World Dementia Council
Leading the Global Action Against Dementia

認知症フレンドリーな取り組みの効果

認知症フレンドリーな取り組みの実現を目指す
国際的なエビデンスの紹介

第2回レポート

提携

AARP®

HGPI Health and Global Policy Institute

目次

1.	まえがき - Sarah Lenz Lock	3
2	まえがき - 乗竹 亮治	5
3.	はじめに	7
4	普及啓発	8
5.	社会参加	12
6.	支援	16
7.	次回のレポート	18

まえがき

認知症において、加齢は最も介入不可能なリスク因子です。AARP は、50 歳以上の人を対象として、加齢とともに自分らしい生き方の選択する支援を行う、米国最大の超党派、非営利団体です。約 3,800 万人の会員とともに地域社会のつながりを強化するとともに、健康安全保障、経済的安定、自己実現という家族にとって最も重要な問題への対応を推進しています。

AARP は認知症と共に生きる人の支援も目指しています。認知症は加齢に伴う重要な健康問題であるだけでなく、人々の経済的安定を大きく損ない、自己充足感を脅かすものでもあるからです。AARP が 2018 年に米国の成人（18 歳以上）を対象に実施した調査では、10 人中 9 人以上（92%）がアルツハイマー病は深刻な問題であると考えていることが判明しました。3 分の 2（68%）の人は、アルツハイマー病や認知症、または認知機能の低下をもたらす他の疾患を抱える人が知り合いにいると回答しました。これらの深刻な問題に対処するために先進的な取り組みが行われ、その効果についての情報が収集されています。この度、世界認知症審議会（WDC: World Dementia Council）、国際アルツハイマー病協会（ADI: Alzheimer's Disease International）、英国アルツハイマー病協会（Alzheimer’ s Society）、日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）の皆様と、その情報を共有できることを大変嬉しく思います。各プログラムでは、疾患の啓発や社会参加の推進、認知症の原因となる疾患を持つ方やご家族の支援を行うことで、認知症と共に生きる人の困難の解決を試みています。

AARP は長年にわたり高齢者にやさしい地域社会づくりに向けて、世界保健機関（WHO: World Health Organization）のプログラムである「エイジフレンドリーシティーズ・アンド・コミュニティーズのグローバルネットワーク（Global Netwoek of Age friendly Cities and Communities）」の米国支部を務めてきました。2014 年頃から、「健常な高齢者のみを支援する地域社会においては、認知症と共に生きる人とケアラーの困難が見過ごされてしまっているのではないか」という認識を持ち、後に Dementia Friendly America へと発展を遂げたミネソタ州の ACT on Alzheimer’s と連携し、活動を行いました。Dementia Friendly America は、地域社会が認知症と共に生きる人を理解し、受け入れ、支援をする全米規模の分野横断的な取り組みとして、2015 年に正式に発足しました。米国では高齢者にやさしい地域社会が急速に拡大し、認知症フレンドリーな取り組みが増加していることに加え、いかにこの 2 つの取り組みが競合せずに互いに連携して補完し合えるかという問いへの関心が高まりました。それを受け、AARP は 2016 年に「Better Together: A Comparative Analysis of Age-friendly and Dementia Friendly Communities（共に発展しよう：高齢者にやさしい地域社会と認知症にやさしい地域社会の比較分析）」を発表しました。取り組みの範囲が拡大したことで、地域社会には地域固有のニーズとリソースに応じた認知症への解決策を策定する能力があることが示されました。他方でこうした地域社会で実施されている多様なプログラムに対し、より精密なインパクト評価を行う必要があることも明らかになりました。

2018 年末に ADI、英国アルツハイマー病協会、HGPI、AARP が参加した WDC ロンドンサミットは、世界で実施されているさまざまな認知症に関する取り組みを検討する格好の機会となりました。多様なプログラムを詳細に調査することを通じて、文化が違っても効果を発揮し得る介入手法や、そのインパクト評価に活用可能な指標を特定することが可能となります。認知症を取り巻く問題は甚大かつ緊急性が高いにもかかわらず、一部の地域では極端にリソースが不足しています。こうした危機感から、今回の共同レポートを作成しました。共生

を推進し、認知症と共に生きる人のニーズに応えるために必要な知見や経験を共有することで、他地域で効果がないことが明らかとなった取り組みに時間とリソースを浪費することは避けたいと考えています。

当初は 2019 年に世界各地のデータを収集する予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響で、我々の予想に反して、2020 年のレポート発表が遅れることとなりました。また、より重大な問題として、進行中だった認知症フレンドリーな取り組みの多くが前例のない困難に直面し中断されています。実際、今回のパンデミックは、認知症と共に生きる人やケアラーにとりわけ「フレンドリーではない」ものでした。例えば今夏の米国内のアルツハイマー病と認知症による死亡者数は例年と比べ 20% 以上増加しています。ロックダウンによる孤立とストレス、高齢者施設におけるケアの中断、新型コロナウイルス感染症に関する適切な診断が行われなかったこと等が、認知症による死亡者数の極端な増加の要因と考えられます。さらに、英国アルツハイマー病協会の報告によると、英国の新型コロナウイルス感染症による死亡者の 4 分の 1 以上が認知症の人であり、また地域や介護施設で暮らす人に認知機能の深刻な低下が認められています。今回のパンデミックによって、現在の世界における長期ケア制度（Long term care systems）の脆弱性と格差に加えて、有給か無給かを問わずケアラーの精神的な負担が増していることが明らかになりました。認知症と共に生きる人とその家族にとって、これまで以上に厳しい課題が生じています。

パンデミックは多くの人に深刻な影響を与え続けています。しかし一方でこれは、今後、世界各地の認知症の人とケアラーを支援するプログラムや制度を構築する上で、地域社会や産業界がどのような役割を果たせるかを立ち止まって考える機会でもあります。また、社会的な孤立が、すべての人、とりわけ認知症の人にとって極めて有害であることも明らかになりました。さらに、一般に健康問題とされる課題の解決をすべて医療従事者に頼りきるのは望ましいことではなく、それを長期的に続けることも不可能であることが浮き彫りになりました。最後に、私たちが学んだ教訓をまとめた資料に対して皆さんからフィードバックを頂く機会も得られました。

AARP は認知症と共に生きる人とケアラーの生活の向上を目指して考案された介入の科学的エビデンスの調査に取り組んでおり、今回、皆様とともにレポートを発表できることを非常に嬉しく思います。時間と労力をかけて、この国際調査に協力し、プログラムに関する質問に答えてくださった多くの方々に心から感謝いたします。レポートの作成に先立ち、集めたデータの分析に対しての皆さんからのご意見やコメントを心待ちにしています。

プロジェクト諮問委員会メンバー
AARP政策担当シニアバイスプレジデント
Sarah Lenz Lock

まえがき

認知症フレンドリーな取り組みは、グローバル・アジェンダとなっています。認知症に関わる活動を推進する人々にとって、認知症フレンドリーなデザイン、例えば交通システム、スーパーマーケットの設計など、社会が認知症への配慮に努めるようになりつつあるのは喜ばしいことです。現在世界中で多くの取り組みが進んでおり、長年にわたりこの活動を支援してきた市民社会や政府の皆様には感謝の念が尽きません。

日本でも、政府主導の取り組みや市民社会の活動など、認知症フレンドリーを目指す取り組みが実施されています。政府は 2019 年、省庁横断的な政策課題として認知症施策推進大綱を発表しました。日本の認知症政策における 3 つ目の国家戦略であるこの大綱は、2012 年の「認知症施策推進 5 か年計画」（通称：オレンジプラン）、2015 年の「認知症施策推進総合戦略」（通称：新オレンジプラン）を引き継ぐもので、さらに認知症に関する取り組みを推進する気運が高まっていくでしょう。

新たな大綱は共生と予防という大きく分けて 2 つの政策で構成されています。予防のための政策では早期発見等の認知症の生物学的、医学的な側面を主としています。共生のための政策は認知症の社会的な側面、すなわち日常の中で認知症の人の生活の質をどのように高めるかに焦点を当てたものです。認知症フレンドリー社会の構築は、共生という政策領域のメインターゲットのひとつです。

私たち日本医療政策機構（HGPI）は日本（東京）に拠点を置く非営利、独立、超党派の医療政策シンクタンクです。エビデンスに基づく市民主体の医療政策を実現すべく、市民や当事者を含む幅広いステークホルダーによる議論を喚起し、提言や発信をグローバルに進めています。

日本は世界で最も高齢化が進んだ国であり、HGPI も 2014 年から認知症を重要なテーマと捉え活動してまいりました。代表理事を務める黒川清は、WDC の一員でもあります。活動当初より、独立した中立的な立場から、省庁横断的な認知症政策の推進を提言しており、前述の認知症施策推進大綱は、まさに私たちが提言してきた政策にほかなりません。

また HGPI では国内外の幅広いステークホルダーとの連携に取り組んでいます。国内では 2018 年に、慶応義塾大学 ウェルビーイングリサーチセンター、Issue + Design、認知症フレンドシップクラブと連携し、認知症の提言プラットフォーム「認知症未来共創ハブ」を立ち上げました。このプラットフォームでは認知症の人を含めたマルチステークホルダーと一緒に、「認知症とともによりよく生きる未来」をつくることを目指しています。また認知症の人にとって最も重要な事項を明らかにするために、認知症のご本人 100 名以上の「語り」に基づき、発症から現在までのあゆみや、喜びや表現したいこと、日常生活の困りごとや苦労（生活課題）等をまとめています。

国際的には WDC などの国際機関とさまざまな場面で連携しています。2018 年 3 月には WDC 第 12 回会合の開催に協力しました。また、WDC の「東京認知症サミット 2019」も開催協力をしました。日本で開かれた G20 保健大臣会合に合わせて開催されたこのサミットには、世界各国から専門家や政府代表、認知症の人を含めた様々なステークホルダーが集まりました。この極めて重要なテーマへの WDC の取り組みに感謝するとともに、本レポートに協力できることを光栄に思います。

私見ですが、私は認知症フレンドリーを達成するための取り組みについて、プロセスの視点、効果の視点の 2 つが重要と思っています。プロセスの視点としては、認知症の人とともにつくられたサービスかどうか、あるいはそのサービスが認知症の方の人権に配慮したものかなどが議論されるべきでしょう。つまり、認知症フレンドリーなサービスかどうかをプロセス重視で判断する際には、そのサービスの根底にあるコンセプトを検証する必要があります。一方で効果の視点としては、認知症の人とケアラーの日常生活上の困りごとに対して実際に効果があるかどうかを議論する必要があります。これらを評価する場合、認知機能の低下に伴う生活上の困難を軽減するデザインか、あるいは認知症の人とケアラーのコミュニケーションを改善するデジタルツールか等を検証する必要があると考えます。

認知症フレンドリーが上述のどちらの文脈で議論されたとしても、サービスや取り組みが認知症の人の生活の質の向上に実際に寄与するためには、ガイドラインの標準化、エビデンスに基づくアプローチの採用、科学的検証の実施が必要です。一方で、私たち自身の考え方や心の中にも常に「認知症フレンドリー」を持っておかなければなりません。ガイドラインを作成しそれに従うことも重要ですが、何より大切なのは、認知症の人、社会全体に対して思いやりとやさしさ、寛容さを持つことです。標準化と同時に、毎日の生活の中で、それぞれに合った個別具体的な最適な形を追求しなければなりません。認知症フレンドリーな取り組みを推進するにあたり、個別の最適化と標準化の理想のバランスを見つけることが今後の課題になるでしょう。その上で、今回のようなグローバルな視座を提示するレポートは非常に有用です。フレンドリーとは結局のところ、ひとりの人間、各個人における努力です。私たちは、「認知フレンドリー」を素敵な言葉にしていきたいと思います。

プロジェクト諮問委員会メンバー
日本医療政策機構　理事・事務局長/CEO
乗竹 亮治

はじめに

この資料は、世界における認知症フレンドリーな取り組みのエビデンスを紹介するシリーズの第 2 回です。第 1 回のレポートには、本プロジェクトの内容、アドバイザー、エビデンスの収集と取りまとめに関わった協力者などが詳しく記載されています。

エビデンスのレビューにあたり、現在実施中の多様な取り組みを取り上げました。第 1 回のレポートでは、その多様性に言及しつつも、すべての取り組みが 3 つの目標を目指していることを示しています。

1 つ目は、認知症に関する「普及啓発」を目指す取り組みです。その多くは認知症の人やケアラー等、認知症の人と毎日接する人々ではなく、認知症に関する知識や認知症の人との交流機会を持たない人々を対象として、認知症に対する理解を促進することを目指すものです。こうした取り組みには、気軽な交流を促すものもあれば、正式なボランティア活動を推奨するもの等があります。

2 つ目は、認知症の人とケアラーの「社会参加」を支援することに重点を置いた取り組みです。これも基本的には認知症の人やケアラーを直接の対象とはしておらず、地域社会における「サービス」提供者を対象として、「消費者」としての認知症の人とケアラーに特有のニーズを考慮するよう促すものです。この「サービス」は、地方自治体による住宅や道路空間の設計、地域のバーでの接客など多岐にわたります。

3 つ目は、認知症の人やケアラーを直接の対象として、生活や地域社会への継続的な参加を支援する取り組みです。これには認知症フレンドリーな医療や支援が含まれます。上記 2 つの取り組みでは、認知症の人との接点が全くないか、または限定的な人を対象でしたが、3 つ目の取り組みは、認知症の人やケアラーを直接の対象としている点で異なります。

もちろん、どの取り組みも最終的には認知症の人とケアラーに貢献することを目指しています。このレポートでは、レビューを通じて認知症の人とケアラーにとって効果があると認められた取り組みのエビデンスを取り上げます。

ADI、英国アルツハイマー病協会、AARP（米国）、HGPI（日本）をはじめ、このプロジェクトの実現に協力してくださった諮問委員会のメンバーの皆さんに改めて感謝いたします。WHO の助言にも謝意を表します。

普及啓発

文献レビューおよび本プロジェクトで集められた事例を見ると、認知症フレンドリーな取り組みにおいて最も注力されている分野は、認知症に関する普及啓発であることが分かります。よく用いられる「普及啓発」という言葉にはさまざまな人々を対象とした幅広い活動が含まれます。第1回のレポートで述べたように、認知症の認知度向上、スティグマの低減、認知症の人との交流に向けたエンパワメント、職場研修などのさまざまな活動が行われています。対象は、全国規模の場合もあれば、地域社会、職場、さらには家庭の場合もありますが、基本的には、認知症ではない人への認知症に関する情報提供を行うものがほとんどです。

普及啓発プログラムの例として最も取り上げられるのは Dementia Friends で、世界の 5 分の 1 以上の国で実施されています。このプログラムは、2005 年に日本で、認知症サポーターを育成する「認知症サポーターキャラバン」として始まりました。認知症に対する正しい知識を持ち、地域で認知症の人やその家族を支援する人の育成を目的として、ボランティアが一般の人を対象に 90 分の養成講座を実施します。

このプログラムに修正を加えたものが英国で導入されましたが、モデルそのものや、ボランティア主導の養成講座などの本質的な部分は変わりません。ボランティア活動を通した認知症の人との交流など、何らかの形で社会的な行動を起こすために Dementia Friends が推奨されており、オンライン上には認知症に関する短い動画が公開されています。英国では一般市民にも、さまざまな職場環境で働く人向けにも、幅広いリソースが用意されています。オランダでも同様のリソースが作成されており、職場向けに 11 種類の個別講座が用意されています [1]。

> *「認知症に対する一般人の意識を高めることが大切です。そうすれば、認知機能の低下を示す症状があらわれた時の抵抗が減ります。スティグマや誤解のせいで、受診を先延ばしにする人が多すぎます。そのために、専門医の診断を受けることが遅れてしまうのです」*
>
> — 認知症のご本人

日本、英国、その他の国のプログラムを通じて、驚くほど多数の報告がなされています。数百万人がプログラムを受講し、日本で 1,100 万人、英国で 300 万人にのぼっています。こうしたプログラムの多くで、参加者から好意的なフィードバックが得られています [2]。

認知症に関する普及啓発を目指す地域社会の取り組みとして、他にも極めて多岐にわたる多くの例が寄せられました。ブルネイでは、大学生が情報提供コーナーを設置して地域社会の普及啓発に努め [3]、学校での授業や地域訪問などにより子どもたちへの啓発活動 [4] が行われています。また、認知症の人と若者が一緒に合唱団を作るなど、世代を超えた活動も盛んです [5]。

多額の費用をかけての全国テレビ広告など、大衆向けの広告キャンペーンも実施されています [6]。英国では「I have dementia I also have a life（私には認知症があります。そして、人生もあります）」をキーメッセージに掲げたテレビ広告が全国的に放送され、認知症の人に対する認識を把握するための市場調査が行われました。

このように認知症の啓発活動は多岐に渡りますが、対象者は共通しています。活動の最終

1. オランダから提出されたエビデンス

2. オーストラリアおよび https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26979582/から提出されたエビデンス

3. Demensia Bruneiから提出されたエビデンス

4. 英国から提出されたエビデンス

5. Braudy Harris, Phyllis and Caporella, Cynthia Anne. Making a university community more dementia friendly through participation in an intergenerational choir. https://doi.org/10.1177/1471301217752209

6. オランダから提出されたエビデンス

的な受益者は認知症がある人ですが、活動自体の対象は、基本的には認知症と全く、あるいはほとんど接点がない人です。

こうした取り組みへの評価のほとんどはプログラムに参加した人への効果を報告したものです。例えば、Dementia Friends プログラムやこれに似た情報提供セッションへの参加者は、データを収集した時点では、自分自身への影響を肯定的に捉えています。こうしたデータは、長期的ではなく参加直後に収集されている傾向が見られますが、追跡調査が実施された場合も、参加者の肯定的な評価に変わりはありません。オーストラリアのプロジェクトのレビュー[7]では、地域社会を基盤とした活動を通じて知識が増えたことが分かりました。ドイツで実施された Dementia Partners の長期的な追跡調査でも、参加者はプログラムを肯定的に評価していました[8]。

一部の国では職場で広く Dementia Friends が活用されてきました。ロンドン消防隊において Dementia Friends が公私両面で隊員にメリットをもたらした事例が報告されています[9]。

全国的なメディアキャンペーンやアドボカシーキャンペーンの評価も含まれています。オランダの全国的な広告キャンペーンはターゲットオーディエンスの間で高い認知度を達成しました[10]。

これらの例では、エビデンスを反映しているものの、認知症の人は一歩離れた立場にあります。この活動が認知症と共に生きる人やケアラーに役立つという想定が根底にあるとはいえ、基本的には、その活動が研修を受講した人や自宅でテレビを見た人といった「参加者」に与えた影響を測定しているのです。

どの事例でも比較的短く、限られた時間内での交流を実施しています。認知症（または他の疾患）に対する意識は幅広い要因に影響されますが、中でも身近さが重要です[11]。認知症と共に生きる人が世界的に増加するにつれ、認知症を身近で体験する人も増えています。ある取り組みが悪影響をもたらすという論拠を組み立てるのは難しいでしょう。また、長期的に測定した場合、一つのプログラムの効果を、普及啓発に繋がる他の多くの要因と切り離して把握するのも難しいと考えられます。

とはいえ、この道は前人未踏というわけではありません。過去にも多くの疾患や理念に関

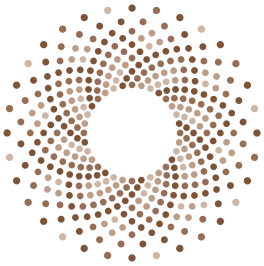
7. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1471301218754455?journalCode=dema

8. https://www.demenz-partner.de/fileadmin/user_upload/doc/zum-ansehen/DP-Ergebnisse_Wissenschaftliche_Begleitung-2018.pdf

9. 英国ロンドン消防隊から提出されたエビデンス

10. オランダから提出されたエビデンス

11. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1471301220965552



「まだ課題は山積みです。認知症の人、特に若くして認知症になった人のニーズに配慮されていない場所が多いと感じます。私の夫は若年性認知症ですが、どこに行っても（認知症にやさしいとされる場所でも）、理解してもらえません。障害者用トイレやバスの優先席を使おうとして注意されると、辛く感じます」

— ケアラー

わる普及啓発が試みられ、普及啓発セッション、情報提供、広告、キャンペーンの展開など概ね同じような方法が採られてきました。それによって成果が得られるという合理的な前提があってのことです。認知症の認知度を高めることで、最終的には支援対象の人々にメリットをもたらすことができるのです。フェミニズム、人種差別撤廃や同性愛者の権利に関する運動の歴史を見ると、この考えが的外れではないことが分かります。

スティグマ

今回レビューされた取り組みの多くで挙げられた目標は、認知症の人とケアラーが直面するスティグマを低減させることです。「進行性であり根本的な治療が出来ないため、（認知症は）寛解期のある一過性の精神疾患よりも深刻なスティグマを引き起こすと想定され」、認知症の人にとってスティグマはひときわ問題であると考えられています[i]。国内外の多くの調査でスティグマが重要な課題として取り上げられています。近年の ADI の調査では認知症の人が深刻な差別を経験している実例が示されました。他方で、この調査によって、極端な例以外にもスティグマが広く見られることも明らかになりました[ii]。

スティグマは認知症の人とケアラーの課題として広く言及されています。しかし、システマティックレビューでは、スティグマの深刻さの度合いを示すエビデンスとスティグマに対処する介入に関するエビデンスのいずれにおいても、研究データが限定的であることが示されています[iii]。研究の大半は北米・欧州に重点を置いたもので、この両地域の中でさえもマイノリティ集団の扱いは限られたものにとどまり、もっぱら「スティグマの主観的な体験を記述する」ものでした[iv]。そのため、個人が直面する課題について、地域、国家または世界的レベルで一般化することは困難です。

精神疾患への対処戦略を扱ったレビューでは、戦略に沿った取り組みを抗議、教育、接触の 3 つのカテゴリーに分類しています[v]。認知症フレンドリーな取り組みも、この概念的枠組みの中に位置づけることができ、知識の共有、可視化、当事者との交流を伴う例が見られます。普及啓発キャンペーンの目的は、「疾病予防、治療へのアクセスと理解度の向上、偏見と差別への取り組み、研究推進など多岐に渡り」ます[vi]。しかしながら、「スティグマ防止プログラムの効果に関する研究は全般的に不足」しているのです[vii]。

i. Mukadam, Naaheed and Livingston, Gill. Reducing the stigma associated with dementia: approaches and goals. https://doi.org/10.2217/ahe.12.42

ii. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia. https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf

iii. Herrmann, Lynn et al. A Systematic Review of Dementia-related Stigma Research: Can We Move the Stigma Dial? https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.09.006

iv. Ibid.

v. Corrigan, PW and Watson, AC. Cited in Mukadam, Naaheed and Livingston, Gill. Reducing the stigma associated with dementia: approaches and goals. https://doi.org/10.2217/ahe.12.42

vi. Editorial. Increasing the power of public awareness campaigns. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00105-2

vii. Mukadam, Naaheed and Livingston, Gill. Reducing the stigma associated with dementia: approaches and goals. https://doi.org/10.2217/ahe.12.42

社会参加

「認知症の人はケアに依存し介護施設で暮らしている。」そんな認識がいまだに広く見られますが、これは誤りです。認知症は進行性の疾患であり、認知症の人は次第にケアラーの助けを必要とするでしょう。しかし現在では、認知症の人の圧倒的に多くが住み慣れた地域で暮らし、地域社会に参加できています。認知症があっても、消費活動をし、旅行に出かけ、新たな探求に乗り出し、リスクを冒せるのです。認知症の人は「自由に自らで選択を下すことができ、(中略) すべての人と同じく社会に所属する権利を持っている」のです[12]。

> *「公衆トイレで、気になることがあります。公衆トイレの数自体が減っていますし、トイレの流し方、蛇口から水を出す方法、手の乾かし方も色々です。新しいトイレの個室はどれも狭く、仕切りが多いですね。面白かったのは、認知症フレンドリーなトイレ(ドアにそう書いてあったんです)に入ったら、便座が真っ赤だったんです。確かに認知症だと、はっきりした色が分かりやすいけれど、不自然でしたね。認知症の人も違和感があったんじゃないかしら。別に黒でもいいし、その方が普通だと思います」*
>
> — 認知症のご本人

認知症フレンドリーな取り組みでは、認知症の人とケアラーが社会に参加できることを重視しています。認知症の人が「地域の暮らしに貢献でき、(中略) 自身の毎日の生活を選択しコントロールできる」ことを目指しているのです[13]。

活動自体も、活動を実施する理由もさまざまです。実務的な理由(「認知症の人が顧客にいる」)もあれば、倫理的な理由(「認知症の人も可能である限り他の人と同じように自立して参加する権利がある」)もあります。とはいえ、規模の大小や公営と民間の区別、営利か非営利かを問わず、どの活動にも概ね似通った目標があります。共生するためには、認知症の人ではなく、その他の個人や組織側の歩み寄りが必要ということです。

こうした取り組みは、認知症であっても日々の社会参加を可能とするものです。中には「認知症フレンドリーな」映画上映会のように認知症の人とケアラーのみを対象に実施される活動もあります。しかし、これらの活動の目的は、あくまで認知症の人やケアラーが日々の社会参加を実現することです。認知症の人側ではなく、地域でサービスを提供する個人や組織の側が「合わせる」のです。

ここでは、物理的な環境と対人的な環境の両方が対象となっています。理論上は、地域社会のあらゆる側面が対象になります。地域社会の指針として活用されるある枠組みは、「地元企業、公共サービス、交通機関利用における物理的環境、計画プロセス、アクセス、認知症への配慮」を対象分野に挙げています[14]。「一般的な地域社会活動(買い物、劇場、映画館……)にアクセスできる」ことを挙げている枠組みもあります[15]。

今回のレビューでは、これらすべての分野を扱った認知症フレンドリーな取り組みを集めました。例えば警察は、認知症の人のニーズを理解して[16]行方不明者の捜索と保護を行っています[17](日本や米国等の多くの国で、行方不明者の捜索を支援する地域ネットワークが整備されています)[18]。認知症の人の社会参加を阻む障壁として多く聞かれたのは、何か問題が起こるのではという不安でした。「認知症の人へのインフォーマルおよびフォーマルなケアにおいて、リスク管理と本人の安全が重視されています[19]。」

12. https://worlddementiacouncil.org/sites/default/files/2019-10/DFI%20EXECUTIVE%20%20SUMMARY-1015501910-03b.pdf

13. https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/migrate/downloads/building_dementia_friendly_communities_a_priority_for_everyone.pdf

14. https://www.alzint.org/u/dfc-principles.pdf

15. https://efid.info/wp-content/uploads/2016/05/Mapping_DFCS_across_Europe_final_v2.pdf

16. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1471301216688605

17. https://northyorkshire.police.uk/staying-safe/personal-safety/the-herbert-protocol/

18. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/care-needed_9789264085107-en?itemId=/content/publication/9789264085107-en&_csp_=11a1bdeb68a5ca69e5f95b616404c3f7&itemIGO=oecd&itemContentType=book

19. Bailey and Clark 共に https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1471301217699677 からの引用

認知症フレンドリーなプール[20]および映画館[21]では、認知症の人とケアラーを対象とした特別講習や上映会が実施されています。金融機関（多くの国が金融機関向けガイドラインを作成しています。シンガポールでは、シンガポール通貨金融庁と銀行協会が協力して、「判断能力が不十分なお客様への対応指針」が策定されました）[22]とエネルギー企業[23]は、弱い立場にある顧客の身元確認手続きを変更しました。
ある観光団体が作成した指針[24]には、普及啓発、情報提供、物理的環境の見直しなどの活動が盛り込まれています。認知症フレンドリーな空港を目指した多様な取り組みも行われています[25]。また、多くの企業が、自社の顧客のうち特定の層をターゲットにした商品を開発しています[26]。

「目的地までの移動が大変です。認知症の人はもう運転できないし、（私もそうですが）パートナーも運転しないことが多いから」

— ケアラー

社会参加は、単に雇用主の特別な援助を受けて仕事を続けたり、ボランティア活動や新たな職場を見つけたりすることだけではありません。

デザインも共生のためには重要とされ、外出先の施設だけでなく公共スペース全般が含まれます[27]。これまでにさまざまなリソースや指針が作成され、活動に向けて多くの提案がなされています[28]。地域で暮らし続けるには適切かつ十分な住居[29]が求められ、政策立案でもこれを反映する試みがなされています。

以上のように、認知症に関わる活動は多岐に渡り、社会のあらゆる側面に関わるように見えるかもしれません。エビデンスとして集められた事例のほぼすべてで、職場での普及啓発や研修が行われていました[30]。従業員を対象として認知症の顧客とのやりとりを支援するものですが、認知症フレンドリーとはっきり銘打ったものもあれば、職場研修という名称で実施されるものもあります。米国ではマサチューセッツ大学医学部が、マサチューセッツ州高齢者支援部（Massachusetts Executive Office of Elder Affairs）向けに研修プログラムの評価を行い、参加者が研修を効果的と感じていることを報告しています[31]。

認知症の顧客を支援する取り組みの効果を測定する手段として、顧客の意見、苦情や重大

20. 英国から提出されたエビデンス

21. https://www.alzheimers.org.uk/get-involved/dementia-friendly-communities/organisations/dementia-friendly-screenings-cinemas

22. LienFoundation（シンガポール）から提出されたエビデンス

23. https://www.eonenergy.com/content/dam/eon-energy-com/Files/about-eon/reporting/Switch%20on%20to%20Dementia%20Report.pdf

24. https://www.visitbritain.org/sites/default/files/vb-corporate/business-hub/resources/dementia_friendly_guide_for_tourism_businesses.pdf

25. オーストラリアから提出されたエビデンス

26. 英国スターリング大学の認知症サービス開発センターは製品認証サービスを運営し、レポート「Products for Dementia」に製品の実例を紹介しています。https://stir.app.box.com/s/bmsy6tk04ohqaix5xa4yb53cm0i4f2nk

27. DDS Architects（英国）から提出されたエビデンス

28. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajag.12287 および https://www.jrf.org.uk/report/creating-dementia-friendly-york

29. https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/2020-06/Dementia%20Friendly%20Housing_Guide.pdf

30. HSBC英国最高責任者のイアン・スチュワートは、2019年にストックホルムで開催された第10回認知症フォーラムで行ったスピーチで、同行のこの取り組みの実例を紹介しました

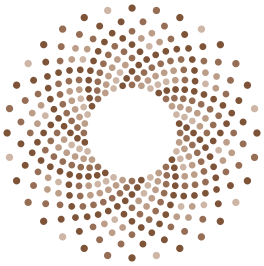
31. 米国から提出されたエビデンス。マサチューセッツ州アルツハイマー病支援サービスプログラム2015-2019: アルツハイマー協会トレーナー研修・上級研修、ベテランケアラー研修、INTERACT Stop and Watchツールの評価。マサチューセッツ州高齢者問題対応局に提出されました。2019年4月11日

事故の件数を追跡調査している組織もあります。施設を評価するために、「覆面調査」を行った例も見られました。活動を通じてどのように社会参加が実現したかを示す例として、映画上映会への来場者数挙げる組織もあります。地域のパブやボーリング場に通い続けることができたという、事例も報告されています。

こうした個別の事例だけでは、取り組みの効果で認知症の人が社会参加できるようになったということを証明することはできません。当然ながら、社会活動に参加できるかどうかは、組織の受け入れ体制や包摂性（inclusiveness）以外にも、多くの要因に左右されます。そもそも認知症フレンドリーな娯楽施設を利用できるかどうかは、その場所まで移動できるかにも影響されます。アクセシブル・ツーリズムに対する認知症の人とケアラーの認識を調べた論文では、娯楽施設そのもの以外にも多くの障壁があることが判明しました。

このレビューでは（地域社会に）実際に参加することが生活の質（QOL: Quality of Life）や健康アウトカムの向上につながるというエビデンスは得られませんでした。しかし、心身両面での孤立と孤独が健康に悪影響を及ぼすことを示すエビデンスは数多く存在します。したがって、生活の質を改善する効果を証明する必要はないと主張されています。前述のように人権やジェンダー平等の分野においては社会参加の効果が既に立証されているためです。

これも先人が歩いた道なのです。年齢、ジェンダー、セクシャリティに関わるさまざまな運動を受けて、組織は自らが包摂的であるかを検討しなければなりませんでした。繁華街にある店舗や銀行が胸を張って包摂性をアピールしさえすれば LGBT の人の社会参加が促されるとは限りません。しかし、少なくともその逆になることはないと言えます。



認知症の人の意味のある参画

認知症フレンドリーな活動を実施する人は、例外なく、認知症の人が参加することの大切さを語っています。このレポートで取り上げた活動の多くは、提供するサービスの計画、実行、改善、評価を行って、地域社会につなげたいという熱意を反映したものです。このレビューでは、情報共有、協議、共同デザインなど幅広い参加例が見られました。認知症の人は調査に対して、参加は有意義であったと答えました（65% が「はい」と回答し、好ましい変化の実例をあげました）。とはいえ、形ばかりの参加と言えるのではないかという回答も見られました。「委員会への出席は認められたが、認知症の人を本気で参加させようとする試みはない。意見を聞いてくれる人もいるが、『私たちのことを、私たち抜きで決めないで（Nothing About Us Without Us）』という包摂的なアプローチを全員が重視できるよう絶えず戦っている」

参画について意見が割れるのは、珍しいことではありません。何が「意味のある」参画と言えるのかを論じるのは、このレポートの範囲を超えています。とはいえ、制度設計には一般的に「専門家」と「利用者」が参加し、知識、経験、データを共有します。ある文脈で正しいことが、別の文脈では不適切かもしれません。そもそも正しいアプローチというものが存在するとも思えません。しかしエビデンスの評価において、特にジェンダーや社会経済的地位、民族、セクリャリティ、その他の特徴を反映した代表的な意見を集めるのが困難であることは間違いありません（これは認知症を超えた課題なので、無理のないことです）。また、とりわけ政策形成では、同じく無理もないことですが、協議に大きな重点が置かれる一方、実体験に関わるデータは活用されない傾向が見られます。そのようなデータが手元にない場合が多いからです。得てして、データ自体がそもそも存在しないのです。

支援

第 1 回のレポートでは、認知症の人を対象として支援を提供する取り組みと、認知症かどうかにかかわらず、すべての人が参加可能な取り組みとを区別しました。第 1 回のレポートで指摘したように、一部の識者はこの点を基準として「認知症フレンドリーな」取り組みとそれ以外の取り組みの線引きを行っています [32]。

集められたエビデンスの 4 分の 1 以上は、認知症の人へのコミュニティサービスの提供であり、そのほとんどが、認知症カフェの形をとっていました。大規模な管理体制が不要で手軽に実施できるモデルです。地域社会の活動に関する報告には、「脳活グループ、秘密の花園（50 代以上の交流イベント）、福祉カフェへの参加」などが含まれます [33]。ナイジェリアでは認知症の人を支えるアート・音楽療法 [34]、英国では劇団 [35]、ロシアでは認知症カフェ [36] など、幅広いサービスが行われています。こうした活動は大まかに言うと人と触れ合う場です。多くの活動は、社会的孤立や孤独などを和らげるために、認知症の人とケアラーに支援を提供するものとされています。

> *「病院の認知症看護スタッフは本当によくしてくれて、入院している人、そうでない人そして家族のために月 1 回、認知症カフェを開いてくれます。最高点としなかった理由は唯一、病院内のスタッフ全員がこのプロジェクトに参加しているわけでもなく、アルツハイマー病の患者のケアに必要な知識を十分理解していないように見えるからです」*
>
> — 認知症のご本人

認知症の人とケアラーを支援するために実施されるすべてのサービスが、必ず認知症フレンドリーと言われるわけではありません。実施されているサービスには訪問サービス（生活支援など）、情報提供サービス、外出支援サービス（「ビフレンディングサービス」）、デイケアなどの一時的サービス、ケアラーを支援する経済的支援措置などが含まれます。

認知症フレンドリーという概念は医療制度にも拡大されることがあります。病院、介護施設、プライマリケアの場、薬局など地域に密着する施設はすべて、認知症フレンドリーと評されてきました。これらの取り組みは、例えば一般開業医の受付担当者向けの普及啓発研修など、前章で取り上げた取り組みと親和性が高いものです。プライマリケア医が認知症フレンドリーになるために必要なリソースとしては、診断を容易にするリソースなどがあります [37]。

医療機関でのケアという文脈で、認知症フレンドリーとは何かを規定するひとつの試みとして、次の定義があげられます。「患者レベルでの、認知症フレンドリーな医療とは、本人が各種サービスに参加し、自身の健康を管理する能力に、認知症がどういった影響を与えるかを考慮して構成され、実践されるケアのことを指す。認知症の人とケアラーのアウトカムの改善を目的として、ケアについての話し合いと決定への参加を促すものである [38]」。エビデンスレビューでは、職員研修および制度設計のメリットを検討しました [39]。英国のキングス・ファンドは、保健センター、病院、病棟の環境評価を行うツールを作成しています [40]。研究の中には、認知症フレンドリーという概念をより広く適用し、医療機関における認知症の人のアウトカムの格差に注目しているものもあります [41]。

地域社会を基盤としたサービスの多くは、効果に関するエビデンスを収集していませんでした（そしてリソース不足と取り組みの規模がしばしば課題に挙げられていました）が、ユー

32. Williamson, Toby. Mapping dementia-friendly communities across Europe: A Study Commissioned by the European Foundations' Initiative on Dementia (EFID) https://efid.info/wp-content/uploads/2016/05/Mapping_DFCS_across_Europe_final_v2.pdf

33. https://www.jrf.org.uk/report/how-can-we-make-our-cities-dementia-friendly

34. Evidence submission from Gabi Williams Alzheimer's Foundation, Nigeria

35. Leeds Playhouse（英国）から提出されたエビデンス

36. ロシアから提出されたエビデンス

37. Alzheimer's Western Australiaから提出されたエビデンス

38. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5541590/

39. https://bmjopen.bmj.com/content/7/7/e015257

40. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_pdf/is-your-care-home-dementia-friendly-ehe-tool-kingsfund-mar13.pdf

41. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000304 and https://doi.org/10.7748/nop.2018.e982

ザーから肯定的なフィードバックを得られたサービスもありました。いくつかの一般的なサービスモデル（認知症カフェなど）の効果を検討したところ、支援（認知症カフェなど）[42] や普及啓発（Dementia Friends など）の分野で普及した取り組みは、低コストで再現が容易で、ボランティアが主導できるものが多いという、認知症フレンドリーな活動の性格が反映されています。

調査の中で、医療制度と社会福祉制度が、認知症の人のニーズに合っていないことが明らかになりました。一例として、認知症の人は認知症でない人よりも入院期間が長引く可能性が高いことが挙げられます[43]。優れた制度設計が重要になることは判明しましたが、ニーズを満たす特定の要因を見つけ出すのは困難です。英国国立医療技術評価機構（NICE: National Institute for Health and Care Excellence）の病院・長期ケア環境におけるせん妄管理ガイドライン（2010 年発行、2019 年改訂）では、環境を管理することで、認知機能に問題がある人のせん妄発症リスクを管理できる可能性が示されています。一方で、制度設計に関しては、せん妄を最小限に抑え、必要に応じて管理する際に適切な治療ガイドラインの要素のひとつにすぎませんでした。

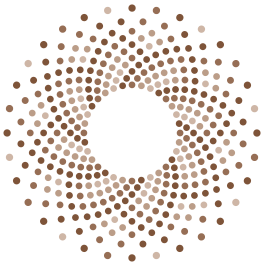
認知症の人は、症状が進行するにつれ、QOL 維持のために質の高い医療的、社会的ケアが欠かせなくなります。しかし、レビューの中で「認知症フレンドリー」とされた取り組みは、もっぱら認知症初期の人を対象としており、症状が進行した人の QOL にはほとんど影響を与えません。

> *「私も、認知症の家族の介護をしてきた友人も、この町が認知症フレンドリーでないと感じることもあります。それでも大切な家族のため、十分な支援を受けようと頑張ってきました。私たち自身も大きなストレスを感じています。*
> *支援を受けられることを、ケアラーも知らないケースが多いのです。医師も専門家も、症状がかなりひどくなるまで教えてくれませんから」*
>
> — ケアラー

42. https://www.dementia.org.au/sites/default/files/NATIONAL/documents/Community-Cafe-Toolkit.pdf

43. https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/migrate/downloads/fix_dementia_care_-_hospitals.pdf

次回のレポート

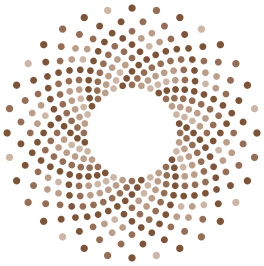


認知症フレンドリーな取り組みの多様性を適正に評価するのは難しいことですが、多様性に注目しすぎても、共通点が見えなくなり得るという問題があります。Dementia Friends や認知症カフェ、さらには認知症フレンドリーというコンセプト自体が説得力を持つのは、現状を改善するため何かしたいと考えるボランティアが無理なく実施できるためでしょう。支援者や活動家、ボランティアは、自分たちのやり方が他の病気や理念に対するアプローチと大きく違わないということに安心感を覚えるものです。普及啓発、社会参加の実現、支援の提供は、これまでにも行われてきました。このレビューで明らかになったように、認知症フレンドリーな活動を推進する人でも、体系的なエビデンスが不足していることは認識しています。その上で、先人も同じ道を歩んだのだという思いから、エビデンスは限られてはいるが強固なものだと主張しているのです。

私たちは、認知症の人とケアラーの生活を向上させようと取り組むすべての人の努力を称え、これに敬意を表します。とりわけ、認知症への理解がほとんどなく、政策面でも注目されていない国や地域社会では、こうした努力は称賛に値するものです。

多くの国々や地域社会は、認知症有病者数のデータを収集しておらず、ましてや医療的・社会的ケアのアウトカムや生活の質も把握していません。認知症を今もタブー視する国さえあります。また、活動しようとしているボランティアや支援者の立場からしても、こうした指標を盛り込んだエビデンスを要求することは、理不尽に思えるかもしれません。確かに、例えばセオリー・オブ・チェンジを代わりに使うことで、活動がアウトカムに与え得る影響を説明できるでしょう。しかし、当然ながらそれはエビデンスに基づく実証とは異なります。

シリーズ最後のレポートでは、これまでのレビューに基づき、結論と提言をまとめます。



世界認知症審議会（WDC）は国際的なチャリティー団体であり、認知症診断の権威 2 名を含む、高所得国および低中所得国の研究界、学術界、産業界、政府および NGO の上級専門家およびリーダーから構成されます。英国ロンドンに組織運営チームを置いています。

worlddementiacouncil.org

翻訳：特定非営利活動法人 日本医療政策機構
乗竹 亮治
栗田 駿一郎
坂内 駿紘
麻生 豪
戸田 英二
吉川 美佳子
日本語版発行協力：政策研究大学院大学グローバルヘルス・イノベーション政策プログラム

© 2020 World Dementia Council
英国チャリティー団体登録番号: 1170743

表紙画像クレジット：Shetkina Zamyslov / AlzRussia