

学術フォーラム 認知症---予防と共生に向けて学術 の取り組み

2020年2月14日

「認知症・・・学術会議は何ができるか、
学術会議に何を望むか」

井伊雅子

(日本学術会議第一部会員
一橋大学 国際・公共政策大学院)

1

第1回の委員会で、 寶金委員長から紹介

スコットランドでは、2009年に超党派国会議員グループが「認知症の本人とケアラーのための権利憲章」を制定し、社会全体で認知症の人や家族の権利が尊重されている

2011年：当事者の意見を取り入れた

認知症ケア基準を策定、これをアウトカム指標とする国家施策を始動

2

Standards of Care for Dementia in Scotland

Action to support the change programme,
Scotland's National Dementia Strategy

June 2011



3

Treating Anna as an unique individual

Anna was admitted to a care home for a period of respite care as her husband was unwell.

Anna was diagnosed with dementia about five years ago. Anna is Polish and came to live in Scotland with her husband after the Second World War.

Her husband, Alexander, was worried about how she would settle into the care home; her use of English was reducing and she was resorting back to

The social worker spoke to Alexander and asked him to write down some common Polish phrases and words that Anna would understand. The social worker gave these to the care home manager who copied them and gave them to the care home staff.

The care home manager spent a lot of

The admission went well and Anna went home two weeks later to her husband who had enjoyed a good rest and took up the offer of regular respite admission to the care home.

Mr Smith's Diagnosis

Mr Smith had noticed for a few months that he was forgetting things more than usual.

His GP carried out a full physical, cognitive and mental health assessment, but on this occasion was not sure of the diagnosis so referred Mr Smith to the local specialist.

Initially neither Mr Smith nor his wife wanted to think about making plans for the future as they did not feel ready to take this step. After meeting people at the support group they

Following this discussion Mr Smith spoke with their solicitor and made the necessary arrangements. Two years later Mr Smith

4

認知症ケア基準のキーワード

- プライマリ・ケアの専門医 (GP)
- 多職種連携
- Person centred care

5

フリーアクセス(例:日本)



ゲートキーピング(例:英国)



保健や医療に関する情報の入手方法

Table 6.3: Percentage of Participants Reporting That They Use Specific Sources of Health Information Sometime

Source	Mean'	Germany	France	Austria	The Netherlands	Italy	United Kingdom	Spain
Family/friends	62	65	60	61	50	62	53	47
General practitioner	59	68	69	68	50	79 ^a	53	72
Pharmacist	54	56	62	59	54	70 ^a	49	66
Television	43	45	57 ^a	43	51	38	35	32
Popular magazines	26	36	39 ^a	33	33	20	22	21
Daily newspaper	25	29	38 ^a	38	30	19	25	24
Radio	23	20	36 ^a	34	28	12	22	21
Leaflets and pamphlets by health organizations	21	41 ^a	36	23	30	13	14	17
Reference books about health topics	20	20	23	23	27 ^a	15	25	15
Health insurance company	17	19	27	20	44	3	9	54 ^a
Internet (e.g., health portals)	15	17	21	17	42 ^a	11	26	16
Consumer counseling	6	3	8	4	20 ^a	4	3	9
Patient counseling	6	2	3	3	20 ^a	6	5	8
Self-help organizations	4	3	5	2	8 ^a	2	4	6

家族・友人
GP
薬剤師
テレビ

^aResponse alternatives were never, rarely, sometimes, frequently, and don't know.
'Mean across all nine countries was weighted by sample size.

英国の「家庭医」長所を日本にも

NTT東日本関東病院総合診療科医長 佐々江 龍一郎

大病院の混雑緩和や医療費抑制への期待から、「かかりつけ医」について関心が高まっている。参考となっているのは欧州、特に英国で定着する「家庭医」制度だ。私は英国の大学医学部を卒業し、家庭医療専門医の資格を取った。その後約10年間、家庭医の経験を積んだ。実は日本の開業医と英国の家庭医は似て非なるものだ。診療所では数人の家庭医がグループ診療し、1人当たり1500人程度の地域住民に責任を持つ。患者の費用負担は無料だが、まず自分の登録した診療所で診察を受けないと直接病院には行けない。不自由なようだが満足度は高い。コスト抑制と質の向上の両立という目的をおおむね達成している。理由がある。家庭医は特定の医

日本経済新聞
2020年1月23日

患や臓器ではなく、1人の患者を長く総合的に診るトレーニングを積む。患者の意をくむコミュニケーション技術も、診察時の記録映像などを使い指導を受ける。効果の乏しい検査はしないといった費用対効果の発想も身につける。看護師や薬剤師なども密に連携する。「いつもの薬」の処方や予防接種など、リスクの低い患者であれば医師との対面診療を必ずしも必要とはしない。メール相談やビデオ診療も活用し時間を効率的に使う。収入は出来高ではないので過剰医療・検査にはなりにくい。電子カルテの普及とデータ蓄積が進み、地域単位の医療課題も正確に把握・介入ができる。

診療所ごとの実績や安全性への評価、患者の満足度などのデータは第三者機関の手で調査、公開されている。住民は登録先選定の参考にしている。こうして診療所間の競争が生まれ、質が保たれる。診療まで長く待たされるとの批判も聞かせる。しかし実際は急を要する患者はすぐ診察し、病院にもただちに紹介する仕組みがある。急ぐ必要のない患者は時に数カ月待ちとなる。後者は不満を抱くが、医療資源の最適な配分のための適切なリスク評価に基づいたトリアージ（優先順位付け）こそ、家庭医の重要な役割だ。英国の医療が理想ではなく、さまざまな短所もある。しかし家庭医としての専門的な訓練や診療の質、実績の公開といった点は、日本でも採り入れていいのではない



OECD Reviews of Health Care Quality: JAPAN Raising Standards (2014) Assessment and Recommendations

日本の医療の質を改善するための提言

1. 医療の質の管理と提供の全般的に強化する
2. プライマリ・ケアの明確な専門分野を確立する
3. 病院部門における質の監視と改善を向上させる
4. 質の高い精神医療を確保するよう努力する

http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN_ExecutiveSummary.pdf

9

要 望

信頼に支えられた医療の実現
— 医療を崩壊させないために —



平成 20 年(2008 年)6 月 26 日

日 本 学 術 会 議

10

2008年 日本学術会議の要望

医療の仕組みをどう変えるのか (p.14~)

- (1) 実働医師の確保：統一された専門医制度の規格がなく「実働医師」の統計がない
- (2) 医師の連携体制の推進：プライマリケアを担当する医師の位置付け、「信頼性を保証する専門医制度の確立が非常に重要」
- (3) チーム医療の促進
- (4) 医療の質を保証できる体制：「本来、専門医制度の機能は、専門医の質を保証しつつ、必要な専門医の数を、分野ごと地域ごとに決定し、持続的に一定の臨床経験を持った専門医を要請するということにある。

11

「認知症・・・学術会議は何ができるか、 学術会議に何を望むか」

こうした提案が、10年以上経っても、実現していない深い理由を考え、実効性のある取り組みをするべき。

12