

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

英国の国家認知症戦略のビジョンと実際

研究分担者 西田淳志 （財）東京都医学総合研究所
心の健康プロジェクト 主任研究員

研究要旨：英国政府は、2009年より「国家認知症戦略(National Dementia Strategy)」に着手し、認知症ケアに関わる政策やサービスの抜本的な改革に取り組んでいる。本研究の目的は、近年の英国の認知症政策の要点を抽出し、我が国における今後の認知症政策のあり方について示唆を得ることである。**研究方法：**国家認知症戦略のビジョンとそれに基づく地域ケアサービスの改革プロセス、現状の到達点について、英国保健省における関係者からの聞き取り、および地域サービスの視察等によって確認を行った。**結果：**国家認知症戦略は、2009年から2014年の5年間にわたる集中的な認知症関連サービスの改革ビジョンを示し、現在（2012年2月時点）その中間的な評価が行われている。国家認知症戦略のビジョンを具体化するための5つの重点施策①包括的な初期集中支援サービスの普及、②総合病院における認知症治療・ケアの改善、③ケアホームにおける認知症治療・ケアの改善、④ケアラー（無償介護者）へのサポート強化、⑤抗精神病薬処方の低減が進められている。**まとめ：**英国の認知症政策の方向性、およびその実現に向けた改革プロセスの考察から、今後の我が国における認知症政策の重要な留意点が示唆された。

研究協力者氏名 所属
安藤俊太郎 （財）東京都医学総合研究所
山崎修道 東京大学ユースメンタルヘルス講座

A. 研究目的

欧米先進各国では、人口の高齢化にともないアルツハイマー病をはじめとする認知症罹患人口が急激に増加しつつある。英国においても約70万人が認知症に罹患しているとの疫学的推計がなされており、それ

らによる年間経済コストは230億ポンド（約3兆円：1ポンド130円換算）にのぼり、認知症患者1人当たりのコストが英国人の平均所得を上回る状況に至っている（Knapp et al. Dementia UK Report, 2007）。スウェーデンやデンマーク等の北欧諸国に比べると、英国も日本と同様に認知症政策に関しては遅れをとり、政府に対する国民の批判の高まりとともに、近年ようやく本格的な認知症政策に関する国家ビジョンが示され、改革が急ピッチで進められている。

英国政府は、2009年に「国家認知症戦略(National Dementia Strategy)」とよばれる認知症ケアに関わる政策やサービスの抜本的な改革ビジョンを示し、2014年までの5カ年を集中改革期間としてその達成にむけて対策を強化している。本研究の目的は、近年の英国の認知症政策の要点を抽出し、我が国における今後の認知症政策のあり方について示唆を得ることである。

B. 研究方法

英国の「国家認知症戦略」のビジョンとそれに基づく地域ケアサービスの改革プロセス、現状の到達点について、英国保健省における関係者からの聞き取り、および地域サービスの視察等によって確認を行った。

具体的には2012年2月に英国保健省・高齢者・認知症局を訪問し、認知症政策臨床国家責任者であるAlistair Burns教授(マンチェスター大学老年精神科教授兼任、元国際老年精神医学会会長)、ならびに高齢者・認知症局長であるMrs Gillian Aylingと面会し、聞き取りを行った。その他、英国医学研究機構(MRC)のMarcus Richards教授からは、英国における認知症高齢者に関する疫学とその政策への反映について聞き取りを行った。また、国家認知症戦略の主要政策として全国的な普及が図られつつある「メモリーサービス」の実際の現場として、南ロンドンのクロイドンメモリーサービスを視察した。

C. 結果

1. 「国家認知症戦略」に至るまでの道のり

英国では、2000年以降に以下で述べる複

数の認知症高齢者に関する監査報告書が発刊され、また、疫学・経済コストの推計が出されたことなどにより、政府の認知症政策に対する国民の批判が高まり、それまでの反省を含みながら2009年の「国家認知症戦略」の作成、公表に至っている。

1). 監査報告書“私を忘れないで”刊行(2000年)

認知症の治療やケアの質的問題、介護と医療の連携の不足(政策的な縦割り)、訪問による専門治療の供給体制の不足、認知症の人やケアラーへの情報提供体制の不備、一般医の認知症対応力の不足、等を指摘。本報告書刊行後2年経過した後の再監査でも、ほとんど改善が見られなかったことから政府への批判が高まる。

2). Mental Capacity Actの成立(2005年)

他の精神疾患と同様に精神保健法(Mental Health Act)によって認知症高齢者の判断能力を扱うことへの倫理的、人権的観点からの批判を踏まえ、認知症高齢者の残された機能や判断能力を最大限に活かし、自己決定を尊重するための新たな法律として2005年にMental Capacity Actが制定された。認知症の当事者自身は、住み慣れた居宅での生活を続けたいと願う一方で、過重な介護負担のもとで介護者が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があった。この新法の制定により、認知症高齢者は、軽・中等症の段階において、その後の余生をどこで暮らしたいかを表明し、支援者や医療者はその意を汲んだ支援計画を立てることを義務

付けられるようになった。この **Mental Capacity Act** の現場での実際の運用に際しては、当事者の意思決定をどこまで尊重できるかなどコンフリクトを抱えることもあるとのことだが、新法制定の影響で認知症の当事者の意思を尊重するという原則がサービスの中で意識されるようになったことの意義は大きいとのこと。

3). NICE/ SCIE 認知症臨床ガイドラインを発表 (2006 年)

NICE (医療ガイドラインを策定する独立機関) と SCIE (介護ガイドラインを策定する独立機関) とが連携・協力して認知症に関する「治療ガイドライン」と「ケアガイドライン」が同時に作成・刊行される。治療とケア (介護) の統合されたガイドラインが整備され、その後の改革の臨床的方針の基礎を固めた。

4). Alzheimer 協会による Dementia UK Report の刊行 (2007 年 2 月)

認知症の人とそのケアラーの生活実態を疫学的に明らかにするとともに、認知症による経済的損失規模が試算され公表された。それにより社会保障の中核課題として国家的に取り組むべき課題であることを政府に強く印象付けた。全英アルツハイマー協会が Martin Knapp 教授らに研究委託を行い本報告書が作成された。

5). NAO (国家監査機構) による全国調査 (2007 年 7 月)

NAO (国家監査機構) による精緻な全国規模の監査により、今後の認知症政策の課題が明らかにされた。結論として「節約の

ための投資」の必要性が強調され、改革に必要となる予算の確保に影響を与える。

2. 「国家認知症戦略 (2009)」の概要

2000 年以降の上記経過を踏まえ、英国政府は 2009 年に認知症政策の抜本的強化を図るため保健省内の認知症政策関連部局を再編・強化するとともに「国家認知症戦略：認知症とともに良く生きる」を発表。2009 年から 2014 年までの 5 年間で大幅なサービス改善を目指し、改革を進めるための政策ビジョンとその戦略を明示した。国家認知症戦略の主要政策理念は以下の 3 点。

- 医療・介護に携わる専門家、ならびに一般市民を含む非専門家、双方への認知症に関する正しい理解の普及
- 適切な診断を早期に受けられ、その後、質の高い包括的な初期支援・治療が受けられるようなサービスモデルの普及と整備
- 当事者ならびに介護者 (ケアラー) のニーズに基づいた幅広いサービスの実現

3. 国家認知症戦略の最終年監査における 9 つのアウトカム(2014 年予定)

国家認知症戦略の最終年となる 2014 年には、無作為に選ばれた相当数のサービスユーザーや介護者に対し、第三者監査機関が以下の 9 つ質問を使ってサービス改革の達成がどの程度前進したかを確認することが、予め改革開始年 (2009 年) に定められている。

(アウトカム 1) 私は、早期に認知症の診断を受けた。

(アウトカム2) 私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。

(アウトカム3) 私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている。

(アウトカム4) 私の周囲の人々、特にケアをしてくれている家族が十分なサポートを受けられている。

(アウトカム5) 私は、尊厳と敬意を持って扱われている。

(アウトカム6) 私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。

(アウトカム7) 私は人生を楽しんでいる。

(アウトカム8) 私は、コミュニティの一員であると感じる。

(アウトカム9) 私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じられている。

4. 国家認知症戦略における具体的な5つの重点課題

以上の改革アウトカムを達成すべく、現在、国家認知症戦略においては、以下の5つの重点施策を推進している。

- ①包括的な初期集中支援サービスの普及
- ②総合病院における認知症の方へのケア・治療の改善
- ③ケアホームにおける認知症の方へのケア・治療の改善
- ④ケアラーへのサポートの強化
- ⑤認知症の方への抗精神病薬処方制限

1). 包括的な初期集中支援サービスの普及
認知症国家戦略の最も中核的な政策とし

て、「メモリーサービス」の全国的普及が掲げられている。現在、80%のプライマリケアトラストがメモリーサービスを開設している。このメモリーサービスは、認知症の早期診断と早期介入の地域拠点として政策上位置付けられており、高齢人口(65歳人口)約4万人に1カ所程度の割合で設置されている。このメモリーサービスには、多職種によるチームが置かれ、アウトリーチによる濃密な在宅でのアセスメント→チームによる診断会議→十分な時間を使った当事者・家族へのフィードバック→当事者・家族への早期支援の開始→一定期間の集中介入により生活が軌道に乗る→かかりつけ医へ引き継ぎ、という流れで支援が行われて行く。認知症が重症化する前に、できるだけ早く認知症を発見し、残された本人の判断能力を尊重した生活プランを作成するとともに、適切な初期治療・初期支援を集中的に届けることによって認知症を持ちながらも地域で生活を続けられる体制を早期に固めてしまうことがメモリーサービスの目的である。メモリーサービス構想により、認知症高齢者が在宅で生活できる期間を出来る限り長く維持することで、施設ケアにかかる膨大なコストも大幅に抑えられるとの推計がなされている。

例) ロンドン南部クロイドンメモリーサービス

上級心理士、作業療法士、看護師、ソーシャルワーカー等の6名程度からなる多職種チーム。精神科医は、非常勤雇用でチームによる診断会議での助言が主な役割。医者を常勤配置とするのはコスト高で、また、数的な確保も難しいためボトルネックとな

るとの政策的判断。ほとんどのサービスは、医師に依存せず、パラメディカルスタッフによるチームアプローチによって提供される。

<アセスメントと診断>

- ・ 在宅での初回アセスメントは、必ずスタッフ二人体制で訪問し、当事者およびケアラーそれぞれからその後の診断と生活支援に必要となる情報を収集する。特に、生活環境のアセスメントを重視している。
- ・ アセスメントによって得られた情報に基づくチームによる診断会議（週に1回：医師の参加）。脳画像の撮像は、この診断会議で脳画像診断が必要と判断された場合のみに行われる（全ケースの40%程度（MRI or CT））。
- ・ 診断の結果、今後の治療やケアについての当事者、家族への丁寧な説明（3時間程度のフィードバックセッション）

<早期支援の内容>

- ・ 家族支援（民間セクターとの強い連携：認知症カフェへの参加）
- ・ 認知症薬の慎重な選択
- ・ 本人の残された判断能力を尊重した余生プランニングの作成（Mental Health Act）
- ・ 生活環境の改善（作業療法士の関与によるガス器具などの取り換えなどを含む）

メモリーサービスで重視されるのは、具体的な支援に結びつく診断とアセスメントであり、生活場面における生活状況の詳細なアセスメントである。半年から1年間、集中的にメモリーサービスが当事者と家族に関わり、認知症とともに地域で生きることを“軌道”に乗せる。個人

差はあるものの半年から1年で、メモリーサービスのチームから、かかりつけ医への引き継ぎが行われる。

2). 総合病院、ケアホームの認知症ケア改善
地域精神保健チームの中に置かれた専門チームがアウトリーチにより総合病院、ケアホームを訪問し、治療・支援にあたる（地域リエゾン）ほか、携帯電話によるアドバイス・コンサルテーションや教育研修を提供。こうした取り組みを進めた地域とそうでない地域とで、認知症の方の精神科入院数が大きく異なる結果が出ていると。具体的には、人口1万人あたりの認知症年間入院数が16（実践地区）に対して、非実践区では50（約3.3倍）となった。病院・施設へのアウトリーチと携帯電話による助言支援というシンプルな取り組みで、十分な成果を上げているとのこと。

3). ケアラー支援

全英アルツハイマー協会（NGO）が中心となり、各地域で介護者を支える地域拠点として **Dementia Cafe** が各地に作られている。こうした民間の取り組みと連携してケアラー支援が各地区で行われている。

4). 抗精神病薬の処方制限

原則、GP（かかりつけ医）の抗精神病薬の処方は制限され、専門サービス（メモリーサービスや地域精神保健チーム）にて処方の権限が集約された。

5). 認知症の方の精神科病院入院について

Alistair Burns 教授によると、認知症の方の入院を減らす最大の要因は病床数を減

らすことにあると。英国の経験でも病床数を一定数減らすだけで、認知症の方の入院数が 1/3 となった地域があったと。病床数の多さが、入院数を増やす主要因であることは国際的に共通した経験であり、地域の受け皿づくりと病床削減は並行して進めるべきであるとの指摘。精神科入院が必要な BPSD の定義についての論争は、英国では 70 年代にすでにあつたとのこと。「自傷・他害」のリスクをとまなう BPSD が入院基準のコンセンサスとなっている。

6. 認知症国家戦略の評価について

英国の認知症政策は、5 年ごとに成果の評価が独立監査機関（NAO）によって行われる。5 年間で相当の改善、目標の達成が見られなければ、さらにそれを実現するための新たな政策や法律がつけられて行く。

7. 認知症政策臨床国家責任者の役割

2009 年の国家認知症戦略の公表とともに行われた保健省内の認知症政策関連部局の再編と強化に際して、高齢者・認知症局の局長ならびに国務大臣に対して認知症の臨床的観点から常に助言をする「認知症政策臨床国家責任者」のポストが新設され、初代の責任者に Alistair Burns 教授が就任。高齢者・認知症局長とともに、改革の進捗状況に重大な責任を負う（任期 5 年）。

8. 政策を実現させるための工夫

各地域での取り組みの進捗状況の評価し、マップなどを作成して結果を公表し、地域間で暗に競わせることが重要であるとのこと。そのために保健省では政策評価アトラスを作成し、地図上で色分けして、差が明

確となるような情報発信をする仕組みを強化しているとのこと。

D. 考察

英国政府ならびに保健省が進める「国家認知症戦略」から、我が国における今後の認知症政策の在り方を考えるうえで参考にすべき点として以下を抽出した。

- ・ 認知症罹患人口の増加とその社会的コストの著しい増大の予測を鑑み、社会保障の中核課題として認知症に関する問題を政策的に位置付け、「国家戦略」を明確に打ち出している。
- ・ 国家戦略を効果的に進めるためには、医療と介護の連携、行政的縦割りの克服が不可欠であり、そのための関連行政部局の再編・強化が行われる必要があること。
- ・ 認知症の方の残された判断能力を最大限尊重した支援や治療を推進するための法的整備(Mental Capacity Act)。
- ・ 集中改革期間を 5 年と定め、その間のサービス改善進捗状況を第三者監査機関によってモニターし、評価し、その結果を公表する仕組みを整備。
- ・ 早期診断と早期支援を行う地域拠点(メモリーサービス)を普及させ、認知症を持ちながらも地域で長く生活を維持できる体制を強化。メモリーサービスが認知症クリニカルパスの起点となっていること。
- ・ 具体的な生活支援に結びつくアセスメントと診断。多職種チームによる地域生活支援、治療。
- ・ 総合病院、介護施設などへの専門チームによるアウトリーチ、携帯電話による助言・コンサルテーション等(地域リエゾ

ン)によって、精神科病院への転院、入院等を抑止できること。

- ・ 民間NPO等と連携した地域のケアラー支援体制の強化。

E. 結論

英国の認知症政策の方向性、およびその実現に向けた改革プロセスの考察から、今後の我が国における認知症政策の重要な留意点が示唆された。今後、我が国においても、認知症に関する本格的な国家戦略が早期に示され、必要なサービス改善や法整備が推進される必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1). 瀧本里香・金原明子・安藤俊太郎・西田淳志：英国イングランドの精神保健医療サービスの評価とモニタリング.精神科臨床サービス第11巻4号：p460-464. 2011年
- 2). 西田淳志・安藤俊太郎：英国における危機解決/訪問治療チーム.精神障害とリハビリテーション第15巻1号：p42-46. 2011年

2.学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし