

# 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

#### <目次>

1.	認知症国家戦略の概要.....	1
(1)	目的.....	1
(2)	経緯と構築方法.....	2
(3)	認知症関連サービスの展望.....	2
2.	イギリスの認知症国家戦略における目標.....	7
(1)	意識と理解の向上.....	7
(2)	早期診断と支援.....	10
(3)	認知症とともに充実した生活を送ること.....	16
3.	認知症国家戦略の実施.....	26

## VI 認知症国家戦略の開発

### 1. 認知症国家戦略の概要

#### (1) 目的

本国家戦略は、保健省プログラム委員会（Department of Health Programme Board）の後援によりイングランドで作成された報告書であり、イギリスの認知症高齢者対策におけるフレームワークとして位置づけられている。

イギリスにおける認知症国家戦略策定の目的は、以下に示すとおりであり、詳細な臨床ガイドラインの役割を果たすものではない。

- ① 認知症関連事業の質の向上および認知症に関する保健格差解消への取り組みが、地域事業により可能となるよう、質の高い戦略的枠組みを設定する。
- ② 保健およびソーシャルケアの行政官、戦略的保健局（SHA）、地方自治体、救急病院トラスト、精神衛生トラスト、プライマリ・ケア・トラスト（PCT）、民間のサービス提供者・第3セクターおよび現場の行政官に対して、認知症に関連する事業計画・開発・監視に関する助言、指導および支援の提供を行う。
- ③ 認知症患者とその家族が期待する情報を提供するために、認知症を対象にした質の高い保健およびソーシャルケア事業の内容と方針を提示する。

また、本稿に紹介している内容は、イギリスの行政官が認知症国家戦略（Living well with dementia: A National Dementia Strategy）を実践可能にするための支援パッケージとしても活用されており、政府は行政への業務委託をより効果的に行えるように次の事項を実施するとしている。

- ・ 認知症国家戦略の地方レベルの支援および国家レベルの協調によって、リーダーシップの連携を促進し、認知症に関する取り決めについて地域の責務を強化する。
- ・ 地域が業務委託の課題を克服するための実践的な支援およびガイダンスを提供する。認知症国家戦略の計画では、実施地域を定めて、ネットワーク作りと資源交換を促進し、行政官向けの講習会など対象者に合わせた支援を提供する。

- ・ 早期介入のための記憶力に関するサービス、地域の個人的支援、総合病院における連絡窓口サービス、認知症アドバイザーおよび介護施設へつないでいく支援など、主要なサービスについて詳細に案内する。
- ・ プランナーと行政官のための認知症データセットおよびモデルを開発する。例えば、地方自治体および PCT が、認知症ケア事業の支出と成果の複雑な関係を理解する能力を向上させる。
- ・ 認知症患者とその家族の意見が保健機構の将来の評価に反映されるようにする取り組みを通して、認知症患者とその家族介護者の意見をさらに取り込む。
- ・ 質の高い保健サービスを促進し、保証するために確固たる取り決めを適切に行う。

## (2) 経緯と構築方法

作成にあたっては、保健省プログラム委員会の後援により、Jenny Owen および Sube Banerjee 教授率いる保健省作業部会 (Department of Health Working Group) が立ち上げられ、聴聞会関連および本国家戦略の開発を担当した。開発にあたっては、認知症患者や家族介護者の意見を幅広く拾い上げ、インターネットを通じたアンケート調査や、専門家、関係団体などとの意見交換等、3,000人以上の関わりにより検討が行われている。また、CSIP およびアルツハイマー協会主催、中央情報局 (COI) 後援による全国 53ヶ所での聴講会も実施されている。

この国家戦略は、成果を重視すると明言されており、以下の 3 つのテーマについて具体的な目標を示している。また、本稿は、この 3 つのテーマに即して、イギリスが掲げた具体的な目標の詳細をみていく。

<目標とする成果>

- ① 意識と理解の向上
- ② 早期診断と支援
- ③ 認知症とともに送る充実した生活

## (3) 認知症関連サービスの展望

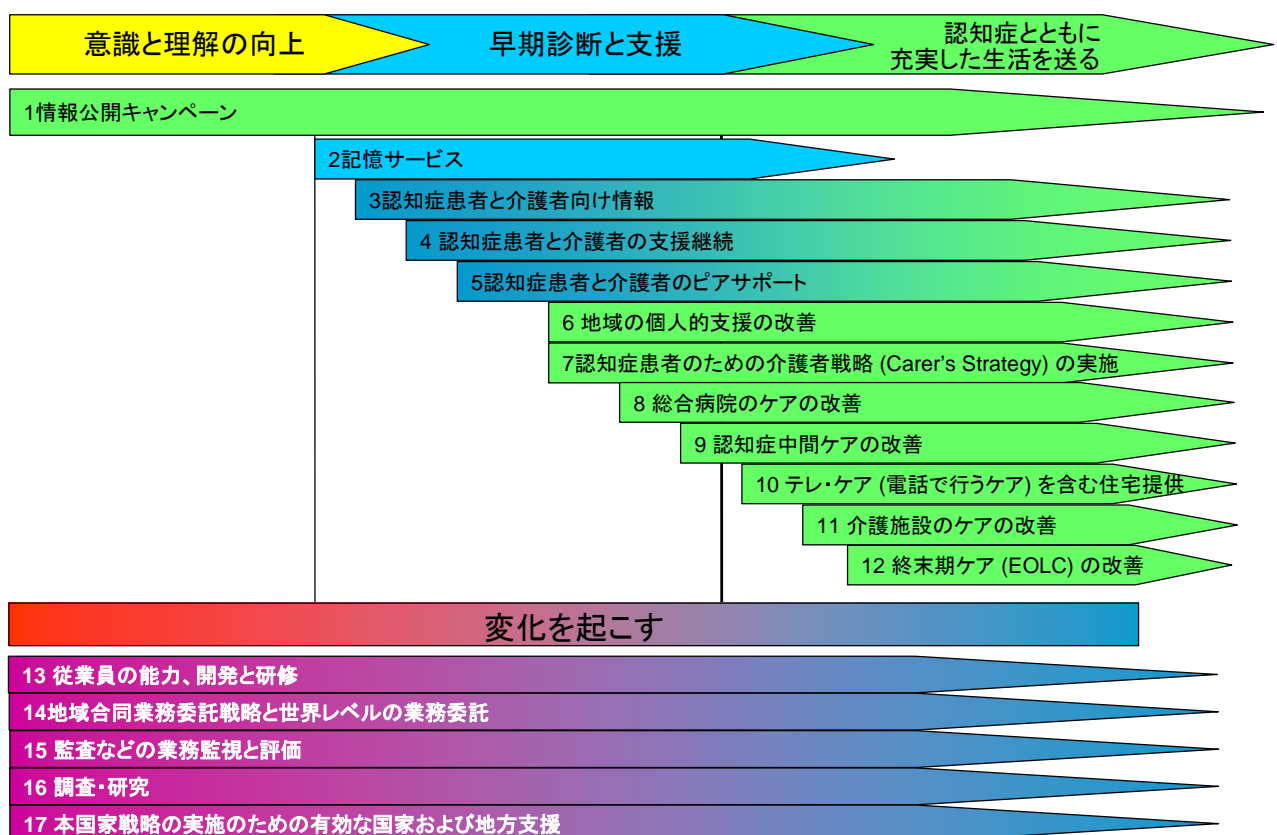
保健省における認知症国家戦略の目標は、認知症の経過段階、あるいは保健やソーシャルケアの対象者であるか否かに関わらず、認知症患者とその家族が、地

域で充実した生活を送れるように支援することである。目標を達成するための構想は次の3つに分かれる。

- 国民および専門家の姿勢・理解・行動の変化を促し、支援の要請・提供（専門医への照会）を促進する。
- 早期診断・治療を例外なく徹底する。これを達成するためには、軽度から中度の認知症の診断を、特別に委託する一部の制度に負わせることとする。この業務委託によって、①適格な診断、②慎重かつ明確な告知、③診断後の迅速かつ適切な治療・ケアおよびピアサポートや専門家のサポートの提供を可能とする。
- 全認知症患者に対して質の高いケアを提供することにより、診断から終末期まで、居住地域・病院・介護施設等での充実した生活を可能にする。

### 認知症国家戦略のステップ

認知症患者が、定められた一連の治療を受けつつ、様々なサービスを活用しながら「認知症とともに生きていく」ことを実現する認知症国家戦略の実施の流れ



出典：National Dementia Strategy HP

なお、本国家戦略は、高齢者の保健を向上させる政府の目標の次段階にあり、様々な研究成果の集約である。土台となった取り組みや研究成果を以下に挙げる。

#### (4) 認知症対策に関連する報告書

##### ① 国家戦略の基盤となった報告書

###### 高齢者向けナショナルサービスの骨格: National Service Framework for Older People:

National Service Framework for Older People (2001年)には、精神衛生と高齢者について書かれた章がある。そこには考慮すべき認知症の問題が述べられており、早期診断および介入が支持されている。NHSと地方議会による、健康増進・早期発見と診断・評価・介護と治療計画・専門家サービスへのアクセスについての取り決めの再検討が勧告されている。

###### 誰にも関わること: Everybody's Business

2005年、保健省および Care Services Improvement Partnership (CSIP) は Everybody's Business - Integrated mental health service for older adults: a service development guide<sup>71</sup> を発表した。この手引きでは、認知症の早期診断を可能にする記憶力評価サービスや、複雑化した行動的・心理的症候を有する認知症患者の管理も行う組織化された地域社会の精神衛生チームなど、高齢者の精神衛生面全般に関わるサービスの重要事項を示している。

###### 認知症臨床ガイドライン: NICE/SCIE

2006年、National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) および Social care Institute for Excellence (SCIE) は、認知症管理に関する共同の臨床ガイドラインを発表した。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認知症診断サービスの照会を行う時点としての記憶力評価サービス、③介護者の支援および治療(必要時)、④認知力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

###### イギリスの認知症レポート: Dementia UK: The full report

2007年2月、アルツハイマー協会は、Dementia UK: The full report を発表した。この報告書の重要な調査結果では、イギリスには70万人の認知症患者が存在しており、そのための国費は年間170億ポンドとなっている。30年後には患者数は2倍、国費は3倍に増加することになる。本報告書は、明確に、認知症を国家の保健とソーシャルケアの優先事

項とし、認知症患者とその介護者へのサービスの質を向上させることなどを勧告している。

### **NAO の出費の価値の研究: 監査局の出費の価値の研究**

2007年7月、監査局 (National Audit Office, NAO) は、Improving services and support for people with dementia で、認知症関連サービスの調査結果を発表した。本報告書では、認知症患者とその家族が受けるケアサービスの質を厳しく批判している。サービスに対する支払いが発生するのが全般に遅すぎるのは、認知症と早期に診断される人がほとんどいないということであり、早期介入が生活の質の向上には必要であると本報告書は結論付けている。NAO は、不必要な介護施設への入所を回避し、入院期間を短縮して経費節減を可能にするために、早期診断と介入サービス、専門の地域サービスの改善および総合病院への先行投資による「節減のための費用」を提唱した。

### **Public Account Committee の報告書: 会計検査院の報告書**

2007年10月15日に行われた同委員会の公聴会後に本報告書の結果が確認され、House of Commons Public Accounts Committee (PAC) 報告書に内容がまとめられた。公聴会では、NHS 長官をはじめとする保健省の関係者に対して、NAO の批評と勧告についての審議が行われた。PAC は、議決の対象として、次の8つの領域を特定した。①認知症を国家の優先事項とすること、②有効な所有権とリーダーシップ、③全員を対象とする早期診断、④一般国民の意識と理解の向上、⑤統合されたケアの実施、⑥介護者もサービスから恩恵を受けるようにすること、⑦介護施設で行われるケアの改善、⑧総合病院で行われるケアの改善、である。政府は、同委員会の結論と勧告を受け入れ、認知症国家戦略では、この報告書の結果に対して十分な取り組みがなされることを強調した。

### **Our NHS, Our Future: NHS Next Stage Review: NHSの次のステージに向けて**

本調査結果では、戦略的保健当局 Next Stage Review の8つの領域のうち2つを除く全ケア・パスで、認知症患者全員に対して質が高く、ひとりひとりに合わせたケアを保証することの必要性が明らかになった。Next Stage Review の目標達成によって、地方全体の認知症関連サービスの改善に貢献することになり、また、認知症国家戦略の実施は補足的に Our NHS, Our Future の目標達成に一役買うことになる。

## **② 具体的な政策の展開に関連した報告書**

### **Partnership for Older People Project (POPPs): 高齢者向け試験的プロジェクト**

2004 Spending Review では、PCT と、任意組織、地域、民間部門とのパートナーシップによる地域の革新的な試験的プロジェクトを立ち上げるために、6,000万ポンド (2006/07年は2,000万ポンド、2007/08年は4,000万ポンド) の資金を提供した。資金援助は、ソー

ソーシャルサービスの責務を負う地方自治体（CSSR）に対して行われ、認知症患者への早期支援介入を目指して、資源と文化に持続可能な変化を生むことをプロジェクトの目標とした。具体的には、アプローチの実施と評価を行い、これによって高齢者への早期支援体制を向上させることである。全国 29 か所に試験地を設け、いくつかの試験的 Older People's Mental Health Services に組み込み、不安やうつなどの精神衛生ニーズから認知症や早期のアルツハイマー病まで、多様なニーズに取り組むことを目的とした広範な介入が実施されている。

#### **Social Care Reform Grant: ソーシャルケア制度改革基金**

早期発見および reablement（一度失った能力、自信、自立性を積極的に回復すること）に注目したソーシャルケアの取り組みへの投資によって、健康増進に有効である可能性を示すデータが増えてきた。保健省は、新しい助成金 Social Care Reform Grant によって自立性と福祉の向上を促進している。今後 3 年にわたり、ソーシャルケア制度改革のために早期介入に積極的に取り組むことなど、社会福祉サービスの責務（CSSR）を有するすべての地方自治体に対して 5 億ポンド以上の資金調達をすることとしている。

#### **Career's Strategy: 介護のための戦略**

2008 年 6 月の公表では、認知症患者を介護する 50 万人の家族が、離職せざるを得ない状況におり、減収になった金額や介護サービスへの支払い額を合計すると（介護経費の総額）年間 60 億ポンド（7,920 億円）に上るとしている。広範囲に及ぶ家族介護者による協議会は、要介護者の支援を基盤としつつ、家族等の生活支援も可能とする 10 年計画を策定している。

#### **End Life Strategy: 終末期ケア戦略**

認知症患者は、認知機能が損なわれていない患者よりも死亡率が 4～6 倍高くなりつつ、質の悪い疼痛ケアや終末期ケアを受けており、ホスピスケアへアクセスされる認知症患者は殆どいない状況となっている。

2008 年の保健省の発表でも、認知症患者の終末期ケアは開発の進んでいない領域であるとの認識が示され、リバプール・ケア・パス（Liverpool pathway）とゴールドスタンダード（Gold Standard）の枠組みによって、適正プロセスの活用による終末期ケア・パスの開発の必要性が明らかになった。終末期ケアニーズに関する地域の取り組みは、認知症のまま死に至る人が多数いることに焦点を当てる必要があるとし、終末期ケアに関わる人材育成が課題としている。緩和ケアの提供者や専門家と連携し、疼痛発見・緩和・および終末期介護の技術の訓練など、認知症患者にとって有効な終末期ケアの提供実現が目指されている。

## 2. イギリスの認知症国家戦略における目標

### (1) 意識と理解の向上

目標の第一に挙げられているのが「意識と理解の向上」であり、その具体的な方法として、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。意識と理解向上が求められている背景としては、戦略策定の過程で行われた聴講会などで、認知症患者自身や家族などから訴えのあった、理解と知識の不足による周囲の偏見や、生活上の不都合、専門職の対応力の低さ等がある。

#### <当事者等の声(会議録抜粋)>

「以前は記憶力がよかったのに、突然知っている言葉の意味が分からなくなって・・・何かが違うと思いました。」(認知症患者)

「娘達が生まれたときのことをずっと覚えていたのに、あるとき『誕生日が覚えられない』と思ったことがありました。自分の頭が以前とは違っていることは分かっていました。」(認知症患者)

「知っているはずのことを覚えにくくなっていました。妻が言ったこと、私に頼んだこと、妻が私の代わりにしてくれたことなどで、次第に妻と口論するようになりました。わたしは決まって妻に『君は言っていない(していない)よ。』とっていました。」(認知症患者)

「一番つらいのは子供たちに伝えることです。娘の一人は、知りたくないだけですし、もう一人の娘は現実から目をそらしています。息子は私よりもよく分かっています。」(認知症患者)

「息子は私のことを見守っていますが、分かっています。娘は決して口に出しません。」(認知症患者)

「不治の病に罹ったら、あなたも私の気持ちが分かると思います。」(介護者)

「よだれを垂らして居眠りをしている、そう、まさにこれがアルツハイマーのイメージです。でも、私たちは皆ここに座って、まったく普通に話しています。私たちはある種のアルツハイマー病ですが、居眠りをしたり、よだれを垂らしたりはしません。」(認知症患者)

「決まって、最悪の状態の『認知症患者』を見せますよね。」(介護者)

「ちょうど血腫や肺がんになるように、認知症になってしまいます。社会に体制があれば、診断に至るプロセスが実際もっと簡単になるでしょう。これはスティグマそのものじゃないですか？」(認知症患者)

「おっしゃるとおり、よく知っている人が認知症になったことを話す機会が増えるほど、人生の一部としてよりよく受け止められます。」(介護者)



「普通の人の話をもっと聴く必要があります。認知症になって感じることを、そして介護者・パートナーがケアしていて感じていることを。」(認知症患者)

「かかりつけのお医者さんはこう言っていました。『70 歳を過ぎれば、少し忘れることもありますよ。』ってね。」(認知症患者)

「専門の医者じゃなくて、かかりつけ医が何もしなかったんですよ。頭をなでただけです。」(認知症患者)

「ともかく地元のかかりつけ医師の予約を取りました。いろいろなことでね。そこに行って症状を話している間、彼は馬鹿にしたような様子でした。」(認知症患者)

### 目標 1: 認知症について国民および専門家の意識と理解の向上を図る

認知症に関する国民や専門家の意識と理解の向上を図り、認知症に関わる悪いイメージ払拭していく。これによって、一人ひとりが時宜を得た診断を得たり、ケアによってもたらされる利益を知り、認知症予防の促進や、認知症患者の社会的排除と差別の抑制、適切な支援要請および支援提供に関わる行動の変化を促進していかなければならない。

#### <実施方法>

- ・ 情報の一般公開やキャンペーンの開発および実施をする。  
「心に良いことは脳にも良い」という強い予防メッセージを盛り込む。
- ・ 補足的に、地域独自のキャンペーンを実施する。
- ・ その他の特定団体(公益事業や一般市民向けサービスの従業員、学校、文化・宗教団体など)対象キャンペーンを実施する

#### <具体的な取り組み>

- 国民および専門家が、本人・家族と同様に、認知症に対する理解を向上させる。支援サービスの要請方法、利用可能な支援と治療に関する情報など、より良い情報提供を保証していく。
- 現状における誤解を解き、認知症に関する悪いイメージを取り除くための取り組みを行う。そして、脳血管の健康増進によって認知症の予防もしくは発症を最小限に抑える可能性を示していく。

- アルツハイマー協会が2007年に行った調査では、試験的な啓発キャンペーンによるプラス変化の可能性が裏付けられている。78%のGP(かかりつけ医)は、「このようなキャンペーンが受診を早める。」という肯定的な意見を持っている。
- 特定の集団(学習障害者、認知症患者、若年性認知症患者、少数民族、地方・島の居住者や非定住者のコミュニティー)のニーズは、他の大多数の集団のニーズとは異なる場合もあり、その集団に特化したアプローチが必要な場合もあることを考慮すべきである。
- 情報公開キャンペーンは、大企業や代表的な団体を通じて従業員等を対象に行うことも有効である。キャンペーンの内容は、事業主と相談の上で作成する必要があり、チーム用の状況説明書一式、従業員の研修資料、従業員用の掲示板ポスター、社内誌や小冊子用の資料にも情報を盛り込む。
- キャンペーンによって、認知症の早期の徴候や認知症が与える介護者への影響を従業員が認識するようになるため、人事部・健康保険組合も対象にすることが有効である。

### キャンペーンに対するメッセージのポイント

- ・ 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。
- ・ 生活(社会的な)環境が重要である。生活の質は、脳の病態レベルに関わるのと同様に、人との交流や人間関係の豊かさにも関連する。
- ・ 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、認知症患者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。
- ・ 認知症患者は地元貢献する。また、貢献し続けることができる。
- ・ 私たちのほとんどは、自分自身が、あるいは気に掛けている人を通じて、何らかの形で認知症を経験する。
- ・ 私たちは全員、認知症患者とその介護者の保護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、認知症リスクを低下させることができる。

## (2) 早期診断と支援

早期診断や診断後の適切な支援につなげていくことに焦点が当てられた目標設定となっている。当事者の声からは、初期段階の対応に関する様々な意見が挙げられ、早期診断、情報、継続的支援、ピアサポートなどに関する課題が明らかになった。

「総合医（GP）は、結局その名のとおり全てのことを専門にすることはできないのだけれど、病気としての認知症に対して普通の感性があるとは思えません。」（認知症患者）

「（医者）はもちろんもっと訓練が必要です。それでも分からなかったら、精神安定剤を処方するのではなくて、神経科医か精神科医へ患者を回すべきです。」（認知症患者）

「医者（GP）にはいろいろなことを相談しに行きましたが、決まって（認知症患者が）言われるのは、『本人の気持ちの問題で、認知症じゃありません。もっと気をしっかり持つように。』ということでした。」（介護者）

「医者は私に『アルツハイマー病です。』と告げ、立ち去りました。本当に不愉快でした。」（認知症患者）

「会ったこともない人から電話で『ご主人はアルツハイマー病と血管性認知症です。』という診断を告げられました。考えられる限り最悪の告知でした。腹が立って仕方がありませんでした。」（介護者）

「初診であれば、遠回りせずに済む方法があると思うから、診断をもっと早くして告知するべきです。ごまかしたりせずに、医者は真剣に取り組んでくれると思います。」（認知症患者）

「『GP』は患者にも介護者にもとても協力的です。認知症の問題が起きたとき、『患者』には、メモリー・クリニックとそのスタッフをすぐに紹介してくれました。GP が、患者にすぐに何を対処すべきかを認めたのは明らかでした。メモリー・クリニックの医師とスタッフは、患者を検査すると GP に返書を書いてくれ、それからいつも GP は状況を知らせるために連絡をとってくれました。とても前向きな GP です。」（介護者）

「医者からは情報が十分にもらえません。その場を離れながら『これからどうしよう。ここからどこへ行こう。』と考えました。私は片手に処方箋を持ち、もう一方の手に血液検査の結果を持っていますが、私の受けた CAT スキャンの結果を教えてくれる人はいません。誰もその情報を教えてはくれません。これから『主人』と向かい合うのは私なのに。」（介護者）

「アルツハイマー協会の人と介護士のいろいろな方が、認知症の種類や症状や健康的な生活による支援方法について聞く機会をくれました。全部本当に良かったです。」（介護者）

「今日、できることとできないことがある私と、とても似た状況の人に会いました。それは私にとってほっとする出来事でした。同じ状況の人がいることを知って、本当にほっとしました。」（認知症患者）

## 目標 2 : すべての人に対する質の高い認知症早期診断と介入を可能にする

迅速かつ有能な専門家による評価が重要であり、全ての認知症患者と介護者は、細かい配慮のある正確な診断や、必要に応じた治療およびケア・パスの利用機会を持つようになる。地域で発生したすべての新症例を評価できる制度としていくことも必要である。

### <実施方法>

- ・ 認知症の早期診断と介入について、地域ごとに利用可能な質の高いサービスを委託する。このサービスは、地域で発生したすべての新症例の評価を可能とすることが重要である。

### <具体的な取り組み>

- 全国規模で早期診断と介入に有効なサービスを確実に利用できるようにする。保健省は、認知症の早期診断と介入に関するサービスへの投資について、臨床および経済の側面から捉えた効果予測の詳細を公表した。

- ・ 在宅支援サービスの早期提供は、施設入居を 22%減少させる。
- ・ 状況が複雑な場合でさえも、患者が精神衛生の熟練チームのサービスを受ければ、ケース・マネジメントによって介護施設への入居を 6%減少させる。
- ・ 高齢者の精神衛生面のサービスは、認知症で生じる行動障害・幻覚・うつに効果があり、施設でのケアの必要性を減少させる。
- ・ 介護者への支援と診断時のカウンセリングは、介護施設への入居を 28%減少させる。
- ・ 早期診断と介入は、認知症患者の生活の質を高める。
- ・ 早期介入は、介護者である家族の生活の質にプラスの効果がある。

- 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る。このようなサービスを実現するには、プライマリ・ケアからの紹介に焦点を当てる必要があり、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。年齢・民族的背景を問わずに包括的なサービスを提供し、誰の役にも立つ認知症患者の早期診断と介入に焦点を当ていくためには、次のような対応を含んでいることが求められる。

- 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

このようなサービスは、現在の精神科、老年科、神経科、プライマリ・ケアなどによって行われている医療に代わるものではないが、現行の支援内容を補完する意味がある。

### 目標 3: 認知症患者と介護者のための良質なケアの情報

診断時以降の全期間にわたり、認知症患者と家族介護者が利用できるサービスに関する良質な情報を提供する。

#### <実施方法>

- ・ 既存の関連情報を検討し、精査する。
- ・ 診断時とそれ以降のケア期間中において、認知症および利用可能なサービスに関する良質な情報資料の作成と配付を行う。
- ・ サービス提供状況に関する明確な情報資料を、地域の実情に合わせて作成する。

#### <具体的な取り組み>

- 一人ひとりに合わせた包括的で質の高い情報パッケージを作成する。これらの情報は、国が認知症の特性に関する情報を含めたものを作成し、地域では、利用可能な治療や支援などの実情に応じてアレンジする。
- 病気が進行するに従って異なる症状や状況が発生することを想定し、情報をすべて収載する。
- 多様な認知症患者集団（言語の異なる集団、少数民族、学習障害者、若年性認知症患者など）に対応できるよう、情報資料の種類は複数必要となる。
- 患者が知能を低下させた場合にも、必ず自分の願望や希望が適切に考慮されて支援につながるように、診断の早期段階でどのようなケアの選択肢が存在しているか等の十分な情報提供をし、本人が計画を希望するかを確認する。
- 認知症患者が、保健およびソーシャルケアの情報提供を受けるために、直接的に担当者へアクセスできるようにする。

#### 目標 4: 容易なアクセスと継続的な支援（認知症アドバイザー）

診断後、患者への適切なアドバイスを行ったり、ケアサービスに確実につなげたりできるように、容易なアクセス方法を可能としていく。その具体的な窓口としては、認知症アドバイザーが想定されている。

##### <実施方法>

- ・ 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。実践的な取り組みに先立って試行的プロジェクトを立ち上げ、サービス提供モデルを実施した上で、これを評価していくことから始める。
- ・ 認知症アドバイザーは、認知症に関する情報とアドバイスを提供したり、相談窓口を紹介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患者・家族を支援に導いていく。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。

##### <具体的な取り組み>

- 認知症アドバイザーの役割は、地域の精神面のケアを担当するチームや訪問ケアスタッフ・看護師等が行う集中的なケース・マネジメントとは異なり、地域で利用できるサービス全体の情報提供や直接的なアクセス方法を確認できる窓口となることである。
- 認知症アドバイザーの活動には、問題が何かを見極めて、認知症患者とその介護者に、彼等が必要とするタイムリーな支援を迅速に提供できる専門職につないで契約できるようにする支援も含まれる。
- 各地域におけるソーシャルケアと保健の両領域における活動が求められることから、地方自治体と PCT の合弁事業として委託を受けることも可能とする。
- 患者の状態変化によりケアの対象から外されるような場合でも、認知症アドバイザーは、患者・家族とアクセスする手段を持ち続け、1年に1回から2回程度は当事者と接触できるようにしていく。

#### 目標5：認知症患者と家族介護者のためのピアサポートおよび学習ネットワークの開発

このようなネットワークの設立と維持は、第三セクター等によるサポートによって行われ、認知症患者と介護者が地域サービスの選択や優先順位を決める際に、ネットワークが積極的に関われるようにしていく。

#### <実施方法>

- ・ 活動を判定するための実験地と、評価方法および業務委託決定に反映するための適正実施モデルをつくる。
- ・ 認知症患者と家族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、実際の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り、サービスに反映させるべき地域ニーズについての情報提供も行う。
- ・ 保健とソーシャルケアの組織から委託される第3セクターによって、ネットワークづくりを推進する。

#### <具体的な取り組み>

- 体系化された支援モデルでは、効果的かつ効率的な方法で保健とソーシャルケアの専門家からのアドバイスおよび支援を得ることを可能としている。
- 保健とソーシャルケア・サービスに関わる行政官は、認知症患者と介護者を対象とした地域のピア・サポート・ネットワーク開発をどのように支援するかを考慮していかなければならない。
- 一番目の課題はピア・ワーキング・モデルの選択であり、第二は、地域においてサービスを希望する者全員に利用を可能とするしくみづくりである。また、現行の調査分析および新しいモデルの開発・評価を組み入れたプログラムを提案していくことも重要である。



### (3) 認知症とともに充実した生活を送ること

認知症患者が自宅で暮らし続けるために、どのような支援が必要なのかを示唆する言葉も拾い集められている。そこでは、個別的支援のあり方、介護職の関わり方、家族支援、ケアの質、終末期支援など、多岐にわたる課題が示されている。

#### <自宅で認知症とともに送る充実した生活>

「ナイフとフォークのような物も、扱い方を忘れてしまいました。」(認知症患者)

「彼(患者)はエンジニアでした。何事もとても正確にやりました。今では、何かうまくできないととても苛立ちます。本当にイライラしています。怒って『前はこんなじゃなかった。』って私を怒鳴りつけます。」(介護者)

「妻とケアをしてくれる人をとても頼りにしています。いなかったらひどく困ってしまうでしょう。」(認知症患者)

「まさに必要としているところに、無条件で世話をしてくれる人がいることを知ったときは、最高の気分だった。」(認知症患者)

「昼間はなんとか対処できます。夜間はできません。眠らないでケアすることは、絶望的なことでした。限界に来ていました。わたしは医師に『彼(患者)を殺すか、自殺するかです。』と言いました。それぐらいひどいことでした。」(介護者)

「メモリーナース(記憶の看護師)・・・本当に良くやってくれたんです。知らなかった情報や考えも及ばないことをたくさん教えてくれました。すばらしかったです。」(介護者)

「ひどく進行する前に、物事を決定できてそれを理解するだけの知力が十分にあるうちに、いろいろ決めておく必要があります。それを考える時間を与えてくれました。これは大切なことです。」(認知症患者)

「誰かが認知症になったとき、介護者である患者のパートナー自身も精神的な問題を抱えることに、周りは気が付きません。」(介護者)

「必要な情報をすべて与えることが最も重要です。単に起きてしまったことについてではなく、これから起きる可能性の高いことや、支援はどこに求めることができるかについてです。」(介護者)

「認知症の診断を受けたにもかかわらず、私がまだ話すことも考えることもできることに、今まで会った誰もが必ず驚きます。皆さんそのことが理解できないのです。この経験は、世間一般の人がどのように考えるのかを暗示していると思います。」(認知症患者)

「ソーシャルサービスが組織する訪問介護士を頼むことができたので、主人は自宅で最後の6年間を過ごすことができ、とても幸せでした。介護施設には入居せずに済みました。入居していたら主人も私もとても悲しい思いをしたでしょう。介護士の方は日に3回来てくれました。地域の看護師さんも頼みましたし、買い物に出かけるときは、主人の面倒を見てくれるレスパイト・ケアサービスも受けま

した。24 時間主人の世話ができました。介護士の方たちがいなければどれ 1 つ叶わなかったでしょう。」(介護者)

「介護士は最善を尽くしますが、訪問先の滞在時間は 20 分以内ですから、きちんと仕事をするには時間がほとんどありません。」(介護士)

### <介護施設で認知症とともに充実した生活を送る>

「この施設については言い尽くせません。母は 93 歳で、以前は家に一人で住んでいました。母は人が好きで、私が訪問するたびに施設でどんなに幸せにしているかを話してくれます。施設に移ってほんの 1 年ですが、健康状態も悪くないようです。」(介護者)

「認知症患者には施設を勧めません。施設のスタッフは、入居者を厄介者としてみているふしがあります。」(介護者)

「主人は今年の 1 月に介護施設へ入居しました。入居して 4 週間後に、主人がそこを出なくてはならないと聞かされました。主人は施設で大きな問題になっていました。いすに座って一日中テレビを観ることが受け入れられず、歩き回って次々とドアを開けていました。」(介護者)

「主人は 91 歳ですが、まだ自分の歯があります。私が訪問しない限り、主人に歯磨きをするよう言い聞かせる人はいません。些細なことだとは分かっていますが、以前はいつも歯の手入れをしていたので、私にとっては問題なのです。」(介護者)

「過去 2 年間にわたって評価したうち、最近の 30 名の入居者の大半は、抗精神病薬で治療を受けていると思います。介護施設に入居している認知患者の 50% 以上が抗精神病薬治療を受けていると推測しています。」(介護施設マネージャー)

「主人がなぜ動揺したり怒ったりするのかを理解しようとせずに、施設のスタッフは主人に鎮静剤を投与し、数ヶ月間投与し続けました。主人に薬のことを尋ねるまで、このことに気が付きませんでした。」(介護者)

「私が他に気になるのは、介護施設に入居するときには、『施設は登録されており、スタッフは入居者に必要なケアは提供できます。』と言っているのに明らかにできていないということがよくあることです。介護士は、絶えず人の出入りがある状況に対処しています。これは入居者が原因で生じるのではなく、施設のスタッフに認知症で浮上する問題を扱う有資格者がいないためです。認知症ケアの介護施設に登録されたのであれば、介護士はケアサービスを提供できるはずですが。」(介護士)

「母が最初に入居した施設では、娯楽のようなものは何一つ目にしませんでした。現在入居している施設は何でもやってくれます。毎年夏期とクリスマスには、入居者とその家族のためのパーティーがあり、スタッフとその家族も一緒に参加します。小さな子供が元気に参加しているのを見るのは本当に楽しいです。他にも多くの取り組みと企画が取り入れられており、母と一緒にパーティーの雰囲気を楽しむのは素敵なことです。」(介護者)

## 目標 6: 地域の個人支援サービスの改善

自宅で暮らす認知症患者と家族を支援するために、適切かつ幅のあるサービス提供を行う。早期介入時期から専門職による訪問ケアまで、柔軟で信頼性が高く、個人のニーズと好みに対応しながら様々な家族の状況を考慮するサービスへのアクセスを可能としていく。また、これらのサービスは、独居や家族との同居に関わらず、生活費の社会的援助を受けていない人たちの利用も可能にしていく。

### <実施方法>

- ・ 特定の助成金 (Transforming Social Care Grant) を利用して、認知症患者一人ひとりに合わせた個別的ケアを実施する。
- ・ 訪問支援を行う専門家について、有効なデータベースを確立する。
- ・ 上記に関して、行政官は最善の業務モデルを策定する。

### <具体的な取り組み>

- 成果よりも職務を優先する現在のケアサービスのあり方では、時間的にもサービス利用者と介護職との関係を発展させることが難しい。認知症患者にとっては、担当介護職の頻繁な交代や、慌しい訪問 (15分など) を行うことによる問題が生じやすくなる。円滑なサービス提供を実現していくためには、在宅介護サービスの改善が鍵となることから、CSIP (Care Service Improvement Partnership) はツールキットを作成した。
- 一般的な支援および専門家による個人支援サービスのモデルについて、行政官が適切なアドバイスや情報を得られるように、情報分析および評価を行っていく。
- マネージャーとスタッフは、全ての場面でいかなる虐待の可能性にも警戒し、虐待の申し立てを行うための地域制度に通じつつ、認知症患者や家族の人権を守る必要がある。また、当事者が質の悪い介護サービスに関する不満申し立てを行う際や虐待の懸念がある場合の報告方法について、明確な情報を提供できるようにしておかなければならない。

## 目標 7：認知症患者のための家族介護者戦略の実施

家族介護者は、認知症患者にとって最も頼りになる重要な存在である。介護者戦略条項では、家族介護者等が介護者戦略規定を利用できるようにするための積極的な取り組みが望まれる。介護者は介護ニーズを出したり、介護計画に同意したりしながら、認知症患者への支援を享受することとなるが、これらの支援には介護者の休息を確保するためのサービスも含まれる。また、認知症患者の子供が抱える特有のニーズを捉え、患者の子供に対する支援対策を強化していくことにも取り組んでいく。

### <実施方法>

- ・ 本国家戦略を実施する際には、認知症患者の家族介護者のニーズも必ず含まれるようにする。
- ・ 患者のみならず、認知症患者の家族にも有益な休息サービスの開発を促進する。

### <具体的な取り組み>

- 保健省の認知症介護政策に関する計画は、2008年6月に発表されている。
- 家族介護者を支援するための地域の休息サービスやデイ・サービスの必要性が強調されており、認知症患者の自宅、あるいは様々な場面で生じるストレスや困難に対応するため、緊急時利用を含めた休息サービスの充実を図っていくこととしている。

## 目標 8: 総合病院における認知症ケアの質の向上

総合病院における認知症患者へのケアの質向上を促進する。

総合病院における認知症対応の指導的立場の人々を特定し、認知症ケア・パスの規定を策定したり、専門家と連携した高齢者精神衛生チームへの委託を行えるようにする。

### <実施方法>

- ・ 認知症患者に対するケアの質向上を指導していくため、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明確なケア・パスを開発し、病院内の認知症ケアの管理を実現していく。
- ・ 専門家と連携した病院内の高齢者精神衛生チームの活動を通じて、認知症患者の傾向や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、専門家と連携した高齢者精神衛生チームへの業務委託を行う。

### <具体的な取り組み>

- 認知症患者に対する質の悪いケアは、栄養失調や脱水症状等を招く可能性がある。保健省は、Dignity in Care（尊厳あるケア）キャンペーンの一環として、意識の向上・指導・審査・訓練および監査と、法規制の問題に取り組む栄養行動計画（Nutrition Action Plan）を策定した。加えて、院内で認知症ケアの質の改善を先導する上級臨床医（総合病院スタッフ）の特定、上級臨床医の主導による院内の認知症患者の管理および明確なケア・パスの開発、専門家と連携した高齢者の精神衛生チームへの院内業務委託なども勧めようとしている。
- 病院以外のケア・パスなど、認知症患者をより良く管理するためのケア・パスは、地域の社会福祉サービスや、利用者および介護士団体との話し合いの下に開発されるべきである。総合病院は、認知症に対する地域での指導力と責務についての取り決めを規定することとした。
- 総合病院の専門家と連携した高齢者の精神衛生チームは、総合病院を拠点

としながら、いくつかの専門分野を統合した3~4人のスタッフ（非常勤の顧問医師、認定臨床医、看護師、臨床心理士、臨床療法士）で構成されている。

- チームは、認知症に限らず、高齢者の精神面の問題を全て扱っており、指定総合病院と緊密に協力しながら、技術の向上やケアの改善を図っている。院内、あるいは病院とつながりのあるソーシャル・ワーク評価チームとの連携も必要であり、このようなチームを持つ病院は徐々に増えている。また、認知症診断・管理の技術を用いながら業務を行うチームの必要性が、明らかになってきている。

#### 目標9：認知症患者の中間ケアの改善

認知症患者のニーズを満たす中間ケア（リハビリ）へのアクセスを可能とする。

##### <実施方法>

- ・ 認知症患者のニーズは、保健省が改正した中間ケア（リハビリ）に関する2001年ガイダンスに明記されている。

##### <具体的な取り組み>

- 軽度から中度の認知症患者では、身体的なリハビリの機会が与えられることによって改善効果が期待できる。いっぽう重度認知症患者では、全身のリハビリサービスの提供だけでなく、精神面のケアニーズに応じた、より専門的なサービスが必要となる。
- 中間ケアを担当する職員は、認知症介護を担う職員と同様に、認知症高齢者に対応するための知識と理解を持ち、精神衛生の専門家と連携して、アドバイスや支援を受ける必要がある。

## 目標 10: 認知症患者のための施設とテレ・ケア

認知症患者とその介護者を支援するための、住宅支援と施設関連サービスおよびテレ・ケア<sup>1</sup>の可能性の検討を行う。居住施設の選択や支援技術およびテレ・ケアの開発には、認知症患者とその介護者のニーズも含まれるべきである。根拠を示すデータが明らかになるにつれ、行政官は自立的な生活を引き延ばして、集中的なケアサービスに頼るのを遅らせる選択肢の提供を検討するべきである。

### <実施方法>

- ・ 患者とその介護者のニーズを満たす、特別介護付き施設を含んだ住宅モデルの開発を行う。
- ・ 施設内および施設関連サービスで活動するスタッフが、認知症患者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。
- ・ 患者とその介護者のニーズを支持する支援技術とテレ・ケアから、新たに明らかとなったデータに関する調査を行う。

### <具体的な取り組み>

- 認知症患者のニーズを満たすための、特別介護施設で行う柔軟なケア・パッケージが重要である。現在、多くの地域では、流動的な支援サービスを通じて、柔軟かつニーズに即したケア・パッケージを提供している。
- 受け入れ施設や特別介護施設における多くの認知症患者は、健康とケアの面で複雑なニーズが存在しており、保健と福祉および施設が一体となった取り組みを、戦略的に提供することが求められている。
- 認知症患者の生活支援においては、支援技術やテレ・ケアなどによるリスク管理が役立ち、自立した生活が可能となる期間を引き延ばしているとのデータも存在する。

<sup>1</sup> テレビ電話、バイタルセンサー、緊急通報といった、従来別々だったものを統合させて構築したシステム。具体的には、医療機関や福祉施設などのケアセンターと高齢者宅とを ISDN 等の通信回線で結び、動画像や音声、バイタルデータ等により遠隔ケアを行うシステムであり、通所ケアあるいは訪問ケアを補完するものである。

### 目標 11: 介護施設における認知症ケアの改善

介護施設における認知症患者の充実した生活の実現に取り組んでいく。  
介護施設内において認知症ケアのリーダーシップをとれる人材を育成し、施設でのケア・パスの規定を行うとともに、ケアの質の改善のために地域の精神衛生チームや専門サービスへの委託および監査制度の活用を行う。

#### <実施方法>

- ・ 介護施設内での認知症ケアの質の改善を主導する上級スタッフを特定し、育成する。
- ・ 上記の上級スタッフが先導する、介護施設内の認知症患者の管理と地域戦略の開発を行う。
- ・ 抗精神病薬に関して、認知症患者への適切な使用を監督する。
- ・ 介護施設内で提供する認知症専門サービスに関して、高齢者地域精神衛生チームへの委託を行う。
- ・ 認知症専門サービス以外では、プライマリ・ケア、薬局、歯科などのサービスの規定と委託を行う。
- ・ 容易に利用できる介護施設のスタッフ向け認知症ケアガイダンスの策定を行う。

#### <具体的な取り組み>

- イギリスには、認知症患者に対する優良なケアを提供する介護施設が存在する。このような施設は、指導者のリーダーシップとスタッフ管理やスタッフの研修・育成、入居者を中心とした精神面のケアプランに細心の注意が払われている。
- 認知症患者が施設内を安全に動き回れる物理的環境が整っている。娯楽全般というよりも、むしろ個人の好みに関連した目的のある活動を提供している。
- 認知症患者のユニークな体験に基づいて、スタッフが入居者と対話したり、関係を築いたりする手段につながる「人生歴 (Life Story)」は、有効なツールとなる。



- 施設内での、入居者の個性を尊重した芸術療法・音楽療法・演劇療法などの治療活動は、良質な社会環境や自己表現の場を提供していく。
- 入居者の家族と施設（職員）との良好な関係を維持することは、家族のストレス軽減や入居者の生活の質にも大きく影響する。リーダーシップ、介護施設の気風、人材育成・教育などが、適正なケアの実施を支援する上では極めて重要である。
- 介護施設では入居者の行動面と心理面の症状を管理する際、抗精神病薬を使用することがある。認知症患者に対する抗精神病薬の使用には、重大かつ特有のリスクがあり、そのリスクには死亡や脳卒中に至る可能性も含まれることを周知させる必要がある。
- 現状においては、介護施設における抗精神病薬の投与に制限はなく、投与開始後に適切な見直しが行われることもない。投薬を中止する努力が実現していないことを示すデータも蓄積されている。しかし、認知症患者の行動面の問題では、危険を伴い破壊的なこともあることから、薬物療法が最悪の選択であるとしながらも、最も害の少ない対応となっている場合もある。介護施設でのケアの質の向上では、この問題に効果的に取り組んでいく必要がある。
- 入居後に、一定の専門家による精神衛生面の評価を受けたり、介護スタッフやG Pおよび精神衛生チームが入居者の精神衛生面の問題を確認しながら定期的な討論の場を持ったりすることで、ケアの質の改善が期待される。

## 目標 12： 認知症患者の終末期のケア

認知症患者の終末期のケアの改善を図っていく。保健省の終末期ケアの戦略 (Department of Health End of Life Care Strategy) にまとめた原則に従い、認知症患者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。

### <実施方法>

- ・ 認知症患者の終末期ケアに関するデータが不足している場合は、プロジェクトの実施に先立って、実験的プロジェクトやサービス提供モデルの試行を行うとともに、その評価を開始する。
- ・ すべてのケアの環境で、患者の意向を反映し、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、認知症患者を対象とした地域の終末期ケアの開発を行い、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患者に対する、優れた疼痛緩和と介護支援の開発に取り組む。

### <具体的な取り組み>

- 認知症であっても知力が十分にある人もいる。Mental Capacity Act に述べられている原則に従って、決定事項や好みが記録できる場合には、認知症の終末期計画作成を早い時期に始めることが重要である。終末期計画には、永続的な委任状や事前の決定および意向表明の内容が含まれる。
- 認知症患者の能力と影響という特定の問題では、認知症患者とその介護者のニーズ対策が行われる場合、認知症に特化したアプローチの開発が必要である。

### 3. 認知症国家戦略の実施

ここでは、本国家戦略の実施について紹介する。本稿で概要を説明した国家戦略の枠組みでは、認知症への取り組みについて、NHS と地方自治体において現在行われている重要な政策とサービスの開発全てを、同時に進める必要性を認めている。保健およびソーシャルケア制度で認知症患者の増加傾向が認められれば、**Putting People First**、**the Next Stage Review (NSR)**、**Carer's Strategy**、**End of Life Care Strategy** などの主要なイニシアチブと連携し、それらを実行していくことが必要となる。本枠組みでは、中央政府と地方自治体、NHS および主要関係者の役割の違いを明らかにしている。NHS 長官 **David Nicholson** が述べた実施方法は、次の **Next Stage Review** 実施指導原則で概説している。

- ・ 共同制作： 実施については、NHS と地方自治体および主要関係者と提携し、決定を下さなければならない。
- ・ 地方主体： 保健省が法的権限のある範囲で役割を果たすが、必要な場合にはできる限り実施の詳細は地域で決定する。
- ・ 臨床上の権限および指導： 保健省職員は、本国家戦略が実施され、必要な変更を行う際も、引き続き積極的に参加する義務がある。
- ・ 制度調整： 制度の質の向上のために力を合わせられるように、広範な制度は同じ目標を囲んで足並みを揃える必要がある。

PCT および地方自治体は、主要な 17 の目標への進展を実証することが期待される。改善の優先順位については地域が決定するが、聴聞会から得た意見では、早期診断と介入・人員育成・介護施設におけるケアの改善を、特に注視すべきであると示唆している。優先順位付けは複雑であり、財政問題のみならず、既存の地域サービスの状況と変更に対する準備度も考慮する必要がある。行政官は、本国家戦略を実施するために必要な認知症への投資が、適切に優先されることを望むだろう。

### 目標 13： 認知症介護に携わる職員の能力開発および人材育成

認知症に関する豊富な知識を有する専門人材を育成する。認知症ケアに携わる可能性のある介護職員やソーシャルケア・スタッフが、それぞれの職場の役割や状況に応じて最良のケアを提供できるよう、必要な知識・技術を身に付ける。また、それらの技術は、認知症介護に有効な基礎訓練および専門的な実務を通じて習得できるようにする。

#### <実施方法>

- ・ 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、認知症ケアに必要とされている中核的な能力開発に向けて、専門的な職業訓練および専門職育成の継続に関わる全組織の代表に協力する。
- ・ 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。
- ・ 認知症に携わるスタッフに対して継続的に行われている教育内容の改善を行う。

#### <具体的な取り組み>

##### ○訓練および人員育成の最重要性

- ・ 認知症ケアに関わる人材のみならず、あらゆる場所の介護者・労働者(自宅、救急サービス、職員、公共事業、民間部門サービス、GP の受付、刑事司法制度に携わるスタッフ)の意識変革と知識・技術の向上が必要となる。
- ・ 介護施設のマネージャーからみた認知症ケアにおける課題では、適性と技術を有するスタッフの育成と、彼らの意欲の向上が上位に挙げられている。

##### ○訓練された有能な組織への委託

- ・ 認知症患者及びその介護者に最良のケアと支援を提供するためには、訓練と研修により認知症に関する正しい知識・技術を備えたスタッフの存在が

必要である。専門学校や専門組織、行政官および学習に関わる団体等が、本国家戦略をしっかりと遂行するためには、必要な改革を実践する有能な人材の確保が求められる。

- ・ 短期間で効果を上げるための対策としては、PCT および地方自治体が、各地域の人員育成のリソースを用いて有能な人材に教育を委託し、専門的な資格のないスタッフも、中核を担う戦力として活躍できるように訓練していくことである。
- ・ 中長期的な計画として、医師・看護師・療法士などの保健サービススタッフおよび社会福祉のスタッフの専門資格取得課程および専門継続教育のカリキュラムに、認知症に関するモジュール（要素）を盛り込んでいく。
- ・ 現在、認知症ケアにはさまざまな訓練と教育の提供者が存在するが、国が認めた品質保証制度は存在していない。有効な訓練を選択する手段として、適正性を認証する「規格院検査証」の発行が必要である。
- ・ 保健制度と社会福祉制度が協力し、それぞれの分野を担う人材を育成することで、最良の人員配置が可能となるが、東部地方では既に、結果に基づく質の高い委託戦略を開発している。

#### 目標 14： 認知症の共同委託戦略

認知症患者とその家族介護者が必要とするサービスを見極め、最大限にニーズを満たすために、地域の委託および企画の仕組みを確立する。これらについては、本国家戦略を支持するために開発された World Class Commissioning ガイダンスが情報提供を行う。

##### <具体的な取り組み>

- 認知症患者は、何年間もこの病気とともに生きることになり、介護者ニーズも時間とともに変化していく。保健サービスや社会福祉サービスに対するニーズも変化することとなり、PCT および地方自治体が、首尾一貫した共同サービス委託のニーズを考慮していくことが重要である。
- 認知症を対象とした共同委託戦略は、Joint Strategic Needs Assessment に基づくことが必要であり、成果を明示しつつ、認知症患者やその介護者との聴聞会の下で開発されなければならない。
- 共同委託戦略では、地域協定 (Local Area Agreements) と地域社会開発を維持しつつ、個人が自己資金によって、自分で決めた支援を委託することも進める。
- 共同委託戦略の実施においては、運営計画および PCT と地方自治体の予算周期を知らせ、認知症患者対象のサービスをどのように計画したかを示さなければならない。

## 目標 15: 監査などの業務のモニターと評価

保健およびソーシャルケア・サービスは、認知症患者とその介護者への提供状況の評価や介護施設を対象にした監査によって、提供される認知症ケアの質の改善と向上を図る。

### <具体的な取り組み>

- Care Quality Commission (CQC) は、保健およびソーシャルケア・サービス全体の質の調査と評価を行い、利用者の保健・安全・福祉の保護およびサービスの質改善を促すために、2009年4月から運営されている。認知症介護サービスの質の向上において重要な役割を担っている。
- 認知症患者が実生活で経験するサービスを評価することは、監査の重要な一過程である。サービスに依存しなければならない利用者の生活がどのようなものかを知り、利用者が必要とするサービスの質を理解することは極めて重要である。進行した認知症患者などのコミュニケーションに支障がある人を対象とし、本人のサービス体験や想いを確実に調査することには、特別な努力を要する。
- 監査では、認知症患者のみならず、家族介護者、定期的な訪問者および介護スタッフとも話をする。患者の経験を理解するには、患者からの意見を基にしつつ、ケアサービスや支援のスタッフと利用者である患者の交流を観察し、包括的な情報から判断をすることが重要である。CSCI は監査中に用いる観察ツール(Short Observation Framework for Inspection (SOFI))を開発した。これによって監査官は、利用者の体験を体系的に観察する方法を得ることができ、日常のケアから得られる情報だけに頼らず、判定を下すことが可能になった。CQC では、今後このツールを使用する予定である。

#### 目標 16: 研究のデータとニーズの明確なイメージを持つ

イギリスにおける認知症関連の既存研究データの活用を可能としつつ、データの欠落を埋める必要がある。

##### <実施方法>

- ・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。

##### <具体的な取り組み>

- 予防・原因追及・治療および介護の全てにおいて、基礎生物学的研究から新しい生物・非生物学的治療の評価まで、認知症のあらゆる側面での研究が必要であることが明らかになっている。
- 2008年2月、MRCは、神経変性研究の戦略的再調査を行い、①病因および発生メカニズムについての生物学的研究の強化、②訓練の改善および必要不可欠な人員の増強、③この分野での進展の障壁に対処するために調整された戦略的ネットワークへの支援提供を目指した。
- MRCは、ヨーロッパの先進的な神経変性分野の資金提供者と協力して取り組む機会を模索し、神経変性疾患の根底をなす生物学的プロセスの理解を進めることに焦点を当てている。目的は、①イギリスの一流の研究グループから成るコンソーシアムの設立、②神経変性疾患の生物学的知識の欠落部分に取り組む異分野提携の推進、③診断と介入への新しいアプローチ開発の活性化である。



## 目標 17: 国および地方による、本国家戦略の有効な実施支援

国および地方は、地域における本国家戦略実施への助言および支援を行う。認知症サービスの開発において、実験地から得たデータや評価などの良質な情報を利用可能とする。

### <実施方法>

- ・ 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。
- ・ 認知症患者のニーズが戦略上に現れていない地域に対して、本国家戦略を遂行するための支援を行う。
- ・ 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 と社会福祉サービス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。

### <具体的な取り組み>

- 実施支援は、国家レベル、地方レベルおよび地域レベルが必要である。聴聞会から得た意見は、多くの人が開始を熱望していることを示唆している。Darzi レビューによって開発された特殊な課程を修めて、既に戦略を進めている地域もある。地域レベルでは、委託関連などで主要グループのネットワークが形成されているところもある。このような、地域からのエネルギーと熱意の上に開発を進めることが重要である。

### 実施は地域、支援は地方、調整は国家

- 保健省は、地域保健およびソーシャルケアに対応した本国家認知症戦略実施のために、それぞれの地域の実情に沿った診断アドバイスおよび改善のための支援を提供する。地方チームは、地方の保健およびソーシャルケア

組織との合意と協力をし、本国家戦略実施のための支援を必要とする地方自治体の管轄地域を特定する。さらに地方チームは、認知症サービス利用開始までの過程を含む Darzi 地域ビジョンを実施するために、PCT および SHA と連携しつつ、地方自治体の責任者とも必要な関係を結び、Putting People First の聴聞会事項と矛盾が生じないように、Joint Plans (JIPs) および Regional Improvement and Efficiency Partnerships (RIEPs) とともに協力して取り組んでいく。

- 国家チームは、本国家戦略プログラムを調整し、研究会や聴聞会を運営したり、インターネットを土台にしたネットワークを用いて資料提供と実施支援のための材料製作を監督したりする。国家チームは、本国家戦略の特定のテーマに基づき、国家レベルの視野を持ちながら補足的な支援を行う。  
支援のほとんどは、各地域のニーズに基づいて開発され、提供されるのだが、全国の地域で共通する中核的な支援材料もいくつか存在する。本国家戦略では、認知症患者の介護施設でのケアの質の改善の必要性を強調し、認知症患者への抗精神病薬の使用問題にも取り組んでいる。改善のための支援は、行政官、精神衛生専門家チーム、医療スタッフ、ケアマネジャー、介護施設の管理者及びケアスタッフ等の全国の関係者全てに理解されることが必要となる。これらの支援材料を国が製作すれば、各地域での開発の重複が避けられ、資源は最大限生かされるのである。
- 保健省は、地方管轄の実施制度を通じて、国内の限られた地域でモニターとして支援を提供し、戦略開始の最初の 6 か月間に、この方法がどのように機能するかを検証する。この検証過程では、認知症患者のニーズを満たすために、地域によって異なる開発段階が必要であることを念頭におき、支援対象地域を見ていく調査も含まれる。
- イギリスの認知症ケアの質を変えることは、保健およびソーシャルケア制度のどの部分においても大きな挑戦である。認知症患者、介護者、一般国民および専門家はすべて、着実な進展が見られることを期待するであろう。したがって、現行の認知症サービスの実態を確認しつつ、本国家戦略の進捗状況を時間とともに追跡しながら監視を続けることは、きわめて重要なことである。この作業では、国の評価基準による、地域のサービス内

容と財政の監査が必要となる。その後続く評価プログラムでは、認知症患者と介護者対象のサービスについて、合意基準のものと比較した増加や内容変更の評価情報を提供して完了する必要がある。これらのプログラムは、政策の実施支援のために特別に委託された研究および、既存のサービスの利用と財政割当業務によって実施される。

- 本書で推奨する進展には、既述の新規改善サービスを実施するための人員拡大が必要となる。これは、任意団体部門および民間の提供者など、保健およびソーシャルケア全体に示唆されるものである。本国家戦略の各構成要素は、段階的に実施可能であることが提案される。段階的な実施によって、労働力の影響が軽減し、適切な優先順位付けと実施のための時間が地域に与えられなければならない。PCT および地方自治体の運営計画と予算周期を鑑み、認知症患者対象サービスの改善に対する国および地域の目標をどのように達成していくのかを具体的に示す必要がある。
- 2007年12月に保健省が発行した「ニーズに関する戦略的共同アセスメント (Joint Strategic Needs Assessment (JSNA))」に関するガイダンスでは、予測される人口統計上および経済基盤の変化を考慮して、JSNAには長期評価(5~10年)を含めることが述べられている。認知症患者およびその介護者は、自宅で安全に暮らしながら、個人的なケアのニーズが満たされ、患者と介護者が社会貢献を続けられるような、自立と満足のできる生活状態実現への支援制度がイギリスにできることを望んでいる。認知症患者と介護者の願望は、Putting People First, Independent Living Strategy, Lifetime homes, lifetime neighborhoods および NHS の Next Stage review を通じて、患者と介護者の自立と満足のいく生活状態を促進する政策目標と共通しており、政府のプログラムを支援している。

#### 高齢者精神衛生サービスとの連携

- 聴聞会では、専門家による高齢者のための精神衛生サービスおよび本国家戦略によって、サービスにどのような影響が出るのかに強い関心のあることが明らかとなった。認知症ケアが、単に専門家による高齢者のための精神衛生サービスに限られるのではなく、保健およびソーシャルケア制度全

体としての問題であることは、Everybody's Business と NICE/SCIE の臨床ガイドラインに加え、本国家戦略からも明らかである。専門家によるサービスは、精神および行動の障害によって複雑化した認知症に加え、統合失調症、うつ病、躁病の高齢者に対しても提供されなければならない。専門家が、認知症患者へのサービス提供に不可欠な役割を担うことは自明であり、認知症ケアの有効な制度では、有能で実践力のある専門家を豊富に確保し、高齢者のための精神衛生サービスを任せられることが不可欠である。

- 高齢者の精神障害患者のリスクおよびニーズの実態を考察すると、就労年齢の成人が利用可能なサービスと同等の質のサービスを提供するためには、地域精神衛生専門家チームおよび精神障害を有する高齢の入院患者に関しての特別条項を作る必要性が明らかになる。サービス提供の場面で、「器質性」障害と「機能性」障害を分けることは、本質的に誤った二分割であり、複雑なニーズのある認知症患者とその介護者にとって不利益になりかねないものである。専門家による高齢者のための精神衛生サービスでは、高齢者特有のニーズに合った良質のケアを提供する必要がある。認知症の経過において、多くの患者がうつ・幻覚・妄想といった行動障害を発症している。認知症患者と介護者の支援に取り組む制度全体で、障害を持つ者全てに、これらのサービスが有効に利用可能である必要がある。これは、機能性障害と器質性障害の両方の高齢患者、ひいては混合型の障害者のすべてに取り組む地域のサービスであることを意味している。
- 本国家戦略の実施は、高齢者を含め、広く全国民に焦点を当てた精神衛生サービスの一環である必要がある。聴聞会課程では、国民から強い関心が示され、精神衛生サービスにおける年齢の平等性を「フリーサイズ（年齢を問わない）」のアプローチと解釈しているような地域もあった。これは、既存の就労年齢者対象のサービスを用いて、高齢の機能性障害者を看ることを意味する。これでは高齢者の精神衛生問題に取り組むというよりも、年齢差別を増強させる可能性はるかに高くなる。なぜなら、ここで述べる年齢とは、さまざまな一連のニーズ、ひいては専門技術に代わるものであるからである。対象者の年齢に関わらずケアの質を同等にするには、積

極的に取り組む能力などの職能レベルの向上を図りつつ、現在の高齢者対象の精神衛生チームも強化が必要となる。チームの強化は、高齢の機能性障害者、さらには認知症患者にも恩恵をもたらすであろう。認知症患者対象のサービスの改善を進めることを、機能性障害以外の精神衛生面のニーズがある高齢者を対象にした専門家によるサービスを手薄にする言い訳に利用してはならない。

- 本国家戦略作成中に、認知症サービスに関して現在利用可能な情報が、理想的なレベルと比べてかなり不足していることが明らかとなった。行政官が、それぞれの地域のサービス利用者のニーズと優先事項を評価し、地域に根ざしたサービスの開発を確実にできるようにするためには、良質な情報の入手が不可欠である。本国家戦略の実施に伴う影響や現行のサービスに関する良質な情報の提供と、認知症患者とその介護者のニーズを満たす観点からのサービスの有効性の評価を可能にすることが、開始当初からの必要条件である。

#### **業務の監視と評価**

- 本国家戦略は1つの過程の始まりであり、それ自体で完結するものではない。本稿で述べたすべての提案が完全に実施されようとも、取り組むべき課題は他にもたくさんあるだろう。これまで述べた制度の変更の全てを行うためには、多大な経費がかかることは明らかである。しかし、変更しない場合の損失は、財政面のみならず、人的にも計り知れないほど大きなものとなるであろう。

<参考文献>

Dementia UK, Alzheimer's Society, 2007

National Dementia Strategy, Department of Health, 2009

イギリスにおける認知症高齢者ケアマネジメント(障害保健福祉研究情報システム)

<調査協力>

株式会社ニッセイ基礎研究所