

アメリカの認知症ケア動向 V

アメリカの認知症ケア

<目次>

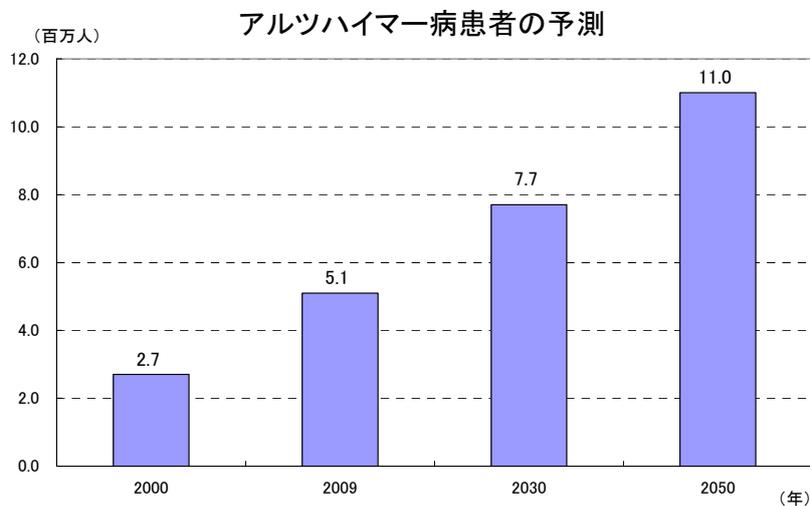
1. データから見るアメリカの認知症高齢者	1
(1) 将来推計	1
(2) 年齢別発症率	2
(3) 死因別死亡数の推移	3
(4) 認知症の原因疾患別割合	3
(5) 認知症の人の死亡場所	4
2. 認知症ケアの現状	5
(1) 認知症高齢者の居住場所	5
(2) 家族介護等の状況	6
(3) 家族介護者の年齢	8
(4) 介護費用	8
(5) 家族介護者等のストレス	10
3. 在宅サービスプログラム	11
(1) デイプログラム(日本におけるデイサービス/デイケア)	11
(2) 夕方症候群のための夜間プログラム	11
(3) 配食サービス	12
(4) ケースマネジメント・ケアマネジメント	12
(5) 介護補助ツール(用具)	13
(6) アメリカの認知症ケアにおける課題	14
4. 公的サービスの状況	18
(1) 認知症の治療・介護に関する公的支出	18
(2) メディケイド・プランニング	19
(3) 若年性認知症への対策	20
(4) 国を挙げてのアルツハイマー病への取り組み	20

V アメリカの認知症ケア

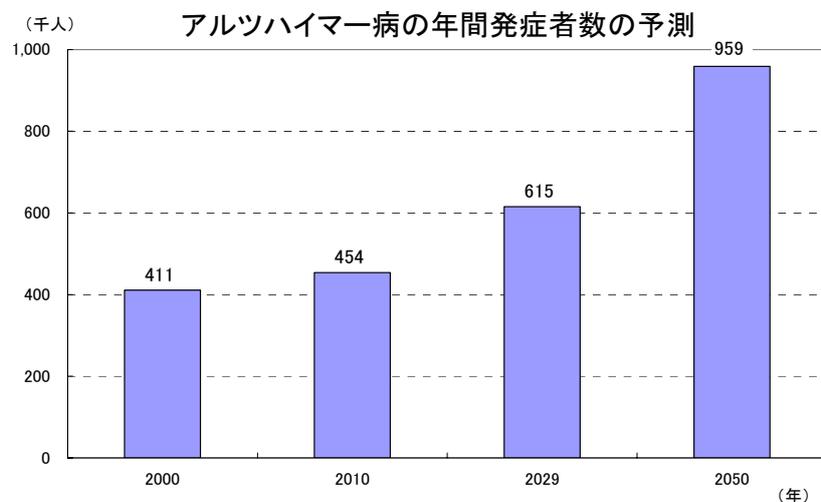
1. データから見るアメリカの認知症高齢者

(1) 将来推計

アメリカ・アルツハイマー病協会の「2010 Alzheimer's Disease Facts and Figures」によると、現在、アルツハイマー病患者は530万人との報告が公表されている。今後の見通しでは、20年後の2030年に770万人、2050年には1,100万人になると推計されており、アメリカにおいても、わが国と同様に認知症高齢者対策は喫緊の課題となっている。



出典：2009 Alzheimer's Disease, Facts and Figures

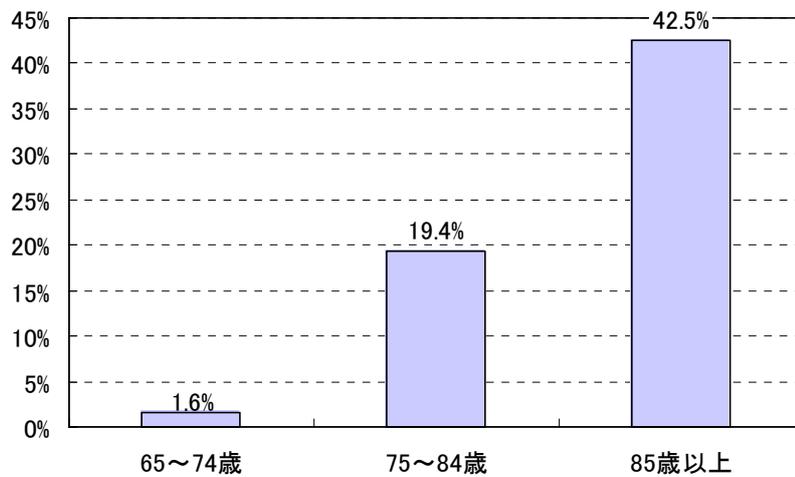


出典：2009 Alzheimer's Diseases, Facts and Figures

(2) 年齢別発症率

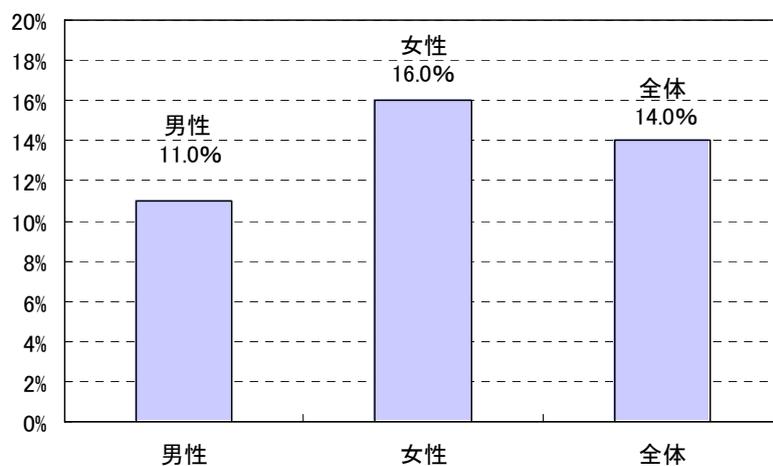
アルツハイマー病の発症率は、65歳から74歳で1.6%、75歳から84歳で19.4%、85歳以上で42.5%となっている。75歳からの10年間と、85歳からの10年間では、発症率が2倍以上に増える。また、性別で見ると、男性が11%、女性が16%で、女性の罹患率が高い。

年齢別の発症率



出典： A National Alzheimer's Strategic Plan

性別の発症率



出典： 2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

(3) 死因別死亡数の推移

2000年と2006年の死因別死亡数を見てみると、脳梗塞、前立腺ガン、心臓病、乳ガン等はいずれも減少している一方で、アルツハイマー病を死因とする死亡者は増えている。

死因別死亡数

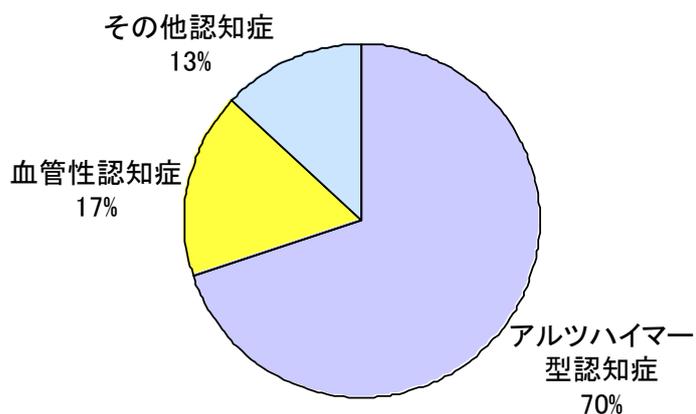
死因	2000年	2006年	増減(%)
心臓病	710,760	629,191	▲11.5
乳ガン	41,200	40,970	▲0.6
前立腺ガン	31,900	27,350	▲14.3
脳梗塞	167,661	137,265	▲18.1
アルツハイマー	49,558	72,914	+47.1

出典：2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

(4) 認知症の原因疾患別割合

認知症の原因疾患をみると、アルツハイマー型認知症が70%、血管性認知症が17%、レビー小体型等その他の疾患が13%となっている。

認知症の原因疾患別割合

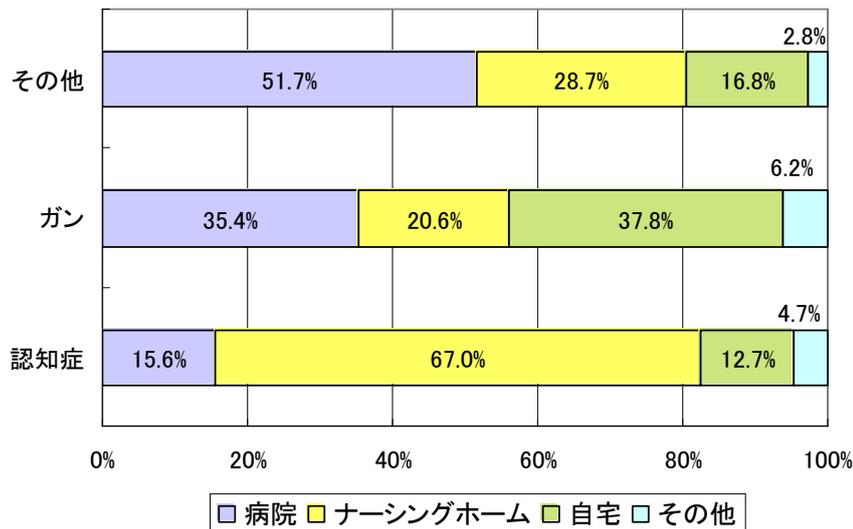


出典：2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

(5) 認知症の人の死亡場所

65歳以上の高齢者の死亡原因別に死亡場所をみると、病院での死亡が多いのは、ガン以外の「その他」の疾患が52.2%と5割を超えており、「ガン」は35.4%、「認知症」は15.6%で、認知症の人の、病院で死亡する割合は比較的に低い。一方、ナーシングホームで最期を迎える人の割合は、ガン以外の疾患が29.0%、「ガン」が20.6%、認知症が66.9%となっており、認知症の人がナーシングホームで亡くなる割合が圧倒的に高い。ちなみに、自宅で亡くなる人は、「ガン」が37.8%で最も高い。

65歳以上高齢者の死亡原因別死亡場所の内訳



出典：2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

2. 認知症ケアの現状

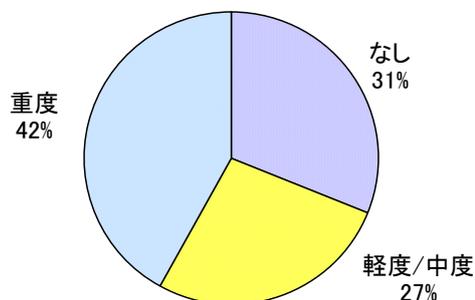
アメリカでは、多くの要介護高齢者が自宅に住み続けており、高齢者介護を担う専門職もまた自宅での暮らしを勧めている。その理由は、何よりも高齢者自身が自宅での暮らしを望んでおり、慣れ親しんだ環境が記憶力や集中力の衰えた人にとっての安心・安全・心地よい介護の提供につながるからである。

(1) 認知症高齢者の居住場所

アメリカの認知症ケアの状況について、認知症高齢者の7割は在宅で過ごしており、在宅では無償の介護(家族やボランティア等による支援)が中心となっている。残りの3割程度は有償のサービスを受けており、平均して月間208時間程度のサービスが利用可能となっている。但し、メディケイド受給者で認知症を発症している場合は、在宅介護の割合が約5割となり、ナーシングホームへの入居者が増えている。

ナーシングホーム入居希望者の状況を見ると、全体の7割が認知機能に障害を有しており、うち4割は重度の認知症である。また、ナーシングホーム入居者の約5割が認知症である(2008年)。ナーシングホームには、認知症高齢者向けに整えられたアルツハイマー特別ユニット(特別病床)があり、2008年6月現在、全米で8.7万床程度存在する。これは、ナーシングホーム全体の約5%に相当するが、特別病床は2004年の93,763病床をピークに、減少傾向にある。

ナーシングホーム入居希望者の認知症の有無



出典：2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

(2) 家族介護等の状況

アメリカの認知症ケアでは、約1千万人の家族が無償の介護を提供している。無償の介護とは、主に家族や親族などが行う介護である場合が多いが、友人や近隣住人が行っている場合も少なくない。2006年の統計によると、年間総計で85億時間の無償による介護の提供があったとされており、その経済価値は944億ドル（約9兆4千億円）に上る。介護者は1人当たり週平均16.6時間（年間863時間）を介護に費やしていることになるが、その内の約4割は、週平均で40時間超にわたる介護をしているとの研究結果も発表されている。

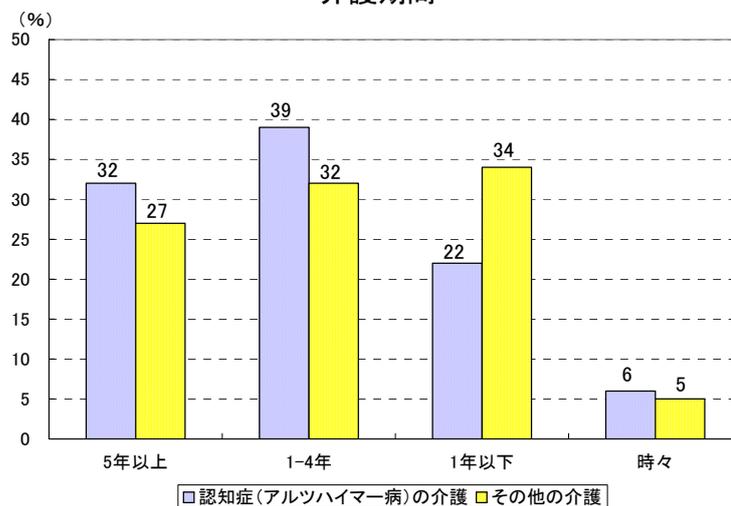
無償による介護の状況

提供者	年間の時間	経済価値 ¹
9,856,945 人	8,508,514,817 時間	\$ 94,444,514,466

出典： 2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

認知症とそれ以外の疾病に因る介護期間を較べると、認知症では5年以上にわたる場合が全体の32%を占めている。認知症の介護は、長期にわたって家族を巻き込み、その負担は決して軽いものではない。

介護期間



出典： 2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

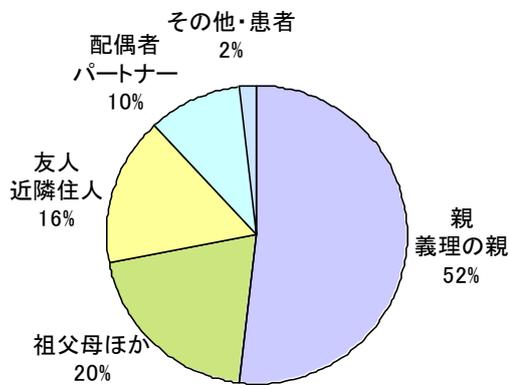
¹ 経済価値の算出の基準は、介護者1人当たりの無償介護1時間当たりの経済価値⇒11.1ドル。これは、アメリカの1時間当たり最低賃金（5.85ドル/1時間）とアメリカの在宅介護従事者の平均賃金（16.35ドル/1時間）の平均から算出している。

アメリカ・アルツハイマー病協会の報告書²には、介護が介護者の健康に影響を及ぼしたり、その寿命を縮めているといった調査結果が数多く紹介されている。また、認知症ケアのために、本人の配偶者や子供が仕事を辞めざるを得なくなり、家族の経済的基盤を揺るがすような事態が生じている点も課題としてあげられている³。

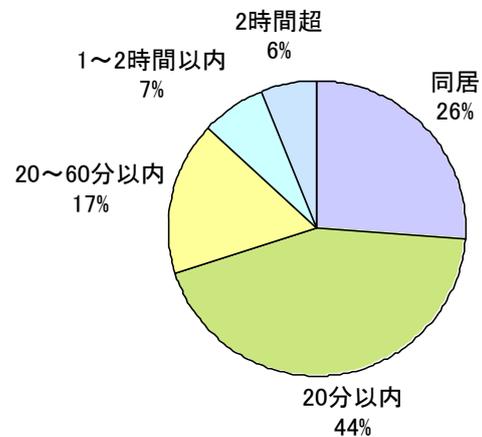
認知症の人と介護者との関係は、近親者（子と親・祖父母）であるケースが全体の7割を占め、祖父母の割合も20%と比較的に高い。離婚率が高いアメリカでは家族関係が複雑になりやすく、教会区等のコミュニティ等において、孫が祖父母の面倒を見るといったケースも多く存在するようである。

また、認知症の人本人と家族介護者との居住場所の距離については、同居が全体の4分の1を占めているほか、20分以内が約半数弱を占めている。全体として至近距離に住んでいる近親者による介護のケースが多い状況がうかがわれる。

介護者からみる認知症の人との続柄



認知症の人と家族介護者との距離



出典：2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

² Alzheimer's Association. "2010 Alzheimer's Disease. Facts and Figures." pp28-30

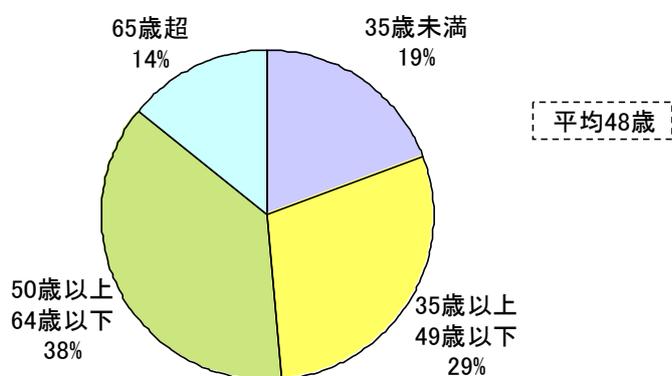
³ 同上 p30

(3) 家族介護者の年齢

家族介護者の年齢は平均で 48 歳、50 歳から 64 歳以下の割合が約 4 割ともっとも多い。一方、65 歳以上の割合が 14%と低く、35 歳未満の若年層の割合が 19%と高い点は、わが国と異なるところである。

さらに、年齢を詳細に分析した結果では、アメリカの 8 歳から 18 歳までの子供の 25 万人が、アルツハイマー病や他の原因疾患の認知症ケアを行っていると考えられている。

家族介護者の年齢分布(2003 年)



出典： 2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

(4) 介護費用

アルツハイマー病を発症している場合は、各種保険制度からの受給額が多くなると同時に、自己負担額も大きくなっていく。民間介護保険への加入率はまだ低く、2005 年のアメリカ長期介護費用のわずか 7.2%しか民間介護保険で賄われていない。

アルツハイマー病発症の時点から死亡までにかかる介護費用は、平均で 21 万 5 千ドルという分析結果がある。このうち 4 万ドルは、薬の購入や外部者の助けを借りる費用などの直接的なコストであり、残りの 17 万 5,000 ドルは、自宅で家族の介護を行うために仕事を辞めたことによる間接的なコストとなっている。ちなみに、2007 年の統計では、65 歳以上の高齢者の 1 人当たりの収入は年平均 17,382 ドルで、1 世帯当たり 29,730 ドルとなっている。介護される者が各種保険から受ける

ことのできる受給額は年間3万ドルあまりとなっており、長期間の介護費用がかかる認知症ケアでは、その差額を全て自己負担で賄わなければならない。

そのため、資産を使い切った後に適用される低所得者向けのメディケイド（詳細は3章を参照）に移行していくケースも少なくない。

具体的なサービスにかかるコストの目安は、ホームケア1時間当たり18ドル、デイセンター1日当たり64ドルなどとなっている。大都市部の場合は下表よりも若干相場が高く、ホームケア1時間当たり20ドル程度となっている。この場合、実際に24時間住み込みの介護を依頼するような場合は、1日当たり12時間労働とみなして計算し、1日のコストは約240ドル(21,600円)程度となるのが一般的である。いわゆる徘徊がある認知症の人を介護するには24時間体制が必要となるため、交替制勤務として、通常は2人のケアワーカーを手配し、コストも2倍かかることになる。

認知症ケアにかかるコストの目安

ホームケア	1時間当たり18ドル
デイセンター	1日当たり64ドル(認知症追加料金を請求するケースも)
アシステッドリビング	月当たり4,267ドル、年間51,204ドル
ナーシングホーム	1日当たり219ドル、年間79,935ドル

出典：2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

認知症の有無別各種保険制度からの受給額（2004年）

(ドル)

	認知症以外	認知症
メディケア	5,272	15,145
メディケイド	718	6,605
民間保険	1,466	1,847
その他	211	519
HMO	704	410
自己負担	1,916	2,464
家族介護等	201	261

出典：2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

(5) 家族介護者等のストレス

介護者の心身の疲労感や経済的負担も大きい認知症の在宅介護に、家族介護者の約半数がストレスを訴えている。自由になる時間、家族関係への影響、金銭的負担など、個々の人がそれぞれの状況で問題を抱え込んでしまいがちな状況の中、家族等からは介護の方法や各種支援サービスに関する情報不足を訴える声が4割近くに達している。同時に、メディケイドの対象に該当しない家族は、ほとんどの費用を自己負担で賄うことになるため、経済的な支援やレスパイトケアを求める声も多い。

家族介護者が抱える問題意識と求めるサービス

介護者が困っていること(2項目まで複数回答可)	%	介護者が求めているサービス	%
ストレス	48	情報(プログラム)	38
時間不足	18	支援(金銭)	30
家族関係への影響	15	レスパイトケア	25
家族の時間の減少	14	相談	22
金銭的負担	13	教育	19
仕事への支障	11	その他	7
健康面への影響	5		

出典： 2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

3. 在宅サービスプログラム

(1) デイプログラム（日本におけるデイサービス／デイケア）

在宅認知症高齢者向けのサービスプログラムは全米に存在するが、受け入れが可能かどうかの判断は、個々の利用希望者の状態や対応力によってその都度判断される。このため、あらゆるレベルの認知症の人を受け入れることができるデイプログラムが整備されている状況にはない。

デイプログラムでは、送迎サービスや社会的交流、食事といったプログラムを提供することが一般的で、その内容は医学的モデルもしくは社会モデルに従って内容が組み立てられている。前者はセラピー療法や医療支援を目的としており、後者は社会的交流に焦点をあてたものである。

これらのプログラムの利用料は州により格差があり、アメリカ・アルツハイマー病協会によると、1日当たり 60-150 ドルである⁴。費用は、低所得者向け医療保険のメディケイドから給付されたり、州・郡からの一定程度の援助があったりする場合もあり、在宅介護で専門人材を雇う場合には約 3 倍のコストがかかることから、費用効率の面でデイプログラムへの評価は高い。

(2) 夕方症候群のための夜間プログラム

認知症の人には「夕方症候群」と呼ばれる症状がみられることがある。この症状に対して、医師は睡眠導入剤の使用は効果的ではないと判断する傾向にあり、現状では、本人が覚醒している間の安全確保が主たる対処法となっている。自宅で介護している家族にとって、夕方症候群への対応は非常に困難であるが、専門スタッフを雇う場合は非常に高額な出費となる。最近では、これらに対応する夜間プログラムも提供されるようになったが、いまのところ数は少ない。その1つがニューヨーク市のリバーデール地区にあるヘブライホーム病院（Hebrew Home and Hospital）であり、そこでは送迎サービス付きで、夜7時から朝7時までのプログラムで運営されている⁵。

⁴ (出典) Fisher Center for Alzheimer's Research Foundation ホームページ
(<http://www.alzinfo.org/alzheimers-adultdaycare.asp>)

⁵ (出典) ヘブライホーム病院ホームページ
(<http://www.hebrewhome.org/nightprograms.asp>)

(3) 配食サービス

認知症の人は、食事をする能力や意思がなくなることがある。配食サービスは古くからあるサービスの1つで、1日1食以上の食事を高齢者の家に届けるものである。無料もしくは非常に低価格で提供され、食事を届ける人が日常的に受け取る人の状態を観察できる点に特徴がある。食事を届ける人は、受取人に必ず会って渡すよう指示されており、もし会えなかった場合には、彼らを派遣している団体や機関に報告することが義務付けられている。

(4) ケースマネジメント・ケアマネジメント

アメリカでは、要介護者や家族が必要とする介護ニーズとサービス提供者とを結び付けることは難しい。なぜならば、高齢者介護や医療・看護サービスを提供する様々な団体・機関が存在し、サービスが断片的に行われているからである。州は、郡、市、町、村、小村落などで構成されており、それぞれが個別に提供している公的サービスに加えて、民間サービス、非営利団体、医師や看護師、弁護士といった専門家、施設や機関などが様々なサービスを展開している。要介護者や家族は、自分自身もしくは家族に介護が必要になってから初めてこれらのサービスを知ることになるが、あまりに数が多く複雑なため、その選択においてはお手上げの状態となってしまう。

そこで、要介護者や家族のニーズに合わせてケアを組み立てていくのが、ケースマネジャーやケアマネジャーと呼ばれる専門家たちである。ケースマネジャーやケアマネジャーは、顧客となる要介護者ならびにその家族に対し、福祉サービスを紹介したり、受給権のあるサービスを紹介して、手続きの手伝いや緊急時の対応を行っている。

ケースマネジャーは通常、病院や社会福祉機関に勤めるソーシャルワーカーや看護師のことを指し、主に一連のサービスに関する査定や申し込み手続きの手伝いを行っている。ケアマネジャーは単一家族を顧客として個人的に従事しているソーシャルワーカーや看護師で、ケースマネジャーに比べると、より広い範囲の問題を取り扱っているが、その分利用料は高額になる。

(5) 介護補助ツール（用具）

技術の進歩によって認知症の人や高齢者の生活が大きく改善している。以下に、そのいくつかを紹介する。

①Safe Return（セーフ・リターン：安全に家に帰るための補助具）

認知症ケアの最も初期の段階では、米国アルツハイマー協会によって運営されている Safe Return プログラムがある。これは、身分証明のコードや通話料無料の電話番号が記載されたバッジやブレスレットを身に着けるというものである。認知症の人が道に迷った際にこれらを身につけていれば、発見者がその電話番号に連絡をすると、コード番号から家族と連絡がとれる仕組みとなっている。更にそのデータベースには、その人の住所・名前に加えて、通常、主治医や診断内容、服薬情報などを含む医療情報が書き込まれており、その人が意識不明の状態でも役立つ情報が得られる。

②PERS—Personal Emergency Response System（携帯救急応答システム）

在宅救急時に対応する。利用者は、救急応答システムに発信するボタンがついたネックレスや腕時計を身に着ける。自宅で生活していて助けが必要になった時に、電話回線を通じて緊急対応機関への通報や、家族や近所の人などに助けを求めることができる。

③自動薬取り出し容器

決められた薬の量を決められた時刻に取り出すための機器である。服用時刻がくると知らせ、容器から薬が取り出されたかどうかを確認し、そうでない場合は人が電話で呑み忘れを知らせてくる。もちろんこれは絶対確実な方法ではなく、その人が確かに服用したかまでを確かめることはできないが、多くの場合において有効な手段である。

④GPS 付き携帯電話

現在地を探知する機能のついた携帯電話サービスである。

大手電話会社の Verizon が Family Locator Service（家族の位置確認サービス）と呼ばれるサービスを提供している。携帯時には有効であるが、携帯の確認や充電管理を忘れると、全く意味を成さなくなる。

⑤ホームセンサー

ゼネラル・エレクトリックはクワイエット・ケア（QuietCare：室内徘徊確認機器）というシステムを提供している。このシステムを使うことにより認知症の人の家の中での動きを把握することができる。そのデータはサーバーに送られ、不規則な動きがないかを分析し、もし何か問題があれば介護者にすぐ報告される。他にも睡眠パターンや、シャワー、トイレの使用をモニターするシステムもある。

認知症ケアは、家族介護者にも介護専門家にとっても、大変な困難とストレスを伴うものであり、アメリカでは上記の器具等の他にも、介護者に対して様々な指導やサポートを促すインターネット上のサイトが数多く存在する。その多くは、民間の非営利団体が提供しており、その1つのDorotという団体は、介護者に対して電話でのサポートを提供している。電話サポートは、本人を家に残して外出できないようなケースにおいて、非常に有効な支援となっている。

(6) アメリカの認知症ケアにおける課題

①介護される者と子ども世帯を隔てる距離

過疎地域から若い世代が出て行くという現象はアメリカでも起こっており、国土の広さが、高齢者介護における家族からの支援をさらに難しいものになっている。家族と遠く離れたところで暮らす高齢者は、様々な困難を抱えているのが現状である。

②認知症の人の権利擁護

認知症高齢者が、自立した生活が難しくなったときには、後見人を探して悪意のある者から自らを守るプロセスを、法律に則って活用することができる。難しいのは、認知症高齢者自身にもプライドと自主性があり、周囲が不安に思っても干渉されたり援助されたりすることを受け入れないようなケースである。原則的に、裁判所は、「切迫した障害の危機」がない限りは干渉しないという姿勢をとる。アメリカでは、たとえ認知症であっても自己決定が重んじられ、その結果として重大な危害が及んでしまうこともやむを得ないとする現状がある。

i 事前指示書

事前指示書は、「自分で判断が出来ない」もしくは「判断したくない」時に、決断する権限の一切を、別の個人に委任するための法的な書類である。

医療委任状	自分に代わって医療上の判断を行う者を指定する書類。
生前遺言	医療委任をした人や医療者に、ある一定の状況下において何をしてもらいたい、してもらいたくないかを具体的に示す。
委任状	自分に代わって財政的・法的な判断をしてもらう人を指定する書類。

事前指示書は州によって様々な形式があり、また弁護士を通じて個別に作成する人も多い。「何をどうしたいのか」を明確に記す必要があり、自分が判断できなくなった時にのみ、効力を発揮するよう作成することもできれば、たとえ自分で判断できる状況であったとしても、委任者に任せるよう指示をすることもできる。本人が法的能力を失ってしまうと（後見人を選任後）、本人による手続きが出来なくなるため、重度の認知症の人の場合は、法律的に第三者への権限委譲が認められない場合も少なくない。

また、事前指示書を準備する前に判断能力が低下してしまった場合、医療機関、介護施設とも最善の治療・看護を尽くす方向で進めるが、経済的な理由や、身体的苦痛を伴う治療を続けなければならない場合など、様々なケースにより必要に応じて、家族や弁護士が裁判所に判断をおおぐこともある。

ii 後見人

アメリカの法定後見制度は、内容・手続き方法ともに各州が定めている。後見人の手続きを行うことは、自己決定と自己選択を放棄することを公に宣言することになり、認知症であっても高齢者の心に傷を残す重大な出来事となる。このため、後見人の必要性については専門家を交えての慎重な検討が行われている。後見人の申立権者に制限は設けられていないが、後見人をつけるまでのプロセスは非常に複雑で、論争も起こりやすく、決着がつく前に高齢者に事故が起きてしまうこともある。

③車の運転の危険と交通手段の確保

認知症の人が車を運転することは大変危険であり、交通手段の確保は非常に複雑かつ困難な問題につながっている。現状では運転能力が低下しているにも関わらず、認知症の人自身が認識していないケースも多く、常に見守りが必要となる家族にとっては負担の多い問題といえる。

ニューヨーク市やロサンゼルスなどの大きな都市は別にしても、アメリカでは他の国々と比較して公共交通機関があまり発達しておらず、郊外や田舎では車がなければ移動の手段がほとんどない。車の運転は、自立した生活に欠かせない道具であり、車はまさに市民の「足」となっている。そのため、運転ができなくなったり、運転する権利を取り上げられてしまったりする場合、本人が受ける精神的ダメージは相当大きいことと予想される。

アメリカ・アルツハイマー病協会やNPOなどでは、①家族の家までの道のりを忘れてしまう、②信号に気づかない、③運転中にいらいらしたり、混乱したりする、④ギアとブレーキを間違える、などといった症状が出たら、運転をあきらめるべきとの警告を出しており、また家族や介護者に対し、もし本人がどうしても運転をあきらめない場合には、法的な手段に出たり、車を隠したり、医師に運転不許可の宣告をしてもらうなどといった、積極的な手段を用いることも勧めている⁶。

認知症の人の運転で最も問題となるのは、本人が事故にあったり亡くなったりするリスクと、他人をも事故に巻き込んでしまう危険があることである。認知症の人の運転を止めるための手段を講じなかった場合、その家族が事故の責任と賠償を被ることになる場合もある。

そうした事態を受け、認知症と診断した患者を医師が州に報告することを求める新しい規則が用いられるようになっている。州によっては、運転免許を自動的に無効にするか、もしくは運転免許試験を再受験させることを義務付けている。

運転ができなくなった場合には、代用手段が必要となるが、多くの地域では、公共交通機関ではカバーしきれない場所で高齢者用の移送サービスなどを行っている。これは、小型バスで一定のルートや病院など特定の場所への往復運行をするサービスで、通常は良心的な価格で提供されている。しかし、サービスの回

⁶ (出典) アルツハイマー病協会ホームページ

数や行き先が限定されていることなどの欠点もある。

また、有志のボランティアによる移送サービスもあり、必要としている高齢者とボランティアとを結びつけるプログラムを提供する NPO が、全土で増えてきている。このプログラムには、認知症の人の社会的交流の機会が増える上に、本人の様子をボランティアが観察することができるという付加価値もある。

当然のことながら、各地域にタクシー会社が数多くある。料金が高いと感じられるかもしれないが、車を所有するコストを考慮すれば経済的である。

④ニーズに対応したサービス提供体制の拡充

アメリカの高齢者介護において主要な財源となっているメディケイドは、運営する 50 州それぞれで制度が異なっている。州ごとに、サービスの内容や提供体制で格差がある。しかし、全国的に課題とされていることは、メディケアのサービス内容がアルツハイマー病や他の認知症の人の特別なニーズに対応するものとなっていない点や、介護者を長期的に支援するものではない点などである。

また、都市部と過疎地域のサービスの供給量、およびシステムについても大きな格差が生じている。アメリカは日本とは比較にはならないほど広く、公共の交通機関も発達していない。また、概してホームヘルパーの報酬は自分の車を持つほどに高くないという実情にも影響される。田舎に暮らしている認知症の高齢者は、自宅でホームヘルプサービスを利用すること自体が難しくなっており、働きたいと思っている人がいるにも関わらず、在宅介護のニーズに対応できない現象が起きている。

4. 公的サービスの状況

(1) 認知症の治療・介護に関する公的支出

認知症の人の治療や介護に要した公的支出額は 1,480 億ドル（2005 年）で、メディケアが 910 億ドル、メディケイドおよびナーシングホームにかかった費用が 210 億ドル、その他人件費等が 365 億ドルとの内訳である。

メディケア、メディケイドにおける認知症関連支出見通しは、2010 年の 154 億ドルから 20 年後の 2030 年になると 443 億ドル、2050 年になると 1,167 億ドルに達すると推計されている。

認知症の治療・介護の公的支出（2005 年）

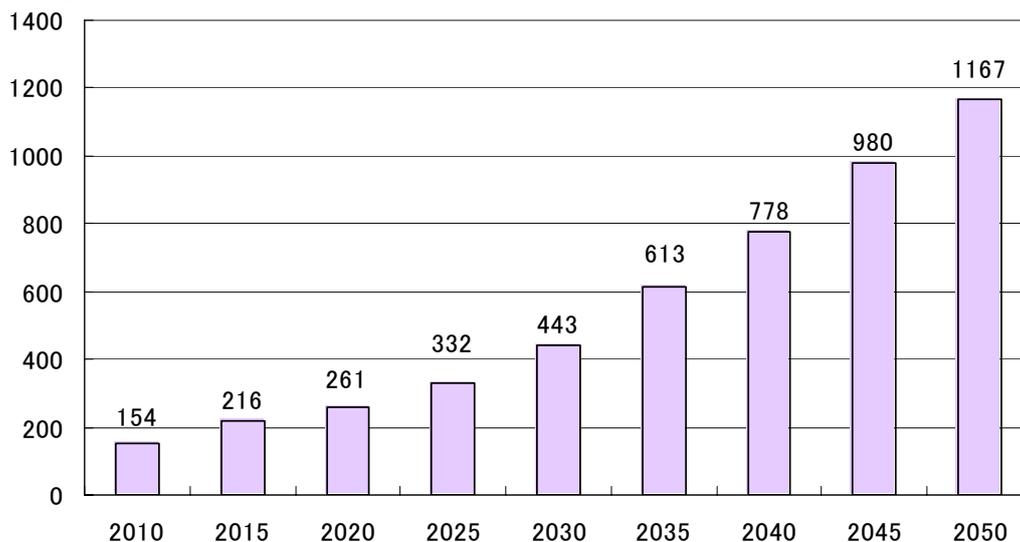
(億ドル)

メディケア	910
メディケイド/ナーシングホーム	210
人件費等	365
合計額	1,485

出典： 2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

メディケア・メディケイドにおける認知症関連支出見通し

(10億ドル)



出典： A National Alzheimer's Strategic Plan

アルツハイマー病の治療や介護に要する支出が大きくなる原因には、認知症の人のほとんどが医療を必要とする他の症状を併発していることが挙げられる。65歳以上でメディケアを受給しているアルツハイマー病患者の95パーセントが、少なくとも1つ以上の併発症を有しており、その症状の進行とともに投薬管理などの支援も不可欠になる。認知症の人に不可欠な薬の飲み忘れがあると、避けられたはずの症状が緩和されず、さらにコストのかかる治療が必要になる。また、複数の疾病に対する投薬があると薬の相互作用のリスクがあり、それによってコストの高い入院や健康障害が発生する可能性も高くなる。

メディケアやメディケイドなどの公的保険の給付内訳を見ると、認知症の人は、他の患者に比べて、病院・外来・ナーシングホーム・在宅ケア・医薬品のすべての項目についてコストが高くなっている。メディケイドの実績では、認知症関連の総支払額（2004年）は23,631ドルで、認知症以外の支払いの6,236ドルに較べるとかなり高額である。

ヘルスケアサービスへの支払額(2004年)

	病院	外来/医師等	SNF	在宅ケア	医薬品
認知症患者(アルツハイマー含む)	7,663	4,355	3,030	1,256	2,509
非認知症患者	2,748	3,097	333	282	1,728

出典：2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures

1990年代後半になると、メディケイドはナーシングホームの費用増加に伴う支出の圧縮を図るために、在宅介護における給付の範囲を拡げて施設から在宅への移行を積極的に推進した。これにより、施設介護の費用が減少する一方で、在宅介護の割合は1996年の21%から2006年の39%へと大きく伸びている。

(2) メディケイド・プランニング

州政府はメディケイドの対象の厳格化を図る一方で、受給者側からは、メディケイドの受給資格を確保しつつ、自分の資産を保護しようとする動きが出てきている。その方法の一つは、専門弁護士に「メディケイド・プランニング」を依頼し、子供等に個人の資産を移動して自己資産を少なく見せる方法である。これは、メディケイドは申請時、5年前までさかのぼって資産をチェックされるため、5年後に申請

することを目的に資産をあらかじめ他人名義に変更しておくというもので、メディケア受給後は医療・介護にかかる費用はメディケイドで保障してもらい、資産は資産で別途保護しておくという方法である。一般的に、5年間の老人ホームの費用は50万ドルに達すると言われていたほど高額である。多くのアメリカ人たちが資産保護を目的にメディケイド・プランニングによる「抜け道」を使うなど、政府との「いたちごっこ」が続いている。

(3) 若年性認知症への対策

アメリカにおいても若年性認知症の対策は喫緊の課題となっている。認知症の人のための福祉手当は通常65歳以上の人に限定されている。社会保障庁⁷には障害者福祉手当があり、障害者認定が行われると、退職後に得られる収入と同等のレベルの金額を受給することができる。しかし、若年性認知症の多くのケースにおいて申請は却下されることが多く、上訴後に改めて認定されるという状況が続いてきた。上訴のプロセスは認知症の人にとってかなり難しい手続きであることから、2010年3月1日、社会保障庁は早期発症型のアルツハイマー病を特別手当の対象と見なすことを決定した。これにより申請手続きは、相当に早まるものと考えられる。

しかし、米国全体としてみると、まだまだ若年性認知症に関心があるとはいえ、米国アルツハイマー協会ですら、若年性認知症をサポートするグループは、一部地域の部会に留まっているのが現状である。

(4) 国を挙げてのアルツハイマー病への取り組み

アルツハイマー病の生物医学研究に対する連邦の投資額は、2003年に6億5,800万ドルとなったが、それ以後は、景気の低迷等も重なって2007年には名目値で6億4,500万ドルに後退している。アメリカ政府の発表によるインフレ率をもとに、生物医学研究への投資額を計算すると、連邦による資金投入は2003年から17.5%目減りしている。

現在、連邦政府がアルツハイマー病の画期的な治療法の開発を促進するために投資する金額は年間10兆ドルを下回る程度である。こうした水準の連邦政府の取り

⁷ 社会保障庁 (Social Security) では、老齢年金、遺族年金、障害年金の3つの社会保障を管轄している。

組み状況に対して、米国アルツハイマー協会や Alzheimer's Study Group（アルツハイマー研究グループ）は危機感を示しており、「アルツハイマー病解決プロジェクト (A National Alzheimer's Strategic Plan)⁸」といった政策提言を行っている。

⁸（出典）アルツハイマー病協会ホームページ
(http://www.alz.org/documents/national/report_ASG_alzplan.pdf)

<参考文献>

2009 Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's Association

A National Alzheimer's Strategic Plan, Alzheimer's Association

Legal and Financial Planning for People with Alzheimer's Disease, National Institute on Aging, The U.S. National Institute of Health

アルツハイマー病協会ホームページ (www.alz.org)

Fisher Center for Alzheimer's Research Foundation ホームページ
(<http://www.alzinfo.org/>)

ヘブライホーム病院ホームページ (<http://www.hebrewhome.org>)

<調査協力>

Mark Zilberman geriatric care management, founding Northstar Care and Guidance,

杉村 真美氏 HEIAN; Healthy & Inspiring Aging Network 代表

進藤 由美氏 早稲田大学大隈記念大学院公共経営研究科

株式会社ニッセイ基礎研究所