

## 第2章 オーストラリア DBMAS 視察報告



# 視察報告

## オーストラリアにおける認知症の 行動マネジメント助言サービス (DBMAS)

萱間 真美 聖路加看護大学

西田 征治 県立広島大学

太田美智子 公益財団法人東京都医学総合研究所

### “Living Longer. Living Better.”

オーストラリアは現在、高齢者ケア制度改革の只中にある。2012年4月20日、連邦政府は10カ年の包括的高齢者ケア制度改革「Living Longer. Living Better.」を発表した。国民のニーズに応えきれなくなった既存の複雑なサービスを整理統合し、今後さらに進む高齢化に備えて拡充することを目的としている。改革は9分野にわたって実施され、当初5カ年の予算は約37億ドル(約3,400億円。1豪ドル=92円換算)である(表1)。

改革の焦点は、高齢者の在宅生活を支えること。在宅支援の分野には総額の25%にあたる9億5,540万ドルを充て、在宅ケアサービスの拡充、選択肢の充実と消費者主導のケア(Consumer Directed Care)、ケア費用の応能負担、統合された在宅支援プログラムの提供を目指している。

従来、連邦政府が提供してきた在宅支援サービスには、「地域在宅ケア(Home and Community

Care: HACC)」「在宅高齢者ケアパッケージ(Community Aged Care Packages: CACP)」「長期在宅高齢者ケア(Extended Aged Care at Home: EACH)」、認知症の人を対象としたEACH-Dなどがあった。このうち、HACCを除く3つのプログラムは、2013年8月から「在宅ケアパッケージ(Home Care Packages)」に統合された。CACP、EACH、EACH-Dと同様、在宅ケアパッケージは医師、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士などで構成される「高齢者ケア判定チーム(Aged Care Assessment Team: ACAT)」のアセスメントを受け、4段階のケアの必要度に応じてサービスを提供する(表2)。

ACATによる詳細なアセスメントを必要としない、ちょっとした手助け的なサービスが提供されるHACCは存続している。例えば、家事援助(洗濯やアイロンがけ)、身体



表 1. “Living Longer. Living Better.”の主な施策と当初 5 ヶ年予算

<p><b>在宅支援</b>：9 億 5,540 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 統合された在宅支援プログラム</li> <li>● 在宅ケアパッケージの拡充</li> <li>● 在宅ケアパッケージ全般での消費者主導のケア選択と選択肢の充実</li> <li>● 在宅ケアパッケージに対する公平な応能負担</li> </ul>
<p><b>介護者支援</b>：5,480 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● レスパイトなどケアラーを対象とした支援の強化</li> </ul>
<p><b>施設ケア</b>：6 億 6,030 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアが受けられる入居施設の建設</li> <li>● 人口密度の低い地方でのサービス支援</li> <li>● 高齢者施設ケアにおける消費者主導ケアの試行</li> <li>● 施設ケアに対する応能負担の強化</li> <li>● 高齢者ケア資金調達機関（Aged Care Financing Authority）の新設</li> <li>● 高齢者ケア補助金制度（Aged Care Funding Instrument）の改善</li> </ul>
<p><b>人材</b>：11 億 8,890 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者ケアに携わる人材の拡充</li> </ul>
<p><b>消費者支援&amp;研究</b>：3,980 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● アドボカシーによる消費者の権利強化</li> <li>● 社会から孤立した孤独な人を社会とつなぐ</li> <li>● 高齢者ケアおよび支援ニーズに対する知識の向上</li> </ul>
<p><b>切れ目のない医療</b>：8,020 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 予防から緩和ケアまで</li> <li>● 多職種によるケア</li> <li>● サービス革新</li> </ul>
<p><b>認知症への取り組み</b>：2 億 6,840 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅および施設ケアにおける認知症加算の新設</li> <li>● 病院ケアおよびプライマリケアの向上</li> <li>● 若年性認知症の人々への支援強化</li> <li>● 発症から診断までの迅速化</li> </ul>
<p><b>多様な背景を持つ人々への対応</b>：1 億 9,200 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● オーストラリア先住民のための高齢者ケア施設を増やす</li> <li>● 精神疾患のある退役軍人への支援</li> <li>● 文化的に多様な人々のニーズに対する介護職の意識向上</li> <li>● ホームレスの高齢者を地域で支える</li> </ul>
<p><b>将来に向けたシステム構築</b>：2 億 5,640 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 新設の高齢者ケア改革実施協議会（Aged Care Reform Implementation Council）による高齢者ケア改革の推進</li> <li>● 高齢者ケア資金調達機関（Aged Care Financing Authority）の新設</li> <li>● 高齢者ケアサービスのナビゲーション窓口の新設</li> <li>● 質管理の効率化</li> <li>● 消費者の苦情対応の権限強化</li> </ul>

注) 予算総額 36 億 9,620 万ドルのうち既存サービスからの付け替え 25 億 5,800 万ドル、利用者負担 5 億 6,100 万ドル。したがって改革による増分は 5 億 7,690 万ドルの見込み。

介護（入浴やトイレの介助、着替え）、ソーシャルサポート（買い物同行、話し相手）、訪問看護（包帯の取り替え、排泄アドバイス）、食事サービスなどがある。

なお、サービス提供の効率化を目指し、2015年7月には、やはり ACAT によるアセスメントを必要としない「全国介護者レスパイトプログラム (National Respite for Carers Program: NRCP)」「デイ・セラピーセンタープログラム」「高齢者住宅プログラム」とともに、「連邦在宅支援プログラム (Commonwealth Home Support Program)」に一本化される予定である。

表 2. 在宅ケアパッケージにおける 4 段階のケアの必要度

レベル 1 (新)	基本レベルのケアニーズ
レベル 2	低レベルのケアニーズ。従来の CACP に相当
レベル 3 (新)	中レベルのケアニーズ
レベル 4	高レベルのケアニーズ。従来の EACH および EACH-D に相当

Home Care Packages, myagedcare: <http://www.myagedcare.gov.au/home-care-packages>

### 「消費者主導のケア」概念の導入

在宅ケアパッケージの重要な特徴として、「消費者主導のケア (Consumer Directed Care: CDC)」概念の導入が挙げられる。消費者主導のケアとは、サービスを利用する本人がケア選択の中心に在り、必要とするケアの種類やそのケアの受け方の決定過程にしっかり関与するというものである。

具体的には、ケアプラン作成時に消費者（高齢者）がケア支援によって実現したい目標と、受けるケアに対してどの程度、自分でコントロールしたいかを明らかにし、話し合いの下で提供事業者がケアプランをたてることが掲げられている。また、消費者主導のケアに必須とされているのが個人予算 (individualised budget) である。個人予算とは、収入(ケアの必要度に応じた政府補助金額と本人負担額などを合計した金額)と支出(合意されたケアプランに基づくケアサービス費、事務費、ケースマネジメント費の合計)を明らかにし、毎月、消費者に収入・支出・差引額が報告され、透明性を高めようというものだ。

在宅ケアパッケージへの CDC の全面導入は 2015 年 7 月からだが、新規サービスにはすでに導入されているほか、2010～2012 年には約 1,000 のサービスに試験導入されており、地域活動に参加するなど社会との関わりを持つ機会や、子や友人宅を訪問する機会が増え、在宅生活の質・健康・ウェルビーイングが改善されたという成果が報告されている。

## DBMAS について

認知症行動マネジメント助言サービス（Dementia Behaviour Management Advisory Service: DBMAS）は、いわゆる行動心理症状（BPSD）による介護の破綻を回避するために 2007 年から連邦政府予算で全国に導入された非薬物介入による支援サービスである。DBMAS の提供事業者は競争入札方式で選定され、各州の地理的・人口的条件や既存の医療福祉サービスなどの実情に応じて提供されている。

DBMAS チームは看護師、心理士、作業療法士、理学療法士など多職種から成り、BPSD に苦慮する家族や介護施設の職員などからの電話相談を毎日 24 時間無料で受ける。相談内容に応じて、相談者以外の家族やサービス事業者、かかりつけの医師などから情報を収集して BPSD の原因をアセスメントし、助言する。また、必要時にはアウトリーチを行い、短期間ケースマネジメントを行うケースもある（図 1）。

DBMAS の重要な目的は、有償・無償を問わず認知症の人の介護に関わる人の理解とケア力を向上することである。それにより、認知症の人と介護者の QOL が改善され、より長い在宅生活の継続に結びつけることが可能となる。したがって、DBMAS では個別の事例について直接的なアドバイスやケースマネジメントを行うだけでなく、相談事例を通じて認知症や BPSD に対する理解を深めるための情報提供も積極的に行っている。

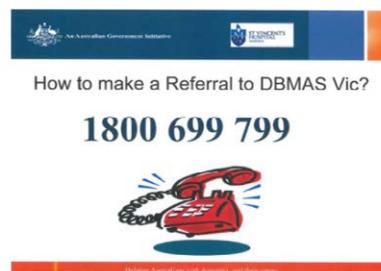
なお、DBMAS に対する 2009～2010 年の連邦政府支出は約 1,000 万ドル、2010～2011 年の電話相談件数は全国で 9,924 件であった<sup>1</sup>。

### DBMAS スタッフの行動マネジメント原則

- BPSD を呈する認知症の人の権利を認識し、擁護すること
- 治療やマネジメントの目標は、最小限の制限環境下で、認知症の人の生活（人生）の質と安全を最大化することである
- 認知症の人の行動は、コミュニケーション方法の 1 つであると認識すること
- BPSD による認知症の人自身、家族、介護スタッフへの影響を認識すること
- BPSD への望ましい対応は、関係するすべての人と協力することである

“Behaviour Management – A Guide to Good Practice–,” by Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care (DCRC-ABC). May 2012

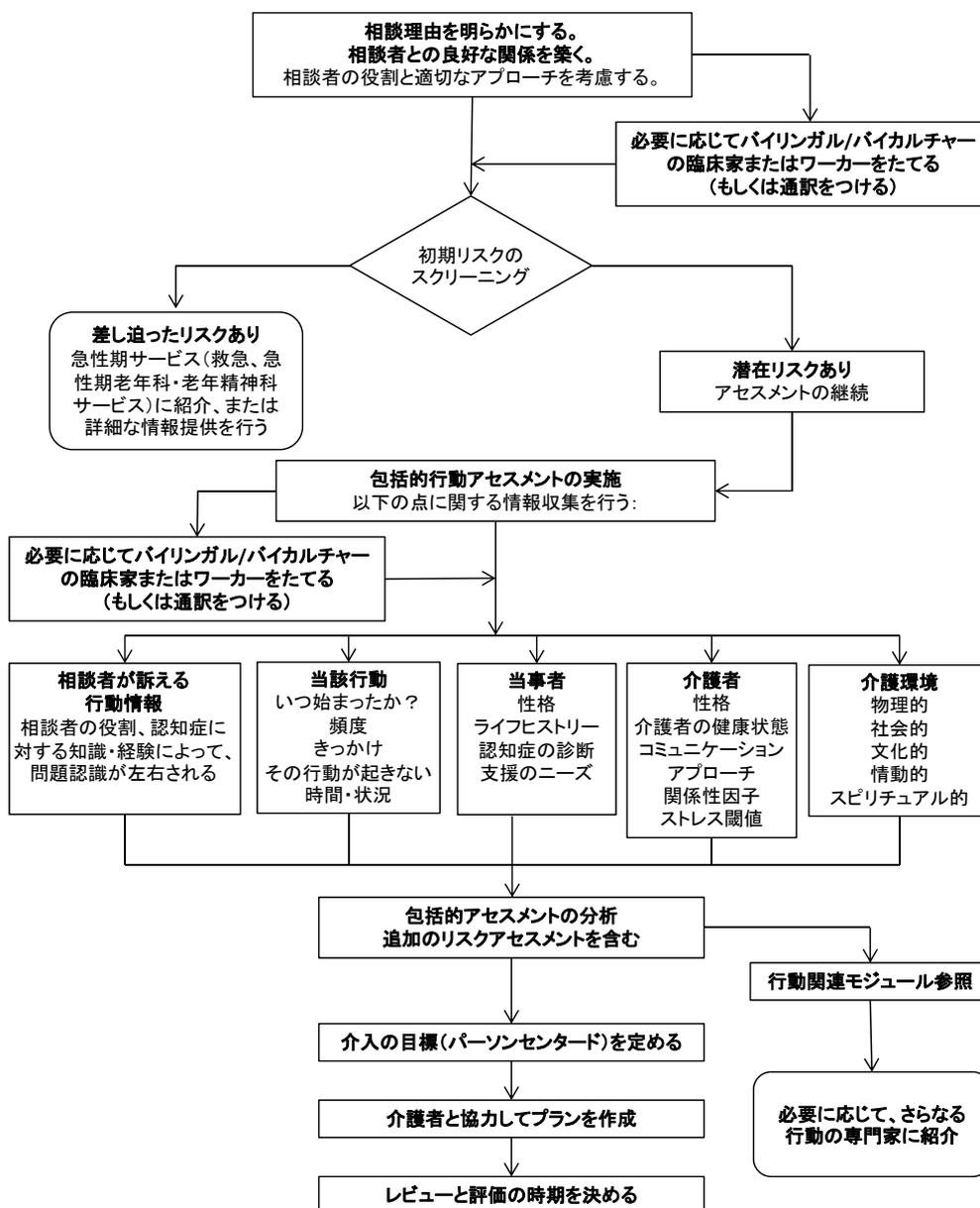
<sup>1</sup> Dementia in Australia. Australian Institute of Health and Welfare 2012. Dementia in Australia. Cat. no. AGE 70. Canberra: AIHW



## 政権交代と認知症施策

DBMAS を導入したのは 2007 年当時の労働党政権だが、2013 年の選挙に勝利した自由党政権もすんなり事業の継続を決定した。その背景には、アドボカシー団体などが与野党を問わず、認知症施策の重要性を求めて活発にロビー活動を展開していることが挙げられる。また、新政権は選挙時から認知症分野の研究に今後 5 年間で新たに 2 億ドル投入するとの公約を発表した。

図 1  
DBMASの行動マネジメントの流れ



## ビクトリア州の DBMAS 視察報告

視察先： DBMAS Vic、セントビンセント 高齢者精神科サービス  
(ビクトリア州メルボルン、セントジョージ病院内)

視察期間： 2013 年 10 月 27 日 (日) ～2013 年 11 月 3 日 (日)

### ビクトリア州の DBMAS

オーストラリア南東部に位置するビクトリア州はタスマニアを除くと最も面積の小さいが、人口は 2 番目に多い。日本と比べると極めて人口密度の低いオーストラリアにおいては、人口密集地域といえる(ただし、同州の面積は 22.7 万平方キロメートルで日本の本州に相当し、州人口は約 570 万人)。



比較的人口が密集している地理上の利点を生かし、ビクトリア州は 1980 年代後半から精神科の訪問 (アウトリーチ) サービスを整備してきた。現在でも国内で最も充実しており、連邦政府が企図した DBMAS の訪問およびケースマネジメント機能は州政府の高齢者精神科サービスにより、すでに提供されていた。したがって、DBMAS Vic (DBMAS ビクトリア) は訪問を含まず、電話やメールなど遠隔サービスに特化する一方で、州による既存の訪問サービスと協働する方式をとっている。DBMAS Vic の実施主体も、州の高齢者精神科サービス、アルツハイマー協会ビクトリア州支部、National Ageing Research Institute (NARI) などが共同事業体として受託している。

したがって、今回、我々は州都メルボルンのセントジョージ病院を訪れ、同病院を拠点として州の高齢者精神科訪問サービスを担うセントビンセントと DBMAS Vic の双方の活動について同行視察やインタビューを行うことにより、ビクトリア州における「DBMAS」のあり方を調査した。



セントジョージ病院。メルボルンの高齢者精神科サービスを提供する「セントビンセント」および DBMAS の拠点がある。



セントジョージ病院の敷地内にある DBMAS と RSP (施設支援プログラム) のオフィス棟。

セントビンセントの高齢者精神科訪問サービス（Aged Psychiatry Assessment and Treatment Team: APATT）は、メルボルン市内の Yarra 区および Boroondara 区を管轄とする。同地域の 65 歳以上の人口は 45,000 人弱、APATT の人員はフルタイム換算で 19 名、専門は精神科看護師、作業療法士（OT）、ソーシャルワーカー、神経心理学士である（事務スタッフを含む）。このほか、精神科医がコンサルタント医として APATT の活動を支援している。

DBMAS Vic は我々の訪問時、組織変更の過渡期であったが、訪問時点の人員は認知症ケアの経験を有する看護師（精神科看護師を含む）と OT の計 13 名（セントジョージ病院を拠点とする「ハブ」担当者 7 名、周辺地域担当者 6 名）。加えて、薬剤に関する電話相談に老年精神科医が応じるケースもある。

### 地域による DBMAS 機能の相違

萱間は 2012 年度、西オーストラリア州パース市の DBMAS WA を見学した。ビクトリア州の DBMAS Vic とはバックグラウンドが対照的であった。今回の視察において、双方のチームでの勤務経験を持つメルボルン大学研究ユニットの Prof. Nicola Lautenschlager と、NARI の Executive Director である Prof. David Ames にインタビューする機会を得たため、以下に概要を説明する。

WA vs VIC DBMAS チームの相違	
<p>&lt;WA&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✦ コンペで AA が受託</li> <li>✦ ケアマネジメント機能も DBMAS が一部実施</li> <li>✦ 医療機関とは離れた立地</li> <li>✦ チーム精神科医は週 1 日出向</li> <li>✦ デイケア、スタッフ教育、ケアラー教育を中心に実施</li> </ul>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>&lt;VIC&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✦ コンペで病院と研究機関のコンソーシアムが受託</li> <li>✦ ケアマネジメントは APATT が実施（病院の APATT チーム）</li> <li>✦ 急性期病棟との連携によるスタッフ教育プログラムを展開</li> <li>✦ チーム精神科医が病棟も担当（担当患者は 13 名！） 常勤は VIC 唯一</li> </ul> <div style="text-align: center;">  </div>

ビクトリア州は 1988 年、病院を拠点とする地域メンタルヘルスシステムが整備された。このシステムで認知症の BPSD への対応も可能であったため、DBMAS の導入は国内で最も遅かった。「他の州よりも優れたサービスがすでにある。既存のサービスと重複せず、補完するような DBMAS をつくる必要があることを連邦政府に納得してもらうのに時間がかかった」からだ。ようやく連邦政府の理解を得て、DBMAS の訪問・ケアマネジメント機能は従来通り、APATT が担っている。APATT はチームを支援する複数の精神科医に日常的にコンサルテーションしているため、処方調整を含めてかなり迅速に対応している。

一方、パース市にはこのような基盤が充実していない。DBMAS はアルツハイマー協

会が受託し、ケアマネジメントを含めて対応している。

日本における適用を考えた時、病院を活用するモデルではメルボルン市に類似したモデルを構築することは、精神科医の活用という意味では可能かもしれない。しかし、もともと基盤となるアウトリーチの文化や資源は整備されていないという意味では、パース市に近い役割を担うことになると考えられる。

## DBMAS の事例

DBMAS の具体的な事例について、精神科看護師と作業療法士の各 1 名から聞き取り調査を行った。

### 事例①（精神科看護師による対応例）

#### 【相談者】

85 歳男性。妻は 3 年前から認知症の症状が現われ、現在ナーシングホームに入所している。今回、かかりつけの病院で DBMAS の小冊子を見つけ、電話をかけてきた。



相談電話に応える DBMAS スタッフ

#### 【相談内容】

毎日、妻のいるナーシングホームを訪問している。妻はもともと活動的で社交的な人だったが、現在は興味を失っていることを心配している。また、妻は家に帰りたいたいが、叶えてあげられないことをストレスに感じている。自分が何をしてあげられるのか分からない。

#### 【助言内容】

- 活動を通して楽しい時間を過ごす。具体的な提案内容は：
  - － 妻の手を握ったり、ハンドマッサージをしてあげる。
  - － 回想法のハンドブックを送るので、それを使って若いときのことや楽しかった思い出を妻と話してみる。
  - － 馴染みのある好きだった活動を単純化して行う。そうすることで、スタッフに関わる以外に楽しみが得られる。
- うつの評価と治療
  - － うつ尺度を用いて看護スタッフに評価してもらい、抑うつの程度を話し合ってもらう。うつの治療について、かかりつけ医から助言を受ける。
  - － うつ尺度には次の 2 つが使われる。

Cornell Scale for Depression in Dementia (Alexopoulos et al., 1998)

Hayes and Lohse Non-verbal Depression scale (Hayes et al., 1991)

- 看護スタッフに DBMAS に電話をかけてもらい、あなたが妻を心配していることや彼女のうつについて話し合う。

#### 【全体を通して】

今回の電話相談の時間は約 15 分間だった。初回の相談だったこともあり、相談者が話したいことを遮らずに聞くことを優先していた。例えば、妻が「お母さんはどこ？」と繰り返し聞くのに対し、相談者は「お母さんは亡くなった」と繰り返し答えているという。対応した精神科看護師によると、通常は「お母さんに会ったら話したいことは何」と尋ねるように助言するが、今回は相談者が助言を求める以上に話を聞いてほしい様子が強かったため、あまり話を遮らないようにしたと言う。相談者が求めていることは何か、彼が妻にできることは何かを探っていた。終了後、彼はできることがあると分かり、声の調子が少し明るくなっていたとのことである。

### 事例②（作業療法士による対応例）

#### 【相談者】

ナーシングホームのケアコーディネーター（看護師）

#### 【相談内容】

1 年前にナーシングホームに入居した 86 歳のアルツハイマー型認知症の女性に、介護抵抗、徘徊、不安、物盗られ妄想、大声が認められる。特に自分の衣服を職員に盗られているという思い込みが強い。他人との接触を避け、臥床傾向にある。彼女のケアについて助言が欲しい。



#### 【助言内容】

- うつの可能性がある。うつのスクリーニングを行い、かかりつけ医に判定と老年精神科医の紹介を依頼する。
- 朝 7 時の起床、身支度、昼食後の休憩、午後のグループ活動など取り入れ、規則正しい生活リズムをつくる。
- 職員が自分の衣服を盗っているのではないかと疑う理由として、視空間認知機能の低下により、自分で必要な衣服を見つけられないことが考えられる。したがって、物事をシンプルにすることが大切。例えば、彼女のクローゼットの中の衣服を 5 セットに減らし、必要なものを見つけやすくする。また、衣服の収納場所が分かるよう、クローゼットに衣服のイラストを描いたラベルを貼る。
- その他の視空間認知機能の低下への対応策：特にバスルームなど、壁・洗面台・便器・浴槽のすべてが白、タオルも白っぽい色だと見分けるのが難しい。壁の色を塗

り替えられればよいが、できない場合は、取り外し可能な絵を壁にかけて壁の存在を強調したり、タオルや便座の色を目立つ色にして、認知を助けるよう工夫する。

- 感覚刺激を求めて反復行動（洋服の出し入れ、徘徊）している可能性もある。彼女が好む道具や手触り、色のついたもの（手芸が趣味であればカラフルなボタンや生地など）を集めた箱（「感覚ボックス」）をつくり、触って刺激を得られるようにする。
- 介護職員のコミュニケーション法としては、「心配ない。衣服は全部あるよ」と説得するより、「それは大変。もし私が衣服を盗られたら同じように動揺するわ」と共感を示す。



鮮やかな色の壁で、洗面台や床とのコントラストを高めた例。



目立つように、スプレー塗料で赤く着色した便座。

「尿失禁などトイレ問題が介護破綻の大きな原因」と話す DBMAS Vic チーム、作業療法士の Wendy Hall さん。

「せっかくバスルームに行っても、壁も便器も白だと、トイレを探しているうちに失禁してしまうことも少なくない」という。

### 【全体を通して】

上記の相談事例に対して、DBMAS スタッフは様々な助言や提案を記述した文書を相談者宛てに作成していた。個別事例に対する具体的な方策の提案に加えて、認知症の人にみられる機能障害や不便を説明し、介護職が認知症の人の視点にたって BPSD と言われる行動を理解できるよう助言しており、同時に、介護者の認知症ケアスキル向上という DBMAS の掲げる目標に向けての助言であることが強く感じられた。

### DBMAS に関する資料

連邦政府の DBMAS に関するウェブサイトに BPSD のマネジメントガイドなど様々な資料が公開されている。関心のある方は、下記の URL をご参照頂きたい。

[http://dbmas.org.au/Want\\_to\\_know\\_more\\_/Resources1.aspx](http://dbmas.org.au/Want_to_know_more_/Resources1.aspx)

### 感覚を刺激するアイテムの活用

上述した「感覚ボックス」のように、認知症の人が好み慣れ親しんだ活動になぞらえて手触りや音楽などで五感を刺激すると、退屈が避けられたり、安心感が得られて落ち

着く効果があると言われている。オーストラリアでは感覚を刺激するアイテムも積極的に活用されており、DBMASでも紹介している（図2）。

様々な感触の生地やボール、ボタン、ヒモなどが縫い付けられたエプロン、やはり様々な感触の生地がパッチワークされ、ひざの上におくと重みで安心感が得られるひざ掛け、いくつものオルゴールが付けられた音楽ボックスなどである。人によって好みの手触りや刺激は異なるが、DBMASでは貸し出しも行っており、気に入った場合は購入したり手作りすることも提案している。

図2 感覚を刺激するアイテムも活用されている



エプロン



ひざ掛け



音楽ボックス

### セントビンセント・ヘルスにおける高齢者精神科サービス

図3は、セントビンセントの高齢者精神科および周辺サービスの全体像である。

図3

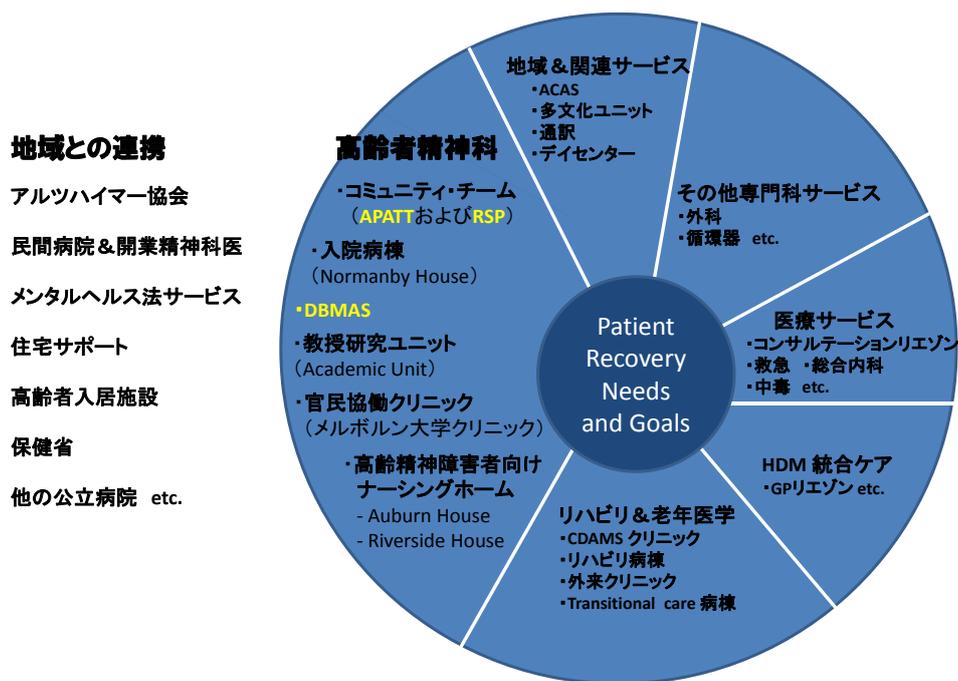
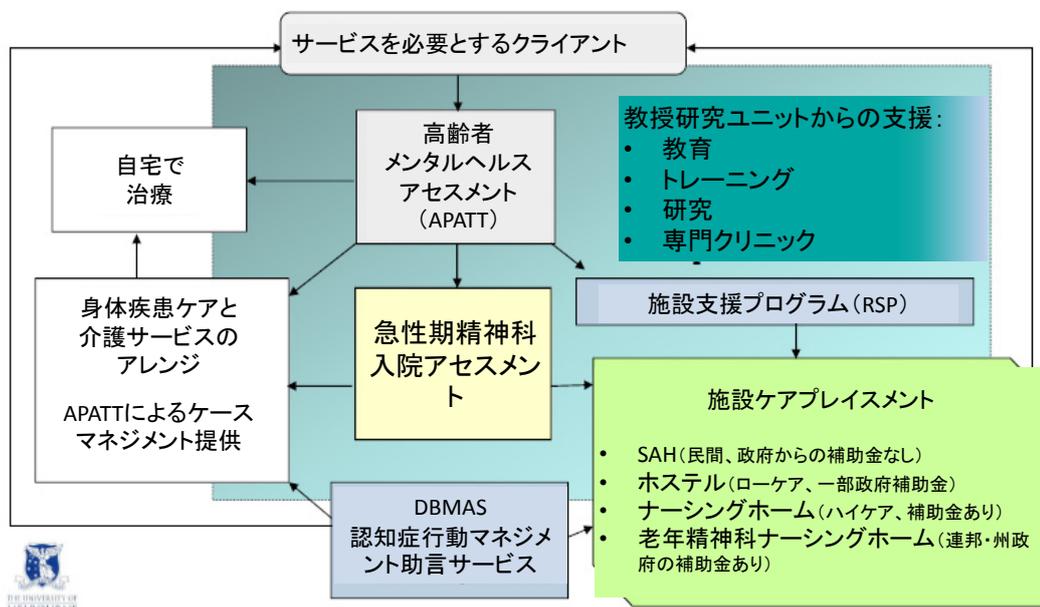


図 4 セントビンセントにおける高齢者精神科サービスの流れ



Demystifying Mental Health Service System, Chris Harrison 一部改変

セントビンセントが提供する高齢者メンタルヘルスサービスの流れ（図 4）の中で、APATT は以下を担っている：

- 電話によるアドバイスとトリアージ
- 精神疾患に関するアドバイス、権利擁護、教育、他の適切なサービスへの橋渡し
- 自宅でのアセスメント、診断、コンサルテーション、治療、ケースマネジメント
- 急性期病院入院や精神科ケア施設入所前のアセスメント
- ケア施設入所者の困難な行動や複雑なケアニーズのマネジメントを支援する施設支援プログラム（Residential Support Program: RSP）

問題を抱える高齢者の入居施設や自宅を訪問し、薬物やサービスの調整、助言などを行う APATT のケースマネジャーたち



		
<p>セントビンセント APATT マネジャーで、精神科看護師の Chris Harrison さん。</p>	<p>骨粗しょう症で骨折した大腿部が痛み、介護抵抗を示す女性の新しい入居施設を訪問。女性の様子を見た後、担当職員に説明し配慮を促す。</p>	<p>APATT のコンサルタント精神科医が対象者の薬物療法をチェックする。過剰な投薬が問題行動の原因となっていることも多い。</p>

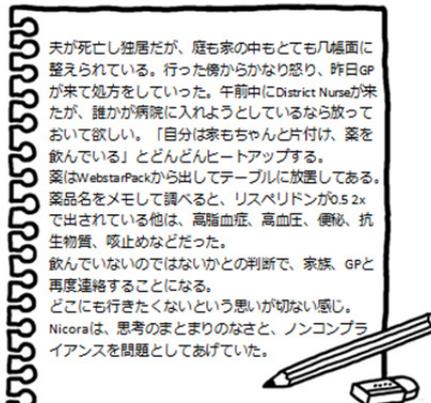
### APATT の訪問事例

一軒家に独居の 70 代女性。肺炎で入院した際に精神的な問題がみられたため、入院時の主治医から APATT に訪問依頼が出された。認知症とは特定されておらず、生活の場における精神症状全般をアセスメントするため、APATT の精神保健福祉士と看護師が訪問した。

ちなみに、こうしたケースはパース市では DBMAS が訪問していた。APATT に該当する機能がないためである。少しでも認知症に関連する場合には DBMAS がアウトリーチ機能を果たすことになるパース市と、認知症の確定診断が出た後の対応に特化できるメルボルン市の相違が反映されている。

**APATT事例**  
**入院時の主治医から照会**

- ❖ 70代女性 一軒家に独居
- ❖ ホームヘルプサービス (1回/4日) 庭の手入れやハウスキーピング、GPの訪問診療を受けている
- ❖ 肺炎で入院時、研修医に対する被害感と攻撃性があり、主治医がAPATTおよびDistrict Nurseの訪問、CT検査を依頼
- ❖ 初回訪問では、薬物療法の経過および本人の状態をアセスメントする
- ❖ 次回チーム精神科医が訪問予定



夫が死亡し独居だが、庭も家の中もとても几帳面に整えられている。行った傍からかなり怒り、昨日GPが来て処方をしていった。午前中にDistrict Nurseが来たが、誰かが病院に入れようとしているなら放っておいて欲しい。「自分は家もちゃんと片付け、薬を飲んでいる」ととどんどんヒートアップする。薬はWebstarPackから出してテーブルに放置してある。薬品名をメモして調べると、リスペリドンが0.5 2xで出されている他は、高脂血症、高血圧、便秘、抗生物質、咳止めなどだった。飲んでいないのではないかの判断で、家族、GPと再度連絡することになる。どこにも行きたくないという思いが切ない感じ。Nicoralは、思考のまとまりのなさと、ノンコンプライアンスを問題としてあげていた。

この女性は、GP と訪問看護師 (District Nurse) の訪問も受けていた。リスペリドンが処方され、Webstar Pack (写真) に分包されていたが、服用できていないことが判明した。本人が激昂するため、APATT の初回訪問時は現状把握で終え、翌日、精神

**Webstaer Pack**  
(訪問スタッフ相互で情報が把握しやすい分包)



科医に訪問してもらい、必要時に GP と処方について話し合ってもらったこととした。

処方にはナーシングホーム入所中の対象者を含めて地域の GP が行い、精神科医はコンサルテーションのみを担当する。ナーシングホームへの精神科医訪問にも同行したが、かなりきめ細やかなコンサルテーションが行われていた。

なお、2012 年 11 月～2013 年 10 月末までの 1 年間に APATT がケースマネジメントを実施した内訳は、下記の通り。

- ケースマネジメント数：計 453 例
- 主診断が認知症：108 例（アルツハイマー型 58 例）
- 住まいの形態：施設 205 例、独居 118 例、その他 130 例（家族と同居、ホームレス等）

### **RSP (Residential Support Program: 施設支援プログラム)**

図 3 および図 4 に示した通り、RSP は APATT と同じく、ビクトリア州の高齢者精神科サービスの訪問チームである。介護施設で暮らす 65 歳以上の高齢者で、中等度～重度の BPSD やその他の精神症状により「気がかりな行動 (behaviours of concern)」が続く人の行動マネジメントを目的に介入する。

RSP の特徴は、①非薬物介入、②短期集中 (6～8 週間)、③APATT による紹介を要する、④老年精神科での経験豊富な多職種チーム (作業療法士、精神科看護師、リクリエーションセラピスト) である。

RSP の介入は、次のように行われる：紹介理由となった「気がかりな行動」が高頻度に発生する時間帯を把握するため、介護職員に 1 日 24 時間 1 週間にわたって行動評価シート (Behaviour Assessment Reporting Tool: BART) に記録してもらい、記録を元に行動別に色分けし、発生時間帯ごとにグラフ化する。同時に、自記式質問票を用いて入居者の行動による介護職員のストレスレベルも調査する。高頻度で介護者のストレスが大きい行動が現れやすい時間帯に、RSP スタッフが施設を訪問して行動の観察を繰り返す。職員や家族からも対面や電話で聞き取り調査を行う。観察と聞き取り調査から、行動の原因を探り、改善策を提案する。

DBMAS や APATT 同様、RSP の活動の重要な柱は、個別事例に有効な対応策を講じることに加えて、介護職員の知識を増やし、理解を深め、スキルを高めることである。とくに非薬物介入に特化した RSP によるマネジメントの成否は、高齢者がその人にとって「意味ある活動」をして過ごせるようにし、問題となる行動の引き金を介護者がいかに排除できるかにかかっている。実際、我々が行った聞き取り調査では、RSP スタッフの口から繰り返し「介護者教育」という言葉が聞かれた。