

認知症対策の国家的フレームワーク(2006~2010)



Australian Health Ministers' Conference

National Framework for Action on Dementia

2006–2010



This Framework was prepared under the auspices of the Australian Health Ministers' Conference (AHMC).

This work is copyright. It may be reproduced in whole or in part for study training purposes subject to the inclusion of acknowledgement of the source.
It may not be reproduced for commercial usage or sale. Reproduction for purposes other than those indicated above requires written permission.

© NSW Department of Health on behalf of AHMC.

73 Miller Street
NORTH SYDNEY NSW 2060
Tel. (02) 9391 9000
Fax. (02) 9391 9101
TTY. (02) 9391 9900
www.health.nsw.gov.au

SHPN (PHCP) 050135
ISBN 0 7347 3857 9

May 2006

認知症対策の国家的フレームワーク（2006～2010）

目次

序文1

はじめに.....	2
認知症とその影響を理解すること.....	4
1. ビジョン、目的、理念、行動の最優先課題.....	11
2. National Framework for Action on Dementia の発展に向けて.....	12
3. 鍵となる優先領域.....	14
(1) 鍵となる優先領域1: ケアとサポート.....	14
(2) 鍵となる優先領域2: アクセスと公平さ.....	17
(3) 鍵となる優先領域3: 情報と教育.....	18
(4) 鍵となる優先領域4: 調査研究.....	19
(5) 鍵となる優先領域5: 人材と訓練.....	20
2. オーストラリア中央政府とオーストラリアの州と特別地域政府が協力すること.....	23
説明責任と管理.....	25

序 文

オーストラリアの高齢者達は、政府とコミュニティに対して様々な課題を投げかけているが、中でも、将来、認知症になる人が増え続けていくという予測は最も重要な課題の1つである。

現在、オーストラリアの20万人が認知症患者であり、これは、人口の1パーセントに相当する。認知症は2016年までにはオーストラリア人の主たる障害の原因となり、循環器疾患、がん、うつ病等を上回ると予測される。さらに、2050年までに75万人、つまり人口の3パーセントが認知症になると予測している研究者もいる。

ほとんどの行政区では認知症患者への対策とプログラムを持っており、これは高齢化や認知症に関連する問題を解決するためのものである。この **National Framework for Action on Dementia 2006-2010** を通してオーストラリア政府、州、地域の政府は協力し合い、また他のサービス提供者とも協力していく。

議長

オーストラリア保健相会議

2003年11月、私の母であるヘーゼル・ホークは、自分がアルツハイマーになったことを公にした。彼女は生来自分に降りかかった苦労話をするのは好きではなかったが、彼女が自分の病を公表すれば、同じ病の患者の恥辱を軽減し、他の人を救うことにもなると思って公表することにした。

オーストラリア保健省は **National Framework for Action on Dementia** を発展させられたことに対し喜びを感じている。このことでオーストラリア中の、認知症の患者や患者の家族のより良い生活を目指し、当事者たちが一致協力する大きなチャンスになる。

我々は **National Framework** が認知症患者や認知症患者のケアにおける対応に変化をもたらすであろうと期待している。いかなる病気も偏見を許してはならない。我々は、また、認知症が進行するリスクを軽減できる方法をみいだし手伝いができることを願っている。

スー・ピーターズ・ホーク

はじめに

2005年1月、オーストラリア保健相は一致して **National Framework for Action on Dementia 2006–2010** を推進していくことを合意した)。この **Framework** を発展させれば、オーストラリアの全国的に、認知症に対する戦略的、協力的、さらに費用効果の高い政策を作り出す機会をもたらすであろう。

オーストラリア保健相は、この **Framework** の発展をオーストラリアのコミュニティサービス・高齢化相と共に推進してきた。**Framework** は認知症患者、その介護者、家族に対してより良い生活が実現するような共通した見通しをもって進められ、すべての地方の自治体政府に対して前向きな変化をもたらす実現可能なゴールを見出した。

認知症患者の存在が認められ、彼らが大切にされ、また介護者や家族の努力が支援され、励まされ、ようやくこの政策の目的達成が可能になることをこの **Framework** は認識している。

オーストラリア保健省は、**Framework** に含まれる重要な以下の5つの領域を示した。1つめはケアとサポート、2つめはアクセスと公平さ、3つめは情報と教育、4つめは調査、5つめは人員と訓練である。これら5つの最も重要な領域は、認知症患者のQOLに関わる基本領域であり、また、国家的な取り組みを行えば最良の結果を手に入れられる可能性を持っている。

この **Framework** は、患者、介護者、家族、彼らを代表する中央組織、主たる利害関係者、サービス提供者、認知症対策に対して国家的な見通しを持っている機関と検討しながら作成されたものである。

National Framework for Action on Dementia 2006–2010 は高齢者介護の領域を超え、ヘルスケアと認知症関連の支援を考えている。個々の行政区の主導による成果というよりは、むしろ、国家戦略としての成果に焦点をあてており、これは国民政府ならびに州政府、地方政府の協力があってこそ得られる結果である。なお、住宅支援や所得支援は重要ではあるが、この **Framework** には含まれていない。

現在のケアや支援のサービス体制は、認知症患者、介護者、家族にとっては複雑なものとなっている。医療介護システムを通して専門的なサービスが提供されているが、コミュニティのケアシステムを通してサービスを提供すると、患者のサービス選択に混乱

が生じたり、サービスが重複したり、人によってはサービス提供の差があることに気づかない危険性をともなっている。

この **Framework** は、現存する認知症介護と支援の活動をコーディネートし、オーストラリア中央政府と他の団体の戦略について妙案を共有し、認知症の発病を遅らせたり、認知症の進行を遅らせる治療や介護の改善をすすめるのを助けることになるだろう。そしてこの **Framework** は中央政府、州政府、地方政府を通じてサービス提供に柔軟性を保ちながらも矛盾のない結果に対応できるサービスシステムを構築することになるだろう。

認知症とその影響を理解すること

認知症とは脳に影響を与える病気の総称として用いられている。その病気は思考力、記憶、学習能力において進行性の衰退を引き起こす(注1)。認知症という言葉は、単一固有の疾病を意味するものでもなく、人によって症状が違っていたり、介護者や家族に異なった影響を与えたりもする。

アルツハイマー病は認知症のなかでは最も共通点の多いタイプで、認知症患者の50%以上を占める。次に多いのは血管性疾患が原因の認知症で20%ある。その他の認知症のタイプは前頭葉認知症、ピック病、レヴィー小体認知症、アルコール関連の認知症などで、パーキンソン病、ハンチントン病、ダウン症候群、HIV/AIDSなども認知症発症につながる。これらの脳の病気は以下のような兆候をみせる。

- 記憶の喪失
- 言語障害
- 理解障害
- 見当識障害
- 感情、行動、性格の変化
- 幻覚、妄想
- 徘徊行動

認知症の症状によく似たものとして、緊張、幻覚症状、うつ状態、薬物による副作用などが存在する。したがって脳機能の変化が見られたときには、初期の適切な医学的治療が重要である。

認知症になる人は年々増加しており、健康と社会の問題となっている。オーストラリアの認知症の拡がり、人口に占める高齢者の割合が増加するに従って、さらに大きくなると予測されている(注1)。これは、寿命が長くなってきたからで、65歳以上のオーストラリア人の割合は今後20年で急速に増加するであろう。「ベビー・ブーマ」が退職の年齢に達するからである。60から64歳までの人の中で認知症の症状を見せている人は1%にすぎないが、80歳から84歳までの年齢階層では12%になり、94歳以上になるとほぼ40%になる(注3)。

認知症になる人のほとんどは高齢者だが、高齢化にともなう正常な症状ではない。認知症は70歳以上に多く現れる。60歳以下の人が認知症になることは多くはないが、40歳代やそれ以下の年齢の人にも現れることがある。

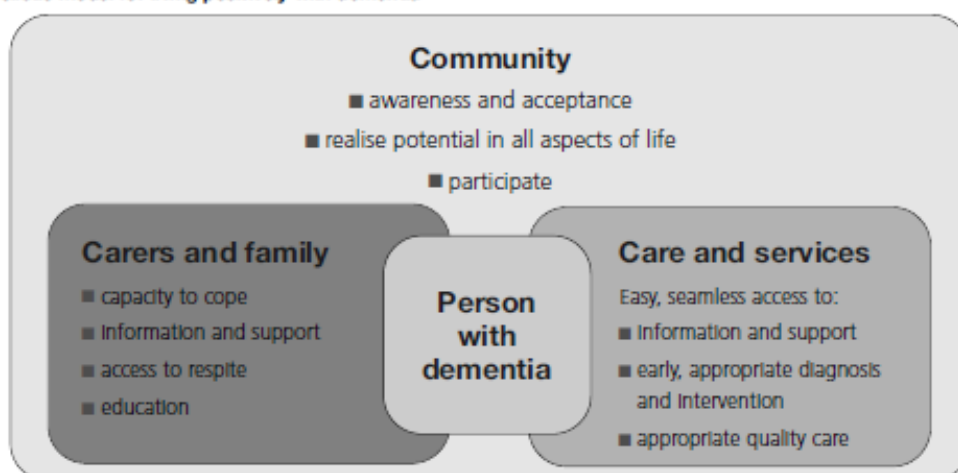
推計によると、65歳以下の認知症患者の数は2005年に9,990人であったが、2020年には14,220人になると予測されている。

オーストラリア女性の平均寿命は男性より5歳長い。その結果、女性は男性よりも認知症にかかる割合が高い。2005年には、認知症患者の61%が女性であったが、2050年までには58%に下がると予測されている。認知症患者における性別構成の変化は、サービス提供者や介護のあり方にも変化をもたらすことになるだろう。しかし、患者の男女比の問題よりも認知症患者数の今後の増加の方がより大きな問題であろう。

認知症患者数の予測はあくまでも仮定の上になっっている。推測の根拠は、オーストラリアの調査研究から導き出した、年齢特有の過去のデータから計算した割合である。そしてこのデータは今後も使用される予定である。患者数の予測は、認知症になると失われた能力は戻らないとか、認知症は予防できない、治癒する病気ではないという前提に基づいた予測数である。

認知症に対する理解や治療法、異なった段階での介護の仕方については、最近世界中で大きく研究が進んでいる。そのような状況、にもかかわらずアルツハイマー病を含む認知症の原因は未だ解明されていない。しかし、医師や研究者が認知症に関する我々の考え方に理解を深めてくれたおかげで、楽天的な意見も現われている。つまり認知症は予防ができたり、進行を遅らせたり、かかったとしても効果的な治療があるという考え方であり、認知症の介護者と家族に対して、新しい支援の方法が発展してきている。

A holistic model for living positively with dementia



認知症をよりよく理解するためには様々なアプローチが必要であることは明らかである。一般の人、認知症の患者、介護者、家族は、健康的に歳をとっていくことについて正確で適切な情報を求めている。また人々は、臨床医が認知症患者や疾病にかかるかもしれない人への診断や検査において、効果的で適切な評価基準のツールを使えるようになることを望んでいる。認知症の原因と患者のニーズを理解するような努力が求められている。

オーストラリア政府認知症調査基金は、Australian Research Council(オーストラリア調査審議会)と National Health and Medical Research Council(国家健康医療調査審議会)を通して、医療、健康、行動科学、社会サービスに関する調査の全てに資金を出している。この調査研究体制は、オーストラリア政府が高齢化に関する調査研究を進める上で、重要な推進力となっている。メンタルな機能障害や加齢にともなう障害には神経変性病も含まれているが、これが認知症を引き起こす原因として調査研究の鍵になるということが知られてきた。この問題に関しては多様な学問分野の研究が求められる。

最近の研究では遺伝子または生化学経路が、認知症に重要な影響を及ぼしていることが明らかになった。しかし認知症において遺伝子がどのような働き方をしているのかは明らかにはされておらず、たとえば遺伝的リスクと環境的なリスクがいっしょになっているような場合である。認知症の多くの原因は明らかになっている。たとえば薬物乱用やトラウマによる脳機能の障害、HIV 感染による認知症、血管性認知症である。

脳の発達や認知的予備力(cognitive reserve)を確立することに作用する要素があり、その要素がアルツハイマー病を遅らせる事が出来ると述べている研究結果がある。このような認知的予備力は、ある種の認知症に対しては予防のメカニズムを提供することができるかもしれない。

環境によって引き起こしている認知症に対しては、その原因となる環境を取り除いたり、減らしたりして認知症の発症を抑えることができる。つまり薬物乱用を減らしたり、トラウマや HIV 感染を減らし、血管性の健康を改善したりすれば認知症の発症を減らせるということである。

コラム:

自分の愛する人が記憶を失っているという徴候があるかもしれないということを家族に知らせてください。そして早期に診断し、治療受けるように家族に促していただきたいです。そうでないと家族は初期の徴候があってもそれを認めなかったり、一時のことだから過ぎ去るだろうと期待をもちたり、またはわかっていてもコミュニティのつきあいから孤立してしまうのではないかと恐れて、身内が記憶を失っていることを隠したりしてしまうのです。

National Framework for Action on Dementia 審議会での発言から

ポリジニとトレス諸島民については社会的、精神的な健康の改善やコミュニティの福祉が必要である。そうすることにより、原因のある認知症は減らすことができるだろう。一方で、寿命が延びて認知症にかかりやすい高齢者人口が増加すれば、認知症患者は増加していくことになる。

現在のところ、アポリジニとトレス諸島民の認知症患者の数についてはよく分かっていない。Pollit（注5）は、「アポリジニのコミュニティにおける認知症に関する認識は、高齢期まで生きる人が少ない彼らにとっては、本質的に奇異なものである」と述べている。しかし、アポリジニとトレス諸島民の血管性の疾病による死亡率は高くなっており、若い世代でも認知症の問題が大きくなることが予測される。実際、ノースクイーンズランドの6つのアポリジニの小さい町で調査をしたところ、133人の65歳以上高齢者のうち、20%が認知症であった。これはアポリジニの人口の3%に相当する。アポリジニとトレス諸島民の支援を計画して進めるためには、さらなる調査が必要とされている。

オーストラリアでは、オーストラリア以外の国で生まれた人が、人口のおよそ25%を占めている。また、オーストラリア生まれの27%の人も、両親のいずれかは国外で生まれている。この統計をみれば、多くのオーストラリア人は文化的、言語的に多様な(CALD)な人たちで構成されていることがわかる。このように異なったバックグラウンドを持つオーストラリア人も、他の人と等しく認知症にかかる可能性を持っているが、異なったバックグラウンドをもつ患者に対してのサービスは、英語以外の情報が必要である。

コラム:

「英語が第2の言語である認知症患者は母国語である第一言語に帰っていく。そして他の認知症患者と同様に人生の初めのころの記憶がよみがえってくる。多くの事例では戦争体験とその戦争当時のトラウマが生き生きとしてくる。

HACCの雇用者のNational Framework for Action on Dementia 審議会での発言から

メンタルな疾病や先天的な認知機能障害で認知症になる人の割合はそれほど高くないが、これらの人の症状はさらに重くなるので特別なプランが必要となる。

ダウン症候群の人は、50歳から59歳で20～55%の率で認知症になることが既に知られている。それ以外の人では、この年齢層で1%の発症率である(注7)。複数の障害を持つ患者のニーズは、認知症患者に対するサービスと他の障害に対するヘルスケアといった、包括的なサービス提供や連携である。

認知症は患者とその家族に様々に異なった影響を及ぼす。その患者と介護者は、「自分たちが価値のある人間ではない」と感じることもしばしばあるという。なぜなら、認知症は患者の肉体的、メンタル的な能力に影響を与え、他の人に対して強い否定的な反応を引き起こすからである。認知症に伴う恥の感覚から、これまで楽しんできた行動から離れ、結局は社会的に孤立してうつ病になる危険性を増やしてしまう。

認知症は家族等の介護者の生活にも大きな影響を与える。患者の多くはコミュニティに暮らして、家族や友人に支援されている。家族や介護者はケアをしたり支援したりする時に実際に困難に直面するかもしれない。実際に認知症患者の介護経験を持つ人達は、孤立してイライラした体験を報告している。

コラム:

ある時は、あなたは重要なパートナーであり、つぎの瞬間、あなたはペットや借金、昨日の洗濯物のように義務的に世話をしなければならないものとなり、世界の舞台から姿を消すことを期待される。そして単に通行人の役だけが与えられる。

National Conference of Alzheimer's Australia (2001)での発言から。

認知症患者の介護者への支援は重要である。しかし多くの患者には介護者がいない。オーストラリアでは一人暮らしの高齢者世帯数が増加しているのは確かである。特に、配偶者を亡くして1人暮らしの高齢の女性が多いことは明らかである。介護者がいない認知症患者のニーズに対応する、特別な戦略を打ち出す必要がある。

コラム:

『残った「友人」というのは、お金をもらって働く介護者だけだということがよくある。家族介護者は、結果として孤立し、疲労感を感じることが多い。』

『介護者になるということは感情的に波乱万丈のジェット・コースターに乗ったのとおなじ気分になる。』

National Framework for Action on Dementia 審議会での発言から

2002年に報告された認知症の経済的なインパクトを調べたレポートによると、オーストラリア政府は患者支援に3.2billionドル以上支払い、このお金の88%は施設介護に支払われた。またおなじ報告によれば、2002年に認知症関連の合併症によって5,000人以上のオーストラリア人が早くして亡くなっている(注8)。

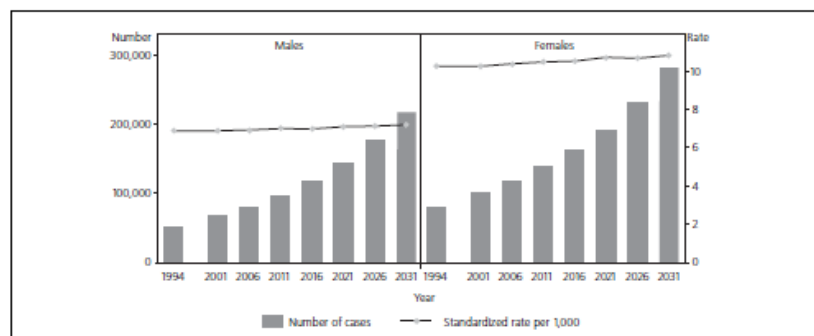
現在は、2002年よりも4万人ほど多い認知症患者がいると推計されている。この数字は、25%近くも増加したことになる。当然のことながら患者数が増加すれば、認知症患者の介護と支援に関連する費用も増加する。

コラム:

結果として現在の推測値の大きな変化は、変化に対する予測の感覚を強調している。予測の解釈や予測の使い方に注意を促している。実際に研究や治療の躍進のような画期的な出来事によって認知症の進行を遅らせることができることができたし、将来は実際に患者数を減らし認知症にかかっている費用を削減できるかもしれない。

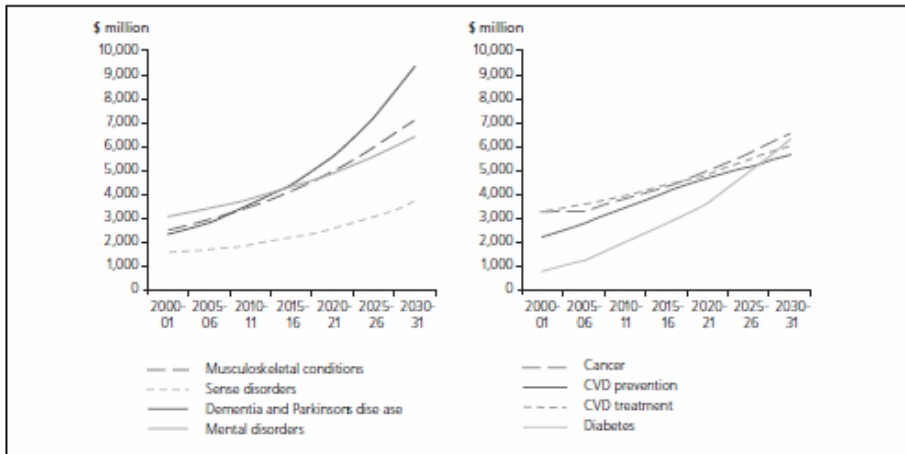
オーストラリア統計局

Change in prevalence for dementia, 1994 to 2031¹⁹



今後30年間、高齢化と人口増加が原因で、ほとんどのヘルスケアにかかる費用が増大すると予測されている。高齢化によって、次の30年間は認知症に対する出費を拡大することとなるだろう。2000-(01)年から2030-(31)年までの推定される認知症とパーキンソン病に対する出費は、6.9 billionドル増加である。2000-(01)年は2.4 billionドルであるが、2030-(31)年は9.3 billionドルになっている。この時期に最も増加すると予測されている出費は、疾病が重荷になるだろうと説明している。これに比較すると精神障害と癌に対する出費は、同時期のGDPに占める割合が減少するだろうと予測されている。同様に心臓血管疾病、タバコ関連の癌、慢性閉塞性肺疾患やアルコールによる疾病の死亡率は継続して減少してきている(注9)。

Change in total health expenditure (constant 2000-01 prices) for selected disease groups 2000-01 to 2030-31¹¹



行動のフレームワーク

1. ビジョン、目的、理念、行動の最優先課題

National Framework for Action on Dementia 2006–2010 は、オーストラリアの包括的な認知症ケアと支援システムの方向性を示し、政府によってサポートする明確な目的と理念を持ったシステムである。5つのプランの優先される領域が認知症患者、介護者、家族、そして関連する機関との協議によって明らかにされ、患者の QOL を改善する基本的なものとなっている。

それぞれの領域には、目指すべき成果と行動が示され、先導する機関と鍵となる行動の評価指標がある。ビジョン、目的、理念、行動で最優先される課題は以下に要約される。また、フレームワークを発展させるために必要なプロセスと各領域での行動は以下のページに詳細に示す。

めざすもの 認知症患者と介護者、家族のよりよい QOL
目的 認知症患者と介護者、家族の生活に前向きな変化をもたらすためにオーストラリア人は協力する。オーストラリア政府は、サービス提供者とコミュニティとが協力して認知症患者、介護者、家族のために、実現可能で途切れない支援の道筋を作り出す。
理念 1. 認知症患者が大事にされ尊敬されること。彼らの威厳に対する権利と QOL が支援されること。 2. 介護者と家族が大事にされ、支援され、努力が認められ、励まされること。 3. ケアの選択が患者、介護者、家族中心に行われること。 4. それぞれの人に合ったサービスが提供されること。 5. 患者、介護者、家族が社会的、文化的、経済的なバックグラウンド、地域やニーズに応じて、適切なサービスを受けること。 6. よく訓練されたサービス提供者が上質なケアをすること。 7. 患者、介護者、家族の QOL においてはコミュニティが重要な役割をしている。
行動の最優先課題 優先領域1: ケアとサポート のサービスは柔軟であって、患者、介護者、家族の変化するニーズに対応していくことができる。 優先領域2: 認知症に関する情報や、サポート体制、ケアサービスは、患者、介護者、家族の住んでいる地域や文化的背景にかかわらず 公平にアクセス できる。 優先領域3: 情報と教育 は実証的な考えに基づいていて、正確でタイムリーで有意義な方法で提供される。 優先領域4: 研究 は、認知症患者や介護者、家族にニーズに関するものと同様に、認知症予防や発症を減らしたり、発症を遅らせるものとなる。 優先領域5: 人員と訓練 の戦略は技能を持った高い質の認知症ケアを提供するものとなる。

2. National Framework for Action on Dementia の発展に向けて

オーストラリア保健省は 2005 年 1 月に集まり、国家として認知症政策行動のフレームワークについて合意した。すべての行政区からの官僚によるワーキング・グループが結成され、協議書が作られた。その協議書は 2005 年から広く配布された。オーストラリアの州と特別地域は協議のためのフォーラムを開催し、消費者、介護者、主要団体、産業界、専門家組織からの意見を求めた。

協議は国家のフォーラムで頂点に達した。フォーラムには約 70 の利害団体が参加した。このフォーラムで National Framework for Action on Dementia を推進する同意が得られ、すでに保健省が認めていた、行動に関する 5 つの領域が支持された。

National Framework for Action on Dementia は協議会の意見にもとづいて、オーストラリアの州と特別地域の代表者によって進められた。

政府の施策や戦略、優先順位は National Framework for Action on Dementia 2006－2010 に伝えられた。これらの内容は、政府のプログラムや取り組み、オーストラリアの州と特別地域の認知症に関する計画を含んでいる。その見返りとして Framework はオーストラリア政府の政策を深めていく構想の手助けとなるだろう。

The National Action Plan for Dementia Care 1992-97 は主にコミュニティと居住区の高齢者ケアシステムに焦点をあてた。その後、その他の国家的な施策や戦略も、認知症患者と介護者、家族等へのケアとサポートに対して行われてきた。

2005 年オーストラリア政府の Helping people with dementia and carers -making dementia a National Health Priority 2005 の予算法令は研究調査に焦点があてられ、ケアの構想と初期の予防プログラムを改善した。そのプログラムとは、施設での高齢者ケアやコミュニティの労働者に対する認知症の訓練などがある。

National Framework for Action on Dementia 2006－2010 に影響を与え、健康、高齢化、コミュニティによるケア等に関する国としての構想を表したものとしては、以下があげられる。

- A New Strategy for Community Care- The Way Forward (2004)
コミュニティケアのための新しい戦略
- National Palliative Care Strategy (2000)
疼痛緩和ケア戦略

- National Plan for Improving the Care of Older People across the Acute Care Continuum (2004)
救急措置の継続に関わる高齢者ケア改善の国家計画
- National Health Workforce Strategic Framework (2004)
国家保健関連労働力戦略フレームワーク
- The National Mental Health Plan 2003-2008
メンタルヘルス計画
- Beyondblue, National Depression Initiative (2000)
うつ病対策構想
- National Strategy for an Aging Australia (2001)
高齢化するオーストラリアの国家戦略

これらの構想は National Framework for Action on Dementia 2006-2010 に重要な関連がある(表1)。今回の Framework は今までの政策構想に基づいて組み立てられており、さらに重要なのは、これまでの構想によって起こっている可能性なるサービス提供の格差に光を当てている点である。

Table1.国の政策と鍵となる優先領域の関連

ケアとサポート	アクセスと平等	情報と教育	調査研究	人員と訓練
National Palliative Care Strategy (2000) 疼痛緩和ケア戦略 A New Strategy for Community Care- The Way Forward (2004))コミュニティケアのための新しい戦略 The National Mental Health Plan 2003-2008 メンタルヘルス計画	National Plan for Improving the Care of Older People across the Acute Care Continuum (2004) 救急措置の継続にわたる高齢者ケア改善の国家計画	Beyondblue, National Depression Initiative (2000) うつ病対策構想	Building Ageing Research Capacity Project(2001) National Research Priorities(2002)	National Aged Care Workforce Strategy(2005)高齢者介護人員戦略 National Health Workforce Strategic Framework (2004) 国家保健関連労働力戦略フレームワーク

National Framework for Action on Dementia 2006-2010 は、オーストラリアの州と特別地域によって発展する認知症計画の確固とした基盤の上に成り立つことになるだろう。これらの構想の絡みで、National Framework for Action on Dementia 2006-2010 はヘルスケアと認知症のサポートの意味を考えながら、高齢者ケアの問題を超えた視点を備えている。また個々の自治体の構想ではなく、オーストラリアの州と特別地域の協力を得ていることから、国としての施策が最も活かされる結果として焦点があてられる。

州と特別地域の認知症計画の要約、およびオーストラリア政府の認知症に関する成果については付録に記した。

3. 鍵となる優先領域

次の5つの優先領域はNational Framework for Action on Dementia 2006–2010における、認知症患者、介護者、家族のQOLを改善するために基本的なものである。

1. ケアとサポート
2. アクセスと公平さ
3. 情報と教育
4. 調査研究
5. 人材と訓練

オーストラリア政府とオーストラリアの州、そして特別地域は協力し合い、最も効果的で実践に即したケアやサポートの実現に向けて、フレームワークを作ろうとしている。

National Framework for Action on Dementia 2006–2010の優先領域のほとんどは、全ての政府の共同責任となっているが、オーストラリア政府もオーストラリアの州と特別地域も、主たる責任者になった領域においては先頭に立つであろう。たとえば、オーストラリア政府は介護施設のケアにおいて主たる責任を持ち、オーストラリアの州と特別地域の政府は救急処置サービスに主たる責任を持つ。先頭に立つ行政府はこれから示す表に記されている。

表にある行動は網掛けにして表示し、それは緊急に優先しなければならないことを表わしている。

(1) 鍵となる優先領域 1: ケアとサポート

成 果

効率的で、適切で、上質で入手可能なケアが与えられる。

- あらゆる環境や地理的な位置にまたがっていること
- 人中心の計画に焦点をあてること
- 患者だけでなく介護者、家族を含むこと
- 患者の絶え間ない変化に対応する、異なったタイプのケアを提供すること

挑 戦

- 診察、評価、ケア、サポートは認知症患者、介護者、家族のQOLを高めるための基本となる。患者や家族はケアやサポートのネットワークを求めている。そのネット

ワークは柔軟で、患者や家族のニーズに対応できるような選択肢があり、明確な道筋をもってコーディネートされたものである。

- 認知症患者のケアとサポート計画のネットワークは、計画過程でコミュニティが参加し、地域レベルで運営される必要がある。
- 認知症に特化したサービスと主流になっているケアサービスについては、今後の調査研究が求められる。認知症に焦点をあてた主流となるサービスが、認知症患者と介護者に必要である。
- 在宅介護と施設介護の両方を支援する、より柔軟なアプローチが求められている。
- **Community Care Review** は認知症患者のケアとサポートを強化する機会を提供している。

成果の確認

- 多方面からと統合されたケアがより受けやすくする。
- 個々の患者、介護者、家族のニーズにあったケアのモデルが多く受けられる。

※ 色がついた部分は緊急に優先される

行動の優先順位	行動	主導する機関
認知症患者、介護者、家族のニーズに合わせたサービス計画をたてる。認知症特有のサービスの影響を分析し主流のサービスに認知症に対するメカニズムを確認すること。	国と地方のレベルでサービスの道筋を明らかにすること	中央政府
	サービスの差を精査すること	中央政府と地方政府
	サービス計画を合体させること	中央政府と地方政府
認知症患者や患者になりそうな人にたいする効果的で適切な検査ツールを見つけること	コミュニティ・ケア・レビューの認知症基準を取り入れ明確な評価過程をしめす	中央政府とコミュニティ・ケア・レビュー
	現在使われている検査方法を評価する	中央政府と地方政府
適切な認定された機関と協力して認知症ケアの基準を作る	施設での介護の基準を一体化する	中央政府
	コミュニティ・ケアの基準を一体化する	中央政府と地方政府
	救急治療の基準を一体化する	中央政府と地方政府
第一次診断:はじめに診断した一般開業医をサポートし認知症患者を見つける技術をつけるように奨励する。	75歳以上の患者に対して一般開業医の同意を得る	中央政府と地方政府
	ニューカッスル大学の認知症研究結果を一般開業医に伝える	中央政府と地方政府
	一般開業医と第一診断の機関と協力する	中央政府と地方政府
コミュニティケア:患者・介護者・家族を支援する最良の方法を見つけコミュニティのケアシステムを進める	簡単な英語で患者・介護者・家族に可能なケアの方法について説明する	中央政府と地方政府
一時的なケア:柔軟な一時的ケアのモデルを精査して普及させる	柔軟な一時的なケアを実行する	中央政府と地方政府
緊急処置:認知症患者・介護者・家族に配慮した緊急処置を明らかにする	AHMAC高齢者介護オーストラリアワーキンググループが考えたFrom Hospital to Home Action Planの理念に適用できるか精査する	NSW/MC
	認知症に配慮した緊急ケアサービスを作る	NSW/MC
施設ケア:認知症患者用の施設の需要に応える計画	認知症患者用の施設の計画をたてる	中央政府
	需要に応える施設の増設	中央政府
苦痛緩和のケア:苦痛緩和のケアについて専門家、コミュニティのサービス提供者に教育と訓練をして人材を育てる。	苦痛緩和のケア:苦痛緩和のケアについて専門家、コミュニティのサービス提供者に教育と訓練をして人材を育てる。	中央政府と地方政府
患者の行動問題:実証的なモデルを作り、患者と行動に関する問題点を検査してサポートする	実証にもとづいたサービスモデルを明らかにしそのために予算を出す。	中央政府と地方政府
	実証にもとづいたサービスモデルを進め、そのために予算を出す。	中央政府と地方政府

(2) 鍵となる優先領域 2: アクセスと公平さ

成果

- 認知症の患者、介護者、家族のすべてが、ニーズに合った質の高いサービスを受けられるようにしなければならない。そのサービスは、住んでいる場所、健康状態、年齢、文化的背景、経済的、社会的環境に関わらず、必要な時に受けられなければならない。

挑戦

- 多くの患者や介護者は、適切で的確なサポートを得ることが困難であったと報告している。住んでいる場所が農村であったり、遠隔地でケアの選択肢が限られていた人もいる。またある人たちは文化的、言語的な障壁があって、サービスの享受に影響したと報告している。また経済的に限度があってサービスの選択肢を制限された人もいる。
- 情報やケア、サポート等を受けるのに不利益を受けるかもしれない個人やコミュニティは、追加的な注意を求めている。サービスを受けるに当たって不利な立場にいる患者すべてを認識してサポートする、より良い方法が必要とされている。

成果の確認

- ケアを利用しやすいレベル

※色がついた部分は緊急に優先される

行動の優先順位	行動	主導する機関
以下のケアやサポートを受けるときにある障害を明らかにする <ul style="list-style-type: none"> ■ アボリジニとトレス諸島の住民 ■ 若年者 ■ ホームレス ■ 経済的に不利な人 ■ 介護人がいない人 ■ 認知症と他の認知障害の合併症の人 ■ 遠隔地や農村部の人 ■ 文化的言語的に多様な背景を持った人 ■ 一人暮らしの人 	ケアやサポートが受けられないという困難があることを認識する	中央政府と地方政府
	行政区を越えて情報を分かち合う	中央政府と地方政府
多様なグループのニーズにあった適切なサービスモデルを確立する	サービスモデルを確立する	中央政府と地方政府
オーストラリア保健省のアドバイザー委員会の「Cultural Respect Framework for Aboriginal and Torres Islander Health 2004-2009」に従って 認知症の計画と政策に関して特別な戦略をたてること	AHMACに課程を報告する	中央政府と地方政府

(3) 鍵となる優先領域3: 情報と教育

成 果

- 認知症患者、介護者、家族は、適切な情報と教育、サポートを簡単に受けることができる。
- コミュニティが認知症に対して、どのように患者、介護者、家族を支えるのかを意識し、理解していること。
- 行政区と情報を共有すれば効果的である。

挑 戦

- 患者、介護者、家族は、正確な情報と教育を受ける必要がある。その情報や教育は役に立ち、タイムリーで意味のある方法で提供される。介護者は認知症の患者の段階に応じた異なる情報を求めている。それは専門家からのアドバイスやガイダンスとともに、他の介護者の経験に関する情報も求めている。
- 介護者の感情的、心理的、肉体的なニーズを知り、サポートをする必要がある。

成果の確認

- 認知症に関する情報や教育を今よりよく受けられるようになること。
- 認知症についてコミュニティでより意識するようになること。
- 法的な枠組みを利用しやすくすること。それによって後見人制度に関する地域内での認識が可能となり、より進んだ介護計画や介護指導が可能となり、本人の意志や弁護士の方にしても知らしめることができる。

※色がついた部分は緊急に優先される

行動の優先順位	行動	主導する機関
後見人、アドバンスケア計画、アドバンスケア法令、弁護士の政府に対する意志や権力に関して法律的なバリアの問題に言及する	AHMCによって考慮される	NSW
	AHMCの決定事項を実行する	中央政府と地方政府
行政区間の情報交換を進める	定期的な情報交換の機会をもつしくみを作る	中央政府と地方政府
特定のコミュニティのグループに対する情報キャンペーンをして同意が得られているメッセージに基づいた宣伝プログラムを実行する	一般の人がどのくらい認知症に関して意識しているかどうかの調査を行う	中央政府
	同意した鍵となるメッセージを確立する	中央政府と地方政府
	コミュニティの認知症に対する意識を確立する	中央政府と地方政府
認知症患者と介護者、警察、薬局、運輸業者、銀行の交流を通して、より広範囲なサービス提供者のネットワークの意識を高める	認知症に関する知識を広める	中央政府と地方政府
認知症の専門家の情報とそのほかの情報サービスの関係を確立する	国民の間のつながりを確立する	中央政府
	地方の中でのつながりを確立する	地方政府
認知症も含めて高齢者に対する虐待について語る場で行政区の戦略を持つ	戦略をたてる	地方政府

(4) 鍵となる優先領域 4: 調査研究

成 果

- 調査研究は認知症の原因、治療、ケアを目指す。
- 調査研究の結果は実践に移され、進められ、必要としている人がその結果を享受できるようになる。
- 研究結果からわかったことはコミュニティの中に伝えられる。

挑 戦

- 認知症をより理解するためには、調査研究のための様々なアプローチが必要である。一般の人、認知症患者、介護者、家族は、健康的な加齢について正確で適切な情報を求めている。認知症の原因について、より理解を深め、患者や介護者のニーズをより理解するような努力が求められている。
- 以下のような状況となったグループの人たちにどのようなサポート、ケア、教育が機能するかについての研究も求められている。
 - アボリジニとトレス諸島民
 - 若年の認知症患者
 - ホームレスの人
 - 介護者のいない人
 - 認知症とその他の認識に関する障害のある人
 - 遠隔地、農村地域の人
 - 文化的、言語的に多様な背景を持つ人
 - 経済的に不利な人。

成果の確認

- 認知症研究の費用の何パーセントが国としての健康調査に使われるか。
- 実際のガイドラインとサービスモデルは、調査の結果に基づいてどのくらい拡大したか。
- 認知症に関する調査研究の結果で明らかになった事がどのくらい普及したかのレベル。

※色がついた部分は緊急に優先される

行動の優先順位	行動	主導する機関
国家的なレベルの調査研究に対して鍵となる領域を確立する	国家的な調査の鍵になる領域を精査するメカニズムを作ること	中央政府
	国家レベルの調査研究の領域を認識する	中央政府
	調査の鍵となる領域を精査する	中央政府
同意された鍵となる領域を普及させる	利害関係者と医療・介護要員にその領域を普及させる	中央政府と地方政府
同意された鍵となる領域に関する認知症研究に対する既存と新規の財源を明らかにする	財源を明らかにする	中央政府
コミュニティ、救急ケア、施設ケアを含んだ調査研究の結果を広報する	研究結果を広報する最適な手段を知り実行する	中央政府
多様なニーズをもった人たちも含めて認知症が今後どのくらい出現するのかを調査する	調査結果を報告する	中央政府
すべての行政区でも使えるような統一性のある効率的なデータの基準とシステムを作って実行する。そのデータセットには認知症に関するデータも確実にいれる	データ基準を確立する	中央政府
	データ基準を実行して調査する	中央政府と地方政府
調査結果を実践に活かす	現在の業務を推進するために最も適切な方法を見つけて実行する	中央政府と地方政府
	調査結果に基づいて現在の業務を拡大する	中央政府と地方政府

(5) 鍵となる優先領域5: 人材と訓練

成 果

- 技術を持ち、教育を受けた医療・介護要員が、認知症患者、介護者、家族のサポートのために活用できるようになる。

挑 戦

- 自信を持ち教育を受け、技術のある医師・介護人材、質の高い認知症ケアを提供するには不可欠である。認知症ケアのために働くスタッフをひきつけて定着させることは大きな挑戦である。認知症への対応として、コミュニティと高齢者ケアを担う人材へのニーズが増大している。
- 認知症患者には診察があり重要であり、アドバイスを受けて最も適切な方法、必要な紹介をされるようにサポートされる必要がある。残念なことにある不利をこうむっているグループでは診察が行われず、診断医の不足が問題になっている。
- 認知症にかかわる医師・介護要員の採用と人材定着のインセンティブと、その反対にやめていく原因を精査する。

成果の確認

- 認知症に関する教育、訓練、情報に近づきやすくなる。
- 高齢者ケアにかかわる人員の採用と定着が改善される。

※色がついた部分は緊急に優先される

行動の優先順位	行動	主導する機関
National Health Workforce Strategic Framework (2004) (国家保健関連労働力戦略フレームワーク)とNational Aged Care Workforce Strategy(国家高齢者介護要員戦略)を含んだ中央政府と行政区と今回のこのフレームワークのつながりを意識して推進していくこと	認知症関連の要員問題を明らかにして広報すること	中央政府と地方政府
認知症ケアにかかわりたいと思う動機とかかわりたくない動機を明らかにし介護要員の採用と定着を図る	再検討する	中央政府と地方政府
ヘルスケア、コミュニティケアと高齢者ケアの専門家教育のカリキュラムと訓練に認知症を含める	関連団体からの協力を求める	中央政府と地方政府
Telehealthのような専門的な技術の柔軟な戦略をつくること	戦略を実行する	中央政府と地方政府
多分野の専門家の知識の共有を進める	様々な分野の専門家の情報交換の機会を増や利益があることを宣伝する	中央政府と地方政府
人員を増やし、認知症患者の行動を管理する効果的な訓練の戦略を進める	現在ある人的資源を把握する	中央政府と地方政府
	新しい人的資源を増やす	中央政府
	現在ある人員と新しい人員を活用する	中央政府と地方政府

フレームワークの実行と評価

1. 役割と責任

National Framework for Action on Dementia 2006–2010 は国の政策であり、認知症患者、介護者、家族の QOL の改善をめざしてコーディネートされた国家の実施計画である。

このフレームワークは国家が行うアプローチを通して、以下にあげる 5 つの側面から認知症患者、介護者、家族のニーズに合わせて貢献するだろう。

- ケアとサポートの改善
- サービスを受けることと公平性の改善
- 情報と教育
- 認知症に関する調査研究の普及と奨励
- 技能をもち、サポートされた医療・介護人材

このフレームワークは、以下の優先順位と方法によって実施を目指す。

- 認知症患者と家族と介護者のために、政策、計画、サービス提供を支える共通の理念を定めること。
- 認知症ケアの対応の鍵となる優先順位を共有化し、費用効果の高い手段として同意すること。
- 一回限りのプロジェクトや繰り返されるサービスなどで共有化された領域には、費用を地方の政府間で分け合うことについて考慮すること。
- 実証的な証拠にもとづいた最善の診療を発展させるために、現在の認知症ケアとサポートサービスを見直すこと。
- 地域に委託した仕事に対して協力が得られやすいプロセスを確立し、最善の治療について情報を共有すること。
- 認知症ケアの最新ニーズに関連し、国家的にも認められた鍵となる領域について提案し、ケアの調査研究を進めるために利害関係者と協力すること。
- 認知症ケアとサポートサービスに関連したコアとなるデータと定義について、同意すること。
- 認知症ケアの基準となるサービス、実行、結果について、国家の質的基準を設けること。

- 認知症ケアとサポートサービスにおけるモニタリングや評価、改善の報告について、全国共通のプロセスをつくること。

このフレームワークを承認することは、認知症患者、介護者、家族に対するサービスを、政府と非政府団体といった多様な団体が責任をもって提供するとことを意味する。オーストラリア政府とオーストラリアの州と特別地域の政府は、認知症患者、介護者、家族にサービスを提供する責任があり、政策とプログラムの発展と実行において、中心的な役割を担うこととなる。

オーストラリア政府とオーストラリアの州と特別地域政府、非政府団体や消費者の関係を強化していくことが継続できれば、成果はさらに大きくなる、利害関係団体とコミットメントを分け合えば、実行と評価の戦略の呼び物になるだろう。

National Framework for Action on Dementia 2006–2010 とオーストラリア政府の 2005 年連邦予算構想と Helping people with dementia and carers -making dementia a National Health Priority 2005 は、多くの領域で交わっている。調査研究の領域が 1 つの例で、どの構想も行動には共通性がある。どの構想もサービスの受け手のニーズ、認知症ケアとサービス提供モデルについての重要性を提唱している。

今回のフレームワークは、オーストラリアの州と特別地域政府の認知症対策、プログラム、計画について発信されており、また、こちらからも対策、プログラム、計画を発信するであろう。

このフレームワークは、あらゆる人が認知症ケアとサポート提供の対象となることを認めている。それは、人々が認知症について理解していることを分かち合い、ケアの最高のモデルを作っていこうとするためである。利害関係者とは、患者、介護者、家族、政府の異なったレベルにいる人、中心機関、サービス提供者、医療専門家を含んでいる。

このフレームワークは、政策と共にサービスの発展を内外に発信していくことを意図している。それらの発展は認知症研究、アセスメント、治療、ケアに対して、より一貫性のある、費用効果の高いアプローチにつながり、結果的に労力や費用の増加を最小限にする。

このフレームワークは、オーストラリアの全ての地方政府にまたがる構造を提供し、

それぞれの構想の実施にコミットする構造となっている。歴史的に、そして憲法上の理由で、オーストラリアの地方政府はそれぞれ異なったレベルにあり、認知症患者、介護者、家族に対しては、異なるサービス提供の方法がなされている。たとえば、オーストラリア政府は一般開業医の資金援助と監視をしているが、オーストラリアの州と特別地域政府は初期の救急医療に責任を持っている。

National Framework for Action on Dementia 2006–2010 を発展させていく上では、様々な政府のサービスやプログラムがよりよくコーディネートされ、患者が途切れのないサービスを楽しむようなスムーズなサービスへの移行を意図している。

2. オーストラリア中央政府とオーストラリアの州と特別地域政府が協力すること

- 認知症のケアとサポートサービスにおいて、最善の治療を目指してサービス提供者とコミュニティが協力するようになる。
- 認知症患者のニーズの変化に応じた途切れのないケアとサポートサービスが、さらに可能となる。
- サポートサービスが柔軟で、どのようなタイプのサービスが最も個人のニーズに合うかということを知るために協力する。
- はじめに、認知症患者のニーズに配慮したサービスを明らかにし、それを確実なものとする。
- 政府が資金を出す、健康、認知症患者、介護者、家族をサポートする高齢者とコミュニティの介護サービスが統合されるように改善する。
- 健康、高齢者コミュニティ介護労働者の訓練に対し、認知症カリキュラムの実施をサポートする。
- フレームワークの採用を進めるために、サービス提供者とサービス利用者が協力する。
- 認知症患者の介護者と家族が協力して、認知症患者のケアの感情的な影響を受けている介護者への適切なサポートを行う。
- 患者の個々のニーズに対応する、患者、介護者、家族へのサービスを提供し、文化的、言語的に異なる背景を持つ人たち、アボリジニ、若年認知症患者、農村部、遠隔地の人々にも対応するサービスに考慮する。
- 在宅の認知症患者のためのケアやサポートサービスに予算を出してモニターすること。

- わかりやすい、正確な、入手可能な情報を普及させるために予算を使う。情報の内容とは、認知症の原因に関する調査研究の進展やケアとサポートの実証的なモデルについての情報や、患者、介護者、家族の権利とニーズに関する情報である。
- 政府の施策形成に関連して、主たる認知症の機関とサービス提供者に相談をし、強い関係を促進するメカニズムを確立する。
- The Health Policy Priorities Principal Committee(HPPPC) は National Framework for Action on Dementia 2006-2010 の実行について監視する。HPPPC はオーストラリア保健省に報告し、以下のことに責任を持つ。

ーフレームワークの実行と評価に関して、保健省とコミュニティサービス省に適切でタイムリーな情報を提供する。

ーフレームワークの発展や構想に関して、サービス提唱者や関係機関だけではなく、患者や介護者、家族と協議する。

ー認知症患者の生活に関連した新しい情報、研究、新たな問題等について政府に提案する。

ー様々な行政区にまたがる患者、介護者、家族に対して、最善のモデルと情報を普及する。

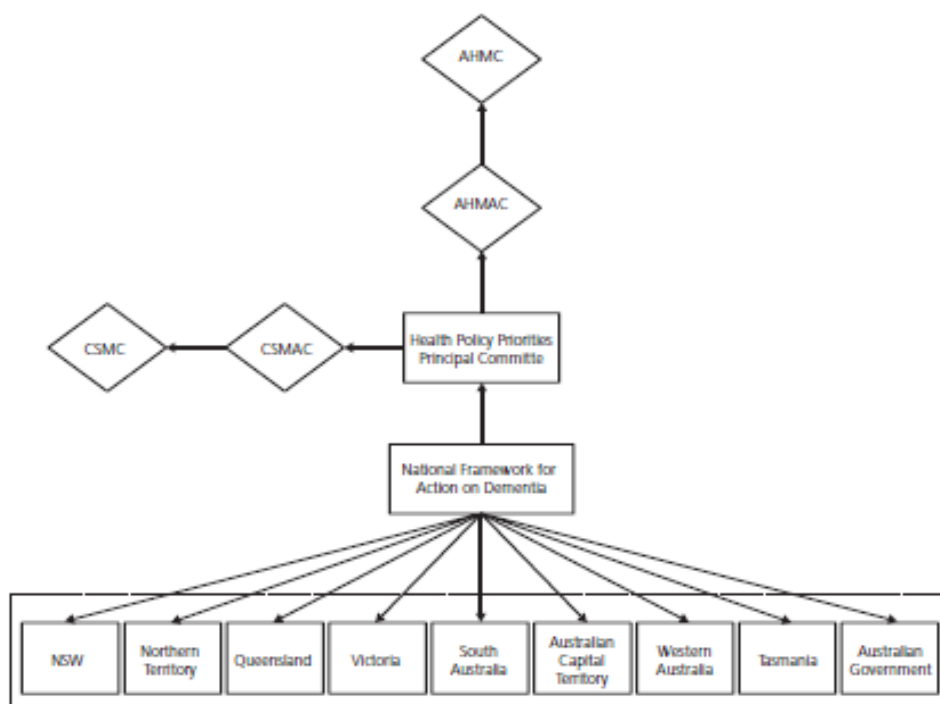
ーフレームワークの実行と評価の戦略を進める。

説明責任と管理

行動の優先順位に関しては、明確で透明性のある説明責任が必要となってくる。それは認知症患者、介護者、家族、サービス提供者と国の協議の主たるテーマとして現れる。適切なメカニズムは、説明責任を確実なものとするために必要であり、資源と結果の達成についての説明責任である。これらのメカニズムは連邦と地方政府の両方にまたがる必要がある。監視は Australian Health Ministers Advisory Council(AHMAC)と Australian Health Ministers Conference(AHMC)が行う。 Health Policy Priorities Principal Committee が AHMAC と AHMC に報告する責任がある。追加的な情報は Community Services Ministers Conference(図1)に報告され、関連するオーストラリアの州と特別地域省が含まれる。

図表 1

Diagram 1. National Framework for Action on Dementia Governance



Key:

AHMC – Australian Health Ministers Conference

AHMAC – Australian Health Ministers' Advisory Council

CSMC – Community Services Ministers Conference

CSMAC – Community Services Ministers' Advisory Council

Glossary

Acute care – care provided usually as a result of a medical crisis. Includes care provided in emergency departments and inpatient hospital care.

Advance Care Directive – (also termed “living will” or “refusal of treatment certificate”) document in some cases formal and legally endorsed that states instructions for the care to be implemented in the event of future decisional incapacity.

Challenging behaviours – disturbed behaviour that may include agitation, aggression or vocalisation that impacts on the care and quality of life of a person with dementia.

CACP – Community Aged Care Package, a package of services and assistance to support older people who live in the community.

Care pathway – an individual’s journey through the care system.

Care coordination – identifying care and support options and strategically planning a person’s care.

Community care – care that is provided to a person in their community as opposed to care that is provided in a residential facility.

Carer – usually a family member or friend. Their work is based on a pre-existing relationship and is unpaid and often unrecognised. The primary carer is the person who has provided the most assistance to the person in relation to self-care, mobility and communication, and other needs.

Delirium – disturbances of consciousness and attention, perception, thinking, memory, psychomotor behaviour, emotion, and the sleep-wake cycle. It may occur at any age but is most common after the age of 60 years. The delirious state is transient and of fluctuating intensity; most people recover within four weeks or less.

Dementia - a syndrome due to disease of the brain, usually of a chronic or progressive nature, in which there is disturbance of multiple higher cortical functions, including memory, thinking, orientation, comprehension, calculation, learning capacity, language, and judgement. Consciousness is not clouded.

Depression – a mood disorder that presents as a pervasive and relentless sense of despair. A lack of interest in life, weight loss, loss of appetite, feelings of uselessness and sleep disturbance are some of the more common symptoms.

Dual diagnosis – the co-existence of two or more conditions such as Down syndrome and Dementia.

EACH – Extended Aged Care at Home Package, can include a range of care and support services for people with dementia who want to remain living at home.

EPC – Enhanced Primary Care.

Evidence based – practices that are informed and supported by reputable research and knowledge bases.

Geriatric medicine – refers to specialist medical services that assess and treat illnesses in older people, usually over the age of 65.

HACC – Home and Community Care services

Incidence of dementia – the number of new people diagnosed with dementia each year.

Journey – refers to the journey people with dementia, their carers and families may take as they and their loved ones progress through the stages of dementia.

Multi-disciplinary team – teams that may contain general practitioners, nurses, assistants in nursing, geriatricians, psycho geriatricians, nurse practitioners, occupational therapists, speech pathologists, social workers, pharmacists, psychologists, mental health workers, and other practitioners working together to deliver assessment services and integrated health care.

Person centred – planning or service provision informed by the needs, wishes and preferences of a person with dementia.

Prevalence of dementia – the number of people with dementia.

Primary care – services provided by GPs, nurses, community nurses and aged care assessment teams. Includes assessment, diagnosis and treatment services.

Quality of life – an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad-ranging concept, incorporating the person's physical health and psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and relationship to salient features in the environment.

Residential care – care provided in an aged care facility, such as a nursing home or hostel.

Respite – temporary care arrangements provided by someone other than the usual carer, also includes short-term residential care.

Telehealth– medical services provided electronically, for example via telephone or videoconferencing facilities.

Workforce – refers to all people employed who provide assistance, care, information or support to people with dementia, their carers or families.

Appendix

Australian Government, and State and Territory Plans supporting people living with dementia, their carers and families

Australian Government

- \$2.3 billion annually to support people with dementia and their carers and families. This includes \$268m to support people with dementia living in the community through funding Home and Community Care services, Community Aged Care Packages (CACPs), dementia specific respite services under the National Respite for Carers Program (NRCP) and Extended Age Care at Home Packages (EACH).
- Funding for the National Cross-Cultural Dementia Network and for a dementia-training package for Aboriginal and Torres Strait Islanders.
- Developed a range of research and workforce training initiatives such as the Building Ageing Research Capacity (BARC) Project and the National Aged Care Workforce Strategy.

Australian Capital Territory

- *The Health Action Plan 2002* promoting healthy ageing, services for the frail aged and older people with cognitive impairment and post acute care as priorities for health services.
- Clinical Services Plan promotes and outlines rehabilitation services and psycho-geriatric care programs.

New South Wales

- *Future Directions*, the second NSW dementia strategy, a collaborative plan between NSW Health and the NSW Department of Ageing, Disability and Home Care includes:
 - Dementia Advisory Services across NSW
 - Mind Your Memory Initiative
 - Dementia Care Clinical Nurse Consultants in key areas.

www.health.nsw.gov.au/policy/fsp/publications/dementia/future_directions.pdf

Northern Territory

The Northern Territory Department of Health, Ageing and Disability has undertaken a number of initiatives which have relevance for people with dementia who live in the Northern Territory:

- Validation project for the Kimberley Indigenous Cognitive Assessment tool (KICA).
- Reviewing local policies for Age Care Assessment Teams.
- Development of strategies for recruitment and retention for the age care workforce.

Queensland

Dementia care is addressed specifically as one of the seven priority areas of Queensland Health's *Directions for Aged Care 2004–2011*.

Dementia care has five focus areas:

- Assessment
- Access
- Service delivery
- Carers
- Partnerships.

Another key priority addresses the needs of older Aboriginal and Torres Strait Islander peoples. www.health.qld.gov.au/accru/aged_care/PDFs/287817_ACCRU_5.pdf

South Australia

South Australia's Department of Families and Communities is currently developing a State Dementia Plan, which emphasises the need for coordinated services, prevention and primary care services, and improving the quality and safety in dementia services. This will link to the Strategy for an Ageing South Australia currently being developed.

Tasmania

The *Tasmanian Dementia Care Plan 2000 and Beyond* is currently being reviewed. Key elements of the plan included:

- Information, education and community awareness
- Planning for loss of competency
- Diagnosis, ongoing assessment and coordination
- Training
- Access to services.

www.dhhs.tas.gov.au/dementiacare/pdfs/dhhs_dementia_careplan.pdf

Victoria

Pathways to the Future, 2006 and Beyond – Dementia Framework for Victoria identifies priority actions for the short to medium term including:

- Supporting older people to live active and independent lives in their communities.
- Facilitating high quality health and aged care services to support people with dementia, and their families and carers.
- Encouraging creativity and innovation in flexible service delivery.
- Focusing on social connectedness, diversity and equity in meeting needs of people with dementia and their families and carers.

Throughout the State, Cognitive Dementia and Memory Services (CDAMS) provide specialist early diagnosis and assessment for people with dementia.

www.health.vic.gov.au/agedcare/

Western Australia

The *Western Australian Dementia Action Plan 2003–2006* emphasises the following key action areas:

- Community awareness of the needs of people with dementia, their carers and families
- Community support strategies
- Early diagnosis and intervention
- The importance of acute care and primary care
- Education and training
- Research and policy development.

www.health.wa.gov.au/publications/documents/Dementia_web.pdf