

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