

③保健医療サービスと社会サービスの統合的な提供

小規模な郊外や離島の地域では、柔軟で持続可能なケアを展開するため、「高齢者ケア法」と「高齢者ケア原則」に基づき保健医療サービスと社会サービスを一体的に提供する多目的サービス（Multi-purpose Services, MPS）プログラムが行われている。2008年6月30日時点で117のプログラムが存在している。[24]

7) 家族支援

家族支援として提供されているものには、レスパイト・ケア、カウンセリング、情報・教育・訓練、サービスの紹介と支援、および経済的支援があげられている。[25]

○連邦レスパイト・ケアリンクセンター（Commonwealth Respite and Carelink Centre）

介護者のレスパイトプログラムに基づき、連邦政府が資金を提供している。全国に54か所あり、地域の介護者などに利用可能なコミュニティや高齢者ケア、障害やその他のサービスに関する情報提供を行っている。また介護者への認知症教育と訓練（Dementia Education and Training for Carers）を提供する。

○介護者の会のネットワーク（Network for Carer Associations）

介護者情報支援サービス（Carer Information and Support Service, CISS）と、介護者カウンセリングプログラム（National Carer Counselling Program, NCCP）の2つのプログラムを提供している。

これらの他に「Dementia Resource Guide」では、家族へのレスパイトケアの提供を目的とした施設サービスの利用を推奨している。[6]

8) 終末期ケア

WHOによる緩和ケアの概念を基本として、保健高齢省は緩和ケアの対象を、全ての年齢で死を免れない病気にかかっている者とその家族や介護者、と定義している。終末期の認知症の人も緩和ケアの対象とされている。[26]

緩和ケアの提供を促進するための政府の取組みとして、2000年10月に「National Palliative Care Strategy」が掲げられ、①認識と理解、②質と有効性、③ケアにおけるパートナーシップの3つの目標があげられた。[27]

2003年には「National Palliative Care Program」が開始され、①患者、家族、介護者を地域で支援する、②地域における緩和ケアの業へのアクセスを向上させる、③労働力となる人々への教育、訓練、支援、④緩和ケアサービスの研究と質の向上、の4領域について支援を提供している。[28]

「Dementia Resource Guide」では、治癒的な治療に反応しない人々への積極的なケアとして緩和ケアのアプローチを紹介しており、認知症の人の終末期においても果たす役割が大きいとしている。認知症の終末期に、胃ろう（PEG）による経管栄養を行うことに対しては、研究による根拠はないとされている。[6]

また、2006年にアルツハイマー病協会が提示したディスカッションペーパー「Palliative Care and Dementia」では、症状の管理や緩和ケアの計画作成だけでなく、認知症の人とその家族、介護者のスピリチュアリティに関するカウンセリングやサポートのニーズに対応し、必要に応じた機会の提供は包括的な緩和ケアに欠かせないことが指摘されている。[33]

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

医師が認知症の人や介護者に提供する支援としては、治療、自宅や施設への訪問、公立病院や施設への入所の提案、専門医への紹介などがあげられる。ただし施設への入所はACATと家族が最終的に判断することになる。また処方された薬の管理や、定期的に訪問して服薬状況の確認などを行う。医師から紹介される可能性がある職種は看護師、心理療法士、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士、カウンセラーなどである。[30]

②社会サービス

地域在宅ケアプログラムや高齢者ケア法に基づくサービス提供を申請する者は、ACATによるアセスメントを受ける。ACATへはGPや地域の病院からも紹介を受けることができる。[6]

ACATは認可を受けたサービス提供者（事業所等）と連携して、ケースマネジメントを実施する。サービス提供者は、必要に応じて、適切な保健医療の専門家や他のサービス提供者を紹介する。ケースマネジャーは行動マネジメントの計画を立案実行する。ACATの担い手となりうる専門職は、老年精神医、老年医、精神保健サービスと行動マネジメントの専門家、ケースマネジャー、ケアワーカー（介護職）などである。[29]

2) 認知症の人を支える主な専門職

認知症イニシアティブ事業の一環として、オーストラリア連邦政府はいくつかの専門職訓練プログラムに金銭的な補助を行っている。[6,25]

○認知症行動マネジメント助言サービス（DBMAS）

各州および準州に設置されている。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に①臨床的支援、情報、助言、②個別化された情報や教育ワークショップの提供、③アセスメント、短期のケアマネジメントとケア計画、④臨床的スーパーバイズ、行動マネジメントの指導とモデリング、⑤連携とパートナーシップの発展と維持を行う。

○認知症連携研究センター（Dementia Collaborative Research Centre）

全国に3か所ある。認知症に関する研究の促進や取組み、研究からケアや臨床的実践への転換、ガイドラインやツールその他の資源の開発、認知症に関する研究と研究成果を普及させ促進することを目的とした機関である。

○認知症訓練研究センター（Dementia Training Study Centre, DTSC）

全国に4か所あり、学部もしくは大学院レベルのカリキュラムにおける認知症研究を推進する。専門職の認知症ケアのスキルや能力を高めるための支援を提供する。対象は看護師、医学生、専門医、ソーシャルワーカー、ダイバーショナルセラピー（高齢や認知症等で心身の活性が低下している人を対象とした療法）の療法士、心理療法士などである。

○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

各州で認可を受けた組織が、認知症に特化した訓練を提供する。

○ダイバージョナル・セラピスト (Diversional therapist)

ダイバージョナル・セラピーは、退院支援において、在宅環境へ移行する利用者に対し実施すべき内容のひとつとされている。[31] ダイバージョナル・セラピーの療法士は利用者に余暇やレクリエーションへの参加を促し、余暇活動を通じて自尊感情や人間的な充実感を促す。生活スタイルや総合的な運動プログラムを含むものである。[32]

3) 認知症の人を支えるチーム

「高齢者ケア法」に基づく認知症ケアに対応する在宅介護のケアパッケージ (EACH-D) を受けるためには、利用申請者は ACAT のアセスメントを受ける必要がある。[29]

D. 考察

オーストラリアでは、1992年に「認知症ケアのための5カ年計画」が示されており、早い時期から認知症ケアに焦点を当てた取組みが進められていた。その約10年後に「認知症対策国家戦略」が示され、それらを中心に実施に向けたプログラムやイニシアティブの取組みが進められている。2006年から始まった「認知症対策国家戦略」の特徴は、「認知症に関する情報やサービスへのアクセスと公正」、「情報と教育の提供」、「研究」、「人材と訓練」など、認知症の人や家族に対するケアそのものだけでなく、基盤整備に重点を置いている点にあると考えられる。優先すべき5つの領域は日本の緊急プロジェクトの柱と重なるところもあり、2006年から具体的に先行して取り組まれてきている内容と比較検討していくことが必要である。特に、2010年が最終年度でありこれらに対する評価については次年度の検証対象とし、日本において不足している点について検討を進めていく必要があると考えられた。

オーストラリアにおける認知症ケア対策の大きな特徴は、「特定のニーズを有する人々」として若年性認知症やホームレス、経済的な不利、介護者の不在、遠隔地や郊外地、重複障害といった問題に加え、文化的な多様性についても言及している点である。[8] 「Dementia Resource Guide」では、「特定のコミュニティグループ」の中でアボリジニとトレス諸島民、文化的・言語学的な多様性 (CALD)、ゲイ・レズビアン・バイセクシュアル・トランスジェンダーといったマイノリティの問題にふれている。[6]

認知症の人はときに異性愛者 (heterosexual) であることが前提にされがちで、性的マイノリティの人々は必ずしも自分の性指向性 (sexual orientation) を家族や友人や保健医療従事者など周りの人に明かしていない。その人が認知症と診断され、多くの人々がケアに関わるようになったとき、その人のプライベートな側面がケア提供者や保健医療従事者に露呈することになる。「Dementia Resource Guide」は認知症になる前に、認知症になってから必要な支援などに関する事前計画 (forward planning) をたてておくことを勧めている。[6]

日本への示唆

オーストラリアの地域在宅ケアプログラム HACC は高齢者だけでなく若年障害者も対象になっており、若年認知症は障害者として HACC を利用することができると考えられる。ただし高齢者でない者が HACC の利用を申請する場合、アセスメントやケアマネジメントがどのように行われているのかは、文献資料では明らかではなかった。

またオーストラリアでは、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など、認知症の人や家族にとって最初のアクセスポイントとなる機関の整備に力が入れている。認知症ケアは保健医療サービスと社会サービスにまたがるものであり、それ故にケアへのアクセスに至る経路が複雑になりやすく、適切にアクセスできないケースが発生する可能性もある。最初のアクセスポイントを明確にするための対策が今後検証されるべきと考えられる。

啓発活動においては、「認知症もの忘れに関する地域センター」が設定されており、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とされていた。オーストラリアにおける認知症に特化した情報センターの有効性や体制については今後詳細に調査することで、有益な情報が得られる可能性があると考えられた。

さらに、オーストラリアの社会サービスにおいては、小規模な郊外や離島の地域において柔軟で持続可能なケアを展開するために、保健医療サービスと地域サービスを一体的に提供する多目的サービスプログラムが実践されている。日本の場合は、一部の国民健康保険診療所が介護保険事業所を兼ねたり、提携等している状況であり、具体的な取り組み内容についても把握し、日本の状況への示唆が得られる可能性があると考えられた。また、認知症イニシアティブ事業のうち、専門職訓練プログラムの一環として行われている認知症行動マネジメント助言サービス (DBMAS) に関する有効性の検討と日本におけるサービスとのさらなる比較が重要と考えられた。

引用文献

1. Medicare Australia. English information kit-Medicare. 20 January 2011. Available from: <http://www.medicareaustralia.gov.au/public/migrants/language/files/english-medicare.pdf>
2. Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs. Commonwealth, State and Territory Disability Agreements. Available from: <http://www.fahcsia.gov.au/sa/disability/progserv/govtint/policy-cstda/Pages/default.aspx>
3. Australian Institute of Health and Welfare. Aged care packages in the community 2008-09: A statistical overview. December 2010. Available from: <http://www.aihw.gov.au/publications/age/61/11629.pdf>
4. Commonwealth of Australia. The 2008-09 HACC Annual Report. October 2010. Available from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9AC40AB6781670D9CA2578210076C8D8/\\$File/HACC-annual-report-210111.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9AC40AB6781670D9CA2578210076C8D8/$File/HACC-annual-report-210111.pdf)
5. Department of Health and Ageing. Information and services for people living with Dementia. Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-dementia-living.htm>
6. Department of Health and Ageing. Dementia Resource Guide. December 2009. Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-dementia-resource-guide.htm>
7. Department of Health and Ageing. A Literature Review and Description of the Regulatory Framework. November 2005. Available from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/8D7471B297492057CA257402008348A8/\\$File/Report%201%20-%20Literature%20Review.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/8D7471B297492057CA257402008348A8/$File/Report%201%20-%20Literature%20Review.pdf)
8. Department of Health and Ageing. National Framework for Action on Dementia 2006-2010. May 2006. Available from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D64BD892C6FDD167CA2572180007E717/\\$File/nfad.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D64BD892C6FDD167CA2572180007E717/$File/nfad.pdf)
9. Alzheimer's Australia. Annual Report 2009-2010. January 2011. Available from: <http://www.alzheimers.org.au/common/files/NAT/20110120-Nat-AR-Alzheimers-Australia--annual-report-2009-2010.pdf>
10. LAMA Consortium. Dementia Initiative National Evaluation: Overview and Summary of Main Findings Final Report. October 2010. Available from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/500DD5C951D7E214CA2578170017A8F9/\\$File/LAMAOverview.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/500DD5C951D7E214CA2578170017A8F9/$File/LAMAOverview.pdf)
11. Department of Health and Ageing. Dementia Community Support Grants Program. Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-dementia-grants.htm>
12. Alzheimer's Australia. Annual Report 2008-2009. November 2009. Available from: http://www.alzheimers.org.au/common/files/NAT/20090000_Nat_AR_AR08-09.pdf
13. Alzheimer's Australia. ACCESS ECONOMICS Keeping dementia front of mind: incidence and prevalence 2009-2050, August 2009. Available from: http://www.alzheimers.org.au/common/files/NAT/20090800_Nat__AE_FullKeepDemFrontMind.pdf
14. Department of Health and Ageing. Recognising the signs of dementia and what to do when you see them? Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-dementia-recognising.htm>
15. Department of Health and Ageing. MBS Online Medicare Benefit Schedule. Available from: <http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Medicare-Benefits-Schedule-MBS-1>
16. Department of Health and Ageing. Data on approved service providers and aged care places. Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-rescare-servlist-download.htm>

17. Department of Health and Ageing. Home and Community Care Program Overview. Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/hacc-index.htm>
18. Department of Health and Ageing. Australian Government Directory Services for Older People, 2011. December 2010. Available from:
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/AB724C0DE3D26BAFCA2576A9007B98CC/\\$File/AGDOS2011.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/AB724C0DE3D26BAFCA2576A9007B98CC/$File/AGDOS2011.pdf)
19. Department of Health and Ageing. Ageing and Aged Care in Australia. July 2008. Available from:
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/BFE46F21A3241ECBCA2574BE001A6E06/\\$File/Ageing_and_Aged_Care.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/BFE46F21A3241ECBCA2574BE001A6E06/$File/Ageing_and_Aged_Care.pdf)
20. Alzheimer's Australia. ACCESS ECONOMICS Making choices future dementia care: projections, problems and preferences. April 2009. Available from:
http://www.alzheimers.org.au/common/files/NAT/20090400_Nat_AE_FullMakingChoices.pdf
21. Department of Health and Ageing. HACC MDS Annual Bulletin 2008-2009. February 2010. Available from:
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/28557CCBE3618FADCA2576CE001D9397/\\$File/2008-09_HACC_Annual_Bulletin_final.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/28557CCBE3618FADCA2576CE001D9397/$File/2008-09_HACC_Annual_Bulletin_final.pdf)
22. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Aged care packages in the community 2008-09: a statistical overview. December 2010. Available from:
<http://www.aihw.gov.au/publications/age/61/11629.pdf>
23. Department of Health and Aged Care. Two Year Review of Aged Care Reforms - Final Report. May 2001. Available from:
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7F5FE29B6C33B870CA256F19000F1EBE/\\$File/finalrep.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7F5FE29B6C33B870CA256F19000F1EBE/$File/finalrep.pdf)
24. Department of Health and Ageing. Multi-purpose Services. Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ruralhealth-services-mps-introduction.htm>
25. Department of Health and Ageing. Information and services for family, friends and carers of people living with dementia. Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-dementia-info.htm>
26. Department of Health and Ageing. What is palliative Care? Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Palliative+Care-1>
27. Department of Health and Ageing. The National Palliative Care Strategy. Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/palliativecare-strategy.htm>
28. Department of Health and Ageing. The Australian Government's National Palliative Care Program. Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/palliativecare-program.htm>
29. Department of Health and Ageing. Draft community packaged care guidelines. August 2007. Available from:
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/8050CA60A82FC36ECA25730E00180F0D/\\$File/Community%20Packaged%20Care%20Guidelines.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/8050CA60A82FC36ECA25730E00180F0D/$File/Community%20Packaged%20Care%20Guidelines.pdf)
30. Department of Health and Ageing. Dementia-The Caring Experience. July 2006. Available from:
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B804F0BA5AAD35BACA256F19000FF80D/\\$File/careexp.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B804F0BA5AAD35BACA256F19000FF80D/$File/careexp.pdf)
31. Diversional Therapy Association of Australia. Diversional Therapy National Definition of Practice. December 2007. Available from:
<http://www.diversionaltherapy.org.au/LinkClick.aspx?fileticket=%2FgioaSJvffc%3D&tabid=61&mid=408>
32. Department of health. Transition Care Program Guidelines-2005. September 2005. Available from:
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EBBB0E83C736F2AACAA2571E70008AA40/\\$File/tcpg.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EBBB0E83C736F2AACAA2571E70008AA40/$File/tcpg.pdf)
33. Alzheimer's Australia. Palliative Care and Dementia – Discussion paper. February 2006. Available from:
http://www.alzheimers.org.au/common/files/NAT/20060200_Nat_NP_DP7DocPallCareDem.pdf

日本

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

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、①保健医療サービス：医療保険、②社会サービス：介護保険、③権利擁護：成年後見制度、高齢者虐待防止法があげられる。

①保健医療サービス

1958年に新国民健康保険法が施行され、「皆保険」が確立された。フリーアクセス制をとっている。職域・地域、年齢（高齢・老齢）に応じて加入する制度が異なり、各保険者（国、市町村、健康保険組合等）は、被保険者（加入者）から保険料を徴収し、その中から被保険者に対する診療報酬の一部を医療機関（病院）に支払う。費用は患者一部（原則3割）負担である。ものわすれ外来や脳神経外科等で認知症の人への確定診断がなされている。

②社会サービス

○高齢者：介護保険

2000年の介護保険法施行により、公的介護保険が導入された。市町村を保険者として、65歳以上（特定疾患の場合は40歳以上）の国民のうち介護予防および介護サービスが必要となった人に、サービスが提供される。サービス提供事業者は法人であれば、公的、営利、非営利問わず提供できる。利用においては、介護認定を受け、要介護認定レベル別に利用上限額が決まっており、それらの範囲内でケアプランのもとサービスが提供されることになっている。認知症の人に特化したサービスも一部導入されている。

○障害者：障害者自立支援

65歳未満のいわゆる若年障害者に対する社会サービスは、身体障害・知的障害・精神障害の種類別にそれぞれ「身体障害者福祉法」・「知的障害者福祉法」・「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に基づき、市区町村が運営してきた。2003年に「支援費制度」が施行され、身体障害と知的障害については従来の措置制度から契約制度への移行が進められた。しかし精神障害者や高次脳機能障害等については支援費制度では対象外となっていた。

2006年に「障害者自立支援法」が施行され、上記の障害の種類に関わらず、同一の法体系のもと社会サービスが運営される体制に移行した。

③権利擁護

○成年後見制度

認知症や知的・精神障害などで判断能力が不十分な人の財産管理や介護サービスなどの契約や遺産分割などの法律行為の保護・支援を目的に成年後見制度が、介護保険とともに高齢社会を支える両輪の制度として、2000年度に導入された。弁護士、行政書士、社会福祉士が後見人として支援を行っている。

○日常生活自立支援事業

福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理等を行うための事業である。実施主体は都道府県・指定都市の社会福祉協議会である。

○高齢者虐待防止法

2005年に「高齢者の虐待の防止・高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」が成立した（2006年4月1日より施行）。高齢者虐待は介護の負担や介護疲れがその大きな原因とされており、高齢者虐待の防止（発見、通報、保護等）だけでなく、養護者に対する支援も盛り込まれた。認知症の人の人権を守っていくためにも大変重要な法制度である。高齢者虐待防止法では、高齢者虐待を発見した住民等の市区町村への通報義務や市区町村の立入調査権を定めるなど、高齢者虐待への対応についての国民及び行政の役割と責務が明確に示されている。

2) 認知症に関連する政策・制度等の変遷

日本において認知症がいかなる政策枠組みの中に位置づけられてきたかを把握したい。なお、年代別の変遷（詳細）については、（参考）を参照頂きたい。

①痴呆老人対策から認知症ケアへ

日本における認知症対策の総合的な取組みは、1986年に設置された「痴呆性老人対策推進本部」が大きな一歩となった。1986年8月には総合的な認知症対策の基本方針を策定し、必要な体制の整備を図るために「痴呆性老人対策推進本部」が設置され、1987年に「痴呆性老人対策推進本部報告」が出された。主な内容として、①調査研究の推進と予防体制の整備、②家族介護に対する支援方策の拡充、③施設対策の推進、④その他専門職に対する研修等である。

また、1993年に設置された「痴呆性老人対策に関する検討会」により、翌年「痴呆性老人対策に関する検討会報告書」がまとめられた。「報告書」では、逐次整備はされてきているものの、①認知症に対する理解が国民一般、保健医療福祉関係者ともに未だ不十分であること、②早期発見、早期対応の体制が整備されていないこと、③認知症の人に対するサービスの受け皿が不足していること、④調査研究を要する問題が多数残されていることなど、なお多くの課題を抱えていることが指摘されている。

これらの報告書を踏まえ、新ゴールドプラン¹においても新たに「痴呆性老人対策の総合的実施」を今後取り組むべき高齢者介護施策の基本的枠組みの一つとして掲げている。その施策の具体的目標として、(1)知識の普及・啓発、相談・情報提供体制の整備、(2)発症予防、早期発見・早期対応、(3)認知症の治療・ケアの充実、(4)認知症に関する治療法の確立・調査研究の推進、(5)認知症の人の権利擁護に重点を置いた施策があげられた(厚生省老人保健福祉局 1997)。

②介護保険における認知症ケア

なお、この時期は1995年に社会保障制度審議会により公的介護保険制度の創設勧告が出され、1996年には「介護保険関連三法案」が国会に提出され、1997年に成立した。それらに加え、認知症の人に向けた新たなサービスとして、グ

¹高齢社会に備えて、1989年に10年間を見すえ高齢者対策強化の目的で策定された施策計画がゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10カ年戦略）である。ゴールドプランでは、市町村における在宅福祉対策の緊急実施、施設の緊急整備が図られ、特別養護老人ホーム・デイサービス・ショートステイなどの施設の緊急整備、ホームヘルパーの養成などによる在宅福祉の推進など柱として掲げられた。ところが当初の予想よりも高齢化が進んだため、1994年全面的に改定されたものが新ゴールドプラン（高齢者保健福祉計画）である。

グループホーム設置への補助が1997年からスタートし、在宅か施設かの二元論的なサービスではない、自宅にかわる在宅としてのグループホームの設置が進められた。

2000年に認知症ケアの研究及び人材育成を推進する公設民営の機関として、認知症介護研究・研修センターが国内3か所に設置された。2001年から、国は認知症介護の体系的な人材育成システムとして、痴呆介護研修事業を開始し、センターでは各都道府県から推薦された専門職に対して、認知症ケアの指導者養成研修を展開している。

2003年6月に、厚生労働省老健局長の私的諮問機関として高齢者介護研究会が設置され、報告書『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』が出された。報告書では、高齢者ケアのあり方をめぐる今後の課題と団塊の世代が65歳になる2015年までに実現すべき方策が具体的に提言されている。これからの高齢者介護の基本理念として、「高齢者の尊厳を支えるケア」をあげており、「高齢者がたとえ要介護状態になったとしても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること」のための方策が示された。具体的な方策として、①介護予防・リハビリテーションの充実、②生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系、③新しいケアモデルの確立：認知症高齢者ケア、④サービスの質の確保と向上の4つの柱があげられた。新しいケアモデルの確立では、今後の高齢者介護は、身体的ケアのみではなく、認知症の人に対応したケアを標準として位置づけていく必要性が指摘されている。新しい考えに基づく認知症ケアの普遍化に向けて、認知症の人の特性に応じた新しい認知症ケアの方法論を確立し、尊厳あるくらしの継続を支援するために必要な方策が示されたと考えられる。

認知症の人の特性に応じた新しい認知症ケアの1つのツールとして、2004年には「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式（以下、センター方式）」の開発、検証が行われた。これらは「認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）」を中心に認知症ケアに関する研究者や現場のエキスパートの協働のもと開発された。

③地域包括ケア

介護保険改正において、認知症対策については地域密着型サービスの創設や地域包括支援センターを中核とした総合的なマネジメント体制の構築などによる制度的な対応が図られることとされ、その対策が大きく位置づけられることとなった。また、2007年より都道府県が管内の市区町村において認知症関連の資源をネットワーク化し支援体制を築く、認知症地域体制構築等推進事業も進められている。なお、2010年に出された、『地域包括ケア研究会報告書』では、2025年を目標として医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の方向性と解決すべき課題と共に、認知症に関する課題が示された。

1963年	老人福祉法
1982年	老人保健法
1986年	「痴呆性老人対策推進本部」設置
1987年	「痴呆性老人対策推進本部報告」
1989年	ゴールドプラン
1993年	「痴呆性老人対策に関する検討会」設置
1994年	「痴呆性老人対策に関する検討会報告書」
1994年	新ゴールドプラン
1997年	痴呆対応型老人共同生活（グループホーム）援助事業創設
2000年	公的介護保険制度 施行 認知症介護研究・研修センター設置
2001年	痴呆介護研修事業開始
2003年	高齢者介護研究会『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』
2004年	用語の変更 「痴呆→認知症」
2005年	「認知症を知り地域をつくる10カ年」の提示および、「認知症を知る1年」キャンペーンの実施
2006年	介護保険改正 地域密着型サービスの創設
2007年	新健康フロンティア戦略、認知症地域支援体制構築等推進事業
2008年	認知症の医療と質を高める緊急プロジェクト
2010年	「地域包括ケア研究会報告書」

3) 国家戦略

現在、認知症の国家戦略として位置づけられているものはない。ただし、1986年に設置された「痴呆性老人対策推進本部」を皮切りに、総合的な認知症対策の基本方針を策定し、必要な体制の整備を図るための検討やそれらの方向性を示そうとする報告書等が示されてきた。これらは専門家の意見を踏まえながら、政府の社会サービス担当機関（厚生労働省）が主導で進めている。

なお、現時点で厚生労働省から示されている大きな計画（プロジェクト）としては、①認知症を知り地域をつくる10カ年、②認知症の医療と質を高める緊急プロジェクトの2点があげられる。

①認知症を知り地域をつくる10カ年構想

従来から一般的に使用されている「痴呆」という用語に替わる検討が行われ、2004年6月以降4回にわたる論議の上、12月に「認知症」に変更となった。それに伴い、これまで以上に強力かつ総合的に認知症対策を推進するとともに、最終的には認知症の人を支援する地域づくりが多くの人々の協力によって実施されることを目標に「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想が示された。これらの構想では以下の4つの軸が示されている。なお、2005年を「認知症を知る1年」と位置付け、関係機関・団体等との協力の下、効果的な広報・情報提供を行うキャンペーンが実施された。

軸の内容	
a	認知症サポーター100万人キャラバン
b	「認知症でもだいじょうぶ町づくり」キャンペーン
c	認知症の人「本人ネットワーク支援」
d	認知症の人や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進

②認知症の医療と質を高める緊急プロジェクト

2008年には厚生労働大臣直轄の「認知症の医療と質を高める緊急プロジェクト」が組織され、7月に報告書が公表された。本プロジェクトは、厚生労働省内の医政局、老健局、社会・援護局の共同プロジェクトであり、医療、介護、障害サービスにわたる検討がされた。主な柱は以下の5つとなっている。

柱	内容
a	実態の把握 医学的に診断された認知症の有病率調査
b	研究・開発の促進 アルツハイマー病の促進因子・予防因子の解明、診断技術、根本的治療薬の実用化
c	早期診断の推進と適切な医療の提供 認知症診療ガイドラインの開発・普及、認知症疾患医療センターの整備、医師の育成や研修体系の構築
d	適切なケアの普及および本人・家族支援 地域包括支援センターに認知症連携担当者を配置、コールセンターを設置
e	若年性認知症対策 「若年性認知症総合対策」の推進、若年性認知症コールセンターの設置、若年性認知症就労支援ネットワークの創設、若年認知症ケアのモデル事業

4) 認知症ケアの方針

イギリスのトムキッドウッドによって示された、パーソンセンタードケアが日本においても重要視され、認知症ケアの基本的な方針として現場では、受け入れられている。ただし、これらパーソンセンタードケアが何らかの制度に位置づけられている訳ではない。

なお、「2015年の高齢者介護」では、痴呆性高齢者の特性とケアの基本として以下が示されている。

- 認知症高齢者は、記憶障害が進行していく一方で、感情やプライドは残存しているため、周りの対応によっては、焦燥感、喪失感、怒り等を覚えることもある。

- また、自分の人格が周囲から認められなくなっていくというつらい思いをしているのは、本人自身である。
- こうしたことを踏まえれば、痴呆性高齢者こそ、その人の人格を尊重し、その人らしさを支えることが必要であり、「尊厳の保持」をケアの基本としなければならない。
- また、痴呆性高齢者が環境の変化に適応することがことさら難しいことに配慮し、生活の継続性が尊重されるよう、日常の生活圏域を基本としたサービス体系を整備していく必要がある。
- さらに、痴呆の症状や進行の状況に対応できる個別サービスのあり方を明らかにし、本人の不安を取り除き、生活の安定と家族の負担の軽減を図っていかなければならない。

5) 認知症ケアおよび医療に関するガイドライン

現在、全国的に保健医療サービスと社会サービスにまたがる総合的な認知症ケアのガイドラインとして位置づけられているものはない。保健医療サービスに関しては、認知症の診療ガイドラインとして以下の2つが示されている。いずれも、国外の報告に基づいてまとめられたものであり、治療の一部を除いて海外ガイドラインと比べた本質的な違いはないと指摘されている。

- 2002年 日本神経学会「神経疾患治療ガイドライン」の中の「痴呆疾患治療ガイドライン」
- 2003年 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業（主任研究者 本間昭）「アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドライン」

B. ステージに沿った施策の概要

1) 対象者の把握

国として定期的な対象者の把握を実施する仕組みは未だに構築されていないが、有病率の調査結果による推計や介護保険給付データの集計、定期的に行われている患者調査等を通して、部分的な実数および推計値が示されている。今後、認知症の人の実態を正確に把握するために、医学的な診断基準に基づく有病率調査を行う等の必要性が指摘されている。

- 認知症高齢者の将来推計（平成9年1月の「日本の将来推計人口」をもとに、平成13年に大塚が推計）[0]

年	2001	2006	2011	2016	2021	2026
万人	165	201	204	278	309	330
人口比	7.3	7.8	8.5	8.6	9.3	10.0

- 介護保険の要介護（要支援）認定者（第1号被保険者）における認知症高齢者の将来推計[2]

年度	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
万人	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
人口比	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4

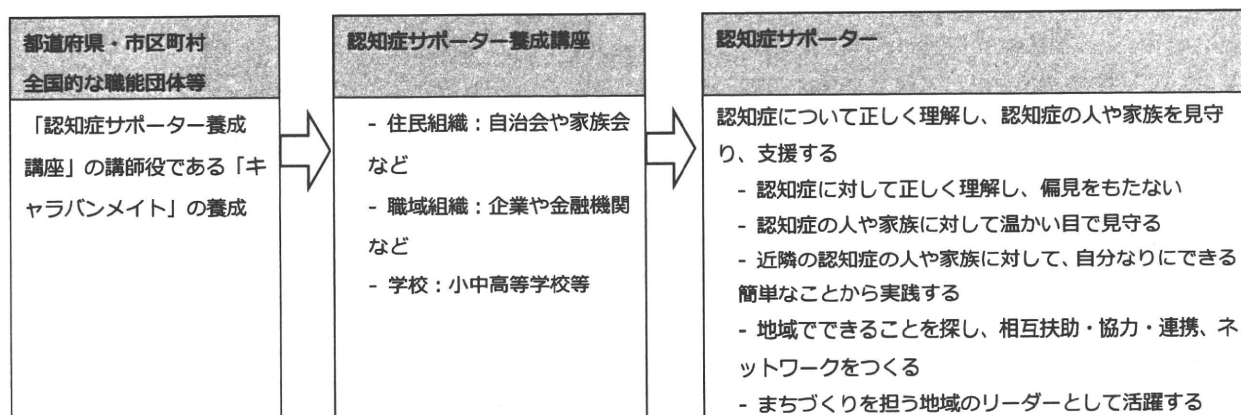
要介護認定の「認知症高齢者の日常生活自立度」において自立度Ⅱ（何らかの介護・支援を必要とする認知症がある）以上に該当する人数と65歳人口比

- 認知症患者の推計（10月時点）[3]

千人	1996年	1999年	2002年	2005年	2008年
外来	8.8	17.3	11.0	12.0	12.7
入院	36.5	45.7	53.6	54.0	44.4
精神病床	23.8	30.1	32.8	33.5	28.8
老人病床	8.9	5.7			
療養病床	1.2	7.7	17.3	18.9	14.3

2) 啓発活動

先に示したように「認知症を知り地域をつくる10か年」の構想が2005年に示され、2005年は「認知症を知る1年」と位置づけられた。市民への啓発と支援を得るために、「認知症サポーター100万人キャラバン」が実施され、認知症について学んだ住民等が100万人程度に達し地域のサポーターになっていることが2009年度到達目標として示された。認知症サポーターの概要と役割は以下の通りである。



2009年3月31日現在で「認知症サポーター養成講座」を実施しているのは1,462自治体（市区町村・都道府県）であり、事務局を設置しているのは1,374自治体であった。[4]

○認知症サポーターの養成状況[5]

	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	合計
人数	29,982	138,436	279,787	479,860	734,125	1,662,190

3) 予防活動

認知症の予防施策は、介護保険制度の一環として取り組まれている介護予防特定高齢者施策および介護予防一般高齢者施策の一部に位置づけられている。実施状況は、自治体ごとによって異なるが、国が設置した研究班から出されている主な内容は表の通りである。[6]

事業の種類	特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）	一般高齢者施策（ポピュレーション・アプローチ）
対象者	軽度認知障害を持つ高齢者	全ての高齢者
主な担当職	保健師・看護師等 言語療法士 作業療法士等	保健師等
実施する場所	市町村保健センター、公民館等（委託する場合は、民間事業所等）（通所が困難な場合については、適宜、訪問により実施）	市町村保健センター、公民館等（委託する場合は、民間事業所等）
事業内容	① 二次アセスメント ② 事業の提供	① 社会資源データベース作成 ② 住民への情報提供

目標設定・評価期間 ○ 認知機能の維持または改善を目標とする
○ 評価期間は各種事業の実施期間に準じる

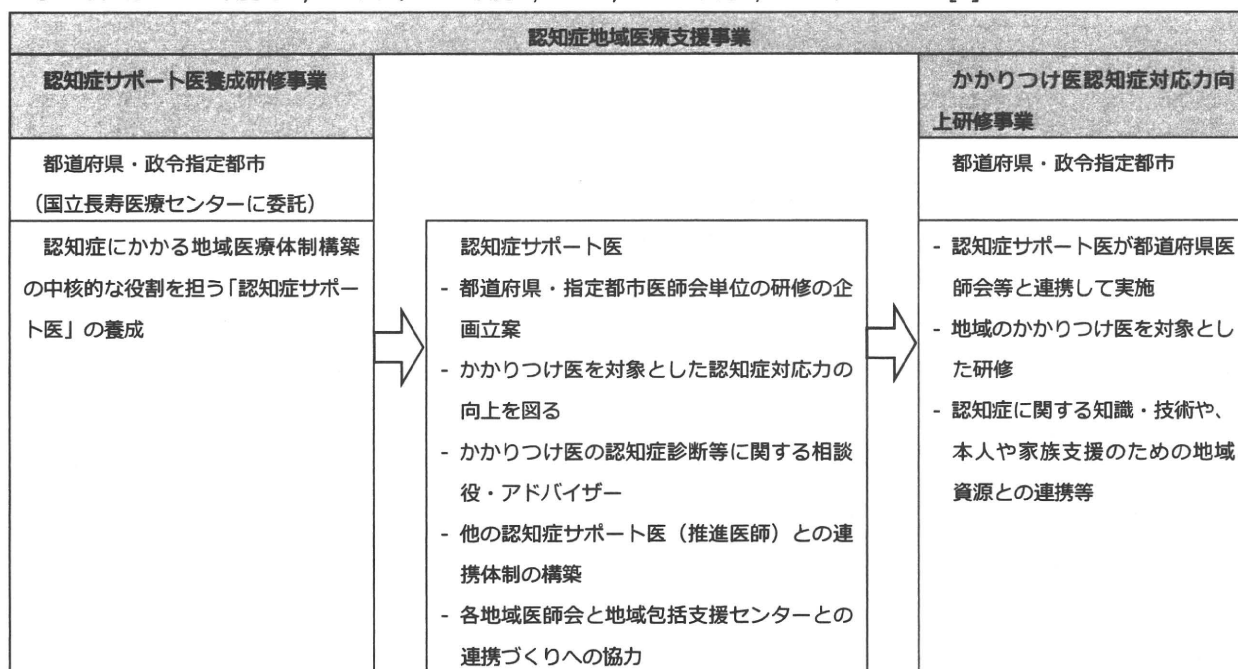
- ③ 地域活動の育成・支援
- ④ プログラム指導者・ファシリテーター（支援者）育成
- 各事業内容に応じた目標設定と評価期間を設ける
- 目的型・訓練型事業については、認知機能の維持または改善を目標とし、評価期間は、実施期間に準じる

4) 早期発見・診断システム

早期発見・診断については、「認知症の医療と質を高める緊急プロジェクト」の項目としてもあげられ、早期診断の促進、認知症の専門医療を提供する医師の育成などの取り組みが進められている。また、もの忘れ外来が設置され始めており、国による正式な統計はないが、WEBサイトに掲載されているもの忘れ外来数は、590箇所（2010年3月）となっている。これらは、大学病院からクリニックにいたるまで設置されている。なお、日本はフリーアクセス制をとっているため、かかりつけ医は必ずしも決まっている訳ではない。

○認知症地域医療支援事業

厚生労働省が2005年に開始した事業である。「認知症サポート医」の養成と、それによるかかりつけ医の認知症対応力の向上を図っている。2005-2008年にかけて871名の認知症サポート医が養成されており、研修を修了したかかりつけ医は2008年度で6,845人（2006年度6,927人、2007年度7,672人）である。[7]



○早期診断への診療報酬によるインセンティブ付与

公的な医療保険下では、診療行為に対する保険償還の価格設定が一律に規定されている。その価格設定を示したものが「診療報酬」であり、2年に一度改定が行われる。

2007年4月に取りまとめられた「新健康フロンティア戦略」においては、認知症ケアにおける医療体制の役割として、①鑑別診断、②周辺症状への対応、③身体合併症への対応、に関する体制整備が求められていることから、診療報酬上必要な評価を行うこととされた。それを受けて、2008年度の診療報酬改定において、「認知症患者紹介加算」が創設された。また2010年度の診療報酬改定では「認知症専門診断管理料」が新設された。[8]

○鑑別診断につなげるための評価：「認知症患者紹介加算」100点（1回につき）

認知症の疑われる患者について、医師が専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、専門医療機関に対して、診療状況を示す文章等を添えて患者の紹介を行った場合に、診療情報提供料（I）に対する加算を創設した。

○認知症疾患医療センター等での認知症の鑑別診断：「認知症専門診断管理料」500点（1人につき1回）

5) 情報提供・相談窓口

認知症に特化した相談支援を行っている機関はないが、地域の相談窓口としては、地域包括支援センターがあげられる。また、保健所における老人精神保健福祉相談などもある。なお、認知症に特化した情報提供を行う機関は定められていないが、各市町村の窓口や先の地域包括支援センターにおいて、認知症に関するパンフレット等が配置されている。

6) ケアサービス

①保健医療サービス

病院や診療所といった医療機関の診療報酬では、認知症の人を対象とした保健医療サービスの評価として、上述の「認知症患者紹介加算」や「認知症専門診断管理料」の他に、「重度認知症患者デイ・ケア料」や「認知症専門医療機関連携加算」、「認知症治療病棟入院料」、「認知症治療病棟退院調整加算」などを設けている。[8,9]

○周辺症状に対する外来医療：「重度認知症患者デイ・ケア料」1,040点（1日につき）

○外来から専門医療機関へ症状の増悪や定期的な評価のための紹介：「認知症専門医療機関連携加算」50点（月1回）

○周辺症状に対する入院医療：「認知症治療病棟入院料」

周辺症状（BPSD）に対する医療を行う病院の病棟に対して認可される。2007年までは「老人性認知症疾患治療病棟入院料」という名称であったが、2008年の診療報酬改定で「認知症病棟入院料」に改めると共に、90日以内の入院期間の点数を引き上げ、91日以上入院期間の点数が引き下げられた。2010年の診療報酬改定では「認知症治療病棟入院料」と名称を変更し、60日を区切りとする設定に改定された。

(1日あたり点数)	～2007年		2008～2009年		2010年～	
	老人性認知症疾患治療病棟入院料		認知症病棟入院料		認知症治療病棟入院料	
	90日以内	91日以上	90日以内	91日以上	60日以内	61日以上
入院料1	1,300点	1,190点	1,330点	1,180点	1,450点	1,180点
入院料2	1,060点	1,030点	1,070点	1,020点	1,070点	970点

○認知症治療病棟で入院6か月を超える患者への退院支援：「認知症治療病棟退院調整加算」100点（退院時1回）

②社会サービス

認知症の人に対する社会サービスは、(1)介護保険によるフォーマルなサービス、(2)市区町村が独自に行うフォーマルなサービス、(3)NPO等によるインフォーマルなサービスの大きく3つで構成されている。

(1) 介護保険によるフォーマルなサービス

介護保険で提供されているケアサービスの一覧の下表の通りであり、指定・監督権限（都道府県、市区町村）とサービス区分（在宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス）の組み合わせで類型がされている。これらの体系は、

2005年に改正された介護保険法によって形作られ、地域密着型サービスが新規に設立された。地域密着型サービスは、認知症や一人暮らしの高齢者などの増加を考え、要介護者たちが住み慣れた地域の近くで介護サービスが受けられることが出来るようにと設立された。

また、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する「地域支援事業」も位置づけられている。これらを推進する地域包括支援センターが地域の窓口の役割を果たしている。

指定・監督	区分	介護サービス
都道府県	在宅サービス	居宅介護支援
		訪問系（訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導）
		通所系（通所介護、通所リハビリテーション）
		短期入所系（短期入所生活介護、短期入所療養介護）
		その他（福祉用具貸与、特定福祉用具販売、特定施設入居者生活介護）
市区町村	施設サービス	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
その他	その他	住宅改修
市区町村	地域支援事業	介護予防事業
		包括支援事業（地域包括支援センター）
		1) 包括相談支援事業, 2) 権利擁護事業, 3) 包括的・継続的ケアマネジメント事業, 4) 介護予防ケアマネジメント事業
		任意事業

<介護保険：地域ケアサービス>

在宅サービスには、ケアプランを作成する事業者である居宅介護支援の他、実際に在宅ケアを提供する、訪問系、通所系、短期入所系、その他が存在する。また、できる限り住み慣れた地域で暮らしていけるようにする観点から、地域密着型サービスが設置されている。

介護保険サービスは全ての認知症の人が利用できるが、特に認知症の人に特化したサービスとしては、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）、認知症対応型通所介護があげられる。また、認知症の人に特化したサービスではないが、通いを中心として、必要に応じて泊まりや自宅への訪問を組み合わせる1つの事業者がサービスを提供する小規模多機能型居宅介護（24時間365日対応）も認知症の人への対応を意識して作られたサービスである。

在宅での訪問看護利用者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」で何らかの認知症の症状があると考えられる者は約6-7割である。[10,11]

○訪問看護ステーション利用者における認知症高齢者の日常生活自立度（9月時点）[12]

	2006年	2007年
利用者総数	291,907	292,839
認知症あり	200,778	195,515
ランクⅠ	72,084	56,083
ランクⅡ	53,588	57,458
ランクⅢ	34,820	38,324
ランクⅣ	29,410	31,419
ランクⅤ	10,876	12,231

○認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）（9月時点）[12]

	2006年	2007年	2008年
事業所数	8,350	8,818	9,292
利用者数	115,644	123,479	132,069

○認知症対応型通所介護（9月時点）[12]

	2006年	2007年	2008年
事業所数	2,484	2,885	3,139
利用者数	37,017	44,753	50,064

<介護保険：施設ケア>

介護保険が提供する施設ケアは大きく3種類あり、どの施設においても認知症の何らかの症状がある利用者は8割を超えている状況である。また、介護療養型医療施設の中に認知症へ特化した「老人性認知症疾患療養病棟」が設置されているが、全国で29施設と少ない状況である。

○介護保険施設の在在所における認知症高齢者の日常生活自立度（9月時点）[12]

	2006年			2007年		
	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
在在所総数	392,547	280,589	111,099	405,093	285,265	102,753
認知症あり	377,686	262,400	105,348	388,945	265,953	99,077
ランクⅠ	28,588	35,367	5,455	25,471	33,462	4,276
ランクⅡ	79,185	82,827	14,504	81,205	83,440	12,292
ランクⅢ	134,507	99,299	36,408	140,069	104,148	33,438
ランクⅣ	110,391	39,260	38,136	118,740	38,803	37,740
ランクⅤ	25,016	5,648	10,845	23,459	6,099	11,330

③市区町村独自によるフォーマルなサービス

市区町村独自のサービスについては、サービス内容、利用対象、利用条件などは、市区町村によってさまざまに異なる（主に地域支援事業の任意事業）。慰労金等のかたちで金銭支給を行う場合や紙おむつや配食など現物支給を行う場合等がある。また、無料によるサービス支給もあれば、利用者の一部自己負担が生じる場合もある。

④NPO等によるインフォーマルなサービス

財団法人やNPO法人等が、それぞれ認知症予防や啓発等の活動を行っている。

7) 家族支援

介護保険法や、障害者自立支援法といった社会サービスを規定する法律でも、家族介護者への支援に関する規定は明言されていない。

○「認知症のひと家族の会」

アルツハイマー病協会（Alzheimer's Association）の日本における組織で、当事者団体にあたる。諸外国に比べて家族会としての性格が強い。

認知症のひと家族の会では、都道府県支部を設置し、家族会や啓発活動を実施している。また、全国フリーダイヤルほか、都道府県支部ごとに電話相談事業を実施している。「認知症の医療と質を高める緊急プロジェクト」が実施される前後から、若年性認知症の家族会の設置が活発化してきている。その他、各市区町村で任意ではあるが、担当課や地域包括支援センターが家族会を開催していたり、NPO 法人や市民団体が家族会をサポートする等が行われている。

○市区町村が独自に行うフォーマルなサービス

認知症の人を介護する家族に特化したものではないが、高齢者の家族支援を行うものとして、家族介護支援事業（家族介護教室、認知症高齢者見守り事業、家族介護継続支援事業など）が実施されている自治体もある。

8) 終末期ケア

認知症ケアにおいて、終末期ケアのあり方に関する公の定義やガイドラインは、現状ではない。

事前指示書（advance directive）についても現時点では法制化されていない。しかし、利用者が家族や保健医療サービスあるいは社会サービスの提供者らに自分の意向を伝えるツールとして、これを普及しようとする民間の動きはある。例えば 2011 年 2 月に発行された「私の四つのお願ひ」という冊子では、突然の病気や予期していなかった認知症などで自分の意思を伝えることができなくなったときに、終末期におけるケアの意向を予め伝えるための「事前指示書」とその作成のマニュアルを提供している。[13]また、積極的安楽死は禁止されている。

2007 年 5 月に厚生労働省医政局は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。医療・ケアチームは可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的、社会的な援助も含めた総合的な医療およびケアを行うことが推奨されている。

がん患者の終末期における緩和ケアは普及しつつあるが、それ以外の慢性疾患に対する緩和ケアの提供はまだ十分に意識されていない状況である。

○死亡の場所別にみた年齢別死亡数（2009 年）[14]

	死亡総数	病院	診療所	介護老人			その他
				保健施設	老人ホーム	自宅	
総数	1,141,865	895,356	27,802	12,600	36,814	141,955	27,336
0～4 歳	3,460	3,030	55	--	--	321	52
5～14 歳	1,021	858	5	--	--	98	60
15～24 歳	4,427	2,222	16	--	--	1,097	1,092
25～44 歳	26,653	14,557	153	--	3	6,693	5,247
45～64 歳	140,810	106,200	1,530	74	141	24,244	8,621
65～79 歳	351,050	292,973	6,453	1,247	3,589	40,909	5,879
80 歳～	613,813	475,411	19,587	11,279	33,080	68,587	5,869
70 歳～	882,811	700,851	24,884	12,396	36,355	98,776	9,549

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

○認知症疾患医療センター

「認知症の医療と質を高める緊急プロジェクト」において掲げられた認知症の専門医療機関である。全国に150か所程度の設置が目標とされている。地域包括支援センターとの連携担当者を配置している。

②社会サービス

認知症の人は基本的には介護保険の枠組みで対応されている。介護保険サービスを受ける者は必ず介護認定を受け、要介護度に応じた額を上限としてサービスを利用することができる（ただし、利用者の1割負担あり）。サービス利用に際しては、個々にケアマネジャーが付き、サービスをコーディネートする。

- 地域包括支援センター：介護保険法に基づき保険者（市区町村）ごとに設置されている相談機関である。
- 社団法人「認知症の人と家族の会」
- 認知症介護研究・研修センター

③保健医療サービスと社会サービスの連携体制

介護保険法では適切な保健医療サービス及び福祉サービスの総合的な提供を掲げているが、介護保険のサービス提供者と医療保険のサービス提供者とをつなぐ公的な仕組みがないことが問題である。その1つの改善策として、上述の認知症疾患医療センターの設置が進められている。

2) 認知症の人を支える主な専門職

認知症の人を支える主な専門職としては、①保健医療サービス：医師（かかりつけ医・専門医）・看護師、②社会サービス：介護保険制度下でケアプランを作成するケアマネジャー、③権利擁護：行政書士・弁護士などがあげられる。

①保健医療サービス

○医師

医師の専門性に関する認定制度として、学会認定医とより高度な学会専門医とがある。認知症に関しては、日本認知症学会で専門医の認定を行っている。これらは、日本認知症学会員の中で認知症診療において十分な経験と知識を有し学会の審査に合格した医師を認知症学会専門医として認定し、学会 web ページ等で公開されている。日本老年精神医学学会では、認知症に限定していないが、老年期精神疾患に関する専門医の認定を行っている。

日本精神科病院協会において、「日精協認知症臨床専門医」も作られている。これらは、認知症対策の専門医療機関のリーダーとして患者、家族への治療ならびに指導を行うとともに、かかりつけ医やサポート医に対しては助言を行い、介護・福祉サービス等との連携を強化するものとされている。ただし、人数もまだ多くなく実態としては十分に機能していないのが実情である。

○医療機関

日本老年精神医学会では「こころと認知症を診断できる病院&施設」を認定している。

これらは、専門医を希望する者の研修を行う施設として、(1)老年精神医学を研修するに足る十分な施設を有すること、(2)指導医の下に十分な指導体制がとられていること、(3)細則に定める研修カリキュラムに基づく研修が可能であること、の条件をすべて満たした、全 297 の施設を日本老年精神医学会で認定しているものである。

○看護師

日本看護協会において、2005年に看護研修学校で「認知症高齢者看護学科」を開講し、認知症を専門とする認定看護師教育に取り組んでいる。日本精神科看護技術協会が「認知症看護の認定資格」を出している。

②社会サービス

○介護保険制度下のサービス提供者

先述した通り、認知症介護研究・研修センターは、各都道府県が推薦した人材に対して指導者研修を実施している。

国が示した認知症介護実践者等養成事業実施要綱に基づき 2001 年から、都道府県又は指定都市がその責任の下に事業を実施している。現在の研修としては、認知症介護実践研修、認知症対応型サービス事業開設者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修、認知症介護指導者養成研修、フォローアップ研修があげられている。認知症介護指導者は、認知症介護実践研修を企画・立案し、講義・演習・実習を担当することができ、介護保険施設・事業者等における介護の質の改善についての指導者として役割を果たすことが期待されている専門職である。国家資格ではないが、通知で示されたカリキュラムに沿って実施され、修了証書を受領した者を指す。

また、認知症ケア学会認定の「認知症ケア専門士」という更新制の資格も作られている。

3) 認知症の人を支えるチーム

現在、基本的には介護保険を利用して、ケアマネジャーがコーディネートするチームで対応することになる。仮に認知症の人が医療サービスを利用していても、介護サービスと医療サービスの両者を結ぶ公的な仕組みがあるわけではなく、両者が連携できるかは担当者によって異なる。認知症の特化したチームは編成されていない。しかし、現場の関係者がカンファレンスや情報の共有を通して、チームで利用者へアプローチする必要性が高いことが指摘されている。2009 年からチームの育成を推進していくために、国が多職種協働研修事業をスタートさせている。その多職種協働の 1 つのツールとして、「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」（略称 センター方式）」が活用されている。

D. 考察

日本における認知症ケアの課題としては、保健医療サービスと社会サービスの連携、社会サービスにおける高齢者支援と障害者支援、家族介護者支援の位置づけなどがあげられる。

○保健医療サービスと社会サービスの連携

医療機関の精神病床の入院患者において、認知症(血管性及び詳細不明+アルツハイマー病)を主傷病とする者は 2008 年 10 月で 16.8%を占めると推計されており、その割合は増加傾向にある(1996 年は 8.6%)。[9]

また医療機関を退院した認知症の約 38%は在宅に復帰している一方、転院が 21%、介護保険施設が 17%、死亡・不明等が 19%となっている。[9]

これらのことから、認知症ケアにおける保健医療サービス、とりわけ精神科医療と社会サービスの連携は必ずしも十分に機能しておらず、地域生活の支援ができていないケースが存在するものと考えられる。

精神病床入院患者の疾病別内訳（千人，患者調査，10月時点）[9]

ICD-10	1996年	1999年	2002年	2005年	2008年
合計	325.9	329.4	320.9	324.7	306.7
V. 精神及び行動の障害					
血管性及び詳細不明の認知症	23.8	30.1	32.8	33.5	28.8
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	17.5	17.8	16.8	16.6	13.0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	214.9	211.5	201.2	196.5	185.3
気分[感情]障害（躁うつ病を含む）	19.5	21.3	22.2	24.4	24.9
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	5.3	5.0	3.7	3.6	3.7
精神遅滞	10.2	8.1	8.2	7.2	6.9
その他の精神および行動の障害	11.1	11.5	10.7	11.3	11.7
VI. 神経系の疾患					
アルツハイマー病	4.3	6.6	11.4	18.6	22.7
てんかん	4.7	3.8	3.6	3.0	2.4
その他	14.6	13.7	10.3	9.6	7.3

認知症の退院患者の退院後の行き先（患者調査，2008年9月）[9]

行き先	千人	
合計	7.8	
在宅	当院に通院	1.8
	他の病院・診療所に通院	0.6
	在宅医療（訪問診療・訪問看護等）	0.4
	その他（家庭）	0.2
介護保険施設	介護老人福祉施設に入所	0.5
	介護老人保健施設に入所	0.8
社会福祉施設	社会福祉施設に入所	0.2
医療機関	地域医療支援病院・特定機能病院	0.2
	その他の病院	1.4
	診療所	0.0
その他（死亡・不明等）	1.5	

○社会サービスにおける高齢者支援と障害者支援

日本の社会サービスの大きな特徴は、高齢者支援と障害者支援が異なる制度体系のもとで展開されていることである。65歳以上の障害者が社会サービスを利用したい場合は、介護保険を優先的に適用することになっており、介護保険ではカバーされない支援を障害者自立支援制度で補足するという位置づけになっている。

このように高齢者支援と障害者支援が一体化していないことの問題のひとつとして、若年性認知症の人への支援の課題があげられる。若年性認知症の人は、40歳以上であれば特定疾患として介護保険制度を利用できるが、39歳以下の場合は制度の対象外となっている。また障害者支援、とくに就労に関するサービスの利用実績はほとんどなく、今後の課題とされている。[15]

上述した保健医療サービスと社会サービスの連携の課題も、高齢者支援と障害者支援の問題が関連しているものと考えられる。精神科医療と精神保健福祉サービスの連携による精神障害者の地域生活支援への取組みは始められているものの、こうした動きが高齢者支援の制度とは分断されているために、認知症の人の地域生活支援に直ちにはつながっていない。

○家族介護者支援の位置づけ

現行の介護保険におけるケアマネジメントでは、ひとりの介護支援専門員（ケアマネジャー）が利用者と家族介護者の双方のマネジメントを実施することになる。高齢者虐待など、利用者本人の利益と家族介護者の利益が一致しない・相反する場合に、ケアマネジャーが板挟みになるなどの問題が指摘されている。

引用文献

1. 大塚俊男. 日本における痴呆性老人数の将来推計. 日本精神病院協会雑誌 20(8):, 2001.
2. 高齢者介護研究会. 2015 年の高齢者介護. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/>
3. 厚生労働省. 患者調査. Available from: <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031167>
4. 認知症サポーター100 万人キャラバン. 認知症サポーターの養成状況 自治体・地域でのサポーター養成. Available from: <http://www.caravanmate.com/index03-1.pdf>
5. 認知症サポーター100 万人キャラバン. 認知症サポーターの養成状況 認知症サポーターの人数. Available from: <http://www.caravanmate.com/index003.pdf>
6. 認知症予防・支援についての研究班（主任研究者 本間昭）. 認知症予防・支援マニュアル. 2008 年 12 月. Available from: http://www.tmig.or.jp/kaigoyobou/08_ninchishou.pdf
7. 厚生労働省. 介護・高齢者福祉：認知症への取組み：認知症サポート医・かかりつけ医. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/d01.html>
8. 厚生労働省. 平成 22 年度診療報酬改定における主要改定項目について. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-003.pdf>
9. 厚生労働省. 第 5 回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 2010 年 9 月 2 日資料 2 精神病床における認知症入院患者の状況について. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xctu-att/2r9852000000xcyn.pdf>
10. 厚生労働省. 平成 19 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/index.html>
11. 厚生労働省. 平成 18 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service06/index.html>
12. 政府統計の総合窓口. 厚生労働省 介護サービス施設・事業所調査. Available from: <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001029805>
13. 箕岡真子. 私の四つのお願い. ワールドプランニング, 東京. 2011 年 2 月
14. 政府統計の総合窓口. 厚生労働省 人口動態調査. Available from: <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001028897>
15. 認知症介護研究・研修大府センター 若年性認知症専用の電話相談センター. 若年性認知症 Q&A. Available from: <http://y-ninchisyotel.net/04qa.html>