

2018年

保健・医療・介護・福祉視察研修

2018.7.8 - 7.14

イギリス

London



はじめに ～イギリスの医療・福祉について～ 3

国診協海外保健・医療・介護・福祉視察研修団団長

滋賀県・公立甲賀病院名誉院長・特別顧問

全国国民健康保険診療施設協議会顧問

富永 芳徳

国診協海外保健・医療・介護・福祉・視察研修

参加者名簿 8

視察日程 9

写真でみる研修記録 10

高齢者福祉団体

エイジUKカンタベリー 19

みずほ情報総研(株) 医療政策チームコンサルタント

広島県・公立みつぎ総合病院保健師長

種田 郁子

高瀬 奈美

高品質で安全で革新的なケアを提供

カムデン・アンド・イズリントン・ NHSファウンデーション 26

香川県・三豊総合病院看護師長

徳島県・美波病院長

守谷 正美

本田 壮一

高齢者の生活の質を向上させるサービスを提供

エイジUK ロンドン 32

鳥取県・岩美病院副診療部長

広島県・公立みつぎ総合病院保健師長

小谷 泰広

高瀬 奈美



ホスピスケアを提供する慈善団体

ノース・ロンドン・ホスピス

38

滋賀県・公立甲賀病院感染制御部看護師長 木下 桂
みずほ情報総研(株)医療政策チームコンサルタント 種田 郁子

末期認知症患者にもホスピスケアを提供する慈善団体施設

ロイヤル・トリニティ・ホスピス

46

香川県・三豊総合病院循環器科主任部長 高石 篤志
香川県・三豊総合病院看護師長 守谷 正美

アドミラルナースを養成する民間団体

ディメンシアUK

54

香川県・三豊総合病院管理課長 石津 寛文
滋賀県・公立甲賀病院薬剤師主任 木田有日子

地域住民に病院や地域社会のサービスを提供

ロンドン・ノース・ウエスト・ユニバーシティ・ヘルスケア・ノースウィックパーク病院

62

徳島県・美波病院長 本田 壮一
滋賀県・公立甲賀病院感染制御部看護師長 木下 桂

はじめに ～イギリスの医療・福祉について～

富永 芳徳

国診協海外保健・医療・介護・福祉視察研修団団長
滋賀県・公立甲賀病院名誉院長・特別顧問
全国国民健康保険診療施設協議会顧問



日本の人口は1億2,649万人で、高齢化率28%と世界一となっている。戦後の経済復興と共に国民皆保険制度（1961年）が達成され、医療提供体制の充実による国民の健康増進により、平均寿命は香港に次いで世界第2位（男性81.7歳、女性87.3歳）となってきたが、健康寿命（男性72.1歳、女性74.8歳）との差は約10年あり、健康寿命の延伸が課題となっている。

一方、出産可能年齢女性の減少、合計特殊出生率（1.44）の低下により少子超高齢・人口減少・多死社会に突入している。ちなみに2017年の年間出生数は94万1,000人、死亡者数は134万4,000人で40万人の減少となっている。このまま推移すると2050年代には毎年90万人の人口減少となり、2060年の日本の人口は約9,000万人、高齢化率40%になると推計されている。高齢化率の進行と共に認知症高齢者も増加の一途であり、2012年の認知症高齢者は462万人が2025年には730万人となり、高齢者の5人に1人が認知症となると推計されている。

このような状況下、2015年度の社会保障給付費は120兆円（うち医療給付費39.5兆円、介護給付費10.5兆円）が、2025年度には150兆円（うち医療給付費54.0兆円、介護給付費19.8兆円）になるとされている。この要因として、若人の17万円に対し、後期高齢者の医療給付費は86万円と約5倍となっていることが挙げられる。現役世代人口が減少し高齢者が増加すれば、負担に耐えきれない状況となる。現に国の債務残高は1,100兆円で、対GDPの232%にもなっているのが現状である。国では、社会保障制度の改革が喫緊の課題として保健・医療・介護・福祉の抜本的な改革が推進されている。2012年8月、社会保障制度改革法が成立し、同年12月いわゆるプログラム法が成立した。これに基づく措置として2014年6月、医療・介護総合確保推進法が公布され、順次施行されている。高齢者の増加と共に治す医療から治し支える医療への転換が進められるなかで、①地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化・連携の推進、②新しいニーズに対応できる安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実、③医療従事者の負担の軽減、働き方改革の推進、④効率的・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上等が求められている。

今回の法改正を踏まえ、病院完結型医療から地域完結型の医療へと転換され、その手



法として病床機能報告制度に基づき、2015年より地域医療構想が策定された。地域医療ニーズと医療提供体制の整合性を目指し、超高齢社会に伴う疾病構造の変化を踏まえ、高度急性期、急性期、慢性期病床の削減と回復期病床の増加の結果、トータル16万床の削減を図り、在宅医療を充実させ、質の高い医療・介護サービス提供体制を確立して医療・介護給付費の適正化を実現して少子超高齢・人口減少社会に対応可能な社会保障制度を再構築することである。具体的には「予防」「医療」「介護」「住まい・住まい方」「生活支援・福祉サービス」について多職種協働によってフォーマル、インフォーマルな地域資源を総合的に組み合わせ、個人・個人が可能な限り住み慣れた地域で最期まで生活できる体制を構築することである。

全国の国保直診では1970年代後半より地域包括ケアシステムを構築して地域包括医療・ケアを実践し、設置市町村において医療・介護費用の適正化を実現し、豊かな地域社会づくりに貢献してきた。このことは国保直診が最も先進的であることを示している。国診協では1993年よりヨーロッパ先進諸国の保健・医療・介護・福祉制度の視察研修を開始し、その成果を地域医療に生かし、国にも提言してきた。第20回の今回は2007年、2008年に訪問したイギリスの制度を視察研修することになり、7月8日から7月13日の6日間カンタベリー市、ロンドンを訪問した。今回は主として高齢者ケア、認知症ケア、終末期ケア、地域における統合的ケアについて研修し、日本の保健・医療・介護・福祉サービス提供にとって参考となる多くのことを学ぶことができた。

イギリスの面積は24.3万平方キロメートルで日本の約3分の2の大きさであるが山が少なく平地が多い。人口は6,565万人(2016年)で高齢化率18%(2016年)と、日本と比べて低く合計特殊出生率は1.79(2016年)であるが人口は0.8%の増加率(2015年→2016年)で毎年40万人～50万人増加している。これは移民や難民によるものと考えられるが、これらの人々に対する福祉政策が実施されている。1948年に設立されたNHS(国民保健サービス)は国営で150万人の従業員をかかえ世界でトップ5に入る組織であり、全国民に保健・医療・介護・福祉サービスを提供している。

年間予算1,220億ポンド(19.5兆円)であり、日本の医療費42兆円より少なくなっている。

人口1万人当たりの医師数27.4人(日本23.0人)、看護師数88.2人(日本115人)、人口1万人当たりのベッド数30床(日本130床)、急性期病床の平均在院日数7.5日(日本16日)となっている。

イギリス国民、及びイギリス滞在の外国人でもNHSに関わる医療費は全て無料であるが薬剤費については1処方につき8ポンド(1,300円)は有料となる。NHSの中でもNHS Foundation Trustと言われる病院はある程度裁量権があり10%程度私費患者の入院が認められている。

NHS病院ではやはり入院待ちが長く、病室も必ずしも快適でないこともあり、全額自己負担の民間病院に入院する患者もいる。その場合民間医療保険を使うことができ、

保険の契約によって自己負担率が異なってくる。

NHSの財源は80%以上が租税、国民保険からの拠出金18%強、患者負担1%強となっている。このところ国からの予算は削減をされてきており赤字病院が多く、日本と同じく医師・看護師不足が続いている状況である。しかしイギリスがEU離脱を決めてから200億ポンド(3.2兆円)の追加予算が2018年7月に決定されたとの報道があり、NHSにとっては朗報である。NHSのポリシーは「よりよい医療」「よりよい介護」「持続性のあるサービス提供による一人当たりのコストの削減」であり、指針となる原則は

- ①万人が利用可能な網羅的サービス
- ②病人のニーズに応じた受入れ体制
- ③高い医療水準
- ④患者がすべての中心
- ⑤NHSの垣根を越えた活動
- ⑥税金に対して最高の価値ある医療提供
- ⑦患者・住民・地域社会に対する説明責任

であり、公平性・透明性・法令遵守を謳っている。

General practitioner (GP) の役割



医学部にストレート入学した場合6年、カレッジを卒業後メディカルスクールに入学した場合計8年で卒業し、1年間臨床研修後3年間専門研修をしてGPの資格を得る。最近では複数のGP(5~6名)で診療所を開設し、一人当たり住民1,500~1,800人の健康を管理する。GPはそれぞれ得意とする専門分野を持っている。診療時間は原則午前8時から午後6時半であり、患者は「外来受診」「電話相談」「在宅医療」を選択できるが予約制となっている。急な健康問題に対しては「当日枠」があり当番医が担当する。診察時間は患者一人当たり8分~10分となっており、必要と判断されれば病院に紹介される。夜間については夜間専用GP診療所や無料の「111」番電話相談もあり、必要と判断されれば救急車要請や病院に紹介されるシステムとなっている。カルテはすべて電子カルテ「登録制」で一元化されており、多職種が情報共有できるので効率的で無駄がない。GP診療所ではNurse practitioner (NP) が軽度な治療行為や慢性疾患のケアなど診療所の約2分の1の患者の治療・ケアを担当し、GPの負担を軽減している。イギリスでも高齢化の進行と共に認知症患者も増加し、高齢者ケアや認知症ケアが専門の訪問看護や施設ケアによって行われているが住民の全ての情報はGPと連携されており、GPがプライマリケアのキーパーソンとなっているのが現状といえる。



高齢者ケア



イギリスの人口は6,565万人、高齢化率18%で日本より低いがやはり高齢化は進行しており高齢者ケアが推進されている。エイジUKカンタベリーとエイジUKロンドンを訪問した。第二次世界大戦後ボランティアが「高齢者のためのランチクラブ」を開設したのが始まりである。全国組織の慈善団体で日本の社会福祉協議会に相当する機関である。ボランティアが多く参加し、55才以上の高齢者や認知症高齢者に対し、「ランチサービス」「ゲーム」「身体活動」「フットケア」「スポーツ活動」等のデイサービスや訪問サービスも行っており、高齢者の生活の質を向上させるための取組みが行われている。運営に関する費用はNHS、自治体からの予算、寄付、利用者負担等で賄われている。

認知症ケア



日本では認知症対策としてオレンジプラン（2013年～2017年）、新オレンジプラン（2017年～）が実施され認知症高齢者にやさしい地域づくりが推進されている。イギリスでは認知症国家戦略（2009年～2014年）として認知症ケアを位置づけ多額の予算が計上され、認知症の人と家族のQOLの向上のため、3つの基本理念と18の政策目標が策定され認知症ケアが推進されている。ヒューマニティーに基づくアプローチとケアである。

今回、NPO法人「デメンシアUK」を訪問し、その活動について研修した。この組織では認知症専門看護師「アドミラルナース」を養成認定している。アドミラルナースはNHSの病院、社会福祉機関、施設、クリニック、訪問看護等ヘルスケア、ソーシャルケア両面で活躍し、コーディネーターとして認知症の人とその家族のマネージメントをしてQOLを向上し、NHSの経費の節減にも大きな貢献をしている。

終末期ケア



イギリスのホスピスケアは125年の歴史がある。今回ロイヤル・トリニティ・ホスピスとノース・ロンドン・ホスピスを訪問した。

2007年にもトリニティ・ホスピスを訪問したが、今回建物が新築され、素晴らしい環境でのホスピスケアに感心した。

両施設とも慈善団体であり「専門緩和ケアの提供」「個々のニーズを満たすためのサービス提供」「地域社会との最良の関係づくり」「介護施設、在宅ケアサポート」を目指しており、身体的、感情的、精神的、多元的に生活の質を最適化するための心温まるサービスを多職種専門チームで提供している。

日本の緩和ケアと異なるのは「悪性腫瘍」、「後天性免疫不全症候群」や「末期心不全」に限らず、多くの疾患の終末期ケアを行っていることである。認知症高齢者の終末期ケアについても、2年前から認知症専門看護師が積極的に訪問看護を行っていることを伺った。これは認知症に関連した死亡がイギリスで最も多いからであるとのことであった。日本でも終末期ケアを更に充実していく必要性を感じた。

統合的ケア



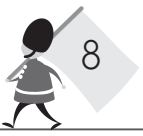
日本では超高齢社会に突入し疾病構造の変化により治し支える医療と共に地域包括ケアシステムの構築が進められている。

イギリスにおいても高齢化の進行やNHS予算の削減もあり、効率的、効果的な保健・医療・介護・福祉サービス提供が推進されている（2006年）。

Integrated Health and Social Services (Primary, Acute and Community Service Model) (統合的ケア) といわれ、地域包括ケアそのものである。

地域住民を中心としてヘルスケア、ソーシャルケア、第三セクター組織間の協働であり競争ではない。フォーマル、インフォーマルな地域資源を有機的に組み合わせたサービス提供によって地域住民に最良のケアを提供し、住民のQOLを高めるのが理念である。国診協、国保直診が実践してきた地域包括医療・ケアがイギリスでも実践されていることに国保直診の一員として自信を強くした。

以上研修の概要を述べたが今回の研修で大変勉強になり全員無事に帰国できたことを感謝したい。研修の詳細については分担してレポート作成しており報告書を参照いただきたい。世界一の超高齢社会を続ける日本の地域包括ケアシステムの更なる質の向上に役立て、地域づくりに貢献して頂くことを切望している。終わりに今回の研修でお世話頂いた添乗員の政次昇氏、通訳の坂本教子氏に深謝し巻頭の言葉とさせて頂く。



参加者名簿

団長	冨永 芳徳	全国国民健康保険診療施設協議会 顧問 滋賀県：公立甲賀病院名誉院長・特別顧問
	木下 桂	滋賀県：公立甲賀病院感染制御部看護師長
	木田有日子	滋賀県：公立甲賀病院薬剤師主任
	高瀬 奈美	広島県：公立みつぎ総合病院保健師長
	小谷 泰広	鳥取県：岩美病院副診療部長
	高石 篤志	香川県：三豊総合病院循環器科主任部長
	守谷 正美	香川県：三豊総合病院看護師長
	石津 寛文	香川県：三豊総合病院管理課長
	本田 壮一	徳島県：美波病院長
	功刀 融	山梨県：医療法人回生堂病院理事長
	功刀真佐美	山梨県：社会福祉法人芳寿会理事長職務代理
	種田 郁子	みずほ情報総研(株) 医療政策チームコンサルタント
	伊藤 彰	全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
	政次 昇	添乗員 ベストワールド営業部長
	坂本 教子	現地通訳

* 所属・役職は研修参加当時



視察日程

2018.7.8 - 7.14

	月日	都市名	時刻	旅程
前日	7月7日(土)	東京〔羽田〕集合	18:00	羽田空港ロイヤルパークホテルにて視察打合せ〔結団式〕、夕食 【羽田泊】
1	7月8日(日)	東京〔羽田〕発 ロンドン着 カンタベリー着	08:50 13:10	羽田空港より英国航空直行便にてイギリスのロンドンへ。到着後、カンタベリーへ移動 【カンタベリー泊】
2	7月9日(月)	カンタベリー カンタベリー発 ロンドン着	11:00	(地域視察) ✍️ エイジUKカンタベリー 研修後、専用車にてロンドンへ 【ロンドン泊】
3	7月10日(火)	ロンドン	09:30 14:00	✍️ カムデン・アンド・イズリントン・NHSファウンデーション ✍️ エイジUKロンドン 【ロンドン泊】
4	7月11日(水)	ロンドン	10:00 14:30	✍️ ノース・ロンドン・ホスピス ✍️ ロイヤル・トリニティ・ホスピス 【ロンドン泊】
5	7月12日(木)	ロンドン	10:00 14:00	✍️ ディメンシアU.K. ✍️ ロンドン・ノース・ウエスト・ユニバーシティ・ヘルスケア・ノースウィックパーク病院 【ロンドン泊】
6	7月13日(金)	ロンドン発	朝 11:40	空港へ移動 一路、帰国の途に 【機中泊】
7	7月14日(土)	東京〔羽田〕着	07:10	帰国手続き終了後、解散

2018 イギリス 保健・医療・介護・福祉視察研修



Haneda



羽田空港にて結団式



羽田空港出発



Canterbury



朝の散歩





カンタベリー大聖堂



エイジ UK カンタベリー

高齢者福祉団体。高齢者の主要団体をまとめ、
高齢者のNPOの唯一の存在。





視察を終えてロンドンへ
大映博物館見学



London



カムデン・アンド・イズリントン・ NHSファウンデーション

地域社会、家庭、病院の患者に高品質で安全で革新的な
ケアを提供している。





朝の散歩



ロンドン セント・パンクラス駅



キングスクロス駅
(ハリーポッター「9と4分の3番線」)

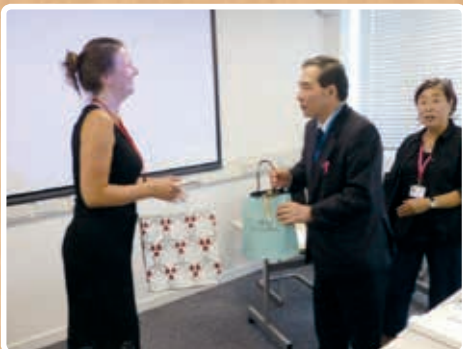


昼食



エイジ UK ロンドン

高齢者の生活の質を向上させるサービスと、英国全体で様々なサービスを提供。





London

ノース・ロンドン・ホスピス

1984年に設立されたホスピスケアを提供する慈善団体。
ノース・ロンドンの病院から退院する患者に対するアフター
ケアの不足に対応。





ロイヤル・トリニティ・ホスピス

末期認知症患者にもホスピスケアを提供する慈善団体施設。
ロンドンの7つの区域に拠点を置いている。





7/12

London

ディメンシアUK

認知症を抱える家族を支える専門の訪問看護師
アドミラルナースを養成する民間団体。





ロンドン・ノース・ウェスト・ユニバーシティ・ヘルスケア・ノースウィックパーク病院

地域住民に病院や地域社会のサービスを提供する、最大規模のヘルスケア・トラストの1つ。



高齢者福祉団体


エイジUK カンタベリー

東京都・みずほ情報総研株式会社 医療政策チーム
 広島県・公立みつぎ総合病院 保健師長

種田 郁子
 高瀬 奈美




はじめに

 イギリスにおいては、多くの高齢者は介護付き施設に入所するよりも自宅に住み続けることを選ぶ。地域で暮らす高齢者を支えるためには、できるだけ長く自立した生活を続けられるような健康づくり・生きがいづくりや、身体機能や認知機能の低下した高齢者への適切な在宅ケア、また高齢者のケアを行う家族などへの支援も必要となる。

上記のような支援を行うにあたり、行政や民間企業だけでなく、非営利団体が大きな役割を果たしているのがイギリスの特徴である。我々は今回、ロンドンの東に位置するケント州カンタベリー市とその近郊において高齢者の支援活動を行っている非営利団体である「エイジUK カンタベリー」を訪問し、その運営実態や、提供している数々のサービスについて学ぶ機会を得た。

団体の概要

 エイジUK カンタベリーは、ロンドンの東に位置するケント州カンタベリー市とその周辺の住民に対してサービスを提供するチャリティ団体（慈善事業を行う非営利団体）である。サービス提供エリアは、高齢化率・認知症高齢者数ともに増加傾向にあり、これから支援を必要とする高齢者は今後増えるものと見込まれている。

エイジUKは、高齢者支援を行う非営利団体の中ではイギリス最大の規模を持ち、ロンドンにある本部（「エイジUK ロンドン」のページ参照）と、イギリス国内140か所に所在する支部から構成される。エイジUK カンタベリーをはじめとする各地の支部は、本部が決定する大まかな方針を参照しつつ、地域のニーズに沿って独立的にサービスを提供し、それぞれの地域に深く根づいている。

エイジUK カンタベリーの運営に携わるス



エントランスと受付

スタッフは無償で活動している6人の理事、有償で働いている36人のスタッフに加え、「メンバー」と呼ばれ、活動内容を検討する会議に集まってもらう50人程度の市民、そして120人ものボランティアスタッフから構成されている。

地域の高齢者のニーズを満たすサービス



エイジUKカンタベリーでは、地域の高齢者のニーズに沿って、多様なサービスを展開している。利用者は、その中から自身が必要とするものを選ぶことができ、複数のサービスを利用している人も多いという。下記に、説明のあったそれぞれのサービスの概要を記載する。

施設でのサービス

デイサービス 社会的なつながりを持てる場や食事の提供を行い、利用者の健康と自立を支援する。1日の利用者はおよそ40人で、施設がミニバスで送迎を行う人、自分で歩いて通ってくる人もいる。週に何回参加するかは人によってまちまちで、ほぼ毎日通う人も、週1回だけの人もいる。

コリンズ・ユニット 認知症の診断を受けた人を対象にケアを行うユニットであり、1日に最大10人程度に対応できる。また、セキユア・ユニット（施設ができるユニット）となっている。患者に対するスタッフ配置は手厚く、10人の利用者に対して3人の職員が配置されている。ケアは、精神科の顧問医やコミュニティ・メンタルヘルス・チーム（精神科医、コミュニティ・メンタルヘルス・ナース、OT等からなる多職種のチーム）との連携をとりながら行われている。顧問医は、月1回施設を訪問し、ドロップ・イン・セッション（訪れれば、誰でも診察を受けられる）を行っている。若年性認知症の患者に限定してケアを行う曜日も設けている。

コッグズ 認知症の診断を受けてから日の浅い人々を対象とした、12週間のプログラムで、1週間に1回、1日5時間のグループセッションを提供する。

認知症カフェ 月に1回、認知症患者やその介護を行う家族などが集い、コーヒーや紅茶、お菓子を楽しむ場である。

フットケアサービス 糖尿病や血液凝固阻止剤を服用している人を含めて対応可能な、フットケアサービスを提供している。歩けることは、アクティブな生活を続けていく上で重要であると考えられている。

ケア・ナビゲーション 地域の中でどのようなサービスが利用可能かを紹介してくれるサービスである。エイジUKカンタベリーはこのサービスに力を入れており、詳しくお話を伺った。（「医療・コミュニティとの連携」の項参照）



プレゼンテーションを行ってくださったBrown氏

ヘルス・アンド・ウェルビーイング 緩やかなヨガのクラスなどを開講している。

学習の機会提供 施設で、読書クラブ、ライティング教室や、スクラブル(単語をつくるボードゲーム)のクラブを開催している。

転倒防止のための支援 PTが施設に来所し、転倒を防ぐための体操教室を行う。

アドボカシー・サービス 弁護士などが施設に来所し、遺書の作成などについて法的なアドバイスをを行う。

在宅・地域の中でのサービス

アウトリーチ 認知症患者への在宅サービスを提供するチームである。認知症患者本人だけでなく、認知症患者への介護を行っている人に対してもアドバイスをを行う、話を聞くなどの支援を提供している。

配食サービス 利用者の自宅まで温かい料理を配達している。このサービスも重視されており、詳しくお話を伺った。(「栄養面・食の支援」の項参照)


ホーム・フロム・ホスピタル 病院から退院したばかりの人に対して、食事の準備や薬の調達など、必要な支援を提供するサービスである。

物品の貸し出し(鍵ボックス、ペンダント型アラームなど) 自宅で生活する高齢者が首にかけておき、緊急の場合に使えるようなアラームや、庭先などに取り付けて、地域看護師や家族といった色々な人が家を訪れてケアを行う際に鍵を保管しておけるボックスの貸し出しを行っている。

家事支援(マリーゴールド・クラブ・サービス) 掃除など、利用者の自宅を訪問して家事を手伝うサービスを提供している。

宗教的な支援 利用者が宗教(種類は問わない)の集まりに参加したいときに支援を行う。

医療・コミュニティとの連携

 上記のサービスの中で、他のサービスと比べて少し異質なのが「ケア・ナビゲーション」という取組みである。これは、エイジUKカンタベリーが直接サービスを提供するものではなく、地域の一次医療・二次医療・コミュニティ内での活動等の中から利用可能なサービスを案内するものである。例えば「地域でどのようなサービスが利用できるのかわからない」と悩んだときに、その人が必要とするケアを適切に選ぶための情報を与えてくれる「道しるべ(サインポスト)」のようなものであるといえる。

エイジUKカンタベリーは、高齢者の在宅生活を存続させるためには、適切なタイミングで、適切なサービスにつながる事が重要であると考え、ケア・ナビゲーションに力を入れている。この事業には、5人もの有償スタッフがケア・ナビゲーターとして投入されており、その中の2人のスタッフが病院からの退院調整を専門に、また別の2人

のスタッフはGP (General Practitioner=家庭医) との連携を専門に活動を行っている。

栄養面・食の支援



高齢者が健康的な食生活を送るための支援や教育・啓発を行うことは、NHS (National Health Service) においても重要視されており、どんな食材をどのような割合で食べたらよいかといった情報発信が行われている。エイジUKカンタベリーでも利用者にできるだけ健康的な食習慣をつけてもらうべく取り組んでいる。ただ、利用者が好む料理の典型は、フィッシュアンドチップス、カスタード添えのジンジャーケーキなど、あまり健康的とはいえないものが多いとのことで、ヘルシーな料理が利用者の好みに合わないなど、苦勞することも多いようである。NHSでは1日に5品目フルーツや野菜を摂取することが推奨されているが、実際にイギリス国内で、これを満たしている高齢者の割合は、65-74歳の女性で32%、75歳以上の男性ではわずか18%¹であるという調査結果も示されている。エイジUKカンタベリーでは、栄養を摂取することだけでなく、施設に通ってくる利用者や、配食サービスの利用者に、新鮮な、作りたての食事を食べてもらうということも重要視している。「もしかすると、利用者が1日のうちで、レトルトや出来合いでない、手づくりの料理を食べるのはこの1食だけかもしれない」と考え、せめて1食だけでも温かい食事を食べてもらいたいという思いで提供を行っているという。

施設見学



施設は明るく開放的な雰囲気であり、利用者の居心地のよさを考えてつくられていることが感じられた。

受付 利用者が受付を行うカウンターには花が飾ってあり、スタッフが気さくな雰囲気に対応を行っていた。

デイサービス利用者のためのスペース 日光のよく入るリビングのような空間に円卓がいくつも並び、デイサービス利用者がくつろいでいた。



デイサービス利用者のためのスペース



絵が飾ってあるスペース



厨房で昼食をつくっているところ



利用者のためのベンチが置かれた庭

利用者の作品と思われる絵画や、様々な本がぎっしり入っている本棚などがあった。

厨房 見学時にはデイサービス利用者・配食サービス利用者のため、80人分もの昼食を作っているところだった。

庭 デイサービスのスペースの階下には、小さな庭があり、花が咲いていた。利用者がここで時間を過ごせるよう、テーブル、ベンチ、パラソルが用意されていた。

質疑応答

Q 運営費はどのように賄っているのか。

A エイジUKカンタベリーでは、年間約75万ポンド（約1億650万円）の運営費が必要となる。そのうち福祉系のサービスの運営について20万ポンド（約2,840万円）がケント州から交付され、また医療系のサービスの運営についてNHSから10万ポンド（約1,420万円）が支給される。その他は寄付金と利用者が支払うサービス利用料で賄われている（非営利団体であり利益を求める必要はないため、支出分の収入があればよい）。

サービスで得る収益のうち、最も大きいのがフットケアのものであり、15万ポンド（約2,130万円）を占めている。続いて大きいのはデイサービス、コリンズ・ユニット（1日の利用で13ポンド（約1,850円））、鍵ボックスの設置（1件45ポンド（約6,400円））などである。

交付される資金のうち、NHSの予算は増加傾向にあるが、ケント州から交付される助成金については、見直しが行われて打ち切られる可能性もあるといわれている。

Q イギリスには、日本のような要介護認定の制度はあるか。

A 介護保険のような、介護のみで分けられた保険制度がなく、national insuranceとして年金・失業保険・妊婦助成金等と一緒にになっている。ただ、将来的に日本と同じような制度を採用するかどうかという議論は出てきている。

Q ケアが必要な高齢者は増えているにもかかわらず、ケント州からの予算が削減され

ることに不満感はないのか。

A もちろんある。しかし、削減に向けた見直しを行うということは5年ほど前から言われているのだが先延ばしにされ続けている。チャリティ団体がロビー活動で訴えを行ってきていることもあるが、先延ばしが続いている大きな理由は、政治家が、打ち切りや削減を行ったときにメディアからバッシングを受けることを恐れているからではないか。

Q 行政のサービスや、民間のサービスとはどのようにすみ分けを行っているのか。

A 行政が直接提供する社会福祉事業はまだ存在するが、例えば入所施設の運営などは民間企業に委託されている部分が大きくなってきている。エイジUKカンタベリーは、民間の企業と同じように行政の公募の入札に参加し、競合するという位置づけである。

Q フットケアは、一日何人くらいの人が、どのくらいの料金でサービスを受けられるのか。また、どのような状態像の人が多いか。

A クリニックとよばれる、フットケアを提供する部屋が4つあり、それぞれ1日12人まで対応することができる。加えて、訪問サービスも1日17件まで対応することができ、あわせると最大で1日65人にサービスを提供することが可能である。この施設でフットケアのサービスを受けている人のリストには、およそ2,000人の名前がある。スタッフの体制は、フットケアの専門スタッフが2人、アシスタントが5人である。

サービスの料金は、初回はアセスメントもあるため17ポンド（約2,400円）、それ以降のケアは1回13ポンド（約1,850円）で受けることができる。特別なケアを行う場合は、5ポンド（約700円）～上乗せをしていく仕組みである。訪問の場合にも料金が上乗せされる。

利用は、軽度、中度の症状をもつ人である。よりリスクが高い方はNHSで無料の診療を受けられるため、そちらを利用する。

おわりに



エイジUKカンタベリーで伺ったお話や施設見学を通じて、ただ自宅での生活を継続できるようにするだけでなく、利用者の視点に立った、生活の総合的な満足度を上げられるようなサービスが提供されており、全人的な支援を行うという姿勢が感じられた。その上で、団体の中だけで完結することなく、地域の中のさまざまな専門職と連携を行っていることも印象的であった。

また、カンタベリーはのどかで小さな町という印象であったのだが、その中でも多くのボランティアが団体の活動を支えるために集まっていることに驚いた。我々がデイサービス利用者の過ごすフロアに集まった際、ボランティアの1人であるという、ミャ

ンマーから来た若い女性と短い会話をする機会を得たが、彼女は夫の仕事の関係でイギリスに住み始め、自身も仕事を始める前段階として当団体のボランティア活動に参加しているという。エイジUKカンタベリーは、高齢者だけでなく、他の住民が地域社会とつながる場も提供しているのではないかと考えさせられた。

註

- 1 Public Health England “National Diet and Nutrition Survey Results from Years 7 and 8 (combined) of the Rolling Programme (2014/2015 to 2015/2016)”, 2018.

高品質で安全で革新的なケアを提供

カムデン・アンド・イズリントン・ NHS ファウンデーション

香川県・三豊総合病院 看護師長 守谷 正美
徳島県・美波病院 院長 本田 壮一



はじめに



グレーター・ロンドン
は首都ロンドンの行政区画を形成するリージョンの1つであり、人口870万人で、32のロンドン区および33の地方行政区画で組織されている。

カムデン・アンド・イズリントン・NHS ファウンデーションは33の地方行政区画のうち、カムデン区とイズリントン区と一部、南西部のキングストン区の住民にケアを提供するNHSである。ロンドンの中心に位置し、現在47万人強の人口密度の高い地区を担当し、2030年までには11～17%の人口増加が見込まれている。貧困者と裕福な家庭の混在、一時滞在者が多いため、他の区と比べ20～40代が多く、子供や高齢者は少ないという特徴がある。また多国籍、多文化、言葉の壁、経済的な問題など様々なニーズを抱える患者に対応しなければならないという難しさを抱えている。このような背景の中、地域社会、家庭、病院の患者に高品質で安全で革新的なケアを提供している病院であり、様々なプロジェクトを実施している。



組織概要



カムデン・アンド・イズリントン・NHS ファウンデーションは老人医療および精神医療を専門とし、活動対象者は18歳以上の成人で学習困難者、退役軍人、認知症および精神疾患のある高齢者で、支援と治療を提供する専門プログラムを行っている。また世界有数の学術保健科学パートナーシップの1つである「ユニバーシティ・カレッジ・ロンドン・パートナーズ (UCLP)」のメンバーがおり、研究と革新の質の面で国際的に認められており、利用者のために世界で最新の治療法を提供することができている。さらに地元の大学と提携し教育と研究の両方のプロジェクトを実施している。

活動場所は30か所、病院は2か所あり合わせて235床の小規模病院である。病棟はアセスメント用の病棟、急性期や集中治療の病棟、回復期、高齢者のための病棟がある。



またロンドン内の3つの急性期病院へ精神科のリエゾンの役割も果たしている。

背景



イギリスでは3年前に、今後の5年間を見据えての「5 Year Forward View」が発表され、今後何もしなければ3つの分野1. Health & Well-being、2. Care & Quality、3. Funding & Efficiencyのギャップが生じるであろうとされた。2020年までに人口は200万人増加し、70歳以上の高齢者は120万人増加する見込みである。さらに2025年までに複数の疾病を併発する患者の数は1,800万人に増加の見通しでNHSの費用は年間300億ポンドに増加すると見込まれている。こうした経営状態や医師、看護師不足から、患者を地域社会へ移行し、在院日数の短縮など、国を挙げて革新的な取り組みを計画し実施、検証の段階であるという。

活動内容



プラクティス・ベイスト・メンタルヘルス 1次医療に当たるGPの医師を支援する取り組み。NHSに入院する患者は対象患者全体のわずか5%程度であるが、リソースの多くはこの入院患者に使われているという現状がある。メンタルの問題を抱える多くの患者はGP医師の所で診察や治療を受けている。しかしその医師達の多くは精神診療に関するトレーニングを受けていない。1次医療の段階でしっかりとメンタルヘルスの患者を診ることが出来れば、2次医療すなわちNHSで多くの患者を抱える必要がなくなる。そうすれば現在より頻繁に2次医療の患者を診ることができ、また早い段階で患者のリスクマネジメントが期待できる。

イズリントン区ではさらに4つの地区に分け、1人のチームマネージャーが2区を統括し、それぞれの地区毎に訪問医の医師、メンタルヘルスNs、ソーシャルワーカーなどがチームを組んで活動している。チームメンバーはGPの診療所に定期的に出向いていき、GP医師との関係性を強化し、教育と連携を図っている。取り組みは治療の相談や

アセスメント、リエゾンの役割等フレキシブルで、簡単にチームにアクセス出来、短期間の介入でGPの医師に戻るといった「イージー・イン」「イージー・アウト」を実践している。このような取り組みにより、チームへの紹介数は増加傾向にあり、逆に2次医療への紹介は15%減少している。実際にこのサービスを利用した患者やGP医師からの満足度は非常に高い。

ピアコーチング・プログラム 精神疾患は治療しても症状の残ることは往々にしてあるが、決して希望は失わず、価値のある、意義ある人生を築き、人生や治療の選択肢を自らでコントロールすること、自分でしたいことをできるようにすること。患者は自らのリソースを持っており、そのリソースに気づくようにサポートするプログラムのこと。

「ピア」とは精神疾患あるいは身体的病気を経験した方を指す。ただし現在は良い状態にある、つまり患者自身がリカバリーの道のりを歩んだ方々であり、リカバリーを望む他の方達を支援できるように養成されている。いろいろな形態のサポートがあり、実務的なサポートや心のサポート社会面のサポートもある。クライアントが持っているゴールが達成できるように寄り添いながら支援していく。このサポートはクライアントだけでなく、支援するピアの方々も恩恵を受けられる。支援を通し孤立感を緩和し、QOLの向上、自信、自立能力の向上に繋げることができる。また雇用側にとっても、ピアの方々を社会復帰を支援することに繋がり、また学ぶところも多く、Win-Winの関係である。

コーチはクライアント自身が実施すべき計画を設定するように運び、コーチとクライアントは同等な立場に立ちゴールを目指す。コーチはクライアントがゴールを達成するためのリソースを自身の中に持っていることを信じ、それを特定し見出す支援を行っている。

この取り組みは3か月という短い期間で試験的に開始し、ピアサポートに関する人材の採用・養成そして実施し、試験的な取り組みを経て現在に至っている。ピアコーチング・プログラムが提供するもう1つは、個人への予算づけである。ウェルビーイングを維持するために使える予算を持たせ、決められたコースではなく、自身でコースを選択するという従来型にないサービスを受けるための予算である。ここで着目しているのは症状ではなく、個人の長所やその人の望みが何であるのかを見ていくことである。例えばクライアントが運動することが一番重要だと言えればそのようにし、私の優先順位のトップはこうした治療をしてもらうことと言え、それができるように取り組むというやり方である。またクライアントが自分はこのなら安心と思う場所、通常は自宅であるが、コーチはその場へ出向くというようにクライアントの強い要望を中心に据えて取り組んでいる。クライアントを全人的に捉えているが、特に身体的側面は重要である。なぜなら往々にして何らかの性疾患を抱えていたり、歩行困難であったり、視聴覚の障害を持っていることがあるからである。さらに呼吸器系の疾患や糖尿病の方はメンタルの症状が出やすいこともあり、いろいろな症状や疾患の方が対象である。また社会的にも

さまざまな問題を抱えるなどクライアントも多岐に渡っており、社会福祉や非営利団体、GP医師との連携を図り対応している。

このサービスが実施されてまだ6か月と初期の段階であり、評価は11月から12月予定のため、訪問の時点では多くの事は語られなかった。しかし評価に関して個別面談をしており、サービスを受けたクライアントからは「ピアコーチによって初めて本当の自分を真に理解してもらえたと思った。」「自分のことをちゃんと聞いてもらった。」など好評を得ている。もちろんピアコーチ側のメリットも測定しており、健康維持向上や職に就くという期待も高まっている。

メモリーサービス 認知症の診断を有効にする取り組み。

このサービスが立ち上がって14～15年になる。GP医師が認知症の診断を下すことが難しく、そこで活動するNsの苦勞もありこのサービスが開始された。背景としては2009年に政府の取り組みとしての認知症戦略、2012年には首相自ら認知症に組み込み、より多くの認知症診断が下りるようになった。そして診断が下りた後の支援をよりよく出来るように、リサーチなどにも積極的に取り組むようになった。

イズリントン区では2009年からこのサービスがあり、早期に診断が下り、薬物投与のモニタリングなどに注目されていたが、現在では診断後の支援をどのようにしていくか、ケアの充実に重点が置かれている。またカムデン区、イズリントン区では他とは違うユニークな取り組みをしている。特徴的なところは、認知症の診断が下りたら終末期まで継続して支援していくこと。

さらに抗認知症薬の処方の有無にかかわらず支援すること。そして革新的なイノベーションに重きをおいて取り組むところである。現在推定される認知症患者数からの診断率はカムデン区が89.9%、イズリントンは91%と高い診断率を誇っている。

施設見学

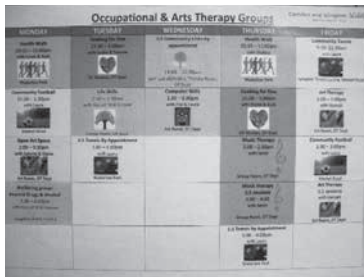


ウェルビーイング・クリニック ここ

では採血や処方を行う部屋など個室がいくつもあり、採血の椅子はソファのように大きく、患者に自分の体形を感じさせない配慮がされているなど、メンタルな患者への配慮が多く見られた。Nsをはじめ働く職員の制服はなく、清潔でだらしないもの、袖が長くないもの、靴はつま先が隠れるものであれば良いそうだ。これは患者に距離を感じさせない工夫でもある。



様々な専門分野のNsが配置されており、例えば禁煙Nsは、たばこが薬の効果を減少させ、薬物量が増えてしまうため、採血の結果を見ながら調整するなどの役割も担って



いる。


アート・セラピールーム ここでは作業療法士と介護福祉士のチームがあり、エクササイズにより患者の身体的な健康状態を促進させている。週単位でいろいろなアクティビティをアレンジし、モチベーションを持たせ、毎日の生活を意義あるものとすることを目標としている。

作業療法士は個人と一緒に作業し、回復へのゴールにたどり着く為に共同作業を行っている。患者が早く退院できるように地域とのつながりを作るよう定期的にアクティビティに参加させている。アクティビティの行われている地域の住所録を作り、患者が行きたいという所へ行き、地域や組織とのつながりを促進している。最近、名刺作成も行ったという。

質疑応答

- Q** ピアコーチング・プログラムに参加するグループメンバーは何人か？
- A** ケース・バイ・ケースだが、最大8人。8人を超えると面倒が見られなくなるから。
- Q** メンバーは自分たちの希望で参加するのか？参加したくないメンバーも参加させるのか？
- A** 自分の意志で参加している。同意書にサインしての参加となる。無理に参加させることはなく、自主性を重んじるように支援している。
- Q** 日本ではこのような参加には費用が掛かるが。例えば1,000円とか1,500円とか。
- A** 一人一人の患者に予算が与えられ、そこから参加費が支払われるため無料である。イギリスでは住民が毎年収入に応じてナショナル・インシュアランス・フィーを払いそれがNHSの運営費の一部になっている。それでも足りないので、多くのNHSが赤字となっている。しかし、こここのトラストに限っては赤字が出ていない。

おわりに

 カムデン・アンド・イズリントン・NHSファウンデーションは、NHSの医療事情が厳しい中、視察を受け入れてくださった2病院の内の1つであった。国が推進する社会処方箋という考え方からピアコーチング・プログラムの検証を行っており、革新的取り組みについて学ぶことが出来た。精神医療に関しては、日本とロンドンの文化や患者背景の違いを感じたが、その国や地域にあった柔軟な対応やチームでの教



育や連携の取り方など特徴的なものであった。老人医療、認知症医療に関しては共通する部分があるが、その中でNsはより専門科に分化し、活躍の場が広いと感じた。

今後日本においても多様な働き方が求められることは必至であり、今回の視察は考え方の転換を図る良い機会となった。

高齢者の生活の質を向上させるサービスを提供

エイジUK ロンドン

鳥取県・岩美病院 副診療部長
広島県・公立みつぎ総合病院 保健師長

小谷 泰広
高瀬 奈美



はじめに



エイジUKは、高齢者支援に特化したサービスを行う組織としては、イギリス国内で最大規模である。高齢者の方に直接提供するサービスプロバイダーでもある。また、地方自治体と国の双方の政治的意思決定に対して影響力を持ち、効果的支援を目指したりサーチ活動も行っている。

また、姉妹機関として、エイジUKインターナショナルがある。海外における同様の高齢者支援を行う機関との連携を図っており、同じ建物内に本部を置いている。

ナショナルエイジUKは上層機関であり、国内全体での活動を行い、国への働きかけも行う機関である。その他に、カンタベリーやカムデンなどにローカルレベルの支部が140か所ある。年間延べ約700万人の人がエイジUKを利用する。その内容は何であってもよく、認知症に関することでもそれ以外でもあらゆる相談に対応している。

今回、エイジUKの本部であるエイジUKロンドンを訪問し、その中で特に認知症に関連した活動について話を聞くことができた。



概要



認知症の人に対して機能を改善する目的で行うセラピーは多様であるが、今回はエイジUKで現在推進しているMCST (Maintenance CST) とRF (Reminder Finder) についての説明を受けた。

その前段階のセラピーであるCST (Cognitive Stimulation Therapy)、すなわち認

知を刺激するセラピーについてまず説明する。この療法は、軽度から中等度の認知症の人の治療で使われる。認知症の診断がおりたその後に、メモリークリニックやメモリーカフェにて全員が受ける。回数は週2回7週間の計14回である。

エイジUKが提供するMCSTは、そういった最初の介入の後に、比較的長期にわたりメンテナンスとして提供するものであり、1回のセラピーが1～2時間ほど行われる。さらに、RFという昼食をはさんだ4～5時間に渡るセラピーもある。MCSTとRFについては、政府の機関であるNICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) が推奨している。このCSTとMCSTを開発したのはロンドン大学のUCL (University College London) である。これにはキーポイントとなる18の理念があり、中でも重要なものとして1. 精神的な部分への刺激 2. ニューアイデア 3. ニューアクティビティ 4. ニューフレンドが挙げられる。

RFのセッションは最初、日にち、季節、時事的なニュースなど、様々な紹介を行っていく。それによって利用者全員が次第にその場に順応し、記憶を呼び覚ます手助けとなる。この手法を「エイドリコール」と呼ぶ。その中で行う「プリティアー」は、脳内の一定箇所に刺激を与え、対象者をサポートする。

UCLの研究により、MCSTの有効性は既に証明されている。実際にメモリークリニックや、NHSの医療の中では既に利用されてきた。エイジUKも地域社会の中でこれを利用できると考え、英国内の6か所で試験的にMCSTを行った。

方法としては1セッションに職員が必ず2名必要であり、その内1名はCSTに関する研修を受けた人物である。CST研修プログラムは、日本語などにも翻訳され、色々なアクティビティが紹介されており、非常に理解しやすいものである。ただ、いまだに一般の方々やメモリークリニックの方にも十分認識されているとはいえない。メモリークリニック、NHS、ローカルエイジUK団体、相互の連携がうまく取れていないためと考えられる。

外部の団体を起用し、参加した認知症の人、その介護者、サービス提供者のそれぞれに対してアンケート調査を行った。認知症の人に対しては、DQL (Dementia Quality of Life) という指標を用いて評価し、プログラム前後では、85%が90%に改善していた。何もしなければ悪化していくはずであり、サービスが有効であったことを示している。

認知症の人のコメントは、「楽しかった」「幸福度が上がった」「帰属感が得られた」「友達ができた」「自信がアップした」「コミュニケーション能力、記憶力、体力がアップした」などがあがった。

介護者のコメントは、「自分の価値を高く認められたと感じた」「ストレスが緩和された」などの他に、特にRFではレスパイト的にも有効との意見があった。

サービス提供者のコメントでは、「やりがいを感じた」「スキルアップした」「新しい活動を経験する良い機会だった」「モチベーションが上がった」などがあがった。

ローカルエイジUKのコメントは、大変前向きな評価であった。「様々な関連機関や予算関係の団体の信頼を得られた」「新しいスキルや体験を得たり、学習したり、共有したりする良い機会となった」「地元の他団体やほかの地域のエイジUKとの関係も構築でき、また色々な地域での異なる活動を集約した「サービスハブ」と呼ぶ組織を形成するのに役立った」など。

結論としては1. MCST、RFのどちらのモデルも軽度から重度の認知症の人々を支援するのに大変有効であった。2. 介護者にとってはRFの時間が良い休息となった。3. 双方とも認知症の人に与えるインパクトは同等であった。4. サービスを提供する側の事情によっていずれかを選択する場合もある（マンパワー、場所、時間の制約など）。

6か所での試験プロジェクトの評価が終わり、その結果を踏まえ、今までの6か所はサービスを継続し、新たに7か所のローカルエイジUKがプログラムの提供を希望した。ナショナルエイジUKとしては予算確保の上で援助助言を行っている。ローカルエイジUKの予算獲得はNHSから直接、もしくはCCG（NHSがヘルスケアサービスの発注を委託している団体）を介して確保していく。また、ナショナルエイジUKはユーチューブ動画を作成するなどしてMCSTとRFの宣伝を行っている。この動画には、実際のセラピー画像と共に、CSTプログラムを構築したUCLのスペクター教授の談話が含まれる。海外での事例も紹介されており、昨年12月には香港で会議も行われたという。

質疑応答

- Q 日本では認知症をアルツハイマー型と脳血管型の大きく2つに分けているが、イギリスではどういう分け方をしているか？
- A 日本と同じである。
- Q スクラブルというゲームがあるのか？
- A イギリスでは幼少期に皆その経験があり、プログラムでも取り入れることにより記憶に対する刺激となる。
- Q 日本ではデイサービスへの参加者は圧倒的に女性が多いが、イギリスの動画ではむしろ男性の方が多かったようだが実際はどうか？
- A 土地柄により男性が多い場合もあれば女性ばかりのグループもある。動画では女性が撮影を嫌がったため男性が多くなった。



エイジUKカムデンからのプレゼン

概要



エイジUKのトラスティー(傘下)だ
が運営は独立している。理事会のよう
な形で運営している。ナショナルエイジUKの

理念に沿った活動を行っている。運営に関しての予算は独自に責務を持って行き、地元NHSとの契約や行政からの委託もある。55歳以上の住民が対象であり、利用者と直接接する職員は全員、認知症に関する教育トレーニングを受けている。また、情報、助言を提供するサービスもあり、内容は限定していない。高齢者が抱えている問題は訴えとは別の事である場合もあり、高齢者のリズムに合わせて時間をかけて対応し、根底にある問題を調査する。生じている問題だけでなくその人の生活全般を見据え、何か支援が可能なサービスはないかと模索する。これは高齢者ができるだけ長く自立した生活が続けられるように考えているからである。活動するチームの中には、GPの診療所を起点に活動する人もいる。必要に応じて病院受診や専門医紹介の仲介援助を行う。年間で延べ約8,000人に対応する。常勤、非常勤を合わせて73名、ボランティアが275名在籍している。ボランティアとして活動するまでに、様々なトレーニングを受けて合格する必要がある。場合により警察の犯歴チェックも必要である。

多数のローカルエイジUKの中で、カウンセリング部門を持っているのはカムデンだけである。BACP (British Association for Counseling and Psychotherapy) のプロの監査員の認可をとっており、パートナーシップを各団体と結んでいる。NHSと提携してサービスを提供している。利用回数には制限があり、6回から多くて20回までとなり、毎週カウンセリングを行う。資金がローカルNHSから出ているため、利用者はカムデンのGPに登録していることが条件となる。英語をあまり話せない利用者もある。死別、離別経験者へのサービスは18歳以上を対象としている。さらに、オンラインを利用したチャット形式でのサービスを、別のパートナーシップである「アイエツ」が提供している。

資金の契約は2年ごとに更新となる。最大のもののはカムデンの「アイアット」である。NHSのCBTサービスの中でも55歳以上の方や、カウンセリングに適している方が紹介されて参加する場合や、本人が電話やEメールで申し込む場合もある。その他には、ケアナビゲーター、インフォメーションサービスや、看護サービスから紹介される場合もある。GPやソーシャルワーカーなどから直接の紹介もある。

紹介を受けた人全員へサービス提供はせず、まずアセスメントを行う。対応できる範囲はおよそNHSと同様であり、心の状態の難度、悩みの難しさなどを考え合わせて判



日本出身のレイラさん
(プレゼンター、エイジUKカムデンの中で
カウンセリング、サイコセラピーサービスの
クリニカルリーダー)

定する。さらに1対1のカウンセリングか、グループセラピーに分ける。不適合の場合は他のサービスに紹介し、症状が重い場合はGPに手紙を書き、助力を求めることもある。認知症者の受け入れは比較的軽度のものに限られ、やや重いものは他の認知症サポートチーム等に紹介する。

グループサイコセラピーについては2種類あり、伝統的サイコセラピーのグループと、ダーツアンドムーブメントのグループがある。参加者は女性が70%、男性30%、家庭訪問でのサービスは11%である。クライアントのうち6%が認知症の診断を受けている。30%はLGBTであり、50%近くは「ホワイトブリティッシュ」と自分を形容する人たち。65歳以上が64%を占める。

サービスを提供する側の構成は、常勤はレイラさんとマネージャーの2名が有資格のクリニカルスタッフで、その他4名の外部からの有資格カウンセラー（プロの団体に登録している）に助手に入ってもらう。加えてボランティアが13名おり、その中には大学院レベルの有資格者もいれば訓練中の未熟な人（トレイニー）も毎年2名採っている。


データ管理については、NHSを含むパートナーシップ団体とデータベースを共有し、データリンクをしている。パートナーシップ団体はNHS以外に5団体、およびNHSである。こういう運営モデルはカムデンが草分けであり、今後全国に広がっていきこうとする動きが生まれている。各地のローカルエイジUKなどからも招聘を受け、カウンセリングサービスの運営モデルを紹介することもある。

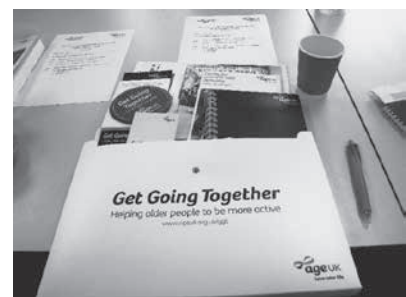
質疑応答

- Q カムデンというのはロンドンのどのあたりか？
- A コベントガーデンとか、北はハムステッド、西がウエストハムステッド、キルバーンのあたりまで。都心に近い地域。地下鉄でいうとゾーン1～3までの範囲。なかでもゾーン1～2は都心になる。
- Q 非常にたくさんのボランティアの協力が得られているようだが、日本ではこれほどの協力は期待できないと思われる。何故多くのボランティアが集まるのか？
- A カウンセリングは毎週行われ、毎週決まった時間に来てもらう必要がある。私とマネージャーはスーパーバイザーとなりそれらをサポートする。何故これが機能しているかという、一つにはプロになるための資格を得るには経験が必要だということ。インターンシップで450時間、ドクターの場合は900時間必要となる。その経験を得るためにボランティアをしている人もいる。もちろん資格を得た後でもお金にこだわっていない人が続いている場合もある。
- Q NHSの精神科とタイアップして精神科的医療をすることもあるか？
- A 精神科病院であれば、さらに複雑な問題を抱えた患者が多いと思われる。そのような患者は集中的治療が必要との意見を付けて、GPにお返しする。

- Q 日本と違い多国籍の方がたくさんおり、言葉の壁があると思う。言葉の問題が生じないか？
- A 時にはある。基本的には英語を用いたサービスになっている。スペイン語やロシア語による対応が可能なスタッフもいるが、インドやソマリア、バングラデシュからの人などは、対応できる他のパートナーシップ団体に紹介したりする。
- Q 日本では認知症サポート医を養成して、医療と介護の連携を図る活動をしているが、イギリスではGPとの連絡が取りにくかったりすることはないか？
- A 我々エイジUKカムデン内にはケアナビゲーターという別のサービスがあり、GPに拠点を置いてサービスする、いわゆる隙間を埋めるサービスである。ケアナビゲーターからの紹介もある。認知症の人を支援するサービスも我々にはあるので、内部のネットワークを通じて協力し合っている。メモリーカムデン、メモリーサービスという別の団体があるが、そちらともネットワークでつながっている。NHSともデータを共有しているので、現在利用者がどのようなサービスを受けているかなども把握し易くなっている。
- Q ボランティアは完全に無償か？
- A ロンドン市内に限って交通費を支給する。市外からの分は出せない。また、勤務が3時間半以上に及ぶ場合は日本円にして1,000円程度をスナック代として支給する。
- Q NHSと共有しているデータは診療の記録とかそういったものか？
- A そう、我々はあまり細かいことにはアプローチしないが、NHSに紹介された理由や、あとは数字でデータをとるピーシングスフォームを参照する。毎週ではないが評価を行う。サービスの前後で比較して、回復しているかどうかを計る指標としている。

おわりに

 エイジUKは高齢者支援の慈善団体であり、イギリス国内最大規模である。本部であるエイジUK ロンドンを視察して、ロンドン首都圏の高齢者の生活の質の向上のみならず、地域レベルでの加盟組織の課題の明確化・運営のための資金調達戦略・最新情報の提供など役割を意識しつつプロジェクトに取り組んでいることが理解できた。また、カムデンなどの地方団体では、活動の中で同じ目標を持ち傘下にはあるが、運営や予算は独立しており、独自に責務を持って行っているという、各々が尊重し自立している関係が伺えた。関係機関がお互い信頼し合い、良好な関係を築く大切さを感じた。



ホスピスケアを提供する慈善団体

ノース・ロンドン・ホスピス

滋賀県・公立甲賀病院 感染制御部 看護師長 木下 桂
東京都・みずほ情報総研株式会社 医療政策チーム 種田 郁子



はじめに



近代ホスピスの歴史は、1967年にシシリー・ソンドース博士によって開設された、ロンドン郊外のセント・クリストファー・ホスピスに始まる。それまでは、積極的な延命措置が日常的に行われており、患者や家族は苦しみ、孤独であった。緩和ケアを基礎とするホスピスケアは、患者の穏やかで尊厳ある死を奪わないために誕生し、今日まで発展している。今回視察で訪れたノース・ロンドン・ホスピスも、そのような精神にもとづいてケアを行っている。以下では当ホスピスについて紹介する。



施設概要



ノース・ロンドン・ホスピスは、ロンドン北部にある自治区のバーネット、インフィールド、ハーリングゲイの3区の住民を対象に、専門性の高い緩和ケアを提供している。ロンドンの人口870万人のうち、この3区は約100万人を擁している。利用者の負担は無料で、かつ24時間体制で毎日サービスが受けられ、そのサービスの多くは、在宅で提供される。また、電話による問い合わせ対応も24時間行っており、在宅でケアを行う家族や他施設の医療従事者から、緩和ケア専門家のアドバイスを求めて日々相談が寄せられている。

ホスピスの病床は18床あり、全てバス、トイレ付きの個室である。入院する理由は主に3つで、症状の緩和、レスパイト（介護される方に休息を与えるショートステイ）、終末期ケアである。イギリス全国でみると、ホスピスに入院した人の約50%はそこで亡くなることなく、退院する。この数字が表しているように、ホスピスは「死ぬ場所」ではないのだが、一般的にホスピスが「死ぬ場所」だと誤解されている場合は多く、ホ

スピスに入院すること自体を怖いと思う人も多いのが現状である。

患者がホスピスにつながるまでの経緯は3つあり、1つは二次医療の病院、あるいはGP(家庭医)からの紹介、2つめは地域で訪問看護をする地域看護師(District Nurse)からの紹介、そして3つめに自己申告である。紹介されて最初に対応するのは、トリアージチームの看護師(トリアージナース:Triage Nurse)であり、トリアージナースは、様々な詳細を聞き、サービスの内容と迅速性をアセスメントする。このチームリーダーは看護師で、他のいろいろな部署で活動している。医師は月曜日から金曜日の日勤業務のみを行っており、それ以外(夜間、休日)は、看護師が中心となって対応する。

患者の対応は、トリアージチームの他に、専門職種チーム(コミュニティーチーム)で対応することもあり、在宅に訪問して、専門性の高い支援(例:症状緩和、精神的ケアサポート、いろいろな情報提供など)を行う。このチームの構成職種は、看護師、PT、宗教家(牧師等)、ソーシャルワーカーなど多職種であり、3つの行政区の各地区に1チーム、合計3つのコミュニティーチームが存在する。それぞれのチームには顧問医が在籍するが、非常勤であるため看護師が主体となって活動する。また、このチームの業務は難易度が高いため、専門職の中でもレベルの高いサービス提供を行える人員が配置されている。コミュニティーチームは、GP、地域看護師(District Nurse)チーム、ソーシャルサービス(Social Service)、二次医療の病院のチームと連携してサービス提供を行っている。

次に、パリアティブケア(Palliative Care:緩和ケア)サポートサービス(チーム)について説明する。このチームは、看護師も所属しているが、看護師資格のないヘルスケア・アシスタントと呼ばれる職種の人々や、ボランティアの人々によって構成される。構成メンバーに専門職以外の人々が含まれている理由は、退院調整の際、例えば身の回りのケアといった、介護的なサービスが必要だからである。ある調査によると、英国国民には病院で最期を迎えたくないと望んでいる人が多く、またNHS(National Health Service)側からみても医療費抑制の観点から国民が病院で亡くなることは望ましくない。この緩和ケアサポートサービスは患者を在宅ホスピスに移行させることによって、病院で亡くなる人を減らすことに貢献している。「70年前にNHSが発足するまでは、自宅で死を迎えられた」といわれていたが、現在、NHS発足から70年を経て、再び自宅で死を迎えられるようになってきているといえる。

当ホスピスは、ウィンチモアヒル(Winchmore Hill)という少し離れた場所で、ヘルス&ウェルビーイングセンターという、外来センターにあたる施設を運営している。このセンターに通院する人は、医師の診察や看護師の診察を受ける目的で来所することもあるが、デイセンターとして利用することもあり、例えばアートクラスなどの活動(アクティビティ)が行われている。センターでのサービス内容は多岐にわたり、針治療、マッサージ、アロマセラピー、アート、音楽などの活動の他、PTによるリハビリテー

ションの指導も行っている。これらのサービスは、患者や家族らの精神的サポートにもなっている。小規模なデイサービスはホスピス内でも提供しているが、通所でのサービスは、ウィンチモアヒルのセンターがメインとなって提供を行っている。早期の段階ではセンターでの通所サービスを利用し、慣れてからホスピスのサービスを受けるといった流れをたどる人も多い。「病と生きる、ただし、いつも暗い気持ちで生きるのではなく、普段通りの生活ができる」ことをモットーとし、例えばランチをいただく、ラジオを楽しむ、美容師に髪を切ってもらうなど、普通のことができるようなサービス、場の提供を心がけている。

その他に、遺族のサポートサービスもある。緩和ケアは患者が亡くなったら終わるのではなく、遺族に対して継続したサポートを行っていくことが重要である。このような遺族へのサポートは、ホスピスならではのものであり、病院ではあまり行うことができない。遺族へのサポートでは、いわゆる専門家（カウンセラー）が対応することもあるが、同じような体験をした遺族のボランティアによるピアサポートが大きな役割を果たしている。

ホスピスケアを行う上で、職員に対する教育活動も重要である。終末期ケアの中で寄せられる苦情は、コミュニケーションが適切に行われていないことが原因であることが多い。これは、終末期がそれぞれの患者や家族にとって1回きりの、やり直しのきかない大切な機会であるため、高度なコミュニケーション能力が求められるためだと考えられる。当ホスピスでは、現場で働く職員に対して、コミュニケーション技法などの知識を提供できるよう、さまざまなコースを設け教育活動を実施している。ホスピスのスタッフのコミュニケーションスキルを向上させることは、近年政府が発行した報告書においても重要視されている。

死について話し合うのが難しい国民性や風潮についても、当ホスピスでは、変えていかなければならないと考えている。イギリス人がよく言う「死と税金は免れられない」というフレーズが表しているように、死は避けることができないのだから、オープンに話し合っていくべきであるという意見である。適切なコミュニケーションのもとに患者に寄り添うことができれば、穏やかな最期を迎えることにも繋がる。

ボランティアの活動について



ボランティアの登録者数は、約900名である。ボランティア活動は、直接患者と関わる活動の他、ドライバーや受付対応、チャリティーショップ、デイセンターなど、さまざまな場面で行われている。ボランティアがいなければ、ホスピスの運営は機能しないといってよい。ボランティアは、遺族、地元の人、定年後の人、若い人など多様な人々から構成されている。若いボランティアの中には、将来医療関係の職種につきたいという希望があり、経験を積みたいという人もいる。この900名は全ての

人が毎日働くわけではなく、日替わりなどで、1日4時間程度勤務する。なお、ボランティア900名に対し、有給の職員数は約200名である。

このホスピスに、国のボランティア賞をもらった男性がいる。その男性は妻がこのホスピスで亡くなったという経緯があってボランティアに参加し、精力的に活動を続けている。「ボランティアの方のお話」の項参照

活動資金と基金集めについて



運営費については、NHSから予算が下りるが、年度によって金額は変わる。おおよそ、運営費の1/3がNHSからの支給で賄われている。この施設は、1,000万ポンド強（日本円にして約16億円）の予算が必要だが、NHSでカバーできる1/3の他、残りの約700万ポンド（日本円にして10億円以上）は、さまざまな形で寄付金を集めることになる。寄付金を集める方法は、チャリティ・イベントを開催して参加者から寄付を集めることや、地元の企業からの寄付を募ることに加え、日本ではあまり一般的ではないが、個人が基金を集めて寄付を行う場合もある（例えば何かチャレンジを行い、賛同した友人等から寄付を集める）。ホスピスの患者の中には、遺言により遺産を寄付する（住宅売却による遺産など）人も存在し、この寄付は運営資金の中で大きな位置を占めている。施設内でも、いろいろなアイデアを出して基金を集めている。その中の1つにLight Up Life（命に明かりをともしましょう）というものがある。これは、樹の形をしたフレームにメッセージを書いた葉っぱのメタルカードを貼り付けていくというもので、このメタルカードを購入することが寄付になる。たくさんのメッセージの葉がついた樹がセレモニーの際にライトアップされる様は感動的であり、「次のLight Up Lifeまでがんばって生きるわ」と楽しみにしていた患者もいたほどである。

また、このホスピスは、チャリティーショップを運営しており、その収益も活動資金となる。チャリティーショップとは、地域の人々が不要なものを持ち込んで、この店で売るというシステムで、現在、18か所あり、年間収益は260万ポンドになっている。1つのチャリティーショップにつき1人の有給スタッフがいて、それ以外の店員はボランティアである。地域社会の人々も、このような形でホスピスケアに貢献することができる。

なお、前述したヘルス&ウェルビーイングセンターの活動費は、NHSからの予算ではなく、全額がホスピスの資金で賄われている。

ボランティアの方のお話



実際に、ボランティア活動をされている元患者家族の方のお話を拝聴させていただいたので、その内容を紹介させていただきます。

“私は、ホスピスのことなど、妻が病気になるまでは知らなかった。しかし、12年前に妻が膵臓癌と診断され、その時にホスピスで活動していた友人からの勧めで、ホスピスに行ってみることにしたが、最初の時は、ホスピスは死にいく場所というイメージが強く、怖くて、中に入らずに帰ってきてしまった。しかし、思い直して再び訪れ、中に入ってみると、優しく思いやりを持って迎え入れられ、とても安らかな気持ちになった。それからは、毎週金曜日に、このホスピスのデイセンターに通うことにした。当時、妻は47歳で、デイセンターまで歩いて通うことができた。金曜日は、若い患者が多く、アートクラスやリフレクソロジー、ヘアークット、また、教会から聖職者がきてお祈りをしたり、ゲームもしたりして、なんといってもみんなで食事をするのが良いと妻も話していた。妻は、10週間デイサービスに通い、その後入院して痛みの緩和を施してもらい、13日後に私の腕の中で息を引き取った。私は、その13日間毎日通って、普段どおりのことをした。普段なら気にも留めないようなこと、例えば公園に行くとか、買い物に行くとか、そんな普通のことを大切に過ごした。

そして、妻が亡くなった後、トレーニングを受けてボランティアとしてこちらで活動するようになった。妻が入院中にしていたことと同じようなことを、この施設を利用されている方々にしている。公園や買い物、パブに行くこともある。できるだけ患者の希望に応えられるようにしていて、例えば雨が降っていても患者が「雨が顔にかかるのを感じたいから」と公園に行きたいといえ、行ったりする。ボランティアとしての役割は、患者の希望が叶うのであれば、リスクが伴わない限りはできる限り応えてあげることだと思っている。ホスピス内の結婚式に何度か招待されたこともあり、大変感動的だった。私は、その方の最期に向かう道のりに寄り添えるということが大変光栄なことだと思っている。

ここは明るく、「死ぬことで泣く場所」ではなく、「安全で穏やかでリラックスできる場所」なので、我々もそう感じてもらえるように努めている。そして、ここでボランティアをすることで、生きることの素晴らしさを知ることができたと思う。

今回、このようなお話ができることを大変光栄に思う。どうもありがとう。”

質疑応答

- Q** 終末期の患者が亡くなった時、どこに連絡し、誰が訪問して死亡確認をし、死亡診断書を書くのか？
- A** 死期が予測されていれば、事前に死亡した時にどこに連絡するのは家族に伝えている。この連絡先は、診療時間内であればGPの医師であり、時間外の時には、時間外医師のところに連絡が行く。そうすると、医師がその自宅に訪問し、死亡確認をする。死亡診断書はGPが記載するので、次の開業時間帯に記載する。ロンドン

は、多国籍、多文化の国で、例えば、ユダヤ教や回教徒の方は、宗教上、24時間以内に埋葬しなければならないため、対応を急がなければならない場合もある。そのようなケースに迅速に対応するために、医師ではなくとも死亡確認ができるようトレーニングを受けている看護師もいる。

- Q 日本の診療所、病院の場合、開設者は医師で、医師が管理者として登録されない限り開業できないが、イギリスのホスピスの場合はどうか。非常勤の医師はいると言われたが、開設するための責任者は誰なのか？看護師でもよいのか？
- A 法的な意味でホスピス開設にあたり登録が必要とされる人間は医師である必用はない。このホスピスは、現在OTが責任者として登録されている。しかし、それとは別に運営構造としてCEO、医学部長、看護部長が存在する。運営においては、国が設置している機関であるCQC（ケアークオリティコミッション）が、医療関連施設（病院、ホスピス、入所施設など）の監督、監査を行っている。その結果は4段階で評価され、一般公開される。CQCの権限は大きく、場合によっては、医療機関を強制閉鎖させることもできるため、適切な運営管理が求められる。ちなみに、この施設のCQCの評価結果は2番目であるが、何故2番目なのかの説明はなく、理由がわからないことに少々ストレスを感じている。しかし、我々は、ホスピスは特殊な環境でもあるので、CQCが監査をすることは難しいのではないかと考えている。なぜなら患者や家族は、ホスピスの評価は気にするがそのサービスは必要に応じて利用したいと考えている。しかし、ホスピスは病院とはちがい数に限りがあるため、病院を選ぶようにホスピスを選ぶことはできず、また、ホスピスの数をこれ以上減らすことは患者らにとって不利益となるからである。

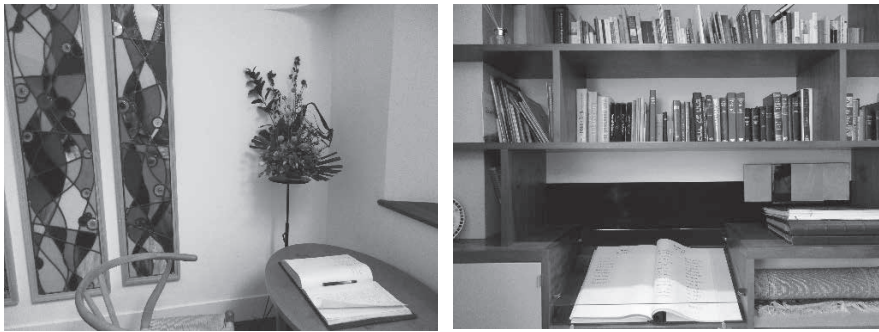
施設見学



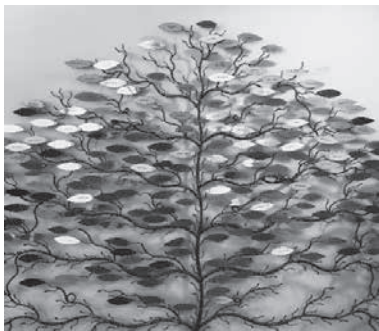
①施設内の病床は全て個室で18床あり、室内は明るくバスやトイレ、リクライニングチェア、また家族が休めるソファーベッドが備え付けられていた。また、感染対策グッズ（手指消毒薬や手袋など）も備え付けられている。



②配膳室は広く、衛生的であり不要なものが一切ない。また、配膳車に食事のトレイが準備してあったが、レースペーパーの上にフォークとナイフ、スプーン、ナプキン、お手拭きがセッティングしてあり、病院食を思わせない雰囲気である。



③セレモニールーム。患者は、キリスト教のみでなく、様々な宗教を信仰する方がいるため、どの宗派にも関係しないような作りになっている。



④前述した Light Up Life の樹。たくさんの葉っぱのメタルプレートに名前やメッセージが刻まれている。



⑤施設内の中庭。日本庭園を思わせるような庭で手入れが行き届いている。



⑥ホスピスの玄関。癒される雰囲気である。



⑦お世話になったこの施設の看護師、ケイトさん（写真左）とフランさん（写真右）、お話しを下さったボランティアのジョーさん。

おわりに



ロンドンのホスピスは、日本でよく見る医療機関の中にある1つの病棟や部署というものではなく、とてもオープンで患者や家族がいつでも利用できる雰囲気であることに驚いた。一見、ロンドンの小さな宿泊施設?とまで思ってしまうほど、病院らしくない施設であるが、それが、患者らを穏やかにもするのだろう。また、患者らの気持ちに寄り添うために、看護師をはじめ、医師やOT、ソーシャルワーカーや宗教家、ボランティアなど、医療職だけではない様々な方々が手厚く患者や家族をサポートしている。とりわけ、ボランティアの方々の活動については、ちゃんと研修を受け患者に寄り添おうとする姿勢が見られ、感銘を受けた。それだけ、イギリスにおけるホスピスの歴史は長く、ボランティア精神が国民にもしっかりと根付いているのだなと感じた。まだまだ、死について話し合うことやホスピスに対する理解は十分ではないというお話しもあったが、心のケアが素晴らしく、医療制度はちがえども、是非日本でも見習いたいところである。

末期認知症患者にもホスピスケアを提供する慈善団体施設

ロイヤル・トリニティ・ホスピス

香川県・三豊総合病院 循環器科 主任部長 高石 篤志
香川県・三豊総合病院 看護師長 守谷 正美



はじめに



ロイヤル・トリニティ・ホスピスは認知症その他致命的な疾患で、病状が進行し末期状態となった患者の種々のサポートを無償で行う慈善施設である。125年の歴史を持つイギリス最古のホスピスで、1891年英国国教会により設立されたHostel of Godに由来する。ロンドン市中央部から南西部の7つの区をカバーし、常時700人の患者及びその家族を在宅、又はホスピス内でサポートしている。2017年は2,500人の患者をサポートし、施設の入院については年間延べ約7,000床のベッド利用があり、外来は3,115件、患者の自宅訪問が3,000件以上、亡くなった患者の遺族のカウンセリングについては1,500件以上の実施実績がある。施設裏には広大な庭園があり、また施設内にはトレーニングジムや各種宗教に対応した祈りのための部屋、お見舞いに来た子供用の遊具、遊び場まで完備している。



患者サポートの概要 (認知症専門ナース、ヌド・サントス・ダグラス氏の講義)



ロンドン・トリニティ・ホスピスでは、当該患者ないしその家族への特に心のケアを提供し、死を迎えるにあたってのいろいろな知識を患者個人あるいは地域社会に広めていくことを目標としている。もちろんすべての該当患者のサポートを行うことはマンパワー的に不可能であり、患者に関わるGP、看護師との連携をとって助け合いながら一人の患者、あるいはその家族の心のケアを行っている。正規職員とともに多くのボランティアが当該地域のコミュニティー、施設の外来、あるいは入院下でサービスを提供している。そしてさらにホスピス活動のレベルアップのために、地域社会でスタッフがかわる患者についての学術的リサーチや、次世代を担う後継者の教育

にも力を入れている。

財務的には、年間1,200万ポンドの運営費を必要としており、その25%のみをNHSから享受している。残りの900万ポンドに上る費用はチャリティーショップの売り上げであったり、マラソンなどのチャリティーイベントであったり、組織所有のアパートメントの賃貸料等で賄われているらしい。他の視察した施設でもそうであったが、運営のための安定した収入が1/4のみで、他は自前での別口のやりくりで運営していること、そしてその大部分が一般市民からの寄付によるものであるということに驚いた。イギリス人の相互扶助に対する意識の高さをうかがうことができる。キリスト教社会ならではの現象なのかもしれない。



サービス開始までの流れ



ロンドン・トリニティ・ホスピスが、ある患者の紹介を受けるのはGP、訪問看護師、大病院の医師など誰からでもありうる。このホスピスに紹介したい理由、すなわち、疼痛緩和など医療的なサポート、心のサポート、あるいはケアラーの支援等を明確にし、患者本人に何が一番問題なのかを把握し、患者に関する十分な情報を得てからサービスの提供が決定される。日本では、患者に関する各種サービスの申請には多くの場合医師が関係した手続きが必要な点と大きな違いがあると感じた。

患者との最初の面談は、専門看護師が行うが、患者の自宅訪問をする場合もあるし、ホスピスの方に患者から出向いてもらって行う場合もある。ただし、早急な身体的対応を要しない場合はカウンセラーが対応する場合もあるようだ。

ホスピス内での活動の実際



ホスピス外来では普通にドクターや看護師の診察又は問診、PTやOTのリハビリはもちろん、アロマセラピーやフットマッサージセラピーなどのコーナーもありこれらのサービスを予約制で受けられるシステムになっている。

入院については、広いサポート範囲にも関わらずベッド数は28床しかない。したがって、入院の適否をあらかじめよく確認することになる。すなわち患者が期待する成果が入院により達成しうるかどうか事前によく検討して入院が決定される。入院患者自身も疼痛緩和、ないし精神的ケアなど具体的目標をしっかりと自覚して入院してくる。入院期間はおおむね2から3週間であり、目標達成後患者は自宅に帰ったり、嚴重なケア



が必要な場合にはその条件を満たす別な施設に入所することもある。尚、認知症患者に限ってはショートステイの制度も設けており、2週間の滞在が可能である。

入院患者の各部屋には、付き添いの方用のベッドが準備されているし、家族や友人の見舞いも24時間可能な体制である。さらに犬や猫などペットの面会も可

能で、患者本人が身近な家族や友人、ペットとリラックスした時間を過ごせるよう工夫されている。

入院患者は、通常の診療のほか、患者や家族の心のケアを行うセクション、受取可能な福祉給付金についてのアドバイスのセクション、遺族のケアを行うセクションなどが準備され、また、ホスピス内では様々なアクティビティーが催されている。患者は一週間を通じて行われるこれらアクティビティーの一覧から、希望するアクティビティーを選択、それに参加することができる。また、ホスピスのサービス内容や、症状緩和に関する知識、薬剤に関する知識などを理解することができるスマートフォンやタッチパッド用のアプリも用意されていて、だれでも自由にダウンロードし、利用することができる。

スタッフが一番留意していることは、入院時に患者と面談し、一番してほしいあるいはそうしたいことが何なのかを聴取し、それに合わせて入院中の各サービス提供の計画をスタッフと患者本人が話し合っただけでなく患者個々の病状や事情に合わせたきめの細かいサポートが実践しているのだという。

同ホスピスではバーチャルリアリティシステムを導入し、それによる身体的な症状緩和効果の有用性を確認する臨床研究を行ったり、医師をはじめとして9つの業種のメディカルスタッフがチームを作って毎日コミュニケーションをとりながら個々の患者に対応してゆくという新たな診療モデルの有効性などを検討する臨床研究も行おうとされている。既存の構築されたホスピスに関する種々のサービスを患者やその家族に提供し続けるだけでなく、よりよいサービス提供のために時には大病院や大学とも連携しあい、新たな診療モデルを考案、その有効性を臨床研究として検証し、未来のホスピスの診療の進歩に役



立てていく姿勢には強い共感を覚えた。日本では緩和ケアを担う医療機関はかなり普及してきたと考えるが、この中にあって、診療の進歩のためとはいえ、患者やその家族の協力のもと、いろいろな介入試験を行うことは現時点では難しいと考える。患者らを十分満足させる、様々なサービスモダリティがあり、全体として十分なホスピス機能を彼らに提供できる体制が整っていて、患者や家族らもそのことを理解しているからこそ、臨床研究のような試みが患者らの協力を得て可能なのだと思う。

認知症患者とホスピス



少なくとも日本では、お互い全く関係がないキーワードのように思える。認知症は日本国内でも患者数が急激に増加してきており、その社会全体に与える負の影響が危惧されている。一方イギリスでは、約10年前の2009年に既に認知症対策を国家戦略として国を挙げてその対応に力を入れ続けている。認知症が国の医療制度について非常に大きな経済的負担をかけると危惧されたからである。



現在、イギリスの認知症ケアに関しては多額の予算が計上されている。ヌド氏の説明によると、近年のイングランドとウェールズの疾患別死亡原因の圧倒的トップが認知症であるとのことである。認知症で死亡とはすぐには理解しがたいが、よく話を聞くと、認知症は現在決定的な治療法がなく、かつ、進行性で、病状が進めば他の併発疾患と相まって死に至る厄介な病気と位置付けられていて、それ故に、ホスピスでも、ある一定レベル以上進行した認知症患者をサポート対象としているようである。そして少なくともこのロンドン・トリニティ・ホスピスは2人の認知症専門ナースを配置するなど認知症患者に対するケアを活動の中心に位置づけているようである。

過去においては、今の日本と同様、イギリスのホスピスでもがん患者への対応に主眼をおいていたらしいが、上記事情や、心疾患などの増加もあり、ホスピスとしてもがん以外に目を向ける必要があると認識され、現在の体制になっているらしい。

認知症に対する対応の実際



ホスピスとしての対応の仕方について、がんは積極的治療が不可能となった場合比較的短期間に病状が進行するので、関わる期間も比較的短い場合が多い。一方で心臓病や呼吸器疾患の場合は、多くの場合病状が急激かつ一時的に悪化した

ときのみホスピス入院とかで症状緩和の対応を行い、そして病状が短期間で回復し退院するといったことを繰り返す。ただし、もちろん最終的にはがん症例と同じような終末期のケアは必要となる。これらに対し、認知症患者では、がん患者よりはもちろん、心疾患患者よりも病気の経過が長い。10年や15年以上の場合も多くある。

この施設ではGP、あるいは病院の医師により、認知症と診断がおりて初めて要望があればその患者に介入することができる。ホスピスに入院するような認知症の患者は末期状態の患者の場合で、徘徊したり、大きな声を出されたりするようなそれほど進行していないような認知症患者は、入院の適応としておらず、彼らの自宅やあるいはしかるべき入所施設に認知症専門ナースなどが訪問して、ケアを行っている。

軽い記憶障害のみで、見た目全く異常がないように見えるような軽症患者には、コーディネートマイケアというシステムを導入することがある。スタッフと患者が面談し、将来的にどのようにしてほしいのかとか何を望むのかを詳しく聴取して記録しておくというものである。例えば、どこで最期を迎えたいか、こういった治療は受けたくないとか、葬儀はこのようにしてほしいとかを聞いてすべて記録に残してゆくわけである。そしてこれら得られた情報は、オンラインで管理され、ホスピス外の医療関係者、例えばGPとか救急救命士などがパソコンを通じて情報を確認することも可能となる。患者本人の有事の際に、蘇生拒否とか、病院搬送拒否とかの医師が確認できるわけである。もちろん患者本人やその家族が内容を確認することも可能である。日本では、認知症例に限らずであるが、自宅、ないし施設に入所している高齢かつ末期的な各種疾患患者の状態悪化時に、具体的にどのように対応するかということを確認していない場合が多く、救急要請から搬送、急性期病院受け入れの流れの中で施設間あるいは施設患者ないし患者家族と病院スタッフなどとの間でトラブルになることが少なくなく、地域救急医療の大きな問題になっている事実がある。今回の事例を知り、計画的により早期から個々の患者をどのようにサポートしてゆくかを確認するシステムが構築されていればそのような問題も解決できるのだなと大変参考になった。

また、認知症患者のケアをしてゆくうえで鬱の程度や譫妄の程度を客観的に評価してゆくことは非常に大事で、この施設では、認知症の重症度によって違った評価指標を用いて評価を行っている。また、末期状態の患者の病状の客観的かつ詳細な把握のため、血漿中のアルブミン濃度などいくつかのデータを組み合わせた指標も用いられて診療に役立てている。

終わりに



ホスピスの原型は18世紀末アイルランドで生まれたとされている。20世紀にはいり、近代のホスピスが誕生、発展し、現在に至っている。キリスト教の教えで重要視されている博愛の精神、あるいは相互扶助の精神を根底として、イギリス

では公的補助に頼りきらない、寄付、その他自助努力による資金確保を達成しているホスピスや老人福祉施設等の福祉施設が発展してきたものと理解する。日本人に助け合いの精神がないとは思わないが、近代から現代にかけての日本の歴史の中で、産業革命もなく、中央政府の厳格な統率形態が維持されたことが日本の医療福祉に少なからぬ影響を与えているのかもしれない。



そして、今回の視察で一番感心したのは、GP、大病院、ホスピス、訪問看護師、各種福祉施設等性質も運営体系も全く違う各組織がうまく連携して地域の医療福祉を支えているという点である。

日本でもイギリスに遅れること80年してホスピスが誕生、主として一定規模以上の総合病院の一部門としてホスピス（緩和ケア病棟）は発展してきた。しかしその多くは依然悪性腫瘍患者を主な対象としている。今回の視察で確認できたように、イギリスでも過去には悪性腫瘍例がホスピスの主な対象であったが、現在では循環器疾患、呼吸器疾患、そして国家を挙げての重要疾患とされる認知症まで多岐にわたる対象疾患に対応している。日本でも悪性疾患以外の重症疾患に対しても、適応のある例は将来積極的に緩和医療を提供していく方針であると聞いている。実際当方の専門分野である循環器領域においても、今後症例が激増すると予測されている鬱血性心不全例につき、日本循環器学会などが昨年7年ぶりに診療ガイドラインを改訂、末期症例に対し、アドバンス・ケア・プランニングの実践及び、心不全の病態的特徴を把握しての緩和ケアの実践を推奨している。日本ではまだ緩和ケアについては病院中心の活動になると思われるが、入退院を繰り返す鬱血性心不全患者の満足のいく日常生活を支えるには病院スタッフのみの力では力不足と考えている。今回の視察で学んだ内容を参考に、地域の医師会、近隣の医療機関及び福祉関係部署と連携して鬱血性心不全患者の末期医療に対応できるようなシステムの構築を目指したいと考えている。

質疑応答

- Q 認知症というと、譫妄や徘徊でどうしても騒がしいイメージがあるが、この施設に
い患者はとても静かなように思うが？
- A この施設ではすべての認知症患者を受け入れているのではなくて、いくつかの
チェックポイントで確認させてもらっている。入ってもらえるのは、認知症でもか

なり末期の患者で、徘徊とか譫妄のある比較的早期の認知症の患者様についてはできるだけ自宅か他の入所福祉施設にこちらから出向いてケアを行っている。

- Q** 施設スタッフは、認知症その他多くの疾患に対応しているが、病状的にどのタイミングで関りを開始するのか？
- A** 基本的に、例えば癌患者につき、回復させる手がもうないと判断された時から介入を開始する。これは心疾患や肺疾患患者についても同じでもう大幅に状態を回復させることができない段階から介入を開始する。
- Q** 話の中でリハビリテーション技師につきOT、PT（日本ではPT、OT）という順で紹介しているが、イギリスではOTが中心的な役割を担うのか？
- A** その通りである。イギリスではそうである。ただしお互い、すみわけがあって、それぞれの役割を果たしている。
- Q** イギリスでは胃婁の増設はあまりやらないのか？
- A** 殆どやらない。嚥下機能が落ちて食事がとれなくなることはごく自然の経過であるとイギリスでは考えられている。一方で、スペインやポルトガルでは胃婁増設を行うことがある。
- Q** 認知症をホスピスでの対象疾患にするようになったのはいつからか？以前はなかったように思うが？
- A** 2年前からである。我が国の臨床研究などから認知症がイギリス国民の死因のトップを占めているとの判断が下され、認知症対策チームが当施設でも立ち上げられた。以前は認知症患者に対して病院での無駄な入院が目立っており、在宅での適切なサポートを行い不要な病院入院を減らそうというのが主な目的であった。
- Q** がんをはじめ多くの疾患の終末期患者を対象としているのに、認知症までに対応するととなるとマンパワー的に足りなくなるのでは？
- A** 認知症のすべての患者のすべてのサポートをするわけではない。自分たちが把握していることを行う。他にもエイジUKとかディメンシアUKなど特徴のある様々な団体もあるので、彼らと協力してできることをやっている。
- Q** イギリスでは認知症の患者がなくなったら死因を認知症と書くのか？
- A** 具体的には医師に聞いてみないとわからない。もちろん認知症が根底にあって誤嚥性肺炎を起こして亡くなるとかもありうる。死因病名は複数書かれることもあるからその中に認知症と書かれることもあると思うが、その割合まではわからない。
- Q** 安楽死について、イギリスで肯定的に考えている方はいるだろうか？
- A** 非常に少数である。安楽死を考える前に最善の緩和ケアを万人に普及させることを目指している。（ヌド氏の）母国のポルトガルでは、安楽死の議論が盛んで、むしろ緩和ケアのレベルがむしろ低い状況である。
- Q** ホスピスの患者の対応スタッフナースは、どのような勤務体系になっているのか？
- A** 入院患者に対しては基本3交代制である。外来は9時から17時が勤務であとは電話

対応になる。仕事は役割分担ができていて一般看護師、専門看護師、ヘルスケアアシスタントなどがそれぞれの業務を担っている。ちなみに専門看護師の仕事として患者自宅訪問があるがこの時の診療記録は担当のGPや看護師も閲覧することができて、さらに必要に応じてお互い連絡を取り合うことも行っている。

- Q 認知症専門ナースになるためにはどのような過程を踏まなければならないのか？
- A まずは一般の看護師として職場に出て、何年か働き、その中で認知症患者の対応も経験して、認知症に関する知識、経験につき面接で評価されて専門ナースと認められる。特定の養成コースを経て取得する資格ではない。

アドミラルナースを養成する民間団体

ディメンシアUK (Dementia UK)

香川県・三豊総合病院 管理課 石津 寛文
滋賀県・公立甲賀病院 薬剤部 木田有日子



保健・医療・介護・福祉サービスの概要



イギリスの保健・医療・介護・福祉サービスは、国民保健サービス「NHS」によって提供され、全ての国民に予防医療やリハビリも含めたあらゆるサービスを原則無料で提供するものである。そのNHSを運営するための資金は、日本の医療制度が保険料を主な財源としているのに対し、主に税金により賄われている。また、患者の受診方法についても日本とイギリスでは大きく異なっており、日本では患者が自分の意思で診療所又は病院を選択し受診することができるが、イギリスにおいては全国民が各自登録する診療所の家庭医「GP」でまず診察を受けなければならない。そして、GPにて治療ができるものであればそこで治療を行い、検査や入院など高度な医療を要する場合はGPより病院へ紹介される仕組みとなっている。近年、日本においても診療所と病院の機能分化が推進されているがその確立には至っていない。

はじめに



近年、イギリスでは国家予算に占める認知症対策予算が増加していたため、どの国よりも早く認知症者に対するケアに注目し、2009年に認知症対策を国家戦略として位置付けた。とりわけ、①早期診断と早期支援、②総合病院における認知

症対応の改善、③介護施設における認知症対応の改善、④介護者支援の強化、⑤抗精神病薬使用の低減、の5つを最優先課題とし重点的に取組を進めてきた。“Living well with dementia”（認知症とともにより良き生活（人生）を送る）という国家戦略のタイトルが、まさにこの戦略の基本理念となっている。

そして、認知症対策とともに、認知症専門の訪問看護師が注目され始めたが、




Paul Edwards ディレクター（中央）を囲んで

今回訪問した非営利団体「ディメンシアUK」は、認知症者及びその家族を支える専門の看護師「アドミラルナース」の養成及び認定を行う組織としてイギリス国内において重要な役割を担っている。

組織概要

- 設立** 1988年
- 種類** 民間非営利団体
- 代表者** Hilda Hayo
- 組織体制** 評議会、名誉会長、上級経営チームで構成
- ミッション** ①イギリスでのアドミラルナースの関与の増加、②アドミラルナースに対するイギリス国民の認識と理解の向上、③アドミラルナースのもたらす明確な成果の立証

イギリスにおける認知症

 2014年のデータによると、同国内には約85万人の認知症者があり、その対応に多額の予算が計上されている。また、死亡原因のトップも認知症とされており、日本が悪性新生物、心疾患、脳血管疾患が上位を占めているのとは大きく異なる。これは、日本が直接的な死因となるものを死病名とし死亡診断書に記すのに対し、イギリスで



富永団長の挨拶

は、喉に食べ物を詰まらせ窒息死した場合を例に挙げると、窒息の原因が認知症からくる嚥下障害によるものであれば、病名は窒息死ではなく認知症とされることに起因する。冒頭でも述べたように、認知症にかかる予算が膨大になりその対策に力を入れるのは、こうした要因で死亡原因のトップになっていることもある。

日本でも現在、約500万人の認知症者があり、2018年には約97億円の予算が計上されている。今後、少子高齢化が一層進展する中、2025年にはその数は約730万人になると予想されており、認知症者の増加による予算の増加がますます危惧される。日本政府は、2013年からオレンジプラン、2017年から新オレンジプランを実施するなどして認知症対策を行っているが、今後更なる方策の充実が求められる。

認知症者を抱える家族の現状



認知症者を抱える家族は、認知症者に対しどのように声をかけ、どのように対応すればよいのか、またどのようなサービスをどこで受けられるのかなど不安を抱えている。その一方で、彼らは認知症者の対応に追われ、それによりストレスが溜まり、時にはうつ状態になるなど日常生活に支障をきたすことも少なくない。こうした認知症者を抱える家族を安定した状況に導き、QOL（生活の質）の向上を目指すためにアドミラルナースの介入が必要とされている。

ディメンシアUK (DUK) の活動



ディメンシアUK（以下、DUK）は、認知症者及びその家族のためのケアサービスを提供するプロバイダーであり、またそのスペシャリストとして臨床ケアを提供するイギリス国内で唯一の組織である。DUKが養成し認定するアドミラルナース（以下、ANS）がその代表例であり、ナーシングホームや病院、ホスピスなどの要請を受けANSの派遣を行っている。ホスピスでのケアは、当事者を中心に据えた終末期のケアを行うという意味で大変重要な位置を占める。

また、DUKでは直接的なサービスも提供している。具体的には、自ら保有するANSクリニックで認知症者とその家族の支援、またANSヘルプラインといった電話による介護者へのアドバイスや患者の状態に合わせてどこでどのような対応を受けたいかといった相談対応などを行っている。電話相談は認知症者本人からもまれにあり、1カ月に1,400人ほど対応している。

DUKは、こうしたサービスを提供しながら、ここ5年間で急成長を遂げているが、今後の人口推移を考えると、さらに発展することが推測される。将来的には、急性期病院などにも専門ナースを配置し、認知症者・家族だけでなく、そこで働く医師・看護師などの専門職にもアドバイスをを行うことを考えているようである。

しかし、そうしたなか課題もある。認知症をサポートする施設はDUK以外にもたくさん存在するが、そこにはケアワーカーや医師・看護師、精神科医など様々な専門職が公的及び社会的ヘルスケアシステムの中で活躍している。そのようななかでANSが彼らとどのように上手く連携しやっていくかが今後の課題である。

ANSの由来



ANSは1990年にDUKから始まったものである。アドミラルとは海軍提督を意味し、ヨットやボートなど海が大好きで、晩年認知症を患い亡くなったジョー・レビー氏のニックネームであった。そのレビー氏の遺族が、レビー氏の家族介

護に追われた体験から、家族への社会的サポートの必要性を唱え、DUKに資金提供をしたことがその名前の由来となった。

ANSの活動内容



ANSが発足した1990年当時、認知症患者及びその家族に対してのサービスや設備などの環境は整っておらず、ANSの役割も認知症者の家族をサポートすることだけにあった。

しかし、この20年でその環境は劇的に変化してきており、周囲の認知症者への理解や認知症者が持つニーズに対する理解も深まり、ANSの役割も家族だけでなく認知症者本人もサポートする形へと進化していった。

ANSの業務は、認知症者家族への個別支援と、高齢者医療やケアの専門家へのアドバイス・教育であるが、主となるのは認知症者の自宅を訪問すること、つまり訪問看護師である。ANSに望まれることは、認知症者とその家族を助けることであり、パーソン・センタード・ケア（その人中心のケア）の理念に基づき、患者が認知症と診断されてから亡くなるまで支援を継続する。

そして、ANSには認知症者及びその家族が必要とする時にアクセスできることも求められ、それは重要なミッションとなる。例えば、認知症者またその家族にとって、認知症の診断を下されること自体が非常に受け入れがたいことである。そうした時、当事者及びその家族がベストの転機を導き出すことに関わるのであれば、まさにその診断を受け入れる際のニーズにANSが支援を行うことが非常に重要となる。ANSのスキルを最も必要とする場面である。

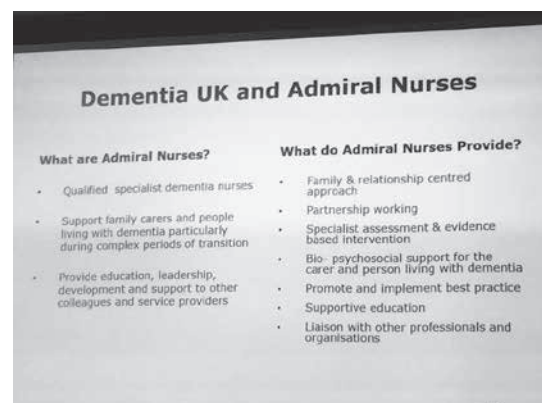
また、ANSの活動場所は、ANSナースクリニックやANSヘルプラインのほか、病院、GP、メモリーサービス、ケアホーム、訪問ケアなどがある。メモリーサービスとは、イギリス独自の認知症専門機関で、認知症の疑いのある人は、GPから紹介されて、ここにやって来る仕組みになっている。また、ケアホームでは入所と在宅を繋ぐスペシャリストとして家族支援を行っている。特に、ケアホーム内で複雑なケースの場合、専門家としてアセスメントやアドバイスを提供するほか、スタッフの教育も行う。

このほか、認知症者とその家族の直接



Admiral Joe

出典：DUK ホームページ
(<https://www.dementiauk.org/about-us/>)



ANSの概要

的な支援だけでなく、病院やGP、福祉団体など関係機関との連携・調整や、認知症者・家族の次へのナビゲーションを行うことも重要な役割となっている。

日本においてもANSと同じように認知症を専門とする認定看護師がいるが、ANSと大きく異なる点がある。すなわち、日本の認定看護師は、取得した高度な看護技術を自分が所属する組織に持ち帰り、他の看護師にフィードバックすることも使命とされる。一方、ANSは指導的な役割はあまり持たず、実務やコーディネーターとしての役割が大きい。

ANSの成果



こうしたANSの活動により、認知症に対する予算縮小などの成果も立証されている。ANSの支援により、認知症者がコミュニティの中で生活が行えるようになり不必要な入院を回避できた、また入院患者の退院がスムーズに行えたことで在院日数の短縮ができたなどが報告されており、それらにより年間約40万ポンド（約6,000万円）の節約を実現したとのことである（本報告の詳細は、下記参考の“A case study of Admiral Nursing in Norfolk”を参照）。



現場で活躍するANS

出典：DUK ホームページ
(<https://www.dementiauk.org>)

おわりに



我が国では、前述した通り、2025年に訪れる認知症730万人時代を目前に、認知症施策推進総合戦略である新オレンジプランが2017年から実施されている。それは、認知症者の意思が尊重されて、できる限り住み慣れた地域でよい環境のもとで暮らし続けることができる社会づくりを目指すもので、地域における関係者の連携が今まで以上に重要になる。そして、その中における訪問看護師の役割は大きく、イギリスで力を入れている認知症患者の早期発見や患者支援、家族支援など様々な取組が期待される。

また、イギリス薬剤師においては、インテグレートド・ケアというプロジェクトの中で、服用されている薬剤の見直しでの貢献が大きいとの話があった。日本の薬剤師も、薬の専門職として薬物療法の有効性と安全性に責任をもち、医療の質の向上と安全を提供しながら、そうしたことにも今後取り組む必要がある。同時に、薬剤師には、業務が調剤から病棟業務にシフトする中、地域包括ケアシステムを推進するために、地域

連携への取組についても見直しが求められる。今後は入院患者の退院支援、とりわけ、退院時合同カンファレンスや薬薬連携への参加が極めて重要になるということを今回の研修で再認識した次第である。

最後になるが、今回、イギリスを訪問し最も印象に残ったことは、どの施設においても一番に患者の意思を尊重した医療・ケアがなされていたことであった。患者一人一人が何を思い、何を期待しているのかをスタッフが大切に考え、そのことを中心にサービスの提供がなされており、そこには、人間が本来持つべき想いと活動があり非常に感銘を受けた。

一方、日本においては、病気の完治あるいは改善を重視した医療サービスが優先され、その方針は患者の意思に反することもあると思われる。また、DPCなど決められた収入の中で最良の資源投入についても考えられ、経営を重視した側面が強い。イギリスでは、寄付やボランティアなどが日常的に行われる習慣があり、これが各施設の財政の大きな助けになっている。日本と大きく異なるところであり、財政面をあまり危惧することなく、患者中心の医療サービスを行える要因の一つと考える。

今回、我々が抱える経営に関する問題については、ANSの活動成果として言及されていたが、文化の違いもありすべてを日本に適用できるとは限らないと感じた。逆に、我々はこれからも、これまで同様に、経営の効率化・経費削減といった努力を続けることが必要であることを改めて感じた次第である。そして、その上で経営の安定化を図らなければ、イギリスで実践されている本当の意味での「患者の意思を尊重した医療・ケアの提供」の実現は困難であると考ええる。

質疑応答

- Q どのようにして認知症の方を見つけるのか？認知症者への虐待はないか？
- A 答えはすぐには出ない。我々の社会においては、認知症に対する誤解やスティグマ（汚名）がある。さらに、認知症に対する知識の無さや、怯える心が社会的弱者のレッテルを貼られることもある。認知症に関する情報は社会に溢れているが、正しい知識を持つ人は少ない。DUKでは、イギリス国民の認知症に対する理解度を高めるための努力をしているが、専門職が患者に対しどのような対応を取るのかといった教育までには至っていない。GPは仕事量が多く、現在は限界といえる。介護者の心理的・身体的限界などが認知症者への虐待に繋がるものと思われるため、ANSの支援は重要である。
- Q 日本では認知症サポート医師は3年に1度再教育の場があるが、イギリスではどうなのか？
- A イギリスでは再教育・卒後教育はあるが、認知症専門医師に日本と同様の更新制度はない。

- Q** ヘルプラインのサービスを受けるための使用料はどのくらいか？
- A** イギリス国内では通話料無料で相談できる。また、メールでの相談も可能である。将来は、テクノロジーの進化により、より便利な機能やアプリの開発が期待される。
- Q** ANSの地位はどのくらいか？
- A** イギリスでは、各機関でどのような役割を担っているかによって、バンドと呼ばれる階級制度がある。最低がバンド1で最高がバンド9とされる。イギリスにおける各段階の看護師の地位を見ると、NHSの有資格看護師はバンド5、そして、統括看護師長レベルはバンド8と位置付けられる。学校を卒業してすぐの看護有資格者がANSになることはない。
- Q** ANSとして認定されるまでに、大学卒業後、何年程度ナースとして実務を経験させ、その後の研修を経て、認定されるなど、通常のキャリアパスはどのようになっているのか？
- A** 有資格看護師になってから2年～5年の実務経験と卒後教育のコースを受講していることを要件としている。また、ANSの中には認知症に関する分野の修士号を取得している者もいれば、この分野のキャリアアップを図るために、ANSになる者もいる。こうした実態に応じて、研修として、例えば、6か月程度、修士レベルのモジュールを履修することができる。
- Q** 6か月のモジュールは、1週間に何時間程度履修するのか？
- A** ANSに認定される人は、モチベーションが高く、ナースの仕事の続けながら、研修を受ける方が多い。研修には、週当たり10時間から15時間程度費やしている。
- Q** ANSを認定するための試験はあるのか？
- A** 筆記試験のようなものではなく、「コンピテンシー・フレームワーク」と呼ばれるANSとしての適性や資質能力をはかるための枠組みに基づいて評価し、認定している。
- Q** 認知症者が診断を受けてから亡くなるまで、一人の担当者が切れ目のない継続的な支援を行うことは困難である。実際、一人の患者に対して、在宅やホスピスなど様々な対応が施されるのが一般的であると思う。このような場合、異なる機関間でどのように連携して、同一の患者の支援を行っているのか？
- A** 患者の支援を行うすべての機関にANSがいるわけではない。ホスピスの中には、その組織に属するナースがいたり、独自に大学院レベルの研修を課していたりと様々である。DUKの努力にもかかわらず、サービス全体にANSを普及させるには至っていない。



講義の様子



Q ANSは全部で何人いるのか？

A 現在は252人。2018年の末までには300人に達する見通しで、さらなる増加が見込まれる。

参照

- ・ イギリス認知症国家戦略 “Living well with dementia: A National Dementia Strategy” (Department of health)
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168220/dh_094051.pdf
- ・ Numbers of people in the UK (Alzheimer’s Research UK, Dementia Statistics Hub)
<https://www.dementiastatistics.org/statistics/numbers-of-people-in-the-uk/>
- ・ 日本の認知症高齢者数の推計 (平成29年高齢社会白書) (内閣府)
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_2_3.html
- ・ 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) (厚生労働省)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>
- ・ A case study of Admiral Nursing in Norfolk (Dementia UK)
<https://www.dementiauk.org/for-professionals/commission-or-host-a-service/a-case-study-of-admiral-nursing-in-norfolk/>
- ・ 地域包括ケアシステム (厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

地域住民に病院や地域社会のサービスを提供

ロンドン・ノース・ウエスト・ユニバーシティ・ヘルスケア・ノースウィックパーク病院

徳島県・美波病院長 本田 壮一
滋賀県・公立甲賀病院 感染制御部 看護師長 木下 桂



はじめに



イギリスの保健・医療・介護・福祉は、NHS (National Health Services、国民健康サービス) が担っている。1990年代には、病院の外来受診や入院の待機期間の長期化があり、国民の不満が高まっていた。実際、現地通訳 (坂本教子さん: イギリス在住26年) から、移動のバスの中で、その不便な体験も教えてもらった。NHSの現在の様子、今後の計画を知り、日本の「地域包括ケアシステム」の参考にしたいと思い、最後の訪問先を楽しみにしていた。

病院訪問



7番目の訪問先は、ロンドン・ノース・ウエスト・ユニバーシティ・ヘルスケア・ノースウィックパーク病院。同院のカフェテリアで昼食を一緒にとった後、講義室で3名のスタッフによる、パワーポイントを用いたプレゼンテーションを聴講したので、その概要について記載する。

NHSの概要



イギリスのNHSは、地域ごとに4つ (イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランド) に分割され、国の医療制度の方向性を検討するところである。その機関には、保険大臣、その下にNHS最高責任者であるCEO、その下にNHSイングランドのナショナルメディカルディレクターという医療局のトップがいる。そして看護部門のチーフナースと呼ばれる看護部長 (看護部のトップ) が位置づけられている。この構造は



NHSについて説明する Joanna さん

どこのNHS 機関病院でも同じ組織構成になっている。NHS 自体が発足したのは1948年で、その当時の予算額でいうと4億3,700万ポンドであるが、現在の価格に直すと、150億ポンドに相当する。NHS 全体の予算としては、昨年度は、1,220億ポンドであり、その内の1,060億ポンドが、この病院があるNHS イングランドが管理する予算である。英国国民は、医療費は無料であるが、治療を受ける患者数は英国全体で年間6,460万人、NHS イングランドだけでみると、5,430万人になる。これは時間に換算すると、治療する患者は36時間ごとに100万人となる。また、NHS は、世界トップ5に入る最大規模の雇用主である。以下に、NHS の7つの活動内容を示す。

NHS の7つの活動内容

- ①提供するのは包括的なサービスの提供である。
- ②支払い能力によってサービスが変わるのではなく、あくまでも臨床上のニーズに沿って医療サービスを提供する。
- ③常に、卓越したサービス提供ができるように高い水準を目指している。
- ④いつでも、何をしても患者中心であるということ。
- ⑤機構内における境界線を越えて横断的に活動する。
- ⑥税金などの公的予算を使って運営されているため、国民に対する説明責任がある。
- ⑦税金を使うということで費用対効果が成立するということを目指す。

ケアを提供する構造は、医療サービスの委託（発注）のもとに実施される。委託元は、まず、CCG という各地方にある団体やNHS イングランド自らが委託（発注）する場合、また、地方自治体やGreater Manchester（グレートマンチェスター）の都市部及びその周辺の行政機関が委託する場合がある。この、Greater Manchesterについては、新しい試みであり、いくつかの行政区が新しい権限で医療サービスと行政が提供するソーシャルケアの両方を包括的に委託できるようになっており、CCG を使わずに委託、発注できる。また、予算は国からである。



委託を受けて、ケアプロバイダー（受ける側）として活動する所は、まず、①プライベートセッターという民間または独立の機関、②ボランティアセクターという非営利の機関になる。また、③一次医療ケアのGPや二次医療機関のNHSから経営上、自立性と自主性を許された独立行政法人の病院、新しい動きとして④アカウントブル・ケア（Accountable Care：より多くの人に質の良い医療サービスを安価で提供する）というものもある。

規制機関は、2つあり政府が設置している。1つは、CQC（Care Quality Commission：ケアクオリティーコミッション）であり、政府から独立して活動している機関である。CQCは、医療機関のどこにでも、いつでも監査に入ることが可能である。もう1つはNHS Improvement（向上、改善）という機関が、費用対効果に見合うものをちゃんと提供しているか、またAccountability（説明責任）を確認し、様々なシステムの開発や構築に対してアドバイスする機関がある。

収入と支出について、国庫から直接、ヘルスケアサービスプロバイダーのところに流れる。また、医療サービスの予算とは別に、社会福祉サービスの流れとしては、国から別途予算立てされ、各自治体に入る。また、政府の別機関でパブリック・ヘルス・イングランド（Public Health England；PHE）という公衆衛生の機関があるが、こちらの予算は、医療サービスの予算と同様、国庫から地方自治体に流れて公衆衛生活動に使われる。

NHSポリシーは4つあり（NHSイングランドは3つ）、①国民によりよいサービスを提供する、②ヘルスサービスを受ける体験をより良くしていく、③医師ができるだけ費用にあった医療サービスを提供するということである。②の体験については、患者だけではなく、サービスを提供するスタッフに対しての体験もあるということが考えられるため、これが4つめのポリシーとなる。

NHSの今後の課題



現在の問題点としては、①費用の維持、②国民の高齢化、③利用者の期待に見合うものが出せせるかと言う難しさ、④テクノロジーに関する課題が挙げられる。

実際に、この4つを念頭において取り組んでいるが、ケアの質については格差がある時がある。1つ例を挙げると、在院日数について、同じ入院治療をしても1つの病院では5日間であるのに、他の病院では12日間であったり、適切ではない場所でのケア提供（できる限り患者に近いところでケア提供を行いたいができない）などが挙げられる。またセルフケアの問題として、昔は大家族で患者を支えるということができたが、今は核家族化や、孤立している方がいるので、セルフケアの不足が上げられる。

メンタルヘルスについても抱える課題がある。メンタルヘルスサービスは、リアク

ティブ的（何かが起こってから対応する）に対応をする場合があり、それが課題として上がっている。精神疾患を患っている方は、身体的な合併症を抱えていることもあり、死亡率も高く、QOLも良くないので、そのような場合での改善も必要である。

社会的孤立に対しては、GPを受診する患者の50%は、誰かと物理的なコンタクトが欲しいとして来院することもあり、医療費や他の患者の診療時間などを考えるとこれも問題として上げられる。

しかし、このような中で変革もある。国は、1つの政策として2014年から、「NHS Five Year Forward View」を打ち出した。これは、前に進むための政策として、医療、社会的ケアを包括的にそして、ローカルレベルでも提供しようという内容が記載されたものである。

この中で特に指摘していることは、何かの団体や機関を作るのではなく、人を育てること、つまりリーダーシップが取れるような人材教育が上げられている。また、いろいろな部署で横断的にケア提供を行い、それをネットワーク化していく包括的ケアなどが内容に盛り込まれている。

この包括的ケア (Integrated Care) は、もともとアメリカで発祥した。イギリスではNHSに既に組み込まれて取り組んでいるポリシーでもある。しかし、包括的ケアを必要とする背景には、国民の高齢化と予算の圧迫感がある。

この取り組みのキーポイントとなるのは、場所であり、人であって、機関（団体）ではない。人を診る（看る）のであって疾病ではない。また、包括ケアは協働ということも上げており、これは、ヘルスケア、ソーシャルケア、非営利団体、そして住民（コミュニティ、地域）との協働であることに重心を置き、決して競争ではない。

この包括的ケアの核となるのは、住民の参加である。トップダウンではなくボトムアップであり、実際に住民やサービスユーザーが何を欲しているのかというところから各種ケアサービスに持ち上げる。既存のグループや政府の予算もそこに集約する。以前は、一次医療、二次医療、あるいはメンタルヘルスというのは縦割りであり、それぞれにケアサービスを行っていた。しかし、サービスを提供する住民は同じなので、これらを1つにしてその中で必要とされる方々にサービスを提供する。つまり、縦割りで断片的なサービスしか提供できなかったことを、この協働では、サービスを重複させることなく流れるようにヘルスケアのプロバイダーやソーシャルワーカーから、患者に必要なサービスが提供できるようになり、効率化と維持が可能になった。（後の「社会処方箋」の項参照）

サービスを委託する側とプロバイダーとの間には契約関係が成立する。それは、おおよそ10年という長い契約になる。これらの取り組みについては、アウトカムベースと呼んでおり、以前は、アウトカムを測定する際、1つの処置やプロセスに対してモニタリングしていたが、今は、住民の健康を向上させるために根本となる病気の原因に注目し、そして向上（改善）させるために、いろいろな角度からモニタリングしている。下

記に、アウトカム指標を記載する。

アウトカム指標

- ①社会的孤立を減らす。
- ②自尊心、自己の価値の向上につながる目的意識を持った活動が行える。
- ③運動やウォーキングで、健康の増進・維持に取り組み、医療費を減らす。
- ④禁煙にて、医療費を減らす。
- ⑤Self-care booksを用いることで、医療費を減らす。
- ⑥助言 (Advice/Welfare) により、医療費を減らす。
- ⑦ボランティア活動にて、医療費を減らす。
- ⑧企業によるトレーニングで、医療費を減らす。

今後の活動として、地元の一次医療とコミュニティケアを評価したいと考えている。いろいろなGPの診療所が共に活動することや、糖尿病など長期にわたる慢性疾患をコミュニティベースでみていく。コミュニティで活動する医師、そして病院内で活動する医師との接点を持たせ、地域社会で働くことのなかった病院の医師らがコミュニティで活動することができることである。また、地域社会で活動する医師が病院内で活動することも見直し、取り組みも行っている。

そして、ソーシャルケアとコミュニティのケアを拡大していこうと考えている。窓口を一本化し、アクセスをやすくしてトリアージする。これは、GPが何か事が起こってから動くのではなく、普段より積極的に動けるよう、また、予防に貢献できるようにケアを必要とする患者を特定し、診ていくことである。例えば、原疾患が悪化しそうである、あるいは容態が悪化した、転倒した、ご家族を亡くされた、糖尿病、呼吸器疾患、うつなど、そのような方々を普段から気をつけて診ることで、状況を把握し予防に努めることができる。この取り組みについては、現在、電子フレイル・インデックス (Electronic frailty index) というツールがある。これは、このツールで対象者の身体的、精神的、社会的ケアの必要性をみて、三段階に振り分け、必要なケアに対して重点的に対応できるようにするツールである。GPのツールだけでなく、地域医も活用する。

その他に、中間ケアとしては、入院リスクが高い人や複雑なケアが必要な人を管理しなければならないニーズもあり、これは専門職で構成されコミュニティチームが存在する。このチームは、様々な職種がそれぞれのスキルを発揮してケアを行う。例えば、老人病の専門医であったり、GP、ソーシャルケア、メンタルヘルス、非営利団体などが含まれる。このコミュニティチームは、同じ所を基点にして活動しているので、いろいろな情報の共有とシェアができる。特に長期の慢性疾患を抱えている方に対する対応がスムーズにできる。

これら全てにおいては、まだ実施されていないこともあるが、最終的にこれらのこと

が達成できるよう、そのゴールに向かって現在取り組みが行われている。

ハーロウ行政区の地域社会処方箋



次に、Steve Porter さん（ソーシャル・ワーカー）が説明された。急性心筋梗塞に罹患したこともあり、患者さんの立場からも言及した。

イギリスが目指す患者中心の地域包括ケアは、GP や歯科、薬局、臨床検査機関、NHS 病院、コミュニティナース、ソーシャルケア、メンタルヘルスケア、レジャーなどのサービスが患者を取り囲んで、いつでもスムーズに各サービスにアクセスできることを目指している。

専門性の高いものは、専門性の高いケアを必用とする患者さんだけがアクセスできればよいので、“患者中心”の周囲にスペシャリストケアがあり、また、メンタルヘルスケアにおいても同様のことが言える。

この病院があるハーロウ行政区には、「ハーロウ・インテグレイテッド・ケア (Integrated care)」という、6つのいわば「地域包括ケア」が存在する。その1つに、対象となる患者に焦点を当て、様々なサポートを行い健康に暮らしていけるように取り組む「ソーシャル・プレスクリプション (Social prescription : 社会処方箋)」という政策がある。

この社会処方箋は、薬の処方の代わりに患者に体操や音楽などのアクティビティやボランティアなどへの参加を促し社会と繋がることで、セルフケアで病気の自己管理ができることを目的に試みられている。この取り組みの背景には、現在の医療システムにおいて、慢性疾患や精神疾患など、長期的治療を要する患者の対応が円滑に行われておらず、例えば、2004年から2015年の間の入院患者1,600万人の内、400万人は入院の必要性がなかったことや、GPの診療時間のうち1/5は医療とは関係のない時間を費やしているという問題があるためである。ハーロウ行政区での、具体的なニーズを示す（「ハーロウ行政区の医療の現状」と「ハーロウ行政区の疾患の分布」参照）。



地域処方箋について説明する Steve さん

ハーロウ行政区の医療の現状

- ①人口の20%は、慢性疾患に罹患している。
- ②うつ、不安の患者の25%は、治療を受けていない。
- ③毎年75歳未満の人口1,500人が、がんや循環器、呼吸器の病気で亡くなっている。
- ④慢性疾患の患者が、75%の医療費を消費している。

- ⑤急性期病院の30%の入院患者は、入院の必要はない。
- ⑥3%の入院患者が、3分の1の急性期病床を利用している。
- ⑦アジア人や黒人ではある種のがんのリスクが高い。女性は65歳未満では乳がんのリスクが高く、65歳以上では子宮がんのリスクが高い。

ハーロウ行政区の疾患の分布

冠動脈疾患／高血圧	42,658人
糖尿病	19,972人
転倒／運動器の疾患	437人
認知症	2,378人
脳卒中	4,072人
社会的孤立	19,390人

患者が行うセルフケアとは、Well-being（ウェルビーイング：身体的、精神的、社会的）に良好な状態を維持することが目的であり、ソーシャルケアサービスとして、専門家がそれぞれのスキルや専門性を発揮し、患者をサポートする。患者は自身の持つ知識とサポートによるスキルアップにより自信を持つことができ、ニーズが満たされてセルフケアを行うことができる。今までは、医療の専門家からいろいろなアドバイスを受ける受身であった患者の立場を、これからは自分たちもより積極的にリソースを活用して確実にセルフケアができるようにして行くことが目的である。

ハーロウ行政区が社会処方箋の取り組みをして1年である。取り組みを開始した理由は、ハーロウ行政区の住民の20%が何らかの慢性疾患を抱えており、25%はうつや不安症による受診歴があり、社会処方箋の対象となる患者が多いことにある。

社会処方箋の流れについては、最初にGPの医師や病院の作業療法士から患者が紹介される。その紹介状には、医師が患者についての達成目標を記載するのだが、場合により医師が患者の全てを把握しているわけではないため、紹介状を受けると患者のスクリーニングを行う。そして、その患者が健康を維持するために、医療者は何が提供できるのか、患者と医療者がお互いに合意に至るまで話し合いを進める。これが、パーソナルケアプランである。

このパーソナルケアプランの中には①ヘルス（Health：健康）、②権利、③ウェルビーイング（Well-being）、④サインポスティング（Sign-posting）という4つの側面があり、これらを達成するために、エキスパート・ペイシエント・プログラム（Expert Patient Program）に沿って患者教育を行う。まず、①のヘルスである健康増進については、心疾患や高血圧、脳卒中、癌、心房細動などの患者に対して教育を行うことにより、病院の受診率を低くする。次に②の権利については、住民が抱える様々な問題、例えば移民である、お金がない、住宅関連の問題、社会からの孤立、行政に対する不満などにつ

いて解決策を導くこと。これらにより患者の持つ不安の軽減に努めている。このプログラムを利用する患者の約40%はこのような問題を抱え自身の権利を脅かされているため、これを放置しておくとうつなどの精神疾患を発症するリスクとなるので、不安の軽減や解決となる手助けをすることはとても重要である。次に、③のウェルビーイングであるが、ロンドンでは社会から孤立し孤立感を抱いている人々が多いため、そのような阻害された気持ちにならないように、いろいろな活動の場を提供している。例えば、ライティング教室、笑いのセラピー（笑いヨガ）、太極拳、運動教室、ウォーキング、高齢者グループのアクティビティ（レクリエーション）などがある。そして最後に④サインポスティングであるが、これは①～③について、どこに行けばどのようなサービスがあるのかを教えるという活動である。

しかし、当事者のニーズが十分ではない場合がある。このようなケースは、例えば精神科疾患でメンタルヘルスの問題があり、いろいろなサービスに参加する意思がなく、促しても「おもしろくない」として拒否をされる。しかし、視点を変え、当事者にアクティビティの参加ではなく、主催者側になって欲しいとお願いすると、参加することができたりもする（後述の症例1・3）。

社会処方箋がスタートして1年が経過したが、対象者の予想は3,000件であったが、実際に実施した数は3,382件と上回った。費用は6万9,000ポンド、これだけの費用を費やしても、1ポンドの投資に対して、3ポンド74ペンスの節減に繋がった。ちなみに、今の試験プログラムは今年の12月に終了する。次の段階として、試験プログラムの成果がよく、実施することが決定された場合、今後は包括的ケア（Integrated care）チームで実施されることになる。

3つの症例提示



その後、実際の症例の提示があった（「サービス利用者の Journey（旅路）」と表現した）。

症例1 高齢者 社会生活が困難な高齢者が、Northwick Park HospitalのCrisis unitから紹介された。スクリーニングにて、世話を受けている感覚がなく、家族や友人とのかかわりが少ないことが判明した。面談では、「同じ年代の高齢者に提供されるサービスは退屈で、参加したくない」とのこと。

個人プランをたてるにあたり、患者が作家で、創作活動が得意なことが判明した。テレビ番組や演劇の脚本を書いたりしていたという。そこで、患者自身が、メンタルヘルスの他の患者との創作グループを立ち上げることになった。その利用者が書いた詩集を作り、出版に至った。

▶▶▶患者の能力を、スクリーニングで引き出した症例である。

症例2 48歳男性 中年の男性。移民であり、持病のてんかんの治療を受けながらの在宅生活は困難で、GPから紹介された。住宅の問題があり、スクリーニングにて、家族や友人とのかかわりが少なく、低収入であることが判明した。

面談で、ビザの料金も払えないことが明らかになった。事務弁護士 (Solicitor) が事務処理にあたり、健康上の理由で料金免除を受けたビザの申し込みを行った。このことにより不安が軽減し、GPへの受診が1/4に減少した。

▶▶▶ 医療より、社会的な問題の影響が大きかった症例である。

症例3 若年男性 アスペルガー症候群で、うつ・不安を伴う若い男性患者。家庭内の問題があり、Murphyさん (作業療法士) が勤務する急性期の精神科へ入院した。家族・地域の支援もなく、長期入院が考えられた。

面談などで、才能があり、心理学の学位を持っていることが判明。社会処方箋のプログラムで病棟を訪問した



施設の関係者、一番右がMurphyさん

Steveさん (前述、ソーシャル・ワーカー) に相談した。患者はCreativeな側面があり、創作作家グループのリーダーとなった。患者が構想を持っていたロックバンドを作っていくような小説を書くに至った。

▶▶▶ 症例1と同様に、社会的自立ができた症例である。

質疑応答

Q イギリスの医療での薬剤師の役割・参加は？


A “Integrated care project” では、服用している薬剤の見直しに貢献している (注: ポリファーマシーを含めて)。将来は、訪問看護師の不足もあり、各家庭へ訪問する薬剤師も期待されている。また、“Expert patient program” において、患者教育の役割を担う。イギリスでは、救急の薬剤や終末期に用いる薬剤など、限られた領域で、医師のみでなく、薬剤師が処方できる方向を目指している。

Q 病院内での禁煙の状況はどうか？ (待ち合わせ場所となった病院玄関では、喫煙者やタバコの吸い殻が目立った)

A Non-smoking policy だが、実際のポイ捨てをしないように、見張るのは難しい。禁煙のプログラムに入ることを勧めている。精神科では、たばこではなく、電子タバコの自動販売機に代っているとのこと。

- Q 今回ご説明いただいた“Integrated care”は、日本で1975-80年頃に始まった「地域包括ケアシステム」と全く同じと感じた。いつから、“Integrated care project”は始まったか？
- A 2010年ぐらいから計画され、実際の政策となったのは、2014年である。
- Q 日本の地方では都会に比べ、マンパワーが弱く、救急医療などの負担で疲弊している。イングランドでは、ナース、ソーシャル・ワーカー、作業療法士などの多職種連携で、医療現場の負担は減少しているか？
- A 大変難しい質問である。このような職種で、その職種のカバーする負担は軽減するが、需要自体が増加しており、なかなかGPの負担は減っていないと思われる。他の職種の理解が深まると、トリアージのやり方、社会処方箋のアクセス、GPから理学療法士への紹介などの流れが、全て病院に行くのではなく、様々な団体に紹介していくことで、将来の医療での、負担軽減になるのではと考える。

まとめ

 巨大な組織である、NHS-UK や、NHS-England の機構、実際に理解した。イギリスでも、高齢者の増加に対し改革が進められている。

そのため、Population Healthの観点から、「社会処方箋」の試みが開始され、患者を医療だけでなく、保健の立場からケアしている。今回は、保健・医療・介護・福祉の視察であったが、イギリスでのこれらの分野の改革の方向を知った。

国診協が推進する、地域包括ケアシステムとよく似ており、NHSの科学的なスクリーニングや評価は、わが国にも取り入れたらと考える。

残念ながら、病院の会議室、カフェテリアのみの見学となった。大学病院内部の案内もあると、もっと理解が深まると思った。



参考

1. 田畑雄紀：イギリス医療保障制度の概要—日本の制度との違いについて—。関西大学経済・政治研究所 第196回産業セミナー、2012年6月20日
2. 一元光弥：イギリスの家庭医制度。関西大学経済・政治研究所 第196回産業セミナー、2012年6月20日
3. 熊川寿郎、森川美絵 他：地域社会処方箋の可能性。保健医療科学、65 (2)、136-144、2016

2018年 イギリス保健・医療・介護・福祉視察研修

平成30年7月8日(日)～7月14日(土)

発行日：平成30年10月

編集・発行：公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（略称：国診協）

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4階

TEL 03-6809-2466

FAX 03-6809-2499

URL <http://www.kokushinkyo.or.jp/>

