

イギリス現地調査報告

本稿では、2010年9月から10月にかけて行われたイングランド北東部に位置する都市、ニューキャッスル・アポン・タイン（Newcastle upon Tyne）を中心とする現地視察調査の結果をまとめる。本稿の構成は大きく、認知症国家戦略（National dementia project）に関する2つの自治体の対応をまとめた「認知症国家戦略への対応」、重点的なヒアリングを行ったテーマに関する「重点的ヒアリングの結果」、そして、時系列にそった視察の経過報告の「各訪問先の記録」から構成される。

調査結果の報告に先立ち、本報告書における自治体区分に関する用語の説明を行うこととする。イギリス（グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国）は、4つの国（country）から構成され、イングランド（England）はその1つの国である。イングランドは、4階層の行政区画に分割されているが、同一レベルの行政体でも種類によって根拠法が異なる階層があり、また、政府の政策によって変遷が激しいことが特徴であり[1]、以下の内容は2010年10月時点での状況であることに留意されたい。

イングランドの地域区分は、大きな区分から順に、リージョン（region）、カウンティ（county）、ディストリクト（district）、パリッシュ（parish）の階層によって区分される。日本では、全国一律の構成（二層制：都道府県及び市町村）が採用されているが、イングランドの場合は地域によって異なり、二層制と一層制が混在している。二層制は、カウンティとディストリクトの2層から構成され、カウンティは日本の県に相当する広域自治体であり、ディストリクトは日本の市町村に該当する基礎自治体である。一層制の自治体としては、大都市圏に存在する「大都市圏ディストリクト（Metropolitan District）」、非大都市圏の「ユニタリー（Unitary）」が挙げられる。これらは県及び市町村の機能を併せ持った自治体である。今回の訪問先のニューキャッスル・アポン・タイン（Newcastle upon Tyne）は大都市圏ディストリクトであり、ダラム（Durham）はユニタリーである。

1998年以降、イングランドには9つのリージョンがあり、ニューキャッスル・アポン・タインとダラムは、ともにイングランド北東部リージョン（North East England）に位置する。北東部リージョンは、イングランドの全人口の5%に相当する約257万の人口を擁し、このうち65歳以上の人口は17%である。

認知症国家戦略 (NATIONAL DEMENTIA PROJECT) に関する自治体の対応

イギリスの認知症ケアを推進していくための国家戦略 (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、下記 17 項目の戦略を提示している。

これらの 17 項目は、大枠としての目標提示であり、具体的な施策や行動計画の制定に関しては各自治体の判断に委ねられている。各自治体は独自に行動プランを作成し、その実行状況について年に 1 回評価を行っている。ただし、16 項目目「研究のエビデンスとニーズを明確にする」と 17 項目目「戦略を実施するために有効な国家・地域からの支援を提供する」に関しては、保健省管轄の戦略であり各地方自治体の行動計画には含まれない。

ここでは、ニューキャッスルとダラムについて、そこで作成されている実行プランと、2010 年時点のその評価について、視察先の自治体担当者より提供を受けた資料をもとに一覧で示す[2, 3]。

なお、このニューキャッスルとダラムの人口はそれぞれ 273,600 人と 508,500 人であり、認知症に関する基本的な統計情報は下記の通りである。認知症の類型については 2008 年時点で、アルツハイマー型のケース数が 1909 人と 3656 人、脳血管性認知症が 506 人と 972 人であった。2008 年の認知症の早期発症 (65 歳未満) のケース数の推計値は、それぞれ 62 人と 138 人、2025 年の推計値はそれぞれ 82 人と 146 人である。一方で、高齢発症 (75 歳以上) のケース数に関しては、2008 年推計値が、2635 人と 4890 人である。また、入居施設の利用者数はそれぞれ 820 人と 2105 人、ナースিংホーム利用者はそれぞれ 465 人と 540 人、在宅でケアを受けているケース数は、それぞれ 4105 人と 6350 人であった[4]。

1:一般市民や専門家の認知症に対する認識と理解を向上させる

【ニューキャッスル】

「ステイグマへの対応」「時機にかなった診断とケアの利益について情報提供する」「特定グループへの焦点をしばったキャンペーンを展開する」「予防のための強いメッセージを伝える（心に良いことは頭にも良いこと）」の4つの行動計画が掲げられ、現時点では、まだ実行段階には移っていない。

【ダラム】

精神保健に関するアンチスティグマ・キャンペーンを展開し、その一環として、認知症に関する理解の向上を目指した情報提供を行っている。専門職向けとしてGPの早期発見と的確な認知症診断を目指した研修イベントの開催、一般市民向けの精神保健応急処置 (mental health first aid) 研修などが計画されている。

2:全ての人に質の高い早期診断と介入を提供する

【ニューキャッスル】

メモリークリニックが1箇所のみ開設された。GPから専門職への紹介のプロトコルについては、全てのGPに浸透していないのが現状であり、適切な早期診断から適切なケア利用へのパスウェイがまだ現実のものとはなっていない。

【ダラム】

認知症ケアに関する明確なパスウェイが作成され、2010年4月に評価を行った。ソーシヤルケアや第3セクターとの連携がさらに必要とされている。認知症の早期発見・早期介入がNHSダラムの5カ年計画の重要課題として位置づけられ、認知症のスクリーニングの導入が検討されるなどしている。

3:認知症と診断された人やそのケア提供者に質の高い情報提供を行う

【ニューキャッスル】

医療、保健、社会サービス、住居、ボランティアや民間施設などの認知症ケアに関わる社会資源の情報を体系的にレビューすることを目標としているが、現時点ではまだ具体的な計画ができていない。インターネットなどの新しいテクノロジーを活用する必要性が指摘されている。

【ダラム】

NHSが中心となり、現時点で収集されている情報のレビューを行っている。さらに、認知症の症状や進行状況に応じてどのような情報が提供されるべきか検討されている。将来的には、これらの情報が様々な機関で共有されることが想定されている。

4. 診断の後のケアや支援、助言へスムーズにアクセスできるようにする

【ニューキヤッスル】

認知症アドバイザーの役割がケアのパスウェイ構築であるということの合意が得られ、正式に位置づけられることを目標としている。しかし、アルツハイマー病協会に数人のアドバイザーがいるのみで、まだ実現には至っていない。アドバイザー雇用の財源などについて先行する成功事例から学ぶ必要がある。

【ドラマ】

NHS ドラムの5カ年計画の重要課題として位置づけられているが、パスウェイの中に認知証アドバイザーがどのように位置づけられるべきか、議論してコンセンサスを得る必要がある。

5. 構造化されたピア（仲間）サポートと学習のネットワークを発展させる

【ニューキヤッスル】

認知症をもつ本人や家族の実践的・情緒的支援、孤立の防止、セルフケアの促進を目的とするピアサポートのネットワーク構築が目的である。デイメンチャ・カフェなどの先駆的な取り組みはあるものの、現時点ではピアサポートのネットワーク構築に至っていない。

【ドラマ】

ドラムカウンティ内に3箇所のデイメンチャ・カフェ、5つの介護者センターがあり、ピアサポート活動の拠点となっている。また、記憶障害を持つケースを対象とするグループワークを開発し、有効性が確認された場合には全国展開することも計画中である。

6. 地域の個別な援助サービスを向上させる

【ニューキヤッスル】

在宅の認知症ケースのニーズに対する様々なサービスが用意されている。地域のニーズに個別に適切に応えることが目標であり、多職種のアウトリーチチームなどの取り組みが一部であるが、十分であるとはいえない。

【ドラマ】

フローティング・ケア（24時間週7日体制で在宅の認知症ケースに個別性の高い流動的なケアを提供するスキーム）を一部で導入し、パイロット事業を展開中である。若年性認知症ケースへのアウトリーチチームの活動も始まっている。

7. ケア提供者の戦略（CARERS' STRATEGY）、家族支援を実施する

【ニューキヤッスル】

家族介護者の戦略を改善することに関して、ソーシャルワーカーによる介護者のアセスメント

【ドラマ】

5つの介護者センター設立し、介護者のニーズをアセスメントし必要な支援を提供してい

ントチームが自治体主導で生まれ、実際に活動を始めて、介護者のためのブックレットも作成された。今後、より柔軟で充実した介護者の休息サービスが求められている。また、介護者のための一時休息・レスパイトケアに関するパイロット事業を展開し、介護者が自らの判断で休息を計画できるような柔軟なサービス提供を目指している。

8:一般病院での認知症をもつ人に対するケアの質を向上させる

【ニューキャッスル】

精神科リエゾンチームが構成され、1人のコンサルタントと3人の専門看護師が活動しているが財源確保が十分ではない。また、一般病院での認知症に関する認知度の向上や、コンピュータを用いた臨床情報共有のシステム構築、ケアの質の担保などが課題となっている。

【ダラム】

大学病院に高齢者向けのリエゾン救急体制を構築することが目指されて、NHSダラムの5カ年計画の重要課題として位置づけられている。この体制構築のため、自治体、大学病院、救急トラストなどからメンバーが参加し協議している段階である。

9:認知症をもつ人への中間的なケア (INTERMEDIATE CARE) を向上させる

【ニューキャッスル】

入院を可能なかぎり避ける予防的側面と、早く家に帰ることを目指す退院支援の大きく2つの側面がある。市内の複数の施設で中間的ケアを提供しているが、全てのニーズを満たしているとはいえない。

【ダラム】

現時点では、まだ中間的ケアの整備に関して議論していない。

10:認知症をもつ人とそのケア提供者を支援するために、住宅サービス、住宅関連サービス、遠隔治療の可能性を考慮する

【ニューキャッスル】

市内に多数の認知症のためのケア付き借家やデイセンターが存在するが、重度の認知症ケアが利用できるデイセンターが不足しており、地域で独立した生活を維持するための柔軟なケア提供の体制が構築できていない。認知症ケアへの住居支援に関する教育・研修体制が未整備で、遠隔治療については今後の課題である。

【ダラム】

住居施設のレビューが計画されており、民間との協働による住居施設の新設も計画されている。遠隔治療に関しては、GPSを用いたトラッキングサービス BUDD[5]を活用したシステムを実験的に導入中である。

11: ケアホーム（高齢者施設）にいる認知症をもつ人の生活を良くする

【ニューキャッスル】

現時点では、ケアの質の向上に関してケアホームの職員と契約を結ぶことを目標として設定しているが、実現しておらず今後の課題となっている。

【ダラム】

ケアホームでの良い実践例を共有するためのネットワークの活動が始まったばかりである。ケアホームにおけるリエゾン体制の構築も目標に掲げられているが、財源確保に向けて調整中である。

12: 認知症をもつ人への終末期ケアを向上させる

【ニューキャッスル】

認知症ケアも含む、ニューキャッスル独自の終末期ケア戦略を制定することを目標に掲げ、一般のコンセンサスを得た戦略が制定された。今後、この戦略を実行に移すことが課題である。

【ダラム】

終末期ケア戦略を現在作成中である。

13: 認知症をもつ人に関わる職員の知識と有能性を保証する

【ニューキャッスル】

目標設定について現在利害関係者（NHS、自治体職員、チャリティ団体など）と調整中である。

【ダラム】

サービス提供者とのほぼ全ての契約に、職員の基本的な研修と認知症ケアに関する教育に関する要件を盛り込んでいる。研修の教材の開発や普及が今後の課題となっている。

14: 認知症に対する合同戦略。各地域での取組みが全国レベルのガイダンスによって周知されること

【ニューキャッスル】

合同戦略の制定に関してはまだ着手していないが、既存サービスのレビューと評価基準の作成に関してはコンセンサスが得られており、今後の課題である。

【ダラム】

NHS ダラム・ダーリントンとダラムカウンティで、精神保健のニーズを持つ高齢者に関する合同戦略を作成した。3カ年計画で、1年に1回のレビューが行われる予定である。

15. アセスメント、保健ケアサービスの調整、認知症をもつ人とそのケア提供者のための制度運営を向上させること

【ニューキヤッツスリ】

【ダラム】

認知症ケアの質の向上に関するプログラムの作成が目標であるが、具体的な計画について ケアの質の向上を目的とし、ケアホームなどの監査・モニタリングの仕組みを構築することは、現在利害関係者と協議中である。

とを目標としているが、現在は計画段階である。

16. 研究のエビデンスとニーズを明確にする

17. 戦略を実施するために有効な国家・地域からの支援を提供する

保健省管轄の戦略であり各地方自治体の行動計画には含まれない。

重点的ヒアリング対象

上記国家戦略に関する各自治体の取り組みの中で、特に重点的にヒアリングを行ったのは、9項目目の「認知症中間ケアの改善」、10項目目の「テレ・ケアを含む住宅提供」、11項目目の「介護施設のケアの改善」、13項目目の「従業員の能力、開発と研修」である。特に、9項目目、11項目目、13項目目に関しては、本研究の重点領域である「認知症の人の各ステージを継続的・包括的に支援する多職種地域ケアチームの国際比較」に関連した調査内容となっている。

9項目目の「認知症中間ケア」とは、不必要な入院を防ぎ、最大限の自立度、典型的には患者や利用者を自宅での生活に戻すことを目的とした、統合されたケアの概念をさし、個別化されたアセスメントとプランニングを特徴とする[6]。これに関しては、後述の「コニー・ルーコック・リソースセンター」を参照されたい。

10項目目の「テレ・ケアを含む住宅提供」に関しては、IT技術を用いた遠隔ケアの実践例として、後述のサージ・パクラージ氏へのヒアリングの中の「Connect for care」、アップルトン・ロッジの項の「safe walking（安全に歩く）」に詳細を記す。

11項目目の「介護施設のケアの改善」に関しては、新しい形のケア付き住宅等、地域ケアと関連する住まいも含めた視点を重視している。「コニー・ルーコック・リソースセンター」「バイカー・ロッジ・リソースセンター」「バーモント・ハウス」「ゲインフォード・ケア・ホーム」「アップルトン・ロッジ」「ディメンチア・ケア・パートナーシップ」などが該当する。

13項目目の「従業員の能力、開発と研修」に関しては、ノーザンブリア大学 シャーロット・L・クラーク教授へのヒアリングを中心とし、各視察先での教育研修体制についてヒアリングを行っている。

各訪問先の記録

概要

訪問日時 2010年9月28日 10:00 - 11:00

担当者 トニー・メッカーフ氏

所属・役職 ニューキャッスル市社会福祉サービス成果・展開担当部長

ニューキャッスル・アポン・タイン市庁舎において、今回の視察訪問のコーディネーターである市の社会福祉サービス成果・展開担当部長トニー・メッカーフ氏より、ニューキャッスル・アポン・タイン市における社会サービスの概要の説明、本視察訪問の目的とスケジュールの確認などが行われた。今回の視察プログラムの目的は、自治体、第3センター、チャリティ、民間、その他機関を総合的に視察し、認知症ケアを多面的に見ることである。

市内で提供されているサービスについて、市と第3セクター組織などが協働で運営するウェブサイト（Information NOW[7]）で、成人（高齢者と障害者）向けの情報提供が行われていることが紹介された。内容はNewcastle市内に限られるが、年金や施設ケア、医療ケア、住居支援、余暇活動、交通、終末期ケアにいたる様々なサービスの種類、その仕組み等の基本的な情報が、網羅されている。また、個人の財産状況などにより補助の内容、申請方法などが異なるため、それらの活用方法に関する情報が提供されている。

各支援を底流する枠組みとしては、1990年代から実施されてきたダイレクト・ペイメント（直接支給）制度から、インディビジュアル・バジェット（個別予算）制度への以降が進んでいることがあげられる。より多くのケースをインディビジュアル・ジェットの対象にする計画であるが、まだ一般的にはなっておらず、一部でダイレクト・ペイメントを残しているのが現状である。認知機能の低いケースにおける移行が昨今の大きな課題となっている。また、活動の理念としては、“Wellbeing for life”をキーワードに、すべての人のウェルビーイングを医療や福祉の領域のみならず、警察や教育機関なども含む広い組織、関係者で連携して目指そうとしている方向性が語られた。

さらに、Eメールを用いた情報収集の結果、イングランドにおける認知症国家戦略と実行プランの推奨と開発は、それぞれの自治体にとって最大の関心事になると考えられるとの回答が得られた。予測人口統計を前提として、これは決定的な領域であるという共通認識があり、認知症の長期ソーシャルケアニーズに対処するために国内すべての主要な都市において取組みが始まっている。なお、ニューキャッスルにおいては、認知症国家戦略の実行のための業務は、新規にスタッフを雇用するのではなく、現職のスタッフに割り当てられている。

認知症のマネジメントに付随する法律はないが、長期の戦略決定は、国とそのニーズを持つ人々にとって最大の関心事になると考えられている。戦略を着実に実行しないことに対するペナルティーはないが、高齢者が増えていくといった長期的な影響をマネジメントしていくための計画と機会に追加的な予算がつくことの利点を考えると、それらは十分なインセンティブになる。

また、地方自治体は実施計画の作成を義務付けられており、国政府は自治体の財政的、社会的、公共的な福祉を推進する母体とみなされている。そのため、国は自治体の支出のかなりの割合に責任を持ち、自治体に影響を与える国益の決定にも力を持っている。

国は認知症国家戦略の推進に約£1.5億を支出することとしている。この予算は保健省からイングランド内の152のプライマリ・ケア・トラストに割り当てられており、資金は自治体政府とソーシャルケアとが緊密に連携を取ることに重点を置きつつ、計画全体を支援するためのものである。

提案されている発展計画は、サービス利用者と介護者にとっての情報提供、アドバイスやガイダンスへのアクセスを向上させること、中間ケアへのアクセスの増加、認知症の早期診断と介入、認知症の人が在宅で専門家による訪問サービスを受けることができ在宅生活の中で支えられること、認知症の人への専門的なデイケア、などである。

概要

日時 2010年9月28日 11:00 - 12:00

担当者 スー・ティップレディ氏

所属・役職 NHS 看護師

ニューキャッスル・アポン・タイン市庁舎において、主に精神障害者の医療を扱っている看護師であり、ノース・タインサイド（North Tyneside）プライマリ・ケア・トラスト（PCT）に所属するスー・ティップレディ（Sue Tiplady）氏よりヒアリングを行った。

従来、ニューキャッスルにおける認知症サービスは、ノース・タインサイド、ニューキャッスル、ノーザンバーランドの3つのPCTと協働して、それぞれ独自に行われていた。それに対して、2008年に中央政府が「Transforming the Quality of Dementia Care[8]」を発行したことに基づき、基準の統一化が行われた。現在は3地域で一元的にサービス提供が行われている。

ニューキャッスルでは、国家戦略の17項目について、実施プランとベンチマークを作成し、それぞれの項目について、緊急度と改善の必要度を評価し、それぞれの良い実践例を集めるといった取り組みが行われている。これらは、GP、専門医（Hospital Consultant）、介護者、本人、アルツハイマー・ソサエティ職員等をメンバーとする合議体で検討される。それぞれの17項目に関する取り組み内容と評価に関しては、前項の「認知症国家戦略（National dementia project）に関する自治体の対応」を参照。

17項目の戦略が明示されることでもたらされた最も大きな変化は、これによってケアのパスウェイの明確化がはかられ、サービスと予算を統合して認知症ケアを俯瞰することが可能になったことで、認知症ケアの全体を検討することが容易になったことであると語られた。

現在の大きな課題は、診断をうけていない認知症ケースの存在で（市の推計によると、未診断ケースを含めると認知症ケース数は2倍以上に増加する）、ケアのパスウェイに乗らない未診断ケースの把握と対応が課題となっている。

概要

日時 2010年9月28日 13:00 - 14:00

担当者 クリスティ・アトキンソン氏

所属・役職 地域精神保健チーム（Community mental health team）

Old Person Team と呼ばれるチームに所属するクリスティ・アトキンソン（Christie Atkinson）氏よりヒアリングを行った。このチームは、精神科医（psychiatrist）、専門医（consultant）、心理療法士、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカーなどから構成される CMHT（Community Mental Health Team）のチームであり、高齢者ケアに特化しているのが特徴である。このような65歳以上向けのチームがニューキャッスル市内に3つあり、それぞれのチームに認知症専門のソーシャルワーカー（Specialist Dementia Social Worker）が1名～3名配置されている。これらのチームは、行動障害など重篤な精神的問題を抱える高齢者を対象とし、現在のケースの90%が認知症ケースである。なお、NHSが拠出する資金によって運営されている。

このチームの支援を受けるためには、GPの紹介状が必要であり、紹介の条件は、65歳以上で認知症、統合失調症、双極性障害などの精神保健の問題をもつケースに限られる。チームは週に1回のミーティングを持ち、各ケースにプライマリケースマネージャをきめ、チームメンバー2人でケースの自宅等へ訪問して、アセスメントを行った上で対象基準を満たすか評価する。ここでは、診察室での短時間の性格の診断は極めて困難であることから、危険度に応じて、時間をかけてアセスメントを行う、入院してアセスメントを行う、などケースごとに個別に評価方法がアレンジされている。それぞれの職種が専門性を生かしてそれぞれの領域でアセスメントを実施している。

保健医療と社会サービスとの間の連携の難しさや、ケースとの言語コミュニケーションの難しさ、法制度の変化の早さ、などのケア提供の困難が指摘されており、これらの問題に対応すべく誕生した多職種チーム支援である。課題は多いものの、チームで支援することにより、服薬の問題から制度利用、住居支援など幅広いケアを扱うことが可能になっている。このプログラムは、2000年代前半より精神保健トラストによって提供されていた精神障害者を対象とする地域精神保健チームのプログラム[9]が原型となっており、これらのチームの活動を高齢者向けに修正したものである。

ケースの約70%が認知症のケースである。平均すると月間20～25ケースがチームに紹介されてくる。チームメンバーは、自宅だけでなく施設にも訪問し、最初にイニシャルアセスメントを行い、続いて包括的なアセスメントが行われ、6週間以内にレビューが行われる。その後、継続的に1年おきに再アセスメントが行われ、チーム内でレビューされる。

症状が回復するなどしてサービスを終了するケースについては、GP や他の資源につないで終了する。終了後も、6 か月に 1 回の医師からのチェックと年に 1 回のソーシャルワーカーによるチェックがあり、完全にチームの手を離れるわけではない。

認知症専門のソーシャルワーカーの養成については、近年大学の教育カリキュラムにも成年後見や認知症に関する教育が取り込まれ始め、充実のきざしは見られるとのことであった。ただし、クリスティ・アトキンソン氏自身は大学における認知症教育は受けておらず、関連する各種研修等を自主的に受講し、知識の習得を行っていた。認知症ケアに必要なスキルとして、言語的／非言語的なコミュニケーション能力や観察のスキル（言葉の裏側にある心理等を読み取る、洞察する力）などが重要なのではないかと語られた。

また、ニューキャッスル市は、英国内でもっともアルコール関連の問題が深刻な地域であり、アルコールの問題を抱える認知症ケースが増加しているのが最近の課題となっていることも語られた。

概要

日時 2010 年 9 月 29 日（水） 10:00 - 11:00

担当者 サージ・パクラージ氏

所属・役職 認知症コンサルタント医師

NHS の認知症コンサルタント医師であり、ウェブを用いた認知症ケア支援システムを提供する企業「Connect for Care」の代表者であるサージ・パクラージ氏（Sanjeet Pakrasi）より、コンサルタント医師の役割や、認知症ケアの実態と課題、同社が提供するサービスについての説明を受けた。

コンサルタント医師の役割として診断と処方が挙げられていた。通常の処方は GP によって行われるが、認知症に関する薬の処方はコンサルタント医師が中心となる。認知症に関する薬剤を処方した場合は、コンサルタント医師によって 6 ヶ月ごとに服薬レビュー（Medical Review）が行われる。診断については、紹介を受けたケースについて行い、状況によっては（追加的なサービス提供等が必要な場合は）、メンタルヘルストラストの訪問チームなどと協働して行われることが語られた。

英国における認知症ケアの課題は、認知症の中で診断をうけているケースが少ない（パクラージ氏の印象では 30-40% のみ）であることが挙げられていた。また、エビデンスに基づいた予防プログラムが十分提供されていないこと、家族、専門職の双方で知識・情報が欠如していること、即時的な介入がない（6 ヶ月おきの診察であるため、適宜診ることが難しく、継続して診る視点に欠ける）ことも挙げられていた。

パクラージ氏が代表を務める「Connect for care[10]」は 2007 年に設立された企業（であり同社が提供する認知症ケア支援システムの名称）である。パクラージ氏が所属する NHS とも連携をとりながら、IT 技術を用いて認知症ケースのコミュニケーションの促進し、高齢者の QOL の向上、服薬の支援などを行うことを目指してサービスが提供されている。現時点では、市内デイケアに通っている 25 人が実際にこのシステムを利用している。また、このシステムは英国連邦議会で取り上げられ、オーストラリアや香港からも発注があるなど注目を集めている[11]。

具体的には、ウェブを用いたテレビ電話機能とソーシャルネットワーキング機能、薬剤の格納された箱の遠隔操作機能などが統合された、認知症ケア支援システムの開発と販売などを行っている（写真参照）。このシステムは、ノーザンブリア大学との共同で開発されたもので、認知症のプライマリケアでの活用が想定されており、本人、家族、専門職の間でのコミュニケーションを促進し、移動時間をかけずにニーズに対応できること、遠くにいる家族や専門職とのコミュニケーションが促進されることなどが期待されている。また、電子化された処方やライフヒストリー、医療情報（血圧や血糖値）の記録が蓄積されるため、ケアの引き継ぎを容易にすることが期待されると語られた。

コストに関しては、短期的には交通費などの削減が期待され、長期的には介護者のストレスの軽減、自立生活期間の延長（施設ケアの利用を予防）が予想され、同社の試算によると、導入や技術者の雇用に係る費用は入居ケアに係る費用5ヶ月分と同等であるとのことであった。



概要

訪問日時 2010年9月29日（水）11:00 - 12:00

担当者 スティーブン・スコット氏

所属・役職 コニー・ルーコック・リソースセンター長

ニューキャッスル市が運営する入居施設であるコニー・ルーコック・リソースセンター（Connie Lewcock Resource Centre）の施設長であるスティーブン・スコット氏（Stephen Scott）より、施設の概要説明を受け、施設見学を行った。



この施設には、緊急（3床）と中間ケア（10床）とショートステイ（10床）の3種類のベッドが合計23床あり、基本的には認知症ケースの利用を想定していない。しかし、上記の3種類のベッドとは独立に、認知症専用のベッドが3つ用意されており、事前には認知症の診断がついていなかったが、入居後に認知症が明らかになったケースがこれを使用する。

職員は約40人である。職員の職種としては、常駐しないGPが1人（中間ケア専任）、非常勤ソーシャルワーカーが1人、ケースワーカーが35人（うち2名が非常勤）、常勤理学療法士が1人、常勤作業療法士が1人である。この他に、プライマリ・ケア・トラストの訪問看護師が訪問し支援を提供している。

利用者は基本的にはソーシャルワーカーから紹介で入居し、医療的なケアの必要なケースに関してはGPからの紹介で利用を始める者もいる。この施設は、「終の住処」となることを想定していない。終末期ケアに関しては、基本的には自宅や他の入居施設に移ることが前提となっており、実際に多くの利用者は退所後に家や施設に転居する。中間ケアの利用期間の上限は

6週間であり、できる限り家に戻れるように、リハビリテーション支援を行い、ソーシャルワーカー、理学療法士、常勤業療法士等が自宅に訪問し支援環境を整える等の支援を提供している。

この施設では認知症専門の研修などを行っていないが、職員はアルツハイマー病協会が開催する研修などを容易に受けることができる。しかしながら、イギリス内での認知症ケアスキルには地域差が大きく、特に初期のアセスメントと終末期のケアに関する教育が課題となっていることが語られた。

概要

訪問日時 2010年9月29日(水) 13:30 - 14:30

担当者 ジョージ・バニスター氏

所属・役職 アルツハイマー病協会デイセンター長

ニューキャッスル市とアルツハイマー病協会 (Alzheimers Disease Society Day Centre) のパートナーシップ (運営を市が協会に委託) で運営されるデイセンターの責任者であるジョージ・バニスター氏 (George Bannister) より、施設の概要説明を受け、施設見学を行った。さらに、アルツハイマー病協会の活動についても話を伺った。

10人のスタッフで31人の利用者に対してケアを提供するデイセンターである。利用者の100%が認知症ケースである。アルツハイマー・ソサエティが定めたケースロードの基準は1:4 (スタッフ:ケース) であるが、この施設は他の施設と比べると高い基準で運営されている。

午前、午後に各種プログラムが用意されており、昼食は施設内で調理されている。プログラムは、利用者の重症度や本人の興味に応じてグループに別れ提供される。たとえば、過去のスポーツ新聞をみて回想するグループ、映画を見てクイズをするグループ、音楽にあわせて身体を動かすグループ等がある。

平日9:00-17:00で運営され、土曜日は介護者の休息のための利用に限り16名飲み受け入れる。バスによる送迎サービスも提供されており、キャッチメントエリアは、ニューキャッスル市全体である。帰りのバスにはスタッフも同乗し、スタッフから家族にその日にあったことを報告する。

全ての職員は、入職時の認知症ケアに関する初期研修を義務づけられている。研修の内容は、「認知症の概要」、「健康と安全」、「火の安全」・「食事の衛生」・「応急処置」・「移動」といった内容になっている。入職後も1年半ごとに研修の機会が設けられている。認知症ケアの研修プログラムには、2日間の初級コース、2日間の中級コース、3日間の上級コース (他のスタッフを教育するためのトレーナーのメニュー) の3つのレベルが設定されており、これらの教育プログラムはアルツハイマー病協会が独自に開発したものである[12]。

施設外で同協会が行う活動については、まず地域のGPとの関係づくりがあげられた。活動が始まった1990年代半ば、多くのGPは認知症について十分に知識がなく、適切な診断が下せない場合が多かった。そこで、GPへの情報提供やアセスメントツールの提供などを通して、認知症の適切な診断や支援機関への円滑な紹介の流れといった連携が生まれた。さらに、ロビー活動 (議員への働きかけ) を通して、協会の意見を市政に反映させるよう努力していること、大学や病院などと共同で多数の研究事業を行っていることが挙げられた。

概要

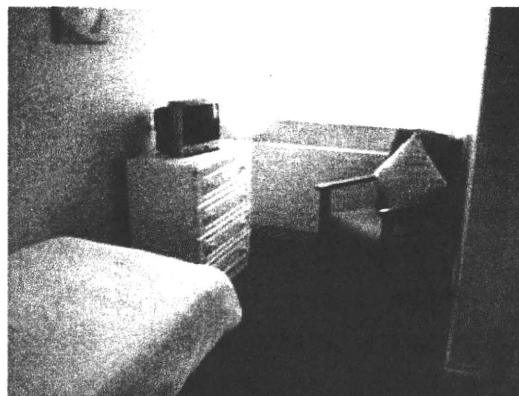
訪問日時 2010年9月29日(水) 15:30 - 16:30

担当者 アンジー・グレイ氏

所属・役職 バイカー・ロッジ・リソースセンター長

ニューキャッスル市が運営する入居施設であるバイカー・ロッジ・リソースセンター (Byker Lodge Resource Center) の施設長であるアンジー・グレイ氏 (Angie Grey) より、施設の概要説明を受け、施設見学を行った。

本施設が用意しているベッドは、緊急とショートステイの2種類である。全20床であり、うち13床が緊急用、6床がショートステイ、1床は予備として確保されている。ニューキャッスル市内の中間ケア病床は、先述のコニー・ルー・コックセンターの10床しかなく、マネージャーとしても導入のニーズを感じてはいるが、現在は、プライマリ・ケア・トラストと自治体の協議による方針決定を待っている状況であるとのこと。



職員数は22人の常勤と8人の非常勤から構成され、自治体に所属するソーシャルワーカーが1名、ドメスティックスタッフ(家事業務などを行うスタッフ)が5名という体制である。

本施設の対象としているケースは、医療的な問題や精神保健上の問題による危機介入の必要なケースである。20床全て認知症のケースも利用でき、利用者の多くは、配偶者が在宅環境で介護が困難にケース、知的障害をもつケースなどである。また、利用者数は多くないが、49-50歳くらいの若年性認知症ケースや、終末期のケースにも対応している。

ショートステイの利用期間や制限は設けていないが、平均入所期間は20日程度である。ソーシャルワーカーによるプランでは、1-2週間の利用計画で入所するケースが多い。当施設が目指しているのは在宅復帰であるが、実際には別の施設ケアに移るケースも少なくはない。

入所に至る経路としては、自治体の相談窓口からソーシャルワーカーの斡旋で来所するルートに加え、GPからの紹介のルートもある。施設利用の相談があった場合、施設の職員が訪問してアセスメントを実施する。入所が決定した場合、本人の興味に応じて参加するプログラムが組まれる。

施設退所後、自宅に戻る場合は、GPやプライマリ・ケア・トラストが関わることになる。在宅に戻ってからの支援体制はケースバイケースであり、服薬のコントロールが必要なケースが多いため、精神科病棟に移るケースもある。

職員に対する認知症ケアに関する教育や研修については、アルツハイマー病協会が開発した研修プログラムを利用している。他に、施設長がスタッフに個別にスーパーバイズを行う。施設長は、ブラッドフォード大学で、認知症学のHonours degree(修士と学士の中間にあたる)を取得予定[13]。イギリス全土に認知症学の学位を取得できる大学が3か所あるが、認知症ケアに実際に携わる諸君で学位を取得している者は非常にまれであるとのこと。現在、認知症ケアに特化した教育が必要であるとの認識が広まりつつある。

概要

訪問日時 2010年9月30日(木) 10:00 - 11:00

担当者 ノリーン・ヘンダーソン氏

所属・役職 パーモント・ハウス施設長

北東イングランドで事業を展開しているチャリティ団体であるチェビオット(CHVIOT)が運営するエクストラ・ケア・ハウジング(extra care housing)と呼ばれる入居施設の責任者であるノリーン・ヘンダーソン氏(Noreen Henderson)氏より、施設の概要説明を受け、施設見学を行った。

本施設は、2棟40室から構成され、40人の入居者(tenantと呼ばれる)のうち約10人が認知症ケースである。「普通の住居」というコンセプトがあり、閉鎖処遇など行っておらず、また、認知症への特別なケアは提供しておらず、17:00以降の夜間勤務職員は通常2~3名であり、頻繁に徘徊するといった行動のある認知症ケースには対応できない。したがって、認知症の症状が悪化してケアニーズが高くなると本施設での生活継続は難しくなり、他施設への転居が検討される。その際には成人向けの社会サービスのソーシャルワーカーと精神科看護師が関与し転居の準備が行われる。



利用者の対象は社会的孤立のおそれのある人であり、施設の理念は「自立した生活を送るための場所」である。認知症ケアを施設の目的としてはいないが、セルフネグレクトが理由で入居してくるケースの中に、認知症ケースが含まれている。全ての利用者は、ソーシャルワーカーの斡旋を通して利用につながっている。紹介があった場合、ケアニーズをソーシャルワーカーがアセスメントし、住居ニーズを本施設のスタッフがアセスメントして利用の可否が決定される。そのような手順を踏んで入居するケースは結果的に身体障害を持つ者が多くなっているとのことであった。

本施設では、地域生活と同じように社会的交流ができるよう設計されており、また、地域での生活と同じように選択(choice)できることを基本理念に据えている。例えば食事に関しては、食事を自分で調理することも、施設内のレストランでとることも可能であり、レストランでは通常のレストランと同じように食事のメニューや時間帯を自ら選べるような形で提供されている(入居費に2食までの食費が含まれている)。こうすることで、利用者間のコミュニケーションが生まれ、認知症ケースのお世話や水分補給の声かけなどが、自然発生的なピアサポートのような形で行われているとのことであった。

職員への教育プログラムとしては、身体ケアと環境コーディネートについて教育を行っており、講師はDementia UKやメンタルヘルストラストといった外部の機関から招いている。

なお、本施設はチャリティ団体が運営する施設であるが、具体的には、ニューキャッスル市の土地開発の企画に、計画段階より本チャリティ団体が参加し、2つの民間企業が建設に協力するという形で設計された施設である。建物の建設に関しては中央政府から補助金が出ており、運営費に関してはチャリティ団体の独自採算となっている。このように、政府や自治体とチャリティ団体の協働による活動は、認知症ケアのみならず英国では大きな役割を担っているとのことであった。

概要

訪問日時 2010年9月30日(木) 12:00 - 13:00

担当者 バリー・ホジソン氏

所属・役職 ニューキャッスル大学教授

ニューキャッスル大学コンピューター科学部のバリー・ホジソン教授 (Barry Hodgson) より、IT 技術を用いた認知症ケアの支援システムや高齢者のソーシャルインクルージョン (社会的包摂) 支援技術の紹介を受けた。

例えば、アンビエントキッチン (ambient kitchen) と呼ばれる台所では、調理を行うときにレシピや手順がプロジェクトで壁面に映し出され、台所の天井、床、調味料や器具などに各種の小さなセンサーを配置することで、調理者の動きを把握し、調理の手順を間違えていないか、危険がないか、などをモニターしながら、調理を補助できる仕組みが紹介された[14]。

また、包丁やトングなどの調理器具に付けられたセンサーが、その動き (混ぜる、千切り、乱切り、すくうなどの) を認識する技術、靴の足裏と接触する面に圧力のセンサーを付けて歩き方の異常を検知する技術など、テクノロジーによる認知症ケア、ソーシャルインクルージョン支援技術の開発過程の紹介を受けた[15]。

また、英国でも日本と同様に対人ケアにテクノロジーを用いることへの心理的抵抗感があることが話され、あくまでもテクノロジーは人的資源に付加的に追加されるものであり、対人サービスにとって代わるものではないことが語られた。

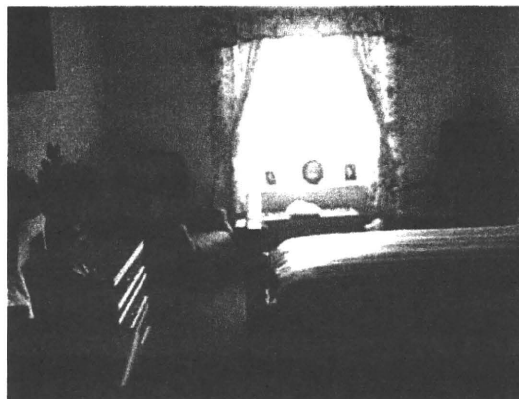
概要

訪問日時 2010年9月30日(木) 14:30-15:30

施設 ゲインフォード・ケア・ホーム

1995年に設立され、ニューキャッスル市に1施設、他で11箇所を展開する民間企業であるゲインフォード・ケア・ホームズ (Gainford Care Homes Limited) のリンディスファーン・スロックリー (Lindisfarne Throckley) にある施設に訪問し、ここの施設長でより、施設の概要説明を受け、施設見学を行った。

建物の構造は3階建てで全60室が用意されている。ケアの区分は「一般住居」「一般ナーシングホーム」「認知症住居」「認知症ナーシングホーム」「若年身体障害者向け住居」から構成され、フロア毎に区分が分けられている。現在、60床のうち26床が認知症ケースで占められている。社会サービスとして施設を利用する場合、入居者は必ずソーシャルワーカーによる資産状況のアセスメントを事前にうける必要があるが、利用料を全額自己負担する利用者に関しては、ソーシャルワーカーの紹介がなくても入居できる。なお、利用料については、資産額に応じて負担額は段階的に調整される。



施設の中に看護ステーション (nurse clinic) があり、そこで薬の管理を行っている。薬はGPから処方箋が出され、薬局から施設に配送され、施設の看護師が管理を行う仕組みである。GPが2名、地区担当看護師のサポートうけながらケアに参加し、常勤の専門職としては一般看護に関して1人の看護師、認知症看護に関して1人の精神科看護師、他にケアスタッフ、管理者、

用務員や調理師などが勤務している。その他、理学療法士や作業療法士といった職種に関しては、プライマリ・ケア・トラストからの訪問ケアを導入している。上記のナーシングホームの枠で入居しているケースに対するケアは施設の常勤看護師が対応し、住居施設の枠の利用者が看護師のケアを受ける場合には、訪問看護の扱いでプライマリ・ケア・トラストから地区担当看護師を呼ぶ仕組みになっている。

本施設は「終の棲家」という位置づけであり、本人の希望によって他施設などに移ることはありうるが、通常は移動することが想定されていない。定期的にアセスメントが行われ、ケアプランがレビューされることが義務付けられており、ソーシャルワーカーが利用者のケアプランの妥当性を確認する。認知症が重度になった場合は、メンタルヘルストラストの精神科看護師が参加し、居住の場所は変更せず、ケアの主体が社会サービスから医療サービスに移行する。しかし、ケアの主体の移行は費用負担の問題も絡むため、その境界を決めることは容易ではなく、ケースごとに社会サービスと医療サービスの担当者を交えてカンファレンスが開かれ議論される。



スタッフの認知症に関するトレーニングは、プライマリ・ケア・トラストに所属するカウンセラーが講師となって実施する。

概要

訪問日時 2010年9月30日(木) 14:30 - 15:30

担当者 シャーロット・L・クラーク

所属・役職 ノーザンブリア大学教授

ノーザンブリア大学保健コミュニティ教育学部のシャーロット・L・クラーク(Charlotte L Clarke)教授より、英国における認知症ケア、特に専門職の育成の現状に関してヒアリングを行った。クラーク教授は、認知症国家戦略の制定に関与しており、評価者のひとりとしての任務を担っている。

まず、認知症ケアの専門家養成についての話を伺ったところ、イギリス国内では、スターリング大学、ブラッドフォード大学、マンチェスター大学の3校の看護学部で認知症学の学位を取得できることが紹介され、今後も認知症ケアに関する高等教育の拡充が進められるであろうと語られた。また、ニューキャッスル市内では、チャリティ団体「認知症ケアパートナーシップ(Dementia Care Partnership)」による教育プログラムが提供されており、本大学でも講座を設置しているとのこと。また、国家戦略では社会的孤立を防ぐためのピアサポートネットワークをすすめているが、本大学では、認知症の人やその家族に大学に来校してもらいセミナーを開くなどの活動を行っている。その他に、社会的相互性が認知症の人にどのような影響を与えるか、社会的な障害に対処し、支援環境を整備するか、といった研究事業も推進されているとのこと。さらに、2011年1月より、高等教育者向けの多国共同プロジェクトが予定されており、オーストラリア、ドイツ、南アフリカなどが参加し、そのなかで認知症ケアに関する高等教育もテーマの1つにあげられている。

認知症ケアを提供する組織母体に関しては、現在実際にサービスを提供しているのはチャリティと民間団体であり、今後これらの役割がより一層大きくなるであろうとの見込みが語られた。行政が直接サービスを行うことは稀で、自治体の役割としては、サービスの管轄や資金提供を行うことが主たる役割となっている。

今後は、認知症ケアの機能がより分化するであろうとの予想も語られた。NHSやアドミラル看護師は、重度の認知症の困難ケースだけを扱うようになり、認知症ケアパートナーシップなどのチャリティ団体は、小さなスケールでのケア(小規模バンガローなど)に焦点を当てて展開していくであろう、とのこと。しかし、このようなハイコストのケアでは財源確保が課題

となる。また、認知症ケースにケアを提供する職員が、修士号をもつなど高い専門性レベルの資格をもつ者と、資格がない者とが現在混在しており、今後この2種類の看護師の2極化も予想されると語られた。

また、認知症ケアにおいて、テクノロジーをより積極的に利用しようとする流れも指摘された。従来はモニタリングのためのテクノロジー利用が注目を集めていたが、現在では例えば日本の「パロ（独立行政法人産業技術総合研究所が開発したアザラシ型ロボット）」のような情緒的支援へのテクノロジー利用など、その応用領域が広がっていることが指摘された。

認知症ケアの今後の課題として、自律（autonomy）の支援が挙げられ、社会生活維持を目的とする素早い適応ができる体制の構築の必要性が語られた。また、認知症ケアでは文化的背景による違いが大きく、たとえば家族の捉え方、関係、役割などは全く異なるため、異なる文化的背景をもつ人が認知症になったとき、その文化に固有のニーズ（culture needs）への配慮が必要になる点などが指摘された。

また、国家戦略の中で言及されている「認知症アドバイザー（dementia advisor）」について尋ねたところ、認知症アドバイザーは、基本的にボランティアでの活動が想定されており、トレーニングは必要だが、資格などは不要であるとのことであった。認知症アドバイザーの質の担保を目的として、現在アルツハイマー病協会が基準の作成を検討しており、英国内20か所（ニューキャッスルは含まれていない）でパイロット事業が展開中である。

アドミラル看護師（Admiral Nurse）についても話を伺った。アドミラル看護師は、認知症ケアに専門性を特化した精神保健看護師で、資格認定はチャリティ団体であるディメンティアUK（Dementia UK）が行う[16]。ディメンティアUKは1994年に、認知症ケースの家族が設立したチャリティ団体である。ロンドンに拠点を置き、全英50ヶ所に支部をもつ。現在、アドミラル看護師として認定を受けた看護師は85名以下であり、北部イングランドにはまだ存在せず、今後養成を始めようとしている段階である。アドミラル看護師の所属はディメンティアUKになるが、雇用者はNHSであり、給与はNHSから支払われる。コミュニティ・メンタル・ヘルス・チームに所属して活動している者が多い。活動のポイントは、ケア提供者の連携によって認知症ケースを支える点にあり、ケアの対象は本人のみではなく介護者を支えることも役割のひとつである。それは国家戦略の方向性とも合致する。もともとアドミラル看護師の資格化に向けた活動を始めたのは、資産家の個人（家族介護者）であり、この発起者の「このような看護師がいるといい」という個人的な思いがこの資格の端緒である。また、「Admiral（海軍大将、海軍将官）」という名称は、脳血管性認知症を患った海軍大将ジョセフ・レヴィ（Joseph Levy）にちなんでつけられている。

概要

訪問日時 2010年10月1日 10:00 - 12:00

担当者 シルビア・ショート氏

所属・役職 アップルトン・ロッジ施設長

自治体であるダラム・カウンティ（Durham County）と民間企業であるホーム・グループ（Home Group）のパートナーシップで運営されるアップルトン・ロッジ（Appleton Lodge）の施設長であるシルビア・ショート（Sylvia Short）氏より、施設の概要説明を受け、施設見学を行った。また、ダラムにおける認知症対策全般についても説明を受け、さらに現在試験的に導入中のテレ・ケアの事例についての説明を受けた。

本施設は2006年設立のケア付き入居施設で、全21室から構成される。各部屋には2つのベッドが容易され、認知症を持つ本人とそのパートナーの2名で入居できるように設計されており、入居者本人死亡後も介護者が住み続けることができる（実

際には多くの場合転居される)。入居時にソーシャルワーカーのアセスメントを受けて入る必要があり、すべての利用者が認知症を持っている。

施設理念として「認知症に優しい (Dementia friendly) 独立 (independent) した生活」が掲げられており、安全で自立した生活を重視している。住居というコンセプトに基づき、施設内でケアを提供するスタッフは、ユニホームを着けず、入浴介助時にはエプロンを着用する。食事は施設内で調理されラウンジにて提供されるが、夕食をラウンジで食べるか自分で料理するかは選べるようになっている(昼食がサービスに原則含まれている)。また、薬の管理は、本人ができれば本人に任せ、本人ができなければ、ともに入居する介護者が管理する。スタッフは薬の残数のみ確認する(薬の管理箱は各部屋にある)。また、各部屋には非常用アラームが用意されているが、作動するとまず同居する介護者に伝わり、介護者がスタッフを呼んで入る仕組みであり、介護者がアラームに対応できない場合にはスタッフに伝わる。また、廊下の名前は花の名前、視認性の高い色合いの手すり、各部屋にのぞき窓と郵便ポストを設置するなど、環境整備上の配慮がなされている。また、同居しない家族のためのゲストベッドルームも用意され、1泊£5で利用できる。ソーシャルインクルージョン活動として、ガーデニング、映画鑑賞などの社会活動があり、参加するかどうかは本人が選べる。

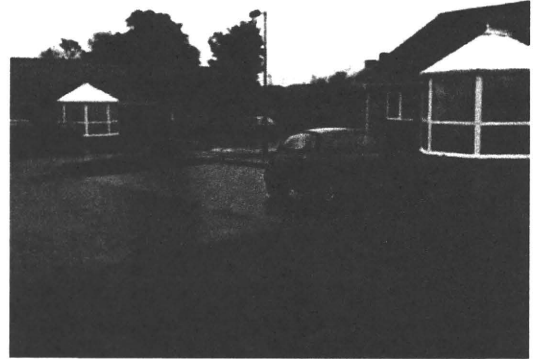
ダラムの取り組み全般に関して伺ったところ、高齢者が社会で孤立することを防ぐため、①セルフヘルプ、②コンピュータを用いた服薬管理、③認知症に関する法制度の整備、に重点的に取り組まれている状況が紹介された。また、NHSのパイロットスタディとして実施されている「Let's respect」と銘打たれた取り組みが紹介された。これは、精神保健のニーズを有する高齢者へのケアを向上させるために、政策立案者と臨床家とが協働するプロジェクトであり、「社会サービスと医療サービスの情報共有」と「協働 (joint working)」が大きな目標として掲げられており、NHSコミッショナーと自治体コミッショナーが、共通のケースに関する情報共有シートを作成するなどし、協働が図られている現状が紹介された。ここでは、認知症ケアにおける4つの重要なポイントとして、早期介入、病院ケア、施設ケア、抗精神病薬の減量、が挙げられ、病院と施設とで共通のアセスメントシートを使用し、入退院時に利用者が持参することで、病院と施設のコミュニケーションの改善が図られていた。

また、テレ・ケアを推進する活動の一環として、「safe walking (安全に歩く)」という取り組みを行っている。テクノロジーの補助によって高齢者の自立した自由度の高い生活を目指すことを基本コンセプトに据え、具体的な取組として、「地域アラームサービス (community alarm service)」が紹介された。これは、GPSを用いたトラッキングサービスを提供するウェブサービスBUDDI[5]を活用したシステムであり、小型端末を所持する利用者の位置情報を2分おきにモニタリングし、行動パターンを把握したり、想定外の行動があった場合に家族に連絡したり、警察に通報したり、(予め本人の写真を警察と共有し連携がとれるような関係が作られている)といったことが可能になっている。またさらに、予め、利用者の行動範囲をマッピングして圏域を決めておくことで、その範囲の外へ出た場合にメッセージがコントロールセンターに送られ、スタッフが本人を迎えに出ていくといったことも可能になっている。現時点では、費用は自治体負担でダラムのパイロット事業として試験的に運用されている段階である。利用者の対象として想定されているのは、地域生活において難しい課題をもつ人(認知症に限定していない)であり、通常のケアパッケージの対象にはならないような軽度の認知症ケースが使用することで、遠隔地にいる家族の安心にもつながるのではないかと、といった利点が指摘されていた。この他に、住居のドアやベッドフレームにセンサーを設置することで、自宅内での本人の行動パターンを把握する技術が紹介され、これによって、24時間の行動を把握することで、より個別性をふまえた適切なケアプランの作成が可能になるといった期待が語られた。

概要

訪問日時 2010年10月1日(木) 13:30 - 15:30
 団体名 デイメンティア・ケア・パートナーシップ

デイメンティア・ケア・パートナーシップ(Dementia Care Partnership)は1993年に設立されたチャリティ団体であり、「P.E.A.C.H(本人中心(person-led)、エンパワメント(empowerment)、アタッチメント(attachment)、継続性(continuity)、希望(hope))」を基本理念に掲げ、一般市民のアンチスティグマを目指し、柔軟性のある在宅支援、24時間対応の付き添いや世話人、デイ・ナイトケア、自立支援施設、バンガロー、ショートステイなど様々な活動を展開してきた。現在のデイメンティア・ケア・パートナーシップ全体でサービスの利用者は1週間あたり500人の利用者に対し、4000時間のケアを210名のスタッフが提供しているとのこと。



訪問したデイケア施設では週5回のデイケアを提供しており、プログラムには一般の地域住民も参加し、認知症を持つ人と持たない人が一緒に、パソコン教室、乗馬、アフタヌーンティー、水泳、ガーデニングなどの様々な活動が行われていた。

デイケア施設に隣接するバンガローと呼ばれる共同生活施設は、1993年から2006年にかけて、古い家を買取り取るなどして設立されたもので、現在43人の入居者が居住している。17棟のバンガローがあり、1つに4人ずつ入居できる。4人の入居者に昼は2人、夜は1人のケアスタッフが配置される。入居費用は、基本居住費が1週間で£325、食事や電話などの追加コストが£61/週などで、最大でおよそ£400/週となっており、資産状況によって自己負担額は段階的に調整される。

本施設に勤務する職員は、NVQ(National Vocational Qualifications 職業能力評価制度)におけるレベル3以上に該当し、かつ本団体が独自に開発したP.E.A.C.Hトレーニングと呼ばれる研修プログラムを修了する必要がある。国家戦略では、4日間の研修を基準としているが、本団体では2週間にわたるフルタイムの研修を行っている。これは、常勤職員のみならず、1日2時間勤務の非常勤職員にも適用される。研修内容は、理念の理解、脳の構造、認知症の特徴、アクティビティの意味など多岐に渡り、その研修プログラムの質の高さから、教育プログラムは、団体外部でも有料提供されている[17]。