○ 施設訪問で入手した高次脳機能障害者支援に関する資料
（訓練手法等医学関連の学術的資料を除く）

(1) ACM Ltd サービスガイド（ACM Ltd, Service Guide）：ACM は East Anglia における最大のケース・マネジメント団体。TBI と複雑な神経学的症以外のある小児に特化して、クライアント、その家族及び医療行政過程のニーズに個別に対応した総合的なケースマネジメントを提供するために、家族、solicitors、deputies、その他の専門職と仕事をする。

* CSCI(シースカイ): Commission for Social Care Inspection (国営企業、NHS?)、ケア提供の質の管理が重視され、評価機構が定着している。

(2) ACM LTD 新コミュニティ・リハビリテーション・サービス（Anglia Case Management Ltd, New Community Rehabilitation Service by Caroline Ferber, Sept 2008.）：OT 治療プログラムの例、費用の例（ケースマネジメントが 1 時間当たり 88 ポンドというのは Pam Bunting の話した通り）

(3) ACM Ltd パンフレット（Anglia case Management Limited: Service User Guide by Caroline Ferber, Sept 2008.）

(4) ACM NEWS, Spring/Summer 2008

(5) The core components of holistic neuropsychological rehabilitation at the OZC

(6) Chronic disease management, DH (Department of Health, May 2004)

(7) BIRT the road to rehabilitation：BIRT 紹介パンフレット（リハビリテーションの概念を含めて極めて優れた説明の記述がある。）

(8) Brain Injury Explained Headway – the brain injury association のパンフレット

(9) Cambridgeshire Carers Support Directory ケンブリッジシャーの介護者支援案内パンフレット

(10) CARF のパンフレットファイル（CARF International の CD 付）

(11) CARF INTERNATIONAL による 2007 Medical Rehabilitation Program Descriptions

3. 福祉職の人材養成について
—高次脳機能障害者支援のために—

3.1 はじめに

高次脳機能障害をもつ人々の社会参加を支援するサービスは、医療と福祉サービスの連続性を必要とする。リハビリテーションのあらゆる対象においても同様であるが、身体障害者手帳のシステムにみられるように医学的診断に障害判定の比重が高いことから、障害における活動や参加での困難の反映が乏しい障害は総合リハビリテーションのための福祉サービスにアクセスし難い状況を生じうる。高次脳機能障害、あるいは認知障害で身体障害の軽度なものがその典型と考えられる。障害種別と重症度分類に基づくサービスの分配ではなく、個別ニーズのアセスメントに基づくサービス提供が求められる。

こうしたサービスの提供に関わり、障害のある人々の社会参加や自立を支援する専門職の養成は、我が国には我が国の伝統に基づく仕組みがあり、欧米先進国においてもそれぞれ国ごとに独自の養成システムを発展させている。それは、対象によっては単に新しい職種の養成を既存の仕組みの中に組み込む発想ではおさまらない可能性がある。より良いサービスの供給体制には財政的な課題が強調されるが、今回訪問し、面会した人々の話や入手した資料にみる限り、英国では我が国より厳しい財政状況の中で、1980 年代以降抜本的な医療と福祉の構造改革を図りながら、多様な人材養成に関しても着実に推進しているように感じられた。

英国の人材養成システムは、幕末から明治初期に「セルフヘルプ - 西国立志編」（中村正直）や「学問のすすめ」（福澤諭吉）などで学ぶべきモデルとして紹介されたこともある。文化的には独自の伝統的な様式に基づいて行動したことから、必ずしも英国モデルは導入されなかったが、我が国には親近感を感じさせるものである。それが情報収集のために極めて限られた日数の訪問先に英国を選択した理由の一つである。

3.2 高次脳機能障害者支援に関わる職種とチーム

高次脳機能障害を例として必要とされる専門職種については以下のように考えられる：求められる技術としては、(1)個々人のニーズを的確に把握するアセスメント技術、(2)入手可能、利用可能なサービスの適応を判断し、ケアサービスをマネジメントする技術、(3)支払い側に対して必要な文書を準備し作成する技術、(4)利用者にかかる家族、支援者、サービス提供者とその母体(会社など)、支払い側(市町村役所の担当者など)との接触を通じて必要な会議の設定、コー

ディネートする技術、(5)サービス提供過程のアウトカムを整理して記載し、エビデンスを作成する技術、など。

支援サービス提供者としては、医師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、介護支援員、生活支援員、ホームヘルプ、義肢装具士、福祉工学士など。

1980年代から、外傷性脳損傷による認知障害や高齢者の認知症などがリハビリテーションの対象として認識されるようになって、個別のニーズのアセスメントとサービス提供計画に関して、従来の専門職の枠組みを外れる事例の増大にいかに対処するかが課題となっている。英国では、理学療法士の養成は医療専門職として病院を基盤に伝統を確立してきたものの、その他の職種については病院基盤とは限らず、人材の不足が明らかとなった。高齢者の介護でもコミュニティでのサービス提供を求めるニーズが常識化しており、そのための人材が大きな課題となった。リハビリテーションにおいてはチームアプローチが必須であるが、チームの形態として、古典的な多専門職種（multidisciplinary）チームだけでなく多専門職種間(interdisciplinary)チームや、さらには超専門職種(transdisciplinary)チームの運営が取り上げられるようになった。後者は、国家資格による制約の強固な我が国では、ありえない形態であろう。

医療リハビリテーションの資格である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士などは我が国では国家試験による国家資格が確立されている。臨床心理士についても欧米のシステムで考えるなら確立されていると言えるが、福祉や医療サービスの支払い体系が国家資格制度と一体である我が国のシステムでは、その専門職資格は実効が乏しい解釈になる。

こうした資格の中で、高齢者だけでなく医療サービスを基本的にコミュニティで提供する欧米での潮流において、作業療法士のニーズが急浮上しているようである。医療だけでなく、初等教育機関、高等教育機関での就学支援、授産所や職業センターでの作業と生活支援、企業における就労と生活支援など、あるいは触法関係でも職域が拡大していることが反映され、世界の作業療法士数は2002年と2007年の比較で倍増している（佐藤善久、ほか：国際比較にみる作業療法教育の現状と課題、2008）。

一人の障害をもつクライアントにおいて、起点となる疾病や外傷直後は医療機関（特に病院）での医療サービスを受ける期間のサービス管理は比較的単純であるが、退院後の自宅やコミュニティでの生活を設定する段階では複雑化しやすい。高齢者では、Marjory Warrenの報告にみられるように1930年代にアルモナルと称する医療ソーシャルワーカーがケアチームに必須の職種として記載されている。その後、キーワーカーと呼ばれる職種が生まれ(現在でも存在)、やがてケアマネジャーと呼ばれる職種が生まれ（NHSの管理下）、さらにケー

スマネジャーという職種が発展しつつある現況から、ケースマネジメントのニーズが生まれた背景を含めて、ソーシャルワーカー、あるいはケースワーカーの人材養成の仕組みについて考えてみる。

3.3 共同体における生活支援サービスのマネジメント
—ケアマネジメントとケースマネジメント—

3.3.1 ケアマネジャー

障害者の人口比率でみられるとおり、WHO での見積もりを相当に下回るのは、わが国の障害者の分類システムが関与する。わが国における措置あるいは行政処分によりサービスを提供するシステムの受容は、極めて長い歴史的背景を有する。この社会の構造に関わる問題の考察が将来の施策に極めて重要となる可能性がある。

英国のケアマネジメントについて広く実施されるようになったのは 1990 年代であり、「国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法 (National Health and Community Care Act) 」(1990 年 6 月)に基づいて、NHS 改革と並行して、コミュニティ改革と呼ばれる保健・福祉制度の改革が 1991 年度から実施されるようになって以降と考えられる。改革に伴い、自治体ごとに保健省の「政策指針」や、ケアマネジメントに関する「実務指針」に示された原則や方法に従ってケアマネジメントの実施体制の整備に取り組んだ。これらの指針で示されたのはケアマネジメントの原則や目標に関する事柄であり、その具体的な実施体制については自治体の判断にゆだねられている部分が多いため、自治体によって多様なケアマネジメントのモデルが採用されることとなった。

わが国では高齢者の介護保険制度が模索されていた時期であり、介護サービスの管理に関して英国の影響を受けてケアマネジャーが導入されたように思われる。日本の介護保険制度におけるケアマネジャーは英国における多様な自治体の試みのひとつとしてみることが可能であり、それは当時の現在進行形のシステム作りの地域でのモデルの一つであっただろう。

J.ルイスによる 5 つの自治体を対象とした事例調査では、実施体制の違いを 3 項目に要約している：(1)担当ケアマネジャーを定めるのは要介護度の高いケースだけか、それとも全ケースか、(2)ソーシャルワーク的専門性をどれだけ重視するか、（3）高齢者・障害者だけでなく児童ケースにまでケアマネジメントを拡大するかどうか、ということで、試行錯誤を繰り返しつつ、実施方法の改善を図っていく段階にあり、1990 年代後半には全国的にその実施方法を統一する動きはみられていなかった。（平岡公一：第 17 章　コミュニティ・ケア改革の動向. In；武川正吾、塩野谷祐一・編：先進諸国の社会保障①、東京大学出版会、東京、1999、pp383-404.）

職務内容を統一する場合にはその職能団体の組織が機能するのが欧米における専門職の伝統であるが、米国に比し英国での進展は緩やかである。日本では国家資格としてケアマネジャーの職種が導入されたが、ソーシャルワークの専門性に関する議論を生じるほどには職務内容は充実していない。あくまで介護保険制度を施行するに当たって未発達の社会資源を利益誘導により助成する一環として設置されたかの如くである。行政処分や措置による処遇ではなく、個別ニーズに即した介護や自立支援サービスのアセスメントと提供にかかる類似の職能が芽生えてはいたが、さまざまな習慣的規制によりそうした職能を育成する事業は困難であった。その状況は今日でも同様であり、国の資格制度を欠く職種の展開は、有用であっても支払いの仕組みにより抑制される。

また、病院からの早期退院は患者の意思（歴史的に病院に対するネガティブな感情）があって、コミュニティでのサービスを求め、サービスが慈善団体などによって地域的に開始され、有効であればやがて全国的に拡大し、NHS の支払い対象に組み込まれる。そうしたサービスの提供を管理して早期退院を円滑にすすめる専門職の技能を成長させ、実施方法も統一されていく。我が国ではそうしたサービスの流通は伝統的に強力な国家統制下にあり、草の根的に展開浸透する可能性は乏しい。一方で、人々の統治者である政府への期待と信頼は大きく、国家施策的手続きが尊重されてきた。

3.3.2 ケースマネジャー

ケースマネジャーという職種について個人的にはじめて知ったのは、1983年にボストン市のボストン大学医療センターの老年科を訪問し、在宅医療サービス（Boston University Medical Center Home Medical Service: BUMC HMS）の患者ケア部長 Anna Bissonnette と面談して高齢者ケアについて説明されたときである。彼女は看護師資格と大学院修士資格を有する。米国における医療・福祉費用の高騰においては医師だけでなく看護師はじめ各職種の高学歴化も一つに要因として挙げられた。福祉職としては長い歴史を有するソーシャルワーカーも臨床資格としては大学院レベルの教育歴を要求されるようになっていた。高齢者の在宅ケアと社会参加のための社会資源が豊富に発達すると、それぞれの地域で利用可能なサービスについて熟知し、クライアントのニーズに適したケア計画に携わる専門職の必要性が明確化して、それも一般業務として多数の人材を必要としたことから、大学卒業レベルで就業可能なケースマネジャーが費用的にも歓迎されるという説明だった。

今日の米国における医療分野のケースマネジャーのほとんどは看護師かソーシャルワーカーの仕事をしてきた者であるとされる。ケースマネジメントは医療や福祉専門職としての活動も大きいが、訴訟に関わる解決システムでの重要

な役割も果たしている。児童の学校教育に係る領域や、退役軍人の生活支援に係る領域でもケースマネジメントを必要とする機会が少なくない。米国のケースマネジメント学会での定義は、「上質の費用対効果に優れた結果をもたらすための、コミュニケーションと利用可能な社会資源を通じて、アセスメント、計画、促通、選択肢のための後見支持、個別の健康ニーズにかなったサービスに関する協力的な過程」とされる。

ケースマネジャーとして仕事をするためには看護師である必要はないが、米国の病院で期待される機能は退院計画にかかるもので、それ以上に医療サービスの利用の点検査定にも関与している。ほとんどのソーシャルワーカーは教育課程では医療の実地臨床に関する背景が乏しいことから病院のケースマネジャーとして機能するわけにはいかないようである。

ケースマネジャーの歴史は、医療との関わりの深い精神障害の領域で先行した。1960年代の米国では脱施設化の理念が優位を占めるようになり、精神障害をもつ人々の地域生活自立を支援するサービスの展開に伴い専門職として注目されるようになり、次いで高齢者の医療と福祉サービスの充実に合わせて地域での生活支援をマネジメントする職種として専門性を高めつつあった。しかし、米国においても今日では、コミュニティにおける生活と社会参加の支援にかかる様々な介護サービスのマネジメントの視点からケアマネジャーの呼称での専門職も同様の領域で増加しつつある。異なる団体（学会や協会）がそれぞれ認定システムを整備しているようである。

米国ではほとんどの看護師資格を有するケースマネジャーは病院か健康維持機構（Health Maintenance Organizations: HMO）で仕事をしていて、役割としては以下のような機能が含まれる：

- 後見支持と教育—患者の安全確保のために、必要なサービスの後見支持と必要な教育を行う。
- 臨床的ケアの協力と促通—患者の向上を確実にするたに、ケアを多面的にコーディネートする。
- 連続性と移行の管理—必要なケアの適切なレベルに患者を移行させる。
- 利用と財政的管理—社会資源の利用とサービスへの対価を管理する。
- 実行と成果の管理—患者と病院両者のために、モニターをして、必要なら望ましい目標と成果を達成するために介入する。
- 心理社会的管理—個人、家族、環境などを含めて心理社会的ニーズを評価し焦点を当てる。
- 研究と実践の開発—実践の改善を明確に示し、必要とされる実践の変化に影響するよう根拠に基づくデータを利用する。

精神障害者の地域移行支援サービスの管理での役割に期待されて米国で確立

された背景もあって、わが国でも精神障害者をイメージしたケースマネジメントに関する公的な定義が存在する。「地域社会のなかで、サービスを提供する際に、利用者の生活全般にわたるニーズと、公私にわたるさまざまな社会資源との間に立って、複数のサービスを適切に結び付け、調整を図りつつ、包括的かつ継続的にサービス供給を確保する機能」（1989年旧厚生省精神障害者ケアガイドライン）であり、原則として仲介型役割に止まっている。さらに支払い対象サービスとしての位置付けも強力ではなく、精神保健福祉士という国家資格とされたことからも、発展途上にある専門性の展開は欧米での推移を待つことになる。なお、米国での定義では地域社会という言葉は用いられていないようであり、当然のことながらケースマネジメントの対象者は精神障害者だけではない。

英国でも精神障害者の自立支援サービスではケースマネジャーが機能しているようだが、患者一般を含め高齢者や障害者の地域移行や生活支援サービスの管理の視点からケアマネジャーがNHSのシステムに組み込まれ、新たな専門職としてケースマネジャーが展開しつつある。精神障害の類縁である高次脳機能障害をもつ人々の総合リハビリテーション・サービスにおいてもケースマネジメントのニーズが明確に認識されつつあることが今回の視察を通じて感じられた。改めて、Pam Bunting女史との面談からの情報を整理しておく。

彼女によると、英国におけるケースマネジメントの概念は米国から導入されたものである。ケースマネジャーは、非常に多くの人々、団体との調整に関わり、ケアサービスのマネジメントを行う。週間レポートや公式文書の作成などデスクワークも多いことから、一人のクライアントに係る作業量は非常に多く、1人のケースマネジャーが担当する認知障害をもつ後天性脳損傷のクライアント数は10人が限度である。

職種の呼称について、ケアマネジャーは免許資格ソーシャルワーカーが多いが、そうでない者もある。ケアマネジャーは資格制度ではない。ケアマネジャーは通常は地区の NHS トラストに雇用されていてケアのコーディネートを行う。また、昔から存在するキーワーカーは施設入所者のケアマネジメントを行うが、コーディネーターの役割は持たない。ケースマネジャーは民間セクターや会社に雇用されて活動し、ケアマネジャーとは役割も異なり、より広範囲の地域にまたがり、仕事内容は複雑である。ケースマネジメントの請求費用は1時間当たり 88 ポンドであり、その他に訪問に係る時間やガソリン代など交通費が別に請求される。

ケースマネジメントの会社は、多くは彼女の所属する Anglia Case Management Ltd（ACM Ltd）のように個人資本の小規模な会社である。数名規模の会社がほとんどである。その運営は慈善団体からの寄付に依存するもの

が多い。英国では Headway が大きな団体であり、BIRT(Brain Injury Rehabilitation Trust)や民間保険会社によるものもある。こうした会社のケア提供の質の管理は重要であり評価機構が定着している。ACM Ltd のような会社はシースカイと呼ばれる社会ケア監視委員会（Commission for Social care Inspectorate: CSCI、旧 National Care Standards Commission）による定期的な査察により、在宅ケアエージェンシーとして認可されている。CSCI は NHS の管理下にある。ACM Ltd は東部アングリアにおける最大のケースマネジメント機構であり、外傷性脳損傷と複合神経障害をもつ小児に特化した活動を展開している。

ケースマネジャーの資格制度はケアマネジャー同様未確立である。免許登録作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー、心理士などの資格を有する者が多く、加えて教育資格を所持するものが多い。２～３の大学で教育モデルの確立を検討中ということだが定かでない。ケースマネジャーの役割と意義についての社会的認識は乏しい。なお、ACM Ltd には 16 名の脳損傷専門ケースマネジャー（Brain Injury Case Managers）が雇用され登録されている。各スッタフの本来の資格は所長の Caroline S. Ferber をはじめ作業療法士（OT）が 6 名、ソーシャルワーカーが 5 名、看護師が 5 名である。他に研修生とケアコーディネーター、公認臨床神経心理士、神経作業療法士、コミュニティリハビリテーション助手等が属する。なお、面談に応じてくれた Mrs. Pam Bunting はソーシャルワーカー資格である。英国の脳損傷ケースマネジャーは、英国脳損傷ケースマネジメント協会（BABCM）によって専門職としての質が管理され保証されている。

○ 英国脳損傷ケースマネジャー協会

THE BRITISH ASSOCIATION OF BRAIN INJURY CASE MANAGERS (BABICM)

ホームページ URL、http://www.babicm.org/

BABICM の概要については；

後天性脳損傷の分野でケースマネジメントの発展を促進するために 1996 年に設立された専門職協会であり、後天性脳損傷に苦しむ人々、あるいはその他の複合障害をもちリハビリテーション、ケア、支援のコーディネートを必要としている人々と仕事をするケースマネジャーの専門職的興味と関心を代表する団体である。

BABICM は倫理的、専門職的構造の開発を追求している。そこでは、研修における高度な基準作りを奨励し、ケースマネジメントの継続的成長、経験の積み重ね、評判を高めるといった目的のために会員間でネットワーク作りとコミュニケーションを促進することで専門職としての発展と繁栄が期待できる。

目的としては以下のことがあげられている:

1. ケースマネジャーの興味を促進して、脳損傷や他の複合障害をもつ人々、およびその家族のための効果的にマネジメントと支援に適用できる知識と技術と手技を発展させることによって、ケースマネジャーの仕事の効率を増大させること。
2. ケースマネジメントの分野で働いている者の教育と研修を促進すること。
3. 専門職のための品質管理と保証のシステムを確立して、規制すること。
4. 脳損傷ケースマネジャーのための認定と証明のシステムを確立して、維持すること。
5. 脳損傷ケースマネジメントで働いている者のためにネットワークを提供して、助言と支援を与えること。

ガイドラインに関しては:

BABICM は、ケースマネジメントの分野で働いている者が同じように採用すべきとして、考えられる最善の実践の要素を取り出して、会員が利用できるように、ガイドラインとプロトコルの文書を刊行した。この文書のコピーは、このウェブサイトから見ることができ、pdf 形式でダウンロードできる。

運営母体に関しては:

BABICM は株式資本なしで有限責任保証会社として設立された。各会員は総会における投票権を与えられ、2 名の部長がいる。BABICM は選出されたケースマネジャー会員の評議員により有効に運営され、現在のところ評議員数は 12 名である。各評議員が勤めることのできる最大期間（任期）がある。また、評議員には数多くの常置委員会や特別のプロジェクトを担当する時限つき委員会がある。専門職問題、研修、小児と若年者、季刊のニュースレター、年次集会の促進などである。

BABICM の日常的業務は会社の秘書室により BABICM の事務所で取り扱われる。

会員の加入資格等については:

入会の興味があれば、BABICM のウェブサイトの会員欄にアクセスすると、そこで会員の特典と資格、会員の 3 つのカテゴリー、年会費について説明している。また、2007-2008 年度評議員の経歴についても詳しい情報が掲載されている。

ケースマネジメントの定義に関しては:

「ケースマネジメントは複雑な臨床的ニーズがある人々のコーディネート、リハビリテーション、ケア、および支援にささげられた過程である。 それは、彼等の自立を促通し、QOL を改善することを目的とする。一方で、安全性の問題を確認しながら行う。」と述べている。

また、英国におけるケースマネジメントが発展した経緯については、「英国においてケースマネジメントの実践が発展したのは、障害をもつ人々のニーズが現在行われている単一のエージェンシーや専門職グループの活動の範囲内に収まらないサービスの溝が認識されるからである」と説明される。

しかしながら、ケースマネジャーの専門資格に関しては、確立された専門職ではなく、作業療法士などのセラピストや看護師またはソーシャルワーカーなど資格の定まった専門職のかかわり合いと貴重な技術を利用するものである。

3.4 英国の専門職種養成の再考

欧米では近代社会の展開において個人の自由意思を尊重して、諸種サービスの供給の可能性が追求されている。また、医療や福祉サービスの専門職の養成においては政府主導の国家試験の施行による資格認定は一般的でない。他の専門職の養成においても同様であるが、専門職の集団による自己規定が基本である。専門職の養成は現場での活動を通じて体系化される。その結果、共通部分に関しては高等教育機関（大学など）での教科課程の提供が可能となり、普及することで、専門職の資格取得に必要な条件として定着する。

我が国では明治政府以降、欧米で確立されてきた専門職を養成する高等教育システムを導入した。医師養成の医学教育にみられるように、病人（貧困者や軽犯罪者を含む）を収容し、ケアする場として発展した病院を基盤に医学校が発展した背景を欠くことから、現場での臨床経験を満たすシステムよりは知識と研究を充実するシステムを発展させてきた。それでも大学とは別に医療技術体験の場は習慣的に提供されていたが、20 世紀半ばに米国の指導下に国家が資格試験を統括する仕組みが導入されて以降、医学生が実質的な臨床技術を体験する実習は国家資格を所持しないことから制約が徹底されることとなった。

欧米のシステムの外形的側面をわが国の伝統的行動様式に即した社会構造の中に導入したことの矛盾の表れと解釈できるかもしれない。古くから指摘され紹介されてきたことだが、英国でも米国でも医学生は実質的な診療行為に従事してきた。1980 年代の個人的見聞においてであるが、医学生の当直実習に対して小遣い銭程度の支給があり、看護学生も病棟実習に応じて労働として配慮され、少額ながら対価が支給されていた。労働の対価に対する考えも異なり、研修医は教わる立場だから授業料を払って当然という発言は最近でもみられる。

1983 年に米国ボストン市においてボストン大学医療センター在宅医療サービスと老年科を見学したおり、医学生が単独で患者宅を訪問し、病歴聴取、採血等を行う実習に同行したことがあるが、同様のことは英国の医学校においても行われている。医学校入学までの修学年数は英国と日本とではほぼ同等であ

り、実習内容の差は医学部入学資格に関わる問題ではない。共用試験が施行されるようになった現在においても、わが国ではクラークシップの充実は進んでいないようである。

専門職の養成は現場での有資格指導者の下での実務経験が基本であり、指導者や専門職の資格認定は専門職集団の役割であり、それが国民資格として通用する。しかし、我が国ではそうした専門職への国民意識は希薄であり、政府による国家資格に依存することが一般化している。さかのぼると、文化や国の仕組みを外国、すなわち中国からの輸入に依存して急速に整備した律令制度で、医師が中央で養成され、各地に派遣されて以来の伝統のようでもある。「医師」は中央の制度の官職名であった（布施昌一：医師の歴史、その日本的特徴．中央公論社、東京、1979、p14-24．）。

英国ではサッチャー首相時代の教育改革により、専門技術者の養成に特化するカレッジあるは専修学校であったポリテクニカルの多くが、希望してあるいは半ば強制的に大学に移行したことで、各種専門職コースが大学に設置されるようになった。したがって PT、OT などの大学課程も増えたものと思われる。佐藤善久氏（東北福祉大学）らの国際比較調査によると英国の作業療法士数は日本ほどではないが、2007 年には 2002 年と比較して 2 倍に増加している。

University を称する大学に対する概念は、日本では英国はじめヨーロッパ諸国とは若干異なり、米国におけるカレッジ（College）を含めてわが国では大学と呼んでいる。11 世紀末にオックスフォード大学が設立され、約 100 年を経てケンブリッジ大学が設立されたという英国では、ビクトリア朝時代に赤レンガ大学と呼ばれる二桁数の大学が設立され、さらに第二次世界大戦後の 1960 年前後に新設された複数の大学を数えても 1980 年頃にはイングランドの大学は 30 数校のみであった。そしてこれらの大学は基本的には非職業的であり、学生が職業資格を得ることはなかった。それぞれの職業資格はそれぞれの職業団体により認定されるものである。

医学部は特殊であるが、医師は医学校を卒業して House Officer として 1 年の研修を経て有資格となり、さらに 3 年ほどかけて会員称号（MRCP や FRCS）を取得して社会的に医師として認知される。こうした専門技術者は本来、大学で養成されるものではなかった。したがって、すべての大学に医学部が設置されていたわけではなく（当然現在でも）、医師を養成する医学部（医学校）は 1938 年にロンドン大学（現在的な名称での）は 23 の医学校を持っていたがオックスフォードやケンブリッジには一つもなかったという。（マイケル・バレッジ：サッチャー夫人の前と後の英国の大学、高等教育ジャーナル―高等教育と生涯教育― 4:111-117, 1998.）。

医師の養成に関して、２～３年のプレクリニカル（前期課程）を修了すると３年間は病院や診療所など現場での実習がほとんどの時間を占める。ケンブリッジのアッデンブルック病院は教育病院ではあるが、日本の医学部附属病院とは性格が異なる。ケンブリッジ大学病院 NHS ファウンデーション・トラストにより運営されているが、ケンブリッジ大学の一部ではない。バーミンガム大学医学部では 1980 年頃にはクイーン・エリザベス病院が医学部附属病院的役割を果たしていたが、現在では別の教育病院であったセリーオーク病院の方が優位となり、合併して新しい病院建設が始まっている。市内の多くの病院が教育（臨床実習）に関わっている。ケンブリッジの医学校に学ぶ学生の臨床過程は、現在でもロンドンの病院が利用されているはずである。

職業教育に責任があるとされていたのはポリテクニカルと呼ばれる下級の高等教育機関であった。ポリテクニカルは大学への昇級を目指して同じ地域（市）の複数の専門職学校が連合する動向がみられたが、1992 年に大学のあり方に関して財政面から決定的な法改正がなされ、一定の条件を充たすポリテクニカルが大学として規定されることとなり、大学数は倍増した。そして大学は職業的となり、ビジネスと経営の学位を扱うようになった。バーミンガムのアストン大学は先端技術カレッジ、すなわちポリテクニカルであったが、1960 年代に大学資格が認められた。今年の英国リハビリテーション医学会（BSRM）の年次学術集会は医学部も附属病院もないアストン大学の構内で開催された。近年、米国のハーバード大学をはじめ国際的にビジネスコースのニーズが拡大しているが、英国の大学ビジネスコースとしてアストン大学はトップ校にランクされている。

しかし、こうした学位が職業資格に値するか、あるいはその分野のキャリアとして有意義かについては議論の余地が大であり、医療や福祉に関する対人サービスの分野においては実務経験や現場業務が重視される状況には変わりがないようである。大学のあり方については財政支出を介して国家が規制を強化したが、職業資格に関しては、現場で有用性が確立されたサービスに対しては公的支払いの対象とされてきた。その過程で、有用なサービス提供を保障する資格が全国組織に成長した専門職団体により規定され、必要に応じて国家がその資格を追認する。このような様式での人材養成はわが国にはなじみのないものであり、社会構造上も非現実であろう。

わが国では高齢社会への対応のために介護保険が導入される前後に、欧米の福祉高等教育システム、すなわち福祉の人材養成の体系を学ぶため、さまざまな視察調査が実施されたようである。しかし、結論的にはいずれの国においてもわが国のように国家的にしっかりとした養成施設はないことから、まとまった提言や指針を得ることはできなかったようである。英国のソーシャルワーカ

ーの資格に関しては、DipSW (Diploma in Social Work) があるが、それはCCETSW (Central Council Education Training Social Work) が定めた全国的なソーシャルワーカーの資格である。DipSW は、かつての CQSW(Certificate of Qualification in Social Work、1972 年創設。ソーシャルワーカーの基準資格となるソーシャルワーク認定資格で、日本でいう社会福祉士と類似性が高い)と、CSS (Certificate in Social Service、1975 年創設。施設職員のための資格であるソーシャルサービス資格で、日本でいう介護福祉士と類似性がある)を統合したもので、1989 年に導入が決定され、1994 年から正式にスタートした。

当時、英国(イングランド)の DipSW 養成には 109 の養成プログラムがあり、標準的な訓練コースとしては、①2 年間の高等教育と DipSW、②3～4 年間の通常大学での学位取得と DipSW、③2 年間の大学院と DipSW などがあり、学歴に違いはあっても付与されるソーシャルワークの認定資格は同じであった。DipSW 養成システムにおいては教育機関側と実習や現任訓練を行う現場との間のパートナーシップが、不可欠の要素となっている（大室律子、蔦末憲子：イギリス・デンマーク海外視察研修―介護関係人材養成―、平成 10 年 3 月 23 日～3 月 30 日、文部科学省高等教育課資料）。こうした学校と現場のパートナーシップにより人材養成を行う仕組みは、基本的に医師の養成でも同様であり、ドイツなど他のヨーロッパ諸国でも専門職の養成の仕組みは伝統的に共通するものがある。

前述のように、Marjory Warrenが高齢者医療において必須の職種としてアルモナルを認識したのは1930年代のことである。当時のこの職種はソーシャルワーカー、ケアワーカー、ケアマネジャー、ケースマネジャーなどの要素をもっていたと推察される。現場で専門職が育てられ、育ち、専門職集団が資格認定をする伝統は堅持されている。我が国は、役に立つと知ると、国家資格として、あるいは大学など高等教育機関に養成コースを設置して、全国普及が図られる。しかし、現場での活動が追いつかない間に導入されるので、しばらくして新たな職種を規定し、その連続性を無視することが平然と生じうる。Chris Ward が現在理事長をしている英国リハビリテーション医学会（BSRM: British Society of Rehabilitation Medicine）が発足したのは1990年であり、日本リハビリテーション医学会（JARM: Japanese Association of Rehabilitation Medicine）が発足したのは1963年である。しかし、リハビリテーションにおいて日本が英国より進んでいるとは感じられない。

今回、意識的に人材養成を念頭において情報収集を行い、改めて実感したのは、現実の対人サービスにおいて、利用者の人権尊重やニーズに対応したサービス提供に関しては、英国の方がわが国よりも適切な場合が多いように感じたことである。専門医学会の医師会員数は日本の1割以下であっても、厳しい医

療事情の中で極めて納得のいく活動を展開していると個人的には感じた（British Society of Rehabilitation Medicine: Rehabilitation Medicine - The National Position in 2007. BSRM, London 2007）。

介護保険の導入においては先行するドイツのシステムを模倣したが、実際の運営を含めて我が国の独自性が明らかで、その後の変革の方向も両者は異なるようである。高次脳機能障害のリハビリテーションは厚生労働省のモデル事業により、急速に全国的な展開が図られたが、モデル事業の終了の時期に一致して障害者自立支援法が施行された。行政処分や措置でなく、説明と同意に基づく個人のニーズに即したサービス提供が奨励されるようになった。まさに、リハビリテーションの理念に沿った支援サービスの提供が促進される状況を迎えたわけである。個人の自己決定を尊重する欧米の社会構造を目指して、明治維新のスローガンである「開国」に向けての流れの中で位置づけられる重要な事業活動であろう。

○ 英国の病院と医療職養成
（ロンドンにおける Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust を例として）

英国の医療と福祉は、各地域ごとの取り組みを背景として発展してきたことから、高齢者や脳損傷患者など新しい領域の取組も均質ではない。特にサッチャー政権以後は、各病院の活性化を図るため、財政的見直しと民間セクターによるサービス提供の奨励などにより、領域によっては地域差も拡大する傾向がある。そこで、今回の実質 4 日間の英国滞在において、ガイズ/聖トマス病院における高齢者医療と地域サービスについても医師との面接を含めて Lambeth Primary Care Trust の活動に接することも試みたが、医師に余裕がなく、当方の日程に適った面談はできなかった。

ロンドン市の特別区としての権益や独立性が失われたのはサッチャー政権以後であり、教育改革の中でも高等教育の改革は著しいものであり、サザークからランベス地域に展開して歴史的に医療と医学の先端を担ってきたガイズ/聖トマス病院の現況について、両病院を見学し、多少の情報を整理して英国の医学教育と病院の役割について考えてみたい。

(1) Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust

ガイズ/聖トマス NHS ファウンデーション・トラストは 2 つのロンドンの最も有名な教育病院からなる。これらの病院には長い歴史があり、およそ 900 年さかのぼり、設立以来、医学的革新と進歩の最前線にあった。このトラストは 2004 年 7 月に最初の NHS ファウンデーション・トラストの一つになった。

聖トマス病院はフローレンス・ナイチンゲール博物館への起点でもある。

① サービスについて

このトラストは毎年急性期及び専門病院サービスで75万人に患者診療を提供する。ランベス、サザーク、ルイシャムからの地方コミュニティのためにあらゆる範囲の病院サービスを提供するとともに、癌、心臓、胸部、腎臓、小児診療を含めてさらに広い範囲からの患者に対して専門家診療を提供している。ガイズ病院はヨーロッパで最大の歯科医学校の本拠でもある。

有力な教育病院として、両病院とも将来の医師、看護師およびその他の保健専門職の教育と研修において中心的役割を演じている。キングス・カレッジ・ロンドンの医学部、歯学部、看護学部および生物医科学部及びサウスバンク大学を含むその他の高等教育施設と連携して質の高い教育と研究を提供する仕事を行っている。

職員について

このトラストは地方の最大の雇用者の一つで、約9000名の職員がいて、病院が奉仕するコミュニティの文化的、地域的多様性を反映するように努力している。また、患者および地方住民、隣接するNHSトラスト、戦略保健局、地区役所、GP（総合診療医）とボランティア組織との連携も強化している。

② 歴史

ガイズと聖トマスの両病院が1993年4月に単一のNHS病院トラストとして一緒になる以前から、この二つの病院は数世紀にわたり一緒に仕事を分担してきた。

(2) 聖トマス病院の歴史

聖トマス病院は、アウグスチヌス修道院の付属病院施設として12世紀に「病気と完全困窮者」を含む貧困者のために、40床で設立された。それは11名の修道院の男女修道僧により運営された。最初の病院は今日のガイズ病院の近くに位置し、1212年の大火の後にボロウ・ハイ・ストリートの東側に再建された。病院は次第に規模と名声を増し、1871年には鉄道建設に続いてウエストミンスター橋の南側の現在の場所に移転した。

この病院は古く1215年には記述があり、トマス・ベケットにその名を由来する—このことはベケットが聖徒の列に加えられた1173年以降に設立された可能性を示唆する。しかし、1173年には単に名称変更されただけで、サザークに1106年に聖マリア・オベリエ修道院が設立された時に設置された可能性もある。元々は、トマス・ベケットに任命されたアウグスチヌス修道会の僧と尼僧の混成集団により運営された。それは貧困者、病人、ホームレスのために庇護と治療を提供した。

15世紀に、リチャード・ホイッチントンが未婚の母たちのために専用病棟を寄付した。修道院は1539年の宗教改革により解散され、1551年に再開され使徒トマスに再び献呈された。これはエドワード6世からの許可と交付金を得たロンドン市の努力により再開され、以来継続されてきた。この病院は1537年に最初に英国聖書が印刷された場所でもあった。17世紀末には、病院と教会はロバート・クライトン卿（病院理事長で、前ロンドン市長）により再建築され拡大した。

聖トマス病院の理事長、トマス・ガイ卿は聖トマス病院から退院した「治療不能な患者」のために1721年にガイズ病院を設立した。この病院は長年、聖トマス病院医学校の本拠であった。はじめは単一の医学校が聖トマスとガイズ病院に置かれたが、ガイズ病院は外科医アスリー・クーパーの後継者を巡る論争の後に1825年に独自に別の医学校を設置した。

その後、近年に至り、医学校はガイズ/聖トマス病院連合医科歯科学校を形成するために1982年にガイズ病院の医学校と再び統合された。1983年8月1日にはガイズ歯科医学校と結合しているロンドン歯科外科医学校のロンドン歯科病院を併合し、1985年8月1日には聖ジョーン皮膚科診療所を併合した。1990年から1992年にかけてのキングス・カレッジ・ロンドンとの議論及び1997年のキングス・カレッジ・ロンドン法によって、1998年には歯科と生物医科学の、ガイズ/キングス/聖トマス医学部（GKT医学部）として構築するためにキングス・カレッジ医科歯科学校と統合された。さらに、これは2005年に、ガイズ、キングス、聖トマス病院におけるキングス・カレッジ・ロンドン医科歯科学部として名称変更された。

看護婦のためのナイチンゲール訓練校本拠が1860年7月9日に聖トマス病院に開設された。（現在では、フローレンス・ナイチンゲール看護師/助産師学校と呼ばれ、キングス・カレッジ・ロンドンの一部である。）

(3) ガイズ病院の歴史

前述のトマス・ガイ（議員、聖書販売業、聖トマス理事長）は「治る見込みのない病人」のための病院として1721年にガイズ病院を設立した。ガイズ病院は最初の60床から大きな病院へと拡大したが、聖トマス病院と密接に連携をもち、特に病院が分担する連合医学校を通して、連携を保持した。前記のごとく、医学校は1825年に分離され、150年以上を経て1982年に連合医科歯科学校として再結合した。ガイズ病院の場所は最初に建設されたロンドン橋の南のままである。

臨床棟の最新の建築物はトマス・ガイ・ハウスで、1995年に完成した。これは始めにはフィリップ・ハリス・ハウスと呼ばれることになっていたが、後援者達はガイズと聖トマス病院の強制的な合併に抗議して彼の基金を取り消した。

ガイズ病院と聖トマス病院では8000名以上の職員が働いている。これらはもっとも古い教育病院で、約900歳になり、まさに首都の中心に位置している。トラストが提供するサービスの一つは歯科ケアであり、年間12万人以上を世話している。2005年10月31日に、ガイズ病院の小児科は新しく建築されたエヴェリーナ小児病院へ引っ越した。加齢関連疾患のためのウォルフソン・センターは、ウォルフソン財団からの気前よい寄付によって建築された。このセンターは、1つの屋根の下に多数の研究グループを集め、アルツハイマー病、脳卒中、パーキンソン病、脊髄損傷を含めて、症状のアウトカムを改善するために活動している。

(4) ファウンデーション・トラストの状況

2004年7月1日に、ガイズ/聖トマス病院は英国最初のNHSファウンデーション・トラストの一つとなった。ファウンデーション・トラストであることで、他の病院とは異なるものを行うことができる。このことは、さらに患者サービスを向上できる可能性を意味する。

① NHSファウンデーション・トラストとは何か？

会員と会員評議員を通して、NHSファウンデーション・トラストは地域の人々、患者およびそのスタッフの考えに、よりよく耳を傾け応答することができる。ファウンデーション・トラストはNHSの一部のままであることは確かであるが、中央政府コントロールからは大きな自由度を有する。NHSファウンデーション・トラスト地域のニーズに適うようにサービスを改善することに投資する資金を借り入れることができる。これは国による質に関する基準を満たす必要もあり、他の病院と同様に監査を受ける必要もある。

ファウンデーション・トラストであることの利点は何か？

ファウンデーション・トラストであることは病院にとって以下のことで役立つ：

・患者ケアでの改善を提供する

・より開放的で説明責任を果たしやすい

・地域住民と病院の連携を強化する

・既に行った仕事に基づいて、サービスを患者のニーズにより適したものにする

② ファウンデーション・トラストはどのように活動するか？

NHSファウンデーション・トラストには会員（普通の人々）と会員評議員があり―評議員は一般、患者、職員により選挙で選ばれ、半数以上は地域住民か患者である。仲間の組織のために準備される位置づけもある。

重要な事項としては：

・ファウンデーション・トラストはNHSの一部であること

・NHSケアはファウンデーション・トラストの病院で依然として自由であること

・ファウンデーション・トラストはNHSの他と同様の質の基準を満たさねばならないこと

(5) NHS Regional Hospital Boards (NHS地域病院局)

国民保健サービス（NHS: National Health Service）は1943年のベバレッジ報告に従って労働党政権により1948年に導入された。NHSの導入により、イングランドとウエールズにあるすべての病院に対する新しい行政管理がもたらされ、14の地域病院局と教育病院にカテゴリー分けされた。

各地域病院局は数多くの病院管理委員会（それぞれ地域内の数多くの病院に対して責任を負う）を管理支配する。地域病院局は、ニューカッスル・アポン・タイン、リーズ、シェフィールド、東アングリア、北西部首都圏、北東部首都圏、南東部首都圏、南西部首都圏、オックスフォード、南西部、ウエルシュ、バーミンガム、マンチェスター、リバプール、の14か所である。

例えば、バーミンガム（セリーオーク）病院管理委員会の本部事務所はセリーオークにあり、1955年以来、セリーオーク病院、クイーンズ病院、王立整形病院、リトルブロムウィッチ病院、ウィットン天然痘病院、モーズレー小児病院など約12病院を管理している。

また、教育病院局（Teaching Hospital Boards）は、以下の各教育病院グループがその地域の数多くの病院を支配管理する。地方教育病院は、連合ニューカッスル・アポン・タイン病院群、連合リーズ病院群、連合リーズ病院群、連合シェフィールド病院群、連合ケンブリッジ病院群、連合オックスフォード病院群、連合ブリストル病院群、連合カーディフ病院群、連合バーミンガム病院群、連合マンチェスター病院群、連合リバプール病院群の10か所である。

例えば、連合ケンブリッジ病院群に1955年以来含まれる病院としては、アッデンブルック病院、回復ホーム、産院、ブルックフィールド病院、チェスタートン病院が列挙されている。

(6) 大学病院バーミンガムNHSファウンデーション・トラスト

大学病院バーミンガムNHSファウンデーション・トラストは西ミッドランドにおける指導的大学教育病院である。NHS内でも最高の実績と最も成功しているトラストの一つであり、過去連続4年間の評価は最大の三つ星を与えられてきた。クイーン・エリザベス病院とセリーオーク病院を運営し、6700名を雇用し、年間50万人以上に広範な専門的サービスを提供している。患者治療は単純な外来治療から心臓移植まで幅広い。

西ミッドランドの指導的教育病院としてトラストはバーミンガム大学、バーミンガム市立大学、その他学術施設と強力に教育、研究で連携している。クイーン・エリザベス病院はバーミンガム大学キャンパスに隣接していて、医学校の建物と直接つながっている。トラストと医学校の地理的近接と多職種性環境の両者が存在することで、仕事をする上での配置が強化され、持続的な長所の背景を提供している。

こうした活動は、ガイズ・聖トマスNHSファウンデーション・トラストとは異なる独自性が尊重され、ケンブリッジ大学病院NHSファウンデーション・トラストとも活動内容は異なる。医学校と病院の緊密性も3者3様である。今や、近代になって設置されたキングス・カレッジ群に併合されても、聖トマスとガイズ病院医学校の歴史は尊重されているようである。

資料（インターネットURL）

ガイズ/聖トマス病院について：http://www.guysandstthomas.nhs.uk/

バーミンガム大学病院について：http://www.uhb.nhs.uk/Home/Home.aspx

アッデンブルック病院について：http://www.addenbrookes.org.uk/

NHSについて：http://www.nhs.uk/Pages/homepage.aspx

3.5 おわりに

高次脳機能障害のリハビリテーションは国際的にも新しい領域である。医療リハビリテーションや機能訓練の様式は容易に先進国から導入することができる。しかし、必要な専門職種の分化はほぼ同時進行であり、人材養成においても模倣による導入ではなく、現場での活動の中で、専門職が育ち、経験の蓄積により専門職としての枠組みと体系的な教育の仕組みが形成されていくことを期待すべきであろう。その際に、資格制度の定まっていないサービスに対しても適切な支払いが保障されることが必要である。

多職種介入サービスの核となるケースマネジャーやコーディネーターは、既存の職種の中から職能が定まっていくものである。各地域で、現在の普及事業では各県に設置された支援拠点センターを中心に、それぞれの地域特性に即した支援活動が展開することで、多様な研修会が企画されるようになることが望ましい。

現段階での専門職は既存の専門職が、超専門職種（transdisciplinary）アプローチにより関わって、新しい職種を開発していく段階にある。それを効率的に進める必要があれば、わが国では伝統的な中央主導での研修会企画が必要であり、全国的に受け入れられやすい。研修会のリーダーは、各地での活動実績をもつものが、その技術と知識を伝達し、相互の議論を行うことで果たされる。

多数の専門職種が協働して介入する多彩で複雑なニーズを有する障害がある人の生活支援サービスではケースマネジャーやコーディネーターといった調整機能を有する人材が求められているが、こうした職種はあらゆる分野でも必要とされており、福祉領域でも医療機関に所属して、あるいは就労移行機関に所属してといった、それぞれの立場で仕事をしている。その過程で、期待される職能が比較的明瞭になりつつあるものもあるが、米国と英国でもイメージが相違しているのが現状である。

今回訪問したケンブリッジシャーで高次脳機能障害（後天性脳損傷）に関わるケースマネジャーは、看護、心理、作業療法など既存の資格を背景にシフトした専門職であった。ニーズに対応して現場で仕事をする間に、専門職集団が形成され、人材養成に必要な基礎素養（基礎資格や、教育歴）と実務経験のカリキュラムが策定され、各種研修会企画がロンドンを中心に有力都市で開催されるようになっている。しかし、社会的認知度は乏しいのが現実であり、ケアマネジャーとは異なり NHS トラストの職員として採用されるには至っていない。それでも、ケースマネジャーの業務に対して NHS も保険会社も支払い対象として認めるようになってきている。実際にクライアントの社会生活移行の達成度に寄与することが評価されるからである。

現場でのニーズに応じて新たな専門職が生まれる。それが資格として広く普及するには、各地域で類似の専門職集団が生まれ、その集団のネットワークが育っていくことが自然である。しかし、我が国ではそれ以外に、中央政府が資格の外形基準を定め、コアの人材を中央で養成して全国に派遣して、各地での研修会を通じて普及する方法が受け入れられてきた。したがって、モデル事業の役割は重要であり、普及段階においても専門職養成を目指した中央での研修会を充実させることが有効と考えられる。それに合わせて、その専門職の配置を促進する適切な報酬体系が準備されることが必要であろう。