

3) 認知症の人を支えるチーム

①保健医療サービス

○地域精神保健チーム (Community mental health team, CMHT)

在宅部門の一つであり、在宅で暮らしている精神障害を抱える高齢者のケアプランの作成が行われている。精神科医 (psychiatrist)、専門医 (consultant)、心理療法士、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー、地域精神専門看護師 (Community Psychiatric Nurse/CPN) といった、あらゆる専門職が一つのチームを形成しており、精神保健トラストの二次ケアで医療の中に位置づけられている。[7]

基本的には、より重度の認知症等のメンタルヘルスの問題を抱えている人を対象に、医療をベースとしたチームが組まれている。認知症に限らず、鬱病や統合失調症も対象としているが、認知症が占める割合が高い状況である。そのチームの対象者となった場合には、一定程度の集中的な支援を受けることとなる。これらの利用については、GPからの紹介が無いとできない。なお、GPは認知症関連の薬を処方できないため、薬の処方以上になると専門病院やメモリークリニックへと紹介されることになる。

2002年当時には community mental health trust においてケアプログラムアプローチ (CPA)⁷ がとられており、現在扱っている内容と類似しているが、現地調査における CMHT 所属のソーシャルワーカーによると、より高齢者に焦点がシフトしているとのことであった。なお、Newcastle においては、65歳以上向けの CMHT が市内に3つある。それぞれのチームに認知症専門のソーシャルワーカーが配置されていた。

D. 考察

イギリスにおける認知症ケアへの重要な考え方の基盤に「パーソンセンタードケア」の存在があげられる。これはイギリス、日本のみならず、現地調査を実施したデンマークにおいても基本的な方針と考えられていた。

認知症ケアを推進していくために非常に重要な国家戦略 (Living well with dementia: a national strategy) が 2009年2月に保健省 (Department of Health) により示されていた。国家戦略に掲げている内容を「実行するためのプラン (Implementation Plan)」が DH より発表され、2014年までの5年間に17項目をどう進めるかなどが具体的に示されている。また、2010年1月に監査局は、国家戦略が発表されてから1年目の評価を発表していた (Improving Dementia Services in England-an Interim Report-)。ただし、具体的な目標値やそれに伴う財源やそれを各自治体で実施するにたり保証する体制において具体的な配分や計画は十分に見出すことはできなかった。まだ、イギリスにおいても国家戦略の稼働は始まったばかりであるが、国家戦略をモニタリングする評価システムがあることは特徴的であると考えられ、国家戦略がどのように推移していくか等の今後の動向を探っていくことが必要と考えられた。

その他、主な課題としては、①NHSによる保健医療サービスと、地方自治体による社会サービスの関係と②認知症ケアの質と、専門職の養成や施設ケアの小規模化にかかるコストがあげられる。①の保健医療サービスと社会サービスの関係は、例えばケアホームに入居している者について、保健医療サービスの NHS のみによるケアパッケージを受ける場合と、看護の部分だけが保健医療サービスで残りは社会サービスで賄われる RNCC の場合とがあり、非常に複雑なものとなって

⁷ 在宅サービスについては自治体の社会サービス部がケアマネジメントを提供するが、精神障害を抱える人のためのケアマネジメントはケアプログラムアプローチと呼ばれ区別されている。社会サービスは地方自治体、医療は PCT、中でも精神保健に関しては精神保健トラストから別々に提供されているが、ケアプログラムアプローチではこれらの統合したサービスパッケージとして利用者に届けることを原則としている。[7] 2008年にアップデートされているが、表紙に書かれている "It is **not** about how you fit into services. It **is** about how services fit with you" という言葉が象徴するように、サービスに人をあわせるのではなく、人にサービスをあわせていくという基本的だが重要なコンセプトによりケアプログラムアプローチが提供されていることが分かる。

いる。②では、認知症ケアの質を高めるにはケアする環境の小規模化や専門職の養成を進めていくことが必要であるが、小規模化や専門特化を進めていくとケアのコストも高くなってしまいう問題が指摘されている。ケア環境の小規模化をコストと効果の兼ね合いでどの範囲まで実践できるかにおいて課題があると考えられた。また、同じく専門職の養成についても困難ケースに対応していくための専門職と認知症の初期において必要なアセスメントプロセスにつなげていくための専門職では役割や養成すべきスキルが異なり、それぞれの役割分担を明確にした上でコストと効果の兼ね合いを考えていく必要が考えられる。

日本への示唆

国家戦略として掲げた目標を実現するための、自治体における実施体制と実施状況のフォロー・評価の一連の取組みは、今後日本において国家戦略を形成していくにあたり、参考にしていくことが十分あると考えられた。

また、イギリスでは保健医療サービスと社会サービスの職員が協働して継続したケアを提供するために、単一のアセスメントプロセス (single assessment process) が提示されていた。特に、「地域ケア (退院遅延) 法 (Community care Delayed Discharge Act 2003)」により、退院できる状態になった利用者が退院後に社会サービスを必要とする見込のあるときは、保健医療サービスの責任機関から地方自治体に知らせなければならないとされており、社会的入院や入所を防ぐためにどこがどのような役割や責任を負うことが望ましいかについて参考になると考えられた。

イギリスでは、家族支援も特徴があり、「介護者 (認定及びサービス) 法」は 1995 年に施行されたもので、全ての年齢層のケアを必要とする人の介護者について、地方自治体が介護者自身のケア提供や維持に関する能力をアセスメントするよう求めている。[43] これは、高齢者本人と介護者の持つニーズは異なることを前提に、それぞれが持つニーズについてアセスメントを受けられ、サービスも提供される。当初は「リソースとしての介護者を支援する」といった位置づけであったが、法律が新しくなるにしたがって「介護者自身の生活を支援する」という概念が中心になってきたと考えられた。日本において、家族介護者の位置づけをめぐるあり方について検討がさらになされると考えられ、特に、現時点ではまだ軽視されがちな認知症の本人の意向と家族介護者の意向をどのように位置づけ、支援していくかを検討していくにあたり参考になると考えられた。

その他に、双方ともまだイギリス全土には配置されていないが、認知症に特化した専門職として、アドミナルナース (Admiral Nurse) と認知症アドバイザー (The Specialist dementia adviser) の取組みが進められていた。日本における認知症の人を支援する専門職のあり方や役割を検討するにあたり今後詳細を検討していくことが必要と考えられた。

引用文献

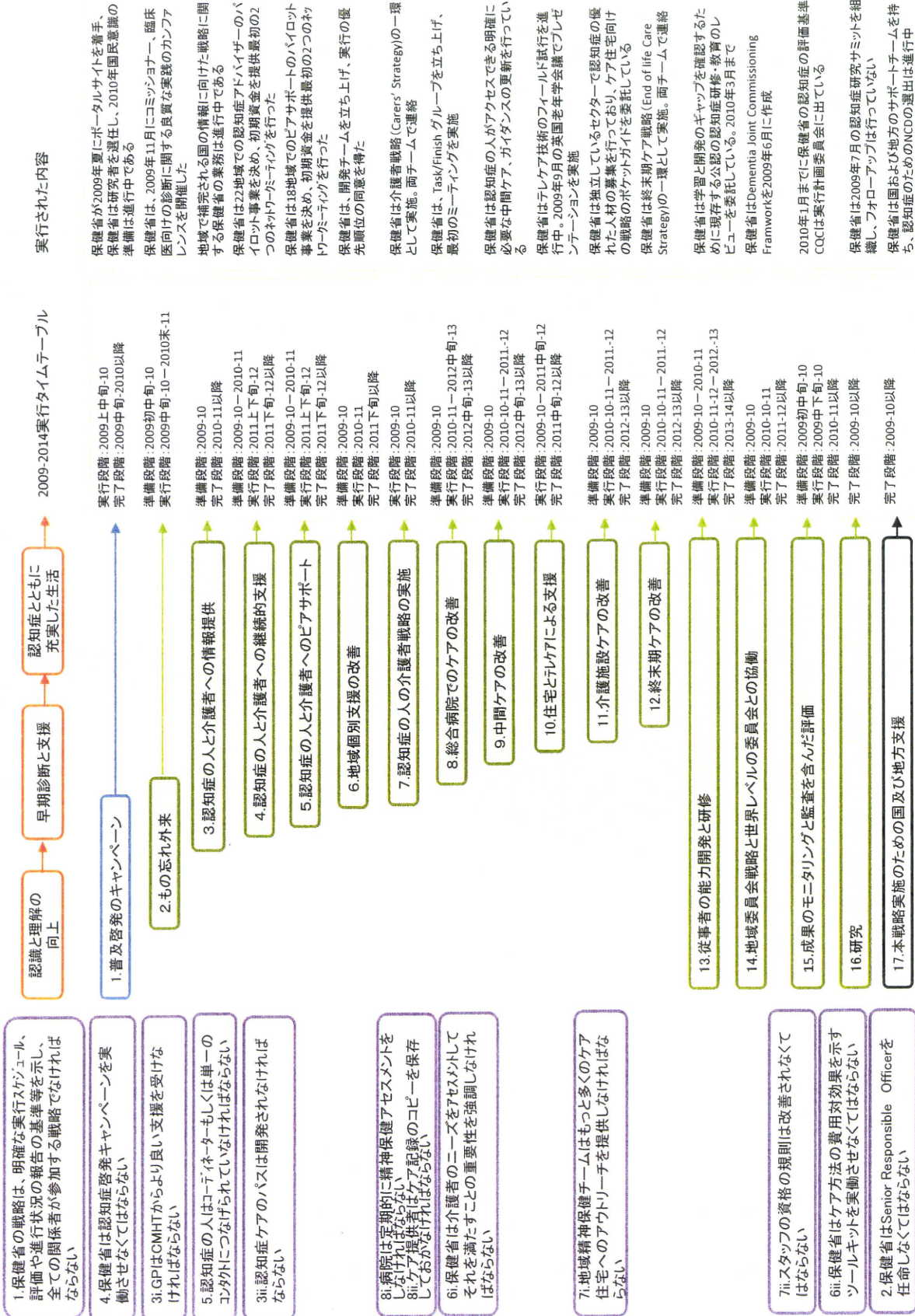
1. Department of Health. FAIR ACCESS TO CARE SERVICES GUIDANCE ON ELIGIBILITY CRITERIA FOR ADULT SOCIAL CARE. January 2003. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4019641.pdf
2. Department of Health. Individual budgets. January 2009. Available from: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Socialcarereform/Personalisation/Individualbudgets/DH_4125774
3. NHS. Independent Living Fund. Available from: <http://www.nhs.uk/CarersDirect/guide/practicalsupport/Pages/IndependentLivingFund.aspx>
4. arbitrary_constant. Independent Living Fund essentially closed for business. June 2010. Available from: <http://www.arbitraryconstant.co.uk/2010/06/independent-liv.html>
5. Department of Health. Putting People First - A shared vision and commitment to the transformation of Adult Social Care. December 2007. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_081119.pdf
6. Department of Health. Mental Capacity Act 2005. Available from: <http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/DeliveringSocialCare/MentalCapacity/MentalCapacityAct2005/index.htm>

7. 門田直美. イギリスにおける認知症高齢者ケアマネジメント. (財)日本障害者リハビリテーション協会(JSRPD) 2005年3月. Available from: <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/kadota/index.html>
8. Department of Health. Living well with dementia: A National Dementia Strategy. February 2009. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_094051.pdf
9. National Audit Office. National Audit Office. Available from: <http://www.nao.org.uk/>
10. parliament.uk. Committee of Public Accounts. Available from: <http://www.parliament.uk/business/committees/committees-archive/committee-of-public-accounts/>
11. 認知症介護研究・研修センター. イギリスの認知症ケア動向VI National Dementia Strategy (認知症国家戦略)の開発. 2010年1月. Available from: http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/kaigai/pdf/uk09_care_06.pdf
12. Department of Health. Living Well With Dementia: A National Dementia Strategy - Implementation Plan. July 2009. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_103136.pdf
13. Department of Health. Dementia Information Portal. Available from: <http://www.dementia.dh.gov.uk/>
14. The National Audit Office. Improving Dementia Services in England – an Interim Report. January 2010. Available from: http://www.nao.org.uk/publications/0910/improving_dementia_services.aspx
15. Department of Health. Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia Strategy. September 2010. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_119828.pdf
16. 高橋誠一. パーソンセンタードケアにおけるケアマネジメント. ケアマネジメント学, 2006. 5: p. 5-13.
17. K. Jones. Integrated care pilot programme: ensuring people with dementia receive joined up care in Nursing times.net. March 2010. Available from: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/specialists/older-people/integrated-care-pilot-programme-ensuring-people-with-dementia-receive-joined-up-care-/5012574.article>
18. Eccles M, Clarke J, Livingstone M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia. BMJ, 1998. 317(7161): 802-808.
19. 本間昭. アルツハイマー型認知症診療ガイドライン・レビュー. 財団法人日本医療機能評価機構. 2007年1月. Available from: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0013/4/0013_G0000080_T0001126.html
20. S. Banerjee. The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action. An independent report commissioned and funded by the Department of Health. November 2009. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_108302.pdf
21. Department of Health. 'Nothing Ventured, Nothing Gained': Risk Guidance for people with dementia. November 2010. Available from: http://www.dementia.dh.gov.uk/_library/RiskGuidanceDementia_ACC.pdf
22. Alzheimer's Society. Dementia UK 2007 - Full Dementia UK report. 2007. Available from: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=2
23. Department of Health. Dementia North East England: A Demographic and Service Profile. April 2009.
24. NHS Choices. What is dementia? Available from: <http://www.nhs.uk/dementia/Pages/dementia.aspx>
25. Eisai, Inc. and Pfizer Inc. The Facing Dementia Survey. 2004.
26. National Audit Office. Improving services and support for people with dementia. July 2007. Available from: http://www.nao.org.uk/publications/0607/support_for_people_with_dement.aspx
27. Alzheimer's Society. Dementia: Out of the Shadows Impact and stigma of diagnosis. 2008. Available from: <http://alzheimers.org.uk/site/scripts/download.php?fileID=454>
28. Department of Health. Dementia If you're worried, see your doctor. February 2011. Available from: http://www.nhs.uk/dementia/Documents/Dementia_campaign_leaflet.pdf
29. Alzheimer's Research UK. Annual Review 2011. Available from: http://www.alzheimersresearchuk.org/siteFiles/resources/documents/ARUK_Annual_Review_2010.pdf
30. Alzheimer's Society. Diagnosis and assessment. Available from: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=260
31. Medical News Today. UK Government Plans Memory Clinics In Every Town. February 2009. Available from: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/137537.php>
32. NHS Choices. Diagnosis and treatment. Available from: <http://www.nhs.uk/Livewell/Dementia/Pages/Diagnosisandtreatment.aspx>
33. NHS Choices. Being diagnosed with dementia. Available from: <http://www.nhs.uk/Conditions/Dementia/Pages/Diagnosis.aspx>
34. NHS Employers. Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2008/09 Delivering investment in general practice. April 2008. Available from: <http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/Quality%20and%20Outcomes%20Framework%20Pt.%201.pdf>
35. Alzheimer's Society. Care on a hospital ward. Available from: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=118

36. Alzheimer's Society. Hospital discharge. Available from: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=173
37. Alzheimer's Society. Assessments for NHS-funded nursing care. Available from: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=104
38. Alzheimer's Society. Community care assessment. Available from: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=131
39. The NHS Information Centre. Adult Social Care Statistics. Community Care Statistics 2008-09: Social Services Activity Report, England. Available from: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/social-care/adult-social-care-information/community-care-statistics-2008-09-social-service-s-activity-report-england>
40. Counsel and Care. For older people, their families and carers. Available from: <http://www.counselandcare.org.uk/>
41. GovToday. Launch of the National Care Service. Available from: <http://www.govtoday.co.uk/Health/Public-Health/launch-of-the-national-care-service.html>
42. 岩間大和子. 家族介護者の政策上の位置付けと公的支援-日英における政策の展開及び国際比較の視点-. レファレンス, 2003. 2003.1: p. 5-48.
43. Department of Health. Carers and Disabled Children Act 2000 and Carers (Equal Opportunities) Act 2004 combined policy guidance. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4117866.pdf
44. Department of Health. Carers at the heart of 21st-century families and communities "A caring system on your side. A life of your own." June 2008. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_085344.pdf
45. Department of Health. Who cares? INFORMATION AND SUPPORT FOR THE CARERS OF PEOPLE WITH DEMENTIA. July 2007. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_078091.pdf
46. The British Psychological Society and Gaskell. Dementia A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care - National Clinical Practice Guideline Number 42. November 2006. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG42/Guidance/pdf/English>
47. Alzheimer's Society. Dementia prioritised in revised NHS framework. June 2010. Available from: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/news_article.php?newsID=710
48. 医療経済研究機構. 平成 21 年度社会保険診療報酬支払基金による委託事業「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書【2009 年版】」 p49. 2010 年 3 月.
49. Alzheimer's Society. Living with dementia booklet - Who are all these health professionals? Available from: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=730
50. Royal College of Nursing. The Admiral Nurses' Competency Framework. Available from: http://www.dementiauk.org/assets/files/what_we_do/admiral_nurses/comp_frame_sum.pdf
51. J. Dewing and V. Traynor. Admiral nursing competency project: practice development and action research. Journal of Clinical Nursing. 14: p. 695-703, 2005.
52. Dementia UK. Admiral Nurses. Available from: http://www.dementiauk.org/assets/files/what_we_do/admiral_nurses/Admiral_Nurses_leaflet-final.pdf
53. Nursing times.net. Clinical nurse specialists. December 2007. Available from: <http://www.nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/clinical-nurse-specialists/361133.article>
54. Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust. National mental health news Get some Headroom and unwind your mind. Available from: <http://www.cpft.nhs.uk/News/Archivednews/Julynews/Nationalmentalhealthnews/tabid/201/language/en-GB/Default.aspx>
55. K. Jones. Integrated care pilot programme: ensuring people with dementia receive joined up care. Nurs Times. 106(10): p. 12-4, 2010.
56. Alzheimer's Society. What is a dementia adviser? March 2009. Available from: http://alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=532
57. Skills for Care. about us. Available from: http://www.skillsforcare.org.uk/about_us/about_us.aspx
58. Business Link. Finding tailored skills support from a National Skills Academy. Available from: <http://www.businesslink.gov.uk/bdotg/action/layer?r.l1=1073858787&r.lc=en&r.l3=1084822863&r.l2=1084822861&topicId=1085744683&furlname=nationalskillsacademy&furlparam=nationalskillsacademy&ref=&domain=www.businesslink.gov.uk>

1. Summary of the National Dementia Strategy

Summary of the National Dementia Strategy(認知症国家戦略の要約)



実行された内容

保健省が2009年夏にポータルサイトを着手、保健省は研究者を選任し、2010年国民意識の準備は進行中である

保健省は、2009年11月にコミンジョナー、臨床医向けの診断に関する良質な実践のカンファレンスを開催した

地域で補充される国の情報に向けた戦略に関する保健省の業務は進行中である

保健省は22地域での認知症アドバイザーのパイロット事業を決め、初期資金を提供最初の2つのネットワークミーティングを行った

保健省は18地域でのピアサポートのパイロット事業を決め、初期資金を提供最初の2つのネットワークミーティングを行った

保健省は、開業チームを立ち上げ、実行の優先順位の同意を得た

保健省は介護者戦略(Carers' Strategy)の一環として実施、両チームで連絡

保健省は、Task/Finish グループを立ち上げ、最初のミーティングを実施

保健省は認知症の人がアクセスできる明確に必要な中間ケア、ガイダンスの更新を行っている

保健省はテレケア技術のフィールド試行を進行中、2009年9月の英国老年学会議でプレゼンテーションを実施

保健省は独立しているセクターで認知症の優れた人材の募集を行っており、ケア住宅向けの戦略のポケットガイドを委託している

保健省は終末期ケア戦略(End of life Care Strategy)の一環として実施、両チームで連絡

保健省は学習と開発のギャップを確認するために現存する公認の認知症研修・教育のレビューを委託している。2010年3月まで

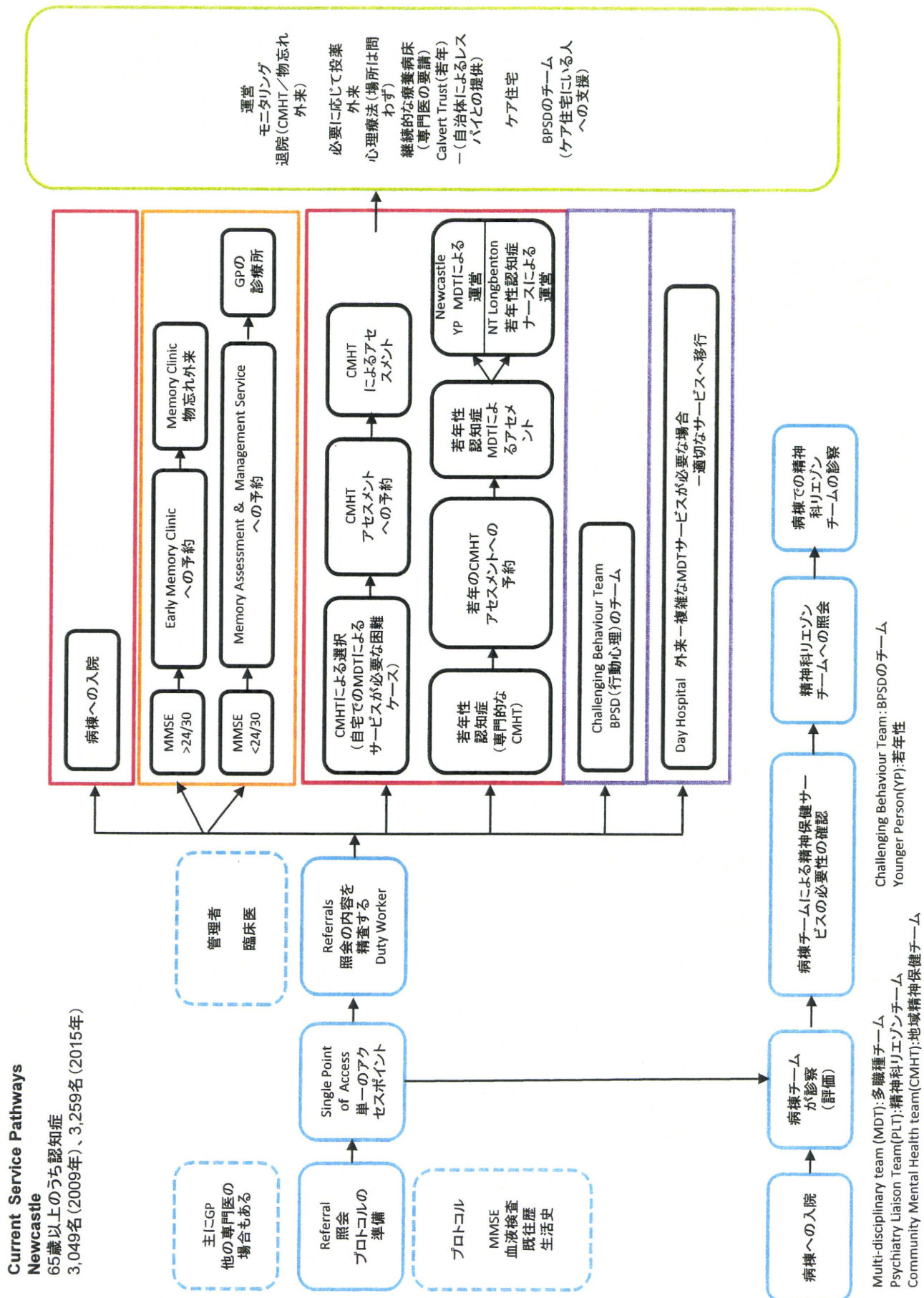
保健省はDementia Joint Commissioning Frameworkを2009年6月に作成

2010年1月までに保健省の認知症の評価基準、CCOCは実行計画委員会に出ている

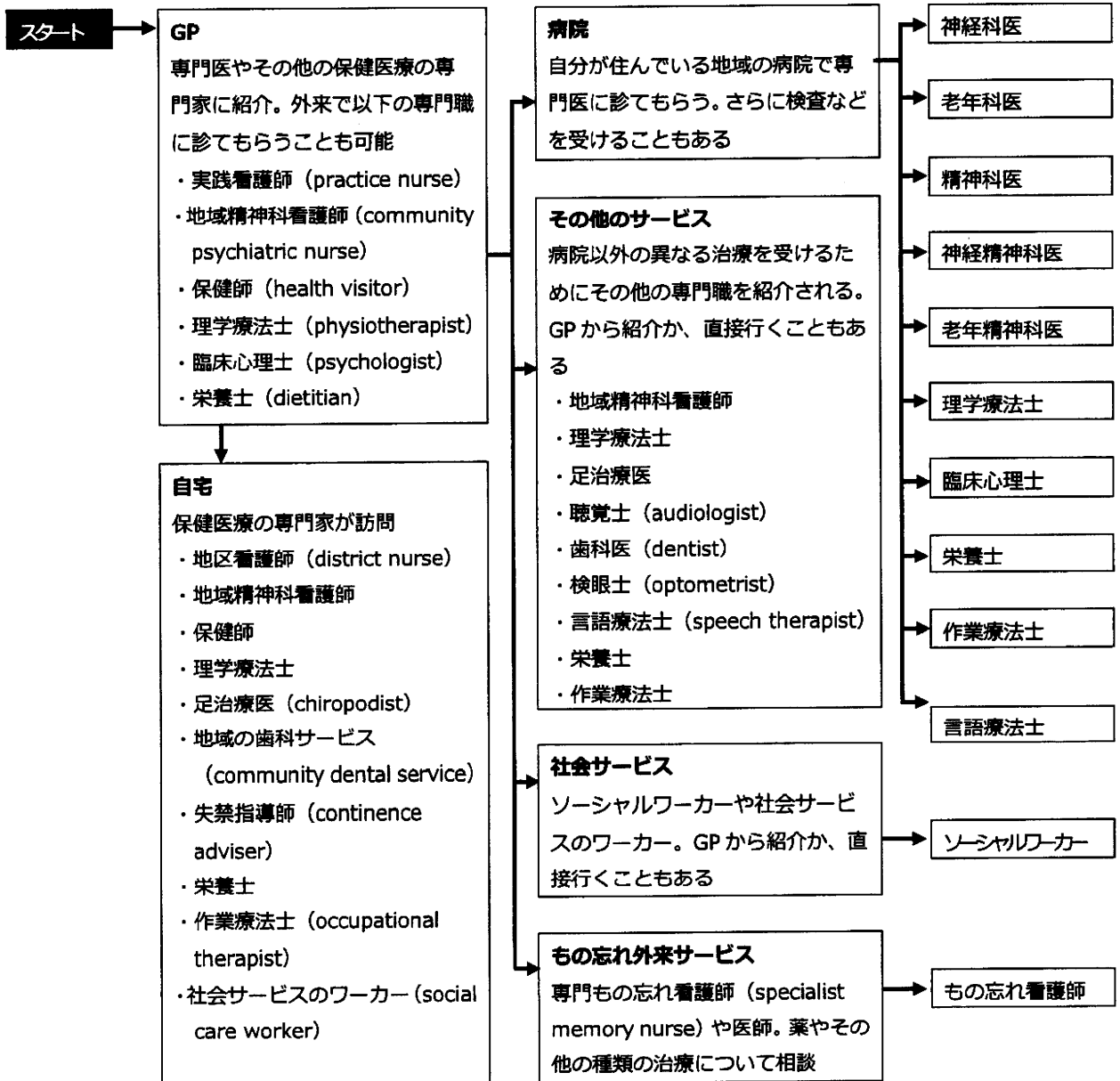
保健省は2009年7月の認知症研究サミットを組織し、フォローアップは行っていない

保健省は国および地方のサポートチームを持ち、認知症のためのNCDCの選出は進行中

2. Newcastle Current Service Pathways



3. アルツハイマー病協会による認知症の人のパス（流れ図）



Alzheimer's Society. Living with dementia booklet - Who are all these health professionals? Available from: <http://alzheimers.org.uk/site/scripts/download.php?fileID=730>

デンマーク

A. 認知症の人がいかなる制度やガイドラインに位置づけられているか

1) 高齢者および認知症の人に関連する主たる制度概要

1953年に制定された「基本法 (Danmarks Riges Grundlov)」はデンマークにおいて非常に重要な法律である。この基本法でうたわれている「自己選択の保障 (selvbestemmelseret)」は、後述する保健医療サービスや社会サービスなどの領域に関わらず、全てを通じて優先度が高いとみなされている。

このため、認知症の人が機能低下に伴ってサービスを要する状態に置かれても、本人の承諾がない限り、サービスを開始出来ないという事態も起こっている。したがって、本人の同意なしに何らかの介入や支援を行うことの是非を検討するため、コムーネ単位でそれを検討する法律家が常に必要とされている。

この他に社会サービス局 (Servicestyrelsen) では、認知症の人に関連する制度として「保健医療法 (sundhedsloven)」に基づく保健医療サービスの提供や患者の権利 (リビング・ウィル livstestamente を含む)、「社会サービス法 (serviceloven, § 83)」に基づく社会サービスの提供、「成年後見法 (værgemålsloven, § 5-7)」に基づく権利擁護、「行政運営法 (Forvaltningsloven, § 8)」に基づいた公的サービスに関する紛争の処理をあげている。[1]

デンマークでは広域行政機構であるレギオナ (regioner) と基礎自治体であるコムーネ (Kommuner) のそれぞれが、住民に対して異なる役割を担っている¹。

①保健医療サービス

1971年に「医療保障法 (lov om offentlig sygesikring, sygesikringsloven)」が成立して (施行は1973年)、それまでの保険方式による医療保障から税方式へと転換された。2005年には「保健医療法 (Sundhedsloven)」が成立し、現在は保健医療法が根拠法となっている。5つの広域自治体レギオナが保健医療サービスを提供する。医療費は税金を財源としており、原則として無料である。レギオナは主に病院運営を担っている。

家庭医 (GP) 制度をとっており、国民は全て家庭医に登録する。家庭医はGP1とGP2に区別されている。GP1は、本人が居住する地区内で特定の家庭医を指定・登録することが求められ、緊急時以外は基本的に全ての病気に関して最初に家庭医の診察を受けることとされている。ただし、診察は無料である。一方、GP2は、診療や処方に対する自己負担を支払う代わりに、どこでも自由に診療が受けられる。国民の大半はGP1を選択している。[2]

保健医療サービスに関して、全てのレギオナとコムーネとの間で「保健医療契約 (Sundhedsaftaler)」を各選挙の間ごとに締結しなければならないとされている。[3] 保健医療法では、利用者本人の同意なしに入院や治療を行うことは禁止されている。一方で、「精神保健法 (Psykiatrisloven)」では精神科入院病棟 (psykiatrisk afdeling) に限り同意に基

¹ Regionは単数形でレギオンと表記し、この複数形はRegionerでレギオナと表記する。また、Kommuneは単数形でコムーネと表記し、Kommunerは複数形でコムーネと表記する。日本では、レギオナとコムーネの組み合わせで表記されることが多いが、本稿では総称の場合は複数のレギオナとコムーネを使用し、地名等の個々を示す場合はレギオンとコムーネを使用している。

づかない入院や治療を認めている。しかし多くの認知症の人は精神科患者ではなく、この法の適用対象ではない介護付き住宅や自宅にいるため、必要な保健医療サービスが提供できないという問題も生じてきている。[4]

②社会サービス

1974年に「生活支援法(lov om social bistand, 通称 bistanndsloven)」が成立して(施行は1976年)、それまで別々にあった社会保障関係の7つの法律が統合・一本化された。これにより、従来は「高齢者」「母子家庭」「障害者」等といったカテゴリーに分けてそれぞれに社会サービスを提供していたシステムが廃止され、理由にかかわらず日常生活が困難となった国民全てにサービスを提供することとなった。

生活支援法は、「枠組み法」あるいは「額縁法」とよばれており、国はおおまかな方向性やある程度の枠組みを規定することに留まり、具体的なサービス内容、質、量等はコムーナに任されている。[5]

1998年には生活支援法から「社会サービス法(lov om social service, serviceloven)」に移行した²。コムーナは社会サービス法に基づき、高齢者や障害者などに社会サービスを提供している。社会サービスに係る費用は税金が財源となっている。ただし、各コムーナで定めた基本的なサービスを上回るサービスを希望する場合には、利用者の負担が求められる場合もある。

精神機能に何らかの障害がある人に対し、本人の同意に基づかない社会サービスの提供や介入を行うことについては、社会サービス法の第24章(kapitel 24)に規定されている。2010年7月の社会サービス法の改正により、アラームやGPSシステムなどの設置に関する条件が緩和された。[4] 同意に基づかない介入を行うには、事前にコムーナの議会(kommunalbestyrelse)もしくは議会の中の社会サービス委員会(sociale nævn)による詳細な審査(grundig sagsbehandling)を受け、承認を得る必要があり、許可された場合も時間を区切って行わなければならないとされている。承認される可能性があるのは以下のような場合である³。[6]

個別のアラームシステムやドアを開ける装置(døråbnere)の使用(緊急通報)
緊急時の行動制限
清潔保持時の行動制限
住居の中で本人の居場所を探す(外出抑制)
稼働範囲を限定(ゆるやかな行動制限)
本人の同意を得ずに社会サービス下の住居に入居させる(居住の移動)

③権利擁護

「成年後見法(værgemålsloven)」に基づき、精神機能に何らかの障害をもつ人は成年後見人をたてることができる。後見の種類には、本人に同意能力があり部分的に代行する「個別の後見(skræddersyede værgemål)」、財産管理を完全に委任し本人は選挙権を失う「法定意思能力の喪失を伴う後見(værgemål med fratagelse af den retlige handleevne)」、本人に同意能力があり財産管理を共有する「管理後見(samværgemål)」がある。個別の後見と法定

² 「社会サービス法」の他に「積極的社会政策法(lov om aktiv socialpolitik)」、「社会行政領域における権利保障および行政管理法(lov om retssikkerhed og administration paa det sociale område)」が制定された。社会サービス法は、生活支援法のうち社会サービスに関わる部分をまとめた法律である。社会サービス法の特徴の一つは個人の責任を強調している点であり、国民の意識を改革し、権利だけではなく、義務をも自覚するようにならなければならないという議論が近年高まってきたことを背景としている。また、予防的施策に重点を置いていること、国民の影響力の強化をめざしていること、一般国民にもわかりやすいように法律の用語を容易にしていること、自治体に非営利組織などの協力体制をつくる義務を課していることなども特徴となっている。(石黒,2000)

³ 現地調査報告も参照されたい。

意思能力の喪失を伴う後見は広域自治体の行政機構 (statsforvaltningen) に、管理後見は地方裁判所 (byretten) に申請する。[7]

2) 認知症に関連する政策・制度等の変遷

①高齢者三原則

従来の施設ケアはナーシングホーム (plejehjem) や保護付き住宅 (beskyttede bolig) といった施設形態で提供されていた。新しい形態である介護付き住宅 (plejebolig) は 1980 年代中頃より始まっている。

従来の施設ケアはそこにいる者の状態を病気 (syge) ととらえ、患者 (patienter) として扱っていた。新しい施設ケアの考え方では、入居者が入居する前と同じ権利を有しており、社会的な側面も含めた個別のニーズをもつことに焦点があたっている。[8]

こうした考え方の転換点になったのは、1979 年に設置された「高齢者政府委員会 (Ældrekommissionen)」が 1980-1982 年の 3 年間にわたり提出した報告書である。[8] 1982 年に出された第 3 回目の報告書「Sammenhæng i ældrepolitikken: Ældrekommissionens 3. og afsluttende delrapport」において「高齢者三原則」が示された。内容は以下の通りである。

【高齢者三原則】

- これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性をもって暮らす (自己決定, selvbestemmelse)
- 高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを支える (残存能力の活性化, egne ressourcer)
- 今ある能力に着目して自立を支援する (継続性, kontinuitet)

この報告書を基盤に、1987 年には「高齢者住宅改革 (ældreboligreformen, 後述)」が行われ、ナーシングホームと保護付き住宅については 1988 年以降の新規建設を廃止することになった (生活支援法改正法 391 号 - 家事支援とプライエム、保護住宅の規定変更 -, nr. 391 af 10. juni 1987, § 83 Stk. 3)。原則として、居住機能とケア機能の分離を中心とした方向性が示されている。

②住宅政策の変遷

1987 年からケア付き住宅は「高齢者・障害者住宅法 (lov om boliger for ældre og personer med handicap, ældreboligloven)」により規定されることとなった。「高齢者・障害者住宅法」の基本的な考えは、施設形態 (boligformen) を排し、その代わりに個々の市民のニーズに合わせてケアを提供するというものである。これにより、若年障害者も年齢に関わらず入居できるようになった。この住宅政策の転換を一般に「高齢者住宅改革 (ældreboligreformen)」と称している。[6]

その後、「高齢者・障害者住宅法」は 1997 年に「公営住宅法 (almenboligloven)」となり、非営利住宅協会 (Almennyttig boligselskab) が所有していたコレクティブ・ハウス (killektivbolig) や高齢者住宅 (ældrebolig) は公営高齢者住宅 (almene ældrebolig) に転換された。[6]

2007 年には「介護付き住宅選択法 (fripnejeboligloven)」ができて、利用者は自分の入居する介護付き住宅をコミュニティが提供する介護付き住宅との間で選択できるようになった。この介護付き住宅を自由に選択できる制度を「Fripnejebolig」と呼んでいる。[6]

なお、1980 年代までは、デンマークでも殆どの認知症の人は県立の大きな精神病院での入院が中心であった。しかし精神病院への入院は高額な医療費がかさむ上、認知症の人の境遇は決して望ましいものではなかったことから、在宅療養に方針転換された。認知症の人が地域に戻されるのに先立ち、地域の在宅介護・看護を充実させ、認知症の人向けのデイ・サービス等が作られていった。[9]

| | |
|-------|---|
| 1971年 | 「医療保障法 (sygesikringsloven) 」 |
| 1974年 | 「生活支援法 (bistandsloven) 」 |
| 1979年 | 「高齢者政府委員会 (Ældrekommissionen) 」の設立 |
| 1982年 | 「高齢者三原則」の提示 |
| 1987年 | 「高齢者住宅改革 (ældreboligreformen) 」 |
| 1987年 | 「高齢者・障害者住宅法 (lov om boliger for ældre og personer med handicap) 」 |
| 1997年 | 「公営住宅法 (almenboligloven) 」 |
| 1998年 | 「社会サービス法 (serviceloven) 」 |
| 2005年 | 「保健医療法 (sundhedsloven) 」 |
| 2007年 | 「介護付き住宅選択法 (fripnejeboligloven) 」 |
| 2010年 | 「認知症国家行動計画 (National handlingsplan for demensindsatsen) 」 |

3) 国家戦略

①連携モデル (Samarbejdsmodellen)

社会省 (Socialministeriet) は 1999 年 6 月に当時の厚生省 (Sundhedsministeriet) 、Frederiksborg 州 (レギオナに再編される以前の広域自治体) およびその州内のコムーナとの共同プロジェクトを開始した。これは認知症ケアにおけるコムーナ、州、GP、専門医の間の「連携モデル (Samarbejdsmodellen) 」を提示するためのものであり、2 年後に「認知症の連携がとれた行動モデル (Model for en koordineret indsats på demensområdet) 」として報告がまとめられている。[10]

その後、認知症ケアの「連携モデル」は 11 の州で採用されたが、2007 年の自治体再編によりプロジェクトは終了した。しかし、現在でも多くの認知症ケアに関わる組織はこの「連携モデル」に基づいて構成されている。[6] (連携モデルに関しては参考資料 2 を参照)

②認知症国家行動計画 (National handlingsplan for demensindsatsen)

社会省 (Socialministeriet) と内務厚生省 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet) との共同で 2010 年 12 月に「認知症国家行動計画 (National handlingsplan for demensindsatsen) 」を公表した。[4]また、認知症国家行動計画の公表と同時に、デンマークにおける認知症ケアの現状をまとめた「デンマークの認知症マッピング 2010 (Kortlægning af demensområdet i Danmark 2010) 」が報告されている。[6]

認知症国家行動計画は、2011-2014 年にかけての認知症政策の目標を示したものであり、以下の 14 項目の取組みが推奨されている。[4]

| | |
|--|---|
| 組織と協働 (Organisering og samarbejde) | |
| 1 | 全てのレギオナがそれぞれに認知症ケアの枠組みとして優先順位を明らかにしたプログラムをもつ |
| 診断の分類 (Diagnosticering) | |
| 2 | 保健局 (Sundhedsstyrelsen) が認知症のアセスメント、治療およびコントロールの多職種臨床ガイドラインを確立するための支援 |
| 3 | 全てのレギオナが認知症の臨床データの分析に提供できるデータベースをもつ |
| ソーシャルワークによる働きかけ (Den socialfaglige indsats) | |
| 4 | 様々なソーシャルワークによる介入の知見の収集、体系的なコーディネート |
| 5 | 福祉テクノロジーの分野横断的な連携による発展と普及 |
| 6 | 重度の行動症状がある認知症の人への支援を開発し検証する |

| | |
|---------------------------------------|--|
| 法律と認知症 (Jura og demens) | |
| 7 | 検討されるべきケアの可能性への意識 |
| 8 | 認知症の人に対し同意に基づかない強制的な介入が行われる可能性があることについて、コムーナ、レギオナ、国の間で検討する |
| 9 | 永続的に意思決定能力の障害をもつ人への保健医療サービスの提供 |
| 家族との協働 (Pårørendesamarbejde) | |
| 10 | 家族支援として休息やレスパイトケアを提供することに関する研究 |
| 11 | コムーナと任意団体のパートナーシップの促進 |
| 教育 (Uddannelse) | |
| 12 | コムーナとレギオナの双方による職員や専門家教育 |
| 研究と情報 (Forskning og oplysning) | |
| 13 | 国立認知症情報センター (Videnscenter for Demens) の継続 |
| 14 | 認知症に関する情報キャンペーン |

4) 認知症ケアの方針

デンマークでは、認知症ケアに限ったことではないが、「自己決定」が非常に重要視されている。1953年に制定された「基本法 (Danmarks Riges Grundlov)」に謳われている”自己選択の保障 (selvbestemmelseret)”は、全てに通じてプライオリティーが高い状況にあり、デンマークにおいて非常に重要な法律である。これに伴い、認知症の人が機能低下に伴う、要サービス状態に置いても、本人承諾がない限り、サービスも開始出来ないという事態も起こる。このために、コムーネの法律家が常に必要となる現状が生じている。

5) 認知症ケアおよび医療に関するガイドライン

①保健医療サービス

認知症国家行動計画において、今後、保健局 (Sundhedsstyrelsen) が認知症のアセスメント、治療およびコントロールの多職種臨床ガイドラインを確立するための支援を行うとされている。[4]

②社会サービス

社会サービス局 (servicestyrelsen) では「DAISY プロジェクト」(後述)の一環として、「認知症ガイド (demensguiden)」のウェブサイト (<http://www.servicestyrelsen.dk/demensguiden>) を開設している。「認知症ガイド」はもの忘れ外来 (Hukommelsesklínik) やコペンハーゲン大学病院 (Ríghospitalet) の職員らが開発したものである。そこでは利用者や家族介護者向けの情報提供の他に、専門職に向けたケアガイド「VEJLEDNING TIL DEMENSGUIDE -for fagpersoner, der rådgiver demente og pårørende」を提供している。[11]

B. ステージに沿った施策の概要

1) 対象者の把握

児童や成人を対象とした予防的なケアや健康増進に関わる保健医療サービスの提供は、コムーナが責任主体となっている。具体的にはリハビリテーション(genoptræning)、訪問看護(hjemmesygepleje)、歯科ケア(kommunal tandpleje)、アルコール乱用(alkoholbehandling)や物質乱用(narkotikaområdet)などがあげられる。[12] コムーナの訪問看護などを通じて認知症の疑いのある高齢者等を把握することが期待されている。[6]

デンマークの全国的な認知症の人の数については、国立認知症情報センター(nationalt Videnscenter for demens)が欧州認知症連合(European Collaboration on Dementia, EuroCode)の有病率の推計とデンマーク統計局(Danmarks Statistik)の将来人口予測を用いて算出している。それによれば60才以上の認知症の人は2009年で77,908人、2020年で101,438人、2040年には177,526人になると予想されている。[6] また、各コムーネの数値に関しても同様に国立認知症情報センター(nationalt Videnscenter for demens)により示されている。

○デンマークの認知症の人の数(推計)[6]

| 2009年1月1日時点 | 有病率% | | | | 有病者数 | | |
|-------------|---------|---------|------|------|--------|---------|---------|
| | 年齢 | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 | 2009年 | 2020年 |
| 60-64歳 | 188,546 | 189,516 | 0.2 | 0.9 | 2,083 | 1,892 | 1,829 |
| 65-69歳 | 136,581 | 143,487 | 1.8 | 1.4 | 4,467 | 5,092 | 5,489 |
| 70-74歳 | 99,024 | 112,065 | 3.2 | 3.8 | 7,427 | 11,278 | 12,006 |
| 75-79歳 | 69,357 | 88,126 | 7.0 | 7.6 | 11,553 | 17,292 | 21,742 |
| 80-84歳 | 46,939 | 71,461 | 14.5 | 16.4 | 18,526 | 22,777 | 35,310 |
| 85-89歳 | 23,679 | 48,422 | 20.9 | 28.5 | 18,749 | 21,186 | 40,904 |
| 90-94歳 | 7,474 | 20,939 | 29.2 | 44.4 | 11,479 | 15,462 | 39,579 |
| 95歳以上 | 1,533 | 6,409 | 32.4 | 48.8 | 3,624 | 6,459 | 20,667 |
| 合計 | 573,133 | 680,425 | -- | -- | 77,908 | 101,438 | 177,526 |

2) 啓発活動

ローカルセンター(Lokalcentre)⁴では、独自に一般市民に向けた勉強会も開催されている。その情報は、一般新聞、広報新聞等により公表されており、事前申し込みも必要無く、気軽に訪れることができる。高齢者領域における活動の多くはローカルセンターから開始されている。ローカルセンターの枠組みは、保健クリニック(Sundhedsklinikker)、看護(sygepleje)、実用的支援(praktisk hjælp)、カフェ-憩い・集いの場(caféer)、作業活動の場(aktivitetslokaler)、トレーニング(træning)-機能維持(vedligeholdelse)、ボランティア(frivilligarbejde) 予防家庭訪問(forebyggende hjemmebesøg)である。各ローカルセンターでは、地域の趣味グループやその地域の文化に反映して、独自の活動の提案をしている。だれでも、ローカルセンターのカフェにコーヒーを飲みにも立ち寄り、地域の他の高齢者と出会うことができる」とされている。

⁴ オーフスコムーネには37の同一の機能のローカルセンターがあり、ローカルセンターはプライエボーリ(plejeboliger)のある地域区分に配置されている。現地調査報告も参照されたい。なお、ローカルセンターはデンマーク全土に設置されている。

3) 予防活動

認知症のリスクを高める可能性がある要因として、喫煙、高脂肪食、身体活動の乏しさといった生活習慣や、高血圧、心疾患などがあげられている。保健局 (sundhedsstyrelsen) の見解では、中高年期の運動訓練は認知症の進行や認知機能の喪失に対してリスクを低減するというエビデンスがあるが、それが認知症の人の身体機能を向上させるというエビデンスは示されていない。[6]

4) 早期発見・診断システム

法律で規定されている保健医療に関わる専門職が今まで福祉サービスを受けたことのない 75 歳以上の高齢者を年 1 回、予防訪問している。予防家庭訪問の継続によって、認知症症状の早期発見ができること、また身体機能の変化に伴う ADL の低下に対して比較早期に補助器具を使用したり、住宅環境を改善できるため、住み慣れた自宅での生活期間を引き延ばせることなどの効果が期待されている[13]⁵

原則的には、さきの「連携モデル (Samarbejdsmodellen)」にも示されているように、認知症が疑われた場合は家庭医 GP から専門医 (病院) へとつながった上で診断が行われる。診断後に専門的な治療が必要な場合や困難ケースの場合は、各病院で設置されている専門医を含めたチームの介入が行われる⁶。なお、レギオナにおける認知症の人のパス (demenspatientforløbet) は大きく 4 つのモデルに分けられている。[6] 最初の入口が GP である点はどのモデルでも共通しているが、GP から紹介される先が異なっている。

| モデル | GP の紹介先 |
|-----|---|
| 1 | GP からその地域の病院で認知症を受け持つ科に全て紹介する |
| 2 | GP がアセスメントしてどの専門医 (精神科、神経科、老年科) に紹介するか判断する |
| 3 | GP からその地域の病院に紹介するが、どの科が関わるかは病院で判断する |
| 4 | GP から精神科・神経科・老年科の複数にまたがる多職種チーム (tværfagligt team) に紹介する |

5) 情報提供・相談窓口

コムーナによって、認知症の人に支援や助言を提供するアプローチは異なっている。[6]

例えば、Århus コムーネではカウンセリング・センター (center for rådgivning) として Demens Caféen⁷を設立している。Demens Caféen は初期の認知症の人やその家族への支援を想定したもので、市民で関心のある者や実際に支援を必要としている者を対象に情報提供、教育、講義や研究ツアーなどを行う。認知症に関する特定の知識をもった職員の個別指導 (personlig vejledning) も提供している。[6]

○DAISYプロジェクト (dansk alzheimer interventions undersøgelse)

カウンセリングモデル (Rådgivningsmodellen) に基づき、認知症の初期の人やその家族に対する心理社会的な介入の医療経済的な評価を目的とした研究プロジェクトである。国立認知症情報センター (nationalt Videnscenter for

⁵ オーフスコムーネで認知症の発見ルートは主に高齢者の生活状況から、以下のルートが考えられる。①何らかの慢性的な病気等により、定期的に GP とコンタクトがあり、発見に至る。②何らかのコムーネのサービスを受けていて (ホームヘルプ、ローカルセンターの行事に参加など)、訪問者や関係職員によって異変が気づかれ、家族、ローカルセンターの責任者、コムーネに連絡が取られ、ピジテーターの訪問につながり、GP への受診に至る。③コムーネのサービスを何も受けていない場合、近所の住民が、対象となる高齢者の行動の異変に気付き、高齢の家族に連絡をとる。高齢者の家族が近隣にいない場合には、ローカルセンターや、コムーネに連絡が入り、ピジテーターの訪問、GP への受診へとつながる。なお、オーフスコムーネの場合、③による発見が、予防ピジテーター訪問 (年に 1 回の高齢者へのピジテーターの訪問) よりも機能的に認知症高齢者の発見に効いているという、コムーネの責任者から示された。

⁶ オーフスコムーネをカバーする Region Midtjylland にある Department of Geropsychiatry に関しては現地調査報告も参照されたい。

⁷ 現地調査報告も参照されたい。

demens) と社会サービス局 (servicestyrelsen) の共同で実施されており、330 名の認知症の人と同数の主たる介護者を 3 年間フォローアップする。[6]

社会サービスのコーディネートをを行う認知症コンサルタント (demenskonsulent) や認知症コーディネーター (demenskoordinator)、多職種チーム (tværfagligt team) 等の役割に情報提供があげられている。また、アルツハイマー病協会等の民間団体による情報提供等がなされている。

6) ケアサービス

①保健医療サービス

社会サービス局 (servicestyrelsen) が 2008 年に報告した認知症の検査と治療に関する技術評価 (mtv) によれば、認知症の人に対する薬物療法として以下のようなものがあげられている。[6]

| | |
|------------------|---|
| 軽度から中程度のアルツハイマー病 | コリンエステラーゼ阻害剤 (donepezil, rivastigmin, galantamin) |
| 中程度から重度のアルツハイマー病 | NMDA 受容体拮抗薬 (memantin) |
| レビー小体とパーキンソン病 | rivastigmin |

<慢性期疾患に対するコースプログラム (Forløbsprogrammer for kronisk sygdom) >

慢性疾患を有する人口の増加を背景に、保健局 (sundhedsstyrelsen) はコムーナとレギオナとの共同で 2005 年から 2008 年にかけて、慢性疾患の患者のパスとそれに関わる組織構成を示した「慢性疾患に対するコースプログラム (Forløbsprogrammer for kronisk sygdom)」のモデルを開発した。[14] このモデルは慢性疾患共通の「Del I: generisk model」と糖尿病に特化した「Del II: Forløbsprogram for diabetes」で構成されている。

この場合の慢性疾患とは年齢や身体・精神などの種類を問わない概念であり、認知症も含まれる。[6]

| |
|---|
| I. プログラムの対象となる患者を判別し、登録する |
| プログラムでカバーされる患者を特定する診断 |
| 診断がどのように記録され、診断登録がどのように収集され使用されるのかを明確にする |
| II. 保健医療の専門職は、対象となる慢性疾患に適用できる、エビデンスに基づいた臨床ガイドラインを用いる |
| 臨床ガイドラインは保健医療の専門職に何らかの推奨を行う |
| 臨床ガイドラインに基づいた診断、治療、リハビリテーション、フォローアップ、セルフケアへの支援の提供 |
| III. 保健医療に関する科学的な活動を行う組織の体制を確立する |
| 関連する専門職の間で患者へのケアの責任と課題の共有が明示される |
| 段階的に得られるべき成果の計画と基準を示す |
| IV. 介入の質と有効性をモニタリングする資料に関連した基準を示す |
| V. コースプログラムの実行計画 |
| 実施段階で使用される予定の手順やツール |
| 実施過程のスケジュール |
| その実施過程に責任を負う人の明示 |
| VI. コースプログラムの内容に関する評価とフォローアップの計画 |
| スケジュール、評価、振り返りの更新 |
| 評価とフォローアップに責任を負う人の明示 |

②社会サービス

<社会サービス法>

社会サービス法に基づく支援としては大きく、在宅ケア：訪問看護 (hjemmesygepleje)・住宅支援 (boligtilbud)・介護 (hjælpemidler) と、施設ケアとに分けられる。デンマークでは、施設や住宅の形態によって受けられるサービスの内容や程度が異なるシステムではなく、どこに住んでいても個人のニーズに合わせたケアが提供されるシステムがとられている。

施設ケアにおいては先述のとおり制度上では既に廃止されている。しかし、旧来のナーシングホーム (プライエム, plejehjembolig) と保護付き住宅 (beskyttede bolig) は「§192-boliger」と呼ばれ、コムーネの財源の状況等の理由で現存しているものもあり、他の (より広い) 住宅形態への転換が求められている。「社会サービス法」以降の居住形態は、介護付き住宅 (plejebolig) と高齢者住宅 (ældre bolig) になっている。これらのケア付き住宅等に住民者の 2/3 を認知症の人が占めるといわれている。[6] 現存する居住形態は表の通りである。[15] 全国コムーネ連合 (KL) の推計では、コムーネの 97% が認知症の人に特化した介護付き住宅 (plejebolig) を提供している⁸。[15]

デンマークにおける社会サービスの種類と利用者数[15]

| 社会サービス | 2009年 | | | | |
|------------|--------------------------------------|--|-------|----------|-----------|
| | 英語 | デンマーク語 | センター数 | 利用者数 | (65歳未満) |
| 恒常的なホームヘルプ | Permanent home help | Varig hjemmehjælp | | *221,319 | (*30,950) |
| ナーシングホーム | Residential nursing homes | Plejehjem samt kombinerede pleje- og daghjem | 289 | 9,156 | (479) |
| 保護付き住宅 | Sheltered dwellings | Beskyttede boliger | 76 | 1,787 | (262) |
| 介護付き住宅 | Nursing dwellings | Plejeboliger | | 33,611 | (2,363) |
| 公営高齢者住宅 | General dwellings for elderly people | Almene ældreboliger | | 31,150 | (4,873) |
| その他の高齢者住宅 | Other dwellings for elderly people | Andre boliger for ældre | | 8,109 | (2,278) |
| デイケアセンター | Day-care centres | Dagcentre og daghjem | 700 | 34,489 | |

*2008年の値

<ボランティアの社会活動 (frivilligt socialt arbejde) >

デンマークでは伝統的にボランティア活動が社会的な変革に対処する役割を担ってきた。彼らは認知症の人やその家族に新しい形のケアを提供するだけでなく、社会的な関わりを確立し、ネットワークを形成している。社会サービス法ではコムーネにボランティアの社会活動 (frivilligt socialt arbejde) との連携や支援の実施を求めている。[6]

ボランティアの社会活動の例としては、(1)カウンセリング (対面や電話)、(2)近隣の訪問、(3)支援の提供とコンタクトパーソンになること、(4)付き添い、(5)家族のレスパイト、(6)カフェやシェルターその他の相互的活動があげられる。

⁸ オーフスにおいては、Caritas (カリタス) が認知症の人向けの介護付き住宅 (plejebolig) にあたる。現地調査報告も参照されたい。

認知症に関する主要な任意団体としては次のようなものがあげられている。[6]

| ボランティア団体 | 活動内容 |
|--|--|
| アルツハイマー病協会 (Alzheimerforeningen) | 認知症の人、家族、専門職が参加している。16の支部がある ⁹ 。認知症に関する助言、情報提供、研究支援を行っている |
| エルドラセイエン、高齢者問題全国連盟 (Ældre Sagen) | 高齢者のための非営利団体。イベントや教育、講義などを開催する。217の地域委員会をもつ |
| 教区チャリティ連合 (Samvirkende Menighedsplejer) | デンマークの教会組織。しばしば認知症の人と接触する |
| 認知症に触れる (Demenskontakten) | 認知症の人に支援、助言、レクリエーションや余暇活動を提供する。2006年5月から活動を始めた |
| デンマーク赤十字 (Dansk Røde Kors) | 認知症の人や家族にボランティアが訪問して日々の生活支援を提供する |
| 全国ハンチントン舞踏病協会 (Landsforeningen mod Huntingtons Chorea) | ハンチントン舞踏病の患者に支援を提供する (この疾患により認知症の症状が出ることもある) |

7) 家族支援

全国コムーナ連合 (KL) の2008年の調査では、コムーナが行う家族支援について、以下のような状況であったと報告されている。[6]

- ・ 認知症の人の家族に助言や指導を提供している：コムーナの95%
- ・ 認知症の人の家族にトレーニングを提供している：61%
- ・ 認知症の人の家族グループを提供している：90%
- ・ 認知症の人の家族に休息やレスパイトケアを提供している：72%
- ・ 認知症の人に特化したデイのレスパイトを提供している：55%

○家族グループ (pårørende gruppe)

認知症の人の家族 (多くは配偶者や、成人した子ども) のグループ。自治体が雇用している認知症コーディネーター (または認知症コンサルタント)、あるいはアルツハイマー病協会 (alzheimerforeningen) のボランティアなどがついている。通常、家族グループで行われる内容は参加者と認知症コーディネーターとの間の話し合い (sparring)、ミラーリング (spejling, 相手のしぐさを真似る)、インタビューといったものである。

○家族の休息 (afløsning)、レスパイト (aflastning)

コムーナは (認知症に限らず) 身体や精神機能が障害されている人の介護をしている家族に対し、休息やレスパイトケアを提供する義務がある。

8) 終末期ケア

保健局 (sundhedsstyrelsen) は1999年に、緩和ケア全般に関するガイドライン「緩和ケアの専門職ガイドラインー重篤な疾患や死に瀕している者へのケア (Faglige retningslinier for den palliative indsats - omsorg for alvorligt syge og døende)」を発表した。これはWHOの緩和ケアに関するガイドラインに沿ったものである。[16]

⁹ 東ユトランド支部の活動については現地調査報告も参照されたい。

緩和ケアには、一次医療の家庭医 GP や地区看護師 (hjemmesygeplejersken) が提供する在宅ケアと、二次医療として緩和ケア病棟で提供するものがある。また一次医療と二次医療との間をつなぐ機能として緩和ケアチーム (palliative team) が存在する。[17]

労働環境指導局が運営する労働教育訓練機関 (Arbejdsmarkedsuddannelser, AMU) では、認知症の人を直接対象とする仕事の訓練課程において、緩和ケアに関する内容も提供されている。[6]

| 訓練課程の内容 | 期間 |
|--------------------------|-----|
| 認知症の人の疾患に関する知識 | 5日間 |
| 認知症の人の活動と生活 | 5日間 |
| 認知症の人の緩和ケア | 4日間 |
| 認知症の人の不適切な行動と行動症状 (BPSD) | 5日館 |
| 認知症の人へのケア | 5日間 |
| ケアワークにおける認知症の早期発見 | 5日間 |
| 精神発達遅滞がある高齢者への働きかけ | 4日間 |

C. 認知症の人を支える専門職／チームの位置づけと育成方法

1) 認知症の人を支える主な機関

①保健医療サービス

レギオンごとに認知症ケアに対応する組織の体制は異なっている。2010年当時のレギオンごとの認知症ケアに関する体制を下の表に示す。[6]

| | Hovedstaden | Syddanmark | Midtjylland | Nordjylland | Sjælland |
|---------------------------------------|---|--|--------------------------------------|--|--|
| 保健医療契約 (Sundhedsaftaler) における認知症の位置づけ | 予防と健康増進に含まれる | 精神疾患に含まれる | 精神障害への介入に含まれる予定 | 予防と健康増進に含まれる予定 | 認知症に関する任意の保健医療契約あり |
| 認知症ケアに関するコースプログラム (Forløbsprogram) | ・レギオンと病院 ・GP は任意参加 | ・コムーネと GP、レギオン | ・未策定 | ・診断プロセスに関するプログラム ・レギオンとコムーネ、GP ・GP はコムーネのコンタクトパーソンと連絡をとる | ・二次医療における神経科、老年科、精神科の協働 ・二次医療と GP、コムーネの協働 ・指導、助言、教育とスーパーバイズに関する地域のニーズを把握する |
| コムーネの役割 | ・早期発見 ・社会サポート ・認知症の人と家族への情報、助言、トレーニング提供 | | | ・調整やコーディネーター役となる認知症コンタクトパーソンのシステムを確立 | |
| アセスメントと治療を行う機関 | 多職種チーム ・病院の中に併設する認知症ユニット (demensenhed) | ・ GP、病院の老年精神科・神経科・老年科、多職種チーム (認知症外来、認知症ユニット) | ・ GP、精神科の専門医、認知症外来／もの忘れ外来、病院の老年精神科部門 | ・ GP から認知症外来に紹介し、その後は病院の神経科・老年精神科・老年科のいずれかに紹介 | ・もの忘れ外来 |

これ以外に Hovedstaden レギオンでは、社会サービスや保健医療サービスの間の調整役 (Tovhodler) として病院の外来と GP、専門医 (専門科に特化した調整) をあげている。また GP と専門医の間で権利擁護に関する取り決めを行うこととしている。それとは別に、コーディネーター (Forløbskoordinatorer) として GP、診療所スタッフ、認知症ユニット (コンタクト看護師)、自治体の認知症コーディネーター/コンタクトパーソン (Kontaktperson) などをあげている。2009 年に出された診断と治療のガイドラインにおいて、認知症の人を重症度で 3 つのレベルに分け、レベルに応じて誰が調整やコーディネートをするかが分けられている。[6]

認知症の人の二次医療に対応する機関としては、病院の老年精神科 (gerontopsykiatriske afdelinger) ・神経科 (neurologiske afdelinger) ・老年科 (geriatriske afdelinger) といった診療科や、認知症病棟 (demensenhed) ・認知症外来 (demensklínik) ・もの忘れ外来 (Hukommelsesklínik) などの多職種チームがあげられている。レギオンや医療機関によって多職種チームの名称は異なる。[6]

○認知症の人の二次医療に対応する機関[6]

| レギオン | 所属機関 | 診療科 | 多職種チーム |
|-------------|--|---------------|---------|
| Hovedstaden | Hillerød 病院 | | 認知症病棟 |
| | Herlev 病院 | | 認知症病棟 |
| | Glostrup 病院 | | 認知症病棟 |
| | コペンハーゲン大学病院 (Rigshospitalet) と Bispebjerg 病院の共同 | | 認知症病棟 |
| Syddamark | Haderslev 病院 | 老年精神科 | |
| | Vejle 病院 | 老年精神科、神経科、老年科 | |
| | Kolding 病院 | 老年精神科、老年科 | |
| | Middelfart 病院 | 老年精神科 | |
| | Odense 病院 | 老年精神科 | 認知症外来 |
| | Sønderborg 病院 | 神経科 | |
| | Esbjerg 病院 | | 老年神経科外来 |
| | Svendborg 病院 | | 認知症外来 |
| Midtjylland | Århus 大学病院 | | 認知症外来 |
| | Viborg 病院 | 精神科 | もの忘れ外来 |
| | Skive 病院 | | もの忘れ外来 |
| | Århus 大学病院 Risskov | 老年精神科 | |
| | Holstebro 病院 | 精神科 | |
| | Herning 病院 | 精神科 | |
| | Horsens 病院 | 精神科 | |
| Nordjylland | Brønderslev 精神科病院 | 老年精神科、神経科、老年科 | 認知症外来 |
| Sjælland | Roskilde 病院 | | もの忘れ外来 |
| | Korsør 病院 | | もの忘れ外来 |
| | Vordingborg 病院 | | もの忘れ外来 |

②社会サービス

認知症ケアのパスを支えているのは主としてコムーナであり、社会サービス法 (SERVICELOVEN) の規定により認知症の人を支える責任があるとみなされている。[6]

2) 認知症の人を支える主な専門職

「デンマークの認知症マッピング 2010」では、認知症の人を支援する専門職として SOSU ヘルパー (social- og sundhedshjælper) および SOSU アシスタント (social- og sundhedsassistent)、看護師 (sygeplejerske)、医師 (læge)、作業療法士 (ergoterapeute)、理学療法士 (fysioterapeute)、臨床神経心理士 (kliniske neuropsykologe) および老年心理士 (gerontopsykologe) をあげている。[6]

| 職種 | 教育期間 | 教育領域 |
|---|----------------|--|
| SOSU ヘルパー (social- og sundhedshjælper) | 1年2か月 | コムーナの高齢者ケア 必ずしも認知症ケアは含まれていない |
| SOSU アシスタント (social- og sundhedsassistent) | ヘルパーに追加して1年8か月 | 身体、コムーナのケアと精神科ケア 認知症ケアも含まれる |
| 看護師 (sygeplejerske) | 3年6か月、専門学位 | 国が定めた14のモジュール (module) 7か所の専門学校 (professionshøjskole) が あり、機関によって実際の教育内容は異なる |

①保健医療サービス

○家庭医 GP (alment praktiserende)

レギオンによって保健医療サービスの体制は異なるが、認知症の人のパスの共通部分における一次医療 : GP (alment praktiserende) や二次医療 : 病院病棟 (hospitalsbaserede enheder) の役割は次のようなプロセスで整理されている。[6]

| 認知症の人のパス | |
|----------|---|
| 1 | 認知機能の障害が見つかって、認知症の疑いが起こる |
| 2 | 一次医療において最初の検査を行う |
| 3 | 患者は二次医療の専門レベルで検査や治療に進む |
| 4 | 二次医療では専門特化したアセスメント、治療、フォローアップ (程度は場所によって変わる) を実施する |
| 5 | 長期間にわたる利用者のフォローの責任は、ケアの過程において適切なときに一次医療へ渡されるが、一次医療と二次医療の共同ケアモデル (shared care-model) で扱われるところもある |

②社会サービス

○認知症コンサルタント・認知症コーディネーター

デンマークには、認知症の人と共に関わる専門職として、認知症コンサルタントと認知症コーディネーターが存在している。これらが創設された背景としては、先の精神病院での入院から在宅への移行があげられる。1980年代まではデンマークにおいても認知症に関する情報が不足しており、適切なケアのあり方が模索されてきた。1990年代から介護・