

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

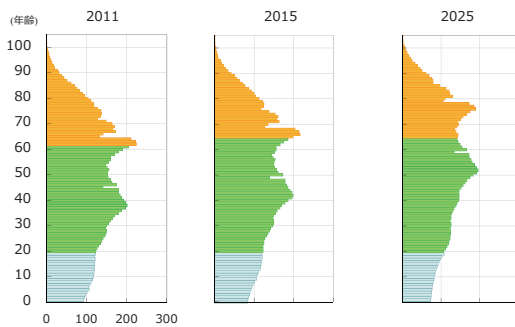
原 勝則
厚生労働省老健局長

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

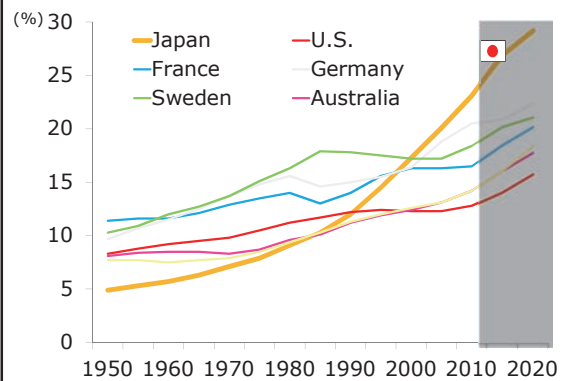
今後、団塊の世代の高齢化に伴う65歳以上人口の増加と少子化の進行により、人口ピラミッドは逆三角形型になっていく（少子高齢化）



(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-

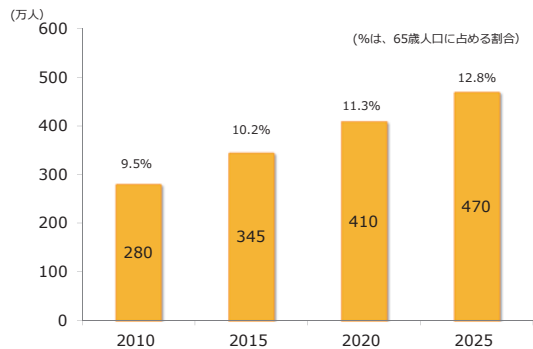
65歳以上人口の比率

日本の高齢化率は世界一となっている



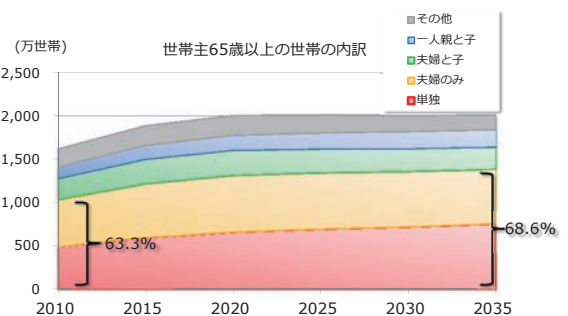
「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の高齢者数推計

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

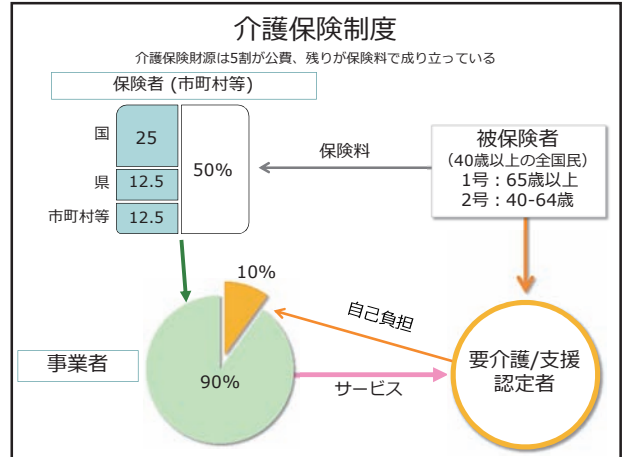


高齢者単独・夫婦世帯の増加

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

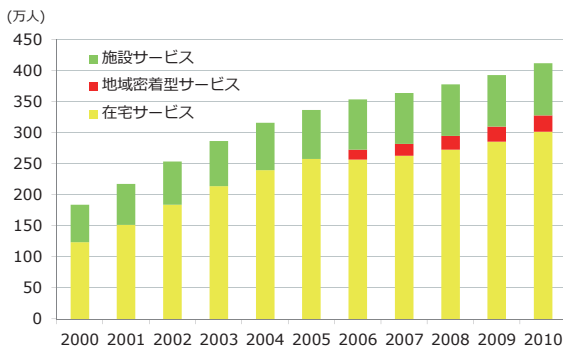


介護保険制度 (2000年～)



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.

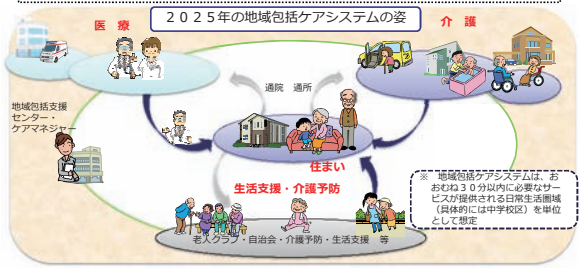
施設介護サービス
介護老人福祉施設、介護老人保健施設 etc.

介護の将来像 (地域包括ケアシステム)

○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ひの整備（国交省と連携）



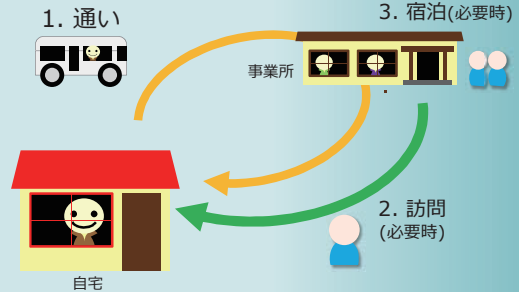
認知症施策のこれまでと現在

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

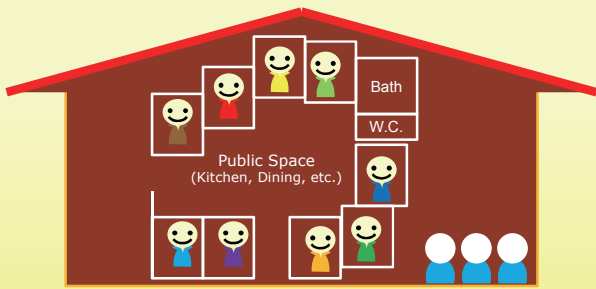
小規模多機能型居宅介護 (3,800ヶ所)

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



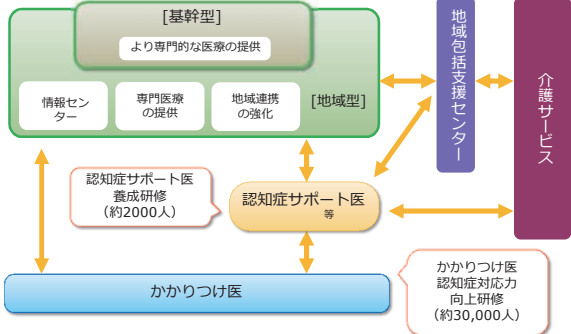
用語の変更 (2004年)

日本はそれまでの「痴呆症」という言葉を「認知症」に改めた



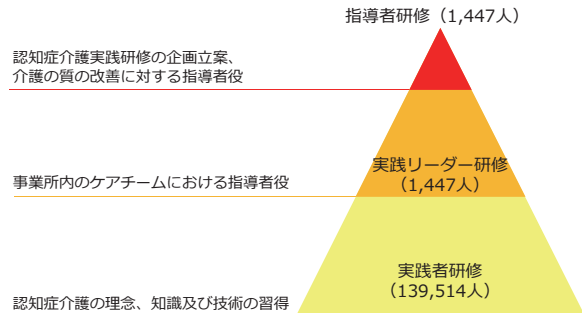
認知症の医療と関連研修

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 ～

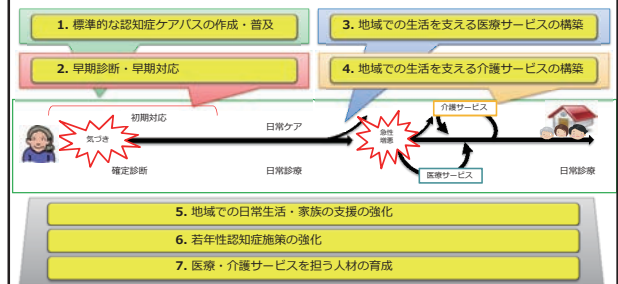
今まだ残る課題

- 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 クリニカル・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

For every £1 million in care costs for the disease:
£25,200 is spent on cancer research
£73,152 on heart disease research
£8,740 on stroke research
just £4,882 on dementia research.

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

DH Department of Health

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言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経験が支援が受けられている。
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。	私は地域と意見を分かち合っている。	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、必要に応じて死を願っている。

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

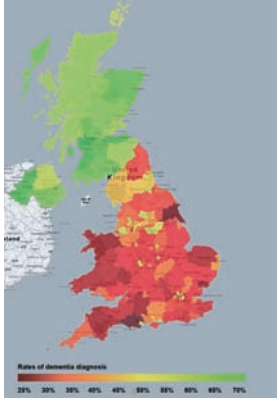
総合病院における認知症対応
介護施設における認知症対応
抗精神病薬の低減
ケアラー支援



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



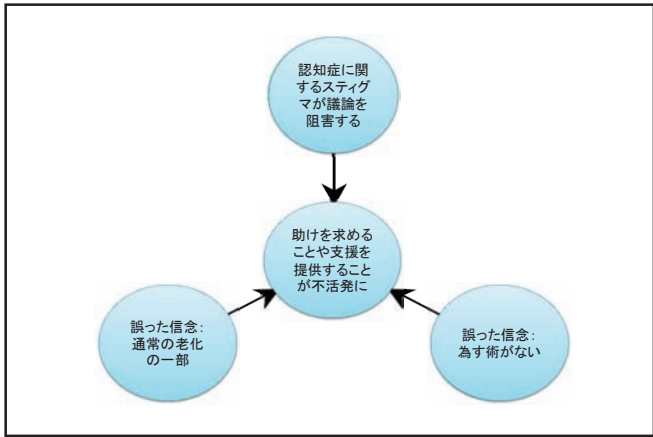
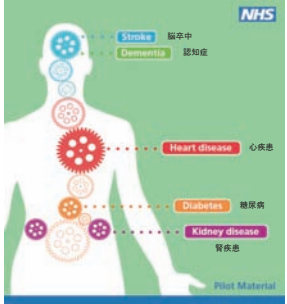
介護施設にいて、さみしく、孤立した、うつろな人々

➡

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

- 記憶検査の経過についての主観的または客観的な心配は、検閲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く有効な手段であり、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年により成功している。
- 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、地元の専門職、広域地域)は、それを推奨している。

12

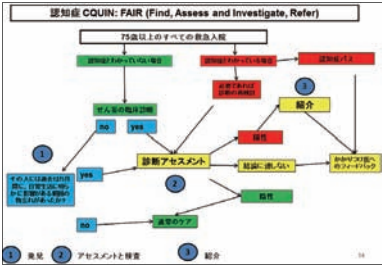
プライマリケアにおける早期診断と早期支援
 総合病院における認知症対応
 介護施設における認知症対応
 抗精神病薬の低減
 ケアラー支援



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 CQIN: FAIR (Find, Assess and Investigate, Refer)

75歳以上のすべての数値入院

1 発見 2 アセスメントと検査 3 紹介

質の向上とイノベーションのためのコミッションング(CQIN)の支払い枠組み
 Using the Commissioning for Quality and Innovation (CQIN) payment framework
 Guidance on new national goals for 2021-23

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)



Valuing People:
 A New Strategy for Learning Disability and Autism for the 21st Century

15

ウィンターボーン・ビュー病院事件

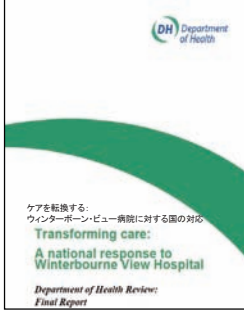
2011年5月 BBCのドキュメンタリー番組「パノラマ」が報じた全国的スキャンダル

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

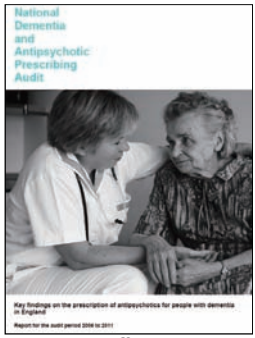


認知症の人にとっての質的アウトカム: 認知症国家戦略の作業に基づいて
 Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia Strategy

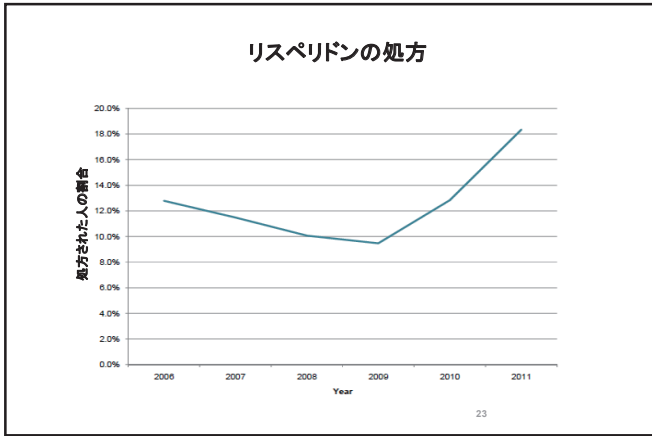
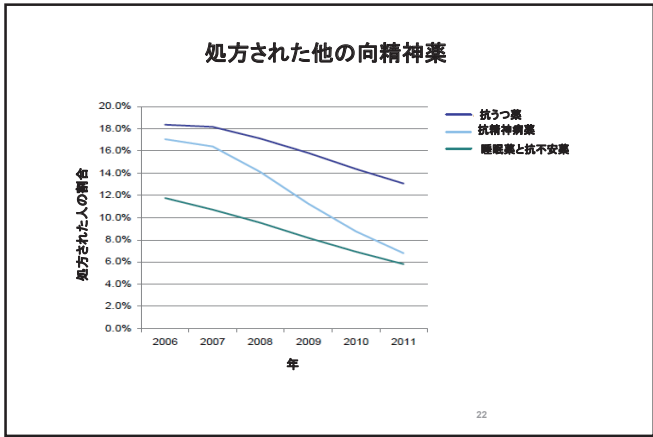
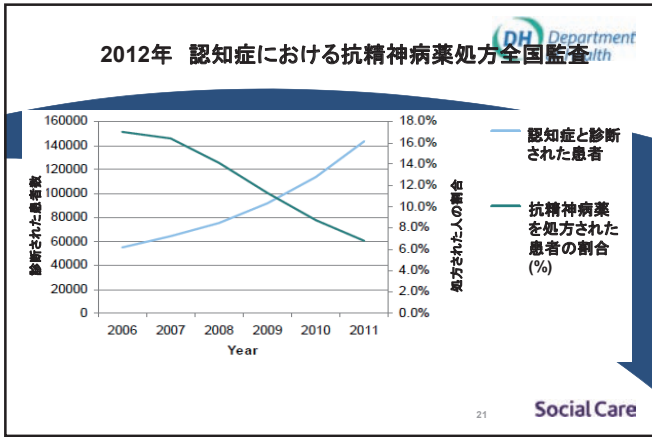
19

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は増加
 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



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

24



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

The poster features the text 'Prime Minister's challenge on dementia' and 'Delivering major improvements in dementia care and research by 2015'. It includes the Japanese text '認知症に関する首相の挑戦' and an image of several elderly people.

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

The image shows a man in a suit speaking at a podium with the Alzheimer's Society logo. The text 'Leading the fight against dementia' is visible on the podium.

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

The poster features the Alzheimer's Society logo and the text 'Dementia 2012: A national challenge'. It includes an image of an elderly couple smiling.

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

The image shows a woman presenting at a podium with the Alzheimer's Society logo. A large screen behind her displays the organization's name.

- 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が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ので、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

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%

単位:千人

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 精神病院

1990 老人ホームの広がり
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
関連疾患の計画

2008-2012 アルツハイマー及び
関連疾患の
国家計画

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

3つの目的

3つのターゲット

健康長寿に未来を

研究 健康 連携

治療 認知症の人 ケア 尊敬

疾患 認知症の人 ケアラー

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

かかりつけ医

認知症の人 ケアラー

診断告知 支援

専門医
神経内科
メモリークリニック
若年性アルツハイマー
専門センター

MAIA
ワンストップ
アセスメント
方向付け

ケア

在宅

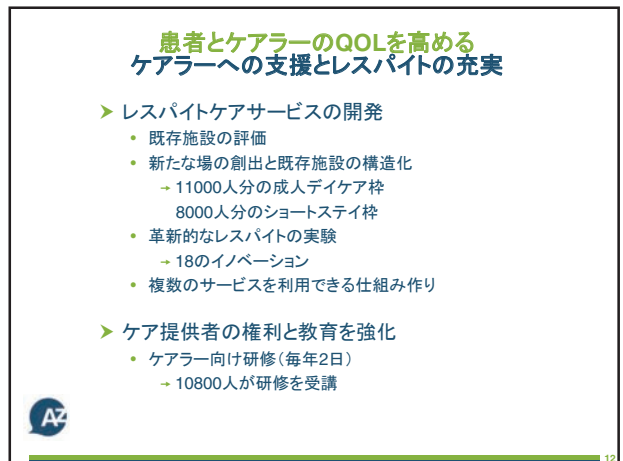
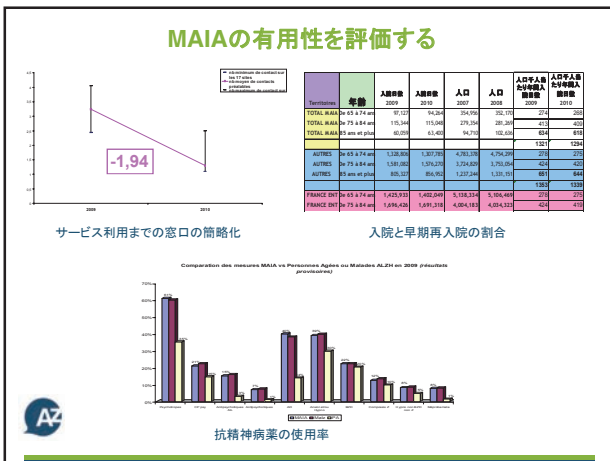
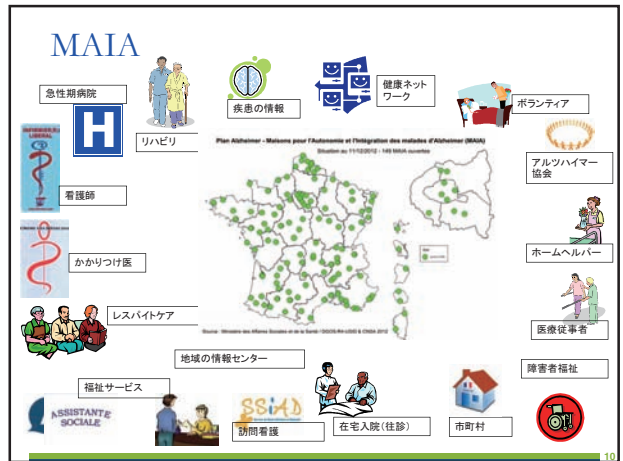
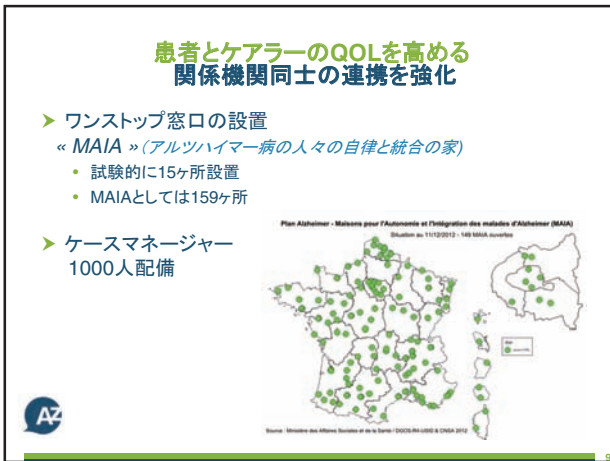
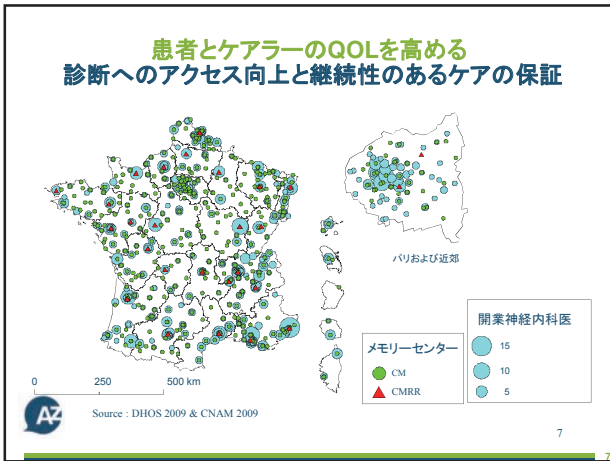
在宅リハビリテーション
レスパイトとケアラー支援

在宅外:
専門設備

専門家とケアラーの教育

病院
老人ホーム

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

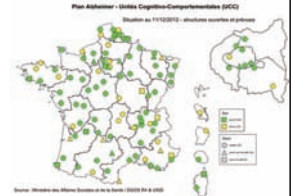
- ▶ 新たな技術で在宅支援を向上する
 - ホームオートメーションとIT技術の国家・EUプロジェクト
- ▶ 多職種訪問チームの強化
 - 試験的導入: 40 チーム
 - 現在は342 チームが稼働



13

患者とケアラーのQOLを高める 危機介入

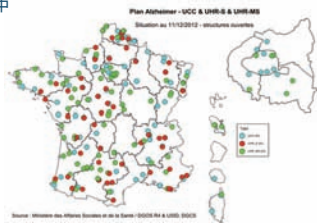
- ▶ 院内リハビリ部門に認知行動ユニット(UCC)を設置
 - 114ヶ所が計画、うち78ヶ所が稼働
 - 平均在院日数 36日
- ▶ NPI NHスコア(平均):
 - 入院時: 32.42
 - 退院時: 18.98
- ▶ 精神科への転科・転院 1%
- ▶ 在宅退院率 56%



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

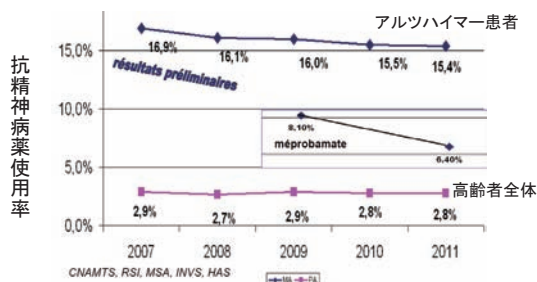
- ▶ 新たな職域:
ケースマネージャー
「ASG 老年医学専門ケアワーカー」
- ▶ 作業療法士および心理運動療法士のトレーニング
- ▶ すべてのスタッフへのトレーニング



16

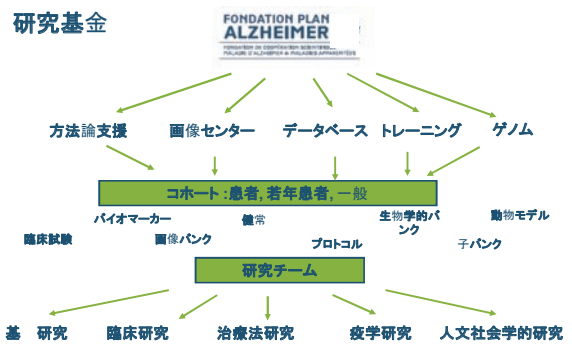
患者のQOLを測る

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 - Consolider les outils et la formation des acteurs (aspect(s) revu(s))	100%
100%	3 - Suivre le statut des acteurs	100%
100%	44 - MSA (objectif établi jusqu'à 2014)	100%
100%	6 - Établir une plateforme d'échanges à distance	100%
100%	7 - Adapter le logement par les nouvelles technologies	100%
100%	8 - Développer l'annonce et l'accompagnement	100%
100%	9 - Établir une offre de soutien de répit pour les professionnels de santé	100%
100%	10 - Créer une carte "Maison d'Alzheimer" pour les malades (objectif revu)	100%
100%	11-2013 - Créer et maintenir des comités de suivi et CASP	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%	1913 - Malades jeunes	100%
100%	20 - Valider les compétences et former les professionnels	100%
100%	21 - Créer une formation de coopération scientifique	100%
100%	22 - Créer des équipes de recherche	100%
100%	23 - Programme hospitalier de recherche clinique	100%
100%	24 - Recherche doctorale et post doctorale	100%
100%	25 - Papiers de charte de clinique assistée	100%
100%	26 - Recherche sur des approches innovantes	100%
100%	27 - Créer un réseau de recherche en neurobiologie	100%
100%	28 - Recherche sur des approches innovantes	100%
100%	29 - Créer un centre d'expertise et de traitement automatisé de l'image	100%
100%	30 - Suivi de cohortes de personnes âgées et de maladies (objectif établi)	100%
100%	31 - Étude longitudinale	100%
100%	32 - Recherche sur des modèles biologiques	100%
100%	33 - Former les professionnels à l'approche clinique (objectif revu)	100%
100%	34 - Développer les liens entre recherche publique et industrie	100%
100%	35 - Suivi épidémiologique des experts	100%
100%	36 - Numéro de téléphone unique	100%
100%	37 - Appareil informatique	100%
100%	38 - Mettre en œuvre un espace de réflexion éthique	100%
100%	39 - 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 recherche 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 19th 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。研究を進展させ、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 Total	Estimated Alzheimer's (2009)
2009	78,000	78,000
2020	131,000	131,000
2040	179,000	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



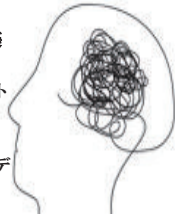
29th. January 2013 The Danish Dementia Action Plan 12

Alzheimer foreningen
Livet med demens

アクションプラン:

14の推奨事項:

- 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の推奨事項:

- 「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の推奨事項:

- 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の推奨事項:

- 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推奨事項は、
 - 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

共通の課題

alzheimer nederland

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

共通する可能性のある課題

alzheimer nederland

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

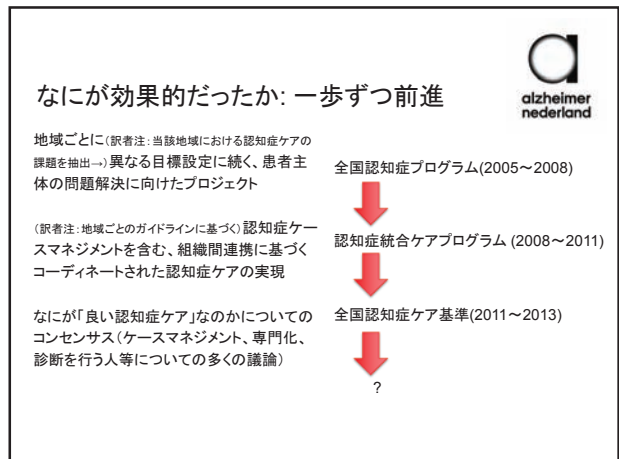
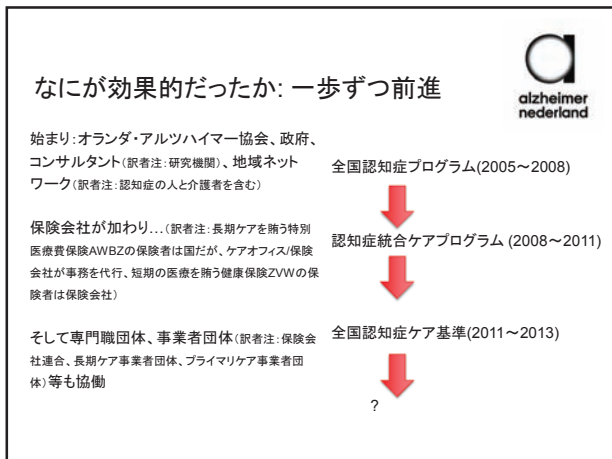
alzheimer

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:

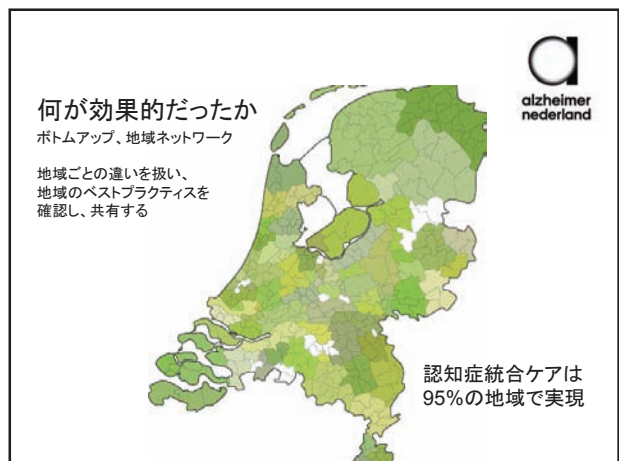
- ・ タイムリーな診断
- ・ ナーシングホームへのタイムリーな入居
- ・ 在宅での危機介入
- ・ ヘルスケア専門職間のコミュニケーション

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



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



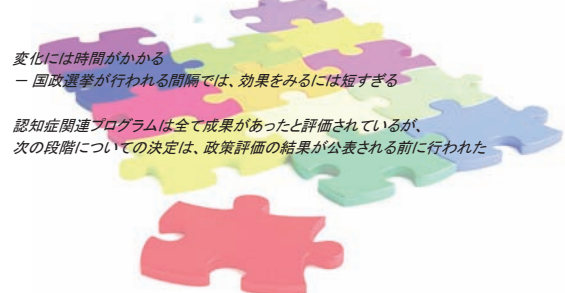
私たちの3つのパズル？



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



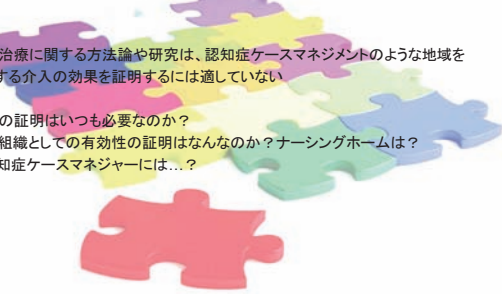
私たちの3つのパズル？



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？

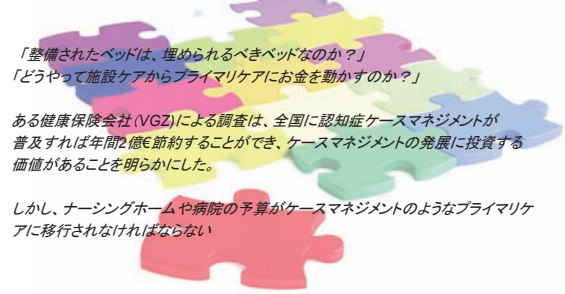


3. 施設ケアからプライマリケア（訳者注：地域ケア）への予算のつけかえは難しい

「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、とは思いません。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つかもしれません。

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。

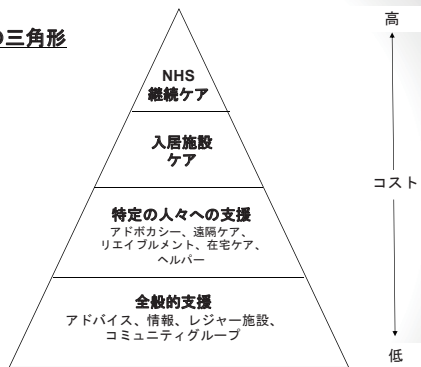
認知症の人を 地域で支える

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 の区の中の 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にあり、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、薬をもらってきたりすることです。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。

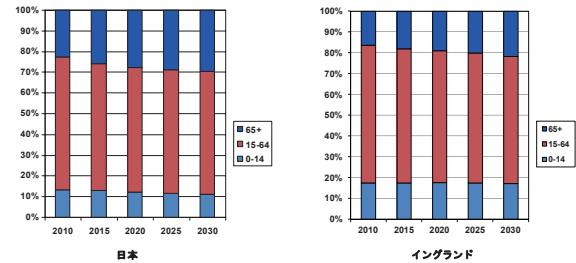
トラフォード区の取り組みは、地域住民や認知症の人たち、その介護者たちと共同でプロデュースしたものが多く、したがってお役所仕事を減らし、サービスへのアクセスがシンプルで簡便なものになっています。

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？

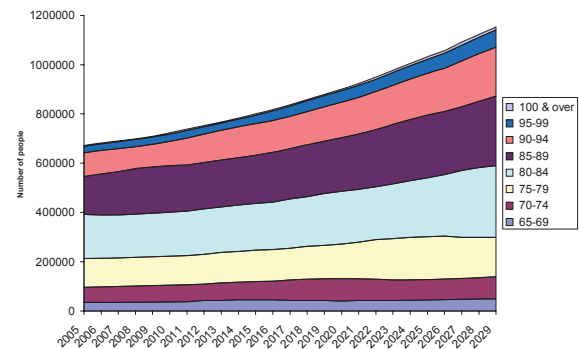
認知症の疾病費用

- 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

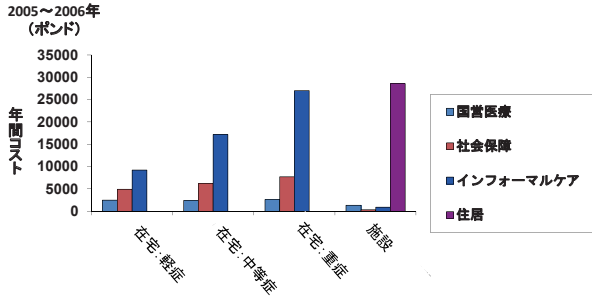
英国における認知症： 有病率と認知症の疾病費用

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

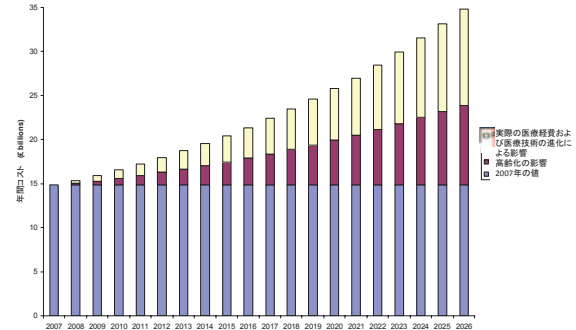
英国における認知症人数の将来予測： 2005年～2029年



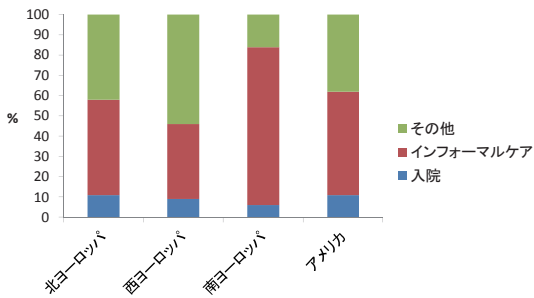
英国における認知症の年間コスト：重症度および生活の場による区分



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)

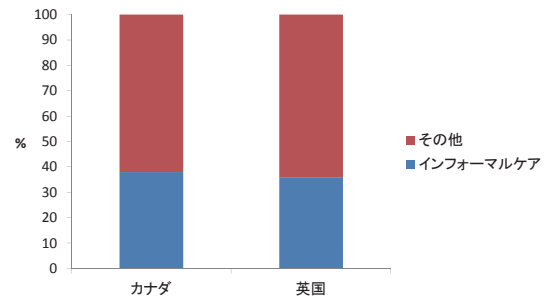


サービス費用の内訳：国際比較



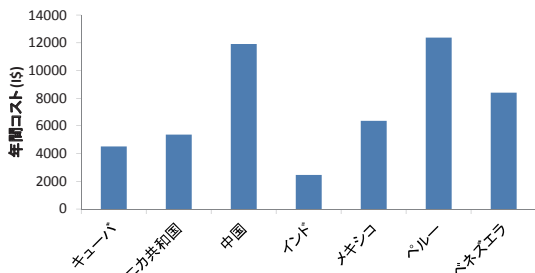
Sources: Alzheimer's Association (2012), Gustavsson et al (2010)

サービス費用の内訳：国際比較



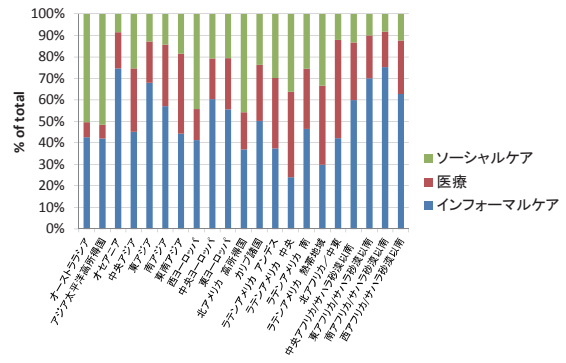
Sources: Knapp et al (2007), Alzheimer Society of Canada (2010)

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



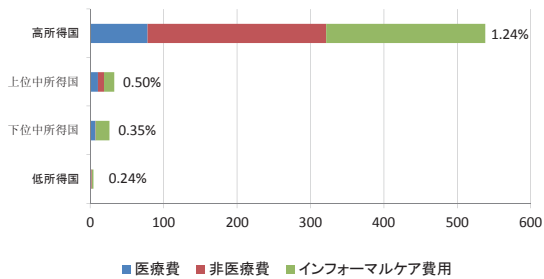
Sources: Lui (2012)

WHOによる地域区分ごとに見た認知症の費用の内訳



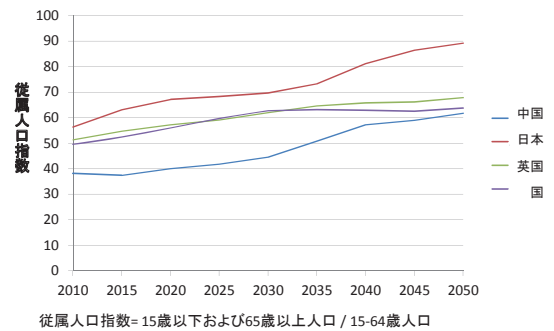
Sources: Alzheimer's Disease International (2010)

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、リバステグミン、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「最善のサポーティブケア」(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、リバステグミン)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、必ずしもケアの実践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践的であると、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ること、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聞きたいと思います。

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だ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すと、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続けるためには、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。

