

平成 25 年度
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

諸外国における認知症治療の場としての病院と在宅認知
症施策に関する国際比較研究事業

報 告 書

平成 26 年 (2014 年) 3 月

公益社団法人 全日本病院協会

- 目次 -

1	国際比較研究の目的と方法	1
2	国際比較研究の実施概要	3
3	オランダ	8
3.1	オランダの医療保障・介護保障制度の概要	8
3.2	オランダの認知症施策	12
4	イタリア	26
4.1	イタリアの医療保障・介護保障制度の概要	26
4.2	イタリアの認知症施策	33
5	英国	48
5.1	英国の医療保障・介護保障制度の概要	48
5.2	英国の認知症施策	56
6	まとめと考察	66
附録	現地調査入手資料一覧	69
資料	翻訳資料	71
	事業実施体制	116

1 国際比較研究の目的と方法

A. 調査の目的

先進諸国では、認知症高齢者の急増を受けて、認知症の処遇としての病院の役割や退院後の社会資源の提供方法を見直した様々な取組が行われている。その中には、早期から充実したコミュニティケア（地域ケア）が進められているオランダ、精神科病院での処遇がなされていないイタリアなど、国々によって異なる特色が見られる。本研究事業ではこれらの諸外国における認知症施策の中での病院の役割と治療後の社会資源との連携状況を調査し、その効果を整理・分析することにより、日本における認知症施策の推進に向けて考察を行うことを目的とした。

B. 調査対象

本事業では、高齢者施策および認知症対策において異なる特色を有する以下の3カ国を調査対象国として、各国における認知症施策の中での病院の役割と治療後の社会資源との連携状況を調査し、整理・分析を行った。

調査国	特色
オランダ	<ul style="list-style-type: none">・基本施策：「全国認知症プログラム」（2004～2008年）「認知症統合ケアプログラム」（2008～2011年）・自治体や認知症家族等のニーズをもとに段階的な計画策定を実施している。「認知症ケア基準」（2011～2013年）で全国共通の基準を定め、「アルツハイマーカフェ」や認知症・家族のためのデイケアセンター設置などの施策を推進し、病院から在宅へシフトしている。
イタリア	<ul style="list-style-type: none">・基本施策：「国家認知症戦略」（※策定中）・第2次大戦後に精神科病院の閉鎖が行われたが、その後の高齢化の進展に伴い認知症高齢者が急増している。認知症高齢者への病院に替わる、病名判断システムとしての役割を担う組織の実態調査や認知症高齢者の人権擁護の仕組みづくりに独自性がある。
英国	<ul style="list-style-type: none">・「認知症国家戦略」（2009年開始）・認知症高齢者の早期発見、早期診断、早期支援を推進し、総合病院および介護施設における認知症対応技術の向上、精神科薬の低減、介護者支援などを行っている。

C. 調査方法

まず、文献調査により各国の医療保障・介護保障制度の概要、および認知症施策等の実施状況を整理し、それぞれの国における認知症の診断・治療、施設や在宅で提供されているケアの内容について情報収集を行った。また、あわせて関連領域の統計データを収集し、各国における認知症高齢者の全体像を把握した。

これらの事前調査の結果を踏まえて、具体的な運用方法、取組によって達成された成果や課題点、今後の方向性等について深堀調査を行うため、調査対象国のうちオランダ・イタリアの2カ国について、認知症を所管している行政機関、業界団体、医療機関（病院、施設等）を選定し、現地ヒアリングを実施した。

これらの調査から得られた成果を総合的に考察し、認知症治療の場としての病院と在宅認知症施策のあり方について検討を行った。

2 国際比較研究の実施概要

A. 検討委員会の開催

関連分野の専門家・有識者・実務家（8名程度）からなる委員会を設置し、調査内容、調査対象、実施方法、分析方針、結果のまとめ方について検討を行った。

回	主な検討議題
第1回	<ul style="list-style-type: none"> 調査項目の検討 文献調査結果報告（中間報告）
第2回	<ul style="list-style-type: none"> 文献調査結果報告 現地ヒアリング調査 訪問先の選定 現地ヒアリング調査項目の検討
第3回	<ul style="list-style-type: none"> 現地調査結果報告 報告書取りまとめ方針の検討
第4回	<ul style="list-style-type: none"> 報告書（案）の検討 「まとめと考察」の検討

B. 文献調査、データ収集・分析

調査対象国における高齢者施策および認知症施策の全体像を把握するため、主にインターネットを通じて、オランダ、イタリアおよび英国の3カ国について日本語・英語による資料収集・整理を行い、各国における認知症対策への取組状況と病院の位置づけ、地域ケアの特色を整理した。また、国際機関および各国の統計情報から当該領域にかかわる関連データを収集した。

調査項目		調査方法	
分類	内容	文献	データ収集
医療保障・介護保障制度	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護保障制度の仕組み、関連機関の種類と役割 関連機関数（病院・診療所、ケア施設、センター等） ケアサービスの種類、内容、サービス提供体制（施設ケア、在宅・地域ケア） 費用負担構造 中央政府／地方行政機関の役割 	○	

調査項目		調査方法	
分類	内容	文献	データ収集
認知症施策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者ケアの基本方針、理念 ・ 計画名、所管官庁、策定時期、主要項目 ・ 現計画に至るまでの経緯・背景 ・ 認知症施策の位置づけ（課題認識、施策の方向性等） ・ 在宅高齢者施策の位置づけ（課題認識、施策の方向性等） 	○	
精神保健制度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神保健制度の仕組み、関連機関の種類と役割 ・ 関連機関数（病院・診療所、ケア施設、センター等） ・ 入院施設の種類、施設数 ・ ケアサービスの種類、内容、サービス提供体制 ・ 中央政府／地方行政機関の役割 	○	
病院の役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症治療の流れと病院・医師の位置づけ ・ 入院の取扱方法 ・ 薬剤の取扱状況（処方許可範囲、取扱者等） ・ 社会復帰後の関わり方（関係機関連携の仕組み等） ・ 早期発見・治療・社会復帰のための取組 ・ 認知症治療に関する医療提供体制の課題 	○	
地域ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域における認知症ケアの枠組み（利用の流れ） ・ コーディネート機関及び連携機関の種類と役割 ・ 在宅ケアの提供者、役割 ・ インフォーマルケアの実施状況、人材育成の仕組み ・ 在宅ケア上の困難点、課題 	○	
モニタリング・評価の仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各施策の評価指標 ・ 実施時期、実施者、データソース ・ 施策の効果、課題 	○	○
今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者施策における認知症対策の考え方 ・ 現行施策上の課題（地域や現場で困難な点、コスト等） ・ 病院及び在宅での認知症ケアにおける病院の役割 	○	
認知症患者・家族等の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 有病者数及び有病率 ・ 罹患者数および罹患率 ・ 認知症患者の居所（病院、ケア施設、在宅等）、亡くなる場所 ・ 家族同居率 ・ 家族介護の実施状況（提供者、時間等） 		○
医療・ケアの提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関連する医療機関（病院・診療所、ケア施設、センター等）の種類・機関数 ・ 医師・関連専門職人数、ケア提供者数 ・ インフォーマルケアの実施状況（提供者数、平均時間等） 		○
認知症関連コスト	<ul style="list-style-type: none"> ・ 直接的コスト、インフォーマルなコスト ・ 総コスト、1人当たりコスト 		○

C. 海外ヒアリング調査

調査対象国のうち、オランダ・イタリアの2カ国について、行政機関、業界団体、医療機関、地域ケア団体など各国4機関程度を選定し、現地ヒアリング調査を行った。インタビューは事前に送付する質問票に基づいた半構造化インタビュー方式とした。

各国での訪問先および面会者は下表のとおり。なお、現地調査団には調査研究委員会より委員2名、事務局3名の計5名が参加した。

日時		日程	面談者
1	11/17 (日)	調査団 アムステルダム到着	
2	11/18 (月)	10:00 アルツハイマーオランダ (Alzheimer Nederland: AN) Stationsplein 121, Amersfoort	先方: Christiaan Meyboom, Coordinator Regionale Activiteiten
		15:00- 16:30 保健・福祉・スポーツ省 (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) Parnassusplein 5, Hague	先方: Jacqueline Hoogendam, Senior Beleidsmedewerker
3	11/19 (火)	12:30- 13:30 アカデミックメディカルセンター (Academisch Medisch Centrum) Meibergdreef 9, Amsterdam	先方: Sophia de Rooij, Professor of Internal Medicine, Department of Internal Medicine, Head Section of Geriatric Medicine
		14:15- 16:00 アムステルダム自由大学アルツハ イマーセンター (VUmc Alzheimer Centrum) De Boelelaan 1118, Amsterdam	先方: Wiesje van der Flier, Head Research Alzheimer Center (universitair docent)
4	11/20 (水)	<空路ミラノへ移動>	
		15:00 アルツハイマーイタリア (Federazione Alzheimer Italia) Via Tommaso Marino, 7, Milano	先方: Signora Gabriella Salvini Porro, President
5	11/21 (木)	9:30- 11:15 サンタ・ビオラ病院 (Ospedale Privato Santa Viola) Via della Ferriera 10, Bologna	先方: 各施設長、職員等

日時		日程	面談者	
	11:30-13:00	保健介護施設ヴィラ・ラヌーツィ (Villa Ranuzzi) Via Casteldebole12, Bologna	先方：各施設長、職員等	
	15:30-17:00	保健介護施設ヴィラ・セレーナ (Villa Serena) Via Toscana 219, Bologna	先方：各施設長、職員等	
6	11/22 (金)	<列車にてローマへ移動>		
		13:30-16:00	全国高齢者施設協会 (Associazione nazionale strutture per la terza età :ANASTE) Via dei gracchi 137, Rome	先方：Prof. Alberto De Santis, Presidente Nazionale, 他委員 4 名
			保健省 (Ministero della Salute) Via dei gracchi 137, Rome	先方：担当官
7	11/23 (土)	調査団 ローマ出国		

現地ヒアリング調査では、次の質問票の中から各訪問先の特性に合わせて重点的にヒアリングする項目を選び、インタビューを行った。

オランダ・イタリア現地調査における主な調査項目

GENERAL LIST OF RESEARCH TOPICS FOR FIELD RESEARCH IN NETHERLAND & ITALY

1. 認知症施策の背景と概要

GENERAL BACKGROUND OF THE DEMENTIA POLICY IN NETHERLAND/ ITALY

- ⊕ 貴国の高齢者福祉政策において、認知症患者の治療とケアに関し、どのような課題があると認識しているか。また、それに対し、どのような対応方針を持っているか
- ⊕ 貴国の高齢者福祉政策では、認知症治療の場として、および在宅認知症患者を支えるための仕組みにおいて、病院はどのような役割を果たすことを期待されているか。
- ⊕ 認知症施策に関し、中央政府と地方政府の間にどのような役割分担があるか。また、地域にかかわらず、国民の認知症治療とケアへのアクセスを保障するために、どのような取組を行っているか。
- ⊕ 【オランダ向け】認知症患者のケアに関し、特別医療費補償法 (AWBZ) などの公的制度の他に、民間のサービスがどのような役割を、どの程度の割合で担っているか。また、公的制度と民間のサービスの間でどのような役割分担がなされているか。

- ⊕ 【イタリア向け】認知症患者のケアに関し、国民保健サービス（SSN）や自治体が提供する社会サービスなどの公的制度の他に、民間のサービスがどのような役割を、どの程度の割合で担っているか。また、公的制度と民間のサービスの間でどのような役割分担がなされているか。

2. 認知症の診断と治療の基準

DIAGNOSIS AND TREATMENT CRITERIA FOR DEMENTIA

- ⊕ どのような機関で、どのような資格者を持つ者が、認知症の診断を行っているか。また、認知症の診断を行う際に使用する統一的な基準等のスケールがあるか。
- ⊕ 認知症患者の治療にあたり、入院治療と在宅治療を判断するための何らかの基準があるか。（例：周辺症状の有無や程度、経口摂取等の身体的な自立度 など）
- ⊕ 向精神薬の処方判断のための何らかの基準があり、実際に運用されているか。（例：ガイドラインなど）
- ⊕ 一般病院と精神科病院の対応範囲の違いはどのように定められているか。

3. 認知症の治療方針の決定

DECISION OF THERAPEUTIC STRATEGIES FOR DEMENTIA

- ⊕ 認知症患者の治療方針の決定に際し、誰が決定権を持ち、どのようなプロセスでコンサルテーションが行われているか。
- ⊕ リビング・ウィルの概念は貴国社会の文化として浸透しているか。また、どのように培われているか。

4. 在宅の認知症患者に対する病院の関わり

HOSPITALS' INVOLVEMENT IN DEMENTIA CARE FOR PEOPLE IN COMMUNITY

- ⊕ 在宅で過ごしている認知症患者に対し、病院（総合病院、専門センター、診療所等）はどのような関わりを持っているか。
- ⊕ 在宅で過ごしている認知症患者に対し、家族はどのように関与しているか。また、家族の負担を軽減するためにどのような支援の仕組みがあるか。
- ⊕ 在宅認知症患者の治療とケアの連携をどのように図っているか。また、関係機関の中で調整機能を担っている機関はどこか。
- ⊕ 在宅認知症患者に対する医療提供体制について、現状を踏まえ、どのような課題があるか。

(了)

3 オランダ

3.1 オランダの医療保障・介護保障制度の概要

A. 背景

オランダにおける医療保障・介護保障制度を取り巻く特徴的な動きとしては、施設ケアから在宅ケアへの転換、インフォーマルケアの促進、社会支援法の成立と自治体の役割の拡大が挙げられる。

■施設ケアから在宅ケアへ

オランダにおける医療保障・介護保障を取り巻く動きとしては、まず、施設ケアから在宅ケアへの転換が挙げられる。人口の高齢化が社会問題化したことなどを背景に、1970年代以降、施設サービスから在宅サービスへの転換を軸としたサービスの再編が進められて来た。また、近年では、高齢者ホームやナーシングホームにおいて、これらの施設から地域にサービスを提供するなどの動きが進んでいる¹。

■インフォーマルケアの促進

オランダにおいては、専門の介護サービスの他に、家族や友人、隣人等のインフォーマルな社会資源によるケアの提供を重視する動きが進んできたことも着目される。2001年には保健・福祉・スポーツ省が発行した白書に家族介護の促進と、家族介護者への支援の方針が示された²。2003年には週8時間以上3ヶ月以上のマントルケアインフォーマルケア（マントルケア）を必要とする場合には特別医療費保険を適用できるようになり、2007年には社会支援法の成立に伴い、インフォーマルケアが社会支援法の給付対象として位置づけられる³など、インフォーマルケアを促進する取組みが進められている。

■社会支援法の成立と自治体の役割の拡大

オランダにおける医療保障・介護保障制度を取り巻く環境の変化としては、自治体の役割の変化も着目される。従来のオランダの医療・介護サービスは主として民間の非営利団体の活動にゆだねられており、自治体の活動範囲は、民間の非営利団体がカバーできないサービスを提供する程度の限定的なものであった⁴。

¹ 廣瀬真理子「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」

² 廣瀬真理子「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」

³ 日本医療政策機構「オランダの医療制度改革と高齢化対策」

⁴ 廣瀬真理子「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」

これに対し、2007年に成立した社会支援法は、障害者、高齢者等の社会参加に制限がある人々の社会参加を援助することを目的とし、自治体に対し、これらの人々の社会参加を支援するための施策を実施することを求め、具体的には、買い物、掃除等の家事援助、車いすなどの移動機器等を提供するなどの役割を求めることとなった。

5

B. 医療保障制度

(1) 保険制度の全体像

オランダの医療保険は、公的医療保険である特別医療費保険及び短期医療保険と、民間の任意加入の医療保険である任意保険の3区分により構成される。

特別医療費保険（第1区分）は、長期介護、成人病、身体障害、長期精神疾患を補償する強制加入の保険で、特別医療費補償法（AWBZ）を根拠とする。

保険者は国であり、実際の運営は、32の圏域ごとに、その圏域で医療保険のシェアが最も大きい保険者がケアオフィスとなって、国を代行して保険業務を実施している。

短期医療保険（第2区分）は一般的な医療費を補償する強制加入の医療保険で、医療保険法（ZVW）を根拠とする。

保険者は民間の保険会社である。オランダ国内の居住者は原則としていずれかの保険者に加入することが義務付けられており、保険者は加入を希望する全ての者の加入を受け入れることが義務付けられている。

任意保険（第3区分）は第1区分、第2区分を補完する任意加入の民間医療保険である。

(2) 保険料負担

オランダの居住者及び給与税の納税者は、原則として短期医療保険に加入する義務がある。被保険者は、所得比例保険料と、定額保険料を負担することになっており、短期医療保険の収入の約半分は所得比例保険料により、約40%は定額保険料により賄われている（残りは政府補助金、自己負担等）。

定額保険料は、被保険者が保険者に支払う定額の保険料で、保険料は保険者により異なるが、概ね年間1,000から1,300ユーロ（2014年）である⁶。

所得比例保険料は、被保険者が所得に応じて支払う所得比例の保険料で、保険料は歳入庁を通じて医療保険基金に支払われ、医療保険基金から各保険者に対し、加入する被保険者のリスクプロフィールに応じたリスク調整交付金として配分される。

保険料率は所得形態により異なるが、被用者の場合は7.75%（雇用主負担となる）、

⁵ 大森正博「オランダの介護保障制度」

⁶ 保険者情報サイト <http://www.zorgkiezer.nl/basisverzekering>

自営業者の場合は 5.65%となっている⁷。

(3) 給付

短期医療保険の給付対象は、家庭医（以下、「GP」という。）による診療、専門医による病院診療、1年未満の入院、精神保健（短期）、パラメディカルケア、薬剤、歯科などである。

(4) 受診までの流れ

オランダではかかりつけ医制度が採用されており、被保険者は自宅近く（おおむね徒歩 15 分圏以内）の GP に登録し、医療機関の受診を希望する場合にはまず GP の診断を受ける。

GP の診断の結果、病院を受診することが必要と判断される場合は、GP が紹介状を発行し、患者は、紹介状がある場合のみ病院を受診することができる（紹介状がない場合は自費での受診となる）。

図表 病院・診療所数

種別	数
病院	145
一般病院 Algemene ziekenhuizen	83
大学病院センター Universitaire Medische Centra	8
専門病院 Categoriële ziekenhuizen	32
リハビリ施設 Revalidatie-instellingen	22
診療所	4,090

(出典) 病院：Dutch Hospital Data (2012), Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2010
診療所：NIVEL (2011), Cijfers uit de registratie van huistartsen peiling 2011

C. 介護保障制度

オランダにおける介護保障制度の中心となるのは、医療保険制度の長期ケア部門である特別医療費保険である。特別医療費保険からの給付を受けるためには、ケア判定センター（Centrum Indicatiestelling Zorg : CIZ）からによりケアニーズのアセスメントを受ける必要がある。

⁷ 歳入庁ウェブサイト

http://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privewerk_en_inkomen/zorgverzekeringwet/bijdrage_zorgverzekeringwet/hoe_wordt_de_inkomensafhankelijke_bijdrage_zvw_betaald/tabel_werkgeversheffing_zvw_of_bijdrage_zvw/tabel_werkgeversheffing_zvw_of_bijdrage_zvw

(1) 保険料負担

オランダの居住者及び給与税の納税者は、原則として特別医療費保険に加入する義務がある。特別医療費保険の収入の約3分の2は保険料により賄われている。保険料は所得比例方式により徴収され、保険料率は課税所得の12.15%（2011年）となっている。

(2) 現物給付

被保険者が受けられる給付には、現物給付と現金給付がある。

現物給付の給付対象は、身体介護、看護、ガイダンス、リハビリ・治療、短期入所、住まいと組み合わされたケアであり⁸、認知症患者のケアの費用や精神保健（長期）のケアの費用も特別医療費保険によりカバーされる。

(3) 現金給付

現金給付は、個人介護予算（PGB）と呼ばれ、サービス購入に必要な予算を被保険者に現金で与え（実際には口座振込み）、被保険者がサービスを購入するものである。特別医療費保険制度の支出に占める個人介護予算の割合は2011年で約9%と小さいが、近年は増加傾向にある。

D. 精神保健制度

前述のとおり、精神保健については、特別医療費保険制度によりカバーされる。特別医療費保険の2007年の利用者588,000人中、精神保健は約14%の84,000人で、そのうち約3分の1が施設サービス、3分の2が在宅サービスを利用している⁹。

⁸ 堀田聰子「ケア従事者確保に向けた諸課題－オランダの経験から－」『季刊社会保障研究』（第47巻第4号、2012年3月）

⁹ 大森正博「オランダの介護保障制度」『レファレンス』（2011年6月）

3.2 オランダの認知症施策

A. 認知症患者の全体像

オランダの人口は約 1,700 万人で、うち 65 歳以上人口は 280 万人（高齢化率：約 16%）に上る。

オランダにおける認知症患者数は 25 万人（推計値、正確な患者数は把握されておらず、患者登録制度が推進されているところである。）、2040 年には 50 万人に達する見込みである。認知症患者 25 万人のうち、65 歳未満の患者が 1 万 2,000 人、移民の患者が 1 万 4,000 人いる。

認知症患者の約 7 割が在宅でケアの提供を受け、その他はナーシングホーム（ベッド数 80,120）などの施設に入居し、ケアを受けている。

世帯構成では、認知症患者のうち、単身世帯が 50%を占めている。

B. 認知症施策の流れ

近年の認知症施策としては、①全国認知症プログラム（2004～2008 年）、②認知症統合ケアプログラム（2008～2011 年）、③認知症ケア基準の策定（2011～2013 年）、④認知症デルタプラン（2013 年～）が展開されている。

（1）全国認知症プログラム（2004～2008 年）

2004 年より、認知症患者に対するケアの改善を目的として、全国認知症プログラムが開始された。

プログラムにおいては、全国 57 地域において、認知症の人、介護者、ケア提供者からなるワーキンググループを設け、当該地域の認知症ケアの課題抽出・優先付けを実施し、問題への対応として推奨される活動をワークブックに取りまとめた。

提示された問題領域としては、①患者の恐怖、怒り、混乱（にどう対応するか）、②家族介護者における介護についての負担、③施設入所に対する抵抗感、④何が助けになるかわからないこと、⑤ケア提供者との間でのコミュニケーションがうまくいかないことが挙げられた。

問題に対応するプロジェクトとして、①ケースマネジメント、②認知症および認知症ケアに関する情報の充実、③早期発見・診断、④家族介護者支援・レスパイトケア（介護をしている家族のケアを一時的に代替し、リフレッシュしてもらうサービス）、⑤専門職に対する教育、といった分野を中心に、合計 206 のプロジェクトの実施につながった。

しかし、現場の担当者レベルでは積極的な参加が得られたものの、管理職層の参加も含めた組織的なサポートが不足していたために継続性を欠くといった課題が残された。

(2) 認知症統合ケアプログラム (2008~2011年)

上記のような取組みを経て、認知症ケースマネジメントを含む、関係組織が連携したコーディネートされたケアの実現を目指して、認知症統合ケアプログラムが実施された。

プログラムにおいては、保健・福祉・スポーツ省、アルツハイマーオランダ、ケア事業者団体、保険者連合が主導して統合ケアのガイドラインを作成し、地域において、ガイドラインに沿ったケアの提供と質の評価、体系的な支援を提供するケースマネジメントの提供が行われた。

取組みの結果、全国 95%の地域でケースマネジメントを含む認知症統合ケアが提供されるようになったが、質の評価指標が実用に即していないといった問題も残された。

(3) 認知症ケア基準の策定 (2011~2013年)

認知症統合ケアプログラムで作成されたガイドラインにおけるケアプロセスの内容改善、組織間の効果的な連携の在り方、質の評価指標改訂、ケースマネジメントの定義の明確化等を取りまとめ、2013年6月に認知症ケア基準が公表された。これにより、何が良い認知症ケアなのかについて、認知症ケアに関わる専門家間でコンセンサスが広まることが期待されている。

(4) 認知症デルタプラン¹⁰

2013年からは、アルツハイマーオランダや研究機関などの共同により、認知症デルタプランが実施されている。同計画は、既存患者への治療・サポートと、潜在的な患者への予防をメインテーマとしており、策定にはアルツハイマーオランダと、Achmea、CZなどの保険者、オランダ健康研究開発機構 (ZonMw)、アムステルダム大学自由大学 (VUmc) などが関与した。

予算規模としては、2013年~2020年までに総額2億ユーロの予算が見込まれており、2013年~2016年には3,250万ユーロの予算が見込まれている。

同計画では、①全国規模の研究、②全国的な患者登録、③e-ヘルスポータルの構築が柱となっている。

①全国規模の研究はアムステルダム大学自由大学などの研究機関が、認知症の潜在的な患者の予防等の研究を行うもの、②の全国的な患者登録は、認知症患者の家

¹⁰ 保健・福祉・スポーツ省提供資料及びデルタプランのウェブサイト <http://www.deltaplancementie.nl/> に基づく。

族の有無や、どの程度の支援が必要かの把握、認知症患者数の実態のより正確な把握を目的として行われるものである。③e-ヘルスポータルの構築は、認知症に関する情報や、どのような支援が受けられるかに関する情報を提供するものである。

C. 認知症の診断・治療・ケア

(1) 診断・治療

<診断・治療の流れ>

オランダにおいては、GP（約 8,800 人）と、メモリークリニックと呼ばれる病院（約 80）が認知症の診断を担っている¹¹。

認知症に関するオランダ家庭医協会（NHG）の基準（NHG-Standaard Dementie）によれば、GP は、病歴または MMSE（Mini-Mental State Examination、認知機能検査）のスコアから、記憶の障害があると認められる場合、病歴または MMSE、身体検査、時計描画テストの結果、認識機能の障害があると認められる場合、病歴、家庭訪問、ADL 質問の結果、記憶障害によって社会的な生活機能が低下していると認められる場合には、認知症の診断をすることが可能であるとされている。

テストの結果などを踏まえても判断に迷う場合には、アムステルダム大学自由大学アルツハイマーセンターのような専門機関に患者を紹介したり、セカンドオピニオンを求めたりすることとなる。

アムステルダム大学自由大学アルツハイマーセンターの例では年間 600 人の新規患者が紹介されており、GP からの紹介を受けた患者は外来棟に設置されたアムステルダム大学自由大学アルツハイマーセンターに来院し、1 日かけて MRI、脳波検査、脳脊髄液の検査等の各種検査を受け、翌週には診断結果の伝達を受けることができる仕組みとなっている。

アムステルダム大学自由大学アルツハイマーセンターの概要

組織概要

- アムステルダム自由大学アルツハイマーセンターは神経科の一部門である。
- 外来施設は患者が迷わないように病院の外来入り口すぐに位置する。
- センターでは、GP の紹介を受けて来院した患者に対し、専門家が診断の決定を行っている。
- 来院後、患者は 1 日かけて検査（MRI、脳波の検査、脊髄の検査等）を受け、後日、診断結果が伝達される。例えば、月曜に来院した患者については、金曜日に

¹¹ アルツハイマーオランダへの質問に対する書面での回答。

専門家による会議で診断が決定され、水曜日に結果が患者に伝達されるといった流れとなる。

- 来院は予約制で、月曜日から水曜日まで1日4人の患者を診察している。
- 年間の新規患者数は600人で、患者はオランダ全土から紹介されて来る。
- また、数多くのセカンドオピニオンも出している。

ミッション

- 最高レベルのケアとリサーチを組み合わせることがミッションとしている。
- 従来から若年性認知症は神経科で、高齢者の認知症は老年医学科が担当するという役割分担となっていたことから、65歳未満の若年性認知症を専門としている。

患者の診断

- 全ての検査を1日で行うというコンセプトの下、神経科医や専門看護師などにより、MRI、EEG、腰椎穿刺などの検査が1日で行われる。
- 専門看護師は腰椎穿刺を行ったり、在宅のケアが患者に合ったものであるかを判断するといった役割を担っている。この際、専門看護師が聴取する項目については医療的な事項についてはフォーマットがあり、標準化されている。家庭のことについては確認事項のフォーマットはない。
- 診断は1週間以内に決定され、認知症と診断された場合は治療計画（treatment plan）を策定する。

（出典）アムステルダム大学自由大学アルツハイマーセンターヒアリング（2013年11月）

このように、オランダにおいては、GPが患者の認知症について最初の判断を行う役割を担いつつ、GPだけでは判断ができないケースでは、専門機関が、GPから患者の紹介を受けて診断を行う仕組みが整えられている。

<入院治療>

現地ヒアリング調査によれば、認知症患者が病院に入院するのは他の合併症がある場合に限定される。

また、保健・福祉・スポーツ省によれば、認知症の症状が悪化した場合は、病院ではなくナーシングホームなどの施設に入所することが一般的である。

<薬の処方>¹²

オランダにおいては、医薬品はポジティブリストに掲載された製品のみが保険により償還される仕組みとなっている。リストは、基準価格の割り当てがなされている製品である添付1aと、基準価格が割り当てられていない製品である添付1b（償還に当たっては、その製品の治療的価値が考慮され、治療的価値が低い場合は償還対象とみ

¹² 別途記載がある場合を除き、アルツハイマーヨーロッパウェブサイト <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/National-Dementia-Strategies-diagnosis-treatment-and-research/Netherlands>（2014年3月アクセス）に基づく。

なされない) と、特定の基準を満たした場合のみ償還が行われる添付 2 に分けられている。

認知症の薬についてみると、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤 (AChE) の単独の作用しか持ち合わせない「塩酸ドネペジル剤」は償還対象外になっている一方、AChE 作用とブチルコリンエステラーゼ阻害作用を持ち合わせている「リバスチグミン剤」や、AChE 作用とニコチン性アセチルコリン受容体の感受性を高めて神経の働きを賦活させる「ガランタミン剤」、脳内で過剰に活性化するグルタミン酸の活性を抑制することにより神経細胞保護作用を有する NDMA (N-メチル-D-アスパラギン酸) 受容体拮抗剤の「メマンチン剤」は償還の対象となっている。

これらのアルツハイマー型認知症治療薬は特定の条件を満たした場合のみ償還が行われる。具体的には、最初の処方専門医で行い、継続処方から GP でも処方できる仕組みとなっている。さらに、リバスチグミン剤とガランタミン剤では MMSE スコア (満点は 30 点) が 26 点~10 点の範囲であることが条件となっており、メマンチン剤では MMSE スコアが 14 点~3 点の範囲内であることが条件となっている。

図表 薬の処方の基準

処方と償還	ドネペジル	リバスチグミン	ガランタミン	メマンチン
入手可能性	不可	可	可	可
償還	—	有	有	有
誰の処方箋があれば初回の薬への償還支払が可能か	—	専門医	専門医	専門医
誰の処方箋があれば継続治療の償還支払が可能か	—	制限なし	制限なし	制限なし
必要な検討 (Required examination)	—	診断プロトコル	診断プロトコル	診断プロトコル
MMSE 制限	—	26-10	26-10	14-3

(出典) Alzheimer Europe website, “Netherlands - National Dementia Strategies (diagnosis, treatment and research)” (2014 年 3 月アクセス)

アムステルダム自由大学アルツハイマーセンターへのヒアリングによれば、投薬を止める時期については、ナーシングホームなどの施設に入居が必要になった段階が投薬を止める一つのメルクマールとされているとのことであった。

実際の使用状況についてみると、ナーシングホームでの抗精神病薬の使用割合は

33%、在宅での使用割合はナーシングホームより少ないとされており¹³、施設に入居した場合であっても投薬が続けられる場合もあるのが実情のようである。

以上のように、オランダにおける認知症の薬の処方に関しては、初回の処方には GP による処方認めず、専門医による処方が必要とされていること、また、薬剤ごとに、MMSE スコアに基づき使用できる範囲が厳密に設定されていることが特徴的であった。

(2) ケア

<在宅ケア>

前述のとおり、オランダにおいては認知症患者の約7割が在宅でケアを受けているが、アルツハイマーオランダでのヒアリングによれば、政府は、認知症ケアに係る支出の削減のために、在宅ケアを増やす方向にある。

認知症の診断が下された後、ケースマネジャーが担当医師やその他の医療・介護提供者と協議し、ケアプランを作成する。

ケースマネジャーは、GP との協力の下、認知症患者の家族や介護者、介護関係者における介護上の各種問題を解決することや、ケアのコンサルタントとして、認知症患者が認知症と診断された段階から死亡するまで、患者と介護関係者をサポートし、家族の介護負担の軽減や、施設入所を最大限先延ばしする役割を担う¹⁴。

アルツハイマーオランダの資料によれば、ケースマネジャー導入の目的は患者の福祉向上、関係者の介護負担の軽減とともに、現在の認知症の全患者の25%の施設入所率をケースマネジャーの介在により最終的に10%まで引き下げることにある¹⁵。

ケースマネジャーはまだ全国的に浸透している制度ではなく地域によって数的なバラつきが大きい。Nivel が2011年に行った調査によると、オランダの74地域でケースマネジャーが利用可能だが、1,170人のフルタイムのケースマネジャーが必要であると試算されているのに対し、実際にフルタイムで活動を行っているケースマネジャーは273人とどまっている。¹⁶

なお、ケースマネジャーは、民間の職業訓練施設が各々施しているコースで育成され、カリキュラムや資格などは施設によってまちまちである。修了後に認定証が発行されるが国家資格ではない。アルツハイマーオランダは、ケースマネジャーの前提として、①高等職業訓練(HBO)を修了した看護師、心理社会学を履修した者、②そ

¹³ アルツハイマーオランダ提供資料「オランダにおける全国認知症プログラム」

¹⁴ “Steun en Zorg” Alzheimer Nederland 2013,p24

¹⁵ “Standpunt Alzheimer Nederland Casemanagement” Alzheimer Nederland 2012,p4

¹⁶ “Standpunt Alzheimer Nederland Casemanagement” Alzheimer Nederland 2012,p4

の後に認知症に関わる経験、訓練を修了した者を挙げており、多くの職業訓練コースではおおむね上記の経験、資格を有する者を推奨受講条件としている。

ケアプランには、関係する医療・介護提供者の行為及び取り決めが記載される。

具体的には、ケアプランには以下の項目が記載される。

- ◇ 認知症の重度
- ◇ 患者と家族のニーズ
- ◇ ケアにおける役割分担
- ◇ 関係者の関与度
- ◇ 近親者のサポート体制
- ◇ インフォームド・コンセントがどのレベルで行われているか、コンセンサスの状態

また、ある程度の時間を経たのちに以下の項目もプランに盛り込まれる。

- ◇ 投薬状況、注意事項
- ◇ 他の疾患
- ◇ 不慮の病状悪化時における対応
- ◇ 遺言の作成、ケア内容の評価

認知症患者（及び介護を行う家族）にとっては、常に同じ医療・介護提供者によりケアが提供されることが望ましいことから、固定化された、かつできるだけ小さいチームで必要な介護が提供される。

医療・介護提供者から提供される治療や支援、アドバイスとしては以下のようなものがある。

図表 認知症患者への治療や支援、アドバイス

家事支援等	家事手伝い、家事準備支援、自分で家事を行う場合のスケジュール（の組み方指導）及び準備アドバイス
治療・療法	治療、言語療法、理学療法、心理療法、精神運動療法、（記憶を中心に据えた）回想療法、音楽療法、ペット療法
グループ活動	会話グループと同病患者グループ、運動グループ、活動グループ
施設サービス	デイケア／コミュニティセンター

（出典）アルツハイマーオランダ「支援と介護」を基にみずほ情報総研にて分類。

■家族介護者へのサポート

在宅の認知症患者のケアにおいては、家族介護者が果たす役割も大きいですが、その分、在宅でのケアを担う家族介護者の負担が過重であり、家族介護者に対するフォローを充実することも課題となっている。

在宅ケアを担う家族介護者へのサポートとして、介護を一時的に専門家やボランティア等に委託することができる仕組みがある。

具体的には、①自宅において専門家またはボランティアが患者のケアを行う、②患者が介護施設に一時的に滞在し、施設においてケアを受ける、③両者の組合せ（患者と家族介護者が一緒にデイケアに出かける）といった仕組みがあり、こうした仕組みを活用することで、家族介護者はしばらくの間患者のケアから解放され、自分の時間を持つことができる¹⁷。

家族介護者向けの認知症ケア基準における「一時的な全介護委託」に関する記述

一時的な全介護委託

介護者は、絶え間ない患者の介護を（ほとんど）続けられなくなることがあります。その場合、一時的に全介護を委託することができます。これを一時的中断介護とも呼びます。介護者は、偶発的または定期的に介護を専門家やボランティアに委託します。そうすることによって介護者は、休暇に出かけ、趣味サークルに参加し、読書や他のことを行う機会を確保します。

一時的中断介護は、過重負担に陥るおそれのある、または既に過重負担に陥っている介護者を対象にしており、次の3つのカテゴリーに分けられます。

- 自宅での一時的中断介護：専門家またはボランティアの「自宅世話人」による患者の介護。
- 自宅外一時的中断介護：患者は一時的に介護施設に滞在。休暇の際は別途介護を付けるか、デイケアへ移る。
- 組み合わせ一時的中断介護：患者と介護者が一緒にデイケアまたは休暇に出かける。患者には別途介護が付くため、介護者は自由時間を持てる。

担当アドバイザーは介護者の地域の一時的中断介護について心得ており、介護者に適時に情報を提供します。介護者はどの時期にどの形態の一時的中断介護が必要であるかをアドバイザーと話し合います。一時的中断介護は、患者と介護者のニーズならびに（文化的）背景に結び付かなければなりません。一時的中断介護はいつも安心できる環境のもと提供されます。

あなたにできること

¹⁷ アルツハイマーオランダ「支援と介護」

適時にアドバイザーに申し出ることで過重な負担を防ぎましょう。介護があまりにも負担になりそうな時は、一時的にうまく介護から手を引きます。それによって罪悪感を抱くかもしれませんが、一時的中断介護をたまに利用することで、結果的に介護を長く続けることができると考えてみましょう。そうすることによって、介護者はより長い間患者と自宅で生活することができるのです。

(出典) アルツハイマーオランダ「支援と介護」

この他、アルツハイマーオランダが行うアルツハイマーテレフォン（電話相談業務）のように、日常のケアに対するアドバイスを رفتり、相談を受け付ける仕組みも存在する。

■緊急支援の仕組み

在宅ケアを行っている間に、患者の身体的状態や心理的状态が突然悪化したり、あるいは、介護者が急遽介護をすることができなくなることがあり得る。そうした場合の仕組みとして、患者を緊急で施設に入所させたり、自宅で緊急介護を利用したりする緊急支援という仕組みが構築されている。

患者の状態が悪化したり、介護者自身が介護できなくなるという事態は誰にも起こりうることであることから、緊急時に備えて、緊急時の連絡先や、家庭医は誰か、薬の扱いはどうなっているかなどを平常時から計画しておく必要があることが指摘されている。

家族介護者向けの認知症ケア基準における「緊急支援」に関する記述

緊急支援

患者の身体的状態や心理的状态が突然悪化したり、介護者が突如介護できなくなったりすることがあります。このような緊急の場合、患者の医療責任者が緊急支援を行う場合があります。

緊急支援は年中無休で対応しています。例えば、患者が一時的に特別養護老人ホームに収容されるケース、自宅で緊急介護を利用するケースを考えてみましょう。この場合、緊急支援を利用すれば、患者は長期間または永久的に収容されなくて済むかもしれません。

あなたにできること

考えたくはないでしょうが、介護者の身にも何が起こるか分かりません。緊急時の計画を立て、緊急の場合誰に電話すればよいか、家庭医は誰か、薬はどうなっているのかなど、すべきことを他の者に知らせておきましょう。緊急収容が必要な場合、近所の介護施設に依頼できます。通う距離があまり遠くにはならないので、介護者にとって実に便利です。

(出典) アルツハイマーオランダ「支援と介護」

■啓発活動

地域において、在宅の認知症患者のケアを推進する観点から、アルツハイマーオランダでは、認知症の家族がいることを人々が敬遠しないようにするための啓発活動を行っている。

<施設ケア>

認知症の症状が悪化した場合には、ナーシングホームなどの施設に入所することとなる。

施設ケアを提供する施設としては、要介護度の高い高齢者を対象とする医療施設で、24時間体制で医療・看護の提供を行うナーシングホーム、比較的要介護度の低い人を対象とし、簡易キッチン、バス・トイレ付きの住まいで介護が行われる入居施設であるケアホームや、認知症の人のための小規模グループホーム¹⁸などがある。

図表 長期療養・介護サービス施設数

種別	数
ナーシングホーム	324
ケアホーム（介護付き住宅）	960
ナーシングホームとケアホームの両方を兼ね備えた施設	210

(出典) 大森正博「オランダの介護保障制度」『レファレンス』（2011年6月）

担当のケースマネジャーは、患者と介護者の希望に沿った居住形態を探すサポートをする。居住形態としては、ナーシングホームの他、小規模グループホーム、デイケアとナイトケアが可能で同居人と住み続けられる自宅アパートなどがある。

なお、ナーシングホームへの平均入居期間は、亡くなるまでの約1.5年間である¹⁹。

施設ケアについては、認知症患者の大部分が在宅でケアを受けているのに対し、認知症ケアの費用の大部分（95%）が施設サービスに充当されているというアンバランスが生じていることから、このアンバランスの解消が課題となっている。

¹⁸ オランダ保健福祉スポーツ省は、2013年までに20,000か所整備する計画を進めている（医療経済研究機構「認知症ケアの国際比較に関する研究」（2012年3月））

¹⁹ アルツハイマーオランダ提供資料「オランダにおける全国認知症プログラム」

<認知症患者の「living will」>²⁰

オランダにおいては安楽死が認められており、認知症においても安楽死が行われることがある。認知症患者に対する安楽死が認められるためには、患者が、判断能力のある段階で書面（意思表示書）にて予め意思表示をしていることが必要である。

この意思表示は、必ず本人によって、かつ、書面にて行われる必要があり、家族や代理人の同意だけでは無効（刑事法違反）である。

意思表示書（Wilsverklaring）

意思表示書では患者自身が治療方針、また延命措置に関する希望を表明できる。この表示書では患者が、医師と意思疎通ができない状態に陥ったときにどのような状況下でどのような治療を受けたいか、また受けたくないか（例：食事や薬品の投与、蘇生治療）についての意思表示を行うことができる。

治療拒否、安楽死、蘇生処置の拒否

意思表示において患者は例えば次のような意思表示を行うことができる。

- 治療拒否（Behandelingsverbod）
治療拒否においてはどのような状況下で患者が治療を望まないかを患者が指定できる。例えば、意識不明状態や意思表示ができない場合に、水分や食事の提供を望まない旨を告知できる。
- 安楽死希望書（Euthanasieverklaring）
安楽死希望書では、どのような状況下で患者が安楽死を希望するかを告知できる。患者自身にとってどのような場合見込みがなく、耐え難い苦痛を伴う状況であるかを指定できる。
- 蘇生処置の拒否（Verklaring niet-reanimeren）
蘇生処置拒否の希望書では、患者が蘇生処置を望まない旨を告知できる。

これらの意思表示書の作成にあたっては医師と相談しながら家族にも告知を行うことが望ましい。意思表示書は医師と確認の上、定期的に状況に合わせて変更、更新を行うことが望ましい。

心神喪失状態

以下の場合には心神喪失状態とみなされ、患者自身ではなく、他者が治療方針の決定を行う。また事前に意思表示書で代理人を指定し、その者に状況の判断を委ねることもできる。

患者自身が意識不明状態に陥ったり、または認知症が進行し

²⁰ AMC へのヒアリングに基づく。

- 病状や治療内容を理解できないとき
- 自身で決断を下すことができない状態にあるとき
- 決断の結果起こりうる予後を理解できないとき

意思表示書を用意していない場合

事前に意思表示書がない場合、代理人を指定していない場合は、医療サービス提供者は親族と治療内容を決定することになる。最優先されるのは配偶者またはパートナー、そして両親、子供、兄妹の順で治療内容の相談が行われる。近親者がいない場合は医療サービス提供者が治療方針を決定する。安楽死の依頼は患者自身しか行うことができない。

(出典) オランダ政府 (Rijksoverheid) ウェブサイト (2014年3月アクセス)

“FAQ: 誰が安楽死を希望できるか? (Wie kan om euthanasie vragen?) ”

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/vraag-en-antwoord/wie-kan-om-euthanasie-vragen.html>

“FAQ: 意思表示書とはなにか? (Wat is een wilsverklaring?) ”

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/vraag-en-antwoord/wat-is-een-wilsverklaring.html>

オランダの認知症患者の多くは自宅で生活しているため、安楽死は自宅で行われることが多く、病院で行われることはまれである。安楽死を実行するのは主に GP である。なお、担当の GP が安楽死に否定的な立場をとっている場合は、当該担当医師は、別の GP を紹介することが求められる。

安楽死を行った医師は、所定の様式に沿って法務当局に報告を行うこととなっている。

地方安楽死審査委員会 (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie) のデータによれば、認知症を理由とした安楽死の件数は、2009年6件、2010年21件、2011年49件、2012年42件となっている²¹。

²¹ 地方安楽死審査委員会ウェブサイト

<http://www.euthanasiecommissie.nl/overdetoetsingscommissies/jaarverslag/>

<認知症患者の看取り>

認知症患者の多くが自宅で生活するオランダにおいては、患者の看取りにどのように対応しているかが着目される。

在宅の認知症患者の看取りは、通常は GP が担当することとなるが、必ずしも担当の GP が患者の看取りに立ち会えるとも限らない。この点について、保健・福祉・スポーツ省へのヒアリングによれば、患者の看取りには、GP ではなく特定の資格を有する看護師が立会い、GP が後で死亡診断書にサインをすることで死亡を認定する方法もあるということであった。

また、GP は複数の GP と共同で、土日・時間外の対応を行う診療所である GP ポストを設置し、24 時間体制で時間外の診療に対応している。GP は当番制で GP ポストに勤務し、患者の急な容態の変化などへの緊急対応を行っており、夜間等に認知症患者の看取りに立ち会う必要が生じた場合には、GP ポストに勤務する GP が対応することが可能である。

このように、特定の資格を有した看護師が患者の看取りに立会い、GP が後で死亡診断書にサインをすることで死亡を認定するという方法が認められていること、担当の GP 以外でも、GP ポストという GP が共同で設置する診療所に勤務する GP が 24 時間体制で患者の看取りに対応することが可能であることが、在宅での看取りに対応する上で重要な役割を果たしているものと考えられる。

電話相談（アルツハイマーテレフォン）を受け付けるオペレータールーム
（アルツハイマーオランダ）



認知症の診断に来院した患者の待合室（白い部分）
（VUmc アルツハイマーセンター）



4 イタリア

4.1 イタリアの医療保障・介護保障制度の概要

A. 背景

(1) 高齢者の保健福祉に関する背景と課題

イタリアは欧州諸国の中でも急速な高齢化が進んでいる国の1つである。同国の高齢化率は2000年の18.07%から2010年には20.4%に達し、2033年には30%台に入ると予想されている。

イタリアでは伝統的に家族責任を基盤とした社会福祉政策が構築されており、高齢者ケアの担い手としても、家族介護が重視されてきた。しかし、上述のように急激な高齢化や大都市を中心とする核家族化、女性の社会進出などによって家族中心の介護供給に限界が生じており、特に1990年代後半からは移民労働者の介護労働が普及している。近年、高齢者の孤独死の問題にも着目が集まっている。

「家族責任の原則」に関する福祉白書の記述

家族は、子どもの誕生、失業、疾病等、ライフサイクルにおける重大な出来事の発生時に保護システム、強力な社会的緩衝として存在してきたし、これからもし続ける

(出典) イタリア福祉白書(2003)

イタリアの社会福祉制度の基礎となっている、2000年に施行された「福祉基本法(法律328号) legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali」法は、福祉全般について、国家レベルで行われるべき最低限の保障について定めた。ただし、福祉基本法は高齢者福祉の領域については限定的な記載にとどまっており、具体的な事項は示されていない。これは、国家的に統一されたユニバーサルケアを志向するのではなく、1970年代から実施されている州やコミュン単位で独自に運営される高齢者福祉制度を尊重し、「より包括的な団体はより小さな団体で効果的にできない事務のみを補完的に担当する」という補完性の原理が貫かれたためである²²。このため、イタリアの高齢者福祉事業は州によって大きな差異がある。

また、イタリアの社会保障分野は大まかに、1) 社会保険制度(previdenza sociale)、2) 保健医療制度(sanità sociale)、3) 社会的保護(protezione sociale)の3部門に分けられるが、社会保障関係支出全体に占めるそれぞれの割合をみると、社会保険制

²² 日本薬剤師会『地域薬局による在宅服薬支援(在宅医療・居宅療養)における薬物療法の向上及び効率化のための調査研究』(2010年)

度にかかる支出が約 7 割を占め、老齢・障害などによる困窮状態に対する支援である社会的援助の支出額は 1 割に満たない²³。

(2) 地方分権

イタリアでは 1990 年台より社会制度の地方分権が進められており、州、県、及びコムーネの地方自治体が果たす役割が大きい。特に、保健分野では 1978 年の保健改革の頃から州の権限が強化されてきており、現在、保健制度の実質的な運営権限は州にあると言える。

社会福祉及び国民保健サービスにおける各主体の役割は次のように整理できる²⁴。

- 国：全体的な目的や方針の決定、全般的な指導調整
- 州：州レベルの計画策定と州法による規制、医療資源の適正配置
- コムーネ：福祉分野でのサービスや給付の実施

全国保健計画(PSN)に関する国・州関係の規定

全国保健計画において示された国家的重要性を有する優先的目的を追求するために、各州は、労働省、保健省、社会政策省の提案に従い、国家・州・トレントおよびボルツァーノ自治県間常任会議での合意によって承認されたガイドラインに基づいた各種計画を作成する。国家・州・トレントおよびボルツァーノ自治県間常任会議は、保健省の提案に従い、前述の法律第 34 項の規定に則って、こうした目的のために割当てられた国民医療費の一部を分配するのに適した計画を策定する。この資金割当て方法は、2008 年までの国家保健計画を実施しようとする計画方針に対して有効である。2009 年以降、経済計画関係閣僚会議 (CIPE) は、労働省・保健省・社会政策省の提案に従い、国家・州・トレントおよびボルツァーノ自治県間常任会議と合意の上、当年分の国民医療費のうち、用途未確定資金として州に割当てられた額の分配が採決された時点で、州に対して、上述の資金の割当てを行う。経済省と財務省は、第 34 項が定める各種計画を実施する州に対する援助を目的として、各州に対し、年間割当て総額の 70%にあたる額を前払金として拠出する。

残りの 30%の支払は、労働省・保健省・社会政策省の意見をふまえ、国家・州・トレントおよびボルツァーノ自治県間常任会議が、前年に各州が提示した計画の実施状況の詳細な報告を承認した時点で行われる。この報告が行われなかった場合、また、報告が承認されなかった場合は、その年に予定されていた残り 30%の支払は行われず、さらに、すでに拠出済みの 70%の前払金の返却が求められる。前払金の返却には翌年

²³ 宮崎理枝「要介護高齢者と障害者領域の現金給付制度—イタリアにおける介添手当制度の事例から」大原社会問題研究所雑誌 No.592 (2008 年)

²⁴ 小島晴洋他『現代イタリアの社会保障』(2009 年) pp.87-88.

割当て予定の資金があてられるが、その際、資金の種類は問われない。

(出典) Conferenza Stato Regioni (2010)より和訳

この仕組みの中で、国が全国統一的に定める方針や保健水準を担保するための調整機能を担う仕組みとして、①政府・州議会、②疾病予防・管理国家センター (Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie: CCM) などがある。

① 政府・州議会 (Conferenza Stato Regioni)

「国家・州・トレントおよびボルツァーノ自治県間常任会議」は国と州および自治県 (トレント、ボルツァーノ) の間で調整を行うための常設委員会として、様々な分野の政策課題を取り上げ、協議を行っている。例えば、2010年7月に行われた協議では、国民保健の優先取組課題として全国保健基金 (Fondo Sanitario Nazionale) により助成されるプログラムについて議論が行われた (後述)。

② 疾病予防・管理国家センター (CCM)

保健省 (Ministerio della Salute) と各州 (Regione) 政府の保健部局をつなぎ、国内の保健計画・プロジェクトを促進する役割を担う機関として、2004年第138号法によって設置された。その後、保健省省令 (2004年、2008年) により再規定が行われている。2013年時点で、ほぼすべての地方保健公社 (ASL) 及び770の病院のうち約500がCCMの活動に参加していると報告されている。

CCMでは、2004年の設立以降、6つの活動分野 (サーベイランスと疾病予防・管理、疾病別予防計画 (PNP) と「Gaining Health」プログラムへの支援、救急、対話と文書化、社会福祉、環境) で200を超える合意が交わされた。

疾病予防・管理国家センター (CCM) のミッション

- データに基づいた戦略と介入による国内の疾病予防と保健サービスの実践
- プロジェクトベースの活動
- 委員会 (collegial consulting bodies) と州政府テクニカル・ワーキングとの協働による体系的な議論の推進
- プロジェクト活動と各機関の活動との調整、これらの保健サービスと国際ネットワークとのリンク

(出典) CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) website, “What is Ccm.” (2013年11月アクセス)

B. 医療保障制度

(1) 国民保健サービス (SSN) の構造

イタリアの医療制度は、1978年に導入され、1998年から本格的に運用が開始された税方式による国民保健サービス (Servizio Sanitario Nazionale: SSN) である。州の間接税 (Imposta Regionale sulle Attività Produttive: IRAP) を基本として賄われており、国からの財政補助はほとんどない。

SSN では州に大幅な権限が移譲されており、全国保健計画 (PSN) により全国的な最低水準は示されるが、その下で具体的な地域保健計画 (Piano Sanitario Regionale: PSR) を策定し、運用主体となる州政府の裁量によって、給付内容に独自性を持たせることができる。2001年の憲法改革によって保健分野の立法権限は州にあることが確認された。

保健医療サービスの提供は、州政府が定める地域保健計画 (PSR) に基づき、地域保健公社 (Aziende Sanitaria Locale: ASL) が担う。ASL は州内をいくつかに分割した医療圏ごとに設置され、その地域の保健行政を監督している。

① 全国保健計画

全国保健計画 (Piano Sanitario Nazionale: PSN) は、保健医療に関する国全体としての方向性を示すものとして、連邦保健省の提案に基づき、政府が策定する3年間の保健計画である。これに基づいて国民保健サービス (SSN) の運用が行われる。

同計画では、統一的に達成すべき基本目標、SSNの保健水準である扶助必須レベル (LEA) 等について記載される。ただし、国レベルで設定される扶助必須レベル内のサービスや給付は一般的な定義にとどまり、具体的な内容は規定されていない。

PSNの具体的な記載事項は下記のとおり。

全国保健計画(PSN)の記載事項

- ・優先的に措置が実施される地域 (保健に関する社会的・地域的格差の緩和も目標とする)
- ・扶助必須レベル (LEA) の基準、
- ・毎年の1人あたりの予算
- ・給付の質を継続的に改善していくための一般指針 (州レベルの利害関係を越えた利益の実現も考慮)
- ・地方公共団体の保健サービスや社会扶助の機能的統合により実現すべき計画目標
- ・生物医学研究や保健研究における全体目標
- ・職員の基礎訓練の養成と継続的訓練に関する指針
- ・人的資源の有効活用、臨床の実務や扶助の実態を継続的に見直し、また評価する方法を発展させ、扶助必須レベルの適用を確保することを目的とした、診断治療に関

する一般指針

・実際に実行された扶助の水準を確認するための基準や指標

(出典) 小島晴洋他『現代イタリアの社会保障』（2009年）p.173

② 地域保健計画

全国保健計画（PSN）が提示した内容に基づいて、より具体的な地域保健計画を立案するのが州保健計画（Piano Sanitario Regionale: PSR）となる。さらに、実際に保健サービスの提供を担う地域保健公社（Azienda sanitaria locale: ASL）²⁵が作成する保健計画がある。

（3）受診の流れ

住民は、かかりつけ医（GP）を指定し、地域保健公社（ASL）に対して登録を行う。GP当たりの登録上限数は住民1,500人（小児科医800人）と規定されている。なお、GPへの報酬は、登録された患者の数に応じて支払われており、実際に診療した数や回数は報酬に反映されていない。

高度医療や専門医療を受診するためには、かかりつけ医の紹介が必要である。患者はまずGPに紹介状（処方せんと同じ様式）を発行してもらい、この紹介状を持ってASLと提携する予約窓口（CUP）に赴き、指定された高度医療や専門医療を予約しなければならない。高度医療・専門医療へのアクセスには時間がかかり、平均的な待ち時間は1カ月以上となっている。

C. 介護保障制度

（1）現金給付

イタリアには国レベルの公的介護保険制度がなく、現物より現金給付が主流である。要介護高齢者急増への最重要施策として、1980年代より「介添手当（indennita di accompagnamento）」（月額450ユーロ程度）の支給が行われている。介添手当は基準に達している要介護者が給付対象となる全国的に統一された制度で、（高齢者に限らず）あらゆる要介護状態（不自由さ）を対象として支給されるものである。これに加えて、州レベルで「介護手当（assegno di cura）」を用意している州もある。

²⁵ 一定の管轄地域内で保健サービスを提供する1ないし複数のコムーネの支局、部及び課の総体。①基礎保健管理局、②予防局（あるいは公衆衛生局）、③病院施設の3つからなる。（小島晴洋他『現代イタリアの社会保障』（2009年）p.171-172）

(2) 現物給付

「A. 背景」で述べたように、地方政府レベルで提供されているサービスの内容は自治体によって大きく異なるが、その中でも福祉の先進地域とされるのがイタリア北部に位置するエミリア・ロマーニャ州である。同州は、2002年の福祉基本法制定以前より高齢者福祉事業に力を入れてきた歴史があり、提供するサービスの幅が広いことで知られている。その内容は、在宅介護サービスから居住型福祉サービスまで様々である。

図表 高齢者介護完全の諸制度と主な基本サービス

給付形態		制度／施設	サービスの種類	実施主体
現金		介添手当 (indennità di accompagnamento)		国
		介護手当 (assegno di cura)		コムーネ
現物	居住型サービス (servizi residenziali)	要介護者向け：保健援助施設 (residenza sanitaria assistenziale) 一般者向け：老人ホーム (casa di riposo), 宿泊ホーム (case albergo), コミュニティー・ホーム (comunità alloggio)	社会-保健サービス 社会-援助サービス	州／地方保健公社 (ASL) コムーネ
	半居住型サービス (servizi semiresidenziali)	デイケアセンター (のサービス) (centro diurni) 社会-援助サービスセンター (centro servizi socio-assistenziali)		州／コムーネ
	非居住型 (servizi non residenziali) / 地域サービス	総合的在宅援助 (assistenza domiciliare integrata), かかりつけ医の往診 (ambulatorio del medico di base), 障害予防サービス, 社会局と社会サービス	保健サービス, 社会-保健的サービス, 社会的在宅援助サービス	州／コムーネ

(出典) 宮崎理枝「要介護高齢者と障害者領域の現金給付制度—イタリアにおける介添手当制度の事例から」(2008年)

D. 精神保健制度

(1) 制度改革の経緯

1990年代半ばまで、イタリアの精神保健医療では患者の治療よりも社会的治安や秩序保持が優先され、強制入院に重点が置かれていた。しかし、第2次世界大戦後の社会改革の中で人権運動が高まり、1978年に公立精神科病院の廃止につながる法180号(通称バザーリア法)が成立し、公立精神科病院への新たな入院が禁止され、各州の責任で既存の精神科病院を順次廃止していくことが定められた。

上記の改革により、精神保健医療は入院医療中心から地域生活へと移行している。取組の充実度は地域によって異なるが、国内でもトリエステ県、アレツォ県などが先進地域として知られている。

図表 イタリアの精神保健医療改革の概要

年	改革のあゆみ
1961	バザーリアがゴリツィア県立精神病院長に就任する（～69年まで）。
1971	バザーリアがトリエステ県立精神病院長に就任する。
1974	トリエステ県・バルコラ地区に精神保健センター（24時間オープン、年中無休）が開設され、大規模な退院支援が始まる。
1978	精神科病院の入院を廃止する180号法が成立する。その後、833号法（国民総合保健計画法）が成立し、180号法は同法に吸収される。 トリエステ県立精神病院の機能はほぼ停止の状態になる。
1980	トリエステ県立精神病院が完全閉鎖となる。 バザーリアが脳腫瘍で死去する。
1995	保健相から精神科病院の3年以内の廃止が命令される。
1999	精神科病院がイタリア全土から完全消滅したことを保健相が宣言する。

（出典）石川・葛谷「イタリアにおける地域精神保健医療システム」岐阜県立看護大学紀要，第12巻1号（2012年）

なお、ここで言う精神科病院とは、「マニコミオ」（イタリア語で精神病院を指す）と呼ばれた収容施設で、アルツハイマーイタリアによれば「治療よりも収容を目的とする施設」である。また、改革によりマニコミオは廃止されたが、犯罪に関連した強制入院（司法精神科病院への入院）は現在も残っている。

（2）地域精神保健の仕組み

1994年の精神保健プランにより、人口15万人単位で精神保健局が設置され、地域精神保健センター（Centri Psico Sociali: CPS）を中心として保健サービスが提供されるようになった。地域精神保健センターの機能は以下のとおり。

- 外来患者のケアと危機介入
- 家族サポート
- ケースマネジメントと健康管理
- リハビリと職業訓練
- 就業支援や知己生活支援 など

総合病院の精神科病床が人口1万人に対し1床、短期入所施設を1か所設置されている。また、グループホームの拡充とともに、かつての精神科病院入院患者を含む慢性障害をもつ人の生活を支える居住施設が人口1万人に対し1か所設置された。

4.2 イタリアの認知症施策

A. 認知症患者の全体像

国際アルツハイマー協会（Alzheimer's Disease International: ADI）が2009年に発表した報告書によれば、2009年時点で3,600万人と推定されている全世界の認知症患者（推定）は、2020年までに倍増し、2050年には6,600万人にのぼるだろうと予測されている。同様に、急速な高齢化が進むイタリアでも認知症患者の増加が見込まれている。同年のアルツハイマーイタリア報告書では、国内の認知症患者数は100万人以上、うち60%がアルツハイマー病と報告されている。連邦保健省では、2012年に施設および在宅の高齢者を対象とした調査を実施し、全体像の把握を試みている。

これらの認知症患者の約85%は家族の介護を受けて生活していると言われている。アルツハイマーイタリアへのインタビューによると、イタリアでは私立のナーシングホームを選択するよりも、家族が介護手当を受け取りながら認知症患者の面倒をみているパターンが主流であり、特に国内の南部ではその傾向が強い。

B. 認知症施策の流れ

(1) 関係機関

アルツハイマーイタリアは認知症の診断・治療やケアの過程における関係機関を下表のように整理している。

図表 認知症対応に関連するステークホルダー

利害関係者	地域レベル	イタリア全国レベル	国際レベル
認知症患者		イタリアで100万人	ヨーロッパで760万人 世界で3,600万人
患者の家族	15州に46の協会と関連団体	国内の世論	国際アルツハイマー病協会 アルツハイマー・ヨーロッパ
医療機関	ASL（地域の医療機関と病院） RSA（介護医療レジデンス） UVA（アルツハイマー評価ユニット） NA（アルツハイマー治療所）	保健省 州立医療機関 高等保健研究所および他の国立医療機関	世界保健機関
医師と研究者	家庭医と専門医（UVA、大学、治療・リハビリ施設）	科学研究所 財団、大学 国立医学-科学学会	ヨーロッパ医学-科学団体、機関
政治、行政	州	関係省庁	欧州委員会

利害関係者	地域レベル	イタリア全国レベル	国際レベル
機関	県 市町村	省の諸委員会 国会議員 イタリアの欧州議会議員	欧州議会 欧州議会議員 欧州連合議事会
寄付者と資金援助者	地域の寄付者と資金援助者	助成財団 機関 企業 個人	財団 機関 企業 個人
管理機関	諸協会や関連団体の管理機関	役員の総会 理事会 監査人委員会	管理機関: ADI アルツハイマー・ヨーロッパ
スタッフ	ボランティア 正社員/契約社員	ボランティア 正社員	正社員
メディア	地域のメディア	全国メディア	国際メディア
第3セクター	地域のボランティア団体	CND、LEDHA、FIAN、 VITA	国際団体
コミュニティ	地域のコミュニティ	国内の世論	国際世論

(出典) Alzheimer Italia, *Bilancio di Missione 2011*, p.33.より訳出。

(2) 全国的な施策

認知症をターゲットとした全国レベルでの施策として、①プロジェクト・クロノス、②アルツハイマー・評価ユニット、③疾病マネジメント、④研究プロジェクトが挙げられる。

① 「プロジェクト・クロノス (Progetto CRONOS)」

2000年に開始された「プロジェクト・クロノス (Progetto CRONOS)」は、認知症への対応を強化するために、保健省の主導で取組を開始し、州が中心となって具体的な活動を展開したイニシアティブである。認知症への治療的アプローチに対するインパクト評価を目指し、プロジェクト参加者（在宅・施設入居を問わず、規定のMMSEスコアを満たす者）に対し、患者に有効と見なされる向精神薬（3～4種類）を用いた治療を2年間無償で受けることができるプログラムを実施した。

同プロジェクトは、神経科・精神科・内科・老年診療科それぞれの専門性に基づいた機能的な評価ユニットの策定を中心的な目標としながら、病院各科、専門医による診療、開業医による診療、在宅介護サービス等を含めた総合的な医療や介護支援の提供を目指した。

② アルツハイマー評価ユニット (UVA)

アルツハイマー評価ユニット (Unità di Valutazione Alzheimer: UVA) は、アルツハイマー病が懸念されるすべての人々に最大限のアクセスを保障することを目的として、州 (regione) や自治州に設置された進行性認知症障害を専門とした診断・治療機関である。「プロジェクト・クロノス」の一環として UVA の設置が促進され、設置数は開始時 (約 60 か所) から 2010 年 7 月時点で全国に約 500 か所まで拡大した。UVA の活動には、神経科医師などの医療専門家、心理学者、リハビリ施療者など約 2,000 人が活動に携わっている。なお、イタリアでは、認知症の治療を担うのは主に神経科 (neurology) あるいは老年科 (geriatrics) の医師であり、精神科医 (psychiatry) はあまり含まれない。

UVA の役割は、①認知症の診断、②治療 (薬の処方) である。イタリアでは、認知症患者が向精神薬を使用するためには UVA の診断を経る必要があるため、治療の専門機関と位置づけられている。また、受診した患者が介護手当受給の対象になるかどうかについても判断を行っている。なお、UVA は外来診療のみで入院機能は持っていない。

UVA による専門的なサービス提供体制の強化は、近年でも重要な取組課題とされている。2010 年に発表された国家・州会議合意文書によると、UVA は「認知症患者およびその家族が社会的・医療的サービスのネットワークにアクセスしようとする際の唯一の拠り所であると同時に、コリンエステラーゼ阻害剤や第二世代抗精神病薬の適切な処方を監督できる機会」である。しかし、2002、2006 年に行われた国民健康高等機関の評価では、UVA 全体の約 25% でサービス提供が週 1 日にとどまり、約 7% の機関では活動に従事する医師数が 1 名のみであるなど、状況改善に向けていっそうの努力が必要とされる地域があることが明らかになった。これを受けて、2010 年の国家・州議会では、早期診断、予防、認知障害を有する患者の受け入れを行う UVA (アルツハイマー評価ユニット/メモリークリニック) を強化するとの合意が改めて交わされた。

③ 包括的な疾病マネジメント

UVA 機能の不足や薬剤の使用などの認知症対応における課題を克服するための施策として、国家・州会議は、州毎に異なったやり方で推し進められてきた既存の取組の状況を鑑みつつ、包括的な疾病マネジメントを行う必要性があると指摘した。

取組の最終的な目標は、患者と家族を中心に吸えた診断・治療方法の最適化である。これに向けた具体的な作業として、下記の点が挙げられた。また、医薬品に頼ったアプローチを避けることも言及された。

- 対象となる住民の特定
- 効果的な試験に基づいたガイドライン作り
- 多分野にまたがる介護の促進を目指した共同実践モデル作り

- 患者のケア、および慢性患者介護において本質的な役割を果たす家族のケア促進を目指した人材育成ツール作り
- 過程および結果の基準作り
- 持続可能かつ地域に根ざした情報提供システム作り。これにより看護のコーディネートおよび長期的看護を可能にするような、医師間、または医師・患者・家族の間のコミュニケーションが実現する。

④ ネットワークの構築

国家・州議会が掲げたもう 1 つの目標は、認知症患者をめぐる様々な側面で関わりを持つ、すべての専門家を実践的に結びつけるための関係者間のネットワークの構築である。「地方保健所（ASL）、既存の UVA、診断に特化したセンター、認知機能をも視野に入れたリハビリテーションサービス、医療施設、各地の社会・看護・医療サービス等がそれぞれ実施するサービスの統合を推進しながら、記憶の欠陥や完全な認知障害を患う人々の受け入れのための中継、調整、チューターの機能を果たす」仕組みを構築するために、専門家の育成や情報システムの構築、各種の認知症患者を対象とした追跡調査、早期診断を可能にするための各種テスト方法の検証などが求められている。

⑤ 研究プロジェクト

連邦保健省と研究省の助成により、大学や臨床研究機関でのアルツハイマー病をはじめとする認知症に関する研究が推進されている。認知症の予防、治療とリハビリのための介入の質向上を目指し、疾病管理アプローチの開発、早期発見・診断のためのツールの開発などを目的とするプロジェクトが行われている。

具体的な研究テーマは、「認知症の臨床ケアのための疾病管理アプローチの適用に関する研究」（2009 年）、「認知症の初期診断用のツールの神経心理学的利用に関する研究」（2010 年）などである。

（2）地方自治体の施策（事例）

上述のように、イタリア国内の保健福祉関連制度には南北で大きな地域差があり、特に南部では、認知高齢者への対応は家族介護による介護が中心となっている。ナーシングホームなどの入所施設数も少なく、また、それらに対するニーズも北部に比べて低い。

一方、北部に位置するエミリア・ロマーニャ州では、現金給付よりも具体的なサービスの提供を重視し、州として認知症対策プロジェクトを打ち出すなどの積極的な取組が行われている。

＜州の概要＞

エミリア・ロマーニャ州はイタリア北部に位置する、人口約 390 万人の州である。州都ボローニャは交通の要所として発達し、域内では農業や工業などの産業も盛んに行われており、イタリアの中でも比較的裕福な州とされている。

イタリア全土と同様、同州でも認知症患者の増加が福祉施策における課題の 1 つとされており、2011 年当時で 6 万人いる認知症患者数は 30 年間で倍増するだろうと予測されている。認知症は高齢者にとって主要な障害の 1 つであり、病院に入院した高齢者の 40%、介護施設の居住者の 50%が認知症を持つと指摘された。

＜高齢者福祉の施策＞

イタリア国内の他州と比較して財政状況の良い同州は、北部の中でも福祉の先進地域とされており、高齢者福祉分野においても、福祉基本法の制定（2000 年）以前から様々なサービスが提供されてきた。

同州の福祉基本方針は 2003 年州法 2 号に定められている。

＜認知症をターゲットとした施策＞

エミリア・ロマーニャ州は、1999 年の州法 2581 号により「州認知症プロジェクト」を開始した。プロジェクトでは、家族アルツハイマー協会（Family Alzheimer Association）と協働し、認知症患者コミュニティの保健・社会福祉サービス団体に活動資金の支援が行われた。

州認知症プロジェクトで掲げられた目標体系と概要は次のとおりである。

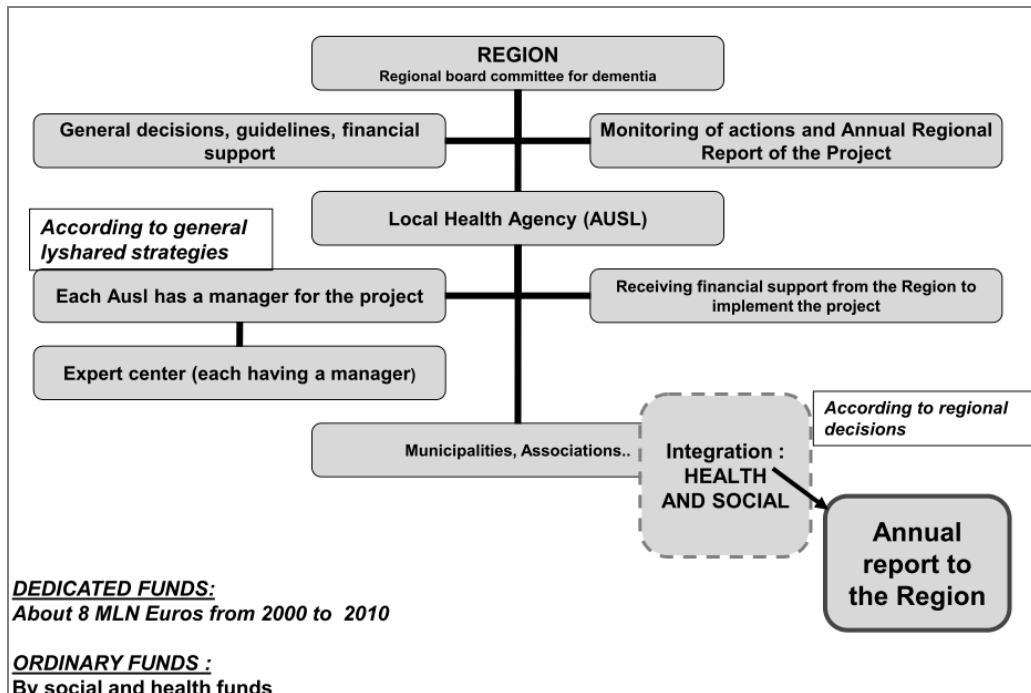
エミリア・ロマーニャ州認知症プロジェクトの目標(Goals)

1. 正確かつタイムリーな診断と評価を保障する
 - ・ GP と認知症専門機関との連携強化、地域ガイドラインの周知、認知症対応スキルの向上、家族や支援者に対するケアなどの専門的な教育など
 - ・ 認知症専門機関や「認知症カウンセリング」の地域ネットワークの構築
 - ・ 認知症の評価およびマネジメントのためのガイドラインの普及
2. 認知症高齢者と家族の生活の質 (Quality of Life) とケアの質を改善する
 - ・ 専門的なネットワーク支援の実現
 - ・ ボランティア団体等を含めた資源の情報提供
 - ・ レスパイトケアの保障
 - ・ インフォーマルな支援者の教育
 - ・ 法的、心理的な問題を含めたカウンセリング
3. 認知症患者への在宅ケアを促進する
 - ・ 認知症高齢者のニーズに合わせた生活環境の改善
 - ・ 家族介護への支援
4. 認知症患者への最適なケアを提供するために特化したネットワークを強化する
 - ・ デイセンターでの BPSD 対応や高齢者施設に入所する認知症高齢者の経験を含めた、適正かつ専門的なプロセスの推進
 - ・ 運営者に対する教育プログラムの促進
 - ・ ナーシングホームにおける人口装具の適正な使用の促進
5. 高齢者・家族とサービスの関係を適正化し、家族やインフォーマルな介護者を支えるための組織的な支援ネットワークを構築する
 - ・ 認知症患者の家族を支援する上での課題の認識
 - ・ 組織的な支援活動の推進
6. 入院を必要とする認知症患者に対する病院アプローチの改善する
 - ・ 保健医療専門職に対する専門教育コースの実施
 - ・ 特に内科、老年科、神経科、一般外科、整形外科でのアプローチの改善

(出典) 現地調査入手資料より訳出。

上記の目標を掲げ、認知症の診断・評価のためのガイドライン、治療や看護上の問題への対処についてまとめたケア・プロトコル、ケアラーのためのハンドブック等のツール開発が行われた。

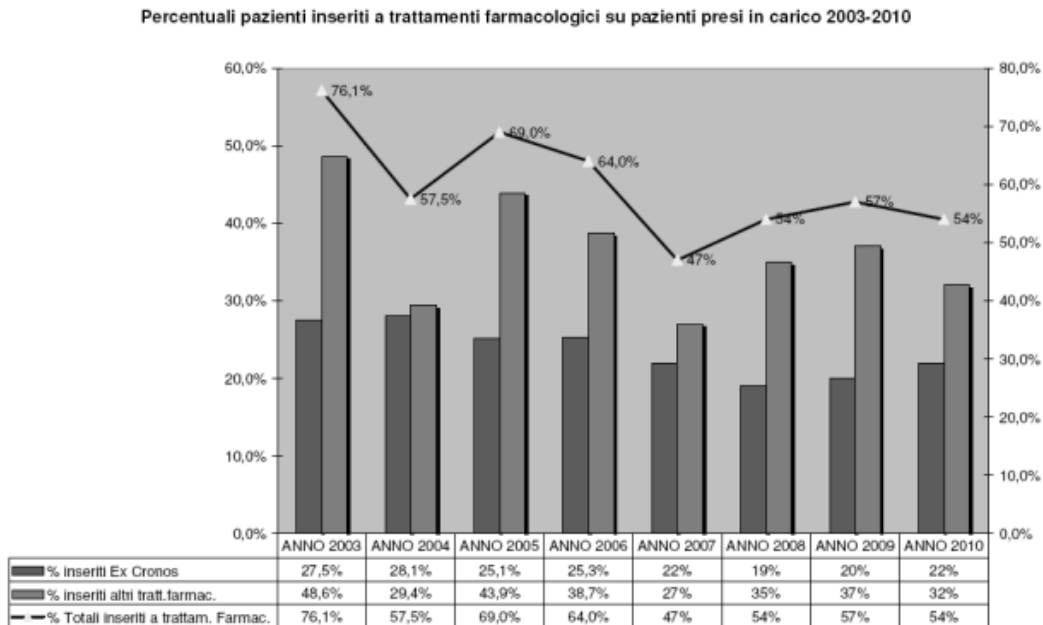
図表 プロジェクトの体制



(出典) Andrea Fabbo, Dementia Project Manager, Primary Care Department, A.USL Modena, “A MODEL OF INTEGRATED CARE FOR DEMENTIA: THE “Emilia-Romagna Project”.” (2011)

これらの統合的なアプローチによる取組の結果、エミリア・ロマーニャ州では、認知症患者数が増加しているのに対し、薬物療法を受ける患者数は年々減少していると報告されている。

図表 薬物療法を受ける患者構成比の変化(2003～2010年)



(出典) Andrea Fabbo, Dementia Project Manager, Primary Care Department, A.USL Modena, “A MODEL OF INTEGRATED CARE FOR DEMENTIA: THE “Emilia-Romagna Project”.” (2011)

(参考)ポローニャ市の認知症高齢者向けサービスの例

- ・ 高齢者のための在宅ボランティア活動
 (Attività di volontariato domiciliare svolte a favore di anziani)
 アルツハイマー病患者や認知障害を持つ人とその家族に対する情報提供や支援を行う非営利組織 (ARAD) が無料で家事支援や傾聴などの活動を行う。
- ・ 特別デイケアセンター (Centro Diurno Specializzato)
 行動障害を伴う認知症患者である 50 歳以上の市民成人を対象とする通所施設。施設入所を遅らせたり回避すること、認知症の進行を防ぎ残存能力を維持すること、家族のストレスを低減することなどを目的とする。登録には老年医学評価機構 (UVG) の評価が必要となる。

(出典) 日本薬剤師会「地域薬局における在宅服薬支援における薬物療法の向上及び効率化のための調査研究」 (2009年)

C. 認知症の診断・治療・ケア

(1) 診断・治療

<診断・治療の流れ>

認知症の診断はアルツハイマー評価ユニット（UVA）などの専門機関あるいは家庭医（GP）が行う。ただし、家庭医は認知症の診断をする権限はあるものの、向精神薬を処方することはできないため、薬を使用した治療を受ける場合には UVA での判断が必要となる。このため、家庭医は認知症の疑いがあると判断された患者を UVA につなぐことが多い。

また、家庭医の認知症に対する診断力について、アルツハイマーイタリヤは「十分でない」と課題を指摘している。同協会では家庭医の認知症の診断力を向上するためのアプローチを行っているが、時間やコストがかかる上、家庭医は担当する患者数が多くなればなるほど 1 人当たりにかかる時間が少なくなるため、一定の時間を要する認知症への対応を充実させることは容易ではないとした²⁶。

<病院の役割>

上述のようにイタリヤは家庭医をベースとした医療保障制度を採っているため、病院（二次医療機関）の役割は、家庭医の紹介を受けて受診する患者への専門的な医療サービスの提供と急性期疾患への対応である。これら医療機関では、認知症を理由とした入院は行われませんが、他の疾病による入院患者が認知症を持っているケースは存在する。

こうした認知症を持った入院患者への対応について、現地ヒアリング調査で視察した私立病院では、「認知症対応で苦勞する点は周辺症状（BPSD）への対応である」との声が聞かれた。また、アルツハイマーイタリヤは、一般的な課題として、病院運営者の認知症対応に関する知識の向上が必要と指摘した²⁷。

(事例) 私立サンタ・ビオラ病院での認知症対応の状況

病院の概要

- ・病床数 62 症（2013 年 11 月時点）
- ・①慢性的な意識障害の患者への対応、②神経系のリハビリテーションの提供、③慢性疾患を抱えた患者へのケアを実施し、認知症患者への対応は③が中心である。
- ・医師（精神科 2 名、心理療法士 2 名、外部の医師 2 名）6 名、看護師 18 名、その他 6 名のスタッフが勤務している。

²⁶ アルツハイマーイタリヤヒアリング（2013 年 11 月実施）

²⁷ アルツハイマーイタリヤヒアリング（2013 年 11 月実施）

認知症患者について

- ・入院患者のうち、慢性的な意識障害の患者（25床）を除いた約37床の80%が認知症を持っている（リハビリテーションの患者も含む）。
- ・サンタ・ビオラ病院は急性期病院から患者を受け入れているので、入院患者は医療的なケアを必要とする患者のみである。

認知症の診断

- ・基本的に認知症の診断を行うのは専門機関 UVA（アルツハイマー評価ユニット）だが、その内容が個別の診断として十分でない場合には、病院でも評価を行っている。
- ・診断基準にはミニメンタルステート検査を使用する。
- ・認知症対応で苦勞する点は BPSD への対応である。MPI（認知機能指数）に基づいて患者への最適なケアが何かを判断する。
- ・尺度を用いた評価を行うだけでなく、退院時に実際の状態もチェックしている。

専門機関との連携

- ・普段の業務では老年評価ユニット（Unità di Valutazione Geriatrica: UVG）と連携を取っており、UVG を病院に呼ぶことがある。アルツハイマー評価ユニット（UVA）は認知症に特化した専門機関だが、UVG は包括的に老年科を扱う機関である。

（出典）私立サンタ・ビオラ病院（ボローニャ市）ヒアリング（2013年11月）

<薬の処方>

認知症の治療に用いる向精神薬の処方は、アルツハイマー評価ユニット（UVA）が担当している。向精神薬を使用する基準（使用を止めるタイミング等）については特段のガイドライン等は作られておらず、現場の医師の判断に委ねられている。ただし、保険適用が可能な範囲はミニメンタルステートの基準で判断されており、一定の目安となっているものと推察される。

図表 薬の処方基準

	ドネペジル	リバスチグミン	ガラントミン	メマンチン
償還	有	有	有	-
誰の処方箋があれば初回の薬への償還支払が可能か	UVA	UVA	UVA	-
誰の処方箋があれば継続治療の償還支払が可能か	UVA	UVA	UVA	-
必要な検討	臨床診断	臨床診断	臨床診断	-
MMSE 制限	26-10	26-10	26-10	-

(出典) Alzheimer Europe website, “Italy - National policies covering the care and support of people with dementia and their carers” (2014年3月アクセス)

一方、こうした薬の使用に関して、国家・州会議（2010年）では次のような課題も指摘されている。

薬の使用に関する課題

イタリアにおける第1類の医薬品の費用は約7,000万ユーロと見積もられており、この種の医薬品を服用する認知症患者の割合は約7%である（ドイツにおいては12%、フランスにおいては20%以上）。第2類の医薬品に関しては、著しい適応外使用が見られ、リスクとメリットの両方が存在するため判断が難しい状況となっている。

こうしたファーマコビジランス（市販後医薬品安全性監視）的な側面も影響し、いくつかの州においては認知症を扱う専門センターの名称が変更されることになった。従来のUVAから認知症評価ユニットへと名前を変えることによって、アルツハイマーを中心とする認知症に対する認識を、より幅広い、あらゆる種類の認知症への認識にしようという変化が強調されている（実際、認知症のうちの約50%はアルツハイマーとは異なるものである）。

(出典) Conferenza Stato Regioni (2010)より訳出。

<地域ガイドライン>

州によってはこうした認知症の診断・治療について臨床ガイドラインを策定している地域もある。イタリア国立衛生研究所（Istituto Superiore di Sanità: ISS）が運営しているガイドラインシステム（Sistema nazionale per le linee guida :SNLG）では、これらのガイドラインを含む、科学研究に基づいた各種疾病の臨床実践に関する資料が収集されている。

トスカーナ州 認知症の診断と治療に関するガイドライン(州保健議会)の概要

認知症診断における一般的な兆候

- ・ 認知症の種類による診断の違い
- ・ 検査方法 (GDS-SF、Mini-Cog Test 等)

治療

○薬物療法

- ・ 中核症状/周辺症状による整理、薬の種類 (成分、服薬量、体制、副作用等)

○中核症状

- ・ アセチルコリンエステラーゼ阻害剤、メマンチン

○周辺症状

- ・ 抑うつ剤、抗精神病薬、安定剤、ベンゾジアゼピン

○非薬物療法 (行動療法)

- ・ 認知症状の治療、行動心理学的症状の治療、短期診療療法 など

(出典) Consiglio Sanitario Regionale, *LINEA GUIDA - Sindrome Demenza Diagnosi e Trattamento*, (2011)より訳出。

なお、国レベルの認知症関連ガイドラインとしては、認知症診断におけるイメージング機器の使用に関するガイドライン「Impiego delle tecniche di imaging nelle demenze」が2010年に発表されている。

(2) ケア

上述のように、イタリアの認知症患者の多くは、家族介護の責任の下で、在宅で生活している。国内の一部にはUVAが中心となって進める治療計画とケアの領域の連携を図っている地域もあるが、多くの地域では地元の認知症関連団体の支援を受けながら家族による介護が行われている。

<在宅ケア>

在宅で生活している認知症患者は全体の85%と大多数を占めている。保健省へのヒアリングでは、こうした在宅生活を支えるために、在宅ケアや予防を含めた高齢者の生活の質の向上を図る環境づくりが重要とのコメントがあり、在宅を軸として認知症高齢者への対応を検討していることがうかがえた²⁸。

なお、イタリアでは医療的ケア (care) と社会的な側面 (social support) の区別が明確になされているため、認知機能の衰えた高齢者でも医療的なケアを必要としない (家庭医にも病院にも行かない) 場合には、認知症の診断やケアにつながらないことも

²⁸ イタリア保健省ヒアリング (2013年11月実施)

ある。このようなケースでは、家族などが老年評価ユニット（UVG）を在宅に呼び、UVG を介してケア施設（RSA）などへの入所につながることもある²⁹。

➤ 医療・社会福祉の統合的なケア

地域保健システムでの統合的なケアの提供を目指し、2001年より「社会保健オペレーター（Operatore socio-sanitario: OSS）」の活動が行われている。OSSは医療と社会福祉の双方の視点から個別的にケアをコーディネートする必要性から生まれた制度であり、1,000時間の研修（教習600時間、実習400時間）を受けて養成される。活動場所は病院、施設（RSA、assisted living facilities等）、デイケアサービスなど様々である。

➤ 患者・家族への支援

患者や家族へのサポートとして、アルツハイマーイタリア（ボランティア団体）では電話相談「Pronto Alzheimer」やアルツハイマーカフェなどの支援が行われている。電話相談は情報・サポート・援助の提供を目的としており、病気の診断や治療に適した地域サービスの紹介、法律相談、心理相談などが行われている。

➤ 移民労働者の存在

イタリアの高齢者の在宅生活を支えている介護の担い手には、家族だけでなく、移民労働者の存在も大きい。家族介護が得られない場合には、俗に「バダンティ」（面倒を見る人の意）³⁰と呼ばれる移民の家事労働者が住み込みで介護することが多く、こうした家事労働に従事している移民労働者は2006年時点で全国で約200万人にのぼると言われている³¹。こうした家事・ケア労働の規定は2007年の団体労働協約「家事労働の労働関係の規定に関する全国労働協約（Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico）」で正式に規定され、報酬が設定されている。

現地調査で視察した介護施設では、「イタリア社会は移民労働者の存在があってバランスを取ることができている」との声も聞かれた³²。保健省は、こうした移民の家事従事者の増加や在宅介護の実態を踏まえ、地域の保健体制を見直し、福祉制度の充実を図らなければならないとしている。

²⁹ サンタ・ビオラ病院ヒアリング（2013年11月実施）

³⁰ 「バダンティ」の名称は2007年の全国団体契約の更新により公式には廃止され、「家族援助者（assistente familiare）」の名称が用いられることになっている。

³¹ 小島晴洋他『現代イタリアの社会保障』（2009年）p.120

³² ヴィラ・ラヌーツィヒアリング（2013年11月実施）

<施設ケア>

高齢者の入所施設には複数の種類があるが、もっとも医療的なケアの提供体制が整っている施設が保健介護施設（Residenza Sanitaria Assistenziale: RSA）である。施設は症状が悪化した患者を病院や在宅から受け入れる「終の棲家」の位置づけであり、地域保健公社（ASL）や老年評価ユニット（UVG）を通じて、家族や地域の支援を受けることが難しく、社会的なニーズの高い患者から優先的に受け入れを行う。また、民間施設ではプライベート枠も用意されている。

イタリアの民間研究所 CENSIS（Centro Studi Investimenti Sociali）が 2010 年に発表した報告によると、国内には 12,808 施設（合計 424,705 床）の居住系施設があり、うち 72%では医療・介護の両サービスが提供されている。また、合計ベッド数の 66%が北部地域に集中しており、人口 1 千人当たりのベッド数を見ると、北部 10 床に対して南部では 3 床と大きな開きがある³³。

アルツハイマー・ヨーロッパの報告によれば、認知症に特化したナーシングホームではなく一般的な高齢者施設で生活している入所者においても、その半数以上が認知症患者であろうと推測されている³⁴。

（事例）私立 RSA ヴィラ・ラヌーツィでの認知症対応の状況

施設の概要

- ・ヴィラ・ラヌーツィは合計 241 床（新館 120 床、旧館 100 床、小さな家 21 床）を持つ保健介護施設（Residenza Sanitaria Assistenziale: RSA）である。
- ・老年科医師の監督の下、理学療法士 4 名が勤務し、入所者へのリハビリテーションも行っている。

施設への入所

- ・病院が診断と薬の処方を行うのに対し、施設は認知症患者の生活をサポートする役割を担う。
- ・入所者は①地域保健公社（ASL）を介した長期の入所者、②ASL を介した短期（1 ヶ月程度）の入所者、③プライベートの入所者の 3 カテゴリーがあり、①及び②では UVG が入所判断を行い、費用は保険適用される。

（出典）私立 RSA ヴィラ・ラヌーツィ（ポローニャ市）ヒアリング（2013 年 11 月）

<認知症患者の「Living will」>

認知症患者の「Living will」や青年後見に関する法律的な規制は特に設けられていない。高齢者施設協会（Associazione Nazionale Strutture Terza Eta）委員を務める法

³³ CENSIS, “RESIDENTIAL CARE FACILITIES”, (2010)

³⁴ Alzheimer Europe website, “Italy - National policies covering the care and support of people with dementia and their carers” (2014 年 3 月アクセス)

学専門家によれば、イタリア法の原則は、①緊急時に助けを求めている人を助けない行為は（家族であっても）罪となる、②自立して生活していくことができない人を1人にしてはいけない、という2点であり、医師と家族の方向性が異なる時には法律家が介入する場合もある。

病院スタッフへのヒアリングの様子（サンタ・ビオラ病院）



施設内のリハビリテーション室（ヴィラ・ラヌーツィ）



5 英国

5.1 英国の医療保障・介護保障制度の概要

A. 背景

(1) 英国³⁵の高齢者像

2011年の英国政府統計によれば、イングランドとウェールズを合わせた人口は5千610万人（イングランドの人口が5千300万人）と1801年に統計を取り始めてから最大の人口となり、うち65歳以上人口が16.4%（イングランドで886万500人（男性3,844,800人、女性4,815,700人）、6人に1人が65歳以上となっている³⁶。これらの高齢者の世帯構成を見ると、2011年の65歳以上の定住人口920万人のうち、56.8%（520万人）がパートナーと生活（夫婦、市民的パートナーシップ（いわゆる同性婚）、同棲等）しており、単身世帯（31%）は相対的に減少傾向（2001年比3%減）となっている。

また、これらの高齢世帯の居住形態を見ると、全体の96%（890万人）が一般住居に住んでおり、残りの3.7%（33万7千人）が施設入所者だが、この割合は2001年比で減少中である。施設入所者の年齢構成の変化（85歳以上の割合が増加し、65~84歳の割合が低下）は、施設に移る年齢が高齢化によるものと推測されている³⁷。

(2) 国民保健サービスの背景と基本方針

英国の医療保障制度は1942年に発表された社会保障制度改革に関する包括的な指針である「ベバリッジ報告」を基礎として形作られた。現制度に至る変遷の経緯を概観すると、下記のように整理できる。

▶ ベバレッジ報告（1942年）

英国の戦後の包括的社会保障制度改革の指針として、1942年に「社会保険および関連サービスに関する関係各省委員会」により提出された。国の責任の下で、原則無料で国民に保健医療サービスを提供するという考え方は、後続の国民保健サービス

（National Health System: NHS）にも継承され、現在でも基本的に変わっていない。

³⁵ 英国（連合王国）はイングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの4つの地方分権区域で構成されており、各自の政府・議会と施策を有する。本報告書では、全人口の8割以上を占めるイングランドの制度・実情について述べることにした。なお、比較対象や経緯の説明など、必要に応じ残りの区域、あるいは連合王国全体についても記述を入れる場合もある。

³⁶ Office for National Statistics, “2011 Census -Population and Household Estimates for England and Wales, March 2011,” Statistical Bulletin (2012).

³⁷ Office for National Statistics, “Interim Life Tables, England and Wales, 2009-2011,” Statistical Bulletin (2013).

➤ 国民保健サービス (National Health Service: NHS) の成立

1946年に成立した国民保健サービス法 (National Health Service Act) を受け、1948年より、保健省を最高組織とする国民保健サービス (National Health System: NHS) 制度が施行された。サービス費用の大半を税収を財源とする一般財源で賄い、疾病の予防やリハビリテーションを含めた包括的な保健医療サービスを提供する点が特徴である。

➤ 保守党政権下の NHS 改革

1970年代の石油ショックなどを背景に「小さな政府」への転換を掲げた保守党サッチャー政権は、NHS財源の圧縮を含めた公的支出の改革に乗り出した。これにより、NHSが提供する保健医療サービスの範囲は厳格化され、管理統括者 (general manager) の配置、医療監査役会 (Health Service Supervisory Board) とマネジメント委員会 (NHS Management Board) の導入などによるマネジメント機能の強化が図られた。また、NHSの中でサービスの提供機能と購入機能を区別し、市場原理の導入することによって効率化を図った点も大きな特徴である³⁸。

➤ 労働党政権下の NHS 改革

1997年より労働党ブレア政権下で行われた NHS 改革では、公正なサービス提供と効率化の両立が目指された。同改革で新たに導入された「プライマリーケア・グループ (Primary Care Group: PCG)」では、複数の医療従事者 (GP、コミュニティナース、社会福祉サービス担当者、保健当局の職員等) がグループを組織し、これを単位として GP とは異なる独立の予算やサービス購入者としての機能・権限が付与されるようになった。この PCG は、2001～2002年の具体化計画によって「プライマリーケア・トラスト (Primary Care Trust: PCT)」に移行し、より臨床現場に近く、保健当局から独立した法定組織として保健医療サービス提供を担うことが期待された。

また、国として提供する医療保健サービスの基準を示し、その成果検証を行うことによってサービスの質の向上と効率化を図るものとして「全国サービス枠組み (National Service Framework: NSF)」が創設された。NSFは疾患分野や高齢者医療などの領域ごとに全国で達成すべき目標の水準を示すものである。

また、同時に新設された国立最適医療研究所 (National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE) では、サービスの地域格差の是正とエビデンスに基づいた診断・治療の提供を目指し、各種ガイドラインの策定の取組も開始された。

2009年に創設された「国立品質委員会 (National Quality Board: NQB)」では、こうした保健医療サービス提供の質を担保するために、NHS全体のサービス水準を監督し、NICEが策定する指針に沿って助言を行ったり、サービスの質について年次報告を

³⁸ 健康保険組合連合会「NHS改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」(2013年)

取りまとめるなどの取組が開始された。また、個別の NHS トラストの業績管理においては、独立の規制機関である「医療の質委員会（Care Quality Commission: CQC）」により、医療機関や民間セクターが提供する医療サービスや自治体が提供する社会サービスの評価も実施した。

➤ 連立政権下の NHS 改革

2010年に誕生した連立政権では、労働党政権が進めてきた NHS 改革の路線を引き継ぎつつ、医療の質向上と予算削減という政権公約に従い、2012年医療・社会的ケア法（Health and Social Care Act 2012）の施行を行った。同改革は、PCTを廃止して GPを主体とする「医療委託グループ（Clinical Commission Group: CCG）」を創設し、予算管理の権限を移行したほか、患者利益を代表する組織として「ヘルスウォッチ（HealthWatch）」を導入した点、地方自治体が健康づくりを支援する分権化の方向性が打ち出された点、サービス提供の監査役を担うモニターや NICE に法的根拠を付与し透明性の強化が図られた点などが特徴的である。

このように、英国の NHS は包括的な保健医療サービスの提供を目指して始まったが、特に 1980 年代以降、経済の低迷等の影響を受けて財源不足に陥り、待機患者数の増加、医療従事者の流出、サービスの質の低下や地域格差の発生などの様々な問題を抱えてきた。これらの課題に対処するために、制度改革を重ね、NHS 運営の改善が図られている。

（3）コミュニティ・ケアの背景と基本方針

NHS とともに英国の医療保障・介護保障制度の基礎となっているのがコミュニティ・ケアである。1990年に制定された「NHS およびコミュニティ・ケア法」は、政府が運営する NHS（保健医療サービス）と地方自治体による福祉サービスの連携を強化し、また民間活力を導入することによって、地域住民に対し包括的なコミュニティ・ケアを提供することを目指した。それまでの英国では、「国民保健サービス法」および「地方自治体社会サービス法（Local Authority Social Service Act）」に基づき、NHS が保健医療サービスを、地方自治体の社会サービス部門が訪問介護などの福祉的支援を担うという医療・福祉の役割分担が明確化されてきた。しかし、地方自治体を中心とするコミュニティ・ケアはなかなか進まず、1998年のグリフィス報告では NHS の運営改善（入院待機期間の短縮、長期療養病床の削減など）とコミュニティ・ケアの推進に一体的に取り組む必要性が指摘された³⁹。

これらの背景を受けて、個々のケアニーズを明確化し、保健医療と福祉の適正なサービスを効率的に提供することを目指す「ケアマネジメント」が 1993 年から全国で導入

³⁹ 中西典子「英国のコミュニティ・ケア改革とパートナーシップ政策」地域早世研究年俵第 5 号（2010 年）

された。ここでは、行政機関がサービスの提供をすべて担うのではなく、サービスの「提供」と「購入」を分離し、地域で中間的ケアを提供する民間サービス（営利・非営利）を活用することが奨励されている。これにより、国が民間サービスの開発・促進と質の管理を、地方自治体のソーシャル・ワーカーが予算と資源の管理をそれぞれ担い、実際のサービス提供では利用者の選択肢を拡大するという方向性が形作られた。

また、NHS プランでは保健医療サービスに加えて社会サービスを提供する NHS の新組織として 2001 年より「ケア・トラスト (Care Trust: CT)」が創設され、高齢者や障がい者などに対する保健医療と福祉の包括的なサービス提供を目指している。

B. 医療保障制度

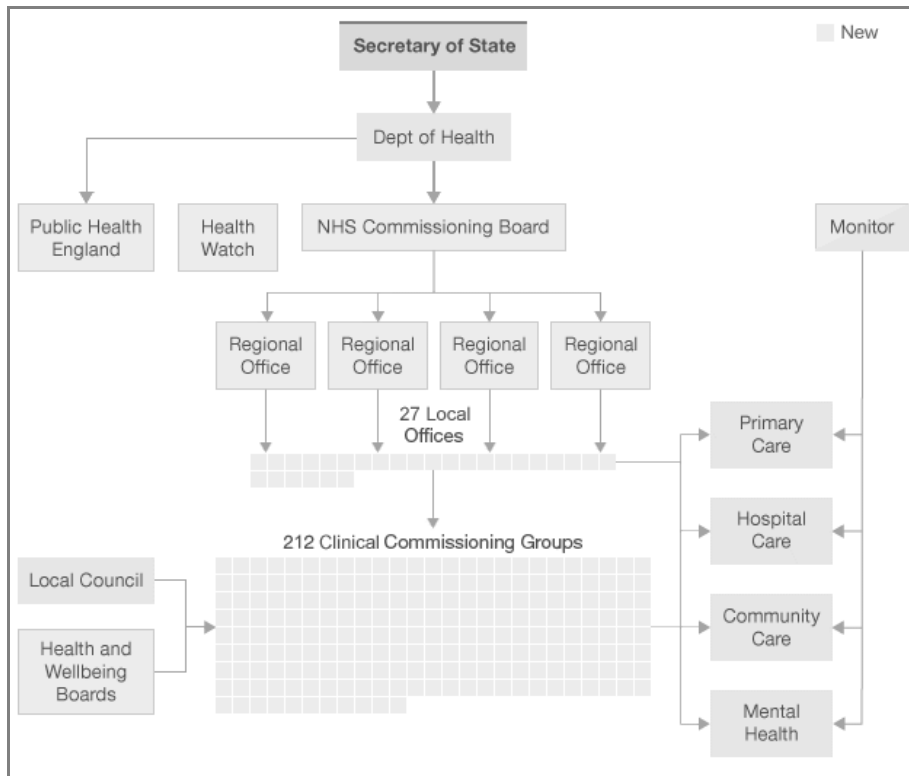
(1) NHS の構造

NHS の運営予算の約 8 割は政府の一般財源によって賄われ、その他に国民保険、利用者負担、その他の構成となっている。このため、社会保険方式を採用している日本やドイツなどの国々と比較すると、保健医療関係支出の財源に占める税金の割合が極めて高い。

NHS では設立以来、複雑な組織の効率化を求めて度重なる改編が行われているが、現在の組織構造は 2013 年 4 月の改革によって形成された。この中で、すべて病院は NHS トラストから「ファンデーション・トラスト (Foundation Trust: FT)」に移行され、人事権などの裁量を強めるとともに、保健省から独立した公益団体として地域の医療スタッフや住民により近い運営を目指すこととなった。また、地域の医療サービス提供者の代表で構成されていた PCT が担っていた予算管理権限と責任が GP により構成される団体 (CCG) に移譲された。CCG は GP のほか病院専門医・看護師が加わって構成され、NHS 予算の約 60% を管理する。NHS 委員会は、独立の責任主体として、治療結果の達成の主導、NHS 資源の割り当てや支出の説明、治療の質の改善や患者参加・選択の促進を主導することとなった。

現在の組織構造は下図のとおりとなっている。

図表 2012 改革後の NHS の組織構造



(出典) BBC website, “The Changing NHS.” (2013 年 11 月アクセス)

(2) 医療提供体制

NHS では医療提供体制が機能分化され、プライマリーケアを担う GP⁴⁰と、二次・三次医療を担う公立および民間の専門病院が区別されている。住民はあらかじめ GP を選択して登録を行い、それぞれの GP の下でプライマリーケアを受ける。二次・三次医療にアクセスする際には、各自が登録している GP の紹介状を持って専門医に受診しなければならない、紹介なく専門医にかかった場合には受診料金が自己負担となる。また、予約なしでプライマリーケアを受けるための手段として、「NHS ウォークインセンター」「NHS ダイレクト」のサービスも提供されている。

なお、英国の病院は NHS 制度下の公立病院数が多数を占めるが、中には民間保険会社や非営利団体により設立された民間病院も存在する。これらの民間病院での受診はプライベート診療とされ、料金は自己負担となる。医師が同一の診療所内で診療費無料の NHS 登録患者と、民間保険に加入している（勤務先が加入している社会保険などを含む）プライベート患者の両方の診療を行うことも一般的である。

⁴⁰ ただし、歯科や眼科の治療などの一部は対象外。

NHS では、生命に直接影響のない症状の場合は入院などへの待機期間が長く、また、病院の主治医を選ぶことができなかつたため、民間保険が比較的早くから発達したと言われている。現在は専門医の主治医を選ぶことが可能であるが、セカンドオピニオンを求めたい場合などには、再度 GP に相談せねばならず、専門医へのフリーアクセスにはならない。民間保険の保険料は保険会社により独自に設定され、商品内容により、実費支払いの民間医療保険（Private Medical Insurance）と一定額支払いの現金給付医療保険（Health Cash Plan）に大別される。

図表 イングランドの HCHS スタッフおよび GP 数

	2003 年	2008 年	2013 年
HCHS 医科・歯科スタッフ数	80,851	98,703	108,732
HCHS 非医療従事者数	992,530	1,060,629	1,078,425
GP 数	33,564	37,720	40,236
GP 運営スタッフ数	110,091	114,483	138,056

(注) HCHS は病院サービス・地域保健サービス (Hospital & Community Health Service) の略。

(出典) Health and Social Care Information Service, “NHS Hospital and Community Health Service (HCHS) Workforce Statistics in England, Medical and Dental staff – 2003-2013, As at 30 September.”

(3) 病院の役割

地域の総合病院や専門病院、大学病院などの病院は、二次・三次医療の担い手として、GP の紹介状を持った患者に対して医療サービスを提供する。病院スタッフ（上級専門医（コンサルタント）、その他の専門医・研修医、看護師、薬剤師など）の業務は役職や職務記述書などによって役割分担が明確化されており、コンサルタント（専門医）を中心にした他職種からなるチーム医療が一般的に行われている。

なお、英国の医師・看護師の資格制度は、中央・地方行政による直接管理ではなく、総合医療審議会（General Medical Council :GMC）や看護助産審議会（Nursing & Midwifery Council: NMC）などの法律に基づいた非営利組織による認定制となっており、これらの組織が免許の管理や養成プログラムの策定等を行っている。また、法的には、薬剤の処方に関する事柄を除けば、医師・看護師の業務範囲を規制する法令がなく、専門職の業務は法律ではなく各専門職団体が規定する指針（guideline, guidance）や行動規範・行動指針（code of conduct, code of practice）に定められている⁴¹。

⁴¹ 白瀬由美香「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担」海外社会保障研究 174 号（2011 年）

C. 介護保障制度

(1) 社会サービス (Social Service) の概要

社会サービス (Social Service) とは、高齢者等の支援を要する人々へのケアやサポート (いわゆる福祉サービス) を指す。英国では、地方自治体が担い手となって、こうした社会的支援が提供されている。財源は基本的に税方式だが、NHS とは異なり、一定のサービス (例：ナーシングホーム、レジデンシャルホームなど) に対しては料金徴収できる権限を持ち、利用者の自己負担額は自治体ごとに設定されている。地方自治体の社会サービス部門 (Councils with Adult Social Services Responsibilities: CASSRs) が運営主体となり、ニーズアセスメントの実施、受給資格の決定、ケアプランの設計、ケアパッケージの提供などを行っている。

高齢者ケアに関する全国的な施策としては、下記のもの挙げられる。

2001 年	<p>「高齢者のための全国サービス枠組み (National Service Framework for Older People) 」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人を中心とする「パーソンセンタード・ケア」を提唱 ・不必要な入院などの予防 ・専門職ケアによる慢性疾患の低減 など言及
2002 年	<p>保健省指針「ケアサービスへの公正なアクセス：成人社会ケアの受給資格基準に関するガイダンス (Fair Access to Care Services: Guidance on Eligibility Criteria for Adult Social Care) 」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地方自治体が要介護者 (高齢者のみならず先天/後天的な身体/精神障害者・疾病患者を含む) を決定する際の指針 ・受給資格基準は地方自治体の実情に合わせて設定するべきとした
2008 年	<p>保健省指針「終末期ケア戦略 (End of Life Care Strategy - promoting high quality care for all adults at the end of life) 」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・進行性疾患の終末期ケアを、アプローチの検討、アセスメント、各種施設でのケア提供、亡くなった後のケアなどの 6 段階に分けて解説 ・地域で認知症をケアするチームの実例なども紹介
2012 年	<p>政府白書「未来のための介護：ケア支援改革 (Caring for our future: Reforming care and support) 」発表</p> <p>NHS 新 3 カ年計画 (Compassion in Practice—Nursing, Midwifery and Care Staff Our Vision and Strategy) 発表 等</p>

英国政府では今後、2015年より自治体が提供する高齢者ケアサービスに全国統一の基準（social care quality standard program）を導入する計画を立てており、2013年6月にはこの基準案が発表されている⁴²。同案では、高齢者が基本的な身の回りの世話ができるか否かなどの基準を示し、それらに該当する対象者について、自治体が高齢者ケアサービスを提供することを義務付けるとしている。これまでの自治体のケアサービスは4段階中で重度の高い2段階に該当する高齢者のみに行われることが一般的だったが、その制限をなくし、イングランド全土で高齢者ケアサービスの地域間格差を解消することを目的としている。

ケアサービスの質に関するマネジメント面では、前述の医療・社会福祉法（2012年）により、それまで行政評価およびサービス提供機関の基準設定・監督・評価を担っていた第三者機関である医療機関のヘルスケア委員会（Healthcare Commission）、精神保健領域のメンタル・ヘルス法委員会（Mental Health Act Commission）、社会的ケア領域のソーシャル・ケア監査委員会（Commission for Social Care Inspection）の業務が、成人の医療と社会的ケアの規制を包括的に扱う単独の第三者機関としてCQCに移行された。CQCは、医療と社会的ケアの領域にまたがり、共通規制（登録、評価的手法の開発や評価）を担う主体として機能していると言える。

（2）サービスの内容

地域で提供されているサービスの具体的な内容として、大まかに次のようなものが挙げられる。

- ▶ ケア付き住宅：シェルタードハウジング（例：入浴介助などのケア付き、24時間対応アラーム付きなど）、グループホームなど
- ▶ 施設ケア：ケアホーム、ナーシングホーム
- ▶ 在宅・地域ケア：訪問介護、訪問看護、配食サービス、デイセンターなど

これらのサービスの利用負担については、在宅ケアサービスでは地方自治体により大幅な裁量が認められているため、地域によって提供されているサービスの内容は異なる。一方、入所型の施設サービスでは、国の費用徴収基準に基づき、地方自治体が利用者に対して請求を行う。

⁴² NICE website, “NICE social care quality standards and the quality landscape.” (<http://www.nice.org.uk/socialcare/SocialCareQualityStandardsQualityLandscape.jsp>)

5.2 英国の認知症施策

A. 認知症患者の全体像

先進諸国同様、英国においても、人口の高齢化に伴って認知症患者が急激に増加している。英国アルツハイマー協会が2013年に発行した報告書「認知症2013 (Dementia 2013: The hidden voice of loneliness)」によれば、英国国内には現在、約80万人の認知症患者がおり、その数は2021年には100万人、2051年には170万人を突破するだろうと推計されている。認知症の内訳を見ると、最も多くの割合を占めるのがアルツハイマー型認知症(62%)で、次いで脳血管性認知症(17%)、混合型(10%)と続いている。また、こうした認知症患者の3分の1が地域で暮らしていると報告されている。

B. 認知症施策の流れ

(1) 認知症政策の背景

英国では2000年頃より、認知症患者数の増加やそれによる保健医療・社会サービスにかかるコストの増大といったインパクトが社会的な課題として意識されている。

英国国内での議論のきっかけとなったのは、2000年に監査委員会(Audit Commission)が発行した報告書『私を忘れないで(forget me not – mental health services for older people)』である。同報告書は認知症に関する保健医療や介護サービスについて、質的な問題や両者の連携不足をはじめとする様々な問題点を指摘した。これらの指摘に対し、2年後に行われた再監査でほとんど改善が見られなかったことから、英国国内での批判が高まった。また、患者が認知症の症状が出始めてから「物忘れ外来」などの専門機関を受診して認知症と診断されるまでの期間が長く、患者自身、家族、GPなどに認知症の正しい知識が不足していることや専門機関の数が少ないこと、認知症診断数に地域によりばらつきが多い(英国全土で見ると70~25%以下まで幅があり、北アイルランド、スコットランドと比較するとイングランド、ウェールズでは診断率が低い)、認知症患者への向精神薬の投与が多いことなども課題となっていた。

上記のようなサービス提供面での課題に加え、2007年に英国アルツハイマー協会が発表した報告書では、認知症患者数の将来推計値や患者一人当たりにかかるコスト推計などが明らかされ、認知症患者の増大が国の経済全体にもたらす影響の大きさが認識されるきっかけとなった。

➤ 「メンタル・キャパシティ法」の成立（2005年）

これらの背景の中、2005年に成立した「メンタル・キャパシティ法（Mental Capacity Act）」は、他の精神疾患と同様に精神保健法（Mental Health Act）で認知症患者の判断能力を扱うことに対する倫理的、人権的観点からの批判、また認知症の当事者の希望に反し、介護者が過重な介護負担から当事者の施設入居を望み、多くの場合介護者の要望が優先される結果となってきたことへの人権的観点からの議論などを踏まえ、認知症患者本人の判断能力を最大限に尊重した支援・治療を推進するための法的整備を行った⁴³。本法により、認知症高齢者は早期の段階で余生の過ごし方を意思表示し、支援者は本人の意向を踏まえた支援計画を立てることが義務付けられた。

➤ NICE/SCIE「認知症臨床ガイドライン」の発表（2006年）

「認知症臨床ガイドライン（NICE clinical guideline 42: Dementia Supporting people with dementia and their carers in health and social care）」は保健医療サービスの各種臨床ガイドラインを作成するNICEと社会的ケアのガイドライン作成を担う社会的ケア評価機構（Social Care Institute for Excellence: SCIE）が連携して同時に取りまとめた、認知症の治療とケアに特化したガイドラインである⁴⁴。この内容は以降の関連文書にも引き継がれる、臨床的方針の基礎となった。

➤ 国家監査機構（NAO）全国調査の実施（2007年）

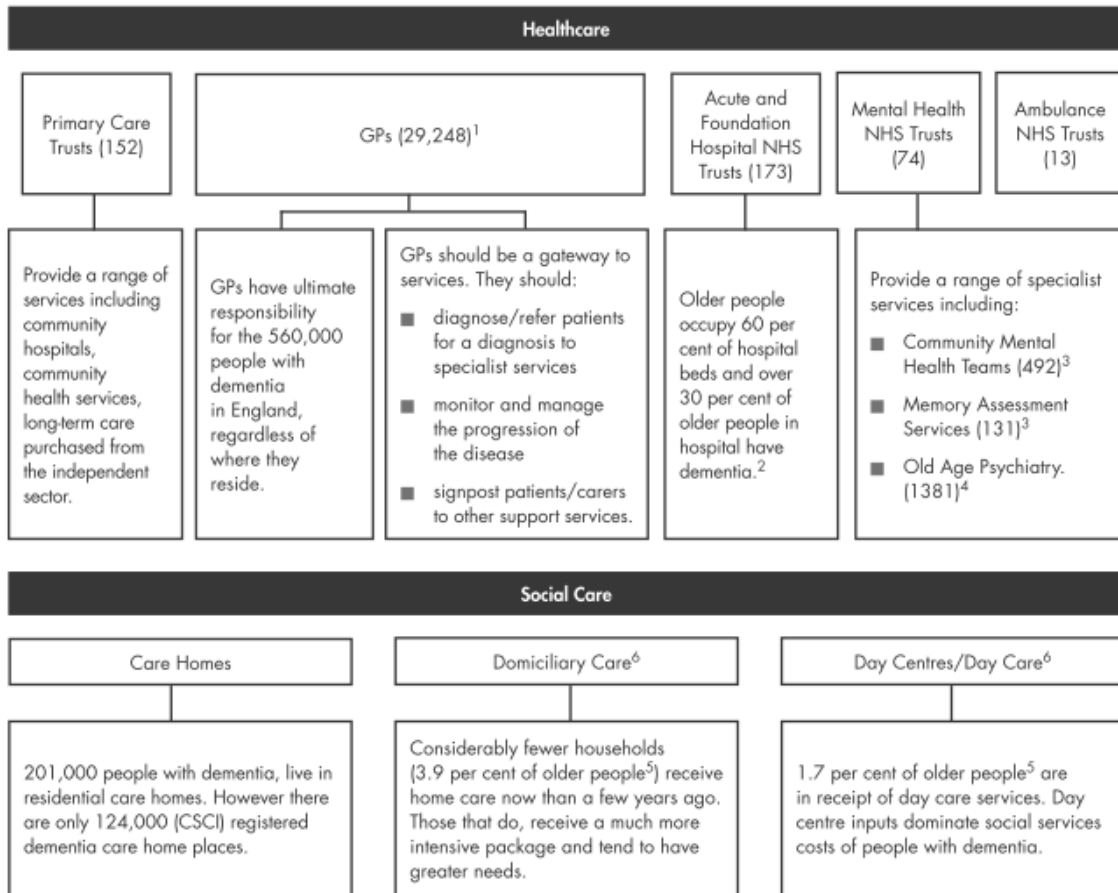
2007年に国家監査機構（National Audit Office）が行った全国規模の監査では、認知症患者を取り巻く環境や医療・ケア提供体制の整備状況を整理するとともに、認知症政策の論点とすべき具体的な課題が指摘された。認知症の早期発見と早期介入がコスト的メリットをもたらすことで専門家と保健省との間で意見が一致しているものの、国として認知症対策を始動した時点で正式な診断を受けているイングランド全体の認知症患者数は地域により実際の患者数の3分の1から2分の1という著しいギャップがあり、診断率の向上が課題であることなどが言及された⁴⁵。

⁴³ 西田淳志「英国の国家認知症戦略のビジョンと実際」（厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）研究分担報告書）

⁴⁴ NICE, *NICE clinical guideline 42: Dementia – Supporting people with dementia and their carers in health and social care*, (2006)

⁴⁵ National Audit Office, *Improving Services and Support of People with Dementia*, (2007)

図表 認知症対応に関連する医療・ケア提供体制



(出典) National Audit Office, *Improving Services and Support of People with Dementia*, (2007)

(2) 認知症国家戦略と関連施策

➤ 認知症国家戦略 (2009年)

上記の経緯を踏まえ、2009年2月に「認知症国家戦略 (Living well with dementia: A National Dementia Strategy)」が発表された。国家戦略は2009年から2014年までの5年間で認知症ケアを集中的に改善することを目指し、「認知症とともによい生活・人生を送る (Living well with dementia)」という目標のに向けた3つの基本理念として①一般人・専門家に対して認知症に対する正しい知識を広めること、②専門家による正しい早期診断と早期介入を行うこと、③診断が確定してからターミナル期まで質の高いケアを提供することを掲げ、5つの重点課題と17の戦略目標 (追って1項目が追加され、合計18項目となった) を提示した。また、これにより保健省内に認知症局が設置された。

認知症国家戦略の18戦略目標の内容は次のとおりである。

図表 英国認知症国家戦略の 5 重点課題と 17 戦略目標

重点課題

- ・ 包括的な初期集中支援サービスの普及
- ・ 総合病院における認知症患者への治療・ケアの改善
- ・ ケアホームにおける認知症患者への治療・ケアの改善
- ・ 介護者へのサポートの強化
- ・ 認知症患者への向精神薬処方制限

戦略目標

- (1) 認知症に対する普及啓発 (Improving public and professional awareness and understanding of dementia)
- (2) 質の高い早期診断・介入 (Good-quality early diagnosis and intervention for all)
- (3) 認知症患者と介護者への情報提供 (Good-quality information for those with diagnosed dementia and their carers)
- (4) アクセスしやすいケア、継続的な支援の実現 (Enabling easy access to care, support and advice following diagnosis)
- (5) 認知症患者と介護者のピアサポートの仕組みづくり (Development of structured peer support and learning networks)
- (6) 地域での個別的支援の改善 (Improved community personal support services)
- (7) 介護者のための戦略の実施 (Implementing the Carers' Strategy)
- (8) 病院でのケアの改善 (Improved quality of care for people with dementia in general hospitals)
- (9) 中間ケアの改善 (Improved intermediate care for people with dementia)
- (10) テレケアを含む住宅関連支援の検討 (Considering the potential for housing support, housing-related services and telecare to support people with dementia and their carers)
- (11) 介護施設ケアの改善 (Living well with dementia in care homes)
- (12) 終末期ケアの改善 (Improved end of life care for people with dementia)
- (13) 従事者の能力開発 (An informed and effective workforce for people with dementia)
- (14) 地域委員会戦略と世界レベルの委員会との協働 (A joint commissioning strategy for dementia)
- (15) 監査を含む成果のモニタリングと評価 (Improved assessment and regulation of health and care services and of how systems are working for people with dementia and their carers)
- (16) 研究の推進 (A clear picture of research evidence and needs)
- (17) 本戦略実施のための国及び地方レベルでの支援 (Effective national and regional support for implementation of the Strategy)
- (18) 認知症患者への向精神薬処方制限 ()

(出典) Department of Health, *Living Well with Dementia: A National Dementia Strategy*, (2009)および DH ウェブサイトをもとに作成。

➤ 『認知症患者への抗精神病薬使用に関する報告書』の提出（2009年）

認知症国家戦略の発表から半年後、同文書の策定委員会共同委員長を務めたロンドン大学キングスカレッジ Sube Banerjee 教授によってケアサービス大臣に『認知症患者への抗精神病薬使用に関する報告書』が提出された。認知症患者の行動・心理症状に対する抗精神病薬の使用について、国内で約 18 万人の認知症患者に抗精神病薬が使われているが、抗精神病薬の認知症症状管理効果は限られているとみられるため、その大半で薬の使用が死亡リスクを高めていることを指摘した。また、抗精神病薬が NICE ガイドラインに従って医薬品によらない認知症治療が奏功しない場合に選択されるのではなく、管理の困難な認知症行動に対処するための第一の選択肢として頻繁に使用されているとみられることが示された⁴⁶。

これを受けて、認知症国家戦略の戦略目標および重点課題として、認知症患者への抗精神病薬処方制限が加えられ、政府は 2011 年 11 月までに認知症患者への抗精神病薬の使用を 3 分の 2 減少させると述べた。

➤ 認知症のための品質基準（2010年）

認知症対応における質の高いケアを定義し、患者や介護者、医療・ケアを担うスタッフに分かりやすく示すことが目的として、NICE/SCIE ガイドラインに則った「認知症のための品質基準（The NICE Quality Standard for Dementia）」が新たにまとめられた。品質基準は 10 項目で構成され、ケアにあたっては適切な研修を受けたスタッフが必要であることや認知症の診断を受けることの必要性などが明示されている。

➤ 終末期ケアに関するガイドライン（2010年発表）

「認知症患者の終末期ケアに関するガイドライン（Commissioning Guide: End of life care for people with dementia）」は、認知症対応に携わり保健医療サービスや社会的ケアを担う支援者に向けて、より良い終末期ケアを実現するための情報提供を行うことを目指した。終末期ケアの入口から出口までを 6 つのステップに分け、各段階における判断の基準などの情報をオンラインで提供する。向精神薬の使用についても、薬の使用はケースによっては有効だが、緩和ケアにおいては抑うつへの対処として安易な利用は勧められないことや、家族に対して向精神薬の使用について情報提供し、適切な処方の意思決定に参加させることなどを説いた⁴⁷。

英国では、認知症国家戦略の策定後、監査局による年次評価などの進捗評価を行いながら、活動計画に沿った取組が行われきた。労働党政権から連立政権へと以降した後も、より効率的なサービス提供を行うためにサービス提供者からの情報提供・共有を強化したり、保健省の優先課題を設定するなどの活動方針の修正を行いながら、継続的な取組

⁴⁶ 国立医薬品食品衛生研究所「各国規制機関情報」医薬品安全情報 Vol. 10（2012年）

⁴⁷ NICE, *Commissioning Guide: End of life care for people with dementia*, (2010)

が行われている。国家戦略の最終年となる 2014 年には、独立した監査機関が無作為に選ぶ利用者や介護者を対象としてサービス評価のための調査を行い、国家戦略の取組成果を評価することが計画されている。

さらに、2012 年に発表された「首相のチャレンジ（Prime Minister's Challenge on Dementia）」では、現行の国家戦略の達成後を念頭に置き、認知症に関する支援施策や研究の推進において英国が世界のイニシアティブをとることを目指した政策目標が掲げられた。あわせて、2013 年 12 月には認知症を取り上げた G8 サミットのチェアを務めるなど、積極的な取組が行われている。

C. 認知症の診断・治療・ケア

（1）診断・治療

＜診断・治療の流れ＞

上述のように、英国の保健医療サービスは GP を入り口として二次・三次医療を担う専門機関（病院）にアクセスする仕組みとなっている。これは認知症患者についても同様であり、診断・治療への最初のステップは GP への受診、次に専門医による診断・治療となる。また、メモリークリニックの物忘れ専門医が GP の診療所などを訪れ、GP とともに診察を行うこともある。

➤ GP および診療所

記憶や認知に問題がある患者は、まず GP・診療所の受診（あるいは往診）を受ける。認知症が疑われる場合、患者の自宅のほうが生活上の問題点を見つけやすいため、GP が往診を望む場合もある。この段階で認知症の可能性が高い場合には地域の看護サービスや社会サービスの紹介が行われるが、より精密な診断が必要と考えられる場合はメモリークリニックや専門医へと紹介する。

➤ 専門医、メモリークリニック

GP から紹介を受ける専門医の分野には、神経科、老年病科、一般成人精神科、老年精神科などがあり、専門医が紹介された患者のケースに最終的な責任を持つ。検査結果などから専門医が総合的な評価を行い、GP にレポートを送付する。診断に関して専門医と GP が討議したり、診断確定前に数カ月経過を観察するために専門医が GP に戻す場合もある。

診断結果の本人への伝え方について、医師の中には認知症であることや認知症の疑いがあることを患者本人に伝えず、家族や周囲の人に告げたり、本人にそれを知らせるかどうかを家族や周囲の人に任せたりすることも多い。このため、英国アルツハイマー協会は患者の知る権利を挙げ、医師に説明を求めることを躊躇しないよう患者に促している。

診断の確定後は GP が患者の経過を観察し、変化があれば検査や扱いの難しい特定の問題について助言を得るよう、専門家に紹介を行う。認知症以外の一般的な健康の問題については GP もその認知症患者に関して責任を持ち続ける⁴⁸。

精神科への入院に関しては、急性期のケースや、患者の周辺症状に自傷・他傷のリスクが見られるか否かが判断基準のコンセンサスとされている⁴⁹。なお、英国内の入院1症例毎の詳細データを収集している「病院統計データ (Hospital Episode Statistics (HES) online)」によると、2011～2012年間に HES に提出された入院症例 (Finished Consultant Episode: FCE) に占める認知症 (大区分) の診断状況は下表のとおり報告されている。

図表 入院症例における認知症診断の状況

Primary diagnosis: 3 character code and description	終了数 Finished consultant episodes	入院数 Admissions	待機リスト Waiting list	平均待機日数 Mean time waited	平均滞在日数 Mean length of stay	平均年齢 Mean age
Total	17,465,425	15,019,396	5,541,731	52	5.3	51
アルツハイマー型認知症 F00	1,500	1,336	183	8	126.5	79
脳血管性認知症 F01	10,050	5,236	271	28	51.8	82
他の病気由来の認知症 F02	226	192	33	2	97.1	72
特定不能の認知症 F03	11,641	5,906	266	30	33.4	84

(出典) The Health and Social Care Information Centre, Hospital Episode Statistics for England.

Inpatient statistics, 2011-12.より作成。

⁴⁸ Alzheimer Society, *Factsheet: Diagnosis and assessment*, (2011)

⁴⁹ 西田淳志「英国の国家認知症戦略のビジョンと実際」(厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)研究分担報告書)

＜薬の処方＞

認知症国家戦略は抗精神病薬の処方の制限を重点課題として掲げ、認知症の治療に関する抗精神病薬の処方権限を原則として専門医に集約し、GPでの処方は制限されるようになった⁵⁰。ただし、初回の処方では専門医（非常勤のアドバイザーとして専門医が勤務するメモリーサービスや地域のメンタル・ヘルス・チームなど）が検査結果をもとに使用の必要性を判断するが、継続治療にあたってはGPでも対応可能である。また、自己負担で薬の使用を希望する場合には、専門医、GP、私立病院などで処方を受けることができる。

図表 薬の処方の基準

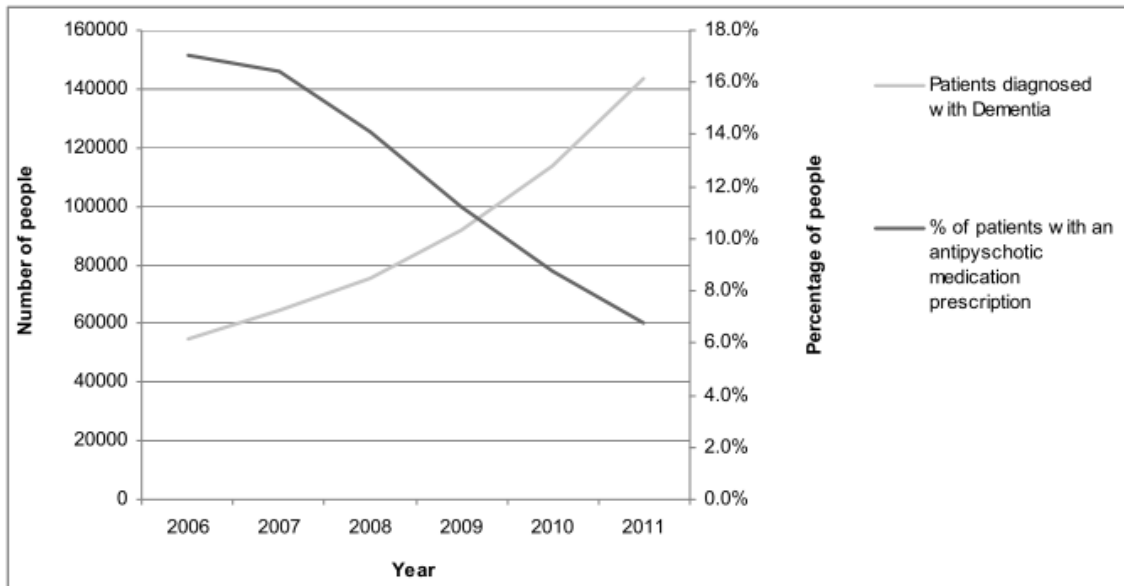
	ドネペジル	リバスチグミン	ガランタミン	メマンチン
償還（NICE 推奨）	可	可	可	不可
誰の処方箋があれば初回の薬への償還支払が可能か	専門医	専門医	専門医	-
誰の処方箋があれば継続治療の償還支払が可能か	専門医 または GP	専門医 または GP	専門医 または GP	-
必要な検討	臨床診断	臨床診断	臨床診断	-
MMSE 制限	12 以上	12 以上	12 以上	-

（出典）Alzheimer Europe ウェブサイト

認知症国家戦略の取組の下、認知症の診断数は増加し、また、診断数に対する抗精神病薬を処方される認知症患者の割合は減少傾向にあることが2012年の監査報告書で報告されている。抗精神病薬の処方割合は2006年の17.5%から2011年には6.8%に変化した。

⁵⁰ Alzheimer Society, *Factsheet: Diagnosis and assessment*, (2011)

図表 認知症診断数と抗精神病薬の処方割合の変化



(出典) Health and Social Care Information Centre, *National Dementia & Antipsychotic Prescribing Audit 2012*, (2012)

<メモリーサービスの成果と課題>

2007年のNAO報告書で課題として指摘された認知症の診断率を向上させるため、NHSの無料の健康診断に認知症を組み込んだり、地域サービスによる初期診断の窓口として「メモリーサービス」の全国普及を進めるなどの取組が行われている。

また、プライマリーケアにおける診断率を引き上げるために、GP向けにタブレット端末を使って短時間での認知症診断をサポートするソフトを開発したり、GP養成機関（Royal College of General Practitioners）等で診断基準などの情報を公開し、意識啓発なども行われている。

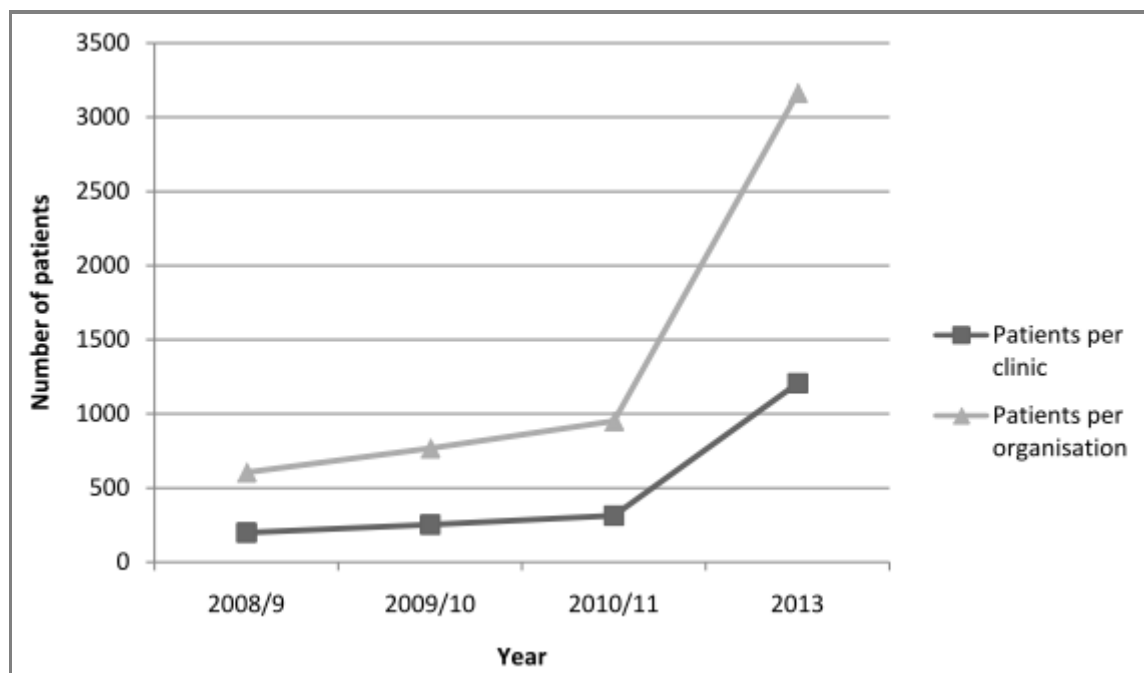
以前より地域の中で活動してきたメンタル・ヘルス・チーム（NHSメンタル・ヘルス・トラストのチーム）に加え、認知症国家戦略において初期診断窓口として位置づけた「メモリーサービス」の全国普及も進められている。メモリーサービスの先進例であるロンドン南部クロイドン地区の「クロイドン・メモリーサービス」では、次のようなサービスが提供されている。

- ・多職種で構成するチーム体制（心理士、作業療法士、ソーシャル・ワーカー、看護師等）を組み、非常勤の専門医が診断・処方を決定
- ・65歳以上の高齢人口約4万人に1か所程度の割合で設置
- ・在宅（各地域のメモリーサービスに来所でも可）で適切な早期診断を実施

- ・患者や家族への十分な時間を使ったフィードバックを行い、早期支援を開始、GPへの引き継ぎを行う

メモリーサービスの質を監査する組織（Memory Service National Accreditation Program: MSNAP）も創設され、メモリークリニック数は2011年時点で337と報告された。ただし、2013年に発表された保健省委託の調査報告書では、受診までに平均5.2週、診断を受けるまでに8.36週という待機期間の短縮が課題であることや、患者数の増加などの要因により1クリニック当たり患者数が大幅に増加していること（2009年には202人だった平均が2013年には1206人に増加）などの課題も指摘された⁵¹。

図表 メモリークリニックの平均患者数(トラストおよびクリニック当たり)



(出典) Royal College of Psychiatrists, *English National Memory Clinics Audit Report*, (2013)

⁵¹ Royal College of Psychiatrists, *English National Memory Clinics Audit Report*, (2013)

6 まとめと考察

第2章で述べたように、オランダ、イタリアおよび英国の各調査対象国では、文化的背景や医療・介護にかかる基本的な制度などの差異を持ちつつも、それぞれに認知症患者への対応という課題を抱え、診断からケアまでの各ステップにおける対応を強化するために、具体的な取組が行われている。

本項では、各国での取組の状況を踏まえ、日本での認知症対策に通じる論点として、早期診断・早期治療、薬の処方、診断・治療とケアの連携、看取り体制の整備の4点について考察を行った。

A. 早期診断・早期治療

オランダにおいては、GPが患者の認知症について最初の判断を行う役割を担いつつ、GPだけでは判断ができないケースでは、専門機関が、GPから患者の紹介を受けて診断を行い、またGPに対してセカンドオピニオンを提供するなど、認知症のゲートキーパーとなるGPをバックアップする仕組みが整えられている。

イタリアにおいても、認知症の診断・治療を専門とするアルツハイマー評価ユニット（UVA）が保健地域単位で配置され、GPから紹介を受けた患者をサポートする仕組みとなっている。UVAでは、地域によってはサービス提供の量的な不足という点で課題があるものの、精神科と老年科を中心とした専門医による診断を受けることができ、認知症対応の中心機関として明確な役割を担っている。

早期診断・早期治療を目的としたGPと専門機関の連携強化は、英国の認知症国家戦略においても重要な柱となっている。政策目標に向けた進捗状況を測るために、認知症診断に関するGPから専門機関への紹介件数などの具体的な指標も設けられ、各年の評価が実施されているところである。

我が国においても、認知症の早期診断・早期対応を進めることが求められている。我が国では認知症の診断・治療の多くは開業医が行っており、都道府県のホームページには認知症をみる医療機関として記載されている。しかしすべての登録医療機関が十分な機能を発揮しているとは限らない。認知症疾患医療センターが全国に146か所（H24.2.1時点）あるが、十分な連携はまだできていない状態である。認知症の診断治療に情報提供を行うシステムの充実が必要と考える。

B. 薬の処方

オランダにおける認知症の薬の処方に関しては、初回の処方の際には GP ではなく専門医による処方を必要とする、処方に関して、MMSE のスコアによる制限があるなど、一定の制限がある。

イタリアでは、初回の処方か継続かを問わず、認知症の薬を処方できるのは専門機関（UVA）のみとなっており、GP との役割分担が明確になされている。また、保険適用となる範囲は MMSE スコアにより一定の基準が設けられている。

同様の取組は英国でも進められている。2009 年に発表された認知症患者に対する抗精神病薬の使用に関する報告が大きな注目を集めたことにより、認知症国家戦略の中でも重点課題として、抗精神病薬の処方権限（初回）を専門医に制限する取組が始まった。

このように、諸外国の事例からは、認知症治療における薬物の処方をできる主体が制限するといった方法や、薬物の使用について一定の基準を設けていることが確認された。ただし、認知症薬の投与開始の目安はあるものの、中止する基準ははっきりとしていない。一旦投薬を始めると、家族の希望や中止をためらう等、投薬を中止しがたい状況がある。イタリアでは施設に入所すると認知症薬は原則中止となっているが、人権的な問題等で 30%程度は中止できていない状況であった。今回の調査ではこの理由まで解明することはできなかった。

我が国では、認知症治療における薬物の処方を効果的に進められる体制づくりや、薬物の使用について一定の基準を設けることも考え、認知症の治療が効率よくかつ効果的に進められるように検討する必要があるのではないかと。

C. 診断・治療とケアの連携

オランダにおいては、認知症の診断が下された後、ケースマネジャーが医療・介護提供者と協議し、ケアプランを作成して、在宅患者に対するケアをコーディネートしている。ケースマネジャーが GP と協力し、認知症患者の家族や介護者、介護関係における各種問題を解決することや、ケアのコンサルタントとして、認知症患者が診断を受けてから終末期のステージまで、患者と介護関係者全体をサポートすることによって、家族の介護負担を軽減したり、施設入所の時期を最大限遅らせるなどの役割を担っている。

一方、イタリアでは、家族や移民家事労働者による在宅介護を中心とする福祉制度が組み立てられてきたという独自の文化的背景がある。近年では、こうした家族や移

民労働者が在宅介護の担い手として大きな役割を果たすという特色をベースにしつつも、地域保健の中で医療的ケアと社会福祉サービスをコーディネートすることの重要性が指摘され、両者を橋渡しするための仕組みづくりに取り組まれているところである。

上記のように、イタリアでは多くの移民労働者が住み込みで在宅ケアの担い手となることによって在宅での生活が維持されていることが分かったが、この利点および問題点については今回の調査で明らかすることができなかった。介護スタッフの不足は日本でも問題視されており、外国人労働者の活用が提案されている。この意味からも、日本の参考になるような諸外国の状況をさらに調査、検討する必要がある。

D. 看取り体制の整備

オランダにおいては、患者を担当している GP 以外でも、GP ポストという GP が共同で設置する診療所に勤務する GP が 24 時間体制で患者の看取りに対応することが可能であることが、在宅での看取りを可能とするうえで重要な役割を果たしているものと考えられる。また、認知症患者の安楽死も認められている。

このように、在宅ケアを推進する上では、在宅で亡くなる患者が増加することが見込まれる中で、そうした増加に対応しうる患者の看取りの仕組みや体制を増やしてゆく必要があるだろう。

附録 現地調査入手資料一覧

附録 現地調査入手資料一覧

No.	国名	種類	資料名	著者	発行年
1	オランダ	レポート	Jaarbericht VUmc Alzheimercentrum 2012 (英訳: Annual Report 2012)	Vumc Alzheimercentrum	2012
2	オランダ	パンフ レット	VUmc Alzheimer Center Preceptorship	Vumc Alzheimercentrum	
3	オランダ	PPT	Introduction VUmc Alzheimer Center	Vumc Alzheimercentrum	
4	オランダ	PPT	National Dementia Programme in the Netherlands	Alzheimer Netherlands	
5	オランダ	レポート	Zorgstandaard Dementie (英訳: Dementia care standard)	Alzheimer Netherlands	2013
6	オランダ	レポート	Publieksversie zorgstandaard dementia (英訳: Dementia care standard - public version)	Alzheimer Netherlands	2013
7	オランダ	資料	Hervorming langdurige zorg (英訳: Long-term care reform)	保健省	
8	オランダ	PPT	Dementiezorg in Nederland (英訳: Dementia care in Netherlands)	保健省	2013
9	イタリア	レポート	Alzheimer Italia Bilancio di Missione 2011 (英訳: Alzheimer Italia Mission report 2011)	Federazione Alzheimer Italia	2012
10	イタリア	冊子	Alzheimer Italia News 46	Federazione Alzheimer Italia	2013
11	イタリア	冊子	Alzheimer Italia News 47	Federazione Alzheimer Italia	2013
12	イタリア	パンフ レット	Carta dei Servizi (英訳: Service charter)	Presidenza Alzheimer "Non ti scordar di me"	-
13	イタリア	冊子	Le Nostre Poesie (英訳: Our poems)	Presidenza Alzheimer "Non ti scordar di me"	-
14	イタリア	冊子	Voglia di... crescere (英訳: Want to grow...)	Presidenza Alzheimer "Non ti scordar di me"	2007

15	イタリア	冊子	Dedicati ai malati di alzheimer (英訳: Dedicated to people with alzheimer)	Presidenza Alzheimer "Non ti scordar di me"	2012
16	イタリア	書籍	Manuale per prendersi cura del malato di Alzheimer (英訳: Handbook to take care of people with alzheimer)	Alzheimer Europe (Federazione Alzheimer Italia)	(2012)
17	イタリア	書籍	Cara Nonna (英訳: Dear grandmother)	Alzheimer Europe (Federazione Alzheimer Italia)	1999 (2006)
18	イタリア	書籍	Musicoterapia con il malato di Alzheimer (英訳: Music therapy with alzheimer's patient)	Federazione Alzheimer Italia	2003
19	イタリア	パンフレット	La gentilezza nei luoghi di cura (英訳: The kindness in care)	Regione Emilia-Romagna 等	
20	イタリア	レポート	Bilancio sociale aggregato 2012 (英訳: Corporate social responsibility report 2012)	AIOP provincia di Bologna	2012
21	イタリア	レポート	2012 Bilancio sociale di gruppo (英訳: 2012 Budget social group)	Consorzio Colibri	2012
22	イタリア	パンフレット	VILLA SERENA Carta dei Servizi (英訳: Villa Serena Service charter)	Villa Serena	2013
23	イタリア	レポート	International Comparative Study on Policies for in-hospital treatment and community-based care for people with dementia	Villa Serena	2013
24	イタリア	資料	Ospedale privato accreditato Santa Viola (※記入フォーム)	Santa Viola	-
25	イタリア	書籍	Laboratori di animazione per la terza età (英訳: Animation workshops for seniors)	Federica Taddia	2012
26	イタリア	書籍	Regio Trans Tiberim	Ennio Di Paolo	2011

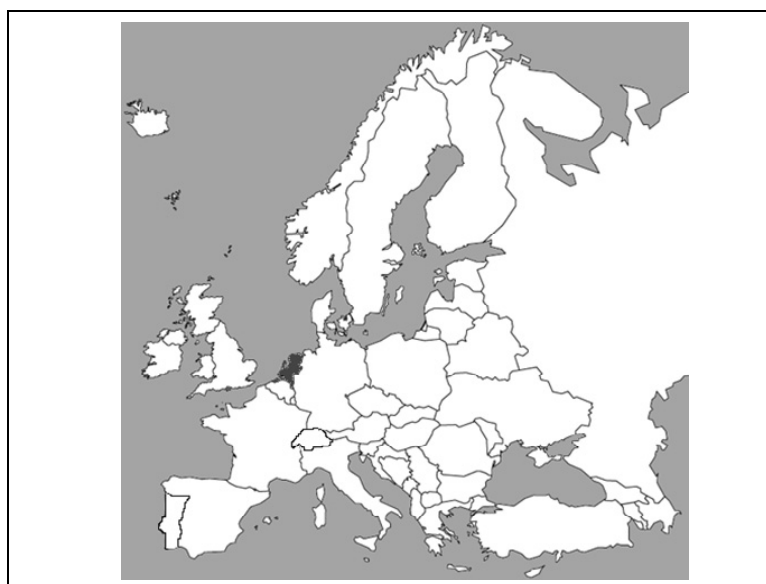
資料 翻訳資料

(1) オランダ

1. アルツハイマーオランダ「オランダにおける全国認知症プログラム (National Dementia Programme in the Netherlands)」
2. アルツハイマーオランダ「支援と介護 (steun en zorg) (認知症ケア基準一般向け版)」

(2) イタリア

1. アルツハイマーイタリア「2011 年年次報告書」 (Alzheimer Italia Bilancio di Missione 2011) ※部分翻訳
2. 国家・州会議 (Conferenza Stato Regioni) 2010 年 7 月 8 日付目録文書第 76 号
3. [エミリア・ロマーニャ州] 州法 DGR514/2009 Annex DC
4. [エミリア・ロマーニャ州] 州法 DGR2110/2009 Annex DG



オランダ



人口: 1700万人
うち280万人が65歳以上

25万人が認知症
うち10万人が治療を受けていない

69%は自宅在宅

特筆すべきグループ:
65歳以下の患者は1万2千人
移民の患者は1万4千人

コーヒーに使うのはどれ？



アルツハイマー患者はこんな悩みを毎日抱えています

オランダ



ナーシングホーム: 80.120床

平均入居期間: 1.5年

多くは施設で最期を迎え、自宅に帰ることはない

認知症では入院せずデイケアのみ (n ≈ 60)

家庭医が認知症発見のゲートキーパーとなる (n ≈ 8000)

オランダ



向精神薬を使用した認知症治療:

- ナーシングホーム 33%
- 在宅介護:不明、おそらくさらに少ない

拘束具の使用:

- 正確な数字は不明;
- ナーシングホームにおける推定≈ 41-64% (ベルト使用は≈ 10%);
- 使用目的 90% は落下防止、10%は徘徊防止

強制入院

- 限定的な現象
- 一般的ではないのでデータなし;
- 裁判官や市長の許可が必要;

目次

- オランダ
- 共通の課題
- 何が効果的だったか
- 三つのパズル



alzheimer

共通の課題

1. 認知症患者の増加:
2012年の25万人 --->2040年には50万人
2. 看護師が過重労働を強いられているか、その一歩手前
3. オランダにおける最も高価な医療 オランダで39億ユーロ



国務長官:25%のコスト削減が必要

共通の課題

1. 増える認知症に対して低コスト診療を実現
2. 過小診断問題の解決
3. “良質なケアスタンダード”の再定義

目次

- オランダ
- 共通の課題
- 何が効果的だったか
- 三つのパズル



何が効果的だったか: ステップ・バイ・ステップ



全国認知症プログラム (2005-2008)



統一ケアプログラム (2008-2011)



全国認知症基準 (2011-2013)



?

何が効果的だったか: ステップ・バイ・ステップ

初めにオランダ・アルツハイマー協会、政府、コンサルタント、地域ネットワークでスタート

全国認知症プログラム (2005-2008)



ある程度時間が経ってから医療保険者の参加

統一ケアプログラム (2008-2011)



最終的に専門家や関係団体の参加

全国認知症基準 (2011-2013)



?

何が効果的だったか: ステップ・バイ・ステップ

異なる目的:
患者に焦点を当てた改善

全国認知症プログラム (2005-2008)



統一ケア + ケース・マネージメント

統一ケアプログラム (2008-2011)



“良いケア”という定義に対する共通認識
(ケース・マネージメント、特化、診断方法
法に関するディスカッションなど)

全国認知症基準 (2011-2013)



?

何が効果的だったか

患者や介護者にとってなにが大切か



何が効果的だったか:患者の目線から

患者や介護者にとって何が大切かを知る:

1. オランダ・アルツハイマー協会の認知症モニター;
2. パネル/フォーカスグループ;
3. 結論を全国&地域レベルで地域ネットワークや医療保険者にフィードバック

介護者にとっての最大関心事に関する共通認識:

1. 変わり行く患者にどう対応するか: 困惑、怒り、恐怖;
2. 介護の限界;
3. 入院に対する抵抗;
4. 手詰まり感;
5. 介護者とのコミュニケーションギャップ

オランダ・アルツハイマー協会のボランティアはあらゆる場面で患者の弁護士としての役割を果たします

認知症モニター:全国調査

(2012: n=2400 介護者, 46 ネットワーク)

全体的な評価:

最も重要なケア:

1. 情報と啓蒙
2. ケース・マネジメント
3. アクティビティ(デイケアなど)

専門的なケアで高い満足度 (7.7)

改善が望まれる点:

- 早期診断
- 早期の入所
- 在宅で問題が起きた際のヘルプ
- 介護関係者内でのコミュニケーション

良好な結果が出たが:

- 半数以上の介護者が深刻な過労
 - 77%が患者の行動パターンの変化についていくのを困難と感じている
 - 63%が将来的に施設に収容されることを懸念
- これらの問題に関し我々は手助けできるのか? 正しいことをしているのか?

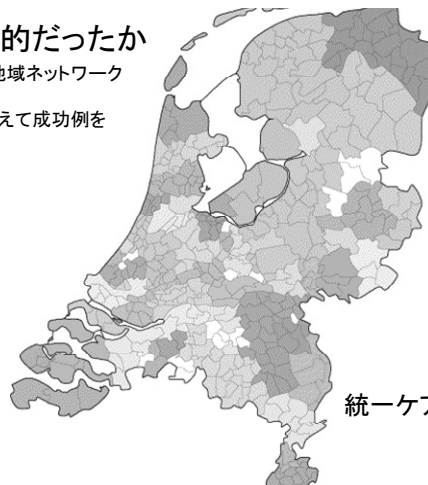


NEW !: 600人の介護者が参加するE-panel でニーズなどに関する調査を実施 初回は2012年夏を予定

何が効果的だったか

ボトムアップの地域ネットワーク

地域差を乗り越えて成功例を見習う



統一ケア: 95%達成

何が効果的だったか: 地域の成功例

参加は自由でボトムアップ 地域性を考慮

1. 良い見本は周知して実践(ただのコピーはだめ)

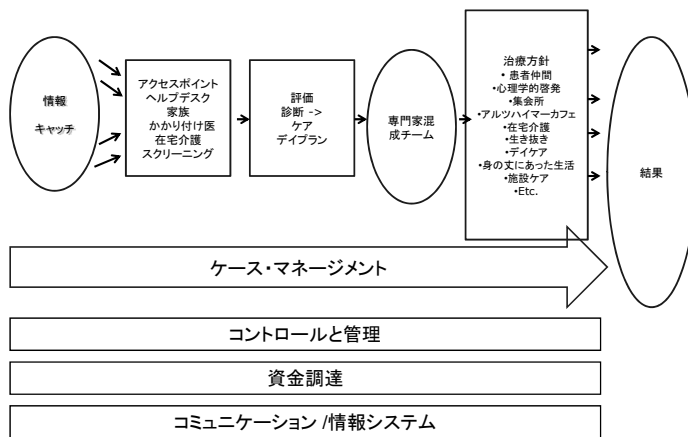
2. 地域:

“オランダ・アルツハイマー協会”の地域ボランティア、家庭医、ソーシャルワーカー、市役所、介護者、一次医療の看護師、介護施設、心理学者、心理学者、デイケア・センター、慈善団体、病院(認知症関係)、専門家、精神医学的ケア提供者など

3. 在宅介護の増進(敷居を低くする):

- 正確で、ケアに重点を置いた診療
- 心理学的啓蒙
アルツハイマー・カフェ (n≈220), 集会所プログラム/特殊デイケア (n≈80)
- ケース・マネージメント (n ≈ 273)

何が効果的だったか ... 統一ケア・モデル



何が効果的だったか... 統一ケア・モデル

Figure 1. Model of individualized care and services



目次



- オランダ
- 共通の課題
- 何が効果的だったか
- 三つのパズル



三つのパズル?

1. 政府の出方が予測不可能
2. 新しい制度や組織の有用性を証明するのは困難
3. 入所ケアからプライマリ・ケアに金を動かすのは困難



三つのパズル?

1. 政府の出方が予測不可能

変革には時間が必要。選挙の間で結果を残すのは不可能

すべてのプログラムで結果は出しているものの、結果が出る前にすでに次のステップの方向性が打ち出されてしまう。



三つのパズル？

2. 新しい制度や組織の有用性を証明するのは困難

ケース・マネージメントのようなコミュニティベースの介入の有効性を証明するには薬や治療に対する手法・研究は適していない

有効性の証明は常に必要なのか？ 病院の組織としての有効性の証明は？ ナーシングホームは？ なぜケース・マネージャーが必要なのか

三つのパズル？

3 施設ケアからプライマリケアに金を動かすのは困難

“ベッドがある以上は埋めなければならない”
“入所ケアからプライマリ・ケアにお金を動かすには？”

医療保険者であるVGZはケース・マネージメントへの投資は対費用効果に見合うという見解を示している。ケース・マネージメントを国家全体で実践することで2億ユーロが節減できるからだ。
しかしナーシングホームや病院の予算はケース・マネージメントのようなプライマリ・ケアに振り分けられなければならない

オランダにおけるより良い認知症ケアのために



認知症政策

【Q: 認知症患者の治療とケアに関する対応方針は?】

1. 薬を使っているのは全体の 10%; 早期診断とフォローが重要

【Q: 認知症治療の場として、および在宅認知症患者を支えるための仕組みにおいて、病院はどのような役割を果たすことが期待されているか】

2. 病院の役割はなく、アルツハイマー・カフェやデイ・アクティビティ、ミーティングセンターに役割が期待されている

【Q: 役割分担】

3. 特別医療補償 (AWBZ) はナースホーム、社会支援法 (WMO) は在宅ケア、これらの移行、特に変容に伴う問題 (人々は変わらないといけない)

【Q: 認知症患者向けの民間のサービスの担い手】

4. ヘルベルヒールやマルタ・フローラ・ハウス、富裕層向け施設



診断と治療

【Q: 認知症の診断の担い手】

1. 家庭医 (8800) とメモリークリニック病院 (80)

【Q: 入院治療と在宅治療を判断するための何らかの基準があるか】

2. 病院選定の基準はない

【Q: 向精神薬の処方判断のための何らかの基準があり、実際に運用されているか】

3. まずは心理社会的な介入を行い、その後短期の投薬

【Q: 施設による対応範囲の違い】

4. 最初のナースホームは1968年にオープン、現在ではこれらナースホームの3分の1が小規模住居



診療方針の決定

【Q: 診療方針の決定に際し、誰が決定権を持っているか】

1. 患者と家族

【Q: リビング・ウィルの概念は文化として浸透しているか】

2. NVVE, メンバーシップを通じたLiving will がある



認知症治療における病院の関わり

【Q: 在宅で過ごしている患者に対し、病院はどのような関わりを持っているか】

1. ナーシングホームにがある

【Q: 在宅で過ごしている患者に対し、家族はどのように関与しているか。また、家族の負担を軽減するためにどのような仕組みがあるか】

2. (認知症患者の)70% は自宅にて家族による(ホームケアに支援されながら)ケアを受け、3分の1がケースマネージャーによる支援を受ける。また、アルツハイマー・オランダによるサポートも提供されている。

【Q: 在宅認知症患者の治療とケアの連携をどのように図っているか、関係機関の中で調整機能を担っている機関はどこか】

3. 家庭医による指導の下、地域看護師/ケース・マネージャーが担当

【Q: 認知症患者のケアに関する課題】

4. 患者数増加によるコスト上昇、認知症フレンドリーな地域の創設、独居認知症患者、アルツハイマー・アシスタント/アルツハイマー・カフェ/ケースマネージメント/ 認知症の友 (アイデアは日本発!)



はじめに

認知症は、患者であるあなたの家族、そして介護者であるあなたの生活にとっても深刻な影響を与える病気です。タイムリーな診断ならびに適切な治療を受け、支援やアドバイスを受けることは、患者と介護者にとって認知症を抱える生活の苦痛を減らす上でとても大切なことです。認知症介護基準に基づいたこの一般向け版を読めば、認知症介護において満たすべき 10 の基準が分かります。また、あなた自身が介護者としてどのような役割を果たせば良いのかを知ることができます。最初に、病気と認知症介護基準についての予備知識を説明します。

この版を読んでもなお分からない点がございましたら、アルツハイマー・ダイヤル(0800 – 5088)にお電話いただくか、お近くのオランダ・アルツハイマー財団地域支部にご連絡ください。地域支部の詳細については、ウェブサイト www.alzheimer-nederland.nl の「支援とアドバイス(‘Hulp en advies’)」をクリックしてください。

認知症

病気

認知症とは、脳による情報処理が適切に行われない等の症状(症候群)が複数組み合わせられたものをいいます。認知症の最も一般的な形態は、アルツハイマー病、血管性認知症、またはその両者の組み合わせによるものです。一方、レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症もあります。それらに加え、認知症はパーキンソン病、コルサコフ症候群など、その他数十の病気と関連して発症することがあります。

症状

認知症患者は、記憶力に関する問題に加え、言葉や複雑な行動、人や物および状況の認識、そして整理や計画といった行為に困難を覚えることがあります。認知症は、不安、気分の落ち込み、落ち着きのなさなど、心理的問題または／および行動障害を頻繁に伴います。

患者数

オランダでは約 256,000 人が認知症を患っています。このうち 12,000 人が 65 歳未満です。認知症にかかる確率は年齢とともに上がります。65 歳を超える罹患率は 10%で、90 歳を超えると 40%にも上ります。概算によると、オランダの認知症患者数は、2050 年には 50 万人を超える見通しです。

影響

認知症は、患者と介護者に深刻な影響を与えます。病気の進行は人により大きく異なりますが、常に衰退の過程をたどります。喪失と悲嘆の過程をたどるのです。患者は自立性を失い、慣れ親しんだ方法で生活を送ることができなくなります。介護者は最愛の人が次第に変わっていく姿を目の当たりにし、終わりの見えない介護の責任は自分にあるのだと感じるようになります。これは過酷なことであり、過重な負担と気分の落ち込みにつながる可能性があります。

認知症介護

認知症は(未だなお) 治る病気ではありませんが、薬または／および治療により、その進行を抑えることが可能です。また、薬物療法によって、気分の落ち込みや不安など厄介な症状を和らげることができます。さらに患者とその介護者は十分な支援を受けることにより、病気を抱えながらの生活が幾分楽になります。たとえば介護をうまく行えるように計画する際、担当アドバイザーが協力してくれることがあります。医療・介護提供者はネットワークを作り協力し合うことがよくありますが、そこで情報を交換し助言に耳を傾け、互いに助け合います。

認知症における経済的支援

どういった経済的支援が補償され提供されるかは、地方自治体により異なります。たとえばデイケアについては、一部自己負担があります。

認知症介護基準

認知症介護基準(2013年春制定)の中に認知症患者とその介護者における適切な介護のあり方が記載されています。診断の前、最中、後における病気の段階ごとの介護について書かれています。認知症患者の代表者、介護者、アドバイザーおよび医療・介護提供者が協力し合い、認知症介護基準を制定しました。本基準は www.alzheimer-nederland.nl にて入手できます。それを読むことで、介護基準を認知症患者とその家族の日常の営みにうまく結び付けることができます。

一般向け版

この一般向け版は、適切な認知症介護のための10の最重要条件(次頁枠内参照のこと)として、認知症介護基準の内容を介護者向けにまとめ上げたものです。この版を読むと、その条件内で医療・介護提供者に何を期待できるかが分かります。また、介護者としてどう力になれるのかも分かります。医療・介護提供者は、認知症介護基準に基づき最善を尽くして働くことと誓約しました。あなたは関わりを持つ者として、医療・介護提供者に対し、介護基準に基づき努力するよう要求することができます。一般向け版に記載された内容が該当するかどうかを問い合わせることができます。医療・介護提供者との話し合いや会議の席に、この版を持って行くのも良いでしょう。

-
- ・ 適切な認知症介護のための10の条件
- ・
- ・ 条件1: 慎重な対応
- ・ 条件2: タイムリーで明確な情報
- ・ 条件3: 兆候の指摘と専門医への積極的紹介
- ・ 条件4: 迅速で正確な診断法
- ・ 条件5: 担当アドバイザーと個々のケアプラン
- ・ 条件6: 処置、支援およびアドバイス
- ・ 条件7: 患者の実生活と能力に合わせた活動
- ・ 条件8: 一時的な全介護委託
- ・ 条件9: 安全で安心できる生活
- ・ 条件10: 緊急支援
- ・
-

適切な認知症介護のための 10 の条件

条件 1: 慎重な対応

適切な介護は、実際の治療や支援、アドバイスよりもはるかに多くのことから成り立っています。それには医療・介護提供者の認知症患者に対する慎重な対応も含まれます。両者の対等な関係と互いに尊重しあうことが、適切な介護の実現に大きな役目を果たします。その結果、認知症患者と介護者の生活の質を上げることにもなります。

この実現のために医療・介護提供者が実践すること

- 患者の認知症の進行段階を考慮に入れる
- 患者の能力を刺激する
- 患者に関する重要なことは、できるだけ当人を交えて決める
- 患者の病気に起因して現れることがある怒りや抵抗、否定の感情を考慮に入れる
- 患者と介護者の中で意見や受け止め方に違いが現れるかもしれないことを考慮に入れる

あなたにできること

定期的に、必要であれば担当アドバイザーと一緒に、関わりのある医療・介護提供者と対話をしましょう。介護の進み具合、うまく行っていること、改善すべきことを話し合しましょう。そして、各自のすべきことを決めましょう。ケアプランはガイドラインとして機能します。話し合いに患者が同席する場合、介護者は自身の要望を口にすることが心苦しいと感じることがあります。その場合は気軽に、患者が同席しない医療・介護提供者との話し合いを申し込むか、要望を紙に書き、患者がいないところで提出しましょう。

条件 2: タイムリーで明確な情報

家族が認知症の(疑いがある)場合、介護者はできるだけ早めにはっきりした情報を入手することが重要です。診断前の段階で、認知症初期の兆候について情報を入手することが大切です。一方で、診断や想定される治療についての情報を知っておくことも必要です。認知症の兆候は長期にわたり現れているのに、その診断はかなり遅れて下されることがあります。介護者自身が兆候をよく認識していれば、熟考の上、早期の段階で診断を下してもらうことができます。早期診断の利点は、病気に関する早めの支援を受けることができることです。

診断後に手にする情報には、あなたの地域で受けられる認知症に関する介護や治療、支援の内容が書かれています。家族と患者の立場から考えられたこの情報は、介護をタイムリーに準備するのに役立ちます。また、病気の影響で出現する行動様式の変化にどう対処するかについての情報も入手可能です。例えば、患者は病気の影響で怒ったり、混乱したり、気分がふさぎ込んだりすることがあります。

オランダ語のよく分からない介護者には母国語での情報が用意してあります。

あなたにできること

認知症に関する情報は様々な場所で入手可能なので、利用しましょう。ウェブサイト www.alzheimer nederland.nl で、たくさんの情報が得られます。オランダ・アルツハイマー財団の地域支部でも入手できます。支部についてはウェブサイトの「支援とアドバイス(‘Hulp en advies’)」に記載されています。情報を読ん

で分からないことがあれば、家庭医や専門家に話してみるか、電話で相談してみましょう。アルツハイマー・ダイヤルの電話番号は、0800 - 5088 です。

条件 3: 兆候の指摘と専門医への積極的紹介

当事者としてのあなたが認知症の兆候に注意深くなることは、非常に良いことです。一方、医療・介護提供者、地方自治体の社会支援法窓口、時々ボランティアもその活動に携わり、記憶障害、行動様式の変化または自立困難を示すおそれのある兆候に細心の注意を払っています。これらの兆候がみられる場合、認知症の疑いがあります。

認知症の特定項目が認められる場合、あなたとの率直な話し合いが持たれます。また、家庭医や記憶診療所ですぐに専門医への紹介状を出してもらえます。

あなたにできること

患者は、定期的に(例えば自宅介護の形で)医療・介護提供者やボランティアの訪問を受けることになるかもしれません。もしくは家庭医や医療専門家と定期的に連絡を取る必要があるかもしれません。

医療・介護提供者が認知症と思われる兆候に気付いていない場合、あなたが認知症だと疑う点を書き留めておき伝えるといいでしょう。次に、医療・介護提供者はあなたと共に経過を観察し、話し合い、疑問に答えます。

条件 4: 迅速で正確な診断法

あなたにとっても、認知症の(疑いのある)家族にとっても、素早く正確に診断が下されることは重要です。これは、最初に「おかしい」と感じた時から一年以内にはっきりと診断が下されなければならないことを意味します。

診断手続きにおいて、医者はまず、医学的見地から見てあなたの家族が実際に認知症の形態をとっているかどうかを判断します。これを病気診断法とも呼びます。状況により、自宅、簡易記憶診療所または専門記憶診療所にて診断が下されます。あなたはどこでの診断が最適かを医者と一緒に決めます。その後、医療・介護提供者は認知症を患ったあなたの家族と介護者であるあなたにとって、必要な情報やアドバイス、支援を判断します。これを介護診断法と呼びます。

医者は既定のガイドラインと基準に基づいて診断を下します。その際、例えば、医者は症状のある者を検査するだけでなく、その家族であるあなたも検査に関わるよう定めています。

診断手続きから結果が出るまでの期間は、なるべく短くします。この手続きは、あなたの家族とあなた自身を交えた結果面談で締めくくられます。さらに、セカンドオピニオンを求めることもできます。

認知症の診断が下されると、直ちに患者の予後が出されます。治療が開始され、必要に応じてアドバイスと介護が追加で提供されます。治療は病気による影響を抑える目的で行われる一方、介護者が患者と接しやすくなるように機能しなければいけません。介護がうまくいくように、介護者には担当アドバイザーが付きます。

あなたにできること

介護者であるあなたは、患者である家族のことを一番良く知っています。あなたからの情報が迅速で正確な診断につながる場合があります。例えば、検査の間、これまでにあなたが気付いた兆候を知らせることが役立ちます。前もって書き留めておくのも良いでしょう。

入手可能な情報やアドバイス、支援を大いに利用しましょう。早い段階で利用することで、介護者は患者が病気の進行により衰えていくことに対して心の準備ができます。

条件 5: 担当アドバイザーと個々のケアプラン

家族が認知症だと分かると、あなたは介護者としてすべきことがたくさん出てきます。あらゆる介護活動や計画準備に従事することになり、日頃から患者を取り巻く状況に気を配ることになるかもしれません。介護の負担を少しでも軽くするために、診断が下された後(または認知症の疑いがある場合)すぐに担当アドバイザーが割り当てられます。アドバイザーは「認知症ケースマネジャー」とも呼ばれます。担当アドバイザーは、患者と介護者にとって信頼のおける、医療行為は行わずアドバイスのみを与える窓口となります。担当アドバイザーは認知症に関する知識が豊富で、介護者の地域で提供される介護や支援を熟知しています。そのため、患者の介護を調整し、また(部分的に)担当アドバイザー自ら介護に携わることができます。

介護者はケアプラン作成に関わります。ケアプランとは、関係する医療・介護提供者のあらゆる行為及び取り決めについての文書一式です。ケアプランにはそれぞれの介護をうまく調和させる目的があります。担当アドバイザーは、担当医師やその他医療・介護提供者と協議し、その結果取り決められたケアプランとして、行われる治療内容を書き留めます。

介護者は、今後の病気の進行や死についてなど、担当アドバイザーと認知症の見通しを話し合うこともできます。

患者が亡くなった場合、担当アドバイザーは介護者に対して必要なアフターケアを提供し、その後関係は終了します。その他、患者が特別養護老人ホームに入所する場合にも関係は終了します。

あなたにできること

介護者の疑問、問題、希望、必要性および習慣が担当アドバイザーの仕事の出発点となります。介護者が上記事項を明確に伝えられるほど、担当アドバイザーは介護者をうまく手助けすることができます。ある期間、介護者は他の期間よりも集中的にアドバイスを受ける必要が出てきますが、これはよくあることです。困難な時期に突入したら、ためらわず担当アドバイザーに知らせましょう。必要と感じた際には、夜間や週末であっても担当アドバイザーに連絡を取ることができます。

条件 6: 処置、支援およびアドバイス

介護者は、様々な病状段階において、どのような治療及びアドバイスが必要になるかを担当アドバイザーと話し合います。原則、支援はできるだけ少なく、必要な時は徹底的に行われることが重要です。支援は患者と介護者のために行われ、病気の影響をできるだけ小さいものにしなければなりません。

病気にかかわらず、どのような介護も介護者と患者ができるだけ心地良く安心して暮らせることを目標にしています。介護とは介護者と患者が自らできることを補完するものであり、また希望や習慣に沿ったものです。そうすることで、可能な限り自分たちの生活を主導していくことができます。介護者はそれらに積極的に貢献し続けるといいでしょう。そうして他の家族や友人、隣人と介護を分担することになります。担当アドバイザーがその話し合いに入り、調整することもあります。

患者と介護者にとって、常に同じ医療・介護提供者が彼らを訪問することが重要です。そういった理由から、顔なじみで固定化され、且つできるだけ小さいチームで必要な介護を提供します。問題によって、以下の治療や支援、アドバイスを選択できます。

- 家事手伝い
- 家事準備支援
- 自分で家事を行う場合のスケジュール(の組み方指導)および準備アドバイス
- 治療
- 言語療法
- デイケア/コミュニティーセンター
- 理学療法
- 心理療法
- 会話グループと同病患者グループ
- 精神運動療法
- 運動グループ
- 活動グループ
- (記憶を中心に据えた)回想療法
- 音楽療法
- ペット療法

あなたにできること

介護者は患者とその状況を最も良く知っています。そのため、どのような治療や支援、アドバイスが適切であるか、話し合いにわりじわりと考えると良いでしょう。また、ケアプランを見せてもらい、それについての意見を述べるができます。おそらく介護者は、どういった介護を施せば患者に効果が現れるかが分かるでしょう。その経験を是非、医療・介護提供者と共有してください。生後から現在に至る写真を集めた本を作っておけば役立ちます。介護者も(その地域で)入手可能な情報やアドバイス、訓練の機会があれば、それらを利用してうまく病気に対処できるようになります。上記の情報は、アルツハイマーカフェ、電話相談、オランダ・アルツハイマー財団の同病患者介護者、またはコミュニティーセンター経由で知ることができます。詳細は担当アドバイザーと話し合うか、ウェブサイト www.alzheimer-nederland.nl の「支援とアドバイス(‘Hulp en advies’)」を参照してください。

条件 7: 患者の実生活と能力に合わせた活動

認知症は、患者と介護者両方の社会生活に影響を与えます。社会的接触ならびにサークル活動やスポーツクラブ、慣れ親しんだ活動への参加状況は変化するか、または参加できなくなります。患者はこれまで慣れ親しんだことすべてを従来通り行うことができなくなるかもしれませんが、有意義に毎日の活動を続けていくことは当然の権利です。デイケアは、患者が依然できることに結び付いたものでなければなりません。意義や枠組み、リズムや規則正しさを併せ持ったデイケアをしていくことが大切です。

介護者はどのデイケアが適切かを医療・介護提供者と話し合います。デイケアは、患者の生活様式、個人的(記憶)能力、価値観、(文化的)背景に合ったものでなければなりません。また、ケアは地区内のできるだけ自宅に近い場所で行われ、担当専門チームが患者を指導します。

あなたにできること

繰り返しになりますが、患者のことを最も良く知っているのは介護者であるあなたです。どのようなデイケアが適切かを一緒に考えましょう。デイケアを選択する際、患者の過去の経験や職業に焦点を合わせる場合があります。

そのことに関して、介護者は具体的な希望や必要性を伝えます。患者がデイケアに参加することにより、介護者はしばらくの間、介護から解放されることになります。この時間を(一部)趣味や社会交流に利用することができるかもしれませんが、引き続き社会生活を営むことは患者のみならず、介護者自身にとっても重要です。

条件 8: 一時的な全介護委託

介護者は、絶え間ない患者の介護を(ほとんど)続けられなくなることがあります。その場合、一時的に全介護を委託することができます。これを一時的中断介護とも呼びます。介護者は、偶発的または定期的に介護を専門家やボランティアに委託します。そうすることによって介護者は、休暇に出かけ、趣味サークルに参加し、読書や他のことを行う機会を確保します。

一時的中断介護は、過重負担に陥るおそれのある、または既に過重負担に陥っている介護者を対象にしており、次の3つのカテゴリーに分けられます。

- 自宅での一時的中断介護: 専門家またはボランティアの「自宅世話人」による患者の介護。
- 自宅外一時的中断介護: 患者は一時的に介護施設に滞在。休暇の際は別途介護を付けるか、デイケアへ移る。
- 組み合わせ一時的中断介護: 患者と介護者が一緒にデイケアまたは休暇に出かける。患者には別途介護が付くため、介護者は自由時間を持てる。

担当アドバイザーは介護者の地域の一時的中断介護について心得ており、介護者に適時に情報を提供します。介護者はどの時期にどの形態の一時的中断介護が必要であるかをアドバイザーと話し合います。一時的中断介護は、患者と介護者のニーズならびに(文化的)背景に結び付かなければなりません。一時的中断介護はいつも安心できる環境のもと提供されます。

あなたにできること

適時にアドバイザーに申し出ることによって過重な負担を防ぎましょう。介護があまりにも負担になりそうな時は、一時的にうまく介護から手を引きます。それによって罪悪感を抱くかもしれませんが、一時的中断介護をたまに利用することで、結果的に介護を長く続けることができると考えてみましょう。そうすることによって、介護者はより長い間患者と自宅で生活することができるのです。

条件 9: 安全で安心できる生活

認知症患者にとって、安全で慣れ親しんだ住環境はとても重要です。残念なことに、かつてとても安全で慣れ親しんでいた自宅が、患者を不安な気持ちにさせることがあります。音の刺激が多すぎるからかもしれませんし、患者が道に迷うからかもしれません。これが不安や猜疑心、憂うつの原因になることがあります。介護者にとって、患者が家の中や家の周辺を徘徊し始めるのも厄介です。

患者が自宅で再び安心感を得られるよう、色々と手を施す方法があります。家の中の配置はもっと簡単で分かりやすいものにすることができるとし、音の刺激を取り除くことも可能でしょう。

技術的(訳注:GPS、ドアや窓にブザーを取り付けるなど)に患者を監視する方法もあります。これは患者の動きを必要以上に制限することなく行えます。介護者は担当アドバイザーと何が出来るかを話し合うことができます。

自宅に色々と手を施したのにも関わらず、(ずっと)自宅に住むのがこれ以上困難な場合にはどうしたら良いのでしょうか。そのような場合、患者の必要に応じた住環境、または特別養護老人ホームのような特別な認知症介護を提供する居住形態へ移ることが必要かもしれません。これは患者にとっても介護者にとっても、大きな出来事です。担当アドバイザーは(地域内に)患者と介護者の状況と希望に沿った居住形態を探す手伝いをしてくれます。さらに、新しい居住形態へ移る際にも患者と介護者にアドバイスを提供します。

以下の居住形態があります。

- 小規模グループ型住居
- 小規模介護付き大規模型住居
- デイケアとナイトケアが可能かつ同居人と住み続けられる自宅アパート
- ケアファーム、高級アパート、別荘などの特定の居住形態

あなたにできること

認知症患者向けの居住形態を探す場合、個人スペース、自由度、プライバシー、有意義なデイケアの有無、動作の自由、居住形態の快適さといった点に留意することが重要です。

条件 10:緊急支援

患者の身体的状態や心理的状态が突然悪化したり、介護者が突如介護できなくなったりすることがあります。このような緊急の場合、患者の医療責任者が緊急支援を行う場合があります。

緊急支援は年中無休で対応しています。例えば、患者が一時的に特別養護老人ホームに収容されるケース、自宅で緊急介護を利用するケースを考えてみましょう。この場合、緊急支援を利用すれば、患者は長期間または永久的に収容されなくて済むかもしれません。

あなたにできること

考えたくはないでしょうが、介護者の身にも何が起こるか分かりません。緊急時の計画を立て、緊急の場合誰に電話すればよいか、家庭医は誰か、薬はどうなっているのかなど、すべきことを他の者に知らせておきましょう。緊急収容が必要な場合、近所の介護施設に依頼できます。通う距離があまり遠くにはならないので、介護者にとって実に便利です。

アルツハイマー病 — 2011 年の現状

この病気の社会・経済・医療的な側面を最もよく伝えているのは、世界アルツハイマーレポートである。これはアルツハイマー病・認知症が引き起こす非常に大きな問題についての一般意識を高める目的で、国際アルツハイマー病協会(Alzheimer's Disease International (ADI))が毎年 9 月 21 日の世界アルツハイマーデーに発表しているものである。2009 年と 2010 年の最初の 2 つのレポートでは、この病気の世界的な流行及び経済的な影響に焦点が当てられている。それに対し 2011 年のレポートでは、早期診断が中心テーマとなって扱われている。

総合するとこれらのレポートでは、アルツハイマー病・認知症が 21 世紀でもっとも重大な経済・社会保障問題の一つであることが明確に示されている。

数字の問題

2009 年の ADI のレポートでは、全世界の 3,600 万人が認知症にかかっていると推定している。その数字は 20 年ごとに 2 倍になり、2030 年には 6,600 万人、2050 年には 1 億 1500 万人になるであろうことを予測している。同年、イタリアアルツハイマー連盟(Federazione Alzheimer Italia)は、イタリア国内での認知症人口が 100 万人を超え、その 60%がアルツハイマー病に苦しんでいると報告した。

ADI の同レポートで研究者たちは、患者の 57.7%は中低所得の国々に集中し、この割合は 2050 年には 70.5%にも及ぶであろうとしている。さらに、中低所得の国々は今後 20 年間において、認知症の増加割合が高所得の国々と同程度になるであろうとしている。

コストの問題

2010 年の ADI の同レポートでは、全世界の認知症に関わる費用は 6,040 億ドルにも達し、これは世界の国内総生産(GDP)の 1%に当たるとしている。

この費用は、低所得国では 0.24%、中低所得国では 0.35%、中高所得国では 0.50%、高所得国では 1.24%となっている。

言い換えれば、認知症のための支出を国家予算に例えると、トルコとインドネシアの中間に入り、世界 18 位となる。会社の売上高で例えれば世界最大となり、Walmart 社(4,140 億ドル)や Exxon Mobil 社(3,110 億ドル)をも上回る。

そして、この費用は目が回るような速さで増大する運命にある。認知症の症例増大のみを考慮した暫定的な推定によれば、現在から 2030 年までの間に費用は 85%増大するとされている。

早期診断の問題

「即時の診断と対策がもたらす恩恵」について述べた 2011 年のレポートで、ADI は米国アルツハイマー協会(Alzheimer's Association USA)とともに診断の問題を取り上げ、高所得国においては、基本医療レベル(主治医・家庭医のレベル)で認知症と診断され記録されている認知症の症例の割合は、20~50%でしかないとしている。この不十分な治療は、低所得国でははるかに頻度が高くなり、認知症であると診断できない症例の割合は 90%にも上ると

言う。これらのデータから言えることは、認知症患者 3,600 万人のうち、約 2,800 万人が診断を受けておらず、その結果、公式に診断されれば受けられたであろう治療、療法、支援を受けていないのである。

認知症との診断を受けないのは、記憶の問題は老化に伴う問題であるという誤解と、そのために患者やその家族のために出来ることは何もないと信じていることに起因している。しかし、イタリア アルツハイマー連盟のように早くからこの問題に取り組んでいる運動団体は、早期診断こそが患者と介護者の生活の質を向上させるための最良の方法であり、認知症のための医療及び社会のマネージメントコストの大きな節約につながると主張している。

生活の質の向上については、現在可能な薬物療法、心理的治療、心理社会的治療は、認知症と診断された症例では特に初期段階のものを中心に、認知症にかかった人の認知能力、自立性、生活の質を向上させる点で効果があるという可能性が主張された。さらに、家族へのサポートやカウンセリングは彼らのストレスを低減し、患者の施設入居時期を遅らせる効果がある。

認知症と診断することで節約が可能になるということについては、ADI の 2011 年のレポートで報告されている。その報告によると、高所得国では患者 1 人あたりの年間費用は平均すると 32,865 ドルに上るのに対して、認知症の各症例あたりの診断手続きの費用総額は 5,000 ドルになる。これに早期治療のための費用を加えた額は、節約のため患者の施設入居時期を遅らせるという方法で支払う額をはるかに下回り、患者 1 人あたり 10,000 ドルの節約となる。加えて、介護者の健康と生活の質が向上されるため、認知症診断はますます投資のしがいのあるものとなっている。

これらのデータは限られた数の研究から出されたものではあるものの、全世界の政府が社会保障経費増大に頭を痛めている今、認知症管理においては相当な節約が可能であることを示すものである。

以上をまとめると、「早期診断は意味がない」と言うことは絶対的な誤りであり、反対に「全世界の政府が早期診断に投資することは有益だ」と声を上げるこそが正しいのである。なぜならそれは、抗認知症薬提供や患者の施設入居等において相当な節約が可能であることを意味するからである。

早期診断によって社会がアルツハイマー病・認知症を見る目を変え、治療コストを抑えていくことが出来る。このような理由で、ロンドンのキングス・カレッジの精神医学研究所のマーティン・プリンス教授が指導する研究者が作成した 2011 年の ADI レポートでは、全世界の政府に対してこの問題を管理するために採択すべき最良の戦略として、以下のような一連の勧告が記されている。

- 認知症の問題について、各国が国家戦略を作成すること
- 基本医療の全サービスにおいて、認知症の早期診断を可能にする能力を有すること
- 専門的診断センターのネットワークを構築すること
- 薬物療法と非薬物療法の手段の存在を、適切な研修課程を通じて保健医療に携わる人々に知らせること
- 患者が病気の初期段階において、根拠に基づいた保健医療を受けられるよう保証し、確認すること
- 薬物治療および非薬物治療の効力、早期診断サービス強化の利点やコスト、早期診断によって患者と介護者が得た結果についての研究に対し経済的支援を継続すること
- 治療の適切性を向上させること

イタリア アルツハイマー連盟：概要

イタリア アルツハイマー連盟 (Federazione Alzheimer Italia) は、アルツハイマー病の原因、治療、介護について医学的・科学的研究や、患者とその家族の支援と援助、そして法律上、行政上の権利擁護に携わる、イタリア最大の非営利ボランティア団体である。

1993年に設立された同連盟は、主として患者の家族で構成されており、わが国におけるアルツハイマー病患者の拠り所となっている。その活動内容は2つのレベルに分けることが出来る。第一が、会員の参加と関連団体の協力を通じた国内での活動であり、第二がヨーロッパ、世界レベルのアルツハイマー協会に積極的に参加することを通じた国際レベルでの協力活動である。

連盟はアルツハイマー病を扱う全国46団体の取りまとめや調整を通じて、国内サポートネットワークを形成し、何十万人という患者とその家族にとって主たる拠り所となっている。

イタリアでの存在感の大きさ、中央・地方政府機関との調整能力、及びプロジェクトにおけるイノベーション性の高さから、同連盟はイタリア代表として国際アルツハイマー病協会 (ADI: 認知症患者とその家族を支援する76の国レベルのアルツハイマー団体からなる国際的な連盟) に加盟している。

さらに同連盟は、アルツハイマー・ヨーロッパ (Alzheimer Europe)、全国身障者協議会 (Consiglio Nazionale della Disabilità、CND)、身障者権利同盟 (Lega per i Diritti degli Handicappati、LEDHA)、神経学協会連盟 (Federazione Italiana delle Associazioni Neurologiche、FIAN)、月刊『VITA』の編集委員会のメンバーでもある。

また、国内外の医療、大学機関とも協力している。

目標

イタリア アルツハイマー連盟のミッションには、次の目標が掲げられている。

- 患者の健康に影響する決定に積極的に参加出来るよう、患者とその家族に必要な情報のすべてを**提供すること**。
- 利用可能なサービス・保険治療に患者が意識的にアクセスできるよう、また病気の全過程を通して家族を支援していけるよう**サポートすること**。
- 患者自身に自らの権利を意識させ、またその権利に沿った形での医療・社会政策の発展を促すことで、患者を**擁護すること**。
- アルツハイマー病の原因、治療、ケアの科学的研究を**推進すること**。
- すべてのアルツハイマー関係者で実施する共同プロジェクトに基づいた協調的ケア・治療アプローチを促進することで、社会医療政策の構築に**参加すること**。
- 地域団体の誕生と発展を刺激し推進することで、患者とその家族に効力のある援助行動を**保証すること**。

積極的活動の歴史

連盟の歴史は、情報、研究、そして権利の擁護や認知症についての正しい科学的・社会的・経済的メンタリティの促進といった、多方面における弛まない積極的活動が特徴となっている。

1993	6月30日、イタリア アルツハイマー連盟(Federazione Alzheimer Italia) が結成される。イタリアで最初の電話サポートである Pronto Alzheimer を開始。教皇ヨハネ・パウロ2世やイタリア大統領オスカー・ルイジ・スカルファロに拝謁する。患者の家族や介護従事者に対して、初の助言リスト(Schede di Consigli Utili)を発行。「家庭で生活するアルツハイマー病患者の医療と介護の必要事項についての疫学的研究」を実現。
1994	保健省における、慢性病の自助諸協会委員会の一員となる。ミラノ市長から、功労証書を受ける。アルツハイマー計画のためのロンバルディア州実行委員会に参加する。ミラノのボッコニーニ大学と協力して、「アルツハイマー病の社会的コスト」の研究を実現。イタリア全国のグラフィック・デザイン学校にて、「アルツハイマーマーク」のコンクールを開く。国際アルツハイマー病協会(ADI)と世界保健機関(WHO)が宣言した第1回世界アルツハイマーデーのエジンバラでの式典に参加。家庭介護最初のプロジェクトで、マヌリ財団(Fondazione Manuli)と協力。介護従事者とボランティアのための最初の研修コースを企画。最初の法律、社会保障、心理相談サービスを開始。
1995	イタリアの唯一代表として、国際アルツハイマー病協会への加入を認められる。第5回アルツハイマー・ヨーロッパ会議を組織する。これは、欧州委員会が資金援助したアルツハイマー関連プロジェクトとしては初のものである。全国身障者議会(Consiglio Nazionale della Disabilità, CND)の結成に参加。欧州委員会が資金援助し、ベルギーのルーヴェン精神医学大学と保健省が実施した「European Alzheimer Clearing House」研究における、倫理プロジェクトに参加。
1996	家庭医を参加させたプロジェクトにて、コモ市(イタリア)の地方医療機関(USSL)と協力。最初のバリデーション療法コースを企画。世界アルツハイマーデーの機会に、スポーツ・フォー・オール イタリア連合(Unione Italiana Sport per Tutti)と協力して、自転車大会「ItalianiBici」を実施。欧州委員会が資金援助した「アルツハイマー・テレフォン・ヘルプライン」に参加。ウェブサイト www.alzheimer.it が誕生。
1997	社会事業省における互助サミットと、身障者とその家族の協会での常設評議会の一員となる。ミラノ市で、「デイセンター試験事業(Centro Diurno Pilota)」プロジェクトを発表。「ヨーロッパ連合における、アルツハイマー病の社会経済的影響の国境を越えた分析」研究に参加。CERGAS Bocconi と協力して、「ロンバルディア州における病気の社会・経済的な重み」の研究を実施。世界アルツハイマーデーでの「時間との戦い」という文書へのイタリア著名人からの署名へとつながる。教皇ヨハネ・パウロ2世が、9月21日(日曜日)のアンジェラスの祈りに際し、患者とその家族へメッセージを捧げる。英国大使トーマス・リチャード氏とアレキサンドラ夫人が、連盟のために募金活動を組織する。
1998	保健省のクロノス・プロジェクトのための委員会と、週刊『Vita』の編集委員会の一員となる。アルツハイマー病の治療同意書調整のため、イタリア神経科学学会のアルツハイマーエキスパート・パネルに参加。アルツハイマー・ヨーロッパと協力して、製薬会社との協力のためのガイドラインを作成。募金活動「アルツハイマーの花屋さん」を実施。ミラノのマリオ・ネグリ研究所と協力して、「介護人・行動問題の管理のための家族支援」試験事業を開始。欧州委員会が資金援助した、「Lawnet」プロジェクトに協力。「Predict - Transnational study on institutional care」研究に参加。
1999	WHO(世界保健機関)・イタリア神経科学学会の認知症プロジェクトのための科学委員会の一員となる。アルツハイマー病患者の権利憲章を作成。連盟の内部規則を採択。アルツハイマー・ヨーロッパと欧州委員会が作成した『アルツハイマー病患者介護マニュアル』のイタリア語版を出版。保健省のボランティア医療評議会のメンバーとなる。
2000	イタリア一般医学医師連盟と覚書を締結。大学・科学研究省の神経科学のための全国委員会のメンバーとなる。イタリア神経科学学会と協力して、認知症の診断のためのガイドラインを作成。IIPPAB(援助・慈善公共機関)管理部、並びにアッビアテグラッソ市のゴルジ老人施設と協力して欧州委員会の資金援助を得た認知症治療における技術利用のためのガイド『テクノロジー、倫理、認知症』を翻訳し、出版。

2001	全国本部、連盟会員、関連団体等、連盟のさまざまなレベルの役割と責任を示し、イタリア全国の組織について「唯一で一様の」調整されたイメージを作るために、グラフィックの規格を作成・開発。ミラノのサンパオロ病院の心理医学講座と、診断のコミュニケーションについて2つの研究プロジェクトで協力。『親愛なるおばあちゃん』のイタリア語の翻訳を出版。アルツハイマー・ヨーロッパでの家庭介護プロジェクト EPOCH に参加。
2002	保健省が資金援助した2つ目のプロジェクト「介護人・介護の規格化に向けて」を始動。保健省におけるアルツハイマー研究委員会のメンバーになる。トリエステ市のゴフレド・デ・バンフィールド協会と協力して、『偏ったビジョン - あるアルツハイマー患者の日記』を出版。ミラノのマリオ・ネグリ研究所と協力して、カラータ・ブリアンツァ市の小学校で、試験プロジェクト「親愛なるおばあちゃん」を企画。アルツハイマー・ヨーロッパと9つのヨーロッパの協会と共に、「OPDAL - Optimization of the Diagnosis of Alzheimer's Disease and related disorders」の調査に参加。
2003	『アルツハイマーの患者への音楽療法』を出版。『アルツハイマー病患者介護マニュアル』の第2版を出版。Pronto Alzheimer が10周年を迎える。問合せ総数は80,000件。法律、社会、心理相談は14,708件。ウェブサイト www.alzheimer.it が204,600アクセスを達成。
2004	患者・市民協会と、医師・科学者コミュニティの間に戦略的同盟を築くためのPartecipaSalute というプロジェクトに参加。インターネット上での初の長時間チャリティ募金イベントである「Solidarweb」に参加。『家庭医のためのホームケア』マニュアルを作成。非営利団体への寄付金を税金課税額から控除できるようにするための法律案を支持するための「与えるほど払うのは少ない」というキャンペーンに賛同する。
2005	2つ目の研究である「介護人・介護の規格化に向けて」が終了。インターネット上での長時間チャリティ募金イベントである「Solidarweb」第2回目に参加。
2006	アルツハイマー・ヨーロッパが推進する、ヨーロッパで認知症を公衆衛生上の優先事項として認めさせるためのキャンペーンをイタリアで支持する。アルツハイマー病が発表されて100周年を機に、募金と意識向上を求めて、ミラノのスカラ座劇場で初コンサートを主催する。パリ宣言への署名運動を進める。マリオ・ネグリ薬理学研究所と共に「ロンバルディア州におけるサービスと治療・会議施設の統計調査と評価」を計画する。
2007	「ロンバルディア州におけるサービスと治療・会議施設の統計調査と評価」計画を開始する。保健省における認知症に関連する作業会議のメンバーになる。募金と意識向上を求めて、ミラノのスカラ座劇場で第2回となるコンサートを主催する。
2008	募金及び意識向上のため、ミラノのスカラ座劇場で第3回となるコンサートを主催する。イモラ市で最初の「アルツハイマーの家」をオープンする。5年間の長期に及ぶ脳の老化についての経年的研究を推進する。第1回ミッション総括を発行する。Pronto Alzheimer が15周年を迎える。問合せ総数は103,500件、法律、社会、心理相談は17,488件。ウェブサイト www.alzheimer.it へのアクセス数が1,647,484件を達成、1日平均1,400アクセス。パリ宣言に2,627人が署名。
2009	初の携帯電話SMSによる連帯募金キャンペーンを実施する。世界アルツハイマーデーを機に、「バイオロジーだけではなく、バイオグラフィーも」と題した会議を開く。「ロンバルディア州におけるサービスと治療・会議施設の統計調査と評価」プロジェクトで、アルツハイマー評価組織に対してのクオリティー評価を実施する。
2010	第2回の携帯電話SMSによる連帯募金キャンペーンを実施する。アルツハイマー イタリアのFacebook ページ及びYouTube チャンネルを作成する。世界アルツハイマーデーを機に、「アルツハイマー、行動の時がやってきた！」と題した会議を主催する。ロンバルディア州の認知症患者の治療・介護施設のデータバンクをインターネット上に作る。イタリア国内におけるアルツハイマー・ネットワークの実質調査を開始する。アッピアテグラツソ市のゴルジ・チェンチ財団とともに、InveCe.AB. (アッピアテグラツソにおける脳の老化) という住民調査のコーディネートをする。
2011	第3回の携帯電話SMSによる連帯募金キャンペーンを実施する。主要ソーシャル・ネットワーク・サービスで、意識向上のロコミキャンペーンを推進。患者とその家族のためのiPhone 及び Android 用のアプリのプロジェクトを発表。抗認知症薬に対し家族が期待している効果についての研究を推進。ジャーナリズム賞「アルツハイマー、知らせることは知ること」を開始し、アルツハイマー病についての最優秀論文に賞を与える。

ステークホルダー

利害関係者	地域レベル	イタリア全国レベル	国際レベル
認知症患者		イタリアで 100 万人	ヨーロッパで760万人 世界で3,600万人
患者の家族	15州に46の協会と関連団体	国内の世論	国際アルツハイマー病協会 アルツハイマー・ヨーロッパ
医療機関	ASL(地域の医療機関と病院) RSA(介護医療レジデンス) UVA(アルツハイマー評価所) NA(アルツハイマー治療所)	保健省 州立医療機関 高等保健研究所および他の国立医療機関	世界保健機関
医師と研究者	家庭医と専門医(UVA、大学、治療・リハビリ施設)	科学研究所 財団、大学 国立医学-科学学会	ヨーロッパ医学・科学団体、機関
政治、行政機関	州 県 市町村	関係省庁 省の諸委員会 国会議員 イタリアの欧州議会議員	欧州委員会 欧州議会 欧州議会議員 欧州連合議事会
寄付者と資金援助者	地域の寄付者と資金援助者	助成財団 機関 企業 個人	財団 機関 企業 個人
管理機関	諸協会や関連団体の管理機関	役員の総会 理事会 監査人委員会	管理機関: ADI アルツハイマー・ヨーロッパ
スタッフ	ボランティア 正社員/契約社員	ボランティア 正社員	正社員
メディア	地域のメディア	全国メディア	国際メディア
第3部門	地域のボランティア団体	CND、LEDHA、FIAN、VITA	国際団体
コミュニティ	地域のコミュニティ	国内の世論	国際世論

目に見えない数値

2011年に実施された活動の総合的な量を理解するためには、非常に重要な2項目を数値で表現する必要がある。

- ボランティア活動
- 従事したサービス

2011年には、以下の人々がアルツハイマー連盟におけるボランティア活動を実施した。

- 会長
- 副会長と理事1名
- Pronto Alzheimer の責任者1名
- 編集調整員1名
- 事務員1名
- 法律顧問1名
- 事務所従業員2名

ボランティア活動に費やした総時間は6,700時間(2010年は5,400時間)であった。それぞれの活動を市場最低基準賃金に照らし合わせると、イタリアアルツハイマー連盟が2011年に従事したボランティア活動の価値は、約167,500.00ユーロである。

ボランティア活動に加え、年間予算・決算の証明におけるDeloitte、ウェブサイト運営におけるLBI、広告キャンペーンにおけるEnfants Terriblesがそれぞれ無償で提供したサービスがある。

広報・啓発

Pronto Alzheimer キャンペーン

イタリアアルツハイマー連盟では、ミラノアルツハイマー協会と協力して、患者とその家族を電話でサポートするサービスPronto Alzheimerのために、一般意識向上と共に募金を呼びかけるキャンペーンを3年連続で実施した。

キャンペーンは2011年1月17日と2月13日に行われ、国内の電話会社全社(Tim、Vodafone、Coop Voce、3、Telecom Italia、Fastweb)が協力し、募金用の連帯番号45503を提供した。

この電話番号には70,000件のSMSが到着し、168,831.88ユーロの募金を集めることができた。連盟はこの募金を電話料金、専門家スタッフ、情報普及用資料の作成および送付、そして合計2,600家族の一般経費に当てた。

このキャンペーンは認知症に対しての一般意識向上にも役立った。

(RAI(「ライ」、イタリアの公共放送)、Mediaset(メディアセット)、La7(ラ・セツテ)、Sky Sport(スカイ・スポーツ)のテレビチャンネルの多くの番組で、司会者(アレッサンドロ・ディ=ピエトロ、フェデリカ・シャレッリ、ブルーノ・ヴェSPA、エレオノラ・ダニエレとミケレ・ククツァ、ジャンカルト・マガッリ、カテリナ・バリヴォとミロ・インファンテ、カルロ・コンティ、ブーポとエマヌエレ・フィリベルト、ティベリオ・ティンペリとミリアム・レオーネ、オズヴァルド・ベヴィラックワ、ファブリツィオ・フリッツィとマックス・ジュスティ、マリオ・マッティオリ、フィリッパ・ラージャーバックとファビオ・ファツィオ、ミケーレ・ミラベ

ツラ、パオラ・フェッラーリ、フラヴィア・フラテッロ、リータ・デッラ＝キエーザ、Sky Sport の司会者たち)を通じて寄付が呼びかけられた。

このイニシアチブには、TV 番組『Geo』のズヴェヴァ・サグラモラ、Tg3 (RAI 第 3 チャンネルのテレビニュース)の『Fuori Tg』のマリア＝ロザリア・デ＝メディチ、7Gold や Lombardia Channel のラウラ・コスタ、Telelombardia チャンネルのステファノ・ゴルフアリとジョルジャ・コロombo、Telenova のピヌッキオ・デル＝メニコ、Tv2000 のアリアンナ・チャンポリも関係し、同協会(ミラノ アルツハイマー協会)をスタジオに招いて募金を呼びかけた。

このキャンペーンでは、『記憶の部屋』というビデオ広告が使用され、音声広告も作られた。Mediaset、La7、Sky 等の全国テレビ局と 26 の地方テレビ局がビデオ広告『記憶の部屋』を放送し、40 のラジオ局が音声広告を放送した。さらに、多くの日刊紙や週刊誌、ラジオ番組が同協会を招いて、このキャンペーンのニュースを伝えた。最後に、多くのインターネットサイトやブログで寄付への呼びかけが行われた。

「アルツハイマー、知らせることは知ること。治療、研究、介護」というジャーナリズム賞

アルツハイマー病に対しての意識の向上、及び正確且つ完全な情報を普及させることを目的とし、イタリア アルツハイマー連盟は、UNAMSI (Unione Nazionale Medico Scientifica di Informazione)、医学科学情報提供連合と協力して、「知らせることは知ること」というジャーナリズム賞を設立し応募を求めた。2011 年の世界アルツハイマーデーの機会に発表され、2012 年に表彰されるこの賞は、このテーマを扱う優秀な記事 4 つに対して 12,000 ユーロの賞金を分け与えるものである。この賞は、通信社、日刊紙、週刊誌、定期刊行物、オンライン新聞・雑誌、テレビ特集といった、記事・番組を制作したジャーナリスト会登録のイタリア人ジャーナリストを対象として、2012 年 7 月末までに募集することになる。

若い卒業生を対象にした賞

世界で 3,600 万人が発症しているアルツハイマー病の現状と逼迫した状況についてこれからの世代の意識を向上させるため、イタリア アルツハイマー連盟はミラノ アルツハイマー協会と協力して、1,000 ユーロ相当の賞を 8 つ作り、アルツハイマー病についての論文を募集した。

ブレシャ市の Millennium Sport & Fitness と共同で実施された本イニシアチブは、技術革新、方法論の厳密さ、そして臨床、科学及び社会的に影響の大きい医学部を優先しつつも、すべての学部を対象とするものであった。賞の事務局には 29 の論文が届き、ヨーロッパでのプロジェクトや学術研究論文で使われる査読 (peer review) システムで選考がおこなわれた。査読に関しては、財団会長のガブリエラ・サルヴィニ・ポーロ、及び同財団の学術副責任者でありブレシャの「ファーテベネフラテッリ」国立アルツハイマーセンターの科学部副部長であるジョヴァンニ・B・フリゾーニ医師、そして論文の主題となっている分野で活躍する国際的な研究者 2 名が指導し、保証した。選考の結果、医学分野で 5 つ、建築学分野で 1 つ、そして心理学分野で 2 つの論文が入賞に輝いた。授賞式は 2011 年 3 月 5 日にミラノ市立水族館で行われた。

授賞式には、アルツハイマー病をめぐる映画『Una sconfinata giovinezza』(仮題『果てしない青春』)の作者・監督であるプーピ・アヴァーティも参加した。

01 Distribution が配給会社となっているこの映画のホームビデオ版には連盟の広告ビデオである『記憶の部屋』が挿入されており、アルツハイマー連盟を支持するものとなっている。

Notiziario Alzheimer Italia

2011年には、『Notiziario Alzheimer Italia』（アルツハイマー イタリア通信）3号（41、42、43号）が、郵便購読サービス発送の36,536部を含む、合計45,750部発行された。本通信は患者の家族、会員、賛助会員、社会・保険オペレーター、ジャーナリスト、中央・地方行政等政界代表者に送付されており、ガブリエラ・サルヴィニ・ポーロがボランティアジャーナリストであるクラウディア・ボゼッリと連携し編集している。

会議とイベント

2011年1月25日、イタリア アルツハイマー連盟は、ローマのマダマ宮（国会上院）の評議会室でおこなわれた映画『Una sconfinata giovinezza』（仮題『果てしない青春』）の上映会に参加した。

10月には、「European Solidarity without borders（ヨーロッパにおける国境のない連帯）」をテーマにポーランドアルツハイマー病対策協会とアルツハイマー・ヨーロッパの主催によりワルシャワで開かれた第21回アルツハイマー・ヨーロッパ会議に連盟が参加した。2011年12月、ガブリエラ・サルヴィニ・ポーロは、「Non dimenticare chi dimentica（忘れる者を忘れるな）」という連帯のイベントの一環としてレニャーノで催されたバレエ上演に出席した。同イベントでは、イタリア アルツハイマー連盟のために募金が集められた。

出版物

2011年、イタリア アルツハイマー連盟はオーストリアの現役代表作家であるアルノ・ガイガー作のベストセラー『老王の家 アルツハイマー病の父と私』をイタリアで出版するためにボンピアーニ出版社と契約を結ぶ。ドイツで大成功を収めた本書は、アルツハイマー病にかかった父と息子の関係を語る物語である。

2012年から実施されることになるこの契約では、オンラインストア（Rizzoli、Fnac、Amazon、Bol、Webster、Feltrinelli、Ibs）で購入された本書1冊につき、ボンピアーニ出版社がイタリア アルツハイマー連盟に対して2ユーロを寄付することになっている。

ヘルプとサポート

電話によるサポート「Pronto Alzheimer」

イタリア アルツハイマー連盟の患者とその家族に対するサポート活動の大部分は、1993年に開設された電話によるサポート「Pronto Alzheimer」を通じて行われている。この電話（+39 02 809767）は、情報・サポート・援助の提供を目的としており、病気のさまざまな段階における診断と治療に最も適している地域サービスを紹介している。Pronto Alzheimerには、開設されてから19年の間に、124,500件のサポート問合せがあった。

2011年1年間での問合せ件数は5,389件であった（2010年は5,041件）。

Pronto Alzheimer を通じて、2011年には189件の法律相談、260件の心理相談、124件の社会相談のサービスが提供された。

Pronto Alzheimer は、連盟の活動の30%を占めており、心理学者1名の監視のもとに、スタッフ2名と、家族や専門家から成るボランティア6名によって運営されている。2011年にスタッフが電話サポートに費やした時間は合計5,570時間である（2010年は5,250時間）。電話サポートは、月曜日から金曜日までの9:00～13:00、14:00～18:00の時間帯に行われている。その他時間帯や日にちには、早期コンタクトすることを可能にするため留守番電話メッセージを残すことができるようになっている。

ウェブサイト www.alzheimer.it

1996年に創設されたイタリア アルツハイマー連盟のウェブサイトは、ここ19年間、アルツハイマーのコミュニティや、この病気やその諸問題に関わっている人々の拠り所となってきた。サイトは7つのセクションに分かれており、それに諸協会のネットワークのみがアクセスできる会員ページが追加されている。創設から2011年12月31日までのウェブサイト訪問者数は3,587,768人となっている。この数字は、前年比607,832人の増加、1日平均アクセス数が1,600人以上となっていることを意味している。

最もアクセスが多いページは、患者の家族に情報やアドバイスを提供するページである。このページは2011年に151,940件のアクセスを記録し、2010年のデータ(66,412件のアクセス)と比べて顕著な増加となっている。

2番目に重要なセクションは、ロンバルディア州におけるアルツハイマー病患者の治療と介護の施設を検索するためのセクションである。このセクションは他に例がないものであり、情報不足を補うために連盟がミラノのマリオ・ネグリ薬理学研究所と協力して実施した大掛かりな統計調査の賜物である。

施設の分布図は2010年から使用可能になっている。2011年にはアクセス数が2010年の34,493件から79,432件と2倍以上となっており、その大部分はGoogle検索から来ているものである。

2011年には、さまざまなセクションや情報へのアクセスをさらに容易にするために、ウェブサイトのグラフィックス改訂作業が開始された。

YouTube チャンネルと Facebook ページ

イタリア アルツハイマー連盟では、2年以上前からソーシャル・ネットワーキング・サービスにも自らのページを持っている。

Facebook ページには2011年12月31日現在3,861人の「友達」がおり、開設年以来アルツハイマー病の諸問題と関わる人々全員が使える自由な議論の場としての位置を保ってきた。

また、YouTube に開設された「Canale Alzheimer Italia (アルツハイマー イタリア チャンネル)」では、2年以上前から教育ビデオや連盟役員の発言等を提供してきている。

アルツハイマー アプリ:患者とその家族が使えるハイテク

イタリア アルツハイマー連盟は、「デジタル・ガイド」を家族(及び患者)に向けてiPhone及びAndroid用アプリを開発した。このアプリを利用すると、具体的な情報や質問への迅速な回答が得られ、また電話相談サービス Pronto Alzheimer にもアクセスすることが出来る。このアプリの内容は、連盟が出版した『アルツハイマー病患者介護マニュアル』の要綱に沿うものである。このアプリを使用することで、アルツハイマー病患者の介護にあたる人にとって有益な情報に、(固定電話を使わずとも)携帯電話から直接アクセスすることができる。

2011年に設計されたアプリは、2012年に発表される。

代表、保護、出席

第 18 回世界アルツハイマーデー、「認知症の顔」

2011 年 9 月 21 日第 18 回世界アルツハイマーデーの機会に、イタリア アルツハイマー連盟は国際アルツハイマー病協会(ADI)及び米国アルツハイマー協会と連携して、「認知症の顔」というキャンペーンを世に出した。そして、全世界で 3,600 万人のアルツハイマー病患者が困難な状況にあり、その 4 分の 3 にあたる患者はアルツハイマー診断がなされていないために情報や治療、処置が受けられていないということに世論とイタリア政界の注意を向けるため、告訴へのイニシアチブや患者・家族へのサポート活動等を推進した。

● ADI の 2011 年世界アルツハイマーレポートの普及

世界アルツハイマーデーに行われた地域機関や全国レベルの報道関係者が参加した会合にて「早期の診断・治療の恩恵」と題するレポートが紹介された。レポートでは、病気の診断段階において改善されるべき重大点があることを指摘している。それは、高所得国では認知症の 20～50%が認知症であると認められ記録されるのに対し、中低所得国ではこの割合が 10%に落ちるということである。認知症が老化の正常なプロセスの一部であり、したがって出来ることは何もないとする誤解に対して、同レポートは以下のことを証明している。

- 病気の初期段階においても、適切な処置は大きな効果をもたらす可能性があること
- 薬や心理学的処置は、病気の初期段階における患者の認知能力、自律性、及び生活の質を向上させる可能性があること
- 病気を早期診断することで、高所得国の政府は患者 1 人当たり最大 10,000 ドルを節約できる可能性があること
- 診断過程における大きな遅延は、治療の深刻な遅延につながるということ
- こうした遅延への対処方法は多様であるため、各国が自国内で戦略を打ち立て、早期診断と利用可能資源でまかなえるような治療過程を推進する必要があるということ。

上記を踏まえ、イタリア アルツハイマー連盟は、世界のアルツハイマー協会とともに特に次のことを提言した。

- 医師や他の医療サービスの専門家に対して、認知症を早期診断するための基本的能力を身に付けることを奨励すること
- 専門診断センターのネットワークを作ること
- 特に資源の乏しい地域では、世界保健機関(WHO)が開発した診断ガイドラインを使用すること
- 認識能力を向上させ、うつ病を治療し、施設入居を遅らせ、家族の生活の質を向上させるために効果のある、根拠に基づいた治療の可用性について情報を提供すること
- 薬物治療および非薬物治療の有効性試験への研究投資を増やすこと

● 家族を支援する活動

さらに、第 18 回世界アルツハイマーデーでイタリア アルツハイマー連盟は患者の家族を支援する一連の試みを発表することとなった。

家族向け iPhone・Android 用アプリ:

疑問・問合せに対して回答・情報を提供するために研究されたアプリは、スマートフォンや iPhone を利用する 1,200 万人のイタリア人にとって有益且つ簡単に使用できるツールとなる可能性がある。2011 年に発表されたアプリは 2012 年に利用可能になる。

メモリーキー:

データや情報記録用に 2 GB の USB メモリーがプレス関係者や連盟と提携する地域団体に配布された。

隠しカメラ:

連盟のウェブサイト、Facebook 及び YouTube のページに、隠しカメラで撮影された紹介ビデオを掲載し、患者や患者と接触する人々が、病気の初期段階において既に遭遇することになる困難な状況について説明した。隠しカメラは、記憶及び方向感覚に症状が現れ始めたタクシー運転手に扮する俳優が運転するタクシー内に設置された。2 台のマイクロカメラによって心配する乗客の反応がとらえられ、無線ラジオでタクシー運転手がなぜ混乱した行動をとるのかが説明される。経験を通じて説明するビデオであり、言葉や画像よりも説得力が強い。

インターネット上フラッシュモブ:

世界アルツハイマーデーの機会に、連盟の Facebook ページでファンとなっている人全員に対し、当日 1 日中、自分のページの紹介写真を削除し、白いアウトライン画像のみが表示されるデフォルト設定にしておくことを求め、自己アイデンティティを消してしまうこの病気の困難な状況を簡単且つドラマチックに説明した。

20,709 人にこのイニシアチブへの参加が呼びかけられた。2,274 人が参加し、5,565 人がこの試みのポストに対しニュースを作成した。また 8,896 人がポストをクリックし、66,578 人のページにこのポストが表示された。

患者の権利を支える行動に加えて、国営放送の RAI で『記憶の部屋』の CM スポットが放送された。世界アルツハイマーデーには、イタリア アルツハイマー連盟に所属する諸協会により、国内で各種の試みが実施された。

- 『認知症の顔を知る』というパンフレット

同じく世界アルツハイマーデーにおいて、イタリア アルツハイマー連盟は、国際アルツハイマー病協会 (ADI) が制作した『認知症の顔を知る』というパンフレットのイタリア語版を配布した。このパンフレットでは、アルツハイマー病や他の認知症について基本的な情報を簡単な話し言葉を使った Q&A 形式で提供している。パンフレットは、イタリア アルツハイマー連盟やネットワークに所属する地域団体を通じて、大衆に配布された。

諸機関との関係

- 欧州議会との関係

イタリア アルツハイマー連盟はアルツハイマー・ヨーロッパのメンバーとして、アルツハイマー病のヨーロッパ同盟に所属するイタリアの欧州議会議員と関係を築いている。アルツハイマー・ヨーロッパは雑誌『Dementia in Europe』の 2011 年 6 月号にて、同盟のメンバーであるパトリツィア・トイア議員の立場をインタビュー形式で大きく紹介した。トイア議員はインタビューで、患者団体や病気に関わる啓発キャンペーンのおかげで最近数年間に多くの研究が行われ、また数多くの専門センターが設立され活動に移されたことを確認するとともに、以下のように述べた。「他のヨーロッパ

諸国で実行に移された行動と比べると、イタリアはまだ遅れている。イタリアでは良い結果を収めるための道のりはまだまだ遠い。現状まず必要とされているものは継続した治療を続けている人々をより優遇していくためのリソースだ」

- **イタリアの上院議院との関係**

2011年9月21日の議会で、マリア=ピア・ガラヴァリア上院議院議員は第18回世界アルツハイマーデーを称え、国際アルツハイマー病協会とイタリア アルツハイマー連盟がイタリアの患者とその家族を守るための訴えを紹介した。同議員は以下のように公式宣言をした。「認知症の顔」というスローガンは2つのメッセージを伝えるものである。第1に、人間の尊厳は決して消えることはなく、顔はひとつのストーリーの跡を残すものである。

第2に、認知症にかかっている人の一人一人が異なるのであって、各患者それぞれを深く知ることでより良い薬が出来るのである。我々立法者には、医療計画においてこのような基本的なニーズを心にとめておかねばならない」

- **イタリアの保健省との関係**

マリオ・モンティ率いる新内閣が発足した機会に、イタリア アルツハイマー連盟はレナート・バルドゥッツィ保健相に公式書簡を送り、この病気のイタリアでの深刻な状況を知らせるとともに、2011年9月19日～20日のニューヨーク国際連合第66回総会の第2回非感染性疾患サミットで採決された、歴史的な政治宣言について再確認した。

国際連合は、この宣言において神経疾患が大きな重みを持つものであることを認め、有効対応手段としての予防及び的確な医療の重要性を確認した。イタリア アルツハイマー連盟は手紙の中で、地域や中央の施設・機関に対し確固たる支援を期待することを述べた上で、社会的に最優先課題となったこの病気の管理や診断において、実りある対話等を通じて自らが協力する用意があることを確認した。

- **ミラノ市との関係**

2011年8月4日、イタリア アルツハイマー連盟の会長は、ミラノ市長であるジュリアーノ・ピザピア弁護士に書簡を送り、ミラノの12,000の患者に対し市長として明確且つ責任ある姿勢を示すことを求めた。

ピザピア市長は、9月21日の世界アルツハイマーデーに、通信社、テレビ、ラジオ、インターネットサイトに書簡(ボックスを参照)を送った。それに対し、協会は患者とその家族に向けられた関心と配慮について感謝の意を表す返事を送った。

研究の推進

抗認知症薬に対する家族の評価と期待: イタリア アルツハイマー連盟 – マリオ・ネグリ薬剤学研究所の研究

現在、アルツハイマー病治療のための解決的療法(原因療法)は存在しない。あまり深刻ではない段階、または深刻な段階にある病気の治療のために 1990 年代から売り出されている薬剤は数が非常に少なく、ほとんどが対症療法的なものである。

コリンエステラーゼ阻害剤として知られるこれらの薬は、その効力について大量の科学的研究記事があるものの、介護者、すなわち患者を日常的に介護している人の経験、意見、期待についての研究をした研究者は非常に少ない。この穴を埋めるために、イタリア アルツハイマー連盟は、ミラノのマリオ・ネグリ薬剤学研究所と協力して、この分野ではイタリアで最初の研究を開始した。その中で、日常生活に対する影響を評価するため、コリンエステラーゼ阻害剤を使用した治療についての介護者の意見、感想、評価、期待を収集した。これらの意見は連盟のウェブサイトに 2011 年 3 月 1 日から 6 月 30 日まで掲載された質問表を通じて収集された。データは匿名形式で収集され、その結果は同年の下半期に公表された。

質問表は 3 つのセクションに区分された。第 1 セクションは患者に関わるもので、患者の社会的・人工統計学的特徴、診断情報、病気の中で出てきた行動の問題、抗認知症薬や同時に服用した他の薬剤についての情報を集めた。第 2 セクションは、抗認知症薬の治療効果を記録するもので、症状改善について家族に 0 から 10 の点数評価を求めた。第 3 セクションは、介護者の身分情報を集めるもので、患者介護の様式も含めて収集された。この研究により、家族は薬物療法から、病気の安定化(10%)、病気の悪化の進行速度の停滞または停止(20%)、記憶の改善と回復(22%)を期待していることがわかった。そのような期待に薬物療法が応えたかどうかについては、33%がわずかに満足、31%がある程度満足、20%が非常に満足、13%が全くの不満足という回答があった。

薬剤の効力評価については、介護者からは、状況は変化せずにとどまった(1%)、効力は最小限であった(20%)、はじめは効力があつたが、次第に悪化した(8%)、病気の進行速度が遅くなった(9%)という 4 つの状況の報告があつた。家族の 24%が薬剤の効力を否定する評価をし、8%が現在の薬物療法は効力が乏しいと考えていると述べた。この研究により薬剤の効力について多様な状況が存在することが明らかにされ、さらに、調査された薬剤(メマンチンを除く)は 2~5 年にかけて服用されていることや、服用中止は副作用が出てきたことが原因である、ということ等が明らかにされた。

研究により、多数の家族の意見を収集することで、質と量の点で患者の介護者の視点を初めて記録することができた。さらに、症状だけでなくこの病気がもたらす障害を大きく改善するような治療への期待が、非常に大きいことが改めて浮き彫りにされた。

InveCe.Ab(アッビアテグラッソ市における脳老化)研究

「InveCe.Ab (Invecchiamento Cerebrale ad Abbiategrasso= アッビアテグラッソ市における脳老化)」研究は、脳老化に関連した病気についての住民の経年的研究である。ミラノ県アッビアテグラッソ市にて 1935 年から 1939 年の 5 年間に生まれた合計約 1,700 人の住民の身体と認知能力の状況を追跡調査しようとするものである。

研究は、ゴルジ・チェンチ財団がイタリア アルツハイマー連盟の支援、パヴィア大学倫理委員会、「ゴルジ・レダエッリ」社会医療サービス公社、マリオ・ネグリ薬剤学研究所、パヴィア大学応用医療科学科の協力、アッビアテグラッソ市とミラノ地域医療機関 ASL MI1 の後援を受けて、2010 年に開始された。

研究の目的は、認知機能の老化と関係する生物的、精神的、社会的要因を割り出し、アルツハイマー病や他の認知症に関連するリスク要因や保護要因を明らかにするというものである。

研究は複数の段階に分けられている。

- 第1段階: 住民のスクリーニング(集団検診)(2010年)

研究対象人口の社会・環境的、臨床学的、神経・精神的評価。スクリーニングは2009年11月半ばに開始され、2011年1月に終了した。各参加者には、同財団または必要な場合は自宅において、2度の面談が予定されていた。住民全体の77%、対象人口の80.2%に当たる、1,321人が参加した。

- 第2段階: 「Allena-mente(精神の訓練)」(2011年)

2011年には、評価の第2段階がスタートした。これは、評価対象住民から無作為に抽出された約180人に認知刺激や保健教育を与えその効果を評価することによる、ランダム化比較試験に基づくものである。このグループは2011年2月にスタートし、2011年末に終了した。

診断の種類

研究では、サンプルの3%(39名)が認知症、7.6%(101名)が認知症を伴わない軽度の認知能力障害(軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment および Cognitive Impairment No Dementia、すなわち MCI-CIND))という結果になった。6.7%(88名)はうつ病、0.8%(11名)は精神病、3.2%(42名)は診断が定められなかった。サンプルの1.7%(22名)は診断のプロセスを完了しなかった。アルツハイマー病は、住民全体の1.1%(15名)に及ぶ結果となった。血管性認知症は1.3%を占めた。

性別および学歴別による認知症の割合

研究では、性別と疾患の有病率に関する議論を考察に入れた。実際ヨーロッパのいくつかの研究では認知症、特にアルツハイマー病は、とりわけ75歳以上では女性に多いとするのに対し、いかなる年齢層においても男女別の相違を認めない研究が同数程度存在し、そのほとんどすべてがアメリカのものである。InveCe.Ab研究のこの段階でのデータは、アメリカよりもヨーロッパの流れにより合致したものがある。研究から明らかになったことは、CINDの認知障害の割合が女性と比べ男性の方がかなり多いことと、アルツハイマー病では女性の方が、そこまで大きな開きはないものの、多いことを明らかにした。

教育と疾患の有病率に関し現在進んでいる議論について、ほぼすべてのデータは教育が認知症・認知障害を防ぐ役割を持っているということを裏付けており、InveCe.Abのデータは修学年数が保護的役割を果たしていることを裏付けている。

研究は次の計画に沿って2015年まで続けられる。

2012年 - 第3段階: 住民の第1回中間評価

2013年 - 第4段階: 認知刺激を与えたグループと収集データの評価

2014年 - 第5段階: 住民の最終的評価

2015年 - 第6段階: 研究の結論

改善目標

アルツハイマー病患者とその家族

- さまざまなタイプの利用者に適した資料を開発すること
- 利用者の権利保護とその声を代表する専門サービスのシステムを整えること
- 病気ではなく患者に中心を据えることを支持するコミュニケーション戦略に方向転換すること

連盟と支援のネットワーク

- 基盤が弱い地域で会員と関連団体の数を増やすこと
- ミッション及び価値観の共有を促進すること
- 報告システムを作成すること
- 共通化された最良の方法を採用すること

寄付者と資金援助者

- タイプ別募金プロジェクトを増やすこと
- 連盟が作り出した付加価値の報告を洗練させること

医師、研究者

- 革新的な研究プロジェクトを支援すること

関係機関

- アルツハイマー病患者とその家族のサポートにおける政策及びサービス推進におけるパートナーであること

国家・州会議および統合会議

国家・州会議

法律 1996年12月23日第662号第1条第34項および第34項2号の規定に従い、2010年における国家的重要性を有する優先的目的の実現のために割当てられた資金の州による使用に関する計画方針について、政府・州・トレントおよびボルツァーノ自治県との間で結ばれた合意。(保健)法律 1996年12月23日第662号第1条第34項2号の規定に則った合意。

2010年7月8日付目録文書第76号/国家・州会議

国家・州・トレントおよびボルツァーノ自治県間常任会議

2010年7月8日付会議において

法律 1996年12月23日第662号第1条第34項は、保健省の提案に従い、本常任会議と合意のもと、経済計画関係閣僚会議(CIPE)が国民医療費の一部を、国民医療計画において示された国家的重要性を有する優先的目的の実現のために割当て、法律同号第34項2号が定めるとおり、各種計画の準備のために各州に分配することができる旨を定義するものであることが確認された。

前述の法律第1条第34項2号は、法律 1997年12月27日第449号第33条によって追加が行われた後、政令 2008年6月25日第112号第79条第1項4号によって改正された。この政令は法律 2008年8月6日133号によって法律化されている。本項は以下の事項を規定するものである。

「国民医療計画において示された国家的重要性を有する優先的目的を追求するために、各州は、労働省、保健省、社会政策省の提案に従い、国家・州・トレントおよびボルツァーノ自治県間常任会議での合意によって承認されたガイドラインに基づいた各種計画を作成する。国家・州・トレントおよびボルツァーノ自治県間常任会議は、保健省の提案に従い、前述の法律第34項の規定に則って、こうした目的のために割当てられた国民医療費の一部を分配するのに適した計画を策定する。この資金割当て方法は、2008年までの国民医療計画を実施しようとする計画方針に対して有効である。2009年以降、経済計画関係閣僚会議(CIPE)は、労働省・保健省・社会政策省の提案に従い、国家・州・トレントおよびボルツァーノ自治県間常任会議と合意の上、当年分の国民医療費のうち、用途未確定資金として州に割当てられた額の分配が採決された時点で、州に対して、上述の資金の割当てを行う。経済省と財務省は、第34項が定める各種計画を実施する州に対する援助を目的として、各州に対し、年間割当て総額の70%にあたる額を前払金として拠出する。

残りの30%の支払は、労働省・保健省・社会政策省の意見をふまえ、国家・州・トレントおよびボルツァーノ自治県間常任会議が、前年に各州が提示した計画の実施状況の詳細な報告を承認した時点で行われる。この報告が行われなかった場合、また、報告が承認されなかった場合は、その年に予定されていた残り30%の支払は行われず、さら

に、すでに拠出済みの70%の前払金の返却が求められる。前払金の返却には翌年割当て予定の資金があてられるが、その際、資金の種類は問われない」。

「健康に関する新協定2010-2012」に関する2009年12月3日付会合(目録文書第243号/国家・州会議)にて、本会議により締結された合意書の第1条第7項が確認された。

「緩和療法および痛みのケアに関する規定」について定めた法律2010年3月9日第38号が確認された。

2009年3月25日、国家・州会議の会合において締結された合意書(目録文書第57号/国家・州会議)が確認された。この合意書は2009年度の計画方針を策定したものである。

2010年4月29日、本会議の会合において交わされた2010-2012年病気予防計画に関する国民計画(目録文書第63号/国家・州会議)についての同意が確認された。

2010年5月14日に発表された2010年5月13日付の通達を確認された。これにおいて、保険省はこの合意の枠組みについて発表した。

2010年5月18日に行われた専門家会議において、各州は一連の修正要求をまとめ、これらは関係各省の代表者によって受け入れ可能であるとみなされた点が考慮された。

2010年5月19日に発表された同日付の書簡において、保健省はこの合意の枠組みの最終版を発表し、その中で各州が提示していた修正要求を受け入れた。

2009-2011年国民医療計画がまだ承認されていないため、2006-2008年国民医療計画に依拠する必要があることが考慮された。

2006年4月7日共和国大統領令によって承認された2006-2008年国民医療計画は、保険分野における健康に関する権利および他の社会的・市民的権利を憲法において保証するべく、種々の目標を定めたものであり、これらの目標は、法律2004年12月30日第311号第1条173項の規定に則った2005年3月23日の合意を順守することによって実現可能となるものであること、そして、国民医療サービス(SSN)への国の財政支援を定める経済財政報告において計画された予算の範囲内で、これと一致する形で実施されるものであることが指摘された。

本件は2010年5月27日の国家・州間会議の会合において議論される予定であったが、実際には行われなかったことが考慮された。

本日付の会合において、政府、州、自治県の賛同が得られた。

合意の締結

政府、州、自治県の間で以下の事項についての合意を締結する。

- 政府、州、自治県は、利用可能な予算の範囲内で、政令 1999 年第 229 号の改正と一貫した形で、また、国における社会および人口の変化を考慮しつつ、システムの現代化を目指して努力することで合意した。
- 2009 年 3 月 25 日付の合意の実施にあたって各州が行った一連の活動は、提案された計画方針の重要性と複雑さを考慮するにつけ、中期的に見ても意義深い効果があるものであり、それゆえ、達成された結果をいっそう堅固なものにする上でも、また、今後十分にさまざまな利点や側面を掘り下げていくためにも、さらなる考察が必要であると言える。

以上を前提とし、以下を合意の上で決定する。

1. 社会的・政治的討議および国際的経験によって明白に示された事実とガイドラインを照らし合わせた上で、2009 年に定められた計画方針(2009 年 3 月 25 日付の合意)を 2010 年においても基本的に継続して実施していく必要がある。
2. 法律 1996 年 12 月 23 日第 662 号第 1 条第 34 項および第 34 項 2 号の規定によって割当てられた資金の各州による利用を定めた 2010 年の計画方針は、本合意書の付録 A に示される通りである。
3. 以下の計画方針については、2010 年度予算において特別な割当てを設けるものとする。
 - プライマリーケア: 全資金のうち 25%を割当てる。
 - 要介護: 2010 年の割当てとして:
 - a) 進行性および障害をもたらす神経系の病気を患う患者の看護に関するプロジェクトに対して 2,000 万ユーロを割当て、本合意書付録の表に基づいて配分を行う(付録 B-表 1a)。
 - b) 認知症患者の看護プロジェクトに対して 2,000 万ユーロを割当てる(付録 B-表 1b)。
 - 緩和療法および痛みのケア: 2010 年においては、法律 2010 年 3 月 9 日の実施に際し、1 億ユーロを割当て、本合意書付録の表に従って配分を行う(付録 B-表 2)。
 - 生体試料バイオバンクへの取り組み: 2010 年においては 1,500 万ユーロを割当て、本合意書付録の表に従って配分を行う(付録 B-表 3)。
 - 特定疾患: 2010 年においては 2,000 万ユーロの割当てを導入し、本合意書付録の表に従って配分を行う(付録 B-表 4)。
 - 病気予防に関する国民計画: 2 億 4,000 万ユーロを割当て、本合意書付録の表に従って配分を行う(付録 B-表 5)。
4. 本合意書締結後、法律 1996 年 12 月 23 日第 662 号第 1 条第 34 項 2 号の実施に際し(政令 2008 年 6 月 25 日第 112 号第 79 条第 1 項 4 号によって改正、法律 2008 年 8 月 6 日 133 号によって法律化)、各州に対して経済省および財務省より総額の 70%にあたる額が前払金として拠出される。

5. 各州が残りの 30%にあたる額の支払を受けるためには、本合意書締結後 60 日以内に、保健省に対して、本合意書において策定された方針に関して前年に達成された結果の詳細な報告を盛り込んだ具体的な計画書を提出しなければならない。

6. また、各計画書は以下の点を明確に示す予想を盛り込んだものでなければならない。

- ・達成すべき質的、数量的目標
- ・目標を達成すべき期限
- ・目標実現にかかる費用
- ・提案された投資の有効性を測るための指標。これは数字で示されることが望ましい。

7. 保健省の提案に従い、国家・州会議によって計画が承認されることにより、各州に対して残り 30%の支払いが行われる。

8. 計画が提出されなかった場合、またはこれが承認されなかった場合は、その年に予定されていた残り 30%の支払いは行われず、さらに、支払い済みの 70%の前払金の返却が求められる。前払金の返却には翌年割当て予定の資金があてられるが、その際、資金の種類は問われない。

書記

会長

エルメネジルダ・シニスカルキ委員

国会議員 ラッフアエレ・フィット博士

2.2 認知症患者の看護

認知症は、臨床的・組織的・管理的・社会的問題を生起させる非自立状態をもたらす。こうした問題は、神経筋に関連する神経性疾患(MNINM)において示されるものと大きく異なるものではなく、いくつかの側面において重なる点がある。

病状は両者とも複雑であり、発病のメカニズムはいまだ明らかになっていない。適切な形のサポートを受けられない家族の負担は大きく、数年来、学術的研究が続けられているものの、問題解決につながる基本的治療方法の確立には至っていない。

認知症患者看護というテーマは、軽度認知障害(MCI)から重度認知症まで、認知的疾患を持つ 80 万の人々を直接扱うものであるが、診断方法、予防の可能性、介護ソリューションといったサービスが現状はあまりにも不足している。

こうした問題に関しては、とりわけ遺伝的傾向や脳血管性疾患、早期の記憶障害、あるいはすでに何らかの認知障害を患う人々を対象とした、全面的かつ個別的な看護方法の定義が必要とされている。

それゆえ、予防・診断・治療・看護というさまざまなレベルにまたがる問題に対応することがもはや不可能となっている従来の看護モデルの変革を促進するための、大きな推進力となるようなプロジェクト—既存のプロジェクトが有する問題に焦点を合わせつつ、認知症患者の要請を科学的・看護的状況の中心に置き直す—の奨励が重要となってくる。

認知症の予防・診断・治療のプロジェクトは甚だしく細分化しており、統一的・補完的アプローチが存在しないのが現状である。そのような中、唯一拠り所となっているのが、500カ所におよぶアルツハイマー評価ユニット(UVA)である。これは特に進行性認知障害を専門としており、プロジェクト・クロノスの一環をなすものである。

プロジェクト・クロノスの規定が示す基準は、病院各科、保健所の専門医による診療、開業医による診療、在宅介護サービス等の分野における神経科・精神科・内科・高齢診療科それぞれの専門性の調整に基づいた、機能的ユニットの策定を中心に据えるものであり、鑑別診断、家族および介護者への支援、医薬品供給の保証を目指したものであった。

しかし実状としては、いくつかの州においてはこうしたサービスを提供するに適した計画が存在せず、国民健康高等機関の評価によると、2002年においても、2006年においても、約25%の医療機関においてサービスが提供されるのは週1日のみであり、約7%の機関においては、これに従事する医師数は1名のみであった。それゆえ、これらのサービス提供状況は、明らかに先進的な地域と、状況改善に向けていっそうの努力が必要とされる地域とに分かれることが明らかになった。

それにもかかわらず、UVA設立から7年を経て、これらのサービスは大部分のケースにおいて、認知症患者およびその家族が社会的・医療的サービスのネットワークにアクセスしようとする際の唯一の拠り所であると同時に、コリンエステラーゼ阻害剤や第二世代抗精神病薬の適切な処方を監督できる機会ともなっている。

イタリアにおける第1類の医薬品の費用は約7,000万ユーロと見積もられており、この種の医薬品を服用する認知症患者の割合は約7%である(ドイツにおいては12%、フランスにおいては20%以上)。第2類の医薬品に関しては、著しい適応外使用が見られ、リスクとメリットの両方が存在するため判断が難しい状況となっている。

こうしたファーマコビジランス(市販後医薬品安全性監視)的な側面も影響し、いくつかの州においては認知症を扱う専門センターの名称が変更されることになった。従来のUVAから認知症評価ユニットへと名前を変えることによって、アルツハイマーを中心とする認知症に対する認識を、より幅広い、あらゆる種類の認知症への認識にしようという変化が強調されている(実際、認知症のうちの約50%はアルツハイマーとは異なるものである)。

以上を考慮した上で、重大な問題点を明らかにしつつ、医療の供給と社会的サポートとの間、さらには、適切な看護、診断・予防の可能性の適切な統合を追求する方法／構造(あるいは構想)の選定を目指すようなプロセスを促進していくことが効果的であると思われる。

問題点を解決するためには、現存するアルツハイマー評価ユニット(UVA)から出発してこれらを発展させ、州毎に異なったやり方で推し進められてきたさまざまな既存の看護状況を鑑みつつ、他の疾患においてすでに実験されている「ハブ・アンド・スポーク」モデルを取り入れたネットワークの構築を促進すると同時に、ディージーズ・マネジメントの策定を行っていく必要がある。これを適切な方法で実施するためには、以下の作業が必須となる。

- ・対象となる住民の特定
- ・効果的な試験に基づいたガイドライン作り
- ・多分野にまたがる介護の促進を目指した共同実践モデル作り
- ・患者のケア、および慢性患者介護において本質的な役割を果たす家族のケア促進を目指した人材育成ツール作り
- ・過程および結果の基準作り
- ・持続可能かつ地域に根ざした情報提供システム作り。これにより看護のコーディネートおよび長期的看護を可能にするような、医師間、または医師・患者・家族の間のコミュニケーションが実現する。

全体目標は、システムではなく、患者とその家族を看護組織の中心に据えた診断および治療方法の最適化である。これを前提とすると、共存症や介護者の役割といったものも含めて、疾患を包括的に管理しようとする方針に基づいた看護方法全体の定義が必要となってくる。これは、自然な疾患の進行過程を変えようとする際、医薬品に頼ったアプローチが問題の根本的解決にはならないような慢性・進行性疾患においてとりわけ強調すべき点である。

また、MNINM について論じた際に取り上げられたのと概念的にはまったく同様の情報提供システム、そして、内容は多岐にわたるが、健康のみならず人間としての権利を有する患者を中心に置くという意味では MNINM と同一の、適切な人材育成計画作りが必要であることは、上述事項における当然の帰結であると言える。

以上を前提とし、また、前項における MNINM についての提言と同様、州間の有益な相互作用の可能性を模索しつつ、各州は以下の事項を目的とした計画書を提出するものとする。

- ・早期診断、予防、さらには完全な認知症の前段階と認識しうる認知障害を有する患者の看護受け入れを行うアルツハイマー評価センター、すなわち認知症評価センター／記憶に関するクリニックの強化を実施する。
- ・構造的かつ、当該疾患をめぐるさまざまな側面において関わりを持つすべての専門家を実践的に結びつけるような看護ネットワーク作りを行う。
- ・疾患を持つ人々およびその家族の全面的なサポートを可能にするような自宅介護方法の実現および強化。こうした看護方法は、地方保健所(ASL)、既存の UVA、診断に特化したセンター、認知機能をも視野に入れたリハビリテーションサービス、医療施設、各地の社会・看護・医療サービス等がそれぞれ実施するサービスの統合を推進しながら、記憶の欠陥や完全な認知障害を患う人々の受け入れのための中継、調整、チューターの機能を果たすものとする。
- ・関連するさまざまな専門家の育成、訓練。
- ・前述の目的の実現を可能にする情報提供システム作り。
- ・システム、適切性、有効性、効率性、実施および修正を行う際のタイミング等を監視するプロセスの定義。
- ・若年性および家族性アルツハイマー病、脳梗塞後の認知障害、CADASIL 等の遺伝性脳血管障害、家族性パーキンソン病等認知症を患う可能性のある人々およびその家族に特化して追跡調査を行うセンターの実現および強化。
- ・さまざまな形の認知症の早期診断および鑑別診断を目的とする、生体または神経画像に基づいた診断の潜在的可能性を試験するセンター、認知症診断に幅広く用いられている認知機能テストの脳機能イメージングを用いた検証を行うセンターの強化。

州レベルの各種計画に対して課されたこうしたアプローチは、認知症診断やカウンセリング方法を選定するための技術委員会に代表されるような中央機関(「ハブ・アンド・スポーク」モデル)との比較検証を実施するものとする。技術委員会に対しては、認知症診断やカウンセリング方法に関して、SSN によってすでに実行されている作業の評価と実施が課される。さらに技術委員会は UVA システムの分析と評価、必要であればその再組織化の任務が課される。

別紙 DC

認知症患者の生活の質・介護改善プログラムにおける基本要素

介護担当および継続の方法
<p>介護改善プログラムにおいて、請負業者は、認知症患者およびその家族の担当として活動を継続していくための詳細な方法を定める。医薬品を用いた治療の監視においては、MMG（家庭医）、認知症診療所、専門機関、身元保証委託センターとの関係が重要な役割を果たす。</p>
環境
<p>請負業者は以下の事項を保証する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歩き回るのに適当な屋内外の空間やコースがある。 ・ 行動障害のある認知症患者用の隔離部屋を少なくとも1つ用意する。 ・ 知覚消失の予防・緩和および行動障害の監視・緩和のために空間を最適化する。 ・ 方向感覚を補助する用具を設置する。
スタッフ
<p>スタッフの健康を維持し、スタッフと認知症患者の関係を継続的なものにするため、介護改善プログラムにおいては、スタッフの燃え尽き症候群と離職を防ぐための方針を定める必要がある。この際、次の事項が重要になる。認知症介護に対する確固たる動機を持ったスタッフの選定、利用者数および認知症の進行度合いに適したOSS有資格者数の確保、スタッフ間のミーティング、査察指導、心理学医との面談（年1回以上）。</p>
養成・研修
<p>認知症についての研修会を行わなければならない。養成・研修プログラムで必ず扱うべきテーマは以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ スタッフが認知症患者およびその家族と関係を結ぶ際のアプローチ方法 ・ 認知症患者と接する際の、人権が尊重された環境の重要性 ・ 行動障害の扱い方 ・ 疾患の進行とその監視方法
<p>業務に関わるスタッフ全員に研修の機会を与えるべく、請負業者は各分野の専門家の招聘に努力しなければならない。</p>
<p>この他、プログラムには、患者家族に対する研修や患者家族への情報提供方法といった内容も含まれる。</p>
活動プログラム
<p>活動プログラムは以下の要件を満たすように作成される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 各認知症患者が行う活動および、各利用者が必要に応じて行う活動には以下の事項が含まれる。 <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知的刺激 ○ 機能的刺激 ○ 運動による刺激 ○ 社会性を増進するための活動 ・ 行動障害を監督/緩和するための活動 ・ 患者家族に対する支援活動 ・ 医薬品投与および疾患重篤化による合併症発症の予防/治療の合理化
<p>請負業者は、上記の活動をプログラム化してその実施状況を監督する際には、多面的に（少なくとも認知・機能・行動・情緒の4分野に分けて）評価するものとし、介護改善プログラムについて個別の方法および有効な段階評価を用いることで、さまざまな専門知識を持ったスタッフによる介護を保証する。</p>
<p>介護改善プログラムについて、年1回、レビュー審査をする。その際、請負業者は、州の方針に従って介護改善プログラムを評価するための個別指標を選定する。</p>

別紙 DG

“認知症患者のための一時滞在型介護施設”の要件

はじめに	
認知症患者向け施設において、請負業者は、施設認可のための一般的な要件、要看護高齢者滞在施設のための特別な要件に加え、さらなる要件が求められる。	
定義	
一時入所を特徴とする滞在型社会保健施設において、認知症を患う高齢者を集中的にケアすることを目的とする。	
目的	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症に伴う行動障害の監視/緩和。 ・ 認知症特有の器質的症候を評価・ケアすることによる障害重症化防止。 ・ 患者のケアにあたる家族やスタッフの訓練や支援を強化して、自宅または以前入所していた施設への帰還を容易にする（異なる方法による患者ケアの模索）。 ・ 高齢者の継続的な介護にあたる家族の支援、適切なサービスネットワークの紹介および決定、心理的・人間関係的側面から疾患に向き合うためのリスニングおよび支援。 ・ 他のサービスネットワークとの連携強化。 	
受益 - 適格条件	
重度の行動障害を伴う認知症と診断されて自宅または他の介護施設で生活中の高齢者が期間限定の集中的ケアを受けることができる。受益者として適格かどうかの判断は多方面にわたる評価によってなされる。この評価には、臨床検査結果への評価や、有資格者がツールを用いて行う神経・行動・情緒の検査の結果への段階的判断などが含まれる。	
収容定員	
通常15床、最大20床とし、小グループに分かれての生活が保証される。	
2	サービス実施計画
2.1	新スタッフ採用の際には、その応募者が利用者の特質を理解しているか、適切な動機を有しているかに注意する（動機重視のスタッフ選び）。
2.2	請負業者は、スタッフの燃え尽き症候群や早期離職の防止を目的とする具体的方針を定め、スタッフの安定を図る。
2.3	<p>介護基準</p> <p>施設は、適宜選別・養成されるスタッフの具体的基準を定めるものとし、最低限以下の事項を保証する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日中、利用者10名ごとにOSS資格者2名を勤務させる。 ・ 施設の責任看護師を1名選定する。 ・ 利用者10名ごとに高齢者医療専門医1名を最低週6日間合計12時間配属する。 ・ 認知症患者管理の具体的経験を有する施設責任者を配属する。 ・ 認知症患者を扱う専門知識を有するスタッフ（レクリエーションスタッフ、教育指導員、理学療法士）を配属し、個別および小グループの利用者に対し、認知的刺激を与えるための活動を行う。この活動は利用者10名に対して最低週18時間実施し、行動障害の監督/緩和に努める。 ・ 認知症分野の専門知識を有する心理学医を配属し、家族（個別・グループ別支援）、スタッフ（燃え尽き症候群予防研修）、患者（神経・心理情緒的評価、PAIの最適化、刺激を与えるための活動の指導監督）との面談を最低週9時間行う。 <p>これらの基準は要介護高齢者滞在施設のための基準（SPRA 2.1）を補完し、かつこれを代替するものである。</p>
4	施設
4.1	<p>認知症患者をケアする施設は以下の一般基準に従い、安全かつ“補完的”な環境を保証する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者が自分の好みに合わせて環境に手を加えたり、ペットを飼ったりできるようにする（州が定める動物福祉の規定を遵守した上で）ことで、共同生活の場にふさわしい居心地の良い環境を作る。 ・ 病院を連想させる要素をなるべく取り除く。スタッフは医務服を着用しない。

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の能力に従って生活を段階的に簡略化し、機能面の補助を続ける。 ・ 利用者の運動を制限することをなるべく避けつつも、安全を保証し、危険要素を削減/除去する。
4.2	認知症患者を対象とするサービスにおいては、最低限、以下のような生活環境への配慮を実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活環境は1階とし、中庭または庭の機能を有するエリアに面するようにする（歩き回れるようにするため）。 ・ 平らで転倒防止機能のある床面。 ・ 生活環境における拡散照明の導入（照明による影を作らないようにする）。 ・ 壁および床面の色彩には暖色を採用する。 ・ 脱出防止ドアを見えないようにする（開閉可能性は維持する）。 ・ 手動・電動ブロック機能付きドア（火災時は手動で開閉可能なもの）。 ・ 鋭利な角のない家具の採用（または目立つ色の安全カバーを用いる）。 ・ 適切な温度の水道水の常時供給。 ・ 空間・時間感覚を保つための補助器具の導入。 ・ 共同スペースの代わりとなる空間を最低1部屋用意する。 ・ 歩き回れる屋内空間。 ・ 機械活動、作業活動および手作業用のエリア。
6		人的資源の養成・訓練
6.1	認知症患者用施設は、全スタッフを対象に認知症をテーマとする講座および最新情報獲得のための定期研修の実施を保証する。さらに、スタッフ・ミーティング、心理学医の視察指導および面談も保証する（燃え尽き症候群の予防）。	
8		一般的手順および手続き
8.1	施設への入退所は社会的介護プロセスに従って行われる。このプロセスは管区内で共有され、かつ家族との同意の上で決定される。	
8.2	認知症患者向け施設は限定された期間のみ利用者を受け入れる（一時利用）。入所期間はPAI指定の達成目標によって、また、退院後に到達すべき目標に従って決定される。	
8.3	退院後の患者にも介護の実質的継続を保証し、さまざまな方法や目標について施設外の機関と意見交換するための担当者を選び、システムの機能を保証する。	
8.4	患者家族に対し、施設利用期間中の患者の認識・行動面の疾患や生活面の諸問題と向き合う具体的方針を採用・共有するための継続的な支援を保証する。	
8.5	入念かつ詳細な認知症の診断は不可欠である。公式のガイドラインに従って受益適格条件を明確化するために多方面から評価（医学・認識・行動・機能・情緒）を行う。	
8.6	施設でのサービス内容が医薬品を用いたケアを最適化するプロセスであることを明確に示す必要がある。	
8.7	活動計画では、個別または小グループに分かれて行う社交活動、レクリエーション、物理的・運動的刺激/リハビリ、認知的刺激/リハビリ、作業療法を保証しなければならない。	
8.8	退所の際は、介護および家族への支援を継続するための保護退院システムについて説明し、自宅または以前入所していた施設へ安心して戻れるようにする。	

事業実施体制

「諸外国における認知症治療の場としての病院と在宅認知症施策に
関する国際比較研究事業」

事業実施体制

【事業検討委員会】

委員長	木下 毅	公益社団法人全日本病院協会常任理事 医療法人愛の会光風園病院理事長
委員	猿原 孝行	医療法人社団和恵会湖東病院理事長
委員	清水 紘	財団法人仁風会京都南西病院理事長
委員	本庄 弘次	医療法人弥生会本庄内科病院理事長
委員	村上 秀一	医療法人三良会村上新町病院理事長
委員	貞本 和彦	医療法人和昌会貞本病院理事長
委員	大塚 直純	医療法人社団大和会大塚病院理事長
委員	仲井 培雄	医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長
委員	武久 洋三	医療法人平成博愛会博愛記念病院 ※平成25年8月31日まで
委員	高橋 泰	国際医療福祉大学医療福祉学部医療福祉・マネジメント学科※平成25年8月31日まで
委員	栃本 一三郎	上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授

事業担当副会長	猪口雄二	医療法人財団寿康会寿康会病院理事長
事業担当副会長	安藤高朗	医療法人社団永生会永生病院理事長

【業務一部委託先】

みずほ情報総研(株)	社会経済コンサルティング部 佐藤溪 清水徹
------------	-----------------------------

【事務局】

公益社団法人全日本病院協会

【事業検討委員会開催日時】

第1回	平成25年8月1日(木)	17時30分～19時30分
第2回	平成25年9月21日(土)	18時00分～20時00分
第3回	平成26年3月20日(木)	15時00分～18時00分

不許複製 禁無断転載

平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

諸外国における認知症治療の場としての病院と在宅認知症

施策に関する国際比較研究事業 報告書

発行日 平成 26 年 3 月

発行者 公益社団法人全日本病院協会

住 所 〒101-8378

東京都千代田区猿樂町 2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F

電話 03-5283-7441（代）