



認知症に対する公衆衛生上の対応に関するグローバル・ステータス・レポート概要
(日本語版)

オリジナルの英語版

Global status report on the public health response to dementia Executive summary
(Sep. 2, 2021, World Health Organization)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344707/9789240034624-eng.pdf>

第1章 はじめに

認知症は、世界的に要介護状態や障害の主要な原因となっています。認知度の低さや理解不足により、認知症の人に対するスティグマや差別が蔓延し、診断やケアを受けることができない場合があります。認知症に対する公衆衛生上の対応に関する「グローバルアクションプラン2017-2025」は、WHO加盟国が世界的に認知症に対応するための包括的な多部門による対応を展開することを正式に約束したものです。この計画は、WHOの「トリプル・ビリオン・ターゲット」と国連の「持続可能な開発目標(SDGs)」の達成に貢献するもので、認知症の人のためのタイムリーな診断、治療、(介護)ケア、リハビリテーションを改善し、人口全体で認知症のリスク軽減の取り組みを推進し、高齢者や特に認知症の人に過度の影響を与えているCOVID-19パンデミックなどの人道的危機や緊急事態の中で、認知症の人とその介護者のニーズを確実に満たすことを目的としています。

世界的な認知症アクションプランの実施が半分を過ぎ、認知症への公衆衛生対応に関する「世界状況の報告書」は、世界的な進捗状況を評価するために必要な情報を提供することを目的としています。本報告書では、2017年に認知症アクションプランが採択されて以来、加盟国、WHO、市民社会が推進してきた行動を把握し、特にCOVID-19パンデミックの観点から、その実施を阻む障壁を明らかにし、緊急かつ加速的な行動が必要な分野を強調しています。本報告書が、国際的・国内的な支援活動の強化や、世界的な健康課題における認知症の優先順位付けにつながることを期待されています。

本報告書の対象

本報告書は、国や州の政策立案者、医療分野の計画者、学者や研究者、認知症教育やサービス提供に関わる組織、そして認知症の人やその介護者、家族を対象に書かれています。

方法

本報告書は、2017年から2020年にかけて実施されたGlobal Dementia Observatory (GDO) データ収集の第1波に基づき、WHOのGlobal health estimates (2019年)、Global Burden of Disease (GBD) 研究 (2019年) のほか、ケーススタディや各国の事例などを補足しています。

GDOは、認知症の人やその介護者、家族のニーズに対応する国の能力を強化することができる35の主要な認知症指標に関する国のデータを集約しています。GDOのデータは、WHOの6つの地域の国々で段階的に収集されています。現在までに62の加盟国がGDOデータを提出しており、そのうち56%が高所得国、44%が低・中所得国となっています。GDOに参加している国を合わせると、世界人口の65.5%、60歳以上の

人口の76%を占めます。一部の加盟国の調査データに基づいて作成された報告書には確かに限界がありますが、これらの国が世界の人口、特に高齢者人口の中で大きな割合を占めているという事実は、ここで提示された結果に信頼性と確信を与えています。

各国のGDO指標の回答率は概ね満足のものでしたが、サービス／人材／医療インフラの定量的な利用可能性や、そのようなサービスを提供する／受ける人の数を反映した指標については回答率が低いという結果でした。認知症への備えと対応を改善するためには、質の高い標準化されたデータを収集し、大規模な対応や対象となる介入策の設計に反映させるために、各国を支援することが重要です。

第2章 認知症がもたらす世界的な負担

過去1世紀における医療の向上により、人々はより長く、より健康的な生活を送ることができるようになりました。その結果、世界の人口は高齢化しています。しかし、これにより、認知症を含む非感染性疾患の患者数も増加しています。本報告書では、GBD2019のデータをもとに、全原因の認知症の有病率を性別・年齢層別に推計し、認知症の有病率を更新しました。有病率は、男女ともに、年齢とともに徐々に増加し続けています。2019年には世界で5,520万人が認知症を有していると推定されています。WHOの西太平洋地域の認知症者数が最も多く(2,010万人)、次いで欧州地域(1,410万人)、米州地域(1,030万人)、東南アジア地域(650万人)、東地中海地域(230万人)、アフリカ地域(190万人)となっています。今後数十年間、年齢別の有病率に変化がないと仮定し、国連の人口予測を適用すると、世界の認知症者数は、2030年には約7,800万人、2050年には約1億3,900万人になると推定されています。しかし、認知症のリスク要因と保護要因の有病率は、ほとんどの地域で変化してきており、現在も変化し続けています。このことは、認知症の有病率や発症率の予測に大きな影響を与える可能性があります。

認知症は、高所得国と低・中所得国の両方において、高齢期における要介護状態と障害の主要な原因の一つです。60歳以上の高齢者では、認知症は障害による健康寿命の損失年数(YLD)の上位10位に入っています。すべての年齢層を考慮すると、認知症は障害調整生存年(DALYs)の原因として世界で25番目に挙げられ、憂慮すべき傾向にあります。過去20年間で、認知症によるDALYsは2倍以上に増加しており、DALYsの原因上位30位の中で最も大きな増加率を示しています。また、世界的に見ても、女性のDALY数は男性のDALY数よりも約60%多いことが懸念されます。人口増加と長寿化に加え、特定の認知症リスク要因の増加により、過去20年間で認知症による死亡者数は劇的に増加しています。2019年には、全世界で160万人の認知症による死亡が発生し、死因の第7位となっています。

これらの死亡者の半数近くは高所得国で発生しており、DALYsで観察されるのと同様

に、女性が認知症関連死亡者数の約65%を占めていました。認知症のリスクは、リスク要因を減らし、保護要因を増やす努力をすることで、社会環境が改善されれば低下する可能性があります。こうした変化を社会全体で公平に行うためには、根強い不平等に対処する必要があります。質の高いデータを効果的に収集・共有するためには、いくつかの障壁があります。認知症の影響を正確に評価するためには、地理的・経済的に幅広い範囲をカバーする、堅牢で標準化されたデータが必要です。データの質を向上させるには、各国のデータインフラ全体を改善すること、特に低・中所得国においては、正確な診断と報告、継続的で標準化された疫学データの収集、関連する細分化された情報の提供が必要となります。

第3章 認知症がもたらす世界的なコスト

認知症の全体的な影響は、どのような医療システムにとっても難しいものです。認知症の人やその家族への影響を理解することはもちろん、資源の使用やコストに関するデータと有病率の数値を組み合わせ、ケアインフラを計画することが不可欠です。また、認知症が社会に与える直接的・間接的な経済的影響を軽減するための公共政策の立案や、経済的負担が国の医療制度に与える影響を知るためにも、こうしたデータの入手は不可欠です。

2019年には、認知症の世界的なコストは1.3兆米ドルと推定されています。認知症の人の大部分は低・中所得国に住んでいますが、これらのコストのほとんどは高所得国で発生しています。今後10年間に予想される認知症者数の増加に基づくと、2030年には世界の認知症コストは1.7兆米ドルに増加すると予測されます。この予測を介護費用の増加分で補正すると、世界の認知症コストは2030年には2兆8,000億米ドルにまで達するとさえ言われています。

認知症の介護費用は、直接的な医療費、直接的な社会的(非医療的)コスト、インフォーマルな介護費用に分けることができます。社会や家族にとってのコスト要因には、介護者の生産性の低下や若年性認知症の成人の早期退職などがありますが、一般的には本報告書で紹介する推計には含まれていません。世界の認知症コストの約半分はインフォーマルケアによるもので、3分の1以上はソーシャルケアによるものです。低・中所得国では、認知症の介護費用の大部分がインフォーマルケアに起因していますが、高所得国ではインフォーマルケアとソーシャルケアのコストがそれぞれ約40%を占めています。特に、アフリカ、東南アジア、東地中海地域では、ソーシャルケア部門のコストの割合が低くなっています(15%未満)。2019年、認知症のインフォーマルな介護者が日常生活活動(ADL)の支援を提供するのに費やした時間は890億時間以上で、認知症の人1人あたり1日約5時間になります。インフォーマルケアの提供は、その大部分(約70%)が女性によって行われていますが、認知症に対する正式な支援サービスが乏しい、または不足している資源の少ない国では特に高くなっています。

認知症の重症度は費用の重要な要因であり、ある国に住む軽度、中等度、重度の認知症者の割合が費用の見積りに影響を与える。認知症者一人当たりの年間費用は、認知症の重症度が増すにつれて着実に増加し、軽度の認知症では16,000米ドル、中等度の認知症では27,000米ドル、重度の認知症では36,000米ドルとなっています。

認知症のコストは、世界的に見ても介護システムに大きな影響を与えています。心配なのは、低・中所得国の介護システムが十分に準備されておらず、介護者や家族に大きな負担がかかっていることです。現在、認知症の影響とコストに関する推定値は著しく高くなっていますが、これらの数字は真の費用を過小評価している可能性が高いと思われます。認知症の世界的な経済コストの推定は、様々な理由から複雑といえます。世界の多くの地域、特に低・中所得国からのデータが不足しており、多様なコミュニティを代表する大規模なコホート研究が少ないのです。入手可能な研究は、小さな地域で実施されたものを国や地域全体に外挿したものが多くなっています。さらに、認知症者の多くは、医療機関で発見されないか、正式な診断を受けていないため、国の医療情報システムでその数が定期的に把握されておらず、費用調査が複雑になり、費用の過小評価につながる可能性があります。

第4章 認知症施策・法律

認知症に対する国家計画は、政府が市民社会、学术界、医療・社会福祉関係者、民間企業、認知症者などの関係者と協力して認知症に取り組むという重要なコミットメントを表しています。世界認知症行動計画では、このことを反映して、2025年までに加盟国の75%が認知症に関する国家政策、戦略、計画、枠組みを、単独で、あるいは他の政策と連携・統合して策定または更新するという世界目標を設定しています。

GDOのデータやその他の利用可能な情報源によると、現在50カ国(加盟国の26%)がこの目標を達成しています。既存の認知症に対する国家計画の大半は、世界認知症行動計画の7つの行動分野とよく一致していますが、認知症の医療情報システムの強化に取り組んでいる国や、認知症の研究とイノベーションを優先している国は少ないです。さらに、認知症に対する国家計画では、人を中心としたケアに重点を置いていることが多いですが、ケアパスウェイをどのように実施し、モニタリングし、部門を超えて既存のサービスモデルに統合していくのかを説明しているものはあまり多くありません。多くの認知症に対する国家計画は、人権、多部門連携、公平性、エンパワーメント、国民皆保険制度の重要性を認識することで、世界認知症行動計画の分野横断的な原則を反映しています。しかし、少数民族や社会的弱者のニーズは、国の認知症計画ではまだほとんど扱われておらず、認知症の人やその介護者、家族は、政策の開発や実施プロセスにもっと包括的に関与する必要があります。

認知症に対する国家計画の分布は、WHOの地域によって大きく異なり、政策の半分

(n=26)は欧州地域から発信され、残りは他の地域から報告されています。しかし、ヨーロッパ地域でも、多くの計画が期限切れになるか、期限切れになっており、認知症を優先するために政府による新たなコミットメントが必要とされています。高所得国では、単独の国家的認知症計画を策定する傾向があり、一方、軽工業国では、認知症を精神衛生や高齢化対策などの既存の政策に統合させる傾向があります。

認知症計画を策定している国の中でも、資金配分、実施やモニタリングの目標には大きな違いがあります。多くの国の認知症計画では、財政的投資の必要性が指摘されていますが、資金を動員し配分するためのメカニズム(例えば、国レベルと医療・社会保障制度の下位レベルの間での配分)を明確にしている国は少ない状況です。同様に、多くのGDO諸国(90%)が省庁のポートフォリオに認知症を含めていますが、認知症専門の政府ユニットや代表者を任命している国は少ない状況です(68%)。

GDO 諸国のうち、認知症の人の権利を保護する法律規定があると報告しているのは3分の2強で、認知症に特化した法律を制定している国はほとんどありません。また、法律や規制が脆弱な国では、強制的な行為が引き続き行われています。

要約すると、多くの国では、国の認知症政策を実施するための技術的な専門知識や能力が不十分であり、国の医療費に計上される資金も不足しています。Global Dementia Observatory Knowledge Exchange Platform (www.globaldementia.org)のようなWHOのリソースは、国同士の相互学習と政策交換を促進する手助けとなり、WHOの「認知症計画に向けて:WHOガイド」は、国の認知症計画の策定と運用を支援します。また、WHOとのパートナーシップによる国や地域のワークショップを通じた技術支援は、国の能力を強化し、国内での学習を促進し、認知症の人やその介護者、家族の生活を向上させるために利用可能なリソースを合理化するのに役立ちます。

第5章 認知症に対する認識と受容

認知症の人やその介護者、家族は、世界中で偏見や差別、人権侵害を受け続けています。さらに、認知症は加齢に伴う自然で避けられないものと誤解されていることも少なくありません。神話や固定観念を払拭するための最初のステップは、認知症に対する一般の人々の理解を深めるために正確な情報を提供することです。認知症アクションプランでは、認知症に対する国民の認識、受容、理解を深めることを行動分野の1つとし、認知症に関する啓発キャンペーンを少なくとも1回実施している国の割合を100%とし、認知症を含む社会を育成するための認知症にやさしい取り組みを少なくとも1回実施している国の割合を50%とすることを目標としています。

WHOの地域全体で、各国は市民社会の強力なリーダーシップのもと、認知症に対する一般市民の理解を深めるための啓発キャンペーンが順調に進んでいます。すべてのGDO諸国のうち、約3分の2の国が啓発キャンペーンを実施していると報告しています。同様に、GDO諸国の3分の2が、認知症の人にとっての身体的・社会的環境のアク

セシビリティを向上させるための取り組みを実施していると報告しています。認知症にやさしい取り組みが共通して取り組んでいるのは、公共スペースや建物のアクセシビリティを向上させること、高齢者が集うコミュニティの場を作ること、社会的機会やレジャー・社会活動に関するアクセス可能な情報を提供することなどです。認知症の人、その介護者や家族を認知症啓発キャンペーンや認知症にやさしい取り組みの中心に据えることは、インパクトのある重要な成功要因となります。認知症アクションプランでは、認知症の人の経験に基づいて、地域社会での認知症に対する好意的な態度を促すプログラムを開発することを推奨しています。これを達成する一つの方法は、医療・社会部門以外のグループに対する認知症に関する研修・教育です。GDOのデータによると、WHOの6つの地域のうち3分の2の国が、医療・社会部門以外の人々に認知症に関するトレーニングや教育を行っており、ボランティア、警察、消防、救急隊員/救急救命士が最もよくトレーニングを受けているグループとなっています。特に低・中所得国では、裁判官、事務弁護士、公証人、地域・都市の職員、金融・小売業の職員など、他の集団に対する教育にさらなる努力が必要です。

高所得国と中所得国の両方において、認知症に対する国民の認識を高め、理解を深めるために顕著な進展が見られますが、世界的には認知症の人やその介護者に対するスティグマや差別が多く残っています。

市民社会、認知症の人やその介護者、その他の関連するステークホルダーと協力して実施される、十分なリソースのある啓発キャンペーンは、認知症グローバルアクションプランに含まれる目標を達成するための重要な実行可能なステップとなります。汎米保健機構(PAHO)と国際アルツハイマー病協会(ADI)が共同で行っている「認知症について話そう」キャンペーンのような地域的な啓発キャンペーンは、各国の取り組みを実施するための強力な推進力となり、世界の他の地域でも再現可能な良い例となります。国連の「健康寿命延伸のための10年2021-2030」との戦略的な連携を図り、WHOの「年齢に優しい都市と地域のためのグローバルネットワーク」などの既存の取り組みに認知症を統合することで、認知症がより広範な政治的アジェンダの中で反映され、認知症啓発活動の規模拡大と持続可能性を支援することができます。認知症に配慮した社会を目指して(Towards a dementia-inclusive society)」などのWHOのリソース。WHO toolkit for dementia-friendly initiatives」などのWHOのリソースは、認知症に関する非医療・社会的ケアの専門家の研修や能力開発に役立ちます。

第6章 認知症のリスク軽減

認知症と、非感染性疾患や行動危険因子(運動不足、不健康な食生活、タバコの使用、アルコールの有害な使用など)との間には、相互関係があることを示す証拠が増えています。認知障害や認知症のリスクに関連する非感染性疾患には、うつ病、高血圧、糖尿病、聴覚障害、中年期の高コレステロール血症、肥満などがあります。さら

に、大気汚染や外傷性脳損傷もリスク要因として認識されつつあります。一方で、正規の教育、雇用、その他の認知的刺激を受ける機会や社会的つながりへのアクセスは予防的であると考えられています。

認知症アクションプランでは、認知症と他の非感染性疾患との間に本質的なつながりがあることを認識し、リスク低減目標を非感染性疾患の予防と制御のためのグローバルアクションプランに直接結び付けています。2000年から2016年にかけて、心血管疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患で死亡する確率は、世界全体で22%から18%に低下しました。さらに、15歳以上の喫煙者と大量の飲酒者が約2%減少し、高血圧の有病率が1%減少しました。しかし、これらの変化は世界の非感染性疾患目標には及びません。成人の運動不足は変わらず、成人の糖尿病と肥満の有病率は増加しています。重要なのは、COVID-19パンデミックが非感染性疾患の予防と管理に大きな課題をもたらしたことです。COVID-19パンデミック時に必要な医療サービスの継続性に関するWHOの2つのパルス調査によると、多くの国で非感染性疾患の診断や治療のためのサービスが中断されたことがわかりました。

2021年は2020年に比べて改善が見られましたが、依然として混乱が持続しており、非感染性疾患目標に関する世界的な進展を妨げる可能性があり、それによって認知症リスク低減の取り組みにも影響を与えています。認知症リスク低減への取り組みに関するGDOデータによると、多くの国(58%)が認知症リスク低減のための計画やガイドラインを持っています。認知症リスク低減のための臨床ガイドラインを持っていると回答した国のうち、約78%が高所得国で、そのほとんどが欧州地域に属しています。

GDO参加国のほぼ半数(45%) (やはり高所得国が多い)が、テレビ、ラジオ、印刷物、看板、ソーシャルメディアを使った認知症リスク低減キャンペーンを行っています。これらのキャンペーンのほとんどは、認知機能の低下に関連することが知られている行動を減らすこと、またはそのような低下を防止または遅らせる行動を促進することを目的としています。これらのキャンペーンの大部分は、政府、非政府組織(NGO)、民間企業によって国家レベルで組織されています。

認知症リスク軽減については、偏見や認知症の重要性に対する国民の認識不足、認知症リスク軽減プログラムに利用できる財源の不足、サービスの不公平な配分、不十分な人材、国や地域のセクター間の調整不足など、多くの障壁がその進展を妨げています。最近では、COVID-19パンデミックによる混乱が認知症リスク軽減プログラムを妨げています。

認知症リスク軽減のための無数の障壁に対処するには、複数の分野やセクターでの活動が必要です。第一に、認知症リスク低減は、非感染性疾患に関する他のプログラム、政策、キャンペーンと連携させる必要があります。第二に、エビデンスに基づいたリスク低減のための介入策を開発し、プライマリーケアの現場で実践し、普及させることです。いずれの場合も、医療従事者が認知症のリスク軽減に関する研修や教育を広く

受けられるようにする必要があります。このような取り組みを支援するため、WHO西太平洋地域事務所は、ソーシャルメディアを利用した意識向上キャンペーンを実施し、成功を収めています。最後に、WHOの「認知機能低下と認知症のリスク低減に関するガイドライン」を活用して、国や地域の認知症リスク低減ガイドラインを作成し、「mDementia(予防)」を用いた国のリスク低減プログラムを考案することで、進展を図ることができます。

第7章 認知症の診断、治療、ケア

認知症アクションプランでは、国民皆保険制度の原則に則り、認知症の人が必要なときに、必要な場所で、経済的な困難を伴わずに医療・社会サービスを受けることができるようにすべきだと強調しています。しかし、認知症は複雑なケアを必要とし、その後期には高度の要介護状態と様々な病態の合併を伴います。そのため、認知症は、プライマリーケア、専門医療、地域サービス、リハビリテーション、介護ケア、緩和ケアなど、保健医療介護分野の内外からさまざまなサービスを必要とします。診断は、認知症のケアやサポートを受けるための最初のステップです。早期診断の重要性は、世界認知症アクションプランの目標4(少なくとも50%の国で、認知症の診断率を50%以上にする)に反映されています。しかし、現在、認知症診断率を報告できているGDO諸国は半数にも満たず、世界目標の第一条件を満たしていません。GDO諸国は「認知症対応」が進んでいる可能性が高いため、この点が懸念されます。そのため、診断率を報告できる国の割合は、世界的にはかなり低くなると予想されます。さらに、診断サービスへのアクセスが限られていると、世界目標の2番目の条件である「認知症者の少なくとも50%を診断する」を達成する上で障害となります。ほとんどのGDO諸国(89%)は、認知症に対する地域でのサービスを提供していると報告していますが、その数は高所得国の方が低・中所得国よりも19%多いとされています。同様に、高所得国は、低・中所得国と比較して、農村部における地域での認知症サービスのカバー率が最大で51%高いと報告しています。

認知症治療薬、衛生用品、支援技術、家事の調整なども、高所得国では低・中所得国に比べて入手しやすく、その費用が償還される可能性も高いため、認知症の人やその家族の自己負担額にも影響します。GDO諸国では、認知症の専門家、すなわち神経科医、老年科医、精神科医の有無やアクセスに大きな差があります。例えば、老年精神科医の数の中央値は、人口10万人当たり0.02人の低・中所得国から10万人当たり2.2人の高所得国までの範囲にあります。少数の低・中所得国を除いて、主に高所得国では、すべての専門家(医師、専門家、看護師など)に定期的な認知症トレーニングを提供していますが、必ずしもすべての関連職種(薬剤師など)に提供しているわけではありません。大多数の国では、一部の医療従事者にしか研修を行っていません。同様に、認知症に特化した診療ガイドライン、基準、プロトコルは、医療従事者の能力

を強化するために不可欠ですが、それらを利用できると回答したGDO諸国は3分の2以下にとどまっています。

認知症の診断、治療、ケア、サポートの分野では、多くの障壁が進歩を妨げています。例えば、限られた財源、都市部と農村部の格差、部門間の連携不足、認知症に対する一般市民の認識不足、偏見の蔓延などが挙げられます。これらの障壁は、COVID-19パンデミックの際には、すべての非感染性疾患や認知症の人々に対する基本的なサービスが停止し、さらに悪化しました。エビデンスに基づいた文化的に適切な認知症サービスや介入策を、部門を超えて世界各地で拡大・調整するための緊急投資は、世界認知症アクションプランのビジョンだけでなく、国民皆保険制度の実現にも不可欠です。WHOは、行動を促進するためのガイドライン、ツール、パッケージを開発しました。さらに、WHOの「高齢者のための包括的ケアに関するパッケージ」(ICOPE)は、高齢者の身体的・精神的能力の低下を防ぎ、遅らせ、回復させるための地域レベルの介入についての指針を示しています。WHOの「国民皆保険制度のための介入の大綱」には、認知症のリスク軽減、診断、管理に関する22のアクションが含まれています。

第8章 認知症の人の介護者への支援

認知症の人の多くは、家族やその他の無給の介護者によって介護されています。介護者は、経済的、社会的、心理的なストレスに直面することが多く、身体的、精神的な健康に影響がでてきます。このような事態を防ぐためには、認知症介護者が情報やトレーニング、サービスを利用できるだけでなく、社会的・経済的な支援を受ける必要があります。これを反映して、認知症グローバルアクションプランでは、2025年までに75%の国が認知症介護者とその家族のための支援・研修プログラムを提供するという目標を掲げています。

GDO諸国では、4カ国中3カ国が認知症の人の介護者に対するサービスやサポート、プログラムを提供していますが、そのほとんどが高所得国で提供されています。しかし、インフォーマルケアの大部分は低・中所得国で行われています。介護者向けサービスで最も一般的なものは、疾患の経過に伴う認知症管理に関するトレーニングや教育、介護者への心理社会的支援、レスパイトサービス、法的権利に関する情報やアドバイスなどです。また、介護者を経済的なリスクから守るために、包括的な経済的・社会的保障を提供している国は多くありません。さらに、介護の影響は女性に偏っており、女性は世界のインフォーマルな介護時間の約70%を担っており、その割合は低・中所得国で最も高くなっています。

低・中所得国の多くでは、既存のサービスやサポートが首都や主要都市に集中しており、これらのプログラムに関する知識が不足していることや、関連するスティグマのために十分に活用されていない傾向があります。介護者のためのサービスやサポートは、

非営利団体、公共団体、民間団体が様々な形で提供しており、低・中所得国ではNGOがサービスの大半を提供しています。介護サービスの利用可能性と有効性を監視することは重要ですが、この分野では医療社会情報システムを強化する必要があります。

GDO諸国では、介護者の苦痛の評価と治療を含む認知症の核となる能力を医療・介護福祉従事者に教育するための取り組みが、まだ不十分です。さらに、介護者の治療とサポートに関する基準、ガイドライン、プロトコルを持つ国はほとんどありません。要するに、介護者の政策、プログラム、サービスは、インフォーマルな介護に過度に依存しているため、資金が足りず、開発が進んでいない状態にあり、これが介護者が支援を求める可能性に影響を与えていると考えられます。その結果、介護者向けサービスの利用可能性やアクセスは、低・中所得国では特に限られたものとなっています。差別をなくし、社会的・経済的給付および障害者給付の形で介護者を保護するための法律は、世界的に見てもまだ不足しています。

特に医療・介護福祉従事者は、介護者のストレスに対処し、介護者がサービスやリソースを利用できるよう適切な訓練を受ける必要があります。これはCOVID-19の状況下では特に重要で、多くの介護者が社会的孤立を深め、介護者の負担が増え、身体的・精神的な健康状態が悪化しました。閉鎖的で物理的な距離がある時代には、介護者がトレーニングやサポートにアクセスしやすくするために、ITを用いた介入が多くなっています。WHOのiSupport、mDementia、e-mhGAPは、介護者の文化的、アクセス性、社会経済的なニーズに合わせれば、COVID-19によるサービスの中止だけでなく、アクセスやコストに関する障壁を克服する機会となります。

第9章 認知症に関する健康情報システムとモニタリング

認知症の主要指標に関する効果的かつ定期的なデータ収集は、政策の策定と実施、サービスの計画と提供を支援し、進捗状況を把握するために非常に重要です。同様に、定期的なモニタリングは、認知症の危険因子の有病率、疾患の影響、死亡率の傾向を把握するのに役立ちます。世界の認知症アクションプランでは、2025年までに50%の国が2年ごとに認知症指標のコアセットを定期的に収集することを目標としています。2020年の時点で、62の加盟国(32%)がGDOに参加しており、世界目標に貢献しています。しかし、国レベルで認知症のデータを収集し、特定の認知症レポートで報告しているGDO加盟国は20%にもいたりません。同様に、認知症の人に関する健康情報の日常的な収集も非常に限られています。GDO諸国のうち、認知症の人の日常的なモニタリングを行っているのは3分の1以下です。認知症の人のモニタリングを行っている国は、カルテデータ、行政データ、施設や世帯の調査などを利用しています。しかし、政策レベルでは、認知症計画を持っていると回答した国の大半が、モニタリングと情報システムの推進を含んでいます。しかし、認知症の人の数を定期的にモニ

ターしている国は半数にも満たず、政策と実施の間にギャップが見られます。また、多くの国では、薬の処方、外来診療、認知症のための入院などのモニタリングが行われていません。認知症に関する医療情報システムの強化には、いくつかの障壁があります。様々な分野のデータを収集するためのリソースが不足しており、また、患者の固有識別子を用いた電子カルテなどの適切なデジタルインフラが不足しているため、特に低所得環境では、分野や事業者を超えたデータを国のサーベイランスシステムや患者登録に統合することができません。さらに、誰が「取り残されている」のかを明らかにするために、関連する不平等の次元によって分解された健康保険データを用いて、健康の不平等を監視することが急務となっています。

GDOのようなWHOのイニシアチブは、各国が認知症の主要データを収集し、認知症の人々のニーズへの対応を強化するのに役立ちます。しかし、全体としては、より多くの加盟国がデータを提供して参加する必要があります。WHOのSCOREテクニカルパッケージは、健康データと情報システムの開発と強化を支援し、WHO Health Equity Monitorは、健康格差のモニタリングのためのツールとリソースを提供しています。

第10章 認知症研究とイノベーション

新しい優先順位付け戦略を開発し、革新的な医療技術を導入することは、認知症者の予防、リスク軽減、早期診断、治療、ケアの能力を向上させる上で最も重要です。認知症研究の効果と真の進歩の可能性を高めるためには、社会的・医学的な優先事項を特定する必要があります。認知症研究を全体的に活性化するために、グローバル認知症アクションプランでは、2017年から2025年の間に認知症関連の研究成果を2倍にするという目標を掲げています。

生物医学および生命科学のデータベースに登録されている査読付き出版物は、世界的に行われている研究の量を示すものであり、異なる疾患領域に関する研究成果を追跡するのに利用できます。これらのデータによると、がん、心臓病、腎臓病、糖尿病、うつ病など非感染性疾患に関する研究成果は、認知症に関する研究に比べて最大で14倍も多いことがわかります。過去10年間の傾向が2025年まで続くとすれば、2025年の目標は達成できないでしょう。むしろ、より多くの研究が必要であり、目標を達成するためのスピードを速め、他の非感染性疾患と同様の研究成果を得ることが重要となります。

研究計画を持っているかどうかは、その国の所得と関係があるようです。GDOでは、低所得国や低中所得国では、研究計画を持っていると回答した国はありませんでした。これは、高所得国とは対照的で、高中所得国の約3分の1、高所得国の半数が、国または地域単位で認知症の研究計画を持っていると報告しています。

研究計画の実行には、適切な資金とインフラが必要です。近年、アルツハイマー病やその他の認知症に対する資金配分は増加していますが、それは主にカナダ、イギリス

ス、アメリカなどの高所得国に見られます。認知症研究のもう一つの重要な課題は、認知症の人やその介護者、家族が、研究のコンセプト作りや優先順位の設定、資金配分の決定、研究成果の評価など、研究プロセス全体に有意義に参加することです。GDOのデータによると、一部の国では認知症の人を研究プロセスに「頻繁に」参加させていますが、3分の2の国では、認知症の人を「ほとんど」参加させていないか、全く参加させていないということがわかっています。進歩を実現するためには、様々な背景や分野の認知症の人たちが、研究における重要なステークホルダーとして認識される必要があります。

このような課題に対処し、認知症研究の成果が革新的な成果を生み出すことができるような、公平で協力的な環境を構築するためには、グローバルな調整が必要です。WHOは、国ごとのニーズを認識しつつ、認知症研究に低・中所得国を含めることを強く支持しています。認知症に対する認識の低さ、資金不足、断片的な研究状況は、効果的な研究開発と実施を阻む大きな要因となっています。資金不足や研究能力不足のために低・中所得国が十分に代表されていないことや、認知症の人やその介護者が研究の発展から除外されていることは、認知症研究に不可欠なアプローチである包括性の妨げとなっています。認知症という病気の複雑さを考えると、個別でバラバラの研究では解決できません。

認知症に対するアプローチの世界的な革新を支援し、効果的なアクションを阻むギャップや障壁に対処し、研究協力を拡大するために、WHOは、認知症研究における政策を促進するためのグローバルな調整メカニズムである「認知症研究ブループリント」を開発しています。

結論

本報告書は、世界認知症行動計画のビジョンである「認知症を予防し、認知症の人とその介護者が、尊厳を持って自らの可能性を発揮するために必要なケアと支援を受け、元気に暮らすことができるようにする」を実現するためには、すべての関係者が一丸となった新たな取り組みが必要であることを明確に示しています。

認知症の人とその介護者が、尊厳、敬意、自律性、平等性をもって、自らの可能性を実現するために必要なケアと支援を受け、元気に暮らすことができるようにする」というものです。世界目標の達成に向けて重要な進展があった一方で、やるべきことはたくさん残っています。国の政策で認知症を優先している国は少なく、認知症の診断や診断後のサービスを受けられない認知症の人が依然として多く、支援を受けられずに社会的に孤立している介護者があまりにも多いのが現状です。

認知症アクションプランで示された目標を達成するためには、G7やG20などの政策フォーラムを通じて、認知症を国民の健康課題に位置づけることが必要であり、また、持続可能な開発のための2030年アジェンダとその持続可能な開発目標(SDGs)、国民

皆保険制度、国連の「健康な高齢者のための2021-2030年の10年」などの既存の世界
的なコミットメントと戦略的にリンクさせる必要があります。また、今後予定されている「て
んかんとその他の神経疾患に関するセクター間国際行動計画」は、神経疾患への取り
組みという幅広い文脈の中で、認知症に対する協調的な行動を新たに起こすまたとな
い機会となります。COVID-19の流行を踏まえて、より良い状況を築くためには、認知
症の人、その介護者、政府、市民社会、民間部門、学界、国際機関など、グローバル
コミュニティとして協力して、それぞれの努力をよりよく調整し、利用可能なツールや知
識を活用する必要があります。すべての国が、認知症啓発、スティグマ軽減、包括性、
リスク軽減の要素を含む認知症政策・計画(単独または統合されたもの)を持つよう、
早急な対応が必要です。認知症の診断、治療、ケアへの普遍的なアクセスを確保し、
特に所得や都市と農村の不公平を是正するためには、医療・社会保障制度の強化が
必要である。インフォーマルな介護の負担を軽減し、介護者を支援するために、介護
者プログラムやサービスを開発し、資金を提供する必要があります。世界のあらゆる場
所で、認知症に関する健康情報システムを維持し、エビデンスに基づいた行動を導
き、進捗状況を監視するために、各国の能力を向上させる必要があります。最後に、
認知症の研究プログラム、特に中南米諸国においては、世界規模での投資と、生活
体験者の有意義な参加が不可欠です。WHOは、加盟国、市民社会、その他のパート
ナーと手を取り合って、世界中で認知症対策を加速させるための取り組みを強化し、
2025年の目標に近づけ、誰も取り残さないようにする準備ができています。

(日本語訳版作成者 国立長寿医療研究センター 荒井秀典、令和3年9月15日)

© Hidenori Arai 2021

Japanese translation by Hidenori Arai, President of the National Center for Geriatrics
and Gerontology, Japan on Sep. 15, 2021

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is
not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English
edition [Global status report on the public health response to dementia Executive
summary]. Geneva: World Health Organization; [2021]. License: CC BY-NC-SA 3.0
IGO shall be the binding and authentic edition. This translation work is available
under the [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

この翻訳は、世界保健機関(WHO)によって作成されたものではありません。WHOは
この翻訳の内容や正確さに責任を負いません。オリジナルの英語版は、Global status
report on the public health response to dementia Executive summary、ジュネーブ、世
界保健機関; [2021]

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344707/9789240034624-eng.pdf>

であり、オリジナルの英語版が拘束力のある正統な版としています。本翻訳版は、CC BY-NC-SA 3.0 IGOのもとに、公開されています。



国立研究開発法人

国立長寿医療研究センター

National Center for Geriatrics and Gerontology