

2017年7月28日

スコットランド視察報告書  
「Alzheimer Scotland と Link Worker システム」

栗田 駿一郎（日本医療政策機構）

杉本 亜美菜（日本医療政策機構）

今回本テーマにフォーカスした経緯から説明する。昨年度、日本医療政策機構では日本医療研究開発機構（AMED）からの支援を受け、「認知症研究等における国際的な産官学の連携体制のモデル構築と活用ための調査研究」を行った。私を含め、研究班メンバーは国内外の様々なステークホルダーへのインタビューを実施した。対象者には、当然のことながら認知症当事者やその家族、また彼らを支援する方々も含まれていた。その中で、彼らからは政府が進める施策とは裏腹に、早期の診断がむしろ不安や生活の変化につながっている現状を聞くことができた。認知症の人と家族の会・高見代表（当時）はその状況を『早期診断・早期絶望』と表現していた。そこで、我々は認知症分野における諸課題のうち、特にこの「診断前後のサポート体制」が重要ではないかと考えるようになった。

そして今回の視察・インタビューが実現したのは、5月に京都で行われた第32回国際アルツハイマー病協会国際会議で、リンクワーカー制度に関するポスター発表を行っていた Jan Beattie 氏（Deputy Director of Workforce Development, Alzheimer Scotland）と認知症の診断後支援制度（PDS: Post Diagnosis Support）について意見交換を実施したことがきっかけであった。「リンクワーカー」とは、認知症の人やその家族が診断後に病気と向き合い、自立した生活を歩む体制づくりをサポートする制度である。意見交換は1時間程度であったが、認知症の人を社会で支える先駆的な取り組みで有名なスコットランドの状況について話を聞くことができた。意見交換を通じて、すでに京都府が試行的に実施しているように、リンクワーカー制度の導入が日本の早期対応の促進に寄与するのではないかと考えた。現行の日本の制度では、プライマリケアとしての「かかりつけ医」、セカンダリケアとしての「認知症疾患医療センター」、そして診断前後の支援拠点としては「地域包括支援センター」が核であるとされている。しかしながら、医療介護の連携は手探りで、すべての地域で「早期診断」が希望につながっていたとは言い難い。そのため多職種がチームを組んで、医療や介護のサービスに結びついていない人へアウトリーチする「認知症初期集中支援チーム」が、2018年4月に全市町村で設置が完了する見込みだ。しかし、初期集中支援チームも多くが地域包括支援センターや認知症疾患医療センターに設置されることとなり、現在でさえ多忙な地域包括支援センターの業務への負荷が心配されている。認

知症初期集中支援チームが対応すべき対象者数は多く、スティグマや当事者の不安を払しょくするための精神的なケア・日常生活の自立支援まで行えるとは限らない。

「早期診断・早期絶望」にならないためには、診断後の体制作りも必要ではないだろうか。日本における認知症の人の数は2025年には700万人に達すると見込まれている。効果的な治療薬も発見できていない中で、早い段階で適切な医療・ケアにつなげることが重要と考えられている。認知症と診断されても、今までの生活をできる限り維持しながら過ごすイメージが描けることが、早期診断の促進にとって必要である。認知症と向き合う人とその家族を支える制度の充実が求められている。

ここからは今回のインタビューを通じて得た知見を整理する。

#### ● スコットランドにおける認知症を取り巻く概況

スコットランドの2016年現在の人口は約540万人である。これはスコットランドとしての統計が始まった1956年以降過去最高であり、政府の統計によれば人口増加は英国内の他の地域からの移民約31,000人の影響が大きいと分析している。<sup>1</sup>高齢化率は2016年現在で16%であり、2014年時点の男性の平均寿命は60.3歳であり、女性は62.6歳と公表されている。<sup>2</sup>首都エジンバラと最大都市グラスゴーは鉄道で約1時間の距離にあり、その路線区間周辺に人口の80%近い約400万人が居住しているという。政治制度は複雑なものを持っており、かつては1707年の合同法によりスコットランド王国とイングランド王国は合併し、グレートブリテン王国となった。しかし1998年にスコットランド法が成立すると、翌年からは約300年ぶりにスコットランド議会在復活した。現在は憲法、防衛政策、外交政策、移民政策などの一部権限がイングランド政府によって留保されているものの、課税権限など独自の法令を制定することが可能となっている。



続いて医療介護制度の状況を述べる。イングランドと同様に医療と福祉の二本立てシステムによって運営されており、医療制度は世界的にも有名なイギリスのNational Health Service(NHS)により、原則としてすべての国民が無料で医療サービスを受けることができ

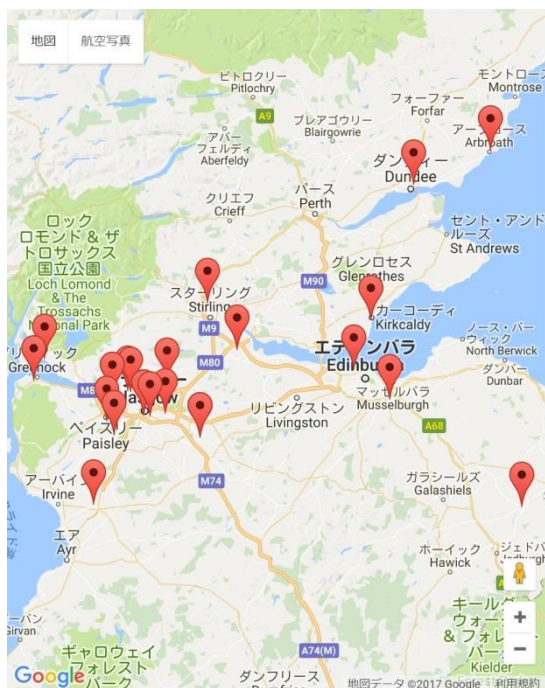
<sup>1</sup> High Level Summary of Statistics: Population and Migration  
(<https://www.nrscotland.gov.uk/files/statistics/high-level-summary/j11198/j1119801.htm>)

<sup>2</sup> 同上

る。NHS スコットランドは 1948 年に設立された。スコットランドを 14 の地域に分け、それぞれで医療サービスの調整等を行っている。全体のスタッフは 14 万人に上る。政府や地方自治体と連携を取りながら、各種施策を進めている。国民が医療サービスを受ける際は、まず General Practitioner(GP)の診察を受ける必要がある。GP はプライマリケアを専門とする医師であり、日本の「かかりつけ医」とは異なり専門科を標榜していない。すべての国民は居住地ベースで事前に登録した GP の診察を受けなくてはならず、GP の紹介状がなく二次医療にあたる専門医を受診することはできない。一方、ソーシャルケアは地方自治体が財政責任を負っているため、医療とは異なり、居住する地域や所得・資産に応じて負担の程度が異なっている。また、日本のように年齢や特性に応じた制度体系にはなっていない。スコットランドでは、2002 年の「コミュニティケアおよび保健法」に基づき、高齢者のパーソナルケア（食事や洗濯、入浴の介助など）及びナーシングケアが、税財源によって無料化されている。地方自治体のアセスメントを受けて、介護が必要であると認められた 65 歳以上の高齢者を対象に、介護付き住宅の入居に対しては各種ケアのための現金給付が、在宅の高齢者については無料でパーソナルケアが提供される。また近年では医療と介護の統合に向けた動きが進んでおり、2014 年の「公的機関（共同作業）法」に基づき、2016 年からは保健医療と社会福祉の統合を目指す新たな統合機関の設置に向けた動きが始まっている。この背景にはこれまで医療提供の現場が病院中心であったものの、今後の寿命の延伸を見込み、より医療提供のニーズが、ケアの行われる家庭において高まっていくという考えがある。

続いては今回の訪問の窓口となってくれた、スコットランドの認知症対策を支える Alzheimer Scotland について述べる。Alzheimer Scotland は認知症をテーマに主にホームサポート、デイケアなどのサービス、そして、アドボカシー、キャンペーン活動を行なっている慈善団体である。1994 年に設立され、年間の資金規模は 2016 年度で 1,900 万ポンド（約 27 億円）に上る大規模な団体だ。元々はイングランドに本部を置く Alzheimer's Society の一部であったが、その後独立し、1994 年に正式名 Alzheimer's Scotland Action on Dementia で慈善団体として登録された。本部は、スコットランド、エジンバラにあり、地域オフィスを 60 ほど抱える。近年までは、1,000 名ほどのスタッフがいたが、資金不足の問題等により現在は 700 名ほどにまで減少した。また 800 名ほどのボランティアが活動している。活動資金は、毎年徐々に増え続けていたが、近年は若干の減少傾向にある。本部で必要な資金や、アドボカシー・キャンペーン等に必要な資金の 60%程度は民間企業や財団・篤志家からの寄付により賄い、残りの 40%弱はリンクワーカーなどのサービスの提供によって NHS から得ている。また、2008 年の金融危機後、土地の物価が下がったこともあり、エジンバラやグラスゴーの主な通り（High street 等）で物件を購入、Dementia Resource Centre として使用している。通りに面した位置にオフィスを所有することで認知度向上を見込むことができ、認知症の啓発と団体の宣伝活動に一躍買っているという。Resource Centre はスコットランド全域で 25 か所設置されている。大都市であるグラスゴ

ーやエジンバラ周辺に集まっているが、今回は少し外れた地域の Resource Centre にも訪問することができた。Resource Centre がない地域は Alzheimer Scotland のサービスが届きにくく、大きな課題となっている。



(Resource Centre の分布：都市部へ集中していることがわかる)

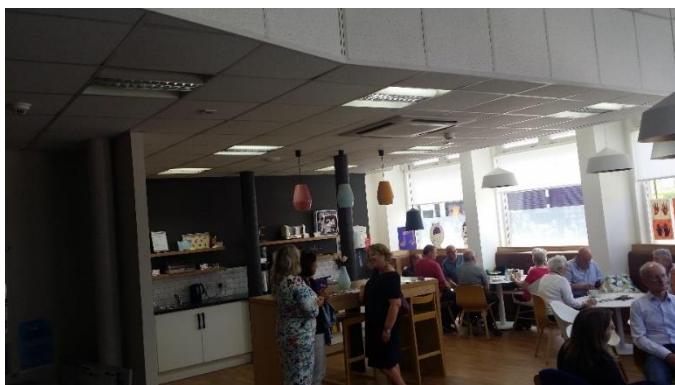
今回は若年性認知症を対象とした認知症カフェを行っている Bridgeton Resource Centre を訪問することができた。グラスゴーの Alzheimer Scotland の本部から徒歩 20 分程度のエリアにある。



(Bridgeton Resource Centre：通りに面し、看板も目立つ位置に掲示している)

若年性専門の認知症カフェはスコットランドでもここだけとのことで、訪問した日も当事者やその家族、支援者で部屋は満員であった。2016 年 10 月から開始され、毎週月曜日の午前中に 1 時間程度の開催という。お茶を飲みながら、思い思いに語り合うだけでなく、アロマセラピーなどのアクティビティも週替わりで用意されている。若年性認知症の当事者が認知症カフェのような社会参加の場所に来たがらないというのは、日本にも共通して

いる課題であるが、スコットランドでも同じような課題を抱えている。しかし彼らは決して無理に参加してもらおうとすることはせず、常に門戸を開いていることを伝え、あとは本人の意思に任せるという。ここにもリンクワーカーや各種認知症ケアの専門スタッフが常駐し、当事者が自らの認知症と向き合うための手助けをしている。



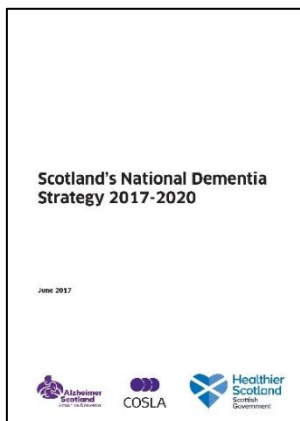
(カフェの様子)

続いて、今回の訪問直前の2017年6月に発表されたスコットランド第3次認知症国家戦略についてPDSに関係する点を押さえていきたい。今回は「第3次」であり、第1次認知症国家戦略は2010年に発表されている。この時は「診断後支援」と「一般病院でのケア」が二大優先事項とされた。この戦略策定にはスコットランド認知症当事者グループ（SDWG: Scottish Dementia Working Group）のメンバーからの意見も数多く取り入れられた。そして、第2次認知症国家戦略は2013年に発表された。ここで初めて診断後1年間のリンクワーカー制度の利用を政府が公式に保証した。これにより2014年4月から正式にリンクワーカーがNHSの制度として運用されるようになった。そして今回は発表されたのが、第3次の国家戦略となる。今回盛り込まれたPDSに関わるポイントは以下の通りである。

1. リンクワーカーの期間延長
2. 中期以降の認知症の人への診断後支援
3. GPとリンクワーカーの連携

このうち1.と3.については後述するとし、「2. 中期以降の認知症の人への診断後支援」について概略を述べておく。これは、すでに進行が進んだ段階で認知症と診断された人に対する診断後支援の柱とするものである。8 pillar model、その名称通り、支援のポイントが8本柱で織り込まれている。8 pillar modelについては第2次の認知症国家戦略で盛り込まれていたが、今回の新しい国家戦略では、そのうちの1つである“Dementia Practice Coordinator”の制度化について言及された。これはリンクワーカー制度とは異なり、専従ではないソーシャルワーカーなどが、普段の業務の中で兼職しながら認知症の人のケアを担うものであり、その点は日本の初期集中支援チームとも近い状況にある。後述する5 pillar modelが初期の認知症に対する支援を対象としており、リンクワーカー制度が整備されているのに対し、本制度にはそこまでの充実はない。スコットランドでは、初期段階の認知症

と、中期以降の認知症とは分けて考えており、後者については今後の課題として捉えているとのことである。

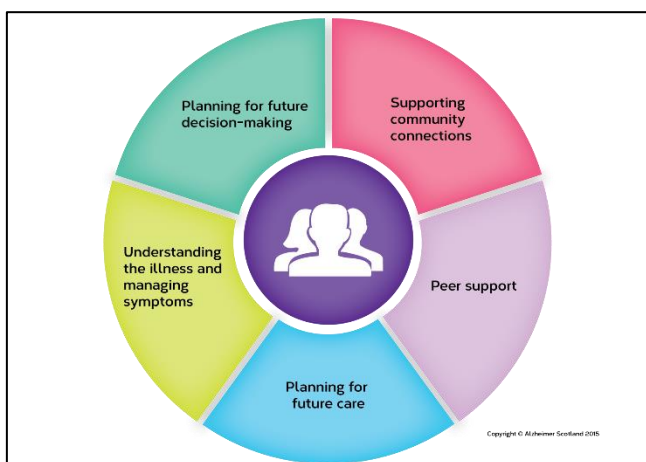


(スコットランド第3次認知症国家戦略)

● リンクワーカー制度

ここからは、今回の本題であるリンクワーカー制度について、インタビュー記録の紹介とともに述べていく。インタビュー初日の冒頭には、Amy Dalrymple 氏（Head of Policy, Alzheimer Scotland）より、リンクワーカー制度の政策理念である「5 Pillar model」の説明、2017年6月に策定された第3次スコットランド認知症国家戦略に新たに盛り込まれたPDSについてご説明いただいた。

リンクワーカー制度の基本理念ともいえる、5 Pillar model はまだケアを必要としない程度の認知症の人を対象にしたものである。彼らはその緊急性の低さから、診断後速やかにケアを受けることができない可能性が高い。2009年頃からSDWGのメンバーによって、この点についての問題提起がなされ、対応策の検討がはじまった。その結果出来上がったこのモデルは、「早期診断後に少しでも自立して暮らせるようにする」ことをゴールとしている。



<sup>3</sup> (5 Pillar model の理念図)

1. Supporting Community Connections（地域社会との繋がりの支援）

<sup>3</sup> Alzheimer Scotland HP より ([http://www.alzscot.org/campaigning/eight\\_pillars\\_model\\_of\\_community\\_support](http://www.alzscot.org/campaigning/eight_pillars_model_of_community_support))

2. Peer Support (当事者相互の助け合い)
3. Planning for Future Care (将来のケア計画づくり)
4. Understanding the Illness and Managing the Symptoms (自分自身の認知症を正しく理解し受け入れる)
5. Planning for Future Decision Making (将来の自己決定の計画づくり)

日本の初期集中支援事業でも同様だが、「危機が起きてからの対処」から「起きる前の対応」が意識されている。そして初期段階の認知症の人のみならず、すべての認知症の人が必要としているポリシーが 5 Pillar model に詰まっていると Amy 氏は言う。

リンクワーカー誕生のきっかけは、Alzheimer Scotland とスコットランド認知症当事者グループ (SDWG) のキャンペーンであった。SDWG は 2002 年から活動を始めた当事者のグループで、2~3 か月に一度という頻度で保健大臣と 2 時間ほどの MTG を続け、当事者の視点で様々な提言を続けている。今回の訪問でも SDWG のメンバーとも懇談の時間を持つことができた。日本の制度にも強く関心を持ち、多くの質問をいただいた。



(SDWG メンバーと)

2010 年に発表された第 1 次スコットランド認知症国家戦略には、2 大優先事項の 1 つとして、リンクワーカーの活動につながる「診断後支援 (PDS: Post-diagnostic Support)」が盛り込まれた。2014 年 4 月から Alzheimer Scotland が PDS の実践として制度をスタートさせた。前述の通り、現在リンクワーカー制度は NHS の一制度として運用され、認知症と診断されたすべての人が 1 年間サポートを受けられるようになっている当初は Alzheimer Scotland の独自制度として運用されていたが、彼らの強い要望により認知症国家戦略でも宣言され、2014 年から NHS システムに組み込まれた。前出の Amy 氏は、「政治家や官僚を中心にリンクワーカー制度を NHS に取り入れることに抵抗を持つ人は多かった。なぜなら税金の使途として薬などに比べその効果が見えにくいからだ。」と述べた。しかし国内外の研究者と共同し、リンクワーカーの持つ効果を具体的に示せるよう努力を重ねた。Amy 氏によれば、実際に施設に 1 年間入居した場合 1 人当たりのコストは約 30,000 ポンドであるのに対し、リンクワーカーの導入に際して認知症の人 1 人当たりのコストは約 600~700 ポンドとの推計もあるという。また近年、医療とケアの統合に向けた動きが強まったこと

も追い風となったという。ソーシャルケアを所掌する自治体は特に認知症政策に対する理解が深いという。現在の制度ではケアの一環となれば本人や家族の資産・所得によって負担額が異なってしまうため、対象となる人全員が無料でサービスを受けることができるよう、あくまでも NHS の制度として運用されることにこだわったのである。さらに Amy 氏は今後の展開として「認知症予防に対する需要が高まり、診断後支援よりも効果の見込める認知症予防策に財源を投入すべきでないか」という声が高まると予想している。

続いてリンクワーカーの採用・教育システムについて説明する。採用プロセスは概ね一般的なもので、web サイトへの求人情報の掲載を中心に行っている。欧米ではチャリティー団体への就職人気が高いこともあり、人材難は特に感じないという。特にスコットランドにおいて Alzheimer Scotland は大きな組織であり、1つのポジションに対し、多いときは20~30倍の応募があるそうだ。前職は医療従事者やメンタルヘルスワーカーなどが多く、また女性が圧倒的多数を占めるのが特徴でもある。(インタビュー時点で Alzheimer Scotland に所属する70人のリンクワーカーのうち男性はわずか4名) 今後は若い世代や男性のリンクワーカーの採用も検討している。

リンクワーカーの新規採用者はまず Alzheimer Scotland の本部にて8日間の研修を受ける。以下のようなプログラムで構成され、実際の事例などを基に学んでいく。

- 1日目：人権について
- 2日目：認知症についての基礎知識
- 3日目、4日目：生活支援（経済的支援、法律的支援）
- 5日目：パートナーとの関係について
- 6日目：スピリチュアルなこと
- 7日目：セラピック
- 8日目：身体的支援の方法

その後は数か月に1度のペースで同地域のリンクワーカー同士で、さらには1年に1度全ての地域のリンクワーカーが集合し、事例共有や意見交換をし、自らの活動を振り返る時間を設けている。最初の研修でも使用するが、スコットランドには認知症に関わる全ての人が共通して学ぶガイドライン “Promoting Excellence: A framework for all health and social services staff working with people with dementia, their families and carers” がある。このガイドラインはソーシャルケアを所掌する Scottish Social Services Council と NHS Scotland、そしてスコットランド政府が共同で作成し、リンクワーカーには “The Enhanced Dementia Practice level” と呼ばれる上から2番目のレベルを習得することが求められている。またリンクワーカー自身へのメンタル面のフォローについても検討され、去年はパイロット的に1か月に1回、12人のリンクワーカーを対象とし、1時間ほどの面談を通じて6か月間のサポートを行ったという。フォローの結果は上々であったが、コストがかかりすぎることから、自主的な実施は断念、今後は NHS に費用負担を求めていくという。





(ガイドラインの表紙)

では実際の利用までの流れはどのようなものか。リンクワーカーが利用できるのは認知症と診断された後になる。診断までの一般的な流れは、GP から紹介されたメンタルヘルス専門の医師が認知症の診断をしたのち、患者の同意を得たうえで最寄りの Resource Centre に紹介される。利用者の居住地に応じて、NHS もしくは Alzheimer Scotland のリンクワーカーに振り分けられ、最初の訪問アポイントの連絡が入るようになる。この時、リンクワーカーと利用者のマッチングにはさほどの時間はかけず、紹介のあった案件から順に対応していく。これまでその方法によって苦情など大きな問題にはなっていない。

今後の課題は大きく2つあるという。1つは、新たな政府の認知症国家戦略でリンクワーカー制度の利用機関の延長が示されたことによる需要増にどう応えるかだ。新たな戦略は当事者の希望により実現されたものだが、今のところ政府からはリンクワーカーの需要増加に対する具体的な支援策は出ていない。現場では、リンクワーカーはメンタルサポートに注力し、補完的な生活支援は別のシステムを作るべき、などの声が上がっている。つまり、リンクワーカーの業務拡大に伴う『働き方改革』が求められていると言える。Alzheimer Scotland としては彼らの求める理想に近づいた一方で、業務負担が増えるという板挟み状態を危惧している。もう1つは NHS と Alzheimer Scotland のリンクワーカー制度それぞれの質の標準化である。上述の通り現在リンクワーカー制度は表向き NHS の制度であるものの、一部は Alzheimer Scotland が請け負う形を取っている。しかしリンクワーカー制度は Alzheimer Scotland が元々行っていた取り組みであるため、サービスの質や人員の厚みの面で、NHS と大きな差があるという。まず NHS のリンクワーカーは他の医療専門職との兼業が多く、訪問回数も Alzheimer Scotland に比べて少ない。またアセスメントも対応した当事者の数や薬の投与など数値にこだわってしまうのが、Alzheimer Scotland との違いであるという。さらには Alzheimer Scotland が重点を置いている「家族の支援」という観点では、ご近所とのネットワーク作りにもあまり積極的ではないという。こうした課題を克服するため Alzheimer Scotland では、引き続き政府や NHS との協議を続けていく必要があると考えている。

- ケーススタディ 1：リンクワーカーへのインタビュー

3名の紹介（個人情報のため匿名表記）

氏名	前職	勤続年数	現在の担当など
A氏	障がい者支援を中心としたソーシャルワーカー	6年	7つの Resource Centre を担当し、サービスの質を維持管理している
B氏	高齢者の施設入所の仲介業務	1.5年	2つの Resource Centre を担当している。過去には8か月ほど NHS のリンクワーカーとしても業務を請け負っていた
C氏	薬物やアルコール依存症のサポートワーカー	4.5年	

勤務日は主に平日（月曜日から金曜日）の9時から17時が目安となる。訪問時間や人数はその日によって異なるが、平均的に2~3名の訪問が目安という。それ以外の時間は Resource Centre での多職種による MTG、担当する方の行政手続きの支援などに充てるそう。多い人で70名ほどを担当している。1人当たりの滞在時間は5~10分の時もあれば、1時間近くいることもあるそう。利用者のその時その時の状態に合わせて訪問時間を設定するようにしているという。1日のスケジュールはすべて自分で組み立てることができるため、ワークライフバランスのとりやすい仕事であるという意見もあった。

C氏は最近会ったチャレンジングな例を話してくれた。担当して4か月になる70歳の女性の利用者は、認知症の診断当初、ご主人がその現実を受け止めることができていなかった。訪問すれば紳士的で協力的な対応をしてくれるものの、家族向けのカウンセリングに参加することもなく、奥さんを置いて外出してしまうこともしばしば。現在は訪問を繰り返し、ようやくお嬢さんとこれからの生活について話すことができるようになりつつある。認知症の診断自体は奥さんがご自身で GP に相談し、専門医に繋がったが、症状が出てから診断まで2年かかったとのことだ。

インタビューをしたいずれの3氏も、自ら志願してリンクワーカーになったこともあり、とても生き生きとした様子が印象的であった。

- ケーススタディ 2：Helens burgh Dementia Resource Centre への訪問

2日目には Helens burgh Dementia Resource Centre でリンクワーカーとして働く Lindsay Voigt 氏にお話を聞くことができた。Helens burgh（ヘレンズバラ）は、スコットランドの

西部に位置する海沿いの町である。グラスゴーから鉄道で1時間弱であり、人口は約15,000人、高齢化率は50%を超えるという。



(Voigt 氏、Jan 氏と)

ヘレンズバラには Resource Centre は1か所のみで、6名の常勤スタッフ（サービスマネージャー、認知症アドバイザー、コミュニティデベロップメントワーカー、リンクワーカー、グループコーディネーター、ボランティアコーディネーター）がいる。当該地域はややサービスが不足している傾向にあり、規模を拡大するため、2年前に駅前通りの現在のオフィスに移転した。インタビューの当日は認知症の方やその支援者が集まり、合唱団の練習をしていた。



(当事者と地域の皆さんで構成する合唱団)

Voigt 氏はリンクワーカーになって今年で4年目。それまではメンタルヘルス専門の看護師として働き、Alzheimer Scotland のボランティアスタッフからサポートワーカーになったそう。スコットランドでも6年前に Alzheimer Scotland によって診断後支援が始まったが、それまでは何も行われておらず、診断された後には希望がなかったと Voigt 氏と言う。

SDWG がキャンペーンを続け、2009年にスコットランド政府から出された「認知症の人と本人のための権利憲章」を皮切りに、2013年には最初のスコットランド認知症国家戦略が発表され、リンクワーカー制度の診断後1年間の導入が制度化された。

Voigt 氏は前職がメンタルヘルスワーカーであったこともあり、リンクワーカーになって以降、地域のメンタルヘルsteam<sup>4</sup>との連携を重視してきた。専門医からの紹介を受け、診

<sup>4</sup> ヘレンズバラではメンタルヘルスナース、OT、PT、専門医、ジュニアドクター（まだ専門医資格を持たない医師）、心

断の場に立ち会うこともかねてより続けてきたという。GP と連携することで、専門医の診断とほぼ同じタイミングで、すぐに本人との関係を始めることができるため、診断からリンクワーカーにつなぐタイムロスをなくすることができる。Voigt 氏のこうした取り組みが評価され、スコットランドの第 3 次認知症国家戦略における GP とリンクワーカーの連携につながったといわれている。

これからの展望について、Voigt 氏は「5 pillar model はあくまでも目安であり、全部を無理に網羅しようとせず、できること、本人や家族が望むものから取り組んでいければよい。例えば認知症カフェであれば、認知症と診断されたことでふさぎ込んでしまい、そこに来ることさえ困難な人もいる。リンクワーカーの仕事の成果は、数字で測ることのできるものではない。担当した人数やかけた時間が評価の対象ではなく、どのように一人一人と向き合ったかが問われている。」と強く語ってくださった。



(診断後に認知症と向き合うための本 タイプ別に分かれている)

- ケーススタディ 3 : Healthcare Improvement Scotland's Improvement Hub (ihub)

Healthcare Improvement Scotland (HIS) は NHS スコットランドの組織の 1 つであるが、スコットランド政府からの支援を受け、国内のヘルスケア体制の改革を担っている。"Better quality health and social care for everyone in Scotland" を目標に掲げ、スコットランドの医療のみならずソーシャルケアもカバーし、認知症はもちろん他分野においても、国内外の組織と連携し、制度改革を進めている。その中でも Improvement Hub (ihub)は、医療サービスと介護サービスの統合の流れを受けて、システム、サービスの再設計と品質の向上、効率化の推進を進めている。上述の通り HIS は第 3 次認知症国家戦略の策定にも関わった。今回は、第 3 次認知症国家戦略の中で PDS を担当した Jane Millar 氏 (Senior project officer) と Julie Miller 氏 (Associate Improvement Advisor) に、新たにプライマリケアの中にリンクワーカー制度を組み込むことでより一層の早期診断につなげる試みについてご説明をいただいた。

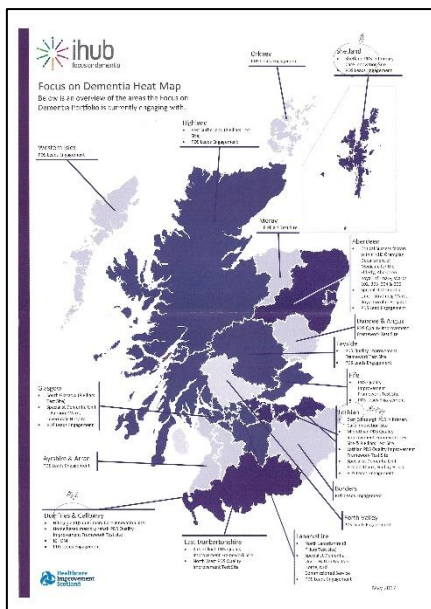


(Millar 氏、Miller 氏と)

ihub では“focus on dementia”を掲げて、5 本柱に基づいて認知症に対する取り組みを進めている。

1. 診断と診断後支援の促進
2. 地域コミュニティにおける統合ケアの調整
3. すでに進行している認知症の人へのケア
4. 病院・施設における認知症ケアの促進
5. 認知症ケア専門家のチーム作り

またそれぞれの取り組みの状況が一目で分かるよう、“Focus on Dementia Heat Map”を作成し、地図に記すことで各地域での取り組み項目を表記している。



(Focus on Dementia Heat Map)

そして第 3 次認知症国家戦略にも記載された、プライマリケアの中にリンクワーカーを取り込んでいく試みについて伺った。スコットランドでは地域ごとに「GP クラスター」を形成している。日本の制度に例えるなら、1つの地域包括支援センターの担当エリアのようなイメージである。毎年クラスター内の GP が話し合って当該地域における重点取り組みを決める仕組みがあるといい、2017 年 4 月からは、試験的に 3 つのクラスターでリンクワーカー

一との連携をスタートさせている。3つはそれぞれ島部、都市部、地方の違いがあり、3か所それぞれで異なるアプローチをとっているという。2017年9月には途中経過の報告会を実施し、進捗を把握、今後の計画に反映させていく見込みだそうだ。

最後に今後の展望について聞いた。最優先は Alzheimer Scotland の見解同様、地域ごとのサービス提供の質の格差是正だという。スコットランドは昔から地域レベルでの取り組みを尊重する風土があるが、その結果として質の差が生まれてきていると Miller 氏は言う。PDS においては、新たな国家戦略において、リンクワーカー制度が個人のニーズに応じてこれまでの1年を超える期間にも対応することが決定し、質の向上が重要との認識が高まっている。リンクワーカーがベースとしている 5 Pillar model をより深化させ、国内統一のフレームワークを作っている。数ではなく質でアセスメントできる仕組み作りに力を入れている。初期段階の認知症に対する診断後支援も、ある程度進行した認知症の人への支援も同様に力を入れていく。個別予算はついていないが、少しずつ試験的に進めていき、効果が検証できたところで実際に運用できるようにするとのことであった。

## ● まとめ

最後に本報告書のまとめとして、日本とスコットランドの比較する際に必要な3つの視点について述べる。

### 1. 医療システム：「GP」と「かかりつけ医」

現在の日本制度は認知症の診断を受けることが1つのゴールとなっている。2015年に策定された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では「早期対応・早期診断」を掲げている。しかしながら、当事者や家族を中心に診断後に生活が一変してしまう不安から「早期診断・『早期絶望』」といった声が上がっている。一方、スコットランドでは診断後支援の目玉としてリンクワーカー制度が設けられているが、診断に至るまでには特に目立った制度はない。

これにはスコットランドのGPと日本の「かかりつけ医」の違いが関係していると感じた。GPでの診察においては、初めから診療科を特定しないため、主訴があっても受診したとしてもその他の異変にも気づきやすい。また長期間、同じ医師が患者を診るため、経年変化にも気づきやすい。日本においても、かかりつけ医の認知症対応力向上研修や専門医でなくても認知症に対して一定の知識を持ち関係機関と連携を取ることができる「認知症サポート医」などの制度がスタートしている。かねてより言われているが、今回のインタビューを通じ、認知症対策において、診療科を問わずかかりつけ医としての役割を担う医師が認知症への理解を深め、専門医療機関につなぐだけでなく、家族や地域包括ケアセンターとの連携を積極的に進める必要があると改めて実感した。

### 2. 地域主権の強さ

今回のインタビューを通じて強く感じたのは、スコットランドの地域ごとの自主性の強さである。「必要なことはまず取り組んでみる」という姿勢が強く、画一化やマニュアル作成は制度が定着してからの課題となっている。一方日本はといえば、制度の必要性が高まると全国一律の制度設計を試み、複数地域で試験運用したのちに、画一性の高い運用がスタートするのが一般的である。これは政治・文化的な背景に依るものであるため、一概に善悪の判断はできない。しかしながら、こうしたスコットランドの行政システムの在り方が、リンクワーカーのような「個に寄り添う制度」を生み出したのではないかと考える。今後日本では、ますます人口減少・超高齢社会が顕著となり、地方自治体が担う医療介護システムへの責任は大きくなる。そして各自治体は個々の地域資源の状況に合わせた対応策を練っていかなくてはならない。国内外の好事例を積極的に展開し、自らの状況に合わせてアレンジし導入する柔軟性や自治体に任せきりにしない住民の主体性が求められるのではないかと。

### 3. 非営利組織の発達

上述のように Alzheimer Scotland は民間企業や財団からの寄付によって資金の 6 割程度を集めており、また学卒者の就職先としても人気が高いと言われている。近年欧米では一般的に、非営利のチャリティー団体への関心は高く、社会的な存在意義としても、また職場としても地位が高まっている。一方、日本で一般的とされる非営利活動（NPO）は小規模なものが多く、過半数の法人で有給職員が「0 人」となっている。10 名以上の有給職員を抱えるのはわずか 5% である。<sup>5</sup>また財政状況も 80% 以上の法人が「5,000 万円以下」であり、その半数近くが「500 万円以下」の小規模法人である。<sup>6</sup>

柔軟かつ先駆的な取り組みを進めるため、今後は非営利組織の担う役割はいずれの政策分野においても重要となる。日本の NPO のうち 30% 以上が「保健医療・福祉」分野である<sup>7</sup>ことから、この領域における非営利組織の需要が高いことが伺える。こうした非営利組織の活動を活発にするためにも、政府側は、非営利組織はもちろん医療介護現場の声を広く聞き取り、政策に反映する体制を整えていくことが求められる。一方で、非営利組織をはじめとした民間側には、活動する領域について広い視野が必要だ。連携するステークホルダーと円滑なコミュニケーションを取り、個別の領域の実現だけを目指すのではなく、社会全体の利益を考えた行動が求められる。そして特に日本の非営利組織においては、他のセクターと対等に協働可能な組織・ネットワークとしての自立が求められる。

#### ● 謝辞

末筆ながら、今回の訪問に当たり、私たちのリンクワーカー制度への理解がより深まるよう、各種プログラムの作成や資料のご用意、そして 2 日間にわたるアポイントの整理を行

<sup>5</sup> NPO 法人データベース「NPO 法人データ分析」より (<http://www.npo-hiroba.or.jp/known/analysis.html>)

<sup>6</sup> 同上

<sup>7</sup> 同上

ってくれた、Alzheimer Scotland, Workforce Development の Deputy Director である Jan Beattie 氏にこの場を借りて改めて御礼を申し上げたい。また今回の訪問を支援して下さった政策研究大学院大学グローバルヘルス・イノベーション政策プログラムにも心より感謝を申し上げます。