

4. Socialstyrelsen. Stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), lagen om. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/lagenomstodochservicetillvissa>
5. Socialstyrelsen. Lax Sarah. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/lexsarah>
6. 西下彰俊. スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う— 第11回 スウェーデンにおける高齢者虐待防止システムの現状と課題. 財団ニュース いい住まい いいシニアライフ, 高齢者住宅財団, vol67, 61-67, 2005年7月8日
7. 西下彰俊. スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う— 第25回 スウェーデンにおける高齢者ケアの民間委託化と自由選択法の制定. 財団ニュース いい住まい いいシニアライフ, 高齢者住宅財団, vol91, 39-54, 2009年7月1日
8. 西下彰俊. スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う— 第23回 スウェーデンの高齢者ケアに関する情報公開の先進性. 財団ニュース いい住まい いいシニアライフ, 高齢者住宅財団, vol88, 59-71, 2009年1月1日
9. 西下彰俊. スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う— 第29回 スウェーデンの高齢者ケアに関するコミュニケーションレベルの情報公開—2009年報告書の分析—. 財団ニュース いい住まい いいシニアライフ, 高齢者住宅財団, vol97, 13-28, 2010年7月5日
10. 認知症介護研究・研修東京センター. 認知症ケア高度化推進事業「スウェーデンの認知症ケア動向Ⅴ認知症ケア政策」. 2009年. Available from: http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/kaigai/pdf/s_care08_05.pdf
11. 伊澤知法. スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携—エーデル改革による変遷と現在—. 海外社会保障研究 156; 32-44, 2006. Available from: <http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18095204.pdf>
12. 西下彰俊. スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う— 第1回 スウェーデンの高齢者ケアシステムの構造的問題に関する実証的分析(その1). 財団ニュース いい住まい いいシニアライフ, 高齢者住宅財団, vol56, 12-20, 2003年9月9日
13. 西下彰俊. スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う— 第27回 エーデル改革以後の高齢者ケア計画の展開. 財団ニュース いい住まい いいシニアライフ, 高齢者住宅財団, vol94, 17-24, 2010年1月1日
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2009 – Stöd för styrning och ledning - Preliminär version. August 2009. Available from: http://www.alzheimerforeningen.se/Nationella_riktlinjer_2009.pdf
15. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – Stöd för styrning och ledning. May 2010. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>
16. 財団法人日本障害者リハビリテーション協会. 平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)「障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業報告書」. 2009年3月. Available from: <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu/hikaku-h20/swedish.html>
17. Socialstyrelsen. Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005. September 2007. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9206/2007-123-32_200712332.pdf
18. 西下彰俊. スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う— 第8回 介護予防戦略としての社会参加—日本とスウェーデンの比較—. 財団ニュース いい住まい いいシニアライフ, 高齢者住宅財団, vol63, 14-20, 2004年11月5日
19. 西下彰俊. スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う— 第16回 日本とスウェーデンにおける軽度の要介護高齢者の位置づけ—「スウェーデンでは」の陥穽に注目—. 財団ニュース いい住まい いいシニアライフ, 高齢者住宅財団, vol75, 73-76, 2006年11月10日
20. 医療経済研究機構. 平成20年度医療経済研究機構自主研究事業「スウェーデン医療保障制度に関する調査研究【2008年版】」. 2009年3月
21. Socialstyrelsen. Kartläggning av resurser för vård och omsorg vid demenssjukdom. November 2009. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17816/2009-11-14.pdf>
22. Socialstyrelsen. Stöd till anhöriga. April 2010. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17991/2010-4-9.pdf>
23. Svenskt Demens Centrum. Du som arbetar som... Available from: <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Du-som-arbetar-som/>
24. Svenskt Demens Centrum. Undersköterska – Vårdbiträde. Available from: <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Du-som-arbetar-som/underskoterska-vardbitrade/>
25. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre LÄGESRAPPORTER 2008. March 2009. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8465/2009-126-44_200912644.pdf
26. Socialstyrelsen. Care of older people in Sweden 2008. December 2009. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17857/2009-12-6.pdf>
27. Svenskt Demens Centrum. Tvärprofessionellt. Available from: <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Natverk/>
28. 西下彰俊. スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う— 第24回 スウェーデンにおける外国人労働者の現状と課題. 財団ニュース いい住まい いいシニアライフ, 高齢者住宅財団, vol90, 15-29, 2009年5月11日
29. 西下彰俊. スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追う— 第19回 社会サービス法改正と高齢者自己負担額設定方法の変化. 財団ニュース いい住まい いいシニアライフ, 高齢者住宅財団, vol83, 7-15, 2008年3月7日

オランダ

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

オランダの社会福祉政策は、弱者の権利擁護を基本として法体系化されてきた。その法解釈にあたっては、社会福祉や社会保険サービスに対する利用者の苦情や不満に十分な対応がなされているか、それを管理することが重要となる。したがって、高齢者や障害者の政策においても、社会的交流への参加、社会的孤立の防止に力が入れられている。

高齢者および認知症の人に関連する主たる制度としては、社会保険方式で運営されている医療保険（ZVW）と特別介護保険（AWBZ）、市町村が責任主体となる社会支援法（WMO）に基づくサービス提供、成年後見制度があげられる。

オランダの社会保険は下記の3つの「compartment (compartment)」で構成されている。[1]

compartment	内容
eerste compartiment (1st compartment)	特別介護保険法 ¹ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ) 治療や療養に長期間を要する疾患をカバーする。日本の介護保険に相当
tweede compartiment (2nd compartment)	医療保険法 (Zorgverkeringswet, ZVW) 強制加入。治療サービス (curatieve zorg) を中心とした短期の医療費をカバーする。日本の医療保険に相当
derde compartiment (3rd compartment)	任意加入の追加的な保険。公的保険の範囲外のサービスをカバーする

①保健医療サービス

一次医療 (eerstelijnszorg) を担うのは家庭医 GP (huisarts)、歯科医師 (tandarts)、理学療法士 (fysiotherapeut) や助産師 (verloskundige) である。[2] また心理的な問題に関する一次医療を担う精神保健ケア心理療法士 (gezondheidszorgpsycholoog) もいる。精神保健ケア心理療法士へは通常、GP から紹介を受ける。[3]

○精神病院特別入院法 (De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, BOPZ)

施設に強制的に入院・入所する利用者に関する法律であり、利用者の権利とあらゆる関係者の義務、および不満を受理する手続きについて規定している。この法で対象としているのは①精神科における同意に基づかない治療、②知的障害者へのケア、③老年精神科ケア (認知症を有する高齢者) である。

保健福祉スポーツ省 (VWS) に認可された精神科病院や知的障害者の施設、高齢者施設 (verpleeghuis) やナーシングホーム (verzorgingshuis) のみが、BOPZ 法に基づき利用者を強制的に入院・入所させることができる。[4]

¹ オランダではケアとキュアの範囲は財源の出所と支払い先、支払条件によってかわる。これまで医療と介護は財政的には同一であったが、近年、財政面で医療と介護を別々にしようとする傾向にある。そのため、これまで特別医療介護保険と訳されてきた AWBZ を、本稿では特別介護保険と訳している。

○医療行為契約法 (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO)

患者とケア提供者 (GP、歯科医師、専門医など) の権利と義務を定めている。[5]

ケア提供者は次の情報を患者に提供する義務がある: ①患者の現在の健康状態と見込み、②研究や治療の性質と目的、③研究や治療で患者の健康上に起こり得る結果とリスク、④その他の患者に適用可能な研究や治療の方法。

患者の側は、以下の権利を有している: ①健康に関する明確な情報の提供を受ける、②提供された情報に基づき検査や治療に同意するかどうか決める、③いま治療を行っている者とは別に専門家のセカンド・オピニオン (tweede mening) を得る、④自分の医療記録をチェックする。

一方、患者の側にも義務が定められている: ①ケア提供者に明確で十分な情報を提供する、②ケア提供者が提供する意見や要件に従い、可能な限り研究や治療に参加する。

○安楽死法 (wet toetsing levensbee'indiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)

正式には「要請に基づいた生命終結と、自殺ほう助に関する審査法 (wet toetsing levensbee'indiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)」といい、2002年に施行された。

対象としているのは、患者の生命を終わらせる目的で医師が薬剤の投与を行うこと (安楽死, levensbee'indiging)、または医師が処方して患者自身が用いること (自殺ほう助, hulp bij zelfdoding) をさしている。以下の要件を全て満たす場合においてのみ、安楽死が合法とされる。[6]

患者からの自発的な、十分な情報を提供されたうえでの要請がある

患者に継続する耐え難い苦痛がある

患者は自分のおかれている状況やこの先の見通しについて知らされている

患者は自分のおかれている状況において安楽死以外に妥当な解決策がないという結論に至っている

少なくとももう一人の医師が、患者を診たうえで、前述した相当の注意事項に対する意見を書面で述べ、コンサルテーションしている
安楽死または自殺ほう助が慎重に実施されている

オランダ医師会 (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, KNMG) では、安楽死に関するガイドライン「een richtlijn opgesteld over euthanasie bij een verlaagd bewustzijn」を定めている。

[7]

オランダ政府は、自分が医療に関する自己決定を行えなくなったときのために、あらかじめ実施してほしい／ほしくない医療行為とその状況を示した「事前指示書 (wilsverklaring)」の作成を推奨している。事前指示書はいくつかの種類に分けられる。安楽死に関するものは「安楽死宣言書 (euthanasieverklaring)」や「安楽死要望書

(euthanasieverzoek)」、それ以外の治療に関するものは「治療禁止書 (behandelverbod)」と呼ばれている。安楽死宣言書や安楽死要望書があっても、医師がただちにそれに従うことを義務づけるものではなく、必ず安楽死法が求める要件に則した状況 (耐え難い苦痛があり見込みのない) であると判断されなければならない。[8]

②社会サービス

○特別介護保険 (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ)

1年を超える治療、療養サービスを中心にカバーする公的介護保険であり、1967年に制定された。制定当初は施設医療のみを対象にする制度であったが、徐々に対象や給付範囲を拡大し、在宅支援も対象となっている。

特別介護保険の対象となるのは疾患、障害または高齢によりケアを必要とする者である。特別介護保険がカバーするサービスは、その機能 (functie) に応じて、以下のように定義されている。カバーの範囲外となるのは家事援助

(huishoudelijke hulp)、移動援助のための装置や調整(車椅子など, hulpmiddelen voorzieningen voor vervoer)、所有物の適用(トイレの改装など, aanpassingen aan de woning)、社会生活の支援(sociaal leven)である。[10]

functie	内容
個人的ケア (persoonlijke verzorging, PV)	洗身、衣服の着脱、トイレへの移動の介助
看護 (verpleging, VP)	傷の看護・介護、注射の投与
支援的ガイダンス (ondersteunende begeleiding, OB)	意思の伝達や事務処理など、日常生活の介助
能動化ガイダンス (activerende begeleiding, AB)	買い物や自立した生活など、新しい経験を積み学習させる
治療 (behandeling, BH)	脳卒中の発作などからの回復や悪化の予防
入院・入所 (verblijf, VB)	一時的な、または長期的な入院・入所

特別介護保険の財源は保険料と国庫負担と自己負担からなる。給付方法は現物給付と現金給付(パーソナル・バジェット, persoonsgebonden budget)とから選択できる。人口の高齢化とともに費用は年々増加しており、保険料も増加する傾向にあるため、近年の制度改革ではカバーする領域を狭める傾向もみられる。特別介護保険の対象範囲は、健康保険審議会 CVZ (College Voor Zorgverzekeringen) によって示される。

特別介護保険への申請(aanvragen)に際しては、ケア事業所(zorgaanbieder)からの認定(indicatie)を添えて中央介護認定機関 CIZ に提出する。複雑な状況(complexe situatie)のケースの場合は CIZ が認定を行う。[9]

○2007年の AWBZ の申請(aanvragen) 956,532 件における申請者の内訳 [11]

申請者	%
利用者本人または家族(familie)	17.5
利用者の相談員(ondersteuner)	2.6
自治体(gemmente)	0.6
GP(huisarts)	2.1
その他(申請書式の記入者が不明)	24.9
病院(ziekenhuis)または専門医(specialist)	11.7
ケア事業所(zorgaanbieder)	41.0

○社会支援法(wet maatschappelijke ondersteuning, WMO)

支援を要する者やその介護者が、できるだけ長く独立した地域生活を達成できるよう、自治体が支援することを定めた法律である。従来の特別介護保険の機能に含まれていた家事援助(huishoudelijke verzorging)は、現在では社会支援法によるサービスとなっている。社会支援法の責務と施策は市町村(自治体)に任されている。[12]

社会支援法の遂行領域(Prestatievelden)は次の9項目とされている。[13]

遂行領域

- 1 村、地区、近隣の間での社会的な一貫性を促し、生活の質を高める
- 2 成長発達に問題がある若年者や、養育に問題がある親への、予防に焦点をあてた支援
- 3 情報、助言、利用者支援の提供
- 4 家族介護者やボランティアへの支援
- 5 障害や慢性の心理的な問題または心理社会的な問題をもつ人の社会の動きへの参加や、能力を高める
- 6 障害や慢性の心理的な問題または心理社会的な問題をもつ人が自律機能を維持する、社会的な動きに参加するためのサービスを提供する
- 7 女性を含む弱者への社会的保護の提供
- 8 公衆の精神保健ケアの促進(上記した心理社会的な災害からの保護を除く)
- 9 物質依存の問題に関する政策を促進

③権利擁護

オランダの成年後見制度は民法典 (burgerlijk wetboek) の中にその規定があり、成年後見 (curatele)、成年財産後見 (bewind)、成年介護後見 (mentorschap) に分けられる。18 歳以上の者が利用でき、本人・配偶者 (パートナー) ・4 親等までの家族が申請できる。1838 年に民法典が制定されたときに成年後見が明記され、1982 年の改正で成年財産後見、1995 年の改正で成年介護後見がそれぞれ加えられた。後見人の依頼は地域裁判所 (rechtbank) で行われる。[14]

後見の種類	適用されるケース
成年後見 (curatele)	経済的にもその他の個人の利益に関しても、後見人が必要なとき
成年財産後見 (bewind)	身体や精神の障害により、本人が経済的な自己の利益を守れないとき
成年介護後見 (mentorschap)	本人がケアや看護、治療に関する決定をなし得る能力がないとき

2) 認知症に関連する政策・制度等の変遷

オランダには特定の機能障害の定義や範囲、区分を定めた法律はなく、保健福祉スポーツ省が時代に沿ってその定義の大原則を発表し、各機関がこれののっとり医療保険法 (ZVW) や社会支援法 (WMO) といったそれぞれの制度における認定を行ってきた。[18]

①社会保険方式による基盤

戦後から 1960 年代にかけて、キリスト教団主体の民間非営利団体が国からの助成を受けて高齢者ホームを展開し、1968 年には特別介護保険 (AWBZ) が始まった。

②施設ケアから地域ケアへ、市場原理の導入

1970 年代に入り、行きすぎた施設化への反省から、政府主導でケアの地域化が行われる。1980 年代にはコスト削減のため、福祉サービスの分野への営利団体の参入を認めるなど市場原理が積極的に導入された。効率的なサービス提供が目指され、「個別注文仕立てケア (zorg op maat)」が基本方針に加えられる。1987 年に「社会福祉法 (welzijnswet)」が制定され、福祉サービスの主体は地方自治体へ移行された。

1990 年代、利用者本位の制度構築を目指し、「個別注文仕立てケア」がさらに重視される。1996 年より介護のための現金給付が開始、利用者の選択肢を広げるとともに介護市場の形成が目指されてきた。[15]

2006 年 1 月より新しい医療保険制度 ZVW が施行され、保険業務は営利企業を含む民間の保険者によって運営されるようになった。健康上高リスクな患者にかかる追加的なコストを補償する「リスク構造調整 (Risicovereveningssysteem)」を行い、保険者間の公正な競争を促している。[17]

③自治体による社会サービス

2007 年 1 月には特別介護保険の資金難や、自治体レベルへのケアの移譲を背景に、「社会支援法 (WMO)」が施行された。それと同時に、国の管理下にあった障害者補装具給付 (WVG) の認定と支給も各自治体の責務で行うことになった。

④地域のネットワーク構築によるケアの質の向上

2006 年 10 月に会計監査院 (Algemene Rekenkamer) は「ケアのコーディネート (Afstemming in de zorg)」という報告を公表し、その中で慢性疾患のケアにおける推奨事項を示した。この推奨を受けて保健福祉スポーツ省はいくつかのプログラムを実施している。これらのプログラムに対する会計監査院の評価報告書「Afstemming van de zorg rond

chronische aandoeningen Terugblik 2010」が2010年11月に発表されている。この報告書によれば、糖尿病など特定の分野で改善があったほかは、慢性疾患のケアにおける多職種の統合されたケアはいまだ達成されていないと指摘されている。[16]

2007年に保健福祉スポーツ省は、2008-2011年にわたる「高齢者ケア国家プログラム (Nationaal Programma Ouderenzorg)」を発表している。ケアにかかるコストを維持可能な水準で抑えながら、複雑なケアニーズを有する高齢者に、利用者本位の個別化されたケアを提供することを目指すものである。このプログラムでは保健医療サービスや社会サービスの担い手 (民間事業者と自治体)、保険者らの地域でのネットワーク形成を行う。4年間で合計8,000万€の予算が配置されている。[19,20]

1838年	成年後見 (curatele)
1941年	医療保険法 (ZVW)
1968年	特別介護保険法 (AWBZ)
1982年	成年財産後見 (bewind)
1987年	社会福祉法 (welzijnswet)
1994年	障害者補装具給付法 (wet voorzieningen gehandicapten, WVG)
1995年	成年介護後見 (mentorschap)
2004年	「認知症国家プログラム (Landelijk Dementie Programma, LDP)」
2006年	「ケアのコーディネート (Afstemming in de zorg)」
2007年	社会支援法 (WMO)
2007年	「高齢者ケア国家プログラム (National Programma Ouderenzorg)」
2008年	「結ばれた認知症ケア (Ketenzorg Dementie)」

3) 国家戦略

オランダ国内には認知症の診断を受けている者が110,000人、診断されていない人が120,000人いると推計されている。そのうち12,000人は若年性認知症である。これらの認知症の人への対策方針として、「認知症国家プログラム (Landelijk Dementie Programma, LDP)」・「結ばれた認知症ケア (ketenzorg dementie)」プログラムなどの国家戦略や、小規模共同住宅 (kleinchalig wonen) の整備が掲げられている。[19]

① 認知症国家プログラム (Landelijk Dementie Programma, LDP)

2004年から2008年にかけて、保健福祉スポーツ省、保健福祉機構 (Vilans)、アルツハイマー病協会 (Alzheimer Nederland) の共同により実施された。このプログラムは、それぞれの地域のケア提供者を対象として、利用者視点で認知症ケアを向上させることを目的としたものであった。

LDPの主要な活動の例としては a) 認知症の確定診断と介護のための明確な情報提供、b) ケースマネジャーとの共同作業：本人に携わる介護者が全ての介護を指揮管理し、全ての関係者との連絡や情報交換の実施、c) 家族やマントルケア²²を行っている人への援助と助言、があげられている。[21] LDPそれ自体は認知症の人を支援するにあたり、特長と弱点を質的に分析するためのツールである。保健福祉スポーツ省は、地域が特定のプロジェクトを実施するための支援を提供する。アルツハイマー病協会はプロジェクトの利用者視点での遂行にあたり重要な役割を担っており、地域でLDPを実施するにあたっては、アルツハイマー病協会の当該支部が関与することになっていた。[22]

²² 人口1640万のオランダで、100万人近くの家族、友人、隣近所の人々が、介護の必要な (病人や障害者) の介護 (ケア) をしている。これを「マントルケア」と呼ぶ。同居していれば、自分を含めて相手のためにも、買い物や掃除洗濯を生活維持のためにしなければならない。オランダ社会文化局は、このマントルケアの中で、同居している家族 (両親やパートナー、子供、親戚) や友人、隣人のために週8時間以上、3ヶ月以上も続くような場合に、特別介護保険 (AWBZ) を適用するとした。期間がこれ以下の場合は国民医療保険の適用で終わることとなっている。

LDPが遂行された結果として、介護やガイダンスへの満足度の向上、マンツルケアの提供者（以降、家族介護者）における介護負担の減少、ケースマネジャーを利用することによる家庭医（huisarts）への負担およびケアホーム（verzorginghuis）への入所の減少などが示された。LDPを実施した地域では、そこでの経験をケア政策に取り入れている。またLDPから後に「全国認知症ネットワーク（Landelijk Netwerk Dementie, 後述）」が始まった。[21]

② 「結ばれた認知症ケア」プログラム（Programme ketenzorg dementie）

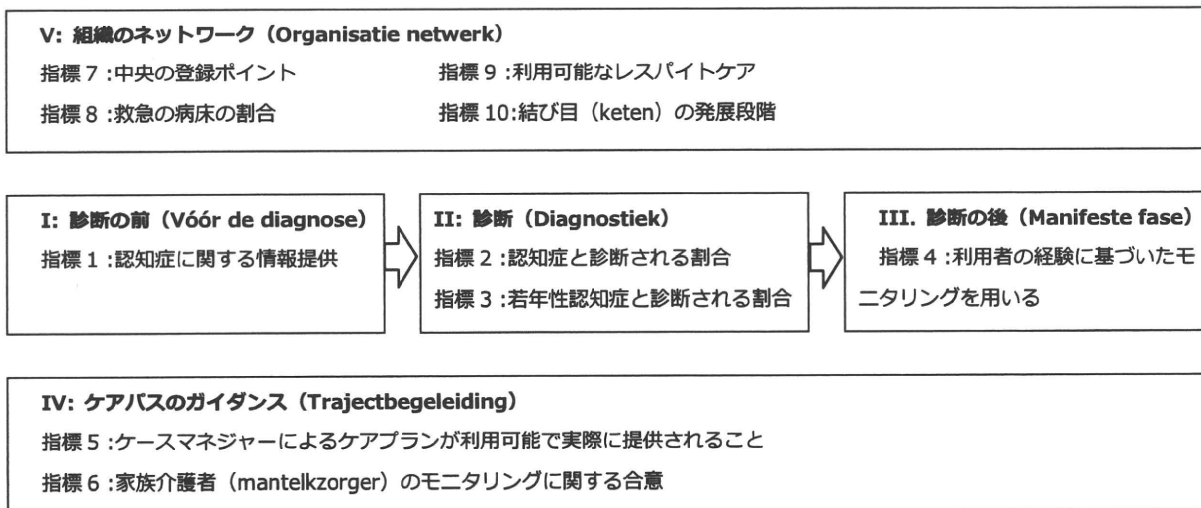
2008年から2011年にかけてのプログラムであり、特別介護保険法、社会支援法、医療保険法の3法を基盤に一貫したケア体制を作ることを目としている。2011年には、医療保険法と社会支援法に認知症に関する規定が加えられる予定である。[19]

2008年から開始されたプログラムの第一段階では16の主導地域で着手し、その後全国規模へ広がられている。[25]

2009年4月にはプログラムの第一段階の振り返りが、保健福祉スポーツ省、オランダ健康保険者連合会（Zorgverzekeraars Nederland）、アルツハイマー病協会、ActiZ（ナーシングホーム、在宅ケア、母子保健などのケア事業者の連合）の共同で行われた。認知症ケアにおいては自治体政府、利用者、介護者、ケア事業所の間で一貫した連携が必要なことが確認された。認知症ケアの成功のためには、1)早期発見、2)ケースマネジメントの充実（ケースマネジャーによる支援、3)適切な情報提供が必要であり、認知症の人が利用可能なケースマネジメントが機能していることが重要であると指摘された。[25]

また、「結ばれた認知症ケア」では主要となる5つのテーマについて10の指標を設けている。[27]

○ 「結ばれた認知症ケア」のテーマごとの指標[27]



4) 認知症ケアの方針

① 認知症国家プログラム（Landelijk Dementie Programma, LDP）

LDPにおいて、取組まれるべき問題とされたのは以下の14の領域である。[22] なお、LDPでは14の問題領域それぞれに対応した活動を推奨している。実際に推奨されている活動については文末の参考資料1を参照のこと。

領域	内容
1. 「何かがおかしい」という感覚	認知症の初期の段階では、起こっていることに対して、不快感を覚えている。人は認知症ではないかと疑うものの、その感覚は曖昧である
2. 何が問題で何が支援になるのか	認知症と診断されてから、認知症の人やその介護者は日々の問題にどう対処していいかわからない
3. 恐怖、怒り、混乱	認知症の人はあらゆる行動上の問題を抱えうる。それは怒り、疑い、あるいは無気力かもしれない。これが認知症の人やその人のインフォーマルな介護者にとって問題となる
4. ひとりで全て対応しなければならぬ	認知症の人は遂行能力が十分でなかったり、自分のものがどこにあるかわえられなくなったりする。インフォーマルな介護者はケアをするのに慣れておらず、どこに行けば支援を見つかけられるのかわからない
5. 接触を避ける	認知症の人の問題となる行動があるために、他人との交流が悪くなっていく。ソーシャルネットワークが小さくなっていく。インフォーマルな介護者は強制的に家にいさせられているように感じる
6. 身の回りのケア	認知症の人は衣服を着ること、シャワー、食事や失禁への対処に援助を必要としている
7. 危険	この問題領域は家の中や周りで起こる事故の危険に関するものである。認知症の人は忘れっぽく、無防備で、落ち着きがなく、徘徊する。インフォーマルな介護者はひどく悩んでいる
8. 健康上の問題が多すぎる	認知症の人は薬を飲むのを忘れることがあり、薬物治療を遵守しない。医学的な問題によりその人は混乱した状態になる
9. 喪失	認知症の人は精神的にも身体的にも徐々に悪くなっていき、自分の生活を自分で制御できなくなっていく。この過程は否定、悲しみや抑うつといった感情を伴って進行する。インフォーマルな介護者は嘆き悲しみ、孤独感を感じる
10. 圧倒される	インフォーマルな介護者は情緒の問題や身体的な負担を大きくしていく。
11. 問題をあまり口にしないか、全く何も言わない	コントロールを失うことは主にインフォーマルな介護者の側の問題となる。彼らはフォーマルな介護者が上に立っているような感じを受ける
12. よいときもあれば悪いときもある	インフォーマルな介護者は認知症の人の世話を義務付けられているように感じる。彼らはフォーマルな介護者の献身ぶりに罪悪感を覚え、恥ずかしさを感じる
13. ケアワーカーとの意思疎通ができない	この問題領域は認知症の人やインフォーマルな介護者が、フォーマルな介護者と意思疎通ができず、つながりがもてないことに関するものである
14. ナーシングホームへの入所に対する抵抗	認知症の人とインフォーマルな介護者は、高齢者のためのナーシングホームに入所することを恐れる。入所が遅くなるか、インフォーマルな介護者は代替手段を探す

5) 認知症ケアおよび医療に関するガイドライン

2011年3月にオランダ健康保険者連合会とオランダ自治体連合（Vereniging Nederlandse Gemeenten, VNG）は、自治体や地域単位で認知症ケアを向上させるための支援として、地方自治体やケア事業者らを対象としたツールキット「SAMEN WERKEN aan dementiezorg Mini-toolkit voor gemeenten en zorgkantoren」を発表した。このツールキットでは基本的な情報提供のほかに、それぞれの機関の役割や良い実践例を紹介し、地域における連携を発展させていく上での段階的なガイドを示している。[24]

B. ステージに沿った施策の概要

1) 対象者の把握

家庭医（GP）が対象者を把握する上での重要な役割を担っており、ゲートキーパー役を果たしている。家庭医制度は、各家庭が地域で開業する家庭医を選んで年間契約を結び、医療を受ける制度であるが、家庭医は治療や薬剤の処方を行うほか、必要に応じて患者に専門医を紹介する。この点で、家庭医は医療供給のゲートキーパーとしての役割を担ってきたといえるが、最近では在宅医療の促進にあわせて、地域医療のコーディネーターとしても期待されている。[26]

2009年5月のアルツハイマー病協会による推計では、オランダ全国に認知症の人は231,223人いると見積もられる。2030年には385,943人に達する見込である。[27]

	2009年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年
70歳未満	16,360	16,768	19,169	19,528	20,435	20,664
70-79歳	48,140	48,822	53,461	64,221	77,038	77,084
80歳以上	166,723	171,151	190,410	208,171	235,087	288,194
合計	231,223	236,741	263,040	291,921	332,560	385,943

2) 啓発活動

アルツハイマー病協会では認知症に関する啓発活動を地域ごとに実施しており、この活動に際してはオランダ健康保険者連合会、MenzisやAgisといった保険者から財政的な支援を得ている。[27]

LDPのワークブックで紹介されている活動としては、「アルツハイマーカフェ（Alzheimer Café）」があげられる。アルツハイマーカフェは、ボランティアがナーシングホームやその他のケア組織と共同して設けており、インフォーマルな形式での情報発信を行う場所である。訪問客はそれぞれの経験や知っていることを共有し、支援や実践的な解決策を見つけることについて話し合う。それによって孤立感をやわらげる。認知症の人やその配偶者、家族、プラクティショナーやその他の人が利用できる。[22]

3) 予防活動

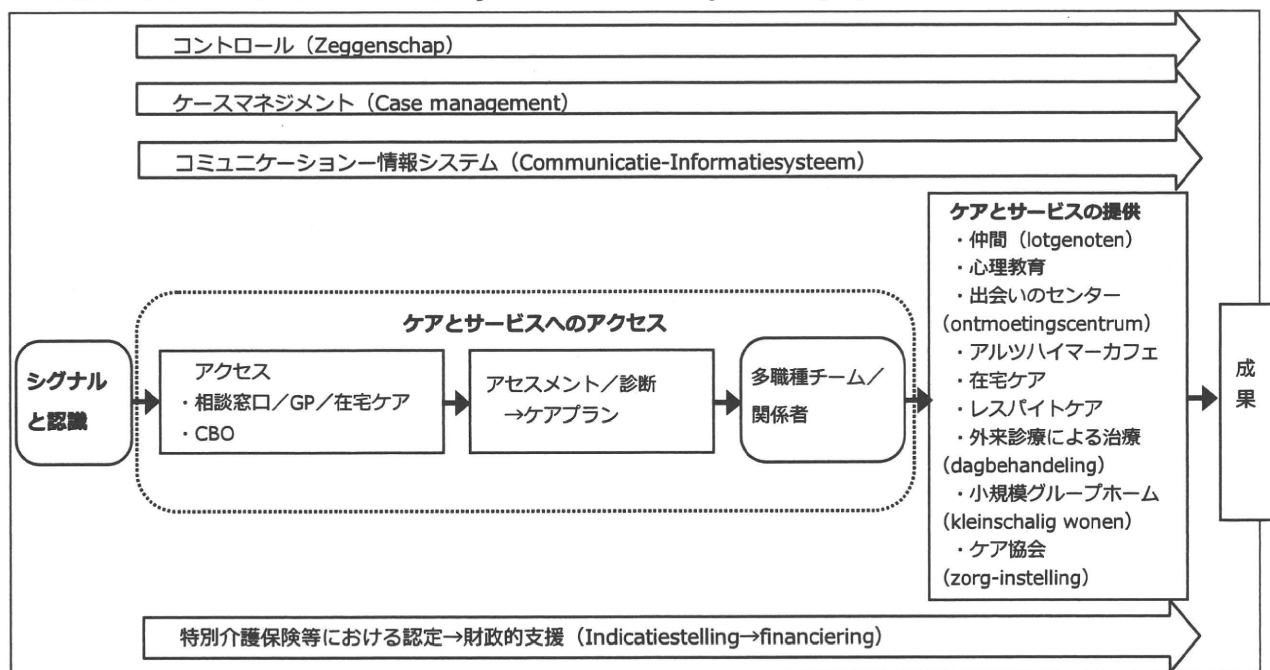
2008年12月1日より施行された「公衆衛生法（Publieke Gezondheid）」により、基礎自治体（gemeente）は65歳以上の高齢者の健康状態を系統的に把握し、疾患を早期発見するなどの健康増進対策に努めることとなった。

保健福祉スポーツ省、オランダ健康保険者連合会、アルツハイマー病協会、ActiZによる「結ばれた認知症ケア」のガイド「Leidraad Ketenzorg Dementie」では、ボランティアや高齢者アドバイザー（ouderenadviseur）による予防的な訪問（preventief huisbezoek）の実施が推奨されている。[27]

4) 早期発見・診断システム

利用者を支えるシステム（cliëntsysteem）は、以下の3つの段階で構成されるケアパス（traject）を経て形成される：(1) シグナルと認識、(2) 診断とケアへのアクセス、(3) ケアとサービスの提供。[27]

○利用者を支えるシステムのケアパス (traject van het cliëntsysteem) [27]



ケアパスの3つの段階に關与する可能性がある機関は次のように示されている。認知症の人の診断を行う機関は、GP もしくはもの忘れ外来など、その地域でアクセスできる資源の状況によって変わる。[27]

段階	よい認知症ケアの架け橋	關与する機関
シグナルと認識(診断が必要と認識する)	1. 情報、教育、支援 2. 新規患者を把握し集める	<ul style="list-style-type: none"> 自治体 (gemeente) ケアに関する窓口 (zorgloket) ホットライン (meldpunt) 高齢者コンサルタント (consultatiebureaus ouderen) 高齢者アドバイザー (ouderenadviseur) その他の接触がある者：GP や在宅ケア (thuiszorg)
診断とケアへのアクセス(診断の間や確定後すぐ)	3. スクリーニングと診断の検査 4. ケアパスのガイダンス (trajectbegeleiding) / ケースマネジメント 5. 患者システム (patiëntstelsel) の治療 6. 診断後のアクセス可能な情報と患者システムの支援	<ul style="list-style-type: none"> GP もの忘れ外来 (geheugenpoli) 在宅ケア ケースマネジャー (casemanager) 精神保健ケア団体 (geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, GGZ) ナーシングホームの医師 (verpleeghuisarts) 臨床老年科医 (klinisch geriater) パーソナルアシスタント (ondersteuner) / 指導士 (begeleider) 老年学研究支援センター (Geriatrisch Onderzoek- en Adviescentrum, GOAC's) CIZ/自治体
ケアとサービスの提供(疾患が明らかになった段階)	7. ケアパスのガイダンス/ケースマネジメント 8. 患者システムの治療 9. アクセス可能な情報と患者システムの支援 10. ADL への支援と家事援助 (huishoudelijke zorg) 11. 移送/参加 12. 家の中や周囲のサービス 13. 患者の活動 14. 夜間、週末、休日に介護者のためのレスパイト/一時ステイ 15. 認知症の人で配偶者のある人、ない人の休日 16. その他の関わり 17. 危機介入	<p>ケアの中、また異なるケア間で</p> <ul style="list-style-type: none"> GP 老年科医 (geriater) ケースマネジャー 在宅ケア ナーシングホーム (verpleeghuis) 居住ケアセンター (woon-zorgcentre) 住宅会社 (woningcorporatie) 自治体 ボランティアセンター (buddycentre) ケアホテル (zorghotel)

○もの忘れ外来 (geheugenpoli)

しばしば病院の関連機関として設けられており、もの忘れに関するあらゆる問題を扱う専門家のチームがいる。記憶機能に関する詳細な検査が必要なときに、GP より紹介されて初めて受診することができる。[22]

5) 情報提供・相談窓口

「結ばれた認知症ケア」における主要なプレーヤーとしては、ケア事業所 (zorgaanbieder)、保険会社 (zorgverzekeraar)、介護事務所 (zorgkantoor)、アルツハイマー病協会、自治体あげられている。この中で情報提供・相談窓口を担うのはアルツハイマー病協会 (の地域支部) や自治体と位置づけられている。とくに診断される前の段階での早期発見や支援は、自治体が重要な役割をもっている。[27]

「結ばれた認知症ケア」の「指標 1: 認知症に関する情報提供」に関する活動として、以下のものがあげられる。[27]

活動	実施主体
認知症への認識とタブー視の軽減に焦点をあてたキャンペーン	アルツハイマー病協会、保険会社、Menzis、Agis による財政支援のもと9の地域で実施
全ての社会サービス・保健医療サービス組織に、認知症に関する情報が書かれたリーフレットを置く	21の地域で紙媒体、電子媒体のリーフレットを提供。6の地域では、その地域のサイトで公開。アルツハイマー病協会でも提供している
電話の、24時間対応可能なホットライン	アルツハイマー病協会
認知症に関する情報、心理教育、仲間との接触	168か所のアルツハイマーカフェ
一般的な情報の提供と教育	もの忘れ相談 (geheugenspreekuur)、もの忘れバス (geheugenbus)、もの忘れストア (geheugenwinkel)、もの忘れ支援センター (geheugensteunpunten)。ボランティアなどが実施
情報センター/自治体の相談窓口	社会支援法や、MEE Veluwe (障害者、慢性疾患や自閉症スペクトラム障害を有する者のための組織) に関する相談窓口。一般の支援に関する相談を受付しており、認知症の疑いがあるときは速やかに専門職へ紹介する
記事、ウェブサイト、地域メディアを通じたメッセージで一般に情報提供	アルツハイマー病協会だけでなく、ケア事業者や保険会社の活動が求められている

アルツハイマー病協会では24時間対応可能なホットラインとして「アルツハイマー病に関する電話 (Alzheimer telefoon)」を設けている。年間2,500人程度の相談に対応している。[27]

○アルツハイマー病に関する電話 (Alzheimer telefoon) <0306567511>

24時間アクセスできる電話回線で、認知症のことに関する質問に回答する。訓練を受けたボランティアが実施している。認知症の人や家族介護者、その他の関係者が利用できる。[22]

6) ケアサービス

家庭医 (GP) と「在宅ケア協会 (Thuiszorg)」が、専門的な在宅サービスの中心的な担い手である。日常の在宅医療・介護は、伝統的に民間非営利団体として地域ごとに発展をみた「訪問看護師」と「ホームヘルパー」の団体がそれぞれ業務を担ってきたが、近年では両団体の財源が統合されて特別医療費 (補償) 制度の対象にされるとともに、看護職と介護職の資格制度も一本化され、職種は段階別に「介護専門職」(1-3) と、「看護専門職」(4,5) の5段階のレベル別の資格となっている。[26]

特別介護保険では、中央介護認定機関（CIZ）による審査の後、サービスの種類、量が決まる。日本の公的介護保険におけるケア・マネージャーのようなサービスをアレンジする主体はいない。[0]

①保健医療サービス

○外来診療による治療（dagbehandeling）

病院に入院することなく、外来診療で診断診療、手術などを実施すること。医療費の適正化に関する政策のひとつである。[22]

②社会サービス

特別介護保険 AWBZ の適用を認定する原則となる状態は以下のように分けられている。従来は各地域の認定機関が異なる基準で認定を行ってきたが、2005 年より中央介護認定機関（centrum indicatiestelling zorg, CIZ）が発足し、認定基準が統一された。「老年精神科の疾患」は精神・身体・社会的機能が進行的に低下する脳の疾患や障害によるものとされ、認知症はこのカテゴリーに含まれている。[28]

原則となる状態	
1	身体上の疾患（Somatische aandoening /ziekte）
2	老年精神科の疾患（Psychogeriatrische aandoening /ziekte）
3	精神科の疾患（Psychiatrische aandoening /ziekte）
4	身体障害（Lichamelijke handicap）
5	知的障害（Verstandelijke handicap）
6	感覚器障害（Zintuiglijke handicap）
7	心理社会的な問題（Psychosociaal probleem）*

* 2009 年 1 月 1 日より

特別介護保険のもと提供されるケアサービスの類型は、下の表のように分類されている。[23]

認定（indicatie）	カテゴリー	2009 年件数
1 身の回りの世話のみ（Alleen Persoonlijke Verzorging）	身の回りの世話／看護（Persoonlijke Verzorging/Verpleging）	362,349
2 看護のみ（Alleen Verpleging）		
3 身の回りの世話と看護（Persoonlijke Verzorging en Verpleging）		
4 治療と身の回りの世話／看護の組み合わせ（Behandeling al dan niet in combinatie met Persoonlijke Verzorging en/of Verpleging）		
5 個別ガイダンスのみ（Alleen Begeleiding Individueel）	ガイダンス（Begeleiding）	297,939
6 個別ガイダンスと身の回りの世話／看護／治療のいずれかひとつ以上（Begeleiding Individueel en een of meer van de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Behandeling）		
7 集団ガイダンスのみ（Alleen Begeleiding in Groepsverband）		
8 集団ガイダンスと身の回りの世話／看護／治療のいずれかひとつ以上（Begeleiding in Groepsverband en een of meer van de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Behandeling）		
9 個別ガイダンスと集団ガイダンスもしくは身の回りの世話／看護／治療の組み合わせ（Begeleiding Individueel en Begeleiding in Groepsverband al dan niet in combinatie met Persoonlijke Verzorging, Verpleging en/of Behandeling）	一時入院／入所（Verblijf Tijdelijk）	27,502
10 3 日～1 週間未満の一時的な入所と身の回りの世話／看護／治療あるいは個人／集団ガイダンスの組み合わせ（Verblijf tijdelijk voor drie etmalen of minder per week in combinatie met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling）		

en/of Begeleiding Individueel/Begeleiding in Groepsverband)

11	長期入所（1週間あたり3昼夜より多い一時入所あるいは長期にわたる入所）と身の回りの世話／看護／治療あるいは個人／集団ガイダンスまたは異なるパッケージのリソースを利用（Volledig Verblijf (Verblijf Tijdelijk >3 etmalen per week of Verblijf langdurig) in combinatie met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling, Begeleiding Individueel en/of Begeleiding in Groepsverband en/of verschillende Zorgwaartepakketten)	入院／入所とその他の組み合わせ (Intramural)	257,706
----	---	---------------------------------	---------

<社会サービス：地域ケア>

LDPのワークブックでは以下のようなものがあげられている。[22]

種類	内容
ハウス・オートメーション (domotica)	ハウス・オートメーションアラームシステムやナースコールなど、テクノロジーを用いて在宅で生活する利用者の安全を守る。介護が必要な状態だが在宅での生活を希望している利用者（とくに単身生活者）が対象となる。住宅会社が技術を提供している。いくつかの州では、州政府がパッケージを提供している
DIY サービス (klussendienst)	※ホーヘフェーン市、ザイドウォルデ市 家やその周りの環境の調整をする改修サービス。在宅で生活する55歳以上の者、障害者、認知症の人など、身体的な不自由をもつ場合に利用する。地域の福祉団体、ホーヘフェーン福祉団体 (Stichting Welzijnswerk Hoogeveen) が実施している。ホーヘフェーン市とザイドウォルデ市の住民が対象
ライフコースを通じて住み続けられる住居 (levensloopbestendige woning)	若いときも高齢や障害をおっても、住み続けることができる住居。ケア施設 (zorgwoning) や段差のない住宅 (nultredenwoning) とは異なる概念のものである。家の環境調整は、障害者補装具給付 (WVG) に基づき、補助金を受けることができる。住宅会社が提供している

また、主に認知症の人を対象とする小規模グループホーム (kleinschalig groepswonen) がある。認知症の人のための小規模住宅は2009年から2011年にかけて計7,000人分が整備される予定である。[19]

○小規模グループホーム (kleinschalig groepswonen)

認知症の人が6-7人で集まる形態の住居。通常の住居の隣に建っていることもあれば、もっと大きなケアセンターの一部 (ケア・ファーム, zorgboerderij) の場合もある。できるだけ普通の住居に近づけていることが特徴である。通常はケア事業所が在宅ケア、民間業者と、または住宅会社と共同でもっていることもある。[22]

<社会サービス：施設ケア>

高齢や疾患等により、家族やマントルケア、在宅ケア (thuiszorg) だけでは自宅生活を継続できない者のための入居施設である「ケアホーム (verzorgingshuis)」と、集中的なケアや医学的治療を必要とする者のための「ナーシングホーム (verpleeghuis)」がある。[29] どちらもこれまでその大多数を民間非営利団体が設立してきたが、1997年にケアホームが特別介護保険制度によりまかなわれるようになったため、両者の財源基盤は統一されることになった。[26]

③保健医療サービスと社会サービスの監査体制

○中央専門医検証機関 (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg / Centraal Begeleidings Orgaan, CBO)

1979年に各種の専門医の団体等が統合されてできた、専門医のピアレビューを行う機関である。医師やその他のケアの専門職が提供するケアの質を高めることが主な目的である。ここでいうケアの質には利用者の安全、利用者中心のケア、ケアの有効性や効率性といった領域も含まれている。CBOの中核的な課題 (kerntaken) としては以下の6項目があげられている。[30]

CBOの中核的な課題	内容
ケア従事者のための内容 (Content voor zorgprofessionals)	ガイドラインや指標の開発 (Richtlijnen- & Indicatorenontwikkeling)
ケア従事者のためのサービス (Services voor zorgprofessionals)	実施と質のツール (Implementatie & Kwaliteitsinstrumenten)
ケアの利用者のためのサービス (Services voor zorggebruikers)	患者中心の働きかけと自己管理 (Patiëntgericht werken & Zelfmanagement)
ケア組織のためのサービス I (Logistiek)	論理、労働、ケアの統合 (Arbeidsproductiviteit & Integrale zorg)
ケア組織のためのサービス II (Services voor zorgorganisaties II)	患者の安全と変革 (:Patiëntveiligheid & Transformatie)
ケアの情報とビジネスの発展 (Zorginformatie & Business Development)	

中核的な課題の「ケア組織のためのサービス I」において、「全国認知症ネットワーク(Landelijk Netwerk Dementie)」が掲げられている。全国認知症ネットワークは、LDP に参加した地域や機関が終了後も認知症ケアの推進を続け、その知見や経験を地域間で共有することを目的とした活動である。[31] 2009 年に LDP を主導した地域の指導者・管理者の呼びかけで始まった。アルツハイマー病協会、CBO、保健福祉スポーツ省がこれを支援する形になっている。また 2009 年は保健研究開発機構 (de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, ZonMw) がプログラムに資金提供をしている。[32]

○オランダ医療サービス庁 (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa)

オランダのあらゆるケア市場を監査する機関である。NZa は医療保険および特別介護保険の事業者と保険者双方を監査し、彼らの活動が WMG や ZVW、AWBZ といった法に則っているかを確認すると共に、効率性やケアの質の向上、アクセスの良さ、透明性の確保を促進する。[33]

○オランダ競争庁 (Nederlandse Mededingingsautoriteit, NMa)

経済競争法 (Wet Economische Mededinging) に代わって 1998 年に「競争法 (Mededingingswet)」が施行されたことに伴い、競争法の執行にあたる機関として設立された。「競争法」は GP、薬剤師、理学療法士、AWBZ によるケアの事業者、病院やリハビリテーションセンターといったケア提供者に対してだけでなく、装置や薬の販売会社などの供給者、保険者にも適用される。[34]

「結ばれた認知症ケア」に関して、NMa は他のケア事業者に大きな影響力をもつ (シェアが大きい) 企業の存在により、「結び目 (keten)」がひとつしかなく、結果的に利用者の選択の余地が無くなることは避けなければならないとしている。また慎重に扱われるべき情報が、参加している組織の中で流通しないようにするべきだともしている。[35]

④保健医療機関における精神保健ケアへのアクセスの待機状況

○保健医療機関における精神保健ケアへのアクセスの待機状況 (1月1日時点) [42]

	2006年		2007年		2008年		2009年	
	待機者数	待機週数	待機者数	待機週数	待機者数	待機週数	待機者数	待機週数
総数	--		78,200		92,200		98,600	
登録	--	3	26,000	3	40,400	3	38,600	--
初回面接	--	4	32,100	4	31,300	5	42,000	--
治療	--	4	20,100	6	20,500	6	18,000	--

○AWBZ に申請する利用者の内訳 [42]

	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
合計	658,188	771,394	815,534	872,377	945,496
新規利用者	180,770	186,651	205,589	216,658	167,395
再度利用者	477,418	574,743	609,945	955,719	778,101

○特別介護保険における待機者のうち、複雑な状況にあるため CIZ の認定 (indicatie) が必要で、適切な時期にケアにアクセスできていない人数[42]

	2007年	2008年
老年精神科の患者	2,750	1,600
軽度の精神障害がある若年者 (問題行動の有無に関わらず)	1,100	2,125
特別なケアニーズがある高齢者	750	750
合計	4,600	4,475

7) 家族支援

本稿では「mantelzorg」を「家族介護」と訳しているが、実際には家族だけでなく隣人や友人など、個人との関係性の中で、無償で提供されるケア (onbetaalde zorg) をさしている。

「mantelzorg」を提供する人に対しては、「mantelzorgcompliment」と呼ばれる補償制度があり、CIZ や Bureau Jeugdzorg が示す一定の条件のもと、AWBZ の特別介護保険で金銭的な給付を受けられる。申請などを管理しているのは Sociale Verzekeringsbank (SVB) となっている。2011 年の補償額は 250.00 ユーロである。[36]

LDP のワークブックにおいては、次のような家族支援を行う機関があげられている。[22]

機関	内容
家族介護者支援センター (steunpunt mantelzorg)	認知症の症状に関する情報提供、情緒的支援、実践的な援助を行う
アルツハイマー病協会の、家族介護者のための訓練やセミナー	
家族介護者のためのライン (mantelzorglijn)	家族介護者の質問に答えるためのホットライン。家族介護者の LOT の団体が運営を支援している
仲間 (ピア) の支援グループ (lotgenotengroep)	※アルフェンアーン・デンレイン市 在宅で生活している認知症の人の家族介護者が、同じような状況にいる人と経験を分かち合い、認知症の進行に伴って今後どうなるかについて情報を得る。アルフェンアーン・デンレイン市にあるレイン・スピリット・グループ (Rijngest Groep) が提供している
ロッジハウスケアホテル (logeerhuis-zorghotel)	家族介護者の休息のために用いられる施設。利用者が数日から数週間、ケアセンターやひとり用のケアホテルに泊まる。通常はケアセンターや民間業者が提供している

8) 終末期ケア

保健福祉スポーツ省では、終末期の状態にある者が (疾患の種類に関わらず) 緩和ケアを利用できる環境を重視している。そこで 2008 年から 2010 年にかけて、緩和ケアに携わるケア提供者やボランティアを支援するための「緩和ケア計画 (plan van aanpak palliatieve zorg)」が行われている。この計画の主要なテーマは①緩和ケアを支援する組織や資金、②緩和ケアの質と透明性の向上、③専門職の教育と発展であった。[37]

LDPのワークブックでは、認知症の人に緩和ケアを提供する機関の例として、「Eduard Douwes Dekkerhuis」というナーシングホームを紹介している。ここでは認知症の人に緩和ケアを提供するためのユニットを2つもっている。ナーシングホームに限らず、認知症の人はどこにいても（病院、リハビリテーションセンター、在宅）緩和ケアの対象となりうる。[22]

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

「家庭医」(GP)、ナーシングホームの医師、病院の老年病専門医、訪問看護師、ホームヘルパーなどが認知症の人を支える主なアクターとしてあげられる。支援提供の専門家は、主に地域精神保健チーム(RIAGGs)と老年精神科のナーシングホームによって組織される。[22]

②社会サービス

AWBZに基づく特別介護保険においては、介護事務所(zorgkantoor)と中央介護認定機関(centrum indicatiestelling zorg, CIZ)が認定や管理に関わる機能を有している。[22]

○介護事務所(zorgkantoor)

AWBZに基づく特別介護保険の運営主体である。中央介護事務所と地域介護事務所からなる。それぞれの事務所が利用者窓口、地域介護政策課、総務課の3部門を有し、AWBZに基づく介護の実施に責任を負う。利用者窓口では介護に関する情報提供、申請者の保険加入の確認、利用者の経済状況の把握(利用者負担金の取り立ての確認)を行う。地域介護政策課では、介護の提供を円滑に行えるための政策方針の立案、利用者との介護契約、利用者の相談対応などを行う。総務課は利用者の登録や事務手続きを行い、これを管理する。[18]

○中央介護認定機関(centrum indicatiestelling zorg, CIZ)

特別介護保険によるサービスの利用申請に対し、介護認定審査および決定を行う。介護認定の決定が出されると、利用者および利用者が属する地域の介護事務所へ通知される。利用者が個人帰属予算(PGB)の利用を希望している場合は、CIZは介護事務所と連絡をとり、アレンジメントを依頼する。[18]

これら以外に、認知症の人を支える機関として、以下のようなものがあげられている。[22]

機関	内容
出会いのセンター (ontmoetingscentra)	地域で生活する認知症の人と家族介護者のために、1993年にアムステルダムで最初のセンターが開かれた。地域で利用可能なサービスに簡単にアクセスできることを目的としている。近年は他の地域にも広がっている。事業所とケアや福祉の施設(高齢者センター)の共同で設置されている
地域センター (buurtcentrum)	市町村の管理のもと、多くは地域のNPOやNGOが運営している。成人教室や趣味の会、遠足、各種クラブや趣味活動が行われる
サービスセンター (dienstencentrum)	高齢者ができるだけ長く、安心と信頼のある環境で生活を継続できるように支援することを目的とした施設。高齢者のための出会いの場。助言や情報提供を行う

憩いの場所 (dagversorging)	家庭的な雰囲気のある空間で、他の利用者と共に過ごす時間をもてる。ゲームや飲食も可能。指導員がおり、情報提供や、外出の付き添いをする
デイ・リリーフ (dagopvang)	施設に単身で生活している利用者が、1人で活動を行えるように刺激を与えたり、支援を行う。1日の中でさまざまな活動プログラムを行い、意義のある時間を提供する。機器や道具の使用が可能

2) 認知症の人を支える主な専門職

○看護職、介護職

医療や介護の従事者に関して、オランダでは、1997年より看護職と介護職の資格制度が一元化され、キャリアと訓練を組み合わせて、介護から看護職へと移行できるような段階別の資格制度が導入された。[15]

看護と介護の専門職は、「レベル2」のヘルパー(helpende:教育期間2年)、「レベル3」のケアワーカー(verzorgende:教育期間3年)、「レベル4・5」の看護師(verpleegkundige:教育期間4年)となっている。ヘルパーとケアワーカーの一部は、一般介護職であるが、高レベルの資格を有するケアワーカーは、看護師と同様に、医療職として位置づけられる。「レベル1」は、教育期間が半年から1年未満のケアアシスタント(zorghulp)をさす。

具体的な業務範囲は、ヘルパーは主に掃除、洗濯や料理、などの一般的な家事援助を行い、ケアワーカーは入浴介助や衣類の着脱など身体介護も行う。また、一定の教育・訓練を積んだ高レベルのケアワーカーになると、たとえば認知症など特別な介護ニーズを抱える高齢者に対して、介護サービスのほかに簡単な医療サービスも提供できる。そして、看護師は、注射や投薬、健康状態栄養に関する相談に応じることなどのほか、高レベルの資格を有する看護師には、より複雑な疾病の問題を抱える患者への対応や、適切な看護のあり方について判断がもとめられる。最近では、さらに上級の看護師として、GPの業務を代替できる「ナースプラクティショナー」が養成されている。

その他に認知症の人に関わる専門職として、次のようなものがあげられている。[22]

職種	内容
認知症コンサルタント (dementieconsulent)	※ティルブル市での名称 高等職業教育の機関(HBO)で教育を受けたプラクティショナー。 保健医療や福祉の領域で活動している組織に雇用されている。ティルブル市、アルツハイマー病部門、ケア事業所、福祉団体や介護事務所(zorgkantoor)など。 認知症の人や家族介護者に指導や支援を提供し、ケアの継続性の確保やコーディネーションを担う。 いくつかの地域ではケースマネジャー、高齢者アドバイザー、「利用者個人の信頼できる相談委員(vertouwenspersoon)」など異なる名称で似た機能をもつ職種あり
活動促進指導士 (activiteitenbegeleider)	障害者や高齢者など、介護を要する者を対象に、日常生活の過ごし方などの相談・指導に応じ、活動促進指導のための医療介護サービスを提供する[38]
利用者個人の信頼できる相談委員 (Patiëntenvertrouwenspersoon, PVP)	医療や福祉施設を有する地域ごとに配置されている、国が任命した相談委員。利用者のサービスに対する苦情や不満など相談に対応し、関係機関や団体、個人と協議を行い問題の解決を図る 問題が解決しない場合は、苦情不平委員会(Klachtencommissie)が問題に対応する。その上位組織として懲罰委員会(Geschillencommissie)、保健福祉スポーツ省大臣直属の医療介護監督委員会(Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ)がある。そこでも解決をみない場合には、裁判所(rechterlijke instantie)が対応する[39]
法律のアドバイザー (sociaal raadsman)	社会厚生法律や規則に関するアドバイザー。社会厚生に関する高等専門教育を受けた者で、弁護士等のアドバイザーとは区別されている。利用者の利益を法的な観点から保護、助成する。弁護側の利益を代表し擁護する[40]
宗教的介護者(geestelijk verzorger)	介護施設や軍、司法関係で勤務している。施設の目的や見解を明確にするための支援を行う。要介護者、軍人や囚人、そこで働く職員および利用者家族に倫理上の助言や支援を提供する[41]
ケースマネジャー (casemanager)	オランダで導入されているケアマネジメントには、中央政府や自治体のケア政策、各医療介護施設が行うケアマネジメント、および各利用者を対象としたケアマネジメントの3種類があげられる。ケアマネジメントの教育は、中等職業教育や高等職業教育で行われる。医療介護の経営管理学がケアマネジメント教育の中心となっている

HBO：オランダの高等教育機関は、基礎・応用の研究や理論構築を行う大学（Universiteit）と、高等専門職の実践力を育成する高等専門学校（Hogeschool, HBO）とに分けられている。

LDP であげられている職種、機関・活動の名称一覧は下の通りである。

職種		機関・活動	
家庭医 (GP)	huisarts	病院	ziekenhuis
ナーシングホームの医師	verpleeghuisarts	もの忘れ外来	geheugenpoli
入院医療の老年科医	klinisch geriater	ケアホーム	verzorgingshuis
地域の老年科医	sociaal geriater	ナーシングホーム	verpleeghuis
看護師	verpleegkundige	地域センター	buurtcentrum
地区看護師	wijkverpleegkundige	サービスセンター	dienstencentrum
専門看護師	gespecialiseerde verpleegkundige	出会いのセンター	ontmoetingscentrum
ケアワーカー	verzorgende	在宅ケア	thuiszorg
プラクティショナー	hulpverlener	外来診療による治療	dagbehandeling
医療ケアワーカー	ziekenverzorgende	憩いの場所	dagverzorging
事業所	aanbieder	デイ・リリーフ	dagopvang
作業療法士	ergotherapeut		
心理療法士	psycholoog		
活動促進指導士	activiteitenbegeleider		
法律のアドバイザー	(sociaal) raadsman		
宗教的介護者	geestelijk verzorger		
ソーシャルワーカー	maatschappelijk werker		
認知症コンサルタント	dementieconsulent		
高齢者アドバイザー	ouderenadviseur		
家族介護者	mantelzorger		
ボランティア	vrijwilliger		

3) 認知症の人を支えるチーム

LDP のワークブックにおいては、高齢者財団（Stichting Geriat）による認知症の人（疑いを含む）のために設けている支援チーム「認知症研究・ケースマネジメントチーム、（DementieOnderzoek-en Casemanagementteam, DOC）」が紹介されている。[22]

DOC チームは利用者と配偶者、子ども、家族介護者といった身近な人々の両方に、専門的な支援パッケージを提供する。在宅やケアホームに入所している高齢者を対象とする。在宅生活をできるだけ維持すること、生活の質を保つことが目的である。高齢者財団は2つのDOCチームとひとつのDOCセンター（短期間の入院ケア）を提供している。利用申し込みは電話で行う。

DOC チームでは、専門看護師やソーシャルワーカーがケースマネジャーとなり、利用者との窓口になる。その他に地域の老年科医、ナーシングホームの医師、精神科医、心理療法士、予防士（preventiewerker）がいる。

D. 考察

オランダでは、2004年から2008年にかけて、保健福祉スポーツ省、保健福祉機構（Vilans）、アルツハイマー病協会（Alzheimer Nederland）の共同により認知症国家プログラム（Landelijk Dementie Programma, LDP）が実施された。さらに、2008年から2011年にかけて、「結ばれた認知症ケア」プログラム（Programme ketenzorg dementie）が行われており、特別介護保険法、社会支援法、医療保険法の3法を基盤に一貫したケア体制を作ることを目的としている。こうしたオランダにおける国家戦略の特徴として、地方自治体やケア事業所・保険者・民間団体などによるモデル的な取り組みが先行していることと、（とくに認知症国家プログラムで）利用者と家族介護者の視点に沿った課題設定を行っていることがあげられる。2009年4月には「結ばれた認知症ケア」プログラムの第一段階の振り返りが行われ、認知症ケアにおいては自治体政府、利用者、介護者、ケア事業所の間で一貫した連携が必要なが確認された。認知症ケアの成功のためには、1)早期発見、2)ケースマネジメントの充実（ケースマネジャーによる支援、3)適切な情報提供が必要であり、認知症の人が利用可能なケースマネジメントが機能していることが重要であると指摘されており、今後も取り組みが進められることが期待される。

また、オランダで実施された認知症国家プログラム（Landelijk Dementie Programma, LDP）のワークブックにおいて紹介されている認知症の人（疑いを含む）のために設けている支援チーム「認知症研究・ケースマネジメントチーム、（DementieOnderzoek-en Casemanagementteam, DOC）」は、利用者と配偶者、子ども、家族介護者といった身近な人々の両方に、専門的な支援パッケージを提供している。在宅やケアホームに入所している高齢者を対象としており、在宅生活をできるだけ維持すること、生活の質を保つことが目的とされている。これらのオランダの取り組みも、日本における在宅ケアやケアホームでの一定の集住を検討している状況に参考になると考えられた。

オランダにおける認知症ケアに関連する課題として、保健医療サービスや社会サービスへのアクセスの問題があげられる。[42] AWBZに申請する利用者のうち新規利用者は20%弱だが、その中には複雑な状況にあるためCIZの認定を要し、適切な時期にケアにアクセスできていない者もいる。とくに精神保健ケアへのアクセスや、老年精神疾患を有する利用者の特別介護保険サービスへのアクセスが遅くなることは、認知症の人にとって大きな問題であると考えられる。

日本への示唆

保健医療サービスと社会サービスを共に社会保険方式で運営している点は日本と共通しており、これらの制度にまたがるサービス提供をいかに円滑に行うかが課題と思われる。

オランダでは、意思決定能力が障害されている人のための権利擁護や、市場機能の監査およびケアの質の検証に関する制度を利用して、コーディネート機能をもたせているようである。これらは、民間事業者がサービス提供に大きく関わる制度において認知症ケアの利用者本位性やケアの質を確保するうえで、参照すべき点と考えられる。

また、「全国認知症ネットワーク（Landelijk Netwerk Dementie）」が形成され、LDPに参加した地域や機関が終了後も認知症ケアの推進を続け、その知見や経験を地域間で共有することを目的とした活動が行われている。これらの具体的な活動の詳細も認知症ケアの推進組織の役割等を検討する際に示唆が得られる可能性があると考えられた。

引用文献

1. 大森正博. オランダにおける医療と介護の機能分担と連携. 海外社会保障研究. 2006;156:75-90. Available from:
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18095207.pdf>
2. Rijksoverheid. Eerstelijnszorg. Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg>
3. Rijksoverheid. Waar vind ik hulp bij een psychisch probleem? Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/vraag-en-antwoord/waar-vind-ik-hulp-bij-een-psychisch-probleem.html>
4. Rijksoverheid. Wat houdt de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) in? Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/wat-houdt-de-wet-bijzondere-opnemingen-in-psychiatrische-ziekenhuizen-wet-bopz-in.html>
5. Rijksoverheid. Hoe zijn de rechten en plichten van de arts en de patiënt geregeld? Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/hoe-zijn-de-rechten-en-plichten-van-de-arts-en-de-patient-geregeld.html>
6. Regionale toetsingscommissies euthanasie. Zorgvuldigheidseisen. Available from: <http://www.euthanasiecommissie.nl/wetgeving/zorgvuldigheidseisen/>
7. Rijksoverheid. Euthanasie is levensbeëindiging op verzoek. Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/euthanasie/euthanasie-is-levensbeëindiging-op-verzoek>
8. Rijksoverheid. Wat is een wilsverklaring? Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/euthanasie/vraag-en-antwoord/wat-is-een-wilsverklaring.html>
9. CIZ. Over het CIZ. Available from: <http://www.ciz.nl/sf.mcgi?5942>
10. CIZ. AWBZ-ZORG. Available from: <http://www.ciz.nl/sf.mcgi?6207>
11. CIZ. CIZ: Eenvoudig & beter Beschrijving en evaluatie van indiceren in het kader van de pilots 'Eenvoudig en beter' uitgevoerd door het CIZ. June 2008. Available from: http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/cizeenvoudigenbeter.pdf
12. Rijksoverheid. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo>
13. Wet maatschappelijke ondersteuning. Prestatievelden. Available from: <http://www.invoeringwmo.nl/content/prestatievelden>
14. Rijksoverheid. Curatele, bewind of mentorschap aanvragen. Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/curatele-bewind-en-mentorschap/curatele-bewind-of-mentorschap-aanvragen>
15. 医療経済研究機構. 平成 19 年度医療経済研究機構自主研究事業「オランダ医療保障制度に関する調査研究【2007 年版】」報告書. 2008 年 3 月
16. Algemene Rekenkamer. Afstemming van der zorg rond chronische aandoeningen; Terublik 2010. November 2010. Available from:
http://www.rekenkamer.nl/Actueel/Onderzoeksrapporten/Bronnen/2010/11/Afstemming_in_de_zorg_rond_chronische_aandoeningen_Terugblik_2010/Rapport_Afstemming_in_de_zorg_rond_chronische_aandoeningen_Terugblik_2010
17. Rijksoverheid. Risicoverevening. Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/risicoverevening>
18. 財団法人日本障害者リハビリテーション協会. 平成 20 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業 (障害者自立支援調査研究プロジェクト)「障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業報告書」. 2009 年 3 月. Available from:
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu/hikaku-h20/dutch.html>
19. Rijksoverheid. Zieke ouderen. Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderen-en-zorg/zieke-ouderen>