: How People Affected by Dementia and Their Carers Living at Home Understand, Interpret and Experience Everyday Aesthetics*. First published: 03 August 2025.  
<https://doi.org/10.1002/gps.70136>
- 12) エベレット・ロジャーズ. 三藤利雄 訳. *イノベーションの普及*. 翔泳社、東京、2007.
- 2) 宇良千秋. 農園を活用した多世代共生社会構築の可能性. *老年社会科学*, 47(4)421-426, 2026.
2. 学会発表
- 1) 宇良千秋、山崎幸子、岡村毅 精神科病院における農園芸活動の多面的評価 老年社会科学会第 67 回大会 2025.6.27~29(学会賞受賞)
- 2) 宇良千秋(招聘)シンポジウム「長寿を喜ぶ・喜ばれる多世代共生社会の実現を目指してー挑戦と展望ー」老年社会科学会第 67 回大会 2025.6.27~29
- 3) Chiaki Ura, Tsuyoshi Okamura, Sachiko Yamazaki, Akira Eboshida, Yu Kawamuro. A mixed methods feasibility study on the multidimensional impact of care farms in psychiatric hospitals: potential for preventing staff burnout. IPA Congress 2025, Kanazawa, Japan, 2025.9.25~27
- 4) 宇良千秋、岡村毅(座長)話題提供者;吉田行郷(千葉大学大学院園芸学研究院)、升岡圭治(社会福祉法人豊和会)、宇津木 忠(社会福祉法人不二健育会)、毛利ユカ(いばらき園芸療法研究会)自主企画シンポジウム「農園芸を活用した認知症ケア:共生の時代のケアのカタチ」第 26 回認知症ケア学会(福岡) 2025.5.31~6.1

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) Chiaki Ura, Tsuyoshi Okamura, Sachiko Yamazaki, Akira Eboshida, Yu Kawamuro. Does implementing care farms in psychiatric hospitals prevent staff burnout?: A pragmatic, mixed-method pilot study. *BMC Research Notes* (In press)

#### H. 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

送迎⇒休憩・作業説明（20分）⇒ラジオ体操（10分）⇒作業①（20分）  
 ⇒休憩・団らん（20分）⇒作業②（20分）⇒団らん・歌唱（20分）⇒解散・送迎



唐辛子の収穫



雑草取り



じゃがいもの収穫



休憩・団らん



子どもと作業



みそ汁作り



ピザ作り

図1 プログラムのタイムスケジュールと活動の様子

表1 プログラム参加者の属性・参加経緯・変化・転帰

ID	性別・年齢	世帯状況	どこからの紹介か	認知症患者名	出席率 (%)	精神的健康 1回目	精神的健康 2回目	転帰
P1	女性・80代	同居	地域包括支援センター	診断なし	79.6	良好	良好	⇒同法人デイ（農園あり）
P2	男性・70代	独居	認知症疾患医療センター	軽度認知障害	98.9	良好	良好	継続参加
P3	女性・70代	同居	認知症疾患医療センター	アルツハイマー型 認知症	100.0	良好	良好	⇒同法人デイ（農園あり） ⇒GH入所
P4	女性・70代	同居	認知症疾患医療センター	軽度認知障害	80.0	良好	良好	継続参加
P5	男性・70代	同居	地域包括支援センター	アルツハイマー型 認知症	100.0	良好	良好	⇒同法人デイ（農園あり）
P6	女性・80代	独居	地域包括支援センター	診断なし	98.0	良好	良好	⇒同法人デイ（農園あり） ⇒施設入所
P7	男性・70代	同居	地域包括支援センター	診断名不明	88.5	良好	良好	⇒同法人デイ（農園あり）
P8	男性・60代	独居	地域包括支援センター	血管性	74.3	不良	良好	継続参加
P9	男性・70代	同居	地域包括支援センター	レビー小体型	87.3	良好	良好	継続参加
P10	男性・70代	同居	認知症疾患医療センター	軽度認知障害	89.2	良好	不良	⇒他法人デイ（農園あり）
P11	男性・80代	同居	認知症疾患医療センター	軽度認知障害	38.9	良好	—	不明
P12	女性・70代	同居	地域包括支援センター	アルツハイマー型	16.7	良好	—	⇒同法人デイ（農園あり）
P13	男性・80代	同居	地域包括支援センター	混合型	100.0	良好	—	継続参加

表 2 本人が語った参加動機の種類

カテゴリー	言説の例
農作業への関心	「もともと畑をやっていたので参加したいと思った」 「畑はずっとやっていた」 「話を聞くと自分にもやれそうだった」 「実家が農家だったので野菜作りは興味あった」 「農作業は学校でやったことがあったから抵抗なかった」 「草刈は嫌じゃないからやってみよう」 「行ってみたら楽しかった」 「特に嫌でもなかったので行ってみた」
認知症への不安	「認知症が怖い」 「物忘れがあるからなんとかしないとと思って」
外出機会	「外に出たかった」 「うちでぼんやりしてるよりはいい」
デイサービスへの抵抗	「デイサービスは行きたくない」 「デイサービスより畑の方がいい」
人との交流	「話し相手が欲しい」

表 3 本人の語りから得られたプログラムの効果

カテゴリー	言説の例
人との交流	<p>「同年代の人と話せて楽しい」  「人とよく話すようになった」  「皆と一緒に作業したりお茶を飲んだりが楽しい」  「いつか畑のメンバーでバス旅行に行って共通の思い出を作りたい」  「いろんな人に優しくできる」  「人に会っておしゃべりするのが楽しみ」  「家で一人であるよりみんなといた方が楽しい」  「みんなと歓談できて楽しい」  「口下手だけど会話も楽しい」  「みんなと話しができて仲間ができて楽しい」  「絵を描く知り合いができた」</p>
農作業の楽しみ	<p>「野菜が育ってそれを食べて喜んでもらえるのがうれしい」  「作業もゆっくりしていてあまり大変じゃないからちょうどいい」  「何回も天気予報を確認するくらい農作業が楽しみ」  「おしゃべりやカラオケより作業している方がいい」  「作業が苦にならないところがいい」  「草取りも嫌いじゃないしひとりでやってるより楽しい」  「農園の作業は楽しい」  「毎日行きたい」</p>
気分や体調の変化	<p>「農園に出かけるようになって若い時にもどったよう」  「農園に行くと気が晴れる」  「屋外の活動の方が空気とか空の色とか、体にいい」</p>
生活リズムの構築	<p>「規則正しい生活になった」</p>

表 4 関係職員のプログラムの普及・実装に関する評価と効果・強みに関する評価

ID	普及・実装に関する量的評価			「プログラムの効果・強み」に関する分類	「普及・実装の課題」に関する分類
	①認知症診断後支援プログラムとしての農園活動に同意します	②農園活動は認知症診断後支援プログラムとして高齢者にふさわしいようです	③農園活動は認知症診断後支援プログラムとして実装可能のようです		
S1	★★★★★	★★★★★	★★★★☆	A. 診断後支援の有効なプログラム 【デイサービス等に行かない人の受け皿】 【男性に適したプログラム】 【目標・役割ができる】 【個々が尊重されるちょうど良い距離感】 【参加者との信頼関係が醸成される】 【仲間ができ不安が軽減される】 【空白の期間が減る】 【認知症の進行を遅らせる】 【体を動かせる】 【社会参加の機会が増える】 【家族支援への効果】  B. 当事者視点での支援促進  C. シームレスな介護保険サービスへの移行 <input type="checkbox"/>	A. 運営面での課題 【費用・人材の確保】 【農地の確保】 【送迎】 【集客】 【プログラムの定員・頻度を増やす】 【プログラムのメニューを増やす】  B. 地域展開における課題 【ケアファーム事業所を増やす】 【関係機関との連携】 【ケアファーム事業の理解促進】 【認知症に対するイメージ改善】
S2	★★★★★	★★★★★	★★★★★		
S3	★★★★☆	★★★★☆	★★★★☆		
S4	★★★★☆	★★★★☆	★★★★☆		
S5	★★★★★	★★★★★	★★★★★		
S6	★★★★☆	★★★★☆	★★★★☆		
S7	★★★★★	★★★★★	★★★★★		

注)

★★★★★完全に賛成する

★★★★☆賛成する

★★★☆☆どちらでもない

★★☆☆☆賛成しない

★☆☆☆☆完全に賛成しない

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

認知症の人と認知症のない人が共に参加する参加型アートプログラムの効果:

診断後支援における心理的側面と認知症観の変容に関する探索的研究

研究分担者 杉山美香

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

准主任研究員

研究要旨

本研究は、認知症の人と認知症のない人が共に参加する混合構成の参加型アートプログラムを実施した。認知症の本人および地域住民の心理的側面や認知症観に与える影響を探索的に検討した。地域在住の6名を対象に全4回のプログラムを実施し、量的指標の前後比較と質的記述的分析を行った。量的指標に有意差はみられなかったが、自己効力感や孤独感に中程度の改善傾向が認められた。質的分析では、アート活動による自己表現の喜びや自信の回復、認知症のない参加者における固定観念の修正、本人ミーティングがもたらす心理的安全性と相互理解の促進が示された。これらの結果から、本プログラムは診断後の心理的支援や認知症観の変容を促し、共生社会の実現に向けた有用な支援アプローチとなる可能性が示唆された。

A. 研究目的

認知症の診断後支援は、本人の心理的安定と社会参加の継続を支える上で重要な位置を占める。2023年に制定された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」は、認知症の人を支援の対象としてのみ捉えるのではなく、尊厳を保持し主体的に社会に参加する権利を有する市民として位置づけている。この理念は、診断後早期から本人の自己理解と社会的つながりを維持する支援の必要性を示している。

国際的にも、認知症の人を市民として捉える「認知症市民性(dementia citizenship)」の概念(Bartlett & O'Connor, 2010)や、本人の語り・社会参加

がエンパワメントの回復に寄与するという知見(Swarbrick et al., 2019)が蓄積されている。また、意味のある活動や語りがアイデンティティの維持に寄与すること(Phinney et al., 2007; Clarke & Bailey, 2016)は、診断後の心理的適応における重要な要素である。これらは、Kitwood(1997)の personhood や strengths-based approach(Sabat, 2001)とも整合し、診断後支援における「尊厳」「主体性」「社会参加」の重要性を理論的に裏づけている。

一方で、診断後の本人や家族には、否定的な認知症観やスティグマが依然として影響し、自己効力感の低下や活動縮小を招きや

すい(Mukadam & Livingston, 2012)。特に、認知症の人と認知症のない人が日常的に交わる機会は限られており、相互理解の不足が社会的孤立を助長する要因となっている。この課題に対し、両者が対等な立場で参加できる混合構成のプログラムは、相互理解の促進やスティグマ軽減に寄与する可能性があるが、国内ではその実施可能性や効果に関する検討は十分ではない。

アート活動は、情動活性、自己効力感の向上、コミュニケーション促進など多面的な効果が報告されており(Beard, 2012; Windle et al., 2014; Camic, 2008)、認知症の人の能力や個性が自然に表出される点で、混合構成の場に適した媒介となり得る。英国の「Creative Health」報告書(APPG, 2017)や美術館を活用したプログラム(Camic et al., 2014; Zeilig et al., 2018)は、アートが認知症の人の主体性の可視化やスティグマ軽減に寄与することを示している。国内でもアートを活用した実践が広がりつつあるが、認知症の人とそうでない人が共に参加するプログラムの効果や実施可能性に関する研究は限られている。

以上を踏まえ、本研究は、臨床美術と認知症本人ミーティングを組み合わせた参加型アートプログラムを、認知症の人と認知症のない人の混合構成で実施し、①その実施可能性(feasibility)、②参加者の心理的側面への影響、③認知症観の変容、の3点を探索的に明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

本研究は、認知症の人と認知症のない人が共に参加する混合構成の参加型アートプロ

グラムの実施可能性(feasibility)と心理的効果を探索的に検討するために実施した。参加者は東京都A区で募集した6名であり、認知症の診断がある者2名、MCIの者1名、要支援対象者1名、その他2名で構成された。年齢は59~97歳(平均73.5±14.3歳)、女性は3名(50.0%)であった。教育年数は全員が13年以上であった。参加者は地域包括支援センターおよび医療機関を通じて募集し、研究の趣旨を説明した上で書面による同意を得た。

プログラムは2025年2~3月に全4回、各回120分で実施した。平均出席率は91.6%と高く、混合構成による介入の実施可能性は十分に高いと判断された。介入内容は、①臨床美術士による創作活動(パステル等を用いた臨床美術プログラム)、②認知症本人ミーティング、③全体でのふりかえり、の3要素で構成された。臨床美術では、作品の巧拙を問わず五感を活用した自由な表現を促し、参加者が自らのペースで創作に取り組めるよう支援した。本人ミーティングでは、作品や日常生活に関する思いを語る場を設け、認知症の人と認知症のない人が対等な立場で経験や気づきを共有できるよう配慮した。

データ収集は量的指標と質的データの両面から行った。量的指標として、MMSE-J(Ideno et al., 2012)、UCLA孤独感尺度(Masuda, 2004)、WHO-5(Awata et al., 2007)、Rosenberg自尊感情尺度(RSES)(Mimura & Griffiths, 2007)、LSNS-6(Kurimoto et al., 2011)、GDS-15-J(Niino et al., 1991)を介入前後に実施した。アートの実装アウトカム評価とし日本語版 Acceptability of

Intervention Measure (AIM)を実施した。質的データとしては、プログラム終了後の半構造化面接、セッション中の観察記録、創作作品の写真記録を収集した。

量的データは、正規性を前提としないノンパラメトリック検定である Wilcoxon の符号付順位検定を用いて分析した。効果量  $r$  は  $Z$  値をサンプルサイズの平方根で除して算出し、Cohen の基準 ( $r=0.1$  小、 $0.3$  中、 $0.5$  大)に基づき解釈した。本研究はサンプル数が少ない探索的研究であるため、統計的有意差よりも効果量を重視して変化の大きさを評価した。統計解析には IBM SPSS Statistics (Version 26) を使用し、有意水準は 5% とした。

質的データの分析には Sandelowski (2000) の質的記述的研究法 (Qualitative Descriptive Study) を用いた。半構造化面接の逐語録、観察記録、写真記録を複数回読み込み、アート活動の体験や認知症観に関連する意味単位を抽出した。抽出した意味単位は参加者の表現を可能な限り保持した形でコード化し、類似性に基づいてカテゴリ、大カテゴリへと整理した。コード化は研究者 1 名が独立して行い、解釈の妥当性を確保するため認知症研究の経験を有する第三者によるピアレビューを受けた。

(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倫理審査委員会の承認を得て実施した (承認番号: R24-098)。参加者には研究目的、方法、自由意思による参加、途中辞退の権利、個人情報保護について説明し、書面による同意を得た。また、発表や論文で使用する写真についても本人の許諾を得た。

## C. 研究結果

1) 実施可能性 (Feasibility) の結果  
全 4 回の平均出席率は 91.6% と高く、認知症の人と認知症のない人が混在する構成においても、参加継続が十分に可能であることが示された。創作活動は全参加者が完遂し、活動の難易度に関する否定的な反応はみられなかった。認知症のある参加者 1 名では、ハサミの使用や直線を描く工程に困難がみられたが、臨床美術士による個別支援により遂行可能であった。創作工程は事前に段階化して設定していたため、全体として適切な難易度であったと判断された。

本人ミーティング (茶話会) では全員が発言し、認知症の人と認知症のない人が対等な立場で交流していた。半構造化面接では「今後も続けたい」「楽しかった」「支援者がそばにいて安心できた」など肯定的な語りが多く得られ、プログラムの受容性 (acceptability) が高いことが示された。

さらに、日本語版 AIM の結果では、「アートに同意する」「魅力的である」「好きである」「喜んで受け入れる」の全項目において、完全に賛成 (66.7 ~ 83.3%) または賛成 (16.5 ~ 33.3%) が占め、受容性は極めて高かった。また、「アートに関する意識の変化あり」は 66.7%、「今後も続けたい」は 100% であり、プログラムが参加者にとって魅力的で継続意欲を喚起する介入であったことが確認された。

以上より、混合構成の参加型アートプログラムは、参加継続性・遂行可能性・受容性のいずれにおいても高い実施可能性を有し、認知症の人にとっても認知症のない人にとっても参加しやすい介入であることが示唆された。

表 1. プログラムの評価アンケート

アートプログラムについてのアンケート				
	そう思う	どちらかと言えそう思う	どちらかと言えそう思わない	思わない
アートプログラムの一回当たりの時間は適切であった	5 (83.3)	1 (16.5)	0	0
アートプログラムの実施回数は適切であった	4 (66.7)	1 (16.5)	0	1 (16.5)
アートに対して意識が変わった	4 (66.7)	1 (16.5)	1 (16.5)	0
アートは楽しいと思う	5 (83.3)	1 (16.5)	0	0
アートに対して抵抗感がある	0	1 (16.5)	0	5 (83.3)
アートを今後も自分の生活の中で続けていきたいと思う	6 (100)			
アートプログラムは自分の生活にもいい影響を与えたと思う	5 (83.3)	1 (16.5)		
認知所やMCIのことについてもっと知りたいと思う	3 (50.0)	0	2 (33.3)	1 (16.5)

表 2. AIM 結果

AIM結果					
	完全に賛成する	賛成する	どちらでもない	賛成しない	完全に賛成しない
アートプログラムの実施に同意する	4 (66.7)	2 (33.3)	0	0	0
アートプログラムは私にとって魅力的	5 (83.3)	1 (16.5)	0	0	0
私はアートプログラムが好き	4 (66.7)	2 (33.3)	0	0	0
私はアートプログラムを喜んで受けま	4 (66.7)	2 (33.3)	0	0	0

## 2) 心理的側面への効果(量的指標)

介入前後の量的指標について Wilcoxon の符号付順位検定を実施した結果、MMSE-J、一般性自己効力感、UCLA 孤独感尺度、GDS、WHO-5、RSES、LSNS-6 のいずれにおいても統計的な有意差は認められなかった。しかし、一般性自己効力感( $r = .60$ )および UCLA 孤独感尺度( $r = .58$ )では中程度の効果量が示され、心理的側面における改善傾向が認められた。MMSE-J の中央値は介入前 26.5 から介入後 27.5 へ、WHO-5 は 19.5 から 20.5 へとわずかに上昇したが、いずれも有意ではなかった。

これらの結果は、短期間かつ少人数の探索的介入では統計的有意差が得られにくい一方で、自己効力感や孤独感といった心理的指標において一定の改善が生じている可能性を示唆している。

表 3. 主要評価指標の介入前後比較

	介入前	介入後	Z 値	P 値	r
	中央値 (四分位範囲)	中央値 (四分位範囲)			
認知機能 (MMSE-J)	26.5 [IQR9.2]	27.5 [IQR10.7]	-0.41	0.68	0.17
一般性自己効力感尺度	12.5 [IQR8.5]	13.0 [IQR5.75]	-1.47	0.14	0.60
主観的孤独感 (UCLA 孤独感尺度)	3.0 [IQR1.25]	3.0 [IQR0.25]	-1.41	0.15	0.58
抑うつ (GDS-15-J)	2.5 [IQR3.7]	1.0 [IQR4.2]	-0.81	0.41	0.33
精神的健康 (WHO-5)	19.5 [IQR5.25]	20.5 [IQR5.0]	-0.42	0.67	0.17
ローゼンバーグ自尊感尺度 (RSES)	35.0 [IQR6.25]	35.5 [IQR9.0]	-0.31	0.75	0.13
ソーシャルネットワーク (LSNS-6)	15.5 [IQR5.5]	15.0 [IQR4.75]	-0.21	0.83	0.08

## 3) 質的データ結果

質的記述的研究法に基づき、半構造化面接および観察記録を分析した結果、【1. 心理的側面への効果: ストレングスの発現】【2. 認知症観の変化】【3. 相互理解の促進】の 3 つの大力カテゴリーが抽出された。以下に各カテゴリーの特徴を示す。

### 【1. 心理的側面への効果: ストレングスの発現】

本カテゴリーには、<楽しさ><自己表現の喜び><新しい挑戦の機会>の 3 つのカテゴリーが含まれた。

#### <楽しさ>

参加者はアート活動について「とにかく楽しかった」「集中して取り組むことができた」と語り、活動中の没入感や楽しさが強調された。また、「一緒に参加した人がみんなよい人で大変良かった」との語りもあり、肯定的な雰囲気が活動への積極的な参加を支えていた。

#### <自己表現の喜び>

作品を家族に見せた際に「みんな驚いたり、飾ったりしてくれた」と語る参加者もあり、創作物が他者との関わりを生む契機となっていた。また、「1 つもダメなことを言われなかった」「ほめてくれるのが嬉しかった」といっ

た語りから、肯定的なフィードバックが自己肯定感の向上につながっていた。さらに、「生活の一部として気が向いた時に描いている」「家の中に飾っても面白いと思えた」と述べる参加者もあり、アート活動が日常生活に取り入れられていた。

#### <新しい挑戦の機会>

多くの参加者はアート経験が乏しく、「アートが自分にできるかしらという気持ちを持ちながら参加した」と語った。しかし、活動を通じて「形とか気にしないで描けた」「続けることが大事だと思うようになった」といった語りを得られ、新しい活動への挑戦が肯定的な経験として受け止められていた。

### 【2. 認知症観の変化】

認知症観の変容は主に認知症のない参加者にみられ、<固定観念の修正>と<認知症の自分事化>の2つのカテゴリが抽出された。

#### <固定観念の修正>

認知症のない参加者は、介入前には「認知症の人は迷惑をかける存在」という否定的なイメージを抱いていた。しかし、アート活動を通じて認知症の人の創造性や人柄に触れたことで、「実際は違った」「みんないい人ばかりだった」「認知症の壁が少しなくなった」と語り、固定的なイメージが修正されていた。アートという共創的な活動は、認知症の人を“できない人”としてではなく、“共に活動する仲間”として再認識する契機となり、スティグマの低減に寄与していた。

#### <認知症の自分事化>

認知症のない参加者は「明日は我が身だと思おう」「こんな感じの認知症ならなってもよい」と述べ、認知症を自分自身の将来と結びつけて捉える視点が生まれていた。

アート活動を通じて認知症の人の個性や強みが可視化されることで、認知症を“恐れる対象”から“身近な可能性の一つ”として捉え直すプロセスが促進されていた。

一方、認知症のある参加者では認知症観の大きな変化はみられず、「特に変化はない」と語られた。この点は、認知症観の変容が主に“他者理解の更新”として生じることを示唆している。

### 【3. 相互理解の促進】

本人ミーティング(茶話会)は、認知症観の変容を支える重要な媒介として機能した。参加者は「皆のことを知れて安心した」「背景を知ることと一緒に取り組みやすくなった」と語り、ミーティングが心理的安全性を確保し、深い相互理解を促進していた。

特に、まずアートを通じて“人としての魅力”に触れ、その後に認知症であることを知るという順序が、負のラベル貼りを防ぎ、認知症の人を一人の生活者として理解するプロセスを支えていた。認知症観の変容は主に“他者理解の更新”として生じ、認知症のある参加者では大きな変化はみられなかった。

### D. 考察

本研究は、認知症の人と認知症のない人が共に参加する参加型アートプログラムを診断後支援として試行し、その実施可能性と心理的・社会的効果を探的に検討した。その結果、量的指標では統計的な有意差は認められなかったものの、自己効力感や孤独感に中程度の効果量がみられ、心理的側面における改善傾向が示唆された。また、質的分析からは、アート活動が参加者の強みを引き出し、自己表現の喜びや新しい挑戦への意欲を喚起するなど、診断後の心理的回復を支える要素が明らかとなった。

特に注目すべきは、認知症のない参加者において認知症観の変容が生じた点である。アートという共創的な活動を通じて、認知症の人の創造性や人柄に触れたことが、従来の否定的な固定観念を修正し、「迷惑をかける存在」というイメージが「共に活動できる仲間」へと変化していた。さらに、「明日は我が身だと思う」といった語りに示されるように、認知症を自分事として捉える視点が生まれたことは、認知症の社会的理解を深めるうえで重要な示唆を与える。

本人ミーティング(茶話会)は、こうした認知症観の変容を支える重要な媒介として機能した。参加者は、アート活動でまず互いの人間性に触れ、その後に背景や病名を知るという順序を経験した。このプロセスは、負のラベル貼りを防ぎ、心理的安全性を確保しながら深い相互理解を促進していた。これらの結果は、アート活動が認知症の人の主体性や創造性を可視化し、社会的スティグマを軽減することを示した先行研究とも整合している。特に、共創的なアート体験が参加者間の関係性を再構築し、認知症の人を「できない人」ではなく「共に活動する仲間」として捉え直すプロセスは、国際的に報告されている知見と一致する。

一方、量的指標に有意差がみられなかったことは、短期間・少人数の探索的研究であること、また心理的变化が尺度に反映されにくい可能性を示している。しかし、AIM において全項目で高い受容性が示され、「今後も続けたい」が 100%であったことから、参加者にとって本プログラムが魅力的で継続意欲を喚起する介入であったことは明らかである。これは、診断後支援において「続けたいと思える活動」を提供することの重要性を

示している。

総じて、本研究は、混合構成の参加型アートプログラムが、認知症の人の心理的安定や自己効力感の回復を支えるだけでなく、認知症のない参加者の認知症観の変容を促し、地域における相互理解と共生の基盤を形成する可能性を示した。診断後支援において、アートは単なるレクリエーションではなく、本人の主体性を引き出し、社会的つながりを再構築する有望なアプローチであると考えられる。

#### E. 結論と今後の課題

本研究は、認知症の人と認知症のない人が共に参加する参加型アートプログラムを診断後支援として試行し、その実施可能性と心理的・社会的効果を探索的に検討した。その結果、出席率の高さや活動遂行の安定性から、混合構成であってもプログラムの実施が十分に可能であることが示された。量的指標では統計的有意差は認められなかったものの、自己効力感や孤独感に中程度の効果量がみられ、心理的側面における改善傾向が示唆された。質的分析では、アート活動が参加者の強みを引き出し、自己表現の喜びや新たな挑戦への意欲を促すなど、診断後の心理的回復を支える要素が明らかとなった。

さらに、認知症のない参加者において認知症観の変容が生じ、固定観念の修正や認知症の自分事化が促進された点は、混合構成プログラムの大きな意義である。本人ミーティングは心理的安全性と相互理解を支える重要な媒介として機能し、認知症の人を一人の生活者として理解するプロセスを促進した。これらの結果から、本プログラムは、地域における診断後支援の新たな選択肢とし

て実装可能性を有しており、共生社会の実現に向けた地域資源としての活用が期待される。

本研究は、混合構成の参加型アートプログラムの可能性を示したが、いくつかの課題が残された。第一に、対象者が少人数であったため、量的指標に有意な変化が得られなかった。今後はサンプル数を増やし、統計的検証力を高める必要がある。第二に、短期間の介入であったため、心理的効果や認知症観の変容がどの程度持続するのかは明らかではない。長期的なフォローアップを通じて、継続的な効果を検討することが求められる。第三に、認知症のある参加者の変化は限定的であったため、本人の微細な心理変化や well-being を捉えられる評価指標の検討が必要である。さらに、地域で継続的に実施するためには、支援体制やファシリテーション方法の標準化など、実装可能性の観点からの検討も今後の課題となる。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし

##### 2. 学会発表

1. 杉山美香 枝広あや子 海野尚子 豊田莉子 宮前史子 中山莉子 名越敬真 古田晶子 “認知症とともによりよく生きるための参加型アートー地域における認知症診断後支援のためのパイロットスタディー”. 第 14 回日本認知症予防学会(東京) 2025.9.12 ~ 9.14. 口演

2. 杉山美香、枝広あや子、海野尚子、宮前史子、中山莉子、三井美穂子、古田晶子:参加型アートプログラムが認知症観に与える影響の検討. 第 40 回日本老年精神医学会(金沢) 2025.9.26~27 ポスター

#### 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

新たな診断後支援の形態としてのリロケーション後の支援の探索研究

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 自立促進と精神保健研究チーム

准主任研究員

研究要旨

高齢期の転居は、配偶者との死別、健康状態の変化、経済的困難、住宅事情などを背景として生じることが多く、既存の社会関係の断絶を伴いやすい。その結果、独居高齢者では社会的孤立や精神的健康悪化の危険性が高まる。一方、日本の地域支援システムは本人からのアクセスを前提とすることが多く、自立した高齢者ほど支援からこぼれ落ちやすい。本研究では、高齢期の転居直後という「社会関係が再編される可塑的時期」に着目し、地域との接続を支援する「ウェルカムプロジェクト」のフィージビリティを検討するとともに、その知見をもとに大規模研究のスタディプロトコルを構築した。

研究フィールドは UR 賃貸住宅高島平団地とし、65 歳以上の独居転入者を対象とした。介入は、①研究スタッフによる挨拶同行、②住民ボランティアとの交流会参加支援、から構成した。CASP-19、WHO-5、LSNS-6 等を用いた質問紙調査に加え、介入記録の質的分析を行った。

フィージビリティスタディでは、心理的・社会的脆弱性を有する高齢者ほど介入を希望する傾向がみられた。挨拶同行では、「一人では行きづらかった」「安心した」といった語りが得られ、同行者は「中の人」と「よそ者」の中間的存在として、地域参入時の心理的緩衝材として機能していた。また、交流会では、生活情報の共有だけでなく、「どこで過ごせばよいか」「居場所がほしい」といった孤独感や関係形成ニーズが表出された。さらに、サイコーシスが疑われる対象者や再転居に至る対象者も確認され、転居後初期が精神保健上不安定な時期であることが示唆された。

これらの知見を踏まえ、介入内容、アウトカム、実施体制、統計解析計画等を整理し、SPIRIT および TIDieR ガイドラインに準拠した大規模研究のスタディプロトコルを作成した。高齢期の転居は、社会的孤立の契機であると同時に、適切な支援によって新たな社会関係を形成し得る介入可能な時期である可能性が示唆された。

A. 研究目的

高齢期の転居は、配偶者との死別、経済的

困難、健康状態の変化、住宅事情などを背景

として生じることが多く、既存の社会関係の

断絶を伴いやすい。その結果、転居後の高齢者は社会的孤立や孤独、精神的健康の悪化に陥る危険性を有する。一方、日本の地域支援システムは本人からのアクセスを前提とすることが多く、自立して生活している独居高齢者ほど支援からこぼれ落ちやすい。本研究では、高齢期の転居直後という「社会関係が再編される可塑的な時期」に着目し、地域との接続を支援する介入モデル「ウェルカムプロジェクト」のフィジビリティを検討するとともに、その知見を基盤として、大規模研究に向けたスタディプロトコルを構築することを目的とした。

## B. 研究方法

研究フィールドは、東京都板橋区のUR賃貸住宅高島平団地とした。本団地は1970年代に建設された大規模団地であり、高齢化率が高く、毎年多くの高齢独居者が転入している地域である。研究は東京都健康長寿医療センター研究所の地域拠点「高島平ココからステーション」を中心に実施した。

フィジビリティスタディでは、65歳以上の独居転入者を対象に、本人希望に基づく準実験的デザインを採用した。介入内容は、①研究スタッフによる「引っ越し挨拶同行」、②地域住民ボランティアとの交流会参加支援、の二本柱で構成した。挨拶同行では、スタッフが対象者ととも近隣住戸を訪問し、転入時の挨拶を支援した。交流会では、地域生活に関する情報共有や住民交流の場を提供した。

評価指標として、CASP-19、WHO-5、PHQ-2、LSNS-6、対人交流頻度、社会参加頻度等を用いた。また、介入記録を質的に分析し、転居後の生活再構築過程や支援ニーズを探索した。

これらの知見を基盤として、国際誌 BMC Public Health に投稿したスタディプロトコルでは、準実験的比較研究として研究デザインを整理した。対象者の登録手順、介入フロー、アウトカム指標、実施体制、倫理的配慮、統計解析計画を明確化し、SPIRIT および TIDieR ガイドラインに準拠したプロトコルを作成した。

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。

## C. 研究結果

フィジビリティスタディでは13名が研究参加に同意し、うち10名が介入群、3名が対照群となった。介入群は平均年齢が高く、女性が多く、CASP-19、WHO-5、LSNS-6などの指標はいずれも対照群より低値であり、心理的・社会的脆弱性を有する者ほど介入を希望する傾向が示唆された。

挨拶同行では、「一人では行きづらかった」「一緒に行ってもらえて安心した」といった語りが多く得られた。同行者は単なる支援者ではなく、「地域住民でも完全な外部者でもない中間的存在」として機能し、新参加者がコミュニティへ参入する際の心理的緩衝材となっていた。また、挨拶同行を契機として、医療機関、買い物、金融機関、ごみ出しルール等に関する生活上の困りごとが自然に表出された。

交流会では、「どこで日中を過ごせばよいか」「友人とお茶をできる場所はあるか」といった問いが共有され、単なる情報収集にとどまらず、新たな地域における居場所や関係性を模索する過程が観察された。さらに、サイコシスが疑われる対象者や、短期間で再転居に至る対象者も確認され、転居後初期が精神保健上きわめて不安定な時期である

ことが示唆された。

これらの結果を踏まえ、介入内容、アウトカム、対象者導線、支援体制を再整理し、より大規模な準実験研究として実施可能なスタディプロトコルを作成した。

#### D. 考察

本研究により、高齢期の転居直後は社会的孤立が顕在化しやすい危機的時期である一方、適切な介入によって新たな社会関係形成を促進し得る「介入可能な時期」であることが示唆された。特に重要であったのは、「中間的存在」の役割である。地域拠点スタッフや住民ボランティアは、「支援者／被支援者」「中の人／よそ者」という境界を緩衝し、転入者が地域へ接近する際の媒介的役割を果たしていた。

また、転居後の高齢者は、単に孤独であるだけでなく、引っ越し後の片づけ、医療機関の変更、生活インフラへの適応など、多数の課題を同時に抱えていた。そのため、地域との関係形成は「重要ではあるが後回しにされやすい課題」となっていた。これは、本人が関係形成を望まないのではなく、生活再建に必要な認知的・身体的余力が不足している可能性を示している。

さらに、本研究では、地域精神保健的支援を必要とする対象者が一定数含まれていた。転居を繰り返す高齢者やサイコーシスを背景にもつ者への継続的支援の必要性が示唆され、コミュニティ支援と専門支援を接続する多層的支援体制の重要性が明らかとなった。

#### E. 結論と今後の課題

本研究は、高齢期の転居を社会的孤立の契機としてのみではなく、新たな社会関係を構築する契機として捉え直し、その初期段階への介入可能性を示した。挨拶同行や交流

会は、地域との接続を支援する実践として一定の実施可能性を有し、心理的・社会的脆弱性を抱える高齢者への早期介入として機能し得ることが示唆された。

また、本フィージビリティスタディの知見を基盤として、介入内容、評価指標、倫理的配慮、実施体制を体系化した大規模研究のスタディプロトコルを構築することができた点に意義がある。

一方で、本研究は小規模かつ短期間の探索的研究であり、統計学的検証には限界がある。今後は、より大規模な対象集団を用いた縦断的研究を実施し、ウェルビーイング、社会的孤立、地域定着、精神的健康への中長期的影響を検証する必要がある。また、地域包括支援センター、UR、自治体、精神保健専門職との連携を強化し、地域社会へ持続的に実装可能な支援モデルへ発展させていくことが課題である。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

Yamashita M, Edahiro A, Nishi M, Okamura M, Kugimiya Y, Sakurai H, Nagano N, Ito K, Okamura T. Supporting community integration and wellbeing after relocation among older adults living alone: a study protocol for the welcome project in Japan. *BMC Public Health*. 2025 Nov 19;25(1):4038. doi: 10.1186/s12889-025-25387-0. PMID: 41257754; PMCID: PMC12628900.

##### 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

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践に関する質的研究

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 自立促進と精神保健研究チーム 専門副部長

研究要旨

本研究は、認知症疾患医療センターが主導する診断後支援の実施形態を分類し、その成果と課題を明らかにすることを目的とした。全国のセンターへの郵送調査を行い、得られた自由記載データを質的に分析した。

結果、認知症カフェやピアサポート、家族会、個別支援(就労支援等)の多様な形態が抽出された。主な成果として、本人・家族の「認知症観のリフレーミング(認識の修正)」、心理的安定、自己効力感の向上、および家族関係の改善が確認された。特に当事者相談員の雇用や専門職による熱意ある対話、個別ニーズに即した一対一支援は、本人が人生の主役を取り戻す「存在論的な回復」に寄与していた。

一方で課題として、医療機関の役割を担ったうえでの取り組みであるため、スタッフの熱意やマンパワーへの依存、運営の持続可能性、早期診断を受けた低ニーズ層へのアプローチ、地域格差が浮き彫りとなった。結論として、診断後支援の本質は単なるサービス紹介ではなく、本人の尊厳を軸とした「心理的レジリエンス」の構築にあると考えられる。認知症疾患医療センターの医療機関としての役割を維持活用しつつ、行政や地域包括支援センター等と連携し、個別支援と地域での見守りを統合した持続可能な支援モデルの構築が求められる。

A. 研究目的

認知症の診断は本人だけでなく、家族にとっても生活の激変や心理的葛藤をもたらす。また認知症診断直後の「空白の期間」における心理的支援の重要性が指摘される中、認知症診断直後の心理的危機(「早期診断・早期絶望」)を乗り越えるための有力な支援手法として、当事者同士の相互支援注目されている。本研究では、認知症疾患医療センターが主導する認知症カフェ、ピアサポートミーティング、家族会等の具体的な実

施形態を分類し、その運営上の課題と、本人・家族の変容プロセスにおける成果を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

2024年度に実施した全国の認知症疾患医療センター調査への回答のうち、診断後支援に関する活動を実施していると返答のあった18件の認知症疾患医療センターに対し、郵送調査を実施した。調査内容は、Q1認知症カフェ活動、Q2ピアサポートミーティン

グ、Q3家族会、Q4その他の(医療保険・介護保険以外)活動について、活動内容、担い手、開催頻度、参加者内訳、課題、成果を自由記載形式で収集した。さらにQ5認知症疾患医療センターにおけるこれまでの経験から、全国のセンターが「これだけは大切にすべき」と確信されている活動や、今後の診断後支援のあり方についての考えを自由記載形式で収集した。分析は自由記載の内容を対象とした質的分析を行った。具体的には、オレンジカフェの運営体制、活動内容、参加者の反応に関する記述を抽出し、カテゴリー化による分析を実施した。

(倫理面への配慮)

個人情報収集を行わない調査であり、帳票及び依頼状に研究利用について明記したうえで実施した。

## C. 研究結果

12件/18件の回答があった。

### C1 認知症カフェ

1. 実施形態の分類実施されている活動は、その主眼に応じて以下の3つに分類された。

【ピアサポート・対話型】: 認知症当事者を「当事者相談員」として雇用し、診断直後の方へのピアカウンセリングや、当事者同士の語り合いを通じて自己受容を促す形態。【医療連携・専門職関与型】: 病院併設の利点を活かし、医師、認知症看護認定看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の専門職が常駐または関与し、医療的知見に基づいた助言や心理的支援を行う形態。

【活動・教室併設型】: 調理、ゲーム、フレイル予防教室などの具体的な活動を介して、病院へ通う意欲の増進や参加者間の交流を図る形態。

## 2. 実施の成果

①認知症観の転換(リフレーミング): 「認知症になったら終わり」という否定的イメージが、当事者相談員との対話や正しい情報提供により、「工夫次第で自分らしく暮らせる」という前向きな認識へ変化していた。②心理的安定と意欲の向上: ピアサポートを通じて孤独感が解消され、診断後の抑うつ状態の未然防止や、社会参加(希望大使への就任、就労継続等)への意欲向上に繋がっていた。

③家族支援と関係改善: 家族同士の交流によるピアサポート機能に加え、専門職が本人の心情を代弁することで、家族の理解が深まり、本人との関係性が改善した。

### C2 ピアサポートミーティング

1. ピアサポートミーティングの実施形態は以下の3つに分類された。

【当事者相談員雇用型】(先駆的モデル):

認知症当事者を非常勤職員(相談員)として雇用し、診断直後の受診者に対して、同じ立場から「自分の言葉」で語りかける形態。病院の診察室やカフェを拠点とする。

【多職種伴走型(グループワーク型)】:

認知症看護認定看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の専門職がファシリテーターとなり、当事者同士の自由な語り合いを促進する形態。医療機関で行われる取り組み内で行われることが多い。

【活動・目的共有型】:

調理、ゲーム、フレイル予防教室などの共同作業を媒介として、自然な形でピアサポートが発生するよう設計された形態。

## 2. 実施の成果

①「診断後の空白」の充足と自己受容:

「認知症になったら終わり」という内面化された偏見(自己スティグマ)が、笑顔で活動するピアサポーターとの出会いによって解消され、前向きな「認知症観」の再構築(リフレーミング)が促された。

②コミュニケーション能力の回復と自己効力感:安心して話せる場において、少しずつ言葉が出てくるようになったり、他の当事者に自分の思いを代弁してもらうことで理解を得られたと感じたりする体験が、当事者の喜びと自信に繋がっていた。

③家族の認識変容:

当事者が主体的に参加する姿を目の当たりにすることで、家族も「本人にできることはまだある」と気づき、過度な指摘や干渉を控えるなど、介護負担感の軽減と関係改善が図られた。

### C3 家族会

1. 家族会の実施形態は以下の3つに分類された。

【ピアカウンセリング重視型】(語り合い中心):家族同士が現在の悩みや介護の工夫を共有する場。特に診断直後の家族に対して、経験者が「先の見通し」を伝えるピアサポート機能が強く働く。

【医療・心理教育併設型】(レクチャー型):医師や認知症看護認定看護師等が、疾患の知識や最新の治療薬(抗体薬等)、接し方の技術を講義した後に交流会を行う形態。家族の「正しく知りたい」というニーズに応える。

【当事者・家族同時並行型】(多機能型):認知症カフェ等と併設し、別室で家族会を行う形態。本人がピアサポートを受けている間に、家族も安心して自身の心情を吐露で

きる環境を確保している。

#### 2. 実施の成果

①介護負担感の軽減と心理的レジリエンスの向上:同じ境遇にある他者と苦労を分かち合うことで、「自分だけではない」という普遍化が起こり、孤立感が解消されたように見受けられていた。これにより、介護に対する心理的な余裕(レジリエンス)が生まれていると表現された。

②本人への「接し方」の改善:専門職からの助言や他家族の成功事例から、過度な指摘や干渉(「さっきも言ったでしょ」等)が逆効果であることを学び、本人の意思を尊重する関わり方へと変化することが観察されていた。

③「家族の認知症観」のリフレーミング:本人がピアサポートを通じて元気を取り戻す姿を家族会と並行して確認することで、家族自身も「認知症＝人生の終わり」という否定的イメージを払拭し、残された機能を尊重する視点を得ているようであった。

### C4 その他の活動

個別性の高い支援や専門職による新たな試みを「その他の活動」として分類し、その支援成果と運営上の課題を明らかにした。

1. その他の活動は以下の4つに分類された。

【個別ニーズ充足型(一対一支援)]:特に若年認知症の人に対し、就労継続のための職場交渉、転職支援、住居移転の相談など、本人のライフステージと意向に完全に合致させたオーダーメイド型の支援。

【医療受容・継続支援型(フレイル予防併設)]:レカネマブ等の抗体薬投与目的で来院する患者・家族に対し、待ち時間や通院の

疲弊を軽減するため、調理やゲーム等の「フレイル予防教室」を併設し、病院へ来る意欲を維持する支援。

【社会参加・役割創出型】:本人の「社会に役立ちたい」という思いを汲み取り、行政との交渉を通じて「認知症希望大使」への就任を繋ぐなど、当事者の自己有用感を高める公的な役割創出支援。

【専門職によるケア技術の標準化】:診察場面をビデオ撮影し、スタッフ間で振り返り(ビデオ振り返り会)を行うことで、本人の反応に合わせた説明技術やコミュニケーションを調整・工夫する組織的研鑽活動。

そのほか多職種にむけた知識共有等が挙げられた。

## 2. 実施の成果

①自己決定の尊重と QOL の維持:個別の意向に沿った「一対一支援」により、診断後も社会的な役割や仕事を維持できる事例が生まれ、当事者の尊厳の保持に役立つケースがあった。

②通院の「苦痛」から「楽しみ」への転換:治療(点滴等)のみを目的にするのではなく、教室活動を通じた交流が加わることで、治療継続の意欲向上とフレイル予防の双方が達成されていた。

③専門職のやりがいと質の向上:ビデオ振り返り等を通じ、スタッフが「自分の言葉が本人を支えている」という実感を持ち、熱意を持って診断後支援に当たる文化が醸成されていると返答されていた。

C5 認知症疾患医療センターが大切にすべきこと

分析の結果、診断後支援において大事にされている要点は以下の3つの柱に集約さ

れた。

1. 「認知症観」のリフレーミング(認識の修正)

絶望から希望への転換:認知症を「人生の終わり」と捉える自己スティグマに対し、「工夫次第でこれまでの生活を続けられる」「やりたいことができる」という新しい認知症観を提示することを最優先していた。

専門職による熱意ある対話:主治医だけでなく、コメディカルスタッフが「本気で」その事実を伝えることを重視する。診察場面のビデオ振り返り等を通じ、本人の表情や言語的反応に合わせた「伝わる技術」の向上に努めていた。

2. 本人の「意思」と「個別性」の徹底した尊重

一対一支援の重視:若年認知症の人への就労継続支援や、社会貢献への意欲(希望大使への就任等)を形にするなど、既存のサービスの枠に当てはめるのではなく、本人の強みや個性に合わせたオーダーメイドの支援を構築することを大切にしていた。

ピアサポートによる「言葉」の回復:当事者相談員を雇用し、対等な関係性の中で本人が自らの思いを言語化できる場を保証し、自己決定を支えるプロセスを重視していた。

3. 医療と生活を繋ぐ「継続的な関わり」と「安心感」

病院へ来る「目的」の多層化:抗体薬投与などの医療行為のみを目的とするのではなく、フレイル予防教室やカフェなどの「楽しみ」を併設することで、通院の疲弊を軽減し、病院を「安心できる居場所」として位置づけていた。

多職種によるチームアプローチ:医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等が共

通の理念(本人の幸せに近づく支援)を共有し、一貫した姿勢で本人・家族に接することを組織の文化としていた。

#### D. 考察

主に課題と展望の点で考察する。

##### D1 認知症カフェ実践について

①マンパワーの不足と地域格差: センター単独での運営はスタッフの業務負担が大きく、市町村や民生委員、地域包括支援センターとの連携、アウトリーチを通じた「地域で見守る体制」への移行が不可欠である。

②若年認知症支援の個別性: 進行速度や社会的立場(就労等)が多様な若年認知症の人に対しては、一律のカフェ活動だけでなく、雇用継続支援や個別の意向に沿った「一対一支援」の強化が求められる。

③早期支援への接続: 早期発見された層ほど「困り感」が薄く、支援を拒否する傾向がある。認知症カフェが「介護サービス」ではなく「自己研鑽や交流の場」として、参加の心理的ハードルを下げしていく工夫が必要である。

##### D2 ピアサポートミーティング実践について

①持続可能な体制構築と報酬体系: 当事者を雇用するモデルは極めて有効であるが、人件費の確保や、体調変化に合わせた柔軟な勤務形態の維持など、病院組織としてのマネジメント負荷が高いことが推察された。

②対象者の個別性とニーズの乖離: 特に若年認知症の人や、診断直後で「困り感」がまだ顕在化していない層に対しては、集団プログラムへの参加に対する抵抗感が強く、アウトリーチ(訪問)や個別支援との組み合わせが不可欠である。

③専門職の「質」と熱意の依存度: ピアサポートの意義を深く理解し、当事者の力を信じるスタッフの熱意に依存している側面があり、組織全体での理解共有とスキル向上のための教育体制(診察・説明場面のビデオ振り返り等)の普及が求められる。

##### D3 家族会実践について

①参加の心理的ハードルと世代間のニーズ差: 特に若年認知症の家族や、働き盛りの世代にとっては、平日の開催や「介護の悩み」を中心とした従来型の会には参加しにくい。就労継続や経済的支援など、より具体的な生活設計に特化した情報の提供が求められる。

②医療機関としての継続的関与の限界: アンケート結果にもある通り、マンパワー不足によりセンター単独での継続開催は負担が大きい。地域包括支援センターや民生委員、既存の家族会ネットワークとの連携による「地域全体でのバックアップ体制」への移行が急務である。

③「困り感」が薄い早期層へのアプローチ: 早期診断を受けた家族は、直近の困りごとが少ないため支援を拒否する傾向がある。将来的なリスク管理(権利擁護や介護保険制度の予習)を含めた、重層的な情報提供のタイミングが重要となる。

##### D4 その他の活動実践について

①制度の枠組みを超えた柔軟性の確保: 個別支援(就労支援や希望大使就任等)は、標準的な診療報酬の枠内では評価されにくく、スタッフの裁量や熱意に依存する部分が多い。

②マンパワーの限界と地域格差: 集団支援

に加え、こうした個別性の高い支援を全対象者に提供することは医療機関としての現体制では困難であり、アンケートでも「センター単独の取り組みとしては厳しい」との声が複数ある。

③早期発見・低ニーズ層へのアプローチ：早期で困り感のない層に対し、将来を見据えた支援（アウトリーチを含む）をいかに自然な形で提案できるかが、今後の大きな課題である。

D5 認知症疾患医療センターが大切にすべきことに関する課題と展望

①心理的安定の寄与：診断後支援を実践することで、診断直後の抑うつや混乱が早期に解消され、前向きな療養生活への導入が可能となっている。

②マンパワーと地域連携の限界：一方で、こうした質の高い個別支援や集団活動は、スタッフの熱意とマンパワーに依存している側面が強い。アンケートでも指摘されている通り、センター単独での取り組みには限界があり、今後は行政や包括、民生委員等と連携した「地域で見守る体制」への移行が不可欠である。

③低ニーズ層へのアプローチ：早期診断を受けた「困り感の薄い層」に対し、いかに不安を煽らず、かつ適切なタイミングでこれらの価値ある支援に繋げるかが、次なる戦略的課題である。

## E. 結論と今後の課題

認知症疾患医療センターにおける認知症カフェは、単なる交流の場を超え、当事者の自己アイデンティティの再構築を支える「診断後心理的支援」の中核的機能を担ってい

た。今後は専門職による質の高い介入を維持しつつ、多職種・多機関連携による持続可能な運営モデルの構築が求められる。

またピアサポートミーティングは、単なる「情報交換の場」ではなく、当事者が再び人生の主役を取り戻すための「存在論的な回復」を支える場であると捉えられる。医療機関がこの機能を診断後早期に提供することは、その後の QOL（生活の質）を決定づける極めて重要な介入であると考えている。

一方、家族会は、家族のメンタルヘルスを維持するだけでなく、本人の QOL を左右する「ケア環境の改善」において不可欠な存在であろう。集合開催が困難である状況や地域格差の点が課題であるが、ICT の活用や個別のアウトリーチを組み合わせた、多様な家族ニーズに応える柔軟な支援モデルの構築が必要である。

認知症疾患医療センターが行う「その他の活動」は、画一的な支援では取りこぼされてしまう若年層や高度医療利用者のニーズを補完する極めて重要な役割を果たしていた。これらの活動を属人化させず、地域（民生委員や地域包括支援センター等）との連携による「地域で見守る関わり」へと昇華させることが、今後の診断後支援の持続可能性を高める鍵となる。

これらの先進事例の経験を持つ認知症疾患医療センターが、その経験から大切にすべきことをまとめると、診断後支援の本質は、サービスへの「繋ぎ」ではなく、本人が再び人生の主役として歩み出すための「心理的・存在論的なレジリエンス」の構築にあるといえる。医療機関としての専門性を活かしつつ、本人の尊厳を軸に置いた柔軟な支援体制を地域へと広げていくことが求められる。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Edahiro A, Ura C, Sugiyama M, Ito K, Miyamae F, Yabuki T, Okamura T. Preliminary research of postdiagnostic support provided by medical centres for dementia in Japan: A nationwide survey and descriptive analysis based on the mission of these centres. *Psychogeriatrics*. 2025 Sep;25(5):e70074. doi: 10.1111/psyg.70074.

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

(幕張)2025.6.27~29 ポスター

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(幕張) 2025.6.27~29 ポスター
3. 枝広あや子. 認知症診断前後の「空白期間」における多職種支援～歯科医師の立場から～ 第 40 回日本老年精神医学会(金沢)2025.9.26~27 シンポジウム

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

医療機関における認知症診断後支援の研究

研究分担者 岡村 毅 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長  
研究分担者 井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長  
研究分担者 井原涼子 東京都健康長寿医療センター  
健康長寿イノベーションセンター臨床開発ユニット長  
研究分担者 古田 光 東京都健康長寿医療センター病院精神科部長

**研究要旨**

**【背景と目的】**

認知症診断後に適切な支援につながらない「空白の期間」の解消は重要な課題である。診断後支援の質を高める要素としてアドバンス・ケア・プランニング(ACP)が注目されるが、実臨床における実施状況は明らかでない。本研究は、認知症サポート医における ACP 実践の現状と関連要因を明らかにし、診断後支援との関係を検討することを目的とした。

**【方法】**

東京都に登録されている認知症サポート医 1,438 名を対象に郵送による横断調査を実施し、200 名から回答を得た(回収率 14%)。ACP 実施状況に加え、基本属性および診療実践(告知、心理的支援、情報提供等)を調査し、群間比較を行った。

**【結果】**

ACP については 21%が全患者に実施、46%が必要時に実施、33%が通常は実施していなかった。ACP を全患者に実施する医師は、女性、神経系専門、独居患者を多く診療する傾向があり、本人への直接告知、心理的支援、診断後支援に関する幅広い情報提供を有意に多く行っていた。

**【考察】**

ACP に積極的な医師は、診断後支援を包括的に実践している傾向があり、ACP は単独の意思決定支援ではなく、診断後支援の質を反映する実践である可能性が示された。

**【結論】**

ACP は認知症診断後支援の重要な構成要素であり、その実装状況の把握は支援体制の改善に資する。今後は ACP を診断後支援の中核として研修や制度に位置づけ、普及と質向上を図ることが求められる。

## A. 研究目的

認知症は進行性の疾患であり、診断後の生活においては、医療のみならず、社会的支援や生活支援を含む包括的な「診断後支援 (post-diagnostic support)」が不可欠である。近年の認知症施策においては、単に早期診断を行うことにとどまらず、診断後に本人と家族がどのように生活を再構築し、地域の中でその人らしく暮らし続けるかを支える支援体制の整備が重視されている。しかしながら、実際の現場では、診断後に十分な支援につながらない、いわゆる「空白の期間」が存在することが指摘されており、この期間は医療・介護サービス利用の遅れや社会的孤立をもたらす、生活の質に影響を及ぼす可能性がある。この期間をいかに埋めるかが重要な課題となっている。

診断後支援の質を規定する重要な構成要素の一つとして、アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning: ACP) が挙げられる。ACP は、本人の価値観や人生観に基づいて将来の医療やケアについて話し合い、共有するプロセスであり、認知症のように意思決定能力が徐々に低下する疾患においては、早期からの導入が特に重要とされている。これまでの研究により、ACP は本人の満足度や QOL の向上、望まない医療の回避、家族の意思決定負担の軽減などに寄与することが示されている。一方で、認知症診療の現場においては、診断後支援の一環としての ACP が十分に実践されているとは言えず、その導入の遅れが診断後支援の質に影響している可能性がある。

このような背景のもと、地域における診断後支援の担い手として重要な役割を果たすのが認知症サポート医である。認知症サポー

ト医は、所定の短期研修を修了し、認知症診療に関する専門的知識を有する医師であり、地域の医療・介護資源をつなぐハブとして、診断後支援の実装を担う中核的存在である。しかしながら、現行制度では資格維持のための更新制度や継続的専門教育の義務は設けられておらず、ACP を含む診断後支援に関する実践能力がどの程度維持・向上されているのかは明らかではない。また、一部の自治体においてフォローアップ研修が提供されているものの、その参加は任意であり、地域差も大きい。

以上を踏まえると、認知症サポート医が日常診療においてどの程度 ACP を実践しているのか、またどのような医師が積極的に ACP を実施しているのかを明らかにすることは、診断後支援の実態と課題を把握し、その強化に向けた方策を検討する上で重要である。本研究は、認知症診断後支援のあり方を検討する研究の一環として、東京都における認知症サポート医を対象に、ACP 実践の現状を明らかにするとともに、日常診療において積極的に ACP を実施している医師の特徴を探索することを目的とする。本研究は、ACP そのものを評価するのではなく、診断後支援の質を測る一指標として ACP を位置づけて検討した点に特徴がある。

## B. 研究方法

### 1) 研究対象

東京都に登録されている認知症サポート医全員 (n=1,438) を対象に、郵送による横断調査を実施した。

### 2) 調査項目

質問票では ACP の実施状況に加え、基

本属性(性別、年齢層、勤務施設の種類、専門分野、年間の新規認知症診断数)について尋ねた。本研究では ACP を「将来の医療およびケアについて本人と話し合う実践」と定義した。さらに診療実践として、診断および予後の告知、心理的支援の提供、診断後支援に関する情報提供(介護保険、地域資源、成年後見・権利擁護、地域機関との連携など)についても調査した。

### 3)分析方法

専門職同士の協議から、回答なしは、関心なしと近似可能であり、非積極群と見なして解析した。本研究は探索的・仮説生成的研究であるため、群間差の検討には複数の単変量カイ二乗検定を用いた。多重比較に対する正式な補正は行わず、結果は探索的に慎重に解釈した。また、本研究の目的が仮説生成にあることから、多変量解析は実施しなかった。

### 4)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の倫理審査委員会の承認を得て実施された(R24-080)。研究は 2013 年改訂のヘルシンキ宣言に準拠して行われた。

## C. 研究結果

合計 200 件の回答が得られ(回収率 14%)、ACP については、34 名(17%)が「全患者に実施」、73 名(37%)が「必要に応じて実施」、52 名(26%)が「通常は実施していない」と回答し、無回答は 41 名(21%)だった(n=200)。全患者に ACP を実施している群と無回答を含めたその他の群を比較すると、前者では女性医師であ

ること、神経系関連専門(神経内科、精神科、脳神経外科)に属すること、独居の認知症患者を診療していること、診断および予後を本人に直接告知していること、本人および家族に心理的支援を提供していること、診断後支援に関する幅広い情報提供を行っていることが有意に多かった(表 1)。

認知症サポート医の研修カリキュラムには ACP は明示的には含まれていないが、日常的に ACP を実施している医師は、家族のみならず本人に直接情報を伝える傾向がみられた。

## D. 考察

本研究の結果は、ACP が認知症診断後支援の重要な構成要素として位置づけられることを支持する結果であった。すなわち、診断後支援とは、医療のみならず生活支援や将来の意思決定を含む包括的な支援であり、ACP はその中核をなす実践の一つと考えられる。

本研究では、女性医師や神経系関連専門の医師において ACP の実施が多い傾向がみられた。女性医師の方が ACP に関与しやすいとする海外の報告とも整合的である。また、認知症診療においては、疾患の進行や認知機能低下に対する理解が深い専門領域の医師ほど、ACP に積極的である可能性が示唆された。さらに、独居の認知症患者を多く診療する医師において ACP の実施が多かったことは、代理意思決定者不在のリスクや社会的脆弱性への認識が影響している可能性がある。

加えて、ACP に積極的な医師は、診断の直接告知や心理的支援、診断後支援に関する情報提供にも積極的である傾向がみられ

た。これは、ACP が単独の行為ではなく、診断後支援全体の質と関連する実践であることを示唆している。すなわち、患者の人生全体を支援する姿勢が ACP の実施にも反映されていると考えられる。

現在、ACP は認知症サポート医の研修制度には明示的に組み込まれていないが、認知症が進行性かつ死に至る疾患であることを踏まえると、その導入と強化は合理的かつ有益である。本研究の結果は、認知症サポート医の研修や地域支援体制において、ACP を診断後支援の中核要素として明示的に組み込む必要性を示している。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、横断研究であるため因果関係を明らかにすることはできない。第二に、回答率が低く、認知症診療に積極的に関与している医師が過大に反映されている可能性がある。第三に、ACP の実施状況は自己申告であり、実際の臨床行動を完全には反映していない可能性がある。

以上より、本研究は、認知症診断後支援の質を評価する視点として ACP を位置づけ、その実装状況と関連要因を明らかにした点に意義がある。今後は、ACP を含む診断後支援の体系的な実装に向けた教育および制度設計の検討が求められる。

#### E. 結論

本研究は、認知症サポート医における ACP 実践の現状と関連要因を明らかにし、ACP が診断後支援の質を反映する重要な要素であることを示した。ACP に積極的な医師は、告知や心理的支援、情報提供にも積極的であり、包括的支援の担い手である可能性が示唆された。今後は ACP を診断後

支援の中核として研修や制度に位置づけ、その普及と質向上を図る必要がある。

#### F. 引用文献

1. Denning KH, Jones L, Sampson EL. Advance care planning for people with dementia: a review. *Int Psychogeriatr* 2011; 23: 1535–1551. doi:10.1017/S1041610211001608.
2. Wendrich-van Dael A, Bunn F, Lynch J et al. Advance care planning for people living with dementia: an umbrella review of effectiveness and experiences. *Int J Nurs Stud* 2020; 107: 103576. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103576.
3. Piers R, Albers G, Gilissen J, et al. Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. *BMC Palliat Care* 2018; 17: 88. doi:10.1186/s12904-018-0332-2.
4. Bowman MA, Steffensmeier K, Smith M, Stolfi A. Physician advance care planning experiences and beliefs by general specialty status and sex. *South Med J* 2018; 111: 721–726. doi:10.14423/SMJ.0000000000

0000903.

5. Sakamoto A, Inokuchi R, Iwagami M et al. Association between physicians' characteristics and their knowledge, attitudes, and practices regarding advance care planning: a cross-sectional study. BMC Palliat Care 2023; 22: 134. doi:10.1186/s12904-023-01253-x.

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) Okamura T, Ito K. Characteristics of Dementia Support Physicians Who Actively Implement Advance Care Planning: A Cross-Sectional Mail Survey in Tokyo. Psychogeriatrics 26, no. 2 (2026): e70139, <https://doi.org/10.1111/psyg.70139>

##### 2. 学会発表 なし

#### H. 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

カテゴリ	項目	全患者に ACP 実施 (n=34)	その他 (n=166)	p 値
<b>基本属性</b>				
	性別:男性	23 (67.6%)	138 (84.1%)	0.031*
	性別:女性	11 (32.4%)	26 (15.9%)	
	年齢層:49 歳以下	7 (21.2%)	19 (11.5%)	0.157
	年齢層:50 歳以上	26 (78.8%)	146 (88.5%)	
	施設種別:病院	10 (30.3%)	33 (21.4%)	0.265
	施設種別:診療所	23 (69.7%)	121 (78.6%)	
	専門分野:神経系	13 (38.2%)	33 (19.9%)	0.026*
	専門分野:その他	21 (61.8%)	133 (80.1%)	
	新規診断数:週 1 件以上	13 (41.9%)	36 (27.1%)	0.128
	独居患者の診療:あり	32 (94.1%)	93 (75.0%)	0.016*
<b>診断時の診療実践</b>				
	診断の本人告知:あり	27 (90.0%)	100 (74.1%)	0.091*
	診断の家族告知:あり	29 (96.7%)	128 (95.5%)	1
	予後の本人告知:あり	20 (66.7%)	60 (44.4%)	0.042*
	予後の家族告知:あり	26 (76.5%)	105 (80.2%)	0.45
	本人への心理的支援:あり	29 (96.7%)	110 (81.5%)	0.050*
	家族への心理的支援:あり	30 (100.0%)	111 (82.2%)	0.008**
<b>診断後支援に関する情報提供</b>				
	認知症知識:あり	26 (86.7%)	74 (54.4%)	<0.001***
	地域包括支援センター:あり	25 (80.6%)	81 (59.6%)	0.038*
	介護保険:あり	29 (93.5%)	97 (71.9%)	0.010*
	成年後見・権利擁護:あり	11 (35.5%)	26 (19.1%)	0.057
	経済的支援:あり	11 (35.5%)	24 (17.6%)	0.048*
	家族会:あり	7 (22.6%)	11 (8.1%)	0.047*
	ピアサポート:あり	6 (19.4%)	10 (7.5%)	0.083
	認知症カフェ等:あり	9 (29.0%)	21 (15.4%)	0.116
	運転免許更新・返納:あり	10 (32.3%)	21 (15.6%)	0.041*
	若年性認知症の就労支援:あり	3 (9.7%)	9 (6.7%)	0.699
<b>診断後支援の実践</b>				
	地域機関連携:あり	20 (64.5%)	57 (41.9%)	0.028*
	心理的支援:あり	19 (61.3%)	42 (31.1%)	0.003**

表1 ACPの実施と診断後支援

\* p<0.05, \*\* p<0.01. \*\*\* p<0.001

## 別紙 4

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	頁	出版年
Okamura T, Wakui T, Ito K, Yabuki T.	Factors Related to Delayed Diagnosis and Care Access in Dementia: A Preliminary Descriptive Study of the 'Blank Period' in Japan.	Psychogeriatrics	26	e70134	2026
Chiaki Ura, Tsuyoshi Okamura, Sachiko Yamazaki, Akira Eboshida, Yu Kawamuro.	Does implementing care farms in psychiatric hospitals prevent staff burnout?: A pragmatic, mixed-method pilot study.	BMC Research Notes	19(1)	148	2026
Yamashita M, Edahiro A, Nishi M, Okamura M, Kugimiya Y, Sakurai H, Nagano N, Ito K, Okamura T.	Supporting community integration and wellbeing after relocation among older adults living alone: a study protocol for the welcome project in Japan.	BMC Public Health	25(1)	4038	2025
Edahiro A, Ura C, Sugiyama M, Ito K, Miyamae F, Yabuki T, Okamura T.	Preliminary research of postdiagnostic support provided by medical centres for dementia in Japan: A nationwide survey and descriptive analysis based on the mission of these centres	Psychogeriatrics	25	e70074	2025
Okamura T, Ito K	Characteristics of Dementia Support Physicians Who Actively Implement Advance Care Planning: A Cross-Sectional Mail Survey in Tokyo	Psychogeriatrics	26	e70139	2026
岡村 毅, 井藤 佳恵, 矢吹 知之.	認知症の「空白の期間」を振り返る:それは短くなっているのか?	日本老年医学会雑誌	63(1)	66-68.	2026
宇良千秋	農園を活用した多世代共生社会構築の可能性	老年社会科学	47	421-426,	2026

8年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 秋下雅弘

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症施策研究事業

2. 研究課題名 認知症診断後支援の総合的・学際的研究 (24GB1003)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 自立促進と精神保健研究チーム 研究副部長

(氏名・フリガナ) 岡村毅 オカムラツヨシ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名 称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況 受講  未受講 

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 有  無  (無の場合はその理由:)当研究機関におけるCOI委員会設置の有無 有  無  (無の場合は委託先機関:)当研究に係るCOIについての報告・審査の有無 有  無  (無の場合はその理由:)当研究に係るCOIについての指導・管理の有無 有  無  (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

8年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 秋下雅弘

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症施策研究事業

2. 研究課題名 認知症診断後支援の総合的・学際的研究 (24GB1003)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 社会参加とヘルシーエイジング研究チーム 研究員

(氏名・フリガナ) 飯塚あい イヅカアイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

8年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 秋下雅弘

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症施策研究事業

2. 研究課題名 認知症診断後支援の総合的・学際的研究 (24GB1003)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 自立促進と精神保健研究チーム 研究員

(氏名・フリガナ) 山下真里 ヤマシタマリ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

8年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 秋下雅弘

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症施策研究事業

2. 研究課題名 認知症診断後支援の総合的・学際的研究 (24GB1003)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 自立促進と精神保健研究チーム 研究員

(氏名・フリガナ) 枝広あや子 エダヒロアヤコ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

8年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 秋下雅弘

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症施策研究事業

2. 研究課題名 認知症診断後支援の総合的・学際的研究(24GB1003)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 自立促進と精神保健研究チーム 研究員

(氏名・フリガナ) 杉山美香 スギヤマミカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	■ □	■	東京都健康長寿医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	□ ■	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □(無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □(無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □(無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■(有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

8年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 秋下雅弘

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症施策研究事業

2. 研究課題名 認知症診断後支援の総合的・学際的研究 (24GB1003)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 自立促進と精神保健研究チーム 研究員

(氏名・フリガナ) 宮前史子 ミヤマエフミコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

8年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 秋下雅弘

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症施策研究事業

2. 研究課題名 認知症診断後支援の総合的・学際的研究 (24GB1003)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 福祉と生活ケア研究チーム 研究部長

(氏名・フリガナ) 井藤佳恵 イトウカエ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

8年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 秋下雅弘

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症施策研究事業

2. 研究課題名 認知症診断後支援の総合的・学際的研究(24GB1003)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神科 部長

(氏名・フリガナ) 古田光 フルタコウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

8年4月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 秋下雅弘

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症施策研究事業

2. 研究課題名 認知症診断後支援の総合的・学際的研究(24GB1003)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 脳神経内科 医長

(氏名・フリガナ) 井原涼子 イハラリョウコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都健康長寿医療センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年4月20日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 高知県立大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 甲田 茂樹

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金 認知症施策研究事業

2. 研究課題名 認知症診断後支援の総合的・学術的研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 社会福祉学部・教授

(氏名・フリガナ) 矢吹 知之・ヤブキ トモユキ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(地独) 東京都健康長寿医療センター 研究倫理審査委員会 高知県立大学研究倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。