

認知症ケアの先進地をゆく (後編)

—フランス・イギリスの現状と日本のこれから—

遠矢純一郎

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック（東京都世田谷区）院長



欧州認知症国家戦略の視察、前編のオランダに続き、今回はフランスとイギリスの取り組みについて報告する。

フランスの認知症国家計画 「プラン・アルツハイマー」

フランスは人口約6500万人、65歳以上の割合は16%で、認知症の人は現在約85万人に上ると推定され、そのうちの約60%が在宅で生活している。

フランス国民にとって認知症は「がんよりも恐れられている病気」というアンケート結果があるそうで、欧州諸国で最も早い2001年に最初の認知症国家計画を打ち出した。07年には、J Ménard教授が統括する諮問委員会がサルコジ大統領に報告書を提出、「当事者中心」「研究重視」「ケアパスと連携」「ケアの質」「ケアラー支援」「支援者教育」「ガバナンス」など、国の姿勢と国レベルでの重要課題として10の目標が明記された。サルコジ大統領はこれをもとに08年、第3期認知症国家計画「プラン・アルツハイマー 2008-2012」を発表、5年で16億ユーロ(約2000億円)の予算が計上された。

この計画では三つの行動指針（研究・健康・連携）、三つの目標（根治・ケ

ア・尊厳）、三つのターゲット（疾患・認知症の人・ケアラー）という基軸があり、それに沿って立てられた11の目標を44の具体的な施策として展開している^{*1}。今回は、これらの施策の中でも特に重要な三つの実践について、視察を行った。

当事者の語りに耳を傾け 問い合わせ続ける「倫理の広場」

最も印象深かったのが、Saint-Louis国立病院のE Hirsch教授（写真1）が率いる「倫理の広場（Espace éthique）」の活動である。これは国家戦略の策定でも当事者の声を最重視してきたフランスらしい取り組みで、「当事者の意思や尊厳は、認知症であっても他の疾患と何ら変わりなく守られねばならない」という。教授らは当事者や介護・医療現場、専門家など認知症に



写真1 E Hirsch教授とのミーティング

関係する人々のもとを訪ね、その語りに耳を傾け、答えを出すことはせずに問い合わせ続けるという姿勢を貫いている。

非人道的な現場を目にしたら、相手を非難するのではなく、どうしてそうする必要があるのかを問い合わせ、別のやり方があることを出版やメディアを通して示していくという。

相談窓口にケースマネジャー 配しサービスを集約化

プラン・アルツハイマーにより全国約160カ所に設置されたワンストップ相談窓口が、MAIA(Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer)である。

MAIAには同プランで創設されたケースマネジャーという資格を持つスタッフ（全員が作業療法士、看護師、心理士、ソーシャルワーカーなどの有資格者でアセスメントや援助の専門技術を有している）が配置され、一元的にサービスを集約できるようにした。

フランスでは、縦割り行政の弊害で医療と介護福祉サービスの間に全く連携がなく、サービスを受けるための仕組みが複雑でどこに相談すればよいのか分からぬといった批判があった

*1 44 measures - Plan Alzheimer 2008 - 2012
<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-44-measures-.html>

が、MAIAの設置によりアセスメントや検査の重複が減り、また、ケアパスが簡素化されたことなどによる入院率の減少も見られたという。

環境調整や行動療法による認知症ケアの実践

Saint-Maurice病院老年科管轄のUCC（認知行動ユニット）では、認知症に伴う精神症状・認知行動障害（BPSD）に対して抗精神病薬を使わず（抗うつ剤や抗認知症薬は使用）、主として環境調整や行動療法で治療を行う。11年9月の時点で44カ所500床が稼働している。

病棟には、今回の施策を受けて創設された認知行動療法士という資格者が配置されており、認知症専門のケアを実施している（写真2）。行動障害の改善や危機介入目的の入院が最も多く、平均在院日数は36.4日、入院までの待ち時間は7.8日で、退院先は在宅42%、紹介元の老人ホーム12%、精神科転科1%だという。

今回の国家計画で施策の一つに挙げられている「非薬物療法の開発や効果研究」は、このUCCと協働で行われており、観察時も任天堂Wiiを利用した音楽療法が行われていた。

地域ケアが普及している欧洲諸国の中にあって、フランスは依然として医学・病院中心モデルが根強い国である。



写真2 老年科入院による認知症専門ケア

利用者の視点を欠いた縦割り行政の弊害を指摘されながら長年変わらなかつたシステムが、認知症対策をきっかけに利用者のニーズに沿うよう改革されたそのプロセスは、同様の背景を持つわが国にも参考になると思われる。

五つの重要課題を中心としたイギリスの認知症国家戦略

イギリスでは、09年の時点で約70万人が認知症に罹患していると推計され、今後30年間で倍増、認知症へのコストも170億ポンドから500億ポンド（7.6兆円）に増大すると見込まれた。

これを受け政府は09年に「認知症とともに良き生活（人生）を送る：認知症国家戦略」を発表、14年までの5年間を認知症ケア改善に取り組む集中改革期間と定め、17の目標を中心とした包括的な政府方針を打ち出した。その後「抗精神病薬使用の低減」が加わって18の目標となり、うち最重要課題として五つの目標、①早期診断・支援のための体制整備、②総合病院における認知症対応の改善、③介護施設における対応の改善、④ケアラー支援の強化、⑤抗精神病薬使用の低減、が掲げられている^{*2}。

五つの重要課題の中でも特に重視されているのが、「早期の診断・支援のための体制整備」の政策である。「診断を受けていない認知症の人」の割合は認

知症罹患者と思われる人の約6割に上る。英アルツハイマー協会などの調査報告によれば、結果として、多くの当事者、ケアラーが適切な時期に適切な支援を受ける機会を逸し、問題や症状が増悪して在宅での生活が困難になっていることが明らかになった。そこで以下のような政策的な取り組みが進められている。

①市民や専門家が適切なタイミングで認知症に気付けるようにする
⇒市民啓発活動の強化、かかりつけ医の認知症発見・対応力の改善

②身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられ、その後適切な支援が受けられるようにする
⇒メモリーサービスの普及とその質の向上

これらの取り組みに関する三つの施設を視察し、話を聞いた。

認知症早期発見の拠点、メモリーサービス

メモリーサービスは、地域ごとに設けられた認知症の早期診断と支援のための拠点である。南クロイドンのNHS（国営医療制度）クロイドンメモリーサービスでは、上級心理士、作業療法士、看護師、ソーシャルワーカー等6人程度からなる多職種チームが常駐している（写真4）。

かかりつけの医師や家族などから要



写真3 英国認知症国家戦略責任者であるA Burns教授とのビデオミーティング



写真4 クロイドンメモリーサービスのケースマネージャーとS Banerjee教授（中央）

*2 Living Well With Dementia: a national dementia strategy
<https://www.gov.uk/government/publications/living-well-with-dementia-a-national-dementia-strategy>

請を受けて患者宅を訪問し、自宅で過ごす普段の様子や生活環境をチェックしながら本人と家族から状況を詳しく聴き取り調査した上で、精神科医（非常勤配置）も交えた診断会議を行う。

認知症と診断されると、今後の治療や本人の残された能力を尊重したケアについて、利用できるサービスや今後の経過などを詳しく説明するほか、できるだけ本人が混乱しないよう生活環境の改善もアドバイスする。約3カ月のかかわりを経て、地域のかかりつけ医やケアラーに引き継がれる。

メモリーサービスの全国的な普及に関し、そのサービスの質を評価・認定するための機関がMSNAP（メモリーサービス全国認証評価プログラム）である。各地区のサービスは、MSNAPに評価申請をして認定を受けることが必要で、メモリーサービスの質の向上と均てん化の推進をめざしている。

専門チームの精神科往診で 2年間「施設から入院なし」

北東ロンドンNHSの老年精神保健チーム（Dr. A Qaziら）では、「精神科往診」を行っている。

この地域では従来、行動心理症状の増悪により介護施設から精神科病院への入院事例が多く、改善が求められていた。そこで09年から、NHS地域老年精神保健チームが地域の介護施設職員やかかりつけ医等のもとに出向き、認知症対応の研修の提供や、介護施設などで抱えている課題をヒアリングし支援を行った。また、対応困難な場合には専門チームに電話での相談もできるようにした結果、介護施設からの精神科入院は2年間皆無となっている。

前述のメモリーサービスが認知症への早期ケアを実施するのに対して、老

年精神保健チームは認知症の対応困難な状況に対して、専門的な精神科医療を往診で行うことで認知症の地域ケアの継続を支えている。

イギリスもフランスも、認知症を国家的危機と捉え、大統領や首相によるトップダウン的な実行が特徴的であった。しかし両国とも、国家戦略の目標を認知症当事者の「生活の質」を高めることに焦点を当てており、様々なステークホルダーの意見集約の際にも常に「当事者の視点」に立ち返ることができる。こうした政策の方針が一貫しているのが、素晴らしいと感じた。

オレンジプラン「認知症初期集中支援チーム」の役割

12年に発表された日本の「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」において、新しい施策として期待されているのが「認知症初期集中支援チーム」の設置である。当院ではそのモデル事業に参加している。

これまで認知症の人と家族は、行動心理症状などが重篤化し、精神科病院への入院以外に選択肢がないような危機的状況に陥るまで援助を受けられず、入院が長期化したり、在宅復帰が難しい状況に追い込まれるという悪循環の構図があった。その一因は、適切な時期に適切な援助を提供できない医療・ケアの体制にある。認知症初期集中支援チームは、地域ごとに設置されるチームが訪問介入することにより、より適切なタイミングで認知症の診断やケアの提供を受けられるようにするものである。

具体的には、看護師、作業療法士、臨床心理士、精神科ソーシャルワーカー等を主体とする支援チームが、認知症が疑われる方の自宅を訪問して本人

やご家族に詳細な聴き取り調査を行い、精神科医やかかりつけ医も交えた診断・アセスメント会議で認知症の評価を行う。本人の意思やこれまでの生活状況を記録保存しておくことで、病状が進行した場合にも、より本人の意思に即した対応を行うことができる。行動心理症状の発生を抑え、住み慣れた地域での生活を送れるように支援するのである。

これはオランダのGeriant（前編参照）やイギリスのメモリーサービスで行われていることと同様で、今後、認知症を地域でケアしていくための基盤の一つとなるものである。

実際に我々はこの半年間で、6例の初期集中支援を経験した。地域包括支援センターからの依頼により本人や家族の希望に基づいてサービスを開始し、ケースごとに抽出されたアセスメントに沿う形で家族やケアラーに認知症ケアの方法を指導した。

このサービスを広く普及させていくには、標準的なアセスメントツールの開発や専門的ケアの研修、マニュアル化などが求められるだろう。また、家族への心理教育を行うことも初期集中支援の大切な役割の一つだが、それには、かなり専門的なスキルが必要な指導的立場の支援を行う必要もある。

人材育成も含め、まだまだ課題の多い初期集中支援だが、認知症はもはや病院ではなく地域ケアで支えていくという方向性が変わらないのは、世界の先進事例を見ても明らかだ。認知症を患ってなお、良い人生を送ることができる地域作りの実現。それは国民全體が認識すべき重要な国家的目標であることを、認知症国家戦略の先進国を観察して強く実感した。

（構成：梶 葉子＝医療ジャーナリスト）