

## フランスの認知症国家計画

近藤 伸介

### ■ 要約

フランスは欧州でもっとも早く認知症国家計画を策定した国であるが、なかでもサルコジ政権で施行されたプラン・アルツハイマー2008-2012は、過去最大規模の国家計画であった。ケア・研究・連帯を3本柱に44の施策が実行され、16億ユーロという大規模な予算が割り当てられた。これによりフランスの認知症施策は大きく転換した。本稿では、主にこの5ヵ年計画を取り上げ、策定までの背景、施策の実際、施行後の評価について述べる。さらに2014年11月に公表された、新たな5ヵ年計画（神経変性疾患に関する国家計画）についても触れる。

### ■ キーワード

認知症、国家計画、フランス、プラン・アルツハイマー

### I はじめに

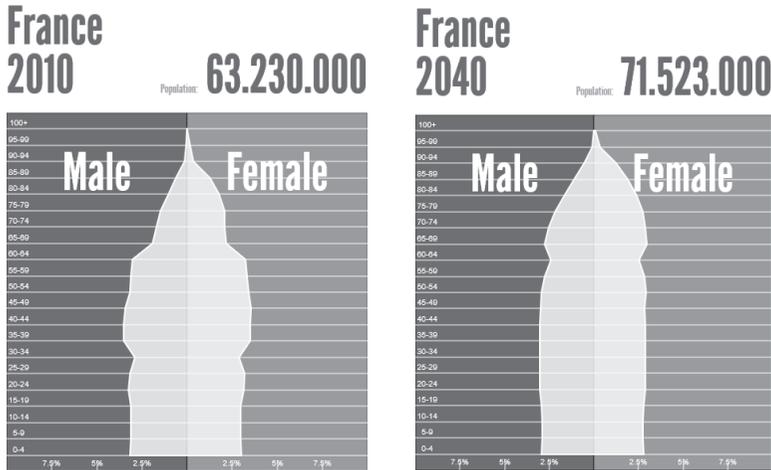
フランス共和国は本土面積54万4,000km<sup>2</sup>（海外県8万9,000km<sup>2</sup>を除く）を有する西ヨーロッパ最大の国である。人口6,500万人、合計特殊出生率は2を超えており、人口は微増傾向にあるが、65歳以上の老年人口は16%（約1,000万人）、80歳以上の人口が3.8%（約250万人）の高齢社会である。図1に2010年と2040年（予想）の人口ピラミッドを示す。

65歳以上で認知症がある人は86万人と推定され、うち3分の2がアルツハイマー病による。認知症の年間新規発症数は最大22万人と見積もられており、認知症人口は2020年に130万人、2040年に220万人に達すると予想される。さらに65歳未満の若年性認知症の人が3万2千人いる。疾病が社会に与える影響をDALY（障害調整生命年）という指標で評価した報告によると、フランスの認知症の疾病負担は男性で第4位、女性で第1位であっ

た（表1）。増え続ける認知症に対して、2008年2月、サルコジ大統領（当時）は、国を挙げて取り組むべき優先課題であるとして、大規模な5ヵ年計画を発表した。アルツハイマーおよび関連疾患に関する国家計画2008-2012（Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012）<sup>1)</sup>である。本稿では、このプラン・アルツハイマー2008-2012の5年間の取り組み<sup>2)</sup>と成果<sup>3)</sup>について述べ、さらに最近公表された新たな5ヵ年計画である、神経変性疾患に関する国家計画2014-2019（Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019）<sup>4)</sup>についても触れたい。

### II 策定までの背景

フランスは、医療と福祉、病院と地域、急性期と療養期など、各々の連携が乏しく、そこに複雑な保険給付制度と民間参入による競争原理も加わって非常に利用しにくく、その解決は長年の懸案



出典：<http://populationpyramid.net/france/>

図1 フランスの人口ピラミッド

＜表1＞フランスの疾病負担 (DALY)

男性	
心血管疾患	8.9%
肺がん	5.7%
アルコール関連疾患	4.5%
アルツハイマー病	3.1%
女性	
アルツハイマーおよび 関連疾患	7.5%
心血管疾患	7.1%
うつ病	7.1%
乳がん	4.2%

(出典：文献6)

であった<sup>5)</sup>。過去にも1996年の医療制度改革で老人医療ネットワークを創設して連携を推進しようとしたが、高コストを理由に予算が削減され定着しなかった。2000年代初頭に県レベルで導入された連携システム (CLIC) もサービスの分断を解消するには至らなかった。

フランスは欧州諸国でもっとも早い2001年に最初の認知症国家計画を打ち出した。第1期認知症国家計画 (2001～2005年) では6つの目標が掲げられた (表2)。続く第2期認知症国家計画 (2004～2007年) ではさらに4つの目標が加えられた (表3)。しかしこれら2期にわたる国家計画では認知症の診断と根治という医学的側面に基軸があり、予算規模も小さかったため、認知症施策が効果的に推進されたとはいえなかった。

＜表2＞第1期国家計画 (2001-2005年) の目標

- ・認知症の初期症状を捉えて専門家につなぐ
- ・早期診断が可能なメモリーセンターを整備する
- ・当事者の尊厳を守る
- ・当事者への経済的支援と当事者・家族への情報提供を行う
- ・入所施設の質を改善する
- ・基礎研究・臨床研究を支援する

＜表3＞第2期国家計画 (2004-2007年) の追加目標

- ・認知症の保険カバー率を100%にする
- ・若年性認知症の人のニーズを把握して支援する
- ・専門家のトレーニングとケアラー支援を強化する
- ・緊急時の対応を整備する

このような文脈の中、2007年8月、サルコジ大統領は、高血圧の研究者で内科医でもあり、臨床・研究・教育・行政のすべての分野に豊富な経験を持つ、パリ大学公衆衛生学教授ジョエル・メナール氏に、効果的な診断と治療法を生み出す研究体制の構築と認知症ケアの質の向上という2つの任務を指示した。メナール教授の招集した当事者・家族・多職種の専門家からなる諮問委員会は、同年11月に報告書 (以下、メナール報告)<sup>6)</sup> を大統領に提出した。メナール報告は、認知症の疾病負担が非常に高いことに比して十分な資源が割り当てられなかったために、過去の国家計画は国中に格差なくサービスを行き渡らせることができなかったと総括し、10の目標 (表4) を提唱した。これらは「当事者中心」「研究重視」「ケアパスと連携」「ケアの質」「ケアラー支援」「支援者教育」「ガバナンス」など、国としての姿勢と国

レベルでの重要課題が明記されており、サルコジ大統領はこれを基に2008年2月、第3期認知症国家計画(Plan <Alzheimer et maladies apparentées> 2008-2012; アルツハイマーおよび関連疾患に関する国家計画2008-2012、以下プラン・アルツハイマー2008-2012)を公表した(表5)。このプラン・アルツハイマー2008-2012は3つの基軸、11の目標、44の具体的施策からなる過去最大規模のプランで、5カ年で16億ユーロの予算が計上された。

<表4>メナール報告に挙げられた目標

- ・ 認知症の当事者をすべての政策の中心に据える
- ・ 認知症研究を強化する
- ・ ケアパスの連続性とケアの質を保障する
- ・ 利用者の視点に立って医療と福祉の連携を図る
- ・ 在宅ケアの向上
- ・ 施設内ケアの向上
- ・ ケアラー支援の強化
- ・ 若年性認知症に特化したサービスを開発する
- ・ 専門家の教育を開発する
- ・ 新しいガバナンスで計画を実現させる

(出典：文献6)

### Ⅲ プランアルツハイマー 2008-2012の具体的施策

プラン・アルツハイマー2008-2012に掲げられた44の施策を表5に示す。これらの施策はそれぞれ有機的に関連しているが、大きくは次の3つの領域に分類される。ケアの強化、研究の強化、連帯の強化である。なかでもケアの強化には、16億ユーロの総予算のうち12億ユーロが充当された。以下、具体的な施策について概説する。

<表5>プラン・アルツハイマー2008-2012 44の施策  
(文献1を基に筆者が作成)

第Ⅰ軸 当事者と家族の生活の質を向上する

- 目標1 ケアラーを支援する
- 1) 多様なレスパイトの仕組みの開発
  - 2) ケアラーの教育システム
  - 3) ケアラーの健康管理
- 目標2 関係機関の連携を強化する
- 4) 国内全域にMAIA(ワンストップ相談機関)を設置

- 5) 国内全域にケースマネージャーを配置
- 目標3 在宅ケアを当事者・家族が選択できるようにする
- 6) 在宅ケアの強化(在宅看護SSIAD, 在宅リハビリSPASAD)
- 目標4 ホームオートメーションの開発
- 7) アクセスの改善とケアパスの最適化
  - 8) 告知から終末期までのケアの仕組みの作成と適用
  - 9) 専門職への新しい支払い体系の開発
  - 10) 認知症情報カードの作成(地域連携手帳)
  - 11) 国内全域にメモリークリニックを設置
  - 12) 地方ごとにメモリー資源研究センター(CMRR)を設置
  - 13) メモリークリニックの強化
  - 14) 薬剤関連医原性事故の監視
  - 15) 薬物療法の適正使用
- 目標5 施設内ケアの向上
- 16) 老人ホーム内に非薬物療法的BPSD対応専門ユニット(PASA/UHR)を設置
  - 17) 病院内に非薬物療法的にBPSDに対応する認知行動ユニット(UCC)を設置
  - 18) 若年性認知症の居住施設
  - 19) 若年性アルツハイマー病のセンター
- 目標6 専門家の評価と教育
- 20) 専門職の開発(ケースマネージャー, 老年学専門ケアワーカー, 作業療法士, 心理運動士)

第Ⅱ軸 行動するために知る

- 目標7 研究の強化
- 21) アルツハイマー研究財団の設立
  - 22) 臨床研究と非薬物療法の評価法改善
  - 23) 博士・ポストクの採用
  - 24) ケア・教育・研究を両立できる人材の育成
  - 25) 人文科学研究と社会科学的研究
  - 26) 革新的研究の支援
  - 27) 研究の方法論の開発支援
  - 28) 画像研究(人体用11.7テスラMRI)
  - 29) コホート研究(3都市研究、MEMENTO、若年性認知症コホート)
  - 30) 高速ジェノタイピング
  - 31) ネズミキツネザル(20-30%が認知症を呈する)のゲノム解析
  - 32) 臨床医に対する臨床疫学教育
  - 33) 官民連携(公的組織の研究職と製薬企業の研究職の連携)
- 目標8 疫学調査を行う
- 34) 疫学研究

第Ⅲ軸 社会全体で取り組む

- 目標9 国民への啓発活動
- 35) 電話相談窓口の設置 Allo France Alzheimer
  - 36) 地方ごとに計画実施の進捗会議を開催
  - 37) 認知症に対する国民のイメージを変える
- 目標10 反省と倫理の重視
- 38) 倫理の広場(EREMA)
  - 39) 施設内の処遇に対する法整備

- 40) 自己決定をテーマとした公開討論
- 41) 治療プロトコルの情報公開
- 目標11 アルツハイマー病をEUの優先課題に
- 42) 議長国の間にEUの優先課題へ
- 43) EUレベルでの共同研究を促進
- 44) 欧州会議の開催 (2008年秋)

- 補1) 始動時に世論調査を実施 (対象：一般、当事者、ケアラー、専門家)
- 補2) 医療経済学的評価
- 補3) 総合医 (GP) の参画を支援

## 1. ケアの強化

### (1) ケアパスと連携

#### ①MAIAの設置

MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer; マイア) と呼ばれるワンストップ相談窓口が全国150ヶ所に設置された。サービスの分断によるアクセスの壁を解消し、タイムリーな診断と連携のとれたケアプランの作成という統合されたケアの提供が目的である。MAIAは機能の名称であって、事務所が新設されたわけではなく、地域でケースマネジメント機能を持つ既存の事業所に対してMAIAのラベルを認可する方法がとられた。利用対象者は60歳以上の自立困難な高齢者で濃厚なケースマネジメントが必要な人である。悪名高い縦割り行政の弊害で

医療と介護福祉サービスの間にまったく連携がなく、これまでは利用者がたらい回しにであったり必要なサービスの情報を入手できなかったりしたといわれるが、MAIAの設置によって利用者の經由する窓口の数は3.24ヶ所から1.3ヶ所に減少し、アセスメントや検査の重複が減ってケアパスを簡素化でき、入院率の減少もみられたと報告されている<sup>2)</sup>。

#### ②ケースマネージャーの創設

ケースマネージャー (coordonnateur) という役職が創設され、国内全土に1,000人配置された。作業療法士、看護師、心理士、ソーシャルワーカーなど、アセスメント・援助の専門技術をすでに有する資格者に付与されるもので、連携のとれた効果的なケアパスを作成するコーディネーター機能が求められる。

#### ③診断プロセスの改善

メモリークリニックは10年前から整備されてきたが、さらに66カ所を新設、既存の229カ所についても機能を強化し、2012年末で469カ所が稼働中である。これにより受診までの待ち時間は平均51日、80%で3ヶ月以内となっている。より高度な機能を持ち研究機関でもあるメモリー資源研究

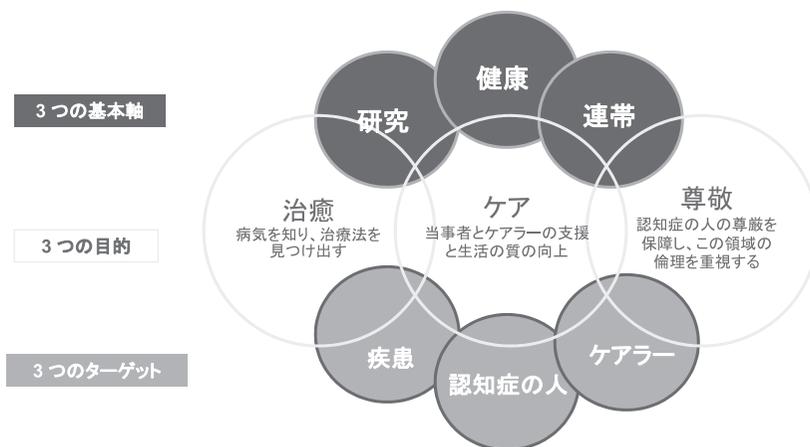


図2 プランアルツハイマー2008-2012の基本軸

センター (CMRR) は3ヵ所新設され、全国28ヵ所となった。メモリークリニックとメモリー資源研究センターはいずれも患者データをまとめて国立アルツハイマーバンク (BNA) に送付している。

2012年、44の施策に追加された施策 (measure S3) の一環として、総合医が在宅で認知症のアセスメントを行う往診にインセンティブが付与された。普段の環境でアセスメントできること、同時にケアラーの健康状態も確認できることがメリットである。その上で必要に応じて専門家に紹介される。健康保険データベースを基にした最近の調査では、フランスの認知症の人の75%が診断と治療を受けていると推定され、先進国でも50%以下といわれる国際水準を大きく上回っている<sup>7)</sup>。

## (2) 在宅ケア

### ①多職種訪問チーム (ESA) の創設

フランスの認知症老人は約60%が在宅で暮らしている。在宅でのケアの質を高めるため、作業療法士、精神運動訓練士 (psychomotricien)、老年医学専門ケアワーカー (ASG) など、多職種による訪問チーム (ESA: équipes spécialisées Alzheimer) が導入された。これは全12~15回の介入で、はじめの数回は作業療法士ないし精神運動訓練士が訪問してADLに応じたりハビリ計画を立て、その後は専門ケアワーカー (ASG) が計画に沿ったりハビリを行うものである。2013年3月時点で国内342チームが稼働している。ASGは介護スタッフに専門性を付与する新しい資格で、すでに2700人が養成された。スタッフ教育は認知症老人の行動障害を大きく減じることが知られており<sup>8)</sup>、訪問だけでなく老人ホームなどの施設にも配置が進められている。合わせて作業療法士および精神運動訓練士が5ヵ年で2000人増員された。

## (3) ケアラー支援

### ①レスパイト機能の強化

フランスの要介護老人の約半数は家族のみの介護で生活しており、専門職だけで介護されている21%を大きく上回る。2007年に介護休暇が法制化されたものの、長期にわたる認知症介護の実態に即したのではなく、ケアラーの多くが家族の介護のために退職を余儀なくされるとい<sup>3)</sup>。こうした現状からケアラーの支援は不可欠である。成人デイケアの利用枠は5年で倍増の12,000人分と大幅に拡充された。ショートステイも増設された。また在宅レスパイト、ナイトレスパイト、ホームステイ、バカンス、夫婦レスパイトなど、斬新なレスパイト手法が導入されている。

### ②ケアラー研修プログラム

ケアラーに向けた研修プログラムが開催され、のべ1万8,600人が受講した。内容は、2日間計14時間で5つのモジュール (認知症を知る、利用できる資源、日常の支援の仕方、コミュニケーションの取り方、ケアラーであること) について学ぶ。参加者の満足度は95%と非常に高かった。

## (4) BPSDへの対処

### ①非薬物療法による専門ユニット (UCC / PASA / UHR) の設置

UCC (unités cognitivo-comportementales; 認知行動ユニット) は、認知症の精神症状・行動障害 (BPSD) に対して抗精神病薬を使わず (抗うつ薬・抗認知症薬は使用)、主として環境調整や行動療法で治療する10-12床の専門病棟である。フランス全土で78ユニットが稼働している。病棟は、リビングルーム、作業療法室、多重感覚室 (Snoezelen)、浴室などを擁し、園芸・音楽・料理・運動・認知刺激・芸術・美容・外出など、専門の訓練を受けた多職種による非薬理的介入が行われる。ケアラー向けの個別/集団教育プログラムも実施される。入院患者の93%が認知症診断を受けており、行動障害の改善・危機介入目的の入院

がもっとも多い。紹介元はショートステイ施設25%、かかりつけ医23%、一般科16%、老人ホーム11%などとなっている。退院先は自宅42%、紹介元の老人ホーム12%で原状復帰が54%、老人ホーム新規入所27%、一般科転科7%、精神科転科1%などとなっている。平均在院日数は36.4日であった。

同様の方法論を用いたユニットは老人ホーム内にも設置され、中等症までのBPSDを対象に日中にプログラムを提供するPASA (pôles d'accueil et de soins adaptés) が全国767カ所、重症BPSDを対象としたUHR (unités d'hébergements renforcées) が全国146カ所に整備された。

## ②薬物使用の適正化

2007年に行われた認知症老人の処方薬実態調査では、約5%の人に医原性の有害事象を認めた。また抗精神病薬の服用率は、老人全体では2.9%にとどまるのに対して、アルツハイマー病の老人では16.9%と高率であった。抗精神病薬の使用を制限する啓発活動を国内およびEUを通じて実施した結果、2011年には15.4%まで減少した。引き続きさらに減少させる方針とされている。

## (5) 人材育成

ケアに関わる2つの新しい資格が創設された。ケースマネージャー (coordonnateur) と老年学専門ケアワーカー (ASG : Assistant de soins en gérontologie) である。いずれも前述したとおり、前者は看護・リハビリ・ソーシャルワークなどの専門職に、後者は介護者にそれぞれ付与される。特に後者は、重労働で移民が担うことも多い職種に専門性と資格を付与することで、職業人としての自尊感情を高める効果もある。

もう1つは、すでにある資格者を活用する方法である。たとえば精神運動訓練士 (psychomotricien) は主に小児の発達障害を支援するフランス独自の資格であるが、その専門性が認知症老人にも有用で

あると考えられることから、老年期の領域で活用しようというものである。

いずれの場合もまったくゼロから人材育成するのではなく、すでにいる人材の有効活用という点で共通している。

## 2. 研究の強化

### (1) アルツハイマー研究財団の設立

プラン・アルツハイマー2008-2012に掲げられた研究領域の課題を遂行するため、2008年、アルツハイマー研究財団 (Fondation Plan Alzheimer) が創設された。高等教育研究省によって設立された非営利公益財団で、国立保健医学研究所 (INSERM) 内に本部が置かれている。フランスの研究開発力の強化、国内外での共同研究の推進、研究チームや若手研究者の誘致、産学連携による研究開発の迅速化、臨床研究の促進などがミッションである。プラン・アルツハイマーに関連するテーマとしては、方法論の研究、脳画像研究、ブレインバンク、ゲノム、疫学研究などが挙げられる。

### (2) 臨床研究の強化

診療の質を高めるためには臨床疫学の視点が必要であるという考えから、臨床医を対象にした疫学の研修プログラムが全国で施行された。認知症の疫学研究に臨床医が参加しやすくするという目的も含まれる。遺伝要因の強い若年発症認知症については、新たなコホート研究が開始された。基礎研究から臨床疫学研究まで効率よく進行させるため、若年性認知症専門のセンターが国内3ヶ所に設置された。

## 3. 連帯の強化

### (1) 国民の連帯

サルコジ大統領は、認知症の問題を家族の悲劇 (drame) であると同時に社会の悲劇であると表現し<sup>5)</sup>、社会が一丸となって闘う (lutte) ことを

決意表明している。国民の視点を政策に反映させるため、初年度の2008年には2,000人を対象に電話世論調査<sup>9)</sup>が行われ、国民の意識やニーズの調査が実施された。その結果、認知症は60%以上の人が恐怖を抱き、がん、AIDSに次いで3番目であった。一方で自分が発症したら告知を希望するという人は91%に上った。また身近に介護している人がいると答えたのは12%、うち35%は毎日、73%は最低週1回以上介護をしていると答えた。

### (2) 倫理の広場

倫理の広場 (Espace éthique)<sup>10)</sup> は、哲学者でパリ大学教授のエマニュエル・ヒルシュ氏が主宰する活動で、当事者・医療福祉現場・専門家・一般人の「語り」を丹念に聞き取り、問いかけ、さまざまな媒体を通して紡ぎ出すことで人々の思索を深めていく。もし非人道的な現場を目にしたら、相手を非難するのではなく、どうしてそうする必要があるのでと問い、別のやり方があるということを出版やメディアを通して示していく。各施策に対する強制力はないが、助言 (avis) として発信され参照される。これは規則遵守をチェックする倫理委員会とはまったく異なるアプローチで、倫理の指標は「人は問うているか」であり、正解を押し付けたら「それは倫理の終焉である」というヒルシュ氏の言葉が印象的であった<sup>11)</sup>。科学やエビデンスではなく、法律や規則ができる以前の心象風景を描き出すフランスらしい活動である。

### (3) 国際協力の強化

高齢化に伴う認知症にどう取り組むかは各国共通の未解決課題であり、国家戦略が策定される経緯はそれぞれの事情があるにせよ、主要なテーマはおおむね共通している。連帯という精神論だけでなく、財政・人材の観点からも国際的な協働は必然的な流れである。まずEU諸国との協働である。ALCOVEは欧州19ヶ国による共同研究で、

欧州の疫学データ、タイムリーな診断、BPSDへの対処、判断能力の評価と事前指示書、抗精神病薬のリスクと使用制限という5つのテーマを各国で分担して研究し、成果を共有するものである<sup>12)</sup>。また、EU23ヶ国による神経変性疾患共同研究 (JPND) も進行中である。

## IV 実行のためのガバナンス

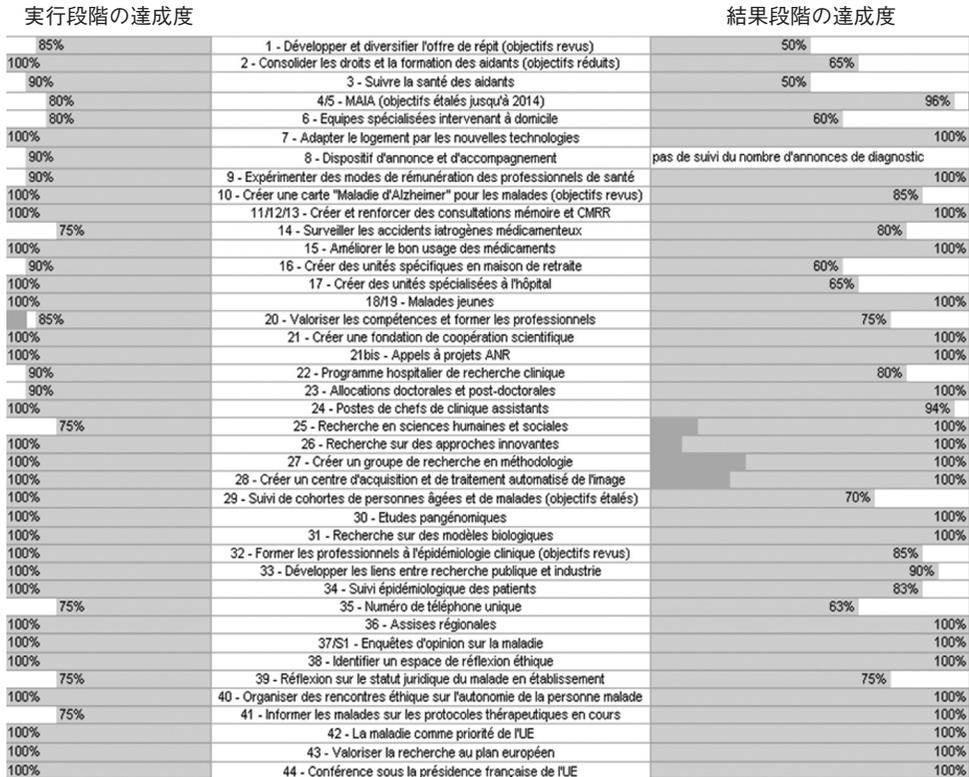
プラン・アルツハイマー2008-2012は、幅広い施策を盛り込んだ周到な設計、5か年で16億ユーロという大規模な予算に加え、大統領主導のトップダウンで綿密に進捗管理するというガバナンスが成功要因であったといわれる<sup>13)</sup>。

まず大統領は立案段階で、認知症専門家ではなく、医学界の重鎮であるジョエル・メナール教授に諮問委員会の招集を託し、人選も氏に一任した。氏は当事者・家族・専門家の意見を集約し、既成概念にとらわれない改革の道筋を明らかにした。実行段階は、2008年2月1日の大統領演説によって始動した。統括責任者にフロランス・リュストマン財務総監を任命することで省庁を超えたミッションの遂行が可能になった。44の各施策ごとに実施責任者・実施主体・タイムテーブル・予算・評価法 (実行指標と結果指標) が明記され、施策ごとに毎月委員会が開かれ、年2回の関係省庁合同会議で大統領への直接報告が義務づけられた。さらに毎年末に進捗状況の一覧が公表された。2012年12月には5年間の総括が公表され、各施策のアウトカムがグラフ化されている (図3)。また具体的な成果の概要を表6にまとめた。

### <表6>具体的な成果の概要

#### 目標1 ケアラー支援

- ・デイケアの新設および既存施設の施設基準検査を実施した。
- ・成人デイケア1730ヶ所11000人分、ショートステイ8,000人分が増設された。



(出典：文献3)

図3 各施策（1-44）の達成度

- ・18の新たなレスパイトの手法が試行された。
- ・ケアラーに対して毎年2日間の研修プログラムを提供、10,800人が受講した。
- 目標2 関係機関の連携強化**
  - ・MAIAは全国に159ヶ所設置された。2014年には500ヶ所まで増える予定である。
  - ・新たな資格であるケースマネージャーは1,000人配置された。
  - ・MAIAの設置によって利用者が相談する事業所の数は3.2ヶ所から1.3ヶ所に減少した。
- 目標3 在宅ケアの強化**
  - ・193ヶ所の訪問看護事業所において、計342の多職種訪問チームが稼働している。
- 目標4 アクセスの改善とケアパスの最適化**
  - ・469ヶ所のメモリークリニック（65ヶ所を新設、202ヶ所を強化）が稼働している。
  - ・受診までの待ち時間は平均51日、80%で3ヶ月以内となっている。
  - ・診断・治療・告知・ケアの臨床ガイドライン（2009年／2011年）を発刊した。
  - ・ケアの質の指標として抗精神病薬の処方率を調査した。
  - ・アルツハイマー病患者への抗精神病薬処方率が16.9%（2007）から15.4%（2011）に減少した。さらに5%まで減少させることが目標である。

- 目標5 施設内ケアの向上**
  - ・78ヶ所のUCCが稼働している。平均在院日数は36日、在宅退院率は56%であった。
  - ・950ヶ所のPASAが稼働中（または準備中）である。
  - ・159ヶ所のUHRが稼働（または準備中）である。
- 目標6 専門家の評価と教育**
  - ・ケースマネージャーという資格が新設され、1,000人が配備された。
  - ・老年学専門ケアワーカー(ASG)という資格が新設された。
  - ・作業療法士と心理運動療法士が増員された。
- 目標7 研究の強化**
  - ・アルツハイマー研究財団（Fondation Plan Alzheimer）が2008年に設立された。
  - ・143の研究プロジェクトが進行中で、138人の研究者が新規にリクルートされた。
  - ・343ヶ所のメモリークリニックから22万人分の認知症患者のデータベースが作成された。
  - ・国際アルツハイマー会議（ICAD）が2011年7月パリで開催された。
  - ・国際的臨床研究への参加率が2.5%（2006）から3.5%（2011）に上昇した。
  - ・2009年に2つのリスク遺伝子、2010年以降7つの関連遺伝子が発見された。
  - ・アルツハイマー病関連遺伝子の国際コンソーシアム

を主導した。

・620人の臨床家に臨床疫学のトレーニングを実施した。

**目標8 疫学調査を行う**

・3つのコホート研究が行われている。

**目標9 国民への啓発活動**

・電話相談窓口を試行した。

・地方ごとに進捗会議を開催した。

**目標10 倫理的思索の重視**

・倫理を考える広場 (EREMA) を開設した。

・答申書「アルツハイマー、倫理、科学、社会」を公表した。

**目標11 アルツハイマー病をEUの優先課題に**

・EU議会において、アルツハイマー病をEUの優先課題とした。

・アルツハイマー病EU共同行動 (ALCOVE) を主導した。

・神経変性疾患のEU共同研究プログラム (JPND) を主導した。

(文献3を基に筆者が作成)

## V 新たな国家計画 Plan MND 2014-2019

フランス政府は、2014年11月、新たな国家計画を公表した。神経変性疾患に関する国家計画2014-2019 (Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019)<sup>4)</sup>である。4つの基本軸 (表7)のもとに、96の施策が展開している。アルツハイマーおよび関連疾患を中心に据えつつ、15万人といわれるパーキンソン病患者、8.5万人といわれる多発性硬化症患者、他にも筋委縮性側索硬化症などの神経変性疾患全般を包摂するもので、プラン・アルツハイマーの成果を般化しようという試みである。MAIA, ESA, UCC, PASA, UHRなど前プランで効果が認められた方法を拡充していくことや、2013年のG8認知症サミットで採択された「Global action against dementia」など国際協働も明確にうたわれている。一方で、対象が広がりすぎて効果が薄れるのではないかという懸念、変性 (dégénération) というネガティブなネーミングへの批判などが聞かれる。プラン・アルツハイマー2008-2012との決定的な違いは、予算規模がどこにも明記されていないことである。サルコジ大統領の強力なトップダウンで始まったプラン・アルツハイマー2008-2012とは対照的に、新しい

国家計画は関係大臣によって公表され、前回ののような鳴り物入りの印象はない。すでにトップダウンの力がなくとも現場が自律的に動くようになったとみるのか、当初の勢いが失速したとみるのか、認知症国家計画の枠組みを超えて広く神経疾患に裾野を広げたフランス独自の舵取りがどういう成果を生むか、興味深いところである。

### <表7> 神経変性疾患に関する国家計画2014-2019

4つの基本軸

1. 生涯を通じて、国中どこでも、ケア・支援が受けられる
2. 神経変性疾患に社会を挙げて取り組み、暮らしへの悪影響を減らす
3. 神経変性疾患の研究を進め、またコーディネイトする
4. イノベーションを図り、政策を変え、健康を民主化するための真のツールにする

### おわりに

フランスの認知症国家計画プラン・アルツハイマー2008-2012について述べた。強固な官僚制の中で組織間の連携・協調が進まなかったフランスにおいて、認知症に対する取り組みを通して長年分断されてきた医療と福祉が統合されたことは象徴的である。地域ケアの進む欧州諸国のなかにおいて、フランスは依然として病院中心モデルが強い国である。利用者の視点を欠いた行政の弊害について長年指摘されながらも変わることのなかったシステムが、当事者中心の制度改革によって変化を遂げるまでのプロセスは、依然として病院中心である日本の現状にとっても大きな示唆となろう。一方で、認知症に絞らず、広く神経変性疾患を対象とする施策へと趣を変えたフランスの新国家計画がどういう成果を生むかも注目していきたい。

### 文献

- 1) Plan Alzheimer 2008-2012.  
<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-44-mesures-.html>
- 2) Suivi du plan Alzheimer 2008-2012.  
<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/>

- 1\_suivi\_plan\_comite\_de\_suivi\_26\_mars2013\_V7.pdf
- 3) Rapport. Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012.  
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-evaluation-plan-alzheimer-2012.pdf>
  - 4) Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019.  
[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_maladies\\_neuro\\_degeneratives\\_def.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf)
  - 5) Pimouguet C et al.: The 2008-2012 French Alzheimer Plan : A Unique Opportunity for Improving Integrated Care for Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease* 34: 307-314, 2013.
  - 6) Pour le malade et ses proches chercher, soigner et prendre soin. Rapport au President de la République. Le 8 novembre 2007.  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000711/0000.pdf>
  - 7) Bertrand M et al.: Trends in Recognition and Treatments of Dementia in France Analysis of the 2004 to 2010 Database of the National Health Insurance Plan. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 27: 213-217, 2013.
  - 8) Deudon A et al.: Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 24 (12) :1386-95, 2009.
  - 9) Perceptions, connaissances, et comportements du grand public vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer. *Ipsos Santé / INPES*, Septembre 2008.
  - 10) Espace éthique. <http://www.espace-ethique-alzheimer.org/>
  - 11) 近藤伸介：フランスの認知症国家計画の概要. 認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書（平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）東京, 2013.
  - 12) Alcove Synthesis Report 2013. The European Joint Action on Dementia.  
[http://www.alcove-project.eu/images/pdf/ALCOVE\\_SYNTHESES\\_REPORT\\_VF.pdf](http://www.alcove-project.eu/images/pdf/ALCOVE_SYNTHESES_REPORT_VF.pdf)
  - 13) 近藤伸介：フランスの認知症国家戦略. *老年精神医学雑誌* 24 : 984-989, 2013
- (こんどう・しんすけ 東京大学医学部附属病院  
精神神経科特任講師)