

平成30年度
多様な主体による高齢者支援のための連携実態と
地域住民の参画を促すための公的支援に関する
国際比較調査研究 報告書

一般財団法人 長寿社会開発センター
国際長寿センター

多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための
公的支援に関する国際比較調査研究報告書

刊行にあたって

国際長寿センター（日本）：International Longevity Center-Japan（ILC-Japan）は、1990年に日本とアメリカの2国で設立されました。それ以来、フランス、英国、ドミニカ共和国、インド、南アフリカ、アルゼンチン、オランダ、イスラエル、シンガポール、チェコ共和国、ブラジル、中国、ドイツ、カナダ、オーストラリアの各国にセンターが誕生し、現在では17ヶ国に達しています。

国際長寿センターは、創設以来高齢者を社会の中の重要な主体として位置づけるポジティブな高齢者観に基づき「プロダクティブ・エイジング」を目指しています。高齢社会を迎えている各国においてこの考え方は広く国際的に定着し、我が国においても高齢者が活躍する地域が全国各所に見られます。

さらに私たちはこの流れをさらに定着させるために、国際比較研究を通して海外諸国のいきいきとした高齢者像を見出してきました。

本年度の、「多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較調査研究」では、とくに日本、ドイツ、オランダ、イギリスを訪問し、調査を行ってきた成果の上に立って、先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めた取組みと財政構造等に焦点を当てて、高齢者が自立した生活を続けるための持続可能な制度のあり方等に関して報告、分析、考察、提言を行っています。

本報告書では、第I章から第III章では海外調査の報告を行い、第IV章は考察と日本への提言としました。なお、ドイツ、オランダ、イギリスにおけるインタビュー記録は国際長寿センターホームページ（<http://www.ilc-japan.org/study/index.html>）に収録しています。

この調査・研究の過程では国内・国外のさまざまな行政組織、介護提供組織、また海外各国の国際長寿センターのご協力をいただきました。

本研究にあたってご尽力いただいた調査研究委員の方々および調査にご協力くださった皆様に厚くお礼を申し上げます。

平成31（2019）年3月

一般財団法人 長寿社会開発センター 理事長
国際長寿センター（日本） 代表
河村 博江

目 次

調査研究体制…4.

報告書サマリー…5

I. 調査・研究の背景と概要 (松岡洋子)

1. 調査・研究の背景…16
2. 調査・研究の概要…17
調査訪問先一覧…19

II. イギリス

1. リエイブルメント (鎌田大啓) …22
2. リエイブルメントとは何か ～文献レビューからみたリエイブルメント (渡邊大輔) …37
3. Clinical Commissioning Groups (CCGs 臨床委託グループ) の現状 (中島民恵子) …46
4. イギリスでの高齢者医療における家庭医(General Practitioner: GP)および老年科医の役割そして地域ケアとの結びつき～二人の医師へのインタビューから (伊藤 功) …54
5. 医療・介護・地域サービスの役割分担と地域計画給付コントロール (質と効率、自治体の給付決定) (吉田俊之) …64

III. オランダ

1. ソーシャル・ヴァイクチーム (SWT) と地域のボランティアな力との連携 (澤岡詩野) …82
2. 福祉組織のガバナンス (組織・財政) (吉田俊之) …85
3. オランダ、家庭医と地域ケアの結びつき ～GP のインタビューから (伊藤 功) …93
4. 医療・介護・地域サービスの役割分担と地域計画 (地域の協働組織作り、Welzijn Lelystad の仕組み) (沼田裕樹) …99
5. 医療・介護・福祉の財源と予算・質のコントロール (松岡洋子) …112

<ドイツ報告>ドイツ：地域包括ケア的試みと、家庭医の役割 (吉田恵子) …133

IV. 日本への示唆

1. 制度に関する日本への示唆 (小野太一) …150
2. 地域医療に関する日本への示唆～高齢者に対する医療やリハビリテーションの役割 (伊藤 功) …172
【コラム】地域における予防への関わり～地方自治体におけるヘルスアドバイザーとしてのパブリックヘルス・ドクター (公衆衛生医) (伊藤 功) …180
3. リエイブルメントについて～考察～ (鎌田大啓) …181
4. ボランティアな組織に関する日本への示唆 (澤岡詩野) …184
5. 海外と日本におけるベストプラクティスの比較 (渡邊大輔) …187
6. 地域包括ケアに関する日本への示唆 ～自立支援は可能か～ (服部真治) …199
7. 北海道池田町における介護予防・日常生活支援総合事業の取り組み (松岡洋子) …221

あとがき (松岡洋子) …232

資料編

イギリス リエイブルメント関連資料…236

1. Reablement (リエイブルメント) を含む Intermediate care (中間ケア) NHS…237
2. Deals for Health & Wellness (健康とウェルネスのためのディール) ウィガン自治体…244
3. パーソナル・バジェットとダイレクトペイメント ウィガン自治体…249
4. サービス提供にあたってのアセスメント「ソーシャルケアとサポートガイド」 NHS…251
5. サポートプラン テンプレート Derby 自治体…253
6. ウィガン自治体リエイブルメント・サービス調査報告 ケアの質委員会 (CQC) …257
7. 2017年サマリーレポート 全国中間ケア監査…271

* オランダ、イギリス インタビュー記録…国際長寿センター ホームページに掲載
(<http://www.ilcJapan.org/study/index.html>)

多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための
公的支援に関する国際比較調査研究
調査研究委員

松岡洋子 (東京家政大学人文学部准教授) <主査>

伊藤 功 (医療法人真正会霞ヶ関南病院院長)

鎌田大啓 (株式会社 TRAPE 代表取締役、大阪大学医学系研究科保健学専攻招聘教員)

佐藤孝臣 (デイサービスセンター楽代表取締役、大分県作業療法協会副会長)

澤岡詩野 (ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員)

中島民恵子 (日本福祉大学福祉経営学部准教授)

沼田裕樹 (町田市介護サービスネットワーク理事、日本社会事業大学非常勤講師)

服部真治 (医療経済機構研究部主任研究員、研究総務部次長)

吉田恵子 (東京医科歯科大学非常勤講師)

吉田俊之 (NTT データ経営研究所先端技術戦略センター シニアマネージャー)

渡邊大輔 (成蹊大学文学部現代社会学科准教授)

海外調査協力委員

Marieke van der Waal 国際長寿センター (オランダ) 事務局長

Dr. Brian Beach 国際長寿センター (英国) 主任研究員

調査研究事務局：国際長寿センター (日本)

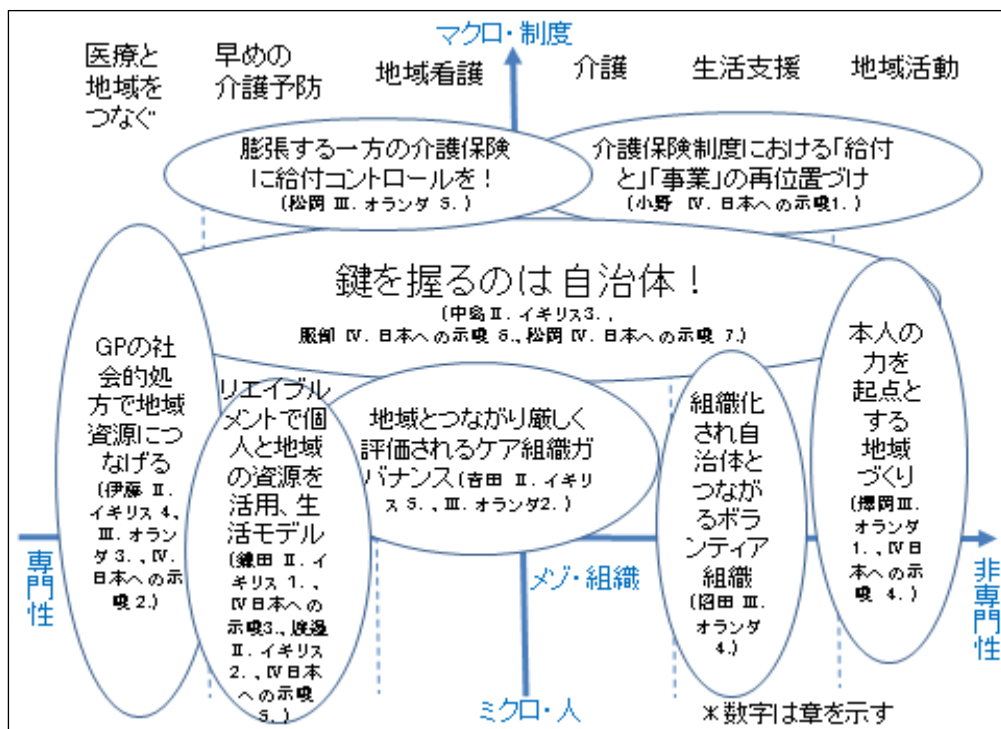
報告書サマリー

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

本研究は、少子高齢化の進展によって税収の伸びが見込めない中、高齢者が急速に増えていく時代的背景の中で、「自立支援(平成27年度)」「地域のインフォーマル資源(平成28年度)」「ケアマネジメントのありあり方(平成29年度)」をテーマに調査研究を行ってきたが、各国の具体的な取り組みを深めることを目的としている。

全体のまとめと日本への示唆

本研究のポイントは広い領域について、マクロからメゾ、ミクロのレイヤーにわたって調査研究成果を報告することとなった。全体の構成と位置づけをマップにまとめたので参考にいただきたい。全体の簡潔なまとめと日本への提言は以下の本文のとおりである。



1. パラダイムシフトと「ウェルビーイング原則」「参加型社会」
 - ◇ 調査国であるイギリス、オランダの両国ともに、少子高齢化社会の到来と財政のひっ迫に大いなる危機感を感じ、制度のサステナビリティを考えて、戦後の福祉国家からの劇的なパラダイムシフトを行っている。核となる理念は、「ウェルビーイング原則」と「参加型社会」である。
 - ◇ イギリスにおける「ウェルビーイング原則」では、個人の強味、地域の資源に焦点を当て、一人ひとり異なる幸福のあり方に耳を傾け、「何がしたいか」について対話を行う。ソリューションは、本人が普通に暮らしてきた地域にあることが多く、地域の資源強化も含めて「パーソン・コミュニティ・アプローチ」としてまとめている。この文脈のなかに、社会的処方を位置付けることができる。
 - ◇ オランダでは一般利用者・ボランティアからプロバイダー、保険会社、自治体に至るまで、「自分でできることは自分で、地域で助け合い、最後に制度利用」というインフォーマル・ファーストが浸透している。

◇ 「サービス提供型福祉国家」から「自立・参加型ネットワーク社会」へ。一人ひとりのウェルビーイングに軸を据える生涯現役型ネットワーク社会が世界のトレンドである。まず現状と未来を捉えて危機感をもつこと、これらを自治体レベルでも広く確実に情報開示して危機意識を共有すること、それを基盤として時間をかけて学びあい対話して市民レベルの意識改革を成し遂げることが、まずは必要であることを世界の大きなうねりは示唆している。

2. リエイブルメントとアウトカム評価

◇ リエイブルメントはアセスメントが重要であり、各人の資源・力、地域の資源にも着目して本来のスキルや自信の回復、自立の最大化を支援するものである。

◇ イギリスにおいて、やり方は自治体に任せられているとはいうものの、ケアパッケージのニーズ削減とリエイブルメントは全国的に推奨されており、ウィガン市の The Deal に見られるとおり自治体で実績が蓄積されている。

◇ 日本では「介護保険は使いつづけるもの」「卒業はレアケース」という認識がみられる。しかし一方で、総合事業短期集中C型事業で実績を上げている自治体も登場している。これら自治体の実践を各自治体へと横展開し、総合事業短期集中通所C型・同訪問C型にみられるような短期集中型リエイブルメントをサービス提供の入口とし、機能回復が可能な人は徹底して機能回復を目指すことを標準化してはどうか。さらに、総合事業に限定することなく、要介護認定者にも「リエイブルメント前置」を標準化する可能性も模索できる。その際、アセスメント、アウトカム評価の義務化とインセンティブを制度設計に適切に盛り込むことが肝要である。

3. 地域資源の開発、インフォーマルの振興 コミュニティ組織への投資

◇ ソリューションは制度ではなく、地域にある。調査国では多様な地域資源が、自治体や組織の支援を受けて、市民(地域住民)のイニシアチブによって開発・創造されていた。

◇ 日本においても、地域に市民イニシアチブの資源を創り出すことは最重要課題のひとつになるのではないだろうか。さらに、インフォーマルサポートの拡大は「介護保険給付」と「総合事業」の切り分けの議論とも繋がる。

◇ 調査国ではボランティア組織のガバナンスが確立されていて自律性が高く、地域密着の支援などボランティアならではの固有性をもって自治体のよきパートナーとして存在していた。そのため、組織内にはボランティア・コーディネートのための専門職スタッフがいて、研修制度も整っている。地域資源を豊かに創り育てていくためには、ボランティア活動を下支えする専門的中間組織や、コミュニティに投資するという理念に基づく適切で継続的な行政側からの補助も必要である。

◇ 「介護保険給付」と「総合事業」の切り分けについては、総合事業を積極的に進める地方自治体の中には、指定通所介護の位置づけの再考が始まり、生活支援を市民イニシアチブで進めるモデルで成功している事例が登場している。こうした事例を多くの自治体で共有して確実に横展開していけば、インフォーマル資源の拡大とともに各自治体独自の給付/事業割合が生まれるだろう。

4. 給付コントロール

◇ オランダの介護保険(Wlz)・医療保険(Zvw、訪問介護看護部分)における給付コントロールでは両者ともに、CAP 制の下での包括報酬制など基本的に予算内でのサービス提供が行われていた。イギリス、オランダからの示唆としては、アウトカム評価の義務化、アウトカムを反映する報酬体系、エリアなどによるCAP 制予算枠組み、改善への努力インセンティブが埋め込まれた包括報酬制などにより、実質的な給付コントロールの導入が考えられる。

5. 自治体の役割

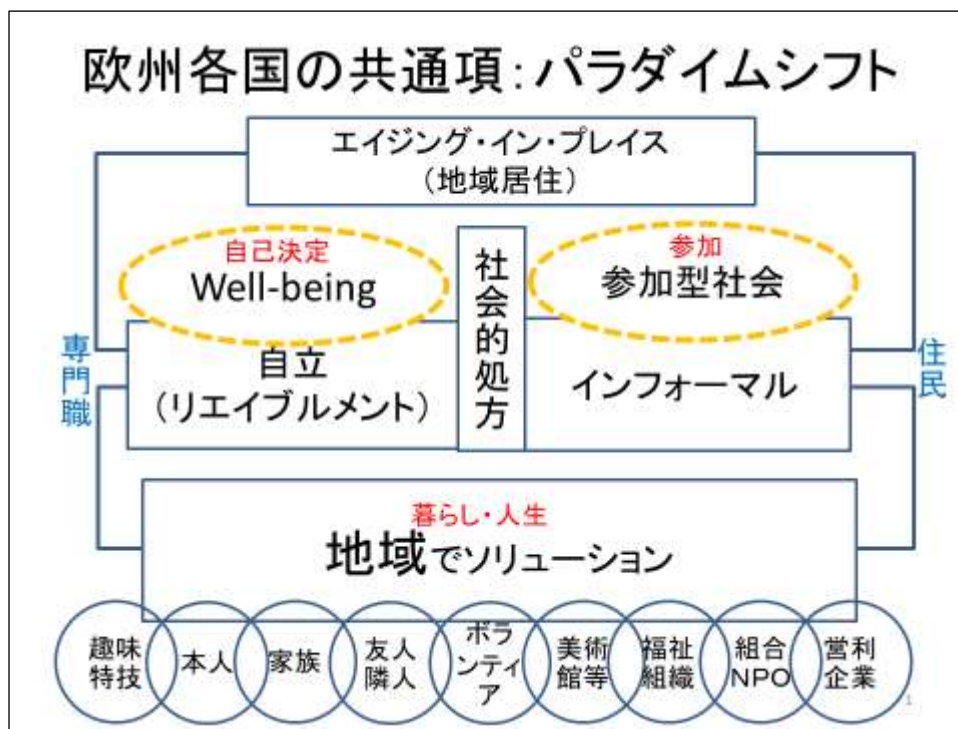
- ◇ 以上見てきたように、改革の鍵は保険者たる自治体にあることは明らかである。世界の動きは日本の総合事業に酷似しており、本研究で抽出したキーワードとまさに同質のテーマで先進的な取り組みをしている自治体も現れている。

日本は高齢化率 28%を超え、少子化に歯止めがきかず、2008 年に人口減少が始まり、2011 年以降は継続的に人口減少が続いている。これに対して、オランダ、イギリスをはじめとするヨーロッパ諸国において高齢化率は 20%未満であり、少子化の傾向にはあるとはいうものの、人口減少は始まっていない。また、2050 年の予測において、高齢化率はようやく 25%を超えるが、人口減少社会ではない。

こうしたヨーロッパ諸国において、税収の限界と少子高齢化という人口動態への強烈な危機感をもって、戦後構築してきた高齢者福祉の価値観と構造をひっくり返すような大改革に取り組んでいる。これは、1942 年のベヴァレッジ報告の後、世界で福祉国家が形成された、その福祉国家を否定するほどの力に満ちた「パラダイムシフト」と言えるものである。

われわれ研究チームは、病院や施設に依存することなく、住み慣れた地域でその人らしく住み続けることを目指す「エイジング・イン・プレイス」を基盤として、「ウェルビーイング原則 (well-being)」「リエイブルメント」「参加型社会」「地域」をキーワードとして提示する。以下、本研究のサマリーとして、パラダイムシフトを浮き彫りにする形で記述する。

その前提として、膨張を続けるサービス給付に危機と限界を感じ、原因説明の中で、共通して、出来ないことに焦点をあててそれを補充する形での支援のあり方への猛省があったことを確認したい。



① 「できないことをやってあげる」から「したいこと、できること」へ

イギリスでは、「何もかもやってあげるという概念だったので、身体を洗うことからベッドから起こしてあげることまで全てであった」「できないことにケアパッケージをあてがっていた」、オランダでは「できなければサービスがもらえるという権利意識が蔓延していた」のである。

②「サービス提供原則」から「ウェルビーイング原則」へ

イギリスの社会サービス改革の法的根拠となっている‘Care Act 2014’では、第一条に「ウェルビーイング原則」を掲げている。一人ひとり異なる人生価値、生活信条に基づく「何がしたいのか」「何ができるのか」に焦点をあてた社会サービスを目指している。背景にあるのは、心身機能のみではなく、生活、社会参加までを視野に入れたICF（国際生活機能分類）の視点であり、パーソン・センタードケアの実践であり、ホリスティックアプローチである。

③「サービス提供」から「リエイブルメント」へ

そこで、登場しているのが、できないことに対して制度的サービスで解決しようとする旧来の発想から、自立して自分で行うことを可能にする、「共に努力する」「自分でできるようにするリハビリテーションによって機能の向上・改善を目指す」リエイブルメントである。目指すゴールは、これまで暮らしていた生活であり、人生の中で大切にしてきた価値に基づく生活である。かつてのリハビリは機能向上をめざすものであるが、その違いは、人生価値にもとづくことと、早期から始めて介護状態をつくらないという予防的な意味合いが強い点であり、これを法律によって義務化している点である。

とくにイギリスでは、各地でエビデンスを伴う機能回復の成果を上げており、具体的な節減効果をコスト計算している例も少なくない。

④「施設・制度（専門職）」による解決から「地域（一般住民）」「参加型社会」「インフォーマルサポート」によるソリューションへ

生活実態、人生価値に焦点を合わせて「したいことをできるようにする」支援では、旧来のサービスによらずとも、地域の中ですすでにある資源を活用することでその人の能力と希望に合わせた暮らしを維持することができる。カフェモーニングなどは、この文脈でよく登場する資源であるが、イギリスでは、支援プラン作成の中で、地域資源の重要性が謳われ、オランダではインフォーマル・ファーストモデルともいえる施策が当たり前のこととなっている。また、地域住民がこうした資源を開発できるように支援する奨励策もさかんである。

また、家庭医による診断・処方にも、孤立・孤独、うつなどの問題など薬は必要ないような患者が増えている。医師が、家族・友人・コミュニティなどからのサポートを処方するような、薬を超えた解決策としての「社会処方」が広がりつつあり、両国においてその普及と入院患者減少などのアウトカムを確認できた。

⑤ パラダイムシフト

以上のように、これまでの機能不全に対しておこる生活障害を社会サービス保障へと結びつける旧来のやり方、また医療者（家庭医）に薬による処方も含めて、旧来のやり方が通用しない中であって、新しいソリューションが生まれ、実践され、アウトカム評価まで提示されるまでになっている。

「できないことをやってあげる」から「したいこと、できること」へ、「サービス提供原則」から「ウェルビーイング原則」へ、「サービス提供」から「リエイブルメント」へ、「施設・制度」から「地域（一般住民）」「参加型社会」「インフォーマルサポート」によるソリューションへ。戦後のサービスありきの福祉国家がコペルニクスの転換を遂げている。

イギリス

1. グレーター・マンチェスターにおける医療と社会サービスの統合

- イギリスでは国の管轄下に NHS（国民保健サービス）があり、介護等は成人社会サービス（Adult Social Service）として自治体管轄で提供されてきた。提供主体が大きく異なるため、両者の連携・統合は積年の課題であった。そのなか、マンチェスター市など 10 市を含むグレーター・マンチェスター州（Greater Manchester county council, GM と略す、人口 280 万人）では以前から 10 市協力体制があり、2013 年には中央政府とも Devolution（権限移譲）について広範な権限移譲合意（警察・消防・医療など）を行ない、2017 年には GM の暫定州長を直接選挙で選ぶまでになっていた。
- 5 年前から社会サービス予算は大きくカットされ、Care Act 2014 ではウェルビーイング原則が謳われるなどの大きな変革の中で、医療（NHS）は 10 市から成る協働組織（Combined Authority）に権限移譲され（2017 年 2 月に医療と介護は合体）、10 市協働組織では GM 戦略を立てたが、単に医療を提供するだけでなく、より幸福に健康に過ごすためにウェルビーイングに焦点をあて、仕事、住宅、レジャー施設、文化施設へのアクセスも考慮したものである。
- GM 戦略の中でも Age-friendly GM では、薬を超えた解決の必要性が高まっているところから社会的処方を進め、自分にとって重要なことに耳を傾け、地域の強味に着目して、自分自身のサポートを自分で設計するという「パーソン・コミュニティ中心のアプローチ」が進められている。

2. リエイブルメント

- リエイブルメントとは、アカデミック・レビューによれば、日常生活の中での機能低下に際して、あるいは、病院退院時に在宅復帰の際に、もとの状態にもどることを目指して機能回復訓練することである。いずれの場合も、単に身体機能のみに焦点を当てるのではなく、ICF における日常生活、社会参加を重視する点が特徴である。NICE ガイドラインでは、中間ケアの一つとして位置づけられている。
- NICE ガイドラインでは、「本人の自宅（またはケアホーム）で提供されるアセスメントおよび介入であり、その狙いは、本人のスキルや自信の回復、自立の最大化を支援すること」とされ、中間ケアの一つとして位置づけられている。最長 6 週間で、多職種チーム（多くが社会的ケア実践者）によって提供される。ケアパッケージのニーズを減らし予防していくことは法的に義務付けられているが、やり方は自治体に任せられている。
- リエイブルメントを通じて、ケア提供時間が 90% 減少した、継続的な在宅ケアが 51.5% 削減できた（目標は 30%）、45% が法定サービスを必要としない状態でリエイブルメントを終了できたなど、エビデンスを伴うアウトカム評価が蓄積されている。
- GM のウィガン市では時代の変革に対応すべく、The Deal を始めた。ケアパッケージを提供する前にリエイブルメントを義務化し、最初に OT がアセスメントして改善を図っている。市内には 25 人前後からなる 3 チームがある。それは、できない事を探すのではなく、その人のウェルビーイングや生活全体を見て才能・強味・やりたい事を見つけ出すパーソン・センタード・アプローチへの大転換である。また、コミュニティにある資源を活用しようとするコミュニティ・センタード・アプローチでもあった。ウィガン市は OT と地域に投資して、さまざまな組織がコミュニティに資源を作ることを奨励し

た。

- この変革によってウィガン市では地域に 100 以上のプロジェクトが作られ、65%のケアパッケージが不要となった。この間、240 万ポンドの外部資金調達がなされ、旧来型の「できないことをしてあげる」発想から抜けきれない職員は去ることとなった。さらに、2011 年からの 4 年間で 2500 万ポンドの節約が生まれ財政効果も確認された。

3. GP と医療 (NHS) と介護(社会サービス)の統合、社会的処方

- イギリスには約 4 万 2000 人の GP (55%が診療所勤務) がおり、一人の GP は 1500 人前後の患者を担当している。イングランドには 9000 の診療所があるが、複数の GP、ナースプラクティショナー、薬剤師等がいる大規模なものが増えている。GP の報酬は人頭払いと出来高払いから成るが、GP の仕事は多忙であり、システムのデジタル化や診療所の規模拡大化によって GP の雇用が困難となっている。その結果、高度なスキルをもった看護師の雇用で代替したり、診療所同志のネットワーキングによって合理化を図る動きがある。
- 病院の老年科医が地域ケアに入ったり、地域看護師と病院スタッフの連携も増えるなど、ヘルスケアの中でセカンダリーケア、プライマリーケア、コミュニティケアのボーダレス化が進むなかで、GP も病院医師との連携、コミュニティ・ベースの看護師などとの協働の重要性が高まっている。ソーシャルワーカー、地域看護師等も含めて、診療所でエクステンディッド・ヘルスケア・チーム (EHCT と略す) を定期的を開催しており、地域資源を良く知るリンクワーカーなどが入ることもある。
- GM では Devolution (権限移譲) の下、医療・介護の予算を統合した上で医療と社会サービスの統合的に提供する試みが始まっているが、初期段階であり多くの課題が残されている。
- 社会的処方は一般的になされているが、都市部と農村部では状況が異なる。都市部では、EHCT に地域の資源を良く知るリンクワーカーやケアナビゲーターがおり、多様なコミュニティ・グループに繋ぐことができる。しかし、農村部では資源は少なく、市民助言局、Age UK デイセンターや地元レジジャー施設などとなる。社会的処方に関する GP への報酬はなく、CCGs が支払うべきとの声が聞かれた。予算獲得が困難ななか、GM では GP が紹介できるコミュニティ活動を増やす取組を進めるなど、GP による社会的処方をも視野に入れた地域づくりが進められている。

1. ソーシャル・ヴァイクチーム

- ◇ オランダでは、福祉国家から参加型社会への変革を掲げ、医療介護保険制度も多く変革して、「まず自分・家族ができること」から始めて、友人・知人などの近隣ネットワーク、地域のボランティア組織によるソリューションを優先している。そんな中で、「市民のよろず相談窓口」として 2013 年より各自治体で整備されてきたのがソーシャル・ヴァイクチーム (Sociaal Wijkteam, SWT と略す) である。
- ◇ Lelystad 市 (人口約 8 万人) では 4 地区に分け、15 人から成るチームがそれぞれ配置されている。Lelystad 南東地区 Waterbever の MFT(多機能住居) の 1 階にある SWT には、知的障がい者児の組織、精神障がい者の組織、ソーシャルワーカー、地域看護師、ビルドアップワーカー、ライフスタイルコーチがいて、地域からの相談に応じて「何ができるか」に焦点をあてて解決を模索する。
- ◇ Waterbever では、SWT がカウンターを設けるだけでなく、高齢者が自由に集える「近隣ルーム (Wijk Kamer)」(査定不要)、Gカフェ (精神障がい者) なども設け、三輪自転車で地域を巡回してコーヒーを提供しながら SWT の広報を行っている。
- ◇ SWT と「ガラスのドア」1 枚を隔てて、GP クリニックが入っており、相互に行き来して福祉処方も行っている (3.参照)。

2. 福祉組織

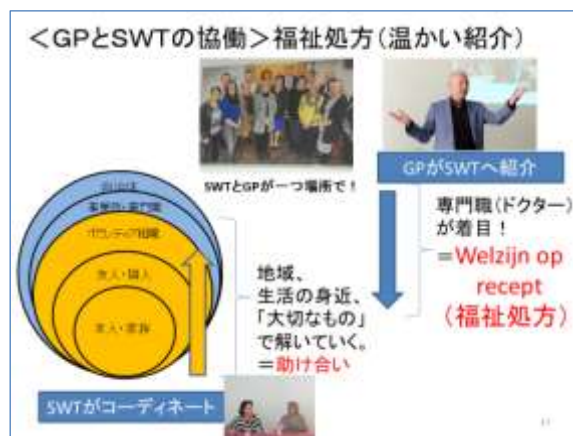
- ◇ インフォーマル・サポートを優先する中で、ボランティアを活用して地域の資源を開発する福祉組織 (Welzijn Organisatie) の存在も重要性を増している。
- ◇ Lelystad 市 (人口約 8 万人) の福祉組織 Welzijn Lelystad は、職員 90 人 (ソーシャルワーカーなどの専門職含む)・ボランティア 600 人を擁し、青少年支援、マントルケア支援 (家族などのインフォーマルケアを支援)、難民支援など多様な部門で活躍する市内有数の福祉組織である。
- ◇ Welzijn Lelystad では Lelystad doet というサイトを立ち上げ、地域の複数の福祉組織が個別に行っていたものを一元化して、ボランティアしたい人・して欲しい人のマッチングサービスを開始した。内容は多岐にわたるが、ボランティア業務としての妥当性、ボランティアする人の適性等を見極める専門職コーディネーターもいる。
- ◇ オランダには「ボランティアをして当たり前」という文化があり、企業にもボランティア活動振興を義務づけている。中心は高齢者であるが、若者ボランティアを増やしていくことが政府レベルでも課題になっている。とくに高齢者は「社会参加していること」に誇りと意義を感じている。彼らは無償を希望するため、オランダではボランティア活動は一般的に無償である。
- ◇ 予算の 90%は Lelystad 市から補助を受け、予算の 80%が人件費である。
- ◇ 留意すべき点として、専門職がいる組織がサポートしていること、行政からの妥当な予算補助があること、研修プログラムが整備されていることなどがある。より多くの人が誇りと喜びをもってボランティア活動を楽しむ基盤が整っている。

3. GP と地域ケア (福祉処方、Welzijn op Recept)

- ◇ Lelystad 市では、GP (2 人)、PT、地域看護師、SWT、青少年 SWT が一つ屋根の下に同居する近隣センターを訪問し、社会的処方のみならず、医療 (GP) と SWT・ボラ

ンティア活動の協働について興味深い話を聞くことができた。

- ◇ GP 診療所は、SWT と「ガラスのドア」1枚を隔てて設置されている。その利点を次のように強調する。まず「孤立者が多い」など地域の情報が入ってくるようになり、精神疾患のある人が正しく医療につながるようになった。また、器質的疾患はないが社会的問題（借金）や精神的問題（孤独）のために頭痛でよく来所する患者には SWT に相談すると、料理クラブに参加するようになり友人もできて受診がなくなった、などである。GP は「福祉処方」ではなく、「温かな紹介 (warm introduction)」と呼んでいる。SWT が介在して地域で解決できた例であるが、その後の経過は毎日聞けるし、この近隣センターにいる専門職による「ホームチーム」ミーティングでモニタリングしていく。
- ◇ さらに、受診や入院を繰り返す COPD（慢性閉塞性肺疾患）患者も、孤独感などの精神的要因が関与していることが分かったため、閉じこもりなども含めて不健康なライフスタイルを改善するため、SWT やボランティアを活用したプロジェクトがスタートして効果を上げている。この取り組みでは、入院頻度が 50%減少し約 20 万ユーロの医療費削減につながった。以上は、医師が治療として何もできないと判断した場合の対処であるが、これを見極める医師のスキルが求められることとなる。
- ◇ 他にも、SWT がマッチングして健康な高齢者が多少支援を必要とする高齢者を支援する取組もあり、ウォーキング・グループ、お茶を飲む会、禁煙プロジェクトなど、福祉処方でつなげられる資源は多様にある。小学校での「健康なライフスタイル」についての授業も GP が担当しており地域の健康増進に積極的に関わっている。
- ◇ COPD プロジェクトでは、入院患者が 50%減少し、約 20 万ユーロの医療費削減につながるという効果があった。しかし、オランダでも福祉処方に関して GP への支払いはない。GP にとってみれば、患者が元気に回復するのは喜びであるし、頻回受診が減って仕事に余裕が生まれることとなる。また、SWT（自治体）の仕事は増える一方で、保険会社には利益が生まれるという不公平が生じる。財政面では議論沸騰の感があるが、Lelystad 市では、積極的に福祉処方の利用を奨励している。
- ◇ 福祉処方は、説明にあたった GP も初めは疑問視したが、その効果を実感して各所でアピールしている。オランダ全体では、徐々に着目されてきている段階である。



I . 調査・研究の背景と概要

I. 調査・研究の背景と概要

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

1. 調査・研究の背景

(1) 介護保険制度の動向

日本においては2011年以降人口減少が続いている一方、高齢化率は2018年には28%を超えている。そして、介護保険給付（総費用額）は平成30年度に11兆円を超え、保険料は2025年に7,200円、2040年には9,200円になると試算され、膨張の一途である。このため、2025年に向けて、地域包括ケアの深化と介護保険制度の持続可能性に焦点化した議論がなされている。

そのような現状の中で、介護保険第6期（平成27年度～29年度）は「介護予防・日常生活支援総合事業」実施の猶予期間と位置付けられているが、先進的な自治体が出現している一方で、訪問型サービス・通所型サービスともに多様なサービスの内訳は従前基準緩和型サービスが主流となっている。そしてその担い手についても両サービスともに介護サービス事業者が約6割を占めている（NTTデータ経営研究所、2017）。

現在、介護保険第7期（平成30年度～33年度）では、「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することが目指され、サービスを必要とする人に必要なサービスが提供されるようにする」として、以下の点について法改正がなされ施行されている。

I. 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）
2. 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）
3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

II. 介護保険制度の持続可能性の確保

1. 2割負担のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする（介護保険法）
2. 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

しかしながら、経済財政諮問会議（平成30年4月12日）に提出された資料には、2025年以降は「高齢者の急増」はゆるかになり、2040年にむけて生産年齢人口の減少が加速して「**現役世代の急減**」へと人口構造の局面が変化すると記されている。こうした中で新たな局面に対応した政策課題として以下の点をあげ、総合的に改革を推進することが提言されており、直近の社会保障審議会介護保険分科会（平成31年3月20日）でも取り上げられた。

1. 現役世代人口が急減する中での社会の活力維持向上：高齢者をはじめ多様な就労・社会参加を促進し社会の活力を維持していく基盤として**2040年までに3年以上の健康寿命延伸**を目指す。
2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保：**テクノロジー**などを活用して医療・介護サービスの生産性向上を目指す。

一方、医療制度との整合性も含めて、医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの構築を一体的に推進するべく、データヘルスや介護ロボットなどについて、人材確保や働き方改革の議論とともにさまざまに議論されている。いずれも、背景にあるのは世界でも稀に見る少子超高齢化であり、超高齢社会と言えども社会保障制度改革の中で介護のみを優先課題とはできない厳しい現状がある（「医療計画及び介護保険事業（支援）計画の整合的な策定について」、平成 30 年 10 月 9 日）。

2. 調査・研究の目的と概要

(1) 調査・研究の目的

【目的】

近年、ヨーロッパ先進国においては高齢者支援に関する基本的なコンセプトの大きな進展が相次いでいる。例えば、デンマークの「在宅ケアの未来」報告書（2013 年）、イギリスの「新ケア法」（2014 年）、オランダの「社会サービス法」（2015 年）、「ドイツにおける「新介護保険法」（2017 年）である。

これらには共通して、身体のみならず生活全体にわたるウェルビーイング、自立支援、在宅重視、自己決定重視、そして地域における自助・互助・共助によって自立を目指す内容が盛り込まれている。

それと同時に、デンマークの尊厳政策（社会省プール金による自助・互助支援）、イギリスにおける自治体からチャリティへのコミッショニング（委託）、オランダのソーシャル・ヴァイクチーム（自治体による社会近隣チーム＝高齢者支援・自助互助推進チーム）、ドイツにおける新設公認ボランティア制度などの動きが活発化している。

一方、我が国においても地域共生社会（制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会）の実現に向けて、公的支援の縦割りから丸ごとへの転換、我が事、丸ごとの地域づくりの仕組みづくりへの転換が進められているところである。

本研究においては、新しい先進国における地域高齢者支援の考え方あり方の中でどのように諸支援事業が生まれ、どのように運用されているのか、すなわち地域支援マネジメントの実態を明らかにする中で、現在の日本への示唆を得ることを目的とする。

(2) 調査課題と調査手法

上記目的を達成するために、次のような課題を設定した。

【調査課題】

① 海外調査

- ・オランダ、イギリスを訪問して、各組織について知識を得る。
- ・前年度のキーワードをリンクするコアバリューとその文脈を探る。

② 国内調査

- ・日本の総合事業先進自治体訪問・調査：日本の総合事業先進自治体を訪問して自治体担当職員、関係機関担当者等にインタビューを行う。通いの場等を訪問して、ボランティアの方にもインタビューを行い、ヨーロッパの文脈に照らして考察し、提言へと導く。

【調査手法】

現地訪問によるインタビューを中心にテープ起こしをしてデータ化し、オープンデータ、論文等を参考資料とした。

① 海外現地調査

- ・オランダ（訪問先は次ページ参照）
- ・イギリス（訪問先は次ページ参照）
- ・日本（訪問先は次ページ参照愛知県豊明市、北海道池田町）

② オープンデータ、論文などの各種文献

（参考資料）

株式会社 NTT データ経営研究所（2017）「平成 29 年度老人保健健康増進等事業：介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援妻帯整備事業の実地状況に関する調査研究事業」

社会保障審議会介護保険部会（第 76 回）（2019）「介護予防・健康づくりと保険者機能の強化（参考資料）平成 31 年 3 月 20 日参考資料 1」厚生労働省老健局

財政制度等審議会財政制度分科会（2018）「社会保障について（参考資料）平成 30 年 10 月 9 日」財務省

「医療計画及び介護保険事業（支援）計画の統合的な策定について」厚生労働省

調査訪問先一覧（訪問順）

2018年

8月27日 <オランダ Lelystad 自治体>

- ・福祉組織 Welzijn Lelystad メインオフィス
- ・ボランティアマッチング組織 Lelystad Doet
- ・高齢者センター支所 Waterbever
- ・Multifunctional Accomodation (MFA)
- ・ソーシャル・ヴァイクチーム (SWT)
- ・GP

8月28日 <オランダ Moerdijk 自治体 Klundert 行政区>

- ・福祉組織 Surplus
- ・地域看護師
- ・ソーシャル・ヴァイクチーム (SWT)
- ・GP
- ・地域調査 Animo チーム

8月29日 <オランダ Lelystad 自治体>

- ・福祉組織 Coloriet
- ・自治体政策アドバイザー
- ・ケアオフィス（保険会社）

<国際長寿センター オランダセンター事務局長 マリエケ・ヴァン・デル・ワール氏協力>

8月30日 <グレーター・マンチェスター (Greater Manchester)>

- ・エイジフレンドリー・グレーター・マンチェスター担当
- ・グレーター・マンチェスター Combined Authority Ageing Hub 担当
- ・人口・ヘルス担当
- ・ヘルス・ソーシャルケア担当
- ・コミュニティ担当
- ・マンチェスター大学教授（社会学）
- ・ボランティア担当

8月31日 <グレーター・マンチェスター(Greater Manchester)>

- ・マンチェスター大学教授（老年医学）
- ・NHS メンタルヘルス担当
- ・マンチェスター大学教授（プライマリーケア、GP）
- ・マンチェスター・メトロポリタン大学講師（建築、環境）
- ・統合コミッショナー
- ・CCG
- ・Wigan Council サービス担当（OT）

9月3日 <ロンドン・ランベス区 Lambeth Council>

- ・ランベス区・ランベス統合コミッショナー
- ・NHS Foundation Trust
- ・ヘルスウォッチ
- ・AgeUK Lambeth

<国際長寿センター イギリスセンター上席研究員 ブライアン・ビーチ博士協力>

Ⅱ. イギリス

II. イギリス

1. リエイブルメント

株式会社 TRAPE 代表取締役 大阪大学医学系研究科保健学専攻招聘教員 鎌田大啓

1. 背景

イギリスのケアの源流は「wellbeing」にある。2014年に改正された care act (ケア法) ケア法の第1条が「個人の wellbeing の促進」という項から始まることからその流れは一層強調されるようになっていく。英国保健省の「Wellbeing Why it matters to health policy」では wellbeing の定義を「健康 (Health) 政策にとって wellbeing が重要なのかということの意味は、気分が良好になり、機能が良好であることを意味し、個人の人生に対する経験、そして生活環境を社会規範や社会的価値に対応している。また人生の満足度 (自己評価)、前向きな感情 (hedonic 快楽的な幸せ)、人生が有意義か (eudaimonic 努力による幸せ) などの側面や十分な食料、身体的健康、教育、安全性などの側面を含む、基本的な人間のニーズと権利に関する仮定に基づいている。」と記載している。イギリスの施策はこれらの要素をいかに国民1人1人において実現させていくかが大きなポイントとなっている。

その大原則の中で、イギリスにおける高齢者支援および介護サービスは、国民医療サービス (NHS) が提供する医療関連のサービスと自治体が行う社会サービスが存在する。そして最近、この wellbeing 原則を実際にサービスとして国民に提供し、国民に wellbeing な日常を手に入れてもらうために NHS が従来提供していた国民医療サービスと自治体が提供していた社会サービスを統合するという流れが生まれている。

リエイブルメント・サービスは以前より国民医療サービス (NHS) と自治体によるソーシャルサービス両方から提供される改善の可能性のある対象者向けの無料サービスであった。この両者の統合という大きな流れの中で、国民の可能性を見出し、対象者が自分にとって意味のある wellbeing な日常生活を取り戻すために自信とスキルを手に入れる事をサポートするサービスとして重要視されており、現在イギリス全土でこのムーブメントが起きてきている。

NHS と地方自治体 (LA : Local Authority) の役割、本人の状態像 (改善の可能性の有無) などを含めて整理すると次ページの図の構造となっている。

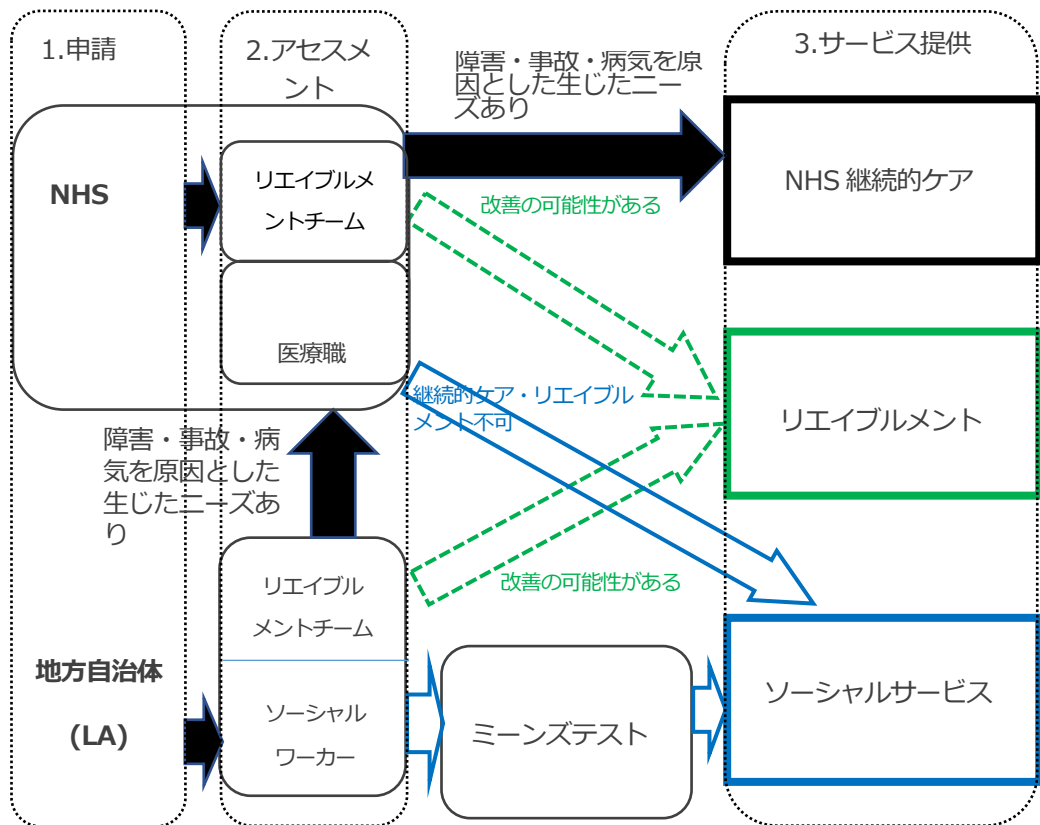


図 イギリスの長期介護サービスの構造

2. リエイブルメント・サービス

リエイブルメント・サービスは、「対象者が自分にとって意味のある wellbeing な日常生活を取り戻す」という事を追求するために、普遍的な要素と柔軟性・変化に富んだ要素という2つの要素の組み合わせでデザインされている。普遍的な軸部分は、どのような展開地域でも共通している、しかし一方柔軟性と変化に富んだサービスであるという事が大きな特徴であるため展開地域によってサービス内容に個性があり、また常にさらによりよい状態にするためアップデートされている。

(1) 概要

- ・対象者の自立、ウェルビーイングを促進するプログラムを実施する
- ・医療および社会的ケアにおけるパーソンセンタード（本人中心の）アプローチが軸
- ・高齢者のために（for）ではなく、高齢者と共に（with）行う
- ・対象者が自分にとって大切な活動や仕事を行うために必要なスキルを学び直す事を支援する
- ・身体能力、社会的能力（地域社会との繋がり・役割）を大切にす
- ・対話を重視し、対象者が自分にとって意味のある日常を取り戻すために「自信」「能力」「スキル」を向上させるサービス
- ・対象者をアセスメント（評価）するとき、ソーシャルケアのニーズだけではなく、対象者が必要とするニーズ全てを見る
- ・目標を定期的に見直し、様々な組織のスタッフが協力して、統合された形で業務を展開する（合同での会議や研修を繰り返し、多職種チームワークを重要視）
- ・進め方の方法については地方自治体などに任せられているが、ケアパッケージのニーズを減らしていく、予防していくということは Statutory（法的義務）である。
- ・サービス提供主体：地方自治体あるいは NHS
- ・対象者：退院した人でやはりサポートが必要な人。虚弱な状態となり毎日の日常生活の中での能力を向上させたい人
- ・サービス提供形態：基本的に訪問が多い
- ・期間：最大6週間（6週間を超えると社会サービスを自己負担必要—ミーンズテストへ）
- ・料金：無料
- ・サービス提供者：ソーシャルワーカー（SW）、作業療法士（OT）、理学療法士（PT）、ケアワーカー（CW）

(2) リエイブルメント・サービスのプロセス

- ・サービスへの紹介

支援が必要な人がリエイブルメントチームに出会うルートはいくつかある。一つは GP からの紹介で、相談に訪れた対象者を GP がリエイブルメントチームに紹介する。また、入院中の患者が退院に際して在宅での生活をスムーズに送ることができるように、病院の要請によって入院中あるいは在宅復帰後にリエイブルメントチームに紹介する。さらに、対象者が自治体のソーシャルサービスによる支援を求めた際にリエイブルメントチームによるサービスが適切であると判断される場合がある。後述のウィガン自治体では複雑なニーズ、医療課題を持った人以外はソーシャルワーカーによるソーシャルサービスの対応以前に全員がリエイブルメントチームによるアセスメントを受けることとなっていた。

・サービス開始時

対象者のケア計画において、チームリーダーは利用者とは多くの時間を割いて対話し、対象者が真に希望することや、望むこと／必要なケアが何か、どのようにケアを提供してほしいかについて理解するよう努める

・サービス提供期間に行うこと

・リエイブルメント提供事務所では2週間毎に、多職種によるフォーマルなレビュー会議が行われ、その討議内容によって対象者のケアプランおよびニーズは定期的に見直される

・その他にもデイリーミーティング、ウイークリーミーティングを実施する。デイリーミーティングは短期的な目標に関して、ウイークリーミーティングは長期的なプランニングに関して討議する。

・同じ事務所のスタッフ同士は頻繁に小さなミーティングを日常的に持つ・6週間プログラム終了時の判定

・リエイブルメントチームが実施

OTの役割

OTはリエイブルメント・サービスにおいて非常に期待されており、実際に重要な役割を担っている。実際のサービスにおいて、またリエイブルメントチーム内の教育についても貢献をしていることが示唆されている。

※リエイブルメントチームを主導およびコーディネートする (College of Occupational Therapists 2013)、また中心的なチームメンバーとして携わる (Social Care Institute for Excellence and College of Occupational Therapists 2011)。

※複雑なケースで、専門的技術や知識を提供する。たとえばアセスメントの実施 (Social Services Improvement Agency 2013)、複雑な状態の利用者に対する継続的なリエイブルメントの支援 (Joint Improvement Team 2013) および最も複雑なニーズを有するサービス利用者との直接的な対応 (McLeod et al 2009) などが挙げられる。

※リエイブルメント職員にアドバイスや研修を提供する (Social Care Institute for Excellence and ADASS Older Persons Network 2012)、またスーパーバイザーの役割を担う (Winkel et al 2015)。作業療法士によるスーパービジョンは、役割遂行に対するリエイブルメント職員の自信と相関がある (Health and Social Care Board)。

※専門的知識や技術を活用して、機器への迅速なアクセスを促し、また簡単な機器に関する評価方法についてリエイブルメント職員に研修を行う (Raibee and Glendinning 2011)。

※アシスティブ・テクノロジー (例: テレケア・システムにつながる電子機器) のニーズアセスメントで、専門的知識を役立てる (Doughty and Mulvihill 2013)。このようなテクノロジーは、自立の実現で重要な役割を担える (Doughty and Mulvihill 2013)。

(イギリス作業療法士協会 2015年9月発行の「Occupational therapy evidence factsheets」の「Reablement」より)

3. リエイブルメントを含む中間ケアの重要ポイント

NHS イングランドの基本文献である「*Five Year Forward View and Next Steps for the Five Year Forward View* (今後5年間の見通しとそれに向けた次のステップ)」では、虚弱および高齢の人々が健康で自立し続けられる支援の必要性が強調されており、これは「中間ケア」の主要な役割となっており「中間ケア」はこのアジェンダの先頭に位置付けられている。

このように重要視されているリエイブルメントを含む中間ケアの品質の標準化のためにNICE ガイドラインには重要ポイントがまとめられている。(以下の、1.1.3等はガイドラインの番号である)

(1) 自立支援

1.1.3 中間ケアの実務者は、以下の事項を行うこと。

- ・本人と協力して、その人が達成したいことを見つけ、動機付けとなるものを理解する。
- ・本人自身の強みを重視し、自立度回復に向けた自らの潜在性に気づくのを支援する。
- ・本人の知識、スキル、レジリエンスおよび自信を構築する。
- ・着替えや軽食の準備など、本人が活動を行うのが大変であっても、自動的に介入するのではなく、観察や指導を行うようにする。
- ・positive risk taking (前向きな冒険) を支援する。

(2) 連携

1.1.1 中間ケアチーム内で効果的なコミュニケーションを促す仕組みを整備する。その中には以下が含まれる可能性がある。

- ・フィードバックを共有し進捗状況を振り返る、定期的なチーム会議
- ・共有ノート
- ・チームメンバーが自らの意見や懸念を表明できる機会

1.1.2 以下のように頻繁に利用するサービスへ、中間ケアチームが紹介や関わりを行う明確な経路を持っているようにする。

- ・GP (かかりつけ医)
- ・足の治療
- ・薬局
- ・精神保健および認知症サービス
- ・専門医および長期リハビリテーションサービス
- ・住宅サービス
- ・ボランティア、地域および信仰的なサービス
- ・専門家のアドバイス (例：文化や言語の問題について)

1.6.3 様々な組織のスタッフが協力して、現在のアセスメントや情報に基づいて見直しや再アセスメントを調整できるようにする。統合された形で業務を展開する (例：合同での会議や研修および多職種チームワーク)。

(3) 支援対象者

1.3.1 特定の支援やリハビリテーションが自立生活能力を向上させる可能性が高く、また以下の点が該当する場合、中間ケアのアセスメントを行う。

- ・入院リスクがある、もしくは入院しており自立度が回復するために支援を必要としている、

または

- ・自宅で生活しており、病気もしくは障害によって日常生活が徐々に困難となってきた。

(4) リエイブルメント・サービスを提供する場合

1.4.1 たとえば機器や改修など必要な調整を行って、できるだけ本人の自宅で中間ケアを提供するよう検討する。

1.4.2 リエイブルメントによって自立度を向上できそうである、というアセスメント結果だった場合、在宅ケアの考慮対象だった人に対してリエイブルメントを第1の選択肢として提供する。

1.4.3 在宅ケアを既に利用している人には、見直しまたは再アセスメントプロセスの一環としてリエイブルメントを検討する。これによって、在宅ケアと併せてリエイブルメントが提供される可能性がある点に留意する。リエイブルメントを検討する際には、本人のニーズや希望を考慮し、また在宅ケア提供者と密に協力する。

1.4.4 認知症の人へ、自立やウェルビーイングを維持および改善する支援を行うためにリエイブルメントを検討する。

(5) 目標の明確化と社会活動の促進

1.1.1 本人と中間ケアの目標について話し合い、合意する。これらの目標は、以下を満たすようにする。

- ・具体的で測定可能なアウトカムに基づいている。
- ・本人の健康やウェルビーイングを考慮している。
- ・中間ケアサービスが実現を目指す事項を反映している。
- ・中間ケアの期間中と長期的な視野の両方で、本人が実現したいことを反映している。
- ・本人が自らの状態や経験からいかにして影響を受けるか、考慮している。
- ・本人の最善の利益および表明された願いを考慮している。

1.5.11 社会的活動や娯楽活動への参加は、中間ケアの合理的な目標であることを認識する。

4. 効果

- ・リエイブルメントは、医療および社会的ケアにおけるサービス利用者のアウトカム改善で、高い費用対効果が示されており、Glendinning らの研究（2010）では、健康関連の QOL において、各アウトカム改善につき支払い意思額の境界値を 3 万ポンドとすると、医療と社会的ケアの両方が考慮された場合、リエイブルメントは 99%の確率で（また社会的ケアの費用のみが含まれる場合にはほぼ 100%の確率で）費用対効果が高いことがわかった。
- ・社会的ケア関連のアウトカムでは、同じ境界値を用いると、リエイブルメントは 78%の確率で（社会的ケアの費用のみが含まれる場合には 98%の確率で）費用対効果が高いことがわかった。
- ・ノーフォークの自治体が提供する在宅ケア・リエイブルメントプログラム利用者のうち 23%は、さらなる支援を必要としない状態でサービスを終了した。(Allen and Glasby 2010)
- ・より長期のケアを継続する人たちへのケア提供時間は、90%減少した (Allen and Glasby 2010)
- ・グラスゴーにおけるリエイブルメント・サービスのアウトカム（181 名のサービス利用者に基づく）では、サービス利用者がリエイブルメントを完了した場合、同サービスの提供による継続的な在宅ケアサービス提供の削減目標を、達成および超過した。削減目標は 30%だったが、分析では 51.5%の削減が示された (Joint Improvement Team 2014)。
- ・北アイルランドに関して見ると、2014 年には 4,750 名の高齢者がリエイブルメントの恩恵を受けた、と報告されている。このプログラムでは、利用者が自宅で自立した生活を送れるよう支援しており、45%が法定サービスを必要としない状態でサービスを終了できた (Health and Social Care Board 2014)。
- ・ウェールズでは、リエイブルメントサービスを受けた人の 70%以上が、さらなる継続的支援を必要としなかった。これによって、サービス利用者だけでなく地方自治体や地域保健局への効果も示された (Social Services Improvement Agency 2013)。

イギリス作業療法士協会「Occupational therapy evidence factsheets, Reablement」より 2015 年 9 月

5. 事例

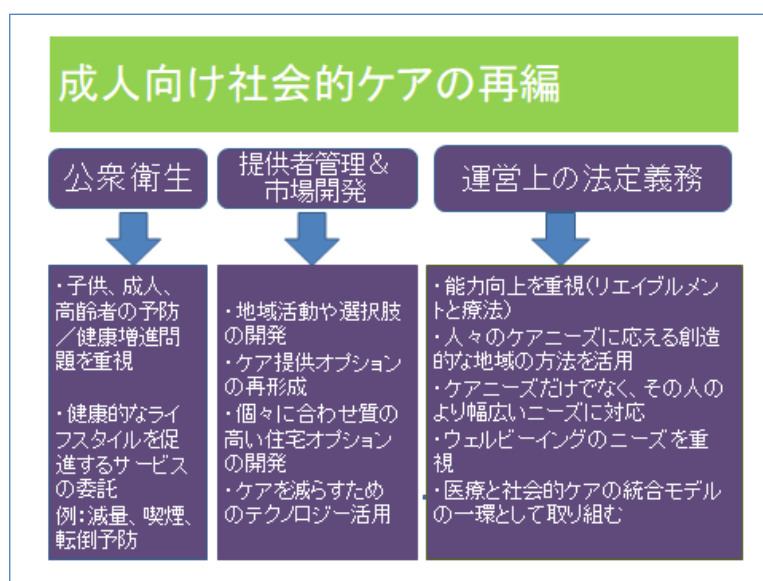
(1) 事例 1：ウィガン自治体（ウィガン自治体インタビュー Niamh Rigby, Enhanced Services manager, Wigan Council より）

1) 背景

ウィガン自治体が属しているグレーター・マンチェスター（マンチェスター地区広域連合）は、人々の健康というものは雇用のレベルに大きな影響を受けるということがこのマンチェスター独立経済レビューの調査から分かり、健康が達成されてなければ経済的に豊かな地域というものも達成できない。グレーター・マンチェスターの繁栄のカギを握るのはヘルシーな人々だと考え、中央政府からの権限移譲に際してグレーター・マンチェスターとしてのヘルス・アンド・ケアの戦略が出てきた。グレーター・マンチェスター内の 10 の自治区で wellbeing の追求のためにポピュレーションアプローチを軸とした各々の実行計画を作成してもらうことになった。また、2014 年に制定された Care Act（ケア法）によっても、サービスに依存するタイミングを遅らせる、あるいはサービス依存を予防するという点を重点として、人々の wellbeing に対するニーズに対処することを法的な義務とされた。



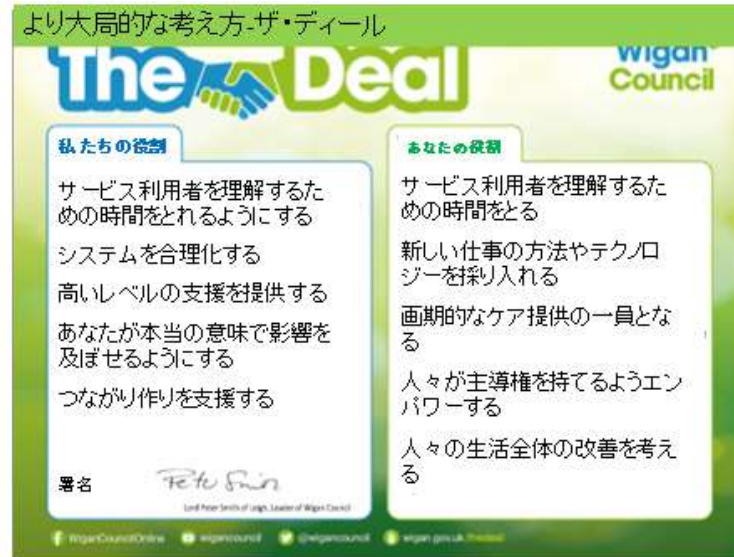
Niamh Rigby 氏



これによってウィガンでも今までのような自治体主導のプロセスからの変革を求められ「The Deal（取引、約束）」がスタートし、人々の wellbeing と健康の促進を展開する中でその中心的役割として「リエイブルメント・サービス」が生まれた。

2) The Deal の特徴

- ・さまざまなステークホルダーとパートナーシップを持って行う必要がある。
- ・自治体とケア専門職との間の Deal では、自治体側は専門職が利用者の生活を十分に理解できる時間を確保し、システムを合理化すること等を約束する。専門職は利用者の生活目標をしっかりと聞き取り、新しいテクノロジーも利用しながら本人が主導権を持ち本人中心で生活の改善を行えるように支援を行うことを約束する。



- ・同様に、長期的な健康やウェルビーイングは、自治体・ケア組織と人々がグレーター・マンチェスターの健康関連ニーズについて協力することで、初めて保証される。組織では、住民が健康的なライフスタイルを送れるよう手伝いを行うが、住民は、自分の健康や wellbeing を自分で管理し、責任を持つ必要がある。
- ・ケアニーズだけではなく、その人の生活全体を見らということにスタッフ、地方自治体職員がコミットし、全員この The Deal にサインをしなくてはならない。

3) リエイブルメント・サービス

ウィガン市では、困りごとが生じた市民に対してできるだけ初期に、作業療法士やソーシャルワーカーなどの専門性（強み）を投入するリエイブルメント・サービスを提供することが、困りごとが生じた市民の自信やスキルを取り戻してもらう事につながり、それが人々の wellbeing と健康の促進をするための1つの土台となると考えた。

- ・緊急保護しなくてはならない、安全上の保護などがない限りは、まず最初はリエイブルメント・サービスを受けていただき、向上・改善していただく
 - ※ケアパッケージのニーズを減らしていく、予防していくというところは Statutory（法的義務）であるが、やり方は地方自治体に任せられている。ウィガンではリエイブルメントから始まる（手段としてのリエイブルメント）。
- ・月 200 人の新しい人が入ってきている
 - ※このリエイブルメント・サービスができる前は、高いお金がかかるケアパッケージに行っていた人たちがこのリエイブルメント・サービスに来ている

- ・最初に OT が入り、アセスメント・アプローチを実施し改善を図る。しかし、そこで改善がないとなると、ソーシャルワーカーが入ってきてパーソナルバジェットになる。
- ・伝統的にはリエイブルメントチームは専門職があまり入らないが、ウィガンではたくさん入っている。地方自治体によって異なる。
- ・ OT がランドデザインをし、実行者も OT が多い
- ・ ウィガン全体でリエイブルメントチームは 3 チームある
- ・ 構成
 - 全部でサポートワーカーは 75 人（全員自治体職員）
 - 1 チーム 25 人
 - 24、25 人のオーガナイザーがいる
 - 専門職 9 人（すべて OT。近いうちに PT 1 名入職予定）
 - 3 つのリエイブルメントチームの全体のマネジャーが 1 人
- ・ 勤務体系
 - サポートワーカーは 1 週間に 25 時間の勤務
 - 普通は 37 時間勤務だがサポートワーカーは 25 時間
 - 朝とディナー、朝と昼とディナー、朝、ディナーと分かれている
 - 朝のシフトの人、夜のシフトの人のように形を変えていく。

4) リエイブルメントサービス導入において重要なこと

- ・ この新しいアプローチについてスタッフ（OT、SW、ケアラー（介護者））が理解するということが重要
- ・ 行動指針をつくり、みんなで徹底的に共有する
 - スタッフが新しい行動とか振る舞いをする必要がある
 - 「前向きな姿勢」「説明責任を果たす」「勇気を持つ」全ての行動にこれを反映させる
 - これが、スタッフにとっても、大きな変化になった
 - こういうやり方では働きたくないという人は去った
 - ※600 人のスタッフをトレーニングしたが同時に、ソーシャルワーカーが 233 人→92 人となった
- ・ 住民への周知
 - スタッフだけではなく住民も行動や振る舞いを変える所に焦点を当てた。
 - The Deal と言うとウィガンのみんなが知っている。
 - 一般の人が見えるようなデザインになっている。

5) The Deal の導入前と導入後の高齢者ケアの考え方・方法の変化

The Deal 前夜	The Deal 導入後
<ul style="list-style-type: none"> • ソーシャルワーカー、OT が会いに行つて「何が問題ですか」、「何に困っていますか」「何ができないの」と聞いていた。 • 評価/支援では、高齢者がソーシャルサービスを求めてくると、ソーシャルワーカーは、「こういうケアパッケージありますよ、それで介護者があなたの所に行きますよ」と「デイセンターがこういうふうにやりますよ、ここに行くことができますよ」あるいは「もう施設に入りますか」というような言い方であった。 • コミュニティ組織とか、チャリティとか、ボランティアセクターを活用するということも限定的だった。 • NHS と一緒になって取り組むということも限定されていた。 • 健康上の問題、あるいは、サービスを必要とすることの予防、サービス利用をできるだけ遅らせることへのフォーカスも限定されていた。 • wellbeing、QOL や、本人が自分の生活のことをどう感じているのかへの焦点はおそらくなかった。 • コミュニティでどういふものが利用可能であるのかということをも SW や OT が理解していなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> • ソーシャルワーカーや作業療法士(以下 OT)に投資し、ケアパッケージを提供前に健康を向上させる OT 中心の「リエイブルメント・サービス」(2011~)が生まれた。 • ケアニーズだけではなく、その人の生活全体を見るということにスタッフがコミットする • 「何ができるのか」、「どのような才能があるのか、積み上げていけるものは何か」という会話をを行うようになった。 • ソーシャルワーカーが人をアセスメント(評価)するとき、ソーシャルケアのニーズだけではなく、その人が必要とするニーズ全てを見るようにと奨励している。 • 特にウェルビーイングに焦点を当てており、QOL そしてその人たちが何をしたいのか、その人にとって何が重要なのかという所に焦点を当てるように奨励しており、これは孤立、孤独を止めるであるとか、ソーシャルコンタクトをもっと持つていくという所が狙いである。 • 家族の役割についても聞く。あなたの人生、生活にとって何が重要なのかということを考えるようになった。 • スタッフには、真っ白なキャンバスで人に会いに行くようにと言っている。その人を人として見るように、そしてその人をパートナーとして見るようにと言っている。そして、一緒になって、その人のニーズというものを見極めていく。 • コミュニティに多くのアクティビティ、つながりが存在しなくてはならず、コミュニティとともに仕事をするようになった。 • スタッフ側としてはでは自分が担当する人々に関する理解を深めるための時間を取るということに合意しなくてはならない。つまり、これが新しい仕事の仕方、またテクノロジーの活用ということをもスタッフ側が受け入れていくということになる。 • 一般の人のヘルプニーズを減らしていくためにテクノロジーにも投資した。 • 予防、健康な生活スタイルをできるだけ長くするためのよりよいコミュニティサービスを作るために、コミュニティ組織に委託(コミッションング)をした。 • カウンシルの中に「リンクワーカー」「ケアナビゲーター」のようなコミュニティを知っている人そしてコミュニティにおける活動を活発にする新しい仕事を作った。 • ケアパッケージの焦点も変わってきて、その人の強みであるとか、ギフト(天賦の才)であるとか、タレント(手腕)であるとかに焦点が当たっている。 • オンラインのコミュニティブックが作成され、一般の人、介護士、スタッフが見つけられるようにした。 • 100 以上の小さなプロジェクトが作られ、コミュニティを開発・発達させるため外部の資金調達(240 万ポンド)がなされた。介護ニーズが減ったということで、この投資は投資に見合う価値があったということになる。 • リエイブルメント・サービスに従事している専門職の賃金引き上げ(国の平均以上の賃金)

6) 教育/情報共有

- ・リエイブルメント・サービスを行っている地方自治体同士の会議があり、情報共有を行っている
- ・トレーニングに関しては各地方自治体が行っているのが一般的な状況

7) 成果

- ・リエイブルメント・サービスを受けた後、65%はケアパッケージが必要がなく、コミュニティの中でアクティブにやっている
- ・2011年から2015年の間に2500万ポンドが節約された

成人向け社会的ケアと健康

この取り組みの意味は？

- ・ その人の資源・能力・才能を真に重視した多くの支援パッケージ整備つながりの改善。
- ・ 高価で規範的な従来のサービスから離れるために、地域で提供されるものに関して現場スタッフが知識や意識を向上。オンラインのコミュニティブック作成。
- ・ 退院後や自宅でのケアニーズを減らすために、リエイブルメント・サービスを展開。月に200名が対象となり、65%がケアパッケージ不要。
- ・ 自立支援に向けた機器や改修。
- ・ 社会的ケアがNHSサービスとの統合地域モデルで協働。
- ・ 専門的な住宅施設/ケア提供より良い選択肢・コントロール・自立の実現に向けたサービスの再設計を支える。

(2) 事例2 : ロンドン ランベス区 (ランベス区インタビュー Liz Clegg, Assistant Director, Integrated Commissioning, Older Adults, Lambeth Council and Lambeth Clinical Commissioning Group より)

1) 課題

- ・高齢者は一人暮らしで孤立している方が非常に多い

2) 街の特徴

- ・ランベス全体が中流化しつつある。
- ・そうした中で、あまり長くは住まない方が多いが、短期間でもボランティアをしてみたいとか、若い起業家の方は起業家として培われたスキルをなんらかの形でコミュニティに還元したいと考える前向きな方が多い



Liz Clegg 氏

3) ソーシャルケアの部門で力を入れている政策

- ・リエイブルメント：リハビリとケアを合わせたモデルであり、「してあげる」のではなく、「共に努力をする」という取り組み

【今まで】

- ・在宅ケアマーケットは、何もかもやってあげるといった概念だったので、体を洗うことからベッドから起こしてあげることまで全てであった
- ・入院患者は、退院した後エクストラケアに移り、そこから自宅のアパートに戻るという道をたどる。ここでいう「戻る」とは、自分一人で朝起きることができて、ATM まで歩いて行ってお金を下ろし、そのお金で市場で買い物をして、いつものように友人と一緒にランチをとることが出来るということだ。しかし、OT はこの「戻る」という意味そのものを理解していない、あるいは十分に提供することができない。したがって、患者は自宅に帰ることはできても、外出するまでには回復していないため、以前と比べて非常に孤立した寂しい生活を送ることになってしまう、という状態だった。

【今後】

- ・リエイブルメントそのものが市場にとって新しいコンセプトであり、リハビリを重視するという全く異なるアプローチであった
- ・チームそのものが生まれつつある、進化しつつあるので、途上段階である



ランベス統合リエイブルメントチームの活動は2018年のヘルスサービスジャーナル賞(2018 Health Service Journal (HSJ) Awards)のファイナリストとなった

4) サービス提供事業者選定

- ・過去には、民間の業者に委託していたが、失敗に終わったケースが2件ある
- ・その結果、システムそのものを見直し、その地区の医療のプロバイダーであるトマス・ホスピタル・ファウンデーション・トラストに発注することとなり、このようなケースは英国でも非常に珍しい
- ・入札の際にこのプロバイダーだったら大丈夫という手応えはあったのだが、実際に提供されたサービスの質がまず低かったこと、アウトカムも芳しくなかったこと、また、適切なスタッフの確保にも失敗していた、という3つが重なり、失敗事例となった。
- ・そういった失敗事例があったので、再び民間に委託するよりも、今まで統合的連携面において成功を収めてきた Guy's をお願いすることになった
- ・Guy's は正式なリエイブルメント・サービスプロバイダーとしてサービスを提供している。チームの構成員は PT、SW、ケアワーカーなどがいる。統合マネージメントストラクチャーを持っている
- ・こうしたランベスの取り組みはヘルスサービス・ジャーナルという業界専門誌の中で、インデグレートッド・ワーキング最優秀賞候補として発表される予定で、この秋の終わり頃に正式に発表される
- ・今回の成功の鍵について Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust の Amanda Williams は「過去10年間において、様々な機関や部門のリーダーたちがうまく連携し、協力してきたことが一番の鍵ではないかと思う。」と述べている。

5) リエイブルメント・サービスとの出会い方

- ・基本的にオープンなしくみである
- ・その中でも GP からの紹介が主流
- ・GP 以外にはソーシャルワーカー、患者本人の場合もある。
退院直後のコミュニティ・ナーシングにおいてソーシャルケアに関する要請（リクエスト）は GP からくる。それぞれに適用条件が違ってくるのでそういったことは幅広く周知している。

6) 成果

- ・そのおかげで、早期入院しすぎた方々に対して早めの退院を促すことができている。
- ・しかも自宅に戻った後も、3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月と、再びその病院でケアする必要がなく、自立した生活を継続することが可能となっているので、良い成果を上げていると言える。

7) 今後の課題

- ・リエイブルメントチームの中に患者自身、家族介護者が入っていないこと

(本稿にかかわる考察は、本報告書の「IV. 日本への示唆3. リエイブルメントについてー考察ー」に記載している)

【参考資料】

1. 背景

Care Act 2014

<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23>

Department of Health, Wellbeing Why it matters to health policy

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/277566/Narrative_January_2014_.pdf

2. リエイブルメント・サービス

Kath Checkland, Prof. of Health Policy and Primary Care, Univ. of Manchester, GP および

Niel Pendleton, Professor of Medical Gerontology and Honorary Consultant Physician, Univ. of Manchester and Salford Royal NHS Hospital からの聞き取り (2018年8月31日)

3. リエイブルメントを含む中間ケアの重要ポイント

NICE, Intermediate care including reablement NICE guideline [NG74], 2017

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng74/chapter/recommendations#reablement>

4. 効果

Royal College of Occupational Therapists, Occupational therapy evidence factsheets, Reablement 2015

<https://www.rcot.co.uk/about-occupational-therapy/ot-evidence-factsheets>

5. 事例

(1) 事例1 : ウィガン自治区体

Niamh Rigby, Enhanced Services manager, Wigan Council からの聞き取り (2018年8月31日)

(2) 事例2 : ロンドンーランベス区

Liz Clegg, Assistant Director, Integrated Commissioning, Older Adults, Lambeth Council and Lambeth Clinical Commissioning Group からの聞き取り (2018年9月3日)

2. リエイブルメントとは何か ～文献レビューからみたリエイブルメント

成蹊大学文学部現代社会学科准教授 渡邊大輔

1. リエイブルメントとは何か

本章の目的は、イギリスを中心に注目されているリエイブルメント (reablement) と呼ばれる新しいアプローチについて、その概念および有効性についておもに英語文献から考察することにある。

地域包括ケアの目標は「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」¹⁾ ことであるが、日本においてこの目標が達成しているとはいえない状況にある。同時に日本では、60 歳以上では男女とも「自宅で介護してほしい」人が、男性は 42.2%、女性は 30.2%と、施設や病院などの他の選択肢に比べて最も多い回答を得ており、また、最期まで在宅で生活することを希望する人は半数を超えている²⁾。在宅での生活継続を希望する傾向は他国でも同様である³⁾。

このとき、先進国では介護を含めた健康関連支出は、厳しい緊縮財政下であるため必ずしも高齢化率の上昇に完全に一致するわけではないが、いずれの国でも人口高齢化にあわせて増加を続けている (表 1)。また 2000 年前後以降、住み慣れた自宅や地域で最期まで過ごせるよう在宅志向が強まっている国は多い。そのため、健康関連支出の伸びに比べて介護施設のベッド数は削減傾向にある (表 2)。また、家族形態の違いなどもあり、日本の介護施設のベッド数は先進諸国のなかでも比較的低いものの、いずれの国でも急速な高齢化や経済的な緊縮化がすすむなかで、削減のペースとしては高いものではない。リエイブルメントを強く推進するイギリスなどでは大きくベッド数を削減し、また、特別養護老人ホームにあたるプライエムを廃止したデンマークは 2012 年以降統計値自体を廃止するほど削減を進め、施設を削減し介護付き住宅などを推し進めるノルウェーも大幅に削減している。そして、スウェーデンとリエイブルメント施策を導入しているが減少率が低いオーストラリアを除き、ベッド数の減少率が大きい国がいずれもリエイブルメントや類似する施策を進めている国である。すなわち、介護費用の高いベッド数を制限している代替として介護予防やリエイブルメント施策のような早期回復のための仕組みが活用されている可能性が示唆される。

表 1：各国の健康関連支出 (一人当たり、2010 年基準購買力平価、アメリカドル)

	2003	2009	2016	2003→09 増加率	2009→16 増加率	2003→16 増加率
オーストラリア	3106.8	3635.6	4241.3	17.0%	16.7%	36.5%
カナダ	3454.9	4151.8	4403.5	20.2%	6.1%	27.5%
デンマーク	3714.4	4530.1	4568.8	22.0%	0.9%	23.0%
ドイツ	3751.5	4265.0	4723.1	13.7%	10.7%	25.9%
日本	2560.3	3043.8	4033.7	18.9%	32.5%	57.5%
韓国	1099.5	1753.6	2411.2	59.5%	37.5%	119.3%
オランダ	3474.0	4519.6	4728.9	30.1%	4.6%	36.1%
ノルウェー	4563.5	5175.7	5904.1	13.4%	14.1%	29.4%
スウェーデン	3178.8	3543.1	4874.5	11.5%	37.6%	53.3%
イギリス	2409.8	3031.8	3752.0	25.8%	23.8%	55.7%

出典：OECD Health Data 2018 より作成

表2：介護施設のベッド数の推移（65歳以上千人当たりの床数）

	2003	2009	2016	2003→09 増加率	2009→16 増加率	2003→16 増加率
オーストラリア	37.6	57.6	51.6	53.2%	-10.4%	37.2%
カナダ	56.5	56.2	56.9	-0.5%	1.2%	0.7%
デンマーク	55.2	53.1	—*	-3.8%	—	—
ドイツ	49.4	50.5	54.4**	2.2%	7.7%	10.1%
日本	25.3	25.1	24	-0.8%	-4.4%	-5.1%
韓国	4.3	17.5	24.8	307.0%	41.7%	476.7%
オランダ	76.5	69.4	71	-9.3%	2.3%	-7.2%
ノルウェー	61.9	58.3	48.8**	-5.8%	-16.3%	-21.2%
スウェーデン	95.3	81.5	65	-14.5%	-20.2%	-31.8%
イギリス	57.7	54.6	46.5	-5.4%	-14.8%	-19.4%

* 2012年以降データなし ** 2015年数値（2016年データなし）

出典：OECD Health Data 2018 より作成

リエイブルメントは、長寿化によるフレイルになりやすい後期高齢者の増加と、医療、介護、福祉、公衆衛生などの財政コストの削減、さらには個々人の QOL を両立させるための新しい方法論として提唱されたものである。イギリス⁴⁾やデンマーク、ノルウェー、カナダで取り組まれており、またオーストラリアやニュージーランド、アメリカではリエイブルメント以外に修復的ケア（restorative care）と呼ばれることもある⁵⁾⁶⁾。

本節では、このリエイブルメントという新しいアプローチについて、その理念のあり方、実践のあり方、そしてその有効性について英語文献を中心に検討する。なお、リエイブルメントについての日本語文献は乏しく、一部に言及するにとどめるものが多い。数少ない具体性をともなった研究としては、久保によるリーズ市の取り組みについて紹介されているのみである⁷⁾。

(1) リエイブルメント導入の背景：イギリスの経験から

イギリスでは、リエイブルメント・サービスは医療と介護の中間にあたるインターミディエートケア（intermediate care）の一種として位置づけられている。コミュニティケア法においてインターミディエートケアは、「一定期間、個人が自宅で生活できる能力を再構築するための支援のための構造的なケアプログラム」と定義されており、デイ・リハビリテーションやレスパイトケアとともにリエイブルメント・サービスが位置づけられている⁸⁾。問題は、イギリスにおいて医療は国による NHS が、介護は自治体によるソーシャルサービスがそれぞれ担っていることである。このため、インターミディエートケアのような中間的サービスはもとより、高齢者にとって医療と介護に切り分けることが難しいサービスを提供しようと考えたとき、NHS と自治体が別々に同様のサービスを提供したり、必要なサービスが提供されないなど、非効率な運用が問題として指摘されてきた⁸⁾。そこで、この両者の分断を統合的に乗り越え、より予防効果があり、かつ費用対効果が高く財政削減効果もあると見込まれているリエイブルメント・サービスに注目が集まっている。

リエイブルメント・サービスは個別の自治体において 2000 年代以降におこなわれていたが、ブラウン政権下での白書において、自立支援の促進や個人に対応したサポートなど 6 つの柱のもとにナショナルケアサービスとしてリエイブルメント・サービスをすべてのコミュニティにおいて導入する方針が示されている⁹⁾（ただし、ブラウンはこの白書の提出直後に選挙

で敗れ辞任)。その後のキャメロン政権においてもリエイブルメント・サービスの推進は維持されている。

2014年のケア法改正では、個人のウェルビーイングを高めるために本人を中心とした支援を考慮すべきであるとされ、その一つとしてインターミディエートケアやリエイブルメントが位置づけられた。ただし、ブラウン政権からキャメロン政権までの2010年から2015年までで、退院支援のためのリエイブルメント・サービスの提供を受けた65歳以上の高齢者は3.0%から3.3%へとわずかながら微増にとどまっている¹⁰⁾。

(2) リエイブルメント・サービスの共通点

リエイブルメントは複数の異なる定義をもつが、その共通点は、①伝統的な家族中心のケアとは異なり、②公的な施設介護にいたるリスクを最小化するために導入されている、という点である。言い換えれば、フレイルなど要介護状態になるリスクがある人を家族に囲い込むのでも施設に囲い込むのでもなく、その人の生活を中心に考え、要介護状態に陥るリスクを最小化しつつその人の能力を引き出してゆくことがポイントとなる。また、リエイブルメントは、しばしば事故や疾病の後に、身体面における機能の低下に直面している高齢者に対して、①期間限定的な、②本人を中心とした、③在宅での介入、をおこなう点に特徴がある。

それでは、このようなリエイブルメントを支える理念と、その担い手について次節以降で論じる。

2. リエイブルメントの理念

リエイブルメントの理念としては、第一に「自立 (independence)」のための支援であり、第二に本人を中心としたケア (person-centered care) である、という点が挙げられる。

(1) 自立への支援

リエイブルメント・サービスは、何よりも本人の自立を支援するものである。ここでいう自立は、第一義的には身体的な自立であり、日常動作能力 (ADL) を自力でおこなうときに「自立」であるとされる。実際、リエイブルメント・プログラムでは、アウトカムやトレーニングプログラムとして、着脱衣や歩行、階段の昇降、入浴、食事の準備等が重視されている¹¹⁾。これらの指導は、とくに作業療法士や理学療法士などによっておこなわれている。しかしながら、これらは自立というものを身体的側面に還元しているという批判があり、リハビリテーションをおこなう当事者たちも精神面へのサポートがなされていないとの批判がある¹²⁾。そこで、障害学などにおける自立/依存という概念への懐疑と修正という新しい試みを踏まえ、自立を身体面に還元せず、本人の価値観や経験にもとづく生活のあり方を重視し、自立と依存を二項対立的にとらえるのではなく相互依存的な状況 (inter-dependency) をも肯定する考え方へとシフトしている¹³⁾。

このとき、重要になってくるのがもう一つの理念である「本人を中心としたケア」である。

(2) 本人を中心としたケア

リエイブルメント・サービスのもう一つの重要な理念が、本人を中心としたケアである。サービスの開始からアセスメント、利用計画、実施、アウトカムにいたるまで、本人の価値観や考え方を踏まえ、本人が抱える生活上の困難を解決するためのケアを志向している。とくにリエイブルメントの文脈では、アセスメントと支援計画の策定において、本人を支援し

てくれる人を発見し、本人が日常生活にいかなる困難を抱えているのか、また、今後どうありたいのかを丁寧に確認しながら、周囲の資源を巻き込みつつリハビリテーションなどを実施して問題解決し、本人のウェルビーイングを向上させることを目指している。

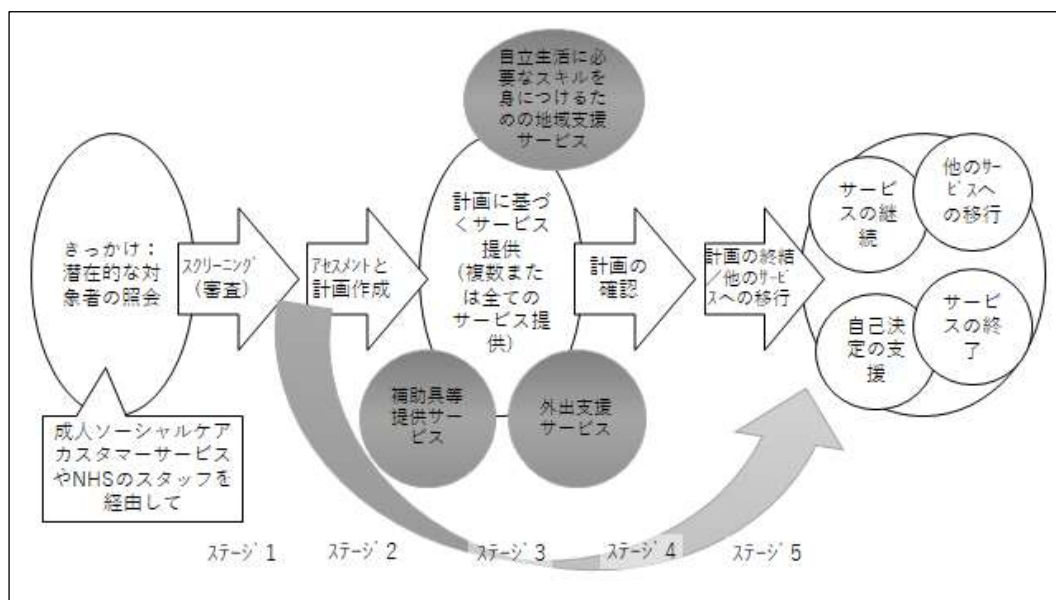
3. リエイブルメント・サービスの方法論とプロセス、担い手、支援技術

(1) リエイブルメント・サービスの方法論とプロセス

リエイブルメントには3つの特徴がある。それは、①期間限定的であること、②集中的な介入であること、③在宅ベースであること、の3点である¹³⁾。すなわち、事故や疾病等で日常生活に困難を抱えた／抱えつつある人に対しての在宅ベースの短期集中サービスがリエイブルメント・サービスである。

まず期間限定的という側面では、およそ4～12週間の期間が限定されている。この期間については議論もあるが⁴⁾、介入実験の多くでは12週という設定がなされている。集中的な介入については、理学療法士や作業療法士が中心となって身体機能の回復だけでなく、社会生活の回復も含めたアセスメントと計画作成及びサービスプランの作成をおこなったうえで、回復に必要なサービスを提供する。さらにこれらは原則として自宅でおこなわれる。

このようなリエイブルメント・サービスの提供は以下の図1のようなプロセスを経ることとなる。



出典：注7, p.5（久保美由紀氏がリーズ市のデータをもとに翻訳作成したもの）

図1 Reablementによる支援の基本的なプロセス

(2) リエイブルメントの担い手

本人の多様な意味での自立を支援し、本人を中心としたケアを提供するリエイブルメント・サービスの担い手は、専門職が重要であることは当然であるが、必ずしも専門職だけではない。そこでは、前項で紹介したプロセスの各段階において、多様な専門職や担い手がかかわることとなる。この意味でリエイブルメントはつねに多職種連携チーム（multi-disciplinary team）によって実践されるものである。

リエイブルメント・サービスの担い手は多様である。まず初めに導入については、GPやNHSのスタッフ（病院のスタッフ、地域看護師など）によってその必要性が提起される。ス

クリーニング前は、ゲートキーパーたる GP らの果たす役割が大きい。

次にアセスメントと計画作成の段階となる。従来のサービス提供におけるアセスメントは、現状の身体的な問題に還元してアセスメントをおこなう傾向があった。これに対して、リエイブルメント・サービスを含め、より予防的なアセスメントの必要性が指摘され、現状の問題だけでなく将来的な依存状態を回避するためのアセスメントをおこなう必要があると提案されている¹⁴⁾。そこで、現状だけでなく将来的に起こりうる生活課題等を含め、早期の段階からの予防的なアセスメントと計画策定を作業療法士が中心的になっておこなっている^{4)、15)}。とくに複雑なケースにおいてのアセスメントにおいても作業療法士がその専門性を活かした中心的な役割を果たしている¹⁶⁾。また、生活課題等は自宅環境だけでなく地域の環境等の情報も重要となるため、ソーシャル・ワーカーもかかわる。

その後はサービス提供であり、ここでは理学療法士や作業療法士の指導のもとでのケアワーカーが自立生活に必要な機能訓練や外出支援が集中的におこなわれる。また在宅での生活継続が可能となるための補助器具提供や住宅改修なども、自治体ごとに上限金額は異なるがおこなわれている。またこのサービス提供では、あくまでも利用者の自立支援が目的となるため、支援者が手を出してしまうのではなく、回復を見守ることとなる。この考え方の転換が求められる¹⁷⁾。

また導入からアセスメント、サービス提供の実践に至るまで、インフォーマルな介護者の役割や位置づけの重要性も指摘されている。家族を中心としたインフォーマルな介護者はややもすれば、本人にとって大切な人が苦悩していることを手助けしすぎてしまいがちになる。また介護者としての自身のケアもおろそかになりがちである。そのため、サービス提供では介護者の状態も含めてアセスメントする必要がある、また、インフォーマルな介護者の助力を得て利用者の自立支援を最大化できるような方策を実施していく必要がある¹⁸⁾。

このようにリエイブルメント・サービスは多様な主体が関係し、多職種連携のもとで提供されている。そして、このリエイブルメント・チームを主導およびコーディネートし、さらに、スーパーバイズする役割を作業療法士が果たしている¹⁶⁾。

(3) リエイブルメントにおける支援技術の活用

リエイブルメント・サービスは比較的新しいサービスであり、日進月歩でその中身も変えつつある。さらに興味深い点は、ただ新しい知見を取り入れるだけでなく、新しい支援技術も積極的に取り入れようとしている点である。

このような支援技術 (assisted technology) は、ニーズアセスメントにおいてそれぞれの専門職が専門的知識を役立てることができるように情報共有技術などとして活用されたり¹⁹⁾、自立的な生活を送るために利用者がモニタリングのためのパーソナル・デバイスを身につけることで、独居生活でも安心して暮らせるようにする技術など多様な技術が導入されている⁴⁾。

3. リエイブルメントは有効か? — エビデンスからみたリエイブルメント

リエイブルメント・サービスの有効性についてはまだ研究が始まったばかりであり、エビデンスは少ない。近年では複数の分析結果が提出されているが、観察研究が多く、RCT などによるエビデンスは少ない現状にある。本節では、リエイブルメント・サービスの有効性について、現在の調査状況を簡潔に紹介したい。

リエイブルメント・サービスの効果検証については、大きく 4 つの次元においてなされて

いる。第一に利用者の身体機能の向上やウェルビーイングの向上に寄与しているか否か、第二にサービス提供者にとって肯定的な影響があるか、第三にサービス提供が効率化されているか、第四に既存のサービスに比べて費用対効果が高いか、である。

まず身体面やウェルビーイングへの影響について考察する。身体面については、身体機能の向上については肯定的な研究も^{20)・21)}、否定的な研究もある²²⁾。そのため身体機能に限ると、リエイブルメント・サービスの独自の優位性があるとは現状ではいえない。日常動作能力については有意に改善する知見が提出されており²¹⁾、生活の質(QOL)の改善についても肯定的な結果が提出されている^{20)・21)}。ただし多くの知見が観察研究となっており、RCTによる検証は現時点では少数にとどまっている。また3つのシステマティックレビューによると、12週までのリエイブルメント・サービスの介入効果のエビデンスは非常に限定的な効果か、あるいは効果がないとされている²³⁻²⁵⁾。ただしこれらが、リエイブルメント・サービスそのものの効果がないのか、リエイブルメント・サービスの提供の質の問題かは今後の検証が必要となるだろう。

二点目のリエイブルメント・サービスの提供が現場の専門職に与える影響は、肯定的な知見が得られている。リエイブルメント・サービスにかかわることによって、これまでの業務と比べて仕事満足度が高まり、転職率も減少している²⁶⁾。また、リエイブルメント・チームに参加することで高齢者にとっての目標設定の重要性を理解し、多職種との協働での実践をおこなうことで、1つの専門職を前提とした働き方や動き方を見直す契機となり、専門職と実践や判断の協調やその仕組みのよりよい枠組みとしてリエイブルメントが機能しているとの理解が進んでいることが、質的な調査の知見から示されている^{27)・28)}。

三点目のサービス提供の効率化と、最後の費用対効果についても肯定的な知見が得られている。オーストラリアの調査では、既存の在宅でのサービス提供やナーシングホームでのサービス提供に比べて、リエイブルメント・サービスはサービス提供時間も全体で必要となる費用いずれも、短く安かった。また、2年間の追跡調査によればリエイブルメント・サービスの利用者としてそれ以外のサービスの利用者を比べても、状態像がよく、全体での費用も安くなっていた²⁹⁾。リエイブルメントは医療および社会的ケアにおけるサービス利用者のアウトカム改善においても、高い費用対効果が示されている。健康関連のQOLにおいて、各アウトカム改善につき支払い意思額の境界値を3万ポンドとすると、医療と社会的ケアの両方が考慮された場合、リエイブルメントはほとんどすべてにおいて費用対効果が高いことがわかっている²¹⁾。またノルウェーでのRCTによるリエイブルメントの効果分析では、コントロールグループに比べて効果があっただけでなく、通常のケアに比べてトータルで13万ノルウェイクローネほど安くなるという推定がなされている³⁰⁾。これらからは、リエイブルメント・サービスは短時間でより安価にかつ効果的なケアを提供しうる可能性が示唆されている。

以上から、リエイブルメント・サービスは具体的なアウトカム改善において既存サービスと明確な違いが得られているとは言えず、今後の分析が待たれるものの、専門職の経験としては非常に良い経験となっており、また、業務の効率化が果たされ、他の既存のサービスと比べても費用対効果があるといえるだろう。

4. まとめ

ここまでリエイブルメントの理念とリエイブルメント・サービスのポイント、そしてその効果についての既存研究についてまとめてきた。短期集中で虚弱化予防をおこなうリエイブルメントはまだ始まったばかりであるが、イギリスやノルウェーなど世界各国で急速に様々

な実践がおこなわれている。これらは前述した通り、緊縮財政によるものという外部的要素もあるが、何よりも利用者の QOL や生活能力の向上に資するという意味で重要なサービスとなっている。また、新しいテクノロジーを積極的に活用している点も、新しい取り組みならではの柔軟性をもった取り組みであるといえるだろう。

最後に、近年このリエイブルメントを地域社会でより推し進めていく際に、利用者を中心としたコンボイ（重層的なパーソナルネットワーク）を踏まえて人間関係を活用した支援策を提案したり、サークル活動や美術館など様々な地域資源をサービス提供に活かしていく発想がある。本研究プロジェクトの聞き取り調査で Wigan 市が積極的に地域の各団体と “The Deal” を結びサービス提供に活用していたように、地域の多様な資源をリエイブルメントに活用するソーシャル・リエイブルメント（social reablement）などとも呼ばれる実践も始まっている⁴⁾。このような実践は、本人が目標設定のための意欲を保ちやすいというだけでなく、孤立化予防に資するものであり注目すべき実践といえる。

以上の分析からは、日本におけるリエイブルメント概念、また、実際のリエイブルメント・サービスの導入において次のような示唆がえられるだろう。リエイブルメント・サービスは総合事業 C 型と非常に類似したサービスであるといえる。同時に、広い意味での自立と本人を中心としたケアという理念が明確である。リエイブルメントの目標は本人を中心とした生活において自立を志向することであり、また、ここでの自立は、相互依存的事業であることを除外しない。そのために、短期集中のリハビリテーションを作業療法士が中心となり、ケアワーカーや理学療法士、ナース、GP など多様な専門職が連携している。また、インフォーマルなケアワーカーも重要であり、家族や友人等もこの実践に参画する仕組みづくりが重要である。また時間を区切ることで、不必要なサービスを提供し続けるということも防いでおり、事業としての効率化や費用対効果の向上にも努めている。

ただし、これらのサービスを実践するためには質の高い作業療法士やソーシャル・ワーカーによるアセスメント、多職種による連携と作業療法士等によるスーパーバイズなど、これまでの医師らの指示による業務とは大きく異なる業務遂行能力を養う必要がある。

【参考文献】

- 1) 地域包括ケア研究会, (2012). 地域包括ケア研究会報告書：今後の検討のための論点整理. <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf> (2019年3月1日アクセス)
- 2) 内閣府, (2012). 平成24年度高齢者の健康に関する意識調査結果. <https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/zentai/index.html> (2019年3月1日アクセス)
- 3) Wiles J. L., et al., (2012). The Meaning of ‘Aging in Place’ to Older People. *Gerontologist*, 52: 357–66.
- 4) Ebrahimi, V. A., Chapman, H. M., (eds.) (2018). *Reablement Services in Health and Social Care*. London: Palgrave.
- 5) Regan, B., Wells, Y., & Foreman, P., (2011). Enabling Independence: Restorative Approaches to Home Care Provision for Frail Older Adults. *Health and Social Care in the Community*, 17(3), 225-234.
- 6) Lewin, G., et al., (2013). A Randomised Controlled Trial of the Home Independence Program, an Australian Restorative Home-Care Programme for Older Adults. *Health and Social Care in the Community*, 21(1), 69-78.
- 7) 久保美由紀, (2013). イギリスにおける高齢者の自立・自律生活を支える実践に学ぶ: リーズ市の ‘Reablement Service’ を中心に, 会津大学短期大学部研究紀要, 70, 65-73.
- 8) 堀真奈美, (2016). 政府はどこまで医療に介入すべきか: イギリスと医療・介護政策の公私ミックスの展望. 京都: ミネルヴァ書房.

- 9) Her Majesty's Government, (2010). Building the National Care Service. The Stationary Office.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/238441/7854.pdf (2019年3月1日アクセス)
- 10) Burchardt, T., Obolenskyaya, P., and Vizard, P., (2015). The Coalition's Record on Adult Social Care: Policy, Spending and Outcomes 2010-2015. Social Policy in a Cold Climate Working Paper 17. <http://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/spcc/WP17.pdf> (2019年3月1日アクセス)
- 10) Francis, J., Fisher, M., & Futter, D., (2011). Reablement: A Cost-effective Route to Better Outcome. London: SCIE.
<https://pdfs.semanticscholar.org/9a17/78e6bdd93cc793590aa52b8d6a5f6784bcd2.pdf> (2019年3月1日アクセス)
- 11) Trappes-Lomax, T., & Hawton, A., (2012) The User Voice: Older People's Experiences of Reablement and Rehabilitation. *Journal of Integrated Care*, 20(3), 181-194.
- 12) Goble, C., (2014). Dependence, independence and normality. In Swain, J. et al. (eds.), *Disabling Barriers: Enabling Environment*. London: Sage, pp.31-36.
- 13) Aspinall, F., et al., (2016). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45(5), 574-578.
- 14) Fox, A., et al., (2012). Redesigning the Front End of Social Care.
<http://www.in-control.org.uk/media/113561/redesigning%20the%20front%20end%20of%20social%20care%20final.pdf> (2019年3月1日アクセス)
- 15) Ryburn, B., Wells, Y., and Foreman, P., (2009). Enabling Independence: Restorative Approaches to Home Care Provision for Frail Older Adults. *Health and Social Care in the Community*, 17(3), 225-34.
- 16) College of Occupational Therapists, (2015). Reablement: Occupational Therapy Evidence, Fact Sheet.
<https://www.rcot.co.uk/file/674/download?token=nXog0Esp> (2019年3月1日アクセス)
- 17) Rabiee, P., and Glendinning, C., (2011). Organisation and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health & Social Care in the Community*, 19(5), 495-503.
- 18) Wilde, A., and Glendinning, C., (2012). 'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health & Social Care in the Community*. 20(6), 583-590.
- 19) Doughty, K., and Mulvihill, P., (2013). Digital reablement: a personalised service to reduce admissions and readmissions to hospitals and nursing homes. *Journal of Assistive Technologies*, 7(4), 228-234.
- 20) Glendinning, C., et al., (2010). Home Care Re-ablement Services: Investigating the Longer-term Impacts (Prospective Longitudinal Study). Social Policy Unit, University of York. <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/Reablement.pdf>
- 21) Tuntland, H., et al. (2014). Reablement in Community-dwelling Adults: Study Protocol for a Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal*, 349, 139.
- 22) Lewin, G. et al., (2013) A Randomised Controlled Trial of the Home Independence Program, An Australian Restorative Home-Care Programme for Older Adults. *Health and Social Care in the Community*, 21, 69-78.
- 23) Legg, L., et al., (2015). A Systematic Review of the Evidence on Home Care Reablement Services. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 1-9.
- 24) Whitehead, P. J., et al. (2015). Interventions to Reduce Dependency in Personal Activities of Daily Living in Community Dwelling Adults who Use Homecare Services: A Systematic Review. *Clinical Rehabilitation*, 29(11), 1064-1076.
- 25) Cochrane, A., et al., (2016). Time-limited Home-care Reablement Services for Maintaining and Improving the Functional Independence of Older Adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
https://pure.qub.ac.uk/portal/files/108780427/time_limited.pdf (2019年3月1日アクセス)
- 26) King, A., Parsons, M., and Robinson, E., (2012). A Restorative Home Care Intervention in New Zealand: Perceptions of Paid Caregivers. *Health and Social Care in the Community*, 20, 70-79.

- 27) Hjelle, K. M., et al., (2016). The Reablement Team's Voice: a Qualitative Study of How an Integrated Multidisciplinary Team Experiences Participation in Reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 575-585.
- 28) Hjelle, K. M., et al., (2018). Reablement Teams' Roles: a Qualitative Study of Interdisciplinary Teams' Experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 305-316.
- 29) Lewin, G., et al., (2014). A Comparison of the Home-Care and Healthcare Service Use and Costs of Older Australians Randomised to Receive a Restorative or a Conventional Home-care Service. *Health and Social Care in the Community*, 22, 328-336.
- 30) Kjerstad, E., and Tuntland, H. K., (2016). Reablement in Community-dwelling Older Adults: a Cost-effectiveness Analysis alongside a Randomized Controlled Trial. *Health Economics Review*, 6: 15.

3. Clinical Commissioning Groups (CCGs 臨床委託グループ) の現状

日本福祉大学福祉経営学部准教授 中島民恵子

1. CCGs 導入の経過

2012年の医療・社会的ケア法 (Health and Social Care Act 2012) によって、戦略的保健当局 (Strategic Health Authorities) およびプライマリケア・トラストから、NHS イングランドおよび CCGs の設立へと移行した。CCGs 導入の主な政策目的は、患者のニーズに医療が敏感に答えられるようにすること、そして意思決定において臨床と財務の責任を調整することであった。また GP fundholding (このシステムでは、一部の GP が地区保健当局から予算を受けていた一方で、他の GP は受け取っていない) の下で導入された二層システムを避けるとともに、実務者ベースの委託では実現しなかった実際の委託責任を CCG に移行する狙いもあった¹⁾。

なお、1990年代初めにコミッションング (委託) が NHS に導入されて以来、委託機関の構造は頻繁に変更されてきた。コミッショナーと提供者のより統合されたシステムを NHS が目指す中で、CCG の役割も変わっていくため、この状況は続いていくとみられている²⁾。

2. CCGs の概要

(1) CCGs の主な責務²⁾

CCGs は、イングランドの医療に関するサービスの大半について委託を担当しており、この中には病院のケア、地域医療、リハビリテーションサービス、メンタルヘルスサービスなどが含まれる。

CCGs は業務遂行の際、数々の任務を考慮しなければならない。その中には、サービスの改善、不平等の緩和、患者の関与促進、患者への選択肢提供、イノベーションの促進、および医療の統合促進という任務が含まれる。CCGs はまた、委託プロセスで特定された様々な段階で、患者や市民と協議する任務もある、という点が重要である。これらの段階には、委託計画の作成時、変更の作成および提案検討時、ならびに委託運営に影響を及ぼす事項の決定時が含まれる。

2012年の医療・社会的ケア法に定められた CCGs の法定業務は、基本的には変わっていない。しかし、CCGs が実施する業務の範囲は拡大してきており、現在では、GP サービスの委託について NHS イングランドから移譲された役割を担うよう求められているほか、NHS 五か年計画に沿った医療と社会的ケアシステムの統合に向けた業務も増えている。

CCGs がカバーする地域は、必ずしも地方自治体の境界と同じとは限らない。一つの地方自治体内でいくつかの CCGs が存在する可能性もあれば、一つの CCG が自治体の境界をこえる可能性もある。各 CCGs は通常、15万人から30万人の患者をカバーするが、大規模な CCGs も存在している。CCGs では設立以来、公式な合併が八度行われたため、その数は211から195 (2018年4月) に減少した。最も小規模な CCGs (コービー: Corby) では7万8,000人をカバーする一方、最大の CCG (バーミンガムおよびソリフル: Birmingham and Solihull) では130万人をカバーしている。

なお、特に少数の患者をカバーする CCGs では多くの場合、お互いに連携している。地域によっては、調達の負担を最小限に抑え提供者の管理をコーディネートするために、一か所の CCGs が主任委託者に指名される所もある。また、複数の CCGs が上級幹部職を共同で置いたり、経済的リスクを分担する仕組みを始めたたりしている地域もある。少なくとも、近隣

の CCGs 同士でお互いの活動について情報交換を行う仕組みを整備している可能性は高い。

(2) CCGs の運営コスト財源¹⁾

NHS イングランドが CCGs の運営コストとして配分した財源は、2013-2014 年で 13.5 億ポンドだった。この金額は 2015-2016 年に 10%削減されて 12.1 億ポンドとなり、以来この金額が続いている。NHS イングランドは 2018 年 11 月、2020-2021 年までに CCGs の運営コスト配分をさらに 20%削減する旨を承認した。全体として CCGs の支出額は常に、運営コストとして配分された財源よりも少なかった。2017-2018 年における CCG の正味運営コストは 11 億ポンドであり、配分額よりも 7%少なかった。運営コストの一部は、現場の患者ケアを直接支援するプログラム（医療）予算へ移された。2017-2018 年における CCGs の純支出総額は 812 億ポンドであり、うち正味運営コストは 1.4%（11 億ポンド）を占めていた。この金額は、2014-2015 年の 12 億ポンドよりも減少している。CCGs の運営コストでは、人件費が 57%（6 億 9,300 万ポンド）を占めている。

(3) CCGs の運営構造

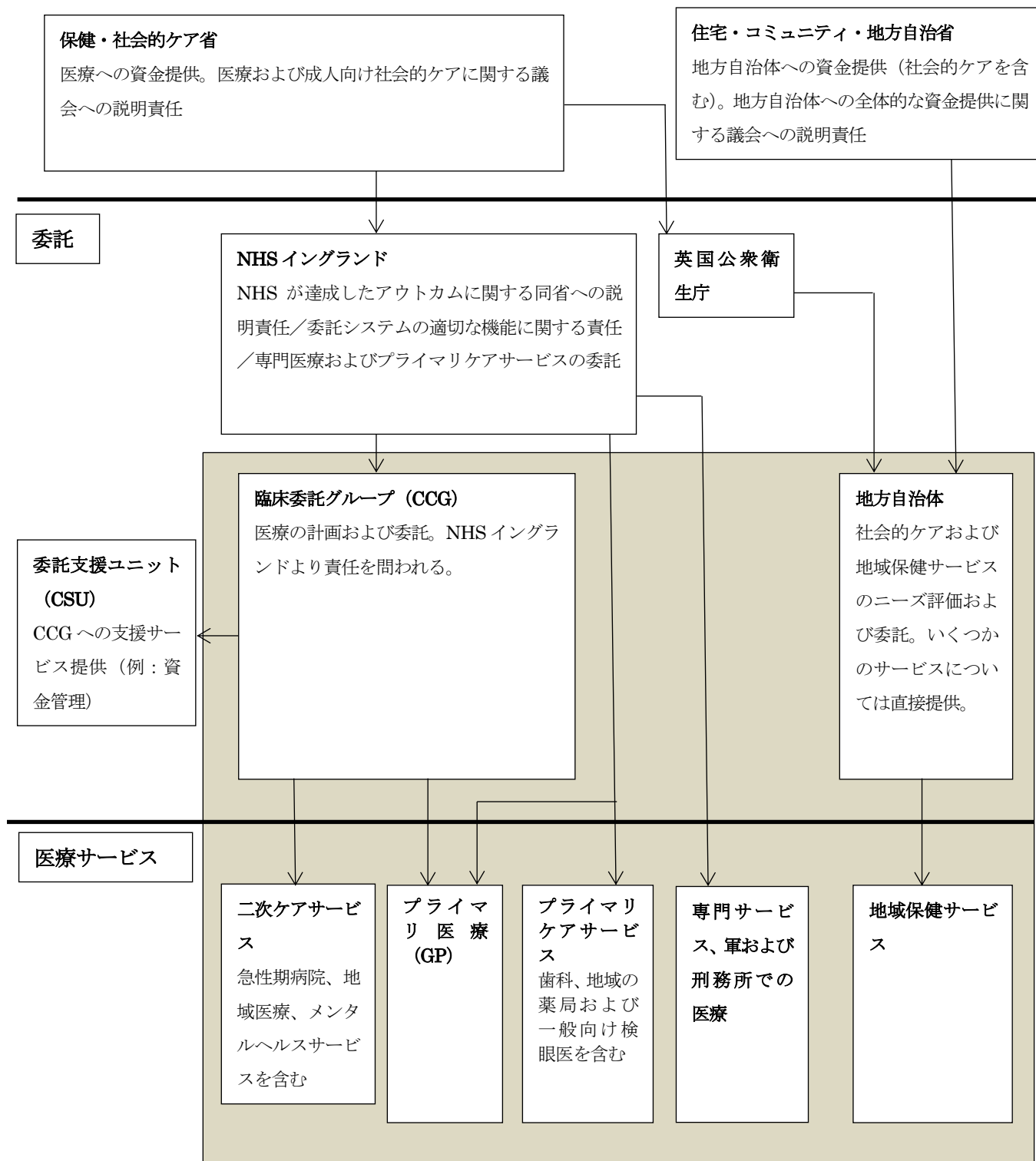
CCGs は、自らの運営体制については多くの権限を有しているため、地域によって構造は様々であるが、ここでは共通する特徴を表 1 に示す。CCGs は、GP、他の臨床家（看護師や二次ケアコンサルタントを含む）および一般メンバーから成る Governing Body（運営組織）が主導している。

表 1 CCGs の主な組織

Governing body (運営組織)	CCGs は、重要な決定で責任を担う運営組織を設けるよう義務付けられている。運営組織は選出された GP が議長を務め、構成員は他の GP メンバー、経営陣メンバー、病院医師、看護師、一般メンバーおよび他の地域パートナーからの代表である。一部のメンバーは、CCGs 業務の特定分野に専念する。特に一般メンバーの一人は、患者と一般市民の参加について特定の責任を担う。一般メンバーは、ボランティア部門から引き抜かれる可能性がある。運営組織による業務の一部は、小委員会へ委任される可能性が高い。
Members and member council (メンバーおよびメンバー協議会)	すべての GP 診療所は、CCGs のメンバーとなることが義務付けられている。大半の CCGs には、メンバー協議会がある。協議会の具体的な機能は様々だが、一般的にこれはメンバーを代表し、運営組織や経営陣との連絡役を担う。メンバー協議会はまた、CCGs のビジョンや価値に合意したり、委託計画や規約改定を承認したりすることもある。
Locality structures (現場組織)	大半の CCGs、特に大規模な所では、CCGs の境界内で小地域の現場組織がある。このシステムによって CCGs は、実際に会員組織として運営でき、各実務者との関わりを築くことができる。現場組織では、地域内の実務者グループをコーディネートし、CCGs 運営組織へ折り返し報告する。地域によっては、現場組織の自律性が非常に高い所もあり、また委託予算を割り当てられたり、剰余分を預かって小地域へ再投資したりする柔軟性を持つ所もある。
Executive team (経営陣)	経営陣は、CCGs の日常的な活動を管理する。どの活動を外注し、どの活動を CCGs 内に残すかによって、経営陣の規模は異なる。

詳細なフィールドワークが実施された研究論文³⁾では、対象フィールドの CCGs における合意形成に基づくガバナンスシステムが示されている。6 つの小委員会を伴う運営組織があり、これらの小委員会には監査委員会、報酬委員会（それぞれ法で義務付けられている）およびプライマリケア委員会などが含まれる。プライマリケア委員会にはさらに、2 つの「レベル」の下位部門があり、これらは 3 つの地区と 12 の現場で構成される。地区の GP リーダーは、地元の GP が選出する形がとられている。地区では非公開の月次会議を開催しているが、出席者は、地区リーダー、CCGs 管理者、現場代表、患者や一般市民の代表、その他看護師や公衆衛生専門職など様々な人が含まれる。地区会議では、出席者（GP 現場リーダー、管理者および看護師）が、紹介率や患者の満足度など実務業績データを調べ、業績の悪い（underperforming）実務者へのアプローチ方法や、提供すべき改善支援について議論等が行われる。

また、医療サービスのコミッショニング（委託）と資金調達の仕組みは図 1 の通りであり、CCGs は図の中央に位置している。なお、図の下にある STP とは、持続可能性・変革パートナーシップ（Sustainability and Transformation Partnerships）であり、2016 年には 44 の STP が導入された。この目的は、新たなケアモデルに関するこれまでの事業に基づいて、取り組みを進めていくことである。これらの STP は CCG、提供者トラストおよび地方自治体で構成されており、より広範な地理的拠点に基づいている。3 か所の STP が合併した後、2018 年 4 月には STP の数が 42 に減少した。



主な財源

持続可能性・変革パートナーシップ (STP)
 現在は 42 の STP がある。これらは NHS 組織と地方自治体から成り、地域の医療および社会的ケアの改善を担当する。

図 1 医療サービスのコミッションング（委託）と資金調達の仕組み（2018 年）

出典：National Audit Office (2018) p16

3. CCGs と NHS イングランドとの関係

(1) NHS イングランドの CCGs に対する主な役割

NHS イングランドは、特定分野についての委託を担当しており、この中には専門サービス、中核的な GP サービス、ならびに歯科、薬局および検眼サービスが含まれる（ただし「Co-commissioning（共同委託）」と呼ばれる新たな政策の取り組みでは、GP サービスの委託について、手を挙げた CCGs へ担当を移せる選択肢がある）。

NHS イングランドには、CCGs の年次実績評価を行う法的義務がある。また、イングランドの人々の健康アウトカムを改善する上で、CCGs への支援も行っており、具体的には委託業務、パートナーシップと関係性、質の向上、臨床リーダーシップの分野で支援を提供している。また、NHS イングランドによる「医療とケアの参加変革ガイダンス⁴⁾」では、CCGs がいかんして、意思決定プロセスにおいて患者やケアラーおよび市民の関与を促すべきか、提示している。

(2) NHS イングランドによる評価内容

2017-2018 年には、42%（207 か所のうち 87 か所）の CCGs が、「require improvement（要改善）」または「inadequate（不十分）」の評価を受けていた。10%は「outstanding（極めて良い）」、48%は「good（良い）」の評価だった。NHS イングランドの Improvement and Assessment Framework（改善および評価枠組み）⁵⁾ で用いられている 51 の指標のうち 2 項目（財務的な持続可能性およびリーダーシップの質）が、全体的な評価の 50%を占めており、したがって CCGs が受ける全体的な評価は、上記 2 項目の影響を大きく受けている。71 か所の CCGs が財務的な持続可能性で「赤」の評価を受けたほか、22 か所の CCG はリーダーシップの質で「赤」の評価を受けた。CCGs では、他の地域関係者と協働するパートナーシップを通じて成果を出す。その結果、NHS イングランドによる指標の多くは、CCGs のみでコントロールできる範囲に収まっておらず、たとえば児童の肥満を減少させるなど、人々の健康を改善するために関係者と協働する CCGs の能力を測定するものである。

また、NHS イングランドは、CCGs の実績を継続的にモニタリングしている。NHS イングランドは、CCG の機能遂行が不十分である（不合格）またはそのリスクがある、と考えた場合、指示を行う法的権限がある（例：財務改善計画を作成するよう CCG に指示する）。2018 年 10 月現在、24 か所の CCG が指示を受けており、この指示が出された時期は 2015-2016 年から 2018-2019 年である。NHS イングランドが CCGs に指示を出す主な理由は、実績、財務管理およびガバナンスの問題である

2017-2018 年に、NHS イングランドは CCGs の 54%（207 か所中 111 か所）について、優れたリーダーシップが見られると評価した。しかし CCGs では、質の高いリーダーを惹きつけ定着させる上で大きな課題に直面している。そこには様々な理由が挙げられており、たとえば、プレッシャーが増えるためスタッフが上位の役職に就きたがらない、CCGs の不透明な未来、研修や開発へのアクセス不足などが含まれる。NHS イングランドでは、リーダー開発に向けていくらかの支援を行っている。たとえば NHS イングランドでは 2018 年 1 月に、Commissioning Capability Programme（委託能力プログラム）を導入した。

NHS イングランドでは、CCG 年次評価の一環として、CCGs の関係者にアンケートを実施している。キングズ財団およびナフィールド・トラストの研究⁶⁾ では、臨床家による効果的な関与が質の高い委託で欠かせない要素であること、また CCGs では以前の委託形態よりも臨床家の関与が改善されていたことが明らかになった。この研究ではまた、追加業務を担

う一方で運営コストの財源が削減されるなど、効果的な委託機能を展開する上で CCGs が壁に直面していることも示されている。

4. CCGs の実践例

NHS Clinical Commissioners では、CCGs の良い実践の表彰 (The Healthcare Transformation Awards) を行っている。また、予防などのいくつかのテーマに基づいた CCGs が地域の多様な関係者・関係機関と協働して進めている実践の紹介を通して、CCGs の実践や改善などの促進が取り組まれている。

以下では、具体的な 2 つのケーススタディを示す。ストックポート CCG では、終末期ケアにおける課題を抽出し、協働チームで総合的な支援モデルに取り組んでいる。各地域の特徴を踏まえた取り組みが進められている。

表 2 ケーススタディ (ストックポート CCG : 終末期ケアの支援改善)

課題 : スtockポート CCG では、end of life care (EOLC、終末期ケア)、特に在宅ケアが地域に不足している点が明らかになった。District nursing service (地区看護サービス) もまた、対応能力で課題を抱えていた。これらの要因が重なった結果、患者が自宅で最期を迎えたいと思う一方で、実際には病院が死亡場所の 70% を占めていた。

実践内容 : EOLC 統合支援モデルが開発され、これは医療から地区看護師、そして社会的ケアから assistant practitioner (支援実務者) が集まって協働するチームから成る。この専門チームは、自宅またはケアホームでのケアを希望する、余命数週間の人たちへの EOLC に重点を置いている。チームは同一の場所に配置され、共同でアセスメントを行い、臨床業務を行い、患者への責任を担う。また支援実務者は、情緒的・心理的支援や社会的ニーズへの支援を含む、比較的軽度な臨床業務や在宅支援を継続的に提供する。毎日の連絡会議には共同で出席し、ケアプラン作成や週 2 回の見直しは共同で行う。ケースは初回の選別アセスメントを行う地区看護師がまとめ、軽度の臨床業務を提供する適切な支援実務者へケースを割り当てる。

ケアは、本人のニーズに沿った形で調整される。また、患者や家族との連絡やコミュニケーションは常に保たれる。危機的状況・ケアラーの破綻・病院への入院を避けるため、計画された一連の訪問のほか臨時訪問も行い、支援へアクセスできるようになっている。サービスは 2013 年 12 月から 1 か所で試験的に始まった後、他の地区へ拡大し、2014 年 11 月末には区全体に広がった。サービスでは常時、約 400 人のケースを抱えていくことが見込まれている。

効果 : サービス開始以来、現在では患者の 92% が、希望する自宅で最期を迎えることができている。サービス開始前は 30% しか実現できていなかったため、これは大幅な増加である。

このサービスがもたらした他の好影響の例には、以下が含まれる。

- ケアラーが支援を受け、また大切な人が自宅でケアを受けられると確信できる。
- 必要な時に患者が適切なケアや支援にアクセスできる。
- ケアの断片化が減少する。
- ケアがコーディネートされ、ニーズに応える専門家のアドバイスを引き込んでいる。
- サービスの質について、職員がより前向きにとらえている。
- 予定外の入院や病院からの訪問が減少することで、コスト節約につながっている。

出典 : NHSCC and Health + Care (2016)⁷⁾

表3 ケーススタディ（サウス・ウスターシャーCCG：虚弱高齢者との積極的な取り組み）

課題：重度の虚弱高齢者は、予定外の入院リスクが最も高く、また、いったん入院すると退院までしばらく時間を要する可能性が高い。

実践内容：サウス・ウスターシャーCCG（SWCCG）では、地元の地域ケアトラストおよびGP連盟と提携を結び、このグループの人々を支援できる積極的なケアマネジメントサービスの展開を図った。Proactive Care Service（積極的ケアサービス）の展開は、数々のステップを経て行われた。その中には、CCG担当地域内の32か所のGPすべてと、地元の「Promoting Clinical Excellence（臨床業務質向上推進）」契約で虚弱要素を含めること、また proactive care teams（PACTs、積極的ケアチーム）を創設することが含まれる。開業医たちは、最初に集中させる群として Avoiding Unplanned Admissions DES（予定外入院予防DES）登録を用い、また虚弱に対してこの群内で各患者のアセスメントやコード化を行うよう奨励された。

現場では、開業医が異なる虚弱レベルの患者を特定し、それに沿って管理していく、ということである。虚弱が始まったばかりだったり軽度だったりする人たちは、自己管理の支援を受ける。虚弱が中度の人のアウトカムは、統合された長期的な状態管理によって改善される。そして虚弱の度合いが最も重い人たちは、アドバンス・ケア・プランニングの候補となる。

積極的なケアサービスを効果的に提供するには、支援スタッフに対する継続的な教育研修が極めて重要である、とCCGは確信しており、このためCCGでは、一連の研修日やワークショップを含めた教育プログラムを実施してきた。

効果：プライマリケアへ、「Frailty（虚弱）」という言葉を紹介するのに成功した。この複雑なグループへ積極的にケースマネジメントを行い、またアドバンス・ケア・プランニングの検討を視野に入れつつ、このような最も虚弱な人たちに最期が近づいていることを医療専門職が認識できるようにしながら、この人たちができるだけ長く自立した生活を送れるよう支援するため第一歩だと認識されている。

これまでの所、好意的なフィードバックが得られている。システム実施後に行ったアンケートでは、32か所のGPすべてから回答が得られ、大半の所では上手くいっていると回答があった。新しい取り組み方が変化・発展し続ける中で、その結果として、不適切な入院が減ることを見込んでおり、初期のデータは期待が持てる内容となっている。

出典：NHSCC (2016b)⁸⁾

【注】

注 1) NHS の 2012 年大変革と CCGs については、松岡洋子 (2018) 「要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策」国際長寿センター『平成 29 年度先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究 報告書』 pp27-30 に詳しい。

- 1) National Audit Office (2018) A review of the role and costs of clinical commissioning groups.
<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2018/12/Review-of-the-role-and-costs-of-clinical-commissioning-groups.pdf>(2019 年 3 月 4 日最終アクセス)
- 2) The National Council for Voluntary Organisations. How clinical commissioning groups operate and their main responsibilities.
<https://knowhow.ncvo.org.uk/funding/commissioning/commissioning-1/influencing-commissioning-1/clinical-commissioning-groups-1/roles-and-responsibilities>
- 3) Jonathan Hammond, Anna Coleman, Kath Checkland (2017) Enacting localist health policy in the English NHS: the ‘governing assemblage’ of Clinical Commissioning Groups. *Journal of Health Services Research & Policy* 23(1). pp49-56
- 4) NHS England (2013) Transforming participation in health and care guidance. (2019 年 3 月 4 日最終アクセス)
https://localdemocracyandhealth.files.wordpress.com/2013/09/participationguidance_main_doc_draft_270813.pdf(2019 年 3 月 4 日最終アクセス)
- 5) NHS England (2017) CCG Improvement and Assessment Framework 2017/18.
- 6) R Robertson, H Holder, S Ross, C Naylor, S Machaqueiro (2016) Clinical commissioning: GPs in charge? The King’s Fund and Nuffield Trust.
- 7) NHSCC and Health + Care (2016a) "The Healthcare Transformation Awards"
https://445oon4dhpii7gjvs2jih81q-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2017/02/Case-study-Stockport-Successful-Service-Integration_main-website.pdf (2019 年 3 月 4 日最終アクセス)
- 8) NHSCC (2016b) “Delivering a healthier future: How CCGs are leading the way on prevention and early diagnosis.” P6.
<https://445oon4dhpii7gjvs2jih81q-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2016/01/NHSCC-Delivering-a-healthier-future-FINAL.pdf> (2019 年 3 月 4 日最終アクセス)

4. イギリスでの高齢者医療における家庭医(General Practitioner : GP) および老年科医の役割そして地域ケアとの結びつき～二人の医師へのインタビューから

医療法人真正会霞が関南病院 院長 伊藤 功

はじめに

昨年度のイギリス調査において、家庭医(General Practitioner : 以下 GP)が患者の疾病予防、健康増進、また、必ずしも本来の疾病による症状によらない愁訴や症状に対して、投薬などの医学治療的なアプローチではなく、インフォーマルな社会資源を利用することで高齢者の生活を支えていく社会的処方箋 (Social Prescribing) について報告された (「先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究」)。今回の調査では医療 (ヘルスサービス) および介護・福祉 (ソーシャルサービス) の統合に向けた動きを推し進めているマンチェスター市を訪れ、ヘルスサービス側の二人の医師に話を聞くことができた。

今回訪れたマンチェスター市は、WHO のエイジフレイエンドリー・シティ・グローバルネットワークに、英国としては初めて 2010 年から参加しており、高齢者にやさしい都市作りを掲げてきた。また現在、10 の地方自治体がマンチェスター大都市圏 (Greater Manchester : 以下 GM) を形成しており、「Devolution (分権化)」のもとヘルスケアサービスおよびソーシャルケアサービスの統合に向けた動きを推し進めている。その中で、高齢化に対応する地域ネットワークである GM ageing Hub のパートナーであるマンチェスター大学で教鞭をとる一方で医療の実践家でもある二人の医師にプライマリーヘルスサービスに関わる GP の現状と老年科専門医 (以下老年科医) の役割についてプレゼンテーションを受け質疑応答に応じていただいた。

英国における GP 制度については日本でも多くの詳細な文献、資料、報告などあるため重複する点もあるがプレゼンの要旨を整理する。

1. イギリスにおける GP 制度

(1) 概要

まず Kath Checkland マンチェスター大学医療政策、プライマリーケア医学教授の話を中心に述べる。彼女は大学で教鞭をとるかたわら、現在でも週一回、農村地域の診療所で GP として勤務している医師である。

National Health Service (国民保健サービス、以下 NHS) はプライマリー (ヘルス) ケア、コミュニティ (ヘルス) ケア、セカンダリー (ヘルス) ケアなどを管轄しているが、既知のとおり NHS においては、提供される医療は原則無料 (例外として歯科サービスの一部や処方薬の一部は自己負担。ただし 65 歳以上への処方薬については無料) である。しかし、すべての地域住民はプライマリーケアを担う GP に登録しなくてはならず、GP の紹介がなければセカンダリーケアは受けられない。いわゆるゲートキーパーの役目を果たしている。セカンダリーケアに紹介された場合も初診はその病院の GP があたる。コミュニティケアは主に訪問看護師による診察や訪問理学療法、足病医(Podiatrist)などであるが、高齢化によってこれらのサービスの重要性がだんだん増している。そして、プライマリーケアを担当する GP とセカンダリーケアを担う病院医師との連携の重要性も増してきている。例えば、病院

の老年科医がコミュニティケアのチームメンバーに入ったり、コミュニティケアにおける訪問看護師が病院スタッフと多くの連携をとったりするようになってきており、ヘルスケアの中でプライマリー、コミュニティ、セカンダリーヘルスケアの関わる境界が徐々に曖昧になってきているとのことである。

GP が提供するサービスについては、NHS と契約がなされ支払いが行われるが運営については独立しているためその組織運営については日本のような施設基準はなく比較的裁量が自由である。

現在の英国における GP の数は約 4 万 2,000 人（常勤換算で 3 万 4,000 人）で、その内の 55% を占めているのがクリニックに雇用され勤務している常勤 GP、非常勤医、研修医である。

GP になるためには 5 年間の大学医学部での教育ののち、2 年間の病院基礎研修。その後 3 年間の GP 専門研修を受けなければならない。専門研修のうち 2 年間は病院で、残り 1 年間は地域の診療所で研修することが必要である。約 10 年間のトレーニングが終了すると the Membership of the Royal College of General Practitioners (MRCGP) の試験を受け合格すれば、晴れて GP として認定される。

イングランドには約 9,000 箇所の診療所があるが、昔ながらの小規模診療所の数が減り、大きな診療所が増える傾向にある。その理由の一つは、高齢者が増え複数の疾患や症状を抱えている患者を診ていくためには、設備やスタッフが整った診療所のほうが有利であるとのことからである。

診療所一箇所あたり平均 7,400 人の地域住民が患者として登録されており、GP 一人当たり約 1,600 人の住民を受け持っていることになる。

GP においては女性医師の割合が徐々に増え、イングランドでは 50% を超えてきている。多くはパートタイムであるが重要な労働力として女性が活躍している¹⁾。

典型的な GP クリニックでは 3~4 人の GP が勤務しており、クリニックの管理者（オーナー医師）以外は雇用された勤務医 GP であることが多い。そして、いわゆるナースプラクティショナー（診療看護師）がいて中には薬を処方できる資格を持った高資格看護師もいる。その他ヘルスケアアシスタント（看護補助者）、事務、薬剤師などのスタッフがいます。これが GP クリニックのコアプラクティス・チームと呼ばれる典型的な構成である。

GP クリニックのコアプラクティス・チームが、他の組織に所属するコミュニティスタッフと一緒に仕事を進める場合がある。このチームはエクステンディッド・ヘルスケア・チーム(extended health care team)と呼ばれる²⁾。

Checkland 医師の診療所においては 2 週間に一度、このチームのミーティングが開催されている。ミーティングメンバーは GP、ソーシャルワーカー、地域看護師、それからコミュニティ・メイトロン(community matron)³⁾、そして場合によって認知症患者に対応する訪問精神看護師もミーティングに参加することもある。また後述するが、コミュニティケアに関わる老年科専門医が参加することもある。

ミーティングの内容は、ハイケアニーズの患者や終末期患者についてのディスカッションが多く、また急性期病院から自宅に退院してきた間もない患者のケアについても話し合う。さらに、何らかの自己管理が必要だが自分でそれを行えない患者の問題についても話し合われるとのことである。

(2) GP の勤務の実際～Checkland 医師の場合



図表 1 Checkland 医師が勤務している診療所(Eyam Surgery)とそのスタッフ

Checkland 医師は先にも述べたように大学で教鞭をとる傍かたわら、週一回、パートタイムの GP として診療所に勤務している。

<診療所の立地地域>

診療所は Eyam Surgery 診療所といい、イングランドのイースト・ミッドランドにあるダービーシャー(Derbyshire)にある。ダービーシャーはマンチェスター市内から約 50 マイル(約 80km)離れたいわゆる農村地域で、この診療所は典型的な小規模の診療所だが、担当地域はかなり広域(約 160 平方キロメートル圏)をカバーしている。そのため患者を訪問するには一件あたりかなりの時間を要することがあるという。

<診療所で提供している医療サービス>

行なっている医療サービスとしては、GP サービスとしては典型的なもので、外来での初期診療や慢性疾患を有する登録患者の管理、母子保健サービスである。GP が担当する予防サービスとしては小児に対する予防ワクチン接種や女子に対する子宮頸がんワクチン接種、子宮頸がん検診、避妊教育等日本であれば婦人科が担当するような医療についても GP が担当する。また、一般血液検査やレントゲン検査は行うことができるが、MRI や CT が必要な場合は、検査を依頼している。その他、GP によって抗凝固療法のモニタリング(ワーファリン服用患者に対する凝固検査)や関節内注射など行う場合もある。

<GP の典型的な 1 日のタイムスケジュール>

午前 8 時 15 分ごろ診療所について、9 時ごろまでは事務作業を行う。9 時から 11 時半まで外来で診療を行う。診療は予約制で予約一コマ当たり 10 分～15 分で組まれている。

外来が終わると 11 時半から 12 時頃までは電話による相談を受ける。12 時から 13 時まで午前中診療した患者のカルテ作業である⁴⁾。

午後 14 時～15 時半までの間は訪問診療を行い、帰院後は再び事務作業や血液検査の結果確認、処方箋の記載など行う。前述したエクステンディッド・ヘルスケア・チームのミーティングなどは午後のこの辺りの時間に行うことが多いという。

さらに 15 時半から 18 時まで診察。その後も電話相談や紹介状の作成などの事務作業で 1 日が終わる。休憩を入れたとしてもかなりの長時間勤務であり、日本の医師同様多忙である。

(3) GP 報酬について

GP の契約は、一般医療サービス(General Medical Service:GMS)との契約による支払いが一般的である。この GMS との契約は、地域におけるプライマリーケアサービスを提供する GP と NHS との間の契約であり報酬算定は人頭払い、質・成果フレーム (Quality and Outcomes Framework : 以下 QOF)、出来高払いの組み合わせで算定され支払われる。従来は GP 個人ごとの契約であったが、現在は基本的に診療所単位の契約となっているとのことである。人頭払いについては診療患者数、年齢、貧困の程度、疾病の種類が考慮される。QOF は質および成果に関する算定 (いわゆる P4P) で報酬の約 20%を占めており治療目標設定に対する実績への報酬になる。例えば虚血性心疾患では管理血圧コントロールを達成した患者の割合や抗血小板療法施行患者の割合などの達成基準が決まっており、その基準をクリアした場合にポイントが付与される。これを診療している患者の疾患によってそのポイントが合計されポイントに応じて支払われる⁵⁾。

(4) 地域医療における GP の状況

Checkland 医師は「GP の採用、定着は危機的状況にある」と述べた。その理由として医師は高給であるけれども、先に述べたように勤務の拘束時間が長く、また、医師として非常に大きなプレッシャーの中での仕事になっているとのことである。さらに、経営面でも機器やシステムのデジタル化や診療所自体の規模の拡大化により、GP の雇用が困難になってきている。場合によっては GP に代わり高度なスキルを持った看護師の雇用で代替えするとか、診療所同士の連携やネットワークによって可能な部分をシェアリングするようなことが出て来ている。そしてまたヘルスケアとソーシャルケアの統合の傾向が出てきているとのことである。

(5) GP と地域ケアとの結びつき～社会的処方に関して

まず、社会的処方の活用において都市部と農村部においては繋げるソーシャルサービスの種類が異なるという点がある。例えば、ダービーシャーのような農村地域では GP が社会的処方によってソーシャルサービスに繋ごうとしても、その種類は少なく限定される (例えばメンタルカフェが、もともと地域に存在していないなど)。Eyam Surgery 診療所からソーシャルケアに繋ごうとすると、給付関係の相談には併設されているシチズンズ・アドバイス・ビューロー (市民助言局)⁶⁾ への紹介、また、ボランティア組織である Age UK デイセンターの紹介、地元のレジャー施設での運動を勧める紹介程度になるという。

一方、都市部であれば、社会的処方の繋ぐ先としてコミュニティグループに紹介することはある。予算としては、本来は社会的処方によってサービスを紹介することで CCGs から報酬が払われるべきであるが、資金不足により社会的処方を委託する予算獲得は困難とのことである。しかし、GM では GP が紹介できるコミュニティ活動を増やす取り組みがなされてきている。

また、具体的に誰を通じてソーシャルケア利用に繋ぐかであるが、都市部ではエクステンディッド・ヘルスケア・チームにリンクワーカーあるいはケアナビゲーターといわれる社会的処方の受け手が多くの地域に入っている。しかし、小規模である場合、GP クリニックのスタッフであるヘルスケアアシスタントが、その役割を担っている場合もある。例えば自身の患者が入院した場合、病院からその患者についての問い合わせがあるが、人口の少ない農

村部では、登録患者については普段から「顔が思い浮かぶくらいよく知っている」ため、わざわざ専門スタッフを置いて対応するほど重要性は高くないということもある。

ソーシャルケアに関しては、資産調査によって受給資格を審査され、ほとんどは自己負担になるが、例外として終末期ケアなどの重度なニーズに対応する Continuing Healthcare Service⁷⁾では負担が免除されている。

3. 老年医学

次に Neil Pendleton マンチェスター大学老年医学教授より、イギリスにおける老年医学のプレゼンテーションを受けたので要旨を整理する。

(1) 老年医学の歴史

ジェリアトリックス（老年医学）という言葉は、高齢者のヒーラー（治す人）が語源である。元々医学というものは臓器別疾患モデルで発展してきたが、老年医学の先駆者達は、高齢者の健康問題は複雑であると考えていた。老年医学の先駆者としては1909年、Ignatz Leo Nascheが初めてジェリアトリックス(老年医学)という言葉を使う。そして、Marjory Warrenが1935年に最初の老年医学ユニット、リハビリテーションモデルを築いた。高齢者の場合、特徴は複雑で複数の臓器の疾患として対処する実証モデルが確立され、単一の臓器のみに着目したアプローチよりも効率的であるということが示され、ここからイギリスの老年医学が本格的に始まった。

(2) 英国老年医学会による老年医学の定義

英国老年医学会による老年医学の定義は以下のよう示されている。

‘a branch of GiM that is concerned with the clinical, preventative, remedial and social aspects of illness in old age. The challenges of frailty, complex comorbidity, different patterns of disease presentation, slower response to treatment and requirements for rehabilitation or social support require special medical skills’

「高齢期における疾病の臨床、予防、治療、社会的側面に関わる一般内科学の中の一分野である。虚弱、複数の併存症、普通とは異なるパターンの症状、治療反応性の低下、そしてリハビリテーションや社会的支援の必要性などの課題には専門的技術が必要とされる」。この定義の重要な点は、社会的な側面にも焦点を当てており、リハビリテーションやソーシャルサポート（社会的な支援）が利点となると述べられていることである。

(3) 老年医学の背景にある高齢化

NHS が設立された1948年当時、65歳以上の死亡率は48%であった。しかし、2030年にはイギリスの65歳以上人口は20%（現在は約18%）になり、男性の平均寿命は88歳、女性の平均寿命は91歳になると予測されている。

(4) 老年科医の現状

イングランドにおける老年科医の数は内科医の中で最も多い(内科医1万5,000人中1,350人が老年科医)⁸⁾。老年科医は臓器専門性の診療を行う医師ではなく、高齢者を年齢も考慮し包括的に診療する医師である。現在では、急性期入院医療においてその役割が最も重要である。その理由として、急性期疾患により入院が必要な患者の約60%が高齢者になってきて

いること、そして、そのような高齢患者はフレイル、認知症、複数の併存疾患を抱えている場合がほとんどで、中にはリハビリテーションや終末期ケアが必要な場合もあり、臓器専門医では対応が困難になって来ているからである。このような患者については、老年医学で用いられる高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment）を用いて評価することが入院期間の短縮や患者の QOL 等の改善に有効とのエビデンスが出ている。

(5) NHS イングランドにおける老年科医の実践

最も多いのが病院や病院の A&E（Accident & Emergency）部門での外来診療に関わったり、入院した際の病棟担当医師として急性期や入院医療の現場で働いたりする老年科医である。

そして、直接の主治医ではなく外科部門など他科と協働して関わるリエゾン（連携）老年医学と呼ばれる仕事では、外科手術的な関与だけでなく化学療法なども含む oncology（腫瘍学）的な部分との連携も図ったりしている。しかし一方、最近では多くの高齢患者の場合、外科的な介入だけで健康上の問題が解決するというにはなり難く、他の医学的問題や社会的問題、心理的な問題に対処しなくてはならないようになってきている現状がある事から外科など専門科自ら高齢者への対応を行うようになってきている。

高齢者における整形外科的な骨疾患に対して老年科医が関わる例もある。高齢者で多く見られ問題となる整形外科疾患は脊椎の圧迫骨折であり、これはかなりの痛みを伴う。また膝や股関節の外科手術が必要になる患者の場合でも、手術を行う整形外科医のみではなく老年科医が関わることで包括的に高齢者を診療する計画を立てるほうが、アウトカムが良好であると言われている。

そして、メンタルヘルスに老年科医が携わる場合も増えつつある。一つは認知症の分野、例えば、認知症専門機関であるメモリーサービスで患者評価に関わるような場合がある。もう一つは高齢者の入院の際に問題になるせん妄（derilium）の予防や管理であり、この対応を適切に行うことで入院期間の短縮と良好なアウトカムを生み出すということからかなり注目されてきている分野である。

老年科医の多くは病院内での仕事を中心となるが、昨今コミュニティケアを基盤として医療を提供する考え方を「壁のない病院（Hospital without Walls）」といい、プライマリーケアおよびソーシャルケアの専門家と協力する老年科医の働き方が出てきている。

その一つは、フロントドアサービスとして不要な入院を回避するための早期対応診療所、緊急対応チームによるサービス（このチームは地域住民だけでなく介護施設入居者への医療サービスも提供）のメンバーとして老年科医が働く⁹⁾ 場合である。

それに対してバックドアサービスとしては、急性期から自宅あるいは中間ケア（Intermediate Care）（後述）への移行にも老年科医が関わる働き方が出てきている。このコミュニティケアに関わる老年科医の雇用形態は病院に雇われている場合のみではなく、クリニカル・コミッション・グループ（CCG）に雇われている場合や、GP サービスで雇用され勤務している場合など多岐にわたるようである。

4. 今後の展望

Neil 教授によると、GM では、Devolution の下、医療介護の予算を統合した中でのヘルス、ソーシャルケアを提供する試みが始まっている。その「統合ケア」というのは、病院組織、GP のプライマリーケア、そして地方自治体が一緒になって取り組んでいくことになるが、ヘルスケアとソーシャルケア、それぞれの組織での働き方の理念が異なったり、情報システムや利用者について持っている知識が違ったりすること。そして、予算を共有するための課題もあるなど、まだ初期段階であり多くの課題あるとのことであった。

二人の医師のプレゼンテーションののちのディスカッションにおいて「中間ケア：Intermediate Care」について言及があったため、その要旨を整理する。

(1) はじめに

イギリスにおける中間ケアには長い伝統がある。1986 年当時、Checkland 医師が GP の研修を行っていた診療所にはコミュニティホスピタルと呼ばれる病床があった。その対象は急性期のような状態ではないが、自宅で過ごすことが困難である人で、GP、看護師、リハビリテーションセラピストによる医療やリハビリを受けることができたが、その後サービスはいろいろな形で分断され、予算カットによる影響を受けてきた。現在でも中間ケアのあり方の基本は 2001 年 3 月に出た NHS による「National Service Framework for Older People(高齢者のための NHS フレームワーク、2001 年 3 月以来更新版が出ていない)」の中に言及されている¹⁰⁾。

(2) 中間ケアの提供形態

高齢者のための NHS フレームワークによれば、不要な入院を防ぐための迅速（24 時間以内）な計画立案と介入を行う Rapid Response Team による対応、在宅での集中的な医療サービスを提供する Hospital at Home（最近では Virtual Ward: 仮想病棟とも言われている）、医学的には安定しているが自宅に戻るにはさらなる短期間のリハビリテーションが必要な患者に地域の病院やナーシングホーム等でリハビリテーションや看護を提供して在宅復帰を目指す Residential Intermediate Care、住宅改修や福祉用具の設定などを行う Supported Discharge、そしてデイホスピタルでの治療およびリハビリテーションがあげられている。一方 NICE ガイドライン¹¹⁾によれば中間ケアには Reablement、Crisis Response、Home Based、Bed Based の 4 つのサービスモデルが示されている。

(3) 中間ケアの期間および評価

通常 1~2 週間で、最長でも 6 週間の提供となる。6 週間までの間に毎日のミーティング（短期目標の評価）や長期的な計画に関して毎週ミーティングが行われる。中間ケアの評価判定は GP や老年科医などの医師だけでは入手できる情報は限られるので、その状況を全て把握することは困難であり、ヘルスケアとソーシャルケアの領域横断的なチームでの判断が重要である。個々のチームメンバーではその決定は困難であり、いろいろな観点から総合的にチームで判断する。具体的にはプライマリーケアのミーティングの際に判断されることが多い。

なお、6 週間を越えてケアが必要になる場合、利用者はソーシャルケアの一部を自己負担しなくてはならない。しかし、医療の部分とソーシャルケアの部分とを厳密に区別することは困難である。自己負担が困難な場合は例外的な適用について申請できるが、かなり厳密な資格、資産調査が行われる。

(4) 中間ケアのその後

中間ケア後の長期ケアへのフォローアップチーム体制がある。機能的な生活の自立を目指すために設けられているリエイブルチームから、コミュニティのセラピストチームに渡り長期的にケアを受けることになる。そのチームは主に PT や OT、介護者からなり、自宅の環境調整やその評価などが主となるが中間ケア終了 6 週間から 8 週間まではかなり集中的なサポートが必要になるとのことである。

【注】

- 1) イギリスにおける女性医師の比率は約 47%である。一方、日本においては女性医師の比率は約 20% であり OECD 諸国のなかで最も低い。最も会員の多い日本内科学会においても女性会員は約 20% である。
- 2) エクステンディッド・ヘルスケア・チーム(Extended Health Care Team) は自宅を病棟に見立て (Virtual Ward : 仮想病棟という)、自宅に留まったままヘルスケアサービスの提供によって自立をサポートするチームであり、National Service Framework for Older People の中間ケアにある Hospital at Home と同義と考えられる。チームには、地域看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、コミュニティ・メイトロン、リハビリテーション・セラピスト (コアとなるのは理学療法士、作業療法士だが、必要に応じて言語聴覚士や足治療師も利用可能) で構成されている。
参照 : <https://elft.nhs.uk/uploads/files/1/VirtualWardpatientsinfo20110323.pdf>
- 3) Community Matron コミュニティ・メイトロン
メイトロンは上級管理職の看護師であり、エクステンディッド・ヘルスケア・チームメンバーである
コミュニティ・メイトロンは GP と密接に連携しながら患者やその家族と協議して管理計画を作成する。
- 4) GP のカルテはすでにペーパーレスで電子カルテになっている。また GP と病院でプライマリーとセカンダリーケアの病歴の統合も行われてきており患者のサマリーはどちらもアクセスすることが可能になってきている。また患者が他の地域に転居する場合も、その病歴は電子データとして移転先の GP に容易に渡すことができる。
- 5) 19 の慢性疾患、医療機関でのケアや保健指導、患者の満足度を対象に審査基準が設けられ、ポイントクリアした場合報酬が支払われる。一時期この仕組みによって出来高報酬が増加したが、現在では約 20%程度で推移している。

参照 :

<https://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Documents/Primary-care-contracts/QOF/2018-19/2018-19-QOF-guidance-for-stakeholders.pdf>

6) シチズンズ・アドバイス・ビューロー (市民助言局)

地方自治体レベルでの消費者相談窓口である市民助言局は、イングランド、ウェールズに 2588 箇所あり、GP クリニックや図書館、裁判所にも併設されている。消費者からの無料相談 (対面、電話、電子メールなどを通じて) に応じ、年間で約 260 万人から相談が寄せられている。29,000 人が従事し、内 22,000 人がボランティアスタッフである。

参照 : <http://www.citizensadvice.org.uk/>

7) continuing healthcare service

在宅あるいは介護施設で重度なケアニーズがある対象者に対しては継続的な医療的ケアを受けることができる。ソーシャルサービスのような収入や貯蓄に応じた自己負担は発生せず無料で提供される。在宅では医療的なケア (例 : 地域看護師や専門療法士からの医療、リハサービス) とパーソナルケア (例 : 入浴、更衣、洗濯の手助け) における費用が支払われる。介護施設では食事代と居住費を含む介護施設費用が支払われる。

「特定の病気、診断または状態に依存せず、誰がケアを提供するか、またはそのケアがどこに提供されるかにも依存しない」とあるが、多くは終末期の患者で、概ね余命 3 ヶ月程度でなければならないらしい。

アセスメントやプロセスの詳細については昨年度の「先進各国における高齢者の介護予防に資する自

助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究」報告書の 30 から 34 ページを参考された
い。

参照 : NHS continuing healthcare and NHS-funded nursing care

<http://www.oldhamccg.nhs.uk/Portals/0/Docs/CHC%20docs/Public%20document.pdf>

8) 日本においては診療科については自由標榜制であり、また専門医制度や学会の有り様も異なっているため単純比較はできないが、日本内科学会会員数 11 万 3,209 人、うち総合内科専門医 3 万 4,463 人 (2019 年 1 月 31 日現在) で内科系サブスペシャリティでは消化器内科、循環器内科の医師が多い。ちなみに日本老年医学会会員数 6,130 人、うち老年病専門医 1,496 人 (2018 年 4 月現在) である。

9) 「The 24/7 rapid response team : 24 時間 365 日対応の緊急対応チーム」による医療サービス。不要な入院を回避する目的で病院医師、看護師、理学療法士が緊急のケアと支援を提供する。

10) https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198033/National_Service_Framework_for_Older_People.pdf

11) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng74>

5. 医療・介護・地域サービスの役割分担と地域計画給付コントロール (質と効率、自治体の給付決定)

NTT データ経営研究所先端技術戦略センターシニアマネージャー 吉田俊之

1. イギリスの高齢者ケア制度がおかれている現状と課題

わが国と同様、イギリスも高齢化と生産年齢人口の減少に伴う人口構造の変革期にいる。65歳以上人口は1997年には6人に1人だったが、2017年では5人に1人となり、2037年にはおよそ4人に1人が高齢者と見通されている¹⁾。近代化と生活環境の改善で暮らしは豊かになったといえるが、その一方で、長寿化に伴って、特に慢性疾患の治療にかかる医療費や介護や生活支援にかかる費用が将来的に財政を圧迫すると予測されている。そのため、イギリス中央政府は公共支出の削減を最優先課題に位置づけ国民保健サービス (National Health Services, NHS) の緊縮財政を方針としてきた。保健医療に限らず成人社会ケア予算も同様に抑制されている。2008年から2009年にかけて起きた金融危機により、2010年以降、地方自治体は50%の削減をしなくてはならなかった。近年、社会ケアの予算は政策的な財政調整がなされ、例えば、NHS 予算削減分の付け替えや在宅ケアの充実に用いられる improved Better Funding (iBCF)²⁾ の新設などにより財政基盤の強化が部分的に図られてきた経緯はあるが、iBCF は特定財源ではないこともあってケア・支援の提供の責務を負う自治体の財政負担は依然厳しい。自治体協議会は財政的な窮状は変わっていないと訴えている³⁾。

「2014年ケア法」は、このような厳しい緊縮財政の状況で成立した。同法では、これまでになかった自治体を負うべき責務が明示された。具体的には、個人の well-being の推進、ケアや支援ニーズの予防、保健医療サービスとケア・支援の統合の推進、あるいはサービス提供の多様性と質向上の推進などである。また、同法により、地方自治体は、少し異なる形の公的な機能を果たすようになった。つまり、個人がサービスに依存するタイミングを遅らせる、あるいはサービス依存を予防することに焦点が当たっている。つまり、人々の well-being のニーズに対処するというのが、初めて法的な義務として制定されたといえる。与えられたテーマは新しくまた解決も簡単とはいえないのだが、伝統的な中央政府主導型の政策展開では、もはや限界との認識が背景にあったのはいうまでもない。

また、自治体による従来型の社会福祉サービスを拡大したところで、福祉以外の課題も複合化する「長寿化の副作用」への対応は不十分であろう。そのような状況にあって、近年、保健医療そして社会ケアを統合した「新しいまちづくり」に注目が集まっている。

代表例のひとつは、保健医療サービスを提供する権限を国から唯一移譲されたグレーター・マンチェスターの取組みだ。中央政府がの中央集権的なやり方では必ずしもヘルスサービスのベストアウトカムを生み出さないという認識に立って生まれた、いわば国家的な社会実験といわれている。

もう一つの代表例は、グレーター・ロンドンの一員であるランベス区の取組みである。いずれの取組みも保健医療と社会ケアが連携をとり、ケア・支援の予防対策として社会福祉領域や地域コミュニティを巻き込んでいる特徴を有する。

そこで、本節では、この二つの地域が手がける保健医療と社会ケアの統合に着目する。当地区で実施したヒアリング結果を踏まえ、各取組における役割分担や財源活用の等に触れ状況をまとめる。

2. グレーター・マンチェスターの取組み

(1) グレーター・マンチェスターの概況と抱える課題

グレーター・マンチェスターは、カウンスルと呼ばれる 10 のローカル・オーソリティーから構成され、地域的には比較的狭い。人口はおよそ 280 万人であり、直近の 10 年間で 17 万人以上が増えている。経済規模は粗付加価値額（GVA）で年間 560 億ポンド程度と、スコットランド、北アイルランドそしてウェールズを合算した規模を上回り、経済成長は著しい。イギリスには地域経済開発を推し進める枠組みである 38 の Local Enterprise Partnership（LEP）が形成されるが、グレーター・マンチェスターの経済成長率は 38 の LEP のうち最高である。この事実からもこの地区の急速な成長ぶりがわかる。

一方、グレーター・マンチェスターの社会的な課題は、貧富の格差、失業率の高さ、子どももの教育水準、そして健康格差である。このうち、最大の問題は貧困である。国内全体を基準にしたとき最貧困層に該当する地域が全体の 10% を占める。一方で、その割合は 1% と小さいが、最富裕層に該当する地域もある。同じグレーター・マンチェスターの中で、最大幅の貧富格差があり、不平等が生じている。また、およそ 10 万 4,000 人が失業しており失業率は 7.8% に及び、イギリスの全体水準である 5.5% を上回る。教育関係にも課題がある。就学年齢に達していても基本的なスキルを身につけない子どもたちが 1 万 2,000 人も存在する。このように経済成長が著しい地域である一方、地域による様々な格差が問題となっている。

健康関連では、これまでに平均寿命が比較的短いと知られていたが、近年、その寿命に地域格差が存在するとわかってきた。つまり、住む地域が違ふことで平均寿命に差が生じている。例えば、男性の平均寿命はイングランド全体では 79.5 歳だが、グレーター・マンチェスターでは 77.7 歳である。単純に考え 1.8 歳も早く亡くなっているといえる。女性も同様に、国平均より平均寿命が短い。

また、平均健康寿命⁴⁾に目を向けると問題はさらに深刻だ。例えば、イングランドの女性の健康寿命は 64.1 歳である一方、グレーター・マンチェスターの一つの地方自治体のマンチェスター地区では 55 歳に過ぎない。マンチェスター地区の女性はイングランドの平均健康寿命よりも 8.5 年も短いことがわかっている。

更さらに小地域レベルで比較すると、この問題の重大さが大きく浮き彫りになる。例えば、サルフォード 024 地区に住む男性の平均健康寿命は 46.3 歳だが、ストックポート 041 地区に住む男性の場合は 73.9 歳である。平均健康寿命の差が 27.6 歳も生じている。女性も 25.8 歳の差がある⁵⁾。実は、この二つの地域は直線距離でおよそ 16km しか離れていない。わずか 16 キロメートル離れただけでサルフォード 024 地区の平均寿命は 30 歳も短いのである。この格差は、グレーター・マンチェスターにとって看過できない問題と認識されている。なぜなら、「富の源泉は個人の健康にある」と考えているからだ。地域間の健康格差は、保健医療に携わり制度設計者にとっても悩ましい。つまり、高齢者に提供されるようなサービスが、40 歳代後半あるいは 50 歳代前半に提供せざるをえない状況になっているということである。制度設計者は、この地域間の不平等を放置すれば将来の成長に影を落とすだろうと非常に深刻に受け止めている。

(2) グレーター・マンチェスターの挑戦

—ヘルスサービスとソーシャルサービス social care の統合モデル—

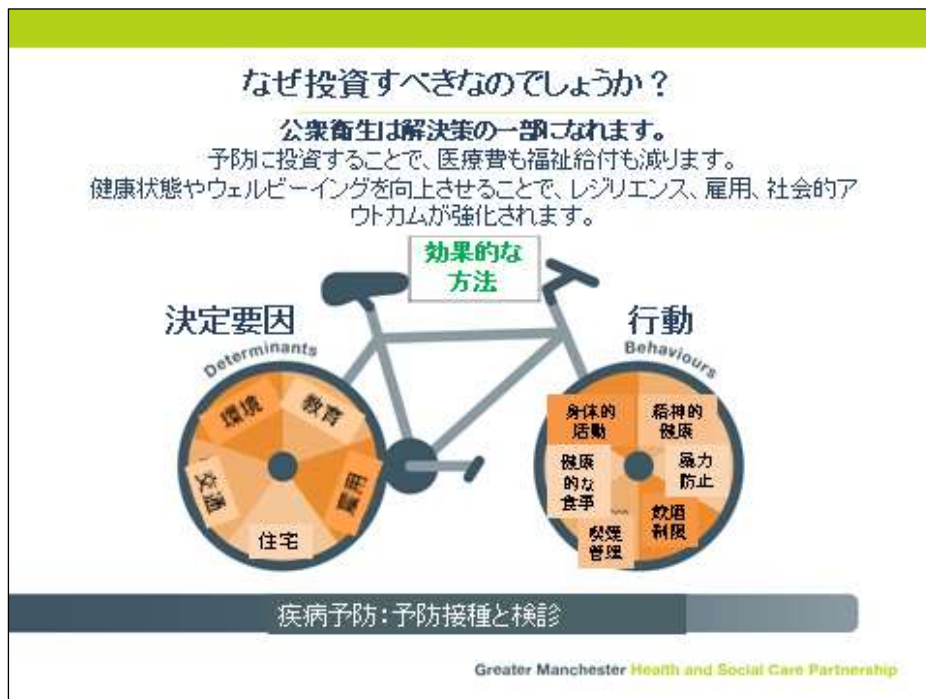
「現代社会において、このマンチェスターの中で健康平均寿命に 25 歳差があるという事実は受け入れられない。非常に大きなチャレンジだ」と語るのは、行政機関にあたるグレータ

ー・マンチェスター・ヘルス・アンド・ソーシャルケア・パートナーシップ（Greater Manchester Health and Social Care Partnership : HSC）のシステムリーダーを務める David Boulger 氏だ。彼ら制度設計者は、健康状態の悪さが地域経済に消極的なインパクトを残す、と考えている。

疾患を有することで、長く仕事に就けず経済的な困窮を招く。就業困難が経済的に生産的な活動を阻害し、同時に保健医療や社会ケアのサービスを利用する流れがあれば、行政機関の経済負担も更さらに増加する、という理屈を念頭におくからだ。とりわけ、筋骨格系疾患や糖尿病などの慢性疾患に関心を寄せており、こうした慢性疾患は、完治もできず疾病のコントロールも難しい場合が少なくない。あるいは、疾病管理は可能でも、その影響が生涯続く場合もあるからだ。彼らは、この悪循環を断ち切ることがグレーター・マンチェスターの重要課題と捉えている。グレーター・マンチェスターは国から移譲されたヘルスシステムの裁量権を活用し、保健医療と社会ケアの戦略を打ち出した。「ヘルスとウェルビーイングの可能な限りの最大化、そしてまた迅速に改善を提供することを目指す。そのアウトカムとして2026年までに健康寿命も平均寿命も全国平均に追いつくことだ。これが大きなチャレンジであり野心的なプラン」とブルジャー氏は語る。

(3) 他地域とグレーター・マンチェスターの新しいシステムの違い

グレーター・マンチェスターのこの新しい統合システムでは、「人々の健康に投資する」という考えに基づく（図表1）。



図表1 意思決定と行動への働きかけを通じた健康づくりの考え方

このシステムを自転車に見立て説明すると、後輪は保健医療や気になりうる要因を表す。前輪は個人の行動や振る舞いを規定する環境や要因の影響を表す。グレーター・マンチェスターは疾患による問題解決を個人にのみ求めるのではなく、地域システム全体で解決しようとしている。この取り組みは、権限委譲を活用し保健医療システムと地方自治体を横断的に連帯させたことで実現している。その結果、健康に影響しうる幅広い諸要因に対し包括的な対処を可能にした。個人的な疾患、あるいは個人では変えることのできない環境要因の影響

に伴う生きづらさや不平等を地域課題と捉えている点は、他地域と大きく異なるグレーター・マンチェスター独自の特徴と言え、また新しい。

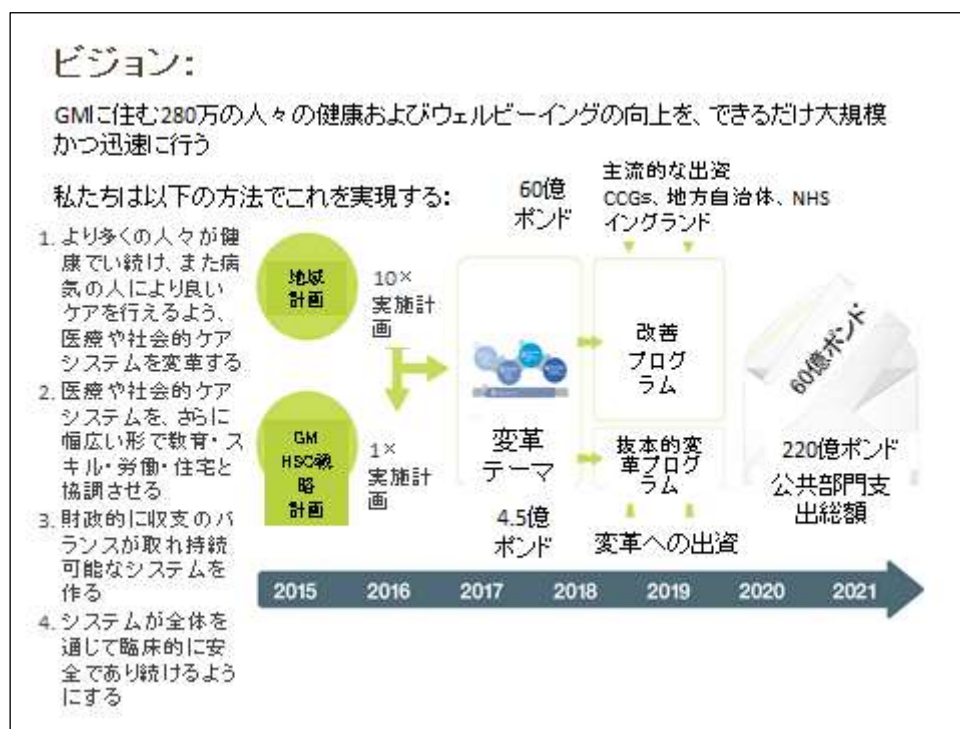
グレーター・マンチェスターの保健医療と社会ケアの統合は予算編成にも及ぶ。予算上の統合は現場にどのような好影響をもたらすのか。ブルジャー氏は退院時の少なくない課題事例を紹介する。病院から退院できない高齢者がいて、自宅に適切なベッドがないから退院ができないからだという。自宅に医療用ベッドがあれば退院できるのだが、保健医療の予算はマットが支給されない。マット支給はケア・支援を管轄する自治体の役割だからだ。ところが、統合した予算になると、このバリアーを簡単に克服できる。保健医療の予算で医療用ベッドとマットを同時に購入できる。担当部門も一元化するので、同じ日に配達を調整することも可能になる。些細なように見えるが、これまでの仕組みを変えたことによる大きなインパクトだ、という。

(4) 保健医療ケア、高齢者ケア、社会ケアを統合した戦略と計画

1) ビジョンと目的

グレーター・マンチェスターのビジョンは「グレーター・マンチェスターに住む 280 万人の人々の健康及び well-being の実現に向け「4 つの実行」を掲げる（図表 2）。

具体的には、①より多くの人々が健康でありつづけ、また病気の人によりよいケアを行える医療や社会ケアシステムを変革する、②医療や社会ケアシステム、さらに幅広い視野で教育、スキル、労働、住宅と強調させる、③財政的に収支のバランスが取れ持続可能なシステムを作る、そして④システムが全体を通じて臨床的に安全であり続けるようにする。



図表 2 戦略計画のビジョン

2) 役割分担（責任主体；医療、介護、地域サービス）

保健医療サービスは NHS が管轄し、責任主体は中央政府にあるが、ここではグレーター・マンチェスターに予算等の裁量権が移譲されている。そのため、地域の実情を踏まえた傘となる「戦略」と地域独自の「計画と実施」体制を構築できた。前出の 4 つの実行を実施するため、上位の傘となる戦略構想として、HSC は HSC 戦略プランを立て、圏域内の全 10 地区のカウンシルは各々に実施計画を練ることになっている。この実施計画が 5 つの変革テーマを具体化するエンジンとなる。計画策定においては、以前にも増して現実的で実行可能性の担保が要求されている。もちろん福祉計画だけでなく、その内容には保健医療に関する計画も含む。つまり、自治体が保健医療の提供に関わっている新しい試みだ。これらの計画の実行を通じて、保健医療と福祉を統合したサービスの創出が期待される。このように役割を明確にし、1 つの戦略計画と 10 の地域計画を統合的に取り扱いながら、改善プログラムと抜本の変革プログラムを実行し健康格差を無くしていこうというのがグレーター・マンチェスターの特徴だ。

安心して暮らせるまちづくりには、保健医療や福祉の専門的アプローチだけでは十分ではない。ボランティアセクター等によるコミュニティづくりのアプローチも欠かせない。このボランティアセクターの統括的役割を GMCVO[®]が担っており、ボランティア組織の要望を議会や制度設計者に橋渡しする役割も果たしている。地域の大学や自治体とのパートナーシップ組織に相当する。貧困、教育、若者サポート、そして高齢者対応などそのサービス範囲は多岐にわたる。そのうち、高齢者対策の代表的なプログラムは「Ambition for Ageing」と呼ばれる。

グレーター・マンチェスターには 1 万 5,000 のボランティア組織があり、小さなコミュニティベースのボランティア組織から、数百人のスタッフを抱える大規模なチャリティ団体まで含む。全体の 80% はとても小さな組織が占める。ソーシャルなグループ、あるいは近所の助け合いをしている人たちも含む。34 万人のボランティアが毎週 110 万時間のボランティアをしている。これだけの活動がある一方、コミュニティ活動が地域全体に平等に分布しているわけではない。GMCVO はこの課題解決にも取り組んでいる。

3) 財源（国、自治体、ファンディング）

これらの変革を実行するには財源が必要だが主要ルートは CCGs、地方自治体そして NHS イングランドからの予算がある。権限委譲を活用した新しい財源確保も試みている。「ビジネス・リテンションレート」と呼ばれ、地域の法人が支払った法人税分をその地域に再分配する方式だ。この新しい方式によりグレーター・マンチェスターの企業による法人税の使用範囲をグレーター・マンチェスターに使える。その地域でその財源使途も決めることができる。無論、経済成長分野だけでなく、無用な早期入院対策や予防対策や福祉といった保健医療・社会ケア、あるいはコミュニティづくりに使うことも制限されない。

なお、自治体は中央政府から完全に独立し予算管理できるかというところではない。個人の費用負担が可能な範囲か判断するミーンズテストは実施される。また、カウンシル・タックスという地区税があるが、権限移譲されているグレーター・マンチェスターであっても、全国的な上限を超えて引き上げることはできない。

もう一つ大きな地域財源はファンディングだ。GMCVO の予算のうち 1 億ポンドは全国宝くじファンドから提供されている。自治体の財政状況が厳しい中で、公金以外のファンディングが計画実行を支えている。とはいえ、大規模のファンディングは通常ではなく、グレー

ター・マンチェスターの例は珍しい。

グレーター・マンチェスターは効率的な財源活用も自分達の責務と認識している。例えば、5歳未満の歯の健康向上を計画している。歯を治療する需要コストを抑えるために予防に投資するという考えに立つ。

財源の活用先について、60億ポンド（2018年度）のその使い道は保健医療サービスやケア・支援サービスの改善に当てられる。彼らはこの使い道を「投資」と位置づけている。変革推進のために4.5億ポンドを別途確保している。そして、より幅広いより広範囲なパブリックサービスのために220億円を投入する計画とっている。いずれの用途も、効果的で効率的な予算運用だったか多角的に検証されることになっている。

4) 変革プランの5つのテーマ

1つ目の変革テーマでは、市民の健康向上に対する意識また予防に関する意識を格段に高めることを目指している。住民がより長い期間、健康的であり続ける状態でなければ、どの地域計画もうまくはいかない、と考えているからだ。

2つ目の変革テーマは、ケアサポートが必要な市民に対してコミュニティベースのケアとサポートを提供できる体制に変えていくことだ。つまり、このテーマに関連するプログラムこそ、保健医療と社会ケア・支援の統合ケアシステムづくりの代表例だ。保健医療の予算と社会ケアの予算を機能的に統合し1つの予算として扱う。伝統的には、保健医療の予算は中央政府の保健医療当局が裁量権を持ち、社会ケアは自治体が持つ。権限委譲を受けたグレーター・マンチェスター以外の地域は、この伝統的な仕組みのままであり、保健医療と社会ケアの領域は分かれている。両方がばらばらに異なる施策や制度を運用し委託（コミッションング）しており、両者の連携機能には制約があった。そこでグレーター・マンチェスターでは、この住み分け体制の反省として、両者の予算を統合することに着手した。財源上の統合によって、保健医療と社会ケアに対するもっと統合されたアプローチになると見込んでいる。

3つ目のテーマとしては、急性期医療とホスピタルケアにおける標準化を目指す。地域診断の結果、グレーター・マンチェスターの中で様々な格差があることが分かった。また、ブルジャー氏は、「医療提供体制の世界的な潮流は、いわゆる総合病院の数を減らし専門領域に特化した病院を増やす流れにある」という。そのほうが患者のアウトカムが良好になるエビデンスがあるからだ。特に希少な疾患で長期療養を必要とする事例には、良好なアウトカムが報告されている、という。

4つ目及び5つ目のテーマはバックオフィスの機能効率を高めることだ。特にICTの活用を検討している。ICTを活用し効率的な分析、エビデンスの構築そして知見の蓄積をどう強化していくことを重要視している。

5) 市民健康計画

市民への啓発が最重要との認識から、計画始動初年にあたる2017年には、グレーター・マンチェスターは、ポピュレーションプランの一環として、市民健康計画を公開した（図表3）。このリーフレットでは、病後の手厚いサポート情報の提供より、市民の健康を維持する考え方とその取組の大切さに焦点を当てているところが新しい。人生を健康的な状態から始めて健康的に過ごし、そして健康的に年を重ねるといった大切さを強調している。ブルジャー氏は「Shape our place」と表現し、分野横断的に一緒になって集合体となり、健康に関する場所を作る取り組みから着手するという。



図表 3 市民健康計画の概要

6) ウィガン地区の取組み

グレーター・マンチェスターの一員であるウィガン地区では変革アプローチの一環として「The Deal」（図表 4）という取組みを展開している。ウィガン地区では、いち早く成人向け社会ケアの再構築に着手した。公衆衛生領域が地方自治体の管轄も含まれたことを利用し、禁煙や禁酒など疾病予防や、肥満解消など健康的な生活スタイルをできるだけ長くするためのサービスの委託（コミッションング）を地方自治体が取り組むようになった。

また、大きな変革として、社会ケアの利点を生かした予防にも取り組んだ。地域に人を助けるサービスや場作り、そして、そこにケアを必要としている人をつなぐことの奨励である。それを実現するための新しい試みとして、コミュニティの組織に資金を提供するという委託（コミッションング）を始めた。加えて、一般の人のヘルプニーズを減らしていくため、費用科目は労務費や消耗品費等だけでなく、テクノロジーにかかる設備投資も許容したコミッションングにしている。

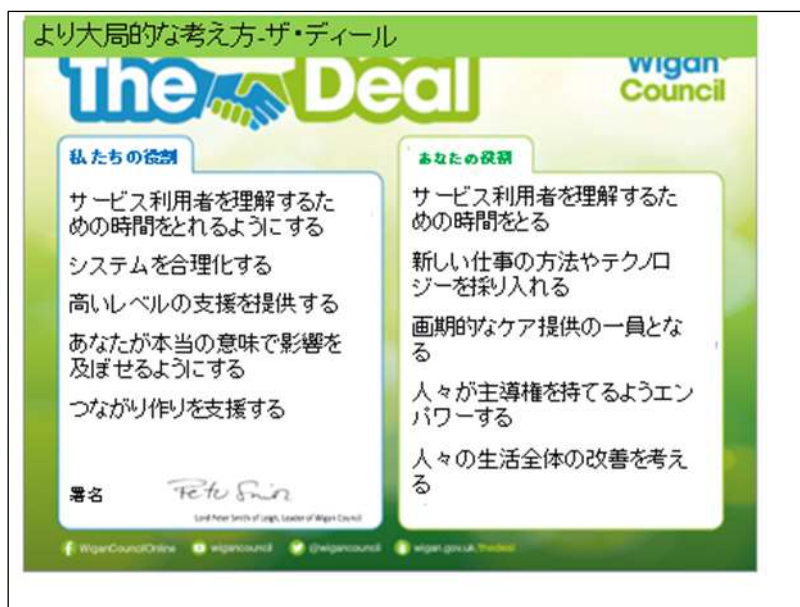
背景

- ・ **社会的サービスに対する政府財源の削減**
- ・ **2014年ケア法- 以下に重点を置いた社会的ケアに関する新法**
 - サービス依存の予防および延期
 - ウェルビーイング
 - 公平でアクセスしやすいサービス、自らのケアをコントロール
- ・ **ウィガンは「The Deal for Adult Social Care and Health(成人向け社会的ケアおよび健康のためのディール)」を策定**
 - 人々や家族のアウトカムを改善
 - 人々や組織と連携した取り組み
 - 大幅な資金節約
- ・ **ウィガン自治体は2011/2012年以降、サービス全体で9,000万ポンド節約した。**

図表4 ウィガン地区が取り組む The Deal の背景

保健医療と社会ケアが具体的に連携した取組には、リエイブルメントがある。従来のケアパッケージを提供する前段において、作業療法士など医療専門職を関与させ身体的な健康とともに well-being の向上を目指したアプローチである。「孤立」や「孤独」を止める方法として、住民が地域や地域資源とのコンタクトをよりとりやすくなるよう計画した。このアプローチでは、「その人にとって何が重要なのか」という問いに答える方針に刷新し、それに資するコミュニケーションや専門的な助言、あるいはサービス・ケアの組み立てを実施する。

しかし、課題はサービス提供側に根付く伝統的な縦割り意識の解消だった。ウィガン地区が目指すリエイブルメントの成功には、伝統的な縦割り意識を解消し、新しい考え方を受け入れた上での相互のパートナーシップが不可欠だった。そこで、ウィガン地区ではこの取組に参画する意思表示を「署名形式」で確認する方法を採用した(図表5)。この方法は従来にないとても斬新な手法だったため、反対者も少なくなかった。



図表5 より大局的な考え方

実際、こういった契約方式に賛同できない職員などは離れていったという。ウィガン地区では、この考え方と方策に賛同した者でリエイブルメント・サービスを進めて、現在では成功事例が生まれ始めている。ところで、異なる職種間で合意形成を図る難しさはよく知られている。その解決策として、民族誌専門家を雇用している。関わる関係者が地域全体の文脈、社会的な文脈、生活上の文脈の中で「その人にとって重要なこと」を理解しやすいようにするためという。

(7) これまでの成果、見通し、懸念

グレーター・マンチェスターは保健医療と社会ケアが統合したこの「Our people, our place.」という戦略を 2018 年の初め発表した。イギリス全体でみて壮大な社会実験といえる。住民の well-being の豊かさを高めつつ、同時に、保健医療・社会ケアにかかる支出の伸びの抑制を目指すことができるならば、各地域が頭を悩ます保健医療・社会ケアの新しいモデルとなりうる。グレーター・マンチェスターは実際に実行段階に移ったことで制度的な制約も認識され始めている。もっと財源に関する更なる権限移譲を中央政府に要望していきたいという。

新しい取組みの持続には常に評価しその取組価値を発信していかなければならないが、社会ケアや地域での助け合いのといったプログラムの成果を適正に評価するにはまだ課題が山積している。医療サービスの治療成果の評価と異なり、生活上での成果をエビデンスにする手法は確立されてない。何らかの定量化を試みるも、プログラム参加者から聞こえる「よかった」「続けてほしい」という実感とかけ離れることもある。サービスを利用した側からの評価と共に、こういった大規模な取組を持続するには議会や経済セクターの協力を取り付けねばならない。そのため、経済波及効果も発信し続ける必要がある。その意味でも高齢者の雇用をサポートする取組効果の重要性が増している。

グレーター・マンチェスターは、地域の繁栄と格差是正のカギを握るのは健康な住民の存在と信じている。

3. グレーター・ロンドンが抱える課題

グレーター・ロンドンは人口 860 万人を超える世界最大規模のグローバル都市であり、様々な文化的背景や暮らしの様式を持つ住民が暮らしている。高齢者人口は増加傾向にありそのスピードはイギリス全体の平均を上回る。2039 年には 1,100 万人に達すると予測されている。また、80 歳以上人口は 88% の増加が見込まれる。問題意識の一つは保健医療と社会ケアを求める需要の増加である。グレーター・ロンドンは、保健医療と社会ケアニーズに適切に対応する体制を整えるため、保健医療と社会ケアに関する権限移譲の覚書を締結してきた。そして、この権限移譲を有効活用し保健医療と社会ケアを統合的に扱うことによって、安心して暮らせる地域づくり、保健医療・社会ケアへの公平なアクセスの実現、それを持続可能にする効率的で効果的なサービス提供体制の構築を、地域の実情に合うように地域単位での実現を目指している。

(1) ランベス区の挑戦

ランベス区はロンドンの南部に位置する。人口はおよそ 33 万人で今後は増加傾向と予測されている。ロンドンの他の地区と比較し、貧困問題が深刻である。労働年齢人口の就業率は 70% を下回る。また大きな特徴として多様性が挙げられる。およそ 40% 弱はエスニック・マイノリティが占め文化や生活様式が異なる住民が住んでいる。そのため、自治体はきめ細かな住民サービスが求められている。一方、比較的若い年齢層が多い地域でもある。短期間だけ在住してまたどこかに移っていくという人口の流入出が激しい特徴もある。ランベス区の高齢者数は増加し続けている。過去 10~20 年の間に寿命も伸び、80 歳代までの高齢者も増えている。そして、一人暮らしかつ孤立する高齢者が非常に多い。

ランベス区の NHS サービスとソーシャルケアを統合している機関（Integrated Commissioning, Older Adults, Lambeth Council and Lambeth Clinical Commissioning Group）でアシスタントディレクターを務める Liz Clegg 氏はランベス区の高齢者を取り巻く制度上の問題をいくつか指摘する。

財政に関しては、ランベス区の保健医療の予算は社会ケアに比べて大幅に上回っているという。また自治体も緊縮財政の方針が続いているため、特に成人社会ケアの予算は常に厳しい状況が続いている。

患者がたどる医療の流れ（ペイシェントジャーニー）の視点からみて、ランベス区は大きな二つの課題を抱える。無用な入院問題と退院後に元の生活を送れない問題だ。まず、無用な入院について、この区に住まう高齢者の多くは、病院や老人ホームやケアホームには入所したくないと考え、できれば自宅に住み続け、家族や友人に囲まれて生活していきたいと希望する。しかし、そういった元の生活に戻ることが困難で、実際には治療目的と異なる理由で入院を延長している患者も少なくないという。そのため、ランベス区では、病院や施設等への早すぎる入院・入所を防止すること、とくに費用が高い入院の防止が重要課題のひとつになっている。一方、退院後の生活問題もある。一般的に入院患者は、退院した後に一時滞在のエクストラケアに移り、そこから自宅のアパートに「戻る」という道をたどる。ここでいう「戻る」とは、例えば、自分一人で朝起きることができて、ATM まで歩いて行ってお金を下ろし、買い物をして、いつものように友人と一緒にランチをとることが出来るという、ごくありふれた日常生活に戻ることだ。ところが、医療職はこの「戻る」という意味そのものを十分に理解していない、あるいは十分に支援する術を持ち合わせていない。その結果、患者は自宅に帰ったとしても、外出するまで回復していないため、入院前と比べて非常に孤

立した寂しい生活を送りがちになる、という。

退院後に元の生活が送れないといった理由もあって、退院後における高齢者の QOL は必ずしも高くない。対策においては、特に、3 つ以上の長期的・慢性的疾患を抱えている人を対象とすることが非常に重要と考えている。一方、こういった社会ケアニーズを支えるサポート体制の強化も同時に重要になっている。その中でも、ケアラー⁷⁾ のサポートが欠かせないと指摘する。子ども世代が、就労と自分らしい暮らしを維持しながら、ケアニーズを持つ親や祖父母と同居せずに日常的なケアに従事できるか、その支援のあり方の重要性が増している。そのため、ケアラーをサポートする観点から、地域資源を開拓しなくてはならない。前述のとおり、若い世代の多くはこの地区にそう長く住み続けるわけではないが、短期間でもボランティアを希望する若者も実際にいる。また、若い起業家には起業して培ったスキルをなんらかの形でコミュニティに還元したいと考える前向きな若者も少なくない。そのような地域貢献志向の若者を地域資源の一員に迎え入れる体制をいかに構築できるかも行政側の重要な課題となっている。

(2) 統合モデル

ランベス区は「Lambeth Together」という地域戦略を立て社会実装を進めている。この戦略計画は、ランベスで暮らす人や働く人にとって、保健医療サービス側と社会ケア側が十分に参画し合っているシステムを目指している。このネットワークによってランベス区に住まう住民は、保健医療、社会ケア、ボランティア・サービス、患者団体に繋がりがやすくなる。そして、この統合システムの成立を目指すうえで実行すべき 3 つの柱を立てている。第一は「The Lambeth Together Way」は、保健医療や社会ケアで働く人々が地域の人々そのものや彼らの暮らしに焦点をあて多様性を包含する文化を築くことを目指している。次の「The Delivery Alliances」は、サービス提供者同士が連携できる場を作ることを目指している。そして、第三の柱は「Lambeth Together Strategic Alliances」だ。保健医療サービスと社会ケアがひとつの財源を通じひとつのシステムとして機能するよう、関係者同士が協働し管理できる環境を創り上げることを掲げている。

(3) 取り組み

1) 全体像

ランベス区では、保健医療と社会ケアの統合を進めているが、保健医療側の主たるプレイヤーは、NHS ファウンデーション・トラストのような大手病院トラスト、メンタルヘルス機関、CCG (Clinical commissioning Group) そして GP といった機関である。ランベス区ではより統合された整合性のある仕事のやり方が必要だということで、2014 年からこの方向で力を入れている。融合し統合されたケアシステムのことをランベス区では、「Lambeth Together」と呼んでいる。統合したサービスの対象像は、主に 3 つ以上の長期的・慢性的疾患を抱えている方だ。その他、高齢者や複数の長期的疾患を抱えた方だけではなく、児童やメンタルヘルスの部門も統括するという試みである。統合に向けた初期段階を経て今後の目標は、「Alliance Contract Mechanism」を掲げた。複数の部門が連合体として契約を結んでプロジェクトを進めていくことによって、予算の流れにも柔軟性を持たせる発想だ。

さて、保健医療と社会ケアの統合した取り組みについて、現在進めている取組み例を挙げると、第一にリエイブルメントがある。治療目的以外の理由で入院が継続しているケースについて多職種・他部門間で結成されたチームで対応する。社会ケア部門の重点的な取組みであ

る。リハビリテーションと社会ケアを合わせたモデルであり、「してあげる」のではなく、「共に努力をする」ことを促し支えるプログラムだ。

2つ目は、住宅と社会ケアのジョイントプロジェクトで、合計 360 室の「エクストラケア」というアパートを用意している。ケアホームではないが、24 時間体制で施設内にケアスタッフが常駐しているシステムである。

最後は、医療部門について、転倒防止に注目している。定期的な運動によって転倒を防止することができるというエビデンスがあるので力を入れた。

2) 役割分担

ランベス区の行政機関は保健医療と社会ケアのサービスがうまく組み合わさるように調整機関の役割を果たしている。また、社会ケアを直接的に提供する役割も担うが、それは委託等によって他の団体等からサービス提供してもらうことも多い。

NHS ファウンデーション・トラストはメンタルヘルスの機関や、CCG そして GP といった 3 つの機関を統合する立場にある。この三者の統合と調整役を担うことによって、3 つ以上の長期的・慢性的疾患を抱えている方を対象にした取組に力を入れている。例えば、情報の共有がある。保健医療と社会ケアを必要とする住民の多くは、問診などで医療専門職や社会福祉の専門職から同じ質問を受ける。専門職にとっては 1 回限りの質問だが当人にとっては繰り返し同じ回答をしなくてはならず無駄が多い。また同じ質問に答えるために、「それぞれの専門職を訪れる」外来アポイントを取得しなくてはならないが、この手続きが非常に煩雑だ。そこで、異なる組織間で情報を情報共有しナビゲーションすることによって、サービスを受ける住民側にとって無駄な努力を省いていこうとしている。

ランベス区の CCG は NHS Lambeth である。保健医療サービス側であり 2013 年にプライマリケアトラストの後進として生まれた。選択的な病院サービスや早期診断あるいは地域保健サービス、メンタルヘルスサービスなど提供する。ケア統合の観点からは、特に、子どもとその家族、メンタルケアそして成人や高齢者向けのサービスについて重点的に進めている。

サービスユーザーの体験を情報として公開する役割を担っているのは Healthwatch Lambeth だ。中央政府から予算を得て、カウンシルと提携し、ケアシステムの体系づくりに参画している。地域のパートナーシップである健康・福祉委員会の一員であり報告義務もある。この団体は、その地域のすべての公的な保健医療及び社会ケアに関して、現場や利用者の声を記録する義務を負う。専門の監査委員会でもなく、アカデミックな団体でもないため、一般的には専門的な知識を持っていない。ユーザーの体験を記録することとその情報を通じたユーザー支援を目的としている。このようなユーザー側団体が地域計画に参画するメリットは、ユーザー側からフィードバックをシステムの改良に反映でき実効性を担保しやすいところにある。特に、管轄の異なるサービスを統合するため制度間の違いもある。また、対象も子どもから高齢者まですべての年齢層を包括している。分断化した制度の谷間を埋めるシステムづくりや運用設計に対し助言を与える役目とあってよい。

AgeUK Lambeth はコミュニティ活動やボランティア活動を実際に提供する役割を担っている団体の一つだ。具体的なサービスで言えば「ゲートウェイ・サービス」があげられる。住民が AgeUK Lambeth に最初にコンタクトをとった時に提供されるサービスであり、SAIL (Safe and Independent Living=安全で自立した生活) サービスとも呼ばれる。このサービスには、GP からはもちろんのこと、専門医やソーシャルワーカー、他のコミュニティ組織

から患者やケアを必要とする住民の紹介が集まる。SAILにおけるAgeUK Lambethの役割は、利用者に現状を自覚してもらい、目標を定め、そこに到達するためにどのような支援を提供できるかを共に考えることを基本としている。

(3) これまでの成果、見通し、課題

保健医療と社会ケアの統合の成果は統計的に観察できる域に到達していないが、成果と思える事例が現れる段階に入った。リエイブルメントでは、医療専門職であるリハビリテーション専門職が社会福祉士等と連携を図り、無用な入院延長を解消し、しかも自宅に戻った後も、3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月と、再びその病院に入院する必要がなく、自立した生活を継続することが可能となった例がある。住まいとのジョイントプログラムでは、エクストラケアの活用促進にてケアホームや老人ホームへの入所者が大幅に減少している。転倒予防対策では、転倒して入院する患者の数が激減し、腰の骨を折って長期的・慢性的にケアが必要な患者数も大幅に減った。相当の費用対効果を認められると考えられている。

今後の課題では、横展開をいかに進めるか。まず成功事例から般化した知見を構築することであり、他の小地域でも実装可能か模索していく必要がある。提供体制の課題では「スモールポケット」と呼ぶ統合チームの数を増やしていくことだ。患者や家族をチームに加えていくこともこれからの宿題になっている。またチームの種類も増やしていく必要がある。現在は転倒予防チーム、入院予防チームそして神経外科医を含んでいるチームなど保健医療に近いチームができていますが、今後は社会ケアにより近いチームも求められる。その一方、提供体制づくりにはコスト意識も欠かせない。小さな地区別チーム、より規模の大きいいくつかの地区を同時に担当するチームといった機能性を考慮したチーム体制作りが要するという。専門職間の連携もより密にしていく必要がある。ランベス区の特徴は、シニアマネジメントレベルのメンバー間において、共通したビジョンが共有されていること。つまり、チームとしてのコラボレーション能力が非常に高いという。一方、マネジメントレベルで共有しているビジョンをフロントラインのスタッフにどううまく伝えるかということと、すべてのレベルそして部門のスタッフ及びユーザーのニーズに応えるようなプランを構築することだという。現在も悪戦苦闘し何度も再構築したフレームワークを作ってきたが未解決のままである。

個人の技能や認識における課題としては、ケアを必要とする住民とのコミュニケーションの質を上げること。例えば、本人が「リハビリテーションをやらないといけない」と思うような主体的な態度を引き出せるか、また、「〇〇〇があるときではないか」と身体的にも社会的にも健康回復に向けてなすべきことを前向きに認識できるように誘導できるかだ。関わる者には「できないことを明らかにする聞き取りではなく、どうすれば出来るか引き出す対話」を重視したコミュニケーションスキルが求められる。保健医療・社会ケアを統合したシステムを維持する別の課題は規範的な統合である。保健医療との連携においては、特に病院は一旦確保した予算を減額される可能性を危惧するため、従来の縦割りを越えた連携を躊躇しがちだ。指揮命令系統が複雑化している影響をどう紐解くかも重要だ。システムに関わる部門のメンバーは、それぞれ個別に所属先から賃金が支払われているので、所属先の考えや独自の方法をとらざるを得ない。したがって今後は、システムの文化そのものを変え、新たな考え方を推進していく必要が指摘されている。近年、ランベス区ではコミュニティリーダーやボランティアの方々も含め、60名のスタッフを様々な部門から呼び寄せてトレーニングキャンプを実施するなど人材育成にも力を入れている。

4. まとめ

(1) well-being を高めるビジョンと予防重視の目標設計

グレーター・マンチェスターのウィガン地区やグレーター・ロンドンのランベス区は well-being を高めることを上位目標とし、その対策として「予防」に重点を置いている。理念や目標の設計段階において、住民個人の疾病を引き起こしうる問題、介護を要する問題、そして社会や近隣と没交渉になってしまう問題など多様な問題を個別に論じることなく、同じテーブルで取り扱っている。このプロセスは、伝統的な行政手法に照らせば極めて新鮮といえる。

(2) 分野横断的に取り組む煩雑さや手間を引き受ける覚悟

実行計画の多くは、保健医療サービス、社会ケアあるいはコミュニティとの接点づくりが融合されている。しかし、一般的に言えば、ステークホルダーが多く関与する複合的な計画は、サービス提供者側の抵抗に合いやすい。また、新しい取組には誰もが不安を覚えやすく、調整にかかる煩雑さや手間も付随する。したがって、実効性に懸念を残す計画となりかねないが、二つの地域ともこれらの負担と向き合い時間をかけ計画を着実に進めている。分野横断的に取り組む煩雑さや手間を引き受ける覚悟が見てとれる。

(3) 保健医療と社会ケアを統合可能にする予算面での権限移譲

保健医療と社会ケアを統合したシステム作りを目指せる背景には、権限移譲があったからに他ならない。特に、保健医療と社会ケアの予算も統合的に活用できたことは、統合的なサービス提供体制の構築に大きく寄与していると考えられる。

(4) 地域診断と解決方法の相談の段階からの地域やコミュニティの巻き込み

保健医療あるいは社会ケアのニーズ解消に向けては、従来であれば、行政機関が地域課題を特定しその解決法を計画し実践していた。しかし、統合システムの新しい試みでは、地域課題の発見と解決方法を相談する段階からコミュニティや地域を巻き込んでいる。また、既存の団体や行政機関はコミュニティが関与しやすいよう行動を変容しようとしている。

(5) 地域やコミュニティ単位への予算配賦、試行錯誤を奨励しやすい要件設定

ウィガン地区では地域やコミュニティに予算配賦がなされている。また、その予算の用途も比較的自由であり、地域における試行錯誤を奨励できる要件になっている。

(6) 社会参加や元の生活に戻るリエイブルメント・サービスの重視

リエイブルメント・サービスが、早すぎる入院や治療目的ではない入院の長期化の予防効果をもたらす可能性が高まっている。なぜ早すぎるのか、なぜ入院が長期化するのかという医療制度上の問題を、自宅での生活維持の難しさに見出している点が新しい。その対策として、リハビリテーション専門職と社会福祉士あるいはコミュニティがチームを結成し、ケアニーズを抱える住民の生活の再設計に取り組んでいる。このチームアプローチは、専門的なアプローチを通じ問題要素を個別に解消し積み重ねるといいうゆる医学モデル型というより、地域資源を総合的に活用し出来ることを増やし元の生活に戻る生活モデル型のアプローチと考える。ただし、この生活モデル型のアプローチは特に医療専門職にとって馴染みが薄く戸惑いを覚えやすい。これからの人材育成上の課題のひとつといえる。

(7) 専門職等を地域全体の資源として活用しやすいルールの整備

リエイブルメント・サービスのように、ケアニーズを有しても自分らしく地域で暮らしていけるための環境整備や外部サポートには、専門職や行政関係者の関与は欠かせない。彼らはいわば「貴重な地域資源」といえる。しかし、現状では、自身が所属する法人や団体の規定やルールに従わなくてはならない。統合したサービスを提供するシステムを推進・深化させていくには、個別の法人ごとの規定を超えた地域全体のルールをいかに設定するかが重要な課題になっている。

(8) 費用対効果を含む多様な視点から評価できるテストバッテリーの確立

多様なステークホルダーが関与し様々な部門から財源が集まるため、この統合的な取組みを持続するには、well-being や QOL の評価あるいは費用対効果等の観点から検証されていかねばならない。エビデンスに基づいた評価が可能なように、テストバッテリーの確立が求められている。

(9) 成果研究と社会実装モデルの探究を一体的に議論する場作り

また、いずれの地域も医学研究者だけでなく社会科学や人文科学の研究者、そして建築や都市整備に関連する実務者等が関与している。成果研究と社会実装モデルの探究を一体的かつ効率的に議論する拠点が求められる。

【注】

- 1) [Office for national Statistics, 2019]
- 2) [Ministry of Housing, Communities and Local Government, 2018]
- 3) [Local Government Association, 2017]
- 4) [Government Office for Science, 2015]
- 5) 女性の場合はオールダム 022 地域とストックポート 041 地域の比較に基づく。
- 6) Greater Manchester Centre for Voluntary Organization の略称。
- 7) ケアラー (carer) には有償で介護サービスを提供するスタッフを含む場合があるが、ここでは、家族介護のようなインフォーマルにケアを担う人々を指す。

Ⅲ. オランダ

Ⅲ. オランダ

1. ソーシャル・ヴァイクチーム (SWT) と地域のボランティアな力との連携

ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員 澤岡詩野

1. ソーシャル・ヴァイクチーム (社会近隣チーム) の役割とは？

2013年に国王が「国家に頼る福祉国家から、参加型ネットワーク社会への変貌」を宣言したオランダでは、国による医療保険や介護保険などの制度ありきではなく、家族や近隣、ボランティア組織によるインフォーマルサポートを前提にした社会に変貌しつつある。この価値変換、パラダイムシフトともいえる動きを、今回の調査に協力いただいたレリスタットの福祉施設スタッフは以下のように説明する。

「オランダ人は、何十年間も『ケアは貰えるもの』という感覚が身についていた。今はどこへ行っても、本人に何ができるかということを最初に聞かれる。そして、個人的なネットワーク（友人や家族）がない場合は、ボランティアがどのくらいできるのか、また、もしボランティアが難しかったら、グループを集めて何かできないか。それでも難しければ、初めてプロの有料のケアを受ける、という仕組みになっている。」

この実現に向けて大きな役割を果たしているのが、2013年頃から自治体によって設置された「ソーシャル・ヴァイクチーム」といえる。国家が担ってきた介護保険（AWBZ）から、社会サービス法（WMO）による自治体への分権化が進む中で、今では9割以上の自治体でソーシャル・ヴァイクチーム（以後、SWT）が設置されている。その役割は、地域で活動するボランティア組織、NPO法人、在宅ケアに関わるサービスを提供する事業者をつなげ、本人の生活課題を解決するチームとして機能させることといえる。対象領域は、高齢者や障がい者のみならず若者まで、病気が直接的な原因の問題、ゴミ屋敷、虐待、貧困、失業、住宅まで、生活に関するありとあらゆる課題に対応している。

これらの課題を解決する為に、地域看護師や精神保健専門のソーシャルワーカー、在宅ケアの事業所など、個々の専門分野で培った長い経験をもち、広い視点で対応が可能な「ジェネラリスト」が働いている。この他に、自治体により構成は異なるが、警察や学校、住宅協会などとも連携しており、市民にとっては気軽にフラッと行けるワンストップの窓口となつつある。近年では、市役所などに、サロンを開く為の場所探しから、隣近所の騒音、道路の舗装が剥がれているまでのよろず相談窓口「ヴァイクポイント」を設置し、喫緊の生活課題を抱えていない（ように見える、本人が課題に気付いていない）市民にも SWT を身近な存在にする為の取り組みが進められている。

また、少しずつではあるが、福祉的な処方を行う SWT の存在に理解を示し、患者を積極的に地域に紹介する家庭医（以後、GP）が増えつつある。今回の調査で訪問したレリスタットの福祉施設「Welzijn Lelystad」では、同じ建物内にある診療所の GP が、患者の頭痛の原因に精神的・心理的問題（借金問題など）が考えられる場合、医療的処方に固執せず、SWT の処に患者を紹介していた。この GP は、この紹介を「温かい紹介」と表現し、以下のように説明している。

「患者は様々な理由で GP に来る。人によっては大きな借金があり、心労を抱えている人もいれば、怖くて外に行く勇気もなく孤立してしまっている人もいる。こうした問題を抱

えた人の多くは、処方箋と紹介先の電話番号を渡しても自分では電話をしないし、隣人にも頼まない。そこで、私たちの場合は、直接 SWT に紹介する。そして、彼らはそれぞれに適したジェネラリストによるアドバイスを受けながら、前に進むことができる。」

「頭痛がすると言って GP に来る女性患者の中には、病気の夫を何年も介護していて、その夫の死後、社会的なコンタクトもなくなって完全に孤立してしまった、というケースがよくある。ある女性は、SWT に紹介した後、とても活発になった。彼女は、クッキングクラブのメンバーになり、ボランティアとしても大活躍しており、友人もたくさんできて、GP に頭痛の相談に来ることは一切なくなった。」

このように精神的な痛みが肉体的な痛みとして現れる症状に対して医師が行う「welfare on receipt (処方箋つき福祉)」は、オランダでもようやく広がり始めた考え方といえる。

2. 「多少の支援が必要な人」を地域につなげる

SWT で働くジェネラリストの一人は、チームで行ったアンケート調査の結果から、高齢層についていえば、処方箋つき福祉を必要とするのは、医療的な支援のみを必要とする人よりも増えていることを指摘している。SWT の大きな役割は、福祉的な「多少の支援が必要な人」を、住民やボランティア組織といった地域のインフォーマルサポートを見つけ出し、つなげることといえる。その際に SWT は、遠方に住んでいたり、仕事で具体的に関わることが難しい子どもや家族も除外しない。一緒に必要なサポートを考えるなど可能な範囲で巻き込み、支援が必要な本人のソーシャルネットワークの強化をはかっている。

SWT の具体的な動きとして、本人や遠方に住む家族や近所、GP などから寄せられた「多少の支援が必要な人」の課題についての相談が寄せられた家庭を訪問する。本人との面談から、抱える課題を整理すると同時に、生活環境や今できている事、価値観までを把握したうえで、ジェネラリスト同士だけではなく、住民とその地域のプロによる地域ミーティング(ヴァイク・ミーティング)を組織し、解決方法について一緒に考えている。このプロセスを通じ、家族や地域のボランティアな力を巻き込み、本人とつなげていっている。

その際に重要視しているのは、既に本人が持っている日常的な地域とのつながりに目を向けることといえる。調査を行ったレリスタッド市の SWT で働くジェネラリストが挙げた事例を紹介する。

「ある女性が、SWT に身体的な疾患のために家事支援を依頼した。そして SWT のメンバーが訪問をしているときに、たまたま知り合いの人が訪ねてきて、服の繕い物の依頼を大量に持ってきた。本人は、近所の知り合いに頼まれて繕い物をよくやっている人であった。そこで、SWT のメンバーは、その近所の人に、『あなたはこの方に繕い物をお願いしているが、あなたはこの方に何ができるのですか』という会話になった。その人は、無料で服を繕ってもらう代わりに、訪問のついでに掃除を無料ですることになった。」

また、本人につながりが見当たらなかった場合、地元のボランティアな組織につないだり、課題を抱える本人同士が支え合える活動の場づくりや、その活動を継続していけるための専門職(理学療法士など)を派遣するといったコーディネートを行っている。具体的な事例として、以下が紹介された。

「クッキングクラブ。このクラブは高齢者が多く、60 歳から 90 歳ぐらいの人が参加している。1 グループあたり 7 人から 10 人で、男女混合、ほとんどが独り暮らし。普通は、SWT メンバーが家庭訪問をした際に、このような市民のクラブがあるという情報を提供

し、入会する。材料費は一人当たり 2、3 ユーロ+補助金の範囲内で皆で話し合い、メニューを決めて自分たちで作り、一緒に食べる。」

「このクラブの素晴らしい点は、どの場面でもコミュニケーションが発生するので、このグループの中からさらに自発的に散歩グループが生まれたりしていることだ。誰かが迎えに来てくれないと通うのが難しい人がいるとわかると、お互いに迎えに行ったりして、散歩グループができたりしている。このようにして、クッキンググループから新たに散歩グループが誕生したことを理学療法士に報告すると、その理学療法士は、『最初の 1、2 回は私が一緒に行って、安全な歩き方などを指導しましょう』という話になった。」

この二つの事例に共通するのは、SWT で働くジェネラリストが本人の課題を解決する際、まずは本人の力に目を向け、それを起点に地域のボランティアな力とつなげていることといえる。さらに、これらの事例に共通する点は、本人のウェルビーイング向上にとって必要なソーシャルネットワークを強化できた時点で、SWT の関与が終わることといえる。

3. 最終的に目指すのは「コミュニティビルドアップ」

前項で紹介した一つ目の事例で SWT が実現させたのは、家事支援を依頼した女性が近所に繕い物を頼まれていることに目を向け、繕い物の代わりに掃除をしてもらうという互助的なつながりに展開させたことといえる。また、二つ目の事例では、孤立しがちで食に課題を抱える独り暮らし高齢者に、食事の宅配サービスを紹介するのではなく、同じような課題を抱える人のクッキンググループにつなげることで、依存ではなく、互助的なつながりを創り上げたことといえる。さらに、二つ目については、クッキンググループから誕生したウォーキング・グループに専門職をつなげることで、本人を中心にビルドアップしたコミュニティを持続可能なものとするための支援をおこなっていた。

さらに、今回の調査でインタビューを行ったなかで語られたのは、一つの世代や抱える課題で区切らず、多世代、地域に住む人全員をつなげるという視点であった。いずれの層を対象とするかは地域の課題に応じて異なるが、SWT を中心に、それらをつなげる為のきっかけづくりを積極的に行っていた。クルンダート市の福祉法人「Surplus」が自治体の委託で運営する地域ハウス（ヴァイクハウス）では、多様な人がふらりと立ち寄れるコーヒータムや、高齢者を対象にした食事会など、多様なアクティビティがボランティアの手で行われている。ここに、精神的に課題を抱える少女たちが集まる場を設けることで、アクティビティに関わるボランティアだけではなく、課題を抱える多様な地域住民との接点が生まれ、社会的統合につなげることを目指していた。ここから、併設の高齢者住宅に住む一人暮らしの住人を若者が訪問するなどの展開を期待しつつ、地域ハウスのコーディネーターでもあり、SWT の一員でもあるスタッフは以下の様に述べている。

「できるだけ私たちが支援しようとしている人たちを巻き込んで、ここに来てもらってアクティビティに参加してもらおうという努力だ。若者、高齢者、弱者、その中には元気な人もいるが、とにかく全員を巻き込んでここでのアクティビティに携わってほしいと思う。」

ボランティア同士、ボランティアと課題を抱える人、課題を抱える同士など、多様な地域の住民を SWT がつなげることで、個々人の力を引出し、生きるためのコミュニティをビルドアップし、それが地域社会を安心安全で豊かなコミュニティにビルドアップしている姿が明らかになった。

2. 福祉組織のガバナンス（組織・財政）

NTT データ経営研究所 先端技術戦略センターシニアマネージャー 吉田俊之

人口構造の高齢化と個人の長寿化の影響、そして社会保障費用の増大と財政健全化の圧力を受け、医療や介護そして社会福祉のあり方を見直し始めている流れは世界的な動向だが、中でもオランダは諸国に先駆けて福祉国家であることを止めると宣言した。そして、近隣の助け合いやボランティアを通じた互助や社会参加を通じて介護リスクに備え、同時に緊縮財政を図る方向へと明確に舵を切った。2007年には社会支援法を成立させ、社会福祉法や障害者法そして長期療養・介護サービスの一部を統合した。さらに、2015年には、医療と福祉の統合に更なる拍車をかけた。こういった法的な対応によって、地方自治体は限られた予算の中で、介護や生活支援あるいは福祉のサービス提供体制に責任を負うことになっている。2018年現在、地域を巻き込み住民参加型のサービスの構築は部分的に進んでいるものの、多くの自治体は未だその方策を模索している。先進的な取組も横展開可能なモデルにまでは成熟していない。これから紹介する Surplus や Coloriet の取組みも完成形ではなく、進化の途上にある。しなしながら、これらの事例を通じて、中央政府主導の社会福祉・介護保障政策から地域主体に政策転換する利点はいくつか垣間見える。

本稿では、実際にサービスを提供する事業者のガバナンス機能に着目する。一般的に、営利企業のガバナンスの目的は適切な経営の確認だ。つまり、経営者のモラルハザードが働いていないか監視するわけである。利益の最大化や企業の持続可能性に向け、効率的な経営資源の配分がなされているか、そして無駄のないプロセスが踏まれているか検証される。株式会社であればその監視役は主に株主や市場が担う。一方で、介護や社会ケアは準市場であることが多く、またサービスを提供する団体も株式会社ばかりではない。株主や市場に代わる監視者がいなければ健全な経営を担保することは難しくなる。また、介護や福祉サービスは利益最大化を目的としない非営利であるため、経済合理性とは異なる視点でも監視する必要がある。医療サービスには及ばないが、介護サービスや社会ケアも情報の非対称性が比較的に強いサービスに分類される。サービス提供側にモラルハザードが働けば、サービス利用者や資金提供者は思わぬ不利益を被りかねない。その問題意識から、介護サービスや社会ケアであっても独自のガバナンスのあり方を検討する意義がある。特に、地域やコミュニティを巻き込んだ予防やサポートを提供するサービス事業者が適正を確保するガバナンスの分析検討は少ない。住民参加型のケアやサポート提供において先進国であるオランダでは、福祉組織のガバナンスがどのように設計されているか。ケアやサポートを提供する非営利団体を例に取りその特徴の把握を試みる。そして、得られた知見を踏まえ、本邦における地域やコミュニティを巻き込んだ介護予防あるいは生活支援モデル展開時の、適正な提供体制を担保するガバナンスの構築にむけた一助とする。

1. 福祉財団 Surplus

(1) 法人種別と事業概要等

Surplus は公益性の高いサービスを提供する地域団体で公益法人格を有する。ANBI 機関¹⁾として登録されているため、贈与税や相続税は発生しないなど税制上の優遇措置を受けている。寄付者も一定の控除を受け取ることが出来る。この財団は、複数の財団と合併を繰り返して成長し続けて創立より 100 年を超え、オランダの広範囲で社会福祉に関するサービスを提

供している。法律上は、株式発行は禁止されているため主な収入源は自主事業の売上、地方自治体等からの委託そして寄付等に依存する。利益剰余金については、使途不明な積み立ては許されない。利益に相当分は定款に定めた事業に還元することが求められる。Surplus の主な事業は福祉、介護そして生活支援、地域との繋がりづくりの提供である。対象も高齢者から若者と幅広い。介護の事業をみると、施設や住まい系サービスでは、特別養護老人ホームや居宅介護センター、サービス付き住居やケアホテルの運営をおこなう。また、自治体の在宅支援を受託しサービス提供を担うなどしている。

(2) 組織構造

上位に監査委員会を設置し取締役会の経営が事業は適正に進められているか監視している。監査委員会のメンバーには市長や病院長あるいは大学教授など公益に資する立場の者が委員を務めている。監査委員会の下に取締役会があり法人経営を担当している。

(3) ミッションやビジョン

顧客と共にと一緒になって、社会的なネットワークのサポートを受けながらも本人がまだ自身でできることを確認することを大切にしている。特別なケアやサポートを必要とするすべての人に設備を提供し、必要に応じて専門的な設備を使うと宣言している。また、人生のあらゆる段階においてすべての人々のために尽くすことをモットーにしている。そして、意識的に顧客に近づきコミュニケーションを図るとしている。

(4) 従業員等

Surplus では約 3,000 人の従業員を雇用し、2,000 人以上のボランティアが顧客のために活動している。ブラバントの西地区と中央地区で約 100 万人の住民にサービスを届けている。

(5) その他のガバナンス方法

年次報告書を作成し毎年公開している。内容は組織運営体制や財務諸表のほか、主要や取組内容や外部環境変化のリスクに対する将来的な対応など掲載している。

品質の維持向上のために、第三者機関に調査を依頼し 2 年に 1 度の評価を受けている。また、その結果を公開している。

保健省などによる衛生管理や感染予防等の調査報告や視察訪問の結果を公開している。

顧客や従業員、そしてボランティアの個人情報の取扱については、プライバシーと情報セキュリティの規定を公開している。

自主的に策定する品質管理の計画を公開している。

内部告発者の取扱方針を策定するなどして内部通報手続きを公開している。

(6) サービス事業のガバナンス : Surplus が運営するケア事業所、Mauritshof 住宅団地

オランダ南部に位置する北ブラバント州に属する自治体ムールダイク (Moerdijk) にはおよそ 37,000 人が暮らしている。そのうちに 6,500 人規模のクルンダート (Klundert) の町がある。Surplus が運営する Mauritshof 住宅団地はこのクルンダートにあり、53 の一般アパートとサービス付き住宅 3 棟がある。この住宅団地は 2015 年に開発された地域だ。この地域に Surplus が進出してくる際、「ケアが必要としている住民が安心して住め、ケアも受けやすい地域にしたい」という思いのもとで開発が進められた。開発したサービス付きの住

宅には、自宅での一人暮らしが難しく 24 時間の見守りやケアを必要とするなど、長期介護 (WLZ) の認定があれば入居できる。また、この一角で、地域の住民やボランティア、専門家あるいは団体が集まる近隣の集会所のような役割を果たす「地域ハウス (Huis van de Wijk)」という拠点を運営している。単なる高齢者向け施設の役割を果たすだけでなく、出来るだけ自分の自宅に住み続けてもらえるような地域ハウスを作ろう、という明確な意思があったからだ。

「こんにちは、よくいらしたわね」：気軽に立ち寄ってもらい困りごとを集める

この地域ハウスは誰が立ち寄っても受け入れられる。地域の高齢者だけでなく、若者も集える。施設の入所者やサービスの利用者のみが使用する専用スペースではない。入り口で「こんにちは、よくいらしたわね」と声がかかり誰でも足を踏み入れてよい。住民の立ち寄りを積極的に促す目的は単に地域活性化に貢献したいからではない。地域で起こっている困りごとや気づきを集めたいという明確な意図がある。「隣の人がちょっと気になるのよ、なにかケアがいるかもしれないわ」、「ここ 2、3 日見かけてないし、変なおいもする、私はどうしたらいいのかしら」、「最近、友達が亡くなって私自身が寂しい、おしゃべり相手がいらないかしら」こういった何気ない不安や困りごとを集約し、適切なケアやサポートにいち早く繋げていきたいと考えている。

つながり

地域ハウスではアクティビティも提供され、交流を持ちたい人ならば誰でも参加できる。朝食を食べたい人が集い合ってもいい。お昼ごはんを持ち寄りおしゃべりしても構わない。また、地域ハウスはボランティアをする場でもある。アクティビティの準備や先述の朝ご飯の準備などもある。もちろん、一緒に作り一緒に食べてもいい。サービス提供者と受益者の関係が曖昧な「互いに助け合う」関係がここでは歓迎される。また、単なる交流に止まらず専門家や団体との接点を作る場としても機能している。ヴァイク (地域、近隣) シスターと呼ばれる特別な教育課程を経た地域看護師が常駐し、アセスメントを踏まえて医療や福祉あるいは地域のコミュニティと繋げていく。Surplus はこういった場の提供を通じて、住民がお互いに出会い、他の誰かから何かを学び、助けを求めたり提供したりし、そして近隣の生活の質は高まると信じている。また、高齢になっても、あるいは認知症になっても暮らしやすくする知恵や工夫そして新しい助け合いや頼り合いが生まれる「開発の場」として機能することも期待している。なぜなら、この集会的な機能である地域ハウスそのものが、地域で生まれ自治体と Surplus のパートナーシップにより創り出されたサービスに他ならないからだ。

困りごとシグナルをキャッチするヴァイクシスター (地域看護師) を中心としたチーム体制

この場所にはヴァイクシスターを中心に、ソーシャルワーカーや自治体からの役員、公団住宅の職員がいる。そして、ボランティアの人たちが常時出入りしている。彼らはサービスやサポートの提供も担うが、彼らが言う「弱い人たち」を見つけ、困りごとのシグナルをキャッチする役割を担っている。関係者の誰もが困りごとのシグナルをキャッチした後は、ヴァイクシスターに情報が集まる。シグナルを発する住民が当該拠点のサービスに登録されているかあるいは関わりのある近しい住民なのかをまず調べる。そして医療的な課題があれば家庭医に繋いでいくこともある。しかし多くのシグナルは、マントルケア (Mantelzorg) と

呼ばれるインフォーマルなケアに繋ぐことで収束することが多い。身体的な介護や看護あるいは医療的なリハビリテーションのニーズというより、シグナルの多くは日常的なちょっとした困りごとや虚弱の予兆であることが多い。問題が大きくなる前に早期発見しネットワークを生かして問題の芽を摘み取っていくのがこのチームの重要な役割である。

その他、このチームは、難しい福祉医療情報を咀嚼してわかりやすく高齢者に伝える、という機能も果たしている。地域住民は、医療福祉等に関する専門的な情報でわからないことがあれば、いつでもこの場を訪れ、気軽に助けを求めることができる。

ヴァイクシスター

ヴァイクシスターの基礎職種は看護師である。卒後教育や研修を経てレベル5の最高認証を受けた後、追加教育を通過したものがヴァイクシスターを名乗ることができる。ヴァイクシスターは、医療職種として看護業務を実践する専門スキルを持ちつつ、「ヴァイク（地域）」を冠する通り地域の中で起きる困りごとへの対処に精通する高度な資格といえる。ヴァイクシスター達の評価の切り口は「目の前の高齢者は自分で何が出来るか」から始まる。そして、この人にどのようなインフォーマルケアが繋がっているかなどを把握していく。場合によっては住環境の不備に原因がないかまで分析する。例えば、入浴ができないという問題は必ずしも本人の虚弱によるばかりではない。高齢者になると「シャワーからお湯が出ない」ことに適切に対応できないだけで風呂に入れないこともある。健全な成人の視点では見落としがちな些細な視点からも問題を洗い出していく。その後、必要に応じてマントルケアや家庭医に繋ぐ。ときには、理学療法士などのリハビリテーション専門職などに繋ぐこともある。ここのヴァイクシスターは在宅介護支援センターの業務ばかりでなく、自治体の依頼の元、ソーシャル・ヴァイクチームの一員として在宅での訪問もこなしている。

ヴァイクシスターはまた、インフォーマルケアに関わるボランティアの状態も観察している。マントルケアの人たちも疲労が蓄積し活動のモチベーションが低下してくることもある。Surplus では、レスパイトの必要性の判断もヴァイクシスターが担っている。

品質コントロール

保健医療と社会ケアの専門職そして、インフォーマルケアを担うボランティアとで地域や住民の困りごとを漏らさずキャッチする体制を整えている。また、キャッチしたシグナルから適切な資源に繋げ収束を図る役目をヴァイクシスターが担っている。このように、日常的な実践においてはチームアプローチと地域を専門とする看護師の働きにより質を担保している。一方で、彼らは年に一度「キューマーク」といわれる品質審査を受けている。審査機関は行政組織からも独立した外部機関であり、積極的に第三者評価を受け、質を高める努力を続けている。興味深いことに、キューマークの審査員には、家庭医、ソーシャルワーカーのほかにはボランティアも含まれる。

2. Coloriet

(1) 法人種別と事業概要等

Coloriet も Surplus と同様に、リハビリテーションを含む公益性の高い医療サービスや介護サービスなどを提供する地域団体で公益法人格を有する。ANBI 機関として登録されているため、贈与税や相続税は発生しないなど税制上の優遇措置を受けている。寄付者も一定の控除を受け取ることが出来る。この財団は、複数の財団と合併を繰り返し成長し続け創立よ

り 15 年を迎え、医療、介護そして社会福祉に関するサービスを提供している。法律上は、株式発行は禁止されているため主な収入源は自主事業の売上、地方自治体等からの委託そして寄付等に依存する。利益剰余金については、使途不明な積み立ては許されない。利益に相当分は定款に定めた事業に還元することが求められる。Coloriet の主な事業は医療、リハビリテーション、介護そして社会福祉等の提供である。対象は患者のほか、ケアニーズを有する高齢者が想定される。医療の事業をみると、リハビリテーション、地域看護、認知症向けデイケアなど提供している。またアドバイザー業務などにも力を入れている。

(2) 組織構造

上位に評議委員会を設置し取締役会に経営を付託しつつ適正に進められているか監視している。別に監査役会を設置している。品質安全委員会委員長、クライアント評議会、監査委員会委員長、メンバー監査委員長などで構成している。監査役会のメンバーはホームページで一般公開され誰でも閲覧できる。その他、クライアント評議会、看護諮問委員会または企業協議会があり取り扱う事務分掌に沿って組織的に議論できる体制を整えている。特にクライアント評議会は Coloriet 全体に適用される事項について取締役会に助言することが出来る。例えば、組織の目的の変更、他の機関との協力の中断または開始、苦情処理手順の確立または変更が含まれる。

(3) ミッションやビジョン

医療従事者、家族、介護者そしてボランティアを含め、それぞれの大切な人生と一緒に彩ることをミッションとしている。また、人生はあなたのもの、と表現し、患者やケアを必要とする者が可能な限り自分で出来るように支援することをビジョンとして描いている。

(4) 従業員等

1,000 人以上の従業員を擁しフレヴォラント (Flevoland) 州で最大規模を誇る。経営者は労働者と労働協定を結び雇用条件を公開し必要に応じて協議を積み重ねている。柔軟な働き方を許容し複数の異なる勤務を提案するなど、ミッションにあるように労働者の人生の彩を妨げないように組織的に取り組んでいる。また、余暇としてのスポーツのための費用を支弁するなど勤労意欲の向上に繋がるような工夫もしている。

(5) その他のガバナンス方法

役員報酬の設定方針を公開し、また報酬を財務諸表に明記することを宣言している。

中長期的な事業計画を策定し、ミッションや戦略あるいは、焦点を当てるべき論点を整理し公開している。

監査役会による年次報告書を公開し、監査役員会や監査委員会で議論された内容を閲覧できるようにしている。

マントルケアのメンバーや患者家族に対して、食事会を設定しその日に治療風景を公開するなど試みている。また、テーマミーティングの機会を設け、患者家族等が治療やケアに関する実践的な情報を相互に交換しやすい工夫をしている。

ボランティア活動を希望しやすいようにホームページ上でわかりやすく活動を紹介している。また、ボランティアの体験談を共有できるようにエピソードを公開するなど工夫している。

医師や理学療法士、ケアや福祉、施設サービスの専門職など幅広くインターンシップを引き受け、人材育成の観点から社会貢献を果たしている。

医療専門職などに対し社内トレーニングを充実させ、就職後の卒後教育にも熱心に力を入れている。

プライバシーに関する声明を公開し個人情報の取扱やその使用目的、準拠すべき法律などを明示している。

(6) サービス事業のガバナンス：ケア事業所 リハビリテーション付き短期入所施設 多職種連携とチームケア

リハビリテーションを専門とする介護施設である。現在 32 人の患者にリハビリテーションを提供している。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理療法士、栄養士、医師そして看護師が常駐し治療に当たっている。患者像は脳血管疾患、呼吸器疾患、筋骨格系疾患、転倒骨折の術後、心疾患などがある。また、療養を目的とした患者もいる。入所期間はばらつきがあり 1 週間の短期入所もあるが平均すると 8 週間である。入所者のうち、90%は自宅に復帰できている。残り 10%は転院・転設が多い。アプローチの基本はチームケアであり、多職種が連携して最適な治療を提供している。看護師は療養指導が出来る教育を受けている。なお、日本の病院で算定する疾患別リハビリテーションや介護老人保健施設におけるリハビリテーションにかかる基準と異なり、中央政府や支払者である保険会社から専門職の人員配置にかかる基準は提示されない。

在宅復帰を目指し自立に資する専門的なリハビリテーション指導

在宅復帰を目的としているため、身体機能の向上を目指すリハビリテーションアプローチに加え、日常生活動作の再獲得に資する活動面での練習に時間を割いている。そのため、ベッドからの起居動作やトイレ動作を反復練習できるように環境設定されている。また、自宅で使用が想定される福祉用具等を使ったアプローチもなされている。

生活リハビリの実践と環境整備

入所者は定期的に専門的なリハビリテーションを実施する時間のほか、自主的に筋力増強の練習や立位保持あるいは車椅子駆動の練習に取り組む。病棟生活においては、出来る限り、退院後を見通し自分で出来ることは自分で取り組める環境が用意されている。例えば、認知機能が正常と判断され服薬管理が可能と判断されれば、入所者本人が自身の薬を自己管理することが許されている。身体的な機能制限がある場合は、残存能力の引き出しを損なわない程度に看護師等が動作を支援する。

入所者が日中のうちに離床時間を長く取れるよう、施設内を移動しやすく、憩いやすいように空間設計に工夫がなされている。入所中では専門的なリハビリテーションを受ける時間はわずかであり、それ以外の時間を如何に過ごすか重要課題だ。出来る限り自分が過ごしたいように過ごせるように配慮されている。

電動シニアカーを活用した移動能力の拡大支援

室内での移動能力の向上のほか、電動シニアカーなどテクノロジーを活用し、屋外での移動能力を拡大する支援を積極的に行っている。日常生活動作が自立し歩行も 500 メートル自立が条件となるが、電動シニアカーを運転できるようになれば、生活空間が拡大する。こう

いった視点からのリハビリテーションは、在宅復帰後の社会参加への障壁を取り除きやすくなる。

ケア提供者の腰痛予防等に配慮した積極的なテクノロジーの活用

高い介助レベルを要求する入所者を移動させる場合、リフトを積極的に活用している。これは、ケアする人たちの腰痛予防を始め身体的な負担軽減を優先しているからである。特に、理学療法士や作業療法士は日常的に重介助の入所者の移動や移乗などに関与するため、可能な限りテクノロジーを活用し働きやすさを自主的に管理している。



写真 移動用リフト

3. まとめ

(1) ボランティアを含む多様なステークホルダーに対する積極的な情報公開

事例に挙げた2法人はいずれも公益団体であり、税制上の優遇措置を受けるほど優秀なガバナンスを敷いている。いずれも監査委員会の設置や監査報告の公開など共通する取組はあるが、なかでも、ボランティアに向けた情報公開と積極的な情報提供を推進している。地域のボランティアから優良な評価を得ることを重視していることがわかる。ケアやサポートを提供する上でボランティアの存在が欠かせない証左ともいえる。わが国における医療や介護サービス提供事業者が、ボランティアに対し積極的に情報公開し、また、情報提供する事例はまだ少ない。今後、ボランティアや地域コミュニティを巻き込んだサービス提供体制を適切に維持するために必要な取組みとして参考になる。

(2) ボランティアメンバーを含む第三者機関による品質評価の審査と情報公開

Surplus の事例では、品質評価の第三者機関のメンバーにボランティア代表が参加していた。品質を評価する際にボランティアの価値観が重視されていることがよくわかる。地域を巻き込んだサービスを提供する事業者は、地域住民やボランティアの協働連携が欠かせない事業にボランティアが気持ちよく関わってくれるよう、ボランタリー活動に従事する側の価値観に基づいた品質評価を積極的に受け、業務改善に反映することが有効と考える。

(3) 多職種間・多機能間連携による評価とサービス設計の重要性

高齢者は、複合的なニーズを抱えることが多くなっている。単一の専門サービスでは課題解決は困難で多職種間・多機能間で協働しあう重要性が増している。いずれの事例でも分野横断的なコミュニケーションが質の高いサービスに繋がっている。地域に繋ぐことや元の生活に戻るといった目標達成に向け実効性のあるケアやサービスを創り上げていけるよう、多職種間・多機能間での検討を踏まえたかを評価指標の一つに加えることは有効と考える。

(4) 働く側の身体的負担の軽減を図った労働環境に整備

疾患による症状により比較的重介助の負担がかかりやすい入所施設では、腰痛防止や身体的な負担軽減を目的としてテクノロジーが活用されている。サービス品質が高まったとしても、従事者が安定してケアに当たられなければ、従事者離れを加速しかねない。また、ゆとりのないままサービスやケアを提供しようとすれば、対応が雑になりやすく、また、利用者や入所者の「潜在能力を引き出す」時間を確保しにくいだろう。法人がムリな従事者を積極的に守り、負担のない方法や条件でケアやサービスを提供できる環境づくりをしているかということも、ケアの品質評価と同様に加えるべき重要な指標と考える。

【注】

1) Algemeen Nut Beogende Instellingen の略称。公益機関であることを表す呼称であり、登録された機関は税務上の優遇措置を受けることが出来る。

3. オランダ、家庭医と地域ケアの結びつき ～GP のインタビューから

医療法人真正会霞ヶ関南病院院長 伊藤 功

はじめに

過去のオランダ調査では、ソーシャル・ヴァイクチーム（以下 SWT : Sociaalwijkteam）と言われる社会福祉近隣チームが市民に近く、敷居の低い相談窓口として高齢者だけでなく地域の全年齢層の支援を担当していることが報告された。そして昨年度のオランダ、ライデン市の調査でも SWT への紹介経路として家庭医（Huisarts）からの社会的処方である「福祉処方（welzijn op recept）」による紹介が増えていることが述べられている。

今回、オランダ、レリスタッド（Lelystad）自治体の Waterbever にある MFA（多機能コミュニティセンター）を訪問し、イギリスと同様の家庭医による社会的処方である「福祉処方（welzijn op recept）」について、SWT との積極的な連携により、この取り組みを行っている二人の家庭医に対するインタビューの機会を得た。

1. Karol Habryka 医師、Ingrid Letsch 医師

Karol Habryka 医師、Ingrid Letsch 医師は、Waterbever 多機能コミュニティセンターと同じ建物内にある家庭医クリニックセンター Gezondheidscentrum Waterwijk Lelystad（STEL¹⁾がレリスタッド自治体に設けている 5 箇所のセンターのうちの一つ）に勤務している家庭医である。

(1) Karol Habryka 医師

まず、Karol Habryka 医師からは SWT との連携の容易さの一つの要因としての立地について説明があった。このクリニックと SWT が同建物内の「ガラスのドア（図表 1）」一枚で隔てられた場所にあるため、クライアントは彼の言うところの「二つの世界」、いわゆる医療提供側と社会サービス提供側を容易に行き来出来る利点があるとのことであった。お互いの情報共有の場としては「ホームチーム」と名付けられたミーティングが週一回

図表 1 二つの世界を行き来するガラスドア



行われており、家庭医、理学療法士、地域看護師、SWTメンバー、ソーシャルワーカーの代表者が集まりこの地域の担当患者についてディスカッションを行っているとのことであった。利用者だけでなく各々のスタッフも組織が立地的に隣接していることでの仕事の効率化や相談の敷居の低さ（距離的な）といった優位な面がうかがえた。

家庭医にとってさらにこのミーティングが重要な点は、クリニック内での勤務だけではわからない地域の状況を SWT の情報から知ることができるという点がある。一つの例では、「近所に大声を出している人がいて、どうも明らかな精神疾患ではないかという情報があった。そのため警官と一緒にその人の自宅を訪問し医療につながった」といったものである。また、「隣人が孤立している」というような SWT から得られた情報も、直接は医療に関係ないとしても地域の状況としての情報が得られやすくなっている。さらに、具体的なもう一つの例では、頭痛により受診

する患者（特に女性に多いとのことであったが）の中には明らかに器質的疾患がなく、話を聞くと「長きにわたる夫の介護を担ってきた後、夫が亡くなり、その後社会的なコンタクトがなく孤立してしまう」といった例が多々あるらしい。そういう場合に「ドアの向こう側」であるSWTに直接相談することで、課題が解決され、ある患者は料理クラブのメンバーとなり、友人も出来、かつ自らがボランティアとして活動することで、以後、頭痛のため受診することは無くなったとのことである。このような例だけでなく、頭痛で受診する患者の背景には実は精神的、心理的問題、特にこの地域では借金問題による心労を抱えている場合が多く、そのような場合に「ドアの向こう側」に患者を連れて行きSWTに直接紹介するといった方法が福祉処方箋（welzijn op recept）ということであった。ではなぜ、診察の場から直接「ドアの向こう側」にあるSWTに連れていくのかだが、このような患者は、いわゆる指示書的な処方箋や紹介先の電話番号を渡して「相談しなさい」、「かかりなさい」と言ったとしても、自ら電話したり、隣人に頼んだりということが少ないといったことを経験上わかっているため、直接その場からSWTに連れていくことになったとのことである。

そのため彼らは、福祉処方箋（welzijn op recept）という用語ではなく、「温かな紹介（warm introduction(英), warme overdracht(蘭)）」といった柔らかな表現によってその利用を患者や社会サービス提供側にとって敷居が低く（心理的な）、かつ医療提供側にとってはこの行為に費用が発生することはないため事務的負担のないものにしていった。

もちろん全ての患者の愁訴に対して行うことではなく、あくまでもその原因が「精神的心理的問題」に伴う愁訴や身体の不調の場合であり、医師が治療として何もできないと判断した場合の対処である。そしてこれを見極める医師のスキルが求められることは言うまでもない。

「温かな紹介」を行なった患者の経過については「ホームチーム」ミーティングでその状況を知ることができるし、クリニックとSWTが同建物内にあることから、経過が気になる患者については、家庭医からSWTへほぼ毎日タイムリーにコンタクトをとっているとの事である。

(2) Ingrid Letsch 医師

次に Ingrid Letsch 医師からはこの地域の背景についての説明ののち、家庭医とSWTが行なった二つのプロジェクトについて説明があった。

この地域の状況であるが、庶民層が多い地域で、移民も多く国籍にすると約80カ国の人々が居住しており、文盲率が高く（オランダ全体では平均11%~12%に対しこの地域では平均40%にもなる）、母子家庭が多く、失業率も高いため、他の平均的な地域に比べ、問題は多い地域であるとの説明を受けた。

このような地域的背景から喫煙率が高いため、パイロットプロジェクトの仕事の一つが、増加した慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者に対する関わりである。

COPD患者は呼吸器症状が慢性的で継続するため家庭医への受診頻度が非常に高く、繰り返し入院する頻度も高い。そして、この背景には不健康なライフスタイルが関与していると考えられるため、悪化による入院治療に医療コストをかけるのではなく、ライフスタイルを改善させ、不要な入院を減らすことで医療コストを削減する目的で家庭医とSWT、地域看護組織などの多職種が協力してプロジェクトが始められた。実はこの背景にも明らかな疾患の急性増悪という医学的な要因より、恐怖心や孤立心や孤独感の高まりによって呼吸しづらいような気分になるという精神的要因が関与していることが分かったことが挙げられる。

具体例として挙げられた逸話がある。

「この地域ではクリスマスシーズンになると入院希望の患者が増え病室まで指定する。『友達達のピートとヤンがその部屋に入院しているのでせつかくのクリスマスには一緒に過ごしたいから』ということである。そのくらい皆入院を希望する。病院側もそういった患者達のことを入院の常連として覚えている。その病院の呼吸器科専門医によると、呼吸困難で入院する、こうした患者の多くが、実は、クリスマスなどになると、恐怖心や孤立心、また孤独感が高まり、呼吸しづらいような気分になるということらしい」

このような逸話から見られるように、精神的背景による入院や、「運動もしない」、「外出や散歩もしない」、「体にいい食事をしない」といった不健康なライフスタイルの結果による入院を回避するために SWT やボランティアを活用したプロジェクトが有効に機能しているとの説明があった。ちなみにこのボランティアは「ライフスタイルコーチ (life style coach : 生活支援員)」と呼ばれ、彼らと共に「散歩クラブ」に参加するのを支援したり、健康的な食材の購入 (自治体からの若干の補助があるとの事) を支援したりする。そして、支援を受けた多くの患者は、新しい友人が出来、そして自ら友人と付き合うようになり、友人関係の構築を契機に外出頻度が増えるといった新しいライフスタイルを身につけた。その結果として驚くべきことに半年後には家庭医への受診頻度と入院頻度が大幅 (約半数) に減少しただけではなく、約 20 万ユーロ (約 2,500 万円) の医療コスト削減 (患者の 1 日あたりの入院費用×入院期間で算出) になったとのことであった。このことから、自宅への訪問頻度を増やすことによって本人が再び入院したいと思わないように関わり、また、精神的な不安から息苦しさを感じさせないような支援をさらに継続していく努力を現在も行なっているとの事であった。

もう一つは 65 歳以上の高齢者における「Social Participation (社会参画)」につながるプロジェクトである。彼ら家庭医の登録患者にアンケートを行い、「健康な群」、「多少支援が必要な群」、「医療的な支援が必要な群」に分け、全てに SWT のクライアントにもなってもらう。「医療的な支援が必要な群」についてはフォーマルなサービス介入が必要な群であるが、この地区で増えつつある「多少支援が必要な群」に対する支援については、SWT がマッチングを行うことによって「健康な群」に「多少支援が必要な群」を支援してもらうという試みを行なった。「健康な群」である彼らの支援そのものが「Social Participation」として人の役に立てる喜びを感じるようになったし、その「健康な群」のほとんどは地域のボランティアとして活躍しているとの事である。

これまでは、二人の家庭医と SWT の連携による地域ケア導入の具体的事例であったが、前述した COPD プロジェクトや高齢者アンケート以外にも、ウォーキンググループ、一緒にお茶を飲む、孤独に対応するプログラムへの参加、禁煙プロジェクトへの参加など福祉処方を利用したクライアントのサービスについて多種多様なものがある。また小学校で 4 歳児から 12 歳児に対し「健康なライフスタイル」についての一週間の授業 (Leefstijlweek op de scholen (蘭)) プログラムを家庭医が受け持つなど、医師自身が地域における健康増進に積極的に関わっていることの説明があった。

そしてこのような「福祉処方」の考え方については、オランダでもまだ新しく始まった試みであり、家庭医の中にも未だSWTとの連携の必要性については理解が不十分である点や、医師の意識を変えることの困難さがあるという。彼らも最初は同様にその必要性については疑問視していたが、今では前述したようにその効果について実感していることから、家庭医の学会や視察の際のプレゼンテーションの機会を利用してこの連携をアピールしているとのことである。しかしながら彼らの努力もあり、その効果については徐々にではあるが家庭医の間でも着目されてきている。

オランダ家庭医学会 (Nederlands Huisartsen Genootschap : NHG) が発行する月刊誌「家庭医

と科学(Huisarts en Wetenschap : H&W)」2018年9月号においてインタビュー記事が掲載された²⁾。

題名は「福祉処方是我々(家庭医)に一息つける時間をもたらす」である。オランダ語で書かれた内容について、そのニュアンスを正確に掴みきれないが、いわゆるこの試みが医師の多忙さを解消できるのではないかといった意味と、福祉処方により、問題のあった自分の患者が、元気に健康になることで医師としての「安堵」の意味合いもあるのではないかと考える。内容は前述した福祉処方の開始の経緯や、いくつかの事例を紹介し、ここ数年の彼らのSWTとの連携に関する意識の変化について述べられている。ここでも、家庭医クリニックとSWTが隣接しているところは珍しく、Waterbever多機能コミュニティセンターで隣同士なので連携協力において非常に容易であったことが強調されている。

しかしながら、この家庭医とSWTの連携が最初からうまくいったわけではないことも語られた。前述した「ホームチーム」ミーティングは最初、SWTがイニシアチブをとって家庭医の方に呼びかけて行くことになったが、最初は限られたほんの数分といった時間でしか集まってもらえなかったようである。SWTからのクライアントに関するフィードバックが徐々に増え、お互いの連携が増えて行くに連れ、自ずと興味を持って話ができるようになってミーティングが形作られた。彼ら自身も、「家庭医は独断性が強く最初は医師としてSWTは不要だと思

図表2 「家庭医と科学」に掲載されたインタビュー記事

NHG Forum

INTERVIEW

met huisartsen en welzijnscoördinator Welzijn op Recept

We volgen graag praktiserende huisartsen die iets bijzonders doen. Ingrid Letsch en Karol Habryka zijn pioniers met Welzijn op Recept in de gemeente Lelystad, met Elleke Leijten als partner in welzijn. Samen bereiken zij opmerkelijke resultaten.

‘Welzijn op Recept geeft ons ademruimte’

Wat doe je bij Welzijn op Recept?
Huisarts Karol Habryka: 'De gemeente nam het initiatief tot een zogeheten Multifunctionele accommodatie. Hierdoor kwamen we samen onder één dak met het Sociaal Wijkteam Welzijn Lelystad. De teamcoördinator zocht de samenwerking met het gezondheidscentrum. Zo ontstond Welzijn op Recept. We gingen patiënten naar het Sociaal Wijkteam verwijzen. Bijvoorbeeld een depressieve patiënt die was uitbehandeld bij de ggz. Ik zag de patiënt vanwege de medicatie, maar die kwam verder het huis niet uit. Ik verwees via Welzijn op Recept en opeens ontving ik een kunstwerkje: bleek de patiënt aan activiteiten deel te nemen. In ons geval hebben we gekozen voor wekelijks overleg met het Sociaal Wijkteam; Elleke Leijten is de coördinator. We overleggen welke activiteiten Welzijn Lelystad organiseert en wat er speelt in de wijk, zoals signalen van de wijkagent. Dan kunnen wij beslissen of Welzijn op Recept iets kan betekenen voor onze eenzame of verwarde patiënten.' Huisarts Ingrid Letsch: 'Ik breng de patiënt soms zelf naar de medewerker welzijn. Zij maakt direct tijd vrij. Als patiënten er zelf heen moeten, gaan ze meestal niet. Vaak zit achter een lichamelijke klacht eenzaamheid. Doorbreek je dat, dan zie ik ze veel minder.'

Is het niet extra werk, Welzijn op Recept?
Habryka: 'Een keer meldde de wijkagent een verwarde persoon die veel stampij maakte. Ik moest erop af omdat hij niet goed was ingesteld op medicatie. Maar toen het Sociaal Wijkteam dit hoorde in ons overleg, regelden zij dat hij ging koffie drinken bij een woonzorgcentrum. Nu kan de patiënt daar gaan wonen. Ik blij, wijkagent blij, situatie voor de buurt verbeterd. Bij problemen waarmee ik niets kan omdat ze in het sociale domein vallen, kan ik toch de patiënt helpen. Het Sociaal Wijkteam kan het oplossen. Bij ons geeft dat ademruimte. Ik heb er ook echt plezier in, als patiënten zo goed terecht komen. Ook weet het Sociaal Wijkteam veel beter de weg in alle voorzieningen. Met Welzijn op Recept zijn we drie jaar geleden gestart. In het begin waren we heel huiverig; zucht, alweer een overleg? Maar we zagen de successen. Mocht Elleke eerst maandelijks vijf minuten aanschuiven, tegenvoor-

dig zit er wekelijks een lid van het Sociaal Wijkteam bij ons aan tafel. We lopen veel bij elkaar binnen. Elleke is heel actief en betrokken. Zij weet wat wij te bieden hebben en andersom. We hebben korte lijnen en je hoeft niet steeds ergens anders naartoe voor hulp en voorzieningen.'

Heeft Welzijn op Recept al meer opgeleverd?
Elleke Leijten, coördinator Sociaal Wijkteam: 'In het begin van Welzijn op Recept heb ik veel tijd gestopt in de huisartsen vertellen wat wij allemaal doen aan activiteiten en bemiddeling. Ik bleef vooral vragen: hebben jullie hier al aan gedacht? Nu krijgen we juist veel "welzijnsrecepten". Huisartsen Ingrid Letsch en Karol Habryka zijn echt de meerwaarde gaan zien. Zij zien ook minder mensen terugkeren in de praktijk. Enorm sceptisch waren ze twee jaar geleden, maar nu zit ik met Ingrid samen in de landelijke werkgroep Welzijn op Recept en Karol werkt mee aan het leefstijlprogramma op de basisschool in de wijk. De kinderen presenteren werkstukken aan hun trotse ouders, en zo krijgen we samen de kans om ook de ouders voorlichting te geven over voeding en beweging. Ook in andere dan de pilotsteden kunnen huisartsen met Welzijn op Recept beginnen. Er is al een handleiding, we zijn bezig met een implementatieplan, en op 20 september 2018 spreken we op de landelijke werksymposium, waarop huisartsen meer dan welkom zijn.'

Wilt u ook samenwerken in de wijk? De Praktijkhandleiding + PIN Samenwerken aan gezondheid in de wijk helpen u om een start te maken, zie NHG.org/preventieindebuurt.

COLOFON NHG FORUM
Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Fijje Koets (tekst) en Margot Schreiner (foto's en beeldredactie)
Eindredactie en contact: Fijje Koets, f.koets@nhg.org, 030-282 35 00.
NHG Forum is een uitgave van het NHG-bureau.
Voor het volledige en het wetenschappelijke deel van Huisarts & Wetenschap: blader vier pagina's terug.

74 HUISARTS EN WETENSCHAP SEPTEMBER 2018

っていたが、SWTに紹介した患者が元気になっている姿を見て、医師もSWTの必要性を認識するようになった」と語っている。

そして地域の違った組織が連携協力をして行くためには「忍耐力」と「推進力」が必要であるとの事を強調していた。

あるワークショップで彼らが発表したスライド資料の一部を挙げるが、そこには「Hoe kom je tot succesvolle samenwerking

図表3 ワークショップのスライド

(どうやって協力を成功させるか)」、そのアプローチが説明されている。スライド自体は非常にイメージ優先であるがその内容を以下に挙げると、

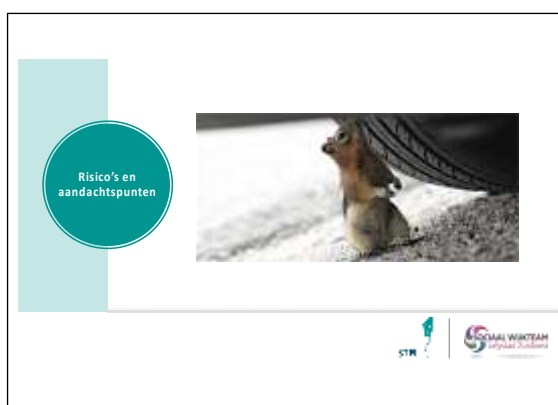
- ・皆、立場は平等でその意見は貴重である。
- ・参加者への感謝と尊敬が必要で、善意に基づいていると信じ、互いの不信感は何の役にも立たない。
- ・成功すると信じ、忍耐力を持って行う。
- ・お互いの利益について理解するよう努める。
- ・成功をパートナーだけではなく自分自身も共有する。
- ・最後はお互いのコミュニケーションである、と説明されている。



また、別のスライド「Risico's en aandachtspunten (リスクと注意点)」では、

- ・まだ個人の努力に依存している部分が多い。
- ・協働には時間がかかるし多くの調整が必要で、予算をつけることも考慮に入れる必要がある。
- ・健康保険会社はこのような事にあまり積極的ではなく、利益を受けるはずであるが貢献は期待できない。
- ・精神疾患の方は、自立していくためには問題が複雑であり、メンタルヘルスケア (GGZ : Geestelijke Gezondheidszorg)の専門家の関わりが不可欠である。と述べられている。

図表4 リスクと注意点



多職種協業構築の難しさや、推進していく際の注意点など、多くの示唆を与えてくれる。

最後に、「福祉処方」を行うことでの医療コスト削減について触れたい。まず家庭医にとってSWTへの「温かな紹介」は全くのボランティアであって費用はかかっていない。日本の医療保険制度のように出来高払いであれば、紹介にはコストが発生し、医師は報酬を得るわけであるが、オランダの家庭医の報酬は人頭払いであり、医師としては同じ一人当たりの報酬で何度も同じ愁訴で患者が来て忙しくなるよりは、福祉処方を行う事で、結果的に時間的な節約や投薬検査などにかかる経費の削減になる。そして患者が元気に回復すれば、自らの仕事に余裕

ができる。

医師とは別に理学療法士が介入する場合は、本来その費用は出来高になるため、SWTからの依頼で対応する場合は、全くのボランティアになっている。現在、理学療法士が関わったことで医療コストが軽減したなら処方側に金銭的にも返還、あるいは医療費節約に貢献した部分は報奨すべきではないかというディスカッションが始まっているとのことである。

また、医師あるいは理学療法士が自治体の予算支援を受けているSWTを多く使うことでレリスタッド自治体の財政的負担が増え、逆に民間医療保険業界は出費削減になり、結果として医療保険業界は利益を得ることになるが、その出費削減部分を自治体が負担している点については、自治体側から疑問の声も出てきているらしい。しかしながら、自治体としては、SWTの仕事が増えても、その活動に投資することは、長期的観点からは住民たちが、長く自立した生活を送ってくれることで、社会的なコストを回収、削減できると考えているため、レリスタッド自治体では、積極的に福祉処方の利用を奨励しているとのことであった。

【注】

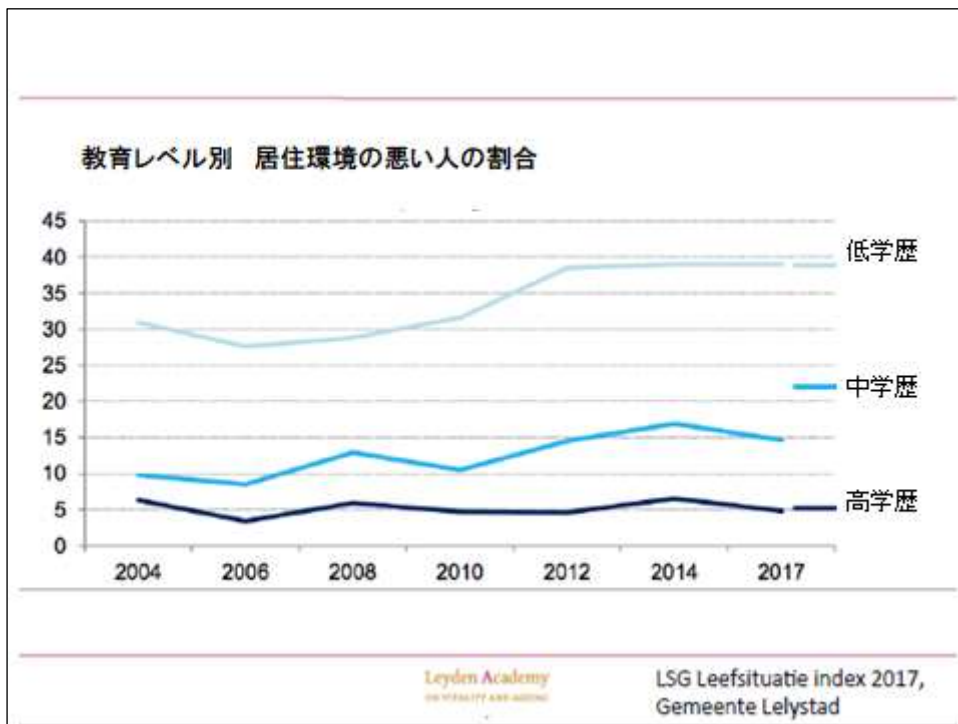
- 1) STEL (Stichting Eerstelijnsgezondheidszorg Lelystad: プライマリヘルスケアレリスタッド財団)
は、レリスタッド自治体におけるかかりつけ医の組織であり、レリスタッド自治体内に5箇所の健康センターを設けている。スタッフは家庭医、看護専門職とセンターアシスタントで構成され、その運営は管理スタッフとセンターマネージャーによりサポートされている。また、理学療法士や一般臨床心理士 (MC Transmuralal 財団の一部)、ソーシャルワーク組織 (MDF) や在宅ケア組織 (ICARE) など、保健センターにある他の専門職によるサービス分野との緊密な協力がある。
- 2) <https://www.henw.org/artikelen/welzijn-op-recept-geeft-ons-ademruimte>
(<https://www.henw.org/files/2018-09/H%26W%202018-9.pdf>)

4. 医療・介護・地域サービスの役割分担と地域計画（地域の協働組織作り、Welzijn Lelystad の仕組み）

一般社団法人町田市介護サービスネットワーク理事、日本社会事業大学非常勤講師
沼田 裕樹

1. はじめに ～レリスタット市 (Gemeente Lelystad) の概要～

オランダ・レリスタットの人口は8万人程で、高齢化率は17%とオランダ全国平均程度に高齢化が進んでいる自治体となっている。福祉組織 Welzijn Lelystad の所長ヤン・ベッカ一氏によると、「社会経済的な面を見ると、非常に貧富の差が激しい土地である」とのことであり、社会的弱者が多く、問題やトラブルが起きやすい地域である。問題の一つとしては、「教育レベルが低い人が多いため、産業もなく、失業者が多くなりやすく、社会的問題も起こりやすい」ということである。



レリスタットの65歳以上の人々：WMO

リスクグループ

- ・太りすぎ、高血圧、外出しないかほとんど動かない人
- ・家族介護者
- ・低所得だがソーシャルミニマム以上
- ・独居高齢者
- ・不十分な家に住んでいるか居住施設から遠くにいる

Leyden Academy
ON VITALITY AND AGEING

その一方で、今後、大きな労働機会を得ることが予測されている。オランダのスキポール国際空港の航空機離着陸数への対応が限界に近く、レリスタット市内の空港の離着陸を増やすことが検討されており、それにより企業が誘致、移転されてくる可能性があるとのことである。レリスタット市にとって、非常によい経済発展の機会が、今後、現れることが期待されている。

2. 福祉施設及び福祉組織 Welzijn Lelystad について

福祉組織 Welzijn Lelystad は小規模の複数の組織が合併して形成された組織である。具体的には青少年支援組織、福祉法人高齢者ワーク、ボランティア組織、そしてマントルケア（家族・近隣の介護）支援組織などが合併したとのことであり、難民支援組織も追って加入している。



写真 Welzijn Lelystad の全景（上）と入り口の組織案内（右）

全体のスタッフとしては、90名ほどで全員がソーシャルワーカーの資格を持っている。ほとんどがパートタイムの職員である中、600人のボランティアをコーディネートしている。

福祉センターは市内に5か所あり、まず本年度の調査で訪れたのが本部センターである。

センター内には、「ソーシャル・ヴァイクチーム (Sociaal Wijkteam)」「レリスタットは『する』 (Lelystad Doet、英語では Lelystad does)」「お互いさま (Vraagelkaar、英語では help each other)」「福祉ボランティア (Zorgvrijwilliger、英語では care volunteer)」などの Welzijn が運営するプロジェクト事務所があり、訪問看護師事務所「ビュートゾルフ」あるいは子ども支援組織なども事務所を置いている。Welzijn Lelystad はこの場所の運営も行っている。

福祉組織 Welzijn Lelystad は、5つの重要な中核的な価値観を重んじている。「社会参画できる機会を与えられるべき」「社会に敏感である」「連結と強化」「社会的セメントとしての役割と連携」、そして最終目標として、「力のある社会にする」である。



「社会参画できる機会を与えられるべき」とは、レリスタット市の市民一人一人全員が、「社会参画の機会を持つべきである」ということであり、参画によって大きな満足度を得ることができるからである。

「社会に敏感である」は、Welzijn Lelystad のスタッフは、地域の状況を非常に敏感に感じ、レリスタット市の近隣の状況をよく把握することである。レリスタット市の人々が「どのような状況であるか」「どのような課題を抱えているか」等、Welzijn Lelystad のスタッフは、よく理解している。

「連結と強化」であるが、これは一人でできるものではない。常に他と一緒にすべきである。Welzijn Lelystad としては異なる活動を繋ぐことを非常に得意としている。また、ソーシャル・ヴァイクチーム、福祉処方 (welzijn op recept=社会的処方) の活動と、非常によく連携している。

「社会的セメントとしての役割と連携」は、地区レベルの住民たちをよく理解しつつ、住民同士を連携させることである。その連携を進めたことによって住民たちは「自分の住んでいる地区に繋がりを感じ、自分の地区の福祉に責任を感じる」ようになってきている。

最後に、「力のある社会にする」であるが、問題の深刻化を防ぐために予防的におこなっている業務である。予防の働きかけは、まず、青少年の分野で、最近が高齢者の分野も重視している。

オランダでは、特に高齢者のケアを市町村が責任を持っていく形が今までにも増して進んでいる。前述の通り、レリスタット市では多くの市民が経済的問題を抱えているので、様々な支援組織を集めて、合同で経済問題の悩み相談室を作った。これは多額の借金を回避する

ための予防策の一つであった。オランダにおいては、借金をすることが非常に簡単でローンも組みやすく、それにより経済的問題を抱える人が多くなっている。またウェブショップで安易に購入してしまう場合もあるとのことである。大きな借金を抱えて自己破産となると 1 世帯で 1 週間に 80 ユーロしか使えないという形で金銭の使用が制限され、それが 3 年間続き、非常に貧困である時期が続いてしまう。そのため、このような貧困の状態をできるだけ避けるために多額の借金を回避する支援をしている。

3. 予防の取り組みに対しての考え方

予防については、基本的にオランダの地方自治体は、予防することが政府にとっての経済効果になるという認識であり、予防の事業に予算を割いている。予防の効果を測るのは難しいが、予防の取り組みは効果があるという「一種の確信のようなもの」がある中、予防の事業を実施しているとのことであった。政府も「予防すれば、医療費のコスト削減につながる」という「確信」が背景にあるとのことであった。予防の事業に関する事例としては、原因の多くに「タバコの吸いすぎ」、運動もしない、外にも行かない、散歩もしない、体にいい食事をしないなどのライフスタイルが、状態を悪化させていく。このような人々には、「ライフスタイルコーチ」と呼ばれるボランティアがマッチングされ、例えば、ライフスタイルコーチとともに「散歩に出る」をする。また、少し予算を出して「健康的な食材を買うよう」にサポートすることも行い、これを半年間続けた結果、GP への訪問数と入院が大幅に減少した事例があった。そして、多くの患者は新しく友人もできて、自主的に友人と付き合い、外に出かけるライフスタイルを身につける。このような事例を通じて、予防の事業の取り組みを積極的に行っているとのことであった。

政策の焦点

スポーツや運動の奨励
転倒防止コースへの参加を促す
低所得者への栄養士の派遣



政策的焦点

治療より予防
認知症は高価で大きな影響をもたらす
利便性のある紹介機能




4. 難民支援のオフィス

レリスタット市に、Asiel Centrum という難民収容センターがあり、そこに集まる人たちへ最初の1年間、サポートを行っており、人数としては、年間100人の難民が対象であるとのことであった。具体的なサポートとしては、住宅、医療関係、子供の教育、その他実務的なサポートを行い、多くの場合、マーチェ (maatje) と呼ばれる友愛ボランティアがついている。マーチェは、オランダ語の習得をし、レリスタット市の町に出かけ、オランダの生活に慣れるよう支援している。そのマーチェであるが、高齢者が担うことが多いが、マーチェは1年で更新される仕組みであり、オランダ語の習得を含め、1年間の関わりで行うのは困難な面もある。

さらに、支援する中で難民が悩むのは、医療制度の使い方である。医療にかかるには一般的には家庭医に行くことになるが、その際に守らねばならない制度や法律が非常に多く、一つ一つ学ぶ必要が出てくる。これが難民には複雑でとても難しいこととなっている。オランダ市民の生活のルールや規則をわかるように説明することが、難民支援センターとしての大きな仕事である。



写真 難民支援センター

5. 「レリスタットは『する』(Lelystad Doet)」について

「労働市場から離れてしまった人への教育・訓練」を担当する Doortje Spruit 氏によると、「レリスタットは『する』」は、ウェブサイトの組織であり、ボランティアに関する業務を行っている。ウェブサイトでは、それぞれボランティアの方々の背景情報の掲載やボランティアのルール等も閲覧できるようにされており、活用されている。また、レリスタット市のボランティアであるが、いくつかのボランティアグループが活動しており、主に 65 歳以上のグループと 16 歳以上のグループに分かれる。そしてまた、労働市場に興味がある人々もボランティアの候補であり、一時的に失業者にも、マッチングを行うとのことであった。

「レリスタットは『する』」は、大きなボランティアグループのコーディネートをしているが、ボランティアの求人には様々な福祉組織、外部福祉組織があるため、大まかに求人分野をわけ、さらに内容ごとに振り分けており、具体的には求人の内容や対象グループなどもわけている。また、民間企業、市、政府などとパートナーとの関係を構築している。その民間企業の中にラボバンクという銀行がある。ラボバンクでは、1 年に 1 日、ボランティア活動をする取組みを基本としている。

「レリスタットは『する』」では、トレーニングプログラムも行っており、プログラムの名前は、「レリスタットが学ぶ(レリスタットラーン)」というように、動詞形の表現にしている。ボランティアのコーディネーションをするボランティア・コーディネーターのトレーニングを行いつつ、ボランティア本人にも直接、トレーニングを提供している。

そして、寄せられる求人が、本当にボランティアの仕事であるか、内容をチェックしている。本当は、普通の仕事・業務等と思われる内容が、無料での労働者を求めてウェブに求人として掲載されていないかチェックしており、これは「レリスタットは『する』」の重要な業務の一つである。求人の掲載の仕方であるが、個人でボランティアを希望する際は、福祉組織に申し込み、福祉組織からの依頼になり、さらに「お互いさま (Vraagelkaar)」という個人同士のボランティアのマッチング組織も活動している。そして、「お互いさま (Vraagelkaar)」のサイトと「レリスタットは『する』」は、連携・協力している関係である。

具体的な求人の内容についてであるが、「犬の散歩をしてくれる人はいませんか」といったもの等で、一緒に何かしてほしいものが多い。なお、「お互いさま (Vraagelkaar)」のサイトのユーザー数は把握していないとのことだが、アクセスのヒット数は 1 日に 100 回ぐらいになるような努力をしている。また、ウェブサイトの運営の予算は、前述の通りレリスタット市からの予算であり、これはレリスタット市としてボランティア活動を市が支援し市の人々へ還元すべきだという考えからきている。そして、ボランティアを行う側と求める側が、より早くお互いに出会えるためのサポート必要な取組みであると、考えられている中で、事業を展開している。「レリスタットは『する』」、「お互いさま (Vraagelkaar)」などが出来たことにより、それまで、福祉組織が個々にボランティアを募集していたが、一本化され効率化したシステムになってきていた。また、福祉施設、介護施設にとってボランティアの求



写真 Doortje Spruit 氏

人活動も中央的に効率的に一緒に行えるというメリットもあり、そしてまた、ボランティアのトレーニングも組織ごとにしなくてもよいということにも繋がり、トレーニングをできるだけまとめ、共同で実施できるように進めているところであるとのことであった。



6. レリスタット市の評価、これからの展開など

レリスタット市や政府が予算を出しているので、「レリスタットは『する』」でも成果の報告、評価等の義務がある。同時に、Welzijn Lelystad としてもこの活動に効果があるかどうかを組織として、確認しておきたいと考えている。

しかし、以前は、求人活動のマッチング等のカウントが簡単にでき、申し込みのボランティアの人が直接来てきたため、その人数をカウントすれば良く、また Welzijn Lelystad も、1件1件のマッチングを確認できたので、求人を悪用されることもなかった。しかし今は、組織側とボランティア希望者が直接やりとりするため、Welzijn Lelystad は求人の方を具体的に把握することが出来なくなってきている。そのため、新たに求人の評価指標について、構築中である。需要と供給のマッチングが適切に行われているかを判断できる指標の作成を目指していて、実際にマッチングができて、ボランティアを行った期間がどのくらいであったかについて、記録されるようにするとのことであった。また、マッチングの結果がどのくらい長く持続するのかが、最も重要な指標になるだろうと考えられていた。これは、長ければ長いほどマッチングが良かったということになると、Welzijn Lelystad としては評価しているからである。そして、正しい情報を前もって提供するという努力が、良いマッチングに繋がると考えられており、その技術を Welzijn Lelystad が持っていれば、あとはウェブサイトを利用することで、マッチングが上手くいくと、Welzijn Lelystad としては考えている。

政策の焦点

継続的な出会いの場の奨励



7. ボランティア及びボランティアの考え方について

インタビューでは、「ボランティアは、常に不足した状態である。ボランティアの中心となるのは、60歳以上の高齢者であり、例えばボランティアの人が集まるパーティーに行くと、白髪の方が多く参加している」との発言があり、オランダにおいてもボランティアは不足している様子であったが。そのため、「ボランティアの将来性が望めないので心配しており、これから20年後に活躍してくれる、新しいジェネレーションのボランティアを作っていかなければならないとも考えている」とのことであった。そして、オランダでは、訪問日から2週間後に、新しくパイロットプロジェクトが始まる予定があり、全国で政府が行う38の新たなパイロットプロジェクトが一斉に開始され、そのプロジェクトの1つを Welzijn Lelystad で行うとの予定が示された。これは、若者のボランティアを開拓していこうという大きなキャンペーンである。レリスタット市の目標は、18カ月後に450人の若者のボランティアを獲得し育てていくことであり、これから20年後に活躍してくれる新しいジェネレーションのボランティアを作っていかなければならないとの意気込みであった。



また、「レリスタットは『する』(Lelystad Doet)」に、10年ほど勤務しているという、マルホ・フィサー氏から説明を受けた。オランダでは元々、中世のころからボランティアは時間があったらやるものであると考えられていた。しかし、オランダ人の国民性、メンタリティーも変化していて、前述のようなボランティアの高齢化があり、また近年、ボランティアに関わる人たちはこれまでの社会貢献という視点に加え「自分にとってどのようなメリットがあるのかと必ず考えるようになってきている」ということである。そのような新たな考え方に対応して、ボランティアの魅力が伝わるようにウェブサイトで工夫し、Welzijn Lelystadではボランティア活動の紹介の仕方等を変えていた。ウェブサイト、広報誌等の資料を閲覧したところ、魅力あるボランティア活動への積極的なPRしていることが、強く印象に残った。具体的には、個々のボランティアにとって本当の動機づけがどこにあるかを市民が知ることが出来るようPRしており、それに加えて、満足できるようなトレーニングや支援を提供することができる情報を伝え、なおかつボランティアに興味を持つのではないかと考えられる視点を盛り込んだ積極的なPRの展開をしている。



写真 マルホ・フィサー氏

ボランティアをしてのメリットについては、具体的には、社会と自分の2つにメリットを分けることができると考えていた。一つは、社会参画のメリットであり、これは社会に参画して自分が社会の一員として成長できるというものである。もう一つは、自己成長であり、それには履歴書にボランティアとしての活動を記すといったこと、自分の履歴に少し「箔をつける」ことと、様々なトレーニングを受けることで自分の新しいスキルや体験を得ることができる等というものがある。若者の本音としては「求人活動、求職活動するときに、履歴書に過去のボランティア内容を記すと、雇用主から優先権をもらえる」と考えられているとのことであった。このような点を意識、念頭におきながら、魅力のあるボランティアの仕事として、アピールするように心掛けているようでもあった。この点の具体例としては、治療研究のトレーニングも無料で提供し、それによって研究医療の資格が取れるということがあがる。また、長期間仕事をしていなかった人が急に仕事を得るのが難しい場合、ボランティアの仕事で実績を作り、そのステータスを持って求職活動を行うと仕事も見つけやすくなる。そして、働くことに体を慣れさせることにも繋がると考えられていた。



高齢者の場合は、若者の場合とは違い、満足感と自分の価値観を確認できるというメリットが生じると一般的には考えられているが、人によってそのメリットの形はそれぞれにあるように考えているとのことでもあった。このような考え方の中、ウェブサイトを通じて、ボランティアが関わる個々の仕事の内容だけでなく、ボランティアに至る動機や背景、ボランティアの感想等のストーリーを掲載している。また、日ごろのボランティアの活動を踏まえ、ボランティア自身が宣伝大使となり、様々なイベントのときに各々のストーリーを伝え、許可が取れば、ボランティアの写真をパンフレットに掲載する等の工夫をし、アピールしている。

そして、Welzijn Lelystad が留意しているのは、ボランティアのイメージを上げるということであり、また、ボランティアに対するポジティブな評価を上げていく必要があるとも考えていた。ボランティアの方は無償で活動しているが、2 カ月に1回程度、お礼のパーティーを開催しつつ、パーティー会場に副市長に来てもらい、お礼の言葉をかけてもらうことで、感謝の気持ちをボランティアの人に伝える場を積極的に設け、ボランティア活動をポジティブなイメージに繋げる試みを行っている。このように、社会的にボランティア活動が普通の取組みになれば、やりたいと思った人が、簡単にボランティア活動に入りやすくなるし、ボランティア活動をしたくないと考えていた人も、ボランティアをしたいと思うようになると、Welzijn としては考えている。

写真 Welzijn Lelystad 入口にある PR のポスター





ボランティアの求人側と求職側のマッチングということでは、福祉組織と民間企業の従業員が出会う場もセットしている。これは、福祉組織のクライアントのために無償で仕事をするためのマッチングとして、取組まれていた。企業は営利目的の組織だが、半日程度、従業員が無償でボランティア活動をすることを支援する場合があります、例えばオフィス清掃をしているプロの清掃会社が、知的障害者のグループホームのバスルームをボランティアとして清掃し、その後、知的障害者の方たちがアップルケーキとコーヒーを準備してくれて一緒に食べるという事例がある。その場面をセッティングし、より社会に参画する企業になる機会を Welzijn として提供してきた。営利目的の企業も、社会に何かを還元できることは、企業経営の喜びだと思われ、また Welzijn としては、そのきっかけづくりの機会を提供したいと考え、このような取組みを実践しているとのことであった。

8.「ボランティアホームヘルプ vrijwillige thuishulp」、「ケアボランティア zorgvrijwilliger」について、

マルホ・フィサー氏から説明を受けた。求人の中には「ボランティアホームヘルプ」というものが設けられていたが、これは、「小さな大工仕事」「訪問して、一緒にお茶を飲む」「一緒に買い物に行く」「本人の代わりに買い物をしてくる」などであるとのこと、基本的に1回きりでなく、毎週あるいは月1回等の定期的で継続するものを対象としている。また、特定期間、同じボランティアが同じクライアントを支援する仕組みである。ボランティアホームヘルプの目的としては、ボランティアを通じて人との繋がり機会設けることを考え方の中心においており、家事ヘルプ自体が目的の中心ではあるような有償の家事支援サービスとは違うとのことであった。そのため、ボランティアホームヘルプは、「掃除」といっても最も重点が置かれているのは、「一緒に行く」というソーシャルな部分であり、前述の通り、一緒に「買い物に行く」「お茶を飲む」等にフォーカスし、求人を依頼した人とボランティアで、一緒に何かを取組む形のサポートを行う。

一方、レリスタットにある 13 の在宅介護組織でも健康なライフスタイル作りや精神的によい作用をもたらすのでボランティアには期待している。例えば、ナーシングホームには退院直後でまだ家で1人では過ごせないという方のベッドがあるが、今までは看護師がみてい

たが、今ではボランティアが対応して、家族と過ごしているのと同じ状態にするようにしている。そのようなボランティアの関わりにより、特に一人暮らしの人は安心して早目に家に帰すことが出来てきているとのことであった。

このような取組みに具体的に关わるのが、ケアボランティアである。オランダでは、基本的にはボランティアが介護、看護を含む医療に関する作業は、一切してはいけないが、例えば以前はボランティアに禁止されていた行為について、部分的であるがボランティアも関わるような取組みもある。具体的には、ベッドから起こす研修コースを受けることで、ボランティアでも、ベッドから起こすようなことも可能になることが、部分的に認められてきている。ちなみに、トイレ介助は認められない。

このような流れもあるが、プロのすることとボランティアのすることの分けられ方としては、基本的には医療・看護的な分野はプロでなければしてはいけないし、逆に、介護や看護が行えない・行わない分野として、ケアボランティアは「健康なライフスタイル作り」や「精神的に作用すること」などに、主に関わると整理されている。また、ケアボランティアを含めた、プロとボランティアの分野のコーディネータは、ナーシングホームの場合にはそのナーシングホームのナースステーションが行い、在宅の場合はその対象者を訪問する地域看護師が行うとのことであった。その中で、病気の回復に本人の気分や本人の人のつながりが非常に関与している点に焦点をあてると、ケアボランティアは非常に重要な役割を果たしてくれているとのコメントも、今回のインタビューで聞いている。そして、このようなケアボランティアの活躍は、オランダでも新しい考え方であるとの回答であった。

ケアボランティアへの依頼、橋渡し役としては、GP や地域看護師、ソーシャルワーカー等の様々な専門職が関わっている。

9. おわりに

今回のインタビューにより、オランダは「元々ボランティア活動について意識が高かったが、時代の流れかボランティアをするにあたりメリットが問われるようになった」という変化があったことをふまえて、その状況に対応して「魅力あるボランティア活動」に向けたPRをし、ボランティア活動を普及、邁進させる様々な取組みについて、わが国は参考すべきではないかと考える。

わが国の社会保障、地域生活等の取組みの中でも、「ボランティア活動参加への働きかけ」は重要であり、特に「地域生活を継続するための地域との交流」という意味を含め、ボランティア活動が大きく広がるためのPRやシステムの構築が、重ねて大切なことであると考えられる。また、ボランティアのマッチングにおいて、「ウェブサイト」を使ったシステムの活用という点について、わが国でもオランダのシステムを参考にしつつ、さらに進化したシステムを構築、活用することが効果的である。そして、マッチングの試みの一つとしてあった「企業に働きかけ、それによりボランティア活動を推進させる取組み」についても、わが国でも積極的に試みる働きかけの一つではないかと思われる。わが国においても、一部で企業への働きかけが実践されているかもしれないが、まだ「これから」の段階ではないだろうか。企業への働きかけ、コラボレーションをより広く実践し、オランダ同様「魅力ある、ボランティア活動としてのPR」に繋がることも、期待できるのではないかと考えている。

また、ボランティア活動の内容についても、「家事ヘルプボランティア」「ケアボランティア」等のように、求められるニーズに対して、提供するスタイルを整理することも、「地域での支え合いの取組み」や「地域生活の継続」等の発展に繋がるのではないかと、考えられ

る。その中で、プロのケアとボランティアによる支援の区別は明確に行う必要がある。オランダのように「当事者と一緒に行動するサポートを通じ、ウェルビーイングを目指す」というような、ボランティアが担う「方向性、位置づけの明示」があった上で、適切な「ボランティアの関り」「プロと協働した、地域でケアする仕組み作り」等の発展に繋がっていくだろう。

そして、何より、改めて「ボランティア活動を通じて、ボランティアと本人との双方のウェルビーイングを目指す」という「原点回帰」について、再度、意識し取り組んでいくことが、大切ではないだろうか。オランダの社会保障の仕組みを考察する中で、オランダでは「当事者がハッピーになるために、サポートをする」「当事者の回りや地域の関わり等を丁寧に理解し、まず地域でどう支え、意欲的な生活を目指す」との発言をしばしば聞く。当事者のウェルビーイングを踏まえつつ、地域で出来る助け合い、人々の交流のような試みを意識し、発展させることを重視しているといえる。そして、オランダにおけるボランティア活動の仕組みの新たな整理を参考にしつつ、地域住民へ必要な提案、アピールを行い、地域住民が積極的に参加できるようなアプローチを考え、地域での助け合いが広まる展開が望まれる。

改めて、「地域の協働組織作り、Welzijn Lelystad」の仕組みについて、わが国は学ぶべき点があると考えている。わが国においても、総合相談窓口の機能として、例えば地域包括支援センターが設けられているが、Welzijn Lelystad のような年齢を問わず、幅広い対象者を支援する、地域住民全般への「ワンストップ窓口」の仕組みが必要ではないか。また、このワンストップ窓口は、地域の特性、状況を理解、把握した窓口、組織である必要があるとも考えている。これらの仕組み作り、地域への働きかけを踏まえ、ウェルビーイング、そしてわが国が目指す地域共生社会の構築へ繋がって行き、地域住民が心身共に豊かな姿へ変革していくことを切に願っている。

5. 医療・介護・福祉の財源と予算・質のコントロール

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

この章では、オランダにおける医療・介護の財政面に焦点をあてつつ、給付コントロールについてまとめ、考察することを目的としたい。質のコントロールについては、できる範囲で触れることとする。

まず、財政面での概要をまとめ、やや長くはなるがヘルスケア・システム全体について言及し、最後に給付コントロールについて考察する。

1. オランダにおける財政システム

(1) オランダにおける財政支出の特徴

オランダの財政支出には 10 の特徴がある。財政面について考察するにあたり、その中から 7 つをレビューしておきたい (Ministry of Finance, 2013)。

<歴史、政治システム、文化>

- ① オランダは王国である。しかし、国王は公的な役割を担うが、政治には関与しない。
- ② オランダは立憲民主主義国家である。75 人の上院と 150 人の下院からなる。
- ③ オランダはコンセンサス社会であり、できるだけ早くできる部分は妥協して、合意に基づいた結果を得ようとする。同時に、オランダ人は平等を重んじ、オープン・マインドで問題を共有し、迅速に解決に向かおうとする。

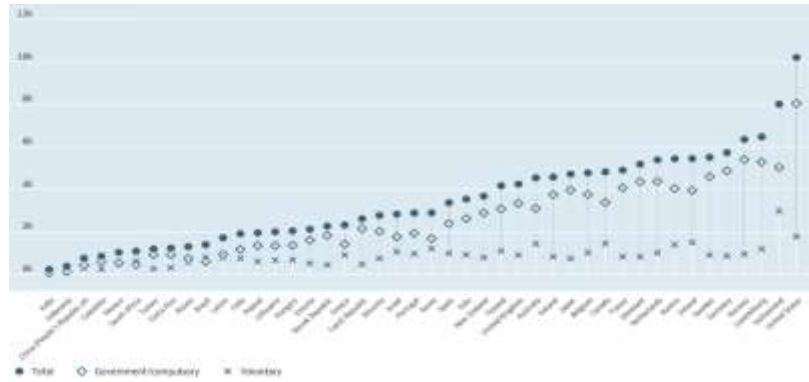
<財政システム：透明性と地方自治>

- ④ オランダはEUのメンバーであり、ユーロゾーン (EMU) のメンバーでもある。政府負債は GDP の 60%以内を守らなければならない、予算バランスは EMU 負債超過の 3%を超えてはならない。
- ⑤ 連立政府は政治を行うにあたって、複数年にわたる支出の上限額や、財政のルールについて決めた細部にわたる連立政権の合意を守らなければならない。
- ⑥ 春に各省の大臣が財務大臣あてに予算レターを送り、年間予算の大部分はここで決められる。
- ⑦ 9 月には予算の締め切りに加えて (Budget Day in September)、5 月の国会の日程には予算執行をチェックする説明責任の日がある。財政監査サービス省と独立組織であるオランダ監査裁判所 (Netherlands Court of Audit) が重要な役割を果たす。

(2) オランダにおけるヘルス支出とその推移

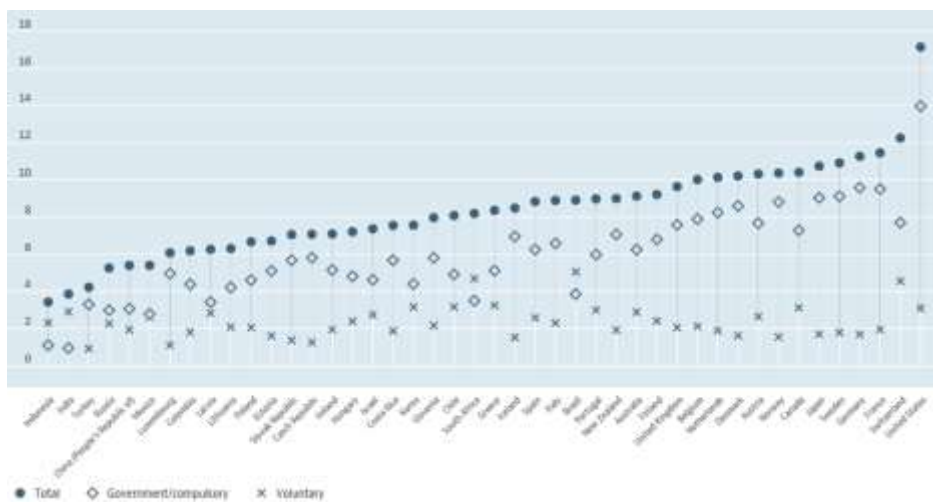
オランダの医療・介護・リハビリ・予防を含むヘルス支出*1の一人当たり費用は 5,385 ドルであり (OECD 平均 4,003 ドル、英 4,246 ドル、日本 4,519 ドル 2017 年)、アメリカ、スイス、ルクセンブルク、ノルウェー、ドイツ、スウェーデン、アイルランド、オーストリアに次いで世界 8 位にある。対 GDP 比は 10.1%で (英 9.7%、日本 10.7%、2017)、世界 10 位にあたり、いずれも高い位置にある (図 1、図 2)。

図1 一人あたりヘルス支出 (OECD 諸国)



(出典 : <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>)

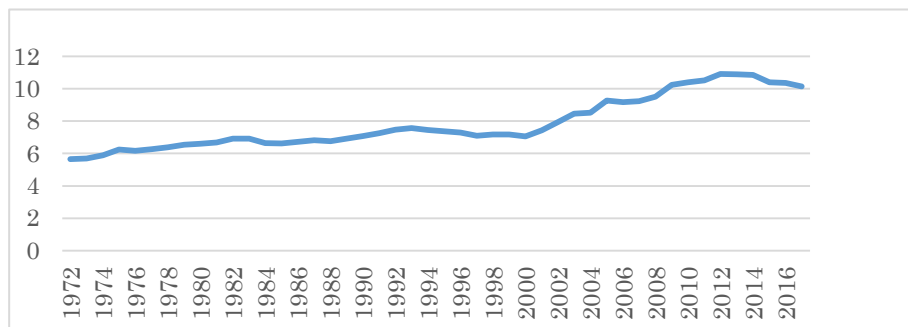
図2 ヘルス支出の対GDP比 (OECD 諸国)



(出典 : <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>)

ヘルス支出*1の対GDP比推移を見ると(図3)、1990年代には7%台だったものが、2000年頃から高騰をはじめ、2006年の改革にも関わらず2008年に一気に8%を突破している。さらに、2012年には10.9%の天井を記録している。

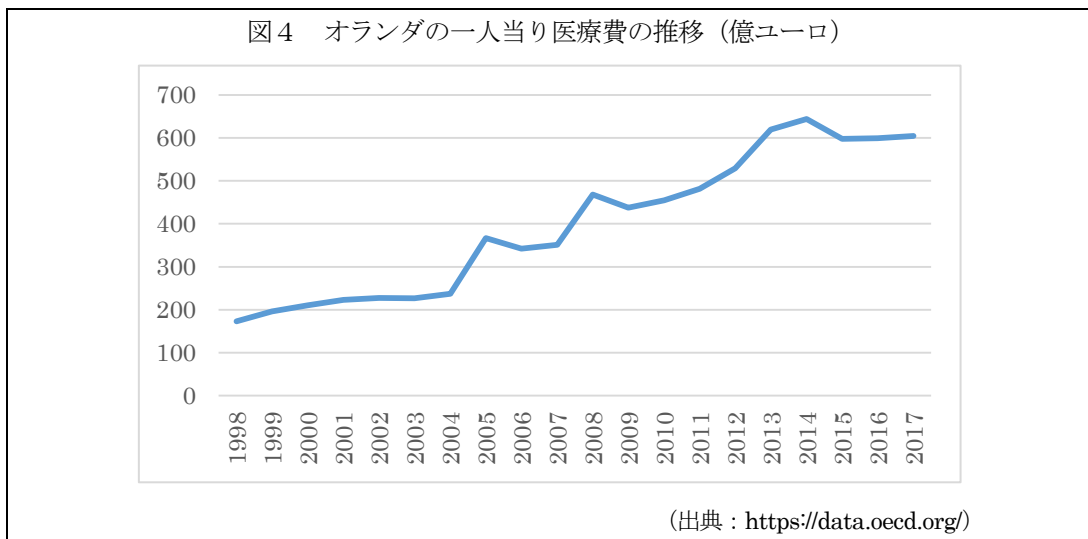
図3 オランダのヘルス支出の対GDP比推移 (%)



(出典 : <https://data.oecd.org/>)

本稿では、オランダの医療・介護・福祉改革について触れるが、いかに危機感をもって臨んだということが、この推移からも理解することができる。

その後 2013 年より下降に転じ、以下にのべるような 2015 年の大改革を通じて、2016 年には 10.5%、2017 年には 10.1%へと戻している（OECD 平均 9.0%、2016）。一人当たりヘルス支出は図 4 で明らかなように、2003 年に高騰しているが、医療費全体として 2000 年（470 億ユーロ）から 2011 年（900 億ユーロ）にかけて倍増したと Spoor（2014）は指摘している。大森（2015）は、2006 年から 2014 年にかけて介護費（長期医療）は同期間 1.1 倍増であったが、医療費（短期）は 1.5 倍に増加したと述べており、2006 年の医療改革にも関わらず、成果がなかったことが理解できる。2015 年より一人当たり医療費は減少しているが、これは 2015 年の医療保険・介護保険の大改革によるものと推測できる。

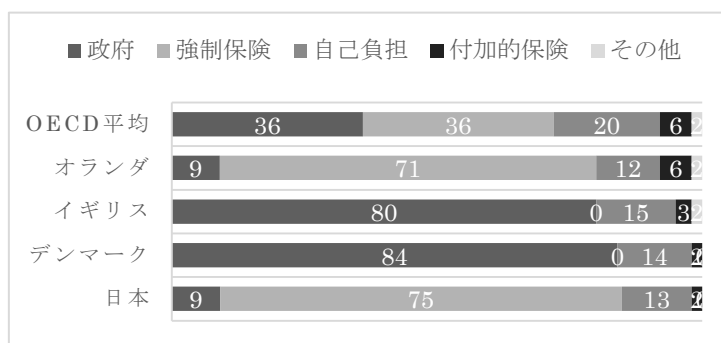


* 1 ここで言う「ヘルス支出」は OECD の「Health spending」を直訳したものであり、病院・G P の医療費、リハビリ、介護、予防、公衆衛生すべてを含むものである。医療費と訳すと誤解を生じるため、「ヘルス支出」と訳した。

(3) ヘルス支出の財源とサービス類型別医療費

財源では、図 5 で明確なように、オランダでは OECD 諸国と比べてヘルス支出における政府負担が少ないという特徴がある。とくに税方式で賄っているイギリス、デンマークとは大きく異なっており、医療・介護に保険方式を導入している日本と構成が似ている。図 5 における強制保険（Compulsory health insurance）の中には給料天引きの保険料と各自が支払う保険料が含まれているが、図 5 ではこれらの区別は詳細には示されていない。

図5 医療費の財源比較

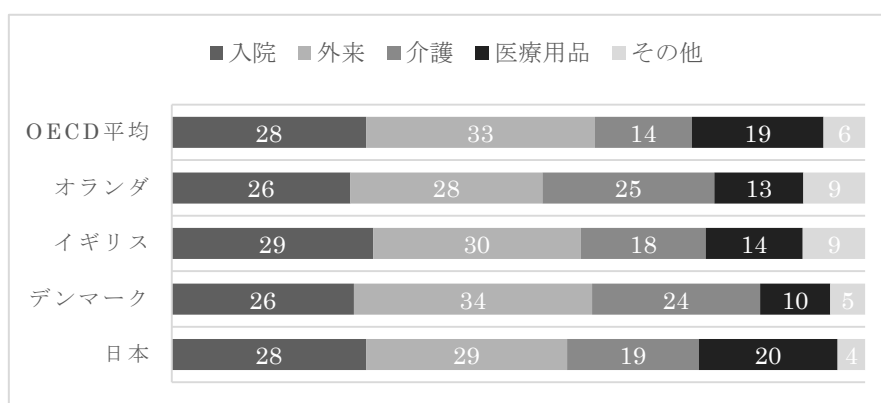


*政府 : Government Scheme, 強制保険 : Compulsory health insurance,
自己負担 : out of pocket, 付加的保険 : voluntary health insurance

(出典 : <https://data.oecd.org/>より松岡作成)

サービス類型別ヘルス支出では、オランダでは介護の比率が高いことが特徴となっている。図6は2015年の数値であり、かつてのAWBZ（介護保険）の膨らみ切った段階の数値が反映されていると推測される。

図6 サービスタイプによる分類



入院 : inpatient care, 外来 : Out patient care, 介護 : long-term-care, 医療用品 : Medical Goods, その他 : Collective services

*入院には、入院によるリハビリやデイケアが含まれる。外来には、ホームケアや関連サービスも含まれる。

(出典 : health at Glance より松岡作成)

現在、AWBZは2015年1月の改革によってWlz (Wet Langdurige Zorg) へと移行されているが(後述)、2017年の介護費用(Wlz)は203.5億ユーロ(2.85兆円、1ユーロ=140円で換算)、医療費用(Zvw)は465億ユーロ(6.5兆円)である。

2. ヘルスケア・システムの概要と財政

オランダのヘルスケア・システムは全国民を対象としており、社会的連帯による強制保険制度を通じて、高い質の医療・保健・介護サービスの提供を目指す普遍的な制度である。そうしたオランダのヘルスケア・システムは、以下4つの法律によって成り立っている (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2016)。

- ・医療保険 (Zvw、Zorgverzekeringswet、医療保障法、2006年に職業別の3保険が一元化された)
- ・介護保険(Wlz、Wet Langdurige Zorg、Long-term care act、介護法、2015年1月1日より AWBZ は Wlz へと置き換えられた)
- ・社会サービス法 (Wmo、Wet maatschappelijke oudersteuning)
- ・若者法 (Jeugwet)

人口 1,708 万人(2018年)のオランダにおいて、ヘルスケアにかかる費用は年間約 700 億ユーロ (約 10 兆円、1 ユーロ=140 円換算) で、GDP (約 100 兆円) の 10%に相当する。また、ヘルスケア領域では 110 万人が働いている。表 1 は社会サービス法も含めて、財政的な側面からの比較を目的としてまとめたものである。

表 1 Zvw、Wlz、Wmo の比較 (単位：億ユーロ)

		医療保険 Zvw	介護保険 Wlz	社会サービス法 Wmo (保険ではない)
保険者		保険会社	国	(自治体)
利用者		1500 万人	34 万人	-
総額		465	200	-
	保険料	399	147	-
	自己負担	32	18	不明
	税金	34	35	67

(出典：http://rijksbegroting.nl/ より作成)

(1) 介護保険 (Wlz)

1) Wlz の歴史と特徴

Wlz は AWBZ を前身とするが、かつての AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten、特別医療費保障法) は、1968 年に創設された世界初の介護保険である。高齢者 (身体障がい、認知症)、障がい者、1 年以上の精神障がい者を主たる三つの対象としていた。オランダでは、「医療 vs 介護」というより「短期医療 vs 長期医療」という区別をしており、医療保険が短期の急性期医療を対象としているのに対し、AWBZ は慢性疾患、長期にわたる医療 (介護) を必要とする人々を対象としていた。

AWBZ は対象を限定することなく、介護・看護から支援ガイダンス、医療的ケアやリハビリ、施設でのケアまで幅広くカバーする保険であった。しかし、その背景には「ニーズ (できないこと) があればサービスを受ける権利がある」という権利意識があり、その結果として AWBZ は膨れ上がり、スタート時期より利用者は 15 倍に、給付費は 22 倍に増えてコントロール不能の状況に陥るようになった (保健福祉スポーツ省、2016)。AWBZ 下における権利意識については、2016 年度、2017 年度の訪問先でもよく聞かれた。そこで、AWBZ の対象

を大きく絞込み、2015年1月より Wlz という新しい介護保険に置き換えることとなり、2015年は経過措置の年とされた。

オランダに住んで働き税金を払っているすべての人は、Wlz (Wet Langdurige Zorg, Long-term care act、介護法) によって新しい介護保険の保険料を支払う義務が自動的に生じる。そして、将来にわたって 24 時間のモニタリング (監視) とケアが必要になれば、この法律によってケアが保障される。

Wlz は、重度認知症の高齢者や重度の知的障がい者、身体障がい者、精神障がい者など、最も重度で「将来にわたって 24 時間の監視と介護を必要とする人」を対象としている。AWBZ が広範なニーズにんでいたのに比べ、Wlz 対象者は「コア AWBZ」と称されるように、また「将来にわたって」と表現されるように、回復の可能性が見込めない最重度の人々が対象である。よって、査定は CIZ (中央ニーズ審査会) で行なわれるが、これは国の独立組織であり、医師を含む専門職によって厳重に行なわれるものである。

保険料は納税システムをとおして徴収され、給与所得者の場合、保険料は自動的に給料から天引きされる点などは、かつての AWBZ と同様である。その率は毎年、中央政府によって決定され、所得税の 9.65% という固定率が決められている。上限の所得は 3 万 3,589 ユーロ (約 470 万円) である。これに加えて所得に合わせた応能の個人負担があり、在宅か施設か、65 歳以上か以下か、配偶者の有無などで異なる。

Wlz の保険者は中央政府であるが、実際の運営は 12 の州 (region) に置かれた 31 のケア事務所 (zorgkantoor, care office) が担っている。

2) Wlz の申請から判定 (indication)、サービス利用

申請からサービス受給にいたるプロセスは次のとおりである。

① 申請

長期 (または永久) にわたって 24 時間のケアを要する人は、Wlz のサービスを受けられるかどうか、まず中央ニーズ審査会 (CIZ : Centraal Indicatieorgaan Zorg, Center needs assessment care) に書面で申請する。

② CIZ*2による判定

中央ニーズ審査会は、客観的にケアニーズを判定する独立組織である。判定をうけた個人 (被保険者) は、在宅か施設か、個人予算かを選ぶことができる。詳細は後述する。

③ ケア事務所

中央ニーズ審査会 (CIZ) での判定結果は、12 の州 (region) に設置されている「ケア事務所 (zorgkantoor, care office)」に送られる。ケア事務所は、数ある保険会社の中でもその地域を代表する保険会社が務めている。ケア事務所職員は、申請者をプロバイダーへとつないで、査定結果を具体的なプランへと落とし込む。

④ ケア・プロバイダー

ケア事務所からケア・プロバイダーに情報が送られ、実際のサービス提供が開始される。

<Wlz のアセスメントと査定>

CIZ への申請は、各自が書面で行うのが原則である。しかし、近くにあるケア事業所に依頼して援助を得ることもできる。CIZ は 3 日以内に書類を受け取ったことを連絡し、アセスメント結果は 6 週間以内に連絡することが義務付けられている。

運動機能や移動 (ADL、IADL) に加えて、精神的な側面 (記憶機能、認知機能など)、社

会的状況（人的ネットワーク、活動状況、住居環境）、さらに家族や親せき・友人・近隣からのインフォーマルサポートなどについても評価がなされる。

申請者の希望に沿うために電話をかけたり、CIZ に来るように依頼したりすることもある。逆に CIZ から訪問調査に出かけていくこともある。このミーティングには、世話をしている家族などが同席することも許されている。

オランダでは、査定結果はインディケーション（Indication）と言われるが、高齢者の場合は 7 種のケアプロファイルに分けられる（中島、2018）。ZZP は 10 種に分けられるが、介護保険は高齢者・身体障がい者・精神障がい者を対象とする普遍的な制度であるため、高齢者は 7 つのカテゴリーに相当するということである。日本の介護保険ように、介護に要する時間を基本とした「介護の手間」でレベル分けするのではなく、その人が必要とする支援の内容が分かりやすく示唆されるようなケアプロファイルとなっている。したがって、この査定を見れば、各サービス事業者で提供プランを立てることができる。

* 2 CIZ については国際長寿センター 2017 年度報告書（p69-73）に詳しい。

<http://www.ilcJapan.org/study/>

3) ケア事務所と予算配分

<ケア事務所 Zorg Kantoor>

ケア事務所は各州（12 region）に置かれ、数ある保険会社の中でもその地域を代表するシェアの高い保険会社がその役割を務めている。現在、オランダ国内に 31 のケア事務所があり、査定を受けた本人（以後、「本人」と略す）の住所地によって決定される。

ケア事務所の職員は、業務の委託を受けた保険会社の社員であり、「在宅サービス/施設サービス」の別、「現物給付/個人予算」の別などについて、CIZ の査定を受けた本人と話し合っており、実際の具体的なサービス内容へと落とし込む。その内容はケアプロファイルで分かるようになっているので、回数や時間について決めていくイメージである。

また、ケア・プロバイダーは「本人」が決めるが、ケア事務所はその選択についても相談にのる。この際、ケア事務所は保険会社でもあるが、ケア事務所としての公平な立場で相談にのり、サービス事業者を決めていかなければならない。公平性に配慮して、ケア事務所の業務と保険会社の業務は明確に分別しなければならないのである。ケア事務所では、「ケアアドバイス」というサイトなどを持っており、「本人」がそれを活用して選択しやすいようにもしている（2019 年 3 月松岡調査）。

そして、施設や在宅介護のプロバイダーと交渉を行ない、細部を詰めて契約を行なう。状態が悪化し、さらにサービスが必要となった場合は、ケア事務所に連絡する。

<予算配分>

Wlz における予算は、保健福祉スポーツ省（Ministry of Health, Welfare and Sport）の管轄であるが、Nza（オランダ保健管理庁、Nederlandes Zorgautoriteit）が各地域にある 31 のケア事務所に配分する。これは、各地域の Wlz 受給者数をベースとして、物価上昇率などが考慮される。インディケーションによって各人の ZZP が決まっているので、決め方は比較的シンプルとのことであった。さらに、ケア事務所から各プロバイダーへの配分も、Wlz では施設入所者がほとんどであるので、そのプロバイダーが有している施設のベッド数（入所者数）が算定基準となる。配分を受けたプロバイダーから、毎月請求書が提出される。例えば、100 ベッドで申請していても、実際の入所者が 90 人であれば 90 人で請求することとな

る（松岡 2019 年 3 月調査）。

保険会社の評価では、AWBZ は法律で決められた部分が多く、保険料徴収も給料天引きであり、競争がはたらきにくい構造であるとのことであった（松岡、2017）。同じ構造であることから、Wlz も同様と推測できる。

4) Wlz の収入・支出

Wlz の給付総額は 204 億ユーロ（約 2.9 兆円）であり、その財源構成は図 7-①のとおりである。ここで注意が必要なのは、Wlz でカバーされるのは高齢者のみならず、障害がい者（身体・精神）も含まれる点である。

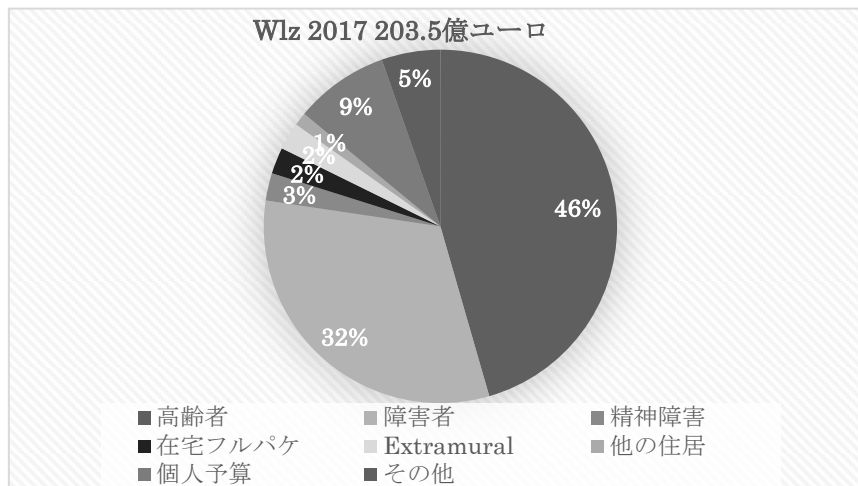
収入の内訳は、保険料が 73% を占め、公費（国からの補助、BIKK）が 18%、自己負担 9% である（図 7-①）。日本の介護保険と比べると保険料の割合が顕著に高い。このあと Zvw についても記述するが、Zvw は保険料（86%）と自己負担（7%）で 93% に上り、公費（政府補助）はわずか 7% に過ぎない。いずれも、保険料を中心に組み立てているオランダの特徴である。

保険料率は、所得の 9.65% であり、上限支払所得は 6,048 ユーロ（約 85 万円、1 ユーロ = 140 円にて換算）である（<http://belanstingdiens.nl/>）。ちなみに、年金の保険料率は 17.9% である。



支出内訳は図 7-②のとおりである。高齢者ケア（46%）と障がい者ケア（32%）で 78% を占めている。在宅フルパッケージとは、Wlz を利用できるのは施設入所レベルの重度者であり、在宅でこれを利用するという意味である。さらに、外付けケア（extramuraal zorg とは、高齢者住宅（主として社会住宅）に住んで受けるケアである。個人予算（PGB）は、9% となっている。Wlz には個人予算もあるが、給付のほとんどが現物給付であることがわかる。

図7-② WLzの支出内訳



(出典：http://belastingdiens.nlより作成)

(2) 医療保険 (Zvw)

1) Zvw (Zorgverzekeringswet)の歴史と特徴

オランダの医療保険は、2005年まで、低所得層対象の Zfw (1,000万人加入)、基準収入を超える国民・自営業者・退職者対象の Wtz(500万人)、公務員を対象とする Kpz (約70万人)の3つに分かれ、職域別の構成になっていた。

他のヨーロッパ諸国と同様に、オランダでは医療は無料、あるいは低額であるという意識が根強く、費用対効果についても、責任をとる人・部局があいまいで透明性が低かった。医療は上限価格や固定価格で保障されており、予算制限をして費用を低く抑えることは良質な医療を阻害するものであるとみなされる時代が長く続いた。また、政府の規制が多すぎて、民間の競争を阻害するものとなっていた。こうした状況を打破して医療の質を改善しつつ、コスト抑制を図るためには、競争原理を取り入れる必要があった(松岡、2017)。

そこで、2006年の医療改革では民間保険による競争原理を取り入れ、3領域にわかれていた保険を一元化した新しい医療保険 ZVW (zorgverzekeringswet)が登場した。全国民が強制的に加入する公的保険であり、家庭医・専門医の診療から入院、薬の処方、小児歯科の受診に至るまで医療を幅広くカバーしている。この保険制度は、基本パッケージと、リハビリや歯科医療などを含む付加的パッケージの2つからなり、その大部分は基本パッケージであるが、内容と保険料が同じであったため、健全な競争がほとんど起きなかった。また、医療費の半分以上(57%)を占める病院での費用についても自由に契約できる範囲が狭く、期待された競争原理がうまく働かなかった。2000年から2011年にかけて医療・介護を含むヘルスケア給付の全体は倍増した背景を Spoor (2014)はこのように分析している。

そして2015年には、AWBZより看護師による訪問介護・看護が Zvw へと移行されたところである。

2) Zvwの申請から判定(indication)、サービス利用

2015年以降、看護師による訪問介護・看護が Zvw へと移行され、Zvwの査定は、ケア・プロバイダーの地域看護師(Wijkverpleegster, district nurse、レベル5)が行うこととなった。

利用者は、病院、家庭医、ソーシャル・ヴァイクチームから紹介されるケースが多い。プロバイダーに所属する地域看護師は、身体的状況と健康（歩行・移動、排泄、着脱、シャワー、口腔ケア、ヘアケア、爪ケア、服薬、失禁、ストーマ、栄養、皮膚（褥瘡）、痛み、睡眠）、住居と生活環境（掃除、衛生、改良）、社会的交流（日々の暮らし、アクティビティ、デイケア、子ども、人的ネットワーク、介護者負担）、精神面（うつ、恐怖感、混乱、せん妄、行動障害、自分の病気への対応）についてアセスメントし、必要なサービスの種類・量・回数を決定して、プランを立てる。

ここで、一つのプロバイダーが査定を行うことについて、公平中立性の面から疑問が生じるところであるが、それについては、看護師には高い専門職倫理観があり、保険会社の厳しい監査があるとの返答であった（2017年のILC訪問インタビュー結果）。

3) 予算配分

保険会社は、被保険者が選んで契約する。この保険料収入と特別徴収保険料（給料天引き分）がZvwの主たる収入源である。

保険会社は、各プロバイダーからの請求によって支払いを行うが、年度はじめに予算を設ける。そして、予算を超える部分の支払いは基本的には行われようである。あいまいな表現を使用したのは、保険会社やプロバイダーによって説明が異なることがあり、両者の契約によってさまざまに異なることを確認していることによる。

参考までに、ケア単価は中央政府（NZa, オランダ保健管理庁）が最高額を決めており、それを越えない範囲で自由な設定が許されている。介護で時間当たり最高 53.33 ユーロ（約 7,500 円）、看護で時間当たり最高 78.95 ユーロ（約 11,000 円）が上限である。実勢価格は不明であるが、かなり高い上限額が設定されている（松岡、2017-5）。

今回、次節「3. 給付コントロールの仕組み」で紹介するプロバイダーは、予算オーバー分を自社で負担した。また、小規模なプロバイダーの場合は、9 月頃に「ケア・ストップ」をかけて、それ以降の受注を受け付けない。つまり、他のプロバイダーを紹介せざるを得ないことが生じるためだということを確認している（松岡、2016）。さらに、プロバイダーにきた利用者が、プロバイダーとしての契約のない保険会社と契約している場合も生じる。その場合、保険会社から「予算オーバーしてしまったので、請求どおりの金額を払えない」と言われることもある。そのプロバイダーは、「次年度からは、われわれ（プロバイダー）と契約している保険会社に変えてもらえないだろうか」というような提案をするという（2019 年 3 月松岡調査）。

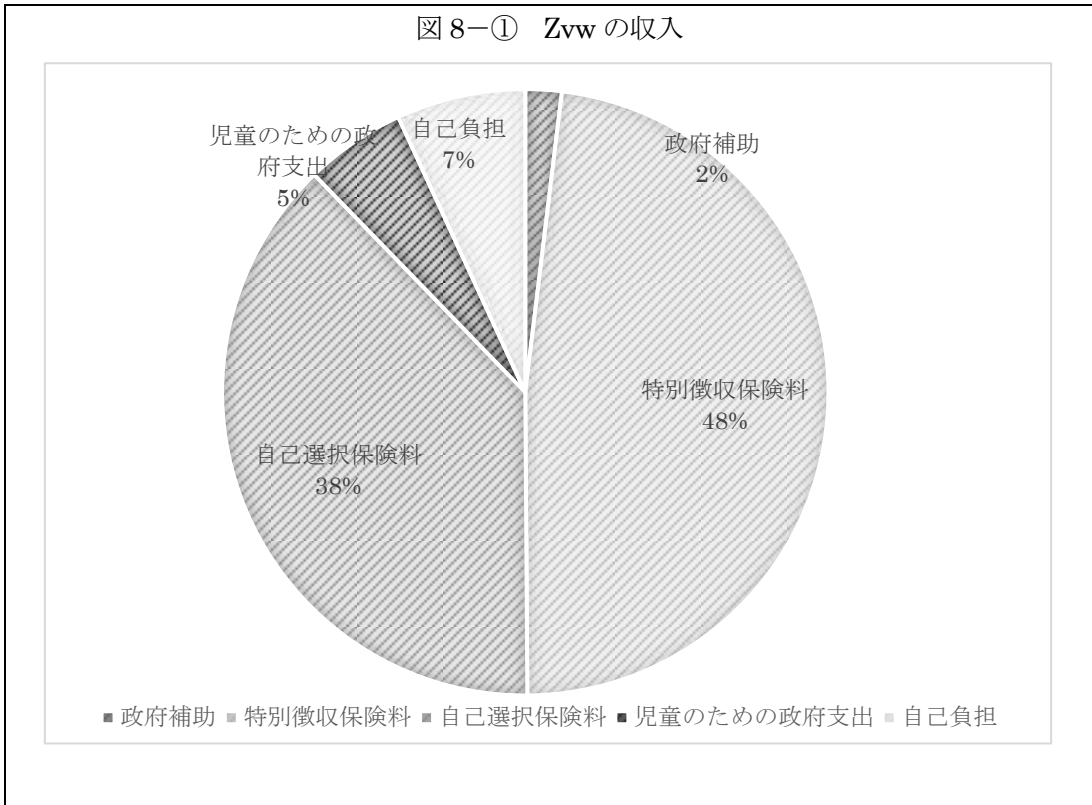
これらの様子は、次節「3. 給付コントロールの仕組み」で詳述するが、予算コントロールが厳密に行われている事実を示している。

4) 財政（収入）

<Zvw 収入>

医療保険（Zvw）の財源は、その 86%が保険料で賄われ、自己負担 9%、児童のための政府補助 5%・政府補助 2%である。公費（政府支出）はわずか 7%である（図 8-①）。

図 8-① Zvw の収入



保険料割合は大きく、給料天引きの収入に応じた所得連動保険料(Inkomensafhankelijke bijdrag, Income-dependent contribution)と、個人が保険会社を選択して契約する名目保険料 (premie, nominal premium、自己選択保険料) に分けられる。前者が 48%で、後者が 38%である (Belastingdienst, 2019 年 2 月 15 日最終閲覧) (図 8-①)。

収入に応じた保険料 (48%) は、2019 年より被用者から 6.95% (2018 年 6.9%) が給料天引きで支払われる。さらに、雇用主が 5.7%を払う。雇用者が払わない場合、つまり年金生活者や自営業者は、収入の 5.7% (2018 年 5.65%) を自分で支払う。いずれも 2018 年より 0.05%アップされた。支払上限収入は 55,927 ユーロ (2018 年 54,614 ユーロ、約 783 万円)である (<http://belastingdienst.nl>) (松岡 2019 年 3 月松岡訪問)。

また、38%を占める名目保険料は、国民が保険会社の各種医療保険から比較選択して購入契約するものである。平均的に月額 70 ユーロほどであり、保障内容によって額面が異なる。保険会社は毎年変えることができ、現在年間 100 万人が保険会社を変更している (2018 年 ILC 訪問)。「より安い保険料で、よりニーズに合った保障を得よう」という、オランダ人の合理主義と言えよう。

<保険会社>

保険会社は、被保険者から保険料を集め、病院・GP・介護事業所 (ケアプロバイダー) などから医療・介護サービスを購入し、契約した被保険者に医療・介護サービスを間接的に提供する、という位置づけである。そのためには、被保険者のニーズに合う保険を提供して、プロバイダーからはより質の高いサービスをより安価に購入する必要がある。

医療保険は「基本パッケージ」と「付加的サービス」に分けられ、前者の保障内容は政府 (保健健康スポーツ省) が決めていて義務づけられている。リハビリテーションなどを多く受けたい人はオプションとして「付加的サービス」がセットされた保険を選ぶ。病気をする

ことが少ない若者は、より安い保険を選ぶ。このように、基本要件と公益性を守りつつ、ターゲットとニーズをにらみながら、各社工夫を凝らして保険を売り出している。保険会社は公益性の高い非営利組織であり、吸収合併が進んで現在 10 社（グループ）が存在している。大規模なものが多いが、町中に相談バスを走らせていたりしている地域密着型の保険会社もある。

自己負担金は一人 385 ユーロ（約 5 万 4,000 円、2019 年）であり、385 ユーロまでは自分で払い、これを超えた部分について保険会社が支払うこととなる。自己負担金は毎年リセットされる。18 歳以下は免除され無料である。対象は、病院の入院費、交通費、薬、特殊な専門医、パラメディカルのケア、救急車などが含まれる。家庭医の診療、出産直後のケアは自己負担の対象外で、無料である。

保険会社は、契約を希望する国民を拒否することはできない。重度の被保険者が多くなると一社に負担がかかることとなる。その時には、リスクヘッジとしての基金があり、ある保険会社の支払いが莫大になった時にはこの基金から補填される。これを「エーベナー（make it even）」という。この基金のために、Zvw より約 5%が支出されている。

5) Zvw 支出

Zvw の支出は、そのほとんど（93%）が医療・介護サービス提供のためであり、支出先としては医療・介護保険会社（Insurers）であり、最終的に医療・介護サービス事業者を支払われる。5%が基金への支払いであり、あとは事務経費（2%）などである（図 8-②）。サービス種類別に見ると、医療 56%、地域看護 32%であり両方で 88%を占めている（図 8-③）。

図 8 - ② Zvw の支出

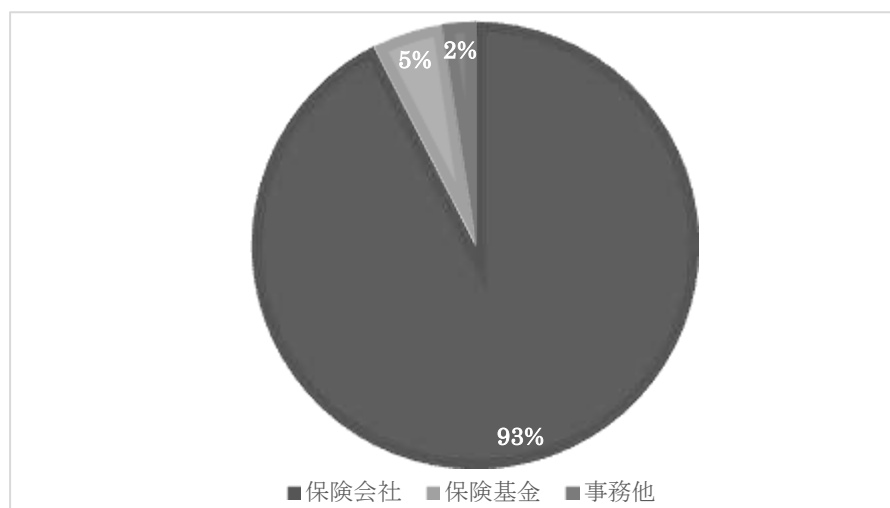
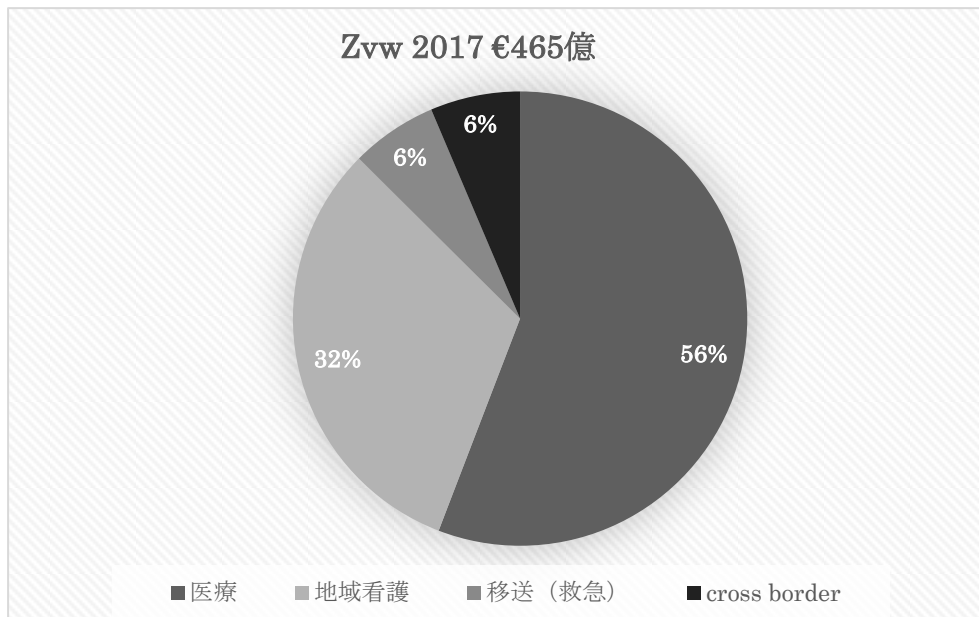


図 8-③ Zvw のサービス種類別支出



3. 給付コントロールの仕組み

オランダのヘルスケアにおいて、全体給付額が膨張しないために、どのように工夫されているか考察する。以下の4点にあると考えられる。

- ①保険料割合が高く、公費支出が少ない制度
- ②Zvw における「規制された競争」
- ③予算遵守の合理的システム
- ④Wmo は究極の予防策

(1) マクロ視点：保険料割合が高く (Zvw 86%、Wlz 73%)、公費支出が少ない制度

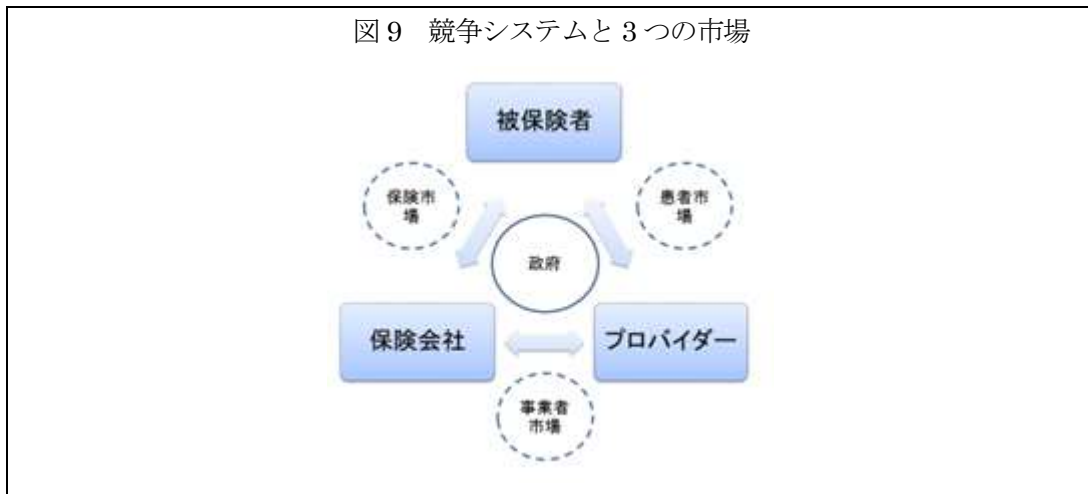
オランダのヘルスケアは保険方式で賄われており、しかも、租税（政府）からの補助が顕著に低い。医療保険の保険料割合は 86%であり、介護保険のそれは 73%である。マクロな視点から、基本的に税支出を低く抑えるシステムにしている、ということが言える。

とくに、医療保険 (Zvw) は、総額の 86%が特別徴収保険料と自己選択保険料で賄われており、「保険会社が被保険者を集めれば集めるほど、サービス提供できるので Zvw に予算枠はないとも言える」という発言も聞かれた (松岡 2019 年 3 月訪問)。しかし現実問題として、プロバイダーからケアサービスという商品を購入できなければ、保険会社は被保険者にサービスを提供できない。さらに、人材不足の問題などもあるだろう。公費支出は極限まで切り詰め、「規制された競争」によって市場の最適均衡を保っている。

(2) 医療保険 (Zvw) における「規制された競争 (regulated-freedom market)」

またオランダで特徴的なのは、医療保険システムに競争原理が持ち込まれており、民間の保険会社 (非営利) が中核的な役割を果たしている点である。

競争については、被保険者とプロバイダー（サービス事業者）、保険会社の 3 社によって 3 つの市場が形成されている（図 9）。3 者のそれぞれが、医療サービスの質と保険システム全体の質をコントロールする上で重要な役割を果たしている（松岡、2017-1）。



まず個人（被保険者）は、より良く、より安い価格の保険会社とプロバイダー（病院、医師）を毎年選択して変更することができる。オランダには 10 の医療保険グループがあるが、質と効率を求めて吸収合併を繰り返している。このダイナミズムを通して、「顧客のために」というインセンティブが働く。

次に、保険会社である。保険会社は、事業者から医療・介護サービスを購入する。この時に、サービスの「質と効率」に着目する。もし「質」が満足いくものでなければ、その証拠を示して契約を打ち切ることができる。2016 年に訪問した Topaz のリハビリセンター（ライデン市）では、「リハビリで効果があげられず在宅復帰率が下がると、保険会社から報酬を下げられるたり、次年度契約更新が出来なかったりする」との発言があった。これは、プロバイダーにとっては脅威である。

最後にプロバイダーは、個人（被保険者）がどのような形でサービスを受けるか、現場での詳細を決めていく。この点に関して、保険会社は「質」に関するガイドラインを定めてその向上に向けてアドバイスを行ない、利用者の自立を促進しつつ満足を高めていく。

3 つの市場の中心には中央政府が存在し、制度を構築して法律で規制している。

オランダにおける保険市場の競争は、完全な自由競争ではなく「規制された競争市場（regulated-freedom market）」と言われる。医療保険（Zwv）では、被保険者は保険内容と保険料によって保険会社を選択する。保険会社はプロバイダーとサービスの内容（質）、価格、量について契約を結ぶ。しかし、ここで Nza が価格規定や、全体量規制、領域規制などを設けて自由競争をコントロールしている。各プロバイダーには年間を通した契約の枠があり、特定の医療機関・介護機関に集中することなども規制されている。これが、「規制された」に当たる部分である。とはいえ、医療分野で競争が健全に働かなかった例もあり、Spoor(2014)の分析を紹介したものである。

保険会社は事業所を厳しく監督するだけでなく、情報提供やアドバイスを通じて、「質と効率」のバランスを見ながらサービスを提供してくれる事業者を育てていくような発想を持っている（松岡、2016）。

医療・介護サービスの質と給付をコントロールしていく上で、「規制された競争」が有効に

働いている。

(3) 予算遵守の合理的システム

医療保険 (Zvw) も介護保険 (Wlz) も、そのほとんどが保険料によって運営されている。そのため、とくに Zvw では保険会社は保険契約による保険料が基本収入であり、その範囲内で医療・介護サービスを購入することとなる (2018 年訪問)。Wlz では、Nza(オランダ保健管理庁)が各ケア事務所へ予算を配分するのが基本的なシステムである。

Zvw (医療保険) では、保険会社は契約した被保険者からの保険料に基づいて予算を組み、プロバイダー (医療・介護事業所) と契約する。

<Coloriet (Lelystad 市) の事例 (zvw) >

アムステルダム の東約 55 km の Lelystad 自治体にある社会福祉財団 (Stichting) 「Coloriet」では、入所施設 500 人、在宅の高齢者約 1,000 人にケアを提供している。質の高いケア提供のためには、職員が「楽しく働いている」ことが基本であるとの理念に基づき、入居者や利用者と一緒に (iet) 暮らしに色づけ (Color) して価値ある生活や人生を創っていくことを目指している。

2018 年の訪問時に、この組織からサービスを購入している保険会社の職員もインタビューに参加した。日ごろから両者はよく対話している様子で、信頼関係に基づいて仕事していることを直接感じることができた。

「2015 年の改革は、金銭面の膨張と制度のサステナビリティに着目して始められたが、今は、ケアの質を高めることが重視されている。しかも、効率も考えながら」という話が最初にあった。

Coloriet でも年に 2 回、保険会社とともに価格をチェックし、質も勘案してその妥当性を確認している。

保険会社と交渉する Coloriet 職員は、「私たちの対話は金銭面というより、クオリティ面での話し合いが多い。過去 2 年にわたって、高品質のケアを求める需要が強くなっていることを、彼女 (保険会社) から強く言われる」と話した。

2016 年に Coloriet では、介護費用が 10 万ユーロオーバーするという事態が起きた。保険会社からの支払いはなかったが、積立金の中から理事会の承認を得て補填することとした。このように、予算があり、その枠内でより質の高いサービス提供を行っており、保険会社の厳しい目が質と効率に対して向けられているのである (2018 年 9 月訪問)。日本のように、サービスを提供したら提供しただけ報酬が支払われるシステムではなく、サービスの質への厳しいチェックが十分でない状況とは大きく異なる。

また、質のチェックについては明確な指標があるわけではないが、「リハビリによって何人を在宅復帰させたか」など、効果を数のエビデンスで示す必要がある。さらに、利用者審議会が開かれ、利用者アンケート (安全性、プライバシー、質など) も実施されている。保険会社では、職員に働き甲斐などをそれとなく尋ねたりするほうが質をよく理解できると考えていた。質と効率の管理は、保険会社が厳格に行っている。なぜなら、質のよいサービスを購入し提供できなければ、被保険者から信頼を得ることができないからである。健全な競争原理が働いていると言える。



(写真) Colorietにて(左が保険会社のアウレン氏、一人おいて明るい施設長、ILC オランダ所長・Coloriet 理事 Marieke van del Waar)

<Procure(アムステルダム市)の事例>

Procure は、アムステルダム市内の 8 地区あるうち 3 地区を担当するターミナルケアの経験が豊かな介護組織である。当然のこととして、地区内での他の事業者との競合がある。しかしながら、「(地区内の他事業所とは) 競争もあるが協力もしている」との説明であった。とくに、利用者からの新規の依頼があっても人手が足りずに受けられない時などは、協力し合うという。

介護事業所の年間予算は、その年初に保険会社によって確定される。評判がよいために、新規の利用者が昨年以上にきた場合、つまり予算以上のサービス提供の可能性が出てくる場合について尋ねると、「それは、あり得ます。だから、9月以降は、今受けている以上受けられません、と『ケア・ストップ』をかけることもあります。そして、他の組織を紹介します」との答えであった。また、「QOL を高めて利用者に喜んでもらい、かつ利益を上げるのは難しいことです。1年間のプランで喜んでもらい、使い切って少し利益がある、というのが一番いい。マネジメントが大切です！」との説明であった(松岡、2016)。

(4) WMO は究極の予防策

医療保険、介護保険を中心に述べてきたが、自治体が行っている WMO(社会サービス)は究極の予防策であり、シグナルを見つけて早期発見して対応していくことの重要性が指摘されている。つまり、2007年から2015年におけるヘルスケア・システムの大胆な改革は、将来を見据えた予防型社会へのファースト・ステップでもあるということである。単に、家事援助やデイサービスを AWBZ から WMO に移行したというだけではなく、「できないことをしてあげる」サービスから「自分でする、皆で支え合う」サービスに変革しようとしただけでなく、「予防型社会」への変革でもあったわけである。

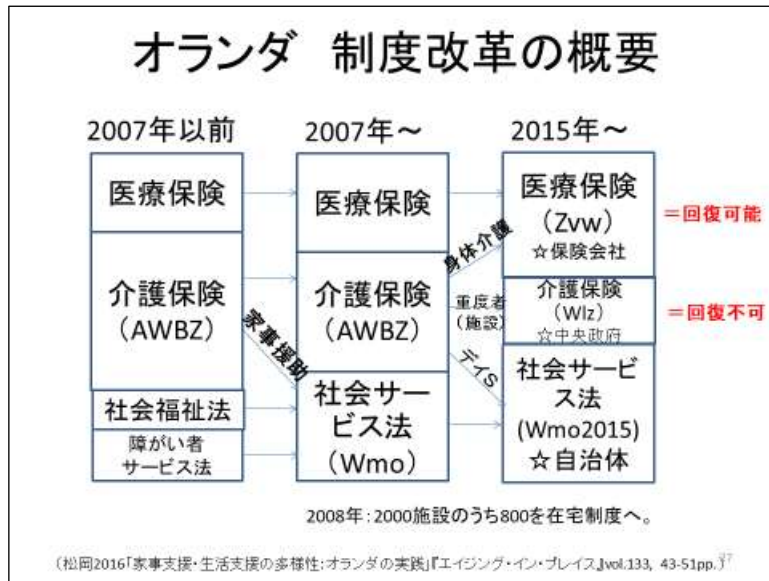
同時に、地方自治強化への重要なステップであったことも忘れてはならないだろう(松岡、2017)。

(5) 2015年改革は最大の給付コントロール

オランダは、2006年の医療保険改革、2007年・2015年の介護保険改革を通じて、給付の膨張に歯止めをかけた。2006年の医療改革は競争原理が働かなかつたと分析されている(Spoor, 2014)が、2007年に AWBZ から家事援助を WMO へと移行し、2015年にはデイサービスを WMO へ、訪問介護看護を Zvw へと移行した改革は、国王から政治家、行政、

プロバイダー、福祉組織、利用者に至るまで規範的統合と思われるような理解を伴って進められている。

こうした改革ができることこそが、最大の給付コントロールである。



4. 結論（日本への示唆）

以上の考察を踏まえ、給付コントロールの側面から日本への提言をまとめる。

(1) 介護保険制度に CAP 制予算枠組み

オランダのヘルスケア・システムについて、予算コントロールの視点から考察をしてきた。AWBZによる失敗の経験から、さまざまなメカニズムの工夫がなされていることが明らかとなった。

日本の介護保険についてみると、総給付額は、2000年の3.4兆円から、2017年の9.9兆円へと、18年間で約3倍に伸びている。介護保険には、居宅サービスにおける給付限度額の設定がある。しかし、ケアマネジャーの意識としては、「限度額を超えると施設入所を考える」「定期巡回サービスに声をかける」などの声が聞かれ、単に目安としての機能はあっても、実質的にコントロール機能を果たすものにはなっていない。

自治体レベルでは、介護保険計画が需要予測を行うことによる保険料の決定、地域における資源配分について機能を果たしているというものの、実際には要介護認定者一人当たり介護サービス費用は、最も少ない北海道との差で見ると、沖縄県約40万円、鳥取県34万円、石川県約33万円等でその差が大きい（内閣府統括官、2018）。

日本の介護保険は出来高制で、サービスを提供すれば提供するほど利益が生まれる青天井システムはサステナビリティの観点からリスクをはらむ。オランダでは、保険会社が規制された競争原理のもとで合理的配分を行い、リスクヘッジとしての基金も予算枠内で設けている。Wlzではケア事務所毎、保険会社毎に予算コントロールされている。Zvwでも、各保険会社からプロバイダーに年間予算が分配されてその枠内を基本にサービス提供している。

(2) たとえば、介護報酬の「包括報酬制」

ではどこにCAPをかけるかという点、デンマークのようにエリア毎に予算を配分して議

会承認を得る方法がある。これは、エリア制包括報酬ともいうべきもので、小山剛氏の「ケア付き地域」になる。小山氏は、1 エリアでの介護事業者は1事業者でもよいが、利用者が選択できるように2事業者にするとしていた。

また、人に CAP をかけてシンプル化すれば、現在の介護保険の一人当り給付額の平均額 19.5 万円が基準となるであろう(介護給付等実態統計 平成 30 年 9 月審査分:要介護 1=11.25 万円、要介護 2=、15.1 万円、要介護 3=22.5 万円、要介護 4=26.8 万円、要介護 5=30.5 万円)。すでにオランダではこの議論が始まっているとのことである(2019 年 3 月松岡調査)。いずれにせよ、システムを工夫すれば、サービス提供事業者の合理的な工夫が活性化される。額面設定が至難となるであろうが、包括報酬にすれば「改善にむけて努力すれば、それだけゆとりが生まれる」ので、機能回復へのインセンティブが強く働く。また、システムをシンプルにして、現場の力を利用者のウェルビーイング向上に集中的に使えるにようにすることも昨今の現場を見ていると急務のように思われる。日本では居宅サービスにおける介護給付限度額があるが、これは事業者が何人でもサービス提供できるという意味合いにおいて CAP ではない。このようにさまざまな選択肢が考えられる。

(3) 介護保険制度に、「がんばる事業者が報われる」評価システムの構築と改善策促進を

日本の介護保険は、指定事業者にとってみれば、減算措置があるとはいえ、サービス提供を行えば行うほど収入がアップする仕組みが基本である。アウトカム評価を介護報酬に取り入れていく議論が進められているが、一步進めて、アウトカム評価の義務化と公開、さらに成果を上げられない事業者にはサービス提供の自動的停止などの厳罰制を取り入れることも視野に入れてはどうだろうか。同時に、改善を促進するための改善策のコンペティションを自治体レベルで行えるようなシステムづくり、ベスト・プラクティスをインターネットで共有できるシステムがもっとポピュラーになってもよい。

日本には、豊明市や寝屋川市、生駒市などのような好例もすでに存在する。

豊明市を例にとれば、介護予防サービスの給付額が平成 22 年から 25 年の 4 年間で通所系サービスでは 2.5 倍に、訪問系サービスでは 1.5 倍に増え、年ごとの伸び率がそれぞれ 35%、12.8%であった。一年後には、要支援 1 では 30%が要支援 2 へ、27%が要介護へと悪化し、要支援 2 では 28%が要介護 1 へと悪化していた。全国平均の悪化率はそれぞれ 32%、21%である。給付額は増えても重度化の一途をたどっていることが明らかとなった。このような状況に対して、同市では大胆な改革を始め、市が介護保険は「ふつうに暮らせるしあわせを支えること」を目的とするものであるというビジョンを掲げ、「地域ケア会議」に提出されたケアプランを素材にして、多くの専門職とともに考える機会を作り、これに参加しなければサービス提供の要点が理解できない、つまり指定を受けることが困難になるシステムを構築しつつある。これは稀有な例であるが、単に介護報酬の改定に留まらない抜本的改変が必要ではないだろうか。

介護保険サービス提供によるアウトカム評価と改善策の実施が義務化される制度、例えば、サービス提供の実態に、重度化と悪化の実態、改善努力の報告を義務付けるなどである。また、これは、各指定事業者にも求められることである。とくに、総合事業については、各自自治体の自由裁量が認められている領域が広い。このような形で、健全な競争が促進されるようなシステム設計が必要である。

(4) 現状の認識と国民による共有、抜本的改革を

オランダの 2015 年改革は、国民から行政、医療機関・介護機関、保険会社、中央政府、国王までを巻き込み、「膨れ上がる介護保険（AWBZ）」に大鉦を振るう 47 年ぶりの大改革であった。その様子は、2018 年度報告書に詳しいが、危機的状況を国民に開示し、国王自らが国会演説で「福祉国家から参加型社会」への変革を呼びかける国を挙げての改革であった。日本でも、介護保険行政について長きにわたって運営に責任を持ちつつ、自治体レベルで市民・町民の意識改革を行いながら、大改革を進める必要があるのではないだろうか。

- 1) Horsfall, D., et al., (2010) Growing and Maintaining Social Network for Older People, Social Justice and Social Change Research; University of Western Sydney
 - 2) Ministry of Health, Welfare and Sport (2016) 'Health care in the Netherlands', 2016/1, Ministry of Health, Welfare and Sport
 - 3) Ministry of Finance, The National Academy for Finance and Economics (2013) Public Finance in the Netherlands, 2013
 - 4) OECD (2017) Health at Glance 2017, OECD
 - 5) 松岡洋子 (2016-5) 「オランダの革新：小規模な組織からの 24 時間ケア」『文化連』、vol.458、pp.51-54
 - 6) 松岡洋子 (2017-5) 「オランダの地域密着型の医療・介護保険会社」『エイジング・イン・プレイス』 vol.138、pp27-38
 - 7) 松岡洋子 (2017-1) 「オランダのヘルスケアにおける保険会社 (Insurer) の機能」『エイジング・イン・プレイス』 Vol.136、pp.51-58
 - 8) 内閣府政策統括官 (経済財政分析担当) (2018) 『政策課題分析シリーズ 15 : 要介護 (要支援) 認定率の地域差要因に関する分析』内閣府
 - 9) Schut T. F., Berg B.V.D. (2010), Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance in the Netherlands, Social Policy & Administration, Vol. 44, No.4, pp.411-435
 - 10) Spoor, L. (2014). Towards multi-pillar financing of Dutch long-term care for the elderly (Acmea 主任研究員による論文、2015 年 9 月受領)
- 大森正博 (2015) 「オランダの長期療養・介護制度改革」『健保連海外医療保障』 No.107, pp.20-27
<https://data.oecd.org/> (最終閲覧 2019 年 2 月 16 日)
<http://rijksbegroting.nl/> (最終閲覧 2019 年 2 月 14 日)

<ドイツ報告> ドイツ：地域包括ケア的試みと、家庭医の役割

東京医科歯科大学大学院非常勤講師
(PhD in Health Care Management and Planning)

吉田恵子

ドイツでは 1995 年に介護保険が導入された。それまでは、身寄りのない高齢者の介護は市町村の管轄であったが、保険制度の導入により多くの権限が介護金庫に移管された。サービス・インフラの整備も、主に市場原理に基づいて進められるようになった。これにより入所および在宅介護事業者は急増したものの、地域による偏在は残り、ナイトケアなど一部のサービスはニーズがあっても不足している。また当初よりは要介護範囲が広まったものの、日本でいえば要支援程度の軽度者はいまだに要介護度はみなされないことから、これらの人々に対する世話もしくは居場所を提供するデイサービスのような給付・サービスが無い。日本と比べ 予防策も出遅れている (服部 2017)。

また、ドイツの介護保険の保険者は介護金庫であり日本のように市町村ではないことから、高齢者福祉との連携はそう簡単ではない。その上介護と医療との間では、保険者、プロバイダーともに明確に分かれており、その間の調整役が存在しない。高齢化が顕著になる中、各種高齢者支援、介護、医療の連携強化とインフラ整備を含めた調整役が、今一層市町村に求められている。他方、都市部を中心にこれら問題を解決するために地域包括モデルに近い取り組みが各地で実施されはじめており、成功例も存在する。

本稿では第 1 章で家族介護中心の介護制度の概要、第 2 章ではその中で市町村に期待されている役割を文献を参考にしながら論じる。第 3 章ではドイツにおける地域包括ケア的試みの事例を、第 4 章では医療における調整役である家庭医制度を紹介する。これをふまえ第 5 章では最近の制度変更とそれにまつわる動きを追う。

1. 家族介護中心の制度

ドイツの介護保険は家族や近所におけるインフォーマルな在宅介護を支援するという目的を持つ (社会法典第 11 編 3 条)。インフォーマルな在宅介護を積極的に推進するために、身内により介護を受ける要介護者には、介護手当と呼ばれる現金が給付される。額は要介護の重度ごとに決まっている。介護保険導入時よりは減ったものの、現在でも受給者の約半数はこの現金受給者である。残り約半分は現物給付である。全体の 3 割弱が介護ホーム (日本の特養に当るとされる) に入所し、残りは在宅で、多くの場合インフォーマルな介護に加え在宅介護事業者のサービスを受けている。

図表1 社会介護保険 給付・介護の種類ごとの受給者数 2017年平均 出典：連邦保健省

給付の種類	受給者介護度					合計数
	1	2	3	4	5	
介護現物給付		72,321	44,061	26,769	12,031	155,182
介護現金手当		870,589	446,656	182,178	67,046	1,566,489
現金と現物の組合せ		212,232	154,236	73,708	28,992	489,168
デイおよびナイトケア		22,450	35,979	27,067	7,688	93,183
介護者を代替する在宅ケア		12,320	10,491	7,499	1,194	31,504
ショートステイ		9,272	9,287	5,491	1,925	25,974
短時間の介護者代替ケア		56,747	53,344	33,391	17,963	181,445
在宅合計（複数回カウントも含む）		1,255,931	754,054	356,103	136,839	2,502,925
完全入所介護	2,341	140,291	216,718	220,580	131,996	711,926
完全入所介護（障害者施設）		62,625	35,559	19,965	8,402	126,552
入所合計	2,341	202,916	252,277	240,545	140,398	838,478
総計（複数回カウントも含む）	2,341	1,458,847	1,006,331	596,648	277,237	3,341,403

家族の絆が弱体化しているなかで、現金受給者の割合が減らない主な理由としては、介護保険が部分給付制度であることが挙げられる。その結果、現物給付の上限は現金給付よりも高いものの、必要なニーズを全てカバーできる額には設定されておらず、自己負担またはインフォーマルな在宅介護が追加的に必要になる。例えば介護ホームに入所しようとすれば、平均約2000ユーロは自ら負担せねばならない (Rothgang et al. 2017)。居住・食費は全額自己負担であり、低所得者に対しても原則補助がない。貯金や不動産などの財産も含め支払い能力が無いことが証明されれば、不足分は社会扶助から補助される。しかしその際、配偶者もしくは子供に支払い能力があれば、負担する義務が生じる。高所得者でもない限り配偶者にも子供にとっても上述の自己負担は重すぎることから、たとえ仕事を時短勤務にしても介護を自ら引き受ける選択をせざるを得ない。実際、介護を引受けるために自らの就労を短縮また中止する確率は所得が低い家族の方が所得の高い家族よりも高いという報告がある (Bundesministerium für Familie. 2016)。加えて介護ホームはおおむね、生活の質といった点から評判が悪いので、本人も身内もできるだけ入所を避ける傾向にある。

図表2 介護保険の介護度と主な給付額 (2017年1月以降) (単位：ユーロ)

給付種類	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
現金給付 (在宅)		316	545	728	901
現物給付 (在宅)		689	1298	1612	1995
代替介護 (年6週まで) (上段:近親者等, 下段:その他のもの)		474	817.50	1,092	1,351.50
		1,612			
負担軽減手当* (在宅、償還)		125			
現物給付 (入所)	125	770	1262	1775	2005

*負担軽減手当：日常生活能力に大きな支障のある人の家族が、例えば有償ボランティアによる通所もしくは在宅の世話サービスを利用した際に、領収書と引き換えに最高125ユーロ/月まで償還を受けられる。支援内容は、認知症者の世話（見守りなど）が中心だが、改革により最近では家事や買い物までバリエーションが広がってきている。

本人の希望もさることながら、このような制度設計も手伝い現在まで家族介護を基盤とするドイツの介護制度は維持されてきた。しかし少子高齢化にともなう労働力不足や女性の就労率の向上、労働の流動性の高まり、家族関係の変化などにより、家族による介護を維持するのは今後ますます難しくなっていくとみられている。また介護保険導入後は、介護に

おける市町村の影響力が弱まったこともあり、関係主体間の連携が弱く、地域での総合的な高齢者支援体制が十分に発展してこなかった（独連邦議会 Deutscher Bundestag 2017）。これは、介護供給の確保が主に保険者である介護金庫に委ねられたこと、およびサービスインフラ整備が主に市場原理下でなされてきたことに原因があるとされる

（Landsberg. 2016）。ケアマネジメントを含む介護相談事業も主に介護金庫に任されてきた。しかしながら部分保険制度の下で介護金庫は、効果的もしくは効率的な給付・サービスの組合せをしたとしても経済上得るものがない。そもそもその介護保険制度においては保険料率は法定一律であり、保険料率、ひいてはコストをめぐる競争がない。疾病金庫の加入者が自動的に同じ組織の介護金庫にも加入するようになっているので、顧客獲得のために相談サービスを強化するといったインセンティブも弱い。要介護や重度化を防ぐことに経済的なインセンティブを持つのは、どちらかといえば本人の支払い能力を超える介護費用を最終的に負担せねばならない市町村である。高齢者の生活の質を高めるという政治的な動機もある。また、地域の事情を理解し、ボランティアを含め各セクターを調整しながらネットワークを形成・活用できるのも市町村であろう。例えば連邦政府の「高齢者レポート」を作成した有識者たちも、ケースマネジメントの所管を介護金庫から市町村に移管することを提言している（Bundesministerium für Familie. 2017）。

2. 市町村に期待される新たな役割

介護人材が不足しているのは家族内だけではない。介護ニーズの増加が介護士の増加を上回り、介護士不足も日々深刻化している。連邦政府の委託で作成された「高齢者レポート」では、従来の介護制度を維持するために、その中では市町村には生活の質を共同体の中で実現するという新たな役割を、また国にも新たな補完性原則を求めている。補完性原則とは、ドイツの社会保障制度の柱となるキリスト教カトリックの社会理論に基づく原則である。「より小さな単位が優先される」という考えで、具体的には、家族または民間および非営利団体による支援が国・自治体の支援に優先されることを意味する (Schmid 2012)。新しい補完性の解釈では、家族だけでなく、近所、知り合い、ボランティアを含めた「小生活圏(kleiner Lebenskreis)」が自己運営や世話の責任単位とされる。従来の補完性原則であれば国はこの小生活圏に責任を負わせ、それが不可能な時だけ支援すればよい、としただろうが、その有効な形成にも責任を負うべき、とされる。

在宅介護優先の方針は変えず、小生活圏で家族、近所、知り合い、ボランティア、および事業者による在宅での混合介護アレンジメントの体系的な促進が構想されている。その際、介護金庫ではなく市町村がこれを可能にするためのケースマネジメントを管轄すべきとする。また小生活圏の責任範囲は、介護だけではなく、予防・健康増進・緩和ケアも含む医療、住居、モビリティ、各種(ボランティア)活動にもおよび (Bundesministerium für Familien, 2017)。ケースマネジメントの目的も、サービスの組合せに留まらず、地域の住宅・社会空間計画なども視野に入れた、小生活圏の共同体による高齢者の世話の実現と解釈できる。

2017年には介護における市町村の役割強化を意図した第三次介護強化法が発効になった(第4節を参照)。ここでは介護相談の整備が主要課題として位置づけられた。同法施行に際し当時の連邦保健大臣グレーヘ氏は、介護における地域の役割強化を次のように強調した。「私たちは支援が要介護者とその家族の個人的ニーズによりよく適合したものなるようしていく。そのためには相談事業の改善が必要だ。相談事業は地域で行われるものだ。第三次介護強化法により私たちは、地域での相談を拡張し、介護給付と市町村が高齢者へ提供するサービスの噛み合わせを改良していく」(連邦保健省 HP)。

同発言の背景には、日本のようなケアマネジャーが存在せず、給付内容は要介護者および身内(または後見人)が自己決定している、という事情がある。しかしながら過去何回かの介護改革により在宅介護への負担軽減および支援強化のための給付が拡大・多様化され、それらを上手く選択・利用することが難しくなっている。市町村による支援も含め各種支援措置の利用を促すためにも、利用者向けの包括的な相談事業、殊にケースマネジメントの強化が急務とされている。

3. ドイツにおける地域包括ケア的な事例

中重度者へのインフォーマル介護に重心を置く介護制度にあつて、独居の軽度者は支援がなかなか得られない。これに加え2017年までは要介護定義の焦点が身体的障害置かれていたため、認知症者も要介護認定がうけられず、やはり支援がほとんどなかった。独居かつ周囲に親族もいない高齢者が在宅生活を続けることはとても難しい。サービス・ケア付きの高齢者住宅も増えてはいるが、多くは値段が高いため、高所得者でないとなかなか入居できない。割安の住宅もないわけではないが、どこにでもあるものではないし、あつたとしても空きがないことが多い。そのため軽度であっても不本意ながらも介護ホームに早々に入らざるを

えないケースは少なくない。こちらも上述のように高いので、多くの場合本人の財力では払いきれないため、社会扶助を運営する市町村の財務負担も増える。これら一連の問題は今に始まったことではなく、数十年前から深刻化しており、都市部を中心に問題解決に向けて取り組みが行われてきている。

[住宅会社による Quartier (住区画) の構築]

これら取り組みの中で主流となっているのが Quartier (フランス語で住区画を意味する) の構築である。Quartier には複数の定義があるが、高齢者支援との関連でいえば Hämel et al. によれば、住民にとって自分が生活を実際におくっている見渡しがきく範囲の場所を意味する。これは村や小さな町であるかもしれないし、区切られた住宅地であることもあるが、一般に市や区よりは小さい。この一定の住区画に住む高齢者を対象に、交流の場、健康・医療に関する自助活動、ボランティア促進、支援と在宅介護サービスを提供する体制の構築およびそのための事業が複数存在する。様々なタイプの試みがあるが住宅地開発と関連していることが多く、市が出資する住宅会社主導の事業であることが多い (Hämel et al. 2012)。中でも成功例として全国的に見本とされているのが、ドイツ北西部のビーレフェルト市 (人口 30 万) が出資する住宅会社 BGW による集合住宅におけるビーレフェルダー・モデルである。

ビーレフェルダー・モデルの主な特徴は以下である。

- ・継続的賃貸契約による住居の確保
- ・バリアフリー住居
- ・他の住民とともに食事ができる出会いの場であるカフェの設置
- ・代替介護などのためショーステイができるゲストルームの設置
- ・在宅介護事業者が常駐

在宅介護事業者は住区画に常駐し 24 時間在宅介護を提供できる体制を備える他、多世代の住民間の交流や自助・ボランティア活動の促進、家事支援ほか各種サービスの仲介、相談事業でも重要な役割を果たす。

[シュパイヤー市の例]

ビーレフェルダー・モデルは 1990 年代に生まれたが、以来これを模範にして住区画を開発する住宅会社は増えている。その一つに、ドイツ南西部のシュパイヤー市 (人口約 5 万) が出資する住宅会社 GEWO がある。同社はシュパイヤー市に 1948 年以来主に賃貸用に集合住宅を建設してきた。集合住宅は特定の地域に集中して建てられており、日本の団地に近い様相を呈する。約 4 年前から連邦・州の補助を受けた「社会福祉的な市シュパイヤー西部」という事業の枠の中で、ビーレフェルダー・モデルを模範とした事業「自宅が一番 (Am liebsten daheim)」が実施されている。約 1400 戸分 (約 3500 人) の集合住宅を抱える市西部の住区画を対象としている。また周辺に住む市民も排除しない。事業の目的は、高齢になり支援や介護が必要になってもできるだけ長く住み慣れた住区画に留まれるよう整備することにある。

同事業を担当する Schubert 氏によれば、同事業において以下の策が実施されている。

●バリアフリー化

- ・エレベーター付きでバリアフリーで、小さめの住居を多く備えた新しい棟を住区画内に建設し、高齢また若い障害者を優先して入居させる。同住区画内のエレベーターの無い4階～5階建ての古い棟に住み、子供が巣立ち部屋を持って余している高齢の住民に新棟に移り住んでもらうことも狙う。これによって子供のいる若い家族を部屋数の多い住居に新たに入居させる目論見もある。
- ・要介護者であれば受給できる住宅改修補助（4000ユーロまで）を活用し、古い住居に住み続けられるように改修する。高齢の住民が住み続ける上で最も障害になるのが、バスタブや、シャワー室の段差という。これらの改修相談に住宅会社の相談員が無料で応じ、介護金庫への手続きから設計、施工において支援している。費用が給付上限額を上回った場合は家賃を上げるが、値上げ幅は数十ユーロ程度に留まる。

●新棟へのゲストルームの設置

退院直後の集中的看護・介護が必要な時期などに使用。住区画に常駐する介護事業者により区画内で集中的なケアが受けられるので、住民は入所施設に移る必要がなくなる。

●住民の出会いの場としての「住区画カフェ」の設置

- ・同住区画内の教会から GEWO 社は建物の一部を借りている。住区画内の子供向け公園の横に位置し、まるで日本の団地の集会所のような平屋の建物のホールに住区画カフェが設置されている。また同一空間にはデイケアが明確な境がなく併設されている。また一面がガラス張りになっていることから外から中がよく見える。
- ・デイケアを提供する介護事業者がここでカフェを運営する。住区画および周辺住民はデイケアの営業時間に自由に訪れることができる。コーヒー、ティー、ジュースほか一般の飲食店同様の多様な飲み物の他、お昼時には 6.5 ユーロで 3 コースの日替わりランチをとることも可能。当地比で飲み物もランチも値段は割安。介護事業者は同市内で運営する介護施設で調理し運搬。カフェで直前に温め、サーブしている。同カフェの高齢の住民による利用率は高い。ほぼ毎日利用する人もいて、ランチの定員は約 50 人で予約制だが一杯になってしまうことも多い。デイケアの職員がサーブもして、その際住民と他愛ないおしゃべりを交わす。皆食べてすぐ帰るのではなく、1時間以上周りの住民と歓談していた。常連客が突然来なくなったりした場合職員は、近所の人に事情を聞くなどしている。またパートナーが亡くなったなどで孤立の危険がある場合は、ランチに参加をするよう積極的に声をかけるようにしている。さらに介護や家事支援サービス利用の相談にもものる。
- ・同ホールは住民のイニシアチブで実施される様々なアクティビティ（トランプの会、手工芸の会、朝食会など）にも使われている。これまでこの調整役を介護事業者が兼任で行っていたが本業で手一杯であることから、アクティビティ、ことに多世代の交流を図るような活動を今後盛んにしていくためには、専門の調整役が必要と認識し、現在 GEWO 社は専用職員雇用のために各種補助金の申請を行っている。
- ・各種プロ職人がボランティア活動として定期的に「リペア・カフェ」を開催している。家電、おもちゃ、自転車、家具などの修理の仕方をコーチ、または共に修理してくれる。医療器具の不具合も直す。待ち時間にはボランティアの職人や他の住民とコーヒーやお菓子を食べながら交流する。
- ・カフェではないが、同じ集会所の建物には、乳幼児を持つ親の交流の場、GEWO 社運営の安価な（主に鍵っ子、また移民の親を持つ子供のための）宿題サポート教室、青少年教

育相談所も設けられている。さらには公営の市民学校（日本のカルチャーセンターにあたる）による語学教室も定期的に開かれている。

●住区画カフェ内の介護支援拠点

- GEWO 社が同住区画の在宅介護サービス提供者として地元の介護事業者 Handermann & Schäfer と提携を結んでいる。月～金曜の 8～16 時デイケアが提供されている。定員は 12～13 人。利用者は希望日に、半日または終日利用できるので、顔ぶれはいつも異なり、利用者合計数は定員よりもずっと多い。
- 利用者の介護度は 1～4。認知症者が多い。住区画の住民ではなくても利用可能。多くは送迎バスで通ってくる。独居の人も多い。ただし土日は休みであることから、独居で在宅を続けるには、身内や在宅事業者によるケアと組み合わせることが必要となる。
- カフェと同一スペースの一角がデイケアになっている。敷居がなく見渡しがきき、職員も（軽度の）利用者も、行き来できるよさがある。一方、職員によれば、1 人になって休めるスペースがないという難点もある。
- Handermann & Schäfer 社がデイケアと 24 時間待機型の在宅介護サービスを提供することで、同区画に住んでいればほぼグループホーム同様のケアが受けられる。その上グループホームにありがちな世話に対する包括料金は払わず、使ったサービス分だけを払えばよいので割安だ。GEWO 社は同ホールのスペースの一部を無料で提供することで、その引き換えに包括料金無しの条件にて事業者と提携することに成功した。
- Handermann & Schäfer 社の専門職員が、ケアの提供に加え、介護ほか社会福祉制度関連の相談にもものる。例えば要介護鑑定や社会扶助の申請手続きの支援も行っている。
- 24 時間待機しても採算がとれるだけの利用者数を確保できるように GEWO 社では、ある程度の高齢者の人数入居させるようにしている。ただし老人施設にならないよう若い人も入居させる。出資者である市の要請で家賃を低めに抑えていることから、貸し手市場になっており、GEWO 社が入居者を選べる立場にある。また市の要請で、年令をはじめ社会的属性のバランスを保つようにしている。例えば移民・難民も少なくない。
- GEWO 社の相談員が週 2 回ほどカフェに赴き、改修ほか様々な家に関する相談を受ける。

- シュパイヤー市西部の「自宅が一番」事業に先だって、同市北部にある GEWO 社のもう一つの集合住宅区域において「多世代の家」が開設された。多世代の家は連邦家庭省が多世代間および多文化間の交流の場づくりを促進するために行っている助成事業である。一軒の家を多世代の住民でシェアするイメージが持たれがちだが、必ずしもそうではなく、多世代が集まり食事やアクティビティ、互助活動を行う開放された場、という意味である。市西部でも多世代間の交流やアクティビティの専門職員を雇用し強化する計画をしていたので、「自宅が一番」事業の近未来像として追記する。ちなみに北部の住区画の多世代の家は全市民を対象とするものであり西部の団地の住民も参加することは可能だが、徒歩でも公共交通でも約 1 時間かかるので、高齢者が自ら通うには遠すぎる位置にある。

多世代の家の対象は子供も含む多世代であり、重点を置くターゲットグループは多世代の家ごとに異なる。またビールフェルダー・モデルの住区画だからといって必ず備わっているものではない。シュパイヤー市北部では高齢者もターゲットの一つに位置づけている。昼食を含む交流の場としてカフェを週 3～4 日、手工芸の会、コンピューター相談、また西部の住区画では提供されていない認知症カフェ（福祉団体の介護事業者が運営）や高齢

者の健康増進活動（座位ダンス）なども定期的に催している。各種活動は主に有償または無償ボランティアにより実施されている。例えば座位ダンスは地域のスポーツクラブのコーチが、また認知症カフェはキリスト教系福祉団体に属する介護事業者の指導のもとに有償ボランティアが提供している。ボランティアにおいては元気な高齢者が重要な役割を果たす。費用は主に多世代の家に対する各種公的助成金により賄われている。有償ボランティアによる活動は利用者負担もあるが低額だ。例えば座位ダンスは1回3ユーロである。GEWO社はこの助成金により各活動の調整役を専門に行う職員 Schellroth 氏も雇っている。Schellroth 氏はまた、これら活動内容を近くの医者の家（家庭医ほか各種診療科の開業医の診療所が集まっているビル）に行き知らせ、家庭医らも必要に応じて高齢者に勧めている。市内の各種相談所（市行政、法律、金融、介護、児童）との連携も密だ。さらに提供するプログラムの内容は、資金提供者による推進協会が決められている。

同多世代の家において高齢者からよく利用されている活動がもう一つある。市内の中高校生（14～19才位）のお手伝いの仲介だ。お手伝いに対し、子供達はお小遣い（5ユーロ）を貰う。ドイツでは要介護に満たないことから介護保険から補助が得られなくても、実際、特定の種類の日常支援（特にニーズが高いのは、コンピューター機器に関する支援、窓ふき、カーテンの架け替え、買い物の付き添い）を必要とする高齢者は少なくないからだ。担当者によれば、特にニーズが高いのは、コンピューター機器に関する支援、窓ふき、カーテンの架け替え、買い物の付き添いだそうだ。そして高齢者が自宅に長く留まる上で非常に役立っているという。一方で子供たちの人生経験を豊かにもしている。この仲介の相談所が数年前からシュパイヤー市西部にも設けられ、もう一つの住区画の住民も利用しやすくなった。

結論として、シュパイヤー市西部の住区画では、デイケアに加え、カフェという昼間の居場所と食事の場の提供、お手伝い仲介、リペア・カフェなどを通し、ドイツで制度上支援を受けられない要支援もしくは元気な高齢者へのニーズにも応えている。実際カフェ利用者には、自立はしてはいるものの80才以上とみられる独居の高齢者が多くみられた。デイケアの利用者がカフェに移動し、トランプの会に参加する姿もみられた。いざ介護が必要になれば介護保険にかかわる相談はカフェで働く介護職員に気軽に相談できるし、ニーズが認めれば職員側から助言を呈することもある。補助具を使っても移動が不可能だったり、常時見守り・支援が必要でない限りは、24時間待機型の在宅介護サービスの利用により、自宅での生活が続けられる。2017年からはこれまで要介護を受けられなかった軽度者（日本の要介護度1から2とみられる）の一部に介護度1が認められるようになり、介護給付は出ないものの、家事支援など日常支援の利用と住宅改修が可能になった。買い物や掃除ができないことや、トイレ・シャワー利用が難しいことなどが理由では施設入所の必要がなくなった。これらサービス・住宅改修の相談および手続き支援も気軽にカフェで受けられるので、支援を知らないことで苦勞する可能性も低くなった。住宅改修が保険給付上限を超えた場合の資金繰りの心配もない。さらに認知症であっても同じホールで提供されているデイケアで昼間過ごせる。市北部のような予防的アクティビティ（例：座位ダンス）はまだないものの、カフェに行けば人と交流はできるし、手工芸の会などは不定期ながらもボランティアにより催されている。現在市西部に欠けているボランティアの調整役が確保できれば北部のように、多世代交流の他、一種の予防的アクティビティや、医師ほか多職種間の連携も強まるだろう。

住み慣れた場所に居続けるためにもう一つの鍵となるのが、支払い可能な住居費である。

市の要請もあり GEWO 社は高齢者や障害者も積極的に入居させている。また既存の住民が住み続けられように環境整備するという任務もある。GEWO 社はそのために一平米当たり平均 5,35 ユーロという同市平均 (8,50 ユーロ) より大幅に低い家賃を維持する経営努力を義務づけられている。その上上述のように、多くのサービスは近所内の活動や GEWO 社の工夫により無料または安く得られ、またよほど重度にならない限りは、割高なグループホームやケア・サービス付き住居、ひいては入所介護施設に転居せずに済む環境になっている。そして回り回って市にとっても入所介護の際に発生しがちな介護扶助²⁾支出の削減となる。

[社会福祉団体の役割]

ドイツの地域包括的モデルでは、シュパイヤー市のように住宅会社を中心となることも多いが、社会福祉団体も運営の要となっていることが多い (Hämel et al. 2012)。シュパイヤー市北部の住区画は GEWO 社が運営主体ではあるが、認知症カフェの運営は マルテーターというキリスト教系福祉団体に委託している。

ちなみに福祉団体は前述の補完性原則に基づき、ドイツの社会福祉活動において公的機関に代わる特別な位置づけになっている。大手福祉団体は一般の民間事業者と並び、介護・医療を初め各種社会福祉サービスを全国各地で展開している。例えば在宅介護事業においては市場シェアの半分以上を福祉団体が占める (利用者数ベース)。

ドイツ中西部のノイス市の住区画の一つ (Südliche Furth) でも、市出資のバリアフリーの団地の集会所に多世代交流の場が設置され、昼・朝食会のほか様々な活動が行われている。建物は住宅会社が運営しているが、多世代交流の場での多様な活動の組織運営はキリスト教系大手福祉団体であるディアコニーに委託されている。ディアコニーはこの傍ら、交流の場で週日ほぼ毎日住民のよろず相談を受けている。介護にかかわる相談は同じディアコニーの介護担当者に繋ぐ。介護や家事および日常支援が必要であればディアコニーに属する在宅事業者がこれらを提供する。社会福祉的相談、またそれに関連する役所の手続きなどは自らサポートする。さらに同区画の多世代交流の場の横には、ディアコニーが運営するほぼ自立して生活できる高齢者からなる住居共同体 (一種のシェアハウス)、その近くには入所型介護施設も位置する。

上述の 2 事例はどちらも 団地におけるモデルであった。団地ではなく既存の一般の住宅地にあっては、福祉団体が中心的な役割を担っている例が多い。例えばケルン市のノイエレンフェルト地区では、労働者系の福祉団体 AWO が、自らが運営する入所介護施設の建物を使うなどして周辺住民の多世代間の交流および自助・共助体制を構築中だ。AWO はもともと介護ほか総合的に社会福祉関係のサービスを提供しており、その窓口として社会福祉相談事業をサービスの一環として行っている。相談で介護ニーズを認めれば要介護鑑定申請の支援し、必要な給付やサービスに繋げている。当人に必要なサービスの自己負担分を支払う能力が無い場合は、社会扶助の申請も支援し、団体内で提供しているサービスを中心に一種のケアプラン的調整も行う。ちなみにこのような役割はどの大手福祉団体も各地で担っている。AWO はこれに加え近年 ケルン市から委託で、要介護認定や社会扶助の受給資格に達していないことからセーフティネットから抜け落ちてしまう同ノイエレンフェルト地区の高齢者をターゲットに予防的家庭訪問も行っている。例えばここで人との交流へのニーズがあれば前述の交流活動を紹介したり、また家事支援のニーズがあれば AWO ほかこれを提供する在宅介護事業者に繋ぐ。家事支援は少なくとも介護度 1 の認定がなければ介護保険からの補助が出ないものだが、予防的家庭訪問の枠においては低所得者にはケルン市が家事支援

サービスに補助を出している。これにより低所得もしくは介護保険からの給付を得られない非要介護者にも家事支援サービスの利用を促し、不必要な施設入所の予防を狙う。ケルン市内の他地区は他の大手福祉団体が同様に予防的家庭医訪問を市から任されている。

4. 在宅での医療的ケア

上記のような地域包括的な枠組みにあつては、住区画内での、住環境整備、近所間の交流の促進、および介護制度と住民（ボランティア）活動を繋げることにより、高齢者の在宅生活の確保とその質の向上を実現してはいる。カフェで働く介護事業所職員や、GEWO 社の相談員が、孤立しそうな人を見つけ、積極的にランチや活動に誘うということはある。またカフェでの交流や近所間の噂を通じ、要介護のリスクや支援の必要性を、ある程度までは察知し予防もできる。近所の家庭医に活動を知らせることで家庭医も必要に応じて参加を勧めてはいる。

ただしオランダや英国で見られるような医療・介護・高齢者支援の制度上での連携はドイツにおいてはまだ弱い。（本報告書Ⅱ．4、Ⅲ．3の伊藤論文参照）そもそも、介護保険と疾病金庫は財源が分かれおり、医師が介護保険から報酬を受けることなく、従って介護制度とは関連が薄い。

一方でドイツには、英国やオランダの GP に近い存在の家庭医という総合医療を専門とする外来開業医が各地域内で一次医療、ひいては高齢者にとって重要な医療供給を担当している。ドイツは伝統的に、開業医による外来医療と病院による入院医療が明確に分かれており、外来医の指示があつてはじめて病院での診療が可能になる。そもそも有床の病院（診療所には原則無床）は地域の中心地にしか無い。外来医療は家庭医だけでなく、その他の専門医たちも自分の診療所で提供してはいるが、家庭医の診療所ほどは多くなく、近くにはないことが多い。住民 1671 人に対し 1 人家庭医を置くことになっているに対し、例えば サブスペシャリティを持つ内科専門医は住民 21506 人に 1 人でしかない（連邦保険医協会）。患者は直接外来専門医に行くこともできるが、まずは家庭医に行くことが理想とされ、主に家庭医が患者の最初の窓口として、専門医および入院医療へ誘うゲートキーパーまたはコーディネーター役を担っている。ただし英国やオランダとは異なり、患者は 家庭医も自由に選べる。州もしくは疾病金庫（日本の健康保険に相当）によっては登録制が浸透していることもあるが、どちらかという例外だ。半面家庭医協会によればドイツ人の 9 割は家庭医を決めており、高齢者になるほどその割合は高まる。また公的医療保険の枠内では診療は原則無料である。

資格面では、家庭医も専門医の一種である。医学部を卒業、すなわち医師資格を得てから 60 ヶ月の専門医教育を受ける。専門医教育は、病院もしくは診療所の指導者資格を持つ医師の下での実地が中心だ。内訳は以下となる：外来家庭医療（24 ヶ月。義務）、急性病院で内科（12 ヶ月。義務）、直接患者をケアするもう一つの他の分野（少なくとも 6 ヶ月。義務）、最長 18 ヶ月まで直接患者のケアをする複数の分野でのスキル取得も可能、これに加えて 80 時間心身症の基礎的ケア講座への参加（出典：専門医教育規則見本 2018）。その後医師会による試験に合格すると総合医の資格を得られる。この専門医資格があつてはじめて、保険医協会から開業許可を得、国民の約 9 割が加入する公的医療保険の適用を受けて家庭医医療を提供できる。総合医以外にも、小児科医、サブスペシャリティのない内科医も家庭医療を提供することが可能だ。また日本とは異なり、各開業医の診療報酬を受けられる範囲が、専門科ごとに決まっている。家庭医医療の内容は、主に以下の 4 分野から成り、プライマリーケ

アの担い手となることが求められている。

- (1) 家庭環境も知った上での診断・治療における総合的かつ継続的な患者のケア
- (2) 診断、治療、看護的措置のコーディネーション
- (3) 記録。特に外来と入院医療の本質的な診療データ、所見、および報告の統合、評価、および保管
- (4) 予防策およびリハビリテーション措置への誘導または実施。また非医療的支援と補足的サービスの診療措置への統合（社会法典第5編73条）。

検査に関しても、心電図や超音波は通常自ら行い公的保険から診療報酬を請求できるが、内視鏡やレントゲン検査を行う場合は各種専門医に送る。

家庭医の診療報酬は基本的には人頭包括払い制（四半期ごと）である。金額は年令群ごとに調整される。この基本包括額の中に、上記（4）のコーディネーション的作業は原則として含まれている。通常の診療だけではなく、高齢者の知的、精神的、身体的な障害のアセスメントやケアも、家庭医による診療の一部とされている。このような枠組みの中で、家庭医から助言を受け、要介護鑑定や介護相談を受ける患者も少なくない。また治癒または回復の見込みがあり在宅生活が可能な場合は、在宅看護という制度が利用され、これは医療保険が担当する。開業医、主に家庭医の処方に基づき、医療的な看護他、必要があれば家事支援が提供される。

在宅要介護者にとって重要な往診に対しては、人頭包括の基本額に上乘せがある。とはいえ患者の居住範囲は区切られていないこともあり効率的に行えず、家庭医であっても避けがちだという。家庭医も高齢化していることから家庭医不足も深刻化している。特に非都市部は医師が扱う患者数が増え、時間をなかなか取れないという事情もある。解決策として近年、医療専門職員（看護師ほどの医療的専門性は持たない別資格）に特定の教育を施し、医師の責任の下で高齢者に必要な基礎的措置（包帯の取り替え、血糖値測定、皮下・筋肉注射、心電図ほか）や、モニタリング、患者とのコミュニケーション、他職種とのコーディネーション（専門医や病院と、リハビリテーションや障害者証明の手続き）、記録等を依頼する任意制度が複数導入され（VERAH, EVA, AGNES など）、普及しつつある。またこれらに関連し遠隔医療技術も活用されるようになってきている。

在宅緩和ケアも家庭医の診療内容に含まれる。最近ドイツでは在宅緩和ケアの整備が進んでおり、多くの地域で在宅でも入所ホスピス並みの緩和ケアが受けられるようになってきている。専門的緩和ケア事業者（Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. 略して SAPV）と呼ばれる医師と看護師・介護士からなるチームが、24時間体制で終末期に、疼痛管理から心理的な世話まで緩和ケアを包括的に提供している。SAPV チームはまた、各患者に関わってきた医療職や介護・看護職またホスピス・ボランティアといった他職種を含めケースマネジメントとも呼べるような全人的なコーディネーションや相談・助言を行っている。一方 SAPV は、一般の開業（家庭）医や介護事業者が対応可能な診療・サービスは敢えて行わず、できないことを補足的に行うことになっている。

長期の看護や世話すなわち介護のアセスメントとケースマネジメントは、介護保険の管轄となる。要介護鑑定は MDK という独立鑑定機関が行い、要介護者のケースマネジメント（日本のケアマネジメントに当る）は介護金庫や介護支援センターという相談機関（多くの場合介護金庫と自治体の連携で運営）に属する介護相談員が行うことになっている（吉田 2016）。介護相談はしかしながら主に要介護者を対象とする。医師は基本的に医療保険が対象である。日本の要支援レベルの軽度者向けには、制度上もサービス上も受け皿がほとんど無い。そう

いったことから住区画内のアクセスしやすい相談・支援体制の重要性は高い。

リハビリテーションや予防は元来家庭医医療の中に含まれ、家庭医は治療の一環として必要に応じて処方している。ただし受給には各保険者の合意が必要であり、保険者によってはそう容易には合意しない。年金受給者の場合リハビリテーションは各疾病金庫が費用負担することになっているが、高齢者の場合は要介護になれば介護金庫が費用を負担してくれることから、疾病金庫にとつと治癒、そして合意をするインセンティブが弱いことがその理由とされている。このような状況を打開するために数年前から、要介護鑑定時にMDKの鑑定員が予防・リハビリテーション策の必要性を判断し勧告できるようになった。この場合疾病金庫はこの判断に従って費用負担をしなければならないようになった。

5. 最近の制度変更とそれにまつわる動き

2017年1月、ドイツで第三次介護強化法（PSG3）が施行となった。第一次介護強化法では主に在宅介護支援を拡張し、第二次では要介護定義を変更により認知症者を認定範囲に含めた。そして第三次では介護における市町村の役割強化を核に据えた。介護保険導入前までは市町村が身寄りも財力も無い高齢者の介護を管轄していた。高齢化により財政難に陥る市町村を救済することを主な目的とし、1995年に介護保険が導入された。半面これにより、多くの権限が介護金庫に移管され、介護における市町村の役割が弱まった。PSG3で具体的には、サービス供給の確保や相談事業における市町村の役割強化のための策を実施することが決まった。

サービス供給の確保とは、供給構造の計画とその実施を意味する。現介護保険制度においては、各事業者は要件さえ揃えていれば介護金庫と供給契約を結びサービスを提供することができる。供給体制は原則市場原理に任されて整えられてきた。介護保険導入以来、各種介護サービスを提供する事業者の数は大きく増えたものの、地域によっては特定のサービス（例：ナイトケア）が無いことも少なくない。しかしながら、市町村が積極的にサービス供給体制計画に影響を及ぼせるようにする具体的方策はまだ講じられていない模様だ（Landtag Nordrhein-Westfalen 2018 など）。

相談事業については、PSG3の下で具体策が準備された。「介護モデル事業」という名称の下、当初は全国で選ばれた60の郡または郡独立市が5年間、これまで介護金庫の所管であった介護相談、介護扶助、障害者支援、高齢者支援を一手に引受ける、というものだった。いわばワンストップサービス型の総合的な介護相談構造の整備だ。総合的相談の中心的担い手と位置づけられている介護支援センターも、今後5年の時限付きで適度に出資を行う限りにおいては、市町村のイニシアチブで設立できるようになった。地域の事情をよく知る市町村が様々な地元関係者を主体的に調整することになった。しかしながら同法制に介護金庫が反発した。その結果国が折れ、介護金庫との協力関係を維持するために従来通り介護相談は介護金庫に任せてもよいように法が修正され、骨抜きになった。モデル事業に対しては、十分に資金が得られないのではないかと不安も重なり市町村側もあまり積極的ではない。例えばドイツ国会議は「参加する市・郡は少数に留まるだろう」と述べている（Ärzte Zeitung 2017）。ドイツで最も人口の多いノルトライン・ヴェストファーレン州などは、同モデル事業への不参加を決定した。供給構造計画だけでなく、相談事業における役割強化の方も、連邦政府の思惑通りには事が運んでいない様子だ。

このように介護保険制度の枠内では、市町村が介護相談や供給構造計画を主導するようになるまで、まだまだ時間がかかりそうではある。一方、住区画の開発と、在宅介護事業者などとの連携により、かなり包括的な在宅ケア体制を実現している市もでてきている。シュパイヤー市の事例においてはその上、家賃も各種サービスやアクティビティも割安で、住民は経済面でも安心して生活し続けている。医療と介護を結びつける制度上の枠組みがまだ整備されていない中で、住区画の調整役が近くの医師らと連携のイニシアチブをとっている。さらにはボランティア活動を調整し、スポーツクラブや福祉団体、各種相談所との連携関係も構築してきている。運営者が団地を持つ住宅会社であり、また各種公的補助もあるという恵まれた条件下ではあるものの、セクターを超えた地域内での連携により、住み慣れた住区画での在宅生活を可能にするサービス提供体制と相談体制をある程度まで整えることは可能であることを同事例は示している。

【注】

- 1) 連邦政府は 政権毎に有識者に「高齢者レポート (Altenbericht)」1の作成を委託している。レポートにおける分析と勧告は国内の政治論議や高齢者政策に大きな影響を与える。2016年に発行された第7巻のテーマは「市町村における世話と共同責任 (Sorge und Mitverantwortung in der Kommune)」であった。
- 2) 要介護者が入所を希望もしくは必要とし、個人の財力では費用を賄えない場合、社会扶助の運営者(市町村)が不足分を補う。

【参考文献】

Ärzte Zeitung. 2017. Pflegestärkungsgesetz III: Pflegeberatung vor Ort - ein Papiertiger? 28-04.2017.

https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/934603/pflegestaerkungsgesetz-iii-pflegeberatung-ort-papiertiger.html? (downloaded in January 2019)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2016. Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune- Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf (downloaded in January 2019)

Hämel, K. Olbermann, E. Vogt, D. Barth, C. Düllmann D. 2012. Synopse Altersgerechte Quartiersentwicklung und quartiersnahe Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger: Eine qualitative Bestandsaufnahme von Quartiersprojekten und Unterstützungsangeboten zur Quartiersentwicklung. Institut für Pflegewissenschaftan der Universität Bielefeld / Forschungsgesellschaft für Gerontologie.

Landtag Nordrhein-Westfalen 17. Wahlperiode. 2018. Drucksache 17/3028.

<https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD17-3028.pdf> (downloaded in March 2019)

Rothgang, H. Müller R. Runte, R. Unger, R. 2017. Pflegereport 2017. Barmer. Berlin

Schmid J 2012. Der Sozialstaat in der Bundesrepublik. Recht und Organisation. Bundeszentrale für politische Bildung.

<http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138799/der-sozialstaat-in-der-bundesrepublik-recht-und-organisation> (downloaded in January 2019).

服部真治 2017年 「ドイツにおける高齢者の相談体制とケアマネジメントの実際~ヒアリング調査より~」 『先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めた サービスの仕組みに関する調査研究 報告書』 長寿社会開発センター 国際長寿センター

http://www.ilc-japan.org/study/doc/b_2017p1.pdf

吉田恵子 2016年 「ドイツにおける介護相談 およびケースマネジメント」 『高齢者の自立支援

に向けた介護予防やリハビリテーション等についての 国際比較調査研究 報告書』 長寿社会開発センター・国際長寿センター http://www.ilc-japan.org/study/doc/all_1601.pdf

IV. 日本への示唆

VI. 日本への示唆

1. 制度に関する日本への示唆

政策大学院大学教授 小野太一

本稿では、今年度の研究班におけるキーコンセプトともいえる「リエイブルメント」及び「住民互助」が、おもに対象として念頭に置く介護保険認定非該当者から軽度（要支援）認定者に関し、まず、現行の介護保険制度上の扱いを制度創設・改正の経緯論の観点から整理する。次いで、そうした者への事業の拡充を通じた介護保険制度の変質について、医療保険制度の保健事業等の扱いを参照しながら指摘する。さらに、若干の法制的検討を加えたのち、最後に結語に代えて、介護保険制度及び地域包括ケアシステムにかかる共通認識を形成する上で、頻繁に使われることで重要な役割を果たしている 2 枚の絵図について、その代案を提示することで、「リエイブルメント」および「住民互助」の概念を的確に取り込んだ今後の介護保険の在り方について総論的観点から述べる。

1. 虚弱老人等に対する「予防」「日常生活支援」の扱い

(1) 介護保険法創設時の経緯

1) 「虚弱高齢者」（要支援高齢者）を対象とするか

介護保険法は 2000 年 4 月に施行されたが、制度設計段階での大きな論点の一つとして、保険事故の範囲をどのようなものにするかということがあった。結論的には要支援状態を含むこととされたが、増田[2014]は以下の 3 点を理由に挙げている。

- ① 介護保険導入前の老人福祉制度において、要支援状態の高齢者に対しても、市町村が公的な介護サービスを提供してきたこと。
- ② 被保険者の立場から見て、介護状態が軽い状態で保険給付を受けられないことは保険料抛出の意欲を弱め、また、介護リスクに備えるという介護保険制度の性格を考慮すると、保険給付の対象を広く捉えることが適当であること。
- ③ 財政負担の増大につながる要介護者の抑制、すなわち虚弱高齢者が訪問介護等のサービスを利用することにより、居宅において自立した生活を継続し、施設入所への需要をおさえることができること。

この虚弱高齢者については、法令上「要支援者」と定義され、制定当初の介護保険法においては、「要介護状態となるおそれがある状態」にある者、すなわち、「身体上又は精神上の障害があるために、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態（厚生労働省令で定める程度のものに限る）であって、要介護状態以外の状態」と定義された。なお、最初の「厚生労働省令で定める期間」は 6 ヶ月であり、次の「厚生労働省令で定める程度」は、要介護 1 から 5 までの状態に該当せず、かつ「要介護認定等基準時間」が 25 分以上であるか、洗濯、掃除等の家事援助等及び歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練にかかる「要介護等認定基準時間が 10 分以上である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）」とされた。そして、この「要介護状態となるおそれがある状態」に対する給付は、法令上「予防給付」と称されることとなった。

2) 家事援助を給付対象とするか

この虚弱高齢者に対する給付の内容に関しては、法制定の経緯において 2 つの議論があっ

た（介護保険制度史研究会編[2016]）。

1 つは虚弱高齢者に対する家事援助サービスを巡ってである。介護保険制度にかかる制度設計が審議会場で本格的に行われたのは1995年から1996年にかけての老人保健福祉審議会においてであり、そこでの議論は1995年当初から7月26日の中間報告（第一次報告）まで、その後1996年1月30日の第二次報告、さらには同年4月22日の最終報告という流れで行われたが、家事援助については第一次報告の段階では明確な考え方が示されなかった¹⁾。第二次報告に向けた介護給付分科会²⁾での議論においては、重度要介護者については家事援助の必要性を認める意見が支配的であった一方で、軽度の虚弱老人³⁾に関しては意見が分かれた。

否定的な意見としては、「ADLの程度が良好の場合は、身体介護と家事援助の線引きも可能」「無限定に求められるようでは困ったことになる」「介護が必要な人は家事援助も不可欠であり介護保険で見るべきだが、介護を伴わない家事援助は介護保険の範囲に入れる必要はない」といったもの、肯定的な意見としては「男性の場合には家事⁴⁾ができるようになり自立できるまでは、家事指導という面から保険給付してもいいのではないか」「重度の要介護者を少なくするためには、虚弱の段階でも家事援助といった支援サービスを行うことが必要。長い目で見たコストを考えるとこうしたことも視野において考えるべき」といったものがあった⁵⁾。

こうした意見を踏まえて、分科会報告では、「基本的には、要介護状態の積極的な予防や自立した生活への支援につながるような形で介護給付の対象とすることが考えられる」と、「予防や自立につながるような形」という条件を付けた上で導入する方向が示された。さらに虚弱老人への家事援助は、「身体介護と比べ緊急度や優先度が低いことや、適切かつ効率的な給付管理が特に必要とされること、さらに財源の問題も考慮する必要があることから、介護給付の対象とすることは慎重に検討する必要がある」「高齢者及び家族の生活状況や社会環境などを総合的に勘案した上で、給付を行うかどうかを判断する必要がある」といった慎重論も付記された⁶⁾。この点に関し、第二次報告においては「虚弱老人についても、寝たきりの予防や自立した生活への支援につながるよう、必要なサービスを提供する」⁷⁾とされ、その後制度においても取り込まれていった。

3) 予防の取り扱い

議論の2つ目は、必ずしも虚弱老人のみならずより元気な高齢者も含むものであるが、予防をどのように扱うか、という点である。第一次報告が行われる議論の段階においては、当時老人保健法の下で提供されていた「老人ヘルス事業である健康教育や健康診査などの予防事業」について、予防給付として位置付けるべきとの意見もあったが、「前年の健康保険法改正における議論で予防給付の導入に慎重な取り扱いがなされたこともあり」、事務局資料では「保険給付の性格に即したものを」給付の範囲とするなど、当局としては消極的な考え方があった⁸⁾。

予防に関しても、続く分科会⁹⁾段階において議論が継続されたが、介護保険制度史研究会編[2016]においては、「他の論点に比べると議論は深まらず、多くの課題が積み残しとなった」とされている¹⁰⁾。その理由としては、①一次予防、二次予防、三次予防が不明なまま議論され、焦点が絞られなかったこと¹¹⁾、②虚弱老人に対するサービスにおいて家事援助サービスの扱いが争点化し、その影響で「予防給付」の概念があいまいになり、議論の混乱に輪をかけたこと、③同じリハビリテーションでも医療、福祉、保健分野で定義が異なるな

ど「リハビリテーションサービス」そのものが制度的に乱立し未整理であったこと、の3点
があげられている。この点に関しては、急性期等の「医療的リハビリ」については医療保険
制度、「維持期リハビリ」については介護保険制度の適用とする点は明記されたものの、具体
的内容に関してはデイケア、老人ヘルス事業、デイサービスなどの関係整理が必要という指
摘にとどまった。

リハビリテーションに関しては、ドイツ介護保険法において規定されていた「リハビリ前
置主義」の考え方が事務局において注目され、日本の介護保険法上も条文上の手当てが一応
はなされたが、「実効性が上がるような具体的な施策が講じられること」はなく¹²⁾、予防と
リハビリテーションの地域における中核的な拠点として「地域リハビリテーションセンター
(仮称)」構想の検討も上がったものの、制度化は見送られた。

このように予防とリハビリテーションをめぐる議論や検討が低調だった背景としては、①
当時は介護サービスの整備の方が焦眉の急であったことや、②「廃用症候群」について社会
的な認識が高まったのは制度施行後であり、現場や行政の認識も当時は十分ではなかったこ
と、などがあげられている¹³⁾。

4) 制定当時の給付体系

上記のような経緯により、制度当初においては以下に述べるような制度設計となった。

図1 予防、日常生活支援にかかる制度設計（制度創設時）

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・要支援者：「要介護状態となるおそれがある状態」にある者¹⁴⁾。・「要介護状態となるおそれがある状態」：身体上又は精神上の障害があるために、厚生労働省令で定め
る期間にわたり継続して、日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態（厚生労働省令で定める
程度のものに限る）であって、要介護状態以外の状態。・予防給付：「被保険者の要介護状態となるおそれがある状態に関する給付」＝要支援者に対する給付。
受けられるサービスは「居宅支援サービス」との位置づけ¹⁵⁾。・予防に関する事業：「被保険者が要介護状態となることを予防するために必要な事業」として、「保健
福祉事業」の1つとしての位置づけ。 |
|---|

出典：筆者作成

この給付等の建て方について、「要介護状態となるおそれがある状態」にあることを保険事
故と設定し、これを「予防給付」と称して明確に給付対象と位置付けている点において、医
療保険諸制度における給付設計とは異なる。例えば、健康保険法においては、当時も今も診
察、薬剤等の支給、治療、看護といった「療養の給付」、すなわち疾病等の状態にあることを
前提とし、その状態の改善等を目指したものを保険給付の対象としており、その「おそれ
がある状態」を給付対象とはしていない。また、廃止前の老人保健法では、保健事業として医
療や訪問看護療養費等の療養費の支給が健康診査等とらんで列記されるなど健康保険法と
は異なる建て方であったが、前者については「医療等」、後者については「医療等以外の保健
事業」として括られ、「医療等」については、「疾病又は負傷に関して行われる」診察等の給
付とされ、同様に疾病等の状態にあることを前提としたものを保険給付の対象としていた。

また、給付と事業の違いについても、介護保険法では、前者は「被保険者の要介護状態と
なるおそれがある状態に関する給付」、後者は「被保険者が要介護状態となることを予防す
るために必要な事業」という定義であり、例えば「被保険者が要介護状態となるおそれあり、
予防するために必要な事業」はどちらでも読み込みうるなど、あいまいなものとなっていた。

これは健康保険法において、保健事業については後述のように「被保険者の健康の保持増進に資するもの」と、保険事故とは明確に書き分けて定義されていることと比較すると、介護保険の特徴、あるいは、介護保険が対象とする要介護状態というリスクの特徴を示すものと考えられる。

なお、予防にかかる事業としては、従来講じられていた「在宅高齢者保健福祉事業」を整理・拡充して「介護予防・生活支援事業」として実施されることになり、施行直前の 1999 年 11 月 5 日に発表された施行に向けた特別対策の一環としても盛り込まれるに至った¹⁶⁾。この事業の中では、転倒骨折予防等の介護予防事業や食生活改善、運動指導といったものに加え、配食や外出支援、軽度者への生活援助などの事業も行うこととされた。

(2) 2005 年の制度改正の経緯

介護保険法には、制度創設時から、法施行後 5 年後をめどとして制度全般について再検討を加え、所要の見直しを行う旨の規定が置かれており、2003 年 5 月の第 1 回社会保障審議会介護保険部会から見直しに向けた議論が開始された。

その際、軽度者に対する給付の扱い、あるいは予防にかかる扱いについては、大きな争点となった。背景には要介護認定者数の急増と、重度者と比較した軽度者の認定数の伸びの大きさや都道府県間格差、制度創設当初からの総費用の伸び、また、それに伴う介護保険料の上昇等が存在した¹⁷⁾。

こうした事態を受けた制度改正として、「予防重視型システムへの転換」と銘打ち、軽度者に対する保険給付を介護予防に力点を置いた新たな予防給付（新予防給付）に再編するとともに、認定外の高齢者に対する介護予防を充実させることとされた。具体的な見直しの内容は以下の通りとなる。

図 2 予防、日常生活にかかる制度設計（2005 年改正）

- ・要支援者：「要支援状態」にある者。
- ・「要支援状態」：身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上の障害があるために厚生労働省令で定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態（厚生労働省令で定め程度のものに限る）であって、支援の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（略）のいずれかに該当するもの。
- ・予防給付：「被保険者の要支援状態に関する保険給付」＝要支援者に対する給付。受けられるサービスは「介護予防サービス」との位置づけ。訪問介護等について、生活機能の維持・向上の観点から内容や提供方法を見直し。
- ・予防に関する事業：従前の「保健福祉事業」に加え、別建ての事業として「地域支援事業」を創設¹⁸⁾。「地域支援事業は、「被保険者が要介護状態等となることを予防する」ことと、「被保険者が要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する」ことの二つを目的とする。具体的な事業として、実際にサービス提供を行う「要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化のために必要な」事業（介護予防事業）とともに、「要介護状態等となることを予防するため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、（引用者注：介護予防事業等）が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業」として介護予防ケアマネジメントが位置付けられる。

・介護予防ケアマネジメント等の実施主体として、地域包括支援センターが位置付けられ、地域包括支援センターが実施する事業を「包括的支援事業」と位置付ける。これにより地域支援事業は「介護予防事業」「包括的支援事業」、介護給付の適正化や家族介護支援を行う「任意事業」の3本柱で実施されることとなる。

出典：筆者作成

ここにおいては、まず従前の「要介護 1」を再編成し、新たに「要支援 2」を位置づけ、それを「入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれる」状態としている点が注目される。この下線の箇所の「介護を要する状態」より前の部分は、「要介護状態」の定義と同じであるが、「状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれる」という、状態を評価する側の「見込み」が定義の中に含まれている。保険事故の直接的な表現としては「要支援状態」という「状態」を表す語ではあるが、その定義の中に「見込み」という、評価者の能動性を含む語や、「状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要する」といった、提供されるサービスのあり方についても状態を形容する語として含まれるに至っている。

要介護 1 と要支援 2 の振り分けに関する実際の運用においては、いずれも介護の手間としては同様であるものの、特に 2009 年度以降においては認知機能の低下と状態の安全性に関する評価によって運用がなされ、一次判定ソフトで一定の機械的振り分けが可能になる程度の客観性は有するようになったが、いずれにせよこれは先に述べた医療保険の保険給付においては見られない、介護保険の対象とする保険事故の性質からくる特徴であると言える。したがって、改正前は「要介護状態となるおそれがある状態」を要支援状態としていたが、「おそれがある」という語が不正確である可能性があったため、「要支援状態」という語を新たに定義するに至ったものと考えられる。

また、介護予防事業の定義として、予防に加え、「要介護状態等の軽減若しくは悪化のために必要な」の語が加えられた。給付の側に「状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれる」の語が加えられたこととあわせ、給付と事業の区別のあいまいさが進んだということも指摘されるべきである。

さらに本稿のテーマとの関連で指摘すべき点は、「地域支援事業」の定義に「要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援」するとして、「自立支援」の語が加わったことである。これは、上述の介護予防事業や介護予防ケアマネジメントのみではなく、同じ地域支援事業に含まれる、総合相談支援や包括的・継続的ケアマネジメント支援事業も含むものであるが、「重度化の予防や状態の改善に必ずしもつながらず、かえって廃用症候群をもたらしているという批判」¹⁹⁾を受け、運動器の機能向上や栄養改善、口腔機能向上などを取り込んだサービスの提供が進められるに至ったものである。「自立」の語は、従前においては第 1 条の目的規定と第 2 条の介護保険の意義を説く規定の一部、及びケアマネジャーの業務のほか、給付関連ではリハビリテーションと福祉用具関係にしか含まれていなかったものであるが、地域支援事業全般にかかるものとして使われたところである。

(3) 2011 年・14 年改正時の経緯

次に本稿の対象とする論点について制度改正が行われたのは、2011 年であった²⁰⁾。この

改正に向けた社会保障審議会介護保険部会の議論は、2010年5月から開始された。同年11月に取りまとめられた意見書においては、介護保険の現状として、①介護負担が軽減されてきているものの地域全体で支える体制がなお不十分であること、②介護費用の増大により第1号保険料が全国平均1人当たり月額5,000円を超える見込みになっていることから、給付と負担のバランスを確保する必要があること、とされ²¹⁾、「地域包括ケアシステムの実現」「将来にわたり安定した持続可能な介護保険制度の確立」の2点が基本的な考え方とされた。後者に関連しての負担増を行うことは、当時の与党の判断で多くの部分が見送られた²²⁾が、市町村の選択により、地域支援事業において要支援者・二次予防事業対象者（要介護状態等となるおそれのある高齢者）向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設された。

これは軽度認定者、あるいは非該当ではあるが虚弱な状態にある高齢者に対し、制度の内外的な切れ目のない形でサービスを提供するとともに、社会参加や活動の場を提供することなどを目指したもので、具体的には、要支援者向けのホームヘルプサービス、デイサービスについて、対象の高齢者に対しては、介護保険の予防給付としてではなく、予防に関する事業として行うこととしたものである。また、その提供に際しては、高齢者自身も含む多様なマンパワーや社会資源の活用等が図られ、地域の創意工夫を活かした取組みが期待されるとされた。この導入は市町村の選択により行われることとされ、導入当初の2012年度においては27の保険者が開始した。

この改正の後、さらに政権交代となり、「税・社会保障一体改革」の中で、2014年において、「地域包括ケアシステムの構築」と「費用負担の公平化」を目的として大きな制度改正が行われた。本稿の論点についていえば、市町村による介護予防・日常生活支援総合事業の実施が義務化されるとともに、要支援者向けのホームヘルプサービスとデイサービスに関しては数年かけてすべてこの総合事業に移管の上、予防給付の対象から外すものであった。総合事業に移管されたホームヘルプサービスとデイサービスはそれぞれ「訪問型サービス」「通所型サービス」と称され、2011年の制度改正時に総合事業で実施することとされていた配食等の生活支援サービス、総合事業対象者向けの介護予防ケアマネジメント、さらにはこれらの対象とならない、いわゆる元気老人向けのものも含めた一般介護予防事業と併せて、総合事業の内容を多様化したと説明された。同時に、2005年の改正当時から地域包括支援センターの実施する事業を「包括的支援事業」と称していたが、そのメニューに在宅医療・介護連携、認知症施策、生活支援コーディネーターの配置等生活支援サービスの体制整備のための事業が加わり、さらに「地域ケア会議」についても、その設置や構成メンバー等に関し法定された。

一方で、介護予防・日常生活支援総合事業の法令上の構成としては、移管されたホームヘルプサービスとデイサービスや、要支援者に対するケアマネジメントについては、市町村の直接実施や事業委託、また、実施主体への補助形式に加え、「保険給付」ではなく「事業」の中ではあるものの、「第一号事業支給費」²³⁾というように構成され、その他の介護給付、介護予防給付とほぼ同様のフローで実施することもできることとされた。

さらには、一般介護予防事業の一環として、地域における介護予防の取組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等に、リハビリテーション専門職等が、地域包括支援センター等と連携しながら支援する「地域リハビリテーション活動支援事業」も加わるに至っている。単体の給付としての在宅のリハビリテーションは従前から日常生活の自立を助けるものとして介護保険法に位置付けられていた

が、地域においてリハビリテーションの専門職が、その職能の専門性を地域で活かすことが積極的に展開されるようになった。

これらをまとめると、図3のようになる。

図3 予防、日常生活支援にかかる制度設計（2011年、2014年改正）

- ・要支援者、「要支援状態」、予防給付：特に変更なし。
- ・予防に関する事業：「地域支援事業」を構成する「介護予防事業」「包括的支援事業」、介護給付の適正化や家族介護支援を行う「任意事業」のうち、「介護予防事業」「包括的支援事業」について以下の改正。
- ・「介護予防事業」：介護予防訪問介護、介護予防通所介護の移管。それらに加え、配食等生活サービス、対象者に対する介護予防ケアマネジメントを「介護予防・生活支援サービス事業」として位置づけ、「一般介護予防事業」との2つから成り立つ事業として再編成。
- ・「包括的支援事業」：地域包括支援センターの運営に関し、地域ケア会議の法定。また在宅医療・介護連携、認知症施策、生活支援サービス体制整備を事業内容に追加。
- ・「一般介護予防事業」に「地域リハビリテーション活動支援事業」を追加。

出典：筆者作成

(4) 小括

以上、かつての表現でいえば「虚弱老人」、現在の表現でいえば「要支援から非該当だが一定の支援等が必要な高齢者」に対する「予防」及び家事援助等の「日常生活支援」について、介護保険法上の扱いがどのように変遷したかを概観した。

総じていえば、介護保険の保険給付から事業への移行が進んでいることと、給付と事業の区分があいまいなものとして、混然一体となって進められている流れが確認できる。筆者が本研究班で観察してきたオランダのWMO改革において、地域における日常生活の支援等を基礎自治体の行う事業とするため、介護保険を重度の長期ケア保険に純化した上で別途WMO法を設立するのは、政策の方向性としては日本と軌を一にするものがある一方で、法形式面では異なるものがある。オランダとの比較における日本の制度の建て方については追って述べることにするが、ここでは、この日本の流れにおける「あいまい」「混然一体」の状況について否定的な意味で述べているのではないことは指摘しておきたい。むしろ、制度創設当初から「要介護状態となるおそれがある状態」を保険給付の対象としていた中で、「おそれがある状態」の捉え方に関し、制度の実施後に廃用症候群という概念が重要なものとして認識されるようになり、さらには社会との関わりの減少による閉じこもり状態といったことのリスクも認識されるに至るなど、広がりや深みを持つようになったことのあらわれであり、それを保険給付という形式ではなく事業という形式で実施していくための工夫だと捉えるべきであると考え。事業で実施する点に関しては、その工夫は認定の有無を問わず、非該当者も含め対象者の裾野を広げて実施するための工夫であると評せることは、行論の関係上ここで強調しておきたい。

2. 介護保険制度の性質の変化

介護保険は制度当初において「走りながら考える」とされたが、上記の介護保険の改正の経緯は、まさに「走りながら考える」中で、軽度者に対する支援等のあり方を保険給付から事業に移行させていったものと評することができる。2017年度の直近の制度改正においては、市町村の自立支援・重度化防止にかかる取組みを一層促すため、国からのデータ提供、都道府県による市町村支援、財政的インセンティブの付与等が行われた。これを含む改正は「地域包括ケアシステムの深化・推進」と称して進められたが、ここまでの過程も、介護保険の「深化・推進」と称せるようにも思われる。その過程においては、①保健福祉事業の性質の変化と、②保険料の性質の変化、という2点が読み取れる。

(1) 保健福祉事業の性質の変化

医療保険制度においては、かねてより保健福祉事業が講じられてきている。

このうち保健事業に関し、まず、現行の健康保険法の保健福祉事業の保健事業は、高齢者の医療の確保に関する法律で規定されている「特定健康診査」及び「特定保健指導」の他は、健康教育、健康相談、健康診査、健康管理や疾病予防に関する被保険者等の自助努力についての支援といった、被保険者の健康の保持増進に資するものと規定されている。

他方、制度改正前の老人保健法において「医療等以外の保健事業」に含まれていたのは、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導の6項目であった。前の4つは予防にかかるものであり、健康保険法と同様保険事故である疾病の発生を予防することと言えるが、後の2つは保険事故後の回復・支援を念頭においたものであった。機能訓練、訪問指導を保健事業として行い得ることを規定したのは、当時、寝たきり老人が社会問題となっていた状況下において、市町村が実施主体となっていく高齢者向けの制度として積極的に取り組むべきとの発想によるものであった²⁴⁾。

なお、制度改正後の「高齢者の医療の確保に関する法律」は、前述のとおり特定健康診査及び特定保健指導の実施にかかる根拠規定を設けている一方で、被保険者である後期高齢者に対し後期高齢者医療広域連合が行う保健事業については、健康保険法と同様の書き方となっている。

他方、健康保険法の福祉事業は、「療養のために必要な費用にかかる資金若しくは用具の貸付け」といった療養環境の向上と、出産のために必要な費用にかかる資金の貸付け」といったサービスの利用の支援等、福祉の増進に資するものと規定されている。これらの究極の目標は、被保険者等の福祉の増進ということだが、そのことを、健康保険法で保障している給付の利用を支援することで確保することと考えることができる。また、福祉事業の例示としては、健康保険法に基づき健康保険組合の運営の在り方について示した保険局長通知「健康保険組合の事業運営について（平成19年2月1日保発第0201001号）別紙2「健康保険組合事業運営基準」において、病院・診療所・薬局や訪問看護ステーション、介護老人保健施設の設置運営もあげられている。これらは被保険者等の福祉に資するものであると同時に、健康保険法で保障している給付の利用を確保するものとも言えよう。高齢者の医療の確保に関する法律においては²⁵⁾、療養環境の向上、(例示はないが)療養のための費用にかかる資金の貸付けについては同様であるが、後期高齢者医療給付のために必要な事業としては、解説書を参照しても特定のもの示されていない²⁶⁾。

一方で介護保険法における保健福祉事業は、当初法においては、前述の「被保険者が要介護状態となることを予防するために必要な事業」のほか、「介護方法の指導その他の介護者等

の支援のために必要な事業」、「(在宅サービス、ケアマネジメント、介護保険施設の運営など)保険給付のために必要な事業」、「給付対象サービスを利用する際に必要な費用の貸付け等」が例示されていた。また、その他の事業については、現行法も規定の仕方は同じであるが、現行法の例示については、寝具洗濯乾燥消毒サービス等があげられている²⁷⁾。

最初の「被保険者が要介護状態となることを予防するために必要な事業」は、保険事故が起きることの予防であり、健保法等の保健事業と同様のものと言える。また、最後の「給付対象サービスを利用する際に必要な費用の貸付け等」は健康保険法等の福祉事業と同様である。さらに、その他の事業の例示とされている寝具洗濯乾燥消毒サービスは、健康保険法の福祉事業でいえば「療養環境の向上」に類似するものと言えよう。加えて、「保険給付のために必要な事業」としての在宅サービス等の設置に関しては、上述のように健康保険法の福祉事業で病院の設置等が読み込まれているものと同様、給付の利用を確保する側面を有するものと言えよう。このように考えると、介護保険法の当初法で規定されているもので介護保険法に特殊なものとしては、介護者支援のための介護者教室や家族リフレッシュ事業²⁸⁾等の「介護方法の指導その他の介護者等の支援のために必要な事業」があることになる。

このことは、給付を受ける本人ではなく、その支援を行う者を対象とした事業を行うという意味で医療保険では例がないものと言えよう。若干間接的ではあるが、給付を受ける本人の在宅での生活を考えた場合、その介護者への支援はケアの質の向上につながり、ひいては医療保険各法の福祉事業のような「療養環境の向上」の一環と説明できなくはないが、医療とは異なる「要介護状態」という保険事故をカバーしている介護保険において、日常生活における保険事故への対応が保険給付以外の家族等介護者においても可能であり、さらに保険給付でなされるものとの境界を明確に定義できないという性質を反映したものであると指摘できる。

いずれにせよ、こうした介護保険法で規定する保健福祉事業は、2005年の制度改正で地域支援事業が導入されて「地域支援事業等」となることで、その性格が変質した。もともとあった保健福祉事業にかかる条文はそのまま残され、「介護予防事業」「包括的支援事業」「任意事業」のいずれにも含まれない事業を実施する根拠規定となる一方で、「介護予防事業」において、被保険者が要介護状態になることの予防等を読み込み、また「任意事業」において、介護者支援が規定されることとなったが、以下に掲げるようないくつかの、相当異なる性質の事業も含まれることとなった。

1つは「包括的支援事業」、すなわち地域包括支援センターの運営にかかる事業である。もちろん地域包括支援センターが行う事業のうち、介護予防ケアマネジメント事業は直接的に、また、総合相談事業等²⁹⁾は生活環境や支援の調整等を行うことでその高齢者の心身の状況の向上に資するという意味で間接的に、さらにケアマネジメント支援についてもケアマネジャーの資質の向上を通じて間接的に、予防に資するものと説明することは可能と思われる。

しかしながら総合相談においては、必ずしも要介護という保険事故の予防に関連するような事柄の相談が行われるとは限らず、被保険者の福祉の増進には資するが、保険給付の利用を支援することで福祉を確保するということがばかりではない。さらには、地域包括支援センターという、市町村が直営または委託で必ず設置することとなる一制度の運営に必要な一定の組織体の運営のためのランニングコストを、第1号保険料のみとはいえ社会保険料を用いて恒常的に賄うことも、医療保険との比較で言えば³⁰⁾異質のものが含まれるに至ったと言えよう。

もう1つは「任意事業」において、介護給付費等の費用の適正化のための事業が明記され

るに至ったことがあげられる³¹⁾。費用適正化は、不必要な給付費の削減等を行うことによりひいては被保険者の保険料の軽減、上昇の抑制に資するという意味で、間接的に被保険者の経済面での福祉の向上に資するものではあるが、予防やサービス利用を促すような、心身の健康面への働きかけを伴うものではない。むしろ、要介護認定の適正化やケアプランの点検、住宅改修等にかかる実態調査や医療情報との突合等、不必要、不適正な形で介護保険を「使わない」方向への誘導を行うものである。

介護保険を「使わない」方向への誘導という意味では、心身の健康面への働き掛けによる予防についても同様ではあるが、「要介護状態となるおそれがある状態」や、「状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれる」状態といった、保険事故の発生の有無を客観的に線引きすることに難しさや、形容表現におけるあいまいさを有する、介護保険の保険事故の性質を体現したものとも可能なように思われる。

こうした「地域支援事業等」の性質の変化は、2014年の制度により拍車がかかることとなった。この制度改正では、包括的支援事業に在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援コーディネーターの配置などの生活支援サービスの体制整備が行われるとともに、地域包括支援センターの運営に関し、「地域ケア会議の充実」³²⁾が行われた。いずれも、要介護・要支援状態という保険事故の予防に資するものであり、保健事業と同様の性質を有する。

また、例えば「認知症に優しいまちづくり」や「生活支援コーディネーターによる地域の互助活動の活性化」などは、被保険者の生活上の福祉の向上に資するもので、福祉事業と同様の性質と言えるが、いずれも比較的間接的なものである。

他方、これらは、保険給付対象サービスの運営などを含む「保険給付のために必要な事業」の、給付ではなく事業版のインフラ整備という意味合いでも説明しうる。しかしながらその外延は広く、例えばコミュニティカフェの運営や、地域における助け合いネットワークの構築といったことは、いわば住民の中で高齢者が多数になった地区における一般的なまちづくり施策とでも言えるものである。また、在宅医療・介護連携の推進に至っては、例えば地域資源把握のためのマップづくりや多職種合同の研修会の実施、連携のためのツールの作成・運営といったことを支援するものであり、間接的には被保険者の保健福祉の向上に資するとはいえ、いわばサービス提供者側の運営の改善のための費用を賄うものと評することが可能である。

さらに、同じ制度改正により介護予防事業が「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」に再編され、前者においては、従来は介護保険の保険給付の対象となっていたホームヘルプサービスとデイサービスを事業として提供することとされた。その提供方法に関しては、両者共通のものとしては、「従来のものから緩和した基準で行われる A 型」、「住民主体のサービスであるところの B 型」、「短期集中的に保健・医療の専門職により行われる C 型」などがある³³⁾。あるいは、これらと一体的に提供される配食や安否確認・見守り等の提供方法を「多様化」させる一方で、従前と同様の給付を、上述のように従前と同様の費用にかかるフローで実施するものも併置されたところである。

この動きは、上述のような介護保険制度における給付と事業の区別のあいまいさを助長するものである。いわゆる従前相当サービスを併置しておくことに関する評価は、本稿とは別の論点となるが、事業の側からみれば、保険者の行う事業の中に「給付的なもの」までが含まれるようになり、その変質がさらに進んだと評することができる。

(2) 保険料の性質の変化

上記のように、「地域支援事業等」の発展による、旧来は保健福祉事業の範囲にとどまっていた、保険者による被保険者への何らかの事業の提供は、それをファイナンスする介護保険料の意味合いの質的な変化も意味すると考える。

上述のように、介護保険料で賄われる事業であって、医療保険においては類を見ないものとしては、以下のもの等がある³⁴⁾。

- ・ 給付を受ける本人以外の者を支援するための事業（介護者支援）
- ・ 制度運営に一定の役割を果たす組織のランニングコスト（地域包括支援センターの運営）
- ・ 高齢化社会におけるまちづくり（認知症施策、生活支援サービス等）
- ・ サービス提供者側の運営改善（在宅医療・介護連携）
- ・ 「給付的なもの」（介護予防・生活支援サービス事業）

いずれも介護保険の保険事故である要介護・要支援状態に関連し、介護保険の適正な運営のためには必要と言えるものであるが、機能訓練と訪問指導を老人保健法の下で保健事業として提供していたことを除けば、同じ短期の社会保険である医療保険の予防（保険事故の発生の抑制）とも、福祉（保険事故に対応した給付の利用支援）とも、同様と説明し難いものがある³⁵⁾。

一方で介護保険における「地域支援事業等」の推移に関しその費用の推移をみると、表1、図4及び表2の通りとなっている。

表1 保険給付費と事業費の推移³⁶⁾

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
保険給付費計	3,251,939,645	4,122,544,972	4,665,914,603	5,110,099,881	5,564,176,114	5,811,913,727	5,884,177,294	6,170,094,747	6,428,573,663
事業費等計	173,907	229,532	202,817	299,884	326,168	302,092	102,247,086	119,656,161	153,088,080
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
保険給付費計	6,883,889,418	7,264,541,377	7,641,785,442	8,139,265,697	8,522,759,865	8,910,583,938	9,108,036,255	9,241,113,586	
事業費等計	162,342,983	167,337,584	165,743,353	171,748,573	176,962,419	185,687,848	204,041,725	274,773,154	

出典：介護保険事業年報(各年度)

図4 保険給付費（左）及び事業費等の対保険給付費比(右)の推移



出典：介護保険事業年報(各年度)

表2 事業費等の内訳の推移

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
保健福祉事業費	173,907	229,532	202,817	299,884	326,168	302,092	357,772	438,254	485,239
地域支援事業費									
介護予防・日常生活支援総合事業費	-	-	-	-	-	-	-	-	-
介護予防・生活支援サービス事業費	-	-	-	-	-	-	-	-	-
一般介護予防事業費	-	-	-	-	-	-	-	-	-
介護予防事業費	-	-	-	-	-	-	21,981,583	27,371,497	50,802,374
包括的支援事業費・任意事業費	-	-	-	-	-	-	79,907,731	91,846,410	101,800,466
その他	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
保健福祉事業費	517,669	449,026	413,190	699,113	609,259	793,574	595,551	600,035	
地域支援事業費									
介護予防・日常生活支援総合事業費	-	-	-	1,424,770	2,359,748	3,163,726	-	-	
介護予防・生活支援サービス事業費	-	-	-	-	-	-	11,405,589	68,892,445	
一般介護予防事業費	-	-	-	-	-	-	3,257,164	9,726,398	
介護予防事業費	52,620,515	53,181,017	46,202,950	43,623,160	43,271,168	44,674,613	41,774,530	29,561,704	
包括的支援事業費・任意事業費	109,204,799	113,707,540	119,127,213	125,999,225	130,705,204	137,033,698	146,549,967	163,582,014	
その他	-	-	-	2,306	17,039	22,237	458,925	2,410,559	

出典：介護保険事業年報(各年度)

図4を見てわかるように、事業費等は、保健福祉事業費のみが計上されていた2005年度までは保険給付費に対する割合はごくわずかなものであるが、地域支援事業が開始された2006年度に保険給付費に対するその割合が急増している。以後2009年度からの第4期、2012年度からの第5期の介護保険事業計画時期においてはその保険給付費に対する割合が微減している³⁷⁾が、2015年度からの第6期においては上昇に転じ、介護予防・日常生活総合支援事業の実施が進んだ2016年度においてはおよそ3%近くにまでなっている。

地域支援事業に用いることができる財源に関しては、厚生労働省において一定の基準が示

されているところであり、また表2で明らかなように、事業費等の多くの割合が「包括的支援事業・任意事業」で占められ、地域包括支援センターの人件費が多くを占めることが推測されるが、いずれにしても、介護保険財政の面で見ても、そのウエイトは高まっているということができよう。

このように保険事業が質、量両方の面で変質してきたことを踏まえると、ではそれをファイナンスする社会保険料はどういった意味を持つのか、ひいては、社会保険の本質をどのようなものと捉えたらいいのかが次の課題となる。

昭和の時代に、わが国の社会保障・社会保険理論を確立した学者の一人である近藤文二は、主著『社会保険』において、「保険とは、危険にさらされている多数の場合を集めて全体としての収支が均等するように共通の準備金を形成し、そのことによって危険の分散を図る技術である」と述べるとともに、私保険と対比した社会保険の原則として、当該保険団体における収入と支出の均等を図る「収支相当の原則」は確保されるものの、個々の被保険者が払う保険料の額と、保険給付として受ける額の期待値が等しくなるとする「給付反対給付均等の原則」や、保険料率を個々の危険に応じて設定するという「保険技術的公平の原則」は成り立たず、その理由として、社会保険が社会政策のために設けられるものであり、そこには所得再分配が求められる旨を指摘している³⁸⁾。この指摘は、現在でもしばしば社会保険について定義される際に用いられており³⁹⁾、ここでもこれを元に検討を進める。

この近藤の定義をみると、「保険」とは「危険の分散を図る技術」であるとされている。この「危険の分散を図る」技術の「危険」とは、保険事故のことにほかならない。この「危険の分散」を図ることは、保険給付そのものにより達成されることであり、それはここでいうところの「準備金」をもって賄われるものである。

他方、本稿の中心課題である、保険給付ではない保健福祉事業について、保険事故との関り而言えば、医療保険においては、保健事業は老人保健法の機能訓練等を除くとおおむね保険事故である疾病の発生を予防することが共通する性格であった。また、福祉事業に関して言えば、「給付の利用の支援」という意味合いが確認できる。これらもここでいうところの「準備金」により賄われており、その財源は被保険者の拠出による。

もちろん健康保険組合に関して言えば、保険給付の中での付加給付に加え、その他の「事業」分についても、労使折半の原則を上回る負担を使用者側が行うことで賄われているとの説明も可能とは思われる。特に、福利厚生施設的な色彩の強い保養所の運営などについては、そうした理解もまた可能であろう。また、特定健診等には国庫補助も行われている。

しかしながら、健診費用等の予防や、給付の利用支援の費用に、ここでいうところの「準備金」、すなわち、社会保険料により準備されている金額が含まれており、その中には被保険者の拠出も含まれている。つまり「危険の分散」だけでなく、「危険の発生の軽減」や「危険が起きてしまった場合の被保険者支援」も、保健福祉事業のため、保険料拠出により賄われているのである。

この被保険者の拠出の対象として、給付以外の「事業」にかかる支出も賄われていることに関し、その性質が介護保険では質、量両方の側面で変質を遂げてきていることが、本稿でここまで述べてきたことである。近藤の定義における「準備金」の使い道が、医療保険と比べ相当程度広がりを見せている。そうした変質が進んだことの原因には、制度設計当初において、軽度者に対する「予防」、ないし「日常生活支援」を保険給付の対象としたことや、その保険事故である「要介護状態となるおそれがある状態」の捉え方が、「廃用症候群概念の広がり」や「社会とのかかわりの希薄化リスクの認識」などにより広がりを見せ、その対象も

非該当者を含め包括的に実施していくべきとの考え方が普及したことがあると考える。

これらを踏まえ、今後介護保険が果たしている、保険給付以外の重要な役割をより積極的に意識して施策を進めていくこととする⁴⁰⁾ならば、介護保険における保険料負担、特に保険給付以外の様々な事業に充当されている第1号保険料の保険料負担の性格を捉える際に、「リスク発生時の負担軽減」だけでなく、事業費として支出されている種々の対象も包含して理解することが重要である。そして、保険料負担の性格を表現する際には、例えば「地域包括ケアシステムの実現」といった側面が、より積極的に付加して説明されるべきであると考ええる。

このことは、今年度の本研究のキーワードである「リエイブルメント」の概念を介護保険制度の中に根付かせていくうえでも、有益であろう。すなわち、介護保険料の負担は「リエイブルメント」支援のために行われ、それは地域支援事業の様々なメニューを中心に、実現していくものである、といった説明である⁴¹⁾。

さらにこうした考え方を推し進めるとすれば、介護保険法の目的についても見直しを検討する—ということが、一つの論点として浮かびあがる。現在の介護保険法第1条は、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスにかかる給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」とされているが、例えばこの下線部を「給付及び予防その他の事業」などとし、二重下線部を「保険給付及び保健事業」などとするなど、である。とはいえ法制的観点からこうした改正を行うことには、一定のハードルがあることが考えられ、容易には行い得ないであろう。

また「事業」の重要性を強調するため、オランダのWMO改革のように、地域支援事業等の市町村事業を別法にすることは、象徴的な意味合いはあると考えられるものの、介護保険料財源を「事業」に活用し、「給付」と「事業」を一体のものとして進めていく観点から、現在の日本の法制下では適切ではないであろう。

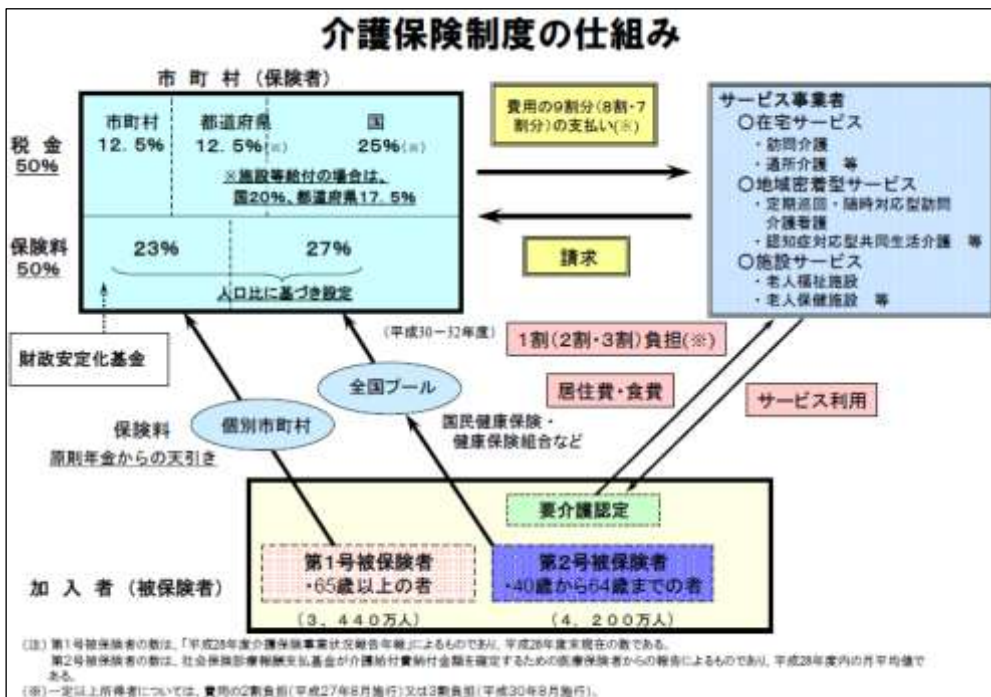
他方、法律改正までは行わないまでも、介護保険にかかる説明方法を工夫することで、より「事業」面を強調するような理解を普及していくことは可能であろう。例えば、法令になじみのない関係者にもよく知られている、長年説明に使われている説明図の絵柄を変えること⁴²⁾は、一つのアイディアとして考えられる。結語に変えて、以下で述べる。

3. 結語に代えて

ここまで、介護保険の保険料負担、特に第1号保険料の負担のもつ意味合いの説明として、非該当者も含め広く予防なり日常生活支援なりを提供するものであるという側面に着目して、伝統的な「保険」の概念に基づく保険料負担の理解として「リスク発生時の負担軽減」ということだけではなく、例えば「地域包括ケアシステムの実現」という側面も合わせて理解し、積極的に説明していくべきではないかということ述べた。

その上で、こうした考え方に基づいて、上述のように、介護保険制度及び地域包括ケアシステムにかかる共通認識を形成する上で重要な役割を果たしている、厚生労働省が作成している以下の2枚の説明の絵（図5、図8）については、シンプルな絵柄でポイントを説明したものと表現できるものの、若干の修正を施すことで、本研究班の主張に理解が進むように考える。

図5 介護保険制度の仕組み図



出典：厚生労働省 HP

図5に関しては、介護保険の全体像を説明するものとしてしばしば用いられるが、これは「介護保険給付」の全体像を説明しているものであり、「事業」の側面に関してはここでは表れていない⁴³⁾。例えば、2014年の制度改正を説明する際に用いられる「新しい地域支援事業の全体像」と題される絵の一部（図6）を改変したものを縮小して市町村（保険者）の行う事業であることが解る個所に配置し、拡大し、事業内容について説明したものを次のページに掲載するなど工夫することで、「介護保険制度」を理解する上では必ず「事業」部分も一緒に理解するといった認識を促していくことは有益と思われる（試案を図7に示す）。

図6 「新しい地域支援事業の全体像」（一部）

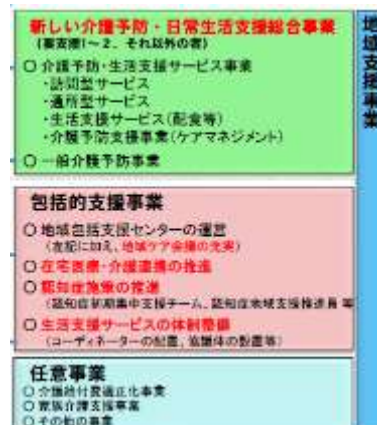
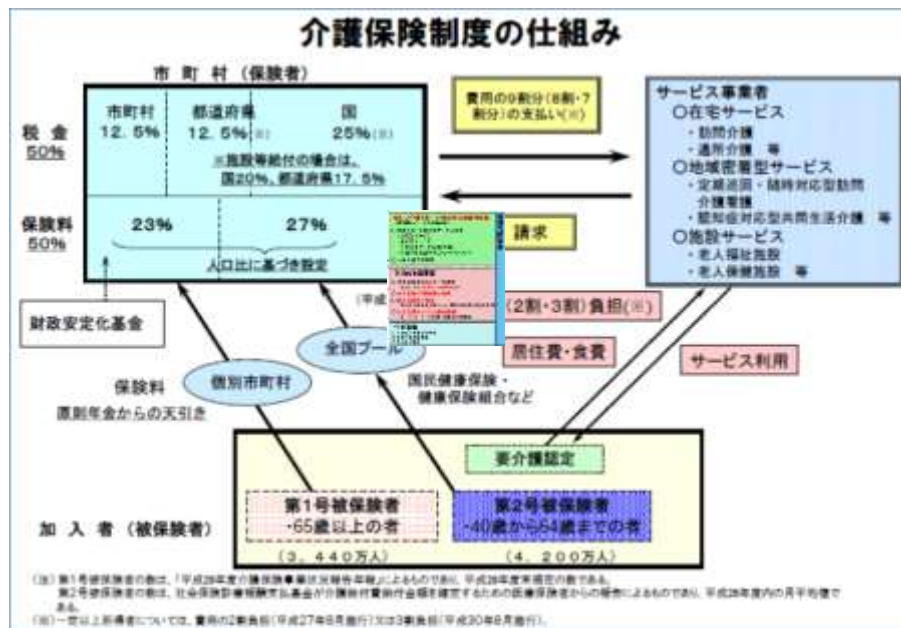
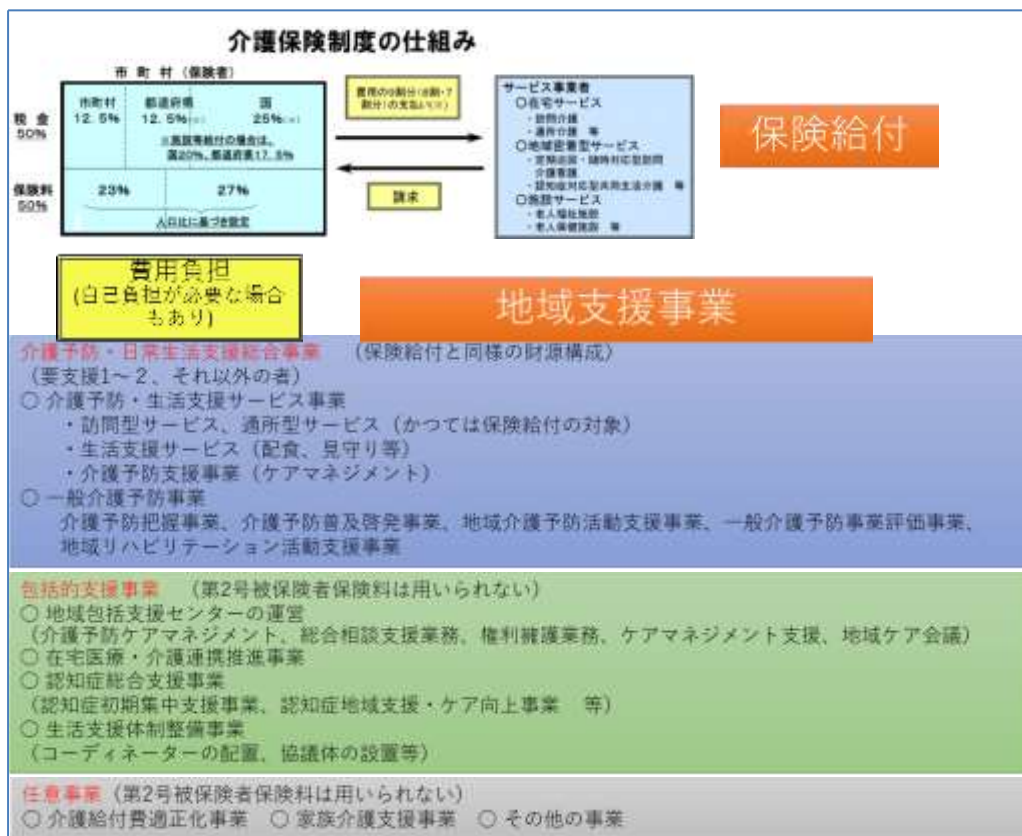


図 7-1、図 7-2 介護保険の全体像にかかる説明図(試案)



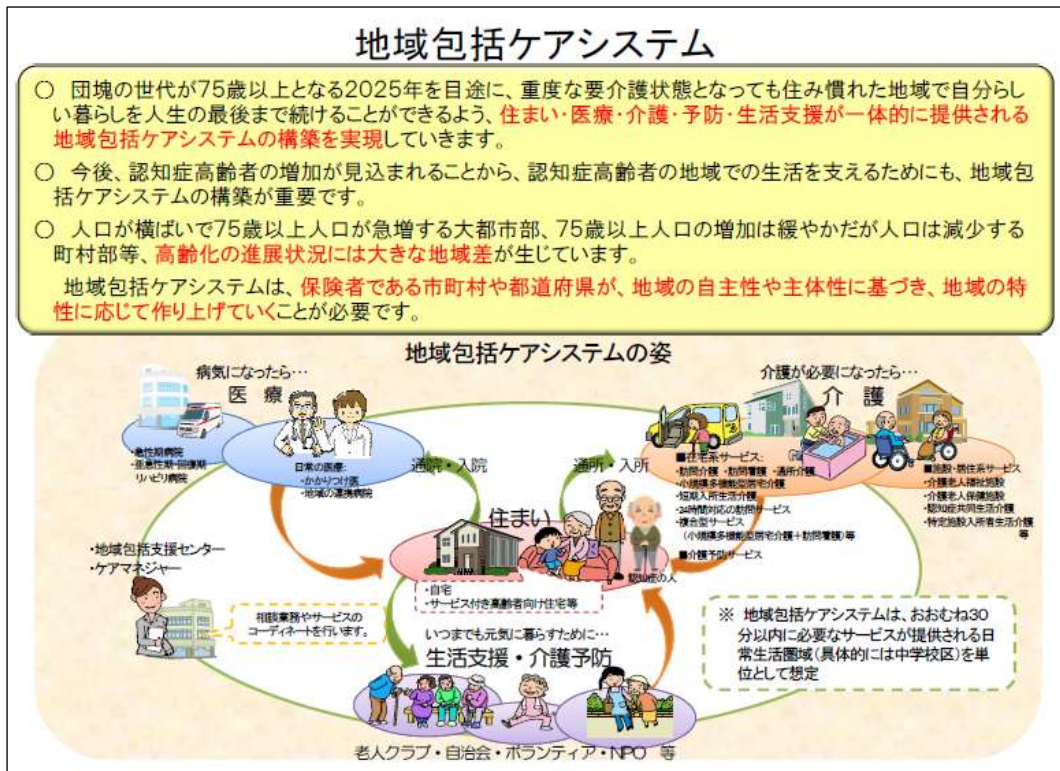
出典：厚生労働省 HP 掲載資料を一部改変



厚生労働省 HP 掲載資料を改変

他方、図 8 に関しては、給付が必要な者、即ち要介護・要支援認定者のみが用いる介護保険の保険給付たる介護サービス(右上)や、高齢者のほとんどが疾患を抱えるとはいえ、非日常とでもいえる高度な医療の提供をイメージする病院(左上)が介護予防・生活支援と同心円の上に配置されていることで、要介護・要支援認定者だけではなくすべての高齢者に対して「予防」を含めた介護保険事業を裨益させるという観点が見えにくいように考えられる。

図8 地域包括ケアシステムの概念図

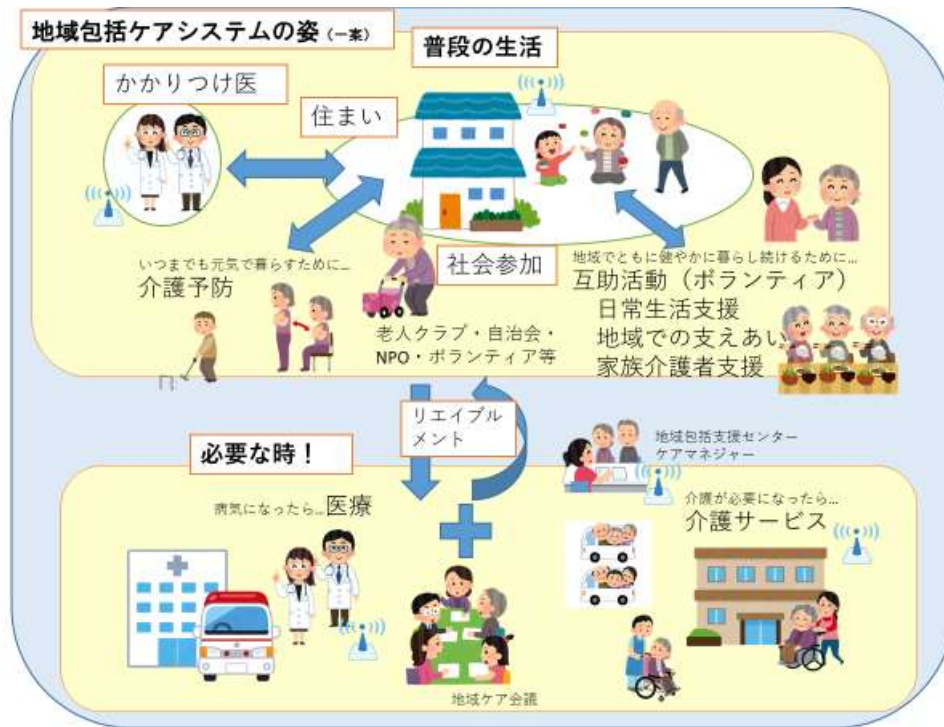


出典：厚生労働省 HP

また、特に地域における支え合い活動などに高齢者自身の参加を積極的に促し、社会参加の機会を増やしていくなどの昨今推し進めている政策の部分が見えにくいようにも思われる。もちろん、住み慣れた地域において必要な医療や介護サービスが提供されることは重要であり、地域包括ケアシステムの中でそれらが連携して提供されることは必要なことでもある。筆者はそれを否定する意図はないが、一方で、特に非該当者や軽度要支援者にとっては、日常生活においてはそうした介護保険サービスや高度な医療は関わりのないものであり、それらはまさに「保険事故が発生」した際に初めて必要となるものである。それらの多くの者にとって、日常生活は、医療であれば、かかりつけ医にかかって軽度な医療や、持病の状況の維持、悪化の防止等を図り、介護保険の対象であれば、介護予防の取組み等に参加しつつ、家族や地域の中での支えあいなど「事業」の対象となるサービスを受けながら暮らすものである。今の図8の絵柄からは、その点が読み取りにくいように思われる。

具体的には、かかりつけ医と介護予防・日常生活支援を織り込み、若干の疾患を抱えつつ、それらの支援を受けながら社会参加を行うなどの「普段の生活」がベースとなり、医療や介護サービスについては、例えば電子的手段も含めた、保健・医療・福祉の連携が取れた状態を示唆しつつ、それらとは別のものとして、「保険事故が発生した」際に支えとなる、また「リエイブルメント」の考え方にに基づき、保険事故の発生後も、可能な限り「普段の生活」に戻ることを意識することが示されるようなものであることが、ふさわしいように考える(図9)。

図9 地域包括ケアシステムにかかるポンチ絵（一案）



出典：筆者作成（イラスト画像はフリー素材「いらすとや」を利用）

もちろん、ここで述べたことは1つのアイディアに過ぎない。しかしながら、地域ケア会議において関係者間の「規範的統合」の重要性があげられるのと同様に、図5と図8の2枚の絵が、広く国民一般の介護保険や地域包括ケアに関する「規範的統合」の根拠となっていることに鑑みれば、両・質ともに変質を遂げ、重要性が増している介護保険にかかる「事業」側面を強調することは、有益なことではないかと考える。

<注>

- 1) 介護保険制度史研究会編[2016], p.123。
- 2) この段階での審議は、審議をスムーズに進める観点から、分科会方式で行われることとされた（同上、p.135）。
- 3) 当時の虚弱老人は、厚生省の局長通知において「心身の障害又は疾病等により、移動、入浴等の基本的な日常生活動作について、必ずしも介護を要する状態ではないが、一人で行うには困難が伴い又は相当時間がかかるもの」と定義されていた（同上、p.245）。
- 4) 引用元では「家事援助」とされている（同上、p.144）。
- 5) 同上、pp.143-4。
- 6) 同上、pp.144-5。
- 7) 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本社会保障資料Ⅳ」資料番号 562 番参照（<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/syakaifukushi1990.html>、2019年3月10日アクセス）。なお社人研ホームページに掲載されているものは『月刊福祉』第79巻第4号に掲載されたもの。
- 8) 同上、p.121。
- 9) 予防に関する議論は「基盤整備分科会」で行われた。これは家事援助について議論を行った「介護給付分科会」とは別の分科会において審議が行われた。分科会としてはもう一つ、主に制度の建て方や費用負担について議論を行う「制度分科会」の3分科会で審議がなされた。
- 10) 同上、pp.160-2。
- 11) ここでは一次予防は「健康な高齢者の心身機能の維持・向上を図る」、二次予防は「虚弱老人が要介護にならないようにする」、三次予防は「要介護の高齢者が重度化することを防ぐ」こととされている（同上、p.161）。
- 12) 同上、pp.161-2。
- 13) 同上、pp.163。
- 14) 要支援者の定義には、当然65歳未満の者も含まれるが、ここでは65歳以上の者についてのみ記述する。以下、特に断りのない場合は65歳以上の者についての記述をしているものとして理解いただきたい。
- 15) その他の給付（福祉用具購入、住宅改修、ケアマネジメント等）については省略している。
- 16) この特別対策に関しては、第1号被保険者保険料の半年間の免除とその後1年間の半額軽減、さらには家族介護手当の見送りがしばしば注目されるが、予防に関しても、特別対策を発表した際の内閣官房長官記者発表資料においては、要介護認定外になる者に対し、介護予防（「健康で、いきいきした生活を送り、できる限り介護が必要な状態にならないようにすること」）や生活支援サービス（一人暮らし高齢者などの「配食サービスといった生活を支えるサービス」）の利用により安心して生活が送れるように努めることなどが盛り込まれていた（同上、p.647）。
- 17) 和田編[2007], pp.116-128。
- 18) なお従前の「保健福祉事業」は、条文の置かれる場所は変わったが、その内容として「被保険者が要介護状態等になることを予防するために必要な事業」という規定は残された。
- 19) 和田編[2007], p.138。
- 20) 介護保険法はその間、2008年において、業務管理体制に対する指導・監督権限の創設など、事業者規制の強化を主眼とした制度改正が行われた。
- 21) 増田[2014], p.33。

- 22) 「改正介護保険法が成立、保険料抑制、基金頼み、抜本改革は手つかず」(2011/06/16 日本経済新聞)。
- 23) 「第一号事業支給費」との命名は、介護予防・日常生活支援総合事業にかかる事業が、介護保険法第115条の45第1項第1号に規定されていることに由来する。
- 24) 機能訓練については「疾病の治癒後も何らかの機能障害を残し寝たきりの状態となりがちな老人の特性を考慮」したこと、訪問指導に関しては、「保健事業を実施してもなお、在宅で寝たきりの状態となる者」の「心身機能の低下を防止し、その健康の保持増進を図ること」が導入の理由として挙げられる(吉原編[1983], pp.275, 277)。
- 25) ただし高齢者の医療の確保に関する法律においては、この規定がなされている条文を含む節の名称は「保健事業」とされている(健康保険法では「保健事業及び福祉事業」)。
- 26) 社会保険研究所発行[2008]及び土佐編[2008]を参照した。なお医療費通知等、医療費適正化にかかる事業に関しては、追って記述する。
- 27) 社会保険研究所編[2018], p.493。
- 28) 同上。
- 29) 「等」は高齢者の権利擁護事業を指す。
- 30) 保健福祉事業として、社会保険料を用いて保険者以外の一定の組織のランニングコストをファイナンスすること自体は、例えば医療保険制度などにおいても保険者が保有する保養所や、保険者が設置する福利厚生施設の運営費等を賄うなどのことは想定されている。しかしながらこれはあくまでも保険者の裁量により、いわば被保険者の追加的な保健福祉の向上のために行われるもので、地域包括支援センターのように、市町村にその設置が必ず求められ、制度の運営上一定の役割が与えられる性質のものとは異なる。
- 31) 医療保険における医療費通知等、医療費適正化にかかる事業の位置づけに関しては、その文言上からは、前述の高齢者の医療の確保に関する法律の「後期高齢者医療給付のために必要な事業」に該当するようにも読みうる。しかしながら土佐編[2008]においては、「後期高齢者の保健事業」にかかる解説の次に「後期高齢者にかかる医療費適正化事業」にかかる解説が掲載されている。ここでは「保健事業」は法律第125条を根拠とすると明示されている一方で、「適正化事業」については法令の明記がない。また前出の「健康保険組合事業運営基準」においては、保健事業及び福祉事業の例示において医療費適正化にかかる項目は明示されておらず、またそれとは別の項目で「保険給付の適正化」にかかる項目が設けられている。さらに別法ではあるが、国民健康保険法においては、第104条において「市町村が行う第八十二条第一項(注:「特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であつて、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防にかかる被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業」)及び第三項(「被保険者の療養のために必要な用具の貸付けその他の被保険者の療養環境の向上のために必要な事業、保険給付のために必要な事業、被保険者の療養又は出産のための費用にかかる資金の貸付けその他の必要な事業」)に規定する事業、療養の給付等に要する費用の適正化のための事業その他の事業」)と規定され、費用の適正化にかかる項目(実線の下線)は保健事業及び福祉事業(波線の下線)とは区別して規定されている。ただし、健康保険組合の中には、医療費通知を保健事業の一環として説明しているものもある(NTT健康保険組合の例はhttp://www.nttkenpo.jp/member/health/files/hoken_list.pdf。2018年3月18日最終閲覧)。よって、上記土佐編[2008]と保険局長通知、及び国保法の規定のみをもって、費用の適正化のための事業が医療保険制度において保健福祉事業の一環として行われて来なかったとは言えず、より精査が必要では

ある。

また、上記国保法第 104 条の規定は、1995 年の法律改正で設けられた（当時は第 105 条）ものであり、1997 年に成立した介護保険法に先行する。費用の適正化にかかる項目が条文で明記された、という意味では国保法の方が先行することにはなるが、この規定の趣旨は国民健康保険団体連合会等が行う事業を規定するものであった(国保法第 72 条及び第 82 条の 2 の規定は 2015 年の改正)。

よって、医療保険関連の法律においては、介護保険法におけるような、費用の適正化を保険者の事業の一つとして法律に明記することは行われて来なかったといえ、介護保険法の規定が画期的なものであったと言い得る。

32) 地域ケア会議の推進自体の根拠となる規定は 2011 年の制度改正で設けられている（増田 [2014] , p.448. しかしながら 2014 年の制度改正では、従前は地域包括支援センターの設置者と事業者や医療機関等の関係者との連携に努めるべき、と規定したのを、明示的に「会議を置くように努めなければならない」という規定等が整備されたことをもって、ここでは「充実」と評しているものと思われる。

33) 「など」は、移動支援を行うホームヘルパーの D 型を意識している。

34) また介護保険に先駆的なものとして、上記で給付費適正化にかかる規定の設定を掲げた。これは医療費適正化事業を保険料財源で賄うという面において医療保険制度に類似のものが存在することに加え、上述のように、医療保険制度において「保健事業」や「福祉事業」とは明確に別のものとして位置付けられているともここまでの検討では断言しがたい（脚注 31 参照）ことから、ここでの列記には掲げていない。

35) この点に関連し、介護保険法上の「事業」に関する施策の展開は、雇用保険（失業保険）に類似する面があるようにも思われる。当初の失業保険法において「福祉施設」が規定され、その下で、いわば失業を予防する施策である「能力開発事業」と、被保険者の福祉を増大する「雇用福祉事業」が実施されていたが、1974 年の雇用保険法の制定に伴い、「福祉施設」が「雇用改善事業」「能力開発事業」「雇用福祉事業」に再編され、さらには「雇用安定事業」も加わった。その後の種々の変遷を経て現在では「雇用安定事業」と「能力開発事業」の 2 つ（「雇用保険 2 事業」）に整理されている（田中[2008]及び厚生労働統計協会編[2018]参照）。こうした変遷を遂げた雇用（失業）保険制度との比較をすることで、新たな論点を提起する可能性があると考えられるが、この点の検討に関しては後日の課題としたい。

36) 厚生労働省ホームページに掲載されている「介護保険事業状況報告(年報)」の各年度について、「介護保険特別会計経理状況 保険事業勘定」の「歳出」から、「保険給付費」及び「保健福祉事業費」及び地域支援事業にかかる項目の合計（「地域支援事業計」）を参照し、「事業費等」として、「保健福祉事業費」と「地域支援事業計」の合計を求めた。地域支援事業にかかる項目は、その創設の 2006 年度から計上されているが、2006 年度から 2011 年度までは「介護予防事業費」と「包括的支援事業・任意事業」が含まれている。2012 年度から 2014 年度まではそれらに「介護予防・日常生活支援総合事業費」と「その他」が加わっている。2015 年度、2016 年度においては「介護予防・日常生活支援総合事業費」が「介護予防・生活支援サービス事業費」と「一般介護予防事業費」に区分されている。

37) その理由に関する詳細な分析は行っていないが、一つの可能性として、介護報酬改定率が、それまでと異なり 2009 年度改定においては 3.0%、2012 年度改定においては 1.2%とそれぞれプラス改定であったため、分母の給付費の伸びが高かった（2006 年度～2008 年度は年平均 3.4%であったのが、2009 年～2014 年度は年平均 5.6%であった（いずれも単純平均））可能性がある。

38) 近藤[1963], pp. 66-84.

39) 例えば西村他[2018], p.6.

- 40) 筆者は政策論として保険給付以外の重要な役割を積極的に意識して施策を進めていくことには賛成であるが、一方で、そのことの是非は別途理論的側面からも検討すべき課題である。例えば土佐編[2008]では、特定健康審査・特定保健指導と「保険原理」との関係について、「健診等の保健事業については、実際に保険事故が起きたわけではないが、将来、保険事故が発生する危険を軽減する効果を期待して実施するものであることから、『リスク(危険)に備える』という意味において、保険の考え方や原理に即しているものである。」と述べており(同、p.89)、特に論点とはされていない。土佐編[2008]が述べているのが健診等の「予防」に関連したものについてのみであり、その意味でこの説明は成り立ちうる面もあると思われるが、一方で近藤[1963]では、保険と一般の行政の機能との区別に際し、確率の適用、即ち確率の計算に基づく一定の額の保険料を予め支出することの有無を要件としている(同、p.77)。近藤の考え方に即せば、地域支援事業の財源のセットの方法は保険よりも一般の行政に近いものとも理解される。こうした点の精度の高い検討も、他日の課題としたい。
- 41) もちろん同様のことは、医療保険制度における保健福祉事業の重要性を強調する説明の可能性も示唆する。特に健康づくり、生活習慣病予防の重要性の側面、という面においてである。脚注 40 で述べた土佐編[2008]での指摘も踏まえたこの点に関する検討も、他日の課題としたい。
- 42) 地域包括ケアシステム概念に関しても、2010 年頃の当初は「五輪」の絵で説明され、その後「植木鉢」の絵となり、その「植木鉢」の絵柄も修正が施された。それぞれの改訂には地域包括ケアシステムに関する考え方の更新が織り込まれているが、地域包括ケアシステム概念自体が、それらの絵柄により理解が広まっていることは、多くの方に首肯していただけるものと思われる。
- 43) 医療保険に関しても同様の保険者、被保険者、事業者(及び審査支払機関を含むこともある)からなるフロー図が用いられることがあるが、これは「保険診療の概念図」「保険診療の流れ」というタイトルとなっており、例えば、言葉として保健事業も含みうる「健康保険制度の概要」というタイトルのものとはなっていない。

<参考文献(参照順)>

- ・社会保険研究所[2001, 2009, 2012, 2015, 2018], 「介護保険制度の解説」
- ・増田雅暢[2014], 「逐条解説 介護保険法」, 法研
- ・介護保険制度史研究会[2016], 「介護保険制度史 ー基本構想から法施行までー」, 社会保険研究所
- ・和田勝編[2007], 「日本・ドイツ・ルクセンブルク 国際共同研究 介護保険制度の政策過程」, 東洋経済新報社
- ・吉原健二編[1983], 「老人保健法の解説」, 中央法規
- ・社会保険研究所発行[2008], 「長寿医療制度の解説」
- ・土佐和男編[2008], 「高齢者の医療の確保に関する法律の解説」, 法研
- ・田中萬年[2008], 「『雇用保険法』における能力開発事業の規定過程と課題」, 「職業能力開発総合大学校紀要」, 第 37 号 B, pp.37-45
- ・厚生労働統計協会編[2018], 「保険と年金の動向 2018/2019」
- ・近藤文二[1963], 「社会保険」, 岩波書店
- ・西村健一郎・朝生万里子・金川めぐみ・河野尚子・坂井岳夫[2018], 「社会保険の考え方 法的理解と実務の論点」, ミネルヴァ書房

2. 地域医療に関する日本への示唆～高齢者に対する医療やリハビリテーションの役割

医療法人真正会霞ヶ関南病院院長 伊藤 功

はじめに

高齢化の進展、さらに人生 100 年時代を見据えた超高齢化社会の日本において、医療提供のあり方も変わってきている。また、同時に高齢者が介護保険制度の対象であることから各々の制度間連携が重要なのは言うまでもない。

しかしながら 2 つの保険制度の中における対応の範疇について、昨今の高齢者の疾病構造を考えたときに医療と介護に関わる境界が不明確であったり、介護側からみた医療側の連携での「敷居」の高さによって連携が上手くいかなかったりといったことを聞くことも多い。また、何と言っても諸外国に比べ入院病床が多い日本において、患者自身も医療機関の提供する機能に関係なく自由に受診できるといった体制（フリーアクセス）で医療を享受していることから病院勤務医の負担も大きく、介護との連携にまで手が及ばないといった事情も聞く。

病院については平成 26 年改正医療法、医療介護総合確保推進法にて定められた病床機能報告制度、地域医療構想によって「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」が、現在各県および医療圏での地域医療調整会議によって整理されつつある。特に回復期、慢性期医療の役割の中では介護との連携は重要な部分を占め、同じ組織内やあるいは地域の中で医療職と介護職の顔の見える関係構築はかなり進んできた感がある。

また開業医においては、日本医師会が積極的に地域の「かかりつけ医」の重要性を認識し、開業医に対する研修（日医かかりつけ医機能研修）や国民に対する啓蒙にも積極的にであり、地域ケア会議やカンファレンスへの関わりが増えてきている。

今回訪問したイギリスやオランダでも医療と介護の連携は以前から報告されているように厳しい財政状況の中、多くの工夫によってヘルスケアとソーシャルケアの統合がなされてきている。しかしながら日本における「介護」と違い欧米における「ソーシャルケア」には、いわゆる介護および介護予防、福祉サービスだけでなく、年齢を問わない疾病予防、健康増進、資産の管理や孤独対策も含む社会生活などかなり多岐にわたる概念として用いられていた。日本、イギリス両国ともに国民皆保険によって医療を平等に受けられる点で類似しているながらも医療へのアクセスの仕方は対照的であり、特にプライマリー・ヘルスケア・システムのあり方のなかで、なるべく不必要な医療提供や入院を減らすといった一助としてソーシャルケアとの連携や統合が重要視され始めている。

昨年度のイギリス調査（「先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究」）において、家庭医（General Practitioner：以下 GP）が患者の疾病予防、健康増進、また必ずしも本来の疾病による症状によらない愁訴や症状に対して、投薬などの医学治療的なアプローチではなく、インフォーマルな社会資源を利用することで高齢者の生活を支えていく社会的処方箋（Social Prescribing）について報告された。

日本でも、昨今フレイルといった概念が確立されている。それは、サルコペニアや認知機能障害、うつ状態などの身体・精神・心理的問題だけでなく、独居や経済的困窮などの高齢者の生活における社会的問題が含まれる多面的な概念であり、疾病を引き起こし要介護状態に至る以前の状態であるため、介護予防のような適切な支援が重要であるとも言われてきて

いる。そして医療提供側も高齢者に対して従来の医学モデルによる治療のみではなく、「かかりつけ医」として地域の健康管理や健康増進、適切な医療・福祉サービスの向上を図るといった役割も期待されている。

今回、イギリス、オランダ両国の GP へのインタビュー調査から、二つの点について述べる。

1. 社会的処方箋 (Social Prescribing) について

2016年4月にNHS イングランドにおいてプライマリーヘルスケア領域のビジョンを示す General Practice Forward View (2016)¹⁾ が発行されたが、その中で GP の負担軽減を図るための10の取り組み (Ten high impact actions to release capacity in general practice) (図1) の一つに社会的処方が挙げられた。

図1 家庭医の負担軽減を図るための10の取り組み



また2018年2月15日発行のイギリスの雑誌エコノミスト英国版において「Tango classes, ukulele lessons: the rise of “social prescriptions”~More doctors are prescribing pastimes instead of pills : タンゴ教室、ウクレレレッスン : 社会的処方箋の増加~医師の多くが薬の代わりに娯楽を処方している²⁾」の題名で記事が出るなど一般の人々もこの言葉を目にすることが多くなっているようである。そしてさらに直近の2019年1月7日、イギリス政府は新たなNHS長期計画、NHS 10-year Planを発表したが、その中で地域のGPおよび協働するヘルス、ソーシャルケア資源への予算を拡充し、社会的処方の運用に関わるリンクワーカーを2020年度まで1000人増やし、5年以内に社会的処方、パーソナル・ヘルス・バジェット、患者組織やボランタリー・セクターと一緒に個人の健康管理をサポートする新しい取り組みなどから250万人以上が恩恵を受けると発表した³⁾。さらに2023年度までには90万人以上が社会的処方のスキームを利用できるようになるを発表した。このように今イギリスでは国を挙げて「社会的処方」などのソーシャルケアとの統合の話題が盛り上がりを見せている。

その理由として大きく二つ挙げられる。一つは、人の健康が社会的要因によって影響を受

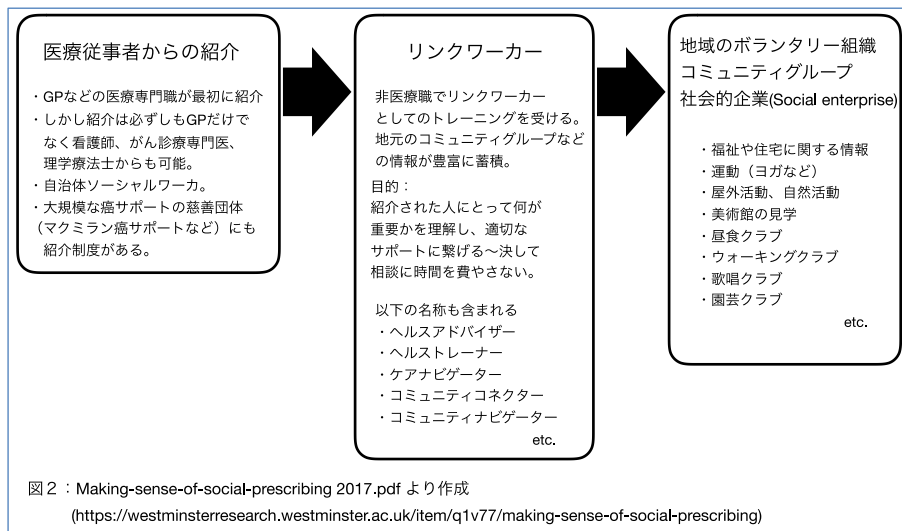
けていることにある。イングランドにおける健康格差の原因と結果に関する包括的な分析を行ったマーマット・レビュー (The Marmot Review) ⁴⁾ によれば、健康格差に寄与する要因に、金融、教育、貧しい住宅、自尊心の低さ、孤独、関係の難しさ、身体的およびメンタルな問題があり、さらに、それらが長期にわたり、医学的な診療では対応できないような状態によって生活困難に至っている人々が増えてきていることがある。そして Torjesen らによると GP を受診する患者の約 20% が、医療的な問題よりも社会的な問題について GP を窓口として相談していることから、社会的および経済的要因の健康に対する影響について、これらのニーズに対応することが重要であると述べている ⁵⁾。

もう一つの理由は、本年度のイギリス調査でグレーター・マンチェスターの Checkland 医師が述べた「GP の採用、定着の危機的状況にあり」、そして「勤務の拘束時間が長く」、「過大なプレッシャーの中での業務」にあるように、医師およびスタッフの不足、そのための過重労働、そして運営コストの増大などから、少しでも GP を含むプライマリーヘルスケア・スタッフの業務を軽減させるための方策であると考えられる。

ウェストミンスター大学による社会的処方の影響に関する学術文献のレビューによると社会的処方によって紹介された患者のヘルスサービス利用が減少しており、GP への診察予約が 28% 減少し、入院の需要もまた減少を示した。また、A&E の利用率は平均 24% 減少し、緊急入院は 6% から 36% の範囲で減少しており、ほとんどの研究では外来患者紹介の減少を示したとある ⁶⁾。このようなことから、社会的処方は GP 側のメリット (Benefits for practice) としては GP の勤務時間を短くし自由に使える時間を得ることによって、その時間を専門的な医療知識の習得などに最大限活用できるようになり、患者側のメリット (Benefits for patients) としては生活の質の向上や自立した生活を送るための能力を向上させることになる ⁷⁾。

今回、イギリスにおいては GP でもある Checkland 医師は、GP の多忙さについては多くを述べられたものの、社会的処方については、農村部の地域医療の中では元々紹介すべき地域資源が少ないことが強調された。

オランダにおいては GP からの社会的処方(welzijn op recept)の受け側である SWT が地域の社会資源を十分把握して、開発することも行なっている。オランダでもイギリス同様、なるべく病院への入院を減らし、入院期間をさらに短縮させるべき圧力が GP にかかっている。病院側からはなるべく入院を回避するよう GP で問題を解決するように、GP 側は非医療的側面については診療ではなく、SWT で解決するようにと促しているとのことであった。前述したように SWT への GP からの「温かな紹介」によって、それは始まるのであるが、イギリスにおける社会的処方については医療従事者から「リンクワーカー」に紹介され、リンクワーカーが地域ボランティア組織などの利用に繋げている (図 2)。



リンクワーカー制度は、もともとはスコットランドの認知症施策の中で、2011年に慈善団体である Alzheimer Scotland が独自に診断後支援に携わる制度として始まった。その後2014年に正式にNHSの制度として運用されるようになったことから、国民がアクセス可能なものである必要があったため現在は必ずしも認知症に限らない制度として、運用されるようになってきている。特に社会的処方への運用においては現在、重要な職種として認知されてきていることはNHS 10-year Planでも明らかである。

今回訪問した二つの国では、未だ高齢化率が20%に満たないにも関わらず、GPによるプライマリーケアサービスを中心としてソーシャルケアとの強固な連携を初めている。一方日本においては「医療と介護の連携」は言われるものの、医療保険と介護保険の各サービスはなかなか統合困難である。まず、医療においては、イギリス、オランダとも公的、民間の違いはあるものの日本同様国民皆保険制度であるが、日本のように医療機関へのアクセスは自由ではないし、診療報酬も人頭払いであり日本のように出来高払いではない。医師、特にプライマリーケアを担うGPは家庭医としての専門教育を受け資格を得てゲートキーパーの役割を担っている。

日本の場合、医師のキャリアは医学部を卒業した後に大学病院、総合病院で研修をつみ、多くは臓器専門医を目指す。その後数年のキャリアを経て、大学病院、民間病院の勤務医として働くか、あるいは各々の専門領域を中心に「開業医」としてクリニックの経営および診療を行う。今までの医学生教育、あるいは医師になってから、また開業後も総合的な家庭医学や総合診療の教育は制度としてはほとんど行われず、医師個人の自己研鑽によって地域医療の質を保ってきた。そのためゲートキーパーとしての期待は薄い。

しかしながら、医療提供者側の問題だけでなく、患者側にも問題はないとは言えない。ゲートがオープンであることがドクターショッピング、安易な救急医療の利用、大病院、専門医志向など時々マスメディアにも取り上げられる問題を生んでいることは多くの人が知るところである。昨今、医学部での地域医療実習や研修医制度の改革、新専門医制度の中での総合診療専門医の新設、そして医療制度や日本医師会の取り組みにおいても、良い変化が出てきているのは前述した通りである。社会的処方については日本の出来高医療の医療制度の中では、医師の仕事を補完するほどの経済的メリットは乏しいと考えられるが、医師も介護保

険への関与によって利用者の社会的背景を知ることの重要性は徐々に拡大している。特に介護保険制度のリハビリテーション分野においては通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションへの医師の積極的参画によって、医療職以外の介護支援専門員や地域の介護専門職などとの協働も進んできている。

その中では単に利用者の疾病を管理するだけでなく「生活を支えるための」医療であり、逆に、支えるべき患者の生活を知らなければ医療提供は成り立たないということである。医師は「かかりつけ医」であっても、今までは地域の社会資源を知る機会も少なかったが、地域包括支援センターとの連携も増えてきており、徐々にではあるが意識も高まりつつある。そして医師との連携は敷居が高いと感じる介護支援専門員が多い一方で最も重要な連携相手は医師であるということもあり、オランダのように「敷居を低く」して、お互いリスペクトした関係性の構築が重要であろう。

一方で疾病予防、介護予防、健康対策など「予防」としての社会的処方についてはかなり険しい道と感じるところであるが、日本においてもプライマリーケア連合学会の取り組みなど萌芽が見られてきており、今後、日本の社会保障制度で医療提供体制が大きく変化していくとすれば医療提供側、患者側の価値観変化によってイギリスやオランダのような状況も起る可能性もあるのではないだろうか。

最後にボランティア組織である AgeUK Lambeth の責任者である Graham Gardiner 氏が語ってくれた「社会的処方」に対する辛辣なコメントを取り上げる。

『「社会的処方」は嫌いなことばである。何故ならばその発祥は医療関係者側（医師）であり、医療における弱い部分をあえて医学用語化しているからだ。このような言葉の蔓延を許すと我々は医師に付度することになるのでやめたほうが良いと思う。知り合いの GP は 7 年間の研修のうち、人とのコミュニケーションを学んだのはわずか 3 日間だったらしい。境遇（社会的な）に医学用語を当てはめるのはいいこととは思っていない。このような旧態依然とした解釈を劇的に変えないと医学用語化は止まらない。高齢者など旧世代にとって医師は神様のようなことがある。その信頼を有効に活用することが重要だが、一方的に医師が指示を出すのではなく、医師と患者の対話が重要である。医療を超えて、患者がこれからの人生に何を求め、あるいは何ができるのかを明確にすることが重要である。これがうまくいくためには、医師も患者の声に耳を傾ける必要がある。昔ながらのやり方をしている医師には抵抗があると思うが、乗り越えていかなければならない』

彼が語ったように、「処方」という医学用語が、医療者側からの一方的で高い敷居を感じさせることに留意すべきであり、オランダでの「温かな紹介」のような言葉を使うことで、お互い、超えることが可能な「低い敷居」を感じさせる気配りが、この仕組みを進めていく上で重要であろう。

2. イギリスのプライマリーケアに焦点を当てた改革と日本の地域医療におけるリハビリテーションの関わり

GMにおいてインタビューに答えてくれた Neil Pendleton マンチェスター大学老年医学教授は、「ソーシャルケアの予算を減らすと、ヘルスケアのリソース（医療資源）に負担がかかってくるということを考慮しなくてはならない。患者が自宅でソーシャルケアによる十分なサポートを受けられない場合、健康を害し病院の緊急病棟に入院することになって、結局ヘルスケア側で予算を費やすことになる。」と述べた。

イギリスではこのようなことを踏まえ、2015年1月から新しい統合ケアシステムの先進的

事業ヴァンガード (Vangurds) によって少ない予算で入院の回避を実現できたことをもって 2019 年 1 月 7 日に発表した新たな NHS 長期計画の NHS 10-year Plan の中でプライマリーケアとコミュニティケアの統合ケアを推進することとなった。またここ 2 年間で GP による診療が夕方や週末の予約診療が可能になったり、NHS 「111」⁸⁾ の機能が強化改善され、緊急医療サービス (urgent care service)⁹⁾ に迅速にアクセスが可能になったり、A&E での診療ニーズの早期把握など、諸々の施策によって入院待機患者の減少や在院日数の短縮によって約 2,000 床の病床を削減した。

さらに、入院を減らすためにプライマリーケアに焦点を当て予算を増額、配分することによって「不適切な入院」を減らし、病院から在宅への退院をさらに促進し、社会的処方などによる医療依存からの脱却、機能的な生活の自立 (リエイブルメント) を目指すという改革が始まっている。介護施設においても毎年約 19 万人の緊急入院があり、その 35~40% は入院が回避可能 (不適切な入院) であったことから Vangurds での統合ケアモデルを行ったところ、対照群に比べ緊急入院が 23% 減少した。以上のことからイギリスにおいては、徹底的に入院医療を減らすため、GP をはじめとしたプライマリーヘルスケアやコミュニティケア、そしてソーシャルケアによる統合ケアが推進されはじめている。

一方日本においては、イギリスを大きく上回る高齢化であるにも関わらず未だ治療・処置を中心とした入院病床、特に急性期病床が圧倒的に多く、またその運営も民間が多いことから、その病床を「埋めておく」こと、いわゆる稼働率の良し悪しが病院経営において重要な点であるため、多くの医療資源を投下してわざわざ入院を回避するといった考え方はまだ醸成されていない。また何らかの疾病により高齢者が入院した場合、急性期病院でその疾患を治療されたものの、安静期間が長くなることによって廃用状態を来すどころか、高齢者特有の精神状態の変化によって「せん妄」あるいは認知症の悪化から拘束が必要になり、さらに入院期間が延長するといったことも見られる。

しかし、徐々に良質な急性期病院の取り組み、例えば急性期リハビリテーションの早期介入や早期退院調整による回復期リハビリテーション病院、地域包括ケア病棟への転院を行うことによって、在院日数を短縮させている病院も増えてきている。また、回復期リハビリテーション病棟では急性期病院からの早期受け入れのもと、医師、看護師、リハビリテーションセラピスト (PT、OT、ST)、管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど多職種が協働して機能回復だけでなく、生活の自立、在宅復帰、その後の社会参加も見据えたケアを提供している。そして在宅復帰後の介護保険サービスとの連携もこの回復期で行われることが多い。

しかしながら一方では、急性期病院でのリハビリテーション資源が必ずしも充足されていないことも事実であり、慢性期医療協会会長の武久洋三氏は、リハビリテーションセラピストの多い病院 (例えば回復期リハ病院) から急性期病院への派遣リハビリテーションを提唱 (2018 年 1 月 11 日、日本慢性期医療協会定例記者会見にて) し、急性期病院での早期リハビリテーションによる「廃用、寝たきり」予防が入院期間短縮、在宅復帰・日常生活復帰の増加、介護保険施設入所者減少につながると述べている。

回復期リハビリテーション病棟は地域差もあるが、徐々に増えてきていることは確かである。しかしながら回復期リハビリテーション病棟への入院患者は、創設当時の状況から変化が見られる。2002 年の調査¹⁰⁾ では対象となる疾患の大部分 (70.8%) が脳血管疾患であり運動器疾患は 15.1% に過ぎなかった。それが 2017 年¹¹⁾ には脳血管疾患 45.9% に対し運動器疾患が 46.0% と逆転した。回復期リハビリテーション病棟に入院してくる運動器疾患の患者

は、大腿骨近位部骨折および脊椎圧迫骨折が大部分であるが、脳血管疾患患者に比べ高齢で、低栄養、認知症が多く、更に要支援や要介護に認定されているものも多い。かつ昨今は施設入所中の転倒患者も多く見られるようになってきた。また整形外科手術も進歩し術後の荷重制限や安静などは概ね不要となる。このようなことから運動器疾患に対するアプローチの多くはリハビリテーションによる機能訓練よりも、栄養改善、認知症評価やケア、さらに、急性期病院で処方されたり、以前からのかかりつけ医で処方されたりした多くの薬剤を整理し、日常生活リズムを回復させることなどで、つまりは老年医学のアプローチに他ならない。

しかし、高齢者の中には環境のめまぐるしい変化から「せん妄」、「食欲不振」、先に述べた「認知症の悪化」などによって、本来なら回復期リハビリテーション病院に転院後直ちにリハビリテーションを行いたいけれども、困難な場合もある。イギリス同様、日本においても入院自体が悪化要因であることも踏まえていかねばならない。急性期病院での治療が終わったら、イギリスのように仮想病棟 (Virtual Ward)、壁のない病院(Hospital without Walls)、中間ケアにあるホスピタル・アット・ホーム (Hospital at Home) のように、直接、自宅やもと居た施設など住み慣れた環境に退院してもらい、直ちにイギリスにおけるエクステンデッド・ヘルスケア・チーム(Extended Health Care Team) のようなヘルスケアの多職種が介入、もともと介護保険サービスを使っていたならば介護側とも連携しながら回復期に近い医療、リハビリテーションを在宅で提供することで自立をサポートする体制も必要ではないかと考える。また、介護保険サービス利用者、施設入所者の入院回避という点では、このようなヘルスケア・チームが医療介護の枠を超えて適切に「ラピッド・レスポンス」し、入院を防ぐための迅速な診断、評価、在宅での短期集中的なリハビリテーションやケアを行うことも一策である。

イギリスはじめとするヨーロッパは、統合ケアを推し進めている。日本において社会保障のあり方や制度の違いはあるけれども、これからの高齢者の生活を支える医療では、プライマリー・ヘルスケア・チームにより、なるべく住まいに近いところでサービスを提供していくという考え方を踏まえた医療介護のあり方というものが必要になると考えられる。

【注】

- 1) <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/gpfv.pdf>
- 2) <https://www.economist.com/britain/2018/02/15/tango-classes-ukulele-lessons-the-rise-of-social-prescriptions>
- 3) <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/nhs-long-term-plan.pdf>
- 4) Marmot, M (2010). Fair society, healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010
- 5) Torjesen, I. (2016) Social Prescribing could help alleviate pressure on GPs. *BMJ*,352:i1436
- 6) <https://www.westminster.ac.uk/file/107671/download>
- 7) <https://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/releasing-capacity-in-general-practice/messageboard/documents/Releasingcapacityingeneralpracticetenhighimpactactionsv2.docx>
- 8) 救急診療科 (A&E) に行くほど重症ではない場合、また夜間にかかりつけ家庭医 (GP) のアドバイスが得られない場合などの「非緊急以外の医療情報に関する問い合わせ先」。
- 9) 救急診療科 (A&E) は病院に併設しているが。緊急医療サービス (urgent care service) は応急処置に特化したサービスで緊急医療センターurgent treatment centre:UTC で対応する。
- 10) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会、「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」2002年3月発行。
- 11) 回復期リハビリテーション病棟協会、「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」2018年2月発行。

【コラム】

地域における予防への関わり～地方自治体におけるヘルスアドバイザーとしてのパブリックヘルス・ドクター（公衆衛生医）

医療法人真正会霞ヶ関南病院院長 伊藤 功

GP が関わる予防とは、ワクチン接種や子宮頸がん検診などであり、健康増進、公衆衛生部門は地方自治体の管轄となる。健康増進、公衆衛生部門に関わる専門家としてパブリックヘルス・フィジシャンあるいはパブリックヘルス・ドクター（公衆衛生医）がある。その地域の集団における健康増進や疾病予防などに関わる、医師（Physician）資格を有した公衆衛生部門のコンサルタントや専門家である。最近では、必ずしも医師だけでなく、あらゆる経歴を持つ人材が公衆衛生の専門家としてのトレーニングを申し込み、公衆衛生のコンサルタントになることができるようになってきている。イギリスにおける公衆衛生部門は 1974 年までは地方自治体の管轄だったが、1974 年から 2012 年まで NHS の管轄となり、2013 年から公衆衛生、疾病予防を含む地域保健の権限や財源は再び地方自治体に完全に移行している。公衆衛生部門においては、その地域全体の健康が向上したことのエビデンスを実証するのが非常に難しく、それに関わったパブリックヘルス・フィジシャンのパフォーマンス評価も困難であるとのことである。

Checkland 医師は『GM の Devolution においては、地方自治体の公衆衛生部門と NHS が協働しているが、費用節約は困難かもしれない。例えば予防対策によって 90 歳や 95 歳まで寿命が延びたとしても、長生きするということは更に長期にケアのコストもかかる。理想を言えば究極の目標（holy grail）は健康寿命を延ばし体の不自由が出てくる期間を短くするということだ。しかし実際の診療に当たっている経験からすると 95 歳まで生きるような人はすぐには亡くならないものだ』と述べた。

3. リエイブルメントについて－考察－

株式会社 TRAPE 代表取締役、大阪大学医学系研究科保健学専攻招聘教員
鎌田大啓

現在、wellbeing を軸として地域コミュニティづくりを展開しているイギリスにおいて「リエイブルメント」は非常に重要なサービスとなっており、全国で展開されつつあり、常にアップデートされている。最初に考えなければいけないことは「wellbeing」とは何を意味するかということである。1人のひとにとって日常をよりよく生きるということの土台は孤独・孤立でなく、社会と何かしら繋がりコミュニティをつくりその中で自分らしく生きていくということではないかと考えられる。

2014年にNHSが出した「wellbeing」についてのレポートで「健康はwellbeingに影響を与えwellbeingは健康に影響を与える」と述べられ、また「世代別の影響がある可能性があり、健康、経済、人間/社会関係、空間/場所、教育の5つの要素がwellbeingに大きな影響を与える因子」としてあげられている。

つまり、個人の健康を考えるということは、個人のwellbeingを考えるということであり、また身体状態だけでなく、メンタル面、経済面（働くという役割）、人間関係・社会関係、公園などの空間場所、教育などありとあらゆる側面についてまるごと考えるということになる。そして、wellbeingは自分にとってかけがえのない日常とういうことであるため答えは自分の中にしかなく、自己選択・自己決定ということが大前提となり、自分の手でそれをつかむことが重要視される。

イギリスでは、社会とつながることを維持・向上するために徹底的に強みをいかしていく事に重点がおかれるようになり、また同時に潜在的な可能性があればそれを強みに変えることが大きく求められてきた中で「リエイブルメント・サービス」が脚光を浴びるようになったと考える。一側面においては、財政が厳しくなり今までより少ない社会サービス費で今まで以上のことをしなければならぬというところから生まれているところもあるが、それはリエイブルメント・サービスが生み出された本質的な目的ではなく、サステナブルな社会づくりをしていく上でのプロセスの要素として非常に重要視しているということだと考える。

イギリス全体でリエイブルメント・サービスが次々生み出され、大きな成果をあげているのは事実ではあるが、それらが大成功ばかりかというところとそういう事ではなく、今回ヒアリングした中でも、まだまだ発展途上であり、アップデートの連続であると述べられていた。

つまり、イギリスと日本の課題感や現状に大きな違いはないと感じる。今イギリスで行われているリエイブルメント・サービスはまさに日本の総合事業における短期集中サービスである。そして今まさにパラダイムシフト期ということ、パラダイムシフト前の状況も似通っている。

イギリスも数年前までは現在の日本と同じような課題が山積しており、現在もまだ完全には解決にはいたっていない。以前は「できないこと・課題中心アプローチ」「してあげる介護」「介護サービスありの提案で常にそこにつなごうとする専門職」「コミュニティとの協働が少ない」などの状態であったとのこと。ではなぜ今「強み中心のアプローチ」「ともにの介護」「コミュニティベースな介護の視点をもった専門職」などの状態に大きく変化してきているのだろうか。この大きなパラダイムシフトが進行していく際のポイントについてウ

ウィガン自治区を例にあげ整理していきたい。

まず、自治体が「The Deal」というビジョンを明確に示したということが大きなポイント①である。これによりここに関わるステークスホルダーが、自分たちが向かうブレない軸をもつことができた。そして The Deal の中での契約関係＝パートナーシップ関係として自治体・住民・事業所それぞれが行うべきことを明確に見える化し全員の納得同意を得た上で先に進めたということが重要ポイント②である。

それを実際の現場で Try する際の行動指針を明確にし、自分たちが日々行っていることがいいのか、悪いのかを明確に気づけるツールを作り、みんなに徹底させたというところは重要ポイント③である。

そのビジョンを具現化しサービスとして展開するために、ビジョンを常に指し示している Key man がサービスのグランドデザインをし、その上でマネジャーとして現場スタッフとやり取りをして常にブラッシュアップして作り込んでいるということが重要ポイント④である。

この際そのサービスでアウトカム(成果)を出すためにどのようなメンバーが必要なのか、そしてそこに投資をするという意思決定をし、実際に今までのリハビリテーションやケア単独の考えでは実施できない新たな専門性が必要な高度なサービスを展開できる専門職に賃金単価のベースアップを実現したことは意味深く、重要ポイント⑤である。

ビジョンを達成させるために今まで展開してきたサービスからの大きな展開をおこなった。リエイブルメント関係者は「対話」＝アセスメントということを非常に重要視し、そこからケアニーズだけでなく、対象者の全体ニーズと向き合うということを現場で行っていた。日本のように一方通行の講義と模擬事例などのワークショップなどのセミナーを数回開催するのみというようなやり方ではなく、新しい高度な専門性なのだという認識を自治体が強くもち、日常のサービス提供期間中にリアルな事例について大小様々なミーティングを実施し、それを通した OJT の中でトレーニング学ぶ機会としていたということが重要ポイント⑥である。

一方、掲げられたビジョンに対して、今までのカルチャーやマインドを変えて Try することを拒否した専門職に関してはあいまいな態度はとらず、目的思考型で大きな痛みを伴いながらウィガン市民の wellbeing の達成にむけて前進したところは重要ポイント⑦である。

そして「リンクワーカー」「ケアナビゲーター」のようなコミュニティを知っている人、コミュニティにおける活動を活発にする新しい仕事を作ったということは重要ポイント⑧である。

また、サービス提供側だけでなく、住民を巻き込んでいくデザインが常に考えられているところも重要ポイント⑨である。

The Deal という中で契約関係＝パートナーシップ関係を結びともにビジョンにむけて成果を出そうと Try している同士を大切にしたいということは1つの信頼となり、大きな story が生まれることになった。

以上のような重要ポイント①～⑨は、日本でも愛知県豊明市、奈良県生駒市、大阪府寝屋川市短期集中モデル検証事業などにおいても入っている。特に豊明市では、自治体のビジョンにコミットした企業などと自治体が提携を結んだりして住民と社会との繋がりを包括的にデザインしている流れがひろがっている。そんな中これらの自治体で共通していることは、市民にとって wellbeing な状態を提供するというアウトカム(成果)が出ているかを確認し、常に Try&Error のチャレンジを行っており、作り上げたものを一度元に戻してさらにより

よいものにしていくチャレンジをまた一から行うなどアップデートを繰り返し、常に進化している。この点はイギリスもまた同じであった。

また、リエイブルメントは社会の変化によって社会から新たに求められるようになった、新たなサービス概念・内容なので、専門職はじめ住民みんなが固定的になったマインドセットを一度解除し、新たにマインドチェンジしなければうまくいかないということをイギリスの事例は示唆している。

現在、世界的潮流にある「リエイブルメント」。日本だけこの流れにのらないという選択肢はもうないと思う。なぜなら、手段としてのリエイブルメントを行う本質的意味は「wellbeing」にあるからである。つまり、1人のひとにとっての wellbeing はどういう意味合いなのかを様々なステークスホルダー（本人、家族、専門職、コミュニティの方々など）で繰り返し議論し、その中で常に学びを得て、今よりも少しでもさらによりよいものにしていくためにチームアプローチを強化していくことが非常に重要だと思う。これら事を展開していくしくみが地域支援事業であり、総合事業なので、今回得た要素をしっかりと運用できるデザイン設計をして一見小さな積み上げを行っていくことが小さなコミュニティ、市町村、日本全体が可能性に溢れた状態になる近道なのではないかと思う。

4. ボランティアな組織に関する日本への示唆

ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員 澤岡詩野

1. 「ボランティアな組織への参加」の意味すること

担い手の高齢化、多くの役割が貢献意識の高い限られた住民に集中することで地域コミュニティが成立してきた日本のあり方には限界がきているといわざるを得ない状況にある。近年では、介護保険サービスの生活支援が自治体に移管され、その担い手として住民によるボランティアな活動への期待が高まるなかで、活動に関わる人の裾野を広げていくことが求められている。

一方、諸外国に先駆け、国が「してくれる」ことを前提にした福祉国家から、国民みなでつくりあげる「参加型ネットワーク社会」への転換をはかってきたイギリスやオランダでは、できる範囲で、できることを楽しく、細く長く続けるといった、あくまでマイペースにボランティア活動に関わる人が多くみられた。この背景として、早くから高齢期のひとり暮らしがライフスタイルとして定着し、地域社会への参加に対する意識が高いことが考えられる。実際にボランティア活動に関わるひとり暮らし高齢者からも、地域に関わる事、可能な範囲でボランティア活動を行うことが、自助につながるという意識が語られていた。

これは、孤立化した人、うつ症状や障がいを持つ人、失業して休職中の人への支援を考える際にも重要な考え方となっている。インタビュー調査では、クッキングクラブのメンバーになったのをきっかけにボランティアとして活動する様になり、心身の健康を取り戻した孤立化していた女性や、コミュニティセンターの運営ボランティアに関わったことがキャリアとして評価され、就職できたことで経済的にも自立できるようになった精神的に不安定だった中年女性など、具体的な例が多く聞かれた。

これまでの調査で見えてきたのは、イギリスやオランダにおいて、ボランティアはマイペースに自分の為に行う活動であり、活動することが課題を抱える本人の心身の健康のみならず、社会的な自立を促す「自立支援」であるという、日本社会とは異なる価値観であった。一方、日本では、「支援を受けないと生活できない人がボランティアをできるわけがない」「失業者がボランティアをやる暇があるなら、求職活動に力をいれろ」という決めつけが蔓延してはいないだろうか。課題を抱える本人のみならず、支援する側の意識も変えていく、パラダイムシフトが求められている。

2. 「コーディネーター」の役割

一方で、日本と同様に、つながりを拒む人、ボランティアなどの社会参加に踏み出せない人などが、経済的にも身体的にも大きな課題を抱えていない企業退職した男性（接点がみづかりにくい）を中心に一定割合存在し、インタビューでもボランティア団体のスタッフなどから「日本ではどのように働きかけているのか」と問いかけることが少なくなかった。海外では実際に、窓口相談にきたり、活動したい施設のドアを叩くのはハードルが高いということで、インターネットを介したマッチングサービスを自治体の委託で福祉法人が運営したり、功名心をくすぐり引っ張り出すことを目的に退職者に向けた市長主催の集いを開催したり、国民に広く啓蒙していく為に女王が活動者を表彰したり、様々な働きかけが行われていた。

近年では、日本でも自治体や社会福祉協議会、地域団体が類似の働きかけを行っているが、

実際の活動に至っている例は多いといえない。この原因として、「やってみようかな」という漠然とした想いを整理し、活動に結び付けるコーディネーターの不在が挙げられる。ボランティアとして活躍するイギリス・オランダの高齢者へのインタビューでは、活動を始める際に「役に立ちたい」という想いはあっても、具体的に「何をやりたい」のかは明確ではなく、コーディネーターが丁寧に想いを聴き取り、引き出してくれたという話が聞かれた。大きな団体では、有給のスタッフが専従のコーディネーターとして働いており、活動開始後も、困りごと、向き・不向き、不向きであれば新たな活動の紹介、必要な専門的な知識を学ぶ場やトレーニングの紹介など、継続してフォローする体制が取られていた。

さらに規模の大きな団体では、地域を歩き回り課題を見出し、それを解決する為のプロジェクトを立ち上げ、自治体の助成金などを確保し、ボランティアのリーダー格となりそうな人を地域から見つけ出してくるという一連の行程を担う、プロジェクトマネージャーともいえるコーディネーターが存在した。地域を知り、高い傾聴力を有するだけではなく、経営面でのマネジメント力が求められる為、一般企業でプロジェクトを動かしていた経験をもつ人や、トレーニングをうけた素養のあるスタッフがコーディネーターとして働くことが多かった。有給のスタッフを置くことが難しい中小規模の団体の場合は、キャリアコンサルタントなどの職業経験をもつ人をボランティアとして募集し、ボランティアをボランティアがコーディネートする例もみられた。

日本でもボランティア・コーディネーターがいないわけではなく、市民活動センターや社会福祉協議会にあるボランティアセンターの窓口には、マッチングを行うスタッフが存在している。しかし、高齢者のニーズを丁寧に引き出し、継続してフォローする例はほとんどみられない。また、地域包括ケアシステムの生活支援コーディネーターには、地域課題を解決する為にボランティアを見つけ、つなげる役割が期待されているが、忙し過ぎて、その様な動きがとれないのが現状といえる。ボランティアを活用する一部の福祉施設では、専従のコーディネーターが、適した人材の募集から集まったボランティアを継続的にフォローする例が見られるが、大規模施設に限られた状況といえる。海外でみられた様な、自らプロジェクトを立ち上げ、ボランティアを活用するコーディネーターを今の日本で求めるのは限界があると言わざるを得ない。しかし、コーディネーターの人材不足を嘆いていてもなにも始まらない。まずは、コーディネーターの果たすべき機能を分解し、専従の専門職でなくても担える部分を探してみてもいいだろうか。ボランティア人材のリクルート、適した活動へのマッチング、活動の時間調整や連絡、個別の困りごとへのサポート、スキルアップのトレーニングなどは、企業の人事や総務経験のある高齢のボランティアに任せられるのではなかろうか。これらのボランティアに任せられた機能を、プロジェクトの推進に向けてマネジメントするのが専従の専門職コーディネーターの役割と考えると、多様なコーディネーター像がみえてくるのではないだろうか。

3. ボランティア団体と自治体との「パートナーシップ」

近年、日本においても、協働という名のもと、ボランティア団体と自治体や公的機関がパートナーとして地域や社会をつくっていく動きが加速している。しかし、自治体や公的機関の事業委託を受けるボランティア団体には、団体の目指すミッションの実現ではなく、助成金を獲得すること自体が目的になった結果、下請けの様になってしまう処も少なくない。一部には、助成事業の枠でしか動くことができなくなり、活動する人のモチベーションも低下し、提供するサービスの質も低下していく悪循環に陥る団体も存在している。

一方で調査を行ったイギリスやオランダでは、解決したい課題によっては助成金を受けつつも、企業からの寄付をうまく活用し、柔軟な運営を目指す団体が多くみられた。背景として寄付の文化が定着していることも挙げられるが、それ以上に、寄付をしたいと思わせる働きかけに大きな力を割いていることが挙げられる。活動したことで得られた成果をエビデンスベースで可視化すること、それらをわかりやすく発信することなど、団体の存在意義を伝える為に、それぞれの分野のプロをスタッフとして雇用している団体も存在していた。雇用が難しい団体でも、プロボノを活用したり、仕事としてやっていた経験をもつ人をボランティアとして積極的に求めている。

また、先に述べたコーディネーターが中心となり、ボランティアのトレーニングなどを継続して行うことで、団体として、質の高いサービス提供につなげていた。この事は、団体としての評価や信頼度を高め、助成金を受ける自治体や公的機関とも対等な関係性を取り結ぶことにつながっていた。日本においても、海外調査で見られた様に、トレーニングなどのボランティアの質の向上を目指した取り組みに力を入れ、助成金に依存しないことで、自治体などと対等な立場で地域づくりに取り組む先駆的な団体がいくつか存在する。東京都江戸川区の「虹の会」、横浜市の「わくわく」、「積み木」、「ふれあいドリーム」といったボランティアな団体が挙げられるが、これらに共通するのは地域をよく知るスタッフがコーディネーターとなり、取り組む課題に適したボランティアをリクルートし、継続して活動をフォローすることで、自治体にはできない質の高いサービス提供を可能にしていることであった。さらに、もう一点共通するのは、海外事例の様に大きなエリアでの展開を考えず、団地内など小規模な『顔の見えるエリア（＝徒歩圏・自転車圏）』に活動範囲を限定していること、町内会や自治会などの地縁団体、地域外の類似のミッションに取り組む団体との強い連携が挙げられる。

遅まきながらではあるが、「参加型ネットワーク社会」の実現にむけて動き出した日本において、海外のボランティアな組織から学ぶべきことは数知れない。ここで重要となるのは、文化も社会構造も異なる海外の事例をそのまま取り入れようとするのではなく、現代の日本にあったあり方を模索することといえる。特にボランティアな組織は、地域特性によってもあり方は異なり、一つの正解はないといってよい。しかし、これまで論じてきた「自立支援としてのボランティア」「多様なコーディネーターの在り方」「対等なパートナーシップ」の3点は共通する視点といえ、これらを軸にした「参加型ネットワーク社会」をけん引するボランティアな組織が増えていくことが望まれる。

5. 海外と日本におけるベストプラクティスの比較

成蹊大学文学部現代社会学科准教授 渡邊大輔

1. 海外と日本におけるベストプラクティス

本節の目的は、自立支援のための国内外における自治体の実践のポイントをまとめ、それらのポイントを踏まえて今後の自治体が担うべき役割とは何かを議論することにある。本調査プロジェクトでは、イギリス、オランダ、日本における複数の自治体の取り組みについて詳細な聞き取り調査および資料分析をおこなってきた。本項では、それらのなかでも、今後の自治体における自立支援を志向した介護・福祉サービス提供のあり方を構想するための知見を踏まえ、新しい参加型の福祉社会構築に向けた自治体のあり方について考察する。

具体的には、オランダ Lelystad 市でのソーシャル・ヴァイクチームの取り組み、イギリス Wigan 市における“The Deal”、日本の豊明市における取り組みについて、とくに前二者はすでに他章で紹介されていることから簡潔にそのポイントについてまとめたうえで、議論する。とくに本節では、高齢者の虚弱化予防、多様な意味での自立支援を可能にするための各セクター間の協働と連携、ひいてはそのことによる連帯のあり方について分析するために、自治体、医療・看護・介護・福祉専門職、民間（民間団体や企業など）、そして地域住民、そして当事者本人のそれぞれの役割や社会的期待について考察する。

(1) オランダ・Lelystad 市：ソーシャル・ヴァイクチームによる問題解決フレームの確立

オランダ Lelystad 市はアムステルダム近郊の 8 万人規模の中規模の市である。Lelystad には 4 つのソーシャル・ヴァイクチーム (sociale wijkteam、以下 SWT) があり¹⁾、それぞれおよそ 2 万人程度の地区を、各チーム 15 人のスタッフが担当している。

SWT の役割は複数あるが、地域において多様な困難を抱えた人を支援することを目的とし、医療保険 Zvw や介護保険 WLZ ではなく社会サービス法 WMO の枠内のサービスにつなげ、あるいは WMO 外のサービスを提供する専門機関や地域団体につなげることで、そのための相談支援をおこなうことにある。

Lelystad において、我々調査チームは SWT が入居している Windhoek と Waterbever の 2 つの多機能施設 (MFA, multifunctional accomodation) を訪問したが、後者には SWT だけでなく、2 名の GP がオフィスを構えており、ガラス張りの壁で仕切られているため、お互いつねに行き来し合いながら情報共有をおこなっている。また Windhoek は福祉組織であるがオフィスを構えており、90 名の職員 (パートタイム含む) が 600 名もの地域ボランティアとともに児童支援から高齢者支援まで多様な地域での福祉活動をおこなっている。

Lelystad の SWT は多様な活動をおこなっている。4 地区それぞれの 15 名の専門職は、地域内の各福祉組織から派遣されており (パートタイムでの勤務者も多い。SWT 業務にかかわる給与は Lelystad 市が負担)、ソーシャルワーカー、地域看護師、精神保健局 (GGZ) や知的障害者組織のスタッフ、参画コーチ、地域資源開発をおこなうビルドアップワーカーなどが在籍している。市の WMO 部局から SWT へ支援要請をおこなうことも多く、交通手段の確保、在宅支援、住宅改修、デイケア、家事支援など主として在宅で困難を抱える人の医療や介護ではない生活支援をおこなっている。また、WMO の対象外で多い相談支援として、借金問題を抱えた人の支援や、孤立防止などをおこなっている。また Windhoek の SWT は、地域住民や地域をよく知るプロフェSSIONナルと、SWT による地域ミーティング (WijkMeeting)

を開催し、地域課題の共有やその解決方法の模索などをおこなっている。SWTにはビルドアップワーカーと呼ばれる地域資源開発をおこなう担当者もおり、地域会議などを通して吸収した問題を踏まえ、理学療法士や作業療法士と連携して散歩コースを開発し、そこを歩く散歩サークルをつくり、SWTに相談にきた孤立や運動不足の問題を抱えた人をサークルにつなぐなどしている。2、3年前に他市でおこなったSWTでの聞き取り調査では、このようなビルドアップワーカーの存在を聞かなかったが、今年度の調査では他の自治体も含めて多くの自治体のSWTにビルドアップワーカーが配置されていた。

WaterbeverではGP（家庭医）が同施設内にて開業していることから、GPとの連携も非常に良く取れている。また、GPが非常に簡易な処方箋の形態をとってSWTなどにつなぐ処方箋付き福祉（welzijn op receipt, welfare on receipt）などの取り組みも導入されている。なお、処方箋付き福祉はアムステルダムやライデンなどオランダの他市でも独自に取り組みされており、公的な処方箋ではなく処方しても保険対象にはならず医療点数にもならない。あくまでもボランタリーにGPなど医療関係者が医療以外のサービスへつなぐための契機としてもちいられている。またオランダは包括支払いのGP制度であるため、もし患者が元気になれば中長期的にはGPの負担が軽減するという意味でSWTの活躍や処方箋付き福祉の有効性を感じているという。

ただしこのような連携は、まだ端緒についたばかりであり、他市や他地域の多くのGPはSWTの活動についてあまりよく把握していなかったり懐疑的であるため、まだまだ未成熟であるとのことであった。実際、WaterbeverのGPの一人であるHabryka医師は「最初は医師としてSWTなどは必要ないと考えていた。しかし、自分が[SWTに]紹介した患者が本当に元気になっている姿を見て、今では医師もSWTが必要だとつくづく思うようになった」と話している。この意味で、オランダでの医療とSWTによる多様な生活支援との連携はまだ途上にあるといえる。

SWTの運営資金は年度単位で基本的に市が全額を支払っている。年度会計であり資金の繰り越し等はできない。資金を提供しているため計画の承認および監督、監査の権限を市がもっているが、ある程度裁量権がある資金もあるようであり、部分的には包括委託的な要素も含んでいる。

このようなSWTの活動は、日本における地域包括支援センターとも類似するように見えるが、対象者の年齢制限がなく全世代を対象としていること、活動領域が多様でありWMO外の「制度化していない」サービスへの接続や、そのサービス自体の開発をおこなっていること、またSWTは相談支援が中心でありその後にサービス提供者に「つなぐ」ことが業務である。そのため、自らサービス提供をおこなうわけではない点は、地域包括支援センターのもつ相談支援、介護支援サービスの情報提供・総合調整をおこなう点で共通している。ただし基幹型のSWTなどはなく、LelystadではWMO部門（ただし、自治体によってはWMO部門以外がSWTを管轄していることもあるようである）が必要であればSWT間の総合調整をおこなっていると考えられる。

このLelystadのどこがベストプラクティスというべきポイントだろうか。それは、SWTが地域の相談窓口となって、多様な資源を有機的に連携させつつ、地域全体で多様な困難を抱えた人々の生活を支えようとしている点にある。その際、それぞれの役割分担は以下のようになっているといえる。なお自治体が原則として資金を提供することで、SWTや福祉組織がそこまで資金確保に注力していない点は、後述するイギリスとは異なる点である。

市民は隣人として支援し、またボランティアとしても多くの人が活躍している。オランダ

は EU 内でも非常に高いボランティア参加率で知られており、ボランティアは完全に無償である。このような高い市民参加意識に支えられているシステムである点も見逃せない。

表 1 : Lelystad における自立支援に対する各主体の責任範囲

主体	責任範囲
自治体	SWT への資金の提供、計画の承認、事業の監査 ※SWT の質の管理は途上 WMO サービスパッケージの設定、財源の確保（サービス提供は委託）
GP（家庭医）	医療や生活問題のゲートキーパー。プライマリーケアの提供、処方箋付き福祉などによる SWT や地域活動への紹介
SWT	生活に困難を抱えた人の相談支援、情報提供
民間（福祉組織）	実際の生活支援などのサービスの提供（WMO の枠内が中心だが、枠外も含む）
市民、地域団体	隣人としての支援。情報の提供、および、ボランティアとして参加。サークル活動など自主的な市民活動の実施

(2) イギリス・Wigan 市：“The Deal” と予防のための地域協働ネットワークの構築

イギリスのグレートマンチェスターの一部である Wigan 市における “The Deal” は、この 4 年間におこなわれた Wigan 市での改革である。正式には The Deal for Adult Social Care and Wellbeing（成人向け社会的ケアとウェルビーイングのためのディール）と呼ばれている²⁾。

イギリスは国による医療制度である NHS と、自治体による福祉であるソーシャルサービスが分断されており、とくに後者は緊縮財政下で削減が進められている。しかし、NHS とソーシャルサービスは重複する部分や関連する部分も多く、連携や統合が必要であるという問題意識があった。また 2014 年のケア法改正によって、予防の重視、アウトカムとしてのウェルビーイング、そしてサービスへのアクセスの改善とケアに関する自己決定権が定められた。

そのなかで、Wigan 市における The Deal は、人々や家族のウェルビーイングを改善するために、人々や地域が連携した取り組みをおこなうことで、大幅なソーシャルサービスにおける資金の節約を可能にするための革新的な取り組みとしておこなわれている。実際、Wigan 市はこの取り組みによってアウトカムを改善しつつ、2011/12 年度以降で 9,000 万ポンドの節約を果たしている。The Deal という名前にあるように、かかわる専門職種や協働する団体と新たなディール（取り引き）を結びなおし、新しい取り組みをおこなっている。相手が既存のやり方を踏襲し続けたい場合はディールを結べないため、辞めてもらうことを徹底している。

この The Deal の内容は多岐にわたるがここではリエイブルメント・サービスに注目したい。Wigan では、事故や疾病等で虚弱化しつつある人の虚弱化予防として、在宅での短期集中プログラムであるリエイブルメント・サービスを提供している。Wigan 市では、とくに退院後のサポートを必要とする人々への 6 週間のプログラムを提供している。月におよそ 200 人がサービスを利用しており、そのうち 65% の人がその後にケアサービスは不要となっている。このサービスは 3 チーム、計 75 人のサポートワーカーによって担われており、うち 9 名が作業療法士である。また、リエイブルメント・サービスでは住宅改修（取っ手の設置、浴室からシャワーへの改修など）や器具の貸付などもおこなっており、自宅での生活継続を可能に

するための技術支援も行っている。

リエイブルメント・サービスは作業療法士によって主導されている。これは、ケアパッケージの現状を評価するソーシャルワーカーにくらべて、予防効果を踏まえた生活の将来像を見据えた支援策を構想できるためである。そのため、リエイブルメント・サービス後に改善が見られなかった場合や、複雑で改善が見込めない場合には、利用者はパーソナル・バジェットを受け取りソーシャルワーカーが支援を継続することとなる。

さらに在宅支援として、ナーシングホームのような施設ではなく、Hindley 地区の Tanfield に支援付き住宅を建設した。これは、運営する Leigh Homes とのディールに基づくパートナーシップによって可能となったものであり、人々が自分の地域とのつながりを維持しながら豊かで意義のある充実した生活を送りウェルビーイングを高め、地域での生活継続につなげている。

このほかに注目すべき点は、地域サービスと医療の協働、そして地域資源との協働である。前者については、Wigan 市は GP の診療所に 20 人のリンクワーカーを設置している。リンクワーカーは Wigan 市が雇用しており（他の自治体では GP の診療所が求める形で GP の要望を受けて CCG が雇っている場合もある）、患者が孤立せず自立的に社会との接点を保てるよう多様な地域資源につなぐ役割を果たしている。この際には、社会的処方（social prescription）を GP が発行することもあり、地域の多様な主体を巻き込んでの予防的な対応と地域への包摂を実践している。後者については、2013 年 7 月にコミュニティ投資ファンドを立ち上げ、地元呼び水的に優れたアイデアを持つグループに助成するのではなく「投資」をおこない、コミュニティ主導の地域資源開発をおこなっている。32 のアイデア、100 を超える小さなプロジェクトが実施されており、多くの成果を上げている。2018 年までで 80 万ポンドを節約し、240 万ポンドの外部資金を同ファンドは調達しているという。また高齢者が正規職やボランティアとしてこれらのプロジェクトで活躍するだけでなく、社会的処方やリエイブルメント・サービスの実践における受け皿ともなり、地域づくりと自立支援の共存を図っている。

このように Wigan の取り組みは、自治体主導による予防のための地域協働ネットワークの構築をおこなっており、その背景には徹底した合理主義的で費用対効果を重視したアプローチをおこなっている点に特徴がある。またそのなかで、リエイブルメント・サービスに非常に積極的に取り組み、退院支援で原則としてリエイブルメント・サービスへつなげるなど、自立支援とそれによるウェルビーイングの向上に努めている。この際、作業療法士が大きな役割を果たしており、アセスメントや目標設定、プラン作成において主導的な役割を果たしている。

表2：Wiganにおける自立支援に対する各主体の責任範囲

主体	責任範囲
自治体	ソーシャル・サービスについての資金確保、計画策定、事業監査 リエイブルメント・チームの設立とサービス提供、リンクワーカーの雇用 ※NHSのCCGから一定のファンドあり グレートマンチェスターでの自治体間の連携、情報共有
NHS – CCG	GPへの包括委託契約の実施、監督 リエイブルメント・サービスへのファンドを通しての支援
GP	プライマリケアの提供 社会的処方を提供し、リンクワーカーを通じて患者を地域に接続
病院	重篤な患者への医療提供。 リエイブルメント・チームと情報共有をし、退院を支援
民間（チャリティー、企業）	実際の生活支援などのサービスの提供
市民、地域団体	隣人としての支援。情報の提供、および、ボランティアとして参加。チャリティーへの寄付。サークル活動など自主的な市民活動の実施

(3) 日本・豊明市：自立支援のためのケアカンファレンス、多様な主体との共同プロジェクトの創出

日本については、豊明市を事例として取り上げたい。豊明市は名古屋市に隣接する名古屋市のベッドタウンであり、68,000人強の人口を抱えている。市内には医学部をもつ藤田保健衛生大学と大学病院があり、国内最多の病床をもつ特定機能病院でもあり、高度な医療資源をもつ地域である。が、高度な医療資源は必ずしも日常レベルでの医療や生活支援に寄与するものではない。豊明市は後期高齢者が急増しており、高い医療費、入退院の繰り返し、在宅サービスの不足と施設サービス利用率の高さなど、多様な問題を抱えていた。これらの問題を解決するためには、「軽度者を要介護状態にさせず、重度化させない仕組みづくり」が必要であった。

そこで、豊明市では複数のプロジェクトを立ち上げている³⁾。第1は地域包括ケア人材の育成、第2は多職種合同ケアカンファレンスによる自立支援に関する情報共有と規範の共有、そして第3に多様な地域連携である。

まず1点である。豊明市は藤田保健衛生大学とともに地域包括ケアを担う人材を育成し、UR豊明団地をモデル団地とした「けやきいきいきプロジェクト」(2014～2016年度)を立ち上げている⁴⁾。このプロジェクトでは、ふじた「まちかど保健室」を団地内に設置し、その運営には藤田保健衛生大学の学生や教職員がかかわることで、相談支援窓口としている。また、レセプト分析をおこない退院時に重度化させない医療・介護連携の仕組みづくりをおこなっている。

さらに多様な介護予防・自立化支援をおこなっている点にもポイントがある。2016年3月に新しい総合事業へと移行した豊明市では、住民主体の通いの場づくりを進め、リハビリ職などの専門職と住民ボランティアが協力して体操プログラムとDVDをつくりあげ、各地で住民向けの「まちかど運動教室」を実施し、介護予防活動をおこなっている。

また介護サービスについては、デイサービスが必ずしも利用者の重度化予防になっておら

ず、むしろサービスに依存してしまっている点に注目し、サービスによる目標設定の不在に気づく。そこで、市内の様々な専門職が参加する多職種合同ケアカンファレンスを介護保険の保険者主催の地域ケア会議として定期的に開催し、要支援と要介護を想定したそれぞれのケース検討を月に1回ずつおこなっている。ここでは、自立支援型のケアマネジメントのあり方とそのための知見を多職種で持ち寄りケアプランのケース検討を重ねることで、利用者にとって支援すべきものは何であり、自立支援とは何かを考える機会としている。このカンファレンスは実際のケースをもちいているもののそのケースの改善やケアプランの見直しが目的ではなく、参加者全員が自立支援のためのケアプランとは何か、そのために必要な情報やアイデアは何かを確認し、アイデアを共有していく参加者への教育の場となっている。そのため、ケースを提供するケアマネジャーにとっては、自分のケースを振り返るとともに、ケアプランの変更そのものをその場で求められるわけではないため安心感を持って参加できる。

実際このカンファレンスを続けることで、豊明市の要支援におけるケアプランではデイサービスの利用はほぼ消え、退院時や事故、疾病などによって支援が必要になった時に、集中的に介入する元気アップ集中リハビリを提供し(図1上段)、また日常生活を取り戻すための地域活動へとつなげることで(図1下段)、重層的なサービス提供と自立支援をおこなっている。

第3は、この図1の下段にあたる利用者の地域への包摂支援のための多様な協働である。豊明市の特徴は、単に地域の運動教室などを立ち上げるだけでなく、民間企業との協働による市場サービスの利用に特徴がある。スーパーなどを運営する「コープあいち」と協働して購入品を無料配送する「コープふれあい便」の導入や、カラオケボックスを利用した体操教室の展開、近隣のスーパー銭湯の無料巡回バスとのタイアップをはかり、割引券の提供を受けることで利用頻度の低かった無料巡回バスの利用頻度を上げるとともに介護保険の枠外での外出支援を実施するなど、実に多様な協働をおこなっている。これらはいずれも単に高齢者支援に協力を依頼するわけではなく、民間の協力事業者にもメリットがある形で協力を要請しており、ウィンーウィンの関係意を作り上げている。

また生活支援コーディネーターなども協力して、住民主体の支え合いの仕組みとして南医療生協組合やコープあいち、JA あいち尾東農協と豊明市が運営主体となり、地域住民がちょっとした困りごとを抱えた住民を手助けし、その対価として換金可能な地域通貨のようなチケットを得ることができる「お互いさまセンター『ちゃっと』」を2017年に開設している⁵⁾。この取り組みは、地域住民の協働を地域通貨の仕組みを活用することで促進させていると理解できる。これらはいずれも、豊明市と民間企業が連携協定を結ぶ形で実現しており、「介護保険漬けにしない自立支援アプローチ」をおこなっている。

豊明市の取り組みの特徴は、自治体が主導的な役割を果たしながらも、多様な地域との関係機関(藤田保健衛生大学、UR、地域の専門職・職能団体、民間企業、地域団体など)との協力関係を構築している点にある。この協力関係の構築において、「自立支援」という目標を明確に設定しその規範を共有することで多様なアクターを巻き込みながらおこなっている点に特徴がある。

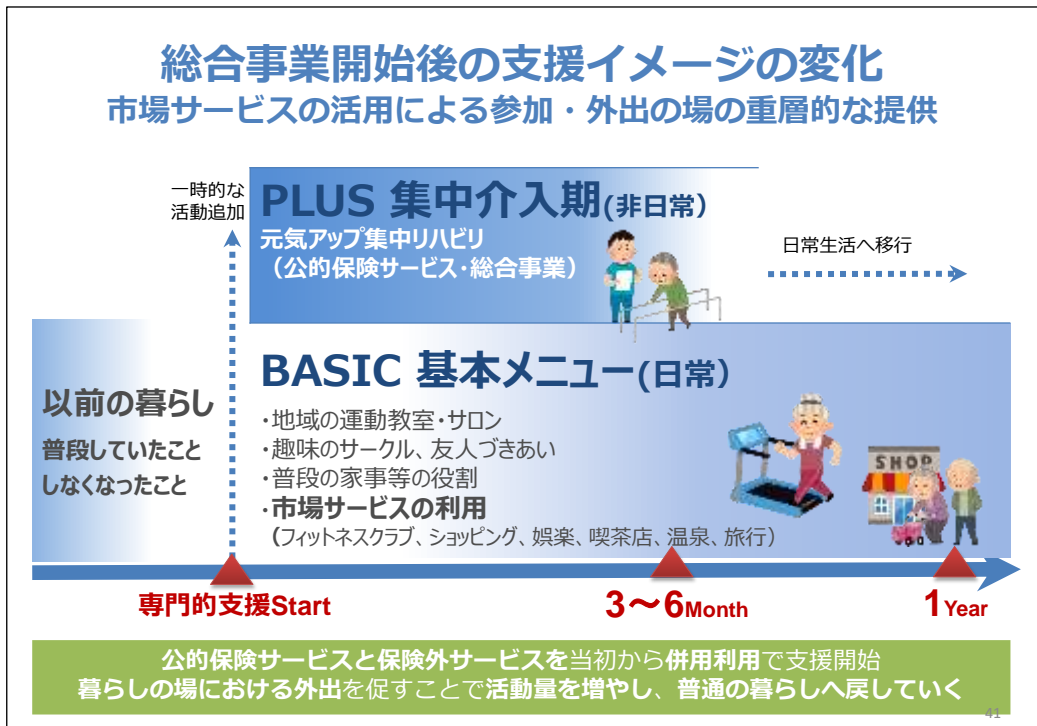


図 1：豊明市による総合事業開始後の支援イメージの変化

表 3：豊明市における自立支援に対する各主体の責任範囲

主体	責任範囲
自治体	介護保険サービスの財源確保、整備、提供（サービス提供は委託） 福祉サービスの提供（サービス提供は委託） 地域包括支援センターの設置（事業は委託）
医師など専門職	専門職として多職種合同ケアカンファレンスに参加 日々の業務でも自立支援型ケアマネジメントを実施
民間	それぞれの事業体として自立支援に資するサービスを提供、情報共有
市民、地域団体	隣人としての支援。情報の提供、および、ボランティアとして参加 サークル活動など自主的な市民活動の実施 換金可能なポイント制度による支え合いの仕組みの担い手

(4) ベストプラクティスから見えてくること

表 1～3 を比べると、それぞれの事例において共通する点は自立支援のために自治体が単独でサービスを提供するわけでも、専門職が中心になって高度なサービスを提供するだけでなく、多様な主体の協力関係を構築し、それぞれの強みや資源を活かしながら自立支援のための取り組みを実施している点にある。

そのうえでそれぞれの取り組みには違いも大きい。まず、Lelystad の仕組みではボランティアなどの地域住民の果たす役割が非常に大きく、SWT による多様な問題への相談援助体制を整え、ボランティアらが提供する様々な地域資源に利用者をつなげる点を重視している。これはボランティアの伝統および規模が大きいオランダだからこその仕組みである。

これに対して、Wigan および豊明の事例は類似性も大きい。豊明の実践はリエイブルメントという名前こそ使っておらず、また作業療法士が主導的な役割を果たしているわけではないが、理念や特徴はリエイブルメントと同様であるといえる。そのうえで、Wigan も豊明も多様な地域資源を開発し、自立支援の取り組みと接合させようとしている。ただしそれぞれが重視する点は異なっている。Wigan は何よりも費用対効果を重視し、外部資源の導入においてもその視線は徹底している。これは、ソーシャル・サービスへの厳しい財政削減がおこなわれているイギリスにおいて必然的な対応であるといえるだろう。これに対して豊明は費用対効果の重視ではなく、協力可能な組織であればそれが営利企業でも協同組合でもあらゆる団体と協力関係を結び、自立支援に資する資源を提供してもらおうとする徹底した姿勢であった。この意味で豊明の事例は、自立支援型のケアマネジメントを専門職を中心にしっかりと実践してゆくとともに、自立支援の先にある暮らしの場としての地域社会を押し広げるための取り組みを同時におこなっている重要な事例であるといえるだろう。

そしていずれにも共通する点は、利用者も地域住民も、自立支援のための重要な主体として位置付けていることである。この意味で、この3つの事例は、参加型社会における自立支援の互いに特徴の異なるベストプラクティスであるといえるだろう。

2. 参加型社会における新しい連帯とは何か

ここまで、住民や民間団体を巻き込む形でのコミュニティでの予防的なケアによる自立支援のベストプラクティスを考察してきた。それでは、このようなベストプラクティスは果たしていかなる形で理念的に位置づけることができるのであろうか。

本項では、生活モデル概念を踏まえた社会福祉制度のあり方を考察するなかで、参加型社会が単なる自立した個人による参加による社会コストの削減というネオリベラリズム的発想ではなく、より本質的に人々の生活の質（QOL）やウェルビーイングを維持し向上させていくために必須のものであることを論じ、その中における自治体や専門職、そして、地域社会の役割について論じたい。

(1) 生活モデルの要諦

障害に対する社会福祉において、従来は生活の困難をもたらす障害を治療によって克服しようとする「医学モデル」がめざされてきた。だが、この見方は心身の機能を過大視し、機能さえ整えば生活の困難は解決するという見方を助長するとともに、治らない疾病や障害は対象外としてしまうなど多くの問題を抱えていた。これに対して、障害は社会的につくられたものであるとする「社会モデル」は医学モデルとは逆に、社会や環境によって他者と異なる心身の機能を持つことが障害となる社会のあり方そのものを批判し、社会のあり方や物の見方を根本的に変更させようとする実践的なあり方である。だが、社会モデルは社会が障害を生み出すという点において一定程度その説明は成功し、また生涯問題の解決のために社会変革をしようとする点にも大きな意義があるが、心身機能を等閑視し、その機能の向上可能性があったとしても、機能向上をむしろ健常性の押しつけとみなすこともあり、人々のケイパビリティを向上させる機会を奪いかねないものでもある。

これらに対して、社会福祉や障害学において注目されている第三のアプローチが「生活モデル」である。生活モデルは、治療によって解決しない困難を抱えている人々にとって、その人のウェルビーイングや生活の質を向上させるために、治療よりも多様なアプローチによる生活改善を模索するほうが有効であると考えられるアプローチである。そもそも治療によって

治る可能性が低い疾病や障害を抱えた人にとって、治療を続けるよりも、経済的問題の緩和や、交流できる他者の存在、やりがいを感じる仕事や作業の提供などをおこなったほうが、はるかに生活の質を向上させる可能性がある。

もちろんこの3つのアプローチは互いに完全に矛盾するものではない。とくに高齢者が抱える生活上の問題を考えるのであれば、医学モデルによる治療によって機能回復がはかれる部分があるのであればそれは治療によって解決しつつ、社会が作り出す様々な障害を少しでも低減できるようユニバーサルデザインを浸透させることでどのような状態にある人にとっても生活しやすい社会環境を整え、そして、その人にとっての生活の質を向上させるような多様なアプローチによって生活支援をおこなうべきであるだろう。そのうえで、生活モデルによるアプローチは、個々人の生活の質やウェルビーイングに焦点を置き、最終的な目標として設定することで、個々人の生活実態そのものを対象として支援することを可能としている。これは3つのモデルのなかでも、生活モデルこそがあらゆる状況に対応できる可能性をもつことを示唆している。

この生活モデルの最大の要諦は、①個人の人生の生活の目的は分からないものであり、そして②個人の人生・生活は個別的で複雑である、という点である⁹⁾。生活の目的がわからないとは、その人にとって生活の質を高めるものは、本人を含めて究極的には分からないし、確定できないものであるということである。これはつまり、当事者のあり方を踏まえなければどう支援するべきかは決してわからないということである。また、生活が複雑であるとは、ICFモデル(図2)に示されているように、生活を支える様々な機能が有機的に結びついていることであり⁷⁾、一つの機能のみを取り出して支援しても、健康も生活の質も向上しないことを示している。

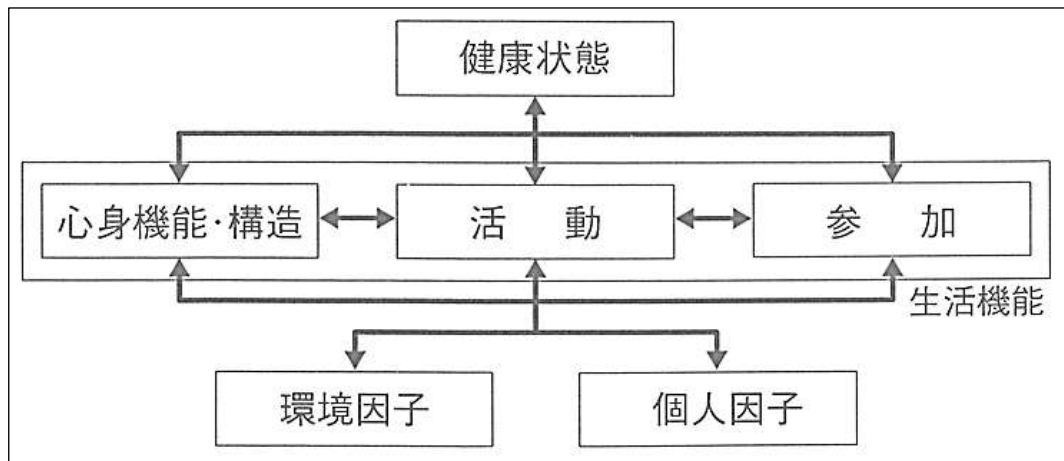


図2：ICF（国際生活機能分類）モデル

それでは、生活モデルを踏まえたとき、その支援のためには何が重要となるのだろうか。それは、その当事者の価値観を間接的に把握するための生活史であり、また、それを引き出すその人にとってコンボイ（その人の人生の伴走者たる他者たち）の存在である。なぜなら、人生の目的は究極的には不可知であるが、それゆえに、その人にとって生活を送るうえで価値を感じるものを知るためにはその人の過去をたどり、家族、親族、友人たちとの邂逅によって暫定的に明らかになるものだからである。すなわち生活モデルは、生活の問題を心身の問題に還元するのでも、とりあえず把握可能なゴールを設定するのでもなく、その人の複雑

な人生のあり方を飲み込みながら、その人と伴走しつつ支援していくことが求められる。

(2) 生活モデルにおける各主体の役割とその連携の意味

それでは、このように端的に一人一人の生活のあり方も目標も、そして生活の質の向上のさせ方も異なることを前提としたとき、自治体の役割は、そして、専門職や地域社会の役割はいかなるものとなるのだろうか。

まずわかることは、生活モデルで考えることは、従来の社会福祉制度において一定の成果を収めてきた社会保障制度の枠組みでは、すべてに対処することはできないということである。社会保障制度は、生活の問題を還元主義的に考え、その問題に対して広範囲に平等かつ効率的に対応することには長けているが、個々人の抱えた困難に個別に対応することはできない。それは、社会保障制度のよって立つ平等性、効率性双方に欠けるからである。注意すべきは社会保障制度が不要であるということではない。むしろ生活モデルにおいても、社会保障制度は全体の底上げを可能にするという意味でその有効性はまったく喪失していないだろう。だがそれだけでは不十分であることは明らかである。

ここからは、生活モデルの実践における自治体の役割が見えてくる。すなわち自治体は、持続的な社会保障制度を整備し、展開することで生活モデルに根ざす生活支援をおこなう際の下支えをすることにある。そのためには、財源の確保、問題解決のための情報共有基盤の整備、問題のある支援がおこなわれたときの介入や対処等が重要な役割となる。

専門職の役割はより複雑なものとなる。医学モデルであれば、医学的史知識に還元する形で問題に対応すればよかった。しかし専門職がここで果たすべき役割は、本人の生活を把握し、短期的、中期的、長期的な目標を定めつつそのための支援をおこなうこととなる。このためには、単一のディシプリンのみでは対応できないため、多職種連携が重要となるだろう。そうすると、医師を頂点とした医学的な考えだけでなく、ソーシャルワーカーのもつニーズの把握や調整能力、保健師のもつ地域の公衆衛生環境の向上やそのための地域資源開発、作業療法士のもつ生活に根差したゴールの設定とそのためのプログラム策定能力など、それぞれの強みをいかして、個人を中心としたケアを総合的につくりあげてゆき、また、そのための基盤となる地域の福祉資源を涵養していかなければならない。

そしてさらに重要な点は、その人とともに伴走する人の存在である。端的に言えば、国や自治体が伴走する人を他のサービスと同様の形であてがうことは（ごく短期的には可能かもしれないが）実践的に不可能である。では伴走者はどこにいるかといえば、それは家族であり、地域社会である。なぜ生活モデルにおいて家族や地域が重要かといえば、その人を中心として、その人の価値観や歴史性を踏まえながら多様な形で伴走する他者となりうる存在は地域社会にしか存在しえないからである。この意味で、自立型の介護予防や地域資源開発は、単なる財源不足への対応というだけでなく、本人の生活の質を高めよりよき人生を歩むための生活モデル的な支援において不可欠である。そしてその基盤には、互いの状況に思いを寄せる、配慮し気遣うという意味でのケアする関係があるだろう。生活モデルを十全に発揮するためにも、地域社会の涵養が必要である。この意味で、家族や地域住民に求められる責任は、他者の生活をケアする主体足ることであるだろう。この観点からは自治体や専門職に新たな役割が求められる。自治体には、家族や地域住民が安心して他者をケアすることができ、また双方がつながることができる環境整備が求められる。専門職には、その専門性を活かして専門的・効率的な支援を多職種が連携しておこなうことで、家族や地域住民が互いを支え合いやすくするための多様な諸問題の解決が求められる。そして、これらを有機的に連携さ

せることもまた、自治体の役割となるだろう。

(3) 新しい参加型社会と自立支援へ：ベストプラクティスのさらなる進化に向けて

2013年に現オランダ国王が就任する際、20世紀型の福祉国家は終わり、国民が自助努力をする参加型社会を目指すべきであると講演した。ただし、ここで想定される参加はあくまでも個人が完結しているという意味で自立的な個人が、社会や国家の支援を受けずに生きる、すなわち社会や国家のコストとならない個人を称揚するという意味でネオリベラリズム的な価値観に彩られているともいえる。

しかし、第II章2節においてリエイブルメント・サービスのあり方について考察した際に指摘したように、人々の自立とは、十全な心身機能を維持した状態というだけでなく、互いに支え合う相互依存のあり方によって両者が自立しているような状態をも、広く「自立」とみなすこともできる。そうであるのであれば、自立支援をおこなうための地域包括ケアの構築は、国家や社会に負担をかけない個人というネオリベラリズム的な個人による社会とはまったく異なる、他者と共存する地域共生社会として構想することが可能である。そしてこのような社会は生活モデルによる支援と整合的である。

最後に、改めて前節で取り上げたベストプラクティスを考察しなおしたい。LelystadにおけるSWTは、その人が抱える問題を多職種が協働で把握しなおし、その人にとっての問題解決となる公的サービスや民間サービス、地域団体へとつなぐことで、その人の生活課題への対応をはかるとともに、地域社会への包摂を目指していた。Wiganや豊明の事例はリエイブルメントの理念を踏まえた実践をおこなうことで、これ以上の虚弱化を防ぐべく心身機能の回復を早期に予防的におこなうとともに、機能回復の前後から地域に包摂されるよう、あらゆる主体との協働を実践的におこなっている点で、生活モデルを支えるための地域資源を押し広げる点でも素晴らしい事例であった。また処方箋付き福祉や社会的処方、医師の権威をもちいた対応とはいえ、医師自らが医学モデルを離れ生活モデルのアプローチに意義を感じている実践であるといえよう。

たしかにこれらの事例は、財源不足への対応や費用対効果の過度な強調という側面をもつものもあるが、本人の心身機能を回復するだけでなく、本人の可能な生活を取り戻し、社会に包摂されるべく地域社会との連携を模索し、またそのための地域社会構築をおこなおうとしている。これは、地域社会において互いが互いの目指すべき生活のあり方を支えてゆく相互依存的な社会の創出に寄与する可能性がある。今後目指すべき参加型社会とは、自立した個人だけが参加する社会ではなく、個々人が互いを支える相互依存的なあり方によって参加する新しい形での参加型社会と、そのような相互依存を可能にする自立支援こそが重要となるのではないだろうか。自治体、専門職、民間団体、地域住民、家族、そして本人のいずれもが互いを支える責任(responsibility)をもっている。異なる他者を他者として排除するのではなく、他者だからこそ互いを支えるという個別的な連帯の積み重ねこそが、参加型社会における新しい連帯である。

【参考文献】

- 1) Sociaal Wijkteam: Welzijn Lelystad. <https://www.welzijnlelystad.nl/welzijn-in-de-wijk/wmo-ondersteuning-sociaal-wijkteam/>
(2019年3月1日アクセス)
- 2) The Deal: Wigan Council. <https://www.wigan.gov.uk/Council/The-Deal/index.aspx> (2019年3月1日アクセス)
- 3) 豊明市の先進的取り組み「地域包括ケア豊明モデル」：豊明市. <https://www.city.toyoake.lg.jp/6438.htm> (2019年3月1日アクセス)
- 4) けやきいきいきプロジェクト：豊明市. <https://www.city.toyoake.lg.jp/3757.htm> (2019年3月1日アクセス)
- 5) おたがいさまセンターちゃっと：豊明市 <https://www.city.toyoake.lg.jp/6536.htm> (2019年3月1日アクセス)
- 6) 30年後の医療の姿を考える会編, (2017). 今あらためて生活モデルとは?. 東京：30年後の医療の姿を考える会.
- 7) 上田敏, (2005). ICFの理解と活用：人が「生きること」「生きることの困難（障害）」をどうとらえるか, 東京：萌文社.

6. 地域包括ケアに関する日本への示唆 ―自立支援は可能か―

医療経済研究機構研究部主任研究員兼研究総務部次長 服部真治

1. はじめに

今年度、調査を実施したオランダ、イギリスともに、近年の改革のスピードは目覚ましいものがある。その背景には厳しい財政状況や高齢化があるが、我が国は両国よりもはるかに深刻な財政状況であり、また、高齢化率は世界で最も高い。にも関わらず、両国のような変革に至らないのはなぜだろうか。

オランダでは、変革に際して国王が次のように演説している。

○オランダ国王演説（2013年）抜粋（訳：政策研究大学院大学教授 小野太一）

Speech from the Throne 2013 Speech | 17-09-2013 (excerpted)

ネットワーク化と情報化が進んで今日の社会において、人々は過去よりも自分を主張するようになり、自立していることは否定できない現実です。これは、財政赤字を削減する必要性と相まって、古典的な福祉国家が徐々に、かつ着実に参加型社会に進化していることを意味します。能力を有する人は、自身とその周囲の人々の生活に責任を持つことを求められます。

（中略）

参加型社会への移行は、私たちの社会保障制度と長期ケア（介護）制度において顕著なものとなります。これらの分野では特に、古典的な戦後型の福祉国家が生み出した仕組みは、現在のままでは持続が不可能であり、かつ人々の期待にもはや応えるものとなっていないと言えます。今日の世界では、人々は自身で選択をし、自身の生活を管理し、お互いの助け合いをしたいと考えています。介護や社会サービスが人々に密着して、かつ一貫した形で組織されることが、こうした流れに即していると考えられます。

<https://www.royal-house.nl/documents/speeches/2013/09/17/speech-from-the-throne-2013>

単に財政赤字を強調するだけでなく、個人の意識が変化し、自ら選択し、管理し、助け合いたいと考えていると国王が語る。介護や社会サービスが密着して一貫した形で提供される組織を想定している。それは福祉国家から参加型社会への「進化」と強調する。ヒアリングでも、それが介護や社会サービスの関係者のみならず、国民に大きな影響を与えたと聞かれた。

翻って、我が国ではどうだろうか。2016年11月10日、安倍総理大臣は第2回未来投資会議にて以下のように語っている。

○第2回未来投資会議（平成28年11月10日）における安倍総理の発言（抜粋）

団塊の世代が75歳を迎える2025年は、すぐそこに迫っています。健康寿命を延ばすことが、喫緊の課題です。この『2025年問題』に間に合うように『予防・健康管理』と『自立支援』に軸足を置いた新しい医療・介護システムを2020年までに本格稼働させていきます。

（中略）

介護でも、パラダイムシフトを起こします。

これまでの介護は、目の前の高齢者ができないことをお世話することが中心でありまして、その結果、現場の労働環境も大変厳しいものでもありました。

これからは、高齢者が自分でできるようになることを助ける『自立支援』に軸足を置きます。

本人が望む限り、介護が要らない状態までの回復をできる限り目指していきます。

パラダイムシフトとは、その時代や分野において当然のことと考えられていた認識や思想、社会全体の価値観などが劇的に変化することであるから、総理大臣がそれを「起こす」と発言したことは重い。そして、これまでのパラダイムを「目の前の高齢者ができないことをお世話することが中心」とし、その劇的に変化の先として「自立支援に軸足を置く」としたことが我が国の深刻な現状を表している。なぜなら、「自立支援」は介護保険法第一条に2000年当初から規定されている介護保険制度の目的であって、つまり、これまでもそれがパラダイムであったはずだからである。

そこで本稿では、「自立支援」について検討する。特に、「本人が望む限り、介護が要らない状態までの回復をできる限り目指していく」という当たり前とも思えることがなぜパラダイムシフトなのか、改めて日本の現状を確認するとともに、オランダやイギリスとの比較と、愛知県豊明市の松本小牧課長補佐のヒアリング結果から、どうすればそれがなされるかを考えたい。

2. 自立支援とは

自立支援とは「自立」を支援することであるが、そもそも「自立」は「介護が要らない状態」とイコールだろうか。

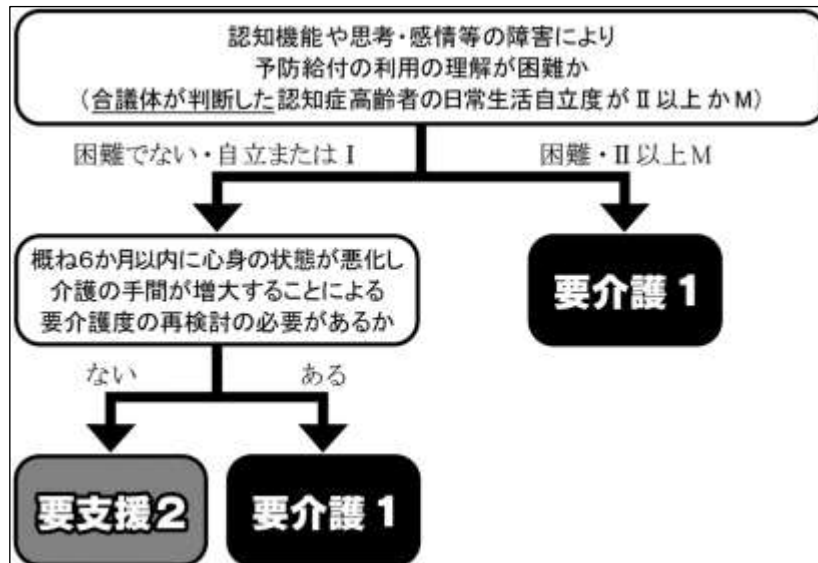
言葉の意味をそのまま捉えれば、自立 (independence) とは行為主体として (経済的・身体的・精神的・社会的) 独立ができている状態であり、それを支援するのだから、非自立状態にある人を自立した状態に至るよう支援することが自立支援である。しかし、介護保険法第一条に「有する能力に応じ自立」とあるように、自立は必ずしも行為主体としての独立を意味していない。

また、介護現場では同時に自律 (autonomy) の支援も行われる。自律とは個人が主体的かつ自由に自らの生き方を追求できることであり、介護保険法第一条で定められたもう一つの目的である「尊厳の保持」と重なる概念である。すなわち、仮に寝たきりで回復が見込まれない状態であっても、できる限り「自律」的な生が達成されるような支援が行われる。

このように自立支援は現在においても議論のあるところだが、本稿では安倍総理大臣の発言に倣い、「介護が要らない状態を目指すこと」を狭義の「自立支援」とし、特に、要支援者に限定して論を進めることとしたい。

なぜなら、要支援者の状態は認定調査結果から ADL (身の回りの動作) はほぼ自立しているが、買い物などの IADL (日常生活行為) の一部に支援が必要な状態であり、また、その原因の半数は不活発な生活による廃用症候群であり、活動量を上げることにより状態の改善が可能と考えられているからである。特に要支援2については、コンピューターによる一次判定によって要介護1相当と判定された後に、二次判定で少なくとも半年以内に悪化することはないと確認された者である。そこで、要支援者は介護保険制度上、明らかに要介護1以上とは区分され、介護予防ケアマネジメントは居宅介護支援事業所ではなく、自治体が設置する地域包括支援センターが担い、予防給付ないし介護予防・日常生活支援総合事業を利用する。要介護4や5の状態の者を「介護が要らない状態までに回復する」のは実際には難しいことであろうが、要支援者であれば自立支援もイメージしやすい。もし、要支援者で狭義の自立支援が実現できていないなら、わざわざ要支援などと区分する理由はないと言っても言い過ぎではないだろう。

図表 1：要支援 2 と要介護 1 の判定（状態の維持・改善可能性に関する審査判定）



出典：厚生労働省作成資料

3. 我が国は介護が要らない状態までの回復を目指していないのか

介護保険法第二条において、「保険給付は要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」とあるが、「介護が要らない状態までの回復」と「軽減」、「悪化の防止」はそれぞれ意味が異なる。保険給付によって「軽減」すれば目的達成なのであれば、必ずしも介護が要らない状態まで至る必要はないし、「悪化の防止」でよいのであれば状態の維持でも達成である。

同じく第二条に保険給付は「総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならない」とあるが、では、我が国は最も効率的な提供とも言える「介護が要らない状態までの回復」を実施してきたのであろうか。もし、そこまでは目指してこなかったのなら、それは確かにパラダイムシフトである。

図表 2 は介護保険制度内の医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション）1,000 事業所を対象に実施した要介護度別終了者率の調査結果である。我が国では訪問看護の中でもリハビリテーションは実施されており、改善を目指したサービスが実施されているはずだ。しかし、要支援者であっても終了者率はわずか 1.2%～4.9%に過ぎないことがわかる。

図表 2：医療系サービスの要介護度別終了者率

		終了者 合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サ ー ビ ス	訪問看護	881	28	43	102	160	150	170	239
		2.6	0.1	0.1	0.3	0.5	0.4	0.5	0.7
		3.8%	3.3%	2.2%	2.7%	3.3%	4.0%	4.5%	5.3%
	訪問リハ	803	38	82	120	174	141	135	113
		2.2	0.1	0.2	0.3	0.5	0.4	0.4	0.3
		4.0%	4.9%	4.0%	4.0%	3.8%	3.8%	4.2%	3.9%
	通所リハ	615	33	59	136	174	107	76	34
		2.1	0.1	0.2	0.5	0.6	0.4	0.3	0.1
		2.2%	1.2%	1.2%	2.1%	2.6%	2.8%	3.3%	3.2%

上段は終了者数（人）、中段は1事業所あたりの平均終了者数（人）、下段は終了者率

出典：平成 24 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「要支援者・要介護者の IADL 等に関する状態像とサービス利用内容に関する調査研究事業」 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング

さらに、図表 3 は同じ調査で、通所リハビリテーションの終了者の終了理由を調べたものである。わずかな終了者の終了理由を調べたものであるが、ADL や IADL の改善、疾病予防などの自己管理方法の習得を理由とするものは少なく、最も多い理由は入院、次が入所であった。つまり、介護保険制度の中で実施されている介護予防リハビリテーションは「介護が要らない状態」を目指して実施されてきたとはとても言えないのが実態である。

図表 3：通所リハビリテーションの要介護度別終了理由

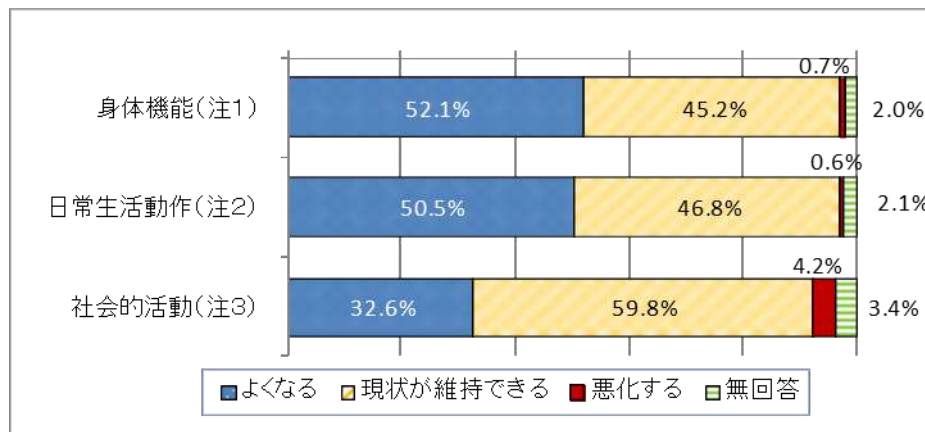
		合計	た A め D L が 改善 した	た I た A た D L が 改善 し	で 己 管 理 方 法 が 習 得 自	拘 縮 予 防 な ど の 習 得	先 サ ー ビ ス 利 用 を 優	に お い て 、 他 の 範 囲	支 給 限 度 額 の 優 待	医 療 保 険 の リ ハ に	移 行 し た た め	り 疾 病 の 発 症 等 に よ	め 施 設 等 に 入 所 の た	そ の 他
全体		601 100.0	19 3.2	6 1.0	3 0.5	32 5.3	12 2.0	207 34.4	148 24.6	174 29.0				
要 介 護 度	要支援1	33 100.0	1 3.0	2 6.1	0 0.0	3 9.1	1 3.0	9 27.3	5 15.2	12 36.4				
	要支援2	58 100.0	7 12.1	1 1.7	2 3.4	4 6.9	1 1.7	15 25.9	6 10.3	22 37.9				
	要介護1	132 100.0	5 3.8	2 1.5	0 0.0	9 6.8	3 2.3	50 37.9	25 18.9	38 28.8				
	要介護2	167 100.0	6 3.6	1 0.6	1 0.6	8 4.8	5 3.0	48 28.7	51 30.5	47 28.1				
	要介護3	103 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.0	1 1.0	38 36.9	31 30.1	32 31.1				
	要介護4	74 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	7 9.5	1 1.4	33 44.6	19 25.7	14 18.9				
	要介護5	34 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	14 41.2	11 32.4	9 26.5				

出典：平成 24 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「要支援者・要介護者の IADL 等に関する状態像とサービス利用内容に関する調査研究事業」 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング

このことは、介護報酬改定の効果検証及び調査研究のために実施されたリハビリテーションに対する利用者とのリハビリテーション専門職との間の効果に対する認識の乖離の調査結果でも確認できる。身体機能や日常生活動作、社会参加に対してリハビリテーションがもたら

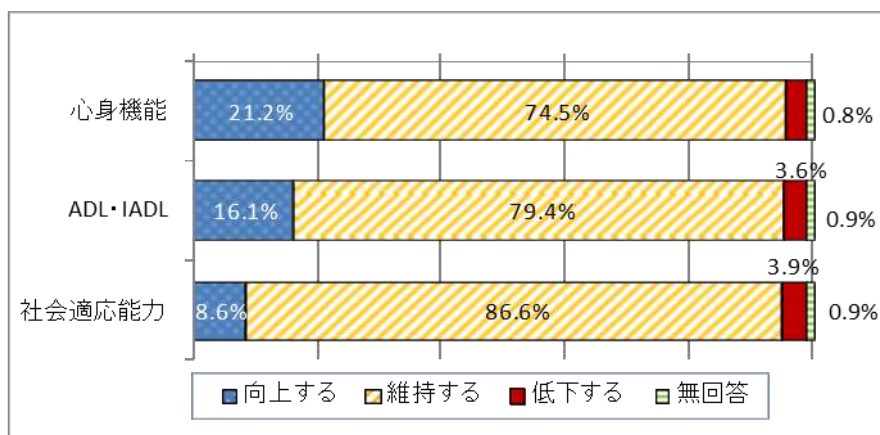
す効果について、利用者の多くは改善をもたらすものと認識している一方、リハビリテーション専門職の多くは維持することが効果であると認識しており、両者には認識の乖離がある。

図表 4：本人回答：リハビリによる変化の見通し (n=2,786)



注1)設問全文は「リハビリを受けることで、あなたの「身体機能(麻痺や関節の動きなど)」はどのようになると思っていますか。
 注2)「リハビリを受けることで、「日常生活を送る上での動作(移動、食事、排泄、入浴、着替えなど)」はどのようになると思っていますか。
 注3)「リハビリを受けることで、「病氣やけがになる前に行っていた社会的活動(趣味活動や仕事をするなど)」はどのようになると思っていますか。

図表 5：リハビリ職員回答：リハビリによる変化の見通し (n=3,415)



注)設問文は「あなたからみたら実際の効果」

出典：厚生労働省平成 24 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究にかかる調査 (平成 26 年度調査) 「リハビリテーションにおける医療と介護の連携にかかる調査研究事業」報告書

なお、介護保険の制度設計において、介護事業者が利用者に対して介護が要らない状態までに回復することのインセンティブは一部の加算を除いて組み込まれていない。むしろ、介護事業者にとって、それは顧客の流出を意味し、新規顧客を獲得する営業コストの発生を意味する。そこで、かねてから考慮の必要性を求める声はあるが、我が国は要介護度を介護の手間で図っていることから、要介護度が悪化するほど手間が増え、介護サービスの報酬が上がるのが自然と考えられている。そのため、介護が要らない状態までの回復どころか改善するだけで、経営的にはマイナスになる報酬体系である。さらに、要介護度が改善すれば区分

支給限度額が低くなるため、報酬だけでなく利用回数に影響があるのも介護事業者の経営にとっては厳しい。なお、厚生労働省の平成 29 年介護サービス施設・事業所調査によれば、平成 29 年 10 月 1 日現在、営利法人が経営している介護事業所は、訪問介護で 66.2%、訪問看護ステーションで 49.6%、通所介護で 48.5%、地域密着型通所介護で 75.3%である。営利法人が経営を度外視した事業運営を行うことは難しい。

むしろ利益の最大化のためには、いかに出席率や継続率を上げるか、さらには利用回数を上げるかを考えることが合理的である。特に我が国の通所介護は、今では創意工夫を凝らした多種多様なサービスが提供されるようになってきているが、必ずしも「自立支援」を目的にしているとは思えないようなサービスも提供されていることは否めない。例えば筆者は、出席率や利用回数を上げるためにスタンプカードを配布し、一定回数を達成するとプレゼントをするサービスを行っている事業所があると聞いたことがある。「悪化を防止」するために通い続けること、通う回数を増やすことを促しているという理由であろうが、保険給付でそこまですることについては議論があるだろう。

図表 6：開設（経営）主体別事業所数の構成割合

(単位:%) 平成29年10月1日現在

	総数	地方公共団体	日本赤十字社・社会保険関係団体・独立行政法人	社会福祉法人 ¹⁾	医療法人	社団・財団法人	協同組合	営利法人(会社)	特定非営利活動法人(NPO)	その他
居宅サービス事業所										
(訪問系)										
訪問介護	100.0	0.3	...	18.2	6.2	1.4	2.3	66.2	5.0	0.4
訪問入浴介護	100.0	0.1	...	34.8	1.9	0.6	0.6	61.6	0.4	-
訪問看護ステーション	100.0	2.1	2.0	6.7	27.3	8.2	1.9	49.6	1.6	0.6
(通所系)										
通所介護	100.0	0.5	...	38.8	8.3	0.6	1.6	48.5	1.6	0.1
通所リハビリテーション	100.0	2.7	1.3	8.3	77.3	2.7	...	0.1	...	7.6
介護老人保健施設	100.0	3.5	2.0	16.2	74.3	3.1	...	-	...	0.9
医療施設	100.0	2.0	0.7	1.4	80.0	2.3	...	0.1	...	13.5
(その他)										
短期入所生活介護	100.0	1.7	...	83.4	3.5	0.1	0.4	10.3	0.4	0.2
短期入所療養介護	100.0	3.8	1.6	11.9	77.6	2.9	...	-	...	2.1
介護老人保健施設	100.0	3.5	1.8	15.3	75.3	3.1	...	-	...	1.0
医療施設	100.0	4.9	1.1	0.5	85.3	2.3	...	-	...	6.0
特定施設入居者生活介護	100.0	0.8	...	23.8	6.2	0.6	0.4	67.4	0.4	0.6
福祉用具貸与	100.0	0.0	...	2.3	1.3	0.4	1.5	93.5	0.7	0.3
特定福祉用具販売	100.0	-	...	1.8	1.0	0.4	1.5	94.5	0.7	0.3
地域密着型サービス事業所										
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	100.0	-	...	30.6	17.1	2.0	3.4	45.0	1.5	0.4
夜間対応型訪問介護	100.0	0.6	...	36.7	8.9	2.2	2.8	46.7	2.2	-
地域密着型通所介護	100.0	0.3	...	11.7	3.9	0.9	1.1	75.3	6.3	0.5
認知症対応型通所介護	100.0	0.3	...	44.3	11.9	0.9	1.4	35.3	5.7	0.2
小規模多機能型居宅介護	100.0	0.1	...	31.9	12.8	0.7	2.1	46.1	5.9	0.4
認知症対応型共同生活介護	100.0	0.1	...	24.4	16.5	0.4	0.6	53.6	4.3	0.2
地域密着型特定施設入居者生活介護	100.0	-	...	31.2	16.4	0.7	0.7	48.3	2.4	0.3
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	100.0	-	...	18.1	20.3	4.9	3.2	50.1	3.4	-
地域密着型介護老人福祉施設	100.0	4.1	-	95.9	-	-	-	-	-	-
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	100.0	24.5	...	55.2	13.6	3.4	1.1	1.5	0.6	0.3
居宅介護支援事業所	100.0	0.8	...	25.1	16.0	2.4	2.2	49.9	3.2	0.6

注：訪問看護ステーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護及び地域密着型介護老人福祉施設については、開設主体であり、それ以外は、経営主体である。

1)「社会福祉法人」には社会福祉協議会を含む。

出所：厚生労働省 平成 29 年介護サービス施設・事業所調査

加えて、利用者や家族も回復は喜ばしいことであろうが、利用できるサービスや回数の減少は必ずしも望んでいない場合がある。まず、介護サービスを利用し続けなければ、また状態が落ちるのではないかという不安を抱くという話はしばしば聞くところである。また、医療と異なり介護サービスは利用に際し苦痛が伴わず、特に訪問介護や通所介護といった家事負担を軽減するサービスについては回復しても利用したいというニーズが残ることもある。となれば、状態の悪化を願う利用者はそうはいないだろうが、維持できれば良いと考える利用者や家族も少なくないと考えられる。もちろん、それが無駄な給付だとすれば介護保険料の上昇を招くが、利用者本人が市町村の介護保険料の上昇抑制を理由に回復を目指すことは

さすがに少ないだろう。

以上から、我が国は介護が要らない状態までの回復という意味での「自立支援」を目指してこなかったとまでは言えないとしても、そこまで至るケースはごくわずかであり、また、それを促す環境も不十分であったと言える。

なお、このような実態からと、要支援者が介護が要らない状態まで回復することは不可能であり、維持できれば御の字、予防給付はそのためのサービスであるという意見もあるだろう。廃用症候群は活動量を上げれば改善可能というのが介護予防の根拠の一つであるが、それに対する反対意見である。だとすれば、安倍総理大臣が言うようなパラダイムシフトは的外れであり、イギリスで確認されているリエイブルメントの効果は日本人には当てはまらないということになる。しかし、愛知県豊明市や奈良県生駒市、石川県能見市など、効果的な通所型サービスCを実施している市町村では実際に介護が要らない状態までの回復を実現しており、それはさすがにないといってよい。

4. オランダやイギリスにおける自治体の責任

(1) オランダ

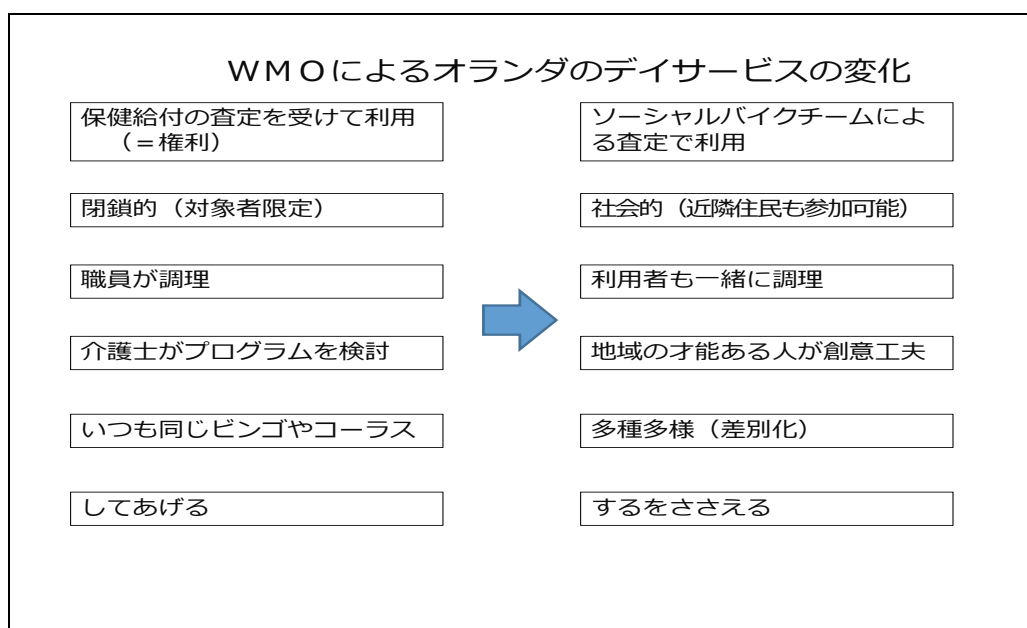
このような日本の現状を考えると、オランダがWLZ（長期介護保険）の対象者を24時間のケアが必要で回復可能性がない者に絞り込んだこと、かつてのAWBZから家事援助やデイサービスをWMO（自治体の社会サービス）に移管したことが参考になる。

すなわち、オランダも我が国と同様、中央政府から基礎自治体への地方分権が進められているが、このような回復可能な者に対するサービスは全国一律の保険制度ではなく、基礎自治体の責任で提供するのが合理的と判断したということである。WMOによって基礎自治体は、①高齢者の虚弱の要因分析を行い、②地域で活動するNPOやサービス事業者等のネットワークを組織化し、かつ、③これらのサービスへのニーズに対応する体制の構築を進める責任を負うことになった。それはまさに、我が国が2014年度の法改正で、二次予防事業を廃止するなど従前の介護予防事業を見直し、かつ予防給付のうち予防訪問介護と予防通所介護を介護予防・日常生活支援総合事業に移行したことと符合する。オランダやイギリスのような厳しい予算カットはなかったとはいえ、全市町村が一定の予算制約の下、基礎自治体の責任で自立支援を強化することになっており、愛知県豊明市のように成果を上げる自治体の姿も見えてきた。

オランダもかつてのAWBZによる保険制度においては「権利ベースのアプローチ（rights-based approach）」であって、「ニーズがあれば介護サービスを受給する権利がある」という考え方であった。しかし、その結果としてAWBZの利用者と給付費は膨れ上がり、制度創設時から比較すれば、利用者は実に15倍、給付費は22倍にまで至った。WMOではその反省から、予算制約の中での「提供ベースのアプローチ（provision-based approach）」に置き換えられている。これまで介護保険制度において保障されていた権利を失ったという面はあるが、介護事業者へのヒアリングでもそれを問題視する声はなく、サービスの質の向上をもたらしていると受け止められていた。

図表8は、一昨年調査で筆者がまとめたデイサービスの変化である。これまでは対象者が限定され、同じプログラムを繰り返していたものが、近隣住民も利用できるように変化し、利用者も一緒に食事を作るようになり、ボランティアの数もずっと増え、地域の才能ある人がプログラムの作成、実施に関わるようになった。何より、「できないことをしてあげる」サービスから、「利用者がすることを支える」自立支援型のサービスに変化している。

図表 7 : WMO によるオランダのデイサービスの变化



出典：筆者作成

アプローチの変革はまさにパラダイムシフトであり、デイサービスの变化はその成果であると評価できる。サービスの提供者が競い合う状況は我が国と同様であるが、厳しい予算制約下で限られたパイを争う環境に変えることで、自立支援に転換することに成功したのである。となれば、我が国も介護予防・日常生活支援総合事業の上限をパラダイムシフトが起こるレベルまで引き下げる政策を採れば、要支援者についてはオランダのような変化がもたらせると言えるだろうか。

筆者は、オランダの改革において、財政的に厳しいキャップをはめること以上に注目すべき点は、基礎自治体が WMO において重くなった責任をいかに果たしているかであると考え。なぜなら、単に財政が収まればよいのなら、我が国の一部の自治体が介護予防・日常生活支援総合事業に移行する際に行った「単価引き下げ」などでも、その目的は達成できるからである。オランダでデイサービスが自立支援に向かったのは、財政以外の理由がある。

そこで注目すべき点がソーシャル・ヴァイクチーム (Sociaal Wijkteam :SWT) である。WMO では、特に家事援助やデイサービス、補助器具や住宅改修などコストのかかる支援の必要性は基礎自治体が判断するが、これまでの AWBZ で現場を持っていなかった自治体職員が個別支援を担うことは難しい。そこで形態は自治体ごとに様々であるが、地域の福祉組織などで十分に経験を積んだソーシャルワーカー、地域看護師、精神疾患の専門家など複数の専門職が連携して地域の様々な生活課題に関する相談を受け、解決する SWT を組成することにし、今では 9 割以上の基礎自治体で展開されている。

ここで、基礎自治体が新たに SWT を組成することにした場合に自治体の方針などの共有をどのように図っていったのかを考えてみたい。例えば、今回、ヒアリングを実施した Lelystad 市では 8 万人の人口で 15 人の専門職で構成される SWT を 4 チーム設置している。また、その専門職は市の職員ではなく、地域の福祉組織の職員がいわば出向している形である。さらに、Lelystad 市の SWT の場合は、家事援助などにとどまらず、借金問題の相談や

孤立防止、地域の資源開発まで幅広く担当している。つまり、幅広い相談や対応を担う、実に60人もの新たな職員を抱えることになれば、各職員の意識共有を図るだけでも、そう容易ではない。そこで、WijkMeeting と呼ばれる地域レベルでの会議を定期的に開催し、個別事例の対応手法などを議論し、確認しあっているのである。そのような個別事例の検討を重ねれば、単に安価なサービスは選ばれず、最適なサービスが選択されるようになっていくと考えられる。つまり、デイサービスが自立支援に向かったのは、そうしなければ SWT に選ばれないからではないだろうか。

もし、この推察が正しければ、介護予防・日常生活支援総合事業等の地域支援事業の実施において、厚生労働省が地域ケア個別会議の開催を推奨していることに符合する。Lelystad 市の SWT にはビルドアップワーカーと呼ばれる資源開発の担当者が置かれているが、それも生活支援コーディネーターと類似している。

(2) イギリス

イギリスは介護保険制度を採用していないため、保険制度特有の権利性とは無関係であるが、厳しい財政制約もあって回復可能な者についてはリエイブルメント・サービスを提供されるようになった。その中で、本稿で特に注目しているのが「コミッショニング」という概念である。

直訳すれば、「委託」「委任」であるが、そのような意味では使われていない。英国内閣府の2010年グリーンペーパー²⁾によれば、コミッショニングとは、「地域住民のニーズを把握し、適切なアウトカム（成果の実現）を設計し、達成するサイクルである。サービスは公共、民間、あるいは市民社会のどの部門が供給してもよい。」と説明されている。そして、コミッショニング・サイクルには次のような段階が含まれるとしている。

- (1) ニーズのアセスメント
- (2) 優先すべきニーズとアウトカムの識別
- (3) これらのアウトカムを達成するための仕様の設計
- (4) この仕様に適合する供給者への委託
- (5) アウトカム実現のためのマネジメント
- (6) モニタリング、見直し、そして将来のコミッショニングに役立てるサービス提供からの学習

また、この(1)～(6)のような活動を行う主体を「コミッショナー」と呼ぶが、コミッショナーは基礎自治体に限らないという。同ペーパーでは、「コミッショナーは、多くの場合、サービス供給者や市民とパートナーシップをもちつつ公共機関が担うが、私的予算や参加型予算といった仕組みと共に、多くのサービス分野で個人や地域コミュニティがコミッショナーとしてますます強力な役割を果たすようになっており、市民社会団体がこのプロセスを促進し支援する役割を果たしている。」としている。

厳しい財政赤字の対策としてリエイブルメントを置くならば、まさに「介護が要らない状態に回復」させることによって社会サービスが必要にならない状態を維持することがアウトカムの一つになる。Wigan 市では The Deal と名付けられた改革によってリエイブルメント・サービスを導入し、利用者の65%をケアパッケージが不要な状態にまで回復させ、コミ

コミュニティの中で活動的な生活が送れるようにした。それにより、2011年から2015年の4年間で2,500万ポンドの歳出削減を果たしているが、その際、まさに福祉組織や専門職とアウトカムなどを改める「Deal=取引」を結び直している。

かつてはWigan市でも、ソーシャルワーカーはケアパッケージやサービス内容の紹介、施設入所の案内などサービスに繋ぐことが仕事であると考えており、コミュニティ組織やチャリティなどのボランティアセクターを活用するという点に関しても限定されていた。また、健康上の問題、あるいは、サービスを必要とするものの予防、それから、そのサービスを必要とすることをできるだけ遅らせるというようなフォーカスも限定されており、wellbeingやQOLなど、その人自身が自分の生活のことをどう感じているのかへの焦点はおそくなかったという。それを基礎自治体の仕事はwellbeingの促進、コミュニティづくりであると明確にし、一方で、ソーシャルワーカーにはソーシャルサービスのニーズだけでなくその人を見ること、まずはリエイブルメント・サービスの活用を考えること、ヘルス専門職との連携、コミュニティに存在する多様な資源の活用などを求めた。これほどの大きな変更であるから、取引を求める必要があったのであろう。新たなパートナーシップの構築によるコミッショニングである。

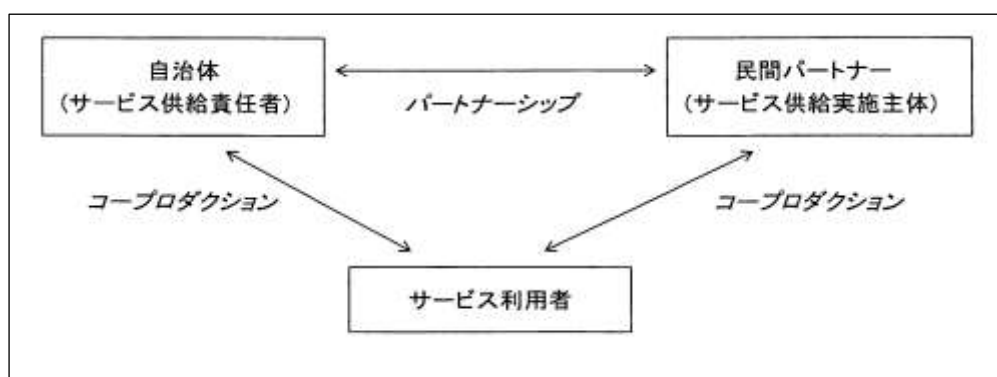
(3) 多様な主体、利用者といかに協働するか

オランダやドイツのように、我が国でパラダイムシフトを起こし、狭義の「自立支援」をアウトカムにするのであれば、少なくとも多数の経営主体が担う介護事業者と、そのケアマネジメントを担う地域包括支援センター（今や7割以上のセンターが委託である）とのパートナーシップが成否を握るといっても過言ではないだろう。

しかし、北大路⁹⁾が、「行政が当初計画したサービスを確実に提供し、目的達成を確かなものにするためには、代理人に対して詳細な仕様を示しこれを着実に実行することを要求したくなる。しかし仕様が詳細であるほど、民間代理人の創意工夫が生まれにくくなり、民間のマネジメント能力を生かした費用対効果の向上が難しくなる。逆に民間代理人に丸投げするようであれば、当初のサービス目的の達成が危うくなる恐れもある。」と述べているように、実際には難しいことである。地域包括支援センターは指定事業者ではなく委託関係であるから、比較的容易であると考えられるが、一方で一度、ある法人に委託すれば、その自治体において地域包括支援センターの競争状態は失われ、また委託した以上、自治体の担当職員は削減されることになり、ノウハウも失われる。新たに委託可能な法人が手を上げない限り競争状態は回復しないから、競争による質の向上も望めないことになる。中には、自法人の経営の都合を優先したケアマネジメントを実施するなど、自治体の意向に沿わないセンターも存在するが、自治体では安価な委託料で委託しているため、だからといってどうにもできないという声さえ聞く。

また、「介護が要らない状態に回復」に至るには利用者や家族の意思、努力、協力が不可欠であるから、彼らと協働（コプロダクション）することも、このアウトカムにおいては極めて重要である。図表8はそれらの関係を図示したものである。

図表 8：協働の 2 種



出典：北大路信郷「作戦ロジック・モデルの作成と活用～社会的インパクト評価用ロジック・モデルとの違いを踏まえて～」評価クォーターリー（2018）

とはいえ、我が国も要支援者に限定すれば、既に狭義の「自立支援」の実現するための制度は整っていると考えている。以下は、オランダ、イギリスの制度・組織と類似している日本の制度、組織、事例を大胆にまとめたものである。

図表 9：オランダ・イギリスの制度、組織と日本との比較

オランダ・イギリス	日本	コメント
Welzijn（蘭） （Lelystad 市の 福祉組織）	地域包括支援センター（委託） ＋社協 ＋国保診療所	岩手県金ヶ崎町の保健福祉センター＋診療所などが類似（医師がセンター長兼所長）。日常的に医師と保健師、福祉職が情報交換。
SWT（蘭） （自治体によって機能は異なる）	地域包括支援センター ＋地域ケア会議 ＋生活支援コーディネーター ＋民生委員	秋田県小坂町の地域包括支援センター（人口 5,000 人の町に 13 名のスタッフ。生活支援コーディネーターも所属する）などが類似
リンクワーカー、 ケアナビゲーター（英）	社協 CSW ＋生活支援コーディネーター	Wigan 市の地域資源開発は、愛知県豊明市の生活支援体制整備事業、保険外サービス開発に類似。
リエイブルメント チーム	通所型サービス C （短期集中予防サービス）	新規の要支援者は基本的に通所型サービス C が利用されている愛知県豊明市などがイギリスに類似。

出典：筆者作成

すなわち、オランダにおける保険給付から事業への移行は介護予防・日常生活支援総合事業に該当し、Lelystad 市の SWT の設置と地域での会議の開催、ビルドアップワーカーは、それぞれ地域包括支援センターと地域ケア個別会議、生活支援コーディネーターに該当する。また、イギリスにおける Wigan 市の The Deal に代表されるコミショニングはやはり地域ケア個別会議や生活支援体制整備事業などを通じた新たな官民のパートナーシップであり、リエイブルメント・サービスは通所型サービス C である。

そこで以下では、我が国の介護予防・日常生活支援総合事業の先進事例とされ、以上を全て実施し、確かなアウトカムも上げている愛知県豊明市の松本小牧課長補佐へのヒアリングから、豊明市がわずか数年で「自立支援」に向かっていったプロセスをまとめる。

5. 豊明市の介護予防・日常生活支援総合事業の構築プロセス（ヒアリングより）

(1) 豊明市の課題意識

豊明市は平成 18 年度以降、平成 27 年度に介護予防・日常生活支援総合事業の検討を開始するまで、要支援者数は後期高齢者数の伸びをはるかに上回る勢いで増えていた。

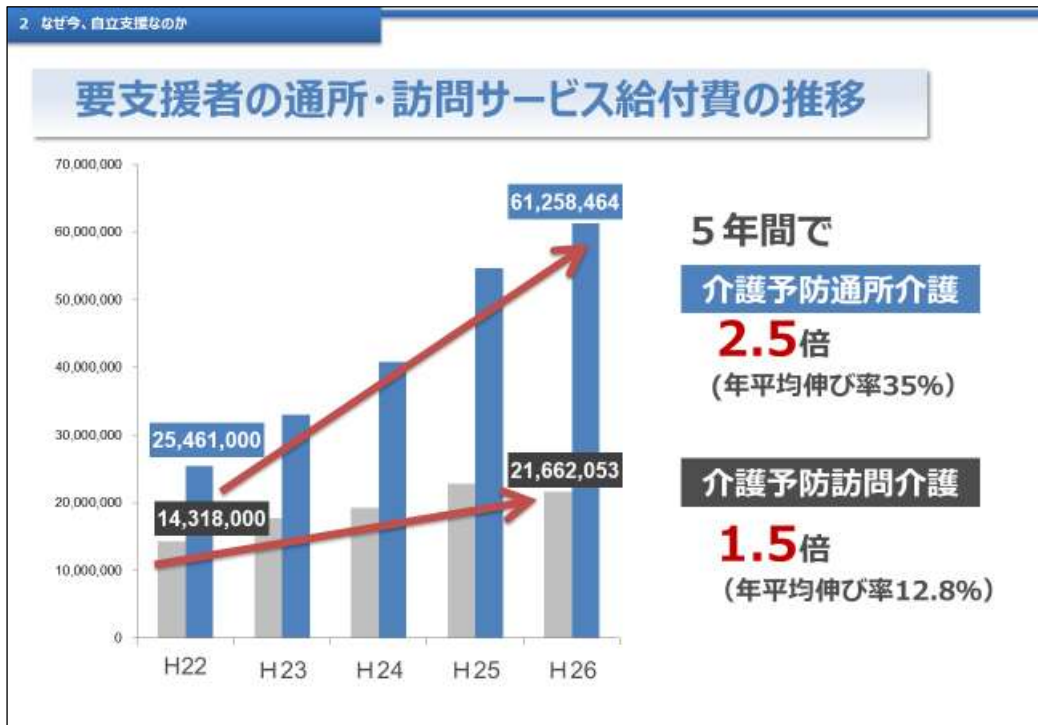
図表 10：豊明市の高齢者と認定者数の推移



出典：豊明市作成資料

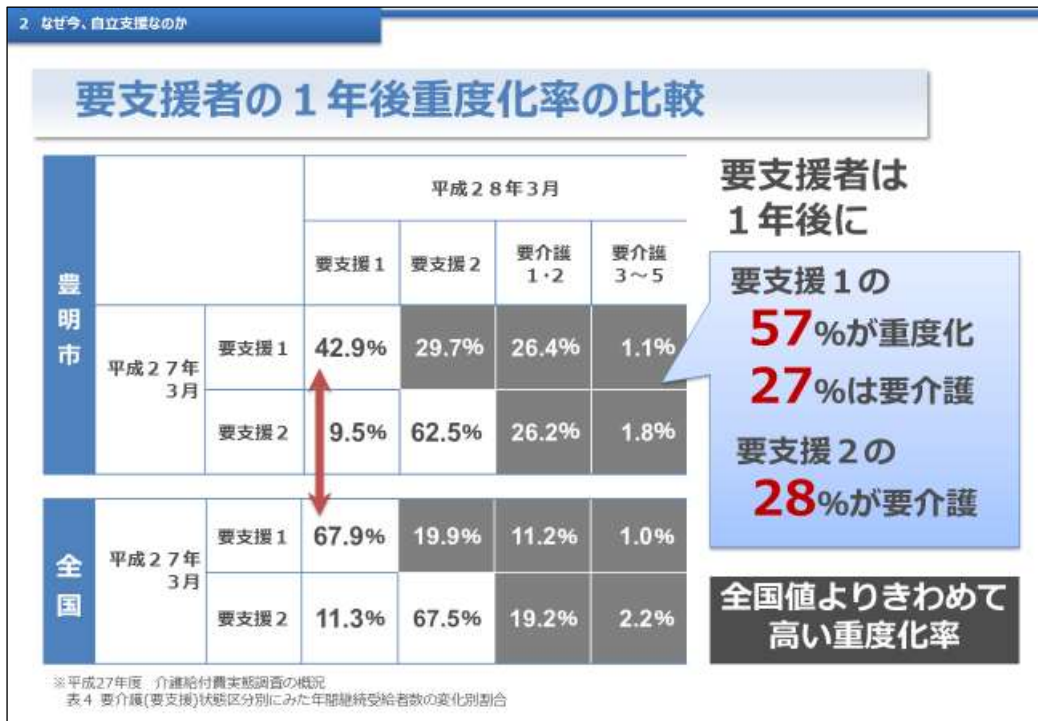
また、要支援者の給付費は、介護予防通所介護は5年間（平成 22～26 年）で実に 2.5 倍、年平均伸び率は 35%に増加していた。介護予防訪問介護についても 5 年間で 1.5 倍、年平均伸び率は 12.8%であった。さらに、要支援者のサービス利用 1 年後の重度化率は、要支援 1 が 1 年後も要支援 1 を維持している確率は 43%で約 6 割は悪化。要支援 2 も 4 分の 1 は要介護に悪化しており、予防給付の増によってその成果が出ているどころか、むしろ全国平均と比べても極めて高い重症化率であった。松本小牧課長補佐は、介護予防・日常生活支援総合事業を開始する以前、豊明市は特別に何も行っていない一般的な自治体ないし、それ以下の自治体であったと強調していたが、確かに数字はそれを表している。

図表 11：豊明市の要支援者の通所・訪問サービス給付費の推移



出典：豊明市作成資料

図表 12：豊明市の高齢者と認定者数の推移



出典：豊明市作成資料

(2) 豊明市の介護予防給付の状況把握

そのような豊明市であったが、介護予防・日常生活支援総合事業の上限が移行前の実績額に後期高齢者の伸び率を乗じたものとされたため、この伸びが続けば上限を突破し、その分を一般財源で賄わなければならない事態に陥ることが予想された。そこで、介護予防通所介護の事業所について調査したところ、豊明市内には介護予防通所介護の事業所が少なく、利用者の大半は市外の事業所に通っていることを把握した。また、市民にはリハビリデイとも呼ばれる入浴や食事が無い運動特化型デイ（半日型）が人気で、運動特化型デイの事業所の急増とともに利用者も増えてきたと考えられ、利用者のニーズに合致しているが、供給が需要を生む構造が見て取れた。

さらに、介護度別年齢構成割合を調べたところ、豊明市では全国平均、愛知県平均と比較して要支援者の構成年齢が若いにもかかわらず重要化率が高いこともわかった。比較的若い人がサービスを使っているのに悪くなることも課題であると思われた。

(3) 介護予防・日常生活支援総合事業で課題を解決する

介護予防・日常生活支援総合事業は、市町村の工夫で全国一律の基準・内容とは異なる独自のサービスを提供することが可能である。そこで、これを活用することにより課題を解決できると考え、平成28年3月に総合事業に移行した。

まず、豊明市は国のガイドラインや先行事例を参考に、通所事業の「まちかど運動教室（一般介護予防）」を中心に据え、短期集中的に理学療法士による専門性の高いリハビリを行い、廃用症候群からの早期脱却を目指すプログラムにした。リエイブルメント・サービスに類似した内容の短期集中のサービス利用で状態を引き上げ、その後、地域の運動教室に通って、半年後、1年後とステップアップしてもらおうという設計である。地域の公民館などで行う運動教室は2年ほどで約20ヵ所開設でき、そこにインストラクターを派遣した。週1回開催で申し込みは不要としたところ、自由参加で1時間の運動ができるので大変人気が出た。また、通所事業を終了した市民が自主的に運動できるよう、専門職と住民ボランティアが協力して作ったオリジナル体操のDVDも2年がかりで制作した。これであまうまくいくだろうという目論見であった。

(4) 関係者の戸惑い

ところが介護予防・日常生活支援総合事業への移行直後、関係者から次のような戸惑いが寄せられた。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・デイサービスに通い続けることで元気を維持している。終了があるなんて考えられない・本人は、まだデイサービスほどではないと行きたがらないが、家族は、本人に一日中どこかに通っていてほしいと希望されている・移動の足がないので、デイサービスをやめたら行く場所がない・友達が通っているからと、〇〇デイサービス（機能訓練デイ）に行きたいと希望される・ヘルパーの生活援助は、自宅での生活が続く限り最低限必要なサービスである |
|--|

関係者の協力を得られなければ、当然、市のコンセプトどおりにはいかず、成果も出ない。そこで改めて、本人にとって「何が課題」で、サービスによって「何をを目指す」のかを考え

るようになった。

その結果、要支援者のケアマネジメントこそ難しいということがわかってきた。たとえば、廃用症候群から脱却するには「活動的な生活」を送る必要があるが、そもそも本人の「もう一度できるようにになりたい」という「意欲」が欠かせない。また、今までソファに横になってテレビばかり見ていた生活を活動的に変えてもらうとすれば、その人の生活スタイルにアプローチし、行動変容を促さなければならない。何より「家の外の生活」を本人が望んでいる場合、それを提供できない限り、デイサービスのみが外出先となれば、その利用はエンドレスになる。一方で、この状況でデイサービスの終了を強行すれば、活動量が足りず重症化してしまう可能性が高い。

(5) 豊明市が目指す地域包括ケアの方向性

そこで、関係者が話し合う場として、市が主催する「多職種合同ケアカンファレンス」、いわゆる地域ケア会議を月に2回行い、3~4症例の検討をすることにした。

図表 13：豊明市の多職種合同カンファレンス

2. なぜ今、自立支援なのか

多職種合同ケアカンファレンス (保険者主催の地域ケア会議)

市が主催する症例検討会議 (地域ケア会議)

【目的】
自立型ケアマネジメントの強化
多職種の視点によるケアの質の向上

【頻度】
要支援・事業対象者 (月1回)
要介護 (月1回)

【司会】
・要支援 - 高齢者福祉課
・要介護 - 主任ケアマネ・包括職員

【参加者】
包括職員、ケアマネジャー
集中リハ事業所 (リハ職)
医師、薬剤師、PT、OT、ST、栄養士
保健師、看護師、歯科医、歯科衛生士、
生活支援コーディネーター ほか多数



本人情報	74歳女性	
世帯構成・住環境	長男単独4人、戸建 (三姉弟三姉) 6年前に埼玉県から名古屋→現在所へ	夫は6年前に死去
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度/A2 認知症高齢者の日常生活自立度/L1	要支援2→事業対象者
医療	難病性遺尿症、骨髄腫、うつ病/みずのクリニック1回受診 高血圧、腎臓病/緑十字病院	4/4歳3歳児に治療 16(保大)→4/25は村 病院→みずのへ
服薬		
基本チェックリスト	運動3/5、栄養0/2、口腔0/3、関心0/2 認知症0/3、うつ0/5	
公的サービス	元気アップ集中リハ	4回まで予約が埋まっている
非公的サービス		
一日の過ごし方	散歩を日課とし、近所の病院や孫の世話 (小学生) をしている。家族以外の他者との交流少ない 趣味に馴染がある	趣味はカラオケ・茶 道・華道・琴・花の 手入れ・旅行
総合的課題	デイケア終了後の生活変化から筋力低下、社会生活の低下が心配される。	
目標とする生活	①孫とひまわり代に遊ぶ ②新しい人間関係ができる 1日：毎日少しずつ散歩の距離を伸ばす 1年：一人で乗り物に乗る覚悟程度へ遊園地を見に行き	難しい興味あり

出典：豊明市作成資料

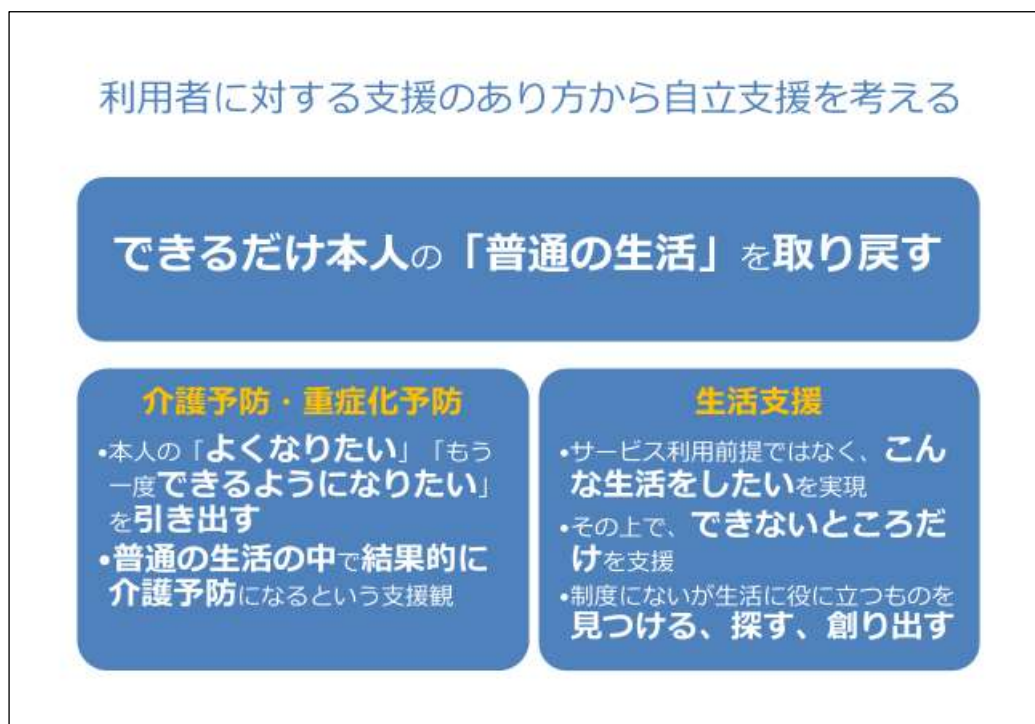
参加者は、包括職員、ケアマネジャー、集中リハ事業所 (リハ職)、医師、薬剤師、PT、OT、ST、栄養士、保健師、看護師、歯科医、歯科衛生士、生活支援コーディネーターほか多数で、毎回30~40人集まる。

このカンファレンスにおける議論のポイントは、次の二つである。

- ① ありがたい姿、目指す姿をきちんと描いていますか？
- ② 本気で解決しようと思っていますか？

何を課題として、どうしようとしているのか。ありたい姿は何なのか、現状とのギャップを見極め、そのギャップを解決できるサービスなのかどうかを関係者で考える機会ができた。単に外出をデイサービスに、家事をヘルパーに置き換えただけでは、重症化を予防するという課題を解決できない。そもそも自立した生活を取り戻す「課題解決型のサービス提供」になっているのが大事であることの共有が進んだ。どの要素ができなくなって今の状態があるのか、その人の自立支援とは何だろうか、普通の生活とはどんな生活なのか、どこまで機能を回復させればいいのかを皆で考えるカンファレンスに発展した。

図表 14：豊明市における「自立支援」



出典：豊明市作成資料

カンファレンスを繰り返すうちに、豊明市が最初にコンセプトとした「リハビリ集中介入期→回復期→生活期」というスリーステップによる支援プログラムが間違っていたこともわかってきた。高齢者は、最初に落ち着いた場所から次の場所に通うように言われても、急には変わらない。これまでの暮らしの中でできていたことができなくなったときに専門的な支援が入ると、一時的に活動が再開する。そこでさらに専門的な支援を追加しようとするのではなく、目指すべきは以前の暮らしを取り戻すことであった。

以前の暮らしの活動をベースにした支援を続け、それが定着した時に専門的な支援のストップできる。介護が要らない状態までの回復は単に筋力などが向上すれば実現するものではなく、日常的な活動を増やしていくような支援が大切で、そのために役に立つものを把握していなければならない。カンファレンスを繰り返すことにより、地域包括ケアを実現するためには、地域のあらゆるものを活用していく考え方が定着していった。それらを見つけ、探し、なければ創り出す生活支援コーディネーターの重要性にも気づくことができ、行政職の自治体職員であっても、どのようなケアプランが良いプランかわかるようになっていた。

図表 15：豊明市の現状とこれから①

2つのケアプラン、どちらが「普通の暮らし」ですか？

地域の集会所でやっている趣味の手芸サークルに参加していたが、日にちを間違えて参加するのを忘れてたり、手芸材料の買い物や、集会所までの歩行が難しくなってきたため、そろそろやめようと思っている。

ケアプランA

訪問介護



通所介護



手芸サークルの代わりに、デイサービスを利用。ヘルパーによる家事援助




ケアプランB

手芸サークルを継続



サークル仲間による行き帰りのサポートにより参加継続

宅配サービス



ご近所のサポート



出典：豊明市作成資料

図表 16：豊明市の現状とこれから②

現状



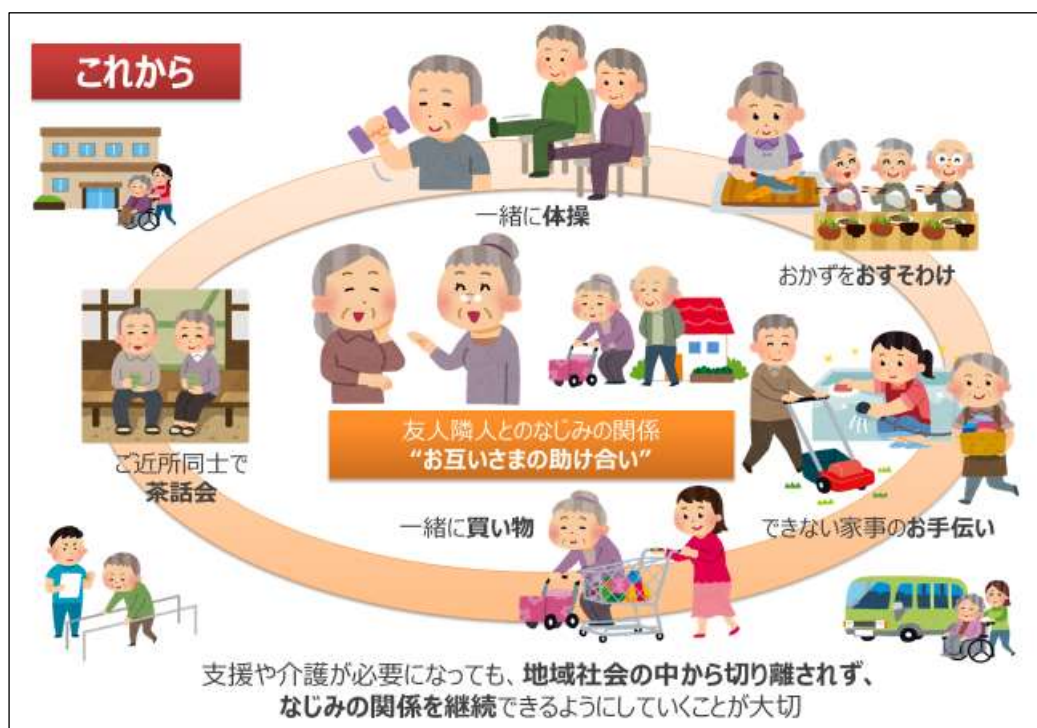
支援や介護が必要になると、友人・隣人関係は希薄になり支援を受けるだけに

これまでの地域とのつながりは疎遠に？

専門職サービスはあるけど・・・

出典：豊明市作成資料

図表 17：豊明市の現状とこれから③



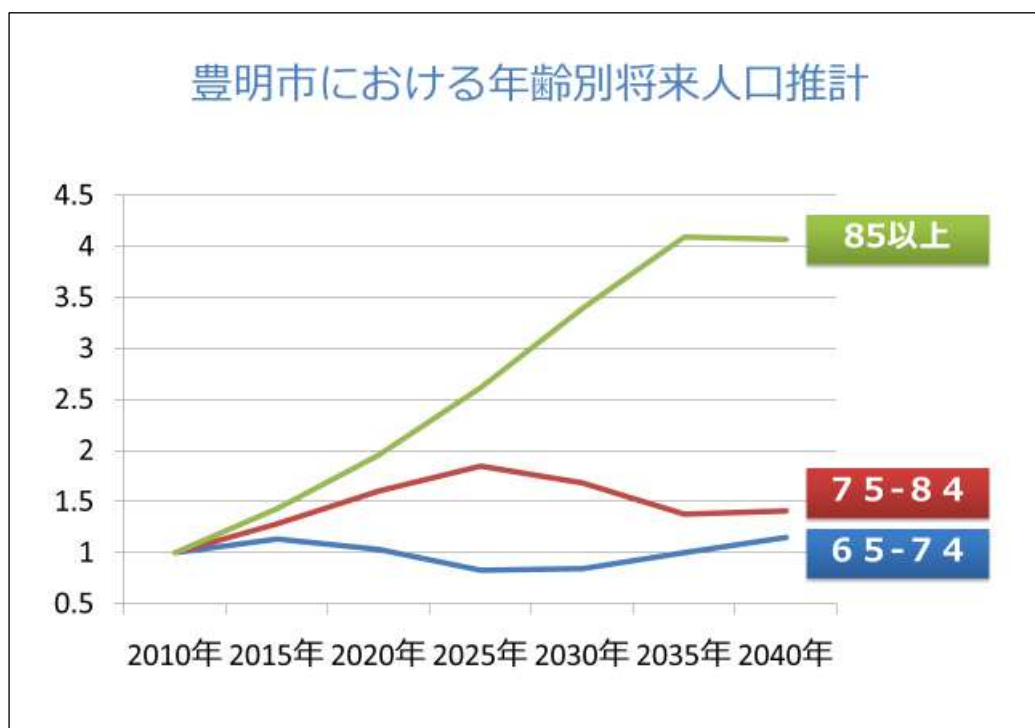
出典：豊明市作成資料

(6) 「ないものねだり」から「あるものさがし」へ

豊明市の年齢別将来人口の推計では、2035年までに85歳以上が4倍も増える一方、65～74歳と75～84歳はそれほど大きく増えない。一方で、年齢別の要介護認定率を見ると、75歳を超えて要介護認定を受けているのは約1割。80歳を超えると4分の1弱。85歳を超えると約半分弱、90歳を超えると約7割になる。つまり、要支援者、要介護者は85歳以上が大半で、今後、介護需要は数倍にもなると考えられる。

このような現状で資源の無駄遣いはできない。「ないものねだり」をして新たなものを作ろうとしても課題は解決せず、「あるものさがし」をし、地域全体の役割の最適化を考えるべきである。地域には、行政が提供しているものだけでなく、協同組合や民間企業が経営しているものなど様々な資源がある。これなら高齢者も使えるのでは思いながら、地域をくまなく見ることが大切である。

図表 18：豊明市における年齢別将来人口推計



出典：豊明市作成資料

(7) ふつうの暮らしをどう支えるか

市として、複合温泉施設の送迎バスの乗車率を向上するために協力し、生協が運営するスーパーに働きかけ、購入した商品を無料配送するサービスの創出につながった経験を経て、高齢者の暮らしにくさを解決する生活支援や健康寿命延伸に寄与するサービスを展開する市内の民間企業に市から声を掛け、協議の場を設けた。

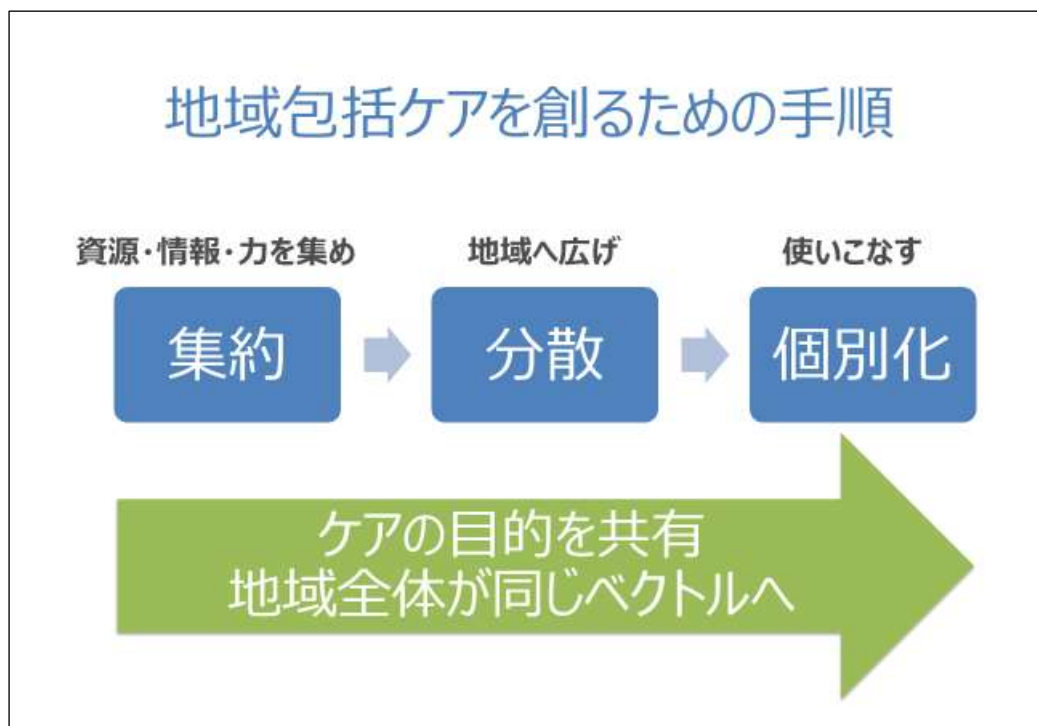
リサイクル業者、フィットネスクラブ、掃除サービス業者、食品メーカー、スーパー、天然温泉施設、カラオケ施設、学習塾、介護事業所、地域包括支援センターなどが参加し、国の動向をはじめ、市の高齢者の現状、高齢者のニーズ、現行の民間サービスの利用のしにくさなどを話し合い、その後、個別に市とサービスの協議を重ねた。民間事業者と市の連携で実現したサービスには、温泉施設で理学療法士によるリハビリ講座を行うほか、カラオケボックスを利用した体操教室、昼休みにカーブスに行けない人のための健康講座、市主催の運動教室での健康チェックなど様々ある。

民間事業者が高齢者向けサービスを開発するのは当たり前のようにだが、高齢者が何を望んでいるのか、サービス内容を高齢者にどのように伝えるのかが意外にもわかっていないという課題がある。一方、利用する高齢者も、どんなサービスがあるのかわからず、利用するきっかけがない。しかし、市は地域包括支援センターや2000人以上が参加している「まちかど運動教室」などを通じて高齢者のニーズを収集でき、その情報を民間企業に提供することで、消費ニーズを反映した高品質のサービスの創出や、利用者が使いやすい手頃な価格のサービスを開発に貢献できるのではないかと考えている。寄付やポイント割引といった従来型の社会貢献活動も良いが、高齢者の抱える生活課題を解決するサービスを創り、それが事業の収益としても成り立ち、それによって企業の価値が高まることを狙いたいと企業に話して

いる。介護保険外の民間サービスが高齢者寄りになり、そこで解決できる問題が増えて公的保険に頼らなくても生活が成り立つのであれば、その方が高齢者はより幸せかもしれないし、より元気になるかもしれない。

2017年2月15日には、民間企業・団体9社と公的保険外サービスの創出・促進に関する協定を締結した。その後、さらに増え、2019年2月現在14社と協定を結んでいる。これまでは行政がある特定の民間サービスを紹介することはタブー視されてきたが、民間企業も社会貢献活動（CSR）を積極的に実施しており、社会貢献として行っている活動との連携は難しくないと考えている。

図表 19：豊明市の地域包括ケアを創るための手順



出典：豊明市作成資料

医療関係者、大学、協同組合、民間企業・団体、住民も含め地域の資源や情報、力を集め、それを皆が使えるように分散し、地域全体に広げて個別に使いこなす。地域包括ケアの目的を共有し、地域全体で創りたいと考えている。

多職種で情報を共有すれば、その専門職の専門性に、別の視点による専門性が加わる。ケアマネジャーであってもリハビリの視点がある、栄養士の視点がある、看護師の視点があるといったように、一人に多職種の視点が生まれることになり、ケアの質が上がっていく。不足している医療介護人材を補うために、生活を支える民間業者の技術を移転することも含めて、さらなる情報共有を進めていかなければならない。

ふつうの暮らしを取り戻すことを「自立支援」と位置付ければ、視野はケアから暮らしに広がっていく。介護予防・日常生活支援総合事業は、そのきっかけとなり得ることがわかる。

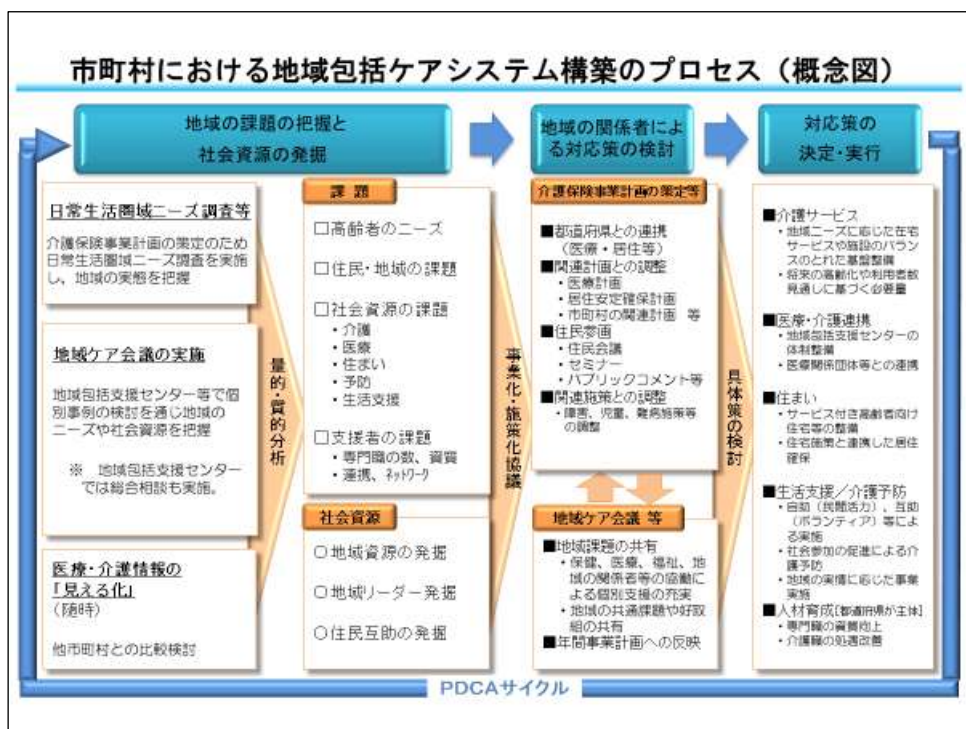
6. おわりに

オランダやイギリス、そして豊明市の介護予防・日常生活支援総合事業の構築プロセスを通じ、自治体がその責任において「自立支援」を実現するためには、ビジョンを明確にし、地域の多様な主体、専門職等とニーズや資源、課題を共有して、地域が一丸となって取り組むほかなく、そのためにはイギリスでコミッショニング・サイクルと呼ばれる以下の段階を経ていく必要があることが確認できた。

- (1) ニーズのアセスメント
- (2) 優先すべきニーズとアウトカムの識別
- (3) これらのアウトカムを達成するための仕様の設計
- (4) この仕様に適合する供給者への委託
- (5) アウトカム実現のためのマネジメント
- (6) モニタリング、見直し、そして将来のコミッショニングに役立てるサービス提供からの学習

そのためのツールとして、厚生労働省は地域包括ケアシステムの構築のプロセスの概念図で、地域の多機関多職種が個別事例を検討し、地域のニーズや社会資源を把握する地域ケア会議の実施が必要であることを示しているが、それはオランダでもイギリスでも同様であった。

図表 20：市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）



出典：厚生労働省作成資料

なお、平成 29 年 5 月 26 日に成立した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法

等の一部を改正する法律」では、安倍総理の発言等を受け、財政的インセンティブの付与など高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に向けた保険者機能の強化が図られるとともに、地域共生社会の実現に向けて市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作りなどを図ることとされた。

図表 21：地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント	
平成29年5月26日成立、6月2日公布	
高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。	
I 地域包括ケアシステムの深化・推進	
1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組みの制度化 ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定、計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載 ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設 ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備 <p>（その他）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の表紙づけ等） ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定推百の仕組み等の導入） ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を精度上明確化） 	
2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）	
<p>① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設</p> <p>※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用することとする。</p> <p>② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備</p>	
3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化 ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける <p>（その他）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等） ・ 障害者支援施設等を遷移して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する際の市町村を保険者とする。） 	
II 介護保険制度の持続可能性の確保	
4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）	
5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では「総報酬割」（報酬額に比例した負担）とする。 <p>※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年6月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年6月1日施行）</p>	

出典：厚生労働省作成資料

ここで地域共生社会とは、「制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会（平成29年2月7日 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部資料）」である。

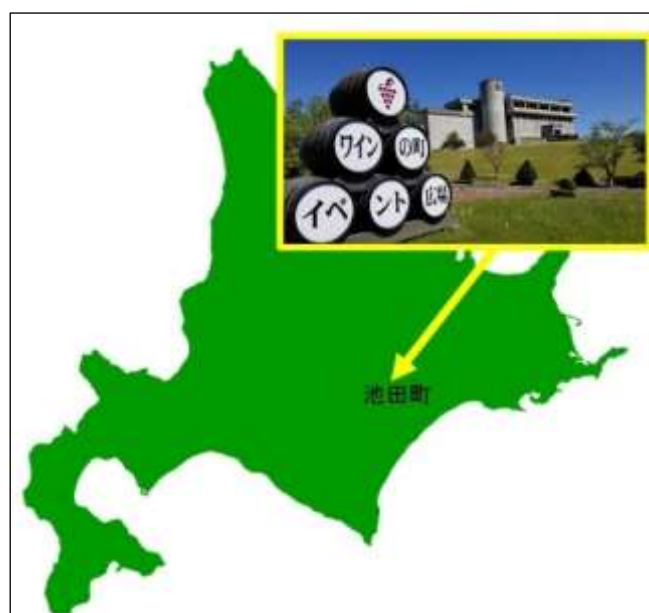
つまり、オランダ国王の演説にある「参加型社会」「介護や社会サービスが密着して一貫した形」と同じ方向に我が国も向かっている。今後、制度上の縦割りも改善が図られていくことであろう。となれば、その実現の成否は自治体次第ということになる。制度は単なる道具に過ぎない。道具に使われるのではなく、使いこなす自治体になれるかが鍵である。

【注】

- 1) 愛知県豊明市の平成29年度の通所型サービスの新規利用者は81名。そのうち74%が通所型サービスC（元気アップリハ）を利用し、7割が介護が要らない状態までの回復を果たした。半年経過後も、そのうち8割が状態を維持できている。
- 2) 英国内閣府「コミッションの近代化：公共サービス供給における慈善団体、社会的企業、共済、協同組合の役割拡大」（2010）
- 3) 北大路信郷「府省におけるプログラム評価活用の可能性、意義と課題」評価クオーターリー（2015）

7. 北海道池田町における介護予防・日常生活支援総合事業の取り組み

東京家政大学人文学部教育福祉学科准教授 松岡洋子



(池田町・池田町社会福祉協議会提供)

池田町は十勝平野のやや東よりに位置する、人口 6,803 人（高齢者 2,849 人、高齢化率 41.88%、3400 世帯。平成 30 年 3 月現在）の自治体である。前年度から人口は 130 人減り、高齢者も 15 人減少して高齢化率は 0.57%アップし、世帯数は 23 世帯減少した。高齢者人口の減少が始まっている自治体であり、介護予防運動をとおして新しい支え合いの文化を作っていこうとしている。

十勝ワインには「清舞（赤ワイン）」「山幸（赤ワイン）」などがあり、いずれも池田町から生まれたものであり、丸谷金保町長が昭和 30 年代に始め、39 年にハンガリーの国際ワインコンペティションで銅賞を受賞したことで一気に有名になった。池田町には立派なワイン城があり、ワインタクシーが走り、毎年多くの観光客を集めている。ちなみに「ドリームズ・カム・トゥルー」の吉田美和の出身地でもある。

池田町では「ふまねっと健康教室」「LOREN 支えあいパートナー事業（生活支援）」「移動支援」を住民助け合い活動（総合事業）の 3 本柱としている。平成 22 年 7 月に完成したボランティア・町民活動支援ルーム「ROCOCO（ロココ）」の存在も大きい。要支援認定者の減少など確実な成果を出しつつ、新 5 ヶ年計画（平成 30 年～平成 34 年）では、0（ゼロ）次予防に取り組むことを掲げ、新しい大きな一歩を踏み出している。

1. 池田町の歴史と総合事業の概要

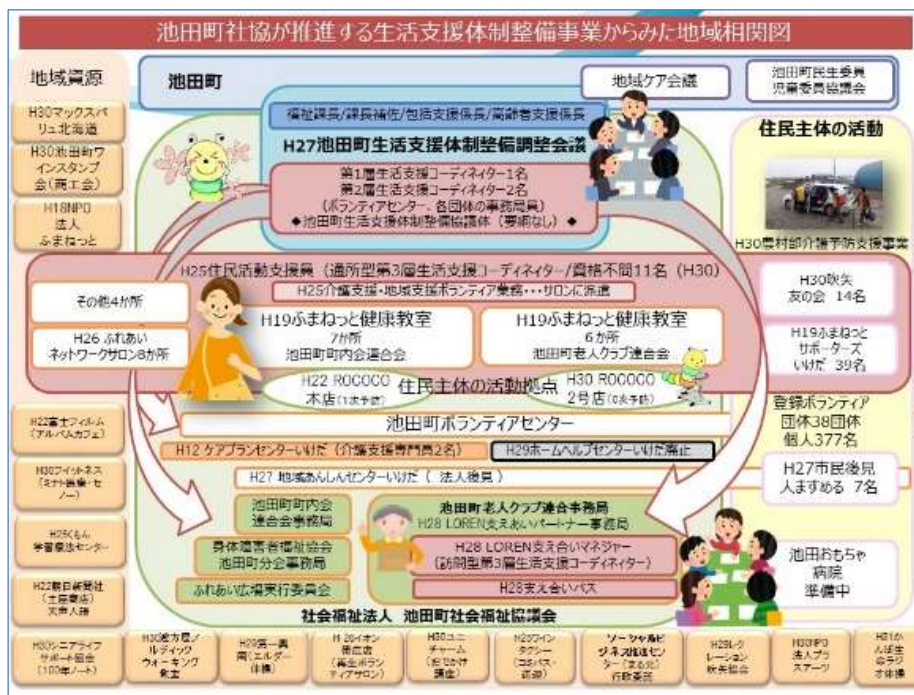


図表1 池田町の人口推移（地域包括ケア『見える化システム』厚労省 HP より）

池田町では人口減少が年ごとに進んでおり、2025年に団塊の世代が75歳を迎える時には、高齢者人口と生産人口が逆転することが予想されている。

現在の高齢化率は41.9%である。40%を超えると地域の担い手である町内会役員や老人クラブ役員も高齢化する一方、65歳を超えて仕事をしている人が増えているために、地域の日常のおつきあいが困難になってくる。また、仲良くしていた人の死亡、認知症の問題が起き、サークル活動や団体活動は難しくなって「もうやめようか」ということになる。

さらに、支援が必要になって介護サービスを利用するようになると住民の関係性が希薄になり、支援を受けるだけの一方通行の人間関係になってしまう。そこで、友人・隣人との「お互いさま」の助け合いの輪を広げていくことで、支援が必要になってもこれまで通りの関係性を続けることができる『新しい支え合いの地域づくり』が重要であると考えている。総合事業の考え方は、要支援者の受け皿としてのサービスを作っていくのではなくて、もともとの生活環境の中にある助け合いや人付き合いを大切にしていく（壊さない）ことが基本になっている。



図表 2 池田町社協が推進する生活支援体制整備事業からみた地域相関図（池田町・池田町社会福祉協議会提供）

池田町では、池田町社会福祉協議会に生活支援体制整備事業を委託する形をとっているが、理由は平成 27 年時点で通いの場を創出するシステムができていたこと、日常的に町内会・老人クラブ・ボランティア団体等とのつながりが深いこと、居宅介護支援事業を持っており地域の介護ニーズにも通じている点などがある。佐藤智彦事務局長が池田町とタグを組んで進めている。

平成 27 年 4 月に生活支援体制整備事業を開始し、総合事業は平成 28 年 3 月にスタートしたが、平成 19 年から「介護予防ふまねっとプログラム」を導入して介護予防に取り組んでいる。さらにさかのぼると、この町では昭和 47 年から全国に先駆けていきがい対策事業を始めている。ワイン町長と言われる丸谷町長が、「いきがい課」を新設し、お年寄りのいきがい対策を始めた。「いきがい焼き」という陶器づくりは今も続いている。

現在、「ふまねっと健康教室」「LOREN 支えあいパートナー事業（生活支援）」「移動支援」が総合事業の 3 本柱を構成し、3 層生活支援コーディネーターは前者二つに、1 層・2 層コーディネーターは池田町社協に配置されている。

2. 介護予防・日常生活支援総合事業等の内容とアウトカム

(1) 通いの場：「ふまねっと体操教室」や多種多様なサロンが 40 ケ所

通いの場として、池田町には「ふまねっと健康教室」が町内（人口 6,803 人）に 19 ケ所（町内会館）あり、町内会連合会によって運営されている。定期的に取り組んでいる人は 344 人で平均年齢が 80.1 歳、最高齢者が 100 歳である。平成 29 年には参加者の平均年齢が 79 歳に下がり、予防のために早めに取り組む人が増えていることが示された。「ふまねっと健康教室」の歴史については、あとで詳述する。



写真：町民主体による「ふまねっと運動」の様子



図表3 介護予防活動の量的数値化：通いの場の数と参加者（池田町・池田町社会福祉協議会提供）

そのほか、「卓上サロン（第2・4水曜日）（将棋・囲碁）」、「ふれあいマーじゃんサロン（第1・3水曜日の午前）」、「再生ボランティアサロン（第1・3水曜日の午後）」ではペットボトル（フタ）の数を数える。「くもん脳トレ健康教室（毎火曜日）」では若手の丸つけボランティアが協力し、「天声人語サロン」では天声人語を書き写すことによって、時事力・文章力・記憶力・継続力のアップに挑戦している。「知識力アップサロン」や「健康吹矢サロン」もあり、実に多種多様である。これに加えてふれあいネットワークサロンが8ヶ所あり、一般介護予防の通いの場は全体で40か所に及ぶ。誰でも参加でき、平成29年度の年間のべ参加者数は12,776人にもなっている。



写真：ボランティア・町民活動支援ルーム『ROCOCO』

<ROCOCO(ロココ)>

サロンは「ボランティア・町民活動支援ルーム『ROCOCO（ロココ）』」で行われていることが多い。「ROCOCO」は旧道立保健所を改装したものであり（平成 22 年 7 月）社協も同じ建物に入っている。「住民主体の活動を繰り広げるための拠点」であり、入口は大きなガラス戸にしてオープンで入りやすいイメージにこだわった。

その後、平成 26 年 10 月より町内（市街地）を約 40 分で巡回する町営コミュニティバス（1 回 100 円、1 日 200 円、定期 1,000 円、コミバスと略す）を作り、利用者は年ごとに増加して平成 27 年度には約 3 倍に増えた。現在の利用者は月 300 名を超えている。65 歳以上の高齢者数は 2800 人の約 10%に相当する（高齢化率 41.3%、平成 29 年 5 月）。

(2)「支えられたり、支えたり」の関係をつくる「LOREN 支えあいパートナー事業」

3 本柱のひとつである「Loren（生活支援）支えあいパートナー事業」は、ゴミ出しや電球交換などなど、いわゆる生活支援を提供する支えあいである。専門性・継続性・緊急性のない 30 分程度（200 円）の生活支援をチケット制で提供する。池田町でこの支え合い事業を担うのは、老人クラブ連合会である。

池田町老人クラブは、会員数 796 名、17 単位クラブから成る組織である。約 10 年前には会員数 1500 名であったが 800 名まで減少し、17 単位クラブの一部が解散の危機に見舞われるようになった。社会福祉協議会が事務局を務めており、話し合いを重ねるなかで、それまでにあった「友愛活動」を発展させて「Loren 支えあいパートナー事業」が生まれた。

はじめの説明会は、平成 27 年 6 月に開かれた。その後役員だけではなく、単位クラブ毎に巡回して説明をしたが、「会費を払わない人までお世話するのか」「行政がやるべきことではないか」という声が聞かれて意見が分かれた。説明会や意見交換会に加えて、この事業が持つ意義と内容についての講座も開いて理解に努め、ようやく平成 28 年 5 月に池田町老人クラブ連合会総会にて「Loren（生活支援）支えあいパートナー事業」が承認された。

<仕組み>

まず A さんがお手伝いを希望する場合、本人かケアマネジャーが社協（事務局）に電話を入れる。社協からマッチングを行う支えあいマネジャーに連絡が入り、マネジャーはその仕

事をしてくれるパートナーを探す。パートナーは、Aさんに希望内容を尋ねルールについて説明してから訪問する。仕事が終われば、Aさんは1回30分200円のチケットを渡し、パートナーは社協（老連事務局）に業務報告をしてチケットを提出。それがたまとワインスタンプ商品券など町内で使える商品券がもらえるシステムである。

<養成講座>

「LOREN 支えあいパートナー」になるために、養成講座（2日間10時間、講座Aと講座B）の受講を義務付けている。講座Aは介護保険制度、自立に向けたケアプラン、認知症の理解、コミュニケーション手法などが含まれ、講座Bではボランティア活動の意義についての講義やグループワークもある。

「本丸は養成講座」であり、参加者全員が意義を理解した上で「支えあいパートナー」になることに力を入れている。活動を開始する入口で、養成講座において池田町の現状の厳しさや、介護保険が目指す自立支援についてしっかり学んでもらうことが、この事業で最も重要なポイントなのである。

事業を通じての収穫は多く、パートナーさんは、実際に助けたり助けられたりすることで、**全会員が助ける側、助けられる側になる可能性があることを体感的に理解できるようになった**。また会員・非会員を問わず、池田町に住む高齢者がどんなことに困っているのか生活課題が見えてきた。また、老人クラブが解散した地区について、どんな支援をしたらいいかまで話が発展したそうである。

(3) 移動支援：コミバスに加えて、農村部では乗合タクシーを活用

3本目の柱は、移動支援である。

池田町内には、平成26年10月より町内（市街地）を約40分で巡回する町営のコミュニティバス（1回100円、1日200円、定期1,000円、コミバスと略す）があった。この巡回バスを利用すれば、市街地にある通いの場（町内会館）・役場・銀行・病院に行ける。しかし、農村部から市街地への足がない。そこで、ロココを農村部からの待合拠点として、ロココからコミバスに乗って市街地のどこへでも行けるようにした。農村部からの足の便を確保しつつ、より多くの町民がロココを知るきっかけにもなった。その結果、ロココでのサロン活動・ボランティア活動に参加する人も増えた。

ブドウ農家が多い千代田地区では、高齢者同士の自家用車乗合による助け合いがなされていた。しかし、危険が付きまとう。そこで千代田地区では町役場と話し合っ、利用日の前日までに班長が往路・復路の乗車リストをファックスして申し込む「乗合タクシー」を始めた。利用者が少なければ成り立たないので、皆で声を掛け合っ、ちょうどよい数の利用者で継続できるように町民も協力している。一方的に町に要求するのではなく、「住民は人数を集めるから、行政としてここをやってほしい」と、課題解決の主体として話し合いを進める姿勢がある。

(4) 介護予防活動による要支援認定者数・介護予防給付費の減少



図表4 高齢者人口と要支援認定者の推移 (池田町・池田町社会福祉協議会提供)



図表5 介護予防給付費の推移 (池田町・池田町社会福祉協議会提供)

池田町では、総合事業は平成28年3月よりスタートしているが、平成19年4月より「介護予防ふまねっとプロジェクト」を導入している。この活動の効果は、要支援認定者数と給付費の変化として明確に表れている (図4、図5)。

平成24年から平成29年(推計)にかけて高齢者人口は157人増えているにも関わらず(6.1%増)、新規要支援1認定者は38人から29人へ、新規要支援2認定者は15人から10人へと大きく減少している。のべ人数では、それぞれ81人から40人、72人から27人へと、

半数以下に減少している。

給付費で見れば、平成 24 年の介護予防サービス給付費が 2,363 万円であったものが平成 28 年には 1,230 万円へと 48%減少した。さらなる予防活動を展開するため、新 5 年間プロジェクトをスタートしている（4 節へ続く）。

3. 池田町における「ふまねっと運動」と住民主体性醸成の歴史

現在、「ふまねっと健康教室」は町内会連合会によって 19 ケ所（町内会館等）で開かれている。平成 19 年池田町社会福祉協議会が呼びかけて結成された「ふまねっとサポーターズいけだ」が母体となっている。

社協では、介護保険が始まり地域福祉の機運も高まっていたが、サービス量は膨らむ一方で、インフォーマルなサービスはなく介護予防の発想もなかった。「これからは介護保険のみでは間に合わない。予防に努めて、高齢者が高齢者を支える仕組みを作らなければ地域は潰れてしまう！住民が主体でなければ！」という危機感を抱いた。

そこで町内会連合会を通し住民に参加を呼びかけ、釧路市まで一泊の視察旅行を企画し「ふまねっと運動（*注 1）」を実際に体験してきた。高齢者がこの運動をマスターして町内に広めることができれば、ネットを持ち込んだ先がサロンになる。専門職が「支援する人」として一方的に提供するのではなく、「支援される」はずの住民が主役で活動すれば介護予防サロンが広がっていく。このような構想を描き、集うだけのサロンを作るのではなく、ふまねっと運動による介護予防プログラムを普及してくれる住民を育てようと考えた。サロンにおいてリーダー的な立場でその場の雰囲気盛り上げていくのは、サポーターである。体操前のアイス・ブレイクもサポーターが行ない、他の地域で始めたいという希望が出れば、その地域に出向いてふまねっと運動を教える。集まってきた人たちは、同年代の仲間がベストを着てさっそうと活躍する姿を見て、「私もサポーターのように元気になりたい！」と参加意欲が高まるそうである。

平成 19 年 4 月、社協では「みなさんの活動を側面で支えます！とにかく 5 年間つきあって！」と持ち掛け、「ふまねっとサポーターズいけだ」を立ち上げた。最初の 3 年間は新しい教室を開設する毎に利用者も増え、平成 21 年度には年間開催回数 250 回、参加者のべ 4,800 人にまで伸長した。しかしそれ以降、開催回数は 250 回前後で推移したものの、参加者数が減少を続けた。そのようななかで、約束の 5 年を越えた 6 年目を迎えた。

「続けるのか？止めるのか？」この問いに、「町で声をかけてくれるみんなに会えなくなるのは寂しい。ここまで続けてきたのだから、続けたい！続けましょう！」という声が住民から上がった。この時が本当の意味での『住民主体』の始まりであり、「丸 6 年かかった」と佐藤事務局長は言う。

「ふまねっと健康教室」は筆者も参加させていただいたが（平成 30 年 12 月）、難しくてかなり緊張した。しかし、8 マス進んで到達点にて満面の笑顔で「良くできました！」と褒めていただいた時には非常にうれしく、参加される方の気持ちやこの運動の魅力を実感することができた。

その後、平成 25 年度に「住民活動支援員」の派遣、「ボランティアポイント制」を導入して、再び利用者は増加していった。「住民活動支援員」はサポーターや参加者の体調の変化を把握する 3 層生活支援コーディネーターを兼ねている。

サポーターの仕組みはうまく進んだのだが、サポーターが頑張りすぎて「支える/支えられる」関係が感じられるようになった。これを受けてサポーターと参加者をつなぐ「住民活

動支援員」が誕生した。サポーターの体力が落ちて続けられなくなったとき、立場替わって参加者となり通い続けるためには「住民活動支援員」が不可欠なのである。

また、後継者育成の視点、また、地域の福祉課題解決に協力できる新しい層を創出していくためボランティア登録の際に地域福祉の考え方や介護保険のしくみを学ぶことを義務づけた。このことは、地域の課題を知り、活動の動機や目的を共有することに役立ち、ポイント制とともに若い層の掘り起こしにもつながった。

(*注)「ふまねっと運動」は、50 cm四方のマス目でできた大きな網を床に敷き、この網を踏まないようにゆっくり慎重に歩く運動である。いろいろなステップを「学習」し歩行のバランスをとりながら歩くので、介護予防、認知症予防の効果が期待できる。北海道でよく普及しており、運動を通して地域とのつながりや絆を深め、毎日の暮らしをゆたかにできるよう「交流」を大切にしている（開発者：北海道教育大学釧路校北澤一利教授）。

4. 0（ゼロ）次予防を目指す「新5ケ年計画」で次のステージへ

新5年間プロジェクト(H30~H34まで)
健康づくりから介護予防を目指す0次予防を池田町全域へと拡大していく。

自分自身でやりたい事を探せる環境をつくる! 情報発信は、地域資源見える化MAPを活用!

近隣町村の方とも交流。買物ついでに社会参加といきがいづくりのきっかけを提供!

セルフデイサービス(案)
 10:06 店舗着
 10:30 ふまねっと
 12:00 買物・昼食
 12:40~エルダーシステム体操等
 13:57 店舗発
 14:27 清見温泉着
 15:28 出発 帰宅

◆料金例◆
 コミバス 200円 往復分
 昼食(弁当の場合) 500円
 温泉 440円
 自己負担 合計 1,140円

社会福祉法人 池田町社会福祉協議会 公式 facebook

ROCOCO2号店
 1階は店舗。
 2階は全フロアを健康づくり・介護予防フロアに
 ※吹き抜け効果を生かして呼び込む。

拠点のコミバスで結ばれている

図表6 「新5年間プロジェクト」概要

池田町では、ロココ2号店としてマックスバリュー池田店2階全フロア(約1,086坪)を借り切り「新5年間プロジェクト(平成30年~34年)」をスタートしている。コンセプトは「室内公園(indoor park)」である。公園という名にふさわしい広さである。

マックスバリュー池田店の2階をボランティア・町民活動支援ルーム「ROCOCO(ロココ)2号店」と位置づけ、世代を超えて近隣町村とも交流し、買物ついでに健康づくり・介護予防・いきがいづくりをしてもらおうという構想である(生活支援体制整備事業)。

さまざまな体操やふまねっと運動の他に、町民の方が自由に発想する趣味活動などの場があり、1階に行けば買物・食事が楽しめるという全く新しい発想である。町の東にある清見

温泉ツアーを含む一日楽しめるコースなども検討中である(図6左側の欄参照)。町内は各拠点コミバスで結ばれているので、誰でも参加しやすい。また町内最大のショッピングセンターなので、自分で選びながら買物するという究極の自己決定行為が可能となる。

「ROCOCO2号店」では、町民の生きがいづくりにもひと工夫している。ボランティア(無償)を「キャストさん」として募集し、キャストさんにやりたい会や教室、イベントを企画してもらい、新しい自分発見の場、つながり創造の場としてもらうことを企図している。演劇では役者(キャスト)が主役であり、キャストさんのネーミングには「ROCOCO2号店という舞台で大いに役割を演じてほしい」という願いが込められている。

「介護予防応援ワインスタンプポイント(健康ポイント)」もあり、「ROCOCO 本店・2号店」が指定するサロン等に参加するとワインスタンプポイントがもらえ、これをためれば商店街各店舗で買物ができる仕組みである。ワインスタンプ会の商店で活動を広報してもらえ、商店は売上につながり、高齢者には買物の楽しみが増えてROCOCOに継続的に通いたくなって友人も増える、というシナリオである。これは、池田町商工会との初めてのコラボ事業で、行政が関わっていないのが特徴である。

平成30年スタートしたこの計画は、5年後に利用者のピークを設定している。2年ほどでピークを向かえて見直しするのではなく、より多くの町民が準備段階から参加し、住民手作りのプログラムがじつくりと増えていく「室内公園(indoor park)」を目指している。

5. まとめ

人口7000人未満、高齢化率40%を超え、高齢者の人口減少が始まっている地方自治体で、自治体・社会福祉協議会が一体となって、介護予防を通して地域づくりに取り組み効果を上げている先進事例である。

本研究では世界に視野を向けているが、そのエッセンスを踏まえて池田町についてまとめる。

- ① 危機感とパラダイムシフト：日本の平均を大きく超えて進んでいる高齢化、人口減少というマイナス要因に着目し、危機感をもって改革に取り組んでいる。危機的状況を町民にも開示して共有し、住民主体形成に役立てている。しかも、「介護保険サービス利用が住民の関係性分断になることもある」との認識は、海外におけるパラダイムシフトの基盤概念である「ウェルビーイング」につながるものである。
- ② (PLAN・DO・CHECK) 理念とビジョン等：「なぜするのか?」「何のために、誰のために?」「どこを目指すのか?」という目的を明確にし(総合事業が目的ではない)、町民に伝えようとしている。目標は予防であり、地域の資源を活用することで0次予防を始めようとしている。介護サービスに繋がらないリエイブルメントであると言える。
- ③ 町民主体性：町民の主体性を基盤とするため、時間をかけて対話し、住民が「我がこと」として自ら動き出す内発性を重視している。そのため、活動開始時の研修を「本丸」と捉えて重視している。地域福祉に長けた社協の活用がポイントであろう。ボランティア活動にヨーロッパ流の組織性は少ないにしても、地域によるであろうが、町内会・老人会といった地縁型ネットワークを大いなる資産として活用している。
- ④ 地域の資源：介護予防、生活支援から移動支援に至るまで、町民とともに町内に圧倒的な資源を開発しており、地域の強味に着眼し地域にソリューションを求める点はリエイブルメントに通じる。民間企業、商店との連携、ショッピングモールの活用などは、日本の近年の動きに共通する特徴として注目に値する。

- ⑤ 成果とエビデンス：平成 19 年からの介護予防活動の効果は、実際に要支援認定の減少、介護予防給付費の削減というアウトカムが数値でしっかりと示されている。
- ⑥ 自治体と制度活用：最適パートナーとして社会福祉協議会选择、上記内容をともに推進している。さらに、「制度に従う」ではなく、道具として賢く「制度を活用」している。ビジョンを掲げ、目的達成のために最適事業補助を適切とる賢明さである。自治体職員の方も異動することなく職務を継続していた。

本研究の全体から見て、総合事業は世界の動きに合致していることを再確認した。この事例検討（人口一万人未満の地方自治体）を通じて、日本での実践が世界とシンクロナイズしていることを確認できた。とくに、「保険制度のみではパンクする。支援が必要になってもこれまで通りの関係が続けることができる『新しい支え合いの地域づくり』が重要で、もともとの生活環境の中にある助け合いや人付き合いを大切にしていくことが重要」という言は、「制度から、地域におけるネットワークへ」のパラダイムシフトを明確に物語っている。さらに、地域の歴史や地域ニーズ、町民ニーズに合わせて世界にそんな色のない展開がなされていることは、日本の未来への希望へとつながる。こうした自治体をいかに増やしていくか、成功要因を分析してどのように横展開をしていくかが課題となる。

池田町への訪問は服部真治氏（医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長）の紹介で行なわれたものであり、原稿は「高齢者が高齢者を支える住民主体の活動（北海道池田町）」（松岡洋子『文化連情報』vol.482,pp.68-71, vol.483,pp.64-67）に、追加新資料、追加インタビューを参照して大幅に加筆編集訂正したものである。

あとがき

東京家政大学人文学部教育福祉学科准教授 松岡洋子

今年度調査においても調査員の先生方が渾身の力を込めて、分析・考察・提言して下さったので改めて全体をまとめる必要はない。しかしながら、調査研究の締めくくりとして、日本の未来を希望へとつなげるためにやわらかにまとめておきたい。

オランダ、イギリスにおける近年のパラダイムシフトの核心は、つまるところ「自立への意識づくり」であり「地域づくり」である。それは、戦後樹立してきた福祉国家からパラダイムシフトを行ない、イギリスでは「ウェルビーイング原則」、オランダでは「参加型社会」という価値観を抛り所として、新しい社会づくりに向かおうとしている創造の姿である。

まず「ウェルビーイング」であるが、これは他の誰でもない、自分自身が決めるものである。日本のように長きにわたる家父長制度の下で家族代弁が多くなったケース、ヨーロッパ福祉国家では制度の過剰整備が自己決定を曇らせたケースなど、さまざまな背景がある。しかしこれらを払拭して、そもそも「本人にとってのウェルビーイングとは何なのか」「何ができるか」「何がしたいのか」を本人自身に語ってもらおう、時間をかけて本人の声に耳を傾けよう、ということである。今年度の重要テーマである「リエイブルメント」の本質もここにあり、本報告書でも繰り返し記述されている。

だからこそ、重度化してからやってくる専門職よりも、その人の生活（暮らし）の近くにいる家族・友人・隣人のほうが、「あら、〇〇さんは花づくりが得意よ」「〇〇さんは小学校の登下校の見守りをして小学生に毎朝声をかけるのが生きがだったのよ」などその人の「力」や「気持ち」「好きなこと」を良く知っている。慣れ親しんだ地域の資源についても、専門職より、地域住民のほうがよく知っている。

そこで、「参加型社会」とは「みんなで力を合わせて良き社会をつくりましょう」ということである。が、ここでの主役は地域住民となる。参加することで、地域住民は全員が「サービスの受け手」から「支え手」にまわり、「支えられたり、支えたり」ということにもなる。

「みんな」とは人に限ったことではなく、空き家・公民館・美術館・博物館、自治体・社協・組合・社会福祉法人・営利企業、人々の思い・特技・空き時間、、ありとあらゆる地域の資源を含む。これをよく知るのも、そこで暮らしてきた地域住民である。

知恵を出し合ってこれらを総動員して、生涯にわたっての全員参加型社会(生涯現役社会)を作っていくということである。リエイブルメントや社会的処方においてソリューションを求める地域は、このような地域であろう。そして、日本ですでにチャレンジがなされていることは日本の事例で報告した。

ヨーロッパを憧れの目で見ると時代は過去のものになりつつある。高齢化率28%を超えた日本は世界から注目されている。どのようなソリューションを考えて取り組んでいるのか？という強い興味である。

幸い、本研究では、日本における総合事業の先進自治体を訪問して国際比較の視点から考

察することもできた。課題の多い日本ではあるが、それらの挑戦を知るにつけ未来に希望を感じることができた。厚生労働省でも「これからの地域づくり戦略（第 76 回社会保障審議会（介護保険部会）資料、平成 31 年 3 月 20 日）」という冊子を発行して、知識と経験の共有、対話の促進だけでなく、国への要望、協働の提案などを呼びかけている。その冊子は、「『地域づくり』のために、一緒に何ができるか議論させてください」という投げかけで終わっている。

地域に暮らす人々、自治体、国が一つになって、未来へと進んでいくためにこの報告書がお役に立てば幸いである。

最後に、一人ひとりのお名前をあげることはできませんが、この調査に協力いただきましたすべての方々に心より御礼申し上げます。

資料編

イギリス リエイブルメント関連資料

1. Reablement (リエイブルメント) を含む Intermediate care (中間ケア)
NHS
2. Deals for Health & Wellness (健康とウェルネスのためのディール)
ウィガン自治体
3. パーソナル・バジェットとダイレクトペイメント
ウィガン自治体
4. サービス提供にあたってのアセスメント「ソーシャルケアとサポートガイド」
NHS
5. サポートプラン テンプレート
Derby 自治体
6. ウィガン自治体リエイブルメント・サービス調査報告
ケアの質委員会 (CQC)
7. 2017年サマリーレポート
全国中間ケア監査

<p>1.1 リエイブルメントを含む中間ケアの基本原則</p> <p>1.1.1 中間ケアの実務者は、以下の点を保証する。</p> <ul style="list-style-type: none">● 自立やウェルビーイングを最適化するよう、連携して目標を立てる。● 文化的な違いや希望を考慮し、person-centered (パーソンセンタード、本人中心) ・アプローチを採り入れる。 <p>1.1.2 アセスメントおよび提供のあらゆる段階で、中間ケアの実務者と以下との効果的なコミュニケーションをとれるようにする。</p> <ul style="list-style-type: none">● 他の機関● サービス利用者およびその家族やケアラー <p>1.1.3 中間ケアの実務者は、以下の事項を行うこと。</p> <ul style="list-style-type: none">● 本人と協力して、その人が達成したいことを見つけ、動機付けとなるものを理解する。● 本人自身の強みを重視し、自立度回復に向けた自らの潜在性に気づくのを支援する。● 本人の知識、スキル、レジリエンスおよび自信を構築する。● 着替えや軽食の準備など、本人が活動を行うのが大変であっても、自動的に介入するのではなく、観察や指導を行うようにする。● positive risk taking (前向きな冒険) を支援する。 <p>1.1.4 中間ケアを利用する本人およびその家族やケアラーが、サービスに関する質問や懸念について、誰へどのような方法で相談してよいかわかっているようにする。</p> <p>1.1.5 本人が自らのケアや支援について決定を行ったり、中間ケアサービスを最大限活用したりできるよう、必要な情報を提供する。この情報は、たとえば以下のように幅広いアクセスしやすい形式で提供する。</p> <ul style="list-style-type: none">● 口頭で● 書面 (わかりやすい英語) で● 他のアクセスしやすい形式で (例: 点字、さらに読みやすいフォーマット)● 多言語への翻訳版で● 熟練した適任の通訳によって <p>1.2 インフラ支援</p> <p>1.2.1 地域の中で、home-based intermediate care (在宅中間ケア)、reablement (リエイブルメント)、bed-based intermediate care (施設中間ケア) および crisis response (危機対応) のすべてを提供できるよう検討する。変化する利用者の支援ニーズに応じてサービス間の移行が容易にできるよう、これらのサービスを統合された形で提供する。</p> <p>1.2.2 以下に向けて取り組むことで、中間ケアが統合された形で提供されるようにする。</p> <ul style="list-style-type: none">● サービスへ紹介する人向けの一元的な窓口● チームリーダーのような単一の責任者を含めた、サービス全体の管理体制● 単一のアセスメントプロセス● 中間ケアの目的に関する共通理解● 報告やベンチマーキング向けのアウトカム測定に関する合意したアプローチ <p>1.2.3 サービスが柔軟で本人中心となれるような方法で、中間ケアの契約およびモニタリングを行う。</p>
--

柔軟なサービスの提供に関する勧告は、home care（在宅ケア）に関する NICE ガイドラインを参照。

1.2.4 中間ケアチームはサービスを紹介する実務者と積極的に協力し、実務者が以下の点を理解できるようにする。

- サービスおよびその内容
- 他のサービスとの違い
- 中間ケアの精神、特に自立や QOL 向上への支援を目指していること
- 中間ケアは提供期間中、無料であること

1.2.5 中間ケアチーム内で効果的なコミュニケーションを促す仕組みを整備する。その中には以下が含まれる可能性がある。

- フィードバックを共有し進捗状況を振り返る、定期的なチーム会議
- 共有ノート
- チームメンバーが自らの意見や懸念を表明できる機会

1.2.6 以下のように頻繁に利用するサービスへ、中間ケアチームが紹介や関わりを行う明確な経路を持っているようにする。

- GP（かかりつけ医）
- 足の治療
- 薬局
- 精神保健および認知症サービス
- 専門医および長期リハビリテーションサービス
- 住宅サービス
- ボランティア、地域および信仰的なサービス
- 専門家のアドバイス（例：文化や言語の問題について）

1.2.7 本人が病院から地域の施設サービスまたは直接自宅へ移る際、可能であれば、中間ケア全体でスタッフを柔軟に配備するよう検討する。

1.2.8 サービス利用者の異なるニーズや状況を反映する形で、中間ケアチームが構成されるようにする。

1.2.9 中間ケアチームに、幅広い分野が含まれるようにする。中心となるチームには、以下のスキルや能力を有する実務者が含まれること。

- 中間ケアパッケージの提供
- 看護
- ソーシャルワーク
- 療法（例：作業療法、理学療法、言語療法）
- 高齢者総合的機能評価

1.3 中間ケアのニーズアセスメント

このセクションは、本人の支援ニーズのアセスメントに関するものである。アセスメントは幅広い専門職が行うことができ、たとえば様々な場所で勤務する療法士、看護スタッフ、ソーシャルワーカーなどが含まれる。アセスメントの目的は、中間ケアの支援を本人のニーズや状況に適したものにすることである。

1.3.1 特定の支援やリハビリテーションが自立生活能力を向上させる可能性が高く、また以下の点が

該当する場合、中間ケアのアセスメントを行う。

- 入院リスクがある、もしくは入院しており自立度が回復するために支援を必要としている、または
- 自宅で生活しており、病気もしくは障害によって日常生活が徐々に困難となってきている。

1.3.2 本人の状態（例：認知症）や生活状況（例：刑務所、介護施設、仮住まい）によって、中間ケアから排除しない。

1.3.3 最適な支援へ紹介できるよう、アセスメントでは本人の能力、ニーズおよび願いを特定する。

1.3.4 利用者（および、適宜家族やケアラー）が中間ケアのアセスメントおよび意思決定（例：サービスの提供場所）で積極的に関われるようにする。

1.3.5 中間ケアのアセスメントを行う際、アドボカシー（権利擁護）サービスおよび、同サービスを希望する際の連絡方法について、本人（および、適宜家族やケアラー）へ説明する。

1.4 中間ケアへの Referral（紹介）

このセクションに記載するサービスへの紹介は、医療または社会的ケアの実務者が行える。地元の状況やニーズへ応えるために、異なる地域がいかにしてサービスを設定するかによって、中間ケアの場所も様々である。中間ケアは、医療もしくは社会的ケアのコミッショナーによって、または統合業務アプローチの一環として共同で、委託できる。

1.4.1 たとえば機器や改修など必要な調整を行って、できるだけ本人の自宅で中間ケアを提供するよう検討する。

1.4.2 リエイブルメントによって自立度を向上できそうである、というアセスメント結果だった場合、在宅ケアの考慮対象だった人に対してリエイブルメントを第1の選択肢として提供する。

1.4.3 在宅ケアを既に利用している人には、見直しまたは再アセスメントプロセスの一環としてリエイブルメントを検討する。これによって、在宅ケアと併せてリエイブルメントが提供される可能性がある点に留意する。リエイブルメントを検討する際には、本人のニーズや希望を考慮し、また在宅ケア提供者と密に協力する。

1.4.4 認知症の人へ、自立やウェルビーイングを維持および改善する支援を行うためにリエイブルメントを検討する。

1.4.5 急性期だが状態が安定した人で、自宅へ安全に移るには適さない人には、施設中間ケアを検討する。施設中間ケアへの移行が2日を超えてしまう場合、成功しにくい点に留意する。

1.4.6 本人の医療または社会的ケアニーズが急増し、以下の点が該当する場合は危機対応に紹介する。

- 悪化の原因が特定されている。
- 自宅またはケアホームで支援を安全に管理できる。
- より詳細な医学的評価へのニーズが対応済である。

1.4.7 危機対応サービスは自らの目的や機能について、地域の他サービス（例：住宅やボランティア部門）による認知を高めるようにすること。つまり、以下の点を理解してもらう。

- サービスおよびその内容
- 他の中間ケアとの違い
- サービスへの紹介方法

1.5 中間ケアの開始

- 1.5.1 中間ケアの狙いや目的について本人と話し合い、それを記録する。特に以下の点を明確に説明する。
- 中間ケアは、より自立した生活を送り、自らの目標を達成し、QOL を高めるのを支援するためのものであること。
 - 中間ケアは、友人、家族、ケアラーなど、既存の支援ネットワークと協力するものであること。
 - 密に協力し自らの支援へ積極的に参加することで、最高のアウトカムをもたらせること。
- 1.5.2 本人が中間ケアの利用を開始する際には、家族やケアラーへ以下を提供する。
- サービスの狙い、方法、範囲に関する情報
 - 家族やケアラーを支援できる地域内の資源に関する情報
 - サービス利用者本人に加え、家族やケアラーが自分の願いや希望を表明する機会
 - サービスやその内容について質問する機会
- 1.5.3 施設中間ケアでは、適切な紹介を受けてから 2 日以内にサービスを開始する。中間ケアの開始が遅れることで、さらなる悪化や自立度低下のリスクが増すことに留意する。

危機対応

- 1.5.4 危機対応は必要に応じて、紹介を受けてから 2 時間以内に開始できるようにする。
- 1.5.5 アセスメントプロセスの一環として、危機対応サービスで本人の継続的な支援ニーズを特定し、また継続的な支援の手配を行うようにする。
- 1.5.6 必要に応じて迅速な診断を行えるよう、危機対応と診断（例：GP、X 線、血液検査）との密なつながりを構築する。

パーソンセンタード・プランニング（本人を中心に据えた計画）

- 1.5.7 本人の中間ケアを計画する際、
- その人の自己管理能力を評価および促進する。
 - 本人に計画の内容を伝える。
 - 本人の情報を共有するには、その人の同意が必要であることを留意する。
 - 中間ケアは短期的なサービスであることを本人に伝え、その後何が起こる可能性が高いか説明する。
- 1.5.8 中間ケア計画の一環として、その後定期的に、また何か大きな変化があった際に、リスクアセスメントを実施する。その中には以下が含まれること。
- 本人が特定の活動を実施するのに伴うリスクの評価（例：服薬自己管理）
 - 本人の環境に関するリスクの評価
 - 特定の活動リスクと本人の願い、ウェルビーイング、自立および QOL とのバランス
- 介護施設入居者による服薬自己管理の支援に関する勧告は、ケアホームでの服薬管理および薬の最適化に関する NICE ガイドラインを参照。
- [この勧告は、在宅ケアに関する NICE ガイドラインから編集された]
- 1.5.9 中間ケア計画プロセスの一環として、本人（および、適宜家族やケアラー）とリスク計画を作成および記録する。リスク計画には以下が含まれるようにする。
- リスク管理の方法（例：特殊機器、口頭での促し、他者からの支援活用）

- リスクを負うことによる本人やスタッフへの影響

[この勧告は、在宅ケアに関する NICE ガイドラインから編集された]

目標の合意

1.5.10 本人と中間ケアの目標について話し合い、合意する。これらの目標は以下を満たすようにする。

- 具体的で測定可能なアウトカムに基づいている。
- 本人の健康やウェルビーイングを考慮している。
- 中間ケアサービスが実現を目指す事項を反映している。
- 中間ケアの期間中と長期的な視野の両方で、本人が実現したいことを反映している。
- 本人が自らの状態や経験からいかんして影響を受けるか、考慮している。
- 本人の最善の利益および表明された願いを考慮している。

1.5.11 社会的活動や娯楽活動への参加は、中間ケアの合理的な目標であることを認識する。

1.5.12 中間ケアの目標をアクセスしやすい形で記録し、コピーを本人に渡し、また本人が同意すれば家族およびケアラーにも渡す。

1.6 中間ケアの提供

1.6.1 本人の社会・精神・認知・コミュニケーション面でのニーズや能力に合った中間ケアの提供において、柔軟でアウトカムを重視したアプローチをとる。

1.6.2 本人の目標を定期的に見直す。目標への進捗状況によって、中間ケアの期間を調整する。

1.6.3 様々な組織のスタッフが協力して、現在のアセスメントや情報に基づいて見直しや再アセスメントを調整できるようにする。統合された形で業務を展開する（例：合同での会議や研修および多職種チームワーク）。

1.6.4 中間ケアスタッフへの研修または専門家団体との協力により、必要に応じて専門家の支援を受けられるようにする（例：複雑な健康状態への対応）。[この勧告は、在宅ケアに関する NICE ガイドラインから編集された]

1.6.5 中間ケア日記（または記録）が記入され、本人が保管できるようにする。この中で、以下の事項を行うこと。

- 実施されたすべての支援に関する、詳細な日誌を提供する。日誌では、目標に向けた本人の進捗状況を記録し、その人のニーズ、希望および経験を強調する。
- 中間ケアスタッフが、各訪問時に更新する。
- 本人自身が日記にアクセスできるようにし、本人はそれを読んだりそれに貢献したりするよう奨励されるべきである。
- 提供されたサービスおよび、事故や変化について、本人（および、適宜家族やケアラー）や他のスタッフへ十分な情報を提供し続ける。

1.6.6 中間ケアスタッフは、利用者訪問を休まないようにする。訪問を休むことによって、本人の健康またはウェルビーイングに深刻な影響を及ぼす可能性があることに留意する。その影響は特に、独居者や意思能力に欠ける人たちが顕著である。[この勧告は、在宅ケアに関する NICE ガイドラインから編集された]

1.6.7 中間ケアスタッフの訪問が遅れたり訪問できなくなったりした場合には、本人（または家族やケアラー）に連絡する。[この勧告は、在宅ケアに関する NICE ガイドラインから編集された]

1.7 中間ケアからの移行

1.7.1 中間ケア終了前に、中間ケア提供者は本人へ、ニーズや状況が変わった場合にこのサービスへ戻れる方法に関する情報を提供すること。

1.7.2 中間ケアスタッフと他機関との効果的なコミュニケーションをとれるようにする。サービス移行時や中間ケアサービス終了時向けの明確な計画を策定すること。これは以下の事項を満たすこと。

- 記録され、本人および家族またはケアラーの同意を得る。
- サービスの連絡先詳細を含む。
- 何か問題が発生した場合の代替案を含む。

サービス間の移行期におけるコミュニケーションに関する勧告は、社会的ケアニーズを有する成人を対象とした入院機関と地域またはケアホーム間の移行に関する NICE ガイドラインを参照。

1.7.3 中間ケア終了時に、使えるその他の支援（ケアラーへの支援を含む）に関する情報を本人に提供する。

1.8 研修と開発

1.8.1 中間ケアを提供するすべてのスタッフが、以下の点を理解しているようにする。

- サービスおよびその内容
- 全チームメンバーの役割と責任
- 他のサービスとの違い
- 中間ケアの精神、特に本人の自立支援を目指していること
- 本人を中心に据えた目標について合意するために、その人と連携する方法
- 前向きな冒険

1.8.2 中間ケアスタッフが以下の点について、認識および対応できるようにする。

- よく見られる疾患（例：糖尿病、認知症を含む精神保健や神経学的疾患、虚弱、脳卒中、身体および学習障害、感覚障害、多疾病罹患）
- よく見られる支援ニーズ（例：栄養、水分補給、排せつ、皮膚全体に関する問題）
- よく見られる支援ニーズ（例：死別、終末期への対応）
- 本人の健康または状況悪化

[この勧告は、在宅ケアに関する NICE ガイドラインから編集された]

1.8.3 中間ケアスタッフに、以下の機会を提供する。

- 他のスタッフメンバーの業務を観察する。
- 中間ケア提供に関する自らの知識やスキルを強化する。
- 自らの実践と一緒に振り返る。

これらの開発活動を記録し、メンバーが定められたレベルの能力に達したことを示す。

1.8.4 本人が以下を行えるよう支援するスキルを、中間ケアスタッフが身につけているようにする。

- 回復を最適化する。
- 自らの生活をコントロールする。
- できるだけ自立度が回復する。

本ガイドラインで使用されている語句

Bed-based intermediate care (施設中間ケア)

急性期病院、地域病院、居住型ケアホーム、ナーシングホーム、独立型中間ケア施設、独立セクターの施設、地方自治体の施設、またはその他の施設環境で提供されるアセスメントおよび介入。施設中間ケアの狙いは、急性期病院への不要な入院の防止、介護施設への早すぎる入所の防止、およびタイムリーな退院の支援である。介入は大半のケースで、最長 6 週間である。サービスは通常、多職種チームによって提供されるが、多くの場合、医療専門職または介護スタッフ（ケアホームで）が提供する。

Crisis response (危機対応)

在宅またはケアホーム在住の人に提供される地域サービスで、その狙いは入院防止である。危機対応は通常、アセスメントを伴い、また短期的な介入（通常は最長 48 時間）を行う可能性がある。危機対応は多職種チームによって提供されるが、多くの場合、医療専門職が提供する。

Home-based intermediate care (在宅中間ケア)

在宅またはケアホーム在住の人に、アセスメントおよび介入を提供する地域サービスである。その狙いは、入院防止、病気からの早期回復支援、タイムリーな退院の支援、および自立生活の最大化である。介入は大半のケースで、最長 6 週間である。サービスは多職種チームによって提供されるが、多くの場合、医療専門職または介護スタッフ（ケアホームで）が提供する。

Home care (在宅ケア)

本人の自宅に有償ケアワーカーが提供するケアであり、本人の日常生活を支援する。これは domiciliary care としても知られている。ホームケアワーカーは通常、独立した機関で雇用されており、サービスは地方自治体または在宅ケア利用者（あるいは利用者の代理）がアレンジする可能性がある。

Intermediate care (中間ケア)

病気からの早期回復推進、急性期病院への不要な入院の防止、介護施設への早すぎる入所の防止、タイムリーな退院の支援、および自立生活の最大化を行う幅広い統合サービス。中間ケアサービスが提供されるのは、通常 6 週間以内であり、多くの場合は 1-2 週間である。利用可能な中間ケアのサービスモデルは 4 種類あり、bed-based intermediate care（施設中間ケア）、crisis response（危機対応）、home-based intermediate care（在宅中間ケア）および reablement（リエイブルメント）となっている。

Person-centered approach (パーソンセンタード、本人中心のアプローチ)

支援や目標計画で、本人を中心に据えたアプローチであり、本人の強み、ニーズ、希望および優先事項に基づいている。ここでは本人を対等なパートナーとして扱っており、生活状況、社会経済的な地位または健康状態に関わらず、その人にとって中間ケアが有効かどうかを考慮する。

Positive risk taking (前向きな冒険)

リスクを負うことによる好影響と、あらゆるリスクを回避しようとすることによる悪影響とのバランスをとること。

Reablement (リエイブルメント)

本人の自宅（またはケアホーム）で提供されるアセスメントおよび介入であり、その狙いは、本人のスキルや自信の回復および自立の最大化を支援することである。介入は大半のケースで、最長 6 週間である。サービスは多職種チームによって提供されるが、多くの場合、社会的ケアの実務者が提供する。

出典：<https://www.nice.org.uk/guidance/ng74/chapter/recommendations#reablement>

Reablement（リエイブルメント）を含む Intermediate care（中間ケア）

Intermediate care including reablement

NICE guideline [NG74] Published date: September 2017

2. Deal for Health & Wellness

(健康とウェルネスのためのディール)

あなたの権利・役割・責任

ウィガン自治体



はじめに

この冊子をお読みくださり、ありがとうございます。皆様の健康やウェルネスの改善に向けて、ウィガン区の医療と社会的ケアの団体が、お互いの、そして皆様との協力を強めていく方法について、この冊子が参考となるよう願っています。

ウィガン区では、健康で長生きする権利は誰にでもあると信じており、また 2020 年までにこれを実現したいと思っています。

政府は昨年、280 万人の住民にとって最善の利益に基づいて、グレーター・マンチェスターの人々に自分たちで物事を決める権力を与える、という意思表示を行いました。これによってウィガン区では、医療や社会的ケアを含む、様々なサービスの提供方法を変えることができますようになります。また、ウィガン区の人々が健康で長生きするのを妨げるような問題について、資源を重点的に使えるようになります。

人々の健康やウェルビーイングには、借金、粗悪な住宅、社会的孤立などの問題も悪影響を及ぼすことは、私たちが承知しています。したがって私たちは、訓練や仕事の機会、質の高い住宅や地域社会とのつながり作りにも取り組んでいきます。また、質の高い医療が利用しやすく持続可能な形で提供されるようにもしていきます。

ただし、私たちだけではこれを実現できません。皆様に、ご自分の健康やウェルネスについて管理し、責任を持っていただくことが必要です。この「健康とウェルネスのためのディール」に参加して、取り組みにご支援ください。そして私たちがより健康な区となれるよう、お力を貸してください。

感謝を込めて。

Councillor Keith Cunliffe : 健康福祉委員会委員長

Dr Tim Dalton : NHS ウィガン区臨床委託グループ会長

Lord Peter Smith : グレーター・マンチェスター・ヘルスパートナーシップ会長

Colin Scales : ブリッジウォーター地域ヘルスケア CEO

Andrew Foster : ライティントン・ウィガン・リーNHS ファンデーショントラスト CEO

Simon Barber : 5 区パートナーシップ NHS ファンデーショントラスト CEO

Sir Ian McCartney : ヘルスウォッチ・ウィガン会長

どうやって実現するのでしょうか？

住民の長期的な健康やウェルビーイングは、組織と人々がグレーター・マンチェスターの健康関連ニーズについて協力することで、初めて保証されます。組織では、住民の皆様が健康的なライフスタイルを送れるようお手伝いしますが、住民の皆様は、ご自分の健康やウェルビーイングを自分で管理し、責任を持つ必要があります。

私たちの役割	あなたの役割
<ul style="list-style-type: none"> • 地域の中に、公園、広場、娯楽施設、安全なサイクリングルート、質の高い住宅など、幅広い施設を整備します。 • できるだけ早く検査・診断・治療・予防を行えるよう、質の高いGPサービスを週7日、簡単にタイムリーに利用できるようにします。 • 子どもが最高の状態で人生をスタートできるよう、ご家族を支援します。 • 失業されている方が仕事や訓練に就けるよう、またイギリスで最も急成長する経済の利益を受けられるようお手伝いして、豊かな暮らしを支援します。 • 住み慣れた地域とできるだけ長くつながり続け、ご自宅で健やかに年を重ねられるよう支援します。 	<ul style="list-style-type: none"> • 年齢にかかわらず、アクティブでい続けます。 • GPに登録し、定期健診を受けます - 自分の健康やウェルビーイングを自分で管理します。 • タバコを止めます。食事や飲み物に気を付け、子どもにも同じようにするよう働きかけます。 • 子どもを支える親や保護者として時間を作り、可能性を最大限発揮できるよう働きかけます。 • 訓練や仕事の機会を活用し、自分や家族が高い志を持つようにします。 • 高齢の親戚・友人・隣人が、できるだけ長く自立して生活できるよう支援します。 • 自分の地域に関わります。

より健康的なライフスタイルへの道のりをお手伝いするために、フィットネストラッカーを抽選でプレゼントいたします。このリストバンドを使って、ご自分の運動量、摂取カロリーや睡眠時間などをモニタリングできます。Jawbone UP2 Wristband アクティビティトラッカーリストバンドは、10名様にプレゼントいたします。応募方法は簡単で、自分の健康をどのように管理していくか教えていただくだけです。

私はこのようにして自分の健康を管理していきます。	
氏名： メール：	住所

上の枠内を記入されましたら、次の宛先までお送りください。Deal for Health & Wellness Pledge, Freepost NWW3502A, Wigan WN1 1XZ。応募締切：2016年5月2日。詳細は www.wigan.gov.uk をご覧ください。

背景

グレーター・マンチェスターの権限移譲の一環として、医療と社会的ケアの予算 60 億ポンドは 2016 年 4 月より、地域で運営されることになります。つまりこれは、地域の自治体と NHS 機関が、地域の問題へ対応するためにお金を使えるようになる一方で、今後 5 年間にわたって医療と社会的ケアを抜本的に改善していく、ということです。これまで、お金をどこでどのように使うかは、中央政府が決めていま

した。しかし権限移譲によって、ウィガン区についての決定は、ロンドンではなくここで決められることになるのです。

つまり、グレーター・マンチェスターで何十億ポンドもの公的資金をどのように使うか、私たちがコントロールしていくのです。このような新しい仕事の進め方は、警察、住宅、交通、そして医療と社会的ケアなどの分野で採り入れられます。

医療と社会的ケアの権限移譲では、次の点を重視していきます。

- 病気の予防、セルフケア、就労支援への取り組み強化
- 医療と社会的ケアサービスの連携 - システムの隙間を減らし、様々なサービスの協力体制を改善する取り組み
- 住民の自宅から近い所での地域ケアの改善
- メンタルヘルスの問題を抱える人へのケアや支援の改善

現在の状況

ウィガン住民の健康とウェルネスは、国内の他の地域と比べると悪い傾向が見られます。

<p>270 ウィガンでは毎年、75歳未満の約270人が心臓病で死亡しています。</p>	<p>580 ウィガンでは毎年、喫煙によって約580人が死亡し、1,080人が入院しています。</p>
<p>1,750 ウィガンでは2014年、16-64歳の人のうち1,750人が長期的に失業していました。これは地域人口の8.6%にあたります。</p>	<p>アルコールによる入院率は、全国平均よりもウィガンのほうが悪い結果となっています。</p>
<p>26.2% ウィガンで肥満と分類された人の割合</p> <p>19.6% 肥満と分類された子どもの割合</p>	<p>21% 男子 16% 女子 1日60分以上、中程度の運動を行っている子どもの割合</p>
<p>19.1% ウィガンで貧困状態にある16歳未満の子ども</p>	<p>18,000 ウィガンで1型または2型糖尿病の診断を受けた人の数。これは人口の6%にあたります。</p>
<p>8,546 ウィガンで癌とともに生活している人の数</p>	<p>ウィガンの早期死亡率は、イングランド全体と比べて高く、これらの死亡の43%は、予防可能と考えられています。</p>
<p>80% ウィガンの一部の地域で、学校に通う準備ができていない子どもの割合</p>	<p>18% ウィガンの高齢化率（65歳以上の割合）</p> <p>2,342 認知症の人の数</p>

私たちが目指す先は？

グレーター・マンチェスターの各区は昨年、それぞれの健康問題や優先事項への対応に基づいて、独自の地域計画を作成するよう任されました。これらの計画がひとつにまとめられ、包括的な「Taking Charge Together（一緒に責任を担う）」戦略ができました。ウィガンの計画は「Further, Faster（より遠く、より速く）」と呼ばれ、ヘルスケアの改善方法を説明しています。

ウィガン区で私たちは、次のことを目指します。

- 平均寿命を延ばす
- 病院から自宅へ戻る高齢者の数を増やす
- 学校へ行く準備ができていない子どもの数を増やす
- 救急外来を利用する人の数を減らす
- 人々が健康でいられる年数を増やす
- 人々の自宅からより近い場所でサービスを提供する
- 退院後に再入院する人の数を減らす

健康とウェルネスのためのディールでは、人々が健康で自立し地域社会とつながり続けることに重点を置いています。」

また癌や循環器の病気など予防可能な病気について、この問題が多く見られる地域に的を絞ることで、取り組みをさらに重視します。

住民が医療やケアサービスを必要とする際には、地域でサービス同士が連携した形で提供されるようにします。

仕事や住宅など、人々の健康やウェルビーイングに影響を与えうる要素についても対応し、健康で幸せな生活を支援します。

長期的に見ると、ウィガンの自治体とウィガン区臨床委託グループは、権限移譲と Northern Powerhouse（ノーザン・パワーハウス：英政府によるイングランド北部の経済振興策）がもたらしたチャンスを活かし、ウィガン区での経済成長推進を目指します。1万の新たな仕事や住宅を作ることで、住民の雇用の見通しは改善され、その結果、健康やウェルビーイングも改善されるのです。

課題：

ウィガン区では現在、医療と社会的ケアサービスに約7億ポンド使っています。

もし私たちが同じことを同じ方法でし続け、何も変えなければ、ウィガン区では2021年までに、財源よりも1億3,600万ポンド多く使うことが予測されます。その理由は、医療と社会的ケアサービスを使う人が増え、治療や薬の費用が増えるからです。現在のシステムでは費用を負担しきれませんし、将来的には次のような他の課題も見られます。

- 複数の複雑な慢性疾患を抱えたり、多くの場合、孤立に直面する高齢者
- 無秩序なライフスタイルに陥り複数の公共サービスに頼る、一部の現役世代
- 学校に通う準備ができていない - つまり生涯を通じて不利な状況になりうる - 子ども
- 高いレベルの肥満、喫煙、アルコール消費（これらは不健康の決定要因）
- 自宅または自宅の近くで治療を受けられるはずなのに多くの人が入院してしまう状況

皆様のご意見をお待ちしています

皆様のご意見は、ウィガン区の医療と社会的ケアの未来づくりに役立てられます。この取り組みには、様々な方法でご参加いただけます。

- 300voices@wigan.gov.uk へメールを送り、300 ボイスに参加する。
- **Shape Your NHS Community Membership** (あなたの NHS コミュニティを作ろう - メンバーシップ) に参加して、私たちが正しい決定を行うのを支援する。たとえば NHS でのご自分の経験を教えてください、サービスの改善方法についてアイデアを共有して下さったり、または NHS サービスの望ましい姿についてお話しく下さったりすることが、役立ちます。ご参加希望の方は、以下までご連絡ください。

電話： 01942 482711

メール： shapeyournhs@wiganboroughccg.nhs.uk

住所： FREEPOST RTRA-BXKR-CTTT, Shape Your NHS, Wigan Borough CCG, Wigan Life Centre, College Avenue, Wigan, WN1 1NK

さらに詳しい情報や、他の言語や形式でこの情報をご希望の場合には、以下の URL をご覧ください。

www.wigan.gov.uk/wiganhealth

3. パーソナル・バジェットとダイレクトペイメント ウィガン自治体

<ul style="list-style-type: none"> ・パーソナル・バジェットは必要なあらゆる介護サービスのために支払うために与えられる金額*である。 ・ソーシャルケアアセスメントによって何が必要かを見出し、サポートプランが書かれ、援助を受ける資格があるかどうかの財産アセスメント後に金額が計算される ・個人的な予算を持つことで、自立して暮らすのを助けるための援助についてより多くの選択と自己マネジメントが可能になる。: -自分で支援のために得るお金を管理する -お金の使いかたを選ぶ -サービスを提供組織など、生活に関する選択 <p>どうやって得るのか? 個人予算を受け取る方法はいくつかある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ダイレクトペイメント - 自分の予算として銀行口座に直接支払われる（特定の精神的健康状態を持つ人々のためのいくつかの除外がある） ・支援されたパーソナル・バジェット - 自分でお金を管理できないと思われる場合でも、自分に代わって「適切な人」（家族、あなたの介護者、友人または隣人）にダイレクトペイメントを払ってお金を管理することは可能 ・自治体がパーソナル・バジェットを手配- お金とサービスは、サポートされるパーソナル・バジェットまたは自治体の手配する個人の予算のいずれかで自治体によって管理される 			
パーソナル・バジェットとダイレクトペイメントの有利な点と不利な点			
パーソナル・バジェットの使い方	何を意味するか?	有利な点	
ダイレクトペイメント	パーソナル・バジェットはダイレクトに銀行口座に振り込まれ、本人はお金を自己管理する	お金の扱いを本人が担当しており、アウトカムを出すためにどのように、どこで使うかについてより多くの選択肢を持つ（サポートプランの合意で）。自分でスタッフを雇うことができる	
「適切な人」によるダイレクトペイメント	信頼できる友人、家族、または適切な人が本人のパーソナル・バジェットのために銀行口座を開設し、本人がお金を管理するのをサポートする	自分のお金を管理するために助けを得て、自分のお金をどこで使うかについて多くのコントロールが可能	
支援されたパーソナル・バジェット	ソーシャルケア責任者 social care officer が本人と協力して本人に代わってサービスを購入する。これらは本人のパーソナル・バジェットから支払われる。これには、サービスを柔軟に提供するプロバイダーとの間で個人サービス基金 Individual Service Fund を設定することが含まれる（つまり、サービスは毎週あなたのニーズに応じて異なる場合がある）	ソーシャルケア責任者は本人に代わって医療提供者と手配をします。ただし、個別サービス基金が設定される場合は、柔軟なサービスについてプロバイダーと自分で合意する	不利な点
自治体がアレンジをするパーソナル・バジェット	ソーシャルケア責任者が本人に代わって自治体が承認したケアプロバイダーのサービスをアレンジする	ソーシャルケア責任者が本人に代わって自治体が承認したケアプロバイダーのサ	自分がどのようにお金を使ったかを記録しておく必要があり、スタッフを雇うなら雇用主

		ービスをアレンジする	である責任も持つ
			この役割を担うために信頼する誰かを見つける必要がある。あなたがスタッフを雇用したい場合は、本人が雇用主になり、雇用主の責任を持つ

4. サービス提供にあたってのアセスメント「ソーシャルケアとサポートガイド」NHS

アセスメントで起こること

- ・自治体のソーシャルワーカーや作業療法士などが、洗濯、着替え、調理などの日常業務をどのように管理しているかを尋ねる
- ・彼らはあなたにお茶を作ることや椅子から立ち上がるなど特定のことをうまく行っているかどうか説明をもとめる
- ・浴室の手すりなど、家の中や周辺で改修が必要になる可能性がある場合は、家について別のアセスメントを受けることもある
- ・アセスメントは対面の場合と電話での場合がある
- ・評価は通常少なくとも1時間続く

アセスメントのための準備

- ・スイッチをオン/オフにするような小さなものでも苦労しているすべての日常的なタスクについてできる限り詳細に説明する。言い漏らしてしまうと推奨されるケアが減る可能性がある

誰かと一緒に

- ・可能であれば友達や親戚同伴が良い。自分の状況を説明する自信がない場合に役立つ。同伴者はメモを取ることができる。
- ・友達や親戚がいない場合は代わって発言する支援者を頼むことができる。彼らは本人がフォームに記入し、会議やアセスメントの場で一緒に座って助けることができる。無料の場合が多く支援者を見つけるとよい。

電話ヘルプ

電話でニーズアセスメントについて誰かと話したい場合、以下に電話をすること。

- ・地元の自治体の社会福祉課
- ・0800 055 6112 の Age UK の無料ヘルプライン
- ・Independent Age の無料ヘルプライン (0800 319 6789)
- ・The Family Rights Group の無料ヘルプライン (0808 801 0366)

結果の取得

- ・通常1週間以内に評価の結果を得ることができる。これは、有料の介護者や家に配達される食事(車での食事)など、どのような種類の介護や支援が役立つかを示している。

ケア

一般的にソーシャルケアの費用に対して支払うことが期待される。

アセスメントによって援助が必要であると判断された場合は、自治体が支払うかどうかを確認するための財務評価(ミーンズテスト)を行う。

ケアの必要はないと言われたら？

・ケアとサポートの資格がないとニーズ評価が判断した場合でも、カウンシルは地域社会のどこで援助を得ることができるか無料でアドバイスを与えるべきである。これができないか尋ねること

ニーズアセスメントについて苦情を申し立てる方法

・自分のニーズアセスメントの結果またはそれがどのように行われたかについて同意できない場合、苦情を申し立てる権利がある

・まず地元のカウンシルに苦情を申し立てる。自治体はそのウェブサイト上で正式な苦情手続きを行うべきである。それはまたあなたの評価でそれについてあなたに言うべきです。

・自治体が苦情を処理する方法に満足できない場合は社会医療オンブズマンに申し立てることができる。オンブズマンは苦情を調べるために任命されている独立した担当者である。

(以下は住宅改修について)

・住宅改修により、移動、日常作業をより安全かつ簡単に行うことができる

・自治体は自宅をアセスメントしてサービスを推薦する。自宅アセスメントは無料

・住宅改修の例

階段に階段昇降機または手すりを取り付ける

バスリフト、ウォークインシャワー、または風呂から出るためにつかむレールを追加

出入口を広げる

台所の調理台を下げる

屋外灯または階段レールを取り付ける

外灯やインターコムシステムなどのセキュリティ

この評価では、生活を楽にするために家庭用機器や機器を推奨することもある

家のアセスメントをする方法

自分や知人が日常の仕事の手助けの必要がある、あるいは転倒が心配な場合は、ソーシャルケアサービスに自宅のアセスメントを依頼できる。

地元の自治体に電話するか、オンラインで行うことができる。

自宅アセスメントに申し込む

評価中に起こること

作業療法士があなたの自宅を訪問する。彼らは質問をして、苦勞していることを見るために本人と室内を歩く。一緒に解決していく。

食器棚を開けるなどの小さなことでも、自分が難しいと思うものすべてを伝えること。

評価は通常少なくとも1時間かかる。

(以上は NHS の「ソーシャルケアとサポートガイド」による)

<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/help-from-social-services-and-charities/getting-a-needs-assessment/>

Home adaptations

<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/care-services-equipment-and-care-homes/home-adaptations/>

5. サポートプラン テンプレート Derby 自治体

私のサポートプラン

名前:

日付:

私のケアとサポートのニーズ

自治体がパーソナル・バジェットで私をサポートする必要性（ニーズ）：
これらの目標を達成することを助けるための私のパーソナル・バジェット： £
インフォーマルサポートで私が満たすニーズ:
この計画をレビューする日： / /

私が決定し、コントロールを維持する方法

私が自分の生活についての決定の下し方について説明する声明:	
<input type="checkbox"/>	私は私が必要とする支援について自信を持って自分自身で決断を下すことができます
<input type="checkbox"/>	私には私が必要としている支援について正しい決断を下すのを手助けするために話すことができ、信頼できる家族や友人がいます
<input type="checkbox"/>	私のことをよく知っていて、必要なサポートについて私の代わりにほとんどの決定を下すのに信頼できる人が必要です

12。

変えたいことと達成したい目標

あなたのプランのこの部分は、あなたの目標とそれを達成するためにどのように支援されるかを説明しているので重要です。

あなたはアセスメントを通してあなたの目標をあなたのケアワーカーと話し合っ合意をします。あなたは自治体があなたを達成するためにあなたを支援することができる目標の記録を持ちます

あなたが支援を必要としていると評価されたセクションを完成させてください

1. パーソナルケアによる支援:	
私が達成したい目標:	
私はどのようにサポートされるか:	
2. 食事、水分摂取および食事の準備:	
私が達成したい目標:	
私はどのようにサポートされるか:	
3. 決定を下す:	
私が達成したい目標:	
私はどのようにサポートされるか:	
4. 私の家を管理し、維持する:	
私が達成したい目標:	
私はどのようにサポートされるか:	
5. 私がコミュニティの一員であること:	
私が達成したい目標:	
私はどのようにサポートされるか:	

6. 仕事と学習の機会を持てること:	
私が達成したい目標:	
私はどのようにサポートされるか:	
7. 地域社会において安全であり、家でも安全であること:	
私が達成したい目標:	
私はどのようにサポートされるか:	
8. 私の行動を管理すること:	
私が達成したい目標:	
私はどのようにサポートされるか:	
9. 人の親であることまたは介護者であること:	
私が達成したい目標:	
私はどのようにサポートされるか:	
10. 私の生活上のさまざまな手配:	
私が達成したい目標:	
私はどのようにサポートされるか:	
11. インフォーマルまたはコミュニティ支援を通して他に達成したいこと	
私が達成したい目標:	
私はどのようにサポートされるか:	
12. .上記のフォーマルな、インフォーマルな、または地域社会の支援によっては達成できないほかの目標	
私たちは将来この情報をプロバイダーと協力してより良いサービスを開発するのを助けるために使います	
達成できていない目標:	

サポートのタイムテーブル

日時	求めるサポート	サポート提供者

緊急時の手配

--	--	--

私がパーソナルバジェットを管理する方法

私はパーソナルバジェットを以下のように管理したい:

ダイレクトペイメント	一部ダイレクトペイメントと自治体管理サービス	自治体管理サービス
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

私の負担額:	£
自治体の負担額:	£
合計:	£

ダイレクトペイメントをしている場合:

私の希望は:	
<input type="checkbox"/>	自分で管理する
<input type="checkbox"/>	私の代わりに管理する人を指名する
<input type="checkbox"/>	私を助けるのにふさわしい人を任命する
私がダイレクトペイメントを支払ってほしいのは:	
<input type="checkbox"/>	自分の個人銀行口座へ
<input type="checkbox"/>	私の代表者または適切な人の個人予算銀行口座へ
<input type="checkbox"/>	第三者機関へ

私のお金はどのように使われるか

以下にあなたのパーソナルバジェットをどのように使うつもりか、詳細を記録してください:

サポート、プロバイダー、またはアクティビティの説明	週間費用£	一回限りの支払い£
	£	£
	£	£
	£	£
	£	£
	£	£
	£	£
	£	£
	£	£
	£	£
	£	£
	£	£
毎週の費用合計	£	
私の毎週の負担	£	
T年間の一時払いの合計額 r		£
毎週の総費用 毎週の費用+ (一回限りの支払い÷52.14)	£	

次に起きること

1. あなたのソーシャルケアワーカーはあなたのサポートプランを承認のためにプレゼンします。
2. あなたのソーシャルケアワーカーはあなたにフィードバックをします。
3. あなたの個人予算開始日はあなた自身とあなたのソーシャルケアワーカーの間で合意されます。
4. あなたがあなた自身の個人的な予算を管理しているか、または代表者があなたのため管理しているならば、新しい銀行口座を開設する必要があります。
5. あなたのソーシャルケアワーカーはあなたにいくつかのフォームに署名してもらいます。これらには以下が含まれます。
 - ・個人予算新規顧客フォーム
 - ・個人予算直接支払い契約
6. あなたへの支援と活動が組み立てられ開始されます。
7. サポートプランは6〜8週間後に見直され、その後少なくとも12か月ごとに見直され、合意した取り決めがまだ機能していることを確認します。
8. 手配が機能していない場合は、いつでもあなた、家族、またはあなたを助けている誰かがあなたのソーシャルケアワーカーに質問することができます。

あなたのプランにサインする

このサポートプランに際するにあたって

これは、達成したいこととそれを実行するために必要なサポートについての誠実な見解です

あなたのサイン:	
あなたの代理者のサイン:	
この計画であなたを支援している人々:	
名前:	
連絡先詳細:	

ソーシャルケアマネージャーの署名:	
日付:	
<p>あなたの情報はどのように使われるか? 私たちが収集した情報は、あなたが私たちに提供した他の情報と組み合わせられてあなたのニーズを評価し、あなたのソーシャルケアサービスからの支援の適格性を評価し、あなたがサポートプランを書くのを助け、あなたに代わってサポートサービスを手配するために使われます。</p> <p>あなたの情報は誰と共有されるか? あなたが提供する情報は、同じまたは類似の目的のためにあなたと関わる他の専門家と共有されるかもしれません。</p>	
<p>Support plans https://www.derby.gov.uk/health-and-social-care/your-life-your-choice/support-from-adult-social-care/support-plans/</p>	

6. ウィガン自治体リエイブルメント・サービス調査報告

ケアの質委員会 (CQC)

訪問調査実施日：2016年5月25日 発行日：2016年9月20日

評 価

このサービスの全体評価	極めて良い
サービスは安全か？	良い
サービスは効果的か？	良い
サービスには思いやりがあるか？	良い
サービスはニーズに応えているか？	極めて良い
サービスの運営体制は効果的か？	極めて良い

結果の要約

全体の要約

私たちは2016年5月25日、事前に予告した上でリエイブルメント・サービスの調査を行った。現場では、利用者の自宅で地域ケアサービスを提供しており、また登録管理者が確実に調査日にいるようにするため、訪問の2日前に登録管理者へ連絡した。

前回調査は2013年11月14日に行われ、私たちが確認した規定要件を、提供者はすべて満たしていた。同サービスはその後2015年11月15日に新住所で登録を行っており、以後は調査が行われていない。

提供者には登録管理者の立場に就く者がいた。登録管理者はサービスを管理するために、ケアの質委員会 (CQC) に登録された者である。登録提供者のように、これらの者は「登録された人物」である。ここで登録された者は、Health and Social Care Act 2008 (2008年医療・社会的ケア法) および、サービス運営方法に関する同法の関連規則に定められた要件を満たす法的責任を有している。

リエイブルメント・サービスでは様々な利用者の自宅で、身体介護を含む支援を提供していた。このサービスでは、退院直後の人々や、自宅での自立生活能力に大きな変化があった人々を支援していた。サービスは自立への足掛かりとなっており、また人々が失ったスキルを取り戻したり新たなスキルを学んだり、自立生活に伴う課題へ広く適応するための支援を行っていた。支援は、人々が自宅で生活し続けられるようデザインされたケアパッケージの一環として提供されていた。

調査時点では66名にサービスが提供されており、この人たちを登録管理者、11名の現場チームリーダー、34名の支援職員、4名の初期アセスメント担当者、および1名のサービス統括管理者（上級作業療法士）が支援していた。サービスはウィガン、アシュトンおよびリーの3地域で提供されていた。サービスへの紹介は大半の場合、病院ソーシャルワーカーまたは作業療法士（OT）によるものであった。

利用者たちは、サービス提供者から支援を受けていて安全に感じている、と述べていた。私たちが話した人々からのフィードバックでは、利用者やその親族が安全や思いやりを感じられるような効果的なコミュニケーションがとられていることが示された。

スタッフは成人の保護に関する研修を受けており、これはスタッフ研修記録によって確認できた。サービス提供者では、保護に関する方針や手順が整備されていた。最近では保護に関する懸念は見当たらなかったが、私たちは管理者と過去の事例について話し合い、同管理者は通知、保護警告および結論について情報を提供した。スタッフもまた、誰かが虐待されている疑いがある場合にとる行動について、明確に述

ることができていた。

ケアプランは、利用者の自宅に紙で保管されているほか、「Mosaic（モザイク）」と呼ばれる自治体の利用者情報システムの中に、コンピューター上で電子媒体でも情報が保管されていた。利用者の安全リスクについては、様々なリスクアセスメントを用いて評価されていることがわかった。当該情報の中には、利用者の安全を守るためにスタッフがとるべき行動に関するガイダンスが含まれており、また利用者へのリスクが見られる場合には、リスクアセスメントで明確に強調されていた。

事故や事件を記録するための、事故／事件ファイルが使用されていた。スタッフ4名の人事ファイルを調べたところ、しっかりと安全な募集手順が整備されているエビデンスが示された。

私たちが話したケアスタッフは経験豊富であり、緊急時の対応方法や利用者のウェルビーイングに向けた支援を行うべきタイミングについて理解していた。単独で業務を行うケアワーカーに、指導や情報を提供する手順が整備されていた。

サービス提供者がどのように服薬管理を行っているか調べたところ、「必要に応じた」（PRN）薬に関する手順に加え、医薬品に関する最新の方針が整備されていた。支援を受けていた人のうち約10%では、スタッフが投薬を行う必要があった。投薬を行うスタッフは全員、必要な研修を受けており、投薬能力は定期的にチェックされていた。

私たちが話した利用者たちからは、担当のケアワーカーおよび他のスタッフが有能であり、また効果的に役割を遂行するための幅広い研修を受けてきたことが確認された。スタッフとの話し合いからは、**Mental Capacity Act（MCA、意思決定能力法）**への十分な理解が示された。またスタッフは、サービス提供者内で全スタッフに提供される、**MCA** および **Deprivation of Liberty Safeguards（DoLS、自由剥奪の保護）**の研修を受けていた。利用者の意思決定能力について懸念がある場合には、適切な能力アセスメントが実施されるよう地方自治体と協力している、と登録管理者は述べていた。この対応は、**MCA（2005）** 実施規則に沿っていた。

私たちが会ったスタッフは全員、就任時および継続的な研修を受けたと述べており、また定期的に一对一およびグループでの支援を受けていることを裏付けた。各サービス提供地域には、総合的な過去の記録が保管されていた。

サービス利用者およびその親族は、自分たちが常に関わっている、質問できる、希望する支援方法を言える、したがって大事にされていると感じている、と述べていた。私たちが見たケア記録では、利用者が署名して、自分が受ける支援に同意していることが示されていた。

サービス利用者およびその親族は、自分たちが親切で思いやりのある待遇を受けている、と述べており、サービスに関して得られたコメントも非常に好意的だった。また提供者は常に自立を促し、尊厳と敬意をもって接していたと述べていた。利用者およびその親族は、自分たちのケアへ総合的に関わっており、自分たちが受ける支援やケアの決定に貢献していた。

利用者宅訪問時に、スタッフと利用者のやり取りを観察したところ、非常に温かで親しい様子だった。利用者宅訪問には時間制限がなく、スタッフは定められた時間内で訪問を行う必要がなかった。つまりスタッフは、各訪問時に必要なだけ利用者と時間を過ごすことができおり、単に業務中心ではなく、非常に本人中心（パーソンセンタード）のアプローチであることが実証された。

利用者およびその親族、そしてケアスタッフが一貫して述べていたのは、サービスが効果的に運営され、前向きなリーダーシップが発揮されている、という点である。利用者が充実してアクティブな生活を自らの地域で送ることが、非常に重視されていた。

利用者のサービス紹介経路を確認したところ、主に二種類の経路があることがわかった。一つ目は地域の病院から、もう一つは地方自治体の地域チームからである。これはつまり、多職種のアプローチおよび

適切な支援技術の効率的かつ効果的な活用を通じて、サービス利用開始が遅れるあらゆる可能性が最小限に抑えられていたことを意味する。スタッフは全員、利用者の電子情報システム（モザイク）へ簡単にアクセスできる技術装置を提供されており、またこの新たなシステムの開発に関わってきたことが見て取れた。

利用者のケアプランおよびニーズは定期的に見直されており、これは利用者およびその親族が関わりながら行われていた。利用者に提供されるケアや支援のあらゆる変更は、「Functional improvement measure（FIM、機能改善測定）」ツールを活用して詳細に記録されていた。このツールによって、利用者が自らの願いを実現できるようにするために地域サービスへ紹介できるようになり、これはOTが高く評価していた。

苦情に関する最新の方針が整備されており、サービス利用者やその親族は、どのように苦情を伝えればよいか理解している、と述べていた。サービスの運営方法やチーム内の文化に関するフィードバックは、非常に好意的だった。調査日前の12か月間では苦情が全くなかった一方で、称賛の声は175件届いていた。

登録管理者は、チーム内で非常に表立った存在であった。またサービスの運営方法や、サービスの改善に向けた他の医療および社会的ケア専門職との密な協力方法について、調査全体を通じて積極的に説明していた。管理者に関する他の専門職のフィードバックは極めて好意的かつ敬意を表した内容であり、地方自治体の上級管理者たちは当該管理者について、非常に優れており感銘を与えるリーダーの資質がある、と述べていた。支援は個別化され、個々の状況に応じてデザインされ、また非常に本人中心（パーソンセンタード）であるため、サービス提供者は利用者の様々なアウトカムを実現していた。

サービスをモニタリングし、改善点を特定するシステムが整備されていた。サービスを展開するために、Think Ahead Community Support Group、DealプロジェクトおよびInspiring Healthy Livesなど、他機関と効果的に協働していたことがわかった。

サービス提供者は事業継続計画を整備しており、その中には、悪天候など予期せぬ事態にとるべき行動の詳細が含まれていた。

紙と電子媒体の両方で、幅広い方針や手順が整備されていた。

サービスに関する5つの質問とその結果

私たちはサービスについて常に、以下5つの質問を行っている。

サービスは安全か？ 良い

サービスは安全であった。利用者は、サービス提供者から支援を受けていて安全に感じている、と述べていた。私たちが話した人々からのフィードバックでは、利用者やその親族が安全や思いやりを感じられるような効果的なコミュニケーションがとられていることが示された。

スタッフは、誰かが虐待されている疑いがある場合にとる行動について、明確に述べる事ができていた。

事故や事件を記録するための、事故/事件ファイルが使用されていた。ファイルにはまた、定型のインシデントレポート様式や、あらゆる事象の報告手順、労働安全資料、単独での業務手順、アセスメント様式および訪問手順が含まれていた。

しっかりとした募集手順が整備されているエビデンスが示されていた。

サービスは効果的か？ **良い**

サービスは効果的であった。私たちが話した利用者たちからは、担当のケアワーカーおよび他のスタッフが有能であることが確認された。

私たちが会ったスタッフは全員、利用者の個別ニーズへ応えるのに必要なスキルを確実に身につけるため、就任時および継続的な研修を受けたと述べていた。

また私たちが話したスタッフは定期的に対一およびグループでの支援を受けていることを裏付けた。

スタッフは Mental Capacity Act (MCA) 2005 (2005 年意思決定能力法) および Deprivation of Liberty Safeguards (DoLS、自由剥奪の保護) についてよく理解しており、適切な研修を受けていた。

サービスには思いやりがあるか？ **良い**

サービスには思いやりがあった。サービス利用者およびその親族は、自分たちが親切で思いやりのある待遇を受けている、と述べており、サービスに関するコメントは好意的だった。

本人中心 (パーソンセンタード) の優れたケアプランを通じて、サービスが平等と人権を組み込むよう目指していることがわかった。

利用者は自らのケアや治療に関して意思決定を行う際、できる限り自分の意見を表明し関わるよう奨励されていた。

調査時点でサービス提供者は、終末期の利用者へのケアに関わっていなかった。

サービスはニーズに応えているか？ **極めて良い**

サービスは、利用者のニーズまたはニーズ変化へとても効果的に応えていた。私たちが話した利用者およびその親族からは、必要な支援や自分でできることを検討するケア計画時に、自分たちが関わっていたことが確認された。利用者宅訪問には時間制限がなく、スタッフは定められた時間内で訪問を行う必要がなかった。つまりこのアプローチは、単に業務中心ではなく、非常に本人中心 (パーソンセンタード) であった。

利用者のケアプランおよびニーズは定期的に見直されており、これは利用者およびその親族が関わりながら行われていた。また、サービス利用者によって前向きなアウトカムが実現されたいくつかの例が示された。

調査日前の 12 か月間では苦情が全くなかった一方で、称賛の声は 175 件届いていた。

サービスの運営体制は効果的か？ **極めて良い**

サービスの運営体制は極めて効果的であった。サービスの運営方法およびチーム内の文化に関するフィードバックは、非常に好意的だった。

私たちが話した様々なスタッフはすべて、チームワークが良く、チーム内および外部機関との間で明確なコミュニケーションがとれている、と述べていた。サービス提供者はまた、支援期間終了時に利用者へ、受けたサービスに関する意見も求めている。

登録管理者は、チーム内で非常に表立った存在であった。またサービスの運営方法や、サービスの改善に向けた他の医療および社会的ケア専門職との密な協力方法について、調査全体を通じて積極的に説明していた。

サービスをモニタリングし、改善点を特定するシステムが整備されていた。利用者のより良いアウトカム実現に向けてサービスを展開するために、サービス提供者が他機関と効果的に協働していることがわかった。

リエイブルメントサービス

詳細結果

本調査の背景

私たちは Health and Social Care Act 2008（2008年医療・社会的ケア法）第60節に基づき、自らの規制機能の一環としてこの調査を実施した。この調査は、2008年医療・社会的ケア法および同法の関連規則に定められた要件を提供者が満たしているか確認し、サービスの全体的な質を調査し、また2014年ケア法対象サービスの評価を行うために計画されたものである。

この調査は2016年5月25日、事前に予告した上で行われた。現場では利用者の自宅で地域ケアサービスを提供しており、また登録管理者が確実に調査日にいるようにするため、訪問の2日前に登録管理者へ連絡した。

この調査はケアの質委員会（CQC）の調査官2名によって行われた。

サービス提供者訪問前に、私たちは同提供者に関して入手した情報を確認した。その中には、同提供者で発生した重大事象について報告するために私たちへ送られてきた通知が含まれる。調査日前に私たちから Provider Information Return（PIR、提供者情報申告書）を要請することはなかった。PIRは提供者に対して、サービスの主要な情報や長所、改善計画などを求める様式である。

私たちは調査中、利用者7名のケア記録および関連のやりとり、スタッフ4名の人事ファイル、品質保証記録、ならびに事故および事件に関する記録・方針・手順を調べた。調査の一環として私たちは、登録管理者、サービス管理者、2名のチームリーダー、2名の作業療法士（OT）、上級OT、上級ケアラーおよび4名のケアワーカーと話した。また6名のサービス利用者と2名の親族とも話し、サービス利用の経験について話を伺った。調査後には電話にて、2名の医療専門職からもフィードバックを得た。

サービスは安全か？ 良い

結果

利用者は、サービス提供者から支援を受けていて安全に感じている、と述べていた。私たちが話した人々からのフィードバックでは、利用者や親族が安全で思いやりを感じられるような効果的なコミュニケーションがとられていることが示された。ある利用者は、「私は安全だと感じています。このレベルの支援を受けているとわかっているのは、心強いです」と述べていた。もう一人の利用者は、「これは私にとって、セーフティーネットです。私は自分でなんとかやっているとありますが、苦しくなった時に頼れるものがあるのです」と述べていた。三人目のコメントは「以前のように転倒しなくなったので、安全と感じています」と述べていた。四人目の回答者は、「今は格段に安全だと感じています。各部屋に電話がありますし、転倒した場合の連絡先情報が全部ありますから」と述べていた。

スタッフは、成人の保護に関する研修を受けたと述べていた。この点について私たちは、スタッフ研修記録で確認できた。サービス提供者には、保護に関する方針や手順が整備されていた。また最近では保護に関する懸念は見当たらなかった。サービス提供者には「CQCファイル」と呼ばれるファイルがあり、ここにはCQC Fundamental Standards（CQC 基本的基準）に関連する様々な情報が含まれていた。その中には保護に関するセクションがあり、保護の手順や多機関での警告ガイダンス、内部通報方針、保護に関するスタッフ研修の詳細および必要な場合のアドボカシーサービスに関する情報が記載されていた。

スタッフは、誰かが虐待されている疑いがある場合にとる行動について、明確に述べることができ

いた。具体的には、登録管理者と話し、必要な場合には地方自治体の保護チームおよび／または警察に連絡する、と述べていた。スタッフの一人は、「私は管理者に連絡しますし、私たちには保護や警察に関する様々な詳細情報があります。また、保護に関する研修も毎年行います。虐待の可能性がある兆候としては、たとえば利用者が怖がっていたり、痣があったり、あるいは異なるスタッフメンバーに対して感情的になったり緊張した様子を見せたりすることなどが挙げられます」と述べていた。地域の保護チームに勤める上級実務者から得られたコメントは、「リエイブルメントチームが適切かつタイムリーに警告してくれる、と信頼できます。チームの方々はプロセスに参加しようとしてくださいますし、弱い立場の成人の保護でご自身が担う役割を理解されています」という内容であった。

ケアプランは、利用者の自宅に紙で保管されているほか、「Mosaic（モザイク）」と呼ばれる自治体の利用者情報システムの中に、コンピューター上で電子媒体でも情報が保管されていた。

利用者の安全リスクについては、様々なリスクアセスメントを用いて評価されていることがわかった。サービス利用開始前と開始時には、チームリーダーと *trusted assessor*（委託アセスメント担当者）がリスクアセスメントを行い、ニーズが変化した場合には更新されていた。リスクアセスメントの例を確認したところ、そこには利用者の環境についての安全性評価、利用者の安全な動かし方、ケアワーカーが知っておくべき特有ニーズの有無が含まれていた。

サービス提供者は、重要な、または可能性として考えられるリスクについても強調しており、たとえば利用者がペットを飼っている、あるいはリスクの高い薬を使用しているといったケースが含まれていた。ある OT の話では、利用者宅のあらゆる機器は、使用する際の安全性を確認し、またスタッフ全員がわかるよう電子システムに注意書きがなされるとのことであった。

情報の中には、利用者の安全を守るためにスタッフがとるべき行動に関するガイダンスが含まれており、また利用者に他のリスク（例：転倒リスク、褥瘡発症、脱水や低栄養のリスク）が見られる場合には、リスクアセスメントで明確に強調されていた。

事故や事件を記録するための、事故／事件ファイルが使用されていた。ファイルにはまた、定型のインシデントレポート様式や、あらゆる事象の報告手順、労働安全資料、単独での業務手順、アセスメント様式および訪問手順が含まれていた。登録管理者が対応しなければならなかった懸念やパターンの有無を確認するために、インシデントレポートを分析した。その結果、調査日前 12 か月間に、サービス利用者へ直接関係した事件が 2 件見つかった。そのうち 1 件では、サービス利用者が自分で服薬管理を行っていたが、予定されていたスタッフ訪問の前夜に服薬していなかったことをスタッフが気づいた。しかし当該スタッフは利用者の親族へ報告しなかった。

本件についてチームリーダーは当該スタッフと話し合い、そのスタッフは服薬管理の実践について数回の観察を実施したほか、服薬に関する追加的な再訓練を受けた。本件については、記録で確認した。また投薬方法について家族とも話し合い、調剤薬局にも連絡して、サービス利用者にとってよりわかりやすい他の投薬方法について話し合った。この事例から、サービス提供者が当該利用者の服薬管理について主な担当ではないものの利用者の安全を確保するためにあらゆる合理的な対策を講じていたことが示された。

私たちが話したケアスタッフは経験豊富であり、緊急時の対応方法や利用者のウェルビーイングに向けた支援を行うべきタイミングについて理解していた。スタッフは皆、重要な情報をフィードバックしなければならない場合には事務所へ連絡することをわかっており、また救急サービスを呼ぶなど、利用者が病気であると考えられる場合の対応方法についても理解していた。「時間外」の連絡用電話番号があり、これは通常の業務時間外に問題が発生した場合に利用されていた。

単独で業務を行うケアワーカーに、指導や情報を提供する手順が整備されていた。ケアワーカーの訪問時間に制限はなく、特定された様々な業務が完了するまで利用者と一緒にいた。たとえば一人での訪問な

どによる、ケアワーカーにとってリスクの可能性がある場合は、ケアスタッフがもう一人同行していた。このようなケースはたとえば、利用者があまり安全でない地域に住んでいる場合や、利用者がケアスタッフに対して危険を及ぼす可能性がある場合などである。私たちが話したケアスタッフによって、このような事実があることが確認された。

調査時点でサービス提供者は、電子媒体でスタッフのスケジュール調整を行う新システムの導入準備を進めていた。これが整備されるまでは、紙媒体で勤務表が事前にスタッフへ渡される。リエイブルメントチームに派遣スタッフは使われておらず、追加でスタッフが必要な場合には、他地域のリエイブルメントサービスから手配できる、と管理者は述べていた。

サービス提供者の中には、様々な役割を担う十分なスタッフがいた。チームリーダーや管理者はいつでも、支援職員がどこで業務を行っており訪問時間がどれくらいかかっているかわかるようになっていた。支援職員にはまた、訪問と訪問の間に移動時間が与えられていた。職員たちは区内で特定の地域をカバーしており、これによって移動時間が短縮されるとともに、利用者が職員の訪問を長く待たなくてもよくなっていた。

スタッフ4名の人事ファイルを調べたところ、しっかりとした募集手順が整備されているエビデンスが示された。ファイルには応募用紙、身元証明および推薦状が含まれていた。私たちが調べたファイルには、スタッフの Disclosure and Barring Service (DBS) checks (犯罪記録調査) の実施書類があった。犯罪記録調査は、応募者が弱い立場の人たちを対象に仕事を行うのに相応しい人物であることを、サービス提供者が確かめるのに役立つ。

サービス提供者がどのように服薬管理を行っているか調べたところ、「必要に応じた」(PRN)薬に関する手順に加え、医薬品に関する最新の方針が整備されていた。利用者の大半は、服薬の促しが必要だったり、あるいは親族が投薬を行っている、との話だった。各リエイブルメントサービスの現場には、服薬支援を必要とする利用者のリストがあった。このリストには、サービス開始日、服薬支援開始日(サービス開始日と異なる場合)、スタッフの支援が必要なレベル、投薬システムの詳細、および正しい支援の提供方法に関するスタッフへのアドバイスが記載されていた。利用者のうち、スタッフが投薬を行う必要があったのはわずか10%だった。投薬を行うスタッフは全員、必要な研修を受けており、投薬能力は定期的にチェックされていた。

サービス提供者が、どのように感染症を管理しているかについて調べたところ、スタッフは感染症拡大予防に役立つ対策について承知していた。たとえば利用者宅で支援を行う際には、定期的に手洗いをし、エプロンや手袋を使用する、とスタッフは述べていた。感染管理の方針や手順が整備されており、そこでは感染症アウトブレイクの可能性を最小限に抑えるために、スタッフがとるべき行動を特定していた。ケアスタッフは全員、感染管理に関する研修を受けていた。

サービスは効果的か? 良い

結果

私たちが話した利用者たちからは、担当のケアワーカーおよび他のスタッフが有能であることが確認された。ある利用者は、「素晴らしいと私は思います。生まれてこのかた、こんなに良くしていただいたことはありません。これは大変素晴らしいサービスで、とても喜んでます。職員の方々が私にくださったことを、いくら称賛しても足りません」と述べていた。もう一人の利用者は、「私は6週間のサービスを終えたばかりですが、誉める言葉しかありません。職員の方々は色々と助けてくださり、本当に素晴らしかったです。あの方々がいらっしやらなければ、やっていけませんでした。このサービスの経験は、

本当に素晴らしいものでした」と述べていた。三人目の利用者によるコメントは、「提供していただいたサービスへ、とても感謝しています。まるで魔法のようです。職員の方々は私に自信を取り戻してくださいました。私は少しずつ、自分が望む状態に戻りつつあります」という内容だった。

私たちが会ったスタッフは全員、利用者の個別ニーズへ応えるのに必要なスキルを確実に身につけるため、就任時および継続的な研修を受けたと述べていた。あるスタッフメンバーは、「就任時研修は約 6 週間のプログラムで、シャドウイングや必須の研修を行いました。研修はとてもしっかりとした内容です。一人で業務を行えるようになる前にまず、チームリーダーが私たちを観察してくださいました」と述べていた。もう一人のスタッフメンバーは、「My Time (マイ・タイム) はスーパービジョンの時間で、ここでは自分たちの業務について話し合えます。もちろん、私たちは上司にほったらかしにされていると感じたことはありません」と述べていた。また年次評価もスタッフを支援するもう一つの形態であり、ここでは職員の専門的能力開発や達成事項が検討され、次年度の目標を定めることができる。

また職員は定期的に対一およびグループでの支援を受けていることが、私たちが話したスタッフから裏付けられた。あらゆる問題は迅速に解決されている、とスタッフたちは述べていた。スタッフは、毎週 3 回行われるサービス利用者に関するフォーマルな会議への出席に加え、日時を問わずいつでも事務所に立ち寄ることができていた。事務所での会議も行われており、様々なスタッフメンバーが集まってサービスを検討するとともに、登録管理者から最新情報を聞く機会が提供されていた。

サービス提供者が保管するスタッフ研修記録を調べたところ、各サービス提供地域には、包括的な過去の記録が保管されていた。スタッフは様々な分野に関する研修を受けており、具体的にはたとえば、6 週間の就任時研修、医療および社会的ケアに関する NVQ (全国職業資格) レベル 3 研修、trusted assessor (委託アセスメント担当者)、移動と介助、平等と多様性、火災への意識、食の安全、投薬レベル 2 研修、感染管理、データ保護、安全衛生、成人保護、行動障害、後天的脳損傷、意思決定能力法 (MCA)、Deprivation of Liberty Safeguards (DoLS、自由剥奪の保護)、ケア法、転倒および骨折予防、感覚障害、カテーテル・ケア、自閉症への意識、認知症、糖尿病レベル 2 研修などである。

チーム内には、癌と認知症の「チャンピオン (擁護者)」となっているスタッフが数名おり、この人たちは関連の研修を受け、その結果、サービス利用者と同僚の両方に対して指導や助言を提供できていた。リエイブルメントスタッフはまた、OT とのピア・スーパービジョン/パネルにも参加し、事例を検討したり各利用者の進捗分野に関する助言を得たりしていた。スタッフは全員、感覚に関する研修を受けており、これによって、聴覚障害の利用者とより効果的にコミュニケーションをとる方法について、理解を深めていた。

上記の内容から、スタッフが幅広い研修に参加しており、それによって様々な利用者のニーズを自宅で支援するにあたって、役割を遂行するためのスキルや知識を得ていることが証明された。あるスタッフメンバーは、「研修は素晴らしいです。管理者はいつも私たちのために追加的な研修を探してください、さらに磨きをかけるよう私たちに励ましてください」と述べていた。もう一人のスタッフメンバーによるコメントは、「私たちは最近、保護、移動と介助、安全衛生、そして DoLS について研修を受けました。研修の多くは、毎年更新されています」という内容であった。

Mental Capacity Act 2005 (MCA、2005 年意思決定能力法) は、自分のことに関する意思決定能力が欠けている可能性のある人に代わって、特定の決定を行う際の法的枠組みを提供している。MCA では、可能な限り本人が自己決定を行い、必要な場合には支援を受けるよう義務付けている。本人に特定の意思決定を行う能力が欠けている場合、代わりに行われた決定は本人にとって最善の内容であり、また可能な限り制約が最小限でなくてはならない。本人から自由を剥奪できるのは、ケアや治療を受けることがその人にとって最善であり、MCA に基づいて法的に認められた場合に、それらを受けられるようにする時の

みに限定される。

私たちは、サービス提供者が MCA の原則内で業務を行っているか確認した。リエイブルメント・サービスはケアホームではないため、永続的な居住環境でサービスを提供しているわけではない。しかし利用者が自分の生活について意思決定を行う能力がない場合、その人のケアやウェルビーイングに関して、本人にとって最善の決定を行える人を特定する話し合いを親族と持つために、必要であれば関連専門職に連絡することを、登録管理者は承知していた。

リエイブルメント・サービス利用者の大半は、自分の生活について選択する能力がある、と登録管理者は述べていた。利用者の支援やケアに関する決定は、本人および適宜親族と話し合われていた。特に問題のあることが示唆されない限り、本人には意思決定能力があるとみなされていた。この対応は、本人にとって最善の実践や決定を確実に行うようスタッフに指導する MCA の実施規則に沿っていた。スタッフは MCA についてよく理解しており、サービス提供者内で全スタッフに行われる適切な研修を受けていたことが、調査時に行われたスタッフとの話し合いで示された。あるスタッフメンバーは、「実はこの件に関する研修を行ったばかりです。特に明記されていない限り、私たちは利用者本人が自己決定を行えるようにすべきです。その決定がもたらす結果を私の方で説明しますが、本人がそれを選ぶならば、リスクを負うことができてもよいはずです」と述べていた。

サービス提供者は利用者に、医療ニーズへ応える適切な支援を行っていた。ケアワーカーと他のスタッフは、医療専門職と連携して利用者の状況をモニタリングし、また利用者の医療ニーズが確実に満たされるようにしていた。作業療法士 (OT) や理学療法士 (PT) によるインプットがあったほか、必要に応じて感覚障害に対応するチームや GP による支援もあった。利用者を支援するスタッフが、あらゆる変更や問題を把握できるよう、専門職間のあらゆるコミュニケーションが記録されていることを確認できた。

調査時点では、低栄養や脱水のリスクが高いサービス利用者はいなかった。しかし、もしこの点に関して支援が必要だと特定された場合には、支援職員が利用者の栄養および水分摂取を記録していた。利用者が低体重または食欲不振の様子だった場合、スタッフは各訪問時に利用者へ食べるよう促すとともに、GP など適切な専門的支援へアクセスすることを視野に入れて管理者に報告する旨を、スタッフから確認できた。

サービスには思いやりがあるか? 良い

結果

サービス利用者およびその親族は、自分たちが親切な待遇を受けている、と述べており、サービスに関して得られたコメントは好意的だった。ある利用者は、「それは見事である、と認めるほかありません。職員の方々は皆とてもフレンドリーに接してくださっています。スタッフの方々は、私がどのようにしないといけないのか、とてもわかりやすく説明してください。欠点など何も見つかありません」と述べていた。もう一人の利用者は、「スタッフは優しく楽しい方々です。私の介護や薬について、皆さんあらゆる適切な質問をしてください。コーヒーはいかがですか? と聞かれることが時々ありますが、自分で淹れることが大切なので、お断りします」と述べていた。三人目の利用者のコメントは、「支援職員の方々は皆、とても優しく何でもしてください。私たちは思う存分笑いしましたし、職員の方々は私を元気づけてくださいました」という内容であった。四人目の利用者は、「スタッフはフレンドリーで打ち解けてくださり、また若い支援職員さんもとても、とても優秀です。職員の方々は皆、とても思いやりがあるといえます。皆さん、このお仕事がとても好きなのが伝わってきます」と述べていた。

提供者は利用者の自立も促進している、と利用者は述べていた。ある利用者は、「これは職員の方々が

非常に得意としていることのひとつです。できるだけ私を励まそうとしてくださいます」と述べていた。もう一人の利用者のコメントは、「この点について、職員の方々は本当に最高レベルの仕事をされています。私は一人でシャワーを浴びたり電子レンジで自分の食事を作ったりするよう、励ましていただいています」というものであった。三人目の利用者は、「たとえば歩行器を一人で使えるよう、見守りや励ましを下さることで、私が再び元気になれるよう励ましてくださっています」と述べていた。四人目の利用者は、「スタッフの方々は、私が自分のことをできるだけ自分でできるよう働きかけてくださいます。私はトイレで座ったり立ったりするのに介助が必要ですが、徐々に自分一人でやるようになっていきます」と述べていた。

サービス利用者に、自分たちが尊厳と敬意をもって対応されていたか尋ねたところ、ある利用者は、「私はいつも、最大限の敬意をもって対応していただきました。恥ずかしい思いをしたことは一度もありません」と述べていた。もう一人の利用者は、「もちろんです。職員の方々は、お仕事が終わっても急いで出て行ったりせず、残ってお話してくださり、それはとても敬意をもってくださっている対応だと思います」と述べていた。三人目の利用者のコメントは、「心からそう思います。その点について、スタッフの方々は全員素晴らしいです」というものであった。四人目の利用者は、「私がシャワーを浴びている時、職員の方々は私の尊厳を守ってくださいます」と述べていた。

ケアスタッフに、利用者の尊厳やプライバシーをどのように守っているのか尋ねたところ、あるスタッフメンバーは、「本人に選択肢を提供することが重要です。身体介護を行う場合には、私が一緒に待っていた方がよいか外にいた方がよいか、利用者に選択肢を提供します。身体介護を終えた際、私はいつも利用者の方にタオルを渡してカーテンを閉めます」と回答した。もう一人のケアスタッフは、「まず何をするにも、事前に利用者ご本人の同意が必要です。そして利用者は、特定のジェンダーのスタッフによる支援を希望することができます。支援を行う際には、常に利用者が呼んでほしい名前を使うことが重要です。私は認知症の研修を受けたので、利用者のコミュニケーション方法に応じて、適宜アプローチを調整することがあります」と述べていた。

チームリーダーは、「スタッフの中には、**British Sign Language (BSL、イギリス手話)**の研修を受けている人もいれば、マカトンというコミュニケーション・エイドの研修を受けている人もいます。私もまた、スタッフが利用者宅で実践しているケアを観察して、正しいアプローチをとっているか確認します」と述べていた。マカトンは、サインとシンボルと用いて人々のコミュニケーションを支援する言語プログラムである。

調査の間、サービス提供者がいかんして平等を促し、多様性を認め、利用者の人権を保護していたか調べた。その結果、サービス提供者は本人中心（パーソンセンタード）の優れたケアプランを通じて、平等と人権を組み込むよう目指していることがわかった。サービス提供者で使われている支援計画書類によってスタッフは、様々なグループの利用者が充実した生活を送るのに必要な支援を確実に受けられるための情報をとらえることができていた。そしてこのような支援は、利用者の個別ニーズに応え自立を促すものであった。

利用者宅訪問時に、スタッフと利用者のやり取りを観察したところ、温かで親しい様子だった。スタッフメンバーが各利用者について詳細な知識を持っていること、また短期間で職業的に強い絆を築いてきたことは明らかだった。スタッフは利用者に敬意をもって話しかけており、またケアや支援を提供する際には利用者の尊厳を確保していた。

利用者は自らのケアや治療に関して意思決定を行う際、できる限り自分の意見を表明し関わるよう奨励されていた。私たちが見た一例では、口頭でコミュニケーションをとりにくい利用者が、特殊機器を使って動作の支援を必要としていた。利用者や家族が動作支援方法を確実に理解できるようにするため、チー

ムリーダーはケアスタッフおよび PT と一緒に利用者宅を訪問した。PT は利用者の能力を評価し、また利用者とその「動作」を行い必要な機器を使いながら、特殊機器の使い方について助言を行った。その結果、利用者と家族の自信が高まった。

調査時点でサービス提供者は、終末期の利用者へのケアに関わっていなかった。

サービスはニーズに応えているか？ 極めて良い

結果

私たちが話した利用者およびその親族からは、必要としている支援や自分でできることを検討するケア計画時に、自分たちが大いに関わっていたことが確認された。例外なく皆が述べていたのは、サービス開始時に自分たちのケアを計画した際、チームリーダーが自分たちと多くの時間を割いて、希望することや、望む／必要なケアが何か、どのようにケアを提供してほしいかについて理解するよう努めてくれた、という内容だった。利用者の一人は、「今は格段に気分が良くなっています。以前は自信がなかった点について、スタッフの方々は行動で示してくださいました」と述べていた。もう一人の利用者は、「このサービスでは私の必要な事が何でもそろいます。私一人ではやっていけなかったでしょう。また誰かが私に会いに来てくださるとわかっていることで、私の娘も大いに自信を高めることができました。職員の方々が訪問して下さり、私が大丈夫であること、必要な支援をすべて受けていることを確認してくださいます。必要な場合には私が歩行器で歩くのを助けてくださいますが、この点でどのようにしたら私がより自立できるようになるか教えてください、これは私が必要としていることです」と述べていた。三人目の利用者のコメントは、「職員の方々はあなたが必要としていることについて教えてください、素晴らしいです。あの方々はあなたのために何でもして下さいます」という内容であった。四人目の利用者は、「私は6週間のサービスを終えたばかりですが、誉める言葉しかありません。職員の方々は色々と助けて下さり、本当に素晴らしかったです。正直言って、あの方々がいらっしゃらなければやっていけませんでした。このサービスの経験は、本当に素晴らしいものでした」と述べていた。五人目の利用者は、「職員の方々は私の移動能力について、とても大きな安心感を与えて下さり、自分の自立度が上がっているように感じます。以前は外出できませんでしたが、今は外出がかなり増えています」と述べていた。ある親族は、「職員の方々なしでは、私たちは本当にやっていけませんでした。このようなサービスがあることに、とても感謝しています」と述べていた。

利用者のサービス紹介経路を確認したところ、主に二種類の経路があることがわかった。一つ目は地域の病院を通じた紹介であり、これはすでに入院している人を対象としている。もう一つは地方自治体の地域チームを通じた紹介であり、これはまだ入院していない人を対象としている。両方の紹介経路は多職種によるものであり、その中には利用者宅への初回訪問が含まれていた。初回訪問の目的は、リスクアセスメントの実施、サービスの説明、ケアおよび治療への同意の取り付け、ならびに必要な機器や福祉用具の特定である。その後、業務表が作成されて支援スタッフに送られ、スタッフは最高で1日4回、最長で6週間サービスを提供する。つまり、多職種のアプローチおよび適切な支援技術の効率的かつ効果的な活用を通じて、サービス利用開始が遅れるあらゆる可能性が最小限に抑えられていたことを意味する。

利用者宅訪問には時間制限がなく、スタッフは定められた時間内で訪問を行う必要がなかった。つまりこのアプローチは単に業務中心ではなく、非常に本人中心（パーソンセンタード）であった。あるサービス利用者は、「スタッフの方々は私にシャワーを浴びるよう励まして下さいますが、私が必要と思えばそばにいて下さいます」と述べていた。もう一人の利用者は、「スタッフの方々はお仕事が終わっても急いで出て行ったりせず、残ってお話して下さり、それはとても敬意をもって下さっている対応だと

思います」と述べていた。三人目の利用者のコメントは、「このサービスは私の生活に大きな影響を与えてくださり、これが無くてはやっていけませんでした。どうなっていたか、わかりません。もう二度とできないだろうと思っていたことを、私は毎日やっています」というものであった。スタッフメンバーは、「私たちの支援は時間に縛られておらず、本人のニーズによって決まります。ですから私たちは、毎回の訪問後に急いで出る必要がなく、また各訪問時には必要なだけ時間を使うことができるのです」と述べていた。

地方自治体の上級管理職からのコメントは、「スタッフの方々は、期待をはるかに超えた対応をしてくださっています。なぜならば、管理者がスタッフにそうなさっているからです。たとえば私はチームメンバーの一人に同行して、夜間に転倒した女性を訪問したことがあります。その際にスタッフの方は、医師に診てもらふ必要があると感じたため、時間を延長してその手配を行われ、またご家族とも連絡をとられました。スタッフメンバーの方は、医師の手術手配で問題があった際にもご尽力され、またそのスタッフの方が行う予定でしたが遅れてしまった他の訪問を、同僚の方々は喜んでカバーなさっており、その姿に私は感銘を受けました」というものであった。サービスが、変化する利用者ニーズへ柔軟に responding していることを、上記の例は示していた。

利用者のケアプランおよびニーズは定期的に見直されており、これは利用者およびその親族が関わりながら行われていた。サービス提供者の事務所では週 2 回、多職種によるフォーマルなレビュー会議が行われていたほか、ケアスタッフは日常的に事務所を訪れて、必要に応じて利用者の最新情報を提供できていた。これは、問題へ迅速に対応するためである。利用者は消防本部より **Safe and Well visit**（火災安全訪問）を受けていた。スタッフもまた、自宅内での環境リスクを特定し、健康、ウェルビーイングおよび防犯を含む幅広い問題について助言や案内を行うほか、より専門的なアプローチが必要ならば適宜紹介を行っていた。

サービス提供者は、**Inspiring Healthy Lifestyles**（訳注：健康的なライフスタイルに向けたプログラム）の原則を推進しており、このプログラムでは、人々が自らの **QOL** 向上に向けて身体的活動を増やすのを支援することを目指している。あるスタッフメンバーは、「励ましは常にカギであり、私たちは利用者に対して、優しく支援して自分たちで物事を行うよう促しています。また地域へのアクセスも、ここで重要な役割を担うことができます。私たちが目指すのは、利用者が週を追うごとに前進し、支援期間が終わるまでに自分で物事を行えるようにすることです」とコメントしていた。

利用者に提供されるケアや支援のあらゆる変更は、「**Functional improvement measure (FIM、機能改善測定)**」ツールの活用を通じて詳細に記録されていた。各「**function (機能)**」には対応する「**task measure (課題測定)**」の数字があり、利用者日誌に模写されていた。これによりケアスタッフは、最新情報を直ちに電子システムに入力でき、その後直ちにチーム内のあらゆる関連スタッフメンバーが見られるようになっていた。私たちが利用者宅で見た日誌は詳細に記載されており、最新状態だった。**FIM** ツールは、他のケアプラン資料「**リエイブルメントアセスメントおよび目標設定**」ならびに「**リエイブルメント介入およびモニタリング**」を補足していた。

利用者が目標の **FIM** スコアを実現するのに苦しんでいる、と支援職員が判断した場合には、チーム内の **OT** に関わってもらうよう要請し、プランの前進およびできるだけ良い利用者アウトカムの実現を図った。サービス提供者はまた、**falls risk assessment tool (FRAT、転倒リスクアセスメントツール)** を使用していた。これは、転倒リスクが高い人を特定するのに広く用いられている有効なツールである。支援職員とチームリーダーの両方が **FRAT** の記入に関わっており、この **FRAT** は記入後に **Active living team**（アクティブな生活チーム）へ送られ、必要に応じてさらなる介入が行われていた。

ある **OT** は、「リエイブルメントプログラムの初めと全体で **FIM** を使うことによって、利用者の願

を実現するために他の地域サービスへ紹介できます。ですから「community knowledge officers（地域知識オフィサー）」や他の専門職へ連絡して、地域の他のサービスを活用できるのです」と述べていた。もう一人のOTは、「療法士としての私の意見ですが、利用者のニーズへより効果的に対応できるよう、日常的にリエイブルメントチームと連携して自分の治療スキルを活用できるのは、新鮮なことです。リエイブルメントチームと療法士の関係は素晴らしく、チームの方々は熱心に学んだり聞いたりされ、思いやりにあふれています。私たちのサービスとの間には、強い信頼が築かれています。利用者を支援する新たな方法を見出すのに創意工夫をなされ、また地域コミュニティの中で沢山のつながりを作ってこられました」と述べていた。

工夫された考えや実践を通じて、サービス利用者の効果的なアウトカムが実現された例を、私たちは多数見ることができた。たとえばある利用者は、服薬時間の記憶力について地域看護チームからサービス提供者に紹介されてきた。リエイブルメントプログラムの一環として、新たな調剤方法が採り入れられ、これが上手くいくかスタッフが見守ることとなった。この利用者は特定のテレビ番組を見ていることがわかり、これを活用して服薬を促せるのではないかと感じられた。したがって調剤では、ある特定のテレビ番組を合図にして服薬時間を設定した。この方法は、利用者が服薬時間を覚えるのに役立つ、利用者はその結果、服薬に前向きな姿勢を持てるようになった。5週間にわたる支援の後、この利用者は完全に自立して服薬できるようになった。この利用者ができるだけ充実した生活を送れるよう、画期的な方法をサービス提供者が見出したことが、上記の事例からわかる。

もう一つの例では、利用者が最近脳卒中にかかり、特に平日での情緒変化に家族が気づいた。利用者とその娘との話し合いを通じて、脳卒中の発作以前、朝はコーヒーを楽しみ、日中は地域の教会を訪れていたことがわかった。サービス提供者はその後、「The Deal（ザ・ディール）」として知られる「The Deal for Adult Social Care & Health（成人の社会的ケアおよび健康のためのディール）」と呼ばれる地域の取り組みについて説明し、このサービスがどのようにして、新たなグループへアクセスする初期の支援を提供できるか説明した。この利用者はその後、地域の活動へ戻って様々なグループに参加し、自分の地域に参加する自信を取り戻した。これによって本人の気分や見通しに前向きな効果が得られた。

さらにもう一つの例は、サービスを最近利用した人からの書面によるフィードバックであった。この人は病院で手術を受けた後に退院し、本人曰く最悪の状況であった。サービス提供者は本人が実現したいことを話し合った後、その人に寄り添って、もう一度一人で歩いて階段を上がる方法を教えた。一方で、利用者宅の簡単な改修事項も特定しており、これは全体的な自立のために非常に重要であった。この利用者はその後、ほぼ完全に自立状態となり、地域活動へ定期的に参加するようになった。このような支援を通じて自信を取り戻してくれたリエイブルメントチームの助けがなくては、上記のどれも実現できなかったはずだ、とこの利用者は感じていた。こういったサービスが、幸福感やQOLの向上につながっていた。

ある利用者の親族は、「母は認知症です。家族は母に自宅で暮らしてほしいと思っていましたが、一人で暮らしたことがないため、やっていけるかどうか私たちは不安でした。チームの方々の取り組みによって、母がしっかりやっていけることが証明され、家族に安心感を与えてくださいました。チームの方々は全体的なプロセスを通じて、母と家族を支えてくださいました。私たちは初めのアセスメントを行い、技術機器が設置されました。チームの方々は毎日いらして、母が起きて顔を洗い、朝食を準備できているか確認してくださいました。母がこれらができることが確認できると、チームの方々は訪問時間を遅くに変更し、昼食を一人でできるようにしてくださいました。母は、チームの方々が支えになってくださると感じており、そのおかげで自信をいくらか取り戻しました。訪問してくださる方々はとても辛抱強く、座ってお話されながら、母が大丈夫か時間をとって確認してくださいました。家族が仕事中に母が誰かと一緒にいられるよう、デイケアを検討するために、サービス提供者の方は社会的ケア・アドバイザーにご紹介

下さいました。おかげさまで家族は大いに心が安らぎました」と述べていた。

スタッフは全員、現在導入中のモザイクへ簡単にアクセスするのに必要な技術装置（スマートフォンや Surface-Pro など）を提供されていたことがわかった。電子版ケアプランシステムはまた、関連チームへ即時にアクセスできた。これにより、利用者の自立促進に必要な機器や自助具、改修（例：手すりや歩行補助機器など）を、直接発注できるようになった。つまり、新たな機器ニーズを初めに特定してからその機器を受け取るまでのプロセスが、たとえば手すりなどの固定型機器では平均してわずか 7 日間となったのである。歩行器など、他の可動型機器については、即座に利用可能であった。その結果サービスは、利用者のニーズやその変化へ直ちに対応できるようになった。また機器の提供は、利用者が自宅で生活する際に危険な状態が続いたり自立度が悪化したりするのを防ぐ可能性がある、予防策としての役割も担っていた。

さらに電子ケアプランシステムによって、保護担当への紹介へ即時につながることができた。つまり、懸念が生じた場合には直ちに地方自治体の保護チームがそれを受け、対応の遅れを防いだ可能性がある。保護関連の情報もまた、担当地域内であればチームリーダーが直ちに入手できるようになっていた。

私たちが話をしたスタッフによると、最近再設計されたモザイクシステムは、以前使っていた古いバージョンよりも良いとのことであった。あるスタッフメンバーは、「古いシステムから新しいシステムへの移行はスムーズでした。これはケア法の要件を満たすためのもので、大きな改善です。人々のウェルビーイングを促進することが私たちの役割であり、このシステムでは多職種のインプットをいつでも行えます。またチームはこの新たなシステムの開発へ、大いに関わってきました」と述べていた。

サービス提供者による苦情の管理方法を調べたところ、苦情に関する最新の方針が整備されており、サービス利用者やその親族は、どのように苦情を伝えればよいか理解している、と述べていた。コメント、称賛、苦情に関するサービス提供者の方針では、正式に苦情を申し出たい場合にとらなければならない行動について、明確な指示が記載されていた。ある利用者は、「提供者の方々からいただいたフォルダーの中に、苦情の申し立て方法に関する情報があります。でも私は苦情を言ったことはありませんが」と述べていた。もう一人の利用者は、「苦情を言わないといけなくなったことなどありません。とても満足しています」と述べていた。

私たちは、地方自治体の苦情・情報チームからの情報を調べた。このチームは、サービス提供者が受けたすべての苦情／コメント／称賛の詳細をまとめる担当部門である。その結果、調査日前の 12 か月間では苦情が全くなかった一方で、称賛の声は 175 件届いていた。

Wigan Council Reablement Service Inspection report

https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/new_reports/INS2-2370403275.pdf

7. 2017年サマリーレポート 全国中間ケア監査

2. 要約

中間ケアおよびリエイブルメントサービスは、自宅のより近くで医療やケアを提供し入院を回避する全国医療政策の、重要な要素である。NHS イングランドの「*Five Year Forward View and Next Steps for the Five Year Forward View* (今後5年間の見通しとそれに向けた次のステップ)」では、虚弱および高齢の人々が健康で自立し続けられる支援の必要性が強調されており、これは中間ケアの主要な役割である。政策文書では、入院の増加を抑え、ケアの質や経験を改善するために、医療とケアシステムの全部門をさらに統合するよう呼び掛けている。中間ケアは引き続き、このアジェンダの先頭に位置付けられている。

中間ケアサービスは、システム利用の流れを改善する。「*The High Impact Change Model for Managing Transfers of Care* (ケアの移行管理に向けた影響力の大きい変化モデル)」では、人々が病院でのアセスメントを無駄に待たなくてもよくなるよう、地域のシステムが利用者の自宅で短期ケアやリエイブルメントを提供すべき、または病院と自宅の隙間を埋めるために「ステップダウン」ベッドを活用すべきであると提案している。十分な中間ケアおよびリエイブルメントを提供して、病院からケアのレベルを下げられるようにすることで、退院の遅れが減少し、患者の流れが改善する。また中間ケアの入院回避（ステップアップ）機能によって、不要な入院や施設入所が減少する。

現在5期目を迎える中間ケア全国監査 (NAIC) では、自立度の最大化および病院やケアホームの利用減を目指す地域サービスの進捗状況について、独自の評価を行っている。この監査では、システムの移行期において、虚弱状態で高いニーズおよび複雑な共存症を有する人々（通常は高齢者）を支援するサービスのモデルおよび実績について、総合的に分析する。まこの監査では、4種類のサービスについて検討する。すなわち、crisis response (危機対応)、home based intermediate care (在宅中間ケア)、bed based intermediate care (施設中間ケア) および re-ablement (リエイブルメント) サービスである。NAICには、サービス利用者の監査および患者が報告した経験の測定が含まれており、これらはイングランド、ウェールズおよび北アイルランドから今年得られた2万以上の回答結果である。これらのデータは、サービスの質や効果、経験についてユニークなエビデンスを提供するものである。

新たに発表された NICE ガイドライン NG74 「*Intermediate Care including reablement* (リエイブルメントを含む中間ケア)」では、中間ケアサービスに重点を置いており、これは歓迎すべきことである。このガイドラインでは優れた実践を紹介し、アクセスの平等やさらに統合された提供アプローチについて勧告を行っている。この監査では、上記ガイドラインの主な勧告遵守の状況について、初期評価を行っている。

NAIC2017 から明らかになった主なテーマは、以下の通りである。

中間ケアの効果

中間ケアではサービス期間中、利用者の 91%以上と ADL の自立度維持または改善に取り組んでいることが、監査のエビデンスで示された。

2017 年現在、記録された自立度改善の平均割合は、在宅で 31%、施設で 35%、リエイブルメントサービスで 36%だった。中間ケア開始時における利用者の自立度および、サービス期間中の改善度は、在宅とリエイブルメントサービスで 2015 年の結果と同様だった。しかし施設サービス利用者を見ると、ケア開始時の自立度は 2015 年より 2017 年の方が低かった。ただし、自立度の改善は両年で同様だった。

2017 年のサンプルで、施設サービス利用者の自立度が低下していた点を反映して、2017 年では 2015 年と比較して、自宅に戻る人の割合が低く、また急性期病院へ再入院した人の割合が高かった。ただし全体的に見ると、中間ケア 3 種類で自宅に戻った人の割合は引き続き高く、在宅では 80%、施設では 69%、リエイブルメントサービスでは 83%だった。

サービス利用者の経験

中間ケアサービス利用者の経験は全体的に好意的であり、Patient Reported Experience Measure (PREM、患者の報告による経験の尺度) で調査されたサービスのあらゆる側面で、高い評価が得られた。回答者の 91%以上が、尊厳と敬意をもって処遇されたと感じていた。在宅、施設およびリエイブルメントサービスにおける PREM の概要スコア中央値は、NAIC2015 での結果と同様だった。

自由回答の質問で最も多く見られた称賛の内容は、職員の態度と「良いサービスまたはケアを受けている」というものであった。サービス改善について最も多く見られたテーマは、施設（施設サービスで）、コミュニケーション、訪問のタイミング（リエイブルメントサービスで）および連携サービスへのニーズであった。

PREM の自由回答に関する詳細報告は、NAIC ウェブページで閲覧できる。

統合

戦略レベルにおける医療と社会的ケアの統合は引き続き前進しており、中間ケアおよび *Section 75 pooling arrangements*（第 75 節プーリング協定）の権限を有する多機関委員会の数は、NAIC2017 で増加が見られた。

コミッショナーの半数以上は、統合サービスに委託している。しかし多くの場合は今も、*NICE* ガイドラインの勧告にある一元化された窓口や管理体制および単一のアセスメントプロセスを展開していない。この結果から、真に統合されたサービスを実現するためには、これらのより密接な運営面で、さらに取り組まなければならない点が残っていることが示唆される。

紹介元の分析では、医療と社会的ケアシステムの中で危機対応サービスが十分に統合されていることが示唆される。しかし他の種類のサービスでは、全国平均と比べて医療と社会的ケアのつながりが弱いようである。この結果から、たとえば紹介経路の最適化など、部門間のより密接な協働の必要性が示唆される。

出資と対応能力

中間ケアは需要へ応えるために、対応能力を約2倍に増やす必要がある、とNAIC2012では計算された。人口高齢化や緊急受け入れの増加を踏まえると、この5年間で需要が増え続けた可能性が高い。しかしこれまでの監査と同様に、需要へ応えるために必要な出資や対応能力の変更が2017年に実現された、と示唆するエビデンスはない。中間ケアサービスへの合計出資額は、加重人口10万人あたり約280万ポンドである。

施設サービスでの支出額が若干増加したことに伴い、増額分は、対応能力の増強ではなく施設サービスの費用増に吸収された。エビデンスからは、加重人口10万人当たりの委託ベッド数が2017年に減少したことが示唆される。費用増の原因は配置職員数の増加であり、おそらくケアホーム部門での生活賃金実施も原因とみられる。配置職員数の増加は、施設サービスで利用者の依存度が高まっている状況を反映している可能性がある（セクション6.1）。

現制度では、医療と社会的ケアシステムがそれぞれ別個で競合する資金調達モデルとなっている。このような制度の中で、コミッショナーが中間ケアへ資金を割り当てるのは難しく、これが出資額据え置きの一因となっている可能性がある。たとえばAccountable Care Systems（アカウンタブル・ケアシステム）のような新たな仕組みなど、資金調達モデルを検討するチャンスもある。これらに期待されるのは、たとえば高齢者向けの上限付き予算など、whole system approach（全体システム・アプローチ）への動機づけ改善である。

合計出資レベルに加え、中間ケアシステム内における「ステップアップ」と「ステップダウン」のバランスが考慮されるべきである。これは、「ステップダウン」への需要で圧力がかかる可能性のある「ステップアップ」サービスの対応能力を十分に整備するためである。今年の結果から、リエイブルメントサービスが「ステップダウン」で利用されるケースが増えていることが示唆されており、これはケアの移行における遅れを減少させる支援を行うよう、社会的ケアにかかる圧力を反映している可能性がある。

中間ケアサービスへのアクセス

待機期間は、アクセスしやすさに関する重要な尺度である。特に、急性期病院で中間ケアサービスを待つ間に状態が急速に悪化しかねない高齢者にとって、これは特に重要である。待機期間を制限することの重要性は、最近発表されたNICEガイドラインで認識されており、そこでは、施設中間ケアが適切な紹介を受けてから2日以内に開始されるべきである、と述べられている。

2日間の待機期間という新たな質の基準は今年、3種類のサービス（在宅、施設、リエイブルメント）で監査に導入された。紹介からサービス開始までの期間が2日を超えた割合は100%から0%まで、と実績にかなりばらつきが見られた。平均待機期間は若干減少し、在宅サービスでは5.8日（紹介からアセスメントまで）、施設サービスでは2.5日（紹介から開始まで）だった。期間の短縮は歓迎すべきだが、平均値は現在も、2日という待機期間の基準より高い状況である。

在宅サービスの供給力は改善されており、週末に営業しているサービスの数が増加した一方で、9時から5時まで限定されたサービスの数が減少した。

職員

スタッフの態度は、施設およびリエイブルメントサービスに関する PREM の自由回答で、最も多くの称賛が得られた内容となっており、中間ケアの職員による献身やプロ意識を反映している。

施設サービスでは配置職員数が増加しており、これが上記の費用増につながっている可能性がある。

より多様なスタッフが接触することで、サービス利用者と共に取り組む多職種チームのアウトカムが改善することを裏付けるエビデンスが、監査結果により提供されている。職種ミックスに関する分析では、医療ベースの中間ケアサービスで社会的ケアが現在もあまり代表されていないこと、また中間ケアサービス機関にはメンタルヘルスの職員がほとんど含まれないことが示唆されている。施設サービスでは療法分野でのインプットが現在も限定的で、職員全体の約 10%であり、またリエイブルメントサービスでは減少した様子で、職員全体のわずか3%となってしまった。

中間ケアサービス内でのメンタルヘルスの提供

中間ケアサービス機関の中にメンタルヘルスの職員が含まれるのは、現在も珍しいことである（機関の1%未満）（セクション 6.7）。しかし、サービスの約 1/3 ではメンタルヘルスサービスへ直接アクセスできており、またコミッショナーの 1/4 以上は現在、統合チームにメンタルヘルスの専門家を組み入れている（在宅およびリエイブルメントサービスで）。

認知障害のある人の状況には、ばらつきが見られる。在宅サービスでは、ほぼすべて（96%）が認知障害のあるサービス利用者にかかっていると述べている一方で、施設サービスでは、認知障害のある人を受け入れていると述べている割合が比較的低い（81%）。

中間ケアサービス利用者の人口構成とプロセス

中間ケアサービス利用者の人口構成は、2015年以降おおむね変化していない。NAIC2017のサービス利用者サンプルにおける中間ケアサービス利用者の平均年齢は、在宅サービスで80歳、施設サービスで83歳、リエイブルメントサービスで79歳だった。施設サービスにおける90歳以上の人の割合は、2013-2015年で毎年増加して以降、25%で横ばい状況となっている。

記録されたケア計画および多職種チームによって見直されたケア計画のあるサービス利用者は、アウトカムが比較的良好だが、監査からのエビデンスから示唆される。

NAIC 2017では、虚弱のスクリーニングに関する新たな質問が組み入れられた。スクリーニングを行う可能性が最も高かったのは、施設サービスである。

NAIC 2017 : 一目でわかる主な結果

臨床職員

在宅	施設	リエイブルメント
利用者 100 人あたり 2.7 人 (常勤換算)	ベッド 1 床あたり 1.5 人 (常勤換算)	利用者 100 人あたり 6.5 人 (常勤換算)

出資 (人口 10 万人あたり)

- 90 万ポンド : 危機と在宅の合計
- 140 万ポンド : 施設
- 60 万ポンド : リエイブルメント

紹介 (人口 10 万人あたり)

873	236	436	726
在宅	施設	リエイブルメント	危機対応

委託ベッド (人口 10 万人あたり) 20.9

待機期間 (紹介からアセスメントまで)

5.8 日	1.1 日	3.5 日	4.8 時間
在宅	施設	リエイブルメント	危機対応

受け入れサービス利用者 1 人あたりの直接費用

982 ポンド	5,965 ポンド	2,002 ポンド	791 ポンド
在宅	施設	リエイブルメント	危機対応

サービス提供期間 (*Halfway Home* で推奨される上限の 6 週間に対して)

31 日	27 日	31 日
在宅	施設	リエイブルメント

https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124050747/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@pg/documents/digitalasset/dh_103154.pdf

アウトカム (自立度が維持または改善した患者の割合)

改善	72%	85%	75%
維持	21%	8%	16%
悪化	7%	6%	9%
	在宅	施設	リエイブルメント

National Audit of Intermediate Care (NAIC) Summary Report 2017 -- England

2. Executive summary

[https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/nhsbn-static/NAIC%20\(Providers\)/2017/NAIC%20England%20Summary%20Report%20-%20upload%20.pdf](https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/nhsbn-static/NAIC%20(Providers)/2017/NAIC%20England%20Summary%20Report%20-%20upload%20.pdf)

平成 30 年度
多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画
を促すための公的支援に関する国際比較調査研究 報告書

平成 31 年 3 月

一般財団法人 長寿社会開発センター
国際長寿センター
〒105-8446 東京都港区西新橋 3-3-1
KDX 西新橋ビル
Tel.03-5470-6767 Fax.03-5470-6763
禁無断転載