

# アジア太平洋地域における 認知症問題： 拡大の兆し

アクセス・エコノミックス社報告書概要

企画：国際アルツハイマー病学会  
アジア太平洋地域加盟協会

2006年9月21日



ACCESS  
ECONOMICS





## まえがき

アルツハイマー病学会（ADI）に加盟するアジア太平洋地域の 15 団体は 2005 年 5 月にシンガポールで会合を開き、認知症の流行とそれが公衆衛生制度に及ぼす脅威について、政府や国際組織、援助組織の注意を促す報告書を作成することに合意しました。弊社はその執行組織として、本プロジェクトを監修しています。

認知症は、本地域の何百万という人々および公衆衛生費に劇的な影響を及ぼしています。まだ治療法は確立されていませんが、認知症患者とその介護をする家族の生活を改善するために、できることはまだたくさんあります。

大切なのは認知症が保健問題の優先事項であると認識し、実施すべき施策を計画することです。ADI が採択した京都宣言では、どんな施策が必要であるかを決定する枠組みが提供されています。この施策は、各国の文化的、社会的、経済的背景を尊重し、それぞれの国のニーズに配慮したものでなければなりません。

また地域内協力の推進も重要です。認知症患者とその家族を対象とした効果的ヘルスケア事業の開発に関し、各国間で共有できる情報は数多くあります。優先課題として、こうしたサービス事業を計画する人々に向けた情報ベースを改善するような研究の実施が挙げられます。

啓蒙活動としての本報告書の内容と発表について合意に達したということは、本地域のアルツハイマー病団体にとって特筆すべき一歩です。本報告書が国内・国際レベルの政治家の役に立てることを、真摯に願っています。

最後に、本報告書の作成資金を提供してくださった Tsao 財団と ADI、及びプロ意識をもって報告書を作成してくれたアクセス・エコノミクス社に対し、感謝の意を表します。

豪州アルツハイマー協会  
全国事務長  
グレン・リース

シンガポール アルツハイマー協会  
会長  
アング・ペン・チャイ

韓国アルツハイマー協会  
会長  
李承熙





## 報告書概要

アルツハイマー病学会（ADI）に加盟するアジア太平洋地域の 15 団体は 2005 年 5 月にシンガポールで会合を開き、認知症の流行とそれが公衆衛生制度に及ぼす脅威について、政府や国際組織、援助組織の注意を促す報告書を作成することに合意しました。

本地域のすべてのアルツハイマー病団体は、啓蒙活動としての本報告書の内容とその発表について合意しています。

本報告書では以下の内容をカバーしています。

- アジア太平洋地域の認知症流行を様々な角度から検証
- 認知症と、その既知のリスク要素を説明
- 認知症に関する現在のデータと将来予測を考察
- 国別の認知症拡大・件数に関する推定・予測データを提供
- 認知症の経済的・社会的影響を考察
- 対費用効果の高い取り組みや既存の政策枠組みを解説
- 具体的施策を提案

アジア太平洋地域のデータが入手困難であったため、分析は先進諸国データを元に行っています。

本報告書は Tsao 財団と ADI の資金により作成されました。

## 事実データ

ADI 加盟アジア太平洋地域 15 団体の所在地は、オーストラリア、中華台北、香港特別行政区、インド、インドネシア、日本、マレーシア、ニュージーランド、パキスタン、フィリピン、シンガポール、韓国、スリランカ、タイです。

その他に、本調査分析には以下の国が含まれます：バングラデシュ、ブータン、ブルネイ・ダルサラーム、カンボジア、マカオ、朝鮮民主主義人民共和国、東チモール、ラオス、ミャンマー、ネパール、パプアニューギニー、ベトナム。

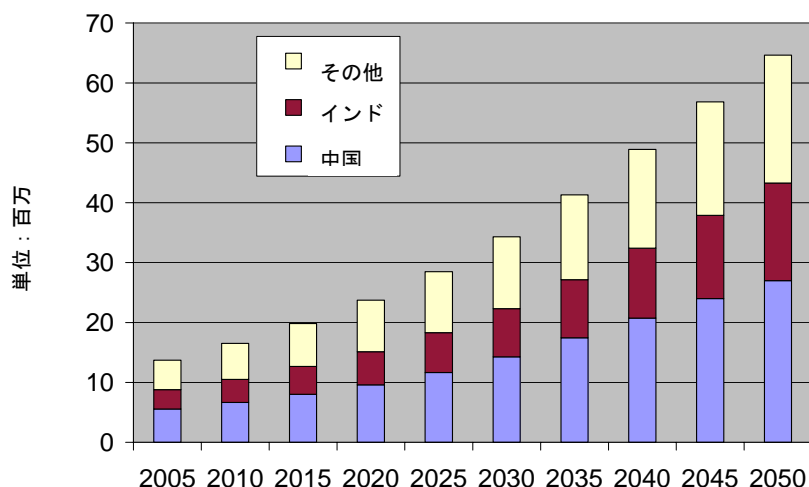
国連データによる当地域の 2005 年推定人口は 35 億 8 千万人、65 歳以上の高齢人口は 2 億 3890 万人、80 歳以上の人口は 3720 万人で、経済、言語、宗教の面で非常に多様な地域です。

認知症とは短期記憶やその他の思考（認知）能力、日常機能の喪失を特徴とする一群の病気を指し、代表的なものとしてアルツハイマー病や血管性認知症が挙げられます。

アジア太平洋地域における認知症患者数は、2005 年の 1370 万人から 2050 年には 6460 万人に増加すると推定されています。



認知症有病者数：中国、インドを含む地域内患者数合計（2005～2050年）



地域内の新規患者数は、2005年の年間430万件から2050年には年間1970万件に増加すると予測されています。

有病者数と罹患患者数統計：アジア太平洋地域のADI加盟国と非加盟国

単位：千人	2005		2020		2050	
	有病者数	罹患患者数	有病者数	罹患患者数	有病者数	罹患患者数
オーストラリア	195.4	60.2	301.3	91.1	664.1	199.7
中国（マカオ含む）	5,541.2	1,721.0	9,596.3	2,916.7	27,004.4	8,269.0
香港特別行政地区	59.7	18.5	109.2	32.6	332.0	99.6
インド	3,248.5	1,026.8	5,541.8	1,714.4	16,290.1	4,974.6
インドネシア	606.1	191.4	1,016.8	314.1	3,042.0	932.0
日本	1,871.2	570.2	3,251.3	983.4	4,873.1	1,417.7
マレーシア	63.0	20.1	126.8	39.0	453.9	138.8
ニュージーランド	38.2	11.8	54.6	16.6	117.6	35.5
パキスタン	330.1	107.3	566.6	179.3	1,916.2	584.3
フィリピン	169.8	54.8	316.3	99.2	1,158.9	353.9
シンガポール	22.0	6.8	52.6	15.7	186.9	56.7
韓国	246.3	75.5	542.2	164.3	1,569.9	475.4
スリランカ	86.0	26.9	148.0	45.1	409.0	125.0
中華台北	138.0	43.1	253.4	76.6	659.3	199.4
タイ	229.1	71.4	450.2	137.2	1,233.2	377.0
<b>ADI アジア太平洋地区計</b>	<b>12,844.3</b>	<b>4,005.9</b>	<b>22,327.6</b>	<b>6,825.2</b>	<b>59,910.6</b>	<b>18,238.7</b>
<b>非ADI アジア太平洋地区計</b>	<b>859.3</b>	<b>276.2</b>	<b>1,399.6</b>	<b>437.1</b>	<b>4,730.9</b>	<b>1,448.6</b>
<b>地区合計</b>	<b>13,703.6</b>	<b>4,282.1</b>	<b>23,727.1</b>	<b>7,262.3</b>	<b>64,641.5</b>	<b>19,687.3</b>

研究方法の相違により、研究結果は微妙に変わってきます。しかし高齢化に伴い認知症患者数は増加するため、認知症の流行が到来することは確実です。アジア太平洋地域において、60歳以上人口の総人口に対する比率は今日の10%から2050年には25%に増加し、80歳以上人口の比率も1%から5%に増加すると推定されています。



認知症患者数の増加意外にも、認知症の社会的・経済的影響を増大する要素があります。都市化、核家族化、独居老人の増加などです。このような人々に十分なケアを提供できるか否かは、公式・非公式ケアの組み合わせにかかっています。アジア太平洋地域の国の多くは、質の高いヘルスケア・サービスを認知症患者やその家族に提供できるだけの準備が整っていません。

認知症はアジア太平洋諸国の公衆衛生制度に壊滅的影響を及ぼす可能性を秘めています。これは高齢化のためだけでなく、認知症が慢性疾患のなかでも患者の能力低下の最も著しい病気であるためです。疾病負荷は、その病気の症状のために失われた健康的な生活年数によって評価され、「死亡負荷（早期死亡により失われた生存年数）」と「障害負荷（障害により失われた健康的な生活年数）」の合計で示されます。世界保健機構のデータでは以下のことがわかります。

- 神経精神病症状の障害負荷は、感染症と寄生生物症に続いて高い。
- 認知症の疾病負荷は、マラリア、破傷風、乳がん、麻薬乱用、戦争の疾病負荷より高い。
- 認知症の疾病負荷は、これからの25年で76%増加すると予測されている。

これがどのように公衆衛生費に影響を及ぼすかは、国ごとに、また提供されるケアの内容により異なりますが、有病者数が増加するにつれ、国民総生産に比例して増加します。費用削減の最も有効なのは、新規研究により予防措置を開発し、認知症発症の遅延・減少に努めることです。

ADI 加盟アジア太平洋地域 15 団体に Wimo 等（2006b）が推定した認知症関連費は604 億ドル（米ドル、2003 年時点）で、認知症ケア費地域合計の7割が、有病者の18%をかかえる先進諸国に集中しています。

## 大きな課題

世界保健機構とアジア太平洋地域各国政府は、大きな課題に直面しています。

- 認知症に関する認識不足と、認知症の存在を否定したり認知症を恥とったりするような文化的背景
- 認知症は加齢に伴う自然な症状であり病気の結果ではないとする思い込み
- 認知症ケアのニーズに不適切な人材・財政資源と、認知症ケア政策の不足
- 都市部で入院率が高い国と、施設不足の地域の混在
- 介護師への教育訓練不足と、介護を行う家族へのサポート不足

こうした課題に如何に立ち向かうかについて健全なアドバイスは豊富にありますが、そうしたアドバイスが現実には生かされなければ、アジア太平洋地域の認知症患者やその家族・介護者にとって悲劇を呼ぶこととなります。

まず、記憶や行動の微妙な変化から生じる初期の困難から、介護に大きく異存した機能不能状態に至る認知症の進行過程について、解明が進んでいます。この進行過程は



各個人で異なりますが、容赦なく個人の自律性を奪ってしまいます。必要とされるサービス対応は進行度合いにより、また個人のニーズにより異なってきます。

また「認知症患者のケアに最小限必要な施策」に基づく行動計画が、2004年に開催された第20回国際アルツハイマー病協会国際会議において発表されました（「京都宣言」、添付資料）。

さらに各種薬物療法の対費用効果や、早期発見、早期医療介入、家族介護者教育訓練・サポートの利点を立証するデータも出そろってきています。

### 提案事項

アジア太平洋地域には、既に世界人口の半分以上が集中しています。この地域における認知症患者数は、2050年までに少なくとも3倍にふくれあがります。

系統立てて計画された政府政策に民間・地域団体が協力することにより、認知症患者とその家族を対象とした質と対費用効果の高い施策を実施すれば、予測される有病者数増加の費用上での打撃を軽減することが可能です。

アジア太平洋地域の各国政府が以下の事項を認識してくれれば、認知症患者とその家族介護者への支援を惜しまないでしょう。

- 認知症は保健上の優先事項であること
- 対費用効果の高い施策が存在すること
- 政策枠組みや行動計画では、認知症患者やその家族の状況を改善する取り組みについて全部門をサポートしていること

2004年京都宣言では実践的改善方法や、各国政府・NGO等の行動計画枠組みについて提案を行っており、既に国内政策を発表した政府もあります。

### アジア太平洋地域各国の政府への提言

- 1 国内の人口統計、文化、ヘルスケア背景を鑑み、京都宣言の採択を検討すること。
- 2 以下のような独自の国内認知症戦略を開発すること。
  - 一般認識と認知症イメージの向上を通じ、変革の気風を起こす戦略
  - 政治家、臨床医、研究者、介護者、認知症患者を結ぶ効果的支持集団・共同体をつくりあげる戦略
  - 認知症患者とその家族介護者のニーズに敏感な一次医療・地域ケアサービスの開発を促進する戦略
  - 認知症リスクを提言する生活習慣に関する情報を提供する戦略
  - 若年性認知症患者や、BPSD（認知症の行動と心理症状）を呈している患者など特殊ニーズへの対応策を講じる戦略
- 3 認知症の原因究明、予防、質の高いケアに関する研究への投資を促進すること。



アジア太平洋地域における認知症問題：  
拡大の兆し

認知症は重要な問題であり、地域内政府間協力が望まれます。第一歩として例えば閣僚または政策決定者レベルの会合を開き、研究やサービス提供分野における共同課題や協働施策を設定することなどが考えられます。

アクセス・エコノミクス社

2006年9月21日







京都宣言：認知症患者のケアに最小限必要な施策

提言 10 項目	シナリオ A 資源レベル：低	シナリオ B 資源レベル：中	シナリオ C 資源レベル：高
1. 一次医療の提供	認知症ケアを一次医療の一部として捉え、全ヘルスケア従事者の訓練カリキュラムに認知症認識・治療を含める。一次医療を提供する医師に再訓練を提供する（少なくとも5年で50%に適用）。	各国の実情に沿った訓練資料を開発し、一次医療を提供する医師に再訓練を提供する（5年で100%に適用）。	一次医療における認知症管理の効果を改善し、患者紹介パターンを向上する。
2. 適切な治療の提供	認知症やそれに付帯する心理的・行動上の症状の治療薬の入手可能度を向上し、介護者を対象とする基本的教育訓練の開発・評価を行う。	あらゆるヘルスケア場面における必須薬が確実に入手できるようにし、介護者への効果的援助が行き渡るようにする。	公的・民間治療プログラムにおいて、新薬（コリンエステラーゼ抑制物質など）が簡単に入手できるようにする。
3. 地域ケアの提供	認知症患者の診断・治療は自宅で行うのが最良であるという原則を樹立し、一次・二次医療用の標準的ニーズ評価法を確立・推進する。多分野からの人材を投入した地域ケア・チーム、デイケア、短期入所施設の開発を行うパイロットプロジェクトに取り組む。認知症患者を不適切な入院施設から移す。	認知症ケアを一般ヘルスケアに統合するパイロットプロジェクトに取り組み、地域ケア施設を提供する（素早い診断・治療を目指し、多分野専門家による地域ケア・チーム、デイケア、短期入所施設、入院施設の少なくとも50%に適用）。個々のニーズに従い、スタッフ訓練・認定の規制枠組み制度を含む、入居型施設や老人施設の開発を推奨する。	新たな種類の入居型施設を開発し、地域ケア施設も提供する（100%適用）。認知症患者に地域内で個別ケアを提供する。
4. 一般認識の向上	一般的イメージや差別を払拭する運動を推進し、NGOの一般意識教育をサポートする。	認知症に関する意識向上の促進、前向きな態度の育成、認知症予防のサポートなどにメディアを利用する。	人々の早期受診、認識向上、認知症管理の適正化を目指したキャンペーンを実施する。
5. 地域、家族、消費者の参加	自助グループの組織をサポートし、NGOの取り組みに資金提供を行う。	地域、家族、消費者の代表を政策決定やサービスの開発実施に参加させる。	民間参加の取り組みを育成する。



6. 国の政策、計画、立法の整備	現代の知識や人権的考慮に基づき法改正を行い、認知症ケア計画・政策を作成する。 - 精神的機能が低下している人をサポート・保護する法的枠組み - 障害者手当制度対象に認知症患者を追加 - 補償手当制度対象に介護者を追加 高齢者向けヘルスケア・福祉ケア予算の設立	国レベル、地方自治体レベルで認知症ケア政策を実施する。 認知症ケア向けヘルスケア・福祉ケア予算を設立し、メンタルヘルス予算を増額する。	一次医療・二次医療や社会福祉制度・手当へのアクセスを公正化する。
7. 人材開発	一次医療従事者を育成し、高齢者精神医学分野の医師や看護婦を対象とした上級訓練制度を導入する。訓練・資源センターを開設する。	内科医、精神科医、看護婦、心理学者、ソーシャルワーカーを対象とした全国訓練センターのネットワークを作る。	専門医に高度治療技術の訓練を提供する。
8. 他部門との連携	地域、学校、職場を対象とした認知症意識向上プログラムを開始し、NGOの活動を推進する。	地域プログラムを強化する。	認知症初期患者に産業衛生サービスを提供し、認知症患者の介護者を対象に、職場に特別施設を提供する。他部門と共に、データに基づくメンタルヘルス推進に取り組む。
9. 地域衛生の監視	認知症を基本衛生情報システムに含め、ハイリスク人口群を調査する。	地域で生活する早期認知症患者をモニターする。	高度監視システムを開発し、予防施策の効果を監視する。
10. 研究サポート	地域内における認知症の広がり、経過、結果、影響に関し、一次医療の場で研究を行う。	認知症の地域管理の効果や対費用効果に関する研究を実施する。	認知症の原因に関する研究を広げ、サービス提供に関する研究を実施する。認知症予防に関するデータを検証する。