

## B. 研究方法

### 1. 対象

イングランド、オーストラリア、オランダ、スウェーデン、デンマーク、日本の6か国を対象とした。

### 2. 調査方法

各国の保健医療福祉担当省や研究機関のサイトを通じて、以下の認知症ケアに関する政府資料およびそれに準ずる文献を収集した。

#### 【イングランド】

- Department of Health. Living with dementia: A National Dementia Strategy. February 2009

#### 【オーストラリア】

- Australian Institute of Health and Welfare. Transitions in care of people with dementia A systematic review. February 2009
- KPMG. Dementia services pathways – an essential guide to effective service planning. February 2011

#### 【オランダ】

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie, Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementia. May 2009
- Vilans, Zorgprogramma Dementie <http://www5.vilans.nl/smartsite.dws?id=113127>

#### 【スウェーデン】

- Socialstyrelsen. Kartläggning av resurser för vård och omsorg vid demenssjukdom. November 2009
- Svenskt Demens Centrum <http://www.demenscentrum.se/>

#### 【デンマーク】

- Socialministeriet og indenrigs- og Sundhedsministeriet. Kortlægning af

demensområdet i Danmark 2010. December 2010

#### 【日本】

- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書. 2008年7月
- 厚生労働省, 認知症対策 [http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index\\_ninchi.html](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index_ninchi.html)

### 3. 調査内容

各国の、診断および支援体制の構築に至るまでの認知症ケアパスや、保健医療福祉の連携体制を把握した。

(倫理面への配慮)

本研究は文献調査であり倫理面への配慮は必要ない。

## C. 研究結果

### 1. イングランド

認知症の診断を行う二次医療機関として、「もの忘れ外来 (memory clinic)」の整備が進められている。高齢者 (精神) 専門職チームは、「地域精神保健チーム (Community Mental Health Team, CMHT)」などの、NHS トラストが運営する二次医療機関が担い、在宅で生活する認知症の人の BPSD に対応している。

社会サービスは基礎自治体が運営しており、ソーシャルワーカーなどの自治体職員が、在宅から施設に入所した後も継続してマネジメントを行う (図4)。

### 2. オーストラリア

各州に認知症の診断を行う「もの忘れ外来」や、認知症の人の BPSD に対応する「認知症行動マネジメント助言サービス (Dementia Behaviour Management Advisory Service, DBMAS)」があるが、整備状況は地域によって

異なる。DBMAS は主としてケア提供者に対する助言指導を行っており、必ずしも認知症の本人に直接的な支援を提供するわけではない。

高齢者に対する社会サービスには主として二つの制度がある。地域在宅ケア法に基づく在宅ケアパッケージ (HACC) と、高齢者ケア法に基づく在宅ケアパッケージ (CACF, EACH, EACH-D) もしくは施設ケアパッケージのいずれが適用されるか、アセスメントを経て判断される必要がある。ケアマネジメントはそれぞれパッケージを提供するケア事業者が行う。そのため、どの法律/パッケージが適用されるかによって、ケアマネジメントの主体は異なってくる (図5)。

### 3. オランダ

一部の地域では、認知症の診断を行うもの忘れ外来 (geheugenpoli) や、認知症の人の BPSD に対応する老年科チーム (geriatrische team) が設置されている。これらは医療保険に属するものもあれば、特別介護保険に属するものもある。

社会サービスには主として、特別介護保険法に基づく介護サービスと、社会支援法に基づく基礎自治体のサービスとがある。日本のケアマネジャーや地域包括支援センターのような機関は存在しない。医療機関、在宅ケア、ナーシングホームや基礎自治体の職員といったさまざまな場所に、高齢者コンサルタント

(consultatiebureaus ouderen) や高齢者アドバイザー (ouderenadviseur) などの権利擁護に関する相談員が配置されている (図6)。

### 4. スウェーデン

認知症の診断は、通常は一次医療で行われるが、一部の地域では、二次医療機関として「もの忘れ外来 (minnesmottagningen)」が設置されている。認知症の人の BPSD に対応する多職種チームとして、「BPSD チーム (BPSD-teamet)」を設置している医療機関や基礎自治体がある。

社会サービスは基礎自治体が運営し、施設に入所してからもマネジメントを行う。多くの自治体で認知症看護師が雇用されており、認知症の人のケアマネジメントにあたっている。また各基礎自治体に配置されている医療責任看護師は、特別な住居のマネジメントを統括していることが多い (図7)。

### 5. デンマーク

認知症の診断を行う二次医療の多職種チームは地域によって形態が異なり、「もの忘れ外来 (hukommelsesklīnik)」や「認知症外来 (demensklīnik)」等の名称で存在している。これらの機関は診断後のフォローアップも一定期間行っており、認知症の人の BPSD に対応する。

社会サービスは基礎自治体が運営し、施設に入所してからもマネジメントを行う。多くの自治体で「認知症コーディネーター

(demenskoordinator)」や「認知症コンサルタント (demenskonsulent)」が雇用されており、認知症の人のケアマネジメントにあたっている (図8)。

### 6. 日本

認知症の診断を行う認知症疾患医療センターの整備が進められている。他国の BPSD に対応している二次医療機関に相当するものはない。

社会サービスは介護保険法に基づく介護サービスが中心となる。在宅にいる間は居宅介護支援専門員がケアマネジメントを実施するが、利用者が施設に入所すると施設の生活相談員や介護支援専門員などに交代する (図9)。

## D. 考察

### 1. 国によるケアパスの違い

#### 1) 社会サービスにおけるケアマネジャー

イングランド、スウェーデン、デンマークで

は、いずれも基礎自治体が社会サービスの運営主体となっており、認知症ケアにおけるケアマネジャーの役割を果たしている。これらの国では利用者が施設に入所した後も、ケアマネジメントが継続して行われる。

オーストラリアは障害者と高齢者とで、それぞれ異なる制度があり、上記の国に比べてやや複雑である。いずれも広域自治体が運営主体であり、最初の窓口は「連邦レスパイト・ケアリンクセンター」となっている。実際にケアマネジメントを行うのは、それぞれのサービスパッケージを提供する事業者である。施設に入所した際は、ケアマネジメントの主体が在宅サービスパッケージから施設サービスパッケージへと移る。

オランダは、日本と同様に社会サービスに保険方式を導入しているが、日本のケアマネジャーや地域包括支援センターのような機関は存在しない。そのため、どこがケアマネジメント機能をもつのか明らかではない。現状では、サービス利用者の権利擁護や、市場機能の監査およびケアの質に関する様々な制度を活用して、ケアマネジメントをしているものと思われる。

日本では、認知症の人を対象とした社会サービスは主に介護保険制度下で提供されており、在宅にいる間は居宅介護支援専門員がケアマネジメントを実施する。施設に入所した際は、ケアマネジメントの主体が施設の生活相談員等へと移る。

## 2) BPSD に対応する保健医療サービスチーム

イングランドでは、二次医療の精神科が認知症の人の BPSD に対応している。オーストラリア、オランダ、スウェーデン、デンマークでは精神科を含む複数科にまたがる専門性を有する多職種チームが設置されている。これらの多職種チームは外来を中心とした支援アプローチを用いている。日本では両者に相当するような一定の機関はない。

## 2. 共通する課題

### 1) 専門職の育成

諸外国における保健医療サービスと社会サービスの連携体制は、新たなコーディネーターなどを設けるのではなく、社会サービスの側でケアマネジメントを実施する者が保健医療サービスと連携するという形態が主であった。

ケアパスの起点となる認知症の診断を適切に行える体制として、もの忘れ外来の整備が進められていた。またこれらの二次医療につなげるために、GP（家庭医）や一次医療の医師への教育が必要とされていた。

### 2) 民間事業者の参入

社会サービスの運営主体が自治体であるイングランド、スウェーデン、デンマークにおいても、実際のサービス提供には民間事業者が参加しており、その割合が拡大する傾向にある。オーストラリアや日本では民間事業者がケアマネジメントを実施しており、施設に入所するとそこで施設にマネジメントの主体が移る。こうした民間事業者の参入の拡大に伴い、認知症ケアの質をどのように担保するかが、共通の課題となっている。民間事業者の参入によって利用者の選択の幅は広がる一方で、選択に必要な情報開示の方法や、認知症の人の意思決定をどのように行うかといった権利擁護の課題も生じている。

## E. 結論

保健医療サービスにおいては、認知症の診断を行う「もの忘れ外来」や、認知症の人の BPSD に対する「多職種チーム」等の二次医療機関の確立が各国で進められていた。イングランド、スウェーデン、デンマークでは基礎自治体が社会サービスの運営主体となっており、利用者が施設に入所した後も、ケアマネジメントが継続

して行われる体制になっていた。オランダの社会サービスには日本の介護支援専門員や地域包括支援センターに相当する機関がなく、オーストラリアは在宅と施設とでパッケージやケアマネジメンツの主体が異なっていた。いずれの国も、保健医療福祉の連携体制の構築にあたっては、社会サービスの側でケアマネジメンツを実施する者が保健医療サービスと連携する形態が中心であった。

これらの結果から、日本の認知症ケアにおける保健医療福祉の連携体制を構築するにあたり、初期診断から社会サービスへの紹介のパスの確立、保健医療サービスと社会サービスのコーディネート機能を有する社会サービスのケアマネジャーの養成、認知症の人の在宅生活を支援する二次医療の確立と拡充などの課題がより明確になった。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. 中西三春, 中島民恵子. はじめて学ぶ地域包括ケアの「考え方」と「実践法」 連載第2回 海外における介護, 福祉サービス(社会サービス)と「地域包括ケア」. 達人ケアマネ 6(1): 87-91, 2011.

### 2. 学会発表

1. 中島民恵子, 中西三春. 特別講演 IX 海外における認知症ケアの現状. 第12回日本認知症ケア学会大会, 横浜市, 2011年9月25日

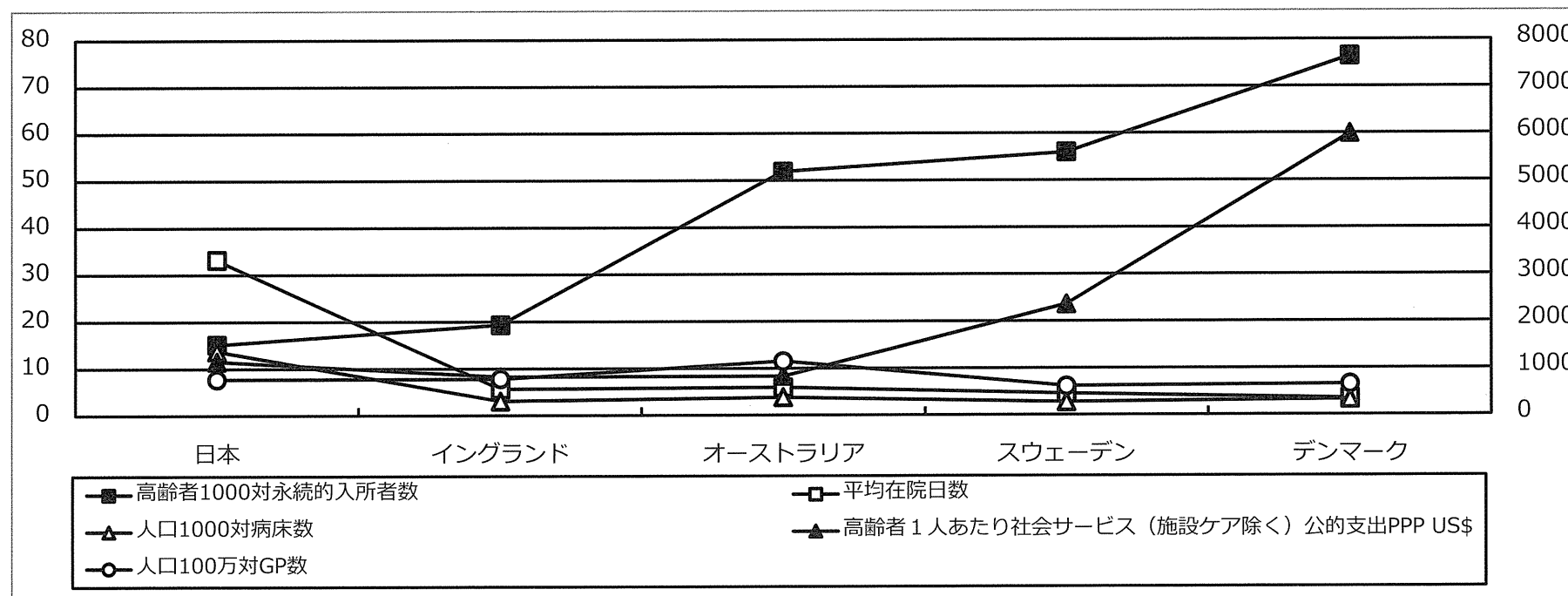
## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図1 保健医療福祉サービスの資源配置と社会サービスの利用状況 (2009年)

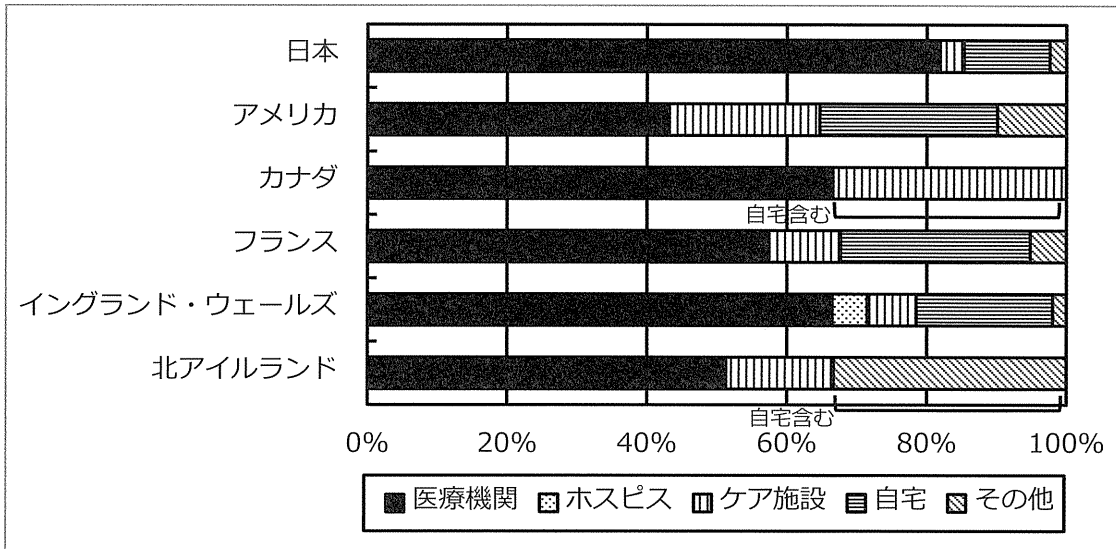
高齢者 1000 対永続的入所者数

平均在院日数、病床数、GP 数、社会サービス公的支出



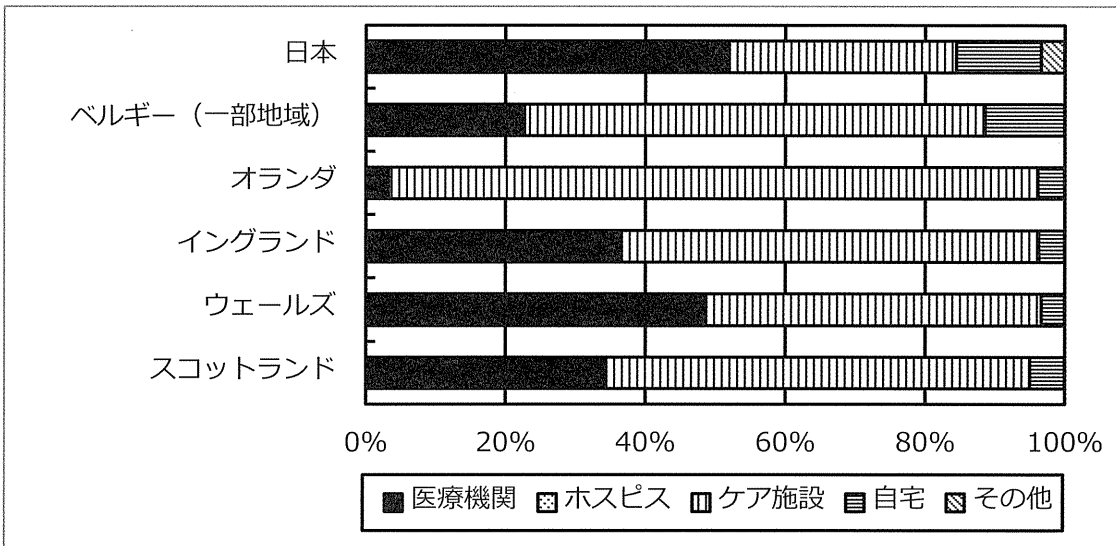
総務省. 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査; 厚生労働省. 介護保険事業状況報告 (平成 22 年 5 月分); 厚生労働省. 平成 21 年度介護保険事業状況報告; 厚生労働省. 平成 21 年度病院報告; 厚生労働省. 平成 20 年度医師・歯科医師・薬剤師調査; Office for National Statistics. Mid Year Population Estimates 2009; The NHS Information Centre. Adult Social Care Statistics. Community Care Statistics: Social Services Activity, England 2009-10 (further release); The NHS Information Centre. Provider level analysis for HES admitted patient care 2008-09 and 2009-10; Department of Health. NHS Organisations in England 2009-2010; Department of Health. General Practice Staff 2009; Australian Bureau of Statistics. 3235.0 - Population by Age and Sex, Regions of Australia; Australian Institute of Health and Welfare. Residential aged care in Australia 2009-10 A statistical overview; Productivity Commission. Report on Government Services 2011-chapter 13 Aged care services; Australian Institute of Health and Welfare. Australian hospital statistics 2009-10; Australian Institute of Health and Welfare. Medical labor force 2009; Statistics Sweden. Tables on the population in Sweden 2009; Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning - regiform m.m. för vissa insatser år 2009; Statistics Sweden. Kostnad för kommunernas äldre- och funktionshinderomsorg efter region, omsorg och; Socialstyrelsen. Patientregistret för 2009 ur ett DRG-perspektiv. September 2011; Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2009 Verksamhetstabellerna; Socialstyrelsen. Statistikdatabasen, Hälso- och sjukvårdspersonal; StatBank Denmark. BEF5: Population 1st January by sex, age and country of birth; StatBank Denmark. RESI01: Clients in nursing dwellings and dwellings for the elderly by region, age and type of measure; StatBank Denmark. REGK31: Accounts of municipalities (1000 kr) by region, function, dranst, and kind (2007-2010); Sundhedsstyrelsen. Nøgletal om sundhedsvæsenet, 2. kvartal 2011; Sundhedsstyrelsen. Antal sengepladser pr. 3112-2009 fordelt på sygehuse og regioner; Sundhedsstyrelsen. Ydere inden for praksissektoren (Almen lægehjælp)

図2 死亡場所の分布 (2007年)



厚生労働省. 平成19年度人口動態統計; National Center for Health Statistics. Health, United States, 2010 With Special Feature on Death and Dying; Statistics Canada. CANSIM-Table 102-0509 - Deaths in hospital and elsewhere, Canada, provinces and territories, annual; Insee. Données détaillées des statistiques d'état civil sur les décès en 2007; Office for National Statistics. Mortality statistics Deaths registered in 2007, Review of the National Statistician on deaths in England and Wales, 2007; Northern Ireland Statistics and Research Agency. Registrar General Annual Report 2007.

図3 認知症の人の死亡場所



日本 (2010年) 厚生労働省. 平成22年度人口動態調査  
 諸外国 (2003年) Houttekier et al. Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries. Journal of the American Geriatrics Society 58: 751-756, 2010

図4 イングランドの認知症ケアパス、保健医療福祉の連携体制

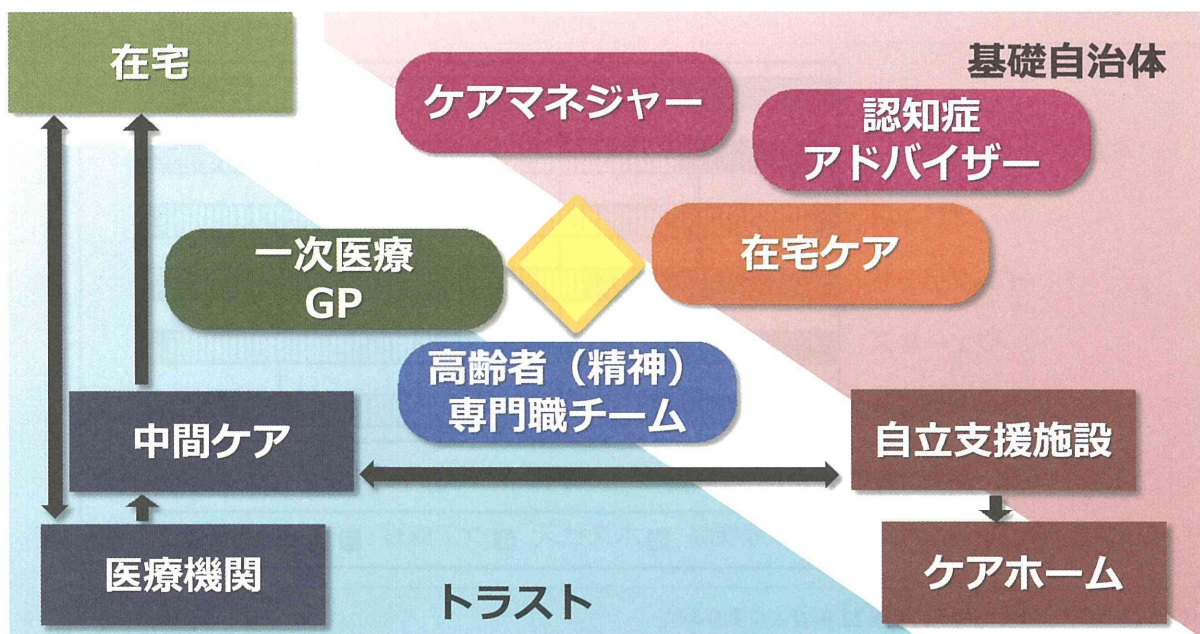
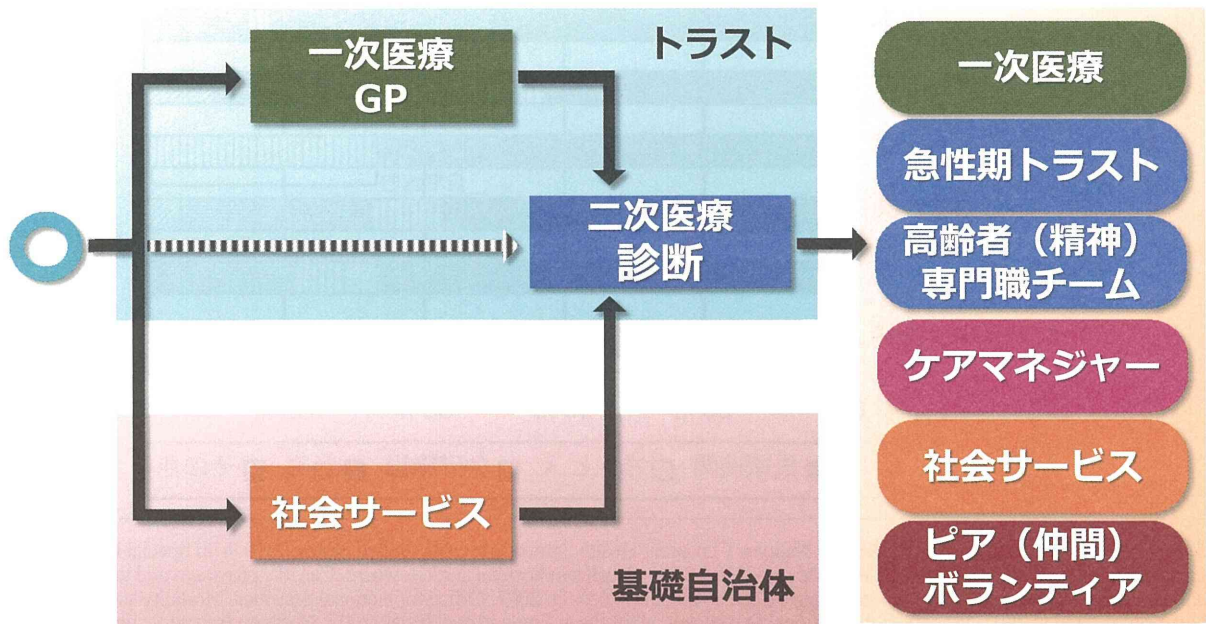


図5 オーストラリアの認知症ケアパス、保健医療福祉の連携体制

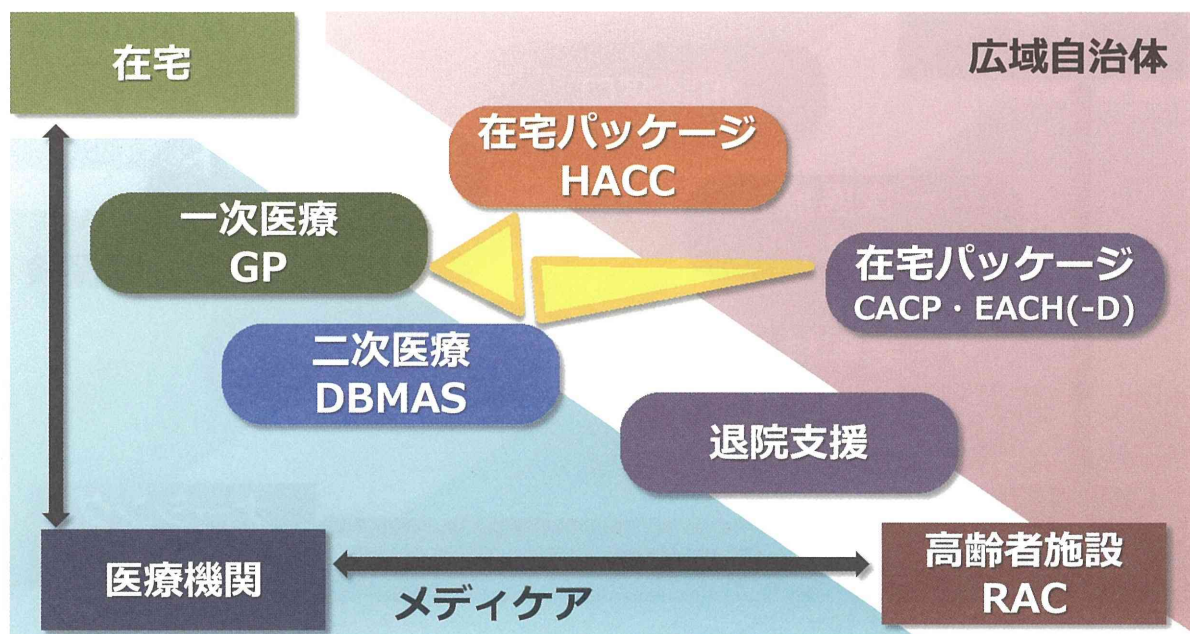
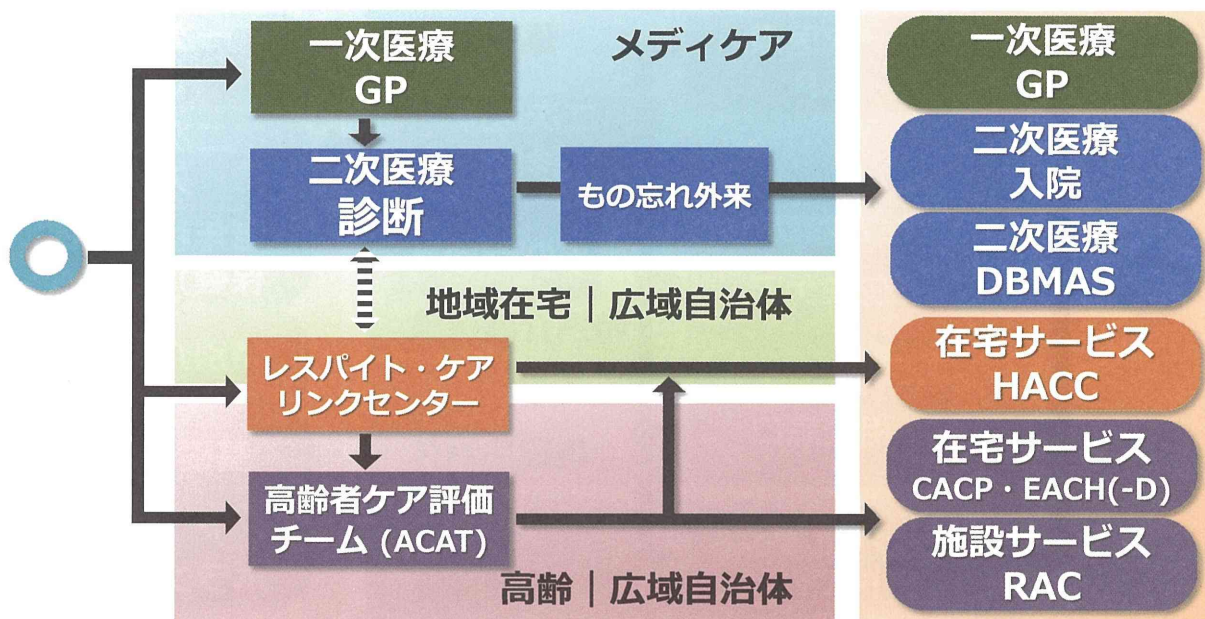




図6 オランダの認知症ケアパス、保健医療福祉の連携体制

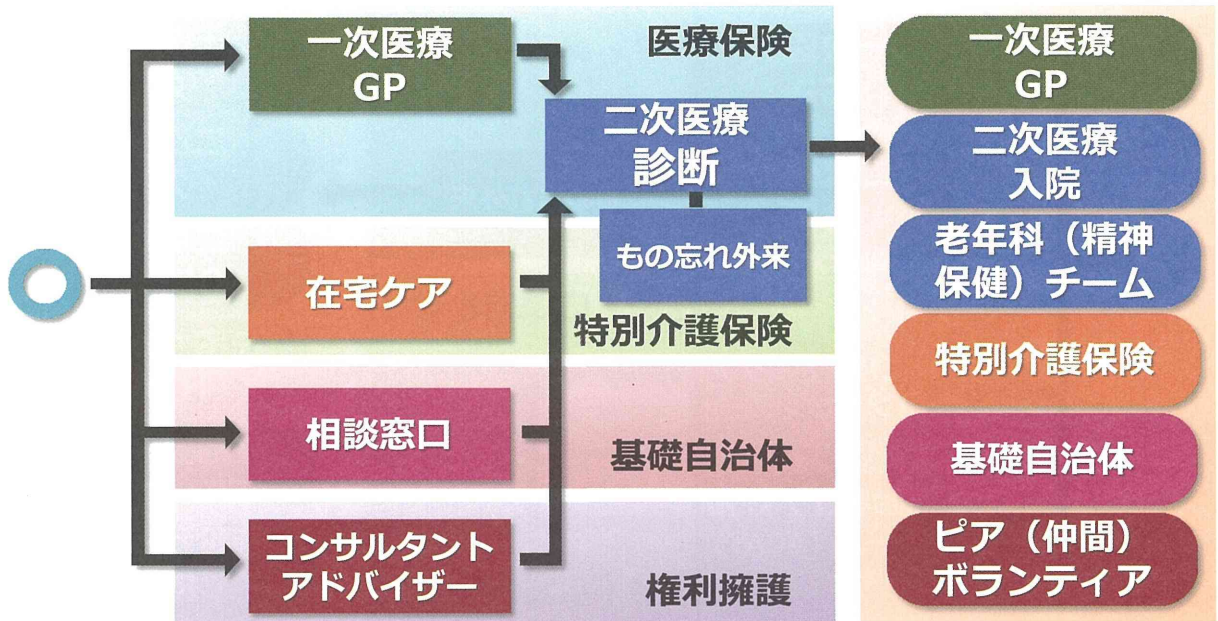


図7 スウェーデンの認知症ケアパス、保健医療福祉の連携体制

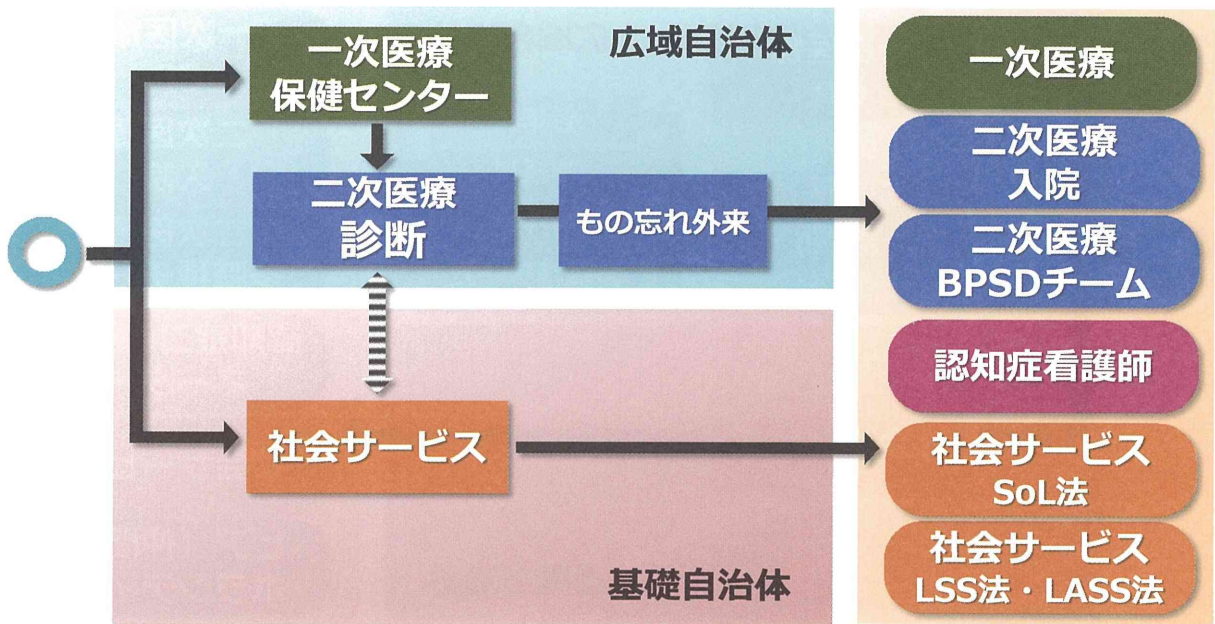


図8 デンマークの認知症ケアパス、保健医療福祉の連携体制

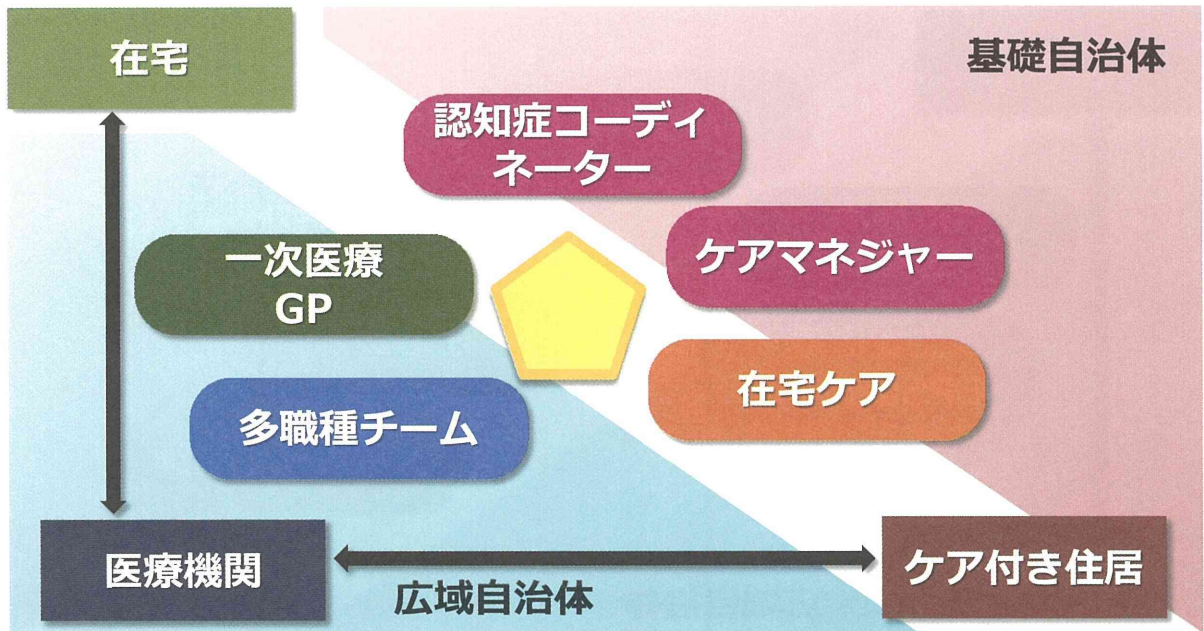
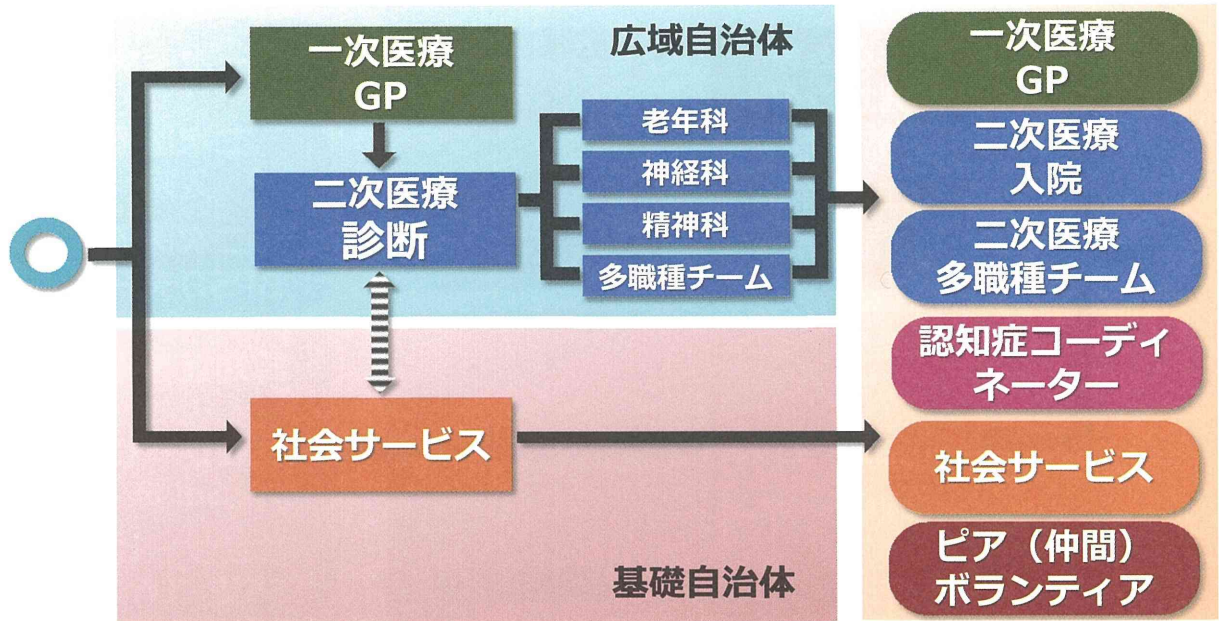
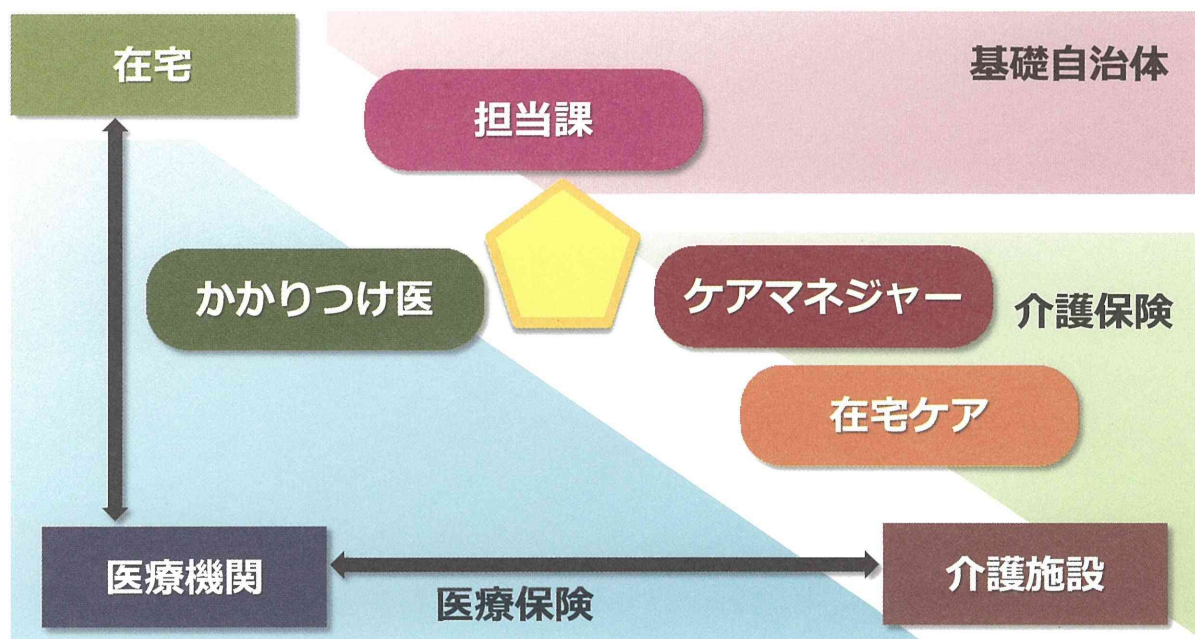
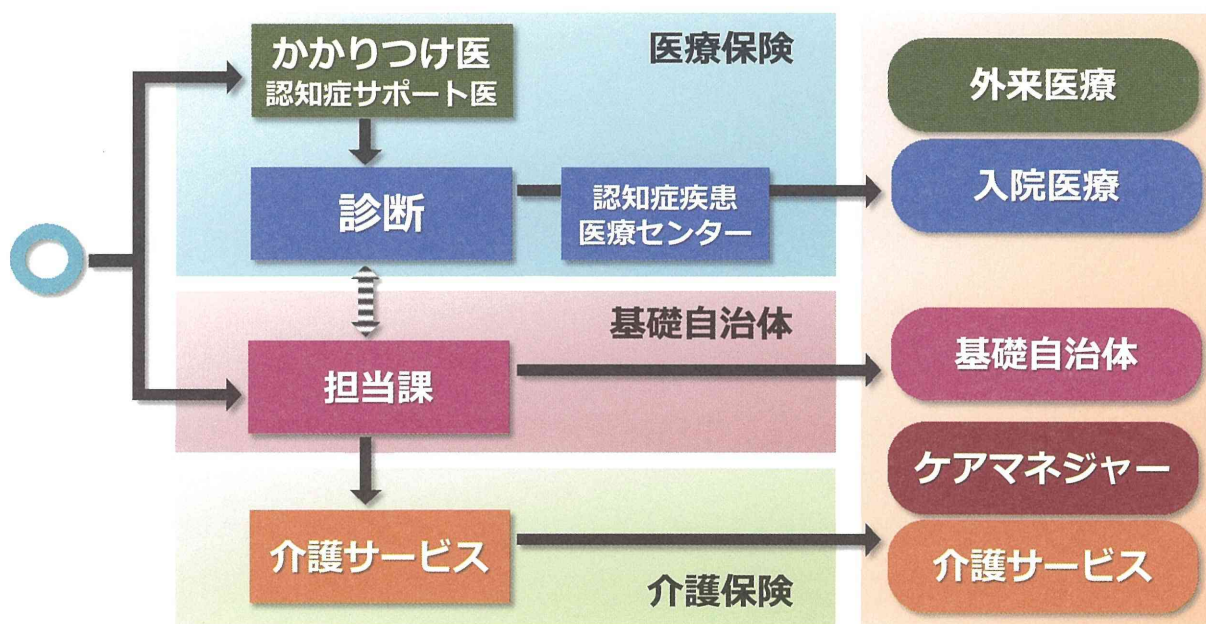


図9 日本の認知症ケアパス、保健医療福祉の連携体制



平成 23 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」分担研究報告書  
【研究 3】「ケースを用いた各国の認知症ケアパスに関する調査」

研究分担者 中島 民恵子 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構  
研究分担者 中西 三春 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構  
研究分担者 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

#### 研究要旨

本研究は、ケースビネット法（仮想的質問法）を用いて、共通した認知症の人のケースに対する具体的な支援内容を明らかにし、各国の支援の共通点、相違点および認知症の人に対するケアパス（care pathway）を示すことを目的とする。

調査対象国は、イングランド、オーストラリア、オランダ、スウェーデン、デンマークである。対象者は、認知症ケアに従事しているソーシャルワーカー・ケアマネジャー等に相当する専門職であり、昨年度の研究協力者などを通してコンビニエント・サンプリングによって選定した。イングランド、オランダ、スウェーデン、デンマークについては WEB 上での回答を求め、オーストラリアについては、現地調査にてヒアリング調査を実施した。質問紙内容としては、一人暮らしの女性が認知症の初期段階を疑われる状態にあり、家族はいるが遠方で訪問できない状況で、どのような支援やサービスが提供されるのか、また症状の変化に伴い支援やサービス内容、専門職の関わりがどのように変化するかなど、その国で通常想定される支援内容を回答してもらった。

調査に対して、18 名からの回答が得られた。初期介入、認知機能の評価を含む対面でのアセスメント、サービス等のコーディネート各ステージにおいて、関与する機関が同一である国と、異なる国とがあった。提供サービスに関しては、ほぼ全ての国において、①食事や衛生状態の改善等のための家事・身体サービス、②服薬支援、③認知機能を活性化するためのデイケア等における活動（アクティビティ）や地域資源の活用、アラームの設置等があげられていた。自立に向けての配慮としては、パーソンセンタードケアの視点を中心に、残存機能をより活かしていくことができる刺激等が得られる機会の提供が重視されていた。

また、一部の国では国家戦略やそれに関わる資料で認知症のケアパスを示しているが、それらと調査の回答をもとに作成したケアパスとは必ずしも一致していなかった。とくに認知症の確定診断や BPSD に対応する二次医療を提供する保健医療サービスへのアクセスが想定されていない回答が見られた。日本の認知症ケアにおける保健医療サービスと社会サービス提供におけるパス作成とともに、それらを定着していくための取り組みも合わせて検討していくことが必要と考えられた。

## A. 研究目的

平成 22 年度の分担研究「認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向に関する国際比較研究」では、各国の認知症に関する制度やステージをふまえたサービス内容等を明らかにした。

本研究は、ケースビネット法（仮想的質問法）を用いて、共通した認知症の人のケースに対する具体的な支援内容を明らかにし、各国の支援の共通点、相違点および認知症の人に対するケアパス（care pathway）を示すことを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 対象

対象者は、イングランド、オランダ、スウェーデン、デンマーク、オーストラリアの調査協力で同意の得られた認知症ケアに従事しているソーシャルワーカー・ケアマネジャー等に相当する専門職である。

対象者数は、イングランド5名（ニューカッスル）、オーストラリア4名、オランダ4名（アムステルダム）、スウェーデン4名（シェーブデ）、デンマーク3名（ミドルファート）である。対象者は昨年度の研究協力者などを通してコンビニエント・サンプリングによって選定した。

### 2. 調査方法

#### 1) ケース内容

遠方に住む息子から連絡をうけた場合の初動時期（ストーリー1）、社会サービスの利用開始時期（ストーリー2）、認知症の症状や行動障害の増大時期（ストーリー3）の3つのストーリーを分け、それぞれの段階ごとに関連する質問項目を作成した。

具体的なケースの内容は以下の通りである。

#### 【ストーリー1】

Ivyさんは85歳の女性で、10年前に夫に先立たれ、ひとり暮らしをしている。息子(60歳)と娘(58歳)は車で3時間以上かかる遠方に住んでおり、近隣に親族はいない。近隣との付き合いもない。息子が電話をかけたところ、何度かけても出ないので、何かアクシデントが起きたか、病気ではないかと心配になった。女性が住む市役所に連絡し、母親の具合を見てきてほしいと依頼した。市役所からの連絡を受けて、市の保健師が自宅を往訪、呼び鈴への返答はあったがドアを開けてもらえなかった。

#### 【ストーリー2】

翌日、再度訪問して、息子さんからの依頼で

あることなどを伝えると家に入れてもらえたが、Ivyさんはしばらく入浴していない様子で、家の床にもゴミが散乱していた。調理済み食品の容器が捨てられており、食事はとっている様子であったが痩せていた。会話をしても、同じことを何度も言ったり、時間や日付の認識が不明瞭であった。

#### 【ストーリー3】

半年後、Ivyさんはもの忘れが進み、水栓や火の元の管理ができなくなってきた。徘徊や介護への抵抗などの症状もしばしばみられるようになった。彼女自身が在宅継続を希望しているかどうかの意思が不明瞭な状況である（事前意思は示されていない）。

#### 2) 調査手続き

イングランド、オランダ、スウェーデン、デンマークについてはWEB上での回答を求め、オーストラリアについては、現地調査にてヒアリング調査を実施した。

### 3. 調査内容

ストーリー1では、「息子が老齢の母親と連絡がつかない」といった場合に、息子が最初に連絡・相談する機関および訪問する役割を担う機関に関して尋ねた。

ストーリー2では、アセスメントの担当機関、職種・チームについて、認知症の診断の必要性の有無、サービス提供主体、治療薬の処方機関等に関して尋ねた。

ストーリー3では、在宅継続の可否について尋ね、継続できる場合の支援方法、継続できない場合の意思決定者、移行先に関して尋ねた。

#### （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。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。回答の送信をもって、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

2011年12月20日から2012年1月20日にかけてWEB調査を実施した。なお、オーストラリアに関しては2011年10月18日から21日にかけて実施した。オーストラリアの現地調査報告は末尾にまとめた。

### C. 研究結果

#### 1. 調査回答者の属性

本調査の回答は18名（イングランド4名、オーストラリア4名、オランダ4名、スウェーデン3名、デンマーク3名）から得られた。国ごとに名称が様々であるが職種としては、ソーシャルワーカー、ケースマネジャー、認知症看護師、地区の精神科看護師等であった。

#### 2. 各国の支援

##### 1) イングランド

イングランドでは、初期介入に関しては警察もしくはIvyさんが住んでいる自治体の社会サービスとの回答が得られた。社会サービスに連絡があった場合でも、要請に応じてドアを開ける権力を持っている警察に連絡することを伝えるとの意見もあった。訪問に際しては、警察官に加え、必要に応じてGP（かかりつけ医）、ソーシャルワーカーがあげられていた。

アセスメントは概ね自治体の社会サービスが行い、チームとしてはソーシャルワーカーを中心にかかりつけ医や精神科医、作業療法士、地域看護師等が協力する形態があげられていた。なお、「理想的には、GPが高齢者のメンタルヘルスサービスにコンタクトを取ることで、多職

種による専門チームが彼女のアセスメントに参加する。そうでなければ、高齢者チームによるアセスメントに紹介」との意見も示されていた。認知症の確定診断に関しては不要が3名、必要が1名であり、必要との回答には「Ivyさんの医師から地域の健康課にメンタルヘルス（精神科）の検査と診断をお願いする」と示されていた。

コーディネート機能を担うのは、基本的にはソーシャルワーカーとされているが、それぞれの回答者のあげている名称は様々であった。具体的なサービスとしては、「衛生状態（体を清潔にする、排泄処理を適切にする等）や適切な食事を取っているか、水分の摂取状況、処方薬を適切に飲んでいるかなど、対象者に必要なケアの提供。買い物や家事支援、デイケアや図書館といった地域の資源を通じた、社会的刺激を得ることの支援」や「ケア者が食事準備や服薬を促したり、パーソナルケア（整容や入浴等）や掃除などを支援する。コミュニティ・ケア・アラームの設置と週数日のデイサービス」があげられていた。自立に向けての配慮としては、「可能な限り自立支援するために、出来ること・出来ないことの観察からサービスの必要性を判断する」、「食事のプランをまとめたカレンダー（日時）の確認など。デイサービスでは、彼女の脳に刺激を与えるような活動（アクティビティ）への参加を促す」などがあげられていた。認知症の治療薬の処方に関しては、主に「地域精神保健チーム（Community Mental Health Team）の精神科医があげられていた。

BPSD症状が出ている状況のIvyさんに関して、全ての回答者が在宅生活を「継続できる」との回答であった。とくに継続にあたり、服薬の支援の必要性があげられていた。

##### 2) オーストラリア

オーストラリアでは、初期介入に関しては全ての回答者より、警察との回答が得られた。訪

間に関しては、区役所、ACAT、レスパイト・ケアリンクセンター等があげられていた。

アセスメントは、基本的に ACAT が行うこととされている。老年科医も ACAT のチームの 1 員として含まれているため、認知症の疑いがある場合は MMSE を使ったアセスメントを行う。より専門的な診断や治療等が必要な場合はかかりつけ医 (General Practitioner, GP) につなぎ、「もの忘れ外来」(The Cognitive, Dementia and Memory Service (CDAMS)) へ紹介する。

具体的なサービスとしては、対象となるケアパッケージにもよるが「他の人と交流するという目的で、アクティビティグループを導入する。介護士が身の回りの世話をする。配食サービスを手配する」などの回答があった。また、CACP などのパッケージが適用された場合はケースマネジャーがつくこととなる。自立に向けての配慮としては、「Ivy さんがもともとどのような人だったかを検討し、コミュニティとのつながりがあれば (例えば、日曜は教会に通うことやアートグループに参加していること等) 継続していくべきである」等、これまでの暮らしと楽しみの継続と QOL を重視する点が示されていた。

BPSD 症状が出ている状況の Ivy さんに関しては様々な意見が示された。水の出しっぱなし等に関しては、ツールで対応できるとの回答も得られていたが、BPSD が重症化した場合には医療的なレビューが必要であり、独居生活のリスクが高い場合は施設入所の必要性があげられていた。

### 3) オランダ

オランダでは、初期介入に関しては全ての回答者より、連絡先も訪問者も GP との回答が得られた。

アセスメントは全ての回答者より、GP による申請手続きのもと、機関は中央介護評価認定機関 (CIZ) によって行われるとの回答が得られた。また、必要に応じて GP から教育を受け

たボランティアが所属する NPO 等へ緊急ケアの提供がなされる場合もあるとのことであった。認知症の確定診断に関しては、まず GP による判断がなされる。

サービスのコーディネートに関しては、社会援助法に基づき各市町村が責任を持ち、ソーシャルワーカーが行うとの回答が得られた。また、提供サービスとしては家事援助があげられ、自立に向けての配慮としては、認知症はキュア (cure) ではなくケア (care) で支援するという視点から、刺激を得られるデイケアセンターの利用等があげられていた。なお、抗認知症薬の処方方は GP によって処方されるとの回答であり、GP の役割が大きかった。

BPSD 症状が出ている状況の Ivy さんに関して、本人の希望が明確であってもなくても、全てが中央介護評価認定機関から出た評価に基づき在宅継続・施設入所が決定されることが示されていた。これらの評価が無い場合はサービス利用、施設等移行はできないが、有料のプライベート施設に関しては希望があれば移れるとのことであった。

### 4) スウェーデン

スウェーデンでは、支援に関しては社会サービス法 (SoL) や保健医療法 (HSL 法) 等に規定されているが、もし Ivy さんの息子がこれらを知らずに情報が無く、家に入る許可が無い場合は、警察が訪問するとの回答が得られた。もし、知っている場合はアシスタントオフィサーや認知症看護師等が訪問する。実際の訪問は、支援 (アシスタント) 部門が行う。

アセスメントは自治体の支援部門が責任を持ち、対象者のニーズに応じて専門機能を集めて協働するユニットが形成される (医師、地域の看護師、認知症看護師、作業療法士、精神療法士、後見人等)。認知症の確定診断に関しては不要との回答であった。

コーディネート機能を担うのは、先ほどの協



働ユニットとの回答が得られた。具体的なサービスとしては、「家の管理（家事やメンテナンスなど）、個別ケアや日々の活動援助、認知機能を補助する様々な種類のアラーム」があげられていた。自立に向けての配慮としては、パーソンセンタードケアの視点を持ち、スタッフの継続的な関わりや教育があげられていた。なお、認知症の治療薬の処方に関しては、保健センターが担当するとのことであった。なお、保健センターは認知症疑いや認知障害に対応し、全ての薬の処方について担当している。

BPSD 症状が出ている状況の Ivy さんに関して、全ての回答者が在宅生活を「継続できる」との回答であった。支援に関しては、保健センターの医師が薬を処方し、地区の看護師が服薬管理をすることを基本に、ニーズに応じた対応を行う。また、サービスについては、多職種連携を基本に、ケアサービスの継続性を確保し、ホームヘルプによる頻回な訪問や週 5 日の活動参加等があげられていた。

## 5) デンマーク

デンマークでは、初期介入に関しては概ね 24 時間連絡をすることが可能な在宅ケアセンター（自治体の管轄）が対応するとの回答が得られた。訪問者は、看護師もしくはケア者（ソーシャル&ヘルスケアヘルパー）であった。

アセスメントは認知症コーディネーター、在宅ケアの看護師、ケアマネジャー等が行い、チームとしては、自治体からの在宅ケアチームがあげられていた。認知症の確定診断に関しては、病院勤務の地区の精神科看護師は必要との回答であったが、認知症コーディネーターおよび高齢者ホームのマネージャーは不要との回答であった。

認知症コーディネーター中心に在宅における看護・介護サービスをコーディネートするとの回答が得られた。具体的なサービスとしては、「週に 1～5 回のデイケアセンター、数週間の

レスパイトケア、もし在宅での一人暮らしが困難であれば、グループホーム」があげられていた。自立に向けての配慮としては、Ivy さんの機能を奪うことのないような形でストラクチャー部分（食事と一般的な健康）を重視し、認知機能に刺激を与えることができる認知症の人のためのデイケアセンターがあげられていた。治療薬に関しては、「最初は認知症疾患の専門医師、その後は GP」と「GP」との回答が得られた。

BPSD 症状が出ている状況の Ivy さんに関して、在宅生活は「継続できない」との回答であった。選択肢に関しては、認知症コーディネーターから Ivy さんや家族に対し、認知症の人のための高齢者住居やグループホームに転居することを勧めると示されていた。

## 3. 各国の認知症ケアパス図

ケースに対する回答および収集した資料等の情報をもとに、横軸にストーリー 1 から 3 のステージ、縦軸に関与する機関やサービス（「一次医療」「二次医療」「自治体」「社会サービス」「権利擁護」）を置いた、認知症ケアパス図を作成した（図 1）。

## D. 考察

### 1. 支援者のステージごとの違い

Ivy さんのような独居で子どもが遠方に住んでおり連絡がとれなくなった事例において、イングランド、スウェーデン、オーストラリアでは、初期介入をする主な機関として警察があげられた。デンマークでは市職員（自治体管轄の在宅ケアセンターの看護師等専門職）、オランダはかかりつけ医と違いがみられた。ただし、イングランドおよびスウェーデンにおいては何かしら自治体とつながっている場合は、自治体の専門職が対応するという回答であった。

イングランド、スウェーデン、デンマークでは、いずれも基礎自治体が社会サービスの運営

主体となっており、先の初期介入、実際のアセスメント、コーディネートの支援においても、ソーシャルワーカーや看護師等を中心に実施されることが示されていた。チームに関しても、自治体の専門職を中心に、利用者のニーズに沿った医師、地域看護師、作業療法士等のチームが形成され、支援にあたりとされていた。

一方、オランダでは初期介入は GP、アセスメントは中央介護評価認定機関 (CIZ)、コーディネートは自治体の責任のもとでのソーシャルワーカーの役割とされ、オーストラリアでは Aged Care Assessment Team (ACAT) がアセスメント機能を担っており、ステージごとに関与者や機関が異なっていた。

なお、デンマークでは認知症コーディネーター、スウェーデンでは認知症看護師といった認知症に関する専門教育を受けた専門職が支援に関わっており、より専門的な支援が行われていると考えられた。

## 2. 提供サービスおよび薬の処方

実際に Ivy さんに提供されるサービスとしては、ほぼ全てに国において、①食事や衛生状態の改善等のための家事・身体サービス、②服薬支援、③認知機能を活性化するためのデイケア等における活動 (アクティビティ) や地域資源の活用、アラームの設置等があげられていた。自立に向けての配慮としては、パーソンセンタードケアの視点を中心に、残存機能をより活かしていくことができる刺激等が得られる機会の提供が重視されており、認知症の人に対する支援において重視される点は共通していると考えられた。

また、認知症の治療薬の処方に関しては、イングランドでは地域精神保健チームの精神科医、スウェーデンでは保健センター、デンマークでは GP もしくは初期は専門医でその後 GP、オランダでは GP によって処方されるとのことで、薬を扱うことができる機関が国によって異なり、

GP が必ずしも処方できる状況ではなかった。オランダでは認知症支援において GP の関わりが他国に比べて強く、実際の確定診断は CIZ と、他国と比べて二次医療の役割が見えにくかった。また、スウェーデンでは保健センターが一括して相談や確定診断を担うワンストップ的な役割を果たすことが示されていた。

## 3. 在宅継続の可否

支援がスタートして半年後の Ivy さんに多様な BPSD 症状が出た際の在宅継続の可否については、イングランド、スウェーデンでは「継続できる」と回答があったが、デンマークでは「継続できない」との回答であった。オランダ、オーストラリアに関しては回答者の中で意見が異なる状況であった。「継続できる」との回答があった、イングランド、スウェーデンでは服薬管理を行った上で、継続的なケアサービスの提供が示されていた。デンマークでは認知症の人のための高齢者住居やグループホーム等の転居があげられており、施設を無くす政策を進めているデンマークにおいては「すまい」の中での移動という考えがあることが推察された。

## E. 結論

Ivy さんに対する提供サービスおよび自立への配慮に関しては、各国に大きな違いが見られず共通した認識があると考えられた。初期対応からアセスメント、コーディネートにおいて関わる専門職がイングランド、デンマーク、スウェーデンでは同一であったが、オランダとオーストラリアでは異なっていた。

また、一部の国では国家戦略やそれに関わる資料で認知症のケアパスを示しているが、それらと今回の調査の回答をもとに作成したケアパスとは必ずしも一致していなかった。実際の支援現場においては、支援者の専門性や所属機関等との関わりの中で、国家戦略で掲げられてい

る専門機関が十分には認識されていない状況があると考えられた。とくに認知症の確定診断やBPSD に対応する二次医療を提供する保健医療サービスへのアクセスが想定されていない回答が見られた。日本の認知症ケアにおける保健医療とケアサービス提供におけるパス作成とともに、それらを定着していくための取り組みも合わせて検討していくことが必要と考えられた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図1 各国の認知症ケアパス

