

# 僻地及び都市部における認知症高齢者に対するプライマリ・ケア医の対応アプローチ：日米の比較研究

井上 真智子

浜松医科大学 地域家庭医療学 特任教授  
 (浜松医科大学 地域家庭医療学 特任助教／菊川市立総合病院 綱分 信二氏の代理発表)

このたびは、研究助成をいただき、この研究の発表の場をいただきましたことを、心より御礼申し上げます。

本日、綱分に代わりまして、私、井上が発表させていただきます。

## 【スライド1】

研究チームは、浜松医科大学地域家庭医療学講座ならびにミシガン大学家庭医療学チームとなっております。

タイトルは、『僻地及び都市部における認知症高齢者に対するプライマリ・ケア医の対応アプローチ：日米の比較研究』です。

## 【スライド2】

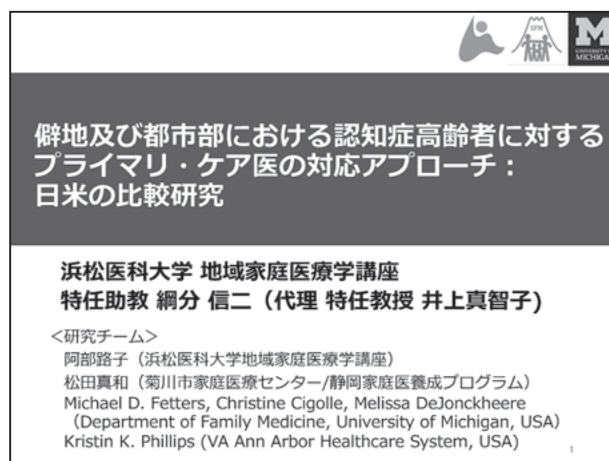
背景です。

今、認知症を持つ方の数は急速に増加しており、約700万人にのぼると推計されております。それに伴い、複数の慢性疾患を抱えるマルチモビディティの管理がプライマリ・ケアでは非常に重要になっています。プライマリ・ケアにおいてマルチモビディティの患者さんをどのようにケアしているのかについて、今回は医師を対象とした調査を行いました。

なお、社会的資源の違いが僻地及び都市部においてあるということで、その観点からも研究を行いました。

また、日本では家庭医療/総合診療における専門医の数が少なく、本日の午前中にも話題になりましたが、過去50年の歴史がある米国での実施状況との比較によりプライマリ・ケアの質向上に生かすことができる知見が得られるものと考え、今回日米比較を行うこととしました。

## スライド 1

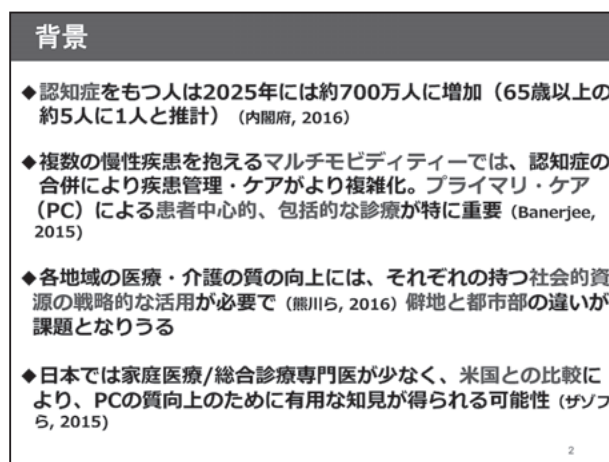


僻地及び都市部における認知症高齢者に対する  
 プライマリ・ケア医の対応アプローチ：  
 日米の比較研究

浜松医科大学 地域家庭医療学講座  
 特任助教 綱分 信二 (代理 特任教授 井上真智子)

<研究チーム>  
 阿部路子 (浜松医科大学地域家庭医療学講座)  
 松田真和 (菊川市家庭医療センター/静岡家庭医療養成プログラム)  
 Michael D. Fetters, Christine Cigolle, Melissa DeJonckheere  
 (Department of Family Medicine, University of Michigan, USA)  
 Kristin K. Phillips (VA Ann Arbor Healthcare System, USA)

## スライド 2



背景

- ◆ 認知症をもつ人は2025年には約700万人に増加 (65歳以上の約5人に1人と推計) (内閣府, 2016)
- ◆ 複数の慢性疾患を抱えるマルチモビディティでは、認知症の合併により疾患管理・ケアがより複雑化。プライマリ・ケア(PC)による患者中心の、包括的な診療が特に重要 (Banerjee, 2015)
- ◆ 各地域の医療・介護の質の向上には、それぞれの持つ社会的資源の戦略的な活用が必要で (熊川ら, 2016) 僻地と都市部の違いが課題となりうる
- ◆ 日本では家庭医療/総合診療専門医が少なく、米国との比較により、PCの質向上のために有用な知見が得られる可能性 (ザソフら, 2015)

【スライド3】

研究の目的です。

プライマリ・ケア医への面接から質的に探索し、これらの状況を理解することを行いました。先ほどお話しした3点になります。

【スライド4】

方法です。

半構造化面接による質的研究。

合計48名のプライマリ・ケア医にインタビューを行いました。米国はミシガン州で24名、日本においても24名のドクターに面接を行っております。

実施方法としては、研究者が訪問し対面での面接、あるいは遠方の方もおられましたので、WEBによる面接も行いました。

質問内容の主なものです。認知症患者さんにプライマリ・ケアを提供する際の重要な目標は何か、認知症以外の慢性疾患に関してどのような意思決定を行っているか、他に慢性疾患を合併していた認知症患者の診療過程や印象的な事例について、認知症の診断、告知、管理の実践についての自信の度合い、また、現在の地域ではどのようなリソースを活用できるのか、といったことを伺っております。

【スライド5】

分析方法としては、日米それぞれでインタビューを行ったものを逐語録に落としコーディングを行いました。質的に主題分析を行い、概念化をしました。理論的飽和に達した時点でデータの収集を終了し、その後分析を進めております。

【スライド6】

対象者の属性です。

僻地、都市部、12名ずつ、日米そ

スライド3

**研究の目的**

以下3点について、PC医への面接から質的に探索し理解・検討する。

1. 認知症を有するマルチモビディティ患者のケアにおいて、どのような意思決定が行われているか
2. 僻地と都市部の社会的資源の違いがケアにどう影響するか
3. 日本と米国を比較して両国の実践にどのような特徴があるか

3

スライド4

**方法(1)**

- ◆方法：半構造化面接による質的研究
- ◆対象：48名のPC医（日本と米国ミシガン州にて各24名）  
合目的的サンプリング（僻地と都市部、経験年数、性別等に配慮）
- ◆実施：研究者が訪問 or Web接続（各60～150分）  
【時期】米国：2015年9月～2018年6月 日本：2017年8月～10月
- ◆内容：（主な質問）
  - ・認知症患者にプライマリ・ケアを提供する際の重要な目標
  - ・認知症以外の慢性疾患に関してどのような意思決定を行っているか
  - ・他の慢性疾患を合併していた認知症患者の診療過程、印象的な事例
  - ・認知症の診断、告知、管理の実践についての自信度合い
  - ・現在の地域ではどのような認知症診療のリソースを利用できるか

<資金源> ・ファイザーヘルスリサーチ振興財団国際共同研究助成  
・Michigan Center on the Demography of Aging助成<sup>4</sup>

認知症の診断、告知、管理の実践についての自信の度合い、また、現在の地域ではどのようなリソースを活用できるのか、といったことを伺っております。

スライド5

**方法(2)**

◆分析：

◆倫理的配慮：自由意志参加、撤回自由、書面によるIC  
・浜松医科大学臨床研究倫理委員会 (No.16-233)  
・ミシガン大学研究倫理委員会 (IRB00000246)

5

それぞれにて調査を行いました。

卒後年数は、僻地のほうがやや短めとなっております。

また、日本では男性のほうがマジョリティーでした。

セッティングは日本の場合、中小病院でもプライマリ・ケアを提供していることから、中小病院のプライマリ・ケア医も含めております。

【スライド7】

日米の共通点からお話をいたします。  
 医療的な意思決定に関してどのように行っているのかですが、マルチモビディティーの患者さんでは糖尿病やCKD、心不全、さまざまな疾患を合併していますけれども、各疾患のマネジメントよりも患者さん・家族の生活調整 (QOL) を優先したのとなっていました。各疾患のガイドラインに厳格に従うよりも、より緩やかに考えているということが語られております。

【スライド8】

共通点の2点目です。  
 社会的な視点として認知症を持つ患者さんご本人の尊厳を守るということに加えて、ご家族への支援が大きなケアの目標であるという認識を持っていました。  
 多職種連携による介入、ケアのコーディネート、介護・福祉専門職の存在、チーム医療の重要性…こういったものは、日米で共通して語られておりました。

【スライド9】

次に、日米の相違点です。3つのポイントに分けてお話をいたします。  
 まず1点目、意思決定に関して。日本では、患者さん、家族、そして医療者、介護者が

スライド6

**結果(1)参加者属性 (n=48)**

	日本 (n=24)		米国 (n=24)	
	へき地 (n=12)	都市部 (n=12)	へき地 (n=12)	都市部 (n=12)
卒後年数*	12.7±5.9 (6-24)	17.4±8.1 (9-38)	7.9±6.6 (2-23)	19.3±9.0 (6-34)
性別-男性**	9 (75%)	8 (67%)	5 (42%)	5 (42%)
セッティング**				
診療所	8 (67%)	10 (83%)	12 (100%)	12 (100%)
病院	4 (33%)	2 (17%)	なし	なし

\*平均±標準偏差 \*\*n (%)

スライド7

**結果(2)日米の共通点;医療的な意思決定**

**各疾患の治療よりも患者・家族の生活調整 (QOL) が優先され、ガイドラインの管理や長期的な予防は緩やかになっている**

~Quote~

「医学的に正しいことやりたいと思うんですが、高齢で認知症もあって、いろんな制限がある方については、その辺 (各疾患ガイドライン) は柔軟に対応したいと思っています」 (女性, 日本・都市部)

「家族のストレスを軽減することによって、本人さんができるだけストレスを感じないような、環境整備をすることが一番気に入ったことかな」 (女性, 日本・僻地)

“I simplify some medical regimens that I wouldn't in an ideal way, because it will be too much for them to manage” (女性, 米国・都市部)

スライド8

**結果(3)日米の共通点;社会的な視点**

**◆認知症を持つ本人の尊厳を守ることに加えて、家族への支援が大きな目標であるという認識**  
**◆多職種連携による介入や、ケアをコーディネートする介護・福祉の専門職の存在を重視**

~Quote~

「認知症こそチーム医療。いかに周りのリソースとコミュニケーションとってチームでアプローチするか。チームって、家族も含めたチームですよ」 (男性, 日本・都市部)

「私たちは医療的な面での主治医ですけど、介護保険の主治医的なリードを持つのはケアマネジャーさんなので」 (女性, 日本・僻地)

“I think it's a collaborative process, and I certainly can't do everything. (They'll need) care providers who are going to see the patients more frequently than I can” (男性, 米国・都市部)

集まって集合的な意思決定が行われていました。それに対し米国では、患者個人（本人）の自己決定権を行使することを重要視しており、早めに認知症の診断と告知を行うことを重視しているということが聞かれました。

2点目に療養場所に関してです。日本では、患者さんをできるだけ長く自宅や住み慣れた地域に住ませたいという思いがあり、在宅医療や看取りに関する印象的な出来事を語られていました。これは日本での今の

施策である地域包括ケアシステムの推進に連動するものであると思われます。一方、米国では患者さんの安全のほうが優先されるということで、地域で住み慣れた自宅にいることよりも、安全を考えて早めに施設に移すようにされていました。また、患者さんの経済的問題によっては手術や病院でのケアに制限があるということで、それを障壁や葛藤であると感じているということが聞かれました。

3点目にケア資源に関してです。ケアの提供、多職種連携への流れが、日本では明確になっておりまして、介護保険サービスの利用方法に関してシステムが整っているのに対し、米国ではプライマリ・ケア医によってアクセスできるリソースに差があることが聞かれました。これは米国では分業がかなり進んでおり、ソーシャルワーカーやケースマネージャーといった専門職が関わっていることから、プライマリ・ケア医自身があまりケアリソースに関して意識が高くない、アクセシビリティに関して配慮の必要がない、ということが考えられます。

#### 【スライド10】

最後に、日本国内において僻地と都市部の違いについてお話いたします。

僻地には、離島も含まれますが、介護保険サービスの選択肢が少なく、親戚や近隣住民によるインフォーマルなケア、支援に頼りがちになっていることが分かりました。一方、都市部においては、介護事業所が非常に多くサービスを利用しやすい反面、ケアのマネジメントが複雑になり、多くのステークホルダーの調整が必要になってくる、質の格差が大きいといったことが課題になっております。

ここまでが結果になります。

#### 【スライド11】

考察です。

日米の共通点と相違点に関して、プライマリ・ケア制度の違いがあり、

#### スライド9

**結果(4) 日米の相違点**

	＜日本＞	＜米国＞
意思決定	<p><b>患者・家族との集合的な意志決定</b></p> <p>「地域の多職種でまずは一緒に、ご家族含めて、サービス担当者会議をさせていただいて・・・」（女性、都市部）</p>	<p><b>患者の自己決定権行使の機会を与えたい → 早めの診断と告知</b></p> <p>“Even though it's tough ... it's good to start talking about it early when the patient is still very functional”（女性、都市部）</p>
療養場所	<p><b>患者をできるだけ長く自宅や住み慣れた地域に住ませたい 在宅医療や看取りの印象的語り</b></p> <p>「ぎりぎりまで、自分の住み慣れた自宅で過ごせるような介入がしたいと思うんです」（男性、僻地）</p>	<p><b>患者の「安全」最優先 → 早めに施設へ移したい 患者の経済的問題が障壁に</b></p> <p>“I see people all the time that are living by themselves and I know they shouldn't be”（女性、都市部）</p>
ケア資源	<p><b>ケア提供や多職種連携への流れが明確（介護保険、地域包括ケア）</b></p> <p>「介護保険制度をフル活用することで認知症の人も円滑にいるんなことができます」（男性、都市部）</p>	<p><b>地域のケアリソースへのアクセスにPC医ごとの差</b></p> <p>“Our biggest struggle is a lack of resources”（女性、都市部）</p>

#### スライド10

**結果(5) 日本国内：社会的資源の差の影響**

<p><b>＜へき地の特徴＞</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆介護保険サービスの選択肢が少ない</li> <li>◆親戚や近隣住民によるインフォーマルな支援が多い</li> </ul>	<p><b>＜都市部の特徴＞</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆介護事業者が多く介護保険サービスを利用しやすい反面、ケアのマネジメントが複雑になる</li> </ul>
<p>～Quote～</p> <p>「ケアマネさんがどれだけプランを組みたくても、そもそもリソースがないよねっていうことは、当然あるので（中略）使えるものを、みんなが知恵を出し合って使っていくっていうことは必要なんじゃないかな」（女性）</p>	<p>～Quote～</p> <p>「ケアマネジャーや訪問看護師が違う事業所の違う人で、訪問看護師がローテーションで毎回メンバーが変わるとか。それぞれと連携を取り合わないといけない」（男性）</p> <p>「多分、都市部のほうが（ケアマネやヘルパーの）質の格差が激しいと思う」（男性）</p>

米国ではプライマリ・ケア医がかかりつけ医として決まっていますが、認知症を合併するマルチモビディティーの患者では、患者家族の生活（QOL）を優先し各疾患管理は緩やかにするという点は共通していました。

日本ではまだ家庭医療の教育に関して発展途上のところがありますが、実践されているドクターの間では原理・原則・価値観に関して共有されていると感じました。

また、日米の違いに関して、日本では介護保険サービス、地域包括ケアシステムにより、サービスへのアクセスが容易になっているということが、米国よりも優れていると言える点であると考えられました。一方で、米国では自己決定権を非常に明確に意識しているということがありました。日本はそれに対し、診断や告知に対する躊躇や遠慮があり、医療者は患者さんの意向を察しながら対応する傾向にあることが明らかになったと思われまます。

これによって、今後日本においても診断・告知の在り方について検討していく必要があると考えられます。

【スライド 12】

本研究の限界と強みに関しては、スライドのようになっております。

【スライド 13】

結論です。

日米のプライマリ・ケア医は、認知症を含む複数の疾患を総合的に見つつ、必要に応じて各疾患の管理を緩やかにし、本人・家族のQOLを重視して療養/看取りの場所、方法に関する意思決定を行っていました。

地域包括ケアシステムで日本は多職種連携が米国と比較して進んでいると考えられますが、僻地と都市部で介護サービスへのアクセスに差が見られました。

昨今のアドバンスケアプランニングの推進の中で、患者の自己決定に

スライド 11

考察(1) 日米の共通点と相違点

- ◆日米でPC制度の違いがあるものの、認知症を合併するマルチモビディティー患者では、患者・家族の生活（QOL）を優先し、各疾患管理は緩やかにするという点は共通  
⇒家庭医療の原則・価値観は日米のPC医で共有（患者中心、家族志向のケア等）（ザソフら, 2015）
- ◆日米の違いからの示唆  
米国：医師のもつ情報、患者の経済状況により介護サービスへのアクセスに差がある  
日本：介護保険や地域包括ケアシステムにより、医療・介護の連携、介護サービスのアクセス・調整が容易（熊川ら, 2016）  
日本：早期診断や告知に対する躊躇、医療者や家族が患者の意向を推測しながら対応する傾向（山口ら, 2013）  
米国：患者の自己決定権を明確に意識、自己決定に向けて認知症の診断や告知に積極的 ⇒ 診断・告知のあり方への示唆

スライド 12

考察(2) 本研究の限界と強み

【限界】

- ◆インタビューのスキルや背景によって取得された情報にやや差があった可能性（インタビュー4名が関与）
- ◆研究参加者の偏りの可能性：日本では日本プライマリ・ケア連合学会員、米国ではミシガン州のPC医が中心

【強み】

- ◆認知症高齢者への長期的で総合的なケアの実践の実態や、その背景にあるPC医の深い意図の聞き取り（計48名）
- ◆家庭医療学を専門とする国際共同研究チーム
- ◆家庭医療学に関する制度・環境の異なる日米比較による示唆

12

スライド 13

結論

- ◆日米のPC医は、認知症を含む複数の疾患を総合的に診つつ、必要に応じて各疾患の管理を緩やかにし、本人・家族のQOLを重視して療養/看取りの場所・方法に関する意思決定を行っていた
- ◆地域包括ケアシステムで日本は多職種連携が進むが、僻地・都市部で介護サービスへのアクセスに差がある
- ◆アドバンス・ケア・プランニングが推進される中、患者の自己決定に関わる早期診断や告知についてPC医の意識・スキルの醸成が必要

13

---

関わる早期診断や告知について、今後プライマリ・ケア医の間で意識や告知のスキル等を高めていく必要があると考えられます。

## 質疑応答

**会場：** 私も認知症診療に携わる老年科医です。ちょっと定義について伺いたいのですが、プライマリ・ケア医というのは、米国だと多分定義がしっかりなされていると思うのですが、日本では何をもちいてプライマリ・ケア医と言うのかというところがあると思います。そこで、どのような方を選ばれたのかという背景がありましたら、お願いしたいと思います。

**井上：** 先ほどの省略したスライドにあったのですが、本研究では、日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医の資格を持つ者をマジョリティーとし、あと、その周辺の先生ということにしました。主に診療所で総合的に何でも診るという診療を行っているドクターを対象にしております。ですので、在宅医療の専門医ですとか認知症の専門医ではなく、日頃から何でも診ている中で在宅診療も行っている医師ということになります。

**会場：** バリバリの認知症の親族をサポートしている者ですけれども、例えば意思決定と言っても、アメリカの場合はどの段階でするのか。お金に関してや財産に関してです。日本の場合、最終的には弁護士さんが付くんですね。でも、そこにも問題がいっぱいあります。一体アメリカの場合はどうしているのか。それから、絶対介護施設に行きたくないという人たちを、どうやって説得して行かせているのかということ、すごくお聞きしたいのですが。

**井上：** 法的なことに関しては必ずしも詳しいわけではないのですが、米国では、「意思決定能力が失われた場合には、必ずこの人が意思決定代理人」ということを指定しなければいけないという制度がございます。ですので、入院した時点で、この患者さんの代理人は誰かということが明確になっています。しかし日本ではなかなかその辺が曖昧になっておりまして、認知症の診断が付いていれば介護保険サービスなど受けることにはなりますが、意思決定を誰がどこまで代理で行うかというところは、かなり集合的になっていました。

つまり、米国では法的に「この人が責任を持つ」という人が1人特定されていますので、その1人の人による意思決定ということ。その方が家族との相談をしたりすることになると思いますが、かなり責任の重い代理人ということになるか

と思います。日本ではそのようなことはなく、みんなで話し合って意見を習合し、全体的に決定ということが、今回浮き彫りになりました。

**会場：** アメリカでは緩やかな管理をするということを、先ほどお話されていましたが、例えば有病率の高い高血圧とか糖尿病とか脂質異常症は、大体どのぐらいの管理かという具体的なお話は、インタビューの中に出てきていましたでしょうか。

**井上：** 具体的な疾患管理目標に関しては出てこなかったと思うのですが、各疾患ガイドラインに沿っていけばもう少し血糖を下げなければいけない、インスリンもこれだけ打たなければいけないけれども、そうした理想をめざすのでは投薬管理が難しいので、それを患者さんたちが受け入れられやすいものに変更しているということは聞かれています。それは日本でも同様にありました。日本でまだマルチモビディティーに関するガイドラインができていないですが、海外ではそういった動きが進んでいるかと思います。