

201026011A

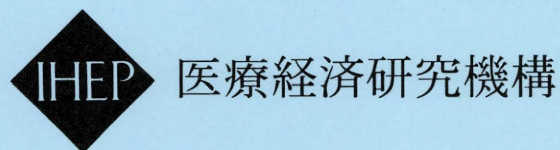
平成 22 年 度
厚生労働科学研究費補助金
認知症対策総合研究事業
による 研究報告書

認知症ケアの国際比較に関する研究

総括・分担報告書

平成 23 年 3 月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



主任研究者 中島 民恵子

調査研究体制

【主任研究者】

中島 民恵子

財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 主任研究員

【分担研究者】

中西 三春

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 主任研究員

永田 久美子

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
研究部 副部長／ケアマネジメント推進室長

【研究協力者】

ワイマント直美

竹内 真澄

VIA University College Ergoterapeutuddannelse i Århus

後藤 猛

Japan Euro Promotions (JEP) 代表

園 環樹

株式会社 シロシベ 代表取締役

Marcel Arcand

University of Sherbrooke

Jenny T. van der Steen

the VU University Medical Center

Franco Tscani

the Palliative Care Research Institute, 'Lino Maestroni'

本研究の実施にあたっては、分担研究者、研究協力者、各国制度の有識者等の皆様に多大な協力を頂きました。心から御礼申し上げます。

主任研究者
中島 民恵子

目 次

調査研究体制.....	i
目次.....	ii
I. 総括研究報告書	
認知症ケアの国際比較に関する研究.....	1
中島民恵子	
II. 分担研究報告書	
【研究1】	
国際比較のための基盤制度およびデータに関する基礎調査.....	11
中西三春、中島民恵子	
【研究2】	
認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向に関する国際比較研究.....	37
中島民恵子、中西三春、永田久美子	
【研究3】	
認知症高齢者の終末期における医療やケアの国際比較研究.....	221
中西三春	

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業
「認知症ケアの国際比較に関する研究」総括研究報告書

主任研究者 中島 民恵子 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

研究要旨

本研究は、諸外国における認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向について基礎情報を収集・整理し、各制度における認知症対策の位置づけ、認知症の人の各ステージを継続的・包括的に支援する多職種地域ケアチーム等について国際比較を行うことで、わが国で地域包括ケアを基盤とした認知症対策をより効果的・効率的に進めるための指針と具体的方策、不足している要素を明らかにすることを目的とする。今年度は以下の3つの研究を行った。

「国際比較のための基盤制度およびデータに関する基礎調査」：認知症ケアの国際的な横断比較研究に必要な基礎情報の収集・整理を行うことで、比較分析する際に視座となる基本的枠組みを把握することを目的とした。全ての国で認知症の人の数の増加が示され、全地域における認知症ケアの合計コストのうち70%が西ヨーロッパと北アメリカで発生していると推計されていた。6か国の認知症ケアの基盤制度とデータでは、保健医療サービスと社会サービス、高齢者ケアと障害者ケアという枠組みの観点から、認知症ケアに関連する制度体系の構成パターンが明らかになった。これらの枠組みを構築する際に、国、広域、地方自治体のそれぞれのレベルでの役割をどのように設定し、連携していくかが課題になっていると考えられた。

「認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向に関する国際比較研究」：本研究は、先進的な対策等を展開しつつある諸外国の認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向を把握し、わが国への政策的インプリケーションを導き出すことを目的とした。イギリス、デンマーク、スウェーデン、オランダ、オーストラリア、日本の6か国を対象として文献調査、イギリスとデンマークには現地調査をあわせて実施した。各国の国家戦略の内容はケア内容を中心としたものから全体の枠組みに言及するものまで多様であることが明らかになった。特に、イギリスにおける国家戦略として掲げた目標を実現するための、自治体における実施体制と実施状況のフォロー・評価の一連の取組みは、今後日本において国家戦略を形成していくにあたり、参考にしていくことが十分あると考えられた。

「認知症高齢者の終末期における医療やケアの国際比較研究」：わが国の認知症ケアにおける緩和ケアの情報提供を行うツールを開発することを目的とした。質問紙で調査回答者の基本属性、緩和ケアに関する考え方、冊子が提供する情報のバランス、冊子の全般的な有用性、認知症ケアにおける緩和ケアの教育ニーズについて把握した。全般的に冊子の内容に対する職員の受け入れ度は高かった。冊子が提供する情報のバランスに関しては「バランスはこれでよい」という回答の割合はいずれの項目でも7割前後を占めていたがオランダやイタリアと比べると低い傾向があった。認知症における緩和ケアの教育ニーズは「ある」と回答した者が約9割であり、利用者家族についてもニーズは「ある」という回答が多かった。今後、事業所や家族が冊子を活用し、緩和ケアに関する情報共有や意見交換がより行われていくことが期待される。

研究協力者

ワイマント 直美

竹内 真澄 VIA University College
Ergoterapeutuddannelse i Århus

後藤 猛 Japan Euro Promotions (JEP) 代表

園 環樹 株式会社シロシベ 代表取締役

Marcel Arcand University of Sherbrooke

Jenny T. van der Steen

the VU University Medical Center

Franco Tscani the Palliative Care Research Institute,
'Lino Maestroni'

A. 研究目的

『地域包括ケア研究会報告書』では、2025年を目標として医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の方向性と解決すべき課題と共に、認知症に関する課題が示された。現状では認知症の初期からターミナル期まで各ステージに認知症特有の課題が山積しており、ケアの質の確保と過剰なコスト増を伴わない体系的な認知症対策の再構築にむけて抜本的な制度設計の見直しが必要な時期にきている。

認知症の地域包括ケアに取り組んでいる諸外国では、脱施設化から地域での生活支援に向けたケアの検討が進められ、医学的知見や各種療法の可能性、適切・不適切なケアの特徴は次第に明らかになっている (Edvardsson et al., 2008)。

しかし、認知症ケアは各種支援を組み合わせるだけでは成立せず、本人中心のケアを支える根本的な「考え方」とそれを実現する制度等を含めた「方法論」を捉え直し、構造化することが必要である。だが、国内外の認知症の地域包括ケアの体系やそれを踏まえた方向性を俯瞰した研究は未だ行われていない。

本研究は、先進的な対策等を展開しつつある諸外国の認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向を次の切り口から把握し、わが国への政策的インプリケーションを導き出すことを目的とする。これにより、わが国で地域包括ケアを基盤とした認知症対策をより効果的・効率的に進めるための指針と具体的方策、不足している要素を明らかにする。

- 1) 諸外国が想定する認知症の地域包括ケア概念、ステージ別支援、実際に地域・在宅生活が可能となっている認知症の人の特性・範囲等
- 2) 地域包括ケアの基幹をなす、多職種地域ケアチームの組織体制・役割・権限・課題等

B. 研究方法

本研究は、主に「有識者インタビュー」「国際比較のための基盤制度およびデータに関する基礎調査」「認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向に関する国際比較研究」「認知症高齢者の終末期における医療やケアの国際比較研究」の3つに大別される。

0. 有識者インタビュー

1) 調査方法

各国の医療制度も含めて詳しい有識者へのインタビューから、各国のケア等の制度や仕組みの概要および最新の実態を把握する上での調査方法等に関する示唆を得た。

2) 調査内容

○イギリス 平岡公一氏「コミュニティケアの動向、社会福祉と政策研究」

○オランダ 大森正博氏「医療と介護の機能分担と連携、保険者機能」

○オーストラリア 木下康仁氏「個別性への対応とシステム展開」

○デンマーク 松岡洋子氏「住宅政策」

○スウェーデン 西下彰俊氏「自治体間の格差、社会サービスの民間委託への流れ」

1. 国際比較のための基盤制度およびデータに関する基礎調査

1) 調査方法

各国の担当省やアルツハイマー病協会のwebサイトや、文献検索によって資料を収集した。

(1) 全世界的な認知症ケアをめぐる動向

Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2010 “THE GLOBAL ECONOMIC IMPACT OF DEMENTIA.” September 2010 を中心に、全世界的な動向を把握した。

(2) 6 か国における認知症ケアの基盤制度とデータ

本研究の主たる対象国であるイギリス、オランダ、オーストラリア、デンマーク、スウェーデン、日本の6か国を対象に、関連文献、資料等を通して、整理、比較を行った。

2) 調査内容

(1) 全世界的な認知症ケアをめぐる動向

有病率、在宅の割合、主たる介護者が配偶者である割合、認知症ケアの推計コスト、認知症の人の死亡場所の5項目について比較検討した。

(2) 6 か国における認知症ケアの基盤制度とデータ

認知症ケアの概要に関する以下のA 基本的な制度枠組み、B 基礎情報、C 国家戦略、D 認知症の地域ケアを支えるコーディネート機能、E 若年性認知症、F 認知症関連コストの6項目について情報収集を行い、保健医療福祉制度における認知症対策の位置づけを比較した。

2. 認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向に関する国際比較

1) 調査方法

各国の担当省やアルツハイマー病協会のwebサイトや、文献検索によって資料を収集した。さらに、各国の地方自治体の行政担当者や、アルツハイマー病協会等の団体支部、高齢者施設などを訪問して調査を行った。

2) 調査内容

文献調査の結果をふまえ、文献では十分に把握しきれない部分について、現地調査で情報収集を行った。重点的に把握する項目は以下のように設定した。○認知症の各ステージやステージの移行に対応するための施策の構造や内容の構成

○認知症の人を支える専門職/チームの位置づけと育成方法

3) 調査時期

イギリスへの訪問調査の期間は2010年9月28日～10月1日、デンマークへの訪問調査は2011年2月2日～7日であった。

(倫理面への配慮)

現地調査では個人情報をできるだけ入手しないようにし、利用者名など意図せず得てしまった個人情報については記録にも残さず、公表しない。

3. 認知症高齢者の終末期における医療やケアの国際比較研究

1) 調査方法

調査協力の同意が得られた日本の介護老人福祉施設5か所の医師、看護職員および介護職員を対象として、無記名自記式質問紙を郵送で配布・回収した。情報提供のツールとして Marcel Arcand が開発した、ナーシングホームの職員向けガイド「Comfort Care at the end of life for persons with Alzheimer's disease or other degenerative diseases of the brain, a guide for caregivers」を日本語に翻訳した冊子でのプレ調査の結果をふまえて作成した、改訂版冊子を用いた。調査票は、Jenny T. van der Steen が開発した無記名自記式質問紙をもとに、日本における独自の項目を加えて用いた。

2) 調査内容

質問紙で調査回答者の基本属性、緩和ケアに関する考え方、冊子が提供する情報のバランス、冊子の全般的な有用性、認知症ケアにおける緩和ケアの教育ニーズについて把握した。

C. 研究結果

1. 国際比較のための基盤制度およびデータに関する基礎調査

1) 全世界的な認知症ケアをめぐる動向

(1) 有病率

2010年の有病率の推計では多くの地域で5-7%の

範囲にあった。アフリカのサハラ以南の地域では有病率の推計が低い傾向があった。2010年において認知症の人はアジアで1594万人、ヨーロッパで1395万人となっており、両者をあわせると全世界の認知症の人の84.1%を占める計算になった。

(2) 在宅の割合

認知症の人のうち在宅で生活している割合在宅で生活している割合は、低収入の国や農村地域において高い傾向があった。日本では都市地域で60-79%、農村地域で70-79%となっており、オーストラリアやスウェーデン、イギリスといった国に比べると高い傾向がみられた。

(3) 主たる介護者が配偶者である割合

認知症の人の主たる介護者が配偶者である割合としては、全体的には40%前後が配偶者であったが、顕著な地域差がみられており、東南アジア、ラテンアメリカ中央などでは割合が低かった。

(4) 認知症ケアの推計コスト

2010年の認知症ケアの推計コストに関しては、全地域の合計で年間6040億USドルと推計されており、そのうち70%は西ヨーロッパと北アメリカで発生している計算になった。

Jönsson & Berr (2005) による2004年のヨーロッパ諸国の認知症ケアの推計コストでは、多くの国でコストのうちの多くを社会サービスが占めており、フィンランド・アイルランド・スウェーデンといった国ではインフォーマルケアのコストの占める割合も高かった。

(5) 認知症の人の死亡場所

Houttekierら(2010)による2003年のヨーロッパ諸国の65歳以上である認知症の人の死亡場所の内訳の集計は各国の厚生担当省から入手した死亡診断書(death certificate)のデータを再解析したものである。ベルギーでは在宅死亡率が11.4%であるのに対し、オランダやイギリスでは3-5%前後となっていた。認知症の人の多くはナースホームで亡くなっており、病院での死亡は3割程度であった。

2) 6か国における認知症ケアの基盤制度とデータ

(1) 基本的な制度枠組み

6か国のうち、保健医療サービスと社会サービスを社会保険方式で運営しているのはオランダと日本であり、他の4か国ではどちらも税方式で提供されていた。

また社会サービスにおいては、4か国で高齢者へのサービスと障害者へのサービスを同一の制度体系で運営していた。若年障害者を除く高齢者を対象とした介護保障の制度は、オーストラリアと日本でみられた。ただしオーストラリアのHACCという地域ケアパッケージは高齢者だけでなく若年障害者も対象とされていた。

これらの諸外国の特徴として、障害者のノーマライゼーションの進展と、高齢者施策とが連動していることがあげられた。

(2) 基礎情報

認知症の有病率は国によっても異なるが、概ね1-2%の範囲で見積もられていた。認知症の人が在宅で生活しているか、施設に入所しているかといった居所の統計は必ずしも明らかではなかった。抗認知症薬として認可されている薬剤は、donepezil、galantamine、rivastigmineなどが中心であった。

(3) 国家戦略

イギリスとオーストラリアでは、認知症に関する行動目標を示した国家戦略が提示されていた。スウェーデンは認知症ケアガイドラインを公表しているが、政策的な行動目標を示したものでは必ずしもない。これは地方自治の独立性が強いことも関係していると思われる。オランダの認知症国家プログラムは、国家戦略の前の段階のモデル事業に該当する。デンマークでは2010年12月に認知症国家行動計画が公表されたところである。

(4) 認知症の地域ケアを支えるコーディネート機能

社会サービスの枠組みの中で、コーディネート機能をもつ職種やチームが確認できたのはイギリス、オーストラリア、スウェーデンであった。

オランダやデンマークでは、それぞれ認知症コンサルタントや認知症コーディネーターといった独自

の相談員の取組みが着目されていた。

(5) 若年性認知症

若年性認知症の制度的位置づけは国によって異なるが、概ねそれぞれの国の社会サービスの中で対応されている。上述のように、高齢者へのサービスと障害者へのサービスが同一の制度体系で運営されているため、日本の状況とは必ずしも一致しない。

(6) 認知症関連コスト

各国のアルツハイマー病協会や、保健医療サービスと社会サービスを担当する省庁において、保健医療サービスと社会サービスをあわせた推計コストを算出していた。

2. 認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向に関する国際比較

1) イギリス

認知症ケアを推進していくために非常に重要な国家戦略 (Living well with dementia: a national strategy) が 2009 年 2 月に保健省 (Department of Health/DH) により示されていた。国家戦略に掲げている内容を「実行するためのプラン (Implementation Plan)」が DH より発表され、2014 年までの 5 年間に 17 項目をどう進めるかなどが具体的に示されている。また、2010 年 1 月に監査局は、国家戦略が発表されてから 1 年目の評価を発表した (Improving Dementia Services in England-an Interim Report-)。また、単一のアセスメントプロセス (single assessment process) が提示されていた。

イギリスでは、家族支援も特徴があり、「介護者(認定及びサービス)法」は 1995 年に施行されたもので、全ての年齢層のケアを必要とする人の介護者について、地方自治体が介護者自身のケア提供や維持に関する能力をアセスメントするよう求めている。これは、高齢者本人と介護者の持つニーズは異なることを前提に、それぞれが持つニーズについてアセスメントを受けられ、サービスも提供される。

その他に、双方ともまだイギリス全土には配置されていないが、認知症に特化した専門職として、アドミナルナース (Admiral Nurse) と認知症アドバイ

ザー (The Specialist dementia adviser) の取組みが進められていた。

2) デンマーク

デンマークでは、社会省 (Socialministeriet) と内務厚生省 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet) との共同で 2010 年 12 月に「認知症国家行動計画 (National handlingsplan for demensindsatsen)」が公表された。また、認知症国家行動計画の公表と同時に、デンマークにおける認知症ケアの現状をまとめた「デンマークの認知症マッピング 2010 (Kortlægning af demensområdet i Danmark 2010)」が報告されている。認知症国家行動計画は、2011-2014 年にかけての認知症政策の目標を示したものであり、14 項目の取組みが推奨されている。

デンマークの認知症ケアに関する体制の大きな特徴は、多くの地方自治体に、認知症コーディネーターや認知症コンサルタントなどの認知症に特化した専門職が配置されていることである。また、認知症の人の二次医療に対応する機関として、いずれのレギオンでも「精神科・神経科・老年科の複数にまたがる多職種チーム」を設置している医療機関があった。

3) スウェーデン

スウェーデンでは、2009 年 8 月に認知症ケアのガイドラインの準備段階にあたるものとして、保健福祉庁により「Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2009 - Stöd för styrning och ledning - Preliminär version」が公表され、これをふまえて 2010 年 5 月に発表された第 1 版のガイドライン「Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 - stöd för styrning och ledning」が公表された。ここでは認知症ケアの国家戦略として、ケアのあり方を中心とした 16 項目が掲げられている。

スウェーデンにおける社会サービスの課題として、自治体間の格差、看護・介護における外国人労働者の問題があげられる。自治体間格差の解消に向けて、社会サービスの質については、特別な住居に関するデータベース等コミュニケーションごとの指標がいくつかの方法で公開されている。また、「全国認知症センター

(Svenskt demenscentrum)」のサイトでは各ランスタインの認知症ケアに関する情報を見ることができ等、幅広い情報公開によってコミュニケーションの取り組みや格差が可視化できる形をとっていた。

4) オランダ

オランダでは、2004年から2008年にかけて、保健福祉スポーツ省、保健福祉機構(Vilans)、アルツハイマー病協会(Alzheimer Nederland)の共同により認知症国家プログラム(Landelijk Dementie Programma, LDP)が実施された。本プログラムは、それぞれの地域のケア提供者を対象として利用者視点で認知症ケアを向上させることを目的としたものであり、LDPの主要な活動の例としてはa)認知症の確定診断と介護のための明確な情報提供、b)ケースマネジャーとの共同作業：本人に携わる介護者が全ての介護を指揮管理し、全ての関係者との連絡や情報交換の実施、c)家族やマンツルケアを行っている人への援助と助言、があげられている。

2008年から2011年にかけて、「結ばれた認知症ケア」プログラム(Programme ketenzorg dementie)が行われており、特別介護保険法、社会支援法、医療保険法の3法を基盤に一貫したケア体制を作ることが目的としている。2009年4月にはプログラムの第一段階の振り返りが行われ、認知症ケアにおいては自治体政府、利用者、介護者、ケア事業所の間で一貫した連携が必要なが確認された。認知症ケアの成功のためには、1)早期発見、2)ケースマネジメントの充実(ケースマネジャーによる支援、3)適切な情報提供が必要であり、認知症の人が利用可能なケースマネジメントが機能していることが重要であると指摘されている。

5) オーストラリア

オーストラリアでは、2006-2010年の認知症対策国家戦略(National Framework for Action on Dementia 2006-2010)を掲げ、「ケアとサポート」、「認知症に関する情報やサービスへのアクセスと公正」、「情報と教育の提供」、「研究」、「人材と訓練」の優先すべき5つの領域が示されている。また、認知症支援国家プログラム(The National Dementia Support Program)が保健高齢省とアルツハイマー病協会

(Alzheimer's Australia)の共同で2007年4月から開始され、「全国認知症ヘルプライン(National Dementia Helpline)と紹介サービス」、「早期介入、支援、カウンセリング」、「情報、認識、教育、訓練」、「特定のニーズを有する人々への支援」、「認知症もの忘れに関する地域センター(Dementia Memory and Community Centres, DMCCs)」の5つの基本となるサービスを掲げている。連邦政府はこれらに加えて2006年からの5年間にわたる認知症イニシアティブ事業(Dementia Initiative)を実施している。この事業では認知症の増加や発生を予防するための研究やケア、早期介入プログラムおよび訓練に補助金を出している。

特徴的なサービス内容としては、認知症の人の在宅を支援するために提供されるEACHプログラムとして、EACH-D(Extended aged care at home Dementia)が提供されている。ただし、EACH-Dへのアクセスのしやすさに課題があることが2010年10月に認知症イニシアティブ事業への中間評価で示されていた。

6) 日本

日本では、現在、認知症の国家戦略として位置づけられているものはない。ただし、1986年に設置された「痴呆性老人対策推進本部」を皮切りに、総合的な認知症対策の基本方針を策定し、必要な体制の整備を図るための検討やそれらの方向性を示そうとする報告書等が示されてきた。これらは専門家の意見を踏まえながら、政府の社会サービス担当機関(厚生労働省)が主導で進めている。

2003年6月に、厚生労働省老健局長の私的諮問機関として高齢者介護研究会が設置され、報告書『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』が出された。具体的な5つの方策の中で、③新しいケアモデルの確立：認知症高齢者ケアがあげられ、今後の高齢者介護は、身体的ケアのみではなく、認知症の人に対応したケアを標準として位置づけていく必要性が指摘されている。

なお、現時点で厚生労働省から示されている大きな計画(プロジェクト)としては、①認知症を知り地域をつくる10ヵ年、②認知症の医療と質を高める緊急プロジェクトの2点があげられる。

3. 認知症高齢者の終末期における医療やケアの国際比較研究

調査回答者の多くは介護職員であり、介護福祉士・ホームヘルパー1級・ホームヘルパー2級で合わせて72.0%を占めた。看護師・准看護師の看護職員は12.7%であった。回答者の中に医師はいなかった。

一般的に冊子の内容に対する職員の受け入れ度は高く、全26項目中12項目において、「とても受け入れられる」という回答が4割以上を占めていた。

冊子が提供する情報のバランスに関しては、「バランスはこれでよい」という回答の割合はいずれの項目でも7割前後を占めていたが、オランダやイタリアと比べると低い傾向があった。

認知症における緩和ケアの教育ニーズは「ある」と回答した者が約9割であり、また利用者家族についてもニーズは「ある」という回答が多かった。

D. 考察

1. 国際比較のための基盤制度およびデータに関する基礎調査

一般的に、1980年代後半から不必要な施設入所とそれにかかる財政負担の抑制、利用者本位のサービス提供等を目的に、障害者や高齢者のコミュニティケアの推進が行われてきた。その中で施設ケアサービスのケア付き住宅への転換や「住み慣れた同じ場所で高齢を迎える（Aging in Place）」コンセプトに基づいた施設基準の一元化等の取組みも進められていた。日本においては地域ケアが推進される一方で、施設の機能分化も進んでいる状況にある。

主に6か国における認知症ケアの基盤制度とデータから、保健医療サービスと社会サービス、高齢者ケアと障害者ケアという枠組みの観点から、認知症ケアに関連する制度体系の構成パターンが明らかになった。

全世界的に認知症の人の数が今後増えていくに伴い、それらの制度や枠組みの構築において国レベル、広域レベル、自治体レベルの役割分担と連携が課題となっていると考えられた。これらは、日本においても直面している課題であり、各国のより詳細な取組みを検討していく必要がある。本調査では、各国

の取組みを調査していく上での基本的なデータを得ることができた。

2. 認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向に関する国際比較

対象とした6か国のうち、保健医療サービスと社会サービスを社会保険方式で運営しているのはオランダと日本であり、他の4か国ではどちらも税方式で提供されていた。また社会サービスにおいては、イギリス・オランダ・デンマーク・スウェーデンの4か国で、高齢者へのサービスと障害者へのサービスを同一の制度体系で運営していた。これらの諸外国の特徴としては、障害者のノーマライゼーションの進展と、高齢者施策とが連動していることがあげられた。

各国の国家戦略に該当するものとして、イギリスの認知症国家戦略（National Dementia Strategy）、オランダの認知症国家プログラム（Landelijk Dementie Programma）、オーストラリアの認知症対策国家戦略（National Framework for Action on Dementia）、デンマークの認知症国家行動計画（National handlingsplan for demensindsatsen）、スウェーデンの認知症ケアガイドライン（Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom）がそれぞれあげられた。これらの国家戦略の内容はケア内容を中心としたものから全体の枠組みに言及するものまで多様であることが明らかになった。特に、イギリスにおける国家戦略として掲げた目標を実現するための、自治体における実施体制と実施状況のフォロー・評価の一連の取組みは、今後日本において国家戦略を形成していくにあたり、参考にしていくことが十分あると考えられた。

イギリス、オーストラリア、スウェーデンでは社会サービスの枠組みの中でコーディネート機能をもつ職種やチームが設けられていた。オランダやデンマークでは、認知症コンサルタントや認知症コーディネーターといった独自の相談員の取組みが着目されていた。

3. 認知症高齢者の終末期における医療やケアの国際比較研究

1) 緩和ケアに対する考え方

全般的に、プレ調査の日本の結果と比べて、冊子の内容に対する受け入れ度は高かった。プレ調査の結果をふまえて冊子を改訂したことにより、わが国の介護老人福祉施設の職員における受け入れやすさが向上したものと思われた。

また「チューブによる栄養補給（経管栄養）をしないことと、中止することの違い」や「利用者さんが食べたり飲んだりできなくなったとき」も、比較的、受け入れ度の評価は低かった。「チューブによる栄養補給（経管栄養）をしないことと、中止することの違い」は、情報のバランスに関する評価も意見が割れており、オランダに比べると「バランスはこれでよい」の割合が低かった。諸外国の認知症ケアのガイドラインでは、終末期における経管栄養の実施にはエビデンスはないとして、これを推奨していない（Department of Health and Aging, 2009; Socialstyrelsen, 2010）。また医療倫理の観点からは、経管栄養をしないことと中止することとの間に違いはないとされている（箕岡・稲葉, 2008）。しかし、日本において経管栄養は医療ではなく日常的な食事の一環ととらえられており、それを中止することには抵抗感があるものと考えられた。

2) 認知症ケアにおける緩和ケアの教育ニーズ

本調査において、認知症における緩和ケアの教育ニーズはあると回答した者が約9割であった。また、利用者家族についてもニーズはあるという回答が多く、プレ調査の日本やオランダで見られた職員の教育ニーズと利用者家族のニーズとのギャップは確認されなかった。本調査で用いた改訂版冊子はプレ調査と比べて中立的な記述となっており、冊子で紹介されている「緩和ケア」の印象が異なったためかもしれない。ただし、プレ調査と本調査の違いは、対象となった介護老人福祉施設における、利用者家族への情報提供に対する考え方の違いを反映している可能性もあり、解釈には慎重を要する。

E. 結論

本研究は、主に「1.国際比較のための基盤制度およびデータに関する基礎調査」「2.認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向に関する国際比較研究」「3.認知症高齢者の終末期における医療やケアの国際比較研究」の3つの研究から構成された。

これらの研究から、各国の認知症ケアの全体像を把握することができた。各国とも実情を踏まえた取り組みをしており、共通点、相違点を今後さらに検討していくことで日本の基盤のあり方への示唆が得られると考えられた。

今後、日本においてもさらなる認知症の人の増加が見込まれている。特に財源の確保が厳しくなっている現状において、認知症の国家戦略等の認知症の人のステージを加味した体系的な政策形成を進めていくことは急務である。もちろん、認知症の国家戦略等の形成だけで問題が解決するわけではないが、国、自治体、当事者、地域住民、専門職等の関係するアクターが目指すべき方向性と実質的な方法を共有していくことは、日本における認知症ケアの対策推進の一助にはなると考える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. [van der Steen JT](#), [Toscani F](#), de Graas T, Finetti S, [Nakanishi M](#), [Nakashima T](#), Brazil K, Hertogh C M.P.M., [Arcand M](#). Physicians' and nurses' perceived usefulness and acceptability of a family information booklet about comfort care in advanced dementia. *Journal of Palliative Medicine* (in press).
2. [van der Steen JT](#), [Arcand M](#), [Toscani F](#), de Graas T, Finetti S, Beaulieu MD, Brazil K, [Nakanishi M](#), [Nakashima T](#), Knol DL, Hertogh C M.P.M. A family booklet about comfort care in advanced dementia: three-country evaluation. *Journal of the*

American Medical Directors Association (in press).

2. 学会発表

1. Cees Hertogh, Tjonne de Graas, Jenny van der Steen, Franco Toscani, Miharu Nakanishi, Marcel Arcand. A family booklet on comfort care in dementia: Country-specific adaptations needed before implementation. International Psychogeriatric Association 2010 International Meeting, Spain, September 28, 2010.
2. Jenny T. van der Steen, Franco Toscani, Tjonne de Graas, Silvia Finetti, Cees M.P.H. Hertogh, Miharu Nakanishi, Taeko Nakashima, Marcel Arcand. Practitioners' perceived usefulness and acceptability of a family booklet on comfort care in dementia. Gerontological Society of America's 63rd Annual Scientific Meeting, LA, November 20, 2010.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

1. Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO: Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease. The Lancet Neurology 2008 7(4) 362-367.

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業

「認知症ケアの国際比較に関する研究」

分担研究「国際比較のための基盤制度およびデータに関する基礎調査」

分担研究者 中西 三春 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
分担研究者 中島 民恵子 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

研究要旨

本研究は、認知症ケアの国際的な横断比較研究に必要な基礎情報の収集・整理を行うことで、比較分析する際に視座となる基本的枠組みを把握することを目的とする。

各国の担当省やアルツハイマー病協会の web サイトや、文献検索によって資料を収集し、1) 国際アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Disease International) による World Alzheimer Report 2010 “THE GLOBAL ECONOMIC IMPACT OF DEMENTIA.” (September 2010) を中心に全世界的な認知症ケアをめぐる動向、2) イギリス、オランダ、オーストラリア、デンマーク、スウェーデン、日本の6か国における認知症ケアの基盤制度とデータを把握した。具体的には、1) 全世界的な認知症ケアをめぐる動向に関しては、有病率、在宅の割合、主たる介護者が配偶者である割合、認知症ケアの推計コスト、認知症の人の死亡場所の5項目について比較検討した。2) 6か国における認知症ケアの基盤制度とデータに関しては、認知症ケアの概要に関する以下の A 基本的な制度枠組み、B 基礎情報、C 国家戦略、D 認知症の地域ケアを支えるコーディネート機能、E 若年性認知症、F 認知症関連コストの6項目について情報収集を行い、保健医療福祉制度における認知症対策の位置づけを比較した。

その結果、全世界的な認知症ケアをめぐる動向では、全地域における認知症ケアの合計コストのうち70%が西ヨーロッパと北アメリカで発生しているものと推計されていた。これらの国ではコストのうちの多くを社会サービスが占めており、認知症の人の多くがナーシングホームで亡くなっていることも指摘されていた。6か国における認知症ケアの基盤制度とデータでは、保健医療サービスと社会サービス、高齢者ケアと障害者ケアという枠組みの観点から、認知症ケアに関連する制度体系の構成パターンが明らかになった。これらの枠組みを構築する際に、国、広域、地方自治体のそれぞれのレベルでの役割をどのように設定し、連携していくかが課題になっていると考えられた。

A. 研究目的

本研究は、認知症ケアの国際的な横断比較研究に必要な基礎情報の収集・整理を行うことで、比較分析する際に視座となる基本的枠組みを把握することを目的とする。

B. 研究方法

1. 対象

本研究の対象国は、イギリス、オランダ、オ

ーストラリア、デンマーク、スウェーデン、日本の6か国である。

2. 調査方法

各国の担当省やアルツハイマー病協会の web サイトや、文献検索によって資料を収集した。

1) 全世界的な認知症ケアをめぐる動向

国際アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Disease International) による World Alzheimer Report 2010 “THE GLOBAL ECONOMIC IMPACT OF DEMENTIA.” (September 2010) を

中心に、全世界的な動向を把握した。

2) 6か国における認知症ケアの基盤制度とデータ

本研究の主たる対象国であるイギリス、オランダ、オーストラリア、デンマーク、スウェーデン、日本の6か国を対象に、関連文献、資料等を通して、整理、比較を行った。

3. 調査内容

1) 全世界的な認知症ケアをめぐる動向

有病率、在宅の割合、主たる介護者が配偶者である割合、認知症ケアの推計コスト、認知症の人の死亡場所の5項目について比較検討した。

2) 6か国における認知症ケアの基盤制度とデータ

各国の認知症ケアを理解するための基盤となる制度およびデータに関する以下のA~Fの項目について情報収集を行い、保健医療福祉制度における認知症対策の位置づけを比較した。

A 基本的な制度枠組み

基本方針、医療保障制度全般、介護保障制度全般、施設ケアサービス、在宅・地域ケアサービス、精神保健制度と精神病院、一般病院

B 基礎情報

認知症の罹患者数、有病率、居所別人数、薬剤許可範囲

C 国家戦略

国家戦略の有無と時期、国家戦略の概要

D 認知症の地域ケアを支えるコーディネート機能

枠組み

E 若年性認知症

人数、コスト、サービス内容、制度的位置づけ、課題

F 認知症関連コスト

直接コスト、その他コスト

(倫理面への配慮)

公開されているデータに基づいて、個人情報には触れない内容で調査を実施した。

C. 研究結果

1. 全世界的な認知症ケアをめぐる動向

1) 有病率

表1は国際アルツハイマー病協会による認知症の有病率の推計である。2010年の推計では多くの地域で5-7%の範囲にあった。アフリカのサハラ以南の地域では有病率の推計が低い傾向があった。2010年において認知症の人はアジアで1594万人、ヨーロッパで1395万人となっており、両者をあわせると全世界の認知症の人の84.1%を占める計算になった。世界全体では、2010年に3556万人から2050年には1億1538万人と約3倍になる推計値が示されていた。

2) 在宅の割合

表2は国際アルツハイマー病協会が公表した、認知症の人のうち在宅で生活している割合の推計を示している。在宅で生活している割合は、低収入の国や農村地域において高い傾向があった。日本では都市地域で60-79%、農村地域で70-79%となっており、オーストラリアやスウェーデン、イギリスといった国に比べると高い傾向がみられた。

3) 主たる介護者が配偶者である割合

表3は国際アルツハイマー病協会による、認知症の人の主たる介護者が配偶者である割合の推計である。全体的には40%前後が配偶者であったが、顕著な地域差がみられており、東南アジア、ラテンアメリカ中央などでは割合が低かった。

4) 認知症ケアの推計コスト

表4は国際アルツハイマー病協会による2010年の認知症ケアの推計コストを示している。全

地域の合計で年間6040億USドルと推計されており、そのうち70%は西ヨーロッパと北アメリカで発生している計算になった。また、サハラ以南のアフリカ南部、オセアニア、サハラ以南のアフリカ東、東アジア等の地域では、コスト総計のうちインフォーマルケアが占める割合が高かった。

表5はJönsson & Berr (2005)による2004年のヨーロッパ諸国の認知症ケアの推計コストを示している。多くの国でコストのうちの多くを社会サービスが占めており、フィンランド・アイルランド・スウェーデンといった国ではインフォーマルケアのコストの占める割合も高かった。また、アイルランド・ノルウェー・ドイツではコスト総計のうち社会サービス等を含む非医療サービス合計の占める割合が80%をこえていた。

5) 認知症の人の死亡場所

表6はHouttekierら(2010)による2003年のヨーロッパ諸国の65歳以上である認知症の人の死亡場所の内訳である。これらの集計は各国の厚生担当省から入手した死亡診断書(death certificate)のデータを再解析したものである。ベルギーでは在宅死亡率が11.4%であるのに対し、オランダやイギリスでは3-5%前後となっていた。オランダではナースィングホームで92.3%の人が亡くなっていた。各国とも認知症の人の多くはナースィングホームで亡くなっており、病院での死亡は3割程度であった。

2. 6か国における認知症ケアの基盤制度とデータ

表7はイギリス、オーストラリア、オランダ、デンマーク、スウェーデンおよび日本の6か国における認知症ケアの基盤制度と関連データを一覧にしたものである。

1) 基本的な制度枠組み

6か国のうち、保健医療サービスと社会サー

ビスを社会保険方式で運営しているのはオランダと日本であり、他の4か国ではどちらも税方式で提供されていた。

また社会サービスにおいては、4か国で高齢者へのサービスと障害者へのサービスを同一の制度体系で運営していた。特に、デンマークとスウェーデンでは障害、高齢、母子家庭等の理由に関わらず、日常生活が困難となった国民全てにサービスを提供するといった枠組法が制定されていた。若年障害者を除く高齢者を対象とした介護保障の制度は、オーストラリアと日本でみられた。ただしオーストラリアの地域在宅ケアHACC(Home and Community Care)という地域ケアパッケージは高齢者だけでなく若年障害者も対象とされていた。

これらの諸外国の特徴として、障害者のノーマライゼーションの進展と、高齢者施策とが連動していることがあげられた。イギリスやオーストラリアをはじめとしたこれらの国々では、1980年代後半から不必要な施設入所とそれにかかる財政負担の抑制、利用者本位等を目的に、障害者や高齢者に対するコミュニティケアの推進が行われていた。

社会サービスのうち、施設ケアサービスにおいては、イギリス、オランダ、日本のようにナースィングホーム、ケアホーム、小規模グループホーム、シェルタードハウス等と区分がある場合、オーストラリアのように統一された施設基準によって分類している場合、デンマークやスウェーデンのケア付き住宅等のように住宅体系を一本化している場合とが見られた。

2) 基礎情報

認知症の有病率は国によっても異なるが、概ね1-2%の範囲で見積もられていた。認知症の人が在宅で生活しているか、施設に入所しているかといった居所の統計は必ずしも明らかではなかった。抗認知症薬として認可されている薬剤は、donepezil, galantamine, rivastigmineなどが中心であった。日本ではこれまでdonepezil

hydrochloride (アリセプト) のみ対象であったが、2010年に他の2種類の承認がされ、2011年から使用されることとなっていた。

3) 国家戦略

イギリスとオーストラリアでは、認知症に関する行動目標を示した国家戦略が提示されていた。スウェーデンは認知症ケアガイドラインを公表しているが、政策的な行動目標を示したものではありません。これは地方自治の独立性が強いことも関係していると思われる。オランダの認知症国家プログラムは、国家戦略の前の段階のモデル事業に該当する。結ばれた認知症ケアにおいては主要となる5つのテーマについて10の指標があげられ認知症ケアの推進が行われていた。デンマークでは2010年12月に認知症国家行動計画が公表されたところであり、14の項目が示されている。

4) 認知症の地域ケアを支えるコーディネート機能

社会サービスの枠組みの中で、コーディネート機能をもつ職種やチームが確認できたのは、オーストラリアとスウェーデンであった。オランダやデンマークでは、それぞれ認知症コンサルタントや認知症コーディネーターといった独自の相談員の取り組みが着目されていた。

また、保健医療サービスの枠組みの中では、イギリスの地域精神保健チーム CMHT (Community Mental Health Team) や、デンマークの認知症の二次医療に対応する多職種チーム等が形成されていた。

5) 若年性認知症

若年性認知症の制度的位置づけは国によって異なるが、概ねそれぞれの国の社会サービスの中で対応されていた。上述のように、高齢者へのサービスと障害者へのサービスが同一の制度体系で運営されているため、日本の状況とは必ずしも一致しない状況であった。

若年性認知症の人へ特化したサービスの提供

はどの国でもまだ取り組みが緒についた段階であったが、就労支援や日本におけるコールセンターの設置等が進められていた。

6) 認知症関連コスト

イギリス、オランダ、オーストラリアの各国のアルツハイマー病協会や、スウェーデンでは保健医療サービスと社会サービスを担当する省庁において、保健医療サービスと社会サービスをあわせた推計コストを算出していた。オーストラリアでは、直接コスト、間接コスト、コミュニティケアによるコストの年間推計が示されていた。

D. 考察

全般的に、1980年代後半から不必要な施設入所とそれにかかる財政負担の抑制、利用者本位のサービス提供等を目的に、障害者や高齢者のコミュニティケアの推進が行われてきた。その中で施設ケアサービスのケア付き住宅への転換や「住み慣れた同じ場所で高齢を迎える (Aging in Place)」コンセプトに基づいた施設基準の一元化等の取り組みも進められていた。日本においては地域ケアが推進される一方で、施設の機能分化も進んでいる状況にある。今後の日本における認知症ケアの方向性を検討するにあたり、対象国からいくつかのパターンを学ぶことができると考えられた。

全世界的に認知症の人の数が今後増えていくに伴い、それらの制度や枠組みの構築において国レベル、広域レベル、自治体レベルの役割分担と連携が課題となっていると考えられた。これらは、日本においても直面している課題であり、各国のより詳細な取り組みを検討していく必要がある。

本調査では、各国の取り組みを調査していく上での基本的なデータを得ることができた。

E. 結論

全世界的な認知症ケアをめぐる動向では、全地域における認知症ケアの合計コストのうち70%が西ヨーロッパと北アメリカで発生しているものと推計されていた。これらの国ではコストのうちの多くを社会サービスが占めており、認知症の人の多くがナーシングホームで亡くなっていることも指摘されていた。

6か国における認知症ケアの基盤制度とデータでは、保健医療サービスと社会サービス、高齢者ケアと障害者ケアという枠組みの観点から、認知症ケアに関連する制度体系の構成パターンが明らかになった。これらの枠組みを構築する際に、国、広域、地方自治体のそれぞれのレベルでの役割をどのように設定し、連携していくかが課題になっていると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 世界疾病負担 (global burden of disease, GBD) による世界区分ごとの60歳以上人口、粗推計有病率、認知症の人の推計人数および増加率

GBDの地域	60歳以上人口(百万)		粗推計有病率(%)		認知症の人の推計人数(百万)			増加率(%)	
	2010年	2050年	2010年	2050年	2010年	2030年	2050年	2010-2030年	2010-2050年
アジア	406.55	3.9	15.94	33.04	60.92	107	282		
オーストラレーシア	4.82	6.4	0.31	0.53	0.79	71	157		
アジア太平洋	46.63	6.1	2.83	5.36	7.03	89	148		
オセアニア	0.49	4.0	0.02	0.04	0.10	100	400		
中央アジア	7.16	4.6	0.33	0.56	1.19	70	261		
東アジア	171.61	3.2	5.49	11.93	22.54	117	311		
南アジア	124.61	3.6	4.48	9.31	18.12	108	304		
東南アジア	51.22	4.8	2.48	5.30	11.13	114	349		
ヨーロッパ	160.18	6.2	9.95	13.95	18.65	40	87		
西ヨーロッパ	97.27	7.2	6.98	10.03	31.44	44	93		
中央ヨーロッパ	23.61	4.7	1.10	1.57	2.10	43	91		
東ヨーロッパ	39.30	4.8	1.87	2.36	3.10	26	66		
アメリカ大陸	120.74	6.5	7.82	14.78	27.08	89	246		
北アメリカ	63.67	6.9	4.38	7.13	11.01	63	151		
カリブ	5.06	6.5	0.33	0.62	1.04	88	215		
ラテンアメリカ、アンデス	4.51	5.6	0.25	0.59	1.29	136	416		
ラテンアメリカ、中央	19.54	6.1	1.19	2.79	6.37	134	435		
ラテンアメリカ、南部	8.74	7.0	0.61	1.08	1.83	77	200		
ラテンアメリカ、熱帯	19.23	5.5	1.05	2.58	5.54	146	428		
アフリカ	71.07	2.6	1.86	3.92	8.74	111	370		
北アフリカ/中東	31.11	3.7	1.15	2.59	6.19	125	438		
サハラ以南のアフリカ、中央	3.93	1.8	0.07	0.12	0.24	71	243		
サハラ以南のアフリカ、東	16.03	2.3	0.36	0.69	1.38	92	283		
サハラ以南のアフリカ、南部	4.66	2.1	0.10	0.17	0.20	70	100		
サハラ以南のアフリカ、西	15.33	1.2	0.18	0.35	0.72	94	300		
世界合計	758.54	4.7	35.56	65.69	115.38	85	225		

出典：Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2010 THE GLOBAL ECONOMIC IMPACT OF DEMENTIA. September 2010

表2 認知症の人のうち在宅で生活している割合の推計 (%)

国	都市地域	農村地域	国	都市地域	農村地域
アジア			ヨーロッパ		
アルメニア	50-59%	50-59%	ベルギー	50-59%	70-79%
中国	70-99%	80-94%	クロアチア	80-89%	95-99%
インド	90-94%	95-99%	キプロス	70-79%	95-99%
日本	60-79%	70-79%	ドイツ	50-59%	60-69%
ジョルダン	95-99%	95-99%	ギリシア	80-89%	95-99%
パキスタン	100%	100%	アイルランド	60-69%	60-69%
ネパール	100%	100%	イスラエル	80-89%	80-89%
シンガポール	90-99%	100%	イタリア	50-59%	50-59%
スリランカ	70-99%	95-100%	マケドニア (旧ユーゴスラビアの一共和国)	50-59%	90-94%
タイ	80-89%	95-99%	オランダ	60-69%	70-79%
トルコ	70-79%	90-94%	ポーランド	80-89%	95-99%
アフリカ			ルーマニア	80-89%	100%
エジプト	100%	100%	セルビア	95-99%	100%
モーリシャス	80-89%	80-89%	スロバキア (スロバキア共和国)	80-89%	90-94%
ナイジェリア	80-89%	90-94%	スロベニア	40-49%	60-69%
南アフリカ	90-94%	100%	スウェーデン	50-59%	50-59%
ジンバブエ	70-79%	95-99%	スイス	60-69%	50-59%
アメリカ大陸			イギリス	50-94%	50-94%
アルゼンチン	50-89%	70-94%	オーストラレーシア		
アルバ	80-89%	80-89%	オーストラリア	50-69%	50-69%
バハマ	95-99%	95-99%			
ボリビア	70-94%	90-99%			
ブラジル	70-94%	90-99%			
ドミニカ共和国	90-94%	95-99%			
ホンジュラス	95-99%	100%			
ジャマイカ	70-79%	70-79%			
メキシコ	80-99%	95-100%			
ペルー	90-94%	95-99%			
プエルトリコ	70-79%	70-89%			
ベネズエラ	90-94%	95-99%			
アメリカ合衆国	70-79%	80-89%			

出典 : Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2010 THE GLOBAL ECONOMIC IMPACT OF DEMENTIA. September 2010

表3 認知症の人の主たる介護者が配偶者である割合

WHO の地域	割合
オーストラレーシア	43%
アジア太平洋 高収入地域	36%
オセアニア	*41%
中央アジア	*38%
東アジア	40%
南アジア	24%
東南アジア	8%
西ヨーロッパ	48%
中央ヨーロッパ	36%
東ヨーロッパ	*36%
北アメリカ 高収入地域	52%
カリブ	18%
ラテンアメリカ、アンデス	15%
ラテンアメリカ、中央	8%
ラテンアメリカ、南部	46%
ラテンアメリカ、熱帯	54%
北アフリカ/中東	38%
サハラ以南のアフリカ、中央	*41%
サハラ以南のアフリカ、東	*41%
サハラ以南のアフリカ、南部	*41%
サハラ以南のアフリカ、西	*41%
全地域	41%

*帰属割合

出典：Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2010 THE GLOBAL ECONOMIC IMPACT OF DEMENTIA. September 2010