

2013 Tokyo Report

認知症国家戦略に関する国際政策会議
個別課題における各国の推進状況



平成25年11月
公益財団法人東京都医学総合研究所



序

本レポートは、平成 24 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究」の一環として、公益財団法人東京都医学総合研究所の主催により、平成 25 年 1 月 30 日に開催された「認知症国家戦略に関する国際政策会議」の討議内容を編集したものである。

同会議では、イギリス、フランス、オーストラリア、オランダ、デンマークから招聘した各国の認知症国家戦略の策定に関わった専門家ら 7 名と、本事業の研究班関係者、厚生労働省ならびに東京都福祉保健局の関連政策部局関係者らによる認知症政策の個別課題に関する集中討議を行った。すでに認知症国家戦略を推し進めている各国の関係者が一堂に会して、認知症政策の重要な個別課題ごとに各国の推進状況を議論するという貴重な機会を実現することができ、その内容は、今後の我が国の認知症政策を進める上でもきわめて有益かつ示唆に富むものである。

なお同会議の前日（平成 25 年 1 月 29 日）に開催された「認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム」では各国の認知症国家戦略の概要について報告がなされた。その詳細な内容は、事業報告書の一章として東京都医学総合研究所ウェブサイト上（下記 URL）に公開済みであり、本レポートと合わせて是非ご参考にしていただければ幸いである。

(http://www.igakuken.or.jp/research/gakujutsu_syukai/g_syukai130129/pdf/03.pdf)

目次

序	i
目次	ii
会議参加者.....	iii
セッション 1 「各国における認知症のケアの流れ～地域づくり、早期診断、早期介入」.....	1
セッション 2 「統合的なケア体制の構築と強化」.....	16
セッション 3 「行動・心理症状 (BPSD) が起きた時の危機介入について」.....	30
セッション 4 「家族・ケアラー支援」.....	47
セッション 5 「認知症の倫理的問題と自己決定について」.....	61
セッション 6 「認知症国家戦略の策定と推進に関する課題」.....	70

会議参加者

海外招聘者

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	ロンドン大学キングスカレッジ 精神医学研究所 (イギリス)

厚生労働省

関山 昌人	老健局 認知症施策総合調整官
片岡 佳和	老健局 総務課長
勝又 浜子	老健局 認知症・虐待防止対策推進室長
重藤 和弘	社会援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課長

ファシリテーター

西田 淳志	公益財団法人 東京都医学総合研究所
近藤 伸介	東京大学医学部附属病院精神神経科
堀田 聡子	独立行政法人 労働政策研究・研修機構
佐渡 充洋	慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室

* 肩書は会議開催時点のものであります。

セッション1

「各国における認知症のケアの流れ～地域づくり、早期診断、早期介入」

ポイント

- 認知症の診断率はケアの提供に関わる重要な指標である。診断がなければ、いかなるサービスにもつながらない。あらゆる機会を捉えて、診断を受けることの重要性を伝えていくことを忘れてはならない。
- しかし、診断にこぎ着けるには困難がある。イギリスでは認知症の46%しか診断されていない。オーストラリアでは認知症の50～80%が診断を受けておらず、最初に症状が出てから診断に至るまで平均3年かかる。デンマークでは認知症で実際に診断を受けているのは3分の1程度、オランダでは認知症の40%が診断されていない。
- イギリスではこれまで本人や家族が家庭医を受診し、家庭医がゲートキーパーとなってアセスメントしメモリークリニックに紹介してきた。紹介件数増加のため、メモリークリニックがすべて担うのではなく、認知症に関心を持つ家庭医が診断を行って治療を開始し、メモリークリニックは特定の状況に対応する体制に移行をはかっている。
- 診断では単に認知症というだけでなく、どの型かという下位診断(sub-diagnosis)が治療にも影響し重要である。デンマークでは、医師であれば認知症か否かの診断を行うことができるが、認知症専門医でないと、正確な下位診断ができていなかった。下位診断を正しく行うには、認知症に関する専門知識が必要である。
- 早期の適時診断(timely diagnosis)の実現には、診断のためのサービス整備と啓発活動が車の両輪となる。
- 啓発キャンペーンでは、対処すべき問題があるかもしれないことに気づかせることと、診断した後には何があるのかを知らせることが大切である。診断後のことが分からなければ、受診するのは気が進まなくなる。
- 人々の集まりそうな場所を活用し、いろいろな形で情報提供することができる。そのような情報が、家庭医への相談を後押しする。
- イギリスでも家庭医が診断を行うことの困難や、人々がなかなか受診しないという問題はあるにせよ、認知症の人が家庭医を受診すること、家庭医が正しいことを行う環境整備が最も重要である。家庭医の関与、一般市民の理解を高める啓発キャンペーン、そして診断後の支援の充実、この3つが重要である。

- 国民全般に対するスクリーニングには否定的である。イギリスの公衆衛生部門による報告書では、そのようなスクリーニングに対する有益なエビデンスを認めなかった。デンマークでも、スクリーニングは偽陽性と偽陰性があまりに多く、適時診断や早期診断としてMCIを考慮すると、有効なスクリーニングを行うのは極めて難しい。フランスも国民全般のスクリーニングより、病院や家庭医がケア施設や地域で認知症の最初の症状を認識できるよう訓練することを重視する。
- イギリスの初期キャンペーンでは、「私には認知症があります。そして、人生もあります。」をキャッチコピーとした。啓発活動では、物語を伝えるナラティブなアプローチにこそ説得力がある。無味乾燥な描写は人の心を動かさない。
- イギリスでは、家庭医から専門医に紹介するガイドラインにより、むしろ状況が複雑になる。ガイドラインは賛否が分かれ対立するのが常である。そのためにも家庭医と専門医が各地域で話し合いの機会を持つよう奨励する。すべてを1つの基準にあてはめるより、各地域で話し合うことがとても大切である。基準の必要性があっても、全国基準は必要最低限の簡易なものとし、各地域の医師らがそれぞれ臨床的判断などを加えていくようにするのがよい。

近藤：では、始めます。このセッションでは、地域で認知症になった方をどうやって早期発見（early detection）し、早期診断（early diagnosis）につなげるのか。そして、初期診断の場面では一体、何をしているのか、初期診断に必要なものは何かについて、お話を聞きたいと思います。イギリスの Burnsさんから、お願いします。

認知症の診断の意義

Burns：まず、イギリスでは46%の人しか認知症と診断されていません。従って、我々にとって、診断率はケアの提供に関わる非常に重要な指標だと思っています。診断がなければ、何のサービスにもつながっていかないからです。

あらゆる機会を捉えて、診断を受けることの重要性を伝えていくことを忘れてはなりません。なぜ診断が必要なのかと誰かに尋ねられた聞かれたときに、診断を受けることで次につながり、将来に備えて計画を立てるチャンスになること、また、本当は認知症ではないのに、物忘れを心配して認知症ではないかと恐れている人にとっても診断は有用であることを、きちんと伝えられることが非常に重要です。

診断は、抗アルツハイマー病薬や社会的支援など、適切な治療や支援にもつながります。経済的にも意味があります。早期診断によって危機（クライシス）を予防し、施設入所や

入院を防ぐことができるからです。ですから、診断名が何かを知ることが、必ず助けになると思います。患者さんと家族が何を求めているかをしっかりと把握することが大切です。実際、私のクリニックでは、診断を伝えた時に、患者さんやケアラーから「そのような診断は聞きたくなかった」と言われたことはありません。

社会的支援体制の整備が急務

Burns : また、イギリスでは GP (家庭医) がゲートキーパーとなってアセスメントにつなげていきます。ですから、本人や家族が GP を受診し、GP からメモリークリニックに紹介されることがよくあります。フランスと同様、イギリス全土にあるメモリークリニックに紹介され、様々な検査を行い、社会的支援が開始されるという流れです。

正直なところ、イギリスの社会的支援体制は、あるべき姿にまで発達しているとはいえません。ですから、「打つべき手がないのに、診断する意味が一体どこにあるのか」と問われることがあります。この、十分な社会的支援がないという非難はとても重要であり、我々も改善したいと考えています。社会的支援が整えば、認知症の人たちを自宅で支援できるようになるでしょう。現在、看護師に対するさまざまな支援に着手しており、なんらかの実践的な支援を行うことができるようになった看護師を「認知症アドバイザー」と呼んでいます。

それから、診断率の向上について最後に一言。我々はこれまでの方法を変えていく必要があると考えています。というのは、紹介件数の増加にメモリークリニックが追いつかなくなるからです。ですから、メモリークリニックがすべてを担うのではなく、認知症に特に関心を持っている GP が診断を行って治療を開始し、メモリークリニックは特定の状況に対応する、という態勢に移行しようとしています。

近藤 : ありがとうございます。ではフランスの Lavallart さん、お願いします。

全国どこでも適時診断を受けられるようにすること

Lavallart : フランスでは、我々は何を求めているのか、という問いが最初にあります。つまり、早期診断・スクリーニングか適時診断なのか、これは政策決定を行う上で非常に重要な問いです。軽度認知障害 (MCI) は議論が分かれますが、フランスの政策関係者にとって最も重要なことは、全国どこにいても適時診断を受けられるようにすることです。イギリスと同様、フランスでも GP はゲートキーパーの役割を担っています。ただし、大きな違いは、フランスの GP はイギリスの GP よりも自由である点です。

まず GP があり、メモリークリニックがあり、病院内には外来のメモリーユニットもあります。いずれも同様に診断を行う、自由なシステムです。病院で認知症を診るのは神経内科医や老年科医、精神科医です。その第 1 の役割は、専門性を持って認知症などの障害の

診断を行うことです。第 2 の役割は、診断を本人と家族に伝えること。第 3 にアセスメントの結果をはっきりと伝えること、第 4 に本人の理解度を評価し、本人の疑問に答えること、第 5 は GP と話をして関係を構築し、関係者とともに地域で認知症をマネジメントしていくことです。そして、詳しくは後ほどお話しますが、我々のケアパスには MAIA というシステムがあります。

また、大学病院には、Memory Resource and Research Center と呼ばれる 2 次レベルのメモリーユニットもあります。欧州ではエキスパート・センターとも呼ばれています。一般病院のメモリーユニットと同じ役割を担っていますが、ほかに臨床研究、大学での教育研修の実施、一般病院のメモリーユニットと協力して、地域サービス提供の牽引役も果たしています。

もう 1 つ、重要な役割としてデータ収集があります。すべてのメモリーセンターおよび専門医から共通のデータを収集し、フォローアップをしていくことが重要です。現在、全国データバンクが整備されており、研究者にとっては大変に興味深いものとなっています。

近藤: ありがとうございます。それでは、オーストラリアの de Burgh さん、お願いします。

診断を家族支援の出発点にすること

de Burgh: 3 点申し上げます。まず、第 1 に重要なのは、やはり認知症の診断を行うことです。診断があつてケアが始まる、プロセス全体の根本にあるからです。しかし、診断に漕ぎ着けるのは非常に困難で、オーストラリアでもやはり認知症の人の 50~80% が診断を受けておらず、最初に認知症の症状が出てから診断に至るまでに、平均で 3 年かかっていると言われています。

そして、認知症の人の数が増えているにも関わらず、GP が診る認知症の新規症例は週 1~2 例に過ぎないことから、GP にとって重要な問題にはならず、「日々の診療の中で大した問題ではないから、別に認知症の診断方法を知る必要はない」と言われてしまう可能性が常にあります。

また、診断と同様に重要なのは、診断直後の早期介入です。認知症の人にとっても介護するご家族にとっても、それまでの 3 年間ずっと、妻や夫、あるいは母や父に何か起きていたと感じていて、ずっとその変化を心配してきた人たちにとって、誰かがはっきりと「確かに変化が起きていますね。あなたのお父さんは認知症です」と言うことは、ある種の安心になりえます。そこから支援サービスにつながるからです。

例えばケアラー支援でカウンセリングを行うと、妻がこんなふうにいる、でもそんな経験をしているのは自分ひとりではない、他にも同じような経験をしている人たちがいて、彼らの経験から得るものがあると知ることができます。診断はこのような様々なサービスにアクセスする糸口になります。

GPによる認知症診断の促進策

de Burgh : もちろんオーストラリアでも、まだまだやるべきことがたくさんあります。フランスと同様、早期診断というよりも適時診断の重要性について言われています。我々が行っている方策の中に面白いものがありますので、2つ、ご紹介します。

1つは、国レベルでケアパスを作成しているのですが、これをテンプレートのようなものとして、それぞれの地域性に合わせて、名前や施設などの連絡先、近くにあるメモリークリニックの情報などを具体的に入れ込み、それぞれの地域のケアパスを作っていくようにしたいと考えています。

もう1つは、GPによる認知症診断を促進するための政府助成金制度が色々あるのですが、あまり活用する機会がなく存在を知らないGPが大半です。そのため、GPは認知症の診断には時間がかかるのに、それに見合う報酬が得られないと思込み、診断の障壁となっている面もあります。

ですから、知らないだけで、実は活用できるリソースはすでに数多く存在することを教育すべく、取り組んでいます。新しいサービスをつくるわけではなく、既に存在するものを知らせようというだけです。それほど多くの費用も掛かりません。

近藤 : ありがとうございます。ではデンマークのNissenさん、お願いします。

GPによる早期診断を促す啓発キャンペーン

Nissen : デンマークにおいても、オーストラリア、フランス、イングランドとよく似た問題があります。やはり認知症を持つ人たちの中で、実際に診断を受けているのは、3分の1程度なのです。また、診断といえば単に認知症かどうかだけではなく、どの型かという診断も含まれます。

我々は政府に対して、早期発見・早期診断の啓発にもっと力を入れるよう説得し、診断の大切さを知らせるキャンペーンが今春から始まります。デンマーク・アルツハイマー協会は、診断に対するGPの姿勢に大きな問題があると考えており、キャンペーンもGPの役割に焦点をあてています。

GPは、診断のために追加的な評価が必要かどうかを決めるキーパーソンですから、重要な存在です。もし記憶力が衰えているといった問題に気づいてGPを受診しても、訴えや不安にしっかりと耳を貸さず、年のせいだとかストレスのせいだとか、「疲れているだけですよ」などと言われてしまうと、そこから先は何も進まなくなってしまう。そして、1人で恐怖と闘い続けなければならないのです。どうしてこんな症状が出るのか、なぜ覚えていられないのか、どうして混乱してしまうのか、どうして気分が落ち込むのか、というふうに。

多くの場合、GPも本人も周囲の人も、最初はストレスやうつ病だと思って、抗うつ薬などで治療を開始してしまいます。しかし、抗うつ薬では認知症の人の役には立ちません。

何ヵ月間も間違った治療を続けた後、ようやくうつではないらしいと気づき、本当の診断と治療開始が遅れてしまいます。ですから、GPの役割は極めて重要なのです。

ただ、GPの会合でこの問題を話すとなると、いっそう困難です。というのは、デンマークでは毎年、全国からGPが集まる会議が開催されていて、我々も何度も参加しています。2年前の会議では、我々は認知症や診断の問題について関心のあるGPが誰でも参加できるセミナーを開きました。我々は認知症に関する電話相談を行っているのですが、相談の10件に1件は、認知症の症状を訴えても、GPは分かってくれないというものです。我々は相談1件ごとに簡単なメモをつくり、データベースに入力していますので、GPがどのように答えたのかという例をセミナーで紹介しました。ところが、私の発表を聞き、スライドを見ていたGPたちは、私に対して怒り始めたのです。同じGPが患者に誤った答えを言ったからではなく、私が問題を指摘したからです。あまりにも紛糾したので、我々は発表を中止に追い込まれてしまいました。

イギリスでは、GPが認知症の診断を拒否する理由について研究が行われていて、確かBurnsさんからお聞きしたと思いますが、年齢の高いGPほど認知症の診断が難しいようです。デンマークもイギリスでも、おそらく心理的な問題が原因だろうと思いますが、これは1つの大変重要な点です。

診断の精度が必ずしも高くない

Nissen : 診断的評価の重要性を医師が認識したとして、次に重要なのは、その評価を正しく行ってもらうことです。扱っている問題をきちんと理解している人に評価してもらわなければなりません。ある研究によると、デンマークの病院や診療所などで認知症の診断を受けた人の14%が、実は全く認知症ではありませんでした。つまり7人に1人は、認知症と診断されたけれども、結局、いろいろと調べてみたら、それ以外の病気だったということが分かったのです。

正しい下位診断を行うには、認知症に関する専門知識が必要です。デンマークでは医師であれば誰でも認知症か否かの診断を行うことができますが、認知症専門医でない医師では、正確な下位診断がまったくできていません。

したがって、認知症の下位診断について知識と経験に豊んだ適格な医師が重要になります。下位診断が正しくなければ、その後の治療にも影響するからです。異なる型の認知症には効かない薬もあります。ですから、正しい診断を行うには認知症のエキスペートが必要なのです。

近藤 : ありがとうございます。Meerveldさんにオランダの状況について、地域でどのように患者さんを発見し、どう医療につながるのかについて、お聞かせ頂ければと思います。

下位診断・フォローアップ・啓発

Meerveld : オランダの状況も、イギリスやデンマークにとってもよく似ています。同じ話は繰り返さず、コメントを追加したいと思います。よく訓練された、よい GP の重要性については、下位診断を行うという点からも、私も賛成です。認知症の型によって行動が異なりますし、ケアラーが行うべき接し方も変わってきます。ですから、あなたの大切な人に適切に接してくださいと説明するためには、どのタイプの認知症なのかを知っておく必要があります。

オランダでは、認知症の方の 40% が診断されていないといわれています。これは比較的、高い方なのですが、適時診断は認知症に関する国家基準が定めた 11 項目の指標の 1 つです。そして、2012 年には統合ケアを提供しているすべての地域で調査を行い、各地域の診断率が明らかになりました。他の地域よりも非常に診断率の低い地域があることが分かり、大きな議論が起きました。これを踏まえて、改善を図っていかうとしています。

また、診断後のフォローアップも非常に大切です。オランダでは、ケースマネジャーが診断後の支援などフォローアップを調整します。多くの地域では、ケースマネジャーが認知症の診断にも関わっています。これがケースマネジャーの非常に重要な役割です。

アルツハイマー協会は認知症の人とケアラーの権利擁護者（アドボケイター）であり、医療や介護の専門職とは異なる役割を担っています。その 1 つが啓発です。我々は毎年、啓発キャンペーンを行っています。これはおそらく日本のアルツハイマー協会にとっても重要な役割ではないかと思います。

また、オランダ・アルツハイマー協会は、非常に強力で大きな組織力を持つ国内の高齢者団体に協働を呼びかけています。自らが認知症になったとき、あるいは家族が認知症になったときに対応できるよう、高齢者に対しても啓発していくことは大切だからです。以上、指標としての適時診断、診断後のフォローアップ、啓発、そして、特に診断におけるケースマネジャーの役割という 4 点について、コメントをさせていただきました。

近藤 : それでは Higgins さん、イギリスの地域における視点から、発見と診断についてお聞かせください。

啓発活動にはボランティアの活用も

Higgins : はい。早期の適時診断の重要性については今、皆さんが話された通りですが、そのためには受診が必要です。ですから、本当に適時の診断率を上げるためには、Meerveld さんもおっしゃった通り、どこに行き、何をすればよいのかを高齢者に知らせること、啓発が必要だと思います。

コミュニティとしては、特にボランティアセクターが大きな役割を果たしうると思います。多くの高齢者はあまり医者にかかりません。特に、若いころからずっと健康で元気に過ごしてきた方はめったに受診しません。病気が重くなってから、ようやく受診しようか

と考え始めます。イギリスでは男性にその傾向が強いようです。

ですから、啓発キャンペーンを行って、対処すべき問題があるかもしれないと気づかせること、そして診断された後は何があるのかを知らせることが大切です。診断後のことが分からなければ、やはり受診するのは気が進まないだろうと思います。

ボランティアセクターが図書館や人々が集まりそうな場所を活用して、いろいろな形で情報提供することが可能だと思います。そのような場所に行った時に情報を拾うことで、GPを受診して相談できるよう後押しすることが大切です。

このように、早期の適時診断を実現するためには、診断のためのサービス整備と啓発活動は車の両輪であると思います。

近藤： それでは McCrone さん、お願いします。

早期介入は費用対効果が高い

McCrone： 詳しくは後のセッションでお話しますが、経済面の議論をするにはまず、臨床面の議論が必要です。つまり、早期介入が臨床的に適切であり、患者さんに便益があるのか。何が臨床的に適切であるのかが確立されて初めて、経済面の議論を始めることができるのです。

皆さんがおっしゃったように、早期介入の便益を示す優れたエビデンスもありますし、臨床的に適切だろうと考えられます。次に、それでは早期介入のコストはいくらかを問う必要が出てきます。なぜなら、他の目的にも使いうる投資を早期介入に充てることになるからです。

つまり、投資を行うサービスの費用対効果を検討することが必要になります。早期介入サービス構築のためのコストはいくらで、それは費用対効果が高いのか。もし追加資金が必要であるとすれば、代わりに、現在か将来において、システム全体のどこか他の部分を削減できるのか。あるいはコストが増えたとしても、それに見合うだけのアウトカム改善が見込めるのか。こうした経済的な観点からの評価が必要であると思います。

昨日少し触れましたが、イギリスで行ったモデル事業では、早期介入サービスによって確かに費用対効果が上がることを示すエビデンスがあります。最初に追加資金の投入が必要ですが、施設入所を遅らせることができるため、施設ケアのコストが圧縮され、当初の資金増が相殺されたのです。ですから、早期介入によって長期的にはコスト削減につながるということです。

早期介入により診断が早まる訳ですから、サービスへのアクセスが高まり、早期のサービス利用が増えますが、施設入所や入院を遅らせることによって、コスト削減ができるようです。さらに、QOL の改善も示されています。先のモデル事業では、追加資金だけに着目したとしても、QOL 改善によってサービスの費用対効果が裏付けられることが示されています。

今後、未診断・未介入による影響評価が必要

McCrone : まだ得られていないのは、認知症が診断されず、放置されている間に何が起きるのか、という情報です。この情報は、エビデンスを得るうえで極めて有用です。精神疾患の分野では未治療期間に注目して、その間に何が起きるのかを検討し始めています。ですから、認知症についても、この点を検討してみるとよいかもしれません。診断されていない間に本人には何が起きていて、家族には何が起きているのか。家族にとっては嵐に見舞われたような時期なのか。まだ十分に若くて仕事を続けられる年齢なのに、認知症のために仕事を続けられなくなっているのではないか。こういったことも、広い意味での経済的影響やケア提供を考える際に考慮すべきかもしれません。

近藤 : 医療経済は出発点ではなくて、あくまで当事者のウェルビーイングがあって、その後に医療経済があるという、非常に意義深いお話をありがとうございました。

今、皆さんから一通りお話を頂いた中で、早期診断は重要だけれども、実際には未受療、未診断の方たちがたくさんおられる。これらに対する工夫として、啓発、ボランティア部門の活動、フランスではスクリーニングというお話がありました。

そこで、Lavallart さんにスクリーニングについてお伺いしたいのですが、フランスでは、受診されていない方に対しても発見する手段を講じられているのでしょうか。

早期発見のためにスクリーニングは必要か

Lavallart : 国民全般に対してスクリーニングを行っている訳ではなく、病院のほか、リベラルナースや GP がケア施設や地域でスクリーニングを行います。ですから、彼らが認知症の最初の症状を認識できるよう訓練することが重要です。早期診断や適時診断において、その次に重要なのは若年性認知症の問題です。とはいえ、若年性認知症の人のために大きな組織を動かす必要はありません。この問題に対応できる、答えを持っていることが重要なのです。フランスでは、例えば、若年性認知症について特別な訓練を受けた医師は、全国で 25 人、ソーシャルワーカーも 25 人います。誤診など社会・心理学的なインパクトが大きい問題ですから、若年性認知症にしっかり取り組むことも非常に重要です。

Burns : 我々もスクリーニングは行っていません。イギリスの公衆衛生部門が出した報告書ではスクリーニングに対するエビデンスはありませんし、我々の考えも一致しています。考えるべきは 3 点あると思います。つまり、物忘れについて質問すること、認知症の診断を行うこと、アルツハイマー病のスクリーニングです。物忘れについて質問することは、医師であれ看護師であれ作業療法士であれ、正当な臨床活動であると思います。認知症の診断も、行うべきだというのが私の考えです。そして、スクリーニングは行いませんが、症例を発見する (case finding) 努力はします。

GP が関与しやすい環境整備が大切

Burns：適時診断（timely diagnosis）は、早期診断(early diagnosis)よりも正しい表現ですし、我々も今は適時診断の方を使っています。早期かつ適時の診断であるべきではないかという人もいますが、適切なタイミングで診断を行うという認識が重要だと思います。例えば、診断を受けていない人も含めて、入所施設の入所者の 3 分の 2 は認知症です。早期ではなくても、入所施設の入所者に認知症の診断を行うことで、事前ケア計画（advanced care planning）がたてられ、ケアの改善につなげることができます。

と言っても、施設に入所している人に MRI を行うべきだと言っているではありません。それは臨床的に適切だとはまったく言えません。しかし、診断することは重要で、早期ではない人でも診断は行うべきだと思います。

そこで、大事だと思われる点を 3 つ挙げます。1 つ目は、GP の関与です。GP は、行政や行政顧問から指示されることに対して抵抗感を示していますが、認知症の人が GP を受診すること、そして GP が正しいことを行うための環境を整えることが最も重要だと思います。先ほど言われた通り、GP が診断を行うことの困難や、人々もなかなか受診しないという問題はありますが、GP が正しいことを行うよう環境を整えることが大切であり、それは実際に可能であると思います。

ケーススタディの活用も重要です。昨日の Higgins さんの講演にもありましたが、実際、我々はかなりのケーススタディを活用してきました。分かりやすく、説得力があるからです。ですから、GP の関与、一般市民の理解を高める啓発キャンペーン、そして診断後の支援の充実、この 3 つが非常に重要だと思います。

近藤：ありがとうございます。ここで日本の厚生労働省からのご質問をまとめてお受けしたいと思います。

関山：日本には GP という制度がないため、開業医と高度な医療機関のどちらでも、紹介なしに受診することができます。アクセスがよいという面では、ご自身が何らかの異常に気づけば、適切な診断・治療に結びつく可能性があります。一方、ご自身が異常に気づかなければ、早期受診には至りません。ですから、皆さまがおっしゃった通り、啓発活動は重要であると思います。しかし、今後、日本では高齢者の 3 人に 1 人は独居になると見込まれています。その場合、啓発活動の効果にも一定の限界が出るとは思われますが、各国ではどのような対応を取られるのか、お聞かせ願えますか。

勝又：メモリークリニックの基準についてお聞かせください。日本には認知症疾患医療センターというものがありまして、専門医がいて、入院ができるのですが、メモリークリニックは、診療所みたいなどころでもやっておられるのでしょうか。また、初期集中支援チ

ームというものがイギリスではつくられていて、それが効果を上げていると聞いていますが、具体的に初期集中支援チームの対応状況について教えて頂きたいと思います。

重藤：2点、質問があります。1点は、GPから専門の医療機関への紹介基準がありましたら、その内容を教えて頂きたい。もう1点は、専門病院に送られたときの治療内容で標準的なものがあれば、それはどのようなものでしょうか。日本では開業医が抗認知症薬をかなり一般的に処方していますが、そのような薬物療法のアクセスといいますか、活用の基準の有無を含めて、教えて頂きたいと思います。

堀田：診断の在り方について、私からも1点、お伺いします。皆さまは、診断とともに直ちに必要な支援が提供されることが重要だとおっしゃいました。つまり、テストや画像等の検査で診断し、診断名を伝えて終わるのではなくて、今後の見通しの説明とともに、治療・介護・家族を含めて必要な支援がパッケージで直ちに提供される、ということが重要なのだと思います。

では、そのための診断とは具体的にどのようなものか。病院で画像検査を行うのか、それとも自宅を訪問して、さまざまな職種の人が暮らしのなかで行っているものなのか。直ちに必要な支援につなげるために、どのような診断を行っていらっしゃるのかをお聞きかせください。

西田：先ほどのご質問に対して、少し補足させてください。イギリスにはメモリーサービスを普及させていくという、非常に大事な国家戦略があります。診断後の支援と一緒にこのサービスを提供していくことが非常に重要です。それから、チームでアセスメント、診断をしていくという要素がメモリーサービスの推奨基準に入っています。クロイドンのメモリーサービスなどは非常によいモデルとして成果を上げておられて、初期集中支援チームについてのご質問は、そういうメモリーサービスの機能についてだと思います。

近藤：では、Burnsさんから順に、お話しください。

I have dementia. I also have a life.

Burns：できるだけ頑張って答えたいと思います。まず、啓発についてですが、物語を伝えること、ナラティブなアプローチにこそ説得力があると思います。認知症に関する無味乾燥な描写では人の心は動きません。我々が行った初期のキャンペーンのキャッチコピーは、「私には認知症があります。そして、人生もあります (I have dementia. I also have a life.)」というものでした。リアルに感じられることがとても重要だと思います。

それから、メモリークリニックのサービスですが、クロイドン・メモリークリニックは非常に説得力のある、優れた見本です。英国王立精神医学会によるメモリーサービス国家

認証プログラム（Memory Services National Accreditation Programme: MSNAP）というものがあります。このプログラムでは、すべてのメモリークリニックが登録して、その定める基準を満たすことを目標としています。アセスメント開始までの期間、アセスメントの内容などに関する基準で、MSNAP のウェブサイトに掲載されていますので、ご覧頂ければ参考になるかもしれません。

診断基準の有無についてのご質問ですが、臨床活動の一環として行っていますので、明確な診断基準はありません。National Institute for Health and Clinical Excellence（NICE）からガイドラインは出ていますが、臨床判断というものはガイドラインに従いさえすればうまくいくものではありません。ただ、デンマークでは認知症と診断された人のうち 14%は誤診であるというお話があったのは、気になることです。

支援に関しては、様々な支援がたくさんあって、その地域で提供されている支援が一覧できる A4 の紙を、認知症と診断された人に、さっと渡すことができるようになると素晴らしいと思います。

デンマーク・アルツハイマー協会の取り組み

Nissen：私が補足できる点についてご説明します。デンマーク・アルツハイマー協会としては、スクリーニングに反対です。偽陽性・偽陰性があまりにも多く出てしまうからです。特に適時診断や早期診断として MCI を考慮するとなると、有効なスクリーニングを行うのは極めて難しいと思います。

協会としてはむしろ他の活動を支援しています。例えば、疾病マネジメントプログラムのハンドブックがあります。ここには、初期段階の発見から終末期段階まで、認知症の人たちのために、誰が何をやっているのか、どういう責任を持っているのか、重要なポイントは何かを記載しています。デンマーク国内の地域別に作成しており、ウェブサイトからプリントアウトすることができます。

この地域のハンドブックには、ソーシャルワーカーやヘルスワーカーの地域における役割について記載されています。特に高齢者と接する人が注目すべき「アルツハイマー病の 10 の徴候」が書かれています。これはデンマーク・アルツハイマー協会のウェブサイトにはデンマーク語で、オランダ・アルツハイマー協会のウェブサイトにはオランダ語で書かれています。オーストラリアのサイトにもアメリカのサイトにもあります。どの国でもほぼ同じ 10 の徴候が書かれています。

もう 1 つ、彼らが知っておくべきことは、認知症と間違われがちな疾患です。例えばせん妄の徴候を認めた場合に、その人にアプローチして、GP への受診を勧め、予約を入れることもできます。これも非常に重要なステップだと思います。

また、メモリークリニックの組織についても詳しく説明しています。デンマークには非常によいメモリークリニックがあり、さまざまな形で受診できます。重要なのは診断であり、層別化システムです。GP には一定の役割がありますが、診断がつかない場合など、専

門医や専門クリニックに紹介します。これが層別化システムです。

診断基準もさまざまありますので、どの基準を用いるべきなのか、診断を行う際に用いるべき検査にはどのようなものがあるのかについても、これらのパンフレットで説明しています。診断方法も標準化が進んでいます。

診断されると、どうなるのでしょうか。一人ひとりの状態に応じて層別化し、それに基づくケアパスが作られます。GPのもとに戻る人もいれば、さらに専門的な検査を受ける人もいます。このように、診断後の介入における層別化は非常に大切です。

看護師やケースマネジャーが自宅を訪問して診断を行うことも

Meerveld : オランダには、GP と専門医それぞれのガイドラインがあります。外部の人間が医師に指示することはできないので、彼ら自身が作成したガイドラインです。ただ、誰が診断すべきかについては意見が分かれています。GP から専門医への紹介基準についてもコンセンサスが得られていません。私はその板挟みになっているのですが、国のモットーは「可能な限りシンプルに、必要なときには専門家に頼る」です。

例えば、GP は自宅から近く、自分のことをよく知っていて、自分に関する情報の入ったデータベースもありますから、診断が可能であれば GP を受診するのがよいです。でも、恥ずかしいなどの理由で受診しない人については、GP は時折データベースを確認して、認知症になっている可能性が高いと思われる人たちに積極的にコンタクトをとることをプロトコールで決めています。

重要な点ですが、国の基準では、GP を受診した人だけが診断を受けられる訳ではありません。GP の依頼を受けて、看護師やプライマリヘルス・ナース、ケースマネジャーがその人の自宅を訪問し、自宅での状態を確認して診断することもあります。自宅での様子を見ることはとても重要です。

誤診についてはオランダでも今、問題になっています。診断が増えれば誤診も増えます。ですから、メモリークリニックという専門機関がとても重要なのです。我々、アルツハイマー協会はメモリークリニックに対して、この問題を解決するのはあなた方の役割ですよ、と話しています。

認知症のイメージを変えるキャンペーン

Higgins : 啓発キャンペーンについてお話します。啓発するには、認知症の人について明るく前向きな話題を見つけて、受診を後押しするようなキャンペーンを展開することがとても大切だと思います。

東京はオリンピック開催地に立候補していると聞きました。ご存知の通り、去年はロンドンでオリンピックを開催しました。私の勤めていたトラフォード区はマンチェスター・ユナイテッドの本拠地で、オリンピックではサッカーの試合がマンチェスター・ユナイテッドのスタジアムで行われましたので、区としても様々なイベントに協力しました。例え

ば、大会に並行して **Cultural Olympiad** というイベントが開催され、高齢者や認知症の人たちも合唱団で歌ったり、ダンスをしたりして、参加しました。

オリンピック開催が決まれば、行政は多くのボランティアを集めてイベントに参加させることになると思います。東京も高齢化が際立っているということですから、地元の高齢者や認知症の人たちを若い人たちと一緒に参加させることができれば、大きな特徴になると思います。高齢者や認知症の人たちの明るく前向きな話題をたくさん生み出すことのできる、大きなチャンスだと思います。

GP から専門医への紹介について

Burns : GP から専門医に紹介するためのガイドラインについてのご質問ですが、そのようなガイドラインがあると、むしろ状況が複雑になると思います。というのは、ガイドラインができると、必ず賛否が分かれて、是非をめぐって長らく対立するのが常だからです。

Meerveld さんが指摘されたように、GP と専門医間の見解の相違も難しい問題ですが、認知症の人はとても数が多いですから、どちらか一方ではなく、どちらも診ることが望ましいと思います。そのためにも、GP と専門医がそれぞれの地域で話し合いの機会を持つよう奨励しています。すべてのケースを 1 つの基準にあてはめるよりも、それぞれの地域で話し合うことがとても大切だと思います。GP の賛同を得ること、そして何よりも認知症の人やアルツハイマー協会の賛同を得ることは、極めて重要だと思います。

それから、薬の処方についてのご質問ですが、アルツハイマー病の人の大半は、抗アルツハイマー病薬が処方されていると思います。数年前にその費用対効果についての議論がありましたが、現在は塩酸ドネペジルの特許が切れ、薬剤費もそれほど高くないので、医療経済面の議論の前提も大きく変わっています。

それから、私自身も気をつけなければならないことですが、認知症とアルツハイマー病を混同して使ってしまうのは間違いです。認知症には、アルツハイマー病や脳血管性認知症以外にも、学習障害やパーキンソン病など原因疾患が数多くあります。認知症というのは、それらを総称する言葉ですが、アルツハイマー病が認知症とイコールではない点を強調しておきたいと思います。

診断に必要な評価とは

佐渡 : 非常に示唆に富むお話を頂きまして、ありがとうございます。一臨床家の立場から、診断に関して質問ですが、患者さんが認知症を疑われて、メモリークリニックであるとか GP に来られたときに、具体的にどういった検査をして診断をされているのでしょうか。日本であれば、典型的には、状況を聞いて、それから **MMSE (Mini Mental State Examination)** などの簡単なテストを行い、それから、多くのケースでは **CT** の脳画像を撮って判断しているのですが、皆さんの国ではどのようなことをされていますか。

Burns : 医学部の学生に認知症の診断について講義するときには、認知症の診断をして、原因疾患を明らかにする、という 2 段階のプロセスを教えます。認知症は医療への伝統的アプローチの模範例ともいえ、その人の既往歴を本人や、その人をよく知る人から聞き取ります。それから、精神的な状態を評価します。ただ、MMSE は今では有料になりましたので、著作権侵害になる危険性があるので、他の無料の尺度を用いて評価します。それらの評価尺度について、最近、我々はガイドランスを発表しました。それから、血液検査や CT スキャンなど身体的な検査も行い、それらを総合して診断します。

1 点、アルツハイマー協会の方々のご意見をお聞きしたいのですが、私のクリニックでは、認知症の診断を伝えると、ご本人もケアラーの方もほとんどの人がすでに分かっていることに驚きます。私が認知症の診断を告げた時に、驚かれることは稀です。確かに、助けを求めて受診されるのだと思います。すでに認知症であると思っていて、それを受け入れるための診断を求めているようなのです。ご本人やケアラーの方がよく分かっているという印象を受けることがあります。ですから、診断というプロセスが大切なのだと思います。

Nissen : 認知症の人が診断の有無にかかわらず、自分が認知症であることに、どのように気づくのかについて、簡単にお話したいと思います。我々が「あなたはいつ診断を受けましたか」と認知症の人に尋ねると、正確な日付を答えられます。ある夫婦は「結婚記念日のほかに、妻の診断記念日がありました」と言いました。しかし夫は、「妻はその何年も前から認知症だった」とも言うのです。こういうケースはかなり多いです。

それから、Burns さんが基準やガイドラインについて臨床的見解をおっしゃられましたが、我々としては、強制力のある国の基準を望んでいます。それがなければ、正確な診断をしてもらえるかどうかは住んでいる地域によってばらばらになってしまうからです。実際、我々はそのような基準を求めてキャンペーンを行い、幸いにも同意が得られたので、国家行動計画の中で国の基準、臨床基準がつくられています。そして、国家戦略の中では、臨床基準を策定して、どのように診断していくかということも含まれています。

それから、デンマークで診断のために行われている検査や臨床的な観察など、詳細をデンマーク語で書いた資料がありますので、お渡しすることができます。

Burns : 基準の必要性についてはおっしゃる通りですが、全国基準は必要最低限の簡易なものにして、各地域の医師らがそれぞれ臨床的な判断などを加えていくよう後押しするのがよいと思います。

近藤 : 時間になりましたので、ここでセッション 1 を終わりにしたいと思います。専門家の視点、当事者の視点、それから専門家の中でも、臨床家と、あるいは研究をする立場で、それぞれ視点が違うということがよく分かりました。ありがとうございました。

セッション2 「統合的なケア体制の構築と強化」

ポイント

- オーストラリアは政府が資金提供しアルツハイマー病協会が雇用するキーワーカーの取り組みを開始した。キーワーカーは、認知症と診断された時から、様々な情報を提供し、ケースマネジメントやケースコーディネーションの向上を図る。
- デンマークのケースマネジメントプログラムには、診断アセスメントと本人が有するリソースをアセスメントするタイミングについても記載した。臨床診断と自己資源のアセスメントは双方不可欠であり、今後必要となる支援の把握に活用する。
- 認知症という病気やその進行に対応していくために必要な山ほどある情報を、診断直後にすべて本人や家族、ケアラーに与えても過剰な負担になるだけで、誰にも理解しきれない。これらの情報が必要なときに、事前的・予防的タイミングで、適切に情報提供するシステムが必要である。
- デンマークでは、社会的アセスメント (social assessment) は診断時だけでなく診断後も継続的に、家庭医、メモリークリニック、ソーシャルワーカー、認知症コーディネーターの共同責任において行われる。
- イギリスでは、認知症の人にとっては医療関係者か介護関係者か福祉関係者かなどは関係なく、誰か1人に連絡すれば、窓口となってサービスにつないでくれることが重要なのである。誰か1人をナビゲーターとして責任を明確にし、地域の人々が連携していく。
- フランスの MAIA の目的は、認知症の人や家族が誰に連絡をとればよいのか、どのようなサービスにアクセスすればよいのか分からない、という状態の解消である。MAIA では、シンプルな症例と複雑な症例に分け、シンプルな症例はシンプルに対応するが、複雑な症例にはケースマネジメントが必要となる。
- オランダの(認知症)ケースマネジャーのほとんどは、認知症ケアについて十分なトレーニングを受けた看護師であり、制度下で活用しうるすべての介入を適時に得られるよう調整する。身体疾患の合併にも、ある程度の対応力が備わっている。ケースマネジメントを行った地域と行わなかった地域で過去10年間比較したところ、ケースマネジャーが付いた人は家庭医を受診する頻度が少なく、費用対効果が高かった。
- イングランドの NHS 病院は、スタッフの10%が認知症のエキスパートであること、50%

が認知症についてトレーニングを受けていることを目安としている。

- オーストラリアでは、医療従事者の学部教育レベルに認知症に関する教育やトレーニングを組み入れている。医師は認知症が必須単位の1つになる。

堀田：認知症の人の立場から見て、最初から最後まで切れ目ないケアを実現するために、どういったことが必要かということについて、お聞きしたいと思います。

特にお聞きしたいポイントは3つです。1つ目は、認知症の人とケアラーに対するキュア・ケア・サポート（治療・介護・支援）を通じたアセスメントが診断とどのような関係にあり、どのような形でトータルなサポートにつなげているか。

2つ目は、支援の継続性です。各国、ケースマネジャーのほか、認知症コーディネーター、認知症アドバイザーなど名称は様々ですが、最初から最後までご本人に伴走する方がいらっしゃるとうかがっています。彼らはどういう立場で、どのような役割を担っているのか。

この1つ目と2つ目はミクロなレベルで、認知症の人から見て、実際どのような形で、切れ目なく包括的なケアが提供されるかということですが、それを可能にするためには、制度面や財源面での統合、地域の中での組織間の連携など、マクロ・メゾレベルでの統合が必要になると思います。そこで、3点目として、キュア・ケア・サポートなどの制度面や財源面の統合、あるいは組織間連携といったことについて、お話を頂きたいと思います。

政府内の協働とキーワーカーの重要性

de Burgh：おっしゃる通り、様々な制度を協調的に機能させることが必要です。例えば、医療制度と高齢者福祉制度を協調させるためには、認知症の人が受診することが多いGPや病院と、介護サービスで生活を支援する高齢者福祉提供者が途切れることなく、協働するように持っていかなければなりません。

他の国もおそらく同じかと思いますが、オーストラリアでは、高齢者福祉制度や病院医療の管轄が国や州など異なるレベルの政府に分かれており、複雑です。しかし、国および州、そして複数いる関係省庁の大臣が全員一致して認知症を優先課題に定めたことで、事態は大きく進展しました。そのおかげで、州政府が全国的に一致して、特に病院医療を認知症の人によりよく機能させられるようになっています。

国と地方が一体となって連携することは実に困難ですが、特に認知症の人が介護施設から病院に入ったり、病院から介護施設に移ったりするときに、その人の情報がきちんと共有され、サービスを連携させられることが、とても大切だと思います。

もう1つ、オーストラリアで最近、始めた取り組みにキーワーカーというものがあります。キーワーカーは、認知症を診断された時に、認知症とはどういうものか、進行してい

くとどのようなことが起きるのか、その人にどういう影響があるのかなどについて、様々な情報を提供し、ケースマネジメントやケースコーディネーションの向上を図ります。事前ケア計画（advanced care planning）や薬について、あるいは利用できるサービスやケアラー支援について、話し合うことができます。

また、65歳未満の人で診断を受ける若年性認知症の場合は、診断後、キーワーカーに紹介する取り組みを始めました。それにより、認知症の人は1人のキーワーカーに何でも相談すればよいようにするというものです。キーワーカーは様々なサービスを有効に利用するためのナビゲーションを行います。

例えば、認知症の人が「今、できることは何か」をキーワーカーに尋ねると、キーワーカーは、現段階で利用可能なサービスや支援を紹介し、それらを利用するための手続きなどを手伝います。というのは、サービスや支援はたくさんありますが、ウェブサイトを見てもパンフレットを見ても、情報があまりにも多く、どれが自分に最も合ったサービスで、どうすれば利用できるかを理解するのは大変だからです。ですから、それらのサービスや支援をよく理解したキーワーカーが案内役となって、必要な情報を見つけ、サービスを利用しやすくする手助けをしようという試みです。

キーワーカーにおけるアルツハイマー協会の役割

堀田：キーワーカーについては、オーストラリア・アルツハイマー協会が重要な役割を果たしていると思いますが、ご説明頂けますか。

de Burgh：政府が、オーストラリア・アルツハイマー協会に資金を提供して、協会がキーワーカーを雇用します。

重要な点ですが、キーワーカーの雇用主体として、認知症の人や家族を権利擁護し支援する団体である、オーストラリア・アルツハイマー協会が最適だと考えています。キーワーカーの役割としても、医療サービスというよりも、先ほどお話したような支援を行うことが中心として考えています。また、キーワーカー自身は、介護や臨床サービスの提供などには行いません。認知症の人、個々人にあったサービスにはどのようなものがあって、それを利用する手助けをします。サービスについて専門的な知識を持っていますが、診断のための専門知識を持っている人ではありません。権利擁護的な役割を想定しています。ですから、キーワーカーは健康面に関わる立場の人たちではありますが、看護師や医師がキーワーカーになることは想定していません。

オーストラリア・アルツハイマー協会は、認知症の専門知識を持った看護師や医師、老年科医とも密接なコンタクトを持っていますから、その種の専門性が必要であれば、協会は彼らに連絡することもできます。

社会的（リソース）アセスメント

Nissen：デンマークの疾病マネジメントプログラムやケースマネジメントプログラムには、診断評価や本人のリソースをアセスメントするタイミングについても記載しています。リソースというのは、どのような機能が残っているのか、学歴を含む経歴、活動、身体の状態、資産、家族や友人関係、周囲の環境、経済的資源など様々な点に関するもので、いわば臨床診断と双子の診断のような形で明らかにし、その人が今後、必要となる支援を把握するために活用します。

このようなリソースについて GP がアセスメントし、その結果をメモリークリニックの医師と共有します。原因疾患やその進行度に応じて、メモリークリニックが中心的役割を担う場合もあれば、必要時に相談に応じるだけの場合もあります。また、地方自治体が雇用する認知症コーディネーターが関与するケアパスもあります。

ソーシャルワーカー、地域のコミュニティ、アルツハイマー協会などのボランティア団体もその後の介入に関与しますので、我々についても記述されています。オランダと同様、認知症カフェもあります。本当に様々な活動を行っているのです。

ケアラーのための組織もありますし、認知症の人のための組織もあります。これらは、認知症が進行していく過程を通してずっと共に歩いていく、非常に重要な意義を持った社会的存在です。というのは、認知症という病気やその進行に対応していくために必要な山ほどある情報を、診断直後にすべて本人や家族、ケアラーに与えても過剰な負担になるだけで、誰にも理解しきれないからです。

ですから、これらの情報が必要なときに、あるいは問題が起きる前に事前的・予防的なタイミングで、適切に情報提供するシステムが必要なのです。

この社会的構造が非常に重要であり、これらのグループは、認知症の人やケアラーらが物理的あるいはバーチャルで集まり、経験や感情や気持ちを共有したり、意見を出し合ったりすることができる場としての役割を担い、極めて重要な統合介入 (integrated intervention) です。

認知症の人やケアラーは、当事者組織という社会の中で生き、真の支援を得ることができますので、当事者組織の役割の中核は、そういった共有の場である点にあると考えています。専門家のアドバイスや政府からの支援、地域の支援、あるいは金融会社からの支援など、必要な支援を得るためにはどこに行けばよいのか、といった知識も、このような当事者組織から得ることができます。

堀田：2点、確認させてください。社会的アセスメントは、誰が行うのでしょうか。また、適時・適切な情報提供に向けて、「適時」「適切」の判断と情報提供は誰が行っているのでしょうか。

Nissen：1点目ですが、社会的アセスメントは診断時だけでなく診断後も継続的に、GP、メ

メモリークリニック、ソーシャルワーカー、認知症コーディネーターの共同責任において行われます。

2点目の情報提供は誰が行うのかですが、最初は認知症の人自身、それからその人自身とケアラーです。しかし、認知症は進行性の疾患ですから、本人をとりまく社会的関係が重要になってきます。それは、親しい友人、家族、GP、ソーシャルワーカーなどです。問題が起きていると分かれば、ある種の情報やアクションが必要だという可能性を見てとれます。ですから、誰か1人の責任ではなく、多くの人々の共同責任であり、それがとても重要です。

堀田：様々な人がチームとして、共同責任でサポートしているということですね。続きまして、オランダのMeerveldさん、認知症ケースマネジメントについてお話し頂けますか。

オランダのケースマネジャーの役割

Meerveld：私も共同責任で取り組んでいくべきだと思います。オランダでは、ケースマネジメントを2005年に導入し、現在は全国で実施されています。ケースマネジメントは複数の専門職で行いますが、地域によって違いがあります。ケースマネジメントの機能は、診断時から施設入所に至るまで果たされます。

認知症の人にとってケースマネジャーは非常に重要です。というのは、支援だけを行うキーワーカーとは異なり、ケースマネジャーは制度下で活用しうるすべての介入を適時に得られるよう調整し、助け、介入し、取り計らうからです。つまり、ケースマネジャーは権利擁護や調整をするだけにとどまらない、専門職でもあります。様々な仕事をこなすため、オランダでは、認知症の人のケースマネジメントを行うためのトレーニングを受けています。

しかし、地域間で様々な違いもあります。GPのアシスタントが認知症の人のケースマネジャーになる地域もあれば、訪問看護師、あるいは特別なケースマネジャーがなる地域もあります。認知症の人のケースマネジャーになるにはかなりの能力が必要ですので、誰がなるにせよ、そのためのトレーニングを受けることになっています。ケースマネジャーは地域の統合ケアの全体像を把握できていて、あらゆる関係者を知っていることが非常に重要です。

では、切れ目のないケア、統合ケアをどのように提供するのか。オランダでは、認知症に関わるケア提供者はたくさんありますから、認知症の人を最優先に考えることが非常に重要です。医師も看護師もケア提供者も、誰もが認知症の人を最優先に考えているのですが、実際には自分の業務の範囲内でしか認知症の人を考えることができていません。

例えば、デイケアセンターの職員はメモリークリニックの医療者や地域のGPのことをよく知らないということがあります。しかし、地域レベルで統合ケアを推進するには、皆がお互いをよく知り、どう協働していくかを話し合うことがとても重要です。

全国ケア基準はどうしても一般的なものですから、それぞれの地域ではもっと具体的に落とし込む必要があります。そして、そのために地域の GP や看護師、デイケアセンターの間で話し合うことが非常に大切なのです。

認知症の人のところには訪問看護師や GP、メモリークリニックなど、様々な人が支援のために訪ねてくるにもかかわらず、その人たちがお互いを知らないということがあります。せいぜい書面やメールでやりとりがあるぐらいなのです。このようなプロセスでは、ケースマネジャーが非常に重要になります。単に切れ目のないケアを実現するというだけではなく、1人ひとりの認知症の人に切れ目なくケアを届けるために重要です。最初の一步からケースマネジャーがつけば、認知症の人の視点を最優先に支援していくうえで大きな力となります。

堀田：ありがとうございました。統合ケアを提供するためには、地域の様々な組織間でのネットワークが必要であること、ただし認知症の人とその視点が最優先であり、認知症の人から見ると、様々な人がばらばらにアプローチしてくるのでは困るので、その窓口としても、トレーニングを受けた認知症ケースマネジャーが重要な役割を担っているというお話でした。

Higgins さん、地域では、実際にどのように切れ目ないケアを提供していらっしゃるのでしょうか。

プールして使うことのできる予算を確保

Higgins：イギリスにおけるコミッションング（委託）のプロセスをご説明することで、サービス連携とその効果的な提供をどのように実現しているかをお話したいと思います。コミッションング担当者（コミッショナー）の仕事は、サービスを計画することです。そのサービスというのは、病院や地域で、ボランティア組織やケア提供者によって提供されるのですが、コミッショナーはこれらのサービスに予算を投じ、効果的に実施されるよう手配します。ですから、サービスの在り方や提供方法を変えるうえでキーパーソンとなります。

例えば、国家戦略を地域で実施するためには、NHS のコミッショナーがその自治体のコミッショナーと協力して、誰が何の責任を持っていて、1つにまとめてプールできる予算がどのくらい、どこにあるのかを明らかにします。そして、認知症の人とケアラー、ボランティア組織をはじめとするケア提供者とともに、認知症の人たちの生活をよくするために地域で何を変えるべきかを明記した、その地域の戦略をたてます。

そして、その戦略を実施するために、必要な新しいサービスや変えるべき既存サービスについて合意し、アクションプランをつくり、サービスを委託します。認知症の人やケアラーのためのサービスを明確にし、それらのサービス提供者の入札を行います。適切な組

織が選定されるよう、この入札にも認知症の人やケアラーが関与しますし、場合によっては、様々なサービスに関する変革のシナリオを監督します。

例えば、トラフォードでは、区の認知症戦略に基づき新しいサービスが提供されていますが、その多くは認知症の人のピアサポートに関わるものです。それによって、早期に診断を受けた人たちやケアラーが、診断後すぐに、同じような状況や社会環境にある他の人たちに出会うことができるからです。

NHS と自治体のコミッショナーが共同でこのプロセスを監督する理由は、リソースを最大限に活用するためと、またこのようなアプローチをとることによって、既存の優れたものを確認し、その上にさらに積み上げていくこと、1カ所にプールした予算をつけて、すべてをモニターしていくことができるように、まとめて活用するためです。

予算を一本化し、サービスの窓口となるナビゲーターをつける

堀田 : Burns さん、イギリスの認知症アドバイザーや個人予算 (individual budget) などの点も含めて、ご本人とケアラーにとっての包括的なケアとサポートについて、何か補足がありますか。

Burns : 医療的ケアと社会的ケアを地域でいかに連携させるかについては、今、お話があった通りです。そして、医療的ケアと福祉的ケアの予算を統合させることさえできれば、連携の大部分ができたも同然だと思います。ですから、今、Higgins さんが話されたことが非常に重要だと思います。

さて、支援についてですが、支援者に必要なものはその個人のスキルであって、看護師なのか、作業療法士なのか、あるいはソーシャルワーカーなのかは、それほど重要ではないというのが私の考えです。

マンチェスターで私が携わっているプライマリケアのサービスでは、GP の受付係が支援の切り盛りをしています。認知症について関心が高く、いろいろなものを連携させることに熱心な人です。イギリスにはケースマネジャーもいますが、関心を持っていて、遂行する力があれば、それが何よりも重要な要件です。必ずしも潤沢にはない資源で物事を効率的に進めるには、誰かに何かを指示する人がたくさんいるよりも、物事を自ら行う人がたくさんいることが重要だと思います。

オーストラリアの de Burgh さんから、ナビゲーターを1人つけることについて話を聞きましたが、我々もやはりナビゲーターという表現を使います。認知症の人にとっては医療関係者か介護関係者か福祉関係者かなど関係ありません。誰か1人に連絡すれば、窓口となってサービスにつないでくれることが重要なのです。また、共同責任となると、誰も責任を負わず、たらい回しにしないと限りません。その意味でも、誰か1人をナビゲーターとして責任を明確にすることには利点があります。そして、地域の人々が連携していく

という考えは非常に重要だと思います。

とはいえ、言うは易しで、どうすれば見た目の良い制度ができるのか、そのための障壁についても、昨日のシンポジウムから、ほぼ言い尽くした感があります。重要なのは、障壁となっているシステムを取り除くことです。物事をシンプルにすることがよいと思います。複雑であれば即、問題であるという訳ではないのですが、シンプルであることは大切ですし、イングランドでのこれまでの施策の中でも、一部、複雑さを排してシンプルにしていこうと考えています。

フランスの MAIA（「自律と包括的ケアのためのネットワーク」）

堀田：ありがとうございました。今、各国ともに、さまざまな制度や細分化されたリソースを統合的に提供するための努力をしていらっしゃると思いますが、細分化されたサービスの包括的な提供を目的として構築されたフランスの MAIA について、お聞きかせください。

Lavallart：私はフランスで政策立案の立場にあり、専門職による様々なサービスのシステムを作ってきました。パイとクリームを何層にも重ねたケーキのミルフィーユのように、並列して存在していました。

また、最初に様々な障壁があることを確認しました。地域と施設、入院と外来、官と民、慢性期の長期ケアと急性期の短期ケア、医療と介護などです。なかでも医療と介護の財源も分断しています。

MAIA（「自律と包括的ケアのためのネットワーク」の意）をつくったのは、認知症の人や家族が誰に連絡をとればよいのか分からない、誰がどのようなサービスにアクセスできるのか分からない、という状態を解消するためです。

MAIA の重要な点は、既存の制度にとって代わるものではないこと、つまり、ミルフィーユのクリームとパイの1つの層ではないということです。認知症の人や家族を方向付けし、受け入れ、ケアにつなげるためのシステムです。そして、特に重要な点は、ケアとフォローアップの継続性です。

MAIA はカナダの PRISMA モデルを参考にしたもので、6つのメカニズムやツールが連携する形になっています。第1のポイントは、医療、介護、行政、地域などの関係者が全員、一同に会して話し合うコーディネーション会議があります。メモリーユニットや GP、ソーシャルワーカー、国、県、地方、在宅などの各層の責任者も関与しています。

第2のポイントは、サービスへのアクセスを標準化するための統合窓口があることです。どこの地域に住んでいても、窓口では等しく対応されることが必要です。医療・介護従事者間での情報共有が非常に難しいのですが、それが統合システムの主要ポイントです。MAIA では、シンプルな症例と複雑な症例に分けます。そして、シンプルな症例はすべての関係者がシンプルに対応しますが、複雑な症例にはケースマネジメントが必要です。

第3のポイントは、標準化された多面的アセスメントツールです。関係するすべての組

織、サービスへのアクセス提供者が1つのツールを共有し、1人の認知症の人に対して、1人の担当者が持っています。

各 MAIA に所属する地域責任者は、関係者のコーディネーションを行い、実際のシステムをシンプルにするための統合を進めます。このシステムは、現時点で国の 20% をカバーしています。まだ全体に行き渡らせるには長い道のりがあり、一步ずつ改善していかねければなりません、2014 年に完了する見込みです。

堀田：すべての人に濃厚なケースマネジメントを行うのではなくて、シンプルな対応でよい人と、ケースマネジメントが必要な人を分けるといふ、重要なご指摘も頂きました。

McCrone さん、経済学者の観点から、ケアの統合についてコメントを頂けますか。

財源の統合がケア統合のカギ

McCrone：Higgins さんがおっしゃったように、統合ケアを行うにあたって経済的な動機づけの有無という問題は確かにあると思います。そして、ケアを統合し、切れ目なく提供したいと思っても、財源がばらばらであれば、そのことが実現を非常に困難です。

例えば、医薬品の財源が特定の機関である場合、薬の処方に大幅な抑制がかかるかもしれませんが、薬の処方も様々なサービスのうちの 1 つとして考えることができ、服薬によって本人に便益があり、施設入所を遅らせられるなど費用の節約につながれば、薬を処方することのメリットは非常に大きい、ということになります。

また、適時の早期介入ケアに費用がかかるとしても、それが総じて節約につながるのであれば、早期介入を行う意義があるということが言えます。

日本の医療福祉制度は欧米とは異なり、財源のつけ方なども異なりますが、Higgins さんがおっしゃったように、要は財源をプールして完全に統合しうるかどうか、という問題につきると思います。イギリスでは個人につけられる個人予算 (personal budget) というものがありますので、認知症の人がその時点でどこにいるかに関わらず、適切なケアに対する支払いが可能になっています。

ケースマネジャーが予算を直接コントロールすることができたり、様々な機関の予算の一部をコントロールできたり、あるいは様々な機関から雇われていたりすると、機関を越えてサービスを調整することができるでしょう。もっと大胆な形であれば、そのようなサービス機関が市場に参入して、互いにサービスを売買するというやり方もあるでしょう。その国の制度によっては実現が難しいかもしれませんが、かなり前向きなやり方であろうと思います。

方法は色々あるでしょうが、いずれも財源をなんらかの形で統合することが究極の目的であり、それができなければ、包括的なよいケアを提供することはかなり困難だろうと思います。

堀田：切れ目のないケアの提供という観点から見ますと、財源の統合とケースマネジャーの位置づけが非常に重要であるということですね。厚生労働省からもご質問がありますか。

厚労省からの質問

関山：1点目ですが、フランスの MAIA のケアマネジメントツールについて、入手方法も含めて、もう少し詳しく教えて頂けますか。2点目として、イギリスの個人予算は、医療費とケアのコストが合算されたものなのか、その積算根拠はどのようになっているのかをお聞きしたいと思います。ある一定の期間に提供するサービスを見積もって、積算された予算の中で好きなサービスを使用することができるのでしょうか。

重藤：ケアマネジャーの仕事についての質問です。高齢の認知症の人は、糖尿病や心臓病など専門的な医療が必要になるということも考えられます。そのような内科的な専門医療についても、ケアマネジャーさんがすべてアレンジをしているのでしょうか。また、例えば骨粗しょう症で骨折して、身体機能がかなり低下したときの身体障害部門との連携などもすべて含めて、シームレスに対応をされているのでしょうか。

勝又：切れ目のない体制をやっていく上で、医療や福祉の人材育成に特に工夫してやっておられることがありましたら、それをお聞きしたいです。と言いますのは、疾患の上流から解決型で物事を考える医療関係者と、目の前の利用者さんの状態からさかのぼっていく福祉関係者というように、バックグラウンドによって物の考え方や言語に違いがあって、その違いが連携の難しさの一因になっているように思います。その問題を解決するためには人材育成に関わってくると思うのですが、皆さまのお国でのお話を伺えればと思います。

MAIA のアセスメントツールについて

堀田：それでは、1点ずつお聞きしたいと思います。Lavallart さん、MAIA のアセスメントツールについてお伺いできますか。

Lavallart：MAIA には2種類のアセスメントツールがあります。1つは、6～7項目の設問から成る、誰にでも使える非常にシンプルなツールで、その人がシンプルなケアと複雑なケアのどちらが必要かを判断することができます。

それから、もう1つ、非常に複雑なアセスメントツールがあります。例えば、在宅ケアのためのツールで、カナダの PRISMA モデルに含まれているものです。アセスメントには2～3時間かけて行います。

ちなみに包括ケアの費用対効果についてですが、入院率を低下させたり入院を遅らせたりできると証明できれば、単純に費用対効果が優れていると言えます。

堀田：ありがとうございました。アセスメントツールについて、後ほど、詳細な資料をご提供いただければと思います。続きまして、イギリスの個人予算について Higgins さん、お答え頂けますか。

イギリスの個人予算について

Higgins：個人予算は、特に長期に支援が必要な人に配分されます。急性増悪のような危機に見舞われた人や、専門医による支援など短期的なニーズが生じた人は対象ではありません。対象となる人をアセスメントして、そのニーズの評価を行います。ニーズ評価に際しては、本人自身が十分に関わります。そして、そのニーズのレベルに応じて個人予算が配分されます。

例えば、ベッドから起き上がり、着替えや顔を洗うといった身支度をするのに助けが必要であれば、それらのニーズに対して点数を付け、アセスメント終了後、すべてのニーズを加算して総予算を計算します。どの自治体もほぼ同じやり方でアセスメントを行っていますが、アセスメントを通じて明らかになったニーズに対して配分される予算は、自治体の予算規模に応じて違ってきます。いずれにしろ、一人ひとりアセスメントを行い、点数をつけて、点数に応じて金額が決まるという次第です。

通常、1年間の個人予算が配分されますが、期間内に定期的に再検討します。複雑なケースであればあるほど頻繁に再検討しますが、シンプルなケースでは年に1~2回だけ行って、その時に評価されたニーズに対する予算の範囲で使うことができます。

公費ですから、その用途は地方自治体がきちんと説明できるものでなければなりません。したがって、行政とご本人の間で合意があり、確認されたニーズのみを満たす金額でなければなりません。そして支援プランがつけられ、その範囲内であれば様々なことに予算を使うことができます。もしご本人が自分で考えるのが難しければ、そのニーズを満たすための革新的で創造的な解決策を見つけるために支援する人もいます。特にボランティア組織の人で、アドバイスしたりサービスを仲介したりできるような人材がいるのです。

オランダのケースマネジャーについて

堀田：ありがとうございました。続きまして、複数の疾患を抱える方々についてのケアマネジャーとしての役割を担う人の対応に関して、オランダの Meerveld さんにお聞きします。

Meerveld：他の疾患のある認知症の人に対して、いかに切れ目なくサービスを提供できるかについて、今まさにオランダで議論されているところです。

まず、オランダではほとんどのケースマネジャーは、認知症ケアについて十分にトレーニングを積んだ看護師です。つまり、身体的なこともよく分かっている人たちですから、身体疾患を合併していても、ある程度、対応する力が備わっています。

それから、ケースマネジャーは GP と密に連携しています。また、糖尿病やリウマチなど

認知症以外の疾患があり、GP とケースマネジャーだけでは解決できない場合は、専門医などにすぐに相談することができます。モットーは、できるだけシンプルに、です。

また、ケアラーも高齢で虚弱な場合が多く、抑うつ状態になっていたり、内科的な疾患がありますので、ケアラーの問題にも対処します。高齢になってきますと、誰でも1つや2つ、慢性疾患を抱えています。ですから認知症だけに対応している訳にはいきません。これでお答えになっているでしょうか。

ただ、オランダではまさにこの問題で大きな批判が起きています。ケースマネジャー1人が窓口になると、認知症以外の問題に十分な対応が得られないだろうと思われるからです。が、実際には、ケースマネジャーが関与することにより、必要時には専門医に相談するといった形で、問題に対応していきます。一般に、このように早期に対応できれば問題は起きません。

オランダでは、医療保険会社のケースマネジメントに対する信頼がとて高くなってきています。したがってケースマネジメントに対する予算配分も増えています。と言いますのは、最大手の医療保険会社が、オランダ・アルツハイマー協会のデータベースに蓄積されているデータを過去10年間に遡り、認知症ケースマネジメントを行った地域と行わなかった地域で比較したところ、ケースマネジャーが付いた人はGPを受診する頻度が少ないことが分かりました。特に夜間や週末の受診が減っていて、ケースマネジメントは費用対効果が高いことが明らかになったのです。また、GP とケースマネジャーだけで対処しきれない問題をバックアップする多職種チームがいる場合は、特に問題解決能力が高まりますから、病院を受診する頻度も、そして数ヵ月後にナースィングホームに入居する割合も低下しています。以上、3つの点からも、ケースマネジャーがつくことで節約になっています。

もう1点。私はあまり詳しくないのですが、オランダでも個別ケア予算(PGB)は非常にうまくいったのに、残念なことに予算が削減されてしまったということがあります。

堀田：オランダの個別ケア予算は、とりわけ若い障害を持つ方々からのニーズが高く、使われ過ぎたため、近年、給付対象を制限する方向にあります。今、お話にあったような認知症ケースマネジメントが入りますと、ある保険会社の試算では年間2億ユーロも節約できると言われています。

デンマークのケースマネジャーについて

Nissen：デンマークでは、ケースマネジャーになるには看護師や作業療法士など医療資格があり、かつ認知症について教育を受けることが必要です。先ほどご指摘がありましたように、認知症の人は内科的疾患なども合併していますから、医療資格がベースにあることはとても重要だと思います。

また、認知症が進行すると、様々な症状を自分で知覚しづらくなっていくことを理解す

るのも非常に大切だと思います。ある時点からは内科的疾患などが原因で起きる問題にも気づかなくなるのです。ですから、ケースマネジャーやケアラーが様々な疾患について知識があり、どのように対処すれば認知症の人の助けになるかを知っていることが非常に重要です。

例えば認知症で糖尿病を患う人は、二重苦ではなくて三重苦を負っています。というのは、糖尿病をマネジメントするために生活を変えるのは認知症のない人にも難しい問題ですが、認知症で脳機能が低下した人にとっては、より一層困難です。ですから、認知症以外の病気にも対応できるよう、医療の教育を受けた人が認知症の人を支援することが必要なのです。

医療職であるよりも個々人のスキルが重要

Burns : 私たちの経験では医療の教育を受けたか否かよりも、個人個人のスキルが重要であると思いますが、**Higgins** さんが話された通り、大勢の人に様々なトレーニングを行うこともできます。

また、内科と精神科のコミュニケーションは非常に重要です。NHS 病院の入院患者に認知症の人がかなりいますが、それは認知症の人が糖尿病などの疾患を合併しているためです。NHS（国民保健サービス）病院ではスタッフに関する目安があって、スタッフの 10% が認知症のエキスパートであること、50% が認知症についてトレーニングを受けていること、そしてスタッフ全員が認知症を知っているべきである、というものです。全員が認知症について基本的知識を持ちながら、状態が複雑な場合には、より高い専門知識を持った人の支援を受けることが必要です。

どの程度、複雑であるかをアセスメントするツールとして、英国には **HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)** があります。高齢者向けのものもあり、5 分ほどでできます。また、他にも評価尺度は様々あります。

北アイルランドでは、数年前から医療・介護用にプールした予算があります。まだ課題もあり、予算をプールすればすべてがうまくいくとは言えませんが、やはり切れ目のない統合的なサービスを提供することが大切です。

医療職を目指す学生は学部で認知症について学ぶ

de Burgh : 人材育成についてですが、オーストラリアでは、医療従事者になるための学部教育レベルに認知症に関する教育やトレーニングを組み入れています。例えば医師を目指す場合、認知症に関する勉強が必須単位の 1 つになっているのです。看護師になるにも、認知症の単位があります。

とは言いながら、現在、病院に勤務している看護師に尋ねると、入院患者の過半数は高齢者であっても、私たちは高齢者施設ではなく病院で働いているのです、といった答えが返ってくるかもしれません。そのような課題がまだ残っていますが、我々としては、医師

や看護師をはじめとするすべての医療従事者に、彼らの仕事の中心の 1 つとして高齢者についてきちんと理解するよう取り組んでおり、その 1 つの方法が大学など教育機関の合意を得て、学部教育に認知症や高齢者に関するトレーニングを組み入れることです。

Lavallart : ケースマネジメントについてですが、ケアマネジメントとケースマネジメントという 2 種類の概念があって、ケアマネジャーでは教育がとても大切ですが、ケースマネジャーの場合は、その人のすべての問題について調整し、フォローする人です。

フランスでは、ケースマネジャーは認知症専門ではなく、障害のある人や疾患が重複している高齢者全般に対応します。現在のフランスのデータでは、重複例の約 70%に認知症がみられます。

堀田 : 日本で介護保険制度の創設とともにつくられたケアマネジャーと、皆さまの国でのケースマネジャーはそもそも位置づけや果たす機能が異なります。全人的で継続的なケアの提供に向けた伴走者の教育の在り方についてもご示唆を頂きました。時間ですので、セッション 2 を終えたいと思います。どうもありがとうございました。

セッション 3

「行動・心理症状(BPSD)が起きた時の危機介入について」

ポイント

- イギリスでは2009年のBanerjeeによる報告書で、18万人の認知症の人に抗精神病薬が処方されており、処方されていない人に比べて毎年1800人多く死亡し、1600人多く脳卒中を発症していることが明らかにされた。この報告書により法改正され、過去5年間で抗精神病薬の使用量が52%減り、診断後1年以内の新規処方が3分の1に減った。そうした処方行為は許容できない行動であるとメッセージを出し続け、しっかりとした監督下で適量を投与することが重要である。
- 各国とも自傷他害(オランダでは他害のみ)の危険や迅速なアセスメントなどの要件がなければ、認知症の人が精神病院に入院することはない。
- BPSDに対するケアの改善は、第1に、認知症の人に接するすべての医療従事者にBPSDにどう対処し、いかに予防するかをトレーニングすることである。第2に、抗精神病薬の適応症について介護スタッフに指導することである。
- フランスでは、薬物療法を用いない、認知行動リハビリテーションのための病棟(UCC)を一般病院のリハビリテーション・サービスの中に創設した。UCCは激しいBPSDを受け入れるが、症状評価尺度上も改善し、入院者の約60%は2ヵ月未満で自宅に戻る。
- フランスではまた、看護助手という新しい資格を設け、BPSDと認知機能の側面だけに絞って約100時間のトレーニングプログラムを実施している。
- オランダのナーシングホームでは、認知症の人のまだ33%に抗精神病薬が使用されている。使用率をもっと減らしたいと考え、専門医とともにガイドラインやアクションプランの作成に取り組んでいる。
- オランダでは身体拘束の使用も問題になっている。ブレーキをかけたままの車イスに座らされているといったこともすべて含めた数字では、ナーシングホームの身体拘束使用率は41~64%程度と推測される。この割合を低下させるために、ナーシングホームの職員をトレーニングするためのアクションプランづくりに取り組んでいる。
- イングランドでは、BPSD対策として、困ったときに相談できる人がいるという安心感がとても大きな助けになり、これだけで精神科病院への入院は激減し、ナーシングホームからの入院はほぼゼロになる。入院しない方が節約できて、しかもよりよい効果が得られる。

- オーストラリアのDBMASは、BPSDのための多職種チーム支援である。24時間年中無休の電話相談に加えて、訪問チームがナーシングホームや家庭、病院やプライマリケア診療所、家庭医、開業看護師にBPSDの対応についてアドバイスを行う。通常は、家庭医またはアルツハイマー協会運営の認知症電話相談からDBMASに紹介される。
- オーストラリアは政府予算により、薬の処方に関して、エキスパートが医師や看護師やその他の薬の調剤に関わる人々に対してもアドバイスを行っている。また、ナーシングホームを訪問して、服用薬が適切かどうかをレビューしている。

指定発言者

大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム分野
上野 秀樹	社会福祉法人ロザリオの聖母会 海上療養所
飛鳥井 望	公益財団法人 東京都医学総合研究所

近藤：それでは、認知症による行動・心理症状（BPSD）への対応について、ディスカッションしていきたいと思います。日本では、予防や初期介入が遅れたためにBPSDがひどくなって、非常に重症の行動障害が出て、それに対して精神科病院が対応するということが起きております。その状況につきまして、最初に大熊さんから少し紹介して頂きます。そして各国の方々に、実際に認知症のBPSDが重症になったときに、精神科で入院治療を行うということがあるのか、あるとすればどういう状態像で入院されるのかをお聞かせ頂きたいと思います。その後、各国のBPSDの予防と、発生した場合の対処についてお伺いします。そして最後に、抗精神病薬の使用について。ある程度はやむを得ず使用されている現状だと思いますけれども、抗精神病薬の使用を減らす試みが各国で非常に盛んになっていると聞いていますので、抗精神病薬の使用に関するガバナンスについても、お聞かせ頂ければと思います。

それでは早速、大熊さんから、日本の精神科における認知症のケアについて、話題提供をお願いします。

大熊：大学院で医療福祉ジャーナリズムを教えております大熊と申します。精神医療は48年ぐらい取材しておりますので、生まれていない方もいらっしゃるかと思います。皆さまのお国には全部、お訪ねした経験がございます。

お手元の資料1 ページ目のグラフは、同じ人口当たりのベッド数を表しております、赤い色が日本でございます。ほとんどの国が、お薬が開発されたり、コミュニティーケア

が発達してベッド数を減らしたのに、日本だけが大変高い値を示しており、入院日数も懸け離れて長いという状況にあります。

この下のグラフは、統合失調症を含めた平均在院日数です。日本は 300 日となっております。認知症の平均在院日数は 900 日ということで、皆さまの精神病院に対するイメージと、日本の精神病院はかなり違うということを前提に、今日、いろいろご助言を頂きたいと思います。

近藤：それでは、各国の精神科の病院に認知症の方が入院をする適応というものを、お聞かせ頂けますか。それでは、Burns さんからお願いします。

BPSD という言葉の成立過程

Burns：はい、ありがとうございます。大熊さん、本当に重要なお話をさせていただいて、ありがとうございます。今お話ししていただいた内容、そして今、私が感じたあなたの情熱というのは、まさに私たちも、イギリスや、あるいはほかのヨーロッパの国々で、そういった思いがあったからこそ、状況が変わってきたんだと思います。ですから、とても大事な思いだと思います。

BPSD は、国際老年精神医学会において出てきた言葉ですが、常に精神症状と行動障害が異なることにジレンマを抱えていました。精神症状はいわば実存的なもので、実際に経験するものですが、行動障害は目に映るものです。行動症状と呼ぶ国もありますが、意味をなしていません。

BPSD は、もともと認知症の行動・精神症状 (behavioral and psychiatric symptoms of dementia) でしたが、行動・心理症状の方がよいと考えました。この言葉は、特にリスペリドンのメーカーであるヤンセンなど多くの企業によって採用されました。そして、抗精神病薬の処方史を振り返ると、非常に重要だったことが分かります。

1990 年代までは行動・心理症状は認知症に必ず現れる症状だと考えられていました。それ以前は、認知症を認知パラダイムと呼んでいて、別の表現をすれば、もの忘れと言語障害だけだと考えていました。しかし 1990 年代以降、行動の問題を強調するための大きな努力が払われました。行動の問題が認知症の人とケアラーにとってどれほど大きな意味があるかを広く知らせる上で、アルツハイマー協会が果たした役割は大きかったと思います。

抗精神病薬の使用は死亡率を高める

Burns：症状群を見ますと、この問題の重要性を認識するまで非常に長い時間を要したことに驚きます。認知症の人の 90%以上が、疾患経過のいずれかの時点で、何らかの症状を呈します。ケアホームに居住している人の 4 分の 1 は抗精神病薬を投与されています。65 歳以上の人の 5%程度は、何らかの抗精神病薬を投与されています。それが、2002 年にカナダ政府に始まり、次いで FDA を通じて米国政府が、その後にヨーロッパ諸国の政府が抗精

精神病薬の危険性を認識したのですが、非常に長い時間がかかりました。

イギリスでは2009年、Sube Banerjeeによる報告書で、18万人の認知症の人が抗精神病薬を処方されており、処方されていない人に比べて毎年1800人多く死亡し、1600人多く脳卒中を発症していることが明らかにされました。この報告書により、法改正をして事態を変えようという政治的意思が働きました。抗精神病薬によって認知症の人が1800人も死に、1600人も脳卒中になることが容認できるのか？と。もちろん答えはノーです。この問題にいてもたってもいられぬ感情が、変化を起こす非常に重要な動因となったと思います。

イギリスでは過去5年間で、抗精神病薬の使用量が52%減りました。それ以上に私が重要だと思うのは、認知症の診断後1年以内に抗精神病薬を新規に処方されていた人の数がほぼ3分の1に減ったことです。Paul Burstow 保健省大臣が彼自身の使命としてこの問題を取り上げたのです。抗精神病薬の処方を減らしたいと望むなら、その処方行為は許容できない行動であると言い続けることが非常に重要だと思います。

ほかにも多くのことを行ってきました。例えば、BPSDに対処するためのシンプルなガイドランスを作成しました。これはウェブサイトからダウンロードして頂くことができます。GPからよく言われることですが、ナーシングホームで興奮(agitated)している人がいて、呼ばれた医者はなんとかしてほしいというプレッシャーがあるため、抗精神病薬を処方するのは自然な反応であると。しかし、抗精神病薬が危険だと言うことができ、それを処方しないと云えるようになってよかったですと言われるのです。これがとても重要なことだと思います。

このガイドランスに書いているのは、予防です。いくつかのBPSDを予防しようということが重要なのです。「よく観察しながら待つ(watchful waiting)」という方法を紹介しています。症状が軽いものであれば、薬を投与しなくてもよいのです。自宅やケアホームでサポートすることができます。しかし、それでも抗精神病薬を処方することが必要なケースもあるという点もご理解頂きたいと思います。

抗精神病薬は完全に禁止すべきだという意見もありました。しかし、それが正しいとは私は思いません。しっかりとした監督下で適量を投与するべきなのです。それが重要だと思います。

ベッドがあれば使われる

Burns：精神科病床の問題ですが、精神科病院に入院する人はあまりいません。入院するとすれば、迅速にアセスメントをするためです。しかし、大熊さんがおっしゃろうとしているのは、ベッドがあれば使われる、ということだろうと思います。人々がやってくるのを待ち構えているベッドがたくさんあれば、それらのベッドは使われるでしょう。

私にとっては、パーソンセンタードケアの問題であろうと思います。よいパーソンセンタードケアを行えば、拘束したり抗精神病薬を多用したりしなくても済むと思います。それ以外にも、様々な状況を改善できるのです。最後に、これはお金の問題ではないことも

申し添えます。パーソンセンタードケアはカネがかかる、我々にはそんなカネは払えない、という人が大勢いますが、それは間違いです。パーソンセンタードケアをしないで犠牲を払うことこそ、我々ができないことなのです。

近藤：精神科病院に入院することはまずないというお話でした。それでも万が一あるとすれば、それは精神症状の適応で、精神保健福祉法に基づいて、自傷他害がある場合に限りごく短期間のみあり得る、という理解でよいでしょうか。

Burns：地域差はありますが、その通りです。病院のベッドが空いていれば入院が増えますが、多くの場合は、自傷他害の危険があるような症状が非常に重い場合に入院が必要になります。

近藤：ありがとうございました。まずは精神科病院の入院適応についてのみ、皆さまにお聞きかせ頂けますか。

総合病院内で、薬物を使用せずに対応

Lavallart：行動障害に関しては、我々も同じリコメンデーションやガイドラインを持っています。BPSD に対するケアを改善するために何が重要かという点、まず第 1 に、認知症の人に接するすべての医療従事者にトレーニングを行い、BPSD にどう対処するのか、そして BPSD をいかに予防するかを理解させることです。

第 2 に、抗精神病薬の適応症について介護スタッフに教えることです。フランスでもイギリスと同じ議論、同じ問題があるのですが、精神科病院は精神病を患う人だけが入院する場所であって、認知症の人は精神科病院に入院しません。

抗精神病薬の処方稀とは言えませんが、よいことではありません。ただし、抗精神病薬を処方することがよいことか否かが分かるのは、処方後であって処方前ではありません。

我々は薬物療法を用いない、認知行動リハビリテーションのための病棟「UCC」を創設しました。ただし精神科病院の中でも老年科病院の中でもありません。一般病院のリハビリテーション・サービスの中の病棟です。診断を受けた人で BPSD が激しくなった時に、UCC に入ることができます。その結果はどうかと言うと、NPI (Neuropsychiatric Inventory : 認知症の精神症状の評価尺度) の点数が低下しています。UCC に入院した人の約 60% は 2 ヶ月未満で自宅に戻っています。

また、看護助手 (nurse assistant) という新しい資格を設けました。BPSD と認知機能の側面だけに絞ってトレーニングしたのが看護助手です。約 100 時間のトレーニングプログラムと適切な環境によって、一部の BPSD は予防できるのですから、とても重要なことです。

対応次第で BPSD が消失した例

Nissen : 認知症の人が精神科病院に入院することはあります。が、認知症が理由ではなく、BPSD など他の理由で入院します。例えば昨年のおクリスマスのことです。デンマークでは、クリスマスは 1 年で最も神聖な休日、誰もが仕事を休み、家族と一緒に楽しい夜を過ごすのを楽しみにしています。その日に、アルツハイマー病の夫を持つ女性から、私に電話がありました。2 年前に我々の機関誌に掲載するためにこの家族をインタビューしたことがあったので、彼らを知っていました。

この女性はほとんど泣きそうでした。というのは、ショートステイでナーシングホームにいたアルツハイマー病のご主人が、精神科病院に入院したからです。ナーシングホームのスタッフは、ご主人を知らなかったため、彼の反応も分からないし、話かけることもできませんでした。不幸なことに、精神科病院に入院させるための書類を揃えられる医師がいたため、彼は入院してしまっただけです。我々が病院に行くと、身動きできないようなシャツを着せられ、鎖か何かで拘束されていました。そして 36 時間も繋がれたままだったのです。妻は泣いて、私に電話をかけてきました。彼女は病院の医師に電話して、何とかこの認知症のご主人の鎖を外してもらおうとしたのですが、医師は彼女の訴えに耳を貸さなかったそうです。私は医師ではありませんから、医師のような形で手伝えることはできません。けれども、彼女の話聞いて、「病院に行く時には、誰かと一緒に行った方がいい。そうすると、少なくとも 2 人で医師の話聞くことができるから」とアドバイスしました。それを聞いて彼女は病院に行き、その後は電話してきませんでした。

クリスマスが終わってすぐに私から電話して、その後の様子を聞いたところ、何度もお礼を言われました。私の名前を出して、アルツハイマー協会代表に相談したことを医師に伝えたところ、その医師が認知症の人のケアに経験豊富な年配の看護師を呼んだそうです。その看護師の女性は夫と話をすることができたので、夫は落ち着き、とてもリラックスしたため、拘束シャツを脱ぐことも、その夜に家族と一緒に帰宅することもできたそうです。

幸い、このケースではうまくいきましたが、もし彼女が私に電話してこなかったら、もし私が話し中だったら、どうなっていたことかと思えます。

精神科病院への自発入院は皆無。強制入院は他害のリスクがある場合のみ

Meerveld : オランダでは、精神科病院への自発入院はまったくありません。認知症の高齢者はナーシングホームで暮らしています。一般に、オランダではこれは制限事項であり、他害の危険がある場合に限って強制入院となります。自傷のみで強制入院させることは、決してありません。ですから、本当に特別な場合だけです。しかも、市長または判事による承認が必要で、本当にごく稀にしかありません。

ナーシングホームにおける認知症の人への抗精神病薬の使用率は低下しつつありますが、まだ 33% に使用されています。アルツハイマー協会は抗精神病薬の使用率をもっと減らしたいと考えていますので、現在、専門医とともにガイドラインやアクションプランの作成

に取り組んでいます。

身体拘束の使用も問題になっています。ナーシングホームにおける身体拘束の正確な使用率は分かりませんが、41～64%ぐらいだろうと推測されています。これは、ブレーキをかけたままの車イスに座らされているとか、机の下に足を入れた形で座らされているといったこともすべて含めた数字です。拘束帯の使用率は約10%です。

我々はナーシングホームでの拘束帯の使用禁止を求めて、大臣に対してロビー活動を行っていますが、まだ成果は上がっていません。ただし、簡単には拘束できないよう定めた法律がありますので、非常に厳密な状況でしか使えないようになっています。一人の医師の判断ではダメで、複数の異なる職種の人と話し合った上でアクションプランを立て、評価するなど、様々な手続きを経ることが必要です。したがって、非常に厳格に規制されています。

それでもナーシングホームの41～64%の人が身体拘束されているのです。この割合を低下させるためのアクションプランづくりに政府とともに取り組んでいます。ナーシングホームの職員のほとんどは、転倒されないように拘束することがご本人のためだと考えて拘束したいと考え、実際にそうしているのです。

これがなぜ間違いなのかということについて様々な議論がありますが、我々はナーシングホームの職員をトレーニングするためのアクションプランの作成に取り組んでいます。まず社会的に議論を喚起しようと計画しています。というのも、多くのケアラーも身体拘束をする方がよいと考えているからです。でも、これは間違いです。

近藤：それでは、各国の BPSD への対処法と抗精神病薬のガバナンスに関しましては、それぞれテーマを絞って、各国にお伺いしたいと思います。

イギリスで精神科病院への入院が激減した取り組み

堀田：イギリスでは、認知症の人ができるだけ地域で暮らし続けるための対応の1つとして、専門医による後方支援の取り組みが効果をあげているとかがっています。北東ロンドン NHS ファンデーショントラストの精神科医、Afifa Qazi 先生が中心となった GP やナーシングホームへの後方支援について、ご紹介頂けますか。

Burns：非常に単純で分かりやすい取り組みです。いつでも必要な時に呼んでください、という方法です。Qazi 先生は日頃から GP やナーシングホームに対して BPSD の対処法について講習などを行っていますが、何よりも素晴らしいのは、彼女が自分の携帯電話番号を GP たちに教えていることです。彼女がそれを始めた時は皆、「そんなことは無理だ。対応しきれないくらい電話が鳴って、大変なことになる」と言いましたが、そんなことにはなりません。実際に起きていることは、時々、携帯電話が鳴り、その都度 Qazi 先生はアドバイスをしている、ということです。

困ったときに相談できる人がいるという安心感がとても大きな助けになっているようです。これだけで地域の精神科病院への入院は激減し、ナーシングホームからの入院はほぼゼロになっているのです。必要なときに助けが得られ、共感が得られ、パーソンセンタードケアがあり、教育とトレーニングがあれば、このようなことができる、ということです。魔法は何もありません。

お金もかかりません。こういうことは高くつくのではないかとよく言われますが、逆です。入院しない方が節約できて、しかもよりよい効果が得られるのです。

問題に備えて、事前に計画し準備しておくこと

Higgins : ナーシングホームでは、問題が起きる可能性がある人を気に留めて、あらかじめ計画を立てておくことも大事だと思います。そうすれば、何か起きた時に、職員は何をすべきかが分かります。働き始めたばかりでその人のことをよく知らない職員も、慌てる必要はありません。こういうことが、少しでも職員の自信につながるのです。

また、特別な問題のある人の場合、その人のニーズについて個別的なトレーニングすることも珍しくありません。そうして、計画も含めて事前に準備しておくことも大切だと思います。

堀田 : スタッフの方々にとっても先を見通した計画を立てておくことで、対応力が高まる、先を見越したケアができるということですね。

ナーシングホームの中での対応力を高めるためのフランスの取り組みについて、**Lavallart** さん、ご紹介くださいますか。

フランスのナーシングホームにおける BPSD 対応力向上施策

Lavallart : フランスでは、認知症の人の約半数が自立歩行可能で、地域で生活しています。ナーシングホームで生活している人は約 20%で、どの国も同じような数字でしょうか。ナーシングホームに関しては、2つの重要な施策があります。

1つ目の施策は大規模なトレーニングプログラムで、新しい専門職として看護助手をトレーニングしています。

2つ目の施策は、ナーシングホームというカテゴリーに2種類の新たなユニットを設けていることです。1つは、中等度の行動障害の人のために、ナーシングホーム内に設けたデイケアセンターです。そのデイセンターでは、日中、BPSDのある人たちのための活動を提供しますが、他の入居者も参加できます。ナーシングホームに入っている認知症の人の約80%が参加しているプログラムです。

もう1つは、精神科長期ケアなどを提供するナーシングホーム・ユニットです。これらのユニットのデータを見ますと、アルツハイマー病の人は少なく、前頭側頭型やレビー小体型などの人が多くみられます。

そのほか、老年科病院や精神科病院からの訪問チームの活動を強化していることも高く評価されています。このような訪問チームがナーシングホームに出かけて行って、認知症の人のケアを担当している職員のトレーニングを行っています。

堀田：病院からの訪問チームは、在宅の方の支援もなさるのですか。

Lavallart：主にナーシングホームに暮らす、特にアルツハイマー病の人に対する支援を行っています。また、作業療法士が加わった訪問チームもあり、診断直後に GP の指示により、自宅で暮らす方のためにリハビリテーションを行います。家庭を訪問した 12 回のリハビリを行います。ナーシングホームのための訪問チームと、自宅で暮らす人のための専門チームがあります。

堀田：フランスでは、BPSD と認知機能に焦点を当てて看護助手という新たな資格を設けたこと、特別な 2 種類のユニットを設けたこと、さらにナーシングホームや在宅への後方支援のためのチームを病院に設置することによって対応しているというご紹介を頂きました。

専門家による後方支援のもう 1 つの形として、オーストラリアの DBMAS についてお話し頂きます。

在宅や施設生活を支える BPSD 対応訪問チーム「DBMAS」

de Burgh：ありがとうございます。DBMAS (Dementia Behaviour Management Advisory Service) は、多職種の医療者チームによる支援です。高齢者ケアに携わる看護師、医師、老年科医、老年精神科医らが DBMAS チームを構成し、主に 2 つのサービスを提供しています。1 つは、1 日 24 時間年中無休の電話相談です。何か問題が起きた時に電話があると、個別の状況に対してアドバイスを行います。もう 1 つは、DBMAS チームがナーシングホームや家庭を訪問して、BPSD の対応についてアドバイスを行うことです。今年からは、病院やプライマリケア診療所、GP、開業看護師に対してもサービスを拡大し、アドバイスを行うようになりました。

日頃から、DBMAS チームが担当地域にある GP や病院、ナーシングホームを訪問して、関係づくりを行っていますし、家族が介護している認知症の人の家庭訪問については、通常、GP またはオーストラリア・アルツハイマー協会が運営する全国認知症相談電話 (National Dementia Helpline) から DBMAS チームに紹介されます。この相談電話では、認知症について何でも尋ねることができます。

DBMAS チームによるアドバイスの内容は極めて実践的で、実際にできそうなことです。例えば、認知症のお年寄りとお小さい子どもが一緒にいる絵を見ることや、大きさも重さも本物の赤ん坊と同じくらいの人形を使ったドールセラピーを行うことです。この赤ん坊そっくりの人形を抱くと、興奮 (agitated) した認知症の女性の多くは落ち着いて、かつて子

どもにしたように、ぼんぼんと軽く背中をたたいたりしてあやします。

あるいは、手で持てるぐらいの大きさの道具箱を使うこともあります。かつて自分の手でいろんなものを作った高齢の男性は、箱の中に入った道具を手にする、やはり落ち着くことがあるからです。このようなことは、多くの場合、身体拘束や薬物拘束を使用する代わりに試みられます。

最近、オーストラリア政府は、「拘束のない環境づくりのための意思決定ツール」というガイドを作成しました。同じ意思決定ツールですが、訪問介護職員向けのもの、ナーシングホームの職員向けのものがあります。拘束することなく、代わりにできる様々な方策を紹介していますし、また最近の改訂版では、ナーシングホームでの薬のマネジメント指針も記しています。これは、いつ薬物を使用すべきか、薬物の代わりにできることは何かについて、シンプルで使いやすいアドバイスになっています。

これらすべては、認知症の人が可能な限り自分自身の家で、そうでなくともせめてナーシングホームで暮らし続けられるようにするためのものです。オーストラリアでは、入院期間の長短に関わらず、ケアが不十分で認知症の人が精神科病院に入院することは、極めて稀です。ほとんどの人はナーシングホームで対応可能だからです。

Geriant の多職種チームによるケースマネジメント

堀田：オランダでは、専門医を含む多職種チームによるケースマネジメントが基盤となり、在宅を支え続けているモデルがあるとうかがっています。

Meerveld：まず第 1 に、オランダでは、ナーシングホームと在宅ケアではそれぞれシステムが大きく異なります。ネットワークがあって協力していますが、状況も大きく異なりますので、ナーシングホームでの仕事に慣れた人は在宅の人について何をすればよいのか、あまり分かっていません。

ナーシングホームでは何年も前から多職種チームがありますが、在宅ケアの多職種チームは現在、開発が進んでいるところですが、成功例としては **Geriant** が挙げられます。**Geriant** というのは、オランダ北部でケースマネジメントサービスを提供している組織で、国内の他地域でも **Geriant** をモデルとしたサービスが提供されています。ケースマネジャーが毎週、多職種チームと、問題を抱えている認知症の人すべてとミーティングをして、一緒に話合います。

Geriant の多職種チームは老年科医、心理士、作業療法士らで構成されていて、担当しているすべての人について話し合うのではなく、ケースマネジャーが話し合いが必要だと思う人についてのみ、話し合いをします。そして半年か 1 年に 1 回、全員について話し合います。

必要な場合には老年科医や心理士も自宅を訪問しますが、通常はケースマネジャーが訪問してアセスメントを行い、問題を発見すると、事務所でチームメンバーと話し合うとい

う流れです。このやり方だと費用対効果が高いことが示されていますので、おそらく最良のモデルだろうと考えています。

堀田：Geriant では精神科看護師で専門の教育を受けたケースマネジャーがご本人とご家族に伴走しますが、ケースマネジメントチームの中に老年科医や心理士、作業療法士といった専門職がいて、家庭医や在宅ケアの事業者への助言、必要であれば自宅での支援も行います。オランダでは、この他、ケースマネジメントとケアの提供を分離せず、高い教育を受けた看護師中心の独立型チームがトータルにケアを提供する **Buurtzorg** というモデルもあります。

デンマークでは最近、心理社会的な介入の開発が盛んであると伺いました。非薬物療法、心理社会的なサポートについて、具体的にどういった介入を開発されているのか、教えて頂けますか。

認知症に対する眼差しを変える

Nissen：様々なプログラムが開発されていますが、先ほどオランダやオーストラリア、イギリスの方々からお聞きしたものと似ています。

BPSD の対応について様々なモデルがありますが、そのモデルを異なる文化、異なる地域、異なるコミュニティ、異なるナーシングホームで、どのように実施していくのが問題です。これが本当に難しいのです。

認知症の人や精神障害のある人に対する眼差しを変えるにはどうすればよいのか。我々が想像したり望んだりしている見方とは異なる見方をする人々、異なる教育を受けた人々なのかもしれません。その人たちをどう変えるのが問題です。

だからこそ、デンマークの認知症アクションプランは、認知症の人々が BPSD のような特別な問題を持つことがないように予防するための変革をいかに起こすかに焦点を当てています。変革を起こすために、新たなモデルが登場しました。3方向から問題を見ようというもので、第 1 に、文化の中での変革が必要だと言われています。そして、日々の診療やケアを振り返り、内省できるように教育することが必要です。加えて、それが最良の方法であるかを常に考えることも必要です。それがケアされる人の利益にかなっているのか、自分は正しく事を運んでいるのかを常に自問自答する。このように内省することが、文化を変革するには極めて重要です。

第 2 は、物事を理解することが大切です。そのためには知識が必要です。教育が必要です。認知症に対する反応を知らなければなりません。社会心理的ツールには何があるか、法令はどうなっていて、法律になんと定められているのか、自分がしないでおこうとしていることについて、法律にはどう書かれているのか。そして何よりも、普通の人としてモラル、倫理について、よく理解していることが必要です。我々は人として、他の人にどのように行動すべきなのか、です。その人についてよく知ることは当然、必要です。誰ひと

りとして同じではないのですから。つまり、その人に対する知識、そして認知症に対する知識が必要なのです。

3番目は、これが最も重要かもしれませんが、マネジメントです。変革を推進するマネジャーがいなければ、病院や施設などの組織を変えることはできません。自身の内に、いわゆる新しい文化を備えた人が必要です。そのような人がリーダーにいないとなりません。変革の星でなければなりません。ですから、文化や振る舞いに変革をもたらすにはどうすればよいのか、そして内省を促すにはどうすればよいのか、マネジャーを教育することがとても大切です。

様々な素晴らしいモデルを実践し、抗精神病薬の使用を減らすには、文化・行動・内省、認知症と認知症の人に対する知識、マネジャーのリーダーシップという3要素が極めて重要です。

オーストラリアにおける薬剤処方監視

堀田：ありがとうございます。さて、いくつかの国では抗精神病薬の処方に関するガイドラインが作られています。オーストラリアの **National Prescribing Service** (国家処方委員会) について、**de Burgh** さんにお話し頂きたいと思います。

de Burgh : **National Prescribing Service** は政府予算により、薬の処方に関して、エキスパートが医師に対してアドバイスや支援を行っています。看護師やその他の薬の調剤に関わる人々に対してもアドバイスを行っています。高齢者ケアに関しては、ナーシングホームを訪問して、ある人が服用している薬がその人に適切かどうかをレビューします。また、高齢者ケア施設では特に多剤併用されている人が多いので、その点についても検討します。あまりに多くの薬を処方されているために、薬を飲むことがフルタイムの仕事のようになってしまっている高齢者もいるくらいです。

また、処方されている薬の相互作用による悪影響がないかについても検討します。ナーシングホームに暮らしていると、自分のかかりつけの **GP** を受診することができず、ホームの往診医に頼らざるを得なくなります。ナーシングホームに往診する医師は決まっていないことが多く、その人が今、どんな薬を服用しているかを知らないまま、毎回、違う医師が様々な薬を処方することも少なくありません。ある人に対して処方されている薬をすべて把握し、相互に効果を弱めている薬はどれか、といったアドバイスを誰もしたことがないまま服薬を続けてきた人も珍しくないということも、**National Prescribing Service** の活動から分かりました。ですから、ナーシングホームで暮らす高齢者が服用している薬剤をレビューしたり、簡単に使えるお薬カルテなどのツールを作成して、ナーシングホームの往診医が、処方されている薬をすべて把握できるような工夫もしています。

いずれにしろ、**National Prescribing Service** の役割は、医療従事者に対するアドバイスです。

堀田：各国における危機発生時の対応と予防について伺ってきました。ここで、日本で、地域で認知症の方々を支えていらっしゃる上野秀樹さんにご発言頂きます。

日本の現状：認知症の精神科入院は5万人超、平均在院日数900日超

上野：精神科医の上野と申します。日本の現状を述べたいと思います。日本には、全世界の精神科病床の20%にあたる34万8,000の精神科病床があります。そして、5万2,000人が認知症の人が入院しています。認知症の人の入院は少しずつ増えています。認知症の人の入院日数は、平均在院日数が900日を超えています。日本の精神科病床は非常に多いので、平均在院日数も300日と非常に長いのですが、認知症の人はその3倍以上も長い期間、入院されているということです。日本の精神科におきましては、精神保健指定医という資格を持った精神科医1人の指示で、一定の要件の下で、身体的な拘束が可能です。薬物による化学的な拘束は、ほとんどの認知症の人に行われていると思います。

私は以前、認知症の人のための精神科の病床を担当して、3年間で180人ぐらいの方の入院治療を行いました。今は違う病院に移りまして、認知症の人を外来で支えるというのをやっています。認知症の人は、行動・心理症状が激しくなると、いわゆる病識がない、自分が悪いという意識がなくて、医療機関に行くことを拒否する方がたくさんいらっしゃいます。それで、私は必要な場合には往診をして、精神科医療を提供する。現在は20ヵ所以上の介護施設や精神科のない医療機関に往診をして、精神科医療を提供しています。

Burnsさんがおっしゃられていましたけれども、私も携帯電話の番号を、介護をされているご家族や介護施設のスタッフの方々、ほぼ全員にお教えしています。たぶん500人ぐらいの方に教えていますが、そんなにかかってこないです。かかってくるときは、本当に対応が必要なときなので、絶対かけてもらった方がいいんですよね。なので、私にとっても負担が少なく、非常に安心感を与えられるということで、とても診療の効果が上がっていると思います。

日本の現状として、行動・心理症状が激しくて、地域で対応が難しい方がたくさんいらっしゃいます。それで、自宅でケアすることができなくなって、施設などに預かってもらおうとしても、その施設から「こんな激しい人は預かれない」と拒否されてしまって、結局、精神科病院に入院させざるを得ないという方が、たくさんいらっしゃるのです。

私は、初期から適切な支援をしようと思い、都内でメモリーサービスを始めたのですが、依頼が来るのはBPSDが激しくて医療機関にもかかれない、ちゃんとしたケアも受けられないというケースがとても多いというのが現状です。

このように、日本では精神科病院への入院が多くて、そうするしか問題が解決できないような方がたくさんいるという状況です。一部には、認知症の人のための精神科病床を10万床にまで拡充すべきだと主張されている方もいます。でも私は、やはり認知症の人を精神科に入院させるのは間違っていると思います。この日本の現状について、ご意見を伺え

ればと思います。

堀田：飛鳥井望先生からもご質問を頂きます。

飛鳥井：重い BPSD を抱えた方の多くが、身体的な合併症も抱えています。重い BPSD のためにナーシングホームから排除されてしまうように、一般病院からも手に負えないと排除されています。しかし、BPSD がある人の合併症をどこかの病院で治療しなければならないのですが、各国ではこの問題をどのように解決されているのでしょうか。

BPSD の多くは予測と予防が可能である

Burns：十分なアセスメントを行うことが大切です。骨折しているとか、虫垂炎があるというのと同じように、認知症の人に BPSD がある、というのは簡単です。しかし、それぞれ一人の人であり、興奮 (agitated) するには、それなりの理由があります。昨日のシンポジウムでは、その理由をいくつか挙げましたが、地域の支援とパーソンセンタードケアがあると、とてもよいと思います。

今、お話があった、病院が誰かを拒絶してもよいという考えを認めることはできません。病院がよい果実を選びとるように、症状の軽い人だけ受診できると選り好みすれば、廻りまわって、(ナーシングホームで) ケアを受けられる人を選り好みすることにお墨付きを与えるようなものです。イギリスでは日本と同じ状況ではないのですが、おそらく物の見方が少し違うのかもしれませんが。入居者の対応をうまくできていないケアホームは、もちろんイギリスにもありますが、支援があれば、きっとうまくできるはずです。

我々のガイダンスには、予防についても書いています。私が国内各地を訪問する度に、「Burns さん、あなたは抗精神病薬を処方するなだとか入院させるなだとか言いますが、じゃあ土曜日の午後 6 時に、夫の介護をしている女性から、夫が興奮して攻撃的になっていると言われたら、どうしますか？このように、抗精神病薬を処方することが適切な状況もありますよ」と、たくさんの方から言われます。

しかし、土曜日午後 6 時になる、ほんの 5 分前に問題が始まっている訳ではないのです。もし注意深くサービスを提供していれば、月曜日か火曜日か水曜日、つまり 3~4 日前には確実に、問題が起きるのを予測できたはずであり、予防できたはずなのです。Qazi 医師がやっていることというのは、まさにそういうことです。そのような予防と、Higgins さんが言ったような事前に計画を立てておくことが非常に重要だと思います。ですから、多くの場合は予防できることなのです。

堀田：よろしければ、総合病院のリエゾンについても少し触れて頂けますか。

Burns：総合病院と連携している精神科医が大勢いて、私もその 1 人です。例えば、糖尿病

や尿路感染症といった身体疾患のある高齢の人が総合病院に入院してきたのですが、認知症のためか混乱していました。総合病院のスタッフだけでは対応が難しく、サポートが必要な場合は、精神科医や多くの場合は看護師で構成するチームがサポートします。

ただ、注意が必要なのが、例えば認知症や混乱状態に対応する専門医チームがあると、病院は自動的に、それは彼ら専門医チームが扱うべき問題であって、自分たちは手出しをする必要がないと考えてしまいかねない点です。特別に困難で複雑な問題だから、特別なチームがあるのだとして、問題を手放してしまうことのないよう、総合病院が自分たち自身の問題として取り組むようにすることが、真に大切なことです。専門医のアドバイスが必要な場面もありますが、その目的は、病院が自分たちの問題として受け止め、対応できるようにすることだろうと思うのです。

精神科病棟で治療すること

関山：米国では、精神科病棟の中で認知症の患者さんを診て、身体合併治療に当たるというやり方があります。そこでは精神科医と内科医や神経内科医がチームを組むことによって平均在院日数を減らし、精神的な症状を軽減しているということで、成功事例としての報告もありますが、このような対応についてのご意見も頂ければありがたいと思います。

堀田：Meerveld さん、すべて踏まえた形でコメントを頂けますか。

Meerveld：オランダでは、認知症の人に「病院には行かない方がいいですよ」と言うことがあります。健康によくはないし、危険でさえもある、と。これは、何も医師や看護師の能力に問題があるということではありません。しかし、病院という組織の在り方に原因があります。病室や建物の構造が認知症の人にはよくないのです。とはいえ、認知症の人も病院に行かねばならない時はありますから、オランダには高齢者にやさしい病院プログラムというものもできました。認知症の人たちの状態を悪化させないための特別プログラムです。

それでも心理症状や行動障害の問題が生じた場合には、オランダではナーシングホームに行きます。室内や環境、リズム、建物内のすべての在り様が、認知症の人にとってナーシングホームの方がはるかによいからです。このようなアプローチもあるのです。

それから、危機を未然に防ぐことの重要性については、まったく同意します。そのために在宅訪問チームにお金をかけ、自宅でのマネジメントを行っているのですから。そして、このような危機の問題が、最もケアラーにとって重荷となり、自宅で支えることができなくなると言われる最大の理由もここにあるからです。

ですから、在宅で状況が悪化しないように、専門家によるアドバイスが入ることはとても大切です。ケースマネジャーが自宅を訪問するのは、介護している家族に、認知症の人がそんな行動をする理由について話し、どう対応すべきかを教えるだけでなく、実際に生

活している場所や状況を見ることによって得られる情報に意味があるからです。その場で実際に相談しアドバイスする方が、家族も理解しやすいと言えます。ですから、自宅を訪問して、彼らの生活の場でアドバイスをすることが大切です。

ナーシングホームの介護力を高めて精神科入院を防ぐ試み

de Burgh : オーストラリアでは今、mixed funding model（混合予算モデル）というものを試行しています。ナーシングホームのための予算があり、そこで働く職員は認知症に対する専門知識を持っています。しかし、進行した重い認知症の人もいます。国は医療として病院やメンタルヘルスのサービスを提供していますが、その予算の一部をナーシングホームに投入して、重い認知症の人がより手厚い介護支援やメンタルヘルスの支援が受けられるようにするというものです。

それらの支援の担い手は、認知症について知識のある高齢者ケアワーカーです。予算を増やすことで、ケアワーカーの数も増やすことができるという試みです。このようにナーシングホームの予算を増やして介護力を高めることも、認知症の人の精神科病院入院を防ぐ1つの方策になるかと思います。

重藤 : ナーシングホームの中では薬の処方など医療は行われているのでしょうか。その点だけ、確認させてください。

de Burgh : ナーシングホームの中でも医療は提供されています。GPがナーシングホームを訪問して、糖尿病やその他の様々な薬を処方します。抗認知症薬も処方していますし、抗精神病薬を処方するケースもまだあります。ご紹介したmixed funding modelで、医療予算の一部を受けて職員を増員しているのは、認知症のスペシャリストがいるオーストラリアでおそらく最も進んだナーシングホームの中の1棟の例ですが、そこには最も重いBPSDのある人がいます。しかし、そこでは抗精神病薬も拘束も使用していません。

ですから、正しい専門知識があり、正しいスキルを持ったスタッフがいれば、症状の重い人がいても抗精神病薬や拘束以外の選択肢があり、とてもよい認知症ケアを行うことが可能であるという例になるかと思います。

Burns : 今のお話と同じように、誇りを持って認知症の人のケアに取り組んでいるナーシングホームがイギリスにもあります。アルツハイマー病だけではなく、脳血管性の認知症やレビー小体型、アルコール性認知症の人もいますが、抗精神病薬は投与していません。ただし、de Burghさんが言われた通り、スキルが必要です。

そして、心構えも必要だと思います。今お話したようなホームは、抗精神病薬を処方しないことに大きな誇りを持っています。しかし、ナーシングホームに暮らす認知症の人の4人に1人は、何らかの抗精神病薬を処方されています。過去に医師から処方されたまま、

何ヵ月も何年もそのまま使われ続けているという問題もあります。

しかし今、メディアを通じて抗精神病薬の使用がよくないという認識が広まりつつあり、認知症の人が服用している薬のレビューが行われ、ナーシングホームの職員も抗精神病薬の副作用を学ぶようになっています。

堀田：ありがとうございました。以上でセッション3を終わります。

セッション 4 「家族・ケアラー支援」

ポイント

- イギリスは 1995 年に「ケアラー法」を制定、1999 年に「ケアラー全国戦略」を策定し、ケアラーの権利を強化した。「ケアラー法」に基づいて整備されたサービスは、アドバイスや情報提供を中心として多岐にわたり、政府は地方に対してそのための予算を付けた。
- イギリスで全国整備されたサービスに「緊急時プログラム」がある。ケアラーに何か起きたら認知症の人に何が起きるのか、そのような時の支援計画はどうするか、ケアラーが緊急時を想定できるプログラムである。
- オーストラリアは 2010 年に「ケアラー承認法」を制定し、ケアラーの存在・役割・権利の承認と、ケアラーの誰もが受けられる支援サービスの基盤ができた。
- デンマークの調査では、ケアラーが介護に費している時間と負担感には明確な相関があり、負担と感じている人は平均で 1 日 10 時間も介護していた。また負担と感じている人ほど、「愛する夫(妻)の面倒をみている」から「認知症の患者の世話をしなければならぬ」へと意識変化していた。
- イギリスでは、ケアラーの 3 人に 2 人は治療の必要なく、自分の身体的健康を後回しにしている。介護している人の払う犠牲について強調すべきであり、このような状況を踏まえたうえで議論を開始する必要がある。
- イギリスでは、レスパイトケアを重要と位置づけ、約 4 億ポンドの予算が付いた。
- ケアラーには、電話で介護をナビゲーションしてくれる認知症アドバイザーなどの存在が必要である。診断、終末期ケア、利用できるサービスについての情報が得られることが重要である。
- デンマークでケアラーに何が必要かを尋ねると、1 番目は、ケアラーとしての役割を認められること、そして認知症を病として認められることであった。ケアラーとしての役割を認識することが何よりも重要である。
- オランダのアルツハイマーカフェは 1990 年代に始まり、アルツハイマー協会のボランティアと介護職らが月 1 回開催して、認知症の人とケアラーが集う場となっている。地域の医師や看護師、認知症の仲間なども参加することが成功の秘訣である。その場で

医師に心配事や疑問について話してもいいし、人前で、自分の病気についてオープンに話す場所があることが大切で、認知症にまつわるタブーをなくすることが重要である。認知症の人とケアラーを統合的にサポートするミーティングセンタープログラムという取り組みもあり、ともに敷居が低い場であることが重要となっている。

堀田：このセッション 4 では、まず、ケアラー（家族など無償の介護者）という立場を認知し、支援する法的な枠組みについてお尋ねします。2つ目に、ケアラー支援の射程について教えて頂きたいと思います。そして 3 つ目は、特に認知症の方のケアラーに対して、具体的にどういった支援が行われているのか、とりわけボランティア組織の果たす役割についても伺いながら、話を進めていきたいと思っています。

日本では、ケアラーの権利などを国レベルで定めたものはまだないのですが、イギリスでは 1995 年にケアラーズアクト（Carers Act、「ケアラー法」）が制定されました。まず、このケアラーズアクトに定められたケアラーの権利について、Higgins さんからご紹介頂けますか。

イギリスのケアラーズアクト

Higgins：イギリスでは 1995 年にケアラーズアクトが制定され、その後も追補されたりガイドダンスが発行されたりして、ケアラーの権利を強化しています。これは認知症のケアラーにとどまらず、また成人に限らず、親を介護する未成年の子どもについてもカバーされています。さらに、1999 年にはケアラー全国戦略（National Carer Strategy）も策定されました。英国政府は地方政府に対して、ケアラーのためのサービス充実に特化した予算を付けました。

その法的枠組みですが、ケアラーが利用できる支援について情報提供することが義務付けられています。また、ケアラーにはアセスメントを受ける権利があり、それを知らせること、アセスメントに基づいて必要な支援を実行すること、ケアラーのニーズに注意を払うことも義務付けられています。

例えば、認知症の人のためのケアプランを立てるときに、それがご本人にとっては素晴らしいものであっても、ケアラーである家族が仕事を続けられなくなるような悪影響の出るものであってはなりません。ですから、ケアラーへの影響についても考慮してケアプランを立てなければならぬのです。簡単に申しますと、以上がケアラー支援に関する法的枠組みです。

初期に全国各地で整備されたサービスの 1 つに、緊急時プログラムがあります。前のセッションで話し合った入院にも関連するのですが、認知症の人のニーズに変化が起きたか

らではなく、ケアラーに何か起きたために、認知症の人が入院することがあります。例えばケアラーが入院することになり、認知症の人を伴った場合、他に頼ることができないために 2 人とも入院してしまうというケースがあります。このようなケースを解消するために緊急時プログラムがあります。私に何か起きたら、私が介護している認知症の人に何が起きるのか、そのような時のための支援計画はどうするのか、というように、ケアラーが緊急時を想定できるようにするプログラムです。

ケアラーは、例えば自分が外出中に事故にあった時に、自宅にいる被介護者に支援が届くよう、被介護者のことを書いたカードを持ち歩き、それに付随したプランを立てておくことができます。また、例えば在宅ケア機関に登録しておいて、ケアラーが介護できなくなった時には直ちに在宅ケア機関から支援に入るように、準備しておくこともできます。以上のようなものが、ケアラーの緊急時プログラムです。

ケアラーズアクトに基づいて整備されたサービスは、アドバイスや情報の提供を中心として、多岐にわたります。このようなサービス提供は通常、地方自治体や NHS から委託を受けて、ボランティア組織が行っています。アルツハイマー・ソサエティの場合もありますが、主にケアラー支援団体がその役割を担っていることが多く、彼らは情報がケアラーに届くように熱心に活動しています。また、緊急の問題が起きた時にケアラーが連絡できるよう、相談電話を開設している団体も多数あり、ケアラーが必要とする支援を受けられるよう、情報提供や案内を行っています。

また、ケアラーの声を集めて、新しいサービス整備に役立てているところもあります。昨日のシンポジウムでもお話しましたが、ケアラー自身の権利として、ケアラーにも個人予算を受ける資格があります。昨日の例では、パソコンの購入費と使いこなすためのトレーニング費用に充てていました。それによって、認知症の人を介護している妻が自宅にしながら買い物を済ませることができるので、誰かに買い物を代行してもらわなくても済むのです。

他にもまだまだ例をご紹介することはできますが、まずは簡単にご紹介しました。

堀田：イギリスでは 1995 年のケアラーズアクトによって、ケアラーというものが法的に認知され、ケアラーがアセスメントを請求できる権利を持ち、そのニーズに合わせてケアラーのサポートのプランも立てられるということ、その射程としては、緊急時を想定したプログラム、情報・アドバイスの提供、そしてケアラー支援団体の力を活用する相談電話、個人予算を活用したケアラー支援もあるということでした。

やはりケアラーズアクトが定められているオーストラリアの法的な枠組みと、具体的に提供されている支援について、全体像をお聞かせください。

オーストラリアの Carers Recognition Act (「ケアラー承認法」)

de Burgh : オーストラリアでは 2010 年、Carers Recognition Act (「ケアラー承認法」) が制定されました。これにより、ケアラーという存在、ケアラーの役割、ケアラーの権利を認知し、ケアラーの権利として地域の誰もが受けられる支援・サービスおよびケアラーのための支援サービスへのアクセス権を認める、正式な基盤ができました。親の介護をする未成年の子どもについてもやはりカバーされています。

イギリスとよく似ているのですが、この法律と同時にケアラー戦略も出されました。ケアラー戦略には、「認知と尊敬」「情報とアクセス」「経済的保障」「ケアラーサービス」「教育と訓練」「健康とウェルビーイング」の 6 つの優先分野があり、これら 6 分野でのサービスが整備されています。

例えば、ケアラーとして認知し、ケアラーに対してお金を支払います。これは、ケアラーが高齢者ケアサービスを購入するために支払われるお金ではなく、ケアラーとして果たしている役割や介護のために諦めた仕事などに対して、ケアラーの貢献を認めて支払われるお金です。

この支払いのための予算は、国としては相当な額になるのですが、ケアラーにとってみれば、微々たる金額しか支払われておらず、ケアラーとしての貢献分を満たすものではまったくない、と言われます。実際には、その中間というところだと思います。認知症の人のケアラーについては、高齢者ケアサービスの核は、レスパイトケアの提供です。

レスパイトケアは、認知症の人が日中の 2 時間だとか 5 時間だとかの時間を過ごす場所です。まだ規模はとても小さいのですが、幼児保育と同様に、24 時間のレスパイトを提供しようとしています。つまり、朝、例えば娘が親を連れてきて仕事に行き、仕事が終わってから迎えに行って家に帰ることができるようなレスパイトサービスに向けて進めています。

ほかにも、宿泊付きのレスパイトもあります。その間、ケアラーは休むことができます。1 週間くらい旅行に出かける場合は、認知症の人は通常、ナーシングホームに 1 週間滞在し、介護を受けます。さらに、腰を痛めずにかににして車イスを車に乗せるかといった実践的なトレーニングも、ケアラー向けに提供します。

フランスのレスパイト施策

堀田 : レスパイトの話が出ましたので、国家戦略の中でレスパイトケアのプラットフォームを作られていて、かつケアラー教育も始められているフランスの Lavallart さん、お話し頂けますか。

Lavallart : まず、ケアラーの健康状態を評価することが重要です。ケアラーの健康状態を評価するために GP が家庭に往診できるようにしました。治療ではなく、アセスメントのための往診です。

それから、レスパイトについては、この 10 年間、デイケアセンターを整備してきました。現在、レスパイトとして約 2 万ヵ所のデイケアセンターがフランス国内に開設しています。もう 1 つのレスパイトの方策としては、マルチサービスプラットホームという仕組みも整備しました。これは、認知症の人とケアラーに様々なサービスを柔軟に提供するもので、情報提供、デイケアセンターや自宅でのレスパイト、アルツハイマーカフェや会合や博物館鑑賞などの社交活動、グループや個人で受けられる心理的支援、運動、休暇での宿泊といったものが、マルチサービスプラットホームです。

また、ケアラーを対象とした 2 日間の研修プログラムも毎年、行っています。認知症とは何かから始まり、日常生活で使えるツールにはどんなものがあるか、ケアラーが自分自身を守り支援を受けることについても、教育します。これは、長期にわたる介護では非常に重要なことです。

国内でこの研修を受けたケアラーは 12,000 人以上に上ります。そして、この研修プログラムを受けた結果、ケアラーの健康状態がどうであるかに関する調査も行っています。

介護時間が長いほどケアラーは負担とを感じる

堀田：続きまして、デンマークの Nissen さんに、ケアラーの負担感に関する最近の調査結果と、その負担に伴うコスト、デンマーク認知症戦略にも含まれているケアラー支援について、お話し頂ければと思います。

Nissen：デンマークでは、家族などケアラーに対する支援やカウンセリングは、社会福祉や医療の、別個の法律に含まれています。そして、病院・医師と地域コミュニティの双方が、ケアラー支援を担っています。ケアラーズアクトのようなものではなく、様々なものに統合されています。ただ、法律は法律としてありますが、現実はまだ別です。

ケアラーの負担感に関する研究では、認知症の人のケアラーが介護に費やしている時間と、その時間で具体的に何をしているのかを尋ねました。認知症の人がデイケアセンターにも通わず、ナーシングホームなどにも入居しておらず、自宅で生活している場合、ケアラーは平均で 1 日に 5~7 時間を介護に費やしていることが分かりました。平均ですから、もっと長時間介護している人もいます。

ケアラーの負担感と言いましたが、必ずしも負担だと考えている訳ではありません。ここではっきりとさせておかねばならないと思いますが、ケアラーはケアラーとして生まれたのではなく、ほとんどの場合、家族の一員として人生をスタートしています。認知症の診断があって、はじめて役割が変わり、ケアラーになったのです。これは重要なポイントです。というのは、そこには家族への愛があるからです。

我々の調査では、約半数のケアラーが介護に費やしている時間を負担だと思っています。半数だけです。残りの半数は自然なことと考え、愛するからやっているとか、彼らなりに介護する理由を持っています。ただし、介護に費やされている時間と負担感には明確な相

関がみられました。平均して1日2時間未満など、介護時間が短い人ほど負担と感じている人は少なかったのですが、負担と感じている人は平均で10時間も介護していました。そして、負担と感じている人ほど、「愛する夫（あるいは愛する妻）の面倒をみている」から「認知症の患者の世話をしなければならない」への変化がみられました。これが負担です。認知症の進行とともに、この変化も進んでいきます。

もう1点、興味深かったのは、男性ケアラーと女性ケアラーの間に差がなかったことです。デンマークに特有のことなのかどうかは分かりません。以上です。

経済的観点からみたケアラー支援のコスト

堀田：ケアラーの力のさらなる活用とケアラー支援にかかるコストについて、経済的な観点から McCrone さんにコメントをお願いします。

McCrone：とても重要で複雑な問題だと思います。介護に費やされる時間は負担として考えがちで、私は昨日のシンポジウムで介護のコストについて数字を示してお話しましたが、Nissen さんが指摘されたように、「いや、コストの問題ではない。やりたくてやっているのだ」というケアラーも多いでしょう。また、義務だと感じている人もいるでしょうし、介護に喜びを見出しているという人もいるでしょう。家族への愛を示しているのです。

経済学的評価をしようと考えた場合、通常、一方ですべてのコストを、他方ですべての便益を洗い出します。そして、ケアラーが費やした時間をコストに換算します。次に、ケアラーが費やした時間に対して、得られた便益をケアラーに尋ね、それを金銭的価値に置き換えるのです。その結果、コストと得られた便益の金銭的価値は相殺する場合もあるでしょう。提供されたケアによって得られる便益を考慮すれば、もしかすると、インフォーマルケア（非職業的ケア）のコストはそれほど莫大なものではないのかもしれない。

真に費用便益分析をしようとするれば、この議論をさらに発展させて、報酬を得て介護するケアワーカーの中にもやはり、仕事を通じて個人的に大きな価値を得ている人もいるでしょう。しかし、一体、我々はそれさえも考慮してコスト計算をすべきなのかどうか……。サービスを評価する方法としては非常に議論の大きいところですが、人によっては無償で働く人もいますから。経済学者はそんなことはしません。

議論の出発点はケアラーの負担の大きさを認知すること

堀田：先ほど Nissen さんから、ケアラーの中にも負担だと思う人と、当たり前のことだと喜んでやっておられる方がいらっしゃるというご指摘を頂きました。ケアラーが負担感を高めすぎず、ケアし続けるためには、適宜適切な情報が提供されることが、1つの鍵になるのだらうと思います。

これにつきまして、Burns さんが昨日のご発表の中で、Sheffield Dementia Information Pack について触れていらっしゃいました。認知症の方のケアラーにとって、情報提供という観

点からは何が重要でしょうか。Sheffield Dementia Information Pack にも関連づけながら、教えて頂ければと思います。

Burns : ケアラーのメンタルヘルスという観点で考えると、認知症の人を介護している人がどれほど大きな犠牲を払っているかについて、改めて強調しておくべきだと思います。おそらくケアラーの3人に2人は治療の必要なく、不安などの症状も呈しています。しかも、認知症の人のケアラーは、自分の身体的健康を後回しにしていることも知られています。様々な理由から、自分は薬を飲まないのです。このように、認知症の人を介護するということの特別な状況を踏まえたうえで、議論を開始することが必要だと思います。

実用的に何を提供するかについては、イギリスでは、レスパイトケアを重要と位置づけており、Prime Minister's Challenge on Dementia (「認知症に関する首相の挑戦」)にも含まれています。その一環もあって、約4億ポンドの予算がレスパイトケアについています。これは認知症に特化したものではなく、すべてを含めたものです。私が大勢のケアラーから聞くところでは、レスパイトが非常に重要です。認知症の人を介護することで、様々な得るものもあれば、つらいこともいろいろあると聞きますが、暗いトンネルの先に光があること、レスパイトがあることは極めて重要です。

何においても情報は重要だと思います。診断、診断に関する情報の重要性についてセッション1でも話し合いましたが、終末期ケアに関する情報も、また利用できるサービスについての情報も重要だと思います。また、認知症アドバイザーの話も出ました。呼び方は国によっていろいろ違いますが、いずれにしろ、電話をすれば介護をナビゲーションしてくれる人がいるということが非常に重要だと思います。

ただ、McCrone さんもおっしゃった通り、いろいろな意味で、介護の最終的な経験は個人のものであり、私が出会ったご家族たちはあらゆる経験をされ、彼らから介護について話を聞くと、私はとても謙虚な気持ちにさせられます。

一方で、また違った見方をする人たちもいます。1つ思うのですが、社会の期待の変化に伴って、今までのように家族が介護の役割を担うことをよしとしない時代が、今後、確実に来るであろうと。私がこれまでに会ってきたある年代の人たちの多くは、介護を義務と考えていますが、今後は社会の変化に伴って物事も変わっていくだろうと思います。

まず大事なことはケアラーの役割を認めること

Nissen : 一言、付け加えたいのですが、ケアラーの方に何が必要かを尋ねると、レスパイトケアが上位にきます。しかし、1番目ではないのです。1番目は、ケアラーとしての役割を認められること、そして認知症を病として認められることなのです。我々がケアラーに尋ねると、必ず、「誰も自分たちのことを分かってくれない」「誰も私が担っている役割を認めてくれない」ということが出てきます。ケアラーにとって最悪なのは、「おや、昨日、あなたのご主人と会いましたが、まったく病気には見えませんでしたよ」と言われることで

す。これは本当に分かっていない、まったく認識不足です。ですから、ケアラーとしての役割を認識することが何よりも重要なのです。

堀田： EU では、Eurocarers という組織がケアラー支援の指針を設けていますが、10 ある指針の 1 つ目が、役割の承認です。他に社会的包摂、機会の均等、選択、情報、支援、レスパイト、介護と仕事の両立、健康増進、経済的保障となっています。まずは承認をすることが非常に大事ということ、あらためて伝えて頂きました。

自宅で見守るレスパイトケア

Higgins： イギリスでは、レスパイトケアの提供を始めてからもう長い年月が経ちますが、デイセンターの整備と、ナーシングホームでのショートステイが中心です。ケアラーにとってはとても価値あることなのですが、ナーシングホームでのショートステイが認知症の人にとっては大変な苦痛になることがあります。認知症の人にとっても快適に過ごせるのでない限り、レスパイトケアを受けるのを諦めてしまうご家族も少なくありません。認知症の人がナーシングホームで落ち着きをなくしてしまい、家に帰っても元に戻らないために、ケアラーにとってもかえって大変になる、ということがあるからです。

ですから、もっと個別的なアプローチを検討しています。ご本人やご家族が望めば、ではありますが、自宅でのレスパイトを重視しているのです。例えば、ご家族が外出している間も、認知症の人は慣れ親しんだ自宅に残ってられるように、民間の任意組織から人が家に来て一緒に過ごします。ご家族が 1 週間ほど留守にする場合でも、認知症の人が別の場所にいて世話を受けるのではなく、やはり自宅に留まります。その間、誰かが泊まり込みで一緒に生活をするというサービスもあります。また、ご家族が外出している間、自宅で認知症の人に何か起きた場合、すぐに連絡がくるシステムの遠隔ケアなども、ご家族が安心して外出できますので有用だと思います。

新しくレスパイトサービスを始めようとする時には、従来通りのサービスをただ導入するのではなくて、必ずケアラーの話を聞き、必要とされているサービスを提供することが大切だと思います。

専門性を高めるボランティアセクター

堀田： 認知症の人のニーズに基づく介護、そしてケアラーの方々のニーズに基づく支援に個別的にアプローチする重要性についてご指摘頂きました。今、お話頂いたようなレスパイトケアやケアラー支援全般における民間の任意組織の役割について、もう少しご紹介できますか。

Higgins： イギリスでは、ケアラーを支援する民間の任意組織が数多くあります。混同されることが多いのですが、民間の任意組織 (voluntary sector organization) は、市民ボランティ

アが無償でサービスを提供する組織とは限りません。今はもっとプロフェッショナルな組織になってきています。彼らの目的は主に2つあり、1つは発言力を高めて政策への影響力を持つこと、もう1つがサービスの提供です。

通常、区役所やNHSとの契約の下にサービスを提供しています。つまり、プロのケア提供機関になっているとも言えます。そうしてケアラーにサービスを提供している団体がイギリスにはたくさんあるのです。ケアラーズUKという団体は各地に地方支部を持っていて、事前的な情報提供や電話相談などを行っています。

レスパイトケアを提供している全国組織もあります。Crossroadsと呼ばれる団体は高齢者に特化して活動し、ご家族の外出中に自宅で過ごす認知症の人と一緒に過ごす見守りサービスを行っています。スタッフは全員トレーニングを受け、審査も受けています。

このように、単なるボランティアを派遣しているというのとはまったく違うということをご説明しておきたいと思います。

Nissen : アルツハイマー協会などの任意団体がプロフェッショナルになってきたのは、それをケアラーが求めたからです。我々自身がそれを志向したからではありません。デンマークの社会福祉省は、ケアラーを対象にレスパイトケアのニーズ調査をしたことがあります。その結果、レスパイトケアサービスを行うスタッフが認知症についてきちんとした理解があること、教育を受けていること、認知症の人への対応についてしっかりとした訓練を受けていることが最も重要だというのが答えでした。さもなければ、レスパイトケアがレスパイトにはならないからです。

堀田 : オランダ・アルツハイマー協会はアルツハイマーカフェを開発されていますし、昨日はご本人とケアラーを統合的に支援するミーティングセンタープログラムにも触れられました。日本のオレンジプランでも、認知症カフェをつくることが計画に含まれていますので、特にこの2つについて、ケアラー支援という観点から、Meerveldさんにお話を頂ければと思います。

Meerveld : その前に、重要なことですので、レスパイトケアについて補足させてください。ボランティアに対する教育をケアラーが求めたこともありますが、それだけではありません。我々のような団体にとっても、ボランティアを集めることがとても難しいという問題があります。緩和ケアのボランティアは希望者が多いです。子どものためのボランティアも希望者が多い。しかし、認知症の人のためのボランティアを募るのは、とても大変です。最悪のケースは、実はオランダで実際に起きたことですが、ある任意団体にボランティア登録をした人が、お年寄りのいる家に行ってほしいと連絡を受けました。そのお宅に行ったところ、認知症の人に対峙することになったけれども、どうしたらいいのか何も知識がなかった、ということがありました。

オランダ・アルツハイマー協会としては認知症の人のためのボランティア教育を重視していますが、似たような例は他にもたくさんあると思います。教育がなければ、ケアラーもがっかりしますし、ボランティアもがっかりします。

堀田：認知症の方も、ですね。

オランダのアルツハイマーカフェ

Meerveld：認知症の方も。さて、アルツハイマーカフェですが、1990年代に始まりました。現在、オランダ・アルツハイマー協会のボランティアと介護職らが月1回開催して、認知症の人とケアラーが集う場となっています。複雑なことはまったくなく、地域の医師や看護師、認知症の仲間なども参加します。これがアルツハイマーカフェの成功の秘訣だと思います。

参加するのに予約は必要ありません。保険がなくても構いません。その場で医師に心配事や疑問について話してよいのです。認知症の人がほかの人の前で、自分の病気についてオープンに話す場所があることがとても大切です。認知症にまつわるタブーをなくすことも非常に重要です。オランダ・アルツハイマー協会が支援してアルツハイマーカフェを増やそうとしてきたのも、そのためです。そして今では全国各地に広がっています。

それから、認知症の人のためのミーティングセンタープログラムについてですが、これは同時にケアラーのためのプログラムでもあります。ケアラー同士の出会いがありますし、認知症に関する情報や研修もあり、ケアラーとしてどのように対応できるのかを学ぶこともできます。認知症の人のニーズとケアラーのニーズを満たすミーティングであることがとても大切です。

アルツハイマーカフェとミーティングセンタープログラムは重複する面もありますが、補完しあう面もあります。アルツハイマーカフェは月1回で、ミーティングセンタープログラムは毎日やっています。共通して言えるのは、認知症の人と介護する人にとって敷居が低いことです。これも非常に大切なポイントです。また、これも一種のレスパイトケアです。というのは、認知症の人がミーティングセンターに来ると、意味のある、素敵なことができますし、ケアラーも夜だとか1時間だけ顔を出してケアラー同士で話をしたり、自由に過ごしたりできるのです。

認知症の人のケアラーのニーズも様々ですし、大切な家族を介護している状況もいろいろ異なりますから、様々な形で支援することが大切です。

堀田：アルツハイマーカフェは各国に広がっていますね。月に1回、専門職も含めたボランティアが運営して地域で開かれるアルツハイマーカフェ。それから、認知症の方に意味ある活動を提供するとともに、ケアラーへの情報提供、ピアカウンセリング、トレーニングを統合的に実施するミーティングセンタープログラム。敷居の低い場での多様な展開が

重要というお話でした。

Lavallart : 1点、重要なポイントがあります。ケアラーの支援といっても、必ずしも認知症の人と家族とを分けるものである必要はないということを付け加えたいと思います。これは重要な点で、双方のためにアクティビティを準備することもできます。

堀田 : ここで厚労省の方からご質問がありますか。

厚労省からの質問 : 独居、介護退職、施設待機について

勝又 : 家族から支援を受けることができない、単独世帯の認知症の人は、介護サービスと地域のボランティアで支えているのか、それとも地域では住めなくなって、施設等に入所されるのか、そのあたりのことを教えてください。

片岡 : 2点、お聞きしたいと思います。日本では、介護を理由として仕事を辞める方がかなりいらっしゃいます。それを減らすことが国の政策として求められていますが、皆さまのお国では、そもそも介護を理由として仕事を辞める方はいらっしゃるのでしょうか。また、いらっしゃる場合、それは個人の自由であって問題にはなっていないのでしょうか。

それから2点目ですが、ケアラーの方から、確かにレスパイトサービスは重要だと聞きますが、もう一方で、やはり介護がなかなか大変で、もう限界、ぎりぎりで、どうしても施設に入りたい、施設を利用させてほしいという要望も非常に強いです。都会を中心に、施設の入所を希望されて、1年、2年、待っているような状況がございます。皆さまのお国でも、やはり施設へのニーズが多くて待機者が大勢いらっしゃるのでしょうか、それともうまく調整されていて、そのような問題はないのか、実態を教えてください。

堀田 : これについて、お答えになりたいことがある方は……。Nissenさん、お願いします。

Nissen : デンマークでも家族がなく、単身世帯が増えていますから、最初のご質問はとても重要です。中には社会との接点がまったくない人もいて、非常に大きな問題になっています。保健当局も問題を認識しているのですが、調査や研究は何も行われていません。どう対策すべきか、今は暗中模索の状態です。

アルツハイマー協会としては、まさにこの問題に対処するための資金を見つけようとしています。アルツハイマーカフェをはじめとする地域の活動を通じて、孤立した人を地域に紹介しようとしています。家族や親類のケアラーがいない代わりに、地域に住む人々からの支援が得られるようにしようという試みです。

そうすると、アルツハイマー協会の役割はフォローアップだと考えています。行動や人間関係の結び方に問題があるなど、身寄りがいないことや社会から孤立していることには

理由がある人もいるからです。とにかくこれはとても大きな問題ですし、今後さらに問題の規模は拡大していくと予想されます。

それから、ケアラーの辞職に関するご質問ですが、その問題はデンマークにもありますし、統計的にも明らかになっています。通常の定年前に年金の受給を開始する人が多いのですが、勤務時間を他の人よりも減らして働いている人も大勢います。家族にとっても国の経済にとっても問題ですが、今後、さらに多くの人々が早期退職するようになると、会社にとっても労働力不足という問題にさらされることになります。国の経済が落ち込むと、社会にとっても問題になります。この問題については **McCrone** さんが詳しいかもしれません。

3つ目のご質問、ナーシングホームの待機問題について。デンマークにも待機の問題がありますが、それほど大きな問題にはなっていません。待機している人や待機している家族にとっては問題で、待機期間が2ヵ月や4ヵ月であっても彼らにとっては大問題になることもあります。ナーシングホームへの待機問題自体はそれほど大きな問題にはなっていないと思います。

家主の権利を尊重したケア付き住宅

Higgins : 最初のご質問にお答えしたいと思います。大変に重要な問題です。今日、まだ話題になっていないのですが、そして昨日のシンポジウムでも話題にならなかったと思いますが、新しいタイプの住居を提供することが必要だと思います。自宅で暮らしていた人が、いずれナーシングホームに入る以外にも選択肢があります。一人暮らしの人が認知症と診断された場合、将来に備えて計画を立てるよう支援しています。早い段階で、どのようなケアを受けたいかを決めておくのです。

早めにケア付き住宅に引っ越すという選択肢もあります。ケアが提供される集合住宅です。普通のアパートと同様、自室内では自分が家主で、必要に応じて、厚みを増してケアが提供される、というものです。一人暮らしの場合、この方法がかなりうまくいっています。こうすれば、かなり早い段階でナーシングホームに入所することを決めなくてもよくなります。

待機問題についても一言だけ申し上げますが、入所施設に入るために待機する人はあまりいません。今、申し上げたケア付き住宅など他の選択肢を増やしていますし、将来的には施設入所を制限できればと思っています。その代わりに、自宅で暮らす人々に対する支援を厚みのあるものにすることができるからです。

堀田 : 日本でも住まいのバリエーションを増やそうという努力を始めているところでもあります。続きまして、**Burns** さん、お願いいたします。

介護退職は勧められない

Burns : 単身世帯の問題は、我々の方が事態に適応していく必要があるという意味で、大変重要です。単身世帯向けの方法で問題を解決することを理解する以外に、特別に何かが必要かどうかは定かではありませんが、イギリスのアルツハイマー・ソサエティは、子どもがいるけれども 300 キロも 400 キロも離れた場所に住んでいる高齢者、つまり家族はいるけれども近くには住んでいない、という人たちのための特別なプログラムを展開しています。

2 点目ですが、人は認知症の家族を持つと、仕事を辞めて面倒をみたいと考えるのですが、私のクリニックでそうすべきかと相談されれば、私ははっきりノーと答えます。仕事を辞めてよかったという例を見たことがないからです。家以外の居場所があることはとても重要だと思いますし、仕事を辞めて窮地に陥ったケースをたくさん見てきました。

3 番目の待機問題ですが、イギリスでは待機倍率は高くありません。家族が特定のホームや住所を希望している場合に待機することがあるくらいです。

この 3 つに共通して思うことがあるのですが、イギリスには異なる文化を持つ人々がいて、マンチェスターにも様々な文化を持つ人が住んでいます。このことは問題ではなく、追加して考える必要があるということです。異なる文化を持つ人々に対応し、その文化背景によって高齢者への対し方が異なるというとは興味深いことでもあり、念頭に入れておくべきことなのです。

人口に基づいた高齢者ケア施設の整備

de Burgh : 認知症の人も自宅で一人で暮らし続けることは可能ですし、それを支援するためにできることは、我々がこれまで話してきたように、たくさんあると思います。ただ、現実には、彼らが自宅を離れ、ナーシングホームに入らねばならなくなる大きな原因が 2 つあります。1 つは家族にケアラーがいないこと、もう 1 つは便失禁です。家族にケアラーがいないと、認知症が進行していくにつれ、自宅で一人では暮らし続けられなくなっていきます。

家族の介護のために仕事を辞める人はオーストラリアでも増えています。社会の高齢化が進むにつれ、国を問わず共通する問題で、就労年齢にある人が国の経済に貢献し続けることができるような仕組み作りとのバランスを考える必要があります。先ほども触れましたが、私は家族が主要なケアラーであり続けることができるよう、柔軟なレスパイトケアのモデルを考えようとしてきましたが、少なくともパートタイムで仕事を続けることができるように考えることも必要です。

それから、オーストラリアにも待機の問題があります。特に高齢者ケアサービスを受けようとする時に、多くの人々が待機しなければなりません。ただし、高齢者ケア計画比率というものがあり、計画ごとに国を分けて、70 歳以上の高齢人口に基づいて適切な数の高齢者ケア施設をつくるようにしています。このようにして、都会であっても人口の少ない田

舎であっても均等にカバーし、どこに住んでいても高齢者ケアホームにアクセスできるようにしています。

Lavallart：待機の問題に関して、今できる唯一のお答えはケースマネジメントです。ただし、ケースマネジメントによって自宅での生活を数ヵ月から 1 年間、延長することができますが、それ以上にはなりません。

介護による退職の問題ですが、ヨーロッパ内でも様々な状況があります。介護している父親や夫から、プロのケアラーとして雇用されることはできないものかを考えるのも非常に重要だと思います。

堀田：皆さま、熱心に、かつコンパクトに、たくさんの情報をご提供頂きまして、ありがとうございました。これで本セッションを終わります。

セッション5 「認知症の倫理的問題と自己決定について」

ポイント

- イギリスの「意思決定能力法(Mental Capacity Act)」は、人権の観点から発した法律で、判断能力が不十分と思われる人々の自己決定をいかに支援するかに関するものである。法案は2005年に議会を通過し、2007年に施行された。
- イギリスでは、問題を監督する「保護裁判所」が新たにでき、本人の事前の意思決定を明らかにし、それを覆すことに対する罰則も明確にされた。第三者の権利擁護者を任命できるようになり、これを管轄する「後見庁」も新たに設置された。
- イギリスの「精神保健法」は今も「意思決定能力法」に優先するが、「精神保健法」よりも「意思決定能力法」の方が本人に対する制限が少なく、適用すべき範囲が広いと考えられ、入院や受療決定においてさえも、「意思決定能力法」が用いられるケースが増えている。
- 「意思決定能力法」が制定されたことにより、どのように評価を行ったかのプロセスを書類に残し、代理人が行った決定は本人のベスト・インタレストをどのように保証しているかを証明することが求められるようになった。記録に残すことになったことは非常に有益なことである。
- また以前は、その人の人生全体に影響するような判断が包括的に決定されていたのが、ある物事については意思決定能力が欠けていても、他の物事についてはその能力があるかもしれず、今では包括的でなく個別的に考えるようになった。
- 「意思決定能力法」は事前指示についても具体的に記載しており、意思決定能力が失われた認知症の人にとって、医療について事前意思決定がなされていて、本人が行った選択を実践すべき時がきた時に、実践させる権限を与えられた代理人が任命されている。
- フランスでは、倫理的な支援とは、どれほど機能が落ちたとしても、人であることには変わりはないことを認めるものである。ケアラーやプロの介護職員、あるいは政策立案者にとっても、倫理的な問題は日常的に生じる。尊厳、連帯、自律、敬意といった倫理的原則は、認知症の様々な段階で様々な程度に介在する。そして文化・宗教的信条によって、様々な異なる倫理的問題がある。
- フランスのプラン・アルツハイマーにより設けられた「倫理の広場(Espace éthique)」

は、認知症に関わる特定の問題を詳細に検討する国立の研修・資料センターであり、記録資料やツール、認知症に関する様々なトピックに関する連絡先一覧などを提供している。

- フランスの「倫理の広場」は、倫理的考察の概要も作成し、認知症に関する倫理的取り組みに関与し、国際的取り組みの一翼ともなっている。センターは哲学者が運営し、多職種チームが関与し、他職種やケアラー、認知症の当事者との議論を重視している。

西田：このセッションで扱いたいテーマは2つあります。1つはイギリスで新しく施行された「意思決定能力法（Mental Capacity Act）」という法律で、これが非常に、認知症の方の自己決定に大きな影響を与えてきているようですので、この意思決定能力法について Burnsさんからレクチャー頂きたいと思います。

もう1つのテーマは、フランスの認知症国家戦略「プラン・アルツハイマー」における倫理についてです。サルコジ政権において策定された現在のプラン・アルツハイマーの下、倫理の問題を優先的にきちんと議論するための仕組みとして、「倫理の広場（Espace éthique）」が作られました。これを率いるのが Emmanuel Hirschさんという哲学者で、私ども研究班メンバーは昨年、フランスを視察した際にお会いしました。そこで、認知症に関する様々な倫理的問題について、誰かを悪いとって責めるのではなくて、どうしてそういう問題が起きるのか、現場で対話して、課題を整理していく、そういう倫理に関する本質的な取り組みがフランスで行われているということを知りまして、非常に感銘を受けました。したがって、この倫理の広場について、後ほど Lavallartさんからお聞きしたいと思います。

それでは、まず Burnsさん、イギリスの意思決定能力法と、認知症の方の自己決定について、話題提供をお願いします。

イギリスの意思決定能力法（2005 Mental Capacity Act）

Burns：意思決定能力法は、人権の観点から発した法律で、判断能力が不十分と思われる人々の自己決定をいかに支援するかに関するものです。これらの問題について正式な形を与え、運用可能なものとするための動きの中から生まれた法律だと思います。

2005年に法案が議会を通過し、2007年に施行されました。その結果、臨床現場に大きな影響があったと言ってよいと思います。この法律はイングランドとウェールズに適用されています。スコットランドと北アイルランドの法律は、若干の相違点があるものの、基本的にはいかに自己決定をできるようにするかということを主眼としています。

意思決定能力の評価は2段階で行います。つまり、脳や精神に障害があるのか、そして、その障害は意思決定能力に影響したことがあるのか、です。

そして、この法律の 5 つの原則が非常に重要だと思います。まず、人は基本的に意思決定能力があると推定されます。したがって、それを否定する場合には、意思決定能力がないことが証明されなければなりません（第 1 原則）。その人が意思決定を行うために、可能な限りの支援をすべて行うことが必要です。メガネをかけたり、補聴器をつけたりするのと同じで、単純なことです。このような補助が最大限に供されない限り、能力を評価できないということです（第 2 原則）。そして、極めて重要な問題ですが、誰もが賢明ではない決定（unwise decision）を下す権利を認められる、というものです（第 3 原則）。

意思決定能力がない場合、その人にとってのベスト・インタレスト（最たる利益）を考える人を定めます（第 4 原則）。最後に、これは意思決定能力法と精神保健法（Mental Health Act）との橋渡し部分になるのですが、本人の権利や行動に対する制限が最も少ない形での支援を行うこと（第 5 原則）、です。

このように、意思決定能力法は行動規範です。この法律自体は 301 頁にもわたって記述されていて、なかなか読むのも大変なのですが、イラストをふんだんに使った簡易版もありますので、読みやすいと思います。実践に関わる主な変更点は、enduring power of attorney が lasting power of attorney に代わったことです。この変更により、財産や金銭だけではなく、医療上の決定についても、代理で決定する権限を誰かに与えることができるようになりました。これは臨床現場にとって重要なポイントで、lasting power of attorney に定期的に確認することが求められるようになりました。

また、これらの問題を監督する保護裁判所（Court of Protection）が新たにできました。事前に行われていた意思決定（advanced decisions）を明らかにし、それを覆すことに対する罰則も非常に明確にされました。このような第三者の権利擁護者を任命できるようになり、これを管轄する後見庁（Office of Public Guardian）も新たに設置されました。後見庁は、保護裁判所を支援しています。また、治験への参加にも関与します。

代理人が決定することのできない除外事項も 4 つあります。投票、養子縁組、結婚、性行為です。これらの 4 事項については、代理人が決定することは一切できません。

最後に、「自由の剥奪」についてお話しします。これは、学習障害のある人が長期入所施設に何年も入所しているケースから持ち上がったことなのですが、本人が退所を希望していない、あるいは退所希望を表明したことがなくとも、これは法的な入所措置が何年も続いている状態であると考えられ、人権保護が必要であると考えられたため、意思決定能力法の下では、病院であれケアホームであれ、正式なプロセスを経て、誰かの自由を剥奪していることを監督機関に登録申請することが求められるようになりました。

精神保健法は今も意思決定能力法に優先しますが、精神保健法よりも意思決定能力法の方が本人に対する制限が少なく、適用すべき範囲が多いと考えられていますので、入院や時には受療決定においてさえも、意思決定能力法が用いられるケースがますます増えていきます。このように、意思決定能力法は非常に重要な新しい法律です。

西田：意思決定能力法が 2007 年に発効されてから、認知症に関する臨床現場において様々な影響があったというお話でしたけれども、具体的には、どのような影響があったのかをお話し頂けますか。

Burns：意思決定能力のアセスメントは、この法律以前にも行われていましたので、何か全く新しいことが導入されたという訳ではありません。ただ、法律として制定されたことによって、どのように評価を行ったのか、プロセスを書類に残し、代理人が行った決定は本人のベスト・インタレストをどのように保障しているのかを証明することが求められるようになったということです。ですから、それまでは話されてはいたけれども書かれていなかった物事を明らかにし、記録に残すことになったということです。これは非常に有益なことです。

プロセスの透明性を担保し、制限を最小限に止めること

西田：Higgins さんからも、この意思決定能力法が明文化された背景について、国民の声などを含めて、ご説明頂けますか。

Higgins：大切なことは、プロセスの透明性を担保するという点だと思います。例えば自由の剥奪に関しては、第三者の個人が任命され、状況を評価し、報告書を作成するようになりました。したがって、自由を剥奪して誰かに治療などの行為を行う場合、その決定権を行為者から排除して、別の人が関与するようにしたということです。その方が透明性ははるかに高いと言えます。

また、以前は、その人の人生全体に影響するような決定が包括的になされていたのですが、ある物事については意思決定能力が欠けていても、他の物事についてはその能力があるかもしれませんので、今では個別的に考えるようになりました。

そうすることで、その人が受ける制限を最小限に止めることができますし、通常はその人の人生全体に影響することはなくなりますので、これは非常に重要なことだと思います。このように文化を変え、人々の思考法を変えて、意思決定能力法の目指すところを実現するためには、かなりのトレーニングが必要でしたが、総じて臨床医からも当事者からも家族からも、非常に歓迎されたと思います。

命に関わらない限り、本人同意がなければ医療行為は行わない

西田：Nissen さん、デンマークでも意思決定能力法を制定しようという動きもあるとお聞きしていますが、その点についてお話し頂けますか。

Nissen：昨日もお話をしましたが、私たちの国の認知症行動計画に対するロビー活動が功を奏して、現在は非合法の認知症の人に対する強制治療開始の可能性について、特別なリコ

メンデーションが盛り込まれました。デンマークには意思決定能力法はなく、そもそも国民が求めているかどうかは定かではありませんが、既存の法律を修正していくことが現実的だろうと思っています。

その議論について、少しご説明しますと、デンマークには2つの面があります。1つは、世界の他の国と同様、進行性の病気に関する議論です。つまり、初期のころに診断されますが、他の人と変わらず自分の人生についてのいかなる意思決定をする能力もありますが、進行して末期になってくると、多くのことがまったくできなくなり、自分自身の人生について決定することさえも難しくなります。ですから、我々は、本人の代わりに決定する別の人が必要な期間について話し合っています。

それから、デンマークの様々な法律について見ていく必要があります。例えば、医療提供に関するすべての法律と、介護決定に関するすべての法律、その他にも経済的な状態や法的書類、ナーシングホームへの入所に関する様々な法律について、見ていかなければなりません。決定を下すべき状況というのはたくさんあり、そのための能力が必要な場面がたくさんありますから、なかなか大きな問題ですが、まずは医療と介護の制度について見えます。

社会福祉に関する法律では、必要な人には支援を提供する義務があります。その義務は、市や県（レギオン）の行政などが負っています。それが基本です。また、強制力を使用しない、あるいは「自分には必要ない」と言う人に対して支援を押し付けないことを前提とした法律もあります。ただし、本人が明確に「はい」と言わなければ支援を押し付けないことにはなっているとはいえ、支援を受けなければどのような結果になるかを本人が十分に認識できているとはいえない場合や、脳が「いいえ」と言っているために口も「いいえ」と言っているものの実際にはその支援が必要な場合には、支援することができる道もいくつかあります。

したがって、強制的にケアを行うことは可能です。が、特定の分野に限られますし、常に分類が必要ですし、後で第三者への説明も必要です。したがって厳格に制限されていますが、可能ではあります。しかし、医療はこれには当てはまりません。デンマークでは、命に関わる治療を除いて、本人の同意がなければ治療を開始することはできません。命に関わるほどではない多くの病気の場合、本人が「はい」と言わなければ治療はされませんし、認知症の人の多くは、例えば糖尿病や転倒による骨折の治療を受けることに対して「いいえ」と言ったり、「はい」とは言わなかったりします。

「はい。治療を受けたいです」と言わなければ、骨折した腕を2度と曲げることはできません。このような例は枚挙にいとまがありません。そしてもちろん、このような治療を受けないことは適切ではありませんから、我々は大臣と話をし、事態を変える必要があることに同意を得ました。ただ、最終的にどうなるかはまだ分かりません。法律の問題であり、非常に複雑な問題だからです。意思決定能力法を部分的に用いることについても検討していますが、実際にどうなるかについてはまだ詳しくお話しできる状況ではありません。

んが、イングランドやノルウェーと同様の動きがあるということだけは、申し上げられると思います。

西田：ありがとうございました。日本の後見制度は財産管理を中心に展開してきているもので、後見人の目線で、保護するという姿勢に陥りがちだという指摘があります。先ほど Higgins さんのお話にも、その方の能力をより細やかにアセスメントをして、すべてを決めてしまうのではなく、足りない部分について補っていくというご指摘がありましたけれども、そのような細やかな姿勢が、日本のこれからの認知症ケアにおいても重要ではないかと考えております。

Meerveld さん、オランダの後見制度の状況について、お話し頂けますか。

Meerveld：オランダ・アルツハイマー協会も認知症の人の 2 種類の代理制度について取り組んでいます。1つは現在、修正中の法律に基づくもので、今年、下院がこの法律について決定し、ナーシングホームへの入所、治療に関するインフォームド・コンセントなど関連するすべての法律が統合されることになると思われます。

ただ、誰かが腕を骨折した場合、オランダ・アルツハイマー協会では、腕を骨折した時などには適切に受診予約をとり、経済的な事柄や医療支援、治療について代理で決定することなど、手はずを整えるように啓発していますから、そのような場面になっても難しい状況にはなりません。

ベッド柵が拘束具の役割を果たしてしまった

堀田：先ほどのセッションの中で、オーストラリアの de Burgh さんから、拘束に関する意思決定支援のツールキットのようなものが示されたと思いますが、その背景あるいは特徴について、ちょっとご紹介頂ければと思います。

de Burgh：ツールキットを作成した背景には、特にナーシングホームでの拘束について、認知症の人やご家族からたくさんコメント、あるいは苦情が寄せられたということがあります。

また、2、3 件ですが、高齢者ケア施設で死亡事故が相次いで起きたことも背景にあります。原因は、ベッドの脇につけられたベッド柵です。ベッド柵は起き上がる時につかまるためのものですが、自分では起き上がれない場合には、ベッドから出られなくなりますから、一種の拘束具になります。死亡事故というのは、ベッドと柵の間にはさまってしまったケースのほか、寝間着が絡まって窒息したケースもありました。

このように、国民から寄せられた苦情と死亡事故がきっかけとなって、政府として拘束の問題を検討しました。我々が高齢者ケア施設を訪問し、職員の話聞いたところ、身体的拘束も化学的拘束も、いずれももっと減らすべきだという考えに全員、賛成であること

が分かりました。

ただ、代わりにどうすればよいのか分からず、代替となる選択肢もなかったのも、高齢者ケア施設に行った時に拘束の代わりにとりうる手段について彼らと話し合いを始め、デモンストレーションを始めました。拘束の代わりにやるべきことを示して見せ、それがかなり容易にできることが分かると、ナーシングホームの職員たちはすぐに取り入れ始めてくれました。

西田：ありがとうございました。昨日のシンポジウムでも、各国の国家戦略の中で、認知症の方ご本人の意思決定をできる限り尊重していく仕組みづくり、制度づくり、サービスづくりが非常に大事なテーマになっていて、advance directive（事前指示書）などについてもご紹介頂きました。

意思決定能力法は法律によって倫理的な姿勢を明文化したということですが、法律に限らず、自己決定を現場で尊重しながらケアをしていくというのは非常に重要です。しかし、現場では倫理的に非常に厳しい問題も出てくることもあります。そういった認知症に関わる様々な倫理的課題を国民的に話し合っていくフランスの取り組み「倫理の広場」について、Lavallart さんにご紹介をお願いします。

フランスのプラン・アルツハイマーに位置づけられた「倫理の広場」

Lavallart：倫理について英語でお話するのはとても難しいのですが、倫理的な課題について解決策を探り、重要なポイントについての方策を探る議論をいかに行うか、というのがプラン・アルツハイマーの特徴の1つです。

倫理的な支援とは、どれほど機能が落ちたとしても、人であることには変わりはないことを認めるものです。ケアラーやプロの介護職員、あるいは政策立案者にとっても、倫理的な問題が日常的に生じます。尊厳、連帯、自律、敬意といった倫理的原則は、認知症の様々な段階、様々な程度に介在します。そして、文化・宗教的信条によって、様々な異なる倫理的問題がありますが、我々にとって重要な問題、重要なポイントとは何でしょうか。

第1は、社会的表象（social representation）です。認知症にまつわる社会的表象は、認知機能の変化や記憶力の低下、自律の喪失だけではありません。脅威や冷笑にもつながり、また社会からの排除にもつながります。自宅や施設でのある種の閉じ込めを引き起こすため、認知症の当事者に、市民として特定の処遇や活動にアクセスする権利があることをいかに伝えるか、という問題があります。

第2は、意思決定能力です。人間の権利の問題です。その人の権利として、本人の選択、希望を尊重することは大きな問題であり、日常の診療やケア現場において、多くの議論を呼んでいます。進行性の認知症のために自律性が失われていくと、本人の利益のために、安全な場所に移すことが必要と思われませんが、これは社会的不適格とみなされがちです。ですから、依存した環境の中で、自分で意思表示ができない人の不足を補うことを目的と

した多職種介入において、いかに本人のプライバシーを尊重し、この相反する状態を調和させるかという問題があります。

第3は、認知症の人と臨床試験に関するもので、ここにもたくさん問題があります。脳やその他の組織の提供について、インフォームド・コンセントを得る必要がありますから、試験についての情報を提供することが必要です。

第4は、近親者や家族介護者に関するものです。認知症が告げられると、すぐに近親者に特別な注意を払うよう求められます。長年、近親者と医療従事者は病気の人へのケアに対して自然に同盟関係を結んできたからです。認知症の人の支援において、新しい形の世代間責任を明らかにすることについて、また公と私の支援および認知症の人を支援する近親者の能力を承認する新しい形を示す必要性について、我々は問うことが必要です。

第5に、情報通信技術ですが、自律の維持および失われた自律の補償という観点から新しい技術がすでに用いられており、将来に対する希望の源でもあります。同時に、位置情報確認やビデオ監視など様々な倫理的ジレンマももたらされています。安全の保障・必要時に介入を行うための遠隔監視・日々のプライベートな活動記録と、過剰なコントロールによる自由侵害への疑問との間の良いバランスを見つけるのは難しく思われます。

フランスのプラン・アルツハイマーでは、思考を刺激する課題を提供し、認知症に関わる特定の問題を詳細に検討し、機運を盛り上げ、研修センターや記録資料センターとなるよう、リファレンス・スペース「倫理の広場」を作りました。この国立のセンターは、記録資料やツール、認知症に関する様々なトピックに関する連絡先一覧などを関連職種に従事する人に提供します。

また、「倫理の広場」は、倫理的考察の概要を作成することもできますし、認知症に関する倫理的取り組みに価値を付す場所としても機能し、国際的取り組みの一翼ともなります。このセンターは哲学者が運営していますが、多職種チームが関与し、他の職種やケアラー、認知症の当事者らと議論する点が大切です。また、政策や法をつくる行政担当者や政治家との議論も重要です。そして、現在、ナーシングホームで暮らす認知症の人の法的立場について考えるグループがあります。

また、新しいテクノロジーにおける認知症の人の権利の尊重の問題も扱っています。倫理とケースマネジメントは非常に重要な問題です。認知症における倫理的問題には、早期診断も含まれます。

以上ですが、詳細はウェブサイト、www.espace-ethique-alzheimer.org をご覧ください。

西田：倫理的な課題について継続的に対話し議論するプラットホームとして、フランスでは「倫理の広場」が設けられ、発展してきているというお話を頂きました。最後に、厚労省から何かご質問はありますか。

意思決定能力を失う前に事前指示を作成することが極めて重要

関山：イギリスの意思決定能力法に関して質問ですが、この法律の中に事前指示の問題は含まれているでしょうか。また、これは認知症の方に限った法律なのか、それ以外の意思決定能力が欠如の方についても適用されるのでしょうか。

Burns：認知症に限らず、学習障害の人を含め、あらゆる人を対象とした法律です。ですから、精神保健法と一部重複していますが、例えば精神疾患の人、非常に重いうつ病の人なども、精神保健法ではなく意思決定能力法の下で能力のアセスメントを受け、適用されます。懸念される欠点としては、意思決定能力法の方が本人に対する制限が少ないという理由で、精神保健法が適用されるべきであるにも関わらず、意思決定能力法が用いられることもあると思います。

最終的には、重症度によります。ですから、もし臨床状態が非常に重ければ、精神保健法が適用され、それほど重くない場合には意思決定能力法が適用されますが、認知症だけではありません。

西田：事前指示の件については、いかがでしょうか。

Burns：事前指示についても具体的に記載されています。意思決定能力法が失われた認知症の人にとって、医療について事前意思決定がなされていて、本人が行った選択を実践すべき時がきた時に、実践させる権限を与えられた代理人が任命されていることは、極めて重要だと思います。臨床医が有効な事前意思決定に反する行為を行うのは、重大な問題ですから。

Nissen：意思決定能力法が認知症だけでなく、他のすべてを対象としている点について、一言申し上げます。デンマークでも、すべてを対象とすべく、取り組んでいます。そして、むしろ、意思決定能力法を適用しない疾患や状況について考えるべきではないかと思いません。デンマーク政府の作業文書を見ている限り、一時的に意思決定能力が損なわれている人に関しては、適用外となりうると思われます。その場合は、意思決定能力が回復するまで治療を待つべきでしょう。以上です。

西田：ありがとうございました。ご本人の意思、自己決定をいかに尊重し認知症のケアを地域で展開していくかということは、これから日本で重要な問題になってまいります。今後もぜひ各国の姿勢を学びながら、努力していきたいと思えます。以上で、このセッションを終わります。

セッション6 「認知症国家戦略の策定と推進に関する課題」

ポイント

- 政治家と話をするときには、認知症の投票者、家族を介護している投票者と呼び、政治的な問題であると意識してもらう。
- どの研究も、認知症の人に何もしなければ病気の進行は加速し、施設入所の時期が早まると指摘している。ほとんどの国で、施設ケアの方が高くてつき、地域で支える方が安くつく。地域ケアや適切な治療がなければ社会全体でどれほどのコストが発生するかを検討する経済的便益に関する研究は極めて大切である。
- 研究から得られる答えは中間的なもので、確定的な答えが得られることはなかなかない。エビデンスは大切だが、エビデンスに頼りすぎるべきではない。
- オーストラリアではゆっくりとシステムの変化に着手してきた。過去10年間、人口増に伴う予算の増分をすべて地域セクターに投入した結果、ナーシングホームは10年前と同数だが、地域ケアは以前よりはるかに増えた。
- フランスでは大統領決定により認知症問題が優先課題に位置づけられ、専門職を多数育てることができ、新しいシステムを作ることができた。医師や作業療法士に認知機能に関するテクニックをトレーニングして行うリハビリは、費用対効果に優れている。すべての専門職をトレーニングするのは予算面で難しいが、それが最も効果的な方法である。
- オーストラリアの認知症アドバイザリーグループは大臣直属の組織で、老年科医、研究者、認知症の人の代表としてアルツハイマー協会、ケアラズ・オーストラリア、看護師や介護職などによって構成される。認知症アドバイザリーグループは独立したグループで、自分たちが望む課題を調査することができ、得られた情報を大臣に直接提供する。行政官はアドバイザリーグループに求められた情報を提供するが、報告書にまとめて大臣に提出するのはアドバイザリーグループである。
- オランダのデルタプランは、欧州研究プログラムの一環でもあるが、研究テーマは認知症の人やケアラーの意見を反映している。ウェブ上で組織された認知症の人やケアラーのパネルに研究プログラムに関するコメントを求める。前もって当事者やケアラーのパネルの意見を聞いてから、研究者に研究計画の提案を求める。
- フランスでは計画を立てる前に、認知症の人にアンケート調査を行った。認知症の

人たちが何を求め、何を嫌だと思っているのかを首相に示すことが重要である。フランスでは、大統領の決定によりプラン・アルツハイマーの実施が決まり、トップレベルの政府チームで実施するよう、リーダーシップを与えられた。結果の透明性が重要であり、各施策の進捗に関するすべてのデータは4ヵ月ごとにウェブ公開されている。

- フランスは最初トップダウンであったが、パイロットスタディの結果を評価し、全国実施したところ、実態とかなり違った。そこでトップダウンから、地域の専門職や保健局が何を考えるべきかを定めるボトムアップ方式に変わった。
- 意見を聞くことと、巻き込むことの違いを明確にすべきである。意見を聞くというのは、すでにあるプランなりアイデアについてどう思うかを尋ねることである。しかし今は、実際に人々を巻き込み、彼らの視点でプランを作り上げる方向に進んでいる。国家戦略をつくるにあたって認知症の人たちを巻き込むには、その結果をいかにフィードバックするかの戦略が必要である。
- イングランドでは、診断率や抗うつ薬の処方率などの地域データを収集し、その結果を伝える。そうすることで自分たちの地域を鏡に写して見ることができる。
- デンマーク・アルツハイマー協会は認知症の人自身を巻き込むシステムを備えている。協会内には、認知症と診断された人たちで構成するシンクタンクがあり、その地域支部も多い。年に1回大きなセミナーを開き、実施しているプログラムや政治的問題など様々なことについて話し合う。政治的問題についてキャンペーンすべきということになれば協会としてキャンペーンを行う。

財源確保について

佐渡：本セッションでは、認知症国家戦略の策定と推進に関して、焦点を2つに絞ってご意見を伺いたいと思います。1つは財源の問題、もう1つが策定と推進の過程に、いわゆる専門家以外の、認知症の人やケアラーなどをいかに巻き込んでいくか、です。

まず財源ですが、これに関しても2つポイントがあると思います。いかに適正な財源を確保するかと、配分された財源をいかに効率的に使っていくか。この2点について、話を進めていきたいと思います。

最初に、よいサービスを提供するために必要な、適正な財源確保についてですが、昨日の発表の中で、デンマークの Nissen さんから国家戦略推進のための予算についてお話がありました。その予算を確保するために、どのようなことが鍵になったのか、少し情報を提供して頂けるとありがたいと思っていますし、その後で、イギリスの例として、Burns さん

から、少し、そのあたりのプロセスについても、お話を頂けますか。

有権者として認知症の人の存在感を示し、政治を動かす

Nissen : 国会が認知症行動計画について決定し、実施のための財源を配分しました。当時、テレビを含む国内の各メディアからの取材に対してお答えしたように、デンマーク・アルツハイマー協会としては、予算額としてはまったく不十分で、満足ではありませんでした。予算付けされた期間に実際にかかる直接コストのわずか0.2%をカバーしているのみで、間接コストも含まれていませんでした。ですから、我々は常に増額を求めてきました。

さて、この問題にどう立ち向かうかですが、認知症行動計画に対する財源配分についての議論は、社会としての優先順位の問題であり、ほとんどの国においては持てる資源をいかに使うかという政治的決定の問題です。この場にいるすべての国は、そして世界のほとんどの国は民主主義国家ですから、政治家がこの問題を議論すべきであり、そのためには我々自身にも優れた議論が必要です。

政治家に手をうつべき問題があると思わせるには、まず、もし彼らが何もしなかったら、次の選挙で落選するだろうと思わせることが必要です。小さなことですが、とても重要なことがあります。それは、私が政治家と話をするときには、認知症の患者さんとも認知症の人とも呼ばず、認知症の選挙民、認知症の投票者と呼ぶことです。ケアラーについても、家族を介護している投票者と呼んでいます。そうすることによって、政治的な問題であると意識させ、政治家の足元を揺さぶるのです。

また、優先順位に関してもう1つ重要なのは議論は財政的な問題です。何もしないことによって生じるコスト、そしてそれをすることによって得られる便益を示す優れた分析的な研究は非常に重要です。これについては、**McCrone**さんが詳しくお話し下さると思います。私が知る限り、統合的なケアに関するどの研究も、認知症の人に何もしなければ病気の進行は加速し、24時間ケアの必要な施設に入所する時期がずっと早まるだろうと指摘しています。ほとんどの国において、施設ケアの方がはるかに高くつきます。地域で支えられる方がはるかに安くつくのです。要は、これをきちんとした研究で明らかにし、論文化することです。私の知る限り、そのような科学的な研究は、片手で数えられるほどしかないと思います。

また、この分野では国際的な協力も必要だと思います。イギリス、オランダ、日本での研究がありますし、もう20年前のもので米国における研究も用いることができます。このような経済的な便益に関する研究があることが非常に重要なのです。地域ケアが欠如していたり、適切な治療がなかったりすることで社会全体でどれほどのコストが発生するのかを検討するのは、極めて大切です。

佐渡 : 認知症の人も有権者であるという視点で働きかけをしていくというお話は、非常に興味深いですね。

続きまして、イングランドの認知症国家戦略の策定時に、どのように必要な資源を確保するよう努められたのか、Burns さんにお聞きしたいと思います。

エビデンスに頼りすぎず、物事を適正に行う

Burns : 私は認知症国家戦略が開始された 1 年後に、現在のクリニカルディレクターの職に就きました。そして、この国家戦略が掲げる「認知症とともによく生きる (Living well with dementia)」を実現させることが基本的な課題であり、その点を明確にしておくことが、私としてはとても重要です。とくに認知症と診断された人が認知症とともによく生きられるようにすること、それは根本にあるスティグマや根深いステレオタイプとしてある負のイメージを覆すことです。そのためには、焦点を端的に表すキャッチフレーズをつくることが重要だと思います。

認知症国家戦略を開始した当時、GP の地方運営組織であるプライマリケア・トラストに 1 億 5 千万ポンドの予算が配分されました。残念ながら、これは使途を限定する予算ではなく、ケア全般に対する予算であったため、とくに認知症のために使うべきお金であることを示さなければなりませんでした。

国家戦略は、専門家との議論を重ね、また認知症の人やケアラーも交えた議論も行ったうえで、たてられました。そして、昨日お話しした通り、考えうるすべてのポイントを網羅した 17 の目標をたてました。

この戦略の拡張について、首相の執務室で首相に話す機会があった時、明らかに重要なポイントが 2 つほどありました。55 歳以上の人にとって、認知症は他の疾患以上に怖いもので、次の選挙で選挙民の約半数は 50 歳以上です。Nissen さんがおっしゃったように、認知症の人は認知症対策に投票するであろうと。しかも、認知症の診断を受けているのは半数以下であるというのは厳しい事実です。次に研究についてですが、イギリスでは、ガンの場合、医療介護費 100 万ポンドあたり研究費は 130 ペンスですが、認知症では医療介護費 100 万ポンドあたり研究費は 5 ペンスです。このように無視できない印象的な数字を含めた話には説得力があると思います。

要は、物事を適正にするか否かの問題です。私はお金の話から切り出すことはしないとします。経験上、お金が必要だというと、通常は「ノー」と言われるからです。Nissen さんが費用の節約について話をされましたが、いずれにしろお金は使われています。ただ間違った使われ方で非常に効率が悪いのです。McCrone さんのような医療経済学者による分析はそれ自体として語られるべきですが、最初からお金を出してほしいと言うべきではないというのが私の考えです。事実についての話が最初であれば、そこから何が必要であるかは明らかになっていきます。エビデンスという考えは私も好きですし、エビデンスを持っておくべきですが、すべてにエビデンスが必要だとは思いません。

たとえば、急性期の総合病院で認知症の人のケアに追加でかかる費用が年間 5400 万ポンド相当と推定されています。このことは、我々がすぐに対策を練るべきであることを示す

数字です。エビデンスを待つとすれば、5年後もまだ何が最善であるかの議論を続けていると思われま。これからも数多くの研究がなされるでしょうが、それらの研究から得られる答えは中間的なものだろうと思います。というのは、研究から確定的な答えが得られることはなかなかないからです。エビデンスは大切ですが、エビデンスに頼りすぎるべきではないのです。

社会資源の公平な分配とは

佐渡：今のお話を踏まえて、**McCrone** さんに少しお話を伺いたと思います。社会的な資源をいかに公平に分配していくか。認知症というのは、社会的に大きな問題を抱えているにもかかわらず、まだ十分に資源が分配されていないという現実があると思います。これをいかに達成していくかという観点で、医療経済学的にどんなことが必要になるのか、少しコメントを頂けたらと思います。

McCrone：他の皆さんも非常に良いエコノミストで、優れた経済的側面に関する議論がなされていますので、私も同じようにうまくできるかどうか分かりませんが。認知症に関するどの国家戦略にも、非常に広範な2つの目的があると思います。1つはケアのプロセスでどこに切れ目があるのかを明らかにすることで、もう1つはケアの質のどこに不足があるのかを明らかにすることです。戦略によって方法は違えども、この2つの点を明らかにし、具体的にこの広範な2つの問題に取り組んでいます。

しかし、一旦これらの目的に取り組むことになると、追加で必要となる費用が強調されることが多いように思われます。追加の費用が必要となることはほぼ避けられないことだと思います。そして、**Burns** さんのご指摘はまったくその通りで、ただ追加で1億ポンドあるいは10億ポンド必要だとは言えません。現在提供されているケアの切れ目について極めて具体的であることが必要であり、ただ、しなければならぬことがこれで、そのための費用がこれ、というだけでは十分ではないと思います。

国家戦略には追加の予算が必要となる可能性は極めて高いと思いますが、既存のシステムにある非効率性が解消される点を認識することも重要です。これはどの医療制度にも当てはまることだと思います。常に、お金がうまく使われていない分野、十分な結果を引き出すことができていない分野を特定することができるはずです。そして、医療制度や認知症に関する制度の中での資金の再配分ができるはずです。もしも追加の投資がまったくできない場合は、既存の資金を最適に使うことができるかどうかをシステムティックで科学的な方法で検討することが必要です。様々な介入やサービスのコストを検討し、何もサービスを提供しない場合のコストを将来の医療ニーズという観点やケアラーへの影響という観点から検討し、さらに様々なサービスや介入の有効性を検討します。我々が関心を持っている介入のほとんどの有効性を評価することができる尺度がありますから、それを使うことができます。そして、政治家や保健省や担当部門などに認知症のケアに投じられた資金、

1 ドルごと、1 ポンドごと、1 円ごとにどのような追加のアウトカムが得られるのかを示すことが必要だと思います。

ここにお集まりの皆さんは認知症に関心があり、よりよい認知症ケアの必要性に光を当てたいと考え、認知症ケアを充実させたいと考えています。しかし、もちろんガンの分野でも同様の議論がされています。糖尿病でも、心疾患でも同様です。つまり、医療資源に対して競合する需要があります。富裕な国であるか貧しい国であるかにかかわらず、医療費予算には限界があり、すべてのニーズをそのまま満たすことはできません。

ですから、認知症ケアに対する予算を増やすとすれば、他の分野に対する予算を減らすことになるということを認識する必要があります。したがって、認知症のケアに最大限の追加予算を得ようとする、その必要性を示すことにも注意が必要です。そして、認知症のケアにもっと資金を投入するかどうかを誰かが決めなければなりません。そして認知症ケアへの資金を増やす場合も、メモリークリニックの予算を増やすのか、早期介入サービスなのか、ケアラーのためのサービスなのか、あるいは他の臨床分野への予算を増やすのかを決めなければなりません。このような決定が常になされてきましたし、これからも常になされていきます。

介入の有効性を測る QALY（質調整生存年）

McCrone：ですから、介入の有効性をどのように検討するかについても考える必要があります。イングランドでは、NICE（National Institute for Health and Clinical Excellence）と呼ばれる機関が医療予算の用途について勧告する権限を付託されています。介護予算についても一部含まれますが、主として医療予算の用途についての勧告を行っていて、NICE は QALY と呼ばれる質調整生存年を尺度として用いています。

簡単に説明しますと、QALY は、ある人が特定の健康状態で過ごす期間や生存している期間を見て、その期間を生活の質（QOL）に応じて調整するというものです。QOL が完全な状態であれば、質調整生存年の年数もそのままですが、QOL が不良であれば質調整生存年は少なくなります。ただ、この手法の妥当性については、主として QOL をいかに測定するのかについて、イングランドをはじめ各地で大きな議論があります。確かに適切な方法で QOL を測定するのは非常に難しいことだと言えます。しかし、この手法の利点の 1 つに、ある疾患領域内で、あるいは異なる疾患領域間で比較ができる点が挙げられます。認知症のケアと糖尿病やガンなどの新しい介入の比較ができるのです。何らかの決定を下すことが避けられませんかから、その決定を情報に基づいて行うための最善のツールが必要なのです。だからといって、必ずしも QALY を使うようお勧めしている訳ではありませんが、イングランドではこれを用いています。日本の医療制度にもっと適した方法が何かあるかもしれませんが、いずれにしろ、このような比較を行うこと、どのようにすれば最善の比較ができるかを常に意識することが必要です。

それから、最初の発言で申し上げたことですが、何もしないことが費用対効果が高いと

は言えません。ケアを充実させるために何かをすることが必要です。しかしそれは必ずしも多額の予算を追加投入するというものではありません。持てる資金をもっと適切に使うことを目標としているのです。

しかし、昨日も申し上げましたが、認知症のコストは増えていくと思われます。もしコストを削減することが可能であればそれは素晴らしいですが、コスト削減を大きな目標に掲げるべきではありません。コストは提供されているケアを表すものであり、良質なケアにはお金がかかることも多く、我々はそのことを受け入れる必要があると思います。というのは、今後、社会の高齢化は進み、社会のニーズを反映してお金を使う準備をすることが必要だろうと思うからです。

費用対効果の判断は、価値判断であり政治的判断である

佐渡：費用対効果という概念が誤解をされることが多いように思います。例えば、日本ではコスト削減、コストの節約のことだと捉えられることが多いのですが、本当はそういうことではないと思うのです。例えば医療において費用対効果がいいという場合に、クオリティーは上がるけれども、コストもかかるというようなケースでも、費用対効果がいいと判断されることがあるのかどうか。それについて、1点、確認させてください。

McCrone：おっしゃる通り、そういうこともあります。アウトカムを改善する治療が節約になれば、それは明らかによい。我々は常にそうでありたいと望んでいますが、通常、新しい革新的なサービスや治療は、コストも増やすしアウトカムも改善します。ですから、我々は価値の判断、政治的判断を行わなければならないのです。これは本当に経済的判断ではなく、そのアウトカムの改善が追加のコストを容認するのに十分であるかどうかを判断しなければなりません。アウトカムの改善がわずかで、コストが高すぎる場合もあります。イングランドでは抗アルツハイマー病薬が初めて市場に登場した時、NICEはアウトカムが改善され、施設入所を遅らせることを認めましたが、薬価が高すぎたために費用対効果が高いとは言えませんでした。現在は事情が大きく異なり、いくつかの薬剤は特許が切れつつあります。それでもまだコストは増えていますが以前ほどではないため、そのコスト増を容認するに十分なアウトカムの改善がある、とされています。

佐渡さんがおっしゃった通り、費用対効果性はアウトカムとコストの比率によって定義されますから、通貨単位あたりのアウトカム改善がコストを正当化するに足るかどうかという問題です。

佐渡：大変基本的なコンセプトから丁寧にご説明頂きまして、理解が深まりました。ありがとうございます。**Meerveld**さん、この件に関してコメントがあれば、お願いします。

効果の波及をどの範囲まで考慮するのか

Meerveld : オランダでは、認知症関連プログラムにあまり追加の予算をつけることはしませんでした。最初のプログラム（全国認知症プログラム）にはコミュニケーションや運営会議などに予算を付けましたが、比較的 low コストでできるものでした。2 番目のプログラム（認知症統合ケアプログラム）では、医療保険会社が総予算の中から少し取り置き、ケア提供者が包括的なケアとケースマネジメントを提供すると、その分を再び得られるようにしました。ですから、追加の予算はありませんでした。

ただ、オランダでは、費用対効果の議論が大規模な商業的モデル事例においてとても流行っていたために、妙な議論もありました。つまり、新しい介入手法をつくり、それを実施したいと考える地域は、その介入手法が費用対効果に優れていることを前提として商業的モデル事例を策定し、それを医療保険会社に持ち込んだのです。そして保険会社に対して、優れた費用対効果があるのだから、この新しい介入手法に投資すべきだと主張しました。しかし、多くの場合、実際にはケースマネジメントの方が費用対効果に優れていましたから、保険会社は投資しないのではないのでしょうか。

こうした商業的モデル事例では、医療保険会社として、週末や夜には GP に支払う金額が少なく、病院受診や専門医による治療に支払う金額も少ない。ナーシングホームへの支払いも少ないのですが、既存の制度から資金を引き上げるのがとても難しいです。ですから、商業的モデル事例を考えるのと実際に実施するのは別物です。GP や専門医の収入に関わることで、実際の実施はとても難しいのです。研究では費用対効果が高いからといって、それを実際に実施できるかどうかはまた別の問題です。

McCrone : 非常に良いご指摘だと思います。もう 1 つ例を挙げるとすると、入院治療を避ける場合、病床削減や病院閉鎖をして初めて節約が可能になります。我々が費用対効果の高さを示す時に本質的に行っていることは、必ずしも医療費削減があるということではなく、システムをもっと効率的に運営しようというものです。例えば GP は需要に応えることができず、待ち時間が生じていますから、この点を解消して費用対効果を高めることが可能です。もし費用対効果の高い介入を行うことができれば、システム全体がもっとスムーズに運営されます。これが費用対効果を高める 1 つの方法だと思います。

ただ、おっしゃる通り、サービスが供給されれば通常は使われます。同様に、病床があれば使われるでしょう。

佐渡 : 投資による波及効果をどこまで含めるかというのが、非常に重要なポイントであるというお話だったと思います。まずここまでのところで質問がありましたら、お受けしたいと思います。

関山 : 日本の取り組みをご紹介したいと思います。私どもの介護報酬の設定の考え方です

が、要介護度の大きさに応じて、その方が使える料金設定が7段階あります。

要介護度は、手間のかかった時間で決まっています。手間のかかった時間を構成しているそれぞれの行為が、要介護者に対してどういう変化を与えるかということも、1分間タイムスタディを行い、解析しています。どういう行為を行えば、この要介護者が改善し、維持し、悪化するのかということも、多変量解析などによってデータが蓄積されつつあります。

ですから、このようなデータをさらに蓄積して、要介護の方の要介護度が改善する、あるいは維持していく、あるいは悪化を緩やかにするというような行為が何かを特定できれば、そこに資源を集中していくことができるようになります。この研究の担当者によると、病院ではリハビリの要素が重要になってきているということです。

施設ケアから地域ケアに資源を移すには

堀田：資源・財源の適正配分というときに、現在の日本では、かなり病院や施設における認知症ケア、つまりセカンダリケアにお金が振り向けられています。それをプライマリケア、地域でのケアにいかに配分していくかが今後の大きな課題ではないかと考えています。各国では、かつてセカンダリケアからプライマリケアに移行してこられ、あるいは今もそれを進めていらっしゃると思いますが、どのような努力をしてこられたのかについて、簡単にお聞きしたいと思います。

関山：背景を補足しますと、日本の介護事業者は民間が中心です。公立が中心であるという場合ですと、変革を行おうと思えば、国の意思なり地方自治体の意思が徹底しやすいと思います。ただ、民間事業者は経済的な活動を行いますので、変革に当たって合意形成が難しいという場合があります。そういう状況の中で、精神科病院に入院している5万人の方々が、地域で安心して暮らせるような転換方策について、皆さま方の過去の経験を踏まえて、アドバイスを頂ければありがたいと思います。

佐渡：これについて、Burnsさん、よろしいでしょうか。

Burns：ご存じのように、とても難しいことです。McCroneさんやHigginsさんの方が病院システムから地域ケアシステムへの転換についてよくご存知かもしれませんが、おっしゃる通り、民間事業者であればなおのこと難しいことだと思いますが、そうでなくても大きな困難が伴うと言えます。かつてイギリスでとられた手法ですが、資金は患者について回りますから、患者がプライマリケアでうまくケアすることができれば、理論的には資金もプライマリケアに行くはずで。

ある意味、イギリスにも民間システムがあると言えます。というのは、イギリスのGPは本質的に自営だからです。ですから、イギリスの例から類推することは可能だと思います。

McCrone さんも言われたように、イギリスでは病院閉鎖には大きな反対がありましたので、それが実に困難でした。ただ 1 つ、私が申し上げられるのは、自宅でのケアの方がよいということです。それが、皆が求めているものです。地域でのケア、自宅でのケアを求めています。そして、病院に行くのが好きではないのは驚くべきことではありません。ですから、国民がそれを求め、アルツハイマー協会も賛成しているのであれば、よい動きだと思います。

de Burgh : オーストラリアでは政府資金ですが、ケアの提供は民間組織が行っています。ですから、政府が資金を止めれば、民間のビジネスが停止してしまいますし、誰もそれを望んでいません。ですから、我々も状況は同じです。

日本と共通する状況の中で、オーストラリアでは 2 つのことを行ってきました。まず、高齢者人口が増え、認知症の人の数も増えていきますから、常にサービスを増やすことが必要ですし、対象となる人口増に伴って予算も増額されます。その増分を拡大したい分野に投入するのです。我々は施設ケアよりも地域でのケアを増やしたいと考えています。ですから、オーストラリアでは過去 10 年間、人口増に伴う予算の増分をすべて地域セクターに投入してきました。ですから、ナーシングホームは 10 年前と同じ数だけ維持されていますが、地域ケアは以前よりはるかに増えています。このようにして、ゆっくりとシステムの変化に着手してきたのです。

もう 1 つ、政府はナーシングホーム事業者にナーシングホームを閉鎖するチャンスを与えるようにしてきました。政府からの資金はそのままにしながら、その資金を地域でのケア提供に使うようにさせたのです。つまり、政府から以前と同額の支払いを受けながら、より望まれている地域でのケアを提供するようになったという訳です。

このように、民間業者の事業を維持しながら政府資金を望む方向に時間をかけながら付け替える選択肢もあると思います。

佐渡 : 非常に参考になるお話でした。ありがとうございます。最後に Lavallart さん、お願いします。

Lavallart : フランスでは、大統領が認知症の問題を優先課題に位置付ける決定をして、新たな予算もつきましたので、幸運でした。専門職を多数、育てることができましたし、新しいシステムを作ることができました。

リハビリに関してですが、医師や作業療法士に認知機能に関するテクニックをトレーニングして行うリハビリは、費用対効果に優れています。オランダから論文も出ています。さらに効果的なのは、すべての専門職をトレーニングすることです。それには費用がかかるため、予算の面で難しいのですが、それが最も効果的な方法です。

佐渡：限りある資源の使い方に関して、研究者、行政、臨床的な立場から、貴重なアドバイスを頂きまして、どうもありがとうございます。

ここからファシリテーターを堀田さんに交代します。堀田さん、よろしくお願いします。

認知症の人や家族を政策形成に巻き込んでいくこと

堀田：国家戦略を策定するとき、認知症の人やご家族の視点をどのように巻き込んでいったのか、という話題についてお聞きしたいと思います。まず、オーストラリアでは、認知症アドバイザーグループがあったと思います。その政策形成上の位置づけや構成員について、ご紹介ください。

オーストラリアでは

de Burgh：認知症アドバイザーグループは高齢化担当大臣直属の組織で、老年科臨床医、大学の研究者や認知症に特化した研究グループの研究者、認知症の人の代表としてオーストラリア・アルツハイマー協会、認知症に限らずケアラー全般の代表としてケアラーズ・オーストラリア、高齢者ケアの分野の専門職として、看護師や介護職などによって構成されています。

ただ、認知症の当事者の代表の関与をどのように進めるのかについて、苦慮しています。様々な機会に当事者の参加も得ていて、現在も認知症アドバイザーグループに参加しているケアラーが介護している認知症の人が同席したり、また認知症の人が会議に出席して一日中、続くディスカッションに参加するのは難しいことも多いので、こちらから意見を聞きに行ったりもしていますが、まだ苦慮しているところです。

認知症アドバイザーグループは独立したグループで、自分たちが望む課題を調査することができます。必要な情報はなんでも求めることができ、得られた情報を直接、大臣に提供します。行政官が介在することはありません。行政官はグループを手伝う立場にあります。アドバイザーグループに求められた情報を提供しますが、それを報告書にまとめて大臣に直接、提出するのはアドバイザーグループです。大臣が知りたいと思うことを尋ねることができますので、非常にうまく機能しています。

また、アドバイザーグループは、個人の具体的な話を伝えたりもします。例えば、ある人がこのような問題を抱えていて、こうすれば解決する、というような個人の話です。オーストラリアではこのような話が物事を動かすことも珍しくありません。

堀田：ありがとうございました。昨日のプレゼンテーションでは、オランダにおけるご本人やケアラー視点による政策形成について紹介されましたが、次のステップとして、デルタプランというものが官民パートナーシップのもとで作られていると聞いています。これについてもアルツハイマー協会が大きな役割を担っていると思いますので、今後、いかに患者さんと家族の声を入れているかと考えておられるのか、教えて頂けますか。

オランダでは

Meerveld : 昨日の発表で、全国認知症プログラムにおいて、ケアラー代表がフォーカスグループのパネリストとして、また認知症モニターとして関与していることをお話ししました。デルタプランでは、認知症の当事者が我々と一緒に政治家のところに行って、自分の話をします。これは非常に大切なことです。

デルタプランは、研究予算を大幅に増やす計画で、**European Research Program** の一環でもあります。現在の研究テーマは、認知症の人やケアラーの意見を反映しています。というのは、ウェブ上に認知症の人やケアラーのパネルが組織されていて、このパネルに研究プログラムに関するコメントを求めます。このように、前もって当事者やケアラーのパネルの意見を聞いてから、研究者に研究計画の提案を求めます。

また、研究のほかに、デルタプランでは地域ベースの情報システムを構築することも目的としています。このシステムにより、より効率的で優れた地域の統合ケアづくりに活用すると同時に、何が最も有効であるのかを検討する研究のデータを蓄積しようと考えています。このような地域のネットワークにも、アルツハイマー協会のボランティアが認知症の人やケアラーの代表として関与しています。

堀田 : ありがとうございます。フランスは、先ほどもお話がありました通り、大統領のトップダウンで大きな予算が付いて始まりましたが、数年たって、ボトムアップになってきたと聞いています。具体的に、トップダウンで始まったものがどのようにボトムアップになってきたのか、教えて頂けますか。

フランスでは

Lavallart : まず、計画を立てる前に、認知症の人にアンケート調査を行いました。これが非常に大切です。認知症の人たちが何を求めている、何を嫌だと思っているのかを首相に示すことが非常に重要だと思います。確かにフランスでは、大統領の決定によりプラン・アルツハイマーの実施が決まり、トップレベルの政府チームで実施するよう、我々にリーダーシップを与えられました。我々のチームは半年ごとに大統領に直接、報告します。このチームは、認知症のテーマについて利益相反がありませんから、非常に重要なチームです。

重要なポイントの1つは、結果の透明性です。4ヵ月ごとにウェブサイトで、プランの各施策の進捗に関するすべてのデータが公開されます。また、2段階の運営委員会があります。運営委員会は毎月、大統領官邸であるエリゼ宮で開催し、各機関や政府の主要メンバーによる委員が参加します。また、4ヵ月に1回は委員に加えて、認知症の人の団体など関係者も参加して委員会を開催します。

実施の進捗に関する良質のデータと、今後の結果を予測する指標が収集できるようにす

ることが非常に重要です。おっしゃる通り、最初はトップダウンでした。我々が施策を決定し、それを実施するよう関係者全員に求めました。しかし、パイロットスタディから始めて、その結果を評価し、その後、全国的に実施することにしたところ、実態とかなり違うことが分かったのです。そこで、トップダウンではなく、地域によってモデルが少しずつ変えました。地域の専門職や保健局が何を变えるべきかを決める、ボトムアップ方式に変わったのです。

また、統計的なプロセスコントロールを行っています。あるモデルやグラフを使ってデータを収集し、変更によって有意な改善につながるかどうかを判定するためです。

堀田：そもそもトップダウンの計画策定にあたって、認知症の人のアンケート調査が行われていたのですね。その後進捗を評価するなかで、地域ごとに決めるボトムアップに移行してきたということです。

地域による違いという話題が出ました。今日の議論の中で、ガイドラインも国レベルではなく、できるだけローカルでというご指摘もありました。地域ごとにその資源やニーズにあうモデルを探りつつ、いかにして全体として底上げをしていくのか。イギリスでベンチマークの取り組みをされていると思いますので、この点について教えてくださいませんか。

事前説明とフィードバックなど、認知症の人を巻き込む戦略が必要

Higgins：人々を巻き込んでいくということですが、これを最も効果的に、いかに進めていくかについて、我々はここ数年、たくさんを学んできました。そして、意見を聞くと言うことと、巻き込むということの違いを明確にしておくべきだと思います。

意見を聞くというのは、すでにプランなりアイデアがあり、それについてどう思うかを尋ねることだと思います。これについては過去にも、繰り返しよくやってきたと思います。しかし、今は実際に人々を巻き込むこと、彼らの視点でプランを作り上げていく方向に進んできているのだと思います。ですから、国家戦略をつくるにあたって認知症の人たちを巻き込むには、中に取り込む必要があると思います。

そのためには、情報や時間を提供し、関与してくれる人々にいかに話をするのか、次に何が起これ、その結果として何が起これるのかを伝える方法を見つけることも大切だと思います。というのは、何かのイベントに参加して、意見を言い、その結果として大きな意味のあることが起こっていたとしても、それを知らされないことに非常にフラストレーションを感じると思うのです。そうすると、自分が費やした時間が無駄だったと考えてしまい、もうあまり関与したくないと思うようになりかねません。

ですから、人々を巻き込むための戦略、意見を聞くためのテクニックと同時に、その結果として何をするかを、いかにフィードバックするかの戦略を立てることが必要だと思います。これはとても基本的なことですが、プランづくりをするうえで重要なことだと思います。

ます。

対話を通じて、期待をマネジメントすることも重要

Burns : 認知症の人を巻き込むことについて非常に重要な点ですので、少し付け加えたいと思います。**Higgins** さんがおっしゃったのは、すでにプランがあって、意見を聞きに行くか、巻き込むかのどちらかだとしたら、我々は非常に早い段階で巻き込むようにしてきました。そして、3 ヶ月毎に大臣に報告する実施グループ (implementation group) にも、認知症の人たちが参加しています。

通常、認知症の人とケアラーは非常に重要です。というのは、丸 1 日を割いて遠くから会議に参加するためにやってきて、伝えたいことがある人が多いですし、それぞれの人の具体的な話もあります。個人の具体的な話を適切に活用し、彼らの期待が過大でもなく過小でもなく適切にマネジメントすることも大切です。対話が大変重要で、時には緊張も生まれますが、そのマネジメントを慎重に、かつうまくやる必要があります。うまくやれば、とてもよいものになります。

もう 1 点、我々の実施グループから学んだことですが、保健省の人間として会議に同席して、彼らに尋ねます。何をすべきかを教えてくれる人たちのグループがあって、会議の終了時には 15 ものやるべきことを持ち帰ります。これは責任を共有し、なすべきことを共有するという効果もあると思います。

我々が「スライディングドア (引き戸)」と呼んでいることがあるのですが、**de Burgh** さんがおっしゃったことと似ています。個人の具体的な話は極めて強い力があります。ただ、話のシナリオを 2 種類つくることができます。何かが良い結果になりうるシナリオと、悪い結果になりうるシナリオです。まるで引き戸をどちらの方向に開けるかによって違うようなもので、どちらの結果をもたらすかについて話をする方法も非常に説得力があると思います。

最後に、ベンチマークについてですが、イングランドで現在、行っているのは、例えば診断率であるとか抗うつ薬の処方率など、地域のデータを収集して、その結果を伝えるというシンプルなものです。そうすることによって、自分たちの地域を鏡に写して見ることができます。「よそと比べてなかなか悪くない」という場合もあれば、認知症の人やケアラーが「私はこの地域に住んでいて、隣の地域ほどよいケアを受けることができていない。改善されるべきだ」と言うこともできます。

Lavallart : フランスでは、プラン・アルツハイマーの後、テレビでのイベントなども含めて、様々なディスカッションを行いました。認知症の問題は今、フランスでとても重要なテーマになっていますので、次期大統領はこのプランを継続することを決めなければなりません。止めることは不可能でした。それで、他の神経変性疾患を同じシステムに含めつつ、プランを継続することを決めたのです。

認知症と診断された人たちによるシンクタンク

堀田： Nissen さん、デンマークではワーキンググループの段階から、国と広域自治体と基礎自治体という 3 段階で議論を進めていたと思いますが、各地域の底上げについて触れて頂けますか。

Nissen： はい。デンマーク議会が認知症アクションプランを作ることを決めた時、デンマーク・アルツハイマー協会の意見を入れることも決めました。というのは、我々は認知症の人とケアラーが会員の大半を占める組織であり、協会が政治家に提案する政策は彼らが決めたものだからです。私が何か言うときは、アルツハイマー協会の理事会や総会で決められたことですから、我々のようなボランティア組織を通じて認知症の人やケアラーが影響力を持つということはとても大切です。

それから、認知症と診断された人たちで構成する、シンクタンクが協会内にあります。このシンクタンクにはたくさんの地域支部があり、年に 1 回一堂に会して、2 日間にわたる大きなセミナーを開き、様々なことについて話し合います。アルツハイマー協会が実施しているプログラムに関しての話し合いもありますし、政治的な問題についての話し合いもあります。そして、政治的な問題についてキャンペーンをすべきだということになれば協会としてキャンペーンを行いますし、1 ヶ月前にはデンマーク議会と対峙すべきだということになり、数名の代表者で議会の社会問題委員会と会合を持ちました。彼らは皆、早期の認知症と診断された人たちです。彼らがあらゆるニーズを提示しました。その 1 つは交通機関利用に関する支援です。ある場所から別の場所へ移動する際に必要な支援がまったくないからです。この問題を聞いて、政治家らは関心を寄せています。

このように、デンマーク・アルツハイマー協会では認知症の人自身を巻き込むシステムを備えています。

堀田： ありがとうございます。後半は、認知症のケアを良くしていくことを考えたときに、計画を立てる前にご本人やご家族の声を聞き、その方々の声が直接、大臣や大統領に届くようにし、また吸い上げ続けていくこと、各地域の改善状況についてデータを蓄積し、評価し合い、現状を認識しながら各地域の取り組みを高め合っていくということをお聞きしました。

それでは、非常に長い 1 日になりましたが、これで最後のセッションを終わります。どうもありがとうございました。

2013 Tokyo Report

認知症国家戦略に関する国際政策会議
個別課題における各国の推進状況

平成 25 年 11 月

発 行 公益財団法人東京都医学総合研究所

編集担当 西田 淳志 飛鳥井 望
公益財団法人東京都医学総合研究所 心の健康プロジェクト

編集協力 太田美智子



公益財団法人

東京都医学総合研究所

Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science