

## 第1章 各国の認知症国家戦略の概要



# イングランドの認知症国家戦略の概要

公益財団法人東京都医学総合研究所 西田 淳志

## イングランドの認知症国家戦略

イングランド政府は2009年2月『認知症とともに良き生活（人生）を送る：認知症国家戦略』

(Living well with dementia: A National Dementia Strategy)を公表し、2014年までの5年間で認知症ケア改善に取り組む集中改革期間と定め、包括的な政策方針（17の目標）を打ち出した。この認知症国家戦略のタイトルに含まれる Living well with dementia、すなわち「認知症とともに良き生活（人生）を送る」ということの実現がこの国家戦略の最終的かつ最大の目的とされている。政府は国家戦略の発表とともに地方サービスへの新たな予算（1.5億ポンド）を確保し、保健省内に認知症局を設置、認知症政策の本格的推進に着手した。その後、2009年11月に有識者による『認知症の人への抗精神病薬使用に関する報告書』がケアサービス省大臣に提出されたことを受け、当初、認知症国家戦略で示された17の目標に「抗精神病薬使用の低減」が新たな目標として追加された。こうして定められた18の目標のうち特に重点的に取り組むべき最重要課題として5つの目標（1.早期の診断・支援のための体制整備、2.総合病院における認知症対応の改善、3.介護施設における認知症対応の改善、4.ケアラー支援の強化、5.抗精神病薬使用の低減）が選択されその推進に現在、力が注がれている。

## 認知症国家戦略の策定に至る背景

認知症国家戦略が政府によって発表される2009年時点において、イギリス全土では約70万人（イングランドに限定すると約57万人）が認知症に罹患していると推計され、その数はその後30年間で倍の約140万人に増加すると見込まれた。それにともない認知症のコストも2009年時点の170億ポンドから30年後には500億ポンドにまで増大すると推定された。2007年に英アルツハイマー協会の委託を受け研究機関が刊行した報告書 Dementia UK Report によって、イギリスにおける認知症の人の疫学的な数、およびケアラーの介護負担等の間接コストも含む認知症の年間コスト推計値が公表され、認知症が今後の社会保障ならびに国家経済に多大な影響を与える重要事項との認識が政府内で高まるきっかけとなった。さらに、質の高い政策提言を行うことで知られる英独立政策監査機構 NAO による認知症政策に関する報告書においても「節約のための投資」が必要であることが強調されたことも、認知症国家戦略の策定を後押ししたと言われている。

上記 Dementia UK Report (2007) の刊行以前、具体的には2000年頃から認知症に関する

課題、特に介護や医療サービス、その不連携等の諸問題を指摘する監査報告書（『私を忘れないで』刊行（2000年））が刊行され、にも関わらずサービスや政策の改善がみられないことについてメディアでも繰り返し取り上げられるようになり、国民の認知症政策に対する不満は高まっていた。世論の高まりを受け、2007年に認知症に関する超党派議員団 All-Party Parliamentary Group on Dementia が結成され、超党派による保健省等認知症政策関連行政部局のヒアリングが繰り返し行われるようになった。こうした議会内での認知症に関する政治的関心の高まりを受け、2007年8月に政府は認知症国家戦略の策定準備に入ることを正式に宣言する。

### 認知症国家戦略の策定過程

政府が2007年8月に認知症国家戦略の策定を宣言してから2009年2月の国家戦略発表に至るまでの18カ月間、保健省内に設置された「認知症国家戦略策定委員会」（外部から招聘された2名の共同委員長、アルツハイマー協会代表、その他は保健省職員）によって国家戦略の策定作業が続けられた。この委員会の委員長はロンドン大学キングスカレッジの Sube Banerjee 教授、ならびに成人社会サービス協会の Jenny Owen 理事長が共同で務め、同委員会が全国をまわり50以上のステークホルダー団体4000名以上の関係者と意見交換を重ねながら国家戦略草案をまとめていった。この草案策定作業に一貫して関与し影響力を発揮し続けたのが英アルツハイマー協会であった。こうした膨大な意見交換を重ねつつ、常に当事者団体の視点を通しながら草案策定作業は進められ2009年2月の認知症国家戦略発表に至る。

### 認知症国家戦略の内容、最重要課題の設定

2009年に発表された認知症国家戦略では『認知症とともに良き生活（人生）を送る』この実現に向けて以下3点の基本理念のもとで17項目の政策目標が定められた。

- 医療・介護に携わる専門家、ならびに一般市民を含む非専門家、双方への認知症に関する正しい理解の普及
- 適切な診断を早期に受けられ、その後、質の高い包括的な支援・治療が受けられるようなサービスモデルの整備
- 当事者ならびにケアラーのニーズに基づいた幅広いサービスの実現

目標1：一般市民および専門家の認知症の気づきと理解を改善する

目標2：すべての認知症の人々に良質な早期の診断・支援の機会を提供する

目標3：認知症の診断を受けた人とそのケアラーに良質な情報を提供する

目標4：診断後のケア・支援・助言へのアクセスを容易にする

目標5：認知症の人とその家族を地域で直接的に支援するピアサポートの仕組みとネットワークを構築する

- 目標 6：個別的ニーズに柔軟かつ適切に対応できるよう在宅サービスを改善する
- 目標 7：ケアラー支援戦略を実施する
- 目標 8：総合病院における認知症ケアの質を改善する
- 目標 9：認知症の人のための中間ケアサービスを改善する
- 目標 10：認知症の人とケアラーを支援するための住居支援、居宅関連サービス、テレケアの可能性を検討する
- 目標 11：ケアホームにおいて認知症とともに良い生活が送れるようにする
- 目標 12：認知症の人の終末期のケアを改善する
- 目標 13：認知症の人に関わる可能性のある従業員に基礎的な研修や継続的な教育の機会を提供する
- 目標 14：認知症のための共同コミショニング戦略を行う
- 目標 15：医療・介護サービス、およびそれらの連携が機能しているかについての評価と制御を改善する
- 目標 16：研究によるエビデンスとそのニーズを明らかにする
- 目標 17：国および地方において国家戦略の実施のための効果的な支援を行う

3つの基本政策理念と17の具体的政策目標をかかげた認知症国家戦略が発表された約半年後に、認知症国家戦略策定委員会共同委員長を務めた Sube Banerjee 教授によって『認知症の人への抗精神病薬使用に関する報告書』がケアサービス省大臣に提出される。当時、認知症の人の行動・心理症状に対して抗精神病薬が過剰に使用され、それによる死亡リスクの上昇が複数の研究によって明らかとなり、英国議会においてもこの問題が大きく取り上げられた。当初、発表された国家戦略17項目の政策目標の中にはこの抗精神病薬使用に関する課題が設定されていなかったため、この報告書提出は、抗精神病薬使用の課題を国家戦略に追加する意義があった。

こうして定められた18(17+1)の目標のうち、特に重点的に取り組むべき最重要課題として以下の5つの目標が選択され、国家戦略最終評価年(2014年)に向けて現在も取り組みが進められている。

1. 早期の診断・支援のための体制整備
2. 総合病院における認知症ケアの改善
3. 介護施設における認知症ケアの改善
4. ケアラー支援の強化
5. 抗精神病薬使用の低減

## 国家戦略5つの柱：具体的取り組み

### 早期の診断・支援のための体制整備

5つの重点課題の中でも特に重視されているのが「早期の診断・支援のための体制整備」の政策である。疫学調査ならびに医療機関受診者調査により推計される「診断を受けてい

ない認知症の人」の割合は約 6 割程度におよび、その結果、多くの当事者とケアラーが適切な時期に適切な支援を受ける機会を逸し、問題や症状が増悪し、在宅での生活が困難になっていることが英アルツハイマー協会をはじめとする複数の調査報告で明らかになった。こうした状況を改善すべく、以下の政策的取り組みを進めている。

- 1) 市民や専門家が認知症に適切なタイミングで気づくことができるようにする
  - 市民啓発活動の強化
  - かかりつけ医の認知症発見・対応力の改善
- 2) 身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられ、その後適切な支援が受けられるようにする
  - メモリーサービスの普及とその質の向上

2012 年 7 月に発表された認知症のための超党派議員団報告書『診断の扉を開ける』においても依然、地域間で認知症の診断率に大きなばらつきがあり、当該政策のさらなる強化の必要性が訴えられている。発病後早期に適切な診断を受けることにより、その後の生活の在り方などを認知症の人自身が決定しうる機会を保証することの重要性が政策推進の理由としてあげられている。具体策としては、早期の診断とその後の支援を包括的に行うメモリーサービスの全国的普及とその質の維持・向上である。

メモリーサービスは、認知症の早期の診断と支援の地域拠点として政策上位置付けられ、高齢人口（65 歳人口）約 4 万人に 1 カ所程度の割合で設置されている。このメモリーサービスには、多職種によるチームが置かれ、アウトリーチによる濃密な在宅でのアセスメント、チームによる診断会議、十分な時間を使った当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援により生活を軌道に乗せ、かかりつけ医へ引き継ぐ、という流れで支援が展開されて行く。

認知症が重症化する前に、発症後のできるだけ早い段階で認知症を発見し、残された本人の能力を尊重した生活プランを作成するとともに、適切な初期治療・初期支援を集中的に届けることによって認知症を持ちながらも地域で生活を続けられる体制を固めることがメモリーサービスの目的である。

<メモリーサービスの例>

視察調査①：協力 南クロイドン NHS クロイドンメモリーサービス

ロンドン大学キングスカレッジ Sube Banerjee 教授 ほか

上級心理士、作業療法士、看護師、ソーシャルワーカー等の 6 名程度からなる多職種チーム。精神科医は、非常勤雇用でチームによる診断会議での助言が主な役割。医師を常勤配置とするのはコストの面でボトルネックとなることから、多くのメモリーサービスは、パラメディカルスタッフ主体のチームアプローチによってアセスメントとサービス提供がなされている。

## アセスメントと診断

- ・ 在宅での初回アセスメントは、スタッフ2人体制で訪問し、当事者およびケアラーそれぞれからその後の診断と生活支援に必要となる情報を収集する。特に、生活環境のアセスメント（ソーシャルアセスメント）を重視する。
- ・ アセスメントによって得られた情報に基づくチームによる診断会議（週に1回：医師の参加）。この診断会議で脳画像診断が必要と判断された場合のみ画像診断に紹介される（全ケースの40%程度）。
- ・ 診断の結果、今後の治療やケアについての当事者、家族への丁寧な説明（3時間程度のフィードバックセッション）

## 早期支援の内容

- ・ 診断後の心理的ケア
- ・ 必要かつ良質な情報の提供
- ・ 家族支援（民間セクターとの強い連携：認知症カフェへの参加）
- ・ 認知症薬の選択
- ・ 本人の残された判断能力を尊重したケアプランニングの作成
- ・ 生活環境の改善

メモリーサービスで重視されるのは、具体的な支援に結びつく診断とアセスメントであり、生活場面における生活状況の詳細なアセスメントである。通常は約3ヵ月間、メモリーサービスが当事者と家族に関わり、認知症とともに地域で生活をするための“軌道”をつくる。多くは3ヵ月以内でメモリーサービスのチームからかかりつけ医等への引き継ぎが行われる。

<メモリーサービスの質の管理：監査機構 MSNAP>

視察調査②：協力 英王立精神医学会 MSNAP

プログラムマネジャー Sophie Hodge 氏、他

MSNAP（Memory Service National Accreditation Programme：メモリーサービス全国認証評価プログラム）とは、イングランドの認知症国家戦略の重点施策であるメモリーサービスの全国的普及に関し、そのサービスの質を評価・認定するための機関である。2009年6月にはMSNAPによってメモリーサービスの要件を満たすサービス基準の第1版が刊行され、最新第3版については2012年6月に刊行されている。このMSNAPによって示されたメモリーサービスの基準にそって各地区サービスは自らMSNAPに評価申請をし、認定を受ける。認定は、書類審査の後、当事者・家族・専門家からなる監査チームの訪問を受け、サービスについての聞き取り等が行われ、その後、それらの情報をもとに認定委員会が開かれ、4段階（最良認定、認定、否定的な意見あり、不認定）の評定を受ける。こうした評価認定システムにより、メモリーサービスの質を高め、その均てん化を推進している。

## 総合病院における認知症ケアの改善

### ケアホームにおける認知症ケアの改善

総合病院、および介護施設における認知症対応が不適切・不十分なことにより行動・心理症状が発生し、抗精神病薬の多用、精神科病院への転院などがイングランドにおいても見られ、こうした機関・施設でのケアの改善が求められている。具体策としては、

1. 総合病院の職員や介護施設の職員等を対象とした研修機会を増やすこと、そのための効果的プログラムを開発すること
2. 老年精神保健を専門とする地域チームによるアウトリーチリエゾンサービスを介護施設等に提供すること、  
などの取り組みが進められ、成果をあげている。

### <アウトリーチリエゾンサービスの例>

視察調査③：協力 北東ロンドン NHS 老年精神医学チーム Afifa Qazi 医師、他

北東ロンドン NHS 管轄区域では従来、他の地区と同様に行動・心理症状の増悪により介護施設から精神科病院への転院事例が多くそのための改善が求められていた。2009年より同地区 NHS 地域老年精神保健チームがアウトリーチリエゾンを開始。チームが地域の介護施設職員、かりつけ医等のもとに出向いて、認知症対応に関する研修を提供するとともに介護施設等で抱えている課題をヒアリングし日常的な連携を強め助言の機会を増やしていった。その際、介護施設に対しては、チームの携帯電話番号を教え、行動・心理症状等の対応で困難を感じる際には、電話でチームに相談できるようにした。こうしたきわめてシンプルな取り組みを管轄地域で推進することによって当該地区の介護施設から精神科病院の転院事例は2年間皆無となっている。

## ケアラー支援の強化

イギリスでは1995年にケアラー法が制定されており、認知症の人を家族に持つ介護者もこの法律に基づいて様々な支援を受ける「権利」を保持している。一方、ケアラー法により地方自治体はケアラーに対して必要な情報・支援を的確に届けること、そしてケアラーの困難をアセスメントすること等の「義務」を課せられている。

ケアラー法に基づく支援の基本的中身は、適切な情報の提供、家族自身が抱える困難についてのアセスメント、家族自身の健康問題のアセスメント、レスパトケアの提供等、多岐にわたる。2012年3月に出されたイギリスの Prime Minister's Challenge においてはレスパイト関連施策に新たに4億ポンドの予算を追加投入することが宣言されている。イギリスでは、ご本人が施設にショートステイするよりも、住み慣れた自宅にしながら家族の代わりに見守りのための人材が自宅に派遣されるサービスを求める要望が多く、そうした形態のサービスの拡充に各地域が力をいれている。また、英ケアラー連盟や英アルツハイマー

協会による地域でのケアラー支援の様々なサービスや機会が提供されている。

### 抗精神病薬の処方制限

認知症の人への抗精神病薬使用により死亡率が高まることが多くの研究によって明らかとなり、その使用制限についてイギリス議会でも議論となり、当初は、使用を禁止する提案も出された。結果的に抗精神病薬の使用を禁止するには至らなかったが、リスクの低い薬剤を限定的に使用する制御指針が出され認知症の人に対する抗精神病薬処方率は2006年の17.5%から2011年の6.8%まで減少した。

### 国家戦略の評価：9つのアウトカム、抗精神病薬低減、レジスター制度

認知症国家戦略の最終年となる2014年には、無作為に選ばれた相当数のサービスユーザーやケアラーに対し、第三者監査機関が以下の「認知症の人の視点に立った」9つ質問を使ってサービス改革の達成がどの程度前進したかを確認することが予め改革開始年（2009年）に定められている。

（アウトカム1）私は、早期に認知症の診断を受けた。

（アウトカム2）私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。

（アウトカム3）私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている。

（アウトカム4）私の周囲の人々、特にケアをしてきている家族が十分なサポートを受けられている。

（アウトカム5）私は、尊厳と敬意を持って接せられている。

（アウトカム6）私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。

（アウトカム7）私は人生を楽しんでいる。

（アウトカム8）私は、コミュニティの一員であると感じる。

（アウトカム9）私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じられている。

認知症ケアの質の改善により、行動・心理症状などの出現頻度が減少し、結果として抗精神病薬処方率低下につながると考えられることから、抗精神病薬処方率低下は国家戦略の達成評価の全般的評価指標としても重視されている。

各地域での国家戦略達成に向けた取り組みを推進するために、診断率や抗精神病薬の処方率などの指標を地域ごとに定期評価し、その情報を保健省に集めるレジスター制度を構築している。進捗状況の全国一覧アトラスを作成して政策達成度公表し、地域間で差をわかりやすく市民に伝え、地域の国家戦略の達成状況への人々の関心を高めている。

### さらなる認知症政策の推進：プライムミニスターズチャレンジ

2009年から開始された認知症国家戦略は2014年までの5カ年計画でケアの改善を目指し、現在も進められている。それをさらに後押しする形で2012年3月には Prime Minister's

challenge on dementia が発表され、以下 3 点を首相自らのリーダーシップによってさらに強く押し進めることを宣言された。

- 認知症についての市民啓発と地域づくり
- さらなるケアの質的の向上
- 研究の推進

これら 3 つの課題についてそれぞれ首相直属のチャンピオンチームと呼ばれるアドバイザリーチームが設置され、関連政策のさらなる推進を 2015 年までに達成することが課せられている。認知症研究財源を今後 5 年間で 600 万ポンド以上に引き上げることが掲げられるなど、具体的な追加財源の枠組みも示され、実効性が期待されている。

### 考察：日本の認知症施策への示唆

制度や文化・歴史に違いはあるものの比較的近年になってから本格的に着手されたイングランドの認知症国家戦略から得られる我が国認知症政策への示唆は少なくない。以下、イングランド認知症国家戦略から得られる示唆をまとめとして記す。

(国家戦略の枠組みについて)

- 認知症政策を社会保障政策の最重要課題の一つと明確に位置づけ、超党派で取り組む政治課題としての枠組みを構築している。その背景には、英アルツハイマー協会等の強力かつ戦略的なロビー活動の展開がある。
- 首相のリーダーシップによって政策を強く推進することに成功している。様々な疾病課題、社会保障政策の中で認知症政策を優先課題と位置づけるための政策的根拠、具体的には疫学、関連コスト推計、世論調査等による根拠形成が戦略的に展開されている。
- 国家戦略策定を政府が宣言した後、草案を作成する過程で多くのステークホルダーとの意見交換を重ねながらも常に当事者団体（英アルツハイマー協会）の意見を尊重する姿勢とプロセスを一貫させている。
- 国家戦略の最終目標を「認知症とともに良き生活・人生を送る」こととして、認知症の当事者の「生活の質」を高めることに焦点をあてることで、様々なステークホルダーの意見集約の際にも、そのミッションに立ち返り、政策の方針が一貫している。
- 国家戦略達成評価を「認知症の当事者の視点からみた改善」から行うものとし、社会や制度の都合ではなく、当事者の視点に立ってサービス改革を進める方針が示されている。

(政策の個別課題について)

- 認知症の人が身近な地域で適切なタイミングで診断が受けられ、同時に適切なソーシャルアセスメントと本人の意向に基づいたケアプランの作成を含む初期支援の地域拠点を構築し、その質を認定評価しながら普及させていく方針をとっていること。
- 地域アウトリーチリエゾンと介護職員、医療関係者等への研修の 2 本柱により、認知

症にともなう行動・心理症状の予防に努めていること。

- ケアラー法に基づくケアラー支援とともに、非営利団体、英ケアラー連盟等によるボランティアな多様なケアラー支援資源が拡充しつつある。
- 認知症の人に対する抗精神病薬使用の問題を認知症政策の主要課題として明確に位置づけ、取り組み、具体的な成果をあげている。

謝辞：本調査研究をご支援いただきましたイングランド保健省認知症ナショナルクリニックディレクターの Alistair Burns 教授、認知症国家戦略策定委員会委員長 Sube Banerjee 教授、国際アルツハイマー協会事務局長 Marc Wortmann 氏、北東ロンドン NHS トラスト Afifa Qazi 医師はじめ、英国関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

# フランスの認知症国家計画の概要

東京大学医学部附属病院精神神経科 近藤 伸介

## 認知症国家計画を打ち出した背景要因

フランスは人口 6500 万人、うち 65 歳以上人口 16%、80 歳以上人口 3.8%の高齢社会である。認知症の人は現在約 85 万人にのぼると推定され、うち約 60%が在宅で生活している。さらに毎年 22.5 万人のペースで新規に発病しており、10 年後には 130 万人に達すると概算されている。

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。この第 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 1）。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 2）。しかしこれら 2 期にわたる国家計画では認知症施策が十分効果的に推進されたとはいえなかった。

2007 年 11 月、ジョエル・メナール教授が統括する諮問委員会はサルコジ大統領（当時）に報告書を提出した。委員会が示した 10 の目標（表 3）には「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）を発表した（表 4）。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 ヶ年で 16 億ユーロの予算が計上された。2012 年政権交代があったが、オランダ新大統領もプラン・アルツハイマーの延長を表明している。

表 1 第 1 期（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 2 第 2 期（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

表3 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

## プラン・アルツハイマーの主要政策・施策

プラン・アルツハイマー2008-2012の3つの基軸、11の目標、44の具体的施策を表4に示す。44の施策はばらばらに実行されるわけではなく、それぞれが有機的に関連しながら進行している。政策は大きく3つの領域に分けられる。ケアの強化（12億ユーロ）、研究の強化（2億ユーロ）、医療資源の強化（2億ユーロ）である。

44の具体的施策から主要なものを整理して以下に列挙する。

### 新たな機能をもつサービスの創出

- MAIAの設置：地域連携を強めケアパスをコーディネート
- レスパイト機能の強化：デイケア・ショートステイの枠を大幅に拡大
- メモリークリニックの配置：身近な医療機関で早期診断を
- 若年性認知症に特化した研究センターの設置
- 薬物療法に頼らない専門ユニット（UCC/PASA/UHR）の設置
- 多職種訪問チームの強化（SPASAD）

### 人材育成・教育

- 資格の創設：ケースマネジャー・老年医学専門ケアワーカー（ASG）
- 専門職の増員：訪問チームのための作業療法士・心理運動療法士の育成強化
- ケアラーのための教育プログラム
- 臨床家への疫学教育プログラム

研究の推進 アルツハイマー研究財団の設立

国民の連帯 倫理の広場

EU レベル EU 諸国との共同研究・共同行動

表4 プラン・アルツハイマー2008-2012

第I軸 当事者と家族の生活の質を向上する

目標1 ケアラー支援

- 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 関係機関の連携強化

- 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ジャーを配置

目標3 在宅ケアの強化

- 6) 多職種訪問チームの強化 (SPASAD)
- 7) ホームオートメーションの開発

目標4 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パス作成と適用
- 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 (連携手帳) の作成
- 11) 国内全域にメモリーセンターを設置
- 12) 地方ごとにメモリー資源研究センター (CMRR) を設置
- 13) メモリーセンターの強化
- 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) 老人ホーム内に行動異常に対応する専門ユニット (PASA/UHR) を設置
- 17) 病院内に行動異常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 (ケースマネジャー, 老年医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 倫理的思索の重視

- 38) 倫理を考える広場（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) 始動時に国民 2000 人以上を対象に電話世論調査を実施

### 視察先報告

2012 年 11 月、研究班はプラン・アルツハイマー関連の特に重要な実践を現地視察した。

- ① MAIA Paris Est                      所在地：127 bis rue d'Avron (Paris)
- 主に関連する施策：4) 5) 8) 20)
- 面会者：Cathrine PERISSET      (CNSA プロジェクト責任者)

Claire ASTIER (MAIA Paris Est 責任者)

FERRARI / K. COURTEAUD (ケースマネジャー)

MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer; マイア) はプラン・アルツハイマーで全国 150 ヶ所に設置されたワンストップ相談窓口である。今回の施策で新たな事務所が開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 MAIA というラベルを認可する仕組みになっている。

ケースマネジャーは今回のプラン・アルツハイマーで創設された資格だが、全員が作業療法士、看護師、心理士、ソーシャルワーカーなどの有資格者で、アセスメント・援助の専門技術をすでに有している。利用者はアルツハイマー病に限定されず、現在は 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を対象にしている。

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まったく連携がなく、これまでは利用者がたらい回しにあたり必要なサービスの情報を入手できなかったりしたが、MAIA の設置によって利用者の経由する窓口の数が 3.24 から 1.3 に減少、アセスメントや検査の重複が減ってケアパスが簡素化でき、入院率の減少もみられた。

② UCC (Hôpital Saint-Maurice) 所在地：14 rue du Val d'Osne (Saint-Maurice)

主に関連する施策：15) 17) 20) 22)

面会者：Cécile BALANDIER (フランス保健省)

Jean-Philippe FLOUZAT (フランス保健省・老年科医)

Renaud PÉQUIGNOT (サンモリス病院 UCC 担当老年科医)

UCC (unité cognitivo-comportementale; 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専門病棟である。2011 年 9 月の時点でフランス全土で 44 ヶ所計 500 床が稼働している。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・外出などの非薬理的介入が行われる。保護室をもつユニットは全体の 19% である。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 36.4 日、申し込みから入院までの待ち時間は 7.8 日、NPI (neuropsychiatric inventory) スコアは入院前平均 32.42 点から退院時平均 18.98 点に改善している。

プラン・アルツハイマーでは、非薬物療法の開発や効果研究も施策の1つに挙げられ、新たな介入法の研究がUCCと協働で行われている。サンモリス病院ではPéquignot医師が工学系研究者と共同開発した任天堂Wiiソフトを用いた音楽療法が取り入れられていた。

③ 倫理の広場 Espace éthique (CHU Saint-Louis) 所在地：1 Av. Claude-Vellefaux(Paris)

主に関連する施策：38) 39) 40)

面会者：Emmanuel HIRSCH (パリ大学教授)

活動内容は、当事者・介護現場・医療現場・専門家など認知症に関係する人々のもとを訪ね、その人々の語りに耳を傾け、答えを出すことはせず、問い続けるというものである。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かと問い、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。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。

### 認知症国家戦略の評価

プラン・アルツハイマー2008-2012では、44の施策ごとに実行段階の指標と結果段階の指標が事前に設定されている。2012年12月に5年間の総括が公表された。各施策のアウトカムがグラフ化されている(図1)。また具体的な成果の概要を表5にまとめた。

図1 各施策（1-44）の達成度（2012年12月13日報告書）

実行段階の達成度		結果段階の達成度	
95%	1 - Développer et diversifier l'offre de répit (objectifs revus)	50%	
100%	2 - Consolider les droits et la formation des aidants (objectifs réduits)	65%	
90%	3 - Suivre la santé des aidants	50%	
80%	4/5 - MAIA (objectifs étalés jusqu'à 2014)	96%	
80%	6 - Equipes spécialisées intervenant à domicile	60%	
100%	7 - Adapter le logement par les nouvelles technologies	100%	
90%	8 - Dispositif d'annonce et d'accompagnement	pas de suivi du nombre d'annonces de diagnostic	
90%	9 - Expérimenter des modes de rémunération des professionnels de santé	100%	
100%	10 - Créer une carte "Maladie d'Alzheimer" pour les malades (objectifs revus)	85%	
100%	11/12/13 - Créer et renforcer des consultations mémoire et CMRR	100%	
75%	14 - Surveiller les accidents iatrogènes médicamenteux	80%	
100%	15 - Améliorer le bon usage des médicaments	100%	
90%	16 - Créer des unités spécifiques en maison de retraite	60%	
100%	17 - Créer des unités spécialisées à l'hôpital	65%	
100%	18/19 - Malades jeunes	100%	
85%	20 - Valoriser les compétences et former les professionnels	75%	
100%	21 - Créer une fondation de coopération scientifique	100%	
100%	21bis - Appels à projets ANR	100%	
90%	22 - Programme hospitalier de recherche clinique	80%	
90%	23 - Allocations doctorales et post-doctorales	100%	
100%	24 - Postes de chefs de clinique assistants	94%	
75%	25 - Recherche en sciences humaines et sociales	100%	
100%	26 - Recherche sur des approches innovantes	100%	
100%	27 - Créer un groupe de recherche en méthodologie	100%	
100%	28 - Créer un centre d'acquisition et de traitement automatisé de l'image	100%	
100%	29 - Suivi de cohortes de personnes âgées et de malades (objectifs étalés)	70%	
100%	30 - Etudes pangénomiques	100%	
100%	31 - Recherche sur des modèles biologiques	100%	
100%	32 - Former les professionnels à l'épidémiologie clinique (objectifs revus)	85%	
100%	33 - Développer les liens entre recherche publique et industrie	90%	
100%	34 - Suivi épidémiologique des patients	83%	
75%	35 - Numéro de téléphone unique	63%	
100%	36 - Assises régionales	100%	
100%	37/S1 - Enquêtes d'opinion sur la maladie	100%	
100%	38 - Identifier un espace de réflexion éthique	100%	
75%	39 - Réflexion sur le statut juridique du malade en établissement	75%	
100%	40 - Organiser des rencontres éthique sur l'autonomie de la personne malade	100%	
75%	41 - Informer les malades sur les protocoles thérapeutiques en cours	100%	
100%	42 - La maladie comme priorité de l'UE	100%	
100%	43 - Valoriser la recherche au plan européen	100%	
100%	44 - Conférence sous la présidence française de l'UE	100%	

表5 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 8000 人分が増設された。
- ・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、10800 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ジャーは 1000 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

- ・ケースマネジャーという資格が新設され、1000人が配備された。
- ・老年医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。

## 考察と日本への示唆

プラン・アルツハイマー2008-2012の特徴の1つは、トップダウンによる実行である。2008年2月1日のサルコジ大統領演説によって始動が宣言され、総責任者にフロランス・リュー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を可能にした。また44の具体的なタスクフォースに展開し、それぞれに責任者を任命して、半年ごとに大統領への成果報告を義務付けることで、履行を確実にするガバナンスとなっている。

もう1つの特徴はプラン全体の周到な設計である。まず3つの行動指針（研究・健康・連帯）、3つの目的（根治・ケア・尊厳）、3つのターゲット（疾患・認知症の人・ケアラー）という基軸があり、それに沿って展開された11の目標をさらに44の具体的な施策に落とし込むというツリー構造になっている。これら44の施策策定の準備段階では、ジョエル・メナール教授が当事者・家族・多職種の専門家から意見を集約して大統領に報告書を提出している。また初年度の2008年には国民2000人以上を対象とした電話世論調査を行い、国民の意識やニーズについての量的・質的研究が行われた。次に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、最終年の2012年12月に実施状況と成果が一覧できるグラフが公開された（図1）。このように準備段階・実行段階・評価段階の時間軸の次元でも綿密に設計されている。

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してきた医療と介護福祉サービスが統合されたことは象徴的である。高齢化がさらに進むフランスでは認知症への国民の危機感は強く、当初大統領宣言でトップダウンに始動したプランではあるが、数年経つと現場が自律的に動き始め、最後にはボトムアップに変わっていったというラヴァラール氏（現プラン・アルツハイマー総括責任者）の指摘は示唆的である。今後の問題は2013年以降の事業の継続性である。今回の国家計画で認知症政策がかなり推進したとはいえ、まだ国内全土にサービスが十分普及する段階には至っていない。新政権オランド大統領はプランの続行を表明したものの、前政権に比べて消極的になることが危惧されている。

地域ケアがすでに普及している欧州諸国の中であって、フランスは依然として医学モデル・病院中心モデルが根強い国である。個々の施策は各国の歴史的背景を負っており一概に比較したり導入できるものではない。しかし、利用者の視点を欠いた縦割り行政の弊害を指摘されながらも長年にわたって変わることがなかったシステムが、利用者のニーズに沿うように改革され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と重なるところが多く、研究・ケア・連帯という理念の3本柱で国民全体を巻き込んでいこうという制度改革の進め方は参考になるのではないだろうか。

### 参考資料

Plan Alzheimer 2008-2012 <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

Espace éthique <http://www.espace-ethique-alzheimer.org/>

写真1 MAIA (パリ 20 区) のある老人ホーム



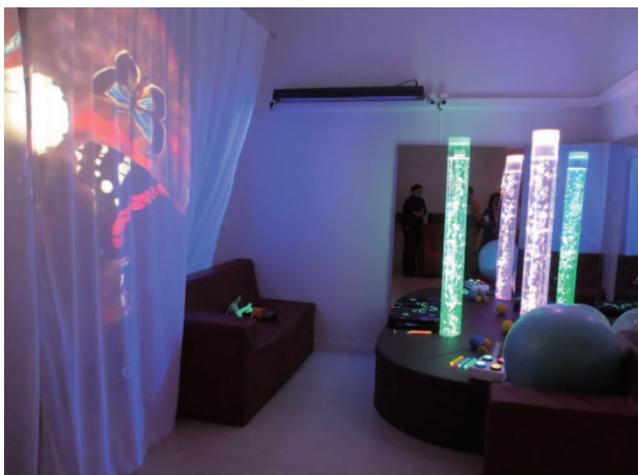
写真2 UCC (サンモリス病院) の病室



写真3 PASA（パリ）の超音波入浴



写真4 PASA（パリ）の多重感覚室（Snoezelen）



# オーストラリアの認知症国家戦略の概要

公益財団法人東京都医学総合研究所 太田 美智子

## オーストラリアの認知症国家戦略

戦後、約 20 年間に誕生したベビーブーマー世代が高齢期を迎える時代を見据え、オーストラリア連邦政府は 2006 年から 5 ヶ年計画の認知症国家戦略「National Framework for Action on Dementia 2006-2010」を実施した。5 つの優先分野（①ケアと支援、②アクセスと公平性、③情報と教育、④研究、⑤人材とトレーニング）への取り組みを通じて、認知症の人の価値が重んじられ、尊敬されること、そして彼らを支える家族や介護者の日々の努力が支持され、後押しされること、その結果、認知症の人や家族、介護者の生活の質を高めることを目的としている。

これに先立ち、1992～97 年、連邦政府は「National Action Plan for Dementia Care（認知症ケアに関する国家行動計画）」を実施しており、2006 年に国家戦略が策定された当時、すでに州政府は独自の認知症戦略を持つなど、一定の体制はできていた。しかし、医療制度の中で提供されるケア、高齢者福祉制度の下で提供される支援、地域ケア制度を通じて提供されるサービスなど複雑に入り組み、認知症の人や家族、介護者にとって利用しづらく、サービスに重複や隙間がみられたため、既存のサービスのコーディネーションを行い、より効果的かつ効率的で、必要な人に支援が届くよう整備することが、国家としての枠組みをつくるもう 1 つの大きな目的であった。

この認知症国家戦略は 2011 年まで延長実施された後、2012 年から改訂作業に入っており、2013 年中にも新たな国家戦略が発表される予定である。

## 認知症国家戦略の背景要因

オーストラリア（正式名称：オーストラリア連邦）は、日本の約 20 倍に相当する広大な国土（7,692,024km<sup>2</sup>）を有し、2012 年 6 月現在の人口は約 2,268 万人。政府構造は、連邦政府、州・特別地域政府（6 つの州と 3 つの特別地域）、地方自治体（カウンスル）の 3 層である。65 歳以上の人口比率は 14.2%で、日本やヨーロッパ諸国に比べれば緩やかだが、少子化および長寿化の流れにあり、今後さらに社会の高齢化が進む見込みである。2011 年現在、65 歳以上の 10 人に 1 人、85 歳以上の 10 人に 3 人が認知症で、国全体では 29 万 8000 人、2050 年までには 90 万人が認知症になると推定されている。

したがって、国家戦略策定の直接的な要因は、認知症問題のさらなる規模拡大に備えてより効果的なケアサービスや治療などを開発し、認知症の人と家族など介護者の生活の質と尊厳を守りつつ、財政的圧迫を軽減する道を探るためである。

ところが、オーストラリアではいち早く、初代国家戦略ともいうべき「National Action Plan for Dementia Care（認知症ケアに関する国家行動計画）」が1992～1997年に実施された。これほど早い時期にオーストラリアが認知症の問題に取り組むに至った経緯は何かを探るため、同国における高齢者福祉行政の歴史を概観する。

### 施設中心の時代：1960～70年代

1954年、連邦政府は「老人ホーム法（The Aged Persons Home Act）」を制定した。当時、家族の絆が切れて介護者がおらず、生活に困窮した高齢者の救済事業を託されていたのは、宗教団体や慈善団体であった。老人ホーム法は、そのような高齢者のために老人ホームを建設する団体に、政府が資本コストを助成することを決めたものである。

さらに1963年、要介護度の高い高齢者を対象とするナーシングホームに対して、ベッド占有率に基づく助成を開始、1966年には一定規模のナーシングホームの資本コストに対する助成も開始した。これらの施策により、ナーシングホーム建設は「リスクが低く、高い利益が得られる投資」と考えられるようになり、ベッド数は1963年から5年間で48%増加、その多くは民間の営利団体が運営するものであった。1970年代以降は、州立の精神科病院など精神科入所施設の閉鎖・規模縮小が進められ、従来はこうした施設に入院・入所していた高齢者がナーシングホームに入所していったことも、ナーシングホームの供給増および政府による多額の資金投入につながったと言われている。

一方、1956年には「在宅ケア助成法（Home Nursing Subsidy Act）」が制定されるなど（翌57年施行）、在宅ケアのための制度も整備されつつあったが、上述のナーシングホームに対する経済的優遇措置は、在宅ケア発展を阻害する要因となった。ナーシングホーム開設の許認可権限を有する州にとっては、州予算で在宅ケアを推進するよりも、連邦政府が助成する民間のナーシングホームの設置許可を出す方がよいとの考えもあったためである。

### 地域ケアへの移行：1980年代

しかし、1980年代に入り、ナーシングホームへの歳出が増大する一方、自宅で生活する高齢者のための地域ケアサービス不足を指摘する報告や指摘が相次いだ。特に、歳出常任委員会が1982年に提出した報告書「At Home or in a Home（自宅か、あるいはホームか）」（調査委を率いたLeo McLeay下院議員にちなんで、McLeay Reportと呼ばれる）は、「高齢者の多くは自宅で生活続けることを望んでいるにもかかわらず、自宅で適切なケアを受けることができないために、コストの高い施設ケアに押し流されている。施設に入居している人たちの中には、適切な支援サービスがあれば、自宅で暮らすことができる人たちがいる」と指摘。施設ケアへの予算偏重を是正するよう求め、地域ケアへの流れをつくった。

翌年、政権交代により誕生したホーク政権は、1984～85年予算計画の中で新しく「地域

在宅ケアプログラム (Home and Community Care [HACC] Program)」の開発を発表し、1985年に「地域在宅ケア法 (HACC Act)」が制定された。

1986年、地域サービス大臣は上院議会において、「ナーシングホームに充てられていた高齢者ケアの資源を他の施設ケアおよび地域ケアに再配分し、多様な高齢者ケアサービスを提供することによって、ケアの質向上を図る」との声明を発表している。

### 認知症に対する問題認識の芽生え

では、認知症に対する取り組みはどのように始まったのか。政策課題として意識されるようになったのは、1970年代後半にニューサウスウェールズ州とビクトリア州で実施された調査報告が契機となった。これらの調査の結果、ナーシングホームへの入居理由の半数以上が、当時の表現で「錯乱状態や高齢に伴う錯乱」であることが明らかになった。以来、精神障害の程度や行動障害の内容、必要なケアの内容や規模など、実態を把握する必要性が語られるようになった。

1980年代に入り、下院議会の「高齢者のための在宅ケアおよび住居に関する審議委員会 (Inquiry into Home Care and Accommodation for the Aged)」は、「『錯乱した高齢者』対策は、特別なナーシングホームを設置するという単純な策では解決にはならない。解決策として、既存のナーシングホーム内への小規模ユニットの設置もあるが、介護者支援を含む様々な地域サービスの提供も考えていくべきである」と報告した。

「地域ケア在宅プログラム」では、このような高齢者と介護者を特別なニーズのあるグループと位置づけ、やはり1985年に策定された「高齢者ケア改革戦略」では、「錯乱状態または精神的な問題のある高齢者のために、既存のナーシングホーム内に特別なプログラムを設けること」が勧告された。

翌86年、連邦政府はナーシングホームに比べて要介護度の低い高齢者が入居するホステルに対する助成プログラムを開始し、5年間でホステルおよび地域ケアに対する予算が倍増した。

### 当事者団体の存在

当事者団体が認知症ケアの転換に果たした役割も大きい。オーストラリア・アルツハイマー協会は、地域ケア在宅プログラムが開始されたのと同じ1985年に設立された。連邦政府からレスパイトケア、介護者支援、啓発活動などの事業の実施を託され、政府資金を得て、地域ケアの推進に貢献した。

### 「認知症ケアに関する国家行動計画 1992～97年」

1985年に10ヵ年計画で開始した「高齢者ケア改革戦略」は1990年に中間レビューが行われ、認知症ケアは中心課題となった。レビューでは、高齢者サービス利用者のうち、かなりの割合が認知症であり、そのサービスニーズは今後もさらに増えるとの認識から、「高

齢者政策の枠組みの中で認知症ケアを進展させるために、統合的な国家行動計画を策定すべきである」と勧告した。

この勧告を受けて、1992年から5カ年の認知症ケアに関する行動計画「Putting the Pieces Together: A National Action Plan for Dementia Care（ばらばらの断片をつなぎ合わせて：認知症ケアに関する国家行動計画）」が策定された。この行動計画は、当時の政権がすべての社会政策の枠組みと位置づけていた社会正義戦略（Social Justice Strategy）の原則、アクセス・公平性・参加に則ったものであった。

5カ年にわたる行動計画に3100万ドルの予算が配分され、既存のサービスや制度の隙間を埋め、サービスの質改善など、7つの要素（アセスメント、認知症の人のためのサービス、介護者のためのサービス、ケアの質、地域啓発、研究、政策および計画立案）に関して21の具体的な目標を定め、その実現に向けて48の行動が特定された。

行動計画終了後、発展的継続のために戦略的計画立案の場が必要であるとの勧告が出されたが、1996年に労働党政権から保守連立政権に交代し、実現しなかった。

## 認知症国家戦略のビジョン、目的、優先分野

ところが2005年1月、オーストラリア保健省の各大臣は、認知症の人と家族、介護者の生活の質を改善し、戦略的・協働的で費用対効果の高い施策で認知症問題に対応することを目指し、認知症施策に関する国家的枠組みを策定することで合意した。これを受けて同年5月、関係各局で構成するワーキンググループが諮問書を作成。州および特別地域の各地方政府が諮問フォーラムを開催し、利用者、介護者、当事者団体および産業界、医療福祉専門家などから広く意見を求めた。

さらに、約70もの関係者代表が参加した全豪諮問フォーラムで、認知症国家戦略の策定および5つの優先分野が支持された。これらの意見を受けて、連邦政府および地方政府（州・特別地域）の代表者らが「National Framework for Action on Dementia」を策定した。

### 認知症国家戦略「National Framework for Action on Dementia 2006-2010」

#### ビジョン

認知症の人と介護者、家族の生活の質（QOL）を改善すること。

#### 目的

認知症の人と介護者、家族の生活により変化をもたらすため、オーストラリア国民は協力して取り組む。

オーストラリア政府は、認知症の人と介護者、家族にとってアクセスしやすく、シームレスなケアパスを作るため、サービス提供者および大きなコミュニティと協力する。

#### 原則

1. 認知症の人は価値を重んじられ、尊重される。また、尊厳と生活の質の権利が担保され

- る。
- 2. 介護者および家族は価値を重んじられ、支援される。介護者らはその努力が認められ、励まされる。
- 3. ケアの選択に際して、認知症の人と介護者、家族の意向が最も尊重される。
- 4. サービスは、それぞれの人の人生の旅路に沿って提供される。
- 5. すべての認知症の人、介護者、家族は、社会的・文化的・経済的背景や居住地、ニーズに応じて、適切なサービスを受けられる。
- 6. 十分な訓練と支援を受けた人材が質の高いケアを提供する。
- 7. 認知症の人や介護者、家族の生活の質には、地域が重要な役割を果たす。

**優先分野**

**優先分野 1：ケアと支援**

認知症の人や介護者、家族のニーズの変化に応じて、ケアおよび支援サービスは柔軟に対応すること。

**優先分野 2：アクセスと公平性**

すべての認知症の人、介護者、家族は、その居住地や文化的背景にかかわらず、認知症に関する情報、支援、ケアに公平にアクセスできること。

**優先分野 3：情報と教育**

エビデンスに基づいた正確な情報や教育を、適切な時期に有意義な形で提供すること。

**優先分野 4：研究**

認知症の予防・リスク低減・発症遅延、ならびに認知症の人や介護者、家族のニーズに応える研究。

**優先分野 5：人材とトレーニング**

スキルがあり、質の高い認知症ケアができる人材育成戦略。

出典：National Framework for Action on Dementia 2006-2010

1992～97年の行動計画は、まだ高齢者に対する地域ケアと施設ケアが中心であったが、その後、認知症の人や家族、介護者支援のための様々な国家政策や戦略が実施されていた。2005年には、研究やケア改善、早期介入、拡張版高齢者在宅ケア（EACH）、高齢者ケア従事者および地域で働く人々に対する認知症トレーニングに予算をつけた「認知症の人と介護者を支援する—認知症を国の優先課題に」が導入された。

認知症国家戦略「National Framework for Action on Dementia 2006-2010」に影響を与えたその他の国家戦略は次の通り：

- 2004年 A New Strategy for Community Care - The Way Forward（地域ケアのための新

戦略—前進に向けて)

- 2000年 National Palliative Care Strategy (疼痛緩和ケアに関する国家戦略)
- 2004年 National Plan for Improving the Care of Older People across the Acute Care Continuum (高齢者の急性期ケア改善のための国家計画)
- 2004年 National Health Workforce Strategic Framework (医療職に関する国家戦略的枠組み)
- 2003～2008年 The National Mental Health Plan 2003-2008 (メンタルヘルス国家計画)
- 2000年 beyondblue, National Depression Initiative (「ビヨンドブルー」うつ病に関する全国イニシアチブ)
- 2001年 National Strategy for an Aging Australia (高齢化社会に向けた国家戦略)

### 認知症国家戦略の評価

2011年8月、認知症国家戦略を改訂し、認知症ケア施策のさらなる展開に向けて、5つのリコメンデーションが出された。

リコメンデーション 1: 認知症ワーキンググループは、4 年の新たな認知症国家戦略の策定を検討し、合意ができ次第、勧告すること。
リコメンデーション 2: 認知症ワーキンググループは、認知症国家戦略が達成したアウトカムの有効性を強化し、各行政の優先課題との一層の調整を図るため、優先度の高い行動についてレビューを行うこと。
リコメンデーション 3: 新たな認知症国家戦略の実施を検討するにあたっては、認知症ワーキンググループは、情報共有と戦略策定の水準を高めるためのシステムまたは戦略をつくること。
リコメンデーション 4: 認知症ワーキンググループは、新たな認知症国家戦略の文脈を考慮し、目的や優先事項、戦略などの基本的要件 (Terms of Reference) を再検討し、改訂すること。
リコメンデーション 5: 各政府は、認知症ワーキンググループにフィードバックを行うための認知症運営委員会/実施グループを設立すること、あるいは既存の組織がある場合はその組織の活用を検討すること。

出典: “Review of the National Framework for Action on Dementia 2006-2010 –Summary of Final Report –” August 2011 より一部抜粋

### 認知症イニシアチブ

認知症国家戦略に加えて、認知症を国の最優先健康課題に据えて認知症の人と介護者を支援する5年事業「認知症イニシアチブ」も、2006年から実施された。その目標は、やはり認知症の人と介護者に対する支援であり、その実現のための3つの施策は下記の通り

である：

**施策 1： 認知症一国の最優先健康課題（7050 万ドル）** 認知症の人と介護者の生活の質を改善するためのさらなる研究、ケア改善プログラム、早期介入。達成のための取り組み：

- 認知症の人と介護者の生活の質を改善するためのアセスメントとケア、リスク低減と予防、治療、マネジメント、支援に関する知見や知識、エビデンスの水準を高めること。
- 研究者、医療福祉職、利用者、その他関係者間のパートナーシップとネットワークを強めること。
- 認知症研究の統合、国内・国際的協働の強化、さらなる研究資金の投入。
- 早期介入サービスの拡大、予防および早期介入を促進するための啓発戦略づくり。
- 適切なエビデンスに基づくアセスメント、治療、支援、ケアを提供し、認知症の人が自宅でもより長く暮らせるように支援すること。

**施策 2： 拡張版高齢者認知症在宅ケア（EACHD）（2 億 2510 万ドル）** 2000 ヲ所の認知症に特化した拡張版高齢者在宅ケア拠点：

- 狙いは、心配な行動のみられる認知症高齢者のためのケアパッケージを提供すること。

**施策 3： 認知症の人をケアするためのトレーニング（2500 万ドル）** 最大 9000 名の高齢者ケア従事者、最大 7000 名の介護者および地域で働く人々に対する認知症に特化した追加的トレーニングを含む。その狙いは：

- 医療職および高齢者ケア職の認知症ケアスキルを高め、認知症の人と介護者の生活の質を改善する。
- 認知症の人のケアについて、医療職、高齢者ケア職、地域で働く人々の知識と理解を深める。
- 認知症ケアに従事することがキャリアとして魅力があり価値があるものとなるようプロモーションする。
- 家族介護者に認知症の人のケアスキルを身に付けてもらい、介護の負担軽減につなげる。
- 最善の認知症ケア実践を推進し、革新的で柔軟な認知症ケアを奨励する。
- 認知症の人のケアに携わっている医療職および高齢者ケア職の自信を深める。
- 高齢者ケア提供者、研究者、研修組織のネットワークを強化し、持続可能な認知症ケアトレーニングを推進する。

上記、施策 1 の具体策として、「認知症の行動マネジメント助言サービス（Dementia Behaviour Management Advisory Service: DBMAS）」がある。これは、認知症の介護者が最も

対応に苦慮し、燃え尽きの原因にもなりやすい行動・心理症状（BPSD）が生じた時に、どのように対応すればよいかについて、知識を含めて実践的なアドバイスを提供するサービスである。

やはり BPSD への対応策として、認知症の人の行動の自由を奪う物理的・化学的拘束の問題がある。保健省はこの問題に対応するため、2012 年にツールキット「拘束のない環境を維持するための意思決定ツール（地域ケア編・施設ケア編）」を作成し、同省のウェブサイトで公開している。たとえば、地域ケア編では、拘束が避けられないほど対応が遅れないよう、早期に行動変化を把握するためのチェックリストなども作成している。

### 拘束のない環境づくりに関する意思決定ツール：地域ケア編

拘束は人の権利と尊厳に反し、あなたの家族や友人の身体に害を与えるリスクが高まる場合があります。

#### 拘束について、一般に誤解されていること

**誤解①**：拘束すると、転倒が減り、けがを予防できる。

**エビデンス①**：拘束による窒息死やけがの危険があります。

**誤解②**：家族や友人を拘束することは、本人のためである。

**エビデンス②**：拘束して身体を固定すると、慢性的な便秘や尿失禁、高血圧、骨密度や筋密度の低下、歩行困難、パニック、強い恐怖心、意欲や尊厳の喪失などが起きます。

**誤解③**：拘束することで、もっと安全に介護ができる。

**エビデンス③**：短期的な解決策にはなるかもしれませんが、拘束に依存しやすくなり、人間性を奪い、創造性がなくなって、その人にあわせたケアができなくなります。

出典：“Decision-Making Tool: Supporting a Restraint Free Environment in Community Aged Care.”  
より一部抜粋

### 考察と日本への示唆

20 世紀の幕開けとともに連邦を結成し、1984 年に正式決定した国歌では「我らは若く自由だ」と謳うオーストラリアも、日本や欧州諸国に比べて緩やかながら、着実に少子高齢化の波にのまれつつある。

日本と似た「中福祉・中負担」でありながら、1980 年代に高齢者ケアの場所を施設中心から地域・在宅中心に方向転換し、1990 年代には認知症ケアに関する国家行動計画を実施、2000 年代にはより包括的な国家戦略も実施して、次なる戦略のための改訂作業中というのだから、認知症関連施策においては日本の一歩も二歩も先をいく経験豊かな国といえる。

できる限り長く自宅で暮らし続けたいという認知症の人の意思を尊重し、地域で支えて

いくためには、多職種の専門職による地域ケアサービスの充実が急がれることはもちろんだが、家族などの介護者支援も忘れてはならない。家族が自宅で認知症の人の生活を支えている場合、施設入所の最大の要因は家族の燃え尽きである。そして、家族が燃え尽きる大きなきっかけが BPSD であるとの認識から、オーストラリアでは認知症の行動マネジメント助言サービス (DBMAS) やレスパイトケアなどを通じて、介護者支援に手厚く取り組んでいることは、示唆深い。

また、当事者団体と政府の関係も興味深い。政府は国家戦略を策定するにあたって、認知症の本人や家族はもちろん、オーストラリア・アルツハイマー協会などの当事者団体にも意見を求めている。そのようにして意見が反映された政策を、今度は連邦政府から資金提供を受けてオーストラリア・アルツハイマー協会が実施する。協会は財政的に安定し、知見や経験が蓄積され、優秀な人材も確保できる。力のある組織になる。

環境やケアによって認知症の人の強さを支え、情報やアドバイスによって家族や介護者の力を支え、トレーニングなどで専門職のスキル向上を図り、啓発活動を通じて市民を育てていく。誰もが少しずつ意識して無力化に抗い、力をつけることが高齢化社会を生きる道ではないかと思われた。

世界のどの国もかつてない高齢化社会に向かい、認知症になる人の数もますます増加していく途上だが、同じ挑戦を試みる仲間の存在は頼もしい。

#### 主要参考文献：

- 1) Howe, A.L. et al. "From States of Confusion to a National Action Plan for Dementia Care: The Development of Policies for Dementia Care in Australia": Int. J. Geriatr. Psychiat. 12: 165, 1997
- 2) Rees, G. "Dementia: Evolution or Revolution?": Alzheimer's Australia Paper 19, 2010
- 3) House of Representatives, Hon. Brian Howe, M.P. Digest of Bill. "Nursing Homes and Hostels Legislation Amendment Bill 1986": Legislative Research Service Department of the Parliamentary Library
- 4) The Parliament of the Commonwealth of Australia, "In a Home or at Home: accommodation and home care for the aged". Australian Government Publishing Service, Canberra 1982

# オランダの認知症国家戦略の概要

独立行政法人労働政策研究・研修機構 堀田 聡子

## はじめに

### (1) オランダ基本情報、認知症関連基礎データ

オランダの面積は約 41,864k m<sup>2</sup> (九州と同じくらい) で、総合行政は全国政府である国と 12 の州、415 の地方自治体 (2012 年 1 月) からなる三層制である。

2012 年時点の人口は約 1,673 万人、このうち 65 歳以上人口の占める割合は 16.2%。今後高齢化が急速に進み、高齢者人口は 2039 年にピークを迎え 460 万人にのぼると予想されている。高齢者の世帯構成をみると、単身世帯と夫婦のみ世帯の合計が 9 割を超え、配偶者以外 (子やきょうだい等) との同居率はきわめて低く、75 歳以上では単身世帯が過半数を占める (2005 年)。平均寿命は男性 78.8 歳、女性 82.7 歳、合計特殊出生率は 1.80 である (2010 年)。本稿のテーマとなる認知症をめぐる状況は図表 1 のとおり。

図表 1 オランダにおける認知症関連基礎データ (2012 年)

- 認知症の人の人数 : 2012 年に 25 万人 (うち 1.2 万人が 65 歳未満) → 2040 年に 50 万人。
- 診断 : 25 万人のうち認知症の診断を受けている人は 15 万人、受診・診断までの平均期間は 14 ヶ月、診断から死亡までは 8~10 年。
- 一生のうち認知症になる可能性 : 20%。
- 認知症リスク : 65 歳以上で 10%以上、80 歳以上で 20%以上、90 歳以上で 40%以上。
- 生活 : 7~8 割が在宅 (半数程度は独居)、6 万人がナーシングホーム・ケアホーム等。認知症を理由とする精神科病院への入院は例外的かつ短期間 (診断のための精神科医への紹介は約 9%)。
- 認知症のインパクト :
  - 頻度の高い疾患 (common disease) のなかで患者自身の負担感が最大。
  - 頻度の高い疾患のなかで最もコストがかかり、約 40 億€ (医療介護福祉支出合計の約 5%)。年約 2.7%の伸びを予測。
  - 家族や隣人として認知症の人のケアにあたる者が約 30 万人 (平均週 20 時間を 5 年間)、約半数が仕事 and/or 育児と両立、約 8 割が強い負担感 (介護者の燃え尽きは入所の重要な要因)。

(出所) Alzheimer Nederland (2012) 'Cijfers en feiten over dementie' 及び保健福祉スポーツ省提供資料に基づき筆者作成。

## (2) 医療、介護、生活支援・福祉、保健・予防関連制度の枠組み

認知症の人を支える医療、介護、生活支援・福祉、保健・予防にかかる制度の枠組みは次のとおり。

### 【医療保険制度の構成】

医療・介護にかかる費用をまかなう医療保険制度は、社会保険方式を基礎に、1年以上の医療・看護・介護、すなわち長期ケアをカバーする第1層、治療可能な疾患に関する短期の医療をカバーする第2層、以上の公的医療給付以外を扱う第3層から構成される。第1層と第2層が全住民を対象とする強制加入の保険となる。

第1層が、長期に医療や介護を必要とする人々を過度の費用負担から保護することを目的として1968年に導入された特別医療費保険（AWBZ）である。年齢や障害種別による区別はない普遍的な仕組みとなっており、1年以上の長期入院、ナーシングホームやケアホーム、身体・精神障害者施設でのケア、在宅ケア等をカバーする。保険者は国である。サービス提供者との契約・サービス購入、保険料の徴収、被保険者の相談対応といったAWBZの運営実務については、国の事務代行者として国内約30圏域ごとに当該圏域でマーケットシェアが高い民間保険会社がケアオフィスとなり、その役割を担っている。

第2層（短期医療保険）は、以前は所得・職域により3つの制度が分立していたが、2006年の医療制度改革により、全国民を対象とした健康保険（ZVW）に一本化された。保険者は民間保険会社であり、被保険者に基本パッケージ購入を義務づけることで、国民皆保険を達成している。政府が定めた基本パッケージは、家庭医（後述）による診療、病院・専門医・助産師による医療、1年未満の入院、18歳未満の歯科治療、産後ケア、理学・運動・作業・言語療法や栄養指導（限定的）、禁煙指導等をカバーする。

第3層は以上の公的医療給付の対象とならない18歳以上の歯科、広範な理学療法等をカバーする補完的保険である。購入は任意だが、約9割が加入している。

### 【社会支援法】

2007年に社会福祉法と障害者サービス法、特別医療費補償法の一部を統合して社会支援法（Wmo）が施行された。同法の目的は、互助を活用しながらできる限り自立した生活と社会参画を促すことにあり、地方自治体レベルで、その責任において住民ニーズに即した社会生活支援を展開することとなった。

社会支援法のもとで地方自治体が行うべき領域は多岐にわたるが、認知症の人に関連が深い内容をみると、AWBZから家事援助がWmoの対象に切り替えられた他、住宅改修、移送、福祉用具、地域社会におけるコミュニケーション促進（友人の訪問、コミュニティセンター等でのアクティビティ、レジャー等への参加）とソーシャルワーク等が含まれる。また、介護者及びボランティアへの支援も地方自治体の役割と位置づけられた。

### 【公衆衛生法】

公衆衛生は19世紀から地域で取り組まれ、早くから地方自治体の役割が明確化されてきたが、近年さらに地方自治体のプライマリケアにかかる責任を強化する方向で公衆衛生法

が改正された（2008年）。

地域における保健センター等を基盤とした予防・健康増進・ヘルスプロテクションの展開について、健康寿命延伸や健康格差是正の観点から見直し、例えば高齢者については自宅訪問等をつうじて健康状態の把握と疾患の予防・早期発見に努めること、プライマリケア領域における多職種協働の推進・改善も地方自治体任務とされた。

## 認知症国家戦略の背景ーケア提供体制の変化

1960年代以降のオランダのケア提供体制の変化について、脱病院化、脱施設化とプライマリケアの充実に着目して整理し、特に1990年代以降の切れ目ないケア提供の推進にかかる動向をまとめておく。

1960年代に専門医療にかかる医療費増大を背景として慢性疾患患者の脱病院化がはかられ、その受け皿としてナーシングホームの数が急増した。そのため1970年代~1980年代にかけ、欧州で高齢者の施設入居率が最も高い国となる。

1970年代に入り経済成長が鈍化すると、地域医療・予防を強調し、プライマリケアとセカンダリケアの役割を分化、セカンダリケアへの直接アクセスをなくす方針が示され、多職種協働のプライマリケアセンター整備等を通じて家庭医を中心とするプライマリケアの一体性が高められるようになる。オランダでは、プライマリケアの専門医である家庭医が産まれてから死ぬまで患者、家族に寄り添う医師、ヘルスケアシステムへのアクセスポイントとなり、地域全体をサポートする。

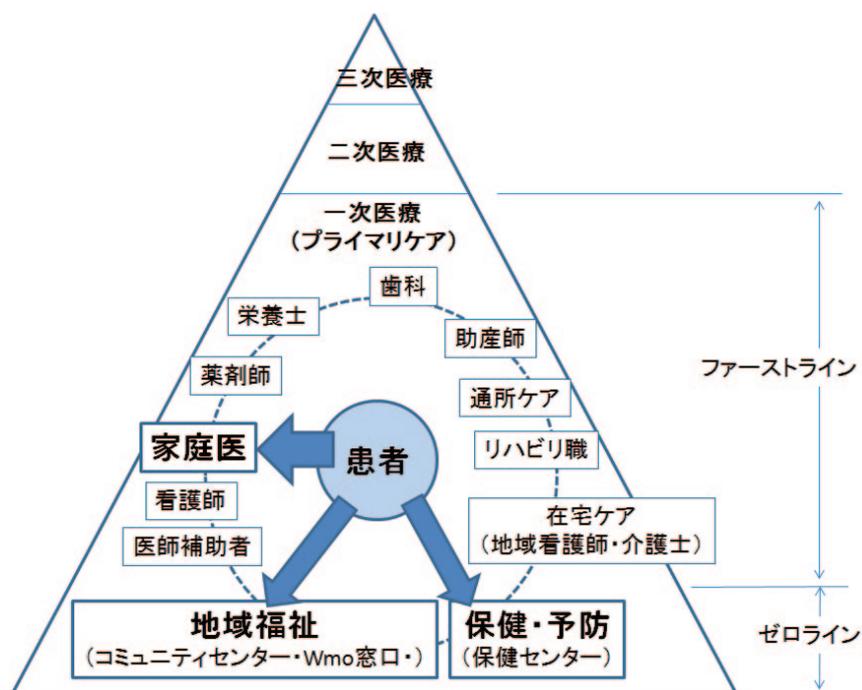
長期ケアについては、社会政策上コスト削減の必要性を背景に、自己責任と互助促進が強調されたことに加え、障害者団体、のちに高齢者団体が「自立」「エンパワーメント」「選択の自由」を要求するようになり、以上の2つの文脈から、集中的で高いケアをより安いケアにシフトしつつ（「代替（substitutie）」）、利用者・患者の自律と選択を保証し、それぞれのニーズにあわせた「個別仕立てのケア（zorg op maat）」を目指すこととなった。ここでいう「代替」とは、脱施設化のみならず、治療から予防へ、専門医から家庭医、医師から看護師やパラメディカル、看護師から介護士へ、さらに専門職からインフォーマルケアへ、といった多様な意味を含むものである。

脱施設化と高齢化に伴う慢性疾患患者の増加は、統合ケアを要請する。こうして80年代以降、ヘルスケア・ソーシャルケアセクター内・間の水平的・垂直的統合が進み、プライマリケアとセカンダリケアの継続性改善に向けた中間ケアの発展、ケースマネジメントの発達がみられた。さらに、地域における組織的連携（ネットワーク）に基づく多職種チームによる切れ目ないケア提供が推進されることとなり、1990年代から慢性疾患や緩和ケアにかかる統合ケア（Ketenzorg）が発展。2002年の健康審議会による認知症の人及び認知症ケアの現状と課題に関する答申を契機に、「コーディネートされた認知症ケア」の実現に向けて国を挙げた取り組みが本格化した。

なお、近年、ケアを必要とする高齢者の急増や費用の拡大、労働市場縮小が見込まれる

なか、改めて家庭医と地域看護師を中心として、地区レベルでの福祉や公衆衛生を含めた多職種によるプライマリケアを充実させ、セルフマネジメントの推進と身近な関係のなかでの問題解決をはかることが重要といわれている（図表2）。

図表2 オランダのケア提供体制



(出所) 筆者作成

## 認知症国家戦略の段階的発展

認知症国家戦略は、認知症の人のニーズと希望に基づくコーディネートされたケア、認知症の人と介護者に対する十分なガイダンスと支援の提供を通じた認知症の人とその介護者の生活の質の改善を目的として、現在までに大きく3段階の発展がみられる。第1段階は地域レベルでの認知症の人と介護者の視点からみた課題抽出と改善に向けたプロジェクトの展開を通じた「良い認知症ケア」像の明確化、第2段階は統合ケアのガイドライン作成、またそれに基づくケアオフィス（1（2）参照）によるケアの購入に関する地域での実験・普及、第3段階はガイドラインの見直しとケア基準の策定である。

### (1) 全国認知症プログラム

第1段階は全国認知症プログラム（Landelijk Dementie Programma : LDP、2004~08年）。全国57地域において認知症の人、介護者とケア提供（事業）者から成るワーキンググループを設け、当該地域の認知症ケアの課題抽出・優先づけ、緊急度の高い問題改善に向けた3~4つのプロジェクトを実施した。

特徴は、ワーキンググループに認知症の人と介護者を必ず含めたことにあり、認知症の人と介護者の言葉を用いて整理された「各地域で」「認知症の人と介護者が日常直面している問題」が出発点となった。同プログラムはアルツハイマー協会の地位向上も意図しており、これには各地の協会支部が重要な役割を果たした。

緊急度が高いとされた問題領域の上位は、①気分や行動上の問題に対する本人の恐怖・怒り・混乱、②介護者のストレス・不安・孤独感、③施設入所への抵抗感、④何かがおかしいが原因も対処法もわからない、⑤専門職とうまくコミュニケーションできない（コミュニケーション・連携不足、専門職の知識不足等）であった。

地域レベルでのプロジェクトの指針として14の問題領域に対応して推奨される活動がワークブックにまとめられ、実際に地域において取り組まれたプロジェクトの上位は、①ケースマネジメント、②認知症および認知症ケアに関する情報の充実、③早期発見・診断、④家族介護者支援・レスパイトケア、⑤専門職教育、となった。

LDP は「当事者視点に基づく良い認知症ケア」の明確化のみならず、各地域における多様な連携、現場の熱気の高まり、ケースマネジメントの開始・拡大等大きな成果を挙げた。LDP に参加した関係者はプログラム終了後も全国認知症ネットワーク（Landelijk Netwerk Dementie : LND）を形成し、知見共有を重ねている。また、各地域における取り組みはウェブサイトでも広く共有されている。

しかし統合ケアに対する財政的インセンティブがなかったことからマネジャークラスの理解が十分得られず、提供（事業）者間の組織的連携が未成熟であることが課題とされた。

## （2）認知症統合ケアプログラム

そこで、第2段階の認知症統合ケアプログラム（Programma Ketenzorg Dementie : PKD、2008~11年）では、認知症の人・介護者の状態とニーズに応じてコーディネートされた認知症ケア（いわゆる認知症ケアパス）の開発、組織的連携（ネットワーク）に基づく統合ケアのガイドラインの作成、ガイドラインに沿ったケア購入に向けた地域での実験・質の評価、認知症の人と介護者に対する体系的な支援を提供するケースマネジメントの発展をめざした。

標準的なガイドラインは、保健福祉スポーツ省・アルツハイマー協会・ケア事業者団体・保険会社連合が主導して作成。診断前、診断とケアへのアクセス、ケアやサービス提供という3つのフェーズにおいて、質の高い認知症ケアに向けた17の構成要素、関与すべき関係者（機関）を整理し、連携の要であるケースマネジャーの役割・要件、統合ケアの質の評価指標、調達プロセス等を盛り込んだ。

16地域で各地域版ガイドラインに基づく連携構築とケア購入に関する実験を経て、全国約95%の地域でケースマネジメントを含む認知症統合ケアが提供されるようになった。しかし、地域によるばらつき、質の評価指標の有用性が課題とされた。

### (3) 認知症ケア基準の策定

これを受け、第3段階として、PKD で作成されたガイドラインにおけるケアプロセスの内容改善、組織間の効果的な連携の在り方、質の評価指標改訂、ケースマネジメントの定義明確化等を取りまとめ、認知症ケア基準の策定が進んだ (Zorgstandaard Dementia, 2011~12年)。同基準は初めての医療・介護・福祉をつうじたケア基準であり、今後全国に普及予定である。

ここで、視察等をもとに、認知症の人の在宅生活継続可能性を高めるものとして注目される認知症ケースマネジメントの先進事例及び地域において認知症の人と介護者を支えるさまざまな形態を図表にまとめておく。

図表3 認知症ケースマネジメントの先進事例 (Geriant 財団)

オランダでは、1980年代以降の脱施設化の流れのなかで、ケース(ケア)マネジメントが発展をみた。ただし基本的に制度上の位置付けはなく、ケースマネジメントの在り方は極めて多様である。

こうしたなか、認知症ケアについては各地域のケア提供組織間連携の中で、独立してケースマネジメントの役割を担う専門職を割り当てる動きが多くみられるようになった。

彼らは認知症ケースマネジャーと呼ばれ、認知症の疑いが出てから死亡(もしくは入所)に至るまで、認知症の人と介護者に対するコーディネートされたケア・サポートの体系的な提供の窓口となる。

ここでは組織間連携を基盤とする認知症ケースマネジメントの先進事例として Geriant 財団を取りあげる。

#### 【診断・治療・ケースマネジメントと介護者支援を担う独立組織】

Geriant 財団はオランダの認知症ケースマネジメントの先駆けのひとつであり、国家戦略における認知症ケースマネジメントや認知症ケースマネジャーの発展にも大きく貢献している。

地域のナーシングホームとメンタルケア組織のネットワークが母体となり、2000年に認知症診断・ケースマネジメントチーム (Dementia Onderzoeks- en Casemanagement team : DOC-team) が発足。その後、外来治療および急性増悪期の短期集中治療(16床)等のための DOC-centrum を創設した。これらが2003年に独立した組織体、Geriant 財団となる。

Geriant における認知症ケースマネジメントの目的は、認知症の人と介護者の QOL を維持しながらできる限り認知症の人の住み慣れた家での暮らしをサポートすること。Geriant モデルの特徴は、「多職種チームによる cure と care の包括的な提供」にある。ここには診断、治療、ケースマネジメント、介護者支援、限定的な在宅ケア等が含まれる。

現在、北オランダの人口60万人エリア(高齢化率14%)で在宅の人を支える4つの DOC-team、ケアホームや高齢者住宅に住む人のための Geriant-wonen、DOC-centrum を擁す

る。

スタッフ約 190 人（うち認知症ケースマネジャー約 70 人）、利用者約 3700 人、営業利益は約 1100 万ユーロで（2011 年）、短期医療保険（精神保健の包括払い）を主たる財源とする。

#### 【多職種チームマネジメントの実際】

DOC-team は、10 人程度の認知症ケースマネジャー、在宅で老年精神看護を提供する看護師（TOP-zorg）、老年医、精神科医、心理士、認知症コンサルタント等各 1~2 人から成る。

Geriant のケースマネジャーは、全員が認知症ケアの経験を持つ学士レベル以上の看護師であり、独自に開発した研修を修了している（現在アルツハイマー協会の支持を得て高等職業教育訓練機関で実施）。この研修は、単にケアをコーディネートするだけでなく、多職種チームと協働で治療と介護（臨床ケースマネジメント）、福祉を横断して認知症の人と介護者に効果的な援助を展開する力を身につけることを目的としている。

認知症の兆候が見られる人と介護者は、主に家庭医や在宅ケア組織、病院等の紹介によって Geriant にやって来る。ケースマネジャーと DOC-team の医師や心理士が自宅を訪問、本人や家族等と面談し、介護拒否等がある場合は必要に応じて TOP-zorg が期間限定で在宅老年精神看護を提供しつつ、できる限り生活の場である自宅において診断を行う。各職種のアセスメント結果をもとに多職種チームミーティングにおいて治療・ケア・サポート計画（投薬、行動療法、看護・介護、家事援助、認知症の人と介護者へのガイダンス・カウンセリング、介護者支援）を立案、ケースマネジャーが本人と介護者に説明・合意の上、必要な援助を調整する。

その後、ケアはすべて地域の在宅ケア組織等に、治療も随時家庭医等に引き継がれるが、ケースマネジャーは、認知症の人が亡くなる（あるいは入所する）まで一貫して援助する。また他のケア提供（事業）者や介護者を交えた利用者ごとのカンファレンスをもとに、DOC-team が継続的に専門的見地からモニタリングを行う。

すなわち Geriant に紹介された認知症の人（とその介護者）には、医療のパートナーである家庭医に加え、DOC-team を基盤とするケースマネジャーが、ケア・サポートのトータルなパートナーとして寄り添い続けることとなる。

#### 【介護者と専門職への支援と助言】

Geriant の援助対象は、認知症の人だけでなく、介護者や地域の専門職にも及ぶ。介護者にはケースマネジャーを中心とする DOC-team の専門職が日常的にサポートを提供、Geriant は介護者支援コースを設けるほか、アルツハイマー協会等が開発したアルツハイマーカフェも主催する。また、認知症の人と介護者を統合的にサポートするミーティングセンターと呼ばれる地域のデイケアを紹介することもある。

さらに、地域の認知症ケア提供（事業）者の専門職や家庭医には、研修の開催に加え、認知症コンサルタントが助言・アドバイスを行う。

図表4 認知症の人と介護者をともに支えるさまざまな形態

【アルツハイマーカフェ】

- 概要：認知症の人と家族のエンパワメント・仲間づくり、認知症に関する知識の普及等を目的としてアルツハイマー協会が開発したガイドラインにそって行われる誰もが参加できる月1回の集い・カフェ（全国共通、登録商標）。全国約220か所。
- 財源：さまざま（Wmo、助成金等）、原則として自己負担なし
- 運営：地域の介護・福祉・医療関係者・自治体・商店等が連携
- 人員：アルツハイマー協会の教育プログラムを修了したコーディネーター、地域住民や専門職のボランティア
- プログラム：月1回決まった曜日・時間帯に2時間程度同じタイムスケジュールで行われる。
  - 徐々に集いコーヒー等を飲みながらおしゃべり（30分）→講師によるミニレクチャー（コーディネーターによるインタビュー形式、30分）→休憩・おしゃべり（ボランティアによる音楽等、30分）→質疑応答（30分）→さらに歓談（30分）

【ミーティングセンターサポートプログラム】

- 概要：軽度~中度の認知症の人とその介護者へのサポート（感情的・社会的サポートを含む）と情報提供等を目的とする通所介護の1形態。アムステルダム自由大学が現場及び研究上効果的といわれた複数のサポート形態を統合して開発。全国約80か所。
- 効果：従来型通所介護と比較して、行動障がい、認知症の人の自尊心、QOL、介護者の介護力にプラス（→入所を遅らせる）
- 財源：AWBZ（認知症の人）及びWmo（介護者）
- 運営：地域の認知症ケアにかかわる諸機関（介護、メンタルケア、福祉、家庭医、地方自治体等）の協定に基づく協働
- 人員：一定の教育研修を受講したプログラムコーディネーター、介護士、アクティビティセラピスト、地域住民及び学生等のボランティア
- 3本柱のプログラム
  - 認知症の人へのケア：Social Club（週3回）、心理療法（週3回）、コンサルティング（週1回）
  - 介護者へのサポート：専門家による情報提供ミーティング（隔週2時間）、介護者同士のディスカッショングループ（隔週2時間）、コンサルティング（週1回2時間）
  - 両者へのサポート：認知症の人、介護者、スタッフ全体のミーティング（月1回）、レクリエーション
- 発展
  - 心理社会的診断に基づく認知症の人と介護者のニーズに応じた柔軟なプログラム
  - 認知症に限定せず、広く要介護者と介護者へのサポートを統合したプログラムと

しての発展も

- ▶ 入所型施設内の通所サービスを全て閉鎖し、地域のコミュニティセンター等における同プログラムに移行した地域も（→両者からみて敷居が低く早い段階からアクセスしやすい、より広く地域力を活用できる）

#### 【Odensehuis】

- 概要：認知症の人と家族のイニシアティブで始まった毎日誰でも立ち寄れる「第二の居間」。専門職によるケアは必要でないが、日々の生活にちょっとした不安を抱えるようになった人たちが、早い段階で居場所を得ることにより（若年認知症の人も含む）地域で長く暮らすことができるという考えに基づく。さまざまな理念や目的を共有するイニシアティブによる多様な居場所の一例。
- 特徴：いつでも自由に入出りでき、参加者（患者・利用者ではない）がやりたいこと（創作、絵、料理、ダンス等）をする。自分たちで情報、アイデア、困ったことをもちより、互いに助け合いながら暮らす。
- 運営：参加者による自主運営

## 認知症国家戦略の評価と今後の展望

統合ケアの進捗状況は定期的に研究機関によりモニタリングされており（2010年以降年1回これまでに3回）、認知症の人と介護者によるケアの改善の体験、地域における認知症ケアにかかわるステークホルダー間の協働の深化、ケースマネジメントの利用可能性向上等の観点から、コーディネートされた認知症ケアの浸透がはかられてきているとされる。

ただし、全ての地域での組織的連携（ネットワーク）の形成、地方自治体の積極的な関与による社会サービスの充実、統合ケアの支払等の課題が残されている。

これを受け、パブリック・プライベート・パートナーシップ（PPP、官民連携）に基づく認知症デルタプランと呼ばれる新たな計画が議論されている。この計画にはケア基準に基づく統合ケア推進、それに向けた教育の充実に加え、産学官連携の認知症にかかわる長期的な研究開発計画、全国認知症登録システム、認知症ケアポータルサイトの構築等が含まれている。

## 考察と日本への示唆

コスト削減の必要性だけでなく、ケアを必要とする当事者の市民・消費者としての参加・発言を推進力として（脱病院化に次ぐ）脱施設化を進め、地域における家庭医と地域看護師を中心とした多職種によるプライマリケアの充実と並行して、切れ目ないケアの提供を模索してきたオランダ。

認知症については、各地域での認知症の人と介護者視点による問題抽出を出発点として課題解決とよい認知症ケア実現に向けた多様なネットワーク形成を促進、これをもとに認知症ケアパスを開発し、地域を基盤としてコーディネートされた認知症ケアを実現しつつ

ある。

オランダの国家戦略の主たる特徴は、全国共通の課題と解決に向けた方策を示して一律に取組みを促すのではなく、地域ごとに当事者主体で目標を設定し、多様な関係者の連携を促し、常に認知症の人と介護者の意見を聴きながらボトムアップで段階的に改善に取り組んできたこと、各地域のベストプラクティスを共有して学び合っていることにある。

認知症の人も介護者も、そして専門職や行政も、ともに同じまちで暮らす住民として地域をよりよくしていく対話をどのように行うか。家庭医療の役割・機能が明確に合意されおらず、患者と地域に寄り添う家庭医が十分に普及していないなか、いかにして認知症の人の伴走者をデザインするか。オランダの挑戦は、オレンジプランの推進に向けてもさまざまな論点を投げかける。

さらに、オランダでは、さまざまな専門性を持つ最大 12 人の地域看護師による地域密着の自律型チームが全プロセスに責任を持ち、あらゆるタイプの利用者にケースマネジメントとさまざまなケア・サポートを含むトータルケアを提供する在宅ケア組織（Buurtzorg Nederland 財団）が急成長し、世界的に注目を集めている（堀田聰子（2012）「在宅ケアのルネサンス—Buurtzorg」医学界新聞第 2986 号を参照のこと）。

地域のなかで、ある疾患（さらにそのある段階）だけに焦点をあてるのではなく、患者中心の全人的ケアを長期的にどのように実現していくかという観点を忘れてはならない。

主要参考文献：

Gezondheidsraad(2002) “Dementie”.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport(2008) ‘Zorg voor mensen met dementie’.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland and ActiZ(2009) “Leidraad Ketenzorg Dementie: Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie”.

Alzheimer Nederland and Vilans(2012) “Zorgstandaard Dementie: Definitief concept Versie 1”.

\*本稿は、堀田聰子（2013）「オランダの認知症ケア—各地域の利用者視点による問題抽出を起点に」『日本認知症ケア学会誌』11（4）pp.781-787 を加筆修正したものである。なお、関連制度及びケア提供体制、従事者にかかる詳細及びその他の参考文献は、労働政策研究・研修機構ホームページで公表しているディスカッションペーパー「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策」及び日蘭認知症ケアにかかる調査研究報告書（今夏公表予定）を適宜参照されたい。

# デンマークの認知症国家戦略の概要

公益財団法人東京都医学総合研究所 山崎 修道

## デンマークの認知症国家戦略

デンマークでは、2010年秋に認知症国家戦略である「デンマーク認知症アクションプラン」が策定された。国家戦略策定以前も、デンマークは地方自治体主導によるボトムアップでの質の高い認知症ケア体制を構築してきたが、国家戦略によりサービスのコーディネートを強化し、全国への質の高いサービスの均てん化を推し進めている。超党派の政治的な合意に基づき、省庁や行政機関をまたぐ協働によるワーキンググループを編成し、アクションプランを策定した。アクションプランには、7つのフォーカスと14のリコメンデーションを明文化した。特に既存サービスのコーディネートのためのインフラ（協働疾病マネジメントプログラム）の整備と、心理社会的支援開発への重点的な投資に力を入れ、2013年までに政治面・行政面・法律面での成果が出ている。今後は人材育成による質の向上と均てん化の加速、研究開発部門への更なる投資、経済的評価が課題となっている。我が国においては、デンマークの国家戦略のうち、当事者・ケアラーのニーズを中心に据えたコーディネート機能強化のためのシステム化と投資について示唆を得るところが大きいと考えられる。

## 認知症国家戦略を打ち出した背景

### 【戦略策定前の認知症医療・ケア体制】

デンマークは2012年現在、人口約550万人、国土面積は約43,000 km<sup>2</sup>、人口密度は1 km<sup>2</sup>当たり126人である。5つの広域自治体（レギオナ）と98の基礎自治体（コムーネ）によって構成されている。デンマークでは、認知症国家戦略策定以前より、地方自治主導による手厚い高齢者福祉体制が提供されていた。バンク・ミケルセンによって1960年代に提唱された「ノーマライゼーション」の理念のもと、「その人らしい人生を支える」高齢者福祉体制が整備されてきた。デンマークの福祉水準の高さは、効率的かつ高質な地方行政サービスに支えられている。広域自治体（レギオナ）と基礎自治体（コムーネ）の役割分担が明確であり、また、時代の変化に応じて柔軟に制度を再編してきた歴史を持つ。

デンマークの認知症ケアの基本理念は、①認知症を持つ人を1人の人として尊重すること／②専門性に基づいた支援をすること／③責任の所在を明確にすること、の3つである。認知症ケア・医療は、①家庭医、②州立病院老年精神科、③認知症コーディネーターが大きな役割を果たしている（図1）。

①家庭医は、キャッチメントエリア制により、1人につき平均1500人を担当している。

うち認知症を持つ人は年間 4~5 人である。抗精神病薬や抗うつ薬は家庭医の段階では処方しないが、簡易な認知機能検査（MMSE）や血液検査等を行う。年間輪番当直による 24 時間対応を行っている。出生時からかかりつけの患者データをストックしているため、認知症の早期発見・早期診断にも大きな役割を果たしている。

②州立病院老年精神科は、家庭医より認知症の疑いとされた場合、精査の依頼を受ける。病床は人口 10 万 5000 人の広域自治体で 8 床のみである。在院期間は平均約 1 か月、長くても 3~4 か月である。認知症のためだけに入院するケースはなく、重症うつや身体疾患が併存する場合のみ入院となる。州立病院老年精神科には、外来機能は存在しておらず、家庭医に集約している。家庭医より精査の依頼を受けた場合は、5 日以内に本人に連絡し、4 週間以内に専門チームがアウトリーチして自宅での評価を行う。初回は医師が訪問し、2 回目以降は看護師やコメディカルが治療プランのモニタリングのために、平均月 1 回程度訪問する。専門チームによる評価結果は、本人の同意を得たうえで、コミュニケーションレポートの形で家庭医と認知症コーディネーターへフィードバックされる。

③認知症コーディネーターは、認知症を持つ人の治療・ケアのほぼすべてのフェーズに関わる専門職であり、デンマークにおける認知症ケアのキーパーソンである。デンマークの中でもモデル地域としてわが国でもよく紹介されるミドルファート市では、認知症コーディネーターは人口 38000 人に対して 3 人配置されている。看護師や社会福祉士等元々ケアの経験がある専門職が、300 時間の講習会を受け、試験をパスして初めて得ることが出来る資格である。認知症初期の方へのケアマネジメントだけでなく、自宅での支援を家庭医や州立病院老年精神科による見立てのチェック、デイセンタースタッフへのスーパービジョン、サービス付き住宅への入居審査手続きなど、所管する業務は多岐に渡る。初期のケアマネジメントでは、認知症を持つ人との関係作りに始まり、訪問によるアセスメントやケア計画の立案を行う。また、家族や地域への情報提供、啓発活動も行う。言わば地域の認知症スペシャリストである。

①家庭医、②州立病院老年精神科、③認知症コーディネーターの 3 者が緊密に連携し、必要に応じて地域で協働する体制が、デンマークの認知症地域ケアを支えている。このシステムは、アクションプランが策定される前からボトムアップで作られてきたシステムである。ミドルファート市の場合は、50 年前は精神科病院への施設収容が中心だったが、精神科病院でのスキャンダルがきっかけとなり、50 年かけて現在のシステムが作られた（図 1）。

このような環境の中、精神科病院への入院は避けるべきものとされており、実際に非常に稀なケースとなっている。強制的な処遇については、自傷他害の恐れがある場合のみに限定され、その妥当性は州立病院老年精神科がチェックする仕組みとなっている。抗精神病薬は極力使用しない。当事者との同じ目線での対話が基本であり、治療支援計画も当事者とともに作っていくことが当然の文化となっている。

#### 【国家戦略策定の経緯】

デンマークでは、国家戦略策定以前からも、認知症への国家規模の取り組みは盛んであった。高齢者・障害者向けのケアホームの改革や、認知症の社会的サービスに関わる法制度の改正、2007年から2011年にかけて、デンマーク認知症研究センターのプロジェクトへの投資等が進められてきていた。

デンマークの認知症国家戦略は、「デンマーク認知症アクションプラン」と呼ばれる。ヨーロッパアルツハイマー協会のレポート（2009年7月13日）で、今後30年で認知症を持つ人が倍増するとの予測が出された。このレポートを受け、デンマークアルツハイマー協会は、政府に対して認知症アクションプランの制定を求めた。デンマークには、アクションプランが出された2010年当時でも80,000人の認知症の人が暮らしていると推定されている。

アクションプランの制定は、政治主導で行われた。2009年12月の国会で、2010年秋の制定を目指すこと、アクションプラン制定のための省庁横断的ワーキンググループを立ち上げることが、超党派で合意された。WGは2010年1月に立ち上げられた。WGメンバーは①内務保健省（INDENRIGS OG SUNDHEDSMINISTERIET）②社会省（SOCIAL MINISTERIET）③財務省（FINANS MINISTERIET）の3省庁と、広域自治体（レギオナ）の連合組織（デンマークレギオネル：Danske Regioner）・基礎自治体（コムーネ）の連合組織（デンマークコムーネ協会：KL）の2機関から構成された。アクションプラン制定に当たって、認知症問題は、高齢者福祉の領域にとどまる問題ではなく、国家財政上の問題であると位置づけた。国家戦略ワーキンググループに財務省が加わっている。

アクションプランを制定するに当たって、まずは認知症に関する既存の実践やリソースのマッピングを行った。研究、医療、法律、ケア、一般市民、アルツハイマー協会等それぞれの立場からの情報、意見を集約した。150ページにわたる既存の実践に関するBackground reportを作成した上で、プランを策定した。Background reportには、認知症が経済的側面に与える影響についての報告は、含まれていなかった。この点は今後の課題とされている。

## 認知症国家戦略に含まれる主要政策・施策

認知症ケアの責任の所在は基礎自治体（コムーネ）であり、医療の責任の所在は広域自治体（レギオン）である。デンマークでは基礎自治体の権限や裁量が大きいため、工夫次第で住民のニーズに合った柔軟なシステムを構築することが可能である。しかし一方で、国全体として見た場合、地域間の格差が存在していたり、組織的な均てん化がトップダウンで行いづらいという課題もある。

デンマーク認知症アクションプランは、これまで自治体ごとのボトムアップによる柔軟な体制でカバーできていた認知症の治療・ケアが、今後30年間で認知症の人の数が倍増し、国家規模で対応しなければ国家の存続に関わるという危機感に端を発している。

### 【主要課題リスト】

認知症アクションプランは、7つのフォーカスと14のリコメンデーション（表1）に渡る。

表1 認知症アクションプラン

7つのフォーカスと14のリコメンデーション

<b>I. 組織とコーディネート</b>
①認知症に関わる全ての政策とアクションは、国の基準に沿って、協働疾病マネジメントプログラムの中に組み込まれるべきである。
<b>II. 診断と健康に関係する治療</b>
②診断的評価、治療とコントロールのため新しい学際的な臨床ガイドラインは、デンマーク健康・医療委員会（Danish Health and Medicines Authority）によって開発する
③国レベルの臨床実践クオリティに関するデータベース構築
<b>III. 心理社会的治療（行動・心理症状）</b>
④心理社会的支援に関する情報を集めて、ベストプラクティスをシステム化してコーディネートする
⑤福祉に関するテクノロジーにもっと注目する
⑥行動・心理症状への新しい心理社会的支援や対応モデルを開発する
<b>IV. 法的地位</b>
⑦「アドバンス・ステートメント」（認知症の人の信念や人生における価値についての考えを意思決定が出来なくなる前に書いておくもの）の利用を推奨すべきである
⑧強制的なケア（≠治療）を行うことについての規則やガイドラインについてより良い情報を提供する
⑨意思決定が自分自身だけでは難しい認知症を持つ人に対して、強制治療を行う選択肢を、より適切なものにする（“mental capacity act”）
<b>V. 家族・介護者の関与</b>
⑩レスパイトケアについて、家族や介護者のニーズを調査する
⑪新しい日中ケア活動やレスパイトケアの機会を作るために、公共部門と市民社会がより良い形で協働を行う。
<b>VI. 知識・教育・訓練</b>
⑫認知症の治療やケアに関わる全てのセクションで、よりよい形でスタッフの教育やトレーニングを行う
<b>VII. 研究と普及啓発</b>
⑬デンマーク認知症研究センターへ更に資金を投資する
⑭啓発キャンペーンを実行する

## I 組織とコーディネート

①認知症に関わる全ての政策とアクションは、国の基準に沿って、協働疾病マネジメントプログラムの中に組み込まれるべきである。

協働疾病マネジメントプログラムとは、医療保健福祉サービスにおいて、慢性疾患への包括的かつシームレスな治療・ケアを提供するためのシステムである（表2）。同様の疾病管理プログラムを制度として採用する国はヨーロッパを中心に増えている。デンマークでは、この協働疾病マネジメントプログラムに、認知症の治療・ケアに関する要素を組み込むことを提唱している。

表2 疾病マネジメントプログラムの要件（Busse et al., 2010）

包括的ケア：疾病の全経過を通して複数の専門によるケア
多職種による統合され、隙間のない、調整されたケア
ポピュレーション・アプローチの活用
積極的な患者・対象者管理手法 （保健教育、エンパワーメント、セルフケア）
証拠に基づくガイドライン、プロトコール、ケアパスの確立
情報技術、システムソリューションの活用
不断の質の改善

このプログラムによって、多様なステークホルダー・アクターが関わりつつ、シームレ

スに医療・ケアを提供できるようになる。認知症の医療・ケアにかかわる人・サービスは、実に多様である。前述の①家庭医、②州立病院老年精神科、③認知症ケアコーディネーターに加えて、④認知症カフェ・当事者グループ・ボランティア活動等のコミュニティでのサポート、⑤デイセンターやサービス付き住宅も関わる。認知症ケアコーディネーターによるコーディネートがさらに円滑に進むよう、国家戦略によりコーディネートのための情報インフラを整備することを目指している。

2013年時点で、認知症マネジメントプログラムは、全ての広域自治体で組織化のためのモデルとして採用され、5つの広域自治体のうち4つの広域自治体で実際に作られるに至っている。

## II 診断と健康に関係する治療

②診断的評価、治療とコントロールのため新しい学際的な臨床ガイドラインは、デンマーク健康・医療委員会（Danish Health and Medicines Authority）によって開発する

③国レベルの臨床実践クオリティに関するデータベース構築

アクションプランを受けて、学際的な臨床ガイドラインが現在策定中であり、2013年に発表予定である。

## III 心理社会的治療（行動・心理症状）

④心理社会的支援に関する情報を集め、ベストプラクティスをシステム化してコーディネートする

⑤福祉に関するテクノロジーにもっと注目する

⑥行動・心理症状への新しい心理社会的支援や対応モデルを開発する

認知症の心理社会的治療については、「その人らしい人生」を支える技術として、国家戦略でも大きく取り上げられている。特に、行動・心理症状に対して、これまでボトムアップ的に蓄積されてきた経験知を集積し、システム化・モデル化して国全体への均てん化を目指している。認知症の人とのコミュニケーションや生活の支援については、経験の中から様々な工夫・知恵が生み出されている。（表3）

表3 認知症の人とのコミュニケーションの工夫

- 
- ・料理等生活上の作業を細かく分割し、役割を担ってもらう。
  - ・本人の生活上の希望を実現するために具体的な工夫を行う  
例)「自転車に乗りたい」と希望する人には、2人乗り自転車を活用する
  - ・認知症の人が持つ自己資源バスケット（自らが持つ能力）から落ちそうな能力を落とさないように、残されている能力を活用できるような働きかけを行う
  - ・コミュニケーションの際にはミラーリングを活用してラポールを形成する。言葉以外のコミュニケーション（笑顔・やわらかい口調等）を重視する。
  - ・認知症の人の Memorial Landscape（記憶の地形）をイメージする。認知症により、Oblivion Lake（記憶の湖）に沈んだ過去の何気ない記憶も、ともに寄り添い活動していく中で拾い上げることが出来る  
例)昔あやとりが好きだった女性は、あやとりのやり方を忘れておらず、ともにあやとりをやっていく中でさらに思い出し、楽しめる。  
例)昔起こった有名な出来事、事件、時代背景、印象の強い出来事については認知症が進行しても忘れていないことが多く、その話をきっかけに関係作りやアセスメントが出来る
-

デンマークでも 1980 年代以前は若年性認知症の人は行動・心理症状が重篤な人は、入院することが多く、施設や精神科病院で暮らしていた。80 年代には、対応の中心が自治体の運営する特別な施設やナーシングホームへ移行し、90 年代以降に認知症への一般の認識が広がっていく中で、認知症の人のケアはあくまで当事者中心（パーソンセンタード）で行われるべきであり、たとえ行動・心理症状があったとしても、自宅でのケアが第一選択であるとされるようになった。精神科での入院治療は基本的には無く、行動・心理症状がある場合でもほとんどが外来での治療となっている。

現時点で行動・心理症状への心理社会的支援の新たなモデルが開発されており、2013 年に 3 つの基礎自治体で試験的に運用される予定である。

#### IV 法的地位

⑦「アドバンス・ステートメント」（認知症の人の信念や人生における価値についての考えを意思決定が出来なくなる前に書いておくもの）の利用を推奨すべきである

⑧強制的なケア（≠治療）を行うことについての規則やガイドラインについてより良い情報を提供する

⑨意思決定が自分自身だけでは難しい認知症を持つ人に対して、強制治療を行う選択肢を、より適切なものにする（“mental capacity act”）

意思決定が自分自身だけでは難しい認知症の人への強制治療に関する法律改正の必要性については、既に政治的に了解されている事項であり、新しい法案が 2013 年に国会へ提出される予定である。

#### V 家族・介護者の関与

⑩レスパイトケアについて、家族や介護者のニーズを調査する

⑪新しい日中ケア活動やレスパイトケアの機会を作るために、公共部門と市民社会がより良い形で協働を行う。

#### VI 知識・教育・訓練

⑫認知症の治療やケアに関わる全てのセクションで、よりよい形でスタッフの教育やトレーニングを行う

#### VII 研究と普及啓発

⑬デンマーク認知症研究センターへ更に資金を投資する

⑭啓発キャンペーンを実行する

①認知症の診断評価の必要性についてに焦点を当てた啓発キャンペーンと、②一般市民社会の中で認知症のリハビリテーションやサポートを行っていく必要性に焦点を当てた啓発キャンペーンが実施されている。また、デンマーク認知症研究センターへの投資が、2015 年まで確保されている。

## 【注目すべき課題：コーディネート機能の強化】

デンマーク認知症アクションプランには、“A story about the good dementia course”としてモデルケースが示されている。このモデルケースは、認知症アクションプランが目指す方向を具体的に示している。

### A Story about the good dementia course

エミーは夫のスティーンが徐々に変わっていつていることに気づきました。スティーンは物事を覚えることが難しくなっており、落ち着かなくなってきた引きこもるようになっていました。かかりつけ医を受診した時に、スティーンは認知症ではないかと疑われ、メモリークリニックに紹介されました。そこでスティーンは、認知症であると明確に診断されました。スティーンには認知症の薬が処方され、エミーは助けられたと感じ、スティーンも調子を取り戻してきました。

エミーとスティーンは新しい状況で、毎日の生活を送るようになりました。自治体の認知症コーディネーターが、エミーとスティーンの自宅を訪問しました。コーディネーターと相談したうえで、スティーンは週に3回、デイケアセンターに通うことを決めました。デイケアセンターは、自治体とボランティアが協働で運営しています。このようにして、スティーンは有意義な活動に満ちた生活を送ることが出来るようになり、エミーも息抜きをすることが出来るようになりました。エミーは、地元のアルツハイマー協会の家族グループともつながり、同じ立場の人々と良い出会いを持つことが出来るとても助けられました。

スティーンはいつもアクティブな男性だったので、認知症の初期の段階でも、自宅の周りを散歩することがとても楽しみでした。認知症コーディネーターに協力してもらい、自治体からGPSを貰うことが出来、ポケットに入れて持ち歩くようになっていました。そのことで、エミーは、スティーンが仮に迷ってしまったとしても、見つけることが出来るようになるようになりました。また、スティーンの病気や薬について、メモリークリニックに安心して質問することが出来るという経験も、エミーにとっては非常に大きかった。エミーとスティーンは、家の掃除についても援助を受けることが出来ていた。

数年経って、スティーンはかなり調子が悪くなっており、エミーだけではスティーンの対応をできなくなってきました。それまでスティーンは良い日々を過ごしてきましたが、あまり良くない日が増えてきました。認知症が進行するにしたがって、エミーには明らかに長期間の支援が必要でした。スティーンは、自宅近くのレスパイトホームやナーシングホームに一時的に滞在するようになりました。認知症が進んできて、認知症コーディネーターと一緒に自治体と相談して、スティーンはナーシングホームに入居すべきだという話になりました。その時既に、エミーはナーシングホームのスタッフと良い関係があったので喜びました。スティーンも安心しており、スムーズに入居することが出来ました。

エミーは、スティーンがナーシングホームに住んでいた3年間、週に数回訪問していました。エミーは、ナーシングホームの他の住人と一緒にイベントにも参加しました。スティーンは、歌や音楽のイベントの時には特に良く参加していました。スタッフは、エミーにスティーンのことについてよく相談してくれました。例えば、彼が入浴を拒否するような場合で、彼の意に反するようなことをお願いしないといけない場合は、スタッフがエミーに相談することが必要でした。スティーンは、生活のほとんどの部分を、幸せに前向きに送ることが出来ていました。

スティーンが死ぬまで、8年間は認知症とともに生活を送っていました。エミーは、スティーンが認知症であったにも関わらず、スティーンと一緒に幸せな年月を送ることが出来ました。安心して、尊厳のある状況で、年月を送ることが出来たのです。エミーとスティーンの話は、どうすれば認知症への治療や支援が、コーディネートされ、一貫して提供できるかを示しています。

エミーとは、適切な支援を適切なタイミングで得ることが出来ました。また、彼らはどこに支援やアドバイスを求めたらよいのか、決して疑問に思うことはありませんでした。スティーンが認知症と診断され、ターゲットを絞った支援を受けることが出来たことが1つの理由だと考えられます。

自治体の認知症コーディネーターは、エミーとスティーン夫妻の認知症治療・ケアの最初から最後まで寄り添い、道しるべとなりました。また、夫妻は、認知症の治療やその他の疑問点について、メモリークリニックに定期的に相談することが出来ました。

認知症の治療とケアの一連の流れで大切な点は、関わる全ての人たちが一緒に仕事をし、協働することです。そして、認知症の全ての段階で、エミーとスティーンに、高度な知識と情報を提供することが大切なのです。

このモデルケースでも強調されている点は、多様な治療・ケア提供者、そして当事者・家族の間をいかにつなぎ、ニーズに合わせてコーディネートしていくかという点である。また、異なるセクターの支援者同士の協働がカギであり、当事者やケアラーの疑問や迷い

に適切に応えられる情報や支援の存在である。

## 認知症国家戦略の評価

### 【投資規模と配分先】

デンマーク政府はアクションプランに基づき、2010年から2年間の間に450万ユーロの予算配分を行った。資金のうち65%が心理社会的治療とケアの質の改善に投じられた。130万ユーロ（全体の30%）が、行動・心理症状への心理社会的支援法開発に投資されている。予算の25%をデンマーク認知症研究センターへ追加投資し、10%を認知症マネジメントプログラム開発と診断評価・治療・支援法の改善に投資した。予算の大部分は、心理社会的ケアの改善、特に行動・心理症状への心理社会的支援の開発に投資されている点が大きな特徴である。

### 【現時点での課題と次のステップ】

デンマークアルツハイマー協会では、アクションプランの次のステップとして、①認知症「治癒」に向けた更なる研究への投資、②適切な診断評価を受けられるようにするための啓発・人材育成、③関連するすべての支援者の質の底上げ、④国全体の認知症治療・ケアのレベルを高め、均てん化を更に進めることを求めており、「アクションプラン 2.0」の策定を求めている。特に今後は、早期診断を受けた人に特にターゲットを絞った活動、ケアの現場に専門的な心理社会的治療を統合していくこと、国のガイドラインをより強め、拘束力のあるものとするのが具体的に挙げられている。

デンマークのアクションプランは、認知症を全国的な政治的課題へと位置付け、特に既存のリソースのコーディネート機能強化を加速させた。その結果、現時点では主に政治面・行政面・法律面での成果が出ている。

一方、Background reportでも指摘があったように、財政面での評価は今後の課題であると考えられる。これは各国に共通する点でもあるが、認知症のケア・医療に係るコストがどの程度で、投資による費用対効果の評価法は技術的にも難しい側面があるため、今後の課題だと言える。

## 考察と日本への示唆

デンマークの国家戦略の特徴は、福祉国家としての理念に基づいた上で、先進的な自治体におけるボトムアップの取り組みを国家全体に均てん化し、国家全体として層を厚くしていく点に特徴がある。認知症を単に医療福祉領域だけの問題として定義せず、財務省を戦略策定に加え、国家財政すなわち国民生活全体の問題として定義した上で、名実ともに国家戦略として取り組んでいる点が大きな特徴である。

均てん化とガイドライン策定の際には、既存のベストプラクティスにおける経験知を上手く活用し、既存リソースのコーディネート力を高める方向で質の向上を図っている。こ

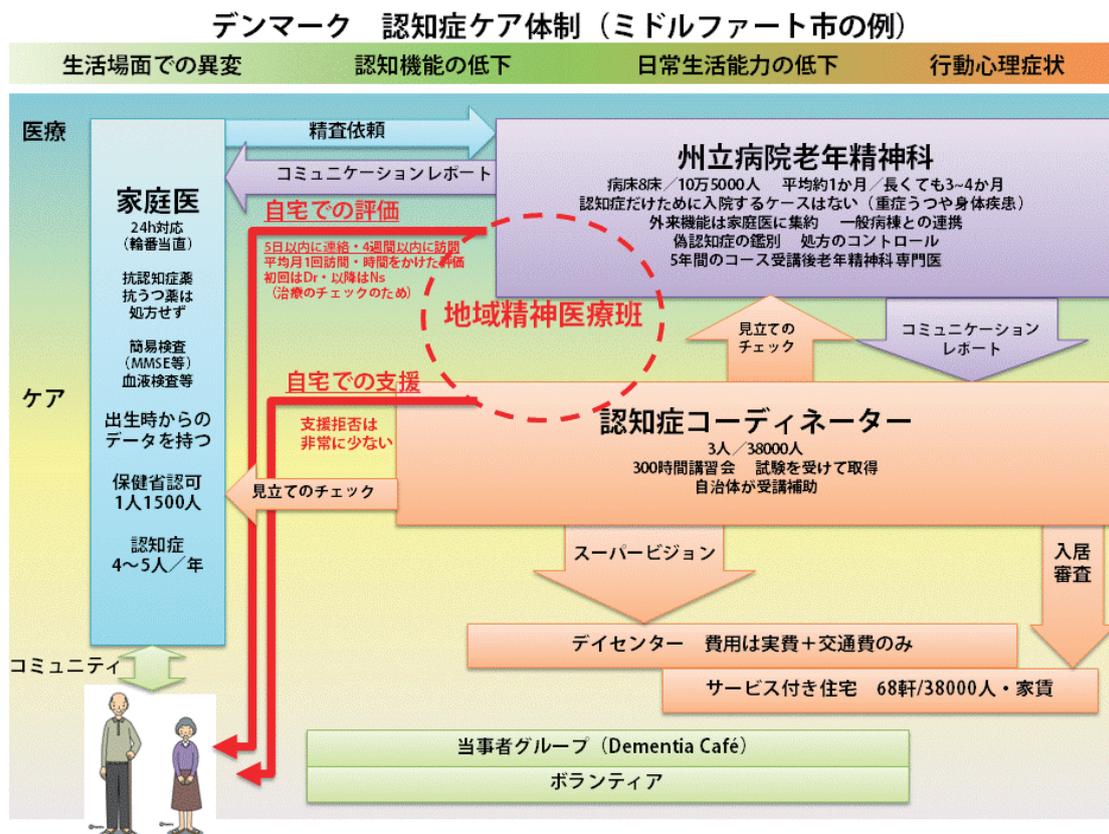
の点は、我が国でも非常に参考になる点であると考えられる。

我が国でも大牟田モデルのように、認知症の地域ケアの先進モデルが存在する。また、同一地域の中でも、既に先進的な取り組みをしている事業者が存在する場合もあるだろう。既存リソースを活用しつつ、当事者中心のサービスを届けるためのコーディネート機能を地域や国全体としてどう高めていくかが、我が国の今後の課題であり、デンマークの戦略から学べる点であると考えられる。

【文献】

- 1) Busse, Reinhard, Miriam Blümel, David Scheller-Kreinsen and Annette Zentner, Tackling Chronic Disease in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies 2010.
- 2) National Handlingsplan for demensindsatsen. Socialministeriet, Indenrigs-og-sundhedsministeriet, Finansministeriet, KL og Danske Regioner, 2010.

図 1



# スウェーデンにおける国家戦略の概要報告

公益財団法人東京都医学総合研究所 西田 淳志  
東京大学大学院医学系研究科精神医学 高野 洋輔

## 認知症国家戦略を打ち出した背景要因

スウェーデンは国土面積 450,295km<sup>2</sup> に対し、人口は 9,415,570 人であり、そのうち 65 歳以上人口は 18.5% を占める (2010 年)。高齢者ケアの行政は、国家レベルでは社会省 (Socialdepartementet; Ministry of Health and Social Affairs) を中心に、政策目標の設定、関連法案の立法、スーパービジョン、財政的な政策誘導を行なっている。社会省下の組織である保険福祉庁 (Socialstyrelsen; National Board of Health and Welfare) では、保健・福祉分野の学術情報を含む様々な情報の収集や編集、および庁令やガイドラインの作成を行なっている。地方レベルでは日本の県にあたる 18 の County Council および 2 の Region (以下、県と略す) が健康および医療ケアを提供し、日本の市に相当する 290 の Minicipalitie (以下、市と略す) が、社会サービス、住宅の整備、在宅ケアを提供している。スウェーデンは地方自治が強く、高齢者ケアの財政は、県および市の税収が主であり、これに、補足的な政府のグラント及び少額の利用者負担によって賄われており、実際のサービスの策定と提供は自治体の判断によって行われているのが特徴である。従って、国家戦略として政府主導の大規模な財政出動は難しく、政府は国家ガイドラインの作成と評価制度の整備、人材育成を軸とした高齢者ケア政策を打ち出している。

認知症を含む高齢者の長期の療養は、1980 年代以前は県の管理下にある病院を中心としたもの (hospital-based care) であった。しかし、社会の高齢化に伴い、身体科病床においてリハビリテーションやナーシングケアなどの待機のために退院できない患者が増加し (1989 年～1990 年は全身体科病床の 15% を占め、そのうち 60% が 80 歳以上)、入院までの待機期間の延長、財政の圧迫などが問題となっていた。そこで 1980 年頃より議論が重ねられ、1992 年に高齢者改革 (エーデル改革) が行われた。これは、加齢に関連する障害や疾病を持つ高齢者に対して、脱医療的なケア (de-medicalise care)、すなわち、ヘルスケアを地域でのケアの中へ組み込むことを意図したものであった。具体的には、県と市の医療と介護についての責任を明確化すること、すなわち、市が高齢者住居やケア施設を整える財政上及び品質の上での責任を持ち、さらに高齢者住居や施設におけるヘルスケアの提供 (医師によるものは除く) を通じて高齢者に対する統合的なケアの提供体制を整えることを目指すものであった。この過程で、1991 年には全国で 9 万 3 千あった病床は、2008 年までに 47% 減少し、その多くが市の管理する施設へと転換された。また高齢者施設については、「特

別な住居」という概念のもと、必要な介護の程度の変化による施設間移動のない、暮らし続けられる住居の整備が進められた。

一方、現在スウェーデン国内には 14 万 8 千人の認知症を持つ人がおり、今後年間 2 万 4 千人ずつ増加し、2025 年には 18 万人、2050 年には 24 万人に達すると考えられているが、地方財政は逼迫した状況にある。そこで政府として、認知症の早期の診断体制、認知症治療やケアの構造化、評価制度などの整備、スタッフの教育の充実といった取組みに加えて、ヘルスケア部門の資源を効率的に利用すること、自治体におけるヘルスケアプログラムの立案や活動の指針となること、そして地理的な差異があっても科学と臨床経験に基づいた活動がなされるよう支援することを目的として、国家ガイドラインの整備を進めた。

国家ガイドラインは、糖尿病、癌、心筋梗塞など高い社会的コストが必要となる重症の慢性疾患を対象に作成されている。これらのガイドラインの作成にあたっては、治療方法や優先順位の問題などの選別作業、実際のケアや資源の利用状況についての基礎的な調査、優先順位の設定、ドラフト段階での試行など全過程を通じて、様々な利害関係者（政策立案者や管理者、医師や看護師、患者団体など）との協議を重ね、WEB サイトで広く公表も行なっている。認知症のガイドラインについては、15 の地方会議において、合計でおよそ 2000 人の参加者による協議を経て、2009 年に試行版が公表され、2010 年に第 1 版 (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning) が出版された。

## 認知症国家戦略に含まれる主要政策・施策

### 国家戦略の基本的理念

前項のように、病院中心から地域中心へ、医療から脱医療へ、そして可能な限り住み慣れた自分の家で暮らすことができるような社会を目指し、**person-centered care** を掲げ、特にガイドラインの整備、認知症の早期の診断体制、認知症治療やケアの構造化、評価制度などの整備、スタッフの教育に重点をおいて進められている。

### 2-1. 認知症ケアのガイドライン

2010 年に発表された認知症ケアのガイドラインは、①良いケアに必要不可欠な点、②診断の進め方、③薬物療法について、④看護介入について、⑤心理社会的活動、⑥家族および親族に対する心理社会的支援、の 6 分野について、全部で 157 項目からなるアクションリストを提示している。各項目は、医学・保健・医療経済などの国内・国外のエビデンス、日常のケアで推奨されない介入、質と効果の適切な指標や期待される結果などが含まれており、それぞれ施行するにあたっての優先順位によって 10 段階のランク付けがなされている。

①は、**Person-centred care**、多職種 of 専門家のチームワーク、実践的な訓練とスーパービジョンを組み合わせたヘルスケアに関わるスタッフの教育について、高い優先順位をつけている。②については、**Baseline assessment** と **Extended diagnostic investigation** に分けて、初期

の診断（家族などからの情報収集、標準化された問診、時計描画テストなど）、および CT や MRI などの画像診断、脳脊髄液検査などの専門的検査について触れている。③については、抗認知症薬について優先順位を高く設定する一方で、行動および精神症状に対する薬物療法は低く設定している。④では例えば、口腔内の系統的な評価は高い優先順位、尿失禁に対する膀胱訓練や骨盤底筋群の訓練などは“すべきでないこと”としている。⑤は、身体活動を含む個人の要望に沿った活動や認知症の人の要望に即したデイケア、レスパイトケアや教育、各個人にあわせた心理社会的支援などに高い優先順位をつけている。ガイドラインは適宜改訂され、認知症ケアのガイドラインについては 2013 年に改訂予定である。

## 2-2. 認知症のケアおよび診断

スウェーデンにおいて、認知症ケアは高齢者ケアのシステムに包含されており、まず本人もしくは家族からの申請により市のケアマネージャーが介護認定を行い、利用可能な資源の種類と量を決定し、ニーズに応じたケアプランを立てる。認知症の診断が必要であれば、まずプライマリケアにおいて **Baseline assessment** を行い、さらに必要があれば病院において画像診断などを含む **Extended diagnostic investigation** を行う。視察を行ったストックホルム県（人口 209 万 1 千人）によると、現在 2 万 7 千人の認知症患者がいると推定されているが、そのうち専門医療機関で診断を受けた人が 1 万 7 千人であり、最初に認知症の診断を受ける科としては、プライマリケア医が多く 28% であるとしている。その他には整形外科などで指摘されることも多いが、精神科で認知症の診断を受ける割合はほぼ 0% であった。ガイドラインに従い、プライマリケアで診断がつかない場合の **Extended diagnostic investigation** は老年科などの専門医によって行われるが、その人数はストックホルム県で年間約 3200 人であり、**Baseline assessment** を受けた人の約 30~50% である。前世紀中に精神科を含む病院病床の削減が行われており、入院可能な病床が少ないという理由はあるが、**BPSD** の出現があっても入院治療はほとんど行われていない。後述するようにプライマリケア医や看護師、准看護師、ヘルパーなどに対する教育を重視しており、認知症に関する研修を受けた看護職が中心となって、介護レベルの維持・向上を図り、対応力を高めている。ストックホルム県では **BPSD** に対する専門チームが 1 チームあり、老年精神科医師、看護師から構成され、在宅や施設のスタッフからの相談に対して 2-3 日以内に対応などを助言している。また **BPSD** チームのその他の主要な活動として、医療・ケアに関わる職員に対する教育も行っており、現場の対応力の強化を図り、可能な限り抗精神病薬の使用を減らし、介護の工夫による症状の軽減を目指している。しかし現在のところ、このようなチームが設置されている自治体は少ない。また、早期診断のための特別な制度はとられていない。

ケアに関しては、可能な限り在宅生活を維持することを、政府、自治体とも目標としており、様々なサービスを提供しているが、困難な場合には特別な住居と呼ばれる老人施設に入所する。特別な住居は、プライバシーに配慮された個室で、概ね 10 室程度を 1 ユニッ

トとして運営されている。視察を行ったストックホルム市のサバツベルグビンス看護介護施設(Sabbatsbergbyns vård- och omsorgsboende)やソレフテオ市の Skärvstagården では、配置されているスタッフ数は日本よりも多く、前者の場合は入所者 106 名（うち 90 名が認知症）に対し、スタッフ数は 110 名で、准看護師が 80%を占め、その他は介護士であった。このような特別な住居は、認知症の出現などによるユニット間の移動はあるが、基本的には永住できる点が特徴である。その他、退院後に一時的に重点的なケアを行う場所としてショートステイがあるが、柔軟な活用が課題となっている。

一方、医療とケアの担当が県と市に分かれていることもあり、両者のサービス間連携は、まだ完全には円滑とはなっていないようである。これに対し、訪問看護の市への委譲などにより、さらなる統合的なサービス提供体制の整備が進められている。この他、近年では高齢者ケアやプライマリケアの診療所への民間事業者の参入が、特に都市部において進んでおり、サービスの多様化や向上が期待されている。

### 2-3. レジスター制度の活用

ガイドラインに対する国家レベルでの評価として、次項に述べるレジスター制度の活用による、施行状況の追跡調査が行われている。この評価システムは、ガイドラインが発表される以前から用いられており、すでに、病院間・県間・市間の組織的な要因、ケアの過程、アウトカム、コストなどの相違、死亡率や障害、生活の質などが期待される結果となっているか、などの評価のほか、今回のガイドラインなどからの逸脱についての評価にも用いられることになっている。

### 2-4. 教育

現場スタッフに対する教育は、ガイドラインにおいても高い優先順位がつけられており、各自治体や施設において積極的な取り組みがなされている。視察を行ったストックホルム県では、CeFAM (Centre for Family Medicine)において、プライマリケアスタッフや老年科医師のみならず、市職員に対しても高齢者ケアの教育が行われている。同じく視察を行った財団法人シルヴィアヘメットでは、全国の看護師、看護助手および医師を対象とした認知症ケアの専門教育のプログラム、および一般市民に対する啓発活動を行なっている。シルヴィアヘメットは、シルヴィア王妃が認知症の母を介護されたご経験から 1996 年に王妃により設立され、認知症を抱える方へのケアの実践とともに、認知症ケアに関わる人材育成などの教育拠点として国内外に広く認知されている。倫理的な考え方を基礎に置き、person-centered care、family support、teamwork、communication、relation を柱とする実践を行いつつ、多職種の各専門家に対する教育および家族教育を行なっている。看護師および准看護師に対しては、ソフィア大学と協力した教育(Academic course)が行われ、修了者に対してはシルヴィアナース（看護師）、シルヴィアシスター（准看護師）の証明書が発行され、各地の認知症ケアにおいて、指導的な立場として活躍している。尚、准看護師は 2 年間、

看護師は1年間のパートタイムでWEBベースでの研修を行い、研修日の給与が雇用主に保証されている。2012年までに、シルヴィアシスターは377名、シルヴィアナースは124名が修了している。

また、シルヴィアヘメットおよび各地において、Academic course 修了者により認知症ケアの講義が行われている（基礎コース）。通常ユニット毎に合計21時間のコースが行われ、ユニットに対して3年間有効の証明書が発行される。その他、家族教育やケアマネージャーに対する教育などが展開されており、これらを合わせると年間7千~1万4千名がシルヴィアヘメットの関連する教育やスーパービジョンを受けているとのことであった。

さらに、プライマリケア医に対する教育プログラムとして、カロリンスカ研究所と共同して、認知症ケアに関する修士課程を準備・試行中であり、2013年度からの開講を予定している。本課程は、WEBベースでの講義や演習などを中心としており、多忙な医師が勤務時間外に履修することができるようになっており、海外の医師も履修可能となっている。最新の研究成果から診断、治療、認知症ケアの組織的なモデルまで、認知症に関わる様々な領域についての学習が可能であり、修了者にはシルヴィアドクターの証明書が発行される。

この他、一般向けの教育プログラムとして、シルヴィアヘメットと協力関係にあるスウェーデン認知症センターによる「認知症ABC」(Dementia ABC)というWEB学習プログラムを無料で公開している。スウェーデン認知症センターは、認知症に関する知識や実践についてのエビデンスの収集と普及を目的とした団体である。このプログラムは、1章あたり約20分、計10章あり、試問に対し80%以上の正解をすると修了証明書が発行され、2010年6月の公開からすでに5万人以上が受講している。県・市毎に受講状況が公開されており、王妃からの表彰も行われるために、受講率向上に寄与している。この他、専門家向けのWEB教材なども開発されている。

## 認知症国家戦略の評価

スウェーデンでは、以前からナショナルレジスターと称される臨床情報などの登録制度（レジスター制度）が整備され活用されている。認知症に関する代表的なレジスターとして、Swedish dementia registry (SveDem)とBPSD registerがあり、現場の医師や看護師などによって入力されている。SveDemは2008年から利用されており、ガイドラインに基づく研究、診断、ケア、医療に対する質の指標として活用されている。BPSD registerは2011年から使用されており、BPSDの様々な症状を経時的に評価することで、チームでの医療・ケアの改善にも活用されている。一方で、これまで臨床情報やケアの実態について十分な情報が収集出来ていないという点がガイドラインの中で指摘されており、適切な運用が課題となっている。このため、政府の他、地方自治体連盟(Sveriges Kommuner och Landsting; Swedish Association of Local Authorities and Regions)が自治体と協力してその普及を進めている。

地方自治の強いスウェーデンでは、政策実現のために、このようなレジスター制度によって達成度を評価し、目的を達成した自治体に補助金を分配する制度を活用している。その予算は概ね年間10億スウェーデンクローナ(2011年～2014年実績で5億ユーロ)であり、高齢者ケア領域では、特に、緩和ケア、認知症を持つ方へのケア、予防、質の高い医療、ケアの協力と統合に対して、このような取組みが行われている。例として、認知症に対する抗精神病薬の使用について着目した取組みがある。それまでナーシングホームでの抗精神病薬の使用率は16～17%であったが、2011年12月に10%まで減少させることを目標とし補助金の設定を行った。すると、以前は2つの県でのみ達成されていたが、2012年9月には、すべての県でこれを達成することができた、としている。この他、軽度～中等度のアルツハイマー病患者に対する薬物処方割合についての評価も行われている。このような取組みについては達成状況がWEBで公表されており、住民が自身の所属する自治体の状況を把握できることも、これを推進する要因となっている。

## 考察と日本への示唆

スウェーデンでは、高齢者ケアに関する先駆的な取組みの歴史的背景をベースとして、認知症ガイドラインによって大きな方針や理想的なケアのあり方を示すとともに効果的な社会資源の配置を目指し、達成度を公開するレジスター制度によって自治体の自主的な取組みを促して地域間の格差を是正し、さらに人材育成のシステムを整えることでケアの質の全体的な向上を図る、という取組みが行われている。他国の認知症施策の国家戦略と比較すると、政府の取組み自体は強い影響力を持ちにくいだが、これらの施策により着実に認知症ケアの質を高める工夫がとられている。ガイドラインは発表されてから間もないため、今後その評価が行われ、適宜改訂される予定であるが、レジスター制度の適切な運用による評価と施策へのフィードバックを積み重ね、医療とケアの分担と連携など、社会資源の適切な利用につなげていけるかが課題であると考えられる。

スウェーデンにおける取組みの中では、特にレジスター制度は日本における認知症ケアの実情を把握し、認知症に関する施策自体の評価や現場でのケースマネジメントの効果判定などにおいて有用であると考えられる。また、人材教育の取組みについては、教育を受けたことが職場において評価されることや、WEBを活用することによって多忙な臨床家が学習時間を確保しやすくなることなど、日本での認知症ケア教育の充実と質の向上にあたって、検討されるべき有用な取組みであると考えられる。

## 謝辞

本調査にあたっては、在スウェーデン日本国大使館の渡邊芳樹特命全権大使、栗原正明一等書記官、ならびに Elisabet Lassen ソレフテオ市長を始めとする関係者各位、通訳および同国高齢者ケア研究者の奥村佳孝氏らの多大なるご協力を得た。ここに厚くお礼を申し上げる。

# 視察調査 I 概要：オランダ、フランス、イギリス

遠矢 純一郎（医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック）

2012年11月1日（木） オランダ（アムステルダムおよび周辺都市）

午前

訪問先： 多職種プライマリケアセンター「gezondheidscentrum Kersenboogerd」

Betje Wolfplein 170, 1628 NV Hoorn <http://www.kersenboogerd.nl/>

面会者： Ms. Annet W. Wind（家庭医/オランダ家庭医学会老年医学研修担当/ライデン大学公衆衛生・プライマリケア講座）

Ms. Herma Dijkman（プライマリケアセンターアシスタントマネジャー）

内容：

- ・ 家庭医の教育体系、継続研修における認知症ケアの位置づけ
- ・ 日常的な家庭医に対する助言・サポートとナレッジマネジメント
- ・ 認知症ガイドラインの実践・研究に基づく開発と改善
- ・ 認知症政策形成に関する国家レベル及び地域レベルでの関係者の協働（認知症者、介護者、ケアオフィス、行政、家庭医、専門医、他長期ケアのステークホルダー）



午後

訪問先： 「Geriant 財団」（多職種チームによる認知症ケースマネジメントを推進）

Onderdeel van stichting Geriant Titanialaan 15a, 1702AZ Heerhugowaard

<http://www.geriant.nl>

対応者： Mr. Paul-Jeroen Verkade（Geriant ケースマネジャー/認知症ケースマネジャー職能団体代表）

Ms. Leny van Dalen（Geriant 精神科医）

Mr. Udo Rooze 家族（Geriant 利用者評議会）

内容：

- ・ Geriant 財団の概要
- ・ 認知症のケースマネジメントを中心に「コーディネートされたケア」を目指す

- DOC-team におけるケースマネジメント：初期集中支援に始まり、最期まで切れ目ないサービスを提供
- 多職種チームの役割分担、事例紹介をつうじたケアパスの紹介：アセスメントツール、診断、ケアプラン、アウトカム評価、家族・利用者からみた Geriant のケースマネジメント
- 地域における組織間連携、認知症国家プログラム（LDP）における認知症の人や介護者との協働
- Geriant から介護者・介護職、GP 等への教育研修
- 認知症ケースマネジャーをめぐる国レベルの動向、教育プログラム



#### 夕刻

- 訪問先： 認知症専用の小規模グループホーム「WarmThuis De Hulst」  
 Noordschermerdijk 5 Oterleek <http://www.warmthuis.nl/>
- 対応者： Mr. Hans Houweling 精神科医、Warm Thuis 開設者
- 内容： Warm Thuis の概要（事業・介入の組み合わせ、入居・利用者属性、スタッフ属性、地域との関係）。70年代から身体拘束を行わず、自宅の家具やペットを持ち込むなどして、認知症の方の気持ちに沿ったケアを行ってきた。



夜

訪問先： アルツハイマー・カフェ「Alzheimer Café Weesp」  
Restaurant Hart van Weesp, Herengracht 35, 1382 AH Weesp

対応者： オランダ・アルツハイマー協会  
Mr. Herman Post manager Hulp en Informatie  
Ms. Julie Meerveld アドボカシーマネジャー

内容：

- ・ オランダ・アルツハイマー協会のビジョン・活動・当事者との関係、アルツハイマー・カフェについてヒアリング。
- ・ アルツハイマー・カフェ見学：アルツハイマー・カフェはオランダ全土（200カ所近く）で月1回程度定期的で開催され、認知症の人や家族、友達、地域住民、専門職など誰でも参加できる。和やかな集い。オランダ・アルツハイマー協会がガイドライン、運営マニュアルを提供。教育プログラム、コーディネーターの教育なども行う。

スケジュール 19.00 お茶 19.30 レクチャー（Healthcare Declaration） 20.00 休憩  
ル： 20.30 Q&A ディスカッション 21.00 フリートーク 21.30 終了



11月2日(金)

午前

訪問先： 軽度認知症者等のウォークインセンター「オデンセハウス」  
Stichting Odensehuis Hygiëstraat 4, 1076RM Amsterdam  
<http://www.odensehuis.nl/>

対応者： Ms. Margo Langedijk オデンセハウス・コーディネーター

内容：

- ・ Odensehuis の理念、背景、イニシアティブ、オペレーション、財源、参加者属性、プログラムについてヒアリング：軽度認知症の方や家族、友人、近隣の人らが自由に出入りし、絵を描いたり情報交換したりして過ごす。軽度認知症＝介護サービスはまだ必要無いが、不安を抱えたまま社会との接点を失うと、症状を悪化させる事もある。地域に通える場所を設けることで、在宅生活を長く続けられるようにする。

- ・ オデンセハウス参加者との懇談。



#### 午後 1

- 訪問先： ケアファーム（農場でのデイサービス）  
 Zorgboerderij BuitenGewoon2 Nieuwkoopseweg 34, 2641 PB, Pijnacker  
<http://www.zorgboerderijbuitengewoon.nl/0000009b370a60003/index.html>
- 対応者： Mr. Arjo Buijs（BuigenGewoon）  
 Ms. Simone de Bruin（RIVM 研究員）
- 内容：
- ・ ケアファーム見学
  - ・ ケアファームと通常のデイサービスとの比較研究等の紹介



#### 午後 2

- 訪問先： 保健福祉スポーツ省 Welzijn en Sport Parnassusplein 5,2511 VX Den Haag
- 対応者： Ms. Jacqueline Hoogendam（保健福祉スポーツ省）  
 Ms. Rene Prijkel（＃）
- 内容：
- ・ 認知症ケア政策の理念と倫理
  - ・ オランダの認知症ケア政策概観と展望、政策決定プロセスとその特徴（他の EU 諸国と比較）、政策評価
  - ・ EU レベルでの認知症関連施策・プロジェクト
  - ・ 認知症の人の権利擁護、意思決定支援の枠組み



11月3日(土)

午前

訪問先： 在宅ケア提供事業者「Buurtzorg」

Buurtzorg Amsterdam Zeeburg Niasstraat29, 1095 TV Zeeburg

対応者： Ms.Aenne Werner (Buurtzorg 看護師)

Mr.Marc Hagens (Buurtzorg 看護師)

内容：

- チーム概要(患者・ナース)、オペレーション(チームケア、Buurtzorgwebの利用、OMAHA システム)についてヒアリング。認知症の人の支援事例紹介
- 訪問看護に同行。



午後

訪問先： BuurtzorgPlus スタッフと宿泊先ホテルにてヒアリング

対応者： Ms. Janet Riezebos (BuurtzorgPlus 理学療法士)

Ms. Mieke Molenaar (BuurtzorgPlus 理学療法士)

Ms. Marije Bolt (BuurtzorgPlus 作業療法士)

内容： 地域におけるリハビリテーションの状況  
認知症者への作業療法的観点からみた介入  
BuurtzorgPlus における OT・PT の役割・チームケア



11月4日(日) (移動日) フランス入国

11月5日(月)

午前 (於：パリ市)

訪問先： Espace éthique, Hôpital Saint-Louis  
1 Av. Claude-Vellefaux(Paris)

対応者： Professeur Emmanuel HIRSCH (パリ大学教授、「倫理の広場主宰」) に面会。  
[www.espace-ethique-alzheimer.org](http://www.espace-ethique-alzheimer.org)  
[www.initiative-ethique.fr](http://www.initiative-ethique.fr)

内容：

- プラン・アルツハイマーの mesure 38 (アルツハイマー病の倫理を考える場) の活動について。
- APHP パリ病院全体の倫理



午後

訪問先： MAIA Paris Est (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer), 127 bis rue d'Avron

対応者： Mme Cathrine PERISSET Equipe projet nationale CNSA  
Mme Claire ASTIER Pilote MAIA Paris Est  
A. FERRARI / K. COURTEAUD ケースマネジャー

内容：

- MAIA (サービス提供のワンストップ窓口。「アルツハイマー病の人々の

自律と統合の家」)。総論、各論、MAIA におけるケースマネジメントおよびケースマネジャーの育成についてヒアリング。



11月6日(火)

午前

訪問先： Hôpital Saint-Maurice, 14 rue du Val d'Osne (Saint-Maurice)

対応者： Mme Cécile BALANDIER フランス保健省 DGOS

Dr Jean-Philippe FLOUZAT フランス保健省・老年科医

Dr Renaud PÉQUIGNOT 老年科医

内容： 

- ・ プラン・アルツハイマー総論および UCC ( unité cognitivo-comportementale) 見学。BPSD を示す人に対して、抗精神病薬を使わず、行動療法で治療するユニットについてヒアリング：院後もよい状態を維持できるようにケアラーへの教育も行う



午後

訪問先： PASA : pôle d'activités et de soins adaptés

対応者： Mme Cécile BALANDIER フランス保健省 DGOS

Dr Jean-Philippe FLOUZAT フランス保健省・老年科医

内容： EHPAD(老人施設)内に設置されたデイサービスおよび行動障害のある患者

(10 数名) を受け入れるためのユニット見学：ASG (アルツハイマー病専門の研修を受けたケアラー) が常駐。看護師や意思が集まって 2 週に 1 回ミーティングを行う。

夜、イギリスに移動。

11 月 7 日 (水) (於：ロンドン)

正午

訪問先： 保健省 Wellington House, 133-155 Waterloo Road SE1 8UG

対応者： Prof. Alistair Burns (ビデオカンファレンス)

イングランド認知症ナショナル・クリニカル・ディレクター

内容：

- 最近のイングランドにおける認知症国家戦略に関する動きをヒアリング：Prime Ministers challenge on dementia および抗精神病薬使用についての取り組み。Mental Health Act と Mental Capacity Act、啓発キャンペーンなど。



午後

訪問先： MSNAP (Memory Services National Accreditation Programme)

Standon House, 21 Mansell Street, London (英王立精神医学会内)

対応者： Sophie Hodge, Deputy Programme Manager

内容：メモリーサービスの品質保証のためのサービス改善評価機関としての MSNAP の取り組みをヒアリング：メモリーサービスナショナル認定プログラムなど。



11月8日(木)

午前

訪問先： Goodmayes hospital, Sunflowers court, Ilford, Essex

対応者： Dr. Afifa Qazi 精神科医

内容： 身近型疾患医療センターのモデルの1つと考えられる。精神科入院を大幅に減らす実践について、Qazi 医師からヒアリング。



午後1

訪問先： ADI 本部, 64 Great Suffolk Street, London

対応者： Marc Wortmann 事務局長

内容：

- 各国の国家認知症戦略をまとめた Alzheimer's Disease International の Marc Wortmann 事務局長にヒアリング:各国の国家認知症戦略動向について。いかに発展し、協調し、個別化されているか。国家戦略策定において当事者団体が果たすべき役割とは。今後の展望（世界的な広がりはあるのか。WHOの動向ほか）について。



午後 2

訪問先： クロイドンメモリーサービス  
Heavers Resource Centre, 122-124 Selhurst Road, London

対応者： Prof. Sube Banerjee

内容： 初期集中支援のモデル「クロイドンメモリーサービス」の実践について、ヒアリング。



午後 3

訪問先： ロンドン大学キングスカレッジ精神医学研究所  
De Crespigny Park, London

対応者： Prof. Paul McCrone

内容： 認知症のコスト分析、サービスモデル費用対効果分析について。1月のシンポジウム打ち合わせ。

11月9日(金)

午前

訪問先： クロイドン区役所 11th Floor, NEQ, Taberner House, Croydon

対応者： Trevor Mosses, Head of Commissioning, OP/ LTC/ EOL

内容： クロイドンの戦略目的とは。現在、提供しているサービスについて。今後の計画についてヒアリング。



## 視察調査Ⅱ概要：スウェーデン

東京大学大学院医学系研究科精神医学 高野 洋輔

2012年12月3日（於：ソレフテオ市）

午前

John Åberg 氏 (Chairman, Care of the elderly committee)、  
Elionor Johansson 氏 (Operational Developer)、  
Björn Näsman 氏 (医師) らから、同市における高齢者ケアについてヒアリングを行い、デイケア施設”Bacsippan” (写真右上)、ショートステイ施設”Aspen”、特別な住居”Skärvstagården” (写真下段左) の見学を行った。  
Elisabet Lassen ソレフテオ市長との懇親会に出席 (写真下段中央)。



午後

Britt-Marie Sjölund 氏、Anders Sköldunger 氏 (Swedish National Study of Aging and Care) より研究報告を受ける (写真下段右)。



2012年12月4日（於：ストックホルム市）

午前

Carl Smitterberg 氏 (Communication manager, Elderly services administration) から、ストックホルム市の高齢者ケアの概要について、さらに Lars-Olof Wahlund 氏 (Karolinska institutet, Section for Clinical Geriatrics)、Maria Söderlund 氏 から、ストックホルム県の高齢者ケアの概要についてヒアリングを行う (写真)。

午後

Ingrid Lindmark 氏 (Sabbatsbergbyns vård- och omsorgsboende) から、同施設での高齢者ケアの現状についてヒアリングを行う (写真右は外観、写真下段左はユニットの食堂、写真下段中央は個室内、下段右は庭園)。





2012年12月5日（於：ストックホルム市）

午前

社会省(Socialdepartementet; Ministry of Health and Social Affairs)において、Eva Nilsson Bågenholm 氏(National elderly issues coordinator)から、政府レベルでの高齢者施策についてヒアリングを行う。

保健福祉庁(Socialstyrelsen; National Board of Health and Welfare)において、Grethe Fochsen 氏(Project manager)から、国家ガイドラインの概要についてヒアリングを行う。

午後

地方自治体連盟(Sveriges Kommuner och Landsting; Swedish Association of Local Authorities and Regions、写真右)において、Erik Svanfeldt 氏と Pernilla Askenbom 氏から高齢者施策の概要についてヒアリングを行う。



2012年12月6日（於：ストックホルム市）

午前

財団法人シルヴィアヘメットにおいて、Wilhelmina Hoffman 氏（老年科医師、同施設 CEO）から、同施設や関連組織における人材教育の現状についてヒアリングを行う（写真左が Hoffman 氏。写真中央はデイケアの食堂、写真右はデイケアのホール）



在スウェーデン日本国大使

館の渡邊芳樹特命全権大使より、同国における高齢者ケアの現状について伺う。