

2013年 1月 31日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長 紀伊國 献三 殿

所属機関・職名 しまね認知症疾患医療センター

研修者氏名 内尾 久美



2012年度日本財団ホスピスナースネットワーク会員に対する海外研修助成
研 修 報 告 書 の 提 出 に つ い て

標記について、下記のとおり報告いたします。

記

1. 研修課題

2. 研修期間 2012年 11月 28日 ～ 2012年 12月 6日 (9日間)

3. 研修先

「研修名：第13回英国緩和視察研修～包括的緩和ケアシステムを学ぶ～」

4. 研修報告書

別紙 (正1部、副3部)、FD・MO・CDR等 [有 (枚) ・ 無]

(注 研修報告書はA4判横書き)

「研修報告書」

I 本研修の成果：学んだこと、今後役立つと思う点について

1. 研修課題を「認知症高齢者とその家族＝介護者の生活を支える」におき、

- ①終末期における自己決定のシステム
- ②組織的連携体制はどうあるべきかを考える
を目標に研修に臨んだ。

2. 研修中、心がけた点。

- 1) イギリスにおける高齢者医療、認知症医療、終末期医療の現状を捉える。
- 2) 認知症高齢者の啓発活動や実際のケアを知り、臨床に活かすこと。
- 3) 認知症終末期における自己決定のあり方の検討
- 4) 認知症介護者をどのように支援するのかの考察

3. 印象的な学び

- 1) イギリスの医療制度と多種多様の非営利団体（ボランティアやチャリティー団体）が存在し、医療においてなくてはならない存在であること。
- 2) 疾患の種類に関わらず生きることにおいて、食・活動・情緒の大切さ。
- 3) 緩和ケアの原点

4. 今後の課題

- 1) 認知症の人々をどのような段階においても、一人の人格を持った人として尊重し、意思決定出来るよう支援していかなければならない。意思決定できない場合においても、家族がまたは代理判断者が、本人にとって最も良いと思われる決定をできるように支援していく。
- 2) 認知症終末期の緩和ケア及び看取りの中で、無益な延命治療をしないで自然の経過で死にゆく高齢者を見守るケアをすること。
- 3) 認知症本人を支援する家族介護者が、生き生きとして生活及び労働できるよう、組織的連携体制、医療・福祉サービスの探求、経済的支援の在り方などの考察をしていく。

5. 視察報告（抜粋）

*2012/11/29～30『ペニー・ブローン キャンサー ケア』

ペニー・ブローンは、1979年 乳癌と診断されました。

彼女は、疾患の治療だけでなく、経験しなければ分からない孤独感や恐れ、不安といった様々なストレスに対しても統合的にサポートできる場所を、全てのがん患者が必要としていると感じ、1980年にブリストル・キャンサー・ヘルプ・センター開設しました。（後のペニー・ブローン・キャンサーケアセンターです。）

そこでの取り組みの結果、ブリストルアプローチが編み出され、今や世界的に多くの方々に知られ取り入れられています。

（ブリストルアプローチ）

“がんと出会った人生をも、自らコントロールして選択してゆける！”という感覚を養うアプローチ。病院での主治療やケアと並行して行う。がんと診断された時から統合的にサポートする。

統合的(Holistic)= 心・感情・身体・魂の全て。自分に合ったセラピーを自分で選び受ける。Self-help approach: 自助的アプローチである。(自助的=自分自身で自分をケアする)

○組織と運営

- ・センターの視点：ガンにかかった人でも、補足的なケアを受けることで人生や人生観を変えることができる。
- ・センターの使命：ブリストル・アプローチの手法を用いて、がんと共に生きている人に対して総合的なケアを提供する事。
- ・対象：英国全域から利用されている
年々増加している。がん罹患者2012年現在全イギリス国内150万人
15年後には倍以上に増えるといわれている

・組織

1. 会員（周りの地域住民—がん患者の人もいれば、施設への意義を感じての協力者の人もいる
 2. 理事会（無給）
 3. 運営責任者
- ・サービス・ディレクター（サービスを保証）
 - ・募金の責任者（会計）
 - ・日常の責任者
 - ・広報・財務部・施設の維持管理
 - 4. 従業員システム
 - ・正職員 24 名
 - ・パート職員 55 名
 - ・ボランティア 50 名
 - 5. 資金
 - ・2012年收入3億円
 - ・利用者からの収入、支援団体からの収入、国からの収入
 - ・Walk the Walk 支援活動

当センターを利用していたがん患者ニーナが驚くべき回復をした。来院時は歩くこともできなかった彼女が、さっさと歩くことができ、仲間と共にロンドンマラソンのコースを歩きながら、広報し賛同者を募っていった。少数ではじまっていったが12年間で1400万人に膨れ上がっていった。

○統合医療

- ・統合医学とは何か？
- ・どのように実践していくのか？

新しい物ではなく今までのものを再認識していくこと

統合医学・・アメリカでトピックスとして成長してきたもの

新たに学ぶものではない

全人的(こころ身体魂環境)あらゆるタイプの治療やケア手段を用いる
自分の気持ちに素直になり、受け入れる。無理に闘わない。
バランスが命の鍵であり、よい効果が表れるものである。

- 実践方法
- ・医療従事者と患者との関係を再認識する。
 - ・患者その人の全体をみる。

- ・エビデンスで実証されている。
- ・自分の持っている側面、全てのものを捉え、統合的に結び付けて働きかける。
- ・症状に対しては、トリートメントするもの、マネージメントするもの全てを取り入れる。
 - ・色々なケアの様式がある。補完医学をも取り入れる。
 - ・色々なものが合わされることによって大きな効果が得られる。
 - ・その人を取り巻く小さなものから大きなものまで見ていく

サービスの全体

- ・補完療法・・・ヒーリング、アロマセラピー、マッサージ、鍼灸、指圧、リフレクソロジー、ホメオパシー など。
- ・心理的サポート・・・心理療法、グループワーク
- ・医師カウンセリング
- ・生活スタイルと自助的ケア・・・リラクゼーション、瞑想、イメージ療法、呼吸法、栄養、運動 など。
- ・入所型コース（3日コース、5日コース）
- ・通所型コース
- ・ランチだけ楽しみに、コーヒーだけ飲みにおしゃべりを楽しみに、いつでもなんどきもオープンである。

○栄養とがん指導について

指導内容については、参加者と話をし行う。

- ・楽しみながらの食事とは何でしょう？
- ・健康的な食事とは、どのようなものでしょう？
- ・キッチンとは、何でしょう？

*当センターにおいてのデモキッチンがあることの重要性

・デモストレーションにより、毎日食事をする事、食事により健康になることを実感してもらうため。

*対象者として来院する人

- ・高齢者であり自分で作らなければならない人
- ・忙しすぎる人
- ・一度も料理をしたことのない男性
- ・料理が大好きな人
- ・多くを言うと嫌になられる人 など、様々な人がいる。

*がんの病状経過のどの段階なのかによっても異なる指導を行う

- ・告知直後
- ・化学療法時
- ・手術前 など

*グループでの指導 か 個人なのか

*ガイドライン→全ての人に当てはまることはない
個人一人一人に対応する

*指導の方法の実際について

食事とは？：身体の再生を助ける

Well beenな食事—身体の機能を高める食事

効果を高める食事—多く・一人で食べるのか、環境など

デモキッチンに入る前に料理を開始しておく—匂いを感じるように

よい食事とは？

バランスのとれた食事

- ・ **moderation** : どんな食物も良い点と悪い点があるため取りすぎはよくない。適度にとること。

- ・ **variety** : 色々な食品を組み合わせしていく。

- ・ **color** : 色を組み合わせる。

野菜と果物は健康に良い—野菜中心にして食事。果物は血糖値を上げる。

穀物摂取—良いが取りすぎない。

タンパク質—肉 良質さが重要：有機肥料を使用したもの。牧草を食したもの。

地鶏や自然なアヒル、キジなど。

魚 新鮮なもので、小さい物が良い。オメガ脂肪酸が多い。

脂肪—良質なものの、植物性。

ハーブ・スパイス—味が良くなる。

抗菌・抗ウイルス・抗炎症効果がある。

新鮮なものが良いが高価なため乾燥を使用。

水分補給とは？

1日—1.5lを目安に。

室温～温水で。長い時間をかけて、少しずつ。

砂糖について—取りすぎない。

血糖値を一定にする。精製砂糖は血糖値の変動が大きい。

疲れやすくなる。

自然食をとる—プロセス食品は栄養価が低い。

1体1で話し合い実施していく。

どこで手に入られるか援助する。

*デモキッチンを見学

～18名ぐらいまで座って可能

後ろから見えるようにミラーがある。

掃除が楽なようにステンレス製。

温度設定がしやすいためガスを使用。

- ・ 電気調理器具：ブレンダー・ナッツチョッパー・ジューサーなど

- ・ 各種ハーブ・スパイス

- ・ 発酵食品 　　　　　　など、健康に良い物を常備している。

○エクササイズの効用

*なぜ運動を必要とするのか？

身体を積極的に動かしていない人は

—成人病発生率が高い。

—乳がん・大腸がん患者において、うつ病が増加する。

—他の疾患に罹患しやすい。

—がん治療時において疲労の負担が大きくなる。

—関節可動域が狭くなってくる。 　　　　など

運動のメリット

—副作用の軽減。慢性的な副作用の軽減。

—QOLの向上、機能的ロスの改善を図る。

—疲労度の軽減、筋肉・筋力を保つ→ミネラルのバランスを保つ→食欲

- の増進→適切な食事→消化を高める
- 体重コントロールができる。肥満によりホルモン循環が悪くなる。
- うつ状態、不安状態の軽減
- 自信の回復。
- がんの再発率、他疾患の罹患率を下げる→再発率40-50%低下。運動しすぎると悪化すると思いきこんでいる。

*運動のガイドライン

- ・頻度：週に5日
- ・程度：少し息が上がるが会話可能な程度
- ・運動の種類：ウォーキング、サイクリング、水泳、軽いエアロビクスなど本人の好きなタイプで継続できる運動。
- ・時間：可能な人は30分。強い→弱い 組み合わせてインターバル運動を行う。
- ・ゴール設定：達成可能なゴールを常に立て、上げていく。
ゴールを上げる目的→自分自身のことを知る。
自分でゴールを決定出来るようにする。

○セルフ・ヘルプの技法

*自浄テクニックのポイント→庭を散歩

- ・自然と触れ合う→自分自身であることを確認する（心にとめる）。
- ・五感全てを使い、感じながら。
- ・自分の中の感覚を感じながら。
- ・ゆっくりと歩く。自分の体重が地面に着くこと、片足→片足に体重を感じながら歩く。
- ・木や草に触った時の感触、空気の感触、匂い等感じる。
- ・自然とひかれる方向へ歩く。 など

*効果

- ・いつでも簡単にできる。
- ・器具は何もいらない。
- ・どんな方法でもよい。
- ・心に留めることにより楽しむことができる。
- ・交感神経→副交感神経を自然に働くようにもどすことができる。

○英国のがんサバイバーシップへの取り組み

現在、英国のがん患者は200万人。

*がんが及ぼす影響

- ・身体だけでなく精神的にも影響を受ける
- ・人生のあり方、意義まで変わってくる。
- ・実質的にも変化してくる。
- ・金銭的にも影響。
- ・ストレスがある。
- ・周りの人々（家族・友人・職場など）にも影響を与える。

*ペニー・ブローン キャンサーセンターでの取り組み

- ・全人的にその人を見てサポートしていく。
- ・その人に合った、理解したサポートをする。

- ・治療・予防をサポート。
- ・生活出来るようサポートする。

現在のサポートの方法では、2032年400万人のがん患者には対応が不可能。

＊今後の課題

1. 文化的なシフトを作る。
より回復、健康に向かうようにケアとサポートを行う。
2. アセスメント
個人に合ったアセスメントし、情報を提供する。
3. 自己管理
アセスメントに基づいて患者自身が管理する。
4. 予防
今までは単一的なものから、患者自身が予防などに向かっていく。
5. 計測
がんの生存の結果を計測。

○施設の見学

- ＊玄関ホール
- ＊中庭 池の水が建物の下を通り外の池に行くように循環している。
- ＊ガーデンルーム
- ＊リラックスルーム
- ＊チャペル
- ＊ベッドルーム
- ＊サロン
- ＊セラピールーム

○サービスを受けた体験記

- ＊乳がん患者の体験談を聞く。
がんに患う→治癒する望みの喪失、栄養のバランスの不均衡にてペニー・ブローンを紹介される。
補完療法等の提案（瞑想法、食事療法など）、本人の望む治療を提案。
継続したサポート
↓
生活が変化し、愛情を感じることができ、自分自身の強さをとりもどすことができた。恐怖に打ち勝つことができた。自分の病期は治せないかもしれないが、心は癒され幸せを感じるようになった。
↓
幸せであれば健康になることができる。

○リンパ浮腫—包帯の技法の実演を見る。

＊2012/12/1 『ドロシー・ハウス・ホスピス』

○ホスピス・ケアの概要

- カバーの地域：50万人の人口
- 対象者：命の危険にある人とその家族

サービス費用：無料（国民医療保険サービス、募金、チャリティショップ）

○歴史

- 1977年 一人のナースの無償のケアから始まる。
在宅でサービスを行う。—Family evening
家族ケア、グリーフケアの開始。
- 1979年 アセスメント ユニットの開始。
- 1980年 デイケアセンターの開始。
- 1981年 早期から教育指導を開始。
- 1995年 入院施設10床。
数は少ないがコミュニティーでサポートするには適した数。
症状コントロールと終末期—9日間。
- 2003年～ ベッド数がたらなくなってきた。
- 2006年 2棟追加建設する。
理学療法、補完療法が可能。チャペルの併設。
外来の開始。
外に出かけて行っていく必要性が出てくる。
教育部門の設立。
トリアージチームの設立。
全てのサービスが必要な人、一部のサービスのみ必要な人がいる。
- CNSチーム・・・アドバイス機構
- ・症状コントロール
 - ・情緒的コントロール
 - ・地域連携
 - ・CNSの配置
- 新しい依頼75件毎にCNS一人を配置している。

○CNSの役割

- ・コミュニティーにおいては、他職種とのミーティングの開催
一人ひとりの患者に関して関与が必要
- ・ホスピスにおいて
- ・サテライトにおいて
- ・ボランティアの教育において
- ・チームアシスタントへのアドバイス

○ドロシー・ハウスでの医師の役割

- ・入院患者を診る
- ・全員でケアの方法を相談する
- ・外来、デイケア時
- ・往診→アドバイス
ナーシングホームへの訪問
コミュニティーホスピタルへの訪問
急性期病院への訪問
- ・アセスメントを行い、アドバイスプランを立てる。
- ・他職種より理想とされること
- ・GPからの電話相談

- ・ 教育部門
- ・ 新しいサービスへの参加
- ・ 他の機関との会議への参加 など

○リンパ浮腫看護スペシャリストの役割

*2012/12/3『キングス・カレッジ・ホスピタル』

*2012/12/3『ルイシャム大学病院』

ロンドンの南側に位置しているボロー地区

若い世代が多い地区で、19歳以下の人口が4分の1を占めている。

65歳以上が8.8%である。

イギリス全体をみると、65歳以上の人口は、15.9%である。

○ルイシャム病院の特徴

- ・ 若い人（特に子育て中）のがんが多い。
- ・ 経済的にも低所得者が多く、貧困層が多い。
- ・ 民族の構成も多く、170以上の言語が話されている。そのため受診などにおいて通訳が必要だったり文化面でのサポートも必要とする。
- ・ 年間の死亡者は1600人。
- ・ 原因疾患の割合は全国平均とほぼ同じ。
34%＝がん、27%＝循環器系、14%＝呼吸器系、8%＝認知症
- ・ どこでなくなるのか？
64%＝病院、18%＝在宅 全国平均 55%＝病院、20%＝在宅
民族の多様性と貧困さが原因と考えられる。

○英国政府主導による終末期ケア

2008年エンド・オブ・ライフ・ケア（EOLC）指針が提唱される。

- ・ 診断名に関わらずEOLCに高い質のケアを提供するもの。
- ・ どこにいても（どこの地域においても）提供されるべき。
- ・ 経済性の高いケア。

↓

- ・ アセスメント
- ・ 症状コントロール
- ・ ケアのコーディネーション

*家庭の中で症状が悪くなり、再入院になってしまう。

*最後の数日のケアの質＝重要である。肉体的、精神的、スピリチュアル、家族ケア

*死亡後の家族のグリーフケア。

簡単な事から、家族への情緒的なケアへ

*パスを通じえ行われたかどうかを評価する。

家族が情報を得ているかどうか？どのようなオプションがあるのか？

*システムの開発

- ・ GSF

3つのトリガーあり。

それ以上の治療を望まない

- ・ PPC/ACP

自分の状況を把握したうえで、任意でされるべきものである。

話し合いをしたいと思った時（個人的な価値観、ケアのゴール、病
気・予後の理解、ケアの選択、うける場所の選択、記録・・・など）

自分の記入した事前指示書を医療者に遂行してほしいという思い。

- ・ LCP

Dr. Jhon Ellershaw(MarieCurie Center Liverpool)により2003年に
提唱された看取りのクリティカル・パスである。LCPを導入することによっ
て看取りのケアの標準化が図られ、専門病床でなくても必要なケアがも
れなく行われることができるようになる。

（心地よい状態であること。それは効果がないこと＝処置をやめる
こと。それらを患者・家族に説明し、心理・スピリチュアル乃サ
ポートしていくこと）。

↓

誤解が生じた!!

○終末期ケアに望ましい場所

「あなたはどこで死を迎えたいですか？」

70%＝家、30%＝ホスピス、0%＝病院、施設

「在宅で亡くならない理由は？」

- ・ 家族の負担になりたくない
- ・ 家族の恐怖になる
- ・ 貧困で介護に対応できない
- ・ 独居で対応できない など

○終末期ケア・緩和ケア患者の退院計画

退院とは？

今の状態からケアを移行すること

医療の分野と社会保障の分野の両方の面においてマネジメントする事が
大切である。

*退院支援は、いつから始めるべきであるか？

- ・ 早く返しすぎた時

1. ニーズに合わない
2. 家が準備できていない
3. 再入院の可能性が高い
4. 社会的ケアにより費用がかかる

- ・ 長く入院した場合

1. 感染症にかかりやすい
2. うつ状態になりやすい
3. 倦怠感が起こってくる
4. 欲求不満＝ストレスがたまる
5. 自立性がなくなり、退院後のできることが少なくなる
6. NHS の資源が無駄に使われる

*退院計画の10のステップ

1. 入院以前あるいは同時に、退院あるいは転院の計画を始める。
2. 退院計画のニーズが簡単なもの、複雑なものになるかという事を見

極めなければならない。その決定には患者及び介護者を含めなければならない。

3. 入院後24時間以内に患者の臨床的マネジメントプラン（入院計画書）を作成しなければならない。
4. 病棟単位で、効果的な退院及び転院過程を計画する。
5. 24~48時間以内に退院及び転院日を予定し、患者と家族に相談する。
6. 毎日患者の臨床管理を見直して、退院及び転院に向けて必要な行動をとり進めていく。
7. 患者と介護者を説明により同意が得るように勧める。そして個々に合ったケアが提供され、独立性が最大限にだせるようにする
8. 退院と転院後、患者に対するケアが7日間以上続くようにプランを作成する。
- 9・退院あるいは転院の24~48時間前に退院チェックリストを作成する。
- 10・毎日、患者の退院あるいは転院についてどうするのか決める。

*2012/12/4『聖クリストファー・ホスピス』

シシリー・ソンドース Dame Cicely Saunders (1918-2005)

- 大学では哲学を専攻
- 1944 看護師へ
- 1947 メディカルソーシャルワーカー(MSW)へ
- 1948 David Tasmaとの出会い、そして別れ
死にゆく人へのケアを進歩させ、そのケアを専門的に行うための場所(ホスピス)をつくることを決意する。
David からたくされた500ポンド＝“僕は君のつくる家の窓になりたい”
- 1957 医師へ
疼痛コントロールに関する研究をおこない、現在のモルヒネの使い方の基礎を築く。
また、現在の緩和ケアの痛みの考え方への道筋をつくる。
- 1967 St.Christopher's Hospice開設
現在のホスピスケアの源流となる。
- 2005 St.Christopher's Hospiceにて静かに生涯を閉じる。

“You matter because you are you.

You matter to the very last moment of your life.

We will do all we can not only to help you die peacefully, but to live until you die”

“あなたは、あなたであるからこそ重要なのです。

あなたの人生の最後の瞬間まで、重要なのです。

私たちは、あなたが安らかに旅立つためだけにここに在るのではなく、あなたが最期の瞬間までよりよく生きるために最善を尽くすのです。”

Cecely Saunders, 1976