

平成 22 - 23 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

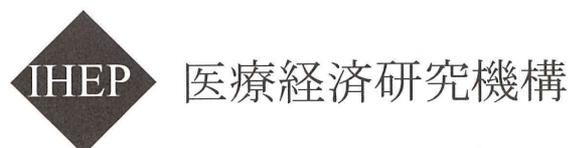
認知症ケアの国際比較に関する研究

平成 22 年度 - 平成 23 年度総合研究報告書

平成 23 年度総括・分担研究報告書

平成 24 年 3 月

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



研究代表者 中島 民恵子

調査研究体制（平成 23 年度）

【研究代表者】

中島 民恵子 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 主任研究員

【研究分担者】

中西 三春 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 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】

清水 俊哉 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
園 環樹 株式会社 シロシベ 代表取締役
山田 敦弘 株式会社 日本総合研究所総合研究部門
岡元 真希子 株式会社 日本総合研究所総合研究部門
木下 澄代

本研究の実施にあたっては、研究分担者、研究協力者、各国の調査対象者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。

研究代表者
中島 民恵子

所属は平成 24 年 3 月時点

目 次

調査研究体制	i
目次	ii
I. 平成 22 年度－平成 23 年度 総合研究報告書	1
「認知症ケアの国際比較に関する研究」総合研究報告書	2
II. 平成 22 年度－平成 23 年度 研究成果の刊行に関する一覧表	9
III. 平成 23 年度 総括・分担研究報告書	13
「認知症ケアの国際比較に関する研究」総括研究報告書	14
分担研究報告書【研究 1】	
認知症ケアの基本データおよび国家戦略の動向に関する調査	21
分担研究報告書【研究 2】	
認知症ケアにおける保健医療福祉の連携体制の国際比較	55
分担研究報告書【研究 3】	
ケースを用いた各国の認知症ケアパスに関する調査	69
IV. 平成 23 年度 研究成果の刊行に関する一覧表	95

Ⅲ. 平成 23 年度 総括・分担研究報告書

平成 23 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

研究代表者 中島 民恵子 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

研究要旨

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・政策動向の比較を通して、わが国における認知症ケア政策のあり方を検討するため、今年度は以下の3つの研究を行った。対象国は昨年と同様、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か国である。

「認知症ケアの基本データおよび国家戦略の動向に関する調査」：各国における認知症ケアの基礎データおよび国家戦略等の体系的な施策の動向を把握することを目的とした。基礎データに関しては、経年的に要介護者等の居所や認知症関連サービス利用状況等を把握していくことで、各国のケア関連の方向性や動向を知ることが可能となり、定期的なアップデートが有用と考えられた。各国の認知症ケアの国家戦略やナショナルプランに関しては、イングランド、オランダでは認知症の人がたどるステージにそった項目を設定していた。また、イングランド、オーストラリアについては、その評価と今後の課題についても検討されていた。戦略の定期的な評価、継続性の担保、戦略内の事業の連携や情報共有の必要性がより明確となった。

「認知症ケアにおける保健医療福祉の連携体制の国際比較」：本研究は、認知症ケアにおける保健医療福祉の連携体制について国際比較を行い、わが国の認知症ケアにおける課題を明らかにすることを目的とした。保健医療サービスにおいては、認知症の診断を行う「もの忘れ外来」や、認知症の人の BPSD に対する「多職種チーム」等の二次医療機関の確立が各国で進められていた。いずれの国も、保健医療福祉の連携体制の構築にあたっては、社会サービスの側でケアマネジメントを実施する者が保健医療サービスと連携する形態が中心であった。日本の認知症ケアにおける保健医療福祉の連携体制を構築するにあたり、初期診断から社会サービスへの紹介のパスの確立、保健医療サービスと社会サービスのコーディネート機能を有する社会サービスのケアマネジャーの養成、認知症の人の在宅生活を支援する二次医療の確立と拡充などの課題がより明確になった。

「ケースを用いた各国の認知症ケアパスに関する調査」：ケースビネット法（仮想的質問法）を用いて、本研究は、ケースビネット法（仮想的質問法）を用いて、共通した認知症の人のケースに対する具体的な支援内容を明らかにし、各国の支援の共通点、相違点および認知症の人に対するケアパス（care pathway）を示すことを目的とした。一部の国では国家戦略やそれに関わる資料で認知症のケアパスを示しているが、それらと調査の回答をもとに作成したケアパスとは必ずしも一致していなかった。とくに認知症の確定診断や BPSD に対応する二次医療を提供する保健医療サービスへのアクセスが想定されていない回答が見られた。日本の認知症ケアにおける保健医療サービスと社会サービス提供におけるパス作成とともに、それらを定着していくための取り組みも合わせて検討していくことが必要と考えられた。

研究分担者

中西 三春 医療経済研究機構
永田 久美子 認知症介護研究・研修東京センター

研究協力者

清水 俊哉 医療経済研究機構
園 環樹 株式会社シロシベ 代表取締役

山田 敦弘 株式会社日本総合研究所
岡元 真希子 株式会社日本総合研究所
木下 澄代

A. 研究目的

平成 21 年 3 月の『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。

本研究の目的は、先進的な認知症ケア対策を展開しつつある諸外国における、認知症ケアをめぐる理念・制度・ケアサービスを体系的に捉えることを通じて、認知症ケア対策の共通点、相違点を明らかにし、日本における「認知症ケア総合推進策」に向けた課題等を提示することである。

B. 研究方法

本年度の研究は、主に「認知症ケアの基本データおよび国家戦略の動向に関する調査」「認知症ケアにおける保健医療福祉の連携体制の国際比較」「ケースを用いた各国の認知症ケアパスに関する調査」の 3 つに大別される。

1. 認知症ケアの基本データおよび国家戦略の動向に関する調査

1) 調査方法

本研究の主たる対象国に関して、各国の担当省、アルツハイマー病協会の web サイトや文献検索によって得られた関連文献、資料等を通して、整理、比較を行った。

2) 調査内容

(1) 認知症ケアの基礎データ

認知症ケアの概要に関して、A 基本的な制度枠組み、B 基礎情報、C 認知症の地域ケアを支えるコーディネート機能、D 若年性認知症、E 認知症関連コストの 5 項目について情報収集を行った。

(2) 認知症ケアの国家戦略等の動向

各国の認知症ケアに関する国家戦略等の動向を理解するために、国家戦略等に関する a.国家戦略作成の有無と時期、b.国家戦略を立てる必要があった理由（抱える課題）、c.国家戦略の目標／目的／理念、d.国家戦略の概要、e.国家戦略に対する実施プラン、プログラム、f.国家戦略に対する評価の 6 項目について情報収集を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は文献調査であり倫理面への配慮は必要ない。

2. 認知症ケアにおける保健医療福祉の連携体制の国際比較

1) 調査方法

各国の保健医療福祉担当省や研究機関のサイトを通じて、以下の認知症ケアに関する政府資料およびそれに準ずる文献を収集した。

2) 調査内容

各国の、診断および支援体制の構築に至るまでの認知症ケアパスや、保健医療福祉の連携体制を把握した。

(倫理面への配慮)

本研究は文献調査であり倫理面への配慮は必要ない。

3. ケースを用いた各国の認知症ケアパスに関する調査

1) 調査方法

ケースビネット法(仮想的質問法)を用いた。対象者は、イングランド、オーストラリア、オランダ、スウェーデン、デンマークの調査協力に同意の得られた認知症ケアに従事しているソーシャルワーカー・ケアマネジャー等に相当する専門職であり、昨年度の研究協力者などを通してコンビニエント・サンプリングによって選定した。

イングランド、オランダ、スウェーデン、デンマークについてはWEB上での回答を求め、オーストラリアについては、現地調査にてヒアリング調査を通して実施した。

2) 調査内容

遠方に住む息子から連絡をうけた場合の初動時期(ストーリー1)、社会サービスの利用開始時期(ストーリー2)、認知症の症状や行動障害の増大時期(ストーリー3)の3つのストーリーを分け、それぞれの段階ごとに関連する質問項目を作成した。

ストーリー1では、「息子が老齢の母親と連絡がつかない」といった場合に、息子が最初に連絡・相談する機関および訪問する役割を担う機関に関して尋ねた。ストーリー2では、アセスメントの担当機関、職種・チームについて、認知症の診断の必要性の有無、サービス提供主体、治療薬の処方機関等に関して尋ねた。ストーリー3では、在宅継続の可否について尋ね、継続できる場合の支援方法、継続できない場合の意思決定者、移行先に関して尋ねた。

(倫理面への配慮)

調査の実施にあたり、医療経済研究機構倫理審査委員会の承認を得た。調査への参加は任意であり拒否しても何ら不利益は受けないこと、収集したデータは研究目的以外に利用しないこと、参加者のプラ

イバシーが外部に漏れることはないことを明記して、調査への協力を求めた。回答の送信をもって、対象者の本調査に対する同意が得られたものとした。

C. 研究結果

1. 認知症ケアの基本データおよび国家戦略の動向に関する調査

1) 認知症ケアの基礎データ

今年度は、特に社会サービスの利用実態に関するデータを中心に更新を行った。イングランドでは、サービスのうち、ケアホームおよびナーシングホーム、在宅・地域ケアサービスの利用者数が減っている一方、介護者の数が増えていた。オーストラリアでは、州政府が運営する地域ケアパッケージのうち、認知症の人を対象としているEACH-Dの利用件数および利用数が増加していた。また、公立精神病院における認知症の人の入院は2008-2009年の1540人から2009-2010年では1592人と微増していたが、日本の入院数と比べると非常に少ない状況であった。

デンマークでは、ナーシングホーム(plejehjembolig)の利用者が減り、主として高齢者を対象とした介護付き住宅(plejebolig)、主として高齢者を対象とした公営高齢者住宅(almene ældrebolig)が増えていた。日本においては、介護保険3施設の利用者数が減り、居宅サービスが増える傾向があった。

2) 認知症ケアの国家戦略等の動向

国家戦略等を立てる必要性があった理由としては、認知症の人と家族を支える適切な情報やサービスの不足および、多岐にわたる制度やサービスの統合の必要性があげられていた。また、本人のQOLを担保するための、適切な人材の確保や育成も課題としてげられていた。また、各国の国家戦略やナショナルプランの概要をみると、イングランド、オランダでは、認知症の人がたどるステージにそった項目が設定されていた。

2. 認知症ケアにおける保健医療福祉の連携体制の国際比較

1) イングランド

認知症の診断を行う二次医療機関として、「もの忘れ外来 (memory clinic)」の整備が進められている。高齢者 (精神) 専門職チームは、「地域精神保健チーム (Community Mental Health Team, CMHT)」などの、NHS トラストが運営する二次医療機関が担い、在宅で生活する認知症の人の BPSD に対応している。

社会サービスは基礎自治体が運営しており、ソーシャルワーカーなどの自治体職員が、在宅から施設に入所した後も継続してマネジメントを行う。

2) オーストラリア

各州に認知症の診断を行う「もの忘れ外来」や、認知症の人の BPSD に対応する「認知症行動マネジメント助言サービス (Dementia Behaviour Management Advisory Service, DBMAS)」があるが、整備状況は地域によって異なる。DBMAS は主としてケア提供者に対する助言指導を行っており、必ずしも認知症の人本人に直接的な支援を提供するわけではない。

高齢者に対する社会サービスには主として二つの制度がある。地域在宅ケア法に基づく在宅ケアパッケージ (HACC) と、高齢者ケア法に基づく在宅ケアパッケージ (CACF, EACH, EACH-D) もしくは施設ケアパッケージのいずれが適用されるか、アセスメントを経て判断される必要がある。ケアマネジメントはそれぞれパッケージを提供するケア事業者が行う。そのため、どの法律/パッケージが適用されるかによって、ケアマネジメントの主体は異なってくる。

3) オランダ

一部の地域では、認知症の診断を行うもの忘れ外来 (geheugenpoli) や、認知症の人の BPSD に対応する老年科チーム (geriatrische team) が設置されている。これらは医療保険に属するものもあれば、特別介護保険に属するものもある。

社会サービスには主として、特別介護保険法に基づく介護サービスと、社会支援法に基づく基礎自治体のサービスとがある。日本のケアマネジャーや地域包括支援センターのような機関は存在しない。医療機関、在宅ケア、ナーシングホームや基礎自治体の職員といったさまざまな場所に、高齢者コンサルタント (consultatiebureaus ouderen) や高齢者アドバイザー (ouderenadviseur) などの権利擁護に関する相談員が配置されている。

4) スウェーデン

認知症の診断は、通常は一次医療で行われるが、一部の地域では、二次医療機関として「もの忘れ外来 (minnesmottagningen)」が設置されている。認知症の人の BPSD に対応する多職種チームとして、「BPSD チーム (BPSD-teamet)」を設置している医療機関や基礎自治体がある。

社会サービスは基礎自治体が運営し、施設に入所してからもマネジメントを行う。多くの自治体で認知症看護師が雇用されており、認知症の人のケアマネジメントにあたっている。また各基礎自治体に配置されている医療責任看護師は、特別な住居のマネジメントを統括していることが多い。

5) デンマーク

認知症の診断を行う二次医療の多職種チームは地域によって形態が異なり、「もの忘れ外来 (hukommelsesklinik)」や「認知症外来 (demensklinik)」等の名称で存在している。これらの機関は診断後のフォローアップも一定期間行っており、認知症の人の BPSD に対応する。

社会サービスは基礎自治体が運営し、施設に入所してからもマネジメントを行う。多くの自治体で「認知症コーディネーター (demenskoordinator)」や「認知症コンサルタント (demenskonsulent)」が雇用されており、認知症の人のケアマネジメントにあたっている。

6) 日本

認知症の診断を行う認知症疾患医療センターの整備が進められている。他国の BPSD に対応している二次医療機関に相当するものはない。

社会サービスは介護保険法に基づく介護サービスが中心となる。在宅にいる間は居宅介護支援専門員がケアマネジメントを実施するが、利用者が施設に入所すると施設の生活相談員や介護支援専門員などに交代する。

3. ケースを用いた各国の認知症ケアパスに関する調査

本調査の回答は 18 名（イングランド 4 名、オーストラリア 4 名、オランダ 4 名、スウェーデン 3 名、デンマーク 3 名）から得られた。国ごとに名称が様々であるが職種としては、ソーシャルワーカー、ケスマネジャー、認知症看護師、地区の精神科看護師等であった。ケースに対する回答および収集した資料等の情報をもとに、横軸にストーリー 1 から 3 のステージ、縦軸に関与する機関やサービス（「一次医療」「二次医療」「自治体」「社会サービス」「権利擁護」）を置いた、認知症ケアパス図を作成した。

D. 考察

1. 認知症ケアの基本データおよび国家戦略の動向に関する調査

基礎データに関しては、多くの国で施設サービスから在宅・地域サービスもしくはサービス付き高齢者住居等の住まいへの移行が少しずつではあるが進んでいる傾向が見られた。

各国の国家戦略等作成の必要性については、今後さらに増加する認知症の人に対して、適切な理解の促進、医療・介護サービスの不足と連携・統合の必要性、認知症の人を支える専門職をはじめとした人材の不足、厳しい財源状況などがあげられていた。

また、戦略等の目標や理念には、認知症の人と家族の QOL、地域での暮らしの継続に向けた体制をとることと、それに向けて、国、地方自治体としてどのようなことに取り組み、本人・家族・それらを支え

る専門職に対して支援していくかといった責任の明確化と管理・運営のあり方を示す内容が主に示されていた。また、国家戦略等に対する評価については国ごとにそれらが示された時期からもまだ評価が行われていない国もあったが、イングランドとオーストラリアでは評価「Dementia Initiative National Evaluation」が示されていた。オーストラリアでは、さらに継続すべき支援として EACH-D パッケージの推進や DBMAS の必要性等が言及されており、認知症に特化した本人への直接的なサービスおよび専門職・家族介護者へのアドバイスや専門的な支援の整備が重要であると考えられた。

2. 認知症ケアにおける保健医療福祉の連携体制の国際比較

1) 国によるケアパスの違い

(1)社会サービスにおけるケアマネジャー

イングランド、スウェーデン、デンマークでは、いずれも基礎自治体が社会サービスの運営主体となっており、認知症ケアにおけるケアマネジャーの役割を果たしている。これらの国では利用者が施設に入所した後も、ケアマネジメントが継続して行われる。

日本では、認知症の人を対象とした社会サービスは主に介護保険制度下で提供されており、在宅にいる間は居宅介護支援専門員がケアマネジメントを実施する。施設に入所した際は、ケアマネジメントの主体が施設の生活相談員等へと移る。

(2)BPSD に対応する保健医療サービスチーム

イングランドでは、二次医療の精神科が認知症の人の BPSD に対応している。オーストラリア、オランダ、スウェーデン、デンマークでは精神科を含む複数科にまたがる専門性を有する多職種チームが設置されている。これらの多職種チームは外来を中心とした支援アプローチを用いている。日本では両者に相当するような一定の機関はない。

2) 共通する課題

(1) 専門職の育成

諸外国における保健医療サービスと社会サービスの連携体制は、新たなコーディネーターなどを設けるのではなく、社会サービスの側でケアマネジメントを実施する者が保健医療サービスと連携するという形態が主であった。

ケアパスの起点となる認知症の診断を適切に行える体制として、もの忘れ外来の整備が進められていた。またこれらの二次医療につなげるために、GP や一次医療の医師への教育が必要とされていた。

(2) 民間事業者の参入

社会サービスの運営主体が自治体であるイングランド、スウェーデン、デンマークにおいても、実際のサービス提供には民間事業者が参加しており、その割合が拡大する傾向にある。オーストラリアや日本では民間事業者がケアマネジメントを実施しており、施設に入所するとそこで施設にマネジメントの主体が移る。こうした民間事業者の参入の拡大に伴い、認知症ケアの質をどのように担保するかが、共通の課題となっている。民間事業者の参入によって利用者の選択の幅は広がる一方で、選択に必要な情報開示の方法や、認知症の人の意思決定をどのように行うかといった権利擁護の課題も生じている。

3. ケースを用いた各国の認知症ケアパスに関する調査

1) 支援者のステージごとの違い

イングランド、スウェーデン、デンマークでは、いずれも基礎自治体が社会サービスの運営主体となっており、先の初期介入、実際のアセスメント、コーディネートの支援においても、ソーシャルワーカーや看護師等を中心に実施されることが示されていた。チームに関しても、自治体の専門職を中心に、利用者のニーズに沿った医師、地域看護師、作業療法士等のチームが形成され、支援にあたっていた。

2) 提供サービスおよび薬の処方

実際に Ivy さんに提供されるサービスとしては、ほぼ全ての国において、①食事や衛生状態の改善等のための家事・身体サービス、②服薬支援、③認知機能を活性化するためのデイケア等における活動（アクティビティ）や地域資源の活用、アラームの設置等があげられていた。自立に向けての配慮としては、パーソンセンタードケアの視点を中心に、残存機能をより活かしていくことができる刺激等が得られる機会の提供が重視されていた。

また、認知症の治療薬の処方に関しては、イングランドではコミュニティメンタルヘルsteamの精神科医、スウェーデンでは保健センター、デンマークでは GP もしくは初期は専門医でその後 GP、オランダでは GP によって処方されるとのことで、薬を扱うことができる機関が国によって異なり、GP が必ずしも処方できる状況ではなかった。オランダでは認知症支援において GP の関わりが他国に比べて強く、実際の確定診断は CIZ と、他国と比べて二次医療の役割が見えにくかった。また、スウェーデンでは保健センターが一括して相談や確定診断を担うワンストップ的な役割を果たしていた。

3) 在宅継続の可否

支援がスタートして半年後の Ivy さんに多様な BPSD 症状が出た際の在宅継続の可否については、イングランド、スウェーデンでは「継続できる」と回答があったが、デンマークでは「継続できない」との回答であった。オランダ、オーストラリアに関しては回答者の中で意見が異なる状況であった。「継続できる」との回答があった、イングランド、スウェーデンでは服薬管理を行った上で、継続的なケアサービスの提供が示されていた。デンマークでは認知症の人のための高齢者住居やグループホーム等の転居があげられており、施設を無くす政策を進めているデンマークにおいてはすまいの中での移動という考えがあることが推察された。

E. 結論

本年度の研究は、主に「認知症ケアの基本データおよび国家戦略の動向に関する調査」「認知症ケアにおける保健医療福祉の連携体制の国際比較」「ケースを用いた各国の認知症ケアパスに関する調査」の3つの研究から構成された。

各国の政策課題や国家戦略の検討から、認知症ケアにおける国家戦略等の体系的な政策形成が日本でも重要であることがより明確となった。イングランドにおいては、1年目の評価とともに主な17の主要項目に関して実態を把握・評価する動きが見られた。オーストラリアにおいては、評価およびそれらを踏まえた新たな4ヵ年計画(2nd Framework)の必要性が示されており、継続的な取組みの重要性が認められていた。さらに、認知症ケア政策に関連する事業ごとの関連や連携をどのように円滑にとっていくかも課題としてあげられており、日本においても体系的な国家戦略等の作成と共にそれらの一連の評価および事業ごとの連携や情報共有方法を併せて検討することが必要であると考えられた。

また、日本の認知症ケアにおける保健医療福祉の連携体制を構築するにあたり、初期診断から社会サービスへの紹介のパスの確立、保健医療サービスと社会サービスのコーディネート機能を有する社会サービスのケアマネジャーの養成、認知症の人の在宅生活を支援する二次医療の確立と拡充などの課題がより明確になった。さらに、日本の認知症ケアにおける保健医療とケアサービス提供におけるパス作成とともに、それらを定着していくための取り組みも合わせて検討していくことが必要と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 中西三春,中島民恵子,Marcel Arcand,Cees M. P. M. Hertogh,Jenny T. van der Steen:「介護老人福祉

施設の職員における認知症高齢者に対する終末期ケアのガイドへの評価—認知症高齢者の緩和ケアに対する考え方に関する調査—」日本認知症ケア学会., 第11巻2号(2011年7月掲載予定)

2. 中西三春,中島民恵子:「はじめて学ぶ地域包括ケアの「考え方」と「実践法」 連載第2回 海外における介護,福祉サービス(社会サービス)と「地域包括ケア」」達人ケアマネ, Vol.6, No.1, 87-91, 2011

2. 学会発表

1. 中島民恵子,中西三春,永田久美子:「日本とイングランドにおける認知症ケアをめぐる政策比較」第13回日本認知症ケア学会大会,2012年5月20日(査読済・発表予定)
2. 箕岡真子,石飛幸三,中西三春,甲斐克則. シンポジウム『認知症をめぐる生命倫理と法』. 第23回日本生命倫理学会年次大会,東京都新宿区,2011年10月16日
3. 中島民恵子,中西三春. 特別講演 IX 海外における認知症ケアの現状. 第12回日本認知症ケア学会大会,横浜市,2011年9月25日

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 23 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」 分担研究報告書
【研究 1】 「認知症ケアの基礎データおよび国家戦略の動向に関する調査」

研究分担者 中島 民恵子 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
研究分担者 中西 三春 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

研究要旨

本研究は、各国における認知症ケアの基礎データおよび国家戦略等の体系的な施策の動向を把握することを目的とする。

イングランド、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。認知症ケアの基礎データに関しては、A 基本的な制度枠組み、B 基礎情報、C 認知症の地域ケアを支えるコーディネート機能、D 若年性認知症、E 認知症関連コストの5項目について情報収集を行い、平成22年度の報告書の掲載内容を更新する形で示した。また、国家戦略の動向に関しては、それらの実施に対する評価やモデル等についての情報収集を行った。

基礎データに関して、社会サービスの利用実態に関するデータを中心に更新を行った。イングランドでは、サービスのうち、ケアホーム（レジデンシャルホームおよびナーシングホーム）、在宅・地域ケアサービスの利用者数が減っている一方、介護者の数が増えていた。オーストラリアでは、州政府が運営する地域ケアパッケージのうち、認知症の人を対象としている EACH-D の利用件数および利用数が増加していた。また、公立精神病院における認知症の人の入院は 2008-2009 年の 1540 人から 2009-2010 年では 1592 人と微増していたが、日本の入院数と比べると非常に少ない状況であった。デンマークでは、従来施設であるナーシングホーム（plejehjembolig）の利用者が減り、主として高齢者を対象とした介護付き住宅（plejebolig）、主として高齢者を対象とした公営高齢者住宅（almene ældrebolig）が増えていた。日本においては、介護保険3施設の利用者数が減り、居宅サービスが増える傾向があった。

それぞれの国で国家戦略等が作成されるに至った背景としては、今後さらに増加する認知症の人に対して、適切な理解の促進、医療・介護サービスの不足と連携・統合の必要性、認知症の人を支える専門職をはじめとした人材の不足、厳しい財源状況などがあげられていた。また、戦略等の目標や理念には、認知症の人と家族の QOL、地域での暮らしの継続に向けた体制をとることと、それに向けて、国、地方自治体としてどのようなことに取り組み、本人・家族・それらを支える専門職に対して支援していくかといった責任の明確化と管理・運営のあり方を示す内容が主に示されていた。

A. 研究目的

本研究は、各国における認知症ケアの基礎データおよび国家戦略等の体系的な施策の動向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、イングランド、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

本研究の主たる対象国に関して、各国の担当省、アルツハイマー病協会の web サイトや文献検索によって得られた関連文献、資料等を通して、整理、比較を行った。

3. 調査内容

1) 認知症ケアの基礎データ

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～E の項目について情報収集を行い比較した。

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 認知症の地域ケアを支えるコーディネート機能

枠組み

D 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

E 認知症関連コスト

直接コスト

2) 認知症ケアの国家戦略等の動向

各国の認知症ケアに関する国家戦略等の動向を理解するために、国家戦略等に関する以下の a～f の項目について情報収集を行い比較した。

a. 国家戦略作成の有無と時期

b. 国家戦略を立てるに至った理由 (抱える課題)

c. 国家戦略の目標/目的/理念

d. 国家戦略の概要

e. 国家戦略に対する実施プラン、プログラム

f. 国家戦略に対する評価

C. 研究結果

1. 基盤制度・データ

表1はイングランド、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。

特に社会サービスの利用実態に関するデータを中心に更新を行った。イングランドでは、サービスのうち、ケアホーム (レジデンシャルホームおよびナーシングホーム)、在宅・地域ケアサービスの利用者数が減っている一方、介護者の数が増えていた。オーストラリアでは、州政府が運営する地域ケアパッケージのうち、認知症の人を対象としている EACH-D の利用件数および利用数が増加していた。また、公立精神病院における認知症の人の入院は 2008-2009 年の 1540 人から 2009-2010 年では 1592 人と微増していたが、日本の入院数と比べると非常に少ない状況であった。デンマークでは、従来施設であるナーシングホーム (plejehjembolig) の利用者が減り、主として高齢者を対象とした介護付き住宅 (plejebolig)、主として高齢者を対象とした公営高齢者住宅 (almene ældrebolig) が増えていた。日本においては、介護保険3施設の利用者数が減り、居宅サービスが増える傾向があった。

なお、制度枠組みや認知症関連コスト等については調べた範囲においては新たな情報は公表されておらず、昨年度の報告書の再掲を行った。具体的な内容に関しては、昨年度の報告書を確認されたい。

2. 国家戦略の動向

表2はイングランド、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国家戦略等に関する a～f の内容を一覧にしたものである。

国家戦略等を立てる必要性があった理由とし

ては、認知症の人と家族を支える適切な情報やサービスの不足および、多岐にわたる制度やサービスの統合の必要性があげられていた。また、本人の QOL を担保するための、適切な人材の確保や育成も課題としてげられていた。また、各国の国家戦略やナショナルプランの概要をみると、イングランド、オランダでは、認知症の人がたどるステージにそった項目が設定されていた。

さらに、認知症ケアの国家戦略等に関して2011年度の動向を含めた参考資料として、国ごとにまとめた。

イングランドでは、1年目の評価に加えて、2011年度には国家戦略の柱の1つである「3. 認知症の人と介護者への情報提供」に関して、英国アルツハイマー病協会から、認知症ケアに関わる介護者の情報ニーズに関する調査報告書が出されており、情報提供の活動には認知症の当事者の参画が重要であること、関わる職種や専門職が多様であり、誰がどのような情報を持っているのか、誰が責任を持つのか不明であること、などが指摘されていた。また、「8. 病院でのケアの改善」に関して、英国精神科医師会が中心となってまとめた病院における認知症ケアに関する報告書が示され、1) 管理、2) アセスメント、3) 精神保健とリエゾン精神医療、4) 栄養、5) 情報とコミュニケーション、6) スタッフ教育、7) スタッフ配置と支援、8) 病棟環境、9) 退院計画と退院、10) ケアの観察について言及されていた。

オランダでは、LDP および「結ばれた認知症ケア」プログラムの一環として、保健福祉機構とアルツハイマー病協会は共同で「認知症ケアの標準 (Zorgstandaard Dementie)」を作成する作業に着手し、2012年春頃に内容の確定および公表がされる予定とされている。

スウェーデンでは、2010年に示されたガイドラインの推奨内容を認知症の人に説明する主旨で作成されたガイドラインを示す等の取組みが進められている一方で、認知症ケアの水準は必

ずしも高いとは言えない状況が続いていることが指摘されていた。

デンマークの認知症国家行動計画は政権交代や計画が示されてから年月があまり経過していないこともあり全体としての評価等は示されていないが、レギオンやコムーネごとの取組みが進み始めていた。

オーストラリアでは、LAMA CONSORTIUM により、2006年～2009年の認知症イニシアティブの評価が行われ、2010年9月に報告書が発表された。認知症イニシアティブがその初期段階で、認知症の人と介護者に支援をする上で大きな成功を収めたとして、今後は初期段階から学んだ教訓に基づいて同イニシアティブを統合・強化すべきことが確認された。さらに、2011年1月に連邦政府によるフレームワークのレビューが実施され、フレームワークが有効であることが示された。さらに、プロジェクト間のコミュニケーションを容易にするためのコミュニケーション戦略 (National Dementia Communication Strategy) の見直しの必要性も指摘された。それらを踏まえ、新たな4カ年計画 (2nd Framework) を策定すべきという結論が出され、これらの作業は2012年に開始される予定とされていた。

D. 考察

基礎データに関しては、多くの国で施設サービスから在宅・地域サービスもしくはサービス付き高齢者住居等の住まいへの移行が少しずつではあるが進んでいる傾向が見られた。

各国の国家戦略等作成の必要性については、今後さらに増加する認知症の人に対して、適切な理解の促進、医療・介護サービスの不足と連携・統合の必要性、認知症の人を支える専門職をはじめとした人材の不足、厳しい財源状況などがあげられていた。また、戦略等の目標や理

念には、認知症の人と家族の QOL、地域での暮らしの継続に向けた体制をとることと、それに向けて、国、地方自治体としてどのようなことに取組み、本人・家族・それらを支える専門職に対して支援していくかといった責任の明確化と管理・運営のあり方を示す内容が主に示されていた。また、国家戦略等に対する評価については国ごとにそれらが示された時期からもまだ評価が行われていない国もあったが、イングランドでは1年目のモニタリングとして「Improving Dementia Services in England-an Interim Report-」が示され、早期発見等の取組みに関する課題等が示されていた。また、オーストラリアでは国家戦略等を推進するためのイニシアティブに対する評価「Dementia Initiative National Evaluation」が示されており、さらに継続すべき支援として EACH-D パッケージの推進や DBMAS の必要性等が言及されていた。

E. 結論

基礎データに関しては、経年的に要介護者等の居所や認知症関連サービス利用状況等を把握していくことで、各国のケア関連の方向性や動向を知ることができ、定期的なアップデートが有用と考えられた。

各国の認知症ケアの国家戦略やナショナルプランに関しては、イングランド、オランダでは認知症の人がたどるステージにそった項目を設定していた。また、イングランド、オーストラリアについては、その評価と今後の課題についても検討されていた。イングランドにおいては、1年目の評価とともに、主な17の主要項目に関して実態を把握・評価する動きが見られた。オーストラリアにおいては、評価およびそれらを踏まえた新たな4ヵ年計画(2nd Framework)の必要性が示されており、継続的な取組みの重要性が認められていた。さらに、認知症ケア政策に関連する事業ごとの関連や連携をどのように

円滑にとっていくかも課題としてあげられており、日本においても体系的な国家戦略等の作成と共にそれらの一連の評価および事業ごとの連携や情報共有方法を併せて検討することが必要であると考えられた。

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

中島民恵子,中西三春,永田久美子:「日本とイングランドにおける認知症ケアをめぐる政策比較」第13回日本認知症ケア学会大会,2012年5月20日(査読済・発表予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 6か国における認知症ケアの国際比較（基盤制度・データ）

	イングランド	オランダ	オーストラリア	デンマーク	スウェーデン	日本
A 基本的な制度枠組み						
基本方針	1980年代後半以降のコミュニティケア改革 ・ 不必要な施設入所とそれにかかる社会保障費を削減し、可能な限り在宅生活を可能にする ・ ニーズアセスメントと個別のプランに基づいた効率的なサービス提供システムの構築 ・ 自治体による社会サービスのマネジメント ¹	1990年代後半以降の方針転換 ・ 公的責任や相互扶助を前提とした福祉改革から、「利用者本位」のサービス、利用者の自己責任を基盤にすえる ²	1985年高齢者ケア改革（Aged Care Reform Strategy） ・ 施設ケアによる財政負担を抑制する目的と、それまで暮らしていた場所で自立した生活を継続できることを人間の尊厳とする考え方 ³	1974年「生活支援法（bistandsloven）」の成立 ・ 理由（障害、高齢、母子家庭など）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 ⁴ 1998年「社会サービス法（serviceloven）」への移行	Single-entry system ・ 地方自治体のコミューンが責任を負い、アセスメントの実施・サービスの範囲やレベルの決定、サービスの提供を行う ⁵	高齢者と障害者で異なる制度運営 ・ 高齢者：市区町村が運営する介護保険 ・ 障害者：身体障害、知的障害、精神障害については障害者自立支援法に基づくケア ・ 認知症：基本的に介護保険の枠で対応
医療保障制度全般（保健医療サービス）	国民保健サービス（National Health Service, NHS） ⁶ ・ 税方式で国民に原則無料で提供 ・ 根拠法「国民保健サービス法（National Health Service Act）」 ・ 薬剤費および歯科医療については自己負担あり ・ 一次医療：予め登録した診療所の家庭医（GP） ・ 二次医療：病院（NHS trust） ・ PCTs(Primary Care Trusts)：NICEが推奨する薬剤や治療の費用を負担	ZFW（Ziekenfondswet） ⁷ ・ 社会保険方式 ・ 治療サービスを中心とした短期の医療費をカバー ・ 2006年1月より施行 ・ 保険業務は民間の保険者が運営 ・ 市場原理に基づく民間の保険者の競争と、ケアの質に対する政府の監視 ・ 「A system of risk equalisation」 ・ 家庭医（GP）登録制 医療行為契約法（Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO）	メディケア ⁸ ・ 税方式による医療費の一部負担 ・ 1984年創設 ・ 民間保険との混合診療が認められている ・ 開業医（GP）・公的病院での治療はメディケアでカバー ・ 専門医・私立病院での医療はメディケアの限度額を超えるものは個人負担 ・ 政府はヘルスファンド加入（政府補助30%）を奨励している	税方式による原則無料のサービス提供 ⁹ ・ 保健医療法（sundhedsloven） ・ 2007年より広域自治体レギオン（Region）が担当 ・ 家庭医制度：国民は全て家庭医に登録 ・ GP1：本人が居住する地区内で特定の家庭医を指定・登録。診療は無料 ・ GP2：診療や処方に対する自己負担を支払う代わりに、どこでも自由に診療が受けられる ・ 国民の多くはGP1を選択 ・ レギオンとコムーネとの間で保健医療契約（sundhedsaftaler）を締結	公費負担による現物給付 ¹⁰ ・ 税方式。広域自治体ランスタディングが公立病院・診療所の経営母体であり、医療サービスの提供を担う ・ 患者の自己負担の水準はランスタングごとに設定 ・ 根拠法：「保健医療法（HSL法）」 ・ 2010年1月よりすべてのランスタングで、一次医療を選択できるようになった。保健センターが地域で利用可能な一次医療を紹介	健康保険 ・ 社会保険方式 ・ 国民皆保険体制（1961年～） ・ 職域保険か地域保険のいずれかでカバーされる ・ 職域：健康保険法、国家公務員共済組合法など ・ 地域：国民健康保険法 ・ 混合診療は認められていない ・ 諸外国のような家庭医（GP）制度はなく、自由に診療が受けられる（フリーアクセス）
介護保障制度全般（社会サービス）	地方自治体の社会サービス実施責任主体（Councils with Adult Social Services Responsibilities, CASSRs）が運営 ¹¹ ・ 税方式 ・ 高齢者、若年障害者が対象 ・ CASSRsによるニーズアセスメントを実施し、受給資格を決定 ¹ ・ ケアプランを経て、ケアパッケージが提供される ・ サービス利用に関する自己負担は自治体ごとに設定	AWBZ（Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten） ^{12,13} ・ 社会保険方式 ・ 治療、療養に比較的長い期間（1年以上）を要する疾患を中心にカバー ・ 高齢者、若年障害者が対象 ・ 財源：保険料、国庫負担、自己負担 ・ 現物給付と現金給付から選択できる ・ 中央医療介護認定機関（centrum indicatiestelling zorg, CIZ）による区分認定 社会支援法（wet maatschappelijke ondersteuning, WMO） ¹³ ・ 地方自治体が責任主体 ・ 高齢者や若年障害者など、要介護者や介護者を支援	国家障害者協定（National Disability Agreements）に基づく障害者支援 地域在宅ケア法（Home and Community Care Act）に基づく障害者・高齢者支援 ・ 州ごとに運営 ・ 税方式。費用の税財源のうち連邦政府が60%、州政府が40% ・ HACC：高齢者、若年障害者が対象の地域ケアパッケージ ¹⁴ 高齢者ケア法（Aged Care Act）に基づく高齢者支援 ・ CACP（Community Aged Care Package） ・ EACH（Extended Aged Care at Home） ・ EACH-D（Extended Aged Care at Home Dementia）：高齢者が対象の地域ケアパッケージ ¹⁵ ・ RAC（Residential age care）：高齢者が対象の施設ケアパッケージ ・ ACAT（Aged Care Assessment Team）のアセスメント	基礎自治体コムーネが責任主体となって運営 ⁴ ・ 2007年に自治体の再編 ・ 社会サービス法（serviceloven）に基づいた社会サービスの運営 ・ 障害者施設の運営はレギオン	地方自治体コミューンが責任主体となって運営 ¹⁰ ・ 税方式 ・ 高齢者、若年障害者が対象 ・ 根拠法：「社会サービス法（SoL法）」、「特定の機能的障害者に対する援助及びサービスに関する法律（LSS法）」	市区町村が介護保険を運営 ・ 社会保険方式 ・ 65歳以上の高齢者もしくは40歳以上の特定疾患を有する者が対象 ・ 介護サービスの現物支給 ・ ケアマネジャーのアセスメントを経て、要介護度の認定により、使用できるサービスの上限金額が設定される

<p>社会サービス： 施設ケアサービス</p>	<p>住宅</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シェルタードハウジング (supported/sheltered housing)：24 時間対応可能なアラーム装置等を整備した住宅。60 歳以上が対象 ・特別ケア付きシェルタードハウジング (extra care/very sheltered housing)：入浴介助や食事の介助、食事などのサービスを提供 <p>施設ケア (residential care)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアホーム (care home)：登録された入所施設の一般的な総称。ナーシングケアを提供するもの、個別ケアのみを提供するものなどが含まれる ・2009 年 4 月 1 日-2010 年 3 月 31 日の期間のレジデンシャルホームへの入所者 215,000 人、うち 65 歳以上 167,000 人¹⁶ <p>ナーシングケア (nursing care)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2009 年 4 月 1 日-2010 年 3 月 31 日の期間の入所者 90,000 人、うち 65 歳以上 82,000 人¹⁶ 	<p>高齢者ホーム (verzorgingshuis)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅での専門的な在宅サービスの利用や、家族によるケアだけでは生活できない要介護状態にある高齢者が対象 <p>ナーシングホーム (verpleeghuis)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・継続的なケアを必要とする障害を有する人が対象 ・なんらかの施設入所 2010 年 209,000 人¹⁷ ・オンコールの高齢者施設 (supported living)：2002 年 101,000 施設から 2006 年 129,000 施設に増加¹⁸ <p>小規模グループホーム (kleinschalig groepswoenen)¹⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人が対象 <p>AWBZ の利用者 (2009 年)²⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院/入所 (verblijf tijdelijk) 27,502 件 ・入院/入所とその他の組み合わせ (intramuraal) 257,706 件 	<p>国家障害者協定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2009 年 7 月-2010 年 6 月の施設サービス利用者 39,854 人²¹ <p>RAC</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1997 年の高齢者ケア改革で「住み慣れた同じ場所で高齢を迎える (Aging in Place)」コンセプトを導入 ・従来ナーシングホームとホステルに分かれていた施設分類を統一 ・施設入居者分類基準 (Residential Classification Scale：RCS) ・2010 年 6 月 30 日時点の入居者 (レスパイトを除く) 162,597 人²² 	<p>ケア付き住宅²³</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2010 年入居者 80,690 人 ・ナーシングホーム (plejehjembolig) 8,256 人、うち 65 歳以上 7,845 人 ・保護付き住宅 (beskyttede bolig) 1,702 人、うち 65 歳以上 1,454 人 ・主として高齢者を対象とした介護付き住宅 (plejebolig) 34,422 人、うち 65 歳以上 32,228 人 ・主として精神・身体障害者を対象とした介護付き住宅 2,250 人、うち 65 歳以上 215 人 ・民間高齢者住宅 (andre bolig for ældre) 503 人、うち 65 歳以上 436 人 ・主として高齢者を対象とした公営高齢者住宅 (almene ældre bolig) 32,904 人、うち 65 歳以上 27,517 人 ・主として精神・身体障害者を対象とした公営高齢者住宅 653 人、うち 65 歳以上 138 人 	<p>特別な住居 (særskilda boendeformer)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1992 年のエーデル改革以降、ケア付き住居は全て「特別な住居」と呼ばれている ・2008 年 12 月 31 日時点の SoL 法による特別な住居の利用者 100,039 人、うち 65 歳以上 95,573 人²⁴ ・2010 年 10 月 1 日時点の LSS 法による成人用の特別な住居の利用者 23,432 人、うち 65 歳以上 2,839 人²⁵ 	<p>介護保険の施設サービス²⁶ (2009 年 9 月 30 日時点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護療養型病床 82,007 人 ・介護老人福祉施設 408,622 人 ・介護老人保健施設 289,273 人 <p>介護保険の地域密着型サービス²⁶ (2009 年 9 月 30 日時点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 130,199 人
<p>社会サービス： 在宅・地域ケアサービス</p>	<p>社会サービスの利用者：本人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2009 年 4 月-2010 年 3 月 1,698,000 人¹⁶ ・うち 65 歳以上 1,148,000 人 ・うち在宅サービス 1,464,000 人 (65 歳以上 958,000 人) ・在宅サービスのうち在宅ケアの利用者 557,000 人 (65 歳以上 453,000 人) <p>社会サービスの利用者：介護者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2009 年 4 月-2010 年 3 月 387,000 人¹⁶ ・うち 65 歳以上の者の介護者 171,000 人 	<p>CIZ による AWBZ の認定 (2009 年)²⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> ・945,496 件、うち 65 歳以上 622,912 件 ・主に老年精神科疾患による認定 82,572 件 ・個人的ケア/看護 (persoonlijke verzorging/verpleging) 362,349 件 ・ガイダンス (begeleiding) 297,939 件 	<p>国家障害者協定 (2009 年 7 月-2010 年 6 月)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者 (施設ケア含む) 295,024 人、うち 65 歳以上 18,006 人 ・地域支援 127,909 人、地域アクセス 58,632 人、レスパイト 35,978 人、雇用 118,801 人²¹ <p>州政府が運営する地域ケアパッケージ (2010 年 6 月 30 日時点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HACC (Home and Community Care) 893,224 人、うち 65 歳以上 687,171 人¹⁴ ・CACP (Community Aged Care Package) 43,300 件 40,134 人、うち 65 歳以上 38,437 人¹⁵ ・EACH (Extended Aged Care at Home) 5,584 件 5,250 人、うち 65 歳以上 4,919 人¹⁵ ・EACH-D (Extended Aged Care at Home Dementia) 2,583 件 2,296 人、うち 65 歳以上 2,201 人¹⁵ <p>退院支援 (2008 年 7 月-2009 年 6 月)²⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> ・14,043 人 	<p>在宅サービス利用者 (2009 年)²³</p> <ul style="list-style-type: none"> ・恒常的なホームヘルプ (varig hjemmehjælp) 38,715 人、うち 65 歳以上 36,670.6 人 ・活動・デイケアセンター (dagcentre og daghjem) 25,834 人 	<p>SoL 法の利用者 (2008 年 12 月 31 日)²⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住んでいる場所に関わらないホームヘルプ 254,443 人、うち 65 歳以上 233,984 人 ・通常の住宅の緊急通報アラーム 165,611 人、うち 65 歳以上 155,433 人 ・配食 72,036 人、うち 65 歳以上 67,602 人 ・ガイドヘルプ 29,262 人、うち 65 歳以上 25,706 人 <p>LSS 法の利用者 (2010 年 10 月 1 日)²⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中活動 30,036 人、うち 65 歳以上 1,057 人 ・コンタクトパーソン 19,495 人、うち 65 歳以上 1,703 人 ・ショートステイ 10,010 人、うち 65 歳以上 60 人 ・ガイドヘルプサービス 9,287 人、うち 65 歳以上 1,050 人 	<p>介護保険の居宅サービス²⁶ (2009 年 9 月 30 日時点の利用者 754,478 人)</p> <p>介護保険の地域密着型サービス²⁶ (2009 年 9 月 30 日時点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間対応型訪問介護 2,402 人 ・認知症対応型通所介護 52,581 人 ・小規模多機能型居宅介護 29,870 人 ・地域密着型特定施設入所者生活介護 2,170 人 ・介護予防認知症通所介護 870 人 ・介護予防小規模多機能型居宅介護 3,220 人 ・介護予防認知症対応型共同生活介護 880 人
<p>精神保健制度と精神病院</p>	<p>精神保健トラスト (Mental Health Trust)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療福祉サービスを提供 	<p>CIZ による AWBZ の認定 (2009 年)²⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科疾患による認定 97,527 件 	<p>公立精神科病院²⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2009-10 年 17 病院 	<p>精神科病院²³</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2006 年 10 病院 	<p>精神病床²⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2009 年 4,449 床 	<p>精神科病院³⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2010 年 10 月 1 日時点 1,082 か所

	GP や他の専門家 ・カウンセリング、他の心理療法、地域支援、家族支援、一般的な健康スクリーニング	・精神遅滞による認定 104,716 件 ・心理社会的な問題による認定 632 件	・アルツハイマー病の入院患者 1,386 人 (公立 291、民間 1,095)、特定不能の認知症 206 人 (公立 186、民間 20)	・入院 18,000 件 ・救急 15,000 件 ・外来 343,000 件		精神病床 ³⁰ ・2010 年 10 月 1 日時点 346,715 床
一般病院	プライマリケアトラスト (Primary Care Trust, PCT) ・地域の診療所を基盤とした保健医療サービスの提供 病院トラスト (Acute Trust)	病院 ・2010 年 12 月 9 日時点 137 病院 ³¹ ・総合病院 83 ・病院 91 ・大学医療センター 8 診療所 ・2009 年 12 月 9 日時点 128 診療所 (GP) ³²	公立急性期病院 ²⁸ ・2009-10 年 736 病院 民間病院 ²⁸ ・2009-10 年 573 病院	一般病院 ²³ ・2006 年 48 病院 ・入院 1,210,000 件 ・救急 982,000 件 ・外来 6,261,000 件 ・2007 年の入院 1,087,480 件	医療施設 ²⁹ (2010 年) ・圏域病院 8 か所 ・レーン病院・レーン地区病院 105 か所 ・保健センター (vårdcentraler) 1,181 か所、うち公営 706 か所	一般病院 ³⁰ ・2010 年 10 月 1 日時点 7,587 か所 一般病床 (病院) ³⁰ ・2010 年 10 月 1 日時点 903,621 床
B 基礎情報						
罹患者数	アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Society) による推計 ³³ ・2007 年で 683,597 人	アルツハイマー病協会 (Alzheimer Nederland) による推計 ³⁴ ・2009 年で 231,223 人 ・70 歳未満 16,360 人	アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Australia) による推計 ³⁵ ・2009 年で 245,414 人	アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe) の報告 ³⁶ ・2005 年で 62,318-68,430 人 保健局 (Sundhedsstyrelsen) の報告 ³⁷ ・2007 年で 80,000 人、うち 65 歳以上 55,331 人 国立認知症情報センター (nationalt Videnscenter for demens) による推計 ³⁸ ・2009 年で 77,908 人	アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe) の報告 ³⁶ ・2005 年で 128,220-138,641 人 (Socialstyrelsen) による推計 ³⁹ ・2005 年で 142,200 人	平成 20 年患者調査 ⁴⁰ ・2008 年 10 月時点「血管性及び詳細不明の認知症」の患者推計 57,100 人 高齢者介護研究会による推計 ⁴¹ ・2002 年 1,490,000 人 ・2015 年 2,500,000 人
有病率	アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Society) による推計 ³³ ・2007 年 1.1%	アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe) の報告 ³⁶ ・2005 年 1.02-1.13%	アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Australia) による推計 ³⁵ ・2009 年 人口の 1.1%	アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe) の報告 ³⁶ ・2005 年 1.15-1.26%	アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe) の報告 ³⁶ ・2005 年 1.42-1.54%	高齢者介護研究会による推計 ⁴¹ (65 歳以上人口比) ・2002 年 6.3% ・2015 年 7.6%
居所別人数	アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Society) による推計 ³³ ・2007 年 自宅 424,378 人 (63.5%) ・2007 年 ケアホーム 244,185 人 (36.5%)	アルツハイマー病協会 (Alzheimer Nederland) による推計 ³⁴ ・在宅 70% 社会研究機構 (Sociaal en Cultureel Planbureau) による報告 ¹⁸ ・在宅 65%、ナーシングホーム 17%、ケアホーム 18%	アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Australia) による推計 ⁴² (2010 年) ・在宅、HACC 50,269 人 ・在宅、CACP 12,658 人 ・在宅、EACH 1,861 人 ・在宅、EACH-D 2,901 人 ・施設 (RAC) 82,815 人		保健福祉庁 (Socialstyrelsen) による推計 ⁴³ ・2005 年 特別な住居にいる 65 歳以上の者のうち約 64%が認知症 ・2007 年で 61,000 人が特別な住居にいる計算	平成 20 年患者調査 ⁴⁰ ・2008 年 10 月時点「血管性及び詳細不明の認知症」の患者推計 57,100 人のうち、入院 44,400 人、外来 12,700 人
薬剤許可範囲	NICE のガイドライン ⁴⁴ ・donepezil ・galantamine ・rivastigmine	健康保険委員会 (College voor zorgverzekeringen, CVZ) による保険償還の勧告が行われるが、保険者と保健医療サービス提供者との間の契約になる ⁴⁵	PBS (Pharmaceutical Benefits Scheme) で償還が認められている範囲 ⁴⁶ ・donepezil hydrochloride ・galantamine hydrobromide ・rivastigmine ・rivastigmine hydrogen tartrate ・memantine hydrochloride ・paliperidone (非薬物療法で精神症状や攻撃性が治まらないときの問題行動への対処として)	医学協会 (Lægemiddelstyrelsen) の基準 ⁴⁷ ・Aricept (donepezil hydrochloride) ・Exelon (rivastigmine tartrate) ・Reminyl (galantamine hydrobromide) ・Exiba	保健福祉庁の認知症ケアガイドラインによる推奨 ⁴⁸ ・donepezil 軽一中度の認知症 ・galantamine 軽一中度の認知症 ・rivastigmine 軽一中度の認知症 ・memantine 重度のアルツハイマー病	保険診療の償還対象 ・donepezil hydrochloride (アリセプト) ・galantamine (レミニール) ・memantine (メマリー)

C 認知症の地域ケアを支えるコーディネート機能						
枠組み	<p>社会サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> 地方自治体の社会サービス部がケアマネジメントを実施 <p>保健医療サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神保健トラストが提供する、精神障害者を支援するケアプログラム・アプローチ⁴⁹ PCT 	<p>社会サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> AWBZによる介護サービスの管理：医療介護事務所 (zorgkantoor) 認知症コンサルタント (dementieconsulent)、ケースマネジャー、高齢者アドバイザー、利用者個人の信頼できる相談委員 (vertrouwenspersoon)¹⁹ <p>保健医療サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域精神保健チーム (Regionale Instututen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, RIAGG)¹⁹ 	<p>社会サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ACATによるケースマネジメント⁵⁰ 	<p>社会サービス³⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症コーディネーター (demenskoordinator) / 認知症コンサルタント, (demenskonsulent) <p>保健医療サービス³⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神科、神経科、老年科の複数にまたがる多職種チーム：地域高齢者精神医療班 (Gerontopsykiatriske team)、認知症ユニット (demensenhed)、もの忘れ外来 (hukommelseskliniek)、認知症外来 (demenskliniek) 	<p>社会サービス¹⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> コミュニケーションのケアマネジャー <p>地方自治体コミュニケーション²⁵ 症多職種チーム⁴³</p> <ul style="list-style-type: none"> コミュニケーションの5%強がチームあり 60のコミュニケーションと5のランスタングで、認知症多職種チームのプロジェクトを開始もしくは発展に着手 	<p>介護保険におけるケアマネジメント (介護支援専門員)</p>
D 若年性認知症						
人数	<p>アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Society) による推計³³</p> <ul style="list-style-type: none"> 2007年 15,000人以上 	<p>アルツハイマー病協会 (Alzheimer Nederland) による推計³⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> 70歳未満 16,360人 <p>アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe) による推計³⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> 2005年 30-59歳 9,081人、60-64歳 7,417-8,462人 	<p>アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Australia) による推計⁵¹</p> <ul style="list-style-type: none"> 2005年 10,000人 	<p>アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe) による推計³⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> 2005年 30-59歳 2,907人、60-64歳 2,875-3,260人 	<p>保健福祉庁による推計⁵²</p> <ul style="list-style-type: none"> 2005年 9,500人 <p>アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe) による推計³⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> 2005年 30-59歳 4,634人、60-64歳 4,846-5,536人 	<p>「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」班による推計⁵³</p> <ul style="list-style-type: none"> 37,800人 (36,100-39,400)
コスト			<p>アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Australia) による推計⁵⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者ひとりの年間の直接コスト 20,636-22,586 AUD 			
サービス内容	<p>アルツハイマー病協会が提供する支援⁵⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> 就労支援 地域で利用可能な手当に関する情報提供 車の運転に関すること 子どもに関すること 	<p>アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe) による報告⁵⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> ナーシングホーム デイケアプログラム 集団ベースの介入 精神保健サービス 	<p>アルツハイマー病協会が提供する支援⁵⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> 行動症状の対応に関するケア提供者への支援 (Dementia Behaviour Management Advisory Service, DBMAS) 就労支援：リハビリテーションサービス 	<p>アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe) による報告⁵⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> 15時間の付き添いサービスへの金銭的補助 <p>社会サービス局 (servicestyrelsen) の調査³⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> 2010年時点で若年性認知症に特定したサービスを提供している自治体は30% 	<p>アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe) による報告⁵⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅ケアの代わりにパーソナルアシスタントの援助を受けることができる 	<p>厚生労働省⁵⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> 「認知症介護研究・研修大府センター」に若年性認知症専門コールセンターを設置 地域包括支援センターへ認知症連携担当者の配置
制度的位置づけ	若年障害者として社会サービスの支援対象になる	若年障害者として介護保険 AWBZ、社会支援法 WMO の支援対象になる	若年障害者として地域ケアパッケージ HACC の支援対象になるほか、NDA の障害者支援が得られない場合は他の高齢者の地域ケアパッケージも利用可能	社会サービス法 96 条および 97 条 ⁵⁶	若年障害者として、社会サービス法の支援対象になる ⁵⁶	
課題				利用可能なデイケア施設がない ⁵⁶		ケアモデルの事業の実施による研究・普及が課題 ⁵⁸
E 認知症関連コスト						
直接 (保健医療) コスト	<p>アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Society) による推計³³</p> <ul style="list-style-type: none"> 年間 170.3 億 £、ひとり当たり 25,472 £ うち施設ケア 41%、インフォーマルケア 36%、NHS (保健医療) 8%、社会サービス 15% ケア提供者の収入損失 690 百万 £ 	<p>アルツハイマー病協会 (Alzheimer Nederland) による推計³⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> 2003年保健医療コスト 32 億 € 保健医療コストの 97.1%が AWBZ によりカバー 	<p>アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Australia) による年間推計⁵⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> 直接コスト (保健医療) 32 億 AUD 間接コスト 3,170 百万 AUD 直接・間接コスト合計 (純移転支出を含む) 6,580 百万 AUD コミュニティケアによるコスト 175 百万 AUD 		<p>保健福祉庁による推計³⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> 2005年 500 億 SEK うちコミュニケーションによる負担が 420 億 SEK 	

表2 6か国における認知症ケアの国際比較（国家戦略）

	イングランド	オランダ	オーストラリア	デンマーク	スウェーデン	日本
国家戦略						
a.国家戦略作成の有無と時期	認知症国家戦略（National Dementia Strategy） ⁴⁹ ・2009年2月公表	認知症国家プログラム（Landelijk Dementie Programma, LDP） ¹⁹ ・2004-2008年 結ばれた認知症ケア（Ketenzorg Dementie） ⁶⁰ ・2008-2010年	認知症ケアのための5か年計画（The National Action Plan for Dementia Care） ⁶¹ ・1992-1997年 認知症対策国家戦略（National Framework for Action on Dementia） ⁶² ・2006-2010年 認知症支援国家プログラム（The National Dementia Support Program） ⁶³ ・2007年開始	認知症国家行動計画（National handlingsplan for demensindsatsen） ⁶⁴ ・2011-2014年	認知症ケアのガイドライン（Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom） ⁴⁸ ・2009年8月 準備段階 ・2010年5月 第1版	認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト ⁶⁵ ・2008年7月 報告書公表
b.国家戦略を立てる必要があった理由（抱える課題）	・国民および専門職の認知症の人への理解や適切な情報提供が不十分 ・適切な診断、身長かつ明確な告知、診断後の迅速かつ適切な治療・ケア・ピアサポート・専門職からサポートの提供が不十分 ・居住地域・病院・介護施設等での質の高いケア提供が不十分	・認知症の人と家族を支えるには、住宅、保健医療サービス、社会サービスなど多岐にわたる制度のサービスを統合することが求められる ・ひとつの地域に多種多様な事業者が存在しており、それらを組織化する枠組みがこれまでになかった	・現在のケアや支援のサービス体制は複雑であり、医療サービスとコミュニティサービスにおいて本人のサービス選択に混乱や重複が生じている ・認知症の人のQOLが十分に担保されていない		・認知症の人の増加に伴い、地域におけるケア資源の不足が予測される ・既にランスタングとコミュニンの地方財政はひっ迫しており、今後は人材確保の困難が予想される	・認知症に対する医療体制の不足（専門医療を提供する医師の不足、診断手法や治療法の未確立）
c.国家戦略の目標／目的／理念	認知症の経過段階、あるいは保健やソーシャルケアの対象者であるか否かに関わらず、認知症の人とその家族が、地域で充実した生活を送れるように支援すること ・認知症関連事業の質の向上および認知症に関する保健格差解消への取り組みが、地域事業により可能となるよう質の高い戦略的枠組みを設定する ・保健およびソーシャルケアの行政官、戦略的保健局（SHA）、地方自治体、救急病院トラスト、精神衛生トラスト、プライマリ・ケア・トラスト（PCT）、民間のサービス提供者・第3セクターおよび現場の行政官に対して、認知症に関連する事業計画・開発・監視に関する助言、指導および支援の提供を行う ・認知症の人とその家族が期待する情報を提供するために、認知症を対象にした質の高い保健およびソーシャルケア事業の内容と方針を提示する	・地域におけるサービス事業者だけでなく、認知症の人の組織、保険者、地方自治体を支援する ・それぞれの地域において認知症の人と家族を支える体制を構築する	認知症患者と介護者、家族のよりよいQOLのため、オーストラリア政府は、サービス提供者とコミュニティとが協力して認知症の人、介護者、家族のために、実現可能で途切れない支援の道筋を作り出す ・オーストラリアの包括的な認知症ケアと支援システムの方向性を示し、政府によってサポートする明確な目的と理念を持ったシステムを構築する ・認知症患者が大事にされ尊敬されること。彼らの威厳に対する権利とQOLが支援されること ・介護者と家族が大事にされ、支援され、努力が認められ、励まされること ・ケアの選択が患者、介護者、家族中心に行われること ・それぞれの人に応じたサービスが提供されること ・本人、介護者、家族が社会的、文化的、経済的なバックグラウンド、地域やニーズに応じて、適切なサービスを受けること ・よく訓練されたサービス提供者が上質なケアをすること ・本人、介護者、家族のQOLにおいてはコミュニティが重要な役割を担うこと		・認知症の人が多く利用するという観点から、保健医療サービスを運営するランスタング、社会サービスを運営するコミュニンを中心とする ・ランスタングとコミュニンはガイドラインをもとに政策決定をして、認知症の人に対する保健医療サービスと社会サービスを、体系的な優先順位付けのもとに管理する ・優先順位付けを行うことで、認知症ケアに係る資源配置を効率的に行う	・今後の認知症対策は、診断や治療に係る研究開発の加速と併せ、本人やその家族、周囲の人々の気づきを早期の確定診断につなげることを出発点として、的確かつ包括的な療養方針を策定し、医療と介護の密接な連携のもとで適切な医療サービス、介護サービスを提供するとともに、本人やその家族の生活を支援し、その質を向上するための施策の流れを確立すること