

## イギリスインタビュー

### 1. インタビュー対象団体の活動内容

サービスプロバイダー（チャリティ）

Independent Age … 2

地域ボランティア組織

RSVP … 3

サービスプロバイダー（民間）

Plan Care 社 … 5

ロンドン カムデン・カウンスル … 6

ディストリクトナース

St Pancras 病院 … 9

### 2. 仮想 3 ケースによるケーススタディ … 12

インタビュアー：

松岡 洋子（東京家政大学人文学部講師）

白川 泰之（新潟大学法学部准教授）

澤岡 詩野（ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員）

国際長寿センター（日本）事務局

文責：

国際長寿センター（日本）

2013年8月20日

サービスプロバイダー（チャリティ）

Denise Murphy, Independent Age 理事

・私のバックグラウンドは、数年ほど高齢者向けのレジデンシャルとデイケアサービスに携わっていた。ロンドンのハクニーという人口15万人ぐらいの非常に貧しい地区があって、ここで従事していた。それから9年 CSV（Community Service Volunteers、全国ボランティア組織）の高齢者部門である RSVP（Retired and Senior Volunteer Programme）のヘッドとして仕事をしてきた。それからロンドンのバーネットという地区があるがそこでのローカルカOUNシルの中にあるボランティアセクションのチーフエグゼクティブもした。

・いまはこの CSV のアドバイザーとしても従事している。そこで、国家公務員、地方公務員がボランティアセクターあるいはボランティアとより密接に結びついていくためにはどうしたらいいかということ、私からアドバイスをしている。ご存知のように、すでに公的なサービスの提供者とボランティアセクターでサービスを提供している組織との結びつきは非常に重要なものであったが今後ますます重要度が高まっていく。なので互いの関係をより密接にするためにボランティアセクターでどういうことをしているのか、あるいはお互いを理解するために私からさまざまなアドバイスを差し上げている。

地域ボランティア組織

Maria Cotrini, RSVP カムデンネットワークワーカーズ、プロジェクト・マネージャー

・RSVP (Retired and Senior Volunteer Programme) は CSV (Community Service Volunteers) の一部のプログラムで、高齢者ボランティアのサポートをしている。CSV は子供対象、学校対象の多くのプログラムをもっている。RSVP の最初からのスローガンは **retire into action** である。リタイアをした人が社会で活動的であり続けるように、身体精神ともにウェルビーイングでいるために活動している。

・RSVP は、イングランド、北アイルランド、スコットランド、ウェールズの全国にある。有給スタッフもいるが、多くはボランティアによって成り立っている。私はスタッフで、ひとりで200名ぐらいのボランティアと働いている。高齢者は自分たちのニーズも持ってくるが同時に活動のアイデアももたらしている。

・例えば、一人暮らしの人でうつになって身体にも問題があるが RSVP で何かをしたいが何をしたいかわからないというような場合にその人に会って話をする。その人が何を好んでいるか、家族・子どもがあるか、フラットに住んでいるかシェルタードホームに住んでいるか、入院したことがあるか、などを聞いてどういう人なのかイメージを作り上げていく。

・ある人は「植物が好きでガーデニングをしたい」とはっきり言うが、多くの人は何をしたらいいかわからない。友達を作るのが簡単ではなく外に出たくない。それで、他の人たちが何をしているか、何を提供できるか話す。彼らに少しずつ自信をつけさせて試しに来るようにする。こうして少しずつ普通に参加するようになっていく。そうして新しいアイデアをもってくるようになる。

・量ではなく質が問題。活動は数えられるものではない。彼らの最初の状態から1年後にどのくらい変わったかを見る。外に出てアクティビティができるようになった、何かを習得した、トレーニングをした、プログラムを助けるようになったということになる。

・私はソーシャルアクティビティの組織をしている。ロンドンにはいろいろな民族の人がいて、たくさんバックグラウンドがある。それに合わせたアクティビティを違う日の違う時間に組織しなければならない。友人として皆を招待する。RSVP に皆で集まることもある。アーティストや音楽家を連れて来たり、食べ物や飲み物を用意して医師やセラピストや専門職などを呼んでボランティアと話したりで彼らに情報を与える。

・例えば集まりはミュージシャンも眼鏡士 (オプティシャン) も連れてくる。眼鏡士には出張サービスがあることを知らない人が多い。アクティビティの正式なプログラムが終わった後で、皆で話し合う。我々がしようとしていることは、例えば眼鏡士が家に来てくれるということ、家に帰ってから自分の教会や友達や近所の人にも伝えてもらってひろがることである。これがプロジェクトの普通のやり方である。

・また一つの例だが、ボランティアの女性でギターを弾く人は、手術をしてうつになって心臓もすこし患っていたが、人と会って何かをやりたいと思っていた。それでほかのギターを弾くボランティアと話して、ギターのグループで演奏するようになった。今はボランティアとして病院に行きギターを弾いている。人が行動するようになると、トレーニングを受けたいし、語学の勉強もしたくなるし、エクササイズもしたくなるし、旅行にも行きたいなど活動的になる。

・アルツハイマーや認知症の人にはボランティアをその人の担当にして、親しい友達という感じでエスコートする。いま認知症は話題になっているがこのボランティアグループの中では認知症について話をしやすい。しかし多くのロンドンのコミュニティでは多くの人が悪い経験をしているのでアルツハイマーや認知症は話しにくい。それで我々は精神的な健康状態の話をしやすいようにしている。皆が問題をもっていることがわかれば普通に話すことができる。そうすると「母が認知症で…」という話も出て、私たちがサポートできるようになる。

(質問：RSVPはボランティアが何名でスタッフは何名か)

・イングランドだけでボランティアは1万人以上、スタッフはイングランドで20人。ボランティアオーガナイザーはロンドンでは6人。ダイレクターが1人。私はカムデンネットワークワーカーズのコーディネーターである。コーディネーターはボランティアの場合もあるし有給の場合もある。あと、ニットプロジェクトのコーディネーターはボランティアが担当している。病院に付き添うボランティアをコーディネートしているボランティアもいる。

・プロジェクトの最初のステップはボランティアオーガナイザーがアクティビティを組織する。プロジェクトが大きくなって、アクティビティのためのファンドができて、コーディネーターが必要になったら1人のコーディネーターがついてほしい3人のオーガナイザーが担当する。

・CSVはいま組織改革をしているところだ。例えばウェールズの組織は独立していて、別のスタッフが別のニーズによってファンディングをしている。

・「カムデンネットワークプロジェクト」はRSVPから始まったプロジェクトではなくカムデン・カウンシルの高齢者ネットワークから始まっている。6年前に始まった。いろいろなグループによって成り立っている。そのスタッフとして私が指名されて賃金はカウンシルからもらっていた。当時の組織の契約は終了したがプロジェクトは続いていて、RSVPが引き受けることになった。その時カウンシルのプロジェクトについての考え方は、認知症やアルツハイマーのことをボランティアに情報提供するだけということだった。でもRSVPは違う考え方をもっていて、情報を伝えるだけではなくボランティア活動やオーガナイズもいろいろ行うようになった。

・カムデンネットワークワーカーズはいまインタッチという活動もしている。これはボランティアが高齢者に電話をするものである。

・カムデン・カウンシルは私のサラリーは払っているがプロジェクトの支援はもうなくなっている。ボランティアの人たちがもっといろいろやりたいとのことで、認知症に関連する仕事をいろいろつづけている。カムデンは認知症フレンドリー地区というポリシーを持っている。

(質問：カムデン・カウンシルから依頼されている仕事はほかに何があるか)

・「節約して暖かく (saving energy and keeping warm) プロジェクト」。冬になると寒いのでエネルギーを効果的に使うアドバイスをする。一人暮らしの高齢者が多い。認知症の人も対象。

・「相談相手 (mentoring) プログラム」。高齢者が問題を持つ子供たちの話を聞いたり指導をする。これはカムデンだけではなく3つの区 (borough) でも行っている。

サービスプロバイダー（民間）

Julian Hutchings, Plan Care 社マネージャー

- ・我々はチャリティ団体ではなく民間企業。地方自治体のソーシャルサービスと契約をしている。
- ・「ケアに対する公平なアクセス（fair access to care）」という概念をご存じだろうか。この国ではソーシャルケアが必要な人々にアセスメントをすることになっている。これは「ケアに対する公平なアクセス」の原則に基づくもので、それには4つのレベルがある。
- ・「軽度（low）」「中度（moderate）」「重度（substantial）」「重篤（critical）」で、自治体はそれぞれにどのレベルのサービスを提供するかを選ぶことができるようになっている。
- ・どのようなレベルのケアを提供すべきかに関して議論があり、またサービスをユニバーサルなものにすべきかどうかということでも議論がある。現状のサービスは自治体で違いがある。
- ・この10年、サービスには非常にコストがかかるようになってきたことから、ソーシャルサービスもその影響を受けている。中度のサービスというと一般的な家事（ハウスワーク）と買いものサービスなどだが、そういうサービスは場合によってはパーソナルケアの一環として実際的なサービスを受けられる場合もあるが一般的には少なくなっている。
- ・個人がどのようなサービスを必要としているのかということの評価して、それに基づいて自治体がプロバイダーとケアの契約をするという形になっている。
- ・以前は自治体で個人が受けられるサービスを決めていた。かなり規定的（prescriptive）なサービスだった。これは、時間と業務（time and task）というが、例えば自治体がサービスプロバイダーに朝30分のサービスを提供するように指示して、その利用者個人に「起きて洋服を着てそしてトイレに行って食事の用意までしてあげる」ような規定的なサービスの提供の仕方だった。自治体はそのサービスに対して支払うという形をとっていた。
- ・ユーザー側の支払いはその個人の経済的な地位によって決まっている。年間2万3千ポンド以上の収入がある人は全額負担ということになる。それ以下であれば自治体が代わりに負担する。
- ・この数年、考え方が変わってきた。以前は自治体が個人の受けられるサービスを決めて自治体が購入するというやり方をしていたが、これがあまり好まれなくなってきて現在は個人に予算を渡すやりかたもあるという形になった。そしてその個人が自分の受けるサービスを購入できるようになった。どのようなタイプのサービスを個人が受けるか、予算を渡された個人がプロバイダーと交渉するという形になった。
- ・以前はソーシャルワーカーが我々サービス提供者に、このサービスをこの人に提供するように言ってきたが、今はユーザーが予算を持って我々と交渉をして、そしてどんなサービスを受けるかを決める。我々サービス提供側は個人が達成したいアウトカムを助けるという形になる。
- ・ただ、このアウトカムベースのサービスは大多数の自治体でまだ実行はされていないという状態である。なので個人予算を持つサービスの購入提供はまだ発達していない段階である。

カムデン・カウンシル担当者  
Robert Holman, Comeden 高齢者コミッショナー

・カムデン・カウンシルで働いている。カムデンでは合同委員会という形で、ソーシャルケアと NHS が一緒になっている。ここで自分は高齢者を担当している。以前は高齢者のメンタルヘルスを担当していたが身体的なケアも加わって仕事の範囲が増えている。

・委員会の仕事にはサイクルがある。最初のステップは高齢者のニーズを見ることで、10年後のニーズを予測するという作業だ。10年後の高齢者数の増加を予測して準備を整えていかなくてはならない。

・全国的に個別対応（personalization）が行われている。個人がどのようなサービスを必要としているのか、個人の注文に合わせ（tailor-made）ていく。例えばデイサービスセンターに同じ日にいっせいに高齢者が集まるようなやりかたではないということだ。出発点は個人で、個人に大きな選択権をあたえる。ニーズにサービスをフィットさせるのであり高齢者をサービスにフィットさせるのではない。

・私の役割は、いまの高齢者のニーズと将来の高齢者のニーズを見極めることである。NHS がサービスを提供する場合もあれば、市場に対して予算とサービス内容と要求するアウトカムを提示し、それに対して公的セクター、民間セクター、ボランティアが応札する場合もある。直接カウンシルがサービスを提供するものと、民間のサービスプロバイダーが提供する場合がある。

・サービス提供後は、高齢者のニーズに合致しているか、変更の必要性はないか等、契約内容をモニタリングする段階になる。

・今では、デイセンターに集まるということより、個人予算（パーソナルバジェット）に見合ったサービスを提供しようと流れが変わっている。個人が予算を持っているので、個人が何を欲しているかを重視する。例えば、デイセンターではなく美術館に行きたい、などである。

・予防は必須であり、ネットワークを作っているボランティアが参加できる部分である。レジデンシャルケア、ホームケア、病院のケアにおいても、高齢者がたどるであろうプロセス全体をみていく必要がある。

（質問：高齢者の自立を高めるための取り組みは？）

・意図をもってサポートを提供していたのに、結果的に高齢者の依存心を引き出すことがあった。それに対処するアプローチとして、高齢者の自立を促進し自分の人生をコントロールできるようにする「リエイブルメント（re-ablement、再びできるようにする）」がある。その人のできないことではなくできることに焦点をあてる。スキルを失っているかもしれないが、もう一度習えばできることもある。例えば、入院中にスキルを失うこともある。出来るだけ早く退院し、自宅で6週間、リエイブルメントチームで支援する。高齢者のために（for）ではなく、高齢者と共に（with）行うという考え方である。シンプルな例として、病院にいたとお茶を淹れてもらうことに慣れてしまっていて、それができなくなり自信を失う。多くは心理的な問題であり、もう一度習えばできるようになるし、「自分はできる（I can）」という自信にもなる。リエイブルメントチームが高齢者を支援することにより100%自立することが理想だが、そうでなくても小さなサポートで自立ができるような試みをしている。

(質問：リエイブルメントは NHS のサービスか)

・ NHS とソーシャルサービスの両方の枠組みでやっている。リエイブルメントは 6~10 週間の無料サービス。ソーシャルサービスは資金力がある高齢者は有料である。

(質問：誰がどのように行っているのか)

・例えば、ソーシャルワーカーや NHS の OP が自宅訪問して必要なサポートを見極め、2 階へ上がるレールをつけたりする。アラームペンダントなどテクノロジーによるヘルプもある。

・チーム構成は高齢者対象の場合はソーシャルワーカー、OP、介護士の 2、3 人のチームが多い。カムデン区にはすべての年齢グループに対して 80 人のソーシャルワーカーがいる。訪問するのは高齢者 1 人あたり 2、3 人かと思う。あまり多くの人が自宅に行くのはよくないと思う。

(質問：サービスを使うのは高齢者の判断か？誰かがリエイブルメントを勧めるのか?)

・本人がアプローチに同意しなくてはならない。まず、ソーシャルワーカーが専門職としてリエイブルメントの適用の可能性を判断する。リエイブルメントは誰にとっても有効な試みではないからである。例えば、重篤な認知症の場合は効果がない場合もある。病院であれば、医師、看護師、メディカルソーシャルワーカーが判断する。コミュニティの場合はソーシャルワーカーだ。

(質問：いま RSVP に資金援助しているプログラムはどのようなものがあるか)

・カムデンネットワーク、インタッチサービスが資金援助プログラムだ。

(質問：それらの事業への評価はどうか)

・それについては「依存と自立」という議論になる。カムデンネットワークワーカーズのいいところは「高齢者が他の高齢者を助ける」ことを行っている点である。高齢者にはサポートが必要であるという考えもあるが、必ずしもそうではない。高齢者が高齢者を助けたり、子どものケアを支援したりするボランティアをしている。ネットワークワーカーズを通して高齢者自身が刺激を受け、コミュニティへの帰属心を得て、自分の人生、自分の生活をコントロールしているという意識を持つことができるようになる。高齢者ボランティアはいきいきしていると思う。カムデン区がネットワークワーカーズに提供している資金は少ないが、アウトカムは大きく高齢者は資金以上に多くを返してくれている。

・一方で、施設ケアや病院に多額の拠出を行っているが、高齢者の QOL はあまり向上せず、アウトカムは小さい。つまり、お金をかけるタイミングが遅いのではないか。もっと予防の段階でお金をかけることができれば、施設ケアや病院に拠出する金額は少なくなるのではないか。これが国、カムデン区が抱えている課題である。

(質問：高齢者ボランティアによるサポートを受けている人はどのくらいか)

・カムデンには 22,000 人の高齢者がいて、ソーシャルサービスを受けているのは 10% だ。正確な数はわからないがかなりの数がボランティアセクターとかかわっている。有償ボランティアを利用している人、コミュニティセンターを利用している人もたくさんいる。カムデンにはコミュニティにお返しをしたいと思っているボランティアが多い。自宅から出られない脆弱な高齢者、孤立している高齢者に対する活動のほかにも若者に対しての活動も行っている。自治体としては資金援助はしていない。

・高齢者がカムデン区のポリシーに影響を与えた例がある。西カムデンの高齢者が、視覚障害者で移動の障害がある人にとってシルバンハイロード (Sylvan High Road) を歩くことがいかに難しいかを示した短編映画を製作した。それを政策担当者、交通担当者が見て障害者や高齢者の

視点に気づくことができた。

(質問：行政から、ソーシャルサービス利用者にボランティアを紹介することはあるか)

・ソーシャルサービスはニーズが高くなければ受けられない。ソーシャルサービスが決まると我々はケアパッケージをアレンジする、その中にボランティアセンターから受けられるサービスが含まれる。アセスメントの結果、ソーシャルサービスを受けるほどのニーズはないが、自治体として必要なサービスを提供しなくてはならないというような対象者には情報提供をする。その中にボランティアセンターからのサービスのアドバイスが含まれる。

(質問：個人予算 **personal budget** の仕組みは既に導入されているか)

・高齢者自身からも複雑だという声がでていますが、ソーシャルワーカーがニーズアセスメント、つまりソーシャルサービスの資格を審査する。計算式があり、本人のニーズを満たすための必要額が算出される。仮に1週間に200ポンドとすると、そこで2つのオプションがある。1つは高齢者自身が200ポンドを自分で管理して自分のニーズを満たすサービスを選択する。もう一つは、自治体が本人に代わって予算を管理しサービスを決定する。認知症高齢者は自治体が管理するタイプになる。本人が自分のニーズを満たすための予算を知るという意味で透明な制度になっていると思う。個別対応 (**personalisation**) という考え方も結びつく。

(質問：どちらのオプションが多いか)

・高齢者は後者の自治体の管理が多い。若者(精神障害、身体障害)は、前者を選ぶ人が多い。若者の方が個人主義で、消費者意識がある。

(質問：支給額の使途は管理しているか)

・使途のモニタリングは最小限にとどめる。本人に使用する裁量があるがニーズが満たされるような使い方をしなければならず、その人のニーズに合っていることを本人が示さなければならぬ。例えばタバコには使えないが仕事を探すためにPCが必要であればPCには使える。

(質問：ソーシャルサービスで予防を目的とした給付はあるか)

・健康診断はGPが行い、心臓病、糖尿病の兆候をチェックしている。高齢者の脆弱、孤立などの問題はボランティアセクターが行っている。ソーシャルサービスは高いニーズをもっている高齢者へのサービスを行っており予防的な事業は行っていない。AgeUKやCSVなど、コミュニティベースに強い団体に資金提供はしている。

(質問：施設よりも在宅ケアを重視する傾向はあるか)

・カムデンでは、本人のためにできるだけ長く自宅で生活できるよう努力している。ナーシングケア、レジデンシャルケアは減少している。この取り組みは成功している。

(質問：高齢者への教育の中でボランティア活動に誘導するような仕掛けはあるか)

・いいアイデアだとは思いますが、実際に行われているのかはわからない。ネットワークの多くが成人教室 (**adult learning**) で学んでいるという事実はある。

(質問：認知症のケアの状況は)

・良い対応ができているところとそうでないところがある。病院での認知症高齢者へのケアの貧しさも聞く。GPのレベルも様々で、素晴らしいGPはすぐ症状を見極め認知症に対する共感も持っている。ただしGPがフルにアセスメントする必要はなく、認知症の疑いがあればローカルメンタルヘルストラスト(心理の専門家が運営)のメモリーサービスに紹介すればよい。



ディストリクトナース

Stephen Meechan, St Pancras 病院ディストリクトナースサービス マネージャー

- ・こちらは病院ではなくコミュニティベースのサービスを提供している。患者は自宅にいるということになる。ここはリハビリ施設で、卒中や脳の疾患を患った方のリハビリを行っている。
- ・我々は 2 つの大きな病院とともに取り組んでいる。一つがイングランドで最も成功している UCLH (University College London Hospitals)。これらの病院はたくさんの病床をもっていて、我々が担当している部分は、退院する人が健康に暮らしていけるようにサポートすることだ。また、より早く安全に退院するためのサポートを行っている。
- ・我々はコミュニティの中でサービスを提供している。コミュニティではディストリクトナースが患者のケアをする。そして患者がより安全により元気に自宅で暮らせるようにサービスをする。
- ・そのうちの一つがけがのマネジメントである。高齢で衰弱している人が多いので、皮膚もけがをしやすくなっている。そういう人たちのけがの悪化を防ぐ、そして治癒を早くするためのサポートをする。過去にはそういう人たちは長期入院をしていたが、いまはコミュニティでけがの治癒を図っている。例えば包帯を換えたり、褥瘡の予防のサポートをしている。
- ・もう一つのサービスは薬、特にインシュリンの管理。患者の多くに認知障害、認知症があるので我々の看護師が正しく患者が薬を飲んでいるか、またインシュリンを投与しているか確認している。我々のナースングサービスは 24 時間 365 日である。
- ・経管栄養 (PEG)、点滴静脈注射 (IV) などかつては病院で行われていたことがいまではコミュニティで行われている。
- ・最近のサービスとしてはいわゆる「在宅病院 (hospital at home)」というサービスを行っている。これも病院を助けることになっている。つまり、ハイスキルなナースが患者に付き添って自宅でサービスを提供する。以前は 10 日間入院していたような患者が 5 日間だけ病院にいて、そのあと 5 日間家でハイスキルなナースのサービスを受ける。
- ・患者の多くがそのような形で早期に自宅に戻っていくということになるが、いわゆる臨床的なサポートが終わっても自宅でのソーシャルケアのニーズは継続的に残る。これは個人のニーズということになるが、例えば服を着たり、食事をしたり、トイレに行ったり、買い物をしたりといったことをソーシャルサービスが行うこともあれば、我々がサービスを提供することもある。「ケアリンク」というそのようなサービスを提供する組織を持っている。
- ・それから、患者が家に戻ってしまうと医療的な責任は GP にある。それで我々は GP と一緒になって包括的、統合的なサービスも提供している。
- ・あと、カムデンではうまくいっているが、2 つの病院がコミュニティで、メンタルヘルス、ソーシャルサービスを統合的な形で行っている。これが非常にうまくいっていて、これを我々は「複合ケアプログラム (complex care program)」と呼んでいる。
- ・私のチームにはナースとセラピストがいるが、チームのスタッフが GP と一緒になって早期に患者の健康状態とソーシャルケアのニーズをみてアセスメントを行い悪化予防に努める。つまり、自宅で患者をサービスが取り巻いてより健康な状態でいられる状況を作り出している。
- ・このようなケースの場合には、まず GP から紹介が来て我々が入っていく。それで包括的にそ

の患者はどのようなサービスが必要か、患者にベストなサポートを提供するアクションプランを立てる。つまり我々のサービス、メンタルヘルスのサービス、ソーシャルケアを検討し、我々のスタッフの臨床医と GP が相談してこの患者のベストな臨床的な方法について合意をしていく。

・我々のところのユニークなサービスとしては、学際チーム (multi disciplinary team) というものがある。これは GP が主導して行う 1 週間に 1 度のミーティングである。GP、ヘルスケア、ソーシャルケアのプロ、それからメンタルヘルス関係者、ボランティアコーディネーター、2 つの病院の高齢者ケアコンサルタント (部長医) が一緒に患者のケアについて会議を行う。患者の同意が必要で、認知障害がある場合は患者のケアラーの合意をもらっての会議ということになる。

・入院を繰り返す患者は一般的に入院しているときにより病気が進み混乱してしまう。つまり、自治体にとってはコストがかかるということになる。患者は自宅にいるほうがより安全でより健康的なので患者にとってもいいことであり、ソーシャルケアのコスト的にも安く上がる。

・他のサービスとしては、在宅の患者のサポートサービスがある。「迅速対応サービス (rapid response service)」といって、GP、病院、あるいは私のチームの誰かが患者を訪問して様子がよくないと、すぐに病院に送らずにまずアセスメントを要請する。そうして迅速に対応する。そして私のチームのナースやセラピストが、自宅でより健康的に暮らしていくために追加サービスが必要かアセスメントを行っていく。その結果、すぐに病院に送る代わりに例えば私のチームのナースやセラピストの訪問回数を増やしたりする。あるいはもう少しパーソナルケアが必要かどうか、サポートがうまくいっていない場合は介護の方法を変えるサポートも行う。

・「迅速対応サービス」の対象になるのは主に床ずれのある人である。転倒するとこのような問題を抱える人が多くなるので、月曜から金曜の 9 時から 3 時まで無料で転倒を予防するプログラムがある。やはり入院しなければならないケースも出てくるが、まずはアセスメントをする。

・最後は「長期状態管理 (long-term condition management)」で、24 時間体制で入院中にリハビリをするサービスである。長期状態とは長期にわたる症状を持っている人ということで、糖尿病や心疾患、慢性閉塞肺疾患 (COPD) の患者への、看護師、セラピストの対応である。これは病院のコンサルタントと相談をしながら、ナースと一緒に患者へのサポートを行っている。

・リハビリは卒中と脳疾患のリハビリがある。医療 (medical) モデルではなく健康回復 (therapeutic) モデルである。University College の超緊急卒中 (hyper-acute stroke) ユニットと連携している。これはイングランドで非常に成功している取組みである。我々はそこでリハビリをコミュニティで行う役割を担っている。これを我々は「在宅に戻る (ステップダウン、step down)」と呼んでいて「できるだけすべてをステップダウンさせよう」という理念で動いている。つまり患者に教育を行い、患者が自分で自分を助けられる (自助) ようにすることだ。

・我々のサービスは、急性期患者に関して病院とタイアップする包括サービスで、時には「病院に入る (ステップアップ、step up)」、つまり病院に入院させなければならないこともある。

・我々は退院支援 (inreach)、入院支援 (outreach) 両方の活動を行っている。ステップアップの場合は我々のチームのナースが病院に患者を引き渡す。必要な情報を渡し、いろいろな引き継ぎをして「上昇 (step up)」をする。ステップダウンの場合、つまり退院する人がコミュニティに入って行く場合も我々のナースが病院側と一緒にいろいろな情報を渡していく。

仮想3 ケースによるケーススタディ

	サービスプロバイダー（チャリティ） Denise Murphy, Trustee of Independent Age	地域ボランティア組織 Maria Cotrini, Project Manager of RSVP Camden Networkers project	サービスプロバイダー（民間） Julian Hutchings, Manager, Plan Care	ディストリクトナース Stephen Meechan, Manager of District Nurse Service, St Pancras Hospital
<p>1) 仮想ケース1: A 夫人（身体自立度が軽度、認知症なし）                  A さんは 80 歳の自宅でのひとり暮らし（or 自立型高齢者住宅に単身で暮らしている）の女性である。夫は 3 年前に他界している。屋内での生活はおおむね自立しているが、歩行に不安定な時があり、それに伴う尿失禁が見られる。徒歩での長時間の移動が困難で、通院にはタクシーなど A さん以外が運転する車を利用しており、食品などの日用品の買い物への負担も高まっている。（Barthel Index : 65 点）。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は 2 か月に 1 度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。                  （参考）Barthel Index 65 点                  ①食事：10 点、②車椅子・ベッド間の移乗：10 点、③整容：5 点、④トイレ動作：5 点、⑤入浴：0 点、⑥歩行・車椅子の推進：10 点、⑦階段昇降：5 点                  ⑧更衣：10 点、⑨便コントロール：5 点m⑩尿コントロール：5 点</p>				
Q1: A さんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。	・重要なことが 2 つある。ケアが必要な人のアセスメントをする が、その段階で重要なことの 1 つは所得、収入だ。その人の収入によって受けられるケアのレベルが決まってくるので非常に重要。2 点目としては誰でもコミュニティケアアセスメントという評価を受ける権利を持っていることだ。その人が住んでいるところの地方自治体のしかるべき部門の担当者が家に行ってその人のニーズを全体的な観点から評価をしていく。しかし問題は、このアセスメントには時間がかかるということだ。ケアが必要で申請をしてからアセスメントを受けて結論が出るまでにかなり時間がかかってしまう。	・ケース 1 では、私はこの方にカムデン地区で運営されている転倒予防プログラムに参加してもらおうと思う。このプログラムは、ソーシャルサービス以外に、チャリティでも運営している。ここでは様々なトレーニングセッションが行われ、どうすれば転ばないかという話もするし、もう転倒をした人には回復のためにプロの理学療法士のトレーニングセッションも行っている。病院の理学療法とは全く違って非常にフレンドリーで、転倒してしまった人が行きやすい環境でプロの理学療法士によるトレーニング、予防、回復を行っている。 ・この方は一人で住んでいるので、私はさらに電話で高齢者と話をするボランティアに連絡して、この方に週に 1 回か 2 回電話をしてもらおうと思う。そして電話を通じてお互いを知りあってもらう。このボランティアはクライアントの状況がある程度知っているの、例えば転倒予防プログラムに今週行きましたかとか、太極拳のセッションに行きましたかとか、自分で持っている情報にもとづいて聞いたりする。そういう定期的な電話のやり	・一般的にユエーザーの大多数は、例えば朝起きたときの手伝い 30 分、ランチ時間に 30 分、夕方に 30 分というサービスを受けている。食事の用意から実際に食べるパーソナルケアになる。 ・この A さんについては 1 週間に 1 時間から 2 時間以上のサービスを受けているとしたら驚き	・我々はカムデンケアラズ、カムデンボランティアと密接に仕事をしている。ケース 1 の方は身体的なヘルス、メンタルヘルスのニーズがあれば例えば買い物の手伝いをしたり、友達がいない人には話し相手になってもらったり、刺激を与えるためにボランティアとの連携ということになるかもしれない。カムデン
Q2: Q1 で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。				
Q3: 介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、A さんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。				
Q4: A さんに対するサービス提供は、予防的な観点もしくはは				

<p>自立支援の観点は重視されますか？</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・このAさんの例では、5つの点で問題があると思う。</li> <li>・1つ目は住んでいる家。この家をもっと容易に住めるようにどこかを変えなければいけない。</li> <li>・2つ目は買い物に行くのも困難であるということ。</li> <li>・3つ目は出かけるときにこの人に交通手段がないということ。</li> <li>・4つ目は失禁。</li> <li>・さらに、これらの4つの問題があればおそらくこの方は孤独ではないかと考えられる。</li> <li>・以上の5つをすべて包含した形でアセスメントを行っていく。</li> </ul>	<p>取りを通じて、クライアントの具合が悪いときは電話によるやり取りで察知していく。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・我々の意図はサービスを使うすべての人の独立性をサポートすること。予防も非常に重要な要素だ。それを推進する様々なサービスがあることをクライアントに知ってもらわなければならない。病院が運営している送迎サービスがあるが知らない人が多い。あるいは知っていても面倒だとか、待つのが嫌だとか、予約を忘れてたりして使わない人も多いのでサービスを知ってもらって、使うモチベーションを上げていく。こういう交通機関は安全でお金もかからない。また一人だけではなく通常は2人とか3人の送迎をするので他の人と出会うチャンスにもなる。タクシーで行くと、運転手は乗客の具合が悪くなっても気にしないので病院に連れて行ってそれで終わりだ。送迎サービスを使った方が本人のためにもよい。</li> </ul>	<p>である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ユーザーが払う額は所得に応じて変わり、その金額と我々が地方自治体に払ってもらうお金はイコールにならない。全額払っているかもしれないし払っていないかもしれない。</li> </ul>	<p>ケアラーズとかボランティアは無料サービス。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・軽度な失禁があるので、GPに我々が連絡をして失禁のアセスメントを受けるようにアレンジをする。ただもちろん本人にこれは問題ですかと確認してからのことになる。</li> </ul>
<p>2) 仮想ケース2：B夫人（身体自立度が軽度、軽度～中程度の認知症あり）  Bさんは80歳の自宅でのひとり暮らし（or自立型高齢者住宅に単身で暮らしている）の女性である。夫は3年前に他界している。身体的な自立度は比較的高いが、最近認知症の症状が見られるようになり、それに伴う日常生活に一部介助が必要となってきている。身だしなみが整えられない、トイレの場所等の見当識が見られるのに加え、尿意などを感じにくくなって時おり尿失禁が見られる。また、最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった（Barthel Index：75点、MMSE：20点）。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は2か月に1度程度である。経済状態もその地域で標準的である。  （参考）BarthelIndex 75点  ①食事：10点、②車椅子・ベッド間の移乗：15点、③整容：0点、④トイレ動作：5点、⑤入浴：5点、⑥歩行・車椅子の推進：15点、⑦階段昇降：10点  ⑧更衣：5点、⑨便コントロール：5点、⑩尿コントロール：5点</p>				
<p>Q1：Bさんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症が進んでいるということなので、まずGPのところに行ってアセスメントをしてもらう。GPの診断によってコンサルタントと呼ばれる高齢者専門医に紹介されて、最終的に診断してどんなケアが必要なのか決定する。一番理想的なドクターは老年精神医だ。多くの場合は、ソーシャルコミュニティケアアセスメントの人が社会的な観点でアセスメントを</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ここでは身体的な障害ということに重きが置かれているが、我々は包括的にその人のフィジカル、メンタルの全部をみながらどういうケア、サポートが必要かを見る。一番重点的に見ているのはその人の社会への参加という社会的な側面で何が必要かということ。それに合わせてフィジカル、メンタル両方を見る。ニーズを見ながらサービスの内容を考える。</li> <li>・特にロンドンでは様々なコミュニティがあり、そのコミュニティを通じてその人に何ができるか、非常に実際的な形でサービスの内容を吟味していかなければならない。</li> <li>・例えば認知症の人は外出すると道に迷ってしまう。そのようなとき、地域の人たちが認知症をわかっていないと誤解されてしかるべきヘルプがなかなか提供できない。なので地域の人た</li> </ul>	<p>（ケース1と異なるところ）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の人のサービスのニーズは、認知症のない人より大きくなる。</li> <li>・しかし認知症だからこのサービスを受けられるという形にはなって</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・この患者はパーソナルケアサポートを受ける。つまりソーシャルケアのサポートである。</li> <li>・認知症の治療を受けているとナースが自宅に出向いて助ける。尿失禁があるとその治療も</li> </ul>
<p>Q2：Q1で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。</p>				
<p>Q3：介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、Bさん</p>				

<p>の日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。</p>	<p>して、同時にコンサルタントが医学的な観点でどういうニーズがあるかをみる。 ・例えば失禁がある場合、通常の人失禁と認知症の人失禁ではレベルがかなり違う。認知症が進んでいる人の失禁ということであればレジデンシャルケアに移される可能性が強くなる。それで、薬の投与や医学的介入が必要ないければ全部ソーシャルケアの中に入っていきと思うし、投薬などの医学的介入が必要であればNHSが運営しているナーシングホームに入る可能性が強くなる。 ・国が運営しているボランティア組織というものもある。アルツハイマー・ソサエティでもデイセンターを運営していたりあるいは家族のためのサポートを提供している。</p>	<p>ちに認知症を認識してもらうために我々は活動している。地域の人に知ってもらって、認知症の人を酔っ払いと間違わないで認知症だとすぐ気付いてもらえるような状況を作っている。 ・認知症の人が外出するときに自分の名前、住所、電話番号、緊急連絡先の名前と電話番号などが書かれたものを必ず持ってもらうとか、あるいは一人暮らしのためのチェックリストも作っている。これは認知症の人に限らないチェックリストである。名前、誕生日、住所、夫や妻の名前と亡くなっている場合その旨書いてある。非常にシンプルだが利用価値は高い。これをその人に常時持ってもらうとか、あるいは目に付くところやドアのそばに貼ってもらう、あるいは隣人に渡しておく。 ・実際の例として、あるボランティアの人が亡くなっていて、だれも気付かなかったことがある。 ・なので、一人暮らしの人がいたら我々のコミュニティグループの人たちが交代で毎日朝と夕方に必ず電話をして大丈夫かどうかチェックする。実際に、3時に電話しても出ない、7時に電話しても出ないことがあった。心配になったのでボランティアがソーシャルサービスに連絡をして、ソーシャルサービスが行ったところ、その人は具合が悪くて倒れていてすぐに入院となったことがある。あるいは2、3日全然連絡がつかなくてボランティアがソーシャルワーカーに連絡してチェックしたら入院していて心配しなくていいということだった。周りの人がその人のことをチェックすることは非常に重要だ。</p>	<p>いない。 ・テレケアにかかわるが、テクノロジーを使っているケアもある。例えば認知症の人のベッドにセンサーをつけておいて、その人がベッドから離れて一定時間たっても戻らなければ中央管理事務所にセンサーが連絡する。あるいはその人が家を出て戻ってこない連絡が行くシステムである。</p>	<p>受ける。 ・テレケア、テレホームも提供されるだろう。様々なデバイスを有効に使うプロジェクトだ。 ・薬を飲むように言ったり、認知症の人であればその人が慣れ親しんだ声、例えば娘の声で、どこかに行こうとしているときに「どこに行くの」と声をかけるなど、デバイスを活用できないかというプロジェクトだ。</p>
<p><b>Q4</b> : Bさんに対するサービス提供は、認知症であることへの観点は重視されますか？</p>				
<p><b>Q5</b> : Bさんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。</p>				
<p><b>Q6</b> : Bさんの経済状況が良い／悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。</p>				
<p><b>3) 仮想ケース 3 : Cさん (身体自立度が中程度、認知症なし)</b> 仮想ケース内容 Cさんは75歳で自宅でのひとり暮らしの男性である。妻は2年前に他界している。1年半前に脳梗塞を発症したことにより、右麻痺がある。自力歩行が困難であり、自宅では車椅子での生活をしているため、移動に関しては困難なことが多い。ただし、本人が入院中にリハビリに励んでいたこともあり、左手をうまく活用して、日常生活の中でも、整容の自立や食事の一部介助があれば自ら摂取することができる。(Barthel Index : 40点)。子どもは遠方に住んでいる長女がいるが、仕事をしており、訪問は1か月に1度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。 (参考) Barthel Index 40点 ①食事 : 5点、②車椅子・ベッド間の移乗 : 5点、③整容 : 5点、④トイレ動作 : 5点、⑤入浴 : 0点、⑥歩行・車椅子の推進 : 0点、⑦階段昇降 : 0点 ⑧更衣 : 10点、⑨便コントロール : 5点、⑩尿コントロール : 5点</p>				
<p><b>Q1</b> : Cさんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量(時間や給付費用額)およびサービス内容について</p>	<p>・通常身体に何らかの障害が出てしまうとGPに行っても病院に行くということになる。それは全部NHSなので無償。</p>	<p>・この場合もまずその人と話をしニーズについて理解しなければならぬ。そしてその人に対して例えば理学療法や歩行のための運</p>	<p>・このケースの方はトイレのサポートが必要だと思う。1日に3回~4回の訪問サービスを受けることになるのではないかと。それはソーシャ</p>	<p>・卒中の患者で病院に入院していたということだ。ここには卒中の専門ユニットがあ</p>

<p>て教えてください。</p>	<p>・NHS で提供される理学療法はあるが、リハビリは非常に短期間だけ療法が施される。その後もその療法を受けたいのであれば、この人はある程度の所得もあるので自己負担でやるのが可能だ。</p>	<p>動などについての情報をこちらから提供する。</p>	<p>ルサービスだ。自治体によっては最低の訪問時間を 15 分にしていると</p>	<p>るので我々としては入院から自宅に戻るためのリハビリの部分のサポートをすることになると思う。</p>
<p>Q2：Q1 で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。</p>	<p>・それから彼が住んでいる家の改修も自己負担で OK かと思う。しかし、家の改修の自己負担が難しいということであればコミュニティケアアセスメントのオフィサーを呼んで評価をしてもらうことは可能だ。さらにそこから理学療法士に紹介してもらって家の改修などについて評価、決定をしてもらうこともできる。</p>	<p>・そして歩行もできない、手が不自由というところを改善するための様々なサポート、リハビリテーションのサービスをコミュニティベースで提供しているのでそれを彼が利用できるようにする。そしてその人が参加するクラブで椅子を使った運動なども行う。そういう施設は全部バリアフリーになっているのでこの人が利用しても大丈夫なはずである。</p>	<p>この人の場合は朝起きたときに 1 時間、ランチタイムに 30 分、そして夕方に 30 分、またベッドタイムに 30 分が典型的な感じだと思う。</p>	<p>・セラピスト、パーソナルケア、ソーシャルサービスは、13 週間はリエイブルメントで無料のはずだ。カムデン区では統合的・包括的なシステムができていて患者のニーズが分かればそのシステムで対応できる。</p>
<p>Q3：介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、Cさんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。</p>	<p>・しかしこの人は認知症がないしある程度お金もあるということなら、自己負担でいろいろなサービスをより受ることになると思う。自己負担しないと待ち時間も長くなるし、サービスのレベルもまちまちになるので自己負担するという事はいろいろな意味でベターな点が多い。</p>	<p>・自分でなかなかそういうところにいけないのであれば我々の知っている移送サービスを提供している団体に連絡を取ってその人の送迎サービスをしてもらう。基本的にはソーシャルサービスが提供しなければいけないが、それ以外にもコミュニティにはあらゆるサービスがあるので彼がなるべく活用できるように我々はモチベーションを高めたり手助けを行う。</p>	<p>・アセスメントは地方自治体のソーシャルワーカーが行って、何ができるのか、どのくらいの自立の程度か見る。項目としては食事の用意、買い物、ベッドに一人で入れるか、身だしなみができるかアセスメントを行う。ただアセスメントは我々が関与する前の段階で行われて決まったことが我々に報告されるので、どのようにアセスメントをしたかなぜそのようなサービスが必要と判断したのか我々は知りえない。</p>	<p>・NHS では裕福さをアセスメントするのはその人が施設に行く場合だ。</p>
<p>Q4：Cさんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。</p>	<p>・Cさんの経済状況が良い／悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。</p>	<p>・地方自治体によってアセスメントの方法が違い、地方自治体の資金力も関係する。それで、大体は同じとは思いますが、必ずこういうケースの人がこういうサービスを受けるとは言い切れない。</p>	<p>・地方自治体によってアセスメントの方法が違い、地方自治体の資金力も関係する。それで、大体は同じとは思いますが、必ずこういうケースの人がこういうサービスを受けるとは言い切れない。</p>	<p>・地方自治体によってアセスメントの方法が違い、地方自治体の資金力も関係する。それで、大体は同じとは思いますが、必ずこういうケースの人がこういうサービスを受けるとは言い切れない。</p>
<p>Q5：Cさんの経済状況が良い／悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。</p>	<p>・地方自治体によってアセスメントの方法が違い、地方自治体の資金力も関係する。それで、大体は同じとは思いますが、必ずこういうケースの人がこういうサービスを受けるとは言い切れない。</p>	<p>・地方自治体によってアセスメントの方法が違い、地方自治体の資金力も関係する。それで、大体は同じとは思いますが、必ずこういうケースの人がこういうサービスを受けるとは言い切れない。</p>	<p>・地方自治体によってアセスメントの方法が違い、地方自治体の資金力も関係する。それで、大体は同じとは思いますが、必ずこういうケースの人がこういうサービスを受けるとは言い切れない。</p>	<p>・地方自治体によってアセスメントの方法が違い、地方自治体の資金力も関係する。それで、大体は同じとは思いますが、必ずこういうケースの人がこういうサービスを受けるとは言い切れない。</p>

