

国際情勢報告 オランダの 保健福祉 レポート



① オランダの 長期的症状の人々のための ケア提供計画

保健福祉・介護・医療分野におけるサービスの質の向上は、先進各国共通の課題です。高齢者・障害者が尊厳を持って暮らしていけるようサービスの質を高めていかなければなりません。

保健福祉広報協会では、わが国の保健福祉・介護サービスの質の向上に資するよう、欧米の関係者および研究者から集めた当該国の社会保障制度の動向や課題に関する情報をH.C.R. Newsに掲載し、わが国の関係者に情報提供しています。

今回はオランダVILANSのMr.Frits Tjadensから提供された「長期的症状の人々のためのケア提供計画」(2005年9月 NHS近代化庁)に関する情報をご紹介します。

この計画の目的は、地域ヘルスケアサービスおよびソーシャルケアサービス提供者が長期的症状がある人々に対し、人間中心のケアプランニングをおこなう際に役立つ、ガイダンスおよびツールを作成することでした。

1.0 プロジェクトの目的と手法

長期的症状を持つ人々のための国民サービス・フレームワーク(NSF: National Service Framework)*1 発行後、MatrixはNHS近代化庁(NHS Modernisation Agency)より、長期的症状を持つ人々のための優れたケアプランニングの主要要素の検証および報告を委託された。上記のNSFは神経疾患に焦点を置いたものであり、このような疾患の長期的症状は本プロジェクトにおいても主要な焦点ではあるが、調査結果はこれ以外の長期的症状を持つ人にも広く適用できるものである。

本プロジェクトの主な目的は、地域ヘルスケアサービスおよびソーシャルケアサービス提供者が長期的症状の人々に対し、証拠に基づく人間中心のケアプランニングを行う際に役立つ、利用しやすいガイダンスおよびツールを作成することであった。ガイダンスはできる限り、現在利用されている既存の有効な手法に基づく。この報告書ではまずケアプランニングに関する状況の説明を行った後、ケアプランニングの利点、成功する導入に対する障害、重要な成功要素を提示する。付録では、ケアプランニングの開発および導入を促進する優れた事例や自己アセスメントを示す。

本プロジェクトでは、広範囲にわたる関係者との対面式インタビュー、電話によるインタビュー、ワークショップなどを行った。参加した関係者は必ずしも自分が属する団体の考え方を代表しているわけではないが、下記の団体およびグループの見解を提供してもらうことができた。

- ・保健省
- ・NHS近代化庁
- ・全国糖尿病支援チーム
(National Diabetes Support Team)
- ・脳・脊椎障害財団
(Brain and Spine Foundation)
- ・ヘッドウェイ(Headway)
- ・ケアラーズUK(Carers UK)
- ・NHS保健医療のための接続
(NHS Connecting for Health)
- ・長期的症状NSFの外部委員会
- ・初期ケアおよびソーシャルケア統合チーム

このように、本研究はその他広範にわたる活動に貢献、協力し、人中心のヘルスケアおよびソーシャルケアを作り出すことを目的としている。

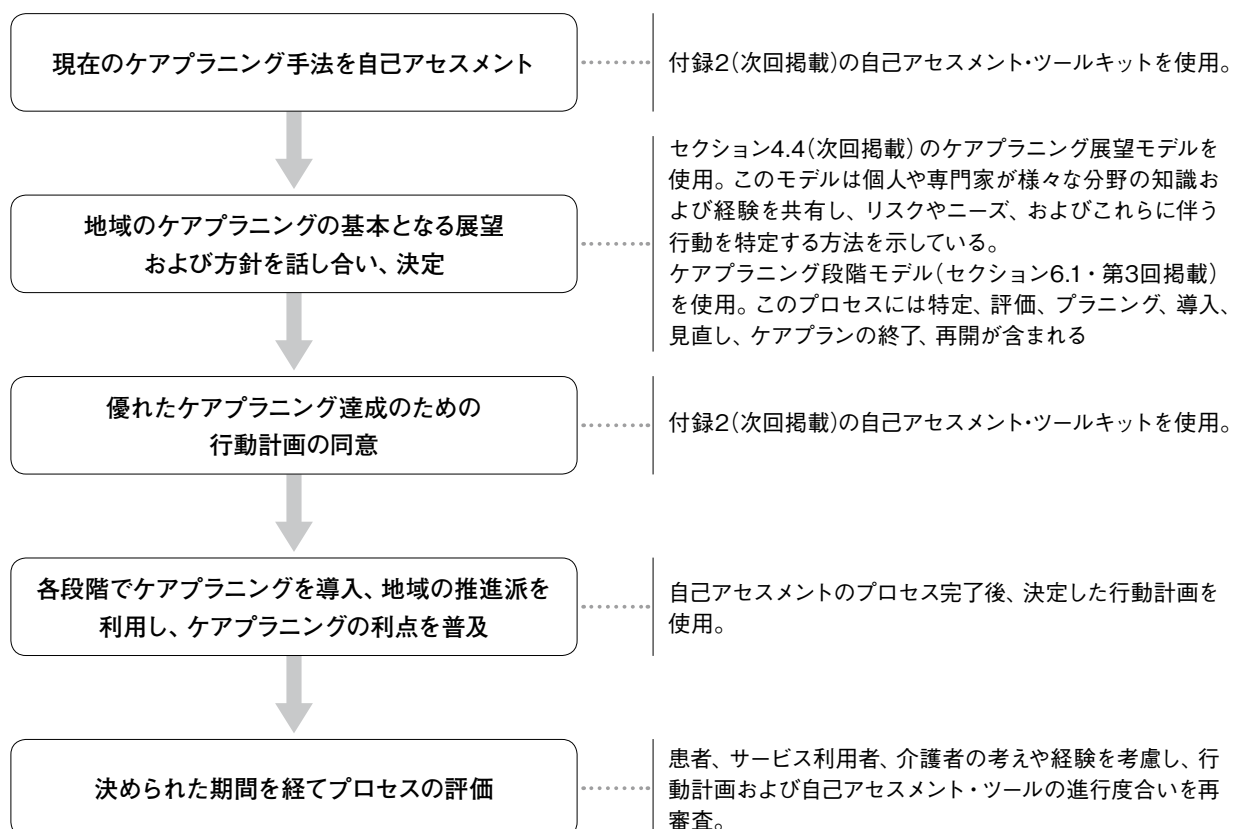
2.0 概要

ケアプラン、ケアプランニング、「ケアプログラム手法」は長期的症状の人々や弱者に個人個人のニーズに応じたケアを提供するための手段として、ヘルスケアおよびソーシャルケア全般において多様な形で導入、推進されており、その発展には各当事者が関与する。

優れたケアプランニングを導入することにより、ケアの継続性、個人と組織両方の危機管理、各自の症状の自主的な調整および管理の促進など、多数の利点が見込まれる。このような利点は全て、他のサービスの目標達成にもつながる可能性がある。この目標とは一般的に人中心のサービス開発に向けた動きに伴うものであり、特にカスタマイズしたケアプランニングを通して長期的症状を持つ人の医療効果を改善しようとする公的サービス協定(PSA)などがこれに当てはまる。

一方、ケアプランニング導入を成功させようとする努力を妨げる障壁もある。例えばケアプランニングを行うためのトレーニング、技術、経験、または職業の境界による障害、動機付けの構造などがあり、どれも解決するためには組織的に大きな変化

図1 本レポートで提示する優れたケアプランニングおよびガイダンスの主要要素の範囲



を必要とするものばかりである。本レポートには、各組織がこのような障壁を除去する際に役立つ議論およびガイダンスが含まれている。図1は本レポートに含まれているガイダンスの範囲である。

3.0 状況

効果的かつ人中心のケアプランニング・プロセスの開発は、ヘルスケアとソーシャルケアをひとつのサービスに統合し、当事者や介護者をケア全体の中心に据えることのできる最も重要な方法であると考えられるようになってきている。本セクションでは「ケアプラン」および「ケアプランニング」という言葉の意味をまとめ、これらがヘルスケアやソーシャルケアにおいて現在行われているサービス改善への他の取り組みとどのように戦略的な関連性を持つのかを論じる。

3.1 ケアプランとケアプランニング

3.1.1 人中心のケア

本研究を行う中で2つの強い見方が浮かび上がってきた。ケアプランニングは物理的なものとしてではなく、プロセスとして捉えなければならないという見方、またケアプランニングはゴールではなく、ゴールにたどり着くための手段であるという見方である。したがってケアプランニングはプロセスを記録するための書類に関するものというよりは、専門家と個人との間における交渉、議論、意思決定に関するものである。さらに、そのプロセスは人を中心とした文化の中で形成されなければならない。これにより、長期的症状を持つ当事者には無意味な、専門的および組織的な境界による人為的な障壁が作られることがなくなる。同様にケアプランという言葉自体も、プランの当事者に対し、もしくはプランを使用する全専門分野においてわかりやすい使い方をする必要があるのである。本研究の中で行われた話し合いでは、このような性質のケアプランニングは広く行われていないということが明らかになった。

3.1.2 柔軟で迅速に対応するケアプランニング

長期的脳疾患患者に焦点を当てた長期的症状NSFの中でも、人によってニーズや症状の複雑さは大きく異なる。NSF以外では、長期的症状医療同盟(Long Term Conditions Medical Alliance)*2の幅広い会員構成を見ると、ケアプランニングが必要となる症状の多様性がわかる。したがってケアプランニング手法に関する国のガイダンスは、各個人に適したレベルで介入、関与し、健康状態の回復もしくは悪化に伴いケアのレベルも増減できる、柔軟かつ迅速なものでなければならない。当事者の症状が緩和され、ケアプランニングのプロセスを必要としなくなった場合、必要であればまた容易にケアプランニングのシステムを利用できるようにする必要がある。また、この場合、関与する専門家も個人のニーズに応じて対応しなければならない。

ケアプランニングは当事者と関連専門家との間の協力の上に発展し、関与する全ての人をケアのプロセスに導く、機能的なルートマップと考えることができる。本プロジェクトにおいて収集した意見は、ケアプランニングに関する多数の主要要素や方針として系統化し、セクション6.1に提示する。

3.1.3 ケアプランニング:近年の発展

長期的症状を持つ人や弱者に対するケアおよびサービスの提供方法を計画する際に、一貫性のある統合的な手法を適用するという概念は、幅広い分野で長年に渡り探求および開拓されてきた。本プロジェクトで収集した証拠や関係者の意見では、このような取り組みの成功度にはばらつきがあることが示されている。セクション5.0では、優れたケアプランニングの幅広い導入を阻む障壁について議論する。

3.2 戦略的な関連性

ケアプランニングの中心となる目的(当事者が主導する調和のとれた適切なケア)やより広い範囲における目標(他の活動や団体への寄与)を達成するためには、ケアプランニング以外の多数の活動やガイドラインとの戦略的協調の中での取り組みが重要である。本研究の協力者は、一連の新しいガイダンスは、ケアプランニングを行う人に新しい概念を提供するものではなく、すべて現在行われているケアプランニングを確実に補うものであることが重要であると強調している。

3.2.1 NHSと長期的症状のソーシャルケアのモデル

ここで提示するガイドラインは、保健省の長期的症状を持つ人々のためのヘルスケアおよびソーシャルケアモデル*3の構成要素に対応している。このモデルでは下記のとおり、段階的なケア手法が確立されている。

図2 NHSと長期的症状のためのソーシャルケアモデル

レベル1 支援を受けた自己管理	自分自身とその状態を効果的にケアするための知識、スキル、自信をつけることができるよう支援を受けられる個人および介護者。
レベル2 疾患特有のケアマネジメント	複雑な必要性のある人もしくは複数の症状を持つ人への専門家による迅速なサービス提供。複数分野によるチームや疾患特有の手順、NSFおよび「質と結果に関するフレームワーク」などの計画を利用する。
レベル3 ケースマネジメント	ヘルスケアおよびソーシャルケアを予想、調整、統合するためのケアマネジメント手法を必要とする、非常に複雑な長期的症状を持つ人。

ケアプランニングは上記の各レベルで(程度には差があるが)役割がある。もちろんケアプランニングには、ケアのレベル間を個人が移動しやすくする手段としての役割もある。このことからヘルスケアおよびソーシャルケア組織は、上記モデル内の各レベルにおいて、人的および金銭的資本を個人のニーズに応じて確保し、それに伴いレベル間移動を制限するのではなく、確実に促進すること

が重要である。

3.2.2 国民サービス・フレームワーク

プロジェクトの概要にもあるとおり、長期的症状のためのNSFは近年の人中心のケア開発のための取り組みを促進するものであり、このようなケアには優れたケアプランニングが重要な役割を果たす。人中心のケアが実際に意味するのは、人々が自分の状態やその状態を管理するための選択肢について、より多くの情報を与えられる必要があるということである。またプライマリケアや地域におけるケア改善によって、長期的症状を持つ弱者の緊急入院を削減することも望まれている。

長期的症状を持つ全ての人は、意識的もしくは無意識的に自分の状態をある程度は管理しているが、人々が自信やスキル、知識をつけて自分の状態の管理に熟練するよう支援するために、エキスパート患者プログラム(Expert Patients' Programme)*4が開始された。最終的に最低限の専門的介入を伴う、このような管理を「自己管理(self-care)」と呼ぶことができる。

しかし長期的症状のためのNSFにおいて中心となるのは脳疾患を持つ人々であり、NSF外部委員会やその他脳疾患を持つ人々の代表者のインタビューやワークショップによると、「自己管理」は必ずしも脳疾患を持つ人々のため、もしくはこのような人々によってのみ使用される言葉ではないという。

長期的症状を持つ人のケアの中でも、自己管理およびケアの自主的な管理をより強く進めなければならない場合があり、糖尿病がその例である。したがって本研究が、糖尿病NSF*5やその導入を支援するための全国糖尿病支援チーム*6による活動に、密接な関連性を持つということは重要である。

同様に、保健省は大蔵省に提出した公的サービス協定(PSAs)*7の内容に向けて取り組んでいる。特に関係があるのはPSAの目標No.4で、この目標は以下の点に焦点を当てる。

- ・最高リスク患者用のケアプランを個人に合わせて提供することにより、長期的症状を持つ人々の臨床的結果を改善する。これは緊急ベッド日数を2008年までに5%削減し、プライマリケアおよび地域における慢性的長期的症状を持つ人のケアを改善することを目指すものである。

〈続く〉

*1 <http://www.dh.gov.uk/asseRoot/04/10/53/69/04105369.pdf>

*2 <http://www.lmca.org.uk/docs/members.htm>

*3 長期的症状の人々の支援：NHSと地域の革新および統合を支援するソーシャルケアモデル (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/98/68/04099868.pdf>)

*4 <http://www.expertpatients.hhs.u/>

*5 <http://dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/Diaetes/fs/en>

*6 <http://www.cgsupport.nhs.uk/dibetes/default.asp>

*7 http://www.hm-treasury.gov.uk/media/4B9/FE/sr04_psa_ch3.pdf