

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。