

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」
分担研究報告書

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—

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、イギリスにおける急性期病院からの退院患者への支援システムについて、現状と課題を検討し、医療・介護連携の構造を明らかにすることを目的としている。1997年から2010年までの労働党政権期の政策展開や医療・介護従事者の関係を中心に文献調査を行った。

この時期に実施された退院支援システムを整備し、医療・介護連携を促す政策は、従来からの大きな制度枠組みは維持したまま、制度間の調整、従事者の協働を図ろうとするものであった。制度間の調整には一定の成果があり、介護サービスのアセスメント完了までの期間が短縮したが、再入院も増加するなど連携には限界があった。そのことから、本研究は今後の連携の促進に向けた糸口として特に従事者の関係に注目して考察を行った。その結果、病院での退院調整、地域でのケースマネジメントのどちらについても、看護師が連絡・調整の場面で重要な役割を担っていることが明らかになった。ただし、地域でのケースマネジメント担当の看護師と家庭医との関係、病棟看護師と看護助手などの補助職との関係をはじめ、役割分担の在り方や給与水準に関して今後も議論すべき点は数多く残されていた。これらの状況を踏まえて退院支援システムをとりまく医療・介護連携を概観すると、制度間の調整のしかた、従事者の養成や処遇を含めた役割分担いずれの面でも、医療が中心に置かれているように見受けられた。すなわち、医療と介護が対等な形で連携するというよりは、急性期医療を主軸に置きつつ、プライマリケアやコミュニティケアでそれをいかに補完するかという観点から、地域包括ケアが形成されていることが示された。

A. 研究目的

本研究は、イギリスにおける急性期病院からの退院患者への支援システムについて、現状と課題を検討し、イギリス型の医療・介護連携の構造を明らかにすることを目的としている。その際に、制度枠組みの在り方と同時に従事者間の関係に注目して考察を行うことで、医療・介護連携をより重層的に捉えることを目指している。

本研究が注目する退院支援をめぐる医療・介護連携の問題は、ブレア、ブラウン労働党政権期の重要な政策課題であった。退院支援システムの構築は、医療・介護サービス間の調整が最も求められる場として、高齢者ケアの問題とセットで取り扱われてきた。現在のところ65歳以上の高齢者は人口の16%程度であるが、公的な介護サービス利用者では70%近くを高齢者が占めている。また、2009年度を見てもNHS病院の入院患者の約45%が60歳以上であり、高齢者の場合、退院後の地域での受け入れ体制が整わず、平均在院日数が長くなりがちだという問題がある。こうした状況下で、医療と介護の連携がどのようになされていたのかを本研究は検討する。

B. 研究方法

本研究は、主として1997年から2010年までの労働党政権期のイギリスにおける政策展開、従事者間の関係を対象として文献調査を行う。英国保健省や関連機関の報告書やガイドライン、実態調査に基づく研究成果などの文献に基づいて、退院支援に関する医療・介護連携の現状と課題について、従事者間の関係を中心に考察を進める。なおイギリスの連合王国を構成する4ヶ国では、医療・介護制度の連携状況はそれぞれ異なることから、本研究は主にイングランドを扱う。

（倫理面への配慮）

本研究はイギリス政府等の公的機関の刊行物および内外の公刊された文献資料に基づく研究であり、特に該当しない。

C. 研究結果

1. 退院時の医療・介護連携の枠組み

医療と介護の間では、サービスを運営する組織が異なることから、双方の意思疎通が難しかった。そのため制度間の調整においては、NHSと地方自治体との間で連絡体制と責任の所在とを明確化し、早期退院を促す財政面でのインセンティブを付与することが行われた。コミュニティケア（退院遅延）法によって、介護側の受け入れ体制の不備による退院の遅れに罰金を課す一方で、NHS Continuing Health Careで重度の要介護者へのサービスは介護も含めて包括的に医療側が費用負担をする形になっていた。

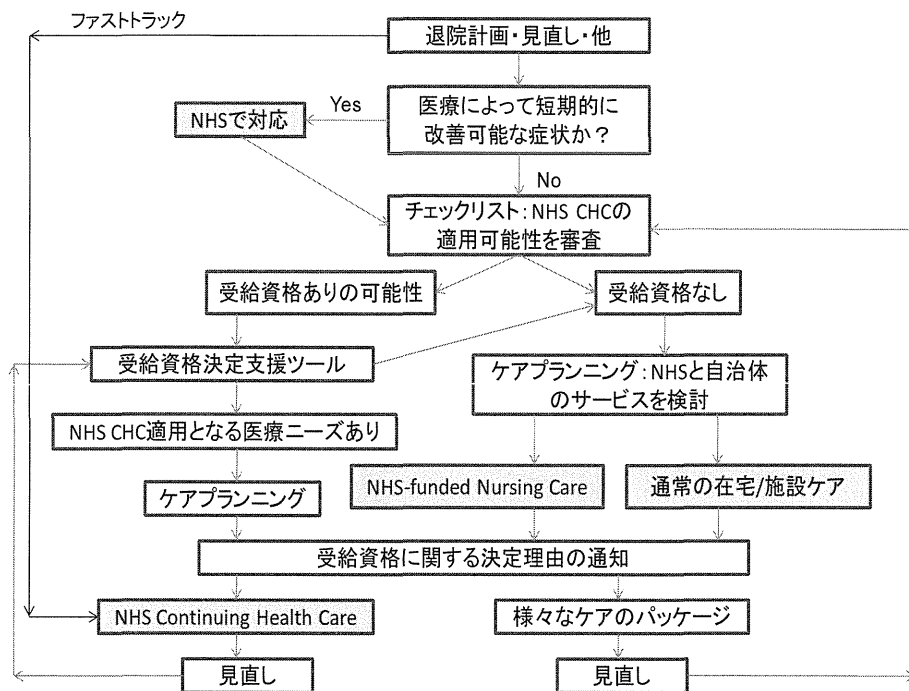
2. 退院支援の実践状況

退院支援の実践においては、まず保健省が示す退院プロセスの指針がある。病院外との連携が不可欠な複雑なケースに的確に対処するため、指針に従って患者のおよそ80%を占める通常の退院プロセスを確実に行うことが目指されていた。そして各地の病院は、単独であるいは地域の関連機関との連名で退院支援方針（Discharge Policy）や退院後を含めた地域連携パス（Discharge Pathways）を作成している。

3. 退院支援による医療・介護連携促進の成果と限界

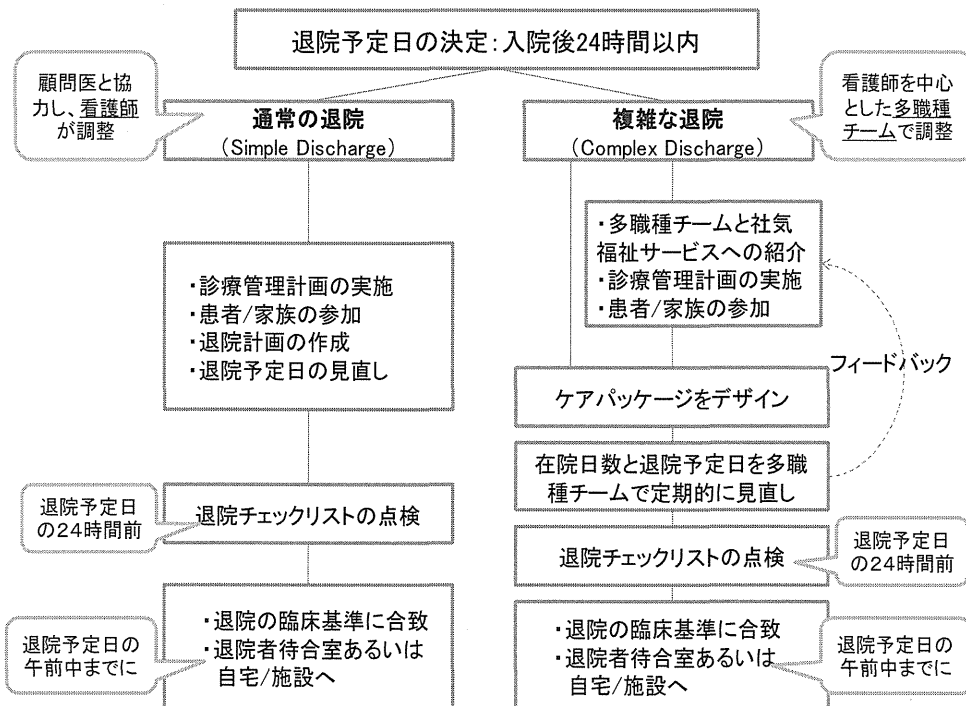
2000年代の介護サービスのアセスメント所要期間を見ると、2008年度には病院からの申請の場合は2日未満でアセスメントが完了した者も約4割いるなどの改善が見られた。プライマリケアやその他の機関からの申請と比べても、病院の改善は著しい。しかしその一方で、退院後28日以内の緊急再入院はこの10年間で50%以上増加し、退院時の病院からのサポートに対して家族介護者のおよそ半数が満足していない。中間ケアの普及は地域によってばらつきが大きく、現場での実質的な連携には限界があった。そのことから、連携促進のため、地域内の医療・介護予算の統合やサービス提供組織の合併など「統合ケア」を目指す方策が一部で試みられた。

図1 NHS Continuing Healthcare の受給決定プロセス



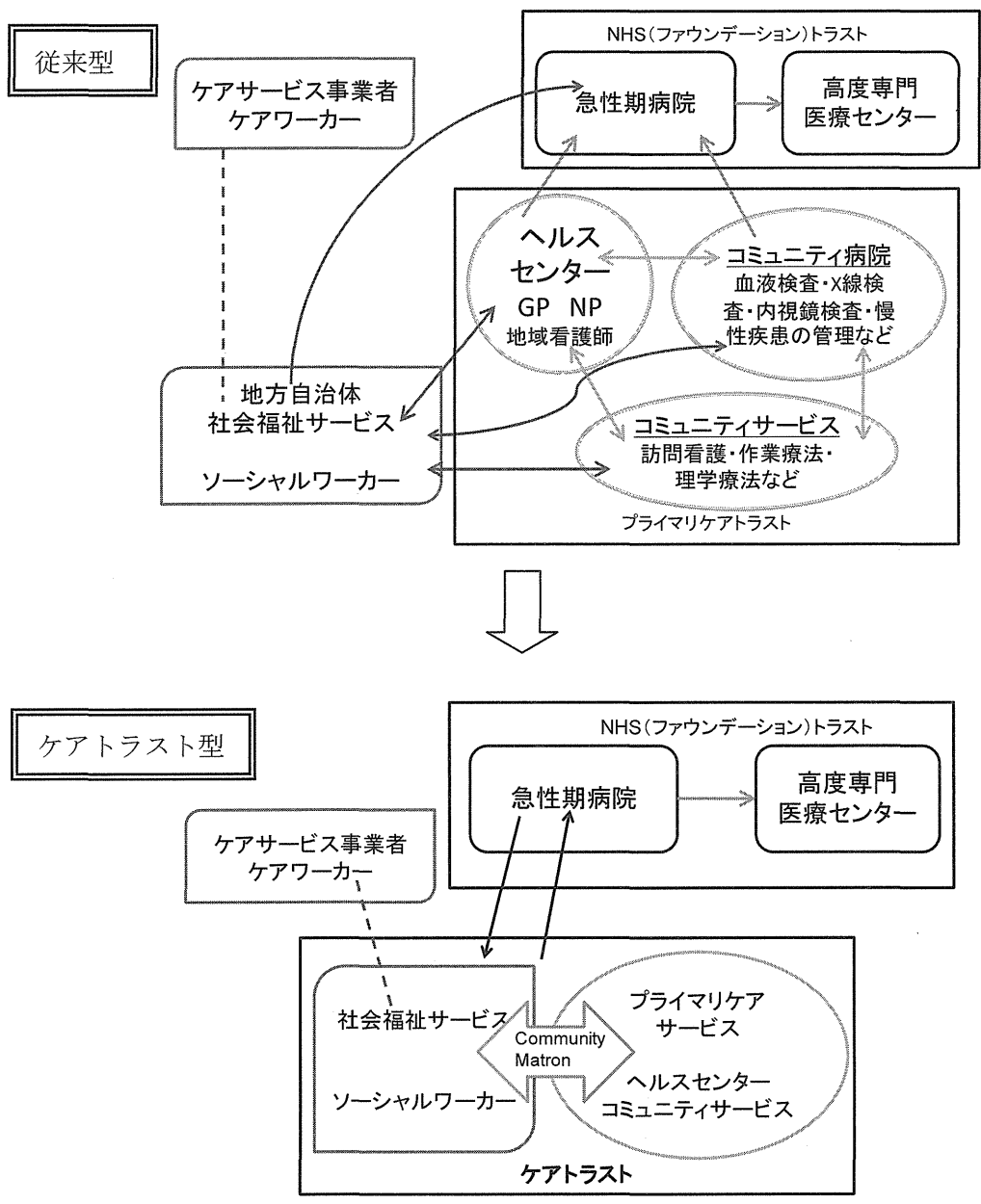
出典：DH, 2009, *The National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS Funded Nursing Care*, p.18 をもとに作成

図2 標準的な退院プロセス



出典：DH, 2004, *Achieving Timely 'Simple' Discharge from Hospital: A Toolkit for the Multi-disciplinary Team*, p.13 をもとに作成。

図3 従来型の連携からケアトラスト型の連携への変化



D. 考察

従事者の関係に注目した考察を通じて、連携に関する連絡・調整の場面で看護師が重要な役割を担っていることが明らかになった。たとえば重度要介護者へのケースマネジメントについては、医療と介護の両方について知識・技能を持つという点で、ソーシャルワーカーよりも地域看護師長（Community Matron）の働きが期待されていた。また、ソーシャルワーカーは国家資格であるものの、それ以外の介護に関する職業には国家資格制度がある訳ではなく、介護職の養成も医療補助職と共通したものであった。つまり、介護従事者が医師・看護師などの医療従事者の補助的な役割を果たす存在として、相対的に下位に位置付けられていた。ただし、地域での看護師と家庭医との関係、病院での病棟看護師と看護助手などの補助職との関係をはじめ、役割分担の在り方や給与水準に関しては今後も議論すべき点が数多く残されているといえた。

E. 結論

労働党政権期の退院支援システムを整備する政策の特徴は、従来からの大きな制度枠組みは維持したまま、制度間の調整、従事者の協働を図ることで医療・介護連携を促進しようとするものであった。けれども、退院患者の受け入れ先は必ずしも十分ではなく、再入院患者も増加するなど、方策には限界があった。医療・介護従事者の関係への検討を通じて浮かび上がってきたことは、イギリスでは医療制度を主軸に置いて医療・介護連携を進める地域包括ケアが形成されつつあるのだということである。それは同時に、医療と介護を通じた、国と地方自治体との関係を浮き彫りにしているようでもあった。イギリスの医療・介護連携を理解する上で、国と地方の関係も含めて、あらゆる施策の中で医療と介護がどのように位置付けられているのかを、改めて検証することが今後の課題である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 論文発表

白瀬由美香「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担」『海外社会保障研究』
No.174, 2011年3月.

2) 学会発表

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」
分担研究報告書

認知症対策における医療・介護の連携
—イギリスの取り組みからの示唆—

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

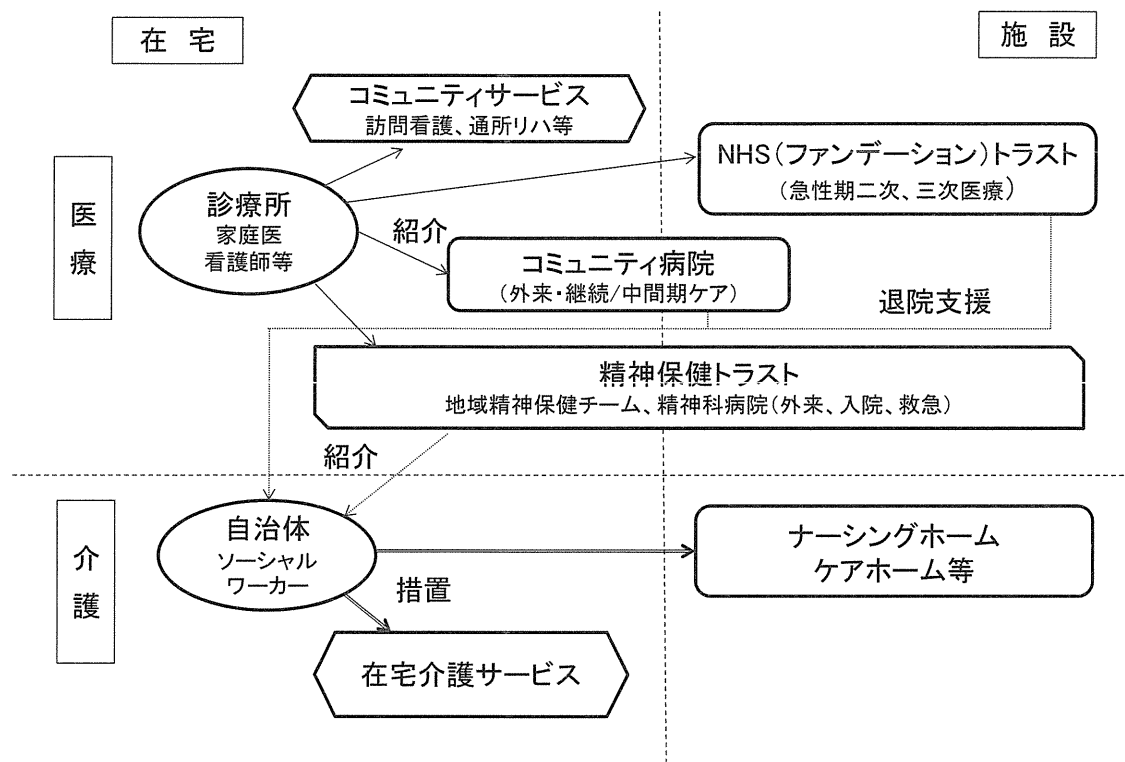
1. 医療・介護の連携と認知症ケアをめぐる背景

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



出所：筆者作成。

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
- 10) 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
- 11) ケアホームでの認知症ケアの質向上
- 12) 認知症者の終末期ケアの向上
- 13) 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、以下の様に最初の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

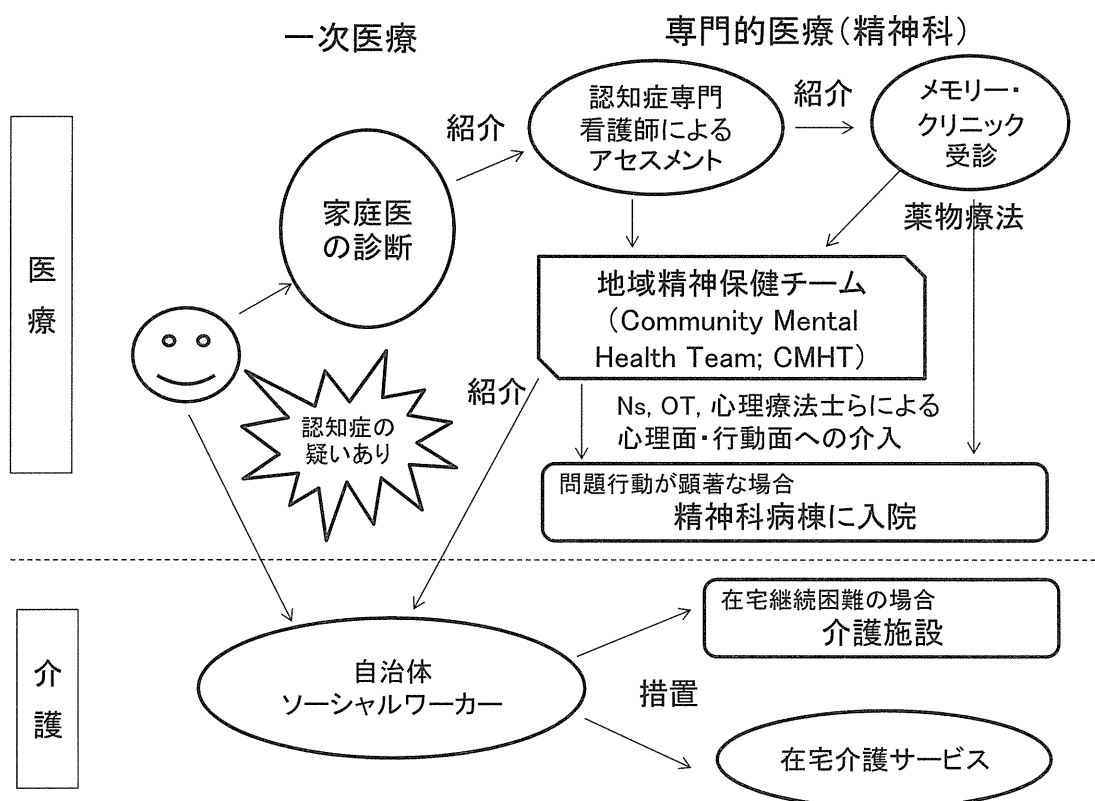
出所：Department of Health, 2012c, *The Prime Minister's Challenge on Dementia: Delivering major improvements in dementia care and research by 2015: A report on progress* をもとに筆者作成。

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と思われる。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」
分担研究報告書

高齢者の終末期における医療・介護サービス利用についての分析

研究分担者 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

研究要旨

A.研究目的：高齢者の終末期における医療・介護サービス利用の実態について、特に利用されているサービスの組み合わせについて明らかにすることである。

B.研究方法：X市より提供を受けた平成21年度における長寿医療レセプトデータ、介護保険データを連結不可能匿名化した上で接続し、分析に利用した。平成21年度当初の介護保険被保険者数は約1万人であった。このうち、長寿医療制度の受給対象者であり、かつ、介護保険被保険者でもある者の死亡について分析対象とした。

C.結果：平成21年度内に死亡した者のうち、少なくとも死亡前の3ヶ月についてサービス利用が観察可能な平成21年7月以降に死亡した222名に限定してそのサービス利用を観察した。死亡者は男性の方が多かった。また、死亡3ヶ月前から死亡当月にかけて要介護認定無しの者が増加するが、その原因は不明であった。サービス利用については、各年齢階級で平均して80%程度の個人が入院医療を死亡当月に利用していた。死亡当月も介護サービスを利用していた者は65名（24.2%）であった。死亡当月に入院医療サービスを利用している者のうち、居宅介護サービスを利用した者は6%弱、グループホームサービスを利用した者は90歳以上で23%となっていた。死亡3ヶ月前から死亡当月まで連続して入院している者は、全体としては死亡当月の入院患者の約30%であった。年齢階級が高くなるほどその割合は高くなっていた。介護老人保健施設サービスについては、死亡当月が近づくにつれて一貫して利用者数は減少した。介護老人福祉施設は死亡当月に減少していた。介護療養型医療施設サービスについては、ほとんど変動がなかった。入院を行わない者のうち、居宅介護サービス利用者はほぼ外来医療サービスも利用していた。外来医療サービスのみ利用者は入院医療サービスの利用に移り変わっていく可能性があると考えられた。

D.考察：終末期における医療サービスと介護サービスの利用について記述的に検討した。終末期の高齢者でも要介護認定を受けていない者が半数近くおり、一方が他方を代替する関係にあるとまでは言えないと考えられた。

E.結論：終末期を支える医療・介護サービスのあり方を考えるためには、サンプル数や地域を増やしてさらに検証する必要があると思われた。

A.研究目的：

高齢者の終末期における医療・介護サービス利用の実態について、特に利用されているサービスの組み合わせについて、明らかにする。それにより、医療サービスと介護サービスの役割分担を高齢者の終末期ケアの文脈で検討する。

B.研究方法：

X市より提供を受けた平成21年度における長寿医療レセプトデータ、介護保険データを連結不可能匿名化した上で接続し、分析に利用した。平成21年度当初の介護保険被保険者数は約1万人であった。このうち、長寿医療制度の受給対象者であり、かつ、介護保険被保険者でもある者の死亡について分析対象とした。

C.結果

(1) データの概要

1)平成21年度内に死亡した者の数は296名であった。少なくとも死亡前の3ヶ月についてサービス利用を観察するために、7月以降に死亡した222名に限定してそのサービス利用を観察した。その年齢構成および男女比は表1で与えられる。死亡数であるため、男性の人数が多くなっている。死亡月別の死亡者数は図1に示されるとおりである。

2)222名のうち、死亡時に要介護認定を受けていた者は115名、受けていない者は107名であった。要介護度別の対象者数は図2に示されているとおりである。要介護認定を受けている者の中では要介護度5の者が、約50名と最も多かった。死亡した者の中には要支援1、2の認定を受けて介護予防給付

を受けている者もいた。

3)死亡3ヶ月前から死亡当月までの要介護度の推移は表2に示されている。死亡3ヶ月前から死亡当月にかけて要介護認定無しの者が増加するが、その原因は不明であった。

(2) サービス利用の状況

1)死亡当月のサービス利用について、居宅系サービス、グループホームサービス(居住系サービス)、入院医療、外来医療と分類して、観察した(以下の数値は重複計上である)。居宅系サービスの利用者は、表3に見られるように、10名であった。75歳~84歳についてのみ年齢10歳で区切っている。これは少数セルが発生するためである。グループホームサービスは、31名であった(表4)。90歳以上では半数以上の者がサービスを利用している。入院と外来は表5、表6となっている。各年齢階級で平均して80%程度の個人が入院医療を死亡当月に利用している(表5)。外来医療サービスについても平均して約20%の個人が死亡当月に利用している(表6)。

死亡者のうち死亡当月も介護サービスを利用していた者は65名(24.2%)であった。サービス利用者数を死亡3ヶ月前まで遡ると、前月：102名(37.9%)、前々月：88名(32.7%)、死亡3ヶ月前：97名(36.1%)、であった。

2)要介護度別の死亡当月のサービス利用は表7から表9にまとめられている。サンプル数の問題から安定的な結果とは必ずしも言えない。表7の居宅介護サービスおよびグループホームサービスの利用については、年齢が高まるほど、要介護度が高まるほど利用する割合が高くなっている。ただ

し、要介護度 4 が最も利用割合が高く（合計で 40%）、要介護度 5 となると、約 32% まで低下する。なお、この表では介護サービスの利用となっているため、要支援の者は除いた。

表 8 の死亡当月の入院医療サービス利用については、要介護度 2 や要支援 1 の者が 100% 入院していた。また、要介護度 1 の者が高い割合で入院していた。しかしながら、実数で見ると、認定無しの者が最も多く、107 人中 96 人（89.7%）入院していた。表 9 の死亡当月の外来医療サービス利用については、要支援 1、要支援 2 の者で利用する割合が高かった。全体としては、85 歳以降については利用者数の割合は低かった。

3) 死亡当月に入院医療サービスを利用している者が、他のサービスを利用しているか否かも確認した。表 10 は居宅サービス利用、表 11 はグループホームサービス利用、表 12 は外来医療サービス利用について示している。死亡当月に居宅介護サービスと入院医療の双方を利用した者は 6% 弱、グループホームサービスと入院医療を利用した者は 80-89 歳で約 10%。90 歳以上で 23% となっていた。表 13 から外来医療サービス利用はどの年齢階層でも死亡当月に入院医療と共に利用されていた。レセプトデータからは入院医療サービスとその他のサービスのどちらが先に使用されたのかが判別できない。このため、厳密に死亡するまでのサービス利用の経過を追跡することはできない。

4) 死亡当月に入院医療サービスを利用する者は死亡当月に入院を開始するか否かを確認した。3 ヶ月前までの入院の状況を確認した。その結果、死亡 3 ヶ月前から死亡

当月まで連続して入院している者は、全体としては死亡当月の入院患者の約 30% であった。年齢階級が高くなるほどその割合は高くなり、65-74 歳階級では約 20% であったものが、90 歳以上では 34.8% となっていた。

5) 死亡前 3 ヶ月前の時点から入院・入院外の医療サービスの利用者数がどのように変化するかを観察したのが、図 3 である。この図から、入院も入院外もサービス利用者は 120 人弱程度であるのが、入院は死亡当月に 180 人超、入院外は死亡当月には半減して約 50 人となるのが分かる。

6) 施設介護系のサービスでは、医療施設と同等の医療サービスは利用できないことが一般的であろう。施設系サービスの利用状況を死亡 3 ヶ月前から確認したのが図 4 である。いずれのサービスについても死亡 3 ヶ月前には 13 人の利用者がいた。介護老人保健施設サービスについては、死亡当月が近づくとつれて一貫して利用者数は減少し、最終的には 5 人となっている。介護老人福祉施設については、死亡前月までは利用が継続するが、死亡当月に減少していた。介護療養型医療施設サービスについては、死亡前月から利用者数が多少ではあるが、却って増加していた。

これらの結果を含めてまとめたのが表 14 である。サンプル数が少ないため、まとめて表示しているが、居宅系サービスやグループホームサービスの利用者も死亡当月に向けて減少していることがわかる。なお、介護サービスを利用するためには要介護認定が必要であるが、死亡 3 ヶ月前に要介護認定を受けている者は 58.1% であり、死亡当月にはその比率はさらに低下している。

7) 入院を行わない者はどのようなサービ

ス利用を行っているのか、について死亡時点より3ヶ月前までの各月において確認を行った。図5は死亡3ヶ月前の時点で入院していない者の居宅介護サービス、グループホームサービス、外来医療サービス利用について、その関係性を観察したものである。図の上部に居宅介護サービスがあるが、これを利用している者のうち、92.3%は外来医療サービスも利用している。居宅介護サービスを利用している者でグループホームサービスを利用している者は存在しなかった。そのため、居宅介護サービスを利用している者のうち7.7%は居宅介護サービスのみを利用していると考えられた。

図6から図8は上記の観察を死亡前2ヶ月前、死亡前月、死亡当月、と時間を進めて観察したものである。死亡2ヶ月前から居宅サービスのみを利用するケースは無くなった。死亡当月は居宅サービスの利用そのものが観察されなかった。居宅サービスが利用される場合には外来医療サービスが必ず利用されていた（死亡2ヶ月前および死亡前月）。

居住系サービスの実利用人数は死亡前3ヶ月前の約40人から漸減していく。他方、体調の変動により外来医療サービス利用は月々に変化する。このため、居住系サービス、すなわちグループホームサービス、のみの利用者の割合は変動することとなる。他方、外来医療サービスのみの利用者の比率は低下していく。図3などを考え合わせると、外来医療サービスのみの利用者は入院医療サービスの利用に移り変わっていく可能性がある。

D.考察

本研究で使用したデータは介護保険加入者と後期高齢者医療制度加入者のレセプトデータ及び加入者台帳をマッチングし、双方の制度に加入している個人のデータのみを分析に使用している。それゆえ、75歳以上の個人についてのみ分析しており、年齢の違いによる傷病構造の差異は一定程度除外されていると考えられる。観察期間が一年間であるため、死亡前のサービス利用を考えるために3ヶ月前までが遡ることが可能となった。死亡前医療費の分析においては、六ヶ月ないしは一年間遡ることがあるが、今回のデータではそれは可能ではなく、分析の限界となっている。

入院医療サービスを死亡当月に使用する者が各年齢階級で70%を超えていることは高齢者の終末期においては入院医療サービスを利用する者が多いことを示唆すると考えられた。もっとも、後期高齢者であっても、死亡の3ヶ月前から入院している患者は死亡者の3分の1に過ぎないことには注意を払うべきであろう。全ての高齢者が長期入院の末に死亡するわけではないと考えられた。

高齢者の居住の確保策のひとつとして、介護施設サービスが従来から用いられてきた。しかしながら、利用者の死期が近づくと、介護老人保健施設では早期(3ヶ月前)から転院等の措置がとられていると考えられた。介護福祉施設ではそれほど急激ではないが、死亡当月は利用者が減少していた。このため、介護施設サービスの利用者であっても、最期に看取られる場所は病院となっている状態が再確認された。

他方、入院医療を受けない個人がどのよ