

平成 24 年度 厚生労働省
老人保健健康増進等事業

認知症国家戦略の国際動向と
それに基づくサービスモデルの国際比較研究
報告書

平成25年3月

公益財団法人東京都医学総合研究所

研究組織

研究統括

西田 淳志	公益財団法人東京都医学総合研究所
近藤 伸介	東京大学医学部
飛鳥井 望	公益財団法人東京都医学総合研究所

研究協力者

安藤 俊太郎	公益財団法人東京都医学総合研究所
井上 秀之	東京大学医学部、医療法人睦み会城西病院
上野 秀樹	社会福祉法人ロザリオの聖母会海上療養所
太田 美智子	公益財団法人東京都医学総合研究所
岡村 毅	東京大学大学院医学系研究科
小池 進介	東京大学学生相談ネットワーク本部
佐渡 充洋	慶應義塾大医学部
高野 洋輔	東京大学大学院医学系研究科、こころのホームクリニック世田谷
遠矢 純一郎	医療法人社団桜新町アーバンクリニック
堀田 聰子	独立行政法人労働政策研究・研修機構
中島 民恵子	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構
新川 祐利	東京都立松沢病院
山崎 修道	公益財団法人東京都医学総合研究所
山梨 恵子	ニッセイ基礎研究所

海外招聘協力者

Alistair Burns	イングランド認知症ナショナル・クリニカル・ディレクター
Benoit Lavallart	フランスプランアルツハイマー実施責任者
Russell de Burgh	オーストラリア保健高齢化省高齢化・高齢者ケア局次長
Nis Peter Nissen	デンマーク・アルツハイマー協会エグゼクティブ・ディレクター
Julie Meerveld	オランダ・アルツハイマー協会アドボカシー・マネジャー
Anne Higgins	前英トラフォード区コミュニティ&ウェルビーイングコーポレート・ディレクター
Paul McCrone	ロンドン大学キングスカレッジ精神医学研究所

研究アドバイザー

大熊 由紀子 国際医療福祉大学大学院
笠井 清登 東京大学大学院医学系研究科

事務局

佐久間 浩 公益財団法人東京都医学総合研究所
笹原 秀夫 公益財団法人東京都医学総合研究所
小島 陽子 公益財団法人東京都医学総合研究所

目次

本研究の概略書

第1章 各国の認知症国家戦略の概要

イングランドの認知症国家戦略の概要：	西田 淳志	P 7
フランスの認知症国家戦略の概要：	近藤 伸介	P 16
オーストラリアの認知症国家戦略の概要：	太田 美智子	P 27
オランダの認知症国家戦略の概要：	堀田 聡子	P 36
デンマークの認知症国家戦略の概要：	山崎 修道	P 46
スウェーデンの認知症国家戦略の概要：	高野 洋輔	P 55
視察調査 I 概要: オランダ、フランス、イギリス	遠矢 純一郎	P 61
視察調査 II 概要: スウェーデン	高野 洋輔	P 71

第2章 認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム 概要	P 73
認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム プログラム	P 74
海外招聘者のプロフィール	P 76

第1部 日本・イギリス・フランスの認知症国家戦略

座長 松下 正明 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター理事長
コーディネーター 西田 淳志

1. 日本の認知症政策
原 勝則 厚生労働省老健局長 P 77
 2. イングランドの認知症国家戦略 P 87
Alistair Burns イングランド認知症ナショナル・クリニカル・ディレクター
 3. フランスの認知症国家戦略 P 100
Benoit Lavallart フランスプランアルツハイマー実施責任者
- 第2部 オーストラリア、デンマーク、オランダの認知症国家戦略
- 座長 大島 伸一 独立行政法人国立長寿医療研究センター総長
コーディネーター 堀田 聡子
4. オーストラリアの認知症国家戦略 P 109
Russell de Burgh オーストラリア保健高齢化省高齢化・高齢者ケア局次長
 5. デンマークの認知症国家戦略 P 116
Nis Peter Nissen デンマーク・アルツハイマー協会エグゼクティブ・ディレクター
 6. オランダの認知症国家戦略 P 129
Julie Meerveld オランダ・アルツハイマー協会アドボカシー・マネジャー
- 第3部 認知症の地域ケアと医療経済分析
- 座長 関山 昌人 厚生労働省老健局 認知症施策総合調整官
コーディネーター 佐渡 充洋
7. 認知症の人を地域で支える P 141
Anne Higgins 前英トラフォード区コミュニティ&ウェルビーイングコーポレート・ディレクター
 8. 認知症のコスト P 151
Paul McCrone ロンドン大学キングスカレッジ精神医学研究所
- 第4部 パネルディスカッション P 164
- 座長 潮谷 義子 日本社会事業大学理事長
コーディネーター 近藤 伸介
指定発言 大島 伸一 独立行政法人国立長寿医療研究センター総長

第3章 各国認知症施策個別課題の推進状況

認知症施策個別課題に関する各国からの示唆

西田 淳志

P 181

事業概略

認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究事業

公益財団法人東京都医学総合研究所 事業概略書

事業目的

人口高齢化にともなう認知症高齢者の増加に際し、近年、先進各国では認知症対策を社会保障政策の最優先課題の一つと位置付け、包括的な国家戦略（認知症国家戦略）を策定し、制度やサービス改革を積極的に推進している。各国が打ち出す認知症国家戦略、それに基づく制度やサービスの改善、当事者・ケアラーを支える地域実践推進等の仕組みについて最新の情報を把握し、今後の我が国の認知症政策への示唆を得ることを目的とする。

事業概要

本事業では、認知症に関する包括的な国家戦略を打ち出し、すでに関連施策を推進している国々、具体的にはイギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、スウェーデンを調査対象国と定め、(I) 政策文書等による国家戦略の基本的枠組みの確認、(II) 現地調査、(III) 認知症国家戦略の策定・推進に関わる各国責任者等を招聘者した国際政策シンポジウムの開催、以上3つの課題の達成により各国認知症国家戦略の最新かつ包括的な情報を収集し、認知症政策の国際動向を正確に把握することを目指した。

具体的には、H24年8月に初回研究者会議を開催し、各国の認知症国家戦略の情報を収集・分析する分担体制を決定。同時にH25年1月末開催の認知症国際政策シンポジウムの準備に着手。WHOやADIの支援を得て各国認知症政策担当者との連携を開始。H24年11月初旬には、オランダ、フランス、イギリスの現地調査、翌12月初旬にはスウェーデンの現地調査を実施。この間H24年11月末に来日中のデンマーク認知症ケア実践者らの協力を得てヒアリング調査を実施している。H25年1月29日には5カ国より7名の各国政策関係者を招聘し、東京九段にて「認知症国際政策シンポジウム」を開催。医療・介護・自治体・研究の分野から約300名が参加。翌日H25年1月30日には、

当該事業に関わる研究者、厚生労働省、東京都、イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダの政策関係者と認知症施策個別課題に関する集中ディスカッションを行った。以上一連の事業計画を達成し、各国の認知症国家戦略に関する最新情報の収集・分析を完了した。以下、各国の認知症国家戦略の概要である。

1. イギリス

イングランドでは2009年2月に認知症国家戦略を発表し、そこに定めた17の目的のうち、プライマリケアにおける早期診断・早期支援、総合病院および介護施設における認知症対応、抗精神病薬の低減、介護者支援の5つを重点政策としている。2014年までに認知症の人にとっての10の成果を上げること（例：生活を楽しむことができている、私の病と生活にとって最善の治療と支援を受けることができている）を目指し、認知症のイメージを変える啓発キャンペーン等も行っている。総合病院では入院患者の認知症を発見して不要な入院を減らし、必要な入院には適切なケアを提供するようインセンティブをつけ、介護施設においては終末期ケアを重視している。死亡などの副作用を最小限に抑えるため、抗精神病薬の使用率も大幅に低下させてきた。さらに認知症の人にやさしい地域づくり、研究強化などを図っている。

2. フランス

サルコジ政権下で「研究」「健康」「連帯」を3本軸とし、44の施策を定めて16億ユーロを投じた第3次プラン・アルツハイマー（2008～2012年）は、政権交代を経て2013年以降も継続されている。フランス国家戦略が目指すのは、認知症に対する恐怖心やスティグマの解消、適時診断のためのアクセス向上、継続性のあるケアの提供、行動障害に対する許容度の引き上げ、医療・ケア職の対応能力およびスキル向上を図ることである。具体的には、診断のためのメモリーセンター（データ蓄積も実施）、ケアのワンストップ窓口であるMAIA、レスパイトのためのデイケアや一時入所施設、若年性認知症専門センター、介護施設および総合病院におけるBPSD対応ユニットの設置、ケースマネージャーや在宅リハビリ支援チームの配置、ケア専門職のスキルアップ研修などを全国に展開。また抗精神病薬の使用率低下、電話相談窓口の設置、倫理的問題の議論を促す「倫理の広場」開催などを行っている。

3. オーストラリア

2012年、オーストラリア政府は認知症を国の優先健康課題9疾患の1つに位置付け、大幅な高齢者ケア改革『Living Longer, Living Better』を発表。2006年に開始した国家戦略『National Framework for Action on Dementia』の改訂作業も進め、改訂版は2013年中にも発表予定である。高齢者や障害者に対する施設ケアから在宅ケアへの移行は1980年代半ばに始まった。認知症の人々が「在宅でケアを受けたい」と明確に希望している

ことから、政府としても可能な限り自宅で過ごすことを奨励している。そのために、認知症の人にやさしい地域・環境づくりとして、警察・救急・銀行・交通機関など危機対応のための啓発訓練、認知症の障害に対応する建物設計の普及、物理的・化学的拘束を最小限に止めるためのガイドライン作成や指導、認知症行動マネジメント助言サービス、精神保健専門職によるケースマネジメント支援、新しいケアモデルづくりなどを実施している。

4. デンマーク

デンマーク認知症アクションプランは、超党派の合意により設置された省庁・機関・行政レベル横断的ワーキンググループが策定し、2010年にスタートした。14のリコメンデーションには、診断の質向上、臨床ガイドライン策定、ベストプラクティスの創出、アドバンス・ステートメント推奨、強制治療・ケアに対する情報提供、レスパイトケア、専門職トレーニング、研究への投資、啓発などが含まれる。政府はプラン実施に2年間で450万ユーロを予算配分し、65%を社会的介護の改善、特にBPSDに対する新しい支援モデル開発に投資された。認知症の人への強制治療に関する法改正のため、2013年には法案提出が予定されている。今後、さらなる認知症人数の増加に備え、研究投資、診断率向上のための啓発、専門職教育の強化、拘束力のあるガイドライン策定などを推進するための第2アクションプランが必要とされている。

5. オランダ

オランダでは2005年からボトムアップ方式で段階的に認知症政策を進めてきた。最初の『全国認知症プログラム（2005～2008年）』では、各自治体が認知症の人や家族の声を聞き、問題やニーズを抽出して対応する改善計画を作成・実施した。次に、自治体ごとの改善点を関連付け、金銭的インセンティブをつける『認知症統合ケアプログラム（2008～2011年）』を実施し、さらに『全国認知症ケア基準（2011～2013年）』で共通の根拠となる国の基準やガイドラインを作成した。こうしてアルツハイマー・カフェや認知症の人と家族のためのデイケアセンターの開設、診断率向上、ケースマネジメント実施など様々な改善をみてきたが、今後も増加する認知症の人数に対応し、過大な負担感を持つ（持つリスクのある）介護者を助け、在宅率を高めていくためには、アルツハイマー協会などの継続的な関与も重要とされている。

6. スウェーデン

スウェーデンは地方自治が強く、高齢者ケアの財政は、県および市の税収が主であり、これに、補足的な政府のグラント及び少額の利用者負担によって賄われており、実際のサービスの策定と提供は自治体の判断によって行われているのが特徴である。従って、国家戦略として政府主導の大規模な財政出動には限界があり、政府は国家ガイドライン

の作成と評価制度（レジスター制度）の整備、人材育成等を軸とした高齢者ケア政策を打ち出し、地方自治体主導による認知症対策を側面的に支援する形をとっている。各地方自治体は、政府ガイドラインを踏まえて整備した各種評価制度（例：認知症にともなう行動・心理症状への優良なケア実践、抗精神病薬処方低減に関する実態）に参加し、各自治体のデータは公開される仕組みをとっている。その他、政府ガイドラインに基づいた一般国民、介護職、プライマリケア医、それぞれに向けた web 教育の仕組みが整備されている。

なお本事業は、イギリス大使館、フランス大使館、オーストラリア大使館、デンマーク大使館、オランダ大使館、駐スウェーデン日本大使館、ならびに Alzheimer Disease International (本部ロンドン)の Marc Wortmann 事務局長の多大なご支援とご協力により遂行された。

事業結果

本事業における調査対象国、すなわち、イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、スウェーデンの認知症施策は、それぞれの医療や介護、社会制度の長い歴史を背負い、異なる問題や課題も抱えている。一方で、今後、認知症の人をどのように地域・社会で支えていくかについての理念と基本の方針、また、それに基づく基本戦略には、多くの共通点が見られた。以下、本事業の結果概要として各国認知症国家戦略の共通する基本理念とその共通戦略をあげる。

<共通する理念と推進体制>

基本的理念：認知症の人の思いを尊重し、住み慣れた地域での生活の継続を目指す。

推進体制：首相・大統領レベルのリーダーシップ、および当事者・市民の国家戦略や地域施策立案・実施・評価の各プロセスへの積極的な関与

<住み慣れた地域での生活を可能とするための共通戦略>

1. Anti-Stigma（認知症に関する普及・啓発）

認知症に対するスティグマの克服、認知症を持ちながらも地域で生き活きと暮らせるというポジティブなイメージの普及。認知症についての不安や恐怖を惹起し、早期受診につなげようとする旧来のキャンペーンは逆効果となる可能性があり、結果としてタイムリーな支援開始の機会を逸する。

2. Person-Centered Care/ Advanced Directive（本人の意思の尊重）

認知症のご本人の意思や希望を発病後初期に確認し、それを尊重したケアの提供を

行う。これにより、パーソンセンタードケアを確かにし、行動・心理症状の出現を予防し、地域での生活の継続を可能とする。

3. **Proactive Care**（事後的ではなく、事前的な支援・対応）

これまでの問題が増悪し、危機が生じてからの対応や支援ではなく、その人や家族にとって最適なタイミングでの事前・予防的な対応・支援体制の強化。

4. **Psycho-Social Care**（入院に頼らない危機対応）

認知症の人の在宅生活を困難にする行動・心理症状の出現に対して適切なタイミングで適切に対応するためのケア技術の向上とそのための教育研修の強化。ケアスタッフを電話やアウトリーチによって後方支援する専門チームの設置。

5. **Regulation of Anti-Psychotics**（抗精神病薬使用の制御）

認知症の人に対する抗精神病薬処方により突然死するリスクが有意に高まることから、抗精神病薬の処方・使用を抑制する政策がとられている。また、抗精神病薬の処方率が下がることで、認知症ケアの全体的な質的改善を示す指標ともとらえられ、各国国家戦略の評価指標として位置付けられている。

6. **Support for Carer**（ケアラーへの支援）

認知症の人の在宅生活継続を可能とするためには、家族介護者への支援強化が不可欠であり、カウンセリングやレスパイトなどの支援を強化。アルツハイマー・カフェなどのボランティアセクターによる取り組みを推進するための支援も重要である。

以上のような課題は、今後の認知症の人とその家族を地域で支えていくための最低限の国際的な共通方針・共通戦略と考えられる。我が国の今後の認知症関連施策においてもこうした政策戦略を参考にし、地域生活を可能とする新たな認知症施策を着実かつ早急に推進する必要がある。そのためには、以上の理念を実現するために、認知症が国家的・全国的課題であるとの認識のもとで各国同様に政治・政策的リーダーシップの強化を図り、同時に政策立案およびその実施・評価プロセスへの当事者をはじめとする多くの国民の参加を促すことが重要と考えられる。

第1章 各国の認知症国家戦略の概要

イングランドの認知症国家戦略の概要

公益財団法人東京都医学総合研究所 西田 淳志

イングランドの認知症国家戦略

イングランド政府は 2009 年 2 月『認知症とともに良き生活（人生）を送る：認知症国家戦略』

(Living well with dementia: A National Dementia Strategy)を公表し、2014 年までの 5 年間で認知症ケア改善に取り組む集中改革期間と定め、包括的な政策方針（17 の目標）を打ち出した。この認知症国家戦略のタイトルに含まれる Living well with dementia、すなわち「認知症とともに良き生活（人生）を送る」ということの実現がこの国家戦略の最終的かつ最大の目的とされている。政府は国家戦略の発表とともに地方サービスへの新たな予算（1.5 億ポンド）を確保し、保健省内に認知症局を設置、認知症政策の本格的推進に着手した。その後、2009 年 11 月に有識者による『認知症の人への抗精神病薬使用に関する報告書』がケアサービス省大臣に提出されたことを受け、当初、認知症国家戦略で示された 17 の目標に「抗精神病薬使用の低減」が新たな目標として追加された。こうして定められた 18 の目標のうち特に重点的に取り組むべき最重要課題として 5 つの目標（1.早期の診断・支援のための体制整備、2.総合病院における認知症対応の改善、3.介護施設における認知症対応の改善、4.ケアラー支援の強化、5.抗精神病薬使用の低減）が選択されその推進に現在、力が注がれている。

認知症国家戦略の策定に至る背景

認知症国家戦略が政府によって発表される 2009 年時点において、イギリス全土では約 70 万人（イングランドに限定すると約 57 万人）が認知症に罹患していると推計され、その数はその後 30 年間で倍の約 140 万人に増加すると見込まれた。それにともない認知症のコストも 2009 年時点の 170 億ポンドから 30 年後には 500 億ポンドにまで増大すると推定された。2007 年に英アルツハイマー協会の委託を受け研究機関が刊行した報告書 Dementia UK Report によって、イギリスにおける認知症の人の疫学的な数、およびケアラーの介護負担等の間接コストも含む認知症の年間コスト推計値が公表され、認知症が今後の社会保障ならびに国家経済に多大な影響を与える重要事項との認識が政府内で高まるきっかけとなった。さらに、質の高い政策提言を行うことで知られる英独立政策監査機構 NAO による認知症政策に関する報告書においても「節約のための投資」が必要であることが強調されたことも、認知症国家戦略の策定を後押ししたと言われている。

上記 Dementia UK Report（2007）の刊行以前、具体的には 2000 年頃から認知症に関する

課題、特に介護や医療サービス、その不連携等の諸問題を指摘する監査報告書（『私を忘れないで』刊行（2000年））が刊行され、にも関わらずサービスや政策の改善がみられないことについてメディアでも繰り返し取り上げられるようになり、国民の認知症政策に対する不満は高まっていた。世論の高まりを受け、2007年に認知症に関する超党派議員団 All-Party Parliamentary Group on Dementia が結成され、超党派による保健省等認知症政策関連行政部局のヒアリングが繰り返し行われるようになった。こうした議会内での認知症に関する政治的関心の高まりを受け、2007年8月に政府は認知症国家戦略の策定準備に入ることを正式に宣言する。

認知症国家戦略の策定過程

政府が2007年8月に認知症国家戦略の策定を宣言してから2009年2月の国家戦略発表に至るまでの18カ月間、保健省内に設置された「認知症国家戦略策定委員会」（外部から招聘された2名の共同委員長、アルツハイマー協会代表、その他は保健省職員）によって国家戦略の策定作業が続けられた。この委員会の委員長はロンドン大学キングスカレッジのSube Banerjee教授、ならびに成人社会サービス協会のJenny Owen理事長が共同で務め、同委員会が全国をまわり50以上のステークホルダー団体4000名以上の関係者と意見交換を重ねながら国家戦略草案をまとめていった。この草案策定作業に一貫して関与し影響力を発揮し続けたのが英アルツハイマー協会であった。こうした膨大な意見交換を重ねつつ、常に当事者団体の視点を通しながら草案策定作業は進められ2009年2月の認知症国家戦略発表に至る。

認知症国家戦略の内容、最重要課題の設定

2009年に発表された認知症国家戦略では『認知症とともに良き生活（人生）を送る』この実現に向けて以下3点の基本理念のもとで17項目の政策目標が定められた。

- 医療・介護に携わる専門家、ならびに一般市民を含む非専門家、双方への認知症に関する正しい理解の普及
- 適切な診断を早期に受けられ、その後、質の高い包括的な支援・治療が受けられるようなサービスモデルの整備
- 当事者ならびにケアラーのニーズに基づいた幅広いサービスの実現

目標1：一般市民および専門家の認知症の気づきと理解を改善する

目標2：すべての認知症の人々に良質な早期の診断・支援の機会を提供する

目標3：認知症の診断を受けた人とそのケアラーに良質な情報を提供する

目標4：診断後のケア・支援・助言へのアクセスを容易にする

目標5：認知症の人とその家族を地域で直接的に支援するピアサポートの仕組みとネットワークを構築する

- 目標 6：個別的ニーズに柔軟かつ適切に対応できるよう在宅サービスを改善する
- 目標 7：ケアラー支援戦略を実施する
- 目標 8：総合病院における認知症ケアの質を改善する
- 目標 9：認知症の人のための中間ケアサービスを改善する
- 目標 10：認知症の人とケアラーを支援するための住居支援、居宅関連サービス、テレケアの可能性を検討する
- 目標 11：ケアホームにおいて認知症とともに良い生活が送れるようにする
- 目標 12：認知症の人の終末期のケアを改善する
- 目標 13：認知症の人に関わる可能性のある従業員に基礎的な研修や継続的な教育の機会を提供する
- 目標 14：認知症のための共同コミショニング戦略を行う
- 目標 15：医療・介護サービス、およびそれらの連携が機能しているかについての評価と制御を改善する
- 目標 16：研究によるエビデンスとそのニーズを明らかにする
- 目標 17：国および地方において国家戦略の実施のための効果的な支援を行う

3つの基本政策理念と17の具体的政策目標をかかげた認知症国家戦略が発表された約半年後に、認知症国家戦略策定委員会共同委員長を務めた Sube Banerjee 教授によって『認知症の人への抗精神病薬使用に関する報告書』がケアサービス省大臣に提出される。当時、認知症の人の行動・心理症状に対して抗精神病薬が過剰に使用され、それによる死亡リスクの上昇が複数の研究によって明らかとなり、英国議会においてもこの問題が大きく取り上げられた。当初、発表された国家戦略17項目の政策目標の中にはこの抗精神病薬使用に関する課題が設定されていなかったため、この報告書提出は、抗精神病薬使用の課題を国家戦略に追加する意義があった。

こうして定められた18(17+1)の目標のうち、特に重点的に取り組むべき最重要課題として以下の5つの目標が選択され、国家戦略最終評価年(2014年)に向けて現在も取り組みが進められている。

1. 早期の診断・支援のための体制整備
2. 総合病院における認知症ケアの改善
3. 介護施設における認知症ケアの改善
4. ケアラー支援の強化
5. 抗精神病薬使用の低減

国家戦略5つの柱：具体的取り組み

早期の診断・支援のための体制整備

5つの重点課題の中でも特に重視されているのが「早期の診断・支援のための体制整備」の政策である。疫学調査ならびに医療機関受診者調査により推計される「診断を受けてい

ない認知症の人」の割合は約 6 割程度におよび、その結果、多くの当事者とケアラーが適切な時期に適切な支援を受ける機会を逸し、問題や症状が増悪し、在宅での生活が困難になっていることが英アルツハイマー協会をはじめとする複数の調査報告で明らかになった。こうした状況を改善すべく、以下の政策的取り組みを進めている。

- 1) 市民や専門家が認知症に適切なタイミングで気づくことができるようにする
 - 市民啓発活動の強化
 - かかりつけ医の認知症発見・対応力の改善
- 2) 身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられ、その後適切な支援が受けられるようにする
 - メモリーサービスの普及とその質の向上

2012 年 7 月に発表された認知症のための超党派議員団報告書『診断の扉を開ける』においても依然、地域間で認知症の診断率に大きなばらつきがあり、当該政策のさらなる強化の必要性が訴えられている。発病後早期に適切な診断を受けることにより、その後の生活の在り方などを認知症の人自身が決定しうる機会を保証することの重要性が政策推進の理由としてあげられている。具体策としては、早期の診断とその後の支援を包括的に行うメモリーサービスの全国的普及とその質の維持・向上である。

メモリーサービスは、認知症の早期の診断と支援の地域拠点として政策上位置付けられ、高齢人口（65 歳人口）約 4 万人に 1 カ所程度の割合で設置されている。このメモリーサービスには、多職種によるチームが置かれ、アウトリーチによる濃密な在宅でのアセスメント、チームによる診断会議、十分な時間を使った当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援により生活を軌道に乗せ、かかりつけ医へ引き継ぐ、という流れで支援が展開されて行く。

認知症が重症化する前に、発症後のできるだけ早い段階で認知症を発見し、残された本人の能力を尊重した生活プランを作成するとともに、適切な初期治療・初期支援を集中的に届けることによって認知症を持ちながらも地域で生活を続けられる体制を固めることがメモリーサービスの目的である。

<メモリーサービスの例>

視察調査①：協力 南クロイドン NHS クロイドンメモリーサービス

ロンドン大学キングスカレッジ Sube Banerjee 教授 ほか

上級心理士、作業療法士、看護師、ソーシャルワーカー等の 6 名程度からなる多職種チーム。精神科医は、非常勤雇用でチームによる診断会議での助言が主な役割。医師を常勤配置とするのはコストの面でボトルネックとなることから、多くのメモリーサービスは、パラメディカルスタッフ主体のチームアプローチによってアセスメントとサービス提供がなされている。

アセスメントと診断

- ・ 在宅での初回アセスメントは、スタッフ2人体制で訪問し、当事者およびケアラーそれぞれからその後の診断と生活支援に必要となる情報を収集する。特に、生活環境のアセスメント（ソーシャルアセスメント）を重視する。
- ・ アセスメントによって得られた情報に基づくチームによる診断会議（週に1回：医師の参加）。この診断会議で脳画像診断が必要と判断された場合のみ画像診断に紹介される（全ケースの40%程度）。
- ・ 診断の結果、今後の治療やケアについての当事者、家族への丁寧な説明（3時間程度のフィードバックセッション）

早期支援の内容

- ・ 診断後の心理的ケア
- ・ 必要かつ良質な情報の提供
- ・ 家族支援（民間セクターとの強い連携：認知症カフェへの参加）
- ・ 認知症薬の選択
- ・ 本人の残された判断能力を尊重したケアプランニングの作成
- ・ 生活環境の改善

メモリーサービスで重視されるのは、具体的な支援に結びつく診断とアセスメントであり、生活場面における生活状況の詳細なアセスメントである。通常は約3ヵ月間、メモリーサービスが当事者と家族に関わり、認知症とともに地域で生活をするための“軌道”をつくる。多くは3ヵ月以内でメモリーサービスのチームからかかりつけ医等への引き継ぎが行われる。

<メモリーサービスの質の管理：監査機構 MSNAP>

視察調査②：協力 英王立精神医学会 MSNAP

プログラムマネジャー Sophie Hodge 氏、他

MSNAP（Memory Service National Accreditation Programme：メモリーサービス全国認証評価プログラム）とは、イングランドの認知症国家戦略の重点施策であるメモリーサービスの全国的普及に関し、そのサービスの質を評価・認定するための機関である。2009年6月にはMSNAPによってメモリーサービスの要件を満たすサービス基準の第1版が刊行され、最新第3版については2012年6月に刊行されている。このMSNAPによって示されたメモリーサービスの基準にそって各地区サービスは自らMSNAPに評価申請をし、認定を受ける。認定は、書類審査の後、当事者・家族・専門家からなる監査チームの訪問を受け、サービスについての聞き取り等が行われ、その後、それらの情報をもとに認定委員会が開かれ、4段階（最良認定、認定、否定的な意見あり、不認定）の評定を受ける。こうした評価認定システムにより、メモリーサービスの質を高め、その均てん化を推進している。

総合病院における認知症ケアの改善

ケアホームにおける認知症ケアの改善

総合病院、および介護施設における認知症対応が不適切・不十分なことにより行動・心理症状が発生し、抗精神病薬の多用、精神科病院への転院などがイングランドにおいても見られ、こうした機関・施設でのケアの改善が求められている。具体策としては、

1. 総合病院の職員や介護施設の職員等を対象とした研修機会を増やすこと、そのための効果的プログラムを開発すること
2. 老年精神保健を専門とする地域チームによるアウトリーチリエゾンサービスを介護施設等に提供すること、
などの取り組みが進められ、成果をあげている。

<アウトリーチリエゾンサービスの例>

視察調査③：協力 北東ロンドン NHS 老年精神医学チーム Afifa Qazi 医師、他

北東ロンドン NHS 管轄区域では従来、他の地区と同様に行動・心理症状の増悪により介護施設から精神科病院への転院事例が多くそのための改善が求められていた。2009年より同地区 NHS 地域老年精神保健チームがアウトリーチリエゾンを開始。チームが地域の介護施設職員、かりつけ医等のもとに出向いて、認知症対応に関する研修を提供するとともに介護施設等で抱えている課題をヒアリングし日常的な連携を強め助言の機会を増やしていった。その際、介護施設に対しては、チームの携帯電話番号を教え、行動・心理症状等の対応で困難を感じる際には、電話でチームに相談できるようにした。こうしたきわめてシンプルな取り組みを管轄地域で推進することによって当該地区の介護施設から精神科病院の転院事例は2年間皆無となっている。

ケアラー支援の強化

イギリスでは1995年にケアラー法が制定されており、認知症の人を家族に持つ介護者もこの法律に基づいて様々な支援を受ける「権利」を保持している。一方、ケアラー法により地方自治体はケアラーに対して必要な情報・支援を的確に届けること、そしてケアラーの困難をアセスメントすること等の「義務」を課せられている。

ケアラー法に基づく支援の基本的中身は、適切な情報の提供、家族自身が抱える困難についてのアセスメント、家族自身の健康問題のアセスメント、レスパトケアの提供等、多岐にわたる。2012年3月に出されたイギリスの Prime Minister's Challenge においてはレスパイト関連施策に新たに4億ポンドの予算を追加投入することが宣言されている。イギリスでは、ご本人が施設にショートステイするよりも、住み慣れた自宅にしながら家族の代わりの見守りのための人材が自宅に派遣されるサービスを求める要望が多く、そうした形態のサービスの拡充に各地域が力をいれている。また、英ケアラー連盟や英アルツハイマー

協会による地域でのケアラー支援の様々なサービスや機会が提供されている。

抗精神病薬の処方制限

認知症の人への抗精神病薬使用により死亡率が高まることが多くの研究によって明らかとなり、その使用制限についてイギリス議会でも議論となり、当初は、使用を禁止する提案も出された。結果的に抗精神病薬の使用を禁止するには至らなかったが、リスクの低い薬剤を限定的に使用する制御指針が出され認知症の人に対する抗精神病薬処方率は2006年の17.5%から2011年の6.8%まで減少した。

国家戦略の評価：9つのアウトカム、抗精神病薬低減、レジスター制度

認知症国家戦略の最終年となる2014年には、無作為に選ばれた相当数のサービスユーザーやケアラーに対し、第三者監査機関が以下の「認知症の人の視点に立った」9つ質問を使ってサービス改革の達成がどの程度前進したかを確認することが予め改革開始年（2009年）に定められている。

（アウトカム1）私は、早期に認知症の診断を受けた。

（アウトカム2）私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。

（アウトカム3）私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている。

（アウトカム4）私の周囲の人々、特にケアをしてきている家族が十分なサポートを受けられている。

（アウトカム5）私は、尊厳と敬意を持って接せられている。

（アウトカム6）私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。

（アウトカム7）私は人生を楽しんでいる。

（アウトカム8）私は、コミュニティの一員であると感じる。

（アウトカム9）私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じられている。

認知症ケアの質の改善により、行動・心理症状などの出現頻度が減少し、結果として抗精神病薬処方率低下につながると考えられることから、抗精神病薬処方率低下は国家戦略の達成評価の全般的評価指標としても重視されている。

各地域での国家戦略達成に向けた取り組みを推進するために、診断率や抗精神病薬の処方率などの指標を地域ごとに定期評価し、その情報を保健省に集めるレジスター制度を構築している。進捗状況の全国一覧アトラスを作成して政策達成度公表し、地域間で差をわかりやすく市民に伝え、地域の国家戦略の達成状況への人々の関心を高めている。

さらなる認知症政策の推進：プライムミニスターズチャレンジ

2009年から開始された認知症国家戦略は2014年までの5カ年計画でケアの改善を目指し、現在も進められている。それをさらに後押しする形で2012年3月にはPrime Minister's

challenge on dementia が発表され、以下 3 点を首相自らのリーダーシップによってさらに強く押し進めることを宣言された。

- 認知症についての市民啓発と地域づくり
- さらなるケアの質的の向上
- 研究の推進

これら 3 つの課題についてそれぞれ首相直属のチャンピオンチームと呼ばれるアドバイザリーチームが設置され、関連政策のさらなる推進を 2015 年までに達成することが課せられている。認知症研究財源を今後 5 年間で 600 万ポンド以上に引き上げることが掲げられるなど、具体的な追加財源の枠組みも示され、実効性が期待されている。

考察：日本の認知症施策への示唆

制度や文化・歴史に違いはあるものの比較的近年になってから本格的に着手されたイングランドの認知症国家戦略から得られる我が国認知症政策への示唆は少なくない。以下、イングランド認知症国家戦略から得られる示唆をまとめとして記す。

(国家戦略の枠組みについて)

- 認知症政策を社会保障政策の最重要課題の一つと明確に位置づけ、超党派で取り組む政治課題としての枠組みを構築している。その背景には、英アルツハイマー協会等の強力かつ戦略的なロビー活動の展開がある。
- 首相のリーダーシップによって政策を強く推進することに成功している。様々な疾病課題、社会保障政策の中で認知症政策を優先課題と位置づけるための政策的根拠、具体的には疫学、関連コスト推計、世論調査等による根拠形成が戦略的に展開されている。
- 国家戦略策定を政府が宣言した後、草案を作成する過程で多くのステークホルダーとの意見交換を重ねながらも常に当事者団体（英アルツハイマー協会）の意見を尊重する姿勢とプロセスを一貫させている。
- 国家戦略の最終目標を「認知症とともに良き生活・人生を送る」こととして、認知症の当事者の「生活の質」を高めることに焦点をあてることで、様々なステークホルダーの意見集約の際にも、そのミッションに立ち返り、政策の方針が一貫している。
- 国家戦略達成評価を「認知症の当事者の視点からみた改善」から行うものとし、社会や制度の都合ではなく、当事者の視点に立ってサービス改革を進める方針が示されている。

(政策の個別課題について)

- 認知症の人が身近な地域で適切なタイミングで診断が受けられ、同時に適切なソーシャルアセスメントと本人の意向に基づいたケアプランの作成を含む初期支援の地域拠点を構築し、その質を認定評価しながら普及させていく方針をとっていること。
- 地域アウトリーチリエゾンと介護職員、医療関係者等への研修の 2 本柱により、認知

症にともなう行動・心理症状の予防に努めていること。

- ケアラー法に基づくケアラー支援とともに、非営利団体、英ケアラー連盟等によるボランティアな多様なケアラー支援資源が拡充しつつある。
- 認知症の人に対する抗精神病薬使用の問題を認知症政策の主要課題として明確に位置づけ、取り組み、具体的な成果をあげている。

謝辞：本調査研究をご支援いただきましたイングランド保健省認知症ナショナルクリニックディレクターの Alistair Burns 教授、認知症国家戦略策定委員会委員長 Sube Banerjee 教授、国際アルツハイマー協会事務局長 Marc Wortmann 氏、北東ロンドン NHS トラスト Afifa Qazi 医師はじめ、英国関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

フランスの認知症国家計画の概要

東京大学医学部附属病院精神神経科 近藤 伸介

認知症国家計画を打ち出した背景要因

フランスは人口 6500 万人、うち 65 歳以上人口 16%、80 歳以上人口 3.8%の高齢社会である。認知症の人は現在約 85 万人にのぼると推定され、うち約 60%が在宅で生活している。さらに毎年 22.5 万人のペースで新規に発病しており、10 年後には 130 万人に達すると概算されている。

フランスは欧州諸国でもっとも早い 2001 年に最初の認知症国家計画を打ち出した。この第 1 期認知症国家計画（2001～2005 年）では 6 つの目標が掲げられた（表 1）。続く第 2 期認知症国家計画（2004～2007 年）ではさらに 4 つの目標が加えられた（表 2）。しかしこれら 2 期にわたる国家計画では認知症施策が十分効果的に推進されたとはいえなかった。

2007 年 11 月、ジョエル・メナール教授が統括する諮問委員会はサルコジ大統領（当時）に報告書を提出した。委員会が示した 10 の目標（表 3）には「当事者中心」「研究重視」「ケアパスと連携」「ケアの質」「ケアラー支援」「支援者教育」「ガバナンス」など、国としての姿勢と国レベルでの重要課題が明記されており、サルコジ大統領はこれを基に 2008 年 2 月、第 3 期認知症国家計画（**Plan <Alzheimer et maladies apparentées> 2008-2012**; **アルツハイマーおよび関連疾患に関する国家計画 2008-2012**、以下プラン・アルツハイマー 2008-2012）を発表した（表 4）。このプラン・アルツハイマー 2008-2012 は 3 つの基軸、11 の目標、44 の具体的施策からなる過去最大規模のプランで、5 ヶ年で 16 億ユーロの予算が計上された。2012 年政権交代があったが、オランダ新大統領もプラン・アルツハイマーの延長を表明している。

表 1 第 1 期（2001-2005 年）の目標

- ・ 認知症の初期症状を捉えて専門家につなぐ
- ・ 早期診断が可能なメモリーセンターを整備する
- ・ 当事者の尊厳を守る
- ・ 当事者への経済的支援と当事者・家族への情報提供を行う
- ・ 入所施設の質を改善する
- ・ 基礎研究・臨床研究を支援する

表 2 第 2 期（2004-2007 年）の追加目標

- ・ 認知症の保険カバー率を 100%にする

- ・若年性認知症の人のニーズを把握して支援する
- ・専門家のトレーニングとケアラー支援を強化する
- ・緊急時の対応を整備する

表3 メナール報告に挙げられた目標

- ・認知症の当事者をすべての政策の中心に据える
- ・認知症研究を強化する
- ・ケアパスの連続性とケアの質を保障する
- ・利用者の視点に立って医療と福祉の連携を図る
- ・在宅ケアの向上
- ・施設内ケアの向上
- ・ケアラー支援の強化
- ・若年性認知症に特化したサービスを開発する
- ・専門家の教育を開発する
- ・新しいガバナンスで計画を実現させる

プラン・アルツハイマーの主要政策・施策

プラン・アルツハイマー2008-2012の3つの基軸、11の目標、44の具体的施策を表4に示す。44の施策はばらばらに実行されるわけではなく、それぞれが有機的に関連しながら進行している。政策は大きく3つの領域に分けられる。ケアの強化（12億ユーロ）、研究の強化（2億ユーロ）、医療資源の強化（2億ユーロ）である。

44の具体的施策から主要なものを整理して以下に列挙する。

新たな機能をもつサービスの創出

- MAIAの設置：地域連携を強めケアパスをコーディネート
- レスパイト機能の強化：デイケア・ショートステイの枠を大幅に拡大
- メモリークリニックの配置：身近な医療機関で早期診断を
- 若年性認知症に特化した研究センターの設置
- 薬物療法に頼らない専門ユニット（UCC/PASA/UHR）の設置
- 多職種訪問チームの強化（SPASAD）

人材育成・教育

- 資格の創設：ケースマネジャー・老年医学専門ケアワーカー（ASG）
- 専門職の増員：訪問チームのための作業療法士・心理運動療法士の育成強化
- ケアラーのための教育プログラム
- 臨床家への疫学教育プログラム

研究の推進 アルツハイマー研究財団の設立

国民の連帯 倫理の広場

EU レベル EU 諸国との共同研究・共同行動

表4 プラン・アルツハイマー2008-2012

第I軸 当事者と家族の生活の質を向上する

目標1 ケアラー支援

- 1) 多様なレスパイトの仕組みの開発
- 2) ケアラーの教育システム
- 3) ケアラーの健康管理

目標2 関係機関の連携強化

- 4) 国内全域に MAIA (ワンストップ相談機関) を設置
- 5) 国内全域にケースマネジャーを配置

目標3 在宅ケアの強化

- 6) 多職種訪問チームの強化 (SPASAD)
- 7) ホームオートメーションの開発

目標4 アクセスの改善とケアパスの最適化

- 8) 告知から終末期までのケアパス作成と適用
- 9) 専門職への新しい支払い体系の開発
- 10) 認知症情報カード (連携手帳) の作成
- 11) 国内全域にメモリーセンターを設置
- 12) 地方ごとにメモリー資源研究センター (CMRR) を設置
- 13) メモリーセンターの強化
- 14) 薬剤関連医原性事故の監視
- 15) 薬物療法の適正使用

目標5 施設内ケアの向上

- 16) 老人ホーム内に行動異常に対応する専門ユニット (PASA/UHR) を設置
- 17) 病院内に行動異常に対応する認知行動ユニット (UCC) を設置
- 18) 若年性認知症の居住施設
- 19) 若年性アルツハイマー病のセンター

目標6 専門家の評価と教育

- 20) 専門職の開発 (ケースマネジャー, 老年医学専門ケアワーカー, 作業療法士, 心理運動士)

第II軸 行動するために知る

目標7 研究の強化

- 21) アルツハイマー研究財団の設立

- 22) 臨床研究と非薬物療法の評価法改善
- 23) 博士・ポストクの採用
- 24) ケア・教育・研究を両立できる人材の育成
- 25) 人文科学研究と社会科学研究
- 26) 革新的研究の支援
- 27) 研究の方法論の開発支援
- 28) 画像研究（人体用 11.7 テスラ MRI）
- 29) コホート研究（3 都市研究、MEMENTO、若年性認知症コホート）
- 30) 高速ジェノタイピング
- 31) ネズミキツネザル（20-30%が認知症を呈する）のゲノム解析
- 32) 臨床医に対する臨床疫学教育
- 33) 官民連携（公的組織の研究職と製薬企業の研究職の連携）

目標 8 疫学調査を行う

- 34) 疫学研究

第Ⅲ軸 社会全体で取り組む

目標 9 国民への啓発活動

- 35) 電話相談窓口の設置 Allo France Alzheimer
- 36) 地方ごとに計画実施の進捗会議を開催
- 37) 認知症に対する国民のイメージを変える

目標 10 倫理的思索の重視

- 38) 倫理を考える広場（EREMA）
- 39) 施設内の処遇に対する法整備
- 40) 自己決定をテーマとした公開討論
- 41) 治療プロトコルの情報公開

目標 11 アルツハイマー病を EU の優先課題に

- 42) 議長国間に EU の優先課題へ
- 43) EU レベルでの共同研究を促進
- 44) 欧州会議の開催（2008 年秋）

補) 始動時に国民 2000 人以上を対象に電話世論調査を実施

視察先報告

2012 年 11 月、研究班はプラン・アルツハイマー関連の特に重要な実践を現地視察した。

- ① MAIA Paris Est 所在地：127 bis rue d'Avron (Paris)
- 主に関連する施策：4) 5) 8) 20)
- 面会者：Cathrine PERISSET (CNSA プロジェクト責任者)

Claire ASTIER (MAIA Paris Est 責任者)

FERRARI / K. COURTEAUD (ケースマネジャー)

MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer; マイア) はプラン・アルツハイマーで全国 150 ヶ所に設置されたワンストップ相談窓口である。今回の施策で新たな事務所が開設されたわけではなく、地域でケースマネジメント機能を持つ既存の事業所に MAIA というラベルを認可する仕組みになっている。

ケースマネジャーは今回のプラン・アルツハイマーで創設された資格だが、全員が作業療法士、看護師、心理士、ソーシャルワーカーなどの有資格者で、アセスメント・援助の専門技術をすでに有している。利用者はアルツハイマー病に限定されず、現在は 60 歳以上の自立困難な高齢者で濃厚なケースマネジメントが必要な人を対象にしている。

悪名高い縦割り行政の弊害で医療と介護福祉サービスの間まったく連携がなく、これまでは利用者がたらい回しにあたり必要なサービスの情報を入手できなかつたりしたが、MAIA の設置によって利用者の経由する窓口の数が 3.24 から 1.3 に減少、アセスメントや検査の重複が減ってケアパスが簡素化でき、入院率の減少もみられた。

② UCC (Hôpital Saint-Maurice) 所在地: 14 rue du Val d'Osne (Saint-Maurice)

主に関連する施策: 15) 17) 20) 22)

面会者: Cécile BALANDIER (フランス保健省)

Jean-Philippe FLOUZAT (フランス保健省・老年科医)

Renaud PÉQUIGNOT (サンモリス病院 UCC 担当老年科医)

UCC (unité cognitivo-comportementale; 認知行動ユニット) は、認知症の精神症状・行動障害 (BPSD) に対して抗精神病薬を使わず (抗うつ薬・抗認知症薬は使用)、主として環境調整や行動療法で治療する専門病棟である。2011 年 9 月の時点でフランス全土で 44 ヶ所計 500 床が稼働している。病棟は、リビングルーム、作業療法室、多重感覚室 (Snoezelen)、浴室などを擁し、園芸・音楽・料理・運動・認知刺激・芸術・美容・外出などの非薬理的介入が行われる。保護室をもつユニットは全体の 19% である。入院患者の 93% が認知症診断を受けており、行動障害の改善・危機介入目的の入院がもっとも多い。紹介元はショートステイ施設 25%、かかりつけ医 23%、一般科 16%、老人ホーム 11% などとなっている。退院先は自宅 42%、紹介元の老人ホーム 12% で原状復帰が 54%、老人ホーム新規入所 27%、一般科転科 7%、精神科転科 1% などとなっている。平均在院日数 36.4 日、申し込みから入院までの待ち時間は 7.8 日、NPI (neuropsychiatric inventory) スコアは入院前平均 32.42 点から退院時平均 18.98 点に改善している。

プラン・アルツハイマーでは、非薬物療法の開発や効果研究も施策の1つに挙げられ、新たな介入法の研究がUCCと協働で行われている。サンモリス病院ではPéquignot医師が工学系研究者と共同開発した任天堂Wiiソフトを用いた音楽療法が取り入れられていた。

③ 倫理の広場 Espace éthique (CHU Saint-Louis) 所在地：1 Av. Claude-Vellefaux(Paris)

主に関連する施策：38) 39) 40)

面会者：Emmanuel HIRSCH (パリ大学教授)

活動内容は、当事者・介護現場・医療現場・専門家など認知症に関係する人々のもとを訪ね、その人々の語りに耳を傾け、答えを出すことはせず、問い続けるというものである。もし非人道的な現場を目にしたら、相手を非難するのではなく、どうしてそうする必要があるのでと問い、別のやり方があるということを出版やメディアを通して示していく。これは規則遵守をチェックする倫理委員会とはまったく異なるアプローチで、倫理の指標は「人は問うているか」であり、正解を押し付けたら「それは倫理の終焉である」というヒルシュ氏の言葉が印象的であった。

認知症国家戦略の評価

プラン・アルツハイマー2008-2012では、44の施策ごとに実行段階の指標と結果段階の指標が事前に設定されている。2012年12月に5年間の総括が公表された。各施策のアウトカムがグラフ化されている(図1)。また具体的な成果の概要を表5にまとめた。

図1 各施策（1-44）の達成度（2012年12月13日報告書）

実行段階の達成度		結果段階の達成度	
95%	1 - Développer et diversifier l'offre de répit (objectifs revus)	50%	
100%	2 - Consolider les droits et la formation des aidants (objectifs réduits)	65%	
90%	3 - Suivre la santé des aidants	50%	
80%	4/5 - MAIA (objectifs étalés jusqu'à 2014)	96%	
80%	6 - Equipes spécialisées intervenant à domicile	60%	
100%	7 - Adapter le logement par les nouvelles technologies	100%	
90%	8 - Dispositif d'annonce et d'accompagnement	pas de suivi du nombre d'annonces de diagnostic	
90%	9 - Expérimenter des modes de rémunération des professionnels de santé	100%	
100%	10 - Créer une carte "Maladie d'Alzheimer" pour les malades (objectifs revus)	85%	
100%	11/12/13 - Créer et renforcer des consultations mémoire et CMRR	100%	
75%	14 - Surveiller les accidents iatrogènes médicamenteux	80%	
100%	15 - Améliorer le bon usage des médicaments	100%	
90%	16 - Créer des unités spécifiques en maison de retraite	60%	
100%	17 - Créer des unités spécialisées à l'hôpital	65%	
100%	18/19 - Malades jeunes	100%	
85%	20 - Valoriser les compétences et former les professionnels	75%	
100%	21 - Créer une fondation de coopération scientifique	100%	
100%	21bis - Appels à projets ANR	100%	
90%	22 - Programme hospitalier de recherche clinique	80%	
90%	23 - Allocations doctorales et post-doctorales	100%	
100%	24 - Postes de chefs de clinique assistants	94%	
75%	25 - Recherche en sciences humaines et sociales	100%	
100%	26 - Recherche sur des approches innovantes	100%	
100%	27 - Créer un groupe de recherche en méthodologie	100%	
100%	28 - Créer un centre d'acquisition et de traitement automatisé de l'image	100%	
100%	29 - Suivi de cohortes de personnes âgées et de malades (objectifs étalés)	70%	
100%	30 - Etudes pangénomiques	100%	
100%	31 - Recherche sur des modèles biologiques	100%	
100%	32 - Former les professionnels à l'épidémiologie clinique (objectifs revus)	85%	
100%	33 - Développer les liens entre recherche publique et industrie	90%	
100%	34 - Suivi épidémiologique des patients	83%	
75%	35 - Numéro de téléphone unique	63%	
100%	36 - Assises régionales	100%	
100%	37/S1 - Enquêtes d'opinion sur la maladie	100%	
100%	38 - Identifier un espace de réflexion éthique	100%	
75%	39 - Réflexion sur le statut juridique du malade en établissement	75%	
100%	40 - Organiser des rencontres éthique sur l'autonomie de la personne malade	100%	
75%	41 - Informer les malades sur les protocoles thérapeutiques en cours	100%	
100%	42 - La maladie comme priorité de l'UE	100%	
100%	43 - Valoriser la recherche au plan européen	100%	
100%	44 - Conférence sous la présidence française de l'UE	100%	

表5 具体的な成果の概要

目標1 ケアラー支援

- ・デイケアの新設および既存施設の施設基準検査を実施した。
- ・成人デイケア 1730 ヶ所 11000 人分、ショートステイ 8000 人分が増設された。
- ・18 の新たなレスパイトの手法が試行された。
- ・ケアラーに対して毎年2日間の研修プログラムを提供、10800 人が受講した。

目標2 関係機関の連携強化

- ・MAIA は全国に 159 ヶ所設置された。2014 年には 500 ヶ所まで増える予定である。
- ・新たな資格であるケースマネジャーは 1000 人配置された。
- ・MAIA の設置によって利用者が相談する事業所の数は 3.2 ヶ所から 1.3 ヶ所に減少した。

目標3 在宅ケアの強化

- ・193 ヶ所の訪問看護事業所において、計 342 の多職種訪問チームが稼働している。

目標4 アクセスの改善とケアパスの最適化

- ・469ヶ所のメモリークリニック（65ヶ所を新設、202ヶ所を強化）が稼働している。
- ・受診までの待ち時間は平均51日、80%で3ヶ月以内となっている。
- ・診断・治療・告知・ケアの臨床ガイドライン（2009年／2011年）を発刊した。
- ・ケアの質の指標として抗精神病薬の処方率を調査した。
- ・アルツハイマー病患者への抗精神病薬処方率が16.9%（2007）から15.4%（2011）に減少した。さらに5%まで減少させることが目標である。

目標5 施設内ケアの向上

- ・78ヶ所のUCCが稼働している。平均在院日数は36日、在宅退院率は56%であった。
- ・950ヶ所のPASAが稼働中（または準備中）である。
- ・159ヶ所のUHRが稼働（または準備中）である。

目標6 専門家の評価と教育

- ・ケースマネジャーという資格が新設され、1000人が配備された。
- ・老年医学専門ケアワーカー（ASG）という資格が新設された。
- ・作業療法士と心理運動療法士が増員された。

目標7 研究の強化

- ・アルツハイマー研究財団（Fondation Plan Alzheimer）が2008年に設立された。
- ・143の研究プロジェクトが進行中で、138人の研究者が新規にリクルートされた。
- ・343ヶ所のメモリークリニックから22万人分の認知症患者のデータベースが作成された。
- ・国際アルツハイマー会議（ICAD）が2011年7月パリで開催された。
- ・国際的臨床研究への参加率が2.5%（2006）から3.5%（2011）に上昇した。
- ・2009年に2つのリスク遺伝子、2010年以降7つの関連遺伝子が発見された。
- ・アルツハイマー病関連遺伝子の国際コンソーシアムを主導した。
- ・620人の臨床家に臨床疫学のトレーニングを実施した。

目標8 疫学調査を行う

- ・3つのコホート研究が行われている。

目標9 国民への啓発活動

- ・電話相談窓口を試行した。
- ・地方ごとに進捗会議を開催した。

目標10 倫理的思索の重視

- ・倫理を考える広場（EREMA）を開設した。
- ・答申書「アルツハイマー、倫理、科学、社会」を公表した。

目標11 アルツハイマー病をEUの優先課題に

- ・EU議会において、アルツハイマー病をEUの優先課題とした。
- ・アルツハイマー病EU共同行動（Alcove）を主導した。
- ・神経変性疾患のEU共同研究プログラム（JPND）を主導した。

考察と日本への示唆

プラン・アルツハイマー2008-2012の特徴の1つは、トップダウンによる実行である。2008年2月1日のサルコジ大統領演説によって始動が宣言され、総責任者にフロランス・リューストマン財務総監を任命することで、省庁を超えたミッションの遂行を可能にした。また44の具体的なタスクフォースに展開し、それぞれに責任者を任命して、半年ごとに大統領への成果報告を義務付けることで、履行を確実にするガバナンスとなっている。

もう1つの特徴はプラン全体の周到な設計である。まず3つの行動指針（研究・健康・連帯）、3つの目的（根治・ケア・尊厳）、3つのターゲット（疾患・認知症の人・ケアラー）という基軸があり、それに沿って展開された11の目標をさらに44の具体的な施策に落とし込むというツリー構造になっている。これら44の施策策定の準備段階では、ジョエル・メナール教授が当事者・家族・多職種の専門家から意見を集約して大統領に報告書を提出している。また初年度の2008年には国民2000人以上を対象とした電話世論調査を行い、国民の意識やニーズについての量的・質的研究が行われた。次に44の各施策ごとに実施責任者・実施主体・タイムテーブル・予算・評価法（実行指標と結果指標）が明記され、最終年の2012年12月に実施状況と成果が一覧できるグラフが公開された（図1）。このように準備段階・実行段階・評価段階の時間軸の次元でも綿密に設計されている。

強固な官僚制の中で組織間の連携・協調が進まなかったフランスにおいて、認知症に対する取り組みを通して長年分断してきた医療と介護福祉サービスが統合されたことは象徴的である。高齢化がさらに進むフランスでは認知症への国民の危機感は強く、当初大統領宣言でトップダウンに始動したプランではあるが、数年経つと現場が自律的に動き始め、最後にはボトムアップに変わっていったというラヴァラール氏（現プラン・アルツハイマー総括責任者）の指摘は示唆的である。今後の問題は2013年以降の事業の継続性である。今回の国家計画で認知症政策がかなり推進したとはいえ、まだ国内全土にサービスが十分普及する段階には至っていない。新政権オランド大統領はプランの続行を表明したものの、前政権に比べて消極的になることが危惧されている。

地域ケアがすでに普及している欧州諸国の中であって、フランスは依然として医学モデル・病院中心モデルが根強い国である。個々の施策は各国の歴史的背景を負っており一概に比較したり導入できるものではない。しかし、利用者の視点を欠いた縦割り行政の弊害を指摘されながらも長年にわたって変わることがなかったシステムが、利用者のニーズに沿うように改革されるまでのプロセスは、依然として病院中心である日本の現状と重なるところが多く、研究・ケア・連帯という理念の3本柱で国民全体を巻き込んでいこうという制度改革の進め方は参考になるのではないだろうか。

参考資料

Plan Alzheimer 2008-2012 <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

Espace éthique <http://www.espace-ethique-alzheimer.org/>

写真1 MAIA (パリ 20 区) のある老人ホーム



写真2 UCC (サンモリス病院) の病室



写真3 PASA（パリ）の超音波入浴



写真4 PASA（パリ）の多重感覚室（Snoezelen）



オーストラリアの認知症国家戦略の概要

公益財団法人東京都医学総合研究所 太田 美智子

オーストラリアの認知症国家戦略

戦後、約 20 年間に誕生したベビーブーマー世代が高齢期を迎える時代を見据え、オーストラリア連邦政府は 2006 年から 5 ヶ年計画の認知症国家戦略「National Framework for Action on Dementia 2006-2010」を実施した。5 つの優先分野（①ケアと支援、②アクセスと公平性、③情報と教育、④研究、⑤人材とトレーニング）への取り組みを通じて、認知症の人の価値が重んじられ、尊敬されること、そして彼らを支える家族や介護者の日々の努力が支持され、後押しされること、その結果、認知症の人や家族、介護者の生活の質を高めることを目的としている。

これに先立ち、1992～97 年、連邦政府は「National Action Plan for Dementia Care（認知症ケアに関する国家行動計画）」を実施しており、2006 年に国家戦略が策定された当時、すでに州政府は独自の認知症戦略を持つなど、一定の体制はできていた。しかし、医療制度の中で提供されるケア、高齢者福祉制度の下で提供される支援、地域ケア制度を通じて提供されるサービスなど複雑に入り組み、認知症の人や家族、介護者にとって利用しづらく、サービスに重複や隙間がみられたため、既存のサービスのコーディネーションを行い、より効果的かつ効率的で、必要な人に支援が届くよう整備することが、国家としての枠組みをつくるもう 1 つの大きな目的であった。

この認知症国家戦略は 2011 年まで延長実施された後、2012 年から改訂作業に入っており、2013 年中にも新たな国家戦略が発表される予定である。

認知症国家戦略の背景要因

オーストラリア（正式名称：オーストラリア連邦）は、日本の約 20 倍に相当する広大な国土（7,692,024km²）を有し、2012 年 6 月現在の人口は約 2,268 万人。政府構造は、連邦政府、州・特別地域政府（6 つの州と 3 つの特別地域）、地方自治体（カウンスル）の 3 層である。65 歳以上の人口比率は 14.2%で、日本やヨーロッパ諸国に比べれば緩やかだが、少子化および長寿化の流れにあり、今後さらに社会の高齢化が進む見込みである。2011 年現在、65 歳以上の 10 人に 1 人、85 歳以上の 10 人に 3 人が認知症で、国全体では 29 万 8000 人、2050 年までには 90 万人が認知症になると推定されている。

したがって、国家戦略策定の直接的な要因は、認知症問題のさらなる規模拡大に備えてより効果的なケアサービスや治療などを開発し、認知症の人と家族など介護者の生活の質と尊厳を守りつつ、財政的圧迫を軽減する道を探るためである。

ところが、オーストラリアではいち早く、初代国家戦略ともいうべき「National Action Plan for Dementia Care（認知症ケアに関する国家行動計画）」が1992～1997年に実施された。これほど早い時期にオーストラリアが認知症の問題に取り組むに至った経緯は何かを探るため、同国における高齢者福祉行政の歴史を概観する。

施設中心の時代：1960～70年代

1954年、連邦政府は「老人ホーム法（The Aged Persons Home Act）」を制定した。当時、家族の絆が切れて介護者がおらず、生活に困窮した高齢者の救済事業を託されていたのは、宗教団体や慈善団体であった。老人ホーム法は、そのような高齢者のために老人ホームを建設する団体に、政府が資本コストを助成することを決めたものである。

さらに1963年、要介護度の高い高齢者を対象とするナーシングホームに対して、ベッド占有率に基づく助成を開始、1966年には一定規模のナーシングホームの資本コストに対する助成も開始した。これらの施策により、ナーシングホーム建設は「リスクが低く、高い利益が得られる投資」と考えられるようになり、ベッド数は1963年から5年間で48%増加、その多くは民間の営利団体が運営するものであった。1970年代以降は、州立の精神科病院など精神科入所施設の閉鎖・規模縮小が進められ、従来はこうした施設に入院・入所していた高齢者がナーシングホームに入所していったことも、ナーシングホームの供給増および政府による多額の資金投入につながったと言われている。

一方、1956年には「在宅ケア助成法（Home Nursing Subsidy Act）」が制定されるなど（翌57年施行）、在宅ケアのための制度も整備されつつあったが、上述のナーシングホームに対する経済的優遇措置は、在宅ケア発展を阻害する要因となった。ナーシングホーム開設の許認可権限を有する州にとっては、州予算で在宅ケアを推進するよりも、連邦政府が助成する民間のナーシングホームの設置許可を出す方がよいとの考えもあったためである。

地域ケアへの移行：1980年代

しかし、1980年代に入り、ナーシングホームへの歳出が増大する一方、自宅で生活する高齢者のための地域ケアサービス不足を指摘する報告や指摘が相次いだ。特に、歳出常任委員会が1982年に提出した報告書「At Home or in a Home（自宅か、あるいはホームか）」（調査委を率いたLeo McLeay下院議員にちなんで、McLeay Reportと呼ばれる）は、「高齢者の多くは自宅で生活하기를望んでいるにもかかわらず、自宅で適切なケアを受けることができないために、コストの高い施設ケアに押し流されている。施設に入居している人たちの中には、適切な支援サービスがあれば、自宅で暮らすことができる人たちがいる」と指摘。施設ケアへの予算偏重を是正するよう求め、地域ケアへの流れをつくった。

翌年、政権交代により誕生したホーク政権は、1984～85年予算計画の中で新しく「地域

在宅ケアプログラム（Home and Community Care [HACC] Program）」の開発を発表し、1985年に「地域在宅ケア法（HACC Act）」が制定された。

1986年、地域サービス大臣は上院議会において、「ナーシングホームに充てられていた高齢者ケアの資源を他の施設ケアおよび地域ケアに再配分し、多様な高齢者ケアサービスを提供することによって、ケアの質向上を図る」との声明を発表している。

認知症に対する問題認識の芽生え

では、認知症に対する取り組みはどのように始まったのか。政策課題として意識されるようになったのは、1970年代後半にニューサウスウェールズ州とビクトリア州で実施された調査報告が契機となった。これらの調査の結果、ナーシングホームへの入居理由の半数以上が、当時の表現で「錯乱状態や高齢に伴う錯乱」であることが明らかになった。以来、精神障害の程度や行動障害の内容、必要なケアの内容や規模など、実態を把握する必要性が語られるようになった。

1980年代に入り、下院議会の「高齢者のための在宅ケアおよび住居に関する審議委員会（Inquiry into Home Care and Accommodation for the Aged）」は、「『錯乱した高齢者』対策は、特別なナーシングホームを設置するという単純な策では解決にはならない。解決策として、既存のナーシングホーム内への小規模ユニットの設置もあるが、介護者支援を含む様々な地域サービスの提供も考えていくべきである」と報告した。

「地域ケア在宅プログラム」では、このような高齢者と介護者を特別なニーズのあるグループと位置づけ、やはり1985年に策定された「高齢者ケア改革戦略」では、「錯乱状態または精神的な問題のある高齢者のために、既存のナーシングホーム内に特別なプログラムを設けること」が勧告された。

翌86年、連邦政府はナーシングホームに比べて要介護度の低い高齢者が入居するホステルに対する助成プログラムを開始し、5年間でホステルおよび地域ケアに対する予算が倍増した。

当事者団体の存在

当事者団体が認知症ケアの転換に果たした役割も大きい。オーストラリア・アルツハイマー協会は、地域ケア在宅プログラムが開始されたのと同じ1985年に設立された。連邦政府からレスパイトケア、介護者支援、啓発活動などの事業の実施を託され、政府資金を得て、地域ケアの推進に貢献した。

「認知症ケアに関する国家行動計画 1992～97年」

1985年に10ヵ年計画で開始した「高齢者ケア改革戦略」は1990年に中間レビューが行われ、認知症ケアは中心課題となった。レビューでは、高齢者サービス利用者のうち、かなりの割合が認知症であり、そのサービスニーズは今後もさらに増えるとの認識から、「高

齢者政策の枠組みの中で認知症ケアを進展させるために、統合的な国家行動計画を策定すべきである」と勧告した。

この勧告を受けて、1992年から5カ年の認知症ケアに関する行動計画「Putting the Pieces Together: A National Action Plan for Dementia Care（ばらばらの断片をつなぎ合わせて：認知症ケアに関する国家行動計画）」が策定された。この行動計画は、当時の政権がすべての社会政策の枠組みと位置づけていた社会正義戦略（Social Justice Strategy）の原則、アクセス・公平性・参加に則ったものであった。

5カ年にわたる行動計画に3100万ドルの予算が配分され、既存のサービスや制度の隙間を埋め、サービスの質改善など、7つの要素（アセスメント、認知症の人のためのサービス、介護者のためのサービス、ケアの質、地域啓発、研究、政策および計画立案）に関して21の具体的な目標を定め、その実現に向けて48の行動が特定された。

行動計画終了後、発展的継続のために戦略的計画立案の場が必要であるとの勧告が出されたが、1996年に労働党政権から保守連立政権に交代し、実現しなかった。

認知症国家戦略のビジョン、目的、優先分野

ところが2005年1月、オーストラリア保健省の各大臣は、認知症の人と家族、介護者の生活の質を改善し、戦略的・協働的で費用対効果の高い施策で認知症問題に対応することを目指し、認知症施策に関する国家的枠組みを策定することで合意した。これを受けて同年5月、関係各局で構成するワーキンググループが諮問書を作成。州および特別地域の各地方政府が諮問フォーラムを開催し、利用者、介護者、当事者団体および産業界、医療福祉専門家などから広く意見を求めた。

さらに、約70もの関係者代表が参加した全豪諮問フォーラムで、認知症国家戦略の策定および5つの優先分野が支持された。これらの意見を受けて、連邦政府および地方政府（州・特別地域）の代表者らが「National Framework for Action on Dementia」を策定した。

認知症国家戦略「National Framework for Action on Dementia 2006-2010」

ビジョン

認知症の人と介護者、家族の生活の質（QOL）を改善すること。

目的

認知症の人と介護者、家族の生活により変化をもたらすため、オーストラリア国民は協力して取り組む。

オーストラリア政府は、認知症の人と介護者、家族にとってアクセスしやすく、シームレスなケアパスを作るため、サービス提供者および大きなコミュニティと協力する。

原則

1. 認知症の人は価値を重んじられ、尊重される。また、尊厳と生活の質の権利が担保され

- る。
2. 介護者および家族は価値を重んじられ、支援される。介護者らはその努力が認められ、励まされる。
 3. ケアの選択に際して、認知症の人と介護者、家族の意向が最も尊重される。
 4. サービスは、それぞれの人の人生の旅路に沿って提供される。
 5. すべての認知症の人、介護者、家族は、社会的・文化的・経済的背景や居住地、ニーズに応じて、適切なサービスを受けられる。
 6. 十分な訓練と支援を受けた人材が質の高いケアを提供する。
 7. 認知症の人や介護者、家族の生活の質には、地域が重要な役割を果たす。

優先分野

優先分野 1：ケアと支援

認知症の人や介護者、家族のニーズの変化に応じて、ケアおよび支援サービスは柔軟に対応すること。

優先分野 2：アクセスと公平性

すべての認知症の人、介護者、家族は、その居住地や文化的背景にかかわらず、認知症に関する情報、支援、ケアに公平にアクセスできること。

優先分野 3：情報と教育

エビデンスに基づいた正確な情報や教育を、適切な時期に有意義な形で提供すること。

優先分野 4：研究

認知症の予防・リスク低減・発症遅延、ならびに認知症の人や介護者、家族のニーズに応える研究。

優先分野 5：人材とトレーニング

スキルがあり、質の高い認知症ケアができる人材育成戦略。

出典：National Framework for Action on Dementia 2006-2010

1992～97年の行動計画は、まだ高齢者に対する地域ケアと施設ケアが中心であったが、その後、認知症の人や家族、介護者支援のための様々な国家政策や戦略が実施されていた。2005年には、研究やケア改善、早期介入、拡張版高齢者在宅ケア（EACH）、高齢者ケア従事者および地域で働く人々に対する認知症トレーニングに予算をつけた「認知症の人と介護者を支援する—認知症を国の優先課題に」が導入された。

認知症国家戦略「National Framework for Action on Dementia 2006-2010」に影響を与えたその他の国家戦略は次の通り：

- 2004年 A New Strategy for Community Care - The Way Forward（地域ケアのための新

戦略—前進に向けて)

- 2000年 National Palliative Care Strategy (疼痛緩和ケアに関する国家戦略)
- 2004年 National Plan for Improving the Care of Older People across the Acute Care Continuum (高齢者の急性期ケア改善のための国家計画)
- 2004年 National Health Workforce Strategic Framework (医療職に関する国家戦略的枠組み)
- 2003～2008年 The National Mental Health Plan 2003-2008 (メンタルヘルス国家計画)
- 2000年 beyondblue, National Depression Initiative (「ビヨンドブルー」うつ病に関する全国イニシアチブ)
- 2001年 National Strategy for an Aging Australia (高齢化社会に向けた国家戦略)

認知症国家戦略の評価

2011年8月、認知症国家戦略を改訂し、認知症ケア施策のさらなる展開に向けて、5つのリコメンデーションが出された。

リコメンデーション 1: 認知症ワーキンググループは、4 年の新たな認知症国家戦略の策定を検討し、合意ができ次第、勧告すること。
リコメンデーション 2: 認知症ワーキンググループは、認知症国家戦略が達成したアウトカムの有効性を強化し、各行政の優先課題との一層の調整を図るため、優先度の高い行動についてレビューを行うこと。
リコメンデーション 3: 新たな認知症国家戦略の実施を検討するにあたっては、認知症ワーキンググループは、情報共有と戦略策定の水準を高めるためのシステムまたは戦略をつくること。
リコメンデーション 4: 認知症ワーキンググループは、新たな認知症国家戦略の文脈を考慮し、目的や優先事項、戦略などの基本的要件 (Terms of Reference) を再検討し、改訂すること。
リコメンデーション 5: 各政府は、認知症ワーキンググループにフィードバックを行うための認知症運営委員会/実施グループを設立すること、あるいは既存の組織がある場合はその組織の活用を検討すること。

出典: “Review of the National Framework for Action on Dementia 2006-2010 –Summary of Final Report –” August 2011 より一部抜粋

認知症イニシアチブ

認知症国家戦略に加えて、認知症を国の最優先健康課題に据えて認知症の人と介護者を支援する5年事業「認知症イニシアチブ」も、2006年から実施された。その目標は、やはり認知症の人と介護者に対する支援であり、その実現のための3つの施策は下記の通り

である：

施策 1： 認知症一国の最優先健康課題（7050 万ドル） 認知症の人と介護者の生活の質を改善するためのさらなる研究、ケア改善プログラム、早期介入。達成のための取り組み：

- 認知症の人と介護者の生活の質を改善するためのアセスメントとケア、リスク低減と予防、治療、マネジメント、支援に関する知見や知識、エビデンスの水準を高めること。
- 研究者、医療福祉職、利用者、その他関係者間のパートナーシップとネットワークを強めること。
- 認知症研究の統合、国内・国際的協働の強化、さらなる研究資金の投入。
- 早期介入サービスの拡大、予防および早期介入を促進するための啓発戦略づくり。
- 適切なエビデンスに基づくアセスメント、治療、支援、ケアを提供し、認知症の人が自宅でもより長く暮らせるように支援すること。

施策 2： 拡張版高齢者認知症在宅ケア（EACHD）（2 億 2510 万ドル） 2000 ヲ所の認知症に特化した拡張版高齢者在宅ケア拠点：

- 狙いは、心配な行動のみられる認知症高齢者のためのケアパッケージを提供すること。

施策 3： 認知症の人をケアするためのトレーニング（2500 万ドル） 最大 9000 名の高齢者ケア従事者、最大 7000 名の介護者および地域で働く人々に対する認知症に特化した追加的トレーニングを含む。その狙いは：

- 医療職および高齢者ケア職の認知症ケアスキルを高め、認知症の人と介護者の生活の質を改善する。
- 認知症の人のケアについて、医療職、高齢者ケア職、地域で働く人々の知識と理解を深める。
- 認知症ケアに従事することがキャリアとして魅力があり価値があるものとなるようプロモーションする。
- 家族介護者に認知症の人のケアスキルを身に付けてもらい、介護の負担軽減につなげる。
- 最善の認知症ケア実践を推進し、革新的で柔軟な認知症ケアを奨励する。
- 認知症の人のケアに携わっている医療職および高齢者ケア職の自信を深める。
- 高齢者ケア提供者、研究者、研修組織のネットワークを強化し、持続可能な認知症ケアトレーニングを推進する。

上記、施策 1 の具体策として、「認知症の行動マネジメント助言サービス（Dementia Behaviour Management Advisory Service: DBMAS）」がある。これは、認知症の介護者が最も

対応に苦慮し、燃え尽きの原因にもなりやすい行動・心理症状（BPSD）が生じた時に、どのように対応すればよいかについて、知識を含めて実践的なアドバイスを提供するサービスである。

やはり BPSD への対応策として、認知症の人の行動の自由を奪う物理的・化学的拘束の問題がある。保健省はこの問題に対応するため、2012 年にツールキット「拘束のない環境を維持するための意思決定ツール（地域ケア編・施設ケア編）」を作成し、同省のウェブサイトで公開している。たとえば、地域ケア編では、拘束が避けられないほど対応が遅れないよう、早期に行動変化を把握するためのチェックリストなども作成している。

拘束のない環境づくりに関する意思決定ツール：地域ケア編

拘束は人の権利と尊厳に反し、あなたの家族や友人の身体に害を与えるリスクが高まる場合があります。

拘束について、一般に誤解されていること

誤解①：拘束すると、転倒が減り、けがを予防できる。

エビデンス①：拘束による窒息死やけがの危険があります。

誤解②：家族や友人を拘束することは、本人のためである。

エビデンス②：拘束して身体を固定すると、慢性的な便秘や尿失禁、高血圧、骨密度や筋密度の低下、歩行困難、パニック、強い恐怖心、意欲や尊厳の喪失などが起きます。

誤解③：拘束することで、もっと安全に介護ができる。

エビデンス③：短期的な解決策にはなるかもしれませんが、拘束に依存しやすくなり、人間性を奪い、創造性がなくなって、その人にあわせたケアができなくなります。

出典：“Decision-Making Tool: Supporting a Restraint Free Environment in Community Aged Care.”
より一部抜粋

考察と日本への示唆

20 世紀の幕開けとともに連邦を結成し、1984 年に正式決定した国歌では「我らは若く自由だ」と謳うオーストラリアも、日本や欧州諸国に比べて緩やかながら、着実に少子高齢化の波にのまれつつある。

日本と似た「中福祉・中負担」でありながら、1980 年代に高齢者ケアの場所を施設中心から地域・在宅中心に方向転換し、1990 年代には認知症ケアに関する国家行動計画を実施、2000 年代にはより包括的な国家戦略も実施して、次なる戦略のための改訂作業中というのだから、認知症関連施策においては日本の一歩も二歩も先をいく経験豊かな国といえる。

できる限り長く自宅で暮らし続けたいという認知症の人の意思を尊重し、地域で支えて

いくためには、多職種の専門職による地域ケアサービスの充実が急がれることはもちろんだが、家族などの介護者支援も忘れてはならない。家族が自宅で認知症の人の生活を支えている場合、施設入所の最大の要因は家族の燃え尽きである。そして、家族が燃え尽きる大きなきっかけが BPSD であるとの認識から、オーストラリアでは認知症の行動マネジメント助言サービス (DBMAS) やレスパイトケアなどを通じて、介護者支援に手厚く取り組んでいることは、示唆深い。

また、当事者団体と政府の関係も興味深い。政府は国家戦略を策定するにあたって、認知症の本人や家族はもちろん、オーストラリア・アルツハイマー協会などの当事者団体にも意見を求めている。そのようにして意見が反映された政策を、今度は連邦政府から資金提供を受けてオーストラリア・アルツハイマー協会が実施する。協会は財政的に安定し、知見や経験が蓄積され、優秀な人材も確保できる。力のある組織になる。

環境やケアによって認知症の人の強さを支え、情報やアドバイスによって家族や介護者の力を支え、トレーニングなどで専門職のスキル向上を図り、啓発活動を通じて市民を育てていく。誰もが少しずつ意識して無力化に抗い、力をつけることが高齢化社会を生きる道ではないかと思われた。

世界のどの国もかつてない高齢化社会に向かい、認知症になる人の数もますます増加していく途上だが、同じ挑戦を試みる仲間の存在は頼もしい。

主要参考文献：

- 1) Howe, A.L. et al. “From States of Confusion to a National Action Plan for Dementia Care: The Development of Policies for Dementia Care in Australia”: Int. J. Geriatr. Psychiat. 12: 165, 1997
- 2) Rees, G. “Dementia: Evolution or Revolution?”: Alzheimer’s Australia Paper 19, 2010
- 3) House of Representatives, Hon. Brian Howe, M.P. Digest of Bill. “Nursing Homes and Hostels Legislation Amendment Bill 1986”: Legislative Research Service Department of the Parliamentary Library
- 4) The Parliament of the Commonwealth of Australia, “In a Home or at Home: accommodation and home care for the aged”. Australian Government Publishing Service, Canberra 1982

オランダの認知症国家戦略の概要

独立行政法人労働政策研究・研修機構 堀田 聡子

はじめに

(1) オランダ基本情報、認知症関連基礎データ

オランダの面積は約 41,864k m² (九州と同じくらい) で、総合行政は全国政府である国と 12 の州、415 の地方自治体 (2012 年 1 月) からなる三層制である。

2012 年時点の人口は約 1,673 万人、このうち 65 歳以上人口の占める割合は 16.2%。今後高齢化が急速に進み、高齢者人口は 2039 年にピークを迎え 460 万人にのぼると予想されている。高齢者の世帯構成をみると、単身世帯と夫婦のみ世帯の合計が 9 割を超え、配偶者以外 (子やきょうだい等) との同居率はきわめて低く、75 歳以上では単身世帯が過半数を占める (2005 年)。平均寿命は男性 78.8 歳、女性 82.7 歳、合計特殊出生率は 1.80 である (2010 年)。本稿のテーマとなる認知症をめぐる状況は図表 1 のとおり。

図表 1 オランダにおける認知症関連基礎データ (2012 年)

- 認知症の人の人数 : 2012 年に 25 万人 (うち 1.2 万人が 65 歳未満) → 2040 年に 50 万人。
- 診断 : 25 万人のうち認知症の診断を受けている人は 15 万人、受診・診断までの平均期間は 14 ヶ月、診断から死亡までは 8~10 年。
- 一生のうち認知症になる可能性 : 20%。
- 認知症リスク : 65 歳以上で 10%以上、80 歳以上で 20%以上、90 歳以上で 40%以上。
- 生活 : 7~8 割が在宅 (半数程度は独居)、6 万人がナーシングホーム・ケアホーム等。認知症を理由とする精神科病院への入院は例外的かつ短期間 (診断のための精神科医への紹介は約 9%)。
- 認知症のインパクト :
 - 頻度の高い疾患 (common disease) のなかで患者自身の負担感が最大。
 - 頻度の高い疾患のなかで最もコストがかかり、約 40 億€ (医療介護福祉支出合計の約 5%)。年約 2.7%の伸びを予測。
 - 家族や隣人として認知症の人のケアにあたる者が約 30 万人 (平均週 20 時間を 5 年間)、約半数が仕事 and/or 育児と両立、約 8 割が強い負担感 (介護者の燃え尽きは入所の重要な要因)。

(出所) Alzheimer Nederland (2012) 'Cijfers en feiten over dementie' 及び保健福祉スポーツ省提供資料に基づき筆者作成。

(2) 医療、介護、生活支援・福祉、保健・予防関連制度の枠組み

認知症の人を支える医療、介護、生活支援・福祉、保健・予防にかかる制度の枠組みは次のとおり。

【医療保険制度の構成】

医療・介護にかかる費用をまかなう医療保険制度は、社会保険方式を基礎に、1年以上の医療・看護・介護、すなわち長期ケアをカバーする第1層、治療可能な疾患に関する短期の医療をカバーする第2層、以上の公的医療給付以外を扱う第3層から構成される。第1層と第2層が全住民を対象とする強制加入の保険となる。

第1層が、長期に医療や介護を必要とする人々を過度の費用負担から保護することを目的として1968年に導入された特別医療費保険（AWBZ）である。年齢や障害種別による区別はない普遍的な仕組みとなっており、1年以上の長期入院、ナーシングホームやケアホーム、身体・精神障害者施設でのケア、在宅ケア等をカバーする。保険者は国である。サービス提供者との契約・サービス購入、保険料の徴収、被保険者の相談対応といったAWBZの運営実務については、国の事務代行者として国内約30圏域ごとに当該圏域でマーケットシェアが高い民間保険会社がケアオフィスとなり、その役割を担っている。

第2層（短期医療保険）は、以前は所得・職域により3つの制度が分立していたが、2006年の医療制度改革により、全国民を対象とした健康保険（ZVW）に一本化された。保険者は民間保険会社であり、被保険者に基本パッケージ購入を義務づけることで、国民皆保険を達成している。政府が定めた基本パッケージは、家庭医（後述）による診療、病院・専門医・助産師による医療、1年未満の入院、18歳未満の歯科治療、産後ケア、理学・運動・作業・言語療法や栄養指導（限定的）、禁煙指導等をカバーする。

第3層は以上の公的医療給付の対象とならない18歳以上の歯科、広範な理学療法等をカバーする補完的保険である。購入は任意だが、約9割が加入している。

【社会支援法】

2007年に社会福祉法と障害者サービス法、特別医療費補償法の一部を統合して社会支援法（Wmo）が施行された。同法の目的は、互助を活用しながらできる限り自立した生活と社会参画を促すことにあり、地方自治体レベルで、その責任において住民ニーズに即した社会生活支援を展開することとなった。

社会支援法のもとで地方自治体が行うべき領域は多岐にわたるが、認知症の人に関連が深い内容をみると、AWBZから家事援助がWmoの対象に切り替えられた他、住宅改修、移送、福祉用具、地域社会におけるコミュニケーション促進（友人の訪問、コミュニティセンター等でのアクティビティ、レジャー等への参加）とソーシャルワーク等が含まれる。また、介護者及びボランティアへの支援も地方自治体の役割と位置づけられた。

【公衆衛生法】

公衆衛生は19世紀から地域で取り生まれ、早くから地方自治体の役割が明確化されてきたが、近年さらに地方自治体のプライマリケアにかかる責任を強化する方向で公衆衛生法

が改正された（2008年）。

地域における保健センター等を基盤とした予防・健康増進・ヘルスプロテクションの展開について、健康寿命延伸や健康格差是正の観点から見直し、例えば高齢者については自宅訪問等をつうじて健康状態の把握と疾患の予防・早期発見に努めること、プライマリケア領域における多職種協働の推進・改善も地方自治体任務とされた。

認知症国家戦略の背景ーケア提供体制の変化

1960年代以降のオランダのケア提供体制の変化について、脱病院化、脱施設化とプライマリケアの充実に着目して整理し、特に1990年代以降の切れ目ないケア提供の推進にかかる動向をまとめておく。

1960年代に専門医療にかかる医療費増大を背景として慢性疾患患者の脱病院化がはかられ、その受け皿としてナーシングホームの数が急増した。そのため1970年代～1980年代にかけ、欧州で高齢者の施設入居率が最も高い国となる。

1970年代に入り経済成長が鈍化すると、地域医療・予防を強調し、プライマリケアとセカンダリケアの役割を分化、セカンダリケアへの直接アクセスをなくす方針が示され、多職種協働のプライマリケアセンター整備等を通じて家庭医を中心とするプライマリケアの一体性が高められるようになる。オランダでは、プライマリケアの専門医である家庭医が産まれてから死ぬまで患者、家族に寄り添う医師、ヘルスケアシステムへのアクセスポイントとなり、地域全体をサポートする。

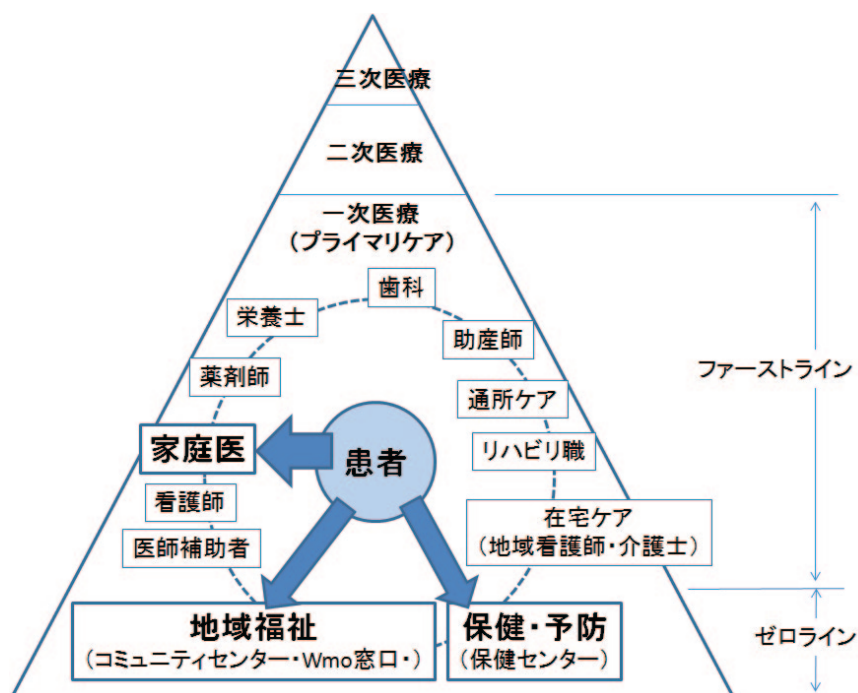
長期ケアについては、社会政策上コスト削減の必要性を背景に、自己責任と互助促進が強調されたことに加え、障害者団体、のちに高齢者団体が「自立」「エンパワーメント」「選択の自由」を要求するようになり、以上の2つの文脈から、集中的で高いケアをより安いケアにシフトしつつ（「代替（substitutie）」）、利用者・患者の自律と選択を保証し、それぞれのニーズにあわせた「個別仕立てのケア（zorg op maat）」を目指すこととなった。ここでいう「代替」とは、脱施設化のみならず、治療から予防へ、専門医から家庭医、医師から看護師やパラメディカル、看護師から介護士へ、さらに専門職からインフォーマルケアへ、といった多様な意味を含むものである。

脱施設化と高齢化に伴う慢性疾患患者の増加は、統合ケアを要請する。こうして80年代以降、ヘルスケア・ソーシャルケアセクター内・間の水平的・垂直的統合が進み、プライマリケアとセカンダリケアの継続性改善に向けた中間ケアの発展、ケースマネジメントの発達がみられた。さらに、地域における組織的連携（ネットワーク）に基づく多職種チームによる切れ目ないケア提供が推進されることとなり、1990年代から慢性疾患や緩和ケアにかかる統合ケア（Ketenzorg）が発展。2002年の健康審議会による認知症の人及び認知症ケアの現状と課題に関する答申を契機に、「コーディネートされた認知症ケア」の実現に向けて国を挙げた取り組みが本格化した。

なお、近年、ケアを必要とする高齢者の急増や費用の拡大、労働市場縮小が見込まれる

なか、改めて家庭医と地域看護師を中心として、地区レベルでの福祉や公衆衛生を含めた多職種によるプライマリケアを充実させ、セルフマネジメントの推進と身近な関係のなかでの問題解決をはかることが重要といわれている（図表2）。

図表2 オランダのケア提供体制



(出所) 筆者作成

認知症国家戦略の段階的發展

認知症国家戦略は、認知症の人のニーズと希望に基づくコーディネートされたケア、認知症の人と介護者に対する十分なガイダンスと支援の提供を通じた認知症の人とその介護者の生活の質の改善を目的として、現在までに大きく3段階の發展がみられる。第1段階は地域レベルでの認知症の人と介護者の視点からみた課題抽出と改善に向けたプロジェクトの展開を通じた「良い認知症ケア」像の明確化、第2段階は統合ケアのガイドライン作成、またそれに基づくケアオフィス（1（2）参照）によるケアの購入に関する地域での実験・普及、第3段階はガイドラインの見直しとケア基準の策定である。

(1) 全国認知症プログラム

第1段階は全国認知症プログラム（Landelijk Dementie Programma : LDP、2004~08年）。全国57地域において認知症の人、介護者とケア提供（事業）者から成るワーキンググループを設け、当該地域の認知症ケアの課題抽出・優先づけ、緊急度の高い問題改善に向けた3~4つのプロジェクトを実施した。

特徴は、ワーキンググループに認知症の人と介護者を必ず含めたことにあり、認知症の人と介護者の言葉を用いて整理された「各地域で」「認知症の人と介護者が日常直面している問題」が出発点となった。同プログラムはアルツハイマー協会の地位向上も意図しており、これには各地の協会支部が重要な役割を果たした。

緊急度が高いとされた問題領域の上位は、①気分や行動上の問題に対する本人の恐怖・怒り・混乱、②介護者のストレス・不安・孤独感、③施設入所への抵抗感、④何かがおかしいが原因も対処法もわからない、⑤専門職とうまくコミュニケーションできない（コミュニケーション・連携不足、専門職の知識不足等）であった。

地域レベルでのプロジェクトの指針として14の問題領域に対応して推奨される活動がワークブックにまとめられ、実際に地域において取り組まれたプロジェクトの上位は、①ケースマネジメント、②認知症および認知症ケアに関する情報の充実、③早期発見・診断、④家族介護者支援・レスパイトケア、⑤専門職教育、となった。

LDP は「当事者視点に基づく良い認知症ケア」の明確化のみならず、各地域における多様な連携、現場の熱気の高まり、ケースマネジメントの開始・拡大等大きな成果を挙げた。LDP に参加した関係者はプログラム終了後も全国認知症ネットワーク（Landelijk Netwerk Dementie : LND）を形成し、知見共有を重ねている。また、各地域における取り組みはウェブサイトでも広く共有されている。

しかし統合ケアに対する財政的インセンティブがなかったことからマネジャークラスの理解が十分得られず、提供（事業）者間の組織的連携が未成熟であることが課題とされた。

（2）認知症統合ケアプログラム

そこで、第2段階の認知症統合ケアプログラム（Programma Ketenzorg Dementie : PKD、2008~11年）では、認知症の人・介護者の状態とニーズに応じてコーディネートされた認知症ケア（いわゆる認知症ケアパス）の開発、組織的連携（ネットワーク）に基づく統合ケアのガイドラインの作成、ガイドラインに沿ったケア購入に向けた地域での実験・質の評価、認知症の人と介護者に対する体系的な支援を提供するケースマネジメントの発展をめざした。

標準的なガイドラインは、保健福祉スポーツ省・アルツハイマー協会・ケア事業者団体・保険会社連合が主導して作成。診断前、診断とケアへのアクセス、ケアやサービス提供という3つのフェーズにおいて、質の高い認知症ケアに向けた17の構成要素、関与すべき関係者（機関）を整理し、連携の要であるケースマネジャーの役割・要件、統合ケアの質の評価指標、調達プロセス等を盛り込んだ。

16地域で各地域版ガイドラインに基づく連携構築とケア購入に関する実験を経て、全国約95%の地域でケースマネジメントを含む認知症統合ケアが提供されるようになった。しかし、地域によるばらつき、質の評価指標の有用性が課題とされた。

(3) 認知症ケア基準の策定

これを受け、第3段階として、PKD で作成されたガイドラインにおけるケアプロセスの内容改善、組織間の効果的な連携の在り方、質の評価指標改訂、ケースマネジメントの定義明確化等を取りまとめ、認知症ケア基準の策定が進んだ (Zorgstandaard Dementie、2011~12年)。同基準は初めての医療・介護・福祉をつうじたケア基準であり、今後全国に普及予定である。

ここで、視察等をもとに、認知症の人の在宅生活継続可能性を高めるものとして注目される認知症ケースマネジメントの先進事例及び地域において認知症の人と介護者を支えるさまざまな形態を図表にまとめておく。

図表3 認知症ケースマネジメントの先進事例 (Geriant 財団)

オランダでは、1980年代以降の脱施設化の流れのなかで、ケース(ケア)マネジメントが発展をみた。ただし基本的に制度上の位置付けはなく、ケースマネジメントの在り方は極めて多様である。

こうしたなか、認知症ケアについては各地域のケア提供組織間連携の中で、独立してケースマネジメントの役割を担う専門職を割り当てる動きが多くみられるようになった。

彼らは認知症ケースマネジャーと呼ばれ、認知症の疑いが出てから死亡(もしくは入所)に至るまで、認知症の人と介護者に対するコーディネートされたケア・サポートの体系的な提供の窓口となる。

ここでは組織間連携を基盤とする認知症ケースマネジメントの先進事例として Geriant 財団を取りあげる。

【診断・治療・ケースマネジメントと介護者支援を担う独立組織】

Geriant 財団はオランダの認知症ケースマネジメントの先駆けのひとつであり、国家戦略における認知症ケースマネジメントや認知症ケースマネジャーの発展にも大きく貢献している。

地域のナーシングホームとメンタルケア組織のネットワークが母体となり、2000年に認知症診断・ケースマネジメントチーム (Dementie Onderzoeks- en Casemanagement team : DOC-team) が発足。その後、外来治療および急性増悪期の短期集中治療(16床)等のための DOC-centrum を創設した。これらが2003年に独立した組織体、Geriant 財団となる。

Geriant における認知症ケースマネジメントの目的は、認知症の人と介護者の QOL を維持しながらできる限り認知症の人の住み慣れた家での暮らしをサポートすること。Geriant モデルの特徴は、「多職種チームによる cure と care の包括的な提供」にある。ここには診断、治療、ケースマネジメント、介護者支援、限定的な在宅ケア等が含まれる。

現在、北オランダの人口60万人エリア(高齢化率14%)で在宅の人を支える4つの DOC-team、ケアホームや高齢者住宅に住む人のための Geriant-wonen、DOC-centrum を擁す

る。

スタッフ約 190 人（うち認知症ケースマネジャー約 70 人）、利用者約 3700 人、営業利益は約 1100 万ユーロで（2011 年）、短期医療保険（精神保健の包括払い）を主たる財源とする。

【多職種チームマネジメントの実際】

DOC-team は、10 人程度の認知症ケースマネジャー、在宅で老年精神看護を提供する看護師（TOP-zorg）、老年医、精神科医、心理士、認知症コンサルタント等各 1~2 人から成る。

Geriant のケースマネジャーは、全員が認知症ケアの経験を持つ学士レベル以上の看護師であり、独自に開発した研修を修了している（現在アルツハイマー協会の支持を得て高等職業教育訓練機関で実施）。この研修は、単にケアをコーディネートするだけでなく、多職種チームと協働で治療と介護（臨床ケースマネジメント）、福祉を横断して認知症の人と介護者に効果的な援助を展開する力を身につけることを目的としている。

認知症の兆候が見られる人と介護者は、主に家庭医や在宅ケア組織、病院等の紹介によって Geriant にやって来る。ケースマネジャーと DOC-team の医師や心理士が自宅を訪問、本人や家族等と面談し、介護拒否等がある場合は必要に応じて TOP-zorg が期間限定で在宅老年精神看護を提供しつつ、できる限り生活の場である自宅において診断を行う。各職種のアセスメント結果をもとに多職種チームミーティングにおいて治療・ケア・サポート計画（投薬、行動療法、看護・介護、家事援助、認知症の人と介護者へのガイダンス・カウンセリング、介護者支援）を立案、ケースマネジャーが本人と介護者に説明・合意の上、必要な援助を調整する。

その後、ケアはすべて地域の在宅ケア組織等に、治療も随時家庭医等に引き継がれるが、ケースマネジャーは、認知症の人が亡くなる（あるいは入所する）まで一貫して援助する。また他のケア提供（事業）者や介護者を交えた利用者ごとのカンファレンスをもとに、DOC-team が継続的に専門的見地からモニタリングを行う。

すなわち Geriant に紹介された認知症の人（とその介護者）には、医療のパートナーである家庭医に加え、DOC-team を基盤とするケースマネジャーが、ケア・サポートのトータルなパートナーとして寄り添い続けることとなる。

【介護者と専門職への支援と助言】

Geriant の援助対象は、認知症の人だけでなく、介護者や地域の専門職にも及ぶ。介護者にはケースマネジャーを中心とする DOC-team の専門職が日常的にサポートを提供、Geriant は介護者支援コースを設けるほか、アルツハイマー協会等が開発したアルツハイマーカフェも主催する。また、認知症の人と介護者を統合的にサポートするミーティングセンターと呼ばれる地域のデイケアを紹介することもある。

さらに、地域の認知症ケア提供（事業）者の専門職や家庭医には、研修の開催に加え、認知症コンサルタントが助言・アドバイスを行う。

図表4 認知症の人と介護者をともに支えるさまざまな形態

【アルツハイマーカフェ】

- 概要：認知症の人と家族のエンパワメント・仲間づくり、認知症に関する知識の普及等を目的としてアルツハイマー協会が開発したガイドラインにそって行われる誰もが参加できる月1回の集い・カフェ（全国共通、登録商標）。全国約220か所。
- 財源：さまざま（Wmo、助成金等）、原則として自己負担なし
- 運営：地域の介護・福祉・医療関係者・自治体・商店等が連携
- 人員：アルツハイマー協会の教育プログラムを修了したコーディネーター、地域住民や専門職のボランティア
- プログラム：月1回決まった曜日・時間帯に2時間程度同じタイムスケジュールで行われる。
 - 徐々に集いコーヒー等を飲みながらおしゃべり（30分）→講師によるミニレクチャー（コーディネーターによるインタビュー形式、30分）→休憩・おしゃべり（ボランティアによる音楽等、30分）→質疑応答（30分）→さらに歓談（30分）

【ミーティングセンターサポートプログラム】

- 概要：軽度~中度の認知症の人とその介護者へのサポート（感情的・社会的サポートを含む）と情報提供等を目的とする通所介護の1形態。アムステルダム自由大学が現場及び研究上効果的といわれた複数のサポート形態を統合して開発。全国約80か所。
- 効果：従来型通所介護と比較して、行動障がい、認知症の人の自尊心、QOL、介護者の介護力にプラス（→入所を遅らせる）
- 財源：AWBZ（認知症の人）及びWmo（介護者）
- 運営：地域の認知症ケアにかかわる諸機関（介護、メンタルケア、福祉、家庭医、地方自治体等）の協定に基づく協働
- 人員：一定の教育研修を受講したプログラムコーディネーター、介護士、アクティビティセラピスト、地域住民及び学生等のボランティア
- 3本柱のプログラム
 - 認知症の人へのケア：Social Club（週3回）、心理療法（週3回）、コンサルティング（週1回）
 - 介護者へのサポート：専門家による情報提供ミーティング（隔週2時間）、介護者同士のディスカッショングループ（隔週2時間）、コンサルティング（週1回2時間）
 - 両者へのサポート：認知症の人、介護者、スタッフ全体のミーティング（月1回）、レクリエーション
- 発展
 - 心理社会的診断に基づく認知症の人と介護者のニーズに応じた柔軟なプログラム
 - 認知症に限定せず、広く要介護者と介護者へのサポートを統合したプログラムと

しての発展も

- ▶ 入所型施設内の通所サービスを全て閉鎖し、地域のコミュニティセンター等における同プログラムに移行した地域も（→両者からみて敷居が低く早い段階からアクセスしやすい、より広く地域力を活用できる）

【Odensehuis】

- 概要：認知症の人と家族のイニシアティブで始まった毎日誰でも立ち寄れる「第二の居間」。専門職によるケアは必要でないが、日々の生活にちょっとした不安を抱えるようになった人たちが、早い段階で居場所を得ることにより（若年認知症の人も含む）地域で長く暮らすことができるという考えに基づく。さまざまな理念や目的を共有するイニシアティブによる多様な居場所の一例。
- 特徴：いつでも自由に出入りでき、参加者（患者・利用者ではない）がやりたいこと（創作、絵、料理、ダンス等）をする。自分たちで情報、アイデア、困ったことをもちより、互いに助け合いながら暮らす。
- 運営：参加者による自主運営

認知症国家戦略の評価と今後の展望

統合ケアの進捗状況は定期的に研究機関によりモニタリングされており（2010年以降年1回これまでに3回）、認知症の人と介護者によるケアの改善の体験、地域における認知症ケアにかかわるステークホルダー間の協働の深化、ケースマネジメントの利用可能性向上等の観点から、コーディネートされた認知症ケアの浸透がはかられてきているとされる。

ただし、全ての地域での組織的連携（ネットワーク）の形成、地方自治体の積極的な関与による社会サービスの充実、統合ケアの支払等の課題が残されている。

これを受け、パブリック・プライベート・パートナーシップ（PPP、官民連携）に基づく認知症デルタプランと呼ばれる新たな計画が議論されている。この計画にはケア基準に基づく統合ケア推進、それに向けた教育の充実に加え、産学官連携の認知症にかかわる長期的な研究開発計画、全国認知症登録システム、認知症ケアポータルサイトの構築等が含まれている。

考察と日本への示唆

コスト削減の必要性だけでなく、ケアを必要とする当事者の市民・消費者としての参加・発言を推進力として（脱病院化に次ぐ）脱施設化を進め、地域における家庭医と地域看護師を中心とした多職種によるプライマリケアの充実と並行して、切れ目ないケアの提供を模索してきたオランダ。

認知症については、各地域での認知症の人と介護者視点による問題抽出を出発点として課題解決とよい認知症ケア実現に向けた多様なネットワーク形成を促進、これをもとに認知症ケアパスを開発し、地域を基盤としてコーディネートされた認知症ケアを実現しつつ

ある。

オランダの国家戦略の主たる特徴は、全国共通の課題と解決に向けた方策を示して一律に取組みを促すのではなく、地域ごとに当事者主体で目標を設定し、多様な関係者の連携を促し、常に認知症の人と介護者の意見を聴きながらボトムアップで段階的に改善に取り組んできたこと、各地域のベストプラクティスを共有して学び合っていることにある。

認知症の人も介護者も、そして専門職や行政も、ともに同じまちで暮らす住民として地域をよりよくしていく対話をどのように行うか。家庭医療の役割・機能が明確に合意されておらず、患者と地域に寄り添う家庭医が十分に普及していないなか、いかにして認知症の人の伴走者をデザインするか。オランダの挑戦は、オレンジプランの推進に向けてもさまざまな論点を投げかける。

さらに、オランダでは、さまざまな専門性を持つ最大 12 人の地域看護師による地域密着の自律型チームが全プロセスに責任を持ち、あらゆるタイプの利用者にケースマネジメントとさまざまなケア・サポートを含むトータルケアを提供する在宅ケア組織（Buurtzorg Nederland 財団）が急成長し、世界的に注目を集めている（堀田聰子（2012）「在宅ケアのルネサンス—Buurtzorg」医学界新聞第 2986 号を参照のこと）。

地域のなかで、ある疾患（さらにそのある段階）だけに焦点をあてるのではなく、患者中心の全人的ケアを長期的にどのように実現していくかという観点を忘れてはならない。

主要参考文献：

Gezondheidsraad(2002) “Dementie”.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport(2008) ‘Zorg voor mensen met dementie’.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland and ActiZ(2009) “Leidraad Ketenzorg Dementie: Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie”.

Alzheimer Nederland and Vilans(2012) “Zorgstandaard Dementie: Definitief concept Versie 1”.

*本稿は、堀田聰子（2013）「オランダの認知症ケア—各地域の利用者視点による問題抽出を起点に」『日本認知症ケア学会誌』11（4）pp.781-787 を加筆修正したものである。なお、関連制度及びケア提供体制、従事者にかかる詳細及びその他の参考文献は、労働政策研究・研修機構ホームページで公表しているディスカッションペーパー「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策」及び日蘭認知症ケアにかかる調査研究報告書（今夏公表予定）を適宜参照されたい。

デンマークの認知症国家戦略の概要

公益財団法人東京都医学総合研究所 山崎 修道

デンマークの認知症国家戦略

デンマークでは、2010年秋に認知症国家戦略である「デンマーク認知症アクションプラン」が策定された。国家戦略策定以前も、デンマークは地方自治体主導によるボトムアップでの質の高い認知症ケア体制を構築してきたが、国家戦略によりサービスのコーディネートを強化し、全国への質の高いサービスの均てん化を推し進めている。超党派の政治的な合意に基づき、省庁や行政機関をまたぐ協働によるワーキンググループを編成し、アクションプランを策定した。アクションプランには、7つのフォーカスと14のリコメンデーションを明文化した。特に既存サービスのコーディネートのためのインフラ（協働疾病マネジメントプログラム）の整備と、心理社会的支援開発への重点的な投資に力を入れ、2013年までに政治面・行政面・法律面での成果が出ている。今後は人材育成による質の向上と均てん化の加速、研究開発部門への更なる投資、経済的評価が課題となっている。我が国においては、デンマークの国家戦略のうち、当事者・ケアラーのニーズを中心に据えたコーディネート機能強化のためのシステム化と投資について示唆を得るところが大きいと考えられる。

認知症国家戦略を打ち出した背景

【戦略策定前の認知症医療・ケア体制】

デンマークは2012年現在、人口約550万人、国土面積は約43,000 km²、人口密度は1 km²当たり126人である。5つの広域自治体（レギオナ）と98の基礎自治体（コムーネ）によって構成されている。デンマークでは、認知症国家戦略策定以前より、地方自治主導による手厚い高齢者福祉体制が提供されていた。バンク・ミケルセンによって1960年代に提唱された「ノーマライゼーション」の理念のもと、「その人らしい人生を支える」高齢者福祉体制が整備されてきた。デンマークの福祉水準の高さは、効率的かつ高質な地方行政サービスに支えられている。広域自治体（レギオナ）と基礎自治体（コムーネ）の役割分担が明確であり、また、時代の変化に応じて柔軟に制度を再編してきた歴史を持つ。

デンマークの認知症ケアの基本理念は、①認知症を持つ人を1人の人として尊重すること／②専門性に基づいた支援をすること／③責任の所在を明確にすること、の3つである。認知症ケア・医療は、①家庭医、②州立病院老年精神科、③認知症コーディネーターが大きな役割を果たしている（図1）。

①家庭医は、キャッチメントエリア制により、1人につき平均1500人を担当している。

うち認知症を持つ人は年間 4~5 人である。抗精神病薬や抗うつ薬は家庭医の段階では処方しないが、簡易な認知機能検査（MMSE）や血液検査等を行う。年間輪番当直による 24 時間対応を行っている。出生時からかかりつけの患者データをストックしているため、認知症の早期発見・早期診断にも大きな役割を果たしている。

②州立病院老年精神科は、家庭医より認知症の疑いとされた場合、精査の依頼を受ける。病床は人口 10 万 5000 人の広域自治体で 8 床のみである。在院期間は平均約 1 か月、長くても 3~4 か月である。認知症のためだけに入院するケースはなく、重症うつや身体疾患が併存する場合のみ入院となる。州立病院老年精神科には、外来機能は存在しておらず、家庭医に集約している。家庭医より精査の依頼を受けた場合は、5 日以内に本人に連絡し、4 週間以内に専門チームがアウトリーチして自宅での評価を行う。初回は医師が訪問し、2 回目以降は看護師やコメディカルが治療プランのモニタリングのために、平均月 1 回程度訪問する。専門チームによる評価結果は、本人の同意を得たうえで、コミュニケーションレポートの形で家庭医と認知症コーディネーターへフィードバックされる。

③認知症コーディネーターは、認知症を持つ人の治療・ケアのほぼすべてのフェーズに関わる専門職であり、デンマークにおける認知症ケアのキーパーソンである。デンマークの中でもモデル地域としてわが国でもよく紹介されるミドルファート市では、認知症コーディネーターは人口 38000 人に対して 3 人配置されている。看護師や社会福祉士等元々ケアの経験がある専門職が、300 時間の講習会を受け、試験をパスして初めて得ることが出来る資格である。認知症初期の方へのケアマネジメントだけでなく、自宅での支援を家庭医や州立病院老年精神科による見立てのチェック、デイセンタースタッフへのスーパービジョン、サービス付き住宅への入居審査手続きなど、所管する業務は多岐に渡る。初期のケアマネジメントでは、認知症を持つ人との関係作りに始まり、訪問によるアセスメントやケア計画の立案を行う。また、家族や地域への情報提供、啓発活動も行う。言わば地域の認知症スペシャリストである。

①家庭医、②州立病院老年精神科、③認知症コーディネーターの 3 者が緊密に連携し、必要に応じて地域で協働する体制が、デンマークの認知症地域ケアを支えている。このシステムは、アクションプランが策定される前からボトムアップで作られてきたシステムである。ミドルファート市の場合は、50 年前は精神科病院への施設収容が中心だったが、精神科病院でのスキャンダルがきっかけとなり、50 年かけて現在のシステムが作られた（図 1）。

このような環境の中、精神科病院への入院は避けるべきものとされており、実際に非常に稀なケースとなっている。強制的な処遇については、自傷他害の恐れがある場合のみに限定され、その妥当性は州立病院老年精神科がチェックする仕組みとなっている。抗精神病薬は極力使用しない。当事者との同じ目線での対話が基本であり、治療支援計画も当事者とともに作っていくことが当然の文化となっている。

【国家戦略策定の経緯】

デンマークでは、国家戦略策定以前からも、認知症への国家規模の取り組みは盛んであった。高齢者・障害者向けのケアホームの改革や、認知症の社会的サービスに関わる法制度の改正、2007年から2011年にかけて、デンマーク認知症研究センターのプロジェクトへの投資等が進められてきていた。

デンマークの認知症国家戦略は、「デンマーク認知症アクションプラン」と呼ばれる。ヨーロッパアルツハイマー協会のレポート（2009年7月13日）で、今後30年で認知症を持つ人が倍増するとの予測が出された。このレポートを受け、デンマークアルツハイマー協会は、政府に対して認知症アクションプランの制定を求めた。デンマークには、アクションプランが出された2010年当時でも80,000人の認知症の人が暮らしていると推定されている。

アクションプランの制定は、政治主導で行われた。2009年12月の国会で、2010年秋の制定を目指すこと、アクションプラン制定のための省庁横断的ワーキンググループを立ち上げることが、超党派で合意された。WGは2010年1月に立ち上げられた。WGメンバーは①内務保健省（INDENRIGS OG SUNDHEDSMINISTERIET）②社会省（SOCIAL MINISTERIET）③財務省（FINANS MINISTERIET）の3省庁と、広域自治体（レギオナ）の連合組織（デンマークレギオネル：Danske Regioner）・基礎自治体（コムーネ）の連合組織（デンマークコムーネ協会：KL）の2機関から構成された。アクションプラン制定に当たって、認知症問題は、高齢者福祉の領域にとどまる問題ではなく、国家財政上の問題であると位置づけた。国家戦略ワーキンググループに財務省が加わっている。

アクションプランを制定するに当たって、まずは認知症に関する既存の実践やリソースのマッピングを行った。研究、医療、法律、ケア、一般市民、アルツハイマー協会等それぞれの立場からの情報、意見を集約した。150ページにわたる既存の実践に関するBackground reportを作成した上で、プランを策定した。Background reportには、認知症が経済的側面に与える影響についての報告は、含まれていなかった。この点は今後の課題とされている。

認知症国家戦略に含まれる主要政策・施策

認知症ケアの責任の所在は基礎自治体（コムーネ）であり、医療の責任の所在は広域自治体（レギオン）である。デンマークでは基礎自治体の権限や裁量が大きいため、工夫次第で住民のニーズに合った柔軟なシステムを構築することが可能である。しかし一方で、国全体として見た場合、地域間の格差が存在していたり、組織的な均てん化がトップダウンで行いづらいという課題もある。

デンマーク認知症アクションプランは、これまで自治体ごとのボトムアップによる柔軟な体制でカバーできていた認知症の治療・ケアが、今後30年間で認知症の人の数が倍増し、国家規模で対応しなければ国家の存続に関わるという危機感に端を発している。

【主要課題リスト】

認知症アクションプランは、7つのフォーカスと14のリコメンデーション（表1）に渡る。

表1 認知症アクションプラン

7つのフォーカスと14のリコメンデーション

I. 組織とコーディネーター
①認知症に関わる全ての政策とアクションは、国の基準に沿って、協働疾病マネジメントプログラムの中に組み込まれるべきである。
II. 診断と健康に関する治療
②診断的評価、治療とコントロールのため新しい学際的な臨床ガイドラインは、デンマーク健康・医療委員会（Danish Health and Medicines Authority）によって開発する
③国レベルの臨床実践クオリティに関するデータベース構築
III. 心理社会的治療（行動・心理症状）
④心理社会的支援に関する情報を集めて、ベストプラクティスをシステム化してコーディネーターする
⑤福祉に関するテクノロジーにもっと注目する
⑥行動・心理症状への新しい心理社会的支援や対応モデルを開発する
IV. 法的地位
⑦「アドバンス・ステートメント」（認知症の人の信念や人生における価値についての考えを意思決定が出来なくなる前に書いておくもの）の利用を推奨すべきである
⑧強制的なケア（≠治療）を行うことについての規則やガイドラインについてより良い情報を提供する
⑨意思決定が自分自身だけでは難しい認知症を持つ人に対して、強制治療を行う選択肢を、より適切なものにする（“mental capacity act”）
V. 家族・介護者の関与
⑩レスパイトケアについて、家族や介護者のニーズを調査する
⑪新しい日中ケア活動やレスパイトケアの機会を作るために、公共部門と市民社会がより良い形で協働を行う。
VI. 知識・教育・訓練
⑫認知症の治療やケアに関わる全てのセクションで、よりよい形でスタッフの教育やトレーニングを行う
VII. 研究と普及啓発
⑬デンマーク認知症研究センターへ更に資金を投資する
⑭啓発キャンペーンを実行する

I 組織とコーディネーター

①認知症に関わる全ての政策とアクションは、国の基準に沿って、協働疾病マネジメントプログラムの中に組み込まれるべきである。

協働疾病マネジメントプログラムとは、医療保健福祉サービスにおいて、慢性疾患への包括的かつシームレスな治療・ケアを提供するためのシステムである（表2）。同様の疾病管理プログラムを制度として採用する国はヨーロッパを中心に増えている。デンマークでは、この協働疾病マネジメントプログラムに、認知症の治療・ケアに関する要素を組み込むことを提唱している。

表2 疾病マネジメントプログラムの要件（Busse et al., 2010）

包括的ケア：疾病の全経過を通して複数の専門によるケア
多職種による統合され、隙間のない、調整されたケア
ポピュレーション・アプローチの活用
積極的な患者・対象者管理手法 （保健教育、エンパワーメント、セルフケア）
証拠に基づくガイドライン、プロトコール、ケアパスの確立
情報技術、システムソリューションの活用
不断の質の改善

このプログラムによって、多様なステークホルダー・アクターが関わりつつ、シームレ

スに医療・ケアを提供できるようになる。認知症の医療・ケアにかかわる人・サービスは、実に多様である。前述の①家庭医、②州立病院老年精神科、③認知症ケアコーディネーターに加えて、④認知症カフェ・当事者グループ・ボランティア活動等のコミュニティでのサポート、⑤デイセンターやサービス付き住宅も関わる。認知症ケアコーディネーターによるコーディネートがさらに円滑に進むよう、国家戦略によりコーディネートのための情報インフラを整備することを目指している。

2013年時点で、認知症マネジメントプログラムは、全ての広域自治体で組織化のためのモデルとして採用され、5つの広域自治体のうち4つの広域自治体で実際に作られるに至っている。

II 診断と健康に関係する治療

②診断的評価、治療とコントロールのため新しい学際的な臨床ガイドラインは、デンマーク健康・医療委員会（Danish Health and Medicines Authority）によって開発する

③国レベルの臨床実践クオリティに関するデータベース構築

アクションプランを受けて、学際的な臨床ガイドラインが現在策定中であり、2013年に発表予定である。

III 心理社会的治療（行動・心理症状）

④心理社会的支援に関する情報を集め、ベストプラクティスをシステム化してコーディネートする

⑤福祉に関するテクノロジーにもっと注目する

⑥行動・心理症状への新しい心理社会的支援や対応モデルを開発する

認知症の心理社会的治療については、「その人らしい人生」を支える技術として、国家戦略でも大きく取り上げられている。特に、行動・心理症状に対して、これまでボトムアップ的に蓄積されてきた経験知を集積し、システム化・モデル化して国全体への均てん化を目指している。認知症の人とのコミュニケーションや生活の支援については、経験の中から様々な工夫・知恵が生み出されている。（表3）

表3 認知症の人とのコミュニケーションの工夫

-
- ・料理等生活上の作業を細かく分割し、役割を担ってもらう。
 - ・本人の生活上の希望を実現するために具体的な工夫を行う
例)「自転車に乗りたい」と希望する人には、2人乗り自転車を活用する
 - ・認知症の人が持つ自己資源バスケット（自らが持つ能力）から落ちそうな能力を落とさないように、残されている能力を活用できるような働きかけを行う
 - ・コミュニケーションの際にはミラーリングを活用してラポールを形成する。言葉以外のコミュニケーション（笑顔・やわらかい口調等）を重視する。
 - ・認知症の人の Memorial Landscape（記憶の地形）をイメージする。認知症により、Oblivion Lake（記憶の湖）に沈んだ過去の何気ない記憶も、ともに寄り添い活動していく中で拾い上げることが出来る
例)昔あやとりが好きだった女性は、あやとりのやり方を忘れておらず、ともにあやとりをやっていく中でさらに思い出し、楽しめる。
例)昔起こった有名な出来事、事件、時代背景、印象の強い出来事については認知症が進行しても忘れていないことが多く、その話をきっかけに関係作りやアセスメントが出来る
-

デンマークでも 1980 年代以前は若年性認知症の人は行動・心理症状が重篤な人は、入院することが多く、施設や精神科病院で暮らしていた。80 年代には、対応の中心が自治体の運営する特別な施設やナーシングホームへ移行し、90 年代以降に認知症への一般の認識が広がっていく中で、認知症の人のケアはあくまで当事者中心（パーソンセンタード）で行われるべきであり、たとえ行動・心理症状があったとしても、自宅でのケアが第一選択であるとされるようになった。精神科での入院治療は基本的には無く、行動・心理症状がある場合でもほとんどが外来での治療となっている。

現時点で行動・心理症状への心理社会的支援の新たなモデルが開発されており、2013 年に 3 つの基礎自治体で試験的に運用される予定である。

IV 法的地位

⑦「アドバンス・ステートメント」（認知症の人の信念や人生における価値についての考えを意思決定が出来なくなる前に書いておくもの）の利用を推奨すべきである

⑧強制的なケア（≠治療）を行うことについての規則やガイドラインについてより良い情報を提供する

⑨意思決定が自分自身だけでは難しい認知症を持つ人に対して、強制治療を行う選択肢を、より適切なものにする（“mental capacity act”）

意思決定が自分自身だけでは難しい認知症の人への強制治療に関する法律改正の必要性については、既に政治的に了解されている事項であり、新しい法案が 2013 年に国会へ提出される予定である。

V 家族・介護者の関与

⑩レスパイトケアについて、家族や介護者のニーズを調査する

⑪新しい日中ケア活動やレスパイトケアの機会を作るために、公共部門と市民社会がより良い形で協働を行う。

VI 知識・教育・訓練

⑫認知症の治療やケアに関わる全てのセクションで、よりよい形でスタッフの教育やトレーニングを行う

VII 研究と普及啓発

⑬デンマーク認知症研究センターへ更に資金を投資する

⑭啓発キャンペーンを実行する

①認知症の診断評価の必要性についてに焦点を当てた啓発キャンペーンと、②一般市民社会の中で認知症のリハビリテーションやサポートを行っていく必要性に焦点を当てた啓発キャンペーンが実施されている。また、デンマーク認知症研究センターへの投資が、2015 年まで確保されている。

【注目すべき課題：コーディネート機能の強化】

デンマーク認知症アクションプランには、“A story about the good dementia course”としてモデルケースが示されている。このモデルケースは、認知症アクションプランが目指す方向を具体的に示している。

A Story about the good dementia course

エミーは夫のステイーンが徐々に変わっていつていることに気づきました。ステイーンは物事を覚えることが難しくなっており、落ち着かなくなってきた引きこもるようになっていました。かかりつけ医を受診した時に、ステイーンは認知症ではないかと疑われ、メモリークリニックに紹介されました。そこでステイーンは、認知症であると明確に診断されました。ステイーンには認知症の薬が処方され、エミーは助けられたと感じ、ステイーンも調子を取り戻してきました。

エミーとステイーンは新しい状況で、毎日の生活を送るようになりました。自治体の認知症コーディネーターが、エミーとステイーンの自宅を訪問しました。コーディネーターと相談したうえで、ステイーンは週に3回、デイケアセンターに通うことを決めました。デイケアセンターは、自治体とボランティアが協働で運営しています。このようにして、ステイーンは有意義な活動に満ちた生活を送ることが出来るようになり、エミーも息抜きをすることが出来るようになりました。エミーは、地元のアルツハイマー協会の家族グループともつながり、同じ立場の人々と良い出会いを持つことが出来たととても助けられました。

ステイーンはいつもアクティブな男性だったので、認知症の初期の段階でも、自宅の周りを散歩することがとても楽しみでした。認知症コーディネーターに協力してもらい、自治体からGPSを貰うことが出来、ポケットに入れて持ち歩くようになっていました。そのことで、エミーは、ステイーンが仮に迷ってしまったとしても、見つけることが出来るようになるようになりました。また、ステイーンの病気や薬について、メモリークリニックに安心して質問することが出来るという経験も、エミーにとっては非常に大きかった。エミーとステイーンは、家の掃除についても援助を受けることが出来ていた。

数年経って、ステイーンはかなり調子が悪くなっており、エミーだけではステイーンの対応をできなくなってきました。それまでステイーンは良い日々を過ごしてきましたが、あまり良くない日が増えてきました。認知症が進行するにしたがって、エミーには明らかに長期間の支援が必要でした。ステイーンは、自宅近くのレスパイトホームやナーシングホームに一時的に滞在するようになりました。認知症が進んできて、認知症コーディネーターと一緒に自治体と相談して、ステイーンはナーシングホームに入居すべきだという話になりました。その時既に、エミーはナーシングホームのスタッフと良い関係があったので喜びました。ステイーンも安心しており、スムーズに入居することが出来ました。

エミーは、ステイーンがナーシングホームに住んでいた3年間、週に数回訪問していました。エミーは、ナーシングホームの他の住人と一緒にイベントにも参加しました。ステイーンは、歌や音楽のイベントの時には特に良く参加していました。スタッフは、エミーにステイーンのことについてよく相談してくれました。例えば、彼が入浴を拒否するような場合で、彼の意に反するようなことをお願いしないといけない場合は、スタッフがエミーに相談することが必要でした。ステイーンは、生活のほとんどの部分を、幸せに前向きに送ることが出来ていました。

ステイーンが死ぬまで、8年間は認知症とともに生活を送っていました。エミーは、ステイーンが認知症であったにも関わらず、ステイーンと一緒に幸せな年月を送ることが出来ました。安心して、尊厳のある状況で、年月を送ることが出来たのです。エミーとステイーンの話は、どうすれば認知症への治療や支援が、コーディネートされ、一貫して提供できるかを示しています。

エミーとは、適切な支援を適切なタイミングで得ることが出来ました。また、彼らはどこに支援やアドバイスを求めたらいいのか、決して疑問に思うことはありませんでした。ステイーンが認知症と診断され、ターゲットを絞った支援を受けることが出来たことが1つの理由だと考えられます。

自治体の認知症コーディネーターは、エミーとステイーン夫妻の認知症治療・ケアの最初から最後まで寄り添い、道しるべとなりました。また、夫妻は、認知症の治療やその他の疑問点について、メモリークリニックに定期的に相談することが出来ました。

認知症の治療とケアの一連の流れで大切な点は、関わる全ての人たちが一緒に仕事をし、協働することです。そして、認知症の全ての段階で、エミーとステイーンに、高度な知識と情報を提供することが大切なのです。

このモデルケースでも強調されている点は、多様な治療・ケア提供者、そして当事者・家族の間をいかにつなぎ、ニーズに合わせてコーディネートしていくかという点である。また、異なるセクターの支援者同士の協働がカギであり、当事者やケアラーの疑問や迷い

に適切に応えられる情報や支援の存在である。

認知症国家戦略の評価

【投資規模と配分先】

デンマーク政府はアクションプランに基づき、2010年から2年間の間に450万ユーロの予算配分を行った。資金のうち65%が心理社会的治療とケアの質の改善に投じられた。130万ユーロ（全体の30%）が、行動・心理症状への心理社会的支援法開発に投資されている。予算の25%をデンマーク認知症研究センターへ追加投資し、10%を認知症マネジメントプログラム開発と診断評価・治療・支援法の改善に投資した。予算の大部分は、心理社会的ケアの改善、特に行動・心理症状への心理社会的支援の開発に投資されている点が大きな特徴である。

【現時点での課題と次のステップ】

デンマークアルツハイマー協会では、アクションプランの次のステップとして、①認知症「治癒」に向けた更なる研究への投資、②適切な診断評価を受けられるようにするための啓発・人材育成、③関連するすべての支援者の質の底上げ、④国全体の認知症治療・ケアのレベルを高め、均てん化を更に進めることを求めており、「アクションプラン 2.0」の策定を求めている。特に今後は、早期診断を受けた人に特にターゲットを絞った活動、ケアの現場に専門的な心理社会的治療を統合していくこと、国のガイドラインをより強め、拘束力のあるものとするのが具体的に挙げられている。

デンマークのアクションプランは、認知症を全国的な政治的課題へと位置付け、特に既存のリソースのコーディネート機能強化を加速させた。その結果、現時点では主に政治面・行政面・法律面での成果が出ている。

一方、Background reportでも指摘があったように、財政面での評価は今後の課題であると考えられる。これは各国に共通する点でもあるが、認知症のケア・医療に係るコストがどの程度で、投資による費用対効果の評価法は技術的にも難しい側面があるため、今後の課題だと言える。

考察と日本への示唆

デンマークの国家戦略の特徴は、福祉国家としての理念に基づいた上で、先進的な自治体におけるボトムアップの取り組みを国家全体に均てん化し、国家全体として層を厚くしていく点に特徴がある。認知症を単に医療福祉領域だけの問題として定義せず、財務省を戦略策定に加え、国家財政すなわち国民生活全体の問題として定義した上で、名実ともに国家戦略として取り組んでいる点が大きな特徴である。

均てん化とガイドライン策定の際には、既存のベストプラクティスにおける経験知を上手く活用し、既存リソースのコーディネート力を高める方向で質の向上を図っている。こ

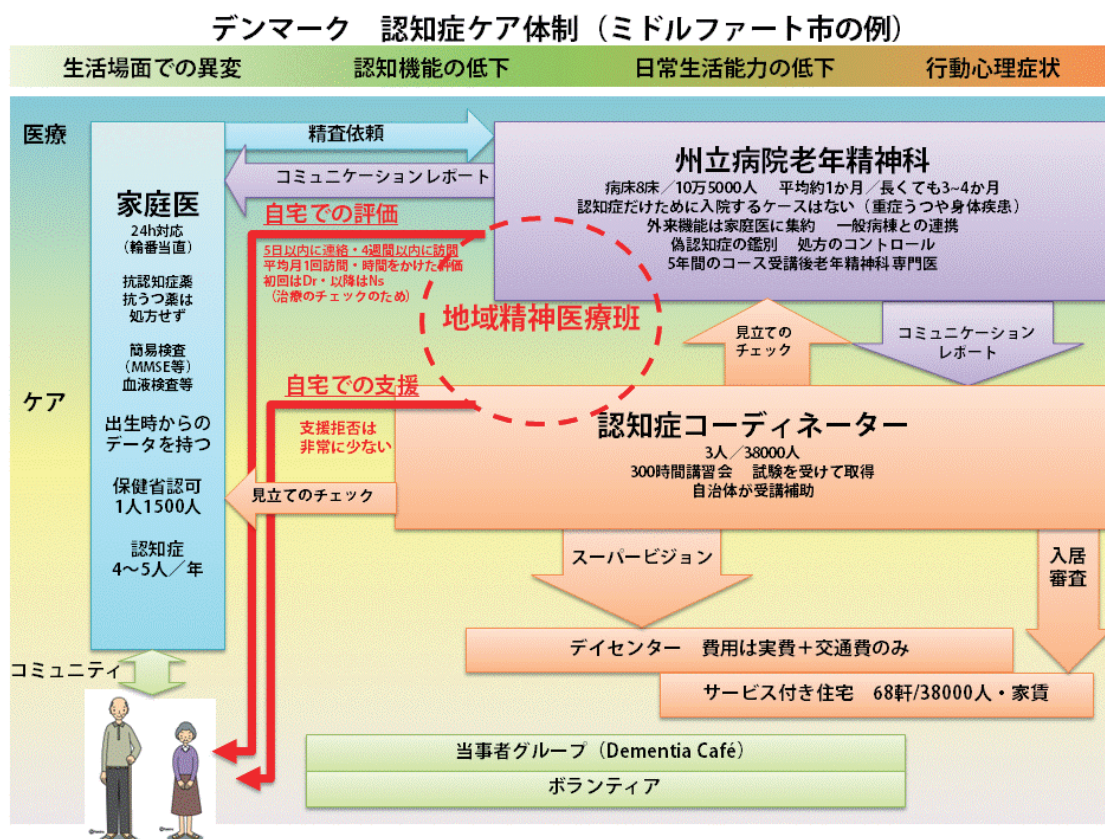
の点は、我が国でも非常に参考になる点であると考えられる。

我が国でも大牟田モデルのように、認知症の地域ケアの先進モデルが存在する。また、同一地域の中でも、既に先進的な取り組みをしている事業者が存在する場合もあるだろう。既存リソースを活用しつつ、当事者中心のサービスを届けるためのコーディネート機能を地域や国全体としてどう高めていくかが、我が国の今後の課題であり、デンマークの戦略から学べる点であると考えられる。

【文献】

- 1) Busse, Reinhard, Miriam Blümel, David Scheller-Kreinsen and Annette Zentner, Tackling Chronic Disease in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies 2010.
- 2) National Handlingsplan for demensindsatsen. Socialministeriet, Indenrigs-og-sundhedsministeriet, Finansministeriet, KL og Danske Regioner, 2010.

図 1



スウェーデンにおける国家戦略の概要報告

公益財団法人東京都医学総合研究所 西田 淳志
東京大学大学院医学系研究科精神医学 高野 洋輔

認知症国家戦略を打ち出した背景要因

スウェーデンは国土面積 450,295km² に対し、人口は 9,415,570 人であり、そのうち 65 歳以上人口は 18.5% を占める (2010 年)。高齢者ケアの行政は、国家レベルでは社会省 (Socialdepartementet; Ministry of Health and Social Affairs) を中心に、政策目標の設定、関連法案の立法、スーパービジョン、財政的な政策誘導を行なっている。社会省下の組織である保険福祉庁 (Socialstyrelsen; National Board of Health and Welfare) では、保健・福祉分野の学術情報を含む様々な情報の収集や編集、および庁令やガイドラインの作成を行なっている。地方レベルでは日本の県にあたる 18 の County Council および 2 の Region (以下、県と略す) が健康および医療ケアを提供し、日本の市に相当する 290 の Minicipalitie (以下、市と略す) が、社会サービス、住宅の整備、在宅ケアを提供している。スウェーデンは地方自治が強く、高齢者ケアの財政は、県および市の税収が主であり、これに、補足的な政府のグラント及び少額の利用者負担によって賄われており、実際のサービスの策定と提供は自治体の判断によって行われているのが特徴である。従って、国家戦略として政府主導の大規模な財政出動は難しく、政府は国家ガイドラインの作成と評価制度の整備、人材育成を軸とした高齢者ケア政策を打ち出している。

認知症を含む高齢者の長期の療養は、1980 年代以前は県の管理下にある病院を中心としたもの (hospital-based care) であった。しかし、社会の高齢化に伴い、身体科病床においてリハビリテーションやナーシングケアなどの待機のために退院できない患者が増加し (1989 年～1990 年は全身体科病床の 15% を占め、そのうち 60% が 80 歳以上)、入院までの待機期間の延長、財政の圧迫などが問題となっていた。そこで 1980 年頃より議論が重ねられ、1992 年に高齢者改革 (エーデル改革) が行われた。これは、加齢に関連する障害や疾病を持つ高齢者に対して、脱医療的なケア (de-medicalise care)、すなわち、ヘルスケアを地域でのケアの中へ組み込むことを意図したものであった。具体的には、県と市の医療と介護についての責任を明確化すること、すなわち、市が高齢者住居やケア施設を整える財政上及び品質の上での責任を持ち、さらに高齢者住居や施設におけるヘルスケアの提供 (医師によるものは除く) を通じて高齢者に対する統合的なケアの提供体制を整えることを目指すものであった。この過程で、1991 年には全国で 9 万 3 千あった病床は、2008 年までに 47% 減少し、その多くが市の管理する施設へと転換された。また高齢者施設については、「特

別な住居」という概念のもと、必要な介護の程度の変化による施設間移動のない、暮らし続けられる住居の整備が進められた。

一方、現在スウェーデン国内には14万8千人の認知症を持つ人がおり、今後年間2万4千人ずつ増加し、2025年には18万人、2050年には24万人に達すると考えられているが、地方財政は逼迫した状況にある。そこで政府として、認知症の早期の診断体制、認知症治療やケアの構造化、評価制度などの整備、スタッフの教育の充実といった取組みに加えて、ヘルスケア部門の資源を効率的に利用すること、自治体におけるヘルスケアプログラムの立案や活動の指針となること、そして地理的な差異があっても科学と臨床経験に基づいた活動がなされるよう支援することを目的として、国家ガイドラインの整備を進めた。

国家ガイドラインは、糖尿病、癌、心筋梗塞など高い社会的コストが必要となる重症の慢性疾患を対象に作成されている。これらのガイドラインの作成にあたっては、治療方法や優先順位の問題などの選別作業、実際のケアや資源の利用状況についての基礎的な調査、優先順位の設定、ドラフト段階での試行など全過程を通じて、様々な利害関係者（政策立案者や管理者、医師や看護師、患者団体など）との協議を重ね、WEBサイトで広く公表も行なっている。認知症のガイドラインについては、15の地方会議において、合計でおよそ2000人の参加者による協議を経て、2009年に試行版が公表され、2010年に第1版(Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning)が出版された。

認知症国家戦略に含まれる主要政策・施策

国家戦略の基本的理念

前項のように、病院中心から地域中心へ、医療から脱医療へ、そして可能な限り住み慣れた自分の家で暮らすことができるような社会を目指し、**person-centered care**を掲げ、特にガイドラインの整備、認知症の早期の診断体制、認知症治療やケアの構造化、評価制度などの整備、スタッフの教育に重点をおいて進められている。

2-1. 認知症ケアのガイドライン

2010年に発表された認知症ケアのガイドラインは、①良いケアに必要不可欠な点、②診断の進め方、③薬物療法について、④看護介入について、⑤心理社会的活動、⑥家族および親族に対する心理社会的支援、の6分野について、全部で157項目からなるアクションリストを提示している。各項目は、医学・保健・医療経済などの国内・国外のエビデンス、日常のケアで推奨されない介入、質と効果の適切な指標や期待される結果などが含まれており、それぞれ施行するにあたっての優先順位によって10段階のランク付けがなされている。

①は、**Person-centred care**、多職種専門家のチームワーク、実践的な訓練とスーパービジョンを組み合わせたヘルスケアに関わるスタッフの教育について、高い優先順位をつけている。②については、**Baseline assessment**と**Extented diagnostic investigation**に分けて、初期

の診断（家族などからの情報収集、標準化された問診、時計描画テストなど）、および CT や MRI などの画像診断、脳脊髄液検査などの専門的検査について触れている。③については、抗認知症薬について優先順位を高く設定する一方で、行動および精神症状に対する薬物療法は低く設定している。④では例えば、口腔内の系統的な評価は高い優先順位、尿失禁に対する膀胱訓練や骨盤底筋群の訓練などは“すべきでないこと”としている。⑤は、身体活動を含む個人の要望に沿った活動や認知症の人の要望に即したデイケア、レスパイトケアや教育、各個人にあわせた心理社会的支援などに高い優先順位をつけている。ガイドラインは適宜改訂され、認知症ケアのガイドラインについては 2013 年に改訂予定である。

2-2. 認知症のケアおよび診断

スウェーデンにおいて、認知症ケアは高齢者ケアのシステムに包含されており、まず本人もしくは家族からの申請により市のケアマネージャーが介護認定を行い、利用可能な資源の種類と量を決定し、ニーズに応じたケアプランを立てる。認知症の診断が必要であれば、まずプライマリケアにおいて **Baseline assessment** を行い、さらに必要があれば病院において画像診断などを含む **Extended diagnostic investigation** を行う。視察を行ったストックホルム県（人口 209 万 1 千人）によると、現在 2 万 7 千人の認知症患者がいると推定されているが、そのうち専門医療機関で診断を受けた人が 1 万 7 千人であり、最初に認知症の診断を受ける科としては、プライマリケア医が多く 28% であるとしている。その他には整形外科などで指摘されることも多いが、精神科で認知症の診断を受ける割合はほぼ 0% であった。ガイドラインに従い、プライマリケアで診断がつかない場合の **Extended diagnostic investigation** は老年科などの専門医によって行われるが、その人数はストックホルム県で年間約 3200 人であり、**Baseline assessment** を受けた人の約 30~50% である。前世紀中に精神科を含む病院病床の削減が行われており、入院可能な病床が少ないという理由はあるが、**BPSD** の出現があっても入院治療はほとんど行われていない。後述するようにプライマリケア医や看護師、准看護師、ヘルパーなどに対する教育を重視しており、認知症に関する研修を受けた看護職が中心となって、介護レベルの維持・向上を図り、対応力を高めている。ストックホルム県では **BPSD** に対する専門チームが 1 チームあり、老年精神科医師、看護師から構成され、在宅や施設のスタッフからの相談に対して 2-3 日以内に対応などを助言している。また **BPSD** チームのその他の主要な活動として、医療・ケアに関わる職員に対する教育も行っており、現場の対応力の強化を図り、可能な限り抗精神病薬の使用を減らし、介護の工夫による症状の軽減を目指している。しかし現在のところ、このようなチームが設置されている自治体は少ない。また、早期診断のための特別な制度はとられていない。

ケアに関しては、可能な限り在宅生活を維持することを、政府、自治体とも目標としており、様々なサービスを提供しているが、困難な場合には特別な住居と呼ばれる老人施設に入所する。特別な住居は、プライバシーに配慮された個室で、概ね 10 室程度を 1 ユニッ

トとして運営されている。視察を行ったストックホルム市のサバツベルグビンス看護介護施設(Sabbatsbergbyns vård- och omsorgsboende)やソレフテオ市の Skärvstagården では、配置されているスタッフ数は日本よりも多く、前者の場合は入所者 106 名（うち 90 名が認知症）に対し、スタッフ数は 110 名で、准看護師が 80%を占め、その他は介護士であった。このような特別な住居は、認知症の出現などによるユニット間の移動はあるが、基本的には永住できる点が特徴である。その他、退院後に一時的に重点的なケアを行う場所としてショートステイがあるが、柔軟な活用が課題となっている。

一方、医療とケアの担当が県と市に分かれていることもあり、両者のサービス間連携は、まだ完全には円滑とはなっていないようである。これに対し、訪問看護の市への委譲などにより、さらなる統合的なサービス提供体制の整備が進められている。この他、近年では高齢者ケアやプライマリケアの診療所への民間事業者の参入が、特に都市部において進んでおり、サービスの多様化や向上が期待されている。

2-3. レジスター制度の活用

ガイドラインに対する国家レベルでの評価として、次項に述べるレジスター制度の活用による、施行状況の追跡調査が行われている。この評価システムは、ガイドラインが発表される以前から用いられており、すでに、病院間・県間・市間の組織的な要因、ケアの過程、アウトカム、コストなどの相違、死亡率や障害、生活の質などが期待される結果となっているか、などの評価のほか、今回のガイドラインなどからの逸脱についての評価にも用いられることになっている。

2-4. 教育

現場スタッフに対する教育は、ガイドラインにおいても高い優先順位がつけられており、各自治体や施設において積極的な取り組みがなされている。視察を行ったストックホルム県では、CeFAM (Centre for Family Medicine)において、プライマリケアスタッフや老年科医師のみならず、市職員に対しても高齢者ケアの教育が行われている。同じく視察を行った財団法人シルヴィアヘメットでは、全国の看護師、看護助手および医師を対象とした認知症ケアの専門教育のプログラム、および一般市民に対する啓発活動を行なっている。シルヴィアヘメットは、シルヴィア王妃が認知症の母を介護されたご経験から 1996 年に王妃により設立され、認知症を抱える方へのケアの実践とともに、認知症ケアに関わる人材育成などの教育拠点として国内外に広く認知されている。倫理的な考え方を基礎に置き、person-centered care、family support、teamwork、communication、relation を柱とする実践を行いつつ、多職種の各専門家に対する教育および家族教育を行なっている。看護師および准看護師に対しては、ソフィア大学と協力した教育(Academic course)が行われ、修了者に対してはシルヴィアナース（看護師）、シルヴィアシスター（准看護師）の証明書が発行され、各地の認知症ケアにおいて、指導的な立場として活躍している。尚、准看護師は 2 年間、

看護師は1年間のパートタイムでWEBベースでの研修を行い、研修日の給与が雇用主に保証されている。2012年までに、シルヴィアシスターは377名、シルヴィアナースは124名が修了している。

また、シルヴィアヘメットおよび各地において、Academic course 修了者により認知症ケアの講義が行われている（基礎コース）。通常ユニット毎に合計21時間のコースが行われ、ユニットに対して3年間有効の証明書が発行される。その他、家族教育やケアマネージャーに対する教育などが展開されており、これらを合わせると年間7千~1万4千名がシルヴィアヘメットの関連する教育やスーパービジョンを受けているとのことであった。

さらに、プライマリケア医に対する教育プログラムとして、カロリンスカ研究所と共同して、認知症ケアに関する修士課程を準備・試行中であり、2013年度からの開講を予定している。本課程は、WEBベースでの講義や演習などを中心としており、多忙な医師が勤務時間外に履修することができるようになっており、海外の医師も履修可能となっている。最新の研究成果から診断、治療、認知症ケアの組織的なモデルまで、認知症に関わる様々な領域についての学習が可能であり、修了者にはシルヴィアドクターの証明書が発行される。

この他、一般向けの教育プログラムとして、シルヴィアヘメットと協力関係にあるスウェーデン認知症センターによる「認知症ABC」(Dementia ABC)というWEB学習プログラムを無料で公開している。スウェーデン認知症センターは、認知症に関する知識や実践についてのエビデンスの収集と普及を目的とした団体である。このプログラムは、1章あたり約20分、計10章あり、試問に対し80%以上の正解をすると修了証明書が発行され、2010年6月の公開からすでに5万人以上が受講している。県・市毎に受講状況が公開されており、王妃からの表彰も行われるために、受講率向上に寄与している。この他、専門家向けのWEB教材なども開発されている。

認知症国家戦略の評価

スウェーデンでは、以前からナショナルレジスターと呼称される臨床情報などの登録制度（レジスター制度）が整備され活用されている。認知症に関する代表的なレジスターとして、Swedish dementia registry (SveDem)とBPSD registerがあり、現場の医師や看護師などによって入力されている。SveDemは2008年から利用されており、ガイドラインに基づく研究、診断、ケア、医療に対する質の指標として活用されている。BPSD registerは2011年から使用されており、BPSDの様々な症状を経時的に評価することで、チームでの医療・ケアの改善にも活用されている。一方で、これまで臨床情報やケアの実態について十分な情報が収集出来ていないという点がガイドラインの中で指摘されており、適切な運用が課題となっている。このため、政府の他、地方自治体連盟(Sveriges Kommuner och Landsting; Swedish Association of Local Authorities and Regions)が自治体と協力してその普及を進めている。

地方自治の強いスウェーデンでは、政策実現のために、このようなレジスター制度によって達成度を評価し、目的を達成した自治体に補助金を分配する制度を活用している。その予算は概ね年間10億スウェーデンクローナ(2011年～2014年実績で5億ユーロ)であり、高齢者ケア領域では、特に、緩和ケア、認知症を持つ方へのケア、予防、質の高い医療、ケアの協力と統合に対して、このような取組みが行われている。例として、認知症に対する抗精神病薬の使用について着目した取組みがある。それまでナーシングホームでの抗精神病薬の使用率は16～17%であったが、2011年12月に10%まで減少させることを目標とし補助金の設定を行った。すると、以前は2つの県でのみ達成されていたが、2012年9月には、すべての県でこれを達成することができた、としている。この他、軽度～中等度のアルツハイマー病患者に対する薬物処方割合についての評価も行われている。このような取組みについては達成状況がWEBで公表されており、住民が自身の所属する自治体の状況を把握できることも、これを推進する要因となっている。

考察と日本への示唆

スウェーデンでは、高齢者ケアに関する先駆的な取組みの歴史的背景をベースとして、認知症ガイドラインによって大きな方針や理想的なケアのあり方を示すとともに効果的な社会資源の配置を目指し、達成度を公開するレジスター制度によって自治体の自主的な取組みを促して地域間の格差を是正し、さらに人材育成のシステムを整えることでケアの質の全体的な向上を図る、という取組みが行われている。他国の認知症施策の国家戦略と比較すると、政府の取組み自体は強い影響力を持ちにくいだが、これらの施策により着実に認知症ケアの質を高める工夫がとられている。ガイドラインは発表されてから間もないため、今後その評価が行われ、適宜改訂される予定であるが、レジスター制度の適切な運用による評価と施策へのフィードバックを積み重ね、医療とケアの分担と連携など、社会資源の適切な利用につなげていけるかが課題であると考えられる。

スウェーデンにおける取組みの中では、特にレジスター制度は日本における認知症ケアの実情を把握し、認知症に関する施策自体の評価や現場でのケースマネジメントの効果判定などにおいて有用であると考えられる。また、人材教育の取組みについては、教育を受けたことが職場において評価されることや、WEBを活用することによって多忙な臨床家が学習時間を確保しやすくなることなど、日本での認知症ケア教育の充実と質の向上にあたって、検討されるべき有用な取組みであると考えられる。

謝辞

本調査にあたっては、在スウェーデン日本国大使館の渡邊芳樹特命全権大使、栗原正明一等書記官、ならびに Elisabet Lassen ソレフテオ市長を始めとする関係者各位、通訳および同国高齢者ケア研究者の奥村佳孝氏らの多大なるご協力を得た。ここに厚くお礼を申し上げる。

視察調査 I 概要：オランダ、フランス、イギリス

遠矢 純一郎（医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック）

2012年11月1日（木） オランダ（アムステルダムおよび周辺都市）

午前

訪問先： 多職種プライマリケアセンター「gezondheidscentrum Kersenboogerd」

Betje Wolfplein 170, 1628 NV Hoorn <http://www.kersenboogerd.nl/>

面会者： Ms. Annet W. Wind（家庭医/オランダ家庭医学会老年医学研修担当/ライデン大学公衆衛生・プライマリケア講座）

Ms. Herma Dijkman（プライマリケアセンターアシスタントマネジャー）

内容：

- ・ 家庭医の教育体系、継続研修における認知症ケアの位置づけ
- ・ 日常的な家庭医に対する助言・サポートとナレッジマネジメント
- ・ 認知症ガイドラインの実践・研究に基づく開発と改善
- ・ 認知症政策形成に関する国家レベル及び地域レベルでの関係者の協働（認知症者、介護者、ケアオフィス、行政、家庭医、専門医、他長期ケアのステークホルダー）



午後

訪問先： 「Geriant 財団」（多職種チームによる認知症ケースマネジメントを推進）

Onderdeel van stichting Geriant Titanialaan 15a, 1702AZ Heerhugowaard

<http://www.geriant.nl>

対応者： Mr. Paul-Jeroen Verkade（Geriant ケースマネジャー/認知症ケースマネジャー職能団体代表）

Ms. Leny van Dalen（Geriant 精神科医）

Mr. Udo Rooze 家族（Geriant 利用者評議会）

内容：

- ・ Geriant 財団の概要
- ・ 認知症のケースマネジメントを中心に「コーディネートされたケア」を目指す

- DOC-team におけるケースマネジメント：初期集中支援に始まり、最期まで切れ目ないサービスを提供
- 多職種チームの役割分担、事例紹介をつうじたケアパスの紹介：アセスメントツール、診断、ケアプラン、アウトカム評価、家族・利用者からみた Geriant のケースマネジメント
- 地域における組織間連携、認知症国家プログラム（LDP）における認知症の人や介護者との協働
- Geriant から介護者・介護職、GP 等への教育研修
- 認知症ケースマネジャーをめぐる国レベルの動向、教育プログラム



夕刻

- 訪問先： 認知症専用の小規模グループホーム「WarmThuis De Hulst」
 Noordschermerdijk 5 Oterleek <http://www.warmthuis.nl/>
- 対応者： Mr. Hans Houweling 精神科医、Warm Thuis 開設者
- 内容： Warm Thuis の概要（事業・介入の組み合わせ、入居・利用者属性、スタッフ属性、地域との関係）。70年代から身体拘束を行わず、自宅の家具やペットを持ち込むなどして、認知症の方の気持ちに沿ったケアを行ってきた。



夜

訪問先： アルツハイマー・カフェ「Alzheimer Café Weesp」
Restaurant Hart van Weesp, Herengracht 35, 1382 AH Weesp

対応者： オランダ・アルツハイマー協会
Mr. Herman Post manager Hulp en Informatie
Ms. Julie Meerveld アドボカシーマネジャー

内容：

- ・ オランダ・アルツハイマー協会のビジョン・活動・当事者との関係、アルツハイマー・カフェについてヒアリング。
- ・ アルツハイマー・カフェ見学：アルツハイマー・カフェはオランダ全土（200カ所近く）で月1回程度定期的で開催され、認知症の人や家族、友達、地域住民、専門職など誰でも参加できる。和やかな集い。オランダ・アルツハイマー協会がガイドライン、運営マニュアルを提供。教育プログラム、コーディネーターの教育なども行う。

スケジュール 19.00 お茶 19.30 レクチャー（Healthcare Declaration） 20.00 休憩
ル： 20.30 Q&A ディスカッション 21.00 フリートーク 21.30 終了



11月2日(金)

午前

訪問先： 軽度認知症者等のウォークインセンター「オデンセハウス」
Stichting Odensehuis Hygiëstraat 4, 1076RM Amsterdam
<http://www.odensehuis.nl/>

対応者： Ms. Margo Langedijk オデンセハウス・コーディネーター

内容：

- ・ Odensehuis の理念、背景、イニシアティブ、オペレーション、財源、参加者属性、プログラムについてヒアリング：軽度認知症の方や家族、友人、近隣の人らが自由に出入りし、絵を描いたり情報交換したりして過ごす。軽度認知症＝介護サービスはまだ必要無いが、不安を抱えたまま社会との接点を失うと、症状を悪化させる事もある。地域に通える場所を設けることで、在宅生活を長く続けられるようにする。

- ・ オデンセハウス参加者との懇談。



午後 1

- 訪問先： ケアファーム（農場でのデイサービス）
 Zorgboerderij BuitenGewoon2 Nieuwkoopseweg 34, 2641 PB, Pijnacker
<http://www.zorgboerderijbuitengewoon.nl/0000009b370a60003/index.html>
- 対応者： Mr. Arjo Buijs（BuigenGewoon）
 Ms. Simone de Bruin（RIVM 研究員）
- 内容：
- ・ ケアファーム見学
 - ・ ケアファームと通常のデイサービスとの比較研究等の紹介



午後 2

- 訪問先： 保健福祉スポーツ省 Welzijn en Sport Parnassusplein 5,2511 VX Den Haag
- 対応者： Ms. Jacqueline Hoogendam（保健福祉スポーツ省）
 Ms. Rene Prijkel（＃）
- 内容：
- ・ 認知症ケア政策の理念と倫理
 - ・ オランダの認知症ケア政策概観と展望、政策決定プロセスとその特徴（他の EU 諸国と比較）、政策評価
 - ・ EU レベルでの認知症関連施策・プロジェクト
 - ・ 認知症の人の権利擁護、意思決定支援の枠組み



11月3日(土)

午前

訪問先： 在宅ケア提供事業者「Buurtzorg」

Buurtzorg Amsterdam Zeeburg Niasstraat29, 1095 TV Zeeburg

対応者： Ms.Aenne Werner (Buurtzorg 看護師)

Mr.Marc Hagens (Buurtzorg 看護師)

内容：

- チーム概要(患者・ナース)、オペレーション(チームケア、Buurtzorgwebの利用、OMAHA システム)についてヒアリング。認知症の人の支援事例紹介
- 訪問看護に同行。



午後

訪問先： BuurtzorgPlus スタッフと宿泊先ホテルにてヒアリング

対応者： Ms. Janet Riezebos (BuurtzorgPlus 理学療法士)

Ms. Mieke Molenaar (BuurtzorgPlus 理学療法士)

Ms. Marije Bolt (BuurtzorgPlus 作業療法士)

内容： 地域におけるリハビリテーションの状況
認知症者への作業療法的観点からみた介入
BuurtzorgPlus における OT・PT の役割・チームケア



11月4日(日) (移動日) フランス入国

11月5日(月)

午前 (於: パリ市)

訪問先: Espace éthique, Hôpital Saint-Louis
1 Av. Claude-Vellefaux(Paris)

対応者: Professeur Emmanuel HIRSCH (パリ大学教授、「倫理の広場主宰」) に面会。
www.espace-ethique-alzheimer.org
www.initiative-ethique.fr

内容:

- プラン・アルツハイマーの mesure 38 (アルツハイマー病の倫理を考える場) の活動について。
- APHP パリ病院全体の倫理



午後

訪問先: MAIA Paris Est (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer), 127 bis rue d'Avron

対応者: Mme Cathrine PERISSET Equipe projet nationale CNSA
Mme Claire ASTIER Pilote MAIA Paris Est
A. FERRARI / K. COURTEAUD ケースマネジャー

内容: • MAIA (サービス提供のワンストップ窓口。「アルツハイマー病の人々の

自律と統合の家」)。総論、各論、MAIA におけるケースマネジメントおよびケースマネジャーの育成についてヒアリング。



11月6日(火)

午前

訪問先： Hôpital Saint-Maurice, 14 rue du Val d'Osne (Saint-Maurice)

対応者： Mme Cécile BALANDIER フランス保健省 DGOS

Dr Jean-Philippe FLOUZAT フランス保健省・老年科医

Dr Renaud PÉQUIGNOT 老年科医

内容：

- ・ プラン・アルツハイマー総論および UCC (unité cognitivo-comportementale) 見学。BPSD を示す人に対して、抗精神病薬を使わず、行動療法で治療するユニットについてヒアリング：院後もよい状態を維持できるようにケアラーへの教育も行う



午後

訪問先： PASA : pôle d'activités et de soins adaptés

対応者： Mme Cécile BALANDIER フランス保健省 DGOS

Dr Jean-Philippe FLOUZAT フランス保健省・老年科医

内容： EHPAD(老人施設)内に設置されたデイサービスおよび行動障害のある患者

(10 数名) を受け入れるためのユニット見学：ASG (アルツハイマー病専門の研修を受けたケアラー) が常駐。看護師や意思が集まって 2 週に 1 回ミーティングを行う。

夜、イギリスに移動。

11 月 7 日 (水) (於：ロンドン)

正午

訪問先： 保健省 Wellington House, 133-155 Waterloo Road SE1 8UG

対応者： Prof. Alistair Burns (ビデオカンファレンス)

イングランド認知症ナショナル・クリニカル・ディレクター

内容：

- 最近のイングランドにおける認知症国家戦略に関する動きをヒアリング：Prime Ministers challenge on dementia および抗精神病薬使用についての取り組み。Mental Health Act と Mental Capacity Act、啓発キャンペーンなど。



午後

訪問先： MSNAP (Memory Services National Accreditation Programme)

Standon House, 21 Mansell Street, London (英王立精神医学会内)

対応者： Sophie Hodge, Deputy Programme Manager

内容：メモリーサービスの品質保証のためのサービス改善評価機関としての MSNAP の取り組みをヒアリング：メモリーサービスナショナル認定プログラムなど。



11月8日(木)

午前

訪問先： Goodmayes hospital, Sunflowers court, Ilford, Essex

対応者： Dr. Afifa Qazi 精神科医

内容： 身近型疾患医療センターのモデルの1つと考えられる。精神科入院を大幅に減らす実践について、Qazi 医師からヒアリング。



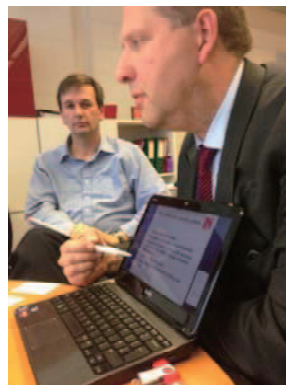
午後1

訪問先： ADI 本部, 64 Great Suffolk Street, London

対応者： Marc Wortmann 事務局長

内容：

- 各国の国家認知症戦略をまとめた Alzheimer's Disease International の Marc Wortmann 事務局長にヒアリング:各国の国家認知症戦略動向について。いかに発展し、協調し、個別化されているか。国家戦略策定において当事者団体が果たすべき役割とは。今後の展望（世界的な広がりはあるのか。WHOの動向ほか）について。



午後 2

訪問先： クロイドンメモリーサービス
Heavers Resource Centre, 122-124 Selhurst Road, London

対応者： Prof. Sube Banerjee

内容： 初期集中支援のモデル「クロイドンメモリーサービス」の実践について、
ヒアリング。



午後 3

訪問先： ロンドン大学キングスカレッジ精神医学研究所
De Crespigny Park, London

対応者： Prof. Paul McCrone

内容： 認知症のコスト分析、サービスモデル費用対効果分析について。1月のシン
ポジウム打ち合わせ。

11月9日(金)

午前

訪問先： クロイドン区役所 11th Floor, NEQ, Taberner House, Croydon

対応者： Trevor Mosses, Head of Commissioning, OP/ LTC/ EOL

内容： クロイドンの戦略目的とは。現在、提供しているサービスについて。今後
の計画についてヒアリング。



視察調査Ⅱ概要：スウェーデン

東京大学大学院医学系研究科精神医学 高野 洋輔

2012年12月3日（於：ソレフテオ市）

午前

John Åberg 氏 (Chairman, Care of the elderly committee)、
Elionor Johansson 氏 (Operational Developer)、
Björn Näsman 氏 (医師) らから、同市における高齢者ケアについてヒアリングを行い、デイケア施設”Bacsippan” (写真右上)、ショートステイ施設”Aspen”、特別な住居”Skärvstagården” (写真下段左) の見学を行った。
Elisabet Lassen ソレフテオ市長との懇親会に出席
(写真下段中央)。



午後

Britt-Marie Sjölund 氏、Anders Sköldunger 氏 (Swedish National Study of Aging and Care) より研究報告を受ける (写真下段右)。



2012年12月4日（於：ストックホルム市）

午前

Carl Smitterberg 氏 (Communication manager, Elderly services administration)から、ストックホルム市の高齢者ケアの概要について、さらに Lars-Olof Wahlund 氏 (Karolinska institutet, Section for Clinical Geriatrics)、Maria Söderlund 氏から、ストックホルム県の高齢者ケアの概要についてヒアリングを行う (写真)。

午後

Ingrid Lindmark 氏(Sabbatsbergbyns vård- och omsorgsboende)から、同施設での高齢者ケアの現状についてヒアリングを行う (写真右は外観、写真下段左はユニットの食堂、写真下段中央は個室内、下段右は庭園)。





2012年12月5日（於：ストックホルム市）

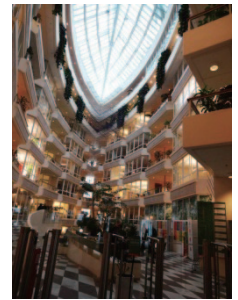
午前

社会省(Socialdepartementet; Ministry of Health and Social Affairs)において、Eva Nilsson Bågenholm 氏(National elderly issues coordinator)から、政府レベルでの高齢者施策についてヒアリングを行う。

保健福祉庁(Socialstyrelsen; National Board of Health and Welfare)において、Grethe Fochsen 氏(Project manager)から、国家ガイドラインの概要についてヒアリングを行う。

午後

地方自治体連盟(Sveriges Kommuner och Landsting; Swedish Association of Local Authorities and Regions、写真右)において、Erik Svanfeldt 氏と Pernilla Askenbom 氏から高齢者施策の概要についてヒアリングを行う。



2012年12月6日（於：ストックホルム市）

午前

財団法人シルヴィアヘメットにおいて、Wilhelmina Hoffman 氏（老年科医師、同施設 CEO）から、同施設や関連組織における人材教育の現状についてヒアリングを行う（写真左が Hoffman 氏。写真中央はデイケアの食堂、写真右はデイケアのホール）



在スウェーデン日本国大使

館の渡邊芳樹特命全権大使より、同国における高齢者ケアの現状について伺う。

第2章 認知症国家戦略に関する
国際政策シンポジウム

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム 概要

【日時】：平成 25 年 1 月 29 日（火）午前 10 時 30 分～午後 5 時 15 分

【場所】：ベルサール九段（東京都千代田区九段北 1-8-10 住友不動産九段ビル 3 階）

【プログラム】：全同時通訳有

（詳細は別紙のとおり）

<海外招聘者：7名>:

イギリス、フランス、オランダ、デンマーク、オーストラリアより招聘。詳細は別紙参照。

主催：公益財団法人東京都医学総合研究所

後援：厚生労働省、東京都、イギリス大使館、フランス大使館、オランダ大使館、デンマーク大使館、オーストラリア大使館





厚生労働省平成24年老人保健事業推進費等補助金
「認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究事業」

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム

International Symposium on National Dementia Strategy

平成25年1月29日（火）10時30分～17時15分
ベルサール九段 3階メインホール

東京都千代田区九段北1-8-10 住友不動産九段ビル TEL: 03-3346-1396

世界人口の高齢化にともない、アルツハイマー病等の認知症人口が世界規模で急激に増加しつつあります。近年、先進各国では認知症政策に関する国家ビジョンが示され、改革が急ピッチで進められています。この度、各国の認知症政策責任者らを招聘し、我が国の関係者とともに今後の日本の認知症政策を検討するシンポジウムを開催いたします。

主催 公益財団法人 東京都医学総合研究所

後援 厚生労働省、東京都、

イギリス大使館、オーストラリア大使館、オランダ大使館、デンマーク大使館、フランス大使館

海外招聘演者

Alistair Burns イングランド認知症戦略 クリニカルディレクター（イギリス）

Benoit Lavallart プランアルツハイマー 実施監督責任者（フランス）

Russell de Burgh オーストラリア保健高齢化省 高齢化・高齢者ケア局次長（オーストラリア）

Nis Peter Nissen デンマーク・アルツハイマー協会 エグゼクティブディレクター（デンマーク）

Julie Meerveld オランダ・アルツハイマー協会 アドボカシーマネジャー（オランダ）

Anne Higgins 前トラフォード区コミュニティ&ウェルビーイング コーポレートディレクター（イギリス）

Paul McCrone キングスカレッジ メンタル&フィジカルヘルス経済学センター長（イギリス）

第1部 『日本・イギリス・フランスの認知症国家戦略』

座長 松下 正明 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 理事長

コーディネーター 西田 淳志 公益財団法人 東京都医学総合研究所

第2部 『オーストラリア・デンマーク・オランダの認知症国家戦略』

座長 大島 伸一 独立行政法人 国立長寿医療研究センター 総長

コーディネーター 堀田 聡子 独立行政法人 労働政策研究・研修機構

第3部 『認知症のケアと医療経済分析』

座長 関山 昌人 厚生労働省老健局 認知症施策総合調整官

コーディネーター 佐渡 充洋 慶應義塾大学

第4部 パネルディスカッション

座長 潮谷 義子 日本社会事業大学 理事長

コーディネーター 近藤 伸介 東京大学

参加費無料

<ベルサール九段アクセス>
九段下駅5番出口徒歩5分（半蔵門線・新宿線）
九段下駅7番出口徒歩3分（東西線）



認知症国家戦略に関する国際シンポジウム

International Symposium on National Dementia Strategy

日時：平成25年1月29日（火）10時30分～17時15分 会場：ベルサール九段 3階メインホール

プログラム概要

10:30-10:45 開会挨拶 田中 啓二（公益財団法人 東京都医学総合研究所 所長）
 来賓 ご挨拶 とかしき なおみ（厚生労働大臣政務官）
 安藤 立美（東京都 副知事）

第1部 『日本・イギリス・フランスの認知症国家戦略』

【座長】 松下 正明（地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 理事長）
 【コーディネーター】 西田 淳志（公益財団法人 東京都医学総合研究所）

10:45-11:10 「日本の認知症施策」
 原 勝則（厚生労働省老健局長）
 11:10-11:35 「イングランドの認知症国家戦略」
 Alistair Burns（イングランド認知症国家戦略 クリニカルディレクター）
 11:35-12:00 「フランスの認知症国家戦略」
 Benoit Lavallart（プランアルツハイマー 実施監督責任者）
 12:00-13:00 --- 休憩 ---

第2部 『オーストラリア・デンマーク・オランダの認知症国家戦略』

【座長】 大島 伸一（独立行政法人 国立長寿医療研究センター 総長）
 【コーディネーター】 堀田 聡子（独立行政法人 労働政策研究・研修機構）

13:00-13:25 「オーストラリアの認知症国家戦略」
 Russell de Burgh（オーストラリア保健高齢化省 高齢化・高齢者ケア局 次長）
 13:25-13:50 「デンマークの認知症国家戦略」
 Nis Peter Nissen（デンマーク・アルツハイマー協会 エグゼクティブディレクター）
 13:50-14:15 「オランダの認知症国家戦略」
 Julie Meerveld（オランダ・アルツハイマー協会 アドボカシーマネジャー）
 14:15-14:30 --- 休憩 ---

第3部 『認知症のケアと医療経済分析』

【座長】 関山 昌人（厚生労働省老健局 認知症施策総合調整官）
 【コーディネーター】 佐渡 充洋（慶應義塾大学）

14:30-14:55 「多職種協働による認知症地域ケア」
 Anne Higgins（前 英トラフォード区コミュニティ&ウェルビーイング コーポレートディレクター）
 14:55-15:20 「認知症のコスト」
 Paul McCrone（英キングスカレッジ メンタル&フィジカルヘルス経済学センター ディレクター）
 15:20-15:40 --- 休憩 ---

第4部 パネルディスカッション

【座長】 潮谷 義子（日本社会事業大学 理事長 [前 熊本県知事]）
 【コーディネーター】 近藤 伸介（東京大学）

15:40-15:45 指定発言
 大島 伸一（独立行政法人 国立長寿医療研究センター 総長）
 15:45-17:10 ディスカッション
 パネリスト：Alistair Burns, Benoit Lavallart, Russell de Burgh, Nis Peter Nissen,
 Julie Meerveld, Anne Higgins, Paul McCrone, 松下 正明, 関山 昌人
 17:10-17:15 閉会挨拶
 飛鳥井 望（公益財団法人 東京都医学総合研究所 副所長）

全プログラムに同時通訳がございます。

閉会后、17時30分より懇親会を開催いたします（要事前申し込み）。

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム

International Symposium on National Dementia Strategy

海外招聘者



Alistair Burns イギリス

保健省認知症ナショナル・クリニカル・ディレクターとして、2010年4月よりイングランド国家認知症戦略の実施を牽引。政策とサービス提供、地域ネットワークとNHSマネジメントの橋渡し役を担っている。認知症の人の行動・精神症状の重要性について早期に注目し、介護者に対する影響、薬物・非薬物療法の研究プロジェクトを率いた。マンチェスター大学老年精神医学分野教授。元国際老年精神医学会会長。



Benoit Lavallart フランス

第3次国家認知症計画の実施責任者として、各省庁間の調整・実施・評価をとりしきる。2012年12月に前任者 Florence Lustman の補佐官から現職に就任。Joel Menard 率いる同計画策定委員として策定に携わったほか、第1次（2001～2004年）、第2次（2004～2007年）国家認知症計画においても責任者として指揮を執った。EU加盟国の認知症の人の自律・尊厳・生活の質・健康のための欧州共同行動「ALCOVE」理事。老年科医。



Russell de Burgh オーストラリア

オーストラリア保健高齢化省 高齢化・高齢者ケア局次長。2000年の入省以来、ほぼ一貫して高齢者ケア分野に携わる。現在は、認知症関連政策、文化や言語など多様な背景を持つ人々の高齢者ケアサービスへのアクセス改善、認知症ケアの質向上をはじめとする高齢者ケア分野の人材育成支援など、幅広い役割を担う高齢化および人材プログラム室長。



Nis Peter Nissen デンマーク

デンマーク・アルツハイマー病協会のナショナル・エグゼクティブ・ディレクター。同協会は国家認知症行動計画の国会議決に向けてイニシアチブをとった。Nissen氏自身も2010年の行動計画策定に参画。その後も計画実施に関する諮問委員会をはじめ、さまざまな関連小委員会の委員を務めており、早期診断・認知症の人の自己決定・切れ目のないケア・家族介護者支援・スティグマからの脱却などの実現に尽力している。



Julie Meerveld オランダ

オランダ・アルツハイマー病協会のアドボカシーマネジャー。同協会は、全国認知症プログラムにおける認知症の人と介護者視点による課題抽出、家族介護者全国ニーズ調査、早期診断のための啓発活動、統合ケアのガイドラインやケア基準策定等にも積極的に関与。同国の認知症政策において重要な役割を果たす。24時間ヘルプラインや全国220のアルツハイマーカフェも展開。



Anne Higgins イギリス

グレーター・マンチェスター州トラフォード区役所 Communities & Wellbeing の前コーポレート・ディレクター。管轄した成人対象の社会福祉サービスは、医療機関や介護施設のサービスの質と安全性に関する国の査察機関「Care Quality Commission」により最高評価の excellent を受けているほか、2010年には IDeA（地方自治体改善開発機構）の Innovation 賞など受賞。現在、Tameside Hospital NHS Foundation Trust のノンエグゼクティブ・ディレクター。作業療法士。



Paul McCrone イギリス

ロンドン大学キングスカレッジ精神医学研究所の医療経済学教授であり、身体・精神医療経済学センター長。限りある財源で最大限に有効な医療保健サービスを提供するためには、経済的側面からも適切な視点が必要であるとの考えから、精神・神経疾患、プライマリケアの新規介入の費用対効果の評価（疾患のコスト評価指標、アウトカム評価指標、EBM、優先順位と配分）などを行う。

日本の認知症施策

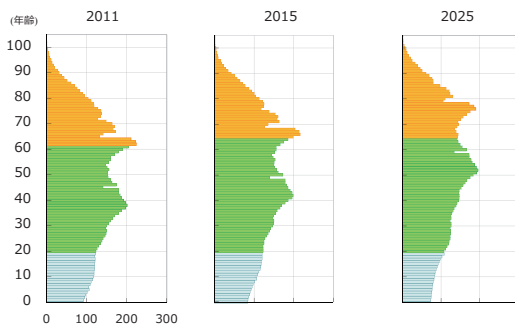
原 勝則
厚生労働省老健局長

本日の内容

- はじめに
- 介護保険制度
- 認知症施策のこれまでと現在
- 今後に向けて

人口ピラミッドの変化

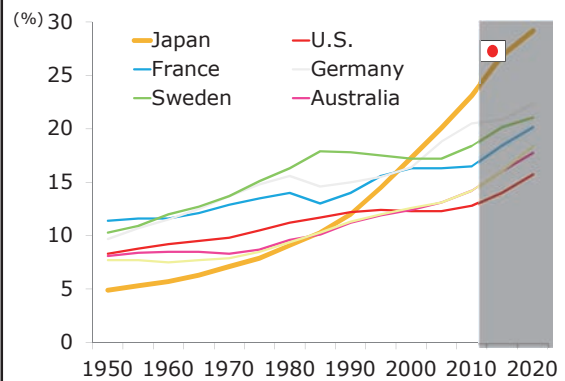
今後、団塊の世代の高齢化に伴う65歳以上人口の増加と少子化の進行により、人口ピラミッドは逆三角形型になっていく（少子高齢化）



(注) 団塊の世代は1947～49年、第2次ベビーブーム世代は1971～1974年生まれ。
(出典) 2009年は総務省「人口推計」、2011年～2025年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口-平成18年中位推計-

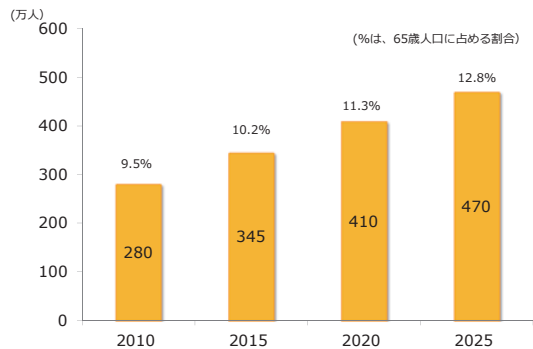
65歳以上人口の比率

日本の高齢化率は世界一となっている



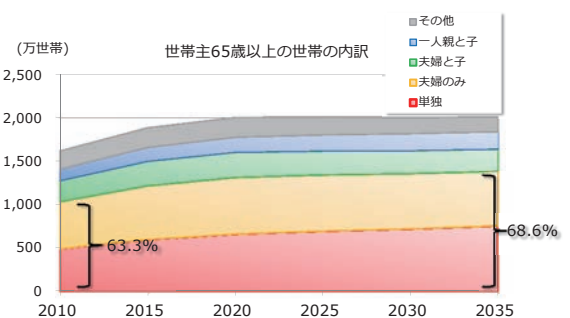
「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の高齢者数推計

認知症高齢者は、今後15年以上にわたって増加し続けると推計されている

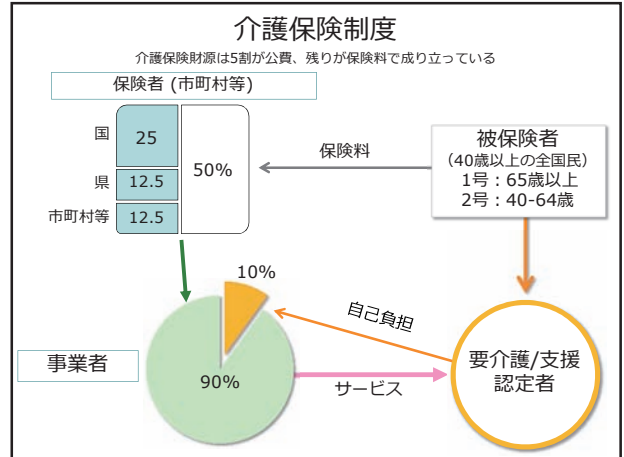


高齢者単独・夫婦世帯の増加

高齢者単独・夫婦のみの世帯は6割を越え、増加が続くと推計されている

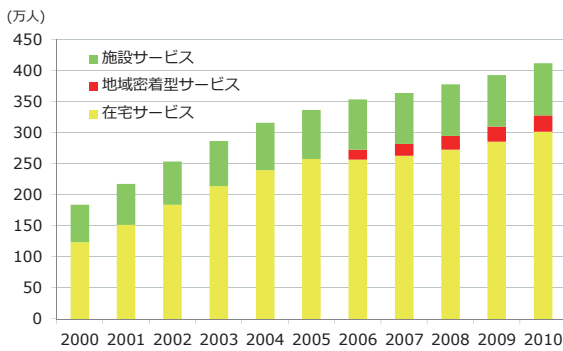


介護保険制度 (2000年～)



利用者の増加

介護保険は国民に浸透し、サービスの利用者数は在宅サービスを主体に伸び続けている



介護保険サービス



訪問系サービス
訪問介護、訪問看護、訪問入浴、生活援助 etc.

通所系サービス
通所介護、通所リハビリテーション etc.

短期入所系サービス
短期入所生活介護 etc.

居住系サービス
特定施設入居者生活介護 etc.

地域密着型サービス
認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 etc.

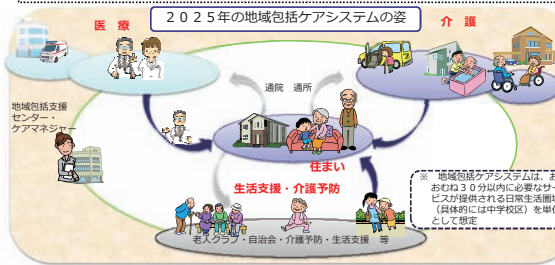
施設介護サービス
介護老人福祉施設、介護老人保健施設 etc.

介護の将来像 (地域包括ケアシステム)

〇住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

【地域包括ケアの3つの視点による取組み】
地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供）に行われることが必須。

- ① 医療との連携強化
- ② 介護サービスの充実強化
- ③ 予防の推進
- ④ 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利保護など
- ⑤ 高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）



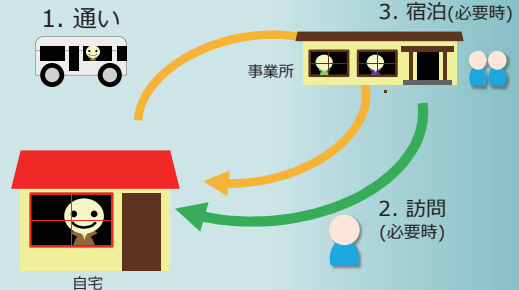
認知症施策のこれまでと現在

認知症関連施策のあゆみ 概要

- 昭和38年(1963) 老人福祉法 制定 (特別養護老人ホームの創設等)
- 昭和57年(1982) 老人保健法 制定 (疾病予防や健康作り)
- 昭和59年(1984) 認知症ケアに関する研修事業開始
- 昭和62年(1987) 「厚生省痴呆性老人対策推進本部」報告書
- 平成元年(1989) 老人性痴呆疾患センター 開始
- 平成4年(1992) 認知症対応型デイサービスセンター 開始
- 平成6年(1994) 「痴呆性老人対策に関する検討会」報告書
- 平成9年(1997) 認知症対応型グループホーム 開始
- 平成12年(2000) 介護保険法 制定
- 平成15年(2003) 「高齢者介護研究会」報告書発表
- 平成16年(2004) 痴呆 → 認知症 へ用語の変更
- 平成17年(2005) 認知症サポート医養成研修 開始
認知症サポーター養成研修 開始
- 平成18年(2006) かかりつけ医認知症対応力向上研修 開始
- 平成20年(2008) 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書
- 平成24年(2012) 「認知症施策推進5か年計画」(オレンジプラン) 策定

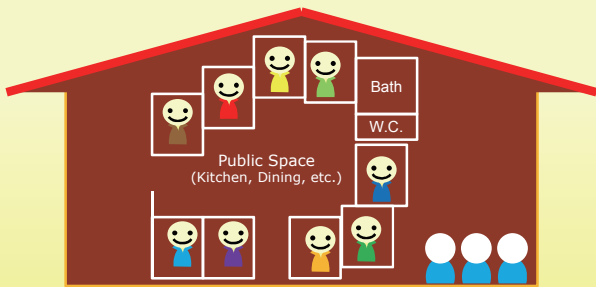
小規模多機能型居宅介護 (3,800ヶ所)

通いを基本とし、訪問や泊まりを柔軟に組み合わせることで、認知症の人が地域で暮らし続けることを支援するのに適している (最大定員25名)



認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) (11,000ヶ所)

少人数の家庭的な環境と地域住民との交流のもと、日常生活上の世話と機能訓練を受け、認知症の人が能力に応じ自立した日常生活を営むことを支援する



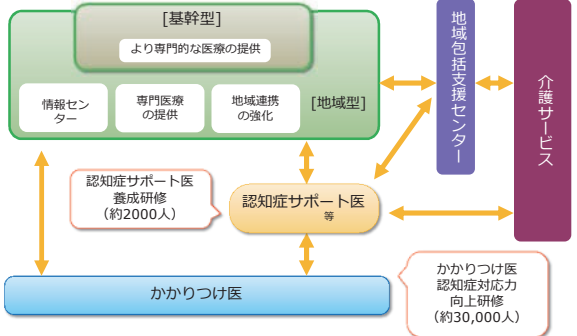
用語の変更 (2004年)

日本はそれまでの「痴呆症」という言葉を「認知症」に改めた



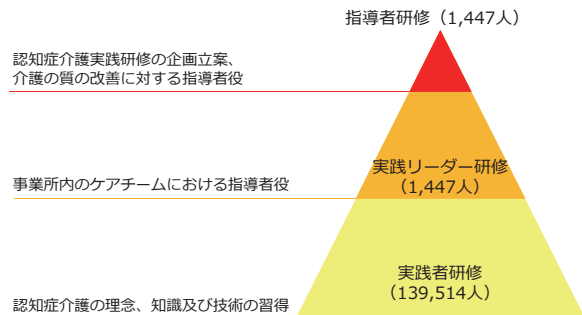
認知症の医療と関連研修

認知症疾患医療センター (185箇所)



認知症介護関連研修

実践者研修、実践リーダー研修、指導者研修があり、順調に育成されている



※ 括弧内は平成22年度までの累計修了者数 (認知症・虐待防止対策推進室調べ)

認知症介護研究・研修センター

- 全国3ヶ所に設置
- 認知症介護に関する研究を行う
- 認知症介護研修の指導者研修等を行う



認知症サポーター (2005年～)

全国で、300万人以上の認知症サポーターが養成されている

認知症サポーターとは

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対して出来る範囲での手助けをする人

認知症サポーター養成講座 (90分)

3,363,024 人 (2012年6月30日現在)

キャラバンメイト養成研修 (6時間)

サポーター養成講座の講師役を養成

73,824 人 (2012年6月30日現在)



全国のあらゆる年齢層、あらゆる職種、あらゆる人々がサポーターとなっている



今後に向けて

～ 認知症施策推進5か年計画 ～

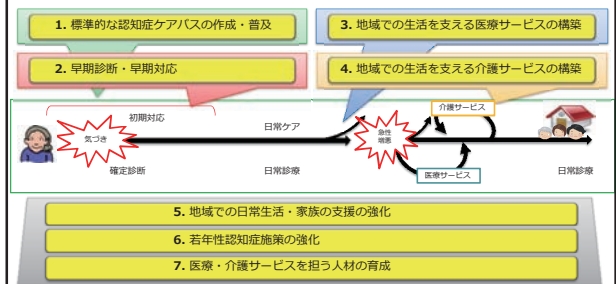
今まだ残る課題

- 早期受診・対応の遅れによる認知症症状の悪化
- 精神科病院に認知症の人が長期入院している
- 一般病院において認知症の人の入院が拒否されるケースがある
- 認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくための介護サービスが量、質の両面から不足
- 地域で認知症の人とその家族を支援する体制が不十分
- 医療・介護従事者が現場で連携がとれた対応が出来ていないケースがある

今後の認知症施策の方向性

～ ケアの流れを変える ～

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。



認知症施策推進5か年計画

1. 標準的な認知症ケアバスの作成・普及 (2013-2017)
調査研究一市町村で推進一介護保険事業計画に反映
2. 早期診断・早期対応
認知症初期集中支援チーム創設、早期診断を担う医療機関の充実等
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
認知症の薬物使用に関するガイドライン策定、精神科病院に入院が必要な状態
像の明確化、「退院支援・地域連携クリティカルパス」の作成等
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介
護サービスを整備
5. 地域での日常生活・家族の支援強化
認知地域支援推進員の普及、認知症サポーターの養成、市民後見人の養成、本
人家族支援
6. 若年性認知症施策の強化
支援ハンドブックの作成、若年性認知症の人の意見交換会実施自治体の増加
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成
認知症ケアモデル策定、認知症介護関連研修、一般病院勤務の医療従事者に対
する対応力向上研修

「日本の認知症政策」

原 勝則 厚生労働省老健局長

皆さん、おはようございます。ご紹介をいただきました原と申します。日本の認知症政策につきまして、最初にご説明をさせて頂く機会を与えられましたことに、心から感謝を申し上げます。今日のシンポジウムを通して諸外国の経験や知識を学びまして、これからの我が国の認知症政策に生かしていきたいと思っております。それでは時間も限られておりますので、早速説明に入らせていただきます。

最初に、日本の高齢者を取り巻く状況についてご説明します。これ（スライド3）は縦軸を年齢、横軸を万人単位とした、いわゆる人口ピラミッドです。残念ながら、我が国は今後も少子化が続き、2025年時点にはますます逆三角形型の人口ピラミッドになっていくことが予測されています。

これ（スライド4）は、65歳以上の人口比率を国際比較したもので、日本はこの黄色線です。やはり諸外国に比べて非常に急速に、短期間で高齢化が進むという特徴を示しています。2010年時点で我が国の65歳以上の人口は約3,000万人、比率で23%という超高齢社会を迎えております。

認知症高齢者の日常生活自立度という判定基準は5段階あります。Ⅰ度が最も軽く、その次のⅡ度以上の方々が我々の認知症対策の対象の目安になっています。このⅡ度以上の数が2010年時点で280万人、65歳以上の人口に占める比率は9.5%です。昨年の推計によると、2025年にはこれが470万人、12.8%まで増えていくことが見込まれています。つまり、65歳以上の高齢者10人のうち1人が認知症を有している、あるいは介護保険の要介護度認定を受けた方の約6割弱の方に認知症があるという状況です。

介護をしていく上で大事なことなのですが、世帯主が65歳以上の世帯についてみました。そのうち、お一人住まいか高齢者同士の夫婦二人暮らしで、介護サービスの対象になり得る世帯が2010年時点で63.3%。今後さらに高まっていく状況になっております。

さて、これを支えている介護保険制度についてお話しします。介護保険制度は2000年に40歳以上の全国民を対象として、社会保険方式でスタートしました。大変重い介護を社会全体で担う仕組み、いわゆる介護の社会化が実現できたわけです。

給付の対象となる要介護者の範囲や提供するサービスの内容は、世界最高水準と言っても言い過ぎではないと考えております。また、国民にもこの制度は大変定着してきております。ただ、高齢化により急増する介護給付費の財源をどうまかなっていくのが今後の課題です。特に保険料の大幅な負担増が心配されていますので、保険料負担を抑えていくことが大きな課題であります。

介護保険サービスを利用される方が増えています。大きく3つのサービスに分かれます

けれども、在宅サービスが顕著に増えています。現在、全体の利用者 413 万人のうち、73.2% が在宅サービスです。それから、特別養護老人ホームのような入所施設に入っている方の割合が 20.4%。2006 年からは地域密着型サービスという制度ができました。これは例えば認知症対策に非常に有効と言われているグループホームですとか、あるいは後ほど説明する小規模多機能型居宅介護サービスといったもので、グラフの赤い部分です。

これ（スライド 10）はサービスの一覧です。

私たちは今、政策目標として、認知症の高齢者も含めて地域包括ケアの実現を目指しています。2011 年の介護保険法の改正のなかで、重篤な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで、できる限り続けられるようにしていこうという理念が盛り込まれました。具体的には、この 5 つの視点からこれらのサービスを包括的、あるいは継続的に行われるようにしていこうというものです。

1 つ目は医療、2 つ目が介護、3 つ目が予防、4 つ目が見守りや配食、買い物などの生活支援サービス、そして 5 つ目が高齢者の住まいの確保です。この 5 つの柱の視点に立って、おおむね 30 分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（中学校区単位）の中で、このような包括的なケアを提供していきたいということでございます。

次に、認知症施策についてお話しします。これ（スライド 13）は、これまでの認知症施策のあゆみを簡単に書いたものです。1963 年に老人福祉法が制定され、入所施設である特別養護老人ホームが創設されました。1984 年には認知症ケアに関する研修事業がスタートいたしました。さらに、1987 年には厚生省に痴呆性老人対策推進本部という組織が設けられ、認知症問題への本格的な取り組みが始まりました。

具体的には、1989 年に老人性痴呆疾患センターがスタートしたり、1990 年代には認知症対応型デイサービスセンターや認知症対応型グループホームもスタートしております。

ここで、我が国の認知症高齢者ケアの主な 2 つのサービスをご紹介します。1 つは小規模多機能型居宅介護サービスです。これは、我が国オリジナルと言えるかと思います。2006 年度に創設され、都市部を中心に、全国に現在 3,800 ヶ所ほど普及しています。通いのデイサービスを基本としながら、ホームヘルプサービス（訪問）やショートステイの 3 つのサービスをその方のニーズに応じて、最大定員 25 名という小規模運営で事業所が提供していくサービスです。

サービス提供が柔軟に行えるというメリットや、同一の事業者がすべてのサービスを提供することによって、利用者との間で馴染みの関係ができやすいといったメリットが指摘されています。

もう 1 つは、世界各国で普及しているグループホームです。これは今、全国で 1 万 1,000 ヶ所整備されています。

それから、我が国では2004年に用語の変更を行いました。従来は認知症のことを「痴呆」と呼んでいましたけれども、差別的であるということで、2004年に「認知症」という用語に変更いたしました。

翌年の2005年からは、医師をはじめとした医療関係職種の研修にも取り組んでいます。このスライド（スライド17）、は認知症の医療とその関連研修を図にしたものです。認知症の診断と、専門的な医療を提供する認知症疾患医療センターを、全国に基幹施設として現在、185カ所整備しています。

一方、我が国では自由に地域の診療所や病院を利用できますので、身近な診療所や病院のお医者さん方（かかりつけ医）に認知症の研修を行っています。それから、その研修で講師となる認知症サポート医も、ここで養成してまいりました。その数がそれぞれ30,000人と2,000人となっています。

介護の分野でも認知症関連研修ということで、実践者に対する研修、実践者を研修する実践リーダー研修、さらには指導者研修と、階層的な体系で介護の関連職種の認知症研修も進めてきているところです。

また、宮城県、東京都、愛知県の全国3カ所に認知症の介護に関する研究と指導者研修を併せて行うセンターを設置し、その推進を図っています。

それから、認知症について国民1人ひとりが正しい知識と理解をもって、地域や職域で認知症の方や家族に対してできる範囲での手助けをしようということで、認知症サポーター制度を2005年からスタートさせています。

認知症サポーターは、90分間の養成講座を受講して頂ければ、誰でもなることができます。現在336万人が受講し、サポーターになっています。微力ながら、私も認知症サポーター講座を受け、オレンジリングを付けさせて頂いています。また、養成講座の講師となるキャラバンメイトの養成研修も実施しています。このように、現在、全国の小学生からサラリーマン、高齢者まで、あらゆる年齢層・職種の方々にサポーターになって頂いております。

このように、これまでも我が国ではいろいろな認知症対策に取り組んできたわけですが、やはり一番の問題として残っていますのは、認知症と気づかずに放置して、行動・心理症状が現われてから慌てて医療機関に駆け込むケースが非常に多く、早期受診・早期対応ができずに認知症症状の悪化を招いている、という問題があります。この最も大事なことに對する取り組みが、我が国では不十分であったと強く思っております。

その結果、精神科病院も重篤な行動・心理症状の方への大きな支えとして役割を果たしてきておりますけれども、地域でのケアが進めば自宅に帰れるにもかかわらず、その受け皿がないために精神科病院で入院を続けられている方も、残念ながら、まだ数多くいらっしゃいますので、そういったことも問題でございます。

また、認知症の方が一般病院にかかった時に、医療従事者が認知症のことを十分に理解していないために、入院を拒否するというケースも残念ながらあります。

それから、地域でのサービスは、グループホームにしても小規模多機能型サービスにしても、まだまだ質・量ともに不足しています。

認知症の方とその家族を支援する、相談体制の整備もまだ十分とは言えないかと思えます。

このような状況の中で、昨年、厚生労働省の関係局がプロジェクトチームを作り、「今後の認知症施策の方向性」という報告書をまとめました。一言で言いますと、「ケアの流れを変える」ことを主眼としています。先ほど言いましたように行動・心理症状という危機が発生してからの事後的な対応から、危機の発生を未然に防ぐ早期事前的な対応へと、ケアのシステムを変えていくというものです。

具体的には、最初の気づきから症状が悪化した時に医療を受けて、さらにまた日常の診療に戻っていくという流れになるように、7つの柱で対策を講じていこうということです。

その報告書に基づいて、昨年9月に厚生労働省は我が国の国家戦略として、「認知症施策推進5か年計画」をとりまとめました。私どもとしては今後、この計画を名実ともに国家戦略として機能していくように、その充実を図っていきたいと思っています。

これは2013年度からの5か年計画で、従来から取り組んでいた政策を整理・再編をするとともに、これまで十分でなかった政策も取り込み、総合的な計画として作成しています。

1つは標準的な認知症ケアパスの作成・普及ということで、市町村の中でいろいろな医療資源なり認知症の方の数やニーズを調査し、その状態に応じた適切なサービス提供の流れを計画として作っていく。それを利用者の方に示すことによって、利用者の方の安心につなげていくという目的で、各市町村にケアパスづくりに取り組んで頂くことにしています。

また、早期診断・早期対応として、認知症初期集中支援チームの創設を検討しています。これは、英国の取り組みも参考にさせて頂きながら、看護職員や作業療法士といった方々がチームを組み、地域での診断や早期対応につなげていくという取り組みです。来年度、モデル事業の実施を予定しています。

また、早期診断を行う医療機関として、先ほど認知症疾患医療センターが185カ所あるとお話しましたが、まだまだ足りません。そこで、認知症疾患医療センターのような大規模な基幹型の医療機関ではなくて、地域の中の身近な診療所や一般病院で認知症の適確な診断ができるような医療体制づくりを検討しています。

それから3番目は、例えば薬物療法は認知症の症状を抑える、維持する上で大変有効だと言われているので、適切な薬物使用に関するガイドラインを作る。精神科病院に入院が必要な状態像を明確化していく。あるいは、地域と医療機関の連携、クリティカルパスの作成など、地域での生活を支える医療サービスの構築を目指しています。

5番目は市町村に認知症地域推進員を配置し、医療と介護の連携や家族への支援などを進

め、6番目として若年性認知症施策の強化などを計画しています。

以上が、日本での取り組みです。我が国は世界一高齢化が進んだ国です。今日、この高齢者問題は介護保険をはじめ、年金や医療などの社会保障制度を将来にわたって持続可能なものとし、活力ある経済社会を作っていくという目的から見ますと、高齢化が1つの大きなハードルになっているのは、残念ながら事実です。しかし高齢化、言い換えれば長寿は本来、人間にとって大変喜ばしいことです。我が国は国民皆保険体制の構築と保健衛生行政の推進、そして何よりも国民1人ひとりの努力によってこの長寿を成し遂げたわけであり、誇りに思っただよいことだと思えます。

したがって、高齢化を悲観的に捉えるのではなくて、実現したこの社会を住みやすく、そして安心して地域で暮らせる社会の構築に向けて、国民1人ひとりが努力し力を合わせて、前向きに、積極的に、誤解を恐れずに言えば明るく楽しく取り組んでいくことが必要ではないかと思えます。

今後、各国からの助言や支援やご協力も得ながら、世界一の高齢社会を迎え、これを克服した国として世界のモデルとなれるように努力していきたいと思えます。ご清聴ありがとうございました。

DH Department of Health

イングランドにおける 認知症国家戦略

Alistair Burns (アリスター・バーンズ)
保健省認知症ナショナル・クリニカル・ディレクター
マンチェスター学術健康科学センター クルニカル・ディレクター

Social Care

認知症

Figure 3 Cost of dementia compared to national economies
国産経済と比較した認知症のコスト

The comparative societal costs of cancer, ischemic heart disease, stroke and dementia in the United Kingdom
英国におけるがん、虚血性心疾患、脳卒中、認知症の社会的コスト比較

Figure 4 For every £1 million in care costs for the disease...
認知症の人にとっての質的アウトカム。認知症国家戦略の作業に基づいて

研究費

DH Department of Health

認知症国家戦略-17の目的 (2009年2月) 抗精神病薬に関する報告書-11の推奨 (2009年11月)

* National Audit Office - 英監査局、行政費の予算執行を監査し機会に報告する独立機関

Social Care

プライマリケアにおける早期診断と早期支援
総合病院における認知症対応
介護施設における認知症対応
抗精神病薬の低減
ケアラー支援

10のアウトカム声明

4

認知症の人にとってのアウトカム

2014年までにイングランドで認知症とともに生きるすべての人々が以下のことを書えなければならない


私は早期に認知症の診断を受けた	私は認知症について理解し、意思決定についての意思決定の機会を得ている	私は認知症、及び私の人生にとって認知症の診断の実験が受けられている
私の周囲の人々、私のケアをしている人々が十分なサポートを受けている	私は専門職と数回会って話している	私は私自身を助ける術を知り、必要な支援が得られている
私は生活(人生)を楽しんでいる	私はコミュニティの一員であると感じ、何かコミュニティにお返ししたいと思う	私は自身の人生が誰かのために役立つ機会があり、必要に応じて助けを求め、必要死を願うことができる

認知症

dementia.dh.gov.uk
(保健省ウェブサイト)

プライマリケアにおける早期診断と早期支援

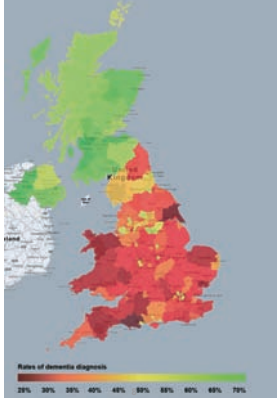
総合病院における認知症対応
介護施設における認知症対応
抗精神病薬の低減
ケアラー支援



7


英国全土の認知症診断率

alzheimers.org.uk/dementiamap



新たな啓発キャンペーン:
目的は認知症とともに生きる人々への態度を変えることである


これまで



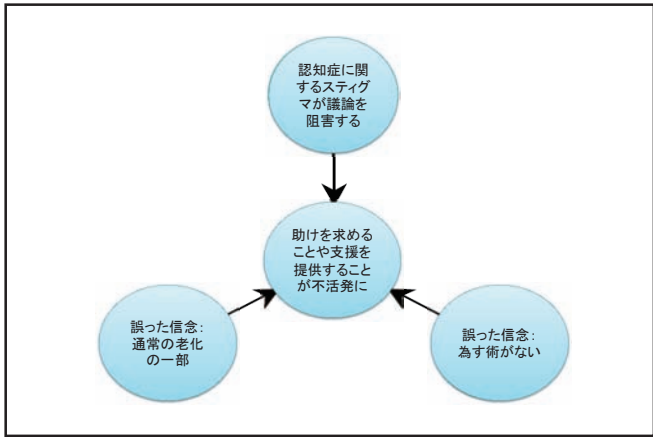
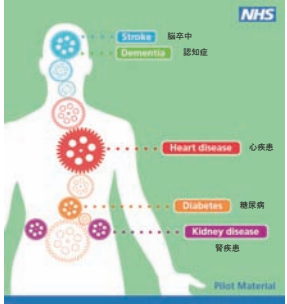
介護施設にいて、さみしく、孤立した、うつろな人々

➡

これから



関わりを持ち、生き活きと生活(人生)に積極的に関与する人々

Free NHS Health Check
Helping you prevent heart disease, stroke, diabetes, kidney disease and dementia

無料NHS健康チェック
心疾患、脳卒中、糖尿病、腎疾患、認知症の予防を支援する

「今、心臓発作や脳卒中のリスク要因が認知症のリスク要因にもなりうることを知りました。これらの病気になる可能性を減らすために、生活習慣を変えようと思います。また、もし私や家族が必要になった時には利用できる認知症のサービスについて聞くことができたのも、とても有意義でした。」

プライマリケア(一次医療)において認知症を治療することの肯定的な考え:
Gnosall メモリーサービス

Community Practitioner, 2009; 82(5): 20-3.
Lesley Greening, Ian Greaves, Nicola Greaves, Dave Jolley

Key points

- 記憶検査の減退についての主観的または客観的な心配は、検出されるべき重要な症状である。それは認知症に起因するものかもしれない。
- プライマリケア(一次医療)は、これまで認知症と関連疾患についての関心と力量に欠けていると批判され、認知症専門サービスとの連携も非常に脆弱であるとみなされてきた。
- メモリーサービスは、患者に早期にアセスメントと検査を続けるために受け入れやすい有効な手段であり、英国の認知症専門家職能においても推奨されている。
- ある地域保健局が推進しているプライマリケア(一次医療)のメモリーサービスでは、従来の(二次医療の)スペシャリストによるメモリーサービスよりも多くの患者をひきつけることに2年以内にわり成功している。
- メモリーサービスの活動についての3層層モデル(一次医療、地元の特設職、広域地域)は、それを推奨している。

12

プライマリケアにおける早期診断と早期支援
 総合病院における認知症対応
 介護施設における認知症対応
 抗精神病薬の低減
 ケアラー支援

認知症の人にとっての質的アウトカム。認知症国家戦略の作業に基づいて

Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia Strategy

13

認知症 CQUIN: FAIR (Find, Assess and Investigate, Refer)

質の向上とイノベーションのためのコミッションング(CQUIN)の実施と評価
 Using the Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) payment framework
 Guidance on new national goals for 2012-13

14

NHS (国民保健サービス)における長期療養ケア

認知症の人および学習障害と認知症合併の人のためのケア

1971年 白書(2001年改訂)

1969年 NHS長期療養病院に58,000人
 2001年 NHS長期療養病院に10,000人

2004年に全廃を決定

2009年、最後のNHS長期療養病院が閉鎖

民間または地方自治体が運営する認知症の人のためのケアホーム

しかし、現在も民間病院にはNHS資金が投入されている長期療養病棟が存続(ウィンターボーン・ビュー病院など)

15

ウィンターボーン・ビュー病院事件

2011年5月BBCのドキュメンタリー番組「パノラマ」が報じた全国的スキャンダル

Castlebeck Careが経営する民間病院(2006年開院)

犯罪的なネグレクト

2013年6月までに、すべての入院についてレビューし、不適切であれば2014年6月までに転院などの措置をとること

認知症の問題ではないが、示唆するところは幅広い

ケアを転換する: ウィンターボーン・ビュー病院に対する国の対応
 Transforming care: A national response to Winterbourne View Hospital
 Department of Health Review: Final Report

16

プライマリケアにおける早期診断と早期支援
 総合病院における認知症対応
 介護施設における認知症対応
 抗精神病薬の低減
 ケアラー支援

認知症の人にとっての質的アウトカム。認知症国家戦略の作業に基づいて

Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia Strategy

17


認知症の終末期ケア

疼痛管理
 事前のケアプランニング
 住みたい場所
 社会の理解

Difficult Conversations
 Making it easier to talk to people with dementia about the end of life

18

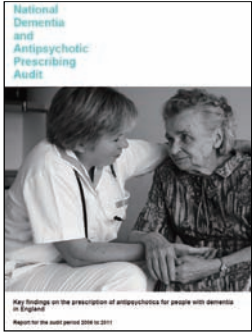
プライマリケアにおける早期診断と早期支援
 総合病院における認知症対応
 介護施設における認知症対応
 抗精神病薬の低減
 ケアラー支援



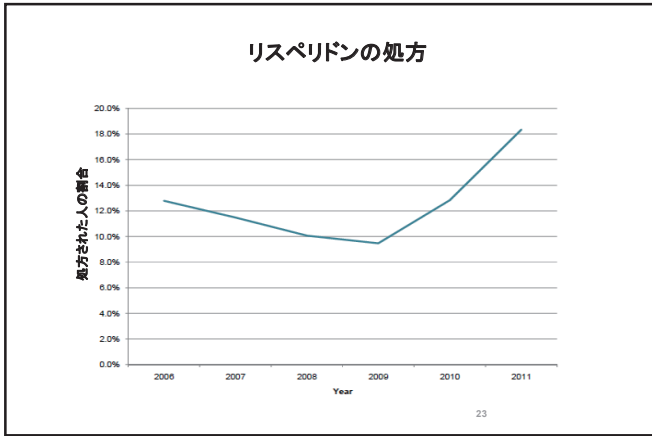
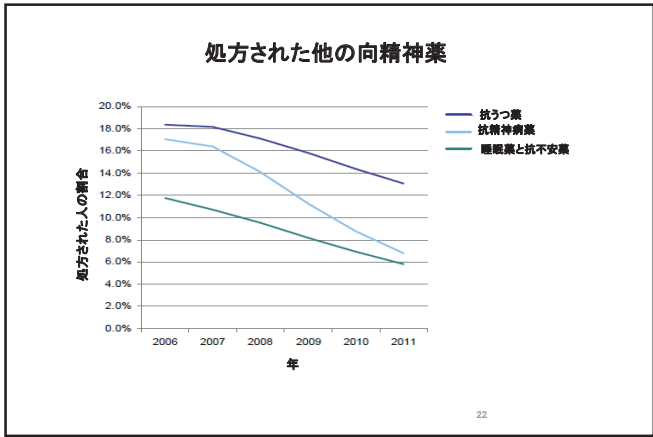
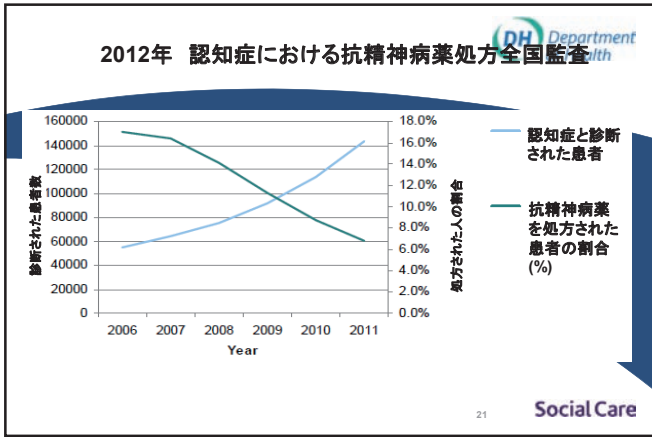
19

2012年 認知症における抗精神病薬処方全国監査


196,695名、すべてのPCTs (プライマリケア
 トラスト)にて監査実施
 2006年から2011年にかけて診断率は40%
 上昇
 抗精神病薬:
 減少 (2006年から2011年にかけて)
 17.05% から 6.80%へ
 リスペリドンの処方増加
 抗認知症薬の処方に関しては変化なし



20



プライマリケアにおける早期診断と早期支援
 総合病院における認知症対応
 介護施設における認知症対応
 抗精神病薬の低減
 ケアラー支援



24

イノベーション
健康と福祉

**INNOVATION
HEALTH
AND WEALTH**

ALZHEIMER'S SOCIETY

Leading the fight against dementia

Support. Stay. Save.

Care and support of people with dementia in their own homes

在宅の認知症の人のためのケアと支援

Sheffield Dementia Information Pack

シエフィールド認知症情報パック

An introductory guide to sources of advice and support for people with memory problems, dementia and their families

dementia web
24 hour. Available 7x24/7
0844 1204048
www.dementiaweb.org.uk

The Bath & North East Somerset
Dementia Information Prescription

Guideposttrust.org.uk

主要課題

医療と介護の改善
認知症への理解を高め、認知症の人にやさしい地域を支援する
より良い研究

Prime Minister's challenge on dementia
Delivering major improvements in dementia care and research by 2015

認知症に関する首相の挑戦

27

医療と介護

65歳以上の定期検診を通じて診断率を高める
認知症 CQUIN
100万ポンドのイノベーション挑戦賞
認知症ケアとサポートの協定
認知症サービスに関する地域における情報

Alzheimer's Society

Leading the fight against dementia

Alzheimer's

28

認知症にやさしい地域と理解

認知症にやさしい地域を全国的につくる
経済界からの支援
夏季に行われる大規模なイベント
啓発キャンペーン

Alzheimer's Society

Dementia 2012:
A national challenge

29

研究

認知症研究財源を2015年までに倍増し、6600万ポンド以上に引き上げる
脳スキャンニングへの主要投資
社会科学的研究に1300万ポンド
NIHR研究に3600万ポンド
質の高い研究への参加

Alzheimer's Society

30

- D** **Diagnosis** (診断)
- E** **Early identification** (早期発見)
- M** **Management of symptoms** (症状マネジメント)
- E** **Effective support for carers** (ケアラーへの効果的な支援)
- N** **Non drug treatments** (非薬物療法)
- T** **Treatment of medical conditions** (身体疾患の治療)
- I** **Information** (情報)
- A** **At, and towards, end of life** (終末期および終末期までの支援)

31

プライマリケアにおける早期診断と早期支援
 総合病院における認知症対応
 介護施設における認知症対応
 抗精神病薬の低減
 ケアラー支援

10のアウトカム声明



32



「イングランドの認知症国家戦略」

Alistair Burns イングランド認知症ナショナル・クリニカル・ディレクター

本日はお招き頂きまして、ありがとうございます。皆さまにイングランドの認知症国家戦略についてお話ができることをとても光栄に思います。

スコットランド人の私になぜイングランドの認知症戦略の責任者を務めているのかと、多くの方から聞かれます。スコットランド人がスコットランドを離れてイングランドに住むと、スコットランドとイングランドの両国の平均IQが上がると言われていたからでしょうか（笑）。

認知症にかかるコストを世界の国家歳入と比較しますと、世界第18位の国家規模に相当し、ちょうどトルコとインドネシアの間に位置する形になります。

また、英国における認知症の社会的コストは、脳卒中、心疾患、ガンのコストをはるかに上回っています。一方、認知症の人々のために投じられている研究費は、ガンや心疾患に対する研究費に比べて非常に少額です。

英国では認知症を優先課題とする様々な取り組みを行っています。また、重要な報告書が2つあります。1つは主として研究について書かれた“Dementia 2010”、もう1つはアルツハイマー協会（Alzheimer’s Society）が発行した“Dementia 2012”です。

私が認知症国家戦略ナショナル・クリニカル・ディレクターに就任した時、重要なものが3つありました。1つは認知症国家戦略“Living well with dementia: A National Dementia Strategy”です。私が就任する数ヵ月前に策定されました。もう1つは、興奮して攻撃的な行動をする認知症の人への抗精神病薬使用に関する報告書“The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for Action”、そして国家監査局（NAO: National Audit Office）の報告書“Improving Dementia Services in England – an Interim Report”があります。国家監査局というのは、英国議会に代わり、公費の使われ方について精査する機関です。これらの報告書に共通するのは、英国における認知症ケアをもっと改善できるはずだという考えです。

認知症国家戦略では17の目標、抗精神病薬の使用に関する報告書では11のリコメンデーション、国家監査局の報告書では10の結論が出されています。

ただ、これでは数が多すぎて何も達成できないかもしれないということになり、認知症国家戦略の17の目標のうち、1～2年の間に達成可能な重点項目を5つに絞りました。それが、①プライマリケアにおける早期診断と早期支援、②総合病院における認知症対応、③介護施設における認知症対応、④抗精神病薬使用の低減、⑤ケアラー支援です。また、認知症の人と介護者を重視することも決めました。

“Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia Strategy (認知症の人にとっての質的アウトカム: 認知症国家戦略の作業に基づいて)”では、

10 のアウトカム声明を定めました。これは、認知症の人と介護者が 2014 年までに 10 のことが言えるような状態にもっていくことを目指したものです。2014 年としたのは、認知症国家戦略が 5 ヶ年計画だからです。

アウトカム声明というのは、たとえば「私は早期に認知症の診断を受けた」とか、「私は尊厳と敬意をもって接せられている」とか、「私は生活を楽しむことができている」といったとてもシンプルですが重要な内容です。認知症について人を説得するのが難しいと思われる場面では、私はいつもこれらのシンプルな声明に戻ります。物事を判断したり推し進めようとする時にも、これらの声明を基準にして考えています。

10 のアウトカム声明と言っているのにもかかわらず、ここ（スライド 5）には 9 つの声明しか書いていないのですが、もう 1 つは研究への参加に関する内容です。スライド上では見やすいように、9 つだけ書いています。

この数年間、認知症に関して数々の取り組みを行ってきました。その中で、やるべきことのあまりの多さと、同時にそれらを行うことによる益の大きさに驚きを感じています。ですから、まだまだ立ち止まるわけにはいきません。我々が行っている数多くの取り組みは、保健省のウェブサイトで紹介しています。

さて、国家戦略の重点項目の第 1 番目の「プライマリケアにおける早期診断と早期支援」についてお話します。これは（スライド 8）は、英国全土の認知症の診断率を色別で示した「ヒートマップ」です。疫学調査をもとにした認知症の推定人数を分母とし、プライマリケアで認知症と診断された人数を分子としています。緑色のスコットランドは診断率が高く 65%前後、つまり 3 分の 2 の人が診断されています。

ところが、たとえばイングランドの南西部では、3 分の 1 程度の人しか診断されていないということになります。したがって英国全体の診断率は 42%程度と言われてきました。先週発表された最新のデータでは 46%に上昇したということですが、それでもまだ認知症の人のうち、診断を受けているのは半分以下ということになります。もしこれが、乳ガンや子供の喘息などほかの病気であれば、手を打たなければ国の恥だと言われるような由々しい事態です。

そこで、我々はさまざまな広告キャンペーンを行っています。メッセージはとてもシンプルです。孤独で孤立しているようにみられてきた認知症の人々のイメージを変え、認知症を持ちながらもよく生きられる（live well with dementia）ことを訴求しています。

また、人々が認知症を話題にするのを避けてしまう原因として、スティグマの問題があります。このスティグマの問題は、精神障害に共通しているものです。認知症になってしまったらもう手の施しようがないとか、正常な加齢の一部だから当然起こり得るものだというのは、誤った思い込みです。

現在、第 3 弾の啓発キャンペーンとして、心配があれば助けを得るために一歩踏み出すよう呼びかけているのですが、効果的だと考えています。

また、認知症ではないかと考えて受診してくる人たちの 3 分の 1 は、認知症ではなく、もっと簡単に治療できる情動または身体の問題を抱えている人たちだという点も重要です。

そこで、現在、NHS による無料の健康診断の中に、認知症も組み入れています。これは我々にとってはとても大きな進展です。心疾患や糖尿病、脳卒中ばかりでなく、認知症のチェック項目も含めているのです。55 歳を超えた人は、他のどの病気よりも認知症を怖れているのですから、当然ともいえます。また、自分自身が認知症になることを何よりも怖れているだけでなく、認知症の人をケアしなければならなくなることも怖れています。この点は、政治家に支援を訴えるうえで強力な原動力になるともいえます。

プライマリケア医と、メモリークリニックを運営する私のようなセカンダリケア医との間のカベを壊すことも重要です。我々が行っていることの 1 例ですが、メモリークリニックのもの忘れ専門医がプライマリケア医の診療所を訪れ、一緒に受診してきた人を診察します。メモリークリニックで受診するのをためらう人も多いため、これはとても有効な方法です。ましてや精神科を受診したいとはなかなか思いませんから、GP で出会うことがとても重要です。このモデルを用いると、診断率を最大 100%まで引き上げることができます。医療費の節約にもなりますし、患者さんや介護者もこの方法を好んでいます。

次に、総合病院における認知症対応についてお話します。これもとても重要です。NHS 全病床の 25%は認知症の人が占めています。しかしながら、そこにいる必要がない人の割合は、約 3 分の 1 に上ると推定されています。認知症の人にとって総合病院にいることはよくないことです。NHS や病院にとってもよくないことですし、必要もないのです。

一方、病院における認知症の人のケアの質を上げていくための取り組みも行っています。1 例として、Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN : 質の向上とイノベーションのためのコミッションング) と呼ばれる奨励制度をご紹介します。これは総合病院が認知症ケアを向上させると奨励金が受け取れる制度で、診断されていない認知症の人を発見する策の 1 つです。NHS 病床全体の 25%を認知症の人が占めていると考えられていますが、認知症であることが認識されているのは、約半数程度と思われます。

認知症の診断がなければ、診断されている人が受けられるケアを受けることができません。CQUIN ではこの点を改善することを目的として、75 歳以上の人が入院した場合、認知症の診断の有無を確認します。そして認知症と診断されていれば、認知症ケアパスに従ってケアを受けます。一方、認知症と診断されていない場合で、せん妄の臨床診断がある場合、せん妄は認知症の重大なリスク因子ですから、診断アセスメントを受けることとなります。診断アセスメントというのは、いくつかの血液検査と記憶検査を 1 つ行うだけの簡単なものです。

また、せん妄の臨床診断がない人の場合は、「過去 12 ヶ月間に、日常生活に明らかに影響するようなもの忘れがありましたか」と質問します。その質問に対する答えが「イエス」であれば、認知症の診断アセスメントを行います。アセスメントの結果、認知症であるとわかった場合には、認知症ケアに紹介します。病院スタッフに対する認知症啓発として、これは非常に効果を上げています。

さて、日本では精神科病院における認知症ケアという問題があると認識しています。参考までに、認知症や学習障害の人のケアに関する経験をお話します。イギリスでは 1971 年以降、認知症や学習障害の人に対する在宅ケアを志向してきました。2001 年の白書は、NHS の長期療養病院の枠は 1 万人で、1969 年の 5 万 8000 人から大幅に減っていますが、2004 年までに全廃を目指すというものでした。最終的には 2009 年までかかりましたが、全廃しました。

これは主として学習障害の人に関する話ですが、長期滞在施設にいた認知症の人も地方自治体や民間が運営するケアホームに移っていきました。ただし、民間病院には現在も NHS の資金が使われています。

最近、イングランドの民間病院、ウィンターボーン・ビュー病院で起きた事件についてご紹介します。BBC テレビのドキュメンタリー番組「パノラマ」が調査して、学習障害の人たちがひどい虐待を受けている様子が映し出されました。ぶたれ、怒鳴りつけられ、ひどい扱いを受けていました。

犯罪的ネグレクトがあり、11 人が起訴されました。この事件がきっかけで、弱い立場の人々へのケアに光が当てられました。これは学習障害の人に関する事件でしたが、認知症の人についても非常に重要な問題です。この事件を受けて、政府は迅速に動きました。今年 6 月までに、民間病院の中の NHS 資金枠で入院しているすべての人について個別に検討し、それが適切と判断されれば翌年までに退院させることにしたのです。これは、政府や政治家が学習障害や認知症のように意思決定能力が十分でない人々に対して強い関心を持ちうることを示した、非常に重要な出来事だったと言えます。

次に、介護施設における認知症対応についてお話します。英国では、介護施設の入居者の 3 分の 2 は認知症です。また、認知症の人の 3 分の 1 が介護施設に入居しています。

介護施設で特に重要なのは終末期ケアです。介護施設に入居している認知症の人の多くは、身体疾患が原因で総合病院に入院し、総合病院に入院した認知症の人の大半が 3 日以内に亡くなっていますが、彼らはそもそも入院する必要はなく、終末期ケアプランニングや事前のケアプランニングがあれば、入院を避けることができたと思われます。英国あるいはイングランドにはその非常によい例がいくつもあります。

終末期ケアの中で行っていることが 4 つあります。まず、とくに疼痛管理に注目することです。認知症の人は痛みがあってもそれを表現できないために、興奮したり攻撃的な行動に出てしまうことがあります。ですから、認知症の人が興奮したり攻撃的になった場合、

痛みのせいではないかと考えられるようにすることも、教育・研修に組み込んでいます。

事前のケアプランニングについてはすでに話しましたが、今後起きることについて先を見越して考えることが重要です。

次は、住みたい場所です。それが自宅であれケアホームであれ、死ぬまで住みたい場所に住めるように整えることは、とても大切なことです。臨床的にも理に適っていますし、ケアの質を高めることになりすし、経済的にも理に適っています。

4番目は社会の理解です。認知症というのは人生の最後まで付き合っていかなければならない病であり、社会の人々が認知症について話をするようになることがとても大切です。

次に、抗精神病薬の低減です。Sube Banerjee 教授の報告書によると、18万人の認知症の人が抗精神病薬を処方されており、そのために毎年、死亡が1,800人、脳卒中が1,600人増えていることが示唆されています。したがって、我々は政権による支援を受け、大量に情報提供するキャンペーンを始めました。お金はかかりません。かける必要がないのです。ただ、正しいことをしようと、抗精神病薬の処方について考えようということを話すようにしました。

昨年、20万人近くを対象とした全国監査を行いました。PCT というのはプライマリケアトラストで、一般開業医（GP）の組織です。すべてのPCTを監査しました。認知症の診断率は2006年から2011年にかけて40%上昇し、一方、抗精神病薬の処方率は17.05%から6.8%に低下しました。つまり、診療に大きな変化が起きたということです。代わりに他の薬が使われたというような単純な変化ではありません。認知症の人々のケアが改善したことを意味していますですから、抗精神病薬の処方率をケアの質を表す1つの指標、あるいはバロメーターであるとみています。

このグラフ（スライド21）を見てお分かりの通り、診断率が上昇する一方で、抗精神病薬の処方率が低下しています。

「抗精神病薬の処方を止めても、代わりに鎮静薬や抗うつ薬を処方するのではないかと懸念する声が多かったのですが、そのようなことは起きていません。抗うつ薬や鎮静薬の処方も減っています。ですから、これは本当にケアの質が上がったということだと思います。抗精神病薬の使用を完全に禁止してしまうべきという意見もありましたが、その方法はとりませんでした。抗精神病薬を使用する代わりによりよいケアを行うことが重要なのです。

抗精神病薬の処方率が総じて低下している中、興奮（激越）が適応症であるリスペリドンが処方されている人が52%です。つまり、抗精神病薬の処方率が低下しているだけでなく、添付文書通りに処方されているという点も非常に重要です。

最後に、ケアラー（介護者）支援です。いくつもの取り組みを行っていますが、認知症

の人々のレスパイトには約 4 億ポンドを投じてきました。これは総合病院向けの取り組みで、先ほどお話しした総合病院へのインセンティブは、認知症の人の介護者に情報提供を行って始めて支払われます。

多数の報告書を出しているアルツハイマー協会 (Alzheimer's Society) によると、認知症の人とその介護者の 83%は、自宅で暮らし続けたい、あるいは自宅で支えたいと考えています。自宅の方が人々は幸せですし、節約にもなります。

情報提供も非常に重要です。例えば、イングランドのシェフィールドでは情報パックを提供しています。この例を出したのには理由があります。というのは、私がシェフィールドで講演をした時に、「地域の人々向けに情報を提供するとよいと思いますよ」と言ったのですが、情報提供について会議をしたり、どこが予算を出すかと尋ねたりすることなく、この情報パックを作ってしまったからです。

それから、今回はスライドがないのですが、Guideposts Trust という国の機関も情報提供を行っています。情報には強い力があります。

昨年 3 月、デイビッド・キャメロン首相が認知症に関心を持ってくれたおかげで、重要な 3 つの重要な取り組みについて合意しました。つまり、医療と介護、認知症の人にやさしい地域づくり、よりよい研究です。

医療と介護についてはお話してきた通りで、情報がとても重要であり、多数の取り組みを行っています。

認知症の人にやさしい地域づくりですが、これが私には一番エキサイティングです。というのは、認知症への挑戦が地域全体のものになるからです。これは、日本の認知症サポーターの例に倣おうという取り組みです。次の総選挙が行われる 2015 年までに百万人の認知症サポーター、ディメンシア・フレンズを育成しようというのが我々の目標です。日本には及ぶべくもありませんが、すばらしいアイデアだと思います。

研究にはこれまで十分な予算が配分されてきませんでした。しかし 2015 年までの研究予算は倍増しています。しかし、金額だけでなく、人材も重要です。若手研究者が認知症研究を行うよう奨励する必要があります。認知症に関心を持ち、研究に関心のある若者が認知症の研究を行うよう環境を整えていく必要があります。社会科学的研究、脳スキャンング、さらに NHS の研究機関である National Institute for Health Research に予算を投じています。

政権や内閣が変わった時に、それまでにやってきたことを再活性化させたり、新たな光を向けさせると大変有効であると思います。政治家の関心は移ろいやすいものですから、彼らの関心を掴み、社会の関心を引き寄せることはとても重要なのです。

我々は認知症について 8 つの重要事項を定めました。まったく偶然なのですが、頭文字がちょうど DEMENTIA にあてはまりました。診断 (Diagnosis)、早期発見 (Early identification)、症状マネジメント (Management of symptoms)、非薬物療法 (Non drug treatments)、身体疾患

の治療 (Treatment of medical conditions)、情報 (Information)、そして終末期および終末期に至るまでの支援 (At, and towards, end of life) です。

我々がやろうとしていることは、この 5 つです。進展していますが、まだやるべきことはたくさんあります。

今日、この東京で、日本や各国の皆さまの素晴らしい取り組みを聞くことができ、大変光栄に思います。協働することで、認知症の人のケアを改善し、生活の質を改善することが可能だと考えています。ありがとうございます。

Alzheimer PLAN 2008 > 2012

AZ L'ENGAGEMENT DE TOUS

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

アルツハイマー及び関連疾患に関する
国家計画 プラン・アルツハイマー

世界の認知症国家戦略
東京 月 日

Benoit Lavallart

フランス :疫学

都市部の人口ピラミッド(2013)

Pyramide des Âges (France métropolitaine) : 2013

男 女 (単位:千人)

- 人口
 - 6500万人
 - >65歳 16%
 - >80歳 3.8%
- 認知症
 - 55万人 (健康保険統計から)
 - 86万人 (疫学調査から)
 - 在宅率 60%

アルツハイマー病:
フランスでのケアの仕組みの変遷

1656 総合病院
1802 精神病院
1937 老人ホームの出現と質の向上
2002 アルツハイマー及び関連疾患の計画 2002-2004
2004-2007 アルツハイマー及び関連疾患の国家計画 2008-2012
2013

プラン・アルツハイマーの主要課題

- メナール教授による諮問委員会
 - 10名の委員, 8つのワーキンググループ, 100人, 3ヶ月
 - 2007年11月8日 大統領に報告
- 財政面での5年間の努力
 - 研究分野に 億ユーロ
 - 医療分野に 億ユーロ
 - ケアに 億ユーロ
- 透明性を原則とした新しいガバナンス
 - 6か月ごとに大統領に直接報告
 - コーディネーターとアセスメント
 - 運営委員会を毎月開催
 - 監査委員会を4ヶ月ごとに開催

プラン・アルツハイマー 2008-2012
ソリューションを探り、体系化する

3つの基本軸: 研究, 健康, 連携

3つの目的: 治癒 (病気を知り, 治療法を見つけ出す), ケア (当事者とケアラーの支援と生活の質の向上), 尊敬 (認知症の人の尊厳を保障し, この領域の倫理を重視する)

3つのターゲット: 疾患, 認知症の人, ケアラー

健康長寿に未来を

認知症のある人のケアパス
プラン・アルツハイマー 2012

診断 → ケア

かかりつけ医 → 診断告知支援 → MAIA (ワンストップアセスメント方向付け) → ケア

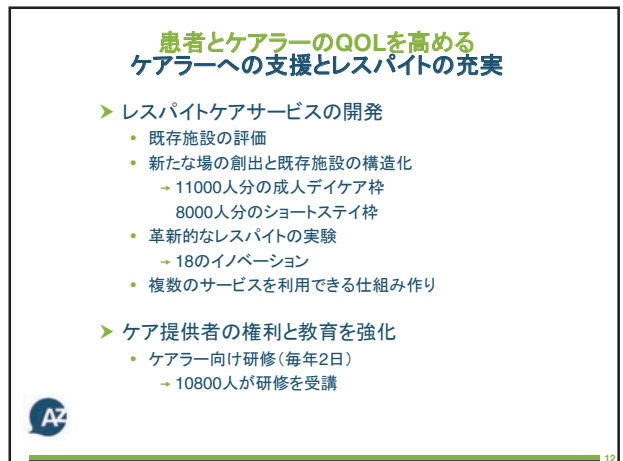
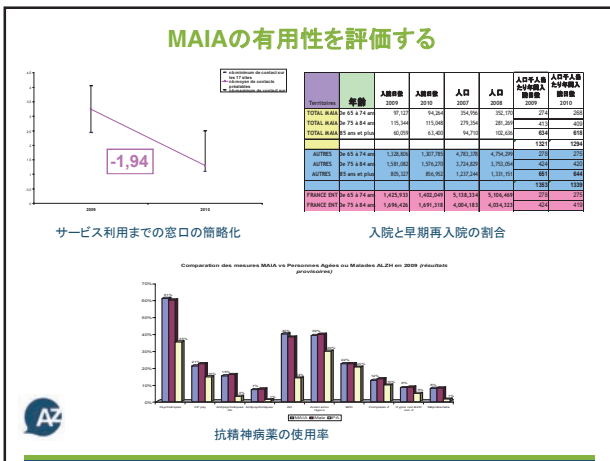
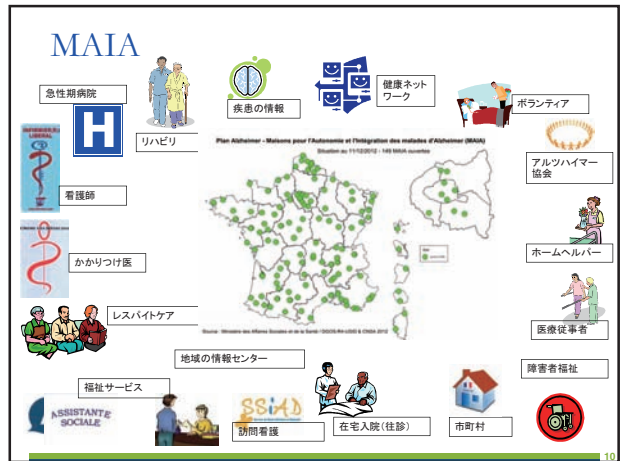
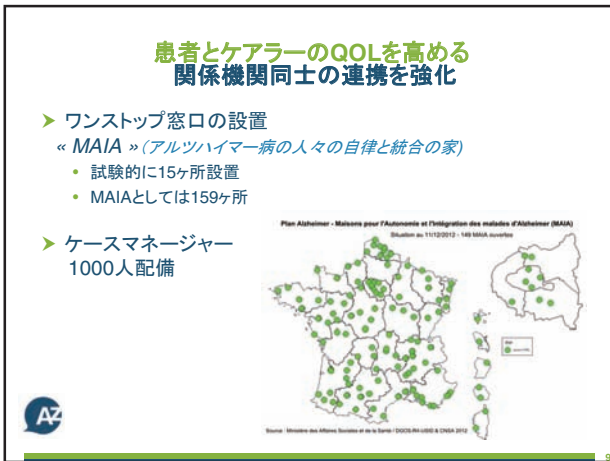
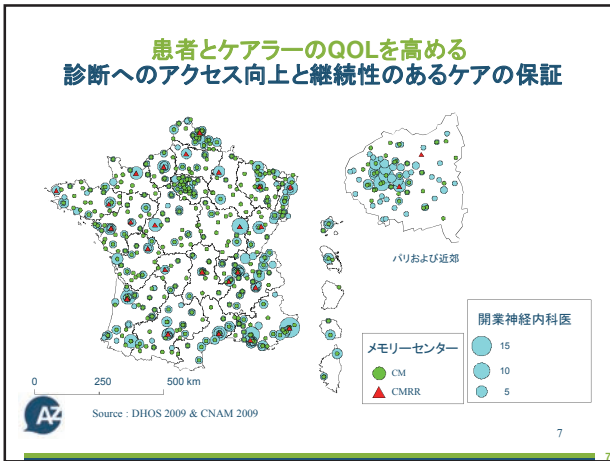
認知症の人 / ケアラー → 専門医 (神経内科, メモリークリニック, 老年性アルツハイマー専門センター)

在宅: 在宅リハビリテーション, レスパイトとケアラー支援

自宅外: 専門施設, 病院, 老人ホーム

ケアラーの教育: 専門家とケアラーの教育

治療・ケア・生活の質向上のために研究を続ける



患者とケアラーのQOLを高める 在宅でケアを受けられるようにする

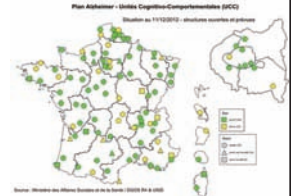
- ▶ 新たな技術で在宅支援を向上する
 - ホームオートメーションとIT技術の国家・EUプロジェクト
- ▶ 多職種訪問チームの強化
 - 試験的導入: 40 チーム
 - 現在は342 チームが稼働



13

患者とケアラーのQOLを高める 危機介入

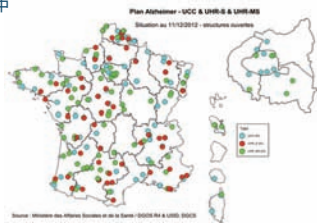
- ▶ 院内リハビリ部門に認知行動ユニット(UCC)を設置
 - 114ヶ所が計画、うち78ヶ所が稼働
 - 平均在院日数 36日
- ▶ NPI NHスコア(平均):
 - 入院時: 32.42
 - 退院時: 18.98
- ▶ 精神科への転科・転院 1%
- ▶ 在宅退院率 56%



14

患者とケアラーのQOLを高める 施設内のケアの向上

- ▶ 老人ホーム内で行動障害に対処する専用ユニットの創出
 - デイ・ユニット(PASA): 軽度～中等度のBPSDIに対応するユニット
 - 950ヶ所のユニットが稼働中あるいは稼働準備中
 - デイ・ナイトユニット(UHR): 重度のBPSDIに対応するユニット
 - 159ヶ所が稼働中



15

患者とケアラーのQOLを高める ケアにあたる専門職向けのスキル・研修の開発

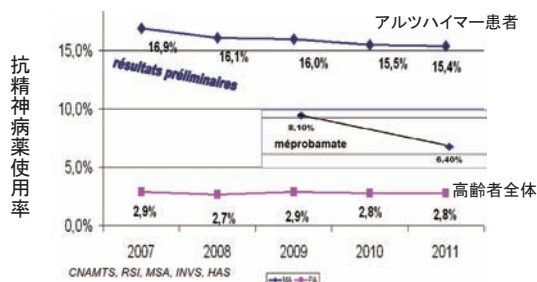
- ▶ 新たな職域:
ケースマネージャー
「ASG 老年医学専門ケアワーカー」
- ▶ 作業療法士および心理運動療法士のトレーニング
- ▶ すべてのスタッフへのトレーニング



16

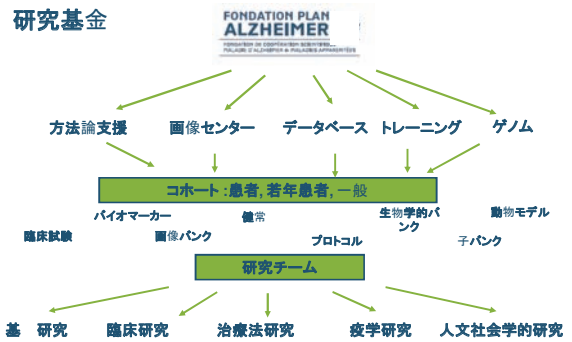
患者のQOLを測る

アルツハイマー病患者に対する抗精神病薬使用の警告・抑止プロジェクト
その臨床的指標



17

研究基金



18

社会全体の問題にする 情報提供と国民への啓発

- ▶ 電話によるヘルプラインの設置
市区町村で情報検索ができるホームページの開設
- ▶ プランの実行を支援するための地方別カンファレンスの実施
- ▶ 病気についての知識や考え方を調査



19

→ ESPACE NATIONAL DE RÉFLEXION ÉTHIQUE SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER www.espace-ethique-alzheimer.org

アルツハイマー病と類縁神経変性疾患

倫理的なアプローチ

国の倫理諮問委員会の要請で作られた文書からの抜粋、2011年6月

「倫理の広場」のミッションは、アルツハイマー病の周辺にある人文学的・社会的な問題を発見し、問うことで、ふさわしい答えをみつけるために貢献することである。



20

社会全体の問題にする 認知症を欧州の優先課題に

- ▶ EU議会 2008年10月30-31日
- ▶ アルツハイマー病との闘いをEUの優先課題に
 - 共同行動 – Alcoveプロジェクト 2010年3月
- ▶ 欧州レベルで研究を公表し、促進する
 - 結果は欧州競争力会議で採用される
 - 共同プログラム：25ヶ国が関与
 - 戦略的アジェンダ



19

総合評価

Réalisation des objectifs au 13 décembre 2012
(selon dernières données disponibles)

Processus	Document pour le comité de suivi du 13 décembre 2012	Mise en œuvre de la mesure
100%	1 - Développer et évaluer l'offre de répit (aspect(s) revu(s))	100%
100%	2 - Conclure les études et la formation des acteurs (aspect(s) revu(s))	100%
100%	3 - Surfer la santé des acteurs	100%
100%	44 - MSA (objectif atteint jusqu'à 2014)	100%
100%	6 - Établir une plateforme d'échanges à distance	100%
100%	7 - Adapter le logement aux nouvelles technologies	100%
100%	8 - Développer l'annonce et l'accompagnement	100%
100%	9 - Établir une offre de répit (aspect(s) revu(s))	100%
100%	10 - Créer une carte "Maison d'Alzheimer" pour les malades (objectif revu(s))	100%
100%	11-2013 - Créer et maintenir des comités de malades et CARE	100%
100%	14 - Surveiller les accidents et/ou les médicaments	100%
100%	16 - Analyser le bon usage des médicaments	100%
100%	18 - Créer des unités spécialisées en maison de retraite	100%
100%	17 - Créer des unités spécialisées à l'hôpital	100%
100%	2013 - Malades jeunes	100%
100%	20 - Valider les compétences et former les professionnels	100%
100%	21 - Créer une formation de coopération scientifique	100%
100%	21bis - Appels à projets santé	100%
100%	22 - Programme hospitalier de recherche clinique	100%
100%	23 - Allocation doctorale de post-doctorat	100%
100%	24 - Pôles de soins de soins assistés	100%
100%	25 - Recherche en soins humains et sociaux	100%
100%	26 - Recherche sur des approches innovantes	100%
100%	27 - Créer un réseau de recherche en robotique	100%
100%	28 - Créer un centre d'expertise et de traitement automatisé de l'image	100%
100%	29 - Suivi de cohortes de personnes âgées et de maladies (objectif atteint)	100%
100%	20 - Étude longitudinale	100%
100%	30 - Recherche sur des modèles biologiques	100%
100%	31 - Former les professionnels à l'hygiène clinique (objectif revu(s))	100%
100%	32 - Développer les liens entre recherche publique et industrie	100%
100%	34 - Santé gérontologique des experts	100%
100%	35 - Numéros de téléphone utiles	100%
100%	36 - Appareils ergonomiques	100%
100%	37 - Créer un espace de réflexion éthique	100%
100%	38 - Réflexion sur le statut juridique du malade en établissement	100%
100%	40 - Organiser des rencontres éthiques sur l'industrie de la personne malade	100%
100%	41 - Informer les malades sur les pratiques thérapeutiques en cours	100%
100%	42 - La maladie comme priorité de S&P	100%
100%	43 - Valider la recherche au plan européen	100%
100%	44 - Conclure sous la direction française de l'UE	100%



22

結語

- ▶ この病の恐怖とスティグマを減らす
- ▶ この病について説明して、行動障害に対する許容度を上げる
- ▶ 医師・看護師・ケアラー・ヘルパー等、あらゆる人をトレーニングする
- ▶ 患者・家族に対して統合された認知症ケアパスを作成する
これはケア提供の側ではなく、ニーズに応じる観点から行う
- ▶ アルツハイマー病は従来の慢性疾患とも精神疾患とも神経変性疾患とも違う、新しいトピックである
- ▶ 認知症は複雑な医療制度の中で人々に起こるプロセスである



23

Website : www.plan-alzheimer.gouv.fr

Alzheimer PLAN 2008 > 2012 L'ENGAGEMENT DE TOUS

44 mesures

44 measures in order to fight Alzheimer's disease and related disorders

Alzheimer's disease and related disorders represent a public health issue for 80 years old, 1 woman out of 4 and 1 man out of 5 suffer from them. Faced with this major scientific, medical and social challenge, the President of the French Republic launched on 17th January 2008 the "Plan Alzheimer 2008-2012". Centred on the person with the disease and his or her family, the plan aims at unprecedentedly developing research, facilitating a better diagnosis and helping a better care of the person and his or her helpers.

National plan for Alzheimer 2008-2012

ご清聴ありがとうございました



「フランスの認知症国家戦略」

Benoit Lavallart フランスプランアルツハイマー実施責任者

今回の会議へのご招待と、皆さまのおもてなしに感謝を申し上げます。私たち皆に関わるテーマであるアルツハイマー病に関する会議に参加できて、とても光栄です。

最初に、フランスに関するデータをご紹介します。海外県や海外領土を含めて、約 6,000 万人がフランスに住んでいます。65 歳以上の人口の割合は約 16%で、80 歳以上は約 4%です。

研究によると、認知症の人は約 86 万人いると言われています。しかし、健康保険のデータでは、アルツハイマー病の人は 55 万人となっています。アルツハイマー病の人の多くは自宅で生活し、それ以外の多くの人は進行してナーシングホームで暮らしています。精神科病院に入院しているのは 1,000 人未満で、平均入院期間は約 2 ヶ月です。

フランスでは認知症ケアがどこで行われてきたのか、簡単にご紹介します。かなり昔、17 世紀に国王令により総合病院が設立されました。18 世紀には施療院 (mental asylum) となり、20 世紀には精神科病院となりました。しかし同時に、フランスでは精神分析が大きく発展し、ジャック・ラカンによる精神分析が支配的でした。1990 年には 2 つの法律により患者支援に変化が起きました。1 つは患者の権利と自由を保護するもので、任意入院など様々な原則ができました。もう 1 つは特別なナーシングホームの設立を定めたもので、現在は約 6,000 ホームあります。

2002 年と 2004 年に、現在のプラン・アルツハイマーの前身である 2 つのプランができました。これらは診断と治療が主な焦点でした。そして 2008 年、ニコラス・サルコジ前フランス大統領が大掛かりな 3 つ目のプランを開始しました。2012 年にフランソワーズ・オランド大統領がこのプランを継続して、他の神経変性疾患にも対象を拡大することを決めました。

この科学的・医学的・社会的に大きな課題に対して、ジョエル・メナール教授を座長とする諮問委員会が過去のプランの主要課題について大統領に最終報告書を提出しました。これを受けて 2008 年 2 月、大統領はプラン・アルツハイマーを開始しました。

現在のプラン・アルツハイマーは、この病気を持つ人とその家族や介護者を中心に据えています。研究を発展させ、適時の診断を促進し、病気を持つ人と家族介護者へのケアをよりよくすることを目標としています。そして、5 年間で研究に 2 億ユーロ、医療に 2 億ユーロ、さらに医療社会支援に 12 億ユーロを投じています。また、透明性を原則とした新たなガバナンスが特徴で、6 ヶ月ごとに大統領に直接報告し、運営委員会を毎月開催し、4 ヶ月ごとに監査委員会を開催しています。

このプラン・アルツハイマーにおける大きな挑戦は研究であり、その点を明確に掲げています。我々は認知症について理解する必要がありますし、治療法を見つける必要があります。ケア提供に関する目的は、個々のケースにあわせた認知症ケアパスを整備することです。また、もしケアを進展させ、特に診断を推進したいと思うならば、この病気の倫理的・社会的側面に焦点をあてなければならないでしょう。

このフローチャート（スライド6）は、認知症の人と家族介護者のための統合的ケアパスがあるべき姿を示しています。このケアパスによって、アクセスの平等性とよりよく生きるための継続的な支援を促進していくべきであると考えています。スタート地点は診断です。全国どこでも適切な時期に診断を行うことです。次に、統合的ケアへのアクセスです。ケアを調整し道筋を示すシステム、あるいは複雑なケースではケースマネジメントを行います。3番目のポイントは、支援とサービスの提供と、適切で専門的な質の高い支援を行う施設です。

第1ポイントの診断ですが、適切な時期に診断を行うためには、GPの関与が重要です。自宅に特別な往診を行い、訪問時には介護者も同席します。自宅を訪問すると、GPは認知症の人のふだんの環境で検査ができます。現在残っている能力を評価し、質問に答え、使用中の薬物を再評価し、介護者の健康状態や対処の仕方を評価します。このような往診に対してGPに支払われる報酬は、高く設定されています。

記憶障害や行動障害に苦しむ人々のための特別な医療相談場所であるメモリークリニックやメモリーセンターは、全国で400ヵ所以上です。総合病院内のメモリーユニットのスタッフ構成は最低限、内科医、老年科医、神経科医がいること、これに精神科医、認知機能評価の訓練を受けた心理学者が加わっているところも数多くあります。また、大学病院の中には、専門的なリソースと研究センターがあり、臨床研究や研修活動を行っています。

プラン・アルツハイマーの目的の1つは、全てのメモリーセンターとメモリークリニックからデータを収集することです。各センターは、国のデータバンクに情報を送信するように求められていて、現在30万人のデータが蓄積されています。

フランスには若年性認知症の人が約5,000人います。診断の遅れや誤診断、失業など特有の問題があります。そこで、我々は若年性認知症の人たちのためのナショナル・センターをつくり、さらにフランス全土に窓口を設置しました。この窓口では、若年性認知症の人たちからの医学的・医療社会学的な質問について個別に回答します。これらのセンターと窓口は、特に疫学的・社会科学的知見を発展させ、基礎研究を強化することです。

プラン・アルツハイマーの重要な施策に、MAIAがあります。自律と統合的ケアのためのネットワークです。認知症の人と介護者を適切なサービスに導くことは、当初は非常に困難を伴いましたし、現在もまだ地方では苦慮しています。しかし、様々なサービスが豊富

にあります。そこに MAIA がツールとメカニズムをもたらし、統合的ケアプロセスを改善し、特に複雑な状況にある高齢者のケースマネジメントを行うものです。

MAIA モデルはカナダ・ケベック州で開発され検証された PRISMA モデルを参考にしています。その主な目標は、各関係機関をネットワークすることにより、ケアプロセスを統合することです。MAIA では、高齢者ケア支援のために、病院、GP、デイケアセンター、コンシェルジュ・サービス、介護サービス、ヘルパー、認知症協会、その他のケアサービスのコーディネーション、開業看護師、プラン・アルツハイマーによって新規に実施されたサービスなどが関係機関となっています。

MAIA モデルの重要な点は、既存のシステムの代わりに新しいシステムをつくるのではなく、ケアとコーディネーションに構造を与えることです。MAIA モデルの結果、ケアパスを簡略化し、入院率および抗精神病薬の使用率を低下させることに成功したとの結果が得られています。

専門サービスは4つに分けられます。1つは、介護者の支援とレスパイトサービスです。デイケアセンターや一時滞在施設に加えて、プラン実施期間中にマルチサービス・プラットフォームをつくりました。マルチサービス・プラットフォームとは、情報、レスパイトデイケアセンター、社会的活動、心理社会的支援、治療的活動のほか、美術館に行ったり休暇滞在などを含む、複合的で柔軟なサービスを認知症の人や介護者に提供することができる場所です。

自宅での支援を改善するために、専門チームが軽度～中等度の認知症の人のためのテイラーメイドの在宅支援として、リハビリを行います。在宅介入の目的は、認知症の人が自宅の環境に適応できるよう、残っている能力を保ち、活用させることです。それによって、人間関係を保ち、介護者のスキルを状況にあわせられるようになります。現在、この専門チームは全国にいます。

また、総合病院のリハビリセンター内に、行動の問題が悪化した認知症の人のためのユニットを設置しました。これは、薬物療法を調整し、何よりも行動障害に対する戦略をつくって自宅に戻ることができるようにするために編み出した方法です。この新しいサービスは、レスパイトやリハビリ、認知症の行動問題のマネジメントにおける現行の医療制度のギャップを埋めるために導入しました。

介護施設にも新たに2種類のユニットを作っています。1つは、中等度の行動の問題がある人を対象とした特別なデイユニットで、非薬物療法や社会活動、適切な環境でのリハビリを行うユニットです。もう1つは、重度の行動障害のある人を対象としたユニットです。大半はアルツハイマー型ではなく、前頭側頭型など他の疾患の人が多くなります。

しかし、最も重要なことは、おそらく医師、看護師といった医療従事者やヘルパーなどへの教育・研修です。認知症の人と接する医療従事者やヘルパーは、認知症や行動症状に対処する能力を十分に身に着けている必要があります。フランスでは、とくに作業療法士

のほか、新たに設けた専門職域であるケースマネジャーと老年医学的ケアワーカーを訓練の対象としています。

先ほど Burns 教授からお話があった通り、フランスにも抗精神病薬の問題がありますが、やはり行動症状には非薬物療法が有効です。問題となっている要因を把握して対応し、行動の問題に対処できるようスタッフ教育を行います。本当の問題を解決せずに抗精神病薬を投与するのは正しい対処法ではありません。

この問題に対処するため、ナーシングホームや地域の医療従事者を管理する全国的な医療指標と各地域の医療指標をつくっています。

研究については、官民の資金を投入して国の基金を創設しました。その目的は、優秀な研究者のつながりを強める全国ネットワークをつくり、国内外の優れた研究者をフランスに集めること、最も優れた研究チームを支援すること、製薬会社など産業界とパートナーシップを組むこと、研究・官民・基礎・臨床・社会科学などあらゆる領域にまたがる横断的關係を築くこと、国際協力を発展させることにあります。

認知症に対する恐れやスティグマを減らすことも非常に大切です。そこで、認知症の啓発活動、地域会議の開催、電話相談窓口設置、ウェブサイト開設といったキャンペーンを行いました。

プラン・アルツハイマーにおけるもう 1 つの優先課題は倫理です。倫理的支援は、人がいかなる状況にあっても最も劣悪な状況下であっても、永遠に保障されるべきものです。

多くの疑問が提示されています。たとえば、意思決定能力やその人の権利、疾患や研究におけるコミュニケーションの問題、早期診断や適時診断、医療へのアクセスおよびフォローアップの質、研究プログラムを通してすべての認知症の人や介護者、近親者が参加できるようにすること、といった疑問です。

そこで、我々は国の倫理センターを創設しました。資料庫であり、倫理的思考を刺激し、ツールや資料、認知症の問題の関係者連絡リストを提供したり、倫理的考察の要約を作成して回覧することのできるセンターです。

認知症との闘いは、今や EU の優先課題です。現在、認知症に対する欧州の 2 つのプログラムが進行中です。1 つは JPND 研究のためのプログラムで、もう 1 つは Alcove と言う、認知症に対する知見を深め、EU 加盟国の認知症の人たちと介護者の健康、QOL、自律と尊厳を守るために情報交換を推進する共同行動です。

これは (スライド 22) は、プラン・アルツハイマーの 44 施策について総合評価を示しています。

まとめですが、我々にとって重要なのは、まず認知症に対する恐れとスティグマを減ら

すことです。そのためには、行動障害のある人々に対する許容度を高め、認知症と狂気は関係しないということを、何度も何度も何度も説明することも重要です。

そして、すべての医師、看護師、介護者、ヘルパーをトレーニングすることも大切です。専門チームの在宅訪問など、入院に代わる対応を広めることは重要です。

フランスにおける解決策は、認知症の人、夫婦、家族介護者向けに、最初に統合的な認知症ケアパスを工夫してつくることです。これはケア提供を構造化するためではなく、ニーズに応えるためです。

認知症は、精神科、老年科、神経科といった既存のいずれかの問題ではなく、新しいサービス、新しい支援、新しいスキル、そしておそらく新しい職業トレーニングや認知的支援を必要とする、新しいトピックなのです。認知症は、単なる記憶検査や薬物療法の技術的なプロセスではなく、本人や家族に様々な形で影響する複雑なプロセスです。

プラン・アルツハイマーについてご関心のある方は、フランス語と英語のウェブサイトがありますので、ご覧ください。ご清聴ありがとうございます。

Australian Government
Department of Health and Ageing

Better health and active ageing for all Australians

オーストラリアの認知症戦略

国家認知症戦略に関する国際政策シンポジウム
東京
2013年1月29日

Australian Government
Department of Health and Ageing

Better health and active ageing for all Australians

なぜオーストラリアは認知症に取り組むのか

- 65歳以上の国民のうち、274,000人が認知症である – 高齢者の11人に1人
- 認知症は個人、家族、コミュニティ、経済に影響を与える
- 2050年までに850,000人に増える見通し
- 認知症は全ての人に関わる問題である

Australian Government
Department of Health and Ageing

Better health and active ageing for all Australians

オーストラリアの認知症戦略の3つの動き

- 認知症戦略の国家的枠組み
(National Framework for Action on Dementia)
- “Living Longer Living Better” 高齢化および高齢者ケア改革の導入 (2012年)
- 認知症を国の最優先健康課題に位置付け

Australian Government
Department of Health and Ageing

Better health and active ageing for all Australians

認知症の行動・心理症状 (BPSD)

- BPSD – 認知症の最も大きな課題
- 様々な政策とサービス
 - コミュニティの啓発
 - 診断とケア
 - 倫理および人権に関わる問題
- 精神科病院への入院を防ぐ

Australian Government
Department of Health and Ageing

Better health and active ageing for all Australians

BPSD – 認知症にやさしいコミュニティと環境

- 危機に対応するための啓発訓練:
警察、救急車、救急サービス、銀行、交通機関で働く人々を対象
- 認知症の障害に対応する設計:
自宅、介護施設、地域施設

Australian Government
Department of Health and Ageing

Better health and active ageing for all Australians

BPSD – 認知症の行動マネジメント助言サービス

- BPSDのある人をケアする人に対して実践的な支援を提供
- BPSDのある人のニーズにうまく対応するための知識と自信を与える
- 自宅、介護施設、病院、診療所において支援を提供



BPSD – 拘束と抗精神病薬

- 拘束のない環境で暮らすのは人の権利
- 決定を導き出し、拘束を最小限にとどめるための実践的戦略
- 薬物療法に関する規制
- 国家処方委員会(National Prescribing Service)による高齢者ケアホーム訪問および職員へのアドバイス



BPSD – 重度の症状に対する 新たな統合的ケアモデル

- 重度のBPSDのある人にケアを提供する高齢者ケアホームの増加
- 新たな統合的ケアモデル:
 - ケアホームにおける目的別ユニット
 - 精神保健専門職によるケースマネジメント支援
 - 通常ケアへの移行をサポート



Thank you

「オーストラリアの認知症国家戦略」

Russell de Burgh オーストラリア保健高齢化省高齢化・高齢者ケア局次長

皆さん、こんにちは。日本にお招き頂いて、ありがとうございます。今朝から他の国々の取り組みを伺っていて、アプローチは違えども各国が認知症の人のために成し遂げようとしていることには多くの類似点があると思いました。

私はオーストラリア保健高齢化省の **Russell de Burgh** です。お手元の配布資料にある通り、もともとは **Carolyn Smith** が話す予定でしたが、直前になってどうしても来日できなくなりましたので、代わりに私が参りました。

さて、私が担当している職務のうち、3つについてご紹介します。1つは、高齢化社会の利点を推進することです。人類は何百年も何千年も長生きするために努力してきました。経済誌などを見ると長寿は悪いことのように思えてしまうかもしれませんが、実際には長寿は人類にとって偉大なる勝利です。ですから、オーストラリアでは、高齢者が増えることの利点を推進し、年をとっても貢献できる社会づくりに取り組んでいます。

また、認知症の人のケアや支援を改善するための様々な認知症政策と、高齢者ケア分野で働く人材のスキルアップやトレーニングのための様々なプログラムも管轄しています。

オーストラリアには現在、認知症の人が約 274,000 人います。日本に比べれば少ないですが、65 歳以上の約 11 人に 1 人という割合はほぼ同じです。そして、その数が増えているという点も日本と同じです。2050 年までにオーストラリアの認知症の人数は約 85 万人になると推定されています。

認知症の人のうち、3分の2は自宅で生活し、3分の1は主に進行して自宅でのケアが難しくなった人たちで、ナーシングホームで生活しています。今後 20 年間で認知症の人の数はさらに増え、オーストラリアの医療・高齢者ケア予算において 3 番目に多い分野になると予測されています。

これから、オーストラリアが現在の取り組みに至った過程について、少しお話ししたいと思います。オーストラリア政府は数十年前から高齢者支援のためのケアサービスに予算を投入してきましたが、かつて、その投入先はナーシングホームでした。自宅で生活する人々にケアを提供するようになったのは比較的最近です。

1980 年代半ば、地域在宅ケアプログラム (HACC: Home and Community Care Program) により、集約度の低いケアは地域で提供するようになりました。1990 年代初めには、もう少し集約度の高いケアも在宅で提供するようになりました。そこで重要になるのがケースマネジメントです。1990 年代末にかけて、かなり集約度の高いケアも在宅で提供するようになりましたが、とくに認知症の人々が自宅で生活するのを支えるために高度なケア提供を開始したのは、2004 年からと最近です。

現在、ケースマネジメントを必要とする高齢者ケアを受けている人は、1日平均約25万人、そのうち6万人が自宅で暮らし、その他の方々はナーシングホームで生活しています。在宅ケアの提供量は大幅に伸びています。この10年間の高齢者ケアサービスの増加は、人口の伸びを上回っています。高齢者ケアの中でも伸びてきているのは施設ケアではなく、在宅ケアの部分です。そして今後4年間で、在宅ケアを受ける人の数は現在の6万人から10万人に増加する見込みで、主に認知症の人だろうと考えられています。

さて、現在のオーストラリアにおける認知症施策の3つの流れについてお話します。まず、2006年、政府は「認知症戦略の国家的枠組み(National Framework for Action on Dementia)」を発表しました。これは、連邦、州、地方の各政府が合意した戦略で、現在に至る認知症施策の多くを規定した枠組みです。現在、我々はこの枠組みの更新作業を行っていて、新しい枠組みは今年中に発表する予定です。残る2つは昨年から実施しているものです。1つは、非常に重要な高齢者ケア戦略の改革で、もう1つは認知症を国家の最優先課題とする合意です。

高齢者ケア戦略の改革はオーストラリアでは非常に重要な意味を持っていて、今後10年間の高齢者ケアを規定しています。高齢者のリエイブルメント(reablement)に焦点をあて、高齢者が自分が受けるケアに積極的に関与して知識と自信を持ち、自ら選べるようにすることを重視しています。

昨年のこの改革においてももう1つ重要なポイントは、医療制度に関するものです。従来、認知症の人々は直接、高齢者ケアシステムにつながる仕組みだったのですが、プライマリケア、病院、終末期ケアの関与をもっと増やすことを目的としています。

認知症が国の最優先健康課題になっているということもお話しましたが、これはオーストラリアでは非常に大きな意味を持っています。最優先課題とされている慢性疾患が他に8つあります。つまり認知症も、脳卒中や心血管系疾患、ガン、糖尿病などと同じ土俵に上げられたこととなります。実際、これらの慢性疾患に関わる問題は、認知症と共通する点がたくさんあります。そして、身体の健康と脳の健康の関連にも注目が集まっています。

高齢者ケア改革と、認知症を国の最優先健康課題とする決定は、政府が関係者1人ひとり、また認知症のアドボカシー団体にコンサルテーションを行い、彼らの情熱的で粘り強い働きかけと実情を反映した結果といえます。なかでもオーストラリア・アルツハイマー協会や大臣の認知症諮問グループなどからの専門的なアドバイスもずいぶん助けられました。このように、非政府組織の役割はオーストラリアではとても大きいのです。

先週土曜日はオーストラリア・デイと呼ばれる、国の祝日でした。毎年、この日は国に顕著に貢献した人を、その年の象徴的オーストラリア人(Australian of the Year)に選出し、国民のリーダーやロールモデルとして称えます。

2013年の象徴的オーストラリア人に選ばれたのはIta Buttroseです。第1の選出理由は、彼女がオーストラリア・アルツハイマー協会の会長だからでした。このことは我々にとつ

ては非常に重要な意味を持っています。今回、彼女が選出されたことがきっかけとなって、これからの 1 年間、研究機関や高齢者ケアサービス関係者だけでなく、一般の国民が認知症について話をするようになることを期待しています。

オーストラリアでも、おそらく世界中のどこでも同じだと思いますが、認知症の最も重大な課題の 1 つに、行動・心理症状 (BPSD) があるだろうと思います。BPSD を示す進行して高度な認知症の人々に対して、オーストラリアでは様々な取り組みをしています。といっても、まだまだやるべきことはたくさんありますが、政策やサービスにおいて認知症の人の権利を守り、倫理的実践を行いたいと考えています。認知症の人にやさしい環境を提供するための地域啓発活動から、行動症状への対応とマネジメントのための臨床的支援、新たな統合的ケアモデルの試行まで、多岐にわたっています。

これらの政策やサービスは、適切なケアがなされていないために起きる認知症の症状や他に選択肢がないために精神科病院に入院せざるを得なくなる認知症の人の数を、最小限に減らすことを目的としています。いくつかご紹介します。

まず第 1 に、認知症にやさしい地域づくりです。我々は可能な限り、認知症の人が自宅にとどまることを奨励しています。これは、認知症の人が自宅でケアを受けたいと望んでいるという極めて明確な理由です。

また、政府は、地域の中で認知症の人と接する可能性の高い人々への研修にもお金を出しています。具体的には、緊急時に対応する警察官、救急隊員、消防隊員、救急医療担当者、小売店員や銀行員、バス運転手といった職種の人たちが認知症の人にうまく対応できるようになるよう、プログラムを組んでいます。2 年前の東日本大震災のときにも、地域の人たちが認知症について理解していたので、助けることができたというお話を今朝、伺いましたので、とても大切なことだと思います。

もう 1 つ行っているのは、認知症にやさしい環境づくりです。これは高齢者ケアサービスや自治体が、認知症の人にとっていかに分かりやすく、不安を軽減できるように配慮するか、というものです。たとえば最近、ウェブサイトを開設して、自宅で生活する人やナーシングホーム、民間企業が、認知症の人にやさしい設計の家や建物にするための情報を豊富に掲載しています。

重症度の高い認知症の人のための重要な支援の 1 つに、認知症の行動マネジメント助言サービス (DBMAS) があります。これは認知症の人の行動に苦慮している介護者に対して臨床的支援を提供するサービスです。高齢者ケアや精神科の看護師、作業療法士、diversional therapists (レジャーなどの活動を通じて認知症の人の QOL を改善し、心理社会的・情緒的支援を行う人々)、ソーシャルワーカー、その他の医療・高齢者介護専門職など、認知症について専門知識を有する人々で構成される多職種チームが行います。認知症の行動マネジ

メント助言サービスは、認知症の人のケアをどのように行えばよりよくできるかについて、実地的な援助や助言を行います。

DBMAS が提供するものは、アセスメントや教育、トレーニング、短期ケースマネジメント、臨床的管理、行動技術のモデリングなどです。5年ほど前から高齢者ケアホームや自宅で認知症のケアをしている人たちに対して提供されてきたのですが、今年から病院や認知症の人を支える GP、プライマリケア医に対しても提供を開始しています。病院における認知症ケアを改善することが主目的で、トレーニングや認知症の人のためのクリニカルパスづくり、認知症の人が入院した時に発見して適切な対応ができるようにすることなど、幅広い戦略の一環です。つまり、認知症の人が入院したことによる有害事象の発生件数を減らし、入院日数を短縮しようという狙いです。

ほかに我々が重視していることが 2 点あります。それは拘束のない環境を推進することと、今日ほかのスピーカーもすでに話されたように、抗精神病薬使用に関するマネジメント改善です。

オーストラリアでは拘束のない環境の推進について、原則やガイドラインを作っています。拘束には物理的拘束だけでなく化学的拘束もありますから、認知症の人を抑制する抗精神病薬の使用を避けることを意味しています。

拘束のない環境づくりのための意思決定ガイドには、拘束を使用しない代替策についての実地的な戦略や情報を提供しています。この意思決定ガイドは、特に高齢者ケアホームにおける高齢者への拘束使用を減らすのに役立ちますし、できれば拘束を無くしたいと考えています。また、抗精神病薬の使用を最小限にするための様々な取り組みも行っています。

政府は国家処方委員会（National Prescribing Service）が高齢者ケアホームを訪問し、抗精神病薬の使用量を確認し、薬剤やケアのよりよい選択肢についてアドバイスする業務に予算を配分しています。また、DBMAS といった機関への紹介も数多く行っています。

以上のような取り組みを行っていますが、まだまだ挑戦は続いています。高齢者ケアの提供者は、全員ではないとしても、多くの提供者は正しいことを行おうとしています。高齢者や認知症の人々に可能な限り最良のケアを提供しようとしているのですが、時に問題が生じます。

特にオーストラリアでは、ナーシングホームには高度に進行した、脆弱な認知症の人たちが暮らしていますので、難しい面があります。今は精神科病院の多くは閉鎖していますので、かつては精神科病院に入院していたかもしれない人たちをナーシングホームでケアしています。病院に入院するよりもナーシングホームで生活するのはよいことであるのですが、ナーシングホームでいかにケアを行っていくかという新たな挑戦になっています。確かに、我々は 1 つのケアの選択肢として、ナーシングホームでより長く生活できるように支援しようとしています。

お話ししてきましたように、オーストラリアの政策とサービスは、適切なケアがなされていないために行動・心理症状が起きて精神科病院に入院する高齢者の数を、ごく少数にとどめることを目的としています

認知症の人たちのニーズを啓発することから、認知症にやさしい環境の実現にいたるまで幅広い取り組みを行っていますし、難しい行動のマネジメントのための臨床的支援や、強い認知症症状のある人たちのための統合的ケアの新たなモデルを試行したりもしています。

認知症の問題に取り組んでいくには、高齢者ケアサービスや政府だけではなく、研究者、医療従事者、家族や介護者、地域の人たち、経営者や民間企業、教育研修機関などの協働が必要です。ですから、オーストラリアでは、「認知症はみんなの問題」というアプローチをとっています。ありがとうございます。

Alzheimer foreningen
Livet med demens

デンマーク認知症 アクションプラン

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム
東京
2013年1月29日

Nis Peter Nissen
エグゼクティブディレクター
デンマーク・アルツハイマー協会

29th, January 2013 The Danish Dementia Action Plan 1

Alzheimer foreningen
Livet med demens

講演内容:

デンマーク認知症アクションプランについて

1. 歴史- 背景とプランの構築
2. アクションプラン-プランの重点とリコメンデーション
3. 2013年時点の状況-リソースと到達点
4. 精神科での治療- 認知症を持つ人に対して
5. 次のステップ- 新たなプランが必要?

29th, January 2013 The Danish Dementia Action Plan 2

Alzheimer foreningen
Livet med demens

デンマーク認知症アクションプラン

その歴史

29th, January 2013 The Danish Dementia Action Plan 3

Alzheimer foreningen
Livet med demens

歴史:

Alzheimer Europe
2009年7月13日

Alzheimer Europe - Demencia - Type and prevalence - Policy in Practice - Ethics - Research

Monday 13 July 2009 members of people with dementia in Europe

ヨーロッパにおける認知症人口、 前回報告を上回る

Monday 13 July 2009

ウィーンで開かれた2009年国際認知症協会主催の認知症国際会議 (ICAD2009) で、ヨーロッパにおけるアルツハイマー病および認知症を持つ人の数が前回報告を上回る可能性を示す研究結果が報告された。これは、超高齢者層において、新規発症人数および総人数がいずれも増加し続けているためである。

rise among the very oldest segments of the population.

29th, January 2013 The Danish Dementia Action Plan 4

Alzheimer foreningen
Livet med demens

歴史:

Press Release 13th, July 2009 2009年7月13日

認知症を持つ人の数、
アルツハイマー協会、国の認知症アクションプラン制定を求める

Alzheimer foreningen
Livet med demens

Antallet af demens i Danmark 2009 - 2040

Year	Estimated number of people with dementia
2009	78,000
2030	131,000
2040	179,000

29th, January 2013 The Danish Dementia Action Plan 5

Alzheimer foreningen
Livet med demens

歴史:

政治合意:

2010年秋の実施を目指し、認知症ナショナルアクションプラン策定のための省庁横断的ワーキンググループ設置が超党派で合意された。



引用:デンマーク国会 2010年財政法の合意 (2009年12月採択)

29th, January 2013 The Danish Dementia Action Plan 6

Alzheimer foreningen
Løst med demens

歴史:

アクションプラン策定の条件:

- ワーキンググループのメンバーは、各省庁、広域自治体、基礎自治体から構成されること
- 法律面、行政面、臨床面、実践面に焦点を当てる
- 認知症を持つ人の生活の質を改善するために、リコメンデーションと具体的な提案を行うこと
- 既存の経済的枠組みの中に位置づけること(年間約12億ユーロの直接コスト)



29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 7

Alzheimer foreningen
Løst med demens

歴史 - 覚えておくべきポイント:

- デンマーク認知症アクションプランは—
 - 政治的な取り組みである
 - 政治の文脈の中で理解しなければならない
- アクションプランを策定したワーキンググループは、
 - 3省庁と2機関の行政官から構成されており、3つの行政レベル(国・広域自治体・基礎自治体)すべてをカバーしている
 - 政治的にも経済的にも選択の幅が極めて限られた

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 8

Alzheimer foreningen
Løst med demens

デンマーク認知症アクションプラン

アクションプラン



29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 9

Alzheimer foreningen
Løst med demens

アクションプラン:

既にある実践をマッピングする

- 研究、臨床、法律、ケア、市民社会(アルツハイマー協会を含む)から、それぞれの専門的な立場の意見を求めた
- 既存の研究、予防、診断、治療、BPSD、ケア、法律、テクノロジー、組織、家族・親族の関与についての既存の実践に関する背景レポート(150ページ)
- 背景レポートには、認知症の経済的側面についての報告や分析がなかった



29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 10

Alzheimer foreningen
Løst med demens

アクションプラン:

7つの焦点

- 組織とコーディネート
- 診断と健康面の治療
- 心理社会的治療(BPSD)
- 法的地位
- 家族・介護者の関与
- 知識・教育・訓練
- 研究と啓発



NATIONAL HANDLINGSPLAN FOR DEMENSINDSATSEN

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 11

Alzheimer foreningen
Løst med demens

アクションプラン:

14のリコメンデーション:

- 認知症に関するすべての政策とアクションは、国の基準に沿って、**疾病マネジメントプログラム**の中に組み込まれるべきである
- 診断的評価、治療とコントロールのための新しい学際的な**臨床ガイドライン**は、デンマーク保健・医療機構(Danish Health and Medicines Authority)が策定すること



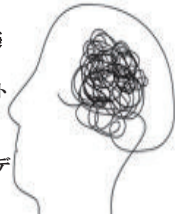
29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 12

Alzheimer foreningen
Livet med demens

アクションプラン:

14の Recommendation:

- 臨床の質に関する全国データベースの構築
- 心理社会的支援に関する情報を収集し、ベストプラクティスをシステム化しコーディネートする
- 福祉関連テクノロジーにもっと注目する
- BPSDへの新しい心理社会的支援や対応モデルを開発する




29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 13

Alzheimer foreningen
Livet med demens

アクションプラン:

14の Recommendation:

- 「アドバンス・ステートメント」(認知症の人にとって大切な信念や人生・生活の側面について、早い段階で作成する書面)の利用を推奨すべきである
- 強制的なケア(≠治療)に関する規則やガイドラインについて、もっと詳しい情報を提供する



29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 14

Alzheimer foreningen
Livet med demens

アクションプラン:

14の Recommendation:

- 自分で意思決定することが難しい認知症を持つ人に対して、強制的治療を行う選択肢を、より適切なものにする(「意思能力決定法」)
- レスパイトケアについて、家族や介護者のニーズを調査する



29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 15

Alzheimer foreningen
Livet med demens

アクションプラン:

14の Recommendation:

- 新しい日中ケア活動やレスパイトケアの機会を作るために、公共部門と市民社会がより良い形で協働を行う。
- 認知症の治療やケアに関わる全てのセクションのスタッフに対するよりよい教育やトレーニングの実施
- デンマーク認知症研究センターへの更なる資金投資
- 啓発キャンペーンの実施



29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 16

Alzheimer foreningen
Livet med demens

アクションプラン- 覚えておくべきポイント:

- デンマーク認知症アクションプランの背景レポートは
 - 認知症を持つ人の生活のほとんどすべての側面に焦点を当てている
 - しかし、認知症による経済的負担についての分析はなかった
- デンマーク認知症アクションプランの中の Recommendation は、
 - 認知症に関して、診断・治療・BPSD・ケアから、行政的・法的立場・介護者支援・スタッフのトレーニング・研究・啓発活動まで幅広く、かつ適切な側面をカバーしている

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 17

Alzheimer foreningen
Livet med demens

デンマーク認知症アクションプラン

2013年時点の状況

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 18

Alzheimer foreningen
Livet med demens

2013年時点の状況:



Active therapy for people with dementia
Alzheimer Association 2012

リソース

- 政府は2年の実施期間に450万ユーロを配分
- 資金のうち65%が、ケアと心理社会的治療の質の改善に投じられ、130万ユーロ(全体の30%)が、BPSD治療の新たな心理社会的支援法の開発に投資

- 25%が、デンマーク認知症研究センターに追加投資
- 10%は、認知症マネジメントプログラムの開発と、診断評価・臨床的治療・セラピーの改善に投資

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 19

Alzheimer foreningen
Livet med demens

2013年時点の状況:



Active therapy for people with dementia
Alzheimer Association 2011

主な成果

- 認知症マネジメントプログラムは、全ての広域自治体で、組織化のためのモデルとして採用された。また、5つのうち4つの広域自治体で作られている。
- 学際的な臨床ガイドラインが現在策定中であり、2013年には発表予定。

- BPSDへの心理社会的支援の新しいモデルが開発されており、3つの地方自治体でテストされる予定。

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 20

Alzheimer foreningen
Livet med demens

2013年時点の状況:



Active therapy for people with dementia
Alzheimer Association 2010

主な成果

- 自分自身で意思決定を行う能力を持っていない認知症の人への強制治療に関する法律改正の必要性については、政治的了解事項であり、新しい法案は、2013年に議会に提出される。

- 診断評価の必要性(保健省)、市民社会の中でのリハビリテーションなどの活動に認知症の人を含めていくことの必要性(社会福祉省)、それぞれに焦点を当てた2つの啓発キャンペーン。
- デンマーク認知症研究センターへの投資が、2015年まで確保されている。

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 21

Alzheimer foreningen
Livet med demens

認知症の人の 精神科治療について

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 22

Alzheimer foreningen
Livet med demens

2013年時点の状況- 覚えておくべきポイント:

- 政府はデンマーク認知症アクションプランに対して、2年間で450万ユーロ(認知症の直接費用の0.2%相当)を配分。
- アクションプラン実施の全体的な責任は、現在も2つの省庁と2つの異なるレベルの地方自治体に置かれている。
- リソースの大部分は、社会的ケアの改善のために配分された。特に、BPSDへの支援の新しいモデル開発に投資された。
- 今のところ、主に政治面、行政面、法律面で成果が出ている。

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 23

Alzheimer foreningen
Livet med demens

認知症の人の精神科治療について

- 1980年代以前は、若年性認知症の人および高齢の認知症で重篤なBPSDを持つ人は、入院することが多く、国営の施設や精神科病院で生活していた。
- 80年代、若年性認知症の人と高齢で重篤なBPSDを持つ認知症の人の多くは、広域自治体や基礎自治体が運営する特別な施設や介護施設で対応されていた。
- 1990年代以降、しだいに認知症は脳という身体的臓器の疾患であると認識されはじめた。
- 現在では - 予防と心理社会的支援に焦点があてられている
- BPSDを持つ認知症の人のケアは、当事者中心(パーソンセンタード)であり、自宅でのケアが第一選択である
- もしくは、ナーシングホームである。
- BPSDを持つ人の精神科による治療は、ほとんど外来での治療である。

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 24

Alzheimer foreningen
Liv med demens

認知症を持つ人の精神科治療

将来 - 認知症を持つ人の増大が課題である。

- 訓練されたスタッフ・神経科医・老年精神科医・その他の専門家の不足により、治療や支援の質が圧迫される。
- スタッフの削減により認知症を持つ人と共に居る時間が減り、心理社会的な支援に悪影響が出てくる。
- 抗認知症薬を処方されている認知症を持つ人のうち、43%が抗うつ薬を併せて処方されており、12%が抗精神病薬を処方されている。

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 25

Alzheimer foreningen
Liv med demens

デンマーク認知症アクションプラン

次のステップ


29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 26

Alzheimer foreningen
Liv med demens

次のステップ-新たなプランが必要:

さらなる課題

- 根治薬がない**、未だに以下の点が必要
 - 研究への莫大な新規投資
 - より良い国際的な協力関係
- 適切な診断がなされていない**。認知症を持つ人の大部分が、未だにきちんとした診断を受けていない、未だに以下の点が必要である。
 - かかりつけ医の役割に焦点を当てた啓発キャンペーン
 - 診断評価能力の全体的な底上げ (訓練されたスタッフ、適切な設備とフォローアップ)



Living with dementia
Magasin of Alzheimer Association 2012

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 27

Alzheimer foreningen
Liv med demens

次のステップ-新たなプランが必要:

さらなる課題

- 知識の欠如**。ナーシングホームのスタッフのうち5%未満しか、専門職(看護師や認知症に対応できる専門的な教育)としての訓練を受けていない、未だに以下の点が必要
 - 全ての関係する専門職(病院・地域活動支援センター・介護施設等)へのより良い教育
 - より多くの訓練されたスタッフ



Living with dementia
Magasin of Alzheimer Association 2011

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 28

Alzheimer foreningen
Liv med demens

次のステップ-新たなプランが必要:

さらなる課題

- 年齢・性別・居住場所・教育・社会的地位・行政的階層によって、診断やヘルスケア行動、社会的な交流に**大きな違い**があった。未だに以下の点が必要
 - 特に早期診断を受けた人にターゲットを絞った活動
 - デイケアセンターや介護施設での社会的ケアの中に治療やセラピーを統合
 - 国のガイドラインをより強めて、拘束力のあるものにする



Living with dementia
Magasin of Alzheimer Association 2010

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 29

Alzheimer foreningen
Liv med demens

次のステップ-新たなプランが必要:

- 認知症を持つ人が増えるほど、挑戦も増え続ける。
 - 根治薬がない、適切な診断不足、適切な知識不足
 - 認知症を持つ人の公的なヘルスケアに大きな格差があること
- デンマーク認知症アクションプラン2.0が必要である。
 - 研究、診断能力、スタッフのトレーニング、焦点を絞ったアクティビティによる治療
 - 認知症ヘルスケアの(拘束力のある)国のガイドラインおよび基準づくり

29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 30



まとめ:

- デンマーク認知症アクションプランは、認知症を政治的な課題に位置づけた。
- デンマーク認知症アクションプランは、公的セクターの介入をコーディネートし、強化するための重要な第一歩である。
- デンマーク認知症アクションプランは、増え続ける認知症による課題を解決してはいない。
- だからこそ、デンマーク認知症アクションプラン2.0が必要である。認知症ヘルスケアに関する研究・診断能力・国のガイドラインに焦点を当てたアクションプランが必要である。



補足:

さらに知りたい方のために:

- 『デンマーク発痴呆介護ハンドブック』(2003/7)
- Mr. Rolf Bang Olsen, Chief Psychiatrist and member of the advisory board of Danish Alzheimer Association



「デンマークの認知症国家戦略」

Nis Peter Nissen デンマーク・アルツハイマー協会エグゼクティブ・ディレクター

この興味深い会議にご招待頂きまして、ありがとうございます。先ほどのスピーカーもおっしゃっていたように、多くの情報やアイデアを伺うことができ、とてもエキサイティングな午前中を過ごすことができました。私はすでに大量のメモを取りました。デンマークに持ち帰って、認知症の人々のための仕事に生かしたいと思います。

極めて明らかなことは、我々は認知症の人の増加という共通の課題に直面しており、その課題に対して、多かれ少なかれ、同じツールを持っているということです。とはいえ、de Burgh 氏の話にもありましたが、アプローチの方法は異なっています。各国は、この状況に対処する独自の方法を有しています。これからデンマークの方法についてお話しします。

その前に、一言申し上げます。私はデンマークの3つの大学から3つの修士号を得ていますが、医学分野では教育も受けていませんし、経験もありません。医学や介護や社会科学における学位は持っていません。ただ、私はデンマーク・アルツハイマー協会のエグゼクティブ・ディレクターとして、協会の福祉プログラム、活動、カウンセリング、アドバイス、政策提言などの責任者を務めていますので、その立場から今日、お話ししたいと思います。

本日は、歴史、アクションプラン、現状、精神科治療、今後のステップについてお話しします。

まず歴史です。デンマークでは、認知症アクションプランがすべての始まりではありません。始まりはその何年も前で、しかも歴史的な様々な要因の結果として始まりました。ですからデンマークのアクションプランは、むしろデンマークで認知症の人々への我々の対し方の発展の結果であり、次のステップへの踏み台といえると思います。

2009年7月13日、欧州の Alzheimer's Association は、現在および将来の認知症の推定人数について、従来の見積もりは過少であったとする新たな報告を発表しました。新たな推定人数はウィーンで開かれた会議で発表されたのですが、アルツハイマー・ヨーロッパの提携団体であるデンマーク・アルツハイマー協会は、2週間前にその数字を入手していました。発表解禁日は7月13日でしたので、我々もそれまで発表は差し控えましたが、この14日間を使って、新たな推計値をデンマークの文脈に読み替える作業を行いました。

したがって、ウィーンで発表があった同じ日に、国の保健当局が認知症の実数を過少評価しており、将来は劇的に倍増するというプレスリリースを行いました。

また、同時に政治家に対して、この新たな課題に対応するための認知症アクションプランを策定するよう要請しました。ご存知の通り、デンマークでは7月は夏ですから、新聞各社はニュースのネタがなくて苦勞しています。ですから、このプレスリリースのニュースはデンマークの新聞各社、テレビ各社のトップニュースとなり、すべてのテレビ局やラジオ局で報じられました。また、その日のうちに、議会の主要政党から、国家アクションプラン策定に対するデンマーク・アルツハイマー協会の要請を支持するとの回答を得ました。これらの政党の議員を合わせると、議会で過半数を占めます。

そこで、我々は秋に議会で政治家に対してアドボカシー活動を行った結果、幸運にも2009年11月にデンマークの首相が翌年の財政計画に国家認知症アクションプランを盛り込むことを発表することに漕ぎ着けることに成功したのです。

このプランの条件は、省庁および地方自治体から成るワーキンググループを設置すること、認知症の様々な側面について焦点を当てること、リコメンデーションをつくり、認知症の人々のQOLを改善するための具体的な提案を行うこと、しかも既存の経済的枠組みの中で行うこと、つまり当時で直接コストを年間約12億ユーロの範囲で行うこと、でした。

歴史的事実として覚えておくべきポイントは、デンマークの認知症アクションプランは政治的な取り組みであって、政治の文脈の中で理解すべきものである、ということです。また、リコメンデーションとアクションプランを策定したワーキンググループは、3つの省庁と2つの機関の行政官で構成されていて、3つの行政レベルすべてをカバーしていること、したがって彼らがリコメンデーションを策定するにあたって、政治的・経済的な選択の幅は極めて狭かったということです。

アクションプランは2部構成となっています。第1部では既存の実践をマッピングしています。150ページにも及んでいますが、デンマークで行われてきたすべてのことについても、また認知症の医療や介護がどのように編成されているかについても、あまり詳しく書いていません。また、認知症の経済的側面に関する要素はまったく盛り込まれていませんでした。

そして、アクションプランに割かれているページ数ははるかに少ないものです。焦点は7つあり、サービスの編成とコーディネーション構造、診断と健康面の治療、心理社会的治療、法的地位等々です。

また、リコメンデーションは14あり、すべてについてはご説明しませんが、いくつ

か挙げますと、最初の2つは診断の質と、認知症の全プロセスをいかにオーガナイズするかについてです。認知症はある状態ではなく、進行性の疾患であるという点を踏まえておくことが大切です。認知症にかかれば、進行していくしかありません。脳は少しずつ機能を停止し、最終的にはそれが原因で死に至るのです。ですから、その認知症のすべての道中にわたって、いかに支援するかというプランを立てることが非常に重要なのです。そこで、このアクションプランでは、これらの活動のコーディネーションに関して、いわゆる「疾病マネジメントプログラム」に関するリコメンデーションがあります。

また、デンマーク保健医療機構（Danish Health and Medicines Authority）による全国レベルの新しい臨床ガイドラインの策定することを求めました。認知症の治療に対してなんらかの基準やガイドラインを全国レベルで設定しようという動きになったのはこれが初めてでした。それ以前は、個々の病院に任されていたり、基礎自治体や広域自治体レベルで独自のガイドラインがあるだけでした。

また、心理社会的介入に関するリコメンデーションもありました。アクションプラン以前は、何年もの間、国中で数多くのプロジェクトが行われ、経験が蓄積されていましたが、一度もそれらを比較してどの実践がより優れているか、より有効であるかについて、検討されたことはありませんでした。ですから、全国の取り組みに関する情報を収集し、知見を集約して、ベストプラクティスは何かを見極めることをリコメンデーションに含めたのです。

BPSDのある人たちへの対処法の新しいモデルをつくることも求めました。

認知症の人が自分で意思決定ができなくなった場合に何が必要かについて、認知症の人や親族が事前に意思表示をしておく「アドバンス・ステートメント」に関するリコメンデーションもありました。また、自分で意思決定のできない人に対する強制的なケア、医療ではなく介護制度の中での強制的なケアをどうするかについてのアドバイスやリコメンデーションもあります。

また、自分で意思決定ができない認知症の人たちに対する強制治療の実施可能性に関するリコメンデーションもあります。イングランドでは意思決定能力法（Mental Capacity Act）と呼ばれていると思います。デンマークではそのような法律はありませんので、このアクションプランではデンマークでもそのような法律をつくるべきだというリコメンデーションを出しています。

新しいデイケア活動や介護者のためのレスパイトケアをつくるために、市民社会やNGO、民間企業といった組織とよりよい協力を行うことについてのリコメンデーション

ンもあります。

スタッフに対するよりよい教育やトレーニングに関するリコメンデーション、デンマーク認知症研究センターへのさらなる投資に関するリコメンデーション、また一般市民への啓発キャンペーンに関するリコメンデーションもあります。

アクションプランの覚えておくべきポイントとしては、デンマーク認知症アクションプランの背景レポートには、認知症とともに生きることのすべての側面をカバーしている一方で、認知症による経済的負担に関する分析はまったくないということです。また、そのリコメンデーションは診断から終末期ケアや啓発キャンペーンに至るまで、関連する点を幅広くカバーしていると言えます。

では、アクションプランの現状についてお話しします。政府は2年間のプラン実施機関に対して450万ユーロの予算を配分しました。そのうち65%はケアや心理社会的治療の質向上に配分されています。そのうち、全体の30%に相当する約130万ユーロは、BPSD治療に対する新しい心理社会的治療法の開発に充てられています。

25%はデンマーク認知症研究センターへの追加投資に配分され、疾病マネジメントプログラムの開発と早期診断評価や臨床的治療に対する予算はわずか10%でした。

現在までの主な成果についてご紹介します。デンマークに広域自治体は5つあるのですが、疾病マネジメントプログラムはこのうち4つの広域自治体のために開発され、そのすべてにおいて、組織化のためのモデルとして採用されました。

学際的な臨床ガイドラインは、2013年春までに策定される見込みです。

BPSDの心理社会的治療の新しいモデルも開発されてきました。開発に携わってきたワーキンググループには、この数年間、我々も参加してきました。開発されたモデルは今年、3つの基礎自治体でテストされる予定です。

強制的治療に関する法律改正の必要性についてはかねてから認識されており、保健大臣は2013年の議会に新法案を提出することを公表しました。

また、政府は2つの啓発キャンペーンの実施を予定しています。1つは診断評価の必要性について啓発する目的のもので、保健省が行います。もう1つは認知症の人々を市民社会の中でのリハビリなどの活動に含めていくことの必要性について啓発するもので、社会福祉省が実施します。

認知症研究センターに対する予算は現在のところ、2015年分まで確保されています。

アクションプランの実施状況について、覚えておくべきポイントは、2年間の実施期間に対する政府の予算配分額は450万ユーロであることです。これは同期間の認知症の

直接費用の 0.2%相当額ですから、アクションプランのために追加配分した予算はごくごくわずかと言えます。プラン実施の全体責任は、いまだに2つの省にまたがり、また2つの自治体レベルにまたがっていること、予算の多くは心理社会的治療、特に BPSD 治療のためのモデル開発に配分されていることです。

現在までの成果は主として政治面、行政面、法律面で現れてきています。つまり、今後の実施に関わるモデルや計画が出来上がってきた、ということになります。しかし、認知症の人たちの実生活にはまだあまり変化は起きていません。

デンマークでの認知症の人に対する治療状況についても話してほしいと依頼されていまして、少し歴史を振り返りたいと思います。

1980 年代以前は、若年性認知症および重篤な BPSD のある高齢者は、国営の精神科病院に入院したり施設で暮らすことがよくありました。当時は認知症の診断がなく、認知症という認識もされませんでした。しかし、この頃、デンマークの医療制度改革が行われ、これらの大規模な国営施設は閉鎖され、入院患者は広域自治体や基礎自治体が運営する、もっと小規模な施設に移りました。

80 年代には、BPSD のある人のほとんどは、広域自治体や基礎自治体が運営する特別な施設やナーシングホームで対応されるようになりました。

90 年代初め以降、認知症は身体的臓器である脳の疾患という認識が広まり始めました。デンマークのアルツハイマー協会は 1991 年に設立され、さまざまな治療法や入院、薬物療法の使い方について認識され始めました。

現在は、心理社会的支援に多くの注目が集まっています。BPSD のある人へのケアは、第一選択として自宅、もしくはナーシングホームにおいてパーソンセンタードで行うことが重視されています。精神科治療は主として外来治療であり、認知症の診断のために精神科病院に入院させられる人は誰もいません。もちろん認知症の人が入院することもあります、それは行動障害や精神病など他の診断によるものです。

今後ですが、認知症の人数の増加が見込まれています。適切にトレーニングを受けたスタッフや専門家の不足により、治療や支援の質が圧迫されるおそれがあります。

また、欧州では経済危機にも直面しており、デンマークではナーシングホームや病院、その他施設でのスタッフ数の削減などが行われています。そのため、各スタッフが認知症の人と接する時間も切り詰められ、それが原因で認知症の人に対する抗精神病薬の使用増というマイナスの影響が出る傾向がみられます。

デンマークでは抗認知症薬を処方されている認知症の人全体の 43%に、何らかの抗うつ薬が処方されています。先ほどのバーンズ先生のお話では、イギリスでは認知症の人に対する抗うつ薬の処方率は約 20%であったと思います。また、デンマークで抗認知症薬が処方されている人全体の 12%が抗精神病薬を処方されていますが、イギリス

では6%に低下したというお話でした。つまり、デンマークではまだ非常に高い割合で、認知症の人に精神疾患に対する様々な薬剤が投与されているということです。

さて、デンマーク認知症アクションプランの次のステップは何になるのでしょうか。課題はますます大きくなっています。まず、根治薬がありません。なぜアルツハイマーなど認知症になるのか原因も分かっていないのです。ですから、治す方法が分かりません。進行を止めることもできません。現在ある薬は、ある一定程度、認知症の人に効果があると言えますが、すべての認知症の人に効果がある訳でもずっと効果がある訳でもありません。ほんの短期間のみです。

ですから、根治薬を発見するために多額の研究費を新規投資する必要があります。どこかの国が単独で取り組むには大きすぎる課題ですから、さらなる国際協力の推進が必要です。70年代にはガンとの闘いに国際協力が行われました。90年代、2000年代には HIV/AIDS との闘いにも世界レベルでの国際協力が行われました。同様に、2010年代、2020年代は、認知症に対する国際協力を行うことが必要なのです。

デンマークでは、他の国々と同様、適切な診断がなされていません。デンマークでは、おそらく3分の2はきちんとした診断を受けていません。認知症の診断を受けている人もいますが、原因疾患についての診断がなされていません。つまり、認知症といってもそれがアルツハイマー型であるのか、レビー小体型であるのか、その他のさまざまな疾患がありますが、どれが原因で認知症になっているのか分からないのです。

また、GPの役割に関する啓発キャンペーンが必要です。GPは患者さんが実際の診断評価を受けるよう勧めることに消極的になりがちで、障壁となりやすいためです。また、全体的な診断評価能力の底上げも必要です。スタッフをトレーニングし、適切な設備やフォローアップが必要です。そのためのリソースがもっと必要です。

知識も不足しています。ナーシングホームやケアホームの全職員のうち、看護師もしくは看護師相当、あるいは健康科学分野における高等教育を受けている人は5%未満です。ですから、病院、アクティビティセンター、ナーシングホームなどで働く健康関連分野のすべてのスタッフに対して、認知症に関するよりよい教育を行う必要性が非常に大きいですし、今後も増え続ける認知症の人にうまく対応するためにはよく訓練されたスタッフがもっと必要です。

デンマークでは、年齢や性別、地理的位置、受けた教育、社会的地位、行政階層によって、診断の歴史、健康管理、活動、社会的交流に大きな差があります。ですから、対象を明確にして活動することが必要です。とくに若年や早期に診断を受けた人の場合、高齢者や進行してから診断を受けた人とは異なる問題に直面しているため、対象を明確にすることが大切になります。

また、介護やデイケアセンター、ナーシングホームでの治療やセラピーが統合されていることも必要です。デンマーク・アルツハイマー協会が主張しているように、強い拘束力を持った国のガイドラインが必要です。

次のステップについて、覚えておくべきポイント。認知症の人数が増えるにしたがい、課題も大きくなります。根治薬がありませんから、根治薬を見つけるためにもっとリソースが必要です。診断も不十分ですし、知識も足りません。ですから、デンマーク・アルツハイマー協会は第2次アクションプランの必要性を訴えています。第2次プランでは、研究、診断能力向上、スタッフトレーニング、治療に基づきターゲットを絞った活動に焦点を当てる必要があります。また、認知症のヘルスケアに関して拘束力のある強いガイドラインも必要であると考えます。

まとめですが、デンマーク認知症アクションプランは認知症を政治的に重要な課題と位置づけました。政治家らは今、認知症の人数の増加にいかに対応すべきかを話し合っています。デンマーク認知症アクションプランは、認知症の公的セクターによる介入をコーディネートし、強化するための重要な第一歩でした。しかし、デンマーク認知症アクションプランは、増大する認知症の課題を解決していません。したがって、研究や診断能力向上、認知症ヘルスケアに関する国のガイドラインに焦点をあてた第2次デンマーク認知症アクションプランが必要なのです。

最後に、今回のスライドを準備する際にデンマークのいろんな専門家などに相談しました。デンマーク・アルツハイマー協会の諮問委員で主任精神科医であるロルフ・バング・オールセン氏から、デンマークにおける認知症ケアに関するハンドブックを特に日本向けに書き、日本語に翻訳されていると言われました。

私は日本語が読めないのですが、彼が私にその本を送ってきてくれたので、この場で宣伝させて頂きたいと思います。デンマークの状況について詳しく知りたい方は、この本の中に答えがあるかと思います。

ご清聴ありがとうございました。

オランダにおける 認知症国家戦略



オランダ・アルツハイマー協会 アドヴォカシーマネジャー
Julie Meerfeld
alzheimer.nederland.nl
@juliemeerfeld

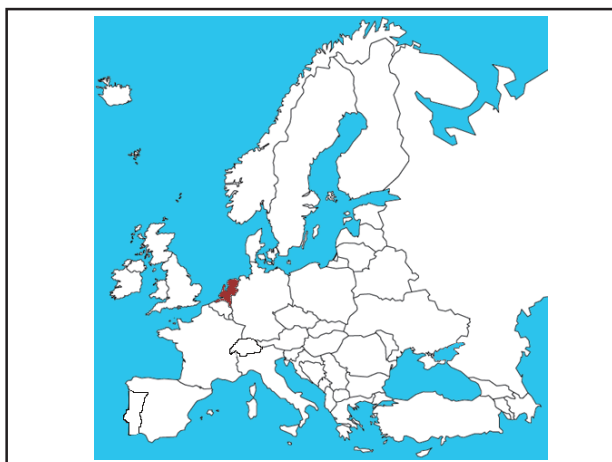
alzheimer

構成





- ・ オランダ (背景情報)
- ・ 共通の課題
- ・ なにが効果的だったか
- ・ 3つのパズル

alzheimer



オランダ (背景情報)



人口: 約1,700万人
65歳以上人口: 約280万人
認知症の人: 25万人
うち診断を受けていない人: 10万人
うち在宅で暮らす人: 69%
うち65歳未満の人: 12,000人
うち移民: 14,000人

どこでコーヒーを飲みますか？




...アルツハイマー病の人たちが日々直面している気持ち

オランダ (背景情報)

ナースিংホームにいる認知症の人: 80,120人
(訳者注: ケアホーム、小規模グループホームも含む数)
平均入居期間: 1.5年
地域に戻ることはなく、最期まで過ごす。
認知症の人の入院はない。
メモリークリニック(60か所)における診断のための
デイケアのみ。
家庭医(約8,000人)が認知症発見の
ゲートキーパー
(訳者注: 各家庭で概ね15分圏内の家庭医を選択・登録。家庭医
が産まれてから死ぬまで寄り添い、ヘルスケアシステムへの
アクセスポイントとなる)

オランダ (背景情報)



alzheimer nederland

認知症の人に対する抗精神病薬の処方:
 - ナーシングホームでは33%
 - 在宅: 不明だが、はるかに少ない

身体拘束:
 - 信頼性のあるデータはない
 - ナーシングホームのうち41~64%で(訳者注:一部の入居者になんらかの)拘束があると推定(うち10%程度はベルトの利用)
 - 理由の90%が転倒防止、10%は行動上の問題による

非自発的入院(強制入院)
 - 一般に制限されている
 - 正確なデータはないが例外的
 - 裁判官ないし市長による承認を要する(訳者注:現在強制入院にかかる法的枠組みの見直し中)

alzheimer nederland

- オランダ (背景情報)
- 共通の課題
- なにが効果的だったか
- 3つのパズル

alzheimer

alzheimer nederland

共通の課題

1. 増加する認知症の人の数:
2012年に25万人 → 2040年に50万人
2. 介護者の多くは過大な負担感を持つ、もしくは負担が過大になる重大なリスクに直面している
3. オランダにおいて最もコストがかかる疾患: 年間39億€



国務長官: 我々は25%のコストを削減しなければならない

alzheimer nederland

共通する可能性のある課題

1. より安いコストで認知症の人の増加に対応する
2. 認知症の人の多く(25万人のうち10万人/再掲)が診断を受けていないという問題を解決する
3. 「よいケア」の基準を再定義する

alzheimer nederland

- オランダ (背景情報)
- 共通の課題
- なにが効果的だったか
- 3つのパズル

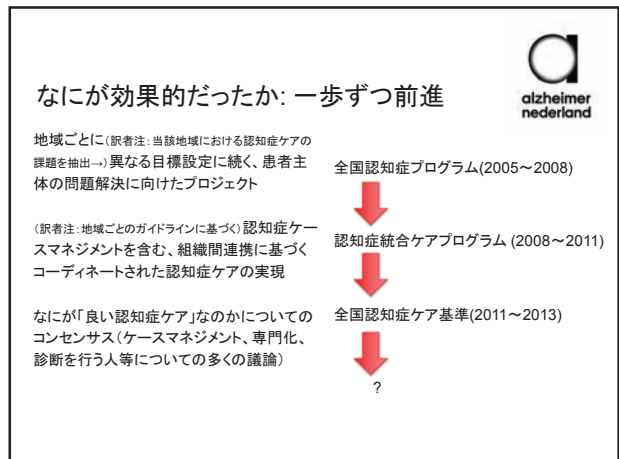
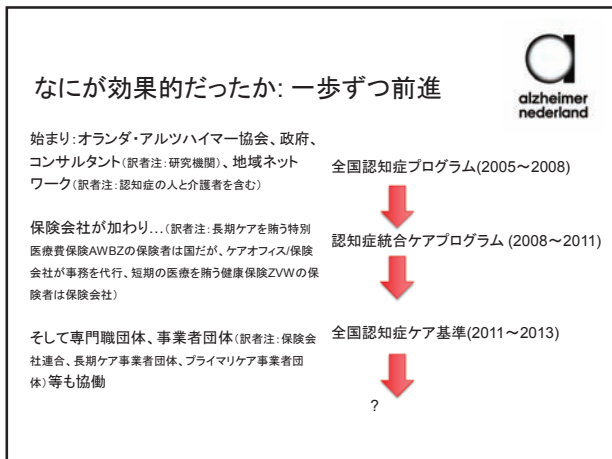
alzheimer

alzheimer nederland


なにが効果的だったか: 一歩ずつ前進



全国認知症プログラム(2005~2008)
 ↓
 認知症統合ケアプログラム (2008~2011)
 ↓
 全国認知症ケア基準(2011~2013)
 ↓
 ?



なにが効果的だったか: クライアントの観点



患者と介護者にとってほんとうに重要なことを知らなければならない:

1. アルツハイマー協会の認知症モニターの声
2. パネル/フォーカスグループ(訳者注: 認知症の人と介護者の少人数グループ対話)
3. 全国及び地域レベルでの結果が地域ネットワーク及び保険会社に報告された

介護者にとって最も重大な問題として共有された言葉:

1. 混乱、怒り、恐怖(変わりゆく行動にどう対応するか)
2. 介護についての負担(もういっぱい)
3. 施設入所に対する抵抗感
4. なにが助けになるのかわからない
5. ケアしてくれる人とうまくコミュニケーションできない

アルツハイマー協会のボランティアがすべての地域ネットワークで認知症の人の代弁者のようにふるまう

認知症モニター: 全国調査

(2012年: n=2400 介護者, 46 の地域ネットワーク)



全体的な結果:

最も求められる専門職によるケア:

1. 情報提供と教育
2. ケースマネジメント
3. アクティビティ(デイケア等)

専門職のケアに対する高い満足度(7.7)

改善が求められること:

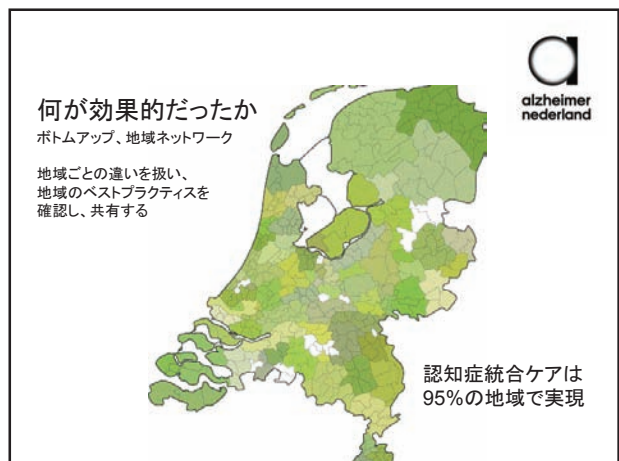
- ・ タイムリーな診断
- ・ ナーシングホームへのタイムリーな入居
- ・ 在宅での危機介入
- ・ ヘルスケア専門職間のコミュニケーション

よい結果にもかかわらず:

- ・ 約半数が過大な負担・ストレスを感じる
- ・ 77%が行動の変化に対処することが難しいと感じている
- ・ 63%は将来的にナーシングホームに入所することを恐れている

▶ 我々はこうしたことの助けになるのか? 正しいことをしているのか?

新たに: 最新の希望やニーズを把握するための600人のインフォーマル介護者によるE-パネル (2012年夏 初回調査)

何が効果的だったか： 地域におけるベストプラクティス



参加は自主的かつボトムアップ。地域ごとに異なる。

1. よい実践は共有し「活用」されるが、模倣はしない。
2. 地域ネットワーク：
アルツハイマー協会の地域支部のボランティア、家庭医、ソーシャルワーカー、地方自治体、プライマリケアにおける介護・看護職、ナーシングホーム、心理士、デイケアセンター、福祉団体、病院（メモリークリニック）、専門医、精神科医療職など
3. 在宅生活を継続できる可能性を高める、例えば：
 - 医学的裏づけもあり、ケアに焦点をおいた診断に向けた改善
 - 心理教育と情報提供
アルツハイマーカフェ (n=220)、特別なデイケアセンター（訳者注：認知症の人と介護者とともにサポートするミーティングセンター※） (n=80)
 - 認知症ケースマネジメント※ (n=273)

訳者注：※については堀田聡子(2013)「オランダの認知症ケア—各地域の利用者視点による問題抽出を起点に」『日本認知症ケア学会誌』11(4)を参照のこと

- オランダ（背景情報）
- 共通の課題
- なにが効果的だったか
- 3つのパズル



alzheimer

私たちの3つのパズル？



1. 政府の方針は、必ずしも予測できない
2. 新しい介入や組織構造（訳者注：認知症ケースマネジメント、統合ケアにおける組織間連携等）の有効性の証明は難しい
3. 施設ケアからプライマリケア（訳者注：地域ケア）への予算のつけかえは難しい



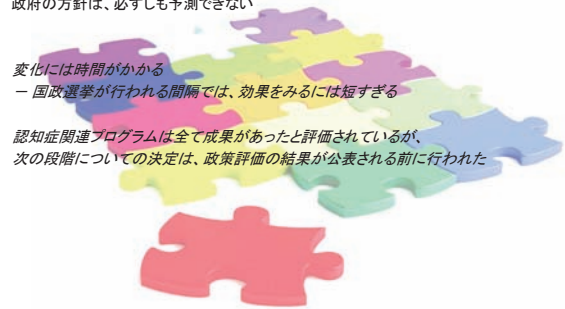
私たちの3つのパズル？



1. 政府の方針は、必ずしも予測できない

変化には時間がかかる
— 国政選挙が行われる間隔では、効果を見るには短すぎる

認知症関連プログラムは全て成果があったと評価されているが、次の段階についての決定は、政策評価の結果が公表される前に行われた



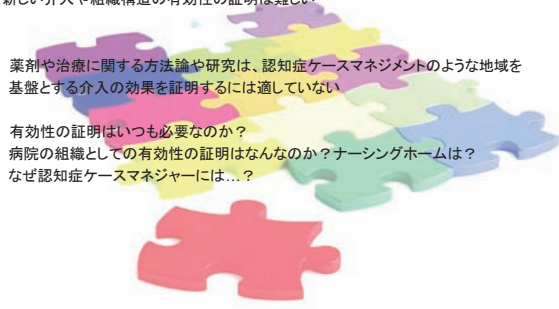
私たちの3つのパズル？



2. 新しい介入や組織構造の有効性の証明は難しい

薬剤や治療に関する方法論や研究は、認知症ケースマネジメントのような地域を基盤とする介入の効果を実証するには適していない

有効性の証明はいつも必要なのか？
病院の組織としての有効性の証明はなんなのか？ナーシングホームは？
なぜ認知症ケースマネージャーには...？



私たちの3つのパズル？

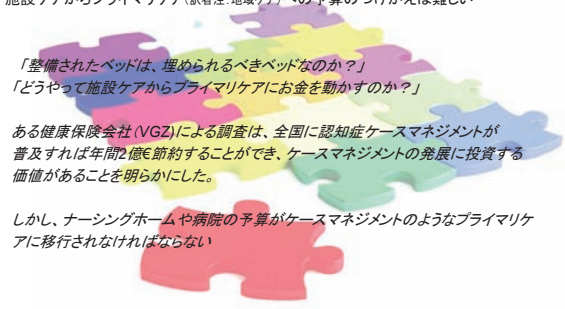


3. 施設ケアからプライマリケア（訳者注：地域ケア）への予算のつけかえは難しい

「整備されたベッドは、埋められるべきベッドなのか？」
「どうやって施設ケアからプライマリケアにお金を動かすのか？」

ある健康保険会社 (VGZ) による調査は、全国に認知症ケースマネジメントが普及すれば年間2億€節約することができ、ケースマネジメントの発展に投資する価値があることを明らかにした。

しかし、ナーシングホームや病院の予算がケースマネジメントのようなプライマリケアに移行されなければならない



オランダにおける
認知症ケアの改善



ご清聴ありがとうございます！

もっとオランダにおける認知症について知りたい方は...

Julie Meerveld

www.wiki.alzheimer.nederland.nl

alzheimer

「オランダの認知症国家戦略」

Julie Meerveld オランダ・アルツハイマー協会アドボカシー・マネジャー

東京にお招き頂き、この会議に参加させて頂きまして、ありがとうございます。東京にも日本にも今回初めて参りました。午前と午後これまでのセッションを聞きながら、国が違い、相違点もありますが、非常に多くの共通点があることが分かりました。ですから、交流し情報交換することがより一層重要だと思いますし、この場に呼んで頂き、オランダの国家認知症プログラムについてお話する機会を頂きましたことに、感謝申し上げます。

私はオランダのアルツハイマー協会から参りました。ですから、オランダ・アルツハイマー協会として、認知症の人の視点からお話したいと思います。オランダ・アルツハイマー協会の役割は、認知症の人と介護者の代弁者となることです。

それでは、まずオランダについて簡単にご紹介した後、我々が共通して持っていると思われる課題についてお話し、オランダで効果的であった取り組み、そしてまだ残っている問題として、3つのパズルについてお話しします。

ヨーロッパの中のこの小さな赤い色をしたところが私の国です。人口 1700 万人のうち、280 万人が 65 歳以上です。社会の高齢化が進んでいます。認知症の人は 25 万人と推定されています。診断を受けていない人が約 10 万人います。認知症の人の 69%が自宅で生活しています。オランダでは、認知症の中でも特別な特徴のある様々なグループへの注目が高まりつつあります。特に若年性認知症、トルコやモロッコからの移民の認知症などで、その人数も増えています。

診断されていない認知症の人がとても多く、その 69%は自宅で生活していることから、認知症は誰にとっても身近であるのですが、それが見えていません。そのため、オランダ・アルツハイマー協会は毎年キャンペーンを行い、地域において認知症を啓発しようとしています。

これは昨年、我々が実施したキャンペーンです。オランダ語です。でも、だいたいの意味は想像がつくのではないのでしょうか。昨年、我々は認知症の人にとって具体的にどういうことが問題になるのかを一般市民に知ってもらいたいと考えました。このポスターのタイトルは「あなたはどこからコーヒーを飲みますか？」です。でも、この写真の中にはコーヒーカップが見当たりません。そして、このポスターの下の方に「これが、認知症の人たちが日常生活を過ごす中で経験している気持ちです」と締めくくっています。

このように、認知症とともに生きるということがどういうことなのか、一般市民の理解を高めたいという狙いで行ったキャンペーンです。

認知症の人全体の69%が自宅で生活しているということは、残り31%は自宅以外で生活をしているということです。この人たちはナーシングホームで暮らしています。

ナーシングホームには8万人が生活し、平均入居期間は1年半です。オランダでは認知症を発症してから亡くなるまでは約8年です。ナーシングホームに入居する1~2年前に認知症と診断されて、入居期間は約1年半です。ナーシングホームは最後の手段であり、最後の家です。ですから、ナーシングホームから、以前住んでいた家に戻ることはありません。

オランダにナーシングホームができたのは、1950年代です。政府が長期ケアのための健康保健に関して新しい法律をつくった70年代以降、建設ラッシュになりました。ナーシングホームで生活するのは、それほど悪くはありません。様々なタイプのナーシングホームがあります。全体の3分の1は小規模な住居です。ケアホームには認知症専用の棟がありますし、規模の大きなナーシングホームであっても、そこで生活している人々の満足度は高いです。自分自身の部屋があり、部屋には自分の家具を持ち込むことができます。ですから、オランダでは長期入院はないということを強調したいと思います。病院で暮らすことはありません。もちろん骨盤を骨折したというような理由で病院に行き、入院することはありますが、可能な限り早く退院してナーシングホームに移ります。こういったことは、家庭医がゲートキーパーとなっています。

1枚スライドを飛ばします。

オランダの課題について、皆さまと共有したいと思います。まず、他の国々と同様、認知症の人数が増加しています。現在の25万人から2040年には50万人に増加する見込みです。介護者や家族には過大な負担がかかっていたり、過大な負担がかかるリスクがあることが多く、また2012年にかかった年間コストは約35億ユーロで、オランダで最もコストの高い疾患となりました。

昨年、オランダの政権が変わりました。そして新たに就任したvan Rijn 国務長官は新しい政策を発表し、「認知症のコストを25%削減しなければならない」と言ったのです。かなり大幅な削減目標です。

そこで、オランダの課題です。皆さまの課題と共通するかと思いますが、認知症の人数の増加に、より低いコストで対応しなければなりません。また、多くの診断を受けていない認知症の人々に対応することが必要です。さらに、よいケアの基準を再定義することも必要です。これは、先ほどの国務長官が25%削減を求めていることと関係しますので、後ほど説明します。新しい政府には、認知症ケアについて新しい政策があります。現在までのところ、認知症ケアは医療保険で賄っていますが、新政府は認知症ケアの費用を基礎自治体負担に移管したいと考えています。これは大きな変化です。というのは、医療費の還

付を行っている健康保険会社はここ数年、6社ですが、これからは400以上ある基礎自治体が還付を行わなければならないのです。たいへん大きな変化です。

次に、この10年間で我々が行ってきたことのうち、有効であったものをご紹介します。我々が行ってきたことは、ボトムアップです。一步ずつ前進してきました。全国的なプログラムが3つありました。1つは2005年に開始しました。ナーシングホームはたくさんありましたが、特に認知症の人のための在宅ケアはあまり充実していませんでした。フォーマットもなければ、ガイドラインもありませんでした。全国認知症プログラムでは、各地域がプログラムに参加して、ただ認知症の人たちや介護者の声を聞くよう求められました。彼らの声に耳を傾け、彼らの望みを知り、彼らの問題を知ることです。そして、地域の各基礎自治体が改善計画を策定し、実施しました。

このプログラムは大成功でした。全国の90%近くの自治体から何百もの改善計画が出されました。ほぼすべてのケア事業者が参加を望みました。ただし、各地域が自由にコンセプトを作り、独自の介入を行えば、様々な介入が生まれ、数百ものプロジェクトが乱立することは想像に難くないと思います。我々は、こうした別々のプロジェクトを関連づけたいと考えました。

そこで2008年、2番目のプログラム「認知症統合ケアプログラム」を開始しました。ここでは、認知症の初めから後わりまでを通じて、個別に行われていた改善をすべて関連付けたいと考えました。また、最初のプログラムにはなかった金銭的なインセンティブも加えたいと考えました。様々な地域、様々な介入、統合ケアに関する様々なコンセプトがありましたので、様々なガイドラインや、2つのプログラムでのベストプラクティスのすべてを統合した共通の基盤、国家基準が必要になりました。

次なるステップは何か、まだ分かりません。

これらのプログラムの違いは何でしょうか？最初の「全国認知症プログラム」には、オランダ・アルツハイマー協会が政府やコンサルタント、各地域、地域ネットワークとともに参加しました。オランダ・アルツハイマー協会は国レベルの活動に参加しました。また各地域にも、認知症の人々の代弁者を務めるボランティアやサポーターがいました。これが1番目のプログラムです。3者による運営委員会に参加しました。

それから、「認知症統合ケアプログラム」を開始しました。このプログラムでは統合されたケアを実施し、金銭的インセンティブを加えるため、健康保険会社とも協働しました。健康保険会社は国レベルの運営委員会に参加しましたし、また地域での活動にも参加しました。

共通の基盤をつくるため、3番目のプログラムでは専門職団体なども加え、認知症を誰が診断すべきか、GPなのか専門医なのか、ケースマネジャーにはGPのアシスタントになるのか、それともプライマリケアの看護師になるのか、といったことについて話し合いました。

た。

ほかにはどんな違いがあるでしょうか。これら 3 つのプログラムではそれぞれ異なる目標が設定されていました。1 番目の「認知症プログラム」では、必要な改善をとにかく実施する、ということでした。認知症の人や介護者の声を聞き、当事者ベースの改善を行うというもので、「千の花を咲かせよう」というのがモットーでした。

2 番目のプログラムの目標は、ケースマネジメントを含め、ケアを統合することでした。最初から最後まで、個別に行われてきた改善をすべて関連づけることでした。

3 番目のプログラムでは、何がよい認知症ケアなのかについて合意することが必要でした。2 番目のプログラムと 3 番目のプログラムの違いは、ガイドラインや基準をつくって文字化することです。国の基準ではどの職種が何の役割を行うと定めるべきかについて、我々は多くの議論を重ねました。

こうして一歩ずつ前進してきました。そして今や全国の 95% の実施率となっています。また、2005 年に認知症の人たちや介護者の声に注意深く耳を傾けたことは、非常に大切なことでしたし、極めて有効でした。というのは、当時、職業としての関係者やケア事業者は施設ケアに焦点を当てていたからです。しかし、認知症の人や介護者の声、彼らの望みやニーズをしっかりと聞くと、どうしたら自宅で生活していけるのか、自宅で必要なことは何かということだったのです。これらの声を受けて、各地域は自宅での状態を改善することができたのです。これは非常に大きな前進でした。

ところで、この男性（スライド 15）は認知症で、オランダ・アルツハイマー協会のスピーカーの 1 人です。

クライアントの視点がどこにあるのか、認知症の人や介護者にとって本当に大切なことは何かを知ることが必要です。オランダ・アルツハイマー協会は、これらを知るための手段を開発しました。第 1 に、認知症モニターを開発して、全国調査を行いました。第 2 に、認知症の人の物語を聞くために数多くのパネルやフォーカスグループを組織しました。そして調査結果とパネルの意見を集約して、全国レポートや地域レポートを作成したのです。地域レポートは特に当該地域で、また健康保険会社によってもよく読まれています。

また、介護者にとっても最も重大な問題、たとえば行動の変化や混乱、怒り、怯えなどにどう対処するかといった問題について、認識を共有し、共通の言語を持つことが非常に役に立ちました。ある地域では、行動の問題についてどのように対処すればよいかを認知症の人たちから意見を聞きました。また、ある地域では、「認知症の夫が病院に行きたがらないので、助けてほしい」と話す人がいたため、入院や入所に対する抵抗感が主題となり

ました。

ですから、地域によって優先課題が異なりました。オランダ・アルツハイマー協会のボランティアは全国にいます。彼らはあらゆるネットワークにおいて、認知症の人の代弁者として活動しています。ケア提供者に認知症の人や介護者が望んでいることを行うように活動するのです。

これ（スライド 17）は昨年、我々が実施したある調査の結果です。この全体的な結果を見ますと、概して、オランダの国民の満足度は非常に高いことが分かります。写真をみてください。そして、最も必要とされていることは、情報、情報、情報なのです。情報が最も必要とされています。ケースマネジメントや自宅やデイケアでの意義ある活動です。

また、いくつか改善されてきたことも挙げられていますが、よい結果にもかかわらず、介護者の負担はまだ過大であるということが分かりました。そこで我々は、認知症の家族や愛する人をより長く、よりよく自宅でケアできるようにするための様々な方法について各地域と話し合いました。

これが我々の認知症モニターを含めた全国調査の結果の一例です。

このほかにオランダで効果的だったことは、ボトムアップ方式で、認知症の人や介護者の問題や望みを出発点としたことです。これは各地域において非常に刺激になりました。これがとてもよかったので、2013年の現在までにこのようなヒアリングを相当数行いました。そして、全国の95%で統合的ケアが行われています。この地図（スライド 18）に白い部分がいくつかご覧になれると思います。もし認知症になったら、これらの地域には住まないほうがいいですが、それ以外の地域には統合的ケアがあります。

さらに我々の経験で効果的だったことは、優れた実践を用いた地域キャンペーンです。全国プログラムに参加した地域間で差が大きかったことは、すでにお話した通りです。ボトムアップで自発的な取り組みだったからです。ですから地域によって差があったのですが、これは言い換えると、中には極めて優れた地域もあるということです。ですから、我々はそうしたベストプラクティスをその後のプログラムで活用し共有したのです。

ただし、他の地域が行っていることを単に模倣することは、決してありません。他地域の優れた知識を活かし、ベストプラクティスを活用はしますが、模倣ではなく作り変えて活かすのです。

これらのプログラムには、スライド（スライド 19）にもありますように、オランダ・アルツハイマー協会の各地域支部のボランティア、家庭医、福祉団体、病院、専門医、精神科医療職など、あらゆる職種の関係者が参加しました。

地域のベストプラクティスを活かした取り組みの意義は大変大きいものでした。というのは、2005年にこのプログラムを開始した当初、自宅で暮らす認知症の人々に対しては、ほとんどあるいはまったく支援がなかったからです。アルツハイマー・カフェや特別なデ

イケアセンターのように、在宅ケアの敷居を低くすることは何よりも重要です。いずれも、認知症の人や介護者が行って情報を集めたり、経験を共有することができます。

アルツハイマー・カフェの場合は、予約をする必要もなければ、お金を払う必要もありません。ただふらっと行って、帰りたいときに帰ることができます。名前を告げたり、参加した理由を話す必要もありません。匿名で参加したければできるのです。

2005年に始めた当初、アルツハイマー・カフェは20カ所しかなかったのですが、今では220カ所へと、大幅に増えました。また、認知症の人と家族や介護者双方のための特別なデイケアセンターもあります。そこでは意味のある活動があり、介護者は情報を集めたり、経験を分かち合ったりできます。これらのことが最近の大きな変化で、オランダ・アルツハイマー協会としてこのような変化を非常に誇りに思っています。

さらに、診断においても改善をみています。プライマリ医療における認知症の発見が大幅に増えたのです。また、認知症の発見に加えて、必要な支援の内容に関する診断、いわばケアの診断を行っています。2005年以降はケースマネジメントも行っています。ケースマネジャーを求める認知症の人は皆、ケースマネジャーを持つことができます。ケースマネジャーというのは、認知症のはじまりからナーシングホームに行くまで、ケアや支援をコーディネートする職種です。以上のことがオランダで効果的でした。

しかし、まだ残っているパズルが3つあります。私の発表の最後にこのパズルについてお話します。

まず、政府の方針は、我々オランダ・アルツハイマー協会が望むようには予測できるものではありません。我々は認知症ケアを変え、改善する戦略を持っていましたが、プログラムの効果をみるには国の選挙の間隔が短すぎるという問題があります。

ですから、大臣が変われば優先課題も変わるという事態に対処しなければなりません。そうしてそれぞれの政策をうまく乗りこなし、それぞれの優先課題の中でうまくやっていくことが必要です。実際、認知症のプログラムはすべて成果があったと評価されたのですが、問題はその結果が公表される前に、次の段階について決定をしなければならなかったことです。

ある時、あるプログラムの次の段階について決定しなければならないことがありました。最初のプログラムが終了する前の年に、次の段階について決定しなければいけないのですから、研究を行っている者にとってこれは非常に重大なことです。評価が公表されたのは2009年でしたが、2007年には決定しなければならなかったのです。ですから、この点がパズルであり問題といえます。

次の問題は、オランダでは有効性が証明された介入に対してのみ公費が還付されるという傾向が非常に強くあることです。しかし、アルツハイマー・カフェやケースマネジメントのような地域ベースの介入の有効性を証明する手法は、まだ十分に確立されていません

ので、非常に難しいという問題があります。

ですから、我々は研究結果が出るまで待たなければなりません。なぜ常に有効性が必要なのか、とは思います。というのは、アルツハイマー・カフェに行った人が気に入らなければ、もう 2 度と行くことはないでしょう。それで十分ではないでしょうか？一方、以前からあるナーシングホームについては、今だかつて有効性について研究されたことがないのに、なぜケースマネジメントについてはこれほど多くの研究をするのでしょうか。

さて、最後のパズルです。オランダでは 1970 年代、認知症の人はナーシングホームにいたることが多かったのですが、最近の 3 つの全国プログラムのおかげで、プライマリケアでみる方が増えてきました。ただし、自宅で暮らす認知症の人の割合は増えていません。問題の 1 つは、認知症の人の長期ケア予算をナーシングホームからプライマリケアに付け替えるのが難しい点にあると思います。これは非常に難しいです。

医療行政学者、ミルトン・レーマーが言ったように、「供給が需要をつくる (Roemer's Law, “a bed build is a bed filled [つくられた病床はうめられる])」のです。いったんナーシングホームを建ててしまったら、閉鎖するのはとても難しい。予算をプライマリケアに移すこともとても難しいのです。少なくともオランダではそうです。もしかしたら日本では事情が違ってもかもしれません。

オランダでは、たとえば、ケースマネジメントに費用がかかりますが、ケースマネジメントは費用の節約にもなります。ある健康保険会社が自社のデータベースの過去 10 年間のデータをもとに行った研究結果によると、ケースマネジメントを全国で実施した場合、年間 2 億もの費用が節約できるということです。にもかかわらず、予算の付け替えはとても難しいのです。

本日、オランダの認知症ケアを我々がどのように改善してきたかについてお話をしました。一歩ずつ前進してきました。まだまだやるべきことはあります。克服すべき課題もあります。国の政策が変わると優先課題も変わりますが、オランダでは今後数年間の優先課題は認知症の人にやさしい自治体ということになります。

本日はどうもありがとうございます。

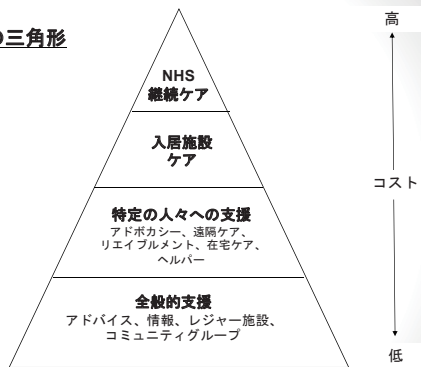
認知症の人を 地域で支える

Anne Higgins
January 2013

地方自治体にとっての課題

- 財源の縮小
- コストの増大
- 高齢者および超高齢者の増加
- 期待の高まり

支援の三角形



Ref. Fair Access to Care
Ref. NHS Continuing Care

Putting People First 2007 (人々を第一に 2007)

- 成人介護サービスの転換に関して、国と地方自治体が共有するビジョン
- 焦点は、生活の質 (QOL)、ケアと支援の選択およびコントロール、ニーズへの対応
- 国民保健サービス (NHS)、地方自治体、ボランティア部門のすべてにわたる大幅なシステム転換が必要

Ref: Putting People First Concordat Department of Health 2007

ウッドさん (男性、70歳) の場合 - 自律支援 (Self-Directed Support)

自宅で妻と二人暮らし。かかりつけ医のサポートあり。その他のサービスは受けず

転倒 → 病院 → 迅速対応チーム

帰宅し、リエイブルメント (生活機能回復) 支援を受ける

ウッドさん (男性、70歳) の場合 - 自律支援 (Self-Directed Support)

リエイブルメント (生活機能回復) 支援開始から6週間後、ウッド夫妻のニーズを確認するため、自律評価を実施

ウッドさんの個人予算について、夫妻と合意

ウッドさん（男性、70歳）の場合－自律支援 (Self-Directed Support) 計画

ウッドさん－ヘルパーを雇用

- ・ シャワーと着替えの手伝い（週3回）
- ・ ボーリングクラブへ同行（週2回）
- ・ ピアサポートグループ

ウッドさんの妻－介護者のための個人予算（1回のみ）

- ・ ノートパソコンの購入費用、ネットショッピングや家族と連絡をとる方法に関する講座費用
- ・ ピアサポートグループ

詳細は右記ウェブサイトをご参照ください。 www.in-control.org.uk

個人予算－国の全体像 (2012年)

- ・ 432,349 人が個人予算を持っている—2011年に比べて40%増
- ・ これは、地域支援を受けている人の半数以上に相当。
- ・ 2011/12年における個人予算の総額は25.96億ポンド。地方自治体の成人を対象としたケアおよび支援サービス予算の15%に相当。
- ・ 個人予算を持つ人の61%が65歳以上。
- ・ **ただし**、地域支援を受けている人の数は、2011年に比べて8%減。

Reference: ADASS Personalisation Survey 2012 www.adass.org.uk

遠隔ケア

アランさん（女性）の場合－遠隔ケア

- ・ 転倒時のアラーム
- ・ 敷地外に出たことを感知するセンサー
- ・ 遠隔でのモニタリングと応答

総コスト = 年間825ポンド

アランさんが施設入所した場合、区の負担額は年間20,000ポンド



自律支援－支援を必要とする成人のための安全措置



- ・ 地方自治体が中心的な役割を担う。
- ・ 成人安全措置理事会 (Adult Safeguarding Board) のパートナーシップ・アプローチ。
- ・ 自律支援においては、支援を必要とする人々に対する虐待の可能性について十分に注意を払う。
- ・ 経済的虐待に対する保護措置は、個人予算の決定・配分プロセスに組み込まれている。

自律支援－転換のための課題

- 委託 (Commissioning)**
- 共同プロデュース
 - サービス提供者の開発
 - イノベーション
 - 地域コミュニティサービス
 - パートナーシップ
- 編成 (Organisation)**
- 新たなプロセス
 - 新たな予算
 - スタッフの新たな役割
- 需要の縮小 (Demand Reduction)**
- リエイブルメント（生活機能回復）
 - 遠隔ケア
 - アドバイスと情報

今後、必要なことは？

- ・ 新たなサービスモデルに学ぶ。
- ・ 協働体制を強める。
- ・ 需要のマネジメントを向上する。
- ・ コミュニティや近隣の力を生かす。
- ・ 認知症の人、家族、地域と共同でプロデュースする。

Thank you

Anne Higgins

「認知症の人を地域で支える」

Anne Higgins 前英トラフォード区コミュニティ&ウェルビーイング コーポレート・ディレクター

皆さん、こんにちは。今日、『認知症の人たちを自宅や地域で支える』をテーマにお話できますことを光栄に思います。私は前職で医療と成人対象のソーシャルケアを管轄していましたが、本日は成人対象のソーシャルケアに絞ってお話したいと思います。

ソーシャルケアというのは、イギリス国内の地方自治体予算で提供する様々なサービスのことを指します。これらのサービスは NHS（国営医療サービス）と並行して実施されます。NHS のサービスは無料で受けられますが、ソーシャルケアサービスを受ける人は収入に応じて金銭負担を求められます。したがって、たとえば国の年金収入しかなく、収入の低い人々は、金銭的負担はありません。

さて、私は、イングランドの様々な政策、たとえば認知症国家戦略や介護者政策、“**Putting People First**（人々を第1に）”が、いかに地方自治体によって遂行されているのか、様々な政策がいかなる相互作用で認知症の人や家族への支援に変革を起こすきっかけとなっているのか、といった点についてお話しします。

最近の政策で、より多くの人々が安全で幸せに自宅での生活を続けることができるようになってきました。私が長年、成人ソーシャルケアのディレクターとして勤めてきたグレーター・マンチェスターのトラフォード区の例をいくつかご紹介いたします。トラフォード区はイングランドにある 150 の区うちの 1 つで、支援の必要な成人に成人ソーシャルケアを提供する法定義務を負っています。ですから、ご紹介するトラフォード区の例では、ケアを受ける人がどのように自分自身が受けるケアの決定権を持つか、そしてアウトカムを改善する一方で、区にとってどのようにコスト削減を実現しているかに、光をあてたいと思います。

世界金融危機を受けて国が行っている歳出削減は、イングランドの地方自治体に大きな打撃を与えています。比較的財源が守られている分野もありますが、NHS や地方自治体、成人ソーシャルケアの分野は近年、大幅な予算削減にさらされています。Association of Directors of Social Services が実施した調査によると、過去 2 年間で成人ソーシャルケア予算は 18.9 億ポンド削減されていることが明らかになりました。これは過去 2 年間、毎年 6% の削減に相当します。

このため、地方自治体はサービスの一部を減らすこともしていますが、主にソーシャルケアの需要を減らすこと、また支援の必要な人に対して新たなケアや支援の提供方法を見つけることで対応しています。財源はかなり減っていますが、地方自治体は様々な種類のサービスの費用の増加に対処しなければなりません。つまり、この財政問題は重大なのですが、一方で、創造性やイノベーションの刺激剤にもなっています。

イギリスの高齢化も大きな問題です。これは頻繁に話題になっていますし、どの国も同

様の問題を抱えていると思います。また、住民の法定サービスに対する期待は高まっていることも、地方自治体に大きく影響を与えています。つまり、より多くの支援を求め、支援を求めた時には利用者中心の対応が期待されるようになっているのです。

これらの課題に取り組むため、ここ数年、イギリスの地方自治体職員は大変ですがエキサイティングな毎日を送っています。

このような厳しい財政状況にもかかわらず、認知症の人が自宅で暮らし、安全で幸福であり、地域コミュニティと深く関わりを持っていただけるよう、認知症の人やご家族のための様々なサービスがあるとお伝えすることができます。

今朝、皆さまがお聞きになった国家認知症戦略と歩調をあわせて、NHS および地方自治体の焦点は早期により多くの支援を提供することであり、地方自治体は様々な方法でこれを成し遂げています。最初の支援は、このスライド（スライド3）の一番下にありますように、全般的な支援です。これは、地域の誰もが受けられるサービスのことです。たとえば、ウェブサイトや電話相談窓口、図書館などでの情報やアドバイスの提供です。よいアドバイスや情報とは、その人が受けられる支援があることを知らせるものであり、それが分かると人は自分自身を助けるために支援を得ようとしします。

区は、レジャーサービスやスポーツ施設、アートを活用した活動も提供します。非常に幅広い地域活動も支援しています。ですから、区はこれらのサービスが、認知症の人など特別なニーズのある人を含め、誰にとってもアクセスしやすく、利用できるように努めています。

地域支援を区民に積極活用してもらうためにトラフォード区が行っているよい例に、冬の相談電話があります。区は多数のボランティア組織に相談電話の設置を依頼し、ボランティアを募集して登録しました。目的は、天気の悪い日に外出できない高齢者からの依頼に答えて、ボランティアが買い物に出かけたり、薬をもらって来たりすることです。ボランティアは全員、車を持っていますので、雪の日でも外出できます。このサービスは今、完全にボランティアによって運営されていますので、天気の悪い日になるたびに区にかかっていたプレッシャーが大幅に軽減されました。

トラフォード区のもう 1 つの例をご紹介します。区の支援を受けて、認知症の人が友人と一緒に参加できる合唱団が設立されました。そこでは認知症の人が家族や友人と一緒に出かけ、一緒に歌うことができます。この合唱団は認知症の人のニーズをよく理解して運営されています。認知症の人たちはここで歓迎されていると感じることができ、自信を持つことができますし、ウェルビーイングの観点からも大きな利点があります。

さて、スライドの三角形に戻しましょう。下から 2 番目は、特定の基準を満たした人々に対する地方自治体の支援です。基準は地域ごとに決められ、利用可能な資源に基づいており、“Fair Access to Care”という国のガイダンスに準拠しています。

特定の人々への支援の内容は、たとえばレスパイトケアやアドボカシー、介護者のためのピアサポートといった支援です。また、認知症の人に対しては、リエイブルメント (reablement)、遠隔ケア、在宅ケアなどを行っています。これらのサービスについては後ほど、少し詳しくお話します。

次のレベルの支援は、ナーシングホームでのケアです。ナーシングホームでは現在、スタッフトレーニングや特別に設計した環境、認知症の人の尊厳とケアの重視などを行ってサービス改善に取り組んでいます。

トラフォード区はこれらのナーシングホームと共に、「尊厳とケア」賞を創設しました。これは、ナーシングホームが基準を満たしたケアを提供できるようにする狙いで、評価はトラフォード・クオリティ・チェッカーと呼ばれる訓練を受けた市民が行います。このクオリティ・チェッカーは、そのナーシングホームの住み心地などの観点で評価を行います。また、ホームでの生活について入居者の考えを把握できよう、入居者と接する特別なスキルを身に着けています。

この取り組みによって、今、我々にとって重要事項である職員から入居者への虐待の可能性を大幅に低減していると思います。加えて、入居施設やナーシングホームは地域精神保健チームのサポートを受けています。この地域精神保健チームは、とくに認知症の人が攻撃的になったり、職員も支援するのが難しくなった時に、個別のトレーニングやアドバイスをを行うことができます。

スライドの三角形の最上段ですが、高い水準のニーズがあり、専門的なケアが必要な人々に対する継続ケアです。これは、以前は長期療養型の病院で行われていたケアに相当します。この基準を満たす人々は通常、100%NHS 負担により、また通常はナーシングホームにおいて継続ケアを受けますが、最近では在宅でも提供されるようになってきました。また、地方自治体と NHS は、継続ケアを受ける人々のニーズを満たすため、受ける人自身が使える個人予算を共同で提供する事業も行っています。

このように、地方自治体が抱える財政的プレッシャーの問題は、必要とする人々に支援を提供し、資源をもっと有効活用するために考え、新しい方法を見つける後押しとなりました。そして、区は三角形の下の方で提供するサービスを開発してきました。これは、三角形の上部に位置するより高額なサービスへのアクセスを制限することにつながりますし、区民は早期により多くの支援が得られ、より長く自立が保てるので、明らかな win-win の状況といえます。

次に、地方自治体にとって最も重要な意味を持つ政策の変化についてお話したいと思います。2007年、イギリス政府は“Putting People First (人々を第一に)”という政策を打ち出しました。これは自律支援 (self-directed support) を保証するもので、イギリスにおけるソーシャルケアの変革を促進しました。自律支援とは、支援の必要な人々を中心に据え、彼

らが自分自身の状況に対して真の選択権と真のコントロールを持たせようというアプローチです。そしてこれが地方自治体の文化を変え、提供するサービスを変えました。この自律支援のカギとなる部分は、その人のニーズを満たすために費用がいくらになるのか、特定の費用分について現金払いをするのか、それともサービスを提供するのかです。

自律支援がどのように機能するのかについて、1例をご紹介します。トラフォード区では、自律支援によりアウトカムが改善し、支援ニーズのある人の高い満足が得られ、しかも区にとっては費用がはるかに少なくなることが分かりました。

ここで、Mr. Wood（仮名）の例を見てみましょう。Mr. Wood は 70 歳で、認知症です。妻と 2 人暮らしで、地域の医師の支援を受けていますが、その他のサービスは何も受けていません。表面的には問題なく自宅で過ごすことができているように見えていましたが、ある時、Mr. Wood は転倒し、病院に運ばれました。重傷ではありませんでしたが、これがきっかけで、実は自宅で問題なく過ごせていた訳ではないことが分かりました。彼は非常に気分が落ち込んでいて、混乱していました。病院到着後、すぐに認知症であることが特定されましたので、特別に訓練された迅速対応精神保健スタッフが Mr. Wood のところに行き、アセスメントを受けて、入院せずに自宅で必要な治療を受けられるように手配しました。Alistair Burns さんが先ほど話した国家認知症戦略の一環として、多くの急性期病院では、同様のモデルを開発しています。これは、グレーター・マンチェスターの Tameside NHS Foundation Trust 病院が地域精神保健チームと協働している好例です。

とにかく Mr. Wood は入院することなく、自宅に戻りました。同じ日に、多職種支援チームが Mr. Wood の自宅を訪問し、夫妻を支援しています。

ポイントは、Mr. Wood がもし入院していたら、急速に機能が劣化しかねない状態であったこと、したがってそれは可能な限り回避すべき事態でした。多職種チームは彼が抱えるいくつもの問題に加えて、彼が妻への依存度を高めていることを明らかにしました。そこで、チームは地域のソーシャルケアチームからリエイブルメント（re-ablement）支援を受けられるよう手配しました。

リエイブルメントという言葉は、今日、すでに何度か触れられていますが、今一度、明確にしておきたいと思います。リエイブルメントは、リハビリ技術の訓練を受けたスタッフが提供する特別な自宅ケアサービスです。リエイブルメント・スタッフは、作業療法士や理学療法士などの地域 NHS リハビリテーションスタッフと一緒にサービスを提供することが多いのですが、自宅での身の回りの世話の支援を行いながら、次第に自分でできるようにすることで、本人の自信や自立を回復できるよう働きかけます。

トラフォード区では、リエイブルメントサービスを受けた人の約 75% が 6 週間には支援の必要がなくなっています。ですから、長期支援サービスの需要をコントロールするため、区は過去 7 年間にわたり、このサービスを大幅に拡大してきました。その結果、この 4~5

年間、数百万ポンドの節約に成功しています。同時に、このサービスを受けた人々にとっても自信を取り戻し、自立を維持できているのですから、非常によいアウトカムが得られています。

Mr. Wood の例に戻りますが、彼は 6 週間にわたるリエイブルメントサービスを受けました。その間、極めて詳細なアセスメントを受け、支援ニーズが明確されました。同時に、金銭的アセスメントも受けました。アセスメントの後、彼の現在のニーズを満たすための個人予算が配分されました。彼の場合は週 110 ポンドです。彼は非常に低収入でしたので、個人予算に対する自己負担はありません。

そして、彼のための支援計画がたてられ、区がその計画に同意しました。個人予算は、この支援計画で特定されたニーズを満たすためだけに使ってよいお金です。この使途について、区は注意深くモニターしています。個人予算は本人に現金払いも可能ですし、その予算で区が彼のためにサービスを委託することもできます。介護者である妻に対する支援の必要性も特定され、支援計画もたてられました。夫妻はともに個人予算を現金で受けとることを決めました。彼は自分の予算を管理する能力に欠けると評価されましたので、妻が彼の予算も代わりに管理しています。

Mr. Wood は彼の個人予算で、週 3 日シャワーを浴びたり、服の着替えを手伝ってもらうために、個人ヘルパーを雇っています。これにより、妻への依存と負担が軽減されます。また、個人ヘルパーに週 1~2 回、ボーリングクラブや地元のパブでのランチへの付き添いも頼んでいます。

このように、彼の予算は、区が認知症の人のために特別に用意したサービスを利用するのではなく、一般に提供している全般的支援へのアクセスを助けるために使われているといえます。そして、Mr. Wood は地域コミュニティに関わり、区は費用を節約しています。Mrs. Wood には、区に代わって地域介護者センターが 1 回限りの個人予算をつけました。彼女は、ネットで買い物をしたり、友人や家族との連絡がとれるよう、この予算をラップトップ・コンピューターの購入にあてました。このように、個人予算によるアウトカムは、過去に用意されていたサービスをただ利用するためのものとは大きく異なります。

現在、“Putting People First”の実施と個人予算の提供を開始してから 4 年目です。そして、Association of Directors of Social Services が実施した年度調査によると、非常に良好に進展していることが分かりました。このスライド（スライド 8）に示している通り、地方自治体から長期支援を受けている人の 15%が個人予算を持っており、そのうち 61%が 65 歳以上でした。当初、高齢者はヘルパーを自分で雇ったり予算を管理したりしたとらえないだろうと思われていましたが、適切な支援や助けがあれば、高齢者も自分が権限を持つことを望んでいることが分かりました。

興味深いことに、この調査から、ソーシャルケアを受けている人の数が昨年、8%減少したことも明らかになりました。各区ともに長期支援の需要を減らすためにリエイブルメントサービスを導入していますので、これはリエイブルメントサービスの成果です。

認知症の人にとっても有用な、別のサービスについても簡単にご紹介します。やはりトラフォード区の例で、遠隔ケアについてです。遠隔ケアは、センサーとアラームとモニタリング機器を使ったサービスで、遠隔地でモニタリングすることによって、迅速に対応し、安心感を与えるものです。

夫と2人暮らしの Mrs. Allan はアルツハイマー病で、彼女の健康状態と機能は急速に悪化したため、夫が介護の役割を担わなければなりません。Mrs. Allan は夜に家を出て歩き回ったり、眠らなかつたりするため、夫も夜中じゅう起きて妻の面倒を見なければなりませんでした。それで、家族も彼自身も、このままやっつけていけるかどうかをとっても心配になり、Mrs. Allan の施設入所を希望していました。情報やアドバイスを受けて、Mr. Allan は遠隔ケアサービスのためのアセスメントを区に相談し、その結果、Mrs. Allan は転倒時やベッドから出たことを感知し、アラームが鳴って夫に知らせるためのセンサーをつけました。夫がアラームに応答しない場合は、コントロールセンターにアラームがつながるようになっていきます。このサービスのおかげで Mr. Allan はとても安心できるようになりました。妻は自宅で安全に過ごすことができ、外で歩き回ることがなくなったため、夫は夜、眠ることができるようになりました。

収入レベルに応じて、遠隔ケアのモニタリング用の自己負担額 800 ポンドを Allan 夫妻は支払っています。最初のアセスメント費用以外の区の負担はありませんでした。しかし、もし Mrs. Allan が施設に入居していた場合、区の負担額は年間 2 万ポンドになっていたところでした。したがって、長期ケアに入るリスクのある人々のうち適切な人々に正しく使えば、遠隔ケアは非常に有用なものといえます。

地方自治体が担うもう 1 つの役割も簡単にご紹介します。地方自治体は虐待のリスクのある成人の安全確保の中心的役割を担っています。そして、各地方自治体は成人安全措置理事会 (Adult Safeguarding Board) を持ち、警察や NHS、その他の関係機関と連携しています。この理事会は、安全措置の問題に適切なプロセスで地方政府が対処するのを監視するために設置されています。自律支援、特に個人予算の使用時に経済的虐待にあう怖れが大きいことから、個人予算については注意深く監視していますが、同時に、経済的虐待などが起きないようにするための方策も多数、講じられています。

成人のソーシャルケアに必要な変革を達成するために、地方自治体は仕事の進め方やアセスメントの行い方、なかでも職員の役割などについて、従来とはまったく変えなければなりません。その一部がスライド (スライド 11) のリストです。この 3 年間、変化

を起こすために行ってきたことをすべて挙げたリストは、実際はもっともっと長いものです。

今日、私のお話で、NHS と地方自治体がいかに緊密に連携して協働してきたか、また我々が提供するサービスを変えたことによっていかにサービスを受ける人たちの役に立ったかについて、少しお分かり頂けたのではないかと思います。

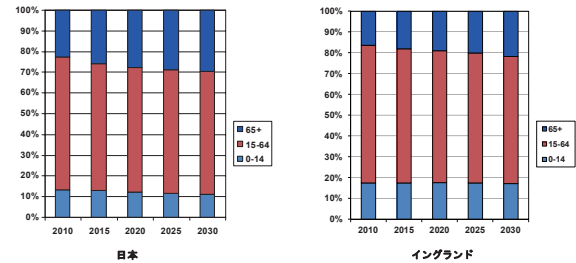
トラフォード区の取り組みは、地域住民や認知症の人たち、その介護者たちと共同でプロデュースしたものが多く、したがってお役所仕事を減らし、サービスへのアクセスがシンプルで簡便なものになっています。

イングランドと日本では、構造や予算のつけ方など、様々な違いはあると思いますが、今日ご紹介した内容が少しでも皆さまのお役に立ち、皆さまが変革を進めるためのお役に立てば幸いです。ありがとうございました。

認知症の疾病費用および 認知症ケアの費用対効果

ポール・マクローン
ロンドン大学キングスカレッジ
精神医学研究所

日本、イングランドにおける 老年人口とその推移の予測



Source: National Institute of Population and Social Security Research

Source: Office for National Statistics

重要な問題

- 現在の認知症の疾病費用はどの程度か？
- これらの疾病費用は今後どのように変化するのか？
- これらの疾病費用を削減するすべはあるのか？
- 認知症の治療法の費用対効果はどれほどか？

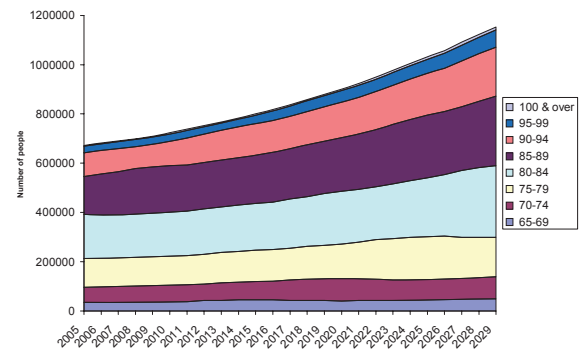
認知症の疾病費用

- かかりつけ医による医療
- 専門家による精神医療
- 身体疾患に対する医療
- 薬剤
- (介護付き)住居の費用
- 家族による無報酬の介護
- 失業
- 失われた余暇

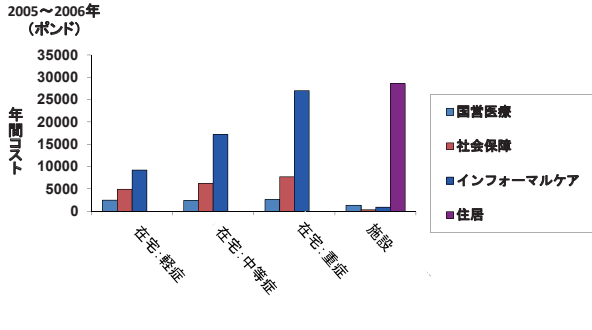
英国における認知症： 有病率と認知症の疾病費用

Based on:
Knapp M, Prince M, Albanese E, Banerjee S, Dhanasiri S, Fernandez JL, Ferri C, McCrone P, Snell T, Stewart R (2007) Dementia UK. Alzheimer's Society

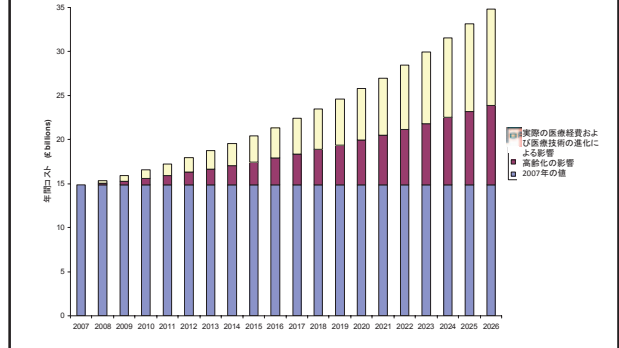
英国における認知症人数の将来予測： 2005年～2029年



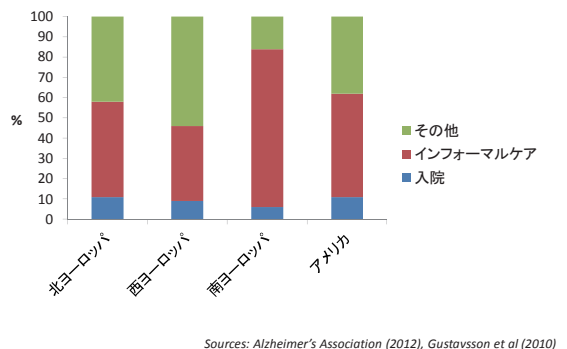
英国における認知症の年間コスト：重症度および生活の場による区分



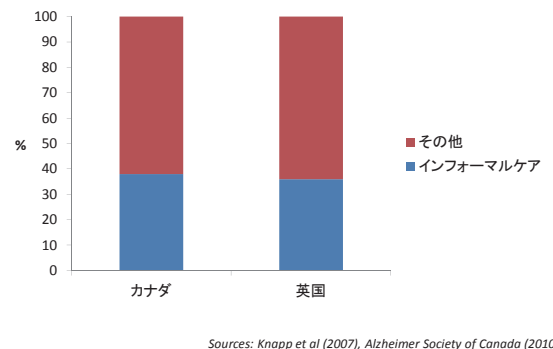
イングランドの認知症ケアにかかるコストの将来推計(2007～2026年)



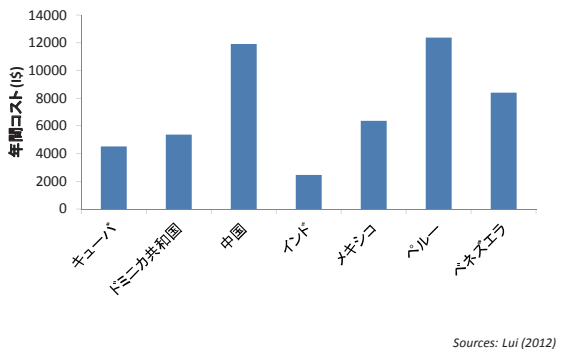
サービス費用の内訳：国際比較



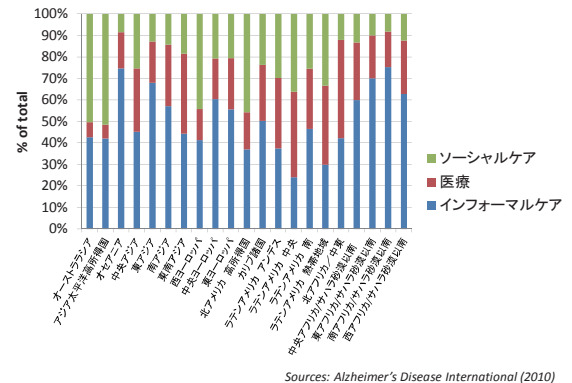
サービス費用の内訳：国際比較



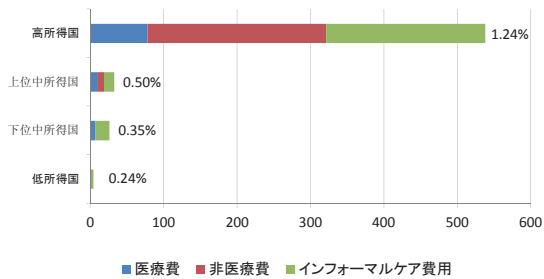
低・中所得国における認知症ケアにかかる平均年間コスト



WHOによる地域区分ごとに見た認知症の費用の内訳

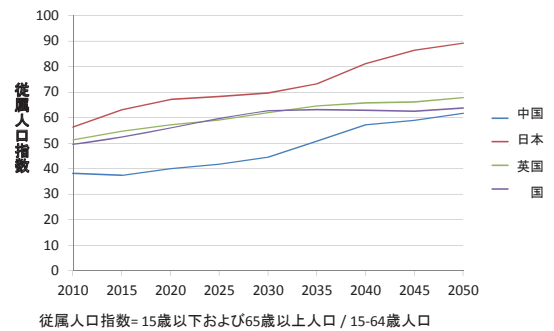


所得グループ別認知症の総費用



Sources: Alzheimer's Disease International (2010)

従属人口指数の将来予測



従属人口指数 = 15歳以下および65歳以上人口 / 15-64歳人口

Source: World Bank <http://go.worldbank.org/1HVKLWT1M0>

経済評価が必要な理由

- 資源には限りがある
- 需要はほぼ無限にある
 - 人口の高齢化
 - 技術革新
 - 高い期待
- 競合する選択肢の中から決定することが必要になる
- 認知症の治療はいつ行うのが最適か？
- どのような治療が行われるべきか？

経済評価の種類

評価の種類	費用	アウトカム
費用最小化分析	£ / \$ / ¥	なし
費用対便益分析	£ / \$ / ¥	£ / \$ / ¥
費用対効果分析	£ / \$ / ¥	単一, 疾患特異的
費用対結果分析	£ / \$ / ¥	多数
費用対効用分析	£ / \$ / ¥	単一, 包括的 (例. QALYs)

経済評価の結果の解釈

		アウトカム		
		悪い	'等しい'	良い
コスト	高い	×	×	?
	'等しい'	×	?	✓
	安い	?	✓	✓

薬物療法の費用対効果

- イングランドの医療技術評価報告では、ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンのアルツハイマー病に対する治療効果が評価されている (Bond et al, 2012)
- 薬物治療と「最善のサポーターケア」(best supportive care: BSC) との比較
- モデルを使って、N年間における費用とQALYsを推計
- 3つのコリンエステラーゼ阻害薬(ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン)は、99%の確率でBSCより費用対効果が高いと推測された
- 上記の解析は、これらの薬物が生存期間には影響を与えないと仮定して行われている
- メマンチンの費用対効果比はイングランドの閾値を上回っている
- これらの結果にはかなりの不確実性が認められる

早期介入の費用対効果

- 認知症の多くの人たちは診断を受けていなかったり、遅れて治療を受けていたりする
- 未治療や治療の遅れは、QOLの低下、家族の負担の増加、長期にわたる施設でのケアといった結果につながる可能性がある
- 早期介入には、これらの費用を削減し、QOLを改善させる可能性がある
- イングランドでは、早期介入サービス導入のためにかかる追加的な費用は、自宅でのケアの費用の削減によって早期に相殺される可能性がある
- これらのサービスが費用対効果的となるためには、QOLの若干の改善が必要になる

結論

- 人口の高齢化に伴い、認知症の患者は増加している
- 認知症の疾病費用は甚大である
- 長期の施設ケアとインフォーマルケアがケアの主要な要素となっている
- 薬物治療は、ケアの開始を遅らせる可能性があるが、その費用対効果については不確定な部分が多い。
- 早期介入サービスについては、まだほとんど評価されていないが、費用対効果的である可能性がある
- さらなる経済評価が必要である

「認知症のコスト」

Paul McCrone

ロンドン大学キングスカレッジ精神医学研究所

他のスピーカーの皆さまと同様、私も本当にこの会議に参加ができたことを光栄に思います。とてもエキサイティングな会議で、これほど多くの皆さまが参加されていることから、このテーマがいかに日本で、そして世界でも重要であることを示していると思いますし、その重要性は今後さらに増していくものと思います。今日は、朝からの講演で、認知症の問題に取り組む様々なエキサイティングな方法を聞かせて頂きました。

私は経済学者ですから、このコストはいくらであるといった悪いニュースを皆さまにお話ししなければなりません。そして、なぜそれが重要な問題であるかについてもお話しします。今日のこれまでの講演でもコストについて何度か触れられ、いずれも非常にポジティブなメッセージでした。私がこれから皆さまにお話する内容に、それらのメッセージを補ってお聞き頂ければ幸いです。

経済学者とは、すでに実地で機能しているものを見て、それが理論上も機能するものかどうかを知りたがる人種であると言った人がいますが、この見方はおそらく遠からず真実であろうと私は思います。時として、経済学者は理論的側面にとらわれるあまり、必ずしもケアの実地的な側面について考えていないという場合があります。しかし、私がこれからお話する内容が実地的であると、皆さまに思ってもらえれば嬉しいです。

これから私がお話しするのは、イギリスの情報と、国際研究の情報、認知症のコスト、認知症のコストにおける重要な側面とは何か、認知症を考える場合に考慮すべき重要なコストとは何か、についてです。そして、様々な形態のケアの費用対効果をどのように評価するかについて考えます。実は認知症ケアの費用対効果に関するエビデンスは非常に乏しいので、それを増やしていかなければなりません。費用対効果の評価については、すでに確立された方法がいくつかあります。

さて、このスライド（スライド2）は、我々が皆、よく知っているものだと思います。今日もすでに異なる形で示されていると思いますが、日本の人口は高齢化しています。ここに数字で示されています。赤が主に就労人口で15～64歳、その下がそれよりも若年人口で、その上が高齢人口です。高齢人口の割合が伸びており、イングランドでは、それほど劇的ではなく、高齢人口の割合は小さいですが、同様の状況がみられます。これは日本やイングランドだけでなく、他の多くの国々でも同様のことが起きています。発展途上国でも、このような状況が起きつつあります。

人口の高齢化について、先ほどもどなたかが話していましたが、ポジティブに考えるべきです。人が長生きするのはよいことではありませんか。長生きは悪いことではありません。非常によいことなのです。ただ、人が長生きすると、高齢者の病気などにかかる人が増えるという事実を受け入れなければなりません。認知症は典型例ですが、パーキンソン

病もそうですし、脳卒中、ある種の癌などはすべて、有病率が高まります。これが、人が長生きすることの影響です。

高齢化を常に否定的な用語として語らないよう注意すべきであり、高齢になるとかかりやすい病気などにどのように取り組むかについて、前向きに考える必要があります。

認知症の経済的側面について考える時に、問うべき質問はたくさんあります。まず、認知症の疾病費用を確定させようとする試みは非常に重要だと思います。現時点では、認知症の疾病費用を知ることが、認知症の人にどのようにケアを提供すべきか、そのケアの費用対効果はどうかについて明らかになる訳ではありません。ただ、認知症の経済的影響について分かるだけですが、認知症を他の疾患と比較することができますので、非常に強力な情報です。他の疾患と競争したい訳ではありませんが、他の疾患の中での位置づけや比較において認知症を見ることは有用です。また、認知症の疾病費用は、認知症を健康という枠組みを越え、公衆衛生の観点からや公共政策の観点から考える重要性を明らかにすることもできます。

という訳で、現在の国際的な認知症の疾病費用とはどの程度か。そして、その認知症の疾病費用が今後、どのように変化していくのか。後で何枚かスライドをお見せしますが、大体スライドの内容は想像がつくかと思います。ご存じの通り、認知症の疾病費用は今後、増加します。

3番目に、認知症の疾病費用を削減する術はあるのか、という問いがあります。そしてまた、実は認知症の疾病費用を削減すべきかどうか、という問いもあります。これは2番目の質問に関連します。費用を減らすことができるのか、減らすことが是が非でも必要なのか、それとも別の考え方をすべきなのか。

最後に、認知症治療の費用対効果はどれほどか、という疑問があります。認知症には有効性および効能のエビデンスがある様々な治療法があります。これらの治療法の費用対効果がどれほどかを考え始めることができるか、です。

ではまず、認知症の疾病費用が何を意味するのか、認知症の疾病費用を考える時にどういった項目を見ているのかについて、お話したいと思います。

誰かが認知症になると、まず明らかなサービスの直接費用がかかります。認知症の診断を受け、プライマリケア医、あるいは国によってはGPからケアを受けるでしょう。つまり、彼らがケアの主たる提供者です。また、段階によっては、認知症の診断を受けると、心理士、精神科医、精神科看護師といった精神保健医療職によるケアが必要となることもあります。したがって、専門職による精神保健ケアも非常に重要なコストです。

認知症の人は合併症にかかることも少なくありません。合併症は単に高齢になったことに関連するものもあれば、先の講演で聞いたように、認知症の人は転倒しやすいということもあります。したがって骨折なども起きやすい。このように身体的な健康状態も重要項

目です。

薬物療法についても、今日何度も触れられました。最富裕国においては、ヘルスケアの総額における薬剤費の占める割合はわずかです。ケアにおいて薬物は重要な側面になりえますが、ケア費用全体においてはかなり小さな割合にとどまっています。

認知症の人の多くは、ある段階で、支援付きの住居が必要となります。つまり、ナーシングホームやグループホームでのケアが必要になるのです。これらが認知症にまつわる直接費用です。

そして、サービスの様々な提供方法について、ケアの費用を変えうるという観点から考えることができます。あるものは他のものよりも高額ですが、認知症の人の QOL や機能を改善しうる他の方法で代替できる場合もあります。

このほか、同様に考慮すべき様々な間接費用もあります。家族によるケアについては、今日これまでの講演でも触れられましたし、私が後でお見せするスライドも、家族介護者によるケアについてのデータがあります。家族は認知症の人のケアの主たる提供者です。我々は皆、このことを承知しています。皆さまの中にも家族に認知症の人がいて、ケアの主たる提供者という方もいらっしゃるでしょう。

家族によるケアの多くは無報酬で行われていますが、決して無料ではありません。家族によって提供されている介護には明らかな価値があり、コストがかかっています。例えば、介護をしているために働きに出ることができなくなっているかもしれませんし、退職している場合もあるかもしれません。介護のあるなしに関わらず、高齢のために仕事は辞めているとしても、介護のためにレジャーやレクリエーション活動を諦めているかもしれません。そして、たとえ諦めていないことがたくさんあったとしても、家族のために提供しているケアにはやはり価値が伴います。なぜなら、その人がケアを行うことができなければ、認知症の人は入居施設でのケアを必要とするかもしれませんし、職業ヘルパーなどの支援が必要かもしれないからです。

ですから、家族によるケアの価値を見ることが必要です。また、雇用の問題もあります。認知症の人の中には若年発症の人もいます。そのような人の場合、早期退職しなければならないかもしれませんし、家族が早期退職することもあるでしょう。そうすると、認知症の人や家族はあまりコミュニティに関わることができなくなりますし、コストも発生しますから、彼らの QOL に影響が生じます。したがってこのような間接費用も非常に重要です。以上が認知症について考える時に考慮すべき疾病費用であると思います。

さて、我々がイギリスで行った研究から一部、数値をご紹介します。この報告書は 6 年近く前、2007 年に発表しました。この報告書は、主に、ロンドン大学精神医学研究所の同僚たちの手によるもので、第一著者は Martin Knapp です。彼は来月、保健大臣と共に来日して認知症ケアについて話す予定です。

これは、今日、やはりすでに名前を出ている Alzheimer's Society の資金による研究です。

このプロジェクトには様々な目的がありますが、大まかに言いますと、イギリスの認知症の人数を推定し、将来推計を行い、そのケアにかかる費用を概算し、その費用の将来の変化を見ることでした。

その手法のすべてを説明することは避けませんが、認知症の原因疾患別、年齢別、性別の有病率について、可能な限り最良の推計値を出し、人口に結び付けて算出しました。その結果、2005年には70万人を少し切るくらいでしたが、2029年までの伸びはかなり劇的であることが分かりました。2029年以降も2051年までのデータもあり、非常に劇的な速度で認知症の人数が増え続ける見込みです。

日本でももちろん同様、あるいはイギリス以上の状況かもしれません。つまり、認知症の人数は増え続けています。それは周知の通りです。このスライド（スライド7）は、この報告書に出した、認知症の人のケアにかかる費用を示しています。我々は4つのグループがあると考えました。生活の場が入居施設やナーシングホームなどではなく地域で生活しているグループが3つあり、軽症、中等症、重症に分けられます。そして、4番目のグループは、ケア付きの入居施設で生活している人々です。そして、4種類のサービスごとにコストをみました。

NHS（国営保健サービス）は一次医療、二次医療、入院医療です。SSDは社会福祉局の略で、介護ケアを提供しています。それから、家族によるインフォーマルケア、家族による無報酬のケアがあります。そして、介護付き入居施設があります。つまり、定義上、これらの3つの地域グループには介護付き入居施設は含まれていません。全員、自宅で生活しています。重症度が上がっていくと、医療費と介護費にごくわずかな変化が見られます。つまり、介護費がわずかに上昇し、医療費はほとんど変わりません。一方、劇的な変化を見せているのは、インフォーマルケア費用です。インフォーマルケア費用が最も高く、重症度が上がるにつれて大幅に増えています。入居施設にいる人々に関しては、インフォーマルケア費用は医療費や介護費同様、極めて低いのですが、住居コストが非常に高くなっています。

これらは、この報告書における推計値に基づく費用です。我々は、このコストを、これらのカテゴリーの認知症の推定人数と掛け合わせて、当時の現在年、つまり2007年の費用を見たところ、イギリスにおける認知症のコストは年間約150億ポンドとなりました。このコストが今後数十年間でどのように変化していくかも見ることができます。もし人数に変化がないと仮定すれば、青いバーの部分で、コストにも変化がありません。

しかし、高齢化という人口変化の要素を加えると、コストが劇的に伸びます。したがって、人口の影響だけをみてもコストはかなり大幅に伸びるのですが、加えて医療費は一般の物価上昇よりも高い率で年々高額になっていきます。ですから、このバーの黄色い部分は物価上昇を上回る勢いで伸びる医療費の増分を示しています。このように、物価上昇を考慮に入れても、医療費はそれを上回る勢いで伸びていきます。

その結果、2026年までに約350億ポンドにまで上昇し、当初に比べて倍増する見込みと

なっています。これは非常に大きな問題です。これがイギリスの状況です。

では、世界の状況について見てみたいと思います。2つの個別の研究データをお見せします（スライド9）。1つは米国のアルツハイマー協会による報告書で、もう1つは欧州の認知症コストを見たものです。これは総額を示すものではなく、入院ケア、家族によるインフォーマルケア、その他のサービス費用分布を表したグラフです。

この中で顕著なことは、西欧や北欧に比べて南欧では、インフォーマルケアの割合が極めて高いということです。このような傾向は国の位置や医療保健制度の発達の歴史などによって、多くの国にみられ、認知症の人へのサービス提供におけるインフォーマルケアの重要性も国によって異なることを示しています。

もう1点、入院ケアコストの割合は比較的小さいということが言えます。これも、国によって異なります。日本では入院ケアに関する問題があると聞いていますから、この割合はもう少し高いかもしれませんが、総じて入院ケアにかかるコストの割合は小さいということが言えます。

この研究では入院ケアのコストの内訳を示していません（スライド10）。イギリスとカナダにおけるインフォーマルケアとその他のサービスの2つで見ていて、両国の配分はほとんど同じだということが分かります。そしてこれらの研究から、インフォーマルケア、つまり家族による無報酬のケアが非常に重要なコスト要素であり、考慮にいれなければならないということが分かります。

このスライド（スライド11）は、私の博士課程の学生で北京からの留学生 Zhaorui Lui が行った研究です。彼女は 10/66 Project と呼ばれる、中低所得国における認知症の有病率を検討する地域ベースの研究に携わっていました。その一環で、様々な国における認知症関連費用、認知症が主因である費用を推計しました。

データはこれらの中低所得国における年間コストをドルで示したのですが、国によってコストは大きく異なることが分かります。中国とペルーのコストが最も高く、インドのコストは最も低くなっています。したがって、認知症のコストは、提供されているヘルスケアサービスによって大きく左右されることが、非常に明白に示されていると思います。つまり、もし入院病床があれば、入居施設のベッドがあれば、それらのサービスは使われ、総じてコストは高くなるといえるでしょう。

このスライド（スライド12）のグラフは、国際アルツハイマー病協会（ADI）が2010年に作成した World Dementia Report からとったものです。すべての国がWHO（世界保健機関）による地域分けがされています。このグラフではインフォーマルケア、医療、ソーシャルケアの費用に分かれています。やはりコストに関しては様々です。日本は、インフォーマ

ルケアは全体の約 40%を占めているアジア太平洋の高所得グループに分類されていると思います。医療費は 6~7%、残りはソーシャルケアです。これらの配分には国によって大きく異なっています。

コストがどのように配分されているかを示す以上の研究は、いずれも、インフォーマルケアコストが総コストの大きな部分を占めていることを示しています。それでは、認知症の総費用はいくらなのでしょう？

これは（スライド 13）、World Dementia Report による世界の認知症総費用の推計です。横軸の単位は 10 億米国ドルで、高所得国、上位中所得国、下位中所得国、低所得国に分かれています。そして、医療費、非医療費、インフォーマルケア費用の割合を示しています。

コストのほとんどが高所得国で発生していることは当然ですが、これは高所得国に認知症の人が多からではなく、高所得国ではヘルスケア費用が高いためです。また、家族によるインフォーマルケアに、平均賃金をあてはめて費用を算出しました。もちろん高所得国の平均賃金は低所得国に比べてずっと高いため、このように認知症の経済的影響は非常に偏りの大きいものになっています。

ここに認知症コストの GDP 比の数値が示されています。高所得国は最も高い 1.24%で、かなりの割合です。GDP 比 1%の半分でも相当な金額ですから、1.24%というのは本当に大きな額です。ですから、単純に総額を見てもあまり役に立ちませんが、認知症はそれぞれの国、それぞれの所得水準において非常に大きな影響があります。とはいえ、この 2010 年の報告書による世界の総費用をご参考までお知らせしますと、6 千億米国ドル超と推計されています。

これらの無報酬の家族介護者は、家族の介護をすることに喜びを感じている人もいますが、あまりにも多くのケアを行っているため、介護が負担になっている人もいます。ですから、言葉選びには注意すべきだと思います。介護は必ずしも「負担」ではなく、人によっては非常にポジティブな経験として捉える家族もいるからです。しかし、介護にはコストや価値があるのです。今後は家族介護者に依存することはもっと難しくなっていくでしょう。

このスライド（スライド 14）は、従属人口指数を示しています。下に従属人口指数の定義を書いています。15 歳未満と 65 歳以上の人口、つまり子どもの数と高齢者の数を、大体の就労人口にあたる 15 歳以上 64 歳以下の人数で割ったものです。この割合が高ければ従属人口の割合が高いということになります。これはかなり単純化した表現で、実際には就労人口の中にも依存している人はいますし、従属人口の中にもケアを提供できるような人もいますが、従属人口指数の定義としては、今申し上げた通りです。

2010 年の日本を見ますと、この 4 カ国のうち従属人口指数が最も高いことが分かります。中国は 2050 年まで一貫して最も低いですが、従属人口指数のかなりの上昇がみられます。

この従属人口指数が意味するものは、たとえば 50%の場合、1 人の従属者に対してケアできる人数は 2 人であることを意味しています。つまり、2050 年の日本は約 90%ですから、ほとんど 1 対 1 の関係となります。介護者はケアの量の多くを担っているのですが、1 人を支える介護者の数は減っていくということです。当然ながら、これは大きな問題です。

さて、ここまでケアの費用面について見てきました。次に考えるべきは、ケアを費用対効果の高い方法で提供することは可能なのか、です。費用対効果の問題をどのように考えるのか。しかしその前に、まず、なぜ費用対効果について考えなければならないのでしょうか。それはもちろん、医療資源が限られているからです。医療資源も介護資源も必要とする分野は多いのです。インフォーマルケアにかけられる時間にも限界があります。一方、需要は様々な理由からほとんど無制限に伸びています。つまり、長生きになりましたし、以前よりもできることが増えました。新薬も出ていますから、薬物使用の需要もあります。我々ができることに対する高い期待があるのです。

したがって、認知症の人に対してケアを提供する最良の方法は何であるか、決定しなければなりません。薬物療法なのか、早期介入なのか、遠隔ケアなのか、どれが最良の方法なのか。認知症の人に対する最良の介入とは何か。あるいは、認知症にもっと予算を使うべきか、それともガンに投じるべきか、糖尿病か喘息か、それとも教育か。このような決定がどこかで常に行われています。

認知症の人数は増加していますから、確実に資源を要しますし、今後さらに必要な資源は増えていきます。ですから、最も費用対効果の高い認知症治療の方法は何か、どの治療を用いるべきか、認知症治療を行うのに最も適切な時期とはいつか、という疑問が出てきます。

経済評価を行う場合、可能な限り、様々な方法で評価したいと思うでしょう。費用最小化分析、費用対便益分析、費用対効果分析、費用対結果分析、費用対効用分析があります。時間に限りがありますので、それぞれの定義の説明は致しませんが、経済学者の間で最も人気のある分析は、介入を行うコストをポンドやドル、円などの通貨単位で測り、そのアウトカムを **generic measure** と呼ばれる単一の評価尺度を用いて評価するものです。評価尺度で最も一般的なのは **quality adjusted life year (QALY: 質調整生存年)** と呼ばれるもので、ある健康状態で過ごした時間について、その間の QOL で調整して見ます。

認知症や糖尿病やガンといった特定の疾患に特異的ではない、一般的な方法で QOL を測定すれば、政治家は、認知症のケアと他のケアの経済的効用を比較をすることができます。これには困難や課題を伴い、賛否も分かれますが、少なくともイングランドでは大半の研究では、このようなアプローチがとられています。

そして経済評価を行えば、様々な置換、様々な結果の組み合わせが得られます。もしコストとアウトカムを見た場合、新しい介入が既存の介入に比べてコストが低いことが分か

るかもしれません。私の前に行われた発表でも、コストが低く、アウトカムが優れている新しい介入があることが示唆されていました。もしアウトカムが優れていてコストが低ければ、その介入を行いたいと思いますよね。もちろんそうだと思います。

新しい介入の場合によくあるのが、コストが高く、アウトカムも優れているというケースです。この場合、よりよいアウトカムを得るために、より多くのお金を払う用意があるのか、という価値判断が必要となります。もちろん、それにはアウトカムがどの程度、以前よりも改善するのかが問題になってきます。

イングランドでは、医療技術評価プログラムの一環として、認知症の薬物療法に関する研究が行われています。抗アルツハイマー病薬と best supportive care (BSC：最善の支持療法) を比較しており、最新の報告書では、99%の確率で新薬の方が BSC に比べて費用対効果が高いとの結果が報告されています。ただし、これは新薬が生存率に影響しないと仮定した結果です。生存率を考慮すると、結果は少し違ってきました。ただし、メマンチンの費用対効果率はイングランド当局が通常、支払う基準を上回っていました。

ただし、これらの結果やデータには不確定要素が多く、コスト推計やアウトカム推定には大きなばらつきがあり、もっとポジティブな結果を導き出した研究もあります。

早期介入に関する研究もあります。私の London School of Economics の同僚である Sube Banerjee らが早期介入サービスのモデル事業を行ったのです。今朝の Alistair の講演にもあった通り、治療開始が遅れ、未診断の人が大半ですが、早期に介入できれば、適切なケアを提供でき、介護付き住宅や入居施設に移る時期を遅らせ、少なくとも短期的にコストを節約できる可能性があります。Sube Banerjee らのモデル事業の結果、早期介入サービスを導入するためのコストは、その後のコストが縮小することにより、早期に回収しうることが示唆されています。

結論ですが、人口の高齢化に伴い、認知症の有病率が高まっていることが分かっています。認知症のコストは相当な額に上ります。入居施設でのケアはコストの重要な要素ですが、インフォーマルケアも重要な要素であり、かつ、将来は介護者の割合が減るため、今後、取り組むべき最も重要な課題の 1 つであろうと思います。そこで、ケアのコストをいかに減らすのか、という疑問が生じてきます。

私にはケアの全般的コストを相当程度、減らすことができるかどうかは分かりません。コストの配分を変えることは可能だと思います。また、入居施設でケアを受ける時期を遅らせることは可能だと思いますが、では介護をしている家族はどうなるのか。家族が提供しているケアにも実際にはコストがかかっていることはお話した通りです。

したがって、私は認知症の疾病費用を減らすことができるかどうかについては、少し悲観的な考えを持っています。そして、必ずしも減らすことを目指すべきではないとも思っています。なぜなら、認知症はそれほど増えていく訳ですから、非常に大きな問題である

と正直に言う必要があるだろうと思います。とても大きな問題で、問題の規模はさらに大きくなります。

ですから、社会として、認知症ケアに適切な額のお金を投じる用意をする必要があります。ただし、賢いやり方が必要でしょう。今日、話されたようなサービスについて検討する必要があります。サービスによっては既存のサービスよりも少ない金額で認知症の人にベネフィットとなり、したがって費用の節約につながるものもあるでしょう。ケアの質を高めるものもあるかもしれません。

しかし、人口の高齢化が続く限り、認知症の疾病費用は高くつくでしょう。そして、認知症ケアに適切な金額を使いたいのだと表明する必要があると思います。イングランドでは、多くのサービスが削減されていると聞いています。大変困難なことですし、皆が喜んで受け入れてくれることでもありませんが、認知症ケアのコストは相当なものですから、可能な限り賢明に、かつ費用対効果の高い金の使い道を考える必要があります。

ありがとうございます。

第4部 パネルディスカッション

座長 潮谷 義子 日本社会事業大学理事長

コーディネーター 近藤 伸介

指定発言 大島 伸一 独立行政法人国立長寿医療研究センター総長

問題提起のようなかたちで、少しお話をさせて頂きたいと思います。皆さまのお話を聞いていまして、認知症を政治的な問題として捉え、各国が国家戦略をたてて取り組んでいくこと、地域全体で認知症の人や家族を支えていこうということが、共通認識として語られていたと思います。

では一体、なぜ地域なのでしょう。「そんなことは当たり前じゃないか」と言われるかもしれませんが、一体なぜなのだろうか、という疑問を改めて問いたいと思います。

高齢化が進めば進むほど認知症の発症頻度は高くなります。日本は超高齢化社会を迎え、認知症の人の割合もますます高くなります。これはもう明らかに社会問題であります。また、認知症は病気ですから、医療問題でもあります。しかし、同時に介護問題でもあります。生活の問題でもあります。住まいの問題でもあります。あるいは、人間の尊厳の問題でもあります。したがって、その全体の問題として位置づけることが必要であろうと思います。

認知症というのは脳の疾患であって、決して人格の破壊でもなければ、精神障害でもないことは、はっきりとしております。そして、社会環境やケアのあり方、もっと言えば、人間関係そのものが病態に非常に大きな影響を与えるものだということもよく分かってきています。

ですから、認知症という病気を持った人が高齢期の人生をどこで、どのように生き、どのように死ぬかということ正面から捉えて、これからの人生設計、社会設計、そして地域の設計をいかにやっていくのか。私たちに課せられた非常に大きな課題ではないかと思えます。

これは、認知症の人の生活、人生の質の問題を我々全体の問題としてどう捉えていくのかということであって、その基本にあるのは、やはり人間の尊厳ということであろうというふうに思えます。

というふうに考えていきますと、生活だとか住居のあり方、地域社会の設計のあり方というようなことが、次に問題になってくることだろうと思えます。

しかし、高齢化社会になって認知症のための社会づくり、地域づくりをするのかと考えられるかもしれませんが、そうではありません。非常に大きな社会の転換が起こる中で、新たな地域社会とはどうあるべきか、という問題の中に、これほど増える認知症の方も納得して生きていくことのできる町づくり、地域づくりをどうやっていくのか、という視点が求められているのではないかと思います。

そこで、シンポジストの方々にお伺いしたいのは、目指している町の姿とは何か、そして、そのような町をつくっていくにはどのような条件が必要なのか、あるいはどのような阻害要因があるのかというようなこととお話頂きたいと思います。町づくりにはハードの問題もありますが、人間関係や文化といったソフトの問題もあります。これまでの社会を一步、あるいは二歩と変えていく作業が必要になるとは思いますけれども、その時の全体計画は誰が責任を担って考えていくのか。また、実際のプレーヤーはどのような人たちで構成されていくのか。そのプレーヤーたちを誰がどのようにマネージしていくのかというようなことについても、できればお話を伺いたいと思います。

潮谷 ありがとうございます。本日は日本を含めて 6 カ国からご発表を頂きました。それぞれ現場やアプローチの違いはありながらも、地域で支えていくという方向性については共通していたという印象を持つところです。

そこで、大島先生の問題提起の 1 点目は、なぜ地域を目指すのか、ということでした。日本の現状では、まだ認知症の方々が精神科病院に入院する状況にあります。例えば、2011 年は 5 万 3,000 人が精神科病院に入院し、入院日数が長期化しているという状態にあります。そして、抗精神病薬も使用されています。今日お話し頂いた国々も、精神科病院や普通の病院に入院する例がまったくない訳ではないけれども、目指していく道しるべは、しっかりと地域で支えるということでした。なぜ地域を目指す必要があるのかについて、それぞれのお立場からお聞かせ下さい。

それから、問題提起の 2 点目は、認知症を支える地域のあり方です。成功要因は何か。あるいはリスクは何か、といったことを 2 つ目の論議の中で展開してまいりたいと思います。

フランスは 2001 年、高齢化率が 17%のときに第 1 次プラン・アルツハイマーを策定しています。日本では介護保険開始からわずか 1 年という時期で、最も古い歴史を持っていらっしゃるフランスの Lavallart さんからお願いします。

Lavallart ありがとうございます。まず最初に、私の発表の通訳に誤りがありましたので、訂正いたします。アルツハイマー病の精神科病院への年間入院数は 1,000 人未満です。しかも、入院期間は短期です。

さて、今のご質問に対するお答えですが、2008 年に、我々は早期アルツハイマー病の人を対象に意識調査を行いました。あなたの一番の望みは何ですか、という質問に対して、90%以上と最も多くの人を選んだ答えは、「できる限り長く自宅で暮らしたい」というものでした。2 番目に多かった答えは、「ケアサービスを安くしてほしい」というものでした。

ですから、フランスでは、地域か病院かを問うべき余地はありません。認知症は、本人

や家族全員に起きる長いプロセスですから、解決策を 1 つに絞らないことも重要です。長きにわたるプロセスですから、どのような統合されたケアパスを提案できるか、そしてこのケアパスでは地域で長く暮らし、最期には施設やナーシングホームがあり、危機や他の病気になった場合は病院があります。このように認知症は長いプロセスですので、それに見合った長いケアパスを構築しなければなりません。

潮谷 ありがとうございます。次にイギリスのバーンズさんから着席順にお願いいたします。

Burns はい。非常に良い質問だと思います。1~2 点、お話したいと思います。精神科医として私がよく思いますのは、認知症の主な問題は医学的な問題ではないということです。認知症の人は、多くの時間を地域、自宅で過ごします。医師の関わりが必要なのは、主に診断が告げられる時と、病気になったときです。

ですから、我々が取り組むべき課題は、地域が認知症を受け入れるようにすることです。だからこそ認知症はみんなの問題であり、私が申し上げた認知症にやさしい地域づくりが重要なのだと考えています。

抗精神病薬の問題ですが、認知症の人のいわゆる行動・心理の障害は、環境要因に関係します。イギリスで変化を起こそうとしたときの政治課題の 1 つは、1 人ひとりの物語を知ることでした。これはとても重要です。

ナーシングホームで暮らすある女性は、毎日夕方 6 時になると不穏になるため、神経弛緩薬で抑制されていました。しかし、もしこの女性のことをよく理解していれば、その時間に夫が帰宅していたことを覚えていて、今も夕飯の支度をしながらいるということが分かります。ですから、その女性のことを理解し、その人を中心に考える（パーソンセンタード）ことができれば、ケアを大幅に改善することができます。お金もかかりませんし、何も必要ありません。ただケアを改善することだけが必要なのです。

また、テクノロジーに注目することも必要ですし、今までとは違う方法で、将来を見越して考えることも必要です。人間が馬に乗って移動していた時代、何が欲しいかと問われれば、自動車が欲しいとは答えず、もっと早い馬が欲しいと答えるでしょう。ですから、従来の考えに捉われない物事の見方をすることが重要ですし、テクノロジーやイノベーションを活用することが重要だと思います。

de Burgh このテーマについてお話する機会を頂きまして、ありがとうございます。さて、今日の話題についてまとめようとしている訳ですが、認知症の人や家族に「あなたにとって大切なことは何ですか」と尋ねますと、かなり長いリストができるだろうと思います。しかし、優先順位の高い順にみまると、上位はパーソンセンタードケアあるいはコンシューマー志向のケアの考えに基づくもので占められるにちがいないと思います。つまり、個々

人のニーズに基づいたケアの提供であって、サービス提供者の視点に基づく最も簡易なケアの提供ではありません。

オーストラリアでも、認知症の人を含めて圧倒的に多くの高齢者は、できる限り長く自宅で暮らしたいという意思表示をしています。ただ、自宅での生活を支えることはよいことである一方、最大の問題は、通常、同居する家族が必要であるということです。ですから、認知症の人へのサービス提供の核となる家族介護者に、外からの支援を組み込むことが必要です。カウンセリングやレスパイトサービスを行う支援グループなどが、介護者が長く介護の役割を維持するために必要なのです。

また、認知症の人たちの物語を語るができる、アルツハイマー・オーストラリアのようなアドボカシー団体を持つことの重要性も、オーストラリアでは認識されています。おかげで政府や認知症ではない人たちが、認知症になるというのはどういうことか、それが本人や家族にどのような影響を及ぼすのかといった事柄について、理解しやすくなるからです。個人の物語や個人史が持つ力は大きく、その価値を過小評価してはなりません。

Nissen 地域ベースの介入というのが唯一の答えではありませんが、非常に重要な1つの答えである理由についてお話したいと思います。それは2つ事実に基づきます。

まず1つ目は、認知症という病を得た時、彼らは地域に住んでいるからです。長年にわたってその地域で生活し、その地域社会に貢献してきました。そして2つ目は、まさに認知症という病であるがゆえです。認知症は地域の一員としての能力が損なわれる脳の病であることを、覚えておいてください。認知症は記憶を障害し、話す力を障害し、理解する力、その他の地域活動に参加するために必要な認知機能を障害します。ですから、認知症が進行するにつれて、地域に参加し、地域の作用を得る能力が損なわれていきます。

また、ここで語られてきた通り、地域をベースにすると、よりよいケアや治療が可能になるからです。心理社会的ケアや医学的ケア、その他にも地域の一員であることなど、様々な要素をすべて統合するためには、地域の方が簡単です。地域では柔軟性にも富みます。認知症の経過は1人ひとり異なりますから、人に応じて、また出来事に応じて柔軟であることが必要なのです。

認知症の進行も一定ではありません。10年、12年生きる人もいますし、2~3年で亡くなる人もいます。行動・心理症状が深刻な人もいれば、まったくない人や、非常に受動的な人もいます。ですから、認知症に対しては柔軟であることが必要であり、柔軟に対応できる可能性が最も高いのは、地域ベースで統合的介入を行うことです。

また、地域の方がQOLも高いということもあります。死に至る病を得た人にとって、QOLは非常に重要です。デンマークのアルツハイマー協会のロゴにあるaの文字は、アルツハイマーを意味しているのですが、そのほかにデンマーク語で書かれた言葉の意味は“Life with dementia”、つまり、認知症とともにある人生・生活という意味です。

我々がこの言葉をロゴに掲げているのは、認知症になっても、死に至る病である認知症

の診断を受けても、診断後も生きていくべき人生があることを強調するためです。そして、できる限り長く自宅で暮らすことができる方が、あるいは知り合いが住んでいて、助けてくれる人も住んでいる、友人もいる、あるいは早期には仕事もできるかもしれない、そのような地域で暮らすことができる方が、QOL ははるかに高いのです。

ただし、1つ重要な点があります。それはしっかりとした訓練を受けた専門職の助けも必要であるということです。認知症の人や家族に、ケアの最も重要な要素を尋ねると、10人中9人は知識とスキルだと答えます。認知症とは何かをよく理解しているスタッフの助けが得られることが、認知症の人や家族にとってとても重要なのです。

したがって、認知症についてよく訓練を受け、スキルのあるスタッフなしには、地域ベースの介入もないとも言えます。認知症に関する知見は日々更新されているような状況ですから、スタッフの教育も継続的に実施することが必要です。

潮谷 ありがとうございます。認知症の人の、その人らしい人生が継続されていくことがとても大事であるというお話の中で、「地域」という言葉が語られています。しかし、人によって地域という言葉が指している内容に違いがあるかと思います。また、地域における医療や住宅や介護や生活にも大きな差があるだろうと思いますので、できましたら、皆さまがおっしゃる「地域」がどれくらいの単位を指しているのか、あるいは暮らしの中でつながっている、それを地域と呼んでおられるのか、という点も含めて、お話して頂ければと思います。

それではオランダの Meerveld さん、お願いいたします。

Meerveld ありがとうございます。難しい質問ですが、答えは簡単です。つまり、認知症の人数の増加に対応するために、得られるすべての支援が必要です。ですから、日本の厚生労働省からの発表にとっても関心を持っています。認知症について勉強して、オランダのリストバンドをした子供たちを教室で撮影した写真がありましたね。オランダ・アルツハイマー協会も、やはり地域のみんなが認知症に関する知識を増やす必要があると考えています。認知症の人が自宅で生活をするためには、ご近所さん、牛乳を販売している店、銀行など、地域のすべての人が認知症の人との付き合い方を知ってもらうことが助けになります。

たとえば、もし1日に10回も牛乳を買いに来れば、店員さんが「もう十分に牛乳があるはずですよ」と言うとか、何かできるはずですよ。あるいは、帰り道が分からなくなっていれば、近所の人や店員さんが自宅に連れていってくれるかもしれません。このように、すべての人から支援を得ることができるのです。

ですから、地域の定義は考えうる限り最も広義のものです。また、オランダ・アルツハイマー協会は現在、全国最大規模の銀行の行員に、認知症の人との接し方について勉強してもらっています。銀行口座を持つ65歳以上の人の数も多いですし、よいサービスを提供することで顧客の増加が見込めるのですから、銀行にとってもビジネス上、よいことだと

思います。

さて、地域を巻き込むべきである理由をもう1つ付け加えたいと思います。それは、我々のように職業として携わっている人間には思いつかないようなアイデアが得られる可能性があるからです。革新的なアイデアが増えることはよいことです。日々の小さな事柄には、小さいけれども革新的な解決策が必要です。ですから、地域を巻き込むことが重要だと思います。

潮谷 今のお話を聞きながら、ふと思ったのですが、熊本市に健軍町という高齢化率の高い町があります。この健軍町に、認知症、知的障害、身体障害、それから精神障害のある方、さらには赤ちゃんを育てている人、お年寄りたちなど、いろいろな方たちが集ってくる小規模多機能があります。

ある重い認知症の方は、一歩家を出たら右か左かお分かりにならないぐらいですけども、その小規模多機能で障害を持っている方や赤ちゃんのおむつを交換したり、お昼の時のお茶碗を洗ったりしている姿は、まったく認知症であることを感じさせない、生き生きとした姿です。

これまでの生活で身につけたことは、認知症になっても慣れ親しんだ地域の中で発揮できる。人が人らしく生きていく生活を展開していくことができる。認知症の症状というものがその人の全人格を表しているのではない、ということ、今ふと思いました。認知症の人をみんなが支援していくことは必要だけれども、一方で、認知症の人も多くの人に働きかけている、存在感をアピールしているということ、皆さんのお話の中から感じさせられたところがございます。

それでは、Higginsさん、お願いいたします。

Higgins 地域とは何か、そして今いる地点から前進するためにはどのようなステップが必要か、というご質問に戻りたいと思いますが、私もJulieさんの意見に賛成です。

東京や日本にはたくさんの地域があると思います。この会場には認知症ケアの進展に関わるリーダーが集まられていると思いますし、地域は地理的単位であれ何であれ、定義することが可能だろうと思います。しかしながら、実際は、その地域に暮らす人々によってのみ地域の定義はなされうると思います。

地域を発展させていくためには、資産に基づくアプローチをとるべきだろうと思います。つまり、その地域にすでにあるものを活かして、その上に何を積み上げることができるかを見ていく方法です。多くの地域住民が利用している施設がある活気に満ちた地域であれば、認知症の人がそのような施設にアクセスしやすくするだけでよいかもしれません。

住民は地域の外に仕事に出かけて地元で交わることの少ない、あまり活気のない地域であれば、その地域で人々が積極的に出かけるように刺激策を考える必要があるかもしれません。ですから、この質問に対する答えは、どのような地域を変えようとするかによって

大きく変わってきますが、その地域に何が必要か、その地域は狭い近隣を指すのか、それとも小さな町なのかなど、現状の条件をよく見ることが、このアプローチの特徴です。

そして、認知症の人たちやその家族、そして、これから認知症になるかもしれない高齢者たちのニーズをよく知ることです。彼らが地域に積極的に関わり続けることができるためには何が必要かを把握し、必要なことを足していくのです。そのためには、彼らに直接、尋ねる以外にありません。何を求めているかによく耳を傾け、そのためのサービスを作っていくことが大切です。

潮谷 ありがとうございます。次は McCrone さんに伺います。先ほど、認知症の問題には大きな財源が必要であることを幅広い観点からお話頂きました。その関連から、地域について、またその大事さについてお話をいただけますか。

McCrone 私も他の方々と同様、地域のシンプルな定義はないと思います。地域はとても多様なものだと思います。ところで、しばしば「病院」対「地域」という対立構造で語られることがありますが、これは単純化しすぎですし、一言で地域と言っても、地域にもよい面と悪い面があります。

まず、病院以外の場所で認知症の人が暮らすことは将来にわたって不可避であると思います。病床数が減らされずに維持され、現在と同じ数の認知症の人が入院していたとしても、新しい病院やナーシングホームなどの入居施設を大々的に増やす施策でもない限り、社会の高齢化がさらに進み、認知症の人が増えることを考えれば、自宅で家族や友人と暮らす人の数が増えることは避けようがありません。

一方、現在、介護を担っていると考えられる層の人口が減ることを考えれば、「地域」を創造的に定義していく必要があると思います。そして、介護者は必ずしも夫や妻や息子や娘である必要もありません。他の人ということもあります。そして、先ほどもお話ししましたように、将来的には、高齢者 1 人につき 1 人の介護者を持つことも現実的には難しくなります。あるいは 1 人の介護者を持てるとしても、その状態が健康的とは言えません。ですから、もっと創造的になることが必要だと思います。

また、経済的観点でみると、地域ベースのケアはその他のケアよりも安くつく、という前提で語られることがよくありますが、地域ベースのよいケアはリソースを必要とするものであり、安価な選択肢だとかコストのかからない選択肢と単純に考えるべきではないと思います。金額は、提供されているケアを大まかに測定したものでしかないからです。

我々は、病院であれ入居施設であれ、あるいは地域であれ、適切なケアが提供されるように望んでいます。また、人々が地域で生活することはよいことであり、QOL は地域の方がずっと高いと思いますが、地域にはリスクや危険もあります。現在、イギリスではステイグマや差別が非常に大きな問題となっています。これらは地域ベースのケアについて考えるときに、同時に考えるべき重大な事項だと思います。

イングランドでは、特に統合失調症やうつ病、そして認知症の人々のスティグマや差別を減らすためのキャンペーンが行われてきました。つまり、地域は、良い要素を持つ、ケアに適した場所であり得る一方で、危険で居心地の悪い場所でもあり得るのです。ですから、我々は地域のケアに適した要素を強化すること、そして地域が適切なケアを生み出すために、いかに地域が一体となって協力していくことができるかに注力することが必要です。

潮谷 ありがとうございます。スティグマの問題について、「権利の代弁者としてのアドボカシー」ということをおっしゃっていたオーストラリアの **de Burgh** さんのご意見を聞かせてください。

de Burgh 認知症における大きな課題は、いかにして認知症の人や家族が早い段階でかかりつけ医（GP）に相談してもらうかです。GPになかなか相談しない理由はたくさんありますが、認知症に対する怖れがあるためです。必ずしも認知症を心配していなくとも、何かが脳内で起きているという事実は、皮肉なことですが、考えたくないことなのです。

また、彼らが GP を受診したとしても、その GP が認知症を理解しているのか、どのように診断すればよいかを知っているのか、あるいは認知症の診断をすることに前向きであるのか、といった問題があります。認知症に対してはできることは何もないから、認知症について話さない方がいいと考える GP も多いのです。

ですから、オーストラリアの政府やアルツハイマー・オーストラリアのような非政府組織は、認知症について話してみよう、という取り組みを行っています。何年前か、ガンや HIV/AIDS について話すことを避けていたのと同じようなことが、今、認知症で起きています。しかし、地域で普通に認知症について話されることはとても大切です。

先ほど、私は今年の象徴的オーストラリア人（Australian of the Year）にアルツハイマー・オーストラリアの会長が選ばれたことをご紹介しましたが、このようなことは、医療職ではない普通のオーストラリア人が認知症について話せるようにし、診断を阻む壁を打ち破るためのきっかけとして必要であると思います。

Burns スティグマの問題ですが、イギリスにも認知症の診断はすべきでないと言う GP がたくさんいます。何もできることはないのだから、診断は害になると。また、我々が開始した認知症のスクリーニングプログラムに対して、多くの反対意見があります。イギリスでは、年配の GP ほど認知症の診断が少なく、若い GP ほど診断する可能性が高いというエビデンスがあります。このようなプライマリケアや病院の医師たちの姿勢は社会の鏡であり、スティグマは一般の人々だけでなく、専門職の中にも、あらゆるところにあります。

Nissen とても重要なポイントだと思います。スティグマは、人生に対する誤解が原因で生

まれていると思います。認知症のような病気になった人の人生も、私やあなた、この地球に生きる 70 億人の 1 人ひとりの人生と同じく、価値があり、大切であり、意味があるということを忘れてはなりません。スティグマに対するキャンペーンは、ここを出発点とするべきです。

日本の発表で、日本では認知症の呼び名を（痴呆から）変えたのを知り、とても嬉しく思いました。認知症の人の尊厳をないがしろにするような言葉は、認知症の人の人生が他の人の人生と同じく意味があり価値があり重要であることに敬意を払っていないということになります。ですから、スティグマを減らす出発点として、とてもよいと思います。

潮谷 私たちが考えていくべき問題の提起がありました。私たちは病んでいても、認知症であっても、男性であっても女性であっても障害があっても、命の価値に変わりはありません。認知症の対策もここから出発していくことが、その人の人生をしっかりと支え、より良い尊厳を支えることにつながると、改めて感じました。

Meerveld オランダでも新しい動きがありましたので、紹介させて下さい。オランダでは認知症の人たちが自ら立ち上がっています。認知症に対するスティグマはありますし、医師も診断に抵抗を示すのですが、昨年、オランダで有名な人たちが立ち上がり、「私は認知症です」「私の夫は認知症です」と公表しました。新しい国務長官も初めての演説で「私の母は認知症です」と言ったのです。このような動きがとても大きな変化をもたらし、認知症が話題に上ることが普通になってきました。認知症の夫を持つ経済大臣まで、大臣に就任した時に夫と一緒に何度もニュースに登場しました。このように皆が知っているような人が認知症や認知症の家族について話すことは、とても効果的です。マーガレット・サッチャーに関する美しい映画もありますよね。

潮谷 先ほど Nissen さんが、日本では 2004 年に痴呆という名称を改め、認知症に変えた背景にスティグマを払拭すべきという思いがあったのではないかとご指摘下さいましたけれども、厚労省の関山さん、その点に関していかがでございますか。また、ぜひ松下先生からも発言を頂きたいと思います。

関山 痴呆から認知症への名称変更の経緯については、申し訳ないのですが、詳しく存じ上げていません。しかしながら、スティグマの問題についてはエイズの問題と同様、やはり 1 人ひとりの人間は違う、その違いを認めるということが重要であると思います。ですから、違いがあることを分かって頂くために、私どものような行政官が認知症について説明し、普及啓発をさせて頂くことが重要でないかと思っています。

松下 認知症の名称変更は、2004 年に高久先生を座長として名称変更の委員会ができました

た。その時に私は高久先生から「お前はきちんと意見を出せ」と言われました。それで、私が痴呆の代わりに認知症と呼ぶべきであるという趣旨の長い長い文章を書きました。それで、認知症に名称が変わったという経緯があります。

したがって私は認知症という名前を付けた張本人なのですが、認知症という言葉は文法的におかしいのではないかという批判がずいぶんありました。しかし、現実スティグマを排除するという観点から出発しましたので、この言葉の変遷は日本にとって大変重要であったと思います。今は認知症という言葉が根づいたと思うのですが、時間が経つにつれて、また認知症という言葉に対してスティグマが出てくるということもあり、大変難しい問題をはらんでいると思います。

ついでに、スティグマについて少しコメントします。Burns 先生もよくご存じだと思うのですが、来年か再来年に米国精神医学会の DSM-V が発表予定ですが、ここでは dementia という言葉自体がなくなります。そして、neurocognitive disorder (神経認知障害) という名称に変更します。

つまり、日本では痴呆から認知症に変わりましたが、アメリカでも dementia という言葉をなくそうということで、もう草稿はできているそうです。おそらくヨーロッパでも dementia という言葉がだんだんなくなるのではないかと思います。その背景には、やはりスティグマの問題があるからではないかと思います。

Lavallart フランスでもやはり 2001 年に名称変更を行いました。以前は *démence* と呼んでいましたが、これはラテン語で「without mind (心が失われた)」という意味でした。フランス人はそのことを知っていましたから、現在の「アルツハイマー病および関連疾患」に名称を変更したのです。これは、認知症の人や家族介護者の団体にとっては非常に重要なことでした。また、以前は精神疾患に分類されていましたが、今はパーキンソン病などのような神経変性疾患に分類されています。

Burns とても興味深いお話です。私もまったく同感ですが、ただ名称を変えればスティグマが減ると考えるのは早計だろうと思います。イギリスでは私の知る限り、今すぐに名称を変更しようという計画はありません。しかし日本の以前の名称は、一般の人たちの考え方に深く結びついたものであったと聞いています。ですから、治療可能な病であれば、高齢者に起きる問題だから仕方がないといった虚無主義から脱するという単純なものでもないと思います。ポールは先ほど、うつ病や統合失調症に関するキャンペーンのことを話しましたが、認知症のキャンペーンも同様に重要だと思います。

潮谷 日本に「名は体を表す」という言葉があるように、呼称が概念として姿を固定化していくこともありますので、英語の dementia も変わってくるのかもしれないと思います。

今、なぜ「地域」なのかという話を詰めてまいりました。もう 1 つ提案を頂いておりま

す、認知症を支える地域のあり方、その成功要因について、すでに皆さんの発言にも出てきておりますが、もう少しお話を伺いたいと思います。いかがでしょうか。どうぞ。

Nissen 地域を構成するものは何かについてもお話したいと思いますが、1点、留意しておくべきこととして、我々は未来について話している、という点があります。今日の発表はいずれも認知症の人数の激増を予測していました。国によって違いはあるにせよ、今後、25年、30年、40年で倍増が見込まれています。つまり、2040年になる頃には今の倍になるのです。

この人たちは誰かという、私よりも若い人たちです。多くの皆さまよりも若い人たちです。ですから、地域の構成要素を考える時には、今の30代、40代の人たちと地域の関わりについても考えるべきだろうと思います。彼らが日常生活で何をしているか、彼らが未来についてどのようなことを期待しているのか。

銀行の話などが出ましたが、私にも1つアイデアがあります。デンマークでは、バーチャル・コミュニティというものを考えています。つまり、ソーシャル・メディア、インターネット、フェイスブックなどにおけるコミュニティです。

今の認知症の人たちはそれほどインターネットやフェイスブックを活用していませんが、その子供たちはインターネットを活用して情報を得るのに非常に積極的ですし、認知症の親と何百、何千キロと離れた場所で生活していても、インターネットやスカイプなどソーシャル・メディアを通じて連絡を取り合うことができます。

ですから、地域を構成するものを考える時に、そして未来に向けて認知症の問題にどう対処するかを考える時には、高齢者だけではなく、若い人たちについて考えるよう、発想の転換が大切であると思います。

de Burgh 少しお話が出ていますが、重要な要素の1つとして、認知症の人を自宅で支える家族介護者のケアについて、もっと実地的な応用研究を行うことが必要だと思います。研究の必要性についてはこれまでも言われてきましたが、認知症の根治薬発見を目的とした研究についてでした。もちろんそれらの研究は重要であり必要ですが、今、認知症の人たちのケアニーズを満たすにはどうすればよいのか、また根治薬が見つかったとしても認知症にならないためにはどうすればよいかを明らかにする研究や、家族介護者がよりよくケアするにはどうすればよいのか、といった実地的な問題をテーマにした研究も必要です。

このような研究を行い、そこから得られた最新の情報を家族介護者が実際に活用できるようにすることは、本当に大切だと思います。そのようなリソースを家族に提供することができれば、家族にとって自信になりますし、今まで以上に長く地域で支えることができるようになると思います。

Higgins 私も成功事例を認知症の人たち自身や家族に見てもらい、判断してもらうことが

必要だと思います。Alistair Burnsのスライドに、“I statement”（私を主語とした意見）がありました。「私（I）」が自宅で幸せや安全であると感じることができる、「私（I）」は必要な時には情報にアクセスできる、といったような内容です。

ですから、認知症の人たちやケアをしている家族とともに、日本でも独自の“I statement”をつくる必要があると思います。そして、家族の中で認知症の人たちがその“I statement”に「はい。これは私にもあてはまる」と言えた時に初めて、戦略や政策をつくり、お金を投資してきたことがうまくいった、と言えるのではないのでしょうか。しかし、支援を必要とする人たちに支援の手が届かなければ、成功とは言えないのです。

Burns 非常に重要なポイントだと思います。それから、我々は皆、何がよいかはもう分かっていると思います。ここに座って、よい地域について話してきました。全員参加、ステイグマのない社会、早期診断などが実現しているのがよい地域、コミュニティです。

しかし、我々が行おうとしていることは、変革です。既存のシステムは、それが NHS であれ福祉制度であれ、あるいは社会全体の制度であれ、非常に深く根ざしているので簡単には変えることはできません。私はイギリス全土、とくにイングランド各地で我々の取り組みについて説明しているのですが、いつも「それは正しいことだとは思いますが、今までのところ、何か変わりましたか？」あるいは「それで何か変わるのですか？」と手厳しい指摘を受けます。

だからこそ、Anne が指摘した点がとても大切なのです。認知症の人たちや家族が「以前よりよくなった」と言えるようになって初めて、よい地域を実現することが可能になるのだと思います。

ここにいらっしゃる皆さんは、明らかに認知症に関心が高く、素晴らしい方々だと思います。しかし、変革のためには、ここにいらっしゃらない人たちこそが重要なのです。そのためには、ここに認知症分野のリーダーである皆さんが、他の人たちにいかに影響を与えるかが、認知症について啓発していくうえでとても重要だと思います。

潮谷 ダーウィンが「この世の中で生き残ることができる者は、最も力の強い者でも、最も知恵に優れている者でもない。変化できる者だ」と進化論の中で言っています。そしてガンジーが、「変化を望むなら、あなた自身がまず変化を担わなければならない」と言っております。

Burns さんの今のお話から、これから認知症が大変多くなっていく日本も、その政策も変わっていく必要があるのかもしれないと思います。こういった点について、国のお立場から関山さんのご意見を伺えますか。

関山 これまでお話を伺ってきて、やはり自分らしくその地域で生きる、自分らしさとい

う視点が必要である、と感じました。そのためには、その地域でお住まいになっている方々の声を十分に伺うことが重要です。オランダの Meerveld さんも国民・住民の声に基づく政策ということをおっしゃいました。

介護保険事業計画でも日常生活圏域においては現在、いわゆるソーシャル・マーケティングの考え方にのっとり、様々なニーズを把握し、そこに必要なものは何かをきちっと調査していこうとしております。そういった対応の中で、第 1 部の原局長のお話にもあったように、認知症の気づきから始まって、その気づきをケアに結びつけて、そして地域で暮らす、ケアを必要とする方と家族を支える地域包括ケアシステムをやる、統合ケアが必要であるということになるかと思えます。

さらには地域づくりの観点から、一般の住民の方々の力が重要です。したがって認知症サポーターなど、あるいは、認知症に理解を得ていくということが、スティグマを解消して、認知症の方々にやさしい社会を作っていくという流れになるのではないかと思っており、今回のお話は非常に意義のあるお話であったと思えます。

潮谷 ありがとうございます。会場には原老健局長がお座りでございますので、今までの論議について、Burns さんから変革についてのお話もございましたけれども、いかがでしょうか。突然で失礼します。その前にちょっと松下先生のほうにお話を振って、それから伺いたいと思います。どうぞご準備ください。

松下 なぜ地域かということに対して、1 点、指摘しておきたいと思えます。私の臨床経験から言いますと、地域で生活している認知症の人と、施設かどこかに入所している人たちの認知症の進行の度合いは、地域のほうが軽いです。つまり医療的な立場から言っても、研究によるエビデンスがあるわけではないけれども、そういう傾向があります。

1 つの例ですが、介護保険制度において、認知症の人は要介護度 1 か 2 に認定されて、介護サービスを受けます。私は必ず患者さんに、「認定を受けて、絶対、介護サービスを受けなさい。特にデイケアで、地域の人たちとか多くの人たちと一緒に生活をしなさい。これは認知症の進行を遅らせるために非常に有効ですよ。ひょっとしたら薬よりも効果があるかもしれません」というようなことを言います。でも、デイケアに行きたがらない人はたくさんいます。しかし、通い始めると楽しくて、非常に活気のある人はたくさんいます。

このように社会の中で生活を送ることには、治療的な側面があるということも指摘しておかなければいけないと思うのです。

また、地域におけるケアで何が最も重要かについても 1 つ、お話します。私の患者さんで、ずっと外来でうまくいっていたのに、危機的な状況になることがあります。それは必ずしも認知症が強くなったわけでも高度になったわけでもない。精神科的な症状が出るわけでもない。何かというと、認知症を支えている家族の人たちがつぶれていくのです。家

族の人たちにエネルギーがなくなっていく。さまざまな理由で崩壊していく。それが認知症の人のケアに非常にマイナスになっていく、ということがあります。

ということは、これから日本の認知症政策において、認知症の人を介護する家族を介護する、サポートする。そのシステムをきちっと作っておかなければうまくいかないのではないかと思います。

今日も介護者支援については何度も話が出ましたので、さすがだなと感心しました。この点が僕は認知症の医療や介護にとって一番重要ではないかと感じていますので、日本もぜひそういう方向で進んでほしいと思っています。

潮谷 残り時間がわずかですが、ご登壇くださっている皆さま方から、本日の感想や日本に対するメッセージなどを、一言ずつ頂きたいと思います。その後、原局長にご発言をお願いいたします。どうぞ。

Burns 日本での皆さまの取り組みは、誇られるべきものと思います。非常に長いケアの歴史と、年長者に対する敬意をお持ちです。そして、これまでに成し遂げてこられたことを、自信を持ってください。

Lavallart 「Yes, we can. (はい、私たちにはできる)」。

de Burgh このシンポジウムに参加して、国によって文脈も認知症の人の数も異なりますが、我々は同じものを目指しているということが分かって、とても心強く思いました。それは、認知症の人に対するよりよいケアと支援です。そして、どの国もこれまでの取り組みに自信を持ってよい、同時に他の国々の異なる取り組みについて学ぶことができるのだと思いました。

Nissen 私も同感です。また、抱えている課題も同じで、解決策を見出すために、我々は皆、全力で取り組んでいることも分かりました。将来に向けて、この課題にいかに取り組むべきかについて、我々はアイデアや見通しも得られたと思います。ですから、私からの一言として、この勢いを保て、と申し上げたいと思います。

Meerveld 私は日本についてほとんど知識がないので、一言を申し上げるのは控えたと思います。今週、認知症デイケアセンターを訪問する予定ですので、日本についてもっと学びたいと思っています。

オランダでは、認知症の人たち自身が、認知症とはどういうものか、そして彼らが何を求めているかについて語り始めて、変化が起こり始めました。認知症の人たちと話をするのは難しいこともありますが、皆さんは認知症の人たちに大きな敬意をお持ちですから、

皆さんにもできるはずですし、やる価値があることだと思います。オランダの認知症の人たちは「私について話をしないで。私と話して」と言っています。

Higgins 日本の皆さんの認知症のケアをもっとよくしていきたいという志に、大きな刺激を受けました。この部屋を見回して、皆さんの影響力を考えますと、その志は必ずや達成できると確信しています。

McCrone ここに至る過程は、皆さんの志や決意を示すものだと思います。そして今後、認知症の人のために変化を起こし、ケアを発展させていかねばならないのだと思います。休憩時間に何人かの方々とお話しましたが、そこには現実主義があると思いました。現実的で、課題から目を背けることなく、課題が何であるかをよく理解し、困難であることもよく知っている。

しかし、事態を進展させようという決意がみなぎっていて、とても心強いと感じています。私たちはこの熱気を自分たちの国に持ち帰りたいと思います。

潮谷 ありがとうございました。それでは原局長、よろしく願いいたします。

原 我が国においては、残念ながら、地域におけるケアの体制あるいはケア力が弱かったということで、行動・心理症状など危機が発生してから精神科病院や特別養護老人ホームに長期間入る方が多い、という現状がありました。

しかし、それではいけない。認知症の方の QOL や尊厳の観点から、やはり、ご自宅に戻って頂く、戻りたい方については戻って頂く。地域でケアするという方向に変えていかなければならないのではないかと、ということで、厚労省は来年度から 5 カ年計画に取り組むわけでございます。

今日のシンポジウムでは、地域でのケア力をどうやって高めていけばいいのか、各国の取り組みを聞かせて頂きました。そういった各国の経験を十分に参考にさせて頂きながら、日本にあった在宅ケア、地域ケアを実現していきたいと思いました。

それから、Burns 先生のご発言にもあったと思いますが、制度で対応するというのも大事ですけれども、やはり地域の住民 1 人ひとりが認知症をきちんと理解して、地域の中で 1 人ひとりが支えていくという、国民運動みたいなことも併せて取り組んでいかなければ、社会は変わっていかないのだなということも思いました。

いずれにしても、やり方はいろいろあるけれども、同じことをやろうとしているのだと。それは大変私どもにとっても勇気づけられる言葉でした。これから日本も一生懸命、頑張っていきますので、今後とも各国とよく連携・協力させて頂きたく、よろしくお願い申し上げます。

潮谷 原局長は国会にお出になつたりして十分この会場にはいらっしやらなかったのですが、きちっとしたかたちで決意を伺うことができました。ありがとうございました。

本当にもっと深くお話を伺いたいのですが、時間の制約がありますので、このパネルディスカッションをそろそろ終わりとさせて頂きたいと思います。

今年 2013 年は日本の老人福祉法が制定されて 50 年にあたります。さらに、今年中に高齢率は 25%に達するだろうと言われておりますし、認知症は昨年 305 万人、2025 年に団塊の世代が 75 歳を迎えますと、470 万人になるだろうということが予測されております。

そんな中であって、7 人の方々をお招きしてこのような会を開くことができましたのは、とても時宜にかなっていたと思います。先ほど Lavallart さんが「Yes, we can.」とおっしゃいました。今、これだけ高齢者や認知症の人が増えてくる中で、これまでの政策をどのようにチェンジしていくのか。この課題に私たち 1 人ひとりがどのような役割を担って、認知症の方々とともに地域の中で生きていくのか、という問いかけがものすごく大事になってきています。そういう意味では、私自身の生き方もチェンジしなければならない、と思いました。

そして、高齢者が多い日本は決してマイナスではなくて、むしろ、人が人らしく生きていくことについて私たちが考えていくチャンスが与えられている、という思いもいたしました。チェンジ、チャンス、チャレンジです。皆さんと一緒に、今後とも日本における認知症の問題にしっかりと取り組み、歩み続けてまいりたいと思います。それぞれの国からおいでくださいましたパネラーの皆さま方、ありがとうございました。



第3章 各国認知症施策個別課題の推進状況

認知症国家戦略に関する国際政策会議（2日目）

認知症政策の個別課題に関する集中協議 報告

（平成 25 年 1 月 30 日 東京・九段）

前章で詳述した平成 25 年 1 月 29 日開催の「認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム」に続き、翌日平成 25 年 1 月 30 日には、イギリス、フランス、オーストラリア、オランダ、デンマークから招聘した認知症国家戦略責任者等 7 名と、本事業の研究班関係者、厚生労働省ならびに東京都の関連政策部局関係者らによる認知症政策の個別課題に関する集中政策協議を行った。各国が認知症政策を推進するうえで直面している現実的な課題、その解決に向けた実際的な取り組みについて、以下 6 つの主要テーマにそって日本を含む 6 か国間で情報を共有することを本協議の目的としている。各セッションで議論された要点について以下報告する。

テーマ 1：診断と初期支援

未診断ゆえにサービス・支援につながらず、問題が増悪

各国では、一般人口を対象とした疫学研究の結果に基づき認知症の有病率を推計。それとともに医療機関で実際に認知症と診断されている人の数を把握することで認知症の「診断率」を明らかにしている。それによると各国多少のばらつきはあるものの概ね、本来「認知症」と診断されるべき人の約 40～60%が未診断の状況にあり、これにより“適切なタイミング”で“適切な支援”につながらる機会を逸し、症状や問題が増悪、地域生活の中断、社会的コスト等の増大を招いている。

認知症に関するスティグマを克服するために

各国共通で抱える問題として認知症に関する根強いスティグマがあり、人々が認知症の診断と支援を受けることを躊躇する大きな要因となっている。近年、各国では認知症のスティグマを克服するために啓発戦略に関して以下の工夫をするようになった。具体的には、旧来の「早期発見・早期受診しないと大変なことになる」という趣旨の脅迫的な啓発メッセージでは、逆に人々の認知症への恐怖や不安を強めることになり、結果として支援希求行動が抑制される可能性が指摘されている。そのため、最近の啓発キャンペーンでは、認知症になっても生き活きと地域で生活を続けている当事者の姿を前面に出し「私は認知症を持っているが、同時に生活・人生も持っている（例：英国）」といった今後の生活に希望を与えるメッセージを発信することを重視している。

“早期発見・早期治療”から“発症後、適切なタイミングでの診断”へ

各国政策責任者の一致した見解として、高齢一般人口を対象に認知症や MCI の「スクリーニング」を行うことによって「早期発見・早期診断」を促す政策は、現時点において倫理的観点からも問題が多く、当事者団体等からも反対の声明が出されるなど、「適切な政策でない」と判断されている。「早期発見・早期診断」という言葉が、MCI を含むスクリーニングを連想させ誤解を招くことなどから、近年では「早期発見・早期診断」という言葉ではなく「タイムリーな発見・診断」という言葉を意図的に使うようになっている。この言葉の変更の背景には、認知症になったご本人が外部から診断と支援を強要されるのではなく、ご本人の中で診断と支援を受け入れられる準備が整いはじめた適切なタイミングで機会が得られるべき、という考え方が重視されている。そのため、上記の新たな啓発戦略等によりご本人が診断と支援を受けるための心理的準備を促し、一方で周囲が適切にその発見機会を提供できるようにするための「社会的環境」を整える政策を推進していくことが本来の課題と考えられている。

かかりつけ医の認知症の診断力・対応力が課題

今後、各国で認知症人口が著しく増大していくため、その効果的・効率的な診断と対応の担い手として、専門医のみならず、かかりつけ医（家庭医）の役割に期待が高まっている。一方で、各国共通の現状としては、かかりつけ医の認知症診断能力、認知症対応力に課題を抱えており、十分な役割を果たせていない。そのため認知症の診断・治療をめぐる、専門医セクターと家庭医セクター間で葛藤が生じている。いずれにしても、今後は専門医のみならず家庭医の認知症診断力、対応力を高めていくことが不可欠なため、家庭医セクター自らに認知症診断ガイドラインの策定を求めるなどの技能向上のための対策がとられている。

「社会的アセスメント」と「ナビゲート支援」の重視

認知症の発症後、できるだけ早い段階でご本人が診断と支援を受けられる準備が整い、具体的な援助希求行動をとれることを推進する施策が重要との見解で各国一致しているが、一方で「診断」とその後の「支援」が必ずしも適切につながらないという課題を共通に抱えている。その原因として、認知症の人が困難を感じ、診断と支援を求めた際、認知症の医学的診断のみがなされ「ソーシャルアセスメント」がなされていない、という問題が指摘された。ソーシャルアセスメントとは、認知症の人がどのような生活環境で暮らしていて、どのような生活課題を抱えているか、もしくは今後抱えうるか（予測）を正確に把握することであり、それに基づいて包括的支援のプランニング、提供がなされていく。医学的診断と同時にソーシャルアセスメントが早期に統合的になされることが必要であり、そのための多職種チーム体制や地域連携等による対応が重要との認識が

なされている。英国の初期支援チームでは、このような観点から医学的診断とともにソーシャルアセスメントが統合的になされ、その後の支援に効果的につなげていくためのサービスが構築され、そうしたサービスの全国監査基準と監査制度が整備された。

また、当事者・介護者のニーズとして重視されなければならないことは、診断後の「ナビゲーション」機能である。具体的には、認知症とともに生きていく際に必要となる情報、サービスを診断と同時に提供し、今後の生活の見通しを持てるように「案内」するサービス機能を実現することである。特に適切な情報提供や初期ナビゲーション機能の提供は、ケアラーの早期支援において欠かせない要素と考えられている。

テーマ 2：統合されたケア

分断されているサービス・制度・政策

認知症の人とそのケアラーを地域で支援していくための各種サービスが分断的で十分な連携体制のもとでバラバラに提供されるため、当事者にタイムリーかつ効果的にサービスが届かず、危機や問題が発生していることが各国共通の課題として認識されている。こうした地域の医療や介護等の各種サービスの分断と不連携の背景には、制度や政策の縦割構造が存在するため、その解消に向けた取り組みは、実際のサービス提供の仕組みとともに制度や政策の在り方を変革することも含まれる。

統合されたケアの提供、その要となるケースマネジメントとその担い手

各国の国家戦略において共通して重視されている課題の一つが、ニーズの適切な把握に基づき必要なサービスを統合的に切れ目なく提供するための「認知症ケースマネジメント」機能の構築と強化である。たとえば、フランスでは、これまでの医療・介護の分断による弊害解消を目指し MAIA と呼ばれる認知症ケースマネジメントサービス拠点の全国的普及を推進している。こうしたケースマネジメントサービス拠点には、それを担うケースマネジャーの役割を担う人材が配置されている。フランスにおける認知症ケースマネジャー、イングランドの認知症アドバイザー、オーストラリアの認知症キーワーカー、デンマークの認知症コーディネーター、オランダ認知症コーディネーター等があげられた。ただ、こうした各国のケースマネジメントを担う人材の職種や機能の範囲には、ばらつきがある。例えば、オーストラリアの認知症キーワーカーは、アルツハイマー協会が国の委託を受けて実施する事業の中に位置付けられており、権利擁護とケアコーディネーション機能を担う一方で、直接的なケア等の提供主体とはならない。一方、デンマークやオランダの認知症コーディネーターは、主に看護師がその役割を担い、ケアコーディネーション機能とともに直接的な看護（介護）サービスの提供を行う。果たすべき機能や役割の違いはあるものの、共通して不可欠とされているのは「ケースコー

ディネート機能」である。

ケースマネジメントの質の改善

本協議に参加したアルツハイマー病協会責任者によると、認知症ケースマネジメントの制度やサービスはあるものの、それが必ずしも当事者やケアラーのニーズに基づいたものになっておらず、既存のサービスに利用者を当てはめていくためのもののような実態になっていることについての批判が寄せられているとの報告があった。ケースマネジメントの質を保証し、改善していくためには、パーソンセンタードアプローチの徹底やアドバンスディレクティブ（事前の意思表示）の推進など、当事者のニーズを適切に把握するための教育研修や仕組みづくりを強化し、その個別的ニーズにそったケアプラン策定、サービスの提供を可能とすることが重要との意見が出された。

統合的ケアの提供に向けた制度・政策的改善

これまでの分断的制度・政策を解消し統合的ケアの提供を推進するために、国家戦略/地域施策の立案・実施・評価のプロセスに認知症の当事者やケアラーの参画を保証することが重要との経験が各国参加者から語られた。また、中央政府と地方政府との連携がうまく機能しないことによる弊害も少なくないことから、中央政府・地方政府の認知症施策連携推進をはかる委員会組織を設置しているとの報告もあった。また、統合的ケアを地域で発展させていく際には、専門サービスの充実のみならず、非営利民間組織、ボランティア団体等が運営する多様な地域資源を広げていくことが重要との指摘がなされた。

テーマ 3：危機時の支援

抗精神病薬使用の制御

認知症の人の行動・心理症状に対して抗精神病薬が過剰に使用されることにより突然死のリスクが有意に高まることが明らかとなり、各国では議会や政府における喫緊重要課題と位置づけられ、認知症の人への抗精神病薬使用率を低減させるための具体的な施策が推進されすでに複数の国で成果（抗精神病薬使用低減）をあげている。先に述べたケースマネジメントの質の向上等によるケアの改善により行動・心理症状の出現を予防することとともに、そうした症状が出現し始めた際の適切かつタイムリーな対応による危機増悪の回避を目指す取り組みが必要となる。そのためには、認知症の人を最も近くで日常的に支援する介護従事者の認知症対応力を高めること（教育・研修の充実）、および彼らを日常的にバックアップする専門アウトリーチチームの配置等の有効性についての経験があげられた。

最前線の介護職員を支える

たとえばフランスでは、ケアスタッフを対象とした行動・心理症状の予防と初期対応のための 90 時間におよぶ研修制度を構築し、人材育成に力を入れている。イングランドやオーストラリアでは、ケアスタッフが行動・心理症状に関する問題に直面した際、電話により専門チームに相談することができ、場合によっては専門チームのアウトリーチによる支援を受けられるサービスを整備し、行動・心理症状の予防や精神科病院への入院減少などの成果をあげている。このように行動・心理症状が生じている場において、そこで従事する支援者とともに問題の原因を特定し、その解決をタイムリーにはかることが基本となっている。

デンマークでは、行動・心理症状の解決に際し、抗精神病薬使用に過度に依存しないことを推進するために認知症国家戦略の関連予算の多くを、行動・心理症状への「心理社会的アプローチ」による解決技術開発に投資している。

精神科病院への入院

各国においては、上記のように行動・心理症状増悪時には、危機が生じている場において問題の解決をはかる体制がとられ、精神科病院への入院は極めて限定的との報告が相次いだ。フランスでは認知症の人の精神科病院入院は年間 1000 件未満となり、基本的に認知症を精神科医療の対象としない方針がとられている。フランスでは国家戦略の一環として行動・心理症状の増悪時に抗精神病薬を使用せず心理社会的支援により状態を改善させるための専門ユニットを老年科リハビリ病棟の中に設置し、そこでの短期集中的なケアがなされている。オランダでは、認知症の人の精神科入院については重篤な他害行為がある場合のみ（自傷行為のみでは入院要件を満たさない）、裁判所または市長同意による強制入院としてのみ可能であり、それ以外での精神科入院は基本的に認められていない。各国共通に認知症の人が精神科病院に多く入院していた時代をかつて経験しており、精神科病床および一般療養病床の削減、閉鎖等の政策の実現を経て現在に至っている。

テーマ 4：ケアラー支援

ケアラー法に基づく支援、国家戦略による明確な位置づけ

イギリスは 1995 年に、オーストラリアは 2010 年に、それぞれケアラー法が制定されており、認知症の人を家族に持つ介護者もこの法律に基づいて様々な支援を受ける「権利」を保持している。一方で、こうしたケアラー法によって、地方自治体はケアラーに対して必要な情報を的確に伝えること、必要な支援を届けること、そしてケアラーが何

に困っているかのアセスメントすること、等の「義務」を課せられている。こうした法律に基づいて、イギリスでは認知症の人を家族に持つ介護者に対して支援が提供されている。フランスやデンマークなどでは、こうしたケアラー法が制定されるには至っていないものの、政府が打ち出す認知症国家戦略の中で「ケアラー支援」は重要な政策課題として位置付けられており、イギリスやオーストラリアなどケアラー法のある国と類似した支援を介護者が受けられることを目指し、その体制整備を推進している。

ケアラー支援の具体的内容、レスパイトに重点

各国のケアラー支援において、共通にあげられているのは、適切な情報の提供、家族自身が抱える困難についてのアセスメント、特に家族自身の健康問題についての定期アセスメント、レスパイトケアの提供、等である。特に、各国のケアラーを対象とした調査からもレスパイトのニーズが高く、認知症国家戦略の中でもレスパイトのさらなる普及がはかられている。2012年3月に出されたイギリスの Prime Minister's Challenge においてはレスパイト関連施策に新たに 4 億ポンドの予算を追加投入することを宣言している。各国の「レスパイト」サービスの定義や形態には幅があるが、当事者や家族介護者のニーズに合わせてレスパイトをさらに利用しやすく多様性を持たせることに各国共通に取り組んでいる。フランスでは、国家戦略の中で、ケアラー支援の多様なニーズに対応するための多機能プラットフォームを構築することが掲げられ、その普及が進められてきた。レスパイトケアの「質」については各国で課題と認識されている。家族の外出のため、ご本人が短期ステイのレスパイトを利用することになったが、状態が悪くなって帰宅することが多く、家族介護者は以後、レスパイトを利用する気にならなくなる、という状況が各国で生じている。イギリスやデンマークなどでは、ご本人が施設に短期ステイするレスパイトサービスではなく、ご本人が住み慣れた自宅にしながら家族の代わりの見守りのための人材が在宅に派遣されるレスパイトサービスを展開している。

ケアラー支援の担い手、ボランティア等の人材育成

各国におけるケアラー支援の提供主体は、多くはアルツハイマー病協会やケアラー団体であり、政府や自治体から委託を受けサービスを提供している。デンマークなどの調査では、ケアラー支援に携わる者に求める条件として「介護者の心情を理解できる者」という要件があげられており、結果的にケアラー経験のある人たちを支援者として雇用することが有効と考えられている。同時に、ケアラー支援に携わるレスパイトサービスのスタッフなどの人材育成が課題となっており、そのための研修教育プログラムの整備等が進められている。いずれにしても、ケアラー支援を実際的に発展させていくためには、アルツハイマー病協会やケアラー団体といった非営利組織の果たす役割が大きい。

テーマ 5：権利擁護と倫理

認知症に関連する倫理的問題についての国民的議論

認知症の人への虐待をはじめ認知症ケア現場において、ご本人の人権や尊厳をおびやかす事態が各国で少なからず生じている。こうしたケア現場において抱える倫理的問題を非難するだけでなく、現場の関係者となぜそのような倫理的問題が発生しうるのかを対話を通して問いつけるための仕組み（倫理の広場）がフランスの国家戦略の中では位置付けられている。こうした問題が、タブー視され、隠蔽されていくことはケアや支援の改善に悪影響を与えると考えられ倫理的問題のオープンな議論をフランスでは重視しており、各国の関心が寄せられている。

メンタルキャパシティアクト

イギリスでは2005年に国会でメンタルキャパシティアクトが制定され、2007年から施行されている。この新後見法施行により、ケアや医療の現場では、認知症の人の自己決定権を尊重する本法に基づいて、判断能力や自己決定能力の評価のプロセスが透明化、厳密化され、大きな影響と変化が生じている。こうした法律の制定に向けて、デンマークでもアルツハイマー病協会によりロビー活動が現在行われている。

テーマ 6：国家戦略の推進

認知症国家戦略の推進に必要な資源の確保

認知症国家戦略推進のためには新たな予算が必要となり、同時にその予算を国家戦略で示されたミッションにそって効率的に制度・サービス改革につなげていくための様々な工夫が必要となる。

新たな財源の確保のためには、政治的な決断・判断が不可欠であり、政治家の認知症への関心を高める様々な取り組みが各国で展開されていることが報告された。各国では認知症のケアや制度に関心を持つ「有権者」がどれほど多いかを世論調査や社会調査で明らかにしている。フランス、イギリス、デンマークなどでは、そうした調査結果が政治家の判断に大きな影響を与えている。サルコジ政権下で大きく推進された認知症国家戦略がオランダ政権で引き継がれたことも、こうした世論調査やテレビなどメディアで有権者の認知症への関心が高まっていることを伝え続けてきたことが大きな要因となった。各国のアドボカシー団体が政治家に対してロビー活動をする際も「認知症の患者・家族」という言葉は使わず、必ず「認知症を持つ有権者、介護で苦勞する有権者」など「有権者」という言葉を使うようにしている。また、政治家や国民の関心を惹きつ

けるような認知症に関連する社会的な「問題や課題」を同定し、そうしたテーマをバーニング・プラットフォーム（議論が燃えあがるような共通課題）としていくことも重要な要素であるとの意見が聞かれた。一方で、効率的に財源を確保していくためには、政治家に対してどのような政策が必要なのかを「わかりやすく、できるだけシンプルに」説明できることが重要であり、主要政策が細々と乱立していきにくい状態になっていることは予算確保のうえでも問題となる。また、データやエビデンスのみならず、当事者の「ストーリー」に政治家をふれさせることが重要との指摘が聞かれた。

一方、予算確保のためには、研究による効果の検証、特に費用対効果の検証が求められており、医療経済的研究の重要性が高まっている。認知症の政策を推進する国際的な連携を強めて自国の成果やエビデンスのみならず他国の成果を取り入れていくことの重要性も指摘された。また、政治家や政府に対しては、多くの課題を抱えた現状を放置した場合に将来予想される問題やコストと国家戦略を推進した場合に想定される改善とコストを比較して説明していくことが重要である。パイロット研究による検証は重要であるが、一方で、パイロット研究の結果を待つことで政策の推進が5年遅れるようなことがあってはならず、推進するものは迅速に推進しつつ、検証を続けていくという姿勢が政策立案者には求められる。すべての証拠がそろわない限り、前に進めない、というスタンスは適切ではなく、現実的ではない。

予算確保の前提として、国民が国家戦略で実現しようとしている方向性を強く求めていることを政治家や政府にアピールすることが重要であり、各国では多くの国民が認知症になっても「在宅で生活を続けたい」というシンプルな願いを持っていることをアピールの軸に据えている。

いくつかの失敗的経験としては、国家戦略のための新たな予算が政策戦略の実現のために必ずしも使われず、旧来の制度・サービスに流れてしまったことである。必ず、新たな財源の投入に際しては、その使用が新たな政策の実現のために限定的に使用される仕組みをセットすることが重要である。新たな財源を新たな政策に効果的に投入していくためには、旧来のサービスや制度ではどこが最も弱点であったか、それを明確にしてアピールし、その最大の弱点克服のための予算投入であることを印象付ける必要があるとの指摘がなされた。

また、財源が有限であり、新たな予算の獲得が容易ではない各国共通の経済状況において、既存の制度やサービスで非効率的なものについては、予算を縮小していくことが必要である。オーストラリアなどでは、世論がナーシングホームではなく、在宅サービスの充実を求めているため、ナーシングホームへの予算を縮小し、在宅サービスへの予算配分を高めている。経営母体が民間のナーシングホームが多く、政府の予算縮小は、経営に大きな影響を与えるが、そうした民間経営母体が施設サービスから在宅サービスへの事業転換を推進する政府による政策的誘導がなされている。一方でイギリスでは、非効率なサービスを残しておく、経営上それをどうしても使わなくてはならなくなる

ため、病床の削減、病院の閉鎖などは、困難をともなうが必要な政策であるとの意見が出された。施設から地域へという各国共通の国家戦略の方向性を実現していくうえで最も大事なものは、上述の通り、国民がどのような認知症のケアを求めているのか、を明確にし、それをアピールし続けることであるとの指摘がなされた。オーストラリア、イギリス、フランスはじめ各国ではそうした国民のニーズ調査が重要な政策推進要因となっている。

認知症国家戦略のプロセスへの当事者の参加、地方での取組の推進

各国の認知症国家戦略の推進にあたって、その最高責任者の首相や大臣に定期的に政策的助言を行うアドバイザーボードや委員会が設置されている。こうしたボードメンバーや委員会に認知症の当事者、およびケアラーを入れる仕組みをとっている国の報告が相次いだ。ある国の政策責任者からは、認知症の当事者にこうした国家戦略推進のためのボードや委員会のメンバーに就任してもらうことは負担が大きく難しい側面もあるとの意見が出されたが、他の国の政策責任者からは、そうした指摘は常に生じるが、それはあくまで周囲の人々の予想や不安による見解であることが多く、当事者自身の実際の負担の訴えではないことが多い。こうした周囲の予想や不安により、当事者の参加可能性を消極的なものにしてはならない、との意見が出された。

国家戦略の立案に際しては、いずれの国でも当事者団体やケアラー団体が積極的に関与し、彼らのニーズに基づいてボトムアップで検討されることが重視されている。サルコジ政権においてトップダウンで国家戦略の推進に着手したフランスも、近年では当事者、ケアラー、地域単位でのボトムアップ型の政策立案・実施・評価の仕組みに変わりつつある。

国家戦略の実施に際しては、地方政府との連携が不可欠であり、地方での政策実施を推進するためのベンチマークやレジストリーの仕組みが導入されている。具体的には、地域ごとに、認知症の人の未診断率、抗精神病薬処方率、施設入所率などの指標を政府に定期的に提出することが求められ、中央政府においては各地方の政策実施実態をデータ化して、国民に公開する仕組みがとられている。こうした取り組みにより、地方間での競争意識を高め、また、地方政府に対する市民の評価基準を提供することとなり、国家戦略の実施を後押しすることに寄与している。

