

Lilly

認知症の社会的処方箋

認知症にやさしい社会づくりを通じた
早期発見と早期診断の促進に向けた白書

監修

イチロー・カワチ
ハーバード公衆衛生大学院 教授

K. Viswanath
ハーバード公衆衛生大学院 教授

近藤 尚己
東京大学 准教授

目次

I	前書き	4
II	インタビュー:黒川 清 先生	6
III	文献レビュー	14
	1. 認知症の診断と発見に関する阻害・促進要因	15
	要旨	15
	本文	18
	2. 認知症の早期発見と診断に関する査読誌に載った介入事例	54
	要旨	54
	本文	56
IV	インタビュー:近藤 克則 先生	74
V	ケーススタディ	86
	1. 人とのつながりが健康をつくる	87
	～住民主体の「憩いのサロン」で地域の健康向上・認知症予防を目指す武豊町～	
	2. 日本中に広がる「認知症カフェ」	91
	～認知症の人が地域に溶け込む拠点として～	
	3. 認知症にやさしい図書館	93
	～地域の情報拠点「図書館」から、認知症を正しく理解し受け入れる社会づくりを～	
	4. 東京都大田区「おおた高齢者見守りネットワーク みま～も」	95
	～地域住民の主体性を引き出す、都市型の新しいネットワーク作り～	
	5. ぎずなや ～地域の困りごとを解決する 若年性認知症支援の場～	98
	6. 「RUN TOMO-RROW(愛称・RUN伴=ランとも)」	101
	～つながりがキーワード。地域、組織を超えた新たな「場」の構築～	
	7. DAYS BLG! ～認知症になっても働ける 社会の中で明確な生きがいを～	104
VI	インタビュー:前田 潔 先生	108
VII	提言および結論	118
A	付録:	123
	• 謝辞	124
	• 著者・監修情報	124
	• スポンサー情報	126

I 前書き

世界の多くの地域で、人々は以前よりも長生きするようになりました。平均余命が長くなったことは、社会の発展の証拠でもあり、これはとても喜ぶべきことです。しかし、世界の人口が高齢化に向かう中で、認知症をはじめとした高齢化に関連した疾患が同時に増えています。

世界保健機関(WHO:World Health Organization)の統計によると、世界で認知症の人々は現在の4,700万人から2030年までに7,500万人になり、2050年までに現在の約3倍になると言われています¹⁾。日本では、65歳以上の高齢者で認知症のある人は、2012年の7人に1人から、2025年には5人に1人になると言われています²⁾。認知症は、本人だけではなく、家族や介護者の生活にも、身体的、心理的、経済的な影響を与える点で、大きな課題です¹⁾。

WHOやUKのアルツハイマーソサエティ、世界認知症会議や厚生労働省など、本分野に関わる重要な組織や機関が、早期発見や早期診断の重要性を強調しています³⁾⁻⁶⁾。しかし、多くの人が、認知症の症状があるにもかかわらず、必要なスクリーニングや診断を受けようとしなことがわかっています^{7),8)}。実際、イギリスでは、認知症の診断に当てはまる人で診断を受けていない人の割合は45%にのぼることが明らかになっています⁹⁾。

そのような中で、政府や自治体、非政府組織(NGO)や企業等で、認知症の早期発見および早期診断のためのさまざまな取り組みが行われています。しかし、

これらの行動を促進するエビデンスが適切に整理されていなかったり、広まっていなかったりするために、多くのプログラムや活動が、科学的な根拠に基づいて行われていません。医学分野では、治療・治癒、または診断ツールの開発が懸命に進められていますが、早期発見や早期診断の意義について多くの疑問が挙がっていることは否めません。

このレポートは、このような認知症に関する知識のギャップを埋めるために作成されました。最初に、学術的な視点でスコーピングレビューと呼ばれる文献レビューを行いました。これは、本分野で現在どのような科学的根拠が蓄積されているのかを把握するための探索的なレビューです。ゴールは、このレビューを通じて、認知症の早期発見・早期診断において、行動を促進するもの、阻害するものを理解することです。対象として(潜在的な)認知症患者や一般市民、家族を含む介護者と、医療従事者それぞれに、学術的な文献のレビューを行いました。続いて、世界中で行われた早期発見や早期診断の事業や取り組みで査読のある学術誌に掲載されているものに関して、プログラムの内容やその効果をレビューしました。これらのレビューの

I 前書き

内容は、実務者にとって新しいプログラムを計画する際にヒントとなるものを提供できると考えます。

また、早期発見・早期診断の重要性を探るために、日本の本分野の代表的な先生方や実務者の方々にインタビューを行いました。これらのインタビューを通じて、認知症に対してアプローチし続けること、また社会的かつコミュニティを基盤としたサポートを通じて、認知症にやさしい社会づくりが重要だという示唆を改めて得る結果となりました。最後に、認知症にやさしい社会づくりの日本の例を7つのケーススタディとしてまとめました。

このレポートで私たちが最も伝えたいことは、「認知症の社会的処方箋」というタイトルに表されています。これは、我々の切実な願いであり、このレポートが政策担当者、実務者、そして医療従事者など本分野に携わる多くの人たちにとって重要なものになることを望んでいます。

そして、認知症の分野に関わる人々にとって、このレポートが単に情報を提供するだけでなく、活動のさらなる動機付けとなるものになることを願っています。すべての関係者がともに力を合わせることでのみ、認知症にやさしい社会づくりが可能になります。力を合わせて、皆さんとともに歩んでいけることを願います。

2017年10月

認知症の社会的処方箋
著者一同

参考文献

- 1) World Health Organization, 10 facts on dementia, <http://www.who.int/features/factfiles/dementia/en/>
- 2) http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_2_3.html
- 3) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- 4) <http://www.alz.org/publichealth/early-detection.asp>
- 5) <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/a03.html>
- 6) <https://www.alz.org/advocacy/statement-purpose.pdf>
- 7) Martin S, Kelly S, Khan A, et al. Attitudes and preferences towards screening for dementia: a systematic review of the literature. BMC geriatrics. 2015;15:66
- 8) Bunn F, Goodman C, Sworn K, et al. Psychosocial Factors That Shape Patient and Carer Experiences of Dementia Diagnosis and Treatment: A Systematic Review of Qualitative Studies. PLoS medicine. 2012;9(10)
- 9) Martin S, Kelly S, Khan A, et al. Attitudes and preferences towards screening for dementia: a systematic review of the literature. BMC geriatrics. 2015;15:66

II

インタビュー

黒川 清 先生

特定非営利活動法人日本医療政策機構 代表理事
World Dementia Council メンバー

「日本政府は今後、高齢化の分野で各国と連携し、日本の施策や対策を世界へ広めていく必要があります。」

II インタビュー

超高齢社会に直面する 日本の役割

**高齢社会を牽引している日本が
認知症対策に取り組む意義について
お聞かせください。**

日本は総人口に占める65歳以上の高齢者の割合が27.3% (2016年10月1日現在)¹⁰⁾を超えており、若者の人口が減少を続ける一方で、100歳以上の人口は増加をしています。さらに、2035年には高齢者の総人口に占める割合が33.4%¹¹⁾となり3人に1人が高齢者となると予測されています。20歳以上の人口に占める高齢者の割合でみると、38.8%¹²⁾と40%に迫る勢いとなります。経済協力開発機構 (OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development) 加盟国の中でも健康長寿国である日本ですが、過去20年来、GDPの伸びは停滞しています¹³⁾。こうした状況において日本が今後、超高齢社会にどう対応していくのか、世界が注目しています。

日本の介護給付費が約8.9兆円¹⁴⁾ (2014年度時点) と言われていますが、インフォーマルケアコスト (家族等が無償で実施するケアにかかる費用)¹⁵⁾は約6兆円と推測されます。認知症のケアやサポートにおいても、データや現状を踏まえた上で、必要なことを実行していくことが重要です。

例えば、先ほどの認知症のケアに関しても、厚生労働省の調査から同居している主な介護者を性別でみる

と、男性31.3%、女性68.7%¹⁶⁾と女性のほうが多いことから、インフォーマルケアの多くは女性によって提供されていると考えられます。認知症の中でも一番多いアルツハイマー病については、女性のほうが同じ年齢層では認知症と診断される割合が高い¹⁷⁾こと、男性よりも長生きである¹⁸⁾ことを踏まえると、男性の認知症の発症率を抑えることはもちろんですが、特に女性の認知症の発症を遅らせる、少なくすることは「一石四鳥的な」社会的インパクトがあると思います。もちろん、その場合も、女性のケアだけに頼らない、社会で認知症を支える体制を整えることが必要です。

世界認知症会議 (WDC: World Dementia Council) などの国際会議に参加されて、各国は日本の高齢化についてどのようにみていると感じますか。

はじめに、世界認知症会議が開かれた経緯についてお話しします。2013年6月に英国が議長国となり、主要8か国が参加する首脳会議G8サミットが行われました。その後英国政府は、認知症対策は大変重要であるという認識のもと12月にG8保健大臣による認知症サミットを開催しました。そこでは、認知症をテーマとして意見交換を行い、認知症問題に積極的に取り組むための目標を立てました。認知症サミットを受けて英国政府は世界認知症会議を立ち上げ、2014年4月に最初の会合がロンドンで開かれ、現在に至りま

II インタビュー

す。世界認知症会議のメンバーの構成は、英国政府、世界銀行、OECD、ウェルカムトラスト、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、製薬企業、私を含む医学者、経済学者などからなる14名となっていました。

国際的な会議に出ると、日本は他の国々から国際的にみて国民医療費が低く素晴らしい国とされていることがよくわかります。実際、OECD(2016)のデータをみても、日本は高齢化が進んでいる割には、一人当たり保健医療支出はそれほど高くありません¹⁹⁾。また、高齢化に関しては、この世界的課題のフロンティアとしてどのような対応をしていくのかが注目されています。少子高齢化対策として、さまざまな取り組みが行われていますが、その成果はまだ十分ではなく急務の課題です。

世界保健機関(WHO)や国連は、高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」、21%を超えた社会を「超高齢社会」と定義しています。実際、高齢化率が7%を超えてから、高齢社会とされる14%を超えるまでの年月をみると、フランスは126年かかっているのに対し、日本ではわずか24年で14%に達しています²⁰⁾。特に、韓国などのアジアの一部の国では経済成長が十分でないまま日本よりも早いスピードで少子高齢化が進む国もあると予測されており²¹⁾、認知症対策に関しても、世界でそれぞれの知見を共有していく必要があります。そういった意味で、高齢化の先進国である日本がこれらの国々と連携を取って対策を推し進めることが期待されます。

日本は、総じて保健医療の面で、優れた国という印象を持たれています。日本の施策や対策などの情報が必ずしも英語で共有されていないために、データ等の詳細についての比較の上で異なる認識がある可能性も

否めません。日本が今後、高齢化の分野で、世界を牽引していくためにも、日本の施策や対策を幅広く世界に知ってもらい、日本政府は課題と解決策を共有する努力をより一層強化する必要があります。

認知症対策においては、家族や友人、地域の人々を中心としたヨコのつながりが大切です。(中略)
その際に重要なのは、社会や地域で「地域の人々が共通に持つ心のよりどころは何か」という視点です。

日本で認知症早期発見・診断を促すために何が必要とお考えですか。

認知症対策においては、家族や友人、地域の人々を中心としたヨコのつながりが大切です。したがって、地域のコミュニティを中心とした「支え合い」が必要だと考えています。その際に重要なのは、社会や地域で「認知症を支える共通の基盤は何か」という視点です。つまり、ひらたくいうと、日本人が共有する心のよりどころがどこにあるのか、という文化的・社会的な背景も考えることです。

例えば、日本人の心のよりどころについて研究している、京都大学こころの未来研究センター教授の広井良典氏²²⁾が提唱する神社やお寺などを中心にヨコの連携を進めていき新たな地域コミュニティとして再構築するというアイディアは、日本の文化を生かしつつ、

II インタビュー

新たな地域づくりの視点として斬新でとても良いと思います。

日本人の人間関係は基本的にタテ社会で、特に都会ではヨコのつながりが薄くなりがちで、地方においても過疎化が進んでヨコのつながりの構築が困難な場所もあります。一般的には地方では社会を支える共通の基盤を作りやすいと思います。町内会や、地域の行事、祭りなどを通じて、人々の絆も深まりやすいでしょう。一方で、都会ではマンションが立ち並び、団地に住んでいる人が少なくなり、隣に住んでいる人同士のつながりが必ずしも多くない状況で、地方に比べて、都市部では、ヨコのつながりの構築が困難なところが多いと感じています。今後は、特に都会で、どのような地域の共通の基盤を作っていくのかが一つの課題です。

人々の心のよりどころを作ることは、当事者にとっても家族にとっても、認知症になっても安心して暮らせる社会づくりの基盤となるでしょう。こういった地域の地道な取り組みが、結果的に認知症に対する不安な気持ちを減らし、早期発見や診断に対して、より前向きに捉えられる人を増やすのではと思います。

地域でのヨコのつながりは具体的にどのようなように作っていくのがよいと思いますか。

若い時から職場をこえた、フラットなヨコのつながりを持つことが大事だと思います。ヨコのつながりづくりに関していうと、女性は自分の肩書きや所属をこえて友達を作るのは割と得意なのではないかと思います。一方、退職するまで勤め先以外でのつながりが少ない日本人男性にとっては、チャレンジングかもしれません。例えば、日本人の男性が退職後に温泉へ行き、そこで知らない方と一緒に過ごす。はじめはお互い気軽にいろいろな話をしている、自らが働いていた会社と相手の会社の相互の関係や社内の肩書きなどがわかった途端に気軽に会話を続けることができなくなってしまうこともあると思います。こうした状況を考えると共通の趣味を通じた付き合いは大事だと思います。男性は、現役で働いていた頃の肩書きやアイデンティティを大切にすることから、退職後に肩書きやアイデンティティをこえた新たな関係を築きにくく、孤立してしまう傾向にあるようです。こうした特徴を踏まえた上で、さまざまなバックグラウンドを持つ人が、地域で共通にできることは何か、彼らをつなぐものは何



II インタビュー

かを考えていくことも必要です。

地域社会をつなぐものを考える際、地域での神社の杜、お寺や小中学校などが皆さんの交流の場所としてあるでしょう。また、民間企業の力も鍵となります。多くの地域に存在し、どの世代も利用する郵便局や銀行、コンビニエンスストアは、一つの地域の拠点として機能していると思います。日本は江戸時代などを振り返っても歴史的にタテ社会が文化に根付いています。したがって、タテ社会の中で、上から指示されたことに各持ち場で徹底的に取り組むことが強みでした。逆に、ヨコのつながりづくりに関しては、弱いところが見受けられます。超高齢社会を迎えている今、日本に求められていることは、さまざまな人と協働しながら、新しい価値やつながりを創造していくことです。これは、一朝一夕には難しいかもしれません。しかし、地域拠点としての民間企業の力を使いながら、地域の人たちの心よりどころについて真剣に考え、行動を起こすことで、新しい時代のヨコのつながりを作っていけると思います。

その際に重要なのは、市民の主体性です。英語の「Public(パブリック)」という単語は、「市民・公の・公的な」という言葉で使われます。一方、日本ではこの「パブリック」の「公」という言葉は「政府」=「公式」という意味合いが強く、もう一つの「市民」という意味が欠けたまま使われることが多いように思います。ヨコのつながりや、住みよい社会は、自分たちこそが作っていくという意識が必要です。長期的な視点から考えると、若いうちから、開かれたマインドを持った人材を育成し、若い人には職場以外のヨコのつながりをいくつも持てるような機会を提供することが重要だと感じています。

認知症の根本的な治療薬がない中で認知症を早期に発見できても仕方がないという意見もあります。こういった意見に対し、先生はどのようにお考えですか。

認知症の早期発見・診断は大変難しいことです。そこで必要となってくるのは定量的な評価の方法です。軽度認知障害(MCI:Mild Cognitive Impairment)のスクリーニング検査はあくまでも軽度認知障害のリスクを統計学的に確率として示すもので、認知症の診断として使用するには限界があります。したがって、行動センシングによる認知症の早期発見システムや、より正確なバイオマーカー(特定の病状や体の状態を測る指標)を発見することが大事です。この分野の研究や再現性の高いエビデンス構築を積極的に進めていくことが重要です。

認知症の治療薬の研究と開発をする中で、臨床においていくつもの失敗を乗り越えていく努力がなされています。認知症の薬の開発においては、多くの困難がありますが臨床試験の失敗にめげずに前に進んでほしいです。根本的な治療薬がない中で認知症を早期に発見できても仕方がないという意見は、行動できない人の理由にすぎません。どんな問題に対しても、できそうもないことをやった人が新たなことを発見しているのです。治療薬の開発はもちろんですが、認知症の人たちや家族を支える地域づくりなど、私たちにもできることはたくさんあります。また、認知症の治療薬の状況にかかわらず、日本の超高齢社会を支えていく上で、人々が健康的な生活習慣を実践していくことは重要です。何かが原因で、健康的な生活習慣が送れない人がいるのであれば、改善できる状況や環境を作っていく必要もあります。

II インタビュー

日本でも産官学の参加による国際的に連携したプラットフォームを構築していくことが必要だと考えています。そして、高齢化の最先進国として政府・自治体や民間企業の取り組みも含めた対応の事例を国内外に紹介・共有し広め、これから高齢化が急速に進むアジア諸国と連携する努力が必要だと思います。

認知症の早期診断に関して、特に医療の面から考えた際に、何が重要だと思われるか。

日本や英国などで行われている認知症サポーター²³⁾(英国ではdementia friends)の養成によって、地域社会や組織の中などで認知症についての基礎知識を持ち、当事者や家族の支えになりうる人材が多くなることは大事です。日本には約880万人²⁴⁾の認知症サポーターがいることは、世界でも注目されている施策の一つです。

認知症の早期診断に関しては、かかりつけ医の役割や、医療職種間の役割分担が重要だと思います。現在の日本では、従来からの専門医指向により各種専門医が増えてきました。しかし、例えば、糖尿病患者は

必ずしも糖尿病専門医にかかる必要はありません。認知症の発見や診断においても、当事者や家族が「何かおかしい」と感じた時に、かかりつけ医が最初のゲートキーパーとして、患者と専門医との連携をフォローすることが大切です。

国民医療費が40兆円²⁵⁾(2014年度時点)を超える今、かかりつけ医の存在は、以前に増して重要になってきています。かかりつけ医を通じて専門医と地域の患者をつなぐことが大事です。そうすることによって複数の診療科を受診してしまうような医療費の無駄づかいを防ぐことができますし、患者にとっても良いことです。日本の医療は、受診する医療機関を自由に選ぶことができるフリーアクセスであることから、軽い病気でも、大学病院などの大きな病院に行ってしまう傾向があります。大学病院などが、外来患者だけで満員になってしまい、その上でさらに入院患者や救急医療への対応もしなくてはならず医師の過重な労働負担がさらに重くなります。かかりつけ医を持つことで、大病院への患者集中を緩和することにもつながります。

認知症の早期発見・診断やその後のケアやサポートに関しても、かかりつけ医と専門医の役割分担を明確にし、それぞれが仕事をしやすくする環境を作ることが重要です。

WDCの一つの柱はResearch(研究)とOpen Science(開かれた科学)とBig Data(高度なデータ解析)です。認知症分野のエビデンス(科学的根拠)を出すことの重要性についてどのようにお考えですか。

医療分野、公衆衛生分野にかかわらず、エビデンスの共有を可能にするプラットフォームを作ることが重要です。エビデンスが出れば検証し、研究の「タネ」を研

II インタビュー

研究者や関係機関ですぐに共有することが大切です。認知症は特に、情報を共有し連携して対策と開発を進めることが必要ですが、知見を共有できるようなシステムが少なく、一つの研究の成果を、次のステップに国境をこえて結びつけることが大事です。

例えばヨーロッパでは、EPAD (European Prevention of Alzheimer's Dementia Consortium) というプロジェクトがあり、製薬企業、政府、研究機関などが一緒になって、アルツハイマー病や認知症の治療のためのプラットフォームを形成しています。その他にIMI (Innovative Medicines Initiative) という資

金提供のメカニズムと医薬品の研究開発等のための官民連携のプラットフォームが形成されています。そうすることで、研究、開発に必要なデータベースを構築し、プライオリティに応じて研究開発の資金を提供できるような体制を組んでいます。日本でも、このように産官学の参加による国際的に連携したプラットフォームを構築していくことが必要だと考えています。そして、高齢化の最先進国として民間企業の取り組みも含めた対応の事例を紹介・共有し広め、これから高齢化が急速に進むアジア諸国と連携する努力が必要だと思います。



略歴: 黒川 清 (M.D., Ph.D.)

東京大学医学部卒業。医学博士。1969年に渡米、1979年UCLA内科教授。1983年帰国後、東京大学内科教授、東海大学医学部長、日本学術会議会長、内閣府総合科学技術会議議員 (2003~06年)、内閣特別顧問 (2006~08年)、WHOコミッショナー (2005~09年) などを歴任。国際科学者連合体の役員など幅広い分野で活躍。国会福島原発事故調査委員会委員長 (2011年12月~2012年7月) をつとめ、その活動に対してAAAS Scientific Freedom and Responsibility Award 受賞 (2012年)、Foreign Policy誌の100 Top Global Thinkers of 2012に選出される。現在、MIT、コロンビア大学客員研究員。GHIT FundのChair and Representative Director。英国政府のWorld Dementia Councilのメンバー。

II インタビュー

参考文献

- 10) 総務省統計局「人口推計 (平成28年10月1日現在)-全国:年齢(各歳), 男女別人口・都道府県:年齢(5歳階級), 男女別人口」
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2016np/index.htm>
- 11) 内閣府「平成28年版高齢社会白書」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1_1_1.html
- 12) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」より算出
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401smm.html>
- 13) 内閣府「国民経済計算(GDP統計)」
<http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/menu.html>
- 14) 厚生労働省「平成26年度介護保険事業状況報告(年報)」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/14/index.html>
- 15) 慶應義塾大学「認知症の社会的費用を推計」
https://www.keio.ac.jp/ja/press_release/2015/osa3qr000000wfwb-att/20150529_02.pdf
- 16) 厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/16.pdf>
- 17) 厚生労働省「第19回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 朝田構成員提出資料」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001kmqo-att/2r9852000001kxx1.pdf>
- 18) 厚生労働省「平成27年簡易生命表の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life15/dl/life15-02.pdf>
- 19) OECD (OECD Health Statistics 2016, Health expenditure and financing, Per capita, current prices):
<http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>
- 20) 内閣府「平成28年版高齢社会白書」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html;
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1_1_5.html
- 21) 内閣府「平成28年版高齢社会白書」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html;
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1_1_5.html
- 22) 鎮守の森と地域コミュニティそして現代社会との新たな関わりを考える鎮守の森コミュニティ研究所所長
http://kokoro.kyoto-u.ac.jp/jp/staff/2016/04/post_80.html
- 23) 厚生労働省「認知症サポーター」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089508.html>
- 24) 認知症サポーターキャラバン
<http://www.caravanmate.com/>
- 25) 厚生労働省「平成26年度国民医療費の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/14/index.html>

III

文献レビュー

1. 認知症の診断と発見に関する阻害・促進要因
2. 認知症の早期発見と診断に関する
査読誌に載った介入事例

III 文献レビュー1

1. 認知症の診断と発見に関する 阻害・促進要因

要旨

過去半世紀に渡り、グローバルヘルスの風景は感染症との闘いから、認知症のような慢性疾患の予防、発見、およびコントロールへと移行してきた。世界アルツハイマーレポートによれば、認知症を抱える患者数は2030年までに6,600万人、2050年までに1億1,500万人にのぼると予測されている¹⁾。認知症は経過とともに患者の認知能力が低下し、健康およびQOL (Quality of Life) に大きな影響を与えることになる。さらには、認知症がもたらす衰弱症状は、大きな負担となって介護者や患者の家族にのしかかる¹⁾。

Ⅲ 文献レビュー1 要旨

近年蓄積されている関連文献によれば、認知症のスクリーニングによる早期発見が患者のアウトカムを向上させ、介護者の負担を減少させることが示唆されている。

適切な早期発見は患者や介護者が認知症に関連するリソースを活用し、より発展的なケアのための計画を立て、適切な医療サービスにアクセスすることを可能にする²⁾⁻⁵⁾。しかしながら、既存の文献は、認知症の基準を満たす者のうち多くが適切に診断されていないことを示唆している⁶⁾。この背景により、本レビューの1つ目の研究課題として、i)一般市民および患者、ii) 介護者、そしてiii)医療従事者の三つのグループそれぞれについて、「認知症(アルツハイマー病を含む)の早期発見および早期診断の阻害・促進要因とは何か？」を設定した。

この1つ目の研究課題に答えるため、マッキングローバルヘルスおよびハーバード大学の研究者は広範な文献レビューを行った。文献レビューには2016年10月1日までにPubMed、Embase、WebofScience上で公開された査読済みの論文が含まれ、「認知症」「診断」「スクリーニング」「発見」「阻害要因」「促進要因」というキーワードによる検索が行われた。また3つのデータベースに加え、一般的な検索エンジンであるGoogleの検索機能を用いた文献検索が行われた。その結果、1つ目の研究課題に関連する合計135編の論文(一般市民および患者に関しては81編、介護者に関しては45編、医療従事者に関しては41編。重複があるため全体の合計は135編)が特定された。

これら論文の詳細な検討に基づき、i)一般市民および患者における認知症スクリーニング・診断テスト受診の阻害要因として挙げられたのは、「認知症の症状・リスク・活用可能な認知症の治療やサポートに関する知識や認識の不足」、「認知症の症状や認知症スクリーニングの結果に対する否認、ネガティブな感情、疑いの気持ち」「認知症に関する社会的な偏見」「患者が生活の自立を維持したいと思う気持ち」「医療サービスへのアクセスに関する問題」「言語力、健康リテラシー(健康を維持するのに必要な情報を取得し、使いこなす能力)の不足」「医療従事者との希薄な関係性」「社会的支援の不足」「社会経済的要因(収入や教育レベル)の低さ」「健康状態の悪化や認知症以外の病状」であった。

次いで、ii)介護者における認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因として挙げられたのは、「認知症の症状、リスク、重大さ、かかりやすさ、治療のメリット、加齢に関する知識や認識の不足」「認知症・認知症スクリーニング・介護負担に対する態度(ネガティブな感情)」「医療サービスへのアクセスに関する問題」「認知症に関する社会的な偏見」「患者および介護者と社会とのつながりの希薄さ」であった。

さらに、iii)医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因として挙げられたのは、「知識や認識の不足(認知症の一般的な理解および知識の不十分さ、認知症に関する教育や訓練の不足、認知症症状の特定の困難さと診断の不確実性、自信や自己効力感の不足)」「態度(診断の開示という責任を負いたくないという気持ち、治療に関する疑いの気持ち、想定される医療従事者の介護負担による低いモチベーション)」「認知症、スク

Ⅲ 文献レビュー1 要旨

リーニング、診断、政府の政策に対するネガティブな認識」「適切な医療サービス提供に必要な時間、費用、手段の不足」であった。

本レビューの結果より、認知症スクリーニングならびに診断テスト受診の促進を目的とした政策や介入を検討する際、上述の因子を考慮することの重要性が示唆された。

参考文献

1. Batsch NL, Mittelman MS. World Alzheimer Report 2012. Overcoming the Stigma of Dementia Alzheimer's Disease International (ADI), London; 2012 Accessed May. 2015;5.
2. Bradford A, Upchurch C, Bass D, et al. Knowledge of documented dementia diagnosis and treatment in veterans and their caregivers. American journal of Alzheimer's disease and other dementias. 2011;26(2):127-133.
3. Dubois B, Padovani A, Scheltens P, Rossi A, Dell'Agnello G. Timely Diagnosis for Alzheimer's Disease: A Literature Review on Benefits and Challenges. Journal of Alzheimer's disease : JAD. 2015;49(3):617-631.
4. Bunn F, Goodman C, Sworn K, et al. Psychosocial Factors That Shape Patient and Carer Experiences of Dementia Diagnosis and Treatment: A Systematic Review of Qualitative Studies. PLoS medicine. 2012;9(10).
5. Boise L, Camicioli R, Morgan DL, Rose JH, Congleton L. Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. The Gerontologist. 1999;39(4):457-464.
6. Martin S, Kelly S, Khan A, et al. Attitudes and preferences towards screening for dementia: a systematic review of the literature. BMC geriatrics. 2015;15:66.

本文

- a. はじめに
- b. リサーチ方法
- c. 理論的枠組み
- d. 一般市民および患者における、
認知症の早期発見・早期診断の阻害・促進要因
- e. 介護者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害・促進要因
- f. 医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害要因
- g. 考察
- h. 結論

a. はじめに

過去半世紀に渡り、グローバルヘルスの風景は感染症との闘いから、認知症のような慢性疾患の予防、発見、およびコントロールへと移行してきた。世界アルツハイマーレポートによれば、認知症を抱える患者数は2030年までに6,600万人、2050年までに1億1,500万人にのぼると予測されている¹⁾。認知症はアルツハイマー病、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症および血管性認知症等の神経変性疾患群であり、記憶、実行機能、言語能力、およびその他の領域を含む認知機能の重大な障害として位置づけられる²⁾⁻⁵⁾。認知症は経過とともに患者の認知能力が低下し、健康およびQOL(Quality of Life)に大きな影響を与えることになる。さらには、認知症がもたらす衰弱症状は、大きな負担となって介護者や患者の家族にのしかかる¹⁾。しかし、このような介護負担は認知症の早期発見および早期診断により軽減することができる。

近年蓄積されている研究は、認知症のスクリーニングおよび早期診断の重要性について言及している³⁾⁻⁷⁾。認知症スクリーニングは認知症を発見し、診断テストを受ける機会を提供し、早期診断やさらなる認知機能障害を予防するための方策を立てることを可能にする^{3),8)}。さらに、認知症の早期発見は、病気の進行を遅らせ、QOLや、社会的なサポートへのアクセスを向上させるという点で重要である。例えば先行研究によれば、認知症の早期発見によって早い段階での治療

が可能となり、そのことが病気の進行を遅らせ、回復率を上げることが示されている⁴⁾⁻⁶⁾。また、早期発見により、患者や家族を含む介護者は、より質の高い治療やサポートに必要なリソースを探ることができるようになる⁵⁾。さらに、早期発見のあとに早期介入を行った場合は、患者や家族を含む介護者の双方のQOLを向上させることができることが示されている^{6),7),9)}。

認知症の早期発見および早期診断は大きなメリットをもたらす一方で、既存の文献によれば、認知症の診断基準に合致している多くの人々が、認知症が進行するまで、診断をするための検査を受けていないことが分かっている^{2),6)}。例えば、イギリスでは、認知症の診断基準を満たす人々のうち約45%の人々が、認知症の診断を受けていないことが報告されている²⁾。このような、増え続ける認知症患者に対する医療の必要性と、驚くほどに多い認知症の正しい診断を受けていない患者の間の隔たりを鑑みると、一般市民および患者、介護者、医療従事者において認知症の早期発見および早期診断の阻害・促進要因を明らかにすることは認知症スクリーニングおよび早期診断の促進に向けた効果的な戦略策定に重要である。

したがって、文献レビュー1では、既存研究の広範なレビューによる、認知症スクリーニングや認知症の診断の阻害・促進要因の特定を目的とした。

III 文献レビュー1

a. はじめに

研究課題1:

- i) 一般市民および患者
- ii) 介護者
- iii) 医療従事者における認知症(アルツハイマー病を含む)

の早期発見や早期診断の阻害・促進要因は何か

III 文献レビュー1

b. リサーチ方法

研究課題1に答えるために、1) 医療・公衆衛生および心理系のデータベースであるPubMed、Embase、および Web of Scienceを用いた、1981年1月から2016年10月の間に出版された関連する研究(英文)についての広範な文献検索、および2) 3名の調査者による独立したさらなるスクリーニング、の2ステップにより文献を特定した。

PubMedによる検索は、アメリカ国立医学図書館が定める生命科学用語集(シソーラス)であるMeSH(Medical Subject Headings)を用いた。また、キーワードについて、少なくとも、一つのセクションに対して以下の一つを含むものを検索の対象とした:

セクション1: dementia OR Alzheimer AND セクション2: diagnosis, mass screening test, detection, OR recognition AND セクション3: communication barriers, patient acceptance of health care, barrier, facilitator, OR health knowledge, attitudes & practice

検索式1:
("Dementia"[mesh] OR alzheimer*[tiab] OR dementia*[tiab]) AND ("Diagnosis"[Mesh] OR "diagnosis"[-Subheading] OR "Mass Screening"[Mesh] OR diagnos*[tiab] OR screen*[tiab] OR testing[tiab] OR tested[tiab] OR test[tiab] OR detection[tiab] OR recognition[tiab]) AND ("Communication Barriers"[mesh] OR "Patient Acceptance of Health Care"[mesh] OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[mesh] OR (barrier*[tiab] NOT blood brain[tw]) OR facilitator*[tiab])

続いて、Embaseの検索においては、同データベースで用いられるEmtree(階層構造を有する統制索引語辞書)を用い、少なくとも一つのセクションにおいて、以下の一つのEmtreeの用語、もしくはキーワードを含むものを検索対象とした。

セクション1: dementia OR Alzheimer AND セクション2: diagnosis, screening, detection, test, OR recognition AND セクション3: communication barriers, patient attitudes, attitude to illness, patient acceptance of health care, barrier, facilitator, OR health knowledge, attitudes & practice

検索式2:
('dementia'/exp OR 'dementia' OR alzheimer*:ab,ti OR dementia:ab,ti AND [embase]/lim) AND ('diagnosis'/exp OR diagnosis:ab,ti OR 'mass screening'/exp OR screen*:ab,ti OR test*:ab,ti OR detection*:ab,ti OR recognition*:ab,ti AND [embase]/lim) AND ('communication barriers':ab,ti OR 'patient attitude'/exp OR 'attitude to illness'/exp OR 'attitude to mental illness'/exp OR 'attitude'/exp OR 'patient acceptance of health care':ab,ti OR 'professional practice'/exp OR 'health knowledge, attitude, practice':ab,ti OR facilitator*:ab,ti OR (barrier*:ab,ti NOT 'blood brain':ab,ti,de) AND [embase]/lim)

最後に、Web of Scienceに関しては、以下のうち少なくとも一つのセクションにおいて、以下の一つのキーワードを含むものを検索対象とした。:

セクション1: dementia OR Alzheimer AND セクション2: diagnosis, screening, detection, test, OR recognition AND セクション3: barrier, facilitator, challenge, attitude, OR enabler

検索式3:
TS=("alzheimer*" OR "dementia*") AND TS=((("diagnosis*" OR "screen*" OR "test" OR "detection" OR "recognition") NEAR/4 ("barrier*" OR "facilitator*" OR "challenge*" OR "attitude*" OR "enabler*"))

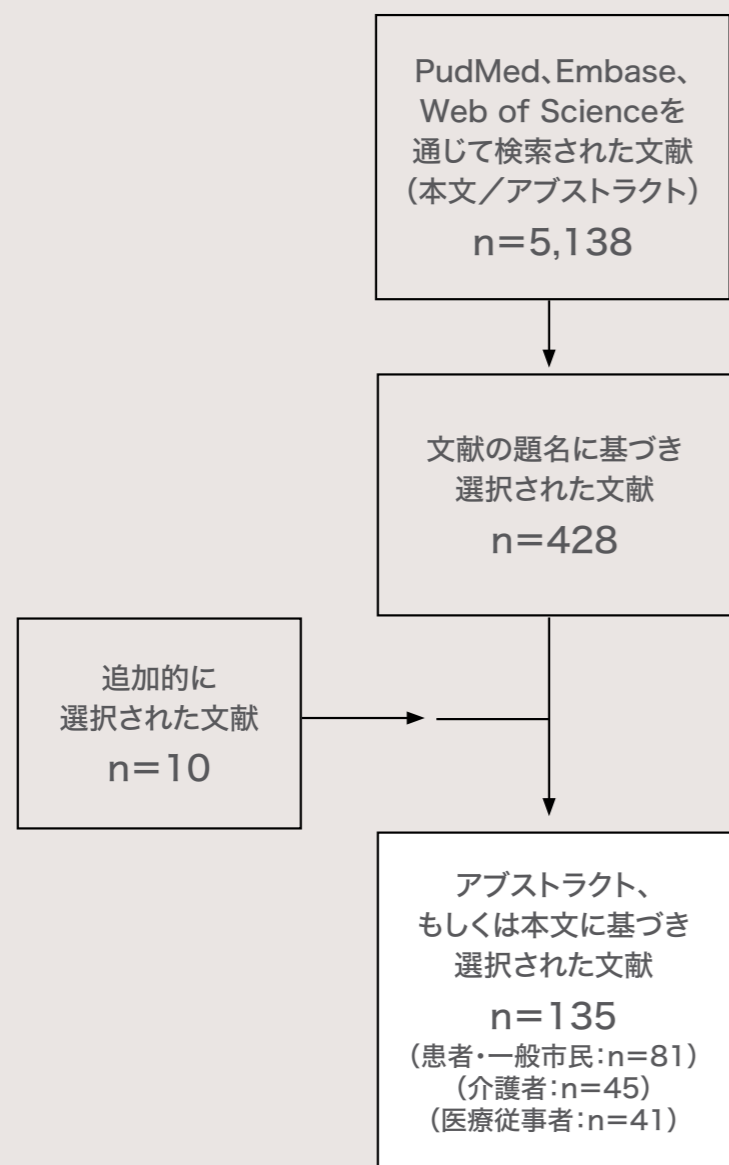
以上のプロセスを経て、PubMedから1,537編、Embaseから3,322編、Web of Scienceから279編の研究が抽出された。Web of Scienceに関しては、同データベースの検索精度向上のための機能である“NEAR”機能を使ったため、抽出された文献数が、PubMedやEmbaseの場合よりも少なかった。3つのデータベースに加え、一般的な検索エンジンであるGoogleの検索機能を用いた文献検索を行った。その後、3名の調査者がそれぞれ別々に本研究課題に関連していると判断したものを抽出し、整合

性を確認した。

以上のプロセスの後、全体で135編の研究(81編が一般市民および患者、45編が介護者、41編が医療従

事者)が研究課題1に関連する論文として抽出された(重複があるため全体の合計は135編)。これらを文献レビュー1に含むこととする。

図1. 文献の選択プロセス



c. 理論的枠組み

文献は、Andersenの医療サービス利用の行動モデル(Andersen Healthcare Utilization Model)に基づき評価を行った^{10),11)}。この医療サービス利用の行動モデルは、個人の医療サービス利用を決定づける個人内、個人間、および社会的、構造的要因について言及している^{10),11)}。本モデルにおいては主に3つの重要な要因が存在する。即ち、1)素因、2)利用促進要因、3)ニーズ要因である^{10),11)}。1つ目の素因とは、年齢、人種、家族構成、教育、職業、健康に対する信念といった属性的要因を含んでいる^{10),11)}。2つ目の利

用促進要因とは、家族のサポート、医療保険の有無、地域のリソース(例:地域に十分なプライマリケアや、医療資源が存在するか)を含んでいる。最後のニーズ要因とは、個人の知覚された、あるいは実際の医療サービスに対するニーズに焦点を当てている。さらにAndersenの行動モデルにおいては、様々なレベルの要因からなる「環境要因」の影響についても言及している^{10),11)}。レビューされた文献から得られた知見は、この行動モデルおよび前述の要因に基づき整理・評価した。

d. 一般市民および患者における、 認知症の早期発見・早期診断の阻害・促進要因

一般市民および潜在患者の認知症のスクリーニングおよび診断において重要な要素として以下が挙げられる。

1. 認知症の症状、リスク、活用可能な認知症の治療やサポートに関する知識や認識の不足
2. 認知症や認知症スクリーニングに対する否認、ネガティブな感情、疑いの気持ち
3. 社会的な偏見
4. 患者の自主性
5. 医療サービスへのアクセスに関する問題：物理的な距離、交通手段、経済的な問題、保険適用の範囲、医療の質、情報、教育
6. コミュニケーション：言語、健康リテラシー、医療従事者との関係性
7. 社会的支援
8. 社会経済的要因
9. 健康状態や病状

各要因について以下に解説する。

1. Lack of Knowledge and Awareness 知識や認識の不足

33編の研究が知識や認識の不足による認知症の早期発見・早期診断への影響について述べている。ここで述べる知識や認識の範囲は、「認知症の症状」「認知症スクリーニング」「認知症の早期発見の利

益」「認知症の診断」「認知症の治療」「認知症の予後」「活用可能な認知症の治療やサポート」である。

認知症に関する知識や認識の不足に関して特筆すべきことは、「認知症の症状は加齢によって生じる避けられないプロセスである」との思い込みである。つまり、「認知症の症状は、通常の加齢のプロセスであって、病気ではない」という、知識不足による誤った思い込みが認知症の早期発見・早期診断を遅らせることがわかっている。

11編の研究が、認知症の早期発見ができない主な理由の一つとして、患者における認知症の症状に関する認識の不足を報告している。特筆すべきは、「認知症の症状が通常の加齢に伴うものであるという誤った思い込み」は、認知症の早期発見・早期診断を妨げる阻害要因として世界中で報告されていることであり、アジア諸国の一般市民（例：日本、インド）^{12),13)}、アジア系移民のアメリカ人（例：日系、中華系、韓国系）^{14),15)}、ヒスパニック系アメリカ人¹⁶⁾、ヨーロッパ諸国の一般市民¹⁷⁾⁻²⁰⁾、アフリカ人（ナイジェリアのコミュニティリーダーやタンザニアの高齢者）^{21),22)}といった地域について報告がある。例えば、イギリスでの18～83歳を対象にした調査では、記憶障害は、加齢とともに出るものだという思い込みが、適切な疾患の診断を妨げていると報告されており、この思い込みはアジア系アメリカ人でも同様に症状の否認との

d. 一般市民および患者における、認知症の早期発見・早期診断の阻害・促進要因

関連があるとされている¹⁴⁾。また、他の研究では、この種の誤解は記憶障害を持つ患者が適切な「助けを求める行動」を起こす妨げになると報告している¹⁸⁾。

さらに、いくつかの研究では、認知症のリスクやスクリーニングおよび早期発見のメリットについての知識や認識の不足は、患者が認知症スクリーニングの受診等の行動を起こす上での阻害要因であると述べている^{2),3),23)-29)}。例えば、日本の高齢者（平均75.8歳）を対象にした6か月間の追跡調査では、認知機能障害に関するスクリーニングを受けようという行動意図がある者が、最も受診しやすいことが明らかになった³⁾。また、同研究では、認知機能障害に関するスクリーニングの受診意図の有無に影響を与える要因として、受診することのメリットに対する認識や、スクリーニング参加への物理的障害（金銭面、アクセス等）に関する認識、認知症のわかりやすさに関する認識が示された³⁾。あるオーストラリアの研究では、スクリーニング全般に対するポジティブな態度は、アルツハイマー病のスクリーニングに対するポジティブな態度と関連することが明らかになった³⁰⁾。また興味深いことに、オーストラリアの一般内科の、比較的教育レベルの低い（10年以下の学校教育）患者を対象にした横断調査研究では、アルツハイマー病のリスク認識が強まるほど、診断テストを受診しようという気持ちが弱まること示された。³⁰⁾

症状、診断、予後、原因など、全体的な認知症に関する知識もまた、スクリーニングや診断を患者に促す上で重要な要素である^{26),31)-38)}。例えば、認知症に関する知識が多いほど、認知症の早期発見に関する疑いの気持ちが弱くなること、ドイツの調査から明らかになっている³¹⁾。また、アイルランドの調査では、地域で生活する高齢者において、認知症に関する知識が豊

富であるほど、早期診断および治療を求める気持ちが強まると述べられている³²⁾。

さらには、認知症に関連する活用可能な医療サービスやサポートに関する知識や認識も、一般市民における記憶障害や認知症スクリーニングの受診、および認知症の早期診断の促進に重要な影響を与える^{8),18),39)-41)}。ロンドン郊外を対象にしたイギリスの質的調査では、自分がどのようなリソースや医療サービスにアクセスできるかという知識がないことは、人々が認知症に対する治療を求める上での阻害要因であると報告されている¹⁸⁾。また、同研究では、認知症の治療の選択肢に関する知識の不足は、認知症スクリーニングや診断テストを受けようという気持ちを弱めるとの結果も示されている。

2. Attitudes: Denial, Negative Emotions, and Skepticism 態度：否定、ネガティブな感情、疑いの気持ち

症状認知症の症状の否認や、医師や医療機関による診断の拒絶^{5),14),42)-45)}、治療の選択肢に対する疑いの気持ち^{2),8),46)}、そして、スクリーニングや診断テスト、およびその結果の開示に対するネガティブな感情等の態度は、スクリーニングの受診や診断を受けることに対する、一般市民および患者にとっての阻害要因である。

認識している症状の否認（認知症の症状がある可能性を否定すること）、そして医療従事者に診てもらうことを拒絶することは、スクリーニングの受診や診断を受けることに対する阻害要因である^{5),14),42)-45)}。例えば、総合内科医を対象にした質的研究では、患者による症状の否認は、患者に家族がいないケースでより多く見られるという⁴²⁾。既存の研究では、何が否認や

III 文献レビュー1

d. 一般市民および患者における、認知症の早期発見・早期診断の阻害・促進要因

拒絶を生み出すのかの要素を知ることが重要であると述べられている。あるアジア系アメリカ人を対象にした調査では、認知症の症状は、通常の加齢プロセスの一部であるという認識が、症状の否認につながっていることを報告している¹⁴⁾。また、他の研究では、ハンチントン病に対する遺伝子検査結果の否認や過小評価は、潜在的脅威に対する心理的な防衛機制によって説明されるとされている⁴³⁾。

活用可能な治療の選択肢に対する認識は、記憶障害や認知症に関するスクリーニング・診断有無に影響を与える重要な要素である^{2),8),46)}。例えば、Martinら(2015)によるレビュー研究によると、治療の選択肢が不足しているという認識や、現在の治療の選択肢は効果的ではないという不安が、認知症スクリーニング受診の妨げになるとされている⁸⁾。

認知症とスクリーニングに関する感情は、認知症スクリーニングを受診するかどうかに影響を与える要素として指摘されている⁴⁷⁾⁻⁵⁰⁾。Manthorpeら(2003)による質的な研究では、診断結果を伝えられるときだけではなく、スクリーニングや診断テストを受診するという体験そのものが患者の感情に影響を与えるとしている。著者らは、認知症の診断を受けたあと、患者に「不安」や「うつ的な症状」が見られることを指摘している。さらに、Turnbull(2003)らの研究によると、アルツハイマー病の否認の理由の一つは、こういった否定的な感情からきているという(認知症と診断されたら取り乱してしまう、等)⁴⁷⁾。同様の発見が、ドイツでの患者に対するハンチントン病の予測テストにて示されている⁴⁹⁾。

3. Social Stigma 社会的な偏見

認知症に対する個人的・社会的偏見は、一般市民お

よび患者における診断テストの受診や治療を受けることに対する阻害要因として頻繁に持ち出されている。診断テストの結果が開示される前でさえ、しばしば患者は認知症に対する個人的・社会的偏見からくる恐怖を経験する⁴⁸⁾。特に、認知症への偏見は、日本における公衆衛生上の大きな問題である⁵¹⁾。名古屋市に住む40歳以上の成人を対象にした調査では、2004年から2008年にかけてその比率は減少したものの、未だに40%の人が、認知症は恥ずかしい病気だと信じている⁵¹⁾。日本の他の先行研究同様⁵²⁾、若い年代に比べて、高齢者(65歳以上)は、認知症は恥ずかしい病気だと捉えている人が多い⁵¹⁾。

50~69歳の地域住民を対象とした混合研究法によるアイルランドの調査でも、偏見は、記憶障害の受診行動や認知症のスクリーニング受診の阻害要因であると報告されている³²⁾。また、偏見は、イギリスに住むアジア人や⁵³⁾⁻⁵⁵⁾、アフリカ系・カリビアン系のグループなど^{54),55)}、少数派グループにとって⁶⁾特に大きなバリアになっているという質的調査の系統的レビューもある。同様の傾向は、オーストラリアに住むアジア系の住民(年齢層の高い中国人やベトナム人)にも見受けられる⁵⁶⁾。偏見に関する重要な事柄の一つは、それが認知症を抱える個人に影響を与えるだけでなく、家族全体にも、恥や面子を失うといった感情をもたらし、社会的孤立の原因となることである⁵⁶⁾。韓国系アメリカ人の間でも、アルツハイマー病は精神異常の現れであるといった強い偏見がある¹⁵⁾。

4. Autonomy 患者の自主性

先行研究によると、患者の自主性は、一般市民や患者において、記憶障害・認知症のスクリーニングや診断テストの受診に影響を与えることが示されてい

III 文献レビュー1

d. 一般市民および患者における、認知症の早期発見・早期診断の阻害・促進要因

る^{5),6),18),28),29),57)-61)}。特に、患者の自主性に関連する二つの概念がそれぞれスクリーニングと診断テストに影響を与えることが明らかになっている。

第一の患者の自主性に関する概念は、患者が生活の自立を失うことに対する不安である。10編の研究が、一般市民や患者において、生活の自立を維持したい、また自分のアイデンティティを失うことを避けたいという気持ちや、自制心を維持して社会的な地位を守りたいという思いを持つことは、認知症スクリーニングや診断テストを受診したいという気持ちを弱めることを報告している^{5),6),18),28),29),57)-61)}。ある研究では、生活の自立を失うことの例として、家や運転免許証等を失うことや、老人ホームに住むことをあげている。これらに対する恐怖は、ドイツの60-82歳を対象とした認知症のスクリーニングの受診に対する重要な阻害要因として報告されている⁵⁷⁾。同じように、イギリスに住む南アジアのグループは、病院や老人ホームなどに収容されることへの恐れや、社会や家族のヒエラルキーの中で自分自身の地位を維持したいという願望が、記憶障害に対するスクリーニングの受診行動に対する阻害要因であるとされている¹⁸⁾。興味深いことに、以上のような自主性への考え方は文化によって異なり、イギリスにおけるプライマリケア診療所の患者は、アメリカにおけるプライマリケア診療所の患者よりも、より生活の自立を失うことに対する不安が大きいことがわかっている²⁹⁾。

第二の患者の自主性に関する概念は、一般市民や患者が自身の健康状態や疾患に関して知る権利である。このタイプの自主性に関する概念は、一般市民や患者において、認知症の診断テスト受診や結果の公表を促進する。10編の研究が、疾患リスクを知り、不確実性を減少させ、将来の計画を立てる権利は、一般市民および患者の認知症スクリーニングや診断

テスト受診の促進要因であることを示している^{43),46)-50),57),59),62),63)}。例えば、現在の健康・疾患状況を知ることや、治療に向けた準備をすることは、診断結果の公表を促進する上で大きな役割を果たす⁶²⁾。治療の選択肢の検討や、家族の問題や住む場所のニーズの解決、法的・経済的な調整といった将来への計画を立てる能力があるほど、より認知症の診断テストの受診をしやすく、テスト結果をきちんと受け止めることができる^{47),59),63)}。

5. Access: Geographic Distance, Transportation, Financial Issues, Insurance, Quality Healthcare Services, Resources, Information, and Education 医療サービスへのアクセスに関する問題: 物理的な距離、交通手段、経済的な問題、 保険適用の範囲、医療の質、情報、教育

先行研究では、医療サービスへのアクセスが限定されていることが認知症スクリーニングや診断テスト受診の阻害要因になっていることを明らかにしている。ここでの「アクセス」とは、医療サービスを受けるのに必要な物理的な距離や交通手段^{16),32),39),64)-67)}、患者や家族が工面可能な医療費や保険適用の範囲^{2),5),16),32),34),61),66),68)-71)}、情報や教育プログラムの充実度^{18),69),72)}、そして上質な医療サービスの活用可能状況^{73),74)}と定義される。

Geographic distance 物理的な距離

医療サービスへの物理的な距離が遠いことや、適切な交通手段の不足は、認知症スクリーニングと診断テスト受診の阻害要因である^{16),32),39),64)-67)}。例えば、Jorgensenら(2015)は、デンマークにおいて国の

Ⅲ 文献レビュー1

d. 一般市民および患者における、認知症の早期発見・早期診断の阻害・促進要因

登録データを使用した65歳以上の高齢者を対象とした調査で、年齢や性別、世帯の構成人数や収入などの社会経済的要因を調整した解析により、アルツハイマー病の診療所への物理的距離が遠いほど、アルツハイマー病の診断を受けにくくなるという結果を明らかにした⁶⁴⁾。

Financial issues

経済的問題

先行研究では、経済的な困難や、医療費に対する不安、診療報酬制度の限界などが認知症スクリーニングや診断テスト受診の阻害要因として挙げられている^{2),5),16),32),34),61),66),68)-71)}。さらに、Martinら (2015)によれば、限られた範囲の健康保険や余裕のない経済状況は、一般市民および患者において、早期の認知症スクリーニング、診断、治療を妨げる大きな要因となることが示されている²⁾。

Other access related issues

その他アクセスに関する問題

その他のアクセスに関する問題は、認知症の早期発見・早期診断に関する教育やサポートプログラムへのアクセス^{18),72)}、長期介護に向けた地域の医療資源へのアクセス⁶⁹⁾、少数派グループに対する社会的公正さ^{73),74)}の不足が含まれる。例えば、Abnerら (2016)は、米国におけるアルツハイマー病および関連する疾患の診断率は、郊外の方が都市部よりも11%(95% CI:9%-13%)低いことを示し、郊外のほうが認知症の早期発見・早期診断に関して適切な教育やサポートプログラムが不足している可能性を指摘している⁷²⁾。また、Stevnsborgら (2016)は、デンマークの移民における認知症患者は、デンマーク生まれの患者に比べて、認知症の治療を受けにくく、老人ホームへの居

住率も低いとの結果を明らかにした⁷⁴⁾。

6. Communication: Language, Health Literacy, and Communication with Healthcare Providers

コミュニケーション: 言語、健康リテラシー、医療従事者との関係性

先行研究では、一般市民および患者における認知症スクリーニング・診断テスト受診の阻害要因として、コミュニケーションに関連する要因、例えば言語力^{2),13),14),16),18),39),75)-78)}、健康リテラシー (健康を維持するのに必要な情報を取得し、使いこなす能力)^{56),75),79)-81)}、医療従事者とのコミュニケーション不足が挙げられている。Martinら (2015)が実施した系統的レビューにおいても、認知症スクリーニング受診の過程ではコミュニケーションが非常に重要であると報告されている²⁾。

Language

言語

先行研究により、特に少数派グループや移民における適切な言語力の不足が、認知症スクリーニングおよび診断テストの受診を減少させることが示されている^{14),16),18),39),76),78)}。例えば、Mukadamら (2015)は、英国の少数民族の集団 (南アジア系等)において、自身の記憶の問題を明確に説明できないことは、支援を要請する行動を妨げることを発見した¹⁸⁾。また、似たような事例が日系・中国系・韓国系のアジア系アメリカ人¹⁴⁾、オーストラリアに住む中国系やベトナム系の背景を持つアジア人の移民³⁹⁾、オランダにきたトルコやモロッコ、スリナムからの西洋系でない移民⁷⁶⁾、米国における高齢のヒスパニック¹⁶⁾、においても報告されている。

Ⅲ 文献レビュー1

d. 一般市民および患者における、認知症の早期発見・早期診断の阻害・促進要因

Health literacy

健康リテラシー

また、限られた健康リテラシーも、一般市民や患者における認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の有意な阻害要因として報告されている^{56),75),79)-81)}。例えば、Leeら (2011)は、言語力に加え、健康リテラシーのレベルが低いと、高齢の移民集団における迅速な認知症スクリーニングおよび診断テストの受診が妨げられることを指摘している。移民である高齢者は、多くの場合医療従事者とのコミュニケーションにおいて家族のサポートを必要とする⁵⁶⁾。

Cultural beliefs

文化的信念

上述の因子に加え、Jonesら (2006)が指摘するのは、文化の違いからくる信念の相違も介護者 (医療従事者を含む)とのコミュニケーションを阻害する要因になるということである¹⁴⁾。例えば、Jonesら (2006)は、日系アメリカ人が「医療従事者に多くの質問をしすぎることは失礼なのではないか」ということを心配するあまり、医療従事者に医療的アドバイスを求めることをためらってしまうと報告している。Jonesらは、このような態度は「権威に対する過度の尊重」という文化的な信念からくる影響であると結論づけている¹⁴⁾。

7. Social Support

社会的支援

家族、友人、あるいは医療従事者による、認知症スクリーニングおよび診断テストに対する肯定的意見や受診の提案といった、社会的支援に関連した要素は、一般市民および患者における受診を促進する有意な決定要因であると報告されている^{32),36),77),82)-85)}。Devoy & Simpsonら (2016)がアイルランドで行ったTheory

of Planned Behavior (TPB)理論の考え方に基づく混合研究法では、家族、友人、仲間、同僚、介護者、雇用主等、様々な影響者からの社会的支援がある人ほど、50-69歳の地域住民95人における認知症スクリーニングの受診および早期診断に対する行動意図が強まるとの報告がなされた³²⁾。特に、家族、友人、仲間、同僚、介護者の認知症スクリーニングに対する肯定的意見は、患者の認知症スクリーニングおよび診断テストの受診意図を統計的に有意に強める。一方で、逆に、雇用主、高齢者、青少年による認知症スクリーニングに対する否定的意見は、本人の認知症スクリーニングおよび診断テストの受診意図を弱める³²⁾。アジア人の集団に関しても、Moonら (2016)は、韓国の65歳以上の高齢者において、家族との交流や共同生活が認知症の早期診断を促進することを報告している⁸²⁾。同様の発見は米国における複数の民族集団に関してもなされており、家族、介護者、ソーシャルワーカーからの受診の勧めは、中国系・ヨーロッパ系・アフリカ系アメリカ人の集団において認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の促進に重要な役割を担うと指摘されている^{77),83),84)}。さらには、婚姻状況についても、認知症に関する知識や認知症スクリーニングおよび診断の予測因子として報告されており、これは結婚している場合、配偶者を含む家族からの社会的支援が得られることによる影響が示唆される^{36),85)}。

8. Sociodemographic Factors:

Age and Socioeconomic Status

社会経済的要因

先行する文献によれば、年齢^{25),63),82),86)}や社会経済的要因^{13),30),36),82)} (学歴や収入レベル等)は一般市民および患者の認知症スクリーニング受診や認知症の迅速な診断に関連すると報告されている。

III 文献レビュー1

d. 一般市民および患者における、認知症の早期発見・早期診断の阻害・促進要因

Age 年齢

年齢と認知症スクリーニングおよび診断との関連については、混在する結果が報告されている^{25),63),82),86)}。多くの研究においては、加齢は認知症の早期スクリーニングおよび早期診断の阻害要因になることが示されている^{25),63),82)}。Robinsonら(2014)のアイランドの研究では、高齢者(75歳以上)ではより若い者(65-74歳)に比べ認知症の診断が遅れる傾向にあることが示された⁶³⁾。また、Fowlerら(2011)の研究では、米国におけるプライマリケア診療所に来院した者のうち、70歳以上の者は65-69歳の者に比べ認知症スクリーニングを拒絶する傾向が強かった²⁵⁾。アジア人の集団に関しては、Moonら(2016)は韓国の65歳以上の高齢者において、加齢により認知症の診断がより遅れる傾向を報告している⁸²⁾。しかしながら、これらの結果は若年(65歳未満)で認知症を発症した者においては当てはまらなかった。Draperら(2016)の研究では、オーストラリアの若年(65歳未満)発症の認知症患者において、症状の発現年齢が若いほど病院での相談、認知症の診断、家族の認知について遅れる傾向が示された⁸⁶⁾。

Socioeconomic status

社会経済的要因

社会経済的要因に関連して、学歴の低さは、オーストラリアにおけるアルツハイマー病の診断テストを受けることの同意率の低さ³⁰⁾や、韓国の65歳以上の高齢者における認知症の診断の遅れや⁸²⁾、インドの成人における認知機能障害評価の困難さと関連していた¹³⁾。Tanら(2012)はシンガポールの18歳以上の一般市民において、収入が低い人々(2,500USドル未満)は収入の高い人々(2,500USドル以上)に比べて、認知症に対する知識が限られていたり、ネガティブな態度を持

つ傾向にあることを示した³⁶⁾。Tanらはまた、公営住宅に住む者はより認知症に対する適切な認識(十分な知識や、ポジティブな態度)を持たない傾向があることも発見した³⁶⁾。

9. Health & Disease Status

健康状態や病状

先行研究によれば、うつ病や機能障害、認知症の亜型等の併発疾患について、認知症という疾患の認識や診断の遅れとの関連が報告されている⁸⁵⁾⁻⁸⁷⁾。Draperら(2016)の研究では、オーストラリアで若年性認知症を発症した者のうち、軽度の認知障害やうつ病が、認知症の診断の遅れと関連していたことが示された⁸⁶⁾。さらには同一の研究で、アルツハイマー病および前頭側頭型認知症以外の認知症、例えば血管性認知症、ハンチントン病、レビー小体型認知症、アルコール関連認知症、進行性核上性麻痺等も認知症の診断の遅れと関連していた⁸⁶⁾。他の研究では、例えばブラジルの認知症患者において、機能障害が認知症の状態に関する認識の不足と関連していることが示された⁸⁷⁾。また、カナダで認知症と診断された者において、機能障害が認知症の未診断と関連していることも示されている。

III 文献レビュー1

e. 介護者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害・促進要因

認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害・促進要因について、介護者の観点からもレビューが行われた。本レビューにおいては、介護者とは、認知症患者あるいは高齢者のサポートを行う家族・友人・親族と定義された。概して、介護者はかかりつけ医に相談するのに1-2年ほど待つてしまう傾向にあった⁴⁰⁾。ヨーロッパの研究によれば、認知症の確定診断は介護者(もしくは医療サービス提供者)が最初に介護や支援について相談しはじめてから平均して20か月後になされると報告されている⁴⁰⁾。このギャップをいかに埋めるかを理解することは、認知症の早期発見および早期診断を促進する上で不可欠である。

介護者におけるスクリーニングならびに早期診断の主要な阻害・促進要因として挙げられたのは、

1. 認知症の症状、リスク、重大性、かかりやすさ、治療のメリット、加齢に関する知識や認識
 2. 認知症・認知症スクリーニング・介護負担に対する態度(ネガティブな感情)
 3. 医療サービスへのアクセスに関する問題
 4. 社会的な偏見
 5. 患者および介護者と社会とのつながり
- また、我々のレビューはこれらの因子が相互に関連していることを示唆している。

1. Lack of Knowledge and Awareness 知識や認識の不足

先行研究は、介護者の知識や認識の不足が、認知症

スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因であると報告している。特に、レビューされた文献において以下の阻害要因が言及されていた。

- ・認知症の症状を特定する能力の不足
- ・治療に関する情報の不足
- ・認知症スクリーニングのメリットや利用可能性に関する情報の不足
- ・認知症の症状は加齢に伴い自然に生じるものであるとの誤った思い込み
- ・認知症にかかることの重大性・認知症のかかりやすさに関する認識の不足

これらの阻害要因は、疾患関連要因と治療関連要因の2つに大別できる。

Misunderstanding and misperception of dementia

疾患関連要因: 認知症に対する誤解や誤認

先行研究により、介護者が認知症(アルツハイマー病を含む)の症状を特定できないことが認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の大きな阻害要因であると特定されている。例えば、ある研究では、介護者が認知症という名前は知っているが、それ以上の知識がなく、認知症の症状や重症度を特定することが困難であり、ほかの疾患や病状との区別ができないことが示されている⁸⁸⁾⁻⁹⁰⁾。また他の研究では、介護者は患者の認知機能の低下あるいは行動の変化が重度にならない限り、症状を認識することができないと結論付けられている^{54),92)}。

III 文献レビュー1

e. 介護者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害・促進要因

一方で、介護者は患者の物忘れや認知機能の低下といった症状を認識しているものの、そのことを「通常の加齢に伴う症状であり、病気でない」と思いこんでしまうことが、治療や介護の開始が遅れてしまう原因であると示している研究もある^{14),16),66),88),90),91),93)-95)}。この誤った思い込みは、介護者の文化的背景に影響される⁹⁴⁾。介護者は、患者の知的能力の低下、行動や性格の変化⁸⁸⁾等、より進行した症状を目の当たりにしても、それを通常の加齢に伴う症状であると思い込み、支援を求めることを遅らせてしまう。

いくつかの研究によれば、上述の認知症の症状に対する誤った思い込みは、認知症という疾患が重大ではないという認識と強い関連が認められている^{14),17),93)}。例えば、一般市民は自身の将来の健康上の懸念としてアルツハイマー病を挙げている一方で、介護者にとってより深刻な病気は、がんや冠動脈疾患という認識があることを指摘している¹⁷⁾。さらには、英語に関する言語力が限られているコミュニティにおいて、英語を母国語としない介護者を対象にした研究によると、患者達にとってより深刻なのは加齢に伴って出る症状よりも家族および社会的問題(例えば金銭的負担)であるということである⁹³⁾。このようなコミュニティでは、関連する情報やリソースの不足が支援を求める行動の遅れをもたらしている可能性がある。つまり、認知症に関する知識や認識の不足のみならず、認知症という疾患の重大性を低く見積もることもまた、介護者が支援を求める行動を遅らせてしまうということになる。介護者における、認知症という疾患が重大でないという認識は、「顕在化している症状が認知症の前兆であると思わない」ために、患者に対する医療的配慮は必要ないとの考えを介護者にもたらす¹⁴⁾。また、介護者の一部は物忘れをメンタルヘルス上の問題(ストレス、うつ病、トラウマ、生活の苦難)、あるいは治療の副作用と

みなす誤った理解をしてしまう⁹³⁾。

これらの知見を考慮すると、介護者が認知症の重大性や、早期発見・診断のメリットについて十分に理解できるよう、認知症という疾患自体、また、認知症が介護者に与える影響についての知識の啓発が重要である。

Perception about treatments 治療関連要因: 治療に対する認識

介護者が認知症の早期発見および早期診断のメリットを認識していることは、認知症スクリーニングおよび早期診断を促進する。多くの場合において、介護者における認知症の治癒または治療のための方法がないという考え^{88),96),97)}や、西洋医学による治療は効果的ではないという考え¹⁴⁾は認知症スクリーニングおよび早期診断を妨げている。

治療に対する信念は、文化的信念により影響を受ける。例えばある研究では、多くの日系アメリカ人が西洋医学による治療は効果的ではないと感じていた¹⁴⁾。これらのアジア系アメリカ人のコミュニティでは、しばしば民俗的知恵と文化的な神話を科学的な事実とみなす傾向にある。このような状況において、介護者の治療の選択肢に関する知識や認識の不足は、患者の状態の認識如何に関わらず、認知症の早期発見・早期診断を遅らせることになる。また、介護者が評価する患者のQOLが高いほど、介護者が患者の認知症を認識する程度が低いことが報告されている⁸⁷⁾。介護者は患者の介護が必要なサインに気づき、適切な対応を行うことが求められるため^{7),77)}、介護者に対しての治療の選択肢、治療のプロセス、および治療の有効性に関する情報の提供は、患者と介護者の両方のアウトカムを改善する可能性がある。

III 文献レビュー1

e. 介護者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害・促進要因

Potential facilitators 潜在的な促進要因

多くの研究が阻害要因に焦点を当てているのに対し、潜在的な促進要因に着目している研究もある。例えば、介護者に関連する認知症スクリーニングおよび早期診断の促進要因として挙げられるのは、(病状として)何が起こるか知っていること⁸⁸⁾、疾患の予後とプロセスについて知識を持っていること⁴⁸⁾、認知症の症状が確認できること⁸⁸⁾、治療のアクセスがよいこと^{88),95)}、早期の治療により症状の進行を遅らせること^{48),98)}、認知症に関する教育やサポートが利用できること^{48),98)}、治療やリハビリテーション等への良好なアクセス⁹⁸⁾、介護者の変更や将来の役割への患者の同意⁹⁹⁾、現在の認知症の症状に影響する他の要因の排除⁹⁵⁾、介護者の入念な準備⁶⁶⁾、将来に向けた計画⁴⁸⁾、金銭的メリット²⁾、治療に向けた法的手配をすること⁴⁸⁾、遺伝カウンセリングの検討⁴⁸⁾、等である。

2. Attitudes 認知症・認知症スクリーニング・介護負担に対する態度

全体として、介護者のネガティブな態度は認知症の発見、診断、治療を遅らせる阻害要因となる。これらのネガティブな態度は7つに分類できる。

Fear 恐怖

先行研究によれば、介護者が感じる恐怖は認知症診断の遅れと有意に関連していた⁹⁰⁾。介護者が感じる恐怖は様々であり、例えば患者にレッテルを貼ったり差別をしてしまうこと¹⁰⁰⁾、患者に対して取り乱したり不道徳になること⁹⁴⁾、診断そのもの⁸⁸⁾、についての恐怖が含まれる。

Worries 心配

いくつかの研究では、心配や懸念は介護者の不安を引き起こし、認知症診断の遅れをもたらすことが示されている⁷⁾。ある研究は、アルツハイマー病に関する個人的経験(例えば家族や近しい友人がアルツハイマー病の患者である場合や、アルツハイマー病の介護者を知っている場合)は、認知症という疾患¹⁷⁾、介護者の生活や家族の反応⁶⁶⁾、認知症スクリーニング²⁸⁾、および現在の治療(効果や副作用)¹⁰¹⁾、に対する懸念を増大させると主張している。

Denial 否認

多くの研究で、介護者は認知症を認識・受容することに対して否定的で、困難を伴うことが報告されている。この感情的困難は、愛する人が認知症を抱えることに対する受容⁹⁰⁾、避け難い認知機能の低下等の症状の認識^{44),66)}、アルツハイマー病であることの否認¹⁰²⁾に伴って生じる。否認はしばしば、介護者が症状を認識したときに家族間で起こる。介護者は認知症症状の認識の後、問題を無視し、「これは加齢に伴い生じる通常の症状である」と自身に言い聞かせる場合がある^{14),103)}。時に、否認に加え、「知りたくない」という感情から、反応を避けるという事例も報告されている^{43),65)}。

Distrust/doubt/low expectation about HCPs and treatment 不信感、疑念、医療従事者および治療に対する期待値の低さ

介護者の医療従事者および治療に対する態度もまた、介護者に関連する認知症スクリーニングおよび診断テスト受診に影響を与える重要な要因である⁴⁰⁾。いくつ

III 文献レビュー1

e. 介護者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害・促進要因

かの研究において、介護者はしばしば医師、そして医師のスキルに疑念を持つことが報告されており^{93),101)}、特にその傾向は総合内科医やかかりつけ医の専門性に対して顕著である^{17),88)}。この不信感や疑念は、多くの場合、過去に個人的に経験した医師に対する失望^{88),91)}や誤診に基づいている⁹¹⁾。このネガティブな感情には、「医療従事者がアルツハイマー病を診断したくないと感じている」という介護者の考え⁸⁸⁾、介護者と医療従事者の間の「何ができるか」に関する期待値のずれ⁹³⁾、医療従事者のネガティブな意見やアドバイス¹⁰⁴⁾、医療機関を通じた人種差別等の偏見に関する懸念、等がある。差別の懸念は、人種や民族に関連するのみならず、社会経済的要因(Socioeconomic Status: SES)にも関連している⁷⁷⁾。介護者の中にはアルツハイマー病の治療に疑念を持ち、治療が患者の助けになっていないと信じる者もいる¹⁰⁵⁾。介護者の行動は、政府のアルツハイマー病に対する政策へのネガティブな見方にも影響される¹⁰¹⁾。

Concerns about care burden

介護負担への懸念

介護者が抱えている介護負担への懸念は、認知症スクリーニングの受診や早期診断の遅れをもたらす^{43),97)}。この懸念は物理的な負担(時間等)¹⁰⁶⁾のみならず、感情的な負担を含んでいる²⁸⁾。この介護負担に関する懸念によってもたらされる認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の遅れの程度は、介護者を取り巻く社会的支援や、家族の役割、既に行われている介護の状況によって、影響を受ける¹⁰⁶⁾。経済的問題(収入等)や仕事に関する問題(雇用の喪失等)に関する懸念も介護負担に関する認識に影響を与える^{43),91)}。ある研究では、介護者が感情的苦痛のために「うつ状態」になることも報告されており、こういった介護者を取り巻く環境が認知症スクリーニング受診の阻害要

因になることが報告されている²⁸⁾。

全体として、介護者の負担は、アルツハイマー病によりもたらされる社会的な制限、不安という感情、認知症への怒りといったネガティブな態度が強いほど大きかった¹⁰⁷⁾。介護者は、患者との衝突や、医療従事者からの支援不足や¹⁰⁸⁾、社会的支援の少なさが認知症の早期発見・早期診断の遅れの理由であると報告している⁴³⁾。

Other family members' attitudes and thoughts

その他の家族の態度や考え

家族の非協力的な態度¹⁰³⁾や、問題の重要性に関する介護者との意見の不一致は、しばしば介護者が支援を求める行動に悪影響を及ぼす⁹⁵⁾。なぜなら、介護者は家族に対する責任感から、患者の行動について外部(医師等)に支援を求める前に家族内で話すことが一般的だからである^{91),94)}。

Expectation for treatments

治療に対する期待

一方、治療に対する前向きな見方は認知症の早期発見・早期診断を促進する。頻繁に患者が自身の現状に関する評価(つまり診断等)を求めるのは、病状を遅らせるために治療や介護を求めているからである⁹³⁾。

3. Access to healthcare

医療サービスへのアクセスに関する問題

医療サービスおよび治療への限られたアクセスは認知症の早期診断の大きな阻害要因である。これらの阻害要因は主に医療サービスの費用やインフラの不足、専門家への紹介の不足、時間の不足、言語の問題と関連している。

III 文献レビュー1

e. 介護者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害・促進要因

Healthcare costs and system

医療費とシステム

介護や治療に必要な高額な費用は多くの場合、介護者の介護を求める行動を妨げる^{16),66),95)}。この傾向は特に介護者(あるいは患者)の社会経済的要因(SES)が低い場合⁶⁵⁾や、無保険^{16),69)}の場合に顕著である。過剰に複雑な医療システム³⁹⁾や適切な介護サービスの不足⁶⁹⁾も介護を求める行動の有意な阻害要因であると示されている。さらには、ある研究において、金銭面の問題は家族内の衝突を引き起こし、介護者の経済的・感情的な不満感や無力感につながると報告されている¹⁰⁹⁾。

Lack of referral to experts

専門家への紹介の不足

多くの医療システムでは、介護者は認知症スクリーニングおよび介護にアクセスするためにかかりつけ医の紹介が必要である⁹⁵⁾。あるケースでは、介護者は訓練された医師へのアクセスの不足が支援を求める行動の障害になっていると述べている⁹⁵⁾。仮に患者が介護等のケアにアクセスできたとしても、介護者は医療従事者が患者を誤診したり、実行可能なアドバイスを提供できない可能性があると感じることがある。結果として、介護者は医療従事者からは、それ以上の支援は必要ないと思ってしまうがちになる^{69),94)}。

Lack of time and service

医療サービスを受ける時間やサービス自体の不足

認知症スクリーニングに必要な時間は、介護者にとって迅速な認知症の診断を妨げる負担になる^{39),95)}。その他、医療サービスにアクセスするために必要な移動距離や³⁹⁾、農村部における専門家の不足は、早期受診や発見を妨げる¹¹⁰⁾。

Language

言語

一般市民および患者の場合と同様、複数の研究において、介護者の限られた言語力(例えば英語力)は認知症早期発見・早期診断の追加的な阻害要因であると報告されている^{16),39),77)}。限られた言語力は教育レベルや識字率の低さと関連している場合がある⁷⁶⁾。また、ある研究では、英語を第二外国語とする介護者は、英語による情報を十分理解できたとしても、母国語による情報を好む傾向がある¹¹¹⁾。

4. Social network including the relationship with the (potential) patient

患者および介護者と社会とのつながり

いくつかの研究で、介護者における認知症の早期発見・早期診断の強い促進要因として、介護者の知人からの受診の勧めが挙げられている¹¹²⁾。さらに、認知症の早期発見・早期診断は、患者の行動のネガティブな変化に他の者から同意が得られた場合に強く促進される⁹¹⁾。一方、介護者の知人が認知症に対する偏見を持つ場合、認知症の早期発見・早期診断が阻害されることが報告されている^{6),68)}。

f. 医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害要因

認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害・促進要因について、医療従事者の観点からもレビューが行われた。ここで言う医療従事者は、医療専門職、医療提供者、あるいは医療実務者として定義され、具体的には医師（総合内科医および専門医）、看護師、臨床心理学者が該当する。

医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因としては、

1. 知識や認識の不足（認知症の一般的な理解および知識の不十分さ、認知症に関する教育や訓練の不足、症状の区別の困難さと診断の不確実性、自信や自己効力感の不足）
2. 態度（診断の開示という責任を負いたくないという気持ち、治療に関する疑いの気持ち、想定される医療従事者の介護負担による低いモチベーション）
3. 認知症、スクリーニング、診断、政府に対するネガティブな認識
4. 適切な医療サービス提供に必要な時間、費用、手段の不足

1. Knowledge and awareness 知識や認識の不足

先行研究では、知識や認識の不足、例えば認知症の一般的な理解および知識の不十分さ、認知症に関するトレーニングおよび教育や訓練の不足、症状の区別の困難さと診断の不確実性、自信や自己効力感の不足等が、医療従事者における認知症スクリーニ

ングおよび診断テスト受診の有意な阻害要因であると報告されている。

Overall understanding and knowledge of dementia 認知症の一般的な理解および知識の不十分さ

先行研究では、医療従事者の認知症に関する知識の不十分さが認知症スクリーニング受診および診断の阻害要因であることが示されている^{35),40),68),113)}。例えば、Kirkら（2014）は米国において医療従事者の知識の不足が認知症スクリーニング受診の阻害要因であることを報告した³⁵⁾。またAminzadehら（2012）はプライマリケアにおいて、かかりつけ医の認知症に関する理解のなさは認知症の診断および適切なケアマネジメントの阻害要因であると示した⁴⁰⁾。さらには、Sundareswaranら（2015）は、ペルーにおいて、医療従事者の認知症に関する知識量にばらつきがあると、認知症の診断および適切なケアマネジメントがなされる割合もばらつくことを発見し⁶⁸⁾、Pathakら（2015）はネパールの総合内科医における認知症の知識が全体的に不十分であることを報告した¹¹³⁾。

Training and education in dementia 認知症に関する教育や訓練の不足

先行研究では、医療従事者における認知症診断およびケアマネジメントに関する十分な教育や訓練の不足は、認知症スクリーニング受診および診断の阻害要因であることが示されている^{56),110),114)}。Lee

f. 医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害要因

ら（2011）の研究によれば、オーストラリアの総合内科医において、認知症診断に関する訓練が不十分であるほど、アジア系（例えば中国やベトナム）の背景を持つ高齢者の認知症診断の遅れが見られた⁵⁶⁾。また、Ahmadら（2010）はイングランドにおいて総合内科医に対する認知症に関する訓練が不十分であることを示し¹¹⁴⁾、さらにはSzymczynska（2011）は医療従事者による認知症診断を促進するため、老人医療に関するトレーニングがなされるべきと報告した¹¹⁰⁾。

Differentiation and diagnostic uncertainty 症状の区別の困難さと診断の不確実性

先行する文献では、「認知症の診断が不確実であること」は医療従事者における認知症診断の遅れの原因として報告されている^{42),115)-119)}。また、「認知症の症状を通常の加齢に伴い生じる症状と区別することの困難さ」も医療従事者における迅速な認知症の診断の阻害要因であると述べられている^{65),118),120),121)}。

Confidence and self-efficacy 自信や自己効力感の不足

医療提供者の自信や自己効力感（認知症診断やケアマネジメントをうまくできるという気持ち）も認知症スクリーニングおよび診断テスト受診を予測する有意な要因であると報告されている。例えば、医療従事者が自信を持っているほど、認知症の診断がなされる割合が高い^{118),121)-123)}。別のスペインの研究では、医療従事者の自信の不足は、かかりつけ医による迅速な認知症診断の大きな阻害要因の一つであると示されている¹²⁴⁾。同様の発見はドイツの総合内科医および医療従事者においても報告されている¹²⁵⁾。また、この傾向はその他の研究とも首尾一貫している。

2. Attitudes 診断・治療・医療従事者の介護負担に対する態度

本レビューに含まれた先行研究の多くは、医療従事者の認知症に対する態度が認知症の早期かつ適切な診断に対する有意な決定要因であることを示した。この態度は、11のカテゴリーに分類される。

Skepticism 疑いの気持ち

いくつかの研究は、医療従事者は現在行っている認知症の治療のメリットに関して疑いの気持ちを持っており¹²⁶⁾、さらには診断そのもののメリットにまで疑いを持っている可能性を示している¹²⁷⁾。また、医療従事者は、認知症の診断を受けた患者に対してできる治療が少ないということを心配している¹²⁷⁾。

Low motivation due to care burden 想定される医療従事者への負担による低いモチベーション

先行研究では、医師は、認知症ケアにより医療従事者に生じる負担を考えるがゆえに、認知症の診断に前向きでなくなる可能性を報告している。認知症診断のプロセスは、患者とその家族にその結果を伝達しなければならなかったりするデリケートな性質を持つがゆえに、複雑かつ時間がかかる¹⁰³⁾。多くの医療従事者、特に総合内科医はすでに活用できる時間とリソースの制約を抱えているため、認知症の診断およびサポートによって自分たちがより多くの時間を消費しなければならない可能性を懸念している^{103),128),129)}。

III 文献レビュー1

f. 医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害要因

Negative impression towards dementia and aging

認知症や加齢に対するネガティブな認識

認知症に対する偏見は、医療従事者における認知症の早期診断の大きな阻害要因である^{2),119),128)}。また別の研究では、認知症という言葉そのものに偏見があるという考えから、医療従事者がその言葉を使うことを避けているということが示された¹³⁰⁾。偏見に加えて、治療自体を無駄と感じる気持ちや、高齢者への差別が、医師が「認知症より他の健康問題の方がより優先度が高い」と考える傾向を助長する⁴⁰⁾。

Not feeling responsible for diagnosis disclosure

診断の開示という責任を負いたくないという気持ち

ある研究では、医療従事者はしばしば、責任を負いたくないという気持ちから、自分たちではなく遺伝カウンセラーが認知症の診断や関連するカウンセリングやサポートを提供すべきであると考えていることが示された¹³¹⁾。しかしながら、この研究は1990年に行われており、得られた結果は最近の医療従事者には当てはまらない可能性があることには留意が必要である。

Facilitators 促進要因

看護師においては、患者を中心に考える態度がより強いと、患者の認知障害の迅速な認識につながる割合が高かった¹³²⁾。

3. Perception about screening, diagnosis, dementia and government

認知症、スクリーニング、診断、政府に関するネガティブな認識

医療従事者が認知症の診断やケアマネジメントについて十分にできないと感じていると、認知症スクリーニングを適切であると感じる割合が低いことが示されている¹²⁷⁾。医療従事者の、治療の効果や利用可能性に関する認識は個人間で大きく異なっている¹³³⁾。

Perception about screening

スクリーニングに対する認識：プロセスや診断の正確性に対する疑いの気持ち

ある研究では、多くの医療従事者が、スクリーニングのプロセスや診断の正確性に関する疑いの気持ちから、患者の定期的なスクリーニングを避けることを選択したと報告している¹⁰²⁾。一部の医療従事者は、診断に用いられる尺度により得られる情報は彼らの直感と大差ないと考えている¹³⁴⁾。さらに、他の研究では、医療従事者におけるスクリーニングツール使用に伴う不快感、適切な訓練の不足、自己効力感の不足のために、診断に用いられる尺度や特定のスクリーニング手法の使用を控える可能性が示されている¹¹⁸⁾。

Concern about the impact of diagnosis

診断がもたらす患者や家族への影響に対する懸念

多くの場合、医師は症状が顕著になるまで認知症の診断を遅らせる傾向にある。これは、認知症診断が患者や家族に対して与えるネガティブな影響に関する懸念から、医師が認知症の診断をためらうためである^{65),127),128)}。実際、多くの研究において、医療従事者は

III 文献レビュー1

f. 医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害要因

患者が診断による心理的負担に耐えることができな
いだろうと考えている^{48),118),129),135)}。また、ある研究では、医療従事者はある患者が認知症と診断されると、偏見が患者とその他の人々との関係性を変化させてしまうと考えている⁴⁸⁾。以上を鑑みると、医療従事者が認知症の診断結果を患者とその家族に開示することをためらうのは不思議ではない¹¹⁸⁾。さらに、医療従事者は、限られた時間の中で患者や家族との適切なコミュニケーションをとることができないと懸念している¹⁰³⁾。

Value proposition of dementia and early diagnosis

認知症の早期発見に対する優先順位の低さ

ある研究では、総合内科医が認知症をほかの疾患と比べて「より重要性が低い問題」と考えていることを示している¹¹³⁾。つまり、彼らは認知症を優先的な課題として捉えていない。一方、他の研究では、総合内科医は認知症の診断は重要と考えているものの¹²⁸⁾、できる治療が限られていると感じている点が報告されている^{40),118),119),136),137)}。

医療従事者が認知症の早期発見のメリットを感じていないことや^{7),56),128)}、診断の必要性を感じていないこと¹¹⁸⁾は、医療従事者が認知症診断を行うという意思決定を妨げる⁵⁶⁾。ある研究では、医療従事者は「患者が特に衰弱しているわけではない」という理由で、認知症の早期診断は必要ないと考えているということが示された¹²²⁾。その他の研究でも、認知症スクリーニングの結果の開示は、「患者が診断に関する情報を理解し、解釈することができないであろう」という医療従事者の認識に妨げられることが示されている¹²¹⁾。同様に、総合内科医に対するインタビュー調査では、患者の家族は多くの場合、アルツハイマー病の診断を受容するのが難

しいという結果が示された¹⁰³⁾。さらに、一定数の医療従事者は、認知症の早期発見は、効果的な治療の選択肢が限られているため、利益²⁾よりも不利益の方が大きくなると考えている^{2),129)}。また総合内科医は、患者やその家族は重篤な症状が表れるまで診断をしてほしくないと考えていると推測している場合もある¹¹⁶⁾。

Perception of the role of government

政府の役割に対するネガティブな認識

ある研究では、医療従事者が各国政府は認知症の治療を進める上でネガティブな役割を担っていると感じているとの調査結果が示された。国によって異なるが(フランスの11%から、英国の50%まで)、全体として、医師の29%が、政府の政策や見解がアルツハイマー病の治療を推進する上での阻害要因であると見なしていた¹³⁶⁾。

4. Resources/Availability in Healthcare

適切な医療サービス提供に必要な時間、費用、手段の不足

研究では医療従事者の時間の不足、認知症スクリーニングの有効性の不十分さ、患者の金銭的制約、患者に対する地域のサポート不足が医療従事者の迅速な認知症診断の有意な阻害要因ということが示されている。

Lack of time

医療従事者の時間の不足

先行研究では、医療従事者の時間の不足は医療従事者における認知症スクリーニング受診、診断、適切な介護の阻害要因として報告されている。例えばStewartら(2014)はアメリカの家庭医において、認知

III 文献レビュー1

f. 医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害要因

症の診断や介護の最も大きな阻害要因として医師の時間の不足を挙げている¹³⁸⁾。また、Kochら(2010)は、医療従事者は認知症の診断に必要な十分な時間を持っていないと報告している¹¹⁶⁾。同様の知見は他の研究でも見られている^{2),7),42),56),90),118),124),134),139)}。例えば、Bondら(2005)やBoiseら(1999)は、患者の相談に必要な時間の不足や、認知評価テストを行うのに十分な時間がないことは、認知症スクリーニング受診の阻害要因であると指摘している⁷⁾。

Insufficient validity in screening test スクリーニング検査の妥当性の不十分さ

研究では、効果的・効率的なスクリーニングツールの不足は医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因であると述べられている。例えば、既存の認知症スクリーニングツールの妥当性が十分ではないことは、医療従事者が認知症スクリーニングのために患者に対して日常的に行う認知評価実施の阻害要因と報告されている^{2),7),48),65),140)}。また、効率的なスクリーニングツールの不足も、医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因であると示されている¹¹⁸⁾。

Financial constraints of patients 患者の金銭的制約

医療費負担の大きさや、限られた範囲の医療保険しかないことは、医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因として報告されている。例えば、認知症ケアに対する費用への懸念は、医療従事者における認知症スクリーニングの阻害要因であることが発見されている²⁾。さらには、不十分な医療従事者の報酬¹¹⁶⁾、低い償還額^{117),139)}も医療従事者における認知症スクリーニング受診および迅速な診断の阻害要因であることが示されている。

Limited resources and supports for patients 患者に対する地域のサポート不足

研究では、患者へのサポート不足が医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因であると報告されている。例えば、患者にとって利用可能な認知症に関する地域のサポートの不足は、医療従事者における認知症の発見の遅れと関連することが示されている¹³⁹⁾。同様の知見は他の研究でも報告されており、地域の認知症に関するサポートや医療サービスへのアクセス不足¹¹⁶⁾、地域の支援サービス内容が不十分であること¹¹³⁾、社会的支援が限られていること¹¹⁵⁾は医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因として示唆されている。一方、ある研究では、認知症診断やケアに十分なリソースがあっても、別の阻害要因(患者の待ち時間の長さ、患者の金銭的問題、物理的距離の遠さ、偏見)が、医療従事者が認知症ケアに集中させることを妨げていると感じている、ということが示された¹¹⁹⁾。その他の研究では、医療従事者は治療費の高さを懸念しているとの結果が示された^{129),135)}。

III 文献レビュー1

g. 考察

以下に示す表は、文献レビューから得られた主要な知見をAndersenの医療サービス利用の行動モデル(AHUM)の構成要素に基づき整理したものである^{10),11)}。表1では一般市民および患者、表2では介護者、表3では医療従事者における主要な発見をまとめた。

上述の3グループ全てにおいて、ネガティブな態度(素因)および知識の不足(利用促進要因)が認知症スクリーニング受診および早期診断の主要な阻害要因であることが示された。また、社会的な偏見、社会的支援、金銭的制約は、一般市民および患者、介護者の両方に共通する決定要因であった。

全般的に、AHUMの枠組みで示されている構成要因を鑑みると、一般市民および患者に関して得られた知見は、介護者や、医療従事者に関して得られた知見に比べてより包括的であった。

事実、一般市民および患者に関する既存の文献は、AHUMの枠組みで記述されている主要な要因を全て網羅していた。一般市民および患者においては、環境要因(物理的な距離や交通手段等の医療サービスへのアクセスの程度)が、その他3つの要因(素因、利用促進要因、ニーズ要因)に影響していた。環境要因はコミュニケーションや教育を通じて変化させることが難しいものの、その影響を理解しておくのは重要である。素因については、年齢、学歴、収入といった社会経済的要因が、認知症診断や治療の促進に資する有意な決定要因であることが示された。環境要因同様、これらの要因は介入プログラムにより変化させることは困難だが、社

会経済的要因の集団における分布の理解は介入プログラム開発の上で不可欠である。また、同様にAHUMで素因として扱われる健康リテラシーや医療従事者とのコミュニケーションという要因や、ニーズ要因として扱われる患者の自主性は、一般市民および患者において挙げられる重要な決定要因である。

介護者に関する主要な知見は、認知症に関する知識や認識の不足が認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の主要な阻害要因であるということである。ここで言う知識や認識は疾患関連と治療関連に分割できる。介護者にとって、一般的な認知症の知識の提示よりは、この疾患関連と治療関連に絞った知識・認識の啓発メッセージの伝達が認知症スクリーニングおよび診断テスト受診を促進する上でより効果的な可能性がある。

医療従事者に関しては、先行研究より、認知症スクリーニングや認知症の治療に対する認識がポジティブであるほど、認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の行動意図が強くなることが示された。介入プログラムにおいて医療従事者に情報を伝える際には、認知症の治療、診断、スクリーニングに関する認識を知識等の向上によってポジティブに変化させるメッセージが重要と考えられる。

また、医療従事者の行動は医療サービスの提供に必要な時間、費用、手段の不足という環境要因によって影響を受けることも本レビューにより示された。この環境要因を変化させることは難しいが、医療従事者を対象とした介入プログラムやキャンペーンを開発する上では考慮すべき要因である。

III 文献レビュー1

g. 考察

表1a. 一般市民および患者における認知症スクリーニング受診および診断の阻害・促進要因の要約

要因	小項目	主要な発見	参考文献
外部環境 External Environment	医療サービスへのアクセスに関する問題: 物理的距離、交通手段	物理的距離および交通手段へのアクセスの不足は認知症スクリーニングおよび診断テストの受診の有意な阻害要因であることが示された。特に、診療所からの距離が遠いほど、患者が認知症と診断されづらい傾向が示された。	16, 32, 39, 64-67
	態度: 否認、ネガティブな感情、疑いの気持ち	症状の否認、正式な診断の拒絶、効果的な治療の選択肢に対する疑いの気持ち、といったネガティブな態度や、スクリーニングや診断テスト、診断結果の公開に関するネガティブな感情は、一般市民および患者における認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因であった。	2, 5, 8, 14, 42-50
素因 Predisposing Characteristics	コミュニケーション: 言語、健康リテラシー、文化的信念、医療従事者との関係性	先行する研究のレビューにより、言語力、健康リテラシー、医療従事者とのコミュニケーションの不足やためらい、というコミュニケーションに関連する要因は、一般市民および患者における認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因であった。	2, 13, 14, 16, 18, 39, 56, 75-81
	社会経済的要因	年齢や学歴、年収といった社会経済的要因は、認知症スクリーニング受診および認知症の迅速な発見と関連していた。特に、高齢であることや社会経済的要因(低学歴および低収入)は認知症の迅速な発見の阻害要因であった。	13, 25, 30, 36, 63, 82, 86

III 文献レビュー1

g. 考察

表1b. 一般市民および患者における認知症スクリーニング受診および診断の阻害・促進要因の要約

要因	小項目	主要な発見	参考文献
利用促進要因 Enabling Resources	知識および認識の不足	認知症のリスクに関する知識および認識の不足や、認知症スクリーニングおよび早期発見の利益に関する認識の不足は、認知症の診断およびその後のケアに対する有意な阻害要因として示された。さらに、知識および認識の不足は、「認知症の症状は通常の加齢によって生じる避けられないプロセスである」との誤った思い込みにつながる。同様に、認知症に関してより知識のある患者は、より認知症スクリーニングを受けやすく、診断されやすい。また、認知症に関連する活用可能な医療サービスやサポートに関する知識や認識についても、記憶障害や認知症スクリーニングの有意な決定要因であることが示された。	2, 3, 8, 12-41
	社会的な偏見	認知症に対する個人的・社会的な偏見は、一般市民および患者における認知症の診断やケアを求める行動に対する阻害要因として頻繁に取り上げられる。特に、認知症に対する偏見は日本における重大な公衆衛生上の課題である。認知症患者の家族は、しばしば恥や面子を失うという感情を経験し、社会的孤立につながる。	6, 15, 32, 48, 51-55
	医療サービスへのアクセスの問題: 金銭的制約および医療保険	先行研究により、金銭的困難、医療費に対する心配、限られた医療保険の範囲は、一般市民および患者における認知症スクリーニング受診および診断に対する有意な阻害要因であることが示された。	2, 5, 16, 32, 34, 61, 66, 68-71

III 文献レビュー1

g. 考察

表1c. 一般市民および患者における認知症スクリーニング受診および診断の阻害・促進要因の要約

要因	小項目	主要な発見	参考文献
利用促進要因 Enabling Factors	医療サービスへのアクセスの問題: 情報、教育、および質の高い医療サービス	先行研究により、適切な教育やサポートプログラムの不足は患者の認知症診断に対する阻害要因であることが示唆された。	18, 69, 72-74
	社会的支援	家族、友人、医療従事者からの認知症スクリーニングや診断テストの受診の勧めといった、社会的支援に関連した要因の不足は、一般市民および患者における認知症スクリーニング受診および診断テストの有意な阻害要因であることが示された。	32, 36, 77, 82-85
ニーズ要因 Need	患者の自主性	自主性を維持したいという患者の意向は、認知症早期発見の阻害要因となり得る。特に、「独立した生活の維持」「自身のアイデンティティの担保」「自制心の維持」「社会的地位の維持」という思いは、患者における認知症スクリーニングおよび診断テストに対する行動意図を減少させる。 一方、個人の「知る権利」に関する認識や自身の健康状況に対する関心といった自主性に関する認識は、一般市民および患者における認知症の診断を促進する要因として挙げられる。このような認識を持つ個人は、治療の選択肢の検討や、家族の問題や住む場所のニーズの解決、法的・経済的な調整といった将来への計画を立てる能力について価値を置く傾向にある。	5, 6, 18, 28, 29, 43, 46-50, 57-63
	健康状態や病状	先行研究によれば、うつ病、機能障害、認知症の亜型といった併存疾患は認知症に関する認識の不足や認知症診断の遅れと関連していることが示された。	85-87

III 文献レビュー1

g. 考察

表2a. 介護者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害・促進要因の要約

要因	小項目	主要な発見	参考文献
外部環境 External Environment	医療サービスへのアクセスの問題 (専門家への紹介、時間、言語)	専門家への紹介の不足、時間の不足、言語の問題により生じる医療サービスへのアクセスの問題は、認知症スクリーニングおよび診断テスト受診の阻害要因であることが示された。	16, 39, 69, 76, 77, 94, 95, 110, 111
素因 Predisposing Characteristics	認知症・認知症スクリーニング・介護負担に対する態度	介護者の認知症に関するネガティブな態度は認知症の早期発見、診断、治療に対する阻害要因として特定された。具体的には、恐怖、心配、否認、不信感、医療従事者や治療への期待値の低さというネガティブな態度や、介護負担に関する心配、医療従事者の意見に対するネガティブな認識等が挙げられた。 逆に、治療に対するポジティブな見通しは、介護者のケアを求める行動を促進することが示された。	7, 14, 17, 28, 40, 43, 44, 65, 66, 88, 90, 91, 93-95, 97, 100-108

III 文献レビュー1

g. 考察

表2b. 介護者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害・促進要因の要約

要因	小項目	主要な発見	参考文献
利用促進要因 Enabling Resources	知識や認識: 疾患関連	介護者の、認知症の症状を特定する能力の不足は、認知症スクリーニングおよび診断テスト受診に対する主要な阻害要因として特定された。介護者は認知症の症状を認識することもあるが、認知症に関する知識および認知の不足は「症状の普遍化」をもたらす。「症状の普遍化」とは、認知症の症状を通常の加齢プロセスであるという誤った思い込みをすることである。また別の研究では、認知症という疾患を重大と思わない考えは、認知症スクリーニングや診断に関する行動を妨げることが示された。	14, 16, 17, 54, 66, 88-95
	知識や認識: 治療関連	介護者が認知症の早期発見および早期診断のメリットを認識していることは、認知症スクリーニングおよび早期診断を促進することが分かった。	7, 14, 77, 87, 88, 96, 97
	社会的な偏見	介護者が属するソーシャルネットワークにおける認知症に関する偏見は、認知症のケアを求める行動に対する強い阻害要因として特定された。	6, 68
	医療サービスへのアクセス(費用)	高い医療費による医療サービスへの限られたアクセスは認知症の早期発見および診断の主要な阻害要因である。	16, 39, 65, 66, 69, 95, 109
	社会的支援	介護者が属するソーシャルネットワークにおける受診の勧めや支援は、ケアを求める行動の強い促進要因として特定された。	91, 112

III 文献レビュー1

g. 考察

表3. 医療従事者における認知症スクリーニングおよび診断の阻害・促進要因の要約

要因	小項目	主要な発見	参考文献
素因 Predisposing Characteristics	診断・治療・医療従事者の介護負担に対する態度	認知症に関する医療従事者のネガティブな態度は、認知症の早期発見および早期診断の阻害要因として特定された。ネガティブな態度とは、現在の治療に対する疑いの気持ちや、治療負担、認知症や加齢に対するネガティブな認識が含まれる。同様に、看護師において、より患者を中心に考える態度が強いと、患者の認知症のスムーズな理解につながる割合が高かった。	2, 40, 103, 119, 126-132
	認知症、スクリーニング、診断、政府に関するネガティブな認識	医療従事者が認知症の診断やケアマネジメントについて十分にできないと感じていると、認知症スクリーニングを適切であると感じる割合が低いことが示されている。治療の効果や実現可能性に関する医療従事者の認識は様々であり、個人によって大きく異なる。先行研究によれば、診断がもたらす患者や家族への影響に対する懸念、診療における認知症早期発見の位置づけの低さ、政府の政策や支援に対するネガティブな認識は、認知症スクリーニングのための受診の阻害要因であった。	2, 7, 40, 48, 56, 65, 102, 103, 113, 116, 118, 119, 121, 122, 127-129, 133-137
利用促進要因 Enabling Resources	知識や認識の不足	先行研究では、知識や認識の不足、例えば認知症の一般的な理解および知識の不十分さ、認知症に関する教育や訓練の不足、症状の区別の困難さと診断の不確実性、自信や自己効力感の不足は医療従事者における認知症スクリーニングのための受診の有意な阻害要因であると報告されている。	35, 40, 42, 56, 65, 68, 110, 113-125
	適切な医療サービス提供に必要な時間、費用、手段の不足	先行研究では、医療従事者の時間の不足、認知症スクリーニングの有効性の不十分さ、患者の金銭的制約、患者に対する地域のサポート不足が医療提供者における迅速な認知症診断の有意な阻害要因ということが示されている。	2, 7, 42, 48, 56, 65, 90, 113, 115-118, 124, 129, 134, 135, 138, 139, 140

h. 結論

文献レビュー1では、既存の文献の広範なレビューを通じて、一般市民および患者、介護者、医療従事者の間で認知症スクリーニングおよび診断テスト受診に影響を及ぼす要因を特定した。

本レビューにより、一般市民および患者、介護者、医療従事者の3グループにおいて一定の似た傾向が観察される一方で、グループごとに特徴的な行動の決定要因が示された。認知症スクリーニングのための受診および早期診断を促進するためのプログラム開発の際には、コミュニケーションや教育プログラムによって変えることが可能な要因と、医療へのアクセスや社会的・経済的要因といった構造的な変化や、より長い時間が求められる要因があるということを認識する必要がある。世界的に見れば、認知症の早期発見および早期診断を促進することを目的としたプログラムは一定

数存在するが、これらのプログラムはエビデンスに基づいておらず(重要な決定要因にフォーカスしていない)、構造的な要因(社会的・経済的要因等)も考慮できていない。効果的な介入をデザインするためには、このような側面を考慮することが不可欠である。

本レビューは既存の研究をまとめたものである。したがって、さらなる研究が不可欠であり、本レビューにより明らかになった決定要因に基づく介入効果を評価する形成的調査(フォーマティブ・リサーチ)の実施が次のステップと考えられる。本レビューから示唆された前述の決定要因は、最終的に効果的な治療および介護サービスや、患者や介護者をサポートするリソースを提供することにつながる、認知症スクリーニングおよび診断テストの受診を促進する政策や介入をデザインする上で考慮されるべきであることを示唆している。

参考文献

- 1) Batsch NL, Mittelman MS. World Alzheimer Report 2012. Overcoming the Stigma of Dementia Alzheimer's Disease International (ADI), London; 2012 Accessed May. 2015;5.
- 2) Martin S, Kelly S, Khan A, et al. Attitudes and preferences towards screening for dementia: a systematic review of the literature. BMC geriatrics. 2015;15:66.
- 3) Harada K, Lee S, Shimada H, et al. Psychological predictors of participation in screening for cognitive impairment among community-dwelling older adults. Geriatrics & gerontology international. 2016.
- 4) Bradford A, Upchurch C, Bass D, et al. Knowledge of documented dementia diagnosis and treatment in veterans and their caregivers. American journal of Alzheimer's disease and other dementias. 2011;26(2):127-133.
- 5) Dubois B, Padovani A, Scheltens P, Rossi A, Dell'Agnello G. Timely Diagnosis for Alzheimer's Disease: A Literature Review on Benefits and Challenges. Journal of Alzheimer's disease : JAD. 2015;49(3):617-631.
- 6) Bunn F, Goodman C, Sworn K, et al. Psychosocial Factors That Shape Patient and Carer Experiences of Dementia Diagnosis and Treatment: A Systematic Review of Qualitative Studies. PLoS medicine. 2012;9(10).
- 7) Boise L, Camicioli R, Morgan DL, Rose JH, Congleton L. Diagnosing dementia: Perspectives of primary care physicians. The Gerontologist. 1999;39(4):457-464.
- 8) Martin S, Fleming J, Cullum S, et al. Exploring attitudes and preferences for dementia screening in Britain: contributions from carers and the general public. BMC geriatrics. 2015;15.
- 9) Mate KE, Magin PJ, Brodaty H, et al. An evaluation of the additional benefit of population screening for dementia beyond a passive case-finding approach. International journal of geriatric psychiatry. 2017;32(3):316-323.
- 10) Andersen TC, Kaplan DB. Improving Specialized Dementia Care Access to Rural Veterans : A Demonstration Project. The Gerontologist. 2013;53:43-43.
- 11) Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of health and social behavior. 1995;1-10.
- 12) Arai Y, Arai A, Zarit SH. What do we know about dementia?: a survey on knowledge about dementia in the general public of Japan. International journal of geriatric psychiatry. 2008;23(4):433-438.
- 13) Kuriakose J, Shaji S. Barriers to the cognitive assessment of dementia in India. Alzheimer's and Dementia. 2012;8(4):P227.
- 14) Jones RS, Chow TW, Gatz M. Asian Americans and Alzheimer's disease: Assimilation, culture, and beliefs. Journal of Aging Studies. 2006;20(1):11-25.
- 15) Lee SE, Lee HY, Diwan S. What do Korean American immigrants know about Alzheimer's disease (AD)? The impact of acculturation and exposure to the disease on AD knowledge. International journal of geriatric psychiatry. 2010;25(1):66-73.
- 16) Ortiz F, Fitten LJ. Barriers to healthcare access for cognitively impaired older Hispanics. Alzheimer disease and associated disorders. 2000;14(3):141-150.
- 17) Rimmer E, Wojciechowska M, Stave C, Sganga A, O'Connell B. Implications of the Facing Dementia Survey for the general population, patients and caregivers across Europe. International journal of clinical practice Supplement. 2005(146):17-24.
- 18) Mukadam N, Waugh A, Cooper C, Livingston G. What would encourage help-seeking for memory problems among UK-based South Asians? A qualitative study. BMJ open. 2015;5(9):e007990.
- 19) Tsolaki M, Paraskevi S, Degleris N, Karamavrou S. Attitudes and perceptions regarding Alzheimer's disease in Greece. American journal of Alzheimer's disease and other dementias. 2009;24(1):21-26.
- 20) Şahin HA, Gurvit IH, Emre M, Hanagasi HA, Bilgic B, Harmanci H. The attitude of elderly lay people towards the symptoms of dementia. International Psychogeriatrics. 2006;18(2):251-258.
- 21) Yusuf AJ, Baiyewu O. Beliefs and attitudes towards dementia among community leaders in northern Nigeria. West African journal of medicine. 2012;31(1):8-13.
- 22) Mushi D, Rongai A, Paddick SM, Dotchin C, Mtuya C, Walker R. Social representation and practices related to dementia in Hai District of Tanzania. BMC public health. 2014;14:260.
- 23) Gleason CE, Dowling NM, Benton SF, Kaseroff A, Gunn W, Edwards DF. Common Sense Model Factors Affecting African Americans' Willingness to Consult a Healthcare Provider Regarding Symptoms of Mild Cognitive Impairment. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2016;24(7):537-546.
- 24) Fowler NR, Perkins AJ, Turchan HA, et al. Older primary care patients' attitudes and willingness to screen for dementia. Journal of Aging Research. 2015;2015.
- 25) Fowler NR, Gao S, Frame A, Perkins AJ, Monahan P, Boustani M. Patients' Attitudes and Acceptance of Dementia Screening in Primary Care. Journal of the American Geriatrics Society. 2011;59:S104-S104.
- 26) Galvin JE, Fu Q, Nguyen JT, Glasheen C, Scharff DP. Psychosocial determinants of intention to screen for Alzheimer's disease. Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association. 2008;4(5):353-360.
- 27) Holsinger T, Boustani M, Abbot D, Williams JW. Acceptability of dementia screening in primary care patients. International journal of geriatric psychiatry. 2011;26(4):373-379.
- 28) Boustani MA, Justiss MD, Frame A, et al. Caregiver and noncaregiver attitudes toward dementia screening. Journal of the American Geriatrics Society. 2011;59(4):681-686.

参考文献

29)Justiss MD, Boustani M, Fox C, et al. Patients' attitudes of dementia screening across the Atlantic. *International journal of geriatric psychiatry*. 2009;24(6):632-637.

30)Magin P, Juratowitch L, Dunbabin J, et al. Attitudes to Alzheimer's disease testing of Australian general practice patients: a cross-sectional questionnaire-based study. *International journal of geriatric psychiatry*. 2016;31(4):361-370.

31)Ludecke D, von dem Knesebeck O, Kofahl C. Public knowledge about dementia in Germany--results of a population survey. *International journal of public health*. 2016;61(1):9-16.

32)Devoy S, Simpson EE. Help-seeking intentions for early dementia diagnosis in a sample of Irish adults. *Aging & mental health*. 2016;1-9.

33)De Vleminck A, Pardon K, Beernaert K, et al. Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: a focus group study on general practitioners' views and experiences. *PloS one*. 2014;9(1):e84905.

34)Yang HF, Cong JY, Zang XY, Jiang N, Zhao Y. A study on knowledge, attitudes and health behaviours regarding Alzheimer's disease among community residents in Tianjin, China. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2015;22(9):706-714.

35)Kirk Wiese L, Williams CL, Tappen RM. Analysis of barriers to cognitive screening in rural populations in the United States. *ANS Advances in nursing science*. 2014;37(4):327-339.

36)Tan WJ, Hong SI, Luo N, Lo TJ, Yap P. The Lay Public's Understanding and Perception of Dementia in a Developed Asian Nation. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*. 2012;2(1):433-444.

37)Low L-F, Anstey KJ. Dementia literacy: recognition and beliefs on dementia of the Australian public. *Alzheimer's & Dementia*. 2009;5(1):43-49.

38)Bossen AL, Specht JKP, McKenzie SE. Needs of people with early-stage Alzheimer's disease: reviewing the evidence. *Journal of gerontological nursing*. 2009;35(3):8-15.

39)Haralambous B, Dow B, Tinney J, et al. Help seeking in older Asian people with dementia in Melbourne: using the Cultural Exchange Model to explore barriers and enablers. *Journal of cross-cultural gerontology*. 2014;29(1):69-86.

40)Aminzadeh F, Molnar FJ, Dalziel WB, Ayotte D. A review of barriers and enablers to diagnosis and management of persons with dementia in primary care. *Canadian geriatrics journal : CGJ*. 2012;15(3):85-94.

41)Mukadam N, Cooper C, Livingston G. A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *International journal of geriatric psychiatry*. 2011;26(1):12-20.

42)van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient education and counseling*. 2000;39(2-3):219-225.

43)Tibben A, Frets PG, Van de Kamp JJP, et al. On attitudes and appreciation 6 months after predictive DNA testing for Huntington disease in the Dutch program. *American Journal of Medical Genetics*. 1993;48(2):103-111.

44)Greenway-Crombie A, Snow P, Disler P, Davis S, Pond D. Influence of rurality on diagnosing dementia in Australian general practice. *Australian Journal of Primary Health*. 2012;18(3):178-184.

45)Ganguli M, Rodriguez E, Mulsant B, et al. Detection and management of cognitive impairment in primary care: The Steel Valley Seniors Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(10):1668-1675.

46)Roberts JS, LaRusse SA, Katzen H, et al. Reasons for seeking genetic susceptibility testing among first-degree relatives of people with Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*. 2003;17(2):86-93.

47)Turnbull Q, Wolf AMD, Holroyd S. Attitudes of Elderly Subjects Toward "Truth Telling" for the Diagnosis of Alzheimer's Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2003;16(2):90-93.

48)Iliffe S, Manthorpe J, Eden A. Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia in general practice: A qualitative study. *Family Practice*. 2003;20(4):376-381.

49)Kreuz FR. Attitudes of German persons at risk for Huntington's disease toward predictive and prenatal testing. *Genetic Counseling*. 1996;7(4):303-311.

50)Mastromauro C, Myers RH, Berkman B. Attitudes toward presymptomatic testing in Huntington disease. *American Journal of Medical Genetics*. 1986;26(2):271-282.

51)Umegaki H, Suzuki Y, Ohnishi J, Iguchi A. Changes in the perception of dementia in Japan. *International Psychogeriatrics*. 2009;21(04):793-795.

52)Tanaka G, Inadomi H, Kikuchi Y, Ohta Y. Evaluating stigma against mental disorder and related factors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2004;58(5):558-566.

53)Seabrooke V, Seabrook V, Milne A. Culture and Care in Dementia: A study of the Asian community in North West Kent. *Alzheimer's and Dementia Support Services*; 2004.

54)Adamson J. Awareness and understanding of dementia in African/Caribbean and South Asian families. *Health & social care in the community*. 2001;9(6):391-396.

55)Lawrence V, Samsi K, Banerjee S, Morgan C, Murray J. Threat to valued elements of life: the experience of dementia across three ethnic groups. *The Gerontologist*. 2011;51(1):39-50.

56)Lee SM, Lin XP, Haralambous B, et al. Factors impacting on early detection of dementia in older people of Asian background in primary healthcare. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2011;3(3):120-127.

57)Braun SR, Reiner K, Tegeler C, Buchholtz N, Boustani MA, Steinhagen-Thiessen E. Acceptance of and attitudes towards Alzheimer's disease screening in elderly German adults. *International psychogeriatrics / IPA*. 2014;26(3):425-434.

参考文献

58)Manthorpe J, Samsi K, Campbell S, et al. From forgetfulness to dementia: clinical and commissioning implications of diagnostic experiences. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2013;63(606):e69-e75.

59)Boustani M, Perkins AJ, Monahan P, et al. Measuring primary care patients' attitudes about dementia screening. *International journal of geriatric psychiatry*. 2008;23(8):812-820.

60)Corner L, Bond J. Being at risk of dementia: Fears and anxieties of older adults. *Journal of Aging Studies*. 2004;18(2):143-155.

61)Quaid KA, Morris M. Reluctance to undergo predictive testing: The case of Huntington Disease. *American Journal of Medical Genetics*. 1993;45(1):41-45.

62)van den Dungen P, van Kuijk L, van Marwijk H, et al. Preferences regarding disclosure of a diagnosis of dementia: a systematic review. *International psychogeriatrics / IPA*. 2014;26(10):1603-1618.

63)Robinson SM, Canavan M, O'Keefe ST. Preferences of older people for early diagnosis and disclosure of Alzheimer's disease (AD) before and after considering potential risks and benefits. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2014;59(3):607-612.

64)Jorgensen TS, Torp-Pedersen C, Gislason GH, Andersson C, Holm E. Time trend in Alzheimer diagnoses and the association between distance to an Alzheimer clinic and Alzheimer diagnosis. *European journal of public health*. 2015;25(3):522-527.

65)Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and Delayed Diagnosis of Dementia in Primary Care Prevalence and Contributing Factors. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2009;23(4):306-314.

66)Wackerbarth SB, Johnson MMS. The carrot and the stick: Benefits and barriers in getting a diagnosis. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2002;16(4):213-220.

67)Hawkins AK, Creighton S, Hayden MR. When access is an issue: Exploring barriers to predictive testing for Huntington disease in British Columbia, Canada. *European Journal of Human Genetics*. 2013;21(2):148-153.

68)Sundareswaran M, Ahmad M, Deonandan R. Perceptions of dementia programs in Cusco, Peru: Swot analysis. *Alzheimer's and Dementia*. 2015;11(7):P589.

69)Morhardt D. Accessing community-based and long-term care services: Challenges facing persons with frontotemporal dementia and their families. *Journal of Molecular Neuroscience*. 2011;45(3):737-741.

70)Borson S, Scanlan J, Hummel J, Gibbs K, Lessig M, Zuhr E. Implementing routine cognitive screening of older adults in primary care: Process and impact on physician behavior. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(6):811-817.

71)Welkenhuysen M, Evers-Kiebooms G, Van den Berghe H. Attitudes toward predictive testing for Alzheimer's disease in a student population. *Psychiatric genetics*. 1997;7(3):121-126.

72)Abner EL, Jicha GA, Christian WJ, Schreurs BG. Rural-Urban Differences in Alzheimer's Disease and Related Disorders Diagnostic Prevalence in Kentucky and West Virginia. *Journal of Rural Health*. 2016;32(3):314-320.

73)Dilworth-Anderson P, Pierre G, Hilliard TS. Social Justice, Health Disparities, and Culture in the Care of the Elderly. *Journal of Law Medicine & Ethics*. 2012;40(1):26-32.

74)Stevnsborg L, Jensen-Dahm C, Nielsen TR, Gasse C, Waldemar G. Inequalities in Access to Treatment and Care for Patients with Dementia and Immigrant Background: A Danish Nationwide Study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2016;54(2):505-514.

75)Faes MC, Koot S, Scholten H. Feasibility of the cross-cultural dementia screening. *European Geriatric Medicine*. 2015;6:S49.

76)Goudsmit M, Nielsen TR, Parlevliet J, Uysal Ö. Dementia screening and the elderly migrant: Obstacles and solutions in an european perspective. *European Geriatric Medicine*. 2013;4:S1.

77)Hinton L, Franz C, Friend J. Pathways to dementia diagnosis: evidence for cross-ethnic differences. *Alzheimer disease and associated disorders*. 2004;18(3):134-144.

78)Daker-White G, Beattie AM, Gilliard J, Means R. Minority ethnic groups in dementia care: a review of service needs, service provision and models of good practice. *Aging & mental health*. 2002;6(2):101-108.

79)Santoso LF, Erkinen EE, Deb A, Adon C. HIV-associated dementia in the Dominican Republic: A consequence of stigma, domestic abuse and limited health literacy. *BMJ Case Reports*. 2016;2016.

80)Noble JM, Hedmann MG, Williams O. Improving dementia health literacy using the FLOW mnemonic: pilot findings from the Old SCHOOL hip-hop program. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*. 2015;42(1):73-83.

81)Krohne K, Slettebø Å, Bergland A. Cognitive screening tests as experienced by older hospitalised patients: a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2011;25(4):679-687.

82)Moon Y, Lee H, NamGung OK, Han SH. Which Stratum of Urban Elderly Is Most Vulnerable for Dementia? *Journal of Korean Medical Science*. 2016;31(10):1635-1640.

83)Dale W, Hougham GW, Hill EK, Sachs GA. High interest in screening and treatment for mild cognitive impairment in older adults: A pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(9):1388-1394.

参考文献

84) Gunn W, Smedley R, Edwards D, Asthana S, Gleason C. Willingness to be screened for mild cognitive impairment in a community sample of african-americans: Role of stigma and social support. *Alzheimer's and Dementia*. 2013;9(4):P474-P475.

85) Sternberg SA, Wolfson C, Baumgarten M. Undetected dementia in community-dwelling older people: The Canadian study of health and aging. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000;48(11):1430-1434.

86) Draper B, Cations M, White F, et al. Time to diagnosis in young-onset dementia and its determinants: The INSPIRED study. *International journal of geriatric psychiatry*. 2016.

87) Sousa MFB, Santos RL, Nogueira ML, et al. Awareness of disease is different for cognitive and functional aspects in mild Alzheimer's disease: A one-year observation study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2015;43(3):905-913.

88) Hughes T, Tyler K, Danner D, Carter A. African American caregivers An exploration of pathways and barriers to a diagnosis of Alzheimer's disease for a family member with dementia. *Dementia*. 2009;8(1):95-116.

89) Knopman D, Donohue JA, Guterman EM. Patterns of care in the early stages of Alzheimer's disease: impediments to timely diagnosis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000;48(3):300-304.

90) Bond J, Stave C, Sganga A, O'Connell B, Stanley RL. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. *International journal of clinical practice Supplement*. 2005;59(146):8-14.

91) Van Vliet D, De Vugt ME, Bakker C, et al. Caregivers' perspectives on the pre-diagnostic period in early onset dementia: A long and winding road. *International Psychogeriatrics*. 2011;23(9):1393-1404.

92) Maust DT, Onyike CU, Sheppard JM, et al. Predictors of caregiver unawareness and nontreatment of dementia among residents of assisted living facilities: the Maryland Assisted Living Study. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2006;14(8):668-675.

93) Morhardt D, Pereyra M, Iris M. Seeking a diagnosis for memory problems: the experiences of caregivers and families in 5 limited English proficiency communities. *Alzheimer disease and associated disorders*. 2010;24 Suppl:S42-48.

94) Mukadam N, Cooper C, Basit B, Livingston G. Why do ethnic elders present later to UK dementia services? A qualitative study. *International psychogeriatrics / IPA*. 2011;23(7):1070-1077.

95) Connell CM, Gallant MP. Spouse caregivers' attitudes toward obtaining a diagnosis of a dementing illness. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996;44(8):1003-1009.

96) Speechly CM, Bridges-Webb C, Passmore E. The pathway to dementia diagnosis. *Medical Journal of Australia*. 2008;189(9):487-489.

97) Connell CM, Roberts JS, McLaughlin SJ, Carpenter BD. Black and White Adult Family Members' Attitudes Toward a Dementia Diagnosis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(9):1562-1568.

98) Lin KN, Liao YC, Wang PN, Liu HC. Family members favor disclosing the diagnosis of Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*. 2005;17(4):679-688.

99) de Vugt ME, Verhey FR. The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. *Progress in neurobiology*. 2013;110:54-62.

100) Phillipson L, Magee C, Jones S, Reis S, Skaldzien E. Dementia attitudes and help-seeking intentions: an investigation of responses to two scenarios of an experience of the early signs of dementia. *Aging & mental health*. 2015;19(11):968-977.

101) Wortmann M, Andrieu S, Mackell J, Knox S. Evolving attitudes to Alzheimer's disease among the general public and caregivers in Europe: findings from the IMPACT survey. *The journal of nutrition, health & aging*. 2010;14(7):531-536.

102) Bond J, Graham N, Padovani A, Mackell J, Knox S, Atkinson J. Screening for cognitive impairment, Alzheimer's disease and other dementias: Opinions of European caregivers, payors, physicians and the general public. *Journal of Nutrition Health & Aging*. 2010;14(7):558-562.

103) Teel CS. Rural practitioners' experiences in dementia diagnosis and treatment. *Aging and Mental Health*. 2004;8(5):422-429.

104) Van Hout HPJ, Vernooij-Dassen MJFJ, Hoefnagels WHL, Grol RPTM. Measuring the opinions of memory clinic users: Patients, relatives and general practitioners. *International journal of geriatric psychiatry*. 2001;16(9):846-851.

105) Connell CM, Scott Roberts J, McLaughlin SJ, Akinleye D. Racial differences in knowledge and beliefs about Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*. 2009;23(2):110-116.

106) Yu H, Wang X, He R, Liang R, Zhou L. Measuring the Caregiver Burden of Caring for Community-Residing People with Alzheimer's Disease. *PLoS one*. 2015;10(7):e0132168.

107) Zawadzki L, Mondon K, Peru N, et al. Attitudes towards Alzheimer's disease as a risk factor for caregiver burden. *International Psychogeriatrics*. 2011;23(9):1451-1461.

108) Lord K, Livingston G, Cooper C. A systematic review of barriers and facilitators to and interventions for proxy decision-making by family carers of people with dementia. *International psychogeriatrics / IPA*. 2015;27(8):1301-1312.

109) Juárez-Cedillo T, Jarillo-Soto EC, Rosas-Carrasco O. Social representation of dementia and its influence on the search for early care by family member caregivers. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*. 2014;29(4):344-353.

110) Szymczynska P, Innes A, Mason A, Stark C. A review of diagnostic process and postdiagnostic support for people with dementia in rural areas. *Journal of primary care & community health*. 2011;2(4):262-276.

111) Peterson K, Hahn H, Lee AJ, Madison CA, Atri A. In the Information Age, do dementia caregivers get the information they need? Semi-structured interviews to determine informal caregivers' education needs, barriers, and preferences. *BMC geriatrics*. 2016;16(1):164.

参考文献

112) Streams ME, Wackerbarth SB, Maxwell A. Diagnosis-seeking at subspecialty memory clinics: Trigger events. *International journal of geriatric psychiatry*. 2003;18(10):915-924.

113) Pathak KP, Montgomery A. General practitioners' knowledge, practices, and obstacles in the diagnosis and management of dementia. *Aging & mental health*. 2015;19(10):912-920.

114) Ahmad S, Orrell M, Iliffe S, Gracie A. GPs' attitudes, awareness, and practice regarding early diagnosis of dementia. *British Journal of General Practice*. 2010;60(578):e360-e365.

115) Grace L, Sandfield A, McGeown WJ. Dementia diagnosis in primary care: A qualitative study of gp attitudes and practices in the east of England. *Alzheimer's and Dementia*. 2015;11(7):P524.

116) Koch T, Iliffe S, project E-E. Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC family practice*. 2010;11:52.

117) Mann E. Diagnosis of dementia in primary care: Chances to remove barriers. *Zeitschrift fur Allgemeinmedizin*. 2010;86(11):420-424.

118) Paterson NE, Pond D. The barriers to the early diagnosis of dementia and diagnostic disclosure in primary care. *Alzheimer's and Dementia*. 2009;5(4):185.

119) Vernooij-Dassen MJ, Moniz-Cook ED, Woods RT, et al. Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: from awareness to stigma. *International journal of geriatric psychiatry*. 2005;20(4):377-386.

120) Sourdet S, Andrieu S, Vellas B. Understanding perception and attitudes towards Alzheimer's disease in France: IMPACT survey. *Cahiers de l'Annee Gerontologique*. 2011;3(3):141-149.

121) Cahill S, Clark M, Walsh C, O'Connell H, Lawlor B. Dementia in primary care: the first survey of Irish general practitioners. *International journal of geriatric psychiatry*. 2006;21(4):319-324.

122) Iliffe S, Wilcock J. The identification of barriers to the recognition of, and response to, dementia in primary care using a modified focus group approach. *Dementia*. 2005;4(1):73-85.

123) Huang H-L, Shyu Y-IL, Huang H-L, et al. Factors associated with dementia care practices among community health nurses: results of a postal survey. *International journal of nursing studies*. 2013;50(9):1219-1228.

124) Coll De Tuero G, Garre-Olmo J, Lpez-Pousa S, Vilalta J, Limon E, Caja C. Perception, attitudes and needs of primary care professionals as regards the patient with dementia. *Atencion Primaria*. 2011;43(11):585-594.

125) Kadaszkiewicz H, Wiese B, van den Bussche H. Self-reported competence, attitude and approach of physicians towards patients with dementia in ambulatory care: results of a postal survey. *BMC health services research*. 2008;8(1):1.

126) Ólafsdóttir M, Foldevi M, Marcusson J. Dementia in primary care: Why the low detection rate? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2001;19(3):194-198.

127) Renshaw J, Scurfield P, Cloke L, Orrell M. General practitioners' views on the early diagnosis of dementia. *British Journal of General Practice*. 2001;51(462):37-38.

128) Brodaty H, Howarth GC, Mant A, Kurrle SE. General practice and dementia. A national survey of Australian GPs. *The Medical Journal of Australia*. 1994;160(1):10-14.

129) Milne AJ, Hamilton-West K, Hatzidimitriadou E. GP attitudes to early diagnosis of dementia: evidence of improvement. *Aging & mental health*. 2005;9(5):449-455.

130) Moore V, Cahill S. Diagnosis and disclosure of dementia--a comparative qualitative study of Irish and Swedish General Practitioners. *Aging & mental health*. 2013;17(1):77-84.

131) Mennie ME, Holloway SM, Brock DJH. Attitudes of general practitioners to presymptomatic testing for Huntington's disease. *Journal of Medical Genetics*. 1990;27(4):224-227.

132) Macdonald AJD, Woods RT. Attitudes to dementia and dementia care held by nursing staff in U.K. "non-EMI" care homes: What difference do they make? *International Psychogeriatrics*. 2005;17(3):383-391.

133) Wilkinson D, Sganga A, Stave C, O'Connell B. Implications of the Facing Dementia Survey for health care professionals across Europe. *International Journal of Clinical Practice*. 2005;59(s146):27-31.

134) Murphy K, O'Connor DA, Browning CJ, et al. Understanding diagnosis and management of dementia and guideline implementation in general practice: a qualitative study using the theoretical domains framework. *Implementation Science*. 2014;9.

135) Milne AJ, Woolford HH, Mason J, Hatzidimitriadou E. Early diagnosis of dementia by GPs: An exploratory study of attitudes. *Aging and Mental Health*. 2000;4(4):292-300.

136) Martinez-Lage P, Frolich L, Knox S, Berthet K. Assessing physician attitudes and perceptions of Alzheimer's disease across Europe. *The journal of nutrition, health & aging*. 2010;14(7):537-544.

137) Overcoming barriers to early dementia diagnosis. *The Lancet*. 2008;371(9628):1888.

138) Stewart TV, Loskutova N, Gallihier JM, et al. Practice patterns, beliefs, and perceived barriers to care regarding dementia: A report from the American Academy of Family Physicians (AAFP) National Research Network. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2014;27(2):275-283.

139) Hinton L, Franz CE, Reddy G, Flores Y, Kravitz RL, Barker JC. Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: Primary care physicians' perspectives. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(11):1487-1492.

140) Downs M, Cook A, Rae C, Collins K. Caring for patients with dementia: the GP perspective. *Aging & mental health*. 2000;4(4):301-304.

2. 認知症の早期発見と 診断に関する査読誌に載った 介入事例

要旨

世界的な認知症患者の増加を受けて、認知症スクリーニングおよび早期発見の重要性が研究の分野より一層叫ばれている。しかしながら、スクリーニングの重要性を強調する複数の研究の存在にも関わらず、関連するコミュニケーションキャンペーンや介入プログラムに関する評価についての知見は限定的である。したがって、2つ目の研究課題として、「認知症の早期発見・早期診断を目的としたコミュニケーションキャンペーン、あるいは介入プログラムにおける、成功／失敗要因は何か？」を設定した。

この2つ目の研究課題に答えるため、マックヤングローバルヘルスおよびハーバード大学の研究者は広範な文献レビューを行った。文献レビューには2016年10月1日までにPubMed、Embase、Web of Science上で公開された査読済みの論文が含まれ、「認知症」「診断」「スクリーニング」「発見」「キャンペーン」「ヘルスプロモーション」というキーワードによる検索が行われた。また3つのデータベースに加え、一般的な検索エンジンであるGoogleの検索機能を用いた文献検索が行われた。

その結果、研究課題2に関連する合計12編の論文が特定された。特定された12編の論文の詳細なレビューにより、成功している介入は一般市民および認知症のハイリスク者を対象とした地域社会におけるスクリーニングプログラムを含むことが明らかになった。これらの介入は、認知症および認知症スクリーニングの知識や認識の向上に焦点を当てており、スクリーニングおよび早期発見のメリットを主要なメッセージとして提示していた。

成功した介入プログラムにおける具体的なアプローチ手法としては、小集団のセッション、電話によるスクリーニング、地域的アプローチ、およびプライマリケア診療所でのスクリーニングプログラム等が含まれた。また文献によれば、医療従事者のトレーニングを行う介入は、認知症の症状や早期発見に対する知識の向上や態度の変化を目的とした介入と同様、医師による認知症の診断および症状のマネジメントを改善した。本レビューにより特定された効果的な介入の内容や特徴については、認知症スクリーニングおよび早期診断に関連する政策、キャンペーン、プロモーションの立案にあたり考慮されるべきと考えられる。

本文

- a. はじめに
- b. リサーチ方法
- c. 結果
- d. 抽出された介入プログラムの概要
- e. 付録(該当英語論文のサマリー)
- f. 参考文献

a. はじめに

急速に増えている認知症は、世界的なパブリックヘルスにおける喫緊の課題である。現在、世界全体でおよそ3,600万人が認知症に罹患していると報告されている¹⁾。世界アルツハイマーレポートによれば、認知症を抱える患者数は2030年までに6,600万人、2050年までに1億1,500万人にのぼると予測されている¹⁾。先行研究によれば、認知症の早期発見は患者のみならず、介護者や家族にとっても利益をもたらすとされている。なぜなら、早期診断は迅速な医療サービスの提供、および支援等へのアクセスを可能にし、患者の回復率および介護者や家族のQOL向上に資するからである²⁾⁻⁶⁾。

認知症スクリーニングおよび早期発見の向上をもたらすための効果的な戦略の重要性を強調する複数の研究の存在にも関わらず、認知症の早期発見および診断の促進というテーマに特化した効果的なコミュニケーションキャンペーンや介入プログラムの特徴を調査した研究は少なく、知見は限定的である。

そこで、文献レビュー2では、既存研究の広範なレビ

ューによる、認知症の早期発見・早期診断を目的としたコミュニケーションキャンペーンや介入プログラムの成功・失敗要因の特定を目的とした。

研究課題2: 認知症の早期発見・早期診断を目的としたコミュニケーションキャンペーンや介入プログラムにおける成功・失敗要因は何か

b. リサーチ方法

研究課題2に答えるため、私たちは1つ目の研究課題に取り組む際に用いた手法と似た手法を使用した。具体的には、主に以下の2つのステップを使って関連する文献を特定した。

1) 医療・公衆衛生および心理系のデータベースであるPubMed、Embase、および Web of Scienceからの広範囲にわたる文献検索、および、2) 3名の調査者による独立したさらなるスクリーニングである。まず、3つの主要なデータベースであるPubMed、Embase、およびWeb of Scienceを用いた広範囲にわたるレビューを、2016年10月1日までに公表された関連する文献について行った。

PubMedによる検索は、アメリカ国立医学図書館が定める生命科学用語集(シソーラス)であるMeSH(Medical Subject Headings)を用いた。また、キーワードについて、少なくとも、一つのセクションに対して以下の一つを含むものを検索の対象とした：

セクション1:dementia OR Alzheimer, AND セクション2: diagnosis, mass screening test, detection, testing, OR recognition, AND セクション3:health promotion, campaign, screening program, OR screening intervention
 検索式1:
 (“Dementia”[mesh] OR alzheimer*[tiab] OR dementia*[tiab]) AND (“Diagnosis”[Mesh] OR “diagnosis”[Subheading] OR “Mass Screening”[Mesh] OR diagnos*[tiab] OR screen*[tiab] OR testing[tiab] OR tested[tiab] OR detection[tiab] OR test[tiab] OR recognition[tiab]) AND (“Health Promotion”[Mesh] OR campaign*[tiab] OR promotion*[tiab] OR promoting[tiab] OR (screening program[tiab]) OR (detection program[tiab]) OR (screening promotion[tiab]) OR (screening intervention[tiab]))

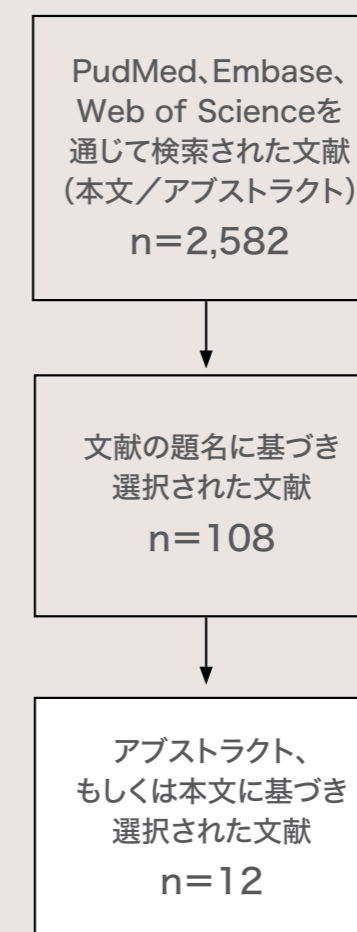
続いて、Embaseの検索においては、同データベースで用いられる、階層構造を有する統制索引語辞書であるEmtreeを用い、少なくとも一つのセクションにおいて、以下の一つのEmtree語、もしくはキーワードを含むものを検索対象とした：

セクション1:dementia OR Alzheimer, AND セクション2: diagnosis, screening, detection, test, OR recognition AND セクション3:health promotion, campaign, OR detection program
 検索式2:
 (‘dementia’/exp OR ‘dementia’ OR alzheimer*:ab,ti OR dementia:ab,ti AND [embase]/lim) AND (‘diagnosis’/exp OR diagnosis:ab,ti OR ‘mass screening’/exp OR mass AND screening:ab,ti OR ‘screening’/exp OR screen*:ab,ti OR test*:ab,ti OR detection*:ab,ti OR recognition*:ab,ti AND [embase]/lim) AND (‘health promotion’/exp OR campaign*:ab,ti OR promotion*:ab,ti OR promoting:ab,ti OR ‘detection program’:ab,ti OR ((screen* OR detection) NEAR/3 program*):ab,ti OR ((screen* OR detection) NEXT/1 program*):ab,ti AND [embase]/lim)

最後に、Web of Scienceについては、少なくとも一つのセクションにおいて、以下の一つのキーワードを含むものを検索対象とした：

セクション1:dementia OR Alzheimer, AND セクション2: diagnosis, screening, detection, test, OR recognition, AND セクション3:screening program, OR screen/detection promotion/program/campaign
 検索式3:
 TS=(“alzheimer*” OR “dementia”) AND TS=(“diagnosis*” OR “mass screening” OR “screen” OR “test” OR “detection” OR “recognition”) AND TS=(“screening program” OR “campaign*” OR “promotion*” OR “promoting” OR ((screen* OR detection) NEAR/3 (program* OR campaign*)))

以上のプロセスを経て、それぞれPubMedから1,086編、Embaseから1,023編、Web of Scienceから473編の研究が見つかった。加えて、一般的な検索エンジンであるGoogleの検索機能を用いて文献検索を行い、追加すべき研究が特定された。その後、3名の調査者が独立して研究課題2に関連していると判断した文献をそれぞれ抽出した。最終的に12本の研究が特定され、文献レビュー2に加えられた。



c. 結果

概して、エビデンスとして評価することのできる介入プログラムは非常に少なかった。最初の検索結果は非常に多くの介入プログラムに関する文献を特定したが、その多くは介入結果の適切な評価がなされていなかったため、本レビューからは除外された。また、介入プログラムのデザインについて記述されていても、結果が示されていない文献についてもレビューから除外された。

本レビューにおいて、エビデンスとして評価することのできる介入プログラムが非常に少なかったという点は、介入プログラムを実施する実務者が結果の適切な評価や、結果の報告ができていないという大きな問題を示唆している。

以下に、本レビューの適格基準に合致した少数のプログラムを一般市民、介護者、医療従事者の3つのセクションに分けて紹介する。

d. 抽出された介入プログラムの概要

著者	発行年	題名	目的	主要な発見
一般市民および患者における早期発見・診断プログラム				
Tarrant, S.H. et al.	2016	アルツハイマー病の二次予防に向けた臨床試験の被験者募集を目的とした、小グループのコミュニティベースの介入の有効性	NIHにスポンサーされた、アルツハイマー病の症状がない者に対する抗アミロイド治療研究(A4)の被験者を募集するため、小規模な情報セッションを実施し、その効果を評価した。	小グループのセッションは対象となる集団の効果的なスクリーニングに資することが示された。また、人々がアルツハイマーに関する研究の重要性を理解し、研究参加に至る確率を向上させた。
Wray, L.O. et al.	2013	プライマリケアにおける未診断の認知症の発見率向上プログラムおよびその医療利用との関連	本研究の目的は、アルツハイマー病をはじめとする認知症の早期発見、およびプライマリケア診療所の質向上により、認知症患者の健康アウトカムを向上させることである。	認知症のリスクを有する患者のための積極的なスクリーニングが効果的であることが示唆された。
Suzuki, T. et al.	2007	家庭内活動の記録による認知症の早期発見に向けた新しいアプローチ	「見守りセンサー」が認知症の早期発見に役立つかを評価する。センサーは、外出回数、睡眠量、睡眠中断回数、睡眠リズム等のライフスタイルに関する変数を記録する。	認知症リスクが高い患者の症状の早期発見には、非侵襲性センサーを用いたDigital phenotypingが使用できる可能性がある。
Lawrence, D.A. et al.	2003	コミュニティにおける大規模なメモリスクリーニング(Memory screening)の実行可能性 ～地域で行われた認知機能検査からの知見～	大規模な認知機能検査のプログラムが、「認知症リスクがあり、フォローアップ評価が必要と考えられる高齢者」の特定に有効かどうかを評価すること。	対象者は、今回行われた認知機能検査プログラムが医療施設で実施されていなかったため、検査への参加について異なった感想を持ったかもしれない。コミュニティにおける検査プログラムは、うつ病、アルコール依存症、不安に関連する精神障害等のために広く実施されてきたが、本研究の結果は、このアプローチが認知症分野に応用できる可能性を示唆している。
Bayley, P.J. et al.	2015	国家レベルの認知機能検査プログラムからの知見	地域の高齢者を対象とした、国家レベルの認知機能検査プログラムの結果を報告すること。	学歴の低い者は認知機能の低下リスクが高いというエビデンスを支持する結果が示され、認知症の早期発見を目的としたコミュニティでの認知機能検査の実現可能性が実証された。
Yang, J.S. et al.	2011	台湾における認知症スクリーニングプログラムの評価 研究:Theory of Planned Behaviorの応用	台湾において行われた、Theory of Planned Behaviorに基づく認知症スクリーニングプログラムの結果を報告すること。	マスメディアキャンペーンの良い実施例が示された。プログラムの結果とTheory of Planned Behaviorの理論モデルとの間の関連性については明確に示されていない。

d. 抽出された介入プログラムの概要

著者	発行年	題名	目的	主要な発見
予防的介入				
Du, L. and Hu, J.	2016	老人ホームにおける「アルツハイマー病および健康増進行動に関する知識」についての健康教育の結果:パイロット研究	本パイロット研究では、中国武漢市の老人ホームの高齢者に対し、アルツハイマー病やより良い健康アウトカムをもたらす生活習慣について教育を行った。	本研究は、認知症に関する知識を国際的に比較可能とするのに活用できる尺度の開発につながった。
ウェルビーイングに関する介入				
Buettner, L.L. & Fitzsimmons, S.	2009	早期認知症における健康促進	早期認知症患者に12週間の健康促進コースを提供し、コースの有効性を評価すること。	早期認知症患者に対する教育の潜在的な有効性が示された。
情報の普及				
Cheng, S.	2011	中国コミュニティにおける、認知症に関する情報への曝露がもたらす、偏見および認知症ケアに対する態度への影響	人々が認知症に関する情報を取得した後、認知症に対する偏見の程度や認知症診断に対する態度が変化するかどうかを評価すること。	本研究は、認知症に関する情報の取得と認知症に対する偏見の低下との関連を観察した最初の研究であり、認知症に対する偏見の低下に関連する要因を特定した。
介護者に関するもの				
Livingston, G. et al.	2013	認知症患者の家族介護者におけるメンタルヘルス向上のための対処戦略プログラム(STAR, STRAtegies for RelaTives)の臨床的有効性:実践的ランダム化比較試験	認知症患者の家族のための対処戦略プログラム(認知行動療法)がメンタルヘルス向上に役立つかを評価すること。	本プログラムは年間を通して行われているため、家族介護者のメンタルヘルスの改善が評価可能である。
医療従事者に関するもの				
Edwards, S.E. et al.	2015	認知症における患者中心の対応を促進するプライマリケアのための教育的介入の開発および評価	プライマリケア提供者による認知症の早期診断は重要だが、現場での認知症スクリーニングはほとんど行われていない。本研究は、プライマリケア提供者の認知機能低下を経験している患者との交流方法を変化させることを目的とした。	プライマリケア環境における教育プログラムが効果的な可能性がある。
Downs, S. et al.	2006	プライマリケアにおける認知症の発見およびマネジメントの有効性:クラスターランダム化比較研究	教育的介入が、プライマリケア環境において、医師の認知症診断および認知症マネジメントを有意に改善したかを評価すること。	医師の意思決定支援ツールとなるソフトウェア、および実践ベースのワークショップは、プライマリケアにおける認知症診断の向上に効果的であることが示唆された。

e. 付録(該当英語論文のサマリー)

一般市民および患者における早期発見／診断プログラム

The effectiveness of Small-group Community-based Information Sessions on Clinical Trial Recruitment for Secondary Prevention of Alzheimer's Disease			
Country	USA	Year paper was published	2016
Purpose	To recruit patients for the NIH-sponsored Anti-amyloid treatment in Asymptomatic Alzheimer (A4), a small information session was conducted and its effects were evaluated.		
Methods	Fist, the University of Kentucky public relations and marketing departments in conjunction with the researchers of this paper sent out information on the session through local television channels, radio stations, and newspapers. After that, telephone interviews were conducted to screen participant and resulted in 127 participants for the session. 112 of the participants were part of the small group session (each group consisted of 12 participants) and the rest of the participants – 15 of them – were part of the one-on-one session. The effectiveness of the session were evaluated.		
Results	Small group session is an effective way to gather participants for screening, reducing the one-on-one time required for gaining consent. The small group session has helped people understand the significance of participating in Alzheimer's screening research, has given people more confidence taking part in it, and, ultimately, has increased the probability that people will participate in this study.		
Selected Limitation	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizability of approach to other settings is uncertain • This study doesn't tell us what should be the optimal number of people in each small group 		
Key Lesson	Group Dynamic Theory may be helpful to develop these kinds of programs		
Reference Information			
S.D. Tarrant, S.H. Bardach, et al. (2017). The effectiveness of Small-group Community-based Information Sessions on Clinical Trial Recruitment for Secondary Prevention of Alzheimer's Disease. Alzheimer Dis Assoc Disord. Vol31. (2).			

一般市民および患者における早期発見／診断プログラム

A Program to Improve Detection of Undiagnosed Dementia in Primary Care and Its association with Healthcare Utilization			
Country	USA	Year paper was published	2014
Purpose	Few veterans who have dementia utilize primary care clinics. Even when primary care clinics could offer them adequate care, they choose to use inpatient services, causing problems in healthcare utilization. Based on risk factors available from electronic medical records, telephone-based cognitive screenings were conducted. The aim was to improve the health outcomes of dementia patients by detecting dementia, including Alzheimer's disease, early in its stages, and by improving the quality of primary care clinics.		
Methods	Within the two years of the study, 5333 veterans who were 70 years or older made appointments to see their primary care provider. A standard to evaluate if a person was diagnosed with dementia or not was established. Selected people who were at risk for dementia based on the patient's disease history and treatment history in the electronic medical record. These people underwent a simple telephone-based dementia screening (The Blessed Orientation Memory and Concentration [BOMC]). People who tested positive were followed up by phone or reassessed, and were introduced to a primary care physician. Subsequently, consent was gained from both the patient and the physician for the patient to be referred to a specialist.		
Results	People who were at risk of dementia were placed in either the group that was screened or the group that was not screened, and their rates of early detection were compared. This program helped increase the rate of early detection.		
Selected Limitation	<ul style="list-style-type: none"> • Is the intervention generalizable to non-veteran populations? • Unsure of the differences in skills of the healthcare professionals and staffs • Unclear if knowledge before the intervention affected patient health-seeking behavior in this study 		
Key Lesson	Active screening for patients who are at risk of dementia may be effective.		
Reference Information			
L.O. Wray, M. Wade, et al. (2014). A Program to Improve Detection of Undiagnosed Dementia in Primary Care and Its association with Healthcare Utilization. Am J Geriatr Psychiatry. Vol22. (11).			

III 文献レビュー2
e. 付録(該当英語論文のサマリー)

一般市民および患者における早期発見／診断プログラム

New Approach for the Early Detection Dementia by Recording In-House Activities			
Country	Japan	Year paper was published	2007
Purpose	People with dementia often have difficulty sleeping and/or experience a decline in their physical activity. To assess if “Mimamori sensor” (a sensor developed by Matsushita Electronics) -- which records an older person’s lifestyle (including the number of times left the house, the amount of sleep, the number of times sleep was disrupted, and the sleep rhythm) -- could assist in early detection of dementia.		
Methods	The sensors were distributed to 14 elderly people (67-90 years old) who lived alone in Matsumoto City. After the intervention, the Mini Mental State Examination (MMSE) was conducted to assess cognitive function. Additionally, in order to validate results, participants were surveyed how many times they left the house and how many hours they slept.		
Results	The frequency of leaving the house and the hours of sleep could potentially be early indicators of dementia. People who had a decline in cognitive function (MMSE < 24) ventured outside less and slept less compared to people who scored higher on the MMSE. Additionally, monitoring of life by using passive infrared sensors appears to be an efficient method to detect and assess dementia.		
Limitation	<ul style="list-style-type: none"> • Small number of participants • Potential cost of the sensors 		
Key Lesson	Digital phenotyping using non-invasive sensors could potentially be used in the early detection of deterioration among patients who are at high risk for dementia.		
Reference Information			
T. Suzuki, S. Murase, et al. (2007). New Approach for the Early Detection Dementia by Recording In-House Activities. Telemedicine and e-Health. Vol13. (1).			

III 文献レビュー2
e. 付録(該当英語論文のサマリー)

一般市民および患者における早期発見／診断プログラム

Is large-scale community memory screening feasible? Experience from a regional memory-screening day			
Country	USA	Year paper was published	2003
Purpose	To evaluate if a large-scale memory screening program is effective in detecting older people who are at risk of dementia and consequently would need follow-up assessment.		
Methods	<p>A total of 659 people took part in the program. There were 497 people who were screened on the day of the event and 162 people who were screened at a later date. On the screening day, physician volunteers who received training assessed 497 people from one of ten regions in the New England area. Participants who couldn’t make it to the event received screening the following month at locations that provided this service.</p> <p>On screening day, participants were screened by a 7 minutes screen (7MS) after a lecture they received. They were immediately notified of the result of the screening and received follow-up information. Participants and the volunteer physicians were surveyed for a year after the event.</p>		
Results	<p>16.7% of the participants scored highly on the 7MS, and were recommended to see their primary care physician (PCP). Out of those people, 64% followed up and went to go see their PCP. 38% of the highly scored participants are currently being diagnosed. Out of those participants who we were able to obtain follow-up data, 9% were diagnosed with Alzheimer’s disease and 8% were able to confirm their diagnosis made prior to the event.</p> <p>Additionally, participants gave feedback that the lecture and education on early detection given to them before the screening event was very helpful.</p>		
Limitation	<ul style="list-style-type: none"> • Healthy volunteer bias - People attending events this kind might be limited to those who are healthy. • 7MS is not a screening tool specific for dementia so the sensitivity (lack of false negatives) is not clear. 		
Key Lesson	<ul style="list-style-type: none"> • A regional screening program could be effective for people who are unaware of their cognitive problems. • The significance of community screening (to screen at places other than health-care facilities) is that potential patients may feel differently about participating in screening since they’re not being conducted at healthcare facilities or the primary care physicians may not be proactively screening patients. Community screening programs have been widely implemented for psychiatric disorders related to depression, alcoholism, and anxiety; this study’s results suggest the potential for extending this approach to detect dementia. 		
Reference Information			
J.M. Lawrence, D.A. Davidoff, et al. (2003). Is large-scale community memory screening feasible? Experience from a regional memory-screening day. J Am Geriatr Soc. Vol51. (8).			

III 文献レビュー2

e. 付録(該当英語論文のサマリー)

一般市民および患者における早期発見／診断プログラム

Findings from the National Memory Screening Day Program			
Country	USA	Year paper was published	2015
Purpose	To report the results from a national memory screening program that targeted older people living in communities.		
Methods	<p>The Alzheimer's Foundation of America sponsored this program in various U.S. communities. 2,334 communities participated and a total of 60,000 people were screened. Data was received from 48 communities that agreed to share their records. Out of 4,369 participants, data of 3,064 individuals met the criteria and was further analyzed.</p> <p>Participants were surveyed about their basic information at the event. Each community chose one of the seven screening tools (Mini-Cog, General Practitioner assessment of Cognition, Memory Impairment Screen, Kokmen Short test of Mental Status, Mini-Mental State Examination, Montreal Cognitive Assessment, Saint Luis University Mental Status Examination) to use for their screening.</p>		
Results	<p>11.7% of the participants failed the screening. Many participants who failed tended to be older in age and received less education.</p> <p>2,772 people – 74.5% of the participants – showed concern for their memory. Out of those who voiced their concern, 11.9% failed the screening.</p> <p>The proportion of people who failed the screening was similar to the proportion of American people with dementia.</p>		
Limitation	<ul style="list-style-type: none"> • Healthy volunteer bias • The participation rate cannot be calculated since denominator data were not available. 		
Key Lesson	<ul style="list-style-type: none"> • Supports the evidence that people with less education are more vulnerable to decline in cognitive function • Demonstrates the feasibility of conducting community screenings to detect dementia early 		

Reference Information

P.J. Bayley, J.Y. Kong, et al. (2015). Findings from the National Memory Screening Day Program. J Am Geriatr Soc. Vol63. (2).

III 文献レビュー2

e. 付録(該当英語論文のサマリー)

一般市民および患者における早期発見／診断プログラム

An evaluation study of a dementia screening program in Taiwan: an application of the theory of planned behaviors			
Country	Taiwan	Year paper was published	2011
Purpose	To report the results of a screening program based on the Theory of Planned Behavior conducted in Taiwan.		
Methods	<p>Taiwan's Catholic Foundation of Alzheimer's Disease and Related Dementia in Taiwan (CFAD) conducted the program. a) TV commercials, prints, and press events involving celebrities, b) copies of Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) distributed, c) TV commercial and radio broadcasting on SPMSQ (January – April 2004), d) CFAD directors and physicians promoting activities done on radio and communities, e) the Northern, Central, Southern Taiwan Elderly Consultation Centers and related social service centers providing information and discussion centers.</p> <p>People, within the 6 month period, who contacted the phone number designated for screening was screened and followed up by phone.</p> <p>After explaining the purpose of the SPMSQ, people were screened and the effectiveness of the screen was assessed. A phone-call follow up was done; 108 people were followed up.</p>		
Results	<p>333 people contacted the phone number, and 108 people were able to complete follow up. The most common source of information was TV (62.3%). The most common reason to be screened was because the person felt a decline in cognitive function (78.7%). The screening results showed 21.9% of participants to have mild cognitive impairment, 1.4% to have moderate cognitive impairment, and 2.7% to have severe cognitive impairment.</p> <p>SPMSQ is an effective way to detect people who are thought to have dementia. Also, the screening program have improved healthcare utilization.</p>		
Limitation	<ul style="list-style-type: none"> • Accuracy of SPMSQ (it is a screening tool and not a diagnostic tool) • Can the program be scale up? • Lack of a control group for evaluating this intervention 		
Key Lesson	A good example of carrying out a mass media campaign. Many uncertainties on the association between the program's results and the logic model (based on theory).		

Reference Information

P. Yang, J.S. Tang, et al. (2012). An evaluation study of a dementia screening program in Taiwan: an application of the theory of planned behaviors. J Gerontol Soc Work. Vol55. (7).

III 文献レビュー2

e. 付録(該当英語論文のサマリー)

予防的介入

The effects of health education on knowledge about Alzheimer's disease and health-promoting behaviours of older Chinese adults in a nursing home: A pilot study			
Country	China	Year paper was published	2016
Purpose	This pilot study educated elderly nursing home residents in Wuhan, China on Alzheimer's disease and lifestyles that would lead to better outcomes. The effectiveness of the intervention was assessed.		
Methods	35 elderly people (60 years or older) were recruited. As a group, they were given a mid-level health lecture (5 weeks long, 30-40 minutes per session). During the program, illustrated materials and videos were shown, and all the participants received these things at every session and data collection. Knowledge was measured before and after this intervention. Knowledge was measured by Alzheimer's Disease Knowledge Scale (ADKS). Health habits were measured by Health promoting lifestyle profile II.		
Results	Knowledge on dementia and health habits improved after the intervention. This study has shown that the intervention was effective in increasing scores of these two things.		
Limitation	<ul style="list-style-type: none"> • Small sample size • ADKS has not been evaluated for its reliability and accuracy yet in China • Lack of a control group 		
Key Lesson	<ul style="list-style-type: none"> • The study led to the development of a scale that could be used make comparisons of dementia knowledge internationally 		
Reference Information			
L. Du and J. Hu. (2016). The effects of health education on knowledge about Alzheimer's disease and health-promoting behaviours of older Chinese adults in a nursing home: A pilot study. Int J Nurs Pract. Vol22. (1).			

III 文献レビュー2

e. 付録(該当英語論文のサマリー)

ウェルビーイングに関する介入

Promoting Health in Early-Stage Dementia			
Country	USA	Year paper was published	2009
Purpose	The aim of this study was to provide early stage dementia patients with a 12-week health promotion course and to subsequently evaluate the effectiveness of the course. Course effectiveness was evaluated by determining if the patients had gained knowledge on health and if they were taking health-promoting actions. Education materials and courses will be developed based on the results of this study.		
Methods	Participants were recruited from the Alzheimer's Association branch office, a clinic, and through newspaper ads in Florida. As a part of the quasi-experimental design, there were three experimental groups and two control groups. The experimental groups were given lectures, whereas the control groups were given educational materials and told to maintain a healthy lifestyle. No lectures were given to the control groups. The experimental groups received education from Phase 1 through 3. All participants, before and after the experiment, received the Mini-Mental State Examination (MMSE) and tests that measure psychological well-being such as the Geriatric Depression Scale (GDS).		
Results	<p>The difference between the experimental group's MMSE and GDS before and after the experiment were significantly different. the experimental group showed improvement in their MMSE scores, whereas the control group showed slight declines in their scores. Also, the experimental group showed a decline in their depression symptom whereas the control group showed an increase in their depression symptom. For the other tests that measured psychological well-being, there were no significant differences observed. The experimental group saw improvements in some of their health habits.</p> <p>On the other hand, there were no changes seen in other aspects of well-being including self-efficacy, self-esteem, perceived stress, and perceived quality of life.</p>		
Limitation	<ul style="list-style-type: none"> • Since it was not a randomized control trial, there are slight differences between the groups already at baseline. • Not clear if the findings of this study can be applied to the general population since the participants were middle-income Caucasians living in rural nursing homes. • There were people who were not able to be followed up since the experiment was conducted during hurricane season • Since the effectiveness of the intervention was measured only in the short term, it is not known if the effectiveness lasts in the long run. 		
Key Lesson	Demonstrates the potential effectiveness of education in early-stage dementia patients.		
Reference Information			
L.L. Buettner and S. Fitzsimmons. (2009). Promoting Health in Early-Stage Dementia. J Gerontol Nurs. Vol35. (3).			

III 文献レビュー2
e. 付録(該当英語論文のサマリー)

情報の普及

The effects of exposure to scenarios about dementia on stigma and attitudes toward dementia care in a Chinese community			
Country	China (Hong Kong)	Year paper was published	2011
Purpose	The aim of this study was to determine if people's stigmatizing attitudes and reactions to dementia diagnosis changes after they are exposed to information related to stigma.		
Methods	504 people were recruited from a university, job-training school, and community center, in Hong Kong. Of those recruited, 494 individuals were assigned to one of three groups (A=control group that just answers questions on stigma, B=experimental group that reads a story on a person with dementia symptoms before answering questions, C=same as group B except that the ending of their story says that the person with symptoms was diagnosed with dementia recently). The difference between groups was observed.		
Results	Regardless of whether the word "dementia" came up in the story or not, people exposed to information on dementia demonstrated a decrease in stigmatizing attitude (Group B, C > A). People who knew someone with dementia had a greater decrease in stigmatizing attitudes than those who didn't know anyone with dementia. Additionally, this same trend was observed more in people who were younger in age, had higher levels of education, and thought that treating dementia was possible.		
Limitation	<ul style="list-style-type: none"> The long term effectiveness of this intervention is unknown Generalizability 		
Key Lesson	<ul style="list-style-type: none"> First study to observe the relationship between exposure to information on dementia and reduction of stigma Found factors that are related to reducing stigma This study used the Japanese study on stigma as an example (Umegaki, H., Suzuki, Y. and Iguchi, A. Changes in the perception of dementia in Japan [2009]) 		
Reference Information			
S. Cheng, L.C.W. Lam, et al. (2011). The effects of exposure to scenarios about dementia on stigma and attitudes toward dementia care in a Chinese community. Int Psychogeriatr. Vol23. (9).			

III 文献レビュー2
e. 付録(該当英語論文のサマリー)

介護者に関するもの

Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomized controlled trial			
Country	U.K.	Year paper was published	2013
Purpose	The aim of this study was to evaluate if a manual-based coping strategy program for family members of dementia patients could improve their mental health.		
Methods	<p>Three mental health community service centers in London were the main locations for this randomized control trial.</p> <p>The program involved psychology graduate students (who haven't received clinical training) giving 8 sessions to the caregivers. In these sessions caregivers learned about places to get emotional support to deal with stress, skills in managing behaviors, ways to deal with situations where nothing can be done, acceptance, proactive communication, relaxation, future planning, tips to increase fun activities, and ways to retain these learned behaviors/skills. Using the manual and relaxation CD, caregivers practice these skills at home.</p> <p>Participants were 260 caregivers of dementia patients. Affective symptoms, depression, anxiety, quality of life between patient and caregiver, and the possibility of violent acts by the caregivers were measured.</p>		
Results	173 out of the 260 caregivers were divided into the experimental and control groups (87 were in the experimental group). The program led to improvements in affective symptoms, depression symptoms, and quality of life of caregivers. However, there was no association with the quality of life of patients. Less act of violent to the patients were reported in the experimental group than the control group.		
Limitation	<ul style="list-style-type: none"> Since the study only measured short term effectiveness, the long term effectiveness is still unknown (a follow-up study is being conducted now) There is a possibility that this intervention is effective in reducing violence among caregivers, however, more research is needed 		
Key Lesson	<ul style="list-style-type: none"> Since this program was manualized, the improvement in the mental health of caregivers can be assessed. 		
Reference Information			
G. Livingston, J. Barber, et al. (2013). Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomized controlled trial. BMJ. Vol347. (f6276).			

III 文献レビュー2
e. 付録(該当英語論文のサマリー)

医療従事者に関するもの

The development and evaluation of an educational intervention for primary care promoting person-centered responses to dementia			
Country	U.K.	Year paper was published	2015
Purpose	Early dementia diagnosis by primary care providers is important, but few primary care providers screened for dementia. This study aimed to change the manner in which primary care providers interact with patients who are experiencing cognitive declines.		
Methods	An educational program for primary care staff (including physicians and other health-care professionals) was developed and pilot tested. 94 staff were assessed in terms of knowledge and attitude towards dementia before and after the intervention. Data of the physicians and related staff were analyzed separately.		
Results	The intervention improved knowledge and attitudes such as understanding of patient-centered dementia symptoms, attitudes towards early detection, and recognition of dementia symptoms other than cognitive symptoms.		
Limitation	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizability of results to other healthcare settings? (i.e. healthcare settings other than primary care) • Since the main objective of this study was to develop a program, the improvements observed in this study (knowledge and attitude) need further validation. 		
Key Lesson	An educational program in a primary care setting may be effective.		
Reference Information			
R. Edwards, S.E. Voss, et al. (2015). The development and evaluation of an educational intervention for primary care promoting person-centered responses to dementia. <i>Dementia</i> (London). Vol14. (4).			

III 文献レビュー2
e. 付録(該当英語論文のサマリー)

医療従事者に関するもの

Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomized controlled study			
Country	U.K.	Year paper was published	2006
Purpose	The aim of this study was to determine if an education intervention significantly improved physicians' diagnosis and management of dementia in the primary care setting.		
Methods	Conducted an unblinded cluster randomized trial. The experiment also included a control group that was measured before and after the intervention.		
Results	36 clinics took part in this study. The clinics were randomly assigned to different groups – 8 clinics were assigned a CD rom tutorial, 8 clinics were assigned a decision-making support tool software, 10 clinics were assigned a practice based workshop, and 10 clinics were assigned to the control group. Out of the 683 participants, 450 people who consented to sharing their medical records were analyzed. The results showed that the decision-making support tool software and the practice-based workshop were more effective in improving dementia diagnosis than the control group.		
Limitation	<ul style="list-style-type: none"> • There could have been other ongoing dementia-related activities in those communities that may have influenced the results of this study • Generalizability 		
Key Lesson	Decision-making support tool software and practice based workshops are effective in improving the primary care diagnosis of dementia		
Details of the educational interventions:			
<ul style="list-style-type: none"> • Electronic tutorial (CD rom): case study (the focus was mainly on difficult cases encountered in the clinical setting). It was like an electronic dictionary; physicians were able to access each different theme which would help them solve the problem they were facing. The tutorial was hypertext linked so that readers were able to easily see other information in more detail. • Software: The existing medical record software was used to help physicians obtain information related to dementia diagnosis and management. Using an actual case, the software aided physicians in making a diagnosis based on clinical reasoning and in planning a care for diagnosed patients. • Practice-based workshop: An experienced general practitioner who received further education after graduating medical school conducted small workshops for other general practitioners and nurses who had less experience with dementia. 			
Reference Information			
M. Downs, S. Turner, et al. (2006). Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomized controlled study. <i>BMJ</i> . Vol332. (7543).			

参考文献

1. Batsch NL, Mittelman MS. World Alzheimer Report 2012. Overcoming the Stigma of Dementia Alzheimer's Disease International (ADI), London; 2012 Accessed May. 2015;5.
2. Bradford A, Upchurch C, Bass D, et al. Knowledge of documented dementia diagnosis and treatment in veterans and their caregivers. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*. 2011;26(2):127-133.
3. Dubois B, Padovani A, Scheltens P, Rossi A, Dell'Agnello G. Timely Diagnosis for Alzheimer's Disease: A Literature Review on Benefits and Challenges. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*. 2015;49(3):617-631.
4. Bunn F, Goodman C, Sworn K, et al. Psychosocial Factors That Shape Patient and Carer Experiences of Dementia Diagnosis and Treatment: A Systematic Review of Qualitative Studies. *PLoS medicine*. 2012;9(10).
5. Boise L, Camicioli R, Morgan DL, Rose JH, Congleton L. Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. *The Gerontologist*. 1999;39(4):457-464.
6. Martin S, Kelly S, Khan A, et al. Attitudes and preferences towards screening for dementia: a systematic review of the literature. *BMC geriatrics*. 2015;15:66.

IV

インタビュー

近藤 克則 先生

千葉大学 予防医学センター 社会予防医学研究部門 教授、同大学 大学院 医学研究院 公衆衛生学 教授、国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 老年学評価研究部長(併任)、日本福祉大学 健康社会研究センター長/客員教授(併任)

「認知症は、生活、医療、福祉、倫理のあらゆる観点から、私たちに問題を投げかけています。」

IV インタビュー

認知症にやさしい コミュニティの創出

**昨今の日本の認知症の現状に関して
感じている課題をお聞かせください。**

認知症は非常に広いテーマで、個人や家族の問題に限らず、社会的なインパクトが大きい領域です。高齢化が進む日本において、身近な問題であるにもかかわらず、認知症の人のケアやサポートをどのようにしたらよいかわからない人や、対応が難しいと感じている人や医療従事者も少なくないと思います。だからこそ、適切なガイダンスを行って、うまく予防からケアまで、つなぐことが大切だと思っています。

認知症は、生活、医療、福祉、倫理のあらゆる観点から、私たちに問題を投げかけています。生活の面でいうと、早期発見後のケアやサポートが十分にできていないがゆえに、認知症の人や介護者が孤立してしまったり、問題を抱え込んでしまったりする傾向があります。しかし、認知症になってもひきこもる必要はないですし、うまく支援すれば普通に生活していくことができます。医療や福祉の面では、認知症の人が身体疾患にかかった時にどう対応するのか、基本的な日常生活動作ができない要介護状態になった時に在宅でどう支えるのかも問題です。倫理の面では、終末期の治療をどこまでするのが倫理的か、誰が判断するのかなど、幅広い視点で向き合っていかなければなりません。

鍵となるのは、たとえ認知症になっても「その人らしさ

を保てるような暮らし」を支えることです。そのためには、家族や介護する方々はもちろんですが、医療従事者が認知症でなかった時の当事者の様子を知る必要があります。全くの初診ですと、医師などが話を聞くのにとっても時間がかかります。そのような中で、普段から認知症の人の生活を知っている家族や親しい人、かかりつけ医などからの情報があれば、支援策を考える上で助けになり参考になります。認知症は、本人と家族の関係が、早期発見、診断、ケア、サポートまで大きく影響します。そういった意味で、身近な方の協力が欠かせません。一方、だからといって、認知症を当事者と家族の「個人や家族の問題」としてしまうと、必要以上に肉体的・精神的な負担を増やすことにつながります。生活支援、医療、介護などを組み合わせた地域包括ケアシステムで、どのように「その人らしさを保てる暮らし」を支えられるのか、当事者も家族も社会として支えていかなければなりません。

先生は、社会疫学者として、過去10年以上にわたり、日本の高齢者を対象にした大規模疫学研究を実施しています。現在では、全国の20万人規模の調査をされているとのことですが、先生の高齢者を対象にした事業のご経験や研究についてお話しいただけますか。

「健康は自己責任」論がさまざまところで主張されていますが、健康はその人の置かれた環境によって大

IV インタビュー



きく左右されることが明らかになっています。これは、年齢に関係なくいえることです。例えば、居酒屋や飲み屋が近くにできれば、飲みに行く頻度も少ないでしょう。会社帰りに同僚と「ちょっと一杯」と飲みに行くかどうかは、会社から最寄りの駅までの通りに居酒屋があるかどうかや、同僚との人間関係も影響しているでしょう。

研究プロジェクトの一つとして、私たちのグループでは、愛知県武豊町²⁶⁾で高齢者の介護予防のための「憩いのサロン」を作りました。人々が集い交流でき、趣味活動や体操ができる場所や機会を増やせば、高齢者の社会参加を促し、長期的には認知症を含めた介護予防につながっていくと考えたからです。社会参加や人との交流が、高齢者の認知機能の低下を防ぐことが徐々に解明されてきました。しかし、人が集まれる場所や機会がなければできません。武豊町の場合も、住民が集まれる場所や機会を増やそうとサロンを作りました。そして、地域ぐるみの高齢者の社会交流が、要介護や認知症のリスクを減らすのかを検証しました。

サロンでは、軽い体操やおしゃべり、すごろくなどを使ったゲーム、子どもたちとの交流などいろいろなプログラムが提供されています。サロン開所8か月後に追跡調査をした結果、仮説通りの結果が表れました。おしゃべりや、体操やゲームと一緒に取り組む中で「友達が増えた」「気持ちが明るくなった」などという声が3割程度の参加者から寄せられました。5年間追跡して分析すると、性別や教育歴、疾患の有無など元の健康状態の違いなどを考慮した上でも、要介護認定率はおよそ半減、7年間追跡すると年に4回以上サロンに参加した人たちは、そうでない人よりも認知症の発症率が3割少ないことがわかりました。高齢者の集いの場を作ることが健康長寿につながることを検証できたと思っています。

認知症を生物学的な疾患として捉えたと、どうしても、生物医学的な対応で治療しなければならないと考えてしまいがちです。しかし、心理社会的要因も原因になっていることを踏まえれば、医学技術以外の心理社会的なアプローチでできることもあることを示せたと思います。孤独になりがちな高齢者が外に出て、人と話したり交流したりする機会を作ったり、彼らがアクティブになれる活動の場を提供していたりすることは、楽しみだけではなく、うつの抑制や身体的活動、認知的活動の活性化を通じて健康につながります。

多くの自治体が、高齢者を対象にした活動などを行っていますが、中には、なかなか人が集まらないという声もあります。健康促進のための取り組みに関して、重要なことは何でしょうか。

健康は、誰もが願うものと思われがちですが、健康に無関心な層もいて、健康を前面に出すと関心のある人しか集まってこないという実態があります。健康に無

IV インタビュー

関心な人たちが、健診を含む公的な予防サービスや健康教室などにも集まらないことは、どこの自治体でも経験していると思います。このような健康無関心層に対して、どうしたらよいのでしょうか。

一つの答えは、「楽しさ」や「賑わい」「笑い」などに溢れた取り組みを追求することです。我々の経験から、「健康のため」といっても響かない人でも「楽しいことやりませんか?」「面白いことやりませんか?」という話であれば乗ってくる人がいて、その中には健康無関心層も含まれていました。事業を行う側が健康のことを考えてプログラムを組むことは良いのですが、参加する側にとっては、健康が第一の目的である必要はありません。「楽しさ」が最初にあり、その結果として、健康がついてくればよいのです。健康というゴールを押しつけないこと、参加者が動く動機は何かを常に考えることが大切だと感じています。楽しさや喜びを感じられるような、生活の質の向上を考えた社会づくりをすれば、結果として健康寿命が延び、これからの認知症予防戦略につながると予想しています。

実際に、武豊町のサロンには、介護予防教室には行かなかった健康無関心層が多く参加しています。これ

は、日本の認知症対策において特筆すべきことだと感じています。なぜなら、日本の介護予防は、要介護状態になるリスクが高い人²⁷⁾たちへのハイリスクアプローチがメインでした。認知症でいえばハイリスク者とは、軽度の認知障害のある人が当てはまります。このような人は将来的に認知症になる可能性が高いので、この人たちを選び出して何かしらの介入を行う戦略です。厚生労働省は、こういったハイリスク者を基本チェックリストでスクリーニング(ふるい分け)して介護予防教室などに誘って参加してもらおうとしました。この戦略では、目標値として高齢者の5%に参加してもらうことを掲げていましたが²⁷⁾、実際には、0.8%にとどまりました^{28)、29)}。

一方、武豊町のサロンでは「自分でサロンまで来られる人だったら誰でも来てください」と呼びかけたところ、サロンの参加者のうち、20%以上がハイリスク者でした。「楽しさ」を前面に出す取り組みを広げていくことによって、ハイリスク者を含めた参加者が増えるのではないかと考えています。

実際、アメリカやイギリスなどの欧米先進国では、同じ年齢における認知症の発症割合が、10年ごとに2割



IV インタビュー

程度下がっていることが報告されています^{30), 31)}。認知症の予防薬も治療薬もない中で、これほどの速度で減るということは、遺伝子など生物医学的な要因では説明できません。社会疫学者からみると、認知症発症にも心理社会的要因や環境要因などが重要であることを示していると思います。定年制の延長や高齢者が楽しみながら趣味やスポーツ、ボランティアなどに社会参加する仕組みを広げ、高齢者が社会に参加し、人々との交流を続けられることで、認知的・身体的・社会的に活発な生活を維持できる。そんな環境づくりが重要だと思っています。

社会環境は認知症に対しても重要な要因と考えられます(中略)……特に社会参加や人とのつながりなど、ソフトな面の環境要因が重要です。実際、社会と関わり続けることは脳に良いというエビデンスが集積されてきています。

社会疫学では、人々の健康を考える上で、環境要因に着目しています。認知症の分野における環境要因の重要性について教えてください。

武豊町の例でも述べましたが、社会環境は認知症に対しても重要な要因と考えられます。社会疫学では、疾患や健康状態の背景にある社会的な要因の影響を解明し、病気の予防や健康の促進に役立てることを目標

にしています。環境というと、職場や学校、住宅環境など、ハード面に着目しがちですが、認知症に関しては、特に社会参加や人とのつながりなど、ソフトな面の環境要因が重要です。実際、社会と関わり続けることは脳に良いというエビデンスが集積されてきています³²⁾。

例えば、我々の調査では、認知症の発症率が高い町と低い町があることがわかってきています。これは市町村の持つ要介護認定データを使って分析したものです。それによると、認知症の「なりやすさ」が、そこに暮らす人たちの生活ぶりや地域環境によって4倍も異なっていました。我々の研究に協力してくれた20あまりの市町村でいうと、武豊町、名古屋市などは認知症発症者が少ないまちでした。

市町村によって、なぜこのような違いが出るのかは、まさに我々も分析しているところです。一つには、うつ状態は認知症のリスクの一つです。うつ状態のある人の割合が多いまちは、認知機能の低下している人の割合も多い傾向があります。そして、人々のつながりやネットワークが豊かなまち、人々の社会参加が多い地域では、うつ状態の人が少ない傾向があることがわかってきました。これは、一つの側面にすぎませんが、このような社会的環境や暮らしている人たちの背景が認知症のなりやすさと関連しているのではと考えています。今後も詳細な分析を行い、結果を社会に還元したいと思っています。

ビッグデータを収集して分析した観察研究から、社会参加の豊かなまちほど健康状態が良いことがわかってきましたが、それだけではまだ不十分です。なぜなら、果たして社会参加を増やすことができるのか、そのことで健康水準が上がるのかまでは検証されていないからです。それを検証するには、武豊町のサロンのように、人々の支え合いや、社会参加を増やすことがで

IV インタビュー

きることで、それによって参加する人たちの健康状態が改善されることを確認するための介入研究がもっと必要です。

先生の研究グループは、高齢者研究において、全国の自治体と共同しながら、研究からの知見と実践の場をつなぐ役割を担っています。今後どのような取り組みを進めていくのか、教えてください。

現在は、武豊町のような取り組みを全国展開し普及するためのマネジメント支援システムを開発しています。まずデータから地域ごとの現状を「見える化(可視化)」して健康づくりの重点課題や重点対象地域を明らかにし、関係者で共有できるようにします。その上で、社会疫学研究の知見をもとに介入する手がかかりを見つけて実践して、その効果検証を支援するシステムを作ることを目標にしています。また、このシステムを、市町村などの関係者が使いやすくするためのツールやプロトコール(手順書)なども作っています。

例えば、これにより、小学校区ごとに地域の健康状態を「見える化」できる「地域診断書」を開発済みです。行政では、公平・平等が重視されるので、現在の施策は、行政区域内で一律に行っています。しかし、地域診断書により、自治体の中での健康格差が明らかになり、重点的な施策を必要としている重点対象地域が見えます。なんとなく、この地域は不健康な人が多いということは、そこに住む人や保健師などであれば経験的にわかっているものです。しかし、施策として行政を動かし、人を動かすには、客観的なデータやその共有が必要です。データで「見える化」が進むことで、地域住民や専門職、行政も動き出しやすくなるのです。ポイントは、豊富なデータを研究者間で留めておくのではなく、多くの人たち・関係者で共有することで、

問題を「わがこと化」してもらうことにあります。これにより、人々が地域の健康格差を身近な問題として考えられるようになります。結果的に、住民自らが自分たちの地域のために動ける環境を作ることにつながります。

また、サロンなどの取り組みの効果を測るための方法を開発しています。今後は、武豊町以外のまちで、サロンのような通いの場に参加している人と参加していない人の健康状態の変化に差があるのかを検証します。武豊町のような、人口が5万人未満の市町村では関係者の合意を得やすいのですが、今後は、人口の多い都会で、果たしてサロンのような通いの場づくりや運営が機能するのか、都市型のモデルの開発も行っていきたいと思っています。今後、高齢者人口が増えるのは都市部だからです。このような取り組みのPDCA(Plan-Do-Check-Action)マネジメントサイクルを支援するツール集をシステム化していき、将来的には全国の市町村の特徴に合わせて、最適な方法を見出し、運営を支援できたらと考えています。

現在、都市部で行っている研究事業にはどのようなものがあるのでしょうか。

一つは、神戸市との共同研究です。まず地域ごとの健康状態を知るために「地域診断」を行いました。神戸市内にも、閉じこもりや要介護リスク者が多いエリアがこちらにありました。その一つを重点対象地域として、住宅地図を広げてみてみました。すると、その地域には住民が集ってサロンなどを行えるような公民館などの公共施設や場所自体が少ないことがわかりました。出先がないからこそ、閉じこもりが多いのではないかと考えられます。そこで、どこか住民が集まれる所はないかと探してみると、ドラッグストアがありました。調剤室の前にあるスペースを借りて住民が参加するサロンのような取り組みをすることへの協力を依頼したところ、

IV インタビュー



快諾してくれました。従来の武豊町では、公共施設とボランティアでサロンに取り組みましたが、神戸市など都市部では民間企業に場所やサービスや商品の提供してもらえないかと考えています。都市部には事業者が多いのが特徴だからです。医療の専門職が数多くいるのも特徴なので、理学療法士に住民向けの体操を指導してもらったりした例も生まれています。

また千葉県松戸市をフィールドとした介護予防の取り組みを千葉大学と松戸市で共同研究協定を結んで始めました³³⁾。この取り組みでは、介護予防の「都市型モデル」と呼んで、健康寿命を延ばすための挑戦をしています。都市型モデルの特徴や資源とは、一つは退職後のシニア、もう一つは企業や事業所です。

都市部には、かつて大企業でマネジメントを行っていたなど、マネジメント能力や専門的能力を持っているシニアの方で、ボランティアとして社会貢献する意志もある貴重な人的資源があります。実際、この活動の一端で、松戸市の高齢者にボランティアの協力を募ったところ、予想を超える500人以上の応募がありました。

歩いて通える範囲にサロンなど通いの場を作ろうとすると、かなりの数が必要で、松戸市全体でいえば500か所は必要と見込まれています。500か所もあるとうまくいくところばかりではないでしょう。サロンを一つの店舗に例えれば、それを間接的に支える企画開発、広報、総務、人事、経理などの本社機能が充実していたほうが、サロンの新規立ち上げや新たなボランティアの育成、経営戦略づくりをすることで、運営上の課題の解決などもしやすくなるでしょう。こういった背景から、本社で専門職やマネージャーとして仕事をしてきた経験を持つ高齢者ボランティアに、500か所を支援する本社機能の仕組みづくりやその運営を担ってもらえないかと考えています。今までなかったタイプの活躍の場を作り出して、生涯現役の超高齢社会の都市型モデルを作りたいと思っています。

また、都市部のもう一つの資源である民間企業が有するICT(情報通信技術)の提供や、専門技術を持つ現役社員によるプロボノ活動への参加も絡められないかと考えています。プロボノ活動とは、自分の経験や専門性を生かした形でのボランティアのことです。民

IV インタビュー

間企業がこういった活動に目を向け、参加しやすい環境を整えることも必要です。例えば、民間企業にとっては、ここで作ったビジネスモデルや商品を日本中の1,700市町村に展開できれば、ビジネスチャンスになるかもしれません。松戸市や神戸市など都市部では、武豊町とは違うスケールの面白い取り組みができそうだと手応えを感じています。都市ならではの資源を使いながら、どのようにしたら効果的に健康長寿社会を実現できるのか、これから検証していきたいと思っています。

認知症を支える社会において重要なことは何でしょうか。

日本の平均寿命は上昇を続けていて、2007年生まれの子どもの半数が到達する年齢は107歳と予測されています³⁴⁾。その中には、認知症の人もいて、増加が予想されます。認知症について社会全体で取り組まざるを得なくなると思います。今は認知症の人たちや家族は肩身が狭い思いをすることが多いと思いますが、コミュニティや社会が受け入れるようになれば、たとえ認知機能低下は治らなくてもその人らしい暮らしができ、生活を楽めると思っています。かつては結婚しないという選択肢はほとんどなく、単身者は肩身が狭かった時代がありました。でも今では単身者向けサービスが充実し、社会がお一人様を受け入れ、単身者の急増に対応する形に変化してきているために、以前ほど肩身が狭く感じなくてよい状態になっていると思います。

生活の質を改善するためには、社会的な環境が与える役割が大きいです。例えば、人との絆やつながりを専門用語で「ソーシャル・キャピタル(社会関係資本)」といいます。それが豊かなところだと、徘徊が始まっても、隣近所に住む人たちがさりげなく見守ることができます。実際、商店街に昔から暮らしていた認知症の高齢者が徘徊を始めても、顔見知りの商店街の

人たちが見守り誘導してくれるので、本人も家族も安心して徘徊できている例があると聞いたことがあります。認知症を個人の問題にするのではなく、社会で向き合うべきものとして、地域でケアすることが理想です。

また、医療職は、自分たちの役割を再定義することが重要だと思います。認知症患者に対し、「治療すること」「薬を与えること」が医療職の役割と考えるならば、治療薬ができるまで、何もできないこととなります。しかし、「認知症の人や家族の生活の質を高めること」が自分たちの仕事だと定義すれば、話し相手になったり、認知症カフェなどのコミュニティにある資源や介護サービスを紹介したりして、介護者の負担を軽減することで、家族関係が良くなるようにしたりはできます。また、若年性認知症の当事者には仕事を紹介することも生活の質の向上につながるでしょう。超高齢社会は、誰もがまだ経験したことのない社会ですから、そこでの医療職の役割も、今までとは異なったものであってもよいはずです。自分たちの役割を問い直し再定義することで、やれることがイロイロ見えてくると思います。

重要な鍵は、個人や家族の問題としないで、「認知症にやさしいまちづくり」など社会としての対応を進め、認知症になっても「その人がやりたいことを続けられる暮らし」を提供できる社会を急いでつくることです。

IV インタビュー

それぞれのステークホルダー（国、地方自治体、企業、NPO、医師、地域住民）において、今後、どのようなことが重要だと思われるか。

例えば、イギリスではDementia Friendly Community（認知症にやさしいコミュニティ）³⁵⁾づくりが活発に進められています。日本でもイオングループが社員教育に認知症の顧客対応をとりいれています³⁶⁾。顧客の一定数が認知症の人ですから、対応できないと排除するよりも、適切な対応ができる店員を増やして「認知症にやさしい店」になろうということです。そんな店が増えれば、認知症になっても、安心して買い物ができるまち、自分が欲しいものを手に入れられるまちに近づきます。

まちづくりに役立てたいと、私たちの研究グループも「認知症にやさしいまち」「認知症になりにくいまち」の程度を測定できる指標の開発を進めています。認知症にやさしい地域づくりが必要なことは、多くの人が総論では賛成すると思います。しかし、それを具体的に進めるためには、どのような条件を満たしたら「認

知症にやさしいまち」と言えるのか、まちの「やさしさ度」を測る「物差し」が必要です。例えば、認知症かもしれないと思った時に、どこに相談すればよいか知っている人が多いまち、ピアカウンセリング（当事者・仲間同士でのカウンセリング）やソーシャルサポート（社会的に支え合う仕組み）を受けている人の多いまち、認知症の人や家族が社会と関われる場所が多いまち。これらのまちづくりの進捗管理にも使えるように、できるだけ定量的な尺度に落とし込んだ指標づくりに挑んでいます。

現在、認知症を治す方法は確立していません。そのため「早期診断は、早期から絶望を招くだけ」という指摘もあります。私は、治療法がない段階での対応策は二つあると思っています。一つは、できるものなら予防、もう一つは「治せなくてもよくできる」というリハビリテーションです。社会疫学者あるいは予防医学者、そしてリハビリテーション科専門医としての経験から、認知症に対する取り組みは家族や個々の介護職や医療職が頑張るだけでなく、周りの人たちやボランティアなど地域全体で、いわばエコロジカルな生態系として予防

IV インタビュー

し介護する。負担を地域や社会で分散する仕組みが必要だと思います。

例えば、一人の介護者が認知症の人の同じ話を何度も聞かされていけばイライラしてしまうのは自然なことです。しかし認知症カフェなどで初対面の人であれば、初めて聞く話なので真剣に受け止めてもらえます。介護者は「人様には言えない心情」で自らを責めることがあります。介護者や家族の会で経験をもとに交流すれば「自分だけではなかった」と救われ、上手な対応方法についてヒントをもらったりできます。

重要な鍵は、個人や家族の問題としないで、「認知症にやさしいまちづくり」など社会としての対応を進め、認知症になっても「その人がやりたいことを続けられる暮らし」を提供できる社会を急いでつくることです。長寿化が進めば、いずれ自分や家族が認知症になる可能性は高くなるのですから。ステークホルダーそれぞれの立場で、できないこと、やりやすいこと、得意なことは違います。それらを組み合わせ、認知症にやさしい社会づくりに、引き続き取り組んでいきたいと思っています。



IV インタビュー



略歴: 近藤 克則 (M.D., Ph.D.)

千葉大学医学部卒業。東京大学医学部附属病院リハビリテーション部医員、船橋二和(ふたわ)病院リハビリテーション科科長などを経て、1997年日本福祉大学助教授。University of Kent at Canterbury(イギリス)客員研究員(2000～2001年)、日本福祉大学教授を経て、2014年4月から千葉大学予防医学センター教授、2016年4月から国立長寿医療研究センター老年学評価研究部長(併任)。『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか』(医学書院、2005)で社会政策学会賞(奨励賞)受賞。著書に、『健康格差社会への処方箋』(医学書院、2017)ほか。日本全国の高齢者約20万人を対象とした大規模研究 日本老年学的評価研究JAGESプロジェクト(<https://www.jages.net/>)の代表を務めている。

参考文献

- 26) 武豊町: 愛知県知多郡武豊町における武豊プロジェクトを指す。武豊プロジェクトとは一次介護予防を意図し、一般高齢者を対象として、ポピュレーション戦略[疾患発症の危険因子保持にかかわらず、人口集団全体に対して行う介入(例: タバコ増税、食品の塩分規制)]に立ってソーシャル・キャピタル(人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴(厚生労働省「ソーシャル・キャピタル」<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000011w01-att/2r98520000011w95.pdf>)に着目した地域介入研究であり、近藤克則氏が中心となって行っている。(「日本老年学的評価研究」<https://www.jages.net/project/kainyu/taketoyo/>)
- 27) 厚生労働省「認知症予防・支援マニュアル 分担研究班作成 認知症予防・支援マニュアル2009年3月(改訂版)」
http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1h_0001.pdf
- 28) 厚生労働省「平成26年1月17日(金)第101回市町村セミナー 資料2 これからの介護予防」
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000035938.pdf>、7頁
- 29) 近藤克則「医療・福祉マネジメント—福祉社会開発に向けて」(第3版、ミネルヴァ書房、2017)、14章
- 30) Jagger C, Matthews FE, Wohland P, et al. A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet* 2016; 387(10020): 779-86.
- 31) Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chene G, Dufouil C, Seshadri S. Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med* 2016; 374(6): 523-32.
- 32) The Brain and Social Connectedness“GCBH Recommendation on Social Engagement and Brain Health Global Council on Brain Health” http://www.aarp.org/content/dam/aarp/health/brain_health/2017/02/gcbh-social-engagement-report.pdf
- 33) 都市型介護予防モデル 松戸プロジェクト <http://matsudo-project.com/>
- 34) リンダ・グラットン/アンドリュー・スコット著「ライフシフト 100年時代の人生戦略」東洋経済
- 35) Dementia Friendly Community: 認知症の人が主体となってコミュニティの中で活動し、社会貢献を行っている。(英国アルツハイマー病協会 <https://www.alzheimers.org.uk/>)
- 36) イオン株式会社プレスリリース「認知症サポーター養成講座を開催(2015年2月26日)」
http://www.aeon.info/news/2014_2/pdf/150226R_1.pdf



ケーススタディ

1. 人とのつながりが健康をつくる
2. 日本中に広がる「認知症カフェ」
3. 認知症にやさしい図書館
4. 東京都大田区「おおた高齢者見守りネットワーク みま〜も」
5. きずなや
6. 「RUN TOMO-RROW (愛称・RUN伴=ランとも)」
7. DAYS BLG!

V ケーススタディ

1. 人とのつながりが健康をつくる

～住民主体の「憩いのサロン」で地域の健康向上・認知症予防を目指す武豊町～

武豊サロンー住民主体の憩いの場づくり

武豊サロンとは、愛知県知多半島に位置する高齢化率³⁷⁾23.9%の武豊町で、2007年から始まった介護予防事業³⁸⁾である。介護が不要かつ最低限の身の回りのことを自分でできる「自立高齢者」を対象にした介護予防³⁹⁾の活動で、現在全国に広がる、自治体による高齢者の通いの場の原点となった活動だ。このサロンは、武豊町と千葉大学予防医学センターの近藤克則教授を中心とした研究グループによって、2007年に開設された。

2017年現在、武豊町の「憩いのサロン」は町内に13か所存在し、それぞれ月に1、2回程度開催されている⁴⁰⁾。活動内容は、体や脳の体操からビンゴ大会、造花作り、子どもたちとの交流、季節の行事など多岐にわたっており、楽しみながら健康増進にもつながるような工夫がされている。参加費は1人1回100円。参加費を払えば、誰でもどの会場にも何度でも参加可能なため、複数会場をはしごする人も多い。本サロンの特徴は、住民が主体となって企画づくり、事前準備、運営、会計を行っているところである。行政が直接運営を行うのではなく、住民ボランティアが主体となり事業の企画や開催日時を決め、行政は広報や運営費用を含めた住民ボランティアのサポートをする、住民主

体のボトムアップ型サロン事業だ。行政の複数部署や地域のさまざまな業種の人々が連携していることも、武豊町サロンの特徴である。

住民の力で介護予防を楽しく

武豊サロンの目的は「介護予防」である。介護予防には、軽度の認知障害などがすでにある要介護リスクの高い人を対象にしたもの（ハイリスク戦略）と、健康な高齢者を含めた、すべての高齢者を対象としたもの（ポピュレーション戦略）とがある。後者のすべての高齢者を対象にした高齢者向け施策の具体例が少ない中で、武豊サロンでは、高齢者の参加促進や社会参画の場づくりでさまざまな結果を出している。人とのつながりをサポートする地域づくりをコンセプトに掲げ、これにより、結果として住民の健康状態を良くすることを狙いに行っている。高齢者の社会参加や人との関わりが脳や認知機能を保つ上で良いことはエビデンス（科学的根拠）として知られており、それを実践・検証する場として憩いのサロンが作られている⁴¹⁾。

武豊サロンは、同町で研究事業を行っていた近藤教授のグループと武豊町の職員とのつながりが縁で実現した。国内外の事例を参考に、作業療法士などを含めた専門家の視点を盛り込みながら、約1年の計画、

V ケーススタディ

1. 人とのつながりが健康をつくる



屋外のテラスでお茶を楽しむ参加者たち

準備期間を経て始まった。現在では、行政と住民が協業することでサロンは運営されている。行政は、全体像や長期的展望を示し、支援や広報活動に取り組む。住民は町内13か所でサロンの運営を担い、企画・運営・準備・会計などは、比較的元気な、高齢者によるボランティアスタッフが担当する。住民の中からサロンの運営主体となるボランティアが生まれ、行政が、ボランティアの人材育成とサロンの準備に向けて集まることのできる場を支援するなど、住民同士だけでなく、住民と自治体の絆も生まれている。当初、ボランティアの各人の思いや活動に対して抱くイメージはさまざままで、イベント運営の経験がない人も多かった。それでも行政は、住民の自由な発想を尊重し、住民とともに形にしていくことが重要だとして、複数の説明会やワークショップを開催し、時間をかけて実現させた。

その結果、開所式には、予想をはるかに上回る100人以上がつめかけた⁴²⁾。全国のサロンでの平均参加数は10～20人程度といわれている中、武豊サロンでは各サロンに平均すると64人、多いところでは100人以上が参加している⁴²⁾。今でも、季節のイベントになると100人近くが集まり、年間でのべ1万2,000人が参加している⁴³⁾。これは、武豊町の高齢者の約10%が参加していることになり、全国における類似の高齢者事業への平均参加数に比べておよそ4.5倍の参加率である⁴³⁾。近藤教授は、参加者が多い理由として「たとえ介護予防という誰でも願う健康を目標に掲げても、健康のためと言うだけでは動かない人も多い。健康に無関心な人でも、“楽しいこと”なら参加するという人はいるため健康や認知症予防のためという以上に、楽しいから来ている人が多いのでは」と分析する。

目に見える健康への成果

武豊サロンの運営は10年目に入り、その効果は多方面に見ることができる。一番注目したいのは、参加者が健康になってきていることである。最初の5年間で、サロンに参加することにより、要介護認定⁴⁴⁾を受けた人の割合が約半分となり、また、年に4回以上のサロンへの参加で認知症を発症する確率が7年間で約3割減少していることが明らかになった^{45)、46)}。また、ボランティア活動などでサロンに積極的に参加している場合、参加していない人に比べて高血圧のリスクが約6%低いことがわかっている⁴²⁾。このような取り組みで、心身ともに健康な高齢者を増やせば、地方財政においても介護費や医療費の抑制が今後大いに期待できる。

また、個人レベルでは、サロンへの参加により、新しい知り合いが増え、明るくなった、生きがいができたと話す人が多い。特にサロン運営ボランティアとして参加

V ケーススタディ

1. 人とのつながりが健康をつくる

している高齢者は、社会的役割を持つことで、体や心の老化が防げていると感じている人もいて、データでも裏付けられた^{47)、48)}。住民の間で、事業をよりよくしたいというサロンに対するオーナーシップや、リーダーも生まれ始めた。また、保健師などはサロンに顔を出すだけで、地域のまとまった数の人の健康情報を一度に集めることができると好評である⁴⁹⁾。サロンを通して、地域住民の結びつきがより強くなったことで、住民行事も、地元の人々の力を借りて頻繁に開催できるようになり、地域全体の活性化にもつながっている。

武豊サロンは、地方のまちをモデルにしたサロンである。現在は、武豊町のモデルを原型として、千葉県松戸市や神戸市などの都市部でも応用可能か、近藤教授を中心とした研究チームが他自治体でも取り組みを行っている。この事業の特筆すべきことは、サロン活動を実施したことにとどまらず、研究結果として国際的な学術誌に掲載される論文を発表し、成果をデータと

して分析し続けていることである。実際、こうした健康への効果を数値で示すことが、国を動かすことにつながった。厚生労働省の社会保障審議会でもこれらの成果が報告され、地域住民の運営による憩いの場づくりが国の介護予防事業の一つの柱になった⁵⁰⁾。これにより、憩いのサロンが全国に広がっている。

武豊町の試みから学べることは、住民と地方自治体、研究者らの異なる役割を持った人々の協力の大切さである。地域全体の健康を増進するためには、多くの住民の参加が重要になる。そのためには住民が主体となる事業を目指すべきであり、住民のニーズに耳を傾け、発案から実行までを行政が支え、場所を提供する。そして、研究者を巻き込むことで、科学的知見を盛り込んだプログラムづくりや効果検証が可能になる。三者が協力して地域の健康づくりを支える武豊サロンモデルは、介護予防にとどまらず、さまざまな健康分野での応用が期待される。



ふれあいサロンでの健康体操

V ケーススタディ

1. 人とのつながりが健康をつくる

参考文献

- 37) 高齢化率:総人口に占める65歳以上人口の割合。2016年10月1日現在、全国の高齢化率は26.7%である。(内閣府「平成28年版高齢社会白書」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html
- 38) 地域支援事業:要支援・要介護状態となる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的、継続的なマネジメント機能を強化する観点で市町村において実施している。(厚生労働省「地域支援事業の概要」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/np0/03/dl/07-06a.pdf>
- 39) 介護予防: 要介護状態の発生をできる限り防ぐ、または遅らせること。または、要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぎ、さらには軽減を目指すこと。国が掲げている施策の一つでもある。(厚生労働省「介護予防マニュアル(改訂版)第1章 介護予防について」
http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_01.pdf
- 40) 武豊町「憩いのサロンの概要」
https://www.town.taketoyo.lg.jp/contents_detail.php?co=cat&frmId=350&frmCd=5-5-4-0-0
- 41) The Brain and Social Connectedness “GCBH Recommendation on Social Engagement and Brain Health Global Council on Brain Health”
http://www.aarp.org/content/dam/aarp/health/brain_health/2017/02/gcbh-social-engagement-report.pdf
- 42) 武豊プロジェクトサロン動画
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/16.pdf>
- 43) 小林美紀「特集 成功に導くボビュレーションアプローチの進め方 『憩いのサロン』から生まれたみんなの笑顔と元気」
月刊地域保健 47(1), 24-29, 2016-01 東京法規出版
- 44) 要介護認定:介護保険制度では要介護状態や要支援状態となった場合に、介護サービスを受けることができるが、それらの状態にあるかどうか、またその中でどの程度かの判定を行うこと。(厚生労働省「要介護認定に係る制度の概要」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo1.html>
- 45) Hikichi, H., Kondo, K., Takeda, T. & Kawachi, I. Social Q1 interaction and cognitive decline: Results of a 7-year community intervention. *Alzheimer's Dement. Transl. Res. Clin. Interv.* 3, 23-32 (2016).
- 46) Yazawa, A. et al. Association between social participation and hypertension among older people in Japan: the JAGES Study. *Hypertens. Res.* 1-7 (2016). doi:10.1038/hr.2016.78
- 47) Takagi D, Kondo K, Kawachi I: Social participation and mental health: Moderating effects of gender, social role and rurality. *BMC Public Health.* 2013 Jul 31;13:701. doi: 10.1186/1471-2458-13-701.
- 48) Ishikawa Y, Kondo N, Kondo K, Saito T, Hayashi H, Kawachi I, group J: Social participation and mortality: does social position in civic groups matter? *BMC Public Health.* 2016 May 12;16(1):394. doi: 10.1186/s12889-016-3082-1.
- 49) 平井寛「第1回武豊町プロジェクトの概要、地域リハビリテーションvol. 4, no. 1, 2009」
<http://square.umin.ac.jp/ages/materials/taketoyoproject1.pdf>
- 50) ヨミドクター「近藤克則さん(3)ソーシャル・キャピタル 人とのつながり豊かな日本」
<https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20151116-OYTEW55323/>

V ケーススタディ

2. 日本中に広がる「認知症カフェ」

～認知症の人が地域に溶け込む拠点として～

「認知症カフェ」とは?

認知症カフェとは、「認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場」という共通の理念の下、さまざまな形態で開かれる地域の集いの場で、最新の調査によると、全国の自治体の41.5%にあたる722の自治体で設置されている⁵¹⁾。運営主体は社会福祉法人、医療機関、NPO、行政、株式会社、地域住民、個人などさまざま。明確な設置基準などなく、月1回、約2時間、お茶やコーヒーを飲みながら交流するタイプから、月2回や週次開催、常設型などもある。会場もさまざまで、公共施設、病院、介護施設だけでなく、一般の飲食店、ショッピングモール、金融機関、個人宅でも開催されている。

世界で最初の認知症カフェ(Alzheimerカフェ)は1997年、オランダ・ライデン大学でベレ・ミーセン博士が開催したといわれている⁵²⁾。その目的は、これまでタブー視されてきた認知症について「くつろいだ雰囲気の中で気軽に話し合える場所を」というものであった。そして日本では、2004年に滋賀県の藤本直規医師が若年性認知症当事者の居場所として「もの忘れカフェ」を始めたのが最初といわれている⁵³⁾。2012年には、厚生労働省が発表した「今後の認知症施策の方向性について」⁵⁴⁾において、家族支援の具体的な方策の一つとして「認知症カフェ」が明記された。2015年に公表された新オレンジプラン(認知症施策推進総

合戦略)においても「介護者支援」の中で取り上げられている⁵⁵⁾。

誰でも集える「憩いの場」として—制度の狭間にある人から、地域の子ども、お年寄りまで

近年日本中で広がる「認知症カフェ」について、全国各地の認知症カフェ取材し、紹介サイト「認知症カフェ on the web」を運営する、カメラマンでライターのコスガ聡一氏によると、認知症カフェには「介護者支援」以外にも重要な役割があるという。それは、若年性認知症や軽度認知障害(MCI)⁵⁶⁾、初期段階の認知症の当事者支援の側面だ。こうした人たちは、要介護認定を受けるほど認知症が進行していないためにデイサービスなどの利用ができなかったり、高齢の、あるいは進行した認知症の人と同一のサービスプログラムに居心地の悪さを感じたりしている。このような介護福祉制度の狭間に置かれている人たちの居場所として、認知症カフェは役割を果たしている。また近年、「認知症」カフェの名前からあえて「認知症」の明記を外すことで、地域の子どもからお年寄りまで誰もが集まることのできる「憩いの場」としての機能を持たせたものも増えている。認知症の人もそうでない人も区別なく普通に地域で生活を送ることのできるバリアフリーな社会といった、まさにノーマライゼーション⁵⁷⁾を体現する地域コミュニティの核として、認知症カフェが

V ケーススタディ

2. 日本中に広がる「認知症カフェ」



認知症カフェでのレクリエーションの様子
写真:コソガ聡一

機能し始めている。

「認知症になっても安心して暮らせる地域」の核として

多くの認知症カフェでは、認知症の人も、そうでない人も、同じ時間を共有している。認知症であることによって何らかの制限を受けたり、差別を受けたりせず、できる限りこれまで通りの過ごし方をしている。そこには本人も家族も、地域の人々に受け入れられ、些細なことも相談できる居場所がある。

認知症の早期診断が進まない理由として、診断されると、毎日の生活が一変し、これまでのコミュニティも失ってしまうのではないかという本人の恐れや、不安が挙げられている。しかし「認知症になっても今までと変わらない環境の中で暮らすことができる」ことを地域の中で感じることができれば、その不安は解消される。認知症カフェは、地域の老若男女の集いの場としての象徴的役割をこれからも果たしていくに違いない。

参考文献

- 1) 厚生労働省「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 平成29年3月10日付」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000154636.html>
- 2) Alzheimer café UK <http://www.alzheimercafe.co.uk/>
- 3) 日本老年医学会雑誌 44巻 5号(2007年9月)「軽度認知症を地域で支えるためのもの忘れクリニックの役割」藤本直規 奥村典子
- 4) 厚生労働省「今後の認知症施策の方向性について 平成24年6月18日付」
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079273.pdf>
- 5) 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要」
http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/01_1.pdf
- 6) MCI(Mild Cognitive Impairment):軽度認知障害。物忘れが主たる症状だが、日常生活への影響はほとんどなく、認知症とは診断できない状態。(厚生労働省「e-ヘルスネット」<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/dictionary/alcohol/ya-033.html>)
- 7) ノーマライゼーション:障害のある人もない人も、互いに支え合い、地域で生き生きと明るく豊かに暮らしていける社会を目指そうとする考え方(厚生労働省「障害保健福祉部」http://www1.mhlw.go.jp/topics/profile_1/syougai.html)

V ケーススタディ

3. 認知症にやさしい図書館

～地域の情報拠点「図書館」から、
認知症を正しく理解し受け入れる社会づくりを～

舟田 彰氏
川崎市立宮前図書館 担当係長

川崎市立宮前図書館では2015年8月から「認知症にやさしい図書館」としてさまざまな取り組みを行っている。

地域の人と人、人と情報をつなげる

宮前図書館での取り組みは、大きく3つの軸からなる。1つ目は「情報提供サービス」である。「認知症の人にやさしい“小さな本棚”」と題し、法律・医療・介護・レクリエーション・ノンフィクション(闘病記、体験記)など、認知症の人に役立つ書籍約140冊を従来の図書館分類を超えて集めたコーナーを設置している。2つ目は、地域包括ケアシステムの施策の一環として取り組む「読み聞かせボランティアの育成」である。公民館と共同でシニアボランティアを育成。「地域の人と人、人と資料・情報をつなげる」を目標に、世代間交流やシニアの地域における役割づくりなど、市民が主体的に支え合える関係構築を目指している。実際に、シニアボランティアが介護施設を訪問したり、孫世代を対象に読み聞かせ活動を行ったりしている。高齢者が自分の役割を持ちながら生活することは、認知症予防の観点でも重要である。また、ひとり暮らしの高齢者が増える中、日々誰かと接することが生きがいにもなり、さらにその人の異変に誰かが気づくことができるという長所もある。3つ目は「地域包括支援センターへのつなぎ役」である。図書館職員が高齢の利用者と接

する中で異変に気づいた時には、その高齢者の自宅の最寄りの地域包括支援センターへつなぐ取り組みも行っている。図書館職員が間に入ることで、家族も知らなかった本人の興味関心が明らかになったり、本を通じた生活歴の回想が行われたりなど、意外な効果もあるという。

きっかけは図書館職員の気づき

「認知症にやさしい図書館」のきっかけは国でも自治体でもなく、現場の気づきであった。同じことを何度も聞いてきたり、毎日同じ時間になると誰かを探して駆け込んできたり、また自分の本と図書館の本の区別がつかなくなったりする利用者がいた。高齢化が進む地域の中で、図書館は公共サービスの一部として何ができるのか、何をしなくてはならないのか。責任者である、宮前図書館 担当係長の舟田彰氏は「図書館とは、本のみならず、地域の課題に対して情報提供できる場所であるべきだ」という答えに行き着いた。まずは情報発信から始めてみよう、認知症に関連した本や行政の関係するチラシを置いたミニコーナーを作った。1か月半がたった頃、チラシの補充のために電話をした川崎市の担当者と意気投合し、そこから市と連携した「認知症にやさしい図書館」の取り組みが始まった。今では全国各地からの視察も相次いでいる。今後は図書館学の研究者とも連携し、「認知症にやさしい図書館」の日本版ガイドラインの作成を目指している。

V ケーススタディ

3. 認知症にやさしい図書館

情報の「ハブ」として、地域包括ケアシステムに貢献する

取り組みの2つ目、3つ目で紹介した「読み聞かせボランティアの育成」「地域包括支援センターへのつなぎ役」は私たちが通常イメージする図書館の枠を超えている。図書の貸し出しという主な図書館の役割以外にも、さまざまな情報を提供することで市民の行動を促すのも図書館の役割の一つである。舟田氏からは、「図書館も地域包括ケアシステムの一翼を担う行政機関である」という強い意識を感じることができた。宮前図書館は、地域の医療福祉のプラットフォームの中で、自治体や病院、地域包括支援センター、さらには民間の事業者や認知症の人が日々接する金融機関や小売店などをつなぐ「情報のハブ」となることを目指している。「ふらっと立ち寄れる」「無料」「土日祝日も開館」といったハードルの低さから、市民が気軽に足を運ぶことができる図書館が、今後も地域の核となることが期待されている。



宮前図書館に設置されている「認知症の人にやさしい“小さな本棚”」
写真：舟田 彰

V ケーススタディ

4. 東京都大田区「おおた高齢者見守りネットワーク みま〜も」

～地域住民の主体性を引き出す、都市型の新しいネットワーク作り～

「みま〜も」—地域の高齢者を地域全体で見守る

東京都大田区は東京都の南部に位置し、人口約71万人を抱え、そのうち22.5%は65歳以上である(2015年10月現在)⁵⁸⁾。厚生労働省は高齢者の増加を受けて、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供することを目指す「地域包括ケアシステム」の構築を進めている。これは、徒歩30分圏内を目安とした中学校区内に、「地域包括支援センター」を設置し、住民から相談を受け付け、専門職へつなぐ仕組みである。増加する高齢者が少しでも長く住み慣れた地域で暮らし続けられるように、行政や専門職を中心とした各地域における支援体制の充実を目的としている。大田区にも全部で21の地域包括支援センターがあり、1か月の相談件数は1万件を超えるという。

その大田区で、高齢者見守りネットワークの発起人となったのが、社会医療法人財団 仁医会 牧田総合病院 地域ささえあいセンター長の澤登久雄氏である。澤登氏は2006年に大田区地域包括支援センター入新井のセンター長に就任。地域包括支援センターに異動すると、事務作業に忙殺される毎日が続き、本来の目的である「能動的な住民支援」になかなか時間を割くことができずにいた。このような状況を打破しようと模索するうちに、地域の高齢者を地域全体

で見守ろうとするネットワークの構築に至ったという。

こうして始まった、おおた高齢者見守りネットワーク(通称:みま〜も)は、高齢者の見守りを通じたまちづくりを目指している。主な活動には、住民向けの「地域づくりセミナー」や、商店街の空き店舗を活用し地域住民の憩いの場づくりとしてのサロン事業「みま〜もステーション」、緊急時に高齢者の身元確認ができるように住所・氏名を番号化した「みま〜もキーホルダー」の作成などがある。みま〜もは法人格を取得しておらず、あくまでも任意団体である。そのため各種契約や口座の管理等は、代表者の名義にて行っているという。また運営の財源は、各種法人・団体からの協賛費用でまかなっている。現在は92の法人・団体が協賛団体として加盟している。

寄付者がお金を出さずだけでなく、活動に参加する仕組み

みま〜もの協賛団体は協賛金を出すだけにとどまらない。年に一度は「地域づくりセミナー」のオーナー役を担当したり、「みま〜もステーション」にスタッフとして参加したりするなど、各種イベントにも企画段階から協力を求めている。澤登氏は寄付者が活動に参加できる場所にポイントがあると話す。「法人が会員として参加することで、その社員・職員は自らの業務として

V ケーススタディ

4. 東京都大田区「おおた高齢者見守りネットワーク みま〜も」

ネットワークに関わることができる。ボランティアに頼るだけでは持続可能な仕組みは実現できない。また近年では個人のサポーターも募集している。こちらはあえて申込用紙に記入し、年会費を払ってもらうことで、主体性を高めることを目的としている。

「みま〜も」を支える二つのネットワーク

みま〜もは二つのネットワークによって見守りネットワークを構成している。一つは「支援のネットワーク」である。これはまさに地域包括ケアシステムそのものであり、医療・介護・保健・福祉などの専門職による包括的かつ継続的な支援のための専門職人材のつながりの構築である。もう一つは「気づきのネットワーク」だ。これは、地域住民の普段のつながりの中で、あくまでもさりげなく、高齢者の異変に気づき、「支援のネットワーク」につなげるようにするためのつながりを形成することである。友人やご近所同士、町内会、老人会、

商店街や金融機関などのサービス業に従事する人々が「気づきのネットワーク」の構成員である。当事者の個人の変化は、その人と昔からの関係がなければ気づくことはできない。そして、その気づきを専門職の支援につなげて、初めて持続的な支援が可能になる。支援と気づきの二つのネットワークを連携させてこそ、住民と専門職が主体的に関わる支援の輪が構築される。

認知症も地域のネットワークの中で

みま〜もでは現時点で、認知症に特化した取り組みをしていない。それは認知症に伴う問題の解決の前提として、地域づくりがあるからだという。専門職が突然地域住民の中に入り込み認知機能検査などをしようとしても、ほとんどの人は受診の勧めに応じない可能性がある。認知症に対しても「気づきのネットワーク」がまず重要である。構築してきたネットワークの中で、周囲が変化に気づき、専門職へつなぐことで、早期の診断やケアを始めることができる。そして認知症と診断されても、専門職のサポートを受けながら暮らすことができる。日本の高齢化は、認知症だけではなく、孤立高齢者の問題なども含め、さまざまな問題が複雑に絡みあう。このような状況の中で、高齢者を包括するネットワークの構築は、個々の問題に対して、地域づくりという観点から包括的に対応することを目指している。

誰かに見守られている、支えられているという安心感を作り出す

私たちは認知症に関する政策を考える時、認知症だけに焦点を当てがちである。しかし広い視野で見れば、認知症に伴う課題は、広く地域社会の機能で解決できるものが多い。その一つが異変に「気づく」ということである。みま〜もは表向きには高齢者に限定し

V ケーススタディ

4. 東京都大田区「おおた高齢者見守りネットワーク みま〜も」



サロンで提供される昼食(1食:500円)
写真:みま〜も



澤登氏と地域包括支援センター職員、協賛団体・ボランティアの地域住民の皆さん
写真:みま〜も

たネットワークであるが、こうした地域のネットワークが見守る対象は、子どもから高齢者までが対象となる。これまでは国や自治体によるトップダウン型の地域づくりが進められてきたが、これからは、さまざまな関係者や団体が主体的に参加できるような地域づく

りが必要だ。地域の大切な資源である住民や法人・団体の「主体性」によって生み出されるネットワークこそが、認知症になっても安心して暮らせる地域の基盤となる。誰かに見守られている、支えられているという安心感は、暮らしの中で何よりも大切なものである。

参考文献

58)平成27年国勢調査「人口等基本集計」より「大田区の概要【人口・世帯】」
https://www.city.ota.tokyo.jp/kuseijoho/suuji/toukei_chousa/kokusei_chousa/27jinnkoutoukihonshukei.files/otakunogaiyou.pdf

5. きずなや

～地域の困りごとを解決する 若年性認知症支援の場～

若野 達也氏

一般社団法人SPSラボ

若年認知症サポートセンター「きずなや」代表理事
全国若年認知症家族会・支援者連絡協議会
事務局次長

若年性認知症の問題は高齢者の認知症問題同様、大きな課題を抱えている。若年性認知症とは一般的に高齢者とされる65歳に満たない年齢で認知症と診断された場合を指している。2009年に行われた調査⁵⁹⁾では、日本における若年性認知症の人の数は37,800人と想定されている。奈良県で若年認知症サポートセンターを運営する若野達也氏に、その取り組みについて聞いた。

きずなや設立の狙いー若年性認知症の当事者と家族のための場所

一般社団法人SPSラボ若年認知症サポートセンターきずなやは、奈良県で2009年4月に、若年性認知症の当事者と家族のための居場所と働く場所を提供することを目的として設立された。会員は認知症の当事者とその家族および支援者(個人・企業)から構成されている。2010年に若年性認知症サロンを開設。当初から地方行政(奈良県)にも積極的に働きかけ、県主体の若年性認知症実態調査や講演会などを実現させてきた。

設立初期のきずなやは、若年性認知症の人の困りご

とをいかに解決するかという視点を軸に活動し、働く場の提供、地域内での居場所づくり、周囲の若年性認知症理解促進を目指したさまざまな活動を行っていた。しかし、これらの活動を通じて、若年性認知症当事者の社会参画意欲がいくら強くても、地域社会の中にその発揮場所がないという厳しい現実が浮き彫りとなってきた。そこで2014年4月より、地域社会の困りごと解決に認知症当事者が一緒になって取り組むことで、その働く場所や居場所自体を作り出すという考え方に転換。法人格も取得した。

きずなやの現在の活動内容としてまず、多様な重症度の若年性認知症の人と家族のために提供している、若年性認知症の人の相談支援・当事者会等の居場所づくりがある。そして、地域課題の解決を通じた認知症当事者の就労支援として、①農村・漁村等のネットワークを生かした食のプロジェクト、②観光資源を活用した情報発信、③大和橋・大和当帰(トウキ)の栽培等一を行っている。これら3つのプロジェクトの活動テーマは、すべて地域住民の声から生まれたものである。きずなやのメンバーが、青年会や自治会が行う交流の場に出向いて地域住民の声を集め、犬の糞害問題、学童保育における預かり時間の問題、農家の後継者問題など、さまざまな地域の困りごとを把握するところからスタートした。

浮かび上がった地域の困りごとに対する解決策を編

み出すために若野氏は、行政や企業、医療介護職、地域住民等、領域や立場の違いを超えた人を集めて課題解決のアイデアを出し合う「場」を設定。そこで出たアイデアを中心に取り組みを開始した。例えば前述の「③大和橋・大和当帰(トウキ)の栽培等」は、奈良時代から続く神木「大和橋」の復活を目指す地域プロジェクトにおいて、担い手の高齢化が進み、事業維持が難しくなるという地域の「困りごと」に対処するため始まった。認知症当事者を含む地域住民がきずなやに集まり、育成事業を担当している。本活動は、日本生命財団から評価されて助成を受け、認知症当事者に労働対価を支払うことができています。

若野氏によると、「若年性認知症の支援が抱える問題には、これから起こる高齢者認知症の課題が凝縮されている」という。団塊世代の高齢化や、認知症診断の早期化が進めば、若年性認知症の当事者同様、従来のデイサービスのような「お世話される」支援には、全くなじまない人たちが増えてくるという指摘だ。きずなやの活動のように、認知症当事者が地域住民として重要な役割を果たす、生きがい創出につながる支援こそ、あるべき姿だと考えている。

つなぐ仕組み、確立を一若年性認知症支援コーディネーターの必要性

若年性認知症における早期発見・早期診断について、若野氏は「早く診断を受け、早く適切な支援につながることであれば予後は良くなる。しかし現実には、発見から支援までを担う点がバラバラで、つながっていない」と問題点を指摘する。発覚時に当事者が働いていることの多い若年性認知症は、職場でその兆候が表れるため、高齢者の認知症に比べて気づき自体は早い傾向にある。一方で、せっかく医療機関で診断を受けても、その先の相談場所や支援の場は数



大和橋の剪定作業を終えて (2017年2月、奈良市内)
写真:きずなや

が極めて少なく、医療機関や地域包括支援センター等の専門職が把握する情報も乏しいため、何の相談相手にもつながれずに当事者・家族が孤立するケースが多いという。対策として若野氏は、当事者・家族が困らないように情報ハブとなる「若年性認知症支援コーディネーター」の各県一人の配置や、かかりつけ医が若年性認知症の当事者に適切な相談窓口を紹介できるようにするための情報提供を望んでいる。

若野氏は、診断前後から支援までをよりスムーズにする対策のほか、認知症診断に対する恐怖感への対応の必要性も指摘する。若年性認知症においても、診断



認知症の世界を体感する「VR認知症」の講習会（2017年3月、奈良市のきずなや）
写真：きずなや

への恐怖は医療機関受診の心理的な壁として存在する。早期発見・早期診断を促進するためには、認知症の人もそうでない人も気軽に訪れることができ、相談のハードルが低いきずなやのような場が、各地に増えるべきだと考えている。

若年性認知症を早期発見・早期診断し、いち早く適切な支援・居場所へとつなげられる仕組みを整えば、当事者は地域住民として普段通りに生活することが可能になってくる。当事者の持つ「強みや経歴(バックグラウンド)」を生かした活動は、当事者自身に満足感や自信をもたらし、生活の質向上も期待できるだろう。

さらに若野氏は「認知症の早期発見・早期診断を推進し、多くの当事者の声を聞くことは、進行後までを含めた認知症支援全体のあり方を将来的に見直していくことへつながる」というビジョンを語った。当事者が本当に望む支援を、当事者の声から形作ることが可能な時代へ、変化が始まろうとしている。

きずなやが挑む若年性認知症の課題は、認知症全体に通じる課題であり、社会全体が間もなく直面する問題である。認知症支援だけにとらわれない「住みやすい地域づくり」という視点から、新しいロールモデルが今後も生まれることが期待される。

参考文献

59) 厚生労働省(2009)「若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要および厚生労働省の若年性認知症対策について」
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0319-2.html>

6. 「RUN TOMO-RROW (愛称・RUN伴＝ランとも)」

～つなぐがキーワード。地域、組織を超えた新たな「場」の構築～

井出 訓氏(Satoshi IDE, ND)
放送大学教授(Open University of Japan, Professor)
NPO法人認知症フレンドシップクラブ 理事長
(NPO Dementia Friendship Club, President)
看護学博士(ND:Doctor of Nursing)

徳田雄人氏(Takehito TOKUDA)
NPO法人認知症フレンドシップクラブ 理事
(NPO Dementia Friendship Club, Board Member)

RUN伴(ランとも)の目的と取り組み

NPO法人「認知症フレンドシップクラブ」は、「全国の町を、認知症になっても安心して暮らせる町にしよう」という目的を掲げ、2007年札幌で活動をスタートした。同クラブは、「やりたいこと」を支援する友人ボランティア「フレンドシップサポーター」や、安心して利用できるお店や場所「フレンドシップスポット」の紹介などの活動を実施しており、現在は全国展開している。同クラブが開催し、今や全国的な啓発イベントとなった「RUN TOMO-RROW(愛称・RUN伴＝ランとも)」は、認知症当事者を含む参加者が一つのたすきをつないで、スタート地から目的地までを走破するというもの。認知症の人もそうでない人も、同じ目線で、ともに一つの目標を達成するという理念を体現する啓発ラリーである。2011年の初回大会は171人が参加し、函館から札幌までの300キロをつないだ。毎年規模を拡大し、2016年には北海道から沖縄まで約6,500キロ、初の日本列島縦断を果たした。参加者は想定約1

万1千人に上ったという。

ボトムアップ型の啓発活動で、地域を育てる

「RUN伴はボトムアップ型の活動」と、同クラブ理事長の井出訓氏は言う。国などが行うトップダウン型の啓発には即効性がある反面、単体では地域に根付きにくく、活動そのものの継続性も資金助成の終了などに左右されがちだ。一方で、「認知症になっても安心して暮らせる」を目指すには、まちづくりの視点が欠かせない。RUN伴はトップダウン型とは逆に、各地の地域ネットワークがゆっくと積み上がることで、全国に広がってきた。地域の育成がベースにあるから、活動は地域に根差し、自発的に継続・発展していきけるという。

啓発イベントであるRUN伴が育む地域ネットワークとは何だろうか。RUN伴は、各開催地の介護施設、医療機関、企業、同クラブ事務局などが協力して運営する。これら地域社会のプレーヤーが同じテーブルに着くことで、これまで交わらなかった異業種や所属の違う人たちが出会い、連携や情報交換の下地が作られる。RUN伴に携わる一般の市民には、認知症に関心を持ち、認知症とまちづくりを考えるきっかけがもたらされる。井出氏は「認知症の人や家族を孤立させずに適切な医療や福祉につなぎ、当事者や家族を守れるセーフティーネットが張られた地域を作ることこそ重要」と語る。そして、認知症になっても安心のまちづくりに必須となる地域力の強化に、RUN伴のような活動

V ケーススタディ

6. 「RUN TOMO-RROW(愛称・RUN伴=ランとも)」



写真:RUN伴

が貢献していけると考えている。

新しい認知症啓発の形—リアルな新しい認知症当事者のストーリーを身近に

これからの認知症啓発について、同クラブ東京事務局代表の徳田雄人氏からは、「身近でリアルな、新しい認知症のストーリーに触れることが重要」という答えが返ってきた。映画にもなった有吉佐和子氏の小説「恍惚の人」をはじめ、介護に関するさまざまな報道等によって固定化した認知症の負のイメージは、まだ根強く残っている。認知症について語られるストーリーは、ごく最近まで本人のものではなかった。また、当事者のエピソードがあったとしても、それは特別な「美談」や例外的な「奇跡の人」のような扱いで、認知症当事者として生き生き暮らすことが、身近に起こる現実的な出来事とは受け取られてこなかった。

しかし近年、認知症に関して伝えられる情報の内容

は、本人主役へと変化してきている。これは、自分らしく自立した当事者たちが声を上げ始めたからだろう。そして、このようなイメージ転換の流れを次の段階に推し進めるために必要なのが、徳田氏の言う「身近・リアル」な情報の伝え方。テレビや書籍などメディア経由の発信だけでなく、日常に近い場所から当事者の話に接する機会を増やすことで、新しい認知症当事者像をごく普通のこととして感じてもらいたいという。徳田氏は「地域の中や会社の中など、認知症当事者の話を聞く場が多種多様に用意されていくべきだ」と考える。そして、認知症に対する見方を変えるため、小規模な認知症啓発の場が全国各地に広がることを期待している。

子どもから高齢者まで多くの一般市民も参加するRUN伴も、身近に認知症体験の場を提供する一つの好例といえる。井出氏は「認知症の方が見せる生き生きと楽しそうな笑顔を、参加した子どもたちが見てい

V ケーススタディ

6. 「RUN TOMO-RROW(愛称・RUN伴=ランとも)」

る。この体験には、認知症のイメージを変える力がある」とその意義を語る。大人数の前で講演に立つ一部の当事者の力は大きいですが、地域の中で生き生きと過ごす当事者一人ひとりの姿にも、身近な地域に変化を起こす力がありそうだ。

認知症の早期発見・早期診断を促進するには、「認知症の人がどう暮らしているのか」「認知症の人を社会がどう受け止めているか」の二点において、希望の持てるストーリーの浸透が必要だと両氏は指摘する。当

事者の居場所確保や医療福祉の連携確保など各種課題の解決によって、認知症当事者をやさしく受け止める地域社会があるという希望を持ってなければ、早期診断も、認知症のイメージ転換も図られないという指摘である。「遠回りだと思えても、認知症診断後の先行きに希望が持てることが重要」(井出氏)というように、早期診断の観点からも、認知症当事者になっても安心して暮らせるまちづくりをさらに推進していくことが、やはり欠かせない。



認知症のご本人と地域の人と一緒にタスキリレー(2015年9月 静岡県・富士宮市)
写真:RUN伴

7. DAYS BLG!

～認知症になっても働ける 社会の中で明確な生きがい～

前田 隆行氏 (Takayuki Maeda)
NPO町田市つながりの開 理事長
(Machida City Connecting Living with Dementia Association, The chief director)

奥澤 慎一氏 (Shinichi Okuzawa) 仮名
DAYS BLG! メンバー (DAYS BLG!, Member)

従来のデイサービスの枠組みを超えて —受益者から社会を支える一員として

次世代型デイサービス施設「DAYS BLG!」(東京都・町田市)は2012年8月に設置された認知症当事者のためのデイサービス事業所である。「次世代型」と名の付く通り、既存の介護保険サービスの概念を変える活動を展開し、全国的に注目されてきた。

DAYS BLG!では、認知症の当事者が社会とつながり、地域で役割を果たす活動を重視している。自動車販売店での洗車など、一般企業と連携して仕事を引き受け、当事者が労働を提供して対価を得る。学童保育所で認知症について教える先生役も、当事者自らが担う。そこには、デイサービスの受益者ではなく、社会的役割を果たす社会の一員としての認知症当事者の姿がある。

だからここでは、サービスを受ける側・提供する側と区別せず、DAYS BLG!に集う全員を「メンバー」と呼ぶ。メンバーは主体的に自身の過ごし方を選択し、サービ

スを押し付けられる立場ではない。自分のことは自分で選択できるという生活、働き・稼ぎ・社会貢献したいという願望、これらを実現する「次世代型」のやり方が、認知症の進行予防や生活機能の維持向上に成果をもたらしているという。

認知症診断後の「空白期間」をなくそう —地域社会で作る入口と出口の戦略

認知症の当事者の立場にたった時、認知症を早期発見・早期診断する意義とは何だろうか。DAYS BLG!を運営するNPO法人「町田市つながりの開」理事長の前田隆行氏は「早く正しい診断を受け、どう変化していくかを理解したほうがご本人にとって良い結果を生むことが多い。(原因疾患の)診断で適切な対処法も当然変わる」「早く適切な支援の場につながるほうが、認知症の進行防止にも良い」と解説する。

しかし、これら早期発見・早期診断のメリットが損なわれる要因に、認知症診断後に訪れる「空白期間」の問題がある。空白期間とは、初期の認知症や若年性認知症と診断された人が陥る、従来の「介護」の枠内で有用な社会的サポート資源が整備されていない期間を指す⁶⁰⁾。医療—福祉の連携も乏しく、情報も居場所もないままに孤立して自宅に閉じこもり、その間に認知症が急速に進行するケースが珍しくないという。DAYS BLG!メンバーで、前頭側頭型認知症

(FTD:Frontotemporal Dementia)当事者の奥澤氏は「診断しっぱなしでは、ただ絶望の中に突き落とされるだけ。医師に告知だけされて放り出される本人と家族のことをフォローする仕組みがあるべきだ」と、問題の深刻さを指摘する。

この空白期間を短縮するために、前田氏がまず指摘するのは「出口」支援充実の必要性だ。初期認知症や若年性認知症の当事者が診断後、「空白」から抜け出すきっかけを与える居場所や支援の整備が急がれる。そのリソースとなりうるのは、認知症カフェや若年性認知症コーディネーター、認知症地域推進員などであり、欠かしてはならない視点は「当事者が行きたい場所、やりたい活動であること」(前田氏)。働きたいという当事者の希望を実現するDAYS BLG!も、空白期間を抜け出た後の当事者を支える、まだ日本では数少ない理想的な「出口」の姿だろう。奥澤氏も「認知症になっても自分らしく活躍し続けられる場があることが、

『早期診断＝早期絶望』の現状を打開するサポートになる」と実感を込めた。

出口があれば、「入口」もある。空白期間への「入口」、つまり現役世代でいえば診断を受けた当事者が会社から解雇され、社会から断絶されてしまう現状。これを変えようと、前田氏は新たな取り組みの実現に向け動き始めている。取り組みとは、企業に対し「就労継続シミュレーションプラン」の整備を促そうというもの。社員が認知症になった場合に、職種や所属を調整しながらも、どのように雇用を一定期間継続するかを想定しておく。「認知症と診断された同僚が、次の日から会社にはいない。そんな社会では認知症に対する絶望的なイメージは変わらない」と前田氏。プランにより、認知症になっても社会での居場所を突如奪われることはないと示され、どう生きていけばよいか見通せるようになれば、認知症自体に対する社会的なイメージにも好影響を及ぼすと考えている。



DAYS BLG!メンバー集合写真(2016年5月)
写真: DAYS BLG!

V ケーススタディ

7. DAYS BLG!



駄菓子屋に集まる子どもと見守る店長(2016年2月頃)
写真:DAYS BLG!

足元から、認知症のイメージを変える

早期診断の重要性は前述の通りだが、多くのタイプで根治治療のない認知症において、一般の人が早期診断のメリットを理解することが難しいのも事実。診断を恐れる気持ちがメリットを上回り医療機関に向かう足が遠のく、これが早期診断を阻む大きな障壁として存在する。前田氏は、入口と出口それぞれの支援が充実し、当事者が苦む空白期間が解消されてはじめて、世間一般の人が抱く認知症のイメージも変わり、早期診断が促進されると考えている。

DAYS BLG!のメンバーは、自身の姿を意欲的に発信する。働き、地域貢献する日々の活動自体、これまで私たちが想像もしてこなかった新しい認知症当事者像の地域住民に対する提示である。DAYS BLG!の活動が「まちづくり」とも表現される理由は、ここにある。町田市では、定期的に行われる当事者と市民の交流イベントを通じ、参加者の認知症早期診断へつながっ

た事例も出始めたという。生き生きと活躍する認知症当事者が増えていける地域では、おのずと早期診断の障壁も低くなっていく。そんな好循環がみえてくるようだ。

早期発見・早期診断の重要性は、認知症当事者や当事者を支援する人たちの間でも、次第に理解されつつある。しかし、早期診断の恩恵を誰もが享受できる社会となるためには、まだ多くの課題が残されている。自身の体験を発信することについて、奥澤氏は「認知症の支援には本人視点がない。わかってもらうために、自分たちの声が必要だと思っている」と嘯みしめるように語った。さまざまな思いを胸に声を上げる認知症当事者の勇気に、社会が真摯にこたえていく必要性がある。そして彼らの姿に、多くの人の意識を「認知症と診断されることは、決して絶望ではない」に変えていく、力強い原動力をみた。

V ケーススタディ

7. DAYS BLG!



HONDA CARS 東京中央ショールームでの洗車(2016年2月頃)
写真:DAYS BLG!

参考文献

60) 参考:日本認知症ワーキンググループ設立趣意書(2014年10月11日)より

VI

インタビュー

前田 潔 先生

神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 特命教授、
神戸大学 名誉教授、神戸市認知症対策監、関西健康・
医療創生会議・第4分科会長

「多職種が一緒になって働くことで、患者さんにできることの幅が広がると感じ、次第に地域医療や政策の分野に入り込むようになりました。」

VI インタビュー

多職種連携による患者と 家族の生活の質の さらなる向上を目指して

認知症を取り巻く課題は今や医療の枠を超え、介護や保健・福祉の領域はもちろん、社会全体を巻き込む課題となっています。先生は精神科の医師として、また、近年では神戸市において政策的側面からも認知症の課題解決に取り組んでいらっしゃいます。まずはご自身の認知症との関わりについて教えてください。

医学部を卒業した後、専門分野として精神科を選んだのは、学生の時に接した医師の中で、精神科の先生が一番やさしい人が多いと感じたからです。精神科の中でも、それぞれ専門性はあるのですが、私はもともと高齢者に対する思い入れがあり、専門領域として高齢者医療に関心がありました。私が医師として勤務するうちに高齢化はどんどん進み、この分野の重要性を日々感じていました。そのような中、検察官としてロッキード事件などを担当した堀田力さんが、法務省を退官後、認知症の人の終末期に関する問題を解決したいと「公益財団法人さわやか福祉財団⁶¹⁾」を設立しました。私はこの話に強い感銘を受けました。当時はまだ高齢化率⁶²⁾は14%前後で、日本はようやく「高齢社会」に突入する頃でした。堀田さんの本を読んだ時に、「今はまだ多くの人にとって他人事だけど、認知症の終末期は大変なのだ」ということを感じ、この分野に医師として貢献したいと思いました。これが私が認知症を専門でやっていこうと決めたきっかけです。

神戸大学病院に勤務していた時、大学教授として診療科の責任者として働いていたため、非常に多忙な毎日でした。日本独特の慣習なのかもしれませんが、診療のみならず勤務先の関連病院の人事に関する業務も自分が担うべき仕事の一つでした。病院内、診療科、医局の関連病院についてなど、その仕事は多岐にわたりました。こういったマネジメント以外では、とにかく日々、来る患者さんを診ることが仕事です。当時、大学病院が自ら地域医療の中で積極的に役割を果たそうとすることはほとんどなかったため、大学病院の外でどのようなことが起こっているのかなど、地域医療の現場の様子はあまり知りませんでした。

神戸大学病院を辞めた後、2012年度に神戸市から認知症初期集中支援チームの設置推進⁶³⁾を手伝ってほしいと声をかけていただきました。準備期間を経て、神戸市では認知症初期集中支援チームの設置は2013年に開始されました。正直なところ、当初は事業に対する簡単なアドバイスという程度の気持ちで気軽に「いいですよ」と返事をしました。しかし、せっかくならば、それぞれの取り組みをしっかりとみてみたいという気持ちが高まり、同チームの会合などさまざまな場面に参加するようになりました。

ずっと大学病院の中で診療を中心に認知症に携わってきた自分にとって、保健師や、看護師、社会福祉士などが一人の患者さんに対して地域でどのように支

VI インタビュー

援をするのかをディスカッションしているのを見るのはとても新鮮でした。多職種の方々それぞれが誇りと専門性を持って連携して働く面白さに気づかされました。多職種が一緒になって働くことで、患者さんにできることの幅が広がると感じ、次第に地域医療や政策の分野に入り込むようになりました。

先生が感じる多職種連携の面白さとは具体的にどのようなものですか。

私がそれまで働いてきた大学病院は、多職種といっても、主に医師と看護師との関係で、保健師、作業療法士や社会福祉士など他の職種との関係は希薄でした。しかし、私が参加した初期集中支援チームでは、職種の違いを超えて、それぞれの専門性を生かし、一つのケースに対してさまざまな知恵を絞っていました。例えば、医師、看護師、保健師、介護福祉士、社会福祉士など医療従事者が、それぞれの専門性を最大限に発揮して患者や家族をサポートしています。他の職種をリスペクトしながら、自分の専門性を生かして、連携している協働プロセスが自分にとってはとても斬新で、これからの認知症ケアには必要不可欠なものだと強く感じました。

認知症の課題は、認知機能レベルの低下により、社会生活が難しくなることです。認知症が進行すると、人によっては日常生活の何らかの部分に支障が出てくることもあります。そのため、私たち医師の仕事も認知症の診断だけでなく、患者の生活支援につながらなければ、本当に患者のためになったとは言えません。つまり、認知症の分野においては、「診断する」や「治す」という従来医師に期待されてきたことを超えて、患者の生活をケアすることも求められています。これが認知症の特徴だと私は思います。だからこそ、医師や看護師だけでは対応できない課題があり、その

解決に向けて関係する専門職全員が連携して取り組んでいくことが重要なのです。昨今では、認知症治療薬が開発されていないことだけが大きな問題のように捉えられる傾向にありますが、治療薬が開発された後も「認知症の人が日々の生活の中で抱える課題を誰が支援するのか」という問題は残ります。そういった意味で、今から、患者や家族の生活のサポートまでを視野に入れて多職種が連携することがとても大切なのです。

先生は、長年認知症の分野でお仕事をされていますが、認知症に対する社会の意識について変化は感じますか。

2004年に「痴呆症」から「認知症」と、呼称の変更⁶⁴がされて以降、認知症への差別、偏見は減っているように思います。もちろん、認知症という病気自体の内容は変わらないので、未だに差別、偏見は存在しているというのが正直なところではないでしょうか。

差別や偏見をなくすためには、「何年後に自分も認知症になるかもしれない」「誰もが認知症になる可能性があるのだ」ということを意識し始めることが必要です。近い将来、平均寿命は90歳になると言われています。85歳を超えると、認知症になる割合は45%以上⁶⁵とも言われています。認知症を含め、身体的、精神的な機能が衰えてくることは、85歳を超えればすべての人に共通する課題です。高齢になるとともにすべての人々の認知機能が低下する中で、その延長線上にある疾患の一つが「認知症」であるという共通認識の普及が必要です。要するに「自分もいずれは認知症になる」ということを各自が意識する社会にしなければいけません。そうすることによって、一人ひとりが認知症について知ろうとするでしょうし、実際に自分が認知症になった時に受け入れることができるようになるはずで

VI インタビュー

た、認知症に対する理解を深めることで、自分の周囲に認知症の人がいた時に、彼らを支援することもできると思います。

若年性の認知症は特に、医師としても介入のハードルが高い時があります。だからこそ、介護保険制度やその他自治体の資源をまずは医師がしっかりと把握し、診断だけでなく、その人のQOL (Quality of Life=生活の質)を維持すべく支援する必要があると思います。

医療従事者の認知症に対する意識についてどのように感じますか。

かつては医師の中でも、認知症の患者さんはケアが大変なので診療したくないとか、入院中にトラブルが起きたら早く退院手続きをして通院に切り替えるという考えを持っている人もいました。しかし、今では「認知症だから受け入れない」ということは実際問題難しくなっています。認知症患者の絶対数が多くなってきたこともあり、認知症患者に対応することが、医療従事者の中でも当たり前になってきています。国は、政策として医師・看護師の認知症への対応について研修会を始めており⁶⁶、最近では各地で行われるようになりました。このような研修会を受け入れる病院の数も、参加する医

療従事者の数も増えてきているように感じます。そういった意味では、医療従事者や病院の認知症に対する意識は、徐々に変わってきていると感じています。

これは、最近あったケースですが、50代で社会的にも活躍されている方が、ある大病院でレビー小体型認知症⁶⁷と診断されました。診断後、大病院の医師からは「これからはいつも診てもらっているかかりつけ医の先生を受診してください」と言われたそうです。しかし、実際、この方のかかりつけの医師は認知症専門医⁶⁸ではありませんでした。そのため、病気に対する医学的な対応や今後の生活に向けたアドバイスもなく、その結果として診断後に適切な支援を受けることができずにいました。困った挙句、彼と奥さんは私を訪ねてきたのです。

普段私の患者さんには、認知症と診断された時には介護保険制度⁶⁹を利用するように勧めています。けれども、この方はまだ60歳未満ということもあり、本人としては介護保険を利用することに抵抗があるようでした。自分が介護サービスの利用が必要な状態であると受け入れることができなかったのでしょう。しかし、彼の奥さんは介護に伴う負担がどんどん大きくなるに従い精神的にも追い詰められました。家の中では喧嘩も増えてきたことから、私に助けを求めていました。私は奥さんのことも念頭に置きつつ、彼に対して「自分ができないことを人に手伝ってもらおうこと」を受け入れていくように伝えました。そうすることによって、自分自身の生き方に新たな生きがいを見つけることができるのではと思ったのです。認知症になったからといってひきこもりがちになるのではなく、認知症であることを前向きに捉え、介護保険サービスを積極的に利用して外に出る機会を増やし、さまざまなことに挑戦してみるのが大切だと考え、その思いを伝えました。しかし、本人はそれでも介護保険を利用することに抵抗していました。

VI インタビュー

私の病院では長期間患者さんを診ることができず、また彼の病気は自分の専門外だったので、神経内科の医師に紹介しました。また、日常生活においては、体を動かしやすくすることから始めてもらうことにしました。奥さんには「認知症の人と家族の会」⁷⁰⁾に入ることを勧めました。彼の年齢での認知症は、若年性認知症⁷¹⁾の部類に入るので、若年性認知症の本人や家族、支援者が集まり悩み事の相談や意見交換を行う交流会を紹介し、参加してもらうようにしました。そこでは、介護者同士の情報交換や交流が行われています。まだまだ支援の余地はあるものの、本人も奥さんも、このような家族の会に入ることですまざまなサポートを得て、それぞれのQOLが徐々に改善しているように思います。

この方の事例からもわかるように、認知症については「診断して終わり」の時代ではもうありません。若年性の認知症は特に、医師としても介入のハードルが高い時があります。だからこそ、介護保険制度やその他自治体の資源をまずは医師がしっかりと把握し、診断だけでなく、その人のQOL(Quality of Life=生活の質)を維持すべく支援する必要があると思います。

医療従事者がより積極的に認知症を考えるために、何が必要だと思われますか。

私は、スコットランドにあるリンクワーカーの制度⁷²⁾のように、診断後から家族と当事者をサポートするという形がベストだと考えています。私たち医師は認知症の症状が初期段階の患者には、薬を処方することができません。そのため、医師が不親切、または何もしてくれないと感じてしまう患者やご家族の方がいらっしゃるのも事実です。医療でも地域包括支援センター⁷³⁾でもサポートをすることができない軽度の認知症の人向けのサポート制度が必要だと思います。

その点、私が拠点としている神戸市はうまく医療従事者を巻き込みながら取り組みを進めていると感じています。地域包括支援センター(神戸市では「あんしんすこやかセンター」⁷⁴⁾という呼称)は、全部で市内に77か所設置されています。現在の保健福祉局長が医療産業を誘致する「医療産業都市構想」に長い間携わってきてネットワークも豊富なため、神戸市の認知症施策においては専門医を積極的に巻き込んで進める



VI インタビュー

ことができています。また、全体的にみても、神戸市内は他の地域に比べて認知症の専門医が多く、自治体への協力者も多い印象を持っています。効果的な医療政策を推進していく上で、専門医の協力は必要だと神戸市も強く実感しています。認知症施策の推進に専門医をこれほどまでに巻き込んでいる自治体は、神戸市の他にはあまりないと感じています。

今年(2017年)の春からも、私が、神戸大学精神科教室時代に指導した医師が認知症対策専門の市職員として入職する予定です。彼らのような人材が自治体に入ることで、より地域医療の連携が深まり、新たな施策を進めることができるのではないかと期待しています。他の自治体では、専門医と自治体がともに仕事をする環境がまだまだ整っていないという声をよく聞きます。私も大学病院に勤務していた時には、さまざまな取り組みをしようと試みましたが、大学だけでは講演会を開催する程度のことしかできませんでした。大学には専門知識がありますが、一般的に大学と自治体が一緒に仕事をすることは多くはありません。一方、自治体には人材も資金もあります。人的、経済的資源があるところに、専門知識を持っている人が加わっていけば、施策をスムーズに進めることができます。私は自治体と一緒に仕事をする機会があり、その面白さを実感しましたが、そのような機会は多くの医療従事者にとってまだまだ少ないのかもしれない。そういった意味で、今後は大学や医療の現場と、自治体とが交流できる機会を増やすのも大事だと考えています。

早期発見・診断に関する地域・社会での政策や事業を「社会的な治療薬」と称して、さまざまな取り組みが行われてきています。重要なことは、このような取り組みの効果検証をすることです。

認知症の早期発見・早期診断のエビデンスのレビューを当チームで行いました。医療従事者が早期発見・診断に積極的になれない理由として、「治療薬がない中で早く見つけても仕方ない」という懸念が大きな要素の一つとなっていますが、この点に関して、先生はどのようにお考えですか。

治療薬がない中で、早期発見・診断に関する地域・社会での政策や事業を「社会的な治療薬」と称して、さまざまな取り組みが行われてきています。重要なことは、このような取り組みの効果検証をすることです。自治体側からも「効果検証をしないと意味がない」というコメントを聞くようになってきました。医学・生物学では一般的に、効果検証の際にランダム化比較試験(RCT:Randomized Controlled Trial)⁷⁵⁾を行いますが、社会科学側面も持つ認知症施策においてもRCTの手法を用いて積極的に効果検証を行うべきだと考えています。莫大な予算を投入している公的事業も少なくありませんので、効果検証とそれに基づいたエビデンスの構築が急務です。

VI インタビュー

また、認知症診断後のサポートを充実させることも大切です。我々のところに来る患者は、軽度、初期の認知症の人が多いですが、そういう方の多くは要介護認定を受けられず、介護保険を利用できません。なぜなら介護保険制度は身体障害の程度を基準に設計されているので、精神疾患である認知症、特に軽度の患者は対象になりづらいためです。早期発見、診断が大切であると人々に理解してもらうためには、診断後の早期介入を充実させ、エビデンスに基づいた認知機能の改善を促すことが必要となってきます。認知症と診断された後、要介護認定も受けられず、さらには医療的介入、社会的ケア、サポートがなければ、それは「早期絶望」につながるだけだからです。

その他に、認知症の早期発見、早期診断に対するバリアはありますか。

世界共通かもしれませんが、認知症に対する偏見が人々の受診を遅らせていると思います。これは、日本だけではなく、他の先進国でも大なり小なりあると感じています。当事者が認知機能の低下を自覚した時に、一方的に人に依存するような存在になったり、人から軽んじられるようになるのではないかとこの恐れからくる抵抗感が強いのではと感じています。認知症に限らず他の疾患にもいえることですが、診断して初めて医療的・社会的な対応が可能になるので、まずは受診してもらうことが先決です。診断されれば、医療、介護に関わる専門職の人たちも介入しやすくなります。

認知症初期集中支援チーム^{76),77)}がスタートしたのは、こうしたバリアを克服するためでもあります。これは、自治体や地域から得た情報などを基に、医師、看護師、保健師、介護福祉士、社会福祉士などの専門職がその名の通り、チームを組んで認知症が疑われ

る人や、認知症の人を、適切な医療や介護につなぎ、支援する取り組みです。例えば、主にコメディカルと呼ばれる看護師や保健師、介護福祉士などが、医師の協力のもと、自ら認知症が疑われる人の家を訪問します。これにより、支援を必要とする本人や家族が自ら病院に行くのに比べてハードルが低く早期診断がよりスムーズに行われやすくなります。訪問を繰り返す中で本人のチームへの信頼を高め良好な関係を作った上で、病院での最終的な受診・診断を促します。時には、神戸市の場合、社会福祉協議会のメンバーの方が、当事者や家族と病院受診に同行することもあり、それは認知症の人にとっては心強い支援になっているようです。また、診断後も、医師、保健師、リハビリ職などの多職種が一つのチームを組んで当事者と家族をサポートします。とても良い取り組みが行われていると思いますが、この認知症初期集中支援チームの活動について市民の皆さんに存在が十分に伝わっていないので、まだまだ制度が生かし切れていないのが現状です。

早期発見・早期診断に関しては、当事者や家族の心理的なバリアももちろんですが、制度的な観点でもまだまだできることはたくさんあります。例えば、認知症の兆候がありながらも適切な医療・介護のサービスにつながっていない人や支援の流れから一度外れてしまった人を見つけ出すには、小さな自治体であれば全戸調査ができますが、神戸市の場合は規模も大きく、そうはいきません。現在は専門職同士のネットワークや各種公共機関などを通じて情報を得ているようです。将来的には、専門職同士がより情報を共有しやすくするための制度や仕組みづくりを充実させるのも、早期発見・診断につながる一つの大きなポイントだと思います。

VI インタビュー

神戸市では市長が掲げる「認知症の人にやさしいまちづくり条例」(案)⁷⁸⁾を中心に認知症施策が進んでいる印象を受けます。その経緯や現状、今後の方向性について教えてください。

自治体の施策は基本的に国の政策に基づいて行われています。自治体によってできることに差はありますが、神戸市は政令指定都市であり、人的資源と潤沢な財政資金に恵まれている自治体なので、国から要請のある事業はほとんど実施できているのではないのでしょうか。神戸市は他の自治体に比べて認知症対策に積極的に取り組んでいると、医師の立場からみて感じています。

私が神戸市に関わるようになったのは2012年度からです。その時はすでに早期発見、早期診断は国の施策の柱で、認知症の初期症状の人を早く見つけて医療、介護につなげていくという事業が中心になっていました。認知症の初期段階では、認知症の人も家族もなかなか認知症と気が付かず、受診が遅れがちです。また、日本の場合は、高齢者世帯の数が多く、高齢者のいる世帯の3分の1が独居世帯、3分の1が夫婦二人世帯⁷⁹⁾であることも認知症の初期症状の発見が遅れる大きな理由の一つです。

神戸市の「認知症の人にやさしいまちづくり条例」の制定は2017年度中を予定しています。2007年に線路に立ち入った認知症の人が列車にはねられて亡くなった事故⁸⁰⁾などの社会的背景もあり、認知症の人が事故を起こした際のサポート体制づくりなども重要なまちづくりのポイントです。認知症の人が安心して暮らせる地域を作ることに最終的なゴールを置いており、今年から有識者会議もスタートします。私も有識者会議のメンバーとして参加する予定です。神戸市は医療産業などを中心としてまちづくりを進める「医療産業都市」⁸¹⁾という考え方があり、また神戸ポートアイランドに集まっている医療関連産業の集積の影響もあって、そもそも医療に関わる取り組みに対して住民の理解があるのではないのでしょうか。診断薬、治療薬に関しても、ゆくゆくは製薬企業、また大学や研究機関が新薬開発のためにデータを共有し、効率的に治験を進めるネットワークを神戸市でも作っていきたくて考えています。神戸市の良いところは、地域医療やまちづくりの推進と臨床分野の研究開発の環境が整っており、市全体が認知症への取り組みに関して積極的なところだと思います。これからも後進の育成や医療従事者と地域をつなぐ役割を通じて、この分野に貢献していきたいと思っています。



略歴：前田 潔 (M.D., Ph.D.)

1971年、神戸大学医学部卒業。1976年、神戸大学大学院医学研究科修士・医学博士。1976～78年、米国シカゴ大学医学部マイケル・リース医療センター研究員。1983～88年、神戸大学講師・医学部附属病院。1986～87年、米国国立衛生研究所(NIH)客員研究員。1993～98年、兵庫県立高齢者脳機能センター副院長。1998～2010年、神戸大学大学院医学研究科教授。2006年～10年、神戸大学医学部附属病院副院長。2010年より神戸学院大学総合リハビリテーション学部教授。現在、神戸学院大学総合リハビリテーション学部特命教授、神戸大学名誉教授、神戸市認知症対策監、関西健康・医療創生会議・第4分科会長。

参考文献

- 61) 公益財団法人さわやか福祉財団ホームページ
<http://www.sawayakazaidan.or.jp/>
- 62) 高齢化率:総人口に対する65歳以上の割合を示した値。7%を超えると「高齢化社会」、14%を超えると「高齢社会」、21%以上になると「超高齢社会」と表現している。(平成28年版厚生労働白書 第1章「高齢化の状況」http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html)
- 63) 認知症初期集中支援チーム:複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的(約6か月間)に行い、自立生活のサポートをするチームをいう。(厚生労働省「認知症初期集中支援チームについて」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000035310.pdf>)
- 64) 厚生労働省は「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」を設置し、「痴呆」という用語が侮辱的な意味合いを含んでいることや、「痴呆」の実態を正確に表していないことが早期発見・早期診断等の取り組みの支障となっていることから呼称の検討を行った。同検討会は2004年12月に痴呆』に替わる呼称として「認知症」が最適とする報告書を取りまとめた。(厚生労働省「『痴呆』に替わる用語に関する検討会報告書」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html>)
- 65) 国立研究開発法人国立長寿医療研究センターもの忘れセンター「認知症ははじめの一步 第1章—1年齢層別の認知症有病率」
<http://www.ncgg.go.jp/monowasure/news/documents/0511-5.pdf>
- 66) 厚生労働省は新オレンジプランの「II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の項目の中で、「かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等」「歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上」「看護職員の認知症対応力向上」をそれぞれ掲げ、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の受講者数は累計60,000人、「認知症サポート医養成研修」の受講者数は累計5,000人を目指している。(厚生労働省「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)(概要)」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079008.pdf>)
- 67) レビー小体型認知症:認知症の一種。レビー小体型認知症(DLB)は、1976年、小阪憲司氏が最初に発見した病気で、近年、世界中で注目を集めるようになった。わが国では現在、約50万人の患者がおりと推計されている。(レビー小体型認知症家族を支える会「レビー小体型認知症とは?」http://www.dlbf.jp/about_dlb1.html)
- 68) 認知症専門医:各診療科に応じてその専門性を高めるために学会が組織されている。認知症分野の診療においても日本認知症学会など複数の学会が組織されており、学会ごとに一定の診療経験と知識を有する医師を認知症診療のスペシャリストとして認定している。ここではそれらの総称として「認知症専門医」と表記する。(日本認知症学会「日本認知症学会専門医制度」<http://dementia.umin.jp/specialist.html>)
- 69) 介護保険制度:日本の公的保険制度の一種。被保険者は65歳以上を第1号被保険者、40～64歳を第2号被保険者と分類し、第1号被保険者は原因を問わず、第2号被保険者は、加齢による病気が原因で介護や支援が必要になった場合に、要介護認定を受け、程度に応じた上限の下、サービスを受けることができる仕組み。(厚生労働省「介護保険とは」http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/201602kaigohokenntoha_2.pdf)
- 70) 認知症の人と家族の会
<http://www.alzheimer.or.jp/>
- 71) 若年性認知症:一般的に高齢者とされる65歳に満たない年齢で認知症と診断された場合を指している。(厚生労働省「若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要および厚生労働省の若年性認知症対策について」<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0319-2.html>)
- 72) リンクワーカー:スコットランド政府が始めた制度で、認知症と診断されると専門職であるリンクワーカーが認知症の人の生活支援や各種制度への橋渡し、さらには精神的なサポートも行う。(アルツハイマースコットランド:http://www.alzscot.org/services_and_support/recently-diagnosed)
- 73) 地域包括支援センター:地域の高齢者からの総合相談への対応、権利擁護や地域の支援体制づくり、介護予防に必要な援助などを行い、高齢者の保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援することを目的とし、地域包括ケア実現に向けた中核的な機関として市町村が設置している。(厚生労働省「地域包括ケアシステム 2. 地域包括支援センターについて」http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)
- 74) 神戸市「あんしんすこやかセンター」
<http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/ansuko-center/>
- 75) ランダム化比較試験:研究の対象者をランダムに二つのグループに分け(ランダム化)、一方には評価しようとしている治療や予防のための介入を行い(介入群)、もう片方には介入群と異なる治療(従来から行われている治療など)を行う(対照群)。一定期間後に病気の罹患率・死亡率、生存率などを比較し、介入の効果を検証する。例えば、特定のがんXの再発を予防する効果があるとされる薬剤について調べたい時には、従来の治療に加え薬剤を投与する介入群と、従来の治療のみを行う対照群の再発率を比較し、対照群に比べて介入群で再発率が低くなれば薬剤に効果があることが証明される。(国立がん研究センター がん情報サービス 用語集 「ランダム化比較試験/無作為化比較試験」http://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/randomized_controlled_trial.html)

参考文献

- 76) 厚生労働省「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の概念図」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/gainenzu.pdf>
- 77) 鷲見幸彦「認知症サポート医の役割」『医学のあゆみ』(2016)Vol.257 No.5 568-574
- 78) 神戸市「認知症の人にやさしいまちづくりの推進について」
<http://www.city.kobe.lg.jp/information/press/2017/01/20170125132001.html>
- 79) 内閣府「平成28年版高齢社会白書」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1_2_1.html
- 80) 2007年12月認知症の人が線路に立ち入り列車と衝突して鉄道会社に損害を与えたとして、その家族が鉄道会社に提訴された事件。なお、本件については2016年3月に最高裁判所において家族の監督義務を否定する判決が下された。(裁判所裁判例情報http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/714/085714_hanrei.pdf)
- 81) 神戸市「神戸医療産業都市」<http://www.city.kobe.lg.jp/information/project/iryo/>

VII

提言および結論

VII 提言および結論

このレポートでは早期発見・早期診断に関する学術文献のレビュー、キーオピニオンリーダーや専門家へのインタビュー、そして注目すべき日本のケーススタディの紹介を行いました。

我々からの提言は以下の通りです：

1. 認知症のケアと治療のゴールを再定義すること

我々のレビューの結果、早期発見と診断の障害の一つとして、医療従事者(特に医師)による治癒を目的とした治療がないことに関連した躊躇があることがわかりました。この懸念点を解決するために、専門家らが述べていたのが、認知症のケアと治療に関して、医療従事者の役割を「再定義」することです。例えば、医療従事者が認知症を治癒させることを役割とするならば、治療薬ができるまで彼らは何もできないという状態になってしまいます。その代わりに、医療従事者の役割および認知症ケアと治療のゴールを患者と介護者の生活の質を向上させることへとシフトさせることです。この新しい定義であれば、医療従事者や他の実務家も、できることがたくさんあることがわかると考えています。

2. コミュニティを基盤とした認知症予防、発見、ケア、サポートの重要性を広めること

1の提言に関連して、新しい認知症ケアとゴールを達成するためには、コミュニティを基盤としたケアとサポートを日本、および高齢化に直面している他の国々で広めることです。この考えを普及させることで、認知症に関して、社会的に支援する規範を広めることができるでしょう。

3. エビデンス(科学的根拠)に基づいて認知症の社会的な施策や早期発見・診断のプログラムを計画すること

上の規範を確立するために、社会的なプログラムに対してもエビデンスの考えを用いることが重要です。これには、政策やプログラムを組み立てる際に科学的根拠を生み出していくことと、データを使って政策やプログラムの評価をすることが含まれます。行動科学や他の公衆衛生の理論等に基づいてプログラムを設計し、効果検証を行うことは、早期発見・診断の分野でも重要です。また、コミュニティを基盤としたアプローチでは、公衆衛生的なエビデンスを出し、検証している点で、ケーススタディで紹介した武豊サロンプロジェクトがこれにあたります。このような効果検証が、将来のプログラムを開発する上でも重要です。

- 4. データや活動を共有するための仕組みを作ること** 研究者や関連機関が認知症分野の研究結果を共有するためのプラットフォームやデータベースづくりが必要です。3の提言でも紹介したようなエビデンスをシェアするためにも、このような仕組みづくりが必要です。また、これは医学的な研究のみではなく、公衆衛生の研究に関しても応用されるべきだと考えます。このようなプラットフォームは、認知症のような比較的新しい分野の活動や貢献を活性化させるためにも役にたつでしょう。高齢化研究のリーダーとして日本がこのような仕組みを作ることは意義があります。
- 5. 官民のパートナーシップを強化すること** 最後に、企業の巻き込みは、上で述べた提言を実行する上でも非常に重要です。企業の専門性やネットワークは、新しい活動を作ったり、プログラムを広範囲に普及させたり、官民のパートナーシップを作ったりする上で役に立ちます。日本では、すでに、多くの企業が認知症に関連した活動やプログラムを行っています。次のステップとしては、企業が研究者と手を組み、これらの活動やプログラムの効果検証を行い、一つ一つが行動や健康のアウトカム、そして費用の面でどのような効果やインパクトをもたらした(もたらす)のかを評価することです。このような効果検証を通して結果を可視化することは、公衆衛生的な利益だけでなく、企業のビジネスにとっても、プラスとなり、結果的に取り組み自体の持続可能性に貢献するものになるでしょう。

これらの提言はすべて関連しています。私たちは、認知症分野で活動する人々や組織がこれらの提言を考慮し、一緒に認知症にやさしい社会づくりに貢献していけることを望みます。

2017年10月
認知症の社会的処方箋
著者一同



付録

A 付録

謝辞

本レポートに登場いただいている黒川清先生、近藤克則先生、前田潔先生に加え、以下の方々には専門家インタビューとしてインタビューに応じていただきました。著者一同、感謝申し上げます。

お名前・ご所属先(あいうえお順)

市川 衛様

NHKディレクター

中村 卓也様

福岡市保健福祉局政策推進部長

尾島 俊之先生(MD, PhD)

浜松医科大学医学部健康社会医学講座 教授

木本 昌宏様

福岡市保健福祉局政策推進部政策推進課長

繁田 雅弘先生(MD, PhD)

東京慈恵会医科大学精神医学講座 主任教授

新美 芳樹先生(MD)

藤田保健衛生大学脳神経内科学助教、
元厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室
認知症対策専門官

著者・監修情報

監修

イチロー・カワチ (MD, PhD.)

John L. Loeb and Frances
Lehman Loeb Professor
of Social Epidemiology
Chair, Department of
Social and Behavioral
Sciences, Harvard T.H. Chan
School of Public Health

Kasisomayajula Viswanath (PhD.)

Lee Kum Kee Professor of
Health Communication,
Department of Social
and Behavioral Sciences,
Harvard T.H. Chan School
of Public Health and in
the McGraw-Patterson
Center for Population
Sciences at the Dana-Farber
Cancer Institute (DFCI)
Faculty Director, Health
Communication Core,
Dana-Farber/Harvard
Cancer Center (DF/HCC).

近藤 尚己 (MD, PhD.)

東京大学大学院医学系研究科
准教授(保健社会行動学分野、
健康教育・社会学分野主任)

A 付録

著者

日本医療政策機構

小野崎 耕平(MSc) 日本医療政策機構 理事

乗竹 亮治(MSc) 日本医療政策機構 事務局長

吉村 英里(MSc) 日本医療政策機構 マネージャー

高松 真菜美(MPH) 日本医療政策機構 マネージャー

杉本 亜美奈(MSc) 日本医療政策機構 シニアアソシエイト

栗田 駿一郎 日本医療政策機構 アソシエイト、早稲田大学大学院政治学研究科公共経営専攻
専門職学位課程在籍中

津村 育子(MMA) 日本医療政策機構 アドミニストレイティブ オフィサー

Cherri Zhang 東京大学大学院医学系研究科国際保健学修士課程在籍中

McCann Global Health

Andrew Schirmer プレジデント

林 英恵(ScD, S.M., M.Ed.) アソシエイトディレクター・リサーチディレクター

James Etheridge (MPH) 戦略&アカウントアソシエイト

中村 健人 マッキンヒューマンケア(U.S.)・サイエンティフィックアソシエイト

特別協力

Yongjoo Kim (ScD, MPH) ハーバード公衆衛生大学院 博士研究員

下田 哲広(MPH) 東京大学大学院医学系研究科医学博士課程社会医学専攻

田森 美緒(MSc) マッキンヘルスケアワールドワイドジャパン・戦略プランナー

協力

日本医療政策機構

Matthew McEnany(MPH) 疫学者

吉田 友希子(RNM,MPH) 日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト

McCann Global Health

John Washburn エグゼクティブクリエイティブディレクター

Alexis Reid アートディレクター

Zoe Hamann アカウントディレクター

Matt Kavanaugh プロジェクトマネージャー

Essie Quakyi インターン

McCann Healthcare Worldwide Japan

横川 淳二 チーフオペレーティングオフィサー

坂田 茂 ビジネスディレクター

佐藤 正隆 アソシエイトアカウントマネージャー

メイン・スポンサー

 Eli Lilly Japan K.K.

日本イーライリリー株式会社

日本イーライリリー株式会社は米国の製薬会社イーライリリー・アンド・カンパニーの日本法人で、人々がより長く、より健康で、充実した生活を送ることができるよう、革新的な医薬品を通じて日本の医療に貢献しています。

イーライリリー・アンド・カンパニーは、これまで約30年にわたって、アルツハイマー病の薬の研究と開発に取り組んできました。これにより科学は大きく前進し、その歩みはとどまることを知りません。今までも、これからも、より強い決意とともに。アルツハイマー病の患者さんや家族の生活をよりよいものにするために、リリーは不屈の精神で研究と開発に臨み続けます。

サブ・スポンサー

 McCANN
HEALTH

McCann Healthcare Worldwide Japan

マッキャンヘルスは「クライアントのブランドやビジネスが人々の生活の中で意義ある役割を果たす力になる」という、ひとつのビジョンのもと結束している、世界最大のヘルスケア・エキスパートコミュニティです。