

海外社会保障研究

Spring 2015

No. 190

特集：認知症対策の国際比較

特集の趣旨 認知症の国家戦略	高橋 紘士	4
英国の認知症国家戦略	西田 淳志	6
フランスの認知症国家計画	近藤 伸介	14
オーストラリアの認知症対策	中西 三春 中島民恵子	24
デンマークの認知症ケア国家戦略と福祉・介護人材	汲田千賀子	39

書評

李崙碩著『高齢者雇用政策の日韓比較』（ミネルヴァ書房、2013）	金子 能宏	52
久本貴志著『アメリカの就労支援と貧困』（日本経済評論社、2014年）	木下 武徳	57

海外社会保障研究

Spring 2015 No.190

国立社会保障・人口問題研究所

『季刊社会保障研究』と『海外社会保障研究』の統合のお知らせ

『季刊社会保障研究』は、1965年の創刊以来社会保障に関する学術研究の発展に貢献して参りました。1998年に創刊された『海外社会保障研究』もまた、その前身である『海外社会保障情報』を引き継ぎ、海外における社会保障制度に関する情報発信ならびに研究発表の場として機能を果たして参りました。

他方、この半世紀の間に我が国は人口高齢化のフロントランナーとなる一方、欧米以外の諸国でも制度の構築・発展がみられるなど、国内外の社会保障をとりまく環境は変化を遂げてきました。さらにインターネットの発達により、国内外のデータへのアクセスは格段に向上し、研究のありようにも大きな進展がみられます。国内・海外という対象国に基づく研究上の区別は稀薄になり、読者の多くも特定のテーマに関する双方の情報を同時に求めるようになってきています。

こうした変化を踏まえ、国立社会保障・人口問題研究所（社人研）では、これら2つの雑誌が築いてきた基盤の上に日本の社会保障研究をよりいっそう推進していくことを目指し、2015年度をもちまして、両誌を発展的に統合することといたしました。2016年度以降は、統合による相乗効果を活かした、社会保障に関する学術性、学際性、国際性、情報発信機能を備えた政策指向の雑誌として新たに生まれ変わります。

新しい雑誌の名称ならびに編集体制につきましては、決定され次第、本誌および社人研のホームページにてお知らせいたします。

読者の皆様、これまでご寄稿いただきました皆様、編集にご協力いただきました皆様方におかれましては、長年のご高配に心より感謝申し上げますとともに、新雑誌につきましても、引き続きご指導、ご愛読くださいますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

ご挨拶

このたび『季刊社会保障研究』と『海外社会保障研究』は、現代社会に求められる学術性、学際性、国際性、情報発信機能を備えた政策指向の新たな雑誌へと生まれ変わるべく、2016年4月に統合することとなりました。両誌のこれまでの蓄積を踏まえ、学界と政策立案の双方にいっそう大きな貢献をする雑誌となるよう努めて参る所存です。今後もご愛読くださいますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

国立社会保障・人口問題研究所 所長 森田朗

投稿論文の募集について

○『季刊社会保障研究』『海外社会保障研究』に論文等の投稿を検討中の方は、新しい雑誌の投稿規程が決定されるまでは、現在の各誌の投稿規程・執筆要領にしたがって原稿を作成し、投稿してください。

○新雑誌への移行に伴い、投稿論文の採用が決定される時期によっては、新雑誌に掲載となる場合もあります。予めご了承くださいますようお願いいたします。

○既に投稿され、現在審査中のものについても、場合によっては新雑誌に掲載される可能性があります。急な変更となりますこととお詫び申し上げます。

○新しい投稿規程が決定されましたら、社人研ホームページにて発表いたします。発表は2015年秋頃になる予定です。それ以降は、新しい投稿規定に沿って原稿を受付いたします。

○引き続き多くの皆様からの投稿をお待ちしております。

今後のスケジュール

時期	新雑誌	季刊社会保障研究	海外社会保障研究
2015年3月末	統合のお知らせ	第50巻第4号	第190号
2015年4月 6月末 9月末 秋頃	編集準備委員会の発足 誌名・編集体制の決定	第51巻第1号 第51巻第2号	第191号 第192号
2016年2月頃		第51巻第3・4号	第193号
2016年4月 6月末	編集委員会の発足 創刊第1号の刊行		

特集：認知症対策の国際比較

趣 旨

認知症の国家戦略

高齢化の進行のなかで、認知症の人の増大をうけて、認知症への関心が急速に高まるとともに、認知症への対処をナショナルポリシーとして展開しようとする国々が増大している。本号で取り上げたのはイギリス、フランス、デンマーク、オーストラリアの四カ国である。

2013年にロンドンでG8による認知症サミットが開催され、認知症は国際的な関心事であることが明らかにされた。このサミットで、認知症についての取り組みに向け国際的に専門知識を結集し、認知症の治療などについて、研究資金の増額と調査研究の従事者を増やすこと、などを含む宣言を採択した。その宣言では、このほか、認知症の人々とその介護者の生活の質を高めること、精神的、経済的負担を軽減するためのイノベーションの促進、情報の共有、国際的研究行動計画の策定、スティグマ、疎外および不安の緩和のための取り組みなどの課題を挙げている。

その後、昨年11月に日本で「新しい介護と予防モデル」と題した後継イベントを開催することとした。

この後継イベントの挨拶で日本の安倍総理大臣は2012年に策定された認知症施策推進5カ年計画（通称オレンジプラン）の後継の計画を厚生労働省だけではなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとして、認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう厚生労働大臣に指示すると述べた。なお、この後継イベントでは、「各国の認知症の予防とケアの現状報告」、「医療の質のレビュー」、「認知症の人が地域で暮らす」、「認知症に対する理解の促進や教育の推進」、「認知症にやさしいコミュニティとICTの活用」などのトピックスについて各国の政府関係者や専門家、ステイクホルダーの代表などによって議論が行われた。これらのトピックスはそれぞれの国々での国家戦略での関心事とも連動しているように思われる。

安倍首相の指示を受けて、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が平成27年1月27日に公表された。副題は「認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて」とされている。この内容は、Ⅰ認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、Ⅱ認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護などの提供、Ⅲ若年性認知症施策の強化、Ⅳ認知症の人の介護者への支援、Ⅴ認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、Ⅵ認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデルなどの研究開発およびその成果の普及の推進、Ⅶ認知症の人やその家族の視点の重視などの7項目があげられ、それぞれについて取り組みの方向性が提示された。

とりわけ、関係省庁の連携だけでなく、民間セクター、地域住民自らの取り組みなどさまざまな主体の取り組みの強調、事後的対応ではなく、常に一步先んじて何らかの手をうつという事前対応、地域再生という視点と、コミュニティの繋がり的重要視、好事例の国際発信と国際連携、進捗状況の点検を認知症の人や家族の意見をもとに行うという当事者の視点、施策のアウトカム指標により、定量的評価を目指し、不断の見直しの実施、などを強調することがこの戦略の重要な点であると述べている。

この新オレンジプランは閣議了解のレベルではなかったが、関係閣僚会議での了承を得たという意味では、平成24年6月の今後の認知症施策の方向性についてという厚労省のプロジェクトチームの報告と位置づけられたオレンジプランに比べれば国家戦略としての手続きが備わっているといえる。そして、これまでの認知症施策を再検証するとして、基本目標で「ケアの流れを変える」ことを掲げ、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることのできる社会実現」を目指す。これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」という不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れである標準的な認知症ケアパスの構築を基本目標とする、という記述が新鮮かつ印象深く、大きなインパクトを与えたが、全体としては総花的な印象を免れない。また、国家戦略策定にあたってさまざまなステイクホルダーへの配慮、とりわけ医療関係者への配慮を思わせる記述も散見される。

ところで、本号で紹介されている各国の認知症国家戦略について気がついたところをいくつか指摘しておきたい。第一に、イギリスやフランスにおいては、国家戦略の指導にあたって、政治的イニシアティブによるところが大きいというのが、印象的である。フランスでサルコジ大統領が果たした役割が極めて大きいこと、その上で、しかるべき専門家を指名して、ステイクホルダーとの調整を経た報告書（メナール報告）を元に戦略が創られていること。イギリスでは議会において超党派で取り組むという合意形成の上で、外部から招聘された委員長による「認知症戦略策定委員会」が50以上のステイクホルダー団体4,000人以上の関係者との意見交換の過程を経て策定されたことなど、計画策定プロセスが興味深い。国家戦略である以上、関係者のコミットメントと合意形成のプロセスが重視されている。

第二に、内容的には、いずれも当事者主義、パーソンセンターといわれる視点が貫かれていること、医療との相対化による治療もさることながら、ケアの重要性、ケアラー（家族介護者）への支援および早期支援が共通に強調されている。

第三に、デンマークでは自治体での医療ケアの連携と協力モデルの推進が興味深い。他の国々でも共通にみられるが、それまでの各部門を統合化する試みが認知症ケアの推進にとって、本質的な内容となっているように思われる。

第四に、フランスの「倫理の広場（Espas éthique）」と呼ばれる当事者・医療福祉現場・専門家・一般人の語りを取り取りながら、課題を共有していく手法への言及など、我が国での認知症カフェなどの居場所の方向づけを考える上で参考になる。

今後、我が国は未曾有の高齢大国でもあり、2025年の推計では認知症の人は約700万人、高齢者の5人に1人が認知症と推計される認知症大国になる。とすれば、認知症施策は我が国に社会のあり方をも規定するものにもなっていく。多々困難はあるが資源の有効な投入とそのアウトカムの評価を通じて、認知症対応の社会システムを不断に変えていく必要があることはいうまでもない。その場合、既得権益の調整も避けられない。その意味で認知症国家戦略の果たす役割は極めて大きいし、国際的視点もますます重要になるといわなければならない。

（高橋紘士 国際医療福祉大学大学院教授・高齢者住宅財団理事長）

英国の認知症国家戦略

西田 淳志

■ 要約

英国政府は2009年2月『認知症とともに良き生活（人生）を送る：認知症国家戦略』（Living well with dementia: A National Dementia Strategy）を発表した。2014年までの5年間を認知症ケア改善に取り組む集中改革期間と定め、包括的な政策方針を打ち出し、特に、①早期診断と早期支援、②総合病院における認知症対応の改善、③介護施設における認知症対応の改善、④ケアラー支援の強化、⑤抗精神病薬使用の低減、の5つを最優先課題とし重点的な取り組みを進めてきた。その結果、プライマリケアにおける認知症診断率の上昇、認知症の人に対する抗精神病薬処方率の低下などの具体的な成果がみられる。2012年3月にはPrime Minister's Challenge on Dementiaが発表され、市民啓発と地域づくり、さらなるケアの質的な向上、研究の強力な推進の3つの推進課題が掲げられ、政策推進体制の強化が図られてきた。

■ キーワード

英国、認知症国家戦略、認知症政策、首相の挑戦、適時診断

I はじめに

2013年12月に英国がホスト国となり、ロンドンにてG8による初の認知症サミットが開催された。認知症G8サミットの枠組みが構築された背景には、キャメロン首相をはじめとする英国政府の認知症政策に対する強いリーダーシップ、それを後押しする英アルツハイマー病協会をはじめとする国民の強い期待がある。この国民の期待や社会保障全体に及ぼす経済的インパクトの大きさから、英国政府はもとより、英国議会の与野党においても認知症政策は、もはや超党派で取り組む重要課題となっている。ただ、こうした英国における認知症政策の本格的推進は、比較的近年になってからのことである。本論では、その大きな変化の出発点になった英国認知症国家戦略について概説

し、我が国における今後の認知症国家政策への示唆について考察する。

II 英国の認知症国家戦略

英国政府は2009年2月『認知症とともに良き生活（人生）を送る：認知症国家戦略』（Living well with dementia: A National Dementia Strategy）¹⁾を発表し、2014年までの5年間を認知症ケア改善に取り組む集中改革期間と定め、包括的な政策方針（17の目標）を打ち出した。この認知症国家戦略のタイトルに含まれるLiving well with dementia、すなわち「認知症とともに良き生活（人生）を送る」ということの実現がこの国家戦略の最終的かつ最大の目的である。政府は国家戦略の発表とともに地方サービスへの新たな予算を確保し、保健省内に認知症局を設置、認知症政策の本格的推進に着

手した。その後、2009年11月に有識者による『認知症の人への抗精神病薬使用に関する報告書』²⁾がケアサービス省大臣に提出されたことを受け、当初、認知症国家戦略で示された17の目標に「抗精神病薬使用の低減」が新たな目標として追加された。こうして定められた18の目標のうち特に重点的に取り組むべき最重要課題として5つの目標（1.早期の診断・支援のための体制整備、2.総合病院における認知症対応の改善、3.介護施設における認知症対応の改善、4.ケアラー支援の強化、5.抗精神病薬使用の低減）が選択され、現在その推進に力が注がれている。

Ⅲ 認知症国家戦略の策定に至る背景

認知症国家戦略が政府によって発表された2009年時点において、英国全土では約70万人（イングランドに限定すると約57万人）が認知症に罹患していると推計され、その数はその後30年間で倍の約140万人に増加すると見込まれた。それにともない認知症のコストも2009年時点の170億ポンドから30年後には500億ポンドにまで増大すると推定された。2007年に英アルツハイマー病協会の委託を受け研究機関が刊行した報告書Dementia UK Report³⁾によって、英国における認知症の人の疫学的な数、およびケアラーの介護負担などの間接コストも含む認知症の年間コスト推計値が公表され、認知症が今後の社会保障ならびに国家経済に多大な影響を与える重要事項という認識が政府内で高まるきっかけとなった。さらに、質の高い政策提言を行うことで知られる英独立政策監査機構NAO (National Audit Office) による認知症政策に関する報告書 (Improving Dementia Services in England) においても「節約のための投資」が必要であることが強調されたことも、認知症国家戦略の策定を後押ししたとされている。

上記Dementia UK Report (2007) の刊行以前、

具体的には2000年頃から認知症に関する課題、特に介護や医療サービス、その不連携などの諸問題を指摘する監査報告書（『私を忘れないで』（2000年））が刊行された。しかしながら、サービスや政策の改善がみられないことについてメディアでも繰り返し取り上げられるようになり、国民の認知症政策に対する不満と批判は高まっていた。世論の高まりを受け、2007年に認知症に関する超党派議員団All-Party Parliamentary Group on Dementiaが結成され、超党派による保健省など認知症政策関連行政部局のヒアリングが繰り返し行われるようになった。こうした議会内での認知症に関する政治的関心の高まりを受け、2007年8月に政府は認知症国家戦略の策定準備に入ることを正式に宣言した。

Ⅳ 認知症国家戦略の策定過程

政府が2007年8月に認知症国家戦略の策定を宣言してから2009年2月の国家戦略発表に至るまでの18カ月間、保健省内に設置された「認知症国家戦略策定委員会」（外部から招聘された2名の共同委員長、アルツハイマー病協会代表、そのほかは保健省職員）によって国家戦略の策定作業が続けられた。この委員会の委員長はロンドン大学キングスカレッジ（当時）のSube Banerjee教授、ならびに成人社会サービス協会のJenny Owen理事長（当時）が共同で務め、同委員会が全国をまわり50以上のステークホルダー団体4000名以上の関係者と意見交換を重ねながら国家戦略草案をまとめていった。この草案策定作業に一貫して関与し影響力を発揮し続けたのが英アルツハイマー病協会であった。こうした膨大な意見交換を重ねつつ、常に当事者団体の視点を通しながら草案策定作業は進められ2009年2月の認知症国家戦略の発表に至った。

V 認知症国家戦略の内容、最重要課題の設定

2009年に発表された認知症国家戦略では『認知症とともに生き生活（人生）を送る』ことの実現に向けて以下3点の基本理念のもとで17項目の政策目標が定められた。

- 医療・介護に携わる専門家、ならびに一般市民を含む非専門家、双方への認知症に関する正しい理解の普及
- 適切な診断を早期に受けられ、その後、質の高い包括的な支援・治療が受けられるようなサービスモデルの整備
- 当事者ならびにケアラーのニーズに基づいた幅広いサービスの実現

- 目標1： 一般市民および専門家の認知症の気づきと理解を改善する
- 目標2： すべての認知症の人々に良質な早期の診断・支援の機会を提供する
- 目標3： 認知症の診断を受けた人とそのケアラーに良質な情報を提供する
- 目標4： 診断後のケア・支援・助言へのアクセスを容易にする
- 目標5： 認知症の人とその家族を地域で直接的に支援するピアサポートの仕組みとネットワークを構築する
- 目標6： 個別的ニーズに柔軟かつ適切に対応できるような在宅サービスを改善する
- 目標7： ケアラー支援戦略を実施する
- 目標8： 総合病院における認知症ケアの質を改善する
- 目標9： 認知症の人のための中間ケアサービスを改善する
- 目標10： 認知症の人とケアラーを支援するための住居支援、居宅関連サービス、テレケア（遠隔医療 テレケアという言葉にあまり馴染みがないように感じるのですが、いかがでしょうか）の可能性を検討する
- 目標11： ケアホームにおいて認知症とともに良い生活を送れるようにする
- 目標12： 認知症の人の終末期のケアを改善する
- 目標13： 認知症の人にかかわる可能性のある従業員に基礎的な研修や継続的な教育の機会を提供する
- 目標14： 認知症のための協同コミショニング戦略を行う
- 目標15： 医療・介護サービス、およびそれらの連携が機能しているかについての評価と制御を改善する

目標16： 研究によるエビデンスとそのニーズを明らかにする

目標17： 国および地方において国家戦略の実施のための効果的な支援を行う

3つの基本政策理念と17の具体的政策目標をかかげた認知症国家戦略が発表された約半年後に、認知症国家戦略策定委員会共同委員長を務めたSube Banerjee教授によって『認知症の人への抗精神病薬使用に関する報告書』がケアサービス省大臣に提出された。当時、認知症の人の行動・心理症状に対して抗精神病薬が過剰に使用され、それによる死亡リスクの上昇が複数の研究によって明らかとなり、英国議会においてもこの問題は「スキャンダル」として大きく取り上げた。当初、発表された国家戦略17項目の政策目標の中にはこの抗精神病薬使用に関する課題が設定されていなかったため、この報告書提出は、抗精神病薬使用の課題を国家戦略に追加する意義があった。

こうして定められた18（17+1）の目標のうち、特に重点的に取り組むべき最重要課題として以下の5つの目標が選択され、国家戦略最終評価年（2014年）に向けて現在も取り組みが進められている。

1. 早期の診断・支援のための体制整備
2. 総合病院における認知症ケアの改善
3. 介護施設における認知症ケアの改善
4. ケアラー支援の強化
5. 抗精神病薬使用の低減

VI 国家戦略5つの柱：具体的取り組み

1. 早期の診断・支援のための体制整備

5つの重点課題の中でも特に重視されているのが「早期の診断・支援のための体制整備」、特に「プライマリケア（家庭医、GP）セクターにおける早期診断と早期支援」の推進政策である。多くの

当事者とケアラーが適切な時期に適切な支援を受ける機会を逸し、問題や症状が増悪し、在宅での生活が困難になっていることが英アルツハイマー病協会をはじめとする複数の調査報告で明らかになっていった。

まず、疫学調査をもとにした認知症の推定人数を分母とし、プライマリケアにおいて認知症と診断された人の数を分子とする「認知症診断率」を地域ごとに算出。それにもとづいて英国全土の認知症診断率ヒートマップを作成・公開し、早期診断・早期支援の地域間格差を明確にした。こうした状況を地域単位で改善すべく、以下の政策的取り組みを進めている。

- (1) 市民や専門家が認知症に適切なタイミングで気づくことができるようにする
 - 市民啓発活動の強化
 - プライマリケア医（かかりつけ医、家庭医）の認知症発見力・対応力の改善
- (2) 身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられ、その後適切な支援を受けられるようにする
 - メモリーサービスの普及とその質の向上

2012年7月に発表された認知症のための超党派議員団報告書『診断の扉を開ける』⁴⁾においても依然、地域間で認知症の診断率に大きなばらつきがあり、当該政策のさらなる強化の必要性が訴えられている。発病後早期に適切な診断を受けることにより、その後の生活の在り方などを認知症の人自身が決定しうる機会を保証することが政策推進の重要な理由としてあげられている。具体策としては、プライマリケア医の認知症発見力の向上、早期の診断とその後の支援を包括的に行うメモリーサービスの全国的普及とその質の維持・向上である。

メモリーサービスは、認知症の早期の診断と支援の地域拠点として政策上位置付けられ、高齢人

口（65歳人口）約4万人に1カ所程度の割合で設置されている。このメモリーサービスには、多職種によるチームが置かれ、アウトリーチによる在宅での濃密なアセスメント、チームによる診断会議、十分に時間をかけた当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援により生活を軌道に乗せ、かかりつけ医へ引き継ぐ、という流れで支援が展開されていきます。

認知症が重症化する前に、発症後のできるだけ早い段階で認知症を発見し、残された本人の能力を尊重した生活プランを作成するとともに、適切な初期治療・初期支援を集中的に届けることによって認知症を持ちながらも地域で生活を続けられる体制を固めることがメモリーサービスの目的である。

<メモリーサービスの例：南クロイドンNHSクロイドンメモリーサービス>

上級心理士、作業療法士、看護師、ソーシャルワーカーなどの6名程度からなる多職種チームである。精神科医は、非常勤雇用でチームによる診断会議での助言が主な役割である。医師を常勤配置とするのはコストの面でボトルネックとなることから、多くのメモリーサービスは、パラメディカルスタッフ主体のチームアプローチによってアセスメントとサービス提供がなされている。

（アセスメントと診断）

- ・在宅での初回アセスメントは、スタッフ二人体制で訪問し、当事者およびケアラーそれぞれからその後の診断と生活支援に必要となる情報を収集する。特に、生活環境のアセスメント（ソーシャルアセスメント）を重視する。
- ・アセスメントによって得られた情報に基づくチームによる医師が参加する週に一回の診断会議を行う。この診断会議で脳画像診断が必要と判断された場合のみ画像診断に紹介される（全ケ

ースの40%程度)。

- ・ 診断の結果、今後の治療やケアについての当事者、家族への丁寧な説明

(早期支援の内容)

- ・ 診断後の心理的ケア
- ・ 必要かつ良質な情報の提供
- ・ 家族支援 (民間セクターとの強い連携: 認知症カフェへの参加)
- ・ 抗認知症薬 (抗認知症薬、もしくは認知症治療薬の方が伝わりやすいかもしれません) の選択
- ・ 本人の残された判断能力を尊重したケアプランニングの作成
- ・ 生活環境の改善

メモリーサービスで重視されるのは、具体的な支援に結びつく診断と生活場面における生活状況の詳細なアセスメントである。通常は3か月から半年程度、メモリーサービスが当事者と家族にかかわり、認知症とともに地域で生活するための“軌道”に乗せる。その後、メモリーサービスのチームからかかりつけ医などへの引き継ぎが行われる。

<メモリーサービスの質の管理: 監査機構MSNAP>
英王立精神医学会 MSNAP

MSNAP (Memory Service National Accreditation Program: メモリーサービス全国認証評価プログラム) とは、イギリスの認知症国家戦略の重点施策であるメモリーサービスの全国的普及に関し、そのサービスの質を評価・認定するための機関である。2009年6月にはMSNAPによってメモリーサービスの要件を満たすサービス基準の第1版が刊行され、最新第3版については2012年6月に刊行されている。このMSNAPによって示されたメモリーサービスの基準にそって各地区サービスは自らMSNAPに評価申請を行い、認定を受ける。認定は、書類審査の後、当事者・家族・専門家からなる監

査チームの訪問を受け、サービスについての聞き取りなどが行われる。その後、それらの情報をもとに認定委員会が開かれ、4段階(最良認定、認定、否定的な意見あり、不認定) の評定を受ける。こうした評価認定システムにより、メモリーサービスの質を高め、その均転化を推進している。

2. 総合病院およびケアホームにおける認知症ケアの改善

総合病院、および介護施設における認知症の対応が不適切・不十分なことにより行動・心理症状が悪化し、抗精神病薬の多用、精神科病院への転院などが英国においても見られ、こうした機関・施設でのケアの改善が求められている。具体策としては、

1. 総合病院の職員や介護施設の職員などを対象とした研修機会を増やすこと、そのための効果的プログラムを開発すること
2. 老年精神保健を専門とする地域チームによるアウトリーチリエゾンサービスを介護施設などに提供すること、
などの取り組みが進められ、成果をあげている。

<アウトリーチリエゾンサービスの例>
北東ロンドンNHS 老年精神医学チーム Affia Qazi医師ほか

北東ロンドンNHS管轄区域では従来、ほかの地区と同様に行動・心理症状の増悪により介護施設から精神科病院への転院事例が多くそのための改善が求められていた。2009年より同地区NHS地域老年精神保健チームがアウトリーチリエゾンを開始した。チームが地域の介護施設職員、かかりつけ医などのもとに出向いて、認知症対応に関する研修を提供するとともに介護施設などで抱えている課題をヒアリングし日常的な連携を強め助言の機会を増やしていった。その際、介護施設に対しては、チームの携帯電話番号を教え、行動・心理

症状などの対応で困難を感じる際には、電話でチームに相談できるようにした。こうしたきわめてシンプルな取り組みを管轄地域で推進することによって当該地区の介護施設から精神科病院の転院事例は2年間皆無となっている。

3. ケアラー支援の強化

英国では1995年にケアラー法が制定されており、認知症の人を家族に持つ介護者もこの法律に基づいて様々な支援を受ける「権利」を保持している。一方、ケアラー法により地方自治体はケアラーに対して必要な情報・支援を的確に届けること、そしてケアラーの困難をアセスメントすることなどの「義務」を課せられている。

ケアラー法に基づく支援の基本的中身は、適切な情報の提供など家族自身が抱える困難についてのアセスメント、家族自身の健康問題のアセスメント、レスパトケアの提供など多岐にわたる。2012年3月に出された英国のPrime Minister's Challengeにおいてはレスパイト関連施策に新たに4億ポンドの予算を追加投入することが宣言されている。英国では、ご本人が施設にショートステイするよりも、住み慣れた自宅にしながら家族の代わりとなる見守りのための人材が自宅に派遣されるサービスを求める要望が多く、そうした形態のサービスの拡充に各地域が力をいれている。また、英ケアラー連盟や英アルツハイマー病協会による地域でのケアラー支援の様々なサービスや機会が提供されている。

4. 抗精神病薬の処方の制限

認知症の人への抗精神病薬使用により死亡率が高まることが多くの研究によって明らかとなった。その使用制限について英国議会でも議論となり、当初は、使用を禁止する提案も出された。結果的に抗精神病薬の使用を禁止するには至らなかったが、リスクの低い薬剤を限定的に使用する制

御指針が出され、認知症の人に対する抗精神病薬処方率は2006年の17.5%から2011年の6.8%まで減少した。

VII 国家戦略の評価：9つのアウトカム、抗精神病薬低減、レジスター制度

認知症国家戦略の最終年となる2014年には、無作為に選ばれた相当数のサービスユーザーやケアラーに対し、第三者監査機関が以下の「認知症の人の視点に立った」9つ質問を使ってサービス改革の達成がどの程度前進したかを確認することが予め改革開始年（2009年）に定められている。

- （アウトカム1）私は、早期に認知症の診断を受けた。
- （アウトカム2）私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。
- （アウトカム3）私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている。
- （アウトカム4）私の周囲の人々、特にケアをしてくれている家族が十分なサポートを受けられている。
- （アウトカム5）私は、尊厳と敬意を持って扱われている。
- （アウトカム6）私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。
- （アウトカム7）私は人生を楽しんでいる。
- （アウトカム8）私は、コミュニティの一員であると感じる。
- （アウトカム9）私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じられている。

認知症ケアの質の改善により、行動・心理症状などの出現頻度が減少し、結果として抗精神病薬処方率低下につながったと考えられることから、抗精神病薬処方率低下は国家戦略の達成評価の全般的評価指標としても重視されている。

各地域での国家戦略達成に向けた取り組みを推進するために、診断率や抗精神病薬の処方率などの指標を地域ごとに定期評価し、その情報を保健省に集めるレジスター制度を構築している。進捗状況の全国一覽アトラスを作成して政策達成度を

公表し、地域間の差をわかりやすく市民に伝え、地域の国家戦略の達成状況に対する人々の関心を高めている。

Ⅷ さらなる認知政策の推進： プライムミニスターズチャレンジ

2009年から開始された認知症国家戦略は2014年までの5カ年計画でケアの改善を目指し、現在も進められている。それをさらに後押しする形で2012年3月にはPrime Minister's challenge on dementia⁵⁾が発表され、以下3点を首相自らのリーダーシップによってさらに強く押し進めることが宣言された。

- 認知症についての市民啓発と地域づくり
- さらなるケアの質的の向上
- 研究の推進

これら3つの課題についてそれぞれ首相直属のチャンピオンチームと呼ばれるアドバイザリーチームが設置され、関連政策のさらなる推進を2015年までに達成することが課せられている。認知症研究財源を今後5年間で600万ポンド以上に引き上げることが掲げられるなど、具体的な追加財源の枠組みも示され、実効性が期待されている。

Ⅸ 考察：日本の認知症施策への示唆

制度や文化・歴史に違いはあるものの、比較的近年になってから本格的に着手された英国の認知症国家戦略から得られる我が国の認知症政策への示唆は少なくない。以下、英国認知症国家戦略から得られる示唆をまとめとして記す。

(国家戦略の枠組みについて)

○ 認知症政策を社会保障政策の最重要課題の一つと明確に位置づけ、超党派で取り組む政治課題としての枠組みを構築している。その背景には、

英アルツハイマー病協会などの強力かつ戦略的なロビー活動の展開がある。

○ 首相のリーダーシップによって政策を強く推進することに成功している。様々な疾病課題、社会保障政策の中で認知症政策を優先課題と位置づけるための政策的根拠、具体的には疫学、関連コスト推計、世論調査などによる根拠形成が戦略的に展開されている。

○ 国家戦略策定を政府が宣言した後、草案を作成する過程で多くのステークホルダーとの意見交換を重ねながらも常に当事者団体(英アルツハイマー病協会)の意見を尊重する姿勢とプロセスを一貫させている。

○ 国家戦略の最終目標を「認知症とともに良き生活・人生を送る」こととして、認知症の当事者の「生活の質」を高めることに焦点をあてることで、様々なステークホルダーの意見集約の際にも、そのミッションに立ち返り、政策の方針が一貫している。

○ 国家戦略達成評価を「認知症の当事者の視点からみた改善」から行うものとし、社会や制度の都合ではなく、当事者の視点に立ってサービス改革を進める方針が示されている。

(政策の個別課題について)

○ 認知症の人が身近な地域で適切なタイミングで診断が受けられ、同時に適切なソーシャルアセスメントと本人の意向に基づいたケアプランの作成を含む初期支援の地域拠点を構築し、その質を認定評価しながら普及させていく方針をとっていること。

○ 地域アウトリーチリエゾンと介護職員、医療関係者などへの研修の2本柱により、認知症にともなう行動・心理症状の予防に努めていること。

○ ケアラー法に基づくケアラー支援とともに、非営利団体、英ケアラー連盟などによるボランティアで多様なケアラー支援資源が拡充しつつある。

○ 認知症の人に対する抗精神病薬使用の問題を認知症政策の主要課題として明確に位置づけ、取

り組み、具体的な成果をあげている。

謝辞

本調査研究をご支援いただきましたイングランド保健省認知症ナショナルクリニカルディレクターのAlistair Burns教授、認知症国家戦略策定委員会委員長Sube Banerjee教授、はじめ、英国関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) Living well with dementia: A National Dementia Strategy (2009) <https://www.gov.uk/government/news/living-well-with-dementia-a-national-dementia-strategy>
 - 2) Banerjee S. The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action (2009) . <http://psychrights.org/research/digest/nlps/BanerjeeReportOnGeriatricNeurolepticUse.pdf>
 - 3) Dementia UK Report 2007 (2007) . http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=2
 - 4) Unlocking Diagnosis: All-Party Parliamentary Group report 2012: http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?downloadID=873
 - 5) Prime Minister's Challenge on Dementia: <https://www.gov.uk/government/news/prime-minister-s-challenge-on-dementia>
- (にしだ・あつし 公益財団法人東京都医学総合研究所心の健康プロジェクトプロジェクトリーダー)

フランスの認知症国家計画

近藤 伸介

■ 要約

フランスは欧州でもっとも早く認知症国家計画を策定した国であるが、なかでもサルコジ政権で施行されたプラン・アルツハイマー2008-2012は、過去最大規模の国家計画であった。ケア・研究・連帯を3本柱に44の施策が実行され、16億ユーロという大規模な予算が割り当てられた。これによりフランスの認知症施策は大きく転換した。本稿では、主にこの5ヵ年計画を取り上げ、策定までの背景、施策の実際、施行後の評価について述べる。さらに2014年11月に公表された、新たな5ヵ年計画（神経変性疾患に関する国家計画）についても触れる。

■ キーワード

認知症、国家計画、フランス、プラン・アルツハイマー

I はじめに

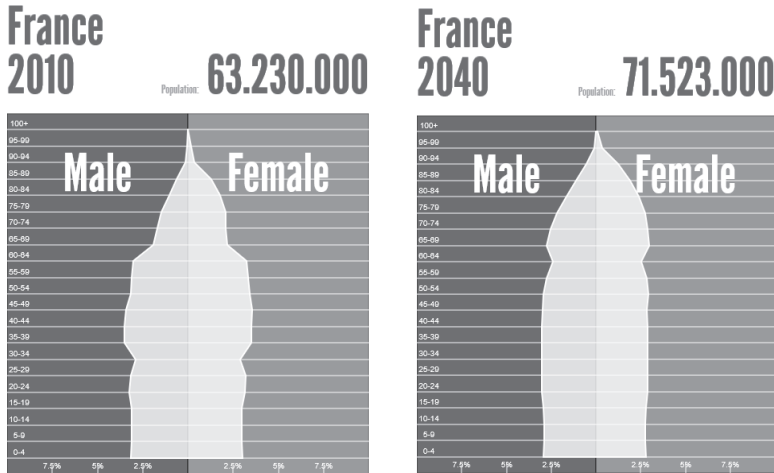
フランス共和国は本土面積54万4,000km²（海外県8万9,000km²を除く）を有する西ヨーロッパ最大の国である。人口6,500万人、合計特殊出生率は2を超えており、人口は微増傾向にあるが、65歳以上の老年人口は16%（約1,000万人）、80歳以上の人口が3.8%（約250万人）の高齢社会である。図1に2010年と2040年（予想）の人口ピラミッドを示す。

65歳以上で認知症がある人は86万人と推定され、うち3分の2がアルツハイマー病による。認知症の年間新規発症数は最大22万人と見積もられており、認知症人口は2020年に130万人、2040年に220万人に達すると予想される。さらに65歳未満の若年性認知症の人が3万2千人いる。疾病が社会に与える影響をDALY（障害調整生命年）という指標で評価した報告によると、フランスの認知症の疾病負担は男性で第4位、女性で第1位であっ

た（表1）。増え続ける認知症に対して、2008年2月、サルコジ大統領（当時）は、国を挙げて取り組むべき優先課題であるとして、大規模な5ヵ年計画を発表した。アルツハイマーおよび関連疾患に関する国家計画2008-2012（Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012）¹⁾である。本稿では、このプラン・アルツハイマー2008-2012の5年間の取り組み²⁾と成果³⁾について述べ、さらに最近公表された新たな5ヵ年計画である、神経変性疾患に関する国家計画2014-2019（Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019）⁴⁾についても触れたい。

II 策定までの背景

フランスは、医療と福祉、病院と地域、急性期と療養期など、各々の連携が乏しく、そこに複雑な保険給付制度と民間参入による競争原理も加わって非常に利用しにくく、その解決は長年の懸案



出典：<http://populationpyramid.net/france/>

図1 フランスの人口ピラミッド

＜表1＞フランスの疾病負担 (DALY)

男性	
心血管疾患	8.9%
肺がん	5.7%
アルコール関連疾患	4.5%
アルツハイマー病	3.1%
女性	
アルツハイマーおよび 関連疾患	7.5%
心血管疾患	7.1%
うつ病	7.1%
乳がん	4.2%

(出典：文献6)

であった⁵⁾。過去にも1996年の医療制度改革で老人医療ネットワークを創設して連携を推進しようとしたが、高コストを理由に予算が削減され定着しなかった。2000年代初頭に県レベルで導入された連携システム (CLIC) もサービスの分断を解消するには至らなかった。

フランスは欧州諸国でもっとも早い2001年に最初の認知症国家計画を打ち出した。第1期認知症国家計画 (2001～2005年) では6つの目標が掲げられた (表2)。続く第2期認知症国家計画 (2004～2007年) ではさらに4つの目標が加えられた (表3)。しかしこれら2期にわたる国家計画では認知症の診断と根治という医学的側面に基軸があり、予算規模も小さかったため、認知症施策が効果的に推進されたとはいえなかった。

＜表2＞第1期国家計画 (2001-2005年) の目標

- ・認知症の初期症状を捉えて専門家につなぐ
- ・早期診断が可能なメモリーセンターを整備する
- ・当事者の尊厳を守る
- ・当事者への経済的支援と当事者・家族への情報提供を行う
- ・入所施設の質を改善する
- ・基礎研究・臨床研究を支援する

＜表3＞第2期国家計画 (2004-2007年) の追加目標

- ・認知症の保険カバー率を100%にする
- ・若年性認知症の人のニーズを把握して支援する
- ・専門家のトレーニングとケアラー支援を強化する
- ・緊急時の対応を整備する

このような文脈の中、2007年8月、サルコジ大統領は、高血圧の研究者で内科医でもあり、臨床・研究・教育・行政のすべての分野に豊富な経験を持つ、パリ大学公衆衛生学教授ジョエル・メナール氏に、効果的な診断と治療法を生み出す研究体制の構築と認知症ケアの質の向上という2つの任務を指示した。メナール教授の招集した当事者・家族・多職種の専門家からなる諮問委員会は、同年11月に報告書 (以下、メナール報告)⁶⁾ を大統領に提出した。メナール報告は、認知症の疾病負担が非常に高いことに比して十分な資源が割り当てられなかったために、過去の国家計画は国中に格差なくサービスを行き渡らせることができなかったと総括し、10の目標 (表4) を提唱した。これらは「当事者中心」「研究重視」「ケアパスと連携」「ケアの質」「ケアラー支援」「支援者教育」「ガバナンス」など、国としての姿勢と国

レベルでの重要課題が明記されており、サルコジ大統領はこれを基に2008年2月、第3期認知症国家計画(Plan <Alzheimer et maladies apparentées> 2008-2012; アルツハイマーおよび関連疾患に関する国家計画2008-2012、以下プラン・アルツハイマー2008-2012)を公表した(表5)。このプラン・アルツハイマー2008-2012は3つの基軸、11の目標、44の具体的施策からなる過去最大規模のプランで、5カ年で16億ユーロの予算が計上された。

<表4>メナール報告に挙げられた目標

- ・ 認知症の当事者をすべての政策の中心に据える
- ・ 認知症研究を強化する
- ・ ケアパスの連続性とケアの質を保障する
- ・ 利用者の視点に立って医療と福祉の連携を図る
- ・ 在宅ケアの向上
- ・ 施設内ケアの向上
- ・ ケアラー支援の強化
- ・ 若年性認知症に特化したサービスを開発する
- ・ 専門家の教育を開発する
- ・ 新しいガバナンスで計画を実現させる

(出典：文献6)

Ⅲ プランアルツハイマー
2008-2012の具体的施策

プラン・アルツハイマー2008-2012に掲げられた44の施策を表5に示す。これらの施策はそれぞれ有機的に関連しているが、大きくは次の3つの領域に分類される。ケアの強化、研究の強化、連帯の強化である。なかでもケアの強化には、16億ユーロの総予算のうち12億ユーロが充当された。以下、具体的な施策について概説する。

<表5>プラン・アルツハイマー2008-2012 44の施策
(文献1を基に筆者が作成)

第Ⅰ軸 当事者と家族の生活の質を向上する

- 目標1 ケアラーを支援する
- 1) 多様なレスパイトの仕組みの開発
 - 2) ケアラーの教育システム
 - 3) ケアラーの健康管理
- 目標2 関係機関の連携を強化する
- 4) 国内全域にMAIA(ワンストップ相談機関)を設置

- 5) 国内全域にケースマネージャーを配置
- 目標3 在宅ケアを当事者・家族が選択できるようにする
- 6) 在宅ケアの強化(在宅看護SSIAD, 在宅リハビリSPASAD)
- 目標4 ホームオートメーションの開発
- 7) アクセスの改善とケアパスの最適化
 - 8) 告知から終末期までのケアの仕組みの作成と適用
 - 9) 専門職への新しい支払い体系の開発
 - 10) 認知症情報カードの作成(地域連携手帳)
 - 11) 国内全域にメモリークリニックを設置
 - 12) 地方ごとにメモリー資源研究センター(CMRR)を設置
 - 13) メモリークリニックの強化
 - 14) 薬剤関連医原性事故の監視
 - 15) 薬物療法の適正使用
- 目標5 施設内ケアの向上
- 16) 老人ホーム内に非薬物療法的BPSD対応専門ユニット(PASA/UHR)を設置
 - 17) 病院内に非薬物療法的にBPSDに対応する認知行動ユニット(UCC)を設置
 - 18) 若年性認知症の居住施設
 - 19) 若年性アルツハイマー病のセンター
- 目標6 専門家の評価と教育
- 20) 専門職の開発(ケースマネージャー, 老年学専門ケアワーカー, 作業療法士, 心理運動士)

第Ⅱ軸 行動するために知る

- 目標7 研究の強化
- 21) アルツハイマー研究財団の設立
 - 22) 臨床研究と非薬物療法の評価法改善
 - 23) 博士・ポストクの採用
 - 24) ケア・教育・研究を両立できる人材の育成
 - 25) 人文科学研究と社会科学的研究
 - 26) 革新的研究の支援
 - 27) 研究の方法論の開発支援
 - 28) 画像研究(人体用11.7テスラMRI)
 - 29) コホート研究(3都市研究、MEMENTO、若年性認知症コホート)
 - 30) 高速ジェノタイピング
 - 31) ネズミキツネザル(20-30%が認知症を呈する)のゲノム解析
 - 32) 臨床医に対する臨床疫学教育
 - 33) 官民連携(公的組織の研究職と製薬企業の研究職の連携)
- 目標8 疫学調査を行う
- 34) 疫学研究

第Ⅲ軸 社会全体で取り組む

- 目標9 国民への啓発活動
- 35) 電話相談窓口の設置 Allo France Alzheimer
 - 36) 地方ごとに計画実施の進捗会議を開催
 - 37) 認知症に対する国民のイメージを変える
- 目標10 反省と倫理の重視
- 38) 倫理の広場(EREMA)
 - 39) 施設内の処遇に対する法整備

- 40) 自己決定をテーマとした公開討論
- 41) 治療プロトコルの情報公開
- 目標11 アルツハイマー病をEUの優先課題に
- 42) 議長国の間にEUの優先課題へ
- 43) EUレベルでの共同研究を促進
- 44) 欧州会議の開催（2008年秋）

- 補1) 始動時に世論調査を実施（対象：一般、当事者、ケアラー、専門家）
- 補2) 医療経済学的評価
- 補3) 総合医（GP）の参画を支援

1. ケアの強化

(1) ケアパスと連携

①MAIAの設置

MAIA（Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer; マイア）と呼ばれるワンストップ相談窓口が全国150ヶ所に設置された。サービスの分断によるアクセスの壁を解消し、タイムリーな診断と連携のとれたケアプランの作成という統合されたケアの提供が目的である。MAIAは機能の名称であって、事務所が新設されたわけではなく、地域でケースマネジメント機能を持つ既存の事業所に対してMAIAのラベルを認可する方法がとられた。利用対象者は60歳以上の自立困難な高齢者で濃厚なケースマネジメントが必要な人である。悪名高い縦割り行政の弊害で

医療と介護福祉サービスの間にまったく連携がなく、これまでは利用者がたらい回しにであったり必要なサービスの情報を入手できなかったりしたといわれるが、MAIAの設置によって利用者の経由する窓口の数は3.24ヶ所から1.3ヶ所に減少し、アセスメントや検査の重複が減ってケアパスを簡素化でき、入院率の減少もみられたと報告されている²⁾。

②ケースマネージャーの創設

ケースマネージャー（coordonnateur）という役職が創設され、国内全土に1,000人配置された。作業療法士、看護師、心理士、ソーシャルワーカーなど、アセスメント・援助の専門技術をすでに有する資格者に付与されるもので、連携のとれた効果的なケアパスを作成するコーディネーター機能が求められる。

③診断プロセスの改善

メモリークリニックは10年前から整備されてきたが、さらに66カ所を新設、既存の229カ所についても機能を強化し、2012年末で469カ所が稼働中である。これにより受診までの待ち時間は平均51日、80%で3ヶ月以内となっている。より高度な機能を持ち研究機関でもあるメモリー資源研究

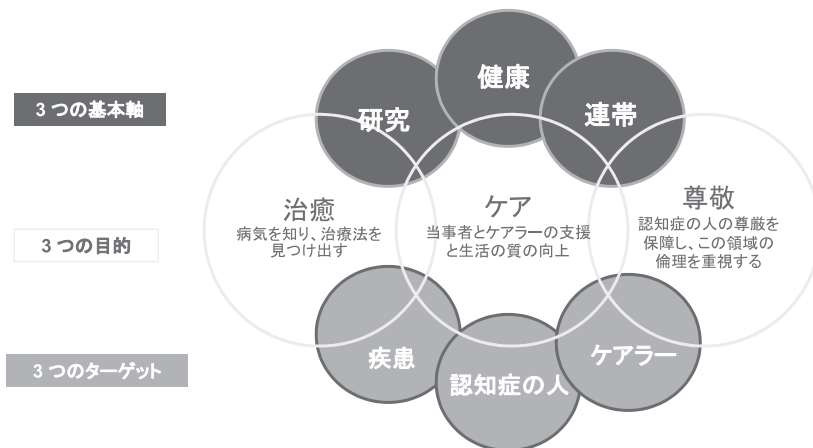


図2 プランアルツハイマー2008-2012の基本軸

センター (CMRR) は3ヵ所新設され、全国28ヵ所となった。メモリークリニックとメモリー資源研究センターはいずれも患者データをまとめて国立アルツハイマーバンク (BNA) に送付している。

2012年、44の施策に追加された施策 (measure S3) の一環として、総合医が在宅で認知症のアセスメントを行う往診にインセンティブが付与された。普段の環境でアセスメントできること、同時にケアラーの健康状態も確認できることがメリットである。その上で必要に応じて専門家に紹介される。健康保険データベースを基にした最近の調査では、フランスの認知症の人の75%が診断と治療を受けていると推定され、先進国でも50%以下といわれる国際水準を大きく上回っている⁷⁾。

(2) 在宅ケア

①多職種訪問チーム (ESA) の創設

フランスの認知症老人は約60%が在宅で暮らしている。在宅でのケアの質を高めるため、作業療法士、精神運動訓練士 (psychomotricien)、老年医学専門ケアワーカー (ASG) など、多職種による訪問チーム (ESA: équipes spécialisées Alzheimer) が導入された。これは全12~15回の介入で、はじめの数回は作業療法士ないし精神運動訓練士が訪問してADLに応じたりハビリ計画を立て、その後は専門ケアワーカー (ASG) が計画に沿ったりハビリを行うものである。2013年3月時点で国内342チームが稼働している。ASGは介護スタッフに専門性を付与する新しい資格で、すでに2700人が養成された。スタッフ教育は認知症老人の行動障害を大きく減じることが知られており⁸⁾、訪問だけでなく老人ホームなどの施設にも配置が進められている。合わせて作業療法士および精神運動訓練士が5ヵ年で2000人増員された。

(3) ケアラー支援

①レスパイト機能の強化

フランスの要介護老人の約半数は家族のみの介護で生活しており、専門職だけで介護されている21%を大きく上回る。2007年に介護休暇が法制化されたものの、長期にわたる認知症介護の実態に即したのではなく、ケアラーの多くが家族の介護のために退職を余儀なくされるとい³⁾。こうした現状からケアラーの支援は不可欠である。成人デイケアの利用枠は5年で倍増の12,000人分と大幅に拡充された。ショートステイも増設された。また在宅レスパイト、ナイトレスパイト、ホームステイ、バカンス、夫婦レスパイトなど、斬新なレスパイト手法が導入されている。

②ケアラー研修プログラム

ケアラーに向けた研修プログラムが開催され、のべ1万8,600人が受講した。内容は、2日間計14時間で5つのモジュール (認知症を知る、利用できる資源、日常の支援の仕方、コミュニケーションの取り方、ケアラーであること) について学ぶ。参加者の満足度は95%と非常に高かった。

(4) BPSDへの対処

①非薬物療法による専門ユニット (UCC / PASA / UHR) の設置

UCC (unités cognitivo-comportementales; 認知行動ユニット) は、認知症の精神症状・行動障害 (BPSD) に対して抗精神病薬を使わず (抗うつ薬・抗認知症薬は使用)、主として環境調整や行動療法で治療する10-12床の専門病棟である。フランス全土で78ユニットが稼働している。病棟は、リビングルーム、作業療法室、多重感覚室 (Snoezelen)、浴室などを擁し、園芸・音楽・料理・運動・認知刺激・芸術・美容・外出など、専門の訓練を受けた多職種による非薬理的介入が行われる。ケアラー向けの個別/集団教育プログラムも実施される。入院患者の93%が認知症診断を受けており、行動障害の改善・危機介入目的の入院

がもっとも多い。紹介元はショートステイ施設25%、かかりつけ医23%、一般科16%、老人ホーム11%などとなっている。退院先は自宅42%、紹介元の老人ホーム12%で原状復帰が54%、老人ホーム新規入所27%、一般科転科7%、精神科転科1%などとなっている。平均在院日数は36.4日であった。

同様の方法論を用いたユニットは老人ホーム内にも設置され、中等症までのBPSDを対象に日中にプログラムを提供するPASA (pôles d'accueil et de soins adaptés) が全国767カ所、重症BPSDを対象としたUHR (unités d'hébergements renforcées) が全国146カ所に整備された。

②薬物使用の適正化

2007年に行われた認知症老人の処方薬実態調査では、約5%の人に医原性の有害事象を認めた。また抗精神病薬の服用率は、老人全体では2.9%にとどまるのに対して、アルツハイマー病の老人では16.9%と高率であった。抗精神病薬の使用を制限する啓発活動を国内およびEUを通じて実施した結果、2011年には15.4%まで減少した。引き続きさらに減少させる方針とされている。

(5) 人材育成

ケアに関わる2つの新しい資格が創設された。ケースマネージャー (coordonnateur) と老年学専門ケアワーカー (ASG : Assistant de soins en gérontologie) である。いずれも前述したとおり、前者は看護・リハビリ・ソーシャルワークなどの専門職に、後者は介護者にそれぞれ付与される。特に後者は、重労働で移民が担うことも多い職種に専門性と資格を付与することで、職業人としての自尊感情を高める効果もある。

もう1つは、すでにある資格者を活用する方法である。たとえば精神運動訓練士 (psychomotricien) は主に小児の発達障害を支援するフランス独自の資格であるが、その専門性が認知症老人にも有用で

あると考えられることから、老年期の領域で活用しようというものである。

いずれの場合もまったくゼロから人材育成するのではなく、すでにいる人材の有効活用という点で共通している。

2. 研究の強化

(1) アルツハイマー研究財団の設立

プラン・アルツハイマー2008-2012に掲げられた研究領域の課題を遂行するため、2008年、アルツハイマー研究財団 (Fondation Plan Alzheimer) が創設された。高等教育研究省によって設立された非営利公益財団で、国立保健医学研究所 (INSERM) 内に本部が置かれている。フランスの研究開発力の強化、国内外での共同研究の推進、研究チームや若手研究者の誘致、産学連携による研究開発の迅速化、臨床研究の促進などがミッションである。プラン・アルツハイマーに関連するテーマとしては、方法論の研究、脳画像研究、ブレインバンク、ゲノム、疫学研究などが挙げられる。

(2) 臨床研究の強化

診療の質を高めるためには臨床疫学の視点が必要であるという考えから、臨床医を対象にした疫学の研修プログラムが全国で施行された。認知症の疫学研究に臨床医が参加しやすくするという目的も含まれる。遺伝要因の強い若年発症認知症については、新たなコホート研究が開始された。基礎研究から臨床疫学研究まで効率よく進行させるため、若年性認知症専門のセンターが国内3ヶ所に設置された。

3. 連帯の強化

(1) 国民の連帯

サルコジ大統領は、認知症の問題を家族の悲劇 (drame) であると同時に社会の悲劇であると表現し⁵⁾、社会が一丸となって闘う (lutte) ことを

決意表明している。国民の視点を政策に反映させるため、初年度の2008年には2,000人を対象に電話世論調査⁹⁾が行われ、国民の意識やニーズの調査が実施された。その結果、認知症は60%以上の人が恐怖を抱き、がん、AIDSに次いで3番目であった。一方で自分が発症したら告知を希望するという人は91%に上った。また身近に介護している人がいると答えたのは12%、うち35%は毎日、73%は最低週1回以上介護をしていると答えた。

(2) 倫理の広場

倫理の広場 (Espace éthique)¹⁰⁾ は、哲学者でパリ大学教授のエマニュエル・ヒルシュ氏が主宰する活動で、当事者・医療福祉現場・専門家・一般人の「語り」を丹念に聞き取り、問いかけ、さまざまな媒体を通して紡ぎ出すことで人々の思索を深めていく。もし非人道的な現場を目にしたら、相手を非難するのではなく、どうしてそうする必要があるのでと問い、別のやり方があるということを出版やメディアを通して示していく。各施策に対する強制力はないが、助言 (avis) として発信され参照される。これは規則遵守をチェックする倫理委員会とはまったく異なるアプローチで、倫理の指標は「人は問うているか」であり、正解を押し付けたら「それは倫理の終焉である」というヒルシュ氏の言葉が印象的であった¹¹⁾。科学やエビデンスではなく、法律や規則ができる以前の心象風景を描き出すフランスらしい活動である。

(3) 国際協力の強化

高齢化に伴う認知症にどう取り組むかは各国共通の未解決課題であり、国家戦略が策定される経緯はそれぞれの事情があるにせよ、主要なテーマはおおむね共通している。連帯という精神論だけでなく、財政・人材の観点からも国際的な協働は必然的な流れである。まずEU諸国との協働である。ALCOVEは欧州19ヶ国による共同研究で、

欧州の疫学データ、タイムリーな診断、BPSDへの対処、判断能力の評価と事前指示書、抗精神病薬のリスクと使用制限という5つのテーマを各国で分担して研究し、成果を共有するものである¹²⁾。また、EU23ヶ国による神経変性疾患共同研究 (JPND) も進行中である。

IV 実行のためのガバナンス

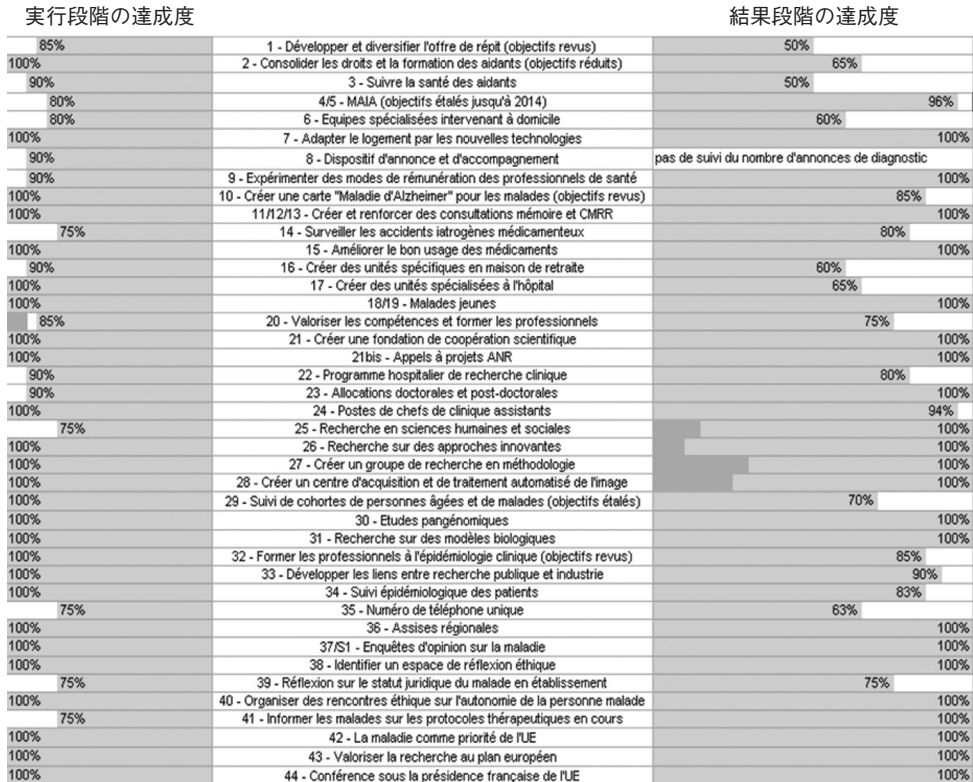
プラン・アルツハイマー2008-2012は、幅広い施策を盛り込んだ周到な設計、5か年で16億ユーロという大規模な予算に加え、大統領主導のトップダウンで綿密に進捗管理するというガバナンスが成功要因であったといわれる¹³⁾。

まず大統領は立案段階で、認知症専門家ではなく、医学界の重鎮であるジョエル・メナール教授に諮問委員会の招集を託し、人選も氏に一任した。氏は当事者・家族・専門家の意見を集約し、既成概念にとらわれない改革の道筋を明らかにした。実行段階は、2008年2月1日の大統領演説によって始動した。統括責任者にフロランス・リュストマン財務総監を任命することで省庁を超えたミッションの遂行が可能になった。44の各施策ごとに実施責任者・実施主体・タイムテーブル・予算・評価法 (実行指標と結果指標) が明記され、施策ごとに毎月委員会が開かれ、年2回の関係省庁合同会議で大統領への直接報告が義務づけられた。さらに毎年末に進捗状況の一覧が公表された。2012年12月には5年間の総括が公表され、各施策のアウトカムがグラフ化されている (図3)。また具体的な成果の概要を表6にまとめた。

<表6>具体的な成果の概要

目標1 ケアラー支援

- ・デイケアの新設および既存施設の施設基準検査を実施した。
- ・成人デイケア1730ヶ所11000人分、ショートステイ8,000人分が増設された。



(出典：文献3)

図3 各施策（1-44）の達成度

- ・18の新たなレスパイトの手法が試行された。
- ・ケアラーに対して毎年2日間の研修プログラムを提供、10,800人が受講した。
- 目標2 関係機関の連携強化**
 - ・MAIAは全国に159ヶ所設置された。2014年には500ヶ所まで増える予定である。
 - ・新たな資格であるケースマネージャーは1,000人配置された。
 - ・MAIAの設置によって利用者が相談する事業所の数は3.2ヶ所から1.3ヶ所に減少した。
- 目標3 在宅ケアの強化**
 - ・193ヶ所の訪問看護事業所において、計342の多職種訪問チームが稼働している。
- 目標4 アクセスの改善とケアパスの最適化**
 - ・469ヶ所のメモリークリニック（65ヶ所を新設、202ヶ所を強化）が稼働している。
 - ・受診までの待ち時間は平均51日、80%で3ヶ月以内となっている。
 - ・診断・治療・告知・ケアの臨床ガイドライン（2009年／2011年）を発刊した。
 - ・ケアの質の指標として抗精神病薬の処方率を調査した。
 - ・アルツハイマー病患者への抗精神病薬処方率が16.9%（2007）から15.4%（2011）に減少した。さらに5%まで減少させることが目標である。

- 目標5 施設内ケアの向上**
 - ・78ヶ所のUCCが稼働している。平均在院日数は36日、在宅退院率は56%であった。
 - ・950ヶ所のPASAが稼働中（または準備中）である。
 - ・159ヶ所のUHRが稼働（または準備中）である。
- 目標6 専門家の評価と教育**
 - ・ケースマネージャーという資格が新設され、1,000人が配備された。
 - ・老年学専門ケアワーカー(ASG)という資格が新設された。
 - ・作業療法士と心理運動療法士が増員された。
- 目標7 研究の強化**
 - ・アルツハイマー研究財団（Fondation Plan Alzheimer）が2008年に設立された。
 - ・143の研究プロジェクトが進行中で、138人の研究者が新規にリクルートされた。
 - ・343ヶ所のメモリークリニックから22万人分の認知症患者のデータベースが作成された。
 - ・国際アルツハイマー会議（ICAD）が2011年7月パリで開催された。
 - ・国際的臨床研究への参加率が2.5%（2006）から3.5%（2011）に上昇した。
 - ・2009年に2つのリスク遺伝子、2010年以降7つの関連遺伝子が発見された。
 - ・アルツハイマー病関連遺伝子の国際コンソーシアム

を主導した。

・620人の臨床家に臨床疫学のトレーニングを実施した。

目標8 疫学調査を行う

・3つのコホート研究が行われている。

目標9 国民への啓発活動

・電話相談窓口を試行した。

・地方ごとに進捗会議を開催した。

目標10 倫理的思索の重視

・倫理を考える広場 (EREMA) を開設した。

・答申書「アルツハイマー、倫理、科学、社会」を公表した。

目標11 アルツハイマー病をEUの優先課題に

・EU議会において、アルツハイマー病をEUの優先課題とした。

・アルツハイマー病EU共同行動 (ALCOVE) を主導した。

・神経変性疾患のEU共同研究プログラム (JPND) を主導した。

(文献3を基に筆者が作成)

V 新たな国家計画 Plan MND 2014-2019

フランス政府は、2014年11月、新たな国家計画を公表した。神経変性疾患に関する国家計画2014-2019 (Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019)⁴⁾である。4つの基本軸 (表7)のもとに、96の施策が展開している。アルツハイマーおよび関連疾患を中心に据えつつ、15万人といわれるパーキンソン病患者、8.5万人といわれる多発性硬化症患者、他にも筋委縮性側索硬化症などの神経変性疾患全般を包摂するもので、プラン・アルツハイマーの成果を般化しようという試みである。MAIA, ESA, UCC, PASA, UHRなど前プランで効果が認められた方法を拡充していくことや、2013年のG8認知症サミットで採択された「Global action against dementia」など国際協働も明確にうたわれている。一方で、対象が広がりすぎて効果が薄れるのではないかという懸念、変性 (dégénération) というネガティブなネーミングへの批判などが聞かれる。プラン・アルツハイマー2008-2012との決定的な違いは、予算規模がどこにも明記されていないことである。サルコジ大統領の強力なトップダウンで始まったプラン・アルツハイマー2008-2012とは対照的に、新しい

国家計画は関係大臣によって公表され、前回のような鳴り物入りの印象はない。すでにトップダウンの力がなくとも現場が自律的に動くようになったとみるのか、当初の勢いが失速したとみるのか、認知症国家計画の枠組みを超えて広く神経疾患に裾野を広げたフランス独自の舵取りがどういう成果を生むか、興味深いところである。

<表7> 神経変性疾患に関する国家計画2014-2019

4つの基本軸

1. 生涯を通じて、国中どこでも、ケア・支援が受けられる
2. 神経変性疾患に社会を挙げて取り組み、暮らしへの悪影響を減らす
3. 神経変性疾患の研究を進め、またコーディネイトする
4. イノベーションを図り、政策を変え、健康を民主化するための真のツールにする

おわりに

フランスの認知症国家計画プラン・アルツハイマー2008-2012について述べた。強固な官僚制の中で組織間の連携・協調が進まなかったフランスにおいて、認知症に対する取り組みを通して長年分断されてきた医療と福祉が統合されたことは象徴的である。地域ケアの進む欧州諸国のなかにおいて、フランスは依然として病院中心モデルが強い国である。利用者の視点を欠いた行政の弊害について長年指摘されながらも変わることのなかったシステムが、当事者中心の制度改革によって変化を遂げるまでのプロセスは、依然として病院中心である日本の現状にとっても大きな示唆となろう。一方で、認知症に絞らず、広く神経変性疾患を対象とする施策へと趣を変えたフランスの新国家計画がどういう成果を生むかも注目していきたい。

文献

- 1) Plan Alzheimer 2008-2012.
<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-44-mesures-.html>
- 2) Suivi du plan Alzheimer 2008-2012.
<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/>

- 1_suivi_plan_comite_de_suivi_26_mars2013_V7.pdf
- 3) Rapport. Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012.
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-evaluation-plan-alzheimer-2012.pdf>
 - 4) Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019.
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf
 - 5) Pimouguet C et al.: The 2008-2012 French Alzheimer Plan : A Unique Opportunity for Improving Integrated Care for Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease* 34: 307-314, 2013.
 - 6) Pour le malade et ses proches chercher, soigner et prendre soin. Rapport au Président de la République. Le 8 novembre 2007.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000711/0000.pdf>
 - 7) Bertrand M et al.: Trends in Recognition and Treatments of Dementia in France Analysis of the 2004 to 2010 Database of the National Health Insurance Plan. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 27: 213-217, 2013.
 - 8) Deudon A et al.: Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 24 (12) :1386-95, 2009.
 - 9) Perceptions, connaissances, et comportements du grand public vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer. Ipsos Santé / INPES, Septembre 2008.
 - 10) Espace éthique. <http://www.espace-ethique-alzheimer.org/>
 - 11) 近藤伸介：フランスの認知症国家計画の概要. 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報告書（平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）東京, 2013.
 - 12) Alcove Synthesis Report 2013. The European Joint Action on Dementia.
http://www.alcove-project.eu/images/pdf/ALCOVE_SYNTHESES_REPORT_VF.pdf
 - 13) 近藤伸介：フランスの認知症国家戦略. 老年精神医学雑誌 24 : 984-989, 2013
- (こんどう・しんすけ 東京大学医学部附属病院
精神神経科特任講師)

オーストラリアの認知症対策

中西 三春 中島 民恵子

■ 要約

高齢者対策において、早くから施設のみならず在宅ケアに重点を置く施策へと移行したオーストラリアにおける、認知症対策の変遷について考察する。オーストラリアの社会サービス関連制度は障害者と高齢者を対象とした地域在宅ケア法、高齢者を対象とした高齢者ケア法、障害者を対象とした国家障害協定と多岐にわたっている。認知症対策への着手は世界の中でも早く、1992-97年には認知症ケアの国家行動計画、2006-10年には認知症対策国家戦略が実施されてきた。しかし認知症ケアの体制には残された課題も多い。2012年より認知症ケアを含む高齢者ケア改革が着手され、2013年には次なる認知症対策国家戦略の策定に向けたコンサルテーションペーパーが提示された。認知症対策においては、サービスの多様性とケアシステムの統合性の双方を高めていくことが重要であり、保健医療サービスと社会サービスに関連するケアシステムを再編することが求められている。

■ キーワード

認知症対策国家戦略、高齢者ケア改革、統合されたケア

I はじめに

オーストラリアは2013年6月30日時点の推計で総人口23,130,931名、うち65歳以上の高齢者が3,337,592名で高齢化率14.4%と（Australian Bureau of Statistics, 2013）、イングランドをはじめとする英国やデンマーク、フランスといった欧州諸国よりも高齢化率は低い状況にある。しかしオーストラリアにおいても高齢者ならびに認知症対策は優先すべき課題と認識されており、2012年には連邦政府の保健計画の重点領域（National Health Priority Areas）に認知症が新たに加わった。2011年9月の推計ではオーストラリア全土で認知症の人は266,574名おり、2050年には942,624名に達するものと見込まれている（Deloitte Access Economics, 2011）。

本稿ではまずオーストラリアの高齢者対策の概略を述べ、その次に認知症対策の変遷について考察する。

II 保健医療サービスの体制

オーストラリアは全国一律の公的医療保障制度メディケア（Medicare）を有し、公立病院の公的患者（public patient）の場合は無料で治療が受けられる。この制度の根拠法となっているのは「医療保障法（Health Insurance Act 1973）」である。連邦政府の福祉省（Department of Human Services）がメディケア制度を管轄している。また欧州諸国と同じく家庭医（general practitioner）が存在しており、一次医療を担うほか、患者を専門医やコメディカル、地域の保健サービスや病院

へ紹介（referral）する役割をもつ。家庭医がほかからの紹介でない非入院患者に行う医療行為（一次医療）も無料となる。公的患者以外の入院患者や病院を代替する治療を民間保険で受けている患者に提供された専門サービスの場合、75%がメディケアから支払われる。それ以外の治療は85%がメディケアの負担となる（Department of Health, 2014）。

オーストラリアの医療機関は公立と民間の双方が一定の割合を占めている。2011年度は公立病院が753機関（うち精神科病院17）で合計58,545床に対し、民間病院は1,345機関87,549床となっている（Australian Institute of Health and Welfare, 2014）。

2010年度の精神科専門ケアへの入院91,503件（うち公立病院80,506）のうち、主たる疾患が認知症であった者は504件（うち公立病院443）であり、全体の0.5%にとどまっている（Steering Committee for the Review of Government Service Provision, 2014）。

Ⅲ 社会サービスにおける施設ケアから在宅ケアへの転換

オーストラリアの高齢者対策は高齢者施設での介護に重点を置いた施策から始まり、1982年の

マクリー報告（McLeay Report）を転換点として、施設のみならず在宅ケアに重点を置く施策へと移行し現在に至っている。当時は家庭医の紹介と高齢者施設の側の受け入れに基づいて施設への入所が決定されていた。マクリー報告においては、施設入所者の中に本来ならば在宅ケアを利用して自宅で生活できる者が存在することが指摘され、入所基準の一部として包括的なアセスメントの実施が推奨された（Department of Health and Ageing, 2007）。

その後、従来の在宅関連の法律を統合した地域在宅ケア法（Home and Community Care Act 1985）に基づく在宅ケアのパッケージ（Home and Community Care, HACC）が開始された。地域在宅ケア法は高齢者および若年障害者を対象としている。従来は連邦政府と州・準州政府とが共同で財源を負担していたが、2012年7月1日より連邦政府が全額を負担することとなった（Department of Social Services, 2013）。

一方、高齢者ケア法（Aged Care Act 1997）に基づく在宅・施設ケアのパッケージは高齢者を対象としている。連邦政府、州・準州、地方自治体の3つのレベルの政府がそれぞれ税財源を拠出しており、連邦政府の監督下で州・準州が制度を運営する。施設ケア（Residential Aged Care,

表1. オーストラリアにおける高齢者を対象とした社会サービス（～2013年7月）

種類	パッケージ	根拠法	内容	補助金
在宅ケア	HACC	地域在宅ケア法	軽度のケアニーズを有する高齢者や65歳未満の障害者に提供される在宅ケア	連邦政府 州・準州政府
在宅ケア	地域高齢者ケアパッケージ（CACP）	高齢者ケア法	計画とケースマネジメントが必要となる、複合したケアニーズを有する高齢者に提供される在宅ケア	連邦政府
在宅ケア	長期在宅高齢者ケア（EACH）	高齢者ケア法	CACPよりも高レベルのケアニーズを有する高齢者に提供される、施設の代替的な在宅ケア	連邦政府
在宅ケア	認知症専門長期在宅高齢者ケア（EACH-D）	高齢者ケア法	認知症を有する高齢者に提供されるEACHプログラム	連邦政府
退院支援	Transition care	高齢者ケア法	療法、ソーシャルワーク、ケースマネジメント、看護ケア、介護ケア	連邦政府
施設ケア	RAC	高齢者ケア法	高齢者向け施設の入所サービス	連邦政府

出典：Steering Committee for the Review of Government Service Provision. 2014. Report on Government Services 2014.

RAC) の配置は70歳以上人口1,000人あたり86件が上限として設定されている。高齢者ケア法に基づくこれらの在宅・施設ケアパッケージを利用するには、高齢者ケア評価チーム (Aged Care Assessment Team, ACAT) のアセスメントを受け、ケアレベルが認定されなければならない。高齢者ケア評価チームから高齢者ケア法とは別の枠組みのサービス (例えばHACC) へと紹介される場合もあるが、あくまでも紹介であり、そのサービスの受給資格を認定するものではない (Australian Institute of Health and Welfare, 2013a)。これらの在宅・施設ケアパッケージに加えて、退院支援プログラム (Transition Care Program) が2004年より導入された (Department of Social Services, 2013) (表1)。また2013年9月には連邦政府の組織再編が行われ、高齢者ケアの管轄は保健高齢省 (Department of Health and Ageing) から社会サービス省 (Department of Social Services) へと移管されている。

そのほかの高齢者を対象としたプログラムとして、退役軍人の在宅ケアと地域看護プログラム (Veterans' Home Care and Community Nursing program) や、介護者レスパイトプログラム (National Respite for Carers Program) などがあげられる。また小規模な郊外や離島の地域では、高齢者ケア法と高齢者ケア原則 (Aged Care Principles)¹⁾ に基づき、保健医療サービスと社会サービスを一体的に提供する多目的サービス (Multi-purpose Services, MPS) プログラムが展開されている (Steering Committee for the Review of Government Service Provision, 2014)。

障害者に対しては、2008年までは連邦政府・州・準州障害協定 (Commonwealth, State and Territory Disability Agreement, CSTDA) のもと、2009年1月からは国家障害協定 (National Disability Agreement, NDA) に基づき在宅ケアや施設ケアのほか、就労および権利擁護に関するサービスが提供されている。国家障害協定において「障害者」の特段の定義はない。

表2. オーストラリアにおける社会サービスの利用者数 (2012年度累計)

社会サービスの種類	総計	うち65歳以上
地域在宅ケア法 (HACC)	967,092	748,246
高齢者ケア法		
地域高齢者ケアパッケージ (CACP)	63,365	61,485
長期在宅高齢者ケア (EACH)	13,042	12,471
認知症専門長期在宅高齢者ケア (EACH-D)	6,488	6,238
退院支援 (Transition Care)	23,180	22,391
施設ケア (RAC)		
永続的入所 (permanent)	226,042	218,546
短期入所 (respite)	48,182	46,659
国家障害協定 (NDA)		
地域アクセス (community access)	63,247	7,812
地域支援 (community support)	136,236	10,146
就労 (employment)	132,949	1,214
レスパイト (respite)	37,015	1,400
施設 (accommodation support)	41,421	3,739
退役軍人の在宅ケア (Veterans' Home Care)	67,471	65,688
退役軍人の地域看護 (Veterans' Community Nursing)	28,585	28,137

出典：Steering Committee for the Review of Government Service Provision. 2014. Report on Government Services 2014, Table 13.A4 People receiving aged care services, 2012-13; Table 13A.13 Australian Government (DVA) Veterans' Home Care (VHC) and Community Nursing programs, 2012-13. Productivity Commission, Canberra.
Australian Institute of Health and Welfare. 2012-13 DS NMDS service user data, Users of NDA services, 2012-13.

高齢者ケア法に基づくサービスは上述の通り高齢者を対象としているものの、若年障害者が地域で利用可能なほかのサービスがない場合には、これらのサービスを利用することも可能である。したがって、地域在宅ケア法、高齢者ケア法、国家障害協定のいずれも、利用者には高齢者と若年障害者の双方が含まれている（表2）。

こうした多岐にわたるサービスについて、高齢者や障害者の家族介護者に情報提供を行いサービスへのアクセスを担保する役割を担う機関として、連邦レスパイト・ケアリンクセンター（Commonwealth Respite and Carelink Centre）が各地域に設置されている（Department of Social Services, 2013）。

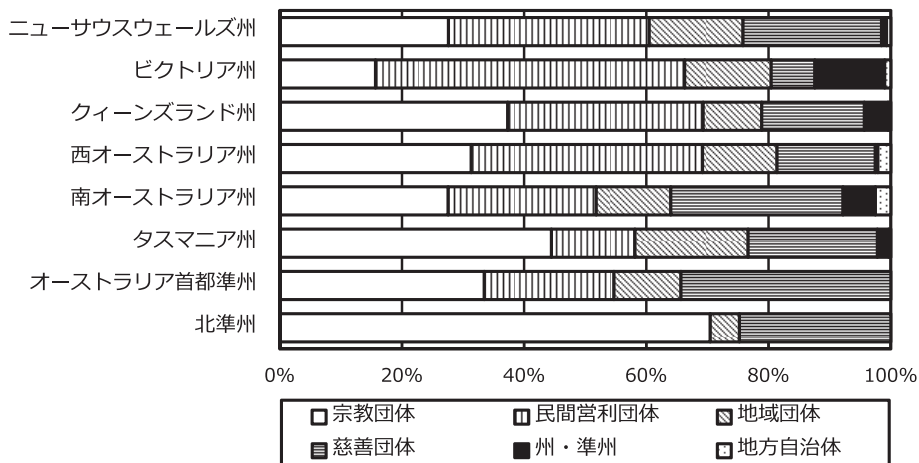
これらの社会サービスは基本的に税財源のもとで運営されているが、実際のサービス提供の多くは民間事業者が担っている。例えば高齢者ケア法における施設ケアでは、2013年6月時点の合計で186,278床のうち、州・準州立のものが4.5%、地方自治体立が1.0%となっている（Steering Committee for the Review of Government Service Provision, 2014）。ただし民間事業者の割合は州・

準州によって大きく異なっており、各州政府の方針が影響しているものと思われる（図1）。

IV 認知症対策国家戦略

オーストラリアにおける認知症対策への着手は世界の中でも早く、1992年から5年にわたる認知症ケアの国家行動計画（National Action Plan for Dementia Care 1992-97）が開始された。その後、2006年から2010年にかけて認知症対策国家戦略（National Framework for Action on Dementia 2006-2010）が遂行されている（Australian Health Minister's Conference, 2006）。認知症対策国家戦略では、オーストラリアの包括的な認知症ケアと支援システムの方向性が示されるとともに、5つの優先領域（Key Priority Area）が掲げられた。優先領域は(1)ケアと支援、(2) 認知症に関する情報やサービスへのアクセスと公正、(3) 情報と教育の提供、(4) 研究、および (5) 人材と訓練である（表3）。

認知症対策国家戦略と並行し、5年間にわたる認知症イニシアティブ（Dementia Initiative）事業とし



出典：Steering Committee for the Review of Government Service Provision. 2014. Report on Government Services 2014, Table 13A.16 Ownership of operational residential aged care places. Productivity Commission, Canberra.

図1. 施設ケアを運営する事業者の法人種類の分布、定員比（2013年6月）

表3. 認知症対策国家戦略（2006-10年）の概要

優先領域	優先すべき対策
ケアと支援	<p>認知症の人や介護者・家族のニーズに沿ったサービス計画を展開する。認知症に特化したサービスの潜在的な影響を分析し、主流のサービスで認知症に配慮した実践を遂行する仕組みを明らかにする</p> <p>効果的で適切な認知機能のアセスメントツールを開発あるいは明らかにし、認知症の人や将来的に認知症を発症しうる人のスクリーニングを行う</p> <p>施設ケア・地域ケア・急性期医療における認知症ケアの標準を統合するため、適切な認証団体と協働する</p> <p>一次医療：一次医療の専門家を支援し、家庭医が認知症の人を発見、紹介、管理するスキルを広げることがを推奨する</p> <p>地域ケア：認知症の人、家族および介護者が地域ケアのシステムをうまく渡っていけるよう支援するための最良の方法を明らかにし、推進する</p> <p>レスパイトケア：柔軟に利用できるレスパイトケアのモデルをレビュー、開発および推進する</p> <p>急性期医療：認知症の人、介護者や家族のニーズに配慮した急性期医療の原則を明らかにする</p> <p>施設ケア：認知症の人が利用できる施設ケアの場所に対する需要を満たすための計画をたてる</p> <p>緩和ケア：保健医療の専門家や地域ケアの事業者に対し、認知症の人の緩和ケアとそのニーズについて知らせる労働力・教育・訓練の戦略を展開する</p> <p>行動の問題：認知症の人と行動の問題に対応するアセスメント、管理、支援および施設に関する、エビデンスに基づいたサービスモデルと財政支援の調整方法を同定し促進する</p>
認知症に関する情報やサービスへのアクセスと公正	<p>ケアと支援にアクセスすることを妨げている特定の要因を明らかにする</p> <p>多様な集団のニーズに対応する適切なサービスモデルを開発する</p> <p>オーストラリア保健大臣の諮問委員会による「アボリジニとトレス諸島民の健康について文化を尊重した枠組み2004-2009」で提示されている特定の戦略を、認知症の計画と政策において展開する</p>
情報と教育の提供	<p>成年後見、事前ケア計画、事前ケア指示、遺言、代理人（power of attorney）の活用における法的な障害の問題をオーストラリア政府、州および準州の司法総合部局に照会する</p> <p>司法関係者間での情報共有を向上させる</p> <p>特定の地域集団に向けた情報キャンペーンを含む、合意された中心メッセージに基づいた地域の啓発プログラムに着手する</p> <p>より広い範囲のサービス提供者（保健医療福祉の支払システムCentrelink、警察、薬局、交通運輸労働者、銀行など）の認識を高める</p> <p>認知症の専門家の情報サービスとその他の情報サービスとのつながりを構築する</p> <p>司法において、認知症とも関連した高齢者虐待に対応するための戦略をもつ</p>
研究	<p>国の研究における重点領域を確立する</p> <p>合意が得られた重点領域を推進し普及させる</p> <p>合意が得られた重点領域に関する認知症研究のための、現存する財源や新たな資金の出所となるものを明らかにする</p> <p>研究の成果を地域ケア、急性期医療、施設ケアなどにおいて促進する</p> <p>多様なニーズを有する集団における有病率を含む、認知症の有病率を予測するための研究を実施する</p> <p>あらゆる司法制度において使用可能で、主要な最小評価項目（minimum data set, MDS）に認知症のデータ項目が含まれていることを確認する、統一された効果的なデータの基準およびシステムを設計し遂行する</p> <p>研究を実践に転換する</p>

人材	<p>認知症対策国家戦略と、国の人材戦略（保健医療の人材の戦略枠組みや高齢者ケアの人材の戦略を含む）とのつながりを明らかにし、推進する</p> <p>認知症ケアへの参加の動機付けと障害、認知症に携わる人材の募集と維持における動機づけと阻害要因を明らかにする</p> <p>保健医療、地域ケア、高齢者ケアの専門職に対する訓練とカリキュラムへ認知症の内容を組み入れる</p> <p>遠隔医療などの専門性の展開における柔軟な戦略を促進する</p> <p>多職種による専門性の発展を推進する</p> <p>行動症状（challenging behaviour）を管理するための資源と、有効な訓練の戦略を開発する</p>
----	---

出典：Australian Health Ministers' Conference. 2006. National Framework for Action on Dementia 2006-2010. NSW Department of Health, Sydney.

て、認知症の増加や発生を予防するための研究やケア、早期介入プログラムおよび訓練に対する財政補助が行われた（LAMA Consortium, 2009）。認知症イニシアティブ事業下において、認知症行動マネジメント助言サービス（Dementia Behaviour Management Advisory Service, DBMAS）や認知症連携研究センター（Dementia Collaborative Research Centre）・認知症訓練研究センター（Dementia Training Study Centre, DTSC）の設立、認知症国家支援プログラム（National Dementia Support Program, NDSP）の展開、および高齢者ケア法に基づく認知症専門在宅高齢者ケア（Extended Aged Care at Home-Dementia, EACH-D）の拡充などが行われた。また同イニシアティブ事業の一環として、2011年2月に認知症サービスパス（Dementia services pathways）のガイドが刊行されている（KPMG, 2011）。認知症サービスパスでは認知症の人の生活を（1）リスクの低減、啓発、認識、（2）アセスメント、診断、診断後の支援、（3）管理、ケア、支援とレビュー、（4）終末期の4段階に分け、これらをカバーする保健医療サービスや社会サービスを含む認知症ケアのパスを示した。

認知症行動マネジメント助言サービスは二次医療に相当し、高齢者ケアに携わる職員や家族介護者、また高齢者施設のボランティアといったケア提供者を対象としている。認知症国家支援プログラムはアルツハイマー病協会（Alzheimer's Australia）により、認知症の人や介護者、家族の

能力を高めて認知症の経過（dementia journey）をより理解し対応できるよう支援することを目的に行われた（Alzheimer's Australia, 2013a）。認知症国家支援プログラムには全国統一の電話相談（National Dementia Helpline and Referral Service）、早期介入を含むカウンセリングと支援サービスの提供、介護者教育や専門職研修などが含まれる。2006-10年の認知症対策国家戦略でもアルツハイマー病協会の推計や提言が引用されるなど、認知症対策の策定および遂行においてこうした当事者団体が大きな役割を果たしている。

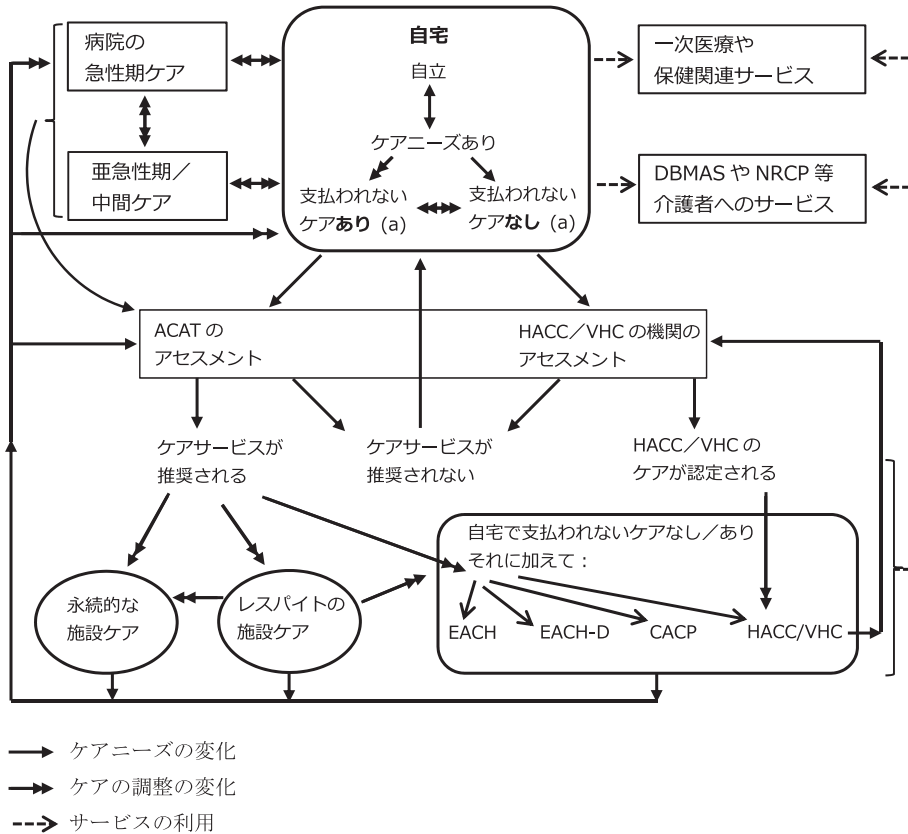
オーストラリアの認知症施策は、本人中心のケア（person-centred care）や家族支援、事前ケア計画の推進など認知症ケアにおける重要な概念がふまえられており、欧州緩和ケア学会が2013年に発表した「認知症高齢者への望ましい緩和ケアを定義する白書（White paper defining optimal palliative care in older people with dementia）」の推奨事項にも合致したものとなっている（Nakanishi et al., in press）。

V 認知症対策国家戦略以降の課題

上述の認知症対策国家戦略および関連事業によって、オーストラリアにおける認知症ケアの課題がすべて解決されたわけでは必ずしもない。日本を含む8か国の認知症ケアの体制に関する国際比較研究では、日本と同様にオーストラリアのケア

パスは複雑であり、ケアの継続性が担保されない可能性のあることが指摘されている (Nakanishi and Nakashima, 2014)。例えば、認知症の診断が必要なときは家庭医からもの忘れ外来 (memory clinic) へ紹介が行われる。その一方で、認知症の人の行動心理症状 (challenging behaviour) に関

しては、もの忘れ外来ではなく、認知症行動マネジメント助言サービスが対応する二次医療機関となる。社会サービスの側では、それぞれのパッケージの中にケースマネジャー (case manager) がいるものの、地域在宅ケア法に基づく在宅ケアと高齢者ケア法に基づく在宅ケア・施設ケア、とい



- ACAT 高齢者ケア評価チーム (Aged Care Assessment Team)
- HACC 地域在宅ケア (Home and Community Care)
- VHC 退役軍人の在宅ケア (Veterans' Home Care)
- CACP 地域高齢者ケアパッケージ (Community Aged Care Package)
- EACH 長期在宅高齢者ケア (Extended Aged Care at Home place)
- EACH-D 認知症専門長期在宅高齢者ケア (Extended Aged Care at Home place-Dementia)
- NRCP 介護者レスパイトプログラム (National Respite for Carers Program)
- DBMAS 認知症行動マネジメント助言サービス (Dementia Behaviour Management Advisory Services)

(a) 政府からの年金や手当は除外している。
 この図には政府が財源を負担しているプログラムだけを載せている。
 出典: Runge C, Gillham J, Peut A. 2009. Transitions in care of people with dementia: a systematic review of the literature, Figure 1. Possible movements through the Australian health and aged care system.

図2. オーストラリアの保健医療サービスと高齢者ケアのシステムにおける移動

った異なるパッケージ間を調整する機能や役割はとくに設けられてはいない。

ケアの継続性に関する問題は、連邦政府のイニシアティブ (Australian Government Initiative) として行われた系統的レビューの報告「認知症の人のケアにおける移動 (Transitions in care of people with dementia)」でも指摘されている (Runge et al., 2009)。地域在宅ケア法と高齢者ケア法のどちらにも在宅ケアのパッケージがあるが、高齢者ケア法のもとでは高齢者ケア評価チームがアセスメントを行うのに対し、地域在宅ケア法ではそのような統一された認定機関がないという違いがある (図2)。

加えてオーストラリア健康福祉研究所 (Australian Institute of Health and Welfare) は2012年に「オーストラリアにおける認知症 (Dementia in Australia)」を発表し、認知症の人が保健医療サービスと高齢者ケア法に基づく在宅・施設ケアパッケージに大きく依存している現状を示した (Australian Institute of Health and Welfare, 2012)。実際、2012年6月30日時点におけるRACの永続的入居者 (permanent resident) 166,160名のうち、86,640名 (52.1%) が認知症を有すると判定されている (Australian Institute of Health and Welfare, 2013a)。保健医療サービスに関しても、同研究所の「病院における認知症ケア：コストと戦略 (Dementia care in hospitals costs and strategies)」において、認知症の人の入院エピソードのうちおよそ半数が認知症の診断があることを記録されておらず、また認知症がない人と比べて

在院期間が長期化するという問題が報告されている (Australian Institute of Health and Welfare, 2013b)。

連邦政府が計画している高齢者ケアの供給量は、今後見込まれている認知症の人の増加に見合わないことも指摘されている (Access Economics, 2010)。この推計によれば、2050年までに25万人以上の高齢者が必要な高齢者ケアを確保できない事態になるおそれがある (表4)。

認知症ケアの質という観点からは、アルツハイマー病協会が2014年3月に「認知症の人における身体拘束と向精神薬の使用 (The use of restraints and psychotropic medications in people with dementia)」を発表した。同報告書では、高齢者ケア法に基づく施設ケアの中で、認知症の行動心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) を管理するために身体拘束や向精神薬が用いられていることの問題点を指摘している (Alzheimer's Australia, 2014)。

VI 高齢者ケア改革、全国介護者戦略

連邦政府の生産力強化委員会 (Productivity Commission) は2011年8月に「高齢者ケアに関する監査 (Inquiry into Caring for Older Australians)」の報告書を公表し、現行の高齢者ケアの制度体系における問題点を指摘した (Productivity Commission, 2011)。同報告書によれば、当事者や家族介護者がサービスに辿りつくまでの経路は複

表4. 3つのシナリオにおける高齢者ケアの供給の比較

	現行の政策				認知症の有病率			85歳以上人口		
	2010	2020	2030	2050	2020	2030	2050	2020	2030	2050
HACC利用者	966.7	1,380.4	1,892.4	2,709.5	1,448.1	2,129.1	3,697.0	1,384.2	1,997.9	3,936.2
地域ケアパッケージ	54.4	80.6	110.5	158.3	83.1	122.1	212.0	78.9	113.8	224.2
施設ケアパッケージ	181.2	260.4	357.0	511.1	268.2	394.3	684.7	254.6	367.5	724.1
合計	1,202.3	1,721.4	2,359.9	3,378.9	1,799.4	2,645.5	4,593.7	1,717.7	2,479.0	4,884.5

単位は千人または千件

出典：Access Economics. 2010. Caring places: planning for aged care and dementia 2010-2050, Volume 1, Table i: Comparison of aged care supply across three growth scenarios.

表5. 「高齢者ケアに関する監査」報告書における生産力強化委員会の主要な提言

生産力強化委員会の提言	
高齢者ケアの分かりやすい入口 (gateway) にアクセスできるようにする	
個別のニーズに対応し、リハビリテーション (reablement) に重点をおいた高齢者ケア	
在宅でケアを受けるかどうか、どの事業者からケアを受けるか高齢者が選択できる	
高齢者もまた自らの受けるケアの費用や施設、生活費用を負担する	
高齢者が家を売らなくてもケアや施設の費用を賄えるように、政府の資金援助による信用供与枠を提供する	
施設ケアのホテルコストを定期的に支払うか一括で払う (保証金) か、高齢者が選択できる	
高齢者が自分の家の売却を希望する場合に、老齢年金を保有できるように、売上金を老齢年金受給者のための預金口座 (Australian Age Pensioners Savings Account) に入れる	
軽度の地域支援サービスに高齢者が直接アクセスできるようにする	
追加のサービスや、より質の高い施設環境を購入するかどうか高齢者が選択できる	
出典 : Productivity Commission. 2011. Caring for Older Australians, Report No. 53, Final Inquiry Report. Productivity Commission, Melbourne.	

表6. 高齢者ケア改革の指標

指標	予算 (百万AUD)
高齢者が自宅で生活することを支援する	955.4
家族介護者がレスパイトそのほかのサービスにアクセスできるようにする	54.8
より良い施設ケアを提供する	660.3
高齢者ケアに携わる人材を強化する	1,200.0
消費者と研究を支援する	39.8
より良い健康状態を確保する	80.2
全国的な認知症の人の増加に対応する	268.4
多様な背景をもつ高齢者を支援する	192.0
将来にわたり継続可能な制度を構築する	256.4

出典 : Department of Health and Ageing. 2012. Living Longer. Living Better. Department of Health and Ageing, Canberra.

雑で見つけにくく、利用可能なサービスが限られており、利用者の選択できる範囲もまた限られている。生産力強化委員会はこうした問題点への対応策を提言した (表5)。

連邦政府は生産力強化委員会に対する回答を2012年4月に発表し (Department of Health and Ageing, 2012)、2012年から2016年にかけて高齢者ケア改革 (Aged Care reform) が実施されることとなった (表6)。高齢者ケア改革の指標のひとつである「全国的な認知症の人の増加に対応する」では、在宅でも施設でも利用可能な認知症に関連する追加サービス (dementia supplement) の創設、

病院におけるケアと一次医療の向上、若年性認知症への対策の強化、および認知症の症状が現れてから診断に至るまでの時間の短縮が掲げられている。

高齢者ケア改革に伴い、高齢者ケア法における在宅ケアは、軽度のケアレベルの者を対象とした地域高齢者ケアパッケージ (Community Aged Care Package, CACP)、長期在宅高齢者ケア (Extended Aged Care at Home, EACH)、および認知症専門長期在宅高齢者ケアEACH-Dの3種類から、2013年8月より4つのレベルの在宅ケアパッケージ (Home Care Package) へと置き換えられた。認知症に関連する追加サービスは、どのレベル

の在宅ケアパッケージでも、また施設ケアに入所している者でも、基準を満たせば利用することが可能になった (Australian Institute of Health and Welfare, 2013a)。しかし、施設ケアパッケージの追加サービス (Dementia and Severe Behaviours Supplement in Residential Care) は当初見込まれていた利用者数が2,000人であったのに対し、2014年3月時点で実際の利用者数が25,451人にのぼり、予算の裏付けが困難となったため2014年7月をもって停止された (Senator the Hon Mitch Fifield, 2014)。施設ケアに関しては、2014年7月より、それまでのケアレベルの区分 (low / high) が廃止された (Department of Social Services, 2014a)。高齢者ケア法以外の、地域在宅ケア (HACC) パッケージ、介護者レスバイトプログラム、デイ療法センタープログラム (Day Therapy Centres Program) および高齢者向けケア付き住宅支援プログラム (Assistance with Care and Housing for the Aged Program) は、2015年7月よりひとつの連邦在宅支援プログラム (Commonwealth Home Support Programme) に統合される予定である (Department of Social Services, 2014b)。

こうした高齢者ケア改革が行われる一方で、現在も社会サービスの制度体系では障害者と高齢者とで分離した構造が残されている。だが、障害

者も高齢者も、ケアにおいて家族介護者 (carer) が大きな役割を担っている点では共通している。連邦政府は2010年に「介護者貢献認識法 (Carer Recognition Act 2010)」を制定し、これに基づき2011年には「全国介護者戦略 (National Carer Strategy)」を発表した。全国介護者戦略では、ケアを受けている者の障害の種類や疾患、年齢層にかかわらず、介護者が労働とコミュニティに参画して意味ある生活を送ることを支援する、という方針が示された (Commonwealth of Australia, 2011)。ここでの家族介護者とは、「障害や医療を要する状態 (致命的なあるいは慢性疾患を含む)、精神疾患、あるいは年齢による脆弱性をもつ人に身体介護、支援、援助を提供する者」と定義されている。家族介護者には家族、友人、親戚、兄弟や隣人、また祖父母や里親なども該当する。契約に基づくサービス提供を行うケア労働者など、ケアによって支払いを受ける者は含まれない。慈善団体や地域団体のボランティア、教育や訓練の課程の一環としてケアに携わっている者も除外されている。

2013年4月には、次の認知症対策国家戦略 (National Framework for Action on Dementia 2013-2017) の策定に向けて、コンサルテーションペーパーが提示された (Dementia Working

表7. 認知症対策国家戦略 (2013-17年) の案の構造

優先すべき対策	
政策	認知症ケアのあらゆる側面について調和がとれた協働的なアプローチを促進する
人材	認知症と共に生きる人が認知症の行程のあらゆる段階において高いスキルと知識をもつ人材にアクセスできる
教育	認知症と共に生きる人、家族および介護者が、幅広い情報に様々な媒体を通じてアクセスし、ケアに関する決定ができるよう力づけられる。保健医療の専門家は最高レベルのケアが提供できるよう、最良の実践に基づいた教育と訓練にアクセスできる
研究	認知症の発生因子、治療、予防、治療とケアの質に焦点をあてた研究を支援する。研究を実践に転換することを支援して、保健医療システムにおける認知症ケアを向上する
多様なニーズ	認知症の人、家族及び介護者の全てが、住む場所や年齢、文化的背景、性的嗜好、経済または社会的な地位に関わらず、彼らのニーズに配慮し敬意を払った質の高いサービスにアクセスできる
環境と地域	認知症と共に生きる人が環境や地域に支えられ、人生が意味と価値のあるものとなり、生活の質が向上する

出典：Dementia Working Group (2013) National Framework for Action on Dementia 2013-2017 – Consultation Paper

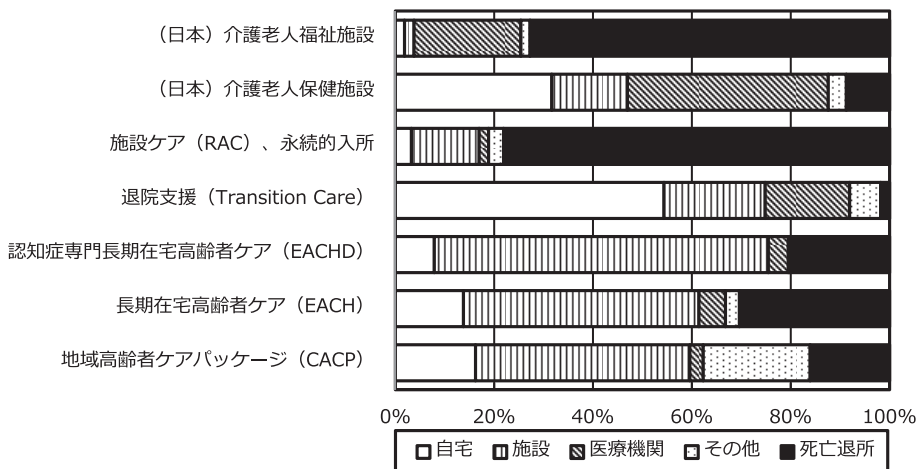
Group, 2013)。前述した認知症サービスパスの4段階に沿って、それぞれの段階における(1)政策、(2)人材、(3)教育、(4)研究、(5)多様なニーズ、(6)環境と地域、の6つの側面からの対策を提案している(表7)。

コンサルテーションペーパーに対する各団体の意見をふまえて、次の認知症対策国家戦略が5月には発表される予定であった。しかし2013年9月時点で未だ国家戦略は確定しておらず、アルツハイマー病協会は策定に向けた連邦政府の対応を求めている(Alzheimer's Australia, 2013b)。連邦政府の組織再編に伴い、認知症対策国家戦略の策定作業は保健高齢省から社会サービス省へ引き継がれ、「National Framework for Action on Dementia 2014-2018」として再び検討が行われている(Department of Social Services, 2014c)。

VII 日本の認知症対策への示唆

オーストラリアは早期から高齢者対策において

在宅ケアに重点を置く施策への転換を行い、認知症対策もこの高齢者対策の基本路線に沿って展開されてきた。日本の「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」もまた「地域包括ケア」という高齢者対策の概念に沿ったものであり、高齢者ケアと認知症ケアの連動という点で両国は共通している。だが日本の高齢者対策ならびに認知症対策が地方自治体(市区町村)の役割に基調を置いているのに対し、オーストラリアは広域(州・準州)単位での運営が中心となっている。オーストラリアは人口密度が2013年6月で3.0/平方キロメートルと他国に比べて低く、地域間の差も大きい(Australian Bureau of Statistics, 2014)。人口密度の低い、いわゆる遠隔地では、保健医療サービスや社会サービスへのアクセスがより制限されることが大きな問題となっている。例えば2012年度の高齢者ケア法に基づく認知症専門長期在宅高齢者ケアEACH-Dの高齢者人口1,000人あたり利用者数は、主要な都市(major cities)では7.0であるのに対し、遠隔地(remote)では0.9となっている



出典：Australian Institute of Health and Welfare. Residential aged care and aged care packages in the community 2012-13, Supplementary tables. (2012年7月-2013年6月)
厚生労働省. 平成25年度介護サービス施設・事業所調査. (2013年9月)

図3. 高齢者ケアの退所先 (2013年)

表8. 高齢者人口と施設ケアの利用者数の比率（2013年）

国	65歳以上人口	65歳以上の永続的入所者数（65歳以上人口1000対）
日本	30,968,259	介護老人福祉施設 469,127（15.15）
オーストラリア	3,337,592	施設ケア（Residential Aged Care） 162,758（48.77）
イングランド	9,305,179	合計 156,945（16.87） レジデンシャルホーム（residential home） 146,245 ナーシングホーム（nursing home） 48,165 成人矯正施設（adult replacement） 575
フランス※	11,495,890	合計 676,905（58.88） 老人ホーム（maison de retraite） 565,084 老人アパート（logement-foyer） 111,821

※永続的入所者数の統計がないため、永続的入所のための室数を記載している。

出典：厚生労働省. 介護保険事業状況報告（暫定）平成25年5月分。

総務省. 住民基本台帳に基づく人口。

Australian Bureau of Statistics. 3101.0 - Australian Demographic Statistics.

Australian Institute of Health and Welfare. Residential aged care and aged care packages in the community 2012-13.

Office for National Statistics. Population Estimates for UK, England and Wales, Scotland and Northern Ireland, Mid-2013. The Information Centre for Health and Social Care. National Adult Social Care Intelligence Service (NASCIS) – ASC-CAR S1 Number of residents supported by your local authority in residential care, nursing care and adult placements as at 31 March, by type of residence, primary client type and age group.

Institut national de la statistique et des études économiques. Population par sexe et groupes d'âges quinquennaux.

STATISS. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social.

(Steering Committee for the Review of Government Service Provision, 2014)。将来の大幅な人口減少が見込まれる日本においても、こうした過疎地域の問題は拡大する可能性がある。認知症ケアを含む地域包括ケアの構想においては、「生活圏域」という考え方に加え、限られた地域資源の有効活用という観点から広域単位での地域ケア体制の構築も検証する意義があると思われる。

また、政策上は在宅ケアに重点が置かれていても、施設ケアの供給が低い水準に抑えられているとは必ずしもいえないことに留意したい。高齢者ケア法に基づく在宅ケアパッケージの利用者の多くは、最終的に何らかの施設へ入所している（図3）。加えて、65歳以上人口1,000人あたりの永続的入所者数はイングランドや日本と比べて多い状況にある（表8）。

オーストラリアの施設ケア（永続的入所）の退所先を日本の介護老人福祉施設と比べると、医療機関に入院する者の割合は少なく、死亡退所者が

8割を占めている。このことから、オーストラリアでは施設ケアが「終の棲家」としての機能を名実ともに担っていることがうかがえる。また施設ケアの質という観点では、1999年7月以降の新設分に対して、平均でひと部屋あたりの入所者数が1.5名以下になるよう定められている。2012年度中にACATの認定を受けてから施設ケアに永続的入所するまでの待機期間は、1か月以内がケアレベルの高い者で50.0%、ケアレベルの低い者で34.5%を占めていた（Steering Committee for the Review of Government Service Provision, 2014）。他方、日本では介護老人福祉施設への入所申込者（待機者）は2010年1月で421,259名（厚生労働省老健局高齢者支援課, 2010）、2014年3月には523,584名にのぼっている（厚生労働省老健局高齢者支援課, 2014）。中でも多床室のみで個室がない施設では、認知症の行動心理症状を有する申込者が入所を断られる傾向がある（Nakanishi et al., 2012a）。2013年10月時点で介護老人福祉施設のうちユニットケ

アを実施している施設は37.8%で、全居室のうち4人室が20.5%を占めている（厚生労働省, 2014）。従来型介護老人福祉施設において、認知症を有する入所者のQOLは、グループケアを実施している施設の方が高いことを示唆する研究もある（Nakanishi et al., 2012b）。オレンジプランでは介護老人福祉施設の入所者数を2012年の48万人から2017年には58万人に増加するものと推計しているが、「認知症にふさわしい介護サービスの整備」の基調としては、地域密着型サービスの拡充に重点が置かれている。しかし、認知症対策においては在宅ケアのみならず、一定の施設ケアの確保と同時に質の向上を図ることも必要不可欠といえる。

オーストラリアの認知症対策国家戦略における「多様なニーズ」は、若年性認知症やホームレス、経済的な不利、介護者の不在、遠隔地や郊外地、重複した障害などの問題に加え、文化的な多様性や性的嗜好も含まれている。2009年に保健高齢省が発行した「認知症資源ガイド（Dementia Resource Guide）」では、「特定のコミュニティグループ」の中で、アボリジニとトレス諸島民、文化的・言語学的な多様性（CALD）、ゲイ・レズビアン・バイセクシャル・トランスジェンダーといったマイノリティの問題に言及している（Department of Health and Ageing, 2009）。こうした性的嗜好をも含む「多様なニーズ」への言及は他国に類を見ない極めて先駆的な点であり、日本にとっても重要な示唆を含んでいる。高齢者ケア改革の流れもふまえると、認知症対策においては、サービスの多様性とケアシステムの統合性の双方を高めていくことが課題と考えられる。例えば若年性認知症では、就労に関する問題など、高齢者ケアとは異なる側面での支援が必要となる。若年性認知症の人が必要なサービスへのアクセスを確保するうえでは、介護保険や高齢者医療のみならず、障害者ケアにかかわるサービスなど、多岐にわたる制度が利用できるようにケアパスを整備す

ることが求められる。このように、認知症ケアにおける課題は、その国のケアシステム全体が抱える制度間の分断やそのほかの課題が表出したものにとらえることができる。したがって認知症対策においては、国家全体の保健医療サービスと社会サービスに関連するケアシステムを、上述したサービスの多様性とシステムの統合性を担保する方向で再編していくことが重要である。そのためには当事者の視点をふまえた現存のケアシステムのさらなる課題検証が不可欠であろう。

謝辞

本稿作成にあたって有益な情報をご提供いただいたアルツハイマー病協会ビクトリア州（Alzheimer's Australia Vic）のDavid Sykes氏（General Manager, Learning and Development）に感謝申し上げます。

注

- 1) 高齢者ケア原則は高齢者ケア法96-1（1）に基づいて1997年に策定されたものであり、同法における在宅・施設ケアパッケージの運営に適用される。一連の高齢者ケア改革により、2014年7月1日から「高齢者ケア原則2014（Aged Care Principles 2014）」として、従来のものに追加・改定などを加えた18領域の原則が出された。

引用文献

- Access Economics（2010）Caring places: planning for aged care and dementia 2010-2050. Volume 1, http://www.fightdementia.org.au/common/files/NAT/20100700_Nat_AE_Vol1CarePlaces2010-2050.pdf（2014年11月25日）
- Alzheimer's Australia. 2013a. *Alzheimer's Australia Annual Report 2012-2013*. Alzheimer's Australia, Canberra.
- Alzheimer's Australia. (2013b) International Call for National Action Plan on Dementia, <https://fightdementia.org.au/news/international-call-for-national-action-plan-on-dementia>（2014年11月25日）
- Alzheimer's Australia. 2014. *The Use of Restraints and Psychotropic Medications in People with Dementia. A Report from Alzheimer's Australia Paper 38*. Alzheimer's Australia, Canberra.
- Australian Bureau of Statistics（2013）3101.0 – Australian Demographic Statistics, June 2013, <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/>

- 3101.0Jun%202013?OpenDocument(2014年11月25日)
 Australian Bureau of Statistics (2014) 3218.0 – Regional Population Growth, Australia, 2012-13, <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/productsbyCatalogue/797F86DBD192B8F8CA2568A9001393CD?OpenDocument> (2014年11月25日)
- Australian Institute of Health and Welfare. 2012. *Dementia in Australia. Cat. no. AGE 70*. Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Australian Institute of Health and Welfare (2013a) Residential aged care and aged care packages in the community 2011–12, <http://www.aihw.gov.au/aged-care/residential-and-community-2011-12/>(2014年11月25日)
- Australia Institute of Health and Welfare. 2013b. *Dementia care in hospitals: costs and strategies. Cat. No. AGE 72*. Australia Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Australian Institute of Health and Welfare. 2014. *Australian hospital statistics 2012–13. Health services series no. 54. Cat. no. HSE 145*. Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Australian Health Ministers' Conference. 2006. *National Framework for Action on Dementia 2006-2010*. NSW Department of Health, Sydney.
- Commonwealth of Australia. 2011. *National Carer Strategy*. Commonwealth of Australia, Barton.
- Department of Health and Ageing (2009) *Dementia Resource Guide*, <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/ageing-dementia-resource-guide-2009-toc.htm> (2014年11月25日)
- Deloitte Access Economics for Alzheimer's Australia. 2011. *Dementia across Australia: 2011-2050*. Deloitte Access Economics, Canberra.
- Dementia Working Group (2013) *National Framework for Action on Dementia 2013-2017 – Consultation Paper*, [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/CDA8D72FD1DC88F4CA257BF0001A8D23/\\$File/NFAD2013-2017.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/CDA8D72FD1DC88F4CA257BF0001A8D23/$File/NFAD2013-2017.pdf) (2014年11月25日)
- Department of Health (2014) *Medicare Benefit Schedule Book, Operating from 01 November 2014*, [http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/1BC94358D4F276D3CA257CCF0000AA73/\\$File/201411-MBS.pdf](http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/1BC94358D4F276D3CA257CCF0000AA73/$File/201411-MBS.pdf) (2014年11月14日)
- Department of Health and Ageing (2007) *National Introduction to Aged Care Assessment Program: Self Directed Package 2007 Version 4.0 – Generic Section*, [http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/CA25774C001857CACA25741A0002D29A/\\$File/Generic%20Section.pdf](http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/CA25774C001857CACA25741A0002D29A/$File/Generic%20Section.pdf) (2014年11月25日)
- Department of Health and Ageing. 2012. *Living Longer. Living Better*. Department of Health and Ageing, Canberra.
- Department of Social Services. 2013. *2012-13 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997*. Union Offset, Canberra.
- Department of Social Services (2014a) *Removal of low care – high care distinction in permanent residential aged care from 1 July 2014*, http://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/05_2014/level_3_-_acr_-_rft_-_resi_-_hi-low_att_d.pdf (2014年11月25日)
- Department of Social Services (2014b) *Commonwealth Home Support Programme, Information sheet - overview of existing programs*, http://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/05_2014/information_sheet_-_overview_of_existing_programs_attachment_a.pdf (2014年11月25日)
- Department of Social Services (2014c) *National Framework for Action on Dementia 2014-2018*, <https://www.dss.gov.au/our-responsibilities/ageing-and-aged-care/consumers-families-and-carers/dementia/national-framework-for-action-on-dementia-2014-2018> (2014年11月25日)
- 厚生労働省. 2014. 平成25年介護サービス施設・事業所調査.
- 厚生労働省老健局高齢者支援課 (2010) 特別養護老人ホームの入所申込者の状況 (都道府県別の状況), <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000003qxc.html> (2014年11月25日)
- 厚生労働省老健局高齢者支援課 (2014) 特別養護老人ホームの入所申込者の状況, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000041418.html> (2014年11月25日)
- KPMG (2011) *Dementia services pathways – an essential guide to effective service planning*, [http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/ageing-dementia-services-pathways-2011-toc.htm/\\$FILE/Dementia-services-pathways \(ext2\).pdf](http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/ageing-dementia-services-pathways-2011-toc.htm/$FILE/Dementia-services-pathways%20(ext2).pdf) (2014年11月25日)
- LAMA Consortium (2009) *Dementia Initiative National Evaluation*, <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/ageing-dementia-evaluation-htmlversion-toc> (2014年11月25日)
- Nakanishi M, Hattori K, Nakashima T, Sawamura K. 2012a. Priority for elderly persons with behavioral and psychological symptoms of dementia on waiting lists for placement in nursing homes in Japan: Do nursing homes change priorities based on their own guidelines? *Journal of the American Medical Directors Association*, Vol.13, No.9, 794-799.
- Nakanishi M, Nakashima T, Sawamura K. 2012b. Quality

- of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. *Japanese Journal of Public Health* Vol.59, No.1, 3-10.
- Nakanishi M, Nakashima T. 2014. Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies: How should a national dementia policy interact with the public health- and social-care systems? *Alzheimer's & Dementia*, Vol.10, No.4, 468-476.
- Nakanishi M, Nakashima T, Shindo Y, Miyamoto Y, Gove D, Radbruch L, van der Steen JT. An evaluation of palliative care contents in national dementia strategies in reference to the European Association for Palliative Care white paper. *International Psychogeriatrics*, in press.
- Productivity Commission. 2011. *Caring for Older Australians, Report No. 53, Final Inquiry Report*. Productivity Commission, Melbourne.
- Runge C, Gilham J, Peut A. 2009. Transitions in care of people with dementia: a systematic review of the literature, <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442465196> (2014年11月25日)
- Senator the Hon Mitch Fifield (2014) Cessation of the Dementia and Severe Behaviours Supplement, <http://mitchfifield.dss.gov.au/media-releases/121> (2014年11月25日)
- Steering Committee for the Review of Government Service Provision. 2014. *Report on Government Services 2014*. Productivity Commission, Canberra.

(なかにし・みはる 東京都医学総合研究所精神
保健看護研究室主任研究員、
なかしま・たえこ Rutgers University
非常勤講師)

特集：認知症対策の国際比較

デンマークの認知症ケア国家戦略と福祉・介護人材

汲田 千賀子

■ 要約

デンマークにおける認知症ケアは、1990年代以降、専門職教育と介護職に関する資格制度を整備したうえで、早期発見・早期治療を可能にする自治体による包括ケアのしくみをつくり、医療・ケア・自治体が認知症の人と家族を包括的に支援する「協力モデル」を展開してきた。2011年には認知症国家行動計画の策定によって、7つの分野について取り組むことが定められ、2013年現在で「認知症の診断と治療のための国家ガイドライン」が行動計画どおり作成された。また、認知症ケアのグッドプラクティスを集積しオンライン上で学ぶことが可能となる“ABC DEMENS”というサイトを開設した。

2014年には、高齢者福祉に関する補助金を各自治体が申請し、初期の認知症の人への支援（アクティビティ、集いの場の拡大）や在宅介護をする家族へのレスパイトケアなどを実践し、既存のサービスでは網羅することのできなかったところの高齢者のニーズに立脚した新たなサービスを構想しているところである。

■ キーワード

デンマーク、認知症の人、自治体の包括的ケア、認知症コーディネーター

I はじめに

デンマークの認知症の人に対するケアは、重度の知的障害者、アルコール依存症や交通事故の後遺症などによる高次脳機能障害のケア領域と同様に、最もかかわり方が難しく、かつ超高齢者社会の到来とともにその量的問題も含めて困難な領域の一つと考えられている。デンマークの認知症者数は、今後増加することが予測されており、2015年には92,288人、2040年には164,304人と推計されている。

デンマークにおいても1980年ごろまでは、認知症に関する社会の理解も情報も不足していた。そのため多くの認知症の人は、精神病院に入院することを余儀なくされていた。当時は、適切な治

療が可能な状態とはいえなかった（原田：2005）。1960年代に整備されたプライエム¹⁾では、認知症の人は、コミュニケーションが難しく、ケアするのが厄介な存在として、認識されていた。認知症の人がプライエムでくらすということは、想定されていなかったのである。デンマークは1970年代に始まった20年もの経済不況によって、医療費の削減に踏み切ることになった。当時、高齢者の入院費・通院費が財政を圧迫する状況となっていたため、その財政問題の解決が急務であった。そこで導入されたのが24時間巡回型ヘルパーと訪問看護であった。訪問型のサービスを手厚くし、早期退院を目指した²⁾。1987年には、施設施策を凍結したため、施設介護、在宅介護という考え方や介護と看護の領域隔絶を緩和し、すべて高齢者のくらす場所を「住宅」という概念で捉え直したの

である³⁾。この政策の転換によって自宅で生活しつづけるためには、身体ケアだけでなく認知症の症状にも対応できなくてはならないこと、病気の進行に合わせて支援の内容を組み立てることの必要性が明らかとなった。それまで主流となっていたホームヘルパー（Hjemmehjælper）による「家事援助」⁴⁾だけでは、高齢者の生活を支えられなくなってきたのである。コミュニケーションが難しい認知症の人のくらしを見守り、自己実現を可能としていく専門的なケアを行うことのできる人材の養成が急務となった。1990年に社会保健基礎教育法（Grundl-gendesocial-og sundhedsuddannelse）を改正し、それまでのホームヘルパー研修の見直しを行い、身体ケアを中心に行う社会保健介助士（Social og sundhedshjælper）と、身体ケアに加え一部医療処置ができる社会保健介護士（Social og Sundhedsassistent）の2つの資格を創設した。

II 認知症の早期発見・早期治療

1990年代には、認知症の早期発見および対応方法が着目された。各自治体は、75歳以上の高齢者に対して家庭訪問を年2回行い、生活能力が低下していないかを確認することを通して、認知症の疑いがあるまま気づかれずに病気が進行する高齢者を未然に防ぐという取り組みを開始した。

Suvenborg kommuneでは、作業療法士と看護師が家庭訪問し、高齢者の生活の様子についてアセスメントシートを持参して聞きとりを行っていった。認知機能が低下していないかを判断するためには、医療・福祉の教育を受けた専門職の訪問が不可欠だと考えられた。年2回の家庭訪問によって認知症の疑いがあると判断された場合には、早期診断につなげるため家庭医（GP）に連絡することとした。家庭医に対しては、認知症の専門病院での受診の必要性を見極められるよう、認知症に関する教育を行うことによって、早期発見に向

けて取り組んできた。

III 認知症ケアに携わる職員への現任教育の整備

認知症と診断された場合には、病気の理解と症状への対応を学んだ専門職によってサービスが提供されることが必要である。そのため、認知症ケアに関する現任教育を整備してきた。現在では、DEMENS1・2・3という3段階の研修があり、自治体によっては、認知症ケアに携わる部署の事務職員にも現任教育を義務づけている。認知症ケアに携わる職員は、この研修を受けることが必須となっているため、在宅でのくらしの支援も認知症の知識をもった職員によって行われるようになった。

Svengborg kommuneでは、DEMENS1の研修を高齢者ケアをしている職員全員に義務付けている。認知症ユニットに勤務する職員には、さらにDEMENS2の研修が義務付けられている。自治体によっては、DEMENS2の研修を終えていなければ、ほかの職員の代替としても認知症ケアに携わることができないところもある。認知症ケアの現任教育は義務的なものであるが、それ以外にも本人が望めばケアに関する多様な現任教育を受けることができる。職員が研修を受けている間は有給として扱われ、ケア現場は代替職員の派遣を自治体に依頼し対応している。

1. DEMENS1

DEMENS1の教育目的は、ケアに携わる職員の職業能力を高め、高齢者および精神機能が著しく低下した認知症の人を対象とした仕事における専門職としてのアイデンティティを強化することにある。問題解決型のプログラムを学ぶことが重視されているのもそのためである。認知症の基本的な理解だけではなく、人生史、生活史を把握することと同時に、それらの知識や技術を日頃の介護に反映させていくことに力点が置かれている。ま

た、Tom kitwood理論を学び、「人」に焦点を当てたケアを意識している⁵⁾。この研修で特徴的なのは、全般にわたり生活史について触れられていることである。この背景には、デンマークの社会サービス法のなかに「市は、認知症の診断を受けた者に介護、世話などを与えるにあたり、その患者の将来に対しての住居および介護・世話に関する希望を表明し、可能な限り尊重しなければならない (§ 67b.)」と謳われていることがある。そのため、職員は、認知症の人がどのような生活を望んでいるのかについてさまざまな観点からアセスメントすることが求められている。認知症によって記憶をとどめることが難しく、話す能力が低下

し、介護者の問いかけが理解できなくなる過程の中で、当事者の生活史・人生史はその人のくらしをつくり、継続していく手がかりとして重要なのである。

2. DEMENS2

DEMENS2の教育目的は、介護の概念を知り、その知識を有効に使って、正しく実践できるようになることである。受講対象者は、日常的に認知症ユニットで勤務している職員であり、中でも社会保健介護士が受講することが多い。ここでは認知症の疾患別の特徴とケアの方法やBPSDへの具体的な対応を学ぶのである。また、憲法、行政法、

表1 DEMENS1・2・3の内容

対象者 時間数	テーマ	内容				
		1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
DEMENS1 37時間 高齢者ケアに携わる全スタッフ	個人の加齢変化に対する社会学	・認知症の症状 ・認知症の重度とほどのような状態なのか ・診断書の違いについて	・生活と習慣、現在の生活を比較する ・トム・キットウッドの理論を取り入れる	・認知症の人とその家族とのコミュニケーション ・一般的な家族とのコミュニケーション ・会話の抑揚や体の動かし方、表情、言葉を選んで話をするを実際に鏡の前で練習する ・職員の生活史を反映させながらケアを行うことー同じ人間を作らないため、個性を活かす	・横の連携について ・法を犯さないケア ・権利を振り回さない ・法律の条項を覚えておくこと ・意志を確認することが難しい場合には、権力をふるいがちになる。社会的・教育的な考え方をういてケアしていく方法	・現場での実践 ・ケアスタッフのストレス予防について ・生活史と観察の重要性
	個人の加齢変化に関する心理学的観点および理論	・生活史を把握すること、毎日の生活、生活のリズム、生活資源、現在の状況、生活習慣	・認知症の症状(アルツハイマー型、脳血管性、前頭側頭型) ・観察 ・診断 ・認知症の人が受ける認知レベルを確認するテストを体験し、その人の思いを理解する	・法的に自分たちの行っている介護がどうか振り返る ・社会福祉をめぐる様々な法律の理解	・認知症、混乱、うつ の3つの違いについて ・薬と観察 ・行動、心理症状に対してー行動・言動を認める ー暴力を防ぐ方策 ー性的な問題の理解 ・認知症の人との関係で問題が生じる場合には家族も含めて解決する	・症状の細かな観察 ・日常生活のリズム ・資源を観察する
	老化と病的老化の生物的理解 高齢者および精神機能が著しく低下した認知症患者の介護における家庭的環境	・認知能力を測るテストについての紹介 ・生活史・症状の観察 ・協力モデルについての説明	・観察 ・診断 ・認知症の人が受ける認知レベルを確認するテストを体験し、その人の思いを理解する	・法的に自分たちの行っている介護がどうか振り返る ・社会福祉をめぐる様々な法律の理解	・認知症、混乱、うつ の3つの違いについて ・薬と観察 ・行動、心理症状に対してー行動・言動を認める ー暴力を防ぐ方策 ー性的な問題の理解 ・認知症の人との関係で問題が生じる場合には家族も含めて解決する	・症状の細かな観察 ・日常生活のリズム ・資源を観察する
DEMENS2 37時間 認知症ユニットで働くスタッフ	社会福祉の仕事における介護の概念の扱いに対する諸観点	・認知能力を測るテストについての紹介 ・生活史・症状の観察 ・協力モデルについての説明	・観察 ・診断 ・認知症の人が受ける認知レベルを確認するテストを体験し、その人の思いを理解する	・法的に自分たちの行っている介護がどうか振り返る ・社会福祉をめぐる様々な法律の理解	・認知症、混乱、うつ の3つの違いについて ・薬と観察 ・行動、心理症状に対してー行動・言動を認める ー暴力を防ぐ方策 ー性的な問題の理解 ・認知症の人との関係で問題が生じる場合には家族も含めて解決する	・症状の細かな観察 ・日常生活のリズム ・資源を観察する
	倫理的観点からの介護の理解 現行の法律との関連における介護の理解 憲法、行政法、患者権利法、社会サービス法、後見法に基づく介護義務の定義	・意味のある毎日をどう作り出すか ・心に響くようなケアとは	・意味のある毎日 ー歌を歌う ー音楽を聴く ・コンタクトイヤーをつくる	・思い出箱 ー家事道具/工具/写真など	・キリン言葉と狼言葉 ・コミュニケーションは常に主観から入ること。問題を起こさない予防になる ・アサーションコース	・現場での実践 ・仕事に対する喜びをどう継続するか ・仕事の主体性 ・職場のリーダー、教員、受講生で実践報告を行う
DEMENS3 37時間 DEMENS1・2の修了者	組織における慣習に対する理論的観点	・意味のある毎日をどう作り出すか ・心に響くようなケアとは	・意味のある毎日 ー歌を歌う ー音楽を聴く ・コンタクトイヤーをつくる	・思い出箱 ー家事道具/工具/写真など	・キリン言葉と狼言葉 ・コミュニケーションは常に主観から入ること。問題を起こさない予防になる ・アサーションコース	・現場での実践 ・仕事に対する喜びをどう継続するか ・仕事の主体性 ・職場のリーダー、教員、受講生で実践報告を行う
	組織における変化・定着の過程 慣習および総合的な社会福祉の仕事の把握 高齢者および精神機能が著しく低下した認知症患者との社会福祉における相談職の一般知識 コミュニケーションと学習プロセス	・意味のある毎日をどう作り出すか ・心に響くようなケアとは	・意味のある毎日 ー歌を歌う ー音楽を聴く ・コンタクトイヤーをつくる	・思い出箱 ー家事道具/工具/写真など	・キリン言葉と狼言葉 ・コミュニケーションは常に主観から入ること。問題を起こさない予防になる ・アサーションコース	・現場での実践 ・仕事に対する喜びをどう継続するか ・仕事の主体性 ・職場のリーダー、教員、受講生で実践報告を行う

※筆者の現地ヒアリングによって作成した。

患者権利法、社会サービス法、後見法に基づくケアの義務の定義についても学ぶことにより、高齢・認知症となった場合、注意しなければならない人権について理解するのである。さらに、実際に認知症が疑われる人が受けている認知機能テストの種類と内容について理解した上で、実際に受講生がテストを受ける。その理由は、記憶に障害のある認知症の人が認知機能テストを受ける時にどのような気持ちになるのか、その理解を深めるためである。

3. DEMENS3

DEMENS3の教育目的は、高齢者および精神機能が著しく低下した認知症の人の全体を捉えた支援計画を立て、それを実行する専門技能を高めることである。この研修は、DEMENS1・2を受講したものが対象となっており、主に「活動」と「生活の価値」について学ぶ（5日間（37時間））のである。意味のある毎日をつくり出すにはどのようにしたらよいのか、音楽を聴いたり歌を歌うことのほかにも回想的活動をするための具体的な方法についても学ぶ。5日目には、職場における仕事の喜びの継続や主体性について学び、実践報告を行う。

IV 自治体・医療・ケアの連携 「協力モデル」の推進

2007年以降になると、これまで各専門職が積み上げてきた認知症の実践において相互の連携が必要であると強調され、「協力モデル」の取り組みが各自治体ごとに始まった。デンマークにおいても、2000年以降、認知症の人が地域生活を継続していくために、包括的にケアサービスを組み合わせるという方法が模索されはじめた。認知症と診断された本人や家族はどこに相談したらよいのか、むしろ選択肢が多すぎて的確に相談場所を選択できずに困っていた。そこで、2004～2006年

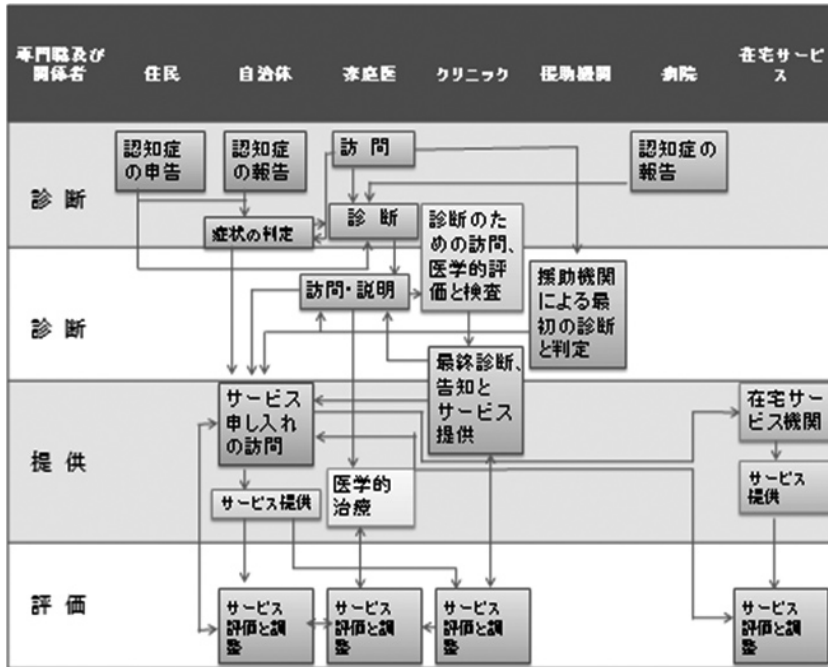
にかけてモデル事業として社会省が社会福祉管理局に140万クローネ（約1億5千万円）の予算を計上して民間のコンサルタント会社の協力も得て、認知症の人が生活する上で必要な専門職の連携モデルをつくることになった（汲田：2013）。

「協力モデル」は、医療（診断・治療）・ケアを自治体が包括的に提供するというものである。「協力モデル」の要となるのが、認知症コーディネーターであり、医療・ケアの専門職との協働と認知症の人と家族の支援、ケアワーカーの支援、市民への認知症の啓発・教育などを行っていった。

認知症コーディネーターの養成の背景には、1990年代から、介護・看護職員への再教育プログラムが取り組まれ始め、認知症介護を俯瞰できる立場となり得る専門職の教育プログラムの必要性が明確になったことにほかならない（医療経済研究機構：2011）。多くの職員が受けてきた教育は、身体ケアの方法であったが、認知症ケアは多角的な視点とアプローチが必要とされるのである。

1993年認知症コーディネーター資格が創設され、人材養成が始まった（生井：2000）。当時、自治体のケアリーダーといわれるような管理的立場にある職員は100時間（3週間）の教育を受け始めていた。1994年5月には認知症コーディネーターの職能団体である「デンマーク認知症コーディネーター協会」が発足した。

2002年に社会サービス法が改正され、すべての自治体は、認知症コーディネーターを配置しなければならないとなった。認知症コーディネーターは、国家資格ではないが、一定の教育を受けなければ、その職に就くことはできないと定めている自治体が多く、2010年の社会サービス局の調査ではムーネの96%に認知症コーディネーターあるいは認知症コンサルタントを雇用している（医療経済研究機構：2011）。



出典：汲田千賀子 (2013)「第6章 認知症も怖くない地域ケアと専門職—日本との差異」p165,野口典子編『デンマークの選択・日本への視座』

図1 デンマークの「協力モデル」

V 「デンマーク認知症国家行動計画」の策定

デンマーク政府は2010年末に、認知症国家行動計画（以下、行動計画）を発表した。2011年から2015年にかけて実施される計画の策定は、社会省、内務保健省、財務省、コムーネ連合、レギオン連合の3省2機関の行政官によって策定されたもので、これまで、質の高いケアを展開するために、自治体レベルでさまざまな取り組みをしてきたが、政府による行動計画は、デンマークにおける認知症ケアの質を全国的に均一化していこうというのがねらいであった。この行動計画の背景には、これまで自治体ごとのボトムアップで柔軟な体制のなかでカバーできていた認知症の治療やケアであったが、同時に国全体で捉えると、地域間格差の存在や自治体間の連携を阻むという問題を

発生させていた。行動計画策定は、今後30年間で認知症の人の数が倍増し、国家規模で対応しなければ国家の存続にかかわるという危機感に端を発している（山崎：2013）。

行動計画では、3000万クローネ（約5億4000万円）の予算を計上し（ただしデンマークの人口は日本の20分の1である）、7分野に配分し、4年間の実施期間内に認知症に関して14のアクションプランを定めた。

1. 自治体の認知症の発見からケアまでの実践プロセス（認知症マネジメントプログラム）

早期診断がかなりの部分可能になったデンマークは、病院（家庭医）と家族、自治体、在宅ケアスタッフの連携によって認知症の人とその家族の生活を長期間かつ状態に応じて支えていくことを可能とした。そのためには認知症の各ステージにおいて、途切れない連続性のあるケアでなければ

ならないのである。コミュニティ（近隣・ボランティア・当事者団体など）でのサポートも認知症の人の在宅ケアでは欠かせないため、医療・福祉・コミュニティなど包括的な情報インフラを整備することが目指されている。認知症コーディネーターの仕事はその重要性を増した。

2. 早期発見と健康維持

保健局が中心となり、認知症の臨床診断基準の作成、薬を使用しないケアの在り方、認知症の高齢者への身体トレーニングの必要性、転倒予防や口腔衛生について取り組みはじめられている。

デンマークでは、抗認知症薬を処方されている認知症の人全体の43%に何らかの抗うつ剤が処方されており、12%の人に抗精神病薬が処方されている。未だに高い割合で認知症の人に精神病疾患のさまざまな薬が投与されている⁶⁾。

2013年には「認知症の診断と治療のための国家臨床ガイドライン」が作成された。介護家族教育の必要性も掲げられており、家族を教育することによって認知症の人の身体機能の維持に影響するといわれている。

3. 心理社会的療法を取り入れた行動・心理症状（BPSD）への対応

認知症ケアは、病気や対応の知識がある人によって行われなければならないというのが根幹にある。社会省が中心となり、回想法や音楽療法を取り入れたケア実践の積み上げ、その経験知をシステム化・モデル化して全国に普及させていくことが目指されている。その背景には、この間、デンマーク国内で多くのプロジェクトが行われ、実践の蓄積があったにもかかわらず、その実践の比較や有効性について検証されきれていないという指摘によるものである。知見の集約とベストプラクティスの見極めを行うことが重視されたのである⁷⁾。

4. 法律と権利

デンマークにおいては、認知症を理由に強制的に転居させたり、本人の嫌がるケアをすることができない。また、生命や安全にかかわるような事態であった場合にも、法的に認められて、はじめて強制的に対応を開始することができる。強制的な対応や治療が必要な場合に対するガイドラインや選択肢を明確にすべきと行動計画では謳っている。

さらに「介護遺言」（認知症と診断された人が、自分のことが自分で決められなくなったときに、どのようにしてほしいかを事前に書いておくもの）（汲田：2015）を利用すべきだと指摘されている。

5. ボランティアの協力と家族の介護負担軽減

認知症の人にとって、生活する環境が変わるショートステイは、自分がどこにいるかわからなくなり混乱を招きやすい。そのため、認知症の人にとってのショートステイの利用がうまくいっていない。そのため、外部から介護（見守り）をしてくれる人が認知症の人の自宅に泊まり、その間、同居配偶者は旅行などに出掛けリフレッシュするという方法が検討され、実践されはじめている。その際に、近所の人やボランティアの活用が考えられている。

6. 認知症専門職教育

プライエムで生活している多数の高齢者に認知症状があるといわれる中で、認知症の専門教育は必須である。特に暴力行為や極度のうつ症状を伴う重度の認知症ケアについて、実践者の知見を集めて報告書を作り、インターネットで公開し、現場の職員がいつでも見られるような体制を整備することを目標としている。この取り組みは、すでに“ABC DEMENS”というサイトを設け、イーラーニングによるプログラムによってオンライン上で見られるようになっている⁸⁾。

7. 研究活動と普及啓発

国立認知症研究・知識情報センターは、デンマーク国内の認知症研究の拠点となっている。行動計画ではこのセンターへの研究費を増額した。それを受けて、センターでは、デンマーク国内の認知症クリニック8か所と、ビスベピア病院で、アルツハイマー病の人の身体的健康、機能的な能力のおよび生活の質を改善するために、治療およびケア場面で活用できる身体的運動プログラムを開発した。(The effect of physical exercise in Alzheimer's Disease: ADEX)。初期のアルツハイマー病と診断を受けた約200名に対して、身体トレーニングを週3回実施するというもので、理学療法士の下で1時間行う。2012年から始まったプロジェクトによるトレーニングは、2014年に終了している。

啓発活動では、キャンペーンを行い、認知症は誰でも発症する可能性があるということや、認知症ケアの経験のある大臣や誰もが知っている文化人などにその経験について語ってもらうことを通して、理解を広める活動を行ってきた。

Ⅲ 自治体に配分された高齢者ケアの充実のための補助金

デンマーク政府は、2014年から2017年にかけて毎年10億クローネ（約190億円）の予算を計上し、各自治体の高齢者によりよい福祉を提供するために補助金を出すことになった。98の自治体は、高齢者数に比例して補助金を申請した。この補助金は①リハビリと機能回復訓練の取り組み促進（26%）、②実用的な支援やパーソナルケアの改善（37%）、③プライエムなどで最も虚弱した高齢者の環境改善に取り組む（34%）ものである。(表2)自治体からの補助金の申請額は表3に示した。

特に③では、認知症高齢者への支援について「認知症の人と家族に対する取り組みの改善」という項目がある。ここでは特色のある2つの自治体について取り上げ、補助金で実施する内容について紹介しておきたい。

について取り上げ、補助金で実施する内容について紹介しておきたい。

表2 98自治体全体の項目別補助金額と内容

項目	補助金額(%)
①リハビリテーション機能回復（送迎費用も含む）	2.61億クローナ (26%)
②実用的な支援やパーソナルケアの支援	3.67億クローナ (37%)
③プライエムなどで最も虚弱した高齢者の環境改善	3.38億クローナ (34%)
その他	0.34億クローナ (3%)

※現地ヒアリングによって得た情報により筆者作成

1. Fredensborg Kommune

(1) 在宅の認知症高齢者の家族を対象に休息の機会を増やす

重度の認知症の人の家族に対して、休息の機会を増やすために、自宅で配偶者のケアをする人に週4時間の休息を提供する。

(2) 認知症専用プライセンターで午後と夜間の介護職員を増やす

認知症専用プライセンターの入居者48名を対象に、サービスを拡大する。午後と夜間（夕方）に職員を増員する。夜間（夕方）の職員の専門性を確保するために、増員する職員は、看護師教育を受けているものに限定する。

(3) 認知症に関して社会保健介護士の能力開発を行う

認知症の高齢者は、今後増加することが予測されているため、職員の能力開発は必須である。社会保健介護士および社会保健介助士全員に実践的なトレーニングを含む5日間の能力開発を実施する。その後、同じ職員グループに年1回フォローアップを行うこととする。

(4) 認知症の人の物理的環境を改善する

インテリアデザイナーや、自治体の認

表3 自治体別補助金額の一覧

単位：百万クローナ

自治体名	補助金額	自治体名	補助金額	自治体名	補助金額
Alberslund	3,8	Hillerød	8,3	Rebild	5,0
Allerød	4,2	Hjørring	13,5	Ringkøbing-Skjerm	11,3
Assens	8,5	Holbæk	12,1	Ringsted	5,4
Ballerup	9,1	Holstebro	10,2	Roskilde	14,3
Billund	5,0	Horsens	14,1	Rudersdal	12,8
Bornholm	10,2	Hvidovre	9,1	Rødovre	7,6
Brøndby	6,5	Høje-Taastrup	7,2	Samsø	1,2
Brønderslev	7,2	Hørsholm	6,4	Slikeborg	15,1
Dragør	3,1	Ikast-Brande	7,1	Skanderborg	8,4
Egedal	5,9	Ishøj	2,7	Skive	9,6
Esbjerg	20,1	Jmmerbugt	7,7	Slangelse	14,7
Fanø	0,8	Kalunborg	9,8	Solrød	3,3
Favrskov	7,4	Kerteminde	5,0	Sorø	5,5
Faxe	6,5	Kolding	15,3	Stevns	4,5
Fredensborg	7,0	København	60,8	Struer	4,5
Fredericia	9,3	Køge	9,7	Svendborg	12,2
Frederiksberg	17,5	Langeland	4,0	Syddjurs	8,7
Frederikshavn	13,8	Lejre	4,7	Sønderborg	16,3
Frederikssund	8,4	Lemving	4,6	Thisted	9,1
Furesø	7,4	Lolland	11,4	Tønder	8,4
Faaborg-Midtfyn	11,5	Lyngby-Taarbæk	12,2	Tårnby	7,9
Gentofte	14,7	Læsø	0,6	Vallensbæk	2,3
Glandsaxe	11,9	Mariagerfjord	8,2	Varde	9,9
Glostrup	4,3	Middelfart	7,5	Vejen	8,1
Greve	7,9	Morsø	4,9	Vejle	18,8
Gribskov	8,5	Norddjurs	8,1	Vesthimmerlands	7,7
Guldborgsund	14,5	Nordfyns	5,8	Viborg	16,7
Haderslev	11,0	Nyborg	6,9	Vordingborg	10,3
Halsnæs	6,4	Næstved	14,9	Ærø	2,2
Hedensted	8,3	Odder	4,3	Aabenraa	11,8
Helsingør	12,6	Odense	32,0	Aalborg	34,3
Herlev	5,2	Odsherred	8,1	Aarhus	44,1
Herning	14,6	Randers	17,7	合計	1.000,0

出典：https://tilskudsportal.sm.dk/Documents

知症コーディネーター、利用者・家族会、職員が協力して、認知症専用プライセンターの共同スペースの照明と騒音に関する物理的環境を整える。照明デザインや騒音の調節によって、認知症の人の不安感を緩和する静かで安らぐ環境を作り出すことで、認知症高齢者に対する取り組みに役立つものである。

(5) 認知症の人と家族のネットワーク構築を推進する

認知症の人とその家族に対する取り組みを強化する。具体的には、カフェを開設して、認知症の人や家族がネットワークを作り、職員から専門的支援を受けられる場を提供する。カフェに関して、運営と活動計画に職員の業務時間を配分する。現在、Fredensborg kommuneには認知症カフェがない。

2. Helsingør commune

(1) 軽度の認知症高齢者にアクティビティの提供を拡充する

現在、週2回実施していた「集いの場」を、週5回開催する。このサービスは、ニーズがあると判断している。多くの利用者は、週に数回利用したいというニーズがあるにもかかわらず、週1度しか参加できない状況である。また、軽度認知高齢者の配偶者の多くが就労しているという現状も考慮すべきである。つまり、認知症の人が自宅で一人で過ごす時間が多いということは、自分の力で1日を作っていくことが必要とされているのである。

2014年1月現在、13人が「集いの場」を利用できずに待機している状況である。軽度の認知症の人が何か月にもわたって待機状態であると、その間に症状が悪化して、認知症専用のデイセンターの利用が必要になってしまう。また、認知症の診断を受ける人が増加していることから、このサービスの拡充は必要不可欠である。

「集いの場」では、アクティビティや社会活動の計画、参加を職員が支援する。また、認知症の人同士が病気についての経験を交換できるよう、職員が支援する。集いの場で勤務するすべての職員は、認知症について特別な教育を受けており、利用する高齢者が認知症について受容し病気と向き合うための知識を得ることを支援することができる。

(2) 認知症高齢者および家族に対する取り組みを強化する

現在、認知症コーディネーターを1名雇用し、認知症の人を対象としたコーディネートを実施しているが、今後増加していく認知症の人に対して支援プログラム

への要求が高まっている。そのため、もう1名の認知症コーディネーターを確保する必要がある。認知症コーディネーターには、以下のようなことを期待している。

- ・認知症の人と家族に対してより良い支援プログラムを提供する
- ・認知症の人と家族が必要とする支援と助言を提供する
- ・認知症の人に、強制的転居、力の使用、成年後見人申請の法的権利を保障する
- ・ボランティアと連携を開始し、認知症の人に対するボランティアのアクティビティなどについて整備する（現在、認知症の人に対するアクティビティに対してボランティア協会との連携は行っていない）

(3) 心身機能の低下した高齢者をケアする家族に休息の提供を拡充する

家族からのショートステイの要望を満たし、休息が取れるようにする。

現在、自治体にあるプライエムで定員3名のショートステイを設置している。ショートステイは、心身機能が全般的あるいは部分的に低下している人と同居し、ケアしている家族が対象となる。家族が休暇、病気、入院のため、高齢者を世話できない場合、または休息を必要とする場合にショートステイが提供される。ショートステイ利用者の大半が認知症の人である。

ショートステイには、パーソナルケア、看護、アクティビティと訓練が含まれている。支援はプライエムの職員とともに、高齢者のニーズに合わせて計画される。現在、ショートステイの需要を満たすことができず、突発的なニーズに対応できない状況であるため、ショートステイの定員を1人分追加する。

表4 自治体の認知症に関する個別の取り組み

<p>Koding kommune</p>	<p>認知症セーフガードの設置 認知症の人が多いブライセイセンターや、構造上見守りが難しいブライセイセンターに対して、地下にケーブルを埋め、認知症の人がつけているアームバンドとリンクさせ、セーフガードのエリアを超えると職員の手で電話などのアラームが鳴る。(実施に対しては、常に高齢者と後見人との個別の同意を得る)</p>	<p>Høderslev kommune</p>	<p>認知症スーパバイザーの能力開発 認知症高年齢者が増加し、認知症分野でキーパーソンを教育し、認知症の人に関する高い取り組みを提供できるよう十分に備えることが望まれている。能力開発することによって、高齢者、家族、認知症分野のほかの協働パートナーとケア職員の連携を強化する。認知症スーパバイザーは、ケア職員に認知症の人のケア課題に関する助言、スーパービジョン、教育を行う。ケアの課題は、主として衝突の対処、境界線の引き方、環境療法がある。</p>
<p>Lolland kommune</p>	<p>認知症の利用者の複雑化したニーズに対応 ホームヘルプ部門においても継続的でコーディネートされた支援が必要とされている。衰弱した高齢者や認知症の利用者にもリハビリの観点から取り組みを行う。常に利用者自身の資源をどのように活かすことができるのかに視点を当てる。認知症コーディネーターがケアワーカーに対して、認知症の利用者や家族への取り組みについて知識や助言する。</p>	<p>Hilleroed kommune</p>	<p>家族コンサルタントの雇用 認知症の人の家族は、話し相手について大きなニーズがあることがわかった。そのため、家族コンサルタントを雇用し、認知症や虚弱化した高齢者の家族に対するサポートを増加させる。家族コンサルタントは、家族会、個人を支援する会話、患者協会などのミーティング、認知症センター、認知症センター、ヘルパーなどと協力する。年間400人ほどが家族コンサルタントの支援を受けることが予測される。</p>
<p>Middefart kommune</p>	<p>自宅またはケア付き住居で暮らす中・重度の認知症の高齢者への追加支援 認知症ユニットで提供されるものと同じサービスが中・重度の自宅などだけでなく認知症の人には必要であるため、①落ち着かない利用者や散居に出る、②生活機能を維持するよう利用者を導く、③落ち着かない利用者や散居に寄り添い、利用者を一人にする前に安心感を持たせるようにする。</p>	<p>Faaborg-Midtfyn kommune</p>	<p>認知症高年齢者の重症度別維持訓練 早期に認知症の診断を受けた高齢者で、自治体のサービス対象にならない層に向けて、1週間に1回デイセイセンターの利用を提供する。初期の認知症の人には身体的トレーニングを行う。また、重度の在宅認知症高齢者で、既存のデイセイセンターのサービスで効果を得ることができない人に個別に訓練を行う。</p>
<p>Morsø kommune</p>	<p>移動型ケア・アクティビティ フルタイムの社会保健介護士2名と、社会保健介護士1名、ボランティアコーディネーター(週10時間勤務)でチームを編成し、高齢者個人やブライセイセンターの希望やニーズに合ったアクティビティやケアを展開する。高齢者の満たされない潜在的なニーズを見つけチームに連絡し、チームが詳しくニーズを特定し、サービスを開始する。移動型のチームであるため、ブライセイセンターの同居者は多種多様な形態のアクティビティやケアを個人のニーズや共通のニーズに合わせて提供される。例えば、強い刺激な苦手な認知症の人は専用のアクティビティ、男性向けの買い物ツアー、保存食づくりなど。</p>	<p>Glostrup kommune</p>	<p>認知症専用ユニットにウォシュレットの設置/3か所のブライエムにアザラシ「パロ」を購入 認知症の人はトイレの後に陰部を洗浄するケアに不安をいだきがちである。ウォシュレットは、認知症の高齢者と職員の間でのポジティブな会話や会話の維持に役立つ。ウォシュレットを使うことで認知症高齢者の尿路感染症のリスクを軽減することができる。 「パロ」は社会教育学的手段であり、非言語コミュニケーションにより、特に認知症の人に落ち着きと喜びを作り出すことができる。その喜びのために「パロ」を3機購入する。</p>
<p>Frederikshavn kommune</p>	<p>認知症の高齢者への集中的な刺激 すべての認知症ユニットを担当者決めて、週ごとのプログラムを作成する。アクティビティは身体的トレーニングと認知的刺激を組み合わせた行うことにより、生活の向上につながる。行動障害を予防することが目的である。デイホーム利用者と同じサービス水準で行う。①娯楽レベル: ボランティアの訪問や、歌手、セラピストなど。②目的を絞った教育的レベル: 職員はトレーニングを日常生活に組み入れ、療法の支援、スパービジョンを受けながらアクティビティプログラムの実施、③療法的レベル: 理学療法士、作業療法士、音楽療法士が治療の取り組みを行い、フォローアップについてケア職員を指導する。</p>	<p>Gribskov kommune</p>	<p>認知症高齢者用の体操サービス 認知症高齢者に体操サービスを提供していないブライセイセンターで試験的プロジェクトとして実施する。認知症の人を対象にボランティヤによる体操サービスを実施する。認知症の人の生活の質を確保し、身体的、認知的なレベルを可能な限り維持できるようにする。このサービスは、適切な専門能力のあるボランティヤインストラクターによって行う。</p>
<p>Frederikssund kommune</p>	<p>自宅に住み続けたい高齢者とそれを支える配偶者支援 認知症高齢者の配偶者がケアを届けられるように以下のサービスを提供する。 ・週1〜5日の日中、デイセンターを利用する ・週3時間、日中に職員が自宅で介護を交代する ・年に2〜4回、1〜2回のショートステイを利用する 社会サービス法第84条によるサービステレベルを拡充して実施する。</p>	<p>※各自治体の助成金申請書をもとに筆者作成</p>	

(4) プライエムおよび訓練センターで、認知症入居者およびショートステイの人と認知症のない入居者のショートステイ利用者の双方に平穏と安定、安心をつくりだす

プライエムの入居者やショートステイ利用者のほとんどは認知症を患っている。このことが認知症の入居者と認知症でない入居者の日常生活上に課題をもたらしている。例えば、認知症の人の中には、叫ぶ、繰り返す、攻撃的な行為、建物から出ていってしまうことなどがある。このような行動により衝突が起これ、認知症でない人が共同スペースから身を引いてしまっている状況がある。落ち着きのない認知症の人や、ほかの利用者との間で起こる衝突への対応は、職員にとって特に改善したい点である。これまでの経験上、職員がほかの場所で仕事している時にプライエムから出ていってしまったり、ほかの入居者と衝突が起これることが多いため、次のことを実施する。

- ・パートタイム雇用者が多いことが、夕方以降の職員の少なさにつながっているため、プライエムや訓練センターで特にシフトの交代時に、職員を増員する。
- ・職員が不穏、攻撃的になっている入居者をケアする。
- ・ドアを探し求め、落ち着かない入居者を散歩に連れていく。
- ・認知症でない人への社会的なアクティビティの時間を増加する。
- ・OJTやこれまでの経験の共有などを通して認知症の人への対応について職員の能力開発を行う。

そのほか、表4に各自治体の主な認知症ケアに関する取り組みについて紹介しておく。

IV デンマークの認知症ケアの特筆すべき点

このように、国家戦略、自治体の包括的ケアの実践、専門職の教育などデンマークの認知症ケアは今後の日本の施策への視座となるものを多く含んでいる。その中でも特筆すべき点は以下のものである。

1. 初期の認知症の人を支援する

在宅ケアサービスの強化と専門職教育の充実によって、認知症ケアのしくみは整ったといえる。自治体や家庭医、認知症クリニック、認知症コーディネーターとの連携によって、本人と家族の生活を支えていくことが可能になってきたのである。認知症ケアは、心理・行動症状（BPSD）への対応が命題と思われがちだが、デンマークでは、アクティビティやトレーニングを通して進行を遅らせたり、BPSDを減少させようという取り組みに重点を置いてきている。さらに、初期の認知症の人に対しても、身体的なトレーニングの有効性を探りそのプログラムの構築を目指したり、自治体のサービスを利用できない軽度の認知症の人へのサービスを自治体独自に展開し始めている。また、デイセンターではない「集いの場」は、初期の認知症の人たちにとって極めて重要な役割をもつ。いくつものサービスを重層的に配置し、段階に応じて必要なサービスやトレーニングを組み合わせていくことができるようにしているのである。

2. 在宅でくらす認知症当事者と主たる介護者である配偶者支援

デンマークでは、ケアは税で賄い、社会サービスの提供によってカバーしてきている。家族によるケア（配偶者間ケア）はほとんど見られないといわれてきた。しかしながら、在宅ケアの場合、高齢者の身体機能が低下することによって、より多様なサービスの提供が必要となることが想定さ

れるのであり、さらに、在宅で認知症の人を家族がケアするという状況も生じるようになってきており、デンマークの場合にはその主たる介護者は老齢の配偶者なのである。

認知症の理解や、ケアの方法、そして認知症の症状に困惑する介護者を支えていくことが、近年のデンマークの認知症ケアでは重要となっている。

認知症コーディネーターは家族会を組織しなければならぬと定められていることや、レスパイトケアを意識したショートステイやデイセンターの利用を拡大するという取り組みは、重度になっても在宅生活を継続したいという当事者の意志を尊重し、それを支えるのが自治体の責務と明確に位置づけられているのである。在宅で提供されるサービスは、認知症ユニットで展開されるケアと同様の質と量が求められるのである。配偶者が同居しているとしても、認知症の人個人に必要なサービスの量は確保しなければならないという考え方は重要な指摘である。

3. 認知症当事者・家族の併走者としての認知症コーディネーターの配置

認知症コーディネーターは、認知症と診断されてから常に併走者として認知症の人と家族を支えている。認知症は進行する病であり、状態の変化に伴って必要とするサービスの内容や量も変化していく。ほとんどの家族はこの先どのようなのか、どう対応したら良いのかと不安を抱えながらいるのである。認知症の人も自身の抱える葛藤はさらに深く、思いだせないことや記憶しておくことが難しいことが増えていく中で、いっそうの不安を感じているのである。認知症コーディネーターは、継続的にかかわっていく専門職として認知症の人と家族を支えていく存在であり、変わりゆく状況を想定しつつも、認知症の人と介護家族の“いま”を支えていかなければならない。

デンマークの各自治体は、認知症と診断を受

けた人とその家族に対して「平等」に認知症コーディネーターが併走者としてかかわることによって、安定した在宅での認知症という病いの時間を彼らとともに過ごしていくのである。

4. 自治体ごとの実行可能な戦略

デンマークでは、自治体が自らの分析を行い、特色に合わせた戦略を立てている。何が足りていないのか、何に重点を置くべきなのかということがわかっていなければ、独自の戦略は立てられない。しかも、デンマークでは、実行可能かどうか重要視される。つまり、たとえ国の政策であっても、自治体にとっては、選択すべき方法のひとつであるということであり、使えるものでなければ、興味の対象とならないだけでなく、対象である必要もないのである。自治体のレベルで何をすべきかを考え、計画し実施する実践力がデンマークの自治体は極めて高いといえるのである。

注

- 1) 「介護 (pleje) ホーム (Hjem)」という意味で、介護・看護スタッフが常駐する施設 (澤渡：2009)
- 2) 入院日数は1991年は11日、1995年は9.4日、1999年は8.1日、2003年には6.8日と短縮することができた (澤渡：2009)
- 3) 社会支援法が改正し、プライエムの新設が禁止され、高齢者住宅 (Ældrebolig) を整備すると定められた。高齢者住宅の条件は、①1人当たりの延べ床面積が67㎡であること、②個室で居室には浴室、トレイ、キッチンが設置してあること、③24時間の緊急対応体制が整っていることとされている。
- 4) 当時のホームヘルパーは、7週間の研修で「人間、老人、家族、障害、社会、ヘルパーの法律上の社会保障と義務、援助実務、疾病、看護、ファーストエイド、リフトテクニック」を学び、現場に出た。
- 5) 日本では、パーソン・センタード・ケアという名前で紹介されており、認知症ケアにおける考え方として広く知られている。
- 6) 2003年1月29日に東京で行われた「認知症国家戦略に関する国際シンポジウム」において、デンマークアルツハイマー協会のNis peter Nissenの講演内容による。
- 7) 6) に同じ

- 8) “ABC DEMENS” は、認知症知識情報センターのホームページ内に置かれている。<http://www.videnscenterfordemens.dk>

文献

- 原田亜希子2005「第2章ネットワークが支える個別ケア」『デンマークのユーザー・デモクラシー』新評論.
- 野口典子編2013『デンマークの選択・日本への視座』中央法規.
- 山崎修道2013「デンマークの認知症国家戦略の概要」公益財団法人東京都医学総合研究所『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報告書』pp.46-54.
- 医療経済研究機構2011「Ⅱ.分担研究報告 2. 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 デンマーク」『認知症ケアの国際比較に関する研究 総括・分担報告書』, 73-92.
- 生井久美子2000『介護の現場で何が起きているのか』朝日新聞社.
- 石黒暢1999「デンマークの社会福祉 Ⅱ 高齢者福祉」『世界の社会福祉』旬報社37-61.
- 金田千賀子2007「デンマークGrave市における認知症コンサルタントの実際とその養成」『医療福祉学研究』第3号, 25-35.
- 汲田千賀子2010「認知症高齢者と家族の在宅生活維持継続にむけたデンマークの“協力モデル”の実際」『日本福祉大学大学院 社会福祉学研究』第5号,

49-55.

- 松岡洋子2013「デンマークにおける『認知症国家行動計画』」『老年精神医学雑誌』, 24 (10), 1000-1006.
- 澤渡夏代プラント2009『デンマークの高齢者が世界一幸せなわけ』大月書店.
- 汲田千賀子2013「日本における認知症介護のスーパービジョンシステムに関する研究—デンマークでの取り組みを踏まえて」日本福祉大学院福祉社会開発研究科社会福祉学専攻博士論文.
- 汲田千賀子2015「デンマークにみる『介護遺言 (Plejetestamente)』の実際とその意味；認知症高齢者の自己選択・自己決定を支える取り組み」『日本認知症ケア学会誌』, 13 (4), 790-799.
- SOCIALMINISTERIET 2001 Rapport om generel samarbejdsmodel på demensområdet (<http://www.servicestyrelsen.dk/filer/aeldre/demens/2847.pdf>,2013.9.10).
- Mette Brorresen,Helle Krogh Hansen,Lis-Emma Trangbæk (2004) Social Pædagogik Demens-det vanskelige omsorgsarbejde.
- IngerStenstrørnRasmussen,CharlottleHorsted,MarieHolmg aard Kristiansen 2007 Samlevende med demente - En analyse af otte interviews om hverdagen med en demensramt, Servicestyrelsen.

(くみた・ちかこ 社会福祉法人仁至会認知症
介護研究・研修大府センター研究員)

書 評

李崙碩著『高齢者雇用政策の日韓比較』

(ミネルヴァ書房、2013)

金子 能宏

日本と韓国は、ともにアジア諸国の中でOECD加盟国であり、欧米先進諸国と国際関係においても経済関係においても密接な関係にある。その一方で、日本と韓国は、高齢化が始まった時期がヨーロッパ諸国よりも遅く、第2次世界大戦後の経済復興の時期を経て社会保障制度を整え始めたため、福祉レジーム論による福祉国家の分類では明確に位置づけることが必ずしも容易ではなく、日本と韓国それぞれを欧米福祉国家諸国と対比した福祉国家としての特徴付けを行う研究が、現在も精力的に進められている。

このように欧米先進諸国との対比では共通点がある韓国と日本ではあるが、福祉国家への道のりをみると両国の間には相違が見られる。著者も比較しているように、高齢化が始まった時期は日本が1970年であるのに対して韓国は2000年であり、高齢社会に入る時期は日本が1994年であるのに対して韓国は2018年であると推計されている。このような高齢化の過程の差に対応して国民皆年金・皆保険が達成された時期も異なり、日本では1963年であったに対して韓国では1980年代であった。また、高齢化の進行に伴い後期高齢者が増加し、介護サービスへのニーズも増大したため、日本では2000年に介護保険が導入され、その後2007年に韓国で介護保険に関する法律が成立し翌年から介護保険制度が始まった。日本と韓国は、タイミングは異なるとはいえ、高齢化の過程とこれに対応する社会保障制度の整備拡充の方向では、多くの

類似点が見られる。

韓国と日本の社会保障の比較研究は、これまでタイミングの差と類似点に着目しながら福祉国家論や個別制度論の分野で多くの研究が行われてきた(武川・イ(2005)、林・宣・住居(2010)、李蓮花(2011)、金成垣(2011)など)。これに対して、高齢者就労の面では、日韓の比較研究は十分には展開されてきていない。その一つの理由は、日本で高齢者の定年延長や雇用政策が進んだ1990年代に、韓国では1997年のアジア経済危機に伴う不況により日本とは異なる労働市場の変動があり、高齢者雇用政策よりも労働市場全体の政策が優先されたためである。

しかし、21世紀以降、韓国も日本も高齢化がさらに進行し、公的年金制度の財政の安定化のために、給付水準の見直しや支給開始年齢の引き上げが検討されるようになり、高齢者の就業による所得維持についてこれまで以上に関心が寄せられるようになった。本書は、このような喫緊の課題に関連する韓国と日本の高齢者就労の問題を取り上げて比較研究を行った貴重な研究書である。

序章では研究の背景と目的、方法、本書の構成と分析に用いるデータについて述べている。研究の背景は、韓国と日本は少子高齢化が進行し、社会保障制度の持続可能性の点から見ると年金・医療・介護保険制度だけでは十分ではなく、高齢者の雇用・就労を確保して、高齢者の生活水準の向上を図る必要性があるからである。しかし、上に

述べたように、日本の高齢者雇用政策が1990年代に進んだのに対して、皆年金・皆保険の導入が日本よりも後であった韓国では、アジア経済危機の影響を強く受けたこともあって高齢者雇用政策が本格的に始まった時期は日本の開始時期より後になることになった。この点から、著者は、日本の高齢者の雇用・就労支援策と韓国のそれを比較することによって、韓国の政策課題を明らかにし、今後の発展の方向性について示唆を導こうとしている。

第1章では、高齢者雇用の研究と比較研究の両方の必要性について、韓国の高齢者雇用政策の経緯に言及しながら考察し、韓国と日本の類似点と相違点の確認および日本における高齢者雇用の先行研究の範囲と残された課題を指摘して、本書における研究方法と用いるデータを示している。本書における研究方法を、これまでの高齢者雇用の研究や日韓の比較研究と比べて新しい方法に発展させるために、著者は、まず次のような先行研究の課題を明らかにしている。高齢者の雇用・就労には労働需要と労働供給の両方の要因があるために、高齢者雇用の先行研究は、労働需要要因に関連する企業の高齢者の雇用制度、雇用管理に着目した研究と、労働供給要因に関連する高齢者の就労決定要因の実証研究に二分されていた。本書の研究方法の特徴は、このような二分された研究のいずれかを行うのではなく、日韓で比較可能なデータを用いて労働需要の面と労働供給の面それぞれの分析を行い、両方の結果を一書にまとめて示すことにより、今後の韓国の高齢者の雇用と就労を促進する施策の方向性を導き出そうとしている点である。

このような問題意識に基づいて、第2章では、日本と韓国の比較研究を行う前提として、日本と韓国の高齢化および雇用の現状を、高齢化の推移を示すデータや先進諸国との対比に基づいて把握すると共に、以下の実証分析と合わせて韓国の

高齢者雇用・就労支援策に対する示唆を導くために、高齢者雇用政策の経緯とこれに対する企業の対応、自治体や地域の高齢者就業の現状、および高齢者のボランティア活動を取り上げて、日本の高齢者雇用の現状と特徴を考察している。

第3章では、企業定年延長および再就業に関して、内部労働市場論やラジアー（Edward Lazier）の労働インセンティブと年功賃金の理論などの理論的背景を応用しながら、日本企業の雇用形態の一つの特徴とされる終身雇用制度が形成されるまでの過程について歴史的文献分析を行い、労働需要の要因に着目した高齢者雇用の日韓比較を行うためにどのような比較項目を取り上げるべきかについて考察している。これを踏まえて、日韓共同調査サーベイを通じて、日韓の高齢者雇用に対する企業の姿勢と高齢者雇用の実態に関する比較研究が行われている。具体的には2008年に日本経済新聞と韓国の中央日報が共同で実施したサーベイ調査資料(対象企業211社のうち、日本125社、韓国86社)を用いて定性分析を行い、日本と韓国の高齢者は、該当企業内での人的資本の蓄積と職場内での定年延長や再雇用など内部労働市場での制度的規制という方式を選んでいる点では類似性が見られるが、日本の企業は定年延長という政策手段が限界に至っているため、現在は再雇用などほかの方式を好んでいることが明らかになった。これに対して、著者は、韓国企業は現在の高齢化水準ではまだ定年延長の余地があると指摘している。

このような日韓の比較項目を細かく検討し、比較すべきものを含む調査資料・データを収集し、分析する著者の緻密な研究手法は比較研究と実証研究を合わせもつ本書のすぐれた点であると言えるだろう。

第4章では、労働供給の面からみると、高齢者雇用政策には、企業の内部労働市場で高齢者雇用を続けようとする定年延長のみならず、外部労働市場も利用する再雇用や同種職種あるいは異種職

種で転職することを支援する外部労働市場指向の政策もあることを指摘した上で、こうした支援策の効果を見るために、高齢者の就労決定要因について、個票データを用いた実証分析を行っている。具体的には、日韓比較研究ができるように、日本と韓国で共通の変数がとれる高齢者の雇用・就労に関するデータを有する統計データが用いられている。日本のデータは厚生労働省「高年齢者就業実態調査」の1980年代から2000年代までのデータ（1983, 1988, 1992, 1996, 2000, 2004年度）であり、韓国のデータは「高年齢者生活実態調査」の1990年代から2000年代までのデータ（1994, 1998, 2004年度）である。日本と韓国それぞれの高齢者の就労状況と就労決定要因を明らかにするために、就労する場合を1、就労しない場合を0とする質的選択変数を被説明変数とし、性別、年齢、健康状態、同居人数という個人属性の変数、退職経験の有無、定年前の職場の従業員規模、年金収入、仕事・年金以外の収入のような労働供給要因に関連する変数と制度変更の経過をコントロールする年度ダミー変数を説明変数とする質的選択法による回帰分析、および上記の個人属性の変数と職種に関する変数を説明変数とする高齢者の賃金関数の推定が行われている。高齢者の賃金関数の結果によれば、産業のグローバル化および技術の汎用性の傾向により、同一企業内での技術習得のメリットと賃金率は低下しており、内部労働市場中心の高齢者雇用政策は実効性を失っていることが明らかになった。したがって、今後、日本政府と韓国政府は定年制度などの規制中心の政策ではなく、職業訓練などの支援を通じた人的資本の蓄積と類似の職種内での人材の移動を円滑にできる企業間マッチングシステムの開発などの支援を進める政策を採用することが望ましいという結論が導かれている。

第5章では、韓国政府が、企業による高齢者雇用の促進に加えて、高齢者の就労機会を拡大する

ために実施している高齢者就労事業について、定性分析が行われている。この分析で著者は、高齢者就労事業の可能な類型として、公益型就労、教育型就労、福祉型就労、人材派遣型就労、市場型就労があることを指摘して、それぞれの就労形態の特徴を比較している。その上で、市場型就労と人材派遣型就労には不安定な面があり、この不安定さを緩和し、高齢者の就労を促進していくためには、理論的根拠を導きそれに基づいて高齢者の就労支援の政策の韓国の現状を評価しどのような方向に進めていくべきかについて議論している。この観点から、この章では、Brundney and England (1993), Mattson (1986), Thomas (1987), Shneider (1987), Roesentraub and Sharp (1981), Whitaker (1980), Warren et.al (1982)などの先行研究を比較しながら（文献の出典は本書第5章の注と参考文献を参照）、共同生産（coproduction）の概念、共同生産の目標、共同生産の行為者について理論的考察をした上で、韓国における高齢者の就労に関連する団体などにどのようなものがありそれぞれが高齢者就労支援の行為者としてどのような特徴があるかについて分析を行っている。この分析で、著者は、韓国の高齢者の就労支援策の根拠となる高齢者福祉事業と高齢者福祉法の改正経過を述べるのみならず、高齢者人材開発院の内部資料「2006年度高齢者就労事業案内書」に基づいて、公益型就労、教育型就労、福祉型就労、人材派遣型就労、市場型就労のそれぞれについて事業の担い手、対象となる高齢者の範囲、就労状況の特徴を詳しく述べている。これは、高齢者就労の日韓比較を原典資料に基づいて発展させている点で、貴重な貢献である。

著者は、先行研究の比較と原典資料に基づく現状分析を踏まえて、サービスの提供者と受益者に二分化されて提供される公共サービスの伝統的伝達過程から脱皮した新しい形態の公共サービスの伝達形態として、サービスの提供に政府部門（自

治体など)のみならず受益者の市民も参加することを含み共同生産の概念に基づいて官民が協力して高齢者就労を促進する共同生産の形態が望ましいと指摘している。しかし、現実には、政策の趣旨とは違って、政府が一方向的に提供する就労に依存している場合が多く、したがって、企業の高齢者雇用の分析結果と同じように、政府は教育と支援に集中することが望ましいという結論を導いている。

日本では、60歳定年制が普及したため、これを踏まえた高齢者雇用政策の方向性として生涯現役社会・エイジレス社会の環境整備が提起され、種々の施策が展開されている。高齢者の雇用と就労の促進を労働需要と労働供給の両面から見る必要性があるという本書の観点から見ると、高年齢雇用継続給付や高年齢再就職給付は高齢者に対する労働需要を増加させる賃金補助としての機能を果たしており、在職老齢年金の併給調整をよりなめらかにして年金給付が高齢者の労働供給を抑制する影響を軽減する施策も採られている。また、厚生年金の報酬比例部分の支給開始年齢は60歳から段階的に65歳に引き上げられ65歳支給開始となる2013年に、高年齢者の雇用環境の整備や労働移動の受入を行う事業主へ助成金として高年齢者雇用安定助成金(高年齢者活用促進コース)が導入された。日本では高齢者雇用の促進する施策として多種類の助成金が導入され、社会保険労務士のコンサルタントを受けながら企業が多数の助成金の中から雇用する高齢者と企業の実情に応じて選択して活用している。

さらに、日本では、高齢者の創意工夫による起業を支援して高齢者が経済市場にチャレンジすることを支援する融資制度がある。それは、日本政策投資銀行による高年齢者の雇用促進を推進する事業主に対する低利融資制度(高年齢者雇用環境整備融資)、日本政策金融公庫(国民生活事業、中小企業事業)による高齢者などを対象に優遇金利を適用する融資制度などである。

本書の著者は高齢者の就労支援の方法のうち市場型就労には不安定性があることを指摘して、高齢者の人的資源開発にも繋がる教育型就労に期待しているが、多くの種類の助成金が高齢者の雇用促進に利用されていることは、理論的に見ると高齢者の雇用において準市場が形成され活用されていることを示している。また、融資制度が利用されていることは、助成金だけで高齢者雇用の促進すると社会保障給付費が増大し大きな政府となりソフトな予算制約の下でのモラルハザードが起こる可能性があるため、この問題点を是正し、助成金の規模を一定程度に抑えながら、融資機関のコミットメントを介すことによりモラルハザードが起こらない形で高齢者の就労機会の拡大が図られていることを示している。本書では、高齢者の雇用と就労支援の理論的分析に、内部労働市場論、ラジャーによる賃金プロファイルの理論、共同生産の理論が応用されているが、著者が着目している労働需要にかかわる企業と高齢者雇用との関係をより注意深く見るためには、高齢者雇用政策を含む公共政策と経済市場の関係を社会政策と経済理論の両面からとらえたJ.ルグランによる準市場の理論や、高齢者雇用の政策を進めようとする機関とこれを現場で行う担い手、企業の間での経済的誘因(インセンティブ)と成果達成の確からしさ(コミットメント)に着目したプリンシパル・エージェントの理論なども、応用してみる必要があるかもしれない。また、韓国の高齢者の雇用問題と雇用政策については、韓国の研究者と欧米諸国の著者による研究やOECDによる研究もあり(Kim (2005) *Internal Labor Markets And Employment Transitions In South Korea*, Jae-Yang and Klassen (2010) *Retirement, Work and Pensions in Ageing Korea (Routledge Advances in Korean Studies)*, OECD (2013) *Korea: Improving the Re-Employment Prospects of Displaced Workers*, Higo and Klassen (2015) *Retirement in Japan and*

South Korea: The past, the present and the future of mandatory retirementなど)、日韓比較をより客観的に行うためにも、韓国の高齢者雇用に関連する海外の研究者による分析との対比を含めて、著者の比較研究の特色をより明確化する必要もあるだろう。

それでもなお、本書は、高齢者の雇用と就労を促進する施策が、日本と韓国でともに多様な方法を用いて展開されていることを、労働需要と労働供給の両面から比較可能なデータと資料を用いて分析している点に、学術的な特徴と貢献がある。また、本書は、高齢化が先進諸国の中では遅く始まったが韓国よりも早く進んだ日本の高齢者の雇用・就労支援策の実証分析の結果と韓国の高齢者

就労の現状分析を踏まえて、高齢者の就労支援において公益型就労への依存が大きい現状を打開する必要性を指摘して、政策研究の面でも貢献をしている。この意味で、本書は、高齢者の雇用と就労支援の現状と課題について、日韓比較の観点から知り、考察し、今後の方向性を見通すために必読の書であるといえるだろう。高齢者の雇用政策と就労支援策に研究や実務の点でかかわる多くの読者と高齢者雇用に着目した比較福祉国家研究や日韓比較研究に関心をもつ多くの読者に、本書が読まれることを期待したい。

(かねこ・よしひろ 国立社会保障・
人口問題研究所 政策研究連携担当参与)

書 評

久本貴志著 『アメリカの就労支援と貧困』

(日本経済評論社、2014年)

木下 武徳

I 本書の意義と位置

2006年10月に全国知事会・全国市長会の報告書『新たなセーフティネットの提案～「保護する制度」から「再チャレンジする人に手を差し伸べる制度」へ』が公表された。この報告書が提案した大きな生活保護改革案として、稼働世帯の生活保護の受給期間を最大5年とする期間制限を導入する「有期保護制度」や、ボーダーライン層が生活保護へ移行することを防止する就労支援制度の創設がある。有期保護は憲法25条の生存権規定により導入が困難であったが、就労支援については、2013年に成立した「生活困窮者自立支援法」によって2015年4月から実施されることになった。

これらの提案のモデルとして、アメリカの1996年の福祉改革法が参考にされていることは間違いない。なかでも子どものいる世帯の公的扶助である「貧困家庭一時扶助」(Temporary Assistance for Needy Families: TANF)の導入とそれに伴う就労支援策である。TANFの受給は一生で5年(60ヶ月)分に制限する期間制限が導入され、TANFを受給する条件として週35時間以上の就職活動などの就労要件が課された。一方、単に公的扶助の利用を廃止するだけで、就労に結びついていないという批判に対して、1998年に就労支援策である「労働力投資法」(Workforce Investment Act: WIA)が創設された。

TANFについての研究は、これまでに多くの論文や研究書がある。しかし、WIAも含めて貧困層への就労支援を取り上げた研究は稀有である。また、日本でも生活困窮者への就労支援の強化が求められてきている。そのなかで、本書がアメリカの貧困層への就労支援策を追究した意義は大きい。以下、本書の内容を概観しよう。

II 本書の構成と内容

本書の構成は、序章で本書の問題意識とアメリカの貧困とワーキング・プア、アメリカ型就労支援の基本構造について述べたうえで、第1章で、連邦レベルの就労支援制度としてのTANFとWIA、就労支援策のキーワードである「Sector Strategies」や「Career Pathways」、「コミュニティ・カレッジ」が紹介され、第2章でカリフォルニア州、第3章でミシガン州、第4章でオレゴン州の事例が検討され、終章で全体のまとめがある。

まず、序章の「アメリカの貧困と就労支援の基本構造」では、次の文章から始まる。「アメリカでは個人の自由が至上の価値であり、その最大の基盤は労働によって自立的に生きることである」。それを公民権運動の1963年のワシントン大行進のタイトルが「Washington March for Job and Freedom」であったことに見出す。つまり、自由を得るためには仕事が必要だというのがアメリカの論理だという (pp.1-2)。

では、実際に貧困にあえいでいる人々にどう支援するのか。それには大きく2つのアプローチがある。一つは「就労最優先アプローチ」(Work First Approach)であり、「福祉受給者に対して、できるだけ早く就労させることを優先するアプローチ」である。もう一つは「人的資本アプローチ」(Human Capital Approach)であり、「福祉受給者が自立的な生活を可能にする職種に就くために自らの技能を磨く機会を提供する」(p.2)。

アメリカには、フルタイムで働いても4人家族の貧困ラインの年収(時給11.06ドル)を稼ぐことができない低賃金労働者、つまり、ワーキング・プアが全労働者の28%を占める。それは低技能ゆえに、賃金水準の高い職種に移動できないことが原因であり、そこから脱するための技能習得、すなわち人的資本アプローチも、自立的な暮らしを維持することにつながり、アメリカ的な理念と合致するという(p.12)。

そして、「アメリカ型就労支援は、就労最優先アプローチの1階部分の上に、州・地方レベルの裁量による人的資本アプローチの2階部分が構築されるという基本構造である」という(p.15)。本書の課題として、「就労最優先アプローチを基礎にして、対象者が選択すれば自助努力で技能を向上させていける仕組みを提供する、すなわち個人の自助努力を前提として自立の機会を提供する」ということが、アメリカ型就労支援の特徴であることを明らかにしたい」とする(p.18)。

第1章「連邦レベルの就労支援制度」では、連邦レベルの貧困層を対象とした代表的な就労支援プログラムとして、TANFとWIAがとりあげられる。TANFは、1996年の福祉改革法により「就労を通じて自立を促進すること」を目的とする。TANFの具体的な内容は先に述べたとおりであり、就労最優先アプローチを採用している。TANFの就労支援の問題点として、一人親世帯の親が、就労、家事・育児、教育訓練を平行してこ

なしていくことの困難さ、TANFには12か月以上の教育訓練への参加に制約があることや、連邦政府の労働参加率への規制が厳しすぎるなどが指摘される(pp.26-35)。

次に、WIAの目的の一つに福祉依存を減らすことが規定されていることを確認したうえで、その中核となる「WIA一般プログラム」は、その利用の資格判定、職業紹介、アセスメントなどを含む「主要サービス」、主要サービスでは仕事を得られない人へのカウンセリングなどをする「集中サービス」、集中サービスをしても仕事を得られない人への職業訓練やOJTなどを含む「訓練サービス」により構成されていることが説明される。つまり、WIAも、TANF同様、求職活動がうまく行かない場合に、教育訓練などが受けられるという就労最優先アプローチをとっている(p.41)。

一方、人的資本アプローチのための取り組みとして、医療、製造業、建設業などのその地域の「雇用主のニーズに対応するため、地域の特定の産業に焦点をあてて、教育訓練などの就労支援をおこなおうとする州もしくは地域レベルの取り組み」である「Sector Strategies」(p.58)、「働きつつ継続的に教育訓練を受けやすいように、参加や退出の機会を増やし、技能を身につけ、それを証明する修了証や学位もとりやすく配慮した」「Career Pathways」(p.62)がある。それらのプログラムを実施するうえで重要な「コミュニティ・カレッジ」は2年制の大学で準学士の学位を授与する認可された公立機関であり、授業料が比較的安く、教育訓練のために短期で修了証を発行することもでき、貧困層への教育訓練で重要な役割を果たしているという(pp.65-66)。これらの就労支援の基本を踏まえて、3つの州の事例が報告される。

第2章「カリフォルニア州福祉改革とコミュニティ・カレッジ」では、まず、カリフォルニア州のTANF事業であるCalWORKsの受給世帯は全米で一番多い55万世帯に及ぶことが指摘される。

CalWORKsも基本的には、その利用申請者には求職活動をさせて、雇用されなかった場合のみ、教育訓練を提供する就労最優先アプローチをとっている (p.76)。ただし、好景気の1990年代後半でも、元CalWORKs受給者の半数は就労していないことが明らかにされている (p.83)。

そのなかで、コミュニティ・カレッジを利用した「カリフォルニア・コミュニティ・カレッジ・CalWORKs」(CCCCalWORKs)プログラムは、受給者のために、短期集中の職業プログラム、就労体験などを提供する (pp.87-88)。CCCCalWORKsの利用者数は州全体で4万人を超え、CalWORKsの受給者の28%がコミュニティ・カレッジに登録しているという (p.89)。特に、短期で修了証が取得できるコースが設定され、有資格の准看護師 (9週間)、在宅介護助手 (6週間)、エアコン／冷蔵庫の修理人 (18週間) などのコースがある (p.94)。

こうした教育訓練の成果として、コミュニティ・カレッジを修了した受給者の稼得収入が、その教育達成度に応じて高くなっている (pp.101-102)。ただし、準学士を取れた一部を除き、その所得水準でも貧困から抜け出すには不十分であるという (p.106)。

第3章「ミシガン州の教育訓練重視の試み」では、デトロイトを中心に自動車産業で栄えたミシガン州が、グローバル化の影響で多くのブルーカラーの労働者が失業し、雇用が減少するなかで、人的資本アプローチを強化してきた事例が取り上げられる。Sector Strategiesである2004年の「ミシガン州地域技能アライアンス」(MiRSA)は、地域や一定の産業について、雇用主や教育訓練機関などのパートナーシップを活用して、そこでニーズのある技能を労働者が身に付ける機会を提供する (p.125)。具体例としては、「デトロイト介護RSA」や「南西ミシガン医療関連職種アライアンス」によって、介護や有資格看護助手などの教育訓練を行い、就職に結びつけたという

(pp.128-130)。また、「どの労働者も置き去りにしない」(NWLB)プログラムでは、医療やバイオ、再生エネルギーなどの成長部門で必要とされる技能や資格・学位を獲得できるよう、コミュニティ・カレッジなどで2年まで無料で教育訓練が受けられる (p.132)。ここで、活用されるのが、段階的に学びを積み重ねていくCareer Pathwaysである。例えば、看守準備コースを修了すると時給12.98ドルから14.23ドルの仕事に、1年間の刑事司法コースを修了すると12ドルから16.23ドルの仕事に、準学士の学位を取得すると24ドルの仕事に就くことができることが示され、利用者にキャリアアップの道筋を提示している (p.136)。

第4章は「オレゴン州の継続的な教育訓練機会の提供策」であり、まず、オレゴン州のSector Strategiesの対象になった先進製造業 (運搬設備・医療機器)、天然資源産業 (農業・漁業など)、クリーン・テクノロジー産業 (バイオマス、電気自動車など)、医療サービスなどに対象を絞って、不熟練職から入職段階の職、ミドルレベルの職、管理職・専門職へとキャリアアップできるように、就労支援サービスを提供している。特に、コミュニティ・カレッジでは、雇用主助言委員会がかかわってCareer Pathwaysのコースの関連性を図示した「ロードマップ」を200以上作成した (p.163)。この大きな特徴は、準学士の学位取得に必要な単位を複数のグループに分割して、そのグループの単位を順次修得すれば修了証を授与する仕組みを設けたことである。これらの単位を利用者の都合に応じて短期間で修了証を取得できるようにし、さらに順次単位を修得することで、最終的に準学士の学位を獲得できるようにする。こうすることで、就労、家事・育児、教育訓練を平行してキャリアアップできるように支援をするのである (pp.164-165)。

終章では、まとめとして、「教育訓練を受けることを希望する者は、就労や家事・育児との調整、

教育訓練費用の負担といった問題を原則として自らの力で解決」していく必要があり、かなり厳しい。それでも、「自立に向かう意志のある者に対して、アメリカ型就労支援は教育訓練の機会を提供する」という (p.198)。そして、このような機会を提供するCareer Pathwaysなどの支援を、「自助努力のための環境整備型の就労支援」と評価している (p.200)。そして、「アメリカ型就労支援の特徴は、個人の自助努力を前提とした就労支援」であり、「アメリカの貧困層は、こうした支援のもとで、自立し自由を獲得することを目指すのである」と結論づけている (p.200)。

Ⅲ 本書の評価と課題

本書は、就労最優先アプローチのなかで実施される人的資本アプローチについて、カリフォルニア州、ミシガン州、オレゴン州の3つの州の事例を、Sector StrategyとCareer Pathway、および、それを中心的に担うコミュニティ・カレッジに注目して分析した。アメリカはとかく就労最優先アプローチ（ワークファースト）が有名であるが、そのために、そこで行われている人的資本アプローチが見えにくい。本書はその見えにくい部分を明らかにした重要な研究である。特に、福祉から就労へとシフトした社会福祉政策（TANF）と、貧困層も対象にした労働政策（WIA）の両面から、貧困層のための就労支援としての教育訓練を追究しており、アメリカの就労支援策をこれまでよりもより広く理解することに貢献していると言えよう。

また、雇用主の意見を踏まえて、必要な知識と技能についての教育訓練を行うSector Strategiesや、継続的に教育訓練を受け、キャリアアップにつなげていくCareer Pathwaysという手法は、日本でも大いに参考にされるべき手法である。また、日本にはない公教育システムであるコミュニティ・カレッジによる教育保障や職業教育訓練への

役割の大きさには目をみはるものがある。

日本では、アメリカは福祉国家ではなく、貧困対策が不十分だと切り捨てられがちであるが、本書を通して、実は力点のいれるところが異なっているという点を見落としているのではないかと気付かされる。これまで、現金給付と福祉サービスに焦点が当たりがちであったアメリカの福祉国家研究に、本書は就労支援策というもう一つの領域を開拓したと言えるのではないかと。そして、それは、日本がこれから生活困窮者支援に取り組むなかで、アメリカから学ぶことができる重要な領域でもあると言えよう。

一方、本書で気になった点として、次の4点を指摘しておきたい。第一に、第2章のカリフォルニア州だけ、WIAやSector Strategies、Career Pathwaysについて言及がなされておらず、もっぱらTANFとコミュニティ・カレッジしか述べられていない。カリフォルニア州は全米最大の人口を持つ州であり、CalWORKsの規模も大きくそれだけで分析に足りうるかもしれないが、やはり本書の枠組みにそった分析が期待される。

第二に、州によって、大きな違いがあることは前提として、これらの就労支援策がどのように展開されているのか、アメリカ全体の動向についても検討が必要ではないかと思われた。それがあってこそ、先の3つの州の事例の特徴や位置づけがより明確にもなろう。

第三に、2000年代に不況期に入り、人的資本アプローチをとる州が増えたようであるが、その辺の詳しい分析がほしかった。特に、2008年のリーマンショックにより失業者が急増するなかで、これらの就労支援策はどう対応したのかも注目したい点である。

第四に、日本の生活保護や生活困窮者支援でも、現場レベルで大きな課題となっている、対象者の選定方法についてぜひ追究してもらいたい。妊婦や障害者であっても就労要件が課されるアメリカ

で、個別ケースでどうそれを判断しているのか。それを的確にアセスメントする方法を確立しなければ、就労支援の成果も出ない。

これらのアメリカの貧困層の就労支援の探究

は、日本の貧困層の就労支援にとっても重要な教訓となるだろう。筆者の今後の研究にさらに期待したい。

(きのした・たけのり 北星学園大学)

海外社会保障研究（第187号～第190号）総目次

凡例：1, 2, 3は頁数を示す。

特集：大規模災害と社会保障Ⅰ

山崎 栄一	特集の趣旨	187号	6.25	2-3
大谷 順子	四川大地震における中国社会の復興対策の特徴と課題	187号	6.25	4-19
垂水 英司	台湾の大規模災害－近年の二つの災害とその復興をめぐる	187号	6.25	20-30
武田真理子	ニュージーランド・カンタベリー地震	187号	6.25	31-44
小谷 眞男	イタリアにおける大規模災害と公共政策 －2009年アブルツォ州震災の事例を中心に－	187号	6.25	45-57

特集：大規模災害と社会保障Ⅱ

勝又 幸子	特集の趣旨	188号	9.25	2-3
牧 紀男	災害発生時における危機対応システム－米国の事例に学ぶ－	188号	9.25	4-14
河森 正人	タイ大洪水と社会保障	188号	9.25	15-23
サンドロヴィッチ・ティムール	チェルノブイリ原子力発電所の事故後の、被災者の生活・就労、 健康被害に対する支援策	188号	9.25	24-35
後藤 玲子	災害カタストロフィにおける個人の「福祉」と「公共性」 －アメリカ合衆国の連邦災害政策を素材として－	188号	9.25	36-47

特集：中国の社会保障

田多 英範	特集の趣旨	189号	12.25	2-3
于 洋	「適度」と「普惠」の視点からみる中国版皆年金体制のゆくえ	189号	12.25	4-16
朱 珉	中国における「全民低保」の実現	189号	12.25	17-31
沈 潔	社会保障と介護福祉	189号	12.25	32-43
李 蓮花	「市場」から「政府」へ －中国における「全民医療保障」政策の成果と課題－	189号	12.25	44-56

特集：認知症対策の国際比較

西田 淳志	英国の認知症国家戦略	190号	3.25	6-13
近藤 伸介	フランスの認知症国家計画	190号	3.25	14-23
中西 三春・中島民恵子	オーストラリアの認知症対策	190号	3.25	24-38
汲田千賀子	デンマークの認知症ケア国家戦略と福祉・介護人材	190号	3.25	39-51

投稿（論文）

安部 雅仁	カイザー・パーマネンテの新しいマネジドケア －民間医療システムとしての「KP HealthConnect」の意義	187号	6.25	58-73
-------	---	------	------	-------

投稿（論文）

田辺 和俊・鈴木 孝弘	非線形回帰分析による世界各国の貧困の決定要因の解析	189号	12.25	57-66
-------------	---------------------------	------	-------	-------

動向

国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト 189号 12.25 67-80
社会保障費用統計の国際比較 - OECD SOCX 2014 ed.とILO World Social Security Report -

書評

高橋絵里香 笹谷春美著（明石書店、2013年） 187号 6.25 74-78
『フィンランドの高齢者ケア・介護者支援・人材養成の理念とスキル』
松本 由美 笠木映里著（有斐閣、2012年） 187号 6.25 79-83
『社会保障と私保険 フランスの補足的医療保険』

書評

福島 淑彦 レグランド塚口淑子編著（ノルディック出版、海象社、2012年） 188号 9.25 48-52
『「スウェーデン・モデル」は有効か 持続可能な社会へむけて』
長江 亮 森壮也・山形辰史著（勁草書房、2013年） 188号 9.25 53-57
『障害と開発の実証分析 - 社会モデルの観点から -』

書評

玉井 金五 田多英範編著『世界はなぜ社会保障制度を創ったのか』 189号 12.25 81-84
（ミネルヴァ書房、2014年）
山岸 敬和 天野 拓著『オバマの医療改革』（勁草書房、2013年） 189号 12.25 85-88

書評

金子 能宏 李崙碩著『高齢者雇用政策の日韓比較』（ミネルヴァ書房、2013） 190号 3.25 52-56
木下 武徳 久本貴志著『アメリカの就労支援と貧困』（日本経済評論社、2014年） 190号 3.25 57-61

ブックレビュー

西森 和寛 ベラルーシ共和国非常事態省チェルノブイリ原発事故被害対策局編 188号 9.25 58-60
（日本ベラルーシ友好協会監訳）
『チェルノブイリ原発事故 ベラルーシ政府報告書〔最新版〕』（産学社、2013年）
西森 和寛 アレクセイ・V・ヤブロコフ、ヴァシリー・B・ネステレンコ、アレクセイ・V・
ネステレンコ、ナタリヤ・E・プレオブラジェンスカヤ著（星川淳監訳）
『調査報告 チェルノブイリ被害の全貌』（岩波書店、2013年） 188号 9.25 61-63

ブックレビュー

黒田有志弥 加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』（法律文化社、2013年） 189号 12.25 89-91

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の長さ

原稿の長さは以下の限度内とします。(図表1つにつき、200字で換算してください)

- (1) 論文：16,000字（図表を含む）
本文のほかに要約文（400字程度）およびキーワード（3～5語）を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字（図表を含む）
- (3) 動向：8,000字（図表を含む）
- (4) 書評：6,000字

2. 原稿の構成

必要に応じて、ⅠⅡⅢ…→123…→(1)(2)(3)…→①②③…の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a)(b)(c) または・などを使用してください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典（発行所、発行年）を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に（ ）入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

- (例) <表1>受給者数の変化
<図1>社会保障支出の変化

6. 敬称

敬称は略してください。

- (例) 宮澤健一教授は → 宮澤は 貝塚氏は → 貝塚は

7. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

- (例) 1) 天川によると、集権・分権の軸に分離・融合の軸を…。

8. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性－退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E.1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell. Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." *In The Development of Welfare State*, edited by P.Floria and H.Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie,Roger. 1998. " Pension Systems and prospects in Asia and the pacific." *International Social security review*,Vol.58, No.3, 63-87.

榎原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp.56-72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp.260-267

インターネット掲載ページの場合は、そのページのタイトルとURL、ダウンロード日を明記してください。

UN (2009) Human Development Report 2009,Human development indicators,

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/> (2010年6月3日)

9. 原稿の提出方法

編集作業はDTP (Desk Top Publishing) にて行いますので、以下の点についてできるだけご協力頂ければ幸いです。

- (1) 原稿はデジタルで提出してください。基本はメールに添付ファイルで結構ですが、ファイルの読み込みが困難な場合はCDなどのメディアに記録したものをご提出いただく場合もあります。
- (2) テキスト形式だけでは、欧文のアクセント、ウムラウト等や和文の記号や特殊文字などが消えたり、正しく保存されなかったりする場合がありますので、紙による完成原稿の提出も併せてお願いする場合があります。事務局からご連絡いたしますのでその際にはご協力ください。
- (3) 図表についても、デジタルデータでご提出ください。デジタルデータが無い場合は手書きまたはコピーなどの完成原稿でご提出ください。その際OS (Windows、Macintosh など)、アプリケーション名 (Excel、Lotusなど)、バージョン名 (2.0など) を提出する際に明記してください。

海外社会保障研究

第191号 2015年6月発行予定 特集：ロシアの社会保障

バックナンバー

- 第190号 2015年3月発行…… 特集：認知症対策の国際比較
第189号 2014年12月発行…… 特集：中国の社会保障
第188号 2014年9月発行…… 特集：大規模災害と社会保障Ⅱ
第187号 2014年6月発行…… 特集：大規模災害と社会保障Ⅰ
第186号 2014年3月発行…… 特集：ドイツの社会保障：メルケル政権下の社会保障
第185号 2013年12月発行…… 特集：貧困・格差を総合的、継続的に把握する指標の開発と活用
—数値目標化とモニタリングのしくみ—
第184号 2013年9月発行…… 特集：介護者支援の国際比較：要介護者と家族を支える取り組みの多様性
第183号 2013年6月発行…… 特集：グローバル景気後退と各国の失業者支援政策
第182号 2013年3月発行…… 特集：精神障害者地域生活支援の国際比較
第181号 2012年12月発行…… 特集：公的年金の支給開始年齢の引き上げと高齢者の所得保障
第180号 2012年9月発行…… 特集：海外の社会保障制度における国と地方の関係
第179号 2012年6月発行…… 特集：社会保障における財源論—税と社会保険料の役割分担—
第178号 2012年3月発行…… 特集：スウェーデンの社会保障—グローバル化経済の中での苦悩と挑戦—
第177号 2011年12月発行…… 特集：貧困への視座と対策のフロンティア
第176号 2011年9月発行…… 特集：若年就業と諸外国の社会保障政策—労働市場政策を中心として—
第175号 2011年6月発行…… 特集：高齢女性の所得保障：年金を中心に

海外社会保障研究 投稿規程

『海外社会保障研究』は、諸外国の社会保障及びその関連領域に関する理論的・実証的研究、諸外国の社会保障に関する研究動向、諸外国の社会保障制度改革の動向等を迅速かつ的確に収録することを目的とします。

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿の際には、この中からひとつを選択し、原稿の最初に明示してください。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等はいずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。「論文」、「研究ノート」および「動向」は独創性（分析テーマ、内容、そして手法が、すでに発表されたり知られたりしていることから容易に導き出せるものではないこと）、有用性（内容がわが国の社会保障政策のあり方に重要な問題を提起する内容を含んでいること）を基本に、おおむね以下のようなものとします。
「論文」：独創性や有用性があり、結果の信頼度が高く、かつ学術論文としての体裁も整っているもの（図表、参考文献などを含む文字数上限：16,000字）。
「研究ノート」：独創性や有用性は、「論文」には及ばないが、今後の発展が期待できる水準に達しているもの。併せて、結果の信頼度も相当に高く、学術論文としての体裁も整っているもの（同：12,000字）。
「動向」：「論文」や「研究ノート」に該当しないもので、有用性に優れ、諸外国の社会保障の動向などを政策資料、統計等をもとに的確にまとめているもの。併せて、内容の信頼度もあり、学術論文としての体裁も整っているもの（同：8,000字）。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、デジタルファイルも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」、及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

編集後記

去る平成27年1月27日に「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が策定されました。新プランに盛り込まれた点である、早期診断・早期対応のための体制整備、認知症の本人・家族の視点重視などは、今特集で取り上げた国々で先行する取り組みであり、大いに学ぶべき点と思われます。本特集が今後の我が国の認知症対策を考える上で参考となれば幸いです。

(J.T.)

編集委員長

森田 朗 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

井伊 雅子 (一橋大学教授)

落合恵美子 (京都大学教授)

加藤 淳子 (東京大学教授)

加藤 智章 (北海道大学教授)

駒村 康平 (慶應義塾大学教授)

高橋 紘士 (国際医療福祉大学教授)

廣瀬真理子 (東海大学教授)

金子 隆一 (国立社会保障・人口問題研究所・副所長)

宮田 智 (同研究所・政策研究調整官)

小野 太一 (同研究所・企画部長)

林 玲子 (同研究所・国際関係部長)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

川越 雅弘 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

阿部 彩 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

金子 能宏 (同研究所・政策研究連携担当参与)

編集幹事

竹沢 純子 (同研究所・企画部第3室長)

小島 克久 (同研究所・国際関係部第2室長)

泉田 信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

暮石 渉 (同研究所・社会保障応用分析研究部第4室長)

安藤 道人 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

海外社会保障研究 No. 190

平成27年3月25日 発行

編集 国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

Tel: 03-3595-2984

homepage: <http://www.ipss.go.jp>

印刷 株式会社 弘文社

〒272-0033 市川市市川南2丁目7番2号

Tel: 047-324-5977

ISSN 1344-3062

●本誌に掲載されている個人名による論文等の内容は、すべて執筆者の個人的見解であり、国立社会保障・人口問題研究所の見解を示すものではありません。

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Spring 2015 No. 190

Special Issue: International Comparison of National Dementia Strategy

Foreword	Hiroshi Takahashi
National Dementia Strategy in England	Atsushi Nishida
National Dementia Plans in France	Shinsuke Kondo
National Dementia Strategy in Australia	Miharu Nakanishi and Taeko Nakashima
Dementia Care National Strategy and workers of Welfare and Nursing Care in Denmark	Chikako Kumita

Book Review

Yoonseock LEE

A Comparative Study on Employment Policy for the Elderly in Japan and Korea

..... Yoshihiro Kaneko

Takashi Hisamoto

Job Assistance and Poverty in the United States..... Takenori Kinoshita
