

先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めた
サービスの仕組みに関する調査研究 2017
(国際長寿センター)

イギリスインタビュー

2017年8月31日

- ・ チェルシー王立退役軍人病院 健康とウェルビーイング部長 2
- ・ ボランティア組織 Open Age ディレクター、副ディレクター、チームメンバー 6
- ・ 地方自治体協会 アドバイザー 1 2
- ・ イングランド公衆衛生協会 シニアアドバイザー 3 2

2017年9月1日

- ・ LGBT 高齢者支援組織 Open Doors London ビフレンディングサービス(友愛サービス)
コーディネーター 4 6
- ・ 英国アルツハイマー協会 (Alzheimer's Society)
 - シニア国際オフィサー、「サイドバイサイド」マネジャー 5 9
 - * サイドバイサイドサービス「プロフィールペーパー」見本 74
 - 世界アルツハイマー病・認知症行動連盟(GADAA)リーダー 7 6
 - * 「世界の認知症フレンズ運動」 78
 - 認知症サポートワーカー 8 3
 - * 「ウォルサムフォレスト区認知症パスウェイ」「メモリーサービス概要」 89
 - * 「認知症支援ワーカー」 90
 - * 「ウォルサムフォレスト区の認知症アドバイザーサービス」 92
 - * 「認知症アドバイザーチーム」 97

インタビュアー：

松岡洋子(東京家政大学人文学部 准教授) 研究主査

鎌田大啓(株式会社 TRAPE 代表取締役、大阪府作業療法士作業療法推進活動部門代表)

佐藤孝臣(デイサービスセンター楽代表取締役、大分県作業療法協会副会長)

沼田裕樹(町田市介護サービスネットワーク理事、日本社会事業大学非常勤講師)

服部真治(医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長)

渡邊大輔(成蹊大学文学部現代社会学科准教授)

国際長寿センター(英国) Brian Beach、Sally-Marie Bamford、Sally Bowell

国際長寿センター(日本)

インタビュー記録文責：国際長寿センター(日本)

2017年8月31日

チェルシー王立退役軍人病院 (Royal Hospital Chelsea)

Deborah Sturdy 健康とウェルビーイング部長

ここは非常に歴史ある組織だ。設立されてから 325 年が経つ。チャールズ 2 世によって設立された。チャールズ 2 世が、兵士は国のために疲弊したのであるから国によってケアされるべきであると考えて設立した。もちろん時代とともに変化はあるが非常に長い間続いている。

財源は三つある。コストの半分は国防省から出ている。2 番目の財源が寄付で、3 番目に不動産収入がある。長い間ここに土地と建物を持っているので、そこから収入がある。年間かかるメンテナンスコストは 2000 万ポンドだ。歴史的な建物なので維持コストがかかる。

ここに住むには入居資格がある。65 歳以上で、イギリス軍に仕えた経験がなくては入れない。実際にここに来るときにはかなり健康状態がいい人も入る。ここに入ってコミュニティに参加してもらうということがわれわれの想定していることだ。ここに入るといろいろな活動がある。例えばこの施設の中の郵便配達をしてもらう、庭仕事をしてもらう、店で働いてもらうということだ。これが彼らにとってはある意味の作業療法になっている。つまりここに入ることはコミュニティ生活をするということになる。

ニーズアセスメントはあるが、それを把握した上で自立した生活、そしてまたコミュニティに参画した生活をしてもらうようにサポートしている。

またこの組織は、外部の機関や組織とも強い関係を持っていて、いろいろなイベントにも招待される。ここは歴史的な建物であり、そこで暮らしている人たちの存在感も強いのでいろいろなイベントに軍服を着て参加することもしている。私はいまのポストについて 6 カ月だが、私の重点としてはコミュニティに関与してもらうことが非常に重要であると考えている。つまり、ここの人たちが自立的な生活を送るということだ。

この施設は退役軍人が暮らしているということで、軍の文化をそのまま踏襲している。暮らしている人は軍服を着ていて、軍と同じような構造を持っている。軍では中隊にキャプテンがいてその人が指揮するが、この施設でも同じようにキャプテンが 70 人を監督しサポートをする。軍の司令構造と同じような形でやっているわけだ。

それに加えて、50 の看護ベッドを持つ病院施設もある。認知症のセクションもあるし、看護が必要な人たちがいるセクションもある。一時的に病院での手当てが必要のある人は、ホームから病院にしばらく移って、またよくなったらホームに帰って自立した生活をする。

もう一つこの施設の特徴的なことは、この中にフルタイムの GP がいるということだ。そ

れから作業療法士と理学療法士もいて、ここで暮らしている人たちの医療ニーズに合うようにしている。

ここで暮らしている人たちを恩給生活者（pensioner）とわれわれは呼んでいるが、その人たちはこの施設のことをイギリスでもっともよいケアホームと言ってくれている。実際にイギリスの宝器（crown jewels）ではないかと思う。ここは資金が潤沢にある施設だが、ここで行っていることや学んだことを一般のケアホームに移していくことができると思う。

その重要な点は、その明確な目的、アイデンティティを持つということだ。この施設の場合は非常に、共通の目的と軍にいたという共通のバックグラウンドがあるので、それがみなを結び付ける絆になっている。これは一般のケアホームとは違う事情だ。

このケアホームでは、社会的なかかわり合い、コミュニティに参加することを非常に重視している。もう一つ言えることは、この地域はロンドンの豊かな地域にあるので、ボランティアも潤沢にいる。1週間に60人のボランティアが来ていて、ここで暮らしている人のサポート役であるとか、仲間になって一緒に話すとか、そういうことをしている。

ここで暮らす恩給生活者の平均年齢は83歳だ。最年長が103歳で、来週100歳になるという人もいる。この人は元日本軍の捕虜になっていたが、いまは日本大使館ともいろいろな仕事をしている素晴らしい人だ。その人に代表されるように、ここに暮らしている人たちは信じられないようなストーリーの持ち主だ。ある人はアメリカ軍にいたこともあって、朝鮮戦争やベトナム戦争に従軍した人もいる。まさに生きた歴史がここに暮らしている。

私としてもっとやりたいことは世代間の交流だ。例えば学校に出掛けて行って、高齢者と子どもたちとの交流を図りたい。退役軍人という体験をもっと若者に知ってもらいたい。もう一つ、われわれが行っていることは若い兵士との交流だ。連隊がロンドンにも駐留しているので、そこの人たちと退役軍人との交流を図る。きょうの午後も会議があるが、ロンドンの地区司令官といろいろ話をしながら若い世代と退役軍人の世代間の交流を図りたいと思っている。

ここで暮らす恩給生活者のニーズと将来の退役軍人のニーズは異なってくると思う。これからの退役軍人のニーズは異なってきて、焦点としてはもっとメンタルヘルスであるとか、薬物の不正使用とか依存症、中毒症という問題がもっと大きくなってくるのではないかと思う。いまここで暮らす人たちはストイックで、マッチョな、そしてまたあまり感情も出さない人たちだが、これからの兵士の世代は違って来るだろう。それにどのようなわれわれが準備をしていけばいいのかをいま私としては模索している。どのようなスキルが必要になり、どんなスタッフをそろえる必要があるのかと考えていかなければならない。

いまは将来のニーズにそなえた青写真作りをしている。

ここでは 325 年前と同じようなことをやっている部分もあるが、もっと近代化を図っていかなくてはならない部分もたくさんある。その一つが、ニーズのアセスメントだ。このポストについて 6 カ月になるが、アセスメントは非常にベーシックなものでしかなかった。もっと堅牢な、一本化された平等なシステムをつくっていかなければならないと思う。それも、ここに入る前からの退役軍人たちのライフコースを把握するシステムが必要ではないかと思う。そしてみなが平等な形でアセスメントをされ、ニーズも満たされていることが必要だ。

もう一つやらなければならないことは、データセットの確立だ。ここは国で唯一非常にユニークな集団の人たちが住んでいると思うので、データセットをつくらないのは無責任であると思う。ここに住んでいる人たちは寿命が長いと思うが、はっきりとしたエビデンスがない。それをもっと研究してシェアしていきたい。

ここで行われているリサーチは、まだ大規模なものになっていないが、専任の GP、他の GP、その他の人ともいろいろ連携して、敏捷さ (agility) に関する初歩的なリサーチを終えた段階だ。これ以外にインペリアル・カレッジとともに爆発による傷 (blast injury) の研究をしている。

ここに入っている人たちは元兵士なので、軍のいい面も悪い面もある。命令には従うという人が非常に多く言われるととことんやる。そういう意味では非常にいろいろなプログラムやプロジェクトを進めやすい。

キングスカレッジロンドンと一緒にリサーチをしている。ここに暮らす人たちは軍でのキャリアを終えて、セカンドキャリアを行っている人たちなので、そのセカンドキャリアで何が起きているのかというリサーチだ。ユニークな人が住んでいるわけなのでそれを生かして調査をするのはたいへん興味深いと思う。これがここの施設の大きなプラス面だ。また資金も潤沢にあるので、それを社会に貢献するような形でお返しするののもわれわれの責任であると思っている。

ここに入っている人たちは非常にアクティブで、社会的責任プログラムというものも行っている。ホームレスの人を助ける活動であるとか、刑務所を訪問する活動だ。刑務所には元兵士もいる。さらに、ヘルプ・ザ・ヒーローという活動もしている。これは若い兵士で、心理的な問題を抱える人とか肉体的な損傷を受けた人たちを助けようというチャリティ活動だ。

アメリカには退役軍人のためのホームが二つあるそう。あとはアイルランドのダブリ

ンと、パリにもあると聞いている。

ここで働いているスタッフも元兵士が多い。それがここの軍の文化を維持していくにも役立っていると思う。ただ私自身は軍に仕えたことはなく軍のバックグラウンドはない。だから、軍の経験はない人がトップに立って、軍の経験がある人たちがその下で働いているわけだ。ここで暮らしている人にとってはやはり軍にいた人がスタッフをやっているということは非常に安心感になっている。

私にとって一つのチャレンジングなのは、たしかにスタッフの定着率もいいのだが、その裏にあることとして、異なった思考の仕方をしない、一つの考え方に凝り固まってしまう、マンネリになりがちな部分があると思う。なので、私としてはここのサービスをどのように向上、開発、発展させていけるのかりサーチもしたいと思う。CQC（ケアの質委員会）がこちらに来て査察をしたときにわれわれは傑出している（outstanding）というもっとも高い評価をもらった。ベスト・オブ・ザ・ベストだが、だからといってパーフェクトだと思っはならないと思う。常に前進をし、改善をしていかななくてはならない。そういう意味で私にとってのチャレンジは、スタッフを教育し、その中でいまやっていることでいいと思うのではなくもっと外に目を向けてもらうことだ。

そういう意味で、ここにある貴重な歴史であるとか、財産をもっと広範囲にソーシャルケアに広げていくという責任があると思っている。

2017年8月31日

ボランティア組織 Open Age

Helen Leech ディレクター

Iqtadar Hasnain 副ディレクター

Dona チームメンバー

<Helen>

私は Open Age のディレクターだ。副ディレクターとチームメンバーの Dona にも来てもらった。

Open Age はロンドンの中心部で毎週 400 のさまざまなアクティビティを提供している。その活動提供場所はコミュニティ内の各所で、コミュニティセンターであったり、レクリエーションセンターだったり、教会のホールだったり、図書館だったり、またわれわれのアクティビティセンターであったりする。

なぜこのようなアクティビティを提供しているかという、孤立、孤独を防ぐこと、そして健康とウェルビーイングを増進すること、そしてまた予防的な側面もある。

多くの高齢者は、どこかでわれわれのことを聞いてアクティビティに参加したいと自分から言って来る。一部はヘルププロフェッショナルから紹介されてわれわれのアクティビティに参加する人もいる。ヘルスプロフェッショナルとは、GP、メンタルヘルスワーカー、看護師だ。看護師の場合はコミュニティナースやディストリクトナースの場合もある。

われわれは非常に広範囲な活動を提供している。哲学のクラスあり、時事問題のクラスあり、クリエイティブパフォーマンスアートのクラスありで、また体を動かすアクティビティもある。臨床的なクラスもあって、健康な肺についてとか、体の安定を保つためのアクティビティのプログラムもある。

このようないろいろなアクティビティに加えて、雇用プログラムも行っている。50 歳以上の、会社を解雇された人で働きたい人たちのためのプログラムもある。

もう一つ重要なこととしてリンクアッププログラムというプロジェクトがある。これは 1 対 1 ベースでわれわれのところで働いている人が自宅を訪ねて、アクティビティに参加することの障壁になっているものがあつたらその障壁を取り除く活動だ。

人をリンクしてわれわれの活動に呼び込むということになる。その人たちには、自信がないとか、モビリティの問題があるとか、パートナーを失ってしまったからなどいろいろな障壁が考えられるが、それらを崩していく作業をチームメンバーが主にやっている。

それから高齢の介護者向けの特別プログラムもやっている。これは 50 歳以上の無償で家

族、親戚、友達を介護している人たちが、しばし介護のことは忘れて自分の時間を持つというものだ。一緒に食事に出掛けたり、劇場に出掛けたりとか介護を忘れるプログラムだ。

もう一つ、クラスやアクティビティは男女両方に開放されているが、高齢の男性には抵抗感が強いようで参加を渋るところがある。それで、男性専用のプログラムもある。

このセンターは通常ものすごく忙しいが、今は8月ということで休暇シーズンに当たり、あまり活動は行われていない。チューターの人たちも休暇に出掛けている。しかし来週になると新学期が始まってここは人でいっぱいになる。

今日は高齢者のグループがケンジントン宮殿に行く日だ。ケンジントン宮殿とはとてもいいパートナーシップを保っている。

この組織は非常にたくさんの貴重なパートナーシップを持っている。ロンドンという土地柄もありいろいろなところとつながるチャンスがある。例えば、ロイヤルパレスとか、美術館とか、国立劇場だ。国立劇場とは新しいパイロットプログラムを始める。これは後で全国展開されると思う。そのようなエキサイティングなプログラムがある。国立劇場に関しては、われわれは100以上のコミュニティの中から選ばれた7つのパートナー先の一つだ。それからイングリッシュバレエやサドラーズウェルズ劇場ともパートナーシップがある。

われわれが提供する全クラスとも、独立したチューターが教えている。美術の時間にしても哲学のクラスにしてもチューターが来て教えてくれる。われわれはそのチューターに時給で払っている。

われわれのスタッフのチームが、地域ごと、個別のプロジェクトごとに責任を持ってやっている。実際には、あるクラスをやるとなったらそのマーケティングをすることか、高齢者にこういうクラスがあると口コミで広げていくとか、高齢者がクラスに参加するとき快適な状態であるかどうか確認することか、チューターがきちんとお金を払ってもらっているかどうかのサポートもする。

われわれはチャリティ団体で、いろいろなところからの資金調達で成り立っているが、財源を確保するのはいつもたいへんだ。ファンディングの多くが公的セクターからきている。例えば地方自治体 (local authority)、保健当局 (health authority) だ。またトラストなどからの寄付もある。富裕層からの寄付もある。しかしわれわれのスタッフには寄付を募る活動に割ける時間はあまりない。

われわれのセンターが、この保健センター (St. Charles Centre For Health & Wellbeing) の中にあるのは幸運であったと思う。ヘルスのプロフェッショナルとの連携も簡単にできる。ここに来て3年しかたっていないがヘルスセクターにおけるわれわれの存在感は上が

ってきた。

ここにわれわれが **OpenAge** としてのベースを構えたことによって、ヘルスプロフェSSIONALからの資金調達も増えている。いろいろな活動を行うことで、高齢者を医師や病院から遠ざけることができるということが分かった。数年前はメディカルプロフェSSIONALにわれわれのことを伝えるのに苦労したが、ここに来てからは **GP** も日常的にここを通るので、**GP** から紹介されてきた人がわれわれのプログラムに参加することもある。その結果、プラスの効果があったことが **GP** に伝わるという循環ができる。それがきっかけで、あるドクターは、自分のほかの場所の診療室の室内装飾についてここでアクティビティに参加している人にヘルプを求めるといふことにも広がっている。

(質問：ヘルスプロフェSSIONALからのファンディングとは **NHS** からか。)

そうだ。まだ難しいこともあるが増えてきている。

エイジングに関してわれわれとしてはポジティブな面に焦点を当てている。そしてエイジングをプラスとして捉えられるような環境づくりをしている。それは **Open Age** の副スローガンの、ライフ・ジャスト・ビガン（人生は始まったばかり）に表れている。

われわれのアクティビティセンターは複数ある。ここはそのうちのひとつだ。あとはコミュニティセンターなど、ほかのところでもやっている。

アクティビティセンターのほうが、コミュニティセンターなどを借りてやるよりもコストはかかるが、ここでアクティビティセンターを持つことの利点は、家族的な雰囲気ができることで、おなじみの環境のようになることだ。

Dona がやっていることを話してもらおう。

<**Dona**>

私は人々の家を訪れるという素晴らしい仕事をしている。そして、その人たちがなぜコミュニティに参加しないのか、その障壁がなにかを探る仕事をしている。コミュニティに人々が入ってくることによって孤独とか孤立が減っていく。

実際にその人々が抱えている障壁は何かというと、家族から孤立してしまった、家族から離れてしまった、定年を迎えて次に何をしたらいいのか分からない喪失感があるということだ。いつもやっていたルーティンがない、どうしたらいいのだろうっていうことや、移動の問題もある。われわれには移送機能があるのでそこにつなげている。

気付いたことは、社会的なつながりを持っていないと人々はどのように会話をしているのかも忘れてしまうということだ。訪問して分かったことだが、**GP** とかケアワーカー以外とは何週間も話をしていない人がいる。私の役割で重要なことはそういう人とよい関係をつくることだ。そしてその人が抱えている障壁は何かということをつかむ。そしてその人がどういうベストな形でコミュニティに入るようにやる気を起こさせるかということだ。

ときには、グループ活動に私も一緒についていって、その人がグループの中で活動して、

正直な気持ちではどのように感じているのかを話してもらおう。その結果、ほかのアクティビティを紹介し、あるいは話し相手になるビフレンドの組織を紹介することもある。

これは個人的な話だが、ある女性のメンバーで移動の問題があってあまり歩けない人がいる。それで移送の手配をして哲学のクラスに行き始めた。その数週間後に会うと、その女性は2本のつえを持って歩こうとしていて、私を見つけて「Dona さん」と言いつえを振り上げて、「私はハッピーです、これからクリエイティブライティングの新しいクラスをとりますよ」と言ってくれた。

<Helen>

それからスタッフの中に電話グループというのもあって、いろいろな理由があって家を出られない、あるいは出ない人に電話をする。Dona は非常にそれが上手だ。その人たちが家を出てみようかと思うようにするという活動もしている。電話を通してクリエイティブライティンググループの活動をすることもある。これは、ファシリテーターが電話でやる。電話チームは4、5人いる。

ブックグループもある。本を読んで感想を言い合うグループだ。スカイプとかテクノロジーを利用したらどうだという提案もあるが、あまりに虚弱になった高齢な人はテクノロジーとか IT はなじまないの電話でやっている。しかし同時に、高齢者にもっと IT を学んでもらおうという IT 関連のアクティビティやクラスもある。

(質問 : Dona さんはどのようなバックグラウンドを持っていて、またどのような人を対象に選んでいるか。リストがどちらからか提供されているのか、知り合いでこういう人がいると紹介されて訪問をするのか。)

<Dona>

心理学の学位を持っている。サイコダイナミクスカウンセラー、クリニカルマネジャー、あとそれからスーパーバイザーセラピストでもある。

ここでカウンセラーをやっているわけではないが、それらのバックグラウンドがすべてこのオープンエージでの活動に役に立っている。ほかの組織で働いた経験も役に立っていると思う。

<Helen>

こういうバックグラウンドを持っている Dona がわれわれのところにいるというのは非常に大きな資産だ。ただ、リンクアップの仕事をするのに、そういう資格や学位を持っていないといけないというわけではない。高齢者の仕事をしたいという意欲があり、思いやりがあり、情熱があり、共感できる人がふさわしい。われわれが面接をするときはそういう人材を探そうとする。

<Dona>

Open Age は非常に入りやすい (accessible) な組織だ。自ら自発的に来る人もいれば、警

察、GP の診療所や心理士、ローカルコミュニティグループともつながっている。ヘルスプロフェSSIONALから紹介されて来る人もいる。自分で紹介フォームに記入して E メールや郵便で送ってくる人もいる。そういう人たちも歓迎している。いろいろなルートがある。

(質問：そうすると、市役所や GP からのルートだけではなく、広くターゲットをつかんでいる段階か。残念ながらターゲットから漏れている人がいることもあるか。)

<Dona>

そうだ。漏れているからこそ常にわれわれはアクセスをしてもらって新しい方法を模索している。高齢者コミュニティにアクセスをもっと広げていこうということできるだけクリエイティブになろうとしている。その一つの活動として、自由にきてもらう日を設けたり、10 月には高齢者デーがあるが、そこで知ってもらおうとするなど、新しい方法を常に模索している。

(質問：日本では、アンケート調査に答えてもらって、アンケートで特定の回答の人は予防の対象者になると試みをした。そのように網羅的に把握しようという試みがこの国で、自治体あるいは NHS であったか。)

<Helen>

3 年前にウェストミンスター区で **Open Age** 主導で資金調達の申請を行った。その内容は、自治体の助けもあってアンケートを送るというプロジェクトだった。フリーダムパスといって、イギリスではいまは 62 歳以上だが、そのときは 60 歳以上の人は無料で地下鉄やバスを利用できる。それについてのニュースレターと一緒にアンケートを送って、高齢者の孤独であるとか、外出という問題についてのアンケート調査を行った。2 万人の人に配ったが、回収されたのは 600 か 700 人だった。それでも情報としては非常に役に立ったという経験がある。

私自身アメリカに住んでいてイングランドに戻ってきたのは 20 年前だが、そのときの仕事の一つが、ケンブリッジでいま言われたようなアンケート調査の責任者をした。何回あなたは家を出ますかというようなアンケートを行った。だから小規模にはいろいろなところで行われているが、全国調査を私は知らない。

そういう調査や評価はいろいろ行われている。というのは、われわれが提供しているプログラムに、どのような効果があるのかということは資金を出した人としては知りたがる。そういう人たちにもこういう効果があるという証拠を示すという意味もある。

(質問：日本の介護保険スキームにおいて、高齢者に自分の状況を知らせてくださいというレターを出したけれども効果があまりなかった。)

このセントチャールズにおいては、統合ケアのパイロットプログラムが行われている。これはヘルスサービスと地方自治体とボランティアが一緒になって行っているパイロット

プログラムで、よりよいケアの提供の仕方を探ろうとするものだ。65歳以上の人の長期的なヘルスコンディションに関するプログラムということで、われわれ Open Age もその統合ケアパイロットが行われていることに関心を持っている。きのうも、NHS の人が来て、大きな会議をした。

<副ディレクター>

もしかしたらいわゆる従来的なリサーチの手法というものが高齢者には合わない部分があるのかもしれない。文化の違いもあるかと思うが、日本はもしかしたらもうすこしインベティブな形の調査の仕方が必要なかもしれない。

イギリスの高齢者も、いわゆるアンケートに答えるのは好きじゃないという人がたくさんいる。日本でもそうなのかもしれない。高齢者にこれもしてくださいあれもしてくださいという、受け止め方としてもういいかげんやめてほしいということがあるようだ。

(質問：日本では予防が強調されている。皆さんのような団体が活躍することでつながりを作り、声を掛けて、予防活動に参加してもらうことを言い始めている。)

<Helen>

私は Open Age で 12 年働いている。当初、予防に関するいろいろなプロジェクトの資金を得ようと思ったが非常に難しかった。Open Age はチャリティ団体として 20 年以上の歴史があるが、ここにきてやっとヘルスのポリシーが予防重視になってきた。非常に変わってきている。この組織は非常に予防に昔から力を入れてきた先駆け的な存在であると思う。実際に Open Age が行う調査でも、毎年ユーザーから 50 ページ以上にわたってオープンページの活動にかかわって人生が変わったという証言がある。孤独であるとか孤立しているとヘルスの問題が早く起きてしまうということはもう実証されていることなので、いかに予防が大切か分かる。

<副ディレクター>

ただ、資金を出してくれる人に予防に関するプロジェクトの資金を出してもらいませんかという説得は証拠を出すのが難しいので容易ではない。

(質問：GP はどのような形でこちらに紹介するか。「社会的処方」があると聞いているが、情報共有としてこちらに GP から連絡が来るのか。)

歴史的には GP が提案をして、こういうところがあるから行ってみませんかと患者に勧める場合がある。つまり GP のところにわれわれはマーケティングの宣伝のための資料を運びこんでいて、それを渡してもらうということだ。

われわれのメンバーが非常に情熱的でマーケティング営業してくれている。GP のところにメンバーが行って、「先生、これをみんなに広めるべきです」と宣伝をする。それから最近では社会的処方という形もあるがいまの割合は小さい。けれども、今後この割合は増えていくのではないかと思う。

2017年8月31日

地方自治体協会 (Local Government Association)

Liz Greer アドバイザー



私は地方自治体協会に所属している。この組織はイングランドにある 152 の自治体 (Council) のまとめ役的な団体だ。

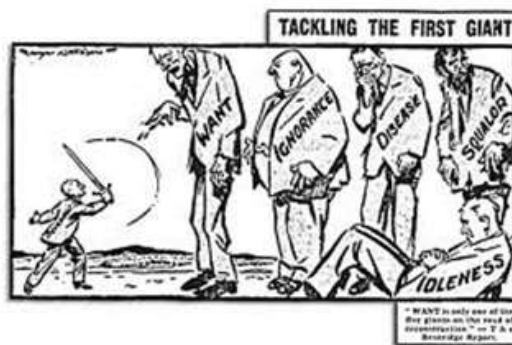
比較的新しい法律であるケア法のアセスメントと、その背景について話す。それから Q & A の時間を設けたいと思う。日本のケアニーズに関するアセスメントのケーススタディも拝見したが、イギリスとはかなり違うアプローチだ。

戦後における貧困の終焉



ケア法の発祥は第 2 次世界大戦後に、戦争から帰ってきた人たちのケアをするべきではないかという強い国民感情があってヘルスケアに目が向けられた。そして貧困を終わらせていこうという強い責任感からこのケア法がスタートした。

5つの「巨悪」(貧困、無知、疾病、不潔、怠惰)



これはその時代の古い漫画だが、5つの悪ということで、貧困 (want)、無知 (ignorance)、疾病 (disease)、不潔 (squalor)、怠惰 (idleness) という言葉が書かれている。これらはいまの語感ではちょっと古い言葉だ。

それで、戦後のヘルス改革が始まった。これは 5つの悪を撲滅する動きでもあった。そして福祉国家を作っていこうという考えが生まれた。これは全市民をケアしていく、揺り籠から墓場までという言葉があるが、それを実現していくということになった。つまり、

国民、市民の健康というのは国が責任を持っているので、払える人だけが健康を手にするのではなく全員の健康を実現していかななくてはならないという考え方だ。

Local Government Association

戦後の改革

- **福祉国家**が全市民の福祉に生涯、つまり「ゆりかごから墓場まで」責任を持つ。
- **国民保健サービス(NHS)** 1948:世界初の普遍的な無料医療制度で、財源は一般税。
- **1948年国民扶助法**: 虚弱、高齢またはその他の理由でケアが必要であり、他に世話をする者がいない場合、地方政府が適切な住居を提供する。この援助は NHS と異なり、必ずしも無料ではないが、支払い可能な者のみが支払いを行う。



それで、二つの大きな改革が戦後なされた。具体的には 1948 年に国民保健サービス (NHS) が始まった。これは無料で医療サービスが受けられる国民皆制度だ。世界唯一無料で受けられる。もう一つの改革が、一般税課税 (general taxation) だ。

昨日インターネットをブラウジングしていて、その当時の記事を見たが、ヘルスケアを求めるその人たちの長蛇の列ができて、政治家がびっくりしているというものが載っていた。医師、歯科、眼科にみなが詰めかけて行って、長蛇の列ができていたという状況だった。それだけヘルスケアの助けを必要としている人がいたということが政治家にはショックだったようだ。それは今日でも共通していることで NHS はいまも非常に多くの人にとって必要だ。

もう一つ大きな計画は、国民扶助法 (National Assistance Act) だ。これは、地方自治体が病気の人、高齢者、体の不自由な住民を助けなくてはならないという法律だ。こちらの法律は NHS とは違って必ずしも無料ではない。NHS が無料であるのに対して、ソーシャルケアは当初から人々はお金を負担しなくてはならないという考え方で生まれた。

2014年ケア法

法の近代化: 1948年国民扶助法を含む幅広い既存法を廃止。

法の改革: 2部構成

- ❖ ケアや支援の提供方法: 2015年4月
- ❖ ケアや支援の資金提供方法: 2020年まで延期



そして新しい法律としてケア法 (Care Act) ができたわけだが、これは 2014 年に制定されて、2015 年 4 月に施行が始まった。近代化された法律ということになる。一般的には、戦後できた国民扶助法が廃止されてこれに代わったというかたちになる。国民扶助法が廃止されたことに関しては、地方自治体が自助できない人たちのヘルプをする要の法律が廃止されてこれに代わったってということで、悲しく思った人がいる。

このケア法は昔の法律を近代化し改革するという意味合いを持っている。

2つ主な観点がある。

1つは、地方自治体が住民に提供するケアとサポートが改革される。これは 2015 年 4 月に始まっている。もう 1つ、ケアサポートの資金調達の仕方も変わってくるが、これは 2020 年まで施行が先延ばしされた。それで、人によっては、これはもう永遠に施行されないのではないかという人もいるし、施行するという人もいる。両論がある。

ケア法自身は総じて肯定的に捉えられている。前進していると捉えられているが、それと同時に厳しい緊縮財政が始まった。地方自治体にとってもまた NHS にとっても、緊縮財政という背景のもとにこのケア法が始まったことになる。地方自治体の予算はカットされることになったので、政府としては NHS を守ったが地方自治体は守らなかったという印象を与えている。

緊縮財政と福祉予算の削減



この中央にある写真はフードバンク（food bank）だ。これは福祉国家の名残のようなものではないかと思う。いまでもフードバンクはある。食べ物を買う余裕もない、経済的余裕のない人を助けるために人々が食品を持ち寄って、どうぞお持ち帰りくださいというものだ。

基本理念: ウェルビーイング

ウェルビーイングはケア法の中核を成し、地方自治体はウェルビーイングを促進しなければならない



地方自治体はまた、全市民に対して以下の事を行わなければならない

- ❖ ケアニーズを予防し、減少させ、遅らせる
- ❖ ケアや支援に関する情報やアドバイスを提供する
- ❖ 特に高齢者の現在および将来的なニーズに応えるため、ケア市場を構築し委託する
(本件の詳細は後述)

ケア法がその前の法律とどこが違うのかということについて話す。中核となる原則はウェルビーイングに焦点が置かれているということだ。地方自治体は、病気になった人とか、

困っている人だけではなく全市民の健康増進、ウェルビーイングの増進をしなくてはならないという考えに基づいている。

そして、地方自治体はケア法の中で、ケアニーズをできるだけ遅らせること、そしてケアニーズをできるだけ減じることをしなくてはならないとなっている。

ただ問題は、予算カットが背景にあるので、多くの地方自治体がいままで提供してきたサービスをカットしなくてはならない状況になっている。

また地方自治体はケアとサポートに関して、全市民に対して情報とアドバイスを提供しなければならない。

さらに地方自治体は特に高齢人口に対して、現在、そしてまた将来にわたるニーズを満たすためのケア市場、ケアマーケットをつくらなくてはならないとなっている。

つまり過去はこのサポートとこのサービスがある、でよかったが、これからはそのサポートやサービスではないかもしれない。何が必要であるのかを見極めることになる。



全国の実給資格枠組み－前提

- 一人ひとりが、自分自身のウェルビーイングを判断するのに最適なポジションにいる。
- ニーズに「階層」は無い：病気、障害またはケアの役割が個人のウェルビーイングに及ぼす影響を考える際、ウェルビーイングのあらゆる側面には**等しい重さ**がある。
- 本人の病気または障害が、次のスライドに示す**9領域のうち どの2領域でも**ウェルビーイングに影響を及ぼす場合、その人には支援の実給資格がある。
- 実給資格のあるニーズ**のみ**に対応

アセスメント:2つの決定

ケアニーズのアセスメントを受ける資格を得るには、まず、地方政府が満たせるケアや支援「**ニーズの出現 (appearance of need)**」がなければならぬ。

つまりその人は、サービスではなく**アセスメント**の目的のみで紹介される。しかし地方政府の外では、今もこの点がよく理解されていない。

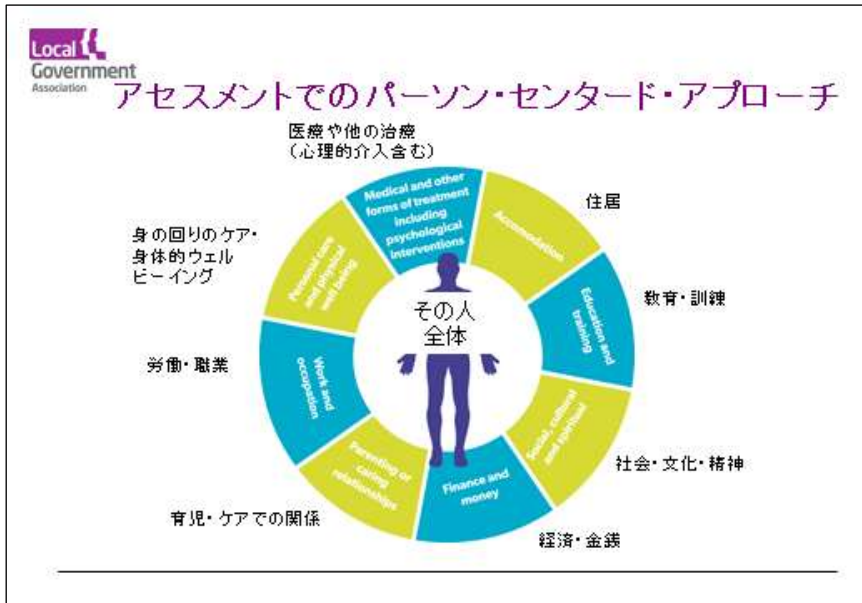
アセスメントの後、2つ目の決定がなされる。これは、その人が**ケアや支援サービスの受給資格**があるか、また自分のケア費用に対してどれだけ支払う必要があるか、という点である。

皆さんの関心事はどのようにイングランドでアセスメントが行われているのかということだとながっているのので、それについて話しをする。

ケアニーズのアセスメントを受けるには、ニーズの出現（**appearance of needs**）が必要だ。

つまり人々は、地方自治体にアセスメントを受けるようにという紹介をされて来るのだが、サービスをすぐに受けられるというわけではない。この部分は地方自治体以外の人にはよく理解されていないところだ。例えば電話かかってきて、この X さんは在宅ケアが必要だからサービスを提供してくださいと言われるが、地方自治体としては、まずはアセスメントをしなければならない。必ずしもすぐにサービスを受けられるとは限りませんと言わなければならないことになる。

それで、アセスメントが行われたら、2つ目の決定といわれるものがなされる。これは、その人がそのケアサービスを受ける適格性、資格があるかどうかということになる。この2番目の決定のところ、その人がケアサービスを受けられる資格があるかどうか、そしてどのぐらい自己負担をするのかという部分が決められていく。



新しいケア法では、個人を中心に置く（パーソンセンタード）ということと、全身的なアプローチ（ホリスティックアプローチ）ということ、それからウェルビーイングに焦点が当てられる。ここが、日本のアセスメントと違う部分だと私が思ったところだ。

アセスメントの出発点というのは、体の不自由な人、病気の人、高齢の人に対して、あなたのウェルビーイングにそれがどういうインパクトを与えていますか？ということから聞くのが出発点になる。

ところがケア法ではウェルビーイングの定義がされていない。というのは、ウェルビーイングは人によってそれぞれ違うからだ。

アセスメントでのパーソン・センタード・アプローチ: 病気や障害が個人に及ぼす影響は何か

1. 個人の尊厳(敬意を払った処遇を含む)
2. 身体的および精神的健康ならびに情緒的ウェルビーイング
3. 虐待やネグレクトからの解放
4. 日常生活のコントロール能力(ケアの提供方法を含む)
5. 仕事、教育、訓練、レクリエーション、ボランティア活動への参加能力
6. 社会的および経済的ウェルビーイング
7. 家庭、家族および個人的なウェルビーイング
8. 適切な住環境
9. 社会貢献能力

アセスメントでは、ウェルビーイングに関する上記の領域が調査される。

だから最初の質問は、あなたの体の不自由さ (disability) があなたの尊厳に、またあなたの身体的な健康、精神的な健康、情緒的な健康に、それから日常動作にどのような支障がありますかということを知りたい。そして仕事や教育を続けていくのにどのような支障がありますか、訓練、レクリエーション、ボランティア活動を続けていくのにどんな支障がありますかと聞く。日本のアセスメントを見ると、その部分が欠けているような気がした。それから社会および経済的なウェルビーイングへのインパクトも見る。あと、家族、そして個人のウェルビーイングへのインパクトを聞く。さらに適切な住処に住んでいるかどうか、住環境の適切さを見る。あとは社会への貢献能力への支障を聞く。また、起き上がって投票に行くことへの支障はあるとか、教会に行くのに支障があるか、これまでかかってきた地域のグループに引き続き加入できるかどうか支障はないか、そういうことも含んでいる。

それらを全部アセスメントの中で議論していく。ほかのことも加えることができる。これだけに限定されたリストというわけではない。これらを含む形で聞いていくということだ。

アセスメントでのパーソン・センタード・アプローチ

支援がなく、痛み・苦痛・不安もなく、また自身や他者の健康や安全に危険をもたらさずに、これらのアウトカムのうち**2つ以上**達成できない場合、その人には**ケアや支援の受給資格がある**。

ニーズを可能な限り最適な方法で満たすための**計画**について、その人と合意し、それとともに、その人に最適な方法でニーズを満たすのに利用できる**パーソナル・バジェット**にも合意する。

地方自治体が支援をまとめることもできるし、その人が自分で行うことも、あるいは第三者に管理してもらうこともできる。

ケア法におけるアセスメントの重要な原則が2つある。

1つは、その人自身が自分のウェルビーイングに対して判断するために最もふさわしいところにいるということ、つまり、専門職があなたのウェルビーイングはこうですよと言うのではなく、自分で決められる判断力があるということだ。

また、ニーズの階層、ヒエラルキーはない。これは、ウェルビーイングに関してはそのすべての側面が、等しい重さを持っているということだ。

(質問：もしウエイトをかけないで質問項目が20あったらそのまま20点になるが、そういうことも考慮せずに足して合わせるということか。アセスメントの際に、どれかに重みをかけないでいくということか。)

そうではない。説明する。

過去には、いわゆる自分で食べられないとか、洗えないとか、トイレに行けないとか、そういう身体的なケアを必要とする人はすぐにヘルプをもらえた。しかしいまは、それら以外の不自由さを持っていても、ヘルプをもらえる可能性がある。

教会に行けないとか、地域グループに行けないとか、友人を訪問できない、あるいはボランティア活動ができないという人もヘルプをもらえる資格の対象範囲に入ってくるということだ。

日本のアセスメントを見ると、身体的なケアのほうに重点があってほかの部分が少ないような感じがした。

アセスメントをする人が、身体的にできないことがあればもっとケアやヘルプをもらえ

る確率が上がるが、そのほかの支障であればケアやヘルプはもらえないというようなことが昔はあったけれどもいまはもうできなくなった。



アセスメント:2つの決定

ケアニーズのアセスメントを受ける資格を得るには、まず、地方自治体が満たせるケアや支援への「**ニーズの出現 (appearance of need)**」がなければならぬ。—大半の人は、この基準を満たす可能性が高い。

つまりその人は、サービスではなく**アセスメント**の目的のみで紹介を受けることができる。しかし地方自治体以外では、今もこの点がよく理解されていない。

アセスメントの後、**2つ目**の決定がなされる。これは、その人に**ケアや支援サービスの受給資格**があるか、また自らのケア費用に対してどれだけ自己負担する必要があるか、という点である。



ケアへの支払い


- イングランドの場合、**23,250ポンド**を超える預金や資産(家など)のある人は、ケアへの支払いが全額自己負担
 - **14,250ポンド超 ~ 23,250ポンド未満**の場合、ケアの支払いは一部自己負担
 - **14,250ポンド未満**の場合、ケアは無料
 - 在宅ケアの場合、不動産の価値は不問
-

いまのやり方で、ヘルプが必要かということを決めるかということだが、

アウトカムのリストがあって、そのアウトカムの2つか3つ以上ができないという結果が出るとヘルプが必要ということになる。それも、ヘルプなしに、苦痛なく、あるいは精神的な困難（distress）とか苦悩なしに、あるいは自分やほかの人を危険にさらすことなしにはできないものが2、3項目あればヘルプが必要と判断される。

それで、ヘルプが必要となったら計画を立てていく。これは専門職にとってベストな計画ではなく、本人にとってニーズをベストに満たす計画ということになる。その計画を立てるときにはその個人に許された予算の範囲内でニーズをベストに満たしていく計画を立てる。

地方自治体がサービスやヘルプを決めていくこともできるが、そうではなく自分がやるとなると、自分で計画を立てて自分で管理をしていくパーソナルバジェット（personal budget）もできるし、また、家族や他の組織の第三者に任せることもできる。



ケアニーズの予防・低減・先延ばし

予防

- ウェルビーイング向上に関する良質な情報
- ウェルビーイングに資する健全な近隣地域やコミュニティの構築：孤独や孤立を減らしたり、たとえば運動クラスなどを通じて健康的でアクティブなライフスタイルを促進することで実現
- 家族が病気や障害になった場合、可能性として考えられるケアの準備について家族と早期に話し合うよう奨励

低減

- ニーズ発生リスクの高い人（例：脳卒中、転倒）への絞った介入
- アクセス改善に向けた住宅改修または機器貸与
- テレケア・サービス
- ケアラーの早期特定：ケアラー自身のウェルビーイング維持を支援するため

次に、ケアニーズを減じていく、できるだけ遅らせる予防の部分について話す。

ただ問題は、予算カットということがあるので、多くのサービスがまったく無くなってしまったというのが実情だ。だからもう一度われわれはサービスをつくり替えなくてはならないところにいる。

地方自治体は、皆のウェルビーイングを上げていくためのよい情報提供、質の良い情報提供をするという義務を持っている。

孤立、孤独を減らし、例えば運動とかを通して健康でアクティブな生活を送っていくようなウェルビーイングを増進していく健康な地域（neighbourhood）づくり、コミュニティ

づくりを地方自治体は行わなければならない。

実際に家族が病気になったり、体が不自由になってケアニーズが生まれたときに、どのように対処していけばいいのかということに備えていくという面もある。

これは低レベルの予防ということになるが、ニーズが出てこないようにするための取り組みということだ。地方自治体がケアの助けを借りなくてもいい時期を長くするということだ。

ケアニーズを減じていく対策として地方自治体は特定のリスクグループに対して介入もする。例えば卒中リスクを持つ人、あるいは転倒リスクを持つ人を対象に介入をするということも考えられる。

また在宅期間を長くするために簡単な家の改造もある。アクセスをしやすくする改装だ。それから機器を貸し出すことによってできるだけ長く家にいることができるようにする。

さらに、テレケアサービスもある。例えば転倒したらそれを検知するようなシステムだ。テクノロジーを活用した形でできるだけケアニーズを必要とするのを遅らせることも考えられる。

あと、地方自治体にとって介護者を把握するということも必要だ。その介護者のニーズが何かということも見ていかなければならない。

予防が難しい、ケアニーズを遅らせることが難しい人ももちろんいるわけだが、そういう人であっても、その複雑なインパクトを最小限にしていくやり方はあるものだ。



ケアニーズの予防・低減・先延ばし

先延ばし

以下を通じて、複雑なニーズを有する人々へ障害や悪化が及ぼす影響を最小限に抑えるとともに、自立を促進する。

- 強みに基づいたアセスメントのアプローチ
- リハビリテーション／リエイブルメントサービス
- 機器や改修
- ケアラーの破綻リスクを低減させるためのケアラー支援

強みに基づいた（asset-based）アセスメントというものをアセスメントプロセスに入れ

ていく。これが強みベースのアプローチだ。つまりその人が自分で何ができるのかに焦点を当てたアプローチだ。だから、できないものに焦点を当ててではなく、できることに焦点を当てる。

日本のアセスメントを見たが、できないことに焦点を当てている感じがした。それも重要だが、やはりできるだけ人には長い間自立してもらいたいわけで、できることに焦点を当てることも重要ではないかと思う。

それで、リハビリテーションとかリエイブルメントサービスというものが重要になってくる。入院した人が退院して自宅に戻ったときに、短期的であるけれどもこういうサービスが必要になってくる。

それから、介護者が介護を続けていくためには何が必要か、どのようなヘルプやサービスが必要であるのかにも注意しなければならない。多くの人が無給で長時間介護をすることや、そして病院に入っている人が本来退院できるのだが介護者がいないために退院できないという状況がある。



ケアラーとケア法

- 無償のケアラー: 家族および友人
- 要介護者との「評価の同等」
- 同じ根拠(=ニーズの出現)に基づき、アセスメント、ケアおよびパーソナル・バジェットへ、ケアラー独自の権利を有する
- ケア提供が影響をもたらすアウトカムが1つでもあれば、支援の受給資格あり
- 大抵は、ミーンズテストなし

ケア法における介護者 (carer) について話す。これは無給の介護者についての話だ。今回の新しいケア法においてもっとも重要な部分が、この介護者についてではないかと思う。

このケア法で初めて介護者に対して評価の同等 (Parity of esteem) という言葉が使われるようになった。これは、介護者も介護されている人と同等であり、同等の権利を持つということだ。介護者についても、どのようなケアやサポートが必要なのか、またパーソナルバジェットに関してもアセスメントを受ける資格があると認められた。ケア法でもっと

も過激に変わった部分は何かという、この介護者に関する部分だと思う。

介護者は介護されている人と同じようなアセスメントを受けるが、ただ介護者に対する質問は、介護することがあなたのウェルビーイングにどんなインパクトがありますかという質問になる。

介護をされる人は、先ほどのアウトカムの中の 2 つに該当したらヘルプを受けられるが、介護者はそのうちの 1 つに該当すればヘルプをもらえる。

介護される人は料金を支払わなくてはならないというケースが多いが、介護者はだいたい無料でサービスが受けられるようになっている。

しかし福祉予算カットというその背景があるので介護者への無料のサービス提供が難しくなるのではないかと予想されるが、政府としては介護者をサポートしたいと強く思っている。そうでないと介護者が、もう介護ができないとあきらめてしまったときのコストが政府にとっては大きいからだ。

(質問：いまアセスメントが大きく変わったという話をされた。端的にいうとアセスメントの対象が非常に広がっていると理解できるが、実際にアセスメントでヘルプが必要だと考えられる人が増えたか。)

答えはイエスだ。高齢社会のことを考えるとこれは驚きではないかと思う。しかし、だからこそケアニーズを減じていく、そして遅らせる予防に投資をすることが必要だということにもなる。人をできるだけ自立させてその期間を長くする。そしてできるだけ長く家にいてもらう。そのほうが安上がりだし、本人にとってもいいことだ。

それから、お金も節約できる。自分で自分のケアを管理していくほうが、高価なサービスプロバイダーを使わないということにもなるので節約になる。

(質問：要介護者への給付に加えて家族介護者にも給付するということは、介護者の介護力に期待するということで、本人の介護認定の際に必要な介護が減るということになるか。)

そうだ。しかしそれは交渉であり、ディスカッションだ。両者が納得しないアレンジメントはしない。介護者には、私はできないという権利があるし、介護される人もそういうやり方は嫌だということはもちろんできる。

だから、質問の通りで、介護者に対するサポートがあるので要介護者に対するケアが減じられていく部分はある。そちらのほうが介護者に何のサポートもしないよりも安上がりになる可能性がある。

(質問：そういう状況で、本人が自分でサービスを決められるということは、本人が好きにできる余地があるということで、地方自治体が決める場合とは違う不適切な計画を作るというリスクがあるのではないか。)

ケアプランでは、会議を開いていわゆる適格性のある (eligible) ニーズが満たされてい

るか、そして予算も個人勘定内のものであるのかについて合意をされる。個人に任される部分は、それをどのように使うか。どのように配分するのかという部分だ。

(質問：つまり会議に自治体が参加するのか。)

ニーズが何かということについて自治体も参加して合意される。どのようにそれをやるのかという部分もその会議で合意できるかもしれない。ただパーソナルバジェットというのは個人が自分のニーズはこれで、こうしてそのニーズを満たしたいという自由をもっと本人に任せるということになる。

(質問：だからこそウェルビーイングは定義しなかったということか。)

その通りだ。

アセスメントミーティングは、評価者、ニーズのある本人、家族もしくは友人、あるいはプロフェッショナルも入るかもしれない。それは合意によって決まる。また看護師とか医師も入ることもある。

(質問：ミーティングの主催者は誰か。)

地方自治体の成年社会ケア (Adult Social Care) 部門だ。

プロフェッショナルの中には、パーソナルバジェットをもらった人が休暇にそのお金を使ってしまって、カリブ海やどこかに行ってしまうのではないかと懸念をする人は多くいる。しかし調査をすると、パーソナルバジェットを持っている人は予算よりも低い金額しか使ってない。だからそこでもまた節約になる。

ケース 1 について

(質問：先ほど、日本はマイナス面を見ていてプラス面を見てないのではないかという話があったが、実は日本もプラス面を見ている。本人がその人らしい生活を地域で送るために、いまできること、できないことをまずしっかり見ていこうとしている。

このケースでいうと、身の回りのことはゆっくりなら全部できるというところがプラス面で、マイナス面としては、その中で調理と掃除で限定的になっている。

脊柱管狭窄症があり、腰が痛いとかいうインペアメントの問題があるが、体をよくするというよりも、例えば調理の細かい工程を分析して、立ってやっていることがあれば座ってやりましょうとか、いろいろやり方を提案して調理という活動ができるようにしていく。

そのようなことをリハビリのスタッフが入りながら 3 カ月程度の短期でまず行う。

このように介護制度の中でプロが短期に入って、できる能力を伸ばして、自分ができるようにしてからプロは引くということを日本では行う。イギリスではそういうことは一般的にあるか。)

このケース 1 は、長い間自立を保っていくための、低いレベルの介入のととてもよい例で

あると思う。もう一度調理ができるようになるというアウトカムがあるわけだ。イギリスの場合では、過去においてそのような症状の人がいたら、誰か料理ができる人を派遣しますということで料理をしてあげて、結局本人が調理できるという状態が実現できないで、依存する形になってしまっていたと思う。

イギリスであればアセスメントの段階で、あなたの脊椎間狭窄症が日常生活にどのようなインパクトがありますかという質問から始まると思う。そうすると、自宅で身の回りのことができないとか、クッキングができない、食べられないという問題抽出がなされて、ではそれに対してどうするのかというディスカッションがされてきて、アウトカムとしては日本でもあるように一時的にプロが入るということになるのではないかと思う。

(質問：作業療法士は NHS から派遣されるか。)

その可能性もある。あるいは地方自治体が作業療法士を雇うこともある。リエイブルメントとかリハビリテーションとかのサービスだ。これも短期で最長 6 週間ぐらいだ。

(質問：そのときに作業療法士とか理学療法士の役割としてどのようなことを地方自治体は求めるか。)

その人が再びクッキングができるようになるのがアウトカムとして求められているのであれば、そのレベルまで自立することをサポートするのが、NHS もしくは地方自治体が派遣する作業療法士の役割になる。

(質問：この事例ではサービスとして作業療法士しか入らないか。)

座って調理することの調整だけであればおそらく作業療法士ぐらいではないかと思う。

(質問：薬の飲み忘れがときどき発生しているが、これはどうか。)

催促者 (reminder prompt person) といって、薬を飲みなさいと思い出させるサービスがある。

(質問：誰がするのか、器械か。)

いろいろなやり方があり得る。例えば家族とか、あるいは近所の人がそういう役割をするように決める場合もある。あるいは電話をかけて思い出させることもある。

調理をするように短期的にプロが介入するのであれば、その人がまたその役割を担うこともできる。

それから、飲んだらわかるような薬を分類するボックスもある。

ソーシャルケアが担当するので、薬を投与することはできない。飲みましたか、あるいは飲みなさいとリマインドすることはできるが、飲ませることはできない。

(質問：ケース 1 の人は以前コーラスに行っていたが行けなくなってきた。このようなソーシャルな問題についてはどうか。尊厳という面では大事だと思う。)

このコーラスに行っていたが行けなくなったシナリオで、日本の場合はヘルプが入るか。

(質問：コーラスグループの仲間の人の力を借りるか、ボランティア組織から付き添いをしてくれる人を頼むか、もしくはもう少し認知症が重度であればホームヘルプで、もしかしたら個人負担で付き添いをしてもらって活動に戻る、そのいずれかをとる。)

こちらでも似ている。家族や友人、あるいはそのコーラス仲間がするのがいいと思う。やはりその人が行けるようにヘルプをアレンジするということになる。それ以上は難しいかもしれない。

(質問：モニタリングはどうしているか。)

だいたい3カ月後にレビューがある。3カ月後のレビューがあったら、そのあとは毎年ということになる。しかし大きな変化が起きたときにはいつでもレビューが受けられる。

(質問：それは誰が行うか。)

地方自治体の人であるべきだが必ずしもそうでもないらしい。

(質問：レビューというのは同じアセスメント項目をまたやるのか。)

そうだ。全部もう一回やる。

(質問：例えば、認知症ではなかった人が認知症になってきていろいろな生活上の変化が出てきたり、判断力が落ちた場合は事業所がレビューでチェックするのか。そしてケアマネジャーにフィードバックして医療や GP につなぐということか。)

明らかに悪くなってきたことが分かる場合は再アセスメントのトリガーになる。

(質問：その後はどうなるか。)

やはり同じようなディスカッションになる。認知症が、本人が自分で生活していくときにどのようなインパクトを及ぼしているかという質問のアセスメントになる。その結果、そのまま在宅で暮らされる人もいれば、違う環境が必要だというアセスメントの結果になるかもしれない。

(質問：医療サービスにつなぐことはあるか。)

学際的なチームミーティングというものがあると言ったが、精神科医や GP の医療がそこでかかわってくる。この人については医療的な話し合いが必要だというケースもあるかと思う。

(質問：認知症であるかそうではないのかという境目が日本はあまり明確ではない。)

それはイギリスも同じだ。判断力のある人の場合は、このようなケアがあるとされたときに、もちろん受け入れる権利もあれば拒否する権利もある。

(質問：ケース 2、3、4 について、このような様子であればイギリスではどのようなサポートの組み立てになるか。それはどういうサービスか。)

人によって違うので答えるのが難しい。しかし全員アセスメントの資格はある。というのは、ニーズの発現があるからだ。

また、この人はこういうサービスを受けるだろうとは言いにくい。というのは、サービスは押し付けることはできないからだ。

そうは言っても、だいたい在宅ケアになるのではないかと思う。家に行って支援する、あるいはデイセンターに行くなどだ。

しかしデイセンターはあまり人気なくなってきた。施設ケア、ナーシングケアなど、自分で選べる範囲が広がれば広がるほど、いわゆるスタンダードなサービスを受ける人は少なくなりがちだ。だからスタンダードなサービスあんまり選びたくない。それがサービスプロバイダーにとって難しいところだ。将来どのようなケアニーズが出てくるのかは、サービスプロバイダーは将来の利用者について検討はしないので、地方自治体として将来のケアマーケットをつくっていく必要がある。

パーソナルバジェットの中でできることの 1 つとしてパーソナルアシスタントを雇うことができる。その人が、ニーズについていろいろな助けをしてくれる。そうすると従来のサービスの中にはまったく必要ないものも出てくる。

(質問：なぜデイサービスが不人気になったか。)

それが唯一の選択肢でないならばそれを選ぶだろうか。日本の場合は分からないが、イギリスの場合はデイケアセンターというものは非常にステレオタイプなことしかない。編み物とか、昔の音楽、昔のテレビ番組などだ。エクササイズは少しやることもある。それはいいことだとは思いますが、自分でそれが欲しいのかとなると選ばない人が多いわけだ。いまはそのようなデイケアセンターに行かなくても社会生活を送ることができるし、ほかの選択肢が広がってきているということもある。

(質問：パーソンセンタードケアという場合に、どのように生きたいかということもおそらくアセスメントすると思う。公的サービス以外にインフォーマルなよいものがあるなどという情報もこのアセスメント会議のときに本人に選択肢が示されて、本人が選べる仕組みがあるか。)

そうだ。オプションとして提供する。デイセンターもそのオプションの一つだ。過去に

はデイセンターしか選択肢がなかったがいまはほかにもたくさん選択肢があるので選ばない人が増えている。

(質問：アセスメントは1回当たり時間としてはだいたいどのくらいかけているか。)

2時間ぐらいだ。コミュニケーションの問題がある場合はそれより長くなるかもしれない。通訳が必要な人もいる。それから学習障害がある人もいる。総じて2時間ぐらいだ。

2017年8月31日

イングランド公衆衛生協会 (Public Health England、PHE)

Charles Alessi シニアアドバイザー

私から皆さんに高齢化に関するすべてのコンセプトの再考を呼び掛けたいと思う。最近日本に行って G7 の認知症に関する仕事をしたが、高齢化することが経済、そしてまた国に対してどのように影響を及ぼすのかということについて日本はおそらくもっとも理解している国ではないだろうか。



イングランド公衆衛生協会というところで私は働いているが、これはイングランドの公衆衛生のソリューションを提供するところだ。私はもともと内科医で、肩書としてはイングランド公衆衛生協会のシニアアドバイザーになっている。実際にやっていることはイングランドの認知症のリード役だ。同時に、政府のヘルスポリシーへの対応も行っている。

現在のストーリー

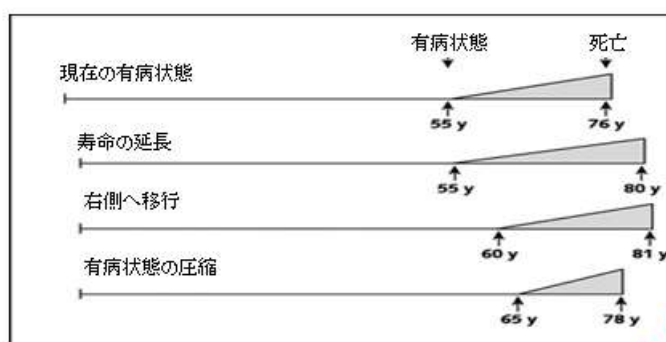
- 人口学的な必然性
- 「グレー津波」…長寿
- 私たちの「生物医学的」還元主義アプローチ
- 有病状態の圧縮

皆さんには、きょうはエイジングに関してチャレンジをしたい。

まず人口動態が変化していて不可避免的に長寿化が起きている。これはグレー津波（津波のような高齢化 gray tsunami）と呼ばれている。

それで、生物医学的衰退（Biomedical atrophy）ということについて話す。死は必然に起こるものである。衰退は必ず起きるものであるという前提がある。ではどうすればいいかということだ。

有病状態の圧縮 (JAMES FRIES)



それから有病状態の圧縮（compression of morbidity）ということがある。これはスタンフォード大学のジェームス・フリース（James Fries）が1970年代に言った。病気になっていって死亡するまでの期間が長くなっていくということだ。このプロセスをマネージする方法が2つある。その1つは、このプロセスは同じだがもっと右寄りにするということ


だ。あるいはベストな可能性は、この期間をできるだけ短くするということだ。たくさんの議論がここから始まる。

この有病期間というものをできるだけ圧縮しようということで、多くの科学者、疫学者そして多くの組織が長年取り組んできた。しかしあまりその成果は生まれていない。

しかしこれには違う見方ができると思う。いまから話すことは、やり始めたばかりの作業で最後まで考え抜かれて完璧に出来上がったものではない。しかしいま新しく出てきているもので、これから政府にも働きかけようと思っている考え方だ。皆さんもこれを日本政府に話をするときに活用していただけたらと思う。

ニュー・オールド

- 彼(女)らは恵みであり、呪いではない
- 長寿を財政的に成り立たせるのは可能である
- 労働環境を変えたり移行を支援するために人々を支援することで、就労生活を変える
- 高齢者のメリットを理解する:「ゆっくり」は「生産性が低い」という意味ではない



これは私が言うニュー・オールドの声明文だ。

高齢者は呪い (curse) であるといままで言われてきたが、私は呪いという言葉は使わない。そうではなく反対だ。いいこと (boon) であると言いたい。長寿ということに関する考え方を変えることによって、高齢者はその boon に転換できる。

イングランドのような、個別契約経済 (gig economy) の形態は高齢者にとっては、実は理想的であると私は言っている。例えば 60 歳や 65 歳まで働いたら定年になって、年金をもらってその年金生活が 35 年続くという生活の仕方というものは、本人にとってもまた政府にとっても必ずしもベストなやり方ではない。

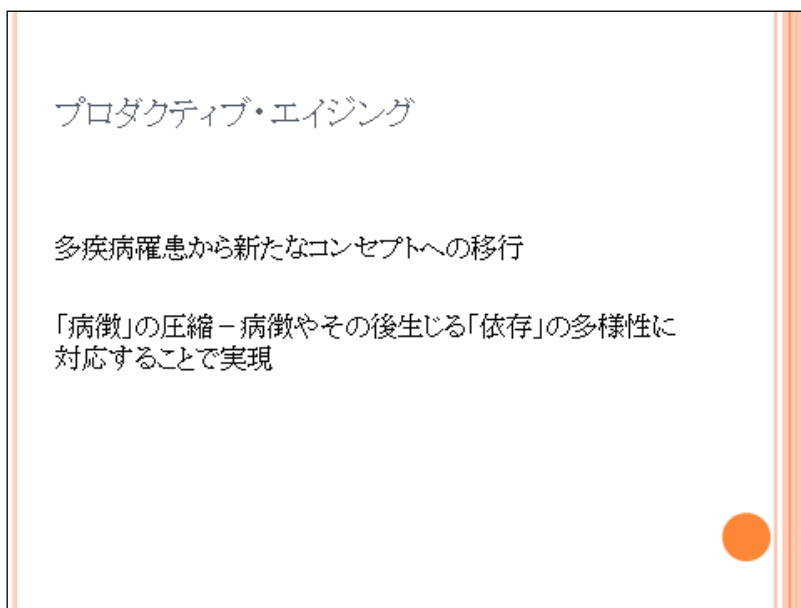
20 歳にできていたことができなくなったからといって生活に支障があるとか、何もできないとか、生産性がないとは言い切れない。例えば日本では非常にロボットが発達している。自動車の組み立てラインを見ると、ロボットが人の作業を助けて生産性が上がっている。

イギリス軍はいわゆるこの移行 (transition) が非常に上手だ。最初の数年間は、兵士は

人を殺傷するということをやるが、それから実際にはできないように移行していく。できなくなったからさよならということではなく、活かし方というものがある。

高齢者の活用の仕方を理解しなければならない。例えば金融業界においてはドイツ銀行が高齢者の価値を理解している。もちろん若者ほどには高齢者の作業は早くはないかもしれないが、高齢者はミスを犯す率が少ないということが分かっている。

この新しいコンセプトを私は財務省と年金省に説明するつもりだ。



このコンセプトについてももう少し詳しく話したい。プロダクティブエイジングがその概念だ。ヘルシーエイジングではない。また有病期間を圧縮するというだけでもない。プロダクティブなエイジングに焦点を当てる。

いわゆる多疾病罹患 (multi morbidity) に対応するというのではなく、新しいコンセプトへと動こうとしている。

経済省庁の観点からすると、人々全員に 104.5 歳まで生きてもらって、104.5 歳まで働いてもらって、104.5 歳でリタイアしてもらいたいと思っているわけだ。

ヘルシーエイジングはやはり考え方の転換が必要になる。年金コストが関連してくる。政府にヘルシーエイジングのことをいかに時間とエネルギーを費やして説明しても、どうしても年金コストがかさむということになって政府は二の足を踏む。

この症状の発現 (病徴 expression of symptom)、組織の死 (histological die) をできるだけ圧縮するということだ。

例えばがんを例にとると、まったく同じ病気の症状の地点に 2 人いるとする。しかし、出てくる症状としては、ある人はいくつかの病気を抱えながらもずっと長生きをして、最期まで生産的で機能的である人もいれば、そうではない人もいる。同じ病気の地点にいな

健康生成論

○ AntonovskyからLindstromへ

- このアプローチは有効である、という証拠がある
- ILC: "easy-care"プロジェクト
- 孤独: 社会的孤立のコスト
- 人々の「活性化」プロセス

だから、症状の発現を圧縮することができれば、という話をすれば政府としては非常に興味を持つことになる。ケアコストが減っていくからだ。そしてまた人々もできるだけ長く自立したいと思っているのでこれは人々にとっても利点になる。これを健康生成論 (salutogenesis) と呼ぶ。疾病生成論 (pathogenesis) という言葉は聞いたことがあると思う。医師は疾病生成論が大好きだ。つまり医師は、病気にかかってください私が治してあげますと言う存在だ。

健康生成論の考え方では、最初から医師は必要ない。

アントノフスキー (医療社会学者 Aaron Antonovsky) の研究は、1946年にユダヤ人が強制収容所からたくさん帰ってきてニューヨークに移住したが、皆非常に厳しい体験をしたわけで、その中でもすぐにだめになってしまう人がいれば、非常によく自己管理をして長く生きた人もいて、その違いはなんだろうというところから始まっている。

国際長寿センター (英国) の最近の EasyCare に関する研究 (アクティブエイジング研究プロジェクト) を見ると、自分の人生をコントロールできる部分の多い人は、実際に罹患期間を圧縮することに成功しているということが分かっている。

イングランド公衆衛生協会でも先週、社会的な孤立のコストに関する研究発表をしたが、定年後ずっと孤立した生活をしている人に与えるダメージは、生涯たばこを吸ってきた人と同じだということが分かった。

また、活性化 (Activation) というプロセスがある。これはアメリカで生まれた概念だ。人々が自分のヘルスケアコントロールをするように人々を力づけていくことを活性化と呼んでいる。

新たなストーリー

- 私たちは政府や社会を助けることができる
 - 例: 年金受給開始年齢の変更は主に、経済的要因によって動かされている—あなたにとって良いことが要因となることもできる
- 私たちは、人々が必要としていること**および**欲していること—意味と目的—を与えられるようなストーリーを展開する必要がある
- 新たな消費者パラダイム—生物医学的な語り口を変える—脳卒中リスク計算表、JBS3 (訳注: 循環器疾患のリスク計算)

イングランドの年金受給年齢が 67 歳から 68 歳にちょうど引き上げられたことで、われわれとしてはこの新しいストーリーを政府に働き掛けて、政府が実際に国民にどのようにストーリーを述べたらいいのかという部分で助けようとしている。大臣が国民にこういうことをしなくてはならないと説明できるようにしたいとわれわれは思っている。

年金受給年齢を 67 歳から 68 歳に上げたときに大臣は経済的な理由があるからやったと言ったが、それプラスして、これはあなたにとっていいことなのだという部分を言わなかった。しかし次は絶対にこれを言わせようと思っている。

自分の価値がもっと認められているとか、自分はコミュニティの一部になっていると思う人は、よりいろいろなことに参画するし、よりハッピーで充実した人生を送れるわけだ。新聞は経済的な理由しかないと言うかもしれないけれども、実際はそうではないということをお話していきたいと思う。

われわれのようなヘルスのプロフェッショナルは、いままでとは違うストーリーというものをつくっていく必要がある。いまのストーリーは正しくない。

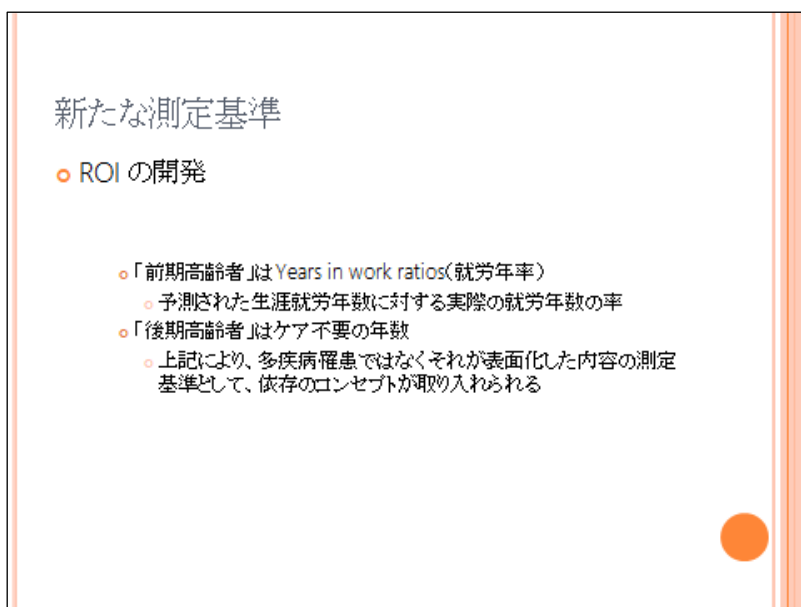
われわれ医師が人々にどのように話すかという点、「もうあなたのことは、この 2 年間知っています。この 2 年あなたを見てみると、頭のシャープさがちょっとなくなってきています。また昔のように俊敏でもなくなってきていますね。だけど、私の言うことを聞いてもらえれば少しずつ衰退の程度が遅れていきますよ」と言う。でも普通の人であればこういう言い方をされれば、何をいつているのかということになって、会話のキャッチボールができない。

本当に言うべきは、「私の役割は、あなたの欲する形で充実した人生を送るチャンスをここで提供することです。だけど選択するのはあなたです。」ということだ。

つまり、その人がやりたいことを最大限できる選択肢は自分にあるということだ。それ

を提供することが重要だと思う。まだこの部分はこのイングランドでもできていない。

いつ途中で自分が倒れるのかという、その計算システムがインターネット上にある。これは **JBS3 Risk Calculator** という。そこでは、たばこをやめる選択肢も出てきて、血圧のこともいつ血圧が上がるかということも分かる。しかしここでは希望を与えるということをやっていない。全部減点法で終わっている。



新たな測定基準

- ROI の開発
 - 「前期高齢者」は Years in work ratios(就労年率)
 - 予測された生涯就労年数に対する実際の就労年数の率
 - 「後期高齢者」はケア不要の年数
 - 上記により、多疾病罹患ではなくそれが表面化した内容の測定基準として、依存のコンセプトが取り入れられる

それで、イングランド公衆衛生協会では、新しいコンセプトをいま作ろうとしている。それに測定指標 (metric) もつけようとしている。

これは政府の投資利益率 (ROI, return on investment) を上げるというプロジェクトでもある。つまり社会的な孤立をなくすという効果を上げるためのという投資効率を上げるということだ。そして人々に、人々が持てる限りの機会を提供することになる。

測定指標は、若い人から私のような後期高齢者にまで当てはまるようなものになっている。

高齢者を二つのグループに分ける。定年に近づいている人は、前期高齢者と呼ぶ。それから、人生の終わりに近づいている人を後期高齢者と呼ぶ。前期高齢者のほうのメトリックは1年生きることはイコール1年働くことになる。後期高齢者のほうは、複数の病気を抱える発現期間を短くするということになる。つまり、ケアのいらぬ年数ということになる。

(質問：プロダクティブエイジングという言葉は日本では ILC-Japan の登録商標で、われわれも広めようとしている。)

それはいいことだ。われわれもいろいろな人にこの言葉を広めようとしている。

日本の例えば認知症フレンズのコンセプトも日本からいただいた。日本からいろいろい

ただいている。

(質問：認知症キャンペーンは国際長寿センター（日本）が提案した。)

それは英日の完璧な協力関係だ。非常にうれしい。

(質問：バイオメディカルナラティブが変化しなければならないということだが、いまイギリスの GP が処方を出すときに、例えば治すための薬というより社会的な活動を紹介する社会的処方 (social prescription) があると聞いている。具体的にどれほどあるのか。)

いまから言うのはバイオメディカルナラティブを変えるという観点からの答えになる。いまはまだ議論が始まったばかりで非常に難しいところにいる。われわれは虚弱化指標 (frailty index) というものをヘルスシステムで使い始めたばかりだ。

必要以上にバイオメディカル志向になってしまい、すこし誤った方向になってしまった。社会的処方は間違ったやり方でやられてしまっていると思っている。医師からこれをもたらすべきではなく、医師以外の人から社会的処方をもたらすべきだが間違ってしまった。とはいっても非常に成功した取り組みにはなっている。

私は、Age UK やアルツハイマーソサエティなど、大きなチャリティグループと一緒にあった強化グループ (enrichment group) の議長をしているが、私や Age UK の会長である Tom Wright 氏は、チャリティ団体は実際にコミュニティに出掛けていって、コミュニティで暮らす人々がヘルスシステムの世話にできるだけならないようにする取り組みをしている。これが正しいやり方だと思う。

西欧諸国では処方薬に関して低く評価してはならないという概念が非常に強く根付いている。

(質問：この社会的処方は制度上の処方なのか。)

それが問題だ。処方薬のようになっている。その言葉自体が依存をつくり出す。自立を促さなければいけないのに社会的処方という言葉で依存をつくり出してしまっている。GP 依存や、メディカルプロフェッショナルに依存してしまう。

私も GP なので分かる。GP に言って承認をもらってから、やっとな活動をするということではいけない。

(質問：日本の感覚では、医師の信頼性が高いのでそれをてこにすると人々が活動するようには持っていきやすいということもあるように思う。)

われわれも同じだ。われわれももともと発想としてそういうことではあったが、しかし消費者革命というものが状況を変えてしまっている。

(質問：社会的処方は正式な処方なのか、処方という名前を付けたアドバイスなのか。)

社会に参画をするアクセスをあげる処方薬ということで、これはいいことだが提供の仕方が間違っている。

(質問：日本では、予防はできるだけ早く手を掛けたほうが良いと考えている。1次予防、2次予防、3次予防という順だ。)

われわれも同じだ。

(質問：しかし虚弱する可能性のある高齢者は元気なので見つけられない。病気になってから医者のところに来ることになる。)

それは異なる見方ができると思う。UKのシステムでは、政府が全部ファンドを出している健康保険制度のNHSがあるので、そういう人を見つけるのはとても簡単だ。ただ、病気ではないので予防の話に興味を持たせるのは非常に難しく不可能に近い。サッカーに行くほうが良いとか、あるいはパブに行ってビール飲んでいるほうが良いになってしまう。だからできるだけ早い段階でその人たちに話しかけていくことが重要だ。

それで、中年の人に対して認知症のリスク軽減プログラムというものを導入した。1次、2次、3次というものはもちろんあるが、予防はできるだけ早くパーソナルな形で、カスタマイズされた形でやっていく必要がある。人はそれぞれ違うからだ。いまはデジタルテクノロジーがあり、個性化しカスタマイズした形でその人の行動に合わせるような形でできる手法も出てきた。

(質問：健康診断の結果をビッグデータ処理してやっていくということの意味しているか。)

データに関してはガバナンスの問題、プライバシーの問題もある。それはイングランドも同じだ。もちろんビッグデータもあるが、もっとそれよりも根本的なことがある。

(質問：根本的なこととはどういうことか。)

つまり、その人にとって重要であると思うことについての会話をしていくということだ。われわれが重要であろうと推定して会話をするのではなくて、本人にとって重要だと思うことに関する会話をしていく必要がある。それは簡単ではない。会話の主体を変えるということだ。

(質問：それは医師も、医師ではない国民が、お互いを考えて話すということか。)

各個人が、自分にとって重要なことは何かを話していくというところにわれわれ向かっている。そのような考え方は医師には不人気だが。

(質問：その場合の国の役割は何か。)

できる限り人々がそれぞれに自分の人生の中で生産的であることを促していく役割にな

る。

(質問：待っていても何も起きない。誰がファシリテートをしてどのように意識を変えていくか。)

それでわれわれが始めているのは、イングランドの中でパイロットプログラムをやって、成功を積み上げていくということだ。

(質問：どのようなパイロットプログラムか。)

イングランドのサマセットの Age UK の強化 (enrichment) プログラムだ (<https://www.ageuk.org.uk/somerset/>)。これはもうすぐ発表する。

パーソナルバジェットもある。責任とコントロールを個人に渡すということで、もし本人がカリブ海旅行にパーソナルバジェットを使うと言っても私としては問題ないと思う。つまり、人に言われるのではなく自分にとっていいことは自分が知っているという考え方だ。

(質問：それを体感した人は健康に向かうということか。)

そうだ。自分の症状も自分で管理することだ。

(質問：自己責任で自己選択して自己決定をした人は、健康だということは確かにある。) そしてより生産的な人生を送っている。

(質問：その際に、単に選択肢の提供だけではなくて、その人が正しい判断ができるように専門家がかかわるのか。)

選択を提供するのがわれわれの役割である。しかし決定は本人でなければならない。私たちではない。

(質問：選択のためのメニューはどうか。)

メニューの提供はわれわれだ。事例を話す。

私は公衆衛生協会にいるがそこで働く 6000 人のために、中年から定年に近い人の健康と幸福 (health and wellness) に関するプログラムも私が作っている。

雇用主として私はスタッフにヘルシーな選択肢を提供する責任がある。それはヘルシーではない選択肢よりもより安くより利便性があることが望ましい。

それで私の体験によると、人はヘルシーであるならばより利便性があるより安いものを選ぶ。いま話したのは新しいコンセプトであり、策定中で、非常にエキサイティングだ。日本からのヘルプもいただければと思う。

(質問：人間は必ず正しいことをするとはい切れるのか。例えば、たばこの依存症でやめたくてもやめられない人がいる。アルコールもそうだ。)

いつも正しいとは限らない。電子たばこ (Vaping) は日本では許されているか。

(質問：日本にはある。)

シンガポールやマレーシアでは違法だ。

われわれは勇気を持ってこれを導入した。これはいままでのたばこよりも被害が少ないからだ。われわれとしては、禁煙しなさいというよりも害は少ないほうを許すという選択肢をとったということになる。しかし、それを導入してから喫煙率は下がっている。

(質問：糖尿病の場合はどうか。食べるのが大好きだということと健康とどちらを重視するか。)

糖尿病に関しては全国プログラムをこれからやろうとしている。糖尿病前の人々は全国的登録 (national register) でわかる。その人たちは糖尿病フリープログラム (diabetes free program) というプログラムに参加することになる。これは 3 年前から始まったプログラムだ。最初は対面で個人がかかわってやっていたが、いまはもうデジタルベースでやっついこうということになっている。アメリカにこのモデルがあり、それにならっている。

(質問：それは具体的には、リスクのあるものを食べるのをやめたり運動したりするのか。)

包括的 (wraparound) サービスであればうまくいく。自分で数値をはかりなさいっていてもそれではうまくいかない。デジタルコーチングも使ってデジタルプラスコミュニケーションの統合的なシステムでなければうまくいかない。

(質問：その話し合う際にマイナスばかりを言うのではなく、生産的なこと言っていくと効果があるということか。)

生活を向上させる、ポジティブなメッセージを出すということにわれわれは焦点を当てている。

(質問：本人が能力をもっと発揮できるために、もう少しこうしたら可能性が広がるという、生活ベースの選択肢を細かくセラピストが提供することはあるか。)

作業療法士はいまあまり使われていない。もったいない人材だ。まず数が少ないということもあるし、価値が評価されていないということもある。

(質問：作業療法士とコンタクトが取れない場合、ほかの職種ではだれが提案をするか。)

プライマリーケアは誰にでも無料で開かれているサービスだ。それが GP だ。イングランドではほとんど皆が自分の GP を持っている。使うか使わないか、使う程度、活用の仕方は

違うが皆 GP に登録している。イングランドはボランティア組織がかなり活発なのでチャリティ団体側からリーチアウトを活発にしている。特に普通では手が届かない移民にも手が届くチャリティもたくさんある。

(質問：少ない作業療法士の直接サービスではなくても、例えば作業療法士的な視点を持った人を増やしていくことは考えられるか。)

私の責任範囲ではないが、そういうことは何もないよりもいいと思う。高齢者ケアのいまの医療モデルの中で、いまの現状では作業療法士活用はあまりうまくいっていない。

(質問：いまのアプローチであれば、政府や自治体が具体的にやることとして、ボランティア団体をもっと増やすとか、ボランティア団体にもっとお金を出していくほうが結果的に安くなるというような考え方はあるか。)

政府はできるだけ払うお金を少なくしたい。政府や地方自治体がそう考えてほしいと思うけれどもなかなかそれは難しい。政府としては、自分ではなくてほかの人がやってくればいいという考え方なので、ボランティア組織が増えてくれたらいいと思うだろうが、お金はできるだけ出したくはない。

(質問：そのほうが安いし結果的に医療費が減るからお金を出そうかとはならないか。)

それは出さない。

政府への売り込み方としては、政府にとっては安上がりだというプロダクティブエイジングの考え方で働き掛けようと思っている。政府はできるだけお金を払いたくないし、地方自治体も難しい問題を持っている。

〈国際長寿センター 英国〉：日本の介護保険のように、地方自治体からボランティアにお金っていくフォーマルな資金のルートはイギリスにはない。

(質問：イギリスでは日本の介護保険のように第三セクターやチャリティ団体に直接お金を入れていないと聞いている。しかし訪問した **Open Age** ではその運営費の 8 割近くが国や自治体からの寄付金だった。すると、介護保険の枠ではないとしても、どのような枠組みからお金が来ているのか。)

入札制度だ。だから入札に勝てばその地方自治体からお金をもらえる。**Open Age** はそれに勝っているということだ。

(質問：入札というのは、例えば孤立した人を探し出して、その人たちを引っ張り出して何かに参加させるというようなテーマのプロジェクトに対しての入札か。)

そうだ。プロジェクトベースの入札だ。だから成功しているところとそうではないところがあって、成功しているところはお金がもらえるわけだ。

(質問：つまり自治体がテーマを決めて募るのか。)

そういうケースもある。地方自治体に対してフェアに言うと、彼らは驚異的にいい仕事をしている。そのなかで 25%の予算カットという非常に大きなカットを飲まなければならなかった。ヘルスケアはいつも増額される。しかし成果はない。だから NHS は守られていると言うのはそういうところだ。私は地方自治体を責めない。予算カットの中でよくやっている。

〈国際長寿センター 英国〉：そしてもっと多くのことをやれと言われているわけだ。

(質問：そのような資金潤沢な NHS と困っている自治体が、ヘルスサービスとソーシャルサービスで仲良く連携をしているのか。)

それは非常に大きな質問だ。

スペインのカタルーニャ地方では、それが非常にうまくいっている。ベストなやり方はもちろん NHS とソーシャルサービスが一緒にうまくやっていくことで、それはベストだと皆分かっているが、イングランドでは非常に難しい。

中央政府が医療をコントロールするという哲学がここにはある。地方自治体に権限を移しているが、ヘルスケアのコントロールの権限まで移すとなると、中央政府にはそれを受け入れられない雰囲気がある。公衆衛生協会では、地方自治体がもっと強くなってもっと NHS とうまく統合された形でやってほしいと思っているしそう奨励している。

イングランドでは NHS は宗教だ。ロンドンオリンピックを覚えているだろうか。あのオープニングセレモニーは NHS を祝福するということから始まった。ベッドと看護師が出てきた。だから NHS をローカルに移管するなどということは受け入れられないということがある。政治的に NHS に手を付けるのは危険だ。医師もそうだ。難しい聖域の一つだ。

(質問：地域にプライマリーケアトラストがあつてある程度地方分権をしているように理解していた。)

プライマリーケアトラストはなくなつていまは CCG (Clinical commissioning groups) という。ただ名前については気にしないでほしい。また名前は変わってしまうからだ。

中央政府はヘルスケアのマネージングの責任を CCG に渡そうとしている。CCG はローカルベースなので、地方自治体と CCG が一緒になるということは素晴らしいことだと思う。しかしお金は別のところにある。

(質問：中央政府か。)

中央政府だ。つまり責任はあげるけれどもお金は中央政府が持っているということだ。権限の移管は簡単ではない。

(質問：地域ナースは GP とよく連携できているか。GP の下にいるのか、一緒にやっている感じか。)

イングランドでは同等になるようにしようとしている。まだヒエラルキーは残っているができるだけこれを平にしようとしている。

日本のほうがもっと階層が厳しいのではないかと思う。

(質問：連携は強いのか。)

GP に雇われている看護師はたくさんいるが、GP が看護師に雇われるということはない。だからまだまだだ。

(質問：イギリスには多くのボランティアグループがあると思う。それで、GP にもボランティアサービスの方がふさわしいと思われる相談が来ると思うが、どのような相談があったか教えてほしい。)

小さなコミュニティにおいては、GP がプライマリーケアのベースであると同時にいろいろなプロフェッショナルが集まる場所なので、ヘルスケアに関してアドバイスをもらいたいと思ったら、みなだいたい GP に行く。

債務の管理で借金がたくさんできてしまったとか、あるいはソーシャルサービスへの道しるべのような形で地方自治体に紹介するとか、そういうことも GP はやっている。

2017年9月1日

LGBT 高齢者支援組織 Open Doors London

Paul Webley ビフレンディングサービス（友愛サービス）コーディネーター

まず簡単に Open Doors London について説明する。Age UK カムデンの傘下に入っていて 50 歳以上の LGBT を対象としている。全国に Age UK の支部があって、ロンドンではそれぞれの区（Borough）ごとに支部が設けられている。いま皆さんが訪問しているのは Age UK カムデン区支部だ。

10 年ほど前にハムステッド区でゲイの男性を対象としたグループを発足させた。孤立して非常に寂しさを感じていた人々を対象として、月に 1 回一緒に時間を過ごすことだけを目的として集まったインフォーマルな社交グループが発端だった。これはあっという間に人気を博し、大成功を収めることとなって、カムデン区内で同様なさまざまなグループを立ち上げることになった。例えば女性のためのグループとか、男性のためのフィットネスグループとか、映画鑑賞の夕べとかを開催した。

当初はカムデン区のみだったが 2 年ぐらい経って、隣接するハックニー区やイズリントン区も参加するようになり、グループの数もどんどんと膨れ上がったので、それぞれの地区でも同様のグループを立ち上げるための資金が提供されるようになった。2 年ぐらい前には、宝くじ（National Lottery）からかなり大金の資金が提供され、ロンドンのすべての地域を網羅するようにこのプロジェクトを拡大することになった。この背景には過去 10 年間に高齢者の QOL が注目を浴びるようになってきたということがある。

また地方自治体の認識も変わってきて、いままで高齢の LGBT の人に提供されていた支援が不十分あるいは不適切だったということに気が付いた。年を取るにつれて孤立しがちになると、ケアを受け入れることそのもののハードルがだんだん上がってくる。それで、いったんオープンにしていたセクシュアリティを再び隠すなどということも現実にあったそうだ。

過去 50 年間のイギリスの社会福祉の歴史をみても、特に高齢者は社会に対して、ゲイであるとかレズビアンであるということを宣言するのは気が引けるという人も多いのは事実だ。

イギリスの法整備によって、いまの若い世代はもう最初から自分のセクシュアリティに関して自由にオープンであることが許される社会となった。現在 50 歳の私も特に差別とか、苦しい思いをした記憶はない。ただ高齢者の人となると違って、以前にひどい差別を受けてそれがトラウマや記憶として残っている。過去にはさまざまな差別が存在し、それは社会一般からだけではなく、福祉を提供する側からの差別の恐れがいまだに高齢者の頭

の片隅にはある。

オープニングドアーズロンドンはこれだけの活動をしているが、規模は比較的小さなもので、有給職員は数名に過ぎない。エグゼクティブディレクターがいて、自分はフルタイムでビフレンディング担当だ。ボランティアのリクルートを担当しているパートタイムのリクルート担当者もいて、パートタイムの職員が 2 名。いろいろな活動を支援している。トレーニング、研修訓練担当が 1 名。事務サポートが 1 人だ。

現在 40 以上のさまざまなイベントがロンドン中で開かれるようになっている。これを支援しているのがおよそ 120 名のボランティアだ。ボランティアは、ほとんどが若い世代の LGBT コミュニティの人で、LGBT の高齢者を支援したいという気持ちに動かされている人が多い。ランチクラブから映画鑑賞のタベ、ティーダンスというお茶の会とダンスパーティーを兼ねたもの、コンピュータークラス、フィットネスクラス、ウォーキング、博物館などの訪問などだ。

単発のイベントも多くあり、企業の賛同を得て、バークレイズ銀行、HSBC 銀行などといった大手のロンドンの企業はその会社内に LGBT フォーラムというものを設けるようになっている。また、単発の例えばキューガーデンズ植物園や、あるいは海辺を訪ねるなどのイベントを全面的にスポンサーとして資金を提供してくれることもよくある。すべてのコストを負担してくれる。交通費から昼食、付き添いのための職員まで提供してくれる。

こちらの活動の参加者は先ほど言ったように、50 歳以上の LGBT の人で自由に動いたり歩いたりする上で身体的な障害がないという人がほとんどだ。50 歳以上のグループというのは特にロンドンや大都市では高齢化するにつれて、LGBT コミュニティの一員であるがゆえに家族や親族からのサポートも薄く、子どもがいない人も多く友人やパートナーを病で失った人も多いため、歩き回る分にはまったく問題がないにもかかわらず、高齢化とともにその社会的な部分が小さくなってきているという人がほとんどだ。

このオープニングドアーズロンドンの活動の大成功というのは毎月 1400 名ほどのメンバーがさまざまな活動に参加していることによって裏付けられている。こういったイベント情報は、二通りの方法をもって伝達されている。パソコンを自由に使いこなしているメンバーには、もちろん E メールニュースレターとして配布している。ただし、ここではコンピューターが自由に扱えないという人がかなりの数にのぼるので、そういう人にはペーパーを郵送している。これは毎月発行していて翌月の活動リストをその前の月の 3 週目ぐらいには出すようにしている。

これはイギリスの高級紙の一つである『ガーディアン』紙がスポンサーをしていた。印刷代から、制作費すべてを担っていた。このスポンサーシップは残念ながら終わってしま

って、われわれが自らコストを負担してするようになった。

これらは自分で動いていて、出歩くのにまったく問題のない人を対象とした活動だ。

それからビフレンディングサービスがある。これは私自身のプロジェクトだ。自宅から容易に出掛けられない人が対象となっている。健康上の理由で身体的な自由が利かない人もいるし、何十年も生活をともにしたパートナーを突然失ってあらゆることに関する自信を失って自宅を出られなくなってしまって引きこもるようになった人もいる。50歳以上でこのような孤立感をもつ人、自宅で一人過ごす時間が多くなってしまっている人、特に外の世界とのつながりなどが無い人、そういう人のためにこのビフレンディングサービスが存在する。

自ら申し込むこともできるしソーシャルワーカーが勧めることもある。あるいは住宅支援の福祉関係の人、あるいはかかりつけ医、サポートワーカーあるいは警察から推薦されることもある。なんらかの危機に陥ったことがきっかけとなって、このビフレンディングサービスへ紹介される人が多い。

一般人口と比べて LGBT コミュニティの人は精神的な障害を発生させる率は非常に高い。うつ病に悩んでいる人も非常に多いし認知症や不安神経症の症状も発生している。このビフレンディングサービスを提供するボランティアは約 80 名いる。その 9 割が LGBT コミュニティのメンバーで、20代から 55 歳ぐらいまでだ。彼らの役割は LGBT の高齢者の自宅に訪問してお茶を飲んで会話を楽しむことで、1週間に1時間から3時間ぐらいが平均だ。

だからこのビフレンディングサービスというのは、文字通り友達になるということだが、実際はボランティアによって行われているので厳密な意味では普通の友情関係とはまた違っている。孤立しがちな高齢者の LGBT の人がなんらかの形でこういった方法を通じて世間とのかかわりを失わないようにすることを目的としている。

(質問：先ほど、このビフレンディングサービスは、自分が申し込むこともあるがソーシャルワーカーや、GP や、サポートワーカーや、警察が申し込むこともあるという話があった。こういう専門家は直接連絡をしてくるのか、その本人に紹介をして、本人が来るという形が多いのか。)

専門家から直接 Open Doors London にコンタクトが来る。

まずわれわれの活動を周知、啓蒙するために南ロンドンまで活動を拡大した際にさまざまところで私たちのリーフレットやポスターを置いてもらえるように働き掛けた。これはシェルタードハウジングから地方自治体のオフィス、図書館、GP、警察署、そしてコミュニティセンターなどすべて網羅している。私はビフレンディングネットワークを行っている団体との全国的なレベルでのミーティングに定期的に参加しているが、私の悩みは地方代表者の悩みと真逆になってしまう。地方の悩みはこのビフレンディングサービスのようなものが必要としている人からの申し込みが殺到していて、ボランティアの数が絶対的

に足りないということで、ロンドンはその逆だ。だからロンドンに関してはまだ周知が徹底していないということがあるのではないかと思う。

ロンドンでは、若い世代からボランティアを希望するということが何百通もの申込書を送られている。これは昔と比べて何が違うかというところ、高齢化した LGBT のコミュニティがより可視可能となってきたということだろう。パブリシティもあって LGBT のコミュニティそのものに対する関心が高まってきたということなどが原因にあるのではないか。

われわれが抱える最大の課題は、クライアントそのものへのアクセスだ。先ほど話したように、コミュニティセンターや開業医にまで、高齢者の人が行きそうな場所すべてにチラシやリーフレットやポスターを置くようにしているのは、そういう理由からだ。クライアント自身がそれを目にするか、あるいはその家族や知り合いの目に留まることを期待している。

だからソーシャルワーカーに関しては、クライアント自身がそのソーシャルワーカーに対して心を開いて自分がゲイである、あるいはレズビアンであるということを打ち明けるという関係が築かれているかどうかがかぎとなっている。

(質問：ソーシャルワーカーは市のどこにいるのか。)

地方自治体ローカルオーソリティーだ。イギリスは LA として略されることが多いが、ロンドンの場合は各区のことだ。ウェストミンスターとかケンジントン、チェルシー、カムデン、イズリントン、ハックニーなど 32 区ある。

(質問：例えば社会サービスとして自宅に訪問しているヘルパーや介護士が自治体の仕事の中で、利用者が LGBT の問題を抱えていることを発見して、Open Doors につないでくるといふことか。あるいは NHS のディストリクトナースがこちらにこういう人がいるという形でアクセスしてくることもあるか。)

NHS からの紹介は非常に多い。

(質問：ではこちらの活動は認知がなされていると考えていいか。)

いまはそうなっている。ただし、そこまでその周知を徹底するのにずいぶんと時間と労力がかかった。先ほど話したような啓蒙ツアーで全国の Age UK を訪問した。シェルタードハウジングもたくさん訪問した。

ソーシャルワーカーを目の前にしてオープンに、自分はゲイである、レズビアンであると、宣言できる人もできない人もいるので、そういうことも踏まえてボランティアが主催のティーパーティーを開いてわれわれの仕事や活動の内容を説明してリーフレットを置いていくということもよくやった。そうすると、個人的に後日われわれのほうに連絡をくだ

さるレジデントの人が多かった。

(質問：そういう専門職を通してよりも、やはり自分でアクセスしてほしいと言われる理由は何か。)

紹介を受けても直接コンタクトでもどちらもよい。同様に有効な方法だと思う。

(質問：どちらの割合が多いか。)

たぶん 50:50 ぐらいではないだろうか。

例えば典型的な例として、ロンドンの場合は、ロンドンの中心あるいは中心に隣接する区では LGBT であることはごく普通のことであって、特別なことではない。ただし郊外に出るにつれてやはりイギリスの地方にいまだに存在するような偏見があることは否めない。ロンドン中心に住む方々は、生涯 LGBT として誇りを持って生きてきた人が多いので特に問題はない。ただし外に出るにつれて中心地に住んでいる人と比べて、より秘密を抱えた生活を生涯送ってきた人が多い。だからわれわれとのコンタクトが成立するまでにより多くの時間がかかっている。

NHS のワーカーの人あるいは自身が LGBT であるサポートワーカーから紹介されたり、勧められたりということも多くある。

例えば 88 歳の男性の話だが、生涯ゲイであることを隠し続けてきた人で、パートナー、恋人も存在したことはなかった。だんだんと健康も衰えて、ケアホームに引っ越した。そのケアホームは彼にとっては大変居心地悪かったようだ。それで、あえて自ら階段から転げ落ちて月 1 回自殺を試みていた。大変異性愛的 (heterosexual) な環境に置かれた生活は彼にとっては耐え難いものであったが誰にも相談しようとしなかった。

ある日、マネジャーが病気になったために臨時のマネジャーがやってきて、その臨時のケアマネジャーがたまたまゲイだった。それで、その毎月の自殺行為があったときにオフィスでなぜそんなことをするのかと 1 対 1 の話をしたようだ。そこで、88 年間の生涯で生まれて初めてゲイであることをこの男性は告白することができた。そのマネジャーから私に連絡があって、私自身がそのケアホームに足を運んで彼と会うようになった。このビフレンディングでは必ず私が最初の面会を行っている。

こうして、後日ビフレンディングのボランティアとマッチさせ、それから 2 年経つが、もう一度も自殺未遂を起こしていない。とてもシンプルなストーリーだが、典型的な例だ。私自身はとても悲しい話だと思う。彼は私に対して何年も前にあなたのような人と出会っていればよかった、自分の気持ちを話せるゲイの知り合いなんて一人もいなかったと言った。この 2 年間の間にそのケアホームから車いすで外出できるようになつた。

だからこの男性にとって LGBT の知り合いができる、友人ができるというのは画期的なことだったと思う。このような事例はわれわれにとっては成功例というか、われわれが達成しようとしていることだ。

(質問：ビフレンディングサービスで友達のような付き合いの中で社会に参加するということはできたとして、家の中に入っていくと意外にいろいろな課題があって、この課題は医療や政府系のサービスにつながったほうがいいのではないかと思ったときは、どこにどのようにコンタクトをとるのか。)

ボランティアが私のところに来て報告する。Open Doors が設立される前に私は Age UK カムデンの職員でアドバイザーを務めていた。

ビフレンディングは、活動への関心を示すだけではすまない。ボランティアの申し込みニーズはとても多いので、その中から厳選し、個人的な面談を行い高齢者の自宅を訪問するというは何を意味するか、その現実を話す。高齢者の家を訪問して楽しくお茶を飲んでビスケットも出してもらってと軽く考えている若い人が多いことも否めない。現実には、貧困やさまざまな病気に苦しんでいる人が多い。高齢者は健康が損なわれてくると例えば家の掃除も行き届かないが、中には大変裕福で住宅環境が整った人もいるが、大半の人はやはりいまお話ししたようことが現実の生活だ。

だからいまの質問にあったように、他の課題が多々あることが多い。そこで、最初にビフレンダーとマッチングする前に私が本人に面接すると話したが私はクライアント自身と直接会って、ビフレンディングは実際どういうものなのか実際的な面についても話し、その人物のアセスメントを行うだけではなく、環境のアセスメントも行う。

課題や問題点については例えば、まず訪問して第一印象としてきちんと掃除ができていないとか、あるいは自分の身だしなみに関しても思うようにできていないと感じたら、事前にアンケートを手にしていちいちチェックリストから確認しているわけではなく経験に基づくものだが、自分の目で見てその人の生活を浮かび上がらせる。お金はどうしているのか、なんらかのケア、補助を受けているのか、普通に食事をしているかなどといったことも質問する。こうして、初対面で発見したことはもちろん私自身が処理する。

つまり、団体としてそういう課題の解決をするのではなく、私自身が必要に応じてソーシャルサービスとか NHS などに紹介する。だからビフレンダーが最初の訪問するころには、そういう環境面やその他の課題もある程度は改善されているはずだ。

ただし、高齢化して健康が悪化の一途をたどっている場合などはビフレンダーとマッチングしてもその期間中どんどん健康状態が悪化していくということはよくある。そのような場合は何週間かかけてそのビフレンダー、そしてクライアント両方と非常に速いスピードで人間関係を成立させなければならない。ビフレンダーをそのクライアントの現在の状況を完全に把握させながらビフレンディングサービスを始めることを保証し、4週間ごとにすべてのビフレンダーに書面でコンタクトして、いままでの進捗状況の報告を受けるようにしている。

E メールコンタクトもある。電話で行うこともある。いつ訪問して、どのぐらいの時間そ

こにいて、どのような活動をしたか、何か気付いた問題などについて報告してくれる。例えば、ビフレンジングサービスのクライアントの一人が拒食症で、ビフレンダーがさらにクライアントがやせてしまったので、非常に心配だという電話報告を受けた。そこで次の朝、私はビフレンダーを伴って実際にクライアントに会いに行く。その状況を把握するためだ。

このビフレンジングサービスそのものはできるだけ制度やルールをつくらずにインフォーマルなままで運営していくことが重要だ。当初ビフレンジングサービスに加入してもらうに当たって私は1回会っているのでもいつ訪れてもいいような関係性がある。私にとって大変重要なのは、ビフレンダー自身が高齢者の問題を自分自身で引き受けてその負担に苦しむようにならないことだ。それは保証してあげるべきだと考えている。

(質問：認知症の人もいるという話だったが、明らかに認知症の場合はどのようにつないでいくか。その際こちらのサポートも一緒に連動しながらやったほうがうまくいくと思うが。)

まずビフレンジングボランティアのために認知症のトレーニングを行う。Age UKカムデンには認知症プロジェクトというものがある。通常は、進行性の認知症でなんらかのサポートなしで暮らしている人は少ない。完全に認知症の人はシェルタードハウジングやケアホームで暮らしている人がほとんどだ。ただ、完全に進行するまでコンタクトをとることが多いが、認知症が進行したからといって関係を絶つわけではない。最後まで関係性は保つ。

先ほど話したがボランティアとクライアントという関係は変わらないので、友情でありながらも友情でないような部分はあるがこのビフレンジングサービスを通じて、人間と人間の距離は縮まるので最後まで面倒を見るという気持ちになることはたしかだ。

(質問：具体的にはどのようなことか。ときどき会ったり施設に訪問したりということか。)

例えばボランティアはクライアントありきということでサービス精神から申し込んでくるわけだ。ただ、このビフレンジングサービスに参加することによって、自分自身が受ける恩恵のことに気が付いていない人が多い。

例えば、シニアソーシャルワーカーであるボランティアビフレンダーがここの組織にいる。彼は認知症の男性のビフレンダーとして活動していた。その活動によって彼の人生は変わってしまった。例えば劇場に一緒に行ったりして3年間でとても仲が良くなったが、今年6月にクライアントが道で転んでけがをして4日後に亡くなった。この、シニアソーシャルワーカーのボランティアは、その職業上の経験から境界線などをしっかりと持っている人だと思うが、あまりにもショックだったので1週間仕事を休んだそうだ。

つまり、義務感からではなくて、そのビフレンダー自身がその最後の最後まで関係性を保ちたいと考えるようになることが多い。

ビフレンダーの人からよく聞く話だが、まだ小さいうちに祖父母を亡くしてしまったので、その代わりにというわけではないが、若い世代の LGBT の人が、その前の前の世代の LGBT の人々が生きてきた人生とか、当時の状況とか、そういう歴史的な興味を持つこともある。若い世代は、スマホや PC やノートパソコンに囲まれて、それが自然という環境で育ってきた。高齢者世代は LGBT であるが故に刑務所に入るような歴史があったにもかかわらず、いまは同性婚とか LGBT のカップルによる里親制度、養子縁組とかが当たり前になってきている。だからその二つの世界を合わせる環境ということだ。

(質問：認知症の人でソーシャルサービスを受けていて、このビフレンディングサービスも受けたほうが良いとなったときに、その二つのサービスが並行するわけだ。その場合、いくつかのサービスをコーディネートするのは、本人がするのか、例えばケアワーカーとか GP のような人々がサービスをコーディネートしていくのか。)

ソーシャルワーカーがやるのが通常だ。認知症というのは英国では非常に大きな関心事でありそれにかかわりたいという人もとても多い。近日中に、初めてメモリーカフェを開催する。対象者は、50 歳以上で認知症の人、あるいはその介護をしている人、あるいは最近自分の記憶がおかしくなってきたと心配している人だ。

今日の英国では、かなりひどく悪化した状態の認知症でソーシャルサービスの安全ネットに引っ掛からないで、孤立したまま暮らしている人はほぼいないのではないだろうか。これは **Open Doors** の典型的な活動だ。

ビフレンディングサービスは、危機的状況に陥った人々の救済のためにそもそもできたサービスだが、予防的なさまざまな取り組みが行われて、多大な資金が注ぎ込まれているのがいまの英国の状況だ。

だから認知症あるいは危機的状況が発生する前に社会参加を促すというのが目的だ。危機に陥る前にこのような活動に参加することによってそれを予防するということだ。

(質問：物忘れの心配があるが病院にかかっていないような人がこういう活動をきっかけに病院に行くようになるか。)

2 年前に **Open Doors** は金融街 (**City of London**) でメモリーグループを設立した。

認知症という言葉そのものを怖がる人が大変多くメモリーグループという言い方にした。物忘れがひどいとか、人の名前を思い出せないなどと愚痴を言いながらも認知症であることをかたくなに認めようとしない人が多い。同じような悩みや心配や不安を抱えている人が周りにいるということだけで、医師に行く道が開けてより簡単に行けるようになるのではないかと考えている。

ただし非常に不思議なことに、そのメモリーグループの活動も活発になって、メンバーが 25 人以上に増えてうまくいっていたが、依然として認知症という言葉そのものは拒否する傾向があった。それで、さまざまな人に講演を行ってもらった。ガーデニングなどとい

う軽い話題のときもあったが、例えば NHS から来てもらって、GP に物忘れがひどいと相談すると次のパスウェイはどのようになっているのか説明したことがある。つまり、まず簡単な検査を行って、その検査の結果によってメモリーグループやメモリーサービスなどへの推薦状が出されるということなどだ。その一連の流れを説明してもらったが、どのような講演内容でもとにかく認知症という言葉だけは使わないでくれといつも徹底して頼んだ。認知症と聞いただけで拒絶反応を示す人が非常に多かったのだ。

(質問：その拒否反応はいまも変わらないか。)

昔のがんとかエイズとか拒絶反応を示していたが、いまはやや話がしやすくなっている病気がある。過去のイギリスにおいて自分の生活の中にソーシャルワーカーが入ってくることは、すなわち自宅から連れ去られてどこかのケアホームに入れられることだと信じている人が非常に多い。それに対する恐怖がある。認知症に関してもその恐怖が呼び起こされているということがあるのではないだろうか。

認知症には特に治療法がないことと、自分のごく親しい人々や家族なども認知できなくなる恐ろしい病気だというふうに考えられている。だから多くの人々はその恐怖から、拒絶反応を示してしまう。

(質問：ソーシャルサービスとか NHS につなぐという話があった。それはソーシャルサービスや NHS のどの人にどのようにするのか。電話か E メールか。)

まずはクライアントの許可をとらないといけない。ボランティアにも必ず説明しているが、例えばごみ屋敷のようなところに住んでいる人が 50 年間ずっとそのごみ屋敷に住んでいたかもしれない。そういうことをあえて選択している人もいるわけだから。自宅を訪問してカーペットが非常に汚れていても、満足に生活レベルを維持できていないという結論にすぐに達することはない。

ソーシャルサービスと NHS に限らずさまざまな多様な団体とコンタクトをとるかもしれないが、まず重要なのは高齢者の場合は、先ほど話したように高齢者にとってソーシャルサービスの介入は決して歓迎されるものではないことも多いことをまず念頭に置かなければならない。全力でソーシャルサービスの介入や関与を拒否する人も多い。

そういう考えを持つ高齢者の人にとって、チャリティや慈善団体のほうがより親しみやすい。クライアントから生活を維持できていないという告白を受けた場合、例えば入浴あるいは服を着るとか自炊をすることに関してはソーシャルサービスに電話かけて担当 (duty) ソーシャルワーカーと話をする。この担当オフィサーというのはすべての地方自治体において 24 時間コンタクトすることができる。そこへ私自身が電話をして、クライアントの詳細、名前や住所や生年月日を伝えて、例えば 1 週間自分の体を洗うことができなかったと打ち明けられたとか、何が問題なのか具体的に報告する。ソーシャルサービスは法的な責任のもとでこういう人の支援を行うことが義務付けられている。それはケアラー

を派遣することから浴室のリフォームまですべて含んでいる。それ以外に、ソーシャルサービスではなく最寄りの Age UK の支部にコンタクトをすることもある。

テレビもラジオも持っていないクライアントもいる。「ワイヤレス」というチャリティはそのような、一人暮らしで孤立している高齢者にラジオとテレビを提供しているチャリティだ。あるいは家具を購入するための補助金を提供するチャリティや、あるいは衣類などを購入するチャリティもある。だから、問題が何なのかによって私がコンタクトする団体もまったく違って来る。

例えば、グッドジムという団体があるのをご存知だろうか。G・O・O・D、G・Y・M という綴りだ。ロンドン全体を網羅していて、例えばクライアントが体力的にガーデニングをもうできなくなった場合、5人のグッドジムのボランティアがジョギングをしながらクライアントの訪問をして、庭の掃除やその他ケアを2時間やって、ジョギングしながら帰っていく。長年のクライアントが最近引っ越したが、荷ほどきができなくて、グッドジムの人々がジョギングしながらやってきてくれたそうだ。さまざまなことを彼らはやってくれる。

だから、チャリティは高齢者が直面する問題をなんでも解決できるのではないかとまで思う。

(質問：NHS のときには GP 経由でナースに直接会うことはないか。)

ディストリクトナースというのはその個別の患者に割り当てられるもので、いきなり私のほうからコンタクトするわけにはいかない。まずは GP から始める。たいていの医療の問題は GP から始まり、例外としては特定の病院の特定のアポイントにかかわるようなことだ。GP 自身がそのクライアントの自宅を訪問し、そこからさまざまな問題解決が始まることが多い。

(質問：いま、さまざまなチャリティが存在していて解決できないような問題はないと聞いたが、例えば市の担当オフィサーに相談しても、できるだけインフォーマルやチャリティで解決してもらおうというような傾向が強いように思うか。)

そうだ。

ただし担当オフィサーと交渉する際のトリックがある。彼らには法的な責任があるということを知っている。彼らは電話をしてもたらい回しにしようとすることが多い。それでその際に彼らに言わなければいけないことは、まずは私が電話をしたことを記録してください、私自身も同じことに記録しますということだ。そして名前を聞いて、クライアントが 88 歳で歩けなくて 1 週間体を洗うことができていると、何月何日、何時何分に私がこのことをあなたに報告した、それを記録してくださいと言う。その後何のフォローもなかったらそれは法的責任かかわってきますよということを私は念を押して言う。そうし

たら必ずなんらかのアクションを起こしてくれる。

(質問：逆に、市役所のほうから、この人の持っている問題は **Open Doors** に相談して助けてもらったほうがいいのかというケースもあるか。)

よくある。

例えば典型的な例は、ソーシャルワーカーのほうでわれわれが関与していることを知るとクライアントとの関係を強めるためにわれわれを介することが多い。私自身も以前は自分の生活圏の中にソーシャルワーカーなどは入れたくないと考えていた。ソーシャルサービスが対話をしようとするとか一切拒否するクライアントも多いので、クライアントへのアクセスそのものを可能とするためにわれわれの助けを求めることがある。今日ではさまざまなことが理解されている。昔のように高齢者が自分の意思とは関係なくいきなり自宅からケアホームに移されるなどということはもう起きていない。

(質問：このカムデンなどのソーシャルワーカーは個人に付いているのか、ある地域を担当して地域で何人という形で決まっているのか。)

両方あるのではないかと思う。ソーシャルワーカーというのはチームに分けられている。カムデンでは、例えば北と南のチームに分かれているようだ。その中で、家族や子ども担当、あるいは精神障害を抱えている人を担当、あるいは高齢者担当というふうに役割が分かれている。さらにその先、どのように細分化されているのか私は知らない。

先ほどの例の、担当ソーシャルワーカーに 88 歳で 1 週間入浴できていないクライアントがいると相談したら、担当オフィサーはソーシャルワーカーをまず派遣して自宅の状況を実際本人と会って確認しなければならない。ソーシャルケアは責任を持って報告されたことをフォローしなければならないという法的義務がある。

われわれはショッピングサービスもやっている。定期的買い出しに行く体力を失った高齢者に代わってこのスタッフがオンラインショッピングを行う。先週依頼を受けたのだが、オンラインショッピングをしようとしてクレジットカードで支払いを済ませようとしたら口座が空っぽでカードが使えなくて食べ物が無くなったということだった。チャリティにコンタクトしたら行動に移すまでに時間がかかるかもしれないがソーシャルサービスにコンタクトした場合はすぐに行動を起こさなければならない。それを国家が保障している。

(質問：市のソーシャルサービスと NHS のディストリクトナースの連携はうまくいっているか。)

ときにはイエスと答えられるし、ときにはノーというしかない。ときどき私から見てフラストレーションがある。それぞれの人がまったく違う言語をしゃべっているようで、一

堂に集まって簡単に話が済みそうなものだが、なかなかそのとおりにいかない。

(質問：うまくいっていると思うのはどのようなときか。)

ソーシャルワークというのは普通、クライアントが必要としているサポートネットワークをつくることだが、長期的にかかわっていくということはなかなかできない。明日私がい会いに行くクライアントの話だが、ソーシャルワーカーが担当していて彼女についてよく知っている。また、NHS からメンタルヘルスチームの支援も受けている。にもかかわらず彼女は相変わらず危機的状況の中で暮らしている。体調はどんどん落ちていき、さまざまな援助が断ち切られている。

コミュニティの中でメンタルヘルスの問題を抱えながら生きているクライアントをたくさん知っている。彼らがどうやって生き延びているのか、私自身不思議に思うこともある。

LGBT の高齢者向けではなく、支援を提供する側のためのコースもある。Open Doors のチームがソーシャルサービスのケアワーカー、ヘルスサポートチーム、そしてメンタルヘルスのケア提供者などに情報を伝える研修システムが来月ある。高齢者の LGBT の人となんらかのかかわりを持つすべてのスタッフのためのトレーニングだ。もちろん所属組織が研修費を支払う。クライアントを対象としたわれわれの活動を簡単に説明しているリーフレットもある。

Open Doors では、さまざまな課題について問題意識を高めることで、その社会的に自由に外出できなくなった人のためのビフレンディングサービスなど多角的な支援を提供している。

(質問：Paul さんのバックグラウンドを知りたい。)

緩和ケアのワーカーで看護師のような仕事で患者の自宅で終末ケアを提供していた。自宅で最期を迎えたいという人のためのサービスだ。

15 年ぐらいその看護師を務めながら Age UK カムデンで週 1 回のボランティアをしていた。そして緩和ケアから徐々に遠ざかり、できればソーシャルケアに移りたいと考えようになった。そこで Age UK カムデンで私の経験を生かしたアドバイザーとなり 75 歳以上の人を対象としたサービスにかかわっていた。私が支援していたのは非常に健康状態がよくない人、あるいは認知症の人や、脳溢血などの後遺症に悩まされている人だった。私は 15 人のボランティアを抱えていて、光熱費の支払いや銀行口座も患者の代わりに日々の用事をこなす、自宅で独立して暮らし続けるためのサポートを提供していた。その経験からビフレンディングの面会のときに早く状況を把握する技術が身に付いていた。

(質問：なぜ 50 歳以上を対象にしているのかをあらためて確認させてほしい。)

それは資金を提供してくれる側からの指定で、50 歳以上と決まっている。いまは予防的

な取り組みが重要視されているので、そういうこともあるのではないかと思います。

(質問：LGBT の人は得意な社会に貢献できることがあるのではないかと思います。経験を生かした支援などそのような支援活動をしているか。)

例えば **Open Doors London** ではアンバサダーと呼ばれる高齢 LGBT の人々によって構成されるグループがあり、さまざまな会合を設けて自身の人生経験に基づいた話をしてくれる。例えば、政治家と会って今後の政策の策定に関する訴えかけを行い、またテレビインタビューにも出演している。

先ほど話したような、都市銀行などのスポンサーシップを受けるに当たってこのアンバサダーたちが大活躍している。企業の代表者と会って **Open Doors** の活動について彼ら自身の口から話してもらおう。**Open Doors** の活動の顔ともなる非常に有効な役割を果たしている。今年は何れ何れにとって重要な年で、同性行為の違法化が取り消されて 50 周年目だ。そのため、今年はテレビからの取材要請などが非常に多く入ってきている。

(質問：その 50 歳以上の人は、政治的に啓蒙する以外に LGBT の先輩たちに対する支え手側の活動をしているのではないかと思ったが。)

ビフレンダーボランティアの中で最年長は 73 歳で、彼のクライアントは 63 歳だ。だから、個人差があるので年齢はあまり関係ないのではないか。例えば昨日の話だが、クライアントの紹介があった。まだ会っていないが 52 歳のフルタイムで働いている人で、社会的に非常に孤立していて寂しく感じているという訴えだった。フルタイムで働いているにもかかわらずこのようなクライアントというのは初めてだ。フルタイムで働いているということは社会との接点もあって、日々、日常的に人とも話しているはずだがどうということだろうか。

2017年9月1日

英国アルツハイマー協会 (Alzheimer's Society)

Philippa Tree シニア国際オフィサー

Janet Clarke 「サイドバイサイド」 マネジャー

(Philippa Tree シニア国際オフィサー)

英国アルツハイマー協会は、英国の認知症チャリティの中ではもっとも大きな団体だ。さまざまなメニューの取り組みを行っている。研究やキャンペーンはもとより、認知症とともに生活する人々の支援を行っている。また人々のアルツハイマーに関する知識を向上させるためにさまざまなプログラムに組んでいる。中でも一番有名なのが、ディメンシアフレンズというプログラムで、これは日本のキャラバンメイツという取り組みに大きく感銘を受けてイギリスでも始めたものだ。

これが、ごくごく簡単なアルツハイマー協会の説明だ。イングランドだけではなく、ウェールズ、北アイルランドにも支部がある。

(Janet Clarke 「サイドバイサイド」 マネジャー)



私はサイドバイサイド（ともに歩む）サービスを管轄している。これは南ロンドンのランベスという地区で行われている。北アイルランドを含めて、英国全体では 55 カ所で展開しているプログラムだ。

サイドバイサイドというのは、出会い系サイト (dating site) で、出会いがないようなものだとして理解いただけたら、システム的にはよく分かるのではないだろうか。ボランティアと認知症の人をマッチングサービスだ。共通の趣味などがそのマッチングの条件となる。

人々の評判

人間中心

素晴らしい

柔軟



可能にする


エンパワーする




このプレゼンテーションの中の画像はストックフォトではなくて、実際に活動されているボランティアとクライアントの人々の画像だ。

サイドバイサイドは、人間中心（person centered）で認知症の人自身が何を欲しいのか自分で決めることができるシステムだ。2015年に始まったサービスで比較的新しい。認知症に優しいという面では非常に柔軟性のあるプログラムだ。認知症を抱えている人々にとってはエンパワーメントになると思っている。

Side by Side
について




- チャンスを探る
- 地域を作る
- 生活を変える



Side by Side
 について

このサービスが目指すことは？

- ・認知症の人が充実した生活を送れるようにすること
- ・孤立や孤独を減らすこと
- ・認知症の人がサービスや活動から外されないようにし、また地域で活動したり関わったりし続けられるようにすること
- ・認知症の人が、自分の才能・強み・能力、そして仲間や地域に貢献できることを見つける支援を行うこと
- ・認知症の人向けの、地域に根差したインフォーマルな支援ネットワークを構築・推進すること



その役割（enabling）だが、認知症に苦しみながらも独立してできるだけいまままでどおりの生活を送れるということを目指している。あるいは、いままで試したことのない新しいことに挑戦することも可能だ。これらすべては、ボランティアの支援のもとに行われていて素晴らしいサービスだと自負している。さまざまに多様な機会や新たなチャンスを探ることができ、認知症の人が暮らしている地域を新たな形で構築する。後ほど、もう少し詳しくお話するがかなり劇的に人々の、生活を変える力を持っている。では、このサービスはボランティアの人のサポートを得ながら満たされた生活を送ることを可能にすることを目指している。

このサイドバイサイドが生まれたきっかけは、2013年に行われた研究調査によって60%の認知症の人が孤立した寂しい生活を送っているということが明らかになったからだ。

このサイドバイサイドは、認知症の人が必要としているサービスや活動から排除されないことがないように保障し、自分が所属するコミュニティの中で活発に活動し続けることを可能とする。

われわれがパーソンセンタードペーパーワークと呼んでいるものがある。私はサイドバイサイドマネージャーとして、サービスに興味を持ってくれるクライアント候補を訪ねて、何をほしいか、何を達成したいかを聞くが、その情報がペーパーワークになる。例えば、われわれが必要とする情報として、例えば認知症になる前にどういったことをしていたか。そして何がいまでも大切なかを聞く。たいいてい人は家族と言う。そして、クライアント自身に自分の写真を載せて1ページのプロフィールを作ってもらう。

この1ページプロフィールはわれわれにとって非常に有用な情報だ。このサービスを利用するに当たっての、利用者の価値観とか何を優先すべきかが得られるからだ。ミニバイオグラフィーだ。また、ボランティアの人にも同様のプロフィールを作ってもらう。

ペーパーワークと一口に言ってもいろいろな書類がかかわってくるが、私をもっとも重要と考えるのは、このワンページプロフィールのページだ。備忘録ともなるし、また、自分にマッチングされたボランティアの人のプロフィールにもいつでもアクセスすることができるわけだ。

Side by Side とは？

認知症の人の個別ニーズや性格を重視する、エキサイティングなサービス


Side by Side ボランティアは、支援対象者が好きな活動に参加でき、新しい事にも挑戦できるようにしてくれる。図書館に行ったり、公園で楽しく散歩したり。






進展

- 英国で28か所
 - 地域に26か所
 - 病院に2か所
- 789名のボランティア
- 現在は、認知症の人 (PWD) 558名がサービスを利用
- 認知症フレンズ、認知症フレンドリー・コミュニティ





サイドバイサイドについてももう少し詳しくお話ししたい。これはとてもエキサイティングな人気のあるサービスで、いまウェイティングリストが45名だ。

繰り返しになるが、ボランティアの役割は、クライアントがやってみたい活動に参加することを実現する支援ということだ。それは人によって違って、公園に行くことを希望す

る人もいれば、ジムで運動したいという人もいる。このスライドの数字はちょっと古く、今は英国内の 55 カ所でこの活動を展開している。

ロイヤルチェスター病院、そしてインペリアルカレッジホスピタルの二つの病院でも、正式にサイドバイサイドの制度が取り入れられている。

ボランティアの数は 789 名。いまこのサービスのアクセスしている認知症の人は 700 に近いのではないか。ボランティアの人にはディメンシアフレンドになることを勧めている。そのことによって認知症に優しいコミュニティを構築していく。

例えば、ボランティアの人の支援を得ながら、週 1 回のペースでジムに通っているクライアントがいたが、そのジムは特に認知症の人に優しいなどといった工夫や取り組みはされていなかった。それで、認知症フレンズについての説明会をジムで行って、徐々に変えていっている。

先ほどパーソンセンターと言ったが、毎週同じジムに通うのではなくて毎週違ったアクティビティをしてみたいという人がいたら、それにももちろん対応している。例えばほかの患者の例だが、ある週はディスコダンシングを経験して、また別の週はいすに座ったままのヨガ教室に参加している。またある週は、一番お気に入りのティーショップに行って、アフタヌーンティーを頼む。こういう意味では非常に柔軟なサービスだ。

課題

- ボランティア採用 (特に日中)
- DBS (犯罪履歴調査) チェック
- 夜間と週末
- 言葉の壁



ボランティアのリクルートに関してだが、これは大きな課題だ。関心を持ってくれる人からの問い合わせは多いが、ウイークデーの勤務時間中に活動してくれるボランティアは足りない。それでウェイティングリストを作ることになる。


ロンドンのランベス (Lambeth) のボランティアの多くはフルタイムで勤務している人あるいは大学生だ。

警察の犯罪記録がないかなどの確認手続き (clearance) は必要となる。これは弱い立場

の人々を相手にするボランティアだから。このサイドバイサイドのサービスは、日中のみならず、夜間や週末も提供している。

ときには、言葉の壁が障害となるときもある。ランベスには、ラテンアメリカのコミュニティがあるのでスペイン語が必須となる。

ただ、朗報もある。つい最近のことだが、3人のスペイン語スピーカーをスペイン語スピーカーであるクライアントとマッチングさせることに成功した。この3人のクライアントの人の出身はエクアドル、チリ、コロンビアだ。

<p>アウトカム (評価者: Charities Evaluation Service, 2016年4月)</p> 	<p>外部評価 (ボランティア)</p> <ul style="list-style-type: none">■ 回答者の多くは、当協会で過去にボランティア経験なし■ Side by Sideでは、25歳未満のボランティアの割合が比較的高い■ ボランティアたちは、認知症に関する理解を高めた 
--	---

昨年も外部の監査があつて、いまま監査を行っている。そのアウトカムが明らかになるのは10月だ。全国ボランティア組織協会 (National council of voluntary organization, NCBO) がその評価、監査を行う。昨年の外部監査もこの機関が行った。

その検査の結果だが、サイドバイサイドのボランティアのほとんど全員がアルツハイマー協会のボランティアをしたことがないという人ばかりだった。一般的なボランティアと比べて、サイドバイサイドのボランティアの人の年齢層は低めで、25歳未満の人の割合が高く学生が多い。30名ほどの若いボランティアがランベスで活動しているが、その中でもっとも若い人は英国生まれだが両親がメキシコ出身の19歳の医学生で、彼を先ほど話したチリ出身の人とマッチングした。ボランティアをすることによって、認知症に関する知識がかなり向上しているということだ。

アウトカム (続き)

- 66%が、Side by Sideでのボランティア活動を他の人に勧める、と回答した
- 19%が、当協会への寄付を始めたか、寄付の金額を増やした
- 18%が、当協会内で他のボランティア活動も行った
- 36%が、雑誌「Living with Dementia (認知症と共に生きる)」を読んでいる



これは昨年のアウトカムからの抜粋だが、サイドバイサイドのボランティア活動を他の人に勧めるという人が66%いた。アルツハイマー協会の寄付を始めた人、あるいは以前からも寄付していたが、その額を増やしたという人が19%。18%が、アルツハイマー協会の他の取り組みや活動のボランティアを続けることにした。定期的に発行している『認知症と共に生きる』という雑誌があるが、それを購読している人が36%だ。

ボランティア開始の過程



1. Side by Sideのボランティア活動を始めのきっかけ(ウェブサイト、大学のフェア、口コミ)
2. 登録様式を記入し、面接/インフォーマルな会話へ
3. 各ボランティアはDBS(犯罪履歴調査)のチェックを受け、1ページのプロフィールを作成する
4. eラーニングと初期研修
5. 認知症の人とボランティアのマッチング



サイドバイサイドボランティアの告知方法だが、もちろん協会の公式サイトを通じて募っているし、それ以外にもフェイスブックなどのSNSを利用し、あるいは大学で9月、10月に開かれる新入生の歓迎行事にも出張している。また口コミ効果も重視している。それから地元新聞、マスコミも利用している。

ボランティアを希望する人は登録用紙に記入しなければならない。登録用紙を提出したすべての人が面接に呼ばれる。先ほど言ったように、すべてのボランティアは警察の犯罪記録がない確認手続きを経ていなければならない。そして、1ページのプロフィールをボランティアの人も作成する。写真は、パスポートや証明用の写真ではなく、もっと自分の性格やパーソナリティーを表した写真を使うように指導している。そして、ユーザーにも聞いたように、あなたにとって大切なものは何ですかなどの質問をする。趣味や、好んで参加している活動などがワンページプロフィールに記載される。

私はユーザー候補の人に会いに行くときに、ボランティア候補のワンページプロフィールを4名分ぐらいいつも持参する。そして人を推薦するのではなくユーザーの人自身に選んでもらう。



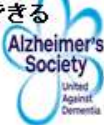

エンパワーメントの例だが、認知症の診断を受けるまでは活発に水泳をしていた人がいた。その人に会いに行ったときに、4、5人のボランティア候補のプロフィールを持参した。その中で1人の雰囲気が入ったということで1人の女性が選ばれた。それで、最初の顔合わせのミーティングを設けた。ただ、その場でその選ばれたボランティアは水泳をしたことがないということが判明した。だが、そこであきらめるのではなく、認知症の人がボランティアに泳ぎ方を教えて、双方にとってエンパワーメントになった。

この2人は、左側が Rosemary さんで認知症の人だ。右側の Eilish さんがボランティアだ。マッチングが行われてからすでに18カ月ぐらいだ。2人はよく散歩に出掛ける。Rosemary さんは元美術教師であって、芸術家としても才能のある人だ。それで、私からも、ボランティアの Eilish さんからも彼女に強く勧めているのはさまざまなジャンルのアートに挑戦することだ。アーティストとしての才能だけではなくて洋裁の才能もある。Rosemary さんは美術教師の時代の話もよくさす。とても朗らかな人でいつもにこにこし

ている。もう 18 カ月という長いお付き合いとなったため、Rosemary さんはすでに Eilish さんの家族の一員となっている。2 人の間には強い絆が生まれた。

アウトカム

- 認知症の人は、より活発に地域活動へ参加している
- このサービスは、認知症の男性が魅力を感じている
- サービス利用者は、自分で状況をよりコントロールできていると感じている
- このサービスは、認知症の人が新しい人と出会ったり昔の友人と旧交を温めたりするのに役立っている
- Side by Sideによって利用者は、好きなことを楽しんだり、新しいことに挑戦もできる



成果についてだが、サイドバイサイドサービスを利用している認知症の人は、地域内の活動に参加する機会がより多くなる。先ほど話した、ディスコダンスでは、当初は女性の利用者が多かったが、最近では男性も徐々に利用してくれるようになった。いま男性の利用者の割合は 35%で女性が 65%だ。ただし、男性は増え続けている。

それで、サイドバイサイドサービスの利用者は、より自分の人生、暮らしの主導権を握っているという実感がある。このサービスを利用することによって認知症であっても新たな友情が生まれたり、あるいは旧友との再会などが可能となったりしている。

Rosemary さんが最初に認知症の診断を受けたときに昔からの知り合いや、友人とのコンタクトを失ってしまった。しかしこのサービスを利用するようになってから再度コンタクトするようになった。また、Eilish さんのサポートを得ながらコミュニティに積極的に出掛けるようになって、新たな知り合い、友人などが生まれた。

アウトカム： 病院プロジェクト

- 情緒的ウェルビーイングの改善
- より魅力的
- より穏やか



いままで経験したことのないものにチャレンジする支援も行っている。先ほどイングランドの二つの病院でサイドバイサイドが導入されていると話したが、病院の中で、情緒的なウェルビーイングが改善されている。このサービスを利用している患者のほうが、心の平穏を取り戻している。

病院ケア： コメント

私たちの所にいらした女性はかなり興奮していて、家に帰りたいたいと言いつけていました。ボランティアの一人が彼女と一緒に座りましたが、彼女は何をしても安心できない様子でした。そこでそのボランティアは、彼女と病棟を散歩することにしました。すると、その散歩や運動のおかげで彼女は落ち着いてきました。



病院でのスタッフの経験談だが、家に帰りたいたいと訴え続ける患者さんがいて、サイドバイサイドのボランティアと一緒に座って話をしても特に効果はなかった。それで今度は散歩に連れ出した。その短い散歩で体を動かすことによって、その女性は落ち着いてきた。

サービス
利用者：
コメント

私はこれまで、自転車に乗ったり水泳を楽しんできました。あいにく今はもうそのような事を出来ませんが、新しい楽しみを見つけました。パブでのランチ、バードウォッチング、クリケット観戦、蒸気機関車などです。散歩は今も楽しんでいます。Side By Sideのおかげで人生を楽しみ続けるチャンスが得られ、嬉しく思います。



だから、何度も繰り返すが、コミュニティの中に積極的に出ていくことが重要だ。また、ユーザー側の体験談だが、自転車に乗ったり泳いだりが大好きだったという人がいる。認知症ということで、身体的な衰えからもうそのようなことを楽しむことはできないが、新たな趣味を見つけた。クリケットの試合を観戦し、サイドバイサイドボランティアとの散歩も楽しみにしている。

ケアラー：
コメント

Side by Sideのおかげで父親の外出機会が増え、それによって彼の自信が高まりました。彼は今、コンピューターのクラスをとっていて、娘が同行しています。Side by Sideが無かったらこのような事はなかったでしょう、と彼女は感じています。



これは介護者の体験談だが、この写真の左側の女性がボランティアで右側がユーザーだ。ボランティアの人の名前は Angela。本人が Bernard Braithwaite という人だ。先ほどの例と同じように、この 2 人がマッチングされてから 18 カ月経つ。2 人の共通点の一つは、Angela の父親と Braithwaite 氏が、ともにバルバドス島出身だということだ。Angela の

父親はもう亡くなっていたが、存命なら Braithwaite 氏とほぼ同じくらいの年齢だということだ。

この Angela は、非常に社交的でおしゃべりが好きだが、それに反して、Braithwaite 氏は非常に寡黙で自分の意見を言う自信がないという人だった。しかし、このサイドバイサービスを利用するようになってから、自分に対する自信が強くなってきて、自身でコンピューターコースのことを調べるようになって、いまはコンピューターコースを受講している。

それで、2人はどこに行くかという、彼の自宅に行くのではなくて、Braithwaite 氏が所属しているコミュニティクラブに行く。そこは別に認知症の人のためのクラブではないが、さまざまなアクティビティが用意されている。それ以外にも日帰り旅行に出掛けたり、ランチを一緒に食べたり、踊りに行ったりする。また、思い出の曲など音楽に関する話題も多いそうだ。Braithwaite 氏の娘は、このサービスを使うようになってから短期的な記憶の状況が改善されつつあると気が付いたそうだ。

Side by Side
管理者：
コメント

自宅のアパートにこもっていた男性が
いらっしゃいます。今は、彼が40年間
訪れていなかった公園まで、ボラン
ティアと一緒に going しています。彼はま
た、クリケットのシーズンチケットを
購入しており、これは自分に自信を与
えてくれたボランティアのおかげだ、
と彼は言っています。



これはサイドバイサイドマネージャーの一人からの話だ。

この男性は典型的なユーザーの一人で、ほぼ出掛けることはなくアパートの中で引きこもっていた。サイドバイサービスのボランティアとマッチングされて最初に何をやるかという、いきなり長旅ではなく近所を散歩する程度から始めて、自信が出てくるにつれてさまざまな、趣味や活動に興味を持ち出すようになる。

今後に向けて

- 郵便番号宝くじからの135万ポンド
- 全国での本格展開
- ボランティア採用



今年、郵便番号宝くじ (Postcode Lottery) から 135 万ポンドの資金を得ることができ、いまその資金で全国展開をしている最中だ。この補助金の一部は、新たなボランティアのリクルートに使われる。

Geoffの ストーリー



最後になるが、こちらの方が Jeff で、認知症の診断を受ける前は空軍に所属していた。コンコルドを操縦していた数少ない一人だ。彼はサイドバイサイドのサービスを利用して、アルツハイマー協会のために寄付金を募りたいと考えて 70 歳の誕生日に飛行中に航空機の翼の上を歩くウイングウォークに挑戦した。今年の 5 月 13 日にそれに挑戦し大成功を収め、アルツハイマーソサエティのために 1800 ポンドを集めた。

Jeff さん担当のボランティアは Suzie という人だが、こう語っている。

「彼は素晴らしいユーモアの持ち主で、何時間でもおしゃべりをする事ができる。自分とジェフは互いに考え方が似ている。彼のペットの犬を連れて、長い散歩によく出掛ける。ジェフが奥さんのベルニースにウイングウオークに挑戦することを話したら、冗談だと思って掛け合ってくれなかった。認知症の診断を受けながらも可能性は無限大で、常に新しいことにチャレンジできるということをこのウイングウオークによって証明できた。」



この画像からわかるように、ボランティアなしではこのサイドバイサイドのプロジェクトは成り立たない。

(質問：例えば GP やソーシャルサービスがこのサービスを教えることがあるか。また、そのプロフェッショナル側が働き掛けて本人ないしは本人の家族がアクセスしてくるのか。)

GP からの紹介よりもソーシャルサービスからの問い合わせのほうが多い。これは、実際に患者を紹介するというケースもあるし、サイドバイサイドのことを聞いたので詳しく話を聞かせてほしいという問い合わせの二通りに分かれる。

(質問：実際にその場合には紹介が多いのか、処方近くぜひこれをやりなさいという強い推薦のようなものか。)

後者だ。ソーシャルサービスや GP のサービスに対して、われわれがマーケティング活動に非常に力を入れているのはこの理由からだ。認知症が、かなり進行した患者よりは新たに診断を受けたばかりの人のほうがサイドバイサイドを有効利用できるということが分かっている。ただし、GP やソーシャルサービスからの紹介よりも、本人あるいは家族からの問い合わせの割合が一番高い。

(質問：ボランティアの支援を受けながらジムに行っていたが、そのジムは認知症の人に優しくなかったという話だった。そのジムは変えていくときに、どのような取り組みをしているのか。)

まず認知症そのものに関するその認識を高めることだ。45分ぐらいかかるディメンシアフレンズセッションと呼ばれるセッションがある。そこではパワーポイントが用意される。これは認知症に関する知識が本当に乏しい人を前提としたセッションで、例えば、ジムの更衣室になにも書いていなくて壁が広がっていると、それを不安に感じる人がいる。そういうところに工夫をしていくことだ。そのような取り組みのおかげで現在は認知症に優しいジムになっている。

このように環境が改善されたジムを認知症のユーザーが使うようになった。

私は、認知症に優しいコミュニティの構築プログラムを担当していて、認識を高めるだけではなく、実際にコミュニティを変えていくさまざまな取り組みをしている。

(質問：プロフィールペーパーがとても大事だっていうことだが、その項目を知りたい。本人用とボランティアフレンズ用があると思う。できたら具体例を見せてほしい。)

プロフィールペーパー見本



One-page profile

Janet Clarke

人から好かれる点

私は穏やかで、親しみやすく、堅苦しくありません。一緒にいても気楽です。私は良い聞き手ですし、おとなしくしていることもおしゃべりをすることもできます。私は人々が私に言わなければならないことを興味をもって聞きます。私は一般的に人とその物語に興味があり、判断などをしないで聞きます。私は意見をどンドンいうほうではなくよく考えるほうです。

私は何が必要なのかを見て、必要に応じて自分のコストで状況を問わずそれをやろうとします。私は私の家族に非常に献身しています。

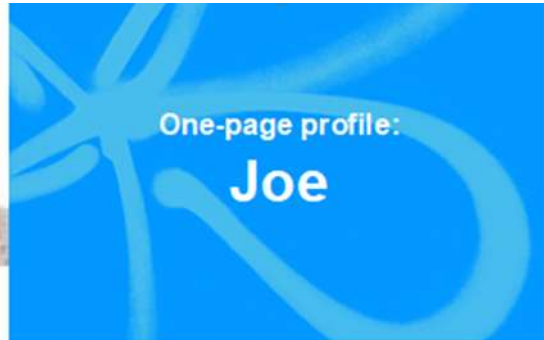
私は一般的に楽観的で明るいです。私は、状況を変えようと試みる際にかかなりのスタミナと耐性を持ち、人についても状況についても簡単にあきらめません。

私にとって大事なこと

私は、公正さと人々の尊敬と尊厳に対する対処の必要性に対して強く意識しています。私の政治的信念は、常に私にとって重要であり、階級、人種、民族性、性的指向、年齢およびその他の差別の可能性のある領域に関係なく、正義、平等、人間の尊厳と福祉に対する関心を大事にしています。他の人との関係は、私が人であるためにいつも中心においてきました。

もっともよいサポートとは

- もっとあなたのことを聞かせてくれるとうれしく思います。



人から好かれる点

私のユーモアのセンス
私の料理
信頼感
ものの明るい面を見る

私にとって大事なこと

毎日の散歩を楽しみにしている
私はバスルームについてこられるのが好きではない - 私が小さくなったように感じる
料理が好きで、出来合いの食べ物が嫌い
私の孫は私の息子と一緒に2時間離れたところに住んでいるが月に一度会いに来てくれる
馬券売り場で昔の同僚に会うとコミュニティの一員だと感じる

もっともよいサポートとは

ひとりで散歩をさせてほしい。しかし、住所を書いた紙を持ったことと迷った時のためにタクシー代を持ったことを確かめてほしい
ときどきトイレに行くのを忘れるので会ったときに思い出させてほしい
息子は毎週水曜日の10時にテスコ(スーパー)が食材を配達するようにしてくれている。この時間に一緒にいたら、私が外に行ったり忘れてしまわないように確かめてほしい
私が古い同僚に会いに行こうとしているときは、先に電話をして会う店が開いていることを確認してほしい。時々早く閉まってしまうことがあるので
もし交通手段があればもっと孫に会いたいと思う。それで機会があればそうしたいが、まず息子が在宅かどうか確かめてほしい

2017年9月1日

英国アルツハイマー協会 (Alzheimer's Society)

Amy Little 世界アルツハイマー病・認知症行動連盟(Global Alzheimer's and Dementia Action Alliance (GADAA))リーダー

私は英国アルツハイマー協会の国際的なプロジェクトに携わっている。同時に、GADAA (Global Alzheimer's & Dementia Action Alliance) の担当主任でもある。

このGADAAは、ADI (Alzheimer's Disease International)、DAI (Dementia Alliance International)、JDI (Joint Dementia Initiative) のステアリングコミッティなどがオプザーバーを務めている。

その目的は、グローバルなレベルで認知症に対する知識がない人々や社会の認識を高め、それを行動計画に結び付けていくということだ。そのためには、国際的な市民社会団体、障害者団体、高齢者団体、国際開発、人権、女性の権利、そういうさまざまな市民社会団体とも連携をしている。認知症は、すべての社会に見られる病気であり、現象であり課題でもあるという共通意識を持つようにしたい。

国際長寿センター (日本) の皆さんを今日お迎えしたがたいへん感謝している。国際長寿センター (英国) とは長くから関係を持っていて、サリー・グリーングロス理事長の支援を得られて大変光栄に思っている。

認知症に特定していない国際機関とやりとりをする際に、三つの目標を掲げている。一つ目は認知症の認識を高めること。グローバルレベルで認知症という病気に関する知識が絶対的に足りていない。国によっては認知症という言葉すらないところもある。二つ目は、世界のさまざまな国々で国家計画として認知症に取り組んでもらうために国際市民社会の団体の支援や協力を要請することだ。三つ目が、認知症の人々のためのベストプラクティスで、最適な介入の在り方を明らかにすることだ。こういったベストプラクティスが確定されたらそれを世界的に配布していきたい。

ケアの在り方だが、自給可能で、再現可能な形で世界中に広めるにはどうしたらいいか。それをいま模索中だ。特に、あまり豊かではない国々において、これをどうやって適用させていくのが課題だ。

来年には、認知症は1兆米ドルに値する規模の疾病となる。このコストのうちの40%は正式なフォーマルなケアにかかる費用だ。さらに40%が家族の介護などのインフォーマルなケアだ。つまり介護することによって失われる収入などだ。

だからグローバルレベルでこの課題と取り組んでいくか、これから議論されていかなければならない。国別に、最適な形で取り入れていく方法を探すことだ。

本年特に注視しているテーマが二つある。一つ目は女性と認知症でもう一つが認知症と緊急事態だ。女性と認知症に関しては報告書を作成している。これは今年の3月の国際女性の日に発表された。国際長寿センター（英国）のサリー・グリーングロスが、議長を務めたイベントだ。

この、認知症が女性に与えるインパクトは三重になっている。一つ目は、男性と比べて女性の中での病気の発生率が非常に高いということだ。二つ目が、女性がほとんどの介護を負担していることだ。介護をしている人の約3分の2が女性であることが分かっている。で、三つ目がスティグマで、女性は認知症というレッテルを張られると、男性と比べてより苦しむことが明らかだ。特に、認知症の症状が黒魔術によるものだとまだに迷信が信じられている国々においてはそうだ。

国際長寿センターもこの取り組みにはとても力を入れていることを認識している。今回の報告書を作成するに当たっても、サリー・グリーングロスの何年か前の著書あるいは報告書からヒントを得て引用させていただいた。

それで、今後このテーマについてさらに協力していければ幸いだ。認知症と、緊急事態について本日はあまり詳しくお話する時間はないが、これは研究がまだまだ必要な分野で、現在 WHO と協力して、世界的な機関や政府とも情報交換や情報の共有を行っている。特に日本には注目していて、仙台で緊急事態の際に認知症の人々がどのようなインパクトを受けたかについて報告がなされているそうなので大変興味を持っている。

世界認知症アクションプランの導入に向けて、われわれは支援し続けていきたいと考えている。

今年の WHO 世界大会で満場一致で採択された認知症ケアに関してのさまざまなターゲットも皆さんが行っている研究にとって非常に有用なものではないだろうか。9月は国際アルツハイマー月間で、21日が国際アルツハイマーの日だ。国際アルツハイマー協会とも協力してさまざまな活動を予定している。

皆さんが最終的に発表される研究に関して、そのヨーロッパでの、また国際的な発表などをご希望の場合はぜひ知らせてほしい。

（質問：いま国連で持続可能な開発目標（SDGs）が採択されている。グローバルなプログラムを国連レベルでやろうとしているのか、アルツハイマー協会の連帯でやっているのか。）

非感染症に関して、SDGsの中で認知症も含まれている。それを、討議するハイレベルパネルが今度開催される。女性と認知症に関しても支援と啓蒙のためには非常に有用なツールで、SDGsのどの部分を適用させるかをわれわれ自身が選んでいる。

世界の認知症フ レンズ運動

Philippa Tree
Senior International Officer
Alzheimer's Society

Creating
meaningful
societal change



イギリスに
は850,000
人の認知症
の人がいる

変化の必要性

53%

の認知症の人
が、最近不安
やうつを感じ
ている

Taken from 'Dementia 2015: Aiming higher to
transform lives' – Alzheimer's Society

Alzheimer's Society

2

首相の認知症チャレンジ

Prime Minister's
challenge on
dementia 2020

認知症に対する首相の挑戦

**Prime Minister's
challenge on dementia**

Delivering major improvements in
dementia care and research by 2015

2015年までに認知症ケアと研
究に大きな改善をもたらす

認知症に対する首相の挑戦
2020

認知症国家戦略

**National
Dementia
Strategy**

3



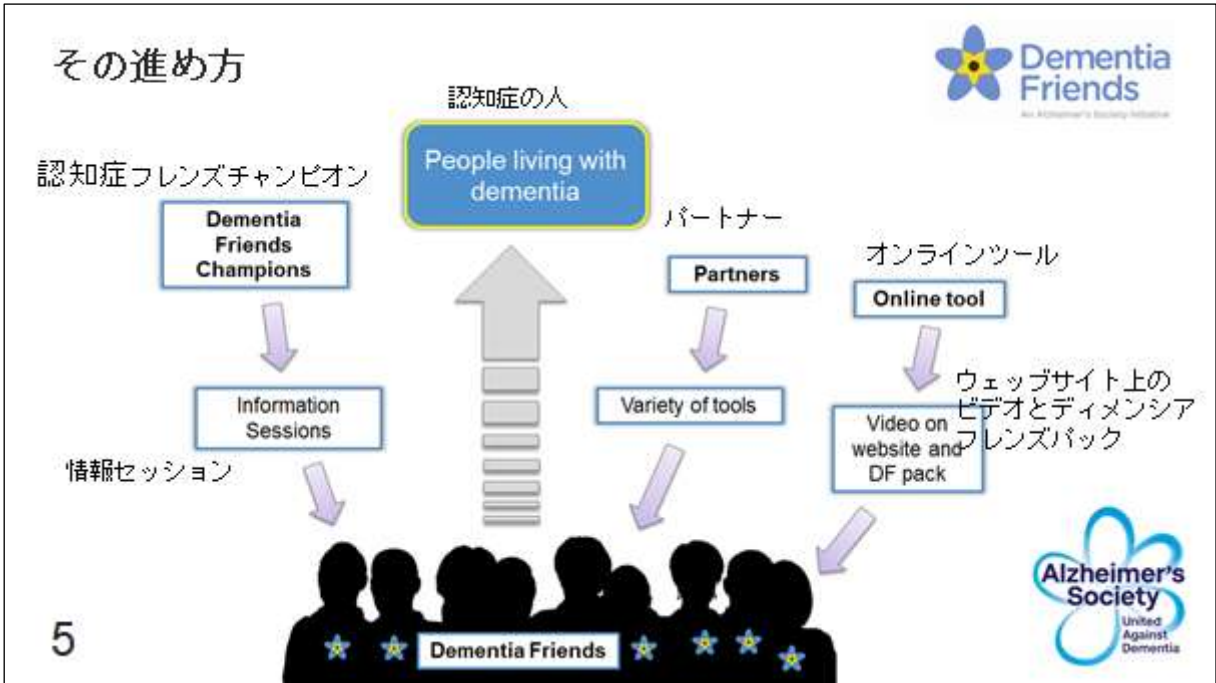
日本の認知症サ
ポータープログ
ラムに学んで

ディメンシアフレンズ



4





認知症の友人は、あらゆる人生の人々から構成されている

黒人、アジア系、その他のエスニックコミュニティ
英語文書への依存度は低い

学習に障害のある人
シンプルな活動と言葉

6

Alzheimer's Society
United Against Dementia

世界の認知症フレンズ

samen dementie vriendelijk.nl
 Demenz Partner
 Dementia Friends Scotland
 DEMENSVEN
 Dementia Friends
 Dementia Friends Gibraltar
 Dementia Friends Canada
 Dementia Friends USA
 Dementia Friends Minnesota
 Dementia Friends Zambia
 Dementia Friends Nigeria
 Alzheimer's Society United Against Dementia
 认知症好朋友 Dementia Friends

7

ハイライト 認知症フレンズ

現在までに2百万人以上の認知症フレンズ

73% がフレンズになってから認知症の人々より自信を持って交流



- 73% feel more confident interacting with people with dementia since becoming a Friend



84%が認知症フレンズプログラムが地域社会に行動を起こさせると感じている



86% がフレンズになってから認知症をよく理解していると感じてる

- 86% feel they have a better understanding of dementia since becoming a Friend



- 84% feel the Dementia Friends programme is inspiring communities to take action



8

Thank you



'It is quite amazing to learn that there is a network of people around the world who are joining in the effort to improve the quality of care for people living with dementia.'

Ellen Sucov, Israel

これが認知症の人々のケアの質を向上させる努力に参加する世界中の人々のネットワークであることを知ることは非常に驚くべきことです



2017年9月1日

英国アルツハイマー協会 (Alzheimer's Society)

Marta Arroyo Bello 認知症サポートワーカー

私はディメンシアサポートワーカーで、アドバイスサービスもしている。アドバイス、情報提供、ガイダンスだ。診断を受けた患者だけではなくて、介護を行っている家族の人なども対象に入っている。

まず認知症の診断を受けたら、われわれのほうからコンタクトをとる。ほとんどの紹介がメモリークリニックから来るが、自分で直接われわれにコンタクトをとってくる場合ももちろんある。病院から紹介されるケースもあるが、ほとんどがメモリークリニックからと考えてほしい。

それで、まず医師から診断についてのレターを受け取り、患者およびその家族の連絡先などを知らされる。次に連絡先に連絡して、われわれについて簡単に説明し自宅訪問を許可してくれるかどうか確認する。

われわれが提供するアドバイスや情報だが、情報というのは診断にかかわることで、例えば一口に認知症と言っても、いろいろな種類の認知症もあるので、そういう情報が最初だ。それ以外に、その患者の地域で受けられるさまざまなサービスの種類、あるいはその患者のニーズに応じたサービスについて説明する。

われわれのほうからの質問の中には、食欲、睡眠障害、日々どのような活動をしているかなどの質問をする。趣味や、現在、困難と感じていることなども聞く。これは本人だけではなくて家族のメンバーにも聞きく。また、経済状況、そして住居状況の情報をわれわれは必要としている。

それで、必要に応じて社会福祉、経済的な援助に関する情報を提供する。また、将来に向けての計画を立てることを重要視している。本人に意思決定能力がなくなった後、その法的決定権を、例えば家族の誰かに移譲するとか、事前に本人の意思の確認など、さまざまな事柄に関して話をする。この最初の訪問はだいたい平均して1.5時間から2時間だ。

患者自身だけではなく、家族の人のための情報もすべて含んだ、最初の訪問の際に渡すインフォメーションパックがある。

アルツハイマーの患者に会いに行くときにはアルツハイマーに特化した情報のパンフレットなども入れる。



認知症アドバイザー情報パック

内容

- ・ ウォルサムフォレスト・サービスリーフレット
- ・ 認知症アドバイザーについて
- ・ 認知症アドバイザーサービス情報
- ・ あなたの個人データ
- ・ 地域のサービス案内
- ・ ウェルカム・クラブ（認知症カフェちらし）
- ・ **Singing for the Brain**（歌って脳トレ）ちらし
- ・ **Planning For The Future**（将来への計画）冊子
- ・ **Power of Attorney**（法定代理権）ファクトシート
- ・ **Advance Directives**（事前指示書）ファクトシート
- ・ せん妄の理解に向けた情報

例えば、入浴しシャワーを浴びるのにも介助が必要であるとか、服の着脱が一人でできないとか患者のニーズが明らかになったらソーシャルサービスに紹介し、ソーシャルサービスがあらためてニーズアセスメントを行う。

また、デイサービス、デイクラブに通うことを勧めることもあれば、また違ったニーズがあれば適切なチャリティ団体などを紹介する。だから、そのためにもわれわれは、日常的にさまざまな団体とのコミュニケーションを密にするように心掛けている。

典型的な例では 6 カ月後にレビュー見直しを行う。ただし、われわれから一方的ではなくて、こちらにいろいろな問い合わせや質問や希望や要請を伝えてもらうようにもしている。だから診断から終末まで、われわれとの関係性は続く。ただし、毎週とか毎月継続的に訪問するような密な関係ではない。

また個人的なニーズの違いがあるので、それによってコンタクトの頻度はまったく違ってくる。患者のほうから連日のように私たちにコンタクトがあるときもあるし、1 回きりで終わってしまう人もいる。

あくまでもわれわれとしては、その個人個人のニーズをよく把握し、その人に一番適切なさまざまなサービスや団体を紹介する。

それ以外に二つのグループを運営していて、一つ目は月に 1 回の恒例のカフェだ。これは無料で参加できる。もう一つは脳を活性化するための合唱の会だ。このカフェも、歌の会も患者だけではなくて家族の参加も可能だ。この合唱クラブは、週 1 回の頻度で行われる。こういった活動を通して、コンタクトを定期的にも持ち続けるようにしている。

スターターインフォメーションパックには、法的決定権をだれに移譲するのかといったアドバイスも含まれている。ロンドンのどこに住んでいるかによって利用できるサービスなどが違ってくる。

(質問：Marta さんの立場を確認させてほしい。イギリスの認知症国家戦略で認知症アドバイザーを設置することが推奨されていると思う。そのアドバイザーか。)

全員がディメンシアサポートワーカーとなっていて、ディメンシアアドバイザーというタイトルはすでに存在しない。

(質問：もう一つ確認させていただきたい。Marta さんの仕事はソーシャルサービスとか各種団体のサービスの紹介とうかがった。もともとその国家戦略の認知症アドバイザーも、ケースマネジメントはしないと聞いている。名前は違うものの、やっていることは主に紹介とか支援なので同じと考えてよいか。)

先ほど半年後のコンタクトの話をしたが、2 年後にまたコンタクトしてくることもあるので、そのため支援は継続して提供している。なぜなら、最初と 2 年後ではニーズそのものもずいぶんと変わってくるし、私たちが特に重点を置いているのは最初の段階で今後の計画を立てることだが、それだけに限らず長い道のりの中で各段階において支援もしている。3 年前に会ったきりの人と再びコンタクトをとったり、何か新たな質問が出てきた、また、状況が変わったのでケアホームに引っ越すとか、そういうことに関してアドバイスを求められたりする。だから 3 年間音沙汰なしだったからもう何も支援しませんというわけではなく、常にオープンにしておく。

(質問：マルタさんは所属がどちらか。お金の出どころはどちらか。)

お金は CCG からだ。所属はアルツハイマー協会の職員だ。このサービスに関しては、ほとんどの資金が CCG から拠出される。ウォルサムフォレスト区に限定することなく、CCG 側がどの地域に認知症に関してアドバイザリーサービスを提供してもらいたいと考えて選ぶ。それで、アルツハイマー協会が選ばれたということだ。

(質問：Mental Capacity Act (判断能力法) では、後見人を立てることによってサービス利用の自己決定を可能にしていると理解している。ソーシャルサービスではダイレクトペイメントで、自分でその現金を使って自分のソーシャルサービスを買うということは可能になっているはずだが、その利用率が低いと聞いている。その理由を知りたい。)

住むカウンスルによって寄付金もずいぶんと違ってくる。ウォルサムフォレスト区に関しては、緊縮経済の影響でニーズアセスメントの際に得られる支援は、例えば身の回りのことだけだ。身だしなみのことで、例えば入浴の介助や、服を着る援助とか、そういった援助しか受けられない。

そのようなニーズがない場合、つまり認知症でありながらも自分で服を着脱できて、入浴なども介助なしで行える場合には、その他のサービスが必要でも得ることができないケースが多い。ハウスキーピング、つまり家の掃除など細かい作業に関しては直接給付されていても他は選択肢の中にはないのが現実だ。

ご存知かもしれないが、障害者手当 (attendance allowance) という認知テストのない給付金がある。これは、週に低くて 50 ポンド、最高 70 ポンド給付されるので、それをそういうニーズのために使う人もいる。

われわれが期待しているのは、このサイドバイサイドのようなサービスが全国的に、簡単に誰でも利用できるように広がることだ。身体的に特に問題なくても、認知症のそれ以外のニーズを初期の段階で満たしてくれるこのようなサービスが非常に有用だと考えている。

(質問：サイドバイサイドは認知症の人の自立を支援していくようなインフォーマルなサービスだと理解しているが、同じように自立を支援していくようなソーシャルサービスはあるか。)

そのような類似サービスをわれわれの地域でも取り入れたいとは考えてはいるが、私の担当地域では、それはない。

ほかの地域ではコミュニティワーカーというものを配置して、継続的な支援を必要とする個人もしくは家族を対象にサポートしている。福祉部門では特に顕著な緊縮経済が理由となって、以前は提供できたサービスもなくなってしまったという事例が多い。キーワーカーが複数名配置されていたがなくなってしまったというようなことだ。だから、シャワ

一とか身体的な障害に絞りつつある理由もここにある。

私自身だけではなくてチームの全員の一致した意見だが、やはり初期の段階で自立を促すようなサービスがもっと浸透していかなければならない。症状が悪くなる進行性の病気に対してその都度その都度反応している。行き当たりばったりのサービスでは不十分だ。

(質問：アーリーステージの認知症への介入が重要だという理解はどんどん広がっているが、緊縮財政下でサービスが切られ、実際には身体的な障害の身体的な介護等が中心になって、自立支援はインフォーマルに任されている。イギリスはそういう状況か。)

そのとおりだ。特に私が担当する地域に限定していうとそういう印象を受ける。だから一人暮らしの人は特にそういう場合、困窮している。届けられる郵便物の内容を把握することも一人です。また何もかも一人でオンライン申し込みをしなければならない。GPとのアポイントもオンラインでする時代になった。

例えば認知症の妻のケアを行っていた夫も発症してお互いのケアができないような状況が生まれるということもよくある。

われわれは認知症の診断を受けたところからケアし始める。だから、初期段階でのわれわれの紹介数を増やし、紹介率を高めるためにさまざまな活動を行っている。できるだけ早期の診断を増やしたい。また医師の診断を受けていなくても自分自身で記憶があいまいになって不安に感じている人からコンタクトをいただくこともある。そのパスウエー（流れ図）がある。どうやって紹介受けて、どういった選択肢があるのかという図だ。

(質問：ソーシャルサービスのデイサービス、デイセンターにつなぐときと、インフォーマルのチャリティにつなぐ場合が両方あるということだが、どういう人はデイサービスにつないで、どういう人はチャリティにつなぐか。アセスメントがあるのか。)

質問の答えになっているかどうか分からないが、チャリティのほとんどはプライベートだ。先ほどデイセンターへという話をしたが、これは、ソーシャルサービスによって運営されているものと民間のものと2種類ある。例えば、アフリカ、カリブ海地域出身者の人のためのデイセンターというものがあって、そういうバックグラウンドの人はそのデイセンターに紹介する。これは民間運営だ。ソーシャルサービスによってアセスメントを受けたからといって、その民間の門は閉ざされるわけではない。適切な理由があれば民間を選ぶことが認められる。自治体運営のところよりもなぜプライベートのものを選ぶのか、自分自身がアフリカ、カリブ出身だという正当な理由があれば認められる。

われわれはそのさまざまな選択肢に関する情報を提供する。こちらを選びなさいと特に勧めるわけではない。

(質問：ソーシャルサービスでニーズアセスメントをすると先ほど言っていたが、そういうときアセスメントミーティングを開くように聞いている。それは開かれていて、そこに

立ち会うことはあるか。)

合同アセスメントをリクエストすることもある。複雑なケースの場合で、全体像がアセスメントの中では現れない可能性がある場合などは、家族のサポーターとして出席することがある。

(質問:日本の医療の世界では、イギリスの医療でインタープロフェッショナルワーク IPW というものが浸透していると聞いている。それは実際あるか。)

保健省などの省庁とソーシャルサービスということだと思う。IPW ではなくてインテグレートドチームという呼び方を彼らはしている。これを理想的なモデルとしてわれわれは目指している。

ソーシャルケアのプロバイダーたちも同じように考えていると思うが、われわれもインテグレーションを可能とするための特設のチームを設けている。

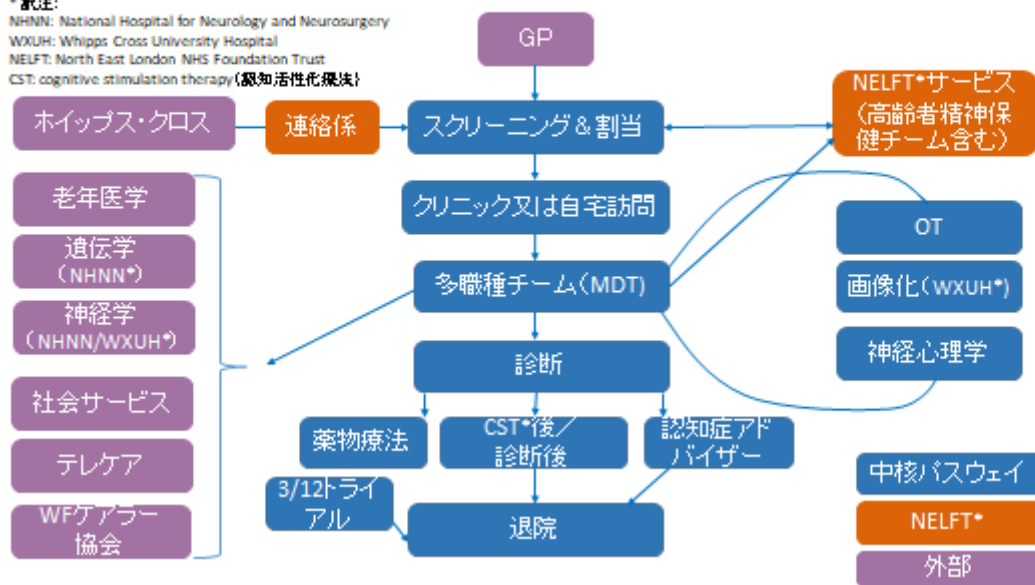
ウォルサム・フォレスト区認知症パスウェイ

早期					重度	
メモリークリニック	アルツハイマー協会	独立型デイセンター	社会的サービス (WFLA)	認知症支援チーム WFLA	OP CMHT (Older People's Community Mental Health Team : 高齢者地域精神保健チーム)	認知症とせん妄チーム (DAD)
診断	情報	社会サービスを通じて、または個人で利用可能	ケアニーズアセスメント	デイクラブ 自宅や地域で活動を行う1対1の支援	精神保健上の問題がある人向けのケア・コーディネーター 行動や心理的ニーズのケア・コーディネーター	病院における認知症の人 (PWD) の支援。スムーズな退院および再入院防止に努める。
薬物治療	アドバイス		ケアパッケージ			
治療グループ	案内・紹介		施設入所			
OT	アドバンス・ケア・プランニング		ケアラーのアセスメント			
心理学	情緒的支援					
ケアラー向け START (STRategies for Relatives Programme : 親族向け戦略プログラム)	グループ (ウェルカム・クラブ、Singing for the Brain (歌って脳トレ))					

(WFLA=Waltham Forest Local Authority ウォルサムフォレスト区)

WFメモリーサービス概要(65歳以上)

* 訳注:
 NHNN: National Hospital for Neurology and Neurosurgery
 WxUH: Whipps Cross University Hospital
 NELFT: North East London NHS Foundation Trust
 CST: cognitive stimulation therapy (認知活性化療法)



紹介
アセスメント
治療

認知症支援ワーカー

本職の主な目的

認知症の人およびそのケアラーに対し、支援、情報および助言を提供し、その人たちが自立を維持し、幸福感を向上させ、また自らの生活をよりコントロールできるよう支援すること。ニーズの特定やサービスへのアクセスに向けて、認知症の人およびそのケアラーを支援すること。

任務と主な責務

- クライアントの情報や支援ニーズ評価を支援し、紹介業務を管理すること。
- 適切な地域において、認知症を有するまたは認知症の影響を受けるクライアントのケースを維持管理すること。情報や支援の提供は、電話、メール、手紙または対面で、クライアントの自宅またはその他適切な場所にて行うことができる。
- 利用可能なサービスや給付に関する情報を提供し、クライアントがそれにアクセスするのを適宜支援すること。
- その他適切な支援の選択肢について、クライアントに適宜案内すること。
- クライアントに印刷された情報を提供し、それを定められた期間内に送付すること。
- 正確で最新のクライアント支援計画および連絡記録を維持すること。
- ともしれば私たちのサービスを利用しない可能性のある認知症の人およびケアラーへ、積極的にアウトリーチを展開すること。
- 認知症、精神保健、障害ならびに給付および所得アドバイスの分野に携わるパートナー団体とネットワークを構築すること。たとえば、一次および二次医療、社会的ケアや保健サービスおよび福祉給付機関などが挙げられる。この目的は、個人が十分な情報を得た上で選択を行えるようエンパワーすることである。
- 必要に応じて組織の他部門と連絡調整を行ったり助言や情報を求めたりして、提供された情報が正確かつ最新であり、また蓄積された知識に基づくものであるようにすること。これらの情報にはたとえば、アルツハイマー協会のファクトシート、信頼性のあるウェブサイト、認知症カタログおよび自身の経験や研究などが含まれる。
- 認知症の影響を受けている人の他のニーズ特定やサービス展開を支援し、またニー

ズを特定し地域資源の利用可能性を最大限に拡大するのを支援するために、他の機関（法定、ボランティア、独立）と協働すること。

- 認知症および認知症が家族や個人に及ぼす影響に関する社会的認知向上を支援し、また会議など地域のイベントに参加すること。
- クライアントのフィードバックを求めそれを記録して、ニーズに込えられているかを理解し、必要な調整を計画すること。
- 認知症の人およびケアラーと終了計画を立て、他のより適切なサービスへ案内すること。
- 情報・支援チームの一員として、定刻内でまたは予期せぬ状況では適宜、同僚をカバーすること。
- 必要に応じて、本職の特性および等級に相応しいその他任務またはプロジェクトを引き受けること。

ウォルサムフォレスト区の認知症アドバイザーサービス

この資料は、アルツハイマー協会や当協会の認知症アドバイザーサービスおよび職員から皆様が期待できることについて、詳細をお知らせするものです。ここではサービスの目的を詳しく述べているほか、サービススタッフの紹介やサービスに関するガイドラインも記載しています。

この資料または認知症アドバイザーサービスについてご質問がある場合には、ご連絡ください。

認知症と共に生きる上で、アドバイスやガイダンスが必要な人はまた、私たちの全国認知症ヘルプライン（このページ下にある連絡の詳細情報をご覧ください）へご連絡いただくこともできますし、またalzheimers.org.ukもご覧いただけます。

認知症アドバイザーサービスについて

認知症アドバイザーサービスは、認知症の診断を受けた人、診断を受ける途中の人、そしてそのケアラーの人々にご利用いただけます。

認知症アドバイザーや認知症アドバイザー・ボランティアは、認知症の診断や、それがあなたやご家族にとってどのような意味を持つのかについて、あなたが重要な情報を理解するのを支援します。認知症と歩む旅路全体を通じて、認知症アドバイザーはあなたの情報窓口となります。アドバイザーやボランティアは、適切なサービスのナビゲートやアクセスを支援し、あなたが相応しい人と連絡を取れるようにします。

さらに集中的な支援や、グループおよび専門的な支援が必要な場合、認知症アドバイザーは、利用可能な1対1の認知症支援、ピアサポートならびに情報や教育サービスへご紹介またはご案内いたします。

サービスの目的

このサービスでは、あなたへ以下の点を保証することを目指します。

- 自分の意見を聞いてもらっている、また敬意を持って接してもらっている、と感じる。
- あなたにとって便利な場所でサービスを受ける。
- 情報、ケアおよび支援ニーズについて、話し合っていると感じる。
- 正確で関連性があり役立つわかりやすい情報を受け取り、また情報および他のサービスや支援をどこで求めればよいかわかっている。

- 必要な場合、他の役立つ支援やサービスへアクセスできている。

サービスは、対面、電話、メールまたは書面でご提供できます。必要に応じて、あなたのご自宅へうかがったり、ご都合の良い時間と場所を設定してお会いすることもできます。

あなたのニーズが満たされ、また合意した活動を実行するまで、私たちは支援を続けます。しかし、認知症アドバイザーサービスを更に必要とされる際には、いつでもこちらへお戻りいただくことができます。

認知症アドバイザーサービスをご利用いただくには、以下の要件を満たす必要があります。

- ウォルサムフォレストに住んでいる
- 認知症の診断を受けている、または診断を受ける途中である
- 成人である、または 18 歳を超えている

認知症アドバイザーサービスは、ソーシャルワーカーや弁護士、金融専門家やその他専門家に取って代わるものではありません。また身体ケアや定期的な訪問、交際、フォーマルなカウンセリングや送迎を行うことはできません。

上に記載したような内容について支援を必要とされている場合には、当協会地域事務局の認知症アドバイザーサービスへお話しください。そこで他のサービスについてお知らせできます。

認知症アドバイザーについて

当サービスのスタッフやボランティアは慎重に選ばれており、また詳細な犯罪履歴調査（DBS）のチェックも受けております。また就任時に、総合的な初期研修も受けております。

認知症アドバイザーはサービス部長の監督および支援を受けており、またアルツハイマー協会では職員がスキルや知識を磨き続けるよう、積極的に奨励しています。

認知症アドバイザー

当協会の認知症アドバイザーは、以下の通りです。

Stephanie Kitchener（月曜以外）

Anne Marie McAndrew（月－水曜）

Beverley Raison（水－金曜）

Marta Arroyo Bello（月－金曜）

アドバイザーへは、**020 8556 8171** までお電話ください。

受付時間は、月一金曜の**9:00** から **17:00** までです。

当サービスのスタッフやボランティアは、あなたと物の売買を行うことはありません。またあなたからお金を受け取ったり、貸したり差し上げたりすることはありません。

スタッフは寄付を受け取ることができません。寄付はすべて、アルツハイマー協会地域事務局へ直接行われなければなりません。

健康と安全

アルツハイマー協会では、あらゆる関連法令に従い、あなたや職員の安全を守るよう努めています。

当協会では、雇用者および一般賠償責任保険に加入しています。当サービスでのアセスメントプロセスの一環として、あなたとお会いした際またはご自宅へ訪問させていただいた際、リスクアセスメントを実施する必要があります。これは、あなたまたは認知症アドバイザーに起こりうるリスクを特定するためです。リスク特定の際にはまた、あなたや認知症アドバイザーへのリスクを最小限に抑えるためにお互い協力できる方法も特定します。

あなたが安全と感じられるよう、私たちは以下の事を行います。

- スタッフやボランティアが、アルツハイマー協会の写真付き身分証明バッジをつけるようにする。
- スタッフがあなたとの関係性を、専門的から個人的なものへと変えないようにする。スタッフは、自分の個人情報についてあなたと共有することはありません。
- ご自宅に暗証番号付きの鍵が設置されている場合、必要に応じてコードをメモし、あなたまたはケアラー／代理の人から許可を得た場合のみ、認知症アドバイザーがご自宅に入ったり使用したりします。
- 認知症アドバイザーが、必要な研修を修了しているようにします。
- 予約時のみお伺いします。予約変更が必要な場合には、できるだけ早くお知らせいたします。

データの保護と守秘義務

アルツハイマー協会では、あなたのニーズに合った安全なサービスをできるだけ提供するために、あなたに関する情報を集めて使用する必要があります。この情報はまた、サービスについて、およびその展開・改善方法をお聞きするために、あなたへ時々ご連絡させていただく際に使用す

ることもあります。あなたのデータを私たちがどのように使用するかについての詳細情報は、当協会のリーフレット「Your personal data (あなたの個人データ)」のコピーをお求めください。

アルツハイマー協会は、1998年英国データ保護法を遵守し、あなたの個人データを保護します。当協会が保管している情報をご覧になりたい場合は、以下へ書面にていつでも要請していただけます。

Information Security Manager (情報セキュリティ部長)

Alzheimer's Society (アルツハイマー協会)

Devon House, 58 St Katharine's Way, London E1W 1LB.

私たちはあなたの情報について守秘義務を守り、サービスの提供・運営・評価以外でこの情報を使用いたしません。ただし、あなたまたは他の人の安全やウェルビーイングに純然たる懸念が生じた場合のみ、例外といたします。

私たちが他の団体とサービスを提供する際には、その団体がどこなのか、またサービスを提供するためにどの情報が共有されるのかについて、あなたにお知らせいたします。

記録・書類

私たちはできる限り書類を最小限に抑えたいのですが、あなたができる限り最良の支援を受けられるようにするため、多少の記録を取る必要があります。どのような情報を私たちが記録し、それをどのように使うのかについては、あなたにご説明いたします。

ご意見・苦情

アルツハイマー協会では、最高の質のサービスをご提供できるよう取り組んでいます。私たちは皆様に認知症アドバイザーサービス・アンケートをご記入いただき、サービスに関するフィードバックをお願いしています。何が上手くいっていて、何が上手くいっていないのかをお知らせいただくことで、私たちのサービス改善に役立ちます。

上手くいかないことも、稀にあります。私たちのサービスにご懸念や苦情がありましたら、できれば修正し今後確実に改善できるよう、私たちにお知らせいただきたいと思います。

私たちのサービスにご満足いただけない点がありましたら、まずはサービス部長までインフォーマルに直接ご連絡ください。多くの場合、とても速くシンプルに解決できます。

Joe Akram, Services Manager

Alzheimer's Society Waltham Forest

Waltham Forest Resource Hub (Central)

1 Russell Road
London E10 7ES

020 8556 8171

joe.akram@alzheimers.org.uk

もしサービス部長に連絡するのは気まずい、ということであれば、手紙・電話・メールといった更にフォーマルな方法で、運営管理部長まで苦情をお寄せいただけます。

David Morris, Operations Manager,
North East London
Unit 1, Ground Floor
30 Felstead Street
London E9 5LG

020 8533 0091

david.morris@alzheimers.org.uk

苦情申し立ての結果や苦情の対応方法にご満足いただけない場合は、アルツハイマー協会の最高責任者へ本件をお寄せいただけます。この者は、苦情対応の全体責任者です。あるいは最初から直接最高責任者へご連絡いただくことも可能です。

C/o Jeremy Hughes, Chief Executive
Alzheimer's Society
Devon House
58 St Katharine's Way
London E1W 1LB

Email: complaints@alzheimers.org.uk

アルツハイマー協会への苦情申し立ての結果にご満足いただけない場合には、以下までご連絡ください。

Commissioning & Contracts Officer, Strategic Commissioning
London Borough of Waltham Forest
The Town Hall – Room 100
London E17 4JF

Email: Debbie.richards@walthamforest.gov.uk

この情報をお読みくださり、ありがとうございます。

アルツハイマー協会 Waltham Forest

メモリークリニックの認知症アドバイザーサービス

認知症アドバイザーチーム:



Stephanie Kitchener



Marta Arroyo Bello



Beverley Raison



Ann Marie McAndrew

メモリークリニックを使用している人なら誰でも私たちと話すことができます。火曜日と木曜日に診療所で私たちに会えます。私たちのオフィスにいつでも電話することもできます。: 020 8556 8171

私たちはガイダンスと情報を提供し、傾聴することができます:

- ・記憶力についての課題と支援戦略
- ・認知症とともにうまく暮らしていく
- ・ウォルサムフォレスト区で利用可能なサービスと、必要に応じてアクセスする方法
- ・介護者グループおよびその他介護者支援
- ・認知症カフェなどの地域社会での活動

あなたやあなたか介護をしている人が認知症と診断された場合は、自宅への訪問や電話によるサポートを提供して、あなたのニーズを話し合いニーズを満たす方法を一緒に計画します。

アルツハイマー病協会のファクトシートと診療所のスタンド/テーブルにある情報チラシを活用してください

私たちの住所と連絡先の詳細:

Alzheimer's Society Waltham Forest

Resource Hub Central

1 Russell Road

London E10 7ES

Tel: 020 8556 8171 email: walthamforest@alzheimers.org.uk