

# オーストラリアの認知症ケア動向 Ⅱ

## オーストラリアの認知症ケアについて

### <目 次>

1.	認知症患者の状況	1
2.	利用している介護プログラム	4
3.	認知症患者向け政策の沿革	9
4.	認知症関連政策コスト	12
5.	若年性認知症患者向け取組み	16
6.	緩和ケア (palliative care) について	20
7.	認知症患者を巡るその他の取組み	26

## 1. 認知症患者の状況

高齢者の認知症罹患率は年々高くなっており、2006年現在、推定で65歳以上の高齢者の6.5%、85歳以上の22%が認知症に罹患し、18.1万人存在していると見られている。また、64歳以下の若年性の認知症に罹患している人達が8,800人もいるとみられている。認知症患者のうち、5~7割がアルツハイマー型であり、血管性型が1~2割、レビー1~2割、小体型が1~2割、前頭側頭型が2%を占めている。年齢やタイプにより異なるが発症後平均4.5年で死亡している。

### <年齢別認知症発症状況>

### <認知症患者の年齢別ケア場所>

**Table 25.1: Prevalence of dementia in older Australians, by age and sex, 2006**

	Rate (per cent)			Number		
	Males	Females	Persons	Males	Females	Persons
0-64	0.1	0.0	0.1	5,900	2,900	8,800
65-74	2.0	1.8	1.9	13,900	12,600	26,500
75-84	7.3	9.3	8.4	30,500	50,300	80,800
85+	17.1	24.9	22.4	18,300	55,300	73,600
<b>Total 65+</b>	<b>5.0</b>	<b>7.8</b>	<b>6.5</b>	<b>62,700</b>	<b>118,200</b>	<b>180,900</b>

Note: Derived from aggregated age- and sex-specific rates from a meta-analysis of data from European studies (Lobo et al. 2000). Percentages are of the estimated Australian resident population of that age and sex at 30 June 2006.

Source: Reproduced from AIHW 2007e based on data from Lobo et al. 2000 and Harvey et al. 2003.

2003年のデータによると、認知症と診断された65歳以上の高齢者患者の56%は家で療養を続けている（うち、65歳~74歳までは79%が家で療養）、85歳以上になると在宅療養率は36%となっている。

### <認知症患者の年齢別ケア場所>

**Table 5.10: Prevalence of those with dementia living in households or cared accommodation, 2003**

Age	施設 Cared accommodation <sup>(a)</sup>	在宅 Households	Total prevalence	Per cent living in households
0-64	1,200	6,900	8,100	85
65-74	5,300	20,100	25,400	79
75-84	27,300	49,000	76,300	64
85+	41,500	23,400	64,900	36
<b>Total 65+</b>	<b>74,100</b>	<b>92,500</b>	<b>166,600</b>	<b>56</b>
<b>Total</b>	<b>75,300</b>	<b>99,400</b>	<b>174,700</b>	<b>57</b>

(a) Cared accommodation includes Accommodation for the retired or aged, Home for the aged, Home—other, Hospital—general and Hospital—other. It is broader in scope than 'Residential aged care'.

Sources: AIHW 2007a based on data from Lobo et al. 2000 and Harvey et al. 2003 and AIHW analysis of ABS 2003 SDAC confidentialised unit record file.

また、施設入所者について、8段階の施設分類基準（RCS: Resident Classification Scale）で見た場合、重度のRCS1~4と分類された人は64.4%で、軽度者については在宅での療養が中心となっている。

施設入所者の認知症罹患率は48.7%となっている。なお、RCSは、そもそも虚弱度に焦点をあてたスケールとなっており、2008年3月より施設入所者のケアニーズにより対応<sup>1</sup>したり、ケア提供者の書類作成負担軽減等の目的でAged Care Funding Instrument (ACFI)によって代替された。

ACFIは、ケアプランや施設が提供するケアメニューよりも、入所者の自立度（ケアニーズ）により基づくようになっており、12の質問項目より成る（メンタルな質問や行動障害等に関する質問項目が加えられた）。ACFIはケアニーズ度に応じて、4段階（Nil, Low, Medium, High）に分類され、分類に応じて補助金額が異なってくる（行動障害補助や高度ケア補助が更に加算される）。

<sup>1</sup> Review of Pricing Arrangements in Residential Aged Care (Hogan 2004), RCS Review (2003)

<施設入所認知症患者のRCS分>

Table 25.3: Dementia in residential aged care, by age and RCS category, 2003

Age	RCS 1	RCS 2	RCS 3	RCS 4	RCS 5 -RCS 8	Total <sup>(a)</sup>	% total dementia	Total permanent residents <sup>(b)</sup>	% total permanent residents
<65	325	135	270	0	221	951	1.4	6,038	4.3
65-74	1,121	1,247	802	60	1,173	4,403	6.5	13,065	9.4
75-84	6,548	7,367	4,656	1,494	4,489	24,554	36.3	49,165	35.4
85+	12,541	11,854	6,322	1,494	5,529	37,740	55.8	70,783	50.9
<b>Total with dementia</b>	<b>20,535</b>	<b>20,603</b>	<b>12,051</b>	<b>3,049</b>	<b>11,413</b>	<b>67,650</b>	<b>100.0</b>	<b>139,051</b>	<b>100.0</b>
Percentage of persons with dementia in each RCS category									
category	30.4	30.5	17.8	4.5	16.9	100.0	..	..	..
<b>Total permanent residents</b>	<b>28,470</b>	<b>34,213</b>	<b>20,255</b>	<b>6,558</b>	<b>49,555</b>	<b>139,051</b>	..	..	..
Percentage of permanent residents in each RCS category									
category	20.5	24.6	14.6	4.7	35.6	100.0	..	..	..
Per cent of RCS category with dementia									
with dementia	72.1	60.2	59.5	46.5	23.0	48.7	..	..	..

(a) Population with dementia in residential aged care is derived from analysis of the ABS 2003 Survey of Disability, Ageing and Carers.

(b) Total permanent residents of residential aged care (AIHW 2004d).

Note: see AIHW 2007e for a discussion of the methodology which allocated residents with dementia to one of the RCS categories.

Source: AIHW 2007e: Table 7.27.

(参考) ACFI の質問項目

分類	質問	チェック項目
診断	メンタル・行動	行動障害リスト
	健康状態	健康状態リスト
日常行動	栄養	摂食機能、食事行為
	移動	移乗、移動
	身の回りの世話	衣服着服、入浴・乾燥、洗髪・ひげそり
	トイレ	トイレの利用・完了
その他行動	継続	排尿、排便、定期的なトイレ
	認識スキル	PASスコア <sup>2</sup>
	徘徊	タイプ、頻度
	コミュニケーション	タイプ、頻度
	問題行動	たぶ、頻度
その他健康ニーズ	うつ	CSDスコア <sup>3</sup>
	薬の内服	タイミング、特定の摂取方法
	複雑なヘルスケア	特定の手順

なお、認知症患者につき、認知症診断スケール (Clinical Dementia Rating Scale) で分類した場合、マイルドと診断された人は約 55%、モデレートは 30%、シビアは 15%となっている。

このほか、SDAC (Surveys of Disability, Ageing and Carers) という障害度から測ったスケールも存在するが、SDAC の Mild~Severe に該当する分類は、CDR のマイルドに相当し、SDAC の Profound は、CDR では更にモデレートとシビアに分類される。認知症患者の CDR でみても、施設には CDR のモデレート~シビアが 95.5%、一方、在宅を続けているのはマイルドのケースが殆どで、Moder モデレート以上になると施設に移行しているという姿がみてとれる。

<sup>2</sup> Psychogeriatric Assessment Scale

<sup>3</sup> Cornell Scale for Depression

<認知症診断スケール CDR と障害度 SDAC の関係>

Table 4.7: Comparison of severity of dementia impact in the CDR and SDAC

Clinical Dementia Rating			Survey of Disability, Ageing and Carers	
Disease severity	Definition	Estimate	Need for assistance <sup>(a)</sup>	Definition
Mild (CDR 0.5–1)	Significant impact on daily activities but still able to undertake daily activities	55%	Mild	The person needs no help & has no difficulty with any of the core activity tasks but may use aids & equipment
			Moderate	The person needs no help but has difficulty with a core activity task
			Severe	The person sometimes needs help with a core activity task
Moderate (CDR 2)	Independent living is not possible without assistance	30%	Profound	The person is unable to do, or always needs help with, a core activity task
Severe (CDR 3)	Permanent supervision required	15%		

(a) Need for assistance is based on limitations with communication, self-care or mobility, which may also be caused by a coexisting condition other than dementia.

Sources: ABS 2004; Barendregt & Bonneux 1998.

<認知症患者の障害度別（CDR）ケア場所割合>

Table 4.8: Severity of dementia, by sex and residency, 2003

Residency/severity	Males	Females	Persons	Proportion by place of residency	Proportion of total dementia
<b>Cared accommodation<sup>(a)</sup></b>					
Mild (CDR 0.5–1.0)					
<i>Mild, moderate, severe core activity limitations</i>	900	2,400	3,400	4.5%	1.9%
Moderate (CDR 2)					
<i>Profound core activity limitations (2/3)</i>	11,400	36,500	47,900	63.7%	27.4%
Severe (CDR 3)					
<i>Profound core activity limitations (1/3)</i>	5,700	18,300	24,000	31.8%	13.7%
<i>Total cared accommodation</i>	18,000	57,200	75,300	100.0%	43.1%
<b>Household</b>					
Mild (CDR 0.5–1.0)					
<i>Mild, moderate, severe core activity limitations</i>	39,000	53,700	92,700	93.2%	53.1%
Moderate (CDR 2)					
<i>Profound core activity limitations (2/3)</i>	4,000	500	4,500	4.5%	2.6%
Severe (CDR 3)					
<i>Profound core activity limitations (1/3)</i>	1,400	800	2,200	2.3%	1.3%
<i>Total household</i>	44,500	55,000	99,400	100.0%	56.9%
<b>All dementia</b>					
Mild (CDR 0.5–1.0)					
<i>Mild, moderate, severe core activity limitations</i>	40,000	56,100	96,100	55.0%	55.0%
Moderate (CDR 2)					
<i>Profound core activity limitations (2/3)</i>	15,400	37,000	52,400	30.0%	30.0%
Severe (CDR 3)					
<i>Profound core activity limitations (1/3)</i>	7,100	19,100	26,200	15.0%	15.0%
<b>Total dementia</b>	<b>62,500</b>	<b>112,200</b>	<b>174,700</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

(a) Cared accommodation includes Accommodation for the retired or aged, Home for the aged, Home—other, Hospital—general and Hospital—other.

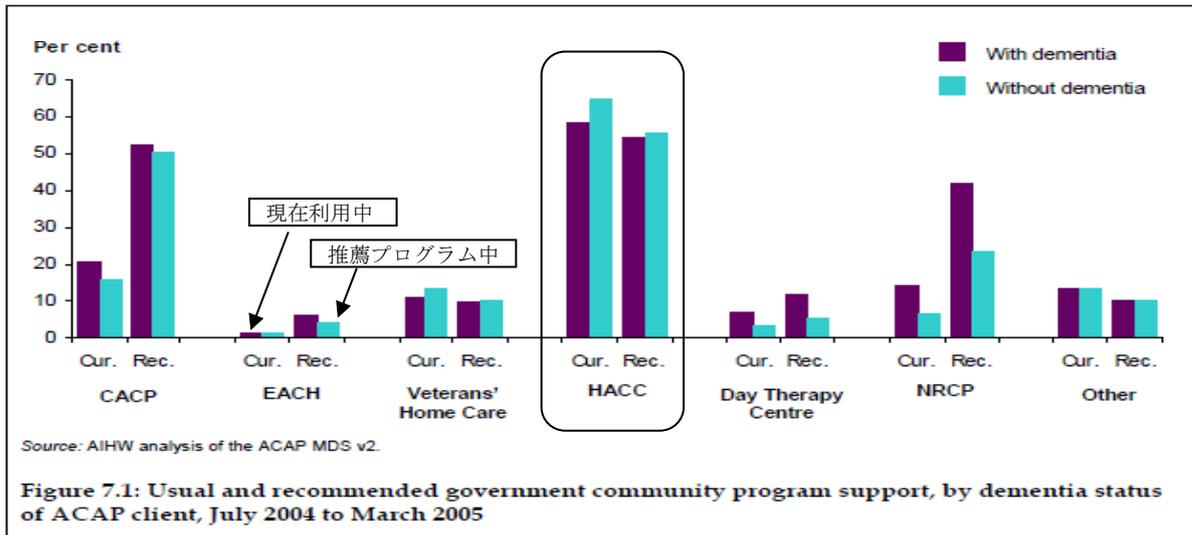
## 2. 利用している介護プログラム

認知症罹患者は一定のプログラムを利用しているのではなく、軽度～重度といった症状や必要とするニーズがマッチするプログラムを選択している。各プログラムにおける認知症罹患者の割合は以下の通り。

### (1) コミュニティケア

HACC についてはデータソースである MDS で認知症に関するデータを取得していないため、HACC における認知症患者の状況については不明。但し、ACATs のアセスメントを受け、結果的に HACC プログラムを利用している人達の 5 割以上が認知症を発症しているというデータが存在する。

＜現在利用中のケアプログラム並びに推薦されたプログラムにおける  
認知症罹患者の割合＞



認知症罹患者が CACP プログラム（ローレベルの施設ケア該当者）の中で実際に利用しているサービス時間（1 週間あたり）は以下の通りで、平均時間は 6.9 時間で、レスパイトケアが 4.0 時間、社会補助（移送、買い物補助等）2.6 時間となっている。

＜CACP を利用している認知症罹患者のサービス利用割合＞

Table 7.19: Mean and median service units (hours or number of events), by type of assistance received by CACP clients with and without dementia, census week 2002

Type of assistance	With dementia		Without dementia	
	Mean	Median	Mean	Median
<b>Hours</b>				
Personal care	2.4	2.0	2.3	2.0
Domestic assistance	2.0	2.0	2.3	2.0
Social support	2.6	2.0	2.1	1.5
Other food services	1.8	1.5	1.7	1.3
Respite care	4.0	3.0	3.0	2.0
Rehabilitation	1.4	1.0	1.4	1.0
Home maintenance	0.9	0.8	1.1	1.0
Case management	1.0	0.8	0.9	0.8
<b>Total hours</b>	<b>6.9</b>	<b>6.0</b>	<b>5.9</b>	<b>5.5</b>
<b>Number</b>				
Ancillary services				
Delivered meals	5.7	5.0	6.2	5.0
Linen deliveries	2.1	2.0	1.9	1.0
Transport one-way trips	3.0	2.0	2.9	2.0

認知症罹患者が EACH プログラム（ハイレベルの施設ケア該当者）の中で実際に利用しているサービス時間（1週間あたり）は以下の通りで、平均時間は17.6時間で、レスパイトケアが5.0時間、パーソナルケア8.8時間となっている。

<EACH を利用している認知症罹患者のサービス利用割合>

Table 7.23: Average weekly hours of assistance and number of events, by type of assistance and dementia status, census week May 2002

Type of assistance	With dementia		Without dementia	
	Mean	Median	Mean	Median
	<b>Hours</b>			
Personal care	8.8	9.0	9.5	9.0
Domestic assistance	2.2	2.0	2.4	2.0
Social support	2.5	2.0	2.9	2.0
Other food services	3.0	2.5	3.7	3.5
Respite care	5.0	4.0	4.6	4.0
Rehabilitation	1.8	1.8	2.1	1.8
Home maintenance	1.3	1.3	1.2	1.0
Case management	1.8	1.5	1.5	1.5
Allied health	0.9	0.8	1.4	1.0
Nursing	1.9	1.0	2.1	1.3
<b>Total hours</b>	<b>17.6</b>	<b>17.9</b>	<b>17.8</b>	<b>18.4</b>
	<b>Number</b>			
<b>Ancillary services for EACH</b>				
Delivered meals	4.6	5.0	5.7	7.0
Linen deliveries	1.3	1.0	1.1	1.0
Transport one-way trips	3.2	4.0	2.9	2.0

Notes

1. The table excludes eight cases with dementia status missing and six cases where clients were on leave and so did not receive any services during census week.
2. Amounts of type of assistance relate only to those receiving that assistance. Consequently, the sum of the mean number of hours of assistance received across types does not equal the total number of hours of assistance received.

Source: AIHW analysis of EACH 2002 census.

因みに、CACP・EACH を受けている人達の中での、認知症罹患者率は、CACP が 18.4%、EACH が 32.1%となっている。なお、CCRC (Commonwealth Carer Respite Centers と Commonwealth Carer Resource Centers) はレスパイトケア等の情報提供を行っており、同センター利用者に対しての調査を行ったところ、利用者の16.6%に認知症がみられた。

<CACP・EACH を利用している認知症罹患者の割合>

Table 5.3: CACP and EACH clients with and without dementia, census periods, 2002

	CACP		EACH	
	Number	Per cent	Number	Per cent
With dementia	4,646	18.4	90	32.1
Without dementia	20,597	81.6	190	67.9
<b>Total</b>	<b>25,243</b>	<b>100.0</b>	<b>280</b>	<b>100.0</b>
<i>Dementia status not stated</i>	196	..	8	..

Source: AIHW analysis of CACP and EACH 2002 census.

<CCRC を利用している認知症罹患者の割合>

Table 5.2: Care recipients registered with a CCRC, by dementia status, 2004-05

Care recipients registered with a CCRC	Care recipients with dementia	Per cent with dementia
59,849	9,940	16.6

Source: DoHA analysis of the NRCP MDS.

## (2) 施設ケア

施設ケアにおける認知症患者の割合は 48.7%となっているが、その7割は RCS1~3 の重度の患者となっている。

### <施設における認知症患者の状況>

**Table 7.27 Dementia and Alzheimer's disease in residential aged care, by RCS category, 2003**

Sex/age	RCS 1	RCS 2	RCS 3	RCS 4	RCS 5- RCS 8	Total <sup>(a)</sup>	% total dementia	Total permanent residents <sup>(b)</sup>	% total permanent residents
<b>Persons with dementia</b>									
<65	325	135	270	0	221	951	1.4	6,038	1.9
65-69	315	243	286	60	343	1,247	1.8	4,353	3.0
70-74	806	1,004	516	0	830	3,156	4.7	8,712	7.3
75-79	2,069	2,326	1,337	499	1,805	8,036	11.9	18,286	15.8
80-84	4,479	5,041	3,319	995	2,684	16,518	24.4	30,879	23.5
85+	12,541	11,854	6,322	1,494	5,529	37,740	55.8	70,783	48.4
<b>Total with dementia</b>	<b>20,535</b>	<b>20,603</b>	<b>12,051</b>	<b>3,049</b>	<b>11,413</b>	<b>67,650</b>	<b>100.0</b>	<b>139,051</b>	<b>100.0</b>
<i>Percentage of persons with dementia in each RCS category</i>									
	30.4	30.5	17.8	4.5	16.9	100.0			
<b>Total permanent residents</b>									
	28,470	34,213	20,255	6,558	49,555	139,051			
<i>Percentage of permanent residents in each RCS category</i>									
	20.5	24.6	14.6	4.7	35.6	100.0			
<i>Per cent of RCS category with dementia</i>									
	72.1	60.2	59.5	46.5	23.0	48.7			

— Nil or rounded to zero.

(a) Population with dementia in residential aged care is derived from analysis of the ABS 2003 Survey of Disability, Ageing and Carers.

(b) Total permanent residents of residential aged care (AIHW 2004h).

## (3) EACH Dementia

2006年6月にサービスが開始された、認知症患者のための在宅プログラム。2007年6月末時点で、1271のサービスプロバイダーにより取り扱われており、実際に872のケアパッケージが利用されている。利用者はEACHと同様のサービスを受けることができるが、より、フレキシブルにサービスの提供を受けられるようになっている。

利用者の64%は女性で、80歳以上の割合は60.6%となっている。海外生まれで、英語を母国語としない人達の割合が全体の30.5%を占めている（移民比率からみても高い占率）。

<EACHD 利用者の分析>

Table 5.5: EACH Dementia package recipients, English-speaking status based on country of birth, by age, 30 June 2007

Age (years)	Overseas-born							Total care recipients	
	Australian-born		English-speaking background		Countries where English is not the main language spoken				
	Number	Per cent	Number	Per cent	Number	Per cent	Number	Per cent	
0-59	11	2.1	1	1.1	4	1.5	16	1.8	
60-69	49	9.5	5	5.4	23	8.6	77	8.8	
70-79	153	29.8	27	29.3	70	26.3	250	28.7	
80-89	226	44.0	47	51.1	138	51.9	411	47.1	
90+	75	14.6	12	13.0	31	11.7	118	13.5	
<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>100.0</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>	<b>266</b>	<b>100.0</b>	<b>872</b>	<b>100.0</b>	

Note: Recipients of undetermined origin have been spread proportionately over the overseas-born categories.

同プログラム利用者の 76.3%は家族と一緒に住んでいるが、一方で 20.3%は 1 人で住んでいる。

<EACHD 利用者の分析>

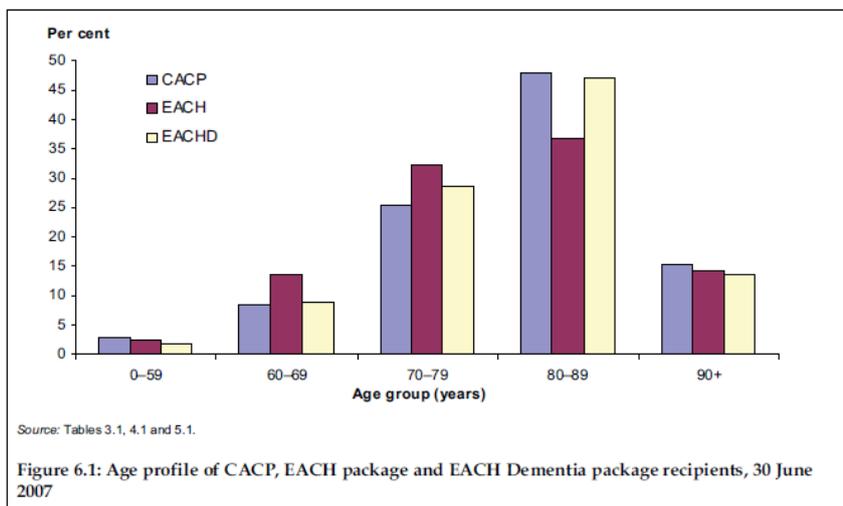
Table 5.7: EACH Dementia package recipients, living arrangements by sex and state/territory<sup>(a)</sup>, 30 June 2007

Sex/living arrangements	NSW	Vic	Qld	WA	SA	Tas	ACT	NT	Australia
Per cent									
<b>Persons</b>									
Lives alone	19.4	10.0	23.1	34.0	41.1	37.0	22.7	—	20.3
Lives with family	76.6	86.9	74.1	66.0	53.4	59.3	72.7	92.3	76.3
Lives with others	1.8	2.7	2.7	—	1.4	3.7	—	7.7	2.2
Not applicable	2.2	0.4	—	—	4.1	—	4.5	—	1.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>								

(a) Refers to the location of the outlet providing the service.

Note: Not applicable is used for people who are permanent residents of residential aged care, Multi-purpose Services, Aboriginal and Torres Strait Islander Flexible Aged Care Program, hospitals or other institutional settings.

<EACHD を含む在宅ケアの年齢別利用割合>



利用開始後 3 ヶ月以内にサービス利用をストップした割合は 40%、3~6 ヶ月が 30%、1 年以上は 3%となっている。ストップした理由としては、約 2 割が死亡、63%が施設への移行となっている (いずれの数字も本データ調査が、プログラム開始から 16 ヶ月間のデータを使用しており利用者数もまだ少ないので留意が必要)。

<EACHD の利用期間別割合>

Table 5.14: EACH Dementia package separations, length of stay by separation mode, 1 July 2006 to 30 June 2007

Length of stay	Death	To hospital	To residential aged care	To other type of community care	Care recipient withdrew	Other	Total
Per cent (row)							
<4 weeks	25.6	4.7	41.9	4.7	11.6	11.6	100.0
4 to <8 weeks	24.3	4.3	65.7	1.4	1.4	2.9	100.0
8 to <13 weeks	20.0	6.3	70.0	—	2.5	1.3	100.0
13 to <26 weeks	23.2	11.3	58.5	—	2.8	4.2	100.0
26 to <39 weeks	14.6	4.9	74.4	—	4.9	1.2	100.0
39 to <52 weeks	24.0	8.0	62.0	—	2.0	4.0	100.0
1 to 2 years <sup>(a)</sup>	25.0	16.7	50.0	8.3	—	—	100.0
<b>Total</b>	<b>21.7</b>	<b>7.5</b>	<b>62.8</b>	<b>0.8</b>	<b>3.5</b>	<b>3.5</b>	<b>100.0</b>

(a) Maximum possible stay is 16 months.

Table 5.14: EACH Dementia package separations, length of stay by separation mode, 1 July 2006 to 30 June 2007

Length of stay	Death	To hospital	To residential aged care	To other type of community care	Care recipient withdrew	Other	Total
Per cent (column)							
<4 weeks	10.6	5.6	6.0	50.0	29.4	29.4	9.0
4 to <8 weeks	16.3	8.3	15.3	25.0	5.9	11.8	14.6
8 to <13 weeks	15.4	13.9	18.6	—	11.8	5.9	16.7
13 to <26 weeks	31.7	44.4	27.6	—	23.5	35.3	29.6
26 to <39 weeks	11.5	11.1	20.3	—	23.5	5.9	17.1
39 to <52 weeks	11.5	11.1	10.3	—	5.9	11.8	10.4
1 to 2 years <sup>(a)</sup>	2.9	5.6	2.0	25.0	—	—	2.5
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

(a) Maximum possible stay is 16 months.

### 3. 認知症患者向け政策の沿革

#### (1) 認知症政策の沿革

年代	動き等
1980年代	<ul style="list-style-type: none"> <li>ADARDS ナーシングホームの建設・認知症ホステルの認可等始まる</li> <li>認知症サービスモデルも決定された</li> </ul>
1982年	<ul style="list-style-type: none"> <li>McLeay Report が出される</li> </ul>
1986年	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grimes Report が出される (⇒ベッド比率の目標値が決められ、施設ケアが本格的にスタート)</li> </ul>
1992年	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアのための5ヵ年計画全国アクションプラン The National Action Plan for Dementia Care 1992-97 スタート。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、これにより、認知症患者と介護者、家族のサポートに力を入る</li> </ul>
2000年	<ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケア戦略 (National Palliative Care Strategy (2000))</li> <li>うつ病対策 (Beyondblue, National Depression Initiative (2000))</li> </ul>
2001年	<ul style="list-style-type: none"> <li>連邦ケアリンクセンターが設置される</li> <li>高齢化対策 (National Strategy for an Aging Australia (2001))</li> </ul>
2003年	<ul style="list-style-type: none"> <li>コミュニティケアの国家プロジェクトがスタート (Aged Care Innovative Pool Dementia Pilot, Retirement Villages Care pilot; Innovative Pool Disability Aged Care Pilot)</li> <li>メンタルヘルス国家計画 (The National Mental Health Plan 2003-2008)</li> </ul>
2004年	<ul style="list-style-type: none"> <li>A New Strategy for Community Care - The Way Forward を発表 (5つの領域における連邦政府や州政府等の具体的なアクションプランを提示)</li> <li>Innovative Care Rehabilitation Services Pilot (後のthe Transition Care Program) の評価実施</li> <li>高齢者向け救急ケアのEACH &lt;EACH を利用している認知症患者のサービス利用割合&gt; or People across the Acute Care Continuum (2004))</li> </ul>
2005年	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアパイロットプロジェクト及びリタイアメント村プロジェクト評価実施</li> <li>2005年予算 (「Helping Australians with dementia, and their carers-making dementia a National Health Priority (The Dementia Initiative)」(5年で\$320.6 million) 成立 (研究調査に焦点をあて、ケアの構想と初期の予防プログラム (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等) を改善。EACH Dementia program や Transition Care Program を実験開始)</li> <li>「Helping people with dementia and carers -making dementia a National Health Priority 2005-2009」(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向けての重要性を提唱)</li> </ul>
2006年～	<ul style="list-style-type: none"> <li>これまでの認知症政策を上書きする形で「National Framework for Action on Dementia 2006～2010」をスタート (詳細は次ページ参照)</li> <li>EACH Dementia (Extended Aged Care at Home) を本格導入 (在宅でハイレベル施設に適合する認知症患者のためのケアパッケージを提供)</li> <li>National Dementia Support Programの中で、Living with Memory Loss Program を展開</li> </ul>

## (2) 直近の認知症国家戦略 National Framework for Action on Dementia 2006—2010 の概要

National Framework for Action on Dementia 2006—2010 はオーストラリアの認知症ケアと支援システムがめざす方向を、明確な目的と理念、具体的な行動計画と効果検証の方法を含めて示しており、国家戦略として文字化して全ての国民に示し共有しようとする意義やその姿勢は、わが国の現状と比べても示唆するところは大きい。

### ①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全オーストラリア人が協力していく。オーストラリア政府はサービス提供者とより広いコミュニティと協力して認知症患者、介護者、家族の実現可能で途切れない道筋を作り出す。

### ②理念

- 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。
- 介護者と家族が大事にされ支援され彼らの努力が認められて励まされること。
- ケアの選択が患者、介護者、家族中心に行われること。
- それぞれの人に応じたサービスがされること。
- 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。
- よく訓練されたサービス提供者が上質のケアをすること。
- 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。

### ③行動の最優先課題

- ケアとサポートは柔軟で、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。
- アクセスと公平さが認知症に関する情報、サポート、ケアには必要でこれは患者、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さにアクセスできなければならない。
- 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。
- 調査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、遅らせる。
- 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。

### ④具体的な行動計画

- ケアとサポート
  - ・患者や家族のニーズに対応できる選択肢のある明確な理念でコーディネートされたケアやサポートのネットワークを作る。ネットワークの計画過程でコミュニティが参加し、地域レベルでネットワークが運営されるようにする。
  - ・認知症固有のケアとサポートサービスを拡充していく。
  - ・在宅介護と施設介護の両方を支援していく。
  - ・政府と州が行っている Community Care Review（在宅ケアシステムのレビュー）において、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く。
- アクセスと公平さ

- ・農村や遠隔地のため、ケアの選択肢が限られているケースや、文化的、言語的な障壁でサービスを受けられないケース、経済的にサービスの選択肢を制限されているケースなどアクセスにおける公平性を改善していく。
- ・情報不足からケアやサポートを受けられない個人やコミュニティへ対応する。サービスを受けるに当たって不利な立場にいる患者を認識したサポートを行っていく。

#### ○情報と教育

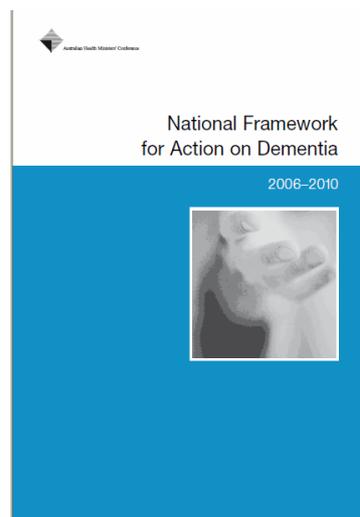
- ・認知症患者、介護者、家族が適切な情報・教育・サポートのサポートを簡単に受けられる仕組み作りを行う
- ・コミュニティの認知症への意識を深め、患者・介護者・家族へのサポート方法を理解させる。
- ・行政区と情報を共有していく

#### ○調査研究

- ・認知症の原因、治療、ケアに関する調査研究を進めていく。
- ・調査研究結果を実践に移していく。
- ・調査研究結果はコミュニティに伝達していく。
- ・健康的な加齢について正確で適切な情報。認知症の原因、患者や介護者のニーズをより理解していくようにする。

#### ○人員と訓練

- ・高い質の認知症ケア提供に向け、技術のある医師・介護要員を教育するほか、認知症ケアスタッフを定着させていく。コミュニティと高齢者ケアの介護要員への認知症関連の教育を行う。
- ・認知症という診断プロセスが認知症患者には必要で、アドバイスを受け、最も適切な方法、必要なサポートを紹介していく流れを構築していく。認知症の診断医を拡充する。
- ・認知症にかかわる医師・介護人材の採用を進める。介護人材の定着に向けたインセンティブ、同人材の退職要因を分析する。



\* 翻訳文書有り

#### 4. 認知症関連政策コスト

認知症に要する国民負担をはじく際、そのコストは大きく3種（直接財務コスト・間接財務コスト・その他コスト）に分類される。オーストラリア政府は、認知症に対する国民の意識喚起や財源投入に向けた準備として、認知症に関する国民負担を算出している。

認知症の、直接保健財務コストは32億豪ドル、実質間接財務コストが22億豪ドル（直接保健コストの約3分の2）、総実質財務コスト（直接及び間接）は56億豪ドルとなっている。

実質間接財務コストに加え、収入損失（認知症患者と家族、介護者による税収損失）と支出（福祉及び介護者給付）で、9億6800万豪ドルの移転支出があり、全体として間接コストは31億7000万豪ドル（保健高齢者直接コストとほぼ同水準）。認知症の財務コスト総額（直接及び間接、追加の純移転支出を含む）は、65億8000万豪ドルとなっている。

1人当たりでは、認知症患者の1人1年当たりの高齢者間接財務コストは2万豪ドル。認知症の保健・高齢者直接コストは、1人1年当たり2万豪ドルを越えており、うち、コミュニティケアは2002年に認知症患者1人当たり1000豪ドルあまりである（ケアを受けている患者1人当たりでは2554豪ドル）。1人当たりの認知症総財務コストは、4万豪ドル（2,836,330円）を超え、国民所得との比較では、総財務コストはすでにGDPの1%に近付きつつあり、今世紀半ばにはGDPの3.3%に達しようとしている。直接コストだけでは、GDPの1.6%に達する見込みである。

##### (1) 認知症コスト内訳

**Table 19: Summary of direct and indirect financial costs of dementia, 2002**

	\$ million			Per person with dementia	% GDP 2002	%GDP 2051	
	Real cost	Transfer payments	Total				
直接コスト	<i>Direct health costs</i>	\$3,235.9		\$3,235.9	\$19,938	0.45%	1.6%
HACC コスト	Including residential care	\$2,847.1		\$2,847.1	\$17,542*		
	Home and community care	\$174.8		\$174.8	\$1,077*		
間接コスト	<i>Indirect financial costs</i>						
逸失収入	Lost earnings (patients)	\$355.3		\$355.3			
寿命喪失	Mortality burden	\$8.8		\$8.8			
税喪失	Tax foregone (patients)		\$102.2	\$102.2			
介護価値	Value of carers	\$1,713.2	\$324.4	\$2,037.6	\$12,555	0.28%	1.0%
介護者税喪失	Tax foregone (carers)		\$489.7	\$489.7			
	Welfare payments		\$52.0	\$52.0			
	Aids & modifications	\$119.8		\$119.8			
	Subtotal indirect financial costs	\$2,197.2	\$968.3	\$3,165.4	\$19,504	0.44%	1.6%
	<b>Total financial costs</b>	<b>\$5,607.9</b>	<b>\$968.3</b>	<b>\$6,576.1</b>	<b>\$40,519</b>	<b>0.91%</b>	<b>3.3%</b>

\*The averages per person with dementia in residential care and per person with dementia at home receiving formal services are \$36,547 and \$2,554 respectively (see Table 12). Source: Access Economics.

コミュニティケアコスト（直接コストには含まれない）は、HACC プログラムのうち、認知症患者のケアに使用されていると推定される割合をもとに算出されている（現在の連邦支出（6億7400万豪ドル）の20%、1億3500万豪ドルに、その他の認知症に特化したプログラム（アルツハイマーオーストラリア等）に対する支出（2002年推定4,000万豪ドル）を合わせた1億7,500万豪ドル）。在宅の認知症患者（有病率全体の52%、8万4,394人）やサービスを利用できない人々（約19%）を勘案すると、コミュニティケアの平均コストは受益者1人当たり年間2,554豪ドル（178,780円）。2002年に施設ケアのコストは1人当たり3万6,547豪ドル（2,558,290円）で、コミュニティケアの提供は施設ケアより公的資金の支出がはるかに少なくてすむことを示す。

※ 本レポート記載時 1豪ドル≒70円

(2) 施設ケアとコミュニティケアとのコスト比較

Table 12: Dementia Formal Care Costs, 2002

	\$m	per person at home	per person receiving services	% of total DHA
Home-based Aged Care	\$175	\$2,071	\$2,554	16%
			DHA av. cost per occupied place	
Residential Aged Care	\$m	per person in place	per person receiving services	% of total DHA
	\$2,847	\$36,547	\$28,796	66%
Total	\$m	per person with dementia	per person receiving services	% of total DHA
	\$3,022	\$18,620	\$19,773	56%

Source: Access Economics

(3) 直接財務コスト

「直接財務コスト」には、ナーシングホームや病院の運営費（建物、看護、消耗品）、メディケアや個人医療保険で払い戻される一般開業医や専門医のサービス、医薬品及びその他薬剤の費用、関連医療サービス、研究、「その他」施設及び非施設型支出（デイケア・プログラム、在宅ケア及びレスパイトケア等）や保健行政コストなどが含まれる。2002年の認知症の直接財務コストは、32億豪ドル（2兆2,265億円）となっている。

<直接財務コスト内訳>

Table 10: Components of direct health costs for dementia, 2002

	\$m	% of total
施設		
公立病院	2,847.1	88.0%
精神病院	141.2	4.4%
私立病院	74.7	2.3%
G Pほか	28.0	0.9%
外来・通院	24.5	0.8%
調査研究	20.6	0.6%
投薬等	19.2	0.6%
その他費用	13.8	0.4%
	66.8	2.1%
<b>Total direct</b>	<b>3,235.9</b>	<b>100.0%</b>

Source: Access Economics, based on AIHW special data request.

施設ケアコストが、内訳の大半に当たる28億豪ドル（全体の88%）を占める。2番目は公営病院コストの1億4,100万豪ドル（4.4%）で、次が精神科病院サービス（7,500万豪ドル、2.3%）。民間病院サービス（2,800万豪ドル）、一般開業医と専門医による医療サービス（2,450万豪ドル）、外来サービス（2,060万豪ドル）、調査研究（1,920万豪ドル）、医薬品及び関連保健コスト（1,320万豪ドル）はそれぞれ全体の1%以下である。その他の直接コストは6,700万豪ドル（2.1%）である。

<直接財務コストの将来予測>

認知症有病率は急激な増加を示しており、人口統計上の増加見通しやケアコストの増加等から、認知症の直接財務コストは2011年までに84%増、約60億豪ドルと見込まれている。

※ 本レポート記載時 1豪ドル≒70円

<将来直接財務コスト見通し>

**Table 11: Projected components of direct health costs for dementia, 2011**

	\$m	% total
Nursing homes and hostels	\$5,182.2	87.0%
Public hospitals	\$257.0	4.3%
Psychiatric hospitals	\$135.9	2.3%
Private hospitals	\$50.9	0.9%
GPs and specialists	\$66.8	1.1%
Outpatients & other ambulatory services	\$37.5	0.6%
Research	\$69.9	1.2%
Pharmaceuticals and allied health	\$37.8	0.6%
Other	\$121.7	2.0%
<b>Total direct</b>	<b>\$5,959.7</b>	<b>100.0%</b>

Source: Access Economics projections.

(4) 間接財務コスト

間接財務コストは、主として認知症患者と介護者が負担するもので、ケアのコストがその大半を占める。そこには、フォーマルとインフォーマル（ボランティア）両部門で提供されたケアすべての価値が含まれる。認知症患者やその家族、介護者が、欠勤や早期退職によって失われた収入も大きい。他に、疾病に対処するために必要な機器のコストや、福祉給付や障害手当などの移転コスト、認知症によって生じる痛みや苦悩・早死等<sup>4</sup>が挙げられる。

認知症患者のために費やす家族や介護者の価値の総計は、2002年に17億1,320万豪ドルと推定されている。インフォーマル介護の価値は、連邦政府のプログラムによって一部が補償されている（前述「介護者手当」参照）。インフォーマル介護の負担を家族や介護者自身で全部引き受けなくて済むように考えられた「移転支出」の価値は3億2,440万豪ドル負担全体の19%と推定されている。

<家族や介護者によるケアの価値>

**Table 15: Value of families and carers of people with dementia, 2002**

	No. of people with dementia at home	Hours per week of care required	Million hours of care	Value of care \$m
Mild	36,517	8.5	16.2	311.3
Moderate	35,705	25.0	46.5	895.3
Severe	12,172	41.5	26.3	506.6
<b>Total</b>	<b>84,394</b>		<b>89.0</b>	<b>1,713.2</b>

Source: Access Economics estimates.

※ 本レポート記載時 1豪ドル≒70円

<sup>4</sup>非財務コスト（認知症によって生じる痛みや苦悩、早死等）は、測定しにくいですが、質と量両面で、失われた健康に過ごせる生存年数を表す「疾病負担」によって分析される。取替原価のアプローチを採り（「手法」参照）、介護時間の価値を有給の介護労働者が提供するものに帰属させている。介護は、軽度、中度、重度認知症患者に対するミシガン平均介護時間に基づき、3段階のモデルとしている。帰属介護料金は1時間19.25豪ドルで、介護労働者3級の2002年コミュニティ及び高齢社会とサービス（ACT）法定最低賃金（Community and Aged Care Services (ACT) Award, 2002）（AW817098）をもとに、休暇手当と時間外の調整を加えている。認知症以外の理由でナーシングホームに入所する人が多いことを考慮し、軽度認知症のほとんど（有病率全体の23%）、中度認知症の約半分（全体の22%）、重度認知症の4分の1（全体の7.5%）が家庭内で暮らすと仮定。

<介護者手当での状況>

**Table 16: Value of Carer Payment and Carer Allowance for people with dementia, 2002**

	Value of transfer payment	No. of people with dementia at home		Value of payments, \$m
		Before means test	After means test and wastage ie, receiving payment	
Mild	\$2,222	36,517	19,209	42.7
Moderate	\$11,186	35,705	18,782	210.1
Severe	\$11,186	12,172	6,403	71.6
<b>Total</b>		<b>84,394</b>	<b>44,394</b>	<b>324.4</b>

Source: Access Economics estimates.

<間接財務コストの将来予測>

<介護者手当での状況>

間接財務コストであるコミュニティケア支出はさらに急激に増加する見込みのほか、介護のために女性の労働力参加が縮小に向かい税収入減少等のコストに反映する可能性もある。

一方、新治療が可能になり、医薬品への支出が増加した場合、その他の医療費だけでなく、間接コストにも相殺効果が期待できる。

(5) その他コスト

この他に、年金受給者（認知症患者を含む）に対して、種々の割引（処方薬や交通運賃、地方税、電気料金、自動車登録など）や民間住宅の家賃を支払う人に対する家賃補助等の支出がある。

フリッシュ（2001年）はオーストラリアにおける補助具、機器、リフォームのコストについて詳細な調査を行い、1人当たり平均738.40豪ドル（51,688円）という数字を出している。

<割引等福祉コストの内訳>

**Table 17: Cost of welfare payments**

	weekly payment	receiving benefit	total cost \$m
DSP (weighted)	\$ 196.95	4,653	47.7
Rent Allowance (weighted)	\$ 48.83	1,396	3.6
Pharmaceutical Allowance	\$ 2.90	4,653	0.7
<b>Total</b>			<b>52.0</b>

Source: Access Economics estimates utilising Centrelink rates of 20-Sept 2002.

<その他補助コストの内訳>

**Table 18: Costs of aids, equipment and modifications, 2002**

	Mean cost per person (\$)	Annual cost all dementia (\$m)
Housing modifications	\$265.20	\$43.0
Aids and appliances	\$174.20	\$28.3
Consumables	\$299.00	\$48.5
<b>Total</b>	<b>\$738.40</b>	<b>\$119.8</b>

Source: Access Economics based on Physical Disability Council of DC Australia (Frisch, 2001) data.

※ 本レポート記載時 1豪ドル≒70円

## 5. 若年性認知症患者向け取組み

2006年現在、推定で65歳以上の高齢者の6.5%、85歳以上の22%、合計で18.1万人の認知症患者が存在し、また、64歳以下の「若年性認知症」に罹患している人達が8,800人もいるとみられている。

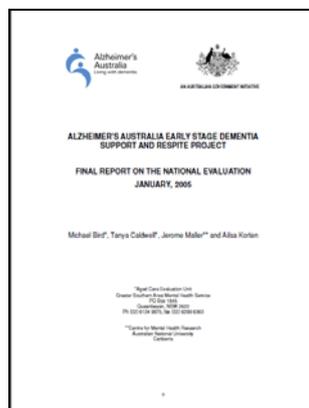
### (1) オーストラリア政府が考える若年性認知症患者向けサービスに対する課題

- 少数派であり、認知症患者の大半は65歳以上の高齢者。特に地方の場合、若年性認知症患者向けサービス等が不足しているほか、全体として、人数がすくないことで発生するサービスの不足感は否めない。
- 年齢制限等（高齢者を対象とする）から本人並びに家族がサービスを利用できないこともある
- 若年性認知症患者については、扶養家族がいたり、収入の問題、ローン返済を抱えているケースもあり、金銭的に苦境に陥っていることが多い。
- レスパイトサービスに対しては、隔離されたような気分になるほか、レスパイトサービスを利用している他の高齢者と相容れないことから、使いたがらない。
- ショックや悲しみからうつ病になることも多い。
- ピック病等、認知症の中でもレアな原因による発症が多く、症状の出方もアルツハイマーと異なり、施設等での対応も困難なケースがある。

### (2) 若年性認知症患者に対する取組み事例

○The Living with Memory Loss Program の取組み。

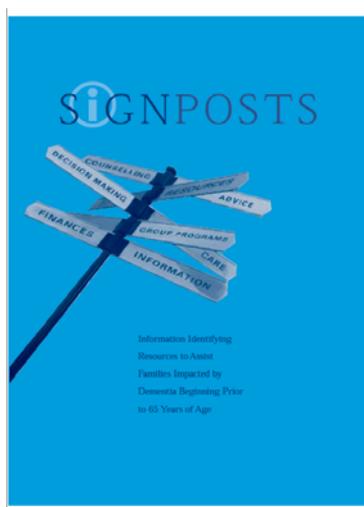
診断後のなるべく早い時期に若年性認知症患者とその家族を対象に6～8週間、1回2時間程度認知症患者とその介護者／支援者がそれぞれ別々に集まる時もあれば、一堂に会する形式で行う。そこで、症状や診断後の対応、利用可能だが複雑なサービスに対処する方法、薬物および治療選択肢、ストレスの対処法、セルフケアの重要性、他者とのコミュニケーションスキル、行動の変化に対応する戦略、法的・金銭的な問題への対処に関する情報提供等が行われる。グループでは介護者／支援者と認知症患者に、自身の経験を同様の状況に置かれている他者や理解のあるスタッフと共有する機会を提供する。2005年に同プログラムの効果検証が行われたが、患者及び家族共に満足度が非常に高く、うつ病等精神的なストレス軽減に効果を発揮している。特に認知症患者については、「行動」が減少し、介護者／支援者が「行動」についてより深く理解、受容したこと、彼らが「行動」に対処するより良い方法を学んでいたこと等の理由によって、ストレスが軽減された模様。更に、グループ開始時に臨床レベルでのうつ症状が報告された認知症のある参加者について、グループ参加に伴い、抗うつ剤とコリンエステラーゼの使用増加につながり、うつ症状の改善に結びついたという分析結果も見られた。



アルツハイマーオーストラリア  
認知症初期患者に対するサポートとレスパイトケ  
アプロジェクトに関する報告書  
（プロジェクトに対する国家評価の最終報告書）

\* 翻訳文書有り

- ACT（首都特別地域）での Mobile Respite Response Team の開発  
Alzheimer's Australia ACT により開発され、家でのレスパイトケアを提供したり、認知症に関連する教育、行動管理プラン提案等を行っている（週末等数日のケースも）。レスパイトケアを施設で行いたくないという若年性認知症患者並びにその家族の要望に応えるもの。
- The Sundowner Club（夕暮れクラブ）のプログラム開発  
The Aged Care Innovative Pool Dementia Pilot Program の中で提唱され実行されたプログラム。これは、夕方になると徘徊する患者をバス等で自宅に迎えにいき、デイサービスのような施設で夕食とその後の社交の場を提供し、8時ごろ自宅に送るというサービス。これにより、働いている家族も帰宅後夕食時に落ち着いて夕食をとることが可能になるというもの。
- 若年性認知症患者に対する経済支援の整備  
退職年齢以下の認知症患者に対して、障害年金（Disability Support Pension）（DSP）、あるいは、疾病手当（Sickness Allowance）の受給条件を整備している。  
（DSP はオーストラリアで、身体、知能、精神の障害によって労働できない 16 歳以上の人や、恒久的に失明した人に、所得をサポートする主要な制度。疾病手当は、医学的状況のために一時的に労働（勉強）ができない雇用者に、援助を与える制度）
- 若年性認知症患者向け支援体制の整備  
若年性認知症患者向け専用の冊子を作成し、少しでも病気や将来への不安を払拭できるよう、症状への対応方法、各種相談窓口のリスト等をわかりやすくまとめて提供している。



\* 翻訳文書有り

### （3） 各種相談窓口の状況（高齢認知症患者向け相談窓口と基本は共通）

#### □アルツハイマーズ・オーストラリア

専用図書館で、多種類の雑誌、ビデオ、本、記事を提供

介護者に認知症介護の多くの情報を記載したヘルプシートを無料で配布

認知症ヘルプラインをフリーダイヤルで提供

（職業訓練を受けたボランティアのカウンセラーが認知症についての情報を提供し、認知症の問題や将来への影響について相談を受ける。相談者には、近くの認知症地域アドバイザー、支援グループ、地域サービスと連絡を取れるように手配）

介護者（家族）の支援を目的とした無料のセミナーと討論会を実施

#### □専門科によるカウンセリング

専門のカウンセラーにより、安全で専門的かつ信頼できる環境を提供。その時々ニーズによって、カウンセリングは電話（ライフライン 24 時間カウンセリング、メンタルヘルス情報と紹介サービス(フリーダイヤル)）または面談での対応が可能

#### □認知症地域アドバイザー

認知症地域アドバイザーは情報、カウンセリング、アドバイスを提供

#### □支援グループ

介護者は、通常月に一度、地域の便利な場所で数時間の会合に出席して、情報の共有、相互の支援提供、問題解決への取り組み、友情を得ることが可能。支援グループはメンバーに認知症にまつわる話や経験を共有する機会を提供し、介護者が適切な決定を下し、自分自身のケアを行うことを促す。団体のリーダーはほとんどが医療専門家ですが、家庭の介護者や地域のボランティアもいる

#### □国立認知症行動相談サービス (National Dementia Behaviour Advisory Service)

認知症患者の行動について関心のあるレスパイトケアのスタッフと、介護者のための電話の相談サービス。介護者とレスパイトケアのスタッフは、週 7 日 24 時間、内密に幅広くアドバイスを受けることが可能

#### □ファイナンシャル・プランニング協会 (Financial Planning Association; FPA)

ファイナンシャル・プランニングの情報と支援を行う。オーストラリア証券投資委員会、センターリンク (Centerlink) なども支援を提供

#### □介護者レスパイトセンター (RESPITE CARE CENTERS)

レスパイトサービスについての情報、レスパイトの計画のサポート、危機的状況や緊急事態の際の時間外レスパイト、老人ホームやホテルでのレスパイトへのアクセス、話を聞いてくれる人、必要なときのレスパイト費用の援助、支援続行のための他のサービスの紹介等を行う

#### □介護者協会 (CARERS ASSOCIATIONS)

介護者のニーズと問題を、政府職員、医療専門家、サービス提供者などを含む地域社会全体に向けて情報を発信。各介護者協会は独自に運営をしており、さまざまなサービスと支援を提供

#### □ケアリンクセンター

地域で利用可能なサービスについての情報と連絡方法を提供。家事支援、個人的ケア・介護、食事サービス、家屋のリフォームとメンテナンス、移動、障害サービス、レスパイトケア、デイケアセンターとセラピーセンター、排泄のサポート、支援グループ、地域高齢者介護の総合的政策、足病学や理学療法、その他の広範な医療サービス、認知症に特化したサービス等の情報を提供

#### □高齢者介護評価チーム (AGED CARE ASSESSMENT TEAM; ACAT)

在宅介護サービスや、老人ホームやホステルのような介護施設へ入居するためのアドバイス、情報、評価を提供する。通常、病院、高齢者医療センター、コミュニティセンターに拠点を置く。ACAT のスタッフは認知症患者と患者の自宅あるいは病院で面会を行う。ACAT には医師、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士など

がおり、このスタッフのチームが若年性認知症患者をサポートする。高齢者介護評価チームへの連絡方法は担当医が最寄りの ACAT を紹介。。

□後見裁判所 (Guardianship Tribunal)

後見裁判所は、ライフスタイルや財務関係の決定を行う能力がない成人に対して非公式な取り決めが有効でない場合にサポートを行う。裁判所が認知症患者の代わりに行った決定事項に不服があった場合、あるいは患者の虐待、搾取、危険な状況からの保護を必要とする問題があった場合に行うことが可能。後見裁判所は後見人とファイナンシャル・マネジャーを任命し、医療等を承諾することが可能。

□公認後見人事務所 (Office of the Public Guardian)

後見裁判所とは別の組織。後見裁判所から任命された場合、本人に決定能力がなければ、公認後見人事務所は宿泊施設、医療や地域サービスについて決定不可能。ケース・マネジメントサービスあるいはそれに代わるサービスは提供せず

□保護管理官 (Protective Commissioner)

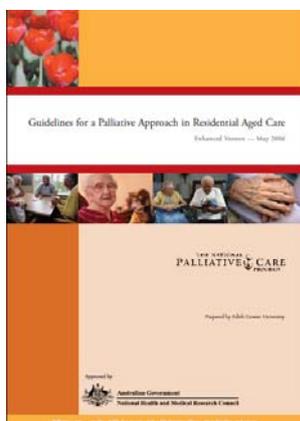
後見裁判所から任命された場合、保護管理官は資産および法律上の権利の保護を管理能力のない本人に代わり行う。保護管理官には、家屋の売買を進める、支払をするために現金を扱う、投資する、患者の生活の質を見守る、患者の個人的管理人を監督しサポートする権限がある。独自の資金により運営する団体で、サービス料金は発生

## 6. 緩和ケア (palliative care) について

緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対して行われる全体的な医療ケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の問題、精神的な問題等の解決が求められる。

オーストラリアではもともと高齢者ケアの基準と緩和ケアの基準が別個に存在していたが、高齢者介護施設で緩和アプローチを提供することに関連した特有の複雑な問題に対応するため、APRAC プロジェクトが設置され、医学的根拠に基づくナショナルガイドラインが設けられた。

従って、ナショナルガイドラインは、高齢者ケア施設 (RACF) で高齢者ケアチームのメンバーが身体的症状 (疲労、脱水症状等) の処置やスピリチュアル面のニーズから、家族の反応への対応まで、高齢者ケア施設の入所者に緩和アプローチを提供する際の、主要な側面すべてに対応している。



「施設における緩和  
ケアのガイドライン」

<ガイドライン部分  
の翻訳文書あり>

### (1) 緩和ケアのナショナルガイドライン

#### ガイドライン

#### 緩和アプローチ

#### 緩和アプローチをいつ実施すべきか？

- 1 医師の臨床予測など、生存期間を確認する方法は、正確さや精密度に限界があり、生存期間を長く見積もりがちである。したがって、こうした方法のみに頼って、緩和アプローチの開始時期を決めることは勧められない。高齢者ケアチームのメンバーは、このような生存期間を長く見積る傾向を認識して、入所者や家族に起こりうる苦痛を減少させる必要がある。
- 2 入所者に治療をみざす積極的ケアから緩和ケアに移行する際に、意思決定を容易にするため、高齢者ケアチームのメンバーが入所者とその家族に、移行に関する十分な情報を提供する必要があることに注意する。この情報提供によって、緩和ケアが適切であることに関して、入所者と家族の懸念を減らし、満足度を高めることができる。

#### 緩和ケアはどこで提供できるか？

- 3 適切な技量のあるケアを利用できれば、緩和ケアは入所者の馴染みのある環境で提供することができる。それにより、急性期ケア施設に転院する必要性が減り、入所者とその家族に起こりうる苦痛を避けることができる。

#### 緩和アプローチを提供できるのは誰か？

- 4 緩和ケアは、多くの専門分野にわたる効果的なチームによって提供するのが最善である。

#### 尊厳と生活の質

- 5 患者の尊厳の意識に影響する要因には、自分が管理しているという意識、愛する人々との関係の強化、意思疎通の能力、友人や家族を認識できること、排泄をコントロールできること、疼痛と症状の適切な管理、不要に死を長引かせないことがある。緩和ケアの実施により、高齢者ケアチームのメンバーはこれら要因に対処し、入所者の尊厳と生活の質を向上させる。

- 6 尊厳を維持するケアの提供は、入所者が希望のある展望を抱きやすくする。それにより、入所者に死を早めたいという欲求が弱まる。

### 事前ケア計画

- 7 入所者と家族、医師のあいだの意思疎通を含む事前ケア計画を組織的に実施することで、入所者とその家族に提供されるケアの満足度が高まる。
- 8 高齢者ケアチームと入所者、その家族のために、終末期ケアと事前のケア計画に関わる問題について、系統だった教育プログラムを用意することで、そうした計画を完成させ実施する割合が高まり、入所者とその家族の終末期ケアに対する満足度が高まる。
- 9 継続的な評価を含む総合的な事前ケア計画を作成することが、入所者の健康上の変化に対応し、入所者とその家族のケアに対する満足度を高める。

### 進行した認知症

- 10 認知症の進んだ入所者に対しては、継続的な評価と苦痛をもたらす症状への対処、病院への転院回避を組み込み、入所者の生活の質と尊厳を重視し高めるような緩和アプローチを実施することが、入所者だけでなく家族にとっても利益となる。
- 11 認知症の進んだ入所者にとって、馴染みのある環境に留まることが利益となる。それによってケア計画を継続させ、入所者の見当識と安心感が高まるためである。
- 12 認知症の進んだ入所者の評価に、認知症専用の疼痛評価ツールを使用することで、よりきめ細かい疼痛と不快感の症状軽減が可能になる。
- 13 認知症の進んだ入所者には、感染に対する積極的な医療処置は勧められない。症状を和らげ、生活の質を改善する短期間の抗生物質療法など、入所者の安楽を旨とする緩和アプローチが望ましい。
- 14 高齢者ケア施設で拘束を用いると、苦痛の増大や負傷のリスクなど、入所者にとってマイナスの結果に結びつく。拘束を最小限に抑えるための戦略や教育プログラムなど、拘束のないケアの方針を策定することで、入所者の苦痛や転倒に関連した負傷のリスクを減らせる。

### 身体的症状—評価と管理

#### 症状の評価

- 15 入所者のニーズと希望の包括的で継続的な評価に基づき、主要な症状の早期確認を含む処置計画を策定することによって、入所者のケアに対する目標や処置に関する個人的な好みに合わせて、効果的な症状管理を提供できる。
- 16 適切な疼痛の軽減と効果的な症状の管理を含む緩和アプローチを実施することで、提供されるケアに対して入所者とその家族の満足度が高まる。
- 17 症状の苦痛を定期的に評価する簡単な方法は、身体的、心理的苦痛の強さについて入所者本人の判断を訊ねることである。定期的な評価によって症状管理の効果が上がり、入所者の生活の質が向上する。

#### 疼痛管理

- 18 入所者の疼痛を総合的に評価し、医学的根拠に基づく鎮痛処置を決定することで、疼痛管理が強化され、それにより入所者の生活の質が改善される。
- 19 疼痛を言葉で表現できない入所者については、行動の手がかりを利用して、熟練者による観察に基づく正確な報告を行うことが、疼痛の判断にとくに重要である。適切な評価ツールを利用することで、入所者に「痛みがありますか？」と質問するよりも、疼痛が診断される場合が多くなる。

#### 疲労

- 20 疲労は、死が近付いたとき、もっともよく報告される身体的問題である。そのため、疲労を示す、あるいはもたらす要因（抑うつ、不安、疼痛、日常生活の中間的活動の減少、投薬回数等）について慎重な評価が必要となる。

### 栄養及び水分補給

#### 栄養

- 21 栄養面の十分なケアには、体重減少を早めに見つけ、原因の可能性（薬品の副作用、口内の健康状態の悪化、抑うつ等）を確認し管理するなど、各人に合わせたアプローチが必要である。このような入所者の栄養面の必要を評価し管理することに、注意深く取り組むことで、生活の質が改善される。
- 22 入所者に少量でも経口で食物や水分を与える方が、より侵襲的な経腸栄養（鼻腔胃やPEG等）を利用するより望ましい。しかし、経口栄養の方法を決めるには、嚥下の評価が欠かせない。
- 23 食事を補助する高齢者ケアチームのメンバーは、入所者の目の高さになるように座り、時間をかけて入所者と関係を築き上げ、維持することで、入所者をリラックスさせるのに役立つ雰囲気を作り出すべきである。食事に関するこのようなアプローチは、入所者の栄養摂取を向上させ、社会的な満足感を高める。

#### 水分補給

- 24 入所者と家族の処置に対する好みも含めて、各入所者の環境を継続的に評価した上で、輸液療法に関する助言を行うことで、提供されるケアに対する入所者と家族の満足度が高まる。
- 25 経口で水分を摂取できる入所者の場合、色鮮やかな飲料カートや言葉による奨励、入所者の好みに合わせるなどの取組みを含め、定期的に液体を提示することで、経口の水分摂取量が増える。

26 頻繁に少量の液体をすすすることで、脱水症状に伴う口の渇きや口内の不快感を軽減できる。

### カヘキシー

27 カヘキシーの正確な診断には、入所者の臨床歴、大幅な体重減少の存在、臨床検査、理学的検査を検討することが必要である。

28 経口で十分なカロリーを摂取できず、大幅な体重減少が見られる入所者について、適切な代替手段として、単独型栄養剤の試用やリキッドミールへの変更が考えられる。

### 嚥下障害

29 多くの専門分野が関与する管理プログラムを用意し、言語療法士の意見も取り入れるようにすることが、嚥下障害に関わる問題の早期確認と適切な管理、予防を推進するために有益である。

30 入所者の吸引のリスクを減らすために、摂食方法や口当たり、濃度、食品や液体の種類を含め、言語療法士または医師の推奨する安全な摂食技術を、処方されたとおりに実行すべきである。

### 口腔ケア

31 口腔の衛生管理と定期的な評価、義歯の洗浄、経口の水分補給によって、口腔のトラブルを減らすことができる。

32 口腔の健康状態の評価で、質問に答えられる入所者には、「歯と歯茎の健康状態はいかがですか？ すばらしい、たいへん良い、良い、まあまあ、良くない、のうち、どれが当てはまりますか？」という質問をすることで、より正確に、より詳しい評価や歯科治療を必要とする入所者を確認することができる。

33 水で口をすすぎ、やわらかい歯ブラシと歯磨きで歯を磨くことは、費用効率の高い効果的な口腔洗浄の習慣であり、入所者の口腔粘膜炎（口腔内潰瘍）のリスクが低下する。

### 皮膚の健全維持

34 通常より高規格のフォーム・マットレスを使用することで、褥瘡の発生を減らすことができる。

35 褥瘡を発症するリスクが低から中の人々で、オーストラリアン・メディカル・シーブスキンの利用が、褥瘡の発生を減らすのに効果がある。

### 便通のケア

36 入所者の排便習慣や処置の好みを含む情報の取得、補完的な便通ケア方法（軽い運動、腹部マッサージ、ホットバック等）の認識、記録手続の改善によって、便通の管理と入所者の満足感が改善される。

37 入所者に使用するもっとも適切な緩下剤について医師と看護スタッフのあいだで話し合いをもつことで、便通のケアに関する管理上の決定が改善される。

38 膨張性緩下剤と座薬を組み合わせ使用した場合に、便失禁の比率が最も低い傾向が見られる。排便後に座薬を使用することで、便秘の反復を防止できる。

39 緩下剤を使用する場合は、脱水症状や電解質低下を防ぐために適切な補正手段を講じるべきである。

### 呼吸困難

40 適切な薬品を利用する準備や、心理的苦痛を軽減するための薬物以外の介入まで含めた包括的なケア計画により、入所者の呼吸困難が徐々に悪化して、避けられるはずの病院への転院を防止できる可能性がある。

41 理学的検査と、既往症や悪化要因など、症状の重症度に影響する可能性がある要因を含めた完全な病歴は、呼吸困難の診断を性格に判定するために必要な情報を提供してくれる。

42 心理社会面の支援に基づく薬物以外の介入や、呼吸のコントロール、対処するための戦略を学習することは、入所者が呼吸困難に対処するために役立ち、身体的、感情的苦痛を軽減する。

43 呼吸困難の見られる者に、徐放性の低用量経口モルヒネを経口または非経口的に投与することで、症状の重症度を緩和し、睡眠の質を改善することができる。

### 補完的療法

44 一般に、緩和アプローチで使用する鎮痛剤に耐えられない、あるいは拒否している者には、適切な補完的療法が役に立つ。こうした療法は、文化的に特殊な嗜好にも合いやすく、入所者に自分が管理しているという感覚を高める。

45 鍼やリラクゼーション、心象、催眠術は、難治性疼痛を軽減して生活の質を改善する可能性があり、従来の鎮痛剤による療法に組み合わせることで症状管理に役立つ。

46 鍼、指圧、再呼吸法訓練や再呼吸法訓練に対応戦略を組み合わせたものによる筋弛緩を利用することで、呼吸困難を軽減し、機能（歩行能力）を改善する可能性がある。

47 認知症の進行した入居者にアロマセラピーのマッサージを利用することで、動揺した行動の発生や不安のレベルが低下し、生活の質を改善する可能性がある。

48 精油を使ったマッサージは、緩和ケアを受けている人々の不安のレベルを低下させ、生活の質を改善するために役立つ。

49 軽度から中程度の認知症、または高齢に伴う記憶障害のある高齢者に、イチョウを使用することは、有益な効果が認められていないため、勧められない。

### 心理的支援

#### 抑うつ

50 「高齢者抑うつ評価尺度」(Geriatric Depression Scale)を利用して入所者の抑うつ症状をスクリーニン

	グすることで、投薬や適切な医療提供者への紹介によりこの症状を治療する割合を高めることができる。
51	自殺の試みや死を早めて欲しいという欲求は、臨床的抑うつ徴候であることが多い。抑うつや希望のなさ、社会的支援に取り組む積極的対応で、入所者の満足度を改善し、死を早めたいという願望を緩和する。
<b>不安</b>	
52	穏やかなマッサージは、慢性的疼痛や認知症のある入所者に対して、不安のレベルを低下させ、興奮行動を減らすことができる。
<b>せん妄</b>	
53	高齢者のせん妄をすばやく的確に発見するために、症状の持続（不注意、見当識障害、記憶障害等）も考慮して、せん妄症状の詳細な評価が必要である。それにより、入所者の治療や紹介の機会を増やすことができる。
<b>認知症</b>	
54	多くの入所者は、認知症の重大な症状が見られる場合でも、自分の生活の質について質問に答えることができる。したがって、その場合でも生活の質に関する入所者の嗜好を調べ、意思決定に取り入れて、自分が受けるケアに対する満足度を高めるべきである。
<b>心理的苦痛</b>	
55	アセスメントやうつ病患者のケア、騒ぎ立て、脱力、怒り等に専門知識を有す専門の緩和チームを取り入れることは、緩和アプローチを必要とする入所者のために役立つ
<b>家族の支援</b>	
56	症状的苦痛に対する支援に家族を加え、入所者の身の回りのケアについて話し合い、補助することで、高齢者ケアチームのメンバーと家族の関係を改善することができる。
57	入所者の健康悪化や死は家族の身体や感情の健康に影響する可能性がある。したがって、家族の抑うつや健康上の問題について、高齢者ケアチームが非公式に観察し、必要なら、介護ストレスの影響を埋め合わせる支援を行うべきである。
58	家族は、高齢者ケアチームとの十分なコミュニケーションや、提供した情報に価値があるという肯定、介護環境から時折離れる許可を求めている。こうしたニーズが満たされたとき、家族のケアに対して満足度がいっそう高まる。
59	家族会議は家族それぞれに感情面のサポートをもたらし、入所者の病気や老化のプロセスについて問題を話し合う機会となる。そのような話し合いは、家族にとって有益であり、最終的には入所者の生活の質を高めることにつながる。
<b>社会的支援、親密性、性的感情</b>	
<b>社会的支援</b>	
60	社会的支援の欠如は、心理的な満足度の低下や抑うつ、機能的健康の減退につながることもある。したがって、入所者にとってもっとも重要な交際についての、入所者の認識や評価、解釈を含めて、社会的ネットワーク全般にわたる評価が必要である。それにより、入所者の状態を阻止／改善する目的で、適切な介入を行うことができる。
<b>親密さ</b>	
61	高齢者ケアチームによる快適な触れあい（マッサージ、手を握る等）を利用することで、入所者の満足感や自尊心を高めることができる。
<b>性的感情</b>	
62	高齢者ケアチームが、入所者の親密さや性的感情のニーズの重要性について、継続的教育を受け、そうした情報を思慮深く同僚と交換することで、よりホリスティックなケアを提供でき、それにより、入所者の満足感が高まる。
<b>アボリジニ及びトレス海峡諸島民の問題</b>	
63	アボリジニ及びトレス海峡諸島民の入所者に対し、文化的に適切で満足のゆくケアを提供するために、彼らの病気や治療、安楽、ケアの習慣、ケアの場所、死と死ぬことに関する信念を考慮し、オーストラリア先住民の個別のニーズを尊重した対応が必要である。
64	アボリジニの保健労働者や連絡員、その他のオーストラリア先住民の保健医療従事者、コミュニティ団体は、地域の文化的価値観やこの状況について重要な情報を持っており、手順書の策定やオーストラリア先住民の入所者に対応する場合は、最善のケアを提供するために、関与を求めるべきである。
65	時間が経つとニーズも変化するため、オーストラリア先住民の入所者のニーズを定期的に見直すことが必要である。入所者の本来の言語で意思疎通することで、ニーズに対する理解や対応が改善される。
<b>文化の問題</b>	
66	多様な文化集団に属する入所者のケアに対する嗜好をより深く理解するために、高齢者ケアチームに文化の多様性に関する教育を行うことを推奨する。そうした嗜好に配慮する取り組みは、個人に合わせたケアを推進し、入所者と家族に満足感を与えるのに役立つ。
67	文化や言語の多様な背景を持つ入所者に対して、可能なら本来の言語で、緩和アプローチに関する情報を提供する。それにより、入所者と家族に対する文化的な配慮が高まり、適切で十分なケアが可能になる。

## スピリチュアル面の支援

- 68 多くの専門分野が参加する高齢者ケアチームが、入所者のスピリチュアル面のニーズに関する疑問に、判断を控えたオープンな姿勢で対応し、スピリチュアルな問題に関して経験と知識を持つ聖職者／パストラル・ケアワーカーが参加することで、入所者にスピリチュアル面で適切な支援を提供できる見込みが高まり、それが入所者の生活の質を向上させる。
- 69 緩和アプローチでは、入所者と家族が独自のやり方でスピリチュアリティを表現することを支援する。プライバシーを尊重し、自分たちのスピリチュアルな習慣を続ける機会を提供することは、スピリチュアル面のカウンセリングと合わせて、入所者のスピリチュアル面のケアと生活の質を向上させる。
- 70 入所者の全般にわたる経歴を知ること、現在の習慣と望ましいと考える習慣、姿勢、経験、信念を理解することが、定期的な見直しと合わせて、入所者のスピリチュアル面のニーズを満たすのに役立つ。

## ボランティアによる支援

- 71 多くの専門分野が参加するチームに訓練を受けたボランティアを組み入れることで、入所者に対する緩和アプローチの提供を強化できる。
- 72 ボランティアに対して訓練を受けたコーディネーターが継続的に支援と教育を行うことが、緩和ケアを提供する多分野チームの一員としてボランティアの有効性を高める。
- 73 適切に審査し、担当を決めたボランティアが、コンパニオンや信頼できる友人の役を果たすことができ、入所者や家族がサポートされていると感じるのに役立つ。

## 終末期ケア

- 74 投薬や体位の工夫など、医療と看護の介入に加え、入所者に話しかける、一緒に過ごす、あるいはそばにいたるなど、死に向かう入所者のために、積極的に「あらゆることをする」ことが、家族が死のプロセスに対処するために役立つ。
- 75 十分計画を立て、一般開業医やその他の高齢者ケアチームのメンバーが参加して、内輪で家族会議を開くことは、信頼感を築き、終末期に問題となることについて話し合う機会となり、提供されるケアに対する家族の満足度を高める。

## 死別に対する支援

- 76 高齢者ケアチームのメンバーは、意味のある関係を築いた入所者の死によって、喪失感を体験する可能性がある。そのため、死に対する不安のレベルや複雑性悲嘆のリスクを軽減するため、表立って喪失感を認める機会や、適切な死別に対する支援を利用できることが必要となる。多くの死を経験してきた高齢者ケアチームのメンバーも、こうした支援サービスを利用できる必要がある。
- 77 葬祭は、悲しみのプロセスを和らげ、死に対する不安のレベルや複雑性悲嘆のリスクを軽減するため、入所者たちや家族、高齢者ケアチーム、ボランティアの死別に対する支援に役立つ儀式である。
- 78 家族が利用できる社会的支援のレベルが高いほど、家族の死別に対処する力が大きくなる。ただし、この回復を強めるのは、支援の量よりも質である。

## 緩和アプローチの実施における管理の役割

- 79 高齢者ケア施設において、適切な人材の配置を通じて、緩和アプローチの導入と継続を支援する正式な管理システムを導入し、入所者と家族の満足度を高め、ケアの質を高める。

### (2) 在宅緩和ケア

オーストラリアの緩和ケアサービスシステムは、普及した在宅緩和ケアサービス、それをバックアップするサービスとしての入院緩和ケアサービス、そして急性期ケアと緩和ケアをつなぐ急性期病院における緩和ケアコンサルタントチームの存在があげられる。緩和ケアサービスシステムのモデルとしてケアの三角形に特徴がある。各地域で、この三者のサービスの連携を強化し、緩和ケア患者がどこにいても継続した、切れ目の無いサービスを受けられることを目指している。

### (3) 具体的な緩和ケアの利用

緩和ケアサポートが必要な入院患者がいる場合（末期でなくても、症状のコントロール・精神的社会的サポートが必要な場合も含む）、急性期病院の緩和ケアコンサルタントチームが介入し、サポートとこれからのケアオプションについて情報を提供する。患者は症状コントロールが必要であれば緩和ケアユニットに入院、症状が安定していれば、自宅で在宅緩和ケアサービスを受ける。

自宅で症状コントロールが困難になれば、緩和ケアユニットに入院、痛みのコントロールのために放射線療法が必要になれば、急性期病院に一時入院する。又、在宅ケアで家族が疲弊した場合には、Respite Care Service で患者に1-2週間入院してもらう。

末期になり、何らかの理由で在宅で死を迎えたくない、あるいはできないと言う場合も、ターミナルケアのため緩和ケアユニットに入院になる。

患者はその時々々のニーズに応じて、ケアの三角形の間を移動する。緩和ケアコンサルタントの医師は、急性期病院、コミュニティ、緩和ケアユニットを分担し、定期的なミーティングで情報の交換をし、在宅で誰に問題があるとか、急性期病院で緩和ケアに移すべき患者とか、緩和ケアの患者については把握している。

#### (4) 認知症と緩和ケア

認知症患者に対する緩和ケアのあり方として、アルツハイマーオーストラリアは、そのポイントについて議論を提起している。

##### <緩和ケアの計画作成>

認知症患者と家族が処置や管理に関する問題を事前に検討し、継続的効力を持つ委任状、医療委任状、事前指示書、継続的効力を持つ後見、リビング・ウィルなどを作成しておく。事前指示書 (AD) は、将来自分が意思を表明できない場合に備えて、意思能力を持つ者が、自分の将来の医療に関する意思を表明する文書。今後の重要な問題について、認知症の診断が確定した後なるべく早く話し合えれば、関係者すべてにとって満足のゆく結果が得られやすい。認知症患者の意思を文書化したもの、あるいは非公式に伝えられたと確定できるものが、家族と介護者、サービス提供者の全員に知らされていることを、家族が確認する機会を作ることが重要。

##### <ケアの環境>

認知症によって患者の脳に起きた損傷は、生命の終末に向かう変化を引き起こし、見当識障害と混乱に至る。認知症患者は馴染みのある環境でケアする方が望ましい。患者を急性期治療環境 (例えば病院) に移送するより、可能な限り、ケアを受けている場所に留める方がよい。

##### <症状の管理>

疼痛、栄養、人工栄養・水分補給 (ANH)、抗生物質、身の回りのケアの提供、侵襲的手技と拘束、身の回りを安楽にする手段、身体の衛生、口腔ケア、呼吸困難、スキンケア、便通の管理、身体動作等を、認知症患者に対する緩和ケアの視点からケア方法考える。

##### <スピリチュアリティに関するケア>

認知症患者とその家族、介護者のスピリチュアリティに関するニーズに対応し、必要に応じてそうした習慣を継続する機会を、自由に求められるようにすべき。スピリチュアリティに関するカウンセリングやサポートは、包括的な緩和ケアに欠かせず、死に直面する人にとって象徴的な意味をもたらす儀式や典礼を提供するにも役立つ。

##### <文化的問題>

病気の進行の過程を通じて、文化に関わる嗜好や問題を考慮することも大切。家族や介護者は、提案された医療やケアのアプローチの理由を理解する必要があり、サービス提供者には、文化的問題を理解するための支援が必要。家族や介護者が、文化的に馴染みがあり心が安らぐ信念や習慣に依存することが多い。



「認知症と緩和ケア」

<翻訳文書あり>

## 7 認知症患者を巡るその他の取組み

### (1) TCP-Transition Care Places

連邦政府と州政府が共同でファンド出資しているもので、病院退院後に、在宅ケアにスムーズに移行できるように、期限付き（最長だ12週間）で、ゴールを意識し、理学療法中心のケアを行う。在宅ケアへの移行率は、Transition Care を受けている場合のほうが、受けていない場合にくらべ、高くなっている。

<参考> 認知症におけるかかりつけ医の投薬内容

かかりつけ医（GP）による認知症患者に対する施術の内容は以下の通りで、抗認知症薬や抗精神病薬の投与が多くなっている。

#### <認知症患者への GP による投薬状況>

Table 7.5: Most commonly prescribed medications<sup>(a)</sup>, 2000-01 to 2003-04

Medication <sup>(b)</sup>	2000-01		2001-02		2003-04	
	Per 100 contacts with dementia (n=351)	Per cent of medications for dementia (n=110)	Per 100 contacts with dementia (n=490)	Per cent of medications for dementia (n=155)	Per 100 contacts with dementia (n=511)	Per cent of medications for dementia (n=160)
抗認知症薬投与	5.7	18.2	11.0	34.8	10.8	35.0
解熱剤	12.0	38.2	9.2	29.0	7.9	25.6
精神安定剤	2.3	7.3	3.1	9.7	1.5	5.0
抗うつ剤	2.0	6.4	1.2	3.9	2.7	8.8
鎮静剤、催眠薬	1.4	4.5	1.2	3.9	0.8	2.5
その他鎮痛剤	0.6	1.8	1.0	3.2	1.5	5.0
その他投薬	7.4	23.6	4.9	15.5	5.6	18.1

(a) This is number of prescriptions written and does not count repeats authorised as part of that prescription.

(b) Medications are classified by Anatomical Therapeutic Chemical group.

Sources: AIHW analysis of BEACH data; WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology 1998.