

○現金給付の制度

1996年から「ダイレクトペイメント (Direct Payment)」という制度が始まったが、2009年に「個人予算 (Individual Budget/Personal Budget, 以下IB)」が導入され、現在はこれに移行中である²。[2]

IBとは既存の社会サービスだけでなく複数名目のサービス利用に対する助成を統合して利用者個人に前払いされる現金給付システムのことである。そのプロセスは、FACSに基づきニーズのアセスメントがなされ、ケアプラン立案前にそのニーズレベルに応じた予算が個人に割り当てられる。IBは、個々のニーズに応じて支援の種類や方法を柔軟に選択し利用できる。具体的には、舗装具・住宅改修・介護・就労支援など、生活を送る上で必要な支援を、民間営利・非営利、公的セクターいずれからでも購入することができる。また、予算管理についても利用者自身に主導権が移された。

IBが導入された背景には、「個別化 (Personalization)」が存在する。できるだけ自立し自分の望む生活を送るためには、自治体による社会サービスであっても、自分の受ける支援のあり方は自ら選択し、管理できるようすることを支える仕組みの実現が望まれている。その実現に向け、2005年にグリーンペーパー「自立とウェルビーイングと選択 (Independence, well-being and choice)」が、これを確実に実行するために、2006年に白書「私たちの健康・ケア・声」Our health, our care, our sayが発表され、どのように個別化を進めていくか、そのためのサービスの在り方・ポリシーが提示された。

認知症など意思能力 (Capacity) を欠く人であっても、この「個別化」を推進していくため、2008年、政府はIBやダイレクトペイメントの対象に認知症も含めることとし (the Health and Social Care Act 2008)、成年後見制度 (Mental Capacity Act 2005, 後述) による代理人をたてることで、認知症であってもソーシャルサービスにかかわる自己決定・金銭管理を可能にした。

なお、これまでも「ダイレクトペイメント」や、パーソナル・アシスタントを雇用する経費を調達するための「自立生活基金 (Independent Living Fund, ILF)」[3,4]があったが、IBの新たな点は、割り当てられた予算を現金給付だけでなく現物給付 (従来型サービス) も組み合わせて利用することが可能になった点である。それに伴い、これまでソーシャルワーカー (もしくはケアマネジャー) 主導で作成されてきたケアプランに加え、利用者自身による作成を基本とする手法「ケアプラン自己作成 (Self Directed Support)」も導入されることとなった。なお、ILFに関しては財政事情から2010-2011 (行政年度) の新規の受付はしておらず、その後については未定の状況である。

○「人を最優先に (Putting People First)」

2007年に、中央と各地方政府、NHS、専門職、ケアサービス提供者 (民間含む)、教育機関などによる協定 (concordat) として発表された。[5] この協定によると、既存のソーシャルサービスのみならず、住宅供給、給付金や年金など、交通機関、保健・医療サービス、また公・民間にかかわらずコミュニティケアに携わるあらゆる機関が協力していくことが明記されており、いかにして、安全・自立・生活の質・個の尊厳を守りつつ、サービスを提供していくかのチャレンジであり、過去数十年来の社会サービスの大改革 (transforming social care) と呼ばれている。

③権利擁護

2005年に「Mental Capacity Act」が成立した。この法律は、「mental capacity」の乏しい人を守り、自身による自己決定の手助けすることを目的としている。ここでの「mental capacity」の定義は「決定能力 (the ability to make decision)」とされている。対象は16歳以上かつ、学習障害 (Learning disability; 知的障害を含んでおり医学的な定義よりも広い概念)、認知症、精神障害、脳障害 (けがによる) や脳卒中のある人、とされている。[6]

² New Castle においても、全体的にIBに変わりつつある状況ではあるが、2010年9月末時点においては、ダイレクトペイメントは仕組みとして残されており、IBについては自ら管理できる人が対象とされていた。

2) 認知症に関連する政策・制度等の変遷

イギリスにおいて認知症がいかなる政策枠組みの中に位置づけられてきたかを把握したい。次項で示す国家戦略においては、国としての認知症の体系的な方針が示されることとなったが、それまでイギリスにおいてもここまで明確な形で認知症が位置づけられてきてはいなかった。

認知症がイギリスにおいて、十分に政策として扱われてこなかった理由として、認知症の人を精神領域で担うのか、高齢者領域で担うのかといった、どの領域で認知症の人を担うかがあやふやであったこと、医療と福祉の連携がうまくいっていないことが大きく影響してきたことがとされている。ただし、全く扱われてこなかった訳ではなく、いくつかの枠組みの中に明示されてきている。以下では、それらを具体的に把握し、それらの関係を捉えていく。

2001年に制定された「全国サービス基準高齢者版 (National Service Framework for Older People, NSF)」において、「精神保健と高齢者」の章があり、認知症については早期診断と介入を支援するべきであることが明示されている。具体的には、早期認知症の人に対する抗認知症薬の浸透の必要性が指摘され、これらのガイドラインとしてはNICE (National Institute for Clinical Excellence 2001) の早期の段階での認知症薬の処方やフォローについての基準が参照されている。なお、NSFではよりよいサービスを本人および家族に提供することを目標に、医療・福祉の統合の促進が示されている。2003年から2006年までの戦略には「2004年までに、トラストの垣根 (PCT、精神保健トラスト) を超えて、医療・福祉の両方のサービス提供を図るためのプロトコールを設置することを義務づける」と示され、各地で認知症ケアのプロトコールおよびパスウェイが作成されることとなった。[7]

また、2005年に「Everybody's business - integrated mental health services for older adults: a service development guide」において高齢者の精神保健サービスの要素が設定され、認知症の複合した心理行動症状を管理する地域精神保健チームの役割について記述されている。その他、NICE/SCIE (Social Care Institute for Excellence) の認知症臨床ガイドライン、チャリティー団体のひとつDementia UKによるイギリスの認知症レポート、監査局³ (National Audit Office, NAO) の出費の価値の研究、公共会計委員会⁴ (Public Accounts Committee) の報告書等において認知症が抱える課題やサービスの質の向上の必要性が示され、国家戦略の形成へとつながっている。[8]

1990年	国民医療サービス (NHS) およびコミュニティケア法 (NHS and community Care Act)
1995年	介護者 (認識及びサービス) 法 Carers (Recognition and Services) Act
2001年	全国サービス基準 高齢者版 (National Service Framework for Older People)
2001年	保健社会ケアサービス法 (Health and Social Care Act)
2003年	「ケアサービスへの公平なアクセス」 (FACS : Fair Access to Care Services)
2004年	介護者 (平等機会) 法 (Carers (Equal Opportunities) Act)
2005年	サービスガイド (Everybody's Business - Integrated mental health service for older adults: a service development guide ⁷¹)、成年後見制度 (Mental Capacity Act)
2006年	2006年認知症臨床ガイドライン NICE/SCIE、「私たちの健康・ケア・声」(Our health, our care, our say)
2007年	認知症レポート (Dementia UK: The full report)、 「人を最優先に」 (Putting People First)
2008年	介護者戦略 (Carer's Strategy)
2009年	認知症国家戦略 (Living well with dementia: a national strategy)

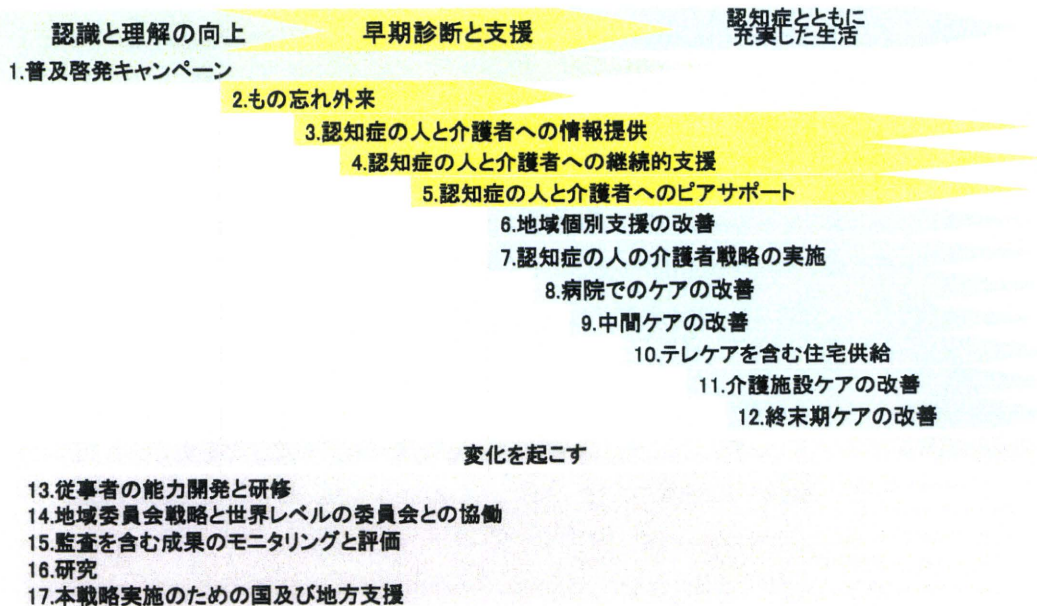
³National Audit Office とは政府の独立機関で、全ての政府部局、代行政府、公共機関 (all government departments and agencies as well as a wide range of other public bodies) の会計監査および公共のお金を投じて行ったことに対し、経済的・効率的・効果的であったかの視点から国会に報告することを職務としている。[9]

⁴Committee of Public Accounts とは英国国会 (下院議員) に設置された選抜委員会。国家予算の使い道が正しくかつ効果的であるかを見届ける責任をもつ機関である。[10]

3) 国家戦略

イギリスの認知症ケアを推進していくために非常に重要な国家戦略（Living well with dementia: a national strategy）が2009年2月に保健省（Department of Health）により示された。この国家戦略は、認知症ケアの大改革とも言われるように、認知症ケアを飛躍的に向上させることを目的とし、①一般人・専門家に対して認知症に対する正しい知識を広める、②専門家による正しい早期診断と早期介入、③確定診断されてからターミナル期までの全てのステージにおいて質の高いケアを提供する、の3点を強調し、17項目にわたる戦略を提示している⁵。

○認知症ケアの国家戦略-認知症の人がより良く生きるための Care Pathway



(NDSP22 Capter2, Figure1) [8]

17項目に関しては以下の通りである。

1. 普及啓発キャンペーン (Improving public and professional awareness and understanding of dementia)
情報の一般公開キャンペーンの開発および普及をする
心に良いことは頭に良いこと」という強い予防メッセージを含むこと
補足的に地域独自のキャンペーンを実施する
特定団体(公益事業や公共サービスの従事者、学校、文化・宗教団体等)対象のキャンペーンを実施する
2. もの忘れ外来 (Good-quality early diagnosis and intervention for all)
認知症の早期診断と介入に向けて、地域における新規の発症者すべてを把握できる、地域で利用可能な質の高いサービスを実施する
3. 認知症の人と介護者への情報提供 (Good-quality information for those with diagnosed dementia and their carers)
既存の関連情報を点検する
診断時とケアの経過全てに関連する、認知症や利用可能なサービスに関する質の高い情報の作成と配付を行う
地域のサービス提供状況を明確にするための、地域の実情に合わせた情報資料を作成する
4. 認知症の人と介護者への継続的支援 (Enabling easy access to care, support and advice following diagnosis)
実践的な取り組みに先立って認知症アドバイザーの試行的プロジェクトを立ち上げ、モデル事業を実施した上で、これを評価していく。認知症アドバイザーは、イギリスにとって新たに創設される職務である
認知症アドバイザーは、認知症の人と介護者全てにとっての連絡窓口となる人で、認知症に関する情報とアドバイスを提供したりするなどの包括的な支援機能を担い、現行のサービスに基づきながら追加的な支援を認知症の人と介護者に提供する

⁵ 国家戦略の概要の翻訳については、認知症介護研究・研修東京センター、認知症ケア高度化推進事業「イギリスの認知症ケア動向VI National Dementia Strategy（認知症国家戦略）の開発」に示されている。[11]

診断後のフォローアップを行う
既存する実践的ケース・マネジメントや直接的なケア提供者と職務が重複しないようにしながら任務にあたること、としている
5. 認知症の人と介護者へのピアサポート (Development of structured peer support and learning networks)
現在の活動や良き実践のモデルを(継続して)実施していくかの意思決定に反映するための地域での試行および評価
認知症の人と介護者のための地域ピアサポートと学習ネットワークの開発を行う。これにより、地域ニーズについての情報源の提供も行うとともに、実質的かつ精神的な支援の提供や、社会からの孤立の減少とセルフケアの促進を図る
保健とソーシャルケアから委託を受けた第3セクターの支援
6. 地域個別支援の改善 (Improved community personal support services)
特定の助成金 (Transforming Social Care Grant) を利用して、認知症の人の個別的ケアを実施する (Putting People First の実行)
在宅において認知症の人を支援するための効果的な専門サービスの科学的な根拠を確立する
上記に関して、コミッショナーは最善の実行モデルを策定する
7. 認知症の人の介護戦略の実施 (Implementing the Carers' Strategy)
本国家戦略を実施する際には、認知の人の介護者のニーズも必ず含まれるようにする
認知症の人のみならず、介護者にも有益な休息サービスの開発を促進する
8. 病院でのケアの改善 (Improved quality of care for people with dementia in general hospitals)
病院での認知症の人に対するケアの質の改善を推進していくために、総合病院内に上級臨床医を特定する
上級臨床医の主導により、病院内の認知症ケアの管理を実現していくための明確なケアのパスを開発する
認知症の人の経過や総合病院内の専門的なりエゾン高齢者精神保健チームの活動によるケアの影響に関する既存データの収集、分析を行う
既存データの収集、分析後は、専門的なりエゾン高齢者精神保健チームへの実働につなげる
9. 中間ケアの改善 (Improved intermediate care for people with dementia)
認知症の人のニーズは、保健省が改正する中間ケア (インターメディエイトケア) に関する 2001 年ガイダンスにおいて明確に対象として含まれ、言及されること
10. テレケアを含む住宅供給 (Considering the potential for housing support, housing-related services and telecare to support people with dementia and their carers)
認知症の人と介護者のニーズを満たす、特別なケア付き住宅 (エクストラケアハウジング) を含んだ住宅のモデルの開発をモニタリングする
住宅サービスおよび施設関連サービスで働く職員が、認知症の人に対して最良のケアの提供・支援するために、各自の職務と活動環境で必要な技術を向上していく
認知症の人と介護者のニーズを支持する技術とテレケアについて、新たに出てくる科学的エビデンスについて情報収集を行い、有効性が証明されたときには、それが実施できるようにする
11. 介護施設ケアの改善 (Living well with dementia in care homes)
介護施設内での認知症ケアの質の改善を主導する上級職員を特定し、育成する
上記の上級職員の主導により、介護施設内の認知症の人のケアとマネジメントのための地域での戦略の開発を行う
認知症の人に対する抗精神病薬の使用は、適切なものだけにする
高齢者地域精神保健チーム (CMHT) による介護施設内で提供する認知症専門サービスの提供
プライマリ・ケア、薬局、歯科など他の外部サービス (in-reach services) の指定と連携
容易に利用できる介護施設の職員向けの認知症ケアガイダンスの策定を行う
12. 終末期ケアの改善 (Improved end of life care for people with dementia)
その地域で認知症の人の終末期ケアに関するデータが不足している場合は、実行に先立って、パイロット事業やサービス提供モデルの試行を行うとともに、その評価を行う
すべてのケアの環境で本人の意向を反映し、Mental Capacity Act の計画ツールを最大限活かしたより良い終末期ケアの開発を行う
End of Life Care Strategy が特定したゴールドスタンダード (Gold Standard) の枠組みに従って、認知症の人を対象とした地域の終末期ケアのパス開発を行う
End of Life Care Strategy の一部として開発された緩和ケアのネットワークにより、最良の認知症終末期ケアの普及を支援していくことが重要である
終末期における認知症の人に対する、優れた疼痛緩和と介護支援の開発に取り組む
13. 従事者の能力開発と研修 (An informed and effective workforce for people with dementia)
認知症戦略の実施に向けた保健省の人員配置を行う

保健省は、専門的な職業的な訓練および専門性の発展の継続に関わる全組織の代表と協働し、認知症ケアに必要とされている中核的な能力に関する合意を形成する
上記の関係組織は、認知症の中核的な能力開発を行うための履修課程および要件について考慮し、資格認定前、認定後の訓練および職業訓練のあり方を策定する
国家の保健およびソーシャルケアの基準見直しについて公表していく
行政官は、サービス提供者に必要と考えられる認知症関連の訓練を規定する
認知症に携わる職員に対して継続的に行われている教育内容の改善を行う
14. 地域委員会戦略と世界レベルの委員会との協働 (A joint commissioning strategy for dementia)
15. 監査を含む成果のモニタリングと評価 (Improved assessment and regulation of health and care services and of how systems are working for people with dementia and their carers)
16. 研究 (A clear picture of research evidence and needs)
保健省の Medical Research Council (MRC) が、認知症研究の関係者のトップ会談を開催し、これを実現する
17. 本戦略実施のための国及び地方支援 (Effective national and regional support for implementation of the Strategy)
保健省は、各地域において本国家戦略の実施に関わる全ての職員に支援を行う。特にサービス支援体制が脆弱な地域の関係者に対して注力していく
とくに、認知症の人のニーズにこれまでの戦略上であまり関心が示されてこなかった地域に対しては、「着手する」ための支援が必要となるだろう
地域での実施を支援するために、地域支援チームを招集する
保健省は、1年ごとにNHSと社会サービス部からの情報を収集し、本国家戦略の進捗状況を観察するための経時的データを収集し、それを基にして現行サービスの提供を見直していく
国によるサービスの評価基準を策定する
特別に委託された研究や評価および実験地からのデータを提供し、本国家戦略を支援する

イギリスの国家戦略作成の注目すべき特徴は、策定の中心となるボードメンバーにアルツハイマー・ソサエティ等の非営利民間団体が多く入り、また、認知症の人や家族介護者へ意見を広く求めていることがあげられる。そのことにより、認知症の人や家族介護者といった当事者の声により反映されている点があげられる。

国家戦略に掲げている内容を「実行するためのプラン (Implementation Plan)」[12]がDHより発表され、2014年までの5年間に17項目をどう進めるかなどが具体的に示され、地域ごとに (Englandのみ、London, Eastern, Yorkshire & Humber, North East, North West, West Midlands, East Midlands, South East, South Westの9か所) 国家戦略17項目が実行計画通りに進むようサポートする体制が取られている。[13]

また、2010年1月に監査局は、国家戦略が発表されてから1年目の評価を発表した (Improving Dementia Services in England-an Interim Report-)。総評は「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」としている。その理由として、現在の状況では費用対効果が低く、国家戦略の全てを実現するには、見積もった予算より£19億余計に、また5年ではなく10年にかかる、としている。また、国家戦略の3本柱の一つである「早期診断」の実現に向け、初年度はGP (general practitioner) の診断技術教育に特化したにも関わらず、実際には47%しか、認知症を管理するために必要十分なトレーニングを受けておらず、回答者の1/3は診断に自信がないという調査結果が示された。[14]

NAOによる報告「Summary of the National Dementia Strategy」(p.43)では、公共会計委員会の推奨、国家戦略17項目(これら17項目と3本柱の兼ね合いも)、実行プラン(5カ年計画)、2010時点で実行されたことを一つの表で提示されている。末尾参考資料1として掲載したため、参照されたい。

2010年9月にDHによって公表された、「Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia Strategy」は、2009年2月に出された国家戦略 (Living Well with Dementia - A National Dementia Strategy) に対する「implementation plan for the Strategy」(2010年2月)がアップデートされたものである。特に、新たな健康と社会的ケアの将来ビジョンにあたる、「Equity and Excellence: Liberating the NHS」(White Paper)と「Liberating the NHS:

Transparency in outcomes – a framework for the NHS" (the consultation document) に DNS を適応していくことを視野にいれ、成果 (Outcome) の視点を強化している点に特徴がある。[15]

また、以下の4つの優先度の高い項目があげられている。ただし、これらは自治体の独自性を尊重することを前提に提案されている。

- ・すべての人に向けた質の高い早期診断と介入
- ・一般病棟におけるケアの質の改善
- ・自宅における認知症の人の暮らしの向上
- ・抗精神病薬使用の削減

2010年5月の下院選で保守党のキャネロン氏が首相に就任し、政権交代が行われたが、新政権においても認知症対策は主要な優先事項としても捉えられており、2010年10月26日のカンファレンス「Improving Dementia Care The new agenda of the coalition government」で新たなアジェンダが示されている。

4) 認知症ケアの方針

イギリスにおける認知症ケアへの重要な考え方の基盤に「パーソンセンタードケア」の存在があげられる。「パーソンセンタードケア」はイギリスの臨床心理学者トム・キッドウッド(Tom Kidwood)により提唱され、「パーソンフード=その人らしさを中心とした介護」を目指しており、イギリスにおける認知症高齢者ケアのスタンダードとして位置づけられてきている。後で説明する NSF にも「パーソンセンタードケア」を取り入れなければならない旨が盛り込まれ、その概念や実行方法、研修カリキュラム、評価 (Dementia Care Mapping/DCM) 等も考案されている。DCM は、施設や病院での認知症のある人の行動やことば、状態や人とのかかわりをつぶさに記録し分析し、その結果を現場にフィードバックして、ケアの方法をスタッフと共に再検討することで認知症のある人の生活の質を改善する一連の行程である。

パーソンセンタードケアの基本的考えは、認知症を中心とした従来の医学モデルから人を中心とした新たなケア観への転換であり、病棟、施設、高齢者住宅、デイサービス、在宅などあらゆる認知症ケアの場面で共通の枠組みを提供するものである。[16] 特に、従来の医学モデルに基づいた認知症の見方を再検討し、認知症の人の詳細な観察を行うなかで、認知症の人にとって好ましい状態 (ウェルビーイング) と、反対に尊厳を傷つける状態 (イルビーイング) を明確にし、新たな認知症ケアの指針が示されている。また、「パーソンセンタードケア」の重要な考え方の一つに、「認知症の人であっても人としての尊厳および敬意をもって接する」 (treating the person with dementia with dignity and respect) がある。

このような考え方も基盤となり、イギリスではサービス提供主体側に立ったサービスの組み合わせの提供ではなく、本人主体で本人が必要とするサービスを制度横断的に提供するあり方が模索されてきた。例えば1つの例として、様々な制度や白書等に示されるタームの変遷 (ex. 「work together」→「collaborate」→「integrate」) から医療分野と福祉分野の境界を出来る限りなくそうという傾向が見られる。

これらの側面とともに一連の政策がコスト削減をねらいとしている側面があることを認識しておくことが必要であろう。なお、認知症ケアにおいては、2009年より2ヶ年の予定で、DHがイングランド16か所で「integrated care pilot program」を行っている。これらに含まれるメンバーは、GP、救急医 (acute care consultants)、専門看護師 (specialist nurse)、ソーシャルワーカー (social worker, SW)、精神保健中間ケアアシスタント (mental health intermediate care assistant)、認知症介護士 (dementia support worker) といった専門職や第3セクターの機関 (third sector agencies)、地域のコミュニティグループ (local community groups) である。[17]

5) 認知症ケアおよび医療に関するガイドライン

○臨床ガイドライン

1998年に北イングランド(North of England)の認知症ガイドライン開発グループが家庭医(general practitioner, GP)のためのガイドライン「Guideline for primary care management of dementia」を発表した。[18]

その後、2006年にNICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)およびSCIE(Social care Institute for Excellence)による「認知症管理に関する共同の臨床ガイドライン(Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care, NICE clinical guideline 42)」が発表されている。ここではケアの原則が掲げられており、それらはこのガイドラインがGPのみならず認知症に関わるすべての人々を対象としているためと考えられる。[19] 周辺症状に対する介入ではまず非薬物療法的介入が推奨され、健康状態を初めとする8つのアセスメント領域が示されている。薬物療法に関しては、周辺症状が顕著であり、認知症の本人および介護者等に直ちに危害が及ぶ場合のみに抗精神病薬の使用を考慮することが示されている。なお、主要な勧告には次の事項が含まれる。①全関係機関を通して統一された取り組み、②認知症と診断される時点で、総合的なサービス“memory assessment service”を提供③介護者の支援および処遇(必要時)、④認知機能以外の症状および行動障害の評価と治療、⑤高齢者を扱うスタッフの認知症ケア研修、⑥総合病院に入院している認知症患者の介護の改善である。[8,11]

○薬物療法に関するガイドライン[20]

認知症で使用される抗精神病薬に関して2009年にDHが発表したレポート「The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action」によると、抗精神病薬の過剰な使用が懸念されている。

その一例として、不必要な投与があったケースは15万件、過剰投与が死に結びついたと考えられるケースが年間1800件と推定されることが報告されている。抗精神病薬の使用を減らすためにもPro. Sube Banerjeeが推奨していることは、カウンセリングなど代替セラピーの導入、処方した薬のモニター、家族が内服薬に心配がある場合には、薬に関する説明を含め十分なガイダンスを行う、認知症ケアに関わる専門職への教育(福祉・医療の両方)、認知症専門指導者(国レベル)の設置などである。

「認知症管理に関する共同の臨床ガイドライン」では、Alzheimer病に有効な薬剤として、donepezil, galantamine, rivastigmine, memantineを推奨しており、2007年のガイドラインの見直し(Judicial Review)では、「これらの薬剤は、moderateレベルのAlzheimerに適応すべし」と追加している。

○リスクに関するガイドライン[21]

2010年10月には保健省より「Nothing Ventured, Nothing Gained’: Risk Guidance for people with dementia」が示されている。ガイドラインの内容は、A. リスクの可能性やリスク管理に関連する主要課題の概要、B. リスクや認知症に関するエビデンスレビュー、C. 認知症の人のリスクの評価(アセスメント)と管理(マネジメント)するためのフレームワーク、の3つのセクションで構成されている。フレームワークは幅広い分野にわたって個々のリスクを評価するとともに、“リスクの高い行為”といった特定の課題を評価、管理するフレームワークとして使用することもできると考えられている。

B. ステージに沿った施策の概要

1) 対象者の把握

認知症の人の正確な人数や推計値に関しては、定期的な国の統計としては示されていない。ただし、「Projecting Adult Needs & Services Information System (PANSI)」や「Projecting Older People Population Information System (POPPI)」や Dementia UK のレポート[22]等によって、横断的な調査の結果が示されている。

アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Society) は 2007 年に「Expert Delphi Consensus」という手法を用いて、認知症の人の数の将来予測を行っている。それによると 2005 年でイギリス全土に 683,597 人がいると推計されており、2051 年には 1,735,087 人になると予測している。[22]

	2005 年	2021 年	2051 年
65 歳未満	15,034	17,279	17,584
65 歳以上	668,563	922,831	1,717,503
合計	683,597	940,110	1,735,087

North East England が認知症の国家戦略の内容を実行していくにあたり、ベースラインデータとして年齢別、認知症のタイプ別の人数やサービス別の利用人数を上記で示したデータを活用し、地域ごとのデータを追加した形で 2009 年 4 月に示している。[23]

2) 啓発活動

国家戦略 (2009) の 3 本柱のひとつが、「一般および専門家が認知症を正しく理解し、スティグマをなくす」であり、国民および専門家に対する啓発活動の重要性が強調されている。これを実現するために、国はアルツハイマー病協会の協力のもと、認知症の知識を広めるため、2010 年「認知症を広めるキャンペーン (Dementia awareness campaign)」[24] がラジオ、テレビなどあらゆるマスメディアを通じて 2010 年 3 月から開始されている。このキャンペーンは、近い将来、また親など近い人が認知症にさらされるリスクが高い 40-60 歳台をターゲットに置いている。

キャンペーンで示されている 10 個のキーメッセージは以下の通りである。

認知症は病気である。

認知症は珍しくない。

認知症は加齢によって必ず起きるわけではない。

社会的な生活環境が重要である。生活の質は、脳の病態レベルに影響されるだけでなく、人との交流や人間関係の豊かさによっても変動する。

認知症は死に直結するものではない。認知症とともに送る生活があり、しかもその生活の質を高いものにできる。

家族や友人、専門家として、認知症の人の生活の質を高めるために私たちができることは計り知れないほどたくさんある。

認知症の人は地域に貢献することができる。また、貢献し続けることができる。

ほとんどの人は自分自身が、あるいは身の回りの人を通じて、何らかの形で認知症を経験する。

全ての人が、認知症の人とその介護者の見守りと支援に関わることができる。

健康的な食事、禁煙、定期的な運動、飲酒の制限、頭部のけがの予防など、私たちが健康全般に気をつければ、認知症のリスクを減らすことができるかもしれない。

なお、これらの展開は以下のようなデータに裏打ちされている。

- ・介護者の 70%は本人が診断されるまで認知症であると気付かない[25]
- ・介護者の 64%は本人が認知症であると認められない[25]
- ・認知症診断及び治療について十分な知識をもち、トレーニングを受けたと自信をもって回答する GP は 31%のみ[26]
- ・一般に 50%の人は認知症に対してスティグマを抱えている[27]
- ・65 歳以上の高齢者のうち、認知症に対する不安を抱えているのは 39%で、この数値は心疾患（21%）脳卒中(12%)より高い[27]

3) 予防活動

認知症のリスクを高める要因は疾患の種類によっても異なるが、脳血管性認知症では高血圧、心臓系の問題、高コレステロール、糖尿病などがあげられている。NHS とアルツハイマー病協会が開発した認知症の啓発リーフレットでは、これらの状態を早期に発見し、治療を行うことが重要だと指摘されている。[28]

「Alzheimer's Research UK (旧称 Alzheimer's Research Trust)」は、1992 年に設立された、認知症に関する研究を支援する代表的なチャリティー団体である。認知症の診断や治療に加えて、発生のリスク要因に関する研究に対しても助成を行っている。2010 年のレポートによれば、この団体が助成した予防に関する研究で、MCI (Mild Cognitive Impairment) における脳の委縮率に対するビタミン B の予防効果が明らかにされている。[29]

4) 早期発見・診断システム

アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Society) では診断の主な経路を 5 段階にまとめている。[30]

段階 (step)	内容
1: GP によるアセスメント	・ 背景情報の分析 ・ 身体機能の診察、検査 ・ 精神機能の検査
2: GP から専門医へ紹介	・ 神経科医 ・ 高齢者領域の医療の専門家 (老年科医と呼ばれていることもある) ・ 一般の成人の精神科医 ・ 老年精神科医
3: 専門医によるアセスメント	・ 背景情報の分析 ・ 身体機能の診察、検査 ・ 行動のアセスメント ・ スキャン (CT, CAT, SPECT など)
4: 診断に関する説明	認知症の人は自分の診断について知る権利があるが、実際の対応は医師の考え方によって異なる
5: 再アセスメント (ongoing assessment)	認知症の診断が確定した後、全般的な健康上の責任は GP が負う。通常、GP と専門医の協働で認知症の人に治療を提供し、状態像の変化を再アセスメントする

○PCT (primary care trust)

2009 年に出された国家戦略の 3 本柱の一つに「専門家による正しい早期診断と早期介入」が入っており、良質な早期診断と支援の介入を実現するためには、地域ごとに NHS から良質な専門サービスへの委託が必要であり、PCT からの

紹介に焦点を当て、地域で認知症に対する理解とサービスの紹介を促進するように働きかけることが大切であることが指摘されている。その際に①的確な診断、②認知症患者とその介護者への配慮ある告知、③診断後には、適切な治療・情報・ケア・支援を直接提供の3つの対応が重要視されている。

○もの忘れ外来 (memory clinic)

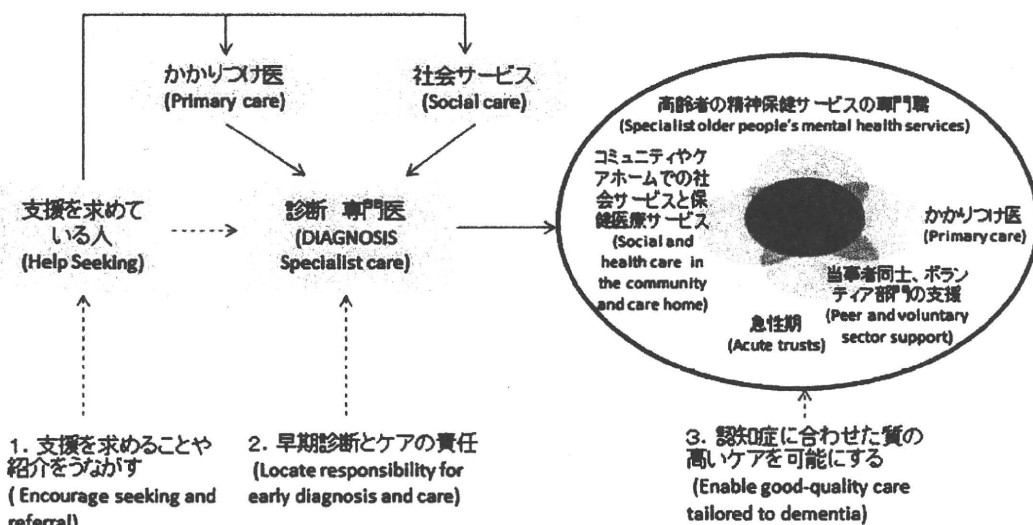
政府は、早期診断・トリートメント・認知症に関する専門的なアセスメント・サポート及び情報提供を行う「もの忘れ外来 (memory clinic)」を増やし、将来的には各町に1つ設置する計画を発表した (Memory Clinics Plan) 。[31]

○GP、the specialist dementia adviser

受診 (早期診断を受けるため) に結びつけるためのナビゲーターとして The Specialist dementia adviser を位置づけようとする動きや、GP の認知症診断技術を高めるためのトレーニングの実施といった動きがある。

【認知症に関わる医師および診断から治療の流れ (医療的アプローチ)】 [32,33]

最初のステップとして、GP が初期診断 (Initial Consultation) を行う。GP が認知症を専門としていない場合は、専門医に紹介される場合がある。ここで言う認知症の専門医とは、Psychiatrist (精神科医)、Geriatrician (老年医)、また65歳未満の若年性認知症の場合は Neurologist (神経科医) を指す。その後、もの忘れ外来で GP もしくは専門医によるアセスメントをもとに、いくつかのテスト (身体・認知力テスト・脳スキャン・臨床検査など必要に応じて) が行われ総合的なアセスメント (Full Assessment) が行われる。次に、本人・家族に「診断結果」の説明がされ治療方針を決める。GP は専門医の協力を得ながら、6か月~1年置きに再アセスメントをしていく (Ongoing Assessment と呼ばれている)。



(Dementia Strategy 2009 P90 Figure1:Care pathway)

【報酬によるインセンティブ付与】

2004年からプライマリケアの報酬体系の変更が行われ、2007年に「Quality and Outcome Framework (QOF)」が導入された。

2008-2009年のQOFの基準を示した「Quality and Outcomes Framework guidance for GMS Contract 2008/09」では、提供したサービスの質を評価した報酬として4つの領域での成果が評価されている。そのうちの、19疾患について成果が評価される「clinical domain」の1疾患として認知症があげられている。全部で1000points (1ptは125£相当)であり、

655pt が clinical domain に配分されており、認知症では 20pt が配分されている。指標は①登録患者の何人（何割）が認知症と診断されたかが報告可能である：5pt、②この 15 ヶ月以内に認知症と診断された患者に関する見直し(review)をした割合：最大 15pt(25-60%)の 2 つである。これらは GP による認知症の早期発見を促すためのインセンティブとして実施されている。[34]

2006 年と 2009 年を比較すると、①、②ともに実施割合が増えていることが示されている。また、早期診断に対する GP の考え方は、早期診断は認知症の人にとって有益であるとの前向きな回答の割合が 2006 年と 2009 年を比較すると増えている（68%→77%）。一方で、2009 年段階においても約 50%の GP が認知症に関して十分な理解をしておらず、2004 年からほとんど改善されていない。また、47%の GP しか十分な認知症に関する研修を受けておらず、28%の GP は認知症の診断に自身が無いと答えている状況である。[14]

なお、各自治体で早期発見・診断・他のサービスへの連携を含めたパスウェイの作成が進められている。現地調査を実施したニューキャッスル・アポン・タイン（Newcastle upon Tyne）における「Current Service Pathways」を末尾参考資料 2 として掲載したため、参照されたい。

5) 情報提供・相談窓口

適切な情報提供は国家戦略の 1 つの柱としてもあげられており、特に、先に示した診断時以降のスムーズかつ適切なサービスにアクセスできるよう認知症の人と家族介護者に対して良質な情報を提供することが重視されている。それらナビゲータ的な役割を果たす専門職として「The specialist dementia adviser」が考えられており、モデル事業が 2009 年 7 月よりイングランド 22 地域で試験的に始まり、検討されている。

また、啓発活動の部分でも記述した様に、様々な人たちに対して認知症の理解を進めてもらうための情報提供も進められている。

6) ケアサービス

①保健医療サービス

NHS が提供する保健医療サービスとして上述の診断やその後のフォローアップの他に、病院病棟における入院医療（care on a hospital ward）[35]、退院支援（hospital discharge）[36]、ケアホームにおける看護（NHS-funded nursing care）[37]があげられる。

○退院支援（hospital discharge）

保健医療サービスと社会サービスの職員が協働して継続したケアを提供するための、「単一のアセスメントプロセス（single assessment process）」に沿った退院アセスメント（hospital discharge assessment）が行われる。

アセスメントでは、NHS のみによるケアパッケージ（NHS continuing care）や中間ケア（intermediate care）、あるいは社会サービスにおける施設ケアの適用になるかといった退院後のフォロー体制を検討する。「地域ケア（退院遅延）法（Community care Delayed Discharge Act 2003）」により、退院できる状態になった利用者が退院後に社会サービスを必要とする見込みのあるときは、保健医療サービスの責任機関から地方自治体に知らせなければならない。[36]

○ケアホームにおける看護 (NHS-funded nursing care)

2001年より、ケアホームで看護 (nursing care) を受ける場合は、登録看護師がそれを提供し、NHS が費用負担することになっている。看護以外の部分については社会サービスの枠組みで提供する。こうした費用負担の枠組みを「RNCC (registered nursing care contribution)」という。ケアホームに入居あるいはその前の段階で、NHS のみによるケアパッケージか、それとも RNCC を適用するか判断するためのアセスメントが行われる。[37]

②社会サービス

Aの1)で述べたように、社会サービスの利用を希望する者には、自治体の社会サービス実施責任主体 (Councils with Adult Social Services Responsibilities, CASSRs) がアセスメントを実施し、国の基準「ケアサービスへの公平なアクセス」FACS 4段階に基づき、自治体ごとに受給資格が決定される。[0]

アセスメントへのアクセス経路としては、(1) GP や専門医その他の専門職から、(2) 本人やその友人・家族が直接来る、(3) (入院患者の場合) 病院のソーシャルワーカーから、といったものがあげられる。[38]

自治体が運営する社会サービスには、利用者本人を対象としたものと、介護者を対象としたものがある。

○England における社会サービスの年間の利用者数の推計、千人[38]

	2007.04-2008.03		2008.04-2009.03	
	合計	65歳以上	合計	65歳以上
利用者本人を対象としたもの				
社会サービス全体	1,774	1,221	1,782	1,216
地域ケア (community-based service)	1,535	1,025	1,537	1,016
デイケア (day care)	227	124	214	115
配食 (meals)	136	126	121	112
ホームケア (home care)	577	471	582	473
短期間の入居-レスパイトを除く (short term residential - not respite) *	77	61	76	59
直接支払い (direct payment)	67	27	86	37
専門職による支援 (professional support)	507	251	501	243
福祉機器の貸し出しと適用 (equipment and adaptation)	519	400	547	423
その他 (other)	129	75	129	76
施設ケア (residential care)				
民間の施設ケア (independent sector residential care)	199	152	222	173
自治体の職員がいる施設ケア (LA staffed residential care)	25	22		
ナーシング・ケア (nursing care)	102	92	97	87
介護者を対象としたもの				
社会サービス全体	337		355	159
介護者に特化したサービス (carer specific service) *			208	93
情報提供のみ (information only)			148	66

*レスパイトケアは「介護者に特化したサービス」に計上される (The NHS Information Centre 2010)

<社会サービス：地域ケア>

在宅介護で提供される主なサービス（要介護者向け）は以下のようになっている。[11]

サービス	内容	対象
訪問介護	利用者の健康、衛生、安全性を保つために、起床・就寝の援助、清潔の維持、衣類の着脱、食べ物の準備、トイレに行くことなどの介助が行われる。家事や買い物は対象ではない。	ケアサービスへの公正なアクセス（FACS）の「緊急（Critical）」と「重度（Substantial）」のニーズを持つ人。
福祉機器の貸し出し	福祉機器の貸し出し福祉機器（室内トイレ、褥瘡防止マットレス・クッション、多機能ベッドなど）が無料で貸し出しされる。貸与される機器については、作業療法士の評価によって決定される。	FACSの「緊急」と「重度」のニーズを持つ人。
作業療法（住宅改修を含む）	できるだけ自立して生活できるように、問題解決などが図られる。作業療法士は、トイレの移乗動作、ベッドからの起居動作、衣類の着脱、階段の使用、摂食動作、家への出入り、家の中の移動、入浴動作などの援助・指導を行う（住宅改修、福祉機器の提供を含む）。また、理学療法士や登録かかりつけ医等と協業することも含まれる。	FACSの「緊急」と「重度」のニーズを持つ人。障害者である場合が多い。なお、適正基準に見合えば、手すりなどの小さな改造（1,000ポンド以下）は無料となる。
家屋改善エージェンシー	高齢者や障害のある住宅所有者や賃借人に対して、家屋の修繕や改造に関してアドバイスやサポートを提供する。また必要な家屋改造のための資金が足りないときに、チャリティー団体からの援助を取り付けたりなどもする。	地方自治体やボランティア団体などの協力により成り立っているもので、FACSにある適正基準は適用せず、希望すればサービスを受けられる。
給食宅配サービス（Meals on Wheels）	1日に1回、冷凍食品を地域のコミュニティーセンター等で温めたものを自宅に配送するという過程をとっている。より自立した人には冷凍食品をそのまま宅配し、利用者が自宅で温めるというケースもある。食事の宅配サービスのほとんどはWoman's Royal Voluntary Service というボランティア団体により提供され、ドーセットでは年間およそ300人の利用者により45,000食を宅配している。	FACSの「緊急」と「重度」のニーズを持ち、高齢のため、もしくは障害のために、自分で食事を準備できない人。
コミュニティーアラームシステム（緊急通報）	一般的によく知られているのが緊急時連絡用ボタンで、利用者はボタンを押すことで助けをより早く呼ぶことができる。また、例えば煙やガス漏れなどを探知したり、薬を飲むように促したりもする。このシステムは24時間のオペレーターシステムにつながっている。	FACSの「緊急」と「重度」のニーズを持つ人。
コミュニティでの移動	公共交通機関をより簡単に利用できるようにする。地域によって利用できる交通手段の詳細は異なり、自宅の前で停まるバスや、僻地に住む人々のためのボランティアによる車の提供体制など、様々である。	移動能力が障害された人。
ナショナルバスパス	割引金額で利用できるバスチケットのこと。バスパスは地方自治体で申請できる。	イギリス国内に住んでおり、60歳以上、もしくはは全盲、部分的に視覚が欠損している、聴覚障害がある、発話障害がある、歩行能力が重大で長期にわたり障害されている、腕がない、両腕の機能が長期にわたり障害されている、知的障害がある、薬物やアルコール類の誤使用を省く身体的障害のために運転免許の発行を拒否されることがあげられている。
直接支払い（Direct Payments）	地方自治体から利用者の銀行口座などに直接お金が振り込まれるシステム。地方自治体から介護サービスを受けるのではなく現金給付を受け、自分で介護サービスを購入する。このシステムを利用することで、自由に民間の介護エージェンシーと契約できる。	16歳以上で、この金銭の支払い方法に同意でき、金銭管理のできる者。地方自治体によっては、16歳以上の障害を持つ子供の養育者も含むとしている場合がある。

出典；日本障害者リハビリテーション協会「障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業報告書」2009 第7節イギリス図表5を引用 Health and social care(Dorset) <http://www.dorsetforyou.com/index.jsp?articleid=385020> をもとに作成されており、ドーセット・カウンティカウンシルの社会サービス部により提供される在宅サービスがとりまとめられている。

<社会サービス：施設ケア>

施設ケアの形態を大きく区分するとケアホーム（Care home）、ナーシングホーム（Nursing home）、ケア付き住居（Supported housing）に分けられる。ケアホームは登録された入所施設の一般的な総称であり、ナーシング・ケアを提供するもの、個別ケアのみを提供するものなどが含まれる。ケア付き住居は社会サービスの統計上は在宅として扱われている。

ケア付き住居にはシェルタードハウジング（sheltered housing）、特別ケア付きシェルタードハウジング（extra care/very sheltered housing）等がある。その他に、日本でのグループホームにあたるサポータードリビング（Supported Living）が設置されている。

○シェルタードハウジング

24時間対応可能なアラーム装置等を整備した住宅で60歳以上が対象である。特別ケア付きシェルタードハウジングは入浴介助や食事の介助、食事などのサービスを提供している。

○Englandにおけるケアを必要とする人の居住の場（2008年4月1日-2009年3月31日）[39]

社会サービス	居住場所	延べ人数	65歳以上
地域ケア (Community based care)	自宅 (own home)	1,537,000	1,016,000
	supported/sheltered accommodation		
	extra care housing		
施設ケア (Residential care)	自治体職員のいるホーム (council staffed home)	19,685	16,240
	民間居住ケアホーム (independent residential care home)	149,400	107,555
	民間ナーシングホーム (independent nursing home)	60,775	53,310
	成人育成施設 (adult placement) *	4,000	505
Nursing care		97,000	87,000

*以前は「その他の登録施設 (Other registered accommodation)」とされていた (The NHS Information Centre 2010)

<社会サービス利用におけるイギリスが抱える問題点>

財政悪化に伴い、料金値上げ、そして年々厳しくなる資格要件で、高齢者とその家族や介護者に「サービスが使えない」という厳しい現実が突きつけられている。これに対して、国の公正な料金徴収に関するガイダンスでは「妥当な額でなければならない」と規定したものの、自治体の財政状況により、利用料についてはかなりの幅がある。また、サービスを受給できる資格要件もあいかわらず厳しい。2008年6月にNPO団体「カウンスル・アンド・ケア」[40]が行った調査によると、調査対象となった自治体のうち3分の2以上の自治体が、サービス受給資格者は、国が定めた基準FACSの4段階中、Critical（重度）、Substantial（相当）の人のみが資格要件を満たすとしている。なお、この部分を是正すべきという動きが世論で高まっている。[41]

7) 家族支援

イギリスにおいては、在宅サービス重視の政策がとられる中で、日本で一般的に考えられている以上に、家族が大きな役割を担っており、政府がそれを「認識」し、家族等介護者のための支援策が展開されてきた。

1975年には、家族等介護者への社会保障給付（障害者介護手当：重度障害者を恒常的に介護している人に対して生活費を給付する制度）が創設され、国民保険拠出上も優遇措置がとられてきた。

①介護者（認定及びサービス）法（Carers Recognition and Services Act）

1990年半ばから社会福祉の分野において、家族等介護者の新たな権利を保障する法律が制定され、特にブレア政権は、『介護者全国戦略』を定め、介護者のための包括的な政策を積極的に進めてきた。[42] 「介護者（認定及びサービス）法」は1995年に施行されたもので、全ての年齢層のケアを必要とする人の介護者について、地方自治体が介護者自身のケア提供や維持に関する能力をアセスメントするよう求めている。[43]

その後、1999年からスタートした「精神保健対策10カ年計画」では、家族支援専門ワーカーが導入され、危機解決／家庭治療チーム、積極的訪問治療チーム、発病初期介入チームを大幅に増やすなど「家族支援とEarly Intervention」に徹底して力が入れている。介護者（認定及びサービス）法に関連して、2000年の「介護者と障害児法（Carers and Disabled Children Act）」では、地方自治体は障害をもつ人とは独立に、介護者自身のニーズをアセスメントすることが明記されている。ここでの介護者自身のニーズとは、介護者がケアを提供するために必要となるサービスのニーズをさしている。[43]

②介護者（平等機会）法（Carers Equal Opportunities Act）

2004年に導入された介護者（平等機会）法では、介護者自身がより充実した生活を送れるよう、それまでの関連法からより介護者の選択と機会を強化したものである。地方自治体が介護者のニーズをアセスメントする際には、介護者自身の余暇、教育、訓練および労働活動に関する意向を考慮することが課せられた。[43]

③介護者戦略（Carers' Strategy）

2008年6月に保健省は介護者戦略を発表している。[44] これは、10人に1人が介護者、その多くが女性であり、介護により自らの生活が犠牲になっている現状を踏まえ、介護者のための短期・長期戦略を示した上で、2億5千5百万ポンドの予算が計上された。その内訳は、介護者の短期休息に1億5千万ポンド、就労支援（再就職含む）支援に3千800万ポンド、若い介護者への支援改善に600万ポンドなどである。また、介護者の健康維持のための年次健康診断やGPの介護者に対する理解を高めサポートを強化するための研修なども含まれている。

介護者への手当や補助の種類としては、所得援助（Income Support）、介護者手当（Care's Allowance）、年金の最低保障（Pension Credit）、住宅保障（Housing Benefit）、低所得者に対する地方税減免措置（Council Tax Benefit, 適用基準は自治体ごとに異なる）などがある。介護者の収入や労働、介護度や時間などに応じて受けられる補助内容は異なる。

上記の他に、付き添い手当（Attendance Allowance）、障害者生活手当（Disability Living Allowance）もある。両者の違いは、付き添い手当が65歳以上の重度障害者を対象にしているのに対し、障害者生活手当は64歳以下を対象としている点である。認知症と確定診断された場合、上記のいずれかの手当を受けられる可能性がある。

なお、2007年8月、保健省より、認知症の人を介護する介護者向けに94ページに渡るブックレット「Who cares? Information and support for the carers of people with dementia」が刊行された。[45] ここには、認知症ケアについてだけにとどまらず、介護者として受けられるサービス、アクセス方法なども細かく丁寧に示されている。

8) 終末期ケア

NICEの「認知症管理に関する共同の臨床ガイドライン」におけるガイダンス11項目のうち、第10項目で「1.10 認知症の人の終末期における緩和ケア、疼痛の緩和およびケア（Palliative care, pain relief and care at the end of life for people with dementia）」があげられている。認知症の人の生活の質を支え、彼らが選んだ場所で尊厳のある死を迎える

ことを可能にすると共に、認知症の人を亡くした介護者を支援するためにも、認知症ケアは診断がされたときから死を迎えるときまで緩和ケアのアプローチを組み入れたものであるべきとされている。[46]

1.10.1	緩和ケアと終末期
1.10.1.1	保健医療サービス、社会サービスの専門職は緩和ケアのアプローチを採用しなければならない
1.10.1.2	認知症がない人と同じように、認知症の人も、緩和ケアのサービスにアクセスできるよう保証する
1.10.1.3	一次医療のチームによる緩和ケアのニーズアセスメントと、他のスタッフとの情報伝達
1.10.1.4	経管栄養は、嚥下障害が一時的な現象と考えられる場合は使用を考慮すべきである。認知症が重度になり、嚥下障害や食べることへの意欲の喪失が疾患の重篤さを示しているときは、一般的に経管栄養は行われるべきではない
1.10.1.5	終末期における発熱：抗生物質の使用は緩和的な手法として考慮されるべきである
1.10.1.6	心肺蘇生法は、重度の認知症の人の心肺停止では、成功する可能性が低い
1.10.1.7	事前指示がない場合の、心肺蘇生法の実施に関する介護者と多職種チームでの意思決定
1.10.2	疼痛の緩和
1.10.2.1	予期されない行動の変化や苦痛の兆候を見つけたら、疼痛のアセスメントをする
1.10.2.2	薬物療法と、非薬物療法の両方を用いた疼痛の緩和

認知症が進んだ段階では、経管栄養等が延命につながることは明らかにされておらず、経管栄養を使っても誤嚥性肺炎をしばしば繰り返すことも指摘されている。

また、国家戦略においても、2008年7月に保健省によって示された「終末期ケアの戦略（Department of Health End of Life Care Strategy）」の原則に従い、認知症の人にも配慮した終末期ケアに関する地域の取り組みを行うとされている。さらに、すべてのケアの環境で本人の意向を反映し、「Mental Capacity Act」の計画ツールを最大限活かしたより良い終末期ケアの開発を行う必要性が示されている。

C. 認知症の人を支える専門職／チームの位置づけと育成方法

1) 認知症の人を支える主な機関

認知症の人を支える主なアクターとして保健医療サービスを担う NHS、社会サービスを担う地方自治体のソーシャルサービス部（Department of Social Service）、第三セクター（third sector group）があげられる。保健医療サービスでは一次医療を担う PCT・GP、二次医療を担う急性期トラスト（Acute and Foundation Trust）や精神保健トラスト（Mental Health Trust, MHT）などがある。第三セクターはチャリティーや民間団体であり、社会サービスを実際に提供するなどしている。[26]

①保健医療サービス

○一次医療

「PCT・GP」では早期発見、認知症診断、継続的な支援の提供、他のサービスの紹介を行うといった役割が期待されている。なお、2010年6月にフレームワークが改訂され、PCTは認知症に関するプランを公表しなくなってきた。[47]

「Acute and Foundation Trust」では、高齢者が病床の60%を占めており、そのうち40%が認知症であるといわれている。Foundation Trustはより地域に即した保健サービスを提供するために設立が進められており、保健省やSHA（Strategic Health Authority）といった政府の管理下を離れ、より自由な資金調達が可能となり、完全に住民・患者・職員などの代表によって地域のために運営される。このため、全国的に画一的なサービス提供から、地域の要望に沿った保健サービスの提供が可能となり、説明責任も、保健省に対してではなく、地域に対して果たさなければならないとされている。[48]

○二次医療

二次医療として位置づけられている「MHT」では、メンタルヘルス病棟の入院、メモリーサービス、コミュニティメンタルヘルスサービス利用を含む認知症患者のための専門的なサービスの提供がなされている。認知症以外にも、精神に障害のある全ての人（子ども、青年、高齢者、ドラッグ中毒者、犯罪者、障害者）を対象としており、PCTのセカンドケアとして位置づけられている。

②社会サービス

「地方自治体ソーシャルサービス部」は、家庭におけるデイケアやレスパイトケア、サポートリビング、レジデンシャルケアの責任主体として予算の確保等を行い、直接的な社会サービスの提供はチャリティー団体や民間団体によって行われている（先述の社会サービス：地域ケアの表参照）。さらには、コミュニティメンタルヘルsteamへの資金提供（認知症ケアにかかる費用のうち、医療以外の部分についてのみ）も想定されている。なお、「ソーシャルサービス部（Department of Social Service）」は1970年の社会サービス法の制定により地方自治体に設けられ、総合的な福祉サービスの提供を実施することとされた。ソーシャルサービスは基本的に地方税、国庫等を財源に運営されているが、利用者はその所得とサービス利用量に応じて負担が求められており、かつ先ほど述べた様に利用にも厳しい条件がありニーズがあるが利用できていない状況もあり、医療保健サービスと異なる点である。

社会サービスとして提供される施設ケアには、ケアホーム、ナーシングホームなどがある。これ以外にケア付き住居としてシェルタードハウジング、特別ケア付きシェルタードハウジング、サポートハウジングなどがある（統計上は在宅扱いとなっている）。認知症の人も施設ケアやケア付き住居を利用している。これらの住居は一部もしくは全額公的資金を受けている。

「第三セクター」のチャリティー団体は認知症の人と介護者にサービスを提供する。これらのサービスは一部、公的資金を受けている。主なチャリティー団体としては、全国展開しているアルツハイマー病協会（Alzheimer's Society）やDementia UKの他に、特定の地域を基盤とした団体（例えばNew CastleではDementia Care Partnership）があげられる。

アルツハイマー病協会（Alzheimer's Society）は、認知症ではイギリスで一番大きなチャリティーであり、全国にブランチを持っている。様々な直接サービスを提供する一方、独自の研究機関をもち、政策にも大きな影響を与えている。医療・福祉専門職への認知症教育も各種提供している。アルツハイマー病協会が示している認知症の診断や社会サービス等の流れ図から、関係する機関や専門職を把握することができる。[49] 流れ図を末尾参考資料3として掲載したため、参照されたい。

Dementia UK（旧称 For Dementia）は認知症の人および家族を支えるだけでなく、Admiral Nurse（後述）をサポート、認知症ケアに携わる専門職への教育も実施している。

Dementia Care Partnershipは、ニューキャッスル市を基盤に様々なサービスを提供している。

2) 認知症の人を支える主な専門職

認知症の人を支える主な専門職については、様々な関係機関によって幅広く養成等が行われている。以下で示す主な4つの専門職は、教育レベル、専門性のレベルが異なるため留意されたい。

- ① National Vocational Qualification (NVQ) の Level2 および 3 における Dementia スキルを付与された専門職
- ② 大学における Dementia Degree の付与された専門職
- ③ Admiral Nurse
- ④ 認知症アドバイザー (The Specialist dementia adviser)

① NVQ の LEVEL2 および 3 における DEMENTIA スキルを付与された専門職

NVQ とは、職業資格制度である。従来、民間の各種資格認定機関が独自に認定してきた資格を一元化したものであり、NVQ は基礎技能から高度専門的または管理能力まで、レベル 1~5 の 5 段階のレベルが設定されている。認知症に関する項目はレベル 2、レベル 3 に含まれており、レベル 4 が team leader、レベル 3 が senior carer、レベル 2 が一般の carer である。

② 大学における DEMENTIA DEGREE の付与された専門職

スターリン大学、ブラッドフォード大学、マンチェスター大学の 3 校のみで認知症に関する学位をとることができる。これらは、専門職教育の一環として行われており、看護 (nursing) の中に位置づけられている。

③ ADMIRAL NURSE ⁶

認知症に関して全国展開しているチャリティー Dementia UK (旧 for dementia) から資金提供を受け、Royal College of Nursing が「Admiral Nurses' Competency Framework」を開発した(2000~2002)。[50] その専門性については、認知症ケアニースおよび英国看護協会が専門看護師と認めるレベル (Higher Level Practice standard) を概ね満たしていることが検証されている。[51] Admiral Nurse は精神分野を専門としている看護師がさらに認知症に特化したスキルを身につけた専門職である。2011 年 2 月現在、ロンドンを中心にイングランドで 85 名が活躍しているが、まだイギリス全土には行きわたっていない。Admiral Nurse の役割については、以下があげられている。[52]

- 家族介護者と認知症の人のニーズの熟練した利用者本位のアセスメント
- 家族介護者と認知症の人の気持ちや感情を理解し対応する心理的支援
- 詳細で適切な量で容易に理解できる関連情報
- 実用的なアドバイス
- 家族介護者のケア提供能力の開発と改善の支援
- 地域の適切なサービスやサポート資源へのアクセスに関する分かりやすいアドバイス
- 家族が協働的な支援を受けることを保証するための専門職や専門機関との連絡役
- 家族介護者への治療的、教育心理的、社会的な支援グループ
- 治療や支援サービスへの紹介

6 Admiral Nurse の所属は Dementia UK になるが、雇い主は NHS であり、CMHT に配置されていることが多いということであった。認知症ケア (対象は認知症の家族および介護者) に特化した認知症専門看護師 Admiral Nurse への期待が高まっているが、養成にコストがかかるため困難ケースへの対応が期待されていた。なお、一般に、認知症ケアを地域で担うナースは、地域精神科看護師 Community Psychiatric Nurse (CPN)、精神科専門看護師 Clinical nurse specialists (CNS)[53] の mental health 領域、および一般に PCT から訪問する訪問看護師 District Nurse などが該当する。

なお、現地ヒアリング調査において、CMHT に所属する Specialist Dementia Social Worker は、上記で示した様な教育等を受けていなかったが、自治体や医師が提供する認知症ケアや権利擁護等の研修を受け、Specialist Dementia Social Worker として活動しており、担当の約 7 割が認知症の人を占めている。また、Alzheimer Society や Dementia Care Partnership においても認知症に特化した独自の研修を実施し、認知症ケアに関わるケア関係者のスキルの底上げを図っている。この様に資格化等がされていなくとも、様々な教育を組み合わせ、認知症のスペシャリストとして位置づけて取り組まれている活動があり、現場の様々な工夫で認知症の人のケアの向上の取り組みが図られていることが分かる。

④ 認知症アドバイザー（THE SPECIALIST DEMENTIA ADVISER）

2009 年からイングランドの 22 自治体で「認知症アドバイザー（The Specialist dementia adviser）」の有用性によるパイロットプログラムが実施されている。また、新たに 18 か所でも追加が予定されている。パイロットプログラムは地域によって多様な形で組み立てられており、結果を評価してより良いあり方を示していくこととしている。[54] これらは「Specialist Health Care Service Act」が根拠法となっている。認知症の人と家族を支える専門職として、認知症およびその介護者に対して、適切な時期に適切なケア（診断・サービス含む）に結び付けていくナビゲーターの役割を担うこととされている。サービスへのアクセスをスムーズにするための支援やアドバイスを実施する。また、これらは先に示した国家戦略との整合性もとられており、早期発見によるコスト削減を目指す方向性とも関連している。

なお、現在 DH 主導のもと行われている「統合的認知症ケアのパイロット（Integrated care pilot programme）」では、看護師のリーダーシップが期待されている。[55] また、これを担うべくして、英国看護協会はアルツハイマー協会の協力を得ながら認知症教育の強化に取り組むと発表している。

○ 認知症アドバイザーの活動[56]

これらのサービスはメモリークリニック、GP の診療所、社会サービスにおける認知症アドバイザーセンターによって運営される。認知症アドバイザーとのコンタクトは、電話、電子メール、郵送または予約をとって対面で会うといった個々の好む方法で可能である。

目的
個々のニーズに合わせて仕立てられた質の高い情報と指針となるサービスの提供 個々に焦点をあてる - 本人が自ら必要とする情報にアクセスできるようエンパワメント、自立、セルフヘルプ、ウェルビーイング、選択と自己管理を促進する 認知症の人のためのアウトカムを最大にするためのその他の保健医療やケアの専門家とのコラボレーションやパートナーシップの積極的な形成 アクセシビリティ - これまでなかなか手が届かなかった認知症の人たちと接点をもつ
サービス内容
センターもしくは個人の家（センターに来ることができない場合）で最初の打ち合わせを行う - 認知症の人の話を傾聴し、質問に答える - アルツハイマー協会が開発している Information Planning Tool を使用して、個人に合わせたインフォメーションプランを作成する - 個人の希望にあった形式で個人に合わせた情報を提供する - 必要に応じて、国と地方のその他のサービスへの道しるべを行う 最初の会合から 2-4 週間にフォローアップの打ち合わせ（必要とされていない場合は行わない） - 最初の打ち合わせの後のさらなる質問への支援 - サービスの範囲と独立した情報へのアクセスへの支援 - 今後に向けたプラン - 一般的な情報や手がかりになる情報

個々のインフォメーションプランにそった定期的な個人と介護者との関わり

(要望があれば自宅で) 良く教育を受けたボランティアの人を増やしてフォローアップする

- 情報へのアクセス方法が難しくわからない場合
- 情報を理解するためにサポートが必要な場合
- 手がかりとなるサービスへのアクセスにサポートが必要な場合

個人のインフォメーションプランの定期的な見直しの継続

利用者が最初に受け取る内容

基本的な情報が掲載されている標準化された情報ファイル

認知症アドバイザーの詳細な連絡先

紹介 DVD

社会サービスを含む、地域サービスの情報

個人のインフォメーションプランのコピー

サービス提供の情報や指針は、個々のニーズに合わせて行われる。ただし、集中的なサポート、ケースマネジメント、仲介、権利擁護は提供されない。各認知症アドバイザーとよく訓練されたボランティアが増えていけば、サポートできる人数は最大で 200 ケースが予定されている。加えて、アルツハイマー協会の支部と全国での情報を基盤に、地域ネットワーク、支部での情報、サポート、教育、介護サービスによって支えられている。

○認知症アドバイザーのコスト

- ・ 認知症アドバイザーが提供するサービスのコストは、認知症の人ひとりにつき毎年 400 ポンドである
- ・ 200 人の認知症の人、およびその介護者や家族をカバーする場合、地域でのサービスのコストは年間£ 70000-£ 80000 の間で変化する

その他の認知症ケア（ここではソーシャルケア）の担い手のスキルをあげるための機関やプラン（国家レベル）としては、以下があげられる。

○Social care bodies involved in reforming training [14]

Department of Health	保健医療や社会サービスにおける従事者のための教育やトレーニング等の支援を行っている
Social Care Institute for Excellence (SCIE)	在宅および施設入居者のケアワーカー向けの能力別インターネット教材の開発（より良いコミュニケーション等）をしている
Skills for Care [57]	ソーシャルワークのスキルを上げることを目的としたイングランドのチャリティー団体。35,000 adult social care の雇用者にケアの質やトレーニングの基準を提示、実際に現場で働いている 1500 万人の人に、質の高いケアを提供するための知識・技術を提供している。新たな Qualification and Credit Framework の一部として、認知症ケアの資格について開発している
General Social Care Council (GSCC)	日本の SW 協会にあたる。日本と異なり資格修得に国家試験はないが、その代わりに、GSCC に登録が義務付けられ、3 年置きに更新手続きが必要である。なお、更新時、継続教育を受けなくてはならない
National Skills Academy [58]	2010 年 1 月から社会ケア教育提供機関として許可されている。この機関の目的の 1 つは、プロバイダーやトレーナーの学習の促進や教材の開発である