

英国ピータボロ市における

在宅入院(=Hospital At Home)の新しい試み

小 原 亜 生

(東京都福祉局総務部調査課研究主査)

はじめに

ここに紹介する英国における在宅入院(=Hospital At Home, 以下, 「H A H」と略す。)は, 東アングリア地方, ケンブリッジ近くの一地方都市ピータボロ(人口約18万9千人)で試みられている地域看護の総合化の事例で, 必ずしも入院を必要としない患者や, あえて在宅を希望する患者に在宅のまま病院サービスを提供しようとするものである。

ここでは, 私は, 特に次の3点に興味を覚えた。

まず第一に, 民間の発意による先駆的事業が, 民間基金の助成と一定の評価基準の達成を条件とする地方保健局の支援を受け, 試行錯誤のうえ, ついにはNHSのコミュニティ・ヘルスサービスの一つとして取り入れられるに至った一連の過程である。

第二に, 在宅の患者中心のサービスの総合化の追求の結果として, 看護補助とホームヘルプの職務を統合した新しい職, 患者エイドの導入に象徴される医療と福祉の新しい連携のあり方を示していると思われる点である。

そして第三に, 在宅か施設かという二者

択一の際に, 在宅でありながら, 施設(病院)サービスが受けられるという, 患者本位のサービスの総合化, システム化の事例と考えられ, 多様な患者ニーズへの対応のあり方として示唆的に思われる点である。

以下, 1983年9月の訪英のときの視察メモと限られた資料からの紹介であるので, 粗雑さは免れないところではあるが, 望ましい保健医療, 福祉のあり方についての検討の素材の一つにでもなればと思う。

1. H A H導入の経過

(1) H A H事業への着手

ピータボロ市でのこの事業は, フランスで在宅入院のシステムが機能していることを知った一人のソーシャルワーカーの熱心な働きかけに基づいて, 1978年に, 民間基金である Sainsbury Family Charitable Trust (以下, 「SFCT」と略す。)の財政的支援とケンブリッジ地域保健局の支持を受けて発足した。

すなわち, SFCTからは, 20万4千ポンドの補助金と財政上の支援の保障, また,

ケンブリッジ地域保健局からは、三年後に所定の基準（注1）が満たされるならば、この試行事業を継続するという保障、そしてピータボロ地区保健局からは、備品等購入資金として2万4千ポンドの補助金といった後押しを受け、GPの代表を委員長とし、関係者13名からなるH A Hステアリング・グループが編成され（メンバー内訳、GP 1, 地区管理官 1, 地区財務官 1, 地区医務官 1, S F C T代表 2, 地区看護官 1, ブルネル社会組織研究所所長 1, 地域看護官 1, セント・ジョージ病院地域医療部教授（ロンドン）1, 地域保健局代表 1, コミュニティ上級看護官 1, ソーシャルワーカー 1）, 同年10月から患者の受け入れが開始された。

(2) 初期の試行（1978.10～1979.10）

当初、この事業は、常勤の正看護婦3（兼務の上級看護官1を含む）、患者エイド3、ソーシャルワーカー1に、パートタイムのPT・OTの参加を得て、4診療地区（GP12名）、23,600人の住民を対象としてスタートした。診療上の責任はGPが負うこととされた。

患者エイドは、ここで初めて導入されたユニークな試みである。これは、ホームヘルパーと看護助手とを併せた幅広い役割を担う職で、H A H事業を特徴づけるものである。彼らは、看護学校で4日間、看護補助者としての基本的な研修を受け、さらに1日、患者の家庭で実務を通して、食事や掃除や家計、患者の年金についての法律的

側面などを教わり、また3か月毎に半日の実務研修を受けることになっている。

この採用は公募により行われた。

この初期の試行事業については、入院患者の実数は一年間で32人とどまり、期待したほどは利用されなかった。H A Hの推進体であるステアリング・グループの委員長であるI.G.Mowat氏は、British Medical Journalへの寄稿論文（注2）の中で、H A H事業に適した患者が少なかったこと及びGPとH A Hの看護婦とが連携して行うことが困難であったことなどのため、結果的にはうまく機能しなかったことを認めている。GPとH A Hの看護婦との連携がうまく行われなかった理由としては、一つには、GPからH A Hの看護婦に依頼すべき仕事があまりなかったこと、二つには、地区看護婦の側から、自分たちの患者をなじみのないH A Hの看護婦に委ねることへの反撥があったことが指摘されている。

(3) H A Hの改革とコミュニティ看護サービスへの編入（1979.10～）

こうした初期の試行の失敗の反省にたちつつ、一層の定着を図るため、1979年10月、H A Hは、コミュニティ看護サービスの一部に組み込まれる方向で再編成されることとなった。

対象地域も、ピータボロ保健地区（人口18万9千人）の大部分にまで拡大され、134,000人の住民を対象とするようになった。また、ステアリング・グループも、ブルネル社会組織研究所所長、セント・ジョージ病

院地域医療部教授及びもともとのH A Hの提唱者であったソーシャルワーカーの3人が抜け、地域関係者のみで構成されることとなった。

このH A Hの再編成により、看護体制も大幅に変更された。

3人いたH A H担当の正看護婦は、退職、配転により、兼務の上級看護官1名の体制に変わり、また、常勤の患者エイドは、地区看護婦に責任を負う形で、担当地区を割り当てられ、H A Hの業務を続けることとなった。そして、H A Hの事業を遂行していくうえで、これ以外に必要な人員については、新たに設置されることとなったナースバンクを通してまかなわれることとなった。

この体制でのH A Hの運営に当たる上級看護官の職務は、コミュニティ看護婦等の協力を得ながらのものではあったが、通常のコミュニティ看護の職責に加え、H A Hの看護管理業務、すなわち、患者等からの通報への待機、患者の入退院の決定、サービスの監督、職員の充当などを行うということで、大変過重なものであった。このため、1980年6月、H A H専任の常勤の看護官1名がおかれることとなり、H A Hの看護管理に専念することとなった。そして、これにより、ナースバンクの拡大、職員の研修体制の整備など、H A Hをコミュニティ看護サービスの一環としてより強く根付かせていく基礎が確立することとなった。

2. H A Hの活動

(1) 患者の受け入れ体制

この事業は、病院部門とプライマリー・ケアの部門との密接な協働関係のうえに成り立っている。

患者からのH A Hへの入院の要請は、コミュニティ看護サービスの本部を通してなされる。この要請があると、H A H専任の看護官は、これがH A Hに適切な患者であるか、また、この患者をH A Hに入院を認めるだけのスタッフが用意できるか、関係スタッフやナースバンクにあたることとなる。さらに、病院に入院中の患者であれば、H A Hの入院について、患者や医師、また家族らと十分に話し合う。

次いで、GPに連絡がとられ、地区看護婦が家庭を訪ずれ、適切かどうか確認する。

こうして患者のH A Hへの入院がきまると、患者エイドは、患者が家庭に移送されてくる前に、患者の家庭を訪ずれ、ベットや病室の準備をする。

H A Hに入院した患者は、病院に入院しているのと同じように、各種の看護サービス、X線検査、病理検査等のサービスを受けることができる。また、必要に応じて、理学療法士や作業療法士、言語治療士、栄養士などにも来てもらうことができる。

(2) ナースバンクの活用

スタッフの充足については、まず、常勤の職員による充当を優先し、それで間に合わない部分について、ナースバンクの協力を仰ぐこととなる。

1983年9月現在、ナースバンクに登録されているスタッフは、正看護婦27、登録看護婦32、患者エイド24で、H A H専任の看護官は、連絡を受けると、これらのスタッフの中から、条件の合う人物を選び出し、その患者にとって望ましいプログラムを組み立てることになる。ただし、これらのナースバンクのスタッフについては、スタッフ本人の都合が優先されるため、休祭日などのプログラム編成には苦勞が絶えないとのことである。とはいえ、常連として協力してくれるスタッフも多く、マンパワーの確保という面では、着実に成果をあげることが可能とした。

ナースバンクの活用によるメリットとしては、①常勤で無く、時間雇用の形態であるため、患者が少なくなればスタッフの就労時間も減り、人件費という面で経費節減が図れる。②ナースバンクのスタッフは、自宅と患者宅を直接往復するため、時間の有効利用、交通費の節減が図れる。③家庭の事情などで仕事を続けることが困難な看護婦などが、彼らの都合のよい時間に働くことを可能とし、社会資源の有効活用となっている。などがあげられている。

(2) 入院患者の概況

1979年10月のH A Hの再編成後、H A Hへの入院患者数は、初期の試行、約1年間(1978.10～1979.10)の実績が32人であったのに対して、1979.10～1981.11の約2年間で314人と、大幅に増加した。

ごく一般的な入院患者の構成は、次のと

おりとなっている。

終末医療	38 %
脳血管障害	17 %
心疾患	15 %
整形外科傷病	7 %
運動神経疾患	4.5 %
胸部感染症	4.5 %
リユーマチ	3 %
その他	11 %

患者がH A Hの利用を申し出る動機は、症状の安定している患者で、乳飲み子や介護の必要なつれあいなどがある場合とか、回復不能の病気に患い、家庭的なふん囲気の中での死を希望する患者の場合などさまざまである。

ピータボロ市で、H A H担当の看護官ウィンタートン夫人に伴われ、訪ずれた二つのケースの場合は、次のようであった。

ケース1

- ・ B. H. 夫人 26歳
- ・ 10か月、3歳、4歳の3人の子持ち。
- ・ 夫、陸軍軍人、軍役中にて不在。
- ・ 9月6日、急患としてピータボロ地区病院に入院、卵巣嚢胞除去。
- ・ 9月8日、H A Hへ転院。
- ・ 9月13日、抜糸。
- ・ H A H在院予定期限、9月15日。
- ・ 9月8日～11日までの間は、熟練職員による24時間対応。
- ・ 9月12日～15日は、患者エイドによる対応、対応時間は、患者が一人になる時間帯、午前7時～8時、午後1時～2時の各1時間及び午後8時～10時の2時間。

海外の動き

表1 年齢階層別患者数

年齢階層	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~90	91~100
患者数	3	3	6	5	16	14	4

ケース2

- ・ B夫人, 80歳
- ・ 甥夫婦と同居, 甥夫婦は, とともに専門的職業を持ち, 働きに出ている。
- ・ 診断名, 癌—大腸原発, 広範に転移。
- ・ この夫人は, 住み慣れたわが家での死を望んでいた。しかし, 甥夫婦には, 彼女を家庭で看っていく余裕はなく, HAHは, 彼女と甥夫婦の双方にとって, 最善のケアのあり方であった。彼女の病状が進行するにつれ, 看護婦が付き添う時間は増やされる予定である。甥夫婦も, 義務ではないけれども, 希望して, 患者のケアに参加している。
- ・ 24時間対応, 夜間の付添いは, 午後10時から翌朝7時まで。
- ・ どのような看護スタッフが対応するかは, そのときどきに必要とされる看護技術の態様による。

(4) HAHの事業内容

HAHステアリング・グループは, 1981年に, HAH事業がどのようなサービスを提供し, そして, それが利用者やGPらによってどのように評価されているかについて, 一連の経過の判明している直近の51例について調査を実施している。この調査のデータからHAHの事業をみると次のとお

りである(注2)。

ア. 患者の年齢構成

この一連のケースの平均年齢は71歳で, 最年少は34歳, 最年長は95歳であった。32人(約3分の1)は女性であった。年齢階級の患者の構成は表1のとおりである。

イ. GPの回答にみる患者の態様

GPに対しては, もしHAH事業が実施されていないとしたら, これらの患者

表2. GPの回答にみるHAH事業が実施されていないとした場合の患者の処遇

想定される代替処遇	件数
地区総合病院への入院	10
急性期治療病棟への入院	8
老人病棟への入院	6
病院における終末期のケア	3
長期病棟におけるケア	3
整形外科病棟への入院	3
老人病棟又は内科病棟への入院	2
回復病棟でのケア	2
家族との同居(病院外)	2
老人ホームへの入所	2
産婦人科病棟への入院	1
老年精神病病棟への入院	1
リハビリテーション病棟への入院	1
外科病棟への入院	1

はどのような処遇を受けていたであろうかという質問がなされた。この質問に対する有効回答45件の内訳は表2のとおりである。

ウ．地区看護婦及び患者エイドの業務

地区看護婦及び患者エイドらに対しては、患者に対してどのような業務を行っているか、かつ、それらが患者のケアにとって重要と考えられる順に順位づけるよう求められた。これによると、まず、地区看護婦及び患者エイドの業務の内容は、表3、4のとおりとなっている。

表3 地区看護婦の業務

業務内容	調査事例中、左の業務を要した事例の割合
患者エイドの監督	55%
看護処置	47%
患者に対する援助 ・監督	43%
家族に対する援助	37%
患者の状態の監視	33%
患者の容態の判断	25%
患者の移動	12%

表4 患者エイドの業務

業務内容	調査事例中、左の業務を要した事例の割合
患者の入浴	62%
家事援助	48%
看護処置	35%
食事の準備	35%
ベッドメイキング	27%
排便の介助	25%

次に、業務の重要度については、地区看護婦は、看護処置と患者エイドの監督に最も大きな比重を与えていたが、患者に対するケアという観点からは、入浴が患者エイド、患者及びその家族の者たちから高く評価されていたのみならず、地区看護婦の側からも、患者エイドの重要な仕事であると認識されていることが特徴的であると指摘されている。

その他の業務に関しては、患者エイドは、入浴に次いで、看護処置と家事援助とを重要な業務としてあげ、また、患者及び家族の者たちは、食事や家事の重要性を強調している。そして、こうした調査結果から、看護と家事援助を組み合わせたサービスを提供するこの事業の役割を積極的に評価している。

なお、個々の患者に各職種のかかわる平均的なサービス時間は、一日について、上級看護官0.84時間、ナースバンクの正看護婦1.36時間、ナースバンクの登録看護婦1.86時間、患者エイド5時間となっている。

3 H A H の各当事者に対する影響

ピータボロ市におけるH A H事業は、さまざまな事情を抱えている患者にとって、多様な選択の一つとして、状況に即した恩恵となっていることは、容易に推察のつくところであるが、ここで、それぞれの当事者、制度にとってどのような効果があると考えられているか整理してみたい。

○患者及びその家族

海外の動き

- ・普段と同じ生活環境で治療を受けることにより、家庭生活への影響を最小限に止め、日常生活への復帰を容易にする。

- ・回復不能の病気であっても、住み慣れた自分の家で死にたいという患者の希望がかなえられる。

- ・家族の者にとっては、お見舞の負担が軽減され、看護への参加の励みとなる。また、友人や隣人たちも、都合のつく時間にお見舞に行くことができる。

- ・看護時間は、ナースバンクの活用により、個々のケースに即し、また家族や親類の者たちの仕事に出ている時間と調整し、柔軟に、とぎれなく組まれうる。

○患者エイド

- ・ホームヘルプと看護補助の職務を統合した患者エイドの導入は、患者に対するケアの継続性・総合性を一層高めた。

- ・H A Hのキーワーカーとして、患者エイドとして従事する者自身の仕事への満足感を一層大きなものとした。

○地区看護婦

- ・地区看護婦は、従来よりも、より広範の在宅患者に、看護や相談など、その持てる技術を役立てることができるようになった。また、これにより、地区看護婦の役割を、単に、入浴させたり、注射をしたりすることだとみていた世間の人々や病院の看護婦などの地区看護婦像を一新させた。

- ・特に、終末期の患者のケアの場合に顕著であるが、病気の全局面に、また家族の受ける影響に対して総合的に取り組むようになり、患者の苦痛を柔らげてあげ

ることや精神的な支えとなってあげることの重要性に気づくようになり、こうした課題についての研究や研修に積極的に参加するようになった。

○G P

- ・G Pは、H A Hを通して、患者の病気の治療に一貫してかわるようになり、またH A Hの医療・看護スタッフその他資源の活用が可能となり、主治医としてより職務に充実感を覚えられるようになった。

○地域医療・地域福祉への影響

- ・家庭の事情などで仕事を中断し、地域に埋もれていた看護婦など地域の医療・福祉資源の活性化が図られた。

- ・病院への入院が必須ではない患者をH A Hに切り替えることにより、病院病床の有効利用が促進され、待機者リストの縮減につながる。

- ・患者本人の入院に伴い、副次的に発生する社会福祉需要、例えば、保育とか老人ホームへの入所などの必要が抑えられ、総体的な経費の節減が期待できる。

などである。

おわりに

緊縮財政下の英国において、当然のことながら、このH A H事業に関しても、その全体的な財政節減効果について相当のウエイトが置かれて語られている。患者一人、一日当たりの必要経費が短期急性病院よりは低く、長期慢性病院よりは高い。施設の維持管理費用の一部が患者方に転換され、

安上がりで済む。患者の入院に付随して発生する保育などの社会福祉需要が抑制され、総体としての社会福祉予算の節減になるなど、多くのことが語られている。しかし、実際にどれだけの費用節減になるかは、さらに今後の厳密な検証にまたなければなら

ない。この財政上の効果もさりながら、今回の報告の中心とした在宅患者への総合的な施策の展開も、とりわけ今日社会福祉の総合化が課題として意識されつつある日本においては、参考としたい点が多々あるように思える。

(注1) ケンブリッジ地域保健局によって示された成功の基準

- 患者の受けるケアは病院に入院している患者の受けるケアと比較可能か。
- H A Hの事業は、明白に既存のサービスによっては満たされないニーズを満たしているか。
- 患者及びその家族たちは、この事業をどう評価しているか。
- この事業は、患者の側から進んで選択されるようなものであるか。
- この事業は職員の側からも受け入れられるものであるのか。

- N H SにおいてH A Hを拡げていくとした場合、どのような効果があるのか。
- H A Hの効率性は、病院におけるケアのそれに十分に匹敵するものであるのか。

出典：I. G. Mowat & R. T. T. Morgan "Peterborough Hospital at Home Scheme", British Medical Journal, Vol. 284, P. 643.

(注2) 出典：注1の出典に同じ。