

(7) 課題7 (司会者の養成) について

(司会の手順について)

- 手順1 : 事例の概要の報告を依頼 (ケアマネジャーに対して)
- 手順2 : アセスメントのポイント説明を依頼
- 手順3 : 専門職に、アセスメントに関する追加意見をうかがう
- 手順4 : 解決すべき課題の紹介を依頼
- 手順5 : 解決すべき課題の中で、特に解決すべき課題を2つ程度に絞ってもらう
- 手順6 : その課題に対する本人、家族の意向・要望 (ディマンド) を述べてもらい、両者の意向を踏まえた、専門職としての意向 (どうしたいと考えたか) を聞く
- 手順7 : その課題の現在の状態・状況を聞く
- 手順8 : ケアマネジャーとしてどのレベルにまで到達したいと考えているか (長期目標) を聞く
- 手順9 : 課題が生じている原因は何が考えられるかを聞く
- 手順10 : 「現状」と「めざすべき到達点」のギャップをいつまでに (短期目標)、どのように埋めようと考えているかを聞く。
- 手順11 : 短期目標を達成するために、誰に何を依頼したのかを聞く
- 手順12 : 到達点の設定の妥当性、問題を生じさせている原因、課題解決方法に対する専門職のアドバイスを聞く
- 手順13 : 保険サービス以外で、必要と思った支援やサービスの有無と内容について聞く (必要な地域資源の整備を進めるため)
- 手順14 : 専門職に対する要望などを聞く
- 手順15 : 事例提供者、専門職に感想 (運営方法、参考になった部分、何か負担がかかったものがあつたかなど) を聞く (否定ではなく、よりよいものにするための意見を願います)

(司会の引き継ぎについて)

- 当面川越が行い、時間をかけて地域包括支援センターの主任ケアマネジャー等に移管していく。

(8) 課題8 (会議運営方法等の見直し) について

(事例で明らかになった課題への対応について)

- 来年度、地域ケア推進会議を設け、よくある「解決すべき課題」に対する標準的な解決方法の検討、必要なサービス資源の整理等を行う。
- 国が提示している「地域ケア推進会議」のイメージ。

D. 考察、E. 結論

これまでに、退院 4 事例のデモ会議を実施した。その中で、「ケアマネジャーが立てる解決すべき課題」には似通ったものが多いという印象を受けた。たとえば、脳梗塞で入院した退院事例の場合は、①転倒しやすい、②入浴ができない、③再発に対する不安があるなどである。

問題は、それに対する対策である。「再発予防」を例にとると、対策としては、①服薬状況を管理する、②通院状況を確認する などである。

しかしながら、再発率が高い脳梗塞の再発を予防するためには、「再発の原因となる病気（高血圧、糖尿病、心房細動、脂質異常症）の管理」と「生活習慣の改善」が必要である。また、抗血栓薬が処方されている場合はその管理も重要となる。

再発予防に向けたケアマネジャーの役割は、①服薬状況の確認、②血糖異常などにともなう症状の発生の有無の確認、③生活習慣の確認と医師の指示に応じた対応である。

ケアマネジャーという専門職として見立てた「解決すべき課題」を、専門職との連携や協働により解決する（改善につなげる、悪化しないようにする）のがケアマネジメントの本来の目的である。「何のサービスを入れるか」という発想から、「解決すべき課題をどのように解決するか」に発想を転換させる必要がある。

地域ケア個別会議は、これを徹底する場として活用すべきである。また、よくある「解決すべき課題」に対しては、少なくともケアマネジャーは何を観察すべきなのか、また、専門職とどのような連携をとるべきかを標準化していく必要もあろう。この点に関しては、地域ケア推進会議のなかで、今後検討していきたいと考えている。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

第2章

認知症ケアにおける 医療・介護連携

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 24 年度分担研究報告書

認知症対策における医療・介護の連携
ーイギリスの取り組みからの示唆ー

研究分担者 白瀬由美香（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【研究要旨】

本研究は、わが国の今後の認知症対策プログラムを実施する上でモデルの一つと見なされているイギリスに着目し、医療・介護連携の観点から、その特色を整理することを課題とする。特に注目するのは、2009年に発表された「認知症国家戦略（Living well with dementia: A National Dementia Strategy）」とそれに基づく施策のこれまでの実施状況、現在の認知症ケアに関する医療・介護の連携である。

2009年2月、イギリス保健省は「認知症国家戦略（Living well with dementia: A National Dementia Strategy）」を発表した。戦略の目的は、認知症ケアの改善を目指して、認知症への意識向上、早期診断と早期介入、質の高いケアを実現することであった。ケア従事者の養成や施設整備など17項目にわたる目標を定め、5年間での達成を目指す計画を策定した。しかし、戦略は1年後の中間評価の際に具体的方策の欠如が指摘された。3年後の2012年には「首相の認知症への挑戦」が発表され、取り組みのスピードアップを図るため、追加的な投資を行い、目標達成時期を2015年までとする決定がなされた。さらに2012年11月には、アルツハイマー協会との共同により、認知症に対する偏見をなくし、一般市民の理解を高めるための研修を行う「認知症フレンド」プロジェクトが開始されることとなった。

これらの戦略・対策をもとにして、イギリスの各地域では認知症患者へのサービス計画が策定された。認知症者の早期診断・早期介入システムとして注目されるのが、メモリーサービスと呼ばれる認知症専門サービスであり、専門看護師によるアセスメント、認知症専門医によるメモリー・クリニック（もの忘れ外来）、他職種による地域精神保健チームのフォローアップなど、できる限り在宅で生活を継続するための支援策が進められていた。

わが国で2012年に発表された「今後の認知症施策の方向性」、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」では、認知症を持つ人やその家族に対する支援策として、イギリスで導入されているような地域精神保健チームによる初期集中支援、認知症カフェなどを導入することが提示されていた。わが国とイギリスとでは、医療・介護サービスの基本的な制度構造が大きく異なるが、認知症ケアパスの作成やチーム作り、支援プログラムの内容に関する実践面で、イギリスから学ぶべきことは多々ある。それと同時に、認知症サポーター養成を模して「認知症フレンド」がイギリスで導入されたように、わが国にも国際的な評価の高い取り組みが存在する。今後の認知症対策は、有効な施策を国際的に検証し合いながら進められる流れにあると考えられる。

A. はじめに

わが国では、2012年9月に「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が策定されたところであるが、そのなかで認知症を持つ人やその家族に対する支援策として、イギリスやオランダで導入されている「認知症カフェ」を普及させることが提示されていた。また、オレンジプランに先立って、同年6月に発表された「今後の認知症施策の方向性」でも、認知症対策の国家戦略の策定や、「認知症初期集中支援チーム」のモデルとして、近年のイギリスでの取り組みに注目が寄せられていた。

現在イギリス（UK）には、疑いのある者も含め、認知症の人が約80万人いるといわれている（Alzheimer's Society, 2012）。今後高齢化が進むに当たり、認知症への対策が急務とされ、数年前から積極的な取り組みが行われている。イギリスの認知症対策に関しては、中島（2011および2012）、水野・荒井（2012）などが諸外国の認知症対策を検証し、わが国への示唆を探る調査研究の中で言及されている。

本研究は、上記の先行研究の中でも取り上げられ、わが国の今後の認知症対策プログラムを実施する上でモデルの一つと見なされているイギリスに着目し、医療・介護連携の観点から、その特色を整理することを課題とする。特に注目するのは、2009年に発表された「認知症国家戦略（Living well with dementia: A National Dementia Strategy）」とその後の施策の変遷、実施状況である。

B. 対象および方法

2009年にイギリスで発表された「認知症国家戦略」を中心的な検討対象とする。認知症対策における医療・介護の連携方策に関する示唆を得るため、2000年代初頭から現在までにイギリス政府機関が発行した認知症対策関連の文書、高齢者ケア関連組織が刊行した文書、わが国におけるイギリス認知症対策に関する既存の調査研究成果等を用いて探索的に検討を行う。なお、本研究ではイギリスという国名表記を用いるが、グレートブリテン島および北アイルランドからなる連合王国（United Kingdom）のうち、イングランドのみを検討の対象としている。

C. 結果

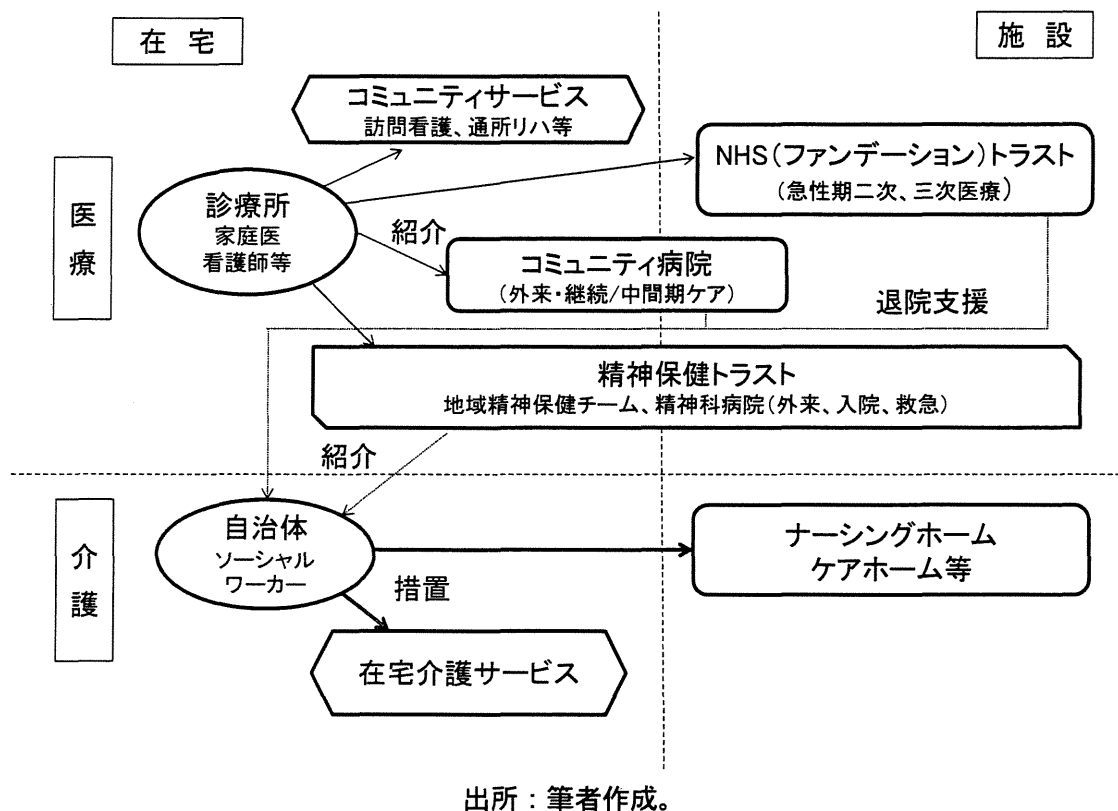
1. 医療・介護の連携と認知症ケアをめぐる背景

イギリスにおいて、医療と介護に関する役割分担や連携の難しさには、歴史的に根深い制度上の問題があると言われている（Lewis, 2001）。医療は国営のNational Health Service(NHS)によって無料で提供されるのに対して、介護は地方自治体の措置による社会福祉サービス(Personal Social Services)として運営され、資力調査に基づく利用者の自己負担がある。そのため、要介護者への継続的なケア提供に際し、医師や看護師が携わる場合と介護職員が携わる場合とで、異なる制度間でのサービス調整が必要となり、また患者/利用者の自己負担のあり方も異なっていた。そして、医療と介護は運営主体が異なるだけでなく、それぞれの地域レベルにおける運営組織の管轄圏域も異なる場合があり、円滑な連携は長年難しい状況に置かれていた(図1)。

それに加えて、認知症に対するケアについては、医療の内部でも役割分担や連携が容易ではなかった。認知症の疑いのある人と医療との最初の接点となるのは、家庭(General Practitioners)であるが、認知症の診断を確定し、専門的なサービス提供がなされるためには、家庭医からNHSの精神保健部門への紹介が必要であった。だが、家庭医は認知症の診断に関する十分なトレーニングを必ずしも受けていなかった。そのため、潜在的な認知症患者数の3分の1程度しか、実際に診断を受けていないと言われていた(水野他, 2012:15-16)。認知症ケアには、そこにさらに介護サービスや民間非営利団体による支援もかかわってくるため、誰がサービス間の調整を行うのか、誰が連携の中心的な役割を果たすのかは、曖昧な状態であった(中島, 2011:47)。

こうした状況を受けて、認知症の早期診断と介入の重要性への政府の認識が高まっていった。2000年以降、保健省 (Department of Health) は「高齢者向けサービスの枠組み (National Service Framework for Older People)」を策定し、会計検査院 (National Audit Office) による認知症関連の実態調査も実施されることとなった。それらが、2009年に保健省が認知症対策の国家戦略を発表する素地となった (水野他, 2012:15-17)。

図1 イングランドの医療・介護サービス



2. 認知症への国家的な取り組み

(1) 認知症国家戦略

2009年2月、イギリス保健省は「認知症国家戦略 (Living well with dementia: A National Dementia Strategy)」を発表した (Department of Health, 2009)。戦略の目的は、認知症ケアの改善を目指して、以下の3点に関する取り組みの重要性を強調していた。それは、(A) 認知症への意識向上、(B) 早期診断と早期介入、(C) 質の高いケアであった。具体的には、次に列挙する17項目についての戦略を示し、5年間で実現することを目標に据えた。

- 1) 認知症に関する一般市民および専門職の知識と理解の向上
- 2) すべての人への良質の早期診断と早期介入
- 3) 認知症と診断された人と介護者への良質の情報
- 4) 診断後のケア・支援・アドバイスへの容易なアクセスの整備
- 5) ピア・サポートと学習ネットワークの形成
- 6) 在宅支援サービスの向上
- 7) 「介護者戦略」の実施
- 8) 認知症者の総合病院でのケアの質向上

9) 認知症者の中間期ケアの向上

- 1 0) 認知症者と介護者への住宅支援・住宅関連サービス・テレケアの可能性検討
- 1 1) ケアホームでの認知症ケアの質向上
- 1 2) 認知症者の終末期ケアの向上
- 1 3) 認知症に関する知識があり効果的な人材育成
- 1 4) 認知症に関する医療・介護予算の共同管理・サービス委託
- 1 5) 認知症者と介護者への医療・介護サービスとその機能に関する評価と規制の改善
- 1 6) 調査研究に基づくエビデンスとニーズの提示
- 1 7) 国家戦略の実施に向けた効果的な国家的・地域的支援

しかしながら、1年後に会計検査院が行った中間評価によれば、認知症国家戦略は「リーダーシップと変革を遂げるための具体的方策に欠けており、失敗するリスクがある」と評されることとなった。その理由の1つとして指摘されたのは、認知症診断トレーニングを受けた家庭医が50%不足であった点である。この調査の時点でもなお家庭医の3分1は認知症診断に自信が無いと回答していたという（中島, 2011: 38）。

(2) キャメロン首相の挑戦

認知症国家戦略が策定されて3年が過ぎた2012年3月に、保守党・自由民主党による連立政権のキャメロン首相は「首相の認知症への挑戦 (Prime Minister's Challenge on Dementia: Delivering Major Improvements in Dementia Care and Research by 2015)」プログラムを発表した。この提言書の冒頭で指摘されているように、認知症国家戦略が設定した目標のうち、以下のよう最初の3年間で既に達成されたものもあった (Department of Health, 2012a: 4)。

○2011年9月現在で、プライマリケア予算を管理するトラスト (Primary Care Trusts; PCTs) の94%が認知症専門サービス (Memory Services) を開始、4%は準備中である。1つのPCTあたりの認知症専門サービス平均利用者数は、2008/9年から2010/11年にかけて、605名から951名になり、57%増加した。

○認知症者の生活の質を改善するため、NHSと公的介護サービスが広範なパートナーと協働して、抗精神病薬の処方量を減らすイニシアティブをとった。抗精神病薬の使用は3分の2に減少したが、いっそう進められる必要がある。

○2010年10月以来、90以上の主要な組織、団体が、認知症対策同盟 (Dementia Action Alliance; DAA) に加入した。医療機関・社会的ケア事業者・非営利団体・民間企業が、認知症者、介護者、家族の生活の質改善を支援するため協働している。

○2011年7月に認知症委託契約パックが発表された。これは、NHSの予算を管理し、サービス契約を結ぶ際に、認知症者の最良のアウトカムと最大の金額に見合う価値を得るための指針である。

首相によって示された「挑戦」は、これまでの達成状況では十分でないという認識に立っていた。認知症者とその家族や介護者の生活の質を根本的に変えていくため、認知症対策の促進をいっそう迅速に行うことを志向していた。具体的には、(A) 医療およびケア改善の推進、(B)

支援方法を理解した認知症に優しいコミュニティの創造、(C) より良い調査研究の3分野についての以下の14項目からなる目標が挙げられ、認知症対策に多額の投資がなされることになった。また、目標の達成時期を2015年までとした。認知症国家戦略は2014年までの達成を目指していたことから、その計画を1年延長したことになる。

(A) 医療およびケア改善の推進

- 1) 65歳以上高齢者への定期検査を通じた診断率の向上
- 2) 質の高い認知症ケアを提供する病院に報奨金
- 3) NHS 職員の認知症への革新的挑戦に対する総額100万ポンドの賞金
- 4) 主要なケアホームや在宅ケア事業者による認知症へのケア支援協定の締結
- 5) 認知症サービスに関する地域情報の普及

(B) 支援方法を理解した認知症に優しいコミュニティの創造

- 6) 認知症に優しいコミュニティの全国展開
- 7) 首相の「認知症への挑戦」に主要産業から支援
- 8) 認知症に関する啓発キャンペーン
- 9) 産業界、学会、公共部門のリーダーを集めたイベント開催

(C) より良い調査研究

- 1 0) 認知症研究予算を2倍以上にし、2015年まで6600万ポンド以上に
- 1 1) 脳スキャンに大幅投資
- 1 2) 1300万ポンドを認知症に関する社会科学的研究に
- 1 3) 国立医療研究所(NIHR)の新たな認知症トランスレーショナルリサーチ連携に5年間で3600万ポンドの予算
- 1 4) 質の高い研究への人々の参加の促進

(3) 「挑戦」の経過

以上の目標の進捗状況については、2012年9月、2013年3月に首相に中間報告がなされることとされ、その後の報告時期等については保健省が検討を行うこととされた。

実際に、第1回目の中間報告が発表されたのは2012年11月であった(Department of Health, 2012b)。中間報告書では、先の「首相の認知症への挑戦」で掲げられた3分野のうち、(B) 認知症に優しいコミュニティの創造が第一に紹介され、取り組みが順調に進んでいることが強調されていた。これに関しては、アルツハイマー協会(Alzheimer's Society)が全面的にイニシアティブをとり、認知症への理解向上のための研修やガイドラインの策定が進められていた。アルツハイマー協会の積極的な取り組みの結果、2011年11月時点で民間企業、非営利団体、地方自治体など140近い団体が認知症対策同盟に加盟し、それぞれの職場や地域で認知症患者への対処策が講じられた。その他、(A) 医療およびケア改善の推進、(C) より良い調査研究にかかわる項目についても、一定の進捗があったことが、報告書では事例と共に具体的に示されていた(Department of Health, 2012c)。各項目の達成点の概要については、表1に示したとおりである。

表1 「首相の認知症への挑戦」の中間報告（2012年11月）

医療およびケア改善の推進

1	病院でのケアの質向上	病院で認知症に配慮したサービス提供
2	ケアホームや在宅ケアの質向上	1800事業者が協定を締結
3	住宅選択の改善	地方自治体と住宅業者との連携
4	認知症診断率の向上	診断率の分析ツールの開発、メモリーサービスの認証
5	家庭医への教育研修の改善	家庭医向けの認知症理解・診断・支援ツールの開発
6	終末期ケアの改善	医療従事者および介護者向け実践ガイドの作成
7	認知症ケア革新の表彰	医療・ケア関係者を表彰する3つの基金を創設
8	ケア従事者のネットワーク形成と研修	精神保健分野のネットワーク形成とE-ラーニング
9	情報提供の改善	インターネットによる地域の医療・ケア情報の公開
10	介護者への支援の向上	認知症カフェの普及

支援方法を理解した認知症に優しいコミュニティの創造

1	金融機関	認知症を持つ顧客へのサービス手順の策定
2	学校	認知症に関する授業の実施
3	消防署・警察	職員向けガイドラインの作成
4	電力業界	顧客窓口担当者への認知症研修など
5	電信電話	コールセンター職員向け実践ガイドの作成
6	レジャー	ビンゴ協会や大英博物館で認知症対策
7	交通	バス・地下鉄職員向け認知症研修
8	小売	スーパーマーケット職員向け認知症研修
9	コミュニティ	認知症に優しいまちづくり、DAA加盟
10	キャンペーン	もの忘れが気になる人に受診を啓発

より良い調査研究

1	患者とそのデータ	匿名化データによる研究の推進
2	科学的発見	医学の基礎研究への投資拡大
3	トランスレーショナルリサーチ	早期診断・新治療法につながる研究の実施
4	臨床研究の実施	アセスメント法、薬物療法の違いによるアウトカムを測定
5	健康で自立した療養生活	認知症に関する社会科学的研究の推進

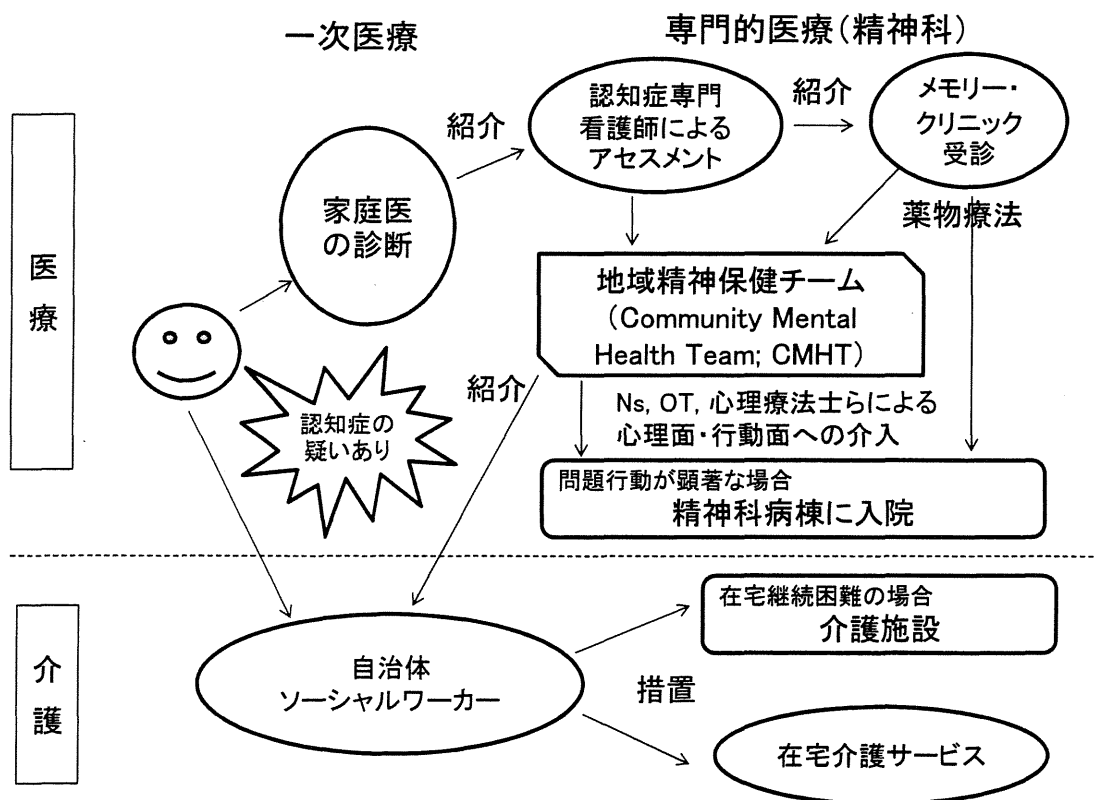
出所：Department of Health, 2012c, *The Prime Minister's Challenge on Dementia: Delivering major improvements in dementia care and research by 2015: A report on progress*をもとに筆者作成。

また、中間報告と同時期にキャメロン首相は、「認知症フレンド (Dementia Friends)」プロジェクトの開始についても表明をした (Prime Minister's Office, 2012)。これもアルツハイマー協会の指導のもと、イングランドで100万人を目標に認知症への理解を深める研修を行うという。「認知症フレンド」は、わが国で数年来実施されてきた認知症サポーターキャラバンを模したものだと言われている (全国キャラバン・メイト連絡協議会, 2013)。イギリスでは、2010年平等法 (Equality Act 2010) によって、年齢による差別は禁じられたが、日常生活において高齢者への偏見や無理解がなくなったわけではない。「認知症フレンド」プロジェクトでは、スーパーマーケットの従業員など人々が日常生活で接する身近なところから、認知症への理解を促す取り組みをしており、2013年2月には、キャメロン首相自らも研修を受けた (Prime Minister's Office, 2013)。このプロジェクトのシンボルは勿忘草 (Forget-Me-Not) とされ、研修修了者には勿忘草をかたどったバッジが修了証として渡される。こうして、国民一般への啓発活動が積極的に進められている。

3. 認知症者への医療・介護サービス提供の現状

認知症に対する標準的なサービス提供のガイドラインは、国立医療技術評価機構（National Institute of Health & Clinical Excellence ; NICE）と社会的ケア評価機構（Social Care Institute for Excellence; SCIE）との共同で発行されている（NICE Clinical Guideline No.42）。認知症の種別や症状の重さに応じて、なされるべき治療、推奨される薬剤が示されている。ここでは、その認知症サービスガイドラインおよびイングランド東部の精神保健トラストのリーフレット（South Essex Partnership University NHS Foundation Trust,2011）、イングランド東部の地方自治体サウスエンド・オン・シーで策定されたサービス計画（Southend on Sea Borough Council, 2010）を参考にして、医療・介護サービスの流れを示す（図2）。各地域では認知症国家戦略を受けて、認知症者へのサービス計画がそれぞれ策定され、地域特性に応じたサービス提供がなされている。

図2 認知症者への医療・介護サービスの流れ



出所：筆者作成。

認知症の疑いのある人がいた場合、まずは家庭医の診療所に行くことになる。基本的な血液検査等を行った上で、他の疾患ではなく認知症の疑いが高いとされると、精神科の認知症専門サービス（Memory Services）に紹介される。認知症専門サービスでは、まず認知症サポーター（Dementia Support Worker）とされる専門看護師チームが認知機能に関する検査などアセスメントを行った上で、認知症専門医によるメモリー・クリニック（もの忘れ外来）を受診することになる。メモリー・クリニックでは、CT スキャンを用いた専門的な検査も行われる。薬物療法が必要な場合は薬剤が処方され、在宅での管理が難しい場合には精神科病棟への入院となる。行動障害がある場合を除いて、通常は在宅で地域精神保健チームのフォローアップを受けながら、在宅で症状を管理していくことになる。地域精神保健チームは、認知症専門医の

ほか、看護師、作業療法士、言語聴覚士、心理療法士などから構成され、心理面・行動面に関するサポートを行う。NICE のガイドラインによれば、抗精神病薬の投与は特定の場合を除いて可能な限り行わないことが推奨されており、地域精神保健チームによる心理面へのアプローチが重視されている。

なお、Dementia UK が養成する認知症専門看護師 Admiral Nurse(アドミラル・ナース)は、認知症者・家族へのサポートをする専門家として知られている(中島, 2011:63)。だが、アドミラル・ナースは、イングランド全域でもまだ 100 人程度の規模であり、すべての地域で活動しているわけではない。上述のサウスエンド・オン・シーをはじめ、Admiral Nurse がいない地域では、NHS の精神保健トラストが地域ごとの既存サービスの所在や認知症者の特性に応じた研修プログラムを作成し、精神科看護師等に独自の研修を提供している。たとえば、サウスエンド・オン・シーは、ケアホームの多い地域であることから、家族支援だけでなく、ケアホーム職員に認知症ケアを指導することも、認知症担当者の重要な役割である。

また、独居等で在宅での生活に支援が必要な場合は、自治体福祉部のソーシャルワーカーのアセスメントにより、家事援助や身体介護などの在宅介護サービスが提供される場合もある。在宅生活の継続が困難になった場合には、ナーシングホームやケアホームなど介護施設に入所することになる。地域によっては、NHS の精神保健トラストと自治体の福祉部が予算・人員面で連携・統合されている場所もある。そのような地域では、地域精神保健チームと自治体のソーシャルワーカーとの連携は容易になり、在宅介護サービスの手配・調整はより円滑に行われる。そのほか、在宅でのサービスには、アルツハイマー協会などの民間非営利団体が提供する多様なサービスもある。たとえば、認知症者と家族を対象にして、音楽療法や回想法などのセラピーの実施と認知症に関する情報提供等を行う「認知症カフェ」がある。ただし、上記の公的な介護サービスや民間サービスは必ずしも無料ではなく、誰もが利用可能なわけではない。したがって、医療と介護の間でシステム上の連絡や連携が取られたとしても、必要なサービスが確保されるとは言い切れないのがイギリスの現状である。

D. 考察

認知症国家戦略とその後の施策、医療と介護の制度上の関係や現状のサービス提供体制に関して、総論としてまず指摘できるのは、イギリスにおける認知症ケアは、精神保健に関する医療を中心としたサービス構成となっていることである。イギリスの医療と介護の関係全般に関して、医療が介護を主導する制度構成となっていることは、既に白瀬(2011 および 2012)でも論じたとおりである。認知症ケアについては、精神保健に関する医療サービスと介護サービスとの間で同様の構図が見て取れる。すべての人に無料で提供される医療サービス、措置制度の介護サービスという既存の 2 つの制度の関係を前提にすれば、それは医療・介護の制度構成上、当然の帰結であると考えられる。

医療を中心に据えた認知症ケアシステムであるからこそ、重要になってくるのが家庭医である。認知症の人があらゆる医療・介護サービスにアクセスする上で、ゲートキーパーである家庭医は鍵となる存在であり、だからこそ家庭医の認知症診断能力の向上が、対策の第一番目に挙げられているのだと理解できる。ただし、精神保健医療と急性期医療との間で、どのようにサービス連携がなされているのかについては、本研究では明らかにできなかった。

他方、わが国で 2012 年に発表された「今後の認知症施策の方向性」、「認知症施策推進 5 年計画(オレンジプラン)」では、①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族支援の強化、⑥若年性認知症施策の強化、⑦医療・介護サ

ービスを担う人材の育成、という7つの項目にわたる計画が示されていた。その中で挙げられた具体的な目標の多くは既に着手されているものを、さらに普及・拡大していく方針であった。次年度以降の新たな導入に向けて2012年度に検討中の課題には、認知症ケアパスの作成、初期集中支援チーム、認知症カフェ等の家族支援があった。

オレンジプランは既存の取り組みを土台としており、年度ごとに行うべき課題と達成すべき数値目標を明確にしている点で、イギリスの初期の戦略に比べて実現可能性も高いものだと思う。イギリスで2009年に発表された認知症国家戦略は、総花的で具体的に実施していく方策が曖昧であったと指摘されており、本研究でも見てきたとおり、その後計画の修正を余儀なくされている。

わが国とイギリスの医療・介護制度を比べてみると、医療の財源方式、家庭医への登録、医療機関の機能分担、公的介護保険制度の有無など、前提となるシステム設計に大きな違いがある。したがって、イギリスにおける先駆的な取り組みをそのままわが国に適用することは当然ながら難しい。このような違いがあることを踏まえた上で、わが国の認知症ケアを改善していく上でイギリスの事例が参考になると思われるのは、臨床現場でのサービス提供に関するアプローチ法であるだろう。2013年度以降にわが国でも導入が予定されている認知症ケアパス、初期集中支援チーム、認知症カフェなどについての実践上の知見がこれに当てはまる。各地域の実状に即した方策を検討する際に、イギリスで行われた多様な取り組みに関する情報は、わが国で有効な選択肢を吟味する材料を与えてくれると期待される。

また、わが国の実践がイギリスに影響を及ぼしていることが、2012年11月に開始された「認知症フレンド」プロジェクトからわかった。この事例が示すように、認知症に対する個別のプログラムでは、わが国がイギリスに先んじて実践している取り組みもある。しかしながら、こうした先進的な取り組みが国際的に高く評価されていることが、必ずしも国民一般には知られていない。認知症対策においては、より良いケア提供が第一義的になされるべきであるが、それと同時にわが国の多様な取り組みを海外に向けて発信していくことも重要だと考えられた。

E. 結論

イギリスの認知症対策は、保健省から発表された初期の国家戦略は計画の具体性を欠いたことから進捗状況が芳しくなかったが、2012年に首相直属のプロジェクトとして再出発が図られて以来、これまでのところ順調に進展しているようである。認知症の人へのサービス提供において、イギリスの取り組みは、医療を中心にして介護サービスとの連携を図っていく際の一つのモデルとなりうる。わが国は、イギリスのように必ずしもすべての地域で医療機関が組織的に運営されていないが、既存の地域資源の状況によっては、イギリス型の地域精神保健チームのような初期集中支援チームを形成し、認知症専門医や介護サービスとの連携を図るパスを作成することも可能であるだろう。また、認知症カフェのような認知症者と家族の支援の実践においても、イギリスでの先行的な取り組みを詳細に調査することによって、わが国で有効な支援の方法を編み出していくことが求められている。逆に、認知症サポーターは、わが国がイギリスに影響を及ぼした事例である。このように、認知症対策における医療と介護の連携については、わが国がイギリスから学ぶべきことがあると同時に、わが国にも国際的評価が高く、イギリスで模倣されている取り組みが存在する。今後の認知症対策は、イギリスを含めた諸外国とともに、国際的に施策の有効性を検証しあいながら、進められていく流れにあるのだと考えられる。

【参考文献】

- Alzheimer's Society, 2012, *Dementia 2012: A National Challenge*.
- Department of Health, 2009, *Living Well With Dementia: A National Dementia Strategy*.
- Department of Health, 2012a, *Prime Minister's Challenge on Dementia: Delivering Major Improvements in Dementia Care and Research by 2015*.
- Department of Health, 2012b, "Government announces next steps on Dementia Challenge"
<http://www.dh.gov.uk/health/2012/11/dementianextsteps/> (2013年3月15日閲覧)
- Department of Health, 2012c, *The Prime Minister's Challenge on Dementia: Delivering major improvements in dementia care and research by 2015: A report on progress*.
- Lewis, J, 2001, "Older People and the Health ? Social Care Boundary in the UK: Half a Century of Hidden Policy Conflict", *Social Policy & Administration*, 35(4): 343-359.
- National Institute for Health and Clinical Excellence & Social Care Institute for Excellence, 2011, *Dementia, NICE Clinical Guideline No.42* (updated March 2011)
- Prime Minister's Office, 2012, "Could you be a 'Dementia Friends'?" 首相官邸ホームページ
<http://www.number10.gov.uk/news/dementia-friends/> (2013年3月15日閲覧)
- Prime Minister's Office, 2013, "David Cameron joins the Dementia Friends", 首相官邸ホームページ
<http://www.number10.gov.uk/news/david-cameron-joins-the-dementia-friends/> (2013年3月15日閲覧)
- South Essex Partnership University NHS Foundation Trust, 2011, *Memory Service: Information Leaflet*.
- Southend on Sea Borough Council, 2010, *Implementing the South East Essex Dementia Strategy*.
- 厚生労働省, 2012 「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」
- 厚生労働省, 2012 「認知症高齢者数について」
- 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム, 2012 「今後の認知症施策の方向性について」
- 白瀬由美香, 2011 「イギリスの退院支援システムの現状と課題: 医療・介護連携の制度枠組みと従事者の関係に注目して」 厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業『要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究』平成22年度分担研究報告書, pp.53-57.
- 白瀬由美香, 2012 「イギリスにおける退院支援システムと医療・介護の連携」『社会政策』Vol.3, No.3, pp.68-77.
- 全国キャラバン・メイト連絡協議会, 2013 「認知症サポーターキャラバン報告会 開会挨拶」
http://www.caravanmate.com/H24_M-GrandPrix_Greeting.pdf (2013年3月15日閲覧)
- 中島民恵子, 2011 「認知症ケアの国際比較に関する研究」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) 総括・分担報告書
- 中島民恵子, 2012 「認知症ケアの国際比較に関する研究」平成22-23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) 総合研究報告書
- 水野洋子・荒井由美子, 2012 「英国における認知症の早期診断における「かかりつけ医」の役割に関する検討: National Dementia Strategy 策定の背景に着目して」(上・下)『社会保険旬報』No.2498, pp.14-18 および No.2499, pp.24-29.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 24 年度分担研究報告書

スウェーデンにおける認知症ケアの実際

研究分担者 竹内さをり（甲南女子大学看護リハビリテーション学部 講師）

研究分担者 備酒 伸彦（神戸学院大学総合リハビリテーション学部 教授）

【研究要旨】

平成 24 年 9 月にスウェーデンの認知症ケア関連機関を訪問し、関係スタッフに認知症ケアに対する考えについてインタビューを行う機会を得た。3 日間にかけて、スウェーデンストックホルム市内の認知症ケア関連機関を訪問し、担当者へ①施設概要、②認知症に対する支援の特徴、③教育システムについてインタビューを行った。訪問機関は、①認知症対応の老人福祉住宅、②認知症専門住宅（若年性認知症専門の住宅およびショートステイ）、③若年性認知症デイ活動、④認知症専門訪問介護チームの 4 件である。

スウェーデンにおける認知症ケアとして、次の 4 点の特徴があった。①対象者のことを十分理解するための情報収集や情報把握に力を入れていること、②対象者個々が望む活動に対する時間をもてること、また、その担当スタッフも決定されていること、③ケアスタッフが認知症に対する支援の考えを明確に持っており、その内容は認知症の状態に応じたものであること、④ケアスタッフがそれぞれの機関の役割や自らの果たすべき役割を理解していることである。また、教育システムも市や区、各機関ごとに設けられており、ケアスタッフ自身が研修に前向きに参加し、知識、技術を高めたいと希望していることが分かった。

これら結果から、我が国の認知症ケアにおいては、認知症ケアに必要な個をみる支援を実践するための、従事者数の充足、ケアスタッフの認知症ケアに対する意識や知識の向上、ケアスタッフが自らの職務に対する役割認識の醸成、教育、研修機会の提供が必要であると考えられた。

我が国における認知症のケアを実践するうえで、スウェーデンが現状のケアに至るまでの経過から学ぶ点も多いと言える。認知症の方々が安心できるケアを実現するために、今回の調査結果からさらなる検討が必要であるとする。

A. はじめに

スウェーデン、デンマークを数回訪れ、高齢者住宅やグループホームの視察を重ねる中で、両国における高齢者ケアについて多くの考えを学んだ。その中で、ケアスタッフのケアに対する意識が日本と異なると感じるが多々あった。今回、スウェーデンの認知症ケア関連機関を訪問し、関係スタッフに認知症ケアに対する考えについてインタビューを行う機会を得た。本論では、インタビューから得られた結果を基に、我が国における認知症ケアの課題と対応策について考察する。

B. 方法

平成 24 年 9 月 11 日～13 日の 3 日間にかけて、スウェーデンストックホルム市内の認知症ケア関連機関を訪問し、担当者へ①施設概要、②認知症に対する支援の特徴、③教育システムについてインタビューを行った。インタビューは現地在住の専門通訳者を介して実施した。

訪問機関は、①認知症対応の老人福祉住宅、②認知症専門住宅（若年性認知症専門の住宅およびショートステイ）、③若年性認知症デイ活動、④認知症専門訪問介護チームの 4 件である。

C. 結果

1. 視察先概要

1) 認知症対応老人福祉住宅（以下、ケア機関 1）

この施設は、区から民間に委託され運営している老人福祉住宅である。建物は市の持ち物であるが、運営を民間会社が担っている。スウェーデンでは、福祉住宅等ケアサービス関連施設は、市の入札により運営会社を決定する仕組みが取られている。この運営会社が入札時に契約条件として提示した内容は、「正看護師およびスタッフ数」、「1 ヶ月に 4 時間、高齢者が自由に使える時間があること」であった。

入居者数は 97 名、うち 42 名分が認知症の方のための住宅で、若年性認知症の方も入居が可能である。スタッフ数は、正看護師対入居者が 1 : 10、認知症の方に従事するスタッフ数は 0.91 人 / 1 人の割合である。認知症ケアに従事するスタッフの数について、国の社会福祉庁は 0.90 人 / 1 人と定めているが、ストックホルム市内の平均は 0.63 人 / 1 人であり、当施設のスタッフ数が充実していることが分かる。

2) 認知症専門住宅（以下、ケア機関 2）

この施設も民間会社により運営されている。建物は 3 階建てで、1 フロアに 2 ユニット、1 ユニットに 9 名が入居できる。1 階は若年性認知症のための住宅、2 階は高齢者の認知症のための住宅、3 階はショートステイであった。

施設独自のサービスとして、各入居者に対して 1 週間に 8 時間、自由に使える時間がある。常勤のスタッフ 1 名が 2 名の入居者を担当し、本人の情報を把握し、家族とのコンタクトも取る。各ユニットにはアクティビティを専門に担当するスタッフがおり、特にショートステイに力を入れている。また、ショートステイでは、他のユニットよりもスタッフを 1 名多く配置している。

3) 若年性認知症デイ活動（以下、ケア機関 3）

この施設は、ストックホルム市直営の若年性認知症専門のデイサービスセンターであり、開設 5 年目を迎えた。利用人数は 1 日に 6 名以内、利用頻度は週 5 日～1 日、土日が休みである。利用時間は、9 時～15 時であるが、13 時 30 分に終了する日もある。スタッフは 3 名で、その内訳は常勤 2 名（チーフの正看護師と準看護師）、非常勤 1 名（精神看護師）であった。スタッフ以外に送迎専門の運転手がおり、デイ活動を支援するスタッフは送迎には同行しない。

朝、スタッフ間でミーティングを行い、活動内容やグループを決定、利用者が到着後、皆で朝食

を取り、新聞を見ながらその日行う活動内容を相談する。

ストックホルム市内には、同様のデイ活動が5か所ある。また、ケア機関2のショートステイ入居者である若年認知症の方は、このデイ活動に参加することができる。

4) 認知症専門訪問介護チーム（以下、ケア機関4）

このチームは、認知症の方に対するケアを専門とする訪問介護チームであり、2004年に1つのプロジェクトとして開始された。2年間の実績が認められ、現在まで支援を継続している。スタッフはケアワーカーと准看護師であり、在宅生活を送る認知症の方に対して、起床、更衣、食事、排泄、調理、配食サービスを持っていく、服薬のためのサポートなどを行っている。ケア従事時間は7時～23時であり、それ以外の時間は区全体の訪問介護が対応している。利用頻度は多い方で毎日、1日に4～6回であり、重度の方の場合は2名で支援にあたっている。

訪問介護の導入は、区のニーズ査定士からのオーダーにより行う。サービス開始前に訪問にてご本人と面接を行う。面接には、訪問介護チームの責任者と担当者、家族、本人、ニーズ査定士が参加する。ニーズ査定士からのオーダーが本人の実際に合っていない（支援が過剰であったり、少なかったりする）場合は、必要な支援をニーズ査定士に伝える。

2. 認知症に対する支援の特徴

ケア機関1～4において実践されている認知症に対する支援の特徴を報告する。

1) 対象者を知ること

いずれの機関においても、認知症の方を支援するうえで、本人についての情報（家族構成、家族関係、生活史や趣味、嗜好、職歴、学歴など）の収集が重要であると述べていた。情報収集はニーズ査定士から得られる情報をはじめ、入居の際に家族に所定の様式に必要事項を記入してもらう、日々の様子から何が好きかなどを記録に残すなどして行う。ケア機関3においては、認知症の方は自らの嗜好を伝えることが難しいことから、本人の生活歴を基に様々な活動を試行して、その様子を観察し、その人の立場を観察して本人の状態を把握していると述べていた。また、認知症の状態や進行状況の把握には、一般的な検査様式を用いず、日々の支援からできること、難しくなっていることを見極めている。

認知症は進行の程度により、本人が興味のあることなどを選択、決定できにくくなる場合がある。ケアスタッフが得た情報を活用し、本人の時々の状態を考え、支援に役立てている。また、本人の気持ちを考え代弁するために、対象者の情報をしっかり把握した担当スタッフを決定している。

2) 活動支援を重んじること

視察において興味を持ったことの一つに、本人の好む活動を支援する体制があった。ケア機関1、2共に1人の入居者が利用できる自由なアクティビティの時間が設定されていた。その時間は個人が自由に使えるため、住宅内にあるスパを利用したり、スポーツをしたり、外出したりする。それ以外にもアクティビティ専門のスタッフが実施する体操や趣味活動など様々な活動がある。

また、若年性認知症に対する支援においては、高齢者よりもさらに活動に対する支援が大切であるとされていた。そのため、若年性認知症の入居者やショートステイ利用者には、本人が希望すればパーソナルアシスタント（施設に来て、活動を支援する人）をつけることができる。福祉住宅にある若年性認知症対応のショートステイではロックが流れ、卓球などのアクティブな活動ができる場が設けられていた。若年性認知症専門のデイ（ケア機関3）でも、散歩、美術館訪問などの外出、音楽鑑賞、若い頃によく見た本を鑑賞する、言葉遊び、陶芸、織物など様々な活動を行っていた。

3) 支援に対する考えが明確であること

“認知症支援に対して大切なことは何か”という質問に対して、各機関でスタッフが同様に述べた

のが、『畏敬の念を持って接すること』であった。認知症ケアに従事するスタッフは、畏敬の念を持って接することができるため、認知症の対象者に対して、ゆっくりゆっくり本人ができるようにサポートすることができる」と述べていた。また、常に聞く姿勢を持ち、家族に対してもアクティブに関わり、ケアを行うことが大切と述べた。リーダー的な役割を担っているスタッフの殆どが、シルビアンナースであり、その教育を受けていることに誇りを持って仕事をしている。

さらに、認知症の方には生活リズムをつけることが大切という観点から、ケア機関2では、土日には食事に前菜とデザートをつけ、ワインをサービスする。このことで曜日の感覚を養うことができる。また、たばこを吸いたい人にはスタッフが火をつけ、ライターを管理することで、喫煙できる。アルコール中毒の人であっても、本人が希望すれば飲酒もできる。本人が、希望し決定することに対しては制限するのではなく、危険を排除したかたちで実現できるよう工夫する。どの機関においても、認知症に対する支援の考えを堂々と述べるその姿から、自信をもってケアに携わっていることが伺われた。

4) 自らの果たすべき役割を認識していること

認知症専門の正看護師、准看護師（日本の介護福祉士）から、認知症ケアについて様々な考えを聴取できたが、各機関において誰もが自らの果たすべき役割を認識していると感じた。それは、認知症の対象者を専門的な視点を持って理解しようとしている点、また、認知症は他の疾患とは違い配慮が必要であり、自分達にはその配慮ができると自信を持って話す様子から感じた。

福祉住宅の准看護師は、認知症の方に対してコミュニケーションを図り、関係性をつくること、常に聞く姿勢を持ち関わる大切であると述べた。訪問介護に従事する准看護師は、自分たちが対象者にどのようなモチベーションを提供することで、生活行為を実行に移すことができるのか、を知ることが大切であり、私達にはそれが実現できると語っていた。また、自分達の役割は「クモの巣のクモ」であるとし、ケア提供者間で情報や指示がうまく伝わってこない場合、自分達が巣全体に糸が張れるように必要に応じて意見を述べ、良い方向へ導いていると話していた。

さらに何よりも、スタッフ間のチームワークが重要であり、実践しているとも述べた。特にシルビアンナースの教育では、チームワークを最初に学ぶ。チームワークがあることで、問題があった場合に同行訪問など行い、相互に支援することができる。同行訪問の結果をミーティングで話し合い、スタッフ同士で勉強し合うことで、お互いの知識を高め、その結果を支援につなげていく。スタッフにも個性があり、得手不得手もあるが、チームで「なぜできないのか、どうしてか」と問いかけ、決して否定はしないことで、良い解決案を導きだしている。

3. スタッフ教育について

いずれのケア機関もスタッフに対する一定の教育を行っていた。

教育を行う上で大切なこととして、チーフ（主に正看護師が従事）がスタッフのキーパーソンとなり、リードすることを上げていた。チーフは、スタッフの声に常に耳を傾け、良いやり方で限度をつけることができることが重要であるとしていた。また、常に現場に居て、何か問題があった時にはそれを取り上げることができ、良い方向を常に考えることが大切であると述べていた。また、ケア機関1では、会社がチーフの研修のためにお金を使うことができる仕組みをつくっている。チーフ教育では、リーダーシップの取り方を学ぶ。学習機会としてはヘルスアカデミー（大学教育）があり、その中で、「何に価値観を置くか」や「経済観念」に対する学習をする。

ケア機関2では、スタッフが交代で認知症協会独自のコースを受講する。そのコースは、インターネットで受講することができ、各コースの全過程を終了すると証明書が発行される。また、会社独自の教育システムがあり、毎回受講者を選択し、受講している。スタッフは誇りを持って仕事をするため、さらに研修をしたいと望んでいる。そのため、離職者が少ない。

ケア機関 3、4 では、対象者に関わる経過の中や、スタッフ間の情報交換が研修機会につながる
と述べていた。「知識は一人の中に収めるのではなく、広げるべきもの」とし、認知症ケアにあたる
人は話合う機会をもち、柔軟性、忍耐力、想像力を持って関わり方を学ぶことが大切としていた。

D. 考察およびE. 結論

結果から、我が国における認知症ケアとスウェーデンにおける認知症ケアの違いを考え、認知症
ケアに必要な視点について考察する。

1. ケアスタッフの配置

スウェーデンでは、入居者のすべてが認知症者であるグループホームの場合、介護職員配置率
は 0.98 (=1.01-0.03) である。准看護師などは 0.91 で、入居者が 8 人であるとすれば、7.28 人
の職員がいることになる¹⁾。日本が入居者3 人に介護職員1 人であることを考えると手厚い配置と
なっており、個々の対象者への関わりもそれだけ密にできると言える。

スウェーデンでは、認知症の支援は他の高齢者への支援とは異なり、「個々に応じた個別対応
が必要」という考えが貫かれており、その結果が従事者数にも反映されていると言える。また、若
年性認知症の人は活動的であるため、ケアスタッフの配置を高齢者のユニットよりも多くするなどし
ている。デイ活動においても少人数の定員としており、年齢に応じた対応のあり方が検討され、実
践されていると言える。

2. 認知症ケアに対する考え方

認知症ケアに対する考え方として、1)情報の把握、2)個々の希望する活動を支援すること、3)対
象者に畏敬の念を持って接すること、4)認知症の支援の視点を持つことが重要とされていると感じた。

我が国でも、認知症の人をいかに理解するのが、ケアを行ううえで重要であると認識されてい
る²⁾。また、1)、2)については、認知症対応のグループホームなどでは実践されていると言えるが、
認知症の方が利用されている入所施設全体を考えると、まだまだ十分に実施されているとは言えな
い。

また、介護職の関わりは「一人の人」や「個」を捉えて支援するというよりも、その場限りのケ
アが多いことも指摘されている³⁾。これでは、利用者がどれだけ充実した一日を過ごしたかを考え
ることにつながらないと言える。また、対象者を集団で捉えている状態では、個に対する観察力も
乏しくなり、対象者の変化の把握や個への関心も低くなると言える。

この課題に対する解決方法として、1 で述べたスタッフの配置を充足し、個を見て、活動支援を
行うことができるケア体制が求められる。加えて、我が国のケアスタッフには 3)、4)に対する意識も
不十分なことから²⁾、認知症の支援に対する意識を醸成する教育も重要であると考えられる。ケアスタッ
フが、認知症の方の病態像や支援のあり方を学び、学んだ結果を実践する。実践した結果を振り
返り、ケア従事者自身がケアに対する達成感を得ることで、スウェーデンのケアスタッフが持つ認知
症ケアの意識につながると感じる。

3. 他スタッフや他職種との共同のあり方

スウェーデンでは、区のニーズ査定士、初期医療センター、福祉住宅、デイ活動、訪問介護の
各スタッフが相互につながりを持ち、情報共有をしていると感じた。さらには、訪問介護のスタッフ
から対象者に必要な支援の方針をニーズ査定士をはじめとする他職種に提案している。我が国で
は、医療と介護や介護間連携の必要性は認識されているが、実際には十分な情報共有、提案がで
きていない。その要因として、医療職や介護職の職種間の目的意識の違いが課題となっている²⁾。
職種ごとの役割は果たすが、必要な支援のあり方について、医療職に対して介護施設や訪問介護

から提案することは少ない。しかし、認知症へのケアに大切なことは本人を支えることであり、スウェーデンのスタッフに見られた自らの役割を認識し、さらには他職種の役割をも認識して相互に共同し、提案していくという姿勢を各スタッフが持つことが必要であると考え。

また、同じ職場においてもスタッフ間でコミュニケーションをもち、常にチームワークを大切にするという姿勢を学び、相互の能力を高めるための取り組みを実践することも重要であると考え。

4. 教育を受ける姿勢

我が国では、介護職が就職後、教育、研究機会が少なく⁴⁾、また、ケアスタッフの教育背景により、その姿勢に明確な差が認められると報告されている⁵⁾。

今回の視察で合わせて訪問した、区の老人福祉担当部門によるインタビューによると、区が主体となってサービス提供機関に対する研修を行うとのことであった。現在は認知症の方が増加していることや、先述の結果でも述べたように認知症への支援は特別という意識から、認知症に対する研修に力を入れている。また、各サービス機関でも教育機会の提供は重要であると認識されており、会社独自やスウェーデン全体で受講できる各種研修がある。また、それらはインターネットで受講できるなど工夫もされている。これらの点について、我が国も学ぶところは大きいと感じる。

上記に上げた我が国における課題の多くは既に各種研究において報告されている²⁾が、実際の認知症ケア現場で具体的に実践されるまでには至っていない。我が国における認知症のケアを実践するうえで、スウェーデンが現状のケアに至るまでの経過から学ぶ点も多いと言える。認知症の方々が安心できるケアを実現するために、今回の調査結果からさらに検討を深めていきたい。

【引用文献】

- 1) スウェーデンの施設ケア動向Ⅲ施設ケア.海外認知症ケア研究・関連情報：ひもときネット <http://www.dcnet.gr.jp/retrieve/>
- 2) 認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書.認知症を有する人への適切な支援に資する人に症ケアモデルの研究事業：株式会社ニッセイ基礎研究所，2012年3月.
- 3) 小木曾加奈子，安藤邑恵，平澤泰子，阿部隆春：介護老人保健施設における認知症ケアに対する職場教育の課題について，岐阜医療科学大学紀要，4，27-32，2010.
- 4) 介護事業所における介護労働実態，介護動労センター，2011
- 5) 橋本美香：介護福祉士資格の有無及び経験年数による認知症ケア比較，東北文教大学紀要，1，105-112. 2011.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

【論文】

1. 竹内さをり (2013)：北欧と日本の認知症ケア，地域リハビリテーション，7(10)，863-866.

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 24 年度分担研究報告書

認知症ケアの課題
—通所リハ利用者の事例分析を通じて—

研究協力者：谷川良博（所属：東郷外科はつらつデイケア・管理者代行）

【研究要旨】

通所リハにおける認知症ケアに関する課題を抽出することを目的として、通所リハを利用している認知症患者を対象に、作業療法士の立場から事例を分析し、課題検討を行った。

まず、認知症のタイプ別の作業療法の実践として、通所リハの事例を 5 つ挙げ、それぞれ MMSE、N-ADL、介護度についての評価、生活状況、サービス利用の経過、患者の変化を報告し、ケースを通じての課題を検討した。患者の病型内訳は、レビー小体型認知症 1 例、アルツハイマー型認知症 4 例であった。

次に、通所リハ利用者の家族支援を行った事例を 2 つ挙げ、それぞれ生活状況、デイケアでの対応を報告し、家族支援の課題を検討した。

通所リハおよび家族支援について事例検討の結果、通所リハにおける認知症ケアの課題として、

- ① 認知症ケアにおいても医学知識が求められる
- ② 大きな変化（骨折や脳卒中など）が起きる以前の情報を持ち、伝える人が必要
- ③ 住宅改修の知識（認知症のタイプ別の理解、生活上の予後予測）を備える
- ④ チームリーダーは適宜交代があり得る
- ⑤ 介護職やケアマネが認知症の人の行動背景を考えようとするきっかけを創る
- ⑥ 家族支援においては、1 事業所では対応できないケースが増えている

の 6 点が挙げられた。