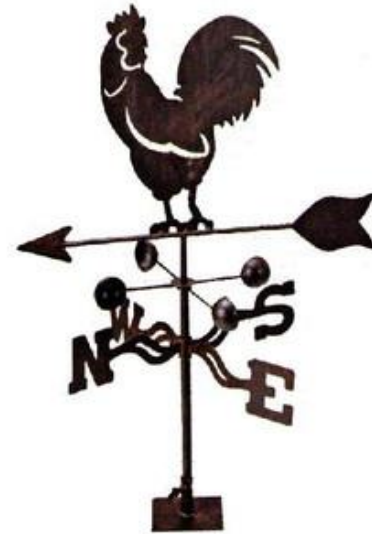


# 欧米の在宅医療と認知症対策

国際医療福祉大学大学院教授  
武藤 正樹

# 目次

- パート1
  - 医療モデルの変遷
- パート2
  - 米国の家庭医療と訪問看護
    - VNSNY
- パート3
  - オランダの訪問看護
    - ビュートゾルフ
- パート4
  - 英国の認知症戦略と訪問看護



# パート1 医療モデルの変遷



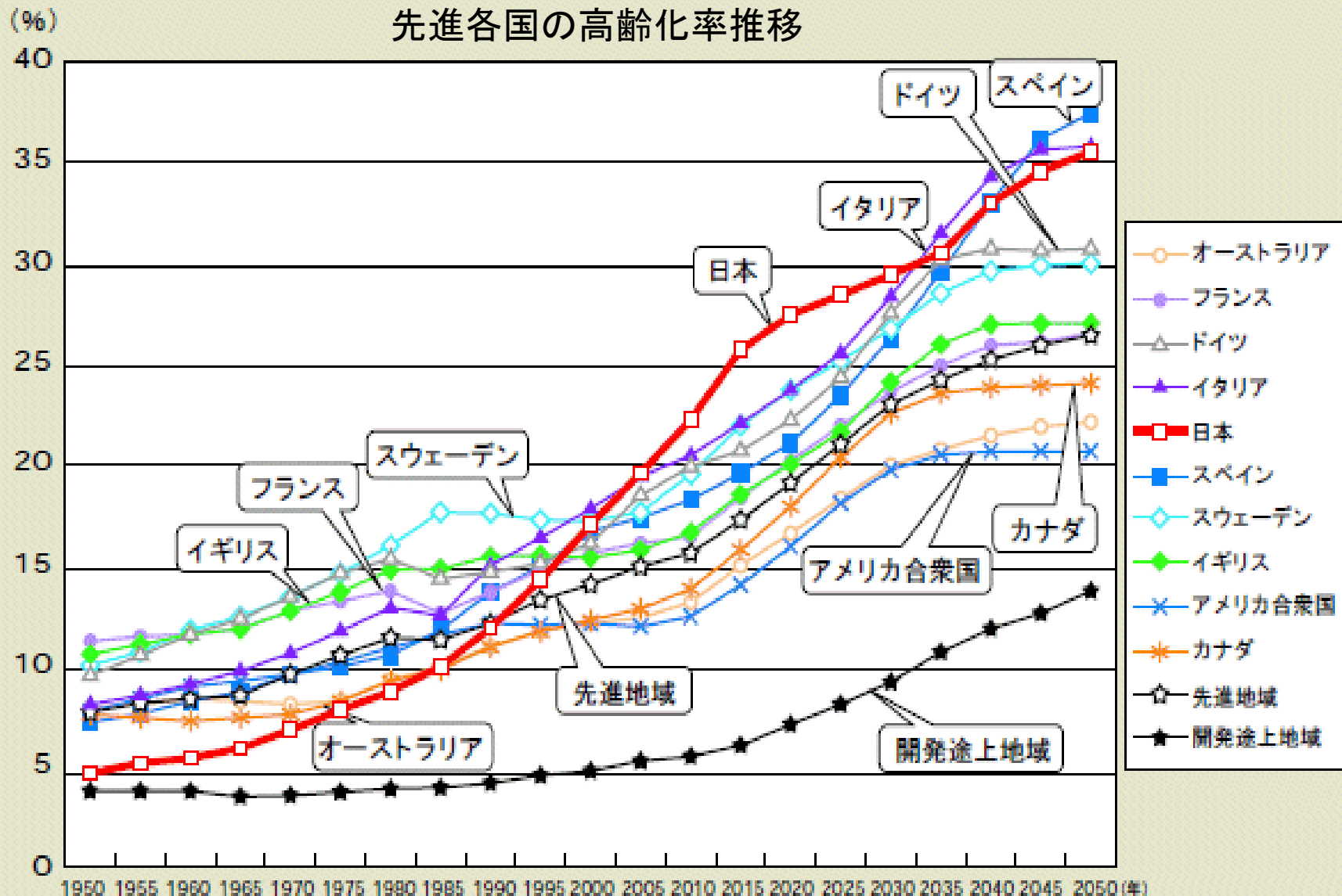
# 医療の転換 (Healthcare transition)

出所:長谷川敏彦「地域連携の基礎理論としてのケアサイクル論」高橋紘士・武藤正樹編『地域連携論』

起源	19世紀後半	21世紀
寿命	50歳まで	85歳以上
原因	外的・母子	老化
疾病	単一	複数
経緯	単一エピソード	継続発症
目標	治癒・救命	機能改善・人生支援
目的	治す医療	支える医療
場所	病院	地域
特徴	施設医療	ケアサイクル

時代は高齢疾患、  
慢性疾患の時代へ

# 先進各国の高齢化率推移



資料: UN, World Population Prospects: The 2000 Revision

ただし日本は、総務省「国勢調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」による。  
 (注) 先進地域とは、北部アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア及びニュージーランドをいう。開発途上地域とは、先進地域以外の地域をいう。

# 慢性疾患ケアモデル chronic care model

慢性疾患の  
重症化予防で、  
地域医療を守る。



# 慢性疾患ケアモデルの定義

- 慢性疾患ケアモデルは、プライマリケア医療における慢性疾患患者のケアに関する組織的なアプローチの方法である。
- このアプローチシステムは、ある一定地域の人口を対象にしている。そしてここでは、十分に情報化された患者と疾病予防を志向する医療チームの間で、エビデンスに基づく医療の実践とケア支援が提供される。
- The Chronic Care Model is an organizational approach to caring for people with chronic disease in a primary care setting. The system is population-based and creates practical, supportive, evidenced-based interactions between an informed, activated patient and a prepared, proactive practice team (E.Wagner 1998)

# 慢性疾患モデルの歴史

- 1998年にE.Wagnerが提唱した
- シアトルのプジョーサウンド健康保険組合で始まったモデル
- その趣旨は、よりプライマリケア医志向型、地域密着型の傾向が強いモデル



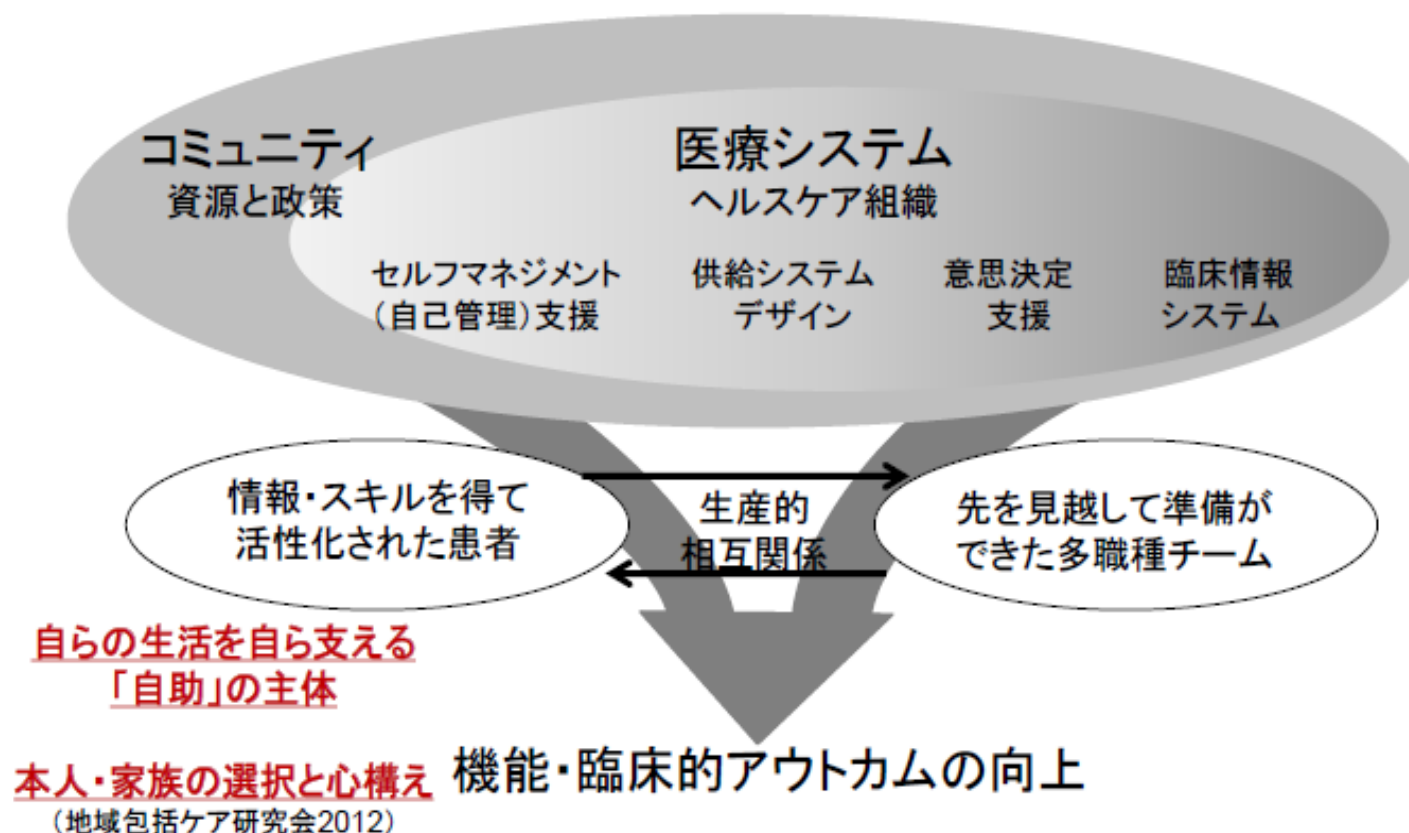
# 慢性疾患ケアモデルの6つのポイント

- ①コミュニティ資源活用
  - 患者に地域のさまざまなプログラム、たとえば運動プログラム、老人福祉センター、自助グループへの参加を促す
- ②ケアのシステム化・組織化
  - これまでプライマリケア医が行ってきたケアをより組織化したチームアプローチで行う
- ③患者自己管理
  - セルフマネジメント

# 慢性疾患ケアモデルの6つのポイント

- ④提供体制のデザイン
  - 医療チームの役割分担やエビデンスに基づく医療やケースマネジメント、患者フォローアップ体制
- ⑤意思決定支援
  - 診療ガイドラインの日常診療やケアへの導入し医療者の意思決定を支援する。また患者への診療ガイドラインの提示をすることで患者の意思決定を支援することである
- ⑥IT
  - 医療チームと患者の情報共有、受診リマインダー機能、診療パフォーマンスのモニター機能等

# Wagnerらの慢性疾患ケアモデル Chronic Care Model (Wagner et al.)

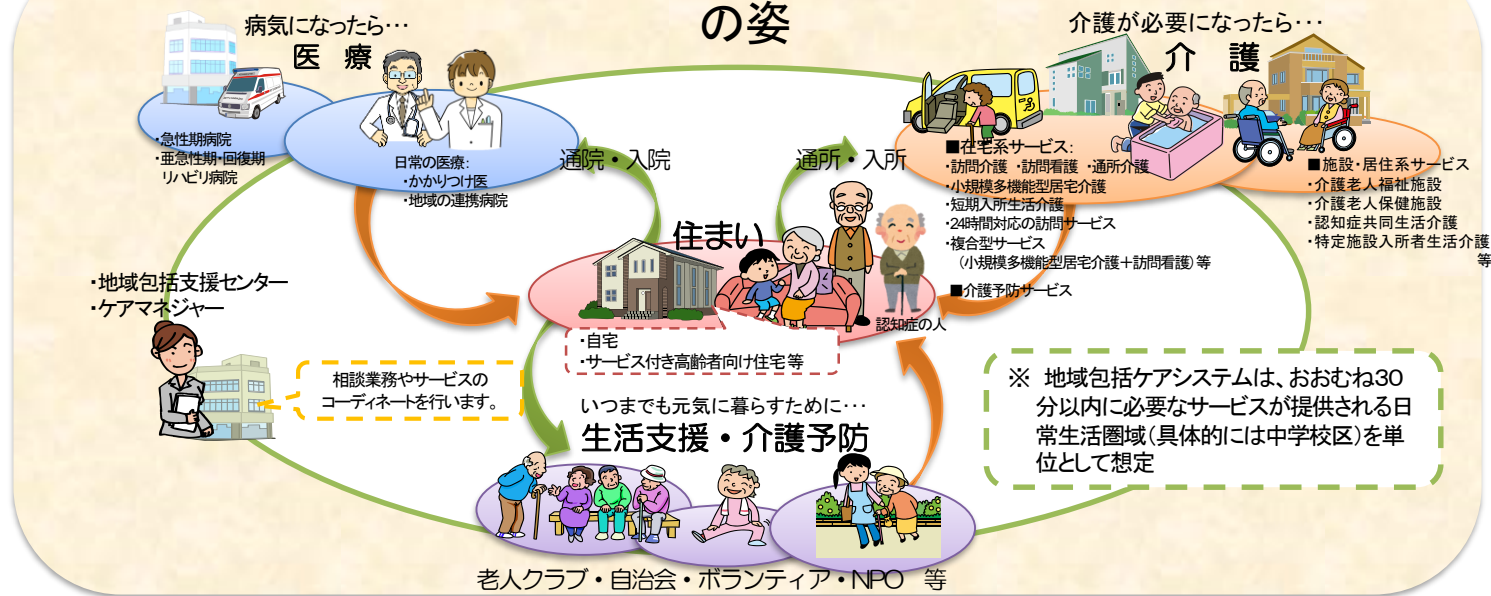


# わが国では 地域包括ケ アモデル

## 平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができますようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

### 2025年の地域包括ケアシステム の姿



## 自助力

・自分の能力・収入で生活する



自助

## 非公的サービス

・近隣の助け合い・ボランティア・NPO など



互助

共助



社会保障制度・サービス

・医療保険・介護保険

公助



公的サービス=福祉

・高齢者福祉事業・生活保護

# 地域包括ケアとは：2つのコンセプト

## 地域を基盤とするケア (community-based care)

公衆衛生アプローチに立脚し、地域の健康上のニーズ、健康に関する信念や社会的価値観にあわせ、地域社会による参画を保証しながら構築されるケア [Plochg and Klazinga(2002)]



## 統合ケア (integrated care)

診断・治療・ケア・リハビリテーション・健康増進に関連するサービスの投入・分配・管理と組織をまとめる概念 [Gröne and Garcia-Barbero(2001)]

地域における最適を地域が自ら選ぶことが重要  
(Community Optimum)

※諸外国における統合ケアをめぐる動向及び我が国への示唆については筒井孝子(2012)「地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社等を参照のこと。

# なぜいま地域包括ケアシステムか

(Why community-based integrated care?)

---

- ▶ 複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人の増加
  - ▶ 急性期医療を中心として構築されてきたヘルスケアシステムにおける長期ケアにかかわるサービスの断片化、医療的ケアと社会的ケアの連続性の欠如が、「患者にとってのサービスの質」、「資金や資源の無駄遣い」の両面から大きな問題に
- ▶ 健康概念の変化、支援観の変化
  - ▶ 「病気と認められないこと」から「心身の状態に応じて生活の質(QOL)が最大限に確保された状態」を中心とするものに
  - ▶ 「治す」から「支える」へ



「**住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続 (Aging in Place)**」  
「**生活の質の向上**」をサービスのアクセス・質・利用者満足度・効率性を改善しながら実現するかもしれないシステムへの「**期待**」

# 慢性疾患ケアのためのコアコンピタンス

(core competencies for caring for patients with chronic conditions)

---

## 1. 患者中心ケア

(Patient-centred care)

- ▶ 効果的なコミュニケーション
- ▶ 健康行動変容のサポート
- ▶ セルフマネジメント支援
- ▶ プロアクティブアプローチ

## 2. 協働 (Partnering)

- ▶ 患者と
- ▶ 他の提供者と
- ▶ コミュニティと

## 3. 質向上 (Quality Improvement)

- ▶ プロセス・成果の測定
- ▶ 学習→変化
- ▶ エビデンスを実践に反映

## 4. ICT

- ▶ 患者の登録
- ▶ パートナーとのコミュニケーション
- ▶ コンピュータ技術の活用

## 5. 公衆衛生視点

(Public health perspective)

- ▶ Population-based care
- ▶ 予防重視とケアの連続を横断する働き
- ▶ プライマリケア主導のシステム

出所: WHO(2005)、Nolte and McKee(2008)

---



# パート2

## 米国の家庭医療と訪問看護

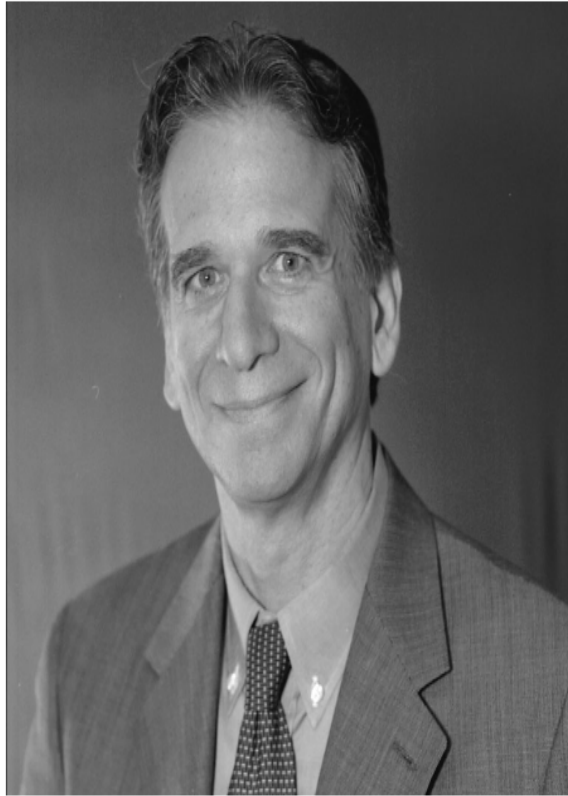


私のニューヨーク留学体験(1987年、1988年)  
ニューヨーク州立大学ダウンステートメデイカルセンター  
家庭医療課



# State University of New York Downstate Medical Center Department of Family Medicine





# RICHARD SADOVSKY, MD

Dr. Richard Sadovsky is Associate Professor of Family Medicine in the Department of Family Medicine at SUNY-Downstate Medical Center in Brooklyn, New York. He is an active practitioner and educator providing education to both patients and physicians. Dr. Sadovsky serves as Associate Editor of *American Family Physician*, the official journal of the American Academy of Family Physicians. He has spoken at many educational meetings on sexual issues among men and couples and has spoken about sexual health issues among older adults at the American Academy of Family Physicians Scientific Assembly and at numerous primary care grand rounds.

## **Downstate Family Practice Center**

450 Clarkson Avenue Suite B  
Brooklyn, New York 11203  
Phone: 718-270-2697

# ニューヨーク市ブルックリンの キングスカウンティ病院ERや在宅医療の ローテーションした



Kings County Hospital Center

# SUNY Downstate Medical Center

## Department of Family Medicine

### Monthly Schedule

The following monthly schedule is for Family Medicine Residents.

#### PGY 1

1. Community Medicine
2. Family Medicine  
Inpatient (2 Months)
3. GYN Outpatient
4. Internal Medicine  
Inpatient (2 Months)
5. Newborn
6. OB Inpatient
7. OB Outpatient
8. Pediatric Inpatient
9. Orthopedics Outpatient
10. Fast Track
11. Vacation

#### PGY 2

1. Adult ER
2. Behavioral Science
3. Community Medicine
4. Elective
5. Family Medicine  
Inpatient (2 Months)
6. Geriatrics
7. ICU
8. Night Float
9. Ophthalmology
10. Pediatric ER
11. Surgery Inpatient
12. Vacation
13. Dermatology

#### PGY 3

1. Cardiology
2. Community Medicine
3. Elective (2 Months)
4. ENT Outpatient
5. Family Medicine  
Inpatient (2 Months)
6. Night Float
7. Orthopedics Outpatient
8. Pediatric Outpatient
9. Surgery Outpatient
10. Urology Outpatient
11. Fast Track
12. PCMH
13. Vacation

### Curriculum

The Curriculum

Monthly Schedule

Conference Schedule

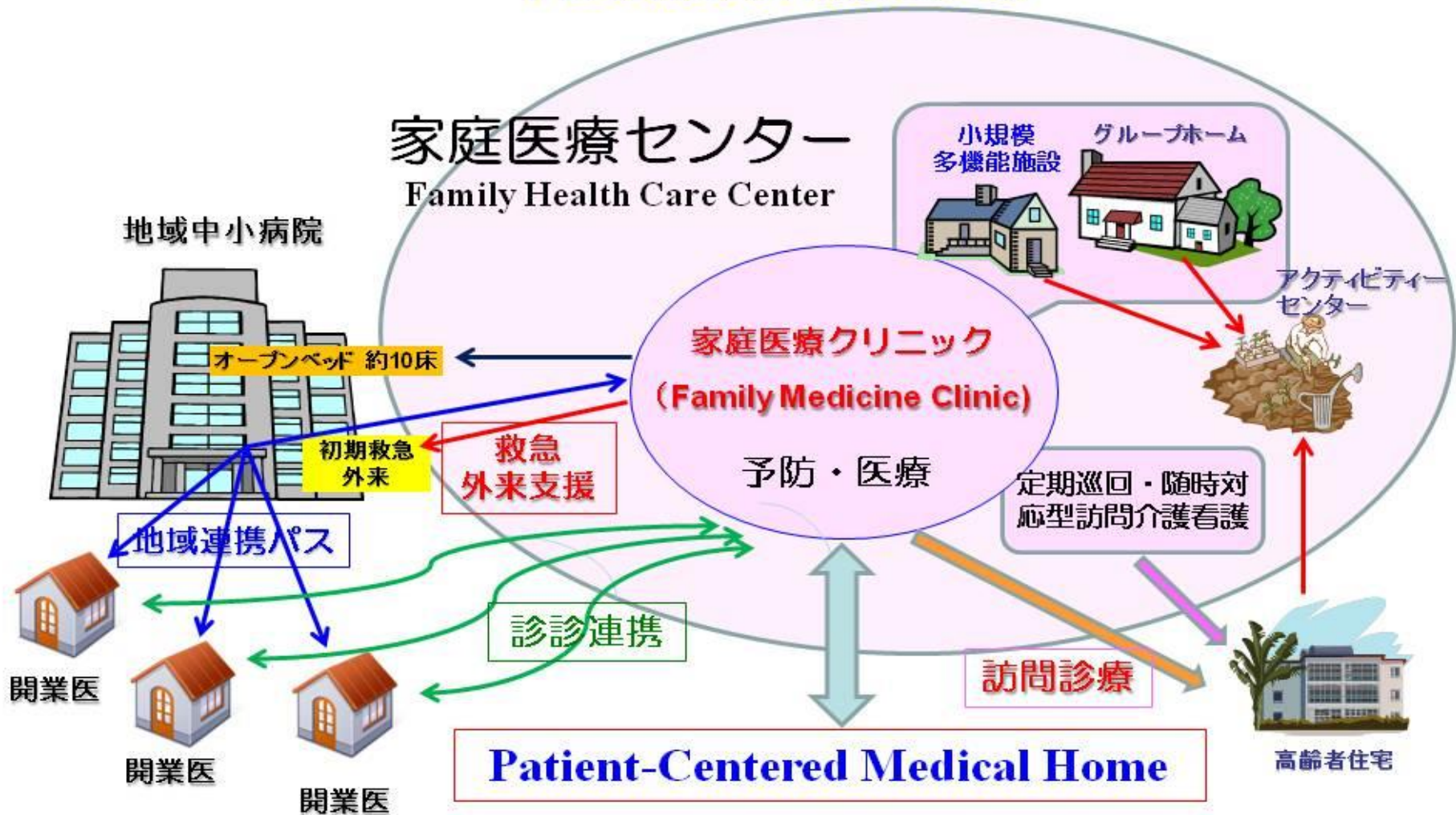


# 家庭医療課のレジデントプログラム

	月	火	水	木	金	土	日
午前	病棟	新患外来	予約外来	病棟	救急	研修単位	休み
午後	カンファレンス	禁煙外来	訪問診療	カンファレンス	当直明け	休み	休み
夜間	夜間内科当番			夜間診療+当直			

図-3

# 家庭医療センターは地域医療の 不足部分を補完する







## Visiting Nurse Service of New York

ニューヨークに約70ある在宅ケアエージェンシーのうち、  
非営利団体としては最大の組織。

# ニューヨーク訪問看護サービス (VNSNY) の事業規模とスタッフ

- 訪問看護サービス
  - ケアの対象は、新生児から95歳以上の高齢者まで。自立、回復期リハビリ状態、要介護者、終末期まで。
  - 毎日約31,000人への訪問を、総勢12,330人のスタッフが提供している
  - 1年間でのべ11万人以上の患者に、220万件訪問(2005年実績)
- スタッフ
  - 看護師(2505人)、リハビリセラピスト(695人)、ソーシャルワーカー(594人)、ヘルパー(5777人)、栄養士(136人)、医師、心理療法士など
- ICT
  - 多職種チームをコーディネートするためにICT化が必須
  - ICT機器によって、文書整理・集計・サマリー作成作業など大幅に省力化した。自社「ペンタブレット」を開発

# ニューヨーク訪問看護サービス Visiting Nurse Services of NY (VNSNY)

- 1893年、2人の若い看護師が、貧しい人たちの結核のために設立した。
  - リリアン・ウォルドとマリー・ブリュスター
- 以来120年、今ではニューヨーク中から近郊までカバーし、ニューヨークに約70ある在宅ケア事業所のうち、非営利団体としては最大。



# VNSNYの創始者リリアンが、近道をするため マンハッタンのビルの屋上から患者宅を訪問



1890年代のマンハッタン

# そして現在のVNSNYの 訪問看護師さんたち



# 訪問看護サービスの質評価

VNSNYでは訪問看護サービスの  
質評価に注力

# 訪問看護サービスの質評価と改善

- ①プロセス測定
  - ケアマネジメントの文書化
    - 糖尿病ケア、創傷ケア、心不全ケア
    - ケア提供のモニター(14日ごとにケア手順遵守のモニター)
- ②アウトカム(成果)測定
  - 急性期病院への入院率(1～3日、同4～60日、61～120日ごとに測定)
  - 日常生活動作の改善率(入浴・清潔、移動、歩行、経口による服薬)

# 入院率の改善の例

- 在宅ケアの患者のうち、急性期病院に入院した率は、全国では28%のところ、NYは44%とかなり高かった
- 目標設定は「在宅ケア患者の入院率を5%下げる」(これでメディケア15億ドル節約の見込み)
- 退院後14日以内の再入院が多い
- これまで患者(家族)、病院、開業医、在宅ケア機関の4者の方向性がばらばらなためにうまくいかないのが、退院後14日間、この4者を結びつける活動を、ナースプラクティショナーがナースと連携して実施。
- 具体的には、確実に服薬できるような調整、2週間以内に医師の診察、リスクアセスメントをして結果によって訪問間隔を早めていくことや、遠隔医療(テレヘルス)でバイタル管理を密に行うことを実施
- これらの活動によってVNSNYは目標の「在宅ケア患者の入院率を5%下げる」ことに成功。



# 米国の訪問看護サービスの 診療報酬支払い方式

HHA／PPS(訪問看護包括払い)

訪問看護P4P

# HHA／PPS (Home Health Agency/Prospective Payment System)

## 訪問看護包括支払い

- 包括期間
  - 60日を1期間として包括支払いを行う
- 診断群
  - 22の診断群と12のその他診断群から診断群を選ぶ
- 3種類レベル
  - 臨床的重症度レベル(3段階)
  - 機能障害度レベル(3段階)
  - 訪問頻度(60日以内に14回以内、14回以上)
- 153のケースミックス
  - 診断群とレベルの組み合わせで153の包括支払いグループを設定

# 22診断群

- 1 全盲と視力障害
- 2 血液疾患
- 3 がんと一部の良性腫瘍
- 4 糖尿病
- 5 嚥下障害
- 6 歩行障害
- 7 消化器疾患
- 8 心疾患
- 9 高血圧
- 10 神経系疾患1
  - 中枢神経障害と麻痺
- 11 神経系疾患2
  - 末梢神経障害
- 12 神経疾患3
  - 脳卒中
- 13 神経疾患4
  - 多発性硬化症(MS)
- 14 整形疾患1
  - 下肢障害
- 15 整形疾患2
  - その他整形疾患
- 16 精神疾患1
  - 躁病、うつ病
- 17 精神疾患2
  - 変性疾患および器質精神疾患
- 18 呼吸器疾患
- 19 皮膚疾患1
  - 外傷、火傷、術後合併症
- 20 皮膚疾患2
  - 皮膚潰瘍、その他皮膚病変
- 21 気管切開ケア
- 22 尿道瘻、膀胱瘻ケア

# 訪問看護P4P

訪問看護の質に応じた支払い方式

P4P: Pay for Performance

# P4Pの定義とは？

- P4P (Pay for Performance)とは高質のヘルスケアサービスの提供に対して経済的インセンティブを、EBMに基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質のヘルスケアサービスへの改善プロセスを促すことにある。(Institute of Medicine 2006年)
- 主として米国・英国・カナダ・オーストラリアで導入が進んでいる
- 最近では韓国、台湾でも導入された

# 訪問看護P4P

- 2008年から2年計画のCMSデモンストレーションプロジェクトが始まった
- 7州(コネチカット、マサチューセッツ、イリノイ、アラバマ、ジョージア、テネシー、カリフォルニア)の在宅ケアエイジェンシー567箇所を対象
- オアシス質指標によるエイジェンシーのポイント・レイトイング
- パフォーマンス指標の得点ポイントに応じた報酬
  - 上位20%の高得点群
  - 上位20%の改善群上位

# 訪問看護の質評価指標

- 急性期病院への入院率
- 救急外来受診率
- 入浴の改善
- 移動の改善
- 車椅子への移乗の改善
- 服薬コンプライアンスの改善
- 手術創の改善

## Sample measure: Hospitalization

Agency	Year 1	%ile	Baseline	Change	rank	%ile	
A	16	100%	18	-2	-11%	TOP 20% performance (3)	
B	18	95%	15	3	20%		
C	18	90%	21	-3	-14%		
D	19	85%	19	0	0%		
E	20	80%	20	0	0%	9	20%
F	21	75%	25	-4	-16%	5	60%
G	22	70%	29	-7	-24%	2	90%
H	23	65%	24	-1	-4%	8	30%
I	24	60%	30	-6	-20%	3	80%
J	25	55%	28	-3	-11%	7	40%
K	27	50%	31	-4	-13%	6	50%
L	29	45%	43	-14	-33%	1	100%
M	30	40%	27	3	11%	10	10%
N	31	35%	37	-6	-16%	4	70%
O	32	30%	34	-2	-6%	BOTTOM 30% performance (4)	
P	35	25%	32	3	9%		
Q	36	20%	40	-4	-10%		
R	42	15%	41	1	2%		
S	42	10%	50	-8	-16%		
T	43	5%	46	-3	-7%		

•(1) High performance winners: agencies with **top 20% performance**

•(2) High improvement winners:

(Excludes:

- Agencies already in top 20% performers (3)
- Agencies in bottom 30% performers (4)

**top 20% improvement**

(no payment to agencies with no improvement)



訪問看護の質評価やP4P実施のためには評価指標の確立とデータベースが必要

# パート3

## オランダの訪問看護～ビュートゾルフ～

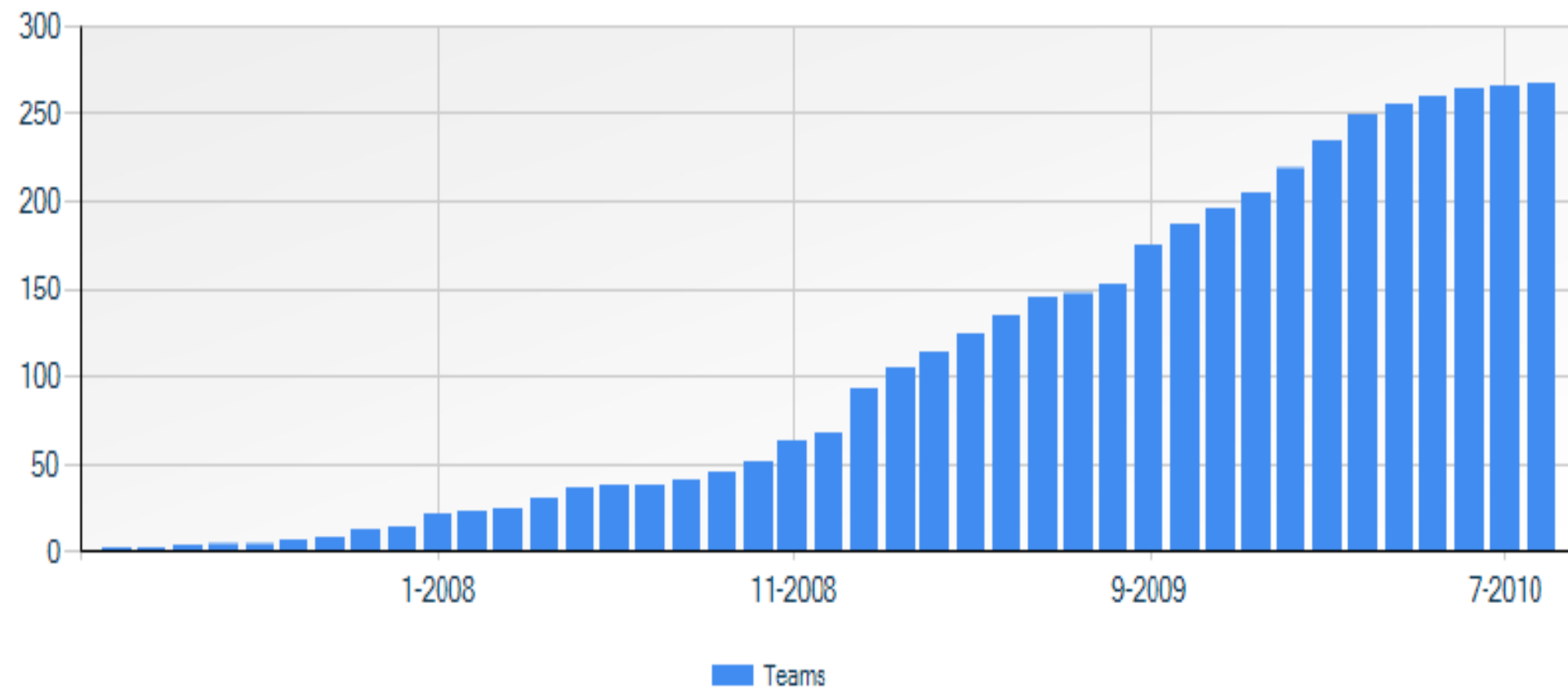


Buurtzorg ➡ Community care

# ビュートゾルフとは？

- ビュートゾルフは訪問看護・介護、リハビリの機能を持った、オランダの国内シェア率60%以上を誇る非営利の在宅ケア組織のこと
- 2007年に1チーム、4人のナースで起業した組織は、たった7年のあいだに約750チーム(約8,000人)が活躍する一大組織へと急成長を遂げた(2014年)、年間7万人の患者をケアしている。
- 他の在宅ケア事業者との大きな違いは、機能別に分業することなくチームでトータルケアを実践していること、チームのそれぞれに大きな裁量権が与えられている自律したチームであること
- 分業をしない点もスタッフの裁量が大きい点も、日本の機能別でトップダウン型の在宅ケアとは大きく異なる

# 急成長するビュートゾルフ



Started in 2007

2013: 6500 nurses in 630 teams

# オランダ全国に広がるビュートゾルフ



# ビュートゾルフが急成長したワケ

- オランダでビュートゾルフが浸透した背景は、官僚主義的だったケアに対する医療従事者や利用者の不満があった・・・
- 1980年代までのオランダでは、村落などの特定地域における住民に対し、少人数のチームが予防や看護、介護を行っていた
- 疾病を持った住民だけでなく、その家族の健康状態の把握も含めたケア、家庭医やリハビリ職、福祉団体などと連携することによる、地域に密着したトータルケアが存在していた

# ビュートゾルフが急成長したワケ

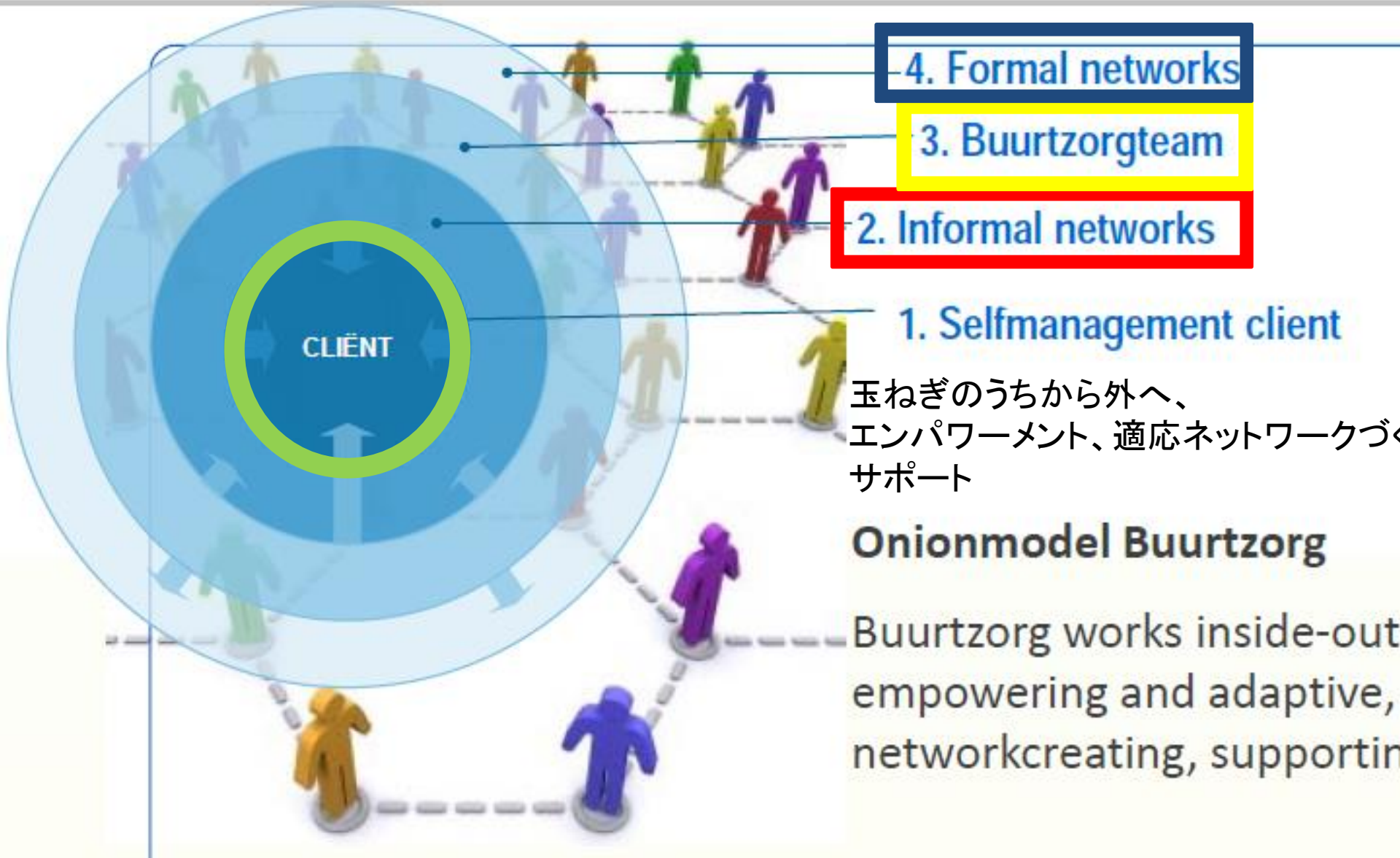
- ところが1990年代に入ると、ケアが市場志向へと転換する
- 地域に寄り添っていた在宅ケア組織や福祉団体、病院などが統合され大規模化した
- アセスメント(介護度の判定)も個々の患者を考慮するものではなく、基準が全国で統一された
- ケアの成果・質ではなく、看護・介護・リハビリといった諸機能やサービスをどれだけ提供したかによる出来高払いが普及
- 地域ぐるみのケアは縮小、断片的で画一的なサービスとなってしまった。
- こうして、利用者は断片的で継続性のないケアに対しての不満を、また、組織の一部として働かざるを得なくなった看護師をはじめとする専門職は、自律性とプロフェッショナリズムを欠いた自らの仕事に不満を募らせていった。ナースの離職も相次いだ。

# ビュートゾルフが急成長したワケ

- そもそもオランダは地域医療が発達していて、認知症高齢者の約80%が自宅で暮らす介護先進国だった。このため利用者が在宅ケアを重視するのは当然のことだった
- ビュートゾルフの理念は全人的ケアで利用者の自立支援とQOLの向上を使命とする
- それが利用者の「自分の暮らしは自分でコントロールしたい」「自分が住む社会で生活したい」といった欲求と合致したことは、ビュートゾルフが急速に浸透した大きな理由



# ビュートゾルフの玉ねぎモデル



4. Formal networks

3. Buurtzorgteam

2. Informal networks

1. Selfmanagement client

玉ねぎのうちはら外へ、  
エンパワーメント、適応ネットワークづくり  
サポート

**Onionmodel Buurtzorg**

Buurtzorg works inside-out,  
empowering and adaptive,  
networkcreating, supporting

# さまざまなタイプのクライアント

- 慢性疾患、機能障害を抱えるクライアント
- 1人で複数疾患を持つ高齢クライアント
- 終末期のクライアント
- 認知症の人
- 退院したが完全に回復していないクライアント
- 小児、青少年、精神科疾患のクライアントもいる

# 高いクライアント満足

- 「他の在宅ケア組織と比較して、クライアントはビュートゾルフに最も高い評価を与えている」  
(研究機関による2009年の調査より)
- 2010年からもっとも高いクライアント満足度(9.0)を獲得
- 患者団体、高齢者団体から支持されている



# ビュートゾルフをさらに 詳しく見て行こう・・・

- ビュートゾルフでは1チームが最大12人の地域ナースと呼ばれるスタッフで構成
- うち看護師が7割を占め(さらにその3割以上が学士レベル)、そのほか介護職やリハビリ職が在籍
- 人口約1万人圏内の利用者約40～60人に対し、訪問看護・介護、ケアマネジメント、リハビリ、予防といった総合的なケアを提供するのがチームの役割
- 「バックオフィス」と呼ばれる本部と、それぞれ担当チームを持った「コーチ」という存在がオランダ全土で活動するチームをサポートしている
- バックオフィスには45人のスタッフと15人のコーチ

# バックオフィスには人事も財務もない

- ビュートゾルフは自立的なチーム
- ケアプランの作成を含めた利用者との関わり、看護師の採用・教育、収支管理、他組織との連携やそれに伴う調整業務など、すべてをチームレベルで行う
- 「バックオフィス」には人事部門も財務部門もない
- バックオフィスが行うのはケア料金の請求、従業員の給与支払い、財務諸表の作成のみ

# ビュートゾルフは専門性が高く フラットなチーム

- 通常、オランダでも在宅ケア組織に占める看護師の割合はそれほど高くない
- ところが、ビュートゾルフのチームにいるスタッフはほぼ看護師（半分は学士レベル）
- ここで驚くべき点は、チームには管理者も事務職もないということ
- つまり上下関係がなく全員が対等で、ベテランも若手も関係なく意見を言い合うことができる
- このように組織をフラットにしている背景には、各スタッフの能力・職業倫理に対する信頼や、一人ひとりにリーダーシップを発揮してもらう目的がある
- そのぶん利用者などからは「ビュートゾルフは専門性が高い」と認識されるので、ほかの在宅ケア事業者と比べて対応が難しい患者さんを紹介されるケースも少なくない

# トータルケア

- ビュートゾルフはさまざまな年齢・疾患・障害を持った人に全人的なトータルケアを提供している。
- 看護も介護も看護師の仕事。それぞれのナースが持つ専門知識を活かし合うことでジェネラル・ナースの役割を果たしている
- また、少人数で利用者を支援していることもあって、1人の利用者に対する一貫したケアの提供が実現している
- その結果、看護師はやりがいを持って働くことができ、利用者からも高い満足度を得ることができているのです。



# 従業員満足

- 多数のナースが伝統的な組織を辞めてビュー  
ートゾルフにやってくるワケ
- ナースが評価するのは
  - 小規模チームで働く
  - 自立的に働く
  - 独立性
  - 強いチームスピリット
  - 使いやすいICT
- 2011年、2012年、2014年の最優秀雇用者賞  
受賞



**BUURTZORG**  
Al ook bij  
[www.buurtzorgnederland.nl](http://www.buurtzorgnederland.nl)

**BUURTZORG**  
bleve...  
De beste zorg thuis

# チームミーティング

- 利用者に対する取り組みとしては、定期的なチームミーティングがある
- 頻度はチームによって異なりますが、1週間に1回くらいのペースで設けているチームが多いようだ
- メンバーはその場で「利用者とこんな会話をしたよ」とか「この前はこういうケアをしたけど、どう思う？」といった情報共有や振り返り、また、今後の方針や各看護師の役割・責任の確認などを行う
- また、ケアの質向上に向けた学習や、地域活動に関する年間計画も立てる
- こうした運営はもちろん、メンバーが役割を分担し、チーム単位で行う

# 申し送り・記録共有はiPadで

- ビュートゾルフには地域ナースの意見を反映させて開発した「ビュートゾルフ・ウェブ」という独自の多機能システムがある
- 利用者情報、シフト管理、文書の共有といった「業務管理機能」や、理念の共有、事例やイノベーションなどナースのナレッジについて共有・議論するための「コミュニティ機能」が主な機能です。
- ほかに、地域ナースのナレッジやクリエイティビティの発揮、知識創造をマネジメントする役割などがある
- すべての看護師にiPadが支給されているので、スタッフはいつでもどこにいてもシステムにログインすることが可能
- こうした徹底的なICTの活用もビュートゾルフの大きな強み



Quality Home Care The Way It Was Meant To Be

**BUURTZORG NEIGHBORHOOD NURSING**

# チーム状況の共有システム 「チームコンパス」

- 各チームのメンバーによる日常的な記録に基づいて、自分が所属するチームのケア提供状況をいつでもチェックできる仕組みがチームコンパス
- たとえば、以下のような項目について、ビュートゾルフの全チームと比較することができる
  - 利用者数
  - 利用者の属性(疾患の種類、症状、退院直後、ターミナルなど)
  - 利用者に対するケア提供時間
  - 利用者1人あたりの平均看護師数
  - 総労働時間におけるケア提供時間の割合
  - ケアの財源
  - ケア後の利用者満足度
  - チームの諸機能の遂行状況

# ケアの質管理「オマハシステム」

- 「オマハシステム」はアウトカムモニタリングの手法
- オマハシステムは1970年代に米国オハマの訪問看護協会が開発した、全人的見地からみた地域看護活動の標準分類方法
- 利用者だけでなく家族やコミュニティも含めた看護診断、介入分類、アウトカム評価からなる体系
- ビュートゾルフでは、ケアマネジメントのサイクルで活用しやすく、さらに全人的ということもあり、オマハシステムを採用するに至った
- 現在はすべてのチームがオマハシステムを活用していて、アウトカムをモニタリングすることで実践の向上に役立っている
- 問題・介入・成果に関する数万人分のデータをもとに、患者団体と協力体制を築きながら、アウトカムに関する知見を共有

# Health2.0 – Buurtzorgweb

- ▶ コミュニティ (Community-web 2.0 technology)
  - ▶ 価値観共有、連帯感、事例を尋ねる、ナースとマネジメント・管理部門のコミュニケーション、玉ねぎモデル内のコミュニケーション
- ▶ ERP (Enterprise Resource Planning)
  - ▶ 従業員・利用者データ、勤務時間・シフト管理、文書共有、各チームのケア提供状況の把握 (透明性)
- ▶ OMAHAシステムに基づくEHR (EHR based on OMAHA)





# 分業しないビュートゾルフは低コスト

- 分業しないメリットは、チームとして包括的な支援を行うことだけではない
- 分業を導入して細切れのケアを行えば、それだけ多くのスタッフが必要になり、さらに連携の手間もかかる
- 分業せずにチームでケアを行うことは、コストの削減にも大きく貢献している

## 表 ビュートゾルフの収支構造

1時間あたりの収入 (Income per hour)	55 euro
1時間あたり支出 (Costs per hour)	52 euro
ナースの人件費 (Nurses, 60% productivity)	43
移動 (Transport)	2
オフィス賃貸費 (Office)	1
Buurtzorgweb (ICT)	2
間接費 (Overhead)	4

# 表 ビュートゾルフの収支構造

1時間あたりの収入	55ユーロ	100%
1時間あたりの支出	52ユーロ	94.5%
ナースの人件費	43ユーロ	78.2%
移動	2ユーロ	4%
オフィス賃貸費	1ユーロ	2%
ICT	2ユーロ	1%
間接費	4ユーロ	7%
1時間当たり利益	3ユーロ	5%

# 費用対効果

- 間接費8% (在宅ケア組織における平均は25%)
- より多くの資金をケアとイノベーションに回すことができる
- 利益率5% → イノベーションや教育に回せる
- 病欠率4% (平均7%)

# 国全体のケアコストの削減

- ビュートゾルフモデルが新党すれば在宅ケアにかかるコストが現状の7割程度になりうる
- ビュートゾルフモデルは予防促進ケア期間の短縮、間接費の節減につながる
- ビュートゾルフのより満足した従業員とクライアントは政府に他のケア組織へのビュートゾルフモデルの応用を考えさせている
- 他のセクター（警官、教師など）も、ビュートゾルフの組織モデルに関心を寄せ居ている

# 広がるビュートゾルフモデル

- 子供、青少年の発育およびその家族サポート（10チーム）
- 家事援助を中心としたガイダンス、軽い身体介護・予防（86チーム）
- 精神ケア（12チーム）
- ショートステイ、リハビリチーム
- ホスピスケア
- Ot/PTチームなど
- スウェーデン、ベルギー、米国、アジアに広がっている

# ビュートゾルフ的ケアは 日本に應用できる？

- 日本で、管理者のいない現場でどのように立ち回るかという点も大きな課題
- 日本ではほとんどの看護師が病院や診療所で働いている
- このため日本の看護師はトップダウンで指示が降ってくる環境で育ってきたので、主体的に動くことに慣れていない
- これは、ケアマネージャーのケアプランに沿って動かなければならない、介護保険制度の仕組みにも関わる問題
- 日本の看護師のアセスメント能力が不足しがちなのは、この制度に由来する部分も大きい
- 看護師の主体的な判断と責任を日本の看護師がどう自覚していくかについても考える必要がある
- ただ細切れではないトータルケアを実践する仕組みと主体性を発揮できる環境があれば、日本の看護師も、より大きなやりがいを持って働くことができるかもしれない
- 看護師が医療的なケアと日常的なケアの両方の教育を受けることも重要
- しかし、ビュートゾルフ的なケアを応用するうえでもっとも重要なのは、看護師の力が信頼され、しっかりと活用される仕組みを作り、その考えを浸透させることにあるかもしれない

# ビュートゾルフのチャレンジに学ぼう！





# 駐日オランダ大使も ビュートゾルフをお勧め



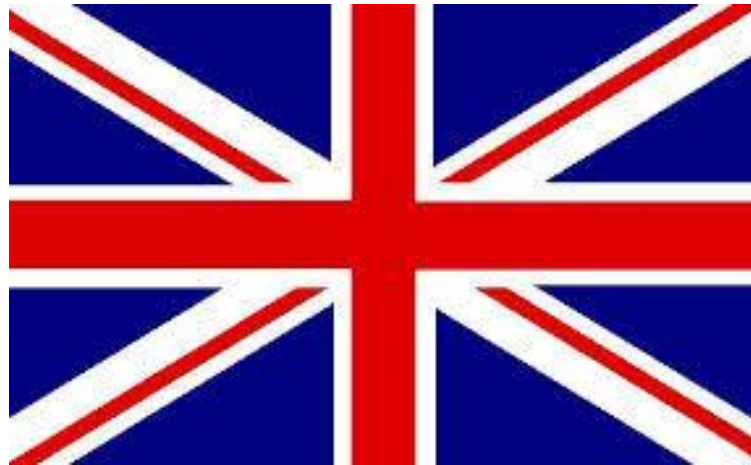
2015年9月14日オランダ大使館



ラーディンク・ファン・フォレンホーヴェン  
H.E. Mr. Radinck Jan VAN VOLLENHOVEN

## パート4

# 英国の認知症戦略と訪問看護



# イギリスの高齢者ケア・認知症の取り組み

2015年8月29日～9月6日  
イギリス、デンマーク視察



# 英国の認知症国家戦略

- 2009年2月「認知症とともに良き生活(人生)を送る:認知症国家戦略」
- Living with Dementia:A National Dementia Strategy 2009~2014
- 5つの目標(2009年)
  - 1 早期の診断・支援のための体制整備
  - 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 ケアラー支援の強化
  - 5 抗精神病薬使用の低減

# 1 早期の診断・支援のための体制整備

- プライマリケア（家庭医、GP）センターにおける早期診断と早期支援の推進
- 認知症診断率
  - 疫学調査をもとに地域別の認知症の推定患者数を分母に、認知症と診断された人の数を分子にとり、地域別認知症診断率を把握する
  - 地域ごとに大きなバラツキがあった
- 早期診断と早期支援プログラムの推進

# Prime Minister's challenge on Dementia (2012)

“there will be a quantified ambition  
for diagnosis rates across the  
country ..robust and affordable local  
plans”

「定量的な認知症診断率目標(67%)  
に基づく地域施策が必要！」



# South London and Maudsley NHS Foundation Trust

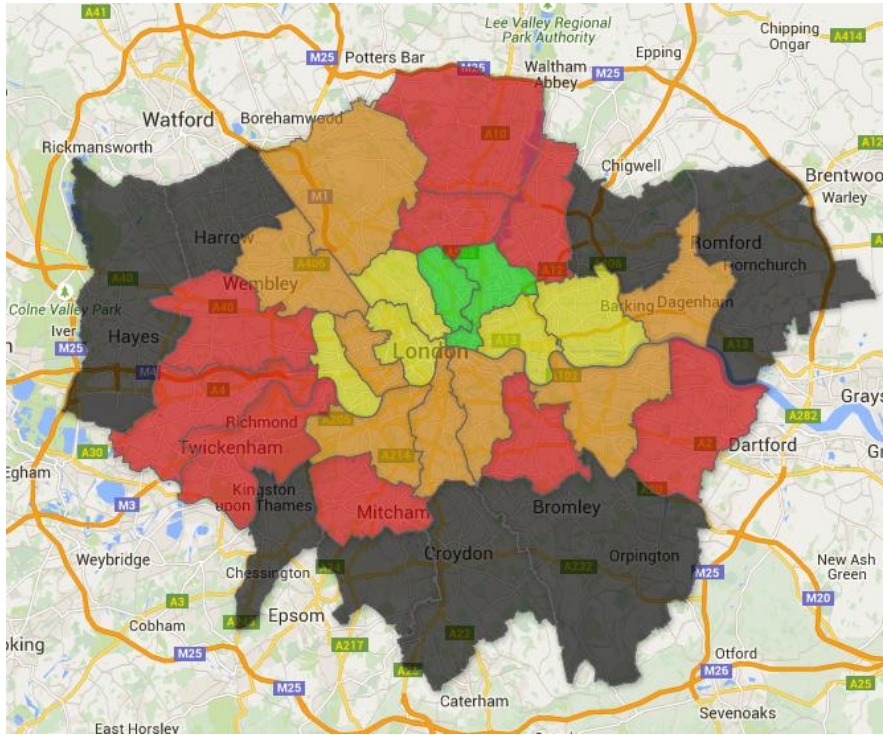
Dr Daniel Harwood  
(**CAG**の Clinical Director)  
イギリスにおける認知症分野の  
著名なリーダーの1人

- ・ **認知症国家戦略**
  - ・ 認知症の診断率向上
  - ・ 抗精神薬の低減
  - ・ 早期介入とQOL
  - ・ ケアラー支援

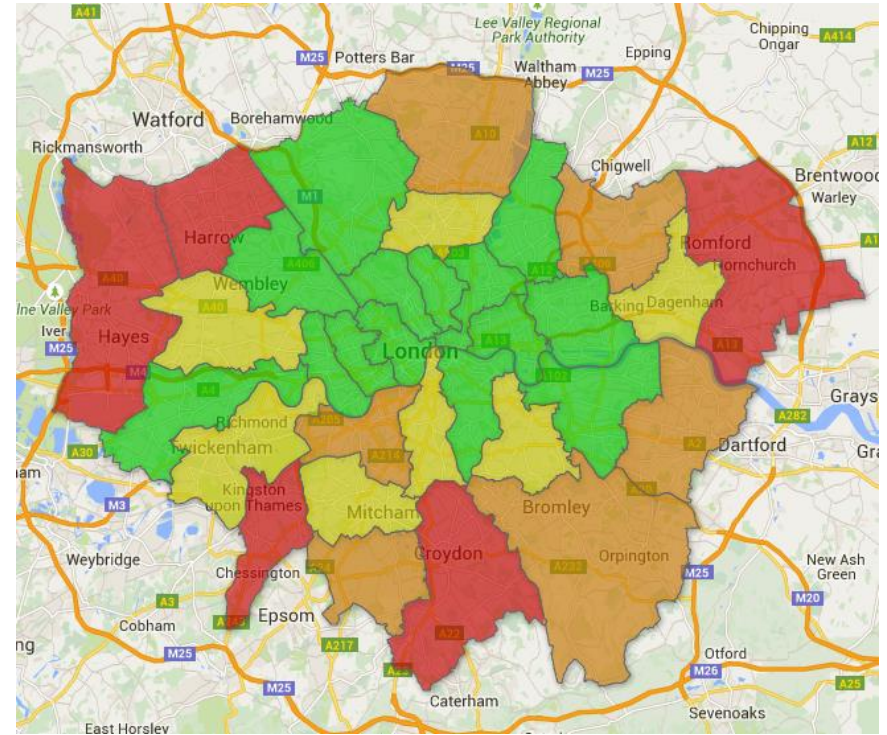
認知症診断率＝  
認知症診断患者÷地域別推計認知症患者

# ロンドンの地域における 認知症診断率の推移

- September 2014



- March 2015

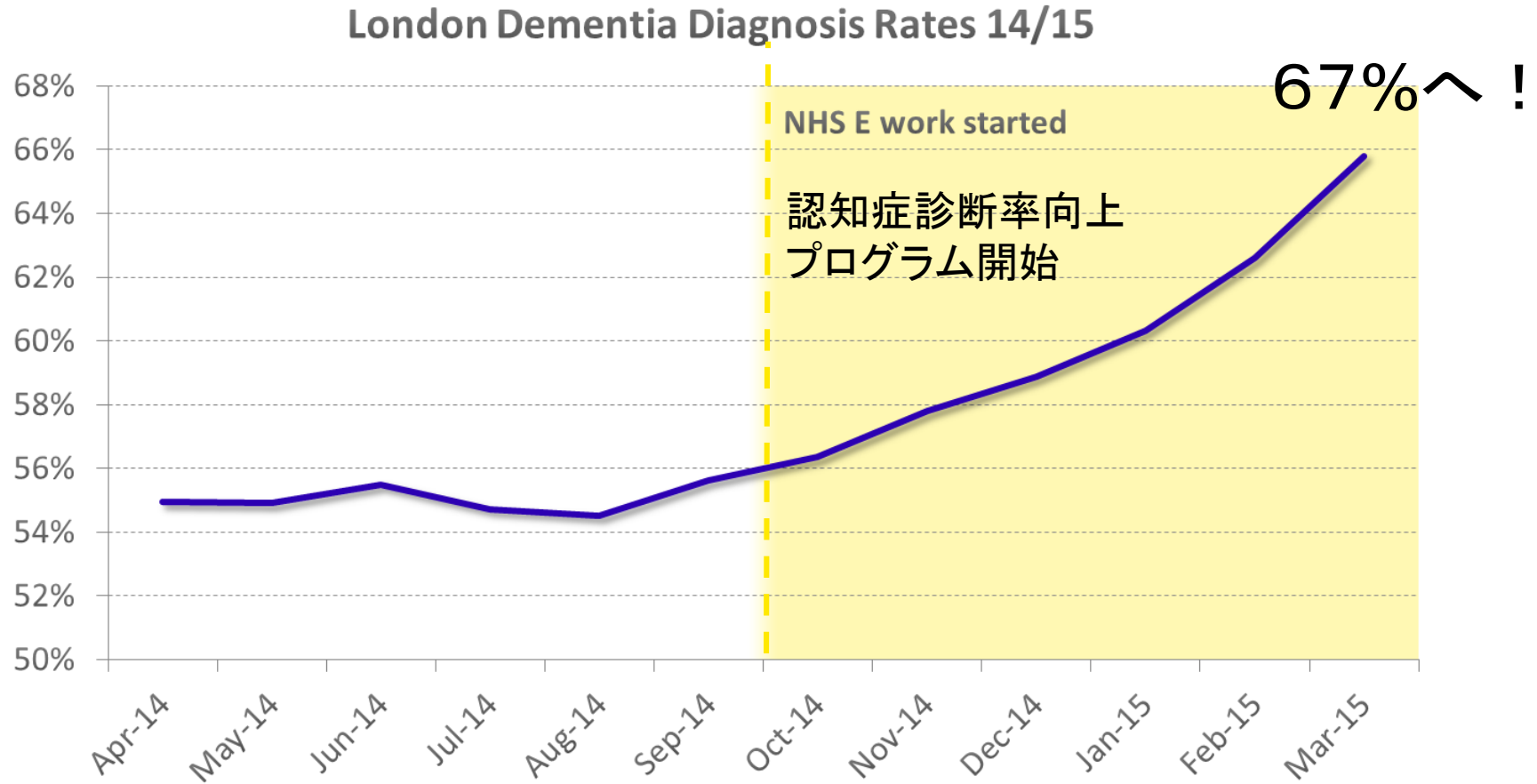


Diagnosis Rate





# 認知症診断率の推移(ロンドン)2015年



認知症診断に55ポンド！  
～開業医の診断率向上のためのインセンティブ～



**Anger over 'cash for diagnoses' dementia plan**

# 早期診断・早期支援プログラム

- 市民や専門家が認知症に適切なタイミングで気付くことができるようにする
  - 市民啓発活動の強化
  - プライマリケア医の認知症診断力の向上、対応力の改善
- 身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられる
  - メモリーサービスの普及とその質向上

# メモリーサービス

- 認知症の早期診断と支援の地域拠点、65歳以上人口約4万人に1箇所割合で設置
- 多職種チームによるアウトリーチ
  - アセスメント、チームによる診断会議、当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援を経て、プライマリケア医に引き継ぐ
  - 認知症が重症化する前に地域での生活が継続できる体制を構築するのが目的

# NHSクロイドンメモリーサービス (ロンドン、南クロイドン地区)

- 多職種チーム(看護師、臨床心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーなど6名)
- 精神科医は非常勤でチーム診断会議における助言が役割
- アセスメント
  - 初回アセスメントはスタッフ2名で訪問し、アセスメントを行う
  - チーム診断会議でアセスメントによって得られた情報により、医師が参加する週に診断会議を行う。必要に応じて画像診断を行う
  - 診断の結果の当事者・家族への丁寧な説明

# 早期支援

- 診断後の心理ケア
- 必要かつ良質な情報の提供
- 家族支援(たとえば認知症カフェへの参加)
- 認知症治療薬の選択
- 本人の残された判断能力を尊重したケアプランの作成
- 生活環境の改善
- 通常、メモリーセンターが係るのはおよそ3ヶ月、その後はプライマリケア医に引き継ぐ

# Croydon Memory Service; (NS・OT・心理士)

## メモリーサービスのパイオニア



看護師

作業療法士



臨床心理士

# ケアラー支援の強化

- 1995年ケアラー法が制定
  - 認知症の人を家族に持つ介護者(ケアラー)も支援を受ける権利を有する
  - 地方自治体はケアラーの困難をアセスメントする義務を有する



# Sutton Carers Center



# Sutton Carers Center 家族介護者支援

- Vice Director
- Admiral Nurse  
Clinical Leader
- Service Manager  
(Social Worker)
- Carer (家族介護者)



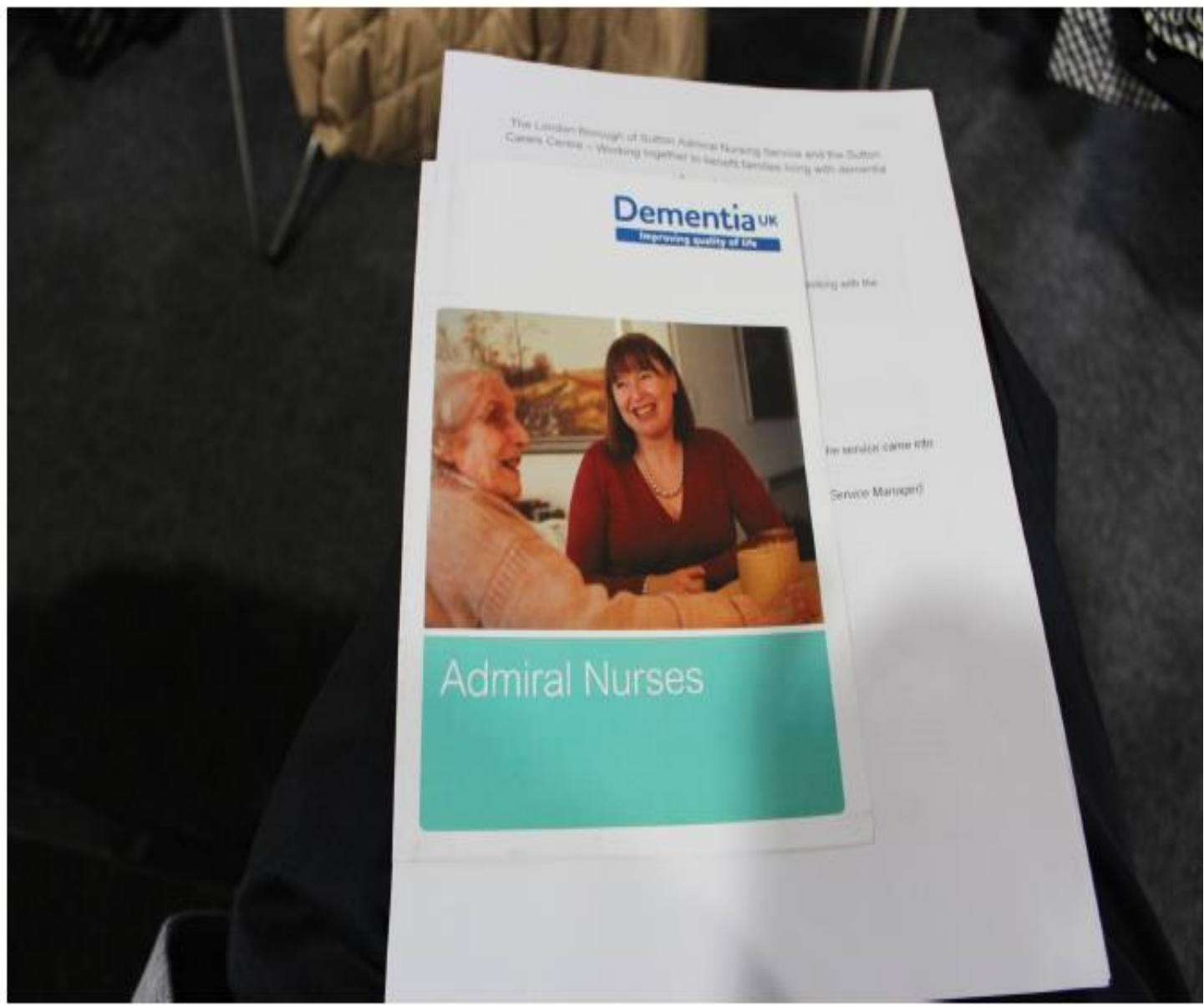
サットンケアラーセンターではアドミラルナースが活躍

# Dementia UK の「Admiral Nurse」



アドミラルナースの  
イアン・ウェザーヘッドさん

当事者団体が養成する認知症家族支援の専門看護師



# アドミラルナースとは？

- 「アドミラルナース (Admiral nurses )」とは、在宅で認知症の本人と家族が暮らすことを支援し、諸サービスをつなぐコーディネーションをする専門トレーニングを受けた「認知症ケア専門看護師」のことである。
- アドミラルとは「提督」という意味で、この名称の由来は、ヨットを趣味にしている「アドミラル・ジョー」とニックネームで呼ばれていた一人の認知症の男性を記念して命名された
- アドミラルナースが、1990年ウエストミンスターで活動を始めて以来、現在、126名が、メモリーサービス、在宅チーム、ケアホーム、病院、終末期ケア、NPO団体、電話相談などで活躍中であるという。

# アドミラルナースの活躍

- デイメンシアUK財団によると、アドミラルナースが入ることで、施設や病院への入院、入所が著しく減少し、国の経費削減に相当貢献している
- 3人のアドミラルナースが16の家族に対し支援活動を10ヵ月続けて、50万ポンド(約7000万円)の削減につながったという
- 入院患者の45%は認知症を患い、その中で15~20%しか本当に入院が必要な人はいない
- 自宅や施設で家族や周りの人が対応できなくなるから入院に追い込まれる。それを防ぐのもアドミラルナースの大きな使命だという

# 抗精神病薬の処方制限

- 認知症の人への抗精神病薬使用により死亡率が高まることが研究によって明らかになった
- リスクの低い薬を限定的に処方する方針が出され、抗精神病薬の処方率が2006年の17.5%から2011年の6.8%まで低下

# 認知症施策の9つのアウトカム

- アウトカム1
  - 私は、早期に認知症の診断を受けた。
- アウトカム2
  - 私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。
- アウトカム3
  - 私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている
- アウトカム4
  - 私の周囲の人々、特にケアをしてくれている家族が十分なサポートを受けられている



# 認知症施策の9つのアウトカム

- アウトカム5
  - 私は、尊厳と敬意を持って扱われている。
- アウトカム6
  - 私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。
- アウトカム7
  - 私は人生を楽しんでいる。
- アウトカム8
  - 私は、コミュニティの一員であると感じる。
- アウトカム9
  - 私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じられている

# 認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム



平成25年1月29日(九段)

認知症国家戦略を打ち出し、サービス改革等を強力に推進する国々から政策関係者を招聘。認知症政策の国際動向を把握。

<参加6カ国> イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、日本

## 共通する理念と推進体制

基本的理念

認知症の人の思いを尊重し、住み慣れた地域での生活の継続を目指す

推進体制

首相・大統領レベルのリーダーシップ、当事者・市民の積極的関与

## 地域生活を可能とするための共通戦略(例)

事前の意思表示

本人の意思や希望を初期に確認し、それを尊重したケアの提供

早期・事前的対応

早期のタイムリーで適切な診断と支援により危機を事前に防ぐ予防的ケア体制

ケアラー支援

レスパイトやカウンセリングなどの家族介護者(ケアラー)支援を強化

行動・心理症状への対応

行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、抗精神病薬使用の低減

普及・啓発

認知症に対する理解と意識の向上を図る

# 国際政策シンポジウムのテーマ

- テーマ1 診断と初期支援
- テーマ2 統合されたケア
- テーマ3 危機時の支援
- テーマ4 ケアラー支援
- テーマ5 権利擁護と倫理
- テーマ6 国家戦略の推進

# テーマ1 診断と初期支援

- 認知症の未診断問題
  - 未診断のためにサービス・支援につながらず問題が増悪
    - 各国とも未診断は40%～60%
    - 診断率の向上がカギ
- 認知症に関する偏見の克服
  - 認知症を持っているが、同時に生活・人生も持っている(例 英国)

# テーマ1 診断と初期支援

- かかりつけ医の認知症診断力・対応力に課題
  - 各国ともかかりつけ医の診断能力に課題があり、十分な役割を果たせていない
- ソーシャルアセスメントとナビゲートがなされていない
  - ソーシャルアセスメントとは、認知症の人がどのような生活環境で暮らしていて、どのような生活課題を抱えているかを把握し、包括的支援のプランニングを行うこと
  - そしてそれをナビゲートすることが必要

# テーマ2 統合されたケア

- 分断されたサービス・制度・施策
  - 認知症に関する各種地域サービスが分断され、ばらばらに提供されていることが問題
- 統合されたケアとそのケースマネジメントと担い手
  - フランス：認知症ケースマネジメントサービス拠点 (MAIA)における認知症ケアマネージャー
  - 英国：認知症アドバイザー
  - オーストラリア：認知症キーワーカー
  - デンマーク、オランダ：認知症コーディネーター

# テーマ2 統合されたケア

- ケースマネジメントの質の改善
  - 認知症ケースマネジメントが当事者やケアラーのニーズに基づいたものには必ずしもなっていない
  - パーソンセンターアプローチやアドバンスディレクティブ(事前の意志表示)の推進などの仕組みづくりが必要
  - 統合的ケアへむけての制度、政策的改善
    - 中央政府と地方政府との関係
    - 非営利民間組織、ボランティア団体等の運営による地域資源の拡充が必要

# テーマ3 危機時の支援

- 抗精神病薬使用の制御
  - 認知症の人の行動・心理状態(BPSD)に対して、抗精神病薬が過剰に使用されることに対するリスクの認識
  - ケースマネジメントの質の向上によるBPSD の発現の予防
  - 日常的に認知症の人をバックアップする専門アウトリーチチームの配置等
  - フランス、イングランド、デンマーク等



# テーマ3 危機時の支援

- 精神科病院への入院
  - 各国とも極めて限定的
  - フランスでは年間1000件未満
  - 各国とも認知症の人が精神科病院に多数、入院していた時代を経験、精神科病床および一般療養病床の削減、閉鎖等の政策実現を経て、現在に至っている

# テーマ4 ケアラー支援

- ケアラー法に基づく支援、国家戦略による明確な位置づけ
  - ケアラー法 イギリス(1995年)、オーストラリア(2010年)
  - 認知症の人を家族にもつ介護者はこの法律に基づいた各種支援を受ける「権利」を保持している
  - フランス、デンマークはケアラー法はないが、認知症国家戦略の中で位置づけている
- レスパイトケア
  - ケアラーに対する適切な情報提供、ケアラーが抱える困難についてのアセスメント、レスパイトサービスの提供
- ケアラー支援のボランティアの育成
  - ケアラー団体、認知症協会など

# テーマ5 権利擁護と倫理

- 認知症に関する倫理的問題についての国民的議論
  - 認知症の人への虐待、人権、尊厳を脅かす事態への対応
  - メンタルキャパシティイアクト
    - イギリス(2005年)、新後見法施行

# テーマ6 国家戦略の推進

- 認知症国家戦略の推進に必要な資源
  - 認知症政策に必要な財源の確保
  - 認知症に関心を持つ有権者がどれほど多いかを世論調査や社会調査で明らかにする
  - 認知症を持つ有権者、介護で苦勞する有権者を増やすというロビー活動
- 認知症予算確保に必要な調査研究
  - 認知症の疫学研究、病因解明研究
  - とくに認知症施策の費用対効果の検証

# テーマ6 国家戦略の推進

- 認知症国家戦略の推進
  - 首相や大臣に定期的に政策助言を行うアドバイザリーボードや委員会を設置
  - ボードメンバーにケアラーや当事者の参加
  - 当事者団体、ケアラー団体の積極的な関わり
  - 地方政府の関与
    - 地域ごとのベンチマークデータが必要
    - 認知症の人の未診断率、抗精神病薬の処方率、施設入所率

# 日本への示唆

- 地域別認知症診断率
  - 認知症診断率公表とその目標値の設定が認知症の早期診断の普及を促す
  - 日本においても認知症診断率を導入しては？
- ケアラー対策の充実
  - 日本においてもケアラー法が必要なのでは？
- 認知症国家戦略委員会
  - 日本においても首相直属、大臣直属の認知症国家戦略委員会等のアドバイザーとリーボードが必要では？



ロンドンのパブで！

日本の訪問看護においても

日本版アドミラルナーズが必要では？



# 2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア  
診療報酬改定、2025年へ向  
けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**





# ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで、  
お友達募集を  
しています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト  
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[gt2m-mtu@asahi-net.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)