

認知症ケアの先進地をゆく (前編) —オランダの現状—

遠矢純一郎

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック(東京都世田谷区)院長



高齢化に伴う認知症高齢者の増加に際し、近年先進各国では認知症対策を社会保障政策の最優先課題の一つと位置付け、包括的な国家戦略（認知症国家戦略）を策定し、制度やサービス改革を積極的に推進している。

認知症ケア先進地の 認知症国家戦略を視察

2012年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として、東京都医学総合研究所が行った「認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究事業」により、12年11月に認知症ケアの先進地であるオランダ、フランス、イギリスへの視察が行われた。これは各国の認知症国家戦略、制度やサービスの改善、当事者・ケアラー（認知症ケア提供者）を

支える地域実践推進等の仕組みについて、最新情報の把握と今後のわが国の認知症政策への示唆を得ることを目的としたものである。

私は在宅医療にかかる医師として、この視察に同行する機会を得た。これから2回に分けて、視察で学んだことを述べてみたい。

3段階の発展を経た オランダの認知症国家戦略

最初の訪問国オランダは、九州とほぼ同じくらいの面積に約1700万人が住む。高齢化率は16%で、今後、急速に進むと予想されている。認知症患者数は25万人、その7～8割が在宅、6万人が施設入居である。

オランダでは、「健康・福祉・スポーツ省」が日本の厚労省に当たる（写真1）。同省の説明によるとオランダにおける認知症国家戦略は、「認知症の人のニーズと希望に基づく個々の事情に合わせたケア」と、「認知症の人と介護者に対する支援の提供を通じた生活の質の改善」を目的として、現在までに大きく3段階での発展が見られる。

第一段階（04～08年）では、認知症の人や介護者から、認知症ケアの課

題抽出と優先付けの調査による「良い認知症ケア」の明確化、第二段階（08～11年）では、統合ケアのガイドライン作成とそれに基づく地域での実験と普及、第三段階（11～12年）では、ガイドラインの見直しと効果的な連携、質の評価の指標改訂、ケア基準の策定などである。

家庭医が国の施策を 地域に展開する拠点に

また、これらの施策と並行し、地域において認知症の人と介護者を支える様々な取り組みがある。

まず訪れたのは、家庭医やナースプラクティショナー、MSW（医療ソーシャルワーカー）などがオフィスを持ち、協業しながら地域医療を支える基



写真1 健康・福祉・スポーツ省



写真2 地域医療センター。家庭医やナースプラクティショナー、MSWなどがオフィスを持つ。地域医療を支える基地となっている。



写真3 北オランダにあるGeriant財団本部

地となっている地域医療センターである(写真2)。オランダでは地域ごとに必ず家庭医があり、家庭医1人当たり2000~3000人の患者をカバーする。家庭医が、地域医療や包括ケアにおける国の施策を各地域に展開する拠点として機能している。

地域住民はすべて、この家庭医を経由して専門医やケアサービスにつながるため、国家の疾病管理における情報収集なども一元化できる。また、全国の家庭医の診療情報はネットワーク化されており、そこから得られたエビデンスを元に診療ガイドラインとしてフィードバックされるので、各家庭医が質の高い診療を提供できる。認知症においても、普段から家庭医としてかかわる中で早期発見につながるなど、専門医やケアラーとの連携にも中心的な役割を果たす。

近年の高齢者の急増や対策費用の増大を受け、改めて家庭医と地域看護師を中心とした地区レベルでのプライマリケアを充実させ、セルフマネジメントの推進と身近な関係の中での問題解決を図ることが、重要だと言われている。

Geriant財団における認知症ケースマネジメント

次に訪れたのは、認知症の人の在宅生活継続の可能性を高める認知症ケー



写真4 Geriantに所属する認知症ケースマネジャー（右）と精神科医（中央）

スマネジメントの先進事例、Geriant(ヘリアント)財団である。

オランダでは1980年代以降の脱施設化の流れの中で、ケースマネジメントが発展してきた。なかでも認知症を専門的に請け負う「認知症ケースマネジャー」は、認知症の人と介護者に対する、コーディネートされた治療とケアの体系的な提供窓口となる(写真3)。

Geriantのケースマネジメントの目的は、「認知症の人と介護者のQOLを維持しながら、できる限り住み慣れた家での暮らしをサポートする」ことで、その特徴は「多職種チームによるケアとキュアの包括的な提供」にある。

Geriantは、北オランダの人口60万人のエリアでサービスを提供しており、利用者3700人をスタッフ190人（うちケースマネジャー70人）で支え

る。認知症診断・ケースマネジメントチームは、在宅で老年精神看護を提供する看護師、老年医、精神科医、心理士、認知症コンサルタントなど各1~2人で構成される（写真4）。

認知症の兆候が見られる人が、家庭医や地域のケア組織、病院などからGeriantに紹介されると、ケースマネジャーや医師、心理士が自宅を訪問し、本人や家族と面談して診断を行う。各職種のアセスメント結果を元に、治療やケアのプランを立案し、必要な援助を行っていく。その後は地域の家庭医や在宅ケア組織に引き継がれるが、ケースマネジャーは認知症の方が死亡（もしくは入所）に至るまで、一貫して援助を担当する。

また、地域のケアラーや介護者を交えた利用者ごとのカンファレンスを元に、専門的なモニタリングを定期的に行い、ケアラーや家庭医にも研修の機会を設け、ケアの地域力を高める活動も行っているという。

アルツハイマーカフェで認知症知識の普及と仲間作り

地域で暮らす認知症の人や介護する



写真5 アルツハイマーカフェ

家族への支援は、他にも様々な形で提供されている。

その一つ、アルツハイマーカフェは、認知症に関する知識の普及や仲間作り、エンパワーメントなどを目的に、オランダアルツハイマー協会が策定したガイドラインに沿って実施される集いである。

月1回決まった曜日・時間帯に2時間程度、地域のレストランや公民館などを借りて開催される。地域住民の誰もが無料で参加でき、コーヒーを飲みながらおしゃべりをしたり、ミニレクチャーがあったりというスタイルで、すでにオランダ全土200カ所を超える地域で行われているという(写真5)。

これらは基本的にボランティアを中心となり、様々な助成金などをを利用して運営されている。

認知症の人や介護者が 自主運営するオデンセハウス

またオデンセハウス(Odensehuis)は、認知症の人と介護者が誰でも立ち寄れるデイケアのような所である。日本のデイケアとの違いは、専門職によるケアではなく、自分たちのニシアチブによって自主運営されていることだ。認知症早期などの症状で不安を抱



写真6 認知症の人の「第二の居間」と言われるオデンセハウス

える人たちが、早い段階で「居場所を得る」ことにより地域で長く暮らすことができる、という考えに基づいている。

いつでも自由に入り出しができる、参加者がやりたいこと(絵画や料理、ダンス、演劇、散歩など)をする。自分たちで情報やアイデアを出し合い、認知症になってしまっても地域で暮らせるよう、互いに助け合っている(写真6)。

気持ちに寄り添うグループ ホームとケア・ファーム

認知症専用のグループホームである「Warm Thuis De Hulst」では、70年代から身体拘束を行わず、自宅で使っていた家具やペットを施設内に持ち込むなどして、認知症の人の気持ちに寄り添ったケアを行っている(写真7)。

また、「ケア・ファーム(Green Care Farming)」では、認知症や精神疾患を持つ人のデイケアを農場で行っている(写真8)。認知症(軽度を中心)の人たちが作物を育てて収穫したり、家畜を育てたりしながら、時間や四季の移ろいを感じたり、また、それに役割を持つことで、社会性などをできるだけ維持していくという目的で運営されている。

ボトムアップによる戦略と 切れ目のない支援、教育

オランダの先進的な認知症ケアを視察し、強く感じたことがある。それは、同国の認知症国家戦略が、国から施策を示し全国一律に取り組みを促すのではなく、各々の地域で認知症の人や介護者の意見を聞き、また今回紹介したようなベストプラクティスからの学びを共有して、ボトムアップ的に積み重



写真7 認知症専用小規模施設 Warm Thuis De Hulst



写真8 農場型デイケア施設 ケア・ファーム

ねたものだということである。

また、認知症を抱えても、本人や家族、介護者が、適切な診断やケースマネジメント、それらに基づく専門的ケアや支援を地域で切れ目なく受けられるようにという方向性は、どのサービスにも一貫していた。それは、できるだけ住み慣れた自宅や地域で過ごしていくことこそが、認知症の進行や行動・心理症状(BPSD)の発生を抑え、その人の尊厳や意思、QOLが保たれる最大の要素であることに根ざしている。

同時に地域社会のあらゆるところで認知症への理解を深め、共存していく社会作りの教育に力を注いでいたのも印象的であった。

後編では、フランスとイギリスの認知症国家戦略と視察について報告する。

(構成: 梶 葉子=医療ジャーナリスト)