

# デンマークの認知症 ケアシステムに学ぶ

低コスト・良品質・ユーザー本位の知恵と工夫



生活研究部門 山梨 恵子

yamanasi@nli-research.co.jp

## 1—はじめに

わが国が目指してきた「新しい認知症ケア」とは、認知症の症状に対処していくのではなく、認知症という障がいがある人の尊厳を支え、家族や地域社会との関わりを保ちながら、「当たり前」に暮らしていくこと」の支援であった。まさに北欧の福祉先進国が取り組んできたノーマライゼーションの具現化であり、まちづくりや地域社会に向けた啓発活動を視野に入れながら、自治体を中心とする基盤づくりが始まっている。しかし、多くの実践と研究成果を積み上げていながらも、認知症ケアの質の格差は大きく、「住み慣れた地域での継続的支援」への道のりは遠い。

このレポートは、認知症という障がいをあきらめることなく見守り続けるデンマークの取り組みに目を向け、認知症の人の自己決定への支援や、在宅や地域での継続的な暮らしをどのように支えているかをひも解きながら、このシステムの日本への活用可能性を考察する。

## 2—デンマークの認知症ケアシステム

### 1 | 高齢者精神疾患対策の変革

1960年代のデンマークは、認知症ケアという概念もないままに、ごく限られた資源で問題対処型のケアを繰り返していた。また、多くの認知症高齢者は、十分な診療や診断の機会が得られないままに、処遇困難者として精神病院に収容されていた。当時のミドルファート病院（ミドルファート市）は1,200床もある大規模な精神病院であったが、入院患者の3分の2を高齢の患者が占め、そのうちの多くが認知症患者であったといわれている。ここでは、しばしば大量の投薬やベッド等への拘束が行われ、患者の生活環境は劣悪な状況であったと語られている<sup>(注1)</sup>。

デンマークが、本格的に認知症ケアの改革に取り組み始めたのは1980年代である。当時、北欧諸国にはノーマライゼーション<sup>(注2)</sup>の思想が広がり、精神疾患や認知症対策のあり方についても議論されるようになっていた。精神病院では、内部告発や社会からの批判を受け止めながら、非人間的な患者への処遇を改善し、患者の「症状」に捉われるのではなく、障がいを持った「その人」や「その人の生活」に目を向けた精神疾患ケアへの転換が始まった。以降、デンマー

[写真] 環境改善が図られたミドルファート病院・患者用の食堂



クでは、人間らしいあたりまえの環境の中で日常生活を基盤とするサービスを提供することこそが、精神病患者の症状の緩和や本人のニーズに応える方法だと確信するようになっていった。すなわち、認知症高齢者の居住場所は病院ではなく、在宅や地域にあるべきと結論付けたのである。結果、ミドルファート病院にあった1,200床は周辺の3つの地域に分散・縮小され、現在は60床程度が残るのみとなっている。また、ほとんど全ての認知症高齢者が在宅ケアに切り替えられて病院を出ている。ちなみに、現在の日本では、行動障害が激しい人へのサービスを事業者が拒否するケースや若年性認知症患者への支援策の遅れ等により、未だに精神科病床が多くの認知症患者の受け皿になっている現状がある。

[図表-1] 傷病分類別入院患者数

(千人)

	平成17年		平成20年	
	患者数	割合	患者数	割合
精神及び行動障害に関わる疾患	326.2	100.0%	301.4	100.0%
うち血管性及び詳細不明の認知症	54.0	16.6%	44.4	14.7%
うち統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	198.9	61.0%	187.4	62.2%

(資料) 厚生労働省「平成20年患者調査」より

## 2 | 在宅生活を支える認知症ケアシステム

病院依存からの脱却を目指したデンマークは、同時に、認知症高齢者を地域に迎え入れるための準備に追われることとなった。

課題となったのは、①家族、援助職、地域がそれぞれのレベルで認知症という病気やケアを知ること（教育）、②予想される困難ケースに対応できるバックアップ体制を整えること（支援体制）、③本人の状態変化に迅速に医療が対応できる連携体制を確保すること（医療と介護の連携）、④家族、援助者のストレスを最小にするための支援体制（ストレスケア）などがあげられる。しかも、当時の財政状況では解決策の全て

を低コストで仕上げなければならないという難問を抱えていた。果たして、コストをかけずに作り上げたデンマークの認知症ケアシステムとはどのようなものなのだろうか。

ここでは筆者が視察・調査を行ったオーデンセ、ミドルファート、ボーゲンセの各市の情報を基に、デンマーク認知症ケアシステムを紹介する。

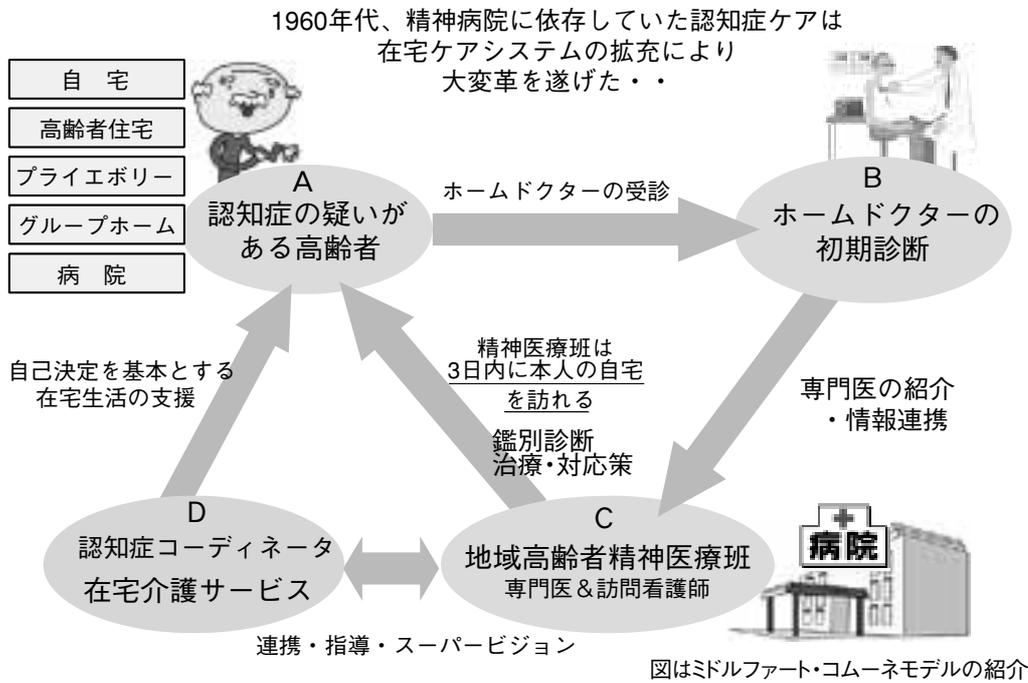
### ①初期診断の段階（図表-2：AからB）

デンマークには、国民の一人ひとりに家庭医（ホームドクター）を登録する制度がある。ほとんどの医療は家庭医から提供され、必要に応じて専門医（病院）に紹介されるしくみとなっているため、患者が直接病院を訪ねることはできない。馴染みの関係の中で相談ができる医師という意味では日本における「かかりつけ医」にも似ているが、家庭医の守備範囲は出産から高齢期の疾患まで幅広く、クリニックによっては高度な検査設備を備えているところもある。

何らかの変化に気づき認知症の疑いが生じた患者に対しては、家庭医が簡単な検査を行い、専門医への受診の必要性を判断するのが一般的である。高齢者は感染症や膀胱炎などでも認知症によく似た症状が現れることが多い。初期段階に他の疾患の影響を見極めることは非常に重要であり、内科的な治療を必要とする場合は家庭医が自らその治療に専念したり、他の専門病院に紹介したりすることとなる。いっぽう、検査結果で認知症が疑われる場合は精神科医に連携され、さらに詳しい検査を行うこととなる。ただし、どの段階で連携するかは家庭医の知識や対応力によって若干の違いがある。

日本では、認知症の初期段階で医療につながる事が難しいといわれている。理由は、①認知症に関するかかりつけ医の対応力に格差がありすぎる事（歳のせいだと放置する等）、②かかりつけ医と専門医の連携体制が整っていない

[図表-2] デンマークの認知症ケアシステム



こと、③精神科の敷居が高い、あるいは本人に自覚が無く、不安があっても受診を拒む、等である。初期対応の遅れは、自宅への引きこもりや症状の悪化を招き、家族介護の限界を超えてから援助職が介入するという、いわゆる「困難ケース」に陥りやすい。

この点、初期段階のパスがシンプルにつくられているデンマークでは、患者からの最初のアプローチがどこであろうと（介護サービス、自治体、家庭医等）図表-2のサイクルに乗ることが容易である。

一般的に、1人の家庭医が担当する登録患者数は2,000人程度と言われている。ヒアリングを行った家庭医<sup>(注3)</sup>の場合では、登録者の約25%が65歳以上高齢者であり、その5%強（25~35人程度）に認知症やその疑いがあるとの事であった。

### ②専門医療の介入の段階（図表-2：BからC）

家庭医から専門医につないだ後は、精神科医による鑑別診断の段階となる。診察の方法は地域によって違いがあり、患者が専門病院を訪れる通常型に加えて、専門医や精神科訪問看護師

が患者の自宅を訪ねていく方法もある。ミドルファート市では、1人の患者に対して専門医1人と看護師2名による「地域高齢者精神医療チーム」をつくり、高齢者の自宅を訪問するシステムをとっている。常時3人で行動するという意味ではなく、必要に応じて医師や看護師が単独で訪問し、情報をチームで共有する。

こうした取り組みは、単に患者の通院負担を軽減するという目的だけでなく、医師自らが患者の生活環境や周囲との人間関係を知り、症状を誘発する要因を探ったり、状態改善に向けた対応策を講じたりするためである。認知症の症状は思いもよらないことに影響される事がしばしばある。医学的な知識に基づいて、認知症患者に見えるもの、聞こえるもの、そして心の状態について、日常的な環境の中で確認していくことが重要と考えられている。

日本の介護施設やグループホームの利用者は、いまだ鑑別診断がきちんと行われていないケースも少なくなく、初期診断は極めて曖昧な状況にある<sup>(注4)</sup>。これは、本来、別の精神疾患の治療が必要な患者、あるいは身体的疾患に原因が

ある患者への適切な医療を提供できない事にもつながる。その点、診断を前提とするデンマークのシステムでは、認知症の原因疾患や症状の特性に応じた個別ケアが提供しやすく、論理的かつ効率的なケア体制を整えることができる。

### ③サービス導入段階（図表－2：C・D・A）

図表－2では、専門医の診察の次にサービスを導入する流れとなっているが、認知症の状態によっては診断を待つことなく介護が必要になることも多い。それゆえ、医療と介護が密接な連携をとりながら、本人・家族の状況に応じて迅速かつ柔軟に対応できるしくみがつくられている。この利用者ニーズを最優先にする動きが可能なのは、後述する認知症コーディネータの存在や、全ての在宅介護サービスが市に帰属する直営サービスであること（地域によって若干の民間委託もある）、現場の裁量権が高いことにより実現できている。

例えば、日本で要介護者がホームヘルプを必要とする場合、要介護認定の申請手続き、認定調査、認定審査会を経て要介護度が決定される。さらに、様々な書類を整えながらケアマネジャーによる計画作成が行われ、いよいよサービスの利用にたどりつく。いっぽうデンマークでは、地域の介護福祉課に一本の電話をかけるだけで面倒な手続きの必要はない。市役所のニーズ判定員が専門職の眼で必要な支援を見極め、サービスがコーディネートされていく。

また、利用者側の意識も日本と異なり、デンマークの人たちは、公的なサービスに対して「使わなければ損」という感覚はほとんど持ち合わせていない。『社会資源は、困っている人が必要なだけ使うもの』これがデンマークの民主主義の考え方であり、平等の意味である。

具体的なサービスの種類は、ホームヘルプ、デイケア、ショートステイ等、日本でも馴染みのメニューが多いが、これらのサービスでは認

知症ケアの知識・技術・理念に支えられた質の高いケアが提供されている。それは、介護に携わる人材を有資格者<sup>(注5)</sup>に限定し、全ての職員を公務員として採用するというデンマークのサービスの質へのこだわりによって実現できているともいえる。

ところで、コストをかけずに良質なケアを提供するためにデンマークが取り組んだこととは何であったのか。

1つは、住宅政策と高齢者介護政策を一体的に進め、無意味な大規模施設の建設を早くから止めてしまったことがあげられる。デンマークでは、1988年の段階で全ての介護施設の建設を凍結している。建物には費用をかけず、情報連携の仕組みと人材教育を中心にしながら質の向上を目指したのがデンマークの秘策と捉えることができる。教育に多くのコストを費やしても、職員が誇りとプライドを持って働き続けることができれば人材は国の貴重な資産となる。また、良質なケアが認知症高齢者の生活の質を高めて、一人ひとりの状態改善につながることで、無駄な費用の抑制効果へと確実につながるのである。

## 3— キーパーソンは認知症コーディネータ

### 1 | コーディネータの養成

デンマークの認知症ケアの質向上に大きく貢献しているのが、認知症コーディネータの存在である。

1980年代の終わり頃、認知症ケアに携わる実践者たちは、身体介護を中心とする従来の介護方法では認知症高齢者を支えきれないことを認識し始めていた。また、前述の精神病の改革により、認知症患者を地域に戻そうとしていた精神科の医師たちは、家族や介護職向けの認知症教育に取り組み始めていた。介護職等の「知り

たいニーズ」と、病院改革を遂げたい医療側の想いが一致したことで、多くの介護職が様々な形で認知症専門教育を受ける機会に恵まれていった。

中でも認知症コーディネータ養成研修は、看護師あるいは社会保健介護士の有資格者を対象に100時間以上もの時間を費やし、認知症ケアのスペシャリストを創出する。カリキュラム内容を見ると、認知症ケア論はもとより、医学的知識、高齢者心理、文化・歴史、コミュニケーション、権利擁護と多岐に渡り、受講者の個人的なスキルアップというよりも、習得した知識、技術、指導力を地域や事業所に還元していく公的な役割を担う人材開発の側面が強い。

## 2 | 役割と機能

以下では、認知症コーディネータの役割と機能を整理した。

### ①認知症高齢者のニーズの把握

記憶や識別の機能が障がいされ、自身の想いを表せない認知症の人のニーズを見出すことは極めて高度な専門知識と技術を要する。それでもなお、高齢者が自分自身の生き方を自分で決定する事をあきらめることなく支援していくのがデンマークの認知症ケアの基本である。認知症コーディネータは、認知症の人の気持ちや要望を把握していくために、家族からの情報収集やすれ違いの多い本人との会話を繰り返しながら、少しずつニーズを引き出していく。

### ②ニーズに応じた地域資源のネットワーク化

高齢者の自己実現やその人らしい暮らし方において、家族や地域との関わりは欠かすことのできない存在である。こうした関係性を支援するためには、単なる公的サービスの組み合わせただけでは事足りず、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカー、医師などの専門職に加えて、地域住人、文化施設、馴染み

の人やモノといった地域資源をつなぎながら、サービスを利用していない時も認知症高齢者の日常を支えてくれるネットワークをつくる事が重要となる。認知症コーディネータは、高齢者の暮らし全般をみながら、「介護」というよりも「暮らし」をコーディネートしている側面も強い。

### ③介護職員の教育・指導と個別ケースに応じたスーパーバイズ機能

たとえ教育のある介護職であっても、実践現場では利用者の状態が悪化する理由も分からず、迷路に迷い込んでしまう場面が少なくない。介護職員は常に対応方法に関する妥当性について議論を重ねていく必要があるが、このような場面で適切な助言やアドバイスを提供するのが認知症コーディネータの役割である。コーディネータは、プロとしての専門的視点でケアを最善の方向へと導いていく。

### ④家族や地域への情報提供および啓発活動

家族は認知症になった身内の状態に心を痛め、先の見えない将来の暮らしを想って悲嘆にくれる事が多い。また、本人の予期せぬ言動に大きなストレスを抱えたりもする。認知症コーディネータは困惑する状態が起きる理由を認知症の基本的な理解にそって理論的に説明し、本人の変容は病気が引き起こしていることを伝えていく。また、状況に応じた適切な対応方法をアドバイスしながら、家族の精神的負担を取り除いていく。さらに、認知症介護を担う家族同士をネットワーク化し、ストレス軽減のための勉強会やディスカッションの機会などを設けることにも取り組んでいく。

### ⑤その他

身体行動の自由、本人の意思の尊重が前提のデンマークでは、利用者の監視や拘束を目的とする福祉機器の活用はほとんど無くなっている。しかし、個別の状況でやむを得ない身体拘束を

行う場合は、厳密な手続きと審査によって一部許可されることもある。この手続きを行うのも認知症コーディネータの仕事であり、他に成年後見制度活用のための支援にも携わる。

### 3 | コムーネを基点に活躍

認知症コーディネータが地域で活動し始めたのは1990年の初め頃と言われている。前述のミドルファート病院の精神科医師ロルフ・バンク・オルセン氏のもとで教育を受けた人材が、いくつかの自治体の専門職員として採用されたのがきっかけとなっている。

デンマークが認知症高齢者対策を推進するにあたって解決を迫られていた、医療連携、家族支援、地域啓発、職員教育、困難ケースの個別対応などは、認知症コーディネータの登場によって少しずつ解決の糸口を見出すことができてきたのである。

法制度は大きなフレームだけを作り、細々とした運用方法は地域の実態に応じて柔軟に対応するというのがデンマークのやり方である。逆にいえば、良いシステムは制度化されなくとも自治体の意思で国中に拡げていくことができる。認知症コーディネータのしくみは、いまだ国家資格や法制度にはなっていないものの、社会保健省は有効な手段として高く評価し、全ての自治体に配置することを推奨している。現在ではデンマークの認知症高齢者を支える要のしくみとして、全国的なとりくみとなっている。

認知症コーディネータは、概ね5万人規模の市に2名程度の配置となっており、常時100名程度の担当者を抱えている。また、前述の地域高齢者精神医療チームの一員として活動している地域もある。

[図表-3] フュン島周辺の認知症コーディネータの配置状況

自治体名	認知症コーディネータの配置人数
KERMIND	2人
ODENSE	9人
NYBORG	3人
FAABORG	2人
SVEND BORG	2人
AERO(エアロ島)	1人
KARGDAND	1人

(資料) オーデンセ大学精神科病院でのインタビューをもとにニッセイ基礎研究所が作成

## 4—日本との比較

### 1 | ケアマネジャーとコーディネータの違い

日本では、介護計画の作成やサービスのコーディネータはケアマネジャーの仕事となる。ケアマネジャーは、看護師や介護福祉士を母職とする者も多く、知識の豊富な人材が揃っているが、抱えている利用者の多さや一事業所に帰属する職務であることに鑑みれば、ケアの現場にまで踏み込んだ助言・指導を担う立場にはなり得ない。これはケアマネジャーの質が問題なのではなく、介護保険制度の枠組みの中での役割の限界であろう。

自己決定や地域社会生活の継続、そして認知症ケアにおける個別の課題解決を目的として、医療・介護・家族・地域住民・ボランティア・地域資源等をつないでいくデンマークの認知症コーディネータに比べると、既存サービスの組み合わせに留まるケアマネジメントが少なくないのも実情といえる。

### 2 | 日本とデンマークの比較

以下では、認知症高齢者へのサービス提供状況について、日本とデンマークの状況を比較整理した。

【図表-4】 認知症高齢者対策に関する日本とデンマークの比較

	日本	デンマーク
高齢者介護の理念	<p>○ 自立支援 → 要介護の状態になっても、一人ひとりの有する力を活用した自立生活の支援</p> <p>○ 尊厳の保持 → 高齢者自身の尊厳を保つことができるように、自己決定や自分らしい暮らし方の維持を支援</p>	<p>高齢者ケアの三原則</p> <p>○ 生活の継続性に関する原則</p> <p>○ 自己決定の原則</p> <p>○ 残存能力の活性化に関する原則</p> <p>→ 医療、介護、福祉など、高齢者ケアに関わるすべての人材が徹底して三原則を学ぶ</p>
認知症高齢者の居住場所	<p>○ 自宅 ○ グループホーム ○ 介護老人福祉施設（特養） ○ 介護老人保健施設 ○ 介護療養型医療施設 ○ 認知症グループホーム ○ 精神科病院等</p> <p>→ 認知症高齢者の居住場所は多様だが、独居者や、家族介護者が限界に達したケースでは、介護施設や病院に移動するケースが多い。</p> <p>→ 自己決定ではない場合が多い</p>	<p>○ 自宅 ○ プライエム（ケア付き住宅） ○ 高齢者住宅（認知症ユニット、グループホーム等）</p> <p>→ 認知症高齢者も、在宅介護が基本。</p> <p>→ 認知症に対応した高齢者住宅を整備し、早めの引越し政策が推進されている。</p> <p>→ デンマークは子世帯との同居はほとんど見られず、高齢者住宅へ移動する場合も本人の同意が必須。→ 原則自己決定</p>
在宅の認知症高齢者を支える介護サービス	<p>[公的サービス]</p> <p>○ 小規模多機能型居宅介護 ○ ホームヘルプ ○ デイサービス ○ 訪問看護 ○ ショートステイ</p> <p>[インフォーマルサービス]</p> <p>○ 配食サービス ○ 外出支援 その他</p> <p>→ 個々のサービスは別々の事業者から提供され、サービス同士の情報共有は滞りがち</p> <p>→ 自治体の指導監査、サービス評価制度などで質を担保</p>	<p>[公的サービス]</p> <p>○ ホームヘルプ ○ デイサービス ○ 訪問看護 ○ 配食サービス ○ ショートステイ 等</p> <p>→ 全ての市の直営する事業者から提供されており、認知症コーディネータによる直接的な指導・監督で質を担保</p>
医療と介護の連携体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療と介護は分断されがち</li> <li>・ 鑑別診断がなくてもサービスの利用が可能</li> <li>・ かかりつけ医と専門医との連携が進んでいない</li> <li>・ 精神科受診への抵抗感が強く、患者の受診につながらない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療と介護の連携のもとにサービス提供体制を構築</li> <li>・ サービス利用者は必ず鑑別診断を受けている</li> <li>・ かかりつけ医と専門医の連携が密接</li> <li>・ 初期診断から介護へのパスが明確でスムーズ</li> </ul>
サービスの質と量	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業者間、サービス業態間の質の格差が大きい</li> <li>・ 疾患の改善に着眼する医療と、生活の質改善に着眼する介護で、両者に隔りがある</li> <li>・ 地域密着型サービスの総量規制により、認知症ケアの環境確保が進んでいない</li> <li>・ サービスの縦割り構造、情報連携不足により、初期対応の遅れや困難ケースが放置されてしまう現状もある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症コーディネータの機能を生かして、質の平準化や個別ケースの改善が図られやすいしくみになっている</li> <li>・ 医療と介護が同じ目的で支援している</li> <li>・ 市のニーズ判定員によって、一人ひとりに必要な支援を必要なだけ提供するしくみ（要介護認定などはない）</li> <li>・ 医療と介護は常に連携し、本人のニーズを中心に体制が組まれている</li> </ul>
身体拘束廃止に関する取り組み状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(2006.4施行)により規定されているも、医療行為や日常生活上のあらゆる場面で、「安全確保」を理由とする拘束が依然として続いている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身体拘束は原則絶対禁止となっているが、やむを得ない身体拘束を行う場合の厳密な手続きと審査が規定されている</li> <li>・ 関係者意見、社会委員会への申請、法律・精神医学・心理学等の専門家による妥当性の判断により、慎重に実施</li> </ul>
認知症ケア現場の人材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護職員はすべて法人に所属。無資格者の従事も可能</li> <li>・ グループホームの職員調査では、認知症実践者研修の受講割合は25%程度</li> <li>・ 教育不足による職員ストレスの増加や離職率が課題となっており、ケアの質が安定しにくい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護職員はすべて市の公務員。社会保健介護士または社会保健介護助士の資格が必要</li> <li>・ 認知症専門教育を受講する際の費用は全て自治体が負担（一部プライベートな受講もある）</li> <li>・ 研修受講者に対する組織的なバックアップ体制がある</li> </ul>

(資料) ニッセイ基礎研究所作成

## 5—日本で活かしていくために

### 1 | 福岡県大牟田市のとりくみ

福岡県大牟田市は、いち早くデンマークの認知症コーディネータのしくみに注目し、2002年頃から1人の認知症高齢者をチームで支えるシステム導入に向けて着々と準備を進めてきた自治体である。目標のモデルとなったのはデンマーク・ミドルファート市が取り組む「地域高齢者精神医療チーム」であり、認知症専門医と認知症コーディネータによる地域認知症サポートチームの発足を目指している。人口12.7万人。かつては炭鉱のまちとして知られた大牟田市の高齢者率は、既に29%を超えている。やがて日本全体が迎えようとしている超高齢社会の先取り地域ともいえる。

大牟田市が地域認知症ケアコミュニティ推進事業の一環として取りくもうとしている「地域認知症サポート体制」は、地域の認知症ケアを牽引していける人材、すなわち認知症コーディネータの存在が不可欠であった。最初に取り組んだのは、このコーディネータ養成研修（2003年よりスタート）であり、地域包括支援センター、地域密着型サービスの各事業所、あるいは認知症の急性期病院に、養成した人材を最低1名は配置し、地域全体の認知症ケア力を高めようと努力を続けてきたのである。結果、現在、研修修了者は48名になり、要所に配置できる人材が確保されてきた。

### 2 | 導入のねらいと期待される効果

大牟田市認知症コーディネータの養成研修は、2年間をかけて行われ、履修時間は年間110時間にも及ぶ（座学、課外事業などを含む）。加えて課題実習（3～4週間）、レポート提出、研修報告書作成、自己評価、最終ミーティングを経て修了となる。

大牟田市の将来的な構想は、市内の4つの地区ごとに、もの忘れ相談医と認知症コーディネータに連携されたサポートチームを置き、BPSD<sup>(注6)</sup>等への適切な助言や本人・家族への支援をコーディネートしていくしくみをつくることである。また、4つの地区の中心に基幹型のサポートチームを置き、困難事例や特別なサポートが必要なケースを中心に、認知症専門医と連動するサポートチームでバックアップ体制を整えていく。これらが実現できれば、家庭や事業所に抱え込んでいた困難ケースを公的なシステムによって救い上げ、若年性認知症者への早期支援や家族への過剰なストレス軽減といった、様々な課題解決への道が開かれることになるであろう。

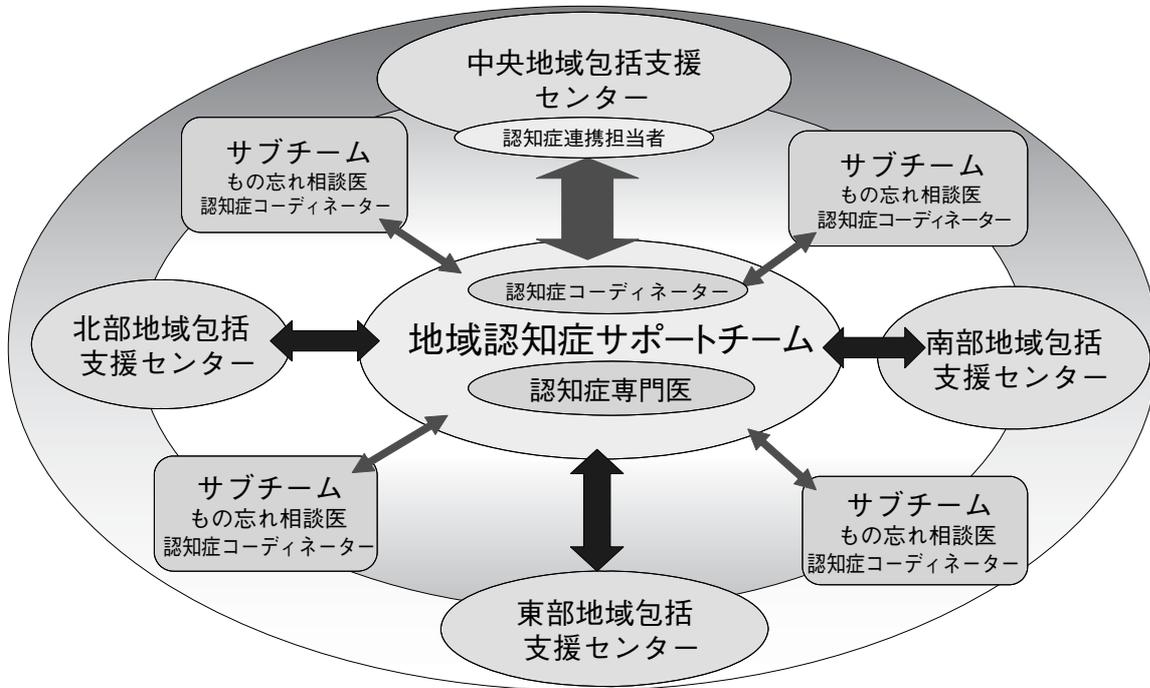
#### [期待される効果]

1. 認知症高齢者を地域の中で支え続けられる
2. 困難ケースに対して、公的立場から介入できる
3. 困難ケースに対して、地域資源をつなぎながらスムーズなチームケアを提供できる
4. 無駄な医療費を削減できる

### 3 | 実現に向けた取り組み課題

これらのシステムを公的事业に位置づけ機能的に運用していくには、解決しなければならないいくつかの課題がある。例えば、民間のサービス事業所に帰属する人材（認知症コーディネータ有資格者）に、どのようにして公的立場で活動してもらうのか。また、認知症コーディネータとして活動する範囲や時間、組織・運営体制などである。さらに、地域独自の専門職創出に際して、必要なコストをどこから捻出するかは大きな課題である。在宅介護システムの拡充により、施設ケアや療養病床の費用を削減できれば、「地域認知症サポート体制」に必要な費用程度は十分に賄えるだろう。しかし、既存体制

[図表-5] 大牟田市地域認知症サポート体制将来イメージ



(資料) 大牟田市認知症コーディネータシステムアップ検討委員会資料

の転換は様々な調整と利用者・家族の意識改革にも同時に取り組んでいく必要がある。

大牟田に限らず、全国には知識や技術を持つ優秀な人材が豊富におり、地域ケアの質の向上や高齢者の自立支援に向けて事業所サービスの域を超えた活動に奔走している。しかし、それらの活動のほとんどは報酬を伴わないボランティアの域であり、認知症ケアのスペシャリストとしての公的な立場を確立するには至っていない。大牟田の取り組みは、地域の認知症ケアシステムを創出すると同時に、地域資源としての専門人材がやり甲斐とプライドを持って働ける環境整備をも意味する。これからの高齢者介護を担うスーパーバイザー創出の一手として、全国の指針になる取り組みとなることを期待したい。

## 6—おわりに

2008年7月に報告された「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」では、

わが国の認知症対策の今後の基本方針が示されている。

本稿で紹介したデンマーク認知症ケアシステム（医療と介護の連携）に関連する事項では、かかりつけ医に対する認知症対応力の向上や、かかりつけ医と専門医療の密接な連携の必要性に触れながら、両者を連携する中核機関として全国に150箇所の認知症疾患医療センターを整備することを示している。また、センターに配置される連携担当者は、医療と介護をつなぐ役割を担うこととなる。

分断されていた介護と医療、かかりつけ医と専門医をつなぐシステムに着手することは、わが国認知症ケアシステムの大きな前進となるであろう。しかし、この150箇所のセンターを専門医療機関の中核と捉えるならば、その構図の下に認知症高齢者の暮らしを支える地域のネットワークもつくられていく必要がある。

自治体の厳しい財政の中で、デンマークのような機能的なしくみをつくるためには、地域の実状にあわせて、情報と専門人材を効率よく活

かしていく方法が必要である。わが国が新しい認知症ケアに目覚めて10年余り。この経過の中で、経験を積んだ多くの実践者、指導力を備えたリーダー層が地域には大勢存在する。有能な人材を埋もれさせることなく、その力を地域で活かしていけるネットワークを作る事ができれば、精度の高い日本版在宅認知症ケアシステムの構築も夢ではないだろう。

歩き回る（いわゆる徘徊）などをいう。いっぽう、記憶障害、見当識障害、判断力の低下、実行機能の障害などの症状は、認知症の「中核症状」として区別されている。認知症の介護負担は、このBPSDの出現によって増大する。

#### <参考文献>

- (1) 朝野賢司・生田京子・西英子・原田亜紀子・福島容子 (2005) 『デンマークのユーザー・デモクラシー』(p35-p76)、新評論
- (2) 松岡洋子 (2005) 『デンマークの高齢者福祉と地域居住』、新評論
- (3) 認知症介護研究・研修東京センター、認知症ケア高度化推進事業「ひもときネット」ホームページ、海外認知症ケア研究、  
<http://www.dcnet.gr.jp/retrieve/kaigai/kaigai.html>
- (5) 厚生労働省 (2008) 『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』
- (6) 千葉忠夫 (2009) 『世界一幸福な国デンマークの暮らし方』、PHP新書

- 
- (注1) デンマークの中央に位置するフェン島ミドルファート市にあるミドルファート病院（精神科病院）の医師、ロルフ・バングオールセン氏のヒアリングによる。
  - (注2) ノーマライゼーションは、障害者等に対する福祉の名のもとに行われてきた施設政策や様々な措置政策に対する異論として、デンマークのバンク・ミケルセンが提唱した理念（1960年代）。もとはデンマークの「知的障害者の親の会」が、障害者に対する特別視した対応や教育、隔離的施設政策に対して、障害があっても当たり前で暮らすことの権利を主張するため社会省に働きかけたのがきっかけとなっている。デンマークでは、これを機に知的障害者に関する福祉政策委員会を設置、1959年に法律が制定されることとなった。生活に障害のある人に、すべての人が持つ通常の生活を送る権利を可能な限り保障するという意。
  - (注3) フェン島ボーゲンセ市の家庭医、ドクターフェロー氏へのインタビューによる。
  - (注4) 全国認知症グループホーム協会による「グループホーム実態調査（2008年）」の入居者個別調査結果によると、調査対象者の4分の1が、原因疾患は不明および・無回答となっている。
  - (注5) デンマークの介護職は、社会保健介護士（准看護師と正看護師の中間レベルの高い専門性がある）、あるいは社会保健介護助手などの有資格者であることが前提となっている。
  - (注6) Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略。「問題行動」「行動障害」「周辺症状」などと呼ばれ、認知症があることによって間接的に生じる症状（暴言・暴力、食べられないものを食べる、不適切な排泄行為、