

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必要があるとあり、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わがり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。