

平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

認知症の人を介護する家族等に対する効果的な支援のあり方
に関する調査研究

報告書

平成 26 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

本調査研究の概要【要約】

◆ 調査研究の目的と概要 《第I章》

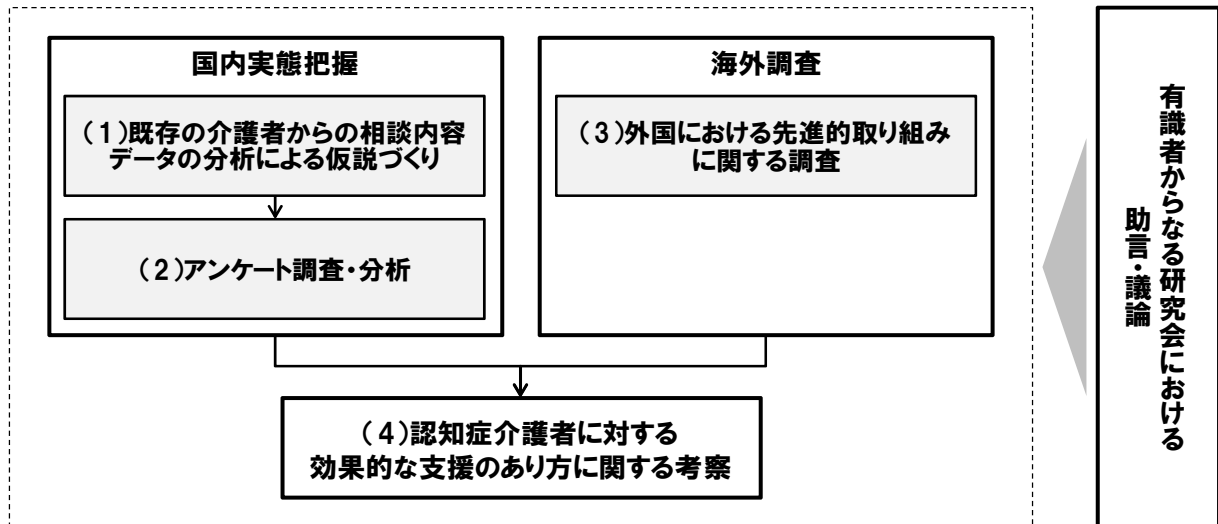
本調査研究は、介護者の負担等の現状と支援ニーズ、その中で認知症の人を介護する介護者の特徴を踏まえ、諸外国における先進的な取り組みを調査することによって、認知症の人を介護する介護者に対する効果的な介護者支援の考え方を整理することを目的として実施したものである。

調査研究は以下のとおり、3つのパートで構成される。

- ① 既存の介護者からの相談内容の分析を通じた調査仮説づくり（調査票設計） 《第二章参照》
- ② アンケートを通じた介護者の介護実態と負担に関する実態調査 《第三章参照》
- ③ 海外における先進的な取り組みに関する調査 《第四章参照》

これらの結果をもとに、有識者からなる研究会での議論を通じて、

調査研究の全体フロー



アンケート調査の概要

- 調査の主旨に賛同頂いた 11 機関(3自治体、8介護支援専門員協会等)の協力を得て調査員となって頂く介護支援専門員を選定
- 調査協力機関に所属する介護支援専門員の担当ケースの中から、在宅で介護を受ける中重度の認知症の方及びその介護者が半数程度含まれるよう、以下の条件で対象ケースの選定を行った。

【必須抽出条件】

- ①在宅にいる要介護1～要介護5の認定を受けている方
- ②認知症の方
- ③介護者と同居している方

【認知症の程度別の選定条件】(可能な範囲で加味)

- ④(介護支援専門員の判断で)認知症自立度が軽い方(I～II)、重い方(III以上)が概ね半数ずつとなるように配慮

※認知症自立度が不明・判断できない場合は、要介護度の軽い方(要介護1～2)、重い方(要介護3以上)で代替

- 調査票の回答者は、調査対象ケースとして選定した認知症高齢者の同居介護者(「介護者票」と担当ケアマネジャー(「介護支援専門員票」)
- 調査期間 : 平成25年10月～12月
- サンプル数と回収率 : 配布サンプル数 5,748件、有効回答数 2,643件(46.0%)

◆ アンケート調査研究結果の考察 《第Ⅲ章》

調査のねらいどおり、認知症の程度が軽度（Ⅰ～Ⅱ）と重度（Ⅲ以上）がおおむね半々（P33）となるデータの収集ができた。このため、回答は中重度介護者の意見が多く含まれ、介護者全体を代表する形とはなっていないことに留意が必要である。

研究会等での議論において、以下のような結果を見る際に留意が必要な点や調査結果の考察がなされ、今後の介護者支援の課題の糸口が明らかになってきた。

（介護者の負担感について）

- 介護者自身は自らの介護負担を「世間並みの負担だと思う」人が4割近くを占めたが、「非常に負担」「まあまあ負担」を足し合わせると45%に上った（P74）。しかし、主介護者の負担に関するケアマネジャーからみた評価は、選択肢が異なるため単純な比較は難しいが、「非常に負担」が約38%、「まあまあ負担」が53%と、ケアマネジャーからみた負担感よりも自己評価の負担感の方が低い傾向が見られた。このことから、負担に対する耐性が高い介護者の場合に在宅生活が維持できている可能性が示唆された。
- 特に、「介護を代わってもらえる人はいない」とする人が約3割見られたことは、介護者支援の必要性の高さを示す結果と言える。
- クロス分析の結果を見ても、介護者の負担感は、多くの設問と相関を示しており、特定の事象が負担感をもたらすのではなく、多様な要素が複合的に影響しあって負担感を構成していることがうかがわれた。

（介護者に対する理解について）

- 介護者の負担について、家族・親族や医療・介護等の専門職からは8割方、友人や近所の人等からは7割方、理解が得られているという結果となったが、認知症のために判断できないケースが含まれているとは推察されるが、ご本人から理解が得られている割合が最も低く、4割程度にとどまった（P62）。

（情報提供等について）

- 介護者自身は、認知症等に関する説明を受け「理解した」「まあまあ理解した」と回答している割合が高い（P68）が、専門職による説明等に対するケアマネジャーの評価を見ると説明が「良くなかった」「あまり良くなかった」「説明なし」の割合も15～25%程度見られる（P72）ことから、この回答は、理解した「つもり」でしかない可能性もあり、回答をそのまま鵜呑みにはできない面がある。
- 情報の役立ち度に関する設問では、介護保険サービス以外は、一定程度「情報提供を受けていない」という回答が見られており（P69）、課題が大きい領域と考えられる。

（サービス利用とニーズ・アセスメントについて）

- 介護保険サービスの利用は「通所介護」が突出して高く、次いで「短期入所」となっている（P52）。認知症が重度になると、区分支給限度額が不足するという指摘もあるが、要介護度が高まるにつれ、区分支給限度額に占める利用割合や区分支給限度額を超えて利用している割合が高まる傾向が見られたものの、区分支給限度額を超えて利用している割合は最も高い要介護5でも12%程度という結果（P54）となった。
- 介護保険外のサービスは、「おむつ購入費等に対する助成」以外は利用が少なく数%程度にとどまっている上、1/3の人は「特になし」と回答している（P57）。認知症カフェやサロンといったピアサポート、仲間作りを意図したサービスは、介護者支援に対し有効性が高いと言われているが、利用は3%程度にとどまっている。利用したことがないため、「役立たない」という回答につながっている恐れがある。
- 7割超のケースでBPSDの原因把握ができていないと回答されている（P38）が、「BPSDは見られない」は約3割であることを考えると、正しく分析して原因をつきとめられているケースは半分程度で、残り半分は表面的に生じている問題から原因を憶測することとどまっている可能性がある。上述の介護サービスの選択も、適切なアセスメントやニーズ分析に基づいたケアプランが立てられているかという点に関して注意を要する。
- 利用者が何か相談する際には、ケアマネジャーが圧倒的に多く、次いで家族・親族となっている（P66）。ケアマネジャーは、一次相談窓口として頼りにされている状況にあることから、ケアマネジャーは介護者支援のキーパーソンと言える。

(医師との関わり等について)

- 病院の医師のみが関わっているケースが4割程度あった (P42) が、このようなケースでは、直接本人の生活実態を見ることなく、家族やケアマネジャーが伝えた情報のみから診断等を下さねばならず、家族やケアマネジャーの理解度や表現力等によっては正確な情報が伝わっていないまま、診断を行っている可能性がある。
- 認知症の確定診断を受けていない人が3割近く見られた (P36) こととともに、診断名として「アルツハイマー病」が7割以上を占めた (P36) ことも、必ずしも正しい診断がついておらず、認知症であることから「アルツハイマー」として診断してしまっているケースが含まれているのではないかと推察され、注意を要する点と言える。

(介護者の仕事・働き方について)

- 介護者のうち、4割弱の人が何らか働いているが、このうち、フルタイムと想定される働き方は自営8.8%、正規職員7.2%である (P26)。
- 一方、仕事をしている人の週当たり平均労働時間が35時間以上がおおむね半数、40時間以上でみても25%を占める状態にある (P26)。
- 介護のために「仕事を辞めた」が2割超、「勤務形態等を変更した」が1割超、「転職した」が数%と、実際に仕事や働き方を変えた経験のある人が介護者全体の約1/3にのぼった (P27)。
- これらから、雇用形態に限らず、比較的長時間働いている介護者が多い一方で、介護休暇等が保障される働き方をしている人は働いている人の4割程度にとどまり、その結果として退職や転職等につながっている恐れがあると推察される。

◆ 海外調査からの示唆 《第IV章》

海外主要国での取り組みに関する調査からは、以下のような点が示唆として得られた。

- 介護者の存在を認識し、支援対象として位置づけること、その責任主体を明確化することが必要。日本においても、介護者の権利と、それに対する支援義務を明確に位置づける必要があるのではないかと。
- 介護者からの相談を初めて受けた段階で、適切な状況把握や介護者のニーズ・アセスメントが行われることが重要である。
- 相談を受けた後は、サービス提供者を紹介するだけでなく、ニーズ・アセスメントの結果を適切に分析して、必要な支援を具体化した後に、適切にサービスが提供される状態まで調整することが必要である。この「分析力」が介護者支援のカギとなっている。
- 介護者支援に関しては、自治体が一義的な責任を持ちつつも、アルツハイマー協会等、認知症に関する情報やノウハウを有する民間非営利団体の力を借りて行われていることが多いことから、既存の資源を有効に活かす視点が重要である。

◆ 研究会で議論された今後の課題・方策仮説

研究会では、今後、日本における認知症の方を介護する介護者への効果的な支援の実現のための課題や方策仮説として、大きく以下の3点について議論が行われた。

- ①介護者支援の位置づけを明確にし、責任主体を定めること
- ②介護者の相談内容を集積・分析して、方策検討に活用すること
- ③現場における相談・支援体制の構築に関すること

〈介護者支援の位置づけ〉

- 認知症の人の介護者に限らず介護者への支援は、要介護者本人のQOLを高める観点からも重要であり、日本においても諸外国同様、介護者支援の必要性・重要性を法的に明確に位置づける必要があるのではないか。
- また、介護者の権利と、その支援の義務を有し、中核的な役割を果たす主体を明確に位置づける必要があり、日本の場合は、地方自治体はその担い手としてふさわしいのではないかと。

〈介護者の相談内容の集約・分析と方策検討への活用〉

- 相談内容や対応を記録に残してデータベース化し、その分析を通じて方策を検討すること、分析結果を介護者支援を担う現場機関に適切に情報提供することが必要ではないか。
 - － 例えば、ピアサポートは、介護現場からみると効果があり、意義が高いと思われるが、まだまだその価値が介護者にもケアマネジャーにも十分に理解されていないのではないかと。
- 認知症介護に関しては、ケース単位での研究の蓄積が、今後まだまだ必要である。その際、成功ケースだけでなく、失敗ケースからも多くの示唆が得られるはずであり、ケース分析を通じた人材育成、ロールモデルづくり等も重要なのではないかと。

〈現場における相談・支援体制の構築〉

- 初めての相談への対応を担う主体と、サービス利用や支援を始めた後、状況や状態像の変化に応じて、介護者と“伴走”しながら支援を行う主体とは、分けて位置づける必要があるのではないかと。
- 介護者支援の拠点を明確にし、アクセスしやすい環境をつくることも重要である。諸外国のように、介護者支援センター等を新たに設けるという方法もあるが、既存の資源を生かして、機能を追加する方が効率的かつ効果的ではないかと（場・機関等として議論するのではなく、必要な機能を議論した上で、既存の機関に役割を付与するアプローチで検討されるべき）。

〈初めての相談～アセスメント～ニーズと課題の分析等の機能の整備〉

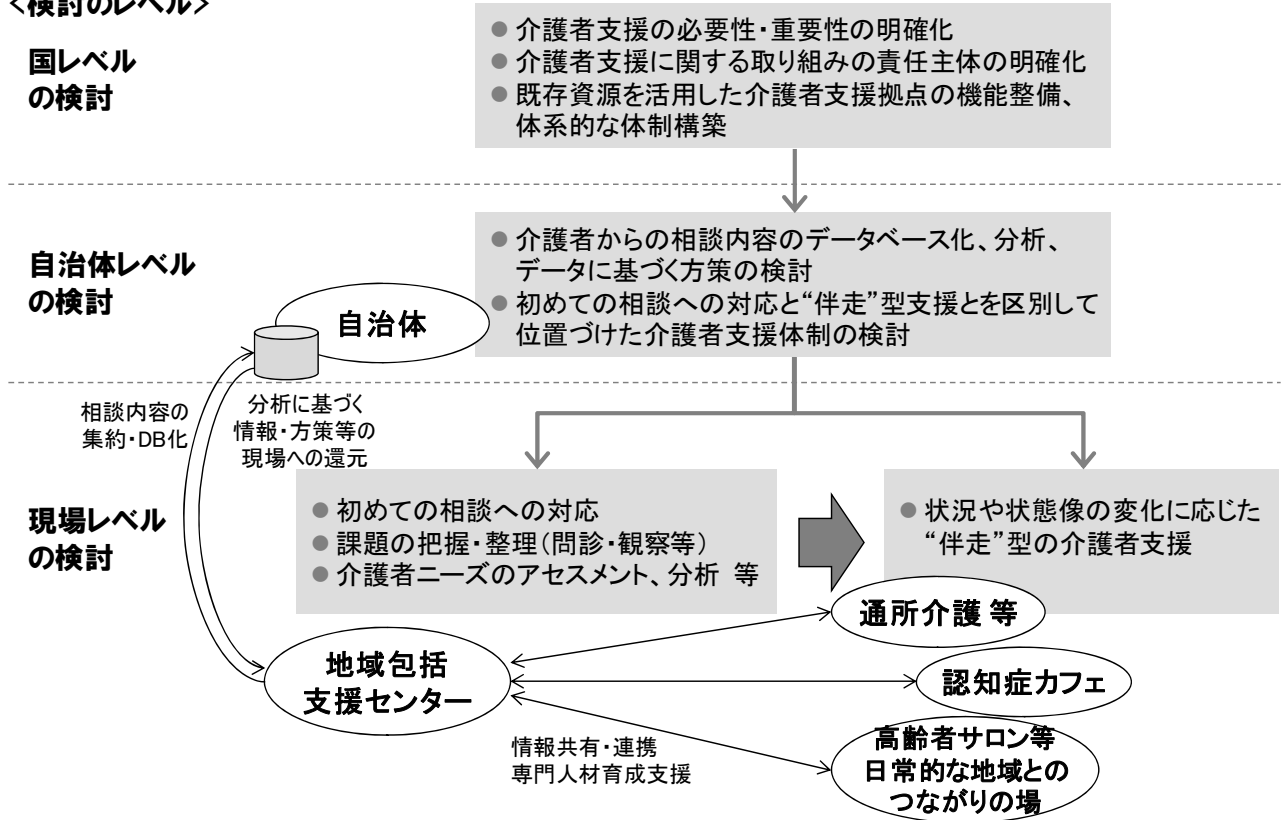
- － 相談を初めて受けたときの情報提供の仕方には、まだまだ工夫・努力の余地があるのではないかと。
- － 初めての相談への対応と、その時点での課題の把握・整理（問診・観察等）と介護者ニーズの分析といった一連の介護者ニーズ・アセスメントは、地域包括支援センターをはじめ、地域に根付いて活動している専門職や認知症施策に携わる人材が、担い手として期待できるのではないかと。

〈“伴走”型の介護者支援機能の整備〉

- － “伴走”型の介護者支援の担い手としては、実態として認知症の人の利用が多い通所介護等を拠点とする方法も考えられるのではないかと。
- － 拠点の名称に関わらず、認知症の人やその介護者が立寄り、相談ができ、ピアサポートの受け皿等の機能を有する拠点（認知症カフェや高齢者サロン等）の整備と認知度の向上が必要ではないかと。この拠点は、認知症の人と介護者のみならず、あらゆる地域住民が自由に訪れ交流できる場にする工夫が望ましいのではないかと。

介護者支援を取り巻く今後の課題

<検討のレベル>



目次

本調査研究の概要【要約】

I. 調査研究の目的と方法	1
1. 調査研究の背景と目的	1
2. 調査研究の方法	2
II. 既存データ分析による仮説づくり（アンケート調査設計）	5
1. 分析対象データの概要	5
2. 一次分析	6
3. 二次分析	10
4. アンケート調査票の設問構造	14
5. 調査方法等の設計	16
III. 介護者に関する実態（アンケート調査結果）	17
0. 回答者属性	17
1) 回答ケアマネジャーの属性	
2) 回答介護者の属性	
1. ご本人(被介護者)の状態像	31
1) 性・年齢	
2) 状態像	
3) 認知症の状態像	
4) 受療状況	
5) ご本人の社会との交流状況	
2. ご本人(被介護者)が受けている介護の状況	50
1) 日常生活行為の遂行能力と実行状況	
2) 介護サービス等の利用状況	
3) 施設入所希望	
3. 介護者による介護の状況	60
1) 介護の状況	
2) 周囲の理解・支援	
3) 認知症等に関する説明の状況	
4. 介護者の負担感	74
1) 介護者の負担感	
2) 負担に感じている内容	
3) 負担内容に関する分析（ZARIT8）	
5. 介護者の負担感に影響を与える要素（クロス集計結果より）	82

IV. 海外主要国における認知症高齢者・介護者支援の取り組み **90**

1. 調査の概要	90
1) 調査対象	
2) 調査項目	
2. 介護保険制度の概要	92
3. 認知症国家戦略等の概要	94
4. 介護者法・介護者支援等の概要	96
5. 介護者向けの主な施策	98

【 付属資料 】

I. アンケート調査票

○介護者票

○介護支援専門員票

II. 海外主要国における認知症高齢者・介護者支援の取り組み

1. オーストラリア

2. イングランド

3. オランダ

《参考》アメリカ（アルツハイマー協会ニューヨーク支部の取り組み）

【 別冊資料 】 ※以下の資料は、(株)野村総合研究所のホームページからダウンロード可能です

1. アンケート単純集計結果表

2. アンケートクロス集計結果表

I. 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

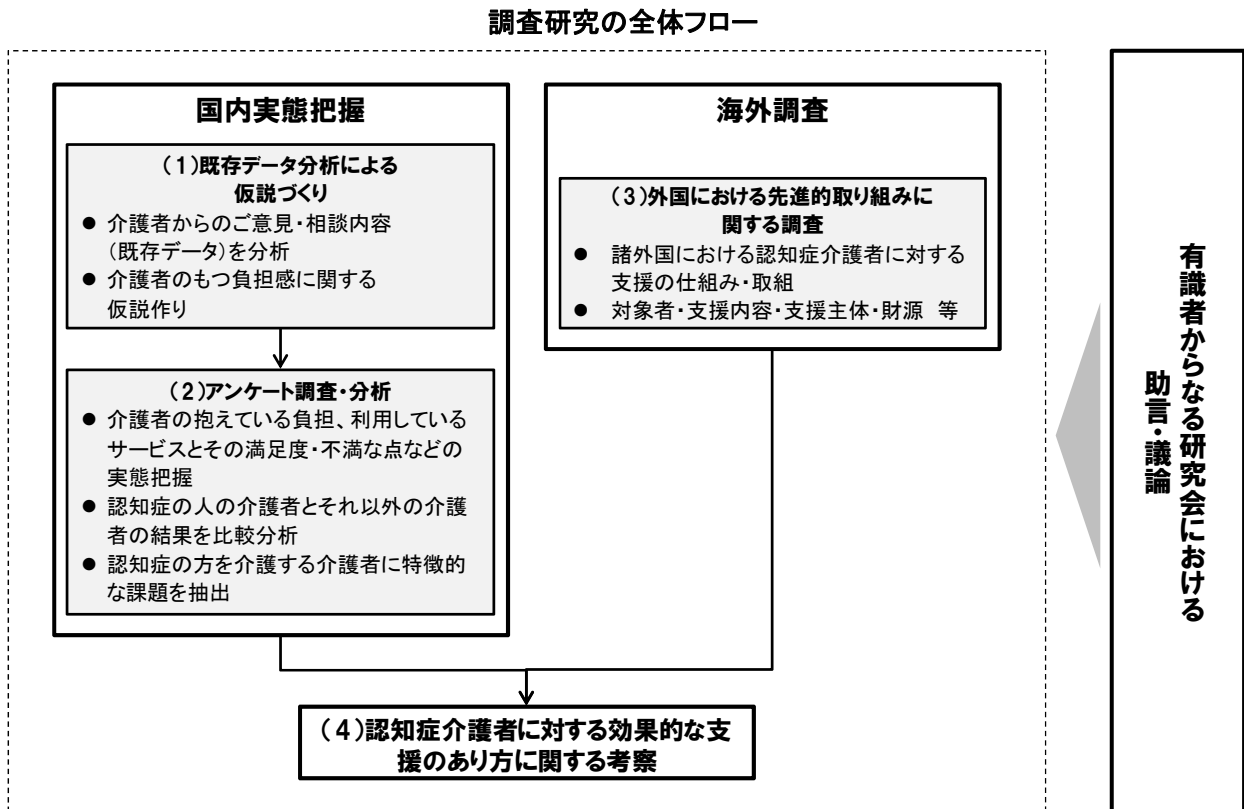
今後、高齢化が著しく進む我が国において、認知症になっても尊厳ある生活を住み慣れた地域でおくことは、ますます重要となる。その実現に向けて、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」では、認知症の治療の標準化や早期発見・適切な治療等と共に、家族などの介護者への支援を重要な施策として位置づけている。介護者にとって心身の負担となっており、その負担の軽減を軽減する観点のほか、認知症の人への介護の内容や介護者との関係は、認知症の人の状態に影響を与えることが知られていることから、認知症の重度化予防等の観点からも、介護者に対する効果的な支援が必要とされている。

諸外国では、地域で認知症の人および介護者を支援する仕組みが確立している例がある。一方、我が国における介護者支援は自治体ごとに実施されているものの、その取り組み内容や効果にはバラツキがある。また、家族に対する支援や教育は、介護事業者の主たる仕事と位置づかず、十分に効果的な支援・教育が行われていない。我が国でも介護者に対する効果的な支援を早期に確立することが必要である。

そこで、本調査研究では、介護者の負担等の現状と支援ニーズ、その中で認知症介護者の特徴を踏まえ、諸外国における先進的な取り組みを調査することによって、認知症介護者に対する効果的な介護者支援の考え方を整理することを目的とする。

2. 調査研究の方法

本調査研究は、大きく国内実態調査と海外調査で構成される。以下の調査研究の全体フローに示すとおり、国内調査、海外調査を実施し、それらから得られた示唆をもとに、認知症介護者に関する検討（考察）をとりまとめた。



(1) 既存データ分析による仮説づくり(アンケート調査設計)

自治体に寄せられている介護者からのご意見・相談内容（既存データ）を分析し、介護者のもつ負担感について仮説づくりを行った。

(2) アンケート調査・分析

仮説をもとに調査票を設計し、介護者の感じている負担や問題点、既存サービスに欠けている点などの実態を把握するアンケート調査を実施した。認知症の人の介護者を調査対象とし、特に認知症介護者が抱える課題を抽出した。

(3) 外国における先進的取り組みに関する調査

諸外国における認知症の人やその家族に対する支援施策等を把握し、わが国での支援のあり方の参考とするため、オーストラリア、イギリス、オランダの3カ国を対象に、文献・WEBサーベイによる調査を実施した。また、参考国として、一部アメリカの取り組みについても把握・整理した。

(4) 認知症介護者に対する効果的な支援のあり方に関する検討

これらの調査の結果から、先進的支援策の日本における課題に対する適合性、また日本で導入する場合の留意点について検討し、日本の認知症介護者に対する効果的な支援のあり方を取りまとめた。

また、当該分野に精通した有識者5名程度から構成される研究会を設置し、調査票設計及び調査結果の解釈、調査結果を踏まえた望ましい介護者支援策を検討するにあたっては、研究会での議論を踏まえて調査研究を進めた。

認知症の人を介護する家族等に対する効果的な支援のあり方に関する研究会 委員名簿

<委員>

(50音順)

- 稲垣 康次 富士宮市 保健福祉部 福祉総合相談課 主任主査
- 川越 雅弘 国立社会保障・人口問題研究所 企画部 第一室長
- 進藤 由美 認知症介護研究・研修東京センター 研究主幹
- 堀田 聡子 労働政策研究・研修機構 人材育成部門 研究員
- 水村 美穂子 青梅市 地域包括支援センターすえひろ 主任介護支援専門員

<研究協力(オブザーバー)>

- 翁川 純尚 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・高齢者虐待防止対策推進室
課長補佐
- 石津 友恵 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・高齢者虐待防止対策推進室

<開催日程及び議題>

第1回	2013年8月5日(月) 19:00~21:00 株式会社野村総合研究所 丸の内総合センター会議室11	<ul style="list-style-type: none"> ○調査研究の概要について ○アンケート調査の実施方法について (ディスカッション) ○アンケート調査項目について <ul style="list-style-type: none"> ・富士宮市データ分析結果について ・調査票(素案)について(ディスカッション)
第2回	2014年2月21日(金) 18:30~21:00 株式会社野村総合研究所 丸の内総合センター会議室11	<ul style="list-style-type: none"> ○アンケート調査結果について ○今後の日本における介護者支援の課題・あり方について <ul style="list-style-type: none"> ・海外主要国における認知症高齢者・介護者支援のご紹介 ・ディスカッション ○報告書のとりまとめについて

Ⅱ. 既存データ分析による仮説づくり（アンケート調査設計）

アンケート調査票の設計に先立ち、介護者が抱えている不安や負担感の概要を把握するため、静岡県富士宮市の福祉総合相談課に寄せられた相談に関するデータ提供を得て、集計・分析を行った。

一次分析として、認知症の人に関する情報や、相談種別・支援内容を集計した。また、二次分析として、テキストデータである、「相談内容および市による対処の内容」を用いて分析を行い、介護者の持つ課題の抽出を試みた。

1. 分析対象データの概要

分析対象データの詳細は以下のとおりである。

（富士宮市データ詳細）

○期間

2007年～2013年5月

○対象（以下のすべてを満たすもの）

- ・被介護者が認知症のケース
- ・家族・親族から相談を受けたケース

○相談総件数

893件

○主な項目

- ・被介護者に関する情報（相談時に把握できた情報のみ）
 - －性別
 - －年齢
 - －要介護度
 - －寝たきり度
 - －認知症自立度
- ・相談内容に関する情報
 - －相談内容および市による対処の内容（テキストデータ）
 - －相談種別（富士宮市による11分類）
 - －支援内容（富士宮市による12分類）

2. 一次分析

まず、一次分析として、分析対象データの相談形態、被介護者の属性や状態像を確認した上で、相談内容及び支援内容の分布を確認した。

1) 相談の形態

認知症の人の家族・親族による相談形態は、「来所」が約半数、「電話」が4割弱を占め、「相談員による訪問」は1割程度であった。

相談の形態

	件数	割合
来所	448	50.2%
電話	334	37.4%
訪問	104	11.6%
その他	7	0.8%
計	893	100.0%

2) 被介護者の属性

被介護者は、性別で見ると、「女性」が約2/3を占め、「男性」より2倍近く多かった。

また、被介護者の年齢は、相談時に把握できた情報のみデータ化されているため、「不明」の場合が多かった。

被介護者の性別

	件数	割合	割合(除不明)
男性	304	34.0%	34.2%
女性	584	65.4%	65.8%
不明	5	0.6%	-
計	893	100.0%	100.0%

被介護者の年齢

	件数	割合	割合(除不明)
40歳未満	1	0.1%	1.2%
40～49歳	1	0.1%	1.2%
50～59歳	2	0.2%	2.5%
60～64歳	1	0.1%	1.2%
65～69歳	5	0.6%	6.2%
70～74歳	8	0.9%	9.9%
75～79歳	15	1.7%	18.5%
80～84歳	25	2.8%	30.9%
85～89歳	16	1.8%	19.8%
90歳以上	7	0.8%	8.6%
不明	812	90.9%	-
計	893	100.0%	100.0%

3)被介護者の状態像

被介護者の状態像は、必ずしも相談時に把握できておらず、「不明」が多かった。

(認知症の有無については、これとは別に確認を行い、フラグを立ててデータ化しているため、二次分析は認知症がある人のみを対象に行っている。)

被介護者の要介護度

	件数	割合	割合(除不明)
要介護1	10	1.1%	30.3%
要介護2	4	0.4%	12.1%
要介護3	4	0.4%	12.1%
要介護4	3	0.3%	9.1%
要介護5	6	0.7%	18.2%
要支援1	4	0.4%	12.1%
要支援2	2	0.2%	6.1%
不明	860	96.3%	-
総計	893	100.0%	100.0%

被介護者の寝たきり度

	件数	割合	割合(除不明)
J1	3	0.3%	9.1%
J2	9	1.0%	27.3%
A1	7	0.8%	21.2%
A2	4	0.4%	12.1%
B1	2	0.2%	6.1%
B2	5	0.6%	15.2%
C2	3	0.3%	9.1%
不明	860	96.3%	-
計	893	100.0%	100.0%

被介護者の認知症自立度

	件数	割合	割合(除不明)
自立	4	0.4%	12.1%
I	4	0.4%	12.1%
Ⅱa	4	0.4%	12.1%
Ⅱb	10	1.1%	30.3%
Ⅲa	7	0.8%	21.2%
Ⅲb	1	0.1%	3.0%
Ⅳ	3	0.3%	9.1%
不明	860	96.3%	-
計	893	100.0%	100.0%

4) 相談内容・支援内容

相談内容については、富士宮市が11種類に分類を行っており、その中では「介護保険」に関するものが最も多く、全体の4割超を占め、次いで、「一般高齢者」が3割弱、「成年後見制度」が約15%を占めた。特に、認知症がある方を対象に集計を行っているため、介護の必要性を感じた家族・親族が、「どうしたら介護保険を利用できるか」等を相談しているケースが多く含まれる。

同様に、相談内容に対する市の対応を「支援内容」として12種類に分類しており、最も多かったのが「制度利用支援」で約4割、次いで「介護保険サービス情報の提供」と「制度説明」がそれぞれ1割強を占めた。

相談内容と支援内容でクロスをとると、次ページの図表のような分布となった。介護保険に関する問い合わせに対して、制度利用支援を行なっているものが152件（相談全体に対する17%、介護保険に関する相談に対する41%）と最も多かった。

以上のように、本データは、介護保険を受給する前の認知症の人のケースが多いことを念頭において見る必要がある。

相談内容

	件数	割合
介護保険	371	41.5%
一般高齢者	254	28.4%
成年後見制度	138	15.5%
介護予防	39	4.4%
医療健康相談	31	3.5%
虐待	34	3.8%
経済的問題	10	1.1%
身体障害	2	0.2%
精神障害	8	0.9%
他権利擁護	3	0.3%
その他	3	0.3%
計	893	100.0%

支援内容

	件数	割合
制度利用支援	356	39.9%
介護保険サービス情報の提供	106	11.9%
制度説明	97	10.9%
悩み相談	64	7.2%
医療機関紹介	29	3.2%
関係機関との連携	17	1.9%
他機関・他部署の紹介	8	0.9%
連絡調整会議開催	2	0.2%
関係機関への支援	1	0.1%
その他情報提供	76	8.5%
継続支援を必要とするケース	136	15.2%
その他	1	0.1%
計	893	100.0%

相談内容と支援内容とのクロス集計

(上段：件，中段：横計に対する割合，下段：全体 893 件に対する割合)

	計	制度利用支援	介護保険サービス情報の提供	制度説明	悩み相談	医療機関紹介	関係機関との連携	他機関・他部署の紹介	連絡調整会議開催	関係機関への支援	その他情報提供	継続支援を必要とするケース	その他
計	893 100.0% 100.0%	356 39.9% 39.9%	106 11.9% 11.9%	97 10.9% 10.9%	64 7.2% 7.2%	29 3.2% 3.2%	17 1.9% 1.9%	8 0.9% 0.9%	2 0.2% 0.2%	1 0.1% 0.1%	76 8.5% 8.5%	136 15.2% 15.2%	1 0.1% 0.1%
介護保険	371 100.0% 41.5%	152 41.0% 17.0%	70 18.9% 7.8%	22 5.9% 2.5%	30 8.1% 3.4%	2 0.5% 0.2%	8 2.2% 0.9%	2 0.5% 0.2%	1 0.3% 0.1%	0 0.0% 0.0%	14 3.8% 1.6%	69 18.6% 7.7%	1 0.3% 0.1%
一般高齢者	254 100.0% 28.4%	99 39.0% 11.1%	29 11.4% 3.2%	19 7.5% 2.1%	21 8.3% 2.4%	14 5.5% 1.6%	6 2.4% 0.7%	5 2.0% 0.6%	1 0.4% 0.1%	1 0.4% 0.1%	40 15.7% 4.5%	19 7.5% 2.1%	0 0.0% 0.0%
成年後見制度	138 100.0% 15.5%	69 50.0% 7.7%	0 0.0% 0.0%	47 34.1% 5.3%	1 0.7% 0.1%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	5 3.6% 0.6%	16 11.6% 1.8%	0 0.0% 0.0%
介護予防	39 100.0% 4.4%	21 53.8% 2.4%	6 15.4% 0.7%	3 7.7% 0.3%	5 12.8% 0.6%	1 2.6% 0.1%	1 2.6% 0.1%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	2 5.1% 0.2%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%
医療健康相談	31 100.0% 3.5%	6 19.4% 0.7%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	2 6.5% 0.2%	10 32.3% 1.1%	1 3.2% 0.1%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	12 38.7% 1.3%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%
虐待	34 100.0% 3.8%	1 2.9% 0.1%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	1 2.9% 0.1%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	2 5.9% 0.2%	30 88.2% 3.4%	0 0.0% 0.0%
経済的問題	10 100.0% 1.1%	6 60.0% 0.7%	0 0.0% 0.0%	3 30.0% 0.3%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	1 10.0% 0.1%	0 0.0% 0.0%
身体障害	2 100.0% 0.2%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	2 100.0% 0.2%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%
精神障害	8 100.0% 0.9%	1 12.5% 0.1%	0 0.0% 0.0%	2 25.0% 0.2%	2 25.0% 0.2%	2 25.0% 0.2%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	1 12.5% 0.1%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%
他権利擁護	3 100.0% 0.3%	1 33.3% 0.1%	0 0.0% 0.0%	1 33.3% 0.1%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	1 33.3% 0.1%	0 0.0% 0.0%
その他	3 100.0% 0.3%	0 0.0% 0.0%	1 33.3% 0.1%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	1 33.3% 0.1%	1 33.3% 0.1%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%	0 0.0% 0.0%

3. 二次分析

二次分析では、さらに、相談内容の詳細データを読み込み、生じている認知症の症状、介護者の状況、介護者の困っていること・悩んでいることの内容、介護者の悩み・不満の対象等について整理・分析を行った。

1) 二次分析のためのデータ抽出

まず、分析準備作業として、「相談内容および市による対処の内容」を閲覧し、相談ではない報告・連絡を除外し、657件を二次分析対象として抽出した。

次に、「相談内容および市による対処の内容」(テキストデータ)から、①認知症の「中核症状」、「周辺症状」、②介護者の困っていること・悩んでいること、③介護者の悩み・不満の対象を抽出し、類型化してその内容を整理・分析した。

○二次分析対象件数

657件

○分析項目

・相談内容に関する情報

－相談内容および市による対処の内容(テキストデータ)

①認知症の「中核症状」「周辺症状」

②介護者の困っていること・悩んでいること

③介護者の悩み・不満の対象

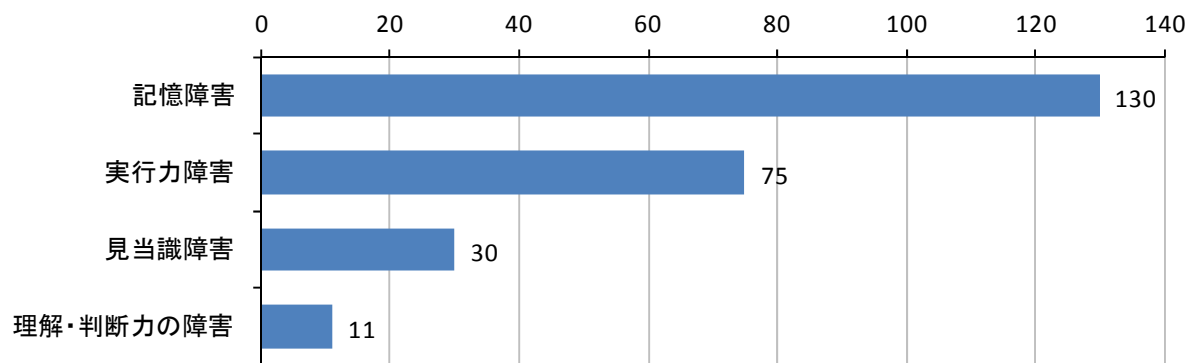
2) 二次分析結果

相談内容からうかがえる認知症の中核症状のうち、最も多いのは「記憶障害」で 140 件の相談で言及されていた。

また、認知症の周辺症状では、「妄想」、「介護拒否」、「徘徊」等に言及した相談が多く見られた。

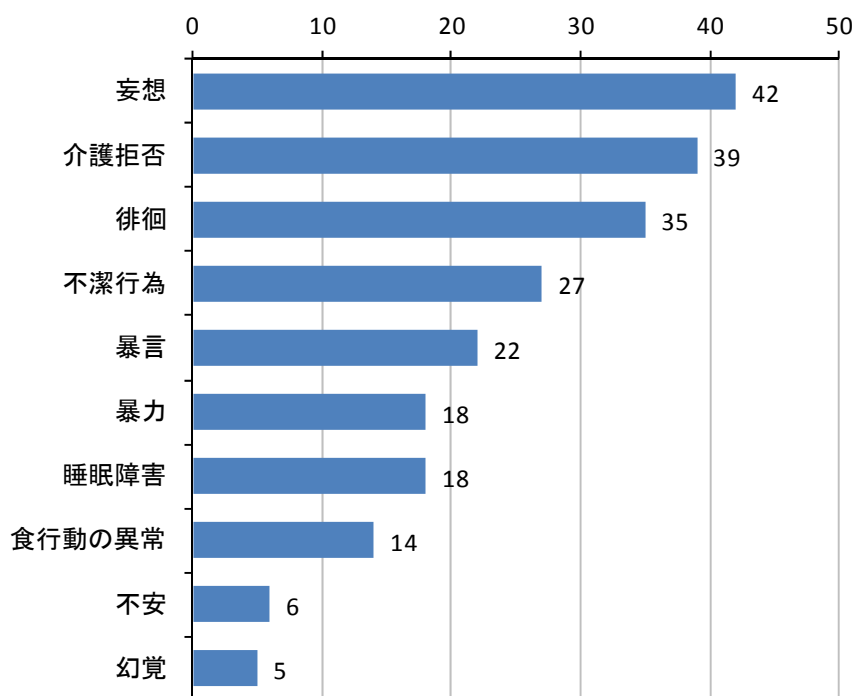
認知症の中核症状

(単位：件)



認知症の周辺症状

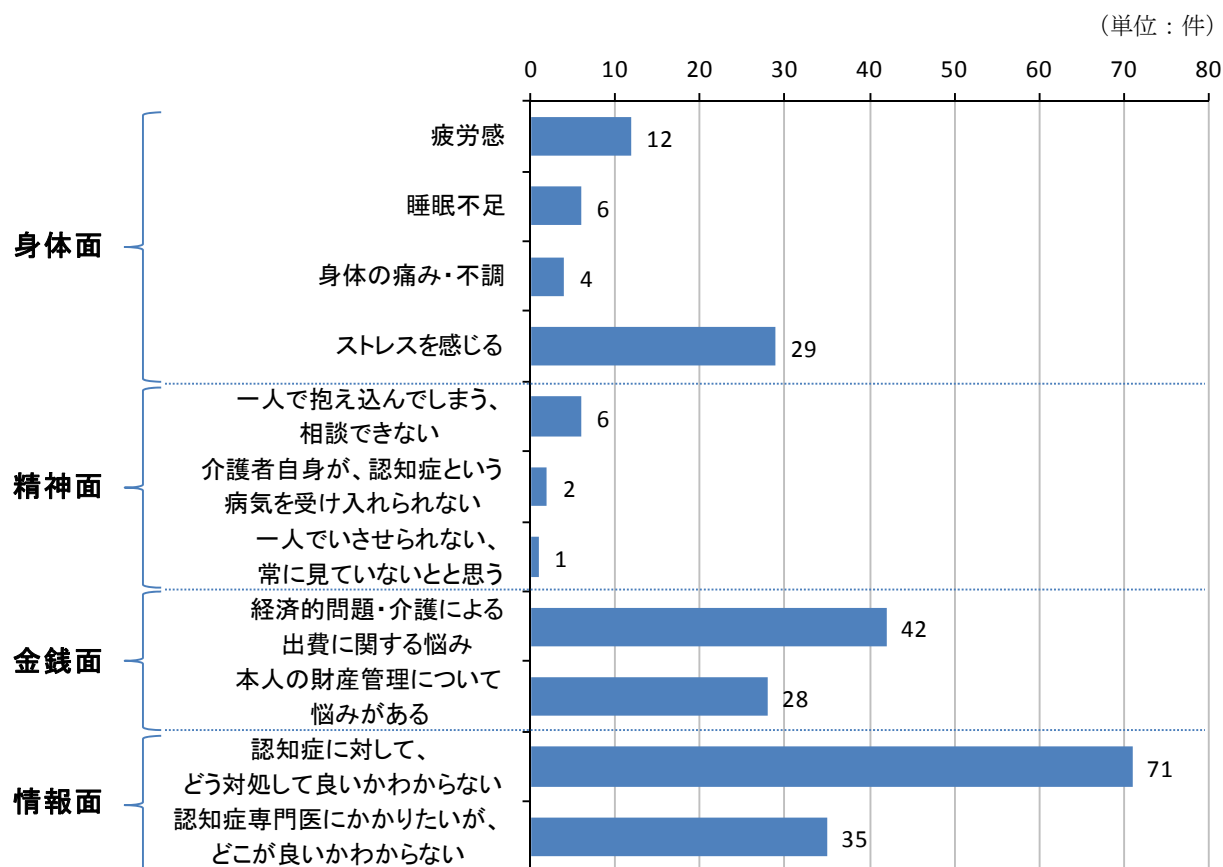
(単位：件)



次に、相談内容からうかがえる介護者の悩んでいることを抽出し、その内容を「身体面」「精神面」「経済・金銭面」「情報面」に分類した。

本データでは、介護保険サービスを受ける前の介護者からの相談が多く、専門職への相談に至っていない一次相談が中心であるため、「認知症に対してどう対処したらいいかわからず困っている」というような情報面での相談事項が最も多く、次いで、「経済的課題・介護による出費に関する悩み」、「ストレスを感じる」、「本人の財産管理について悩みがある」の順となった。

介護者の困っていること・悩んでいること

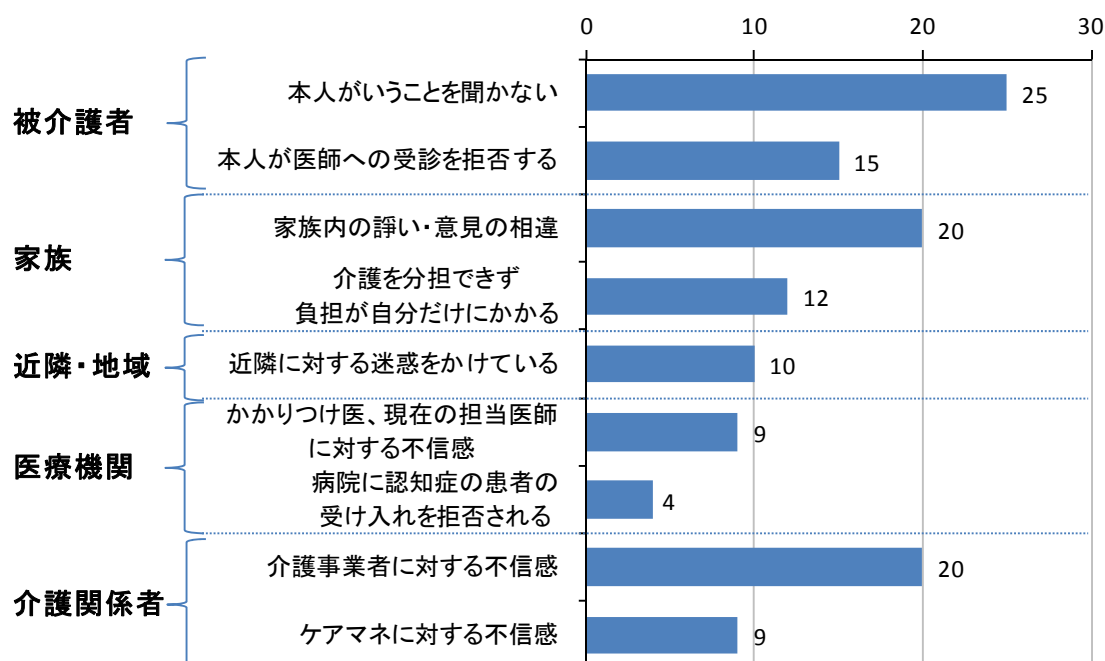


次に、相談内容から介護者の悩みや不満が、誰に対するものかという観点から分類し、その傾向を分析した。

「本人が言うことを聞かない」、「本人が医師への受診を拒否する」といった認知症の人（被介護者）に対する悩み・不満が最も多く見られた。同時に、「家族内の諍い・意見の相違」や「介護事業者に対する不信感」など、介護者とともに介護を担う家族や介護事業者が悩み・不満の対象となっている場合も多く見られた。

介護者の悩み・不満の対象

(単位：件)



3) 分析から得られた調査票設計への示唆

相談件数は、認知症の周辺症状によって大きく異なることから、どのような周辺症状が表れるかが、介護者にかかる負担感に影響を与えていると考えられる。また、困っていること・悩んでいることの内容や悩み・不満の対象から、認知症への対処法を知らないことによる不安や、家族や介護関係者など支援者との関係性も、介護者の負担感に影響を与えていることが推測された。

4. アンケート調査票の設問構造

先行研究や既存データ分析の結果を踏まえ、介護者の負担感が何によってもたらされるかを分析できる調査票とするため、その要因を Morycz*により設定された「A被介護者に関する要因」、「B介護者に関する要因」、「C環境に関する要因」に分解し、以下の図表のような相互関係を想定した設問構造とした。

※**介護負担という概念**は、Zarit（1980）により初めて提唱され、「親族を介護した結果、介護者の情緒的、身体的健康、社会生活および経済的状态に関して被った苦痛の程度」と定義された。また、介護者の負担感の要因は、Morycz（1985）によって、①高齢者（被介護者）に関する要因（属性・症状等）②介護者に関する要因（属性・態度等）、③環境に関する要因（利用するサービス、支援者等）に分類されている。

介護者の負担感に関しては、既存データ分析において、介護者が自覚していない可能性が示唆されたため、既に手法として介護負担感把握の妥当性が確認され、先行研究でも頻度高く使用されている Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版（J-ZBI_8）を用いるとともに、介護者自身による負担感のほか、ケアマネジャーからみた負担感も把握することで、相互検証が行えるよう工夫した。

また、A～Cの介護の負担感に影響を与える要因仮説に関しては、介護者自身が回答すべき（もしくは介護者自身でなければ回答できない）主観的な項目や日頃の家庭での介護の状況等に関する項目と、認知症自立度や認知症の症状、利用しているサービス等、客観的な情報で、専門的知識がある人が回答する方が適切に回答できる項目とに区分し、「介護者票」と「介護支援専門員票」の2つに分けて調査を実施することとした。

このような工夫を行うことで、各ケースに関する多面的な情報を、より正確に、また、回答者の負担少なく把握できるものと考えられる。

アンケート調査票の設問構造

B 介護者に関する要因

B-1 介護者の属性

- ・性・年齢 ・被介護者との続き柄
- ・同居人数・年数
- ・健康状態 ・被介護者との関係性
- ・仕事の状態 ・社会生活の状況

B-2 介護実態

- ・日常生活行為の実行状況
- ・介護期間 ・1日平均介護時間
- ・担っている介護・支援の内容

B-3 理解度

- ・認知症に対する説明有無・理解度
- ・情報提供の役立ち度
- ・説明・支援の良し悪し
(ケアマネジャーによる評価)

A 被介護者に関する要因

A-1 介護対象者の属性

- ・性・年齢 ・寝たきり度 ・要介護度
- ・初回認定年月 ・疾患 ・通院頻度
- ・栄養/摂食、排泄、睡眠障害
- ・日常生活行為の遂行能力

A-2 認知症の状態・症状

- ・認知症自立度 ・発症時期 ・確定診断有無
- ・診断名 ・中核症状 ・周辺症状
- ・認知症薬の有無・飲み忘れ

介護者の負担感

- ・介護者自身が感じる負担感
- ・ケアマネジャーからみた
主介護者の負担
- ・負担に感じる内容
→ Zarit8を用いた評価

C 環境に関する要因

C-1 ケアマネジャーの属性

- ・保有資格 ・経験年数
- ・主任介護支援専門員資格の有無
- ・担当利用者数、うち認知症者数

C-2 利用サービス

- ・介護保険サービスの利用状況
- ・保険外サービスの利用状況
- ・施設入所希望

C-3 支援者

- ・介護者の負担に関する周囲の理解
- ・介護者の相談相手
- ・介護の代替者

介護者票の項目 : B-1, B-2, B-3, C-3, 介護者自身が感じる負担感

介護支援専門員票の項目 : A-1, A-2, C-1, C-2, ケアマネジャーからみた主介護者の負担

5. 調査方法等の設計

アンケートの実施にあたっては、以下のような形で調査設計を行った。

(1) 調査協力機関

- 本調査の主旨に賛同頂いた 11 機関(3自治体、8介護支援専門員協会等)の協力を得て、調査員となって頂く介護支援専門員の選定、協力依頼等を行った。

【調査協力機関】(北から順に掲載)

〈自治体〉

- ・前橋市
- ・横浜市
- ・富士宮市

〈介護支援専門員協会等〉

- ・特定非営利法人 千葉県主任介護支援専門員ネットワーク
- ・ケアマネット新宿
- ・目黒区ケアマネジャー分科会
- ・ケアマネット荒川
- ・一般社団法人 福井県介護支援専門員協会
- ・特定非営利法人 岐阜県居宅介護支援事業協議会
- ・滋賀県介護支援専門員連絡協議会
- ・一般社団法人 兵庫県介護支援専門員協会

(2) 調査対象

- 調査協力機関に所属する介護支援専門員の担当ケースの中から、在宅で介護を受ける中重度の認知症の方及びその介護者が半数程度含まれるよう、以下の条件で対象ケースの選定を行った。

【必須抽出条件】

- ①在宅にいる要介護1～要介護5の認定を受けている方
- ②認知症の方
- ③介護者と同居している方

【認知症の程度別の選定条件】(可能な範囲で加味)

- ④(介護支援専門員の判断で)認知症自立度が軽い方(I～II)、重い方(III以上)が概ね半数ずつとなるように配慮

※認知症自立度が不明・判断できない場合は、要介護度の軽い方(要介護1～2)、重い方(要介護3以上)で代替

(3) 調査票の回答者

- 介護者票 : 調査対象ケースとして選定した認知症高齢者の同居介護者
- 介護支援専門員票 : 調査対象ケースの担当ケアマネジャー

(4) 調査方法

- 介護支援専門員もしくは居宅介護支援事業所宛に郵送にて調査票を送付
- モニタリング等で訪問する機会を捉えて、介護支援専門員から介護者に調査票を手渡し
- 郵送回収 ※一部、介護支援専門員がその場で回収し、介護支援専門員票とともに郵送回収したケースも有り

(5) 調査期間

平成 25 年 10 月～12 月 ※12/27 着分まで有効票とした

(6) サンプル数と回収率

- 配布サンプル数 : 5,748 件
- 回収件数 : 介護者票 2,525 件
介護支援専門員票 2,622 件
両票ともに回収 2,476 件
いずれかを回収 2,671 件
- 有効回答数 : 2,643 件 ※介護者票・介護支援専門員票いずれか1票以上回収できているうち、
(46.0%) 明らかに同居でない回答を除いたもの全てを対象とした。

(このページは印刷しません)

Ⅲ. 介護者に関する実態（アンケート調査結果）	17
0. 回答者属性	17
1)回答ケアマネジャーの属性.....	17
2)回答介護者の属性.....	20
(1)介護者の属性.....	20
(2)仕事の状況.....	26
(3)介護者の社会との交流状況.....	28
1. ご本人(被介護者)の状態像	31
1)性・年齢〔介護支援専門員票Ⅰ-1・2〕.....	31
2)状態像.....	32
3)認知症の状態.....	35
4)受療状況.....	41
5)ご本人の社会との交流状況〔介護支援専門員票Ⅴ-1～5〕.....	48
2. ご本人(被介護者)が受けている介護の状況	50
1)日常生活行為の遂行能力と実行状況〔介護支援専門員票Ⅳ-4～14, 介護者票問3〕.....	50
2)介護サービス等の利用状況.....	52
3)施設入所希望〔介護者票問12〕.....	58
3. 介護者による介護の状況	60
1)介護の状況.....	60
2)周囲の理解・支援.....	62
3)認知症等に関する説明の状況.....	68
4. 介護者の負担感	74
1)介護者の負担感.....	74
2)負担に感じている内容〔介護者票Ⅱ-問6〕.....	76
3)負担内容に関する分析(Zarit8)〔介護者票Ⅱ-問6・7より点数化〕.....	77
《参考》Zarit8について	
《参考》負担項目間の関係	
5. 介護者の負担感に影響を与える要素（クロス集計結果より）	82
《参考》介護者の負担感に影響を与える要素〔介護者票Ⅱ-問7と他設問のクロス集計〕	
《参考》ケアマネジャーからみた主介護者の負担に影響を与える要素〔介護支援専門員票Ⅰ-10と他設問のクロス集計〕	
《参考》Zarit8に影響を与える要素〔介護者票Ⅱ-問6・7より点数化と他設問のクロス集計〕	

Ⅲ. 介護者に関する実態（アンケート調査結果）

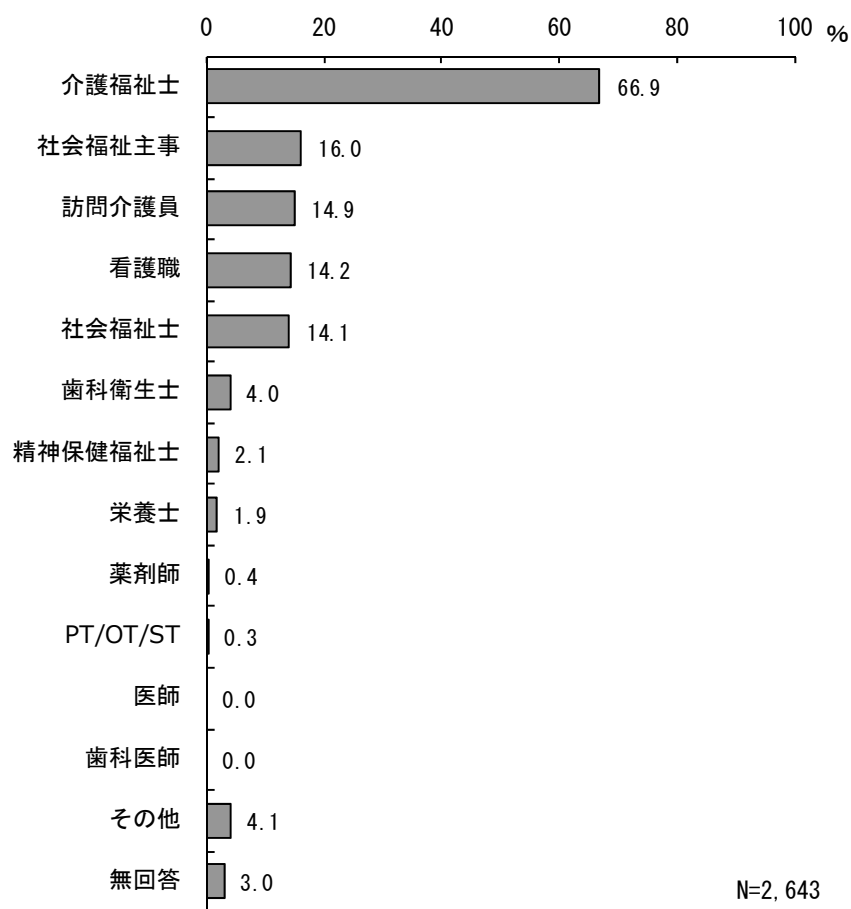
0. 回答者属性

1) 回答ケアマネジャーの属性

① 保有資格〔介護支援専門員票Ⅷ-1〕

ケアマネジャーの保有資格で最も多かったのは、「介護福祉士」66.9%で、次いで「社会福祉主事」16.0%、「訪問介護員」14.9%、「看護職」14.2%、「社会福祉士14.1%」となっている。

ケアマネジャーの保有資格（複数回答）



注) 「その他」の内容としては、以下のような記載が見られた。(カッコ内の数値は記載件数を示す)

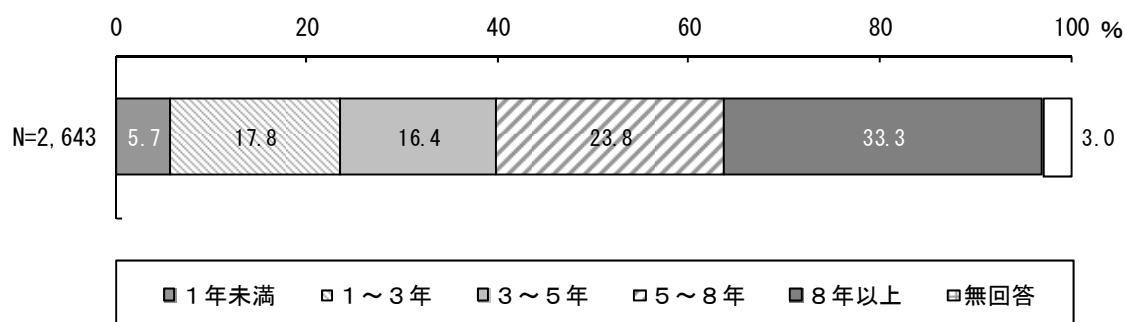
- ・保育士 (20)
- ・認知症ケア専門士 (19)
- ・鍼灸師 (10)
- ・あん摩マッサージ指圧師 (8)
- ・福祉住環境コーディネーター2級 (7)
- ・保健師 (4)
- ・幼稚園教諭 (3)
- ・認知症ケア管理指導士 (1) 等

②経験年数〔介護支援専門員票Ⅷ-2〕

ケアマネジャーとしての経験年数は、「8年以上」が最も多く、33.3%を占め、次いで「5～8年」23.8%、「1～3年」17.8%であった。

経験年数5年以上のケアマネジャーが過半数、3年以上とすると7割超にあたることから、本調査に回答したケアマネジャーは、比較的経験の長いベテラン層の割合が高かったと言える。

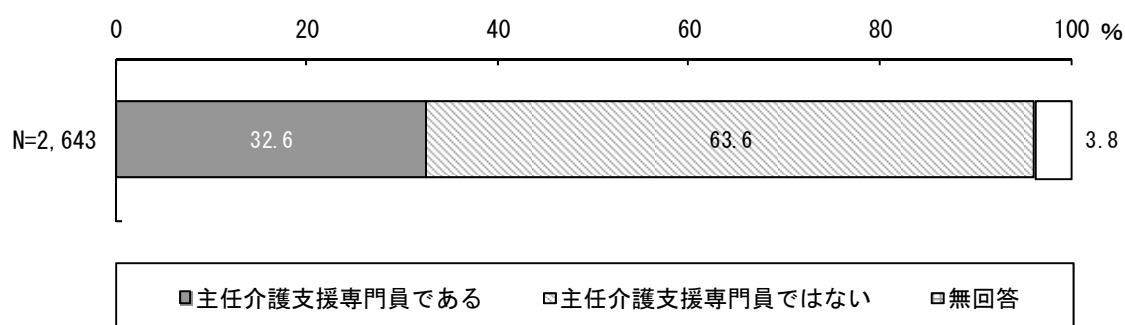
ケアマネジャーとしての経験年数



③主任介護支援専門員資格の有無〔介護支援専門員票Ⅷ-3〕

回答ケアマネジャーのうち、「主任介護支援専門員」の資格を保有している割合は32.6%であった。

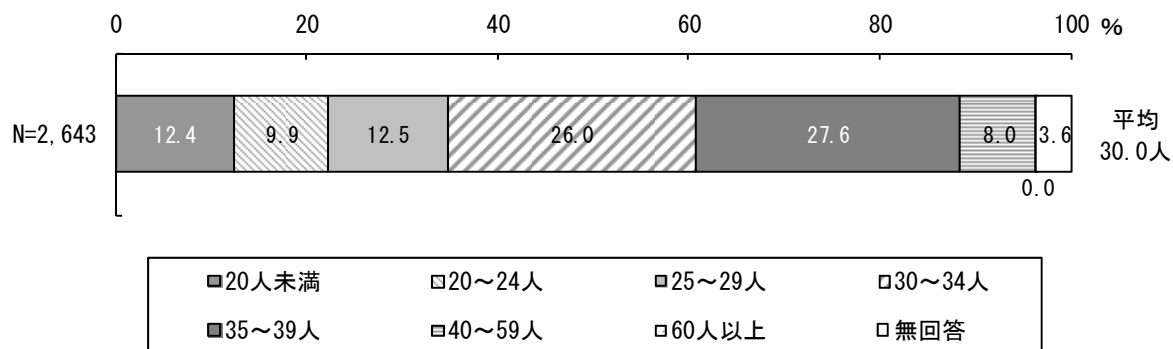
主任介護支援専門員資格の有無



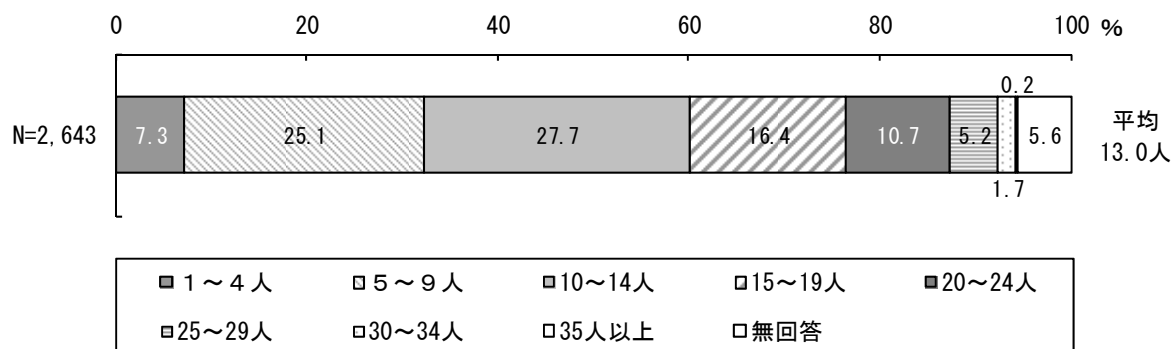
④担当利用者数、うち認知症利用者数〔介護支援専門員票Ⅷ-4〕

担当利用者数は、平均 30.0 人、最も多い人で 62 人、最も少ない人で 1 人であった。このうち、認知症の利用者数は、平均 13.0 人、最も多い人で 38 人、最も少ない人で 1 人であった。

担当利用者数



うち認知症利用者数



2) 回答介護者の属性

(1) 介護者の属性

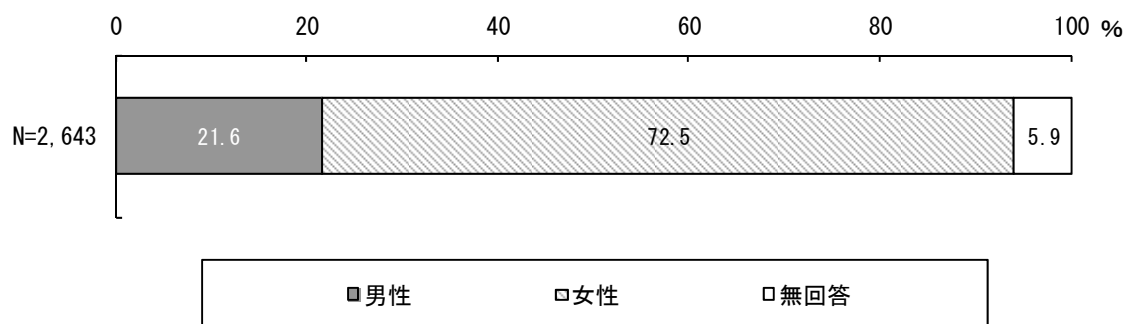
① 性・年齢 [介護者票V-1・2]

本調査に回答した介護者は、「女性」が72.5%、「男性」が21.6%であった。

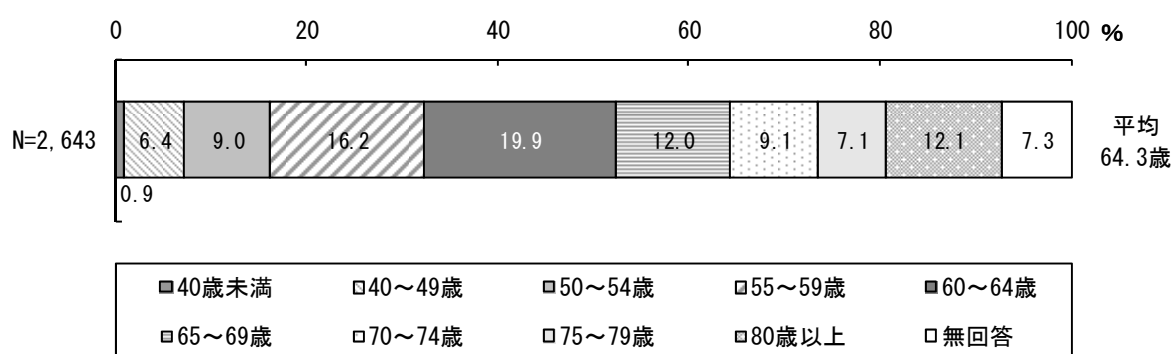
また、年齢は、平均64.3歳で、分布を見ると、「60～64歳」が最も多く19.9%、次いで「55～59歳」16.2%、「80歳以上」12.1%、「65～69歳」12.0%であった。

なお、調査設計上は、同居している主介護者が回答することを想定していたが、同居の主介護者がご本人の配偶者で高齢の場合など、他の介護者が回答しているケースが混在しているように見受けられた。集計にあたっては、明らかに非同居の介護者が回答している場合は設計主旨と異なるため集計対象から除外しているが、明確に判断できないものは除外できず、含まれていることに留意が必要である。

介護者の性別



介護者の年齢

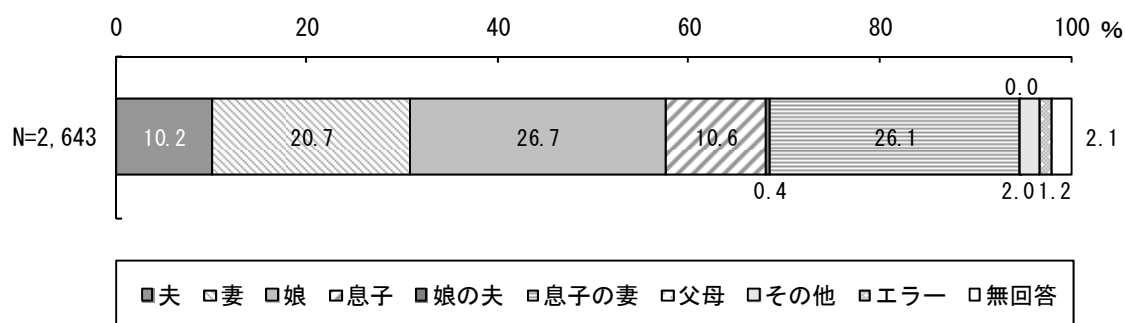


②主介護者の続柄【介護支援専門員票 I-7】

主介護者が配偶者であるケースが 30.9%*（「妻」20.7%、「夫」10.2%）、子どもであるケースが 37.3%（「娘」26.7%、「息子」10.6%）、「息子の妻」であるケースが 26.1%見られた。

※小数点以下第2位を四捨五入しているため、グラフに表記された数値を足し合わせた数値と一致しない場合がある。

主介護者の本人からみた続柄



注) 調査票上で「○は1つ」と指示したが、複数回答したケースが32件見られた。これらは、集計上「エラー」扱いとして処理した。

注) 「その他」の内容としては、以下のような記載が見られた。(カッコ内の数値は記載件数を示す)

- ・妹 (16)
- ・姉 (5)
- ・孫 (7)
- ・弟 (4)
- ・甥の妻 (4)
- ・弟の妻 (3)
- ・孫の妻 (3)
- ・甥 (2)
- ・兄嫁 (1)
- ・義理の息子の妻 (1)
- ・近くに住む長男夫婦 (1)
- ・知人 (1)
- ・同居人 (1)

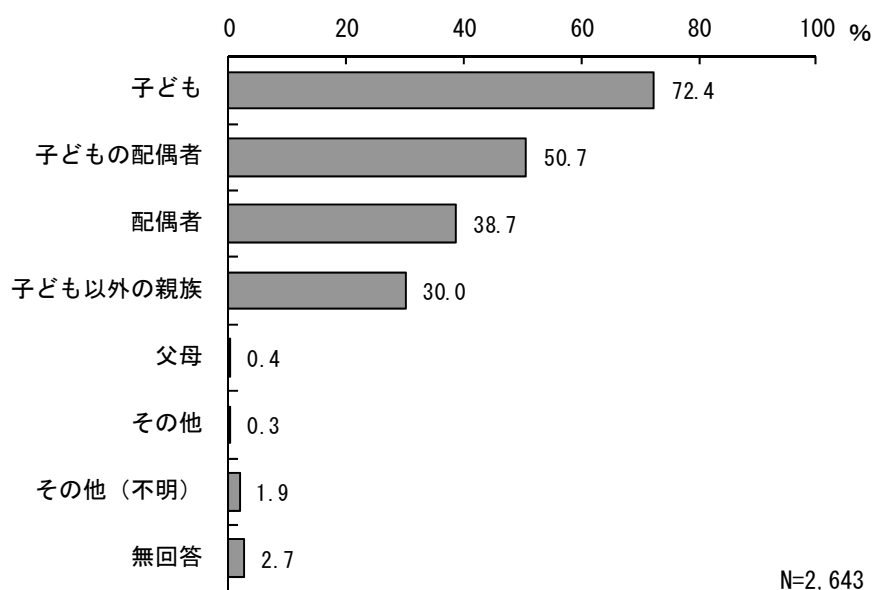
③同居者・同居人数【介護支援専門員票 I-5・6】

同居者の続柄は、「子ども」が72.4%と最も多く、次いで「子どもの配偶者」50.7%、「配偶者」38.7%、「子ども以外の親族」30.0%となった。

同居人数は平均3.4人で、分布で見ると、「2人」が29.9%、「3人」が29.5%、「5人以上」が19.9%、「4人」17.6%となった。

本調査では、調査設計上、同居している介護者が存在しているケースを対象としたことから、子ども世代との同居比率が高く表れ、夫婦のみ世帯3割弱に対し、同居世帯が7割超を占めた。

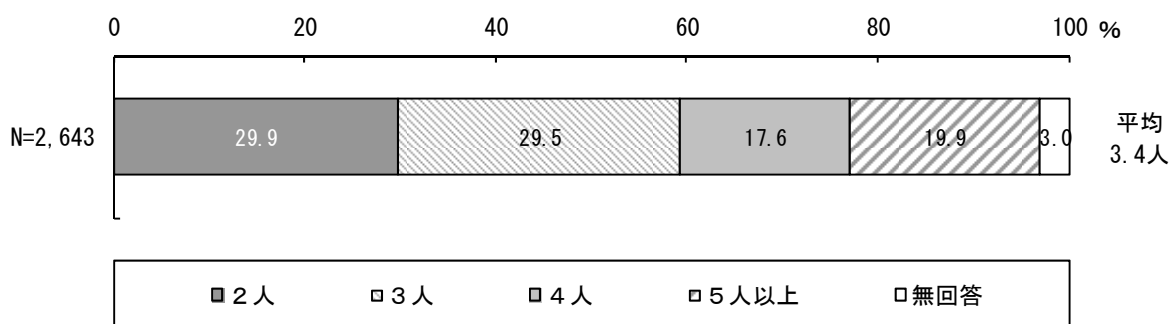
同居者(複数回答)



注)「その他」の内容としては、以下のような記載が見られた。(カッコ内の数値は記載件数を示す)

- ・知人 (1)
- ・家政婦 (1)
- ・同居人 (1)
- ・子どもの仕事関係の同居人 (1)

同居人数



注)「同居者」の回答が「同居人数」より少ない場合は、「その他(不明)」が存在するものとして処理した。逆に、「同居者」として○がついている数より「同居人数」が1人少ない場合は、本人分を数え忘れと見なし「同居人数」を+1人として処理した。

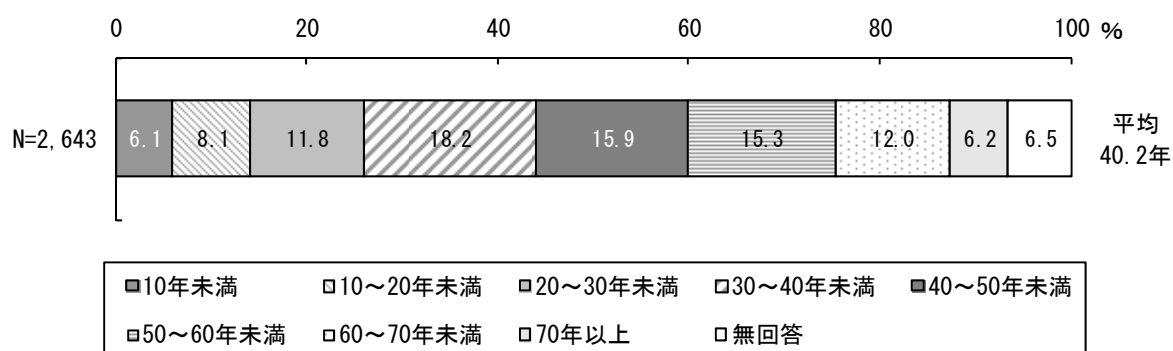
④居住年数・同居年数〔介護者票V-16・17, 介護支援専門員票I-11〕

現在居住している自治体での居住年数は平均40.2年であり、分布でみても「10年未満」は6.1%、「10～20年未満」を含めても15%に満たない状況で、長く居住している方が多いことがうかがわれる。

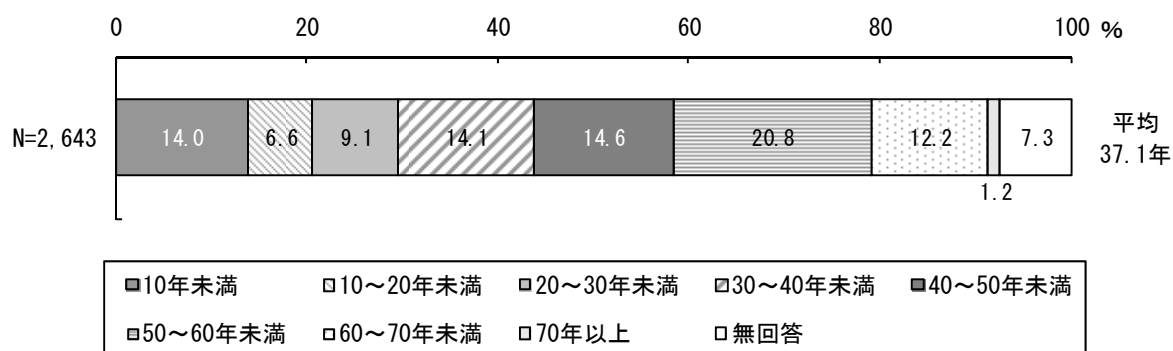
ご本人と介護者の同居年数も平均37.1年と長く、「10年未満」は14.0%のみ、50年以上が1/3程度を占める状況である。

ご本人の専用居室の有無では、「有り」が86.8%と大勢を占めた。

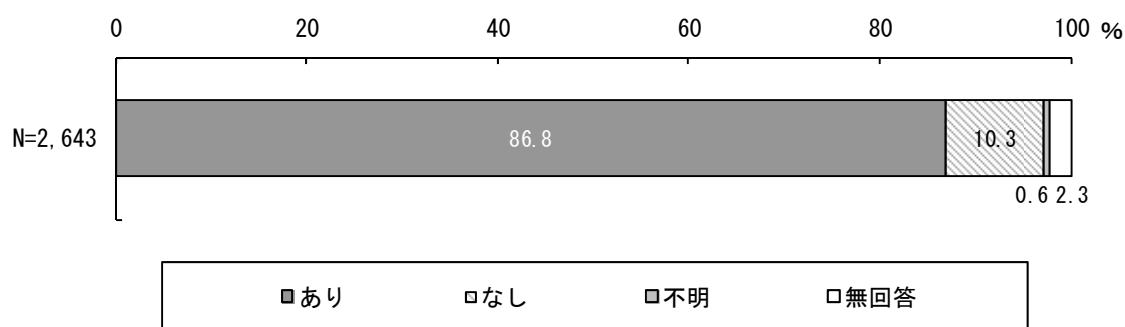
現在居住している自治体での居住年数



ご本人と介護者の同居年数



専用居室の有無

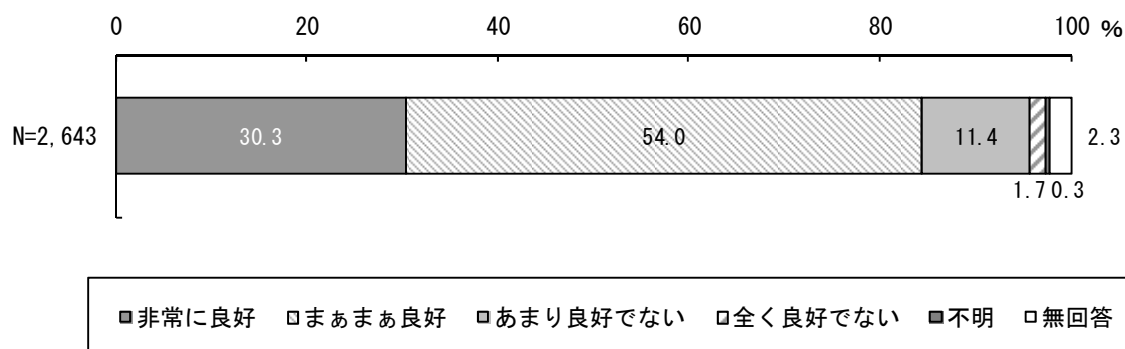


⑤ご本人と主介護者の関係【介護支援専門員票 I-11】

ご本人と介護者の関係は、「まあまあ良好」が54.0%と過半数を占め、これに「非常に良好」30.3%を加味すると、8割超は良好な関係を維持できていることが明らかになった。

しかし、「まったく良好でない」が1.7%、「あまり良好でない」が11.4%見られ、問題が生じているケースも存在することが明らかになった。

ご本人と介護者の関係

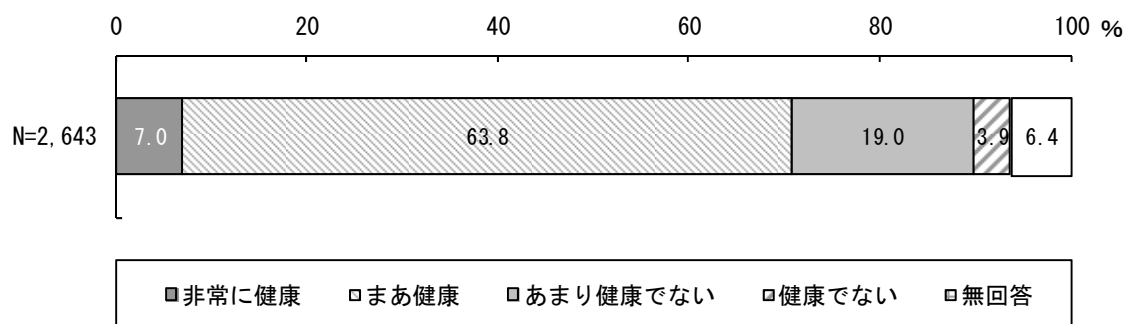


⑥介護者の健康状態【介護者票 V-3】

介護者の健康状態は「まあ健康」が63.8%と大勢を占め、「非常に健康」7.0%を合わせ、7割超の介護者の健康状態は良好であることがわかった。

しかし、「健康でない」が3.9%、「あまり健康でない」が19.0%見られ、2割超の介護者は健康状態を崩していることがわかった。

介護者の健康状態

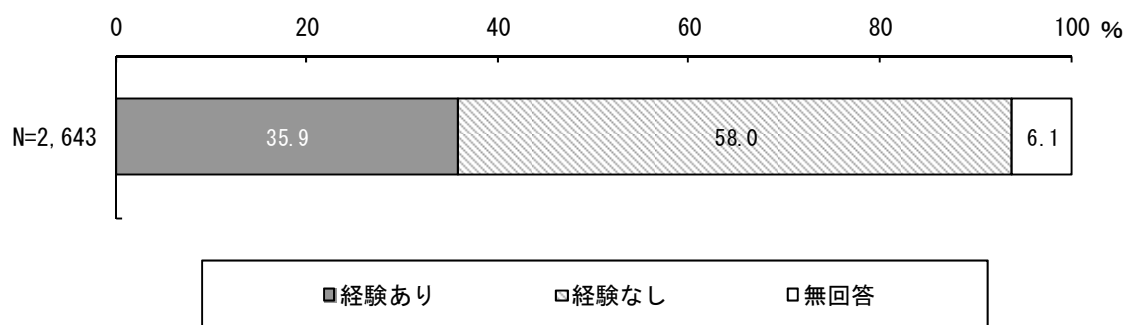


⑦介護者の経験【介護者票V-4・5】

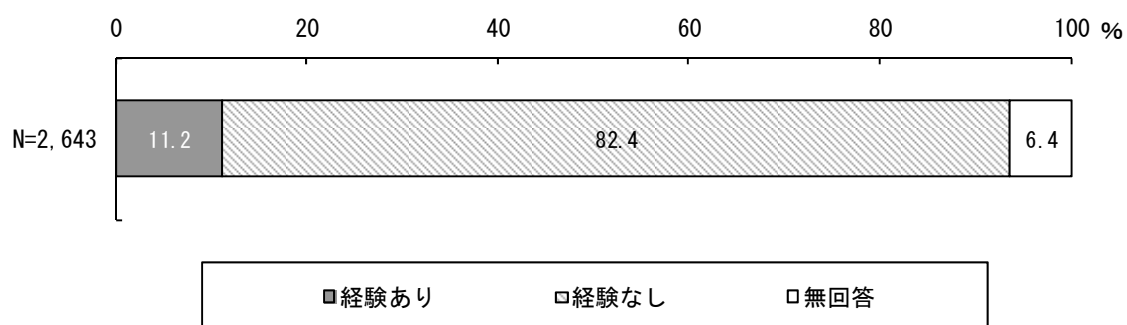
ご本人以外に介護した経験を持つ介護者の割合は35.9%で、6割近くはご本人が初めての介護経験であった。

また、医療・介護等の仕事の経験がある介護者の割合は11.2%で、8割超はそのような経験のない一般の介護者であった。

介護者のご本人以外の家族・親族を介護した経験



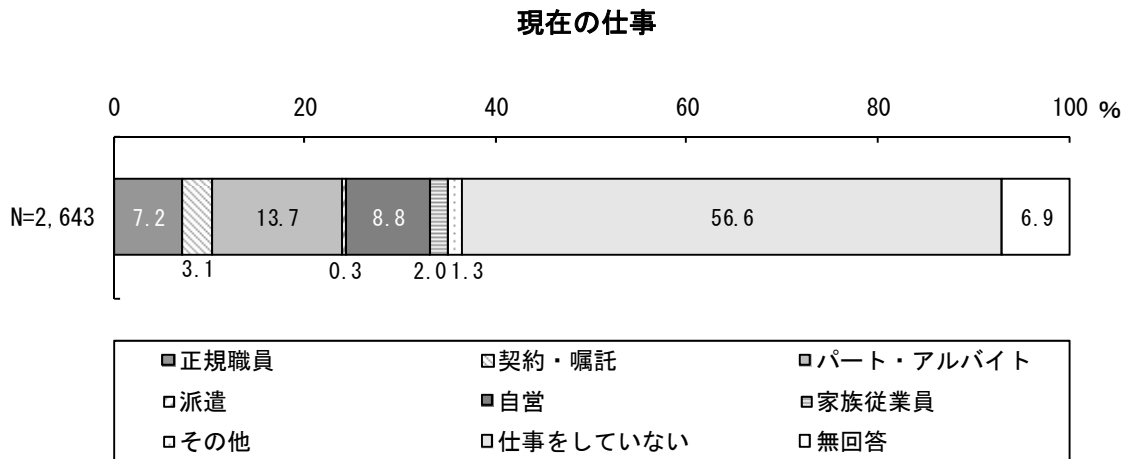
収入を伴う医療・介護等の仕事の経験



(2) 仕事の状況

①現在の仕事【介護者票V-6】

現在の仕事の状況では、「仕事をしていない」が最も多く、56.6%を占め、次いで「パート・アルバイト」13.7%、「自営」8.8%で、「正規職員」は7.2%であった。



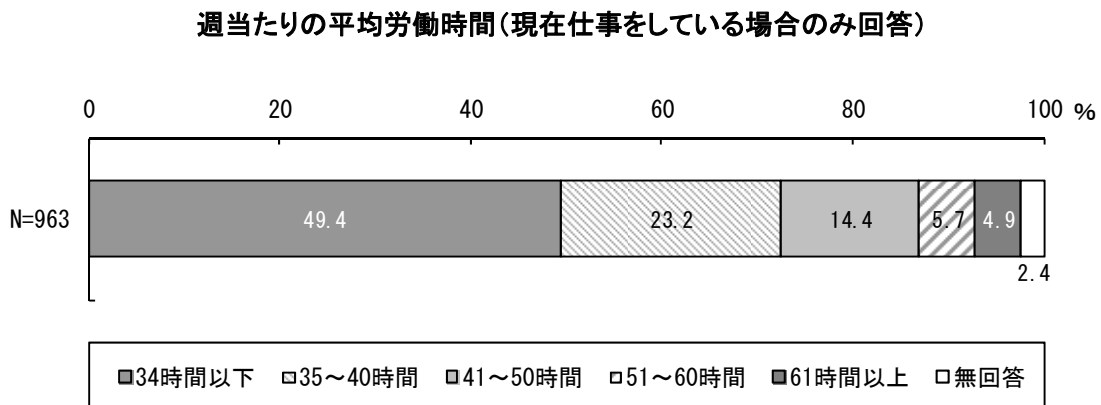
注) 「その他」の内容としては、以下のような記載が見られた。(カッコ内の数値は記載件数を示す)

- ・内職 (6)
- ・会社役員、会社経営 (3)
- ・家賃収入 (2)
- ・講師、非常勤講師 (2)
- ・研究者 (1)
- ・社会保険労務士 (1)
- ・臨時職員 (1)
- ・音楽を教えている (1)
- ・作業所 (1)

②週当たり平均労働時間【介護者票V-7】

週当たりの平均労働時間は、「34時間以下」が49.4%と最も多く、次いで「35～40時間」23.2%であった。

しかし、週40時間以上働いている割合が25.0%を占めており、中には、「61時間以上」と回答した人も4.9%見られた。

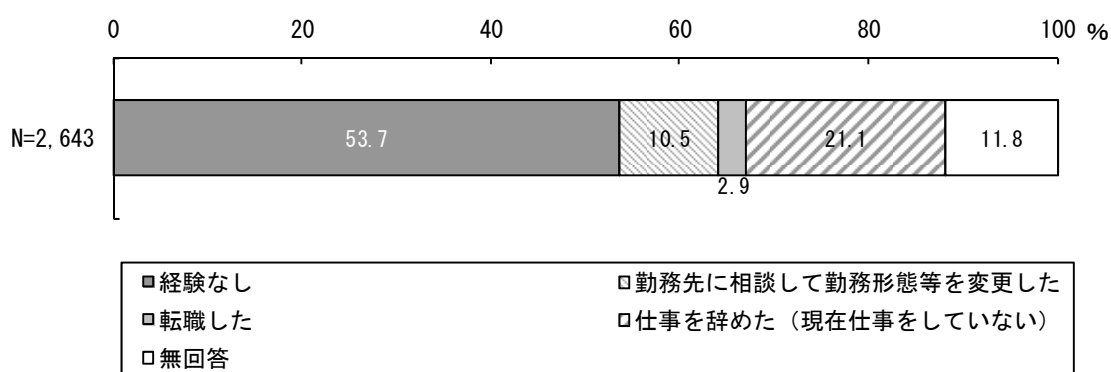


③介護による仕事の変化【介護者票V-8】

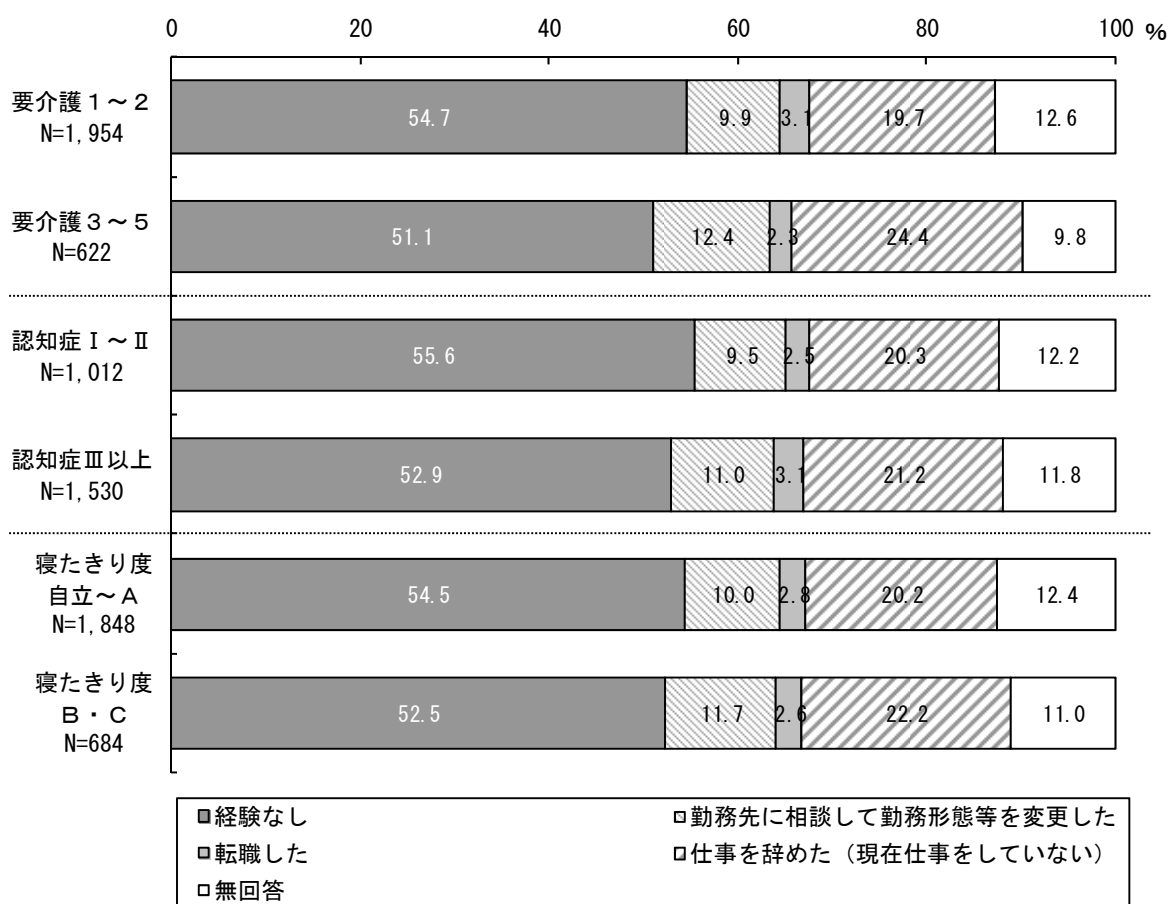
ご本人の介護のために仕事や働き方を変えた経験は、「なし」が53.7%を占めたが、「仕事を辞めた」が21.1%、「勤務先に相談して勤務形態等を変更した」が10.5%、「転職した」が2.9%見られた。

なお、参考までに被介護者の状態像別の結果を見ると、要介護度、認知症、寝たきり度のいずれで見ても、軽度者よりも重度者において退職や転職、勤務形態の変更等、働き方を変えた割合が高い傾向が見られる。

介護により仕事・働き方を変えた経験



《参考》被介護者の状態像別 介護により仕事・働き方を変えた経験

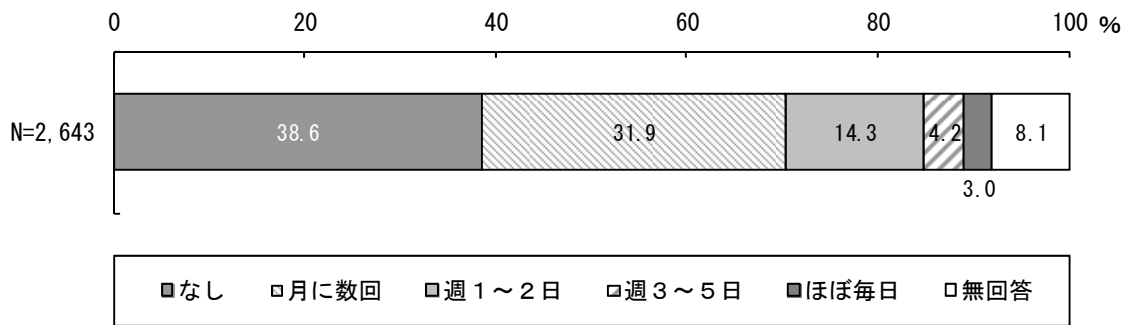


(3) 介護者の社会との交流状況

① 趣味等への取り組み [介護者票V-9]

趣味や興味への取り組みをしていない(「なし」)介護者が38.6%と最も多く、次いで「月に数回」31.9%、「週1～2回」14.3%と、取り組み回数が少ない方に偏る傾向が見られた。

趣味や興味への取り組み

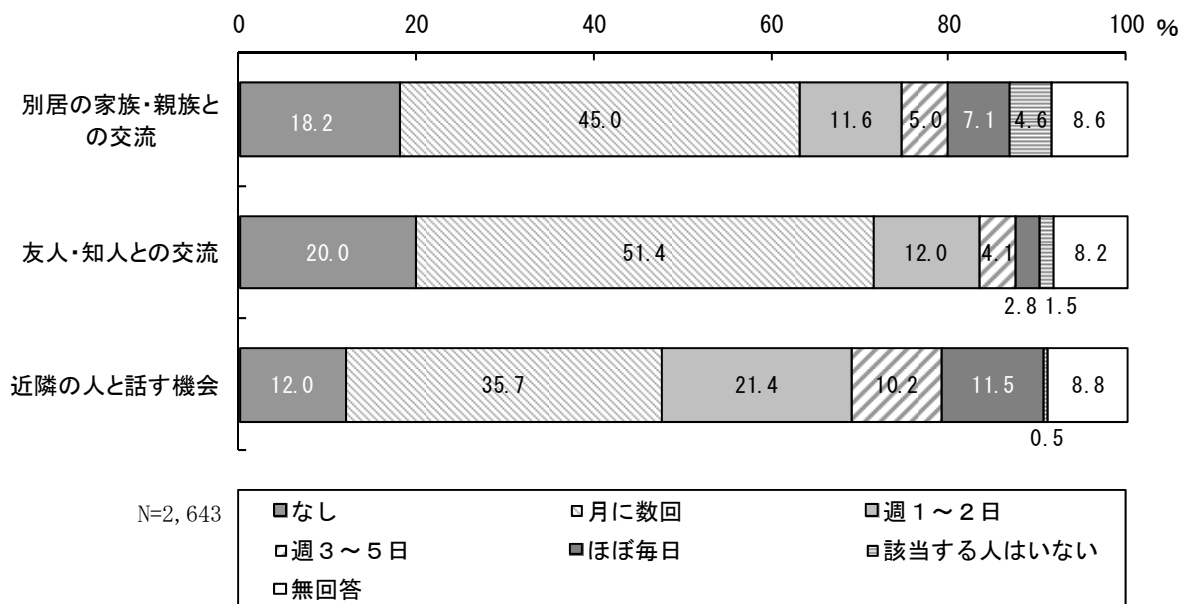


② 別居の家族・親族、友人・知人、近隣の人との交流 [介護者票V-10・11・12]

別居の家族・親族、友人・知人、近隣の人のおいれにおいても交流頻度は、「月に数回」の割合が最も高く、別居の家族・親族では45.0%、友人・知人では51.4%、近隣の人では35.7%を占めた。

総じて見て、別居の家族・親族や友人・知人よりも、近隣の人との交流頻度の方が高めに現れた。

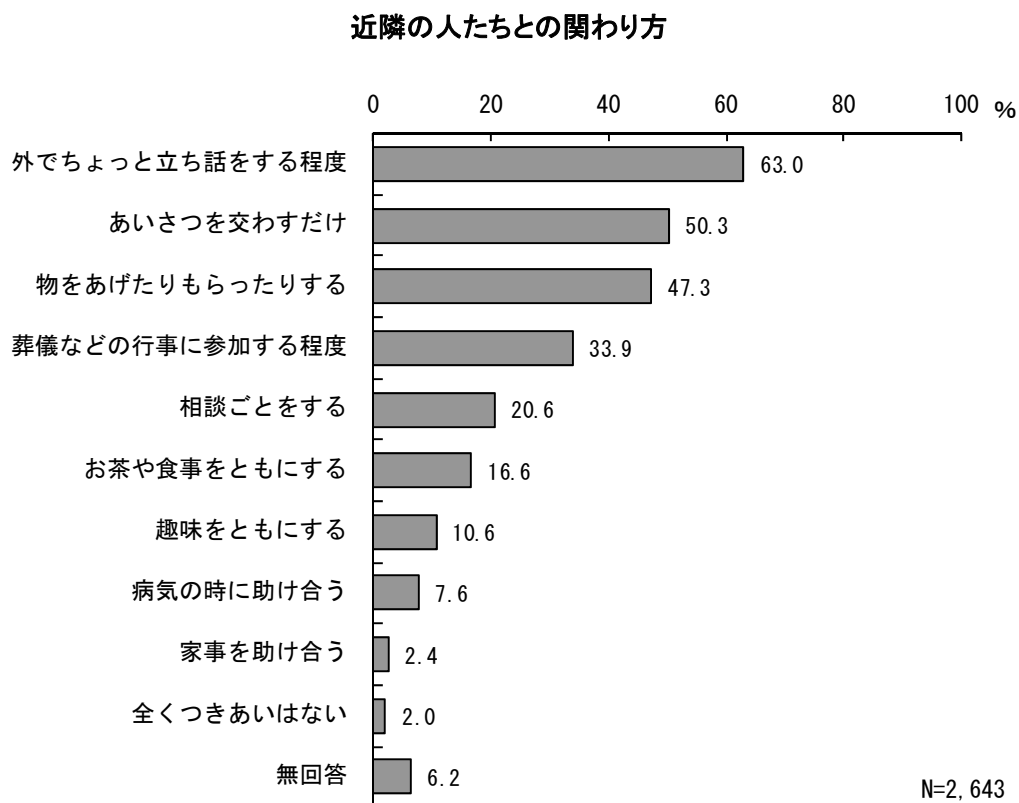
別居の家族・親族、友人・知人、近隣の人との交流



注) 上記グラフでは、調査票上では「別居の家族・親族はいない」「交流する友人・知人はいない」「近隣に話をする人はいない」として設定した選択肢の回答をまとめて「該当する人はいない」と表記した。

③近隣の人たちとの関わり方【介護者票V-13】

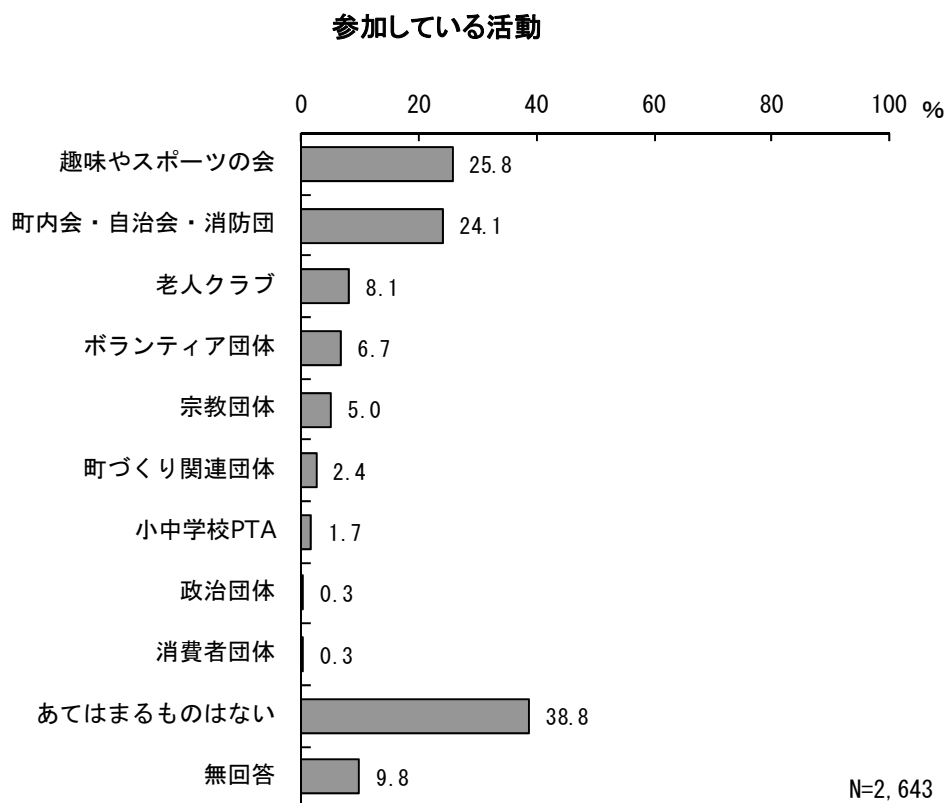
近隣の人たちとの関わり方では、「外でちょっと立ち話をする程度」が63.0%と最も多く、次いで「あいさつを交わすだけ」50.3%、「物をあげたりもらったりする」47.3%、「葬儀などの行事に参加する程度」33.9%であった。



④参加している活動【介護者票V-14】

参加している活動では、「趣味やスポーツの会」が25.8%、次いで「町内会・自治会・消防団」24.1%、「老人クラブ」8.1%、「ボランティア団体」6.7%であった。

また、「あてはまるものはない」も38.8%見られた。



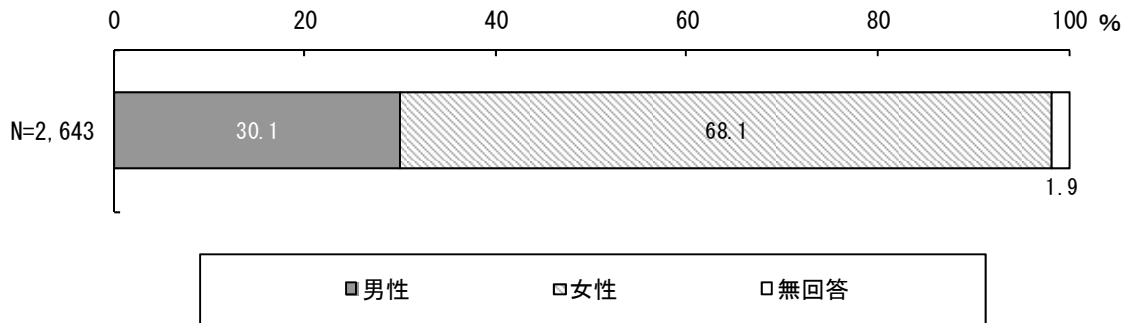
1. ご本人(被介護者)の状態像

1) 性・年齢 [介護支援専門員票 I-1・2]

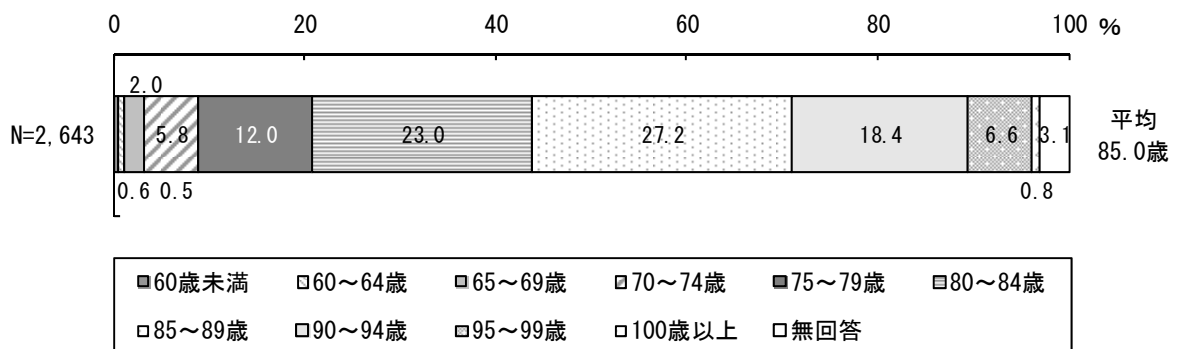
介護を受けているご本人は、女性が 68.1%、男性が 30.1%であった。

また、年齢は、平均 85.0 歳で、分布を見ると、「85～89 歳」が最も多く 27.2%、次いで「80～84 歳」23.0%、「90～94 歳」18.4%、「70～74 歳」12.0%であった。

ご本人の性別



ご本人の年齢

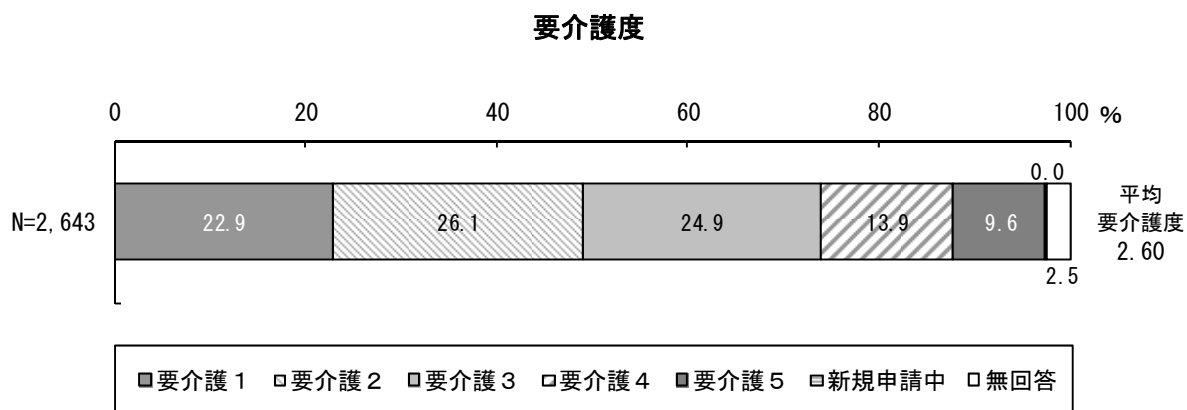


2) 状態像

① 要介護度 [介護支援専門員票 I-3]

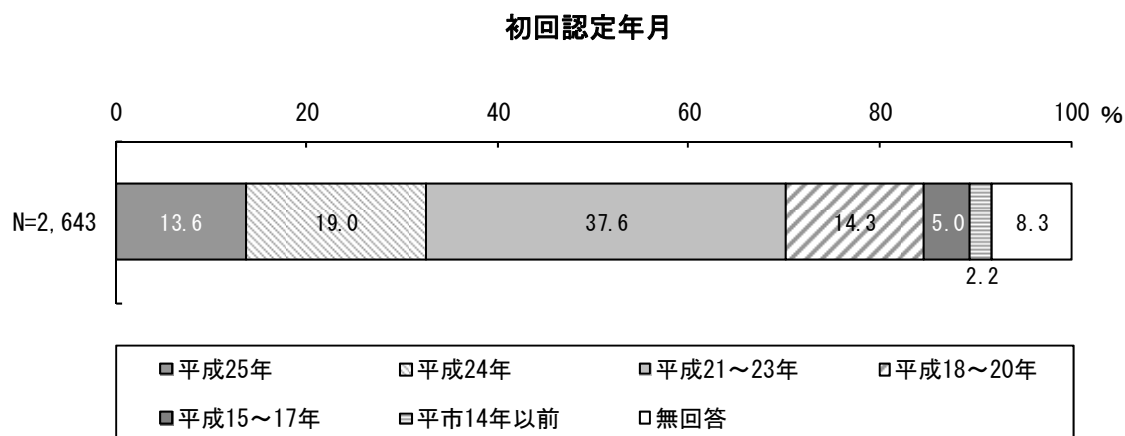
要介護度は平均 2.60 で、分布で見ると、「要介護 2」が最も多く 26.1%、次いで「要介護 3」24.9%、「要介護 1」22.9%であった。

調査設計の狙いどおり、軽度（要介護 1・2）が 49.0%、重度（要介護 3 以上）が 48.4%と、軽度・重度半々の回答を得ることができた。



② 初回認定年月 [介護支援専門員票 I-4]

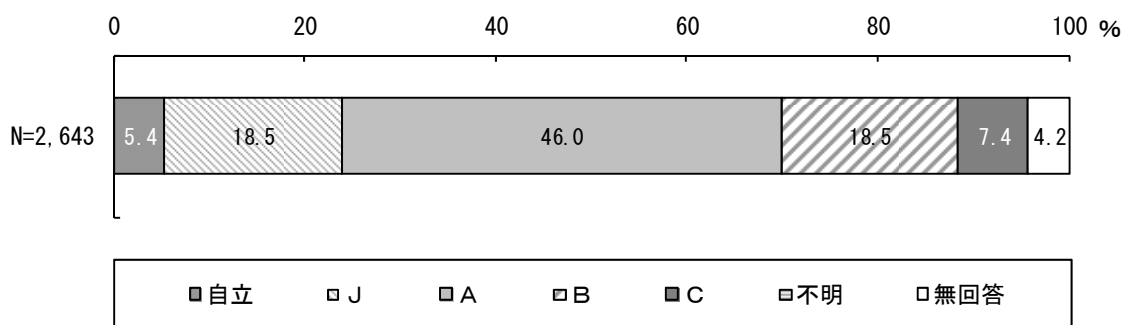
初回認定年月は、「平成 21～23 年」が 37.6%と最も多く、次いで「平成 24 年」19.0%、「平成 18～20 年」14.3%、「平成 25 年」13.6%となった。認定を受けてからの年数が 4 年以上の長期に及んでいるケースも 2 割超あることがうかがわれた。



③寝たきり度〔介護支援専門員票Ⅱ-4〕

ケアマネジャーによる調査時点の寝たきり度の評価は、Aが最も多く46.0%、次いでJとBが18.5%で同率、Cが7.4%であった。

寝たきり度(ケアマネジャーによる調査時点の評価)

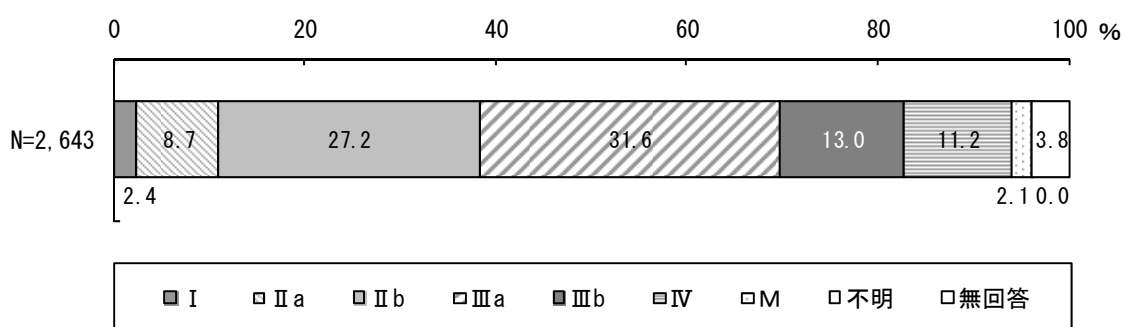


④認知症自立度〔介護支援専門員票Ⅱ-3〕

ケアマネジャーによる調査時点の認知症自立度の評価は、Ⅲ a が最も多く31.6%、次いでⅡ b が27.2%、Ⅲ b が13.0%であった。

軽度(Ⅱ以下)が38.3%、中重度(Ⅲ以上)が57.9%と、調査設計で意図したよりも中重度認知症で在宅介護を受けている割合が高めとなった。

認知症自立度(ケアマネジャーによる調査時点の評価)



《参考》認知症自立度と要介護度との関係

	全体	介護支援専門員票 I-3 要介護度										
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	新規申請中	無回答	平均要介護度	(再掲)軽度	(再掲)重度	
全体	2,643 100.0	606 22.9	690 26.1	658 24.9	367 13.9	255 9.6	1 0.0	66 2.5	2.60 -	1,296 49.0	1,280 48.4	
介護支援専門員票 II-3 認知症自立度	I	64 100.0	23 35.9	23 35.9	11 17.2	6 9.4	1 1.6	0 0.0	0 0.0	2.05 -	46 71.9	18 28.1
	II a	229 100.0	107 46.7	73 31.9	33 14.4	12 5.2	2 0.9	0 0.0	2 0.9	1.81 -	180 78.6	47 20.5
	II b	719 100.0	281 39.1	251 34.9	125 17.4	47 6.5	7 1.0	0 0.0	8 1.1	1.94 -	532 74.0	179 24.9
	III a	834 100.0	138 16.5	249 29.9	270 32.4	124 14.9	48 5.8	1 0.1	4 0.5	2.63 -	387 46.4	442 53.0
	III b	343 100.0	28 8.2	62 18.1	121 35.3	83 24.2	46 13.4	0 0.0	3 0.9	3.17 -	90 26.2	250 72.9
	IV	297 100.0	12 4.0	20 6.7	76 25.6	75 25.3	114 38.4	0 0.0	0 0.0	3.87 -	32 10.8	265 89.2
	M	56 100.0	4 7.1	2 3.6	8 14.3	11 19.6	31 55.4	0 0.0	0 0.0	4.13 -	6 10.7	50 89.3
	不明・ 無回答	101 100.0	13 12.9	10 9.9	14 13.9	9 8.9	6 5.9	0 0.0	49 48.5	2.71 -	23 22.8	29 28.7
	(再掲) 軽度(I~II)	1,012 100.0	411 40.6	347 34.3	169 16.7	65 6.4	10 1.0	0 0.0	10 1.0	1.92 -	758 74.9	244 24.1
重度(III以上)	1,530 100.0	182 11.9	333 21.8	475 31.0	293 19.2	239 15.6	1 0.1	7 0.5	3.05 -	515 33.7	1,007 65.8	

《参考》寝たきり度と要介護度との関係

	全体	介護支援専門員票 I-3 要介護度										
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	新規申請中	無回答	平均要介護度	(再掲)軽度	(再掲)重度	
全体	2,643 100.0	606 22.9	690 26.1	658 24.9	367 13.9	255 9.6	1 0.0	66 2.5	2.60 -	1,296 49.0	1,280 48.4	
介護支援専門員票 II-4 寝たきり度	自立	149 100.0	63 42.3	47 31.5	29 19.5	3 2.0	0 0.0	7 4.7	1.80 -	110 73.8	32 21.5	
	J	489 100.0	200 40.9	169 34.6	84 17.2	29 5.9	5 1.0	1 0.2	1 0.2	1.91 -	369 75.5	118 24.1
	A	1,216 100.0	305 25.1	399 32.8	345 28.4	118 9.7	37 3.0	0 0.0	12 1.0	2.32 -	704 57.9	500 41.1
	B	488 100.0	22 4.5	60 12.3	168 34.4	159 32.6	77 15.8	0 0.0	2 0.4	3.43 -	82 16.8	404 82.8
	C	196 100.0	1 0.5	4 2.0	16 8.2	46 23.5	128 65.3	0 0.0	1 0.5	4.52 -	5 2.6	190 96.9
	不明・ 無回答	111 100.0	15 13.5	11 9.9	16 14.4	12 10.8	8 7.2	0 0.0	49 44.1	2.79 -	26 23.4	36 32.4
	(再掲) 軽度(I~II)	1,854 100.0	568 30.6	615 33.2	458 24.7	150 8.1	42 2.3	1 0.1	20 1.1	2.17 -	1,183 63.8	650 35.1
	重度(III以上)	684 100.0	23 3.4	64 9.4	184 26.9	205 30.0	205 30.0	0 0.0	3 0.4	3.74 -	87 12.7	594 86.8

《参考》認知症自立度と寝たきり度との関係

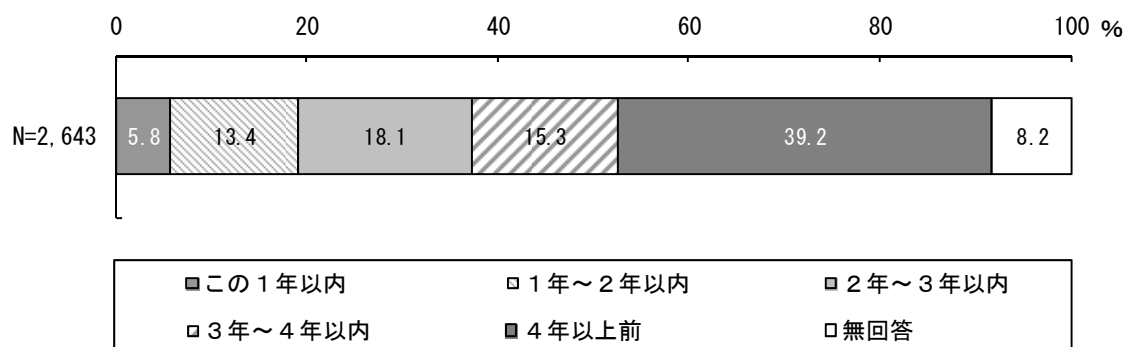
	全体	介護支援専門員票 II-4 寝たきり度							(再掲)軽度	(再掲)重度
		自立	J	A	B	C	不明・ 無回答			
全体	2,643 100.0	143 5.4	489 18.5	1,216 46.0	488 18.5	196 7.4	111 4.2	632 23.9	1,900 71.9	
介護支援専門員票 II-3 認知症自立度	I	64 100.0	3 4.7	20 31.3	23 35.9	16 25.0	2 3.1	0 0.0	23 35.9	41 64.1
	II a	229 100.0	24 10.5	63 27.5	114 49.8	24 10.5	3 1.3	1 0.4	87 38.0	141 61.6
	II b	719 100.0	49 6.8	172 23.9	396 55.1	83 11.5	12 1.7	7 1.0	221 30.7	491 68.3
	III a	834 100.0	44 5.3	157 18.8	413 49.5	166 19.9	46 5.5	8 1.0	201 24.1	625 74.9
	III b	343 100.0	16 4.7	40 11.7	149 43.4	102 29.7	34 9.9	2 0.6	56 16.3	285 83.1
	IV	297 100.0	3 1.0	30 10.1	105 35.4	82 27.6	73 24.6	4 1.3	33 11.1	260 87.5
	M	56 100.0	1 1.8	3 5.4	10 17.9	15 26.8	26 46.4	1 1.8	4 7.1	51 91.1
	不明・ 無回答	101 100.0	3 3.0	4 4.0	6 5.9	0 0.0	0 0.0	88 87.1	7 6.9	6 5.9
	(再掲) 軽度(I~II)	1,012 100.0	76 7.5	255 25.2	533 52.7	123 12.2	17 1.7	8 0.8	331 32.7	673 66.5
重度(III以上)	1,530 100.0	64 4.2	230 15.0	677 44.2	365 23.9	179 11.7	15 1.0	294 19.2	1,221 79.8	

3) 認知症の状態

① 認知症状の発症時期【介護者票Ⅲ-問 10】

認知症状の発症時期は、「4年以上前」が最も多く 39.2%、次いで「2～3年以内」が 18.1%、「3～4年以内」が 15.3%と、認知症が発症してからの期間が3年以上にわたっているケースが過半数を占めた。

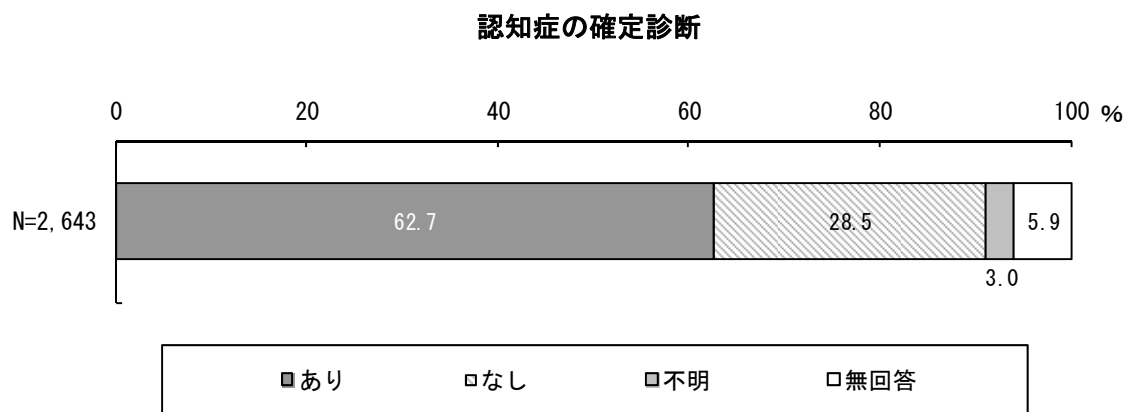
認知症状の発症時期



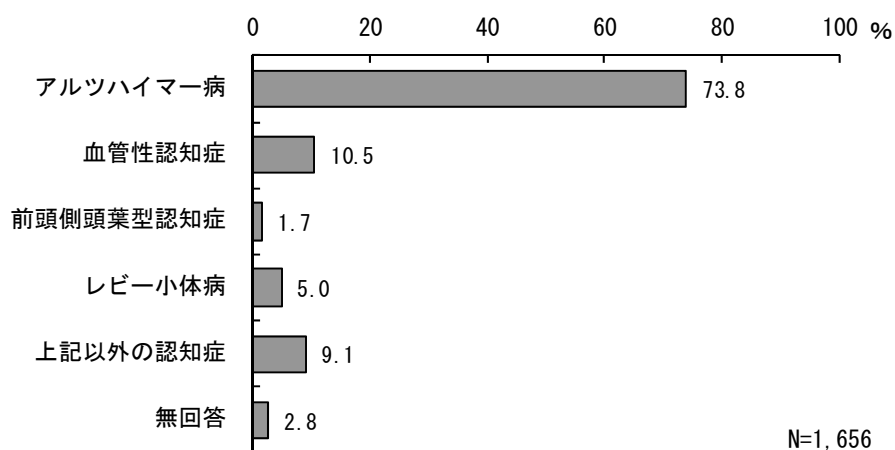
②認知症の診断 [介護支援専門員票Ⅱ-1・2]

認知症の確定診断「あり」は62.7%で、28.5%は確定診断がなされていなかった。

診断名では、「アルツハイマー病」が最も多く73.8%、次いで「血管性認知症」が10.5%を占めた。



認知症の診断名 (認知症の確定診断がある場合のみ回答, 複数回答)

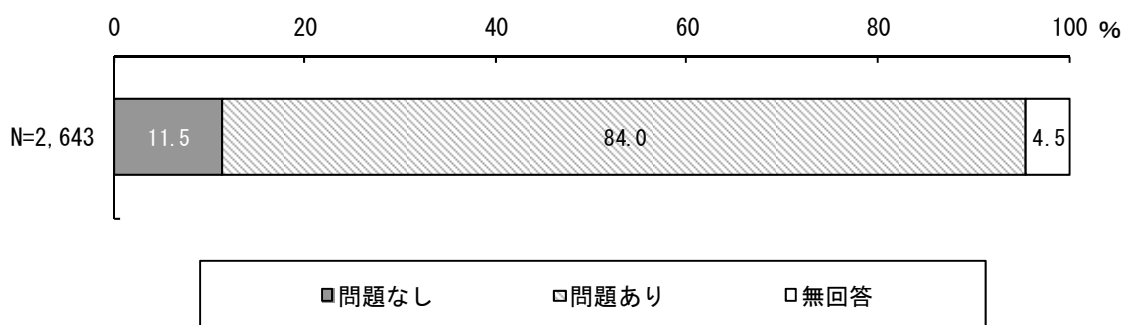


③認知症の中核症状〔介護支援専門員票Ⅱ-5〕

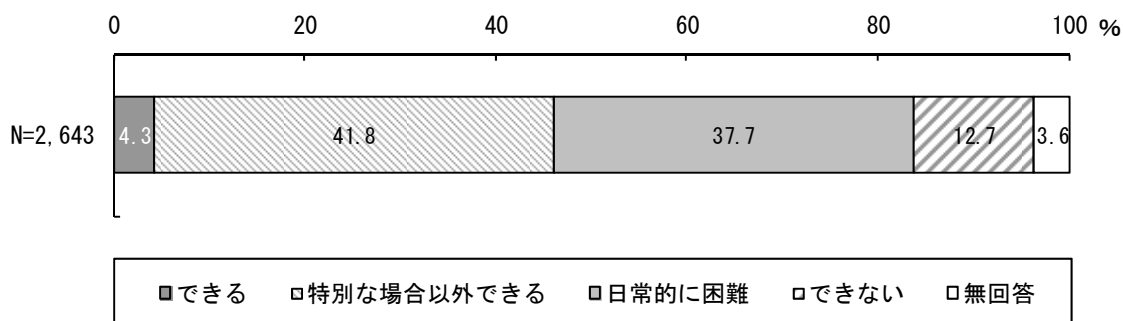
認知症の中核症状の中で短期記憶については、「問題あり」が84.0%と大勢を占め、日常の意思決定についても「できない」が12.7%、「日常的に困難」が37.7%と、過半数で問題が見られた。

これに対し、意思の伝達に関しては「できない」は5.7%、「ほとんどできない」は13.6%にとどまり、「できる」「ときどきできる」を合わせ、7割超の人が意思の伝達ができると回答した。

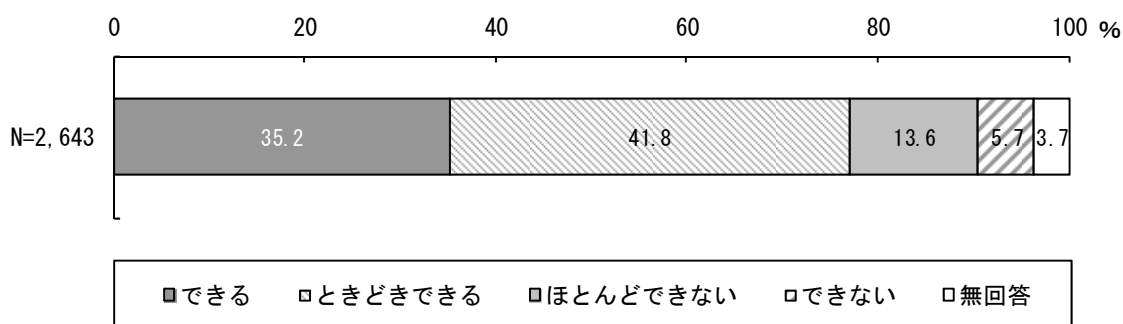
短期記憶



日常の意思決定



意思の伝達



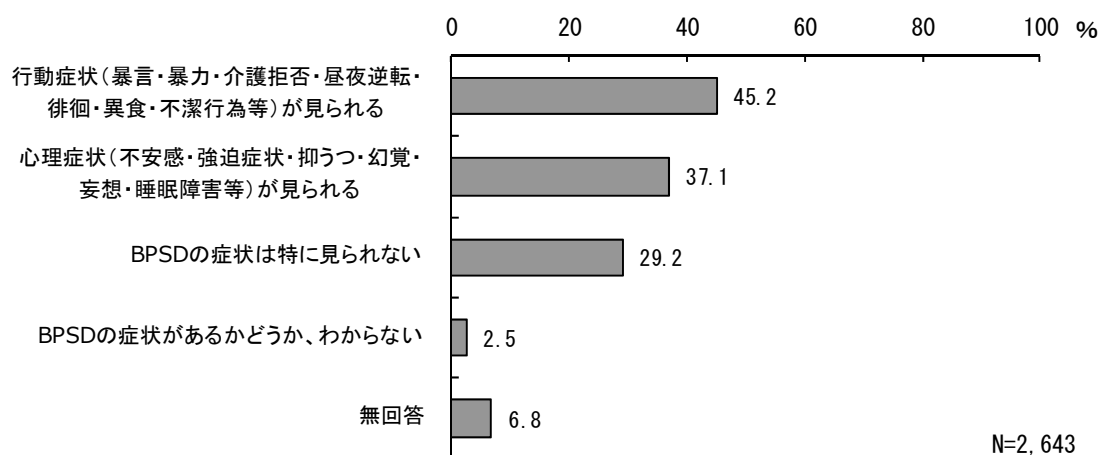
④認知症の周辺症状(BPSD)【介護支援専門員票Ⅱ-6・SQ6】

認知症の周辺症状(BPSD)の発生状況では、「行動症状が見られる」が45.2%、「心理症状が見られる」が37.1%を占め、「BPSDの症状は特に見られない」は29.2%にとどまった。なお、「BPSDの症状があるかどうか、わからない」も2.5%見られた。

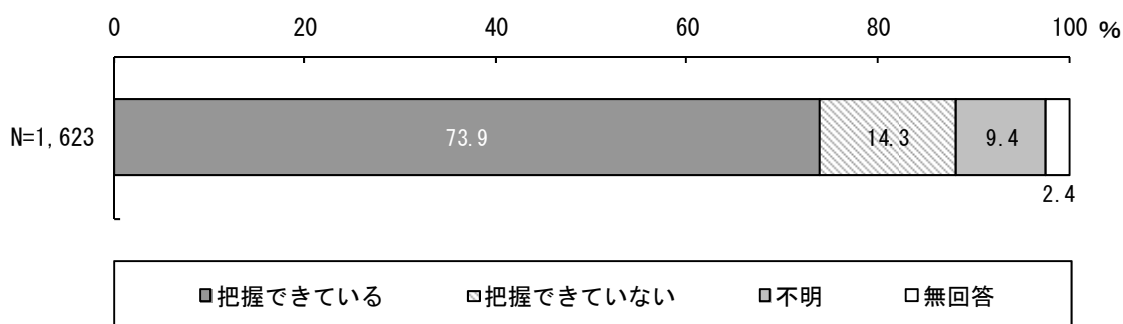
ご本人のケアにあたるチームの中でのBPSDの原因の把握状況は、「把握できている」が73.9%と大勢を占め、「把握できていない」は14.3%にとどまった。

※BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) とは、
 認知症の症状の基盤となる「中核症状」の記憶障害・見当識障害・理解の低下などから二次的に起こる症状で、
 以前は「問題行動」「迷惑行動」とも呼ばれていた。その症状は「行動症状」と「心理症状」に分けられる。
 行動症状 : 攻撃的行動(暴力・暴言)、徘徊、拒絶、不潔行為、異食など
 心理症状 : 抑うつ・不安、幻覚、妄想、睡眠障害、人格変化 など

BPSDの発生状況(複数回答)

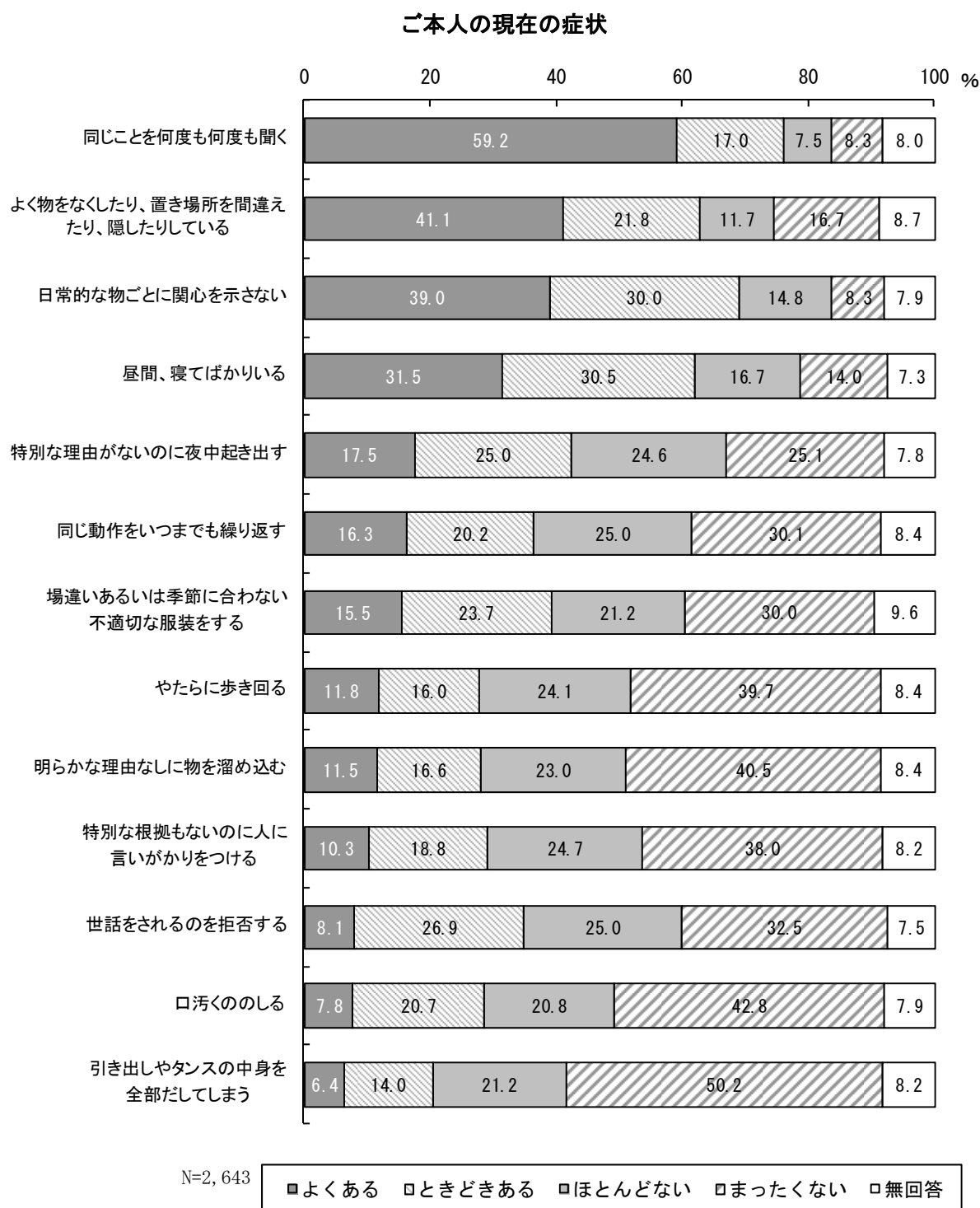


チームの中でのBPSDの原因の把握(BPSDが見られる場合のみ回答)



⑤具体的な症状【介護者票Ⅲ-問11】

症状として出現頻度が高いのは、「同じことを何度も何度も聞く」「よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりしている」「日常的な物ごとに関心を示さない」「昼間、寝てばかりいる」などである。これらは「よくある」の割合が3割以上、「ときどきある」を加えると6割以上の回答者で見られた。

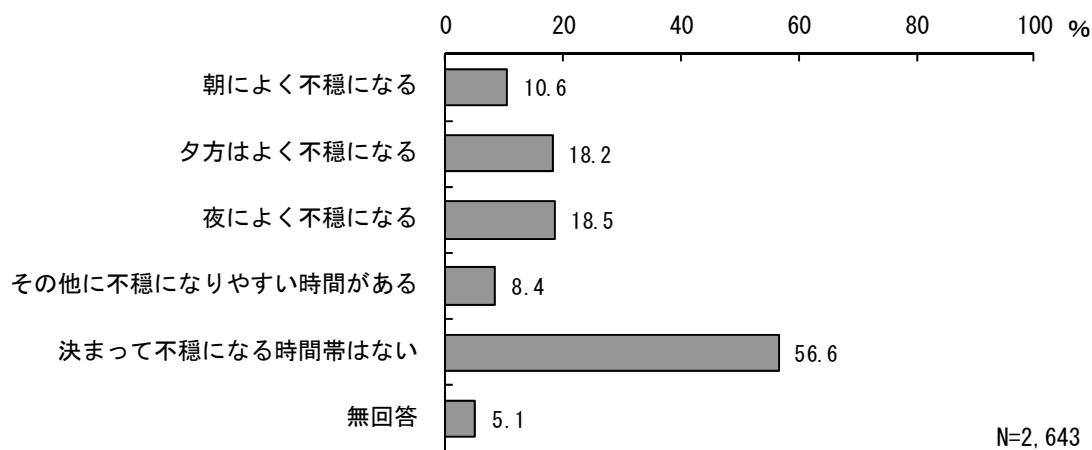


⑥時間帯との関係〔介護支援専門員票 I-8・9〕

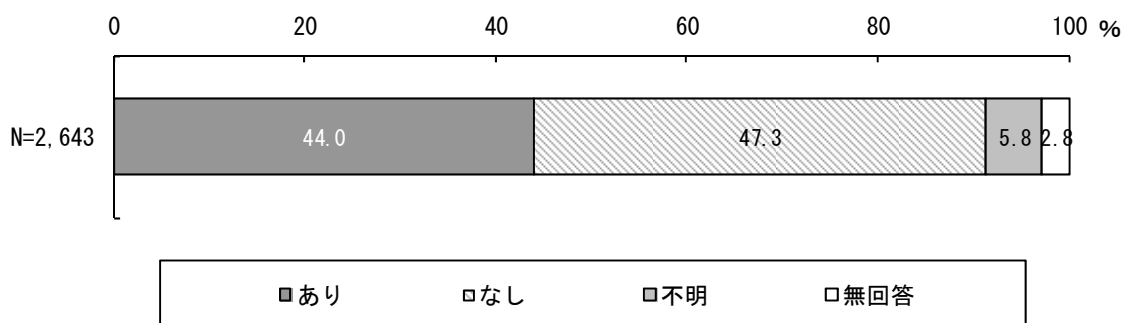
不安定・不穏になる時間について、「決まって不穏になる時間帯はない」が56.6%と過半数を占めたが、「夜によく不穏になる」18.5%、「夕方はよく不穏になる」18.2%、「朝によく不穏になる」10.6%といった傾向も見られた。

夜間介護の必要性は「あり」が44.0%、「なし」が47.3%であった。

不安定・不穏になる時間(複数回答)



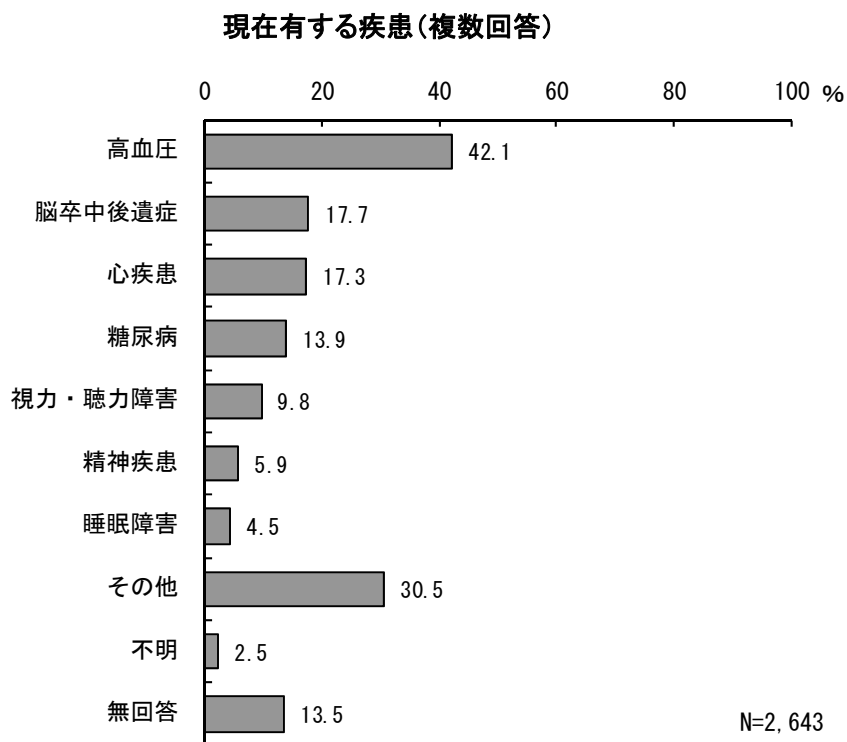
夜間介護の必要性



4) 受療状況

①疾患〔介護支援専門員票Ⅲ-1〕

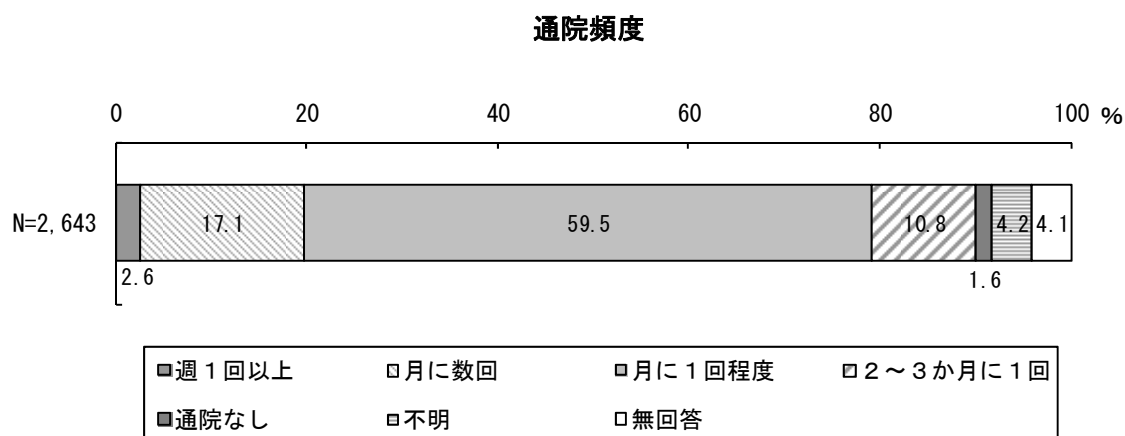
現在有する疾患では、「高血圧」が最も多く 42.1%、次いで「脳卒中後遺症」17.7%、「心疾患」17.3%、「糖尿病」13.9%の順となった。



注)「その他」の記載内容が多く、本来は選択肢に含めるべき疾患がこの中に含まれている場合があることに留意が必要。

②通院頻度〔介護支援専門員票Ⅲ-2〕

通院頻度は「月に1回程度」が最も多く59.5%、次いで「月に数回」が17.1%を占めた。少数ではあるが、「通院なし」が1.6%、「不明」が4.2%見られた。

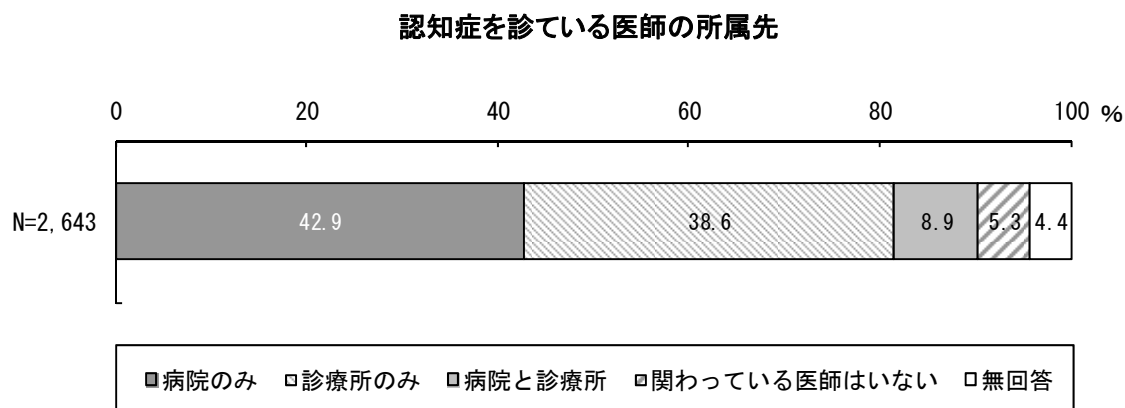


注)「通院頻度」では「通院なし」と回答しているが、認知症を診ている医師の所属で「関わっている医師はいない」以外を回答していた場合は、「不明」に含めて処理した。

③医師の所属先〔介護支援専門員票Ⅲ-3〕

認知症を診ている医師の所属先では、「病院のみ」が最も多く42.9%、次いで「診療所のみ」が38.6%、「病院と診療所」が8.9%の順となった。

「関わっている医師はいない」も5.3%見られた。



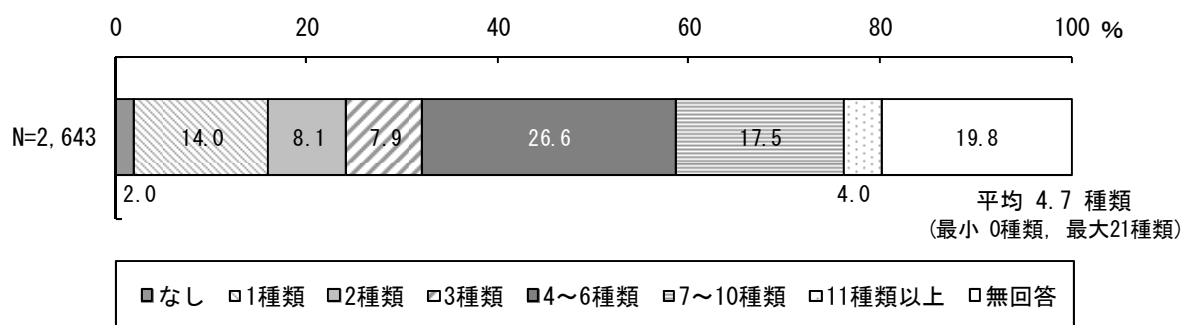
④服薬状況〔介護支援専門員票Ⅲ-4・SQ4〕

処方を受けている薬剤の種類数は、平均 4.7 種類で、「なし」が 2.0%、「1 種類」が 14.0%、最大では 21 種類にのぼる。

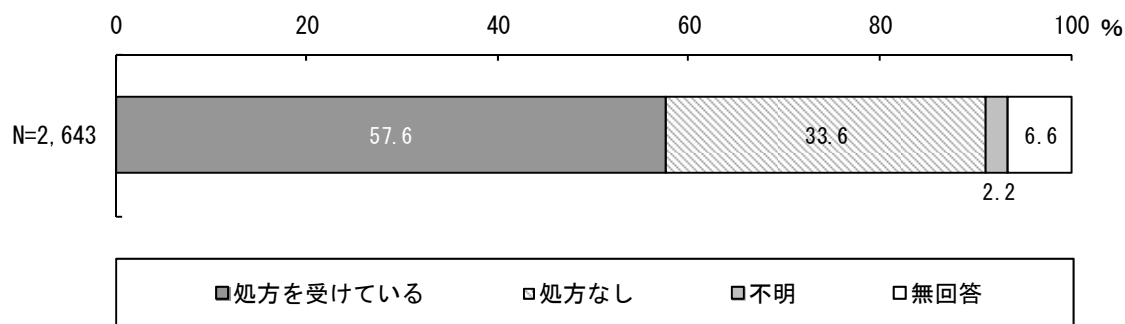
認知症薬に関し「処方を受けている」は 57.6%、「処方なし」が 33.6%であり、「不明」も 2.2%見られた。

認知症薬の飲み忘れに関しては、「飲み忘れはない」が 79.0%と大勢を占めたが、「よく飲み忘れる」が 3.9%、「たまに飲み忘れる」も 14.5%見られた。

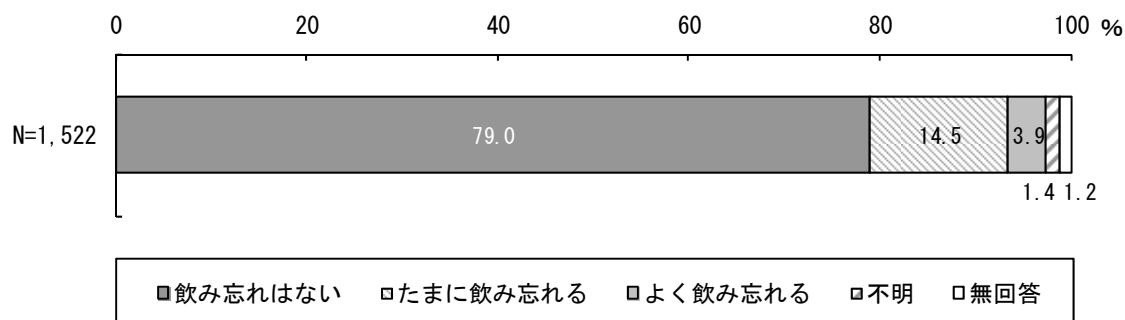
処方を受けている薬剤の種類数



認知症薬の処方の有無



認知症薬の飲み忘れ

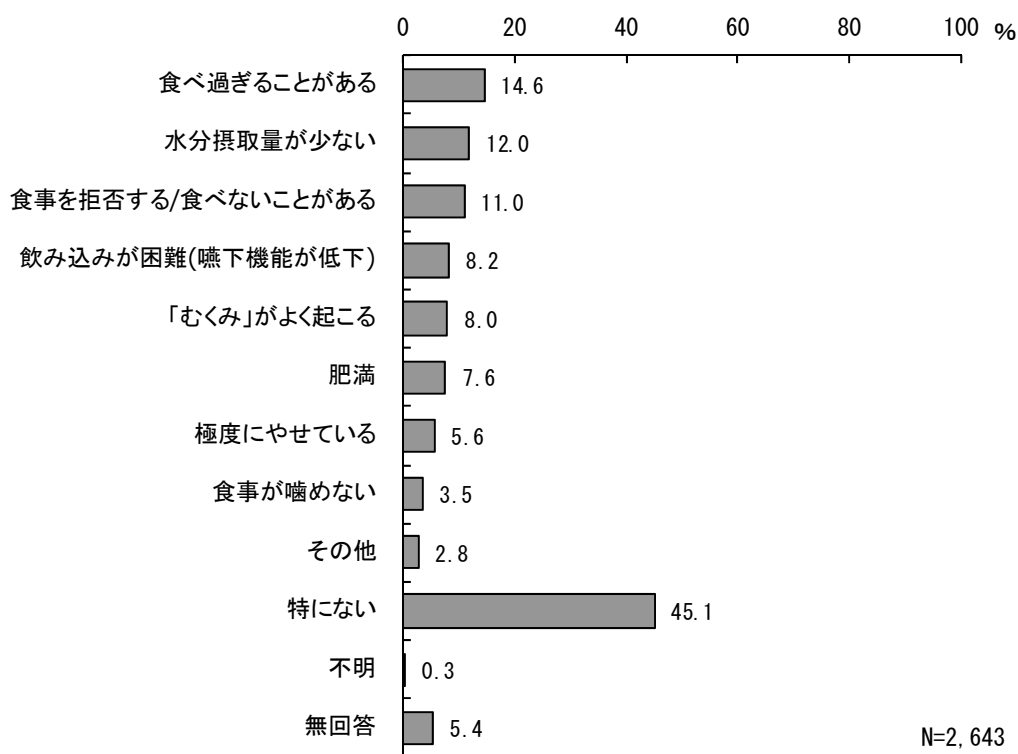


⑤栄養/摂食障害の状況〔介護支援専門員票Ⅲ-5〕

栄養/摂食障害は「特にない」が45.1%を占めた。

障害が見られる中では、「食べ過ぎることがある」が最も多く14.6%、次いで「水分摂取量が少ない」12.0%、「食事を拒否する/食べないことがある」11.0%の順で多く見られた。

栄養/摂食障害の有無(複数回答)



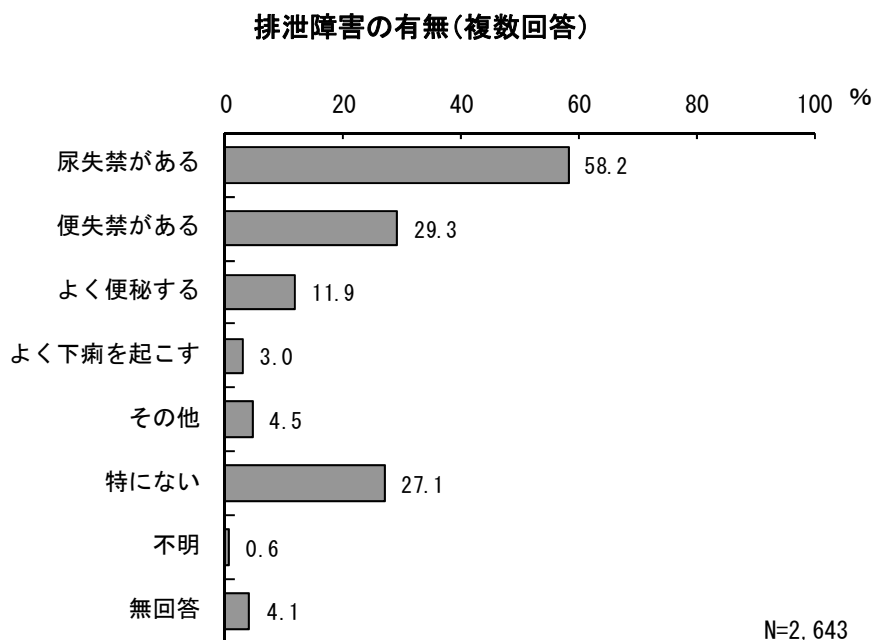
注)「その他」の内容としては、以下のような記載が見られた。(カッコ内の数値は記載件数を示す)

- ・偏食 (11)
- ・小食、摂取量低下 (10)
- ・むせる、水分でむせる、早食いでむせる (5)
- ・時間がかかる (5)
- ・かき込んでしまう、噛まずに食べる、食べるのが早すぎる (4)
- ・食欲がない、食欲低下 (3)
- ・異食 (3)
- ・胃ろう (3)
- ・食事の量にムラがある、食欲に波がある (3)
- ・栄養の偏りあり (2)
- ・飲酒多量 (2)
- ・間食が多い (2)
- ・途中で中断する、声かけしないと食べない (2)
- ・固形物を吐き出す (1)
- ・食事が見えない (1)
- ・食べ物の認識がない (1)
- ・食べ物を口に詰め込む (1)
- ・不規則 (1)
- ・嗅覚の変化 (1)
- ・水分拒否 (1) など

⑥排泄障害の状況〔介護支援専門員票Ⅲ-6〕

排泄障害は「特にない」は27.1%と、栄養/摂食障害と比べ問題が見られるケースが多い。

障害の中では、「尿失禁がある」が最も多く58.2%、次いで「便失禁がある」29.3%、「よく便秘する」11.9%の順で多く見られた。



注)「その他」の内容としては、以下のような記載が見られた。(カッコ内の数値は記載件数を示す)

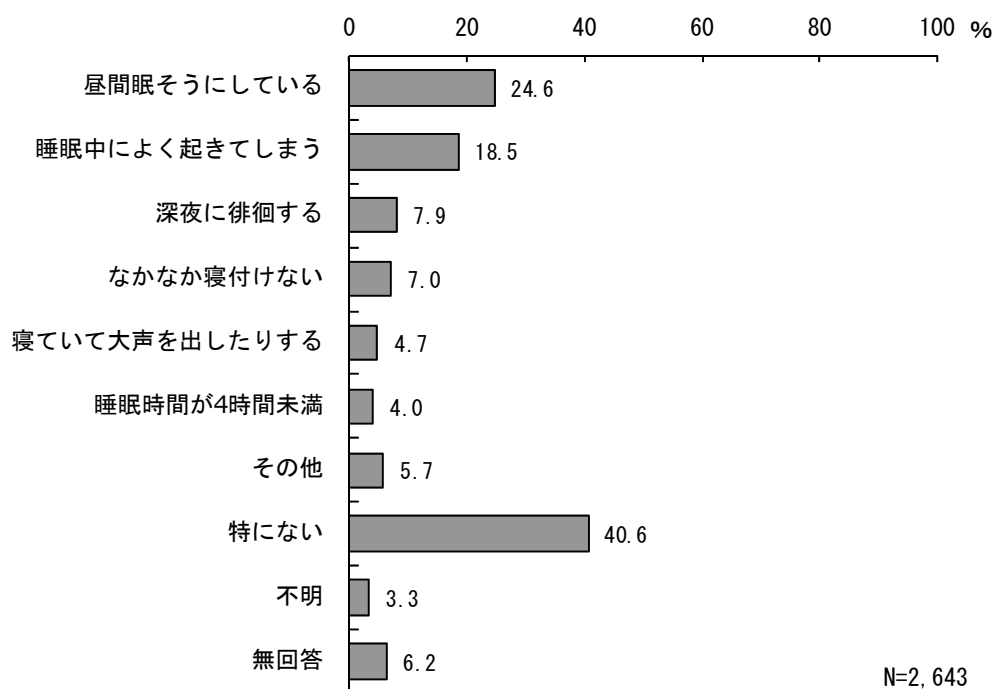
- ・頻尿、夜間頻尿、トイレ回数が多い (42)
- ・尿カテーテル留置、導尿 (20)
- ・ストーマ使用、ストーマ管理が不十分 (8)
- ・トイレを汚す、衣服等を汚す (9)
- ・トイレでないところで排尿・排便 (5)
- ・トイレの場所、入り方、使い方、いきみ方がわからない (4)
- ・尿意がわからない、トイレに行っても出ない、排尿困難 (4)
- ・自力排便なし、浣腸使用、摘便 (5)
- ・後始末ができない、着衣できない (5)
- ・下剤を利用しており、軟便・下痢になりやすい (2)
- ・トイレトペーパーを大量に使用する (1)
- ・入浴中に排便 (2)
- ・尿量が少ない (1)
- ・残尿あり (1)
- ・腸閉塞を起こしやすい (1)
- ・弄便 (1) など

⑦睡眠障害の状況〔介護支援専門員票Ⅲ-7〕

睡眠障害は「特にない」が40.6%を占めた。

障害が見られる中では、「昼間眠そうにしている」が最も多く24.6%、次いで「睡眠中によく起きてしまう」18.5%、「深夜に徘徊する」7.9%の順で多く見られた。

睡眠障害の有無(複数回答)

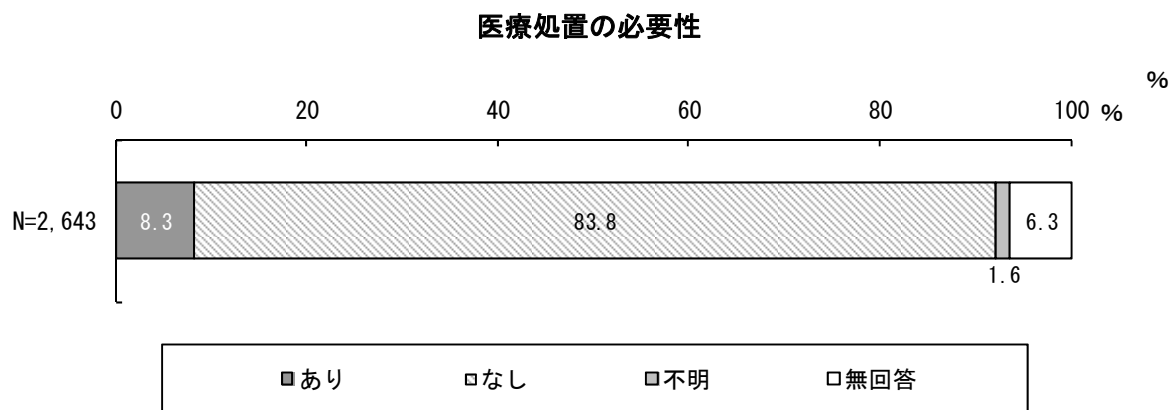


注) 「その他」の内容としては、以下のような記載が見られた。(カッコ内の数値は記載件数を示す)

- ・深夜に起きて食事をする、片づけする、探し物をする、ごそごと活動する (36)
- ・トイレのためによく目を覚ます (22)
- ・1日中寝ている、昼間も寝ている、なかなか起きない (21)
- ・早朝から起き出す、朝方に徘徊する (18)
- ・昼夜逆転、昼夜の区別がつかない、夜なかなか寝ない (16)
- ・夜中・明け方に大声を出す、歌を歌う、独り言をいう、怒りだす (12)
- ・幻覚、幻視 (7)
- ・2日起きて2日寝る (5)
- ・朝起きられない (3)
- ・眠剤使用 (3)
- ・眠りが浅い、不眠 (2)
- ・失禁 (1)
- ・夜人を起こす (1) など

⑧医療処置の必要性〔介護支援専門員票Ⅲ-8〕

医療処置の必要性については「あり」は8.3%のみで、「なし」が83.8%を占めた。



注)「その他」の内容としては、以下のような記載が見られた。(カッコ内の数値は記載件数を示す)

- ・インスリン (33)
- ・褥瘡処置 (23)
- ・尿カテーテル (22)
- ・胃ろう (15)
- ・在宅酸素療法 (12)
- ・人工透析 (9)
- ・ペースメーカー (8)
- ・点滴 (8)
- ・軟膏塗布 (8)
- ・ストーマ (7)
- ・排便 (6)
- ・皮膚トラブル、皮膚剥離、発疹等 (6)
- ・経管栄養 (4)
- ・吸引 (4)
- ・訪問歯科 (4)
- ・骨粗鬆症の注射 (3)
- ・浣腸 (3) など

5)ご本人の社会との交流状況【介護支援専門員票V-1~5】

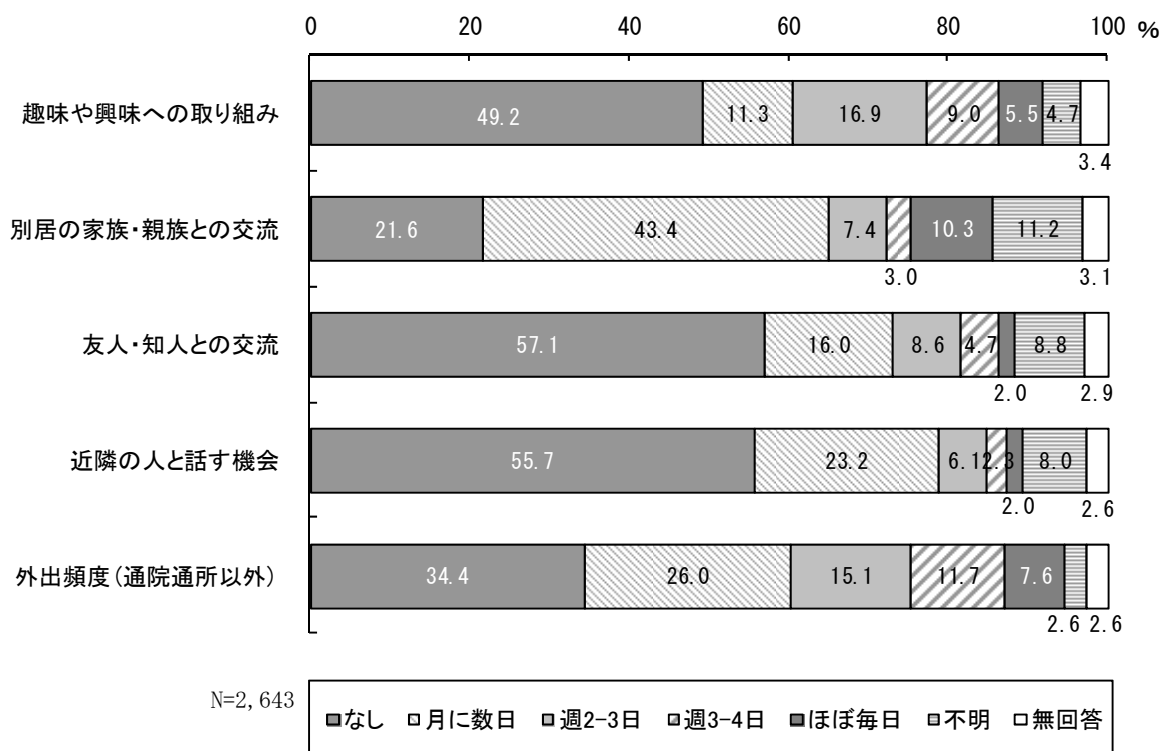
ご本人と社会との交流状況では、別居の家族・親族との交流以外は「なし」の回答が最も多く、友人・知人との交流、近隣の人と話す機会では過半数、趣味や興味への取り組みも半数近くの人が「なし」と回答した。

通院通所以外の外出頻度も、「なし」が最も多いものの、その割合は34.4%にとどまり、「月に数日」26.0%や「週2~3日」が15.1%見られた。

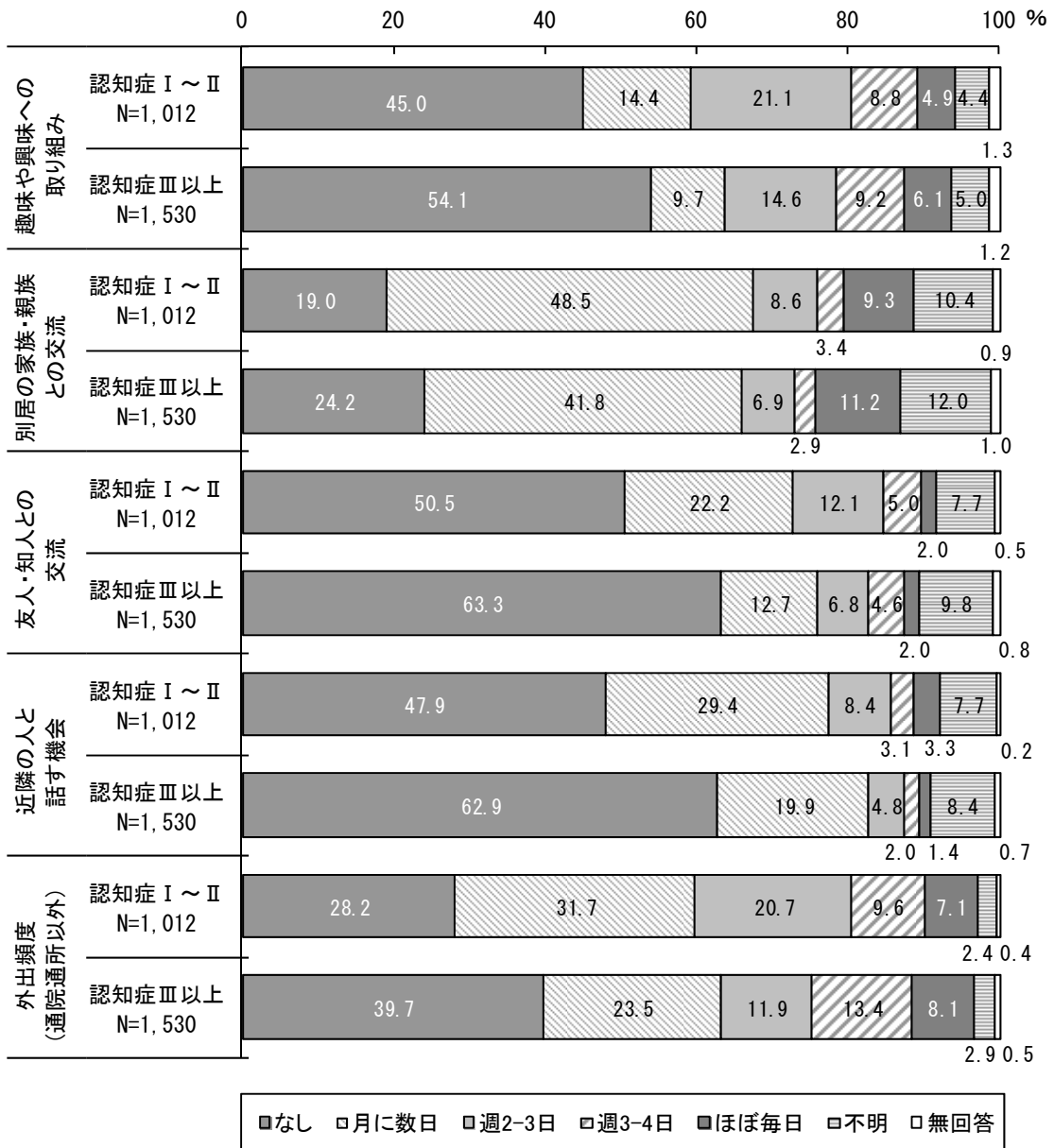
これに対し、別居の家族・親族との交流では「なし」という回答は21.6%にとどまり、「月に数日」が43.4%と最も多く、「ほぼ毎日」というケースも10.3%見られた。

なお、参考までに被介護者の認知症自立度別の結果を見ると、いずれの交流についても、重度(Ⅲ以上)の方が「なし」の割合が高い傾向が見られた。

ご本人の社会との交流状況



《参考》被介護者の認知症自立度別 ご本人の社会との交流状況

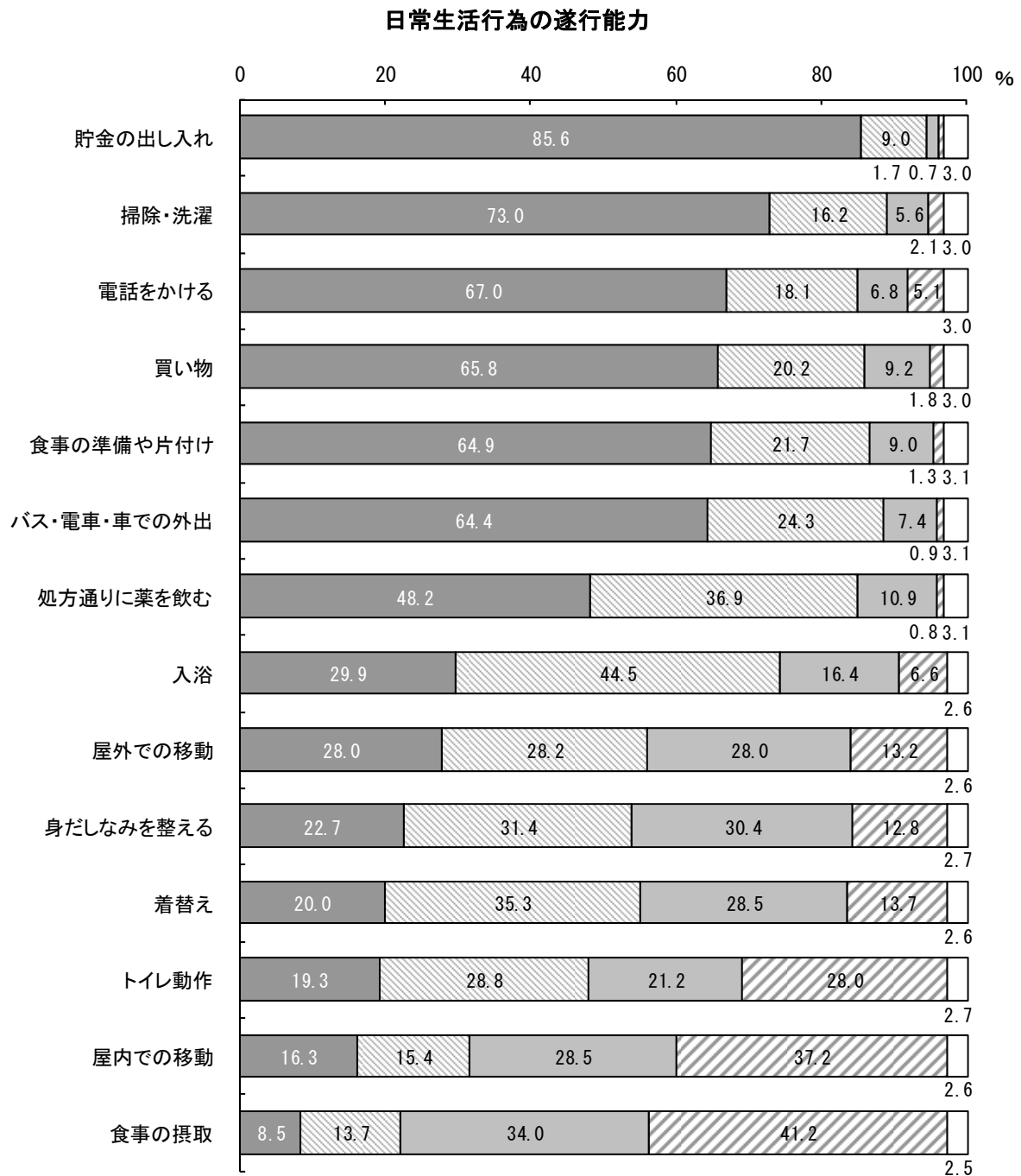


2. ご本人(被介護者)が受けている介護の状況

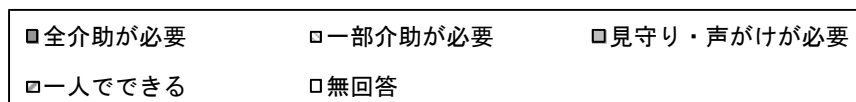
1) 日常生活行為の遂行能力と実行状況〔介護支援専門員票IV-4～14, 介護者票問3〕

日常生活行為で「全介助が必要」な割合は、「預貯金の出し入れ」で最も高く、次いで「掃除・洗濯」「電話をかける」「買い物」「食事の準備や片づけ」「バス・電車・車での外出」等、家事に関連する行為が上位に位置づいている。

逆に、「一人ができる」割合が高いのは、「食事の摂取」や「屋内での移動」となっている。



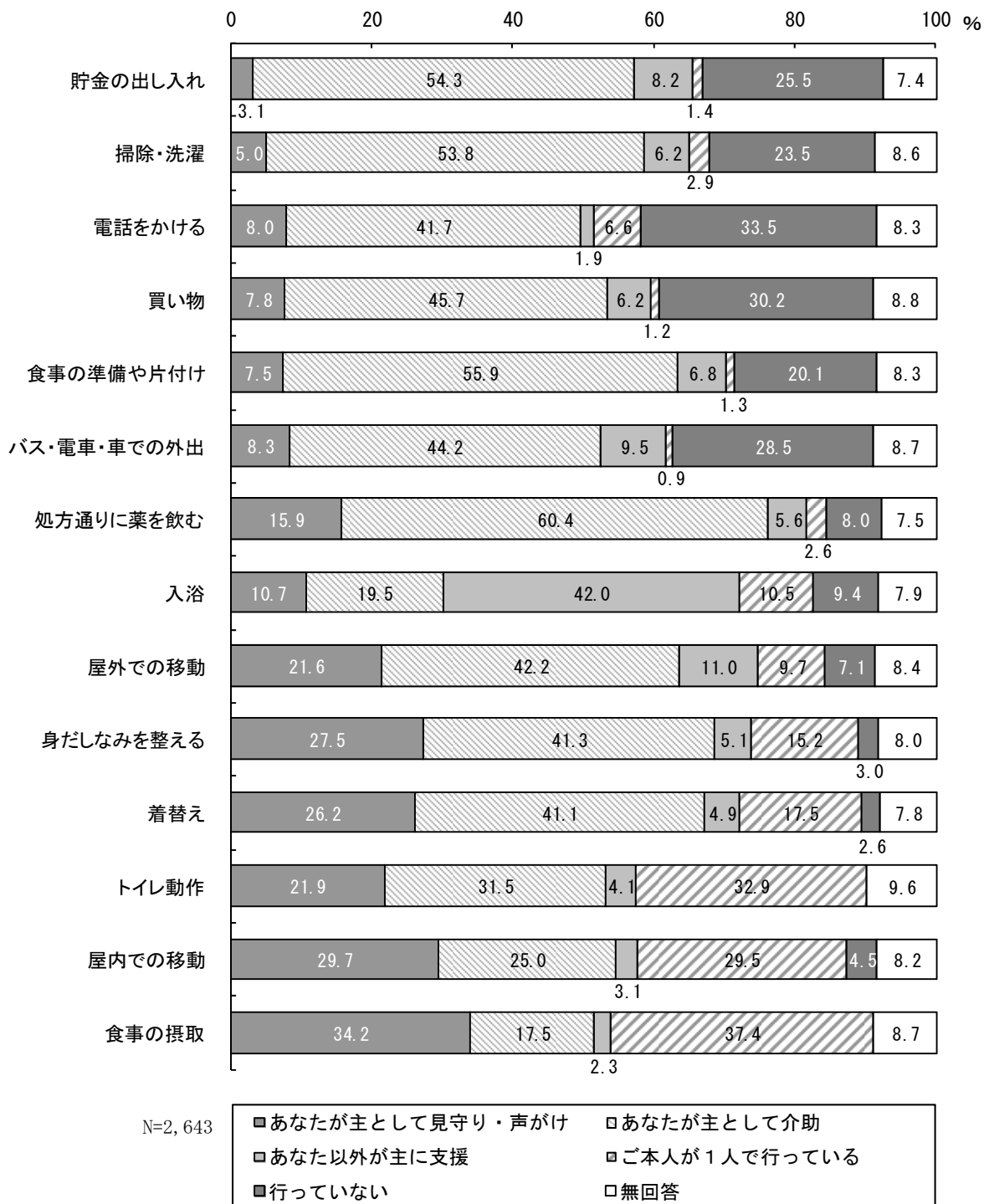
N=2,643



その実行状況を見ると、「全介助が必要」な割合が高い項目ほど「行っていない」または「あなたが主として介助」している割合が高く、「全介助が必要」な割合が低い項目ほど「ご本人が1人で行っている」または「あなたが主として見守り・声かけ」の割合が高い傾向がある。

ただし、「入浴」に関しては、「ご本人が1人で行っている」割合が低く「あなた以外が主に支援」しているといった、特徴的な傾向が見られた。

日常生活行為の実行状況



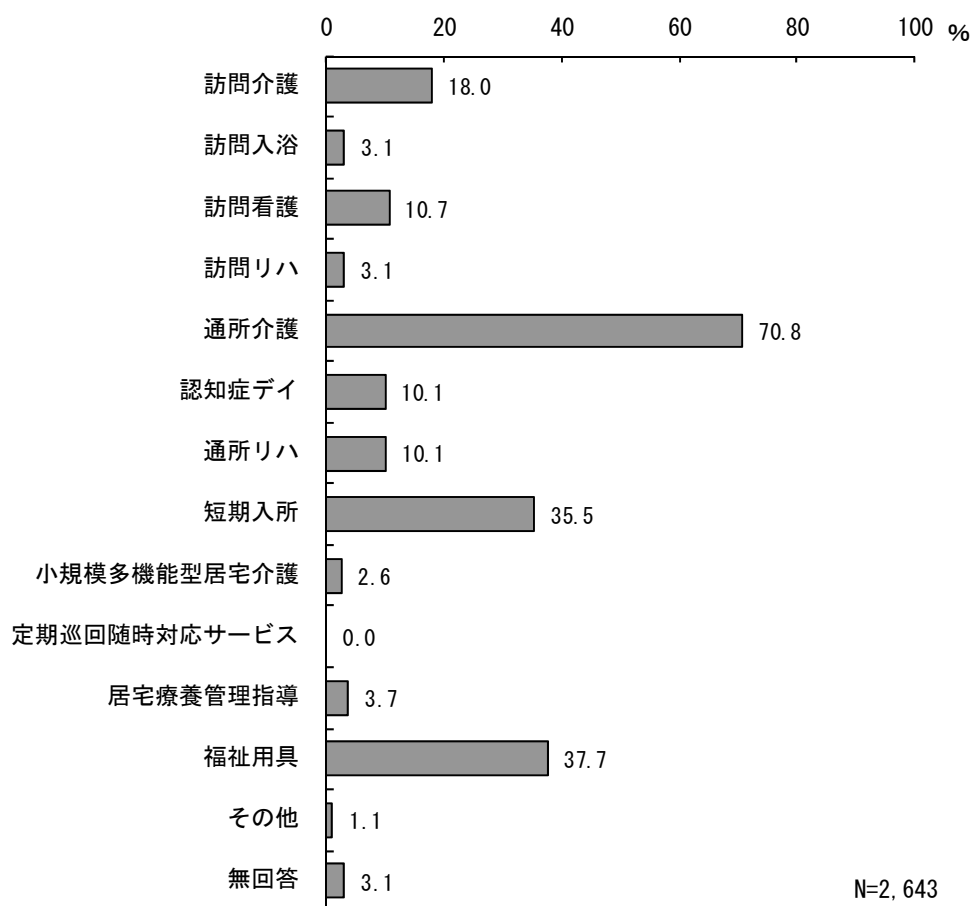
2) 介護サービス等の利用状況

① 介護保険サービスの利用状況〔介護支援専門員票VI-1〕

介護保険サービスでは、「通所介護」の利用が70.8%と最も多く、次いで「福祉用具」37.7%、「短期入所」35.5%、「訪問介護」18.0%の順となった。

認知症高齢者向けに設けられた「認知症デイ」10.1%や「小規模多機能型居宅介護」2.6%の利用は、これらに比べてまだまだ少ない状況である。

介護サービスの利用有無(複数回答)



介護サービスの利用状況から、「訪問介護のみ」「通所（通所介護・通所リハ・認知症デイ）のみ」「短期入所のみ」「訪問介護と通所の組合せ」の4つのタイプに分け、利用者像を分析した。

「訪問介護のみ」の場合は、平均要介護度 2.14 で、「要介護 3」以下が中心となっている。全体と比べると、「要介護 1」の割合が高い。また、認知症自立度では、「Ⅱb」が半数以上を占め、やはり軽度（Ⅰ～Ⅱ）の比重が高く、おおむね 2 / 3 を占めた。寝たきり度も同様に、「自立」や「J」の割合が高い傾向が見られた。

「通所のみ」の場合は、平均要介護度 1.86 で、「要介護 1」と「要介護 2」で 7 割以上を占める結果となった。認知症自立度では、「Ⅱb」が 35.3%、次いで「Ⅲa」が 32.5% を占め、軽度（Ⅰ～Ⅱ）と重度（Ⅲ以上）の割合が、おおむね半々となった。寝たきり度は、「自立」「J」の割合が高い傾向が見られ、寝たきり度が高く、認知症自立度が中～重度の、動ける認知症の人が中心的な利用者像となっている。

「短期入所のみ」の場合は、18 件のみと少ないが、要介護度、認知症自立度、寝たきり度とも、重度の比重が高い傾向が見られた。

「訪問介護と通所の組合せ」の場合は、平均要介護度 3.06 と高く、「要介護 3」以上が 6 割以上を占めた。認知症自立度も、重度（Ⅲ以上）の割合が 6 割以上を占め、寝たきり度も、他の利用パターンに比べて重度（B・C）の比重が高い傾向が見られた。

介護サービスの利用特性別 利用者の要介護度分布

	全体	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	新規申請中	無回答	平均要介護度
全体	2,643 100.0	606 22.9	690 26.1	658 24.9	367 13.9	255 9.6	1 0.0	66 2.5	2.60 —
訪問介護のみ	37 100.0	14 37.8	10 27.0	9 24.3	2 5.4	2 5.4	0 0.0	0 0.0	2.14 —
通所のみ (通所介護・通所リハ・認デイ)	760 100.0	332 43.7	241 31.7	148 19.5	28 3.7	8 1.1	0 0.0	3 0.4	1.86 —
短期入所のみ	18 100.0	4 22.2	5 27.8	4 22.2	5 27.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2.56 —
訪問介護と通所の組合せ	489 100.0	76 15.5	93 19.0	122 24.9	108 22.1	83 17.0	0 0.0	7 1.4	3.06 —

介護サービスの利用特性別 利用者の認知症自立度分布

	全体	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明	無回答
全体	2,643 100.0	64 2.4	229 8.7	719 27.2	834 31.6	343 13.0	297 11.2	56 2.1	1 0.0	100 3.8
訪問介護のみ	37 100.0	1 2.7	3 8.1	20 54.1	6 16.2	4 10.8	3 8.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0
通所のみ (通所介護・通所リハ・認デイ)	760 100.0	25 3.3	89 11.7	268 35.3	247 32.5	68 8.9	43 5.7	8 1.1	0 0.0	12 1.6
短期入所のみ	18 100.0	0 0.0	2 11.1	5 27.8	9 50.0	2 11.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
訪問介護と通所の組合せ	489 100.0	9 1.8	34 7.0	113 23.1	157 32.1	72 14.7	76 15.5	12 2.5	0 0.0	16 3.3

介護サービスの利用特性別 利用者の寝たきり度分布

	全体	自立	J	A	B	C	不明	無回答
全体	2,643 100.0	143 5.4	489 18.5	1,216 46.0	488 18.5	196 7.4	0 0.0	111 4.2
訪問介護のみ	37 100.0	5 13.5	11 29.7	16 43.2	3 8.1	1 2.7	0 0.0	1 2.7
通所のみ (通所介護・通所リハ・認デイ)	760 100.0	93 12.2	238 31.3	364 47.9	41 5.4	9 1.2	0 0.0	15 2.0
短期入所のみ	18 100.0	0 0.0	3 16.7	8 44.4	7 38.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0
訪問介護と通所の組合せ	489 100.0	12 2.5	62 12.7	222 45.4	117 23.9	62 12.7	0 0.0	14 2.9

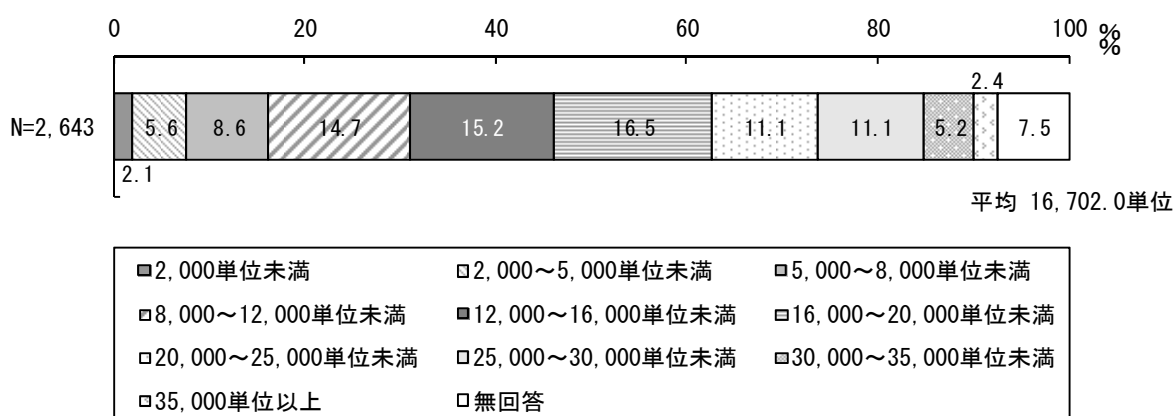
②介護保険サービスの利用単位数【介護支援専門員票VI-2】

介護保険サービスの利用単位数は、平均 16,702.0 単位で、分布で見ると、「16,000～20,000 単位」が最も多く 16.5%、次いで「12,000～16,000」が 15.2%、「8,000～12,000 単位」が 14.7% であった。

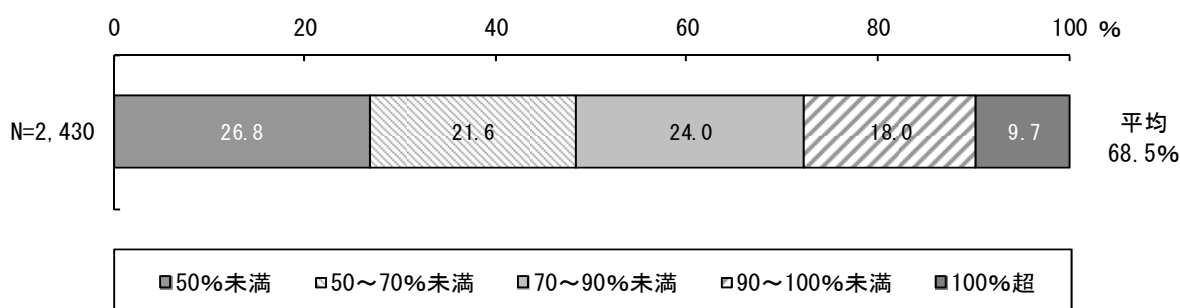
区分支給限度額に占める利用割合は、平均 68.5%で、分布で見ると、「50%未満」が 26.9%、「70～90%未満」が 24.0%、「50～70%未満」が 21.6%、「90～100%未満」が 18.0%となった。また、区分支給限度額を超えてサービスを利用しているケースも 9.7%見られた。

さらに、要介護度別に見ると、要介護度が高まるほど区分離宮限度額に対する利用割合も、区分支給限度額以上に利用している割合も高くなる傾向が見られた。

介護保険サービスの利用単位数



区分支給限度額に占める利用割合(利用単位数・要介護度そろって回答がある場合のみ集計)



注) 利用単位数もしくは要介護度が無回答の場合は「無効」扱いとし、上記の算出には含めていない。

《参考》要介護度別に見た区分支給限度額に占める利用割合

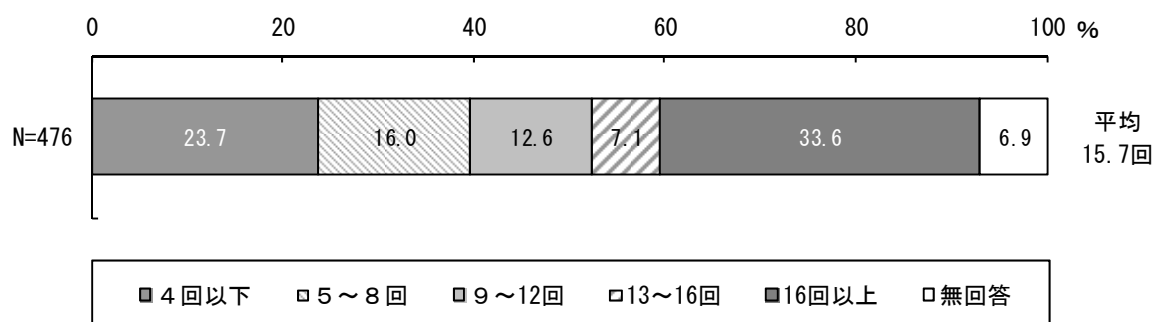
	区分支給限度額	平均利用単位数	区分支給限度額に占める利用割合(%)	区分支給限度額以上に利用している割合(%)
要介護 1	16,580 単位	9,633 単位	58.1%	6.7%
要介護 2	19,480 単位	13,615 単位	69.9%	9.6%
要介護 3	26,750 単位	18,761 単位	70.1%	10.0%
要介護 4	30,600 単位	22,501 単位	73.5%	12.2%
要介護 5	35,830 単位	27,702 単位	77.3%	12.4%

③訪問介護の利用状況〔介護支援専門員票VI-3・4〕

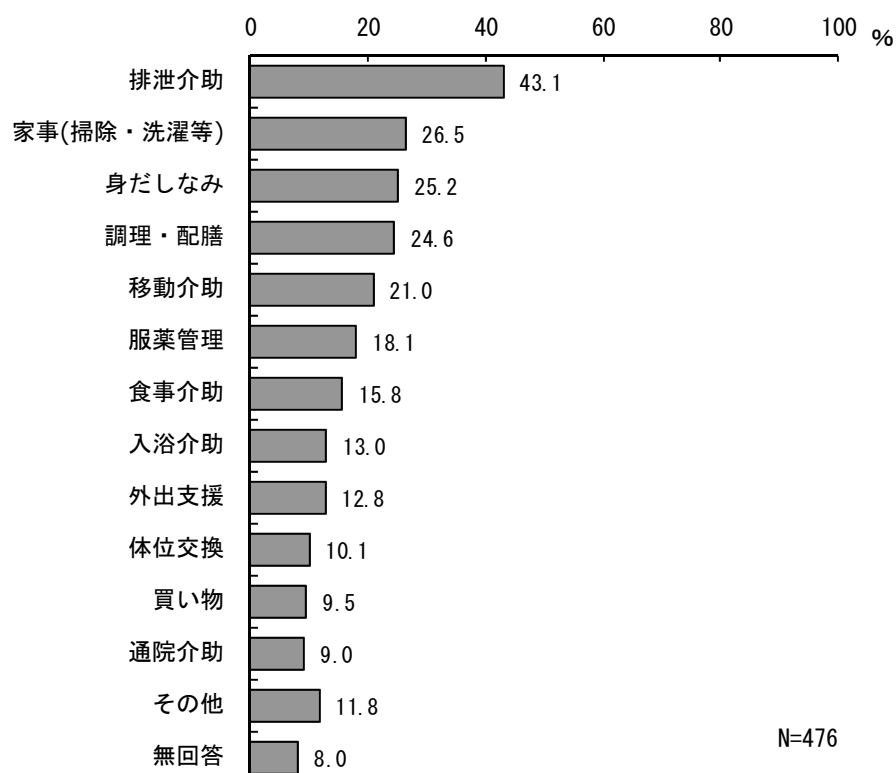
訪問介護を利用している人の月平均利用回数は15.7回で、分布で見ると、「16回以上」が最も多く33.6%を占める一方で、次いで多かったのが「4回以下」23.7%と、2極化傾向が見られた。

訪問介護で実施している内容は、「排泄介助」が最も多く43.1%、次いで「家事（掃除・洗濯等）」26.5%、「身だしなみ」25.2%、「調理・配膳」24.6%、「移動介助」21.0%の順となった。

訪問介護の月利用回数(訪問介護を利用している場合のみ回答)



訪問介護の実施内容(訪問介護を利用している場合のみ回答, 複数回答)



注)「その他」の内容としては、以下のような記載が見られた。(カッコ内の数値は記載件数を示す)

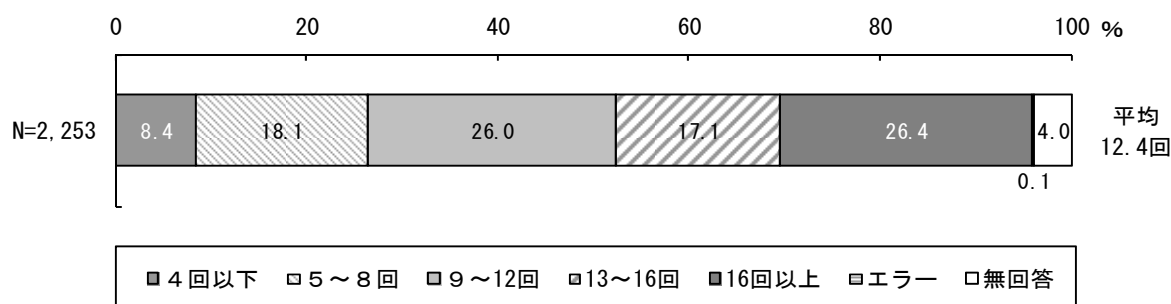
- ・デイまたはショートを送り出し・迎え入れ (16)
- ・清拭 (9)
- ・見守り、声かけ、安否確認 (6)
- ・口腔ケア (5)
- ・水分補給 (5)
- ・手浴、足浴 (4)・更衣 (3)
- ・歩行訓練、散歩 (2) など

④通所介護の利用状況〔介護支援専門員票VI-5・6〕

通所介護を利用している人の月平均利用回数は12.4回で、分布で見ると、「16回以上」が最も多く26.4%、次いで「9～12回」26.0%、「5～8回」18.1%の順となった。

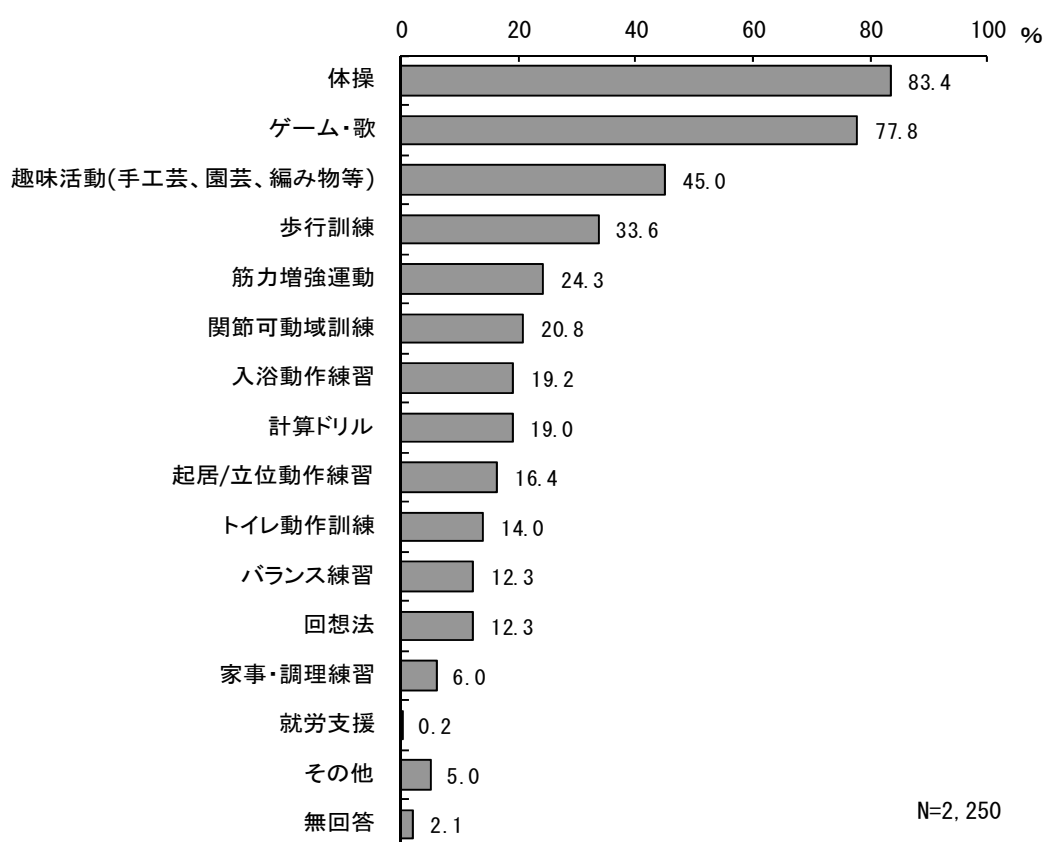
通所介護で実施している内容は、「体操」83.4%や「ゲーム・歌」77.8%が多く、次いで「趣味活動」45.0%、「歩行訓練」33.6%、「筋力増強運動」24.3%の順となった。

通所介護の月利用回数(通所介護を利用している場合のみ回答)



注) 32回以上の回数が記載されている場合は「エラー」扱いとして処理した。

通所介護の実施内容(通所介護を利用している場合のみ回答、複数回答)



注) 「その他」の内容としては、以下のような記載が見られた。(カッコ内の数値は記載件数を示す)

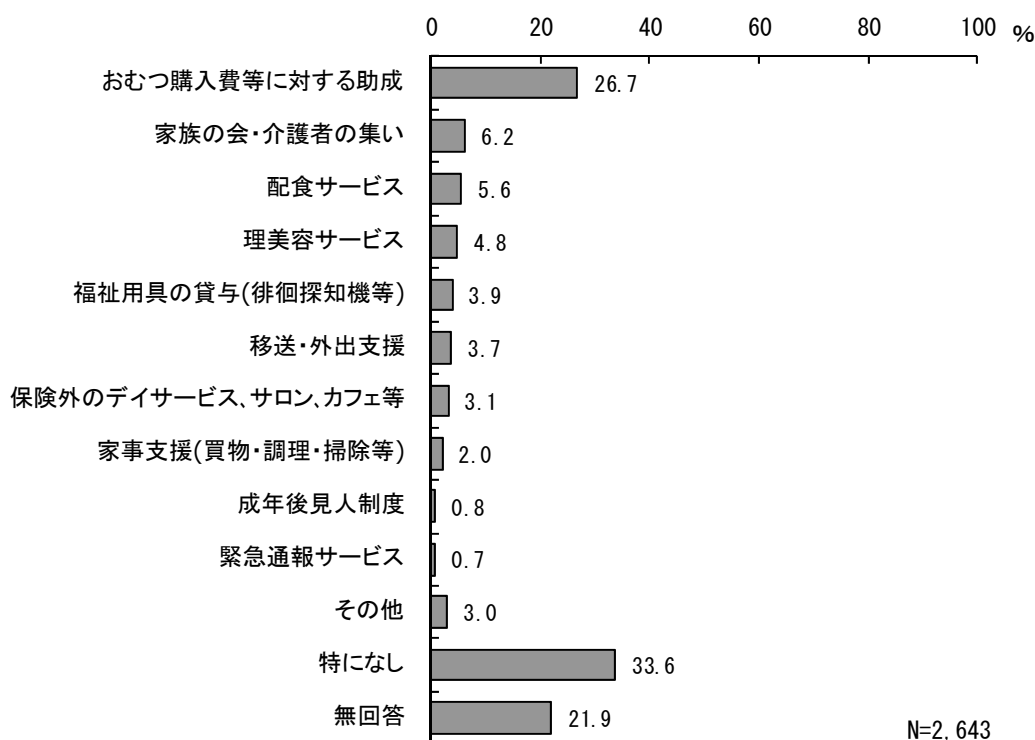
- ・外出レク、散歩、買い物 (26)
- ・マッサージ (5)
- ・入浴 (13)
- ・外食、食事バイキング (4)
- ・口腔ケア、口腔機能向上 (7)
- ・音楽療法 (2)
- ・塗り絵 (8)
- ・洗濯ものたたみ (29) など

⑤介護保険以外のサービス利用状況〔介護支援専門員票VI-7〕

介護保険以外のサービス利用は「特になし」が33.6%であるが、「特になし」と「無回答」を除く44.5%の人は何らかの介護保険サービスを利用している状態であった。

利用しているサービスの内容は、「おむつ購入費等に対する助成」が26.7%と、他に比べて突出して高く、それ以外は数%程度の利用にとどまった。「家族の会・介護者の集い」の利用は6.2%、「保険外のデイサービス、サロン、カフェ等」の利用は3.1%であった。

介護保険以外のサービス利用状況(複数回答)



注)「その他」の内容としては、以下のような記載が見られた。(カッコ内の数値は記載件数を示す)

- ・訪問マッサージ (11)
- ・見守りサービス (9)
- ・往診、訪問診療 (3)・お泊りサービス (7)
- ・保険外の訪問介護、支援員・お話しボランティア等派遣 (7)
- ・徘徊ネットワーク、通報サービス (5)
- ・介護タクシー、通院支援 (4)
- ・訪問歯科 (4)
- ・ストーマ装具・パウチ支給 (2)
- ・ゴミだし支援 (2)
- ・給食、食事づくりサポート (2)
- ・医療保険のデイ・認知デイ (2)
- ・医療保険の訪問看護 (1)
- ・介護手当 (1)
- ・シルバーカー利用 (1) など

3) 施設入所希望 [介護者票問 12]

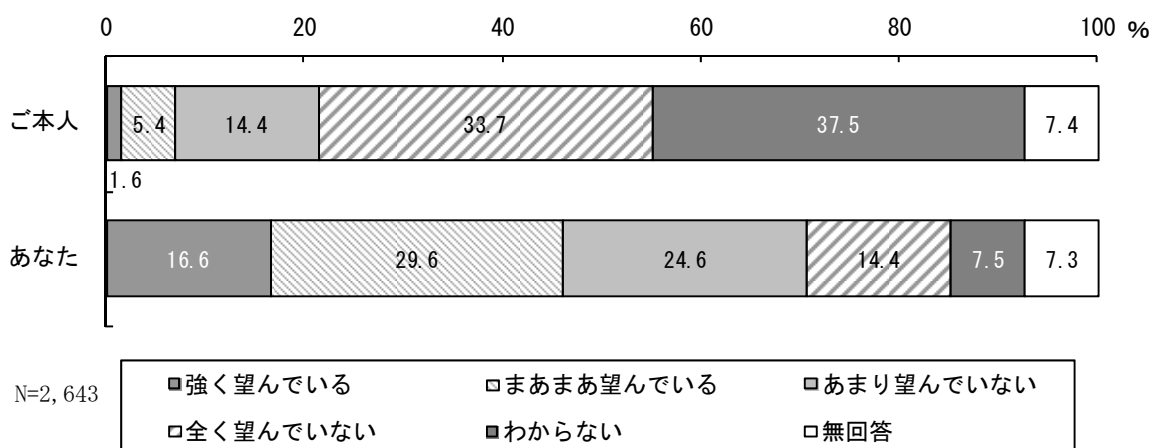
施設への入所希望は、ご本人に関しては「わからない」が 37.5%と最も多く、次いで「全く望んでいない」が 33.7%、「あまり望んでいない」が 14.4%を占めた。

これに対し、介護者側では、「まあまあ望んでいる」が 29.6%と最も多く、「強く望んでいる」16.6%を合わせると 46.2%が施設入所を希望している状態である。その一方で、「あまり望んでいない」24.6%、「全く望んでいない」14.4%と、39.0%の方が在宅で介護をしたいと考えていた。

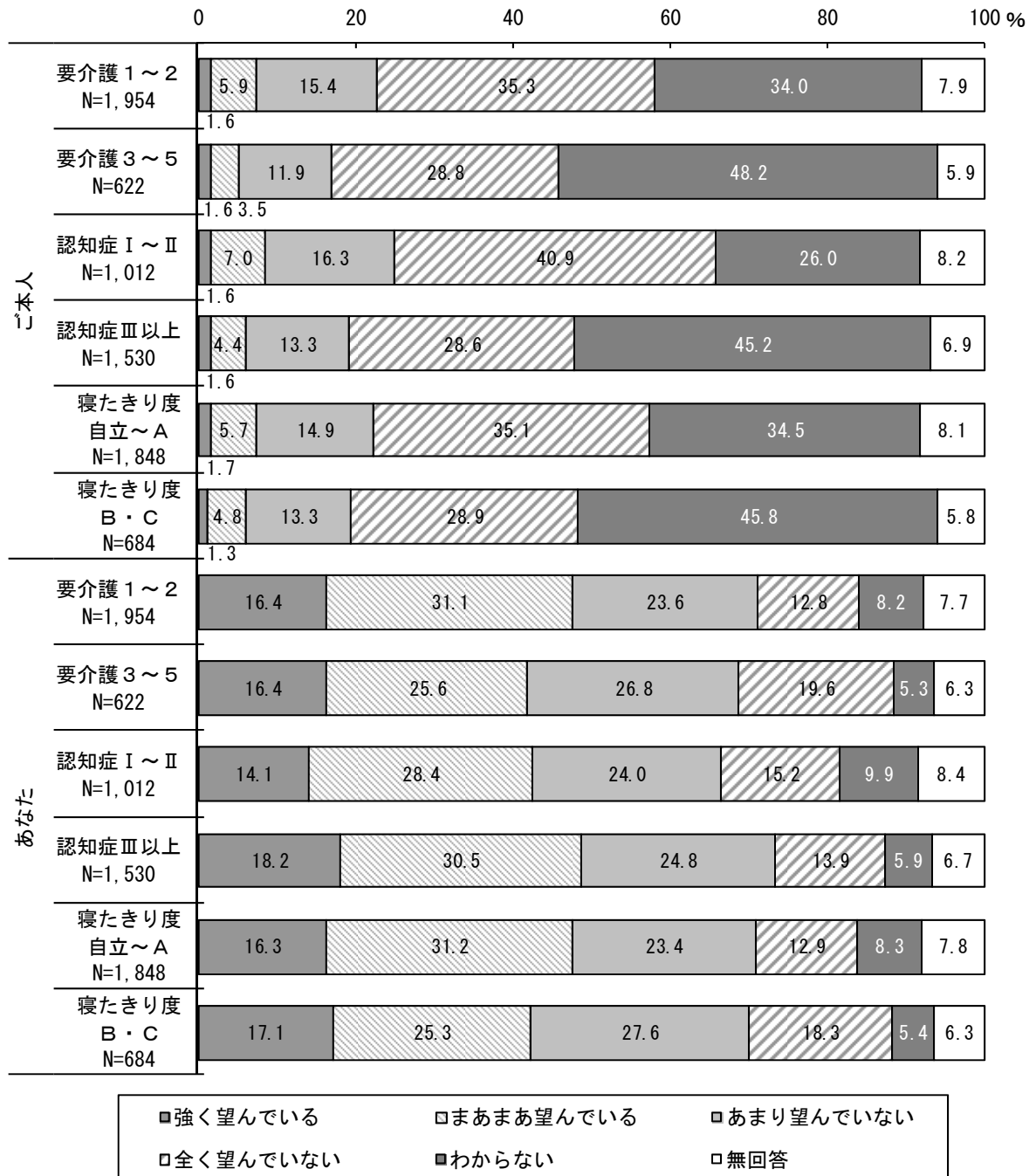
なお、参考までに被介護者の状態像別の結果を見ると、要介護度、認知症、寝たきり度のいずれで見ても、軽度者よりも重度者においてご本人の回答が「わからない」の割合が高く、軽度者ほど入所を望まない傾向が見られる。特に、認知症Ⅰ～Ⅱにおいては「全く望んでいない」割合が4割を超えている点が注目される。

これに対し、介護者側では、要介護度や寝たきり度では、重度の場合のほうが入所を望まない傾向が見られるのに対し、認知症自立度では、軽度（Ⅰ～Ⅱ）よりも重度（Ⅲ以上）のほうが、入所を望む割合が高い傾向が見られる。

施設等への入所希望



《参考》被介護者の状態像別 施設等への入所希望

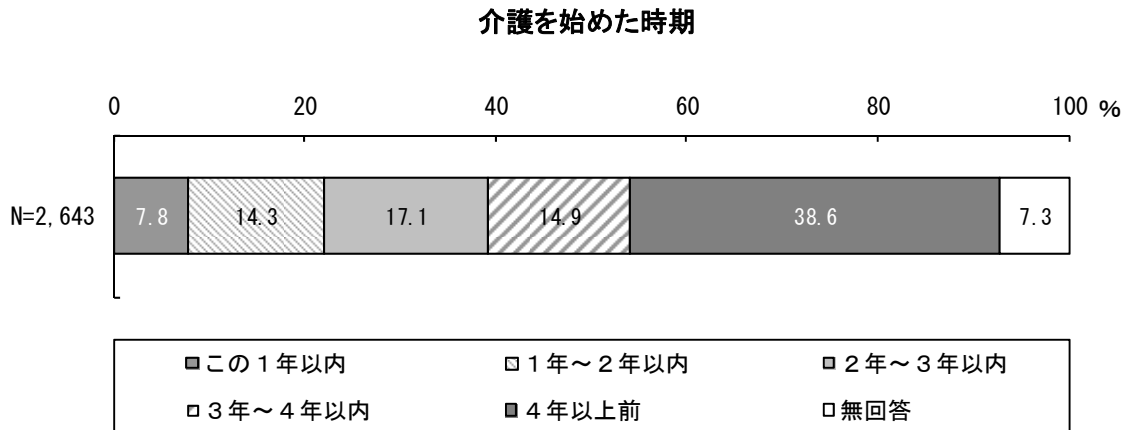


3. 介護者による介護の状況

1) 介護の状況

① 介護を始めた時期【介護者票 I-問 1】

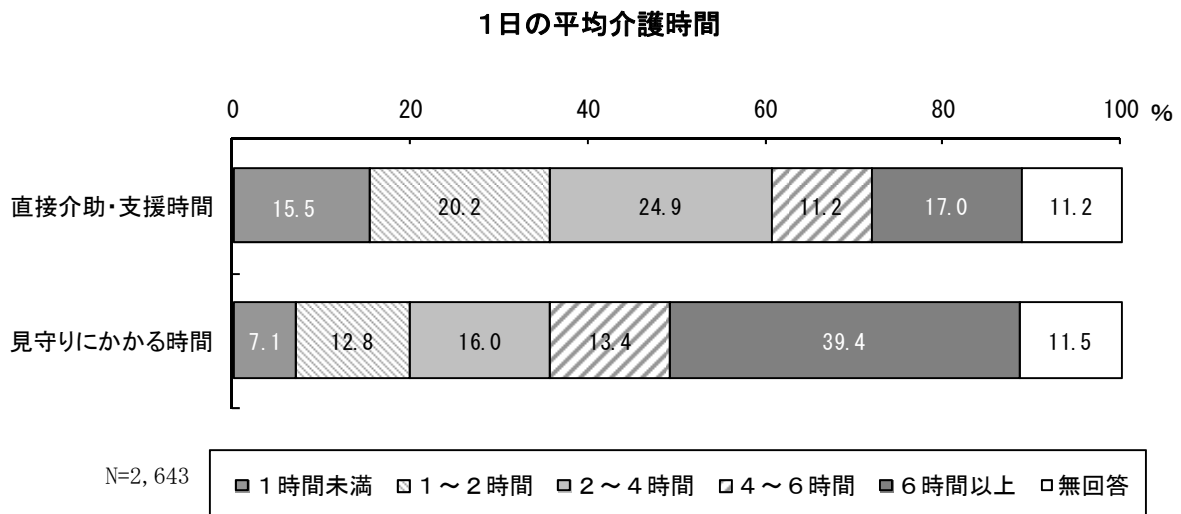
介護を始めた時期は、「4年以上前」が最も多く 38.6%を占め、過半数が3年以上にわたって介護を担っている状態であった。



② 1日の平均介護時間【介護者票 I-問 2】

1日の平均介護時間は、直接介助・支援時間では「2～4時間」が最も多く 24.9%、次いで「1～2時間」が 20.2%、「6時間以上」も 17.0%見られた。

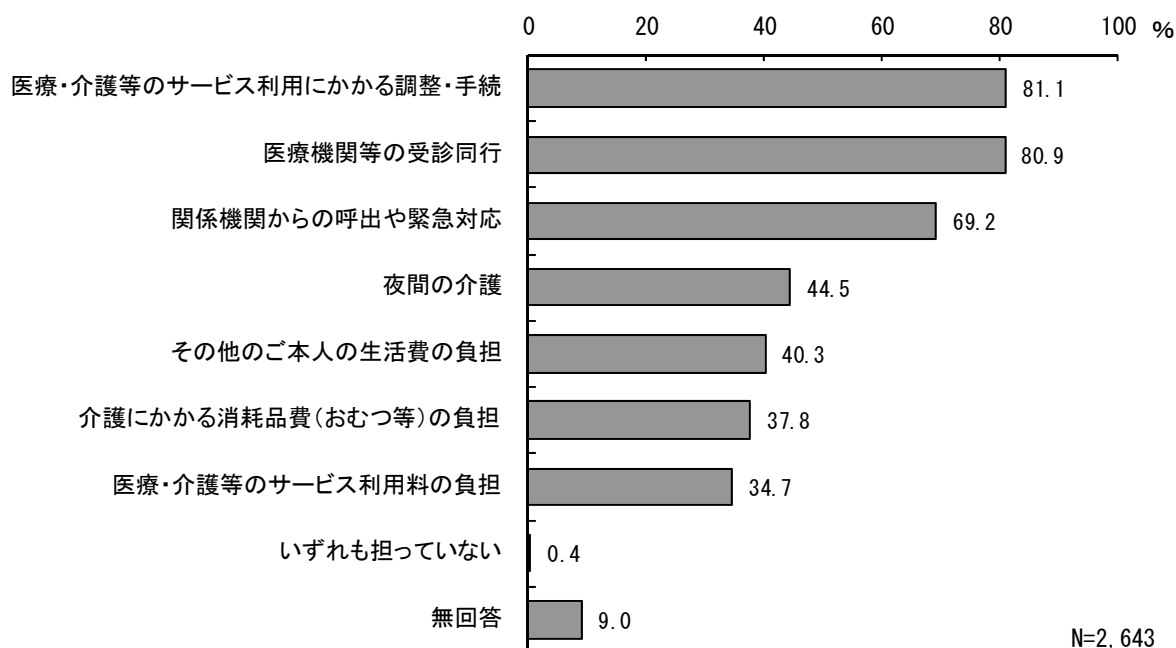
見守りにかかる時間では、「6時間以上」が最も多く 39.4%、「2～4時間」が 16.0%、「4～6時間」が 13.4%を占めた。



③担っている介護・支援の内容【介護者票 I-問 5】

実際に家族介護者が担っている介護・支援の内容では、「医療・介護等のサービス利用にかかる調整・手続き」81.1%や「医療機関等の受診同行」80.9%が多く、次いで「関係機関からの呼出や緊急対応」69.2%、「夜間の介護」44.5%などとなっている。

担っている介護・支援の内容(複数回答)



2) 周囲の理解・支援

① 介護負担に対する周囲の理解 [介護者票Ⅱ-問 8]

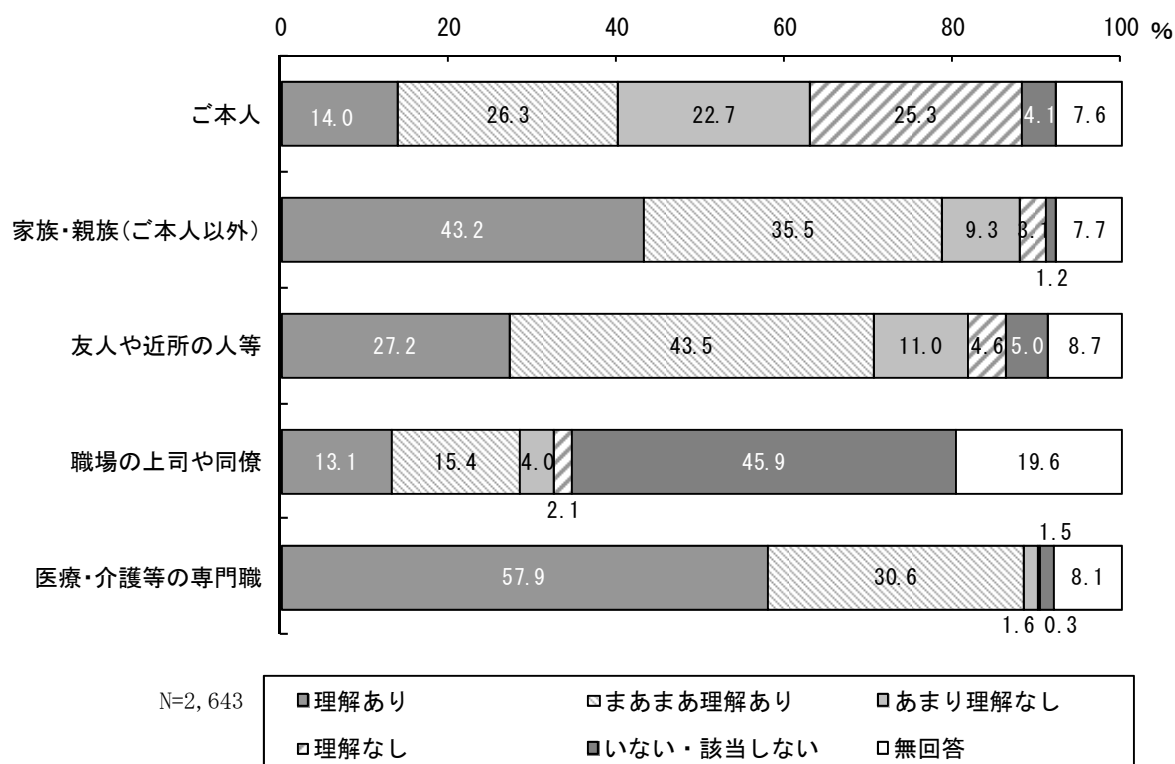
介護者にかかっている負担に対する周囲の理解については、医療・介護等の専門職やご本人以外の家族・親族、友人や近所の人等には理解されていると実感している割合が高いが、ご本人からはあまり理解されていないと感じている人が多いことが明らかになった。

また、職場の上司や同僚に関しては、「いない・該当しない」が45.9%、無回答が19.6%を占めたが、「理解なし」「あまり理解なし」の割合は6.1%と、低めにとどまった。

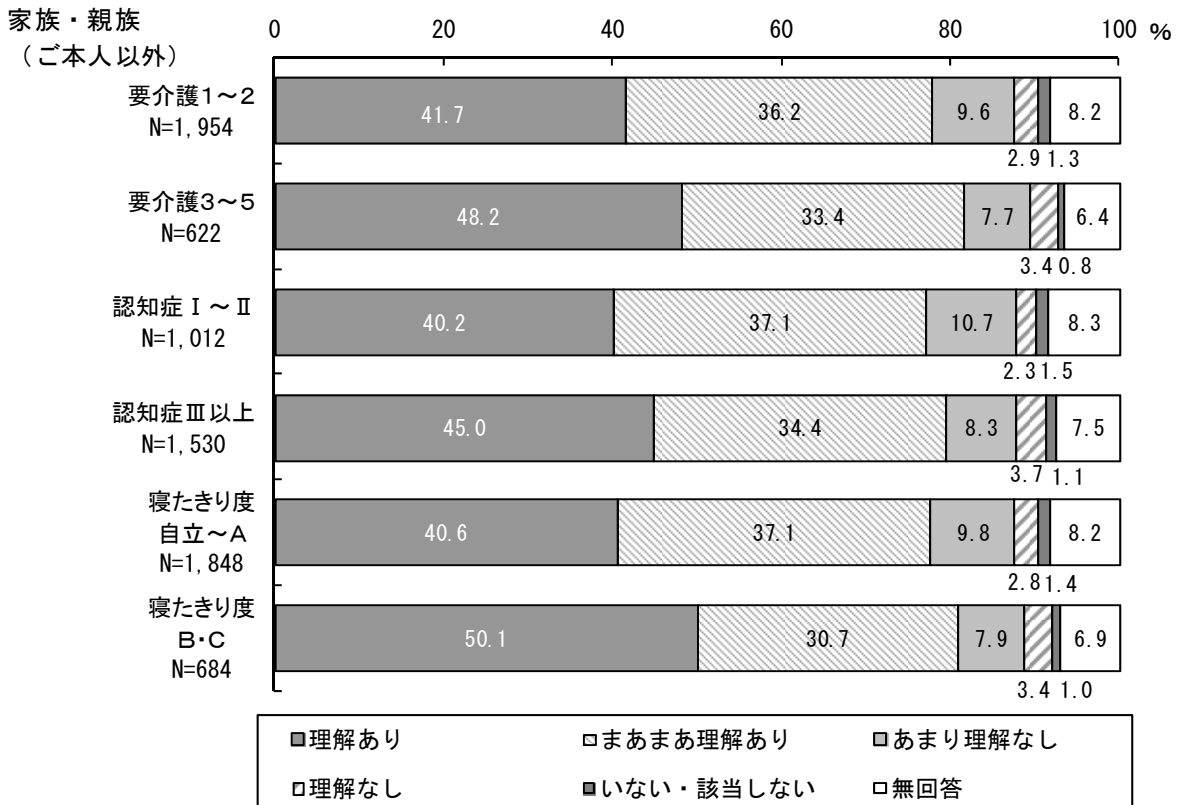
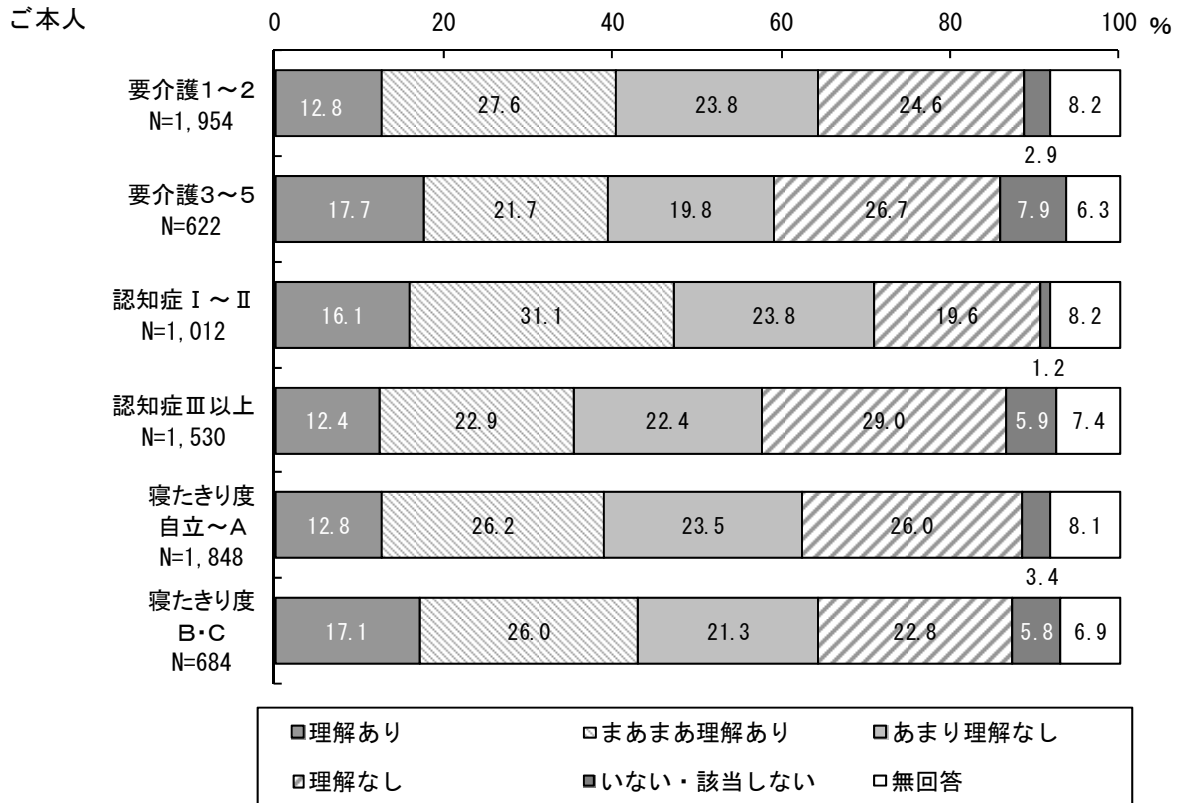
なお、参考までに被介護者の状態像別の結果を見ると、ご本人では、要介護度や寝たきり度では、重度の場合のほうが「理解あり」の割合が高い傾向が見られるが、認知症自立度に関しては、軽度（Ⅰ～Ⅱ）よりも重度（Ⅲ以上）の方が、「理解あり」の割合が低く、「理解なし」や「該当しない」の割合が高い傾向が見られた。

これに対し、ご本人以外の家族・親族、友人や近所の人等、職場の上司や同僚、医療・介護等の専門職では、要介護度、寝たきり度と同様に、認知症自立度においても、重度の方が「理解あり」の割合が高い傾向が見られた。

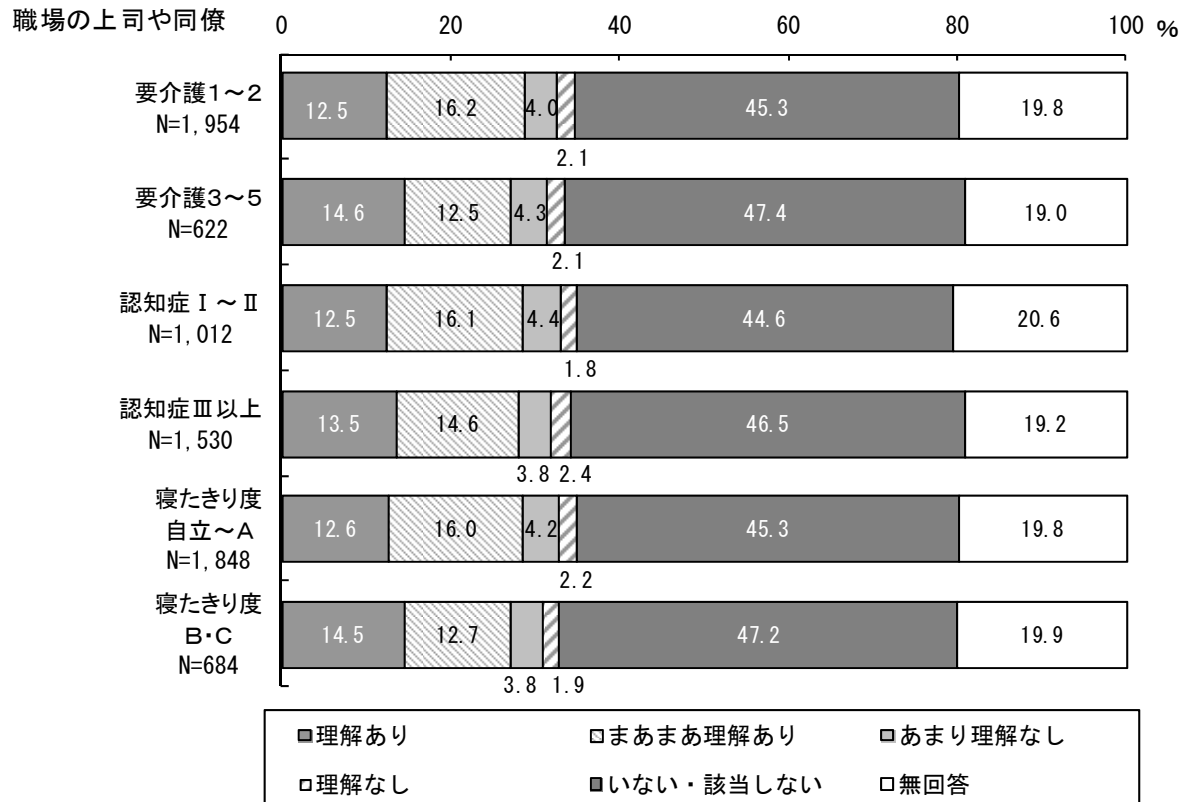
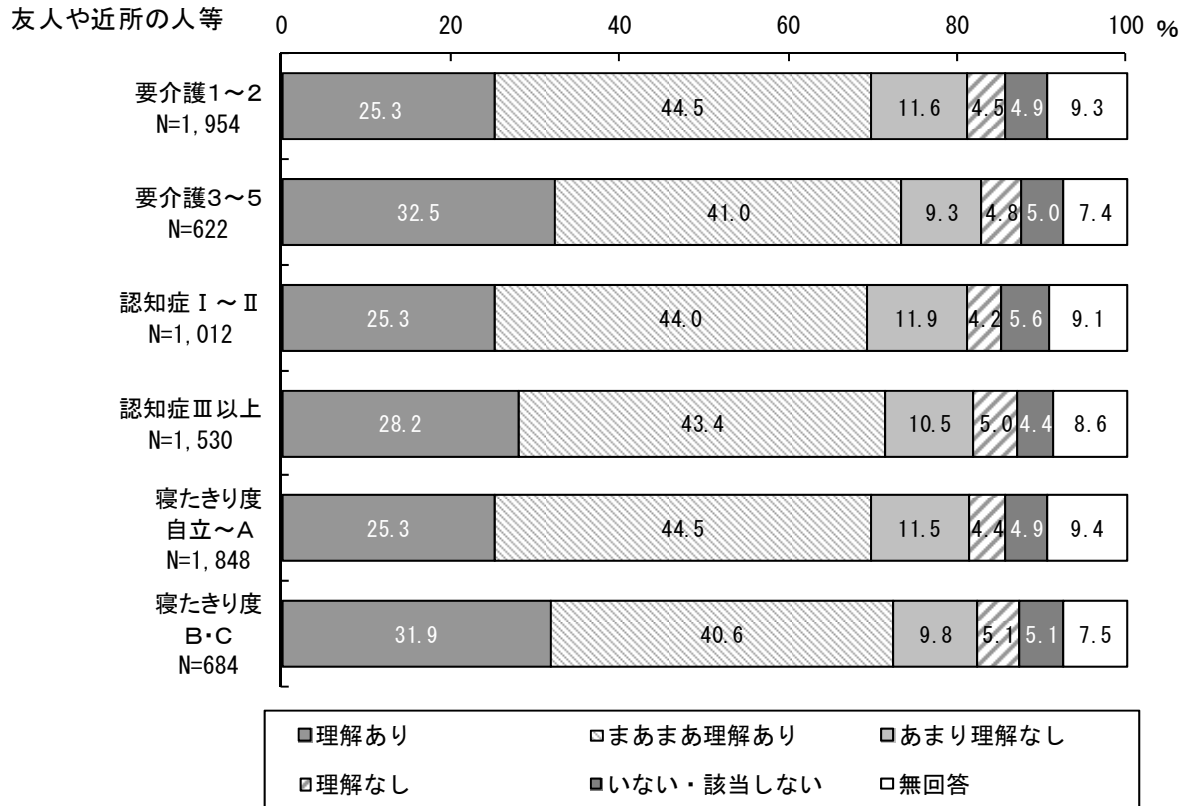
介護負担に対する周囲の理解



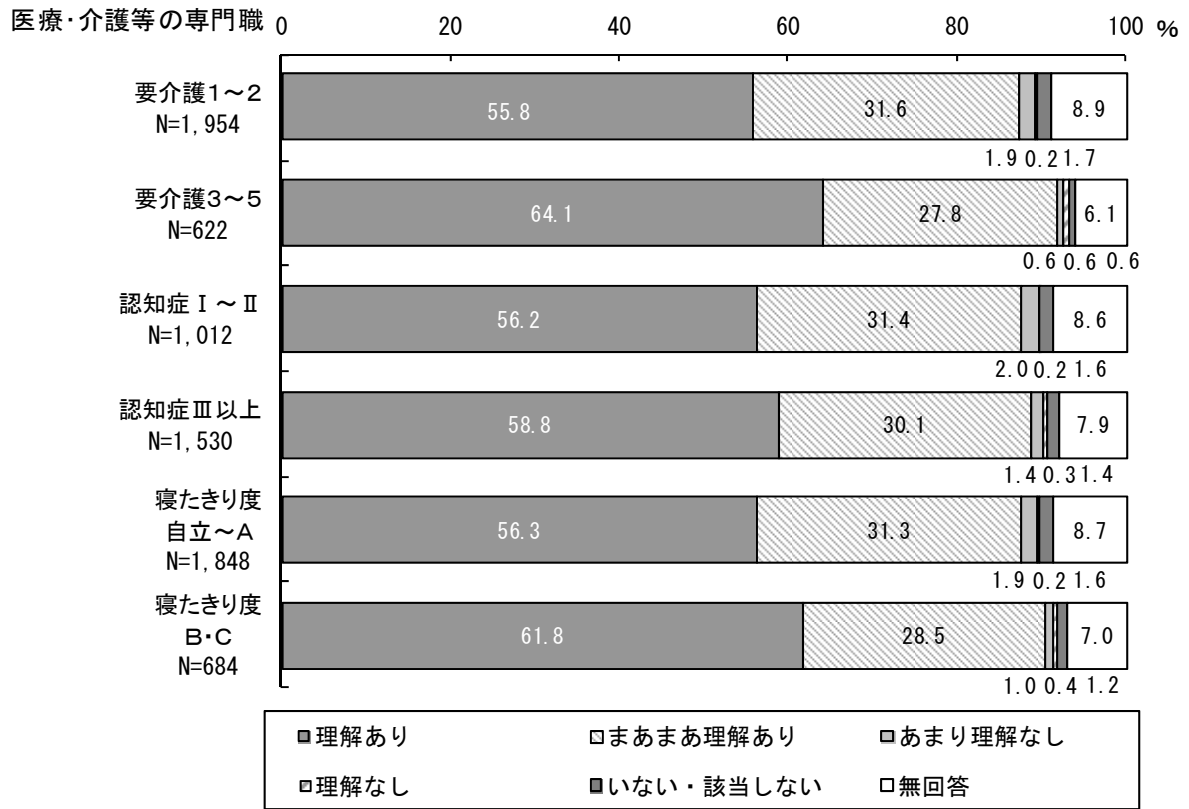
《参考》被介護者の状態像別 介護負担に対する周囲の理解(1/3)



《参考》被介護者の状態像別 介護負担に対する周囲の理解(2/3)



《参考》被介護者の状態像別 介護負担に対する周囲の理解(3/3)

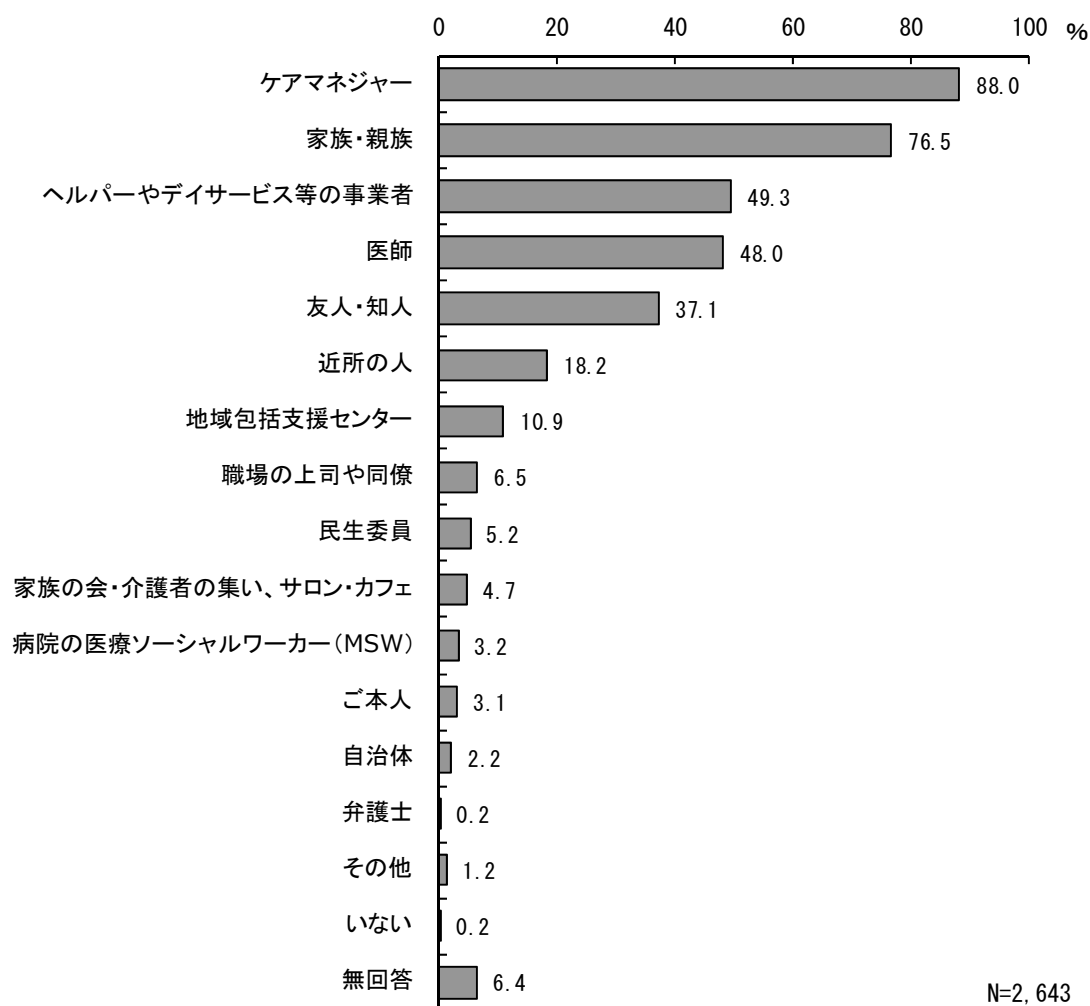


②介護に関する相談相手【介護者票Ⅱ-問9】

介護に関する相談相手は、「ケアマネジャー」という回答が最も多く、88.0%を占め、次いで「家族・親族」が76.5%であった。このほか、上位には、「ヘルパーやデイサービス等の事業者」49.3%や「医師」48.0%が挙げられ、日頃関わりのある医療・介護の専門職を相談相手としている実態が明らかになった。

その一方で、「地域包括支援センター」と回答した人は10.9%、「家族の会・介護者の集い、サロン・カフェ」と回答した人は4.7%にとどまった。

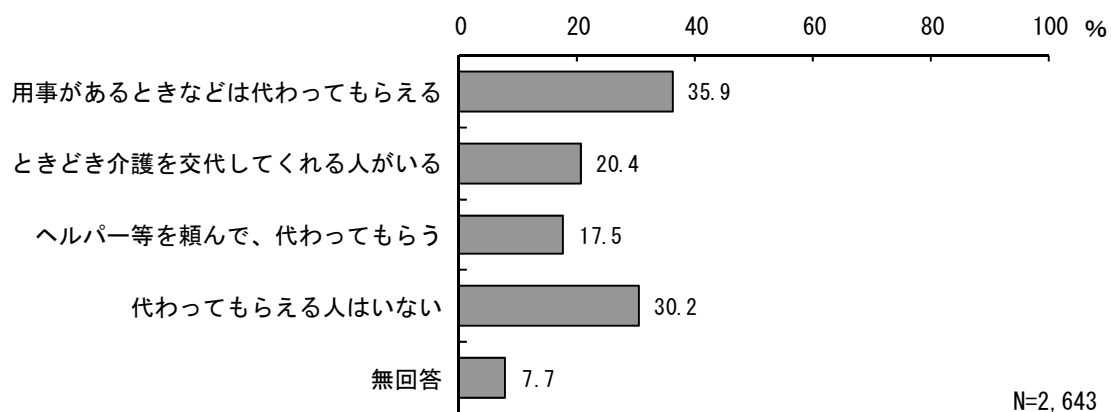
介護に関する相談相手(複数回答)



③介護の代替者【介護者票Ⅰ-問4】

介護を代わってもらえる人がいるかどうかという設問に対しては、「用事があるときなどは代わってもらえる」が35.9%、「ときどき介護を交代してくれる人がいる」が20.4%見られたのに対し、「代わってもらえる人はいない」が30.2%、「ヘルパー等を頼んで、代わってもらう」が17.5%と、身近な介護の代替者がいないと見られる回答も少なくなかった。

介護の代替者(複数回答)



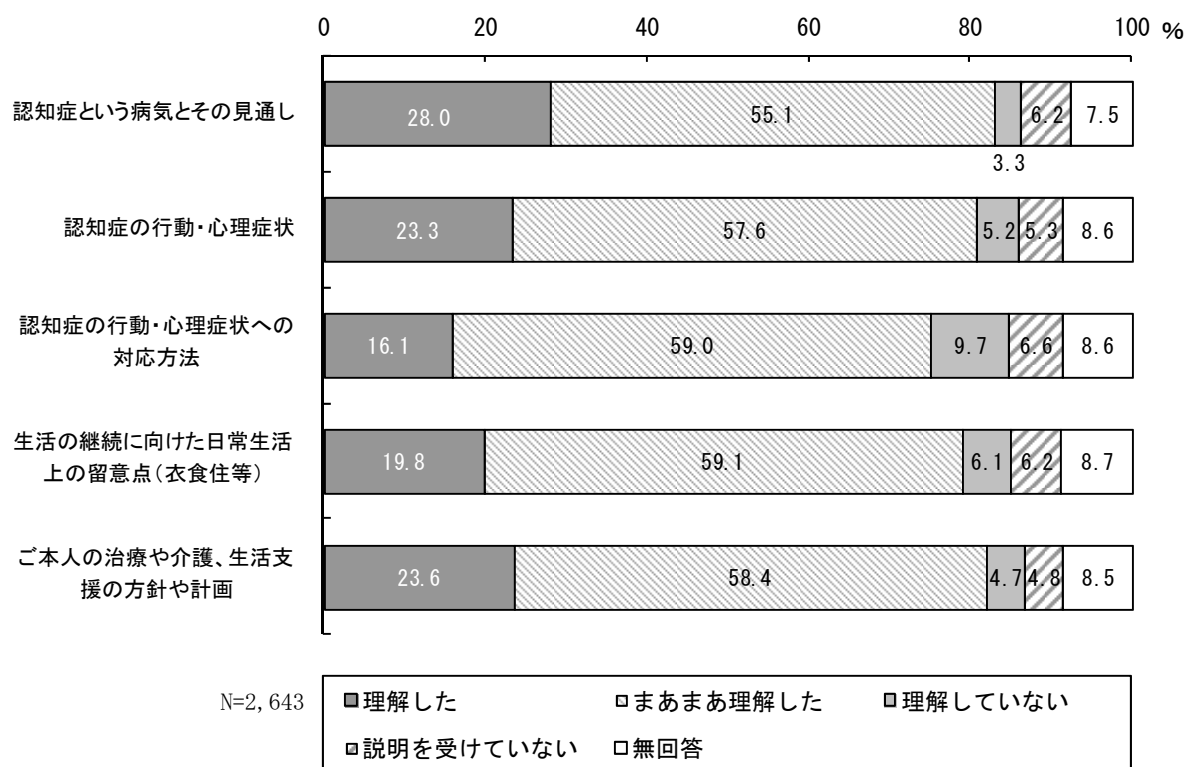
3) 認知症等に関する説明の状況

① 認知症等に関する説明の有無・理解度(介護者の評価) 【介護者票Ⅳ-問 13】

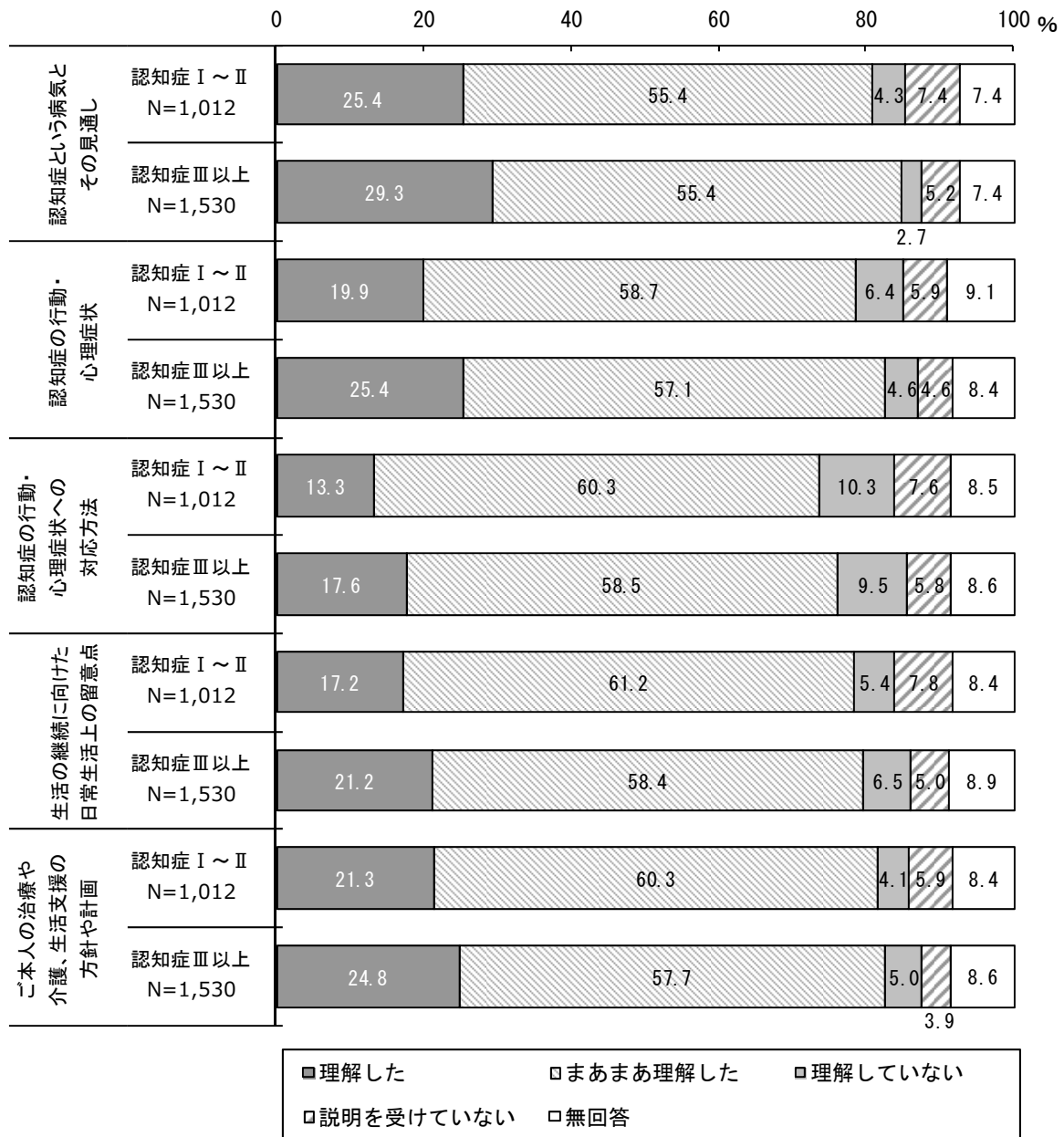
認知症という病気の症状やそれへの対応等について説明を受け、理解できたかを介護者に問う設問では、「認知症という病気とその見通し」「認知症の行動・心理症状」「認知症の行動・心理症状への対応方法」「生活の継続に向けた日常生活上の留意点」「ご本人の治療や介護、性末支援の方針や計画」のいずれに関しても、「説明を受けていない」割合は4～7%に、「理解していない」は3～10%にとどまり、「理解した」「まあまあ理解した」を合わせると75%を超える高い理解度となった。

なお、参考までに被介護者の認知症自立度別の結果を見ると、軽度（Ⅰ～Ⅱ）の方が、「説明を受けていない」割合が高く、重度（Ⅲ以上）の方が、「理解した」「まあまあ理解した」の割合が高い傾向が見られた。

認知症等に関する説明の有無・理解度(介護者の評価)



《参考》被介護者の認知症自立度別 認知症等に関する説明の有無・理解度(介護者の評価)



②情報提供の役立ち度(介護者の評価)【介護者票Ⅳ-問 14】

情報提供の役立ち度合いに関する介護者の評価は、「ご本人が利用できる医療や介護保険のサービス」では「役立った」が63.0%、「まあまあ役立った」が27.1%と、合わせて9割超の人が役立ったと評価している。

これに次いで、「各種費用助成」についても、「役立った」が38.4%、「まあまあ役立った」が17.0%と、過半数の介護者に評価されている。

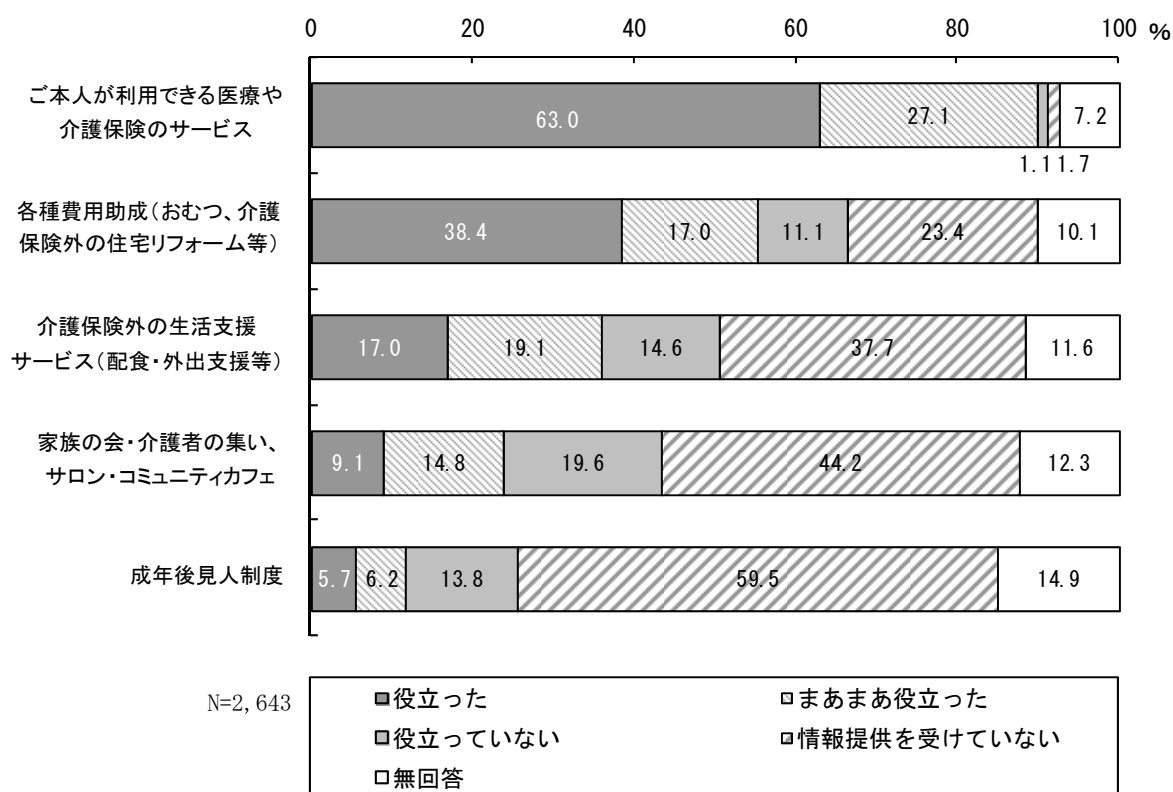
これに対し、「介護保険外の生活支援サービス」「家族の会・介護者の集い、サロン・コミュニティカフェ」「成年後見人制度」は「情報提供を受けていない」割合が高いことが明らかになった。

なお、参考までに被介護者の認知症自立度別の結果を見ると、「ご本人が利用できる医療や介護保険のサービス」や「各種費用助成」については、軽度（Ⅰ～Ⅱ）の方が「情報提供を受けていない」割合が高く、重度（Ⅲ以上）の方が「役立った」の割合が高い傾向が見られた。

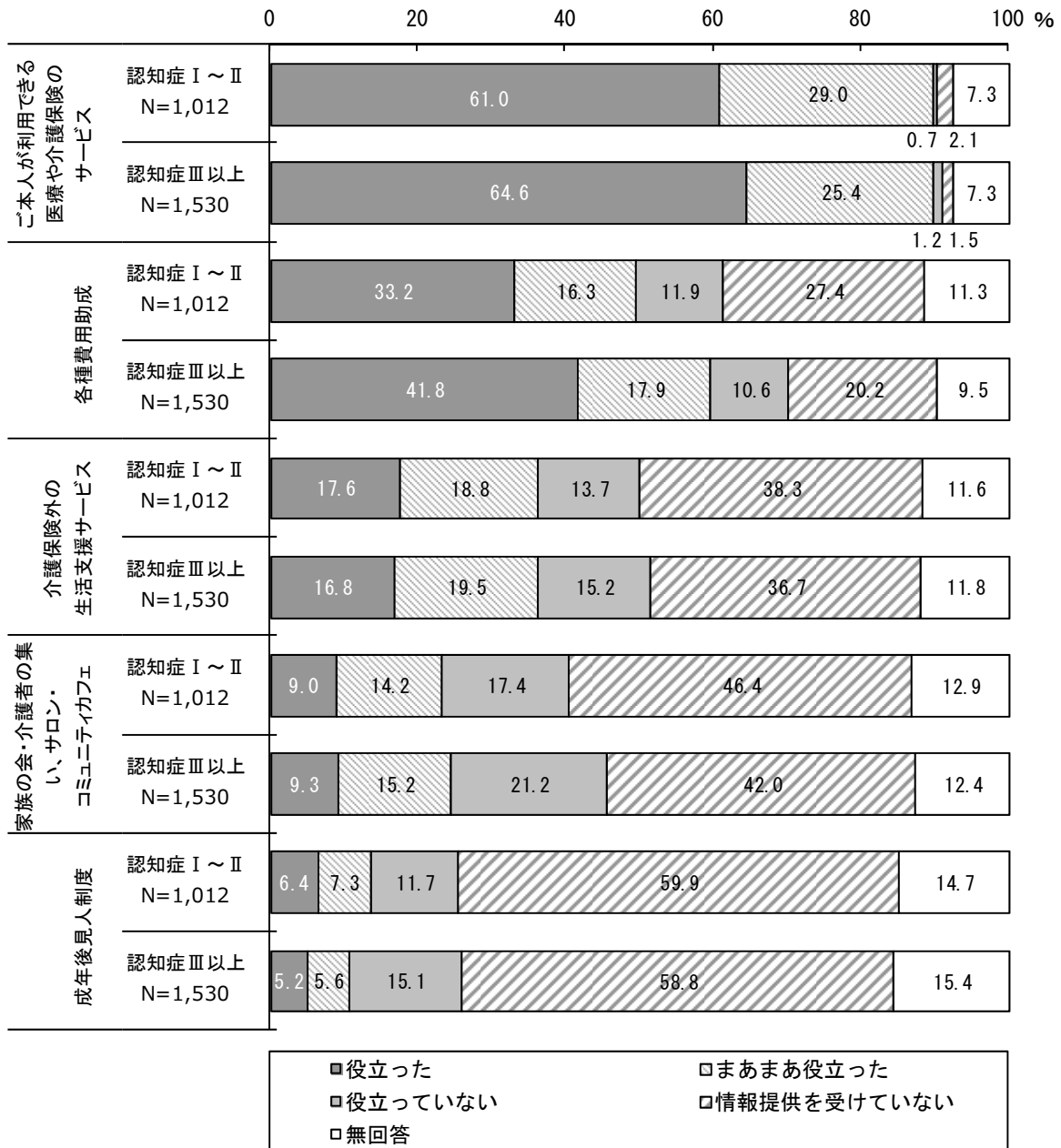
また、「家族の会・介護者の集い、サロン・コミュニティカフェ」では、「役立った」「まあまあ役立った」割合は、軽度・重度で差がなく、軽度（Ⅰ～Ⅱ）の方が「情報提供を受けていない」割合が高く、重度（Ⅲ以上）の方が「役立っていない」割合が高い傾向が見られた。

「介護保険外の生活支援サービス」「成年後見人制度」では、軽度・重度による違いはほとんど見られなかった。

情報提供の役立ち度(介護者の評価)



《参考》被介護者の認知症自立度別 情報提供の役立ち度(介護者の評価)



③専門職による説明・支援等に対するケアマネジャーの評価〔介護支援専門員票Ⅶ-1～4〕

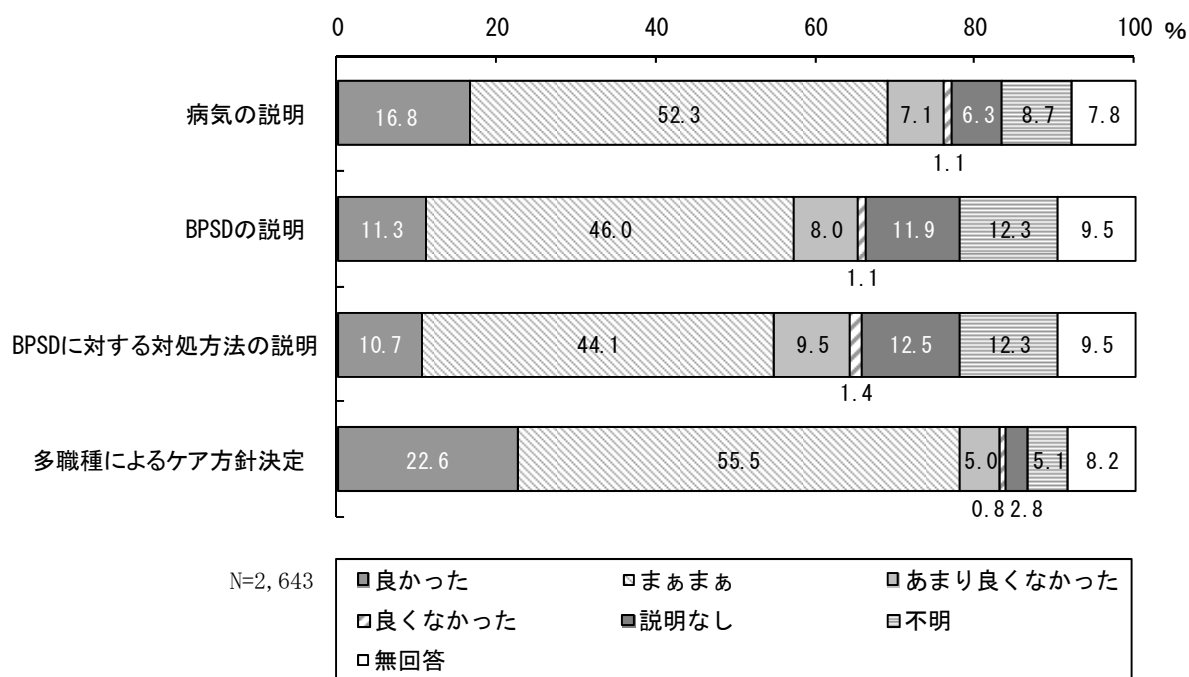
専門職による介護者への説明や支援に対するケアマネジャーの評価では、「病気の説明」「BPSDの説明」「BPSDに対する対処方法の説明」「多職種によるケア方針決定」のいずれも「良かった」と評価されている割合は1～2割程度で、「まあまあ」が4～5割を占める結果となった。

中でも、「BPSDの説明」や「BPSDに対する対処方法の説明」は「説明なし」が1割以上、「あまり良くなかった」「良くなかった」の割合も1割程度見られた。

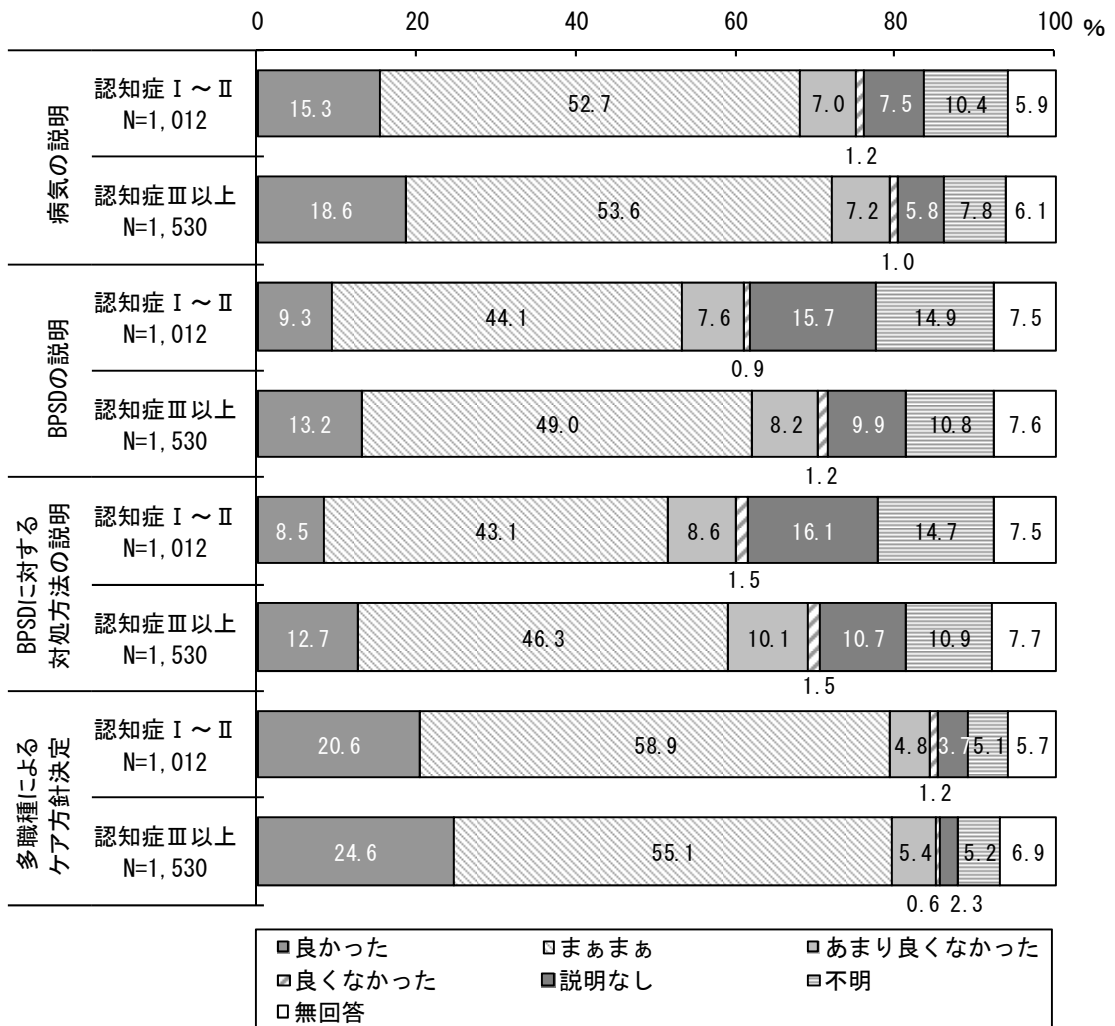
介護者自身は説明を受け、理解したと回答している傾向があることとケアマネジャーの評価にはギャップが感じられる。

なお、参考までに被介護者の認知症自立度別の結果を見ると、軽度（Ⅰ～Ⅱ）の方より重度（Ⅲ以上）の方が「良かった」「まあまあ」の割合が高く、「説明なし」の割合が低い傾向が見られた。

専門職による説明・支援等に対するケアマネジャーの評価



《参考》被介護者の認知症自立度別 情専門職による説明・支援等に対するケアマネジャーの評価

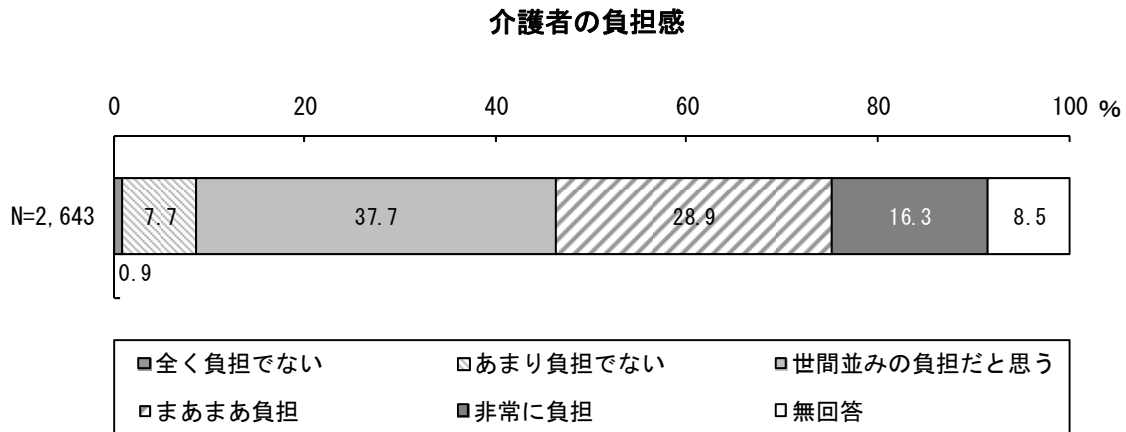


4. 介護者の負担感

1) 介護者の負担感

① 介護者の負担感 [介護者票Ⅱ-問7]

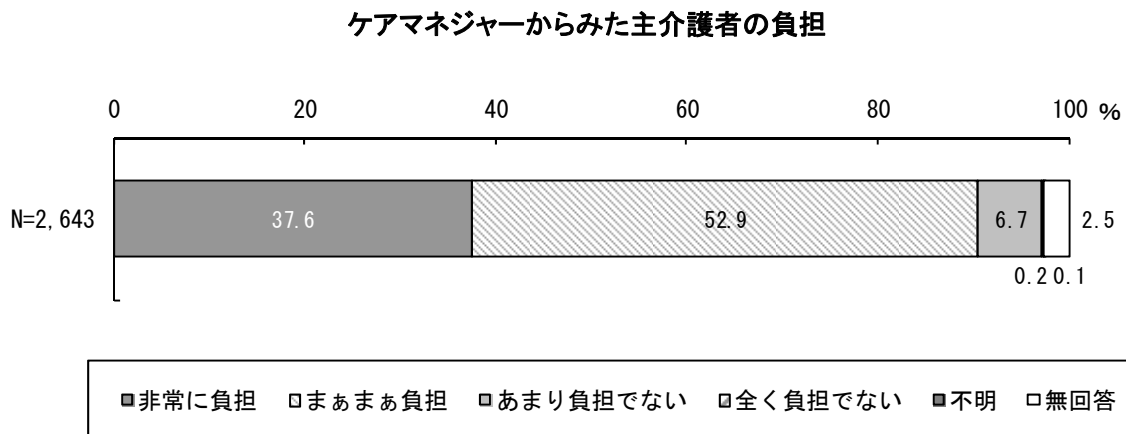
介護者自身が感じる負担感として「非常に負担」と回答したのは16.3%、「まあまあ負担」が28.9%と、合わせて45.2%の人が負担感を訴えたのに対し、「世間何も負担だと思う」と回答した人も37.7%見られた。



② ケアマネジャーからみた主介護者の負担 [介護支援専門員票Ⅰ-10]

ケアマネジャーからみた主介護者の負担は、「非常に負担」が37.6%、「まあまあ負担」が52.9%、合わせて9割超の人に負担感があるとの回答となった。

介護者本人の設問とは選択肢が異なるため、単純な比較は難しいが、介護者自身が感じている負担感よりもケアマネジャー評価の方がやや負担感を重く評価しているように見受けられる。



③介護者の負担感〔介護者票Ⅱ-問 7〕とケアマネジャーからみた主介護者の負担〔介護支援専門員票Ⅰ-10〕との関係

介護者自身の主観的な負担感とケアマネジャーからみた負担感とでは、選択肢が異なることから単純に比較することはできないが、介護者自身が主観的に感じている負担感より、ケアマネジャーからみた負担感の方が、負担度が重めに捉えられる傾向が見られた。

例えば、介護者が「非常に負担」と感じている場合、65.5%のケアマネジャーも「非常に負担」と回答しており、2/3は認識が一致しているのに対し、ケアマネジャーが「非常に負担」と回答しているうち、介護者自身が「非常に負担」と感じている割合は28.5%で、「まあまあ負担」が3.9%、「世間並みの負担だと思う」が26.6%と、少なくない割合を占める結果となった。

ただし、この調査が、認知症があっても在宅で介護を続けられている同居介護者を対象にしたものであるため、負担感を強く感じる介護者の場合は、既に入所等に至っている可能性があることに留意が必要である。

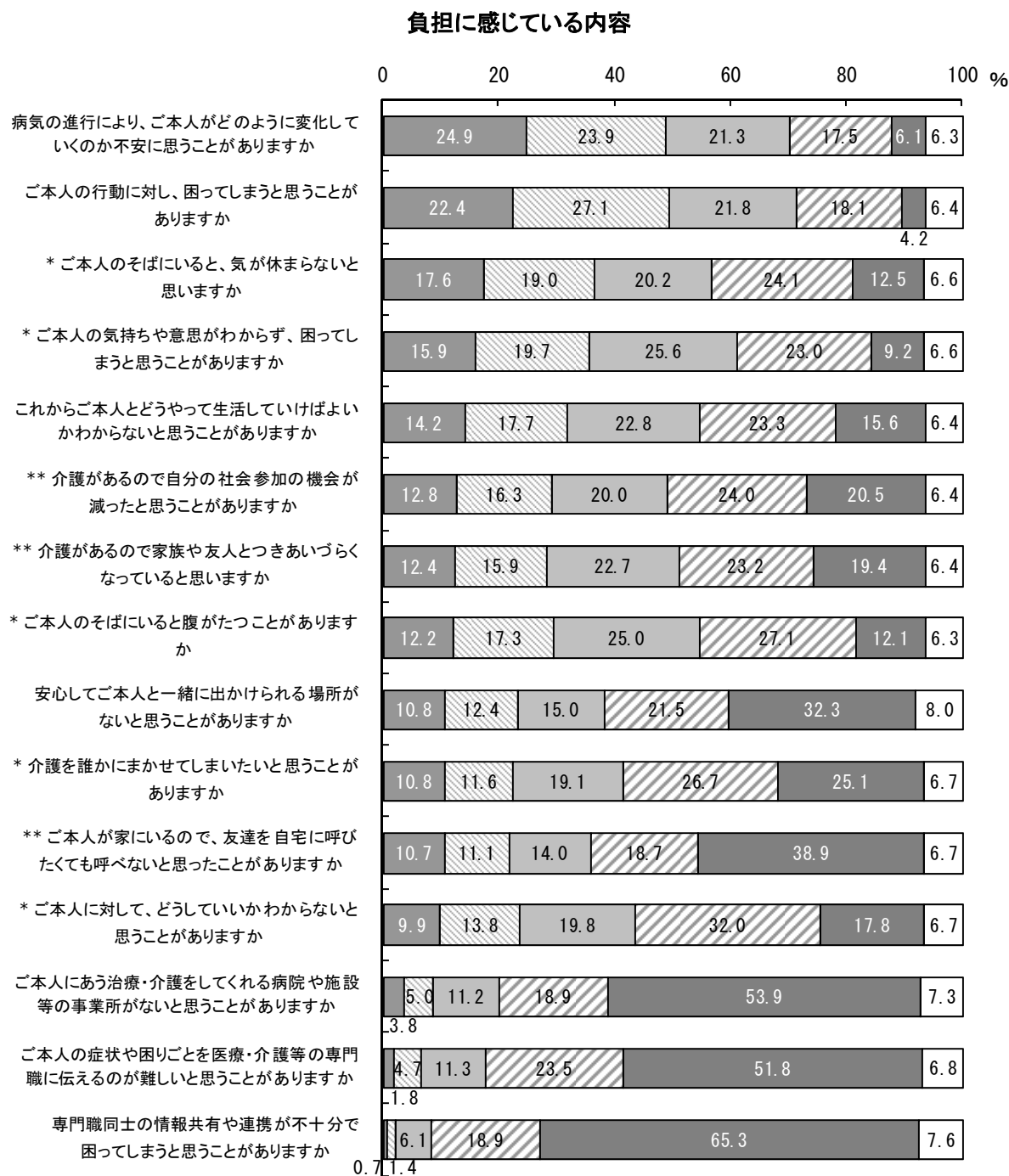
《参考》介護者とケアマネジャーの認識ギャップ
(介護者の負担感とケアマネジャーからみた介護負担のクロス集計)

(上段:件数、中段:横100%の構成比、下段:縦100%の構成比)

		介護者票 問7 介護の負担感						
		全体	非常に負担	まあまあ負担	世間並みの負担 だと思う	あまり負担でない	全く負担でない	無回答
全 体		2,643	432	763	996	204	24	224
		100.0	16.3	28.9	37.7	7.7	0.9	8.5
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
介護支援専門員票 Ⅰ-10 主介護者の 介護負担	非常に負担	993	283	307	265	38	7	93
		100.0	28.5	30.9	26.7	3.8	0.7	9.4
		37.6	65.5	40.2	26.6	18.6	29.2	41.5
	まあまあ負担	1,399	128	416	619	110	9	117
		100.0	9.1	29.7	44.2	7.9	0.6	8.4
		52.9	29.6	54.5	62.1	53.9	37.5	52.2
	あまり負担でない	176	6	24	82	49	4	11
	100.0	3.4	13.6	46.6	27.8	2.3	6.3	
	6.7	1.4	3.1	8.2	24.0	16.7	4.9	
	6	1	1	0	1	2	1	
	100.0	16.7	16.7	0.0	16.7	33.3	16.7	
	0.2	0.2	0.1	0.0	0.5	8.3	0.4	
	2	0	1	0	0	0	1	
	100.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	
	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	
	67	14	14	30	6	2	1	
	100.0	20.9	20.9	44.8	9.0	3.0	1.5	
	2.5	3.2	1.8	3.0	2.9	8.3	0.4	

2) 負担に感じている内容 [介護者票Ⅱ-問6]

介護者自身が実際に負担に感じている内容では、「病気の進行により、ご本人がどのように変化していくのか不安」、「ご本人の行動に対し、困ってしまう」で「いつも思う」「よく思う」が約半数を占めている。次いで、「ご本人のそばにいて気がやすまらない」「ご本人の気持ちや意思がわからず、困ってしまう」「これからご本人とどうやって生活していけばよいかわからない」も、「いつも思う」「よく思う」割合が3割を超えている。



N=2,643

■いつも思う □よく思う □時々思う □たまに思う ■思わない □無回答

注) *印は Zarit8 の判定項目のうち、Personal Strain 尺度 (=介護そのものから生じる負荷) に該当する項目、**印は Role Strain 尺度 (=介護によって今までの生活ができなくなったことから生じる負担感) に該当する項目。

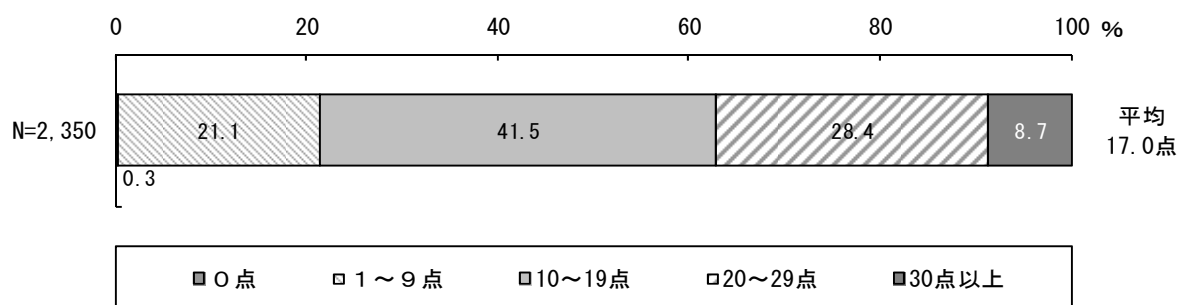
3) 負担内容に関する分析 (Zarit8) [介護者票Ⅱ-問 6・7 より点数化]

Zarit8 の総得点の全体平均は 17.0 点、標準偏差 8.4、最大値 36 点、最小値 0 点であった。分布で見ると、「10～19 点」が 41.5%と最も多く、「20～29 点」が 28.4%、「1～9 点」が 21.1%と続く。

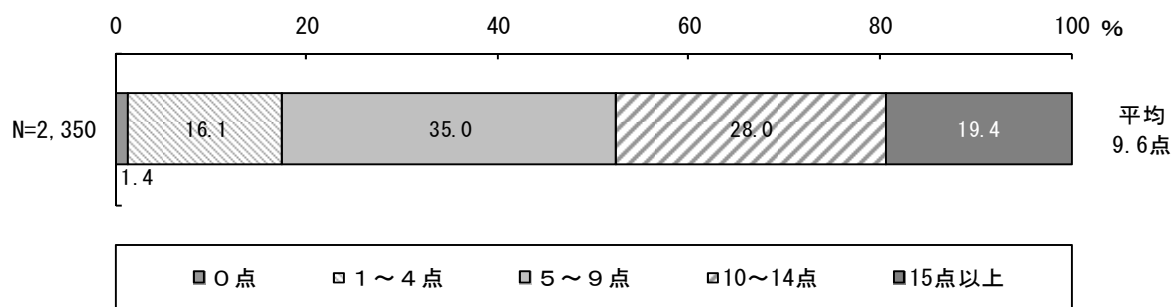
Personal Strain 尺度 (=介護そのものから生じる負荷) は平均 9.6 点、標準偏差 5.1、最大値 20 点、最小値 0 点であった。分布を見ると、「5～9 点」が 35.0%と最も多く、「10～14 点」が 28.0%、「15 点以上」が 19.4%を占めた。

Role Strain 尺度 (=介護によって今までの生活ができなくなったことから生じる負担感) は平均 4.8 点、標準偏差 3.5、最大値 12 点、最小値 0 点であった。分布で見ると、「1～3 点」が 29.7%、「4～6 点」が 26.0%、「7～9 点」が 19.5%であった。Role Strain 尺度は、満点に近い「10 点以上」が 12.3%を占める一方で、「0 点」も 12.4%見られており、評価が分散する傾向が見られた。

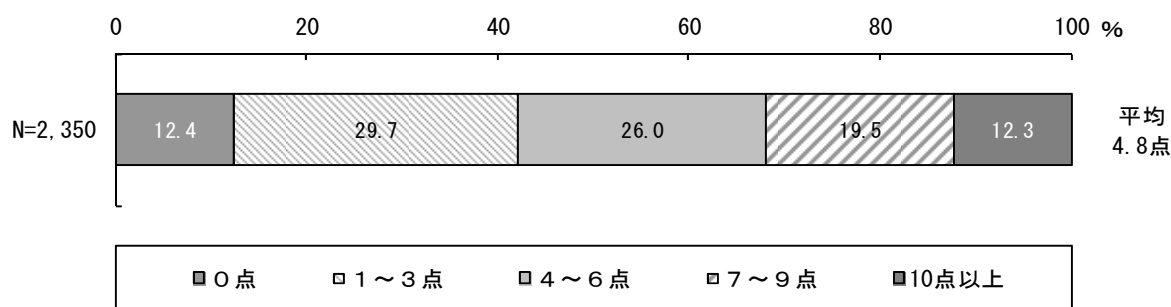
総得点 (36 点満点) (Zarit8 該当項目にすべて回答している場合のみ集計)



Personal Strain 尺度 (20 点満点) (Zarit8 該当項目にすべて回答している場合のみ集計)



Role Strain 尺度 (12 点満点) (Zarit8 該当項目にすべて回答している場合のみ集計)



注) Zarit8 の算出に必要な設問すべてに回答があった 2,350 件を対象に算出・集計を行った。

《参考》 Zarit8 について

Zarit8 は、米国ペンシルバニア州立大学の Zarit 教授によって開発された家族介護者が抱える介護負担を定量的に図るための指標で、22 項目からなる Zarit 介護負担尺度を 8 項目に短縮した短縮版である。

下表に示す 8 つの判定項目と総合的な負担を把握する設問で構成され、その合計得点から介護負担を図る。介護負担がまったくない場合は 0 点、最も負担が大きい場合で 36 点となる。

下表のうち*印を付した 5 項目は Personal Strain 尺度と呼ばれ、介護そのものから生じる負荷を表す項目、**印を付した 3 項目は Role Strain 尺度と呼ばれ、介護によって今までの生活ができなくなったことから生じる負担感を表す項目である。

Zarit8 判定項目

	思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う
* ご本人の気持ちや意思がわからず、困ってしまうとすることがありますか	0	1	2	3	4
* ご本人のそばにいと腹がたつことがありますか	0	1	2	3	4
* ご本人のそばにいと、気が休まらなと思いますか	0	1	2	3	4
* 介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか	0	1	2	3	4
* ご本人に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	0	1	2	3	4
** 介護があるので家族や友人とつきあいがづらくなっていると思いますか	0	1	2	3	4
** 介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	0	1	2	3	4
** ご本人が家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか	0	1	2	3	4
	全く負担でない	あまり負担でない	世間並みの負担だと思う	まあまあ負担	非常に負担
全体として、ご本人の介護はあなたにとって負担となっていますか。	0	1	2	3	4

《参考》負担項目間の関係

- Zarit8 の総得点と介護者の負担感はおおむね傾向が一致しているのに対し、Zarit8 の総得点とケアマネジャーからみた主介護者の負担では、Zarit8 の点数で表現される負担感よりもケアマネジャーの評価の方が重めに出る傾向が見られる。

《参考》Zarit8 総得点と介護者の負担感

(上段: 件数、中段: 横100%の構成比、下段: 縦100%の構成比)

		Zarit8 総得点						平均 (点)	
		全体	30点以上	20～29点	10～19点	1～9点	0点		
全 体		2,350	205	667	975	497	6	17.0	
		100.0	8.7	28.4	41.5	21.1	0.3	-	
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-	
介護者票 問7 介護の負担感	非常に負担	420	165	214	41	0	0	27.5	
		100.0	39.3	51.0	9.8	0.0	0.0	-	
		17.9	80.5	32.1	4.2	0.0	0.0	-	
	まあまあ負担	739	36	321	350	32	0	19.4	
		100.0	4.9	43.4	47.4	4.3	0.0	-	
		31.4	17.6	48.1	35.9	6.4	0.0	-	
	世間並みの負担 だと思う	965	4	130	541	290	0	13.1	
		100.0	0.4	13.5	56.1	30.1	0.0	-	
			41.1	2.0	19.5	55.5	58.4	0.0	-
	あまり負担でない	202	0	2	41	159	0	6.7	
		100.0	0.0	1.0	20.3	78.7	0.0	-	
			8.6	0.0	0.3	4.2	32.0	0.0	-
全く負担でない	24	0	0	2	16	6	3.4		
	100.0	0.0	0.0	8.3	66.7	25.0	-		
		1.0	0.0	0.0	0.2	3.2	100.0	-	

注) Zarit8 の算出に必要な設問すべてに回答があった 2,350 件を対象に算出・集計を行った。

《参考》Zarit8 総得点とケアマネジャーからみた主介護者の負担

(上段: 件数、中段: 横100%の構成比、下段: 縦100%の構成比)

		Zarit8 総得点						平均 (点)	
		全体	30点以上	20～29点	10～19点	1～9点	0点		
全 体		2,350	205	667	975	497	6	17.0	
		100.0	8.7	28.4	41.5	21.1	0.3	-	
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-	
介護支援専門員票 I-10 主介護者の 介護負担	非常に負担	865	136	312	326	88	3	20.2	
		100.0	15.7	36.1	37.7	10.2	0.3	-	
		36.8	66.3	46.8	33.4	17.7	50.0	-	
	まあまあ負担	1,252	58	318	567	308	1	15.6	
		100.0	4.6	25.4	45.3	24.6	0.1	-	
		53.3	28.3	47.7	58.2	62.0	16.7	-	
	あまり負担でない	161	5	11	59	85	1	10.7	
		100.0	3.1	6.8	36.6	52.8	0.6	-	
			6.9	2.4	1.6	6.1	17.1	16.7	-
	全く負担でない	5	0	2	0	2	1	11.8	
		100.0	0.0	40.0	0.0	40.0	20.0	-	
			0.2	0.0	0.3	0.0	0.4	16.7	-
不明・無回答	1	0	1	0	0	0	24.0		
	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	-		
		0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	-	
無回答	66	6	23	23	14	0	17.3		
	100.0	9.1	34.8	34.8	21.2	0.0	-		
		2.8	2.9	3.4	2.4	2.8	0.0	-	

注) Zarit8 の算出に必要な設問すべてに回答があった 2,350 件を対象に算出・集計を行った。

- 総得点と同様に、Personal Strain 尺度についても、介護者の負担感はおおむね傾向が一致しているのに対し、ケアマネジャーからみた主介護者の負担は、点数で表現される負担感より重めに出ている傾向が見られる。

《参考》 Zarit8 の Personal Strain 尺度と介護者の負担感

(上段: 件数、中段: 横100%の構成比、下段: 縦100%の構成比)

		Zarit8 Personal Strain尺度						
		全体	15点以上	10～14点	5～9点	1～4点	0点	平均(点)
全 体		2,350	457	659	822	378	34	9.6
		100.0	19.4	28.0	35.0	16.1	1.4	-
		100.0	100.0	100.0	99.9	99.2	209.8	-
介護者票 問7 介護の負担感	非常に負担	420	274	117	26	3	0	15.5
		100.0	65.2	27.9	6.2	0.7	0.0	-
		17.9	60.0	17.8	3.2	0.8	0.0	-
	まあまあ負担	739	136	311	248	43	1	10.8
		100.0	18.4	42.1	33.6	5.8	0.1	-
		31.4	29.8	47.2	30.2	11.4	2.9	-
	世間並みの負担 だと思う	965	47	219	476	214	9	7.5
		100.0	4.9	22.7	49.3	22.2	0.9	-
		41.1	10.3	33.2	57.9	56.6	26.5	-
	あまり負担でない	202	0	11	69	106	16	4.1
		100.0	0.0	5.4	34.2	52.5	7.9	-
		8.6	0.0	1.7	8.4	28.0	47.1	-
	全く負担でない	24	0	1	3	12	8	2.3
		100.0	0.0	4.2	12.5	50.0	33.3	-
		1.0	0.0	0.1	0.3	2.4	133.3	-

注) Zarit8 の算出に必要な設問すべてに回答があった 2,350 件を対象に算出・集計を行った。

《参考》 Zarit8 の Personal Strain 尺度とケアマネジャーからみた主介護者の負担

(上段: 件数、中段: 横100%の構成比、下段: 縦100%の構成比)

		Zarit8 Personal Strain尺度						
		全体	15点以上	10～14点	5～9点	1～4点	0点	平均(点)
全 体		2,350	457	659	822	378	34	9.6
		100.0	19.4	28.0	35.0	16.1	1.4	-
		100.0	100	100.0	100.0	100.0	100.0	-
介護支援専門員票 I-10 主介護者の 介護負担	非常に負担	865	256	273	243	82	11	11.2
		100.0	29.6	31.6	28.1	9.5	1.3	-
		36.8	56.0	41.4	29.6	21.7	32.4	-
	まあまあ負担	1,252	178	337	498	230	9	8.9
		100.0	14.2	26.9	39.8	18.4	0.7	-
		53.3	38.9	51.1	60.6	60.8	26.5	-
	あまり負担でない	161	8	25	65	51	12	6.1
		100.0	5.0	15.5	40.4	31.7	7.5	-
		6.9	1.8	3.8	7.9	13.5	35.3	-
	全く負担でない	5	1	1	1	1	1	6.8
		100.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	-
		0.2	0.2	0.2	0.1	0.3	2.9	-
	不明	1	0	1	0	0	0	14.0
		100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	-
		0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	-
無回答	66	14	22	15	14	1	9.9	
	100.0	21.2	33.3	22.7	21.2	1.5	-	
	2.8	3.1	3.3	1.8	3.7	2.9	-	

注) Zarit8 の算出に必要な設問すべてに回答があった 2,350 件を対象に算出・集計を行った。

- Role Strain 尺度については、総得点や Personal Strain 尺度とは逆で、ケアマネジャーからみた主介護者の負担はおおむね傾向が一致しているのに対し、介護者の負担感、点数で表現される負担感より重めに出ている傾向が見られる。

《参考》Zarit8 の Role Strain 尺度と介護者の負担感

(上段: 件数、中段: 横100%の構成比、下段: 縦100%の構成比)

		Zarit8 Role Strain尺度						平均 (点)
		全体	10点以上	7～9点	4～6点	1～3点	0点	
全 体		2,350	290	459	611	698	292	4.8
		100.0	12.3	19.5	26.0	29.7	12.4	-
		100.0	100.0	99.9	100.0	100.4	344.9	-
介護者票 問7 介護の負担感	非常に負担	420	158	127	87	38	10	7.9
		100.0	37.6	30.2	20.7	9.0	2.4	-
		17.9	54.5	27.7	14.2	5.4	3.4	-
	まあまあ負担	739	95	197	228	171	48	5.6
		100.0	12.9	26.7	30.9	23.1	6.5	-
	31.4	32.8	42.9	37.3	24.5	16.4	-	
	世間並みの負担 だと思う	965	37	126	271	392	139	3.7
		100.0	3.8	13.1	28.1	40.6	14.4	-
		41.1	12.8	27.5	44.4	56.2	47.6	-
	あまり負担でない	202	0	7	25	90	80	1.7
		100.0	0.0	3.5	12.4	44.6	39.6	-
		8.6	0.0	1.5	4.1	12.9	27.4	-
	全く負担でない	24	0	2	0	7	15	1.0
		100.0	0.0	8.3	0.0	29.2	62.5	-
		1.0	0.0	0.3	0.0	1.4	250.0	-

注) Zarit8 の算出に必要な設問すべてに回答があった 2,350 件を対象に算出・集計を行った。

《参考》Zarit8 の Role Strain 尺度とケアマネジャーからみた主介護者の負担

(上段: 件数、中段: 横100%の構成比、下段: 縦100%の構成比)

		Zarit8 Role Strain尺度						平均 (点)
		全体	10点以上	7～9点	4～6点	1～3点	0点	
全 体		2,350	290	459	611	698	292	4.8
		100.0	12.3	19.5	26.0	29.7	12.4	-
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-
介護支援専門員票 I-10 主介護者の 介護負担	非常に負担	865	179	211	213	196	66	6.0
		100.0	20.7	24.4	24.6	22.7	7.6	-
		36.8	61.7	46.0	34.9	28.1	22.6	-
	まあまあ負担	1,252	95	224	352	407	174	4.3
		100.0	7.6	17.9	28.1	32.5	13.9	-
		53.3	32.8	48.8	57.6	58.3	59.6	-
	あまり負担でない	161	8	7	29	74	43	2.6
	100.0	5.0	4.3	18.0	46.0	26.7	-	
	6.9	2.8	1.5	4.7	10.6	14.7	-	
	全く負担でない	5	0	1	1	2	1	3.4
		100.0	0.0	20.0	20.0	40.0	20.0	-
		0.2	0.0	0.2	0.2	0.3	0.3	-
	不明	1	0	1	0	0	0	7.0
		100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	-
		0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	-
	無回答	66	8	15	16	19	8	5.0
		100.0	12.1	22.7	24.2	28.8	12.1	-
		2.8	2.8	3.3	2.6	2.7	2.7	-

注) Zarit8 の算出に必要な設問すべてに回答があった 2,350 件を対象に算出・集計を行った。

5. 介護者の負担感に影響を与える要素（クロス集計結果より）

介護者の負担感に影響を与えている要素を把握するため、「介護者の負担感」〔介護者票Ⅱ-問7〕、「ケアマネジャーからみた主介護者の負担」〔介護支援専門員票Ⅰ-10〕、「介護者の負担を因る指標 Zarit8 の総得点」〔介護者票Ⅱ-問6・7より点数化〕の3項目を被説明変数として、他設問とのクロス集計を実施した。それぞれの集計における χ^2 検定結果（p値）から、介護者の負担感は、非常に多くの要素から影響を受けていることが確認された。

クロス集計の検定結果

		介護者票 問7 介護の負担感	介護支援専門員票 Ⅰ-10 主介護者の介護負担	介護者票 Ⅱ-問6・7より算出 Zarit8総得点
介護者票	問1	介護を始めた時期	p=0.0091	p=0.0345
介護者票	問2	1日平均介護時間（直接介助・支援時間）	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問2	1日平均介護時間（見守りにかかる時間）	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問3ア	買い物	p=0.0004	p=0.0030
介護者票	問3イ	バス・電車・車での外出	p=0.0003	p=0.0004
介護者票	問3ウ	食事の準備や片付け	p=0.0126	p=0.0147
介護者票	問3エ	貯金の出し入れ	p=0.0011	p=0.0252
介護者票	問3オ	電話をかける	p=0.0914	p=0.2543
介護者票	問3カ	掃除・洗濯	p=0.0004	p=0.0120
介護者票	問3キ	処方通りに薬を飲む	p=0.0700	p=0.0008
介護者票	問3ク	屋内での移動	p=0.0004	p=0.0000
介護者票	問3ケ	屋外での移動	p=0.0224	p=0.0344
介護者票	問3コ	着替え	p=0.0049	p=0.0046
介護者票	問3サ	身だしなみを整える	p=0.0035	p=0.0192
介護者票	問3シ	入浴	p=0.9024	p=0.9942
介護者票	問3ス	トイレ動作	p=0.0008	p=0.0162
介護者票	問3セ	食事の摂取	p=0.0003	p=0.0024
介護者票	問4	介護の代替者（複数回答）		
介護者票	問5	担っている介護（複数回答）		
介護者票	問6ア	行動に対して困る	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6イ	気持ちがわからず困る	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6ウ	そばにいと腹が立つ	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6エ	そばにいと気が休まらない	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6オ	どのように変化するか不安	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6カ	どう生活していくかわからない	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6キ	家族・友人とつきあいがづらい	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6ク	社会参加の機会が減った	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6ケ	友達を自宅に呼べない	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6コ	一緒に出かけられる場所がない	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6サ	本人にある事業所がない	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6シ	症状等を伝えるのが難しい	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6ス	専門職の連携が不十分で困る	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6セ	介護を誰かにまかせたい	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問6ソ	どうしていいかわからない	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問7	介護の負担感		p=0.0000
介護者票	問8ア	介護負担の理解（ご本人）	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問8イ	介護負担の理解（家族等）	p=0.0000	p=0.2378
介護者票	問8ウ	介護負担の理解（友人等）	p=0.0000	p=0.0050
介護者票	問8エ	介護負担の理解（職場）	p=0.0000	p=0.0751
介護者票	問8オ	介護負担の理解（専門職）	p=0.0000	p=0.4185
介護者票	問9	相談相手（複数回答）		
介護者票	問10	認知症状の発症時期	p=0.0001	p=0.0000
介護者票	問11ア	同じことを何度も聞く	p=0.0000	p=0.0002
介護者票	問11イ	よく物をなくす	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問11ウ	物事に関心を示さない	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問11エ	夜中起き出す	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問11オ	人に言いがかりをつける	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問11カ	昼間、寝てばかりいる	p=0.0919	p=0.1448
介護者票	問11キ	やたらに歩き回る	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問11ク	同じ動作を繰り返す	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問11ケ	口汚くののしる	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問11コ	場違い・不適切な服装をする	p=0.0000	p=0.0001
介護者票	問11サ	世話を拒否する	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問11シ	物を溜め込む	p=0.0000	p=0.4547
介護者票	問11ス	引き出しの中味を全部出す	p=0.0000	p=0.0064
介護者票	問12ア	施設入所希望（ご本人）	p=0.0434	p=0.7757
介護者票	問12イ	施設入所希望（あなた）	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	問13ア	説明（認知症という病気・見通し）	p=0.0000	p=0.1442
介護者票	問13イ	説明（認知症の行動・心理症状）	p=0.0001	p=0.0031
介護者票	問13ウ	説明（症状への対応方法）	p=0.0000	p=0.0331
介護者票	問13エ	説明（日常生活上の留意点）	p=0.0000	p=0.0106
介護者票	問13オ	説明（介護・支援の方針・計画）	p=0.0010	p=0.1628
介護者票	問14ア	情報の役立ち度（医療・介護）	p=0.4360	p=0.0977
介護者票	問14イ	情報の役立ち度（保険外サービス）	p=0.0011	p=0.0214
介護者票	問14ウ	情報の役立ち度（家族会等）	p=0.0037	p=0.0350
介護者票	問14エ	情報の役立ち度（費用助成）	p=0.2021	p=0.0235
介護者票	問14オ	情報の役立ち度（成年後見）	p=0.1016	p=0.0005

		介護者票 問7 介護の負担感	介護支援専門員票 I-10 主介護者の介護負担	介護者票 II-問6・7より算出 Zarit8総得点
介護者票	V-1	介護者の性別	p=0.8247	p=0.1334
介護者票	V-2	介護者の年齢	p=0.0004	p=0.0002
介護者票	V-3	健康状態	p=0.0000	p=0.0000
介護者票	V-4	介護経験	p=0.7395	p=0.3488
介護者票	V-5	介護等の仕事の経験	p=0.1229	p=0.3624
介護者票	V-6	現在の仕事	p=0.1774	p=0.4701
介護者票	V-7	週当たりの平均労働時間	p=0.0737	p=0.2275
介護者票	V-8	介護による仕事の変化	p=0.1213	p=0.2319
介護者票	V-9	趣味等への取り組み	p=0.0000	p=0.0006
介護者票	V-10	別居の家族・親族との交流	p=0.0479	p=0.0722
介護者票	V-11	友人・知人との交流	p=0.0002	p=0.0007
介護者票	V-12	近隣の人と話す機会	p=0.0611	p=0.1029
介護者票	V-13	近隣の人たちとの関わり方 (複数回答)		
介護者票	V-14	参加している活動 (複数回答)		
介護者票	V-15	居住年数	p=0.4135	p=0.3914
介護者票	V-16	ご本人との同居年数	p=0.0239	p=0.0002
介護支援専門員票	I-1	利用者の性別	p=0.0015	p=0.0043
介護支援専門員票	I-2	利用者の年齢	p=0.0332	p=0.0005
介護支援専門員票	I-3	要介護度	p=0.0000	p=0.0000
介護支援専門員票	I-4	初回認定年度	p=0.6406	p=0.0078
介護支援専門員票	I-4	初回認定年	p=0.3421	p=0.0213
介護支援専門員票	I-5	同居者 (複数回答)		
介護支援専門員票	I-6	同居人数	p=0.1408	p=0.0058
介護支援専門員票	I-7	主介護者	p=0.0016	p=0.0000
介護支援専門員票	I-8	不安定な時間帯 (複数回答)		
介護支援専門員票	I-9	夜間介護の必要性	p=0.0000	p=0.0000
介護支援専門員票	I-10	主介護者の介護負担	p=0.0000	p=0.0000
介護支援専門員票	I-11	利用者と主介護者の関係	p=0.0000	p=0.0000
介護支援専門員票	I-12	専用居室の有無	p=0.2041	p=0.1275
介護支援専門員票	II-1	認知症の確定診断	p=0.0000	p=0.0002
介護支援専門員票	II-2	認知症の診断名 (複数回答)		
介護支援専門員票	II-3	認知症自立度	p=0.0000	p=0.0000
介護支援専門員票	II-4	寝たきり度	p=0.0001	p=0.0000
介護支援専門員票	II-5ア	短期記憶	p=0.8704	p=0.0000
介護支援専門員票	II-5イ	日常の意思決定	p=0.0000	p=0.0000
介護支援専門員票	II-5ウ	意思の伝達	p=0.0113	p=0.0000
介護支援専門員票	II-6	BPSDの発生状況 (複数回答)		
介護支援専門員票	II-SQ6	BPSDの原因把握	p=0.6962	p=0.6339
介護支援専門員票	III-1	疾患 (複数回答)		
介護支援専門員票	III-2	通院頻度	p=0.4272	p=0.0138
介護支援専門員票	III-3	医師の所属先	p=0.0096	p=0.2949
介護支援専門員票	III-SQ4-1	認知症薬の処方有無	p=0.0001	p=0.0022
介護支援専門員票	III-SQ4-2	認知症薬の飲み忘れ	p=0.1164	p=0.0823
介護支援専門員票	III-5	栄養/摂食障害の有無 (複数回答)		
介護支援専門員票	III-6	排泄障害の有無 (複数回答)		
介護支援専門員票	III-7	睡眠障害の有無 (複数回答)		
介護支援専門員票	III-8	医療処置の有無	p=0.0079	p=0.0703
介護支援専門員票	IV-1	買い物	p=0.1428	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-2	バス・電車・車での外出	p=0.1126	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-3	食事の準備や片付け	p=0.0949	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-4	貯金の出し入れ	p=0.0870	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-5	電話をかける	p=0.1633	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-6	掃除・洗濯	p=0.2125	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-7	処方通りに薬を飲む	p=0.0016	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-8	屋内での移動	p=0.0002	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-9	屋外での移動	p=0.1180	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-10	着替え	p=0.0000	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-11	身だしなみを整える	p=0.0004	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-12	トイレ動作	p=0.0006	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-13	入浴	p=0.0202	p=0.0000
介護支援専門員票	IV-14	食事の摂取	p=0.0000	p=0.0000
介護支援専門員票	V-1	趣味や興味への取り組み	p=0.1012	p=0.0034
介護支援専門員票	V-2	別居の家族・親族との交流	p=0.2719	p=0.0101
介護支援専門員票	V-3	友人・知人との交流	p=0.0329	p=0.0000
介護支援専門員票	V-4	近隣の人と話す機会	p=0.0503	p=0.0000
介護支援専門員票	V-5	外出頻度 (通院通所以外)	p=0.0251	p=0.0001
介護支援専門員票	VI-1	介護サービスの利用有無 (複数回答)		
介護支援専門員票	VI-2	利用単位数	p=0.0000	p=0.0000
介護支援専門員票	VI-2	支給限度額に占める利用割合	p=0.0000	p=0.0000
介護支援専門員票	VI-3	訪問介護の月回数	p=0.6426	p=0.1955
介護支援専門員票	VI-4	訪問介護の実施内容 (複数回答)		
介護支援専門員票	VI-5	通所介護の月回数	p=0.2168	p=0.0074
介護支援専門員票	VI-6	通所介護の実施内容 (複数回答)		
介護支援専門員票	VI-7	介護保険以外の利用 (複数回答)		
介護支援専門員票	VII-1	病気の説明	p=0.5987	p=0.0343
介護支援専門員票	VII-2	BPSDの説明	p=0.0175	p=0.0000
介護支援専門員票	VII-3	BPSDに対する対処方法の説明	p=0.0347	p=0.0002
介護支援専門員票	VII-4	多職種によるケア方針決定	p=0.2596	p=0.0399
介護支援専門員票	VIII-1	保有資格 (複数回答)		
介護支援専門員票	VII-2	介護支援専門員経験年数	p=0.0021	p=0.0004
介護支援専門員票	VII-3	主任介護支援専門員か否か	p=0.9601	p=0.1143
介護支援専門員票	VII-4	担当利用者数	p=0.5890	p=0.1566
介護支援専門員票	VII-4	うち認知症利用者数	p=0.4870	p=0.2137

《参考》介護者の負担感に影響を与える要素【介護者票Ⅱ-問7と他設問のクロス集計】

「介護者の負担感」を表頭に、その他全設問を表側においてクロス集計を実施した結果、以下のような傾向が見られた。(別冊資料 クロス集計表参照。χ²検定を実施し、p値が1%水準で有意なものには[**]、5%水準で有意なものには[*]を付した)

- 介護を始めた時期が古い(=介護期間が長い)ほど負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 直接介助・支援にかかる時間、見守りにかかる時間のいずれの場合も、介護時間が長いほど負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 具体的な介護行為の担い手との関係では、買い物[**]、バス・電車・車での外出[**]、食事の準備や片づけ[*]、貯金の出し入れ[**]、掃除・洗濯[**]、トイレ動作[**]、食事の摂取[**]などを介護者が担っている場合に負担感が強まる傾向が見られた。また、屋内での移動[**]は「あなた以外が支援」している場合に、着替え[**]、身だしなみを整える[**]は「行っていない」場合に負担感が強く表れる傾向が見られた。
- 介護を「代わってもらえる人がいない」場合に、負担感が強く負担感が強く表れる傾向が見られた。(MA)
- 「夜間の介護」を担っている場合やサービス利用料金や消耗品費を負担している場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。(MA)
- Zarit8に関連する各設問と介護者の負担感とは、いずれも強い相関が見られた。[**]
- 周囲からの理解が得られない場合、負担感が強く表れる傾向が見られた。中でも、医療・介護等の専門職[**]や家族・親族(ご本人以外)[**]の理解が得られない場合、特に負担感が強く表れている。
- 相談相手が「いない」や「家族の会・介護者の集い、サロン・カフェ」の場合に負担感が強く表れる傾向が見られた。(MA)
- 認知症の発症時期が古いほど負担感が高くでる傾向が見られた。[**]
- BPSDについては、「昼間、寝てばかりいる」の項目を除き、いずれについても、発生頻度が高いほど負担感が高くでる傾向が見られた。[**]
- 施設入所については、本人が入所を「強く望んでいる」場合[*]や、介護者が「強く望んでいる」場合[**]に負担感が強く表れる傾向が見られた。
- 認知症に関する説明については、「認知症という病気とその見通し」[**]、「認知症の行動・心理症状」[**]、「認知症の行動・心理症状への対応方法」[**]、「生活の継続に向けた日常生活上の留意事項」[**]、「ご本人の治療や介護、生活支援の方針や計画」[**]のいずれについても、「理解していない」場合に負担感が強く表れる傾向が見られた。
- また、「介護保険以外の生活支援サービス」[**]や「家族会・介護者の集い、サロン・コミュニティカフェ」[**]の情報が「役立っていない」と考えている場合に負担感が強く表れる傾向が見られた。
- 介護者の年齢が40代以下の若い世代の場合と、70代以上の高齢の場合で、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 介護者の健康状態が「健康でない」場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 「趣味や興味への取り組み」が「なし」の場合[**]や、「友人・知人との交流」が「なし」の場合[**]、「別居の家族・親族との交流」が「なし」の場合[*]に負担感が強く表れる傾向が見られた。
- 「小中学校 PTA」に参加している場合に負担感が強く、「ボランティア団体」や「町づくり関連団体」に参加している場合に負担感が低めに出る傾向が見られた。[**]
- ご本人との同居年数が「10~20年未満」の場合に負担感が強く表れる傾向が見られた。[*]

- 利用者の年齢が若いほど、負担感が強く表れる傾向が見られた。[*]
- 要介護度が高いほど、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 主介護者が配偶者（「夫」または「妻」）の場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 不穏になる時間帯がある場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。(MA)
- 夜間介護が必要な場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 利用者と主介護者との関係が良好でない場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 認知症の確定診断がある場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 特に、「前頭側頭葉型認知症」や「レビー小体病」の場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。(MA)
- IIIa～IIIb を境に、認知症自立度が重いほど、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 寝たきり度についても、重度になるほど、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 認知機能については、「日常の意思決定」[**]や「意思の伝達」[*]ができない場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。
- BPSD の症状、特に行動症状が見られる場合、負担感が強く表れる傾向が見られた。(MA)
- 「精神疾患」や「睡眠障害」がある場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。(MA)
- 関わっている医師の所属先が「病院のみ」や「病院と診療所」の場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 認知症薬の「処方を受けている」場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 「深夜に徘徊する」「睡眠時間が4時間未満」「寝ていて大声を出したりする」などの睡眠障害がある場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。(MA)
- 医療処置の有無について、ケアマネジャーが「不明」と回答した場合や無回答の場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 「処方通りに薬を飲む」[**]、「屋内での移動」[**]、「着替え」[**]、「身だしなみを整える」[**]、「トイレ動作」[**]、「入浴」[*]、「食事の摂取」[**]が「全介助が必要」や「一部介助が必要」な場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。
- 利用者が「友人・知人との交流」を「ほぼ毎日」行っている場合[*]に、負担感が弱まり、「外出頻度」が「ほぼ毎日」の場合[*]に、負担感が強く表れる傾向が見られた。
- 「訪問入浴」を利用している場合に、負担感が弱まる傾向が見られた。(MA)
- 介護保険サービスの利用量（月間の利用単位数）が多いほど、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 区分支給限度額に占める利用割合が「90～100%」の場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 介護保険以外のサービスで、「移送・外出支援」を利用している場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 「BPSDの説明」や「BPSDに対する対象方法の説明」がケアマネジャーからみて「良くなかった」場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[*]
- 介護支援専門員の経験が「1年未満」の場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]

《参考》ケアマネジャーからみた主介護者の負担に影響を与える要素

〔介護支援専門員票 I-10 と他設問のクロス集計〕

「ケアマネジャーからみた主介護者の負担」を表頭に、その他全設問を表側においてクロス集計を実施した結果、以下のような傾向が見られた。（別冊資料 クロス集計表参照。χ²検定を実施し、p 値が 1%水準で有意なものには[**]、5%水準で有意なものには[*]を付した）

- 介護を始めた時期が古い（＝介護期間が長い）ほど負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 直接介助・支援にかかる時間、見守りにかかる時間のいずれの場合も、介護時間が長いほど負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 具体的な介護行為では、いずれの行為においても、主介護者が主に担っている場合、負担が重く見られる傾向が見られた。（「貯金の出し入れ」は[*]、それ以外は全て[**]）
- 介護を「代わってもらえる人がいない」場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。（MA）
- 「夜間の介護」を担っている場合やサービス利用料金や消耗品費を負担している場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。（MA）
- Zarit8 に関連する各設問とケアマネジャーからみた主介護者の負担とは、いずれも強い相関が見られた。[**]
- 「ご本人」や「友人や近所の人等」から理解を得られていない場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]（しかし、「家族・親族等（ご本人以外）」や「職場の上司や同僚」「医療・介護等の専門職」の理解に関しては有意な差が見られなかった）
- 認知症の発症時期が古いほど、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- BPSD については、「昼間、寝てばかりいる」「物を溜め込む」の 2 項目を除き、いずれについても、発生頻度が高いほど負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 施設入所については、介護者が「強く望んでいる」場合に負担が重く見られる傾向が見られた[**]が、ご本人の希望に関しては有意な差が見られなかった。
- 認知症に関する説明については、「認知症の行動・心理症状」[**]、「認知症の行動・心理症状への対応方法」[*]、「生活の継続に向けた日常生活上の留意事項」[*]について、「理解した」場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。
- また、「介護保険以外の生活支援サービス」[*]や「各種費用助成」[*]の情報が「役立った」場合ほど、逆に、「家族会・介護者の集い、サロン・コミュニティカフェ」[*]や「成年後見制度」[**]の情報が「役立っていない」場合ほど、負担が重く見られる傾向が見られた。
- 介護者の年齢が 70 代以上の場合、高齢になるほど、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 介護者の健康状態が「健康でない」場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 「趣味や興味への取り組み」が「なし」の場合[**]や、「友人・知人との交流」が「なし」もしくは「交流する友人・知人はいない」場合[**]、負担が重く見られる傾向が見られた。
- ご本人との同居年数が長いほど、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 利用者が男性の場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 利用者の年齢が若いほど、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 要介護度が高いほど負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 初回認定から時間がたっているほど、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 同居人数が 2 人の場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 主介護者が配偶者（「夫」または「妻」）や父母の場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 不穏になる時間帯がある場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。（MA）

- 夜間介護が必要な場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 利用者と主介護者との関係が良好でない場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 認知症の確定診断がある場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 特に、「前頭側頭葉型認知症」や「レビー小体病」の場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。(MA)
- 認知症自立度が重い場合(Ⅲb以上)に、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 寝たきり度が重い(B・C)の場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 認知機能については、「短期記憶」[**]、「日常の意思決定」[**]、「意思の伝達」[**]のいずれにおいても「問題あり」「できない」の場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。
- BPSDの行動症状や心理症状が見られる場合、負担が重く見られる傾向が見られた。(MA)
- 「精神疾患」や「睡眠障害」がある場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。(MA)
- 「週1回以上」通院している場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。[*]
- 認知症薬の「処方を受けている」場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 「食事が噛めない」、「食事を拒否する/ためないことがある」、「飲み込みが困難」などの栄養/摂食障害がある場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。(MA)
- 「便失禁」などの排泄障害がある場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。(MA)
- 「睡眠時間が4時間未満」「寝ていて大声を出したりする」「深夜に徘徊する」「睡眠中によく起きてしまう」「なかなか寝付けない」などの睡眠障害がある場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。(MA)
- 栄養/摂食障害や排泄障害、睡眠障害が「特にない」場合、負担が軽く見られる傾向が見られた。(MA)
- 各生活行為のいずれについても、「全介助が必要」な場合に負担が重く見られる傾向が見られた[**]が、「バス・電車・車での外出」については、「一人でできる」場合も負担が重く見られる傾向が見られた[**]。
- 利用者が「趣味や興味への取り組み」[**]、「別居の家族・親族との交流」[**]、「友人・知人との交流」[**]、「近隣の人と話す機会」[**]、「外出頻度」[**]が「なし」の場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。「外出頻度」については、「ほぼ毎日」の場合も、負担が重く見られる傾向が見られた。
- 「居宅療養管理指導」「訪問リハ」「訪問入浴」を利用している場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。(MA)
- 介護保険サービスの利用量(月間の利用単位数)が多いほど、また、区分支給限度額に占める利用割合が高いほど、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 訪問介護で「体位交換」「食事介助」「移動介助」「排せつ介助」「身だしなみ」等を実施している場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。(MA)
- 通所介護の月利用回数が多いほど、負担が重く見られる傾向が見られた。[**]
- 保険外サービスで「家事支援」「移送・外出支援」「緊急通報サービス」「家族の会・介護者の集い」を利用している場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。(MA)
- 「病気の説明」[*]や「多職種によるケア方針決定」[**]については「良くなかった」場合に、「BPSDの説明」[**]や「BPSDに対する対象方法の説明」[**]は「良かった」場合に、負担が重く見られる傾向が見られた。
- 介護支援専門員の経験が長いほど、負担が重く見られている傾向が見られた。[**]

《参考》Zarit8 に影響を与える要素【介護者票Ⅱ-問 6・7 より点数化と他設問のクロス集計】

Zarit8 の算出に必要な設問すべてに回答があった 2,350 件を対象に、「Zarit8 の総得点」を算出、それを表頭に、その他全設問を表側においてクロス集計を実施した結果、以下のような傾向が見られた。(詳細は、別冊資料 クロス集計表参照。χ²検定を実施し、p 値が 1%水準で有意なものには[**]、5%水準で有意なものには[*]を付した)

- 介護を始めた時期が古い(=介護期間が長い)ほど総得点が高くなる傾向が見られた。[*]
- 直接介助・支援にかかる時間、見守りにかかる時間のいずれの場合も、介護時間が長いほど総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- 具体的な介護行為の担い手との関係では、買い物[**]、バス・電車・車での外出[**]、食事の準備や片づけ[*]、貯金の出し入れ[*]、掃除・洗濯[*]、処方通りに薬を飲む[**]、着替え[**]、身だしなみを整える[*]、食事の摂取[**]などを主介護者が担っている場合や「行っていない」に総得点が高くなる傾向が見られた。また、屋内での移動[**]、屋外での移動[*]、トイレ動作[**]については、主介護者が「見守り・声がけ」をしている場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。
- 介護を「代わってもらえる人がいない」場合に、総得点が高く表れる傾向が見られた。(MA)
- 「夜間の介護」を担っている場合やサービス利用料金や消耗品費を負担している場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。(MA)
- 周囲からの理解が得られない場合、総得点が高く表れる傾向が見られた。中でも、医療・介護等の専門職[**]の理解が得られない場合、特に総得点が高くなる傾向が見られた。
- 相談相手が「いない」場合や「家族の会・介護者の集い、サロン・カフェ」「自治体」の場合に総得点が高くなる傾向が見られた。(MA)
- 認知症の発症時期が古いほど総得点が高く表れる傾向が見られた。[*]
- BPSD については、全ての項目で発生頻度が高いほど総得点が高く表れる傾向が見られた。[**]
- 施設入所については、本人が入所を「強く望んでいる」場合[*]や、介護者が「強く望んでいる」場合[**]に総得点が高く表れる傾向が見られた。
- 認知症に関する説明については、「認知症という病気とその見通し」[**]、「認知症の行動・心理症状」[**]、「認知症の行動・心理症状への対応方法」[**]、「生活の継続に向けた日常生活上の留意事項」[**]、「ご本人の治療や介護、生活支援の方針や計画」[**]のいずれについても、「理解していない」場合に総得点が高く表れる傾向が見られた。
- また、「ご本人が利用できる医療や介護保険のサービス」[**]や「介護保険以外の生活支援サービス」[*]の情報が「役立っていない」と考えている場合に総得点が高くなる傾向が見られた。
- 介護者の年齢が 40 代以下の若い世代の場合に総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- 介護者の健康状態が「健康でない」場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- 介護によって「仕事を辞めた」り、「勤務先に相談して勤務形態等を変更した」場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- 「趣味や興味への取り組み」[**]や「別居の家族・親族との交流」[**]、「友人・知人との交流」[**]、「近隣の人と話す機会」[**]が「なし」の場合に総得点が高くなる傾向が見られた。
- 近隣の人たちと「家事を助け合う」関わりを持っている場合に総得点が低く、「全くつきあいはない」場合に総得点が高くなる傾向が見られた。(MA)
- 「小中学校 PTA」や「政治団体」に参加している場合に総得点が高くなる傾向が見られた。(MA)
- 要介護度が高いほど、総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- 初回認定年が平成 25 年の場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。[*]
- 「父母」と同居している場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。(MA)

- 主介護者が「妻」または「息子の妻」の場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。[*]
- 不穏になる時間帯がある場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。(MA)
- 夜間介護が必要な場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- 利用者と主介護者との関係が良好でない場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- 認知症の確定診断がある場合に、負担感が強く表れる傾向が見られた。[**]
- 特に、「前頭側頭葉型認知症」や「レビー小体病」の場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。(MA)
- 認知症自立度がⅢbより重い場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- 寝たきり度が「自立」の場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- BPSDの症状、特に行動症状が見られる場合、総得点が高くなる傾向が見られた。(MA)
- 「精神疾患」や「睡眠障害」がある場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。(MA)
- 認知症薬の「処方を受けている」場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- 「深夜に徘徊する」「睡眠時間が4時間未満」「なかなか寝付けない」などの睡眠障害がある場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。(MA)
- 「屋内での移動」[**]や「屋外での移動」[*]が「一人でできる」場合、「身だしなみを整える」[*]や「トイレ動作」[*]に「見守り・声かけが必要」な場合、「掃除・洗濯」[*]や「食事の摂取」[*]に「一部介助が必要な場合」に、総得点が高くなる傾向が見られた。
- 利用者が「友人・知人との交流」を「なし」または「週3-4日」の場合[**]、「近隣の人と話す機会」が「なし」または「ほぼ毎日」の場合[**]に、総得点が高くなる傾向が見られた。
- 「認知症デイ」を利用している場合に総得点が高く、「訪問入浴」を利用している場合に、総得点が低くなる傾向が見られた。(MA)
- 介護保険サービスの利用量（月間の利用単位数）が多い場合[**]や区分支給限度額に占める利用割合が高い場合[**]に、総得点が高くなる傾向が見られた。
- 訪問介護で「体位交換」「服薬管理」「調理・配膳」「買い物」等を実施している場合に、総得点が低くなる傾向が見られた。(MA)
- 通所介護の月利用回数が多いほど、総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- 保険外サービスで「移送・外出支援」「家族の会・介護者の集い」「緊急通報サービス」を利用している場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。(MA)
- 「BPSDの説明」[**]や「BPSDに対する対象方法の説明」[*]が「良くなかった」場合に総得点が高くなる傾向が見られた。
- 介護支援専門員の経験が「3～5年」の場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。[**]
- 介護支援専門員の担当利用者数が40人以上の場合に、総得点が高くなる傾向が見られた。[*]

IV. 海外主要国における認知症高齢者・介護者支援の取り組み

1. 調査の概要

1) 調査対象

今後、日本における認知症の人を介護する介護者への支援のあり方を検討する上の参考情報として、海外主要国における取り組みについて調査し、整理を行った。

調査対象国は、「認知症国家戦略」もしくはそれに類する戦略・国家的方針等を定めている国の中から、以下のような観点で抽出を行った。

- ①認知症国家戦略等を策定していることを前提条件とした。
- ②介護者法（ケアラー法）を制定している国が含まれるよう配慮した。
- ③社会保険方式（介護保険制度）により介護サービスを保障している国と、税方式により保障している国とがともに含まれるように配慮した。

その結果、2013年現在認知症国家戦略の改定作業に着手し、介護者法も有しているオーストラリア、同様に介護者法を有し、税方式で介護サービスを保障しているイングランド、認知症国家戦略をいち早く策定し、日本と同じ社会保険方式で介護サービスを保障し、介護者法等は策定していないものの介護者支援を自治体の義務として位置づけているオランダの3か国を対象に、調査を行うこととした。

また、公的な取り組みではないが、アルツハイマー協会が先進的な取り組みを行っているアメリカについても、参考国として、同協会の取り組みの一部を調査し、とりまとめた。

調査対象国の概要

調査対象国	認知症国家戦略	介護者法	介護保障方式
オーストラリア	2006年策定、 2013年改定作業中	2010年法制定	税方式
イングランド	2009年策定	2004年法制定 2008年介護者戦略	税方式
オランダ	2004年策定	無	社会保険方式
アメリカ (アルツハイマー協会)	(2011年策定)	(無)	(高齢者医療の一部として社会保険方式)

出典) 各種資料より NRI 作成

注) イギリスについては、UK 全体に適用されていない制度が一部含まれることから、本報告書では、以下でまとめるすべてのすべての制度・取り組み等が当てはまる「イングランド」として掲載する。

2) 調査項目

調査対象国に対し、以下の5つの観点から、既存文献・WEBサーベイを実施した。

海外制度等調査は、日本における介護者支援の課題や方向性を探るための参考情報とすることを目的とするものであるため、本報告書の本編では、①～④について、対象国比較の形で示唆となる部分を簡易にまとめることとし、対象別に詳細にまとめた資料は付属資料に掲載することとする。

なお、アメリカに関しては、参考として、アルツハイマー協会の取り組みについて、④・⑤の観点から調査を行った。

海外制度等調査の調査項目

①介護制度の概要

高齢者向け/介護者向け、介護全般/認知症に特化の2つの軸で、各国の関連法もしくは戦略の位置づけを整理。

②認知症国家戦略等の概要

③介護者法・介護者支援等の概要

④介護者向けの主な施策

どのようなタイプの取り組みがあるか、施策のマッピングを試みる。

⑤介護者支援施策の具体例

④で位置づけた施策の中から、具体的な施策(または事業)を取り上げ、各国の特徴的な取り組み(1～3事例)を紹介。

オーストラリア : 認知症コールセンター、多様なレスパイトケア

イギリス : 介護者ニーズ・アセスメント、認知症アドバイザーとピアサポートネットワーク

オランダ : アルツハイマー・カフェ、ミーティングセンターサポートプログラム、働く介護者の就労継続支援

アメリカ : 介護者向けワークショップ

2. 介護制度の概要

調査対象国のうち、オーストラリアとイングランドは、税財源によって介護サービスを保障しているのに対し、オランダでは日本と同じく社会保険方式で介護サービスが提供されている。

オーストラリアは、高齢者ケア法（The Aged Care Act 1997）と、在宅・コミュニティケア法（The Home and Community Care Act 1985）の2系統の法的枠組みの下、いずれも連邦税を主な財源として、連邦政府が方針・ガイドライン等を示し、州政府が実際の運営を担う形で介護サービスが保障されている。高齢者ケア法は、要介護度判定を受けた上で利用する施設サービス及び在宅ケアパッケージプログラムの提供を保障し、在宅・コミュニティケア法は、要介護者とその介護者のため、連邦在宅・コミュニティケアプログラムを提供する形で併存している。

イングランドでは、保健省（DOH：Department of Health）がNHS（医療サービス）の一部として提供するもの、地方自治体がコミュニティケアとして提供するもの、自費で購入する民間サービスの3系統の介護サービスが存在する。NHSによる介護サービスは、プライマリ・ケア・トラスト（PCT）が主体となり、地方自治体と連携しながら、看護・保健等のサービスを提供する。主として政府一般財源（うち2割は国民保険料財源から充当）で賄われ、原則として利用者負担はない（無料）。これに対し、自治体によるコミュニティケアは、自治体がニーズアセスメントとケアマネジメントを行い、それに沿って介護サービスを提供する。利用料金・負担の仕組みは自治体により異なるが、現物給付と直接契約・支払方式（Direct Payment）が有り、低所得者を除き、原則全額自己負担となる。また、民間が提供する介護サービスは、全額自費で購入する。

オランダの介護制度は、公的医療保険制度の中で1年以上の長期医療及び介護をカバーする特別医療費補償法（AWBZ：Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten）の中で位置づけられている。ここでは年齢や障害種別による区別はなく、障害を有する人全般に対するサービスとして提供されている。サービス給付は現物給付が中心だが、リハビリテーション等の治療以外については、現金給付も選択でき、介護者がこれを受け取ることもできる。

また、家事援助、住宅改修、移送サービス、福祉用具等の福祉的なサービスについては、社会支援法（WMO：Wet maatschappelijke ondersteuning）の下、地方自治体が運営主体となって提供されている。家事援助は、2007年に公的医療保険のカバー範囲から外れ、社会支援法（WMO）の下で提供される形に変更されている。

（各国の制度等の詳細は、付属資料参照）

介護制度の概要

	オーストラリア			イギリス		オランダ	
制度名	施設介護サービス Residential Aged Care Service	在宅ケアパッケージプログラム Home care package program	連邦在宅・コミュニティケア Commonwealth Home and Community Care Program	国民保健サービス NHS: National Health Service	コミュニティケア	特別医療費保険	社会支援法
根拠法	The Aged Care Act 1997	The Aged Care Act 1997	The Home and Community Care Act 1985	National Health Service Act 2006	コミュニティケア法 Community Care Act 2003	特別医療費保険法 (AWBZ) Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	社会支援法 (Wmo) Wet maatschappelijke ondersteuning
対象・適用条件	高齢者 ACAT(Aged Care Assessment Team)による要介護度判定を受ける必要がある	高齢者 ACAT(Aged Care Assessment Team)による要介護度判定を受ける必要がある	高齢者及び若年障害者	介護者教育(10時間教育)	高齢者及び障害者 要介護者または家族の申請により、自治体がアセスメント、ニーズ評価を行い、必要と認められたサービスの購入費に充当できる金額が給付される	オランダの全住民。年齢や障害種別による区別はない。ケア判定センター (CIZ) からの認定を受ける必要がある。	地方自治体において設置された地方委員会のアセスメントにより決定される。
運営主体	連邦政府	連邦政府	連邦政府	保健省 (DOH: Department of Health)	地方自治体	政府	地方自治体
給付の概要	ナーシングホームにおけるハイケア、ホステルにおけるローケアに対する事業者向け費用の助成	「消費者志向ケア」(Consumer Directed Care)に基づき、身の回りの世話(Personal care)、生活支援サービス(Support services)、医療(Clinical care)、その他を、ニーズに合わせて組み合わせて提供	ホームヘルプ、訪問看護、レスパイトケア、デイケア、移送、情報提供、配食等のサービスを、ニーズに合わせて組み合わせて提供	訪問看護、NHS継続ケア (NHS continuing care)、ナーシングホームの看護費等、NHSダイレクト(24時間電話・インターネット相談)など	<在宅ケア> 訪問介護、配食サービス、デイセンター、ソーシャルワーク、レスパイトケア、移送サービス、福祉用具レンタル、住宅リフォーム等 <施設ケア> ケアホーム(ナーシングホーム、レジデンシャルホーム)、高齢者向け住宅(ケア付住宅、シェルターハウジング) 現金給付(Direct Pay)を受け、自らサービス調達を行うことも可能	機能により分類されている。身体介護、看護、ガイダンス、リハビリテーション等の治療、短期入所、ケア付き滞在の6つの機能。	家事援助、住宅改修、移送、福祉用具、地域社会におけるコミュニケーション促進(友人の訪問、コミュニティセンター等でのアクティビティ、レジャー等への参加)とソーシャルワーク、介護者及びボランティアへの支援等
財源・費用負担の仕組み	連邦税 収入・資産調査に基づき、利用者自己負担額を決定。施設が設定する利用料金との差額は、連邦政府から認定事業者へ助成	連邦税 利用者自己負担分と事業者が設定する利用料金との差額は、連邦政府から認定事業者へ助成	連邦税、州・準州税 利用者自己負担分と事業者が設定する利用料金との差額は、連邦政府から事業者へ助成	政府一般財源(8割)、 国民保険の保険料財源(2割)	国庫交付金(政府一般財源)、 各地方自治体の税財源、及び、 利用者負担	保険料 67% 国庫補助金 24% 利用者の自己負担 8%	中央政府からの分配金(ただし一般会計予算)、利用者負担
サービス提供主体	高齢者ケア規格認定機関(Aged Care Standard Accreditation Agency)による認可が必要	高齢者ケア規格認定機関(Aged Care Standard Accreditation Agency)による認可が必要	州政府等による直営または民間福祉団体等への委託	NHSのプライマリ・ケア・トラスト (PCT: Primary Care Trust)	自治体直営または民間事業者への委託。ケアの質委員会(CQC: Care Quality Commission)の監査・指導を受ける	(民間非営利組織および民間営利組織)	地方自治体

3. 認知症国家戦略等の概要

今回調査対象としたオーストラリア、イングランド、オランダはいずれも認知症国家戦略を立案している。

オーストラリアでは、2006年5月に最初の認知症国家戦略である「認知症戦略の国家的枠組み(National Framework for Action on Dementia 2006-2010)」が、5か年戦略として立案された。この戦略では、5つの優先課題(領域)を定め、それぞれの領域ごとに、目標とするアウトカムと関連機関が取り組むべきアクションとが整理されており、2011年末まで延長して実施された。また、この戦略と同時に、2006年から5年間の「認知症イニシアティブ事業」を実施し、認知症の増加や発生を予防するための研究、ケア、早期介入プログラム、教育訓練に対して3億豪ドルを超える補助金が拠出されている。

2011年1月に、連邦政府、州及び準州政府代表で構成される認知症ワーキンググループ(National Dementia Working Group)が設置され、国家戦略の評価が行われ、この評価結果を踏まえ、2013年5月、新たな戦略の初案(National Framework for Action on Dementia 2013-2017 Draft)が公表された。

イングランドでは、2009年2月、保健省(DOH)は、認知症ケアの推進・飛躍的向上をめざして、17の目標を定めた「認知症とともにより良い人生を送る：認知症国家戦略」(Living well with Dementia: National Dementia Strategy)を、続いて同年5月、この戦略に基づく2014年までの5か年の実行計画(Implementation plan for the Strategy)を発表した。

その後、2010年5月に政権交代を経て、デビッド・キャメロン内閣が発足したことにより、認知症への取り組みの転換が図られ、2010年9月、「認知症の人のための質的アウトカム：認知症国家戦略の事業に基づいて」(Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia Strategy)を発表、4つの優先すべき課題が示された。さらに、2012年3月、キャメロン首相による「認知症への挑戦」(Dementia Challenge)という新たな取り組みが始められた。

オランダでは、2004年から、「コーディネートされた認知症ケア」の実現に向けて国内各地からのボトムアップ型アプローチにより、全国認知症プログラム(LDP: Landelijk Dementie Programma)(2004-2008)が国を挙げて推進されている。

続いて、認知症統合ケアプログラム(PKD: Programma Ketenzorg Dementie)(2008-2011)が展開され統合ケアのガイドラインが作成された。また、2011年からは、専門職団体、事業者団体(保険会社連合、長期ケア事業者団体、プライマリ・ケア事業者団体)等も加わり、認知症ケア基準が策定された。

さらに、2013年4月には、2012~2020年までの8か年をカバーする認知症デルタプランが立ち上げられ、今後4年間で3.25億ユーロを、認知症の科学的研究に投入する等、認知症を予防したり発症を遅らせたりするための方策を見つけ、認知症患者のケアを改善することを目的とした取り組みが始められた。

(各国の制度等の詳細は、付属資料参照)

認知症国家戦略等の概要

	オーストラリア	イギリス	オランダ
国家戦略の名称	認知症国家戦略2006-2010 National Framework for Action on Dementia 2006-2010	認知症とともにより良い人生を送る: 認知症国家戦略 Living well with Dementia : National Dementia Strategy	認知症ケア基準の策定
策定年月	2006年5月	2009年2月 国家戦略 2009年5月 実行計画	2011～2012年
計画期間	2006年7月～2012年6月 (当初5か年戦略であったが、1年延長)	2009年～2014年	-
目的・ねらい	認知症の人の尊厳の維持と家族介護者への支援を図り、その生活の質を高めること	認知症ケアの推進・飛躍的向上	認知症ケアの改善
目標	5つの最優先課題(領域)を設定 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 ④調査研究 ⑤人材と研修	17の目標を設定 ①国民・専門職の認知症に対する認知度と理解の向上 ②すべての人に対する良質な早期診断と介入 ③認知症の人とその介護者への良質な情報の提供 ④診断後のケア、支援、助言への容易なアクセス ⑤構造化されたピアサポートと学習ネットワークの開発 ⑥在宅生活支援サービスの向上 ⑦介護者支援戦略(Cares' Strategy)の実行 ⑧総合病院における認知症の人々へのケアの質の向上 ⑨認知症の人々への中間ケアの向上 ⑩認知症の人々とその家族への居住支援、住宅関連サービス、遠隔ケアの可能性の考慮 ⑪介護施設における認知症の人の生活の質の向上 ⑫認知症の人々への終末期ケアの向上 ⑬認知症の人々のための介護従事者の確保・教育 ⑭医療・介護(ソーシャルケア)の共同による戦略遂行 ⑮アセスメント及び保健・介護サービスに関する法規制の改善 ⑯研究結果とニーズに基づく将来展望 ⑰戦略実行のための国及び地方*政府による支援	2008～2011年に実施された認知症統合ケアプログラムで策定されたガイドラインにおけるケアプロセスの内容改善、組織間の効果的な連携の在り方、質の評価指標改訂、ケースマネジメントの定義明確化等を取りまとめること。 <2008～2011年に実施された認知症統合ケアプログラムで目指されていたこと> 認知症の人・介護者の状態とニーズに応じてコーディネートされた認知症ケア(いわゆる認知症ケアパス)の開発 組織的連携(ネットワーク)に基づく統合ケアのガイドラインの作成 ガイドラインに沿ったケア購入に向けた地域での実験・質の評価 認知症の人と介護者に対する体系的な支援を提供するケースマネジメントの発展
現時点の達成度評価	認知症イニシアティブがその初期段階で、認知症の人と介護者に支援を行う上で大きな成功を収めたとして、それらから学んだことを踏まえ、今後、同イニシアティブを強化。認知症ケア施策のさらなる展開に向けて新たな国家戦略を立案する方針。	イギリス監査局(NAO)による、実行開始1年後の評価を行った中間報告書(Improving Dementia Services in England - an Interim Report -,2010年1月)では、「リーダーシップと変革を遂げるための具体的方策に欠けており、失敗するリスクがある」と評価された。	統合ケアの進捗状況は定期的に研究機関によりモニタリングされており(2010年以降年1回これまでに3回)、認知症の人と介護者によるケアの改善の体験、地域における認知症ケアにかかわるステークホルダー間の協働の深化、ケースマネジメントの利用可能性向上等の観点から、コーディネートされた認知症ケアの浸透がはかられてきているとされる。
最近の議論の方向	改定版戦略では、4つのステージと6つの分野のマトリクスで整理したドラフトを作成。 <4つのステージ> I リスク削減と認知・認識 II アセスメント、診断と診断後のサポート III マネジメント、ケア、支援とレビュー IV 終末期 <6つの分野> ①政策 ②人材 ③教育 ④研究 ⑤多様なニーズグループ ⑥環境とコミュニティ	2010年5月に政権交代が生じ、デビッド・キャメロン内閣が発足し、同年9月、「認知症の人のための質的アウトカム: 認知症国家戦略の事業に基づいて」(Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia Strategy)が発表され、以下の4つが優先すべき課題として示された。 ①質の高い早期診断と介入 ②総合病院における質の向上 ③介護施設における充実した生活 ④向精神薬の使用の削減	パブリック・プライベート・パートナーシップ(PPP、官民連携)に基づく認知症デルタプランと呼ばれる新たな計画が議論されている。この計画にはケア基準に基づく統合ケア推進、それに向けた教育の充実に加え、産学官連携の認知症にかかわる長期的な研究開発計画、全国認知症登録システム、認知症ケアポータルサイトの構築等が含まれている。

4. 介護者法・介護者支援等の概要

オーストラリア及びイングランドには、介護者法が存在するが、オランダには、存在していない。しかし、オランダでも、介護者の権利性が認識され、介護者へのニーズアセスメントが自治体に義務付けられている等、同様の仕組みが存在する。

オーストラリアでは、「介護者支援」は、「居住ケアサービス」、「在宅・コミュニティケア」と並び、介護政策の3本柱のひとつとして位置づけられている。2010年11月に連邦レベルの介護者法(The Carers Recognition Act 2010)を制定し、「介護者は重要な役割を果たしており、政策やプログラム、サービス等の検討・遂行・評価において介護者ニーズが保証されるべき」として権利を明確化するとともに、公的サービス機関及び関連事業主体に介護者の権利の尊重等への配慮を義務付けている。

2011年8月には、「国家介護者(支援)戦略(National Carer Strategy)」も施行し、目標、目的と、優先的に取り組むべき6つの領域を定めるとともに、戦略推進に向けた投資(予算)を決定している。

イングランドでは、介護のためにやむを得ず退職した人の年金保険料の免除措置を創設した1967年を出発点に、介護者の権利を明示的に位置づけるための法制化が何度も行われてきている。2005年に施行された現行の介護者法(The Carers (Equal Opportunities) Act 2004)は、介護者の権利に関して法的に明示した権利法的性質が強く、介護者は、要介護者本人とは独立してニーズアセスメントを受ける権利を有していることと、その権利を介護者に知らせることや介護者へのアセスメントを提供することは自治体の責務として位置づけられていることが、その主な内容となっている。

さらに2008年には介護者戦略(Cares Strategy)も策定され、介護者法の主旨に沿って、10年後に向けた5つの目標と今後3年で達成すべき事項が設定されている。

オランダでは、介護者支援は、2001年に「身近なケア(Zorg Nabij)」白書が出されたことにより、政府による総合的な支援が本格化した。現在では、社会支援法(WMO)の下、要介護者本人向けサービスとは別の独立したサービスとして、基礎自治体の役割として位置づけられている。具体的なサービスは、福祉団体等の運営する各地の介護者支援センター(Steunpunt Mantelzorg)を中心に提供されている。

(各国の制度等の詳細は、付属資料参照)

認知症国家戦略等の概要

	オーストラリア	イギリス	オランダ
介護者支援の位置づけ	介護政策の3本柱の1つ ①居住型ケアサービス ②在宅・コミュニティにおけるケア ③介護者支援 要介護者本人向けサービスとは独立した位置づけ	1999年介護者全国戦略において、「介護者を支援することが、介護を必要とする人々を支援するための最善の方法のひとつ」という基本姿勢を表明。	社会支援法(Wmo、2007年)において、介護者支援は基礎自治体の役割として位置づけられている。
介護者支援の目的・ねらい	介護に時間を取られることで生じる行動の制約等を最小限にすることで、要介護者の介護だけではなく、介護者の生活も支援すること。	介護者自身の権利や生活の質を重視し、向上させること。介護者への支援を通じて、介護を必要とする人々への支援の質を高めること。	社会支援法立法の目的:障害者、高齢者等の社会参加に制限のある人々の社会参加を援助すること。
介護者法(施行年月)	The Carers Recognition Act 2010 (2010年11月)	The carers Equal Opportunities Act 2004 (2004年) Carers Strategy (2008年)	なし
法の内容	介護者は重要な役割を果たしており、政策やプログラム、サービス等の検討・遂行・評価において介護者にニーズが保証されるべきであるとして、その権利を明確化、公的サービス機関及び関連するサービス提供主体における介護者の権利の尊重等への配慮を義務化	定期的に相当量のケア(育児、養護、介護等)を行う介護者を対象に、介護者の請求に応じてニーズ・アセスメントを実施することを、法的に地方自治体に義務付け	
関連する主な取り組み	2011年8月、「国家介護者(支援)戦略」(National Carer Strategy)を施行。6つ優先的に取り組むべき領域を設定。 ①正当な認識と尊敬 ②情報提供とアクセス ③経済的安定 ④介護者へのサービス ⑤教育・訓練 ⑥健康と幸せな生活(wellbeing)	2008年に介護者に対する国家戦略「21世紀の家族と地域の中心に位置する介護者—あなたのための介護システム、あなた自身の生活—」(Carers at the heart of 21st century families and communities: a caring system on your side, a life of your own)がまとめられ、家族、政府、社会の役割・責務を規定したほか、10年後の目標像と、それに向けて直近3年で達成すべき事項が示された。	社会・雇用省が中心となった検討により、ライフスタイルに応じて労働時間を調整できるようにする労働時間調整法、多様なケアにかかる休暇の導入をはかる法律が制定された。また、福祉団体等が運営する各地の介護者支援センターへの助成がなされている。
介護者支援サービス	①情報提供 ・連邦レスパイト・ケアリンクセンター (Commonwealth Respite and Carelink Centre) ・介護者支援センター(Carer Support Centre) ・認知症コールセンター(National Dementia Helpline) ②レスパイトケア(National Respite for Carers Program) ・在宅レスパイトケア(In-home Respite) ・デイ・レスパイト(Day Respite) ・宿泊レスパイト(Overnight Respite) ・居住型ケア施設におけるレスパイト (Residential Based Respite) ・緊急レスパイト(Emergency Respite) ・フレキシブル・レスパイト(Flexible Respite) ③現金給付 ・介護者給付(Carer Payment) ・介護者手当(Carer Allowance) ・介護者上乗せ給付(Carer Supplement)	①統合された個別サービス ・個人予算制度(personal budget) 情報提供 ・訓練 NHS ・ボランティアによるサービス 労働力 ・介護(長期ケア) ②あなた自身の生活 ・休息ケア(ブレイク) ・技術(テクノロジー) ・住まい、余暇、交通 ③所得と雇用 ・所得保障/介護者手当 ・雇用 ・職能訓練・技術 ④健康と幸せな生活(well-being) ・介護者のための毎年の健康診査 ・感情面のサポート ・開業医(GPs)の訓練 ・ケアの専門職パートナー ⑤若年介護者(支援) ・全国統一のサービス ・家族全体への支援	(介護者支援センターのサービス) ・介護者への情報と助言の提供(電話相談・オンライン相談を含む) ・各種手続き等の実務的支援 ・介護技術講習の開催 ・ボランティアの発掘・教育・組織による、ピアサポート、在宅レスパイト、話し相手、外出や旅行のボランティア
最近の議論の方向	増大が見込まれるレスパイトケア需要に対応するため、2014年7月1日より、介護者支援センターのネットワーク化を進め、レスパイトサービスの集約化を図り、2015年7月1日より、具体的にその運用を始めることが計画されている	なし	AWBZを財源とする認知症の本人へのケアとWmoを財源とする介護者へのサポートをセットにしたミーティングセンターサポートと呼ばれるプログラムも開発され、広がっている。

5. 介護者向けの主な施策

調査対象国で行われている介護者向けの主な施策を、以下の10に類型化して整理を行った。

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| (1) 介護者の権利の明確化、啓発・権利擁護 | (6) 雇用機会確保、介護休暇（時間補償） |
| (2) 情報提供・相談・助言・カウンセリング | (7) レスパイトケア |
| (3) 教育・訓練 | (8) 健康管理支援 |
| (4) ピアサポート | (9) 福祉用具・機器、住環境整備等 |
| (5) 経済的支援（所得保障、費用補填、報酬見合い） | (10) その他 |

いずれの国でも、介護者のニーズアセスメントとピアサポートが重視される傾向にあり、それらの支援の入り口となる情報提供や相談等の体制についても、それぞれ工夫が凝らされている。

オーストラリアの介護者支援施策は、①情報提供、②レスパイトケア、③現金給付、の3つの枠組みで、主として介護者支援センター（Carer Support Centre）等で提供されている。いずれも、認知症の介護に特化したものではなく、介護者全般を対象としているが、認知症コールセンター（National Dementia Helpline）は認知症に特化した介護者支援施策として実施されている。また、レスパイトケアも、宿泊型のみならず、通所型、訪問型等多様な種類（形態）で提供できる仕組みとなっている。

これら3つ以外の取り組みについても、介護者支援センターの独自の取り組み等の中で提供されていることがある。

イングランドでは、介護者からの相談等をきっかけとして提供する介護者ニーズアセスメントが重視されており、地方自治体の責務として介護者法の中で明確に位置づけられている。そのため、介護者支援の体系やメニューは自治体ごとに異なっている。また、介護者支援の提供主体は必ずしも自治体に限定されず、非営利の介護者支援団体等と連携して提供される場合が多く、その非営利団体等が運営する介護者（支援）センターが介護者支援の中核拠点となっている場合も多い。

提供されている介護者支援施策の範囲は、情報提供、レスパイトケア、現金給付に比重を置くオーストラリアに比べて広く、ピアサポートや介護者の健康管理支援等も重視されている。

認知症に特化した介護者支援としては、認知症アドバイザー（Dementia Adviser）とピアサポートネットワーク（Peer Support Network）に関する取り組みが、認知症国家戦略に基づくパイロット事業として展開されている。

オランダの介護者支援も、イングランドと同様に、基礎的自治体の役割として位置づけられているため、全国統一の体系やメニューがあるわけではなく、自治体ごとに支援内容が異なっている。

このうち、認知症に特化した介護者支援施策では「アルツハイマーカフェ」や「ミーティングセンターサポートプログラム」がある。「アルツハイマーカフェ」はアルツハイマー協会と自治体、地域の介護医療関係者、地域住民（商店街、住民等）等が連携して運営されるもので、誰でも自由に参加できる拠点となっている。「ミーティングセンターサポートプログラム」は、認知症の人を受け入れる特別な通所サービスに、介護者支援機能を持たせ、両者を組み合わせて提供されており、財源的にも認知症の人本人向けサービスは特別医療費補償法（AWBZ）、介護者向けサービスは社会支援法（WMO）と、組み合わせて運営されている。また、これらと並行して、労働政策面でも介護者支援が進められている点が特徴と言える。

なお、アメリカでは、高齢者向け医療とナーシングホーム等の一部の介護はメディケア（Medicare）でカバーされるが、それ以外の介護は原則自己責任で対応する形となっている。そのため、アルツハイマー協会のような民間非営利団体が介護者支援において中心的な役割を果たしており、例えば、アルツハイマー協会ニューヨーク支部では、24時間コールセンター（アメリカ全土で実施）、ケアコンサルテーション、介護者向けのセミナーやワークショップによる介護者教育を中心とした介護者向け施策を用意している。

（各国の制度等の詳細は、付属資料参照）

認知症国家戦略等の概要

	オーストラリア	イギリス	オランダ	(参考)アメリカ アルツハイマー協会
介護者の権利の明確化、啓発・権利擁護	・The Carers Recognition Act 2010の制定、普及・啓発	・Cares Actの制定、普及・啓発 ・ 介護者ニーズ・アセスメント	・「身近なケア(Zorg Nabij)」白書 ※1993年に創設された全国介護者団体(LOT)のマニフェストを踏襲している。	
情報提供・相談・助言・カウンセリング	・連邦レスパイト・ケアリンクセンター (Commonwealth Respite and Carelink Centre) ・介護者支援センター(Carer Support Centre) ・ 認知症コールセンター (National Dementia Helpline)	・介護者コールセンター(Carers Direct helpline) ・介護者(支援)センター ・ 認知症アドバイザー (Dementia Adviser)	・情報と助言の提供(電話相談・オンライン相談を含む) ・介護者支援センター ・ ミーティングセンターサポートプログラム	・24時間コールセンター ・ケアコンサルテーション ・リーガル&ファイナンシャルセミナー
教育・訓練	・介護者支援センター(Carer Support Centre)	・介護者教育・トレーニング	・介護者支援センター ・介護技術講習	・介護者向けワークショップ(10時間教育) ・介護者向け認知症セミナー ・マンスリーセミナー
ピアサポート	・介護者支援センター(Carer Support Centre)	・介護者(支援)センター ・認知症カフェ ・ピアサポートネットワーク(Peer Support Network)	・介護者支援センター ・ 認知症カフェ(アルツハイマーカフェ) ・ミーティングセンターサポートプログラム ・ピアサポート、話し相手	・介護者サポートグループプログラム
経済的支援 ・所得保障 ・費用補填 ・報酬見合い	・介護者給付(Carer Payment) ・介護者上乗せ給付(Carer Supplement) ・介護者手当(Carer Allowance)	・所得保障/介護者手当 ・直接契約・支払方式(Direct payment)と 個人予算制度(personal budget)		
雇用機会確保、介護休暇(時間補償)		(介護者ニーズ・アセスメントにおける 仕事・学習等への配慮)	・ 労働時間調整法、多様なケアにかかる休暇	
レスパイトケア	・在宅レスパイトケア(In-home Respite) ・デイ・レスパイト(Day Respite) ・宿泊レスパイト(Overnight Respite) ・居住型ケア施設におけるレスパイト (Residential Based Respite) ・緊急レスパイト(Emergency Respite) ・フレキシブル・レスパイト(Flexible Respite)	・レスパイト(Respite) ・休息ケア(ブレイク)(Breaks) ・付き添いサービス(sitting service)	・介護者支援センター (在宅レスパイト、外出や旅行のボランティア)	
健康管理支援	(「介護者戦略」の「視点」としては記載されている)	・介護者のための毎年の健康診査、メンタルヘルスサポート		
福祉用具・機器 住環境整備等		・テクノロジー(ICT等)の活用	(社会支援法の下で提供されているが、 要介護者本人向け)	(認知症徘徊探索プレスレット)
その他		・開業医(GPs)への働きかけ ・手続き支援、法務アドバイス ・若年介護者(支援) ・年金保険料の減免等	・各種手続き等の実務的支援	(配食サービス)

平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
**認知症の人を介護する家族等に対する効果的な支援のあり方
に関する調査研究**

報告書

平成 26 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-6-5
丸の内北口ビル
TEL : 03-5533-2111(代表)

[ユニットコード:6347851]

付属資料

認知症の方に対する家族介護の実態に関するアンケート 調査票

ご家族のなかで、認知症の方（以下、「ご本人」と記載します）の生活を介護面で最も支えている方にご回答をお願いします。以下の質問について、該当する番号に○、または（ ）内に数字や具体的な事項をご記入ください。

I あなたが行っている介護について

問1 ご本人の介護を始めたのはいつごろですか。（○は1つ）

1 この1年以内 2 1年～2年以内 3 2年～3年以内 4 3年～4年以内 5 4年以上前

問2 1日あたりの介護時間は平均するとどれくらいですか。（それぞれ○は1つ）

直接介助・支援時間	1 1時間未満	2 1～2時間	3 2～4時間	4 4～6時間	5 6時間以上
見守りにかかる時間	1 1時間未満	2 1～2時間	3 2～4時間	4 4～6時間	5 6時間以上

問3 ご本人の以下の活動のうち、あなたが主として見守り・声がけや介助を行っているものはありますか。

（それぞれ○は1つ）

*あなた以外とは、あなた以外の同居・非同居のご家族のほか
訪問サービスやデイサービスなどを含みます

	あなたが主として支援		あなた以外* が主に支援	ご本人が1人で 行っている	行っていない
	見守り・声がけ	介助			
ア 買い物	1	2	3	4	5
イ バス・電車・車での外出	1	2	3	4	5
ウ 食事の準備や片付け	1	2	3	4	5
エ 貯金の出し入れ	1	2	3	4	5
オ 電話をかける	1	2	3	4	5
カ 掃除・洗濯	1	2	3	4	5
キ 処方通りに薬を飲む	1	2	3	4	5
ク 屋内での移動	1	2	3	4	5
ケ 屋外での移動	1	2	3	4	5
コ 着替え	1	2	3	4	5
サ 身だしなみを整える	1	2	3	4	5
シ 入浴	1	2	3	4	5
ス トイレ動作	1	2	3	4	5
セ 食事の摂取	1	2	3	4	5

問4 介護を代わってくれる人はいますか。（あてはまるもの全てに○）

1 ときどき介護を交代してくれる人がいる 2 用事があるときなどは代わってもらえる
3 ヘルパー等を頼んで、代わってもらう 4 代わってもらえる人はいない

本調査に関するお問い合わせ先

(株)野村総合研究所 消費サービス・ヘルスケアコンサルティング部

担当：安田(やすだ)・高沢(たかさわ)

TEL 0120-290-#### (10/21～11/29の平日9:00～18:00)

E-mail kaigoshi-shien####@nri.co.jp

問 5 あなたは、ご本人の介護について、次のようなことを担っていますか。（あてはまるもの全てに○）

1 夜間の介護	2 関係機関からの呼出や緊急対応
3 医療機関等の受診同行	4 医療・介護等のサービス利用にかかる調整・手続
5 医療・介護等のサービス利用料の負担	6 介護にかかる消耗品費(おむつ等)の負担
7 その他ご本人の生活費の負担	8 いずれも担っていない

II 介護に関する困りごとや負担感、相談相手について

問 6 ご本人の介護に関する各質問について、あなたの現在の気持ちに最もあてはまると思う番号を選んで、○で囲んでください。（それぞれ○は1つ）

	思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う
ア ご本人の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか。	1	2	3	4	5
イ ご本人の気持ちや意思がわからず、困ってしまうと思うことがありますか。	1	2	3	4	5
ウ ご本人のそばにいると腹がたつことがありますか。	1	2	3	4	5
エ ご本人のそばにいると、気が休まらないと思いますか。	1	2	3	4	5
オ 病気の進行により、ご本人がどのように変化していくのか不安に思うことがありますか。	1	2	3	4	5
カ これからご本人とどうやって生活していけばよいかわからないと思うことがありますか。	1	2	3	4	5
キ 介護があるので家族や友人とつきあいづらくなっていると思いますか。	1	2	3	4	5
ク 介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか。	1	2	3	4	5
ケ ご本人が家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか。	1	2	3	4	5
コ 安心してご本人と一緒に出かけられる場所がないと思うことがありますか。	1	2	3	4	5
サ ご本人にあう治療・介護をしてくれる病院や施設等の事業所がないと思うことがありますか。	1	2	3	4	5
シ ご本人の症状や困りごとを医療・介護等の専門職に伝えるのが難しいと思うことがありますか。	1	2	3	4	5
ス 専門職同士の情報共有や連携が不十分で困ってしまうと思うことがありますか。	1	2	3	4	5
セ 介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか。	1	2	3	4	5
ソ ご本人に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか。	1	2	3	4	5

問 7 全体として、ご本人の介護はあなたにとって負担になっていますか。（○は1つ）

1 全く負担でない	2 あまり負担でない	3 世間並みの負担だと思う	4 まあまあ負担	5 非常に負担
-----------	------------	---------------	----------	---------

問 8 あなたが行っている介護やその負担について、周囲の方々から理解されていると思いますか。（それぞれ○は1つ）

	理解あり	まあまあ理解あり	あまり理解なし	理解なし	いない・該当しない
ア ご本人	1	2	3	4	5
イ 家族・親族(ご本人以外)	1	2	3	4	5
ウ 友人や近所の人等	1	2	3	4	5
エ 職場の上司や同僚	1	2	3	4	5
オ 医療・介護等の専門職	1	2	3	4	5

問 9 ご本人の介護に関してあなたが相談できる人はいますか。(あてはまるもの全てに○)

1 ご本人	2 家族・親族	3 友人・知人	4 近所の人
5 職場の上司や同僚	6 自治体	7 民生委員	8 地域包括支援センター
9 ケアマネジャー	10 ヘルパーやデイサービス等の事業者	11 病院の医療ソーシャルワーカー(MSW)	
12 医師	13 弁護士	14 家族の会・介護者の集い、サロン・カフェ	
15 その他	16 いない		

Ⅲ ご本人の認知症の症状、施設等への入所希望について

問 10 認知症の症状が現れるようになったのはいつごろですか。(○は1つ)

1 この1年以内	2 1年～2年以内	3 2年～3年以内	4 3年～4年以内	5 4年以上前
----------	-----------	-----------	-----------	---------

問 11 ご本人の現在の症状に関する各質問について、最もあてはまると思う番号を選んで、○で囲んでください。(それぞれは○1つ)

	まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある
ア 同じことを何度も何度も聞く	1	2	3	4
イ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりしている	1	2	3	4
ウ 日常的な物ごとに関心を示さない	1	2	3	4
エ 特別な理由がないのに夜中起き出す	1	2	3	4
オ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	1	2	3	4
カ 昼間、寝てばかりいる	1	2	3	4
キ やたらに歩き回る	1	2	3	4
ク 同じ動作をいつまでも繰り返す	1	2	3	4
ケ 口汚くののしる	1	2	3	4
コ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	1	2	3	4
サ 世話をされるのを拒否する	1	2	3	4
シ 明らかな理由なしに物を溜め込む	1	2	3	4
ス 引き出しやタンスの中身を全部だしてしまう	1	2	3	4

問 12 施設等への入所に対するご本人及びあなたの希望について、最もあてはまる番号を選んで、○で囲んでください。(それぞれ○は1つ)

	強く望んでいる	まあまあ望んでいる	あまり望んでいない	全く望んでいない	わからない
ア ご本人	1	2	3	4	5
イ あなた	1	2	3	4	5

Ⅳ 認知症や利用できるサービスに関する説明や情報提供等について

問 13 これまでに以下についての説明を受け、理解しましたか。(それぞれ○は1つ)

	理解した	まあまあ理解した	理解していない	説明を受けていない
ア 認知症という病気とその見通し	1	2	3	4
イ (問 11 にあげたような) 認知症の行動・心理症状	1	2	3	4
ウ (") 認知症の行動・心理症状への対応方法	1	2	3	4
エ 生活の継続に向けた日常生活上の留意点(衣食住等)	1	2	3	4
オ ご本人の治療や介護、生活支援の方針や計画	1	2	3	4

問 14 以下のような情報提供は、役に立ちましたか。(それぞれ○は1つ)

	役立った	まあまあ役立った	役立っていない	情報提供を受けていない
ア ご本人が利用できる医療や介護保険のサービス	1	2	3	4
イ 介護保険外の生活支援サービス(配食・外出支援等)	1	2	3	4
ウ 家族の会・介護者の集い、サロン・コミュニティカフェ	1	2	3	4
エ 各種費用助成(おむつ、介護保険外の住宅リフォーム等)	1	2	3	4
オ 成年後見人制度	1	2	3	4

V あなたご自身のことについて

No	質問内容	回答欄
1	性別	1 男性 2 女性
2	年齢	() 歳
3	健康状態(○は1つ)	1 非常に健康 2 まあ健康 3 あまり健康でない 4 健康でない
4	ご本人以外の家族・親族を介護した経験(○は1つ)	1 経験あり 2 経験なし
5	収入を伴う医療・介護等の仕事の経験(○は1つ)	1 経験あり 2 経験なし
6	現在行なっている、収入を伴う仕事(○は1つ)	1 正規職員 2 契約・嘱託 3 パート・アルバイト 4 派遣 5 自営 6 家族従業員 7 その他() 8 仕事をしていない ⇒No8 へ
7	週当たりの平均労働時間(残業時間を含む、○は1つ)	1 34時間以下 2 35~40時間 3 41~50時間 4 51~60時間 5 61時間以上
8	ご本人の介護により仕事・働き方を変えた経験(○は1つ)	1 経験なし 2 勤務先に相談して勤務形態等を変更した 3 転職した 4 仕事を辞めた(現在仕事をしていない)
9	趣味や興味への取り組み(○は1つ)	1 なし 2 月に数回 3 週1~2日 4 週3~5日 5 ほぼ毎日
10	別居の家族・親族との交流(○は1つ)	1 なし 2 月に数回 3 週1~2日 4 週3~5日 5 ほぼ毎日 6 別居の家族・親族はいない
11	友人・知人との交流(○は1つ)	1 なし 2 月に数回 3 週1~2日 4 週3~5日 5 ほぼ毎日 6 交流する友人・知人はいない
12	近隣の人と話す機会(○は1つ)	1 なし 2 月に数回 3 週1~2日 4 週3~5日 5 ほぼ毎日 6 近隣に話をする人はいない
13	近隣の人たちとの関わり方(あてはまるもの <u>全て</u> に○)	1 相談ごとをする 2 病気の時に助け合う 3 家事を助け合う 4 趣味をともにする 5 お茶や食事をともにする 6 物をあげたりもらったりする 7 外でちょっと立ち話をする程度 8 葬儀などの行事に参加する程度 9 あいさつを交わすだけ 10 全くつきあいはない
14	参加している活動(あてはまるもの <u>全て</u> に○)	1 趣味やスポーツの会 2 小中学校 PTA 3 町内会・自治会・消防団 4 老人クラブ 5 ボランティア団体 6 町づくり関連団体 7 消費者団体 8 政治団体 9 宗教団体 10 あてはまるものはない
15	お住まいの市町村	() 市・町・村 (市町村のいずれかに○)
16	いまお住まいの市町村に何年住んでいるか	約() 年
17	ご本人と同居して何年になるか	約() 年

アンケートは以上です。ご協力、ありがとうございました。

ご多用の折恐れ入りますが、同封の返信封筒に封入の上、**平成25年11月29日(金)**までにケアマネジャーの方にお渡し頂くか、直接ポストにご投函ください。

認知症の方に対する家族介護の実態に関するアンケート 調査票

介護支援専門員向け

あなたが担当されている要介護者（以下、「利用者」と記載します）の状況について伺います。以下の質問について、該当する番号に○、または（ ）内に数字や具体的な事項をご記入下さい。

ご多用の折恐れ入りますが、同封の返信封筒に封入の上、**平成25年11月29日(金)**までにご投函下さい。

I 利用者の属性／家族の介護状況について

利用者の属性および家族介護の状況について、以下の項目にお答えください。

No	質問内容	回答欄
1	利用者の性別	1 男性 2 女性
2	利用者の年齢(調査時)	() 歳
3	要介護度 (更新申請中の場合は、現時点の要介護度に○を付けて下さい)	1 要介護 1 2 要介護 2 3 要介護 3 4 要介護 4 5 要介護 5 6 新規申請中
4	初回認定年月	平成 () 年 () 月
5	同居者 (該当全てに○)	1 配偶者 2 子ども 3 子どもの配偶者 4 父母 5 子ども以外の親族 6 その他 ()
6	同居人数 (本人を含む)	() 人
7	主介護者 (○は1つ) ※家族内で、利用者の生活を介護面で最も支えている人	1 夫 2 妻 3 娘 4 息子 5 娘の夫 6 息子の妻 7 父母 8 その他 ()
8	本人が不安定・不穏になる時間 (該当全てに○)	1 朝によく不穏になる 2 夕方によく不穏になる 3 夜によく不穏になる 4 その他に不穏になりやすい時間がある 5 決まって不穏になる時間帯はない
9	夜間介護の必要性	1 あり 2 なし 3 不明
10	ケアマネジャーからみた主介護者にかかる介護負担 (○は1つ)	1 非常に負担 2 まあまあ負担 3 あまり負担でない 4 全く負担でない 5 不明
11	ケアマネジャーからみた利用者との主介護者の関係 (○は1つ)	1 非常に良好 2 まあまあ良好 3 あまり良好でない 4 全く良好でない 5 不明
12	利用者専用の居室の有無 (○は1つ)	1 あり 2 なし 3 不明

本調査に関するお問い合わせ先

(株)野村総合研究所 消費サービス・ヘルスケアコンサルティング部

担当 : 安田(やすだ)・高沢(たかさわ)

TEL 0120-290-#### (10/21~11/29の平日9:00~18:00)

E-mail kaigocha-shien###@nri.co.jp

II 利用者の認知機能や認知症の症状について

No	質問内容	回答欄
1	専門機関による認知症の確定診断 (○は1つ)	1 あり ⇒No2へ 2 なし 3 不明
2	認知症の診断名 (該当全てに○)	1 アルツハイマー病 2 血管性認知症 3 前頭側頭葉型認知症 4 レビー小体病 5 1~4以外の認知症
3	認知症自立度 (○は1つ) ※ケアマネジャーによる現時点の評価	1 I 2 IIa 3 IIb 4 IIIa 5 IIIb 6 IV 7 M 8 不明
4	寝たきり度 (○は1つ) ※ケアマネジャーによる現時点の評価	1 自立 2 J 3 A 4 B 5 C 6 不明
利用者の現時点の認知機能について伺います (項目、評価方法は認定調査項目と同じです)。(それぞれ○は1つ) ※意見書の記載内容ではなく、あなた自身による現時点の評価		
5	ア (短期記憶)	1 問題なし 2 問題あり (※5分前の事を覚えているかで判断)
	イ (日常の意思決定)	1 できる 2 特別な場合以外できる 3 日常的に困難 4 できない
	ウ (意思の伝達)	1 できる 2 ととききできる 3 ほとんどできない 4 できない
6	BPSDの発生状況 (該当全てに○) 1, 2を選んだ方のみSQ6をお答え下さい	1 行動症状 (暴言・暴力・介護拒否・昼夜逆転・徘徊・異食・不潔行為等)が見られる 2 心理症状 (不安感・強迫症状・抑うつ・幻覚・妄想・睡眠障害等)が見られる 3 BPSDの症状は特に見られない 4 BPSDの症状があるかどうか、わからない
	SQ6 チームの中でのBPSDの原因の把握 (○は1つ)	1 把握できている 2 把握できていない 3 不明

III 利用者の健康状態/医療体制等について

No	質問内容	回答欄
1	現在有する病気 (該当全てに○)	1 脳卒中後遺症 2 高血圧 3 心疾患 4 糖尿病 5 精神疾患 6 睡眠障害 7 視力・聴力障害 8 その他 () 9 不明
2	通院の頻度 (○は1つ)	1 週1回以上 2 月に数回 3 月に1回程度 4 2~3か月に1回 5 通院なし 6 不明
3	現在、認知症を診ている医師の所属先 (○は1つ)	1 病院のみ 2 診療所のみ 3 病院と診療所 4 関わっている医師はいない
4	処方を受けている薬の名前 ※複数ある場合は全て記載	
	SQ4-1 認知症の薬の処方の有無 (○は1つ)	1 処方を受けている 2 処方なし 3 不明
	SQ4-2 認知症薬の飲み忘れ (○は1つ)	1 飲み忘れはない 2 たまに飲み忘れる 3 よく飲み忘れる 4 不明
5	栄養/摂食障害の有無 (該当全てに○)	1 極度にやせている 2 肥満 3 「むくみ」がよく起こる 4 水分摂取量が少ない 5 食事が噛めない 6 飲み込みが困難(嚥下機能が低下) 7 食べ過ぎることがある 8 食事を拒否する/食べないことがある 9 その他() 10 特にない 11 不明
6	排泄障害の有無 (該当全てに○)	1 尿失禁がある 2 便失禁がある 3 よく便秘する 4 よく下痢を起こす 5 その他 () 6 特にない 7 不明
7	睡眠障害の有無 (該当全てに○)	1 睡眠時間が4時間未満 2 昼間眠そうにしている 3 睡眠中によく起きてしまう 4 なかなか寝付けない 5 寝ていて大声を出したりする 6 深夜に徘徊する 7 その他 () 8 特にない 9 不明
8	医療処置の有無 (○は1つ)	1 あり(具体的内容:) 2 なし 3 不明

IV 利用者の日常生活活動について

ケアマネジャーから見て、以下の活動が「できるかどうか」を評価して下さい。（それぞれ○は1つ）

No	一人でできる	見守り・声かけが必要	一部介助が必要	全介助が必要
1 買い物	1	2	3	4
2 バス・電車・車での外出	1	2	3	4
3 食事の準備や片付け	1	2	3	4
4 貯金のお出し入れ	1	2	3	4
5 電話をかける	1	2	3	4
6 掃除・洗濯	1	2	3	4
7 処方通りに薬を飲む	1	2	3	4
8 屋内での移動	1	2	3	4
9 屋外での移動	1	2	3	4
10 着替え	1	2	3	4
11 身だしなみを整える	1	2	3	4
12 トイレ動作	1	2	3	4
13 入浴	1	2	3	4
14 食事の摂取	1	2	3	4

V 利用者の社会との交流状況について

利用者が、以下のような社会との交流につながる活動を、どのくらいの頻度で行っているか、お答えください。（それぞれ○は1つ）

No	なし	月に数日	週 2-3 日	週 3-4 日	ほぼ毎日	不明
1 趣味や興味への取り組み	1	2	3	4	5	6
2 別居の家族・親族との交流	1	2	3	4	5	6
3 友人・知人との交流	1	2	3	4	5	6
4 近隣の人と話す機会	1	2	3	4	5	6
5 外出頻度(通院通所以外)	1	2	3	4	5	6

VI 介護サービスや保険外の支援の受給状況について

※前月（9月または10月）に利用したサービスや支援についてお答え下さい。

No	質問内容	回答欄
1	介護サービスの利用の有無 (該当全てに○)	1 訪問介護 2 訪問入浴 3 訪問看護 4 訪問リハ 5 通所介護 6 認知症デイ 7 通所リハ 8 短期入所 9 小規模多機能型居宅介護 10 定期巡回随時対応サービス 11 居宅療養管理指導 12 福祉用具 13 その他
2	利用単位数(前月実績)	() 単位
3	訪問介護の月間回数	() 回/月 ※訪問介護利用時のみご記入下さい
4	訪問介護の実施内容 (該当全てに○) ※訪問介護利用ありの場合のみ ご記入下さい	1 買い物 2 調理・配膳 3 家事(掃除・洗濯等) 4 身だしなみ 5 食事介助 6 入浴介助 7 排泄介助 8 体位交換 9 移動介助 10 通院介助 11 服薬管理 12 外出支援 13 その他 ()
5	通所の月間回数	() 回/月 ※通所利用時のみご記入下さい
6	通所での実施内容 (該当全てに○) ※通所介護・認知症デイ・通所リハ 利用ありの場合のみご記入下さい	1 体操 2 関節可動域訓練 3 筋力増強運動 4 バランス練習 5 歩行訓練 6 起居/立位動作練習 7 トイレ動作訓練 8 入浴動作練習 9 家事・調理練習 10 計算ドリル 11 回想法 12 趣味活動(手工芸、園芸、編み物等) 13 ゲーム・歌 14 就労支援 15 その他 ()
7	介護保険以外で利用した サービスや支援 (該当全てに○)	1 配食サービス 2 家事支援(買物・調理・掃除等) 3 理美容サービス 4 移送・外出支援 5 緊急通報サービス 6 福祉用具の貸与(徘徊探知機等) 7 おむつ購入費等に対する助成 8 家族の会・介護者の集い 9 保険外のデイサービス、サロン、カフェ等 10 成年後見人制度 11 その他 () 12 特になし

VII 現行の医療・介護サービスや専門職による支援に対する評価

利用者の在宅生活の継続のために、介護支援専門員をはじめとして、様々な専門職が関与されていると思います。
これらサービスや支援に対するあなたの評価をお聞かせ下さい。(それぞれ○は1つ)

No	質問内容	回答欄
1	病気の説明	1 良かった 2 まあまあ 3 あまり良くなかった 4 良くなかった 5 説明なし 6 不明
2	BPSDの説明	1 良かった 2 まあまあ 3 あまり良くなかった 4 良くなかった 5 説明なし 6 不明
3	BPSDに対する対処方法の説明	1 良かった 2 まあまあ 3 あまり良くなかった 4 良くなかった 5 説明なし 6 不明
4	多職種によるケア方針決定	1 良かった 2 まあまあ 3 あまり良くなかった 4 良くなかった 5 説明なし 6 不明

VIII あなた(ケアマネジャー)の属性について

No	質問内容	回答欄
1	保有資格 (該当全てに○)	1 介護福祉士 2 社会福祉士 3 訪問介護員 4 社会福祉主事 5 看護職 6 PT/OT/ST 7 薬剤師 8 栄養士 9 歯科衛生士 10 医師 11 歯科医師 12 精神保健福祉士 13 その他 ()
2	介護支援専門員としての 経験年数 (○は1つ)	1 1年未満 2 1~3年 3 3~5年 4 5~8年 5 8年以上
3	主任介護支援専門員か否か (○は1つ)	1 主任介護支援専門員である 2 主任介護支援専門員ではない
4	担当利用者数	() 人 このうち、認知症の利用者数 () 人

アンケートは以上です。ご協力、ありがとうございました。

1. オーストラリア

1) 介護制度の概要

(1) 制度の概要

- オーストラリアでは、介護は、税財源により、全国民を対象とする普遍的サービスとして行われる。
- 連邦政府が方針やガイドラインを作成し、州政府(準州を含む)が実際の運営を担っている。

(2) サービス体系

- ①居住型ケアサービス、②在宅・コミュニティにおけるケア、③介護者支援、の3本柱で構成される。
- 居住型ケアサービスや一部の在宅・コミュニティケアを利用する際には、各地域に設置された高齢者ケア判定チーム(ACAT: Aged Care Assessment Team)による要介護度判定を受ける必要がある。
 - － ACAT は、老年科医師、看護師、PT・OT、ソーシャルワーカーで構成される専門職チームで、利用希望者からの申請に基づきアセスメントを行い、介護の必要性を判定し、施設利用の可否・振り分けを含め、最適なケアプランを作成する役割を果たしている。
 - － 該当サービスの利用申請者は、ACAT によるアセスメントを受け、施設入居者分類基準(RCS: the Resident Classification Scale)に基づき8段階で入所必要性の判定を受ける。密度の高いケアを要する介護度1～4はハイケア、それより軽度な介護度5～8はローケアと呼ばれる。

① 居住型ケアサービス (Residential Aged Care Service)

- 居住型ケア(施設ケア)サービスは、要介護度の低い人を対象としたローケア(Low Level Care, 軽度ケア)を提供するホステル(Hostel)と、要介護度の高い人を対象としたハイケア(High Level Care, 重度ケア)を提供するナーシングホーム(Nursing Home)、在宅・コミュニティケアプログラムの利用者がレスパイトケアを目的として利用するショートステイとに分けられる。
 - － ローケアを担うホステルでは、基本的には個室が提供され、自分の家具を持ち込めるなど、高齢者の自宅の生活環境に近いものにすることができる。
 - － ハイケアを担うナーシングホームでは、入居者の6～7割は認知症を有する要介護者で、看護師も常駐して高いレベルの24時間ケアを提供していることに加え、重度認知症高齢者専用のユニットを併設している施設も多い。
- 居住型ケアサービスの約8割を、高齢者ケア規格認定機関(Aged Care Standard Accreditation Agency)という第三者機関の認可を受けた民間事業者、宗教団体、慈善福祉団体等が担っている(その約半数は営利団体)。
- 施設費用は、基本日額料金(Basic Daily Fee)、収入に基づく料金(Income Tested Fee)、宿泊料金(Accommodation payments)により賄われる。いずれも、収入・資産に基づいて利用者自己負担額が設定されており、料金との差額は政府から補助金で賄われている。

② 在宅・コミュニティにおけるケア

- 在宅・コミュニティにおけるケアは、在宅・コミュニティケア法(The Home and Community Care Act)に基づく「連邦在宅・コミュニティケアプログラム」(Commonwealth Home and Community Care Program)と、高齢者ケア法(The Aged Care Act)に基づく「在宅ケアパッケージプログラム」(Home care package program)とに分けられる。
 - － 在宅・コミュニティケア法は、1954年老人ホーム法(The Aged Persons Home Act)以降、急速に給付が増大した居住型ケアから、在宅・コミュニティで行う、より経済効率の高い介護への転換をめざして1985年に制定された法律で、在宅・コミュニティケアプログラムの目的、連邦政府・州政府・準州政府の財政負担の仕組みや助成可能なプログラムの種類等が定められている。現

行法は、2007年7月に施行された改正法である。

- 高齢者ケア法は、施設ケア、在宅・コミュニティケア、それ以外のフレキシブルなケアの提供について、介護サービス計画、サービス事業者の認定とその義務、要介護者の認定、補助金の交付等に関する規定を定めた法律で、1997年に施行されている。2013年8月に法改正が行われ、従来、CACPs(Community Aged Care Package, ACATによりローケアと判定された人に対する在宅ケア)、EACH(Extended Aged Care at Home, ACATによりハイケアと判定された人に対する在宅ケア)、EACHD(Extended Aged Care at Home Dementia, ACATによりハイケアと判定され、認知症を有する人に対する在宅ケア)の3つにわかれていたケアパッケージが、「在宅ケアパッケージプログラム」(Home care package program)に統合・刷新された。
 - これは、自宅に住み続けたいと思う人々のためのサポートと在宅ケアのオプションを拡大させることをめざして2012年4月20日に連邦政府が発表した“Living Longer Living Better”に基づく改変で、連邦政府は、在宅ケアパッケージの総数を現状の約60,000パッケージから約100,000パッケージへと増加させるために、2012年から5年間で8.8億豪ドルを費やす予定である。
 - 「Living Longer Living Better」の改革により、高齢者という年齢制限もなくなり、若年の要介護者も同じ枠組みの中でサービスを受けられるようになった。
- 連邦在宅・コミュニティケアプログラムは、在宅の要介護高齢者とその介護者のための基本的な在宅サービスを提供するプログラムで、家事支援、日常生活支援、住宅の維持管理・改修、訪問看護などの在宅ケアや、通所型の社会的活動、移送サービス、外出・社会参加支援等のコミュニティケアを受けることができる。
 - 2012年7月1日以前は、連邦政府が6割の財政負担と戦略及び方針の決定、州政府・準州政府が4割の財政負担と実際の運営を担うという形で、高齢者及び若年障害者を対象に運営されてきたが、2012年7月1日以降、対象が高齢者とその家族に限定され、連邦政府が財政面・運営面の双方について全面的に責任を負う形に制度変更された(ただし、ヴィクトリア州と西オーストラリア州では、従前の方式が維持され、新制度の導入は先の予定とされている)。
 - Commonwealth HACC Program で提供されるサービスが、他のプログラムでも提供されている場合がある。政府が財政負担するプログラムでサービスを既に利用している場合、それと同じサービスをCommonwealth HACC Program で受けることはできない。
- 在宅ケアパッケージプログラムは、消費者の個別のケアニーズに合わせてコーディネートされた包括的なケアであり、4つのレベルに区分されている。
 - 在宅ケアパッケージの中では、以下の4種類のサービス・支援が提供される。
 - 身の回りの世話(Personal care)：入浴、更衣、移動、食事の準備・摂取、コミュニケーション補助具など
 - 生活支援サービス(Support services)：洗濯、掃除、ガーデニング、基礎的な住宅管理、介護のための住宅改修、買い物・通院・社会的活動への参加のための外出介助など
 - 医療(Clinical care)：看護、保健・リハビリ専門職によるサービス
 - その他サービス：ケアプランに位置づけられた機器や補助具を用いた遠隔モニタ技術やアシスト技術など
 - 従前は、EACHDが認知症に特化したサービスを提供していたが、EACHとともにレベル4に統合され、認知症も多くの疾患の中のひとつとして位置づけられることとなった。それに代わって、在宅で生活する認知症の人向けに、新しい認知症・認知障害上乗せ給付(Dementia and Cognition Supplement)が設けられた。
 - このほか、退役軍人上乗せ給付、在宅酸素・経管栄養上乗せ給付が設けられている。
 - 上乗せ給付では、連邦政府より関連するレベルの在宅ケアパッケージの10%に相当する補助が受けられ、サービス提供事業者に直接支払われる。

- また、2013年8月1日以降に開始されるすべての在宅ケアパッケージは「消費者志向ケア」(CDC: Consumer Directed Care)に基づいて行われなければならないこととなった。
 - － CDCは、消費者自身に個人単位の予算が与えられ、その範囲の中で、利用するケアやサービスやサービス提供者、提供タイミング等を選択・決定し、管理するという仕組みである。
 - － これまで任意で行われてきたが、2013年8月当初はパッケージの約10%が移行され、2015年7月までにすべてCDCに基づく形とする想定で移行が進められる。
- 在宅ケアパッケージを利用する場合、高齢者ケア判定チーム(ACAT)のアセスメントを受け、ニーズに合わせてサービス提供事業者を紹介する。
- 認定在宅ケアパッケージ提供事業者に対しては連邦政府が補助を行うが、利用者にも一部負担が求められる。2013年9月時点の1人当たり基本料金は9.39豪ドル/日である。
 - － 老齢年金受給者の場合、年金額の17.5%を上限として課せられる。
 - － 税・社会保険料徴収後の収入が高い人は、1人当たり年金額を上回る収入の50%を上限として、追加負担が求められる。
 - － これらの上限額は、年金の改定に合わせ、毎年3月と9月に行われる。
 - － 2014年1月以降、新たに収入審査の導入が予定されている

図表付-1-1 オーストラリアにおける在宅・コミュニティケア

プログラム名		提供サービス	ACAT判定
連邦在宅・コミュニティケアプログラム Commonwealth HACC Program (2012年7月1日～2015年6月30日)		ホームヘルプ、訪問看護、レスパイトケア、デイケア、移送、情報提供、配食等のサービスを提供	不要
Home Care Packages (2013年8月1日施行)	レベル1	基本的なケアニーズをサポート(新規)	要
	レベル2	軽度ケアを提供(従前のCACPsに相当)	
	レベル3	中程度のケアを提供(新規)	
	レベル4	重度ケアを提供(従前のEACHに相当)	
認知症・認知障害上乗せ給付 Dementia and Cognition Supplement		従前のEACHEを補完する上乗せ給付	
退役軍人上乗せ給付 Veterans Supplement		退役軍人を対象に退役軍人省(Department of Veterans' Affairs)が提供するメンタルヘルスに関する上乗せ給付	
在宅酸素上乗せ給付 Oxygen Supplement		在宅酸素を要する人に対する上乗せ給付	
経管栄養上乗せ給付 Enteral Feeding Supplement		経管栄養を要する人に対する上乗せ給付	

出典) Living Longer Living Better Website — Home Care Packages Program より NRI 作成

③介護者支援

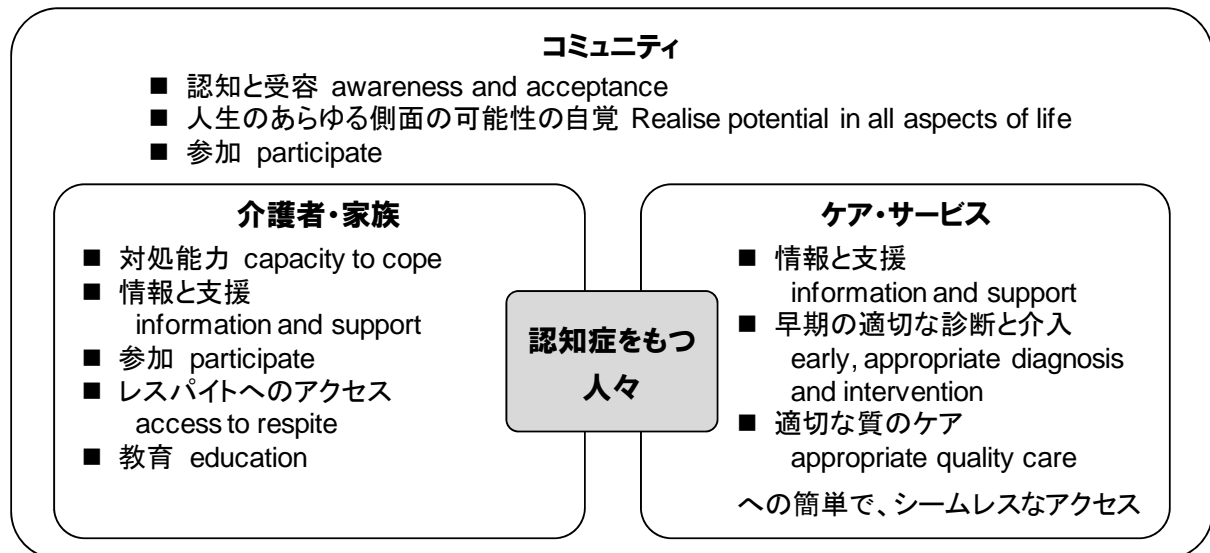
- 居住型ケアサービス、在宅・コミュニティケアプログラムと並ぶ3つめの政策の柱として、要介護者本人向けサービスとは独立して、介護者支援が位置づけられており、情報提供、レスパイトケア、現金給付が行われている(詳細後述)。

2) 認知症高齢者向け施策の概要

(1) 国レベルの戦略・方針

- 「認知症国家戦略 2006-2010」(National Framework for Action on Dementia 2006-2010)は、認知症の人の尊厳の維持と家族介護者への支援を図り、その生活の質を高めることを目的として、オーストラリアにおける包括的な認知症ケアと支援システムの方向性を示し、政府による支援の目的・理念等を明示した策定された5か年計画である。
- この国家戦略においては、「認知症とともにポジティブに生きるための総合モデル」(A holistic model for living positively with dementia)として、下図のとおり、認知症を持つ本人やケアサービス以外にも、介護者・家族やコミュニティも含むものとして整理されている。認知症を持つ人々を直接支える介護者・家族とケアサービスが対になる形で位置づけられ、コミュニティはそれを認め、受けとめ、参加する主体としてその外側に位置するという形で位置づけられている。
- この戦略の実行については、HPPPC(The Health Policy Priorities Principal Committee)が監視し、保健省に報告することとなっている。

図表付-1-2 認知症とともにポジティブに生きるための総合モデル



出典)“National Framework for Action on Dementia 2006-2010”より

(参考)オーストラリアの認知症施策の沿革

- 1985年に策定された10か年計画の「高齢者ケア改革戦略」の中間レビューが1990年に実施された際に、サービス利用者のかかなりの割合が認知症で、今後もさらにニーズが増えるとの認識から、「高齢者政策の枠組みの中で認知症ケアを伸展させるために、総合的な国家行動計画を策定すべきである」という勧告がなされた。
- これを受け、1992年からの5か年計画で「断片をつなぎあわせて：認知症ケアのための行動計画」(Putting the Pieces Together: A National Action Plan for Dementia Care)が策定された。
- この計画の終了後、発展的継続のために戦略的計画立案の場が必要であるとの勧告が出されたが、政権交代の影響を受け、新たな計画は策定されないままとなっていた。
- オーストラリア保健省(Department of Health)の関係大臣・副大臣は、2005年1月、認知症の人と家族、介護者の生活の質(QOL)を改善し、戦略的・共同的かつ費用対効果の高い施策で認知症問題に対応することをめざし、認知症施策に関する国家的枠組みを策定することを合意し、以降、州・準州政府、利用者、介護者、当事者団体、産業界、医療福祉専門家等の幅広い意見を集約し、同国家戦略がとりまとめられた。

(参考) オーストラリアの認知症政策の沿革

年代	認知症政策の流れ
1980年代	<ul style="list-style-type: none"> • ADARDS ナーシングホームの建設・認知症ホステルの認可等始まる • 認知症サービスモデルも決定された
1982年	<ul style="list-style-type: none"> • McLeay Report が出される
1986年	<ul style="list-style-type: none"> • Grimes Report が出される • (ベッド比率の目標値が決められ、施設ケアが本格的にスタート) • HACC (Home And Community Care Program) の制定 (高齢者や障害者が家庭や地域で自立した生活を送れるようにするための在宅ケア提供)
1992年	<ul style="list-style-type: none"> • 認知症ケアのための5か年計画全国アクションプラン The National Action Plan for Dementia Care 1992-97 がスタート。コミュニティと居住区の高齢者ケアシステムに焦点をあて、これにより、認知症患者と介護者、家族のサポートに注力
2000年	<ul style="list-style-type: none"> • 緩和ケア戦略(National Palliative Care Strategy (2000)) • うつ病対策(Beyondblue, National Depression Initiative(2000))
2001年	<ul style="list-style-type: none"> • 連邦ケアリンクセンターが設置される • 高齢化対策(National Strategy for an Aging Australia(2001))
2003年	<ul style="list-style-type: none"> • コミュニティケアの国家プロジェクトがスタート(Aged Care Innovative Pool Dementia Pilot, Retirement Villages Care pilot; Innovative Pool Disability Aged Care Pilot) • メンタルヘルス国家計画(The National Mental Health Plan 2003-2008)
2004年	<ul style="list-style-type: none"> • A New Strategy for Community Care - The Way Forward を発表(5つの領域における連邦政府や州政府等の具体的なアクションプランを提示) • Innovative Care Rehabilitation Services Pilot (後の The Transition Care Program) の評価実施
2005年	<ul style="list-style-type: none"> • 認知症ケアパイロットプロジェクト及びリタイアメント村プロジェクト評価実施 • 2005年予算「Helping Australians with dementia, and their carers-making dementia a National Health Priority(The Dementia Initiative)」(5年で\$320.6million) 成立 • EACH Dementia program や Transition Care Program を実施開始 • 「Helping people with dementia and carers - making dementia a National Health Priority 2005 - 2009」(サービスの受け手のニーズ、認知症ケアとサービス提供モデルに向けての重要性を提唱)
2006年	<ul style="list-style-type: none"> • これまでの認知症政策を上書きする形で「National Framework for Action on Dementia 2006～2010」をスタート • EACH Dementia(Extended Aged Care at Home)を本格導入(住宅でハイレベル施設に適合する認知症患者のためのケアパッケージを提供) • National Dementia Support Program の中で、Living with Memory Loss Program を展開
2012年～	<ul style="list-style-type: none"> • 連邦政府が自宅に住み続けたいと思う人のための「Living Longer Living Better」を公表とそれに基づく改編 • 「National Framework for Action on Dementia2006～2010」のレビューからつながる「National Framework for Action on Dementia2013～2017」のDraft 作成・公開 • CACP、EACH、EACH-D のパッケージ統合

出典) 認知症介護情報ネットワーク(ひもときねっと 海外認知症ケア情報) 「オーストラリアの認知症ケア動向」 2009

(2) 認知症向け施策の体系・メニュー

- 認知症を持つ人々を支えるケアサービスは、前段でまとめた、居住型サービス、在宅・コミュニティーケア、介護者支援の枠組みの中で提供されるサービスで担われている。
- 「認知症国家戦略 2006-2010」は、このケア・サービスよりも広く、研究や人材育成等の概念を含む枠組みで捉えられており、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、④調査研究、⑤人材と研修の5つを最優先課題(領域)として定め、それぞれについて目標とするアウトカム、関連機関が取り組むべき事項について定められている。

図表付-1-3 国家戦略に位置づけられた5つの優先領域

優先すべき領域	内容
ケアと支援 (Care and Support)	認知症をもつ人々やその介護者、家族のニーズの変化に応じて、柔軟にケアや支援サービスを提供する
認知症に関する情報やサービスへのアクセスと公正 (Access and Equity)	認知症をもつ人々やその介護者、家族がどこに住んでいて、どのような文化的背景を持っているかに関わらず、公正にケアにアクセスできる
情報と教育の提供 (Information and Education)	エビデンスに基づき、正確な情報や教育を、適切なタイミングかつ有意義な形で提供する
調査研究 (Research)	認知症をもつ人々やその介護者、家族のニーズに沿う研究に加え、予防やリスクの低減、発症を遅らせる観点からの研究
人材と研修 (Workforce and Training)	スキルがあり、質の高い認知症ケアを提供するための人材育成戦略

出典) “National Framework for Action on Dementia 2006-2010”の内容を一部加筆して NRI 作成

- なお、この戦略に加え、国家戦略と同様、認知症の人と介護者に対する支援を目的とする「認知症イニシアティブ事業」(認知症予防のための研究やケア、早期介入プログラム、研修等への補助事業)が、2006年から5か年間にわたって、以下の3つの施策の柱に沿って実施された。
 - － 【施策1】認知症－国家の最優先課題(7,050万豪ドル)：認知症の人と介護者の生活の質を改善するためのさらなる研究、ケアの改善、早期介入等のための取り組み
 - 認知症の行動マネジメント助言サービス(DBMAS:Dementia Behavior Management Advisory Services)
認知症の介護者にとって対応が難しく、燃え尽きの原因にもなりやすい行動・心理症状(BPSD)が生じたときに、どのように対応すればよいか、知識を含む実践的助言を行うサービス。
 - － 【施策2】拡張型認知症高齢者向け在宅ケア(2億2,510万豪ドル)：2,000か所の認知症に特化した在宅ケア拠点の整備
 - － 【施策3】認知症の人に対するケアの研修(2,500万豪ドル)：最大9,000名の高齢者ケア従事者、最大7,000名の介護者及びコミュニティで働く人々に対する認知症に特化した追加的研修
- また、このほかにも、「認知症研究補助金プログラム」(Dementia Research Grant Program)、「認知症コミュニティ支援補助金プログラム」(Dementia Community Support Grants Program)等の補助事業が、別途、実施されている。

図表付-1-4 認知症イニシアティブの活動と国家戦略の優先領域との関係

認知症イニシアティブの指標	領域	活動	ケアと支援	アクセスと公正	情報と教育	調査研究	人材と研修	
認知症 – 国家の最優先課題 (Dementia – A National Health Priority)	研究と創出	認知症国家研究ワークショップ (National Dementia Research Workshop)				○		
		認知症研究補助金 (Dementia Research Grants)				○		
		認知症連携研究センター (DCRCs: Dementia Collaborative Research centres)				○		
		認知症研究マッピング (Dementia Research Mapping)				○		
	ケアの向上	一次医療プロジェクト (Primary Care Project)	○					
		Dementia Resource Guide	○					
		認知症行動マネジメント助言サービス (DBMASs: Dementia Behavior Management Advisory Services)	○		○			
		保健医療専門家のための認知症研修研究センター (DTSCs: Dementia Training Study Centres for Health Professionals)			○		○	
	認知症予防と早期介入 (Dementia Prevention and Early Intervention)	認知症国家支援プログラム (NDSP: National Dementia Support Program)	○	○	○			○
		認知症国家コミュニケーション戦略 (National Dementia Communication Strategy)	○	○	○	○	○	○
コミュニティ支援とサービス発展の補助金 (Community Support and Service Development Grants)		○		○				
Extended Aged Care at Home Dementia	Extended Aged Care at Home Dementia (EACH-D)	○						
認知症の人に対するケアの研修 (Training to Care for People with Dementia Program)	認知症のカリキュラムと研修 (Stocktake of Dementia Curricula and Training)						○	
	認知症ケアの必須事項 (DCE: Dementia Care Essentials)						○	
	コミュニティで働く人々への研修 (Community Worker Training)						○	
	認知症ケアパイロット (DCP: Dementia Caring Pilot)			○				
	特別なニーズを持つ人のための認知症ケア研修リソース (Dementia Training Resources for People with Special Needs)		○				○	

出典) 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 (平成 22-23 年度厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業)「認知症ケアの国際比較に関する研究」 2012.03 をもとに一部加筆・修正して NRI 作成

(3)最近の議論の動向

①「認知症国家戦略 2006-2010」の評価

- 「認知症国家戦略 2006-2010」は、2011 年末まで延長されることとなり、その評価に先駆け、認知症イニシアティブの評価が行われた。
 - － 2010 年 9 月に、LAMA CONSORTIU により、認知症イニシアティブ (2006-2009) の評価結果に関する報告書が出され、認知症イニシアティブがその初期段階で、認知症の人と介護者に支援を行う上で大きな成功を収めたとして、それらから学んだことを踏まえ、今後、同イニシアティブを強化することとなった。
 - － また、プロジェクト間のコミュニケーションを円滑にするためのコミュニケーション戦略 (National Dementia Communication Strategy) は、構成を見直した上で、継続すべきであるとされた。
- その後、2011 年 1 月に、連邦政府・州政府・準州政府の代表で構成される認知症ワーキンググループ (the Dementia Working Group) によって国家戦略の評価が行われ、8 月にその報告書“Review of the National Framework for Action on Dementia 2006-2010”が出された。この評価報告書における認知症国家戦略の5つの優先領域ごとの評価は、以下のようにまとめられている。

図表付-1-5 認知症国家戦略の5つの優先領域ごとの主な評価

優先すべき領域	評価
ケアと支援	<ul style="list-style-type: none"> ● 他職種による統合されたケアやニーズに合ったケアの利用環境を改善する最初の障壁は、サービスや人材のキャパシティである。 ● この領域は、長期的な目標と位置付けられ、地域の責任と予算配分に関し、より重点的な協力と協議が必要である。
認知症に関する情報やサービスへのアクセスと公正	<ul style="list-style-type: none"> ● 特別なニーズを持つ人に対する適切なケアへのアクセシビリティの改善には限界があった。 ● 適切な予算と人材の確保がカギである。
情報と教育の提供	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域ごとの制度的な障壁をなくすことへの成果は、十分ではなかった。 ● 地域の情報流通は増えたが、必ずしも戦略をきっかけとするものではない。
調査研究	<ul style="list-style-type: none"> ● 研究成果を実践に反映することは重要だが、研究成果を反映してガイドラインやサービスモデルを改定するか否かは、地域によって見解が分かれた。 ● 連邦政府、州・準州、地域の各レベルで、研究成果や情報の共有を進めることが重要である。
人材と研修	<ul style="list-style-type: none"> ● 教育、訓練、情報へのアクセスに関する議論・検討が定常化し優先づけられたことは成果と言える。 ● よりシームレスなケアの実現には、分野横断的にすべての専門職への認知症に関する統合的な研修を行うことが重要である。

出典) Review of the National Framework for Action on Dementia 2006-2010”より NRI 作成

- そして、認知症ケア施策のさらなる展開に向けて新たな国家戦略を立案するという方針を含む、以下の5つの提言がなされている。
 - － 【提案1】認知症 WG は、4か年の新たな認知症国家戦略の策定を検討し、合意ができ次第、勧告すること。
 - － 【提案2】認知症 WG は、認知症国家戦略が達成したアウトカムの有効性を強化し、各行政の優先課題との一層の調整を図るため、優先度の高い行動についてレビューを行うこと。
 - － 【提案3】新たな認知症国家戦略の実施を検討するにあたって、認知症 WG は、情報共有と戦略策定の水準を高めるためのシステムまたは戦略をつくること。
 - － 【提案4】認知症 WG は、新たな認知症国家戦略の文脈を考慮し、目的や優先事項、戦略などの基本的要件 (Terms of Reference) を再検討し、改定すること。
 - － 【提案5】各政府は、認知症 WG にフィードバックを行うため、認知症運営委員会/実施グループを設立すること、あるいは、既存の組織がある場合はその組織の活用を検討すること。

※上記の提案は、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」 2013.03 における和訳に基づく。

②新たな認知症国家戦略の初案

- 2013年5月、連邦政府は、“National Framework for Action on Dementia 2006–2010”の評価結果を踏まえ、新たな戦略を検討し、その初案(提言書)“National Framework for Action on Dementia 2013–2017 Draft”を公表した。
- この初案では、今後取り組むべき施策内容を、Iリスク削減と認知・認識、IIアセスメント、診断と診断後のサポート、IIIマネジメント、ケア、支援とレビュー、IV終末期の4つのステージに分け、そのステージごとに①政策、②人材、③教育、④研究、⑤多様なニーズグループ、⑥環境とコミュニティ、の6つの分野で整理される。

図表付-1-6 National Framework for Action on Dementia 2013–2017 の4つのステージ

領域	目的・ねらい	目標
リスク削減と認知・認識 (Risk Reduction, Awareness and Recognition)	• 人々が認知症に関し強く理解し、認知症のリスク要因を認識することによって、リスク削減のあらゆる機会を活用できるようにすること	• 健康的なライフスタイルを通じて認知症のリスク削減をねらったプログラムが、各管轄地域で提供されること
アセスメント、診断と診断後のサポート (Assessment, Diagnosis and Post Diagnostic support)	• 人々が、技術と知識を持った専門職によって、タイムリーに、適切なアセスメントや診断を受けられるようになること	• あらゆるヘルスケアの状況・環境において、認知症の診断が継続的に改良され続けること
マネジメント、ケア、支援とレビュー (Management, Care, Support and Review)	• 診断に続いて、認知症の人が、現在行われている支援や変化するニーズに合わせた本人を中心としたケアを受けられるようにすること、さらに、介護者や家族がその介護上の役割の中で支援されること	• 認知症の人々が、その認知症の進行過程を通じて、アクセスしやすく、柔軟で質の高い認知症ケアが受けられること
終末期 (End of Life)	• 認知症は、終末期の疾患と認識され、認知症の人々がそのニーズに合わせた適切な緩和ケアが受けられること	• 認知症の人々が、終末期に、質の高い介護を受けられようようにすること

出典) “National Framework for Action on Dementia 2013–2017” より NRI 作成

図表付-1-7 National Framework for Action on Dementia 2013–2017 の6つの分野

①政策	• 政策によって、多様な認知症ケアに対する統合された協力的なアプローチが促進されること
②人材	• 認知症の人々が、認知症の進行過程のすべての段階で、技術と知識を持つ人材にアクセスできること
③教育	• 認知症の人々やその家族・介護者が、多様なメディアを通じて、ケアに関する意思決定に役立つさまざまな情報にアクセスできること • 専門職が、高レベルなケアを提供できるようにするための教育・研修にアクセスできること
④研究	• 認知症に関する要因や治療、予防、手当や質の高いケアに焦点を充てた研究が支援されること、研究から実践への移行を支援すること
⑤多様なニーズグループ	• すべての認知症の人々とその家族・介護者が、どこに住みどのような状況にあっても、質の高いサービスにアクセスできること
⑥環境とコミュニティ	• 認知症の人々が、充実した意義ある生活を送れるよう支援されること

出典) “National Framework for Action on Dementia 2013–2017”より NRI 作成

3) 介護者支援施策の概要

(1) 介護者支援の位置づけ、方向性

- オーストラリアでも、長らく高齢者の介護は家族の責任とされてきたが、1993年にオーストラリア介護者協会(Carers Association of Australia, 現在の Carers Australia)が設立され、1997年の高齢者ケア構造改革において、施設ケアの改革、在宅・コミュニティケアの拡充と並ぶ3つめの政策の柱として介護者支援が位置づけられるに至った。
- 介護者支援は、要介護者本人向けサービスとは独立した位置づけとなっており、必要に応じて一定の枠内で提供される。患者の介護に時間を取られることで生じる行動の制約等を最小限にすることで、要介護者の介護だけではなく、介護者の生活も支援することを目的としている。
- 2000年代に入り、介護者協会の働きかけ等により、各州で介護者法を定める動きが広がり、2010年11月に連邦レベルの介護者法“The Carers Recognition Act 2010”が制定された。同法では、介護者が重要な役割を果たしており、政策やプログラム、サービス等の検討・遂行・評価において介護者にニーズが保証されるべきであるとして、その権利を明確にするとともに、公的サービス機関及び関連するサービス提供主体に介護者の権利の尊重等への配慮を義務づけている。
- 2011年8月3日、「国家介護者(支援)戦略」(National Carer Strategy)が施行された。同戦略では、目標、目的と、優先的に取り組むべき領域として、①正当な認識と尊敬、②情報提供とアクセス、③経済的安定、④介護者へのサービス、⑤教育・訓練、⑥健康と幸せな生活(wellbeing)の6領域を定めている。実際のサービスは、既存の高齢者ケア、障害者ケア、精神保健、初期医療、病院医療、コミュニティケアをベースに、一部の補完的改革により強化されたもので構成される。この戦略に関連し、連邦政府は、高齢者ケアに関し、主として以下のような投資を行うことを決定している。
 - 州・準州政府が2009年1月1日～2015年6月30日に行う障害に関する全国合意(the National Disability Agreement)の下で提供されるサービスの増加・改善のために76億豪ドル
 - オーストラリアの精神保健システムの基礎的な改革の推進のために5年間で22億豪ドル
 - 介護者補助(the Carer Supplement)、寡婦給付(Bereavement Payment)への公正なアクセスの保証のために、それぞれ4年間で2,900万豪ドル、2,100万豪ドル
 - 介護者の役割に関する認知度向上のための国家的なキャンペーンに2年間で1,600万豪ドル

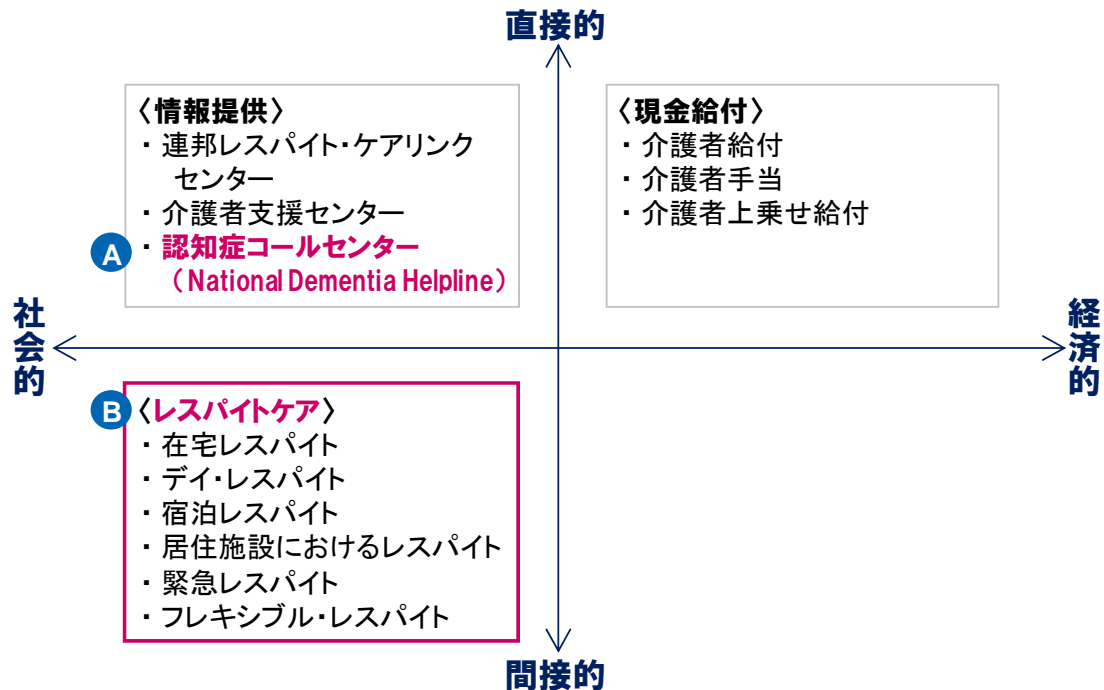
図表付-1-8 介護者法の概要

第1部 序章
1. 略称
2. 施行
3. 法の目的
4. 用語の定義
5. 介護者の意味
第2部 オーストラリアの介護者のための声明
6. オーストラリアの介護者のための声明
第3部 公的サービス機関と関連事業主体の義務
7. 全ての公的サービス機関の義務
8. 公的なケア機関の追加的な義務
9. 関連事業主体の義務
第4部 その他の事項
10. 同法は法的強制力のある義務は作らない
11. 同法は類似する州・準州の法律を排除しない
12. 規則

(2) 介護者支援施策の体系・メニュー

- 介護者支援サービスは、①情報提供、②レスパイトケア、③現金給付で構成されている。

図表付-1-9 介護者向けの主な施策



出典) 各種資料より NRI 作成

①情報提供

- 介護者に対する支援活動の拠点として、連邦政府が運営する高齢者ケアに関する情報・支援を一元的に提供する拠点である連邦レスパイト・ケアリンクセンター (Commonwealth Respite and Carelink Centre) と、州・準州によって地域ごとに整備され、実際の運営は民間事業者に委託されている場合が多い。
- 介護者支援センター (Carer Support Centre) では、介護者への情報提供と介護者のネットワーク化を目的とし、無料電話相談、必要に応じて自宅を訪問し、相談・カウンセリングを行うサービス、多言語対応した介護者向け情報キットの配布、教育・研修などの取り組みが行われている。
- 認知症に特化した電話相談は、各州の Alzheimer's Australia が運営する認知症コールセンター (National Dementia Helpline) でも行われている。同コールセンターでは、認知症の症状段階における適切な介護方法やノウハウなどの情報提供を行っており、WEB での情報提供を補完する位置づけとなっている。

②レスパイトケア (NRCP: National Respite for Carers Program)

- レスパイトケアは、日ごろ介護者が行っているサービスの一部を代替し、介護者の心身の休息のための時間を確保することによって、介護者の生活をサポートすることを目的としている。
- 通所または宿泊 (短期入所) によるレスパイトケアのほか、自宅に代替介護者を派遣して介護を交代する在宅レスパイトケアも存在しており、後述するとおり、5種類に分類される。
- 連邦政府が行うものと、州政府が行うものが別々に存在し、介護者はその双方を利用することができる。各地の介護者支援センターでもレスパイトケアサービスが提供されている。

③現金給付

- 介護者向け現金給付として、介護者給付 (Carer Payment) と介護者手当 (Carer Allowance) が存在する。これらの受給者は年間一括払いでケア費用を助成する介護者上乘せ給付 (Carer Supplement) を合わせて受けることができる。
- 介護者給付は、16 歳以上の要介護者の介護を担っているために就労できない介護者に対する所得補償を目的とする給付 (非課税給付) である (ただし、週 25 時間までの就労は認められる)。
 - － 給付を受けるにあたっては、ミーンズテスト (収入・資産調査) が必要となる。給付額は、要介護者が単身か夫婦かにより異なる。
 - － 受給するためには、継続的な介護が必要であることの医師による証明と、適切な介護が行われていることについての登録介護者の証明が必要となる。
- 介護者手当は、施設入所レベルのケアを必要とする 16 歳以上の要介護者を、在宅においてフルタイムで介護している同居の介護者に対して給付されるもので、施設ケアを利用しないで家族がそれを代替していることに対する助成として位置づけられている。
 - － ミーンズテスト (収入・資産調査) は不要で、給付額は一人当たりの定額給付である。

(3) 介護者支援施策の具体例

A: 認知症コールセンター (National Dementia Helpline)

<目的>

- 認知症(疑い、類似疾患を含む)に悩む患者およびその家族、介護者等への情報提供・助言と、サービス利用への引き継ぎを目的としている。

<対象>

- 認知症患者およびその家族、介護者
- 医療・介護領域の従事者
- 一般国民 等

<内容>

- 国内共通番号(1-800-100-500)で、24 時間受け付け可能な国営のコールセンター(電話相談センター)として運営されている。
- 電話が入ると、アドバイザーがマニュアルに沿って応答し、認知症の理解、利用可能なサービス等の助言を行う。必要に応じ、実際のサービス利用につなげるべく、サービスコーディネーターへの紹介・情報引き継ぎやコール後のフォローアップも実施する。
- アドバイザーは、認知症ケアの経験を有し、教育並びに経験を積んだスタッフで、ボランティアと有給スタッフの双方が存在する。
- ただし、アドバイザーによる対応は日中のみで、夜間に繋がった電話の内容はサーバーに蓄積され、24 時間以内に回答する仕組みとなっている。
- コール内容は、データ集積システムを利用して登録・管理され、毎月、地域単位で集計され、国に報告されている。

<運営者/提供者>

- 各州(全国 8 カ所)の Alzheimer's Australia (AA) が運営している。アドバイザーの採用・教育も各地域の AA が担当する。

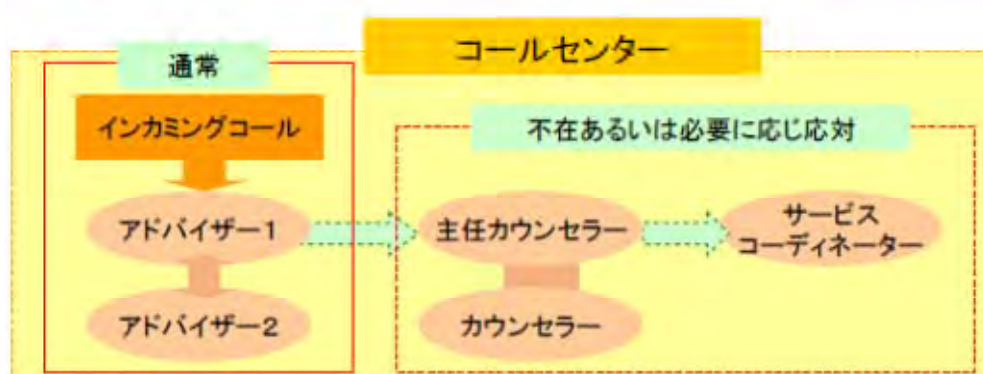
<財源/負担方法>

- National Dementia Support Program (国家予算プログラム) の中で提供される(連邦の負担)ため、利用者は無料(フリーダイヤル)。

<注目ポイント>

- 全国共通の番号で、24 時間いつでも電話がつながるセンターが存在し、認知症(疑い、類似疾患を含む)に特化した助言・支援が受けられる体制となっている点がポイントとなっている。
- 国(連邦)の予算で設置されているが、運営自体は情報・ノウハウの蓄積のある AA が担っていることもポイントと言える。

図表付-1-10 認知症コールセンターにおける電話対応の流れ



出典) ひもときねっと 認知症コールセンター

B:多様なレスパイトケア

<目的>

- 日頃介護者が行っているサービスの一部を代替し、介護者の心身の休息のための時間を確保することによって、介護者の生活をサポートすることを目的としている。

<対象>

- 以下のような人々を介護する家族等の介護者及び被介護者が対象とされる。
 - 65歳以上で虚弱な人
 - 65歳以下で障害のある人
 - 認知症のある人
 - 精神疾患、慢性疾患または末期症状の疾患をもつ人

<内容>

- 代替介護者が、日頃行っているサービスの一部を代行し、介護者に介護から離れられる時間を提供する。
- 宿泊(短期入所)によるレスパイトケアのほか、通所や、自宅に代替介護者を派遣して介護を交代する在宅レスパイトも存在し、選択して(もしくは組合せて)利用できる。

<運営者/提供者>

- 連邦政府が行うものと、州政府が行うものが別々に存在し、介護者はその双方を利用できる。
- 各地の介護者支援センターでもレスパイトケアサービスが提供されている。

<財源/負担方法>

- レスパイトケアの種類と利用者の負担能力によって利用者負担額が決められる。
- 利用者負担以外は、連邦政府・州政府が負担する。

<注目ポイント>

- 宿泊(短期入所)型のレスパイトのみならず、通所や代替介護者派遣(訪問)によるレスパイトも用意されている点の特徴である。
- 高齢者ニーズに関わらず、介護者ニーズによる利用もできる点もポイントである。

図表付-1-11 オーストラリアにおけるレスパイトケアの種類

レスパイトケアの種類		概要
在宅レスパイトケア In-home Respite		<ul style="list-style-type: none"> • 代替介護者が自宅を訪問し、要介護者を介護するサービス • 行政機関がアセスメントを行い、ケアニーズ及びサービスの優先度を決定
コミュニティ・ベースのレスパイト Community Based Respite	デイ・レスパイト Day Respite	<ul style="list-style-type: none"> • デイケアセンター、コミュニティヘルスセンター及び一部の居住型ケア施設で提供 • 通常は、半日または終日のプログラム(グループワーク等)
	宿泊レスパイト Overnight Respite	<ul style="list-style-type: none"> • コミュニティ・レスパイト・ハウスや一部のデイケアセンターで提供 • 1回当たり最長で7泊の短期間の宿泊を伴うケア
居住型ケア施設におけるレスパイト Residential Based Respite		<ul style="list-style-type: none"> • ホステルとナーシングホームで提供されるレスパイトケア • 緊急時以外は ACAT によるアセスメント・判定が必要 • 入所前の体験入所としても機能している
緊急レスパイト Emergency Respite		<ul style="list-style-type: none"> • 親族の死亡、急病、事故等、介護者に関連して、予期できない緊急事態が生じた場合に利用できるサービス
フレキシブル・レスパイト Flexible Respite		<ul style="list-style-type: none"> • 介護者と要介護者の特定のニーズを満たすための革新的で柔軟なプログラム

出典) Migrant Information Centre 「レスパイトケアサービス」より NRI 作成

(4)最近の議論の動向

- 増大が見込まれるレスパイトケア需要に対応するため、2014年7月1日より、介護者支援センターのネットワーク化を進め、レスパイトサービスの集約化を図り、2015年7月1日より、具体的にその運用を始めることが計画されている。

参考文献一覧

(共通)

- 001 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」 2013.03
- 002 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 (平成 22-23 年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業)「認知症ケアの国際比較に関する研究」 2012.03
- 005 湯原悦子「イギリスとオーストラリアの介護者法の検討 ―日本における介護者支援のために―」日本福祉大学社会福祉論集第 122 号 2010.03
- 008 木下康仁「ケアラー学に向けて」 Dia News No.68 高齢社会フォーラム 2012.01.25
- 009 株式会社野村総合研究所 (平成 24 年老人保健健康増進等補助金(老人保健健康増進等事業分))「補足給付の実態と資産等を勘案した負担能力評価のあり方に関する調査研究」 2013.03

(オーストラリア)

- 101 認知症介護情報ネットワーク(ひもときねっと 海外認知症ケア情報)「オーストラリアの認知症ケア動向」 2009
- 102 湯原悦子「オーストラリアの介護者支援」 男性介護研究会シンポジウム
- 103 Migrant Information Centre 「レスパイトケアサービス」
- 104 ひもときねっと 認知症コールセンター
- 105 瀬間あずさ「高齢者ケア評価チームを中心としたオーストラリアの高齢者ケアの概観と医療との連携の現状」 海外社会保障研究 Spring 2008 No.162
- 110 National Framework for Action on Dementia (2006-2010) (オーストラリア:認知症対策の国家的フレームワーク) 2006.05
- 111 “Review of the National Framework for Action on Dementia 2006 - 2010” 2011.08
- 112 “National Framework for Action on Dementia 2013 - 2017” 2013.05
- 113 “National Carer Strategy”
- 114 “The Carers Recognition Act 2010” An Act to provide for the recognition of carers, and for related purposes No.123,2010

参考 WEB サイト

- 121 オーストラリア保健省 my aged care (高齢者ケア Web サイト)
www.myagedcare.gov.au
- 122 Living Longer Living Better Website — Residential Care
- 123 Living Longer Living Better Website — Home Care Packages Program
- 124 Living Longer Living Better Website — Supporting Carers
- 125 オーストラリア保健省 National Carer Recognition Framework
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-carer-strategy.htm>
- 126 オーストラリア保健省 Help to stay at home
- 127 オーストラリア福祉省 Centerlink Payments for carers

2. イングランド

1) 介護制度の概要

(1) 制度の概要

- イングランドの介護サービスは、保健省 (DOH: Department of Health) が 国民保健サービス (NHS: National Health Service) の一部として提供するもの、地方自治体 (主としてカウンシル) が社会福祉サービス (コミュニティケア) として提供するもの、自費で購入する民間サービス の、大きく3つの枠組みに整理される。

(2) サービス体系

① NHS で提供される介護サービス

- NHS で提供される介護サービスは、プライマリ・ケア・トラスト (PCT: Primary Care Trust) が主体となり、地方自治体と連携しながら、地域の必要な看護・保健等のサービスを提供している。これらのサービスは、自治体が地域ニーズに基づいてサービス提供者である PCT からサービスを調達 (購入) し、契約に基づく提供が行われているかに関する監督・評価を次の調達に活かす、コミッショニング (Commissioning) と呼ばれるプロセスが採られている。
 - － **訪問看護** : GP の指示のもと、地区看護師が在宅高齢者の自宅を訪問し、看護サービスを提供する。
 - － **NHS 継続ケア (NHS continuing care)** : 障害、事故または疾病により身体的・精神的な医療の必要性があり、長期ケア (介護) を必要とする 18 歳以上の者が、在宅または施設で医療・介護サービスを受ける場合に、その費用の自己負担分を NHS が負担 (給付) する。
 - － **ナーシングホームの看護費** : ナーシングホーム料金は滞在費 (居住費・食費)、介護費、看護費に区分されるが、このうち、看護師による看護費用は、2003 年 4 月より NHS により負担 (給付) されている。
 - － **NHS ダイレクト** : 特別な訓練を受けた NHS の看護師が 24 時間体制で在宅の患者からの電話・インターネット相談に対応するサービス。症状等に関する相談を受け、支援機関の紹介や緊急時の対応指示等を行う。
- NHS の下で行われる介護サービスの財源は、主として政府一般財源で、財源の約2割は国民保険の保険料財源から充当されている。在宅介護サービスは原則として利用者負担はない (無料) が、ナーシングホームについては収入及び資産に応じた利用者負担が課せられる。

② 地方自治体が提供するコミュニティケア

<在宅ケア>

- 地方自治体は、高齢や虚弱によりケアが必要な者に対しサービスを確保する義務を有しており (国民扶助法, The National Assistance Act 1948)、自ら (直営で) 提供するか、もしくは、調達して市民にサービス提供する必要がある。
 - － 「国民保健サービス及びコミュニティケア法」 (National Health Service and Community Care Act, 1990 年制定) により、1993 年以降、地方自治体が、個々の利用者のニーズを評価し、望ましいサービスの内容と量を決定した上で、これを効率的・効果的に提供できる事業者を選び、適切に組み合わせてコーディネートするケアマネジメントの仕組みが導入された。
 - － 2003 年コミュニティケア法 (Community Care (Delayed Discharges) Act 2003) により、2004 年 1 月以降に病院から退院する患者について、退院にあたり介護サービスが必要だと通知を受けた地方自治体において、必要なサービスを確保できなかったために退院が遅れた場合は、NHS は地方自治体に対し、当該期間の滞在費・看護費として 1 日 100 ポンド (ロンドン等では 1 日 120 ポンド) を請求できることになった。

- 財源は、人口特性等を踏まえて配分される国庫交付金(政府一般財源)、各地方自治体の税財源及び利用者負担により賄われる。
- コミュニティケアでは、下表のようなサービスが提供される。利用料金や利用者負担の仕組みは地方自治体により異なるが、**低所得者を除き、原則全額自己負担**である。
- 要介護者または家族の申請により、自治体がアセスメント、ニーズ評価を行い、必要と認められたサービスの購入費に充当できる金額が個人予算(personal budget)として給付される。給付の形式は、現物給付のほか、直接契約・支払方式(Direct Payment)と呼ばれる、本人もしくはその代理人となる介護者が現金給付を受け、直接サービスを購入する方式も併用されている。
 - － 直接契約・支払方式で受けた給付は、介護のためのサービス・物品等の購入であれば、かなり広範な用途(タクシー代、携帯電話、パソコン、スポーツクラブ会費、訓練コース、カウンセリング、運転教習等)が認められている。個人と雇用契約を結ぶこともでき、その場合、サービス利用者が雇用主として社会保険加入等の義務を負うことになる。ただし、同一世帯の家族介護者等への報酬としての用途は他に手段がない場合以外は認められない。また、受給者はその用途に関する説明責任を有し、支出記録とタイムシートや領収書等の証ひょう類を管理する必要がある。
 - － プレア政権下では、利用者の選択と自立の拡大のため、直接契約・支払方式が重視されてきた。
- どのサービスをどの程度提供できる体制を整備するかについては、各地方自治体の裁量に委ねられている。また、サービス提供主体には制限が設けられておらず、地方自治体による直営サービス(CSSR:Councils with Social Services Responsibilities)のものと、民間事業者(Independent)とが混在している。民間事業者には、非営利法人と営利法人の双方の参入が認められる。
 - － サービス提供主体は、コミュニティケア法以前は自治体による直営サービスが中心であったが、同法の施行により、以降、徐々に民間事業者へと中心が移っている。民間事業者を含む全ての医療、介護(福祉)、精神保健の3分野のサービス提供主体を対象に、全国統一の基準で安全性や質の確保のための監査・監督機能等を有する独立機関としてケアの質委員会(CQC:Care Quality Commission)が設置されている。

図表付-2-1 イングランドのコミュニティケアで利用できるサービス

サービス	概要
訪問介護 (Home Care Services)	ホームヘルパーによって提供される日常的な家事(洗濯、炊事、身支度、買い物等)を支援するサービス
配食/給食サービス (Meals on wheels / Community Meals)	自宅で調理等ができない高齢者のために、自宅やデイ(ケア)センター等に食事を配達するサービス
デイ(ケア)センター (Day (Care) Centre)	高齢者や障害者に対する通所型の介護サービス。レクリエーション、社会教育、食事の提供、出張理美容サービス等を提供する
ソーシャルワーク /プロフェッショナルサポート (Social Work / Professional Support)	高齢者に限らず、生活上の問題を抱える住民に対して行われる相談・援助。本人もしくは家族からの相談を受けて問題を把握し、それらの解決・軽減のために情報提供したり、サービス提供につないだりする。通院・外出等の同行支援も行う
レスパイトケア (Respite Care)	介護を担う家族等の休息のため、夜間や週末に宿泊または日帰りでケアを提供するサービス
移送サービス (Transportation Services)	買い物、通院等の外出に伴う移送サービス
福祉用具レンタル (Special Equipment)	福祉用具・自助具等の貸出サービス
住宅リフォーム	バリアフリー化等のための住宅の改修
緊急通報システム (コールセンター) (Emergency Alarms)	一般住宅及びケア付き住宅にセンサーユニットを設置し、水漏れ、室温や煙等の異常を感知するセンターと卓上型のホームアラートセンサーとを連動させ、自治体のコールセンターと電話回線で結び、24時間体制で異常を察知する。緊急通報や買い物代行サービスの受け付け等の付加的なサービスとしても利用可能

出典) 各種資料より NRI 作成

＜施設ケア＞

- 施設ケアは、介護施設(ケアホーム)と高齢者向け住宅(Extra Care Housing)とに分けることができる。介護施設(ケアホーム)は、ケア基準法(Care Standard Act 2000)により、看護ケアまたは対人ケア(身体介護等)を伴う宿泊を提供する施設と定義づけられており、ナーシングホーム(Nursing Home)とレジデンシャルホーム(Residential Care Home)とに分けられる。ナーシングホームはNHSサービスのひとつとして位置づけられる。高齢者向け住宅は、ケア付き住宅(Extra Care / Very Sheltered Housing)と、緊急通報等のみが付いたシェルタード・ハウジング(Sheltered Housing)に分けられる。
- 施設ケアを含む介護サービスを利用する場合には、2005年4月より施行された「介護者(機会均等)法(The Carers (Equal Opportunities) Act 2004)」により、地方自治体の社会サービス部と地方保健当局(Local Health Authority)とが共同で行う単一アセスメントプロセス(single assessment procedure)を受ける必要がある。アセスメントの結果は、①緊急、②重度、③中度、④軽度の4段階で判定され、必要なケアの内容や頻度等を考慮してケアプランが作成されるが、実際のサービス提供事業者は利用者が選択する。
- 施設の利用料金はサービス提供事業者が自由に設定できるが、通常、滞在費(居住費・食費)、介護費(パーソナルケア費用)、看護費に区分される。このうち、看護費は、NHSにより給付されるが、それ以外の滞在費・介護費は、低所得者を除き、原則全額自己負担である。入所費用を全額自己負担できない介護施設の入居(希望)者は、自治体に申請し、所得・資産調査(ミーンズテスト)を受け、社会サービス(福祉)として補助を受けることができる。自治体は、国が定めた基準(National Minimum Standards for Care Home for Older People)に従い、利用者の負担能力に応じた利用料金を設定しており、利用者負担分以外の費用を直接サービス提供事業者を支払う。

図表付-2-2 イングランドの施設ケアの体系

種類	サービス	概要
施設	【介護施設】 Care Home	看護ケアまたは対人ケア(身体介護等)を伴う宿泊を提供する施設
	ナーシングホーム Nursing Homes	常時看護を必要とする要介護度の高い高齢者のための入所施設で、食事、身体介護のほか、看護師による24時間の看護(医療的ケア)が提供される。 NHSサービスの1つ であり、看護費用はNHSの財源により賄われる。運営主体はNHSの認定を受けた営利・非営利の民間法人であり、自治体による設置は認められない。
	レジデンシャルホーム Residential Care Home	介護を要する高齢者のための入所施設で、食事や身体介護を提供するが、看護(医療的ケア)は行わない。運営主体は民間法人(営利・非営利)によるものと自治体による直営ホームとが存在する。
	【高齢者向け住宅】 Extra Care Housing	高齢者向けの集合住宅
	ケア付き住宅 Extra Care / Very Sheltered Housing	シェルタード・ハウジングのうち、食事・洗濯・掃除等の生活支援サービス、入浴介助等を提供する住宅。施設により、提供するサービス範囲が異なる。
シェルタード・ハウジング Sheltered Housing	主として60歳以上の者を対象とする、24時間対応可能な緊急通報装置等を整備した住宅。住み込みの管理人がいるタイプや通いの管理人が定期的に巡回するタイプ等がある。	

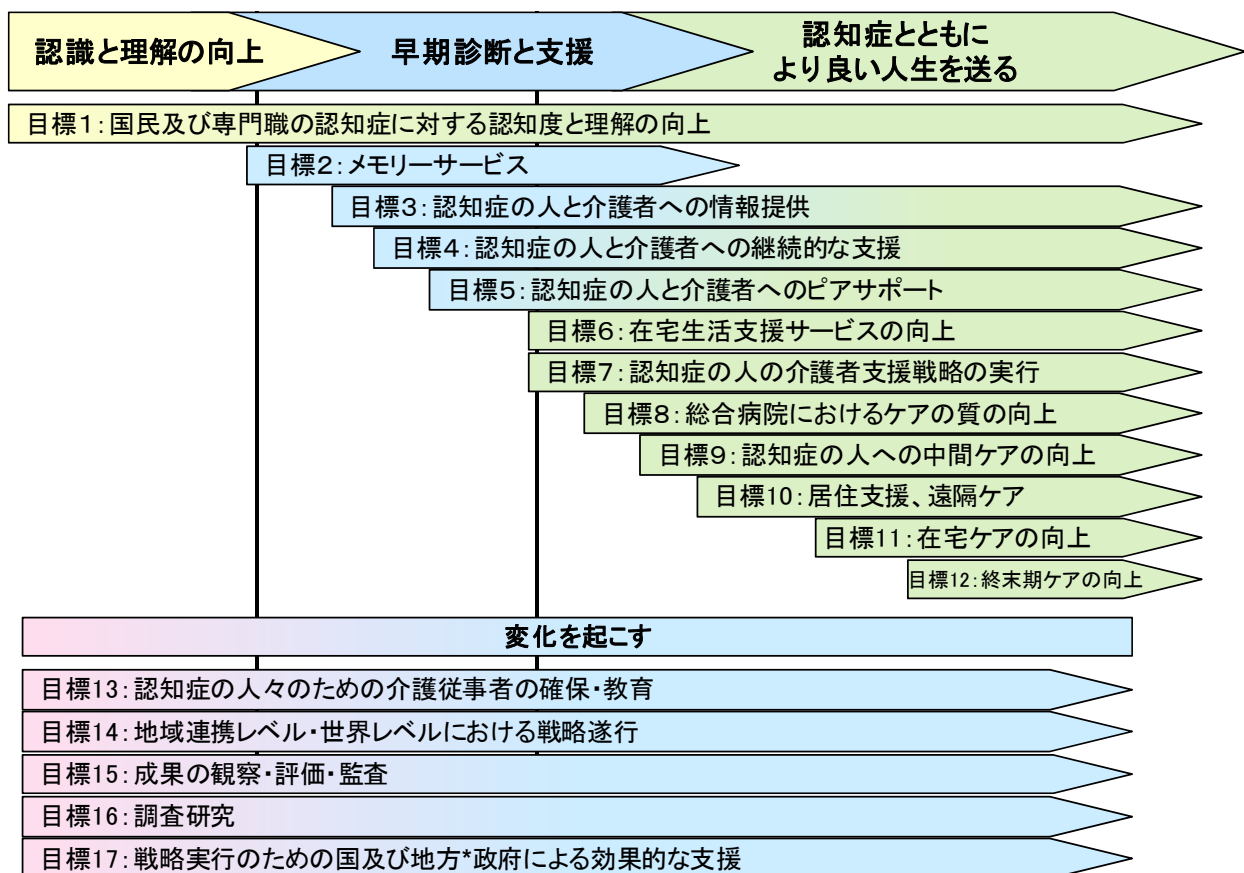
出典) 各種資料より NRI 作成

2) 認知症高齢者向け施策の概要

(1) 国レベルの戦略・方針

- イングランドでは、2009年2月、保健省(DOH:Department of Health)によって、認知症ケアの推進・飛躍的向上をめざし、17の目標(次ページ参照)を定めた「認知症とともにより良い人生を送る:認知症国家戦略」(Living well with Dementia:National Dementia Strategy)が発表され、同年5月には、この戦略に基づく2014年までの5か年の実行計画(Implementation plan for the Strategy)が発表された。
 - 国家戦略策定の背景として、以下のような事項の影響を受け、国家戦略の立案に至った。
 - 認知症患者数がイギリス全土で約70万人、イングランドで約57万人と推計され、今後30年間で140万人まで増加すると見込まれた。それとともにケア費用も当時の170億ポンドから500億ポンドまで増大すると見込まれた。
 - イギリスアルツハイマー協会の”Dementia UK Report”で、認知症患者数や介護負担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及び国家経済に多大な影響を与えるとの認識が広まった。
 - イギリス監査局(NAO:National Audit Office)による認知症政策に関する報告書において、「節約のための投資」が必要であることが強調された。
 - 2010年1月、イギリス監査局(NAO)によって、同戦略実行開始1年後の評価を行った中間報告書(Improving Dementia Services in England -an Interim Report -)が発表された。この時点では、「リーダーシップと変革を遂げるための具体的方策に欠けており、失敗するリスクがある」と評価された。

図表付-2-3 認知症国家戦略(2009年)の17の目標



出典)「認知症とともにより良い人生を送る:認知症国家戦略」(Living well with Dementia:National Dementia Strategy)より

注)日本語訳は、東京都医学総合研究所、医療経済研究・社会保険福祉協会による訳を参考とした。

* ロンドン、東部、ヨークシャー・ハンプシャー、北東部、西中央部、東中央部、南東部、南西部の9つ

- 2010年5月に政権交代が生じ、デビッド・キャメロン内閣が発足し、同年9月、「認知症の人のための質的アウトカム:認知症国家戦略の事業に基づいて」(Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia Strategy)が発表され、以下の4点が優先すべき課題として示された。
 - ①質の高い早期診断と早期支援 Good-quality early diagnosis and intervention for all
 - ②総合病院における質の向上 Improved quality of care in general hospitals
 - ③介護施設における充実した生活 Living well with dementia in care homes
 - ④向精神薬の使用の削減 Reduced use of antipsychotic medication
- 2010年10月には、NICE(National Institute for Health and Care Excellence)によって、認知症ケアの質を担保するための指針(Quality standards)が策定されている。
- 2012年3月、キャメロン首相による「認知症への挑戦」(Dementia Challenge)が立ち上げられた。

《参考》メモリーサービス

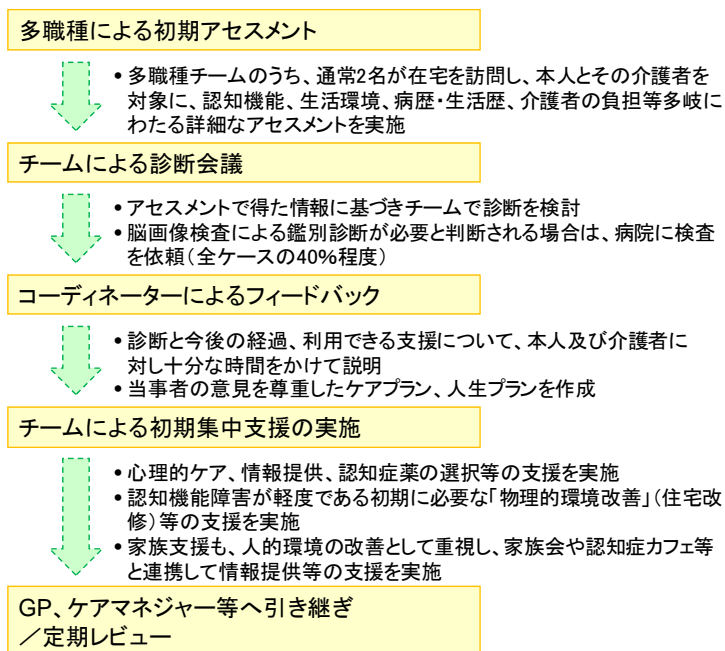
<目的・位置づけ>

- 適切な早期診断が身近な地域(在宅)で受けられ、その後の包括的・集中的な初期支援(ケア)にスムーズにつながるための認知症初期支援拠点として位置づけられている。
 - 高齢人口3~4万人のエリアに1か所程度割合で設置される。2012年3月時点でPCTの94%がメモリーサービスを整備済み。
 - 心理士、作業療法士、ソーシャルワーカー、看護師等からなる多職種チーム(4~6名程度)を配置している。
 - 専門職の受け持ち担当数は、1人当たり100人程度。

<運営>

- NHSのプライマリケアトラスト(PCT)が運営する。
- サービスの質を監査する組織としてメモリーサービス全国認証評価プログラム(MSNAP:Memory Service National Accreditation Programme)を設置している。各地区サービスは自らMSNAPに評価申請をし、MSNAPによって示されたメモリーサービスの基準にそって認定を受ける。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等が行われ、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。

図表付-2-4 メモリーサービス 主なサービスの流れ



出典)各種資料よりNRI作成

(2) 認知症への挑戦(Dementia Challenge)における具体的な取り組み

- 「認知症への挑戦」(Dementia Challenge)は、認知症国家戦略の延長に位置づき、キャメロン首相を中心に、政府を含む社会全体で取り組む、認知症の人とその家族、介護者の生活に重要な変革をもたらす「挑戦」のためのプログラムである。
- ①保健・介護の改善の促進(Driving improvement in health and care)、②認知症にやさしいコミュニティづくり(Creating dementia friendly communities)、③認知症研究の進展(Better research)の3つを主要分野(Key area)に設定し、その下に14の誓約事項(Key commitment)が位置づけられている。
 - － 3主要分野ごとに、チャンピオンチームと呼ばれる首相直属の有識者グループが設置されている。
 - － 「認知症にやさしいコミュニティづくり」では、アルツハイマー協会(Alzheimer's Society)の協力を得ながら、認知症に関する知識を持った理解者を「認知症フレンズ」(Dementia friends)として養成し、各コミュニティでインフォーマルなサポートができる環境づくりが進められている。
 - － 「認知症研究」の財源に関しては、以降5年間で600万ポンド以上引き上げることが掲げられている。

図表付-2-5 認知症への挑戦の主要分野と14の誓約事項

<p>保健・介護の改善の促進 Driving improvement in health and care</p> <ol style="list-style-type: none">1. 65歳以上の基本健診を通じた診断率の向上2. 病院が提供する質の高い認知症ケアのための報奨金3. 改革挑戦への100万ポンドの賞金4. 主要な施設ケア・在宅ケア事業者との認知症ケア・支援協定5. 認知症サービスに関する地域情報の広報 <p>認知症にやさしいコミュニティづくり Creating dementia friendly communities</p> <ol style="list-style-type: none">6. 全国横断的な認知症にやさしいコミュニティづくり7. 「認知症への挑戦」のための主要産業からの支援8. 意識改革キャンペーン9. 全イギリスの産・学・官の主要機関を呼集した夏期大型イベント <p>認知症研究の進展 Better research</p> <ol style="list-style-type: none">10. 2015年までに6600万ポンド以上の認知症研究のための包括的な予算確保11. 脳画像診断への主要投資12. 認知症に関する社会科学的研究のための1300万ポンドの予算確保13. 認知症に関するトランスレーショナルリサーチやバイオメディカルリサーチへの5年間で3600万ポンドの予算確保14. 高品質な研究への参加
--

出典)「認知症に関する首相の挑戦」(Prime Minister's challenge on dementia)より

(3)最近の議論の動向

- 2012年11月に最初の進捗報告レポート(Dementia Challenge progress report)が公表され、「認知症への挑戦」の次のステップが示され、その後さらに、2013年5月に年次進捗報告(The Prime Minister's Challenge on Dementia: Annual report of progress)が出された。
- 年次進捗報告書では、3つの主要分野で達成できたこと(Where we've got to)と、継続して進行していること(Where we are going)について、以下のようにまとめている。

図表付-2-6 認知症への挑戦の進捗状況

14の誓約事項	主な進捗状況
保健・介護の改善の促進 Driving improvement in health and care	
1. 65歳以上の基本健診を通じた診断率の向上	• 順調 。地方自治体の義務として実施される65～74歳のNHS健康診断時に、認知症やメモリーサービスの情報や認知症の診断に関する情報提供を推進。
2. 病院が提供する質の高い認知症ケアのための報奨金	• 試行事業は 完了 し、介護者の指導・支援を充実した新たな試行事業を発表。
3. 改革挑戦への100万ポンドの賞金	• 順調 。100万ポンドが保健大臣から打ち出された。
4. 主要な施設ケア・在宅ケア事業者との認知症ケア・支援協定	• 進行中 。1年前は10であったものが、現在では148まで増加、3000近くのケアサービスが認知症の人とその介護者に提供された。
5. 認知症サービスに関する地域情報の広報	• 完了 。WebサイトDementia Choicesが開設された。
認知症にやさしいコミュニティづくり Creating dementia friendly communities	
6. 全国横断的な認知症にやさしいコミュニティづくり	• 50以上の先進的な地域で取り組みが 進行中 。
7. 「認知症への挑戦」のための主要産業からの支援	• 進行中 。アルツハイマー協会は金融業界との取り組みを推進、他産業にも拡大を予定。
8. 意識改革キャンペーン	• 進行中 。キャンペーンは2012年末に3700万人に働きかけ、その多くに賛同を得ることに成功。
9. 全イギリスの産・学・官の主要機関を呼集した夏期大型イベント	• 進行中 。9月に認知症にやさしいコミュニティづくりの取り組み成果をまとめたレポートの公表とともにカンファレンスを開催予定。
認知症研究の進展 Better research	
10. 2015年までに6600万ポンド以上の認知症研究のための包括的な予算確保	• 進行中 。
11. 脳画像診断への主要投資	• 完了 。第1段階として、8000人のボランティアを含む10万人が参加する脳画像診断データベースを構築するパイロット事業に、960万ポンドを投資。 • 今後さらに50万人の参加を実現すべく、2000万ポンドの投資を企図。
12. 認知症に関する社会科学的研究のための1300万ポンドの予算確保	• 進行中 。7月に最終の予算確保に関する意思決定が行われる予定。
13. 認知症に関するトランスレーショナルリサーチとバイオメディカルリサーチに5年間で3600万ポンドの予算確保	• 完了 。2012年に、認知症に関するトランスレーショナルリサーチとバイオメディカルリサーチの連携体制を確立。
14. 高品質な研究への参加	• 進行中 。

出典)年次進捗報告(The Prime Minister's Challenge on Dementia: Annual report of progress)より

3) 介護者支援施策の概要

(1) 介護者支援の位置づけ、方向性

- イングランドにおいて介護者を対象とした公的支援がおこなわれるようになったのは、1960年代後半以降で、介護者への所得補償やサービスの提供が導入された。1967年には、自宅で両親を介護するためにやむを得ず退職した女性を対象に年金保険料の免除措置が、1975年には障害者を介護する家族に対する障害者介護手当 (invalid care allowance) が制度化された。
- 1982年に、雇用機会均等委員会が障害者・高齢要介護者の家族の調査研究を行い、介護者への支援 (Cares for the carers) として、介護者へのサービス、就業条件、所得保障の3分野に及ぶ体系的な勧告が行われた。
- 1986年障害者法 (Disabled Persons (Services, Consultation and Representation) Act 1986) において、障害者へのニーズ・アセスメントの際に、その介護者による介護の継続可能性を考慮しなければならない、と規定された。
- 1988年2月に出された報告書「コミュニティケア：実行のための課題」 (Community Care : Agenda for Action) は、コミュニティケアの全面的な見直しを行い、より効果的なコミュニティケアのための公的資金の使い方に関する提言が行われたが、その中で、「インフォーマルな介護者の役割を支援し維持する最善の方法に留意する」と、介護者支援の重要性が指摘されている。
 - － この報告を受け、1989年に出された白書「人々を介護する：今後10年間及びその後のコミュニティケア」 (Caring for People : Community Care in the next decade and beyond) では、コミュニティケア改革の6つのカギとなる取り組みの1つとして、介護者のための実際的な支援は優先順位の高い課題として位置づけられ、「介護ニーズのアセスメントは、常に介護する家族、友人及び隣人のニーズを考慮すべきである」と記載された。
 - － この白書の内容は、後に、「**国民保健サービス及びコミュニティケア法**」 (National Health Service and Community Care Act) に反映された。
 - － 国民保健サービス及びコミュニティケア法では、ケアマネジメントプロセスの最初の段階の重要な手続きとして、要介護者のケアアセスメントが位置づけられたが、そのアセスメントに関し、中央政府が地方自治体向けに示した指針において「介護者の選択が考慮に入れられるべきであり、介護を継続する自発性を当然のことと見るべきではない。したがって、サービス利用者と介護者の考えが一致しない場合には、双方と(いずれかが望む場合は別々に)協議すべきである」ことが記載された。しかし、実際には、介護者のニーズ・アセスメントが行われることは稀であった。
- 1994年には、国民保険において、「家庭責任のための保全制度」 (Home Responsibility Protection) 制度が導入され、育児期間・介護期間は年金の拠出期間に加味されることとなった。
- 1995年には**介護者法 (The Carers Recognition and Services Act 1995)** が施行され、**要介護者本人がアセスメントを受ける場に、介護者の求めに応じて、介護者のニーズ・アセスメントを実施することが、法的に地方自治体に義務付けられた。**
 - － 介護者の範囲は、アセスメントを受ける要介護者に対し、定期的に相当量のケア (育児、養護、介護等) を行う者で、雇用契約等何らかの契約に基づき介護を行う者やボランティアとして行う介護者を除いた者とされた。
 - － このとき、介護者が希望すれば、要介護者とは別にアセスメントを受けられることや、要介護者の担当とは異なるソーシャルワーカーによるアセスメントを受けられること等も保障された。
 - － ただし、この段階では、要介護者のアセスメントが実施される場合のみが対象であったこと、アセスメントを踏まえたサービス提供がなかったこと、介護継続意思を前提とした介護能力に関するアセスメントに限定され、介護者自身の社会生活が制限されることに対する配慮は含まれてい

なかったこと等、限界があった。また、当該権利を有する介護者で介護者の権利について情報提供を受けた者は半数以下であることが全国介護者協会(Carers National Association, 現 Carers UK)の調査で明らかになり、これも後に課題視されるに至った。

- 1999年に保健省(DOH)は、**介護者全国戦略(Caring about carers : A National Strategy for carers)**を発表し、その中で、「介護者の支援をすることは、介護を必要とする人々を支援するための最善の方法のひとつ」という基本姿勢を表明した。そして、介護者を個人と認めてサービス提供を位置づけ、以降3年間で1億4千ポンドの補助金を地方社会福祉サービス部及びNHSの共同事業に交付することを決定した。
 - － 同戦略では、介護者は、病気の者、障害者、弱者の世話をする極めて重要な役割を担っており、これがない場合、多くの介護サービスや介護施設への入所が必要となり、要介護者の生活の質の低下や納税者への負担増をもたらすだろうとして、公的なサービスに代わる役割を担っているとの認識が示されている。
 - － 同戦略は、政府として初めて介護者に焦点を絞り、総合的な政策を提示したもので、以下の4つの特徴を有する。
 - ①介護者自身への支援を明確化
 - ②行政のタテ割りを超え、地方自治体及び NHS 当局、中央政府の、社会福祉サービス、雇用政策、社会保障給付、住宅政策、情報提供・IT 政策等に広範な範囲にまたがる包括的な政策を提案
 - ③介護者自身の選択を重視
 - ④介護のために就労できない介護者に対する援助と同様、就労している(就労を希望している)介護者のための援助(介護者のための雇用政策)を強調
- 1999年「雇用関係法」(Employment Relations Act 1999)において、法律上初めて介護休暇制度が位置づけられた。
- 2000年には、**介護者及び障害児法(The Carers and Disabled Children Act 2000)**が制定され、各地方自治体に、以下のような介護者支援の権限と責務が付与された。
 - － 要介護者へのアセスメントとは別に、独立して、介護者が、地方自治体のアセスメントを申請できるよう改善された。
 - － 地方自治体は介護者ニーズ・アセスメントの結果を踏まえ、介護者へのサービスが必要かどうかを判定しなければならないとされ、介護者が介護を行うことへの支援、または、介護者が自身の健康及び福祉を維持することへの支援を行うことができる、とされた。
 - － 具体的な介護者への支援内容は、地方自治体が考えることとされたが、サービス提供のほか、サービス提供に代わる直接給付(Direct Pay)、レスパイトのためのバウチャー(利用券)の提供もできるようになり、支援手段の多様化が図られた。
 - ・ 直接給付(Direct Pay)では、現金給付を受け、介護者自身が必要なサービスを調達・購入する仕組み。
- 2002年には、「障害者介護手当の改正に関する命令」(The Regulatory Reform (Carer's allowance) Order 2002)が制定され、介護者向け所得保障の範囲が、①16歳以上65歳未満であった申請者年齢が16歳以上に拡大、②要介護者の死後8週間は継続して手当受給ができるように変更、③介護者の権利であることを明確化するため、2003年4月以降、名称を「介護者手当」(Carer's allowance)に変更、といった制度改正が行われた。
- 2004年には、**介護者(機会均等)法(The Carers Equal Opportunities Act 2004)**が制定され、自治体の法的な責務として、アセスメントの請求権があることを介護者に知らせる義務が規定された。また、アセスメントは、日常生活上の援助を継続できるかどうかに関する調査にとどまらず、労働・求職の意思、生涯教育・訓練、余暇活動等への参加意思についても確認が義務付けられた。

- 2008年には、新たな介護者(支援)戦略として、「21世紀の家族と地域の中心に位置する介護者—あなたのための介護システム、あなた自身の生活—」(Carers at the heart of 21st century families and communities : a caring system on your side, a life of your own)がまとめられ、介護者は要介護者を最もよく知るパートナー(expert care partner)であり、介護者自身のニーズに対し支援を受けられることが位置づけられた。
 - － 同戦略の目標は、介護者が要介護者に対するケアを継続できるようにすることに加えて、介護者自身の生活が、他の介護に従事していない人々と同じように営むことができるように支援すること、と明示された。
 - － 戦略の中では、2018年までに実現をめざす5つの目標像と、その目標達成のために今後3年で達成すべき事項が具体的に設定され、下記の①～⑤の5つの視点で、取り組み事項がまとめられている。
 - ①個別事情に合わせかつ統合されたサービス(Integrated and personalised services)
個別事情を勘案した新たなアプローチ、個人予算、情報提供、介護者教育、NHS サービス、ボランティア団体のサービス、専門職の労働確保、長期的取り組み 等
 - ②介護者自身の生活(人生)(A life of their own)
休息(Breaks)、テクノロジー(ICT等)を活用した支援、住宅・余暇・交通面の支援 等
 - ③収入と雇用(Income and employment)
介護者手当、就業機会の確保支援、職業訓練・技術習得支援 等
 - ④健康・福祉(Health and well-being)
毎年の介護者健康診査、感情面の支援、医師(GP)の教育、熟練したケアパートナーとして扱うこと 等
 - ⑤若年介護者支援(Young cares)
5歳以上18歳未満で何らかの介護を担っている若年介護者向け基本的サービス(学業支援)、全ての家族への支援 等

図表付-2-7 新たな介護者(支援)戦略で示された2018年までの目標

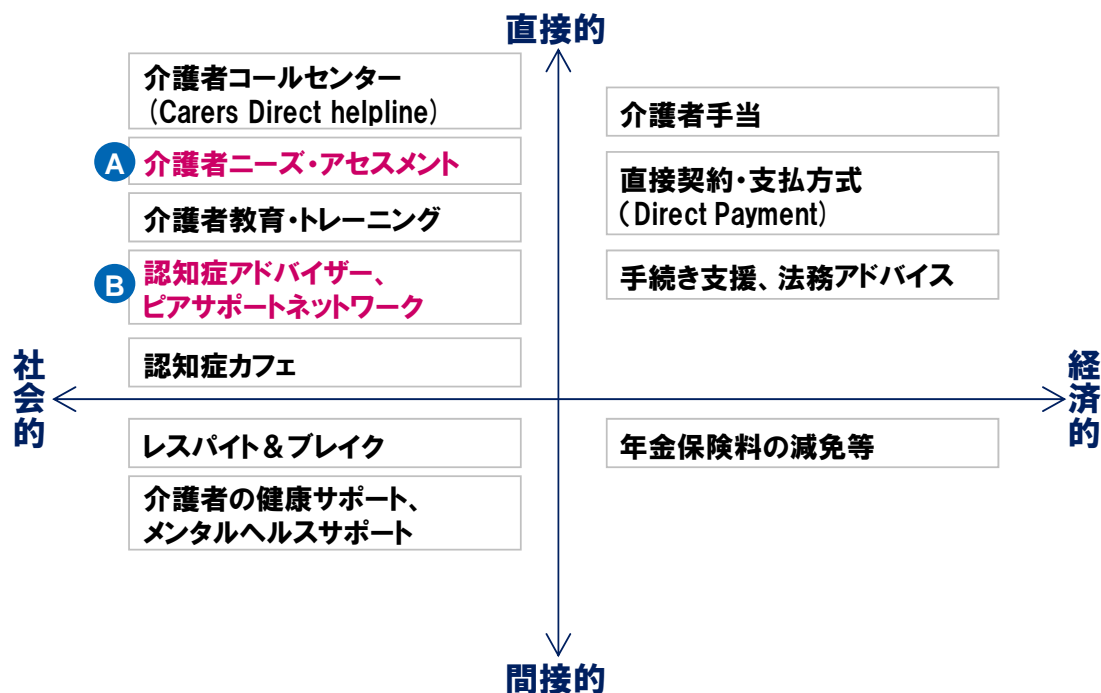
1. 介護者が熟練したケアパートナーとして尊重され、個別事情に合わせて統合された必要なサービスを得られること
2. 介護者がケアの役割を果たしながらも自分自身の生活(人生)を得られること
3. 介護者が介護のために経済的困窮に陥らないよう支援されること
4. 介護者が精神的身体的によい状態を維持できるよう支援され、威厳を持って扱われること
5. 子どもや若者が不適切な介護から守られ、学習、発達、成功、子ども時代を前向きに楽しむために必要な支援を得て、あらゆる問題に立ち向かえるようにすること

出典)「21世紀の家族と地域の中心に位置する介護者—あなたのための介護システム、あなた自身の生活—」(Carers at the heart of 21st century families and communities : a caring system on your side, a life of your own)より

(2) 介護者支援施策の体系・メニュー

- イギリスでは、地方自治体と非営利の介護者支援団体等が連携して介護者支援の取り組みを展開している。そのため、全国的に決まった体系や仕組みはなく、地域ごとの実情に合わせて様々な取り組みが行われている。

図表付-2-8 介護者向けの主な施策



出典) 各種資料より NRI 作成

- 主要な介護者支援団体として以下の3つの全国組織が存在する。
 - 英国介護者協会、ケアラーズ UK (Carers UK) : 介護者による当事者団体として設立された非営利民間団体。全国に60程度の拠点を持ち、介護者支援に関わる調査・研究、ロビー活動、情報提供・相談・助言、介護者教育・トレーニング等の活動を行っている。
 - 介護者のためのプリンセスロイヤルトラスト (PRTC: The Princess Royal Trust for Carers) : アン王女の提唱により設立された団体で、全国140か所以上の独立した介護者(支援)センターをネットワーク化し、約42万人の介護者を支援している。
 - クロスロードケア (Crossroads Care) : イングランドとウェールズにおいて介護者と要介護者の双方に対しサービス提供をしている非営利民間団体。
- 介護者支援の主要拠点として、介護者(支援)センター (Carers Center) がある。
 - 介護者(支援)センターは、地域ごとに独立した組織として設立・運営されており、その多くは民間非営利の組織である。PRTC傘下のネットワークに加入しているセンターと、独立運営しているセンターとがある。各センターの機能や提供サービスは、センターごとに異なるが、主な機能として、以下のようなものがある。
 - 介護者の権利擁護
 - 社会的活動・サポート活動
 - カウンセリングやセラピー
 - 情報提供、相談・助言
 - 情報提供ツールの作成・運営
 - 経済的支援
 - 若年介護者への支援
 - 精神障害・精神疾患を抱える人の介護者への支援
 - 緊急時対応のための計画作成・準備支援
 - 医療機関への働きかけ
 - 多文化社会への対応

(3) 介護者支援施策の具体例

A: 介護者ニーズ・アセスメント

<目的>

- 介護者は、介護者自身の法的権利として、ニーズ・アセスメントを受ける権利を有している。要介護者とは独立して介護者自身のニーズを把握・評価し、介護者支援サービス等に結びつけること、介護者が介護を担っていない人と同様に、望む生活(人生)を送れるように支援することを目的としている。

<対象>

- 常時、相当程度の介護を担っている16歳以上の介護者で、アセスメントを受けることを希望する者が対象となる。ただし、雇用契約等何らかの契約に基づき介護を行う者やボランティアの介護者は除く。

<内容>

- 要介護者がニーズ・アセスメントを受け、ケアプランを作成する際には、必ず介護者に対するニーズ・アセスメントも行われるほか、要介護者がアセスメントやサービス利用を拒否した場合でも、それと独立して介護者が自身のためにニーズ・アセスメントを要求することができる。
- 介護者自身が居住していない場合も含め、要介護者が居住している地方自治体の社会サービス部門に書面、電子メール、電話で申請すればアセスメントを受けることができる。
- アセスメントは、社会サービス部門のソーシャルワーカー等の専門職によって、通常は対面で行われる。介護者の希望に応じて、要介護者と一緒に受けることも、別に受けることもできる。

<運営者/提供者>

- 介護者ニーズ・アセスメントの実施は地方自治体の責務として位置づけられている。ただし、地方自治体によっては、非営利団体等が運営する介護者(支援)センターにニーズ・アセスメントの一部(主として一次的なインテーク部分)を委託し、連携して実施している場合もある。

<財源/負担方法>

- 地方自治体の予算にて行われるが、アセスメントの受け手の経済状況に応じて自己負担額が設定されている場合がある。

<注目ポイント>

- 要介護者のアセスメントとは独立して、介護者自身のニーズ・アセスメントが位置づけられていること。
- 介護者の求めに応じて介護者ニーズ・アセスメントを実施することは地方自治体の責務として位置づけられていること。
- アセスメントの機会を通じて、介護者の権利や利用できるサービス等介護開始当初に必要な情報が提供されていること。
- アセスメントを踏まえ、具体的な支援に結びついていること。

図表付-2-9 介護者ニーズ・アセスメントで把握・評価される項目の例

<ul style="list-style-type: none">● 介護で果たしている役割<ul style="list-style-type: none">● どのくらいの時間介護を行っているか● どのような介護を行っているか● 健康状態<ul style="list-style-type: none">● 健康上の問題や不安を抱えていないか● よく眠れているか、ストレスからくる不安や落ち込みはないか● 介護に関する希望、意見<ul style="list-style-type: none">● どのような介護を担いたいのか、担いたくないか● 介護者に関する状況のうち、改善したい点は何か● 仕事、教育、余暇、居住に関すること<ul style="list-style-type: none">● 仕事をしているか、週にどのくらい働いているか● 職場で介護者であることを認識されているか● 仕事と介護の両立が図られているか● 仕事や勉強・訓練等をはじめたいか● 楽しんだりリラックスしたりする機会が得られているか● 要介護者と同居しているか、屋内移動は容易か● 経済状況(負担能力)に関すること
--

出典) 各種資料より NRI 作成

B: 認知症アドバイザー(Dementia Adviser) と ピアサポートネットワーク(Peer Support Network)

<経緯・概要>

- 認知症国家戦略に基づく取り組み(パイロット事業)として、2010年から実施されている。
 - － 22自治体で認知症アドバイザー(チーム)を設置 →戦略目標4に対応
 - － 18自治体でピアサポートネットワークを設置 →戦略目標5に対応

<対象>

- 認知症の人あるいは認知症が疑われる人と、その介護者や家族、支援者等のすべてが対象となる。

<内容>

- **認知症アドバイザー(チーム)**
 - － 認知症アドバイザー(チーム)は、認知症の人とその介護者や家族の連絡窓口となる人で、認知症に関する情報・知識等の提供、相談・助言を担うほか、適切なケアに結び付けていくナビゲーターとしての役割を果たす。
 - － 地域のGP、病院、精神保健チーム等をベースにチームが設置される。
- **ピアサポートネットワーク**
 - － 同じような環境にある認知症の人や介護者による、グループ支援や個別支援。グループ支援では、音楽、ガーデニング等の活動や、認知症に関わる経験を話し合う等の取り組みが行われる。

<運営者/提供者>

- 国家戦略のパイロット事業は、40自治体において、地方自治体とアルツハイマー協会(Alzheimer's Society)との連携のもとに設置・運営されている。

<財源/負担方法>

- パイロット事業は、認知症国家戦略の財源と自治体の財源等で運営されている。

<注目ポイント>

- 情報提供に特化して、認知症の人やその介護者に“伴走”して支援を行う役割の職種を位置づけていること。
- 国家戦略に基づくパイロット事業として実施し、事後的に成果に関する評価も行っていること。

図表付-2-10 認知症アドバイザーが提供する主要サービス

- **自宅またはセンターでの初期面談**
 - 聞き取り、相談者からの質問への応答
 - 相談者に合わせた情報提供計画の作成
 - 相談者に合わせた情報提供
 - 他のサービスや国・自治体等への適切な道筋の提示
- **初期面談から2～4週間後のフォローアップミーティング**
 - 初期面談以降に生じた疑問への応答
 - 各種サービスに関する情報へ自力でアクセスするための支援
 - 将来見通し、計画立案
 - 総合的な情報提供、道筋の提示
- **個人及び介護者への定期的なコンタクト**
 - 個別の情報提供計画に沿ったコンタクト
- **希望に応じて熟練ボランティアによるフォローアップコンタクト**
 - 情報探索・アクセス支援
 - 情報の理解のための支援
 - サービスにアクセスするために提示された道筋の実行支援
 - 個別の情報提供計画に沿った継続的なサービス

出典)各種資料より NRI 作成

その他

- 介護者コールセンター (Carers Direct helpline)
 - － NHS によって、電話・WEB を利用した介護者からの問い合わせ対応窓口を開設・運営されている。
 - ・ 週 7 日の無料電話対応 (平日は 9 時～20 時、土日は 11 時～16 時)
 - ・ 24 時間受け付け可能なオンライン (WEB) ・電子メールでの問い合わせ・相談への対応
 - ・ WEB チャットを利用した相談・助言
 - ・ ショートメール (SMS) を利用した短い情報の提供
 - ・ 手紙による問い合わせ・相談への対応
 - ・ 英語以外の言語への通訳対応 (アラビア語、ベンガル語、広東語、フランス語、グジャラート語、ポーランド語、ソマリ語、スペイン語、トルコ語、ウルドゥ語)
 - ・ 文字情報相談
- 介護者の健康サポート、メンタルヘルスサポート
 - － 介護者の健康維持のため、それぞれ年 1 回の定期的な健康診断とインフルエンザ予防接種が無料で提供される。
 - － 介護者は、不安、落ち込み、自信や自尊心の喪失などの、精神面・情緒面の問題に関しても、心理療法等のサポートを得ることができる。
- 介護者教育
 - － 「自信を持って介護するための訓練プログラム」 (the Caring with Confidence training program) が 2008 年より開始された。この訓練では、介護者に対して介護者の持つ権利、利用できるサービス、介護者ネットワークへの参加支援などに関する情報・知識を提供し、専門職に対峙するための自信と技術を獲得できるよう支援される。このプログラムは、無料のオンライン双方向型学習プログラムとして提供されており、ホームページから学習教材 (workbook) をダウンロードして、時間のとれるときに自主学習することができる。また、2010 年 9 月までは、政府予算により、地域単位のグループ学習形式でも提供されてきたことから、現在でも多くの機関で同様のコースが引き続き提供されている。
 - － NHS が提供する WEB。
- レスパイト (Respite) と休息ケア (ブレイク) (Break)
 - － 一時的に介護から離れてリフレッシュする「レスパイト」としてのみでなく、介護者自身の生活に必要な時間としての休息「ブレイク」を確保するため、各種のサポートを行う。例えば、認知症の高齢者を介護する家族が夜間に十分な睡眠をとるための夜間見守りサービスの実施、教会に行ったり友達と会ったり買い物に行ったりする時間等も保障される。短期入所や通所によるものに加え、介護の代替者を派遣する形で提供されることもある。
 - ・ 付き添いサービス (sitting service) : 介護者に代わり、在宅で数時間程度付き添いをするサービス。
 - ・ ケア・アテンダンス: 介護者の休暇を確保するため、介護者に代わり訓練された付き添いを派遣するサービス。大規模なチャリティ団体 Crossroads Caring for Carers の下で全国約 200 の団体が実施。
- 認知症カフェ (Dementia Café)
 - － 全英アルツハイマー協会が中心となり、各地域で介護者を支える地域拠点として認知症カフェ (メモリーカフェ、または、アルツハイマーカフェと呼ばれることもある) がつくられている。認知症カフェの運営は、アルツハイマー協会等の非営利団体が運営を担っている。
 - － 認知症カフェは、介護者が最初にコンタクトできる場所として、銀行やスーパー等の並びの立寄りやすい場所に設置され、介護者の権利や受けられる支援等に関する情報を提供するなど、介護者支援の入り口となっている。

- 介護者手当 (Carer's allowance)
 - 無拋出の、資産調査を伴わない、所得を維持・保障するための現金給付として位置づけられている。
 - ・ そのため、介護労働に対する賃金や介護サービスへの報酬としては意図されていない。
 - 週 59.75 ポンド。
 - 受給要件
 - ① 居住要件を満たしていること
 - ② 重度の障害を持つ者を介護していること
 - ③ 介護時間が週 35 時間以上であること
 - ④ 95 ポンド以上の収入を伴う仕事に従事していないこと
(またはフルタイムで教育を受けていないこと)
 - ⑤ 16 歳以上であること

参考文献一覧

(共通)

- 001 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」 2013.03
- 002 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 (平成 22-23 年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業)「認知症ケアの国際比較に関する研究」 2012.03
- 003 桜新町アーバンクリニック 遠矢純一郎・片山智栄「認知症ケアの先進地 オランダ・フランス・イギリスの現状と日本の課題」 2013.03
- 004 厚生労働省「海外情勢報告 2010～2011」
- 005 家族介護者支援を考える—日本と英・豪・米の比較研究
斎藤真緒「イギリスの家族介護者支援の取り組み」
湯原悦子「イギリスとオーストラリアの介護者法の検討 —日本における介護者支援のために—」 日本福祉大学社会福祉論集第 122 号 2010.03
- 006 岩間大和子「家族介護者の政策上の位置づけと公的支援 —日英における政策の展開及び国際比較の視点—」 レファレンス 平成 15 年 1 月号
- 007 ILC Japan「イギリス、フランスに見る「認知症」「緩和ケア」に関する国家戦略の現状」 長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル Vol.16 2011.3
- 008 木下康仁「ケアラー学に向けて」 Dia News No.68 高齢社会フォーラム 2012.01.25
- 009 株式会社野村総合研究所(平成 24 年老人保健健康増進等補助金(老人保健健康増進等事業分))「補足給付の実態と資産等を勘案した負担能力評価のあり方に関する調査研究」 2013.03

(イギリス)

- 201 認知症介護情報ネットワーク(ひもときねっと 海外認知症ケア情報)「イギリスの認知症ケア動向」
2010.12
- 202 医療経済研究機構「イギリス医療関連データ集」(2011年版)
- 203 伊藤善典「英国の医療福祉サービスの動向と官民関係(上)(下)」大原社会問題研究所雑誌
No.560,561 2005.7, 2005.8
- 204 三富紀敬「イギリスの社会保障と介護者」静岡大学経済研究11巻4号 2007.02
- 205 吉田しおり「イギリスにおける介護保障制度」健康保険組合連合会 社会保障研究グループ (健保
連海外医療保障) 2012.06
- 206 NPO 法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン (平成23年度老人保健事業推進費等補助
金老人保健健康増進等事業)「東日本大震災被災地のケアラー(家族など無償の介護者)の実態と
今後のケアラー支援に関する調査研究」2012.03
- 207 西田淳志(厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)研究分担報告書)「英国の国
家認知症戦略のビジョンと実際」
- 211 Department of Health “Living well with Dementia : National Dementia Strategy” 2009.02
- 212 National Audit Office “Improving Dementia Services in England - an Interim Report” 2010.01
- 213 Department of Health “Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the
National Dementia Strategy” 2010.09
- 214 Department of Health “Prime Minister’s challenge on dementia Delivering major improvements in
dementia care and research by 2015” 2012.03
- 215 Department of Health “Prime Minister’s challenge on dementia Delivering major improvements in
dementia care and research by 2015 :Annual report of progress” 2013.05
- 216 Carers (Equal Opportunities) Act 2004
- 217 HM Government “Carers at the heart of 21st-century families and communities ‘A caring system on
your side. A life of your own’” 2008.06

参考 WEB サイト

- 221 保健省(DOH:Department of Health)
<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>
- 222 Dementia Choices
<http://www.nhs.uk/Conditions/dementia-guide/Pages/dementia-choices.aspx>
- 223 Alzheimer’s Society
<http://www.alzheimers.org.uk/>
- 224 Carers UK
<http://www.carersuk.org/>

3. オランダ

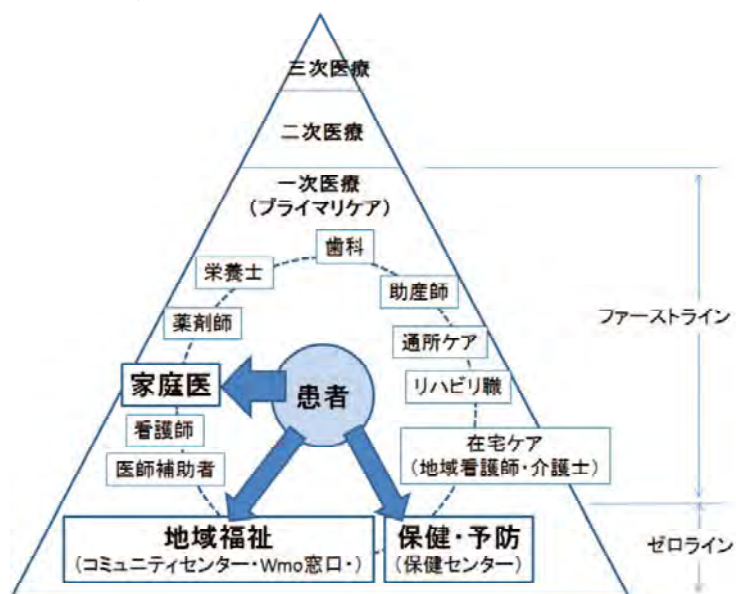
1) 介護制度の概要

(1) 制度の概要

- オランダの公的介護制度は、公的医療保険制度の一部として位置づけられている。公的医療保険制度は、3層に分かれている。第1層は、1年以上の医療および介護、つまり長期ケアをカバーする特別医療費保険(AWBZ ; Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)である。第2層は、治療可能な疾患に関する短期の医療をカバーする短期医療保険である。第2層は、以前は所得・職域により3つの制度が分立していたが、2006年の医療制度改革により全国民を対象とした健康保険(ZVW : Zorgverzekeringswet)に一本化された。この第1層、第2層までが、オランダの全住民を対象とする強制加入の保険である。第3層は、第1層、第2層の公的医療給付の対象とならない、18歳以上の歯科、広範な理学療法等をカバーする補完的保険で、購入は任意である。
- 第1層として介護をカバーする特別医療費保険(AWBZ)では、年齢や障害種別による区別はない。1年以上の長期入院、ナーシングホーム、ケアホーム、神体・精神障害者施設でのケア、在宅ケア等をカバーしている。ただし、家事援助は、2007年に特別医療費保険(AWBZ)から外れ、社会支援法(WMO ; Wet maatschappelijke ondersteuning)のもとで提供されている。特別医療費保険(AWBZ)の財源は、保険料が67%、国庫補助金が24%、利用者の自己負担が8%である。保険料は、15歳以上の課税所得がある者が課税所得比例により納付する。課税所得に占める保険料の割合は、2012年では12.15%である。自己負担は、年齢(65歳以上かどうか)、所得、世帯構成等により異なる。保険料は応益負担、利用料は応能負担の色合いが強いと言える。
- 第2層である短期医療保険の被保険者は、オランダ国内居住者及びオランダに給与税を収めている者で、被保険者には基本パッケージの購入が義務付けられている。政府が定めた基本パッケージは、家庭医・各科専門医・助産師による医療、医薬品、1年未満の入院、18歳未満の歯科治療、産後ケア、理学・運動・作業・言語両方や栄養指導(限定的)、禁煙指導等をカバーする。財源は、保険料、国庫補助金(6%)と利用者の控除免責額(4%)である。保険料は18歳以上の加入者全てが支払う定額部分(38%)と所得比例部分(52%)の2つからなる。控除免責額は、被保険者の自己負担分の一定金額のことで、モラルハザード防止のために2008年から導入された。2012年の強制控除額は年額220ユーロである。定額保険料は、保険会社が自由に設定できるもので、2010年の定額保険料は年額1,000から1,200ユーロ程度である。所得比例保険料の2012年の保険料率は、被用者は概ね7.1%(給与天引き、使用者が一部負担)、それ以外の者は5.0%である。なお、保険料が課される所得には上限がある。
- 第3層の補完的保険は、購入は任意であるが約9割が加入している。
- 社会支援法(WMO)の下でも、高齢者などのケアが必要な本人向けのサービスおよび、介護者向けのサービスが提供されている。
- 社会支援法(WMO)のサービス給付の決定は、地方自治体において設置された地方委員会によって行われる。各自治体の社会支援窓口で給付申請を受け付け、アセスメントは各自治体の基準によって行うことになっており、その体制は、特別医療費保険(AWBZ)のアセスメントを行うケア判定センター(CIZ)や他の評価機関と共同、自治体単独、ケア判定センター(CIZ)等に完全に委託とさまざまである。利用者負担も一部必要であるが、一部負担額については利用者の所得額や高齢者かどうか、家族の人数等によって上限額が設定されている。

- 医療・介護をカバーする特別医療費保険(AWBZ)の保険者は国であることから、地方自治体はその制度運営や給付に対する責任は負っていない。しかしケア提供体制全体としては、医療・介護需要をできる限り引き下げるといった観点で、地方自治体の役割が重要視されている。2011年の日常生活環境におけるシンプルな地域ケアへのシフトを打ち出す文書では、改めて「ゼロライン」として保健センター、地域福祉、WMO 窓口での相談、「ファーストライン」として家庭医、プラクティスナース、ナースペシャリスト、在宅ケア、通所ケア、薬剤師、理学・運動・心理療法、栄養士、歯科、助産師等の他職種による統合ケアとの整理がなされた。

図表付-3-1 オランダのケア提供体制



出典) 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

- 近年、特別医療費保険(AWBZ)の持続可能性を高める必要性を背景として、利用者の持つネットワークの中で普段行われるようなケアは、特別医療費保険(AWBZ)に依存せずネットワークの中でまかなう方向性が打ち出されている。

(2) サービス体系

- オランダの特別医療費保険(AWBZ)の給付対象は、機能により分類されている。給付対象となる機能は、身体介護、看護、ガイダンス、リハビリテーション等の治療、短期入所、ケア付き滞在の6つである。
- 特別医療費保険(AWBZ)の給付を受けるためには、独立した機関であるケア判定センター(CIZ ; Centrum Indicatiestelling Zorg)からの認定が必要となる。ケア判定センター(CIZ)は、要請される具体的な機能の種類と種類の時間や回数等を、利用者毎に判定する。
- ケア判定センター(CIZ)により、特別な住まいにおける常時の見守りやケアが必要と判定されると、ケア強度パッケージ(ZZP ; Zorgzwaartepakket)が適用される。ケア強度パッケージは、住まいの種類と必要な援助(介護・看護・ガイダンス・その他のサポート)の種類・週当たりの時間を定義付けている。
- ケア判定センター(CIZ)の判定は、サービス提供の種別などではなく、機能に着目しているため、特別な住まいにおける常時の見守りやケアが必要という判定は、入所を意味するものではない。特別な住まいにおける常時の見守りやケアが必要と判定された場合でも、ケア強度パッケージ(ZZP)が決められている最高補償額の範囲内で、自宅や多様な高齢者住宅でケアを受けることができる。
- サービス給付は現物給付が中心だが、リハビリテーション等の治療以外については、現金給付も選択できる。現金給付を選択すると、認定された機能の種類と時間に基づく現物給付にかかる費用の25%減の金額が要介護者に支給される。
- 施設サービス、在宅サービスともに、伝統的には地域ごとに設立された民間非営利団体が、補助金を主な財源として施設・在宅サービスを提供してきた。しかし近年の改革では、既存の民間非営利団体に対して財政圧力をおよぼし、競争原理を導入して、システム全体の効率化をはかることが政策的に目指されている。

①施設サービス

- ケア判定センター(CIZ)により、特別な住まいにおける常時の見守りやケアが必要と判定されると、ケア強度パッケージ(ZZP)が適用される。
- ケア強度パッケージ(ZZP)は、看護・介護サービスで10、精神保健において13、身体障害者ケアにおいて29の合計52のパッケージが用意されている。
- 各パッケージの価格は、オランダ医療サービス庁によって、1日あたりの料金として規制されている。1日あたり55～300ユーロに設定されている。
- 施設・入所サービスの利用が決まった場合、Care Officeは被保険者が選んだ施設と契約を結ぶ。
- 施設サービスは主に、ナーシングホーム、介護付き住宅、両者の混合型の3種類である。
- ナーシングホームと介護付き住宅では、受けられる医療サービスのレベルが異なり、前者のほうが受けられる医療レベルが高い。
- 利用者の一部負担は、所得の12.5%であるが、一部負担の上限は、条件により高低の2段階に設定されている。また、利用者の一部負担を決定するにあたっては、利用者が単身者やカップルかどうかなどの、世帯状況も勘案される。

②在宅サービス(施設外サービス)

- 在宅サービスについては、被保険者は、サービスを現物給付で受けるか、現金給付で受けるか、両者を併用するかどうかを選択することができる。
- 利用者の一部負担は1時間あたり12.50ユーロである。ただし一部負担は、所得、世帯構成員の数、利用者が65歳以上かどうかにより上限が設定されている。
- 在宅サービスは、在宅介護、ガイダンス、個人サービス、看護、治療から成り立っている。ガイダンスには、グループでのデイケア、1対1の対人サービスがある。また、支援的ガイダンスと、散歩や買物、教会に行くことなども含めた社会活動への参加の援助(活性化ガイダンス)がある。
- 在宅介護サービスを専門に供給する組織の他、介護付き住宅、ナーシングホームも在宅介護サービスを提供している。
- 在宅サービスは基本的には高齢者、障害者向けであるが、在宅介護サービスを専門に供給する組織では、これらに加えて、妊婦に対する在宅サービスも提供している。

③介護者に対する現金給付

- 在宅サービスについて、被保険者がサービスを現金給付で受けることを選択した場合が、特別医療費保険の費用(AWBZ)の中の個人介護予算(PGB; Persoonsgebonden budget)にあたる。
- 被保険者が個人介護予算(PGB)を選んだ場合には、Care Officeにより被保険者の銀行口座に、現物給付の場合に換算した費用から25%減額された金額が振り込まれる。
- 被保険者はこの費用を使って自らサービスを購入する。また、現金給付を選んだ被保険者は、サービス支出の内容をCare Officeに報告・説明する必要がある。
- 被保険者は個人介護予算(PGB)の支出先として、家族、知人、近隣の人々などのインフォーマルケアを選択することができる。
- 個人介護予算(PGB)は、1991年に社会実験で導入され、1995年から本格的に導入された。当初は在宅サービスのみを利用できたが、2003年に個人介護予算の利用基準がより明確化され、2007年7月からは施設サービスにも利用できるようになった。
- 個人介護予算(PGB)の利用者は増加しており、2009年12月には111,813人の利用者がいる、これは、特別医療費保険(AWBZ)の利用者数の約10%である。家族、知人、近隣の人々からのインフォーマルケアの利用の増加に伴い、個人介護予算は増加している。
- 個人介護予算(PGB)利用者1人あたりの平均給付額は2010年時点で年間16,500ユーロとなっている。

2) 認知症高齢者向け施策の概要

(1) 国レベルの戦略・方針

- 2002 年の健康審議会による認知症の人及び認知症ケアの現状と課題に関する答申を契機に、「コーディネートされた認知症ケア」の実現に向けて国を挙げた取り組みが本格化した。
- 2004 年から国内各地からのボトムアップ型アプローチにより、全国認知症プログラム(LDP ; Landelijk Dementie Programma) (2004-2008) が実施された。このプログラムは、「良い認知症ケア」像の明確化を目的とするとともに、アルツハイマー協会の地位向上も意図していた。
- 全国認知症プログラム(LDP) では、アルツハイマー協会の各地の協会支部が中心となり、全国 57 地域においてワーキンググループを設け、当該地域の認知症ケアの課題抽出・優先づけ、緊急度の高い問題改善に向けた3~4つのプロジェクトを実施した。なおワーキンググループには認知症の人と介護者介護者を必ず含め、さらにケア提供事業者も含めてワーキンググループを構成した。
- そのため、全国認知症プログラム(LDP) では、認知症の人・介護者の言葉を用いて問題領域が 14 に整理された。
 - － 改善に向けた活動: 地域レベルでのプロジェクト推進の指針として 14 の問題領域に対応して推奨される活動がワークブックにまとめられた。
 - － 取り組まれたプロジェクトの上位は、①ケースマネジメント、②認知症及び認知症ケアに関する情報充実(リーフレットやウェブサイトの作成)、③早期発見・診断、④家族介護者支援・レスパイトケア、⑤専門職教育であった。

図表付-3-2 14 の問題領域

問題領域	概要
正しくないという感情	患者が物忘れにさいなまれる、患者が人々を認識できない、患者が適切に行動できない、など
どのようなことが助けになるのかわからない	患者はどのような助けを得られるのか知らない、など
恐れ、怒り、混乱	患者の支援拒否、いらつき、睡眠障害など
自身を管理すること	患者が自身の身の回りのことをできない、インフォーマル介護者が助けを求める先が周囲の社会的環境にない、など
コンタクト拒否	患者がインフォーマル介護者を要求する、インフォーマル介護者が患者を恥ずかしいと考えて他の人々と会おうとしなくなる、など
物理的ケア	患者が身だしなみを自身で整えられない、高齢のインフォーマル介護者がケアを行えない、など
危険	家庭内での火事などの事故、患者の迷子、など
健康上の問題	患者の医療的問題、躁鬱、など
喪失	患者が後悔により悲しんだりする、病気を患者が受入れられない、など
もういっぱいいっぱい	インフォーマル介護者がケアによりストレスを受ける、インフォーマル介護者が自身の社会的人生を犠牲にする、など
コントロールの喪失	インフォーマル介護者が支援を恩着せがましいと思う、インフォーマル介護者が支援に依存する、など
いい時と悪い時	インフォーマル介護者がケアを義務と感じる、患者のデイセンター・入所施設などでの行動に問題がある、など
専門的ケア提供者とのコミュニケーションの断絶	専門的ケア提供者がインフォーマル介護者に向き合わない、専門的ケア提供者間でコミュニケーションや協力ができていない、など
入所への抵抗	患者が入所を拒否する

出典) Guideline for Integrated Dementia Care

- しかし全国認知症プログラム(LDP)の実施を経て、サービス提供(事業)者間の組織的連携が未成熟であることが課題として認識されたため、これに続いて、認知症統合ケアプログラム(PKD ; Programma Ketenzorg Dementie) (2008-2011)として、統合ケアのガイドライン作成とそれに基づくケアの購入にかかる地域での実証・普及がはかられた。
- このプログラムを通して、保健福祉スポーツ省、アルツハイマー協会、介護等事業者団体(Actiz)、保険会社連合(ZN)が統合ケア(購入)ガイドラインを作成した。
 - － その際、診断前・診断とケアへのアクセス・ケア/サービス提供という3段階において、質の高い認知症ケアの 17 の構成要素、関与すべき関係者(機関)を整理するとともに連携の要であるケースマネジャーの役割・要件・事例、統合ケアの質の評価指標、調達プロセス等が盛り込まれた。

図表付-3-3 質の高い認知症ケアの 17 の構成要素

フェーズ	構成要素
診断前の鑑別と確認	1. 情報、アドバイス、サポート
	2. 鑑別とアクティブな紹介
診断とケアへのアクセス	3. スクリーニングと診断検査
	4. プロセス支援、ケアマネジメント
	5. 患者の状態への対応
	6. 診断後の患者のための初期情報と支援
ケアの提供とサービス	7. プロセス支援、ケアマネジメント
	8. 患者の状態への対応
	9. 患者の状態への情報と支援
	10. ADL の支援と家事支援
	11. 移送、参加
	12. 家の内外でのサービス
	13. 患者へのアクティビティ
	14. インフォーマル介護者を夜・週末・休日に休ませるための短期入所、レスパイトケア
	15. 認知症を持つ人々への休日
	16. 異なる種類の住まい
	17. 危機への支援

出典) Guideline for Integrated Dementia Care

- さらに、認知症統合ケアプログラム(PKD)の実施の結果、地域によるばらつき、質の評価指標の有用性が課題とされたため、2011 年からは、専門職団体、事業者団体(保険会社連合、長期ケア事業者団体、プライマリ・ケア事業者団体)等も加わり、認知症ケア基準の策定が進められた。
 - － 認知症ケア基準では、認知症統合ケアプログラム(PKD)で作成されたガイドラインにおけるケアプロセスの内容改善、組織間の効果的な連携、質の評価指標改訂、ケースマネジメントの定義明確化等がとりまとめられた。

(2) 最近の議論の動向

- 2012 年からは、官民協働により実行するものとして、2020 年までの8年間を計画期間とする認知症デルタプランが、保健・福祉・スポーツ省により策定された。
 - － このプランの目的は、認知症を予防したり発症を遅らせたりするための解決策を見つけ、認知症患者のケアを改善することとされている。
 - － また、このプランの下、今後 4 年間で 3.25 億ユーロを認知症の科学的研究に投入するとしている。
 - － このプランは、The EU Joint Programme - Neurodegenerative Disease Research (JPND)の戦略的研究アジェンダを補強するものとしている。なお、JPND は、EU のメンバー国により設立された研究イニシアティブで、神経疾患の原因究明、治療法の発展、適切なケア方法を見つけるための研究に対する参加国の投資を増やすことを目的としている。
- 認知症デルタプランでは次の 3 つが柱として掲げられている。
 - － e-health ポータルを発展させること
 - － 全国的な認知症患者の登録を確立すること
 - － 科学的研究に向けた新プログラムに投資し、実行に移すこと
- 保健・福祉・スポーツ省はこのプランを、官民協働により実行するとしている。

図表付-3-4 認知症デルタプランの実行主体

公的組織	・政府
	・VUmc Alzheimer Center (Vanderbilt University Medical Center 神経科内の組織)
	・Alzheimer Netherlands (オランダアルツハイマー協会)
	・ZonMw (ヘルスケアに関する研究開発費の配分組織)
民間組織	・Achmea, CZ (保険会社)
	・Nefarma (製薬業の業界団体)
	・NFU (大学のメディカルセンターの連合組織)
	・Nutricia (食品企業ダノンのヘルスケア専門組織)
	・Philips (電機・家電製品メーカー)
	・Rabo PGGM (確定拠出年金制度管理機関の 1 つ)
	・VitaValley (ヘルスケアプロバイダ、病院、大学、研究所等のネットワーク組織)
	・VNO-NCW (オランダ全土の大企業および中小企業の雇用者組織)

出典) 認知症デルタプラン (Deltaplan Dementie) より NRI 作成

3)介護者支援施策の概要

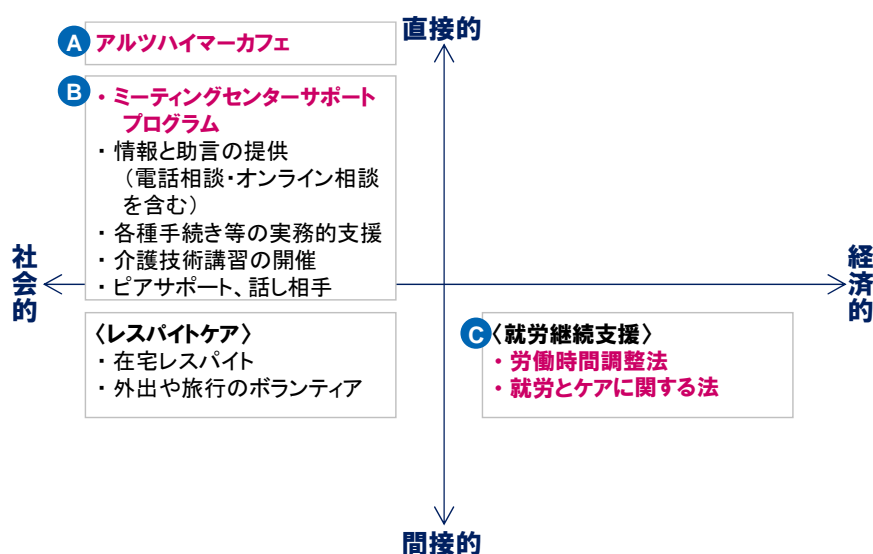
(1)介護者支援の位置づけ、方向性

- 2001年に、「身近なケア(Zorg Nabij)」白書が出され、政府による総合的な介護者支援の施策が本格化し、介護者支援に1,100ユーロ以上を投じて総合的な介護者支援施策に取り組む方向性が示された。具体的には、次の6点が白書に盛り込まれた。
 - － 介護者支援センターが全国に展開することを通じた支援の強化に向けた介護者団体への追加的助成
 - － ケアの判定に当たって介護者が社会参加できることを考慮すること
 - － レスパイトケアの整備
 - － インフォーマルケアの影響とフォーマルサービスの利用により、どこまで負担を軽減できるかのモニタリング
 - － 介護者の財政状況に関する調査の実施
 - － 就労とケアの両立に関する施策の充実
- 併せて、就労とケアに関する法律(WAZ ; Wet Arbeiden Zorg)を通じて多様な介護休暇が導入された。
 - － この背景には、1993年に創設された介護者の全国団体のマニフェストがあり、身近なケア白書は、このマニフェストを踏襲した形となった。
 - － マニフェストの柱には、次の6つが据えられた。
 - ① 介護者が自分でケアへの関わり方を決めること(自ら望まなければ介護の義務は負わない)
 - ② 要介護者のケアを臨時的に替わってもらえること(レスパイトケア)
 - ③ 経済的補償227を受ける権利を持つこと
 - ④ 仕事と介護の両立ができること(介護休業の法制化等)
 - ⑤ ヘルスケアにおける当事者として具体的なケアのあり方のみならず政策立案にも発言できること
 - ⑥ 介護者は情緒的サポート、情報、助言、訓練を必要としており、十分な支援を受ける権利があること
- 2007年の社会支援法(WMO)において、介護者支援は基礎自治体の役割として法制化された。
- 介護者支援は、在宅ケア事業者の公式な役割とも位置づけられている。

(2) 介護者支援施策の体系・メニュー

- 社会支援法(WMO)の下で提供されるサービスは、政府の助成を受けて福祉団体等が運営する各地の介護者支援センター(Steunpunt Mantelzorg)を中心に提供されている。
- 特別医療費保険を財源とする認知症の人本人へのケアと社会支援法(WMO)を財源とする介護者へのサポートをセットにしたミーティングセンターサポートと呼ばれるプログラムも開発され、広がっている。

図表付-3-5 オランダにおけるケアラー(インフォーマルケア提供者)支援施策



出典) 各種資料より NRI 作成

① 介護者支援センターによる支援施策

- 介護者支援センターは、ボランティアの発掘・教育・組織化して次のようなサービスを自らもしくは他組織と連携して展開している。
- 情報と助言の提供
 - － 電話相談やオンライン相談などの情報提供・アドバイスが行われている。
 - － また、アルツハイマー協会の電話相談も 24 時間対応している。
- 各種手続き等の実務的支援
 - － 介護者支援センターの中には、働く介護者のために、ケア判定や個別ケア予算に関わる書類の作成を行う者を配置しているところもある。
- 介護技術講習の開催
- ピアサポート、話し相手
- 在宅レスパイト、外出や旅行のボランティア

② 就労継続支援

- 就労とケアに関する法律(WAZ)と労働時間調整法(De deeltijdwet)の 2 つの法律により、働く介護者の就労継続支援が行われている(詳細は次項)。
- これらは、自治体に介護者支援を義務付けている社会支援法とは異なるため、介護者支援ではあるが、労働政策の一環と言える。

(3)介護者支援施策の具体例

A:アルツハイマー・カフェ

<目的>

- 目的は、認知症の人と家族のエンパワメント・仲間づくり、認知症に関する知識の普及などである。

<対象>

- 認知症に関わる人であれば誰でも参加できる。

<内容>

- 1997年に Dr. Bère Miesen が考案し、アルツハイマー協会が開発したガイドラインに沿って行われる集い・カフェ(全国共通・商標登録)である。
- 月1回、決まった曜日・時間帯(地域により異なる)に開催され、毎回々タイムスケジュールの2時間程度のプログラムで行われている。

<運営者/提供者>

- 地域の介護・福祉・医療関係者・自治体・商店等が連携して運営しており、アルツハイマー協会の教育プログラムを修了したコーディネーター、地域住民や専門職のボランティアがスタッフを担っている。

<財源/負担方法>

- 原則として利用者負担はない。社会支援法のもとで国から交付される自治体予算や、アルツハイマー協会からの助成金等が財源となっている。

<注目ポイント>

- アルツハイマー協会が支援している認知症に特化した取組で、認知症に関わる人であれば誰でも予約なし・自己負担なしで参加できるようにして、敷居を低くしていることが特徴である。

図表付-3-6 アルツハイマー・カフェのプログラム

コンテンツ	所要時間
(オープニング前)徐々に集いコーヒーを飲みながらおしゃべり	30分
講師によるミニレクチャー (コーディネーターによるインタビュー形式)	30分
休憩・おしゃべり (ボランティアによる音楽等)	30分
質疑応答	30分
さらに歓談	30分

出典) オランダアルツハイマー協会 HP 掲載のアルツハイマー・カフェ開催案内より NRI 作成

図表付-3-7 ミニレクチャーのテーマ例

◆ 問題行動とのつきあい方
◆ 認知症を持つ人のライフスタイル
◆ 音楽と認知症
◆ 認知症を持つ人のための料理教室
◆ 認知症の初期症状
◆ 認知症の病状進行段階
◆ 認知症を持つ人の認知と行動
◆ 認知症を持つ人のデイケア
◆ 認知症を持つ人の意志決定・本人以外による代弁
◆ 認知症を持つ人の性行動
◆ 認知症と安楽死

出典) オランダアルツハイマー協会 HP 掲載のアルツハイマー・カフェ開催案内より NRI 作成

B:ミーティングセンターサポートプログラム

<目的>

- 目的は、軽度から中度の認知症の人とその介護者へのサポート(感情的・社会的サポートを含む)と情報提供などである。

<対象>

- 認知症を持つ人と介護者

<内容>

- 通所型サービスの1形態である。
- 従来型の通所サービスと比較して、行動障害、認知症の人の自尊心、QOL、介護者の介護力にプラスの効果があり、入所を遅らせる効果があるとされた複数のサポート形態を統合して開発された、通所サービスの1形態である。認知症の人と介護者のニーズに応じた、柔軟なプログラムとなっている。
- 認知症の人へのケア、介護者へのサポート、両者へのサポートをプログラムの3本柱としている。

<運営者/提供者>

- 地域の認知症ケアにかかわる諸機関(介護サービス提供事業者、家庭医、地方自治体等)、アルツハイマー協会等の協定に基づく協働により提供されている。

<財源/負担方法>

- 財源には、認知症を持つ本人へのサービスには特別医療費保険(AWBZ)、介護者へのサービスには社会支援法(WMO)による自治体予算が充てられている。

<注目ポイント>

- 近年開発されたプログラムで、ケアを必要とする本人と介護者へのサービスをセットにすることで、ケアを必要とする本人の状態像を踏まえて介護者のニーズを把握できるようにしている点、異なる財源のサービスを組み合わせて提供できるようにしている点に特徴がある。

図表付-3-8 ミーティングセンターサポートプログラムの3本柱と内容

柱	内容	頻度
認知症の人へのケア	ソーシャルクラブ	週3回
	コンサルティング	週1回
介護者へのサポート	専門家による情報提供ミーティング	隔週2時間
	介護者同士のディスカッショングループ	隔週2時間
	コンサルティング	週1回
両者へのサポート	認知症の人、介護者、スタッフ全体のミーティング、レクリエーション	月1回

出典) 堀田聡子「ケアの担い手をめぐる議論の動向と話題」

C:働く介護者の就労継続支援

<目的・内容>

- 働く介護者の就労継続支援策として、労働時間調整法 (De deeltijdwet) と就労とケアに関する法 (WAZ) の 2 種類が存在する。
- ただし、労働時間調整法の本来の目的は、パートタイム労働者の待遇改善であったため、対象者は介護者に限定されていない。
 - － 「労働時間調整法」では、時間当たり賃金を維持したまま、労働時間を短縮・延長することができる。申請の4ヶ月後から労働時間の短縮・延長を行えることを保証している。
- 一方、就労とケアに関する法の目的は、育児あるいは親の介護などの理由で休暇をとることを容易にすることである。
 - － 「就労とケアに関する法」では、家族の介護のために取得できる休暇 (短期と長期の2種類の介護休暇) が定められている

<対象>

- 労働時間調整法では、従業員 10 人以上の企業に勤める人、その企業に 1 年以上雇用されている人、過去 2 年間に労働時間の変更を求めたことがない人を対象としている。フルタイム労働者も対象に含まれる。

<運営者/提供者・財源/負担方法>

- 介護者を雇用する企業が、介護者 (労働者) からの申請を受けて、労働時間の短縮や休暇の取得を認めている。
- 申請が却下されることはほとんどないが、介護休暇の場合は、業務に重大な支障がある場合には、企業が申請を認めないことができる。

<注目ポイント>

- 労働時間の短縮・延長の際に、時間当たり賃金が維持される点に特徴がある。
- 短期介護休暇時の所得保障がなされていること、介護休暇は取得日数の制限が期間毎に設けられている (次の期間に入るとさらに取得が可能になる) ため、介護が長期間にわたるものとなった場合でも、労働時間を短くして就業を続けられる点に特徴がある。

図表付-3-9 オランダの介護休暇

制度	内容	所得保障
短期介護休暇	<ul style="list-style-type: none"> ● 親、同居している病気の子供、配偶者を短期間介護するため (他に介護できる人がいない場合のみ)。 ● 年間、週労働時間の2倍の時間。 ● 突然の病気については緊急休暇 (制度) を利用し、2日目以降にこの休暇を取得。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 所得の 70% 以上 ● 上限あり
長期介護休暇	<ul style="list-style-type: none"> ● 病気の子供、配偶者、親の介護のための長期間の休暇。 ● 12 ヶ月に、最大で週労働時間を半分にして 12 週間。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 無給 (ライフコース貯蓄制度を利用可能)

出典) 権丈英子「オランダにおけるワーク・ライフ・バランス」

注: ライフコース貯蓄制度とは、給与の一部を貯蓄し、無給休暇を取得する際に引き出すことができる制度。

参考文献一覧

(共通)

- 001 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」 2013.03
- 002 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 (平成 22-23 年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業)「認知症ケアの国際比較に関する研究」 2012.03
- 003 桜新町アーバンクリニック 遠矢純一郎・片山智栄「認知症ケアの先進地 オランダ・フランス・イギリスの現状と日本の課題」 2013.03
- 009 Alzheimer's Disease International, "National Alzheimer and Dementia Plans Planned Policies and Activities Early Detection, Access to Diagnosis, and Stigma Reduction", 2012.04

(オランダ)

- 301 吉田恵子「施設全体が一つの街 -オランダの認知症ケア最前線-」 月刊介護保険 No.209 2013.07
- 302 堀田聰子「ケア従事者確保に向けた諸課題—オランダの経験から—」 季刊・社会保障研究 Vol.47 No.4 2012.03
- 303 堀田聰子「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策—我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて—」 JILPT Discussion Paper Series 12-07 2012.07
- 304 堀田聰子「ケアマネジメントの位置づけとケアマネジャーの役割・学び」 第3回介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会 2012.05
- 305 大森正博「オランダの介護保障制度」 国立国会図書館調査及び立法考査局 レファレンス 2011.06
- 306 Ministry of Health, Welfare and Sport, "Guideline for Integrated Dementia Care [excerpt] An aid for the development of integrated dementia care" 2009.05
- 307 堀田聰子「オランダのコミュニティケアの担い手たち 住宅ケアのルネサンス—Buurtzorg」 2013.10
- 308 正木祐司・前田信彦「オランダにおける働き方の多様化とパートタイム労働」 大原社会問題研究所 雑誌 No.535 2003.06
- 309 権丈英子「オランダにおけるワーク・ライフ・バランス」 RIETI Discussion Paper Series 11 J 030 2011.03
- 310 堀田聰子「ケアの担い手をめぐる議論の動向と話題」 2013.03 (三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(平成 24 年老人保健健康増進等補助金(老人保健健康増進等事業分)「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」資料編)
- 311 「オランダ医療関連データ集【2011 年版】」 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 2012.03

参考 WEB サイト

- 321 オランダアルツハイマー協会 (Alzheimer Netherland)
<http://www.alzheimer-nederland.nl/>
- 322 認知症デルタプラン (Deltaplan Dementie)
<http://www.deltaplandementie.nl/uk/homepage/>
- 323 EU Joint Programme - Neurodegenerative Disease Research
<http://www.neurodegenerationresearch.eu/home/>

4. アメリカ

- アメリカでは 1965 年に高齢者法(法律名)が制定され、その後数回の改正を経て現在に至っている。高齢者法では、60 歳以上の高齢者とその家族に対する介護サービスの提供が規定されている。これらの改正の中でも、2000 年改正では、連邦政府によって全国家族介護者支援プログラム(National Family Caregiver Support Program)が創設された。全国家族介護者支援プログラムでは、介護の現物給付(レスパイト等)、直接的及び間接的現金給付、介護者就労支援などが規定されている。しかし、高齢者法の予算規模は 2010 年に 19.13 億ドルと限られている。
- 一方、認知症高齢者及び介護者向けのサービスについては、アメリカアルツハイマー協会が 1980 年に発足して以降、同協会が全米的ボランティア組織として提供してきている。そのため本稿では、75 以上の支部からなるアメリカアルツハイマー協会のうちニューヨーク支部が提供している認知症の人の介護者へのサービスに焦点をあてる。また 2011 年に初めて認知症に関する国家戦略が策定されたため、この内容も紹介する。

1)アメリカにおける認知症国家戦略

- 2011 年1月、保健福祉省により「アルツハイマー国家プロジェクト(the National Alzheimer's Project)」が策定された。
- このプロジェクトは、下記6点を実現することを目的としている。
 - － アルツハイマーを克服するための統合された国家プランを作り、維持すること
 - － 全ての連邦機関を横断して、アルツハイマー病の研究とサービスを協調させること
 - － アルツハイマー病を予防する、進行を止める、発症前に戻すためのケアの発展を加速させること
 - － アルツハイマー病の初期診断と、ケアと処置の協調について改善をすること
 - － アルツハイマー病に対してハイリスクなマイノリティ民族・人種へのアウトカムを改善すること
 - － グローバルにアルツハイマーと戦う国際組織と協調すること
- このプロジェクトのゴールには、次の5つが設定されている。これらのゴールを達成するために戦略が定められ、その下位にはさらに複数のアクションが設定されている。2013 年のプラン更新時には、各アクションについての進捗が記載された。
 - － 2025 年までに、アルツハイマー病を予防し、適切に処置をすること
 - － ケアの質と有効性を強化すること
 - － アルツハイマー病を持つ人々とその家族への支援を拡大すること
 - － 市民意識と市民関与を強化すること
 - － 進捗の確認と改善を促すこと

図表付-4-1 アメリカのアルツハイマー国家プロジェクトにおけるゴールと戦略

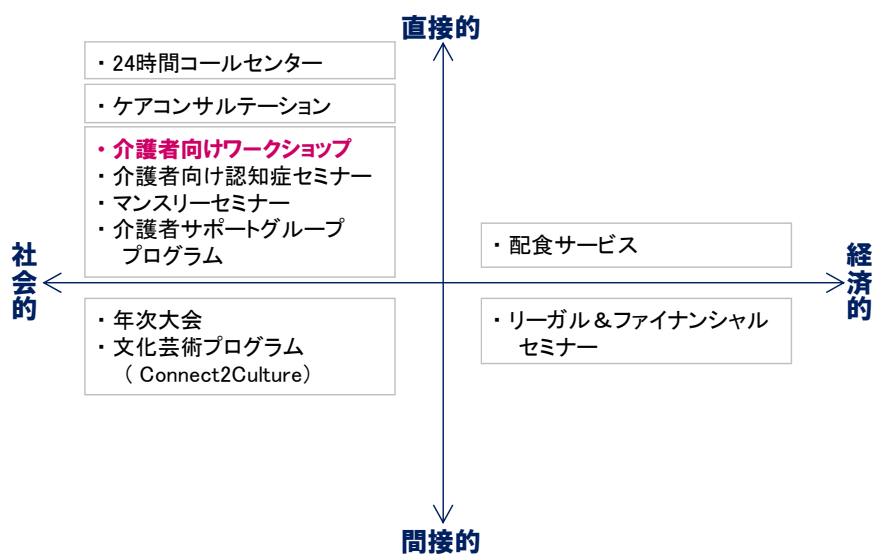
ゴール	戦略
2025年までに、アルツハイマー病を予防し、適切に処置をすること	研究の優先順位とマイルストーンを確認する
	アルツハイマー病の予防と処置を目的とする研究を拡大する
	アルツハイマー病の初期および発症前段階の鑑定に向けた努力を加速させる
	国際的な公的・私的機関の研究と協調する
	研究成果の診療と公衆衛生プログラムへの転換を促進する
ケアの質と有効性を強化すること	質の高いケアを提供するスキルをもつ労働力を育成する
	タイムリーで正確な診断を確実にする
	アルツハイマー病を持つ人々とその家族への、診断に関する教育と支援
	質の高い認知症ケアガイドラインとケアの状況での計測を確認する
	アルツハイマー病を持つ人々への新しいケアモデルの有効性を調査する
	アルツハイマー病を持つ人々が安全で効果的なケア設定とシステムの間の変遷を経験できるよう確実にする
	アルツハイマー病と生きる個人への、協調的で統合された健康・長期サービスと支援を推し進める
	アルツハイマー病に不均衡に影響されている人々とケアの挑戦に直面している人々へのケアを改善する
アルツハイマー病を持つ人々とその家族への支援を拡大すること	文化的な配慮がなされた教育、トレーニング、支援物資を確実に受けられるようにする
	介護者が健康と満足を維持しつつケアの提供を維持できるようにする
	将来のケアニーズの予定において家族を補助する
	アルツハイマー病を持つ人々の尊厳・安全・権利を維持する
	アルツハイマー病を持つ人々の住まいのニーズへの評価と対処を行う
市民意識と市民関与を強化すること	アルツハイマー病についての市民教育を行う
	各政府のアルツハイマー病に対する気付きと準備を進めるためのイニシアティブモデルを明らかにし、協調に向けた改善を行うために、州政府と部族政府、地方自治体と連携する
	合衆国の努力と国際的コミュニティでの努力を協調させる
進捗の確認と改善を促すこと	進捗を確認するための合衆国政府の能力を強化する
	国家プランの進捗をモニタリングする

出典) National Plan to Address Alzheimer's Disease: 2013 Update より NRI 作成

2)アメリカアルツハイマー協会ニューヨーク支部の介護者支援施策の体系・メニュー

- アメリカについては、アメリカアルツハイマー協会およびアメリカアルツハイマー協会の中でも、ニューヨーク支部が実施している施策について下記に示す。
- アメリカ全土で提供されている 24 時間コールセンターのほか、ニューヨーク支部においては、ケアコンサルテーション、介護者向けのセミナーやワークショップによる介護者教育を中心とした介護者向け施策が用意されている。
- ニューヨーク支部が提供している介護者向けのセミナーやワークショップはいずれも定期的に行われている。事前登録は必要だが、認知症介護者であれば家族以外も参加できる。
- また、下記に挙げる介護者サポートグループプログラム、文化芸術プログラム(Connect2Culture)、リーガル&ファイナンシャルセミナーは、ニューヨーク支部の施策として提供されている。

図表付-3-2 アメリカにおけるケアラー(インフォーマルケア提供者)支援施策



出典) 各種資料より NRI 作成

- 介護者サポートグループプログラム
 - － ニューヨーク支部だけでも、言語・地域などが異なる 130 以上のサポートグループが組成されている。これにより、介護の難しさを議論したり、感じていることを共有したりする場を提供している。
- 文化芸術プログラム(Connect2Culture)
 - － ニューヨーク近代美術館やメトロポリタン美術館などと協働し、認知症の人とその介護者向けのプログラムを用意している。
- リーガル&ファイナンシャルセミナー
 - － 高齢者法に特化した弁護士による、介護に関わる法的・経済的なセミナーである。セミナーの題材には、委任状や医療委任状、介護保険、共同名義口座、後見制度、メディケイドの受給資格、が選ばれている。

(1) 介護者支援施策の具体例

A: 介護者向けワークショップ(10 時間セミナー)

<目的>

- 認知症の人と家族のクオリティ・オブ・ライフの向上

図表付-3-3 介護者向けワークショップ(10 時間セミナー)の目標

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">◆ 認知症に関する知識を提供し、認知症の人の考え方や経験を理解してもらうこと◆ アルツハイマーにより、認知症の人とのコミュニケーションが以前と変わることを介護者に伝えること◆ 認知症の人とのコミュニケーションを上手く行うためのスキルを介護者が身につけられるよう、支援すること◆ アルツハイマーに起因する行動を理解して、これらの行動の扱い方を介護者に提供すること◆ セルフケアを支援すること◆ 介護者への精神的支援を提供すること◆ 利用できるサービスなどを提案すること |
|---|

出典) アルツハイマー協会ニューヨーク支部 HP より NRI 作成

<対象>

- 認知症患者を介護する家族・知人

<内容>

- 介護者向けワークショップは、下記の内容を含む 10 時間のセミナーとして提供されている。認知症を持つ人を中心としたアプローチに焦点をあて、支持的・中立的な環境の中で行われる。
- 英語の他、スペイン語でも実施されている。

図表付-3-4 介護者向けワークショップ(10 時間セミナー)の内容

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">◆ 認知症についての基本的な情報提供◆ 認知症を持つ人とのコミュニケーション方法◆ 認知症を持つ人の行動とその意味◆ 居宅での安全確保◆ 介護者に対するケア◆ アクティビティ |
|--|

出典) アルツハイマー協会ニューヨーク支部 HP より NRI 作成

<運営者/提供者>

- アルツハイマー協会ニューヨーク支部

<財源/負担方法>

- 利用者負担はなく、アルツハイマー協会への寄付金が財源となっている。

<注目ポイント>

- 認知症に関する基本的な情報提供をまとめてパッケージ化していること。
- 様々な時間帯に開催されているため、多くの人が参加しやすいこと。

参考文献一覧

(アメリカ)

- 401 認知症介護情報ネットワーク(ひもときねっと 海外認知症ケア情報)「アメリカの認知症ケア動向」2010
- 402 「在宅サービスへ移行するアメリカの高齢者福祉 ～アメリカ高齢者法に基づく高齢者支援体制と非営利団体～」財団法人 自治体国際化協会 ニューヨーク事務所 2010.02
- 403 平山亮「アメリカの家族介護者支援:現状と課題」文部科学省私立大学戦略的研究基盤形成支援事業「大学を模擬社会空間とした自立支援のための持続的対人援助モデルの構築」共同対人援助モデル研究 報告書1家族介護者支援を考える-日本と英・豪・米の比較研究 2011.02
- 404 新井光吉「アメリカの介護者支援」国立社会保障・人口問題研究所 海外社会保障研究 No.184 2013.09
- 405 U.S. Department of Health & Human Services, “NATIONAL PLAN TO ADDRESS ALZHEIMER’S DISEASE: 2013 UPDATE”, 2013

参考 WEB サイト

- 421 国立高齢者研究所(National Institute on Aging)
<http://www.nia.nih.gov/alzheimers>
- 422 アメリカアルツハイマー協会(Alzheimer’s Association)
<http://www.alz.org/>