

文献・URL

1. 英国の地方自治. 財団法人自治体国際化協会 2003.
2. *NE Region National Dementia Strategy Local Implementation Newcastle*. Unpublished.
3. *Mental Health Services for Older People in County Durham Draft National Dementia Strategy Implementation Plan 2009-2014* Unpublished.
4. *Dementia North East England - Demographic & Service Profile - April 2009*. 2009. Available from: Unpublished.
5. *buddi - Protect your loved ones with a buddi*. buddi Ltd. Available from: <http://www.buddi.co.uk/>
6. R.J.F. Melis, et al. *What is intermediate care?* *BMJ*, 2004. 329(7462): p. 329-360.
7. *Information NOW* Newcastle's Quality of Life Partnership. Available from: <http://www.informationnow.org.uk/>
8. *Transforming the quality of dementia care: consultation on a National Dementia Strategy*. Department of Health. 2008. Available from: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH_085570
9. 門田直美. イギリスにおける認知症高齢者ケアマネジメント. (財)日本障害者リハビリテーション協会(JSRPD) 2005. Available from: <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/kadota/index.html>
10. *Connect for Care*. Available from: <http://www.connectforcare.com/>
11. *Connect for Care makes dementia breakthrough*. Free Online Library. 2008. Available from: <http://www.thefreelibrary.com/Connect%20for%20Care%20makes%20dementia%20breakthrough.-a0188880028>
12. *Training Courses - Alzheimer's Society* Alzheimer's Society Available from: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=1007
13. *Dementia Studies - University of Bradford* University of Bradford Available from: <http://www.brad.ac.uk/undergraduate/dementia-studies/>
14. *The kitchen that keeps an eye on Alzheimer's patients by using digital technology | Mail Online "ambient kitchen"* Associated Newspapers Ltd. Available from: <http://www.dailymail.co.uk/sciencetech/article-1174541/The-kitchen-keeps-eye-Alzheimers-patients-using-digital-technology.html>
15. *Inclusion through the Digital Economy*. The Digital Economy Research Hub. Available from: <http://www.side.ac.uk/>
16. *Dementia UK: Admiral Nursing DIRECT* Dementia UK. Available from: <http://www.dementiauk.org/what-we-do/admiral-nursing-direct/>
17. *Careers @ Dementia Care Partnership > Training & Development* Dementia Care Partnership. Available from: <http://www.dementiacare.org.uk/html/training.html>

デンマーク現地調査報告

本稿では、2011年2月に行われた、デンマーク王国のオーフス（Arhus）・コムーネでの現地視察調査の結果をまとめる。

2007年の自治体改革と各種統計について

2006年まで、デンマークの自治体は、14のアムト（amt, 複 amter ; 県に相当）及び271のコムーネ（kommune, 複 kommuner ; 市に相当）から構成されていた。2007年、大規模な地方自治体改革が行われ、14のアムトは5のレギオナ（region, 複 regioner ; 広域行政機構）に再編され、コムーネは人口3万人以上を目処に合併・統合されて98となっている。自治体改革の目的は、コムーネの規模拡大とレギオナの権限縮小による地方自治の効率化とサービス向上である。

従来のアムトの所管業務は病院運営等の医療行政、中等教育と職業教育、障害児（者）教育、成人教育、障害者福祉、児童福祉、ホームレス対策、地域開発、環境政策等であったが、今般の地方自治体の再編により、病院運営、観光・労働・教育と文化等に係る地域計画の策定と地域開発、土壌汚染対策、障害者施設の運営がレギオナの所管業務として残され、それ以外はコムーネ、又は国に移管された。そのため、コムーネの所管業務は広範囲なものとなり、社会福祉サービス、高齢者福祉サービス、医療以外のヘルスケア、初等教育、その他の地域住民サービス等が含まれている。また、従来のアムトは課税権を持っていたが、レギオナには課税権がなく、国の助成金とコムーネの財源により運営されることになった[1]。

この自治体改革によって、レギオナが医療、コムーネが社会ケア部分を担うことになった。例えば、病院を退院するケースに関しては、入院中のコストはレギオナ、退院して在宅になったらケアのコストはコムーネが負担する形となり、退院日によって負担するコストが異なる。そこで個別にレギオナとコムーネの担当者で交渉し契約を交わし決定することになり、これらの契約は、必要に応じて修正が加えられる。多くのコムーネでは2年に1回程度の頻度で契約が更新される。また、取り組み内容はコムーネごとに異なり、例えばオーフスの場合は、病院に入院した場合にはコムーネがその費用の一部を負担する取り決めになっている。コムーネには課税権があり独自の財源があるが、国からの助成金もあり、機能回復やリハビリテーションなどに関する基本的なサービス以外については、各コムーネが国に対して予算請求して獲得していかなければならない。

デンマークの人口は、2009年で5,529,270人であり、本研究の視察先であるオーフス（Arhus）・コムーネの市域人口は242,914人である。デンマーク国内の65才以上の認知症ケースは、2009年で77,908人であり、2020年に約10万人、2040年には約17万人になると予想される。一方、オーフスでの認知証ケース数は、2009年で3,493人、2020年で約4,500人、2040年で約8,000人と推計されている。

認知症国家行動計画

(NATIONAL HANDLINGSPLAN FOR DEMENSINDSATSEN)

2010年12月にデンマークの認知症の国家プランが発表された[2]。国家プランでは、国が目指す認知証ケアのあり方の方向性が示されており、各コムーナがこの国家プランに基づいて独自にプランを立て、実行する。この国家プランは7つの大項目から構成され、それは、「セクション間の協働」、「診断」、「コメディカル」、「法律」、「近親者との連携」、「職員教育」、「研究と情報提供」である。

プランは、今後、多くの認知症ケースが増加する一方で、ケアに関わる労働者人口の減少が予想されることを踏まえて、より質の高いケアが効率的に提供されることを目的に、国立認知症情報センター（Nationalt Videnscenter for Demens）等に所属する専門家集団が現場の実情を踏まえて立案し、国に提案をして国家プランが作成された。

各自治体のプランに対して国から補助金が出されるプロセスの多くは、コムーナが具体的なプランを立てて、国に請求・交渉し、国が審査して補助金の額が決定される、というものである。認知症に関するプランでも同様の予算獲得の方法になる予定である。一方で、国が自治体に何らかの計画を提案する場合もあり、その際には、国の計画内容と提示される予算額を考慮し、コムーナではそのプランへの取り組みの可否を検討し、交渉を行い、最終的に取り組みを拒否する場合もある。

プラン発表からまだ日は浅いが、認知症国家行動計画（National handlingsplan for demensindsatsen）で示された方向に向かっていくという同意のもと各コムーナでも取り組みを始めている。なお、このプランにはデンマーク全体で280万クローネの予算が割り当てられており、このうち80万クローネが国立認知症情報センター、200万クローネが各レギオナとコムーナの予算とされている。認知症国家行動計画が出される前からほとんどの大きなコムーナにおいては、何を重点課題とするかに関して議論されており、独自の計画を既に持っている。また、ほとんどの大きなコムーナではディメンツ・コーディネータ（Demenskoordinator, 複 Demenskoordinatorer）等と呼ばれる認知症ケアを推進するための専門ポストが配置されている。

認知症国家行動計画において、レギオナの役割として、病院運営、GPの診察、治療、診断名をつける役割の強化があげられており、コムーナは予防、生活支援、住民への情報提供があげられる。診断がつき、集中的な治療が必要な場合はそれらが終わった後の生活全般についての支援の役割を担っている。認知症の人は状態に変動があるため、その人に合わせた協働を行っていくことが重視されている。

オフィス・コムーネにおいては、「アクティブであること」、「利用者の権利は本人にある」、「職員が自分で考えて取り組んでいく」「利用者職員は協働する立場にある」の4つのポイントを重点課題として掲げ、認知症ケアに取り組んでいる。原則的には認知症がある場合にも在宅での生活期間が長くなることが目指され、介入開始時期は生活機能が低下し自立生活ができなくなった段階である。サービス提供の必要性の判断においては、診断ではなく生活機能が重視される。「なぜ、生活機能が低下しているのか」を明らかにして介入の判断を行い、認知症があっても生活が可能であれば家庭医のモニタリングのみで経過観察し、生活に障害がでたら専門職につなげることとされている。ここでは、薬物療法、指導や情報提供、など生活機能の維持を目的とした介入が行われ、身体介助の必要性がある場合には後述のプライエボリー（plejebolig, 複 plejeboliger）の利用が検討される。また、援助希求行動を促進することを目的とし、一般市民への認知症に関する情報提供、啓発活動も実施されている。

オフィスの認知症ケアの組織と枠組みに関して

オフィス・コムーネでは、福祉・社会ケア領域で約 6000 人の職員が雇用されており、そのほとんどが現場でのサービス提供に従事している。約 1 万人が直接的な介護サービスや掃除や買い物等の生活支援サービスを受けている。職員の職種としては、看護師、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー、SOSU ヘルパーや SOSU アシスタントなどである（各職種の資格や教育に関しては後述）。原則的には介護福祉サービスは公的機関によって提供されるが、近年では民間の支援実施主体も 5%程度存在する。ただし、介護に関する自己負担は原則的にない。

オフィス内は 13 の地区に分けられており、地区ごとにローカルセンターがあり責任者が配置されている。また、13 地区を 3 つの区域に分け 3 人のディメンツ・コーディネータがそれぞれに配置され各区域を担当する。ディメンツ・カフェ (Demens Caféen) やローカルセンターに配置されているディメンツ・キーパーソン (Demensnøgleperson) と連携しながら業務を行っている。

将来的には、スペシャルデイセンター (særligt dagtilbud) や、チーム・ディメンツ (Team Demens+ ; 作業療法士と看護師からなる認知症ケア専門の訪問チーム) の設立が計画されている。Team Demens+ は 2011 年にコムーネの議会 (Byrådet) で承認され、2011 年 3 月頃から実際のサービス提供を始める見込である[3]。

ディメンツ・シェフ (Demenschefen) は、2010 年の 1 月からオフィス・コムーネでの認知症に関するサービス実施の可否等に関する意思決定の権限がある役職として設置され、これにより意思決定が容易になった。これはデンマーク国内でオフィスが初めて設置した役職であり、これにより、効率的な意思決定ができることが目指されている。

ディメンツ・コーディネータの役職は、基本的にデンマーク全土の自治体にあるが、その役割や資格要件はコムーナによって異なる。オフィス・コムーネにおけるディメンツ・コーディネータは、認知症をもつ本人、その家族や関わる専門職についての様々なコーディネート業務を行い、ボランティア等の利用できるサービスの情報提供、ピアグループ、話し合いグループ等のネットワークづくりも行っている。オフィス・コムーネでは 1 年に 1 回、ディメンツ・コーディネータが赤十字団体や教会団体等のボランティア団体と協働して、ボランティアのアレンジメントに関するケア会議を開いている。

また、オフィス・コムーネでは、ディメンツ・コーディネータへの助言等も行う特別な役割を担うアドバイザー・ディメンツ・コーディネータ (Rådgivende demenskoordinator) が設置され、強制措置 (本人の意思に基づかない介入) の適法性などに関するコンサルテーション業務などを行っている。また、ケア政策開発担当官

(Udviklingskonsulent) と呼ばれるポストもあり、ケアの調整や教育のみならず、コムーネ間の交渉といった行政官のような業務を行っている。自治体によっては、同様の役割を果たす役職をディメンツ・コンサルタント (demenskonsulent, 複 demenskonsulenten) と呼ぶこともある。

オフィス・コムーネにおけるディメンツ・キーパーソンは、ローカルセンター職員 (訪問介護や訪問看護も併設しているためその職員も含める) などへの教育や助言を行っている。またさらに、各ローカルセンターにはボランティアの人材のアレンジメントを行うボランティア・コーディネータが配置されている。

認知症ケースには、ディメンツ・コーディネータとディメンツ・キーパーソンが一貫して支援に関わることで、居所を移る場合や利用する支援の変更などがあっても、ケアの断絶を防ぐことが可能となっている。

オーフスには、37のローカルセンター（Lokalcenter）があり、介護を始めとするサービス提供の中心となっている。センターにはプライエボリー、アクティビティセンター（aktivitetslokale）、訪問チーム（Opsøgende medarbejdere）、健康相談センター（sundhedsklinik；看護師、作業療法士、理学療法士が配置されている）がある。直接支援や相談業務の他に、食事サービス、1回の利用時間が2～3時間のミニデイケア、近親者のレスパイトケア（たとえば家族が旅行にでかけるために、最大で3週間プライエボリーを利用することができるなど）、予防活動、一般向けの公開教育講座の開催、食事や禁煙に関する情報提供、アルコール関連問題の予防など幅広く活動を展開している。直接ケアは社会サービス法に基づいて実施され、ローカルセンターにおけるサービスの内容などは全国的に大きな違いはない。サービス法の背景には、認知症をもつ人も他の人と同じ権利を持つという発想があり、法律の適応が認知症の診断の有無ではなく、生活機能の程度によって決定され、ニーズがある場合にはそのニーズを満たすための支援が提供される。また、37のローカルセンターには、それぞれに利用者委員会（Brugerradet）があり、家族、職員も委員に入る。委員会の目的は、質のよいサービスにしていけるために話し合うことである。委員会が自らサービスを評価し、その結果をコムーナに提出し、質の担保を行う。

認知症の初期段階に関わる関係者としては、ディメンツ・コーディネータ、ディメンツ・キーパーソン、ディメンツカフェ、ボランティア、近親者があげられる。デンマークでは、家族による介護を前提としておらず、身体介護や生活介護が必要な場合にはコムーナの訪問サービス等で提供される。社会サービス法では、年に1回コムーナが75才以上の全ての高齢者に支援を受ける意向があるか確認することが義務付けられており、ここで本人の希望がなければ原則的に訪問支援は実施しない。

認知症が進行し、介護の必要が生じた場合、状況に応じてコーディネータとキーパーソンが中心となり計画を作成し随時修正していく。行動障害が重篤化し、自宅生活が困難になった場合はプライエボリーの利用を検討する。プライエボリーに移るときは、本人の住まいの内装や家具、同居していた家族などへの心理的ケアも業務の一環として位置づけられている。

終末期ケアは、基本的にプライエボリーか在宅でケアが行われる。オーフスには、プライエボリー（plejebolig, 複 plejeboliger）とエルダーボリー（ælderbolig, 複 ælderboliger）が合計約4000戸あり（詳細は後述）、オーフス内の認知症をもつケースの1150人がプライエボリー、700人が在宅で生活を送っている（認知症の診断がつき、オーフス・コムーネの支援を受けている人数）。

今後、ケアの担い手が不足することが予測され、高齢者のリソースを最大限生かし、セルフケアを推進する体制づくりが課題となっている。

自己決定と強制措置

デンマークでは自己決定、自己選択、自分で自分の人生を選ぶ権利、個人の生活の尊重、尊厳と平等を重視している。認知症があろうとなかろうと、人の権利は変わらないという視点が共有され、原則的に本人の意思に基づかないケアの提供は強制措置として違法な介入行為とみなされる。オーフスでは、デンマーク憲法（Danmarks Riges Grundlov）、欧州連合基本権憲章（Charter of Fundamental Rights of the European Union）、国連障害者の権利条約（Convention on the Rights of Persons with Disabilities）が大きな3つの基本指針とされ介入の適法性が検討されている。

強制は違法であるが、利用者本人のニーズがあれば、専門職が法律家の許可を得て、一部のケアの強制執行が可能である。行われる強制的なケアの内容に関しては、認知症では6項目の特例が設けられており、その6項目とは、緊急通報、緊急時の行動制限、清潔保持時の行動制限、外出抑制（部屋の出口の周辺に柵を置き出口を見えにくくすることで外に出られないようにする等）、可動範囲の限定（ゆるやかな行動制限-チルト式車椅子を使用して立ち上がりにくくする、ベッド柵を使用するなど）、居住の移動（ケア付き住所への入居）、である。

強制執行の可否を検討する際には、本人とともに家族や近親者が一緒に話し合いに参加し意思決定がなされるが、家族や近親者は本人のことを良く知っている存在としての参加であり、意思決定を本人の代わりに行うものではないことが強調される。そして、家族や専門職のニーズではなく、本人の希望や興味が重視される。

オーフス・コムーネには法律の専門家が雇用されており、強制が必要と考えられる事案について作業療法士などの臨床スタッフと協働し、まず、先述の3つの基本指針である法律と照らし合わせて違法性がないかの確認、認知症特例に適するかの確認、周辺領域の法律がないかの確認、といった順番で検討される。また、強制措置は現場で考えられる全ての可能な選択肢が試された後で検討される。強制措置が妥当であると判断された場合でも、強制の施行は期間限定で行われる。強制措置を使わないように職員は工夫し、オーフス・コムーネとしては、どのような措置が使われているかを1年に1回分析し解決策等の知識を現場にフィードバックしている。また、これらのように事前に必要性を検討する場合のほか、緊急時（道路に飛び出してしまったなど）の拘束などに関して、事後報告書をあげるスキームが用意されている。

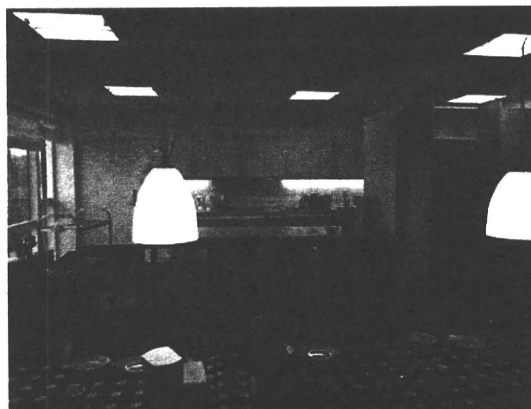
また、オーフス・コムーネでは、何が強制措置の行為にあたるのか、どのようなケアが適法か違法か、合法的に強制措置を行う場合の書式、書類の作成、手続きの流れ、などに関して、ガイドラインを公開し、講習会を実施し、個別の相談業務も行っている。ここでは常に、権限を押し付けることやケアに権力を持ち込むことはあってはならないことが伝えられる。

プライエボーリエとエルダーボーリエに関して

1960年代から設立が始まりその後80年代まで増加していたプライエム（plejehjem；わが国の特別養護老人ホームに相当）や保護住宅は、大規模施設による集団処遇であるため生活環境は劣悪であったことなどから、1988年をもって、高齢者・障害者住宅法（lov om boliger for ældre og personer med handicap）の施行によりプライエム・保護住宅の新規建設は凍結された。その後、プライエボーリ（plejebolig；介護付き高齢者住宅）とエルダーボーリエ（ælderbolig；高齢者住宅）の2種類の高齢者住宅が増設されてきている。

ボーリは「住居」の意味であり、いずれも契約書を交わし、敷金を支払い、月額家賃を支払って入居する形になる。ビスキュット・ボーリ（beskyttede bolig）は、旧法（Beskyttede 法）に基づく名称で、現在のエルダーボーリと実質同じである。現在、法的には存在しないが、修繕せずに現存している施設も残っているところがある。

プライエボリー(plejebolig)は、旧型プライエムを近代化・個室化する目的で改修したものが多く、付属するサービスエリア(作業療法士、理学療法士の訓練室等)の整備等がなされている。実態としては、日本の特別養護老人ホームにおけるユニットケアに類似している。また、コムーネが最終的な責任主体であるため、デンマークの国として一律の職員配置要件のようなものは存在しない。例えば、プライエボリーにはSOSUヘルパーやSOSUアシスタント等が配置されているが、施設要件等により義務化されているものではない。職員は全てコムーネに所属する公務員である。他に、学生等の無資格者のアルバイトや実習生なども受け入れている。各職種の詳細は後述する。



新設のプライエボリーの共有スペース

入居にあたっては、コムーネに希望する旨の申請を出し、コムーネの判定委員会による審査を受ける必要がある。また、入居費用(家賃+食費+光熱水費)は入居者の負担であるものの、所得に応じて住宅手当等が支給され、ケア部分については全額公費負担されている。



プライエボリーとエルダリーボリーの概観

プライエボリーの目的は、個別のニーズに応じて、個別的な身体介護、生活介護を提供して、安全の確保のための支援が常時必要な人への支援である。24時間のサービスが必要な人を対象としている。入居者の多くは高齢者であるが、例外的にプライエボリーに若年の障害者が入居していることもある。また、プライエボリーには夫婦で入居することもできる。困難ケースの支援に対しては、地域の担当ディメンツ・コーディネータが訪問し、ニーズ評価を行う。評価の際には、本人と関わりのある人とも協働し、あらゆる関係者にヒアリングを行う。



プライエボリーの居室

入居の選択においては、認知症の重症度や機能だけでなく、本人の個人的な価値観や好みなども重視しており、本人・近親者・職員3者の協働選択に基づいて利用される。日常的に季節に応じてバリエーションを提供する(季節行事等)、安心・安全を提供する、人や物を自分と関係していると認識できるような支援、個別に週末と平日の変化を持つ、個別に典型的な日常を描ける、日常が適正で構造的であることを大切にしているところが多い。

一方で、エルダリーボリー(ælderbolig; 高齢者住宅)では支援が常時提供されることはないが、本人の希望に応じて外

部からサービスを調達することはある。

オーフス・コムーネには、約 4000 戸のボリーエ(bolig, 複 boliger ; 住居)が設置され、プライエボーリはローカルセンターと併設されている、もしくは、近隣に所在していることが多い。エルダーボーリは集合住宅形式で個別になっていないことが多く、必要に応じてケアが提供される形式のため、ローカルセンターとは離れていることも多い。プライエボーリの入居者は基本的に高齢者であるが、例外的に若年の障害者が入居していることもあり、オーフスに 37 あるローカルセンターのうちの 5 つでは若年障害者の居住を確保している。

1 年に 1 回、利用者と担当職員とコンタクトパーソン（入居者が入る時に決定され、本人のことを一番知っている人）、専門職、家族らが集まって、話し合いを行い、生活の振り返り、計画立案などを行うことが義務付けられている。また、居住環境の質の向上を目的とし、コムーネの職員が利用者に対して個別サービスや組織運営の意見をヒアリングする。ヒアリング以外に本人が申立てをすることもできる。また、各センターは、冊子、広報リーフレットなどを作成・配布し、地域の高齢者や一般住民向けの普及啓発を行っている。職員の教育向けの冊子もある。

認知症ケアに関わる専門職とその教育に関して

認知症のケアに関わる専門職の資格としては、医師、看護師、SOSU ヘルパー、SOSU アシスタント、作業療法士、理学療法士などがあげられ、他にソーシャルワーカーや心理士に関わることもある。

SOSU ヘルパー (Social og Sundheds hjælper) は、介護の専門家であり、認知症ケアにおいて大きな役割を担っている職種の一つである。理論と実習からなる 14 ヶ月の教育課程を受けることで資格を得ることができる。SOSU アシスタント (Social og Sundheds Assistent) は、先述の SOSU ヘルパーの上位資格にあたり、一部簡易な医療ケアも行う権限も与えられている資格である。SOSU ヘルパーの資格の上にさらに病院等の医療機関での実習を含んだ理論と実習からなる 20 ヶ月の教育課程を受けることが義務付けられている。いずれも認知症に特化した職種ではないが、SOSU ヘルパーでは選択科目として、SOSU アシスタントには必須科目として認知症の科目が含まれている。内容は専門的なものではなく、認知症に関する一般的な知識を得て、ケアの現場で認知症を早期発見できることが教育目標とされている。

看護師、理学療法士、作業療法士については 3 年半の学士課程 (bachelor) で、教育内容には、理論も実習も含まれる。教育要項には認知症を扱うように規定があり、単位数も定められているが、取り扱う内容は各学校の采配に任されている。また、実習で認知症の人をケースとして支援するかは特に定められていない。各職種で理論と実習の割合は異なり、SOSU ヘルパーと SOSU アシスタントは「実習 6 : 理論 4」、看護師は「実習 4 : 理論 6」、理学療法士、作業療法士は「実習 2 : 理論 8」程度である。

また、認知症領域のディプロマ (Diploma ; 学士と修士の間の学位) を有するものも認知症ケアに関わる。ディプロマは就業しながら課程をとることが多く、年限は個人によって異なる。ただ「認知症学ディプロマ」といった認知症に特化された学位が存在するのではなく、人間学や健康学などの領域で、高齢者ケアや認知症ケア、倫理学、法学、心理学などの課程を修めた者をさす。

また、デンマーク全土で統一的な「モジュール (Modul) 」の組み合わせで各専門領域への教育が行われる。この「モジュール」はヨーロッパ共通の単位互換制度である「ヨーロッパ単位互換制度 (ECTS ; European Credit Transfer System) 」に準拠しているため、ECTS 加盟校の間で単位の読み替えが可能となっている。各モジュールに費やす時

間数などは各学校の采配にまかされている。ここでも、認知症そのものに特化したモジュールはないが、早期発見、対応の仕方、生活維持、レジャー、補助具、環境調整等といったモジュールが用意されており、それぞれのモジュールの中で認知症ケアに関して知っておくべき内容が盛り込まれている。

近年の教育課程の背景にある哲学としては、「認知症者」ではなく「人」がまずあるという視点に基づき、疾患や障害に焦点を当てるのではなく人に焦点を当てるようになってきており、トム・キットウッドのパーソン・センタード・ケアの思想が職種によらず教育プログラムに反映されている。

また、先述のように、認知症ケアに特化した専門職はないが、卒後教育の機会が豊富に用意され、各領域の専門家が卒後教育で専門性を身に付けるのがデンマークの専門職養成の特徴といえる。様々な実施主体によって様々な内容の教育が提供されており、デンマーク国内のプライエボリーの介護職の半数以上が卒後研修を受けている。たとえば、国立認知症情報センターによる講習会やEラーニング、国の社会サービス局（Servicestyrelsen）による講習会、アルツハイマー協会（Alzheimer föreningen）、各自治体が、様々な先進的な思想やケアの研究を行い、短期間の教育プログラムを開発し、啓蒙、普及、情報提供が行っている。研修プログラムの多くは、国立認知症情報センターに現場からケアの方法や注目すべき諸外国の情報等が集められ、それらが精査され、エビデンスに基づきデンマーク国内にも必要だと判断された場合は、情報提供や研修会の開発、啓発活動等が進められていく流れになっている。

オーフス・コムーネでは、コムーネ主催の講習会も実施されており、オーフス・コムーネの専門職には受講が義務付けられている。保健医療専門職種を対象とする講習会とその他の職種（事務職、営繕など）を対象とする2種類の講習会がある。保健医療職種向けは2日半の講習会が年3回実施されており、その他（事務職、営繕など）向けは3時間の講習会が年2回実施されている。去年はそれぞれ150名と15名が参加した。

なお、ディメンツ・コーディネータの採用基準は、各コムーネの判断に委ねられており、ディメンツ・コーディネータとなるための基本的な要件として、保健医療領域に関わる専門学士（professions bachelor）を持っている事が求められている。さらに、卒後教育としてディプロマ教育を受けている事が必須となる。このディプロマ教育における基本的に必要なコースの内容としては、「Modul 1 理論と方法論に基づく介入に関する教育」、「Modul 2 倫理、法律、心理に関して」「Modul 3 高齢と認知症に関して」があげられている。各Modulは50単位から構成され、それぞれのModul毎に試験が設けられ、全てのModul終了時には、論文と口頭試験が課されている。こうした内容のディプロマ教育をとる必要があるが、こうした内容を含むディプロマコースであれば、ペダゴギック(Pædagogik)、人間関係分野、高齢者者分野等、どの分野であっても構わないことになっている。（ディメンツ・コーディネータになるための独自のディプロマコースがある訳ではない）これらの教育に加え、コミュニケーション技能に長けている事は必須の条件であり、実際に現場経験が豊富なくてはならない。

ディメンツカフェ（DEMENS CAFÉEN）

オーフス・コムーネの所有する建物の1画にディメンツカフェがある。オーフスで始まった活動であり、現時点ではデンマーク国内で1箇所のみで展開されている事業である。元ディメンツ・コーディネータが中心となって開設した、若年性認知症ケースと初期認知症ケースへのサービス提供とネットワーク形成を目的としたカフェ（デンマークでは、カフェと称号される支援サービスが多く、日本語のカフェとは多少ニュアンスが異なる）であり、「カフェ」「訪問などの個別直接支援」「カウンセリング・助言」「情報提供・教育」「研究開発」を提供している。

設立者である現在の施設長でもあるハンナ氏は、2002年までディメンツ・コーディネータとして活動しており、その際に65才未満のケースが数多くいることを知り、若年層へのサービスが必要であると痛感、オフィス・コミュニケーション当局と交渉し、設立にいたった。2009年には、認知症をもつ本人や家族、のべ3700人がこのカフェを利用し、年間150万クローネの予算が割り当てられている他、民間企業などからの寄付などで運営されている。

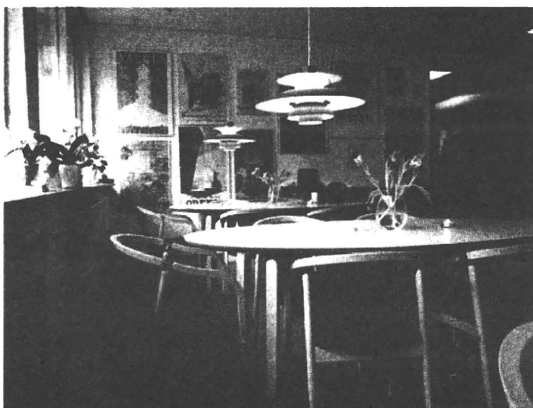
開設当時からサービスの内容などは変更されているが、「誰でも登録無しに利用可能な場所」という点は一貫している。利用者がボランティアとして働くことも多く、誰が認知症で、誰が認知症ではない、といった区別はしていない。ここで構築が目指されるネットワークとは、話し合いの場を設け、新しい知り合いを増やす等を通して、「自分だけではない」ことを知ることや仲間を作ることを指す。

カフェでは、認知症に関するピアカウンセリング、本人向けや家族向けの講義形式の情報提供など、多様な支援グループがあり、利用者の痛みを受け止めること、認知症をもつ人が将来のビジョンを持てることを目指して活動が展開されている。家族へのグループ支援は配偶者向け、成人のこども向け、未成年の子ども向け、の3種類が展開されており、組織化されていない自然発生的な交流会も多くある。また、身体、精神、認知機能を活発にさせることを目的に、栄養管理、プールや公園での身体運動、アウスペンディング・ペタゴ（afspændingspædagog）と呼ばれる専門職によるマッサージ等の感覚入力を介した身体・精神のリラクゼーション等も提供されている。

個別直接支援では、2人の専任スタッフ（SOSU アシスタントと作業療法士）が配置されており、住居を訪問して初期介入ができるような体制を構築している。訪問の目的は初期段階の関わりであり、いずれも認知症ケアの専門家としてではなく訪問調査員として訪問し、サービス情報の提供や個々人の価値観にあった選択のための情報収集を行う。また、カフェ来訪者、訪問先のケース、どちらに対しても同様のアセスメントを行い、情報提供をして、対象者の希望やニーズを聞き取るなどの相談業務を行なっている。さらに非常勤のカウンセラーと法律の専門家が家族に対する相談業務にあっている。

また、このディメンツカフェでは、国からの助成を受け、各利用者のライフストーリー作成プロジェクト（Den gode historie）が展開されている。ライフストーリーを文章で残すだけでなく、DVDなどの媒体にも収録され、これらは、本人や家族のためだけでなく、市庁舎でのパネル表示やDVD放映など普及啓発活動に使用されるほか、病状が進行した後の多機関のケアの連携に役立っている。

普及啓発活動に関しては、上記のライフストーリーの公開以外にも、ウェブサイト上では、文献やそれらのエビデンスレベルを紹介している。実習生や調査、見学の受け入れを積極的に行い、見学者は世界各国から訪れている。



医療ケアに関して

先述のようにデンマークでは医療ケアはレギオナの管轄である。デンマークは5つのレギオナから構成され、オーフスは中部レギオン（region Midtjylland; Central Demark Region）に位置する。レギオナは直接市民に課税しておらず、病院の財源は国（State）からの助成が約70%、コムーナから約20%、他から8%、ローンが2%であり、自己負担はない。認知症ケアにかかる医療コストは、直接コスト（診断、治療、薬、ケア等）が一人当たり年間18,667ユーロ、間接コスト（労働生産性の低下などによる損失）が6,667ユーロと概算されている。

認知症に関して、医療ケアはレギオナ、社会ケアはコムーナの役割であり、例えばケースが退院して地域に戻る際には、レギオナとコムーナ双方の担当者がカンファレンスをするなどして退院支援を行うなど、業務が連携して分担されている。ただ、中部レギオンにはコムーネが9つあり、コムーネによってディメンツ・コーディネータの役割は異なるため、医療と社会ケアの協働の仕方はそれぞれに異なる。

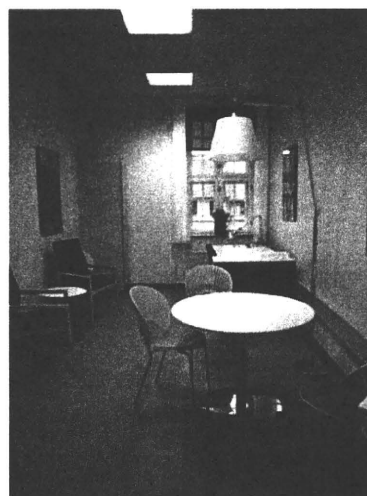
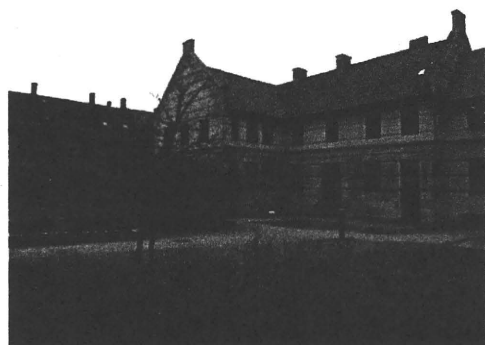
診断に関しては、家庭医が診断を下す場合もあるが、これは80歳以上で明らかに認知症の症状がある場合や長期間にわたり認知機能の低下がみられる場合などに限られる。通常の診断の流れは、家庭医の基本的な診断で認知症が疑われる場合に、病院を紹介され、そこから老年精神科医（Geriatrisk psykiater）、脳神経科医（Neurolog）、老年科コンサルタント（Geriatrisk Konsulent）に紹介され診断がなされる、というものである。老年精神科医は中度から重度で精神科の症状が出ているケースを担当し、脳神経科医が軽症の早期のケース、老年科コンサルタントは、認知症の症状はあるが、類似の病気の可能性がある場合のケースを主に担当する。この3者の効果的な連携が今後の課題となっている。

オーフス大学病院 Risskov の大きなタスクは、精神科の症状をとまなう場合の治療とコンサルタント、介護者への助言、医師と看護師の教育、研究の3つである。

担当	目的	業務内容	形態
看護師	検査プログラム作成、予約、 コンタクトパーソンの決定	記録の作成と日程調整、検査に関する情報提供	対面コンタクト
専門医師	診断と治療	診察、治療計画作成、情報提供	対面コンタクト
看護師	治療と健康増進	治療グループの紹介、教育、医療ケア	対面コンタクト
看護師	治療	フォローアップ	対面コンタクトと電話

診断のプロセスは、まず看護師がコンタクトし、情報収集を行うとともに、今後の流れについて本人に説明する。この段階で必要な検査等がある場合には検査を実施する。検査結果の全ての情報がそろった時点で医師がそれらを踏まえて診断し、その後看護師を中心とした情報提供やフォローアップが行われる。平均するとこの全てのプロセスに約70日程度を要する。オーフス大学病院では、年間約1000件の診察を行い、そのうち約半分に認知症の診断がついている。認知症の診断は、入院は通常しないで行われるが、暴力行動などがある場合に入院が検討される。認知症で病棟へ入院する場合は、重篤な行動障害があり、症状が重度な場合に限られる。

また、オーフス大学病院 Risskov の老年精神科 (Gerontopsykiatrisk Afdeling) には、医師、看護師、心理士などからなる、多職種地域精神科訪問チーム (District) が設置され本人への治療と本人をケアする職員たちへのアドバイスを行っている[4]。地域精神科訪問チームは約 800 ケースを担当し、年間約 4500 件の訪問を行っている。このような地域精神科訪問チームはデンマーク全土のほぼ全ての精神科に存在しているが名称は様々である。また、高齢者精神病棟の対象は 65 才以上であり、年間約 250 件の入院があり平均在院日数は 18 日である。なお、普通の病院では拘束は禁止されているが、精神科病棟では拘束は許されている。退院先は高齢者向きの住居になることが多く、退院後の訪問支援や施設職員の来院など退院後もケアは継続される。



その他の視察報告

アルツハイマー協会 東ユットランド支部

デンマークのアルツハイマー病協会は全国に 16 支部があり、会員の会費 (年間 200 クローネ) で運営される。協会の形態は法人格を持たない団体である。全国の会員数は約 5500 人で、そのうち約 550 名が東ユットランド支部の会員である。アルツハイマーに関心がある人たちによって組織され、メンバーには、認知症をもつ人の家族や専門職が含まれる。基本的にメンバーはボランティアであり、研修会の講師なども同様である。

東ユットランド支部は、メンバーの多くが家族と専門職であり、代表もしくは副代表が家族であるとの取り決めがある。この支部には年間 2 万クローネの予算が割り当てられており、協会からの予算の他にコムーナから公益団体に払われる補助や、ライオンズクラブなどからの寄付、助成金などによって運営されている。

コムーナやディメンツ・コーディネータ、エルダー・セイエン (高齢者組合)、ボランティア団体と協働し、認知症に関する情報提供、研修会や講習会の開催、普及・啓蒙活動として、街頭キャンペーン、リーフレットの配布、ローカルセンターの健康相談所での講習などを行っている。また、相談ホットラインを設けて、電話相談も行っている。さらに、会員には年間 4 回のニュースレターの送付、ブックレットの配布などを行っている。また近年、注力されているのが、コロニヘーベン (Kolonihave, 複 Kolonihaven) であり、これは家庭菜園のような場所での農作業とカフェ運営からなるプログラムである。認知症を持つ人たちや家族が集まりお互いに話をする機会を持つことのほか、家族のレスパイトも目的の一つとなっている。

認知症国家行動計画に関しては協会本部が意見を陳述するなどしているが、具体的な政策立案にどの程度影響を与えているかは不明である。しかし、コムーナのトップと定期的な会談がもたれ、コムーナ政策決定時には必ず意見を求められる団体となっている。今後の課題としては、現在の活動の強化、協会の拡大があげられる。

博物館と市の協働による想起プロジェクト

オーフス中心部に近いデン・ゲムル・バイ (Den Gamle By ; 英語では The Old Town) とよばれる、デンマークの古い町並みを再現した博物館とオーフス・コムーネの協働プロジェクトがある。博物館の職員が、母親を博物館の古い家屋に連れてきた時に、それまで聞いたことのない過去のエピソードを聞かせてくれたことがきっかけとなり、認知症ケアに役立つかもしれないと始められた事業である。

認知症をもつ利用者が博物館内にある古い住居で時間を過ごす回想療法プログラムである。ローカルセンターの職員 2 名が同行し、コムーナと提携を結んで、博物館の利用料をコムーナが負担する。1 年間に 50 回～70 回程度、1 回の滞在は 2 時間～3 時間程度で、平日に実施している。

プログラムに使用される古い住居に新しい調品などは置かれず、建物、家具、時計の音、放し飼いをされている鶏、暖炉の匂い、ピアノなど、五感で当時の様子が感じられるように配慮されている。またプログラム実施中は、そのエリアで観光客の入場制限が行われ、また、この事業に関与する人は、博物館の職員も含めて全て認知症に関する研修を受けリスクに対処できるよう教育されている。

実際にプログラムを始めると、ローカルセンターに入所以来一度も発話がなかったケースがピアノを弾いてフランス語で歌い始め、かつてフランスやスウェーデンで看護師をしていたことが初めて語られたり、博物館職員が知らなかった小道具の用途を教えてもらったりと、高齢者にも専門職にも博物館にとっても魅力的なエピソードが散見され、2008 年からは、オーフス大学の博士課程の大学院生がアウトカム評価の研究事業を行うなど、成果を広く普及しようと努力中である。回想療法自体は広く行われているが、医療と博物館に提携は珍しく注目を集めており、スウェーデンでも同様の取り組みが始まっている。またさらに、今後高齢期を迎える年齢層向けに、1950～60 年代の住居を再現した建物が準備中である。



文献・URL

1. 医療経済研究機構. 諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書 医療経済研究機構 2007. Available from: www.mhlw.go.jp/shingi/2007/09/dl/s0928-8e.pdf.
2. National handlingsplan for demensindsatsen. socialministeriet og indenrigs- og sundhedsministeriet. 2010. Available from: <http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2010/December/~media/Filer/Sundhed/National%20handlingsplan%20for%20demensindsatsen%20december%202010.ashx>.
3. SUNDHED OG OMSORG Aarhus Kommune. Et bedre liv Sundhed og Omsorgs service veau 2011. Available from: <http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2010/December/~media/Filer/Sundhed/National%20handlingsplan%20for%20demensindsatsen%20december%202010.ashx>.
4. Århus Universitetshospital, Risskov Available from: <http://www.auh.risskov.dk/afdelinger/behandlingsafdelinger/gerontopsykiatrisk+afdeling/om+afdelingen/organisation>

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業
 「認知症ケアの国際比較に関する研究」
 分担研究「認知症高齢者の終末期における医療やケアの国際比較」

分担研究者	中西 三春	財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
協力研究者	中島 民恵子	財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
	永田 久美子	社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター
	Marcel Arcand	University of Sherbrooke
	Jenny T. van der Steen	the VU University Medical Center
	Franco Tscani	the Palliative Care Research Institute, 'Lino Maestroni'

研究要旨

本研究は、認知症ケアにおける緩和ケアのあり方について、介護老人福祉施設の職員の考え方を把握することで、認知症ケアのあり方を検討するとともに、国際比較の結果をふまえて、わが国の認知症ケアにおける緩和ケアの情報提供を行うツールを開発することを目的とする。

調査協力の同意が得られた日本の介護老人福祉施設 5 か所の医師、看護職員および介護職員を対象として、無記名自記式質問紙を郵送で配布・回収した。対象となった職員 255 名のうち記入済調査票の返送があったのは 157 件（回収率 61.6%）であった。調査結果の集計においては、プレ調査の職員データ（日本：介護老人福祉施設の看護職・介護職 60 名、オランダ：ナースングホームの医師・看護職・介護職 80 名、イタリア：ナースングホームの医師・看護職 69 名）も比較参照した。

調査回答者の多くは介護職員であり、介護福祉士・ホームヘルパー 1 級・ホームヘルパー 2 級で合わせて 72.0% を占めた。看護師・准看護師の看護職員は 12.7% であった。回答者の中に医師はいなかった。全般的に冊子の内容に対する職員の受け入れ度は高く、全 26 項目中 12 項目において、「とても受け入れられる」という回答が 4 割以上を占めていた。冊子が提供する情報のバランスに関しては、「バランスはこれでよい」という回答の割合はいずれの項目でも 7 割前後を占めていたが、オランダやイタリアと比べると低い傾向があった。認知症における緩和ケアの教育ニーズは「ある」と回答した者が約 9 割であり、また利用者家族についてもニーズは「ある」という回答が多かった。認知症ケアにおける緩和ケアのあり方を検討する際には、医療従事者と利用者家族との関係や、経管栄養の受け取られ方といった点で、国ごとの特色を考慮する必要があると思われる。

A. 研究目的

わが国では諸外国に比べて、死亡場所に占める医療機関の割合が高いとされている。表 1 や図 1 に示すように、諸外国の死亡場所に占める医療機関の割合は概ね 60% 前後であるのに対し、日本では 2008 年で 81.1% となっている。介護施設における死亡は、欧米では 20% 近くを占めるのに対し、日本では 3.9% にとどまっている。

今後は日本においても、介護老人福祉施設をはじめとした介護保険施設で、高齢化・重度化が進む利用者への終末期ケアの提供が期待されている。しかし、利用者が認知症を有する場合、終末期ケアについて本人や家族と職員との間で意思決定を行う際には、さまざまな困難が伴うことが指摘されている (Nakanishi & Honda, 2009)。

諸外国の認知症ケアにおいては、近年、終末期に提供される緩和ケアを概念として位置づけ

る試みが進んでいる。カナダの Marcel Arcand が「アルツハイマー病協会」と共同で開発した、ナーシングホームにおける認知症をもつ人に対する終末期ケアの職員向けガイド「Comfort Care at the end of life for persons with Alzheimer's disease or other degenerative diseases of the brain, a guide for caregivers」は、エビデンスに基づいた緩和ケアの情報提供を行い、終末期ケアの意思決定を支援するツールである。本ガイドを用いて職員研修やケアの実践を行うことで、ナーシングホームで提供される終末期ケアの質が向上したことが示されている (Arcand et al, 2009)。医療経済研究機構は 2009 年にカナダ、オランダ、イタリアとの研究班に参加し、本ガイドを日本語に翻訳した冊子を作成して、冊子に対する日本の介護老人福祉施設 3 カ所の職員や利用者家族の評価を把握した。その結果、認知症ケアにおける緩和ケアへの考え方は職員と利用者家族で違いが見られたものの、両者共に緩和ケアの情報に対するニーズは高かった (医療経済研究機構, 2010)。こうした既存のガイド等をもとに、専門職や利用者家族の考え方について国際比較を行うことは、わが国の認知症ケアにおける終末期ケアのあり方を検討するうえで重要と考えられる。

本研究は、認知症ケアにおける緩和ケアのあり方について、より広範な介護老人福祉施設の職員の考え方を把握することで、わが国の認知症ケアのあり方を検討するとともに、国際比較の結果をふまえ、認知症ケアにおける緩和ケアの情報提供を行うツールを開発する。

B. 研究方法

本研究は、日本、カナダ、オランダ、イタリア、フランス、ベルギーにおけるナーシングホームの専門職および利用者家族を対象とした国際共同研究の一部である。本報告書では、国内の介護老人福祉施設の職員を対象とした無記名

自記式質問紙調査について記述する。

1. 対象

施設内での看取りの実績を有しており、調査協力に同意の得られた介護老人福祉施設 5 カ所の職員を対象とした。

対象となる職員は施設の医師、看護職員、および介護職員の計 255 名であった。各施設の基本属性および対象となった職員数の内訳は表 2 に示すとおりである。調査対象数の設定は各施設の調査担当者を通じて行った。

2. 調査方法

1) 調査ツールの作成

情報提供のツールとして Marcel Arcand が開発した、ナーシングホームの職員向けガイド「Comfort Care at the end of life for persons with Alzheimer's disease or other degenerative diseases of the brain, a guide for caregivers」を日本語に翻訳した冊子を用いた。本冊子は平成 20・21 年度医療経済研究機構自主研究事業「認知症高齢者に対する終末期ケアの国際比較」(以降、プレ調査)の結果をふまえて改訂されている。プレ調査と本調査における冊子の項目一覧を表 3 に示す。改訂版冊子では、全般的な記述をより中立的にしており、プレ調査結果をふまえ日本の状況にそぐわないと判断された内容(モルヒネによる疼痛緩和や宗教当局の見解など)は削除されている。

調査票は、Jenny T. van der Steen が開発した無記名自記式質問紙をもとに、日本における独自の項目を加えて用いた。

2) 調査手続き

情報提供の冊子および無記名自記式質問紙のセットを、各施設の調査担当者を通じて郵送配布した。記入済調査票は、回答者から医療経済研究機構へ直接返送された。

3. 調査内容

質問紙で調査回答者の基本属性、緩和ケアに関する考え方、冊子が提供する情報のバランス、冊子の全般的な有用性、認知症ケアにおける緩和ケアの教育ニーズについて把握した。

回答者の基本属性として年齢、性別、職種、高齢者ケアの経験年数、過去1年間で看取りに関わった利用者の人数を尋ねた。

緩和ケアに関する考え方として、冊子で記述されている各項目の内容に対する受け入れ度を5件法(1 全く受け入れられない～5 とても受け入れられる)で尋ねた。

冊子が提供する情報のバランスは、とくに慎重な考慮が必要と思われる5項目について、「緩和ケアに偏っている」「延命のケアに偏っている」「バランスはこれでよい」のいずれかで評価を依頼した。

冊子の全般的な有用性については、0点(全く役に立たない)から10点(非常に役に立つ)のVAS (Visual Analog Scale) で評価を依頼した。

認知症ケアにおける緩和ケアの教育ニーズでは、職員自身のニーズの有無に加えて、情報を提供する冊子に対する利用者家族のニーズの有無を尋ねた。

(倫理面への配慮)

調査の実施にあたり、医療経済研究機構倫理審査委員会の承認を得た。質問紙に添付した説明文書において、調査への参加は任意であり拒否しても何ら不利益は受けないこと、収集したデータは研究目的以外に利用しないこと、参加者のプライバシーが外部に漏れることはないことを明記して、調査への協力を求めた。記入済み調査票の回収をもって、対象者の本調査に対する同意が得られたものとした。

4. 調査時期

2010年9月1日から10月1日にかけて実施した。

5. 分析

プレ調査と同じ項目を用いている部分については、プレ調査の結果を比較参照した。なお、プレ調査における各国の対象職員数は以下の通りであった。

○日本：看護職13名、介護職44名、その他3名

○オランダ：オランダ語話者59名(医師28名・看護職7名・介護職24名)、英語話者21名(全て医師)

○イタリア：医師29名、看護職40名

オランダでは、冊子の原版(英語)とオランダ語版との比較を行うため、オランダ語話者と英語話者を対象に調査を実施した。

C. 研究結果

1. 調査回答者の属性

本調査に回答した職員の基本属性を表4に示す。回答者の多くは介護職員であり、介護福祉士・ホームヘルパー1級・ホームヘルパー2級で合わせて72.0%を占めた。看護師・准看護師の看護職員は12.7%であった。その他の職員としては資格はないが介護職員として勤務している者(8)、生活相談員・介護支援専門員(7)、社会福祉主事(2)、社会福祉士(2)、栄養士(3)、事務員(2)であった。回答者の中に医師はいなかった。

2. 緩和ケアに関する考え方

図2に、それぞれの項目に対する受け入れ度を示す。「とても受け入れられる」という回答の割合が高かったのは「治療をしないことと、何もしないこととの違い」(51.0%)や「利用者さんの意思を尊重することと、安楽死との違い」(45.2%)、また「利用者さんの意識がなくなったときの接し方」(45.2%)であった。全26項目中、12項目において、「とても受け入れられ

る」という回答が4割以上を占めていた。「とても受け入れられる」の割合が低かったのは「話し合いの中で意見がぶつかり、納得できないことがあるとき」(26.8%)や「チューブによる栄養補給(経管栄養)をしないことと、中止することの違い」(29.3%)、「利用者さんが食べたり飲んだりできなくなったとき」(32.5%)であった。

表5は、本調査とプレ調査の日本における受け入れ度の平均を示したものである。両方の調査で冊子に共通して含まれていた25項目中、22項目は本調査の方がプレ調査よりも受け入れ度の平均が高かった。本調査の方が受け入れ度の平均がプレ調査よりも低かった3項目については、平均値の差は0.1-0.3の範囲であり、大きなものではなかった。プレ調査では受け入れ度が低かった「心肺蘇生法」(平均3.28)、「静脈注射や点滴」(平均3.32)、「チューブによる栄養補給(経管栄養)をしないことと、中止することの違い」(平均3.49)、「医療機関への入院が必要なとき」(平均3.52)について、いずれも本調査では受け入れ度の平均が3.70以上であった。

3. 冊子が提供する情報のバランス

図3に、本調査とプレ調査における、冊子が提供する情報のバランスへの評価を示す。本調査において、「バランスはこれでよい」という回答の割合はいずれの項目でも7割前後を占めた。全5項目中の4項目で「バランスはこれでよい」の割合はプレ調査の日本の結果よりも高かったが、「チューブによる栄養補給(経管栄養)をしないことと、中止することの違い」では本調査の方が低かった。ただし、この項目では「緩和ケアに偏っている」という回答の割合も低くなっており、「延命のケアに偏っている」という回答の割合は高くなっていった。プレ調査におけるオランダやイタリアの結果と比べると、日本ではプレ調査でも本調査でも、「バランスはこれでよい」という回答の割合が低い傾向があった。

4. 冊子の全般的な有用性

表5は冊子の全般的な有用性の、本調査とプレ調査における平均を示したものである。本調査での有用性の評価は、プレ調査の日本の結果よりも高かったが、オランダやイタリアと比べると低いものであった。

5. 認知症ケアにおける緩和ケアの教育ニーズ

図4に、認知症における緩和ケアの教育へのニーズの結果を示す。本調査でもプレ調査の日本においても、職員の約9割がニーズはがあると回答しており、イタリアも同様であった。一方、オランダではニーズがあるという回答の割合は低かった。

図5は、認知症における緩和ケアの情報を提供する冊子へのニーズの結果を示す。プレ調査の日本においては、ニーズがあるという回答は7割であったが、本調査では86.0%を占めた。プレ調査の日本では、職員の教育ニーズに比べて利用者家族のニーズは低く見積もられていたが、本調査では同程度であった。オランダとイタリアにおいては9割以上が、ニーズがあると回答した。

6. 自由記載

上記の項目以外に、終末期の医療やケアのことについて自由記載で意見を求めたところ、回答職員が現場対応の中で感じた疑問や悩み、またそうした気持ちを他の人と分かち合う場所のなさについて、いくつかコメントがあった。

D. 考察

1. 緩和ケアに対する考え方

一般的に、プレ調査の日本の結果と比べて、冊子の内容に対する受け入れ度は高かった。プ

レ調査の結果をふまえて冊子を改訂したことにより、わが国の介護老人福祉施設の職員における受け入れやすさが向上したと思われる。

一方、「話し合いの中で意見がぶつかり、納得できないことがあるとき」に対しては、他の項目と比べて受け入れ度が低かった。この項目ではセカンドオピニオンや裁判外紛争解決(ADR)も紹介されているが、こうした方法はわが国においては馴染みが薄いと考えられる。また、医療的な選択をする場面において、利用者や家族が医師とは異なる立場で緩和ケアがよいのか延命治療をするべきなのか判断することは、日本の医師-患者関係の中では難しいと思われる(Kai et al, 1993)。そのため、この項目で提示されていた話し合いの方法に、回答者が現実味を感じられなかった可能性がある。

また「チューブによる栄養補給(経管栄養)をしないことと、中止することの違い」や「利用者さんが食べたり飲んだりできなくなったとき」も、比較的、受け入れ度の評価は低かった。「チューブによる栄養補給(経管栄養)をしないことと、中止することの違い」は、情報のバランスに関する評価も意見が割れており、オランダに比べると「バランスはこれでよい」の割合が低かった。諸外国の認知症ケアのガイドラインでは、終末期における経管栄養の実施にはエビデンスはないとして、これを推奨していない(Department of Health and Aging, 2009; Socialstyrelsen, 2010)。また医療倫理の観点からは、経管栄養をしないことと中止することとの間に違いはないとされている(箕岡・稲葉, 2008)。しかし、日本において経管栄養は医療ではなく日常的な食事の一環ととらえられており、それを中止することには抵抗感があるものと考えられた。

2. 認知症ケアにおける緩和ケアの教育ニーズ

本調査において、認知症における緩和ケアの

教育ニーズはありと回答した者が約9割であった。また、利用者家族についてもニーズはあるという回答が多く、プレ調査の日本やオランダで見られた職員の教育ニーズと利用者家族のニーズとのギャップは確認されなかった。本調査で用いた改訂版冊子はプレ調査と比べて中立的な記述となっており、冊子で紹介されている「緩和ケア」の印象が異なったためかもしれない。ただし、プレ調査と本調査の違いは、対象となった介護老人福祉施設における、利用者家族への情報提供に対する考え方の違いを反映している可能性もあり、解釈には慎重を要する。

また自由記載のコメントからは、それぞれの職員が日々の実践の中でどうすれば利用者の意思を尊重することになるのか、悩んでいる様子が見えられた。上述の調査結果からも、終末期におけるケアのあり方は一律に決めたいところがあり、それ故にケア提供者の考え方も揺れることがあり、またケアの中で感じた疑問や悩みを他者に打ち明けることも難しさがあると考えられた。例えば本研究で開発した冊子の使用方法として、冊子を資料のひとつとして参照しながら、施設内で終末期のケアに関する職員の考え方をお互いに交換したり、意識を共有したり、相談したりするといった用いられ方が考えられる。

E. 結論

日本の介護老人福祉施設5か所の職員を対象に、認知症ケアにおける緩和ケアへの考え方を把握した。調査には、Marcel Arcandが開発した、ナーシングホームの職員向けガイド「Comfort Care at the end of life for persons with Alzheimer's disease or other degenerative diseases of the brain, a guide for caregivers」を日本語に翻訳した冊子を用いた。全般的に、冊子の内容に対する回答職員の受け入れ度は高かった。認知症における緩和ケアの教育ニーズはありと回答した者が約9

割であり、また利用者家族についてもニーズはあるという回答が多かった。認知症ケアにおける緩和ケアのあり方を検討する際には、医療従事者と利用者家族との関係や、経管栄養の受け取られ方といった点で、国ごとの特色を考慮する必要があると思われた。ただし他国では調査回答者に医師が含まれているが、日本の調査では医師の回答が得られなかったため、そのような職種の違いも考え方の違いに影響している可能性がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. van der Steen JT, Toscani F, de Graas T, Finetti S, Nakanishi M, Nakashima T, Brazil K, Hertogh C M.P.M., Arcand M. Physicians' and nurses' perceived usefulness and acceptability of a family information booklet about comfort care in advanced dementia. *Journal of Palliative Medicine* (in press).
2. van der Steen JT, Arcand M, Toscani F, de Graas T, Finetti S, Beaulieu MD, Brazil K, Nakanishi M, Nakashima T, Knol DL, Hertogh C M.P.M. A family booklet about comfort care in advanced dementia: three-country evaluation. *Journal of the American Medical Directors Association* (in press).

2. 学会発表

1. Cees Hertogh, Tjomme de Graas, Jenny van der Steen, Franco Toscani, Miharu Nakanishi, Marcel Arcand. A family booklet on comfort care in dementia: Country-specific adaptations needed before implementation. *International*

Psychogeriatric Association 2010 International Meeting, Spain, September 28, 2010.

2. Jenny T. van der Steen, Franco Toscani, Tjomme de Graas, Silvia Finetti, Cees M.P.H. Hertogh, Miharu Nakanishi, Taeko Nakashima, Marcel Arcand. Practitioners' perceived usefulness and acceptability of a family booklet on comfort care in dementia. *Gerontological Society of America's 63rd Annual Scientific Meeting, LA, November 20, 2010.*

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

1. Nakanishi M, Honda T. Process of decision making and end-of-life care for patients with dementia in group homes in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 48(3): 296-299, 2009.
2. Arcand M, Monette J, Monette M, Sourial N, Fournier L, Gore B, Bergman H. Educating nursing home staff about the progression of dementia and the comfort care option: impact on family satisfaction with end-of-life care. *Journal of the American Medical Directors Association* 10(1): 50-55, 2009.
3. Kai I, Ohi G, Kobayashi Y, Miyama T, Niino N, Naka K. Communication between patients and physicians about terminal care: A survey in Japan. *Social Science & Medicine* 36(9): 1151-1159.
4. Department of Health and Aging (Australia). *Dementia Resource Guide*. December 2009. Available at: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-dementia-resource-guide.htm>
5. Socialstyrelsen (Sweden). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*

2010 – Stöd för styrning och ledning. May 2010. Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>

6. 箕岡真子, 稲葉一人. ケースから学ぶ高齢者ケアにおける介護倫理. 東京: 医歯薬出版株式会社, 2008年11月.