

20. Nationaal Programma Ouderenzorg. Samenvatting Programmatekst. Available from:
<http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/fileadmin/www.npoz.nl/documenten/programmamatekst/samenvatting-programmatekst-nationaal-programma-ouderenzorg.pdf>
21. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg voor mensen met dementia. June 2008. Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2008/06/18/zorg-voor-mensen-met-dementie/dlz-28538041.pdf>
22. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Landelijk Dementieprogramma Werkboek. November 2004. Available from:
http://www5.vilans.nl/Site_Webwinkel/docs/PDF/LanddementieprogrDEFBW.pdf
23. CIZ. Trendrapportage Landelijke Indiciestelling AWBZ 2009. August 2010. Available from: <http://www.ciz.nl/sf.mcgi?6275>
24. Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten. SAMEN WERKEN aan dementiezorg Mini-toolkit voor gemeenten en zorgkantoren. March 2011. Available from: <http://www.vng.nl/Documenten/Extranet/Wmo/02-Dementiezorg.pdf>
25. Kernteam dementia. Het Programma Ketenzorg Dementie Een tussenbalans na de eerste fase. April 2009. Available from:
http://www5.vilans.nl/Site_zorgprogrammadedementie/docs/pdf/tussenbalansketenzorgdementieapril2009.pdf
26. 廣瀬真理子. オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題. 海外社会保障研究. 2008;162:43-52. Available from:
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18715005.pdf>
27. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie, Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementia. May 2009. Available from:
http://www5.vilans.nl/Site_Zorgprogrammadedementie/docs/pdf/Leidraad_ketenzorg_dementie_2009_final.pdf
28. CIZ. ICZ Indicatiewijzer versie 4.0. January 2011. Available from: <http://www.ciz.nl/sf.mcgi?6405>
29. Rijksoverheid. Wat is het verschil tussen een verzorgingshuis en een verpleeghuis?
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-verzorgingshuizen/vraag-en-antwoord/wat-is-het-verschil-tussen-een-verzorgingshuis-en-een-verpleeghuis.html>
30. Centraal Begeleidings Orgaan. Over het CBO. Available from: <http://www.cbo.nl/algemeen/Over-het-CBO/>
31. Centraal Begeleidings Orgaan. Landelijk Netwerk Dementie. Available from: <http://www.cbo.nl/thema/Ketenzorg/Landelijk-Netwerk-Dementie/>
32. Centraal Begeleidings Orgaan. Handout over het Landelijk Netwerk Dementie. Available from: http://www.cbo.nl/Downloads/484/handout_dementie.pdf
33. Nederlandse Zorgautoriteit. Organisatie. Available from: <http://www.nza.nl/organisatie/overdenza/>
34. Nederlandse Mededingingsautoriteit. Zorg. Available from: <http://www.nmanet.nl/nederlands/home/Actueel/Markten/Zorg/Index.asp>
35. Vilans. De NMa en ketenzorg. Available from: <http://www5.vilans.nl/smartsite.dws?id=136475>
36. Rijksoverheid. Wat is het mantelzorgcompliment? Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-mantelzorgcompliment.html>
37. Rijksoverheid. Plan van Aanpak Palliatieve Zorg (2008-2010). April 2008. Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2008/04/15/plan-van-aanpak-palliatieve-zorg-2008-2010%5B2%5D/cz-2830414b.pdf>
38. NIZW. Beroepsontwikkeling - Activiteitenbegeleider. 2006.
39. Rijksoverheid. Klachten over zorg. Available from: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/klachten-over-zorg>
40. NIZW. Beroepsontwikkeling - Sociaal Raadsman / Sociaal dienstverlener. November 2005
41. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geestelijke verzorging buiten de AWBZ-instelling. April 2010. Available from:
<http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/04/06/geestelijke-verzorging-buiten-de-awbz-instelling/dlz-2984664.pdf>

42. National Institute for Public Health and the Environment. Dutch Health Care Performance Report 2010. Available from:

http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object_binary/o10298_dhCPR2010.pdf

参考資料

1. LDP において、取組まれるべき問題とされた 14 の領域に対応した活動

①「何かがおかしい」という感覚

活動	方法
一般的な情報	地域の TV やラジオ、インターネット、地方紙、図書館（認知症に関する本や雑誌の収集）
文書化された情報	認知症に関するリーフレットやフライヤーを保健センター、薬局、診療所、病院の待合室、コミュニティセンター、掲示板、ショッピング施設に置く
専門的な援助者との有益な面接	GP、高齢者コンサルタント、認知症コンサルタント、在宅ケアの職員
電話のヘルプデスク	1日 24 時間アクセスできる電話での情報提供。利用者と介護者の問題に実施可能な解決方法を提供する。専門職、中立的なプラクティショナー、ボランティアと経験を語る。アルツハイマー病協会、市町村の地域の窓口、高齢者の福祉団体の職員、在宅
もの忘れ外来（geheugenpoli）、認知症ショップ、情報センター	その地域での利用可能なサービス、解決方法に関する情報提供。在宅ケアのボランティアやスタッフ、ソーシャルワーカー、もの忘れ外来の老年精神科看護師
予防的な訪問	利用者の在宅環境での問題を明らかにする。地区看護師や在宅の作業療法士、高齢者福祉団体のボランティア、ナーシングホームの医療従事者、精神保健センター（Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, RIAGG）の地域精神科看護師が話し合い助言する
積極的な個別ガイダンスと情報提供	利用者の自宅で、ケースマネジャー、高齢者アドバイザー、在宅ケアの地区看護師、GP、ナーシングホームの医療従事者による外来診療での治療（dagbehandeling）、RIAGG の地域精神科看護師が情報提供を行う
実践的な支援を提供する定期的な訪問	利用者の自宅で、ケースマネジャーや高齢者のコンサルタント、在宅ケアの地区看護師、GP などが問題に対応する実践的な解決を提供する

②何が問題で何が支援になるのか

活動	方法
プラクティショナーと利用者一家族介護者の関係に継続性をもたせる	支援を求める一連の流れの始まりから、コンタクトパーソンを定めて継続性を担保するとともに、関与するプラクティショナーの間で情報を共有することに同意を得る。コンタクトパーソンとなりうるのは地区看護師、医療ケアワーカー、ソーシャルワーカー、地域精神科看護師、認知症コンサルタント、ケースマネジャー、高齢者アドバイザー、ボランティア（友だち）などである
疾患と診断のセット	地区のガイドラインや GP、ナーシングホームの医師、神経科医、内科医、入院医療の老年科医、地域の老年科医、地域の多職種チームによる地域での取決め
電話の結果	診断を受けて明確になったら、それを確認して、後でまた戻ること。翌日あるいは翌週になると、否認や抑圧といったことが起こる可能性がある。GP や（老年科）看護師、神経科医、内科医、入院医療の老年科医、地域の老年科医、多職種チームが行う
診断の遂行を繰り返す	GP、ナーシングホームの医師、専門医、多職種チームが行う

ケアを診断に合わせる	地域要介護認定機関（regionaal indicatieorganen）、ケア提供者（在宅ケア、GP、専門医、ナーシングホームの医師）、ケースマネジャー、もの忘れ外来、多職種のナーシングホームのチームやDOCチーム
ケア計画の準備	常勤のケア提供者、ケースマネジャー、もの忘れ外来、多職種のナーシングホームのチームやDOCチーム
薬物療法に関する情報の提供	GP、ナーシングホームの医師、もの忘れ外来、専門看護師
抗精神病薬	GP、ナーシングホームの医師、神経科医、入院医療の老年科医、地域の老年科医、精神科医、もの忘れ外来
住居、日常活動、治療、コミュニケーションに関する利用者中心の助言	利用可能なケア提供者、ケースマネジャー、もの忘れ外来、DOCチーム、住宅会社、サービスセンターに関する個別化された助言
利用者と家族介護者に対する個別化された情報、助言、指導の組み合わせ	介護用品の提供者、アルツハイマーカフェ、出会いのセンター
地域で利用可能な援助についての情報提供	ケア事業所、保険者、自治体の支部やガイド、web サイト、アルツハイマーカフェが確立し現時点で有効なその地域での情報を、書面や口頭により提供
集団での情報提供	図書館のサービスセンター、アルツハイマーカフェなどでの講義やミーティング
ケア提供者と利用者／家族介護者の仲介	地区看護師、医療ケアワーカー、ソーシャルワーカー、地域精神科看護師、認知症コンサルタント、ケースマネジャー、高齢者アドバイザーなど固定されたコンタクトパ
軽度の認知機能障害への援助	認知症の診断に満たない場合の個別付き添い。GP、ナーシングホームの医師、高齢者アドバイザー、地区看護師、老年精神科の病院看護師、社会精神科看護師、認知症コンサルタントが実施
訪問による実質的な支援	利用者の家で、問題の実質的な解決策を統合する。ケースマネジャー、高齢者コンサルタント、在宅ケアの地区看護師、GP

③恐怖、怒り、混乱

活動	方法
問題を明らかにする	利用者の家もしくはそれ以外での、診断や行動のスクリーニング。地区看護師、GP、ソーシャルワーカー、社会精神科看護師、ケースマネジャー、認知症コンサルタント、心理療法士、もの忘れ外来の専門職チーム、多職種のナーシングホームのチーム、精神科病院の老年精神科
在宅での観察	ケア提供者（看護師、地区看護師、GP）、ケースマネジャー、認知症コンサルタント、もの忘れ外来、高齢者アドバイザー、社会精神科看護師、老年科看護師、医療従事者（作業療法士）
家でのデイ活動を構築する	ケースマネジャー、認知症コンサルタント、ケアワーカー、活動促進指導士（activiteitenbegeleider）、ボランティア、ソーシャルワーカー、RIAGG の地域精神科看護師
ケア事業所でのデイ活動を構築する	事業所でのデイ・リリーフ（dagopvang）、外来診療による治療、憩いの場所（dagverzorging）、出会いのセンター、夜間レスパイト。心理療法士、ケアワーカー、地区看護師、活動促進指導士、社会精神科看護師が付き添う。事業所：ナーシングホーム、ケアホーム（verzorgingshuis）、精神科病院
抗精神病薬	GP、ナーシングホームの医師、神経科医、入院医療の老年科医、地域の老年科医、精神科医、もの忘れ外来
行動	在宅サービスの提供者、行動療法士、RIAGG の社会精神科看護師。精神科病院の老年精神科の入院部門で行う可能性もある
集団での心理社会的な支援	認知症の人の仲間（ピア）と一緒に、専門職の監督下で、病を受け入れ共に生きていくことを学ぶことに焦点をあてる。仲間とボランティアと一緒に、専門職の指導のもと、利用者とその家族との間の関係に焦点をあてる。心理療法士、ソーシャルワーカー

	一、地域精神科看護師、出会いのセンター、ナーシングホーム、精神科病院の老年精神科
個別の心理社会的なカウンセリング	在宅サービスの提供者、心理療法士、ソーシャルワーカー、地区看護師、RIAGG の社会看護師、宗教的介護者 (geestelijk verzorger)
ドラマセラピー	ケア事業所で、平穏であることと問題の処理に焦点をあてる。活動促進指導士、心理療法士
回想 (記憶に訴える)	在宅や事業所で：回想による自尊感情の強化に焦点をあてる。ケアワーカーやケア提供者 (hulpverlener)
音楽	事業所で：感情の切り離しと処理に焦点をあてる。活動促進指導士、音楽療法士 (muziektherapeut)
精神運動療法	事業所で：運動機能の回復、楽しみと社会的な接触を提供することを目的とする。理学療法士 (fysiotherapeut)、活動促進指導士
毎日の生活の受動性	在宅や事業所で、ケアワーカーや作業療法士、理学療法士の不必要な負担を避けるため、利用者に調整した衣服、マットレス、椅子を使ったり、マッサージをする
スヌーズレン (snoezelen)	在宅や事業所で、感覚を刺激することを目的とする。ケアワーカー、活動促進指導士、ボランティア、医療従事者、看護師その他の専門家
対応への助言とトレーニング	家族介護者または後見人： ・ソーシャルワーカー、ケアワーカー、地区看護師、GP、専門プラクティショナー (specialistische hulpverlener)、家族介護者のための機関、PG 看護師、心理療法士、ケースマネジャー、認知症コンサルタント、もの忘れ外来から個別の助言を提供 ・ケースマネジャー、心理療法士、ソーシャルワーカー、家族介護者のための機関、社会精神科看護師から認知症の人への対応に関するトレーニング課程を提供
家族介護者が利用するケアに関する助言とトレーニング	家での、もしくはケア事業所でのデイ活動の構築を参照のこと。出会いのセンター、アルツハイマーカフェで助言とトレーニングを提供
利用者を集めて、家族介護者の気晴らし、リラクゼーションと運動させる	サービスセンター、出会いのセンターで
危機介入	事業所で、家族介護者とケア提供者との相談のうえで実施。RIAGG、ケアホーム、ナーシングホーム、病院のもの忘れ外来、精神科病院の老年精神科
委託サービスとメンター (mentorschap)	在宅や事業所で：法律のアドバイザー (raadsman)、ソーシャルワーカー、弁護士、公証人
BOPZ のフレームワークにおける資源と指標	BOPZ の規則にのっとり認可された環境 (ナーシングホーム、精神科病院の PG 科)。隔離室で椅子やベッドに固定し、水分や食事の摂取や薬物療法を実施する
強制的な入院	BOPZ の規則にのっとり認可された環境 (ナーシングホーム、精神科病院の老年精神科もしくは入院部門)

④ひとりで全て対応しなければならない

活動	方法
家族介護者が実践的な目的についてスキルを得るための課程	サービスセンター、家族介護者支援センター (steunpunt mantelzorg) で。ボランティアやケア提供者が提供
電話のヘルプデスク	電話による情報提供 (1 日 24 時間アクセスできる)。利用者と家族介護者の問題に実施可能な解決方法を提供する。専門職、中立的なプラクティショナー、ボランティアと経験を語る。 アルツハイマー病協会、市町村の地域の窓口、高齢者の福祉団体の職員、在宅ケア
経済的な援助	高齢者の福祉団体のソーシャルワーカー、会計士、公証人、ケア事業所やサービスセンターの経済に関する相談の受付時間
DIY サービス	在宅で、例えば在宅ケアの職員、ボランティア団体、交換サービス

見守り	家の守衛、近所の人、ボランティア、在宅ケアの職員や高齢者の福祉団体、アラームが鳴るメダル、ホーム・オートメーション
地域の住民同士の協力と専門職の輪	在宅で：コーディネーターが近所の人、警察官（wijkagent）、在宅ケアをお互いに集めてコンサルテーションと役割決めを行う。コーディネーターになるのはサービスセンターのソーシャルワーカー、守衛、ボランティア、地区看護師
議論に対応する能力の減退	出合いのセンターやアルツハイマーカフェで利用者と家族介護者の議論グループ
プラクティショナーと利用者—家族介護者の関係に継続性をもたせる	支援を求める一連の流れの始まりから、コンタクトパーソンを定めて継続性を担保するとともに、関与するプラクティショナーの間で情報を共有することに同意を得る。コンタクトパーソンとなりうるのは地区看護師、医療ケアワーカー、ソーシャルワーカー、地域精神科看護師、認知症コンサルタント、ケースマネジャー、高齢者アドバイザー、ボランティア（友だち）などである

⑤接触を避ける

活動	方法
利用者や家族介護者もしくは両方の仲間と接触できる、実際に集まれる場所	クラブ、出合いのセンター、サービスセンター、ケア事業所の中のカフェやレストラン、アルツハイマーカフェ、家族介護者支援センター
近隣の住民に情報を提供する	住民に、地域精神科看護師やソーシャルワーカーが、情報や実践的な解決策を提供する
家族や友人と話す	在宅や事業所で、情報提供、指導、解決策の議論、取決めをする。ソーシャルワーカー、GP、地区看護師、地域精神科看護師、専門家の多職種チームが実施
近所の人に解決策を提供する	提供者（aanbieder）が地域の住民や親せきを巻き込んで行う
専門職の付き添いのもと仲間と接触する	サービスセンター、教会、出合いのセンター、ケア事業所（zorgvoorziening）の支援グループ
利用者や家族介護者に焦点をあてた支援	地区看護師、GP、地域精神科看護師、ソーシャルワーカーによる 1 対 1 のカウンセリング
プラクティショナーと利用者—家族介護者の関係に継続性をもたせる	支援を求める一連の流れの始まりから、コンタクトパーソンを定めて継続性を担保するとともに、関与するプラクティショナーの間で情報を共有することに同意を得る。コンタクトパーソンとなりうるのは地区看護師、医療ケアワーカー、ソーシャルワーカー、地域精神科看護師、認知症コンサルタント、ケースマネジャー、高齢者アドバイザー、ボランティア（友だち）などである
利用者を支援するための解決策をもつ	常勤のコンタクトパーソンを通じて、例えば高齢者アドバイザー、認知症コンサルタント、ケースマネジャーが、実現可能な解決策を提供する
制限をうまく避ける新しい活動を探す	常勤のコンタクトパーソンを通じて、例えば高齢者アドバイザー、認知症コンサルタント、ケースマネジャーが実施する
外での作業療法	利用者が：デイ・ケア、部活、スポーツや運動、食事、クラブの訪問、会への参加
外来診療による治療	ナーシングホームで認知症の人に構造化されたデイ・リリーフを行う
利用者や家族介護者になる可能性のある人を訪問	例えば、在宅で、高齢者の福祉団体のボランティアや教会が行う
利用者に合わせた移動	外での活動を提供する事業所が実施する
在宅での見守り	在宅で、ボランティアが実施
週末や平日に一時的に利用者が泊まる	ロッジハウス、介護ホテル（zorghotel）、ケアセンターやケアホーム、ナーシングホームなどの一時的な入所
一般的な情報	地域の TV やラジオ、インターネット、地方紙、図書館（認知症に関する本や雑誌の収集）、国のキャンペーン
集団への情報	図書館やサービスセンター、その他での講義や集会
媒体を通じ文書化された情報	薬剤師、GP、病院の待合室、地域センター（buurtcentra）、掲示板、ショッピング施設のリーフレットやフライヤー

⑥身の回りのケア

活動	方法
デイの構造	在宅、地域センター、出会いのセンター、デイ・ケア（ケアホーム）、外来診療による治療（ナーシングホーム）、活動センター（activiteitencentrum）、アルツハイマーカフェ、協会
ハウス・オートメーションと調整	在宅で、利用者や家族との相談のうえで、住宅基金、市町村、作業療法士、火災報知器（brandweer）、高齢者の福祉団体（アラーム）、在宅ケアの助言や用具を用いる
在宅環境の適応（ツールを含む）に関する助言	在宅ケア、作業療法士、市町村、専門家の老年科チーム
その他のより適した住居	住宅会社やケア事業所（zorgaanbieder）。例えばライフコースを通じて住み続けられる住居（levensloopbestendige woning）、保護付き住居（独立して暮らしている高齢者のための住宅で、隣にあるケアハウスやナーシングの設備や施設を利用できる段階を利用しなくともよい住宅。aanleunwoning）、高齢者住宅（seniorenwoning）、ケアハウス（zorgwoning）、段差のない住宅（nultredenwoning）、サービス地域の住居
日常生活動作（ADL）のケア	在宅でのケア、ケア事業所（ケアホーム、ナーシングホーム）
排泄のトレーニング	在宅もしくは事業所で、地区看護師やケアワーカー、専門職のチームが実施（その他の援助と連携して）
食事の提供	在宅で：使用のコントロールも含む 事業所で：他の利用者と共に。利用者の移送も含む
栄養指導	在宅または事業所で、栄養士、（地区）看護師、ケアワーカー
家族介護者への助言や指導のコース	アクセスやケアの助言。ケアワーカー、作業療法士、在宅ケアの職員、ケアホーム／ナーシングホーム、仲間（家族介護者支援センター経由で）
家族介護者への移乗トレーニング	在宅ケア、ケアホーム／ナーシングホームのケア提供者が、家族介護者に移乗や装具の移動と取扱いをトレーニングする
オンコール／計画できるケア	在宅の利用者

⑦危険

活動	方法
ハウス・オートメーションの適用	住宅会社、在宅ケア、作業療法士を通じて
家の環境の調整	住宅会社、在宅ケア、市町村、施設ケアのカウンター、作業療法士を通じて
ケア付きの夫婦で住める住居	ケア施設において、夫婦が離れて暮らさなければならない事態を予防もしくは先延ばしにする
同時にケアと昼間の活動を提供する代替の住居	小規模な生活施設（kleinschalige woonvormen）の形態へ移る。ケア・ファーム（zorgboerderij）など
モニタリングとコントロール	在宅で、守衛、連絡網（belcirkel）、アラームが鳴るメダル、電子監視、（オートメーションの適用）、在宅ケアの職員、高齢者の福祉団体、ケアワーカーによるケア
医学的な治療	在宅で、GPが実施。または事業所で、ナーシングホームの医師、神経科医、（老年）精神科医、内科医
日中のプログラム	在宅で、（専門の）ケアワーカー、地区看護師が実施。または事業所で、ケアワーカー、活動促進指導士が実施
日中の活動	在宅または活動時において、活動促進指導士、ボランティア、ケアワーカーが実施
家族介護者とプラクティショナーが支援を探 す、解決策を探す	プラクティショナーが在宅で（在宅ケア、住宅会社、RIAGG）またはケア事業所で
見守り	ボランティア
家族介護者への実践的な助言	アルツハイマー病協会や在宅ケアでのコース、RIAGG、ビデオ、本、パンフレット。在宅で例となる行動を示す。（専門の）ケアワーカー、地域精神科看護師、ケア事業所（例えばナーシングホームやケアホーム）のケアワーカー

管理、管財人の管理、メンターの周辺の規則や法律に関する情報を提供する	地域で文字化されたパンフレット、ビデオ
管理、管財人の管理、メンター	管理、メンターの制度の実施や契約に付き添い支援する。ソーシャルワーカー、アルツハイマー病協会、弁護士、公証人
資源と指標	BOPZにより認可されるナーシングホームや精神科病院のPG部門にいる場合、法的な規則と同意に基づきケア計画をたてる
義務づけられた録音・録画	BOPZにより認可されるナーシングホームや精神科病院のPG部門にいる場合、法的な規則に基づき実施
緊急事態の記録	利用者やケア事業所のコンタクトパーソンとの合意に基づき実施
一時的な断続的な記録	ケア事業所で
プラクティショナーと利用者—家族介護者の関係に継続性をもたせる	支援を求める一連の流れの始まりから、コンタクトパーソンを定めて継続性を担保するとともに、関与するプラクティショナーの間で情報を共有することに同意を得る。コンタクトパーソンとなりうるのは地区看護師、医療ケアワーカー、ソーシャルワーカー、地域精神科看護師、認知症コンサルタント、ケースマネジャー、高齢者アドバイザー、ボランティア（友だち）などである
自宅への訪問	ひとり暮らしの可能性のある利用者に、市町村の福祉部門、高齢者アドバイザー、ケースマネジャー、警察官が行う
利用者が家を離れるとき、誰かがガス栓が閉まっているか確認して、消す	移動サービス

⑧健康上の問題が多すぎること

活動	方法
兆候、シグナル	ケアワーカー、地区看護師、ボランティア、GP、ナーシングホームの医師、医療従事者、家族介護者、家族、子ども、近隣の人
専門職の発達	プラクティショナー、GP
診断と定期的な検査	在宅もしくはGPのところで、神経医、内科医、入院医療の老年科医、地域の老年科医、病院の多職種チーム、老年精神科、ナーシングホーム、もの忘れ外来、DOCチーム、大学のアルツハイマー病センター
紹介	GPからナーシングホームの医師、入院医療の老年科医、地域の老年科医、専門家の多職種チームへ
多職種による治療	臨床老年科医、ナーシングホームのチーム、外来と臨床の老年精神科
家族介護者や利用者との固定された契約に基づくケア提供と接触	危機的な事態を予防するために、在宅のケアワーカー、地区看護師やナーシングホームのボランティア、ケアホーム、老年精神科部門が実施
プラクティショナーと利用者—家族介護者の関係に継続性をもたせる	支援を求める一連の流れの始まりから、コンタクトパーソンを定めて継続性を担保するとともに、関与するプラクティショナーの間で情報を共有することに同意を得る。コンタクトパーソンとなりうるのは地区看護師、医療ケアワーカー、ソーシャルワーカー、地域精神科看護師、認知症コンサルタント、ケースマネジャー、高齢者アドバイザー、ボランティア（友だち）などである

⑨喪失

活動	方法
プラクティショナーと利用者—家族介護者の関係に継続性をもたせる	支援を求める一連の流れの始まりから、コンタクトパーソンを定めて継続性を担保するとともに、関与するプラクティショナーの間で情報を共有することに同意を得る。コンタクトパーソンとなりうるのは地区看護師、医療ケアワーカー、ソーシャルワーカー、地域精神科看護師、認知症コンサルタント、ケースマネジャー、高齢者アドバイザー、ボランティア（友だち）などである
電話のヘルプデスク	電話による情報提供（1日24時間アクセスできる）。利用者と家族介護者の問題に実施可能な解決方法を提供する。専門職、中立的なプラクティショナー、ボランティア

	アと経験を語る。 アルツハイマー病協会、市町村の地域の窓口、高齢者の福祉団体の職員、在宅ケア
配偶者や家族介護者のための、仲間とグループでのディスカッション	(専門家)の指導のもと、教会、ナーシングホームの家族会、チャットルーム、アルツハイマーカフェ、出会いのセンター、その他で行う
スピリチュアルな支援	プラクティショナー、事業所や教会の宗教的介護者、人間性心理学のカウンセラー、ソーシャルワーカー、ボランティア
治療	在宅もしくは(老年)精神科医、心理療法士、老年科医、地域精神科看護師、多職種チーム(例えばDOCチーム)で
心理社会的支援	在宅もしくはソーシャルワーカー、心理療法士、ケアワーカー、(地区)看護師、RIAGGの地域精神科看護師
緩和ケア	在宅もしくはケアセンター(zorgcentrum)、ホスピスで、死期が数か月以内と予測されるとき

⑩ 圧倒される

活動	方法
プラクティショナーと利用者—家族介護者の関係に継続性をもたせる	支援を求める一連の流れの始まりから、コンタクトパーソンを定めて継続性を担保するとともに、関与するプラクティショナーの間で情報を共有することに同意を得る。コンタクトパーソンとなりうるのは地区看護師、医療ケアワーカー、ソーシャルワーカー、地域精神科看護師、認知症コンサルタント、ケースマネジャー、高齢者アドバイザー、ボランティア(友だち)などである
家族の話し合い	利用者と家族介護者の周辺のシステムを強化する。GP、ケースマネジャー、高齢者コンサルタント、認知症コンサルタント
実践的な(家での)課題に取り組む	プラクティショナーや専門のボランティア
週末や平日に一時的に利用者が泊まる	ロッジハウス、介護ホテル(zorghotel)、ケアセンターやケアホーム、ナーシングホームなどの一時的な入所
家族介護者のグループ	仲間と専門家の支援のもと、利用者のための活動、認知症の人への対応に関する情報やコースと運動して行う。出会いのセンター、家族介護者支援センターで
家族介護者への個別化された心理社会的支援	ソーシャルワーカー、地域精神科看護師、ケースマネジャー、認知症コンサルタント、高齢者アドバイザー
家族介護者のためのコース	認知症の人への対応に関すること。アルツハイマー病協会のストレス・トレーニング
外での利用者への作業療法	デイ・ケア、部活、スポーツや運動、食事、クラブの訪問、会への参加
外来診療による治療	ナーシングホームで認知症の人に構造化されたデイ・リリーフを行う
地域の住民への介入	近所の人や知人に情報や実践的な解決策を提供する。地域精神科看護師やソーシャルワーカー
DIYもしくは他のサービス	在宅で、高齢者の福祉団体、在宅ケア、ボランティア団体、交換サービス
危機のときの計画	多職種の危機介入チーム
記録の保証	ケア事業所が行う。24時間利用可能であること
ハウス・オートメーションと調整	在宅で、利用者や家族との相談のうえで、住宅基金、市町村、作業療法士、火災報知器(brandweer)、高齢者の福祉団体(アラーム)、在宅ケアの助言や用具を用いる

⑪ 問題をあまり口にしないか、全く何も言わない

活動	方法
ケアに期待することを明確にする	最初はプラクティショナーから口頭で、ケアの過程では必要に応じて家族介護者、利用者、プラクティショナーの間で話し合う。その地域でのケアの限界、地域のケアプログラム、LDPについて文書化されたリーフレットで情報提供する
ケアに対する要望を集めて合意を形成する	利用者と家族介護者とプラクティショナーとの話し合い。あるいは特定のコンタクトパーソン、例えばケースマネジャー、認知症コンサルタント、高齢者アドバイザー。プラクティショナーはこのプロセスにおいて家族介護者に影響を与えうる。仲間として認識されることで、家族介護者がケアの過程に関われるよう支援する。プラクティ

管理、管財人の管理、メンターの周辺の規則や法律に関する情報を提供する	シヨナーに家族介護者や利用者とのコミュニケーションスキルの訓練を行う パンフレット、弁護士、公証人、ソーシャルワーカーの口頭による情報、アルツハイマー病協会のビデオ
管理、管財人の管理、メンター	管理、メンターの制度の実施や契約に付き添い支援する。ソーシャルワーカー、アルツハイマー病協会、弁護士、公証人
電話のヘルプデスク	電話による情報提供（1日24時間アクセスできる）。利用者や家族介護者の問題に実施可能な解決方法を提供する。専門職、中立的なプラクティショナー、ボランティアと経験を語る。 アルツハイマー病協会、市町村の地域の窓口、高齢者の福祉団体の職員、在宅ケア
法的な観点からの助言	アルツハイマー病協会のボランティア、法律専門家
不満を訴える手順	プラクティショナーは利用者や家族介護者に口頭やパンフレットを用いて、不満を訴える手順に関する情報を提供できる
財産の管理をする人	ケア事業所における特定の管財人、認知症コンサルタントなどの独立した人
プラクティショナーと家族介護者/利用者の評価	ケア事業所において、家族介護者/利用者や事業所との間の接触の中間点と終点で実施
重要な団体による情報支援	アルツハイマー病協会と地域家族介護者支援センターは、全国的にも、地域の部署を通じて地域的にも、認知症と支援に関する情報を提供している。パンフレット、新聞、家族介護者のガイド、コース、ソーシャルワーカーとの個別セッション、ソーシャルワーカーの指導のもとで仲間とグループ・ミーティング、コーヒー・モーニング、アルツハイマーカフェ、ボランティアからの実践的な支援、ボランティアやソーシャルワーカーによる電話での情報提供
個別的な支援	家族介護者の隣にいる誰か、友だち、認知症コンサルタント、ケースマネジャー、メンターがコントロールを維持する
行動の規約	プラクティショナーが家族介護者と利用者にとって適切な治療を提供するため。利用者や家族介護者（の代表）と確立する

②よいときもあれば悪いときもある

活動	方法
地域で供給されるものについての情報	住宅、ケア、支援や治療で供給できるものについて、文書や口頭で情報提供する
ディスカッション・グループ	モラルのジレンマに対する集団での支援や指導：事業所で、専門家の付き添いのもと、仲間と一緒に。専門家は専門看護師、地域精神科看護師、心理療法士、ソーシャルワーカー
個別の心理社会的なカウンセリング	地区看護師、地域看護師（sociaal verpleegkundige）、心理療法士
スピリチュアルな支援	プラクティショナー、事業所や教会の宗教的介護者、人間性心理学のカウンセラー、ソーシャルワーカー、ボランティア
家族介護者のネットワークで活性化して問題となっていることに関わる	ケースマネジャー、認知症コンサルタント、地域看護師、ソーシャルワーカー、高齢者アドバイザー
ケア施設に入所した後の、家族介護者へのケア	モラルのジレンマに対する集団での支援や指導：事業所で、専門家の付き添いのもと

③ケアワーカーとの意思疎通ができない

活動	方法
利用者からの申し出を調整する	ケアコーディネーター（zorgcoördinator）、ケースマネジャー、統合されたケアもしくはサービスの計画、多職種調整とプラクティショナーの話し合い（例えばDOCチーム）、利用者のファイル（cliëntendossier）
電話のヘルプデスク	電話による情報提供（1日24時間アクセスできる）。利用者や家族介護者の問題に実施可能な解決方法を提供する。専門職、中立的なプラクティショナー、ボランティアと経験を語る。 アルツハイマー病協会、市町村の地域の窓口、高齢者の福祉団体の職員、在宅ケア

法的な観点からの助言	アルツハイマー病協会の全国または地域のボランティア、ソーシャルワーカー
関係団体からの支援	アルツハイマー病協会の全国または地域の組織、消費者団体、オランダ患者利用者連合 (Nederlandse Patiënten en Cliënten Federatie)
不満を訴える手順	ケア事業所/プラクティショナーは利用者や家族介護者と最初に接触したときに、書面 (パンフレット、ケア記録の一部、訴えのカード) や口頭で、不満を訴える手順を提示する
財産の管理をする人	ケア事業所/プラクティショナーまたは独立した人、例えばソーシャルワーカーや地域看護師、ボランティア、主任プラクティショナー
プラクティショナーと家族介護者/利用者の評価	プラクティショナー、マネジャー、特定の質を評価する機関 (kwaliteitsfunctionaris) が実施
一般的な情報	リーフレット、フライヤー、事業所でのポスターを通じた全般的な情報提供
プラクティショナーの訓練	地域で/全国で、治療と要望に基づいた支援に関すること
プラクティショナーと利用者の関係を映像記録の提供/観察に焦点をあててみる	在宅もしくはケア事業所で、ビデオ、観察リスト、ウェブカメラ、プラクティショナーの付き添いのもと。利用者や利用者の代表者による承認を得てから、専門のプラクティショナーもしくは訓練者が行う

⑭ ナーシングホームへの入所に対する抵抗

活動	方法
コンタクトパーソンとの約束を固定する	コンタクトパーソンはコントロール、ケア過程の理解と継続性を提供する：地区看護師、医療ケアワーカー、ソーシャルワーカー、地域精神科看護師、認知症コンサルタント、ケースマネジャー、高齢者コンサルタント
記録の試行	ケア事業所において
短時間の治療	ケア事業所から、日中、多職種によるケア、付き添いと治療を行う
利用者のための移送	デイ・リリーフや外来診療による治療を行うケア事業所へ
入所に向けて計画的な働きかけ	プラクティショナーから、利用者や家族介護者とともに
導入のプログラムまたはコース	個別化された、利用者と/または家族、もしくはケア事業所での集団ミーティングで、支援的な話し合いを記録の試行から 2-6 か月以内に行う
小規模な住居	ナーシングホームの代替として
より小規模な形態をケア施設で利用する	ケア事業所で小規模な集団 (6-8 人) の中で利用者が生活する
ケア施設の中で同じ生活様式の人たちのグループをつくる	文化的な背景や好みに合わせて調整した環境の中で利用者のグループをつくる
ケアホームにおける追加的な指導、活動とケア	ナーシングホームへの入所の代替として、個人と/または集団で
配偶者が入所する	ケア事業所に入所した利用者と一緒に
多目的の情報提供	地域や全国で、可能な選択肢を示す：(国の) 認知症プログラム、地域の支部、インターネット上のサイト、オープン・ハウス (open dagen)、ビデオ、その他
法的な観点からの助言	手段や指標について。BOPZ が発祥となっている、家族介護者の団体や、全国患者利用者団体 (Landelijk Patiënten Cliënten Platform)
プラクティショナーの訓練	ケアの要望を適切な供給に繋げられるよう、利用者や家族介護者と話し合い交渉するスキルの訓練

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Landelijk Dementieprogramma Werkboek. 2004

2. 制度比較

	日本	オランダ
社会保険	医療保険	医療保険 (ZVW)
	年金保険	老齢年金保険 (AOW) - 給与、保護費より天引き
	労災保険	就労能力比例労働と所得に関する保険 (WIA)
	雇用保険	失業保険 (WW)
	介護保険	特別介護保険 (AWBZ) - 給与、保護費より天引き
公的扶助	生活保護	福祉と労働に関する保険 (WWB)
社会福祉	老人福祉	特別介護保険 (AWBZ) 社会支援保険 (WMO)
	障害者福祉	社会支援保険 (WMO) 社会医療アドバンス法 (SMA) 障害者補装具給付法 (WVG)
	児童福祉	児童特別手当 (AKW) 児童受け入れ施設
	母子福祉	寡婦・寡夫・孤児年金 (ANW)

障害者、要介護者を対象としたオランダ保険・福祉と責務者

1941	疾病給付法 (ZVW)	保険会社 (zorgverzekering)
1968	特別医療保険法 (AWBZ)	介護事務所(zorgkantoor)31 か所
2007	社会支援法 (WMO)	各市町村(自治体)(gemeente) 441 市町村
2009	慢性病患者障害者補償法(Wtcg)	介護事務所(zorgkantoor) 31 か所

オーストラリア

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

①保健医療サービス

オーストラリアには全国一律の公的医療保障制度「メディケア (Medicare)」がある。メディケアは保健高齢省 (Department of Health and Ageing) のメディケア庁 (Medicare Australia) が運営している。

メディケアは、税財源により医療費を一部負担する仕組みであり、根拠法は「健康保険法 (Health Insurance Act 1973)」である。一般開業医 (GP) が非紹介患者にサービスを提供した場合や、公立病院の公的患者 (public patient) の場合は患者の自己負担はない。それ以外は概して 15%が患者の自己負担となるが、入院医療の一環として行われたものについては 25%が自己負担となる。メディケアでカバーされない範囲の医療については、民間医療保険を活用することができる。

[0]

②社会サービス

障害者支援サービスと、高齢者を対象としたケアパッケージ、および高齢者と障害者を対象とした「地域在宅ケアプログラム (Home and Community Care Programs)」などがある。

障害者支援サービスに関しては「連邦・州間障害者協定 (Commonwealth, State and Territory Disability Agreements, CSTDA)」に基づき、家庭住居地域サービス先住民省 (Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs) の監督のもと、州・準州ごとに運営されている。[2]

高齢者を対象としたケアパッケージは「高齢者ケア法 (Aged Care Act)」に基づき、保健高齢省の監督のもと州・準州ごとに運営されている。高齢者ケア法に基づくサービス利用を申請する者は、高齢者ケア評価チーム (Aged Care Assessment Team, ACAT) によるニーズアセスメントを経て、退院支援 (transition care) ・在宅ケア・施設ケアのいずれかのパッケージが提供されることになる。[3]

65 歳未満の障害者についても、その地域で連邦・州間障害者協定に基づくサービスが得られない場合は、「高齢者ケア法」に基づく在宅ケアのパッケージ (CACF・EACH・EACH-D, 後述) を利用することができる。その場合のアセスメントも ACTAT が行う。[3]

高齢者と障害者を対象とした地域在宅ケアプログラムの根拠法は「地域在宅ケア法 (Home and Community Act)」で、保健高齢省の監督のもと州・準州ごとに運営されている。地域ケアパッケージ HACC (Home and Community Care) は高齢者および 65 歳未満の障害者が対象である。[4]

③権利擁護

本人が意思決定能力に障害を有する場合の、法定代理人への委任の方法は州や準州によって異なっている。法定代理に関する地域ごとの管轄部署は表の通りである。[5]

州、準州	管轄部署
オーストラリア首都準州 (Australian Capital Territory)	Public Advocate of the ACT
北準州 (Northern Territory)	Department of Justice
ニューサウスウェールズ州 (New South Wales)	Department of Ageing, Disability & Home Care
クィーンズランド州 (Queensland)	Department of Justice & Attorney-General
南オーストラリア州 (South Australia)	Legal Services Commission of South Australia
タスマニア州 (Tasmania)	Legal Aid Commission of Tasmania
ビクトリア州 (Victoria)	Department of Justice Victoria
西オーストラリア州 (Western Australia)	Department of the Attorney General

2) 認知症に関連する政策・制度等の変遷

認知症高齢者が必要とする社会サービスは、高齢者ケアの原則を示した「高齢者ケア法」(1997年)、「地域在宅ケア法」(1985年)、「障害差別禁止法」(1992年)、「年齢差別禁止法」(2004年)との関連下に位置づけられている。オーストラリア各州および圏域単位の政府が、それぞれに認知症ケアに関する政策とプログラムを策定している。[6]

オーストラリアの高齢者福祉政策は高齢者施設での介護に重点を置いた施策から始まり、1982年のマクリー報告を転換点として、在宅および施設の両者に重点を置く施策へ移行して、現在に至っている。[7]

マクリー報告は高齢者に対する施設介護と在宅介護を比較した場合、在宅介護サービス提供機関やその資金が不足していることを指摘した。連邦政府は1985年から高齢者ケア改革に着手し、地域ケア重視へと大きな転換をとげた。

1992-1997年の「認知症ケアのための5カ年計画」では、主として高齢者への地域在宅ケアシステムに焦点があてられていた。2006-2010年の「認知症対策国家戦略」では、認知症をもつ人々、その介護者、家族をケアし支援する国の政策や戦略を示している。[6]

1973年	健康保険法 (Health Insurance Act 1973)
1982年	マクリー報告 (McLeay Report)
1985年	従来の在宅関連の法律を統合した「地域在宅ケア法 (Home and Community Act, HACC法)」
1992年	認知症ケアのための5カ年計画 (The National Action Plan for Dementia Care 1992-1997)
1992年	障害差別禁止法 (The Disability Discrimination Act)
1997年	高齢者ケア法 (The Aged Care Act)、高齢者ケア原則 (Aged Care Principles)
2004年	年齢差別禁止法 (The Age Discrimination Act)
2006年	認知症対策国家戦略 (National Framework for Action on Dementia 2006-2010)
2007年	保健高齢省 (Department of Health and Ageing) とアルツハイマー病協会 (Alzheimer's Australia) との共同による「認知症支援国家プログラム (The National Dementia Support Program)」の開始
2009年	プライマリーヘルスケア戦略 (Primary Health Care Strategy)
2010年	認知症支援国家プログラム (The National Dementia Support Program) を拡張

3) 国家戦略

①認知症対策国家戦略 (National Framework for Action on Dementia 2006-2010)

2006-2010年の認知症対策国家戦略では、オーストラリアの包括的な認知症ケアと支援システムの方向性を示し、国としてサポートする明確な目的と理念を持った計画の作成が試みられている。本人のQOLを改善することが基本理念に据えられている。本人、介護者、家族、それらの人々を代表する中央組織、主たる利害関係者、サービス提供者、認知症対策に対して国家的な見通しを持っている機関の参加によって作成されている。

認知症対策国家戦略では優先すべき5つの領域が提げられており、内容は以下の通りである。領域ごとの行動の優先順位とそれらを主導する機関等の役割分担に関しても示されている。住宅支援や所得支援は重要ではあると認識されているが、この中には含まれていない。[8]

領域	内容
ケアとサポート	認知症をもつ人々やその介護者、家族の変化するニーズに対応できる
認知症に関する情報やサービスへのアクセスと公正	認知症をもつ人々やその介護者、家族がどこに住んでいても、どのような文化的背景をもつ人でも関係なく、アクセスできる
情報と教育の提供	エビデンスに基づき、正確で時宜を得た、意味のある情報と教育
研究	認知症をもつ人々やその介護者、家族のニーズに沿う研究だけではなく、予防やリスクの低減、発症を遅らせるという観点での研究
人材と訓練	スキルがあり、質の高い認知症ケアを提供するための戦略

これらは、今までの政策構想に基づいて組み立てられている。5つの領域と関連する主な政策は以下の通りである。

領域	関連政策
ケアとサポート	National Palliative Care Strategy (2000) A New Strategy for Community Care- The Way Forward (2004) The National Mental Health Plan 2003-2008
認知症に関する情報やサービスへのアクセスと公正	National Plan for Improving the Care of Older People across the Acute Care Continuum (2004)
情報と教育の提供	Beyondblue, National Depression Initiative(2000)
研究	Building Ageing Research Capacity Project(2001) National Research Priorities(2002)
人材と訓練	National Aged Care Workforce Strategy(2005) National Health Workforce Strategic Framework (2004)

認知症対策国家戦略の実行については、「The Health Policy Priorities Principal Committee (HPPPC)」がこれを監視し、保健高齢省に報告する。

②認知症支援国家プログラム (The National Dementia Support Program)

保健高齢省とアルツハイマー病協会 (Alzheimer's Australia) の共同で2007年4月から開始された。5つの基本となるサービスを掲げている。当初このプログラムは2009年6月に終了するものであったが、2010年7月より新たに3年間のプログラムが開始された。[9]

全国認知症ヘルプライン (National Dementia Helpline) と紹介サービス
早期介入、支援、カウンセリング
情報、認識、教育、訓練
特定のニーズを有する人々への支援
認知症もの忘れに関する地域センター (Dementia Memory and Community Centres, DMCCs)

③認知症イニシアティブ (Dementia Initiative)

連邦政府は上記に加えて 2006 年からの 5 年間にわたる認知症イニシアティブ事業を実施している。この事業では認知症の増加や発生を予防するための研究やケア、早期介入プログラムおよび訓練に補助金を出している。[10]

認知症イニシアティブ事業の一環として、各州と準州に「認知症行動マネジメント助言サービス (Dementia Behaviour Management Advisory Service, DBMAS)」が設立された。DBMAS は高齢者ケアのスタッフ、家族介護者、高齢者施設のボランティアといったケア提供者に、認知症の人へのケアの質を向上させるため、臨床的な介入や情報、助言を提供するものである。

認知症イニシアティブの指 標	領域	活動
国家の健康における優先順位づけ (Dementia- A National Health Priority)	研究と創出 (Research and Innovation)	認知症国家研究ワークショップ (National Dementia Research Workshop)
		認知症研究補助金 (Dementia Research Grants)
		認知症連携研究センター (Dementia Collaborative Research Centres, DCRCs)
	ケアの向上 (Improved Care)	認知症研究マッピング (Dementia Research Mapping)
		一次医療プロジェクト (Primary Care Project)
		Dementia Resource Guide
		認知症行動マネジメント助言サービス (Dementia Behaviour Management Advisory Services, DBMASs)
	認知症予防と早期介入 (Dementia Prevention and Early Intervention)	保健医療専門家のための認知症訓練研究センター (Dementia Training Study Centres for Health Professionals, DTSCs)
		認知症国家支援プログラム (National Dementia Support Program, NDSP)
		認知症国家コミュニケーション戦略 (National Dementia Communication Strategy)
Extended Aged Care at Home Dementia		地域支援とサービ発展の補助金 (Community Support and Service Development Grants)
認知症の人へのケアの訓練		Extended Aged Care at Home Dementia (EACH-D)
		認知症のカリキュラムと訓練 (Stocktake of Dementia Curricula and Training)
		認知症ケアの必須事項 (Dementia Care Essentials, DCE)
		地域のワーカーの訓練 (Community Worker Training)
		認知症ケアパイロット (Dementia Caring Pilot, DCP)
	特別なニーズをもつ人のための認知症ケア訓練リソース (Dementia Training Resources for People with Special Needs)	

これらの他に「認知症研究補助金プログラム (Dementia Research Grants Program)」、「認知症地域支援補助金プログラム (Dementia Community Support Grants Program)」などが存在する。認知症地域支援補助金プログラムは 12 か月で各補助金の上限を \$50,000 とするものであり、2010 年 12 月 9 日に第 4 期の公募が出されている。第 3 期までの合計で 150 事業 (計 630 万\$) に提供されている。[11]

4) 認知症ケアの方針

認知症支援国家プログラムでは、認知症ケアに関して以下のような目的を掲げている。[12]

認知症を有する人々がもっと自宅で生活できるようにする
認知症に関する情報へのアクセスが容易にできるようにする
認知症と共に生活する人々に提供される情報や支援・サービスを向上する
認知症を有する人々の生活の質（QOL）を向上する
介護者がバーンアウトしてしまうリスクを低減する
認知症を有する人々へのケアの質を向上する

5) 認知症ケアおよび医療に関するガイドライン

2007年に国立高齢研究機関（National Ageing Research Institute, NARI）の研究チームは「Dementia Resource Guide」を開発した。2009年に保健高齢省はNARIへこのガイドの見直しを委託し、アップデートを行った。[6]「Dementia Resource Guide」では以下の17の項目について、要約と推奨、およびその根拠となる資料の提示を行っている。

項目	内容
イントロダクション	認知症に関する全般的な理解
予防とリスクの軽減	食事、運動、余暇/社会活動、職業性の曝露、生活様式
アセスメントと診断	せん妄やうつ病との鑑別診断
薬物療法の選択肢	コリンエステラーゼ阻害剤、抗精神病薬
先を見越した計画	財産や医療に関する法定代理人、成年後見、医療に関する事前指示書
運転	
認知症の行動心理症状（BPSD）	原因の理解、行動症状のアセスメントツール、症状への対応、代替や補完する療法
生活の質（QOL）	コミュニケーション、生活の楽しみ、人権と尊厳、自立の維持、セクシュアリティと親密さ、スピリチュアリティ
ケアの質	テクノロジー、排泄、転倒の予防、栄養と水分摂取、苦痛の管理、緩和ケア、身の回りの世話と口腔ケア、身体活動と運動、物理的な環境、拘束を減らす、睡眠
社会と感情の問題	家族や介護者をケアする、サービス提供者をケアする、抑うつ、高齢者虐待、悲しみと死別、認知症の個別的な体験
特定のコミュニティグループ	アボリジニとトレス諸島民、文化的・言語学的な多様性（CALD）、子どもの認知症に対する理解を助ける、ゲイ・レズビアン・バイセクシュアル・トランスジェンダー、地方と遠隔地、若年性認知症
支援サービス	地域在宅ケアプログラム、施設ケアへの移行
政府の方針	The Dementia Initiative、認知症対策国家戦略 NFAD、各州および準州の政策
訓練	認知症訓練研究センター、高齢者介護職のための認知症ケアスキル訓練プログラム
実践のガイドライン	
視聴覚リソース	
その他の情報とウェブリンク	

B. ステージに沿った施策の概要

1) 対象者の把握

住民が保健医療サービスを受ける際には、最初に GP に診てもらうことになる。認知症の診断や治療が必要な場合は、GP から精神保健の専門医へ紹介が行われている。なお、オーストラリアの医療機関は、ひとつの病院に多数の一般開業医や専門医が出入りしてその施設を利用する体制（open system）をとっている。小さな公立病院や私立病院には一般的に医師は常勤しておらず、これら医師の外来オフィスが日本でいう診療所にあたる。

オーストラリア全国における認知症の人の数は、アルツハイマー病協会の計算によれば、2009 年で 245,414 人となっている。その後の予測として3通りのシナリオを用いており、最も発生率を高く見積もったシナリオ（High case projection）では 2050 年に 1,194,128 人、最も低く見積もったシナリオ（Low case projection）では 1,066,290 人に達する見込である。[13]

		2009年	2010年	2020年	2030年	2040年	2050年
基本シナリオ	男性	97,370	102,655	162,752	251,298	364,392	478,904
	女性	148,044	154,621	226,973	340,232	500,345	651,787
	合計	245,414	257,275	389,726	591,531	864,737	1,130,691
高いシナリオ	男性	97,370	102,500	160,324	244,153	349,425	453,212
	女性	148,044	154,359	223,017	329,410	477,526	613,078
	合計	245,414	256,860	383,251	573,563	826,951	1,066,290
低いシナリオ	男性	97,370	103,421	171,200	269,500	391,851	510,816
	女性	148,044	155,371	234,697	358,034	529,070	683,312
	合計	245,414	258,792	405,897	627,534	920,921	1,194,128

Access Economics の計算による

2) 啓発活動

保健高齢省では、認知症の人、家族などの介護者、サービス提供者にそれぞれに向けた冊子を公開している。認知症の人に対しては「Living with Dementia」、家族などの介護者に対しては「Dementia-The Caring Experience」、サービス提供者に対しては「Dementia Resource Guide」を提供している。またせん妄に関する資料として「Delirium in older people」を公開している。[5]

2011年1月14日より、保健高齢省では「Know the Signs」事業として認知症の啓発や情報提供のため、認知症や高齢者のケア施設・GPや医療センター／診療所・薬局・病院・地域ケアや保健センター・非営利団体・高齢者クラブ・職場などに配布するポスターや冊子を作成している。[14]

○認知症もの忘れに関する地域センター（Dementia Memory and Community Centre, DMCC）[9,12]

州や準州ごとに運営されている。人々の認知症に対する認識の向上や、サービスへのアクセス、利用者本人や家族および地域のための情報提供や活動を改善することが目的である。あらゆるサービスにつながり、初めに立ち寄る（drop in）センターとして使用されている。地域教育や訪問サービス、もの忘れキャラバン（travelling memory van）やネットカフェの展開なども行っている。

3) 予防活動

「Dementia Resource Guide」では、予防とリスク低減のための推奨事項として、①食生活、②運動、③余暇／社会活動、④仕事における電子機器からの曝露を防御すること、⑤生活習慣の改善（血圧や糖尿、頭部外傷、血管）をあげている。[6] オーストラリア国立大学がリーダーとなっている認知症連携研究センターのひとつ、「早期介入・予防とリスク低減センター（the Early Intervention, Prevention and Risk Reduction Centre）」では、予防に関する情報提供を行っている。

4) 早期発見・診断システム

メディケアの償還対象となる治療行為（Medicare Benefit Schedule）においては、認知症の人を GP から認定を受けた精神保健の専門家に紹介する紹介料、紹介された認知症の人の最初のアセスメントやマネジメント計画・コンサルテーション（A.18）、薬の管理（A.41）において認知症を対象としている。[15]

一方、GP が外来診療で提供する精神保健ケア（A.45）・心理学的な戦略に焦点を当てたサービス提供（A.46）については、認知症をその対象から除外している。したがって、認知症の早期発見・診断は、GP が適切な精神保健の専門家に紹介することが入口となっている。[15]

「Dementia Resource Guide」では、①うつ病やせん妄との鑑別診断に留意すること、②できるだけ早期に医学的、経済的な問題への対策がたてられるようにすること、③自立の維持、④薬物療法の定期的な見直しを推奨している。[6]

5) 情報提供・相談窓口

アルツハイマー病協会による全国認知症ヘルプラインや、認知症もの忘れに関する地域センターが、認知症の人および家族に対する情報提供や相談援助の役割を担っている。[9]

○全国認知症ヘルプライン（National Dementia Helpline）[9]

24 時間対応の電話サービス。認知症の情報、支援、その他保健医療や地域サービスへの最初のコンタクト・ポイントを提供し、適切なサービスへの紹介を行う。

社会サービスの利用を申請する際は、地域にある連邦レスパイト・ケアリンクセンター（Commonwealth Respite and Carelink Centre, 後述）にアクセスして、ACAT への紹介を受けることになっている。ACAT のニーズアセスメントでは「高齢者ケア法」に基づくケアパッケージの認定を行うほか、地域在宅ケア法に基づく HACC やその他の障害者支援といった、他の枠組みで適切と思われるサービスの情報提供や紹介も実施している。[18]

6) ケアサービス

認知症の人に対するフォーマルなサービスとして、メディケアによる保健医療サービスと、州単位で提供される社会サービスとがあげられる。

①保健医療サービス

認知症の人に対する医学的介入の主流はコリンエステラーゼ阻害剤による薬物療法である。行動心理症状 BPSD に対しては抗精神病薬も用いられている。

抗コリンエステラーゼ阻害剤には donepezil (aricept)、galantamine (reminyl)、rivastigmine (exelon) があり、アルツハイマー病の機能低下を遅らせて日常生活の活動を維持するために用いられる。[6]

Memantine はアルツハイマー病や脳血管性認知症の中程度のケースでの使用にのみエビデンスがある。rivastigmine (exelon) のレビー小体やパーキンソン病に対する効果はエビデンスが限られている。これらの使用は Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS) では償還の対象と認められていない。[6]

②社会サービス

高齢者（または 65 歳未満の障害者）に対して以下のサービスが提供されている。「高齢者ケア法」に基づく地域ケアパッケージ CACP、EACH、EACH-D は、65 歳未満の障害者もその地域で連邦・州間障害者協定に基づくサービスが得られない場合に利用することができる。[16,17]

種類	パッケージ	根拠法	内容
退院支援	Transition care	高齢者ケア法	療法、ソーシャルワーク、ケースマネジメント、看護ケア、介護ケア
在宅ケア	HACC (Home and community care)	地域在宅ケア法	軽度のケアニーズを有する高齢者や 65 歳未満の障害者に提供される在宅ケア
	CACP (Community aged package)	高齢者ケア法	計画とケースマネジメントが必要となる、複合したケアニーズを有する高齢者に提供される在宅ケア
	EACH (Extended aged care at home)	高齢者ケア法	CACP よりも高レベルの、高齢者に提供される代替的な在宅ケア
	EACH-D (Extended aged care at home Dementia)	高齢者ケア法	認知症を有する高齢者に提供される EACH プログラム
施設ケア	RAC (Residential age care)	高齢者ケア法	高齢者向け施設の入所サービス

なお、アボリジニとトレス諸島 (Aboriginal and Torres Strait Islander) の人々に対しては、彼らの文化に適合するサービスを提供するため、「高齢者ケア法」以外の財源から「National Aboriginal and Torres Strait Islander Flexible Aged Care Program」が行われている。[19]

<社会サービス：地域ケア>

在宅ケアを提供する職員の圧倒的多数は、高齢者もしくは障害者の介護人 (aged or disabled person carers) と呼ばれる者たちである。[20]

HACC、CACP、EACH、EACH-D それぞれの地域ケアパッケージの中で提供されるケアには、以下のものがあげられている。[20,21]

いるのは、脳梗塞や、脳外傷、てんかんなどに伴う急性脳障害に働くメカニズムで、グルタミン酸受容体からのナトリウムイオンの急激な細胞内流入が原因だと考えられています。

一方で、興奮性神経細胞死には緩徐な経過を辿るものがあります。このような神経細胞死にはグルタミン酸受容体のなかでもAMPA受容体サブタイプ(10)が関与しており、カルシウムイオンの過剰な流入が問題であることが分かってきました。特に運動ニューロンは他のニューロン種に比べてAMPA受容体の過剰興奮に脆弱なのでALSの病因と関連するのではないかと以前から考えられていました。

研究の進歩により、AMPA受容体のカルシウムイオン透過性の制御機構が明らかになりALSの運動ニューロンにはカルシウムイオンを過剰に透過してしまう、通常は発現しないAMPA受容体(GluR2のRNA編集異常による)(11)が発現していることが突き止められました。さらに最近、この分子異常が運動ニューロン死の直接原因になることが動物実験で証明され、孤発性ALS運動ニューロンでは正常には発現していないタイプのカルシウム透過性AMPA受容体が発現することが発症原因であることが示されています。

すなわち、通常の神経伝達のために放出されたグルタミン酸が同時にカルシウムイオンを過剰に流入させるために細胞を傷めてしまう、というメカニズムです。この分子異常は、ALSの大多数を占める孤発性ALS患者に共通してみられるのに対し、家族性ALSを含め、孤発性ALS以外のさまざまな疾患ではみられません。

したがって、孤発性ALSの大多数は単一の疾患であり、家族性ALSとは異なる疾患であることを意味しています。この仮説が正しければ、この疾患特異的な分子異常を標的とした孤発性ALSの治療は有効性が期待できます。

- (8) シナプスは、あるニューロンの軸索の末端(前シナプス)と別のニューロンの樹状突起(後シナプス)とがわずかな隙間(シナプス間隙)で相対している構造を指す。前シナプス側から放出された神経伝達物質が後シナプス側の受容体に結合して後シナプス側の細胞に信号を伝える。神経細胞により神経伝達物質の種類が異なり、後シナプス側の神経を興奮ないし抑制する。神経筋接合部では後シナプス側は終板という筋肉の特殊部分であり、アセチルコリンを神経伝達物質として使い、同様のメカニズムで筋肉を興奮させる。
- (9) こうした運動を行うメカニズムのため、ALSでは、同じ筋肉を支配する運動ニューロンの障害でも、上位・下位運動ニューロンのどちらがより強く侵されるかによって症状が異なる。
- (10) グルタミン酸受容体にはこの他、NMDA受容体、カイニン酸受容体、代謝調節型受容体と呼ばれるサブタイプがあり、グルタミン酸による神経伝達を微妙に調節している。
- (11) AMPA受容体は4個のサブユニットから構成されており、サブユニットには4種類ある(GluR1～GluR4)。GluR2がサブユニットに含まれるAMPA受容体はカルシウムイオン非透過性であり、これは、GluR2遺伝子が転写された後にRNA編集によりアミノ酸構成が変わることによる(すなわち、GluR2遺伝子には変異がない)。ニューロンに発現する大多数のAMPA受容体はGluR2を含み、全てのGluR2はRNA編集されるので、カルシウムイオンを透過しない。ところが、RNA編集がうまく起こらないままGluR2蛋白が発現すると(未編集型GluR2)、AMPA受容体はGluR2をサブユニットにもっていてもカルシウムイオン透過性になる。カルシウムの過剰な細胞内流入は細胞を傷めるので、緩徐な経過の運動ニューロン死を引き起こす。このRNA編集異常は、孤発性ALSの運動ニューロンの一部に始まり、徐々に周囲の運動ニューロンに及ぶことで病気が進行すると考えられる。

[戻る](#)

[次へ](#)

[▲ このページのトップへ](#)