

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 ± 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に積極

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.
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.

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 *
		3	76.10	63.60			
Providing information about family association	Absent	5	%	84	%	0.147	
Providing information about peer support meeting	Absent	3	84.80	72.50			
		9	%	95	%	0.112	
Providing information about guardianship	Absent	41	89.10	74.80	98	%	0.059 #
		3	73.90	58.60			
Providing information about nearby medical services	Absent	4	%	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							
		46.90		20.20			2.1
Sex	Male	15	%	18	%	0.006 **	0.66-6.79
		41.90		3	41.70		0.20
Hesitation to see doctor	Present	13	%	5	%	1	5

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 **
		2	78.10 %	6	71.90 %				
Current Diagnosis	AD	5	%	4	%	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.