

認知症政策の国際動向

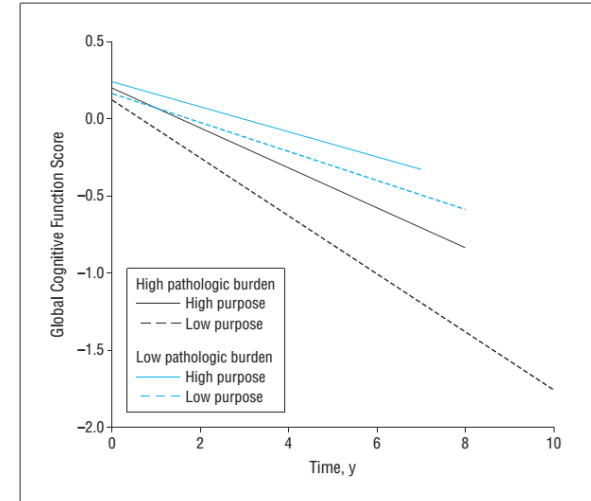
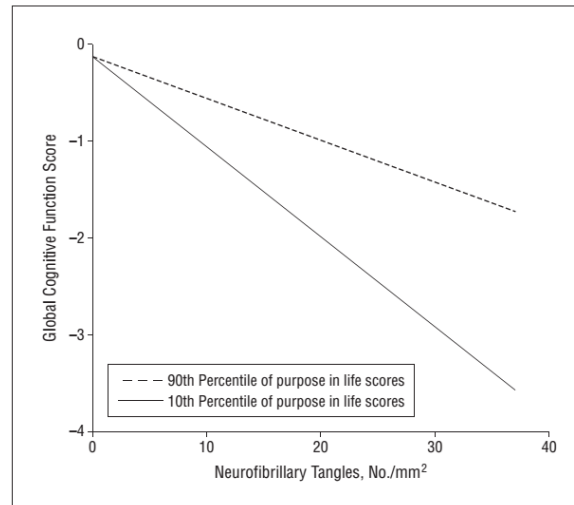
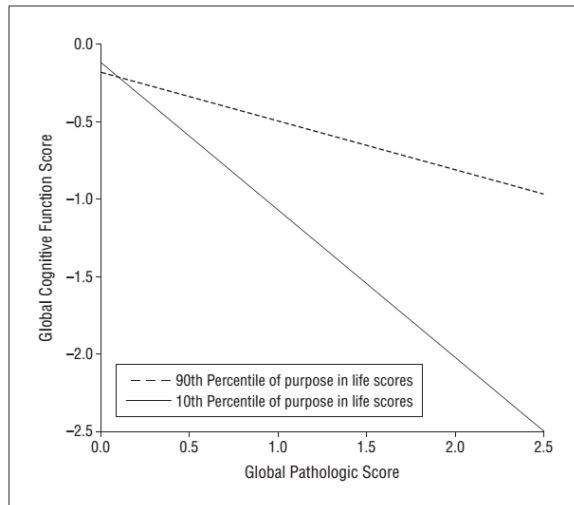
～世界の常識・日本の非常識～

東京都医学総合研究所
心の健康プロジェクト
西田 淳志

認知症 と 生きがい に関する研究

- 2012年に**権威ある国際医学誌**（精神医学）に発表された論文
- アルツハイマー病の経過は、**生きがい**をどの程度感じて生活できているか、によって大きく異なることが明らかとなった。
- **脳の病的変化が進んだとしても**、「生きがいの感じられる生活」が送れていれば**認知機能低下は緩やか**となる。

Effect of Purpose in Life on the Relation Between Alzheimer Disease Pathologic Changes on Cognitive Function in Advanced Age



Boyle, *JAMA Psychiatry*, 2012

「生きがい、生きる意味」を奪われると、
認知症の進行は加速する

生きがいの喪失とその結果

- 生きがい：人生の意味や価値など，人の生を鼓舞し，その人の生を根拠づけるもの。
- 生きがいの喪失：生存・実存の危機
- あきらめ、無気力、絶望
- 最も深刻な行動心理症状：無気力（アパシー）

認知症にともなう実存的痛み

- 何もできない存在として周囲に扱われる
- 人の世話になる存在、人に迷惑をかける存在、となってしまった、との思い
- 特に、他人に迷惑をかけてはいけない、という価値を強く持って生きてきた人々にとっての衝撃はより大きい
- 期待されない存在
- 自分の存在意義(meaning)の喪失

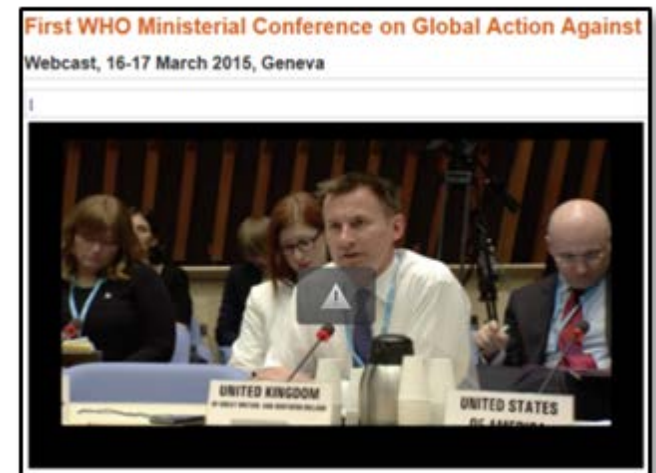
国際動向： 認知症の緩和ケアへの着目

- 実存的痛みの緩和

自分の存在意義、生きる意味の保持・回復

- 身体的痛みの緩和

- 精神的痛みの緩和



これまでの認知症政策

これからの認知症政策

- かつて、私たちは認知症を何も分からなくなると病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、**認知症の人の訴えを理解しようとする**どころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。
- 今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、**認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療**が提供できるように努めなければならない。

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム



平成25年1月29日(九段):後援:厚生労働省、東京都、イギリス大使館、フランス大使館、オランダ大使館、オーストラリア大使館、デンマーク大使館

認知症国家戦略を打ち出し、サービス改革等を強力に推進する国々から政策関係者を招聘。認知症政策の国際動向を把握。

<参加者311人> 東京都、厚生労働省、各国大使館、関係団体、中医協委員、報道各社、等

共通する理念と推進体制

基本的理念

認知症の人の思いを尊重し住み慣れた地域での生活の継続を目指す

推進体制

首相・大統領レベルのリーダーシップ、当事者・市民の積極的関与

地域生活を可能とするための共通戦略(例)

普及・啓発

Anti-Stigma

認知症に対するスティグマの克服

事前の意思表示

Person-Centered Care

本人の意思や希望を初期に確認し、それを尊重したケアの提供

事前的对応

Proactive Care

タイムリーで適切な診断と支援により危機を事前に防ぐ予防的ケア体制

危機への対応

Psycho-Social Care

行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、抗精神病薬使用の低減

ケアラー支援

Supports for Carer

レスパイトやカウンセリングなどの家族介護者(ケアラー)支援を強化

認知症政策の個別課題に関する集中協議

平成25年1月30日(九段)

各国の抱える課題等

危機時の支援

- ・ 事前的・予防的支援の不足により、行動心理症状が発生。その際に処方される抗精神病薬処方に起因する突然死等が各国共通の大きな問題となっている。

メモ: 各国議会での大議論

英国議会では超党派の検証委員会が設置。保健大臣自らが指揮をとり、認知症改革4年間で認知症の人に対する抗精神病薬処方率が17%→7%へ激減。

メモ: 最前線のケアスタッフが鍵

ケアの最前線にいるケアスタッフの心理・行動症状等への対処技術が不十分なため、かかりつけ医等への抗精神病薬処方のプレッシャーがかかる。

精神科(強制)入院

- ・ (日本)認知症の人の精神科病院への長期入院
- ・ (日本以外の各国)過去に認知症の人を精神科病院に長期に入院させていた時代があった。

家族介護者支援・倫理権利擁護

- ・ 身近にいる家族が認知症に関する十分な情報を得られていない。家族介護者の健康問題。就労機会の喪失、等。
- ・ どこで生活をしたいか等の認知症の人の意思尊重が不十分

国家戦略の推進

- ・ 多くのステークホルダーを巻き込まなければならない。
- ・ 国家政策推進のための財源の確保。

解決に向けた対策の例

ポイント①: 最前線のケアスタッフへの支援

- ・ ケアスタッフを対象としたBPSDの予防、心理社会的支援技術の研修プログラム (仏) 90時間の専門研修制度
- ・ ケアスタッフや家族介護者を支える24時間の相談・支援サービス (英) 専門医による携帯電話相談により入院激減、(豪) BPSD多職種チーム(DBMAS)

ポイント②: 危機対応サービスの原則はシンプル

- ・ 問題が発生している場での解決を原則とする。アウトリーチと携帯電話によるコンサルテーション。
- ・ 在宅やケア現場を支えるコンサルテーション機能(後方支援体制)が不可欠。

ポイント③: 抗精神病薬処方率による政策評価

- ・ 認知症政策・施策の推進によりケアの質が高まったかどうかのアウトカム評価として各国共通で「抗精神病薬の処方率」を採用している。例)フランス国家計画、英国戦略

(日本以外の各国の状況)

- ・ 重篤な心理行動症状により他害要件を満たす場合(自傷要件のみの場合は対象外)のみ精神科病院に入院(裁判所、または市長同意による強制入院のみで任意入院は基本的にない)。(オランダ)
- ・ 心理行動症状による認知症の人の入院は老年科病棟で短期間。(仏)
- ・ 療養病床への認知症患者の入院を禁止する法律(英)

- ・ ケアラーズ法(介護者支援法)に基づくケアラー支援
- ・ ケアラーズを対象とした定期健康診断、カウンセリング、レスパイト、情報、等
- ・ 認知症の人の意向を尊重したケアプラン(終末期ケアを含む事前意思確認)
- ・ メンタルキャパシティアクトによる認知症の人の自己決定権の尊重
- ・ 認知症ケアに関する倫理的議論を喚起する仕組みづくり (仏)倫理の広場

- ・ 国家戦略の策定プロセスに認知症の当事者が参画し、政治家と認知症の当事者が直接対話する機会を持つ。超党派の課題として国家戦略を継続。
- ・ 認知症によるコスト(将来推計を含む)の把握。財政問題としての認識。

国際的にみて特異な日本の状況

認知症の人の精神科入院

ナショナルケースミックスデータ分析による問題のあぶり出し (n=96420)

- 認知症入院患者の平均在院日数：542日
- 認知症による入院患者の20%が死亡退院
- 死亡退院の多さは、地域の精神科病床数の多さ、および地域訪問サービスの少なさと関連（それぞれ独立した因子）



以下2点を**同時並行**して進める必要性

- 行動心理症状に対する適切な地域訪問型支援システムの確立：例 EU ALCOVE
- 精神科病床の削減: 吸引効果を下げる必要性

先進国における精神保健のあゆみ（歴史）

【第1期】 およそ1880年から1950年まで

- 精神病院が台頭する時期

【第2期】 およそ1950年から1980年まで

- 精神病院が衰退する時期

【第3期】 およそ1980年以降

- 脱施設化が進みコミュニティ中心の精神保健サービスが発展する時期

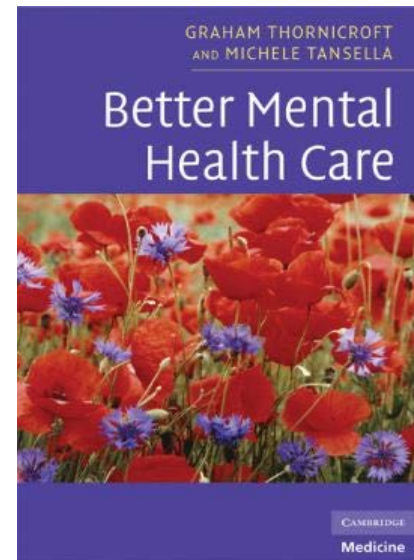


Thornicroft & Tansella, ***Better Mental Health Care***, 2009

現状への懸念

WHO 精神保健・薬物依存部門ディレクター ベネディクト・サラチェーノ

先進諸国が第3期にあたるもの(ソーニクロフト教授らの)想定は、私には楽観的すぎるように思えます。世界のサービスの大半は、たとえ経済先進国であっても第2の時期、すなわち精神病院の衰退の時期にあり、いまだに第3の時期には達していません。それどころか、第1の時期に歴史が逆行しているかに見える国もあります。そうした国々では、かつての大規模で古い精神病院の悲惨なイメージを排した新たな装いの精神病院が出現してくる可能性があります。…高齢者向けの施設もそうでしょう。認知症のような障害を持つ人々を長期にわたって収容する施設になっています。



『Better Mental Health Care』の刊行に寄せて（2009）スイスにて

正確な根拠（エビデンス）に基づかない迷信

アンチ脱施設化運動の論拠 (Christenfield, 1982)

脱施設化は慎重に、慎重に、進めないと、行き場を失った精神障害者がホームレスとなって街中にあふれる。受刑者となる精神障害者も増える。

（エコロジカルデータに基づく推測：直接的因果関係の証明がなく、迷信の一人歩き）

直接的因果関係の検証：迷信の崩壊

Review article

Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review[†]

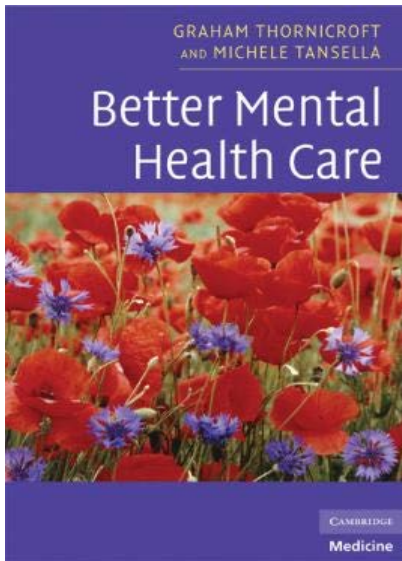
Petr Winkler, Barbara Barrett, Paul McCrone, Ladislav Csémy, Miroslava Janoušková and Cyril Höschl

脱施設化の中で、精神科病床から地域に移行した患者群を平均4年追跡した23のコホート研究（日本を含む）をレビューした結果（n=6854）、15の研究でホームレスとなった精神障害者はゼロ。23の研究全体でも0.7%だった。受刑者となった精神障害者もごく稀であった。

Br. J. Psychiatry, 2016

脱施設化に向けた真の課題

WHO 精神保健・薬物依存部門ディレクター ベネデット・サラ
チェーノ



これまでに「人材と財源が足りないから地域ではできない」などと言われてきましたが、これは往々にして病院中心の仕組みを存続させるための言い訳でもありました。しかし、もはや国際的には決着がついた議論といえます。新たな人材や財源を確保することは難しくても、人材や財源を病院からコミュニティへ移すことは現実的で実行可能であることははっきりとわかります。これは重要なポイントです。つまり、地域と病院でのサービスを両立するには、病院への財源投入を大きく減らして、その分を地域に移行しない限り実現できないのです。

『Better Mental Health Care』の刊行に寄せて（2009）スイスにて

認知症政策の個別課題に関する集中協議

平成25年1月30日(九段)

各国の抱える課題等

危機時の支援

- ・ 事前的・予防的支援の不足により、行動心理症状が発生。その際に処方される抗精神病薬処方に起因する突然死等が各国共通の大きな問題となっている。

メモ: 各国議会での大議論

英国議会では超党派の検証委員会が設置。保健大臣自らが指揮をとり、認知症改革4年間で認知症の人に対する抗精神病薬処方率が17%→7%へ激減。

メモ: 最前線のケアスタッフが鍵

ケアの最前線にいるケアスタッフの行動心理症状等への対処技術が不十分なため、かかりつけ医等への抗精神病薬処方のプレッシャーがかかる。

精神科(強制)入院

- ・ (日本)認知症の人の精神科病院への長期入院
- ・ (日本以外の各国)過去に認知症の人を精神科病院に長期に入院させていた時代があった。

家族介護者支援・倫理権利擁護

- ・ 身近にいる家族が認知症に関する十分な情報を得られていない。家族介護者の健康問題。就労機会の喪失、等。
- ・ どこで生活をしたいか等の認知症の人の意思尊重が不十分

国家戦略の推進

- ・ 多くのステークホルダーを巻き込まなければならない。
- ・ 国家政策推進のための財源の確保。

解決に向けた対策の例

ポイント①: 最前線のケアスタッフへの支援

- ・ ケアスタッフを対象としたBPSDの予防、心理社会的支援技術の研修プログラム (仏) 90時間の専門研修制度
- ・ ケアスタッフや家族介護者を支える24時間の相談・支援サービス (英) 専門医による携帯電話相談により入院激減、(豪) BPSD多職種チーム(DBMAS)

ポイント②: 危機対応サービスの原則はシンプル

- ・ 問題が発生している場での解決を原則とする。アウトリーチと携帯電話によるコンサルテーション。
- ・ 在宅やケア現場を支えるコンサルテーション機能(後方支援体制)が不可欠。

ポイント③: 抗精神病薬処方率による政策評価

- ・ 認知症政策・施策の推進によりケアの質が高まったかどうかのアウトカム評価として各国共通で「抗精神病薬の処方率」を採用している。例)フランス国家計画、英国戦略

(日本以外の各国の状況)

- ・ 重篤な心理行動症状により他害要件を満たす場合(自傷要件のみの場合は対象外)のみ精神科病院に入院(裁判所、または市長同意による強制入院のみで任意入院は基本的にない)。(オランダ)
- ・ 心理行動症状による認知症の人の入院は老年科病棟で短期間。(仏)
- ・ 療養病床への認知症患者の入院を禁止する法律(英)

- ・ ケアラーズ法(介護者支援法)に基づくケアラー支援
- ・ ケアラーを対象とした定期健康診断、カウンセリング、レスパイト、情報、等
- ・ 認知症の人の意向を尊重したケアプラン(終末期ケアを含む事前意思確認)
- ・ メンタルキャパシティアクトによる認知症の人の自己決定権の尊重
- ・ 認知症ケアに関する倫理的議論を喚起する仕組みづくり (仏)倫理の広場

- ・ 国家戦略の策定プロセスに認知症の当事者が参画し、政治家と認知症の当事者が直接対話する機会を持つ。超党派の課題として国家戦略を継続。
- ・ 認知症によるコスト(将来推計を含む)の把握。財政問題としての認識。

認知症政策の国際動向

政策文書で使われる言葉の変化から

- 各国において認知症国家戦略が打ち出され、政策策定過程に当事者が関与する機会が増える。⇒既存用語の再検討

例)

- Early Diagnosis ⇒ Timely Diagnosis
- BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) ⇒ Challenging Behaviors

認知症政策の分岐点

BPSD⇒Challenging Behaviors

- BPSD：患者個体に由来する問題行動、症状。
- Challenging Behaviors: 当事者をとりまく周囲（環境）の影響を受けて出現・増悪する。周囲（環境）が問われている、というコンテクストが重視されている。問題（責任）を個人・個体に閉じ込めない。

- 認知症の人の**90%**が経験 Lyketsons. *JAMA* (2004)
- 在宅生活中断の最大リスク因子 Black. *Int Psychogeriatr* (2004)
- 抗精神病薬、居所移動による**死亡リスクの上昇**

Mitchell. *N Engl J Med* (2009), Arai. *Alzheimers Dement* (2016)

認知症緩和ケアの原則に基づく政策の国際比較

欧州緩和ケア学会の提言

- ・危機時でも生活の質(QOL)を最大化する
- ・チャレンジング行動に心理社会的な対応を図り、
居所移動をできる限り回避する

欧州緩和ケア学会の提言に基づく施策の国際比較(14か国)

- ・提言に沿う | スウェーデン、英国 など
- ・反している | 日本、韓国 など

*Nakanishi M et al. (2015) *Int Psychogeriatr* 27(9):1551-1561.

- ・WHO大臣級会合で本論文を引用した声明



我が国の認知症政策の問題点

○認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン:平成 25 -29 年度)(平成24年6月18日)

○ 関係閣僚会議を経て

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン:平成 27 -29 年度)(平成27年1月27日)
「認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて」

基本的理念

認知症の人が住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けるために必要としていることに的確に応える

推進体制

省庁横断的な推進体制

7本柱

①理解を深めるための普及・啓発

②様態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供(循環型の仕組み)

③若年性認知症施策の強化

④介護者支援

⑤やさしい地域づくりの推進

⑥研究開発及びその成果の普及の推進

⑦認知症の人やその家族の視点の重視

19

循環させられるのは誰？
政策理念に合った手段の選択を！

これからの認知症政策

認知症の人はニーズの塊でもない

- ニーズアセスメントでは不十分
 - 能力（強み）アセスメントの時代へ
-
- その人の（潜在・残存）能力が最大限引き出される環境（地域密着型サービス）
 - その人の活躍の場、活躍の機会を最大化

「コ・プロダクション」の導入へ

- 2008年以降、英国政府の戦略文書やシンクタンク報告書に頻繁に出現する概念・用語.

新経済基金・ネスタ 政策審議文書 「コ・プロダクション：公共サービスの新たな挑戦」 マイケル・ハリス、デビッド・ボイル（2009）

サービスのユーザーは、サービスを変革するため、それと同時にユーザーの周囲の人たちの力を発揮させるため、大きな隠れた財産である。専門家との対等な協力関係のもとでサービスを構築・提供するようにユーザーを促すことがサービスの改革にとって重要である。

デイビッド・キャメロン 2007年1月 英国議会演説

国民は、国のサービスの受動的なユーザーではなく、自らの人生を能動的に営む主体になる。国民は行為者であり、受け手ではない。



価値環境を組織的に変革する

- 「生きがい」に与える必要な環境要因：
物理的環境、身体的環境、価値環境
- 価値環境：ローカルカルチャー
- ローカルカルチャーを変容させる組織的
取り組みが必要。リーダーシップ。
- 当事者ととともに働く（協働する）体験、
機会を積極的に増やすこと。