

イギリスの認知症ケア動向 V

イギリスの認知症患者の状況

<目次>

1.	イギリスの認知症患者の状況.....	1
(1)	認知症患者の割合.....	1
(2)	症状の分類.....	1
(3)	認知症患者のすまい.....	4
2.	認知症のコスト.....	5
3.	認知症ケア	6
(1)	イギリスの認知症ケアの概観.....	6
(2)	コミュニティケア・サービス（在宅ケア）	7
(3)	Direct Payment 直接支払い.....	9
(4)	コミュニティケア・サービスの料金.....	10
(5)	認知症患者のための医療サービス.....	10
(6)	情報と支援.....	11
(7)	コミュニティケア・サービスを担う人々.....	12
(8)	施設ケアサービス.....	15
4.	イギリス認知症ケアの課題.....	17
(1)	認知症の初期対応と病気の理解に関する課題.....	17
(2)	低い診断率.....	17
(3)	総合病院におけるケアの質.....	17
(4)	中間ケアの不足.....	18

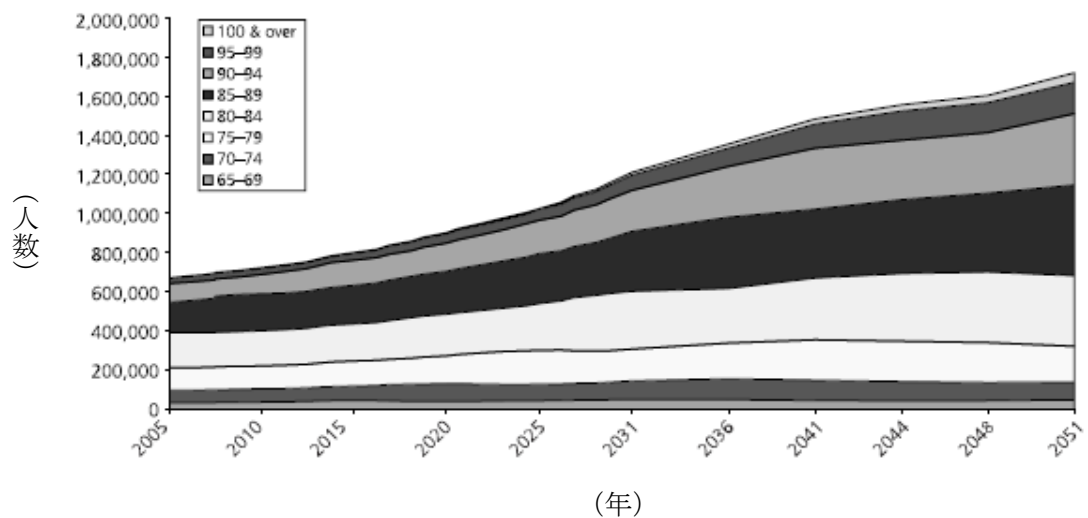
V イギリスの認知症患者の状況

1. イギリスの認知症患者の状況

(1) 認知症患者の割合

2007年現在、イギリスには約70万人の認知症患者が存在するとされ、これは人口の1.1%に該当する。認知症患者の数は、2021年には94万人、2051年には174万人に増加すると推計されている。

認知症患者の今後の見通し



出典：Dementia UK2007

(2) 症状の分類

認知症患者のうち55.4%は軽度に分類されるが、32.1%は中度、12.5%は重度の状況にある。重度認知症患者のうち、65～69歳の人では6.3%にすぎないが、年齢が高くなるにつれて割合は上がり、95歳以上では23.3%を占めている。罹患率および有病率は、年齢とともに急激に上昇する。

認知症は、高齢期に多く発症する疾患であるが、65歳以下の若年性認知症の患者も15,000人以上に達している。男性の場合、55歳以降に有病率が急激に上昇することも指摘されている。

認知症患者の年齢別有病率(%)

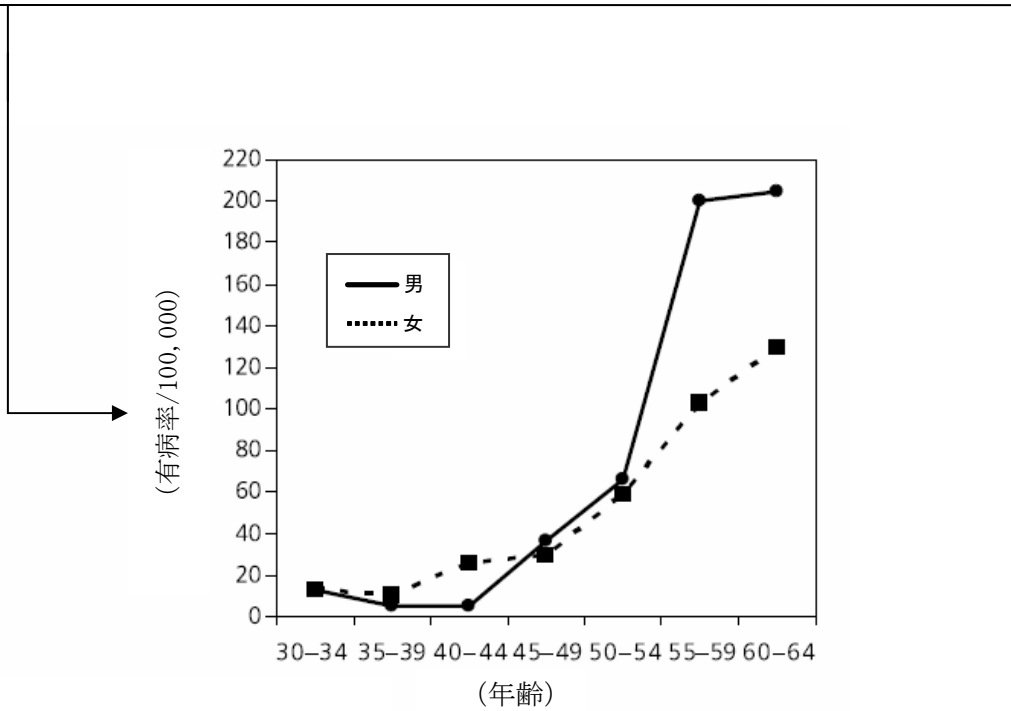
年齢	(%)		
	女性	男性	合計
65～69歳	1.0	1.5	1.3
70～74歳	2.4	3.1	2.9
75～79歳	6.5	5.1	5.9
80～84歳	13.3	10.2	12.2
85～89歳	22.2	16.7	20.3
90～94歳	29.6	27.5	28.6
95歳以上	34.4	30.0	32.5

出典：Dementia UK2007

若年性認知症患者の年齢別出現率(10万人当たりの人数)

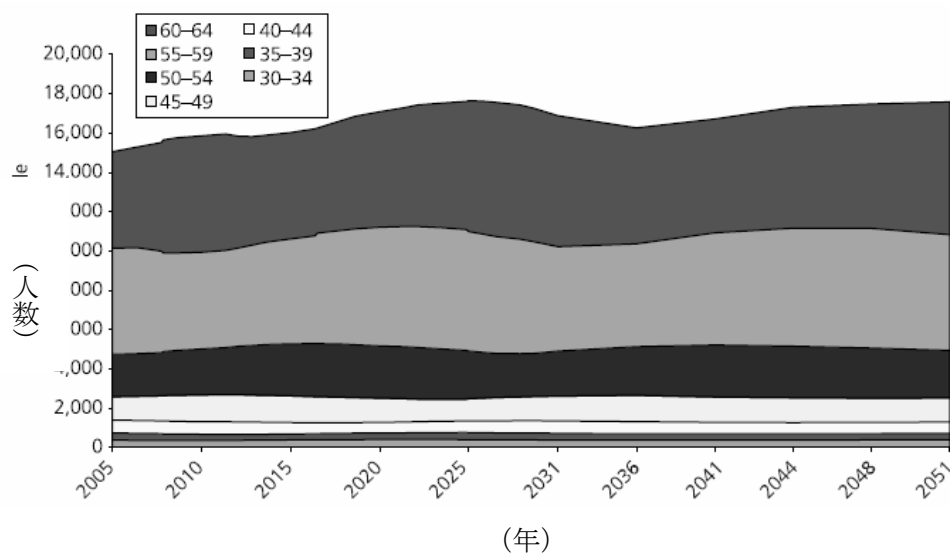
年齢	(%)		
	女性	男性	合計
30～34歳	9.5	8.9	9.4
35～39歳	9.3	6.3	7.7
40～44歳	19.6	8.1	14.0
45～49歳	27.3	31.8	30.4
50～54歳	55.1	62.7	58.3
55～59歳	97.1	179.5	136.8
60～64歳	118.0	198.9	155.7
45～64歳	66.2	99.5	84.7

出典：Dementia UK2007



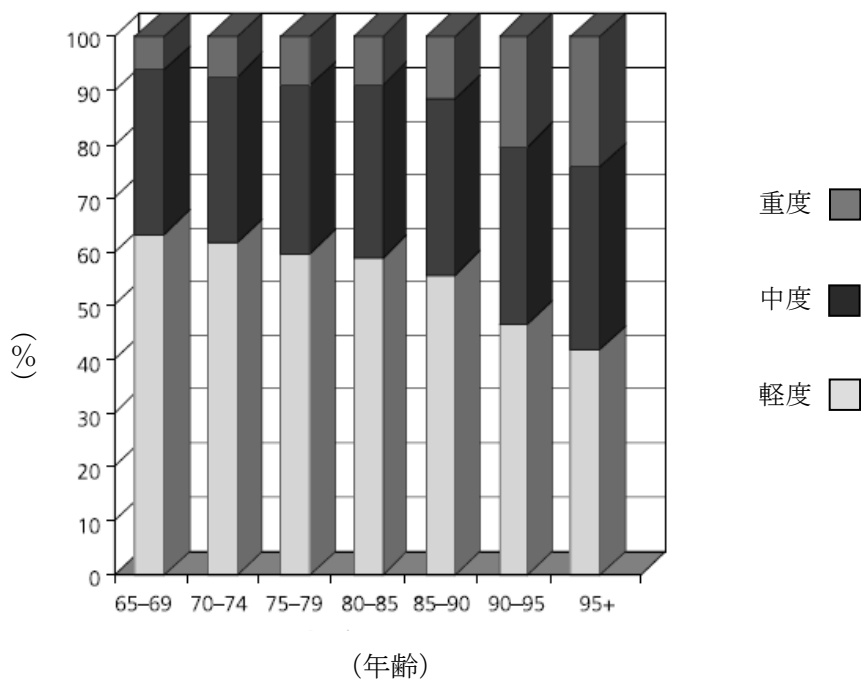
出典：Harvey et al(2003)

若年性認知症患者数の今後の見通し



出典：Dementia UK2007

認知症患者の年齢別程度の内訳

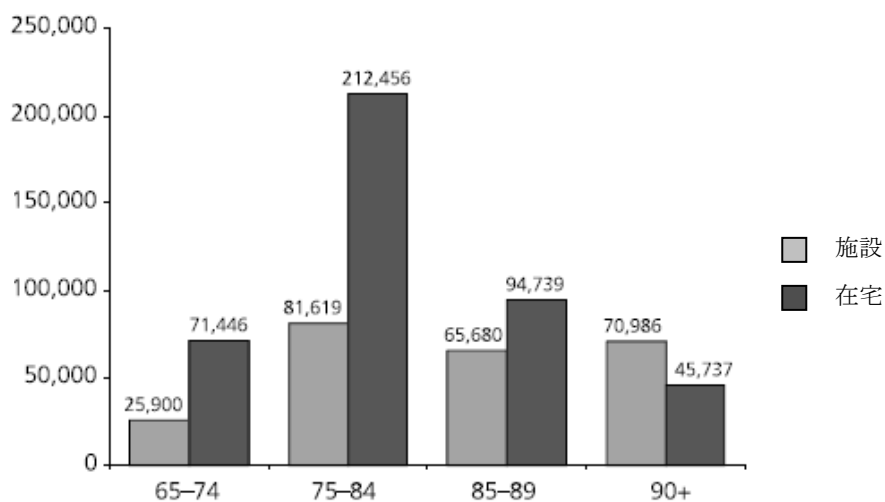


出典：Dementia UK2007

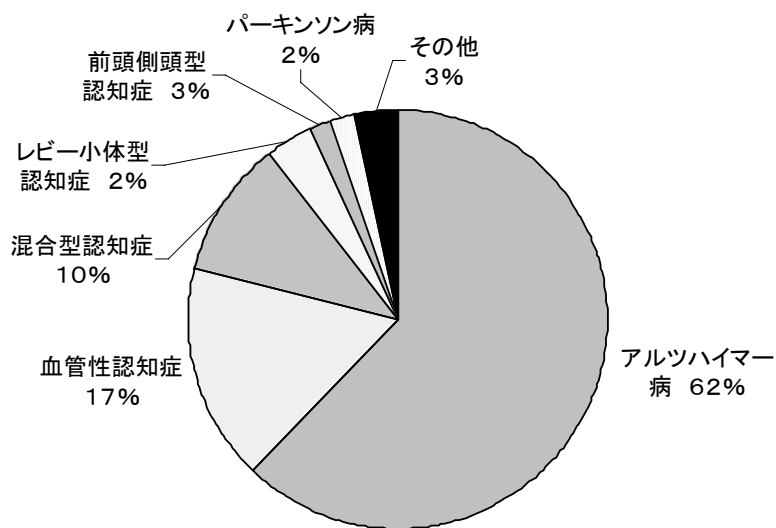
(3) 認知症患者の住まい

認知症患者の63.5%が自宅に居住し、36.5%は施設に入居している。年齢と共に施設入居の割合は増え、90歳以上になると60.8%は施設で生活をしている。

認知症患者の年代別住まいの状況



認知症患者の病名別分類



出典：Dementia UK2007

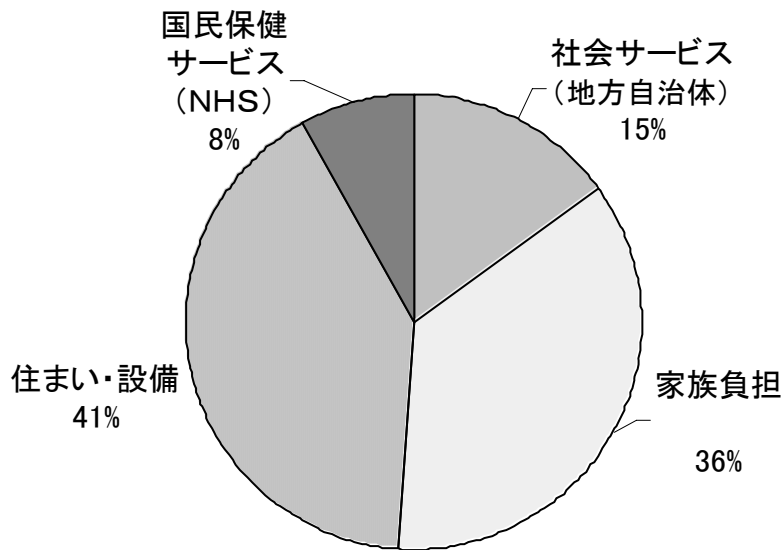
2. 認知症に関するコスト

認知症にかかる国費は、1年につき約170億ポンド（2兆2,440億円）となっている。そのうち3分の2はソーシャルサービス（国費）でまかなわれ、3分の1は高齢者とその家族自身が負担している。

認知症患者1人あたりのコストは、年間25,472ポンド（336万円）となっている。30年後には、国費による負担額は現在の3倍の年間500億ポンド以上になると見込まれている。認知症の程度別の年間コストは、以下に示す通りである。

在宅（軽度）	: 16,689ポンド（220万円）
在宅（中度）	: 25,877ポンド（342万円）
在宅（重度）	: 37,473ポンド（495万円）
施設	: 31,296ポンド（413万円）

認知症に関するコスト内訳



出典：Dementia UK2007

3. 認知症ケア

(1) イギリスの認知症ケアの概観

①認知症ケアにおけるケアマネジメント

イギリスの認知症ケアでは、現在、以下のような点を重視してケアマネジメントが行われている。

- GP(かかりつけ医)等による紹介システムの徹底
- モニタリング(日々の状況変化やケアプランをモニターする)とレビュー(法律に基づく期日や内容を踏まえ、関係するスタッフと利用者が参加し、チームとしてケアプランを見直す)の徹底
- 多様な専門職による関わり
- 入院と在宅を結ぶ工夫
- 専門分化(認知症の専門性を高める継続教育)

②ケアの質への取り組み<Care Quality Commission (CQC) >

保健省は、保健およびソーシャルケア・サービスに関するケアの質の綿密な調査と評価を行い、利用者の保護および利用とサービスの改善を促進するために、2009年4月から Care Quality Commission (CQC)を運営することとした。この機関は、従来からの取組みをさらに強化しようとする目的を持っている。

CQCは、ケア利用の過程において認知症患者とその介護者の経験内容を分析し、地方自治体と PCT (地域医療従事者で運営される公営企業) の成果や、その他の保健およびソーシャルケア・サービスの質についてのデータ解析を行っている。また、これらの分析結果や、国の研究成果と見直しプログラムなどを包括的アセスメント (Comprehensive Area Assessment) に活かし、認知症国家戦略 (National Dementia Strategy) の進捗状況について独自の評価も行っている。

因みに、CQC の前身である CSCI は、監査中に用いる観察ツール[Short Observation Framework for Inspection (SOFI)] を開発し、利用者の体験を体系的に観察することで、日常のケアからだけでは得られない判定を可能にした。CQC もこのツールを使用している。

(1) コミュニティケア・サービス（在宅ケア）

① サービス利用の流れ

認知症患者がサービスを利用する際は、社会福祉局に相談する。また、全国で 24 時間対応している認知症ヘルプラインを利用することもできる。ヘルプラインは、役立つ援助の検討や、最寄りの地域サービスにつなぐ援助をしている。

利用者が地域の社会福祉局に電話を入れると、社会福祉局はソーシャルワーカーやその他のコミュニティケア専門家に連絡し、訪問して家族や認知症患者の話聞くことから全てが始まる。一部地域では、精神科担当地域巡回看護師などの医療ケア専門家や、ボランティア・スタッフがアセスメントを担当するようになってきている。

② アセスメント

福祉局および医療・福祉等のサービスに関わる機関は、本人と介護者の希望を聞きながら、アセスメントに基づいて、家族等と協力し、在宅での介護を続けられるようにサービスの手配を行うこととなる。

アセスメントでサービスが必要と認められると、担当者がケアプランをまとめる。ケアプランには、認知症患者のニーズに応じるために、地域のサービス活用の「ケアのパッケージ」が詳細に記載されている。アセスメントは無料で行われ、緊急を要するケースにも対応している。また、社会福祉局では病院から退院した認知症患者に対して、アフターケア・サービスの提供も行っている。自宅に帰った患者の身の回りの世話とその他のケア支援が、1ヶ月間無料で提供される。

実際に介護を担っている家族（認知症患者の家族は、ほとんどが該当する）には、介護者アセスメントを受ける権利が保障される。なお、最初の評価見直しは3ヶ月後に行われ、その後は、最短で6か月（長くても1年）ごとに行われる。

③ 在宅での援助

在宅ケアサービスは、認知症患者の必要に応じた自宅でのケアを提供する。たとえば、ホームヘルパーが食事の支度をしたり、介護アシスタントが着替えや散歩に出かけるのを手伝ったり、という内容である。介護者が安心できるサービス提供時間を確保するほか、1人暮らしの認知症患者が、自宅でできる限り長く安全に暮らし続けられるように援助をしていく。以下は、主なサービスの内容である。

<在宅支援サービス>

公的機関やボランティア団体が、在宅支援サービス（「シッター」サービス）を提供する。認知症介護のための特別な訓練を受けた介護アシスタントを派遣するなど、ただ世話をするのでなく、良好な刺激となる活動や外出を支援することを行う。また、民間事業者には、夜間にも介護アシスタントや看護師の派遣を行う所がある。

<デイケア・センター>

認知症患者は、デイケア・センターに通うことで、他者との交流ができたり、刺激を得る活動を楽しんだりすることができる。介護者にとっては、自由な時間を持つこととなる。ほとんどのデイケア・センターは送迎の手配を行っており、一部の地域では夜間や週末のデイケアも提供している。これらの運営には、社会福祉局によるものと、ボランティア団体によるものの二種類がある。デイケア・センター専門の事業所では、個々の利用者の能力にふさわしい活動を提供しており、重度の認知症患者でも受け入れ可能なところが多い。最近、一部の地域で若年性認知症専門のデイケア・センターが出来てきたが、高齢者が多数を占めているデイケア・センターに若年性認知症患者も一緒に通わなければならないというのがほとんどである。

<レスパイトサービス>

レスパイトサービスとは、認知症患者を介護する家族等が、数日間、あるいは1～2週間程度、ケアホームや病院などに認知症患者を預けて、日ごろの疲れを癒す時間を確保するためのサービスである。介護者のために、社会福祉や医療の専門家による定期的なレスパイトサービスのプログラムが提示される地域もある。

介護者にレスパイトサービスが必要であると評価されると、ソーシャルワーカーやケアマネジャーが、認知症患者のケアホームへの入所手配を速やかに行う。レスパイトサービスとしてではなく、家族自身が休みを必要とする時にも、社会福祉局にアセスメントを申し込むことができる。レスパイトサービスは有料となる場合もあり、料金は住んでいる地域や患者の収入、資産によって異なる。

一部地域では、一般開業医や病院の専門医がレスパイト入院を手配することもあるが、この場合の費用は無料となる。しかし、個人的に、ケアホームにレスパイトケア

を依頼した場合の費用は有料である。

<配食サービス>

ミールズ・オン・ホイールズなどは、温めた食事や、地域によっては冷凍のままの食事を利用者の自宅に届ける配食サービスである。社会福祉局が利用申し込み窓口となっている。

<洗濯サービス>

排泄の問題等により、大量の洗濯が必要な人のために、一部地域では洗濯サービスが提供されている。

<不満・苦情等への対応>

サービスの利用に際して不満が生じた場合は、アセスメントやケアプランの見直しを求めることができる。社会福祉局は、求めに応じて再検討し、場合によっては利用者の要望が通ることもある。検討の結果に不満が残る場合は、苦情申し立てを行うこととなるが、コミュニティーケア法には上訴の権利が規定されていない。

(2) 直接支払い (Direct Payment)

社会福祉局によってコミュニティーケアの必要が判断された場合に、直接支払いを選択することができる。直接支払いとは、現物支給ではなく、サービス利用のための資金を社会福祉局から受け取り、本人や家族等が自分でサービスの手配をする方法である。認知症患者の場合、本人の委任状か後見人の指名がされていれば、介護者がこの費用を管理することができる。

直接支払いを利用する場合、費用はそのニーズを満たすためだけに使用しなくてはならず、他の目的で使うことは出来ない。本人・後見人等は、民間またはボランティアの介護サービス提供者からサービスを購入するか、サービスを提供する人を雇うこととなる。直接支払いのメリットは、いつ、どのようなサービスを提供してもらうかについて、自分自身で管理できるため、サービスの選択肢が広がることである。直接支払いによる現金給付と現物給付を組み合わせることも可能である。

(3) コミュニティケア・サービスの料金

①無料の身体ケア

65歳以上の認知症患者が、自宅で身体ケアが必要だと評価されると、その援助を無料で受けることができる。ただし、65歳未満の場合には有料となる。身体ケアには、着替えや食事、洗濯、トイレに行くときの援助、目薬などの単純な医療行為、安全確保、もの忘れに関わる見守りなどの支援が含まれる。無料の見守りケアは、収入や貯蓄の額に関わりなく受けることができ、看護ケアは、年齢に関係せず無料となっている（看護はNHS（国民保健サービス）により提供される）。

②ケアサービスの料金

デイケアや昼食クラブ、給食サービス、コミュニティ警報、買い物や家事の援助、レスパイトサービスなどで、一部は有料での提供となっている。各地の社会福祉局は、それぞれのサービス料金を設定しており、患者がどの程度負担できるかを判断するために、ソーシャルワーカーかケアマネジャーが経済状況の評価を行うこととしている。料金は、認知症患者の収入と個別状況によって異なる。

(4) 認知症患者のための医療サービス

2章「イギリスの医療制度」で示した通り、認知症の診断や治療のために専門医に受診する場合は、GP(かかりつけ医)からの病院への紹介が必要である。紹介先は、病院の物忘れ外来や各種専門科であり、鑑別診断、アセスメント、短期的なリハビリ機能までを医療の範囲で行っている。また、長期的なケアサービスが必要なケースでは、認知症に対応する各種サービスへの手配も行われる。

①物忘れ外来

認知症の鑑別診断、アセスメント、治療を行う。認知症の専門医やその他の医療専門職がおり、認知症の症状に対処するための情報提供を行ったり、必要なサービスを紹介したりする。

②アセスメント科

アセスメント科では、患者の必要に応じて専門の診断テストが行われる。また、幻

覚や攻撃性など、とくに困難が生じている場合には、問題の軽減を図っていく。

③デイ・ホスピタル（リハビリ）

デイ・ホスピタルとは、生活の立て直しをはかるために、外来で一定期間、様々な活動を通じて行う治療のことをいう。理学療法や入浴なども行われており、作業療法や看護など、医学的な支援を受けることができる。

医師・看護師・臨床心理士・作業療法士などによって、認知症患者には活動を伴う治療が提供されるが、通常、長期間に及ぶことはなく、長期の支援が必要な人はデイケア・センターに紹介していく。

(5) 情報と支援

現在、認知症患者および家族等への情報提供や支援活動として、以下のようなものが提供されている。

①認知症ヘルプライン

イギリスのアルツハイマー協会は、24時間対応の認知症ヘルプラインを開設し、認知症に関わる相談を受け付けている。通話料は無料であり、対応者は訓練を受けたスタッフとボランティアである。認知症に関連した多くの情報を提供し、本人や家族への精神的な支援も行っている。基本的に、通話の秘密は厳守され、介護者は名乗ることも必要とされない。

②介護者支援グループ

介護者支援グループは、認知症患者を介護する家族同士が出会い、感情面のコントロールや対処を行うためのアイデアやヒントを出し合う機会を提供しているグループである。多くの介護者支援グループが、有用な情報提供者による講演会などを開催している。これらは、デイケアなどのサービス関係者で組織されているものが多く、同じ課題や環境を体験する人が、対等な関係で支え合う（ピアサポート）ネットワークづくりといえる。

③介護者のための講座

一部の慈善団体が開く介護者のための講座の中には、認知症患者の介護者（家族）に限定した講座もある。ここで扱われる内容は、認知症に関する知識、対処法、利用

できるサービス情報、経済・法律に関わる知識や問題、ストレス対処法など、多岐にわたる。

④代理サービス

孤立してしまいがちな認知症患者やその家族の立場になって、手助けやアドバイスを行う「代理サービス (Advocacy)」がある。代理サービスは、後見人や弁護士が取り組んでおり、認知症患者本人の意見が、暮らしやサービス提供に反映されるように援助をしている。

⑤保健推進

地域の保健推進事務所 (health promotion office) では、認知症介護に関わるチラシやビデオ、地域の支援グループや認知症関連の会議・講座等に関する情報などを提供している。

⑥介護者の緊急時用カード

一部の慈善団体では、認知症患者の詳細や緊急連絡先が記入できる特別なカードを用意して配布している。

⑦ボランティア団体

慈善事業やボランティア活動が積極的に行われているイギリスでは、在宅介護を支援するためのデイケアやホームヘルプサービスなどを支援するボランティアが存在する。これらの団体は、介護を担う家族等の聞き役にもなり、介護の公的機関・民間事業者と並んで、イギリスの在宅介護を支える重要な役割を担っている。

(6) コミュニティケア・サービスを担う人々

社会福祉局や保健委員会が管轄している公的サービスでは、様々な専門スタッフがチームを組んで認知症患者に対応する活動を行っている。以下には、職種の役割を示すが、それぞれは連携しあいながら、医療とソーシャルワークの協働を行っている。

①ソーシャルワーカー

ソーシャルワーカーは、認知症の患者と介護者を訪問して、それぞれのニーズを評価する。地域で利用できるサービスをよく理解しており、社会福祉局・民間・ボランティアが提供するサービスなど、多くの選択肢と情報を提供して介護者の支援につな

げている。

ソーシャルワーカーは、認知症患者にデイケアが必要な場合には本人にふさわしいデイケア・センターの空きを探しだしたり、人間関係に起因する感情の問題についても、解決のための方策を考える。ソーシャルワーカーは、認知症患者と家族のために、アドバイスと支援を行うことを職務としている。

②ケアマネジャー

ケアマネジャーは、社会福祉、医療サービス、ボランティア部門のいずれかに属し、アセスメントを担当することもある。ケアマネジャーは、援助を必要とする人のための「ケアのパッケージ」を作り上げていく。

③ホームヘルパー (home helper)

ホームヘルパーは、地域によって、在宅介護者 (home carer)、在宅ケアアシスタント (home care assistant) などと呼ばれている。社会福祉局が提供しているサービスで、身体ケアや家事援助などを提供する。また、認知症介護において重要な、話し相手にもなっている。

④G P (かかりつけ医)

G P (家庭医・一般開業医) は、認知症患者ができる限り健康に過ごせるよう援助をするほか、必要に応じて、地域巡回看護師や理学療法士、巡回保健師、病院の各種サービスなどの医療専門機関への紹介を行う。

⑤老年精神科医

老年精神科医は、認知症を含む高齢者の精神衛生を専門とする医師で、神経内科医は脳の病気を専門にしている。65歳未満の認知症患者が、老年精神科医に紹介される場合もあり、更に地域の精神科病院または神経内科に紹介をすることもある。

⑥精神科地域巡回看護師

精神科地域巡回看護師は、病気の全時期を通じて、患者と介護者に精神的支援と実際的なアドバイスを提供する。定期的に訪問して、患者と介護者をよく理解し、病気そのものや実際的な対処法についての情報を提供する。また、患者の行動の変化に応じた援助をしながら治療や支援状況のモニターを行って、地域で利用できるサービスを紹介する。

⑦地域巡回看護師

地域巡回看護師は、一般的に、保健センターや一般開業医の診療所を拠点に活動しており患者の自宅を訪問して、入浴や排泄時などのサービスニーズを評価し、サービス提供につなげたりアドバイスをしたりする。訪問を依頼する際は、GP（かかりつけ医）に紹介してもらうか、地域巡回看護サービスに直接連絡をする。

⑧実践看護師

実践看護師は、一般開業医の診療所を拠点として、保健問題の援助とアドバイスを行う。

⑨巡回保健師

巡回保健師は、保健に関するあらゆる問題への評価とアドバイスを行う。巡回保健師への連絡は、保健センターか一般開業医の診療所で受けている。

⑩作業療法士

作業療法士は、社会福祉局や病院の精神科サービスを通じて患者と接していく。患者の自宅を訪問し、日常生活において地域社会との交流や活動を続けられるようにすることを目的に、リスクの評価、安全性、自立維持、心理的満足感などを考慮しながら個別の方法を提案していく。入浴やトイレの補助具から記憶補助具まで、生活の助けとなる適切な器具の推薦も行っている。

⑪臨床心理学者

認知症患者に協力して、問題を改善したり上手く対処したりするための方法を学ぶ手伝いをする。攻撃性・徘徊・身だしなみの問題など、患者の行動の変化や、それに伴う介護者のストレスと悲嘆などの感情にも対処する。通常、臨床心理学者は病院を拠点としており、患者が臨床心理学者との面談を希望する場合は、一般開業医か認知症チームのメンバーに依頼する。

(7) 施設ケアサービス

①施設ケアサービスの利用

施設ケアサービスの利用は、社会福祉局にアセスメントを依頼することから始まる。アセスメントは、患者のニーズに適合した施設を選ぶために行われ、社会福祉局からの費用負担の要件になっている。

介護を担っている家族にも、介護者アセスメントを受ける権利がある。これは、家族のこれまでの在宅介護の様子や、どの程度の介護負担があるかを見極めるものである。アセスメントは、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、その他の専門家によって、患者や家族、介護に関わっている関係者と話し合いながら行っていく。アセスメントの結果、患者に長期入所ケアの必要性があると評価された場合は、社会福祉局がサービス利用の手配を行うが、家族自身が手配することもできる。

②施設の選択

イギリスでは、長期入所ケアが必要な認知症患者のほとんどが、介護ホーム（施設ケアサービス）に入所している。介護ホームの運営は、社会福祉局、民間企業、ボランティア団体が行っており、提供する介護サービスのレベル（対応範囲）はさまざまである。また、ケアサービスは全国介護基準（National Care Standards）に沿って提供されているが、看護サービスを提供できるホームは限定されている。

地方自治体は、利用者ごとに費用補助の上限を決めている。入所施設は、自治体が特定して斡旋してくれる場合もあれば、自治体が示すリストに基づいて利用者が選択する場合もあり、イギリス内のどこのホームも選択することができる。また、費用が補助の上限額を超えている場合は、利用者がその差額を負担することとなる。

複雑なニーズのある認知症患者には、施設入所後も引き続きコミュニティケアの利用を許可される場合もあるが、この判断は患者のかかりつけ医に委ねられることになっている。

③ホーム費用の支払い

一部の地域では、一定要件を満たす65歳以上の要介護者に対して、ホーム費用が全額無料になる措置が行われている。また、看護ケアが必要と評価された者に対しては、年齢に関わりなく費用は無料となっている（ただし、看護師が配置される介護ホームは限定される）。地方自治体が負担する身体ケアと看護ケアの費用は、直接ホームに

支給され、利用者は食事や宿泊に要する残りの費用を支払うことになる。

④費用に対するその他の援助

介護ホームの費用は、週に数百ポンドに上り、多くの利用者は費用への補助が必要となっている。

利用者の収入が、費用の全額負担には足りない場合、収入を越えた支払いの差額は、地方自治体が補助をしている。患者に「上限」[2008年4月1日から21,500ポンド(284万円)]を越える貯蓄や資産がある場合は、その額がこの水準になるまで、自前でホーム費用を支払う。その額が上限と「下限」[2008年4月から13,000ポンド(172万円)]の間であれば、本人と地方自治体が、費用の一部を分担して負担する。下限より低い場合には、社会保障局が限度額までの範囲で費用を負担する。

⑤住宅

住宅を所有している者が永久的に介護ホームに移動した場合、通常、社会保障局はその不動産も資産に算入させる。住宅の価値から抵当分を差し引き、売却費用として住宅の価値の10%を除いた残りを算入するが、介護ホームへの入所から最初の12週間は、住宅の価値を計上しない。

しかし、次の条件に該当する人が住み続けている場合は、住宅の価値を全額計上してはならないことになっている。

- ・患者の夫や妻、または異性のパートナー
- ・60歳を過ぎた親族
- ・障害があるか無能力と認定された親族

また、上記以外にも、介護者や同性のパートナーなどが住み続けている場合に、社会福祉局は住宅の価値を算入しない決定もできることとなっている。

⑥入所後

介護ホームにおける認知症患者のためのケアプランは、家族や介護者から提供される情報を基に作成される。ライフ・ストーリーブックは、職員が本人の好き嫌いなどの大切なことを知る上で、重要な情報源となるため重宝されている。また、これらの情報を基にすることで、家族が介護に参加しやすくなっている。

4. イギリス認知症ケアの課題

(1) 認知症の初期対応と病気の理解に関する課題

イギリスにおいても、国民の中に潜在している認知症の悪いイメージ(スティグマ)が、適切なケアにつなげていくことを妨げてしまったり、支援を求める意欲を消極的なものにしてしまったりする傾向を招いている。認知症の原因を「歳のせい」にするとといった根本的な誤解もあるため、当事者が認知症を認めなかったり、適切なケアによる症状の改善が図りにくかったりという状況も起きている。さらに、このような状況が、認知症の初期対応や診断を遅らせて、適切なケアへの導きを妨げている状況がある。

【データにみる認知症ケアの課題】

- ・ 現在、患者はかかりつけの医師に認知症の症状を告げるまで最長で3年かかっている。
- ・ 介護者の70%が、診断前に認知症の症状だとは気づけなかったことを報告している。
- ・ 介護者の64%は、身内が認知症にかかったことを受け入れられないと報告している。
- ・ 介護者の58%が、症状は単に加齢の一部であると考えている。
- ・ 認知症の診断・管理を行う基本的な訓練と職務訓練は十分受けたと考えているかかりつけ医は31%に過ぎず、8年前にForget Me Not 報告で質問したときよりも低下している。
- ・ 国民の50%が認知症には悪いイメージが付きまとうと考えている。
- ・ 65歳以上の国民が、がん(21%)、心臓病(6%)、脳卒中(12%)よりも認知症の発症(39%)を懸念している。

(資料) Alzheimer's Society (2002). Feeling the Pulse.

(2) 低い診断率

イギリスで認知症の診断が行われている割合は全般的に低く、診断および治療実績の国際比較では、ヨーロッパ諸国の中で下から3番目の状況である。また、イギリスの治療実績は、フランス、スウェーデン、アイルランド、スペインなどの国の半分以下となっている。

この背景には、現行制度で、認知症の診断が行われる時期、機関、診断する人に関する規定がなされておらず、透明性が欠如していることも大きく影響している。

(3) 総合病院におけるケアの質

救急病床では、最も多いところで7割程度を高齢者が占めている状況があり、そのうちの半数が認知症やせん妄などの認知障害者で占められているとの状況も聞かれる。

総合病院は、病棟の配置が複雑であったり、標識も少なかったりするため、記憶やコミュニケーションの問題を抱える認知症患者にとっては困難が生じやすい環境といえる。入院日数、死亡率および施設ケアへの入居の面から見た場合、総合病院に入院している認知症患者の経過は一般に不良であり、平均的な総合病院の過剰経費は年間 600 万ポンド（7 億 9 千万円）以上あるとの試算も聞かれている。

また、実際には、退院時における病院とコミュニティケアの連携が乏しく、早期退院を促すしくみや、認知症患者に対応する在宅介護ケア・パッケージの利用の機会が遅れているとの指摘もある。

(4) 中間ケアの不足

中間ケアとは、地域の病院で回復期に行うリハビリを意味しているが、この分野で働くスタッフは、認知症患者が中間ケアを受けるメリットをそれほど認識しておらず、入院回避のためのリハビリや早期退院を促すプログラムそのものも積極的には作られていないのが現状といえる。

医療従事者全般に、認知症患者にはリハビリが有益ではないという誤った理解が未だに浸透していることも大きな課題であり、中間ケアから認知症患者を排除する傾向は高くなっている。また、救急看護での入院日数を減らそうとする動きは、認知症患者が在宅に復帰することなく、介護ホームなどへの入所を促す結果にもつながっている。

<参考文献>

Dementia UK, Alzheimer' s Society, 2007

National Dementia Strategy, Department of Health, 2009

イギリスにおける認知症患者ケアマネジメント（障害保健福祉研究情報システム）

<調査協力>

株式会社ニッセイ基礎研究所