

セッション2 「統合的なケア体制の構築と強化」

ポイント

- オーストラリアは政府が資金提供しアルツハイマー病協会が雇用するキーワーカーの取り組みを開始した。キーワーカーは、認知症と診断された時から、様々な情報を提供し、ケースマネジメントやケースコーディネーションの向上を図る。
- デンマークのケースマネジメントプログラムには、診断アセスメントと本人が有するリソースをアセスメントするタイミングについても記載した。臨床診断と自己資源のアセスメントは双方不可欠であり、今後必要となる支援の把握に活用する。
- 認知症という病気やその進行に対応していくために必要な山ほどある情報を、診断直後にすべて本人や家族、ケアラーに与えても過剰な負担になるだけで、誰にも理解しきれない。これらの情報が必要なときに、事前的・予防的タイミングで、適切に情報提供するシステムが必要である。
- デンマークでは、社会的アセスメント (social assessment) は診断時だけでなく診断後も継続的に、家庭医、メモリークリニック、ソーシャルワーカー、認知症コーディネーターの共同責任において行われる。
- イギリスでは、認知症の人にとっては医療関係者か介護関係者か福祉関係者かなどは関係なく、誰か1人に連絡すれば、窓口となってサービスにつないでくれることが重要なのである。誰か1人をナビゲーターとして責任を明確にし、地域の人々が連携していく。
- フランスの MAIA の目的は、認知症の人や家族が誰に連絡をとればよいのか、どのようなサービスにアクセスすればよいのか分からない、という状態の解消である。MAIA では、シンプルな症例と複雑な症例に分け、シンプルな症例はシンプルに対応するが、複雑な症例にはケースマネジメントが必要となる。
- オランダの(認知症)ケースマネジャーのほとんどは、認知症ケアについて十分なトレーニングを受けた看護師であり、制度下で活用しうるすべての介入を適時に得られるよう調整する。身体疾患の合併にも、ある程度の対応力が備わっている。ケースマネジメントを行った地域と行わなかった地域で過去10年間比較したところ、ケースマネジャーが付いた人は家庭医を受診する頻度が少なく、費用対効果が高かった。
- イングランドの NHS 病院は、スタッフの10%が認知症のエキスパートであること、50%

が認知症についてトレーニングを受けていることを目安としている。

- オーストラリアでは、医療従事者の学部教育レベルに認知症に関する教育やトレーニングを組み入れている。医師は認知症が必須単位の1つになる。

堀田：認知症の人の立場から見て、最初から最後まで切れ目ないケアを実現するために、どういったことが必要かということについて、お聞きしたいと思います。

特にお聞きしたいポイントは3つです。1つ目は、認知症の人とケアラーに対するキュア・ケア・サポート（治療・介護・支援）を通じたアセスメントが診断とどのような関係にあり、どのような形でトータルなサポートにつなげているか。

2つ目は、支援の継続性です。各国、ケースマネジャーのほか、認知症コーディネーター、認知症アドバイザーなど名称は様々ですが、最初から最後までご本人に伴走する方がいらっしゃるとうかがっています。彼らはどういう立場で、どのような役割を担っているのか。

この1つ目と2つ目はミクロなレベルで、認知症の人から見て、実際どのような形で、切れ目なく包括的なケアが提供されるかということですが、それを可能にするためには、制度面や財源面での統合、地域の中での組織間の連携など、マクロ・メゾレベルでの統合が必要になると思います。そこで、3点目として、キュア・ケア・サポートなどの制度面や財源面の統合、あるいは組織間連携といったことについて、お話を頂きたいと思います。

政府内の協働とキーワーカーの重要性

de Burgh：おっしゃる通り、様々な制度を協調的に機能させることが必要です。例えば、医療制度と高齢者福祉制度を協調させるためには、認知症の人が受診することが多いGPや病院と、介護サービスで生活を支援する高齢者福祉提供者が途切れることなく、協働するように持っていかなければなりません。

他の国もおそらく同じかと思いますが、オーストラリアでは、高齢者福祉制度や病院医療の管轄が国や州など異なるレベルの政府に分かれており、複雑です。しかし、国および州、そして複数いる関係省庁の大臣が全員一致して認知症を優先課題に定めたことで、事態は大きく進展しました。そのおかげで、州政府が全国的に一致して、特に病院医療を認知症の人によりよく機能させられるようになっています。

国と地方が一体となって連携することは実に困難ですが、特に認知症の人が介護施設から病院に入ったり、病院から介護施設に移ったりするときに、その人の情報がきちんと共有され、サービスを連携させられることが、とても大切だと思います。

もう1つ、オーストラリアで最近、始めた取り組みにキーワーカーというものがあります。キーワーカーは、認知症を診断された時に、認知症とはどういうものか、進行してい

くとどのようなことが起きるのか、その人にどういう影響があるのかなどについて、様々な情報を提供し、ケースマネジメントやケースコーディネーションの向上を図ります。事前ケア計画（advanced care planning）や薬について、あるいは利用できるサービスやケアラー支援について、話し合うことができます。

また、65歳未満の人で診断を受ける若年性認知症の場合は、診断後、キーワーカーに紹介する取り組みを始めました。それにより、認知症の人は1人のキーワーカーに何でも相談すればよいようにするというものです。キーワーカーは様々なサービスを有効に利用するためのナビゲーションを行います。

例えば、認知症の人が「今、できることは何か」をキーワーカーに尋ねると、キーワーカーは、現段階で利用可能なサービスや支援を紹介し、それらを利用するための手続きなどを手伝います。というのは、サービスや支援はたくさんありますが、ウェブサイトを見てもパンフレットを見ても、情報があまりにも多く、どれが自分に最も合ったサービスで、どうすれば利用できるかを理解するのは大変だからです。ですから、それらのサービスや支援をよく理解したキーワーカーが案内役となって、必要な情報を見つけ、サービスを利用しやすくする手助けをしようという試みです。

キーワーカーにおけるアルツハイマー協会の役割

堀田：キーワーカーについては、オーストラリア・アルツハイマー協会が重要な役割を果たしていると思いますが、ご説明頂けますか。

de Burgh：政府が、オーストラリア・アルツハイマー協会に資金を提供して、協会がキーワーカーを雇用します。

重要な点ですが、キーワーカーの雇用主体として、認知症の人や家族を権利擁護し支援する団体である、オーストラリア・アルツハイマー協会が最適だと考えています。キーワーカーの役割としても、医療サービスというよりも、先ほどお話したような支援を行うことが中心として考えています。また、キーワーカー自身は、介護や臨床サービスの提供などには行いません。認知症の人、個々人にあったサービスにはどのようなものがあって、それを利用する手助けをします。サービスについて専門的な知識を持っていますが、診断のための専門知識を持っている人ではありません。権利擁護的な役割を想定しています。ですから、キーワーカーは健康面に関わる立場の人たちではありますが、看護師や医師がキーワーカーになることは想定していません。

オーストラリア・アルツハイマー協会は、認知症の専門知識を持った看護師や医師、老年科医とも密接なコンタクトを持っていますから、その種の専門性が必要であれば、協会は彼らに連絡することもできます。

社会的（リソース）アセスメント

Nissen：デンマークの疾病マネジメントプログラムやケースマネジメントプログラムには、診断評価や本人のリソースをアセスメントするタイミングについても記載しています。リソースというのは、どのような機能が残っているのか、学歴を含む経歴、活動、身体の状態、資産、家族や友人関係、周囲の環境、経済的資源など様々な点に関するもので、いわば臨床診断と双子の診断のような形で明らかにし、その人が今後、必要となる支援を把握するために活用します。

このようなリソースについて GP がアセスメントし、その結果をメモリークリニックの医師と共有します。原因疾患やその進行度に応じて、メモリークリニックが中心的役割を担う場合もあれば、必要時に相談に応じるだけの場合もあります。また、地方自治体が雇用する認知症コーディネーターが関与するケアパスもあります。

ソーシャルワーカー、地域のコミュニティ、アルツハイマー協会などのボランティア団体もその後の介入に関与しますので、我々についても記述されています。オランダと同様、認知症カフェもあります。本当に様々な活動を行っているのです。

ケアラーのための組織もありますし、認知症の人のための組織もあります。これらは、認知症が進行していく過程を通してずっと共に歩いていく、非常に重要な意義を持った社会的存在です。というのは、認知症という病気やその進行に対応していくために必要な山ほどある情報を、診断直後にすべて本人や家族、ケアラーに与えても過剰な負担になるだけで、誰にも理解しきれないからです。

ですから、これらの情報が必要なときに、あるいは問題が起きる前に事前的・予防的なタイミングで、適切に情報提供するシステムが必要なのです。

この社会的構造が非常に重要であり、これらのグループは、認知症の人やケアラーらが物理的あるいはバーチャルで集まり、経験や感情や気持ちを共有したり、意見を出し合ったりすることができる場としての役割を担い、極めて重要な統合介入 (integrated intervention) です。

認知症の人やケアラーは、当事者組織という社会の中で生き、真の支援を得ることができますので、当事者組織の役割の中核は、そういった共有の場である点にあると考えています。専門家のアドバイスや政府からの支援、地域の支援、あるいは金融会社からの支援など、必要な支援を得るためにはどこに行けばよいのか、といった知識も、このような当事者組織から得ることができます。

堀田：2点、確認させてください。社会的アセスメントは、誰が行うのでしょうか。また、適時・適切な情報提供に向けて、「適時」「適切」の判断と情報提供は誰が行っているのでしょうか。

Nissen：1点目ですが、社会的アセスメントは診断時だけでなく診断後も継続的に、GP、メ

メモリークリニック、ソーシャルワーカー、認知症コーディネーターの共同責任において行われます。

2点目の情報提供は誰が行うのかですが、最初は認知症の人自身、それからその人自身とケアラーです。しかし、認知症は進行性の疾患ですから、本人をとりまく社会的関係が重要になってきます。それは、親しい友人、家族、GP、ソーシャルワーカーなどです。問題が起きていると分かれば、ある種の情報やアクションが必要だという可能性を見てとれます。ですから、誰か1人の責任ではなく、多くの人々の共同責任であり、それがとても重要です。

堀田：様々な人がチームとして、共同責任でサポートしているということですね。続きまして、オランダのMeerveldさん、認知症ケースマネジメントについてお話し頂けますか。

オランダのケースマネジャーの役割

Meerveld：私も共同責任で取り組んでいくべきだと思います。オランダでは、ケースマネジメントを2005年に導入し、現在は全国で実施されています。ケースマネジメントは複数の専門職で行いますが、地域によって違いがあります。ケースマネジメントの機能は、診断時から施設入所に至るまで果たされます。

認知症の人にとってケースマネジャーは非常に重要です。というのは、支援だけを行うキーワーカーとは異なり、ケースマネジャーは制度下で活用しうるすべての介入を適時に得られるよう調整し、助け、介入し、取り計らうからです。つまり、ケースマネジャーは権利擁護や調整をするだけにとどまらない、専門職でもあります。様々な仕事をこなすため、オランダでは、認知症の人のケースマネジメントを行うためのトレーニングを受けています。

しかし、地域間で様々な違いもあります。GPのアシスタントが認知症の人のケースマネジャーになる地域もあれば、訪問看護師、あるいは特別なケースマネジャーがなる地域もあります。認知症の人のケースマネジャーになるにはかなりの能力が必要ですので、誰がなるにせよ、そのためのトレーニングを受けることになっています。ケースマネジャーは地域の統合ケアの全体像を把握できていて、あらゆる関係者を知っていることが非常に重要です。

では、切れ目のないケア、統合ケアをどのように提供するのか。オランダでは、認知症に関わるケア提供者はたくさんありますから、認知症の人を最優先に考えることが非常に重要です。医師も看護師もケア提供者も、誰もが認知症の人を最優先に考えているのですが、実際には自分の業務の範囲内でしか認知症の人を考えることができていません。

例えば、デイケアセンターの職員はメモリークリニックの医療者や地域のGPのことをよく知らないということがあります。しかし、地域レベルで統合ケアを推進するには、皆がお互いをよく知り、どう協働していくかを話し合うことがとても重要です。

全国ケア基準はどうしても一般的なものですから、それぞれの地域ではもっと具体的に落とし込む必要があります。そして、そのために地域の GP や看護師、デイケアセンターの間で話し合うことが非常に大切なのです。

認知症の人のところには訪問看護師や GP、メモリークリニックなど、様々な人が支援のために訪ねてくるにもかかわらず、その人たちがお互いを知らないということがあります。せいぜい書面やメールでやりとりがあるぐらいなのです。このようなプロセスでは、ケースマネジャーが非常に重要になります。単に切れ目のないケアを実現するというだけではなく、1人ひとりの認知症の人に切れ目なくケアを届けるために重要です。最初の一步からケースマネジャーがつけば、認知症の人の視点を最優先に支援していくうえで大きな力となります。

堀田：ありがとうございました。統合ケアを提供するためには、地域の様々な組織間でのネットワークが必要であること、ただし認知症の人とその視点が最優先であり、認知症の人から見ると、様々な人がばらばらにアプローチしてくるのでは困るので、その窓口としても、トレーニングを受けた認知症ケースマネジャーが重要な役割を担っているというお話でした。

Higgins さん、地域では、実際にどのように切れ目ないケアを提供していらっしゃるのでしょうか。

プールして使うことのできる予算を確保

Higgins：イギリスにおけるコミッションング（委託）のプロセスをご説明することで、サービス連携とその効果的な提供をどのように実現しているかをお話したいと思います。コミッションング担当者（コミッショナー）の仕事は、サービスを計画することです。そのサービスというのは、病院や地域で、ボランティア組織やケア提供者によって提供されるのですが、コミッショナーはこれらのサービスに予算を投じ、効果的に実施されるよう手配します。ですから、サービスの在り方や提供方法を変えるうえでキーパーソンとなります。

例えば、国家戦略を地域で実施するためには、NHS のコミッショナーがその自治体のコミッショナーと協力して、誰が何の責任を持っていて、1つにまとめてプールできる予算がどのくらい、どこにあるのかを明らかにします。そして、認知症の人とケアラー、ボランティア組織をはじめとするケア提供者とともに、認知症の人たちの生活をよくするために地域で何を変えるべきかを明記した、その地域の戦略をたてます。

そして、その戦略を実施するために、必要な新しいサービスや変えるべき既存サービスについて合意し、アクションプランをつくり、サービスを委託します。認知症の人やケアラーのためのサービスを明確にし、それらのサービス提供者の入札を行います。適切な組

織が選定されるよう、この入札にも認知症の人やケアラーが関与しますし、場合によっては、様々なサービスに関する変革のシナリオを監督します。

例えば、トラフォードでは、区の認知症戦略に基づき新しいサービスが提供されていますが、その多くは認知症の人のピアサポートに関わるものです。それによって、早期に診断を受けた人たちやケアラーが、診断後すぐに、同じような状況や社会環境にある他の人たちに出会うことができるからです。

NHS と自治体のコミッショナーが共同でこのプロセスを監督する理由は、リソースを最大限に活用するためと、またこのようなアプローチをとることによって、既存の優れたものを確認し、その上にさらに積み上げていくこと、1カ所にプールした予算をつけて、すべてをモニターしていくことができるように、まとめて活用するためです。

予算を一本化し、サービスの窓口となるナビゲーターをつける

堀田 : Burns さん、イギリスの認知症アドバイザーや個人予算 (individual budget) などの点も含めて、ご本人とケアラーにとっての包括的なケアとサポートについて、何か補足がありますか。

Burns : 医療的ケアと社会的ケアを地域でいかに連携させるかについては、今、お話があった通りです。そして、医療的ケアと福祉的ケアの予算を統合させることさえできれば、連携の大部分ができたも同然だと思います。ですから、今、Higgins さんが話されたことが非常に重要だと思います。

さて、支援についてですが、支援者に必要なものはその個人のスキルであって、看護師なのか、作業療法士なのか、あるいはソーシャルワーカーなのかは、それほど重要ではないというのが私の考えです。

マンチェスターで私が携わっているプライマリケアのサービスでは、GP の受付係が支援の切り盛りをしています。認知症について関心が高く、いろいろなものを連携させることに熱心な人です。イギリスにはケースマネジャーもいますが、関心を持っていて、遂行する力があれば、それが何よりも重要な要件です。必ずしも潤沢にはない資源で物事を効率的に進めるには、誰かに何かを指示する人がたくさんいるよりも、物事を自ら行う人がたくさんいることが重要だと思います。

オーストラリアの de Burgh さんから、ナビゲーターを1人つけることについて話を聞きましたが、我々もやはりナビゲーターという表現を使います。認知症の人にとっては医療関係者か介護関係者か福祉関係者かなど関係ありません。誰か1人に連絡すれば、窓口となってサービスにつないでくれることが重要なのです。また、共同責任となると、誰も責任を負わず、たらい回しにしないと限りません。その意味でも、誰か1人をナビゲーターとして責任を明確にすることには利点があります。そして、地域の人々が連携していく

という考えは非常に重要だと思います。

とはいえ、言うは易しで、どうすれば見た目の良い制度ができるのか、そのための障壁についても、昨日のシンポジウムから、ほぼ言い尽くした感があります。重要なのは、障壁となっているシステムを取り除くことです。物事をシンプルにすることがよいと思います。複雑であれば即、問題であるという訳ではないのですが、シンプルであることは大切ですし、イングランドでのこれまでの施策の中でも、一部、複雑さを排してシンプルにしていこうと考えています。

フランスの MAIA（「自律と包括的ケアのためのネットワーク」）

堀田：ありがとうございました。今、各国ともに、さまざまな制度や細分化されたリソースを統合的に提供するための努力をしていらっしゃると思いますが、細分化されたサービスの包括的な提供を目的として構築されたフランスの MAIA について、お聞きかせください。

Lavallart：私はフランスで政策立案の立場にあり、専門職による様々なサービスのシステムを作ってきました。パイとクリームを何層にも重ねたケーキのミルフィーユのように、並列して存在していました。

また、最初に様々な障壁があることを確認しました。地域と施設、入院と外来、官と民、慢性期の長期ケアと急性期の短期ケア、医療と介護などです。なかでも医療と介護の財源も分断しています。

MAIA（「自律と包括的ケアのためのネットワーク」の意）をつくったのは、認知症の人や家族が誰に連絡をとればよいのか分からない、誰がどのようなサービスにアクセスできるのか分からない、という状態を解消するためです。

MAIA の重要な点は、既存の制度にとって代わるものではないこと、つまり、ミルフィーユのクリームとパイの1つの層ではないということです。認知症の人や家族を方向付けし、受け入れ、ケアにつなげるためのシステムです。そして、特に重要な点は、ケアとフォローアップの継続性です。

MAIA はカナダの PRISMA モデルを参考にしたもので、6つのメカニズムやツールが連携する形になっています。第1のポイントは、医療、介護、行政、地域などの関係者が全員、一同に会して話し合うコーディネーション会議があります。メモリーユニットや GP、ソーシャルワーカー、国、県、地方、在宅などの各層の責任者も関与しています。

第2のポイントは、サービスへのアクセスを標準化するための統合窓口があることです。どこの地域に住んでいても、窓口では等しく対応されることが必要です。医療・介護従事者間での情報共有が非常に難しいのですが、それが統合システムの主要ポイントです。MAIA では、シンプルな症例と複雑な症例に分けます。そして、シンプルな症例はすべての関係者がシンプルに対応しますが、複雑な症例にはケースマネジメントが必要です。

第3のポイントは、標準化された多面的アセスメントツールです。関係するすべての組

織、サービスへのアクセス提供者が 1 つのツールを共有し、1 人の認知症の人に対して、1 人の担当者が持っています。

各 MAIA に所属する地域責任者は、関係者のコーディネーションを行い、実際のシステムをシンプルにするための統合を進めます。このシステムは、現時点で国の 20% をカバーしています。まだ全体に行き渡らせるには長い道のりがあり、一步ずつ改善していかねければなりません、2014 年に完了する見込みです。

堀田：すべての人に濃厚なケースマネジメントを行うのではなくて、シンプルな対応でよい人と、ケースマネジメントが必要な人を分けるといふ、重要なご指摘も頂きました。

McCrone さん、経済学者の観点から、ケアの統合についてコメントを頂けますか。

財源の統合がケア統合のカギ

McCrone：Higgins さんがおっしゃったように、統合ケアを行うにあたって経済的な動機づけの有無という問題は確かにあると思います。そして、ケアを統合し、切れ目なく提供したいと思っても、財源がばらばらであれば、そのことが実現を非常に困難です。

例えば、医薬品の財源が特定の機関である場合、薬の処方に大幅な抑制がかかるかもしれませんが、薬の処方も様々なサービスのうちの 1 つとして考えることができ、服薬によって本人に便益があり、施設入所を遅らせられるなど費用の節約につながれば、薬を処方することのメリットは非常に大きい、ということになります。

また、適時の早期介入ケアに費用がかかるとしても、それが総じて節約につながるのであれば、早期介入を行う意義があるということが言えます。

日本の医療福祉制度は欧米とは異なり、財源のつけ方なども異なりますが、Higgins さんがおっしゃったように、要は財源をプールして完全に統合しうるかどうか、という問題につきると思います。イギリスでは個人につけられる個人予算 (personal budget) というものがありますので、認知症の人がその時点でどこにいるかに関わらず、適切なケアに対する支払いが可能になっています。

ケースマネジャーが予算を直接コントロールすることができたり、様々な機関の予算の一部をコントロールできたり、あるいは様々な機関から雇われていたりすると、機関を越えてサービスを調整することができるでしょう。もっと大胆な形であれば、そのようなサービス機関が市場に参入して、互いにサービスを売買するというやり方もあるでしょう。その国の制度によっては実現が難しいかもしれませんが、かなり前向きなやり方であろうと思います。

方法は色々あるでしょうが、いずれも財源をなんらかの形で統合することが究極の目的であり、それができなければ、包括的なよいケアを提供することはかなり困難だろうと思います。

堀田：切れ目のないケアの提供という観点から見ますと、財源の統合とケースマネジャーの位置づけが非常に重要であるということですね。厚生労働省からもご質問がありますか。

厚労省からの質問

関山：1点目ですが、フランスの MAIA のケアマネジメントツールについて、入手方法も含めて、もう少し詳しく教えて頂けますか。2点目として、イギリスの個人予算は、医療費とケアのコストが合算されたものなのか、その積算根拠はどのようになっているのかをお聞きしたいと思います。ある一定の期間に提供するサービスを見積もって、積算された予算の中で好きなサービスを使用することができるのでしょうか。

重藤：ケアマネジャーの仕事についての質問です。高齢の認知症の人は、糖尿病や心臓病など専門的な医療が必要になるということも考えられます。そのような内科的な専門医療についても、ケアマネジャーさんがすべてアレンジをしているのでしょうか。また、例えば骨粗しょう症で骨折して、身体機能がかなり低下したときの身体障害部門との連携などもすべて含めて、シームレスに対応をされているのでしょうか。

勝又：切れ目のない体制をやっていく上で、医療や福祉の人材育成に特に工夫してやっておられることがありましたら、それをお聞きしたいです。と言いますのは、疾患の上流から解決型で物事を考える医療関係者と、目の前の利用者さんの状態からさかのぼっていく福祉関係者というように、バックグラウンドによって物の考え方や言語に違いがあって、その違いが連携の難しさの一因になっているように思います。その問題を解決するためには人材育成に関わってくると思うのですが、皆さまのお国でのお話を伺えればと思います。

MAIA のアセスメントツールについて

堀田：それでは、1点ずつお聞きしたいと思います。Lavallart さん、MAIA のアセスメントツールについてお伺いできますか。

Lavallart：MAIA には2種類のアセスメントツールがあります。1つは、6～7項目の設問から成る、誰にでも使える非常にシンプルなツールで、その人がシンプルなケアと複雑なケアのどちらが必要かを判断することができます。

それから、もう1つ、非常に複雑なアセスメントツールがあります。例えば、在宅ケアのためのツールで、カナダの PRISMA モデルに含まれているものです。アセスメントには2～3時間かけて行います。

ちなみに包括ケアの費用対効果についてですが、入院率を低下させたり入院を遅らせたりできると証明できれば、単純に費用対効果が優れていると言えます。

堀田：ありがとうございました。アセスメントツールについて、後ほど、詳細な資料をご提供いただければと思います。続きまして、イギリスの個人予算について Higgins さん、お答え頂けますか。

イギリスの個人予算について

Higgins：個人予算は、特に長期に支援が必要な人に配分されます。急性増悪のような危機に見舞われた人や、専門医による支援など短期的なニーズが生じた人は対象ではありません。対象となる人をアセスメントして、そのニーズの評価を行います。ニーズ評価に際しては、本人自身が十分に関わります。そして、そのニーズのレベルに応じて個人予算が配分されます。

例えば、ベッドから起き上がり、着替えや顔を洗うといった身支度をするのに助けが必要であれば、それらのニーズに対して点数を付け、アセスメント終了後、すべてのニーズを加算して総予算を計算します。どの自治体もほぼ同じやり方でアセスメントを行っていますが、アセスメントを通じて明らかになったニーズに対して配分される予算は、自治体の予算規模に応じて違ってきます。いずれにしろ、一人ひとりアセスメントを行い、点数をつけて、点数に応じて金額が決まるという次第です。

通常、1年間の個人予算が配分されますが、期間内に定期的に再検討します。複雑なケースであればあるほど頻繁に再検討しますが、シンプルなケースでは年に1~2回だけ行って、その時に評価されたニーズに対する予算の範囲で使うことができます。

公費ですから、その用途は地方自治体がきちんと説明できるものでなければなりません。したがって、行政とご本人の間で合意があり、確認されたニーズのみを満たす金額でなければなりません。そして支援プランがつけられ、その範囲内であれば様々なことに予算を使うことができます。もしご本人が自分で考えるのが難しければ、そのニーズを満たすための革新的で創造的な解決策を見つけるために支援する人もいます。特にボランティア組織の人で、アドバイスしたりサービスを仲介したりできるような人材がいるのです。

オランダのケースマネジャーについて

堀田：ありがとうございました。続きまして、複数の疾患を抱える方々についてのケアマネジャーとしての役割を担う人の対応に関して、オランダの Meerveld さんにお聞きします。

Meerveld：他の疾患のある認知症の人に対して、いかに切れ目なくサービスを提供できるかについて、今まさにオランダで議論されているところです。

まず、オランダではほとんどのケースマネジャーは、認知症ケアについて十分にトレーニングを積んだ看護師です。つまり、身体的なこともよく分かっている人たちですから、身体疾患を合併していても、ある程度、対応する力が備わっています。

それから、ケースマネジャーは GP と密に連携しています。また、糖尿病やリウマチなど

認知症以外の疾患があり、GP とケースマネジャーだけでは解決できない場合は、専門医などにすぐに相談することができます。モットーは、できるだけシンプルに、です。

また、ケアラーも高齢で虚弱な場合が多く、抑うつ状態になっていたり、内科的な疾患がありますので、ケアラーの問題にも対処します。高齢になってきますと、誰でも1つや2つ、慢性疾患を抱えています。ですから認知症だけに対応している訳にはいきません。これでお答えになっているでしょうか。

ただ、オランダではまさにこの問題で大きな批判が起きています。ケースマネジャー1人が窓口になると、認知症以外の問題に十分な対応が得られないだろうと思われるからです。が、実際には、ケースマネジャーが関与することにより、必要時には専門医に相談するといった形で、問題に対応していきます。一般に、このように早期に対応できれば問題は起きません。

オランダでは、医療保険会社のケースマネジメントに対する信頼がとて高くなってきています。したがってケースマネジメントに対する予算配分も増えています。と言いますのは、最大手の医療保険会社が、オランダ・アルツハイマー協会のデータベースに蓄積されているデータを過去10年間に遡り、認知症ケースマネジメントを行った地域と行わなかった地域で比較したところ、ケースマネジャーが付いた人はGPを受診する頻度が少ないことが分かりました。特に夜間や週末の受診が減っていて、ケースマネジメントは費用対効果が高いことが明らかになったのです。また、GP とケースマネジャーだけで対処しきれない問題をバックアップする多職種チームがいる場合は、特に問題解決能力が高まりますから、病院を受診する頻度も、そして数ヵ月後にナースィングホームに入居する割合も低下しています。以上、3つの点からも、ケースマネジャーがつくことで節約になっています。

もう1点。私はあまり詳しくないのですが、オランダでも個別ケア予算(PGB)は非常にうまくいったのに、残念なことに予算が削減されてしまったということがあります。

堀田：オランダの個別ケア予算は、とりわけ若い障害を持つ方々からのニーズが高く、使われ過ぎたため、近年、給付対象を制限する方向にあります。今、お話にあったような認知症ケースマネジメントが入りますと、ある保険会社の試算では年間2億ユーロも節約できると言われています。

デンマークのケースマネジャーについて

Nissen：デンマークでは、ケースマネジャーになるには看護師や作業療法士など医療資格があり、かつ認知症について教育を受けることが必要です。先ほどご指摘がありましたように、認知症の人は内科的疾患なども合併していますから、医療資格がベースにあることはとても重要だと思います。

また、認知症が進行すると、様々な症状を自分で知覚しづらくなっていくことを理解す

るのも非常に大切だと思います。ある時点からは内科的疾患などが原因で起きる問題にも気づかなくなるのです。ですから、ケースマネジャーやケアラーが様々な疾患について知識があり、どのように対処すれば認知症の人の助けになるかを知っていることが非常に重要です。

例えば認知症で糖尿病を患う人は、二重苦ではなくて三重苦を負っています。というのは、糖尿病をマネジメントするために生活を変えるのは認知症のない人にも難しい問題ですが、認知症で脳機能が低下した人にとっては、より一層困難です。ですから、認知症以外の病気にも対応できるよう、医療の教育を受けた人が認知症の人を支援することが必要なのです。

医療職であるよりも個々人のスキルが重要

Burns : 私たちの経験では医療の教育を受けたか否かよりも、個人個人のスキルが重要であると思いますが、**Higgins** さんが話された通り、大勢の人に様々なトレーニングを行うこともできます。

また、内科と精神科のコミュニケーションは非常に重要です。NHS 病院の入院患者に認知症の人がかなりいますが、それは認知症の人が糖尿病などの疾患を合併しているためです。NHS（国民保健サービス）病院ではスタッフに関する目安があって、スタッフの 10% が認知症のエキスパートであること、50% が認知症についてトレーニングを受けていること、そしてスタッフ全員が認知症を知っているべきである、というものです。全員が認知症について基本的知識を持ちながら、状態が複雑な場合には、より高い専門知識を持った人の支援を受けることが必要です。

どの程度、複雑であるかをアセスメントするツールとして、英国には **HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)** があります。高齢者向けのものもあり、5 分ほどでできます。また、他にも評価尺度は様々あります。

北アイルランドでは、数年前から医療・介護用にプールした予算があります。まだ課題もあり、予算をプールすればすべてがうまくいくとは言えませんが、やはり切れ目のない統合的なサービスを提供することが大切です。

医療職を目指す学生は学部で認知症について学ぶ

de Burgh : 人材育成についてですが、オーストラリアでは、医療従事者になるための学部教育レベルに認知症に関する教育やトレーニングを組み入れています。例えば医師を目指す場合、認知症に関する勉強が必須単位の 1 つになっているのです。看護師になるにも、認知症の単位があります。

とは言いながら、現在、病院に勤務している看護師に尋ねると、入院患者の過半数は高齢者であっても、私たちは高齢者施設ではなく病院で働いているのです、といった答えが返ってくるかもしれません。そのような課題がまだ残っていますが、我々としては、医師

や看護師をはじめとするすべての医療従事者に、彼らの仕事の中心の 1 つとして高齢者についてきちんと理解するよう取り組んでおり、その 1 つの方法が大学など教育機関の合意を得て、学部教育に認知症や高齢者に関するトレーニングを組み入れることです。

Lavallart : ケースマネジメントについてですが、ケアマネジメントとケースマネジメントという 2 種類の概念があって、ケアマネジャーでは教育がとても大切ですが、ケースマネジャーの場合は、その人のすべての問題について調整し、フォローする人です。

フランスでは、ケースマネジャーは認知症専門ではなく、障害のある人や疾患が重複している高齢者全般に対応します。現在のフランスのデータでは、重複例の約 70%に認知症がみられます。

堀田 : 日本で介護保険制度の創設とともにつくられたケアマネジャーと、皆さまの国でのケースマネジャーはそもそも位置づけや果たす機能が異なります。全人的で継続的なケアの提供に向けた伴走者の教育の在り方についてもご示唆を頂きました。時間ですので、セッション 2 を終えたいと思います。どうもありがとうございました。