

令和元年度
軽度者に向けた支援についての制度運用に関する
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

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、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16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役割を果たす存在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、「軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究 報告書」では、イギリスとオーストラリアを訪問し、インタビュー調査を行ってきた成果の上に立って、先進各国において自治体を中心として高齢者と地域の持っている本来の力（アセット）をベースとした取組みに焦点を当て、高齢者が自立した生活を続けるための報告、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IV章では海外調査の報告を行い、第V章は日本への提言としました。なお、イギリスとオーストラリア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.ilcjapan.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。

令和2年（2020）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
高井 康行

目 次

刊行にあたって… 2

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…18
2. 調査・研究の目的と概要…19
調査訪問先一覧…20

II. イギリス

1. 基本的枠組み—自治体・医療職・看護職・住民が連携したシステムづくり (都築晃) …22
2. 地域ケアの定着と維持のための規制と実績評価 (吉田俊之) …33
3. 「アセットベースト・アプローチ (Asset-Based Approach)」と医療・福祉におけるパラダイムシフト (松岡洋子) …51
4. 軽度者への社会的処方と地域資源が果たす役割とつなげ方 (澤岡詩野) …60
5. リエイブルメントの実際 (鎌田大啓) …67
6. 社会的処方と GP の役割 (石坂俊輔) …93

III. オーストラリア

1. 自治体の位置づけ・機能 (中島民恵子) …108
2. 基本的枠組み—自治体・医療職・看護職・住民が連携したシステムづくり (中島民恵子) …111
3. リエイブルメントの実際 (中島民恵子) …117
4. 地域の資源 (都築晃) …121
5. 地域ケアの定着と維持のための規制と実績評価 (吉田俊之) …130

IV. 韓国

1. 韓国における介護保険制度と軽度者に向けた制度運用 (渡邊大輔) …140
2. 韓国における軽度者、重度者のサービス提供の実際 (渡邊大輔) …152

V. 日本への示唆

1. 制度に関する日本への示唆 —介護保険の展開に係る 2 つの論点 (小野太一) …158
2. オランダ、ドイツの要介護認定と日本への示唆 (服部真治) …186
3. 地域を拠点としたグランドデザインに関する日本への示唆 1 (鎌田大啓) …200
4. 地域を拠点としたグランドデザインに関する日本への示唆 2 (松岡洋子) …206
5. 地域を拠点としたグランドデザインに関する日本への示唆 3 (都築晃) …215
6. 自治体・医療職・介護職・住民が連携したシステムづくり日本への示唆 (沼田裕樹) …224
7. 地域連携による社会的処方とまちづくりの視点 (石坂俊輔) …235
8. 海外における地域マネジメント改革と生産性向上の取組について (吉田俊之) …241

報告

- ドイツと日本の介護制度情報 介護事業者の質の評価最新情報 (吉田恵子) …252

資料編

(イギリス)

1. 社会的処方とコミュニティベースの支援：サマリーガイド…264

(オーストラリア)

2. ファクトシート：在宅支援・ケアプログラムにおける、オーストラリアのリエイブルメントアプローチ…279
3. 高齢者ケアサービス全体におけるエビデンスベースのリエイブルメントアプローチに向けて…286
4. 生産性委員会調査報告（高齢オーストラリア人のケア 2011）…287
5. ファクトシート：リエイブルメントアプローチの探索事例…288

(韓国)

6. 国際長寿センターから韓国国民健康保険公団への質問と回答…291
7. 韓国のケアマネジメントプロセスに関する韓国国民健康保険公団からの回答…301

* イギリス、オーストラリア、韓国 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.ilcjournal.org/study/index.html>)

軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究事業

調査研究委員

松岡洋子（東京家政大学人文学部教育福祉学科准教授）〈主査〉

石坂俊輔（医療法人社団石坂脳神経外科副院長）

鎌田大啓（㈱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）

都築 晃（藤田医科大学地域包括ケア中核センター講師）

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 データ経営研究所情報未来イノベーション本部戦略企画センターセンター長）

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

Dr. Brian Beach 国際長寿センター（英国）主任研究員

Dr. Rebecca Jarvis 英国 NHS Health Innovation Network South London
ヘルシーエイジング担当プログラムディレクター

Dr. Julie Byles 国際長寿センター（オーストラリア）理事長

李 聖姫 ソウル聖岩老人療養院理事長／韓国アルツハイマー病協会会長

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教育福祉学科准教授 松岡洋子

本研究は、軽度者に向けた支援において、「制度的サービス提供」原則から「コミュニティにおける資源開発」原則に向かうパラダイムシフトを、とくにイギリスのリエイブルメント、社会的処方、地域資源のあり方に焦点をあてて、あるべき姿を探ろうとするものである。対象国には、オーストラリア、韓国も含まれる。

全体

1. 背景 (イギリス)

*以下のイギリス報告では「ヘルス Health」と「ケア Care」は原語をそのままカタカナ表記で使用する。「ヘルス」は国が管轄する NHS によって提供される医療サービスであり、「ケア」は自治体管轄の「ソーシャルサービス、ソーシャルケア、アダルト・ソーシャルケアと呼ばれるものである。一般的には介護と訳される。

- ◇ イギリスの背景として挙げられるのが、予算の制限、高齢化と介護需要の増加、人材不足などの厳しい状況である。これらに対して、単なるサービス抑制ではなく、健康と Well-being (イギリスでは「Health and well-being」と並列して表現されることが多い。ヘルスが身体面であるのに対して、well-being は精神面・社会面を含み個人が「自分の生活を主導していく」先にある幸福感という意味合いで使用されている) の向上を目指しつつ工夫して、全体をマネジメントしていかなければならない、という認識がある点である。
- ◇ 2018 年、NHS は今後 10 年の長期ビジョンを発表した。①病院外ケアの促進、②救急病院の需要低下、③健康に関する本人の決定・自己管理強化、④デジタル対応、⑤ヘルスとケアの統合、が主要課題である。GP によるプライマリ・ケアをより地域に密着した形で提供し、ヘルスとソーシャルケアの統合を進めていく方針が明確に出されており、「ケア法 2014」によってもその方向性は決定づけられている。③はセルフケアと予防を訴求している。これは、1948 年の WHO による健康の定義が近年見直され、状態への「適応」と「セルフケア」の重要性が強調されるようになってきていることと符合する。
- ◇ さらに、NHS 予算の 70% は慢性疾患に使われており、慢性疾患は貧困や不健康なライフスタイルなど地域における社会的要因に左右されることが多い。地域への焦点が高まっているにも関わらず、自治体によるソーシャルケアへの予算は 2010 年以降 1 億 300 万ポンド削減され、2018 年から 2 年間で 5,100 万ポンドの節約が求められている。孤立の問題も深刻化して、自治体は危機に遭遇している。

2. 「ヘルス」「ケア」「コミュニティ」と「コ・プロダクション」(イギリス)

- ◇ 今回の訪問 (イギリス) でのインタビュー内容を分析すると、図 1 が描ける。ヘルスとケアの統合は、NHS の長期ビジョンと重なるものである。しかしながら、医療者からもコミュニティベース (地域に基盤を持つ) のボランティア活動等について強調され、ヘルスとケアが話題になる際には必ず「コミュニティ」にも言及されていた。「ヘルス」「ケア」「コミュニティ」、これらがコミュニティでの暮らしを支えるために協働することの重要性にも頻繁に触れられており、「コ・プロダクション」と表現されていた (Rochdale)。

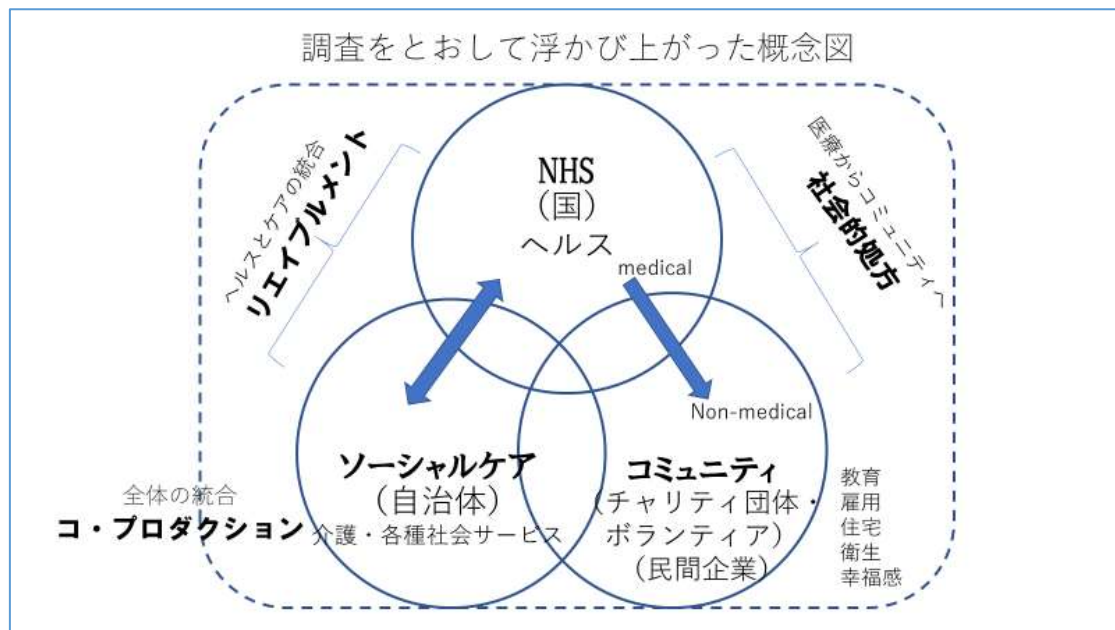


図1 調査を通して浮かび上がった概念図

- ◇ インタビューの中では、「社会的処方」は「医療者側からの直接的な地域資源の活用」であり（Health Innovation Network South London）、「リエイブルメント」はヘルスとケアの統合である（Nelson Health Center）と説明されている。
- ◇ とくに、医療者における社会的な側面（コミュニティ）への着目が高まっており、医療的なファクトがあるとしても、社会的な要素のほうが well-being に大きな役割を果たしていることへの認識が高まっている（Bexley）ことを確認した。医師たちは視野を広げており、健康は教育・雇用・幸福感・住宅などと密接に関連しており、よって、これらに関連するサービスを提供している自治体とのコラボレーションが必須である、との見解も見られた。ある医師（Merton 市、Wilson Health & Wellbeing）は、地域の健康格差に関連して、コミュニティに入り込んで住人と対話した結果、「治療する」「ケアを提供する」で解決できるものではなく、ヘルスと well-being の問題であることに気づいた。この医師は、病院の跡地の再開発において、健康の新しい概念である「適応」と「セルフケア」を踏まえ、仕事・住宅・自尊心・人との関係性に着目して、ゴールを「健康な人を支援する」とした。現在、GP、ヘルスのプロ、自治体、ボランティアを巻き込んで、開発に向けて活動している。
- ◇ 一方でソーシャルケアを担当する自治体（Bexley 市）からは、リエイブルメント開始の理由として、正しいアセスメントなしにサービス提供すると依存を高め症状悪化につながり財政負担が高じるとの説明があった。リエイブルメントでは、「本人は何がしたいのか」「地域でのコネクションも含めて本人にとって重要なのは何なのか」を対話によって引き出すことが重視される。
- ◇ このように、医療者側から医療的ニーズのみではなく、社会的ニーズの重要性が指摘され、ヘルス、ケアともに、ホリスティックなアセスメントが重要であり、well-being を包括的にとらえて、教育、住宅、雇用、仕事も含めた地域一体となった「コ・プロダクション」が開始されている。

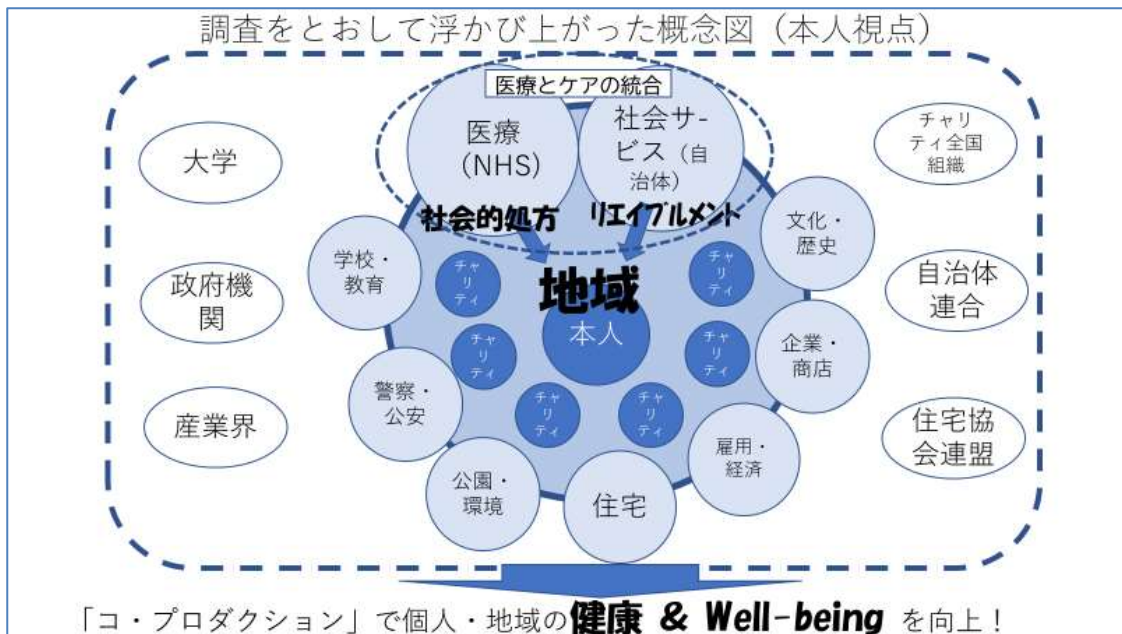


図2 調査をとおして浮かび上がった概念図（本人視点）

☆ 図1は今回の調査結果をわかりやすくするために、提供者の視点で機能整理したものである。しかしながら、制度やサービス、地域の中心にいるのは「本人」である。そこで、調査で得られた以下の点を意識して、本人視点より描いたのが図2である。本人・地域のポジティブな側面に焦点をあて、国と市民、専門職と利用者、ヘルスとケアの新しい関係を築いて、健康&Well-beingを向上させていこうとするイギリスの「アセットベースト・アプローチ（Asset-based Approach）」である。

- ① 本人は自分の生活・人生を決定して主導していく主体であり、サービスの受け手ではない。全体を中心に位置し、地域（コミュニティ）に生きている。
- ② ヘルスとケアの統合は重要な課題であるが、地域（コミュニティ）の重要性が増している。
- ③ 地域にはチャリティ団体・ボランティアが多く存在しており、社会的処方もリエイブルメントも「地域とともに（doing with）」働きかけている。個人としてもチャリティ団体としても、地域で活動すると健康だけでなくwell-beingも向上する。
- ④ 地域にはヘルス・ケア以外にも、教育・住宅・文化など多くの資源がある。
- ⑤ 地域の課題をより広くとらえ、ヘルス・ケアの問題としてとらえるのではなく、多くの組織・団体と対等なパートナーとして「コ・プロダクション」することで、個人と地域の健康&well-being向上につながる。
- ⑥ 国レベルでは、専門領域・所属団体を越えた全国組織（AHSN）があり、15拠点でイノベーションを支援している。

3. オーストラリア

- ◇ オーストラリアは2015年7月より「My Aged Care Act 2015」によって、個人の強み・能力・ウェルネスに焦点をあてて、「doing for（してあげる）」ではなく「doing with（一緒にする）」ケアを進めている。My Aged Care では最初にスクリーニングをして、軽度者と中重度者にわける。
- ◇ リエイブルメント・サービスもあり、両者に対してその可否を評価しサービスを計画する。My Aged Care ではその人にとっての「ウェルネス」（オーストラリアでは「ウェルネス」の用語が使われている。一般的には、身体面の「健康」と精神面・社会面の「well-being」を統合した上位概念として使われることが多い）を重視しており、ウェルネスやリエイブルメントはコミュニティの中で実現されるもの、ととらえている。
- ◇ コミュニティセンターや公民館が多く、地域の活動メニューも多彩である。住民主体の活動も盛んで、この傾向は今後も強化されると予測されており、個人の強みに焦点をあて、ウェルネスをコミュニティで実現していこうという方向性は、アセットベーストと軌を一にするものである。

4. 韓国

- ◇ 韓国では2008年7月に介護保険制度が導入された。等級判定は保険者である国民健康保険公団が行い、2015年8月時点で高齢者人口の6.8%（453千人）が認定されている。
- ◇ 比較的軽度者は敬老堂、老人福祉館、独居高齢者総合支援センターなど、地域の福祉サービスを利用する。
- ◇ 医療保険と介護保険のサービス体系が完全に縦割りであり、地域における福祉サービスも完全に独立した事業で連携はほとんど行われていない。軽度者への予防給付のような支援もない。
- ◇ 国民健康保険公団は、高齢者が暮らしていた場所で健康な老後を送ることができるよう、2025年までにコミュニケアの基盤整備を目指し、2019年に「自治体リーディング事業」を始めた。

1. アセットベースト・アプローチ

- ▶ 英国のパラダイムシフトをよく説明できる概念に「アセットベースト・アプローチ」がある。
- ▶ アセットベースト・アプローチ (ABA と略す) はスコットランドで先進的に始まったとされているが、誕生の背景には、社会における疾病構造の変化、well-being の重要性や自分の人生をコントロールしたいと望む人々の思考、社会環境の変化がある。
- ▶ この概念は、「個人やコミュニティのポジティブな能力に焦点をあてるものであり、ニーズやできないこと、問題のみに焦点をあてるものではない。病気の原因ではなく、人間の健康を創造しサポートすることに光をあてている」というものである。
- ▶ 医療等のサービス提供に頼ろうとするものではなく、個人やコミュニティの強みに焦点をあてる。そして、「病院や施設ではなく、コミュニティにおいて健康かつ well-being な状態で普通に暮らす」ことをめざしているため、パブリックヘルス (国)、ソーシャルサービス (自治体)、コミュニティ (地域、チャリティ団体) を包含しつつ、教育・防災・まちづくりに至る広範な領域を含むこととなる。
- ▶ 「**ABA** のレンズを通して見れば、国と市民とサービスプロバイダー、利用者の関係も異なって見えてくるはずである」と言われているように、医療者、自治体の担当部局、地域の専門職、チャリティ団体、ボランティアが対等なパートナーとして個人やコミュニティとともに働く (コ・プロダクション) 時、個人やコミュニティにストレングス (strength) や力 (capacity) が構築されていくのである。

2. リエイブルメント

- ▶ リエイブルメントは、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めざして短期間集中的に日常生活機能の回復訓練をすることである。その際、身体機能の改善のみをめざすのではなく、「本人のストレングスを生かすストレングスベースト・アプローチ」、「本人がしたいこと・本人にとって重要なことに沿って支援し自信を取り戻すパーソンセンタード・アプローチ」「地域の資源を活用し、つながりを継続してその人なりの well-being をめざすコミュニティベースト・アプローチ」がコア要素となっている。
- ▶ NHS (国民保健サービス) 制度において、リエイブルメントは病院から在宅への復帰を意味する「中間ケア」と位置づけられている。よって現在は、リエイブルメント利用者の 70%前後が病院退院後のケアであり、在宅でのフレイル予防は今後の課題となっている。各市でも、「自宅・コミュニティでの本人のしたい生活の実現」とともに、入院減少・入院期間短縮が明確な目標として掲げられている。
- ▶ リエイブルメントは、「ヘルスとケアの統合」の意義を持っている。両者の統合がなされている大マンチェスター州内の2つの市では独自の統合チームを組織していた。また、統合がなされていない Merton 市では自治体職員が「リエイブルメントはヘルスとケアの統合」とその意義を強調していた。いずれにしろ、NHS 10 年計画に沿ったチャレンジであり、よく実践され成果も上がっていることを確認できた。

<社会的処方>

- ▶ 社会的処方とは、GP が薬の処方や専門医療への紹介ではなく「地域サービス (芸術や

歌のクラスなどの活動を含む) へつなげることにより、患者の健康や well-being (福祉) 向上に役立つ」ものであり、医療側からメディカル以外の地域資源を活用しようとする動きである。NHS では医療的サービスと同様に社会的処方であらゆる患者が受けられるようにするという方針を掲げ、社会的処方国立アカデミーでも諸々の目標を定めている。

- 社会的処方を推進するためには、医療者がその必要性に気づいて地域に目を向けること (地域に入り込んで、住民と対話する医師もいた)、地域に豊かな資源があること、さらにその資源の情報を紹介してつなげていく機能があることが重要である。リンクワーカー、ケアナビゲーター、コミュニティビルダーなどさまざまな職種が整備され、GP からの紹介を一か所で受け、地域の各資源へとつないでいく (Community Connect) システム (Bexley 市) なども参考になる。また、GP を経ずに直接相談できるソーシャルプリスクライバー (社会的処方専任者) の存在も注目に値する。
- 健康は教育・雇用・幸福・住宅などと密接な関係にあるので、自治体とも密接な関係を持ち、「(幼児・児童の) スタートウェル、(青年の) リブウェル、(高齢者の) エイジウェル」をテーマに GP 自ら学校へ出向いて児童の健康について話すなど社会的ニーズに着眼している (Merton 市)。

3. 地域資源と地域におけるコ・プロダクション

- NHS の 10 年計画に見られるように、イギリスのヘルス方針は「サポートを受ける」から「能力を持った人として、(コミュニティの資源を活用して) コミュニティで暮らす」へと大きく転換している。こうした中で、地域資源への期待も高まっている。
- これに対して、英国にはチャリティの歴史があり、地域には多くのチャリティ団体、ボランティア組織がある (人口 25 万人のベクスリー区には 400 のチャリティ団体があり、年間予算は約 45 億円、1 ポンド=120 円換算)。社会的処方で紹介されるのはこうしたチャリティ団体であり、リエイブルメントに関しても地域資源が活用されている。
- そうした団体に対して助成金等が多様に存在し、Age UK などの大組織、GMCVO (大マンチェスター州のボランティア組織センター) や BVSC (ベクスレー市ボランティアサービス協会) などの協議会が大型予算を獲得して、各地域の活動を支援している。地元では、数々のチャリティが活動団体の立ち上げを支援するなど、専門家によるコミュニティ・ディベロプメントがシステムとして成り立っている。
- 「ヘルス」「ケア」「コミュニティ」というキーワードで示される組織や職員・人々は、地域住民のコミュニティでの普通の暮らしを支えるために力を合わせている。これを「コ・プロダクション (地域での協働)」という言葉で表現していた。
- 「コ・プロダクション」とは、縦割りのために生じていた重複やギャップを乗り越えて、「ヘルス」=医療の専門家 (病院、GP、地域ベースの看護師・リハ職など)、「ケア」=自治体の職員・ケア専門職 (介護士など) から、「コミュニティ」チャリティ団体のボランティア、警察、民間セクター (商店、スーパーなど) まだが対等なパートナーとして協働することである。
- その具体的手法は、次ページの表 1 にあるとおりであり、パートナーシップ意識、定例会議、投資、チーム形成、システム構築などさまざまなレベルがある。とくに Rochdale 市における「ワン・ロッチデール・ヘルス&ケア」は多様なステークホルダーが一組織を構成した大掛かりなものである。

表1 イギリス訪問まとめ（リエイブルメント、社会的処方、地域資源、地域での協働）

	Bexley市 (25万人)	NHC (Merton市, 21万人)	Wigan市 (大マサチューセッツ州)	Rochdale市 (大マサチューセッツ州)
訪問先 理念・強 調点	NHS 職員自治体職員等の講義 ・ 介護のニーズを運ぶ、なくす ・ 政府のサポートを受けると「能力を持た人としてコミュニティで暮らす」	Nelson Health Center ・ 人々のウェルネスを保つ、入院を予防、ヘルスとwell-being 促進、転倒予防、自立生活の実現 ・ 「ヘルスとケアの統合」 ・ 552件/年、72%自立 ・ 病院ほとんど導入；地域はこれから ・ RAチームとヘルスチームが一緒に ・ HARI (Holistic Assessment Rapid Investigation) で包括的評価⇒コミュニティサービス、ボランティアサービスへつなぐ	リエイブルメントチーム、Age UK Wigan ・ ヘルスとケアを統合 ・ 「ザ・ディール」を展開 ・ 自治体の委託を受けた RA チーム (ヘルスチーム、ケアチームと同じ建物) ・ 病後・入院後の自立、日常スキルの練習、6週無料 ・ 82人 (OTはアセスメント、サポートワーカーは訪問) ・ 2224件/年、72.8%ケア不要 ・ 病院70%；地域30%	One Rochdale Health and Care ・ 2014年：ヘルスとケアを統合⇒「ワロンツチデール・ヘルス&ケア」設立 ・ 協同組合の歴史あり ・ STARS ・ 1373人/年、79%自立⇒1405人、\$1.2% ・ 病院75%；地域25% ・ 「何を達成したいか」を重視
リエイブルメント	・ 自治体にリエイブルメントチーム ・ 「自立を実現し、サービスへの依存を減らすプロセス」、6週無料 ・ OT、リハ助手、SW ・ 900人/年、57%改善 ・ 病院50%；地域50% ・ NHSとケアの統合チーム	・ 「ヘルスとケアの統合」 ・ 552件/年、72%自立 ・ 病院ほとんど導入；地域はこれから ・ RAチームとヘルスチームが一緒に ・ HARI (Holistic Assessment Rapid Investigation) で包括的評価⇒コミュニティサービス、ボランティアサービスへつなぐ	・ 自治体の委託を受けた RA チーム (ヘルスチーム、ケアチームと同じ建物) ・ 病後・入院後の自立、日常スキルの練習、6週無料 ・ 82人 (OTはアセスメント、サポートワーカーは訪問) ・ 2224件/年、72.8%ケア不要 ・ 病院70%；地域30%	・ STARS ・ 1373人/年、79%自立⇒1405人、\$1.2% ・ 病院75%；地域25% ・ 「何を達成したいか」を重視
社会的 処方	・ 目標設定「コミュニティ・自分の家で何ができるようになるか？」 ・ GPからの紹介はシステムで自動的にできる ・ 年間1195の紹介：GP⇒「Community connect」(地域組織)がサポートとなり、BVSC (協議会)、Mind (中間組織) などへつなぐ ・ Mindには3人のコーディネーター、24時間体制。 ・ 非常に込み合っており BVSCに期待 ・ GPへのアクセスを減らす	・ GPも行うが、ソーシャルブリスグライバ6人 ・ 「自分の生活をどう変えるか」を評価、自分で解決見つけ、プラン合意⇒地域組織へ通じるべをつける ・ well-being向上77%、GP予約減少33%、緊急サービス減少50% ・ メディカルとコミュニティのリンク ・ ヘルスとwell-beingの向上 ・ 数百のローカルグループを組織	・ 入院減少、入院期間短縮、本人にとって重要な事・したい生活できるように、⇒QOL維持、コミュニティでの活動継続 ・ (←左側のソーシャルブリスグライバ：自分のニーズ、優先順位を理解を支援、動機付けをする人、心理療などもある) ・ Wigan市での調査結果なし ・ 「コミュニティエンゲイジメント」	・ リングワーカーがGP診療所に拠点 ・ 「何をしたいのか？」⇒サインポストイング(道しるべ) =さまざま地域資源とのつながりや情報が必要 ・ 地域で活動するとヘルスだけでなく幸福感も向上 ・ 「地域の強みを土台にして積み上げる」
地域資源	・ 400のチャリティ団体、予算5,3800万 ・ NHS (GP)自治体、各種団体と強いパートナーシップ。チャリティは「架け橋」 ・ チャリティの協議会 (BVSC) がある ・ 「1ポンドの投資で5.9ポンドの便益」などの価値(地域の文化・質向上) ・ 事例共有の会議 (GP、SW)地域の専門職、関係者、リエイブルメントチーム ・ 自治体はBVSCに投資 ・ NHS、自治体、チャリティの強いパートナーシップ ・ 地域のアセットを自治体が整理し、共同でもってデザイン「コ・プロダクション」	・ マートン・ヘルス&ケア・トギヤザブログラム (ヘルス、ケア、メンタルヘルス、ボランティア合同会議)「スタートウェル、リブウェル、エイジウェル」小学校・会社・健康講座 ・ 統合処方チーム (GP、ソーシャルサービス、コミュニティが定例協議で高齢者ケア)提供 ・ 統合中間ケアサービス迅速対応 (地域ナースとSWのチームで在宅支援) ・ 「ウェイソンセンター」は、ヘルスとwell-being、ヘルス、ソーシャル、コミュニティの一体化を推進	・ リエイブルメントチームはチャリティ、民間セクターと協力 ・ Age UK Wigan では、GMCVO (大マンチェスター・ボランティアセンター)の資金を得、自治体、ソーシャルケア、民間巻き込んで活発に地域開発している ・ リエイブルメントは「病院の良いパフォーマン스에貢献している」との意識 ・ リエイブルメントは、チャリティ、民間セクターと一緒にやっている (GMCVO) ・ Ambition for ageing 活動は「サービス提供から地域での解決」への転換 ・ チャリティ団体は GP からの社会的処方を受け、パブリックヘルスの組織と協働することもある。チャリティの場合も。 ・ 「コミュニティとは所属するものではなく、所属する何かを共に作ること」	・ 「コミュニティの人々・アセットを活用する」(料理、おしゃべり、ヘルスウォーク25団体など多彩) ・ 2014年ヘルスとケア統合時に設立した「ワロンツチデール・ヘルス&ケア」は、ヘルス、コミュニティケア、ソーシャルケア、ボランティア、民間セクターを一つに統合した組織 ・ リングワーカー、コミュニティコネクタ、コミュニティビルダー、コミュニティナビゲーター、ヘルストレーナー&コーチが地域で活躍
コ・プロダクション	・ NHS、自治体、チャリティの強いパートナーシップ ・ 地域のアセットを自治体が整理し、共同でもってデザイン「コ・プロダクション」	・ マートン・ヘルス&ケア・トギヤザブログラム (ヘルス、ケア、メンタルヘルス、ボランティア合同会議)「スタートウェル、リブウェル、エイジウェル」小学校・会社・健康講座 ・ 統合処方チーム (GP、ソーシャルサービス、コミュニティが定例協議で高齢者ケア)提供 ・ 統合中間ケアサービス迅速対応 (地域ナースとSWのチームで在宅支援) ・ 「ウェイソンセンター」は、ヘルスとwell-being、ヘルス、ソーシャル、コミュニティの一体化を推進	・ リエイブルメントチームはチャリティ、民間セクターと協力 ・ Age UK Wigan では、GMCVO (大マンチェスター・ボランティアセンター)の資金を得、自治体、ソーシャルケア、民間巻き込んで活発に地域開発している ・ リエイブルメントは「病院の良いパフォーマン스에貢献している」との意識 ・ リエイブルメントは、チャリティ、民間セクターと一緒にやっている (GMCVO) ・ Ambition for ageing 活動は「サービス提供から地域での解決」への転換 ・ チャリティ団体は GP からの社会的処方を受け、パブリックヘルスの組織と協働することもある。チャリティの場合も。 ・ 「コミュニティとは所属するものではなく、所属する何かを共に作ること」	・ 「コミュニティの人々・アセットを活用する」(料理、おしゃべり、ヘルスウォーク25団体など多彩) ・ 2014年ヘルスとケア統合時に設立した「ワロンツチデール・ヘルス&ケア」は、ヘルス、コミュニティケア、ソーシャルケア、ボランティア、民間セクターを一つに統合した組織 ・ リングワーカー、コミュニティコネクタ、コミュニティビルダー、コミュニティナビゲーター、ヘルストレーナー&コーチが地域で活躍
	・ HIN (Health Innovation Network) の存在 (NHSの組織として、CCGs、病院、メンタルヘルス、プライマリケア、大学、地方団体をネットワーク。実践を促進)			

1. 国の概要と制度の基本的枠組み

- オーストラリア（人口 2,536 万人、高齢化率 15.9%、2019 年）は、1901 年英国によって設立された 6 つの植民地が連邦を設立し、多くの移民を受け入れてきた多民族・多文化国家である。
- 現在、連邦政府、6 つの州と 2 つの特別区、地方自治体の 3 層構造で成り立っており、高齢者介護については、連邦政府がルール、ガイドラインを作り、州が管理をし、自治体でサービス提供を行っているが役割は非常に限られており、解釈の違い等で自治体でのサービス提供には違いが生じるものとなっている。
- 1982 年のマクリー報告によって、1985 年「Home and Community Care Act 1985」で HACC プログラムを開始し、大きく地域ケア重視へ舵を切った。さらに、2015 年 7 月より「My Aged Care Act 2015」によって、個人の自立性・自律性を最大限に引き出し、個人の強み、能力、ウェルネスに焦点をあてて、「doing for してあげる」から「doing with 一緒にする」ケアを進めている。
- 生活課題が生じた高齢者はまず My Aged Care に登録してスクリーニングを受け、軽度者は基本的な評価である RAS（Regional Assessment Service）、中重度者はより詳細な医学的評価を含む ACAT（Aged Care Assessment Team）のアセスメントを受ける。ともに NSAF という全国共通の指標が用いられるが、アセッサー（評価者）には「ウェルネス」の追求が求められる。そのあと、利用者と協力して「サポートプラン」を作成する。
- RAS が紹介できるのは CHSP（連邦在宅支援プログラム）で、ウェルネス、リエイブルメント、回復ケアがある。中重度者対象の ACAT では、この他に HCPP（在宅ケアパッケージ）、施設ケア、施設レスパイトケア、柔軟なケア、移行期ケアなどを紹介できる。この他、「認知症支援」「消費者支援とアドボカシー」「消費者への質の安全と確保」が大きな柱として示されている。

2. リエイブルメント

- オーストラリアにおけるリエイブルメントは、1999 年の西オーストラリア州でのプロバイダーの取り組みに端を発している。その後全国に広がり、2011 年の生産性委員会調査報告「Caring for Older Australians（高齢オーストラリア人のケア）」において、集中的で期間を限定したリエイブルメント・サービス導入の必要性が提案された。同報告では、『本人のために何かをしてあげる』のではなく、本人が『それを自分で行う』ことを支援するためのプログラムであり、これらは在宅ケアや他の高齢者ケアサービスのニーズを遅らせたり減らしたりできる」というエビデンスの存在に言及している。
- 具体的にはスクリーニングを経たあと、RAS、ACAT のアセッサーがリエイブルメントの可能/不可能を評価し、本人のリエイブルメント目標を達成するために必要なあらゆる種類のサービスを確実に計画し、その進捗状況を振り返る。
- RAS、ACAT のアセスメントマニュアルにおいても、リエイブルメントは「機能損失に適応したり、または活動を再開する自信や能力を取り戻したりする、といった本人の具体的な目標または望まれるアウトカムに的を絞った、期間を限定した介入」と定義されている。

- CHSP ガイドラインなどにおいても、ウェルネスおよびリエイブルメントの重視や、「doing for (～のために)」から「doing with (～と一緒に)」への文化的シフトが訴求されており、CHSP プログラムマニュアルでは、「人々の自立および自律を最大化する援助を目指したサービス提供アプローチ」と述べられている。
- リエイブルメントに関する議論は継続されており、資料ごとに少しずつ表現が異なるが、「本人の自立、自律、自信の回復」および「具体的な目標や望まれるアウトカムに的を絞る」という点は共通している。
- ウェルネスやリエイブルメントは、コミュニティの中で実現されるものである、という考えに立っている。

3.地域の資源

- My Aged Care では、その人にとっての「ウェルネス」を重視しているため、本人ができないこと＝身体的機能低下のみではなく、「本人のしたいこと」に焦点をあてる。そこで CHSP (在宅支援プログラム) 等で基本的ニーズを満たしたうえで、本人の希望に沿って地域のチャリティやボランティア団体の資源につないでいる。
- そのためには豊かな地域の資源が必要であるが、オーストラリアではコミュニティセンターや公民館が多く、助成金、中間支援団体も充実している。訪問した北シドニー市では、「コミュニティリンク・サービス」「マインドセット・フォー・ライフ (退職者向け)」「魚釣り友達」など選択肢は多く、犬の散歩など軽微な困りごとの支援もさまざまに提供されている。身体介護等を含む HCP (在宅ケアパッケージ) は市のサービス (措置) として提供されていたものが、現在民営化の途上にある。それに伴い、輸送サービス、各種ソーシャルプログラムなどの各種プログラムも市が主導しているもの、NPO 組織に委託しているもの、多様に存在しており両者を訪問した。提供決定主体、提供主体はさまざまであるが、いずれもボランティアの充実によって、今後も活動を拡大することを予定していた。
- 「民間団体 Hub」は、80 人のメンバー (60 歳代～70 歳代) が中心になって「地域のつながり (Community Development)」づくりを行っており、政府は資金を投入して新たな層の構築になりうるとして全土に広げたいと考えている。

- 韓国（人口 5,165 万人、高齢化率 14.8%、2019 年）では 2008 年 7 月に介護保険制度を導入した。先行する健康保険制度を最大限活用したものであり、保険者は同一の国民健康保険公団である。しかし、サービス体系は完全に縦割りとなっている。さらに、介護保険制度の対象者は範囲が狭く、軽度者は自治体による福祉サービスの対象となる。両者は完全に独立した事業となっており、連携は十分行われてない。軽度者への予防給付のような支援もないのが現状である。
- 国民健康保険公団では、予防的介護体系、長期療養保険介護体系、医療体系が縦割りとなっている現状に対して、地域特性を踏まえた横断的な対応を模索している。

1. 韓国における介護保険制度

- 韓国政府は、2001 年 8 月に介護保険制度の導入を表明し、2007 年 4 月に老人長期療養保険法が成立、施行され、2008 年 7 月に介護保険制度を導入した。
- 韓国の介護保険制度は、先行する健康保険制度（1963 年に制定、1989 年に皆保険、2000 年に単一保険者となる国民健康保険公団 NHIC⁹⁾ に統合）を最大限活用したものである。適用対象は全国民となり、介護保険の加入者は健康保険の加入者と同一である。2 のグループ、①65 歳以上の高齢者、②65 歳未満であっても認知症、脳血管性疾患など加齢にともなう疾病を持った者、が認定申請できる。
- 国民健康保険公団が等級判定を行い、2015 年 8 月時点で高齢者人口の 6.8%にあたる 453 千人が認定されている。最も重い 1 等級から 3 等級のみであったが、2014 年に 4、5 等級が追加され、2018 年より積極的な認知症対応のため、6 等級にあたる「認知症支援等級」が新設されている。
- 在宅サービス（訪問療養、訪問入浴、訪問看護、昼・夜間保護（デイサービス）、短期保護（ショートステイ）、福祉用具の貸与・販売）と施設サービス（老人療養施設、グループホーム）があり、等級によって利用できるサービスに制限が設けられている。家族介護者には特別現金給付が支給され、ヘルパー資格をもった者が家族を介護した場合は家族療養保護費が支給される。介護予防支援（予防給付）は提供されておらず、等級が下がることを評価する仕組みは存在しない。

2. 自治体による福祉サービス（敬老堂、老人福祉館、独居高齢者総合支援センター）

- 介護保険の対象者が比較的軽度で、最期までの制度利用を前提としているのに対して、軽度者は自治体によるサービスの対象となっている。
- 「敬老堂」「老人福祉館」「老人教室」が、「老人福祉余暇施設」として老人福祉法に位置づけられている。
- 敬老堂は、大韓老人会連合会によって運営されており、全国に 57,786 か所以上ある。大規模団地には敬老堂を設ける必要があり、高齢者は会員となって月に 500 円から 1000 円の会費を納め、昼食・健康体操・歌謡教室などのプログラムが住民の手で提供される。訪問したソウル市松坡区の敬老堂では、市が月 3 万円の金銭支援とソーシャルワーカー派遣の人的支援を行っていた。
- 老人福祉館は、全国に 350 施設ある。ソウル市「松坡老人総合福祉館」（1996 年設立、社会福祉法人チャオガン老人福祉財団）は 60 歳以上の高齢者が利用でき、登録者数は

9,781人、一日の平均利用人数は1,220人、ボランティア登録人数8,261人の大規模な老人福祉館である。習字・陶芸などの教室が日々開催されるだけでなく、職員84人がいて、老人ドルボミ（生活支援）基本・総合サービス、在宅福祉事業、敬老堂活性化事業などを提供している。

- 独居高齢者総合支援センターは、韓国の独居高齢者140万人（全高齢者764万人）のなかでも社会的危機にある脆弱な高齢者43万人（約20%）を対象としている。主として介護保険に入る前に自立した生活が難しくなりつつある高齢者に対して、電話や訪問による安全確認、食事・入浴・洗濯・掃除などの家事支援、自殺予防を主眼とした支援を提供している。ボランティアが週1回以上高齢者に電話をして安否確認や相談にのったりする「愛のつながり事業」などもある。財源は国70%・自治体30%である。

3. 介護保険と福祉サービスの連携の模索

- 韓国では医療保険と介護保険のサービス体系が完全に縦割りであり、敬老堂などの地域における福祉サービスも完全に独立した事業で連携はほとんど行われていない。軽度者への予防給付のような支援もない。広い意味での予防的な措置を超え、介護保険による療養サービスに移行すると元には戻れないシステムとなっており、医療制度は完全に別枠となっている。こうした現状に対して、地域特性を踏まえた横断的な対応を求める声が紹介されている。
- 国民健康保険公団は、高齢者が暮らしていた場所で健康な老後を送ることができるよう、2019年に「自治体リーディング事業」を始めた。2025年までにコミュニティケアの基盤整備を目指したものである。

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教育福祉学科准教授 松岡洋子

1. 調査研究の背景

(1) 日本における状況

日本においては、高齢化率が 28.3%を記録し、人口減少が 2011 年から継続的に始まっている。とはいえ 2040 年に向けては、高齢者・後期高齢者の増加以上に、生産年齢人口の減少がクローズアップされ、高齢者のプロダクティビティの向上、健康寿命の延伸、介護現場における生産性の向上などが新しい政策アジェンダとして取り上げられている。

直近の経済財政諮問会議（令和元年 9 月 30 日）では、「社会保障分野のこれまでの成果と今後の重点課題」として経済再生と社会保障分野の歳出改革を一体的に推進してきたことを成果として、全世代型社会保障検討会議とも連携しつつ経済再生、国民生活の質の向上、財政面の効率性という観点から検討を深めることが確認されている。

介護保険では地域包括ケアが推進され、第 7 期（平成 30 年度～令和 2 年）には「介護予防・生活支援総合事業」が実質的に稼働している。現在、社会保障審議会介護保険部会では第 8 期に向けた構想として、地域共生社会の構築についての議論が活発になされている。この議論の焦点は、地域でいかに共生していくか、という点に焦点が当てられている。

(2) 欧州等における状況

一方欧州諸国では、高齢化率が 20%を超えている国はまだ少なく、人口減少も始まっていない。しかし、少子化の傾向や、戦後のベビーブーマーの高齢化に対して強烈的な危機感をもって、ドラスチックな改革を進めている。

イギリスでは、2014 年の「ケア法 2014」にて「well-being 原則」を掲げ、病院・施設から地域でのこれまでどおりの暮らし継続のための、医療（ヘルス）と介護（ソーシャルケア）の統合を強力に進めていこうとしている。

オランダは、2015 年に介護保険を大改正して、wmo（社会サービス法）にデイサービスや生活支援など介護保険の多くを以降した。これは、地方自治を大きく推し進めつつ、地域での暮らし・助け合いを推進するものである。

デンマークでも、制度的サービスへのアクセスをコントロールすべく、低下する機能の回復可能/不可能を見極めて、介護サービス提供の前のリハビリを推進している。

これらは、戦後の福祉国家の骨格を大きく覆すパラダイムシフトであり、共通する要素を以下のようにまとめることができる。

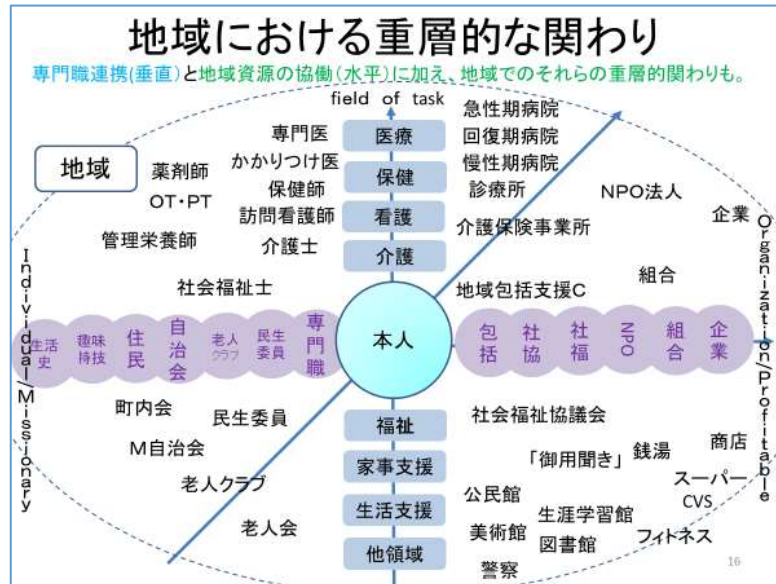
- ① できないことをしてあげる「サービス提供原則」から「本人のしたいこと、重要なこと」を重視する「well-being 原則」への転換
- ② 「病院・施設」を遠ざけ、「コミュニティに暮らす」ことを支援する。
- ③ 「リエイブルメント」や「社会的処方」などのイノベーションが実践されている。
- ④ これらは地方自治の延長線上にあり、「人々はコミュニティに暮らす」主体であることを認め、「コミュニティに資源・サービスを作り」出し、「コミュニティに暮らす」ことを推進していくものである。

2. 調査・研究の目的と概要

(1) 調査・研究の目的

そこで本研究では、実際に進められているイノベーションである「リエイブルメント」「社会的処方」について詳細に調査し、実践の場であり近年の改革の焦点とも言える「地域」での各組織・団体・個人の関係について深く調査することとした。

地域での各組織・団体の関わりについては、以下のような図を描いて仮説とした。



(2) 調査課題と調査手法

上記目的を達成するために、対象国はイギリス、オーストラリア、韓国とし、次のような課題を設定した。

【調査課題】

① イギリス

- ・「リエイブルメント」の実態（実践主体、成果、関係機関、医師の意識など）
- ・「社会的処方」の実態（実践主体、成果、関係機関、医師の意識など）
- ・「地域」（ステークホルダーの多様性とその実態）

② 韓国

- ・介護保険の動向
- ・自治体における福祉サービスの実態

③ オーストラリア

- ・My Aged Care の制度改正
- ・自治体、サービス提供事業所の実態
- ・地域でのボランティア活動

【調査手法】

- ① 現地訪問によってインタビューを行い、その内容をテープ起こしによりデータ化した。
(イギリス、韓国、オーストラリアの訪問先、訪問日時は次ページの通り)
- ② オープンデータ、論文などをレビューし、分析を行いその結果を記述する手法も採用した。

調査訪問先一覧（訪問順、2019年）

【イギリス】

- 8月20日 <ロンドン・ブロムリー区、ベクスリー区>
 - ・NHS Health Innovation Network South London
 - ・ブロムリー区、
 - ・My Time Active（社会的企業）
 - ・ベクスリー区
- 8月21日 <ロンドン・マートン区>
 - ・マートン区
 - ・Nelson Health Center
 - ・Guy's Hospital
- 8月22日 <グレーター・マンチェスター：ウィガン市>
 - ・AgeUK Wigan
 - ・リエイブルメント・チーム
- 8月23日 <グレーター・マンチェスター>
 - ・GMCVO（Greater Manchester Centre for Voluntary Organisation）

<協力>

ブライアン・ビーチ 国際長寿センター 英国センター上席研究員
レベッカ・ジャービス Health Innovation Network South London ヘルシーエイジング担当プログラムディレクター

【韓国】

- 9月16日 <ソウル>
 - ・ソウル市役所 第12回認知症克服の日イベント参加
 - ・生活サポート室（老人憩の家・敬老堂）
 - ・松坡区老人福祉館
 - ・社会福祉法人清岩福祉財団
- 9月17日 <江原道原州市>
 - ・韓国国民健康保険公団
 - 長期療養常任理事、長期療養室長、療養審査室長、療養評価部長、長期両方制度研究センター副研究員／社会福祉博士、療養給与部療養基準室長代理、利用支援部3係長、療養評価部1係長
- 9月18日 <ソウル>
 - ・独居高齢者総合支援センター

<協力>

李 聖姫 ソウル清岩老人福祉財団理事長、韓国アルツハイマー病協会会長

【オーストラリア】

- 11月7日 <シドニー>
 - ・ハモンドケア（福祉施設）
 - ・オーストラリア老年学会（AAG）政策・研究部長
 - ・西オーストラリア自立支援センターウェルネス&リエイブルメント最高顧問（サービスプロバイダー）
 - ・オーストラリアアクセスケアネットワーク研究評価部長（アセスメント・評価団体）
 - ・オンカパリング市アクティブエイジング都市チームリーダー
 - ・ボルトンクラーク研究者（サービスプロバイダー）
- 11月8日 <シドニー>
 - ・クロウズネストセンター（北シドニーコミュニティサービスセンター）
 - ・北シドニー市高齢・障害サービス部
 - ・シドニー郊外 ウェイバートン・ハブ（地域の互助組織）

<協力>

ジュリー・パイルス 国際長寿センター オーストラリアセンター理事長

Ⅱ. イギリス

1. 基本的枠組み…自治体・医療職・介護職・住民が連携したシステムづくり

藤田医科大学地域包括ケア中核センター講師 都築 晃

1. 本章の概要

本章では、基本的枠組みを紹介する。英国では自治体によってその仕組みはやや異なっている。地域における、自治体、病院、GP、ボランティアセクターや地域団体、コミュニティや住民などそれぞれの関係性に注目する。

いくつかの具体例を交え、どのように専門職と地域資源が連携しているのか、誰が介在しているのかなどを紹介する。一方、政府、NHS、CQC、ファンドとの関係性、リエイブルメントの詳細、社会的処方との関わりは他の項を参考にさせていただきたい。

2. HARI におけるヘルスとソーシャルケアの多職種連携

(1) ホリスティック・アンド・ラピッド・インベストイゲーション・サービス（Holistic and Rapid Investigation services、HARI）の概要

ロンドン郊外にある、Merton Council（以後 マートン区）の取り組みは、ヘルスとソーシャルケアの多職種連携の一例である。目的はウェルビーイングを保ち、入院を軽減し、自立した生活を提供することである。対象は、メディカルニーズ、ソーシャルニーズ、リハビリニーズのある成人である。基本的には、「健康的な場所で生活することで、スターティングウェル、リビングウェル、エイジングウェルにつきる」と担当者は考えている。



(2) 「ネルソンヘルスセンター」

マートン区「ネルソンヘルスセンター」は、GP のクリニックである。4 年前に開設されたこのヘルスセンターは、一般的な GP クリニックよりも幅広い検査機能などを持ち、大規模かつ統合的なサービスを展開している。目的は、病院が受けているプレッシャーを緩和することである。対象となるエリアの住民 3 万人が登録されている。勤務する医師は 23 人、看護師（ナースプラクティショナー）、薬剤師、理学療法士、作業療法士などが在籍する。外来は予約が 3 分の 2 で、他は緊急の案件である。予約から外来までは 1 週間ほど待つ。GP ルームでは、3 分の 2 の患者は電話で対応が終わる。電話は平均 3、4 分であり、薬剤師が対応する。



対応しきれなければ医師、あるいは案件によっては専門的な看護師が対応する。

(3) 自治体のアダルト・ソーシャルケアとして、健康を学ぶ「場」を作りたい

リエイブルメント・サービスは退院者用で、利用者の多くは高齢者である。2018—2019年の利用者は459人で、そのうち72%はケアが必要なくなった。ケアサービスが縮小したのは28%であった。現在の対象は退院者のみであり、地域からの依頼は検討中である。東部の病院跡地にボランティア・自治体・GPと一緒に健康を学ぶ「場」を開発していくことになった。住民は、病気だからGPや病院に来るのではなく、健康を保つ場所や学びの場をつくり、普段からそこに通えるようにしたい。ただし、強制はできない。また、行動変化サポートの仕組みも必要だ。同じ場所で、ウェルビーイング医師がメンタルを、臨床スタッフスタッフがソーシャルを語れることが重要だと考えている。

(4) GPが社会的処方によりヘルスとウェルビーイングを向上

HARIには多職種が関わっている。メディカルニーズ、ソーシャルニーズ、リハビリニーズのある成人対象であるため、老年医学医、病院、GPや看護師、リハビリテーション専門職からのアセスメントにより紹介される。フレイルの人も対象であり評価基準が用意されている。



GPからの社会的処方の流れを例に紹介する。

マートン区ではGPが紹介してヘルスとウェルビーイングを向上する流れはHARIから始まった。マートン東部の2つのGPの1年間のパイロット研究から始まり、高評価を得た。具体的にはウェルビーイングの向上、GPの予約減、病院緊急サービス減が実証された。

現在は、3人のフルタイム社会的処方GPがマートン区にいる。仕事は多くの場合、1回会って済む（情報提供で十分）。その後は電話でフォローする。リンクワーカーへの紹介理由は、雇用、お金、メンタルヘルスが多い。メンタルヘルスの患者には心理サービスや社交サービスを提供する。

課題は、地域差があり、コミュニティ・サービスの強さに依存しており、ボランティア組織が数百あるが、全部の地域サービスをGPが知ることは難しいことだ。中には、ソーシャル、メディカルの両方の問題が混在していることが多く、判断できない。地域資源を理解している専門家はリンクワーカーである。GPもリンクワーカーも、互いに薬や診断だけではうまくいかないことを知っている。

3. Bexley Council（ベクスリー区）における成人向けソーシャルケア。自治体がヘルスやボランティアセクター、住民とのパートナーシップを重視したシステム。

(1) ベクスリー区の特徴

ベクスリーではボランティアセクターと自治体、NHSに強いパートナーシップがある。目的はヘルスを向上させることである。それぞれの専門知識を持ち寄ることで効果的になる。GPと一緒に取り組むのが特に効果的と考えており、セクター全体の信頼感を醸成している。関わる人が平等なパートナーシップ



をもって、能力を発揮している。その中には住民やコミュニティも含むという考え方が政策決定への参画を促している。

「地方自治体の役割は品質保証を行うこと」という意識を持っており、病院や GP からのリエイブルメント・サービスに力を入れていることも特徴である。また、コミュニティグループにリンクするための BVSC (Bexley Voluntary Sector Council) という組織が活躍している。民間のチャリティやサービスを紹介したり支援し、ヘルスとソーシャルケアの効果的な中継ぎを担当している。

(2) ベクスリー区の背景とリエイブルメント・チーム

ロンドン郊外のベクスリー区の背景は、高齢者の数が増え、平均寿命が延伸したことによる、労働スタッフ不足、高い介護コストの問題があった。ベクスリー区では、リエイブルメントチームメンバーを組織している。ソーシャルワーカー、作業療法士、ソーシャルケアワーカーである。紹介元は病院であり、退院して 3 日以内にチームは利用者に出会う。地域コミュニティからフレイルなどが理由で紹介される場合は 2 週間以内に本人に出会う。リエイブルメントの一部は病院で提供され、医師の指示がある。一方で、ベクスリー区リエイブルメント・チームの療法士はコミュニティにベースを置いており、コミュニティでのみ利用者に出会う。作業療法士は地方自治体に雇われて、統合チームになっている。6 週間の無料ケアが提供される。

利用者は自分のゴールを決定し、「コミュニティ・家で何ができるようにになりたいか」を考える。昨年の利用者は 900 人。病院からと地域からの紹介は半々。利用者の 56.6% でスコアが改善した。市のソーシャルワークチームが病院にベースを持っていて、早期介入できる。

ケアエージェンシーが利用者の自立支援のために毎日訪問し、毎週アセスメントをしてゴールを設定する。

(3) ベクスリー・ボランティアセクター・カOUNCIL (Bexley Voluntary Sector Council, BVSC)

独立したチャリティ組織。NHS、地方自治体などから資金援助を受けている。目的は、人々の生活向上のためにボランティアを通してコミュニティの質を上げることである。

ベクスリーのチャリティは複数ある。一例を上げると、グリニッジアンドコミュニティホスピス（末期の患者を助ける）、脳のけがをした人を助ける、ケアラーサポート（介護者サポート、レスパイト）、デフセンター（難聴サポート）などがある。

ベクスリーではボランティアセクターと自治体、NHS に強いパートナーシップがある。関わる人すべてが平等なパートナーシップをもって、能力を発揮している。そこには住民やコミュニティも含まれる。

(4) GP の社会的処方とのリンク

GP から紹介されてきた人をコミュニティグループにリンクする例を紹介する。「マインド」という非営利組織と協力している。マインドには、3 人のコーディネーターが 24 時間体制で常駐し、まず利用者本人に会って何をやりたいかを特定する。高齢者、障がい者、ボランティアをする、教育を受けるなど、どのチャリティ団体が合っているかを見極める。2017 年 10 月以降、1,125 件の紹介があった。散歩グループや、会話グループなどに紹介している。

この組織への紹介元は、GP、看護師、ソーシャルケアの他、利用者本人が自分で来る場合もある。紹介システムは、GPは自動的に紹介できるシステムがあり、ウェブ、電話もある。紹介後の流れとしては、7日以内に本人に連絡をとる。本人の希望の場所で対話をする。フォローアップ確認は3週間後に「地域資源に出向いたか？」などを電話で聞きGPに報告する。紹介先には、本人がアクセスする。紹介希望があっても、同行まではしない。本人の意思次第である。3か月、6か月、1年後にフォローしている。紹介したい地域団体が、混んでいる場合もあるが、BVSCと連携して効果を最大限にする調整をしている。これらの成果は、ヘルス、自治体に4半期ごとに報告し、毎月会議（SW、GP、リエイブルメント・チーム、関係者）をして情報をシェアする。

また、好事例の個別ケースを他専門職と共有するために毎月会議（SW、GP、リエイブルメント・チーム、関係者）を開いている。

(5) 成人向けソーシャルケアの統合ポリシーと住民参加

変革プログラムでは、「ケアを地域に持っていく＝コ・プロダクション」の考え方が重視されている。一つには、ケアをコミュニティに移行しようという考えである。コ・プロダクションを決定するメンバーには、プランする人、受ける人、提供する人、ボラ組織、予防プログラムのメンバーと一緒に考える。コミュニティメンバーの声も聴き、意見を吸い上げ共同でデザインしている。予防は、社会的処方にとって、大変重要である。ニーズに合うローカルのアセットが重要である。サービス利用者から新聞で告知をして意見をもらうこともある。人々が自立していくためには、予防、早期介入、リエイブルメントが重要と考え、地域と共有している。

4. Wigan におけるボランティアセンターのアセットベースト・アプローチ

Wigan では「The Deal」という仕組みを始めた。ケアパッケージの提供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、OTのトレーニングを受けたケアワーカーが、自立支援を行っている。その人のウェルビーイングや強みを活かす「パーソンセンタード・アプローチ」であり、コミュニティにある資源（アセット）を活用するコミュニティ・アセットベースト・アプローチである。自治体が専門職と市民から応募したケアワーカーにより、病院やGPと連携して、利用者を把握し自立へ向かわせ、さらに地域資源へつなげる「リンクワーカー」と協力する形である。本章では「The Deal」やリエイブルメントとの連携は割愛し、コミュニティにある資源（アセット）を活用するコミュニティ・アセットベースト・アプローチの紹介に焦点をあてる。

(1) GMCVOによるAmbition for ageing

(AgeUK ウィガン自治体 コミュニティ・デベロップメント・ワーカーより説明)

2015～2021年にかけて、イングランドで14の地区が選定され、イングランド全体で「エイジングベタープログラム」が行われている。目的は、社会的つながりの向上とコミュニティをサービスのデザインに入れることである。

GMCVO（グレーターマンチェスターのボランティアセンター）は、GMCA（グレーターマンチェスター統合地方自治体）のエイジングハブ等と



連携して、GM10 地区のうち 8 の地区が参加した「Ambition for ageing」を展開している。ウィガンでは GMCVO と AgeUK ウィガンと連携して、50 歳以上の孤立を軽減、近所をエイジフレンドリーにする目的で、テストアンドラーンアプローチという手法を行っている。

(2) アセットを相互理解するまでの流れ

- 1) まず地域に出かけてどこで高齢者が集まっているのか調べた。
- 2) ミーティングに地域住民を招待した。対象者はコミュニティセンター、図書館、宗教、メディカルセンター、ローカルクラブ、シェルターハウス、小地区のリーダーやメンバーや教会、組織、会社・議員などである。
- 3) 自己紹介をしてもらい、それぞれが「何に関心事があるのか」をシェアした。
- 4) 「アセットが何であるか」を調べ、ディスカッションしてもらった。人がアセットだということはあまり理解されていなかった。
- 5) アセットがどこにあるのか、「大きな地図にマーキング」してもらった。
- 6) 事前調査のマーキングと合わせた。参加者も我々も、アップデートできて、アセットが何であるかが、明確になる。
- 7) 参加者は、アセットのギャップが見えてきた。新しいアセットを検討する。といった流れである。

(3) アセットを新たに作るための取り組み

前述の次のステップでは、関心のある人に集まってもらい、強制せずインフォーマルの形で実施した。4つのグループができ「ローカルインベストメントパネル」(以下:LIP)という地元住民による投資委員会が、資金提供先を決定する。宝くじが原資であり、2,000ポンドまでは、LIPが決定できる。計画は途中で柔軟に変更できる。テストアンドラーンアプローチでフレキシブルに行われている。

しかし資金をつけても、実際には課題があった。

- 1) 小地区について知識がない
- 2) 住民は皆忙しい
- 3) 「平等なコ・プロダクション」は地域にとって、なじみが薄い
- 4) とても孤立した人たちは、ほとんど外出しない

対策として、包摂的なインクルーシブ、コ・プロダクションを求めた。コアコンセプトは、人には参加と、発言を、決定には声が反映されるようにした。

- 1) グループの参加数を上げるための投資
- 2) コミュニティイベントへの参加
- 3) 情報ガイドの作成
- 4) ボランティアの呼びかけ。「アンバサダー」と呼ばれる人を作った(プロジェクト終了後にコミュニティの代表になる)

このような取り組みの成果で、統合プロジェクトができた。情報共有、ボランティアを共有する、関心事を共有するなど、クロスオーバーな関係ができてきた。例として、50歳以上のアスレティックトラスト(サッカー)とラグビーグループと一緒にイベントを行った。

(4) Sit Thi Deawn プロジェクト

高齢者に中心部での買い物を奨励したいというプロジェクトである。要望が多いのは座るところとトイレの利用であった。

(Sit Thi Down は、ウィガンなまりで、「ようこそ、まずはおかけください」の意味)

- 1) 中心街の店に行って、商店や会社にエイジフレンドリーになりたいか?を聞いた。条件は、椅子と飲み物と電話スタッフのヘルプを無料提供すること。
- 2) ステッカーやマグカップを渡した。
- 3) 店や会社からとても良い反応があった。無料のパブリシティになる。

このプロジェクトはカウンスルが続けていく。

他にも、オープンスペースにはさまざまな価値がある。アサートン地区では、フレンズというグループが誰でもアクセスできるパブリックな公園を作って維持していたり、リー地区のフィッシングパークでは 50 歳以上を対象にフィッシング大会が行われた。さらに、ローカルなアーティストに依頼し、壁に、地域の人々や活動の絵を書いてもらったり、石炭産業で栄えた頃の昔を偲ぶ遺産的な作品を作ってもらった。また、グローイング・トゥギャザー (コミュニティガーデン) プロジェクトでは、野菜を育て、貧困地区のために、安く新鮮な野菜を売るといこともしている。

世代を超えて一緒に活動する試みも始まっている。湖周辺やコミュニティセンターの周辺を高齢者と子どもたちが一緒に清掃したり、フィッシングクラブでは子どもたちに魚釣りを教えられるように器具を購入した。また、高齢者が編み物のスキルを中学生に教えたり、小学生に歴史を伝えたり、10 代の若者に栄養のある料理を伝授したりなども行っている。

理学療法士が進めている多発性硬化症の患者支援ジムも好評である。



(5) 課題

アンバサダーはスタートアップのための強力な人的サポートであり、アセットであり、仕組みである。この事業が2021年にて終了するため、地域のボランティアセクターや住民へ、いかに作り上げた組織や活動を移行し、持続可能な形に変革できるかが、課題である。

5. 民間企業も含めた組織参加の例

(1) 南ロンドン ヘルス・イノベーション・ネットワーク (Health Innovation Network South London, HIN)

HINは、アカデミックヘルスサイエンスネットワーク（以下：AHSN）の一つ。イングランドには15のAHSNがある。目的は南ロンドンにおけるエビデンスベースのイノベーションを加速化させ、促進することである。6年前にAHSNが設立した。課題は、この国ではリサーチにはたくさん投資するがそれを実践に移す部分の投資が少ないので、それを補うことである。南ロンドンのヘルスとケア組織がメンバーである。CCG、病院、メンタルヘルス、プライマリケア、大学、地方自治体など55のメンバーがいる。

特徴として、他の組織と違うのはNHSの組織でもあるということだ。企業と一緒に取り組むニーズを埋める製品開発もサポートする。ゴールは生活向上、経費節減、経済成長。エビデンスベースのイノベーションを広めることである。

HINの財源は NHS (NHS イングランド・NHS インプリーブメント) とオフィスオブライフサイエンス (政府組織) と EU ファンディング、メンバーからの会費である。ガイズ・ホスピタルが最大のホストであり、資金やオフィス面をサポートしている。

(2) エビデンスベースプログラム「エスケープペイン」

「エスケープペイン」は、理学療法士であるマイク・ハリ教授が提唱した筋骨格への腰と膝の痛みのための2年間のエビデンスベースプログラムで、全国で採用されている。教育とエクササイズを組み合わせたグループ用のリハビリプログラムとなっており、イングランドの200の地域で実践されている。利用者は1万3,000人。ヘルスとソーシャルケアの節約になっている。流れは、GPから病院の中の理学療法士の介入から紹介されてくる。コミュニティのレジヤープロバイダーからの紹介も始めている。自分で参加を希望することもできる。ファンドは2年前にイングランドのスポーツ省から補助金を得た。

(3) 民間企業

「マイタイムアクティブ」は、社会的企業である。自分のヘルスを自分で見ていくというコンセプトのもと、ヘルス、メンタルヘルス、人間関係に関する総合的なウェルビーイング、ホリスティックな部分に焦点をあて子どもから高齢者まであらゆる世代が楽しめる活動をしている。フィジカルアクティビティを中心とした地元のレジヤースセンター、コミュニティ・サービスである。11歳から100歳までが利用しており、メンバー会費は、月当たり成人は46.95ポンドで60歳以上は32.95ポンドとなっている。施設による送迎はないため、必要な場合は介護者が行うが、その際、介護者の利用料は無料となる。

ボウリング場や、子ども専用のコーナーがあり、様々な学習教室や体験アクティビティがある。プールでは毎日水泳のレッスンが行われ、毎週 7,000 人が参加している。



プライムタイム（高齢者対象）のミッションは、人々のウェルビーイングの向上である。高齢者向けのプログラムが週に 85 ある。また、メディカル面に問題のある高齢者用のプログラムもある。孤立予防のイベントとして、コーヒーモーニング、ランチ、パーティ、シアター、クリスマス会などを行う。

他組織とのパートナーシップもある。例としては、認知症アクションアライアンスがあり、多職種連携をしている。Age UK、医師、理学療法士とも密接に関わっている。脳卒中、パーキンソン病、糖尿病、骨粗鬆症、心臓疾患など、長期メディカルコンディション管理の必要がある人向けのコースもある。

(4) 自治体の課題、品質管理を重視するための専門職採用の考え方

(ガイズ・ホスピタルにて。アダルトソーシャルケアサービスの自治体担当者より)



西ロンドンのキングストンは、ロンドンのカウンスル 32 区の一つで、人口 18 万人の地区である。キングストンでも高齢化が進んでおり、特に 85～90 歳が増えている。アダルト・ソーシャルケアは地方自治体税で賄われている。中央政府からのファンドもあるが最近では減額している。一方、ヘルスのファンドは全て中央政府から出ており、自治体からのファンドはない。目的は、できる限り長く自宅での生活を継続することであり、介護者、家族、友人、コミュニティにいる人へのサポートもしている。

サービスとしては、「テレケア」という、自宅にいる人が転倒したときなどにボタンを押せば、通知ができる仕組みや、リエイブルメント・サービスがある。長期的サポートとしては、ベッドから起き上がったり、横になったりすることのサポートや外出などの支援をしている。代替住宅の紹介では、シェルターホームのサポートを行っている。ウォードンと呼ばれる監督者もいる。

「エスケープペイン」は、ソーシャルとヘルスの中間であるが、連携はスムーズとは言えない。つまり統合ケアはNHSが強くて、ソーシャルケアを圧倒するほどの強い権限をもつ。しかし一方でNHSは民間企業をコントロールできない。民間サービスは利用者を増やす方向に動くが、これに対してNHSは「在宅サービスの質の悪さ」を把握していても修正する手立てがない。委託の際に練られた仕組みを提供することで対応している。

基本的な自治体の考え方として、「制度の品質管理」が重要なので「ソーシャルワークが重要」である。その評価のための人材枠は、小規模化している自治体の中でも唯一増えている。人口18万人のキングストン区には自治体所属の社会福祉士が200人、作業療法士が25人所属している。他の町でも同様に社会福祉士や作業療法士が必ず存在し、重要な指標に関しては自治体がコントロールし、評価を行っている。

6. 地方における民間と住民連携も含めたケア変革への文化創出と人材育成の例

(1) Rochdale (ロッチデール) 市の背景

ロッチデール市はマンチェスター郊外にある人口約24万人の地方都市である。1800年代に栄えた製粉産業が、現在は衰退しており、郊外は富裕層が居住し、中心部には貧困地区もある。

近年は、住民のヘルスニーズは高いが、アウトカムは低い。例えばイングランド南部の男性よりも、平均寿命は約9年も短い。高齢化と長年の経済状況の不況も加わり、貧困や健康の問題が複雑かつ長期ニーズを必要とする者を増やしていることから、そのコストも増加している。



そもそも地域に多様な支援組織が存在したが、組織の重複があると、適切な組織に辿りつかず、本人に必要な支援と、提供される支援の間にギャップが生まれるようになった。このギャップに入り込み、解決されずにいるという問題が生じていた。

(2) 一つに統合された「One Rochdale」

2014年に、地域のGP、病院、ソーシャルケア、ボランティアケア、民間ケアが一つに統合された。それが「One Rochdale Health and Care」である。地域スタッフには「One Rochdale」の愛称で呼ばれている。「One Rochdale」はヘルスとソーシャルケアを向上させることが目的である。ケアのデリバリーコストを下げ、ケアの価値を上げ、経費節減と価値の向上を目指すことである。

(3) 「One Rochdale」の特徴

ロッチデール市では、1800年代に12人の業者が相互サポートをしようとして協同組合が始まった。このような伝統的背景が、取り組みが住民運動として始まった要素として存在するようである。

「One Rochdale」は「ケアリングコーポラティブコミュニティ」の概念で運用されている。「One Rochdale」における社会的処方方は「コミュニティと強み」を元に構成されている。ロッチデール市内には多くのアセットがあり、これらのアセットの強みを用いて社会的処方が構築されている。

(4) 多様なリンクワーカーが存在

「One Rochdale」においては、正しいところへ適切なタイミングで結びつける役割を重視している。GP診療所にはリンクワーカーが配置されており、GPとともに社会的処方への入り口となっている。コミュニティコネクターは市内に8人いて、道標の役割を担っており、地域に入って本人の希望や変化に寄り添って適切な活動や組織につなげていく。コミュニティビルダーは地域住民が担い、組織側の支援者であり、組織の強みや希望に合わせて、ギャップを埋める作業を支援する。コミュニティナビゲーターはソーシャルケアに雇われており、地域につなげることが難しいと想定される人を支援する。

- ・リンクワーカー : GPから地域へ（GP事務所内の地域資源紹介担当者）
- ・コミュニティコネクター : 地域資源情報を提供（インフォーマル）
- ・コミュニティビルダー : 地域の資源創出、地域グループをつなぐ（NGOに所属）
- ・コミュニティナビゲーター : ソーシャルケアに雇われている。困難な事例に対して、先行して地域の合意形成や準備を行う。職務要件はある
- ・ヘルストレーナー・コーチ : 地域住民に寄り添うリード役

(5) 人材育成「セルフケア・デベロップメント・トレーニング・グループ」

One Rochdaleでは、ケアの改革を行い組織リーダーとの連携を強めている。上から目線のケアではなくコミュニティのつながりを深め、ケアの文化を変えていくことを目指している。

そのための人材育成システムとして、セルフケアを入れ込んでいく人材教育プログラムが開発されている。大学とも連携してプログラムが作成されており、ヘルス、民間企業、GP等に関わる労働者の意識を、多面的に変えていくアプローチが実行されている。参加者には、プライマリケア、ソーシャルケア、コミュニティケア、ボランティアの50人が入っている。つまり、ケアの改革のために、自治体関係者、医療、介護、福祉、地域コミュニティ、ボランティアの関係者などを一緒に教育しているところに特徴がある。プログラムには、「強みベースの対話トレーニング」、「コーチング手法」を導入している。NHSイングランドが推奨する、セルフケアトレーニングを目指す適正なスキルとテクニックの項目がある。ベネフィットとしては、弾力性のあるコミュニティ、サービス依存の減少、ヘルスとソーシャルケアの経済性にインパクトを与える、本人の尊厳・自信向上などがある。

「セルフケアトレーニングプログラム」も秀逸である。現在、15人のトレーナーを養成するという段階にあり、この「トレーナートレーニング」には最初にコストがかかるが、その

後は、トレーナーがさらに広がりをもって多層な教育を行うため効果があり、「強みベースの学習プログラム」を作ろうとしている。

(6) 短期リエイブルメント・サービス「Short Term Assessment and Re-ablement Service, STARS」

短期リエイブルメント・サービス（STARS）は、市内にある唯一のリエイブルメント・サービスである。「STARS」内には4チームが内在し、3人の紹介オフィサー、パーソナルアシスタントが68人、専属のOTが1人所属している。自宅訪問の回数は、1日最大4回で、7日であれば週に28回、最大6週間まで利用できる。パーソナルアシスタントのタスクとしてさらに、食事準備、食べ物、飲み物、スナック、水分摂取中のモニタリング、買い物、洗濯、服薬管理、医師への連絡管理などが挙げられる。全てのタスクは、可能な限り本人の参加が中心に置かれており、お世話をするのではなく、自立を支援する形でのアプローチである。

フレイルの人向けのサービスがある。サービス開始時に、サポートプランを作り、本人が何を達成したいかを明確にする「パーソンセンタード・アプローチ」を行って、自宅での自立をベースに考え、STARSが介入している。

急性期病院にはCAFÉ（care assessment frail elderly）チームが存在しており、病院でのアセスメントツール（インリッチモデル）を使って、老年医学医と救急医師がフレイルを検知する。病院は、フレイルの患者には危険な場所であり、サポートを強化している。そのアセスメント結果は、STARS、コミュニティのセラピー、リビングウェル、GP、ボランティア、家族・親戚などが共有し使用している。

7. まとめ

HARIでは、ヘルスとソーシャルケアの多職種連携、ベクスリー区では、自治体がヘルスやボランティアセクター、住民とのパートナーシップを重視したシステムであった。両者には共通点も多い。

ウィガンではGMCVO（グレーターマンチェスターのボランティアセンター）によるアセットベースト・アプローチを紹介した。民間企業や大学セクターなどとの大規模な連携例としてはHINが挙げられ、民間資源を活用した地域での予防が推進されている。One Rochdaleは地方における民間と住民連携も含めたケア変革への文化創出と人材育成の例であった。病院、GP、自治体、地域が同じアセスメントツールを理解し、情報を共有している。人材教育とともに自治体側が地域とともに、仕組みを作り上げている例である。

自治体、専門職、民間企業、民間組織、ボランティアセクター、住民、介護者、当事者が多様な連携をもって、その地域ごとのアセットを活用しようと試みられており、日本が学ぶべき点は多くあると考えられる。

2. 地域ケアの定着と維持のための規制と実績評価

(株)NTTデータ経営研究所情報未来イノベーション本部戦略企画センターセンター長 吉田俊之

本章の問題意識

イギリスのヘルスケアにおける課題は、医療費の増加や地方自治体への交付金は減額傾向といった国家財政的な持続可能性に求めることができる。また、地域の健康格差も問題視され、近年では健康格差が地域の経済格差の根本的な原因とも考えられている。そのため、健康状態の改善を通じて地域経済の回復を目指そうという一つの政策的な流れが生まれている。個人に目を向けると、健康の社会的決定要因が十分な状態にあること、あるいは、社会的な紐帯が弱まり社会的孤独に陥ることで生じるウェルビーイングが低下していることが、新たな社会問題として扱われている。イギリスにおいては、健康問題を医学以外の分野でも積極的に研究し、健康状態を改善する方法を論じる素地が広まりつつある。

このような背景から、近年、イングランド全体では、国家的な戦略として、医療と社会的ケアを融合したイノベティブなアプローチを効率的に特定・採用し、そして普及・定着させようと試みている。本節では、その国家的な戦略の一つで NHS イングランドが主導する学術健康科学ネットワーク(Academic Health Science Networks ; AHSN)の取組を紹介する。さらに、地域 AHSN の一つで南ロンドンにある HIN (Health Innovation Network) の事例を取り上げ、地域からイノベーションを開発しイングランド全体に普及させていった仕組みを概略したい。合わせて、コミュニティを巻き込み個人の健康状態を改善するアプローチについても、いくつかの先進的な地域が取り組んでいる。こういった地域主体の取組にも軽く触れる。

1. AHSN

(1) AHSN が設置された背景

学術健康科学ネットワーク(Academic Health Science Networks ; AHSN) (1) は、保健・医療・福祉の各領域を横断するアカデミア機関として NHS イングランドが 2013 年に設立したが、創立の重要なきっかけは、Innovation Health and Wealth (2) という NHS 最高責任者の公式報告に求めることができる。2011 年 12 月に公開されたこの報告では、保健医療サービスにおけるイノベーションの重要性が強調されている。患者アウトカムの改善と共に、投じる金額に見合った価値の創出が求められたからだ。とくに財政的課題について、2015 年度までに最大で 200 億ポンドの効率的な節約が要求されており、NHS のすべての部門で大胆かつ長期的な対策を講じる必要が生じていた。その要求に応えるにはイノベーションの役割は不可欠であり、NHS は取り組むべき緊急の優先事項として「優れた実践を迅速に普及させる適切な状況設定」と「品質と生産性を向上させる変革を NHS のすべての部分に迅速に広めること」を設定した。こういった政府が掲げる経済的な成長計画への貢献を背景として、AHSN の設立が加速化していくことになる。

(2) 初期の AHSN 構想の概要

1) 関心の表明 (Expression of Interest; EOI) の公募

翌 2012 年 6 月¹⁾には保健省 (Department of Health; DH) が AHSN 構想に参加する組織や団体の公募を開始した。その仕様書は、これまでに NHS、業界、大学などを代表する幅

広い人々から集めた AHSN のあり方に関する意見によって取りまとめられている。

そこで、本節では、地域 AHSN への関心の表明で示された公募内容（3）を参照・引用しながら、地域 AHSN に求められる要点を紹介する。

2) 地域 AHSN の所有と運用の責任者

地域 AHSN の所有者は地域であるべきと述べられている。AHSN はイングランドの各地域に拠点を持ち、その地域が地域 AHSN を所有・運営することが求められている。つまり、地域がイノベーションと改善の主導的に生み出すという将来像だ。地域 AHSN の運営は地域主体によるので、各拠点は NHS の出先機関機能を担うわけではない。つまり、地域 AHSN が取り扱う課題は必ずしも政府が NHS に求めたアウトカムに限らない。国が抱える課題を念頭に関連する地域独自の課題を優先的に取り組む方針が示されている。

3) 地域 AHSN の主な目的

現在も変わらないことではあるが、AHSN 構想に期待された主な目的には、NHS と学界が産業と協働しながらイノベーションとベストプラクティスを特定・採用し、そして広めることである。患者あるいは集団の健康状態の改善を導くうえで、イノベーションとベストプラクティスの定義を緩やかに設定し、健康とケアサービスの品質と生産性を向上させるアイデア、サービス、製品の検討を幅広く扱えるようにしなければならない。

4) 地域 AHSN の成功に必要な機能とテコ

この仕様書では、AHSN が効果的に目的達成するために必要な機能や、力を増長する「テコ」に相当する要素を整理している。具体的には、研究参加、研究と学習を実践に変えていくこと、教育と訓練、サービスの改善、情報、富の創造といった多様な項目を列挙している。地域 AHSN は AHSN 全体構想に組み込まれた資源を利用してこれらの機能やテコを獲得することも可能であるが、基本的には、それぞれ地域の AHSN がその地域の諸機関・団体とパートナーシップを結ぶ中で必要な機能やテコを獲得する姿が求められる。つまり、地域 AHSN は全国的に画一化されたレギュレーションに従う必要はなく、地域の実情や利用可能な資源に応じて独自の方法で機能やテコを調達し利用することが許容されている。

5) 期待される参加メンバー

Innovation Health and Wealth では、「地域の NHS はすべて、地域 AHSN に所属することを望む」と述べている。また運用においては地域の NHS や学術機関の役割を詳述する必要があるとも述べ、アカデミアとの具体的な連携も求めた。加えて、公衆衛生および社会的ケアを管轄する地方自治体などの産業を巻き込むことも望んでいた。地域 AHSN は地域の地方自治体をはじめ、次のような機関や組織・団体の参加が想定された。すなわち、

臨床委託グループ（Clinical Commissioning Groups; CCGs）

NHS の資金に基づいた保健医療サービスの提供者

健康やケアを扱う高等教育機関

その他、地方自治体などの諸機関や産業分野との提携先である。

6) AHSN の指定と財源

実際の AHSN の指定過程については、NHS コミッショニングボードが保健省、健康教育イングランド、国立衛生研究所を含む他の機関と協力し、産業界および高等教育と連携して、地元の組織が行った申請に基づいて AHSN を指定する。指定期間は 5 年間としている。財源規模の決定については、AHSN が引き受ける規模とタスクの双方を考慮し決定する方針が提案されている。同時に、追加の機能を引き受けるために他の資金源を探し契約を結ぶことも可能にしている。

7) ガバナンス

AHSN は正式な組織体であることが求められ、地域でネットワークを構築するという目標達成に必要な活動を取れる体制を整え、また、組織としての説明責任が果たせるようにしなければならない。ネットワークを構築していく際には、さまざまな分野の幅広い組織から参加を求めると同時に、ネットワークの戦略的な方向を示すリーダーシップを組み合わせて進める必要がある。また、AHSN は公益性を明確に指向する法人であることが奨励されている。

(3) 現在の AHSN

1) 加速化のための再スタートとデジタル化

2019 年時点における AHSN は、イングランド全体で 15 の地域ネットワークを形成する規模に拡大した。2018 年からは主に NHS Improvement そして政府機関の Office for Life Sciences (OLS) が創立者に加わり、NHS がなすべきイノベーション機能として再スタートしている。現場のイノベーションの力を解放することによって、寿命を延伸しつつ同時に保健医療に係る費用を削減するという意図は変わらない。

また現在の AHSN も当初の構想と同様に、異なる分野や産業間の連携を重視する方針を引き継いでいる。NHS、アカデミア、地方自治体、サードセクター、産業界、そして市民など様々な機関や領域との連携を基本としている。AHSN は自身の機能を、保健医療と社会的ケアが経済成長を促すような適切な環境や条件を整備する「触媒の働き」と表現する。

他方、テーマについては連携による問題や課題を乗り越えるための新しい視点を取り入れられた。デジタル化である。従来のセクターの境界を越え革新的なテクノロジーを活用し多くの患者により迅速に、そしてよりよい変化をもたらすことを目標にしている。

2) 全国に 15 の AHSN 拠点 (図表 1)

図表 1 全国に展開している 15 の AHSN



出所：AHSN ホームページより

全国の 15 か所に地域 AHSN が設置されている。北限は、北東及び北カンブリア AHSN であり、南部はサウスウエスト AHSN である。なお、AHSN の設置はウェールズ地方やアイルランドは含まれない。

それぞれにチーフエグゼクティブが存在し、地域の実情に基づいてイノベーションの特定と普及を目的としている。

3) 全国展開に移行した 7 つのイノベーション

図表 2 地域AHSNで特定し全国普及に移行したイノベーション

AF (心房細動の早期発見と対応)	モバイルECGデバイスを使用して心房細動を早期発見し速やかな抗凝固療法を開始することで脳卒中の発症を予防。この取組により1000人以上の命を救いNHSのコストを400万ポンド以上の削減が期待。また、1億ポンド以上の社会的ケアの節約と試算。
PReCePT (未熟児における脳性麻痺の予防)	早産時の母親への出生前の硫酸マグネシウム (MgSO4) 投与の増加により、赤ちゃんの脳性麻痺を軽減するエビデンスに基づいた費用対効果の高いプロジェクト。これまでにイングランド西部で約7症例の脳性麻痺を予防しており、500万ポンド程度の生涯ヘルスケアの節約の可能性を示している。PReCePTのスケールアップに成功すると年間数百人の脳性麻痺が予防される可能性がある。
Transfers of care around medicines; TCAM (地域薬剤師によるサポート)	ケアプロセスの移行は、悪影響のリスクの増加に関連し患者の30~70%が、意図しない治療変更を経験するか、コミュニケーションの誤りが原因でエラーが発生している。このイベントを回避するのがTCAMプログラム。退院した患者が特別なサポートを必要と判断された場合、安全なデジタルプラットフォームを通じて地元の薬剤師からのアドバイスを求めることができる。2019-20年間は、入院期間が113,406日短縮され、再入院が2,007回減少したことに基づいて、2,880万ポンドの節約が見込まれる。
Preventing prescribing errors with PINCER (処方エラーの防止)	Lancetで公開された試験の結果は、一般的な処方における臨床的に重要な誤りを減らすための薬剤師主導のIT介入であるPINCERの採用後、誤り率の最大50%の減少を示した。PINCER指標は、国立衛生研究所 (NICE) 医薬品最適化臨床ガイドライン (2015年5月) に組み込まれています。予備的な結果は、研究の結果として、消化管出血、心不全、腎障害に関連する指標の危険な処方が大幅に減少するという。PINCERを使用すると、薬剤関連の病院への入院が減り、NHSの費用が節約されると期待されている。
ESCAPE-pain (変形性関節症のためのグループリハビリテーション)	慢性関節痛、または変形性関節症は、50歳以上の人口の5人に1人、80歳以上の2人に1人が罹患します。この状態は、かなりの苦痛と苦痛を引き起こし、生命を阻害する病気である。ESCAPE-painプログラムは、教育を受けて調整された運動プログラムに参加する10~12人の参加者のグループに対する12の監視付きセッションで構成されます。このプログラムは、さまざまな臨床結果を測定し、参加者はサービスの道しるべとなり、彼らが進歩し続けるのを助ける。ESCAPE-painはすでに全国で70以上のサイトに広がり6,000人以上の人々に恩恵をもたらしている。
Serenity integrated mentoring; SIM (変形性関節症のためのグループリハビリテーション)	メンタルヘルス危機の電話は毎年一貫して増加している。この種の集中的な危機的行動は、患者1人あたり年間20,000~30,000ポンドの警察、救急車、救急部門、精神保健サービスに費用がかかると推計。英国全体で約550人の人々がいると推定。SIMは、警官と警察職員を臨床スタッフと高強度の行動につながるトラウマとトリガー、リスク管理を学習。サービスユーザーが高リスク行動を繰り返し続けないよう働きかける。ことを保証する方法を議論します。これまでの最良の結果は、危機的要請と需要が最大90%減少。
Emergency laparotomy collaborative (緊急開腹手術)	緊急開腹術は主要な外科手術であり、英国では毎年30,000~50,000件。患者の約15%が手術後30日以内に死亡すると報告。患者の25%以上が手術後20日以上病院にとどまり、NHSの費用は年間2億ポンドを超える。このアプローチは、緊急開腹手術を受けている患者のケアの基準を改善し、死亡率、合併症、入院期間を短縮するとともに、コラボレーションの文化を奨励し、変化の持続可能性を確保するためのQI (品質改善) スキルを組み込んだもの。エビデンスに基づく緊急開腹術経路品質改善ケア (ELPQuIC) パンドルの普及と採用が関係している。導入の結果、1ポンドを費やすごとに、より広い健康および社会経済に約4.50ポンドの利益がもたらされることが示唆された。

出所：AHSNホームページより筆者作成

地域 AHSN はそれぞれの地域の実情と課題に照らし多くのイノベーションを特定・採用・普及という試行を繰り返している。その中から確実に成果に繋がっているイノベーションがあり、2018年から2020年のプランにおいて、7つのプログラムが全国的な普及段階に入っている。例えば、心房細動の早期発見、未熟児の脳性麻痺の予防、退院患者に対する地域薬剤師のサポート、変形性関節症の人々のためのグループリハビリテーション、などがある(図表 2)。

いずれのプログラムも臨床的な効果の検証とともに、費用対効果評価など経済評価を取り入れ有効性が示されている。また、社会ケアの費用削減効果が期待されるプログラムも含まれるなど、医療と社会的ケアの融合を念頭においたイノベーションが含まれる。AHSN はイノベーションの特定と採用の段階から新しい段階に移行し、現在は、地域 AHSN が地域単位で特定したイノベーションを効率的に集約しイングランド全体に配信するシステムとしても機能し始めたといえよう。

3) 各拠点で共有する7つの優先事項

図表3 AHSNが共有している優先事項

経済成長の促進	産業がNHSと効果的に連携する機会を促進する。
イノベーションの普及	適切な環境を整備し、領域を越えたコラボレーションをサポートし、より早くイノベーションを採用しより幅広く普及させる。
患者の安全性の向上	患者、医療スタッフ、パートナーが協働して知識、専門知識、ネットワークを寄せ合い優先順位を決定し、ソリューションを開発および実装する。
薬の使用の最適化	安全性を向上させ、NHSリソースを効率的に使用することによって薬が最大の効果を発揮できるようにする。
品質の改善とばらつきを削減	ベストプラクティスを広めることにより、生産性を高め、ばらつきを減らし、それによって患者のアウトカムを改善する。
研究の実践	学界とも強いつながりをもつという独自性を生かし、研究を実践に結び付けていく翻訳工程を支援する。
国家プログラムに基づく協同	統合プログラムでは、SBRIヘルスケアの取組（SMEの相互作用をサポート）、NHS Innovations Accelerator、Patients Safety Collaborativesおよび医薬品使用の最適化の提供に重点を置く。

出所：AHSNホームページより筆者作成

AHSN は各地域の多様性に応じて医療の課題を反映したプロジェクトやプログラムなどを開発し実践に移しているが、いくつか優先事項を共有している（図表3）。例えば、経済成長の促進、イノベーションの普及、患者の安全性の向上などがあり、ステークホルダーやアカデミアとのつなぎ役として機能しながら研究を実践に繋げていく役割を担っている。

4) 国家創傷ケア戦略プログラム

出資者である NHS England と NHS Improvement の依頼を受け、AHSN は 2018 年 9 月に開始された国家創傷ケア戦略プログラム（National Wound Care Strategy Programme; NWCSP）の開発と実施に取り組んでいる。

このプログラムは NHS の長期計画と国家患者安全戦略など国家プログラムに位置づく。創傷ケア²は別個の臨床的問題と見なされるべきではなく、褥瘡の発生及び遅延/非治癒の原因となる、またはそれに寄与する併存疾患のケアに統合されるべきとの考えに基づいている（4）。また、創傷ケアの成功には、関与するさまざまな専門家グループとサービスの間の相互依存関係を認識して対処することが重要である。つまり、医療的サービスの改善の検討のほかにも、ケアに当たるスタッフの問題解決にも目を向ける必要があり、患者、介護者、非臨床スタッフを含むケア提供に関与するすべての人々の教育ニーズを把握することも戦略プログラムの目的に含まれている。

2. 南ロンドンの地域 AHSN ; Health Innovation Network South London; HIN

AHSN はイングランド全土に 15 のネットワークを構築し、それぞれの地域の実情に応じて健康問題に関するイノベーションを特定・採用・普及の試行錯誤を繰り返している。本節では、15 のネットワークの一つである Health Innovation Network South London; HIN の活動を通じ、地域 AHSN の概要をみていく。

(1) HINの概要

1) HINの所有と運用体制

HINは、ロンドン南部を範囲とする地域 AHSN でありイングランド全土の 15 の AHSN の 1 つである。NHS と学術機関、12 の地方自治体、第三セクターおよび産業をつなぐ唯一の機関として、迅速かつ広範囲に、大規模な人口にわたってイノベーションの特定・採用・普及を担う独自の立場にある。その役割は AHSN と同様、「変化を起こす触媒」と表現されている。

2) HINの主な目的とゴール

現在 HIN が掲げるゴールは、生命・生活の改善 (improve Lives)、節約 (Save Money) そして経済成長の促進 (Drive Economic Growth) の 3 項目である。

3) イノベーションの採用と普及へのアプローチ

図表 4 HINが行動の基本とする5つの原則

①ユニークな視点	一般的なアプローチとは異なり、イノベーションや製品の観点から問題を見るだけではない。地域のシステムとそれを使用する可能性のあるチームの観点から始めます。このシステムのアプローチと洞察方法によって良いアイデアのために変化を命じるのではなく、イノベーションが解決できる既存の問題を真に理解することを可能にする。この考えはHIN独自のアプローチである。
②柔軟なアプローチ	学術的な理論フレームを基本としつつも、アプローチの詳細はその都度異なる。また、直面する障壁、成功を導く要因、必要な知識の程度、許容できるリスクの大きさ、文化、そして資金調達メカニズムはメンバーごとに異なり様ではない。こういった個々の環境の異なりを理解したうえで、メンバーやパートナーが独自の状況に基づいて独自の実装への道を見つける過程をサポートする。
③複雑なことの受け入れ	シンプルなイノベーションでさえもドミノ効果をもたらすことがある。たとえば、診断と治療に対する一連の変更のきっかけとなることや、スタッフと患者の役割の変更、あるいは患者ニーズの新たな発見などに繋がる。変更の複雑さや、どのような種類の変革にも迫っていくときに必要となる感度を過小評価しない。
④コラボレーション	HINは共同作業に非常に熟練しさまざまな組織の人々の間に信頼を築く専門家である。人々が同様の課題に直面し、共有することを学ぶときに、人々を結び付ける役割を引き受ける。
⑤一斉通信より行動科学	医療分野では長年にわたり、イノベーションというのは、瞬間に広まり、誰がイノベーションを成功させると、誰もがそれに続くものと信じられてきた。しかし、アイデアを単に発信するだけでは効果がないことを学んだ。人々は複雑でありまた複数のレベルで意思決定する。我々は需要の大きさとで行動するのではなく、行動科学の原則に従いデータや証拠を用いて、メンバーをサポートし理解を求めていく。

出所：HINホームページ及びHIN提供資料より筆者作成

HINでは、自らの最適な行動を定義するため、過去5年間をかけてイノベーションを特定・採用・普及させるアプローチ方法を研究開発してきた。そのベースとなった考えは、現在 NHS イングランドの The change Model (変革モデル) である。モデル開発は 2012 年から始まり、改善や変更を柔軟に許容しつつ持続可能な変化を達成できる実装方法を構築することだった。HIN の活動は、このモデルをベースに独自に再構築した重要な 5 つの要素で構成されたフレームワークに基づく。具体的には、ユニークな視点、柔軟なアプローチ、複雑なことの受け入れ、コラボレーション、一斉通信より行動科学、を行動原則に設定している (図表 4)。

4) メンバー

図表 5 HINの支援メンバー（2020年2月現在）

	支援者の領域	主な支援者・機関等
1	Acute Trusts (急性期施設)	クロイドンヘルスサービス、エブソム&セントヘリエ、キングストン病院、ロイヤルマースデン病院、セントジョージズヘルスケア、ガイズアンドセントトーマス、キングスカレッジ病院、ルイスハム&グリニッジ
2	Commissioners (委員)	郡庁、コミッションング
3	Higher Education Institutions (高等教育機関)	ゴールドスミスカレッジ、グリニッジ大学、キングスカレッジロンドン、キングストン大学、ローハンプトン大学、サウスバンク大学、セントジョージズロンドン大学
4	Industry & Commercial (商業領域)	業界団体、個人企業
5	Local Authorities (南ロンドンの自治体)	各自治体の公衆衛生部門と社会ケア部門
6	Other Patient & Charity Organisations (その他、患者支援団体)	ヘルスウォッチ 等
7	Mental Health Trusts (精神衛生施設)	オックスリース、南シロンドン&モースレー、南西ロンドン&セントジョージ、ロンドン救急サービス、ロンドン緊急ヘリコプターサービス
8	Primary Care (プライマリケア)	GP (総合診療医)、GP及び医、薬剤師
9	Third Sector (第3セクター)	ホスピス、NHFコミュニティプロバイダー

出所：HINホームページ及びHIN提供資料より筆者作成

2020年2月現在、HINのメンバーシップは南ロンドンを主な活動領域とする9支援者領域33団体・法人³で構成される（図表5）。南ロンドンのすべての医療機関およびケアプロバイダー（コミュニティ、急性、精神衛生、プライマリケア）、コミッショナー、地方自治体、および高等教育機関を含む多様なメンバーシップで協力関係を築いている。

5) 理事会

HIN理事会は18人の役員で構成される。現在の委員長はリチャード・パーカー氏が務めており、彼はヘルスケア分野の有識者として長年にわたりイギリス政府に助言してきた人物である。その他の理事の役職等は例えば、CCGsの議長、患者の安全性を監視する慈善団体ヘルスウォッチのリーダー、GP連盟の共同議長、弁護士、地域病院のメディカルオフィサー、NHSトラスト最高経営責任者、地域にある大学の学長、慈善団体の財政に精通する有識者、NHS全体の大学院管理研修の共同議長、デジタルテクノロジーの有識者、公衆衛生イングランドのディレクター、内科医、薬剤師、公衆衛生学の教授などが挙げられる。多くは医学や医療産業にかかわりの深い人材が選ばれている。

6) 経営陣とリーダーチーム

理事会の理事長であるパーカー教授をはじめ、5人で構成される。役割は議長、最高責任者、代行最高責任者、広報責任者、そして医長から構成される。現在これらの職に就いているメンバーはすべてNHS関連の機関に勤務した経験を持っている。

経営陣の下には、シニアリーダーチームを置いている。現在は8名で構成され、筋骨格系、患者の安全と経験、財務及び情報システム、コミュニケーション、デジタルヘルスプログラム、糖尿病と脳卒中予防、産業向けサービスなどに担当が分かれている。経営陣と同様、このチームメンバーのほとんどはNHS関連機関での勤務経験を有するが、医療と社会的ケアの融合という観点から、社会的ケアや高齢者や介護者向けサービスに精通するメンバーも含まれている。

7) 取り組むテーマ

現在、HIN が取り組んでいるテーマは次の通りとなっている：①テクノロジーとデジタルヘルス、②患者の安全と経験、③健康的に老いる、④糖尿病、⑤筋骨格系、⑥脳卒中予防、⑦産業支援、⑧情報学、⑨メンタルヘルス

(2) 全国展開された HIN 発のイノベーション：ESCAPE-pain

1) 取り組みの経緯

2017・18 年度年次報告書では ESCAPE-pain に取り組んだ経緯を次のように述べている(5)。南ロンドンでは変形性関節症を患う市民が何千人もいたが、鎮痛剤以外の治療や支援をほとんど受けずにいる状況が続いていた。2013 年、ESCAPE-pain はすでに臨床的にも費用対効果も高いことが示され、NICE によって承認されていたが、NHS の 1 つの場所だけが提供しているに過ぎなかった。そこで、HIN では筋骨格系プログラムディレクターのアンドレア・カーター氏らが中心となって、地元のいくつかの理学療法部門にこのプログラムを実施するよう説得するための短いプロジェクトに取り組むことから始めた。

2) 概要

ESCAPE-pain は、外来における理学療法士が実施するグループリハビリテーションのプログラムである。膝または股関節の慢性関節痛（変形性関節症とも呼ばれる）に苦しむ人々のグループをまとめ、個人が自身の状態を管理するスキルを身に付ける 12 セッションの運動および教育プログラムで構成される。

3) 成果や費用対効果

2017・18 年度年次報告書によると、ESCAPE-pain は、人々に自分の状態をコントロールする機会を提供し、手術が必要になる可能性を減らす。また、それは、生活を改善し、お金を節約し、すでに過剰に拡大している整形外科および GP 手術の需要を減すことになる。

①利用者の声

同報告には実際にこのプログラムに参加した膝痛のある患者の言葉を掲載している。「関節痛アドバイザーに膝を診てもらって以来、私は鎮痛剤の服用を止めました。最後にいつ膝痛のための薬を服薬したのか思い出せませんが、それは素晴らしいことです。自宅で簡単なエクササイズをすることで健康になり、自分の足でより良く歩けるようになりました。私は今、ハイストリートまで歩くことができます-それは約 2 マイルです。初めのころは、自分がしていることは正しいと言えるのか、と無意識に感じていました。特に、エクササイズを開始直後の痛みを感じときはそう思いました。ところが、運動を多くすればするほど痛みは少なくなっていくのです。アドバイザーは、自分たちが膝痛持ちの人に何を伝えるべきか知っておく必要があります。最終的には、理学療法士に会ったとき、アドバイザーが推奨していた理論を私に正確に教えてくれました。だから私は良くなるんだと信じて前に進むことができました」。

②臨床効果

イギリスでは、一般的に、関節痛の基本的な治療は、鎮痛剤に頼ることが多く、患者の立場は治療過程においてより依存的である。その観点からみると、患者自身が疾病を理解し自

己管理するという行動変容を起こし、かつ、日常生活を送りやすくなると期待できる ESCAPE-pain はイノベティブといえる。この筋骨格系の慢性疾患を自己管理するという概念は Hurley らの論文 (Hurley2003) (6) に求めることができ、彼らはエクササイズを受けた関節症患者は症状を抱えながらも生活を送っている事実に基づき、疾病を患者が自己管理することによる社会心理学的な効果を検証する重要性を指摘した。続く Hurley らの論文 (Hurley2007a) (7) では、エクササイズや自己管理、そして痛みをうまく対処して暮らす術をうまく組み合わせるリハビリテーションプログラムが慢性膝関節症の患者に有効であると報告し、ESCAPE-pain の臨床効果を支持した。

③経済評価

ESCAPE-pain はグループリハビリテーションの形態であるがその意義は経済評価からわかる。ESCAPE-pain は個別対応では 314 ポンド/人だったが集団対応では 125 ポンド/人となり集団対応の方が費用抑制的だったからである (8)。一方、ESCAPE-pain は必ずしも通常のプライマリケアと比べ費用抑制効果があるとは判断されていない。現時点では、効果はあるが追加的に費用が発生する cost-effective なプログラムと評価されている。

④NICE による政策評価

イギリスでは保健省の管轄にある国立医療技術評価機構 (National Institute of Health and Care Excellence; NICE) が臨床的な効果と費用対効果の双方の観点から医療技術やケアを評価しその結果を公開している。ESCAPE-pain は、2013年、NICEによる QIPP (Quality, Innovation, Productivity and Prevention) 事業⁴において、効果的かつ生産性があると評価された (9)。また、この QIPP 事業はプログラムの実装可能性も評価するが、ESCAPE-pain は実装の観点からも高評価を得た。この NICE の評価を受けて ESCAPE-pain は全国に普及する価値のあるプログラムとの認識が深まっていった。

4) 全国展開

全国で 1 か所のみで展開されているに過ぎなかった ESCAPE-pain は、現在ではイングランド全体に広がり 280 以上のサイトで実践されている。その教室は、病院の理学療法部門からレジャーセンターやジム、教会のホールからコミュニティセンターまでさまざまな場所で提供されている。

イノベーションを共有し、また交換しやすくするため、専用のホームページ⁵が開設されている。ここでは、ESCAPE-pain の概要や実施している場所を誰もが簡単に検索できる。また、実践者にも役立ち、実際のアプローチの仕方などツールを収集できるようになっている。

3. ロッチデール : Our Rochdale:

ロッチデール (Rochdale) 地区は、ロンドン中心部よりおよそ北西 357 km に位置し、グレート・マンチェスターの北西部に位置する。人口はおよそ 22 万人、高齢人口はおよそ 3.6 万人であり高齢化率はおよそ 16.4% に相当する。長寿化と団塊の高齢化の影響により、高齢者人口がその他の人口よりはるかに速いスピードで増加している。他の自治体と同様に中央政府からの資金削減とプライマリケア関連の費用増加のため、2020 年度においても厳しい予算ギャップが生じると見通され、医療や社会的ケア等にかかる費用をいかに抑制してい

るかが重要な行政課題となっている。

本節では、ロッチデールにおける医療と社会的ケアを統合した取組について、自治体で進めている「Our Rochdale」の取組のスキームを紹介する。また、ロッチデールではNHS イングランドと地元 CCGs が主体となり同様の取組を推進している。その取組「One Rochdale」についても簡単に触れる。

(1) Our Rochdale：地域資源を繋ぎ合わせて予防を図るモデル（1 1）

1) 取り組みの経緯

健康的な行動の増加とセルフケア、そして共有アプローチの開発は、ロッチデールの中核的な予防対策に位置づけられている。彼らは、公衆衛生の成果をさらに改善するためには、サポートやサービスを最も必要としている人を特定し必要に応じてセルフケアするツールを提供すること、そして、適切なサポートへのアクセスを支援すること、が基本と考えている。こういった発想に基づいたまちづくりの中核的な概念は「Asset based community development」と呼ばれている。予防行動と健康改善を組み合わせたモデルによって、サービスと委託業務が生み出す潜在価値を最大化し、一貫したニーズ主導型のアプローチを確保できると期待される。

予防的な行動によって住民は健康状態を獲得できると考えているが、ここでいう健康とは「疾病に罹患していない状態」のみを指すわけではない。身体活動、健康的な食事、飲酒、喫煙、精神的健康などが含まれる。さらに、具体的な方策を検討する場合は、貧困、借金、住宅、失業、環境など健康の社会的決定要因にも関心を向け戦略を立てる方針がとられている。この戦略を「Our Rochdale: Connecting You Integrated Prevention Model」という。

2) Our Rochdale の主な目的

ロッチデールでは、統合による予防モデルを実践する目的を次のように提示している。

- 公衆衛生の効果の向上
- 不必要な GP 受診の抑制
- 現場で働く人々の支援と、共通のアセスメントと通知に伴う患者経験の改善
- コミュニティの強化と社会的つながりの改善
- ニーズに基づいたサービスや委託業務の実施を通じた予防効果と健康状態の改善効果の最大化

図表 6 Our Rochdale のアプローチ

①Our Rochdale Connecting You Teams	地域住民を対象にして、全人的なアプローチに焦点を置いている。身体活動や喫煙、アルコール、健康的な食事、心の豊かさといったライフスタイルのことから、資金管理、自宅での住まい方、雇用・ボランティア・職業訓練の機会づくり、地域との繋がりづくり、NHSヘルスチェックなどの健診へのアクセス支援、など生活するうえで重要なテーマについて支援や情報を提供したり、物事がうまく進むように調整している。
②Our Rochdale Directory	自治区で利用可能な健康、ソーシャルケア、その他のサービスに関する特定の情報、およびこれらのサービスへのアクセス方法を紹介している。
③Strengthening communities and reaching out	コアとなるチームや幅広い関係者と協力して、サービスと市民が連携しやすいように手法を変えていくことに焦点を当てている。健康や社会的ケアに関するシステムが、コミュニティ、居住者、患者とが相互作用していくように、資産ベースのアプローチの考えを組み込んでいこうとしている。 住民のなかで何らかの「危険な状態」にあり、支援が有効と思われる人で、かつ、従来の方法ではたどり着けなかった住民と繋がることを試みようとしている。関与する地域の強みを特定し、地元の人々やグループと協力して最大のニーズを満たすことが狙い。サービス提供のギャップを見つけて対処するなど、ローカルサービスの持続可能性を高めるためのアドバイスとサポートを提供する。
④Our Rochdale Wellbeing Planner	専門家が関与した、住民が健康と福祉を改善できるよう支援するアプローチ。専門家と住民とが計画ツールを利用して、その住民が達成したい目標を定め、目標を達成するために何ができるかにも考える。そして、どのようなアドバイス、情報、サポートが役立つかを特定する。

出所：Rochdale提供資料より筆者作成

3) 4つの取組

Our Rochdale を実現するために、4つの取り組みに着手している（図表6）。代表的なアプローチは Our Rochdale Connecting You Teams があり、その他、Our Rochdale Directory、Strengthening communities and reaching out、そして、Our Rochdale Wellbeing Planner がある。身体的にも社会的にも健康に生活を送るために役立つ情報の提供や、自治体等が提供しているサービスへのアクセス支援、あるいは、様々に複雑な問題が絡み合い解決が難しい状況にある住民にアウトリーチし地域に繋いでいく働きかけ、そして、専門家が住民とともに生活の目標を立て必要な地域資源等に繋げていくアプローチなど、住民が健康に、そして安心して暮らしていけるように様々な角度からアプローチしている。いずれのアプローチにおいても、地域と住民を繋ぐ、という基本的な考えが通底している。

4) 中核的な取組：Our Rochdale Connecting You Teams

Our Rochdale Connecting You Teams は、とくに非医療のニーズによって日常生活を送ることが難しい住民を対象に、彼らが少しでも自立して安心した生活を送れるように情報、サービスやサポートを提供する。生活を難しくする要因は多様であり、さらにそれらは複雑に組み合わせられていることも多いことから、単一の専門サービスを提供する形態をとらず、多職種・多機能を統合した包括的なチームを形成し、住民個人が抱える課題に向き合うところが特徴的といえる。現在、6つのコアチームが稼働している。

① サービス利用が効果的と想定している住民イメージ

Our Rochdale では16歳以上の住民を対象に Connecting You team のサービスを提供しているが、次のような状況にある場合、サービスを利用してほしいと呼びかけている。

- ・情報とサポートがあれば、自分自身でケアができそうな方
- ・軽度の心因的な健康ニーズを有している方
- ・ライフスタイルを変える自信のない方
- ・サービスやサポートの利用方法がよくわからない方
- ・いろいろと対処するときに苦勞を感じている方
- ・住宅問題、金銭管理の問題、雇用機会の喪失など、健康に影響する「非医療」のニーズを有している方
- ・社会的に排除状態にある方
- ・非医療のニーズによって健康問題が悪化し、プライマリケアや急性期医療を頻繁に利用している方

上記の状態にありつつ、同時に、次の目的のある方を想定している。

- ・積極的な行動に変わろうとしている
- ・依存を減らす
- ・自分でできることを増やす／日常生活を自己管理する
- ・医療や診療ケアに代わるサポートを提供する

② メンバー構成

コアメンバーは主に 6 つの役割を分担したメンバーで構成される。

a) 「Community Connectors」

自治体の成人向け社会的ケアに所属。住民本人のニーズに合わせ、健康やウェルビーイングを改善するサービスに繋げていく。

b) 「Living Well Coaches」

ビッグライフ（非営利組織）に所属。喫煙、アルコール、不健康な体重、身体活動の欠如、低レベルの精神的健康、雇用、財政など複数のリスクを抱えている人を対象に、面接による動機づけを行っている。最大で 12 か月間をサポートする。

c) 「Living Well Health Trainers」

ビッグライフに所属。人々が自分の地域社会でより健康的な行動とライフスタイルを開発し始めるきっかけづくりに関わっている。最大 6 人の対面のグループセッション形式をとる。

d) 「Community Health & Wellbeing Co-ordinators and Advisors」

Link4life（チャリティ団体）に所属。慢性疾患や幅広い社会的な課題を抱える住民をサポートする。利用は 18 歳以上の成人に限定。対象者は必要な期間中、サポートを受けることができる。

e) 「Care Navigators」

成人向け社会的ケアに所属。とくに 18 歳以上の若年介護者、高齢者、障害者を対象にする。地域の専門職から紹介を受ける場合もある。ケアナビゲーターは住宅のニーズ、例えば、修理、資産評価、助成金の情報提供等に関しても共に解決を図る。

f) 「Focused Care Practitioners」

地域の CCGs から資金が担保される。複数の課題が複雑に絡まり合い、健康や社会的に問題を抱える住民を支える。プライマリケアに基づく GP などから正式な紹介を受ける。最適な場所でケアを受けることができるように道案内やサポートをすることが役割になる。

③ アクセス

チームへのアクセスには多数のアクセスポイントがある。それぞれのコアチームはシームレスに連携し、対象者のニーズに適したサービスを効率よく提供する仕組みを構築している。紹介者（もしくは住民本人）がコアチームにアクセスするルートは大きく二つある。一つは、専門家の情報提供か住民自ら紹介者になる場合である。もう一つは GP からの紹介がある。紹介者等はアセスメント対象者のニーズレベルに応じて、連絡するアクセスポイントを使い分けている。ニーズが比較的軽い「LOW NEED」、中程度以上の「MEDIUM/HIGH NEED」、そして「NOT SURE?」というレベル分けが困難（もしくは不明）な区分が用意されている。それぞれの区分には、固有の電話番号とメールあるいはウェブサイトのフォームが用意されており、紹介者等は区分に応じた方法でアクセスすることができる。「LOW NEED」と「NOT SURE?」は Community Connectors が対応し、「MEDIUM/HIGH NEED」は Living Well Health Trainers か Living Well Coaches が最初のアクセスを受け止める役割を担っている。

(2) One Rochdale Health and Care(ORHC)

1) 取り組みの経緯

ロッチデールにおける統合的ケアを提供する体制は Our Rochdale のほかに、NHS イング

ランドとロッチデールを管轄する臨床委託グループ（CCG）が母体になる取り組み「One Rochdale Health and Care(ORHC)」がある。この取り組みのきっかけは、2013年、コミッショナーが病院外サービスの調達を公募したときに遡る。当時、医療と社会的ケアの統合の必要性を感じていた Pennine Acute Hospitals Trust がこの調達を好機と捉え、病院機能とコミュニティ機能の統合に着手することになった。その後、2015年の契約において、地域戦略とプライマリケア、メンタルケア、介護提供事業者、自治体、住宅支援関係者、そしてボランティアとサードセクターの関係者を巻き込んだ大掛かりな委員会が立ち上がった。このメンバー間の結びつきは 2019年時点においてもなお強く、その結びつきによって生まれた活動は現在の ORHC として知られている。

2) 主な目的

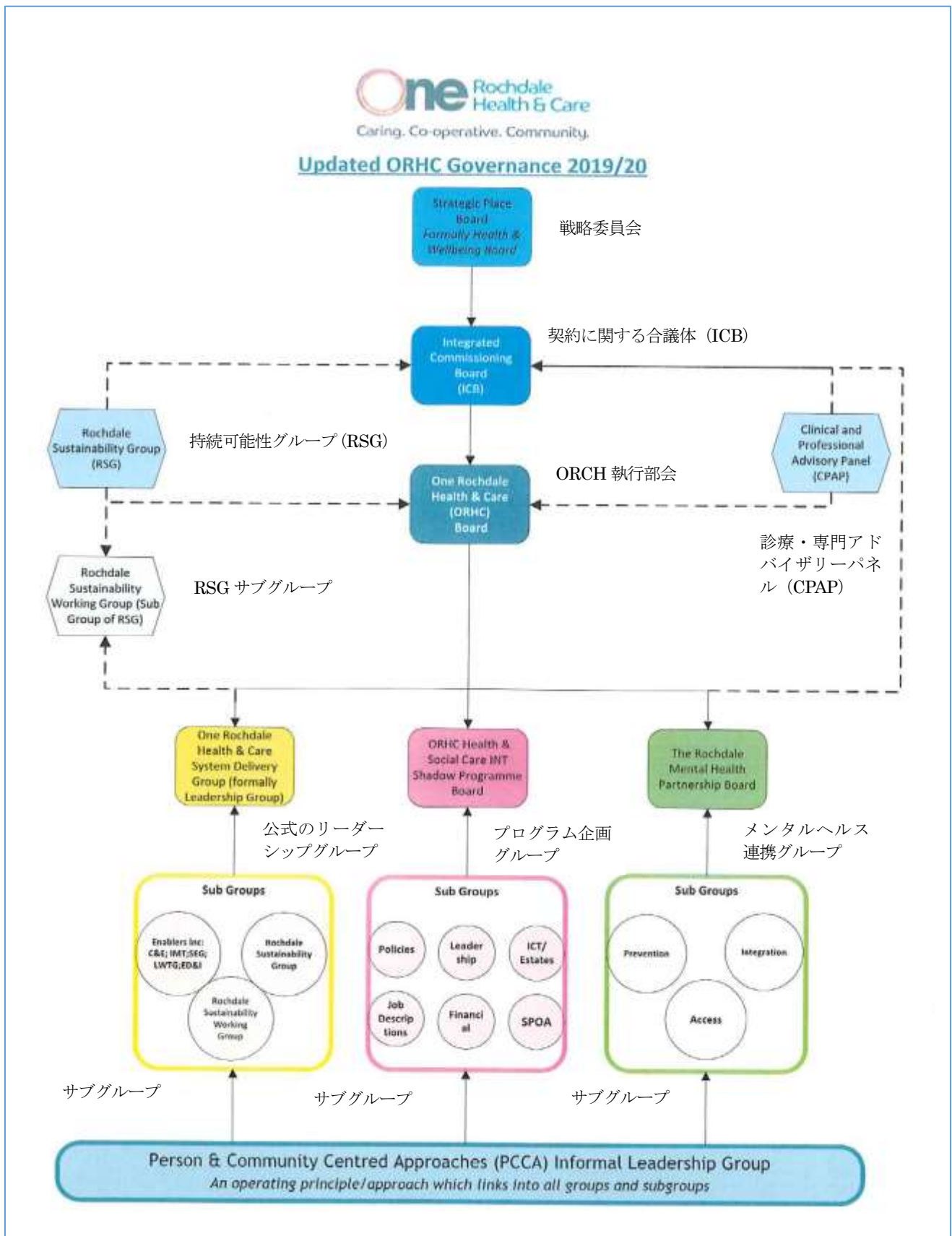
彼らは6つの目的を掲げる(10)。具体的には、「医療と社会的ケアサービスを効果的に提供し健康とウェルビーイングの改善」、「医療と地域の社会的ケアを提供し、不必要な入院の防止」、「先見的で気を張らないサービスの実装」、「様々なケアニーズを包括的したサービスのデザイン」、「メンタルヘルスサービスの優先」そして「十分に統合されたメンタルヘルスのサービスや支援の確保」がある。

3) 医療の長期計画との関連

ロッチデールを管轄する HMR CCG はヘイウッドとミドルトンそしてロッチデールの3地域に関する医療計画を設計する。その中には、医療者等と患者や住民との接触を強化し、住民の自己管理能力を強化するプログラムを含み、自己管理戦略「HMR Self-care Strategy」の下で進められる。このプログラムが設計された背景は、慢性疾患にかかる医療費の増大が強く影響している。5人に1人が喫煙している状況、3人に1人は過度のアルコール摂取者であり、また、3人に2人は肥満といったイングランド全体の状況は、NHSの予算のうち70%が慢性疾患のサポートに支払われるという事態を引き起こしている。各地域のCCGsは長期プランを通じてプレッシャーをかけられており、予防に関する根本的な変革を成すことや、改革の積極的なプレイヤーであること、そして、疾病予防を促進するために患者や住民、介護者へのより密接な関与を築くよう NHS イングランドより要求されている。ところが、NHS タリフ 2019⁶の要求を満たした解決手段はテクノロジーを用いた My COPD App⁷のみという状況にある。そこで、One Rochdale では、住民が健康管理に進んで時間や労力を割く行動変容を期待して、健康教育の開発に取り組んでいる。また、同時に、短期的に効率よく普及させる必要があることから、生産性の観点から E-learning プログラムとアプリケーションを具体的なソリューションの活用を念頭において開発を進めている。

4) ガバナンスとメンバーシップ

図表7 ガバナンス構造



ORHR のガバナンスは大まかには 6 層からなる (図表 7)。医療と社会的ケアの観点から戦略を設計する委員会があり、その合意形成を執行する契約に関する合議体 (ICB) が設置されている。その合議体の下に第 3 層レベルに位置する ORHC の執行部会が設置され、この部隊が多様なプログラムを経営する。この委員会は ICB、ロッチデールの持続可能性グループ (RSG) というコミュニティ、診療・専門アドバイザーパネル (CPAP) によって構成される。

執行部の下には 3 つの下部組織がある。公式のリーダーシップグループ (formally leadership group)、プログラム企画グループ、そしてメンタルヘルス連携のグループである。それぞれに紐づくサブグループがさらに設置される⁸。最後の第 6 層レベルには、非公式のリーダーシップグループ (informal leadership group) が存在し、このグループは、人とコミュニティを中心としたアプローチ (Person and Community Centred Approaches; PCCA) のあり方を扱うが、このグループは上位 3 つのいずれのグループにも関与できる仕組みになっている。

ORHR の現在のメンバーには、子ども向けサービス提供事業者、警察、住宅供給者、ボランティアコミュニティセクター、社会的企業、地元の理解者 (community champions)、サービス利用者、そして、市民代表などがある。(10)

4. まとめ

医療と社会的ケアが統合したアプローチを模索し続けるイングランドについて、地域ケアの定着と実績の評価という観点から要点を整理する。

(1) 医療と社会的ケア、コミュニティの力の一体化を前提としたプロジェクトの企画と開発
イングランドでは、医療分野と社会的ケア分野、コミュニティ分野が連携し包括的なサービスパッケージを提供する試みを進めている。それは、AHSN やロッチデールで観察されたように、NHS と地方自治体、そして地域コミュニティ等の連携を前提としたアプローチに他ならない。

(2) 地域課題を優先し多拠点でイノベーションづくりする効率のよさ

患者や住民の状態像は多様になり、典型的な疾患モデルや生活像を構築する方策が限界に達している。また、情報分析の高度化に伴い、健康状態は個人の要因だけではなく環境や置かれた状況にも左右されることがわかってきたことにより、健康課題は地域ごとに異なる、という考えも浸透し始めている。つまり、国が一律の方策を企画検証し普及を試みても限界があり、効果が期待される対象群や地域は限定される可能性がある。多様な解決策を同時に必要とする時代にあるイングランドにとって、迅速に複数の課題解決の道筋を描くうえで、地域 AHSN を拠点として全体をネットワークさせるシステムの導入は、効果的な政府戦略といえそうだ。

(3) 信頼ある NHS から発信することで得られるイノベーションの普及のしやすさ

AHSN は NHS が主導的な立場を執っていることから、そのネットワークを生かした普及がうまくいき始めている。その代表的な例が ESCAPE-pain だったわけだが、ネットワークを通じてイノベーションを交換し合うことによって、価値あるイノベーションが全国に短期で普及している。イノベーションを開発した機関や企業・団体が、その限られた資源とネット

トワークを通じて広報するよりも確実に普及効果が期待される。

(4) 権威ある機関によるプロジェクトの実績評価とモチベーションの向上

普及に値するプログラムの条件は臨床的な有効性や優れた費用対効果、そして実行可能性（社会実装のしやすさ）の視点が重要になるが、NHSはNICEと連携してプログラムを評価する。したがって、普及に値するかどうかの判断はシステムティックにプロセス化され、しかも国民（インターネットの公表分は全世界対象ともいえる）に公開される。ESCAPE-painはNICEから有効性があると判断されたわけだが、その権威ある機関による認証は普及を加速化させる。導入に伴うリスクをあらかじめ評価された対処がわかっているならば、意欲のある地域ではそのイノベーションを導入する動機になる。さらに、開発側にしても極めて大きな社会的貢献として賞賛され改善や新たなイノベーションの探求に向けた強い動機付けになるし、開発に関わった地域の関係者の連帯意識も一層高まるだろう。

【注】

1. 英国保守党と自由民主党の連立政権下において、数か月前の2012年3月には、NHSの改革を目的とする「Health and Social Care Act 2012」が可決されている。改革内容がGPへの委託権限移譲（GPの医業務が減り管理業務が増える懸念、費用対効果の向上への期待）と民間企業による医療サービス提供が含まれていることから、医療アクセスへの公平性と平等の確保という観点から医師会はこの政策に強く抵抗していた。
2. このプログラムにおける主な創傷ケアの対象は、褥瘡（Pressure ulcers）、下肢の潰瘍（Lower limb ulcers）および術後創傷（Surgical wounds）である。
3. 2019年9月におけるインタビューによると、メンバーシップ数は55団体・法人に増加している。
4. ブラウン首相労働党政権下の2009年に「QIPP（Quality, Innovation, Productivity and Prevention 事業）」が開始された。これはベストプラクティスの研究を進め普及させることで医療の質と生産性の向上を同時に図ろうとした。
5. <https://escape-pain.org/providers-commissioners>
6. NHS England Innovation and Technology Tariff 2019: NHS E funding technological Innovations
7. 慢性閉塞性肺疾患の患者が使用する自己管理アプリを指す。統計学的にも有意な効果が示され、かつ、対面説明と比較しても同等の効果が得られていると明らかになった。
8. サービス提供系のサブグループは更に3つのグループをもつ。サービス提供事業者、就労関係、ロッチデールの持続可能性を扱う。プログラム系は、ポリシー、リーダーシップ、ICT/estate、ジョブディスクリプション、財政、SPOA（Single Point of Access）がある。最後のメンタルヘルス系では、予防、統合、アクセスをテーマにしている。

【参考文献】

- (1)
Annual Report 2018/2019, Health Innovation Network South London
<https://healthinnovationnetwork.com/annual-report-18-19/?cn-reloaded=1>
(accessed 2020/01/05)
- (2)
Innovation Health and Wealth, 2011
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216412/dh_131785.pdf(accessed 2020/02/22)
- (3)
Academic Health Science Networks, 2012.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212789/Academic-Health-Science-Networks-21062012-gw-17626-PDF-229K.pdf (accessed 2020/02/22)
- (4)
National Wound care Strategy Programme
<https://www.ahsnnetwork.com/about-academic-health-science-networks/national-programmes-priorities/national-wound-care-strategy-programme> (accessed 2020/02/22)
- (5)
HIN, Vital voices, Annual Review 2017/18, 2018.
<https://healthinnovationnetwork.com/vital-voices/#voice7> (accessed 2020/02/23)
- (6)
Michael V. Hurley, Helene L. Mitchell, and Nicki Walsh. (2003) In Osteoarthritis, the Psychosocial Benefits of Exercise Are as Important as Physiological Improvements. American College of Sports Medicine. 31: 138–143, 2003.
- (7)
Hurley MV, Walsh NE, Mitchell HL et al. (2007a) Clinical effectiveness of a rehabilitation program integrating exercise, self-management, and active coping strategies for chronic knee pain: a cluster randomized trial. Arthritis and Rheumatism 57: 1211–19, 2007.
- (8)
Hurley MV, Walsh NE, Mitchell HL et al. (2007b) Economic evaluation of a rehabilitation program integrating exercise, self-management, and active coping strategies for chronic knee pain. Arthritis and Rheumatism 57: 1220–9, 2007.
- (9)
NICE, QIPP report, 2013.
https://escape-pain.org/system/internal_items/files/000/000/008/original/NICE_QIPP_Report.pdf?1418171367 (accessed 2020/02/23)

(1 0)

One Rochdale Health and Care Offices, a Leaflet of One Rochdale Health and Care -Caring.
Co-operative. Community. -

(1 1)

Our Rochdal: Connecting You integrated prevention Model, p1-5

3. 「アセットベースト・アプローチ (Asset-Based Approach)」と医療・福祉におけるパラダイムシフト

東京家政大学人文学部教育福祉学科准教授 松岡洋子

以下は、「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研究」のために行われた、医療と社会サービスの統合に取り組む大マンチェスター州へのインタビューにおいて Giles Wilmore 氏 (Associate Lead People and Communities, Greater Manchester Health and Social Care Partnership) から提示された「4つのアプローチ」概念図である。



本人が「できないこと」がある場合に、それに対してギャップを埋めるためにサービス提供を第一に考えて行う旧来のやり方が限界にきているとの認識は世界共通のものである。

この図を基本において、「アセットベースト・アプローチ」(Asset-based approach) という用語を上位概念としてまとめると、より良く整理できるのではないだろうか。戦後の福祉国家の体系を覆すほどのパワーをもって各国で進められている大胆な改革、「パラダイムシフト」という言葉以上のパワーをもった力動を、この用語なら表現できるのではないかと思われる。

そこで、「アセットベースト・アプローチ」(Asset-based approach) 概念について、'Asset-Based Approaches: Their rise, role and reality'を主要文献として、その背景、アセットの内容、実践についてまとめる。

1. Asset-based Approach という概念

(1) ポジティブな能力への焦点化

Asset-based Approach (ABA と略す) は、NHS Health Scotland 2012 において、以下のように簡潔に定義されている (Lynne, 2013)。

「Asset-based Approach は、個人やコミュニティのポジティブな能力に焦点をあてるも

のであり、ニーズやできないこと、問題のみに焦点をあてるものではない。*Salutogenesis* 理論と関連している。この理論は、病気の原因ではなく、人間の健康を想像し、サポートすることに光を当てている」

上記の定義はヘルスの側面からのものであるが、できないことや問題などのネガティブな側面のみを見るのではなく、ポジティブな能力に焦点をあてて問題解決を図ろうとするやり方は、介護、福祉のみではなく、教育、防災、まちづくりに至るまで広範な領域で採用されている。*Salutogenesis* 理論については後述する。

ネガティブ側面のみへの焦点化は需要や依存を生み出しがちであるというメカニズムについても、次のように語られている。

「公共サービスの提供は、できないことに焦点化するやり方 (*deficit approach*) に基礎を置いてきた。個人やコミュニティの問題、ニーズ、不足することに焦点を当てて、そのギャップを埋めるためにサービスをデザインし、問題を解決していた。しかし、このやり方では、人もコミュニティも力を削がれて、依存的になってしまう。その結果、健康や社会の不平等の根本的な原因に目をむけることなく、需要を発生させてしまうのである。ABA のレンズを通して見れば、国と市民とサービスプロバイダーと利用者の関係も異なって見えてくるはずである」(Garven, F. et al., 2016)

ここ 20 年～30 年、スコットランドの法律や政策は、人々を問題解決の主体として、その渦中に巻き込む方向に進んでおり、Barr ら (1995) は、個人や家族、より大きなグループが困難に対処する時、彼ら自身のリソースやコミュニティのリソースを用いたほうがよいことを指摘している。

(2) パラダイムシフト

ヨーロッパ諸国における福祉国家の理論的背景を構築するイギリスのベバレッジ報告では、完全雇用に基づ盤を置いて 5 つの巨大悪 (*five evils*) に立ち向かおうとするものであった。これはまさに、戦後の混乱を克服し「瑕疵 (*deficit*)」をどのように解決していくかというネガティブな側面を克服することに主眼をおいたモデルであった。

「資源ベースのアプローチ」あるいは「アセットベースト・アプローチ」(*Asset-based approach*) では、まさにこの点を 180 度くつがえし、人間が持つ「ポジティブな能力」に光を当て、問題解決の表舞台に本人を主役として登場させ、多様な地域資源を活用して問題解決を図ろうとするものである。この文脈においては、医療サービスによる治療の限界を認め、社会的に解決していくという「社会的処方」、介護サービス提供の前に機能回復を行おうとする「リエイブルメント」なども登場し、戦後構築されてきた医療・福祉の治療・介護モデルを転覆させるパラダイムシフトを余儀なくするものでもある。この点、しっかりと認識しておく必要がある。

(3) 広範な領域をカバーする概念

この概念は、介護、福祉のみではなく、教育、防災、まちづくりに至るまで広範な領域で採用されている。

本稿では、社会保障・医療・看護・介護に関する領域を対象としている。この場合におい

でも、医療・福祉のみではなく、地域福祉・まちづくり（Community Development）の視点を取り入れることが重要である。主に参考としている文献‘Asset-Based Approaches: Their rise, role and reality’においても、著者は以下の3つの領域の専門家の共著となっている。

- ◇ コミュニティ開発（Community Development）：Fiona Garven, Scottish Community Development Center
- ◇ 公衆衛生（Public Health）：Jennifer Mclean, Glasgow Center for Population Health
- ◇ ソーシャルサービス（Social Services）：Lisa Pattoni, Institute for Research and Innovation in Social Service

日本においても、ABCD（Asset-based Community Development）という用語で、地域福祉の研究において10年以上前からなじみのあるものとなっている。

2. 背景

戦後の経済成長時に福祉国家が形成されていく過程では、公共サービスは人々の「できないこと(deficit)」を保証するものとして、そのギャップを埋めるために存分に使われてきた。そうした時代から「アセットベースト・アプローチ」(Asset-based approach) への変化は、何が引き金になったのだろうか。

この議論は、スコットランドにおいて、公共政策に関する広い領域で行われてきた。とくに、Sir Harry Burns（CMO：主任医療事務官）による社会における疾病構造の変化の指摘、well-being の重要性や自分の人生をコントロールしたいと望む人々の思考、そして社会環境の変化が指摘されている（Garven F. et al, 2016）。

(1) 疾病構造の変化

バーンズ卿は、まず、全体的に平均余命は伸びているにも関わらず、アルコール中毒やこれに関する暴力事件、自殺、肥満などの今日的な健康問題が増加していることに着目し、地域や社会階層で偏りがあることを指摘した。そして、これまでのやり方を変える必要を説き、健康を改善するために、Asset-based なアプローチ、つまり「何が我々を病気にするのか」よりも、「何が我々を健康にするのか」に焦点を当てることで成果をあげるやり方を提唱した。

2009年、2010年のCMOレポートでは、予防の重要性が指摘され、問題が発生してから対策を講じるのではなく、問題の発生を防ぐ「予防」の考え方は、より広く公共政策のスローガンとして浸透していった。

(2) 社会環境の変化

少子高齢化という人口構造の変化に伴い、病気治療の需要が高まり患者は増えて治療への期待が高まった。にも関わらず、利用できるサービス資源が限られるようになったことがあげられる。こうした中で、個人やコミュニティの役割を見直す風潮が高まってきたのである。

現在では、「アセットベースト・アプローチ」(Asset-based approach) は、国と国民の関係、サービスによって支えられる人と支える人の関係を測る上での重要な試金石とみなされるようになってきている。なぜならば、担当部局が対等なパートナーとして、個人やコミュニティとともに働くとき、個人や地域にストレングス(strength) や力 (capacity) が構築されていくからである。

3. 関連する概念

Asset-based Approach が生成される過程において、さまざまな概念が関連している。

(1) Salutogenesis (健康生成) 理論

Lynne (2013) は、「アセットベースト・アプローチ」(Asset-based approach) と関連ある理論として「Salutogenesis (健康生成) 理論」を挙げている。これは、「なぜ病気になるか」ではなく、「なぜ健康でいられるか」に着目した理論であり、医療社会学者 Aaron Antonovsky の造語によるものである。「salus (健康)」と「genesis (起源)」(ギリシャ語) から成り立っている。

Salutogenesis 理論による健康生成の要因は図 1 に示すとおりである (1993)。「ワクワク感 (thriving)」「勇気 (hardiness)」「感謝 (gratitude)」「ユーモア (humour)」「内なる強さ (inner strength)」「首尾一貫感覚 (sense of coherence)」「統制の所在 (lotus of contorol)」など、個人の精神面・情緒面に関する内容が多く、これらに「社会関係資本 (social capital)」「つながり (connectedness)」などの社会的 Assets、「コーピング (coping)」「エンパワーメント (empowerment)」「レジリエンス (resilience)」などのスキルの Assets も加えられている。

Antonovsky は 1980 年代の研究において、ナチス収容所で生存していた女性の一部が肯定的な感情的健康を有していたことを発見した。そして、人は日常的に、一般的資源障害 (generalized resource deficits, GRDs) を受けているが、さまざまに存在する一般的抵抗性資源 (Generalized resistance resources, GRRs) によって対処 (coping) し、障害を回避・克服しているとした。GRR s は金銭、自我の強さ、社会的支援など、多様にある。そして、さまざまな GRRs をうまく利用して克服する体験や肯定的な経験こそ「個人のストレスコーピングにおいて不可欠である」というのである。

のちに Salutogenesis 理論のハンドブックなどが出され (Mitelmark ら、2017)、図 2 のような健康とリスク要因、資源要因などもまとめられている。

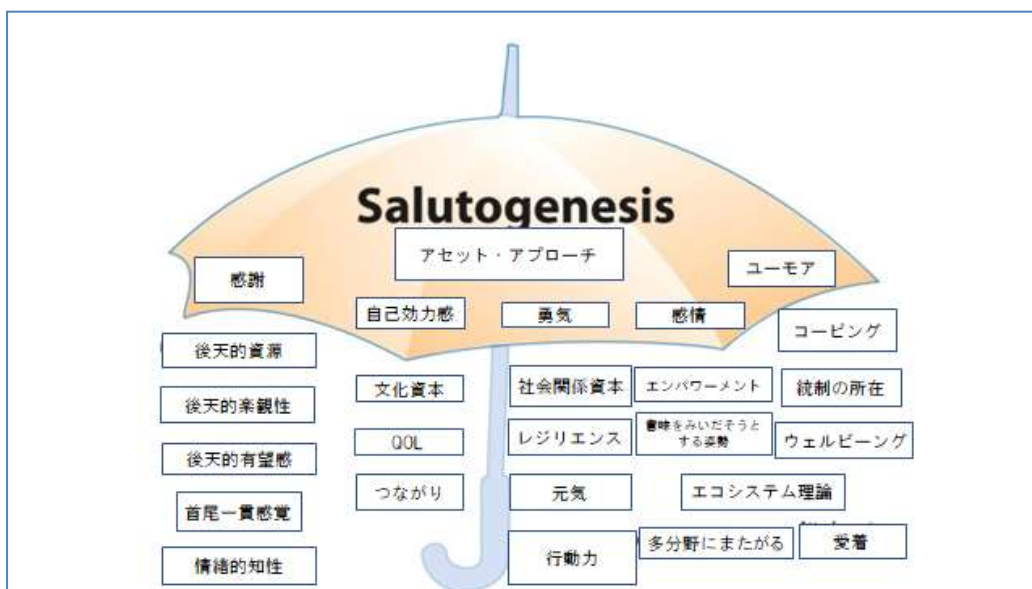


図 1 Salutogenesis : An assets approach (Antonovsky, A., 1993)

(出典 : <https://www.pinterest.jp/pin/557179785147185682/>)

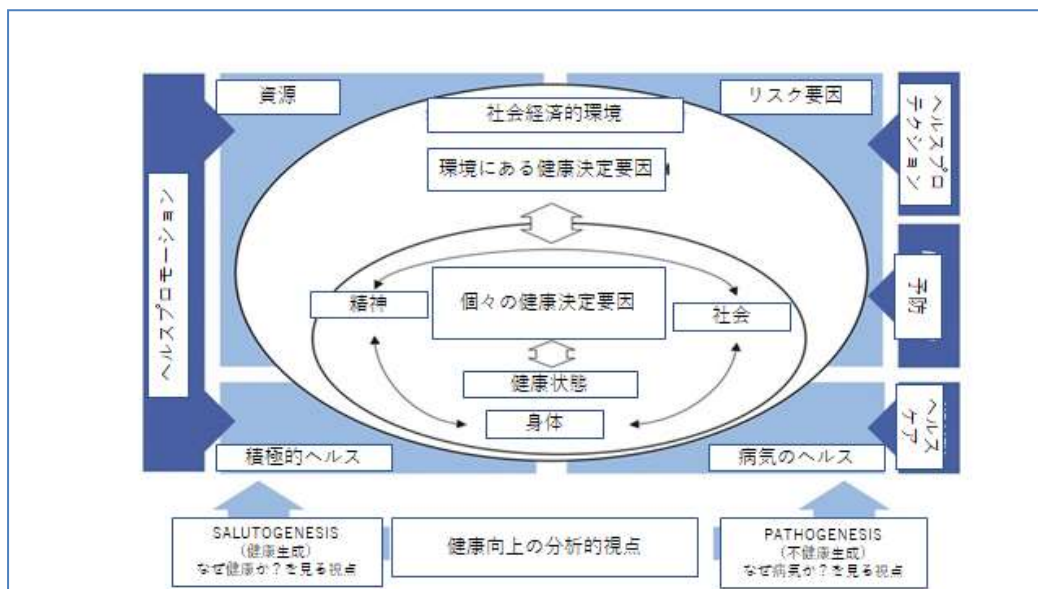


図2 健康とリスク要因、資源要因

Millelmark, M., et al.,(2017) The Handbook of Salutogenesis, Cham(CH); Springer,

(2) ヘルス概念の再定義

1948年、健康 (Health) は WHO によって以下のように定義された。

「a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity : 身体的、精神的、社会的に完璧に良い状態であり、単に病気や障害がないことではない」

この定義は、当時、ヘルスのネガティブな定義を克服するものとして評価された。その後さまざまな批判を受けながらも、改変されることなく 70 年以上が経過した (Huber,2011)。批判の多くは、「完全な」という言葉の絶対性に向けられ、それがために、社会の「医療化 (medicalisation)」が進められ、医療技術の進歩や薬剤産業のいたづらな振興に貢献することとなった、というものである。

しかしながら、疾病構造は、当時主流であった急性期疾病から、多くが慢性疾患をかけて老いていく時代へと変化した。広井 (2005) が「健康転換」と呼ぶところのものである。この文脈で現代においては「完全な健康」はあり得ず、実行も計測も不可能なのである。

オランダの学者 Huber (2011)は、1948年の定義に対して、人口の年齢構成や疾病構造が変化した現在においては、もはや何の効果もない非生産的なものとして、次のように再定義を行い、活発な議論を呼び掛けている (Huber, 2011) 。

「health as the ability to adapt and self manage. in the face of social, physical and emotional challenges : 社会的、身体的、情緒的な課題について、適応しセルフマネジメントする能力としてのヘルス」

Huber が言う「課題について適応しセルフマネジメントする能力」とは、「GRRs を用いて、人々がストレスコーピングしていく」Salutogenesis 理論の過程に軌を一にするもので

あろう。

(3) ポジティブヘルス (Positive Health) Huber の提言、WHO 健康概念への疑義
Huber のヘルス概念の再定義は、ポジティブヘルスの文脈の延長線上に位置づけることができる。

(4) 本人中心 (Person-centered) ; 困難から立ち直る力 (Resilience)、自己管理 (Self-management)、適応力 (Coping)

Resilience、Self-management、Coping は、個人を介護・看護・問題解決の対象者としてではなく、その課題に対処する主体としての手法・スキルを示す用語であり、「Person-centered」を実践するためのものである。

4. アセット とはどのようなものか？

Asset-based Approach におけるアセットとは、「個々人やコミュニティ、住民がその健康や well-being を維持し、さらに健康の偏在を減少させる能力を向上させる全ての要素であり、リソースである。これらのアセットは、個人・家族・コミュニティの各レベルで存在し、生活の中で生じるさまざまなストレスに対抗する際の力となる (Morgan and Ziglio, 2007)」ものである。

<個人レベル>

生まれ持ったものから後天性のものまでさまざまであり、遺伝子とその配置、固有の価値や信念、人生における経験 (Rotegard at al.,2010) などがある。Salutogenesis 理論によれば、その人の性格や行動、レジリエンス、勇気なども、含まれるであろう。

<組織レベル>

組織や公的機関、公共サービスもまた、建物、土地、金銭、緑地、雇用機会、技術、パワーと発言などのアセットを有している。

注意しなければならないのは、サービス提供が紋切り型でニーズへの即時対応型であれば、それは人々やその家族の力を削ぐことになり、依存性を高めることにもなりかねない (Hopkins and Rippon, 2015)。その時人々は消極的なサービスの受け手になってしまうという点である。

<コミュニティレベル>

ここ 10 年来、イギリスにおけるコミュニティ・アセットに関する議論は、建物やスポーツ施設、市民菜園、森林地などの物理的な目に見えるアセットに集中していた。しかし、スコットランドで「コミュニティエンパワー法 2015」が施行されるなどによって、資金、建物、社会、人間、自然、文化、政治などの 7つの枠組みが設定され、人間や社会関係資本にも重点が置かれるようになった。

「コミュニティにおけるアセットの核は、建物ではなく「人 (people)」である (O'leary at al., 2011)」と明言されており、各レベルにおける多様なアセットは以下のようにまとめられている。

- ◇ 人々の実践的なスキル、能力、知識
- ◇ 変化のエネルギーとなる人々の情熱と興味
- ◇ コミュニティにおけるネットワークとつながり
- ◇ コミュニティやボランティア組織の効果的な取り組み
- ◇ 公的機関、民間組織、第三セクターによるコミュニティ支援のための物理的・経済的リソース
- ◇ Well-being を向上させる地域の「場」にまつわる物理的・経済的リソース
- ◇ 地域の「人々」や「場」にまつわる物語、文化と遺産

5. 実践の特徴とイギリスの実践

以上の概念整理を受けて、Asset-based Approach による実践の特徴（価値・原理）を支援者の役割としてまとめる（Garven et al., 2016）。わかりやすい翻訳がなされているので、「住民のやる気を支える支援の手引き」より引用する（祐成、2019）。

- ① 健康の向上に役立つ地域の資源（assets in a community）を明らかにし、わかりやすく示す。健康や well-being の向上に役立っている潜在的な要因を明らかにする。
- ② 住民をサービスの受け手ではなく、健康・福祉の共同生産者（co-producer）とみなす。
- ③ 住民が何に取り組んでおり、何を大切にしているかを知ることから始める。住民「に向けて（doing to them）」ではなく、住民「とともに」活動する（doing with them）。
- ④ 個人および地域のアセットと強みを明らかにし、それらに重点を置きながら人生における持続可能な改善を行うようサポートする。
- ⑤ 困難から立ち直る力（resilience）、関係性、知識、誇りを向上することにより、住民がより良い方向への変化を起こせるようにサポートする。
- ⑥ 互いに助け合うネットワークづくり、友人関係づくりをサポートする。こうしたネットワークがあることで、住民は自らの環境をよりよく理解し、自分の生活をコントロールできるようになる。
- ⑦ その地域でうまくいっていることの価値を認める。
- ⑧ コミュニティに権限を委譲し、コミュニティが自らの将来を自分たちで決め、サービス・資金・建物といった具体的な資源を創出できるようにする。

しかしながら一方で課題も多く、批判の対象ともなっている。その内容は、「アセットベースト・アプローチ」（Asset-based approach）の実践の偏在、エビデンスの不足、エビデンスを計測するスケールなどの不備、財政状況によってこの実践が資金節約の具とみなされている、などである。

「アセットベースト・アプローチ」についてまとめたが、強調したいのは、これは単に「地域に多くのインフォーマルな資源を発見・開発する」というだけのものではないという点である。あらゆる側面におけるパラダイムシフトが、基盤にある。

まず、意識を「病気」から「健康・well-being」に変えること。中心に「人」がいて、その人は「地域」に生きている。制度・サービスは地域の一資源であり、中心ではない。人は住み慣れた地域において人生・生活の主役として自分の暮らしを主導して生きている。「ポジティブな能力」を持つ人であり、この延長線上に一人ひとりの well-being があることは、「ケア法 2014」に謳われ、NHS10 年計画でも掲げられている。

この大転換は、旧来の制度である医療・福祉・ケアに機能的・量的な限界があることを認

めることでもあり、「社会的処方」や「リエイブルメント」は、問題解決の主人公が、制度・サービスから「人」へ「地域」へと大きくパラダイムシフトしている文脈上に位置付けられる。医療者の意識変容も確実に起こっている。

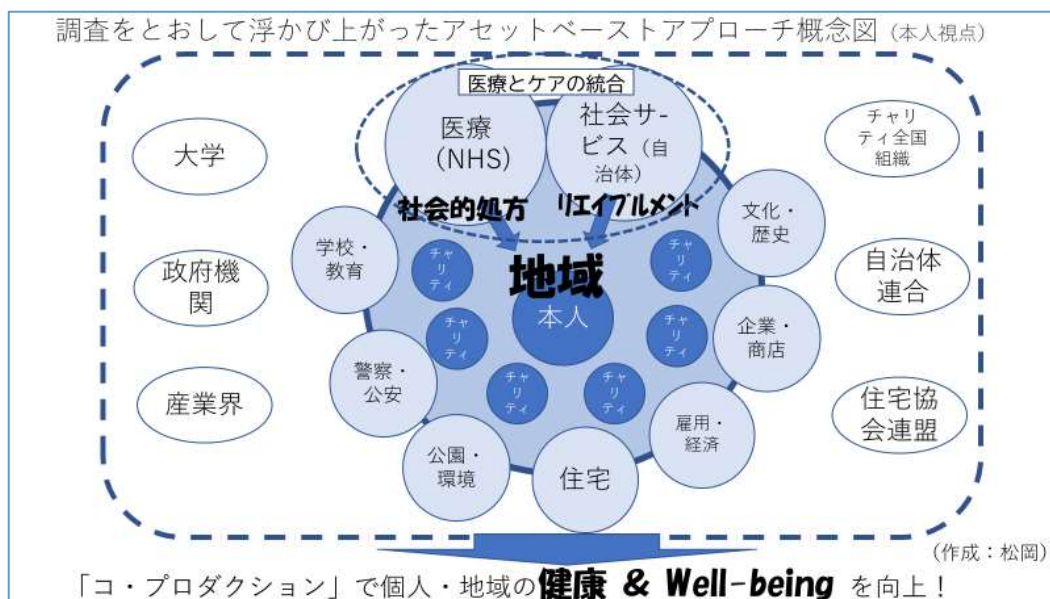


図3 調査をとおして浮かび上がったアセットベースト・アプローチ概念図 (松岡作成)

地域におけるコミュニティ・ディベロップメントや各チャリティの活動は、人とともにアセットベースト・アプローチの中心に位置づけられるものであり、活発に行われている様子を確認することができた。「ABAのレンズを通して見れば、国と市民、サービスプロバイダーと利用者の関係も異なって見えてくる」(Garven, F. et al., 2016)と述べられているように、医療・ケアのみならず、チャリティ、民間(企業、商店)など、地域の多彩なステークホルダーが対等なパートナーとして「コ・プロダクション」し、個人と地域の健康と well-being の向上をめざす、さらに国がそれをサポートする、その全体がアセットベースト・アプローチなのである。

<参考文献>

- Antonovsky, A., (1993) 'The structure and properties of the sense of coherence scale', *Social Science and Medicine*, Vol. 36, pp.725-33
- 祐成保志 (2019) 「第三章 住民参加による生活支援サービス団体の評価」『住民のやる気を支える支援の手引き (平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)』、47-53 ページ
- 広井良典 (2005) 「ケアのゆくえ 科学のゆくえ」岩波書店
- Huber, M., Knottnerus, J., et al., (2011) 'How should we define health?', "*BMJ*", 343-d4163
- Hopkins, T., and Rippon, S., (2015) *Head, Hands and Heart: Asset-Based Approaches in Health Care- A Review of the Conceptual Evidence and Case Studies of Asset-Based Approaches in Health, Care and Wellbeing*, London: The Health Foundation
- Morgan, A., and Ziglio, E., (2007) 'Revitalising the evidence based for public health: An assets model', IUHPE-Promotion & Education Supplement 2, *Global Health Promotion*, Vol. 14, No.2, pp.17-22; doi:10.1177/10253823070140020701x
- Millelmark, M., et al.,(2017) *The Handbook of Salutogenesis*, Cham(CH); Springer,

4. 軽度者への社会的処方地域資源が果たす役割とつなげ方

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員 澤岡詩野

1. 地域の資源がつながる意味

諸外国に先駆けて高齢化が進む日本では、高齢化をめぐる様々な諸問題に「地域みんなで立ち向かう」、「地域総力戦」という言葉を聞くことが少なくない。しかし、目の前の当事者の目に見える課題を解決するための連携に終始することが少なくないのが現状といえる。重要なのは、その人が住んでいる地域でどう生活をしていきたいか？それを実現するために地域にどんなつながりを育てておかなければならないのか？という「コミュニティデザイン」という視点といえる。

例えば、転倒して股関節を骨折したことがきっかけとなって家事援助や外出に杖が必要になった一人暮らしの80代女性Aさんを例に考えてみよう。地域活動には関わっていなかったが、スポーツクラブに通ったり、自分が計画して仲間とランチ会をすることが楽しみとしていた。今は、通常のスポーツクラブのプログラムは無理であったり、外出先でのトイレや休憩できるベンチがないこと、仲間に迷惑をかけたくないという気持ちもあり、だんだん外出しなくなったり、人と会うことを避け、無気力な状態になりつつある。こんなAさんへの支援として一般的に挙げられるのが、社会福祉協議会やシルバー人材センターの家事援助サービス、介護予防教室の体操やお茶のみサロン、介護度によっては送迎付きのデイサービスにつながることといえる。しかし、これらはAさんが生きる自信を取り戻す支援といえるのであろうか。

Aさんのような軽度者にとって重要なのは、住んでいる地域で自分に合った距離感でつながりを持ち、受け身ではなく主体的、「プロダクティブ」な生活を続けていくことといえる。そのために専門職と呼ばれる主体がすべきは、Aさんを地域資源に巻き込んでいくこと、巻き込んだ資源から他の資源につなげていくことといえる。これを実現するためには、医療や福祉に関わりの薄い、しかし地域で人々の生活に関わる地域団体や民間企業も仲間に巻き込んでいくことが求められている。ここからは「社会的処方」という視点から、軽度者が自信を取り戻し、住み慣れたコミュニティで生活を続けていくための地域資源の役割とつなげ方について、イギリスの取り組みを紹介していく。

2. 「当事者」を地域につなげる

(1) 「GP」の役割

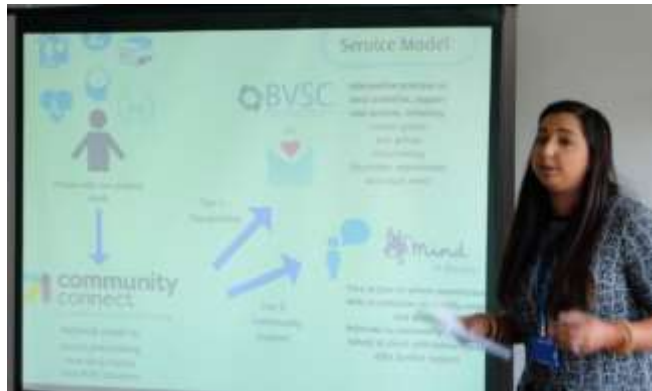
病院にくる患者のなかには、疾患をかかえている人もいれば、大きな借金から心労を抱えていたり、外に出られずに孤立して不安を抱えていたり、身体的な問題以外に精神的問題や社会的問題を抱える人も多く存在している。前者であれば医療的処置を行って原因を取り除くことができるが、後者の場合には従来のアプローチでは医者や薬への依存を高めることになってしまいかねない。これに対し、これまでにイギリスやオランダで行ってきた調査で聞かれたのは「社会的処方」や「福祉的処方」の必要性であった。多くの場合、「社会的処方」を行うのは家庭医（以後、GP）ではなく、コミュニティナースやソーシャルワーカーのような福祉や医療の専門家、コーディネーターとして患者を地域につないでいた。

今回、調査に協力を頂いたロンドン特別区ベクスリーの成人向けのソーシャルケアでも、GPから紹介されてきた人を地域資源につなげることに重点が置かれていた。具体的には、

マインドという地域の非営利組織を共に、24時間体制で3人のコーディネーターが、GPから紹介された人と話しができる体制が取られていた。紹介からの手順を以下に整理する。

- 1) 紹介から7日以内にコンタクトをして会う約束を取り付ける
- 2) 自宅やGPの診療所など、本人が一番居心地の良いところで面談を行い、適した地域資源を紹介する
- 3) 3週間後にはフォローアップの連絡を行い、紹介した地域資源と上手くやっているのか、本人がハッピーなのかを確認し、GPにも報告する
- 4) それから3~6か月後、1年後にウォーウィック・エディンバラ・メンタル・ウェルビーイング・スケールという尺度を使って効果を測定する
- 5) もし効果が表れていない場合は、別のマッチングを行うこともある

紹介されてくる高齢者の多くは、何をやりたいのか、どう生活したいのかが明らかではなく、まずはその人にとって意味のあることを会話の中から探し出すことから始められている。次に、そうして見出された「意味のあること」を実現するために適



した地域資源、チャリティ団体へのマッチングが行われていた。ここには、当事者がボランティアをすることや、自ら生活を組み立てていける様にするための教育を受けることも含まれている。つなぐ先は、お散歩するウォーキンググループだったり、集まって会話をするグループだったり多様で、2017年10月から調査実施時（2019年8月）までに、ベクスリーのAge UKに110件、メンタルヘルスのチャリティ団体に245件、小さな組織やボランティア団体に770件の紹介が行われていた。

ベクスリーのインタビューでは、GPから紹介された高齢者への「社会的処方」の成功事例としてマギーさんの例が出された。

マギーさんの事例：

複数の医療的な症状を抱えており、慢性的な痛みなどに加え、医療的な症状を抱える夫への対処に困難を抱え、GPのもとに通い続けていた。診察中も涙を流す状況に、今の生活に本人が幸せを感じておらず、社会的処方の必要性を感じたGPは、マギーさんをBaxley Care Hubにつないだ。コーディネーターはマギーさんに1時間会い、会話の中からAge UKとアイリッシュコミュニティーサービスというアイルランドの人たちのコミュニティーサービスが適していると判断し、紹介を行った。このような紹介を通じてマギーさんがいろいろな活動をするうちに自信を取り戻し、ご自身もボランティアとして活動する様になり、今ではGPに通わなくなった。さらに夫との関係も良くなった。

このようにGPと連携して「社会的処方」を行う例は他の地区でも聞かれた。マートン地区で、人々の健康を保つこと、入院を予防すること、ウェルビーイングを促進すること、転倒のリスクを軽減すること、自立した生活を実現すること、リハビリを提供することを目的に活動する社会福祉法人HARIでも、GPと地域資源との間にたつ主体は異なるものの同様

の社会的処方の流れ（以下に示す）が語られた。

- 1) GP が患者を見て紹介の用紙に要請を記入し、システムにそれを入れる
- 2) 3 人のフルタイムのソーシャルプリスクライバーと呼ばれるコーディネーターが、患者さんに会い、その人のニーズを明らかにする
(雇用の問題、金銭的な問題、メンタルヘルスの問題というのが多く、支援を受けられる地域の活動やサービスを紹介すれば 1 回の面談で終ることも少なくない)
- 3) コミュニティの中にあるサービスや組織に道しるべをつけていく

インタビューで共通して語られたのは、医療的な処置では改善できない患者を GP との密接な連携によって早い段階で「社会的処方」につなげられること、「社会的処方」により病院を受診する患者の数を抑えられることであった。さらに GP とコーディネーターの連携をスムーズにするために、インターネット上に



構築されたシステムを介した情報共有と密に顔を合わせて信頼関係を構築しておくことが挙げられた。HARI においては、患者をコミュニティに導く成功の要素として、「社会的処方」が GP の仕事に組み込まれていること、このために必要に応じてソーシャルプリスクライバーが医療カルテやメディカルレコードを見られることも挙げられていた。

(2) 「中間支援組織」の役割

当事者に適した社会的処方を効果的に行うためには、コミュニティにボランティアセクターや非営利組織などの多様な地域資源が存在することが大前提になってくる。患者の抱える心労や不安は、借金や失業、配偶者や友人が死亡するなどの要因が複雑に絡み合って引き起こされており、一つの地域資源につなぐだけでは解決されないことも少なくない。そもそも患者自身が問題に気付いていないことも多く、当事者に丁寧に向き合い、対話から問題を可視化すると共に、どうしたいのかを引き出し、それぞれの問題に適した地域資源につなげていくことが求められている。このために、多様な地域資源を把握しているだけでなく、異なる課題に取り組む主体と主体が知り合うためのきっかけをつくる「中間支援組織」の存在が必要不可欠になってくる。

今回、インタビューを行ったベクスリーのローカルチャリティ BVSC (Bexley Voluntary Service Council) は、いろいろな主体から資金援助を受けて、地区内にある 400 のチャリティ団体に対して中間支援を行っていた。イギリスでチャリティ団体と認定されるためには 5,000 ポンド以上の収入のあることが条件となっており、ある程度の規模と組織力のある 400 の団体が活動するベクスリーは地域資源の豊富な地区といえる。これ以外にも、特定の資金源を持たずに活動する小規模なボランティアグループも数多く存在しており、BVSC によって運営への支援が行われていた。さらに、地方自治体や NHS、いろいろなセクターとチャリティやボランティアグループとをつなぐ架け橋として、様々な働きかけを行っていた。同時に、チャリティやボランティアグループからサービス提供を受ける利用者から声を聞きだし、提供者に届けることでサービスの質の担保や利用者の権利を守る取り組みも積極的に行っていた。具体的には、利用者からの声を吸い上げるために新聞や図書館で告知を行って

意見を募ったり、団体のメンバーがコミュニティに入り込んで意見を吸い上げてくるといったことが行われていた。

これらの取り組みに共通するミッションが、中間支援組織として「コミュニティの力を高める」ことであった。これにより、「社会的処方」に関しても、コーディネーターらと共に、患者の多様なニーズにマッチした社会資源をデザインすることを可能にしていた。中間支援組織の役割については、先に述べたマートン地区で活動する社会福祉法人 HARI のインタビューでも触れられていた。ソーシャルプリスクライバーと呼ばれるコーディネーターは、GP によって社会的処方の必要性が認められた患者に対し、患者自身がニーズを理解するための手助けをするだけでなく、ニーズにマッチした地域資源の紹介までを行っている。この患者を紹介する主体の一つとして、ソーシャルプリスクライバーが挙げたのが地域の市民活動を中間支援する組織であった。「社会的処方」において患者が抱えているのは必ずしも福祉よりのニーズばかりではない。福祉色の強いソーシャルプリスクライバーが把握している地域資源だけでは解決できないニーズもあり、多様な市民活動団体をつなげる中間支援組織との連携は必要不可欠といえる。

3. 地域を「巻き込み」「育む」

(1) レジャー施設を「オープンでアクセシブル」な地域の資源に

運動習慣のある人は健康づくりの場にするのも積極的で、どんどん健康になっていく。そもそも体を動かすのが嫌いな人は公的機関が行う体操教室などの場に出て来ず、不健康になっていく。日本の介護予防の現場でよく聞かれることであるが、これはイギリスでも共通する課題であった。これに対しブロムリーで行われていたのが、レジャー施設（レジャーボールやスタジオ・ジム、ボーリング場、ホールを備えた大規模な施設）という開かれた場を活用した全世代を対象にした多様なプログラムの実施である。高齢者向けの一番大きなプログラムとして挙げられるのが、60歳以上に限定した「プライムタイム」である。1週間に85のクラスが行われ、2019年時点で3,102人（2008年の開始時は100人）が週に3～5回、好きな講座に参加している。ジムで体を動かすのが嫌いという人もいて、この人々にはゴルフのクラスという選択肢も用意されている。これとは別に、心筋梗塞や心臓病など病院やリハビリの組織からの紹介で来る人を対象にしたプログラムや、慢性的な痛みの軽減や付き合い方を学ぶプログラムがあり、終了後も連続して専門家のサポートを受けられるのが特徴になっている。プログラム全体で目指すのは身体の健康だけではなく、孤立や孤独を予防することも目的にしており、コーヒー

モーニング、ランチ、それからクリスマスランチ（去年は170人が参加）やパーティ、映画観賞会なども定期的に行われている。さらに、これらのクラスや催しになじめない人に向け、緑のシャツを着た中高年のボランティア数名（30人が活動）と一緒にコーヒーを飲んでリラックスさせたり、催しを紹介して仲間づくりのきっかけを提供するといったサポートを行っていた。



「人々のウェルビーイングを向上させること」をミッションに、上述したような多様なプログラムやクラス、催しなどが展開できる大きな理由として挙げられるのが、民間企業との

対等なパートナーシップである。このレジャー施設については、「オープンでアクセシブルな場をつくることで、すべての人のウェルビーイングを向上させる」ことを事業目的に掲げる「My Time Active」というソーシャルエンタープライズ（社会的企業）が委託をうけ、20年以上にわたって施設全体の運営からプログラムの実施までを行っていた。長期間、おそらくは日本に比べて自由度の高い委託が行われることで、ブルムリー地域の他の組織との連携が可能になっただけでなく、マネージャーからフロントスタッフ、ボランティアに至るまでの全スタッフへの認知症への理解をすすめるトレーニングが行えたり、レジャー施設の利用者のニーズによって「自らがやりたいことを選べる」多様なプログラムを展開することを可能にしていた。現在では、レジャーセンターに来られない、来たくないという人のニーズに対応すべく、地元に出かけていってプログラムを実施するという形もはじめている。

(2) 「出かけていって」企業や商店、新たな資源を地域に巻き込む

地域やまちづくりを考えるうえで大きな課題となるのは、協議会などを開催しても、集まる主体はいつも同じメンバーで、個々にそれぞれ限界に近い活動を抱えていることといえる。これに対し、コミュニティで社会的なつながりを向上させること、高齢者との関わりを向上させることを目的に、コーディネーターが「出かけていって」、新たな人や企業や商店を地域の資源として巻き込んでいるのが、過去に石炭や綿、運河業などで栄えたウィガン地区であった。現在は孤立や失業などの多くの問題を抱えたウィガンは、孤立の解消やエイジフレンドリーなコミュニティにすべく、宝くじの資金を使ってイギリス全土で展開する「アンビション・フォー・エイジング」プロジェクトに参加している。このプロジェクトをウィガン地区で進めるのは、GMCVO（グレーター・マンチェスター・センター・フォー・ボランティア・オーガナイゼーション）とAgeUK ウィガンの2つの非営利組織である。

プログラムを始めるにあたってプロジェクトが取り組んだのは、その小地区へと出かけていって人々が集う場（コミュニティセンターや図書館、崇拝をする宗教的な場所、住民協会、メディカルセンター、地元のクラブ、ローカルクラブ、シェルターハウス）を調べ上げることであった。次に、リストアップしたキーになる地域の資源として活動する主体をパブリックミーティングに招待した。この一番大きな目的は、地域にある資源を改めてお互いが存在を確認して課題を共有することであり、知り合うことで新たなアイデアが生みだされていた。住民有志が審査を行い、採択されたアイデアにプロジェクトが活動資金を投資するという仕組みもあり、孤立の解消やエイジフレンドリーなコミュニティにしていくために本当に必要な資源が生み出される場にもなっている。面白い例として挙げられるのが、地元のサッカーチームとラグビーチームが連携して50歳以上の人たちを対象にしたイベントを開催したことである。両チームのファンには、コミュニティの活動には出てこない孤立予備軍にもなりえる中高年ファンも少なくなく、一緒に行ったイベントはお互いのファンがイベントの中で知り合うことができ、新たな地域のつながりの場となっている。

しかし、このようなパブリックミーティングに参加するのは既にコミュニティに深く関わる主体で、裾野を拡げていくこと、関心をもたない人にプロジェクトを知ってもらうことが重要であった。ここでプロジェクトが取り組んだのは、初めにクッキングクラスや、機材を購入して移動シネマを行ったり、お祭りやランチ会を行い、そこに集まった人にプロジェクトを知らせていくことであった。また口コミが大事ということで、進行中のプロジェクトを知ってもらうためのガイドリーフレットをつくり、住民のボランティアにファンとして知り合いや関わる場で紹介してもらうという試みも行っている。この住民ボランティアの多くは、

「ロコミくらいなら」という気軽さで動く人であったが、その中からも深く関与する人も出てきている。

またプロジェクトでは、孤立の解消やエイジフレンドリーなコミュニティをつくり上げるための地域の資源として、町の中心部にある商店や企業も巻き込んでいる。きっかけはプロジェクトの開始にあたり地区に出ていき、人の集う場を調べ上げた際に、産業の衰退と共に活気を失う中心部を目にしたことであった。高齢者が仲間や友人と連れ立って中心部に出ていき、買い物をすればお店や会社は活気を取り戻し、閉じこもりや孤立の解消にもつながると考え、そのためにはじめたのがどんな助けが必要かを高齢者に尋ねることであった。要望が多かったのはちょっと座れるところとトイレであった。そこでプロジェクトのマネージャー

が先頭に立って中心街の商店や会社を全て訪問し、エイジフレンドリーなコミュニティにしていくためのパートナーになってもらえるよう依頼をした。その際に出したお店や会社にパートナーになるための条件として提示したのが、「椅子、飲み物、電話」と「フレンドリーにいろいろ助けてくれるスタッフ」を無料で提供することであった。加えて「買っ



てくださいというプレッシャーをかけない」、もし可能ならば「トイレも提供してください」とお店や会社によっては負担の大きな依頼をしたにも関わらず、多くが好意的な反応を示した。この成功の要因として挙げられるのが、協力が「エイジフレンドリーなお店や会社」という広告になるという利点を示せたことといえる。利点を理解してもらうために、店舗に貼るステッカーやマグカップ（会社のスタッフが使うことで、来客した高齢者がよい印象をもつ）を配布したのも一つであったが、最も大きいのはプロジェクトのマネージャーが全部のお店や会社にじゅうたん爆撃で飛び込みの営業をかけたことといえる。現在では成果が認められ、プロジェクト終了後もウィガンの自治体がこの取り組みを引き継ぐことが決定している。



4. まとめ

本年度のイギリス調査に協力頂いた団体から共通して聞かれたのは、患者のウェルビーイングを高めるための「社会的処方」の重要性であった。これにより、心労や不安から GPのもとを頻繁に訪ねていた患者が来なくなった、薬への依存度が低くなったなどの効果を定量的に示す団体も少なくなかった。ここで行われていた基本的な流れが、「社会的処方」の必要性が認められた患者を GP がすぐにコーディネーターにつなぐこと、コーディネーターが市民活動やチャリティやボランティア団体を中間支援する組織と共に地域資源につなぐことであった。

この「社会的処方」を成功に導く必要不可欠な要素として、複雑な患者のニーズに対応で

きるだけの多種多様な資源が地域にあることが挙げられていた。このため、既に活動する主体の連携を促すだけでなく、お店や会社、レジャー施設やゴルフ場など、一見すると福祉や医療と関係ないように見える主体を巻き込むための動きがみられた。この様にレジャー施設のような誰にでも開かれたオープンでアクセシブルな場を地域の資源とすることで、通常のアプローチでは出てこない高齢者を引き出すことに成功しているという話も聞かれた。

日本では地域包括ケアシステムの名のもとで、軽度者の支援者として地域資源への期待がますます高まっている。医療従事者や福祉従事者は、地域の資源を目の前のニーズを解決するためのお手伝いと捉えるのではなく、当事者のウェルビーイングを高め、「社会的処方」を行うための必要不可欠なパートナーと位置づけることが求められている。同時に、中間支援組織などと連携し、新たな主体を巻き込み、地域の資源として育てていくという視点も必要不可欠となっている。その際には、カフェやコンビニ、スーパー銭湯など、一般の住民にとってオープンでアクセシブルな主体、場の掘り起こしも重要な視点といえる。

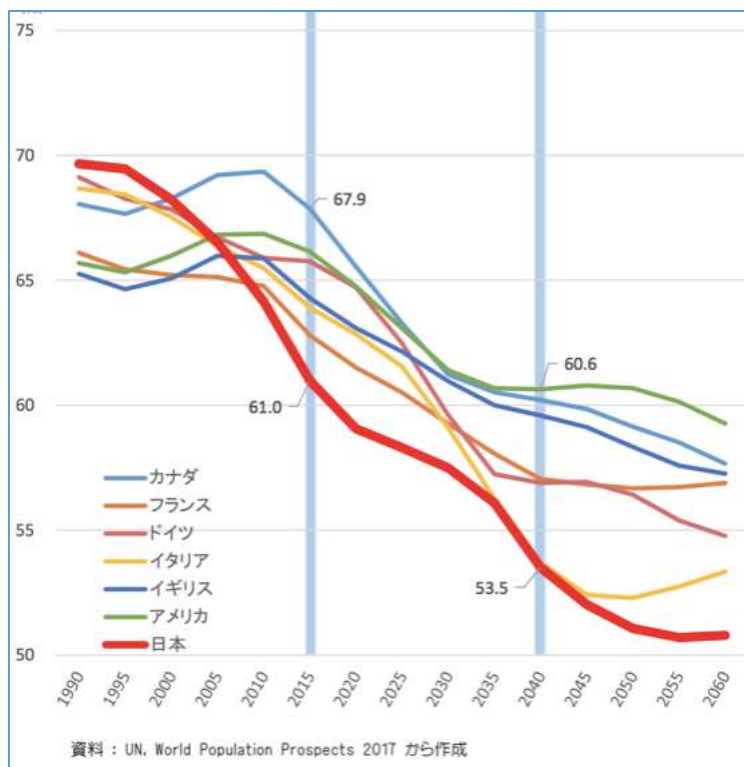
5. リエイブルメントの実際

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. リエイブルメントが生まれた背景

(1) 人口オーナス期

イギリスは日本と同様に人口オーナス期に入っている。人口オーナス期には、人口ボーナス期と比べて経済成長・社会保障の維持の有り様などが異なってくるため社会構造の変革の必要性に迫られる時期だということができる。



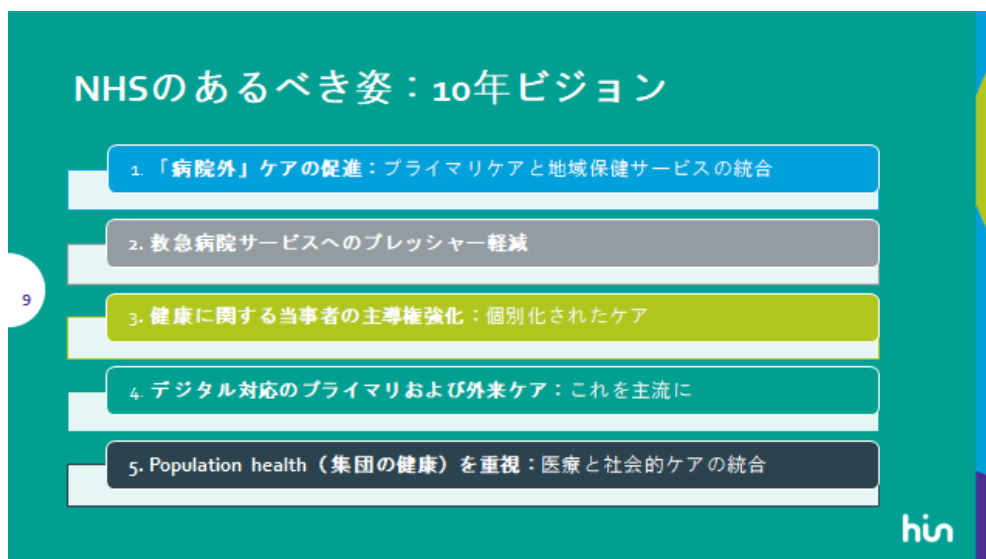
出所：総務省 自治体戦略 2040 構想研究会（第1回）2017.10

図1 世界の生産年齢人口の推移（欧米）

(2) NHS 長期ビジョン計画策定

そのような中で、イギリスではNHSの長期的な10年ビジョン計画が1年ほど前に発表され、今後10年のヘルスサービスとケアサービスのあるべき姿が5つの大きな柱として表現された。

最も重視されている項目は、今までの病院中心のヘルスからひとを中心とした考え方の中でヘルスとケアを統合させてコミュニティの方に寄せていこうということである。また、本人自身が自分のヘルスケアの管理ができるようなパーソナライゼーションについても明記されている。

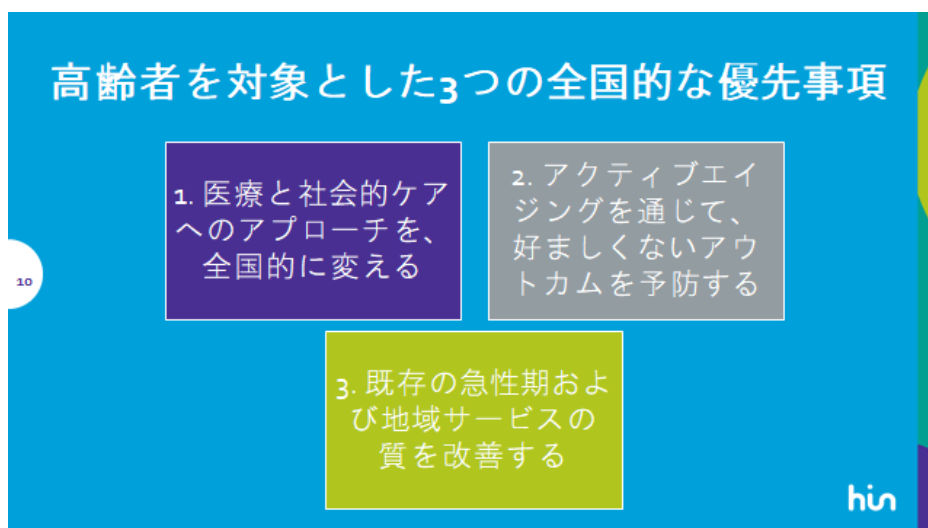


Health Innovation Network South London ヒアリング資料
 図2 NHSのあるべき姿：10年ビジョン

この10年ビジョン計画によりイギリス全体的にヘルスとソーシャルケアに対するアプローチが変わってきており、高齢者のケアに大きなインパクトを及ぼしている。

高齢者を対象にした3つの全国的な優先事項として以下の3点が掲げられた。

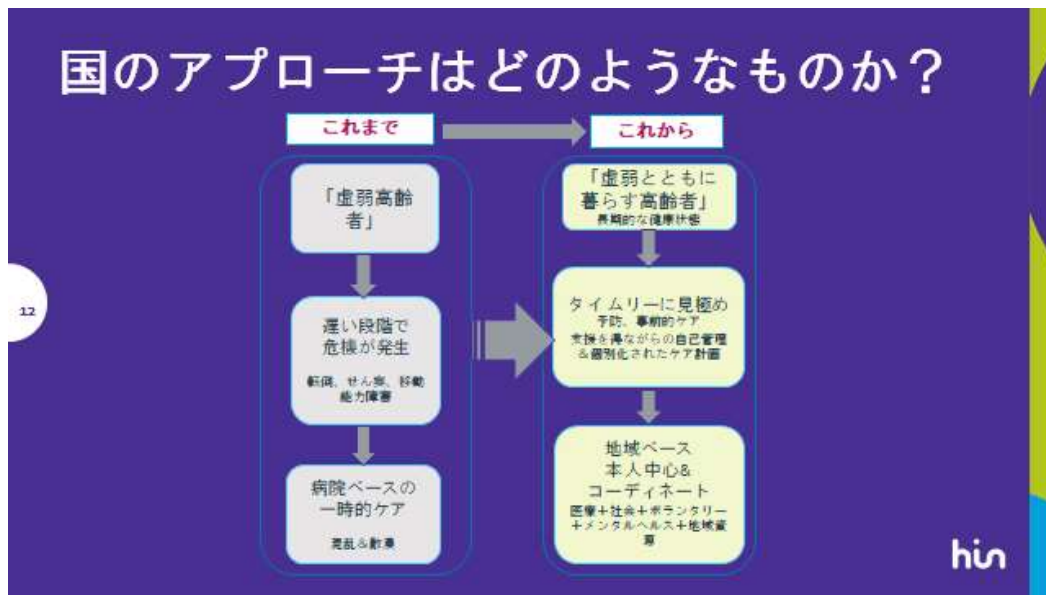
- 1) ヘルスとソーシャルケアのアプローチを全国的に変える
- 2) アクティブエイジングを通じて好ましくないアウトカムを予防する（＝介護予防）
- 3) 既存の急性期および地域サービスの質を改善する



Health Innovation Network South London ヒアリング資料
 図3 高齢者を対象とした3つの全国的な優先事項

これまで、虚弱な状態（フレイル）になってもすぐに対応されず、比較的遅い段階で病院ベースの一時的なケアが提供されていた。しかしこれからは「Living with Frail」と言われるように、タイムリーに専門職と出会い、予防・事前ケアを受けるように地域ベースで個人中心にコーディネートされるような取り組みを行っていくように国はアプローチ方法を変

化させている。そしてこの新しいやり方は、ヘルスとソーシャルケア、メンタルヘルス、ボランティアなどを統合し、コミュニティを軸としたアセットを活用したやり方となっている。



Health Innovation Network South London ヒアリング資料

図 4 イギリスのアプローチの概要

(3) グレーター・マンチェスターの取り組み

グレーター・マンチェスターの取り組みからは、前述した内容を踏まえてリエイブルメントが生み出された経緯を知ることができる。

グレーター・マンチェスターは、イギリス北西部に位置し、人口 280 万人が暮らし、10 のローカル・オーソリティで構成されている。

グレーター・マンチェスターの労働人口の 10 万 4000 人が失業していて、男女の平均寿命は国の平均よりも短く、長期の疾患により 11 万 2000 人が現在仕事をしていない。健康寿命も全国平均より短く、慢性疾患によって長期間仕事に就けずにいる人たちは、ヘルスとソーシャルケアの法的なサポートを必要とする人になるのである。

つまり人々の健康は雇用に大きな影響を及ぼし、健康でない人々は結果的にヘルスやソーシャルケアを使用するので地域への貢献は少なく、コストだけ上がるということに繋がってしまっているということがマンチェスター独立経済レビュー調査からも分かったのである。

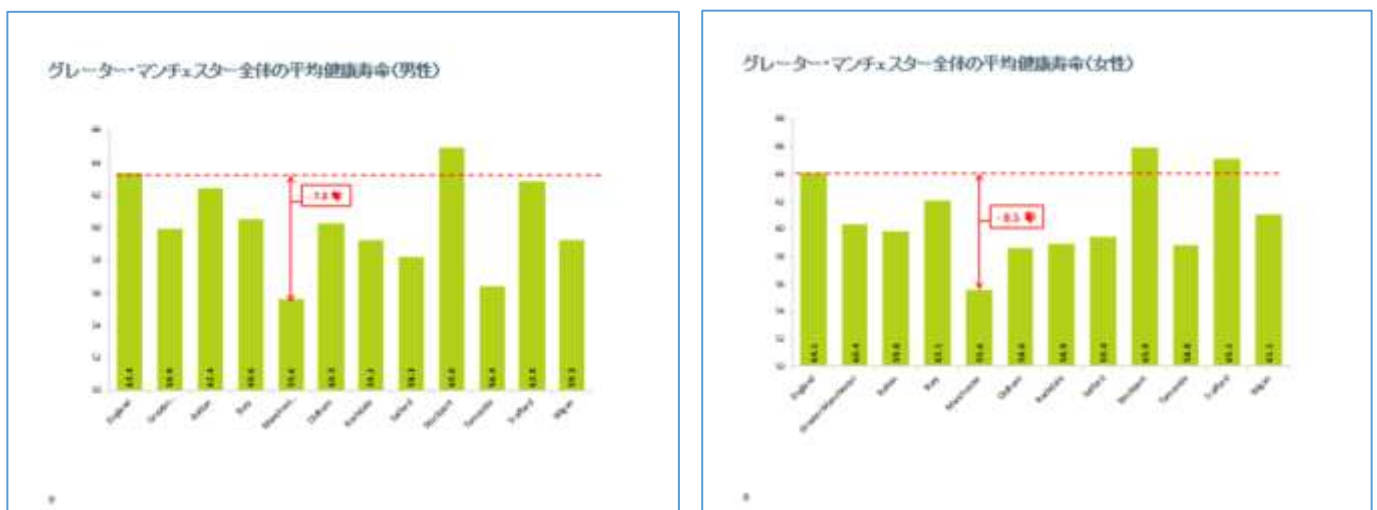
また、糖尿病に代表される生活習慣病などの長期的な影響を及ぼす症状は、人生のある一点で起きるということもわかっている。その一点について予防的に事前にサポートし、「ヘルシーな人々」を生み出すという土台部分にアプローチすることが、経済的発展も含めたグレーター・マンチェスターの人々をより豊かにすることに繋がるという考えに至った。

今回明らかになった課題を可能性に変えるには、全国的なやり方を飛び出して、もっと柔軟なやり方を行わねばならない。このような考えから、権限移譲を中央政府と掛け合い、イングランドの中で唯一、ヘルスとソーシャルケアの権限移譲という変革にチャレンジする地域となっているのである。(※スコットランド、ウェールズ、北アイルランドは数年前から権限移譲(地方分権)されており、後述する)



David Boulger, Head of Population Health, Transformation, GM Health and Social Care Partnership 提供

図5 グレーター・マンチェスター概要



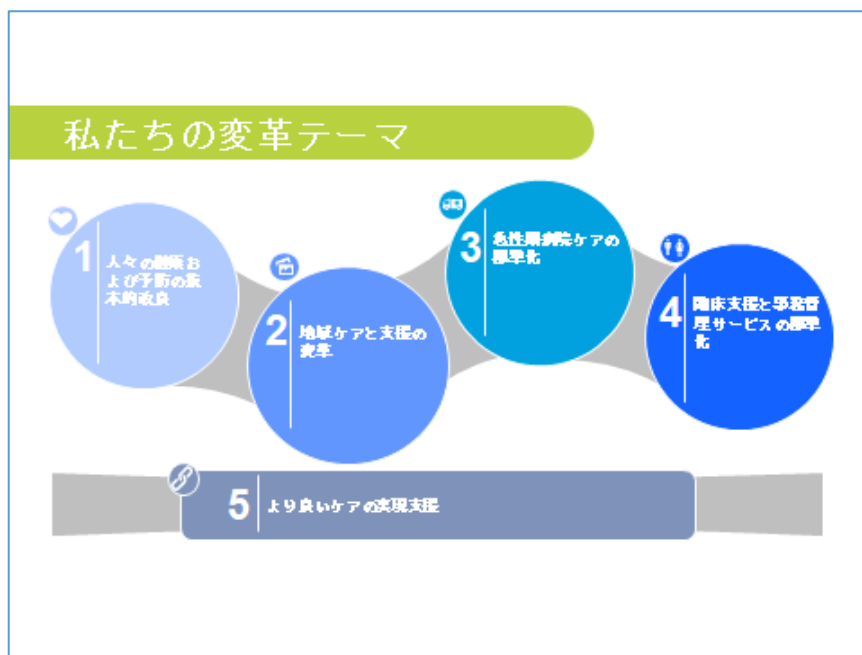
提供者：同上

図6 グレーター・マンチェスター健康寿命

権限移譲に際して、グレーター・マンチェスターに住む 280 万人の人々の健康および well-being の向上を、できるだけ大規模かつ迅速に行うというビジョンをたて、2026 年までに健康寿命も平均寿命も全国平均に追いつくというアウトカム目標をたてた。

そして変革を実現可能なものにするために5つのテーマを設定した。

- 1) 人々の健康向上そして予防に関する急速なアップグレードをすること。(=介護予防の推進)
- 2) ケアサポートが必要な人に対してコミュニティベースのケアとサポートを変革していくこと。(ヘルス・ソーシャルケアの統合ケアシステムをつくる)
- 3) 急性入院治療、ホスピタルケアの標準化をすること。(病院の提供や患者のアウトカムに関してグレーター・マンチェスターの中でいろいろな格差があるということが分かった)
- 4) バックオフィスの機能に関してさらに効率を上げ効果を生み出すこと。(この中でも最優先課題は、介護予防の推進となっている)



提供者：同上

図7 グレーター・マンチェスター変革テーマ

グレーター・マンチェスターの人々のヘルスを向上させるには、サービスを見るだけでなく、個人の行動とか振る舞いを見る必要があるということがわかってきた。その中で人々の健康を上げていくために焦点をあてなくてはならないのは、いい仕事へのアクセス、われわれを取り巻く環境や建築環境、お金と資源、貧困の問題、安全で安価な住宅へのアクセス、教育とスキル、どんな食べ物を食べるかという食品、交通、そして家族や友人のネットワークがグレーター・マンチェスターの人々のヘルスに貢献する重要な要素であるということが分かってきており、それは **well-being** が影響を受ける因子と似通っていた。



提供者：同上

図 8 健康の作られかた

人々の行動や振る舞いを変えていくためには、何が課題かを分析してそれを治すというやり方である伝統的な方法では対応が難しい。これからは個人の声に耳を傾け、その人の人生や生活にとって何が重要かを知るといった段階から始め、個々によって異なる well-being と向きあう、「パーソンセンタード」「コミュニティベースト」な新しいアプローチが重要となる。

一方、well-being の対極にある孤立、孤独というもの大きな問題になってきている。この背景には、社会的につながりを持たないことによって、うつになったりみじめな気持ちになり、それが活動性の低下や身体的な健康にも影響を及ぼしてきて負の連鎖に陥ってしまうということがある。

また、この負の連鎖のループの中に一度入ってしまうと、本当は strength（強み・能力・可能性）をもっているにも関わらず、それを適切な場面で発揮する体験がないことで自信を喪失しがちになり、ますます社会とのつながり、活動性が低下し、孤立・孤独となる要因となってしまう。

これは病院を退院された方々、地域で暮らしている方々共通事項である。だからこそ介護予防を推進し、健康長寿な状態でコミュニティで自分らしく豊かに生きることをサポートするために、新しいアプローチ＝リエイブルメントが生まれたのである。



筆者作成

図9 イギリス リエイブルメント・サービスを生み出すまでのプロセス図

2. 保健省・NHS 中でのリエイブルメントの位置付け

中間ケアの概念は、2000年にNHS計画で保健省によって開発され、高齢者向けの国民サービスフレームワークを通じて実施された。2010年に自立を延長または回復する手段として認識され、リエイブルメントは政策支援を受けるようになった。

また、国民扶助法(National Assistant Act)を60年ぶりに改正したケア法2014(Care Act 2014)では、中間ケアを含むサービスにおいて、パーソンセンタードのサポートが個人のwell-beingを促進するために計画されているかを考慮する必要があると言っている。これはケア法2014において地方自治体の一般的責任が述べられた上で、第1条で「個人のwell-beingを促進する」と記載があるところからも自治体・専門職が提供するサービスは常にこの軸と照らし合わされ、提供価値を追及していくことが求められているということである。

英国国立医療技術評価機構(NICE)が出したガイドライン「Intermediate care including reablement」[NG74](2017)において、「NHSおよびソーシャルケアセクターは、複雑なニーズや障害、および1つ以上の長期的な条件を伴うことが多い長寿の人々からの需要の増加により、前例のない圧力に直面している。」と前提を述べた後「病院への入院と退院の遅れは、重大な不安、身体的・心理的な悪化、および依存の増加を引き起こす可能性がある。リハビリテーションとリエイブルメントに焦点を当てた集中的サービスは、人々とその家族が回復し、自立を取り戻し、在宅復帰することを支援できる。」また、「中間ケアでは、さまざまなサービスモデルを使用して、できる限り自立した生活を支援する。病院への入院を防ぎ、早期のスムーズな退院を促進するか、居住ケアの代替となり、日常生活に支障をきたす家庭で暮らす人々に、自立を維持する手段を提供することもできる。」と述べている。

そして、NICEガイドラインには行動変容を生み出すサービス変革に必要な新たなアプローチ(リエイブルメントサービス)を展開する上で必ずおさえておかねばならない重要ポイ

ントがまとめられている。

重要ポイント

- 「本人の健康や well-being を考慮する」
- 「本人と協力して行う」
- 「本人が達成したいことを見つける」
- 「本人自身の強み」
- 「気づきの支援」
- 「自信を再構築する」
- 「positive risk taking（前向きな冒険）を支援」
- 「本人と中間ケアの目標について話し合う」
- 「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」
- 「フィードバックを共有し進捗状況を振り返る」
- 「中間ケアチームが紹介や関わりを行う明確な経路を持つ」
- 「様々な組織のスタッフが協力し統合された形で業務を展開する」
- 「リエイブルメントを第1の選択肢として提供する」

（以下ガイドライン一部抜粋—1.1.3等はガイドラインの番号）

(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 **well-being** 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 **well-being** 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。

3. リエイブルメントのコア要素

(1) キーワード

これまでイギリスで展開されてきたケアの在り方は、ひとの課題点に重点を置き、それはサービス依存のサイクルを生み出してきたものであった。そしてそのプロセスに専門職も拘束され、他組織との連携は行われてこず、すべてはサービスに向けたアセスメントとなっていた。

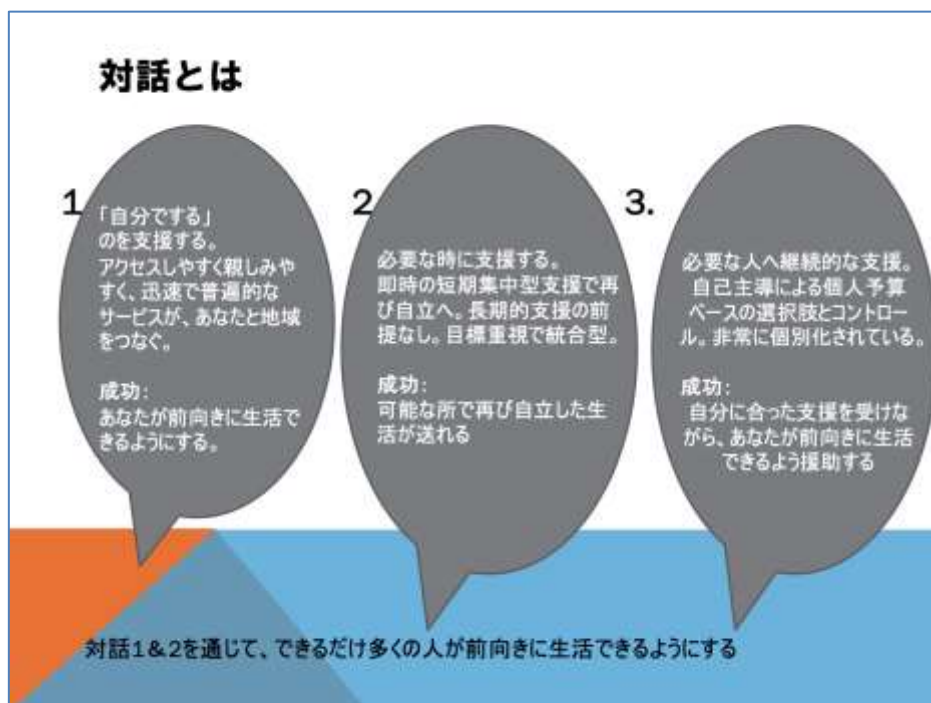
しかし今、根本的な社会保障システムのパラダイシフトという変革を行う上で、ストレングスベース、アセットベースで地域のレジリエンスとセルフケアを通じた予防と自立を行い、それにおける専門職のコミットメントとスキルを活用し他の組織や資源との真のパートナーシップをもつ共同で作る支援システムを生み出すことを行う流れとなっている。

この中で以下ののようなキーワードがリエイブルメントのコア要素となっている

- 「パーソンセンタード・アプローチ」：相手の視点や立場にたって理解しながらケアを行うことを重要視する。
- 「ストレングスベースト・アプローチ」：「何ができるのか」「どんな才能があるのか、何をもっと積み上げていくことができるのか」というところに目を向け、対話する。
- 「アセットベースト・アプローチ」：相手の強みを含め、相手の周り・地域に存在するあらゆるものを、相手を活性化させるための資源（資産）と考える。
- 「コミュニティベースト・アプローチ」：地域の中で地域とのつながりを保ち、固有の well-being な日常生活をおくることを目指す。
- 「チームベースト・アプローチ」：相手の目的を達成するために多職種が対話、協働などを行う。

(2) 共通要素

- 対話を通じて、できるだけ多くの人々が前向きに生活できるようにする。
- そのプロセスにおいて期間限定で関わり、高齢者のために (for) ではなく、高齢者と共に (with) という姿勢で向き合う。
- 高齢者の自信とスキル、身体能力だけでなく社会的能力を取り戻すことを重要視する。



Kingston の Dawn Secker 氏提供

図 10 「強み」のための対話 (STRENGTHS workshop final)

4. 各カウンシルにおけるリエイブルメントの実際

(1) ウィガン市—The Deal

1) 運営状況

リエイブルメント・チームは、ウィガン市から委託（コミッション）されており、利用料は無料で、最大6週間のサービスとなっている（6週間より早く終了することあり）。

平均的に月に200名の利用者（病院:コミュニティの割合は7:3の割合）がいて、1週間に7日間、朝の7時半から夜の10時まで営業をしている。

訪問回数は、1日に4回の訪問が7日間続くというのが最大限の訪問回数になっている。あとはアセスメントの内容によって訪問回数が変わる。

1回あたりの訪問時間は最短で15分、最長で2時間になっている。内容は、リハビリ的要素の強い関わり、生活援助や介助など必要性に合わせて両方行っている。

2) 人員体制

全体で82名のサポートワーカーが働いており、すべてのスタッフは7日間のうち5日間働いており、チームの中でローテーションしている。

スタッフの契約はいろいろあり、1週間に25時間、30時間、35時間、37時間という形態がある。

スタッフは全員公務員であり、その中でもリエイブルメント・チーム（サポートワーカー）と一緒に働いているOTは現在15名いてウィガン全体を担当している。

PTや栄養士へのアクセスはあるが、リエイブルメント・チーム専属ではなく、必要な際にオーダーするという形式となっている。このチームは、コミュニティヘルススタッフと市のジョイントで形成されている。

給与については、コミュニティヘルススタッフはNHSから、市のスタッフは市から出ている。しかし、マネージメントチームは同一建物内にあり、考えること、行動も一緒にやるというワンチームになっている。

リエイブルメント・チームは、The Dealを活用し、よい行動をすることやスキルの高さをキープすることにコミットしたチームとなっている。つまり、常に自分を向上させ、成長していくことが専門職に求められている。また、リエイブルメント・チームは革新的であり、できるという精神を持っていることに特徴があり、病院より良いパフォーマンスを出すことに貢献しているという側面もある。

リエイブルメント・サービスのデザインはソーシャルケアのシステム制御に即した形で行われており、ケアの質委員会によって最上級の「アウトスタンディング」という評価を受けている。

3) 目指すこと

日常ベースで対象者の生活がどのようにうまくいくのかということを目指している。

リエイブルメント・サービスの対象者はOT、PT、ソーシャルワーカー、病院、コミュニティによりアセスメントをされる。

リエイブルメント・オフィスに午後4時までに紹介があった場合は、その日からプログラムが始まることになる。

リエイブルメントの対象者には、ある程度の学習能力は必要とされるが、認知症や難病があっても重度でない限りは問題なく、基本的にはだれでも受け入れるスタンスで行っている。しかしターミナルの方や改善・向上する潜在可能性がないとアセスメントされた方はリエイブルメントに向いていないと言われている。

毎日の生活だけに焦点を当てているのではなく、コミュニティとコネクションをもつという部分への取組みも行っている。リエイブルメント・チームから病院に出かけて行き、18歳以上の成人をサポートしていること、well-being やメンタルヘルスの促進を行っていることなど、どんな事ができるかということについても積極的にアピールしている。

脳卒中の場合、病院で特別なリハビリを受ける。在宅復帰時にまだ状況が思わしくない場合、リエイブルメントチームではなく、スペシャリスト・セラピーチームが介入することになる。一方、脳卒中でもそれほど状態が悪くない場合には、リエイブルメントに紹介され活用することになる。

リエイブルメント・サービスをアップデートするために、まだまだ初期の段階ではあるが well-being を測定する指標の開発を行っている。また、コミュニティに繋ぐなどの社会参加についてはサポートワーカー、リンクワーカーともに、このコミュニティで何が起きているのかということ进行调查することができるアプリを活用している。また、ソーシャルサービスだけでなくチャリティ・民間セクターにつなぐ取組みも行っている。

4) アクティビティプラン

利用者にとってのニーズ、達成したアウトカムをはっきりさせることを行う。

リエイブルメント・オフィサーである OT がどのレベルのサポートが必要なのかをアセスメントし、もともとのスコアを記入する。

その後リエイブルメント・オフィサーがサポートワーカーに情報を共有し、サービス提供を行う。

利用者の状態が改善し、サポートワーカーが訪れる回数を減らしていくことをゴールとしている。また、長期的なサポートが必要だと特定された場合はそのアレンジにリエイブルメント・オフィサーが介入する。

スターティングの評価のベースラインは病院で、実際にリエイブルメント・オフィサーが病院に行き、患者の状態と照らし合わせて見てアセスメントし、その後はサポートワーカーが毎日評価する。

5) 役割

● OT

初回アセスメントを行い、プログラムを作成する。また、サポートワーカーのヘルプ、アダプテーションを行う。具体的には問題が発生したときだけ現場に向かう。また、サポートワーカーの能力向上トレーニングを OT が担当している。

● サポートワーカー

OT が作成したプログラムを実施する。サポートワーカーはサービス利用者の能力と自信

を向上させるためのトレーニングを受けている。また、福祉用具などを活用する訓練も受けている。

近年、サポートワーカーの仕事の範囲が広がってきており、看護師の業務の一部を行うことができるトレーニングが義務化されている。ただし、看護師とサポートワーカーの領域はきちんと区別されている。サポートワーカーは、自身でプログラムを変更することができる。例えば利用者の状態が非常に良くなっているとき、サポートワーカーがゴールを変更できる権限をもっている。

- マネージャー

病院に行き、リエイブルメント・サービスを実施するのに適した患者を選んだり、リエイブルメント・サービスについて正しい知識を病院スタッフがもてるように病院のスタッフをサポートしている。

表1 リエイブルメントアセスメント



ウィガン・リエイブルメントアセスメントと目標設定

一般情報				
リエイブルメント計画対象者				
システム ID	XXX XXX	NHS の ID 番号	XXX XXX	
氏名	Mrs. XXX	敬称	Mrs.	
住所	XXX XXX, Wigan, WN6 0DA	電話番号	自宅 : 01 XXX XXX 携帯 : 01 XXX XXX	
生年月日	1935 年 XX 月 XX 日	年齢	83	
民族	白人	民族詳細 イングランド人/ウェールズ人/スコットランド 人/北アイルランド人/ブリティッシュ人		
連絡先詳細				
家族	<input checked="" type="checkbox"/> 追加の家族連絡先なし			
近親者	<input type="checkbox"/> サービス利用者には近親者なし			
氏名	XXX XXX	本人との関係	息子	
電話番号	主な番号: 01XXX XXX 携帯番号: 07XXX XXX	住所	XXX, Peplow, XXX	
GP				
診療所名	Rodenhurst	電話番号	勤務先 : XXXXXX X	
住所	Standish Medical Practice Rodenhurst Church Street, Standish, Wigan, WN6 0JP			
専門職の関与				
外部専門職の関与				
職種	氏名	電話番号	機関	
作業療法士	XXX	01XXXXXX	RAEI	
環境面の詳細				
住居の所有形態	定住(持家または分割所有スキーム)	住居の種類	戸建て	
支援職員のアクセス方法	Key safe。建物に入る際にはベルを鳴らしてください。 SU(訳注: サービスユーザー)は女性の支援職員のみ希望されています。			
活動計画				
活動計画: 詳細内容				
番号	特定されたニーズ/ アウトカム	左記の達成方法	初期 FI M	目標 FI M
1	洗身の自立を促してください。	介助椅子の安全な利用およびそこに座った状態の洗身の安全性評価 患者は通常、洗身では自立しているが、息切れがあり、ペースに気を 付け頻りに休憩する必要あり 浴室は下の階	5	6
2	更衣の自立を促してください。	介助椅子の安全な利用およびそこに座った状態の更衣の安全性評価 患者は通常、更衣で自立しているが、息切れがあり、ペースに気を付	5	6

		け頻繁に休憩する必要あり。														
3	自宅内での移乗の自立(特に階段昇降機から肘掛け椅子へ)	患者は通常、モビリティで自立しているが、息切れや倦怠感があり、移動できる距離が限られている。支援を行い、また休憩を取りながらゆっくりとしたペースで行うよう促してください。	4	6												
4	食事や飲み物の準備は全面的に支援	終了後も、調理業務は全面的な支援提供をお願いします。	1	1												
5	服薬(MF1 に沿って)	服薬は、箱からプリスターパックへ。プリスターパックからは、促しと密な見守り。	1	6												
活動計画:スケジュール																
番号	特定されたニーズ/アウトカム	午前 前署名	午前 署名	昼食 署名	お茶時 署名	お茶時 署名	夕方 署名	夕方 署名	月	火	水	木	金	土	日	タスク 終了 署名 SU 署名
1	洗身の自立を促してください。	✓							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2	更衣の自立を促してください。	✓					✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3	自宅内での移乗の自立(特に階段昇降機から肘掛け椅子へ)	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4	食事や飲み物の準備は全介助	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
5	服薬(MF1 に沿って)	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
機能自立度評価(FIM)の用語へ大まかに基づいた自立度スコア																
内容								スコア								
完全自立(時間かからず、安全)								7								
修正自立(時間かかる、機器)								6								
監視(合図、促し)								5								
最小介助(75%以上を自分で実施)								4								
中程度介助(50-74%を自分で実施)								3								
最大介助(25-49%を自分で実施)								2								
全介助(25%未満を自分で実施)								1								
関連情報																
紹介の理由/病歴/以前の機能レベル	女性の支援職員のみを希望。 介助椅子を使用しながら自力で洗身および更衣を行う上で、安全性を確保する。 倦怠感および息切れが現在あるため、自宅におけるモビリティや移乗の安全性を確保する。 COPD があり、活動時に息切れあり。 弱視。 すべての移乗やモビリティで自立。介助なしで移動。															
紹介は、転倒と直接関係しているか？																
○ はい ● いいえ																
服薬支援の必要性																
<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																
上記で「あり」の場合、必要な文書(提供確認のためチェックを入れること)																
<input checked="" type="checkbox"/> 署名済の MF1 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬リストまたは退院時の文書																
自宅で使用している機器(歩行器を含む)	電動リクライニング式リフトチェア、浴室は下の階、電動ベッド、シャワーシートと手すり、電動バスリスト、階段昇降機															
現在受けている支援: フォーマルおよびインフォーマル	近所の方が買い物を実施。掃除サービスを利用。															
認知に関する問題	軽度の短期記憶障害															
考えられるリスク/危険/ペット(サービス利用者および支援スタッフにとって)	一人でニーズに対応できない															
紹介に関する詳細																
氏名	Karen XXX				職種	作業療法士										
チーム	RAEI															
電話番号	01942XXX															
日付	2019年8月20日															

サービス利用者の同意			
氏名	Mrs. XXX	日付	XXX
署名			
家族の同意			
氏名			
日付			

お問い合わせは、リエイブルメントチーム（01942-487904）までご連絡ください。

次の行動				
選択された次の行動				
次の行動	担当者	理由		
リエイブルメントの介入とモニタリング	Wigan Reablement Case Monitoring (ウィガン・リエイブルメント・ケースモニタリング)			
アクティビティプラン				
特定されたニーズ/アウトカム 何の達成が期待されるか (将来のどのようなゴールも記入してください)	どのようにこれが達成されるか (どのような将来のゴールがいつ可能なかなど、可能にする方法、や情報を明確に)	初期 FIM スコア	目標 FIM スコア	いつ行うか サービスユーザーセラピスト、リエイブルメントチームがと合意したおおよその時間。週 7 日を希望しない場合はその旨記入
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				

服薬機能アセスメント

本人の詳細情報				
Mosaic ID :		NHS 番号 :		
氏名 :		生年月日 :		
住所 (郵便番号含む) :				
普段の服薬管理方法 :		服薬支援を普段提供している人 : (該当する場合にはチェック)	<input type="checkbox"/> 同居者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療職員 <input type="checkbox"/> 介護者	
薬の提供方法 :	<input type="checkbox"/> 箱 <input type="checkbox"/> 液体 <input type="checkbox"/> ブリスターパック <input type="checkbox"/> パッチ <input type="checkbox"/> 吸入器 <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> その他 (詳細を以下に記入)	本人に能力があるか :	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		本人は混乱しているか :	<input type="checkbox"/> 長期的 : 診断あり <input type="checkbox"/> 急性 : 突如	
服薬アセスメント開始 / 終了日 :		本人アセスメント実施職員 : (氏名・役割)		
理解 / 処方 / 保管	チェック (該当する方) はい いいえ		チェック (該当する方) はい いいえ	
本人はラベルを読むことができる		自分の責任を理解している		
いつ服薬すべきか理解している		自分が使用している薬の目的を理解している		
正確な日時がわかる		薬がなくなりつつあることがわかる		
再調剤による服薬		再調剤を要請できる : 診療所 / 薬局		
配達または薬局で受け取ることができる		提供された品を確認できる		

薬を適切に保管している		規制薬を安全に保管している（該当する場合）	
錠剤 <input type="checkbox"/> 非該当の場合チェック	チェック (該当する方) はい いいえ	錠剤 <input type="checkbox"/> 非該当の場合チェック	チェック (該当する方) はい いいえ
パック／箱を開けることができる		錠剤を水で飲み込むことができる	
子どもが開封しづらい容器を開けることができる		錠剤を水なしで飲み込むことができる	
薬を水に溶かすことができる		必要な錠剤を数えることができる	
ブリスター <input type="checkbox"/> 非該当の場合チェック	チェック (該当する方) はい いいえ	ブリスター <input type="checkbox"/> 非該当の場合チェック	チェック (該当する方) はい いいえ
自分のブリスターパックを認識できる		ブリスターから薬を出すことができる	
正確な日時がわかる		個々のブリスターパックを開けることができる	
パッチ <input type="checkbox"/> 非該当の場合チェック	チェック (該当する方) はい いいえ	パッチ <input type="checkbox"/> 非該当の場合チェック	チェック (該当する方) はい いいえ
パックを開けることができる		パッチを貼ったりその向きを変えたりできる	
パッチをいつ交換すべきか理解している		薬を適切に保管している	

Niamh Kearney, Enhanced Services manager, Wigan Council 提供

6) 教育

ウィガンにおいて、サポートワーカーは技術職として位置づけられており、その分給料も少し高めに設定されている。その他にも交通費が割引になったり、ジムに通うことができるなど福利厚生も整っているので、人気の職業となっている。

サポートワーカーの資質要件は、自分の頭で考え行動できる、尊敬の念をもって相互に学び合えるか、自分がいいと信じたことを勇気をもって貫き行動できるかなどである。

現場において、その場に合った対応を迅速に行動に移せるか、プログラムを進化させていくことができるかなど、サポートワーカーのレベルは非常に実践的であることが重要視されている。

そのためリエイブルメント・サービスに関わるサポートワーカーのトレーニングは徹底した導入プログラムがあり、6週間ほどの期間をかけて実施される。

トレーニング内容

- レクチャー (e-learning も活用)
- ワークショップ
- 他のメンバーとのシャドーイング (すでにトレーニングを受けたサポートワーカーについて現場へ行き、実際の仕事の様子を見て学ぶということをしている。)
- 機器の使い方のトレーニング
- スキルトレーニング
- 他専門職とのジョイントトレーニングなど
- サポートワーカーが現場で困った際には常に OT に聞けるよう、OJT が行われやすい環境づくりなども行っている

そして、OT の役割も以前と大きく変わってきており、その分スキルや知識をアップデー

トするためお互いをトレーニングし合う OT 用のプログラムも作成し、それを使用している。

表2 サポートワーカートレーニングメニュー一覧

新スターター誘導プラン (サポートワーカー)		
一般		
誘導プラン		ラインマネジャー
ポリシーと過程		ラインマネジャー
Squares		ラインマネジャー
ID バッジ		ラインマネジャー
モバイルフォン		ラインマネジャー
Surface Pro		ラインマネジャー
I-trent		ラインマネジャー
駐車場パス		ラインマネジャー
カレンダー/インターネット/Eメールへのアクセス		ラインマネジャー
Mosaic アクセス		ラインマネジャー
Me Learning アクセス		ラインマネジャー
電話番号 H&S 作成		ラインマネジャー
My Time と My Time Extra (インフォーマル介護者用サイト)		ラインマネジャー
チーム紹介		ラインマネジャー
人事ファイル		ラインマネジャー
トレーニング		
食物栄養のエッセンス	Me Learning	
Mosaic	Me Learning	
服薬 レベル 2		
服薬ワークショップ		
移動		
データプロテクション	Me Learning	
IOSH 健康と安全		
緊急時と応急処置		
火災について知る	Me Learning	
Be Wigan		
ザディール		
成年安全防護策	クラスルーム	
基礎知識	Me Learning	
流動食と栄養	Me Learning	
シースと褥瘡		
カテーテルケア		
COPD について知る		
AT トレーニング		H.F. 氏
信頼される評価者		マンチェスター「障害者の生活」
階段トレーニング		OT
ケアアクト (ケア法)	Me Learning	
DOL/MCA	Me Learning	
平等と多様性	Me Learning	
感染コントロール	Me Learning	
CQC		ラインマネジャー
NVQ3		NVQ アセッサー
ケア資格認証		ラインマネジャー
LIA Corporate		
LIA Directorate		
認知症を知る	Me Learning	
困難なふるまい	Me Learning	

能力		
服薬		ラインマネジャー
治療における無駄		ラインマネジャー
トイレソリューション		ラインマネジャー
入浴ソリューション		ラインマネジャー
シャワーソリューション		ラインマネジャー
アクセスソリューション		ラインマネジャー
階段		OT
ベッドからの移動と移動		ラインマネジャー
椅子からの移動		ラインマネジャー
移動の実践		ラインマネジャー
着衣のテクニック		ラインマネジャー
キッチン / 食事準備 ソリューション		ラインマネジャー
レール		ラインマネジャー

シャドウイングと訪問		
シャドウ サポートワーカー		ラインマネジャー
シャドウ OT		ラインマネジャー
シャドウ RO		ラインマネジャー
シャドウ RM		ラインマネジャー
シャドウ コーディネーター		ラインマネジャー
シャドウ AT / センサー		ラインマネジャー
収納		ラインマネジャー
シャドウ アイシング		ラインマネジャー

Niamh Kearney, Enhanced Services manager, Wigan Council 提供



<https://shop.melearning.co.uk/learning/wigan/>

図 11 Me-learning サイト

7) 実績

昨年は、病院、コミュニティチームから 2,224 件の紹介を受け、リエイブルメント・サービスを受けた人の 72.78%が終了後にフォーマルケアが不要となった。これにより、予算的にはかなりの節約になった。

(2) ロッチデール市 —STARS (Short Term Assessment and Reablement Service)

1) 運営状況

退院後、最大 6 週間自宅での支援を行う。一日最大 4 回まで、週 7 日間体制になっている。日常生活のスキルを取り戻したり、再び学ぶことをサポートするサービスを行っており、病院からの紹介は 75%、コミュニティの紹介は 25%となっている。

2) 人員体制

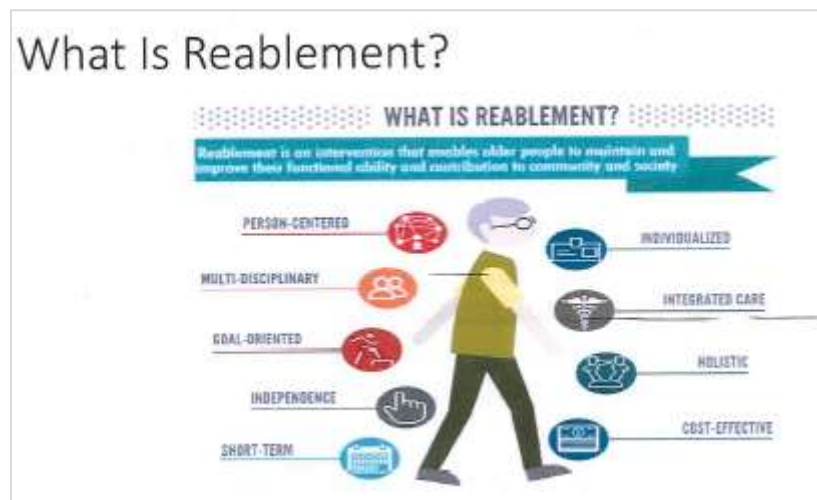
市内に 4 つのチームがあり、各チームにサービスマネージャーが 1 名いて、さらに 3 名の紹介オフィサーと一緒に取り組んでいる。また、サポートワーカーが 68 名いる。

3) 目指すこと

リエイブルメントとは、高齢者がそのひとらしい生活を維持するため、機能的な能力の向上とコミュニティや社会における貢献を維持できるようにする介入のことである。これはパーソンセンタード・アプローチ（＝本人中心のアプローチ）で、個人に即した形でのサポートをするホリスティック・アプローチである。

STARS で提供しているリエイブルメント・サービスは **universal offer** と呼ばれるものである。STARS の目的は疾患、もしくはケガによって喪失した日常生活のスキルを再び学ぶということであり、利用者の自立や自信を以前のレベルまで取り戻すことに積極的に取り組む短期的・効果的なサービスである。

一方、複雑なフレイルティによってさらにリハビリが必要な人については STARS とは別のところからサービスを受けることになる。



Katie Wood, Programme Coordinator Rochdale Infirmary 提供

図 12 リエイブルメントとは何か

4) 役割

ここで重要なのは、日常生活のすべての面において選択をするのは利用者本人であるという点である。専門職はユーザー本人が選択するための土台づくりを担うという役割なのである。

STARS には専門の OT がついており、実際に利用者が福祉機器を使う利点があるかどうかなどのアセスメントを行い、リエイブルメント・サービスを行うサポートワーカーを助け、

自立を最大限に促すために貢献している。

5) 教育

OTによってサポートワーカーへの教育が行われている

6)実績

<2017年から2018年>

- サービス利用者：1,373名
- 平均サービス利用期間：18日
- リエイブルメント改善率：79%

※リエイブルになったサービス利用者とは、サービス終了時にサービスが不要となった人(訪問や長期的なケアの必要度が少なくなった人)の割合のこと。

<2018年から2019年>

- サービス利用者：1,405名
- 平均サービス利用期間：17.5日
- リエイブルメント改善率は81.2%

<2019年4月1日～2019年8月23日>

- サービス利用者：584名平均サービス利用期間：15日
- リエイブルメント改善率：77%

(3)マートン市

1) 運営状況

マートンでは、リエイブルメント・サービスはヘルスとケアの統合ということであり、退院してくる人向けのサービスである。

在宅でフレイルがある人などはまだ対象となっていない。1つの理由として、コスト面の問題がある。在宅ケアは1時間に15ポンドかかるが、リエイブルメントの方は45ポンドということで、ベネフィットが非常に大きい。ヘルスと一緒にになってコミュニティにいる病院に通っていない人にも同様のサービスができないかということは考えている。

2) 目指すこと一事例を通して

背景

85歳の女性。転倒して入院。退院時には家で自分でいろいろなことをする自信を喪失していたため、ケアパッケージが提供された。ホームヘルパーが1日に4回訪問し、更衣介助、トイレ介助、調理介助などのサポートをしてくれた。1年間に1万4,000ポンドのサービス費用がかかった。

リエイブルメント実施

このケアパッケージを継続することは、この女性の依存度を深め、症状の悪化につながり、その結果としてヘルスとケアのコストもかかるということになると想定された。

そこで、この女性の喪失した自信を改善させ向上させていこうということで、リエイブルメント・チームを派遣した。リエイブルメント・チームの活動を通してこの女性は自信を回復し、ケアが不要となり、完全に自立することができるようになった。

3) 役割

- OT

利用者のニーズをアセスメントする。

- サポートワーカー

OT が設定した目標・プログラムを達成のために毎日利用者を訪問し実践する。

4) 実績

<2018 年>

- 紹介者数：552 名
- 利用者数：459 名のユーザーをリエイブルメントは受け入れた
- サービス終了後自立：72%（終了後、長期介護ニーズ不要）サービス終了後ケアパッケージ縮小：28%
- 28%のユーザーのケアパッケージが縮小され、2 人介護から一人介護に移行するか 4 回訪問が 1~2 回訪問になり長期介護ニーズが減った

<2019 年 4 月~7 月>

- 紹介者数：185 名
- 利用者数：161 名
- サービス終了後自立：74%（曾長後、長期介護ニーズ不要）サービス終了後ケアパッケージ縮小：28%

(4) ベクスレー市

1) 運営状況

エージェンシーから無料で 6 週間のサービスが提供。

2018 年度のリエイブルメント利用者は 900 名だった（病院紹介：コミュニティ紹介=50%：50%）。

利用者は病院の病棟から直接リエイブルメントに紹介される。病棟のセラピストが利用者候補を特定し、リエイブルメントのパスウェイに向けて目標を定めるというように最近運用が変更された。これは、退院後自宅でより迅速にサービスを開始し、回復への可能性を最大限生かすことによって、利用者がより早く自立できるというところに大きなメリットがある。

つまり、以前は病院の中でずっと治療を受けてきたが、人々は自宅という環境の中にいる方がよりよい状態となるということが言えるのである。

利用者のサービスの優先順位付けは、リエイブルメントと PT の両チームによって行われ、退院に向けてケアパッケージが作成された後、利用者は自宅でリエイブルメント・チームのメンバーによる審査を受ける。病院からの退院では 72 時間以内に、地域での紹介では 2 週間以内にリエイブルメントスタッフが自宅を訪問するようになっている。

2) 人員体制

ベクスレー市におけるリエイブルメント・チームは様々な専門職によって構成されている。リエイブルメント運営管理者（1 名）、上級ソーシャルワーカー（1 名）、OT（4.5 名）、リハビリ助手/社会的ケア助手（7 名）、ソーシャルワーカー（1 名）、リエイブルメント・コーディネーター（2 名）

3) 目指すこと

ベクスレー市におけるリエイブルメントは、人々の自立、つまりサービス依存をなくして以前のレベルに戻っていくことを目指している。利用者がそれぞれ自分のゴールを設定する

ようにしている。リエイブルメント・チームは、利用者がコミュニティや自宅で何ができるようになりたいかを聞き、またそれを達成するために必要な環境設定、助言をするとともに、PT など他のサービスへの道しるべ役も担っている。

4) 役割

- リハビリテーションとリエイブルメントの違い

リエイブルメントオペレーションマネジャーの Lydia は以下のように説明していた。

「似ているが、リエイブルメントは多職種、住民側とかコミュニティ側が関わり、人生や生活全般について、その人が何をしたいのか、どのように暮らしたいのかというところを含んで支援する統合チームである。また、リエイブルメント・チームの OT、PT は地方自治体に雇用されていてコミュニティにベースを置いている。

一方、リハビリテーションは OT や PT のみで、よりメディカルの方の問題に関わっていると思われる。」

- リエイブルメント・チーム

利用者の自立支援のために、毎週ゴールを設定し、サポートワーカーが毎日訪問。ゴールがどのような達成度について毎週アセスメントを行う。リエイブルメントケアを提供しているエージェンシーは複数ある。

- リエイブルメントオペレーションマネジャー

コミュニティで行われる様々なミーティングにも出席する。

5) 教育

オペレーションマネジャーがリエイブルメントケアについてサポートワーカーをトレーニングするので、サポートワーカーの質を担保できる。

6) 実績

- 利用者の 67.5%が、自立状態または軽度の支援ニーズのみでリエイブルメントを終了
- ロックウッドの虚弱スコア：リエイブルメントの終了時には、クライアントの 56.6%で虚弱スコアが改善
- 利用者の 61%がダブルハンド（介助に 2 人を要する）からシングルハンド（介助を 1 人で行う）のケアへとニーズが低下。

(5) キングストン市

1) 人員体制

自治体に OT25 名、ソーシャルワーカー200 名

2) 教育

リエイブルメントはクリエイティブな仕事で、一人ひとり違うパーソナリティを把握し合わせていく仕事であり、常にスキルアップしていくというマインドを持たねばならない。

リエイブルメントを提供する人材の育成は非常に難しい。自分たちが目指す行動を行う人材を育成する教育プログラムをモデル化するためには、コーチングサービスを行っている民間会社と共同でトレーニングすることが重要である。そこで、リエイブルメント・サービスを提供するスタッフに実際の現場に出る前に 8 週間の事前トレーニングを行った。

イギリス作業療法協会はそのような教育プログラムは行っていないため、キングストン大学や他の南西ロンドン自治区と一緒に提供する教育提供パートナーシップを組んだりもしている。

8 週間トレーニング

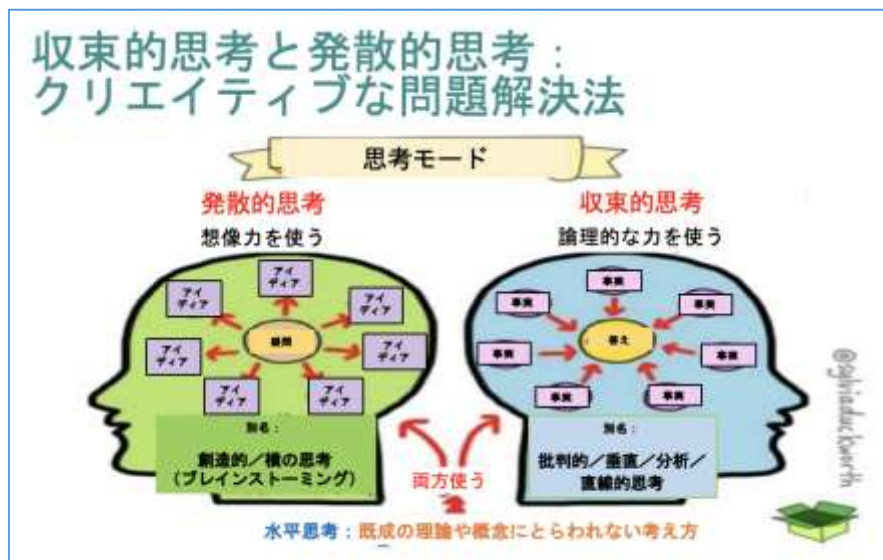
<目的>

高コストのサービスに向けられたアセスメントから、ヘルス・ソーシャルケアを必要とする人々を減少させるシステム全体へのアプローチをするために、専門職の価値観を見直す。

<内容>

- ワークショップ（事例で Think ー対話で新たな Learn を繰り返す）
- OJT
- シャドーイング
- レクチャー

などを通して現場で実践するためのエビデンスに基づいた「well-being の捉え方」「対話」「パーソンセンタード」「ストレングススペース」「アセット・ベースト」「コミュニティ・ベースト」「クリエイティブシンキング」を学ぶ。



Kingston の Dawn Secker 氏提供

図 13 Barnets Training

4. イングランド以外におけるリエイブルメント

(1) スコットランド

1) リエイブルメントの始まり

リエイブルメントの導入は「2008年にエジンバラで始まって、2011年から全スコットランドで実績を積み重ねている」ということである。

2016年にはリエイブルメントベンチマークプロジェクト 2016 がスタート

<目的>

- ①自立を最大限促すことにより、自宅でより長く安全に過ごせるようにし、また入院を防ぎ個人の QOL を最適化する

- ②人々が自分の家でできる限り自立して生活できるスキルを取り戻すことを支援する
- ③サービス利用者が自宅で安全に過ごし、個人の目標を達成し、可能であればサービスの介入が不要になるように自立を促進する

また、LIVING WELL などのヘルスにおける予防プロジェクトと共同して実施されている。そして「高齢者ケアの再構築 2011-2021 プログラム」が始まり、在宅での高齢者の自立と well-being の最適化、費用対効果向上を目指すということになった。また、2016 年に「ヘルス・ソーシャルケア供給計画」で入院 10%減を目指しており、パーソンセンタード・ICF を重要視した中間ケアが重要視されるようになった。(Reablement in Scotland Susan Kelso AHP Lead Early Intervention Scottish Government)

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

- 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、サービス終了時に、継続的な在宅ケアサービスの削減目標を達成および上回った。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)。

(2) 北アイルランド

1) リエイブルメントの始まり

2015 年の中間ケア調査の結果が出ており、この頃からスタートしたと思われる。

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

- 北アイルランドにおいては、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)。

(3) ウェールズ

1) リエイブルメントの始まり

2011 年発行の Sustainable Social Services for Wales: A Framework for Action' (Welsh Government, 2011) に「We will place reablement at the heart of our approach.」と書かれているので、その頃スタートしたと思われる。

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

- リエイブルメントはまた、サービス利用者と親しい人 (例: パートナー、親族) の well-being や QOL 向上にもつなげることができる。とウェールズで行われた事例研究では、作業療法のアセスメントによって、サービス利用者の夫のニーズがいかんしてリエイブルメントの支援計画に組み込まれるようになったかが示されている (Social Services Improvement Agency 2013)。

- 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)。

6. 社会的処方と GP の役割

医療法人社団石坂脳神経外科副院長 石坂俊輔

1. はじめに

英国で始まった社会的処方 (Social prescribing) は、身体的/精神的疾病のみならず、その背後にある健康の社会的健康要因 (Social Determinants of Health) に対してさまざまな支援やインフォーマルな地域資源につなげ予防、健康増進、そして最も重要である Wellbeing (幸福感) の向上を目指すアプローチである。

また医療介護費の削減や GP の負担軽減にもつながることが示唆され、英国における医療ケアシステムの持続可能性に寄与することが期待されている。さらには社会的処方に関する新たな国立アカデミーの創設が決定され、国家的なプロジェクトとなっている。

社会的処方：新しい国立アカデミーの発足

(国民健康サービス (NHS) 2019年10月23日)

医療ケアと同様に NHS で社会的処方をあらゆる患者が受けられるようにする、という大望の実現に向けて、国立アカデミー設立の取り組みが始まる。社会的処方は、地域サービス (芸術や歌のクラスなどの活動を含む) へつなげることにより、患者の健康やウェルビーイング、福祉向上に役立つ。The National Academy for Social Prescribing (社会的処方国立アカデミー) では、以下に取り組む予定である。

- 全国の患者が利用できる社会的処方の質や範囲を標準化する
- エビデンスの構築や推進によって、社会的処方の利点に関する認知を向上させる
- ベストプラクティスを展開および共有し、新たなモデルや財源を検討する
- 医療分野、住宅分野、地方政府および芸術・文化・スポーツ団体のパートナーたちをまとめ、社会的処方の役割最大化を図る
- 部門を横断した研修や認定の展開に重点を置く

Social prescribing: new national academy set up

<https://www.gov.uk/government/news/social-prescribing-new-national-academy-set-up>

近年、本邦でも注目され始め、さまざまな報告や書籍が出版されてきている。また第1回日本地域包括ケア学会においてはシンポジウムが開催され、医療福祉、地域コミュニティを包括する考え方として注目を集めている。昨年の『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 (国際長寿センター)』 報告書においても家庭医 (GP) のインタビューを通してプライマリケアにおける社会的処方の位置づけについて報告されており、本邦において今後どのように展開されていくのか議論が深まっていくことが予想される。

本レポートでは、社会的処方に関して、英国の大マンチェスター自治体のロッチデール地区、ロンドン南西部に位置するマートンカウンシルを訪れ、社会的処方の考え方と実践について調査をしたのでその内容を中心に報告する。

2. 英国における社会的処方と位置づけ

NHS England の「社会的処方とコミュニティベースト・アプローチ」において社会的処方
は以下のように説明されている。

社会的処方とコミュニティベーストアプローチ サマリーガイド

(NHS England)

社会的処方によって、すべての地域機関が人々をリンクワーカーへ紹介できます。

社会的処方では、利用者本人とリンクワーカーが共同で物事を決めたり、または個別化されたケアや支援計画を立てたりします。その決定や計画を通じて特定された、本人にとって大切なことについて、リンクワーカーは時間と焦点を絞った対応を提供します。リンクワーカーは、実際的な支援や精神的な支援に向けて、コミュニティのグループや機関に人々をつなぎます。

リンクワーカーは地域のパートナーたちと連携し、コミュニティのグループがアクセスしやすくなり持続できるよう支援したり、人々が新しいグループを始められるよう手助けを行ったりします。

社会的処方は特に、以下の人々を含む幅広い人々を対象としています。

- ・ 長期的な病気が 1 つ以上ある人
- ・ メンタルヘルスで支援を必要としている人
- ・ 孤独だったり孤立していたりする人
- ・ ウェルビーイングに影響を及ぼす複雑な社会的ニーズがある人

社会的処方が上手く機能している場合、人々はさまざまな地域機関から地域の社会的処方リンクワーカーへ、簡単に紹介してもらえます。このような機関にはたとえば GP、地方自治体、薬局、多職種チーム、病院の退院支援チーム、医療関連職、消防、警察、就労支援センター、社会的ケアサービス、住宅協会、そしてボランティア・コミュニティ・社会的企業 (VCSE) 組織などが含まれます。本人自身による紹介も奨励されます。

社会的処方は、地域の他のアプローチ (例: Active signposting (積極的な案内) など) を補足しています。

社会的処方は、人々の多様な健康およびウェルビーイングのアウトカムに好影響をもたらすことができる、というエビデンスが出てきています。たとえば生活の質 (QOL) や精神的ウェルビーイングの改善などが挙げられます²。社会的処方の効果について、さらに強力で体系的なエビデンスが必要ではありますが³、社会的処方のスキームは、GP 受診を含む NHS サービスの利用減につながる可能性があります⁴。GP の 59% は、社会的処方が自分たちの業務負担軽減に役立つことができると考えられています⁵。

2 Dayson, C. and Bashir, N. (2014), The social and economic impact of the Rotherham Social Prescribing Pilot. Sheffield: Sheffield Hallam University:

<https://www4.shu.ac.uk/research/cresr/sites/shu.ac.uk/files/social-economic-impact-rotherham.pdf>

3 Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P.M., et. Al. (2017), Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence, BMJ Open 2017;7:e013384. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013384

4 Polley, M. et al. (2017), A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. London: University of Westminster

5 RCGP (2018). Spotlight on the 10 high impact actions.

<https://www.rcgp.org.uk/about-us/news/2018/may/rcgp-calls-on-government-to-facilitate-social-prescribing-for-all-practices.aspx> (アクセス日: 2018 年 6 月 2 日)

Social prescribing and community-based approach Summary guide P7

(<https://www.england.nhs.uk/publication/social-prescribing-and-community-based-support-summary-guide/>)

つまり社会的処方は人々のウェルビーイングの向上のみならず、GP の負担軽減や救急受診を減らし医療ケアの持続可能性を担保するという効果も期待されている。

次に実際に我々が視察した 2 つの地区について報告する。

3. 統一ロッチデールヘルス / ケア (One Rochdale Health and Care) の紹介 ～医療福祉と地域コミュニティの統合～

ロッチデールはマンチェスターの北西部に位置する人口約 22 万の地方都市であり、ロッチデール病院 (Rochdale infirmary) は町の中心部に位置する地方急性期病院である。2014 年に医療費の削減と価値の向上を目的として GP、急性期病院、介護、ボランティア、民間ケアが統合された。

現在は急性期病棟と 24 床の中間ケア病棟を備えている。急性期病棟には各分野の専門医が勤務し救急も受け入れており一般的な病院機能を有している。中間ケア病棟は日本で言うところの回復期リハビリテーション病棟もしくは地域包括ケア病棟である。在宅リエイブルメント・サービス (最大 6 週間の訪問リハビリ) を提供することが難しい重度患者、医療ニーズの高い患者には入院リハビリテーションを行っている。GP が 2 名体制で基本的な医学的管理を行い、必要があれば各分野の専門医への院内紹介を行っている。

日本と同様に看護師やリハビリ専門職が多職種チームでリハビリやケアにあたり、日本の一般病院と特に変わりがない。しかし、異なる点は GP が病棟から電子カルテの社会的処方フォームを使用して院内から直接リンクワーカーへ紹介が行うことができる点である。急性期病院/中間リハビリ施設/GP が統合され、リンクワーカーを通して患者を直接地域コミュニティにつなぐ仕組みが出来上がっている。



初期の頃の病院 歴史を感じさせる



病院の正面玄関には救急車



急性期から中間ケアまで同じ敷地内に



チーフオフィサーの Steve Taylor 氏

ワン・ロッチデール・ヘルス / ケア (One Rochdale Health and Care) のチーフオフィサーである Steve Taylor 氏にロッチデールにおける社会的処方のお話をうかがった。

特に、対話 (Conversation) によりその人の強みを発見する「強みをベースとしたアプローチ (Strength based approach)」、地域に存在する社会資源を活用する「コミュニティ (アセット) ベーストアプローチ (Community (Asset) based approach)」が強調されており、地域の歴史や文化を尊重し、コミュニティの繋がりを深めることの重要性についても強調していた。Taylor 氏は以下のように社会的処方を説明していた。

「社会的処方とは医療の専門家から地域コミュニティにつながり対話、アクティビティやサークル活動を通して孤立を軽減し健康の増進に寄与しています。街には元々多くの地域資源が存在しており、それらを利用しています (Asset based approach)。例えば料理教室、買い物の途中で立ち寄る場所、ヘルスウォークなどもそうです。ロッチデールには社会的処方において重要な役割を担うリンクワーカー、コミュニティコネクター、コミュニティビルダー、コミュニティナビゲーター、ヘルストレーナーとコーチなどが存在しています。リンクワーカーは患者本人が何したいのか、どう暮らしたいのかを導くためにその人の強みを引き出す対話 (Strength based approach, Conversation)、コーチング手法を重視しています。

成功例の一つあげると、ある男性は社会的処方を通してアクティビティに参加するようになり、その後ボランティアを主宰するようになり、最終的にはコミュニティビルダーやインタビューアーとして有給の仕事を得ました。

社会的処方とは孤立を減らし、繋がりを増やし、ウェルビーイングの向上に寄与する可能性があります。」

ロッチデールは『Story book』という地域の歴史や文化をビジュアル化した冊子を作成しているのだが、今回の視察の際に社会的処方の資料とともに配布された (写真)。社会的処方は医療的ツールとしての一方的な仕組みではなく、地域の歴史や文化を大切にしながら医療機関も地域コミュニティの一員として協働できるように地域全体をデザインしていくことが重要なポイントである。

ロッチデールにはコミュニティ開発を行うヘイウッド、ミドルトン、ロッチデールサークル (Heywood, Middleton & Rochdale Circle (HMR Circle)) という組織が存在し、地域のサークル作り、地域の助け合いに関わるボランティア募集/育成などを通じて主に高齢者の社会的孤立に取り組んでいる (<http://hmrcircle.org.uk/> 参照)。



地域の文化をビジュアル化した冊子



HMR Circle のホームページ

4. ロンドン マートンカウンシルの社会的処方～地域の総合外来センターからの社会的処方～
次にロンドン南西部に位置するマートンカウンシルのネルソンヘルスケアセンター (Nelson Healthcare Center (NHC)) における取り組みについて紹介する。マートンカウンシルは人口約 20 万人で 60 歳以上の高齢化率が 16%と日本と比較してかなり若い。

前述したロッチデール病院と異なり、NHC には入院施設はなく病院への入院/救急受診を回避するための地域の総合外来センターである。9 つの診察室があり GP および近隣病院から専門医が定期的に外来を受け持っている。内視鏡検査や皮膚科などのマイナー手術も可能である。



1F に対話のためのカフェがあり、6F が外来

医局で研修医がディスカッションをしていた

住民約 3 万人が登録しており 23 人の GP (ほとんどがパートタイマー) が所属していた。NHC には緊急電話相談窓口から来院指示を受ける患者や地域の GP から紹介を受ける患者などが来院する。外来医療のみならずソーシャルケア、ボランティアセクターが統合されており、コミュニティナースやソーシャルワーカー、リンクワーカーなど中間ケアを担う重要な職種も統合されている。

研修医に対する教育も行っており、我々が視察した日も多くの研修医がディスカッションを行っていた。英国では医学教育に統合ケア/コミュニティケアがしっかりと組み込まれていることを感じた。

NHC に来院した患者は、まず施設内にあるカフェでコーディネーターから診療アセスメント (Clinical Assessment) とウェルビーイングのための対話 (Wellbeing Conversation) を受けることになっている。その後必要に応じて診療サービス (Clinical service (GP による診察、診断のための検査、メンタルヘルス、リハビリテーション、薬局など)) やウェルビーイングサービス (Wellbeing Service (様々な制度や支援に関する情報提供、社会的処方、ボランティア、コミュニティガーデン、小児/青年期のメンタルサポートなど))、もしくはその両方に振り分けられる。その後、必要であれば再度カフェでコーディネーターとの対話を繰り返すというサイクルを回していく。

最終的に問題解決した患者は地域のかかりつけの GP に返される (図 1)。診療サービス (Clinical service) のアセスメントは全体評価迅速調査 (Holistic assessment rapid investigation(HARI)) というチームによって行われる。HARI は高度実践看護師 (Advanced nurse practitioners) が中心となり、GP、作業療法士、理学療法士、薬剤師などから構成される医学的多職種連携チームである。

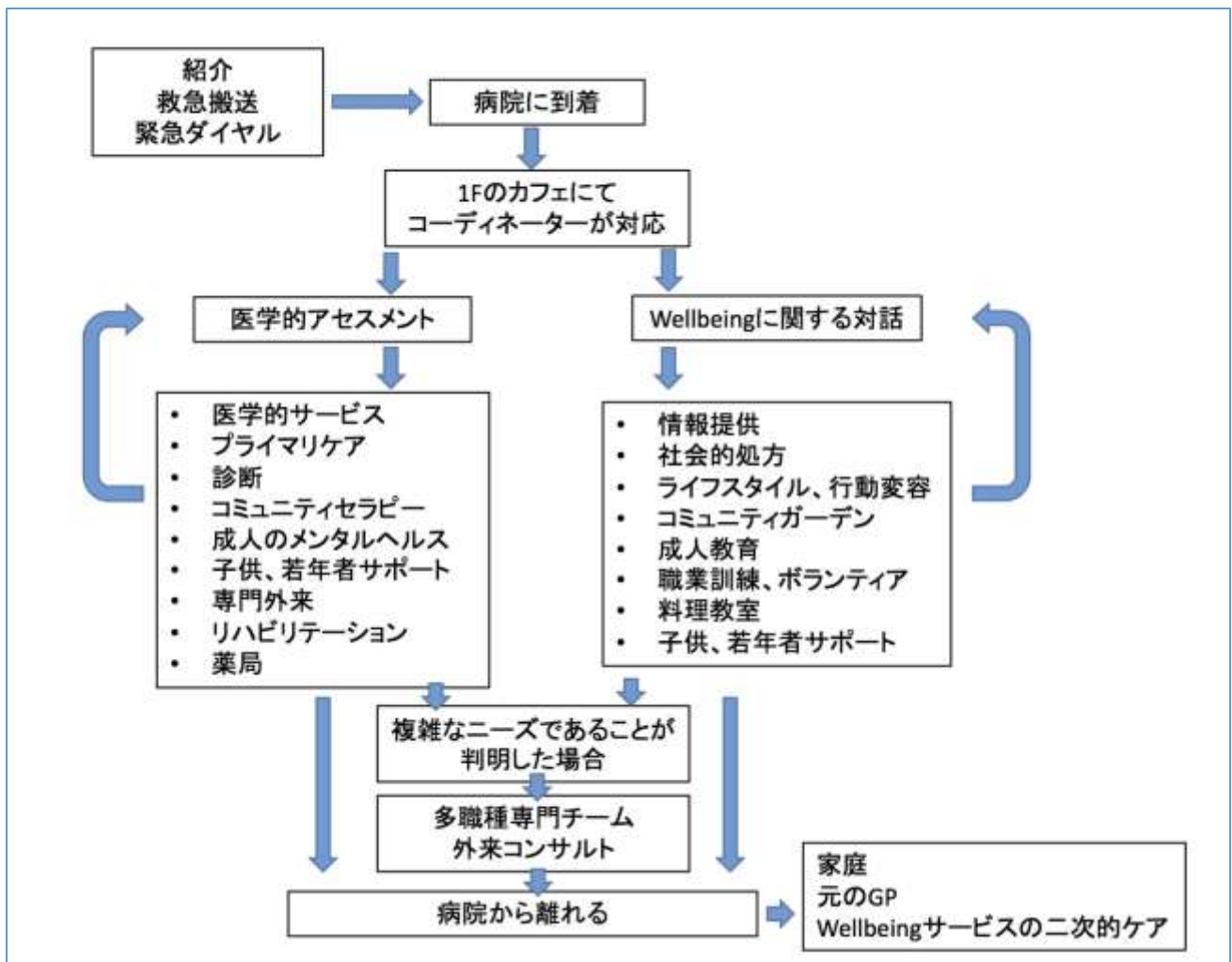


図1: Wilson Health & Wellbeing Campus の受診に関するフローチャート
(スライドを訳して筆者が作成した)

マートンカウンスルでは 2016 年から社会的処方の実践が始まったが、2016 年に HARI に 1 人目のコミュニティナビゲーター（リンクワーカー）が配属された。2016 年は高齢者のみへのサービスであったが、2017 年には東マートン地区の 2 つの GP クリニックに一人のリンクワーカーが配属され、社会的処方の効果の実証実験が行われた。

この実証実験では 1 年で 206 名の患者が登録し、そのうち 77% のウェルビーイングの向上（Wellbeing star によるスコア評価で 0.7 点の増加で有意差あり）、33% の GP 受診率の抑制、50% の救急受診の抑制を達成した。これを受け 2018 年には東マートン地区の 9 つの GP クリニックに 2 名のリンクワーカーが配属された（図 2）。2018 年 7 月から 2019 年 6 月の 1 年間で 950 回の社会的処方によるアポイントメントがあり、内 522 回(55%)が 1 回の面談で終了、428 回(45%)がフォローアップのアポイントメントであった。

2019 年 8 月時点ではマートン地区で 3 名のフルタイムのリンクワーカーが配属されており、2020 年にはさらに 6 名のリンクワーカーが追加され、近隣地区にマートン地区モデルとして横展開される計画となっている。

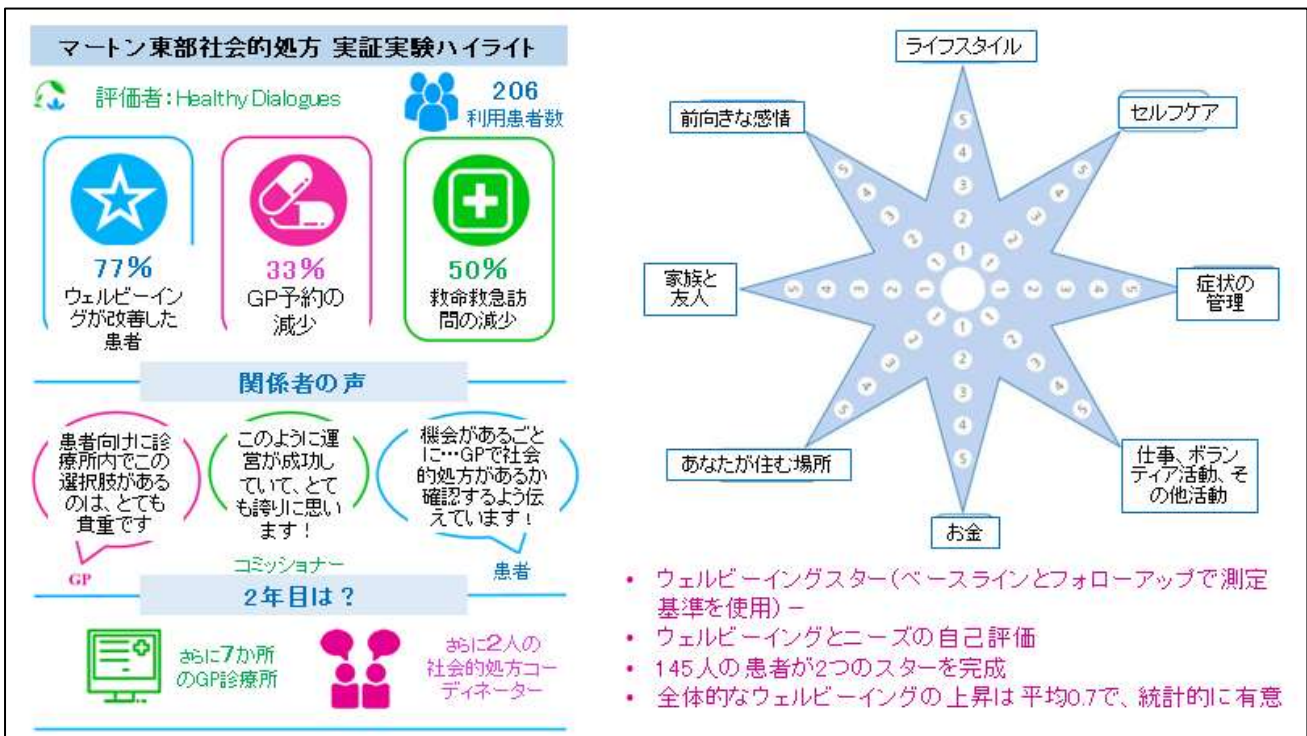


図2 マートン地区社会的処方の実証実験結果



Hing 医師



社会的処方コーディネーターの Caroli さん

以下、東マートンヘルス/ウェルビーイングモデル (East Merton model of Health & Wellbeing) クリニカルディレクターのGP である Dr. Doug Hing の話を紹介する。

「健康は疾病がないということではなく、行動や社会経済的要素も重要です。医療とソーシャルの専門家が共に取り組み、医師がウェルビーイングやソーシャルを語るようになることが重要です。健康的なスペース (Healthy place) を保ち、スタートウェル (Start well、青年期の社会的/精神的問題へのサポート)、リビングウェル (Living well、壮年期の生活習慣病予防)、エイジングウェル (Ageing well、認知症やフレイルなど高齢期の QOL) に GP が積極的に取り組むことを重要視しています」

また印象的であったのは、ロッチデール同様、GP が学校に積極的に関わり、子どもの精

神の問題へのサポートも行っている点であった。地域のプライマリケアを担う総合外来クリニックが医学的ニーズのみならず、社会的ニーズにも対応できるように地域とパートナーシップを組んで計画的にデザインされている。

5. 社会的処方紹介フォーム

以下、前述した地区のものではないがシェフィールド（Sheffield）において社会的処方に用いられているフォームを参考にさせていただきたい。シンプルなフォームであるが、サポートが必要な領域が多岐にわたっていることが分かる。日本ではソーシャルワーカーが主に担っていると思われる領域が多いが、ライフスタイルや運動など保健分野の領域もある。

The image shows a 'Social Prescription Referral' form from Zest, titled 'People Keeping Well - City Centre GP Neighbourhood'. The form is divided into several sections, each with a corresponding callout box on the right:

- 患者基本情報** (Patient details): Includes fields for Name, Title, Gender, Referral Date, Tel/E number, Age, Sex, Current Address, Mob, and Email. A checkbox asks 'Does patient have caring responsibilities?' with options Yes, No, and Unknown.
- 紹介者情報** (Referrer details): Includes fields for Referring Clinician, Practice/organisation details, Tel, and Fax. A checkbox asks 'GP details if referring organisation different'.
- サポートが必要な領域** (Area of support required): A grid of checkboxes for various support areas: Emotional Wellbeing, Healthy Lifestyle, Physical Activities, Social Networks, Employment & Skills, Anxiety & Benefits, Families & Parenting, and Domestic Violence.
- 運動を行う際のバイタルの目安** (Physical activity only): Includes a question 'Do we need to speak to a member of the practice team before making contact with the patient, for example if there is a history of aggressive behaviour?' with Yes/No options. Below are fields for Blood pressure and Resting Heart Rate, with a note: 'Exercise is contraindicated for people with systolic BP above 160, diastolic above 100 or a resting heart rate above 100bpm.' A checkbox asks 'Do we need to speak to a member of the practice team before making contact with the patient, for example if there is a history of aggressive behaviour?' with Yes/No options. A checkbox asks 'I confirm that the patient is fit to undertake physical activity.' with Yes/No options.
- 医療チームとコンタクトが必要なリスクの有無** (Patient data protection): Includes fields for Patient Signature, Date, and GP Practice Stamp. A checkbox asks 'I confirm that the patient is fit to undertake physical activity.' with Yes/No options.

6. リンクワーカーの職務内容について

社会的処方における最も重要なのはつなぎ役であるリンクワーカーであるが、その職務や採用基準は各自治体により異なるようである。特別な資格はなく、Rochdale infirmaryではWell beingを目指すというビジョンへの共感、対話力、地域コミュニティへの強い想いを重視しており、採用基準にもそのことが明記されている。しかしながら、その職務が幅広いため相応のスキルが必須であることも事実であり、リンクワーカー養成のための研修も存在する。リンクワーカーに求められる役割と職務内容について、ロッチデール病院より提供されたリンクワー

カーの職務内容資料 (JOB DESCRIPTION, Social Prescribing Link Worker, Rochdale Health Alliance June 2019) を一部抜粋し下に示す。

(1) 職務の目的

社会的処方とは非医療職のリンクワーカーに紹介することにより、人々が自らの健康とウェルビーイングをコントロールできる力をもたらす。リンクワーカーは『What matters to me?: 私(患者)にとって何が重要な問題か』に焦点を当てさせ、人々を実践的/精神的支援のためのコミュニティグループなどにつなげる統合的アプローチ (Holistic approach) を用いる。

リンクワーカーは地域のパートナーと協働し、すでに地域に存在するグループがアクセスしやすく継続すること、また新しいコミュニティグループを始めていくことを支援する。社会的処方リンクワーカーは、健康と幸福の向上に関連するそれぞれにふさわしい活動とのつながりを通じ人々をサポートし、パーソナライズされた目標とセルフケアを達成するために極めて重要である。

(2) 中核的義務と責任

1) 社会的処方の紹介マネジメント

- ・プライマリケア・ネットワーク内の紹介の中心的役割として機能する
- ・GP、薬局、他職種チーム、病院の退院支援チームなど他様々な部門から紹介を受ける
- ・個人が最も適したレベルのニーズにあった個別化されたサポートを受けているか確認するために、紹介プロセスをトリアージし監督する
- ・紹介された人のみならず家族、介護者との関係性を構築し、統合的に独立して選択できるように、またその人にとって重要な事を支援できるようにする
- ・コミュニティやボランティアネットワークを利用して地域にすでにある資源のマップ、コミュニティグループのリストを作成する
- ・効果的なつながりを行えるように法定サービスやコミュニティグループとの強固な関係やルートを確立する

2) コミュニケーション

- ・セルフマネジメントや住居、財政マネジメントや雇用などの健康のより広い決定要因における社会的処方の役割を促進する
- ・関係者会議などに参加することでGPのスタッフ、プライマリケア・ネットワークのスタッフと関係性を構築し情報交換を積極的に行う
- ・地域の医療機関と強固な関係をプロアクティブに構築していき、適切な社会的処方を行うにあたって何に重点を置くべきかを認識してもらう
- ・地域の医療機関とパートナーシップを組み、社会的処方の医療機関にとってのベネフィットや患者にとっての効果についての気づきを与える
- ・医療機関の職員のトレーニングや地域資源の最新情報などを定期的にアップデートする

(3) サービスの質(Service quality)

- ・紹介機関に対して社会的処方のサービスの質と効果について定期的なフィードバックを求める
- ・特にアウトリーチが難しいグループに対して自らの紹介や地域のすべてのコミュニティとの繋がりが促進されるように能動的に動く

- ・組織のポリシーや手順に沿って家庭訪問を行い、人々と1対1を基本に面談する
- ・批判的でないあるがままを受け入れる支援 (non-judgement support)や、多様性や人生の選択を尊重することで人々と信頼関係を築く。個人が持つ資源に重きを置いた強みに基づいたアプローチ(Strength based approach)を用いる
- ・ウェルビーイング、予防的アプローチについての友好的な情報元になる
- ・人々の健康と幸福に影響を与えるより広い問題を特定することを手助けする。例えば、借金、住居、失職、孤立や誰かをケアする義務などである
- ・生活の手段を支援し、適応し enablement approach をとることで人々が自立した生活を維持、もしくは回復できるように手助けする
- ・オーダーメイドの支援計画を一人一人と共に創り出していく。繋げようとしているグループやアクティビティやサービスに何を求めているのか、その人自身が自分のウェルビーイングや健康を回復するために何ができるのか、などを含む
- ・一定の期間ごとにプランのレビューを行い社会的処方の効果を確認する
- ・紹介先である地域のコミュニティグループやボランティア組織が不安定な人に対して安全面や問題点が適切に取り扱われることに対して基礎的な手順を持っているか確認する
- ・地域のグループが情報のガバナンスポリシーや手順、個人情報保護のコンプライアンスを遵守できるように支援する

(4) サービスの効果 (Service impact)

- ・ネットワークリーダー、事業者、地元のパートナーと協働し、コミュニティ内の満たされていないニーズとコミュニティ側の提供とのギャップを特定する
- ・社会的処方の健康やウェルビーイングにおける効果をモニターできるような情報を捉えられるように人々やその家族、介護者ともに動く
- ・社会的処方が人生に与える影響をフィードバックし、人生の物語を共有してもらえようように当事者や家族、介護者に働きかける
- ・紹介元の機関が人々を紹介するにあたって有用な情報を提供できるように支援する。そして紹介した後も、進捗状況に関しての適切なフィードバックを行う
- ・プライマリケア・ネットワーク内の GP と緊密に連携して、社会的処方紹介コードが EMIS に入力され、NHS の使用を追跡できるようにし、データ保護法と GP 間のデータ共有契約を遵守する

(5) 専門能力の開発 (Professional development)

- ・ラインマネージャーと協力して、必須のトレーニングと継続的な個人的および専門的開発を行い、役割と責任のレビューと開発に積極的に参加する
- ・プライマリケアアカデミーが提供する役割開発プログラムに参加する
- ・機密保持、安全防護対策、組織と独立した働き方、情報のガバナンス、健康と安全に関する組織のポリシーや手順を遵守する
- ・困難事例を効果的に取り扱えるように、マネージャーと協力しながら臨床的アドバイスを定期的に受ける

(6) プライマリケア・ネットワークにおけるリンクワーカーの要件

(*は必須なもの)

1) 教育と資格

- ・全国職業資格（National Vocational Qualifications、NVQ level 3：＊
- ・専門的かつ個人的な開発への明確なコミットメント＊
- ・モチベーションを高めるコーチングとインタビューの訓練を受けている＊
- ・傾聴と共感する能力および non-judgmental way でのパーソンセンタードサポートを行うことができる
- ・様々なバックグラウンドやコミュニティの人々とライフスタイルや多様性を尊重しながら良い関係を築くことができる
- ・健康格差を是正するために様々なコミュニティにリーチし能動的に動くことができる
- ・信頼と自信を醸成し人々のポテンシャルを引き出す支援を行うことができる
- ・リンクワーカーの職務の範疇を超えるものに対しては、医療の専門家に適切に紹介/相談を行うことができる
- ・リスクマネージメントを適切に行うことができる
- ・既存の地域資源、個人の資源を活用し Asset based approach を行うことができる
- ・全ての同僚と良好な関係を構築し効果的に協業することができる
- ・地域の事業所と協業しヒエラルキーを減らし、地域課題に対して解決策を導くことができる
- ・説明責任を果たし、プレッシャーの下でも責務をこなすことができる
- ・法的コンプライアンス、守秘義務、安全管理、一人でも職務、情報統制に関する知識を有している

2) 経験

- ・コミュニティ開発、医療ケアやソーシャルワーク、パブリックヘルスに関連する 2 年以上の経験＊
- ・福祉に関連する 2 年以上の経験（有給、ボランティアかは問わない）
- ・メンタルヘルスの方の支援経験（有給、ボランティアかは問わない）
- ・ボランティアや地域のコミュニティグループでの経験（有給、ボランティアかは問わない）＊
- ・電子カルテのシステムの取り扱い経験
- ・データ収集やサービスの効果モニタリングの経験
- ・さまざまな組織や機関をまたがりパートナーシップ、協力関係を築いた経験＊

3) 能力(Skills)

- ・社会経済や社会疫学的な健康の決定要因、そしてコミュニティに与える影響に関する理解＊
- ・コミュニティ開発に関する知識＊
- ・ITに関する基礎的な知識＊
- ・モチベーションを高めるコーチングとインタビューに関する知識
- ・地域内の医療福祉サービスに関する知識

(7) リンクワーカーが使用するアセスメントツールについて

1) 社会的処方/リンクワーカーの職務の具体例

マンチェスターの西部に位置するテムサイド地区でリンクワーカーとして働いている Sandra Jackson 氏から頂いた実例資料 (Action Together) から社会的処方の具体的例を紹介する (本資料の公開は了承を得ている)。また最後に彼女が述べていた社会的処方の注意点についても触れたい。

① ケース 1

・背景

40代女性。家庭医からの紹介。財政的な困難を抱え、家族に頼らざるを得ず自立した生活ができない。経済的理由から生涯を持つ子供の元夫に親権を全て付与する事になった。このような事柄が重なり彼女は精神的健康を損ねるに至った。

・リンクワーカーの介入

まずリンクワーカーが行ったことは、非公式に彼女と定期的に対話を繰り返し、このような感情的に辛い状況にも関わらず、彼女の内面ではポジティブに変化したいと思っていることを自覚させること。インテリアデザイン、美容を楽しみ、そこに才能があることに注目した。(Strength based approach)『あなたの本当の情熱は人を助けることにあるのでは?』と本人も気づいていなかった強みに気づいてもらった。その言葉がきっかけとなり『私の回復の道になることなら何でもしたい』と前向きになった。リンクワーカーは彼女に専門的技術があるだけでなくユーモアのセンスもあり、必ず困難を跳ね返すことができると勇気づけた。



・設定したゴール

A. 彼女の娘と再び定期的に交流すること

リンクワーカーは家族などの喪失体験や孤立を経験した人向けの支援プログラムである Safe and Independent Living (SAIL) プロジェクトにつなげた。これはコミュニティ投資から資金提供を受けているプログラムであり、登録することで地域のボランティアとして活動することができる。同様の境遇の人が多く登録しておりコミュニケーションをとることができる。社会貢献とピアサポートが両立されているプログラムである。

B. 活動的に前向きに暮らすための目標を設定すること

彼女は Infinity initiative のボランティアとして関心のあったフードロステーマに

したカフェで働くようになった。現在も余った食べ物を提供してもらえるようにスーパーと交渉するなど活動している。地元の高校でフードロスの問題についての活動に関する講演も行うようになった。

・ どのように変わったか

最も重要なことは、娘と週に1回、定期的に連絡を取るようになった事である。そして、彼女は自立した生活を送るために、住居を探すようになった。週に1回のボランティアを続けることが目標になっている。

② ケース 2

・ 背景

50歳。長年引きこもり生活を送っており GP によりリンクワーカーに紹介された。社会的に孤立した生活を送っておりうつ病を発症、アルコール依存に陥っていた。薬物やアルコール依存者のための支援プログラムを受けていた。

・ リンクワーカーの介入

リンクワーカーは非公式に定期的に対話を繰り返し、これが持つコンプレックスを持つ一方、多くの強みを持つことに着目した。元々、彼はスキューバダイビングやパラシュートを楽しんできた。彼は多くの国に居住し、数多くの経歴の持ち主であった。彼は料理も好きであったが、息子が同居しなくなったことで必要とされなくなったと感じていた。周りの環境に対して悲観的であったが、対話をしていくうちにポジティブに変わる準備が整っていった。

・ 設定したゴール

A. 住居と財政面の改善

財政上の法的なアドバイス、住居探しの支援を受けられるように市民相談窓口である市民アドバイス局 (Citizens Advice Bureau (CAB)) に紹介し、生きがいを持つためのボランティアや仕事彼の興味に沿ったボランティア紹介機関につないだ。また職を得られるように職業訓練施設であるタイムサイド地区成人教育健康ウェルビーイング学院 (Tameside Adult Education and The Health and Wellbeing College) につないだ。

B. 料理への情熱を再度思い出し健康的な食生活を送る

地域の料理教室 (cook and eat) の情報を提供し参加への意欲を少しずつ促すようにサポートした。

・ どのように変わったか

当初、彼は外出することに全く自信を持てなくなっていたため、リンクワーカーが CAB のアポイントメントに同行した。密に連絡をとることで、彼自身が目標や希望に向かって進んでいることを確認し、ポジティブに変化していることをフィードバックし他。自信を取り戻したことでセルフケアができるようになり、アルコール依存の支援プログラムから卒業した。

2) 社会的処方注意点とリスク

もちろん社会的処方は良い面ばかりではない。以下、今回インタビューを行ったリンクワーカーが述べていたリスク注意点である。

- ・ 強制的な社会的処方や強引な介入によるストレス
- ・ 専門的医療が必要な精神疾患

- ・運動時のバイタルの悪化、転倒などの身体的リスク

このようなリスクがあることを十分踏まえた上で、危険性が高いと判断された人は躊躇せずGPに戻し医学的臨床評価を再度要請すると述べていた。

以上、英国のいくつかの地区における社会的処方について報告した。いずれの地区でも自治体、医療機関、地域コミュニティがパートナーシップを組み、それぞれの方法で地域にあったデザインされていた。本邦においても医療介護制度の面のみならず、地域独自の歴史や文化の文脈に沿いながら丁寧に作っていくことが求められる。

Ⅲ. オーストラリア

1. 自治体の位置づけ・機能

日本福祉大学福祉経営学部准教授 中島民恵子

1. 国の概要

オーストラリアは、2019年時点で約2,536万人であり、高齢化率は15.9%となっている。高齢化率は高くは無いが、85歳以上人口も増加傾向にある¹⁾。国土面積は約769万平方キロメートルあり、世界で6番目に大きな国である。西部地域と中央低地の大部分は乾燥地帯であるため、人口は温暖な気候に恵まれた東部の州と沿岸部の都市に集中している。オーストラリアは多くの移民を受け入れてきたことから、多民族・多文化国家が形成されてきた。

2. 政府の機能と役割の分担^{注1)}

オーストラリアは連邦制を採用しており、6つの州（ニューサウスウェールズ州、ビクトリア州、クイーンズランド州、南オーストラリア州、西オーストラリア州、タスマニア州）と2つの特別地区（北部特別地域、首都特別地域）から成り立っている。オーストラリア政府は、連邦政府、特別地域を含む州・準州政府に加え、地方自治体の3層から構成されている。

オーストラリアはイギリス国王・女王がオーストラリアの国家元首を兼務している立憲君主国である。英国により設定された6つの植民地が1890年には全て自治権を獲得するに至った。その後、各植民地は独自の展開を見せていたが、1901年に統一国家形成の必要性の認識のもと連邦を成立した経緯がある。その際に各植民地はその機能の一部を連邦に移譲したが、多くの機能は新設された州が継承した。

連邦憲法には連邦権が列挙されており、残余（residual）権を州に保留する形が取られている。そのため、州は幅広い権限を持っている。連邦の専属的権限としては、第90条に示されている関税・消費税の課税などがあげられる。また、第51条に共管権限として、検疫、防衛、通信などが示されている。州の役割としては、教育、保健医療、交通、農林水産業、道路、地方自治体の監督などがあげられる。また、連邦憲法には地方自治体に関する規定が設けられておらず、地方自治体は州法によって規定されている。各州と北部準州では、「地方政府法（Local Government Acts）」が地方自治体に関する基本法として制定されており、地方議会の権限や役割、責任を規定している。地方自治体の役割は州や地域により異なっているが、ごみ収集といった生活環境関連や図書館や公園整備といった生活文化関連のサービスなどを担っている。

各政府の目的別歳出の構成比は表1の通りである。

表 1 一般政府部門の目的別歳出内訳 (2015-2016 年度)

	連邦政府		州政府		地方政府		全政府(純計)	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
	100万\$	%	100万\$	%	100万\$	%	100万\$	%
総務	22,672	5.3	7,129	3.0	6,016	17.5	35,817	5.1
防衛	26,174	6.1	0	0.0	-	-	26,174	3.7
警察・消防・司法	4,826	1.1	24,221	10.2	859	2.5	29,906	4.3
教育	32,312	7.5	58,229	24.5	191	0.6	90,732	12.9
保健医療	69,306	16.1	67,600	28.5	421	1.2	137,327	19.5
社会保障・福祉	152,048	35.3	18,385	7.7	1,746	5.1	172,179	24.5
住宅・居住環境整備	7,261	1.7	10,657	4.5	8,284	24.1	26,202	3.7
レクリエーション・文化	3,447	0.8	4,790	2.0	5,588	16.3	13,825	2.0
燃料・エネルギー	6,421	1.5	1,439	0.6	18	0.1	7,878	1.1
農林水産業	2,243	0.5	2,600	1.1	32	0.1	4,875	0.7
鉱工業、建設業	3,259	0.8	788	0.3	364	1.1	4,411	0.6
交通・通信	7,248	1.7	22,415	9.4	7,356	21.4	37,019	5.3
その他経済サービス	9,167	2.1	4,011	1.7	1,247	3.6	14,425	2.1
退職年金支出	9,106	2.1	4,455	1.9	-	-	13,561	1.9
公債費	15,997	3.7	7,810	3.3	802	2.3	24,609	3.5
その他	59,461	13.8	2,708	1.1	1,421	4.1	63,590	9.1
合計	430,949	100.0	237,237	100.0	34,345	100.0	702,531	100.0

(出典) 鈴木奈徳美 (2018) 「オーストラリアのインフォーマル介護者の権利と支援施策の実態」

専修大学社会科学年報第 52 号 pp59-94. p60 より抜粋

連邦政府は社会保障・福祉の割合が最も高く、次いで保健・医療の割合が高い。州政府は保健医療の割合が最も高く、次いで教育が高い。地方自治体は住居・居住環境整備が最も高く、次いで交通・通信割合が高い状況である。

なお、高齢者介護制度全般については連邦政府が決断し、在宅ケアについては州・準州によって管理されている。連邦政府で決められているガイドラインやルールに則る必要はあるが、財源の使用方法は州で決めることができる。ガイドラインの解釈が州ごとで異なることもあり、サービスの提供方法などに違いがある。

3. 地方自治体の取り組み

地方自治体の高齢者を中心とした取り組みについて具体的にみていきたい。ここでは、南オーストラリア州のオンカパリンガカウンシル (Onkaparinga Council) とニューサウスウェールズ州のノース・シドニー・カウンシル (North Sydney Council) へのインタビュー調査の内容を踏まえて地方自治体の取り組みについて示す。

オンカパリンガカウンシルではコミュニティ・リレーション部門において、レクリエーション、スポーツ、アート、高齢者ケアなどのサポートが行われている。部門に「コミュニティ」と名がついている通り、コミュニティの中で行われるサポートに主眼が置かれており、ウェルネスを中心とした様々なプログラムが提供されている。また、200人近くのボランティアが部門に関わっている。人々が信頼し、必要な情報を得られる場としてのカウンシルの役割が大事にされていた。

具体的に提供されている内容としては、移送サービス、ソーシャルプログラム、レスパイトケア (介護者のウェルネス)、コミュニティリンク (ゴミ屋敷のような住環境に住んでいる人へのサポート) などが挙げられる。また、慢性疾患を抱えている高齢者がうまく疾患と付き合っていけるようにするため (スキルディベロップメント) のプログラムの提供なども行われてい

る。その他、高齢者の男性をターゲットにしたフィッシング・ウィズ・フレンズ（魚が釣れないため、最終的にはフィッシュフィーダー／魚の餌やりと改名）というプログラムも取り組まれており、注目されている。参加者同士で助け合いながら継続されている。また、カウンシルからの外部委託によってサービス提供がなされることもあり、ホームアシスタンス（家事援助や家の改修）は外部委託を通して提供されている。なお、ウェルネスに関するプログラムなどは、オンカパリンガカウンシルが含まれる南アデレードの4つのカウンシルが協力しあって取り組みが進められている。

ノース・シドニー・カウンシルでは、2019年に高齢者に向けた戦略（Older Persons Strategy 2018-2022）において重点目標を示している²。7つのアクションプランが示されており、交通（交通の便やコミュニティのサービスを利用できるような配慮）、社会的包摂と社会参加（高齢者がいきがいのあるアクティビティに関われるような配慮）などが挙げられている。また、カウンシル内に9つのコミュニティセンターがあり（5つが高齢者を対象）、カウンシルとして各コミュニティセンターに対して、経済的な支援などを行っている。

カウンシルの担当者は、地域内の高齢者サービス提供プロバイダーを集めて、どのような協同が可能か、この地域の主たるニーズは何かなどのミーティングの場を設定し、プロバイダー間のネットワークをコーディネートする役割を担っていた。また、コミュニティセンターには多くのボランティアが関わっている。ボランティア無しでは活動できない状況であり、高齢者に様々な情報の提供や紹介を行い、つなげる役割も担っている（3か月に1回、高齢者のメーリングリスト宛にイベントの情報などのニュースレターを発行など）。

地方自治体はCHCPなどのサービスを提供するプロバイダーとしての資格があるため、地方自治体によっては直接的なサービス提供を行っているところもある。ノース・シドニー・カウンシルでは直接的なサービス提供は行われておらず、CHSPの主要なサービス事業者であるクロウズネスト・センター（上述のコミュニティセンターの1つ）をサポートする立場（建物の提供や財源の助成）をとっている。今年度のインタビュー調査ではCHSPのサービスを提供しているCrows Nest Centreの取り組みの詳細を把握しており、その内容については「4. 地域の資源」を参照頂きたい。

なお、日本の地方自治体のように人材の定期的な配置転換は基本的には行われず、自治体職員の専門性と希望を重視した配置がなされている。ノース・シドニー・カウンシルの担当者はコミュニティ・サービス、アート及びカルチャーを担当しており、対象は高齢者に限っていなかった。

2. 基本的枠組み...自治体・医療職・介護職・住民が連携したシステムづくり

日本福祉大学福祉経営学部准教授 中島民恵子

オーストラリアにおける高齢者福祉政策は、高齢者施設での介護に重点を置いた施策から始まり、1982年のマクリー報告（McLeay Report）を転換点として、在宅および施設の両者に重点を置く施策へ移行した³。マクリー報告は高齢者に対する施設介護と在宅介護を比較した場合、在宅介護サービス提供機関やその資金が不足していることを指摘し、連邦政府は1985年から高齢者ケア改革に着手し、地域ケア重視へと大きな転換をとげた。なお、近年の高齢者福祉政策の大きな改革の1つとして、2015年7月より導入された「My Aged Care（マイ・エイジド・ケア）」制度があげられる。これにより連邦政府の管理のもと、すべての高齢者福祉サービスの窓口が「My Aged Care」に一本化された。

図1は2019年2月時点のオーストラリア全体の高齢者ケアの全体像である。大きく「エントリー&スクリーニング」「アセスメント」「サービス」「高齢者ケアシステムの推進策」の4つのカテゴリーに分けて示されている。「エントリー&スクリーニング」に関しては、何かしらの生活課題が生じ、サービスを利用したい場合は、「My Aged Care」に登録し（ウェブサイトへ直接登録するか電話による登録が可能）、「My Aged Care」による電話でのスクリーニング（簡易アセスメント）を受ける。「My Aged Care」へ一度登録すると、基本情報が保存・共有される仕組みとなっている。

図1 高齢者ケアサービスガイド(2019年2月現在)

The image shows a screenshot of the 'Elder Care Service Guide' website. The page is organized into several columns and sections. At the top, there are navigation tabs for 'Home Care Services' (ホームケア), 'Nursing Home Services' (施設サービス), and 'Community Services' (地域サービス). Below this, there are icons for 'Self-help services' (自分でできるサービス), 'Home care services' (在宅サービス), and 'Nursing home services' (施設サービス). The main content area is divided into several boxes, each describing a different service. For example, 'Home Care Services' includes 'Home Care Services' (在宅サービス), 'Home Care Services' (在宅サービス), and 'Home Care Services' (在宅サービス). Each box contains text describing the service and its benefits. The page also features a search bar and a 'Contact Us' button. The overall design is clean and user-friendly, with a color scheme of blue, green, and white.

出典 Commonwealth Home Support Programme
 Program Manual 2018-2020
<https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2019/12/commonwealth-home-support-programme-chsp-manual-2018-2020.pdf>
 p5

スクリーニングの結果を受けて、次に「アセスメント」へ進む。基本的にはRAS (Regional Assessment Services) もしくはACAT (Aged Care and Assessment Teams) かのどちらかのアセッサー (評価者) が、アセスメントを実施する。ACAT は医師、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士などによって構成されている。ACAT と RAS の在宅支援アセスメントの一環として、NSAF (National Screening and Assessment Form : 全国スクリーニング・アセスメントフォーム) が用いられる。アセスメントを実施した後は、利用者と協力して「サポートプラン」を作成する。NSAFの一部にサポートプランが含まれている。サポートプランでは、利用者との話し合いの結果について詳細が記録され、サービス提供事業者と適切な支援を決定する際に用いられる。サポートプランニングのプロセス (目標を設定し、優先順位を設け、戦略を立てるためのプロセス) では、アセッサーは「ウェルネス」(表 2) を追求していくことが求められている。

表 2 既存のアプローチとウェルネス・アプローチの比較

現状 (依存) のアプローチ	ウェルネス・アプローチ
<ul style="list-style-type: none"> ・ 人のためにしてあげる ・ 役割を引き取る/なくす ・ 衰えてきている能力の支援 ・ 管理する ・ 身体的・心理的衰えに注目する ・ 地域から孤立させる可能性 ・ 自信を失う ・ 病気/依存の循環をもたらす 	<ul style="list-style-type: none"> ・ “一緒に行う (doing with)” としてあげる “(doing for)” のバランスをうまくとる ・ クライアントが困難を伴うことだけではなく、何ができるか、何をしたいかを特定する ・ 日常生活での活動に困難を伴うクライアントが徐々にできることを増やせるよう励ます ・ 役割を支える [つまり、個人の役割を尊重するということ] ・ 能力を増やし、自己管理を行い、衰えを補う ・ 自信をつける ・ 自律性を保ち尊重する ・ 再びできるようになることや機能を維持することに注目し、失われた機能の影響を最小限にする ・ 現在実施されているサービスの妥当性について確認する ・ 地域との繋がりを支援する

(出典) Western Australia’s Wellness Approach to Community Home Care (pp12-13)

<http://www.careassess.com.au/wp-content/uploads/2012/05/Wellness-Approach-Info-Booklet.pdf> より

Australian Government Department of Social Services が作成

RAS は軽度レベルの支援を必要とする高齢者を対象としており、ACAT は自宅で生活し続けるためにより高度の支援が必要な高齢者を対象としている。RAS が紹介できるのは CHSP (Commonwealth Home and Community Care programme : 連邦在宅支援プログラム) のみである一方、ACAT では、CHSP、HCPP (Home Care Packages (HCP) Programme : 在宅ケアパッケージ)、Residential Care (施設ケア)、施設レスパイトケアまたは Flexible Care (柔軟なケア)、Transition Care (移行期ケア) もしくは Short Term Restorative Care (短期回復ケア) に紹介できる⁴。

具体的なサービスについては、CHSP は自宅で自立した生活が継続できるよう、高齢者へ

初歩的な在宅支援を提供するほか、介護者（ケアラー）が息抜きをできるよう、計画的なレスパイト活動を提供している。CHSP サービスは、自宅または地域で提供される。サービスには、看護、食事、社会的支援、移送、家事援助、身体ケア、住宅改修、住宅メンテナンスなどが含まれる。利用者はサービス費用の一部を支払う（金額は提供者によって様々）こととされている。

HCPP では、認可されたサービス提供事業者によりコーディネートされたケアパッケージが提供されている。ただし、パッケージ利用の認定が下りてすぐにケアパッケージの利用が出来る訳ではなく、まずはウエイティングリストにのり、実際の利用可能通知が届いてから、ケアパッケージの利用が可能となる。サービス提供事業者の選択は、ACAT と本人が本人のニーズ、希望、地域を確認し合いながら進めていく。特に本人の希望が無い場合は、My Aged Care のサイトにケアパッケージ利用希望者情報を掲載し、サービス提供事業者が直接クライアントにアクセスする方法もある。

HCPP には在宅ケアレベル1から在宅ケアレベル4まで4つのレベルがあるレベル1が基礎的なケアニーズ、レベル2が軽度なケアニーズ、レベル3が中度のケアニーズ、レベル4が重度のケアニーズとされている。各レベルのオーストラリア政府による年間の概ねの支払額としては、レベル1が\$8,000、レベル2が\$14,500、レベル3が\$32,500、レベル4が\$49,000（ドルはいずれもオーストラリアドル）である。「社会」「身体」「医療」「精神」「複雑性／脆弱性」の5つの視点から見た各レベルの状態像は表3の通りである。

表3 HCPP レベル別の状態

	社会	身体	医療	精神	複雑性／脆弱性
レベル1	<ul style="list-style-type: none"> ・社会&地域参加 最小限の支援が必要 ・家族&他の支援ネットワーク 最小限の支援でつながる ・介護関係の持続可能性 介護者は時々支援が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・機能－ADL&IADL 最小限の支援が必要 ・身体的健康 最小限の管理が必要 ・個人的健康 最小限の管理が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態 管理の必要は無、又は最小限(稀) ・服薬管理 服薬管理の必要は無、又は最小限(稀) ・アレルギー／過敏 支援／モニタリングは無、又は最小限 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知 障害は無、又は最小限 ・行動管理の問題 問題は無、又は断続的な介入で管理可能 ・心理社会 問題は無、又は断続的な介入で管理可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・複雑性／脆弱性リスク 複雑性も脆弱性も懸念なし
レベル2	<ul style="list-style-type: none"> ・社会&地域参加 中程度の(定期的)支援が必要 ・家族&他の支援ネットワーク 中程度の(定期的)支援でつながる ・介護関係の持続可能性 介護者は中程度の支援が定期的に必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・機能－ADL&IADL 中程度の(定期的)支援が必要 ・身体的健康 中程度の(定期的)管理が必要 ・個人的健康 中程度の(定期的)管理が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態 中程度の(定期的)管理が必要 ・服薬管理 中程度の(定期的)服薬管理が必要 ・アレルギー／過敏 支援／モニタリングが多少必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知 軽度の認知機能低下 ・行動管理の問題 最小限(稀)の介入が必要 ・心理社会 最小限(稀)の介入が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・複雑性／脆弱性リスク 低度の複雑性、および／または多少の脆弱性の懸念
レベル3	<ul style="list-style-type: none"> ・社会&地域参加 高度の(頻繁な)支援が必要 ・家族&他の支援ネットワーク 社会的孤立－最小限のつながり ・介護関係の持続可能性 介護者ストレスの兆候－高度の(頻繁な)支援が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・機能－ADL&IADL 高度の(頻繁な)支援が必要 ・身体的健康 高度の(頻繁な)管理が必要 ・個人的健康 高度の(頻繁な)管理が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態 高度の(頻繁な)管理が必要 ・服薬管理 高度の(頻繁な)服薬管理が必要 ・アレルギー／過敏 支援／モニタリングが頻繁に必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知 中程度の認知機能低下 ・行動管理の問題 中程度の(定期的)介入が必要 ・心理社会 中程度の(定期的)介入が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・複雑性／脆弱性リスク 中程度の複雑性、および／または高度な脆弱性
レベル4	<ul style="list-style-type: none"> ・社会&地域参加 全面的な支援なしでは不可 ・家族&他の支援ネットワーク 社会的孤立－つながり無し ・介護関係の持続可能性 持続不可能な介護のアレンジー包括的な支援が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・機能－ADL&IADL 包括的な支援が必要 ・身体的健康 専門的な管理が必要 ・個人的健康 専門的な管理が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態 複雑な管理が必要 ・服薬管理 複雑な服薬管理が必要 ・アレルギー／過敏 管理不可－全面的な支援が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知 重度の認知機能低下 ・行動管理の問題 頻繁な介入が必要 ・心理社会 頻繁な介入が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・複雑性／脆弱性リスク 高度な複雑性、および／または非常に高度な脆弱性

(出典) ACAT Guidance Framework for Home Care Package Level Stage1

HCPP では身体的な可動性などを高めるための看護、医療関連、理学療法といったクリニカルケア、家事援助（掃除、洗濯など）、自宅でのシャワー、身支度、移乗といったパーソナルケア、ケアコーディネーションなどが提供される。高齢者ケア施設へ入居するのではなく、自宅で生活し続けられるよう支援することが目指されている。具体的なサービスのマネジメントについては、利用者と協議しながら選択されたサービス提供事業者が直接担う。また、消費者主導ケア（CDC）の原則に沿って、自身のパッケージ資金の使用方法も含めて本人とともに決定していくことが求められている。利用者が良いアウトカムを達成するためにはサービス提供事業者がそのプロセスとサポートプランの重要性を理解し、尊重することが大切である。なお、先に示した通り、施設ケアの利用資格も ACAT のアセスメントに基づいて決定され、疾患、身体機能の欠如もしくは喪失、認知機能の欠如もしくは喪失、社会的機能の欠如もしくは喪失のエビデンス、または施設ケアを受けなければ本人の生活もしくは健康が著しい危険にさらされるというエビデンスが含まれることが求められている。

その他、高齢者ケアシステムの推進策として、「認知症支援」「消費者支援とアドボカシー」「消費者への質の安全と確保」が大きな柱として示されている。認知症支援については、1992-1997 年の「認知症ケアのための 5 年計画」、2006-2010 年の「認知症対策国家戦略」、2015-19 年「認知症国家行動戦略」というように継続的にフレームワークを検討し、取り組みが進められている。また、インタビュー調査時にも王立調査委員会から高齢者施設でのケアの質の課題について提起がなされたことが大きな話題となっていたが、高齢者ケアの質と安全についても重視されている。

3. リエイブルメントの実際

日本福祉大学福祉経営学部准教授 中島民恵子

1. リエイブルメントに関する主なアプローチ^{注2)}

オーストラリア初のリエイブルメントプログラムは、1999年に西オーストラリア州で当時最大の在宅ケア提供者だった Silver Chain が開発した The Home Independence Program (HIP、在宅自立プログラム) であると示されている⁵。HIP は、本人の健康状態や QOL を最大限に高め、本人の支援ニーズを減らすことで在宅ケアの需要を減らすことを目指して導入された。初めて在宅ケアを利用する人たちや、ニーズ変化に伴うサービス増加を求める既存の利用者を対象に、集中的で期間を限定(最長 12 週)したプログラムが提供された。HIP は目標指向型のプログラムであり、本人の目標に向けて、モビリティの改善維持に向けた筋力・バランス・運動プログラムや慢性疾患の自己管理、転倒防止法、社会とのつながり再構築を通じた援助などが含まれる。

HIP の予備調査は成功をおさめ、西オーストラリア州 (WA) 保健部は、Silver Chain HIP モデルに基づくもう一つのプログラム「Personal Enablement Program (PEP、個別イネイブルメントプログラム)」をすべての都市部医療圏で実施するように依頼した。PEP は病院を退院した高齢者を対象としており、HIP と異なる点としては、期間が比較的短く (6-8 週間)、必要に応じて急性期後の看護を提供することがあげられる。

WA 保健部より資金が提供された HIP と PEP は、2004 年から 2018 年まで運営され、多くの西オーストラリア人へリエイブルメントの機会を提供した。HIP への参加に関する結果として、「継続的なサービスへのニーズ減少およびサービスの必要性減少・機能、モビリティ、自信および意欲の向上⁶」、「在宅ケアサービスの利用減による費用は 5 年間で一人当たり約 12,500 オーストラリアドルであると推定⁷」などが示されている。HIP および PEP の前向きなアウトカムおよび理念に影響を受け、WA の HACC プログラムは 2006 年、州全体における将来的な HACC サービス提供の政策基盤として、「ウェルネスアプローチ」を採用した。これらを含めた取り組みの流れを受けて、2014 年の地域アセスメントサービス (RAS) ネットワークが形成された。同ネットワークの役割は、ウェルネスに重点を置いた対面アセスメントを実施し、支援計画を開始し、自立やウェルビーイングを構築する適切なレベルの支援に向けた提言を行うことである。この展開の中で、RAS 提供者の一つである Access Care Network Australia (ACNA、Silver Chain グループの子会社) は、同組織におけるすべての RAS で、アセスメントのリエイブルメントアプローチを開発および実施し、それが WA 内にある他の RAS すべてに展開されることとなった。アセッサー (評価者) が中心となって、リエイブルメントプログラムが必要な対象者の選定とコーディネートが行われるため、アセッサーへの研修が重視されている。

このような西オーストラリアの取り組みを受けて、オーストラリア政府におけるリエイブルメント・サービスとしては、10 週間から 12 週間の短期的な介入プログラムが想定されている。主に評価をする人がこのリエイブルメントのプログラムに直接関わる形がとられている。なお、オーストラリア老年学協会からアドバイスを得て、オーストラリア政府ではリエイブルメントに関する「アドバイザリー・ワーキンググループ」を設置している。どのような形で、リエイブルメントを全国的に組み込み、機能するたるための方策の検討が行われている⁸。

一方で、短期的な介入に限らないが「リエイブルメント」の考え方を全在宅地域ケアに導入するビクトリア州アプローチがある。ビクトリア州保健福祉部では 2009 年に在宅地域ケア (HACC) サービスにおいて、アクティブサービスマodel (ASM) の実施を開始した。ASM は、人々ができるだけ自立および自律して地域で生活できるよう支援することを目指す取り組みである⁹。2016 年 7 月高齢者向けビクトリア HACC サービスが CHSP に移行した後も継続されており、全国的な CHSP の用語と合わせるために、ビクトリア「Wellness and Reablement (ウェルネス・リエイブルメント)」と改称された¹⁰。

ビクトリア州のアプローチは在宅型のサービスの中に組み込まれており、本人に関わるアセッサーから庭師まで「誰かのために何かをしてあげるということではなくて、その方と一緒に何かをするという考え方」をもって関わるのが重視されている。例えば、庭師が行うサービスとして庭の手入れをするに留まらず、利用者が車いすに乗っていたとしても、一緒に外で座り、植える植物を選んだり、特定の植物の種を買いに行ったり植えたりなどを行うことで、利用者が自分も参加していると思える支援を行っている。そのための研修なども実施されている。なお、ビクトリア州と西オーストラリア州の取り組みについては「5. 地域ケアの定着と維持のための規制と実績評価」の後半に記述があるため、参照頂きたい。

オーストラリア老年学会 (AAG) のリサーチオフィサーのサンドラさんはインタビューでは、西オーストラリア、ビクトリア州、どちらのアプローチも必要であることが示された。ただし、現在の政府が西オーストラリアアプローチを好んでいる理由が、経費の削減になるという観点、サービスの必要性を減らすことができるという観点であることに対して批判的な立場であることも述べられていた。特に、短期の回復可能性がない人がサポートを受けることに躊躇してしまう可能性が危惧されていた。

2. リエイブルメントの定義と推進

2011 年の生産性委員会調査報告「Caring for Older Australians (高齢オーストラリア人のケア)」において、集中的で期間を限定したリエイブルメント・サービスを導入する必要性が提案された¹¹。オーストラリア内外の研究を引用しながら同報告では、「リエイブルメントまたは回復に向けた在宅支援プログラムは、『本人のために何かをしてあげる』のではなく、本人が『それを自分で行う』のを支援するためのプログラムであり、これらは在宅ケアや他の高齢者ケアサービスのニーズを遅らせたり減らしたりできる、というエビデンスが出てきている」と言及している¹²。

また、CHSP ガイドライン¹³や Living well at home CHSP Good Practice Guide (自宅で豊かに暮らす: CHSP 優良実践ガイド)¹⁴、CHSP プログラムマニュアル¹⁵において、ウェルネスおよびリエイブルメントの重視や、「doing for (～のために)」から「doing with (～と一緒に)」への文化的シフトを推進している。CHSP プログラムマニュアルでは、リエイブルメントを「人々の自立および自律を最大化する援助を目指したサービス提供アプローチ。リエイブルメントの支援は、機能損失に適応したり、または活動を再開する自信や能力を取り戻したりする、といった本人の具体的な目標または望まれるアウトカムに的が絞られている。支援には、たとえば新たなスキルの訓練、本人の自宅環境改良、機器や支援技術へのアクセスが含まれる」と定義している。さらに、「My Aged Care Assessment Manual for Regional Assessment Services (RASs) and Aged Care Assessment Teams (ACATs) 2018 (地域アセスメントサービス (RAS) および高齢者ケアアセスメントチーム (ACAT) の My Aged Care アセスメントマニュアル 2018)」において、リエイブルメントを「機能損失

に適応したり、または活動を再開する自信や能力を取り戻したりする、といった本人の具体的な目標または望まれるアウトカムに的を絞った、期間を限定した介入」と定義している⁴。リエイブルメントに関する議論は継続されており、資料ごとに少しずつ表現が異なるが、「本人の自立、自立、自信の回復」および「具体的な目標や望まれるアウトカムに的を絞る」という点は共通していると考えられる。

3. リエイブルメント提供の実際

先に示したように、RAS もしくは ACAT のアセッサーが、対象者にリエイブルメントが可能かを評価する。リエイブルメントが適応される場合の RAS のアセッサーの担当業務としては、本人のリエイブルメント目標を達成するのに必要なあらゆる種類のサービスを確実に計画し、また目標やアウトカムに照らして進捗状況を振り返ることである⁴¹⁵。時として、RAS のアセッサーがリエイブルメント期間中に、コーディネートや短期のケースマネジメントを行わなければならない場合もある⁴¹⁵。また、在宅ケアパッケージの順番待ち状態であるクライアントや、在宅ケアパッケージの現利用者で割り当てが上限に達している人は、クライアントの直近アセスメントサービス（通常は ACAT）によって、短期で期間を限定した CHSP サービスへの紹介が可能であり、このモニタリングおよび振り返りは、クライアントの直近アセスメントサービスが行うこととされている¹⁶。

ここでは、インタビュー調査に協力頂いた「Independent Living Centre Western Australia」のリエイブルメントの取り組みについて紹介することを通して、リエイブルメント提供の状況を示したい。

インディペンドリビングセンター西オーストラリアはパースを拠点としており、ウェルネス（心身共に健康であるということ）と、リエイブルメントのコンセプトのもとにサービスを提供している。120 名ほどのスタッフにより、西オーストラリア全土をカバーしている。西オーストラリアの 4 つの RAS の 1 つであり、実際のサービス提供を行う組織でもある。ただし、アセスメントとサービス提供は利害関係があるため、理事会などの組織および建物は全く別で運営されている。

アセスメントに関しては、RAS のアセッサーが本人の自宅を訪問し、お風呂やベッドからの起き上がりなど、生活上の抱えている困難を把握する。例えば、お風呂であれば、何か今までやっていったやり方を変えるべきなのか（立ち方、シャワーを浴びる時の浴び方など）、について関してアセッサーが本人とともに戦略を立てていく。その際に器具の必要性の判断やすぐに活かせる方法があればそのアドバイスなども行われる。また、「～ができない」というよりも、「～できるか確認してみましょう」とように本人が自信を持てるような言葉遣いにも注意が払われている。具体的な方針が決まった後は、アセッサーがケアサービス提供組織の選択肢を本人に示す。本人が選んだケアサービス提供組織によって、より具体的な計画、ゴールなどが設定される。

具体的なサービスとしては、在宅サービス、医療従事者（アライドヘルス：医師以外の看護師、栄養士、臨床心理士といった専門職）によるサービス、テクノロジーに関するサービス、家の改造、レスパイトサービスが提供されている。例えば、在宅サービスにおいても、本人が出来る限り動くことによって状況は改善していくという考えに基づき、家の掃除をする場合にも、ケアを受ける人が座って見て、ケアスタッフは掃除をするといった役割分担で

はなく、一緒に掃除をして、一緒に動いて、一緒に話をしながら行う取り組みがされている。これらを通して、本人とケアスタッフが一緒に関係を築いて、関係性も強くしていくことが目指されている。

注1) 主に以下の3つの文献に依拠している。

- ・自治体国際化協会 (2018) 「オーストラリアとニュージーランドの地方自治」
- ・橋都由加子 (2006) 「オーストラリアにおける連邦・州・地方の役割分担」財務省『「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」報告書』
- ・The Australian Trade Commission (2016) Introduction to the levels of government in Australia Implications for investors に依拠している。

注2) 主に以下の文献に依拠している。

- ・Australian Association of Gerontology (2009) Fact Sheet 2 Australian approaches to reablement in the home support and care program.

- 1 Australian Bureau of Statistics. (2019) 3101.0 Australian Demographic Statistics, Jun 2019
- 2 North Sydney Council (2019) Older Persons Strategy 2018-2022. URL: https://www.northsydney.nsw.gov.au/files/assets/public/docs/2_community_services/access_inclusion/olderpersonsstrategy_2019.pdf (2020.2.8 最終アクセス)
- 3 Department of Health and Ageing. (2005) A Literature Review and Description of the Regulatory Framework.
- 4 Department of Health. (2018) My Aged Care Assessment Manual. For Regional Assessment Services and Aged Care Assessment Teams.
- 5 Australian Association of Gerontology (2009) Fact Sheet 2 Australian approaches to reablement in the home support and care program. URL:<https://www.aag.asn.au/documents/item/2903> (2020.2.8 最終アクセス)
- 6 Lewin G, Vandermeulen S. A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. Health and Social Care in the Community. 18(1) :91–9.
- 7 Lewin G, Alfonso H, Alan J. (2013) Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. Clinical Interventions in Aging. 8:1273–81.
- 8 Independent Living Centre Western Australia へのインタビュー内容より
- 9 Victoria State Government, Department of Health and Human Services. Active Service Model
- 10 Department of Health and Human Services. Active Service Model. Wellness and reablement consultants.
- 11 Productivity Commission (2011). Overview. Inquiry Report: Caring for Older Australians. Australian Government; Jun. Report No.: 53.
- 12 Productivity Commission. (2011) Volume 2. Inquiry Report: Caring for Older Australians. Australian Government. Report No.: 53.
- 13 Department of Health. (2017) Commonwealth Home Support Programme Guidelines.
- 14 Department of Social Services. (2015) Living well at home: CHSP Good Practice Guide. Commonwealth Home Support Program (CHSP). Australian Government
- 15 Department of Health. (2019) Commonwealth Home Support Programme. Program Manual 2018-2020.
- 16 Department of Health. (2019) Commonwealth Home Support Programme Interaction with Home Care Packages fact sheet. URL:<https://www.health.gov.au/resources/publications/commonwealth-home-support-programme-interaction-with-home-care-packages-fact-sheet> (2020.2.8 最終アクセス)

4. 地域の資源

藤田医科大学地域包括ケア中核センター講師 都築 晃

本章ではオーストラリアの地域の資源に焦点をあてて報告する。地域資源までのアクセス方法は、複数存在する。サービスプロバイダーからの紹介、自治体からの直接サービスや、自治体が委託や共同で民間団体と行う場合である。また、民間団体が紹介するケースもある。いくつかの現地視察の事例をもとにご紹介する。政府や自治体の基本的枠組み、資金や詳細な制度は他の章を参考にさせていただき、ここでは地域資源への関与を中心に述べる。

1. サービスプロバイダーから地域資源への接続

(1) 「評価する側」であり「サービスを提供する側」でもある「シルバーチェーン」

(担当: アクセス・ケア・ネットワーク・オーストラリア (以下:ACNA) Research and Evaluation Specialist Gill Lewin 氏)



ACNA はシルバーチェーンの一環として、評価、アセスメントを行い、高齢者の方がより自立した状態を継続できるようにサポートする団体である。例えば、お風呂場の中から出たり入ったりするのは、どうやって行っているのか。ベッドから起きたり、ベッドに入ったりするのはどうやって行っているのか、そういったところをアセスメントしている。

オーストラリアでは高齢者介護において、「評価」と「サービスを提供する」ということを分けなければいけないと明確に決められている。より軽度のケアを必要とする人のサービスの入り口は、リージョナル・アセスメント・サービス **REGIONAL ASSESSMENT SERVICE** (以下:RAS) の評価である。

(2) 地域との接続について

身体機能だけでなく健康面に関しても話をしている。例えば、クライアントが糖尿病管理の問題を抱えている場合には、住まいの地域に糖尿病管理をするためのプログラムがあれば紹介している。

社会参加としては、「コミュニティの中に積極的に参加しているか」、「やりたいと思っていることをやっているか」といったことを話す。もしそうでなければ、「どうすれば参加できるのか」、を話し合っている。サービスとして人を送るばかりではなくて、その方が利用できるモノを紹介することも行っている。

2. CHSP サービス対象者における地域資源への接続

(担当：ボルトンクラーク (Bolton Clarke) リサーチフェロー Claudia Meyer 氏)

「ボルトンクラーク」は、在宅介護のサポート、リタイアメントリビング、そして施設介護を担っている団体である。新規の利用者は、マイ・エイジド・ケアによって RAS を使った評価というのが行われる。RAS は基本的な評価ということで、本人にどのようなニーズがあるかを評価する。より詳細な医学的評価をするのは Aged Care Assessment Team (以下：ACAT) になるが、地域での基本的なニーズを満たすのは、コモンウェルス・ホーム・サポート・プログラム (以下：CHSP) である。



CHSP は、基本的なニーズを満たすサービスであり、コミュニティの中の他のチャリティ団体やボランティア団体が提供している資源につなぐことも行う。コミュニティで行われているプログラムに直接紹介され、例えば、カウンスルで行っているエクササイズプログラムなどへつなげている。一般のボランティアが行っているような NGO、NPO のチャリティ団体への接続は少ないようだ。

CHSP サービスを利用している方へのモニタリング担当専門職はいない。利用やアクセスは本人次第である。

3. 自治体 (オンカパリング カウンスル) から地域資源への接続の一例

(担当：オンカパリング市アクティブ・エイジング・シティ チームリーダー、オーストラリア老年学会 (AAG) 南オーストラリア支部長 Lui Di Venuto 氏)

(1) 「コミュニティ・デベロップメント・モデル」について

オンカパリング市は南オーストラリアでは一番大きな自治体で、「コミュニティ・リレーション部門」は、自治体予算の 3 パーセント (年間 600 万ドルくらいの予算) を占めている。この中にコミュニティ・プランニングの 3 分野の一つである高齢者・障害者部門があり、「コミュニティ・デベロップメント・モデル」というものを立てている。これは、地方自治体が行うので、住民が信頼できる「必要なもの」や「必要な情報」を得られる場である。ウェルネスやリエイブルメントは、コミュニティの中で行われるものである。



(2) 自治体によるサービス事例

オンカパリング市では、輸送サービス、ソーシャルプログラム、レスパイトケアなどを実施している。このレスパイトケアは、自宅の中で介護をしている方のレスパイトも含まれる。

「コミュニティリンク・サービス」は、地域の「コミュニティセンター」や「公民館」に

て、年齢層さまざまな住民が集まって行われる活動である。一つの例を挙げると、広い庭があり、そこにボランティアが参加し、植物や、野菜、フルーツ、ハーブなどを育てる。そこで収穫したものを、今度はキッチンで一緒に料理をして、高齢者に健康的な食生活というものを教えるといったプログラムを地域で展開している。

マインドセット・フォー・ライフは退職者向けの偏見のないプロジェクトである。高齢者、障害、コミュニティの居住者か否かに関係なく、誰でも参加できるボーリング活動である。

(3) ボランティア

組織全体で、700人近くのボランティアが在籍する。高齢・障害部門だけで200人近くのボランティアである。例えば、自分で犬の散歩をできない方のためにボランティアが犬を外に連れ出す。「社会的なつながりが、何よりも人生において大切だ」と考えられており、「心身共に健康である状態を継続してください」というメッセージが書かれたショッピングバッグを高齢者に渡している。

(4) 高齢者の男性向け「フィッシング・ウィズ・フレンズ」

高齢の男性をターゲットにした「フィッシュフィーダー（魚に餌をやる）」というプログラムである。沿岸沿いにある市の高齢者は、月曜日から金曜日までこのプログラムに参加することができる。地域にある栈橋には100人くらい集まる。サポートが必要な方に対しては支援する。友達同士でも助け合う。例えば、「君は車運転ができないけど、僕はできるから一緒に栈橋まで行こうよ」など、そういった形で集まって、プログラムに参加していただく。これはコミュニティ・プログラムの要素が強く、直接市が主導して行っている。

4. 自治体（ノースシドニー市）から地域資源への接続の一例

（担当：コミュニティ発展チーム Helen Campbell 氏、高齢者、障害者、ホームレス、アクセスコーディネーター社会福祉士 Camelia Tobia 氏）

ノースシドニー市は、CHSP サービスを直接提供はしない。市は直接サービスを行わず、クローズドネストセンター（以下：CNS）に委託している。自治体によっては、直接サービスを行うところもある。市にその判断は任せられている。CHSPの財源は連邦政府にある。市もプロバイダーの一つであり、助成金を受けたら、州に報告義務がある。隣接するモスマン市はCHSPサービスを直接提供しているため、州に報告する義務がある。



高齢者ケアは、以前は市の直営サービスだけであった。現在、さまざまな分野で変革が起きており、政府の役割は基準を設けて、規制の枠組みを整備する。コミュニティサービスセンターからのサービスも、一定の基準を満たしているということで信用を担保している。

一方、民間参入の問題点は、施設入所に関して、政府の目が届かないので、社会的問題視されている。施設の提供サービスの違いは問題になっている。

ノースシドニー市では、直接サービスを行わず、クロウズネストセンター（以下：CNC）に委託している。事業者がサービスを提供し、市はサポートする立場をとっている。クロウズネストセンターの建物は市役所が持っており、財源も市が助成している。

市内にはコミュニティセンターが9つあるが、運営は別々に行っている。「健康に老いる」ことをテーマに、コンピュータ、クラフトなど、幾つかのクラブを設けている。元気で外出可能な、自分で歩行可能な人を対象にしているサービスもある。一方、マイ・エイジド・ケア対象（要支援向け）の在宅サービスもある。これは自立度の低い住民が対象である。



自治体は、コーディネーター業務を行い、地域のサービス提供事業者を集めて、連携の可能性や、住民の主なニーズについて議論する会議を行っている。つまりネットワークを構築する仕事をしている。市の仕事は、コミュニティづくりである、ただし、情報提供、啓蒙、などの仕事は、州から助成金がでない。

市の重点目標：

- 1 在宅支援情報の提供
- 2 サービス利用に至るアクセスの向上、公共交通の整備
- 3 送迎サービス（年寄りの外出支援の助成金）

特に送迎サービスに力を入れている。坂道が多く、高齢者の買い物支援や外出や交流支援には、自宅の玄関からバスの乗降の際のサポートサービスがある。バスは3台持っているが、1台は車椅子でも利用可能。送迎サービスもCHSPサービスとして位置付けており、市と州政府がバスを所有し、運用は委託している。

もう一つは、「生きがいのある活動につながる事」への支援である。これはボランティア活動につながりやすい。ボランティアの21%が60歳以上となっている。コミュニティセンターのサービスは、ボランティアなしには運営できない状況である。

自治体は、ちょっとした困りごとなどの支援は、ボランティアを広げたり、仕組みをサポートしている。また、サービスギャップを埋めることを充実させたいと考えている。電球を換えるとか、ゴミを出すなどの軽作業サポートの一部はCNCのハンディマンサービスのよな形でカバーしているが、もっと充実させたい。課題は職場の労働安全との兼ね合いで難しいこともある。ボランティア活動中の傷病の責任を自治体を持つかというリスクも存在する。ボランティアの高齢化も本人の喪失感につながるため課題がある。

自治体のシニアフェスティバルは好評である。行事のなかに、昼食会、ダンス、ガーデニング、外出プログラムなどがあり、10日間行われる。ボランティアを尊敬し、かつ募集する機会でもあり、「高齢者の活動の気づきを持っていただく機会になり、自分たちが参加しようとする糸口になってほしい」との願いが担当者にはある。利用希望者が、マイ・エイジド・ケアを利用できるように誘導することも行っている。

5. 「自治体と共同経営の団体」から地域資源への接続

(担当：クロウズネストセンター (Crows Nest Centre) CEO Denise Ward 氏)

(1) クロウズネストセンターについて



クロウズネストセンターは、1969年に設立された非営利会社であり、ノースシドニー市との共同経営方式をとっている。センターのビジョンは、「つながりのあるコミュニティづくり」であり、ミッションは「ウェルビーイングを維持し、孤立をなくしていく」ということである。高齢者、障害者、移住者、ホームレスを対象にしている。

(2) 在宅サービス、交流支援、移住者支援

ボランティアによる配食サービス、シーツ交換、送迎サービス、医師の予約や同行サービス、買い物支援などを行う。ホームハンディマンサービスは、ボランティアの大工がいて、簡単な家の修理や補修の仕事を請け負う。

高齢者が「健康に老いる」ためのプログラムを紹介する。地域の住民に家の中から出てもらい、人と交流する集いの場を提供する目的がある。プログラム内容としては、ヨガ、太極拳、フェルデンクライスなどの体操プログラムの他、月曜日は編み物や屋内ボーリング、火曜日はマージャンなどがある。また、バンティング (小さな旗を結ぶ競技)、コンピュータークラブ、モーニングティー、コミュニティレストランも行っており、イベントとしては1カ月に1回の映画会の他、シニアズフェスティバル、ボランティア週間、先住民週間、児童週間、競馬メルボルンカップなどを開催している。バスの送迎サービスも行っている。

移住者に対するサービスは、英会話の時間、宿題のヘルプ、モーニングティーのあと特別講演、子育ての交流会などを行っている。

(3) CHSP の利用までをめぐる課題

CHSP の利用資格は 65 歳以上で、対象者はオーストラリア全体で 85 万人である。利用者の平均年齢は 80 歳前後となっている。

CHSP を利用するためには、マイ・エイジド・ケアに登録しなくてはならないが、マイ・エイジド・ケアにアクセスできない人がいる。認知症で一人住まい、ホームレス、精神疾患をもった人たち、英語が話せない人、コンピュータースキルのない人である。80 代以上の後期高齢者にとっては、今のコンピュータを使うシステムはうまく機能していない。

クロウズネストセンターに直接電話をしてくる高齢者には、マイ・エイジド・ケアへのア

クセス方法をサポートしているが、それに対する助成金は一切出していない。

(4) 公的サービスを担う「ボランティア」

公的サービスの担い手は 200 名のボランティアである。「公的サービス」ではあるが、ボランティアが行っている。このボランティアをマネジメントするコーディネーターの役割は、クロウズネストセンターの 17 名の有給の職員が担っている。

公的サービスには、「インホームサービス」と「コミュニティ・サービス」の 2 種類がある。

たとえば、お年寄りがバスの送迎サービスを利用して、レストランに食事に来るといったときのお茶のサービスもボランティアが行う。

「ボランティアに感謝する」という活動がある。5 月にボランティア週間があり、ボランティアを招待してコース料理を振舞い、地元の政治家から特別の賞を出している。有償ボランティアというのは概念としてないが、配食サービス担当のボランティアにはガソリン代を実費で支払う。

現在、在宅支援プログラム（自治体による措置）から CHSP（市場化）への変革期にある。

ソーシャルサービスは自治体から助成金が出るのではなく、CHSP から支払われている。家事支援、シーツ交換、電話による買い物、配送サービス、配食サービスなどが含まれる。ソーシャルサポートのためのアクティビティを積極的に行っている。しかしクロウズネストセンターでは、サービスに割り当てられた時間を 100 パーセントとすると、現在 220 パーセントのサービスを提供しているため、「サービス提供時間を削減すると高齢者はさらに幸せになるのではないか」という指摘を政府より受けた。これに対してクロウズネストセンターは、サービスのアウトプットは、リネン交換のために何分必要か？など「サービスに必要な時間」であると反論した。

以前は、「在宅支援プログラム」と呼ばれていたが、それが CHSP に変わった。以前の「在宅支援パッケージ」は自治体のみが提供できるサービスだったが、この 10 年間で営利でサービスを提供する民間事業者が多数この業界に入ってきた。サービスデリバリーの市場化が起きている。

6. 「民間団体 The Hub」から地域資源への接続

（担当：Waverton Hub 代表 Helen L'Orange 氏）

(1) 組織の目的や理念、文化など

The Hub は 6 年前に創立されたコミュニティ・デベロップメント・モデルである。

目的は、パートナー、家族、友人、近隣の人、コミュニティなど、人と人との関係性を作ること及び社会との「つながり」を構築することである。活動は、Hub の構築と、他地域での活動支援も同時に行っている。

目標は、「住み慣れた自宅で生きがいをもって、あまりお金をかけずにできるだけ長く暮らすこと」である。お互いに労わり合うことを念頭に置き、「少なくとも 6 人のバディ、友人を作る」ということを目指している。

理念は、「メンバーを第一に考える」である。6人のバディ、友達をつくり、そしてさらにそこからさまざまなサービスをつなげられるようにしている。たとえば、交流センターや、送迎サービス、家事支援、病院への紹介などのサービスにつながるように支援し合う。

よい運営をしていくために重要なのは、メンバーシップ、アクティビティ、サービス、コミュニケーションである。きちんと経営され無駄のないサステイナブルな組織を目指している。

Hubの文化は、メンバー同士のつながりと、参加型かつ地元密着型。そして必要なニーズに応えていく。そしてあらゆる人を歓迎する。公平でクリエイティブ。そして意味のあるサステイナブルな活動である。



(2) 事務組織と経費、会員、連絡手段と広報

事務所に有給スタッフはおらず、80人のメンバーがコアになって活動を展開している。

互助団体であり、メンバー自身が運営主体でもある。理事の年齢は60歳代から70歳代。意味のある活動であり、生きがいでもある。理事は皆コミュニティの一員であるという認識のもと、このコミュニティを愛している。

毎年66ドルの年会費が必要であるが、年金生活者の場合には年会費10ドルとなっている。

募金活動はせず、市から年間5,000ドルが支援されている。その助成金を使って転倒防止のための活動をしている。

会員メンバーは60歳から90歳で、男性30%、女性70%の構成となっている。

このエリアには、2つの地域に11,000人が住んでおり、そのうち3,000人が50歳以上で、メンバーの大半は60歳以上である。つまり、60歳以上の15%が参加していることになる。また、メンバーの多くは、認知症の人をケアしている介護者でもある。

「会員を第一に考える」例の一つとして、認知症カフェの設置がある。現在準備中だが、家族で認知症の家族を介護している介護者が、認知症の人を連れてカフェで一休みできるような場所をつくろうと思っており、介護をしている家族にもほっとする時間を提供したいと考えている。

会員間の連絡は毎週Eメールでニュースを伝えている。広報は、口コミ、ポスター、新聞記事、ウェブサイトなどさまざまである。医師からHubに患者が紹介されることもある。特に社会的孤立状態にある患者や転倒防止などのためにバランス力を強化することが必要な患者はHubに紹介される。

(3) 実際の交流拠点の見学



The Hub の活動拠点には事務所はなく、150 平米程度のホールと、備品倉庫がある。提供されるプログラムには、週に 3 回のヨガ、ピラティスの他、高齢者向けサービスや各種講演会などがある。講演会のテーマは「老いる」、「不安」、「うつ」などもある。また、転倒防止プログラムも行っていて、80 歳のメンバーで、ハーバーブリッジの上を歩いた。ホールの賃貸料は 24 ドル/月とシドニーでは大変安い。



途中の道路などで注意するよう、高齢者向けに交通安全のカレンダーも作成している。

(4) 課題や制約要因

有給スタッフがいないということが制約要因である。しかし有給スタッフを雇うと、給料を払っているのに仕事をきちんしていないといったクレームが出るなどの問題が必ず出てくる。有給スタッフが皆無だから、「できることは自分たちでしょう」という心構えで活動できる。

90 歳の女性メンバーは、アートクラスを始めたいということで、自分でアートの指導者を探し出し、ホールの賃貸交渉もして、アートクラスの企画全部を自分で作ったという例もある。

(5) 連邦政府や州政府との関係性

2018 年、高齢者担当連邦大臣が 2 回視察に来て、オーストラリア全土にこのようなハブを展開したいと考え、42,000 ドルの助成金を拠出した。現在、西オーストラリアで Hub を発足中である。

さらに 2019 年には、Hub のスタートアップのために政府は、1,000 万ドルを助成した。南オーストラリア州の高齢者に暮らしやすい社会を作るための戦略として、ニュージーランドからも非常に興味を持って視察に来た。ユナイティングチャーチ、ニューサウスウェールズ州政府なども助成金を出している。

王立委員会の高齢者ケアに関する報告書には、Hub が多くの拠点に存在することによってナーシングホームになるべく入所しないよう、リタイアメントビレッジという高齢者だけが

固まって住むようなビレッジにも入居しないで済むようになる。それによって高齢者ケアシステムのレベルがもう一つ上がると記載されている。それが政府にとっても巨額のコスト削減にもつながると考えられている。

7. まとめ

サービスプロバイダーから、社会参加として「コミュニティの中に積極的に参加しているか」、「やりたいと思っていることをやっているか」といったことを話し、市で行っているエクササイズプログラムなどへつなげている。

CHSP サービス利用者へのモニタリング担当専門職はいない。利用やアクセスは本人次第である。

自治体の例では直接サービスを展開している自治体と、委託している自治体に分かれている。自治体もプロバイダーの一つである。「自治体サービス」であるのに、実際の担い手は「ボランティア」であるところに特徴がある。「コミュニティセンター」や「公民館」にて、さまざまな年齢層の住民が集まっているところを紹介するなど、健康な層へのアプローチはいくつもある。ややフレイルな状態にある人を対象にしている例では、自分で犬の散歩をできない方のためにボランティアが犬を外に連れ出すなどがあった。ちょっとした困りごとなどの支援は、ボランティアの充実によって今後もサービス拡大を考えており、ボランティアを大切にしている仕組みが見られた。

自治体からの委託団体例であるクロウズネストセンターでは、自治体と共同で質の高いサービスを供給しつつ、現行制度の課題も調査しており、政策提言なども行うことができる力を備えている組織でもあった。

住民団体による活動、Hub は、コミュニティ・デベロップメントであり、会員互助活動である。政府は資金を投入し、新たな層の構築になり得るとして、全土に広げたいと考えている。

5. 地域ケアの定着と維持のための規制と実績評価

(株)NTT データ経営研究所情報未来イノベーション本部戦略企画センターセンター長
吉田俊之

本章の問題意識

オーストラリアでは高齢者ケアのあり方について、安全性や効果、アクセスなど社会保険サービスを論ずる際に代表的なテーマを扱うほかに、生産性（Productivity）の観点からも議論されてきた。中央政府の生産性委員会¹は2011年に「Caring for Older Australians」というレポートを公開している。将来の介護需要の伸びと高齢者介護システムの持続可能性に関する懸念²を示し、同委員会は、このまま非効率な高齢者介護システムを継続するとシステムの緊張を高めると指摘し多くの提案を残した。その報告を受け、連邦政府は2012年5月には、同委員会のレポートへの対応方針を発表し、高齢者介護サービス体系の抜本的な見直しに着手した。2019年12月時点、軽度のケアニーズを有する住民が利用する在宅のサービス強化を推し進めている。王立委員会は2019年10月、同国の高齢者介護の現状について中間報告を取りまとめたが、その内容が波紋を呼んでいる。介護等のニーズがある高齢者に適切なサービスやサポートが行き届いていない実態を問題視し、「ネグレクト」という強い表現でサービス提供体制の不十分さを厳しく指摘したからである。

本章では、オーストラリアにおける高齢者介護の提供体制について、地域ケアの定着と維持に取り組みされた規制を概観し、また、どのように実績を評価しているか概略する。

1. 背景

(1) 高齢者介護に係る費用の増加予測と求められる多様なサービスやサポート

経済成長と医療や公衆衛生の進歩は国民全体の平均寿命を延ばすことに大いに貢献した。英知が終結した人類の最も誇らしい功績といえよう。このことはオーストラリアにも当てはまり、国民ひとり一人は長寿化した。喜ばしい功績である一方、平均寿命の延伸は、社会的支援のシステムに関連して、個人、コミュニティ、および政府にとって社会的および経済的課題を突き付けることになる。2010年に連邦政府がまとめた世代間報告書によると、高齢者介護への支出は、2010年から2050年の期間にGDPの0.8から1.8パーセントに増加すると予測されている。また、生産性委員会はレポートを作成し（Productivity Commission 2010）、この高齢者介護のニーズは将来的にはより多様化し高度な対応が求められるだろうと予測している【1】。たとえば、慢性疾患を有する国民の比率や認知症患者の増加、あるいは、個人が本人の嗜好に合った生活をしたという欲求の高まりが挙げられている。

(2) サービスへのアクセス問題とテクノロジーの活用

生産性委員会は、イギリス政府のレポートから「ケアとサポートシステムを使用する人々は、テクノロジーが、どのケアを選択するかを決定し、生活の質を向上させるのに役立つことをますます期待するようになり、ケアとサポートセクターはこれらのイノベーションを活用するために位置付けられる必要がある」と引用するかたちで、オーストラリアの高齢者もケアとテクノロジーの発展を利用し、より自立した状態を保ち長く社会に参加することを望むだろうと推測しケアとテクノロジーの組み合わせの発展の必要性を指摘している。とりわけ、高齢介護サービスに関する情報等へのアクセスの難しさを問題と考え、「連邦政府は、オ

ーストラリア・シニアゲートウェイ・エージェンシーを設立し、情報、ニーズ評価、ケアの調整、介護者紹介サービスを提供できるようにすべき」と提案した【2】。生産性委員会のこの提案に対し、連邦政府は、2013年にMy Aged care ウェブサイトを立ち上げ、明確で信頼性の高い情報を発信していくこと、そして、高齢者がこのシステムを通じて自身が求めるサービスや情報によりナビゲートされやすくしていきたい、と回答した【3】。

(3) 誰がケアの費用を支払うべきか：財源構成の問題

高齢介護サービスの費用を誰が負担するのか。介護需要は今後増加していくため、必要な資金が調達されなければならないが、より効率的で公平な調達方法であることが望ましい。同委員会は、2011年時点の資金提供制度の下では、すでに高齢者介護システムの緊張が高まっているとし、オーストラリアの高齢者介護システムの非効率性に適切に対処しない場合の、政府支出の成長率を低下させる可能性を指摘する。しかしながら、増加する介護需要の伸びから、将来の増税の回避は疑わしいとの立場をとっている。さらに、支払う余裕のある要介護者に自己負担を求める方法にも言及している。この自己負担部分は、とくに高齢者ケアのなかでも生活すれば誰にでも発生する個人的な宿泊費や生活費などを指している。公私の費用分担を明確にすることで、ケア設定全体で一貫して財源状況が改善できるものと提案する³。

(4) 競争原理の導入の意義

生産性委員会は、サービス提供者に直接補助金を支払うのではなく、介護の資格を与えることにより、医療提供者間の競争を促進することは、介護者の生産性とサービスの質を改善する可能性があるとして主張している。不要な規制上の制約を取り除き、現在のサービス提供コストを高め、競争を損なう規制を再設計することも、生産性と効率の向上に繋がると提案している。

(5) 規制の悪影響

生産性委員会は、近年のいくつかの規制イニシアチブは、サービスプロバイダーに重大かつ回避可能な規制負担を強いている、と指摘した。規制システムの側面が過剰であり、不必要な規制、重複規制があるとし、規制緩和により品質の改善があるという。より良い結果を求めることと同様に、規制に縛られないより良いプロセスの重要性も強調する。

(6) 新しい高齢者介護システムの構築に向けて 生産性委員会の提言

生産性委員会は、将来のあるべき高齢者介護システムへの変革に向けてとるべき大まかな方向性を提示している：

- ・ 高齢者介護システムに関する様々な問題点の指摘に基づき、高齢者介護の社会的、臨床的、制度的側面を体系的に調査すること。
- ・ 在宅および地域の高齢者ケア全体の財源構成の見直しおよび規制改革に向けた新たなオプションを開発すること（在宅および地域ケア（HACC）プログラムを含む）。
- ・ 農村および遠隔地に住む人々、アボリジニおよびトーレス海峡諸島の人々、文化的および言語的に多様なコミュニティおよび退役軍人を含む、特別なニーズのグループの利益

に沿うこと。

- ・ 将来の高齢者介護に従事する人材に求める技術等の要件を調査し、十分かつ適切に訓練された介護職等が介護現場に従事できるようにする人材育成プランを開発すること。
- ・ 継続したケアの提供が確保される新しいシステムの実現に向けて、既存の財源構成や規制を改革する道筋を描くこと。
- ・ 退職者の村 (retirement villages) などの退職後の生活オプションの規制を、他の高齢者介護セクターとより密接に連携させる必要があるかどうか調査し、もし密接な連携が必要と判断される場合、達成すべき方法を検討すること。
- ・ 高齢者介護システムの役割と責任の変更に伴う中長期の財政的影響を評価すること。

連邦政府は、2012年5月には、この委員会の提言に対し、詳細な回答を付しつつ高齢者ケア改革に着手すると回答した。

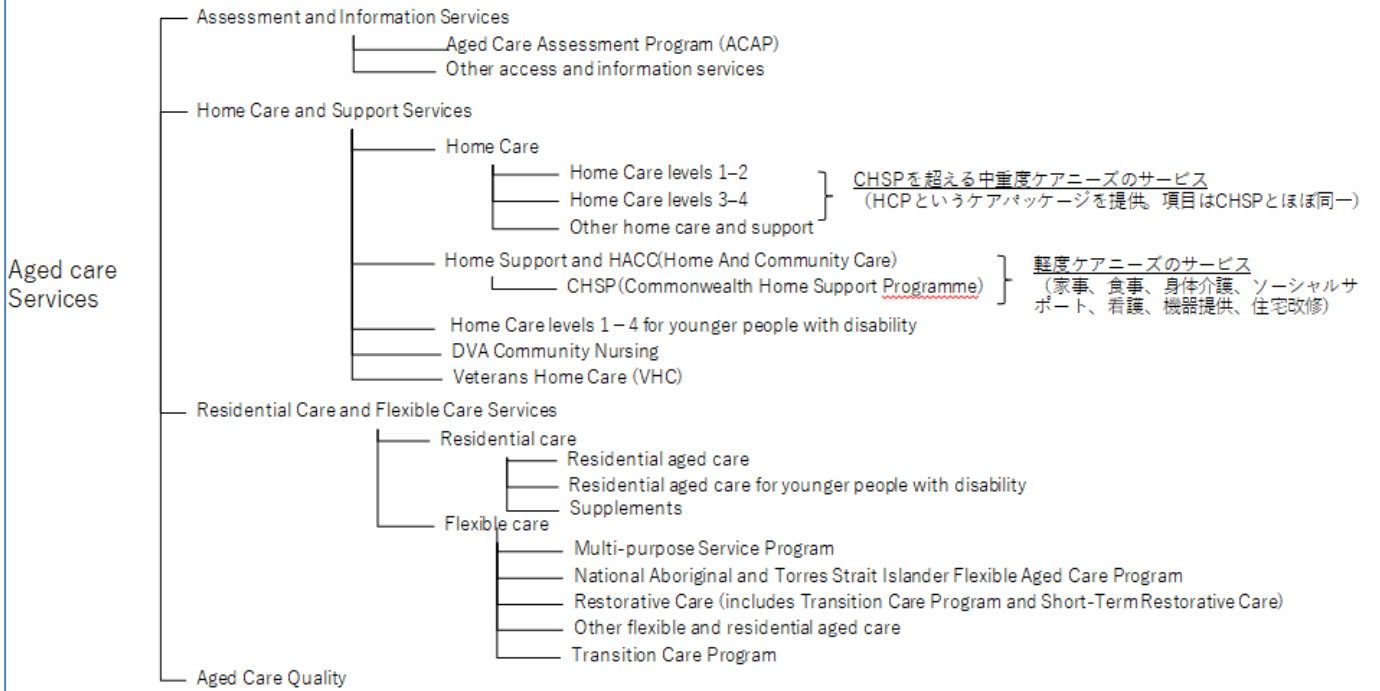
2. CHSP と在宅ケアパッケージの統合の可能性

(1) Aged Care Roadmap

2011年の生産性委員会による指摘を受け、オーストラリア政府は高齢者介護システムの改革に着手してきた。特に、利用者の選択肢の制限と不公平さが問題視され、その是正策がとられてきた。こういった一連の改革を継続し、さらに着実に実装していくため、同政府は2015年4月に、高齢者ケア部門委員会に対し、高齢者ケアの今後の方向性に関するロードマップを作成するよう要請した。この報告は、短期(2年以内)、中期(3-5年)、長期(5-7年)に区切り、Attitude(向き合い方)、Information(情報)、そしてEmpowerment(権限付与)の観点から改革のポイントが整理されている。これまではマーケット的な発想に近い運用上の改革だったが、2015年以降の改革方針としての新たな課題は、例えば、高齢者介護システムの運用者の統一、多様なニーズをもつ利用者が必要なサービスにアクセスできるサービス提供体制の構築、情報の非対称性の解消、利用者等の選択肢とコントロールできる範囲の拡張、ケアに当たる人材の高品質化、サービス提供者間競争の促進によるイノベーションの推進、などを挙げている【4】。高齢者介護システムの新たな改革方針はこれまで以上に使いやすいシステムの構築に貢献するが、大きな方向性としては、生産性委員会の指摘である、持続可能性、利用者主導、そして市場ベースの考えを踏襲している。

(2) CHSP と在宅ケアパッケージプログラムの統合に向けた検討

図表 1 オーストラリアの高齢者介護サービス体系（国及び州等の支出区分ベース）



政府は 2015 年にはロードマップを公開し改革を進め、2017 年には、利用者等が選べるサービス事業者の範囲を拡大する重要な取り組みを展開した（図表 1）。また、在宅ケア分野において利用者等が選択できる幅を拡張させている。サービスへのアクセスのしやすさという観点からは、HCP に関連したアセスメントの地域間ばらつきを是正しオーストラリア全体で統一した評価システムの導入を進めている。さらに、財源について、2020 年度を目途に CHSP

図表 2 在宅での高齢者介護制度改革に向けた政策目標

- 必要なときに高品質のサポートとサービスを提供すること
- 利用者等に最大限の選択と制御を提供すること
- 自立とウェルネスの観点に基づく評価とサービスの一体的提供が標準的な運用となること
- 幅広い多様な利用者にとってアクセスしやすく、また、ナビゲートしやすいこと
- サービス等の価格は利用者等にとって手ごろであり、また、サービス提供者や政府の持続可能性を担保できること
- 利用者等にとって安全であり、また、生活の質を高めるものであること
- 多様性を認識し受け入れ対応すること
- 赤字や不要な規制を最小限に抑えること

出所：保健省の公開資料から筆者作成

の予算を充てる施策の範囲を拡張する改革を進めている。この改革を緩めることなく着実に実装していくために、オーストラリア政府は Future reform という高齢者介護システムに取り組むことを決意し、2017 年 7 月には改革に向けた報告書を公開した⁴。その報告において、高品質のサービス、サービス提供事業者への簡便なアクセスの確保、自立とウェルネスの重視の考え、様々な利用者等を想定する多様性への配慮など、在宅で受けるケアプログラムに求められる要点を整理している（図表 2）。

(3) ヘルスと在宅ケアの融合状況

CHSPは生活支援のニーズとして軽度の高齢者を想定している。そのため、集中的、複数又は複雑なニーズを持つ高齢者や高齢者介護施設に永住する高齢者は受けることはできない。複数の課題を有する高齢者であっても、退院後など短期的なケアを必要とする者はその限りではない。CHSPのサービスとともに短期ケアプログラムを受けられることができる。短期ケアプログラムは、日常的な作業の支援（short term restorative care）、移行ケア（Transition care）、そしてレスパイトケア（Respite care）からなる。移行ケアプログラムは主に退院後自宅に戻り生活する高齢者が対象であり、短期間（最大12週間）の医療を含むケアを受けられることができる。このケアのうち、より安全に回復が期待できる理学療法等のセラピーサービスの一部、看護支援が医療に分類できる。このように、高齢者が特定の条件を満たす場合、生活支援サービスのCHSPと医療サービスを同時に利用可能となる。一方で、比較的介護度の重い状況にある者を対象にしたHCPを利用している場合、併用が難しい場合もある（【図表3】）。オーストラリアでは本人の状況により利用可能なサービスやサポートが細分化され、住民では判断できない場合が少なくない。そういったアクセスをサポートする機能がMy Aged Careという国が設計したウェブサイトのエントリーフォームである。

図表3 在宅居住者向けのHPCの財源を当ててはならないケアやサービス

- 通常、一般収入から購入されるアイテム
- 経費栄養に関する栄養食品の一部を除き、食品を購入する
- 住宅購入、住宅ローンの支払いまたは家賃の援助、恒久的な宿泊施設の支払い
- 在宅介護費の支払い
- オーストラリア政府によって資金提供された、または共同で資金提供された他の種類のケアに対する料金または料金の支払い
- 利用者本人のケアのニーズに関連しない自宅の改修や資産づくり
- 休日の旅行と宿泊
- クラブの会員資格やスポーツイベントのチケットなどの娯楽活動の費用
- ギャンブル活動
- Medicare Benefits ScheduleまたはPharmaceutical Benefits Schemeの対象となるサービスおよびアイテムの支払い

出所：myagedcareのホームページから筆者作成

(4) アクセス改革の目玉「My Aged Care」と王立委員会の厳しい評価

1) My Aged Care

オーストラリアにおける高齢者介護システムの重要な問題の一つは、十分な情報やサービスへのアクセスの複雑さや情報の不確かさにあり、生産性委員会の報告やロードマップにおいても問題の重大さが認識されている。その解決の一環として導入されたソリューションが2013年から開始した「My Aged Care」という全国一律のICTシステムである。2017年度には、140万回を超える通話、40万件の通信、そして350万回以上に及ぶ訪問サポートを実施している。

住民はこのウェブサイトアクセスすることにより、オーストラリア政府が資金提供する高齢者介護サービスに関する情報と地域のサービス提供者を検索することができる。誰かの手助けを初めて必要とした人がサービスにたどり着きやすいように、ケアの種類、受ける必要のある評価手続き、地域のサービス提供事業者の検索サイト、利用を開始してからのサービス管理まで、総合的に情報を提供している。例えば、サービスの種類では、加齢に伴って虚弱化して自宅での生活が困るようになった場合（生活支援）、退院後で状態像がまだ十分に安定していない中で専門的なケアを必要とした場合（短期ケア）、あるいは、自宅で生活が難しくなり高齢者介護施設への入居を検討したい場合（入所）、などを平易な文章にイメージイ

ラストを添えて紹介している。閲覧者は状態像に応じたニーズによってサービスがあり、それを使い分けできるとわかる。サービス事業者を検索する際は、住まう地域の郵便番号を入力し、15項目に細分化されたホームサポートサービスを選択し検索すれば、提供可能な事業者が一覧で現れてくる。もちろん、軽度ばかりではなく、このサイトから HCP サービス（要介護向け）のサービス提供事業者を検索することも可能である。

また、オーストラリアには英語を第一母国語としない住民も多く生活している。My Aged Care は英語のほかに 22 種類の異なる言語で高齢者介護システムやケアに関する情報を提供している。さらに、理解が困難な人向けに翻訳通訳サービス（TIS National）を通じて My Aged Care に連絡することができる⁵。通訳者が自宅を訪問するサービスとも連携している。

2) 王立委員会の厳しい指摘

高齢者のケアの質と安全に関する王立委員会⁶は、2019年10月31日に中間報告を発表し、なすべき最良のケアがなされていない状況を「ネグレクト」という強い言葉で表現し、早急なる改善を強く要求している。その改善すべき指摘の中には、アクセス改善の目玉でもあった My Aged Care も含まれている。

王立委員会の中間報告では、このエントリーシステムの主な利用者層が 80 歳代や 90 歳代であることに触れ、情報通信技術を通じた情報へのアクセスの大変さに言及している。また、地元根付いたサービス提供者が含まれていないことに言及し、サービス提供者のリストが不十分であることを指摘した。最も重要な指摘として、登録に至るサポートの強化を求めた。専門用語を使わず平易な言葉を用いることや、登録までに関与するステップを減らす努力の必要性を指摘している。

3. 南東部の取り組み ビクトリア州における軽度者向けプログラムの展開

(1) 概要

ビクトリア州では州政府が軽度者向けプログラムの一環として、アクティブ・サービス・モデル（Active Service Model; ASM）を展開している。ビクトリア州における HACC サービスに位置づけ、本人中心の考え方を基本とし、住民が可能な限り自立して地域で暮らせるように支援することを目的としている。ASM の信条として次のような考えを有している：

- ・誰もが主体的であり続けることを望んでいる。
- ・誰もが能力を向上させることができる。
- ・ニーズは総合的に評価されるべきである。
- ・個人とその介護者の立場からサービスは組み立てられるべきであり、既存サービスを単純に割り当てることとは異なる。
- ・ケアを必要とする本人、その介護者、家族、協力者、そしてサービス提供事業者との相互に強いパートナーシップを組み連携することによってニーズは満たされる。

ASM の原則では、多様な手段を組みあわせて総合的に対応する考えを重視するとしている。その実現のために、ASM では多様なアプローチが用意を用意している。例えば、身体的な機能の回復の支援、社会参加や自立支援に繋がる計画策定といった健康をマネジメントする側面からの支援、地域の健康増進活動への参加の促し、理学療法や作業療法の利用といった医学的なアプローチ、そしてケアに関する調整や家族ネットワークの強化や調整、そし

て、福祉用具等の提供などがある。高齢者が虚弱になっても、在宅で生活を継続していけるようにアプローチを多様に用意している。

(2) ASM アプローチの実装支援

ビクトリア州では ASM アプローチを普及展開させるため、様々なツールや学習の機会を用意している【5】。在宅で高齢者が安心して暮らしていくには、多職種が連携することや理解し合い協力し合い、ウェルネスとリエイブルメントを実践していかなければならない。この①基本的な概念やマインドセットの学習には作業療法士が貢献している。方法の基本的な流れを共有しやすくするため、HACC の資金で作成した②実践ガイドラインとテンプレートを用意している。ボランティアが AMS アプローチを実施できるよう、③ボランティアの学習支援をサービス事業者が担当する取り組みを用意している。ちょっとした工夫やツールで日常は簡単により活発になる。ニーズを有する高齢者本人やその家族が④負担なくアクティブに生活を送ることができる簡単なツールの説明は、生活支援担当者、パーソナルケア担当等が担えるように教育されている。⑤利用者個人レベルの目標達成を支援するツールは Eastern metropolitan 地区が初めてビクトリア州全域で活用されるようになった。「Goal directed care planning toolkits」と呼ばれるツールキットを使用することにより、本人の立場にたった包括的なアプローチを実践しやすくなる。⑥オーストラリア全土で伝統的に医療や高齢者介護を提供してきた非営利組織 RDNS⁷ のサービス全体にも ASM アプローチの考えが浸透しているか評価するプロジェクトを実行している。ASM アプローチは新しい概念であり、従来の専門職やケアラーにとっては馴染みがない。また、ASM アプローチを前提として利用者への関わり方は変化している。ASM が在宅サポートワーカー (HSW) の役割に与えた⑦影響調査を展開している。実践によってよりよいアイデアや原則が生まれたときにそれを学習して実践する⑧Plan-Do-Study-Act モデルを展開している。

(3) リエイブルメント・コンサルタントの配置

現在、オーストラリア政府はウェルネスとリエイブルメントの実装を行う事業者を支援している。この連邦政府の取り組みは、このビクトリア州で展開していた ASM アプローチを基にしている。このコンサルタントは州内の地域区分ごとに配置しており、その地域におけるウェルネスとリエイブルメントの開発と情報発信の重要なコミュニケーションポイントの役割を担っている。地域内の介護やケア提供事業者に対しウェルネスやリエイブルメントに関する学習支援や、プラクティスやシステムの実装支援を行っている。このように、ウェルネスとリエイブルメントに基づいたサービス展開やサービスの開発を望む他の事業者を支援しており、彼らは、地域全体に効率よく自立支援サービスを普及させる地域機能を担う。

4. 西部の取り組み リエイブルメント導入のための試験事業と経済評価

(1) RAS アセスメント者への研修

ビクトリア州と同様に、西オーストラリアにおいても、エントリーレベルの虚弱な高齢者向けにリエイブルメント・サービスを展開している。軽度者向けである在宅及び地域ケア (HACC) プログラムの効果を評価することを目的として、Access Care Network Australia (ACNA) が 2011 年に設立されている。ACNA は保健省からの資金提供を受け人材育成を担い、地域のアセスメントサービス (RAS) ⁸ がリエイブルメントの考えに基づいて実践されるよう支援している、2018 年 7 月 1 日に西オーストラリアの HACC サービスが連邦政府

の管轄下に置かれた後、同政府は、アセスメントのリエイブルメント・アプローチを導入するため、ACNA が異なる州の RAS の 5 か所で研修を実施する試験事業に資金を提供し、またアウトカム調査を行うために外部評価者を任命した。この試験事業は、2019 年末に完了予定である

(2) アカデミアによる経済評価

西部におけるリエイブルメント・サービスは比較的早い時期から学術的に研究され、費用対効果に優れるとされた。パース大学の Lewin 教授らは、リエイブルメント・サービスを受けた高齢者が、当初使用していた支援を必要とするニーズが減少するか、そして、在宅ケアに係るコストは低くなるかについて約 5 年間追跡調査した【6】。その結果、リエイブルメント・サービスを利用したのちはパーソナルケアを受けることが少なくなる傾向にあることがわかった。また、およそ 5 年間で一人当たり平均 12,500 豪ドル以上の費用抑制効果があることを示し、リエイブルメント・サービスの経済的な有用性を支持している。

5. まとめ

(1) 「My Aged Care」による情報提供効率化の成功と取り残された本質的な課題

オーストラリアにおける高齢者介護システムは、生産性委員会の指摘を踏まえて、一元的に情報の管理と提供が可能なウェブシステムを導入した。オーストラリア全域、テリトリーによって異なっていた介護（財源）システムを統合する過程に応じた自然な流れであったであろう。ウェブ公開の前段階でなさねばならない情報の要件定義が国主導で行われたことにより、介護に関する情報は再整理された。また、ウェブ顧客体験の観点からも改善された。イラストと平易な文章を用いていることで、「初めに何をすればよいか」は端的に把握できるようになっている。インタビュー先のサービス提供事業者は、ほとんどの人にとって情報へのアクセスが大変で解釈が複雑であり、確かな情報と不確かな情報が混在していた当時の状況を考慮するならば、介護情報管理の効率化とアクセスの改善は、ある程度成功したといえるのではないかと、一定の評価を与えていた。地域ケアの普及と定着には、正しい情報の発信と地域間の情報格差の解消という正しい情報管理戦略が前提条件となる。My Aged Care の導入は地域ケアの定着に貢献したのではないだろうか。

一方、王立委員会が指摘した問題点は本質的なものだった。利用者の年齢層は 80 歳代を中心であり、若いころのデジタルリテラシーの教育や社会経験がなかった世代である。主たる利用者が利用しにくい状況は早急に改善されねばならない。地域ケアの定着促進の観点から、地域ケアが必要な対象者に適切かつ速やかに行き届くための環境設定は不可欠であることから、この世代に受け入れられる情報提供の開発は、喫緊の改善課題といえる。

(2) リエイブルメントの概念に基づく評価の定着に向けた試み

オーストラリア政府は、利用者本人が在宅で自分らしく主体的に暮らすことを目的に据え、その人の立場にたった評価とサービスの提案ができる評価者を育てるべく、リエイブルメントの観点から RAS 担当者育成プログラムに投資している。望んだ姿の実現に向けてサービス同士が効率よく作用するかどうかは、設定する包括的なゴールの方向に依存する。オーストラリア政府の個の姿勢から、リエイブルメントの概念に基づいた評価とサービスの普及を期待していることがわかる。今後の評価が待たれる。

【注】

1. Australian Government Productivity Commission
2. オーストラリア政府の高齢者介護への支出は、2010年から2050年の期間にGDPの0.8から1.8パーセントに増加すると2010年の世代間報告書で予測されている。
3. 価格は基礎となるコストをより適切に反映し、最も困難な状態にある人々への補助金をより適切にターゲットングできるようになり、ケア間の様々な矛盾や不公平を克服できる、といった副次的な効果もあると述べている。
4. タイトルは、Future reform- an integrated care at home program to support older Australians - という。
5. 第一母国語は英語でなくてもよく、コールした最初に言語を選ぶことができる。
6. The Royal Commission into Aged Care Quality and Safety と称し2018年8月に設立した。
7. オーストラリア全土で地域医療と高齢者介護サービスを提供する歴史のある非営利組織。専門看護、緩和ケア、在宅ケアおよびサポートサービス、在宅病院、および理学療法、足病学および言語病理学などの関連医療サービスを提供する。
8. このサービスは公的なサービスであり、軽度者向けのサービスの適用があるか高齢者のニーズをアセスメントする。

【参考文献】

【1】

Productivity Commission: Caring for Older Australians, chapter 1, Productivity Commission Inquiry Report, 2(58)28, 2011.

【2】

Productivity Commission: Caring for Older Australians, chapter 9.1, Productivity Commission Inquiry Report, 2(58)28, 2011.

【3】

Australian government: Australian Government Response Productivity Commission's Caring for Older Australians Report, Access to aged care, 2012.

【4】

Aged Care Sector Committee: Aged Care Roadmap, 2015.

【5】

Victoria state government: Putting the Active Services Model into Practice, <https://www2.health.vic.gov.au/ageing-and-aged-care/home-and-community-care/hacc-program-for-younger-people/hacc-program-guidelines/hacc-quality-and-service-development/active-service-model/putting-asm-into-practice>.(accessed 2020/03/03)

【6】

Gill F Lewin, Helman S Alfonso, Janine J Alan: Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs, Clinical Interventions in Aging, 8, 1273-1281, 2013.

IV. 韓国

1. 韓国における介護保険制度と軽度者に向けた制度運用

成蹊大学文学部現代社会学科准教授 渡邊大輔

1. 韓国における介護保険制度

(1) 制度導入の背景

韓国政府は、2001年8月に介護保険制度の導入を表明し、2007年4月に老人長期療養保険法が成立、施行され、2008年7月に老人長期療養保険制度（以下、介護保険制度。英語表記は long-term care insurance）を導入した。

この背景には、①急速な人口高齢化と少子化、②要介護高齢者の急増、③高齢者医療費の急増と疾病構造の変容、④女性の社会進出による家族介護力の低下、⑤核家族化の進展と家族介護力の低下、⑥社会的介護サービスの未整備、などがあげられている¹⁾。とくに⑤については介護の脱家族化と社会化を²⁾、⑥については公的扶助層の身を対象とした選別主義的な制度から高齢者全体を対象とした普遍主義的な制度への移行をもたらした。

なお、国際比較上の観点からの韓国の特徴は、医療に比べて手薄となっていた要介護者に対する介護サービス供給を、他国の高齢化状況に比べると相対的に早い段階で提供しようとするキャッチアップ型の社会保障制度であると同時に、類似の制度をもつ日本における財政負担の増大等を踏まえフルサービス型ではなく部分保障的なサービスを提供している。

(2) 制度の目的

韓国の介護保険制度の目的は、老人長期療養保険法第1条に以下のように規定されている。

老人長期療養保険法

第1条（目的） この法律は、高齢や老人性疾病等により日常生活を一人で行うことが困難な高齢者等に提供する身体介護又は生活援助等の長期療養介護給付に関する事項を規定し、老後の健康増進及び生活の安定を図り、その家族の負担を減らすことにより国民の生活の質の向上を図ることを目的とする。

日本の介護保険法第1条（目的）と同様の規定であるが、日本では「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」にすることと尊厳や自立した日常生活が明文化されて規定されており、また、その手段として「国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け」という旨が明記されている。これに対して韓国の条文では、家族の負担軽減を明示している点に特徴があり、「介護の社会化」という目標を掲げているものの条文には加えていない日本に対して、家族介護負担がより重要な論点として挙げられていたであろうことが想定できる。

(3) 韓国における介護保険制度の概要

1) 介護保険制度の仕組み

韓国の介護保険制度は、先行する健康保険制度（1963年に制定、1989年に皆保険、2000年に単一保険者となる国民健康保険公団 NHIC³⁾ に統合）を最大限活用したものである。適用対象は全国民となり、介護保険の加入者は健康保険の加入者と同一である。認定申請可能なものは、①65歳以上の高齢者、②65歳未満であっても認知症、脳血管性疾患など加齢

にともなう疾病を持った者、の2グループとなっている。

表1 韓国と日本の介護保険制度適用対象者

	韓国	日本
適用対象者	全国民 (健康保険対象者+医療保護制度対象者)	65歳以上の第1号被保険者 40～64歳の医療保険加入者(第2号被保険者)
加入者	健康保険加入者 (健康保険料と同一で徴収)	第1号被保険者(原則として、市区町村が年金から天引き) 第2号:医療保険料と同一で徴収
認定申請できるもの	①65歳以上の高齢者 ②65歳未満であっても認知症、脳血管性疾患など加齢にともなう疾病を持った者	①65歳以上の高齢者 ②40～64歳で、要介護(要支援)状態が、老化に起因する疾病(特定疾病)による者
給付認定対象者	一人では6カ月以上の生活が困難なものとして長期療養等級判定委員会から1～4等級の認定を受けた者	

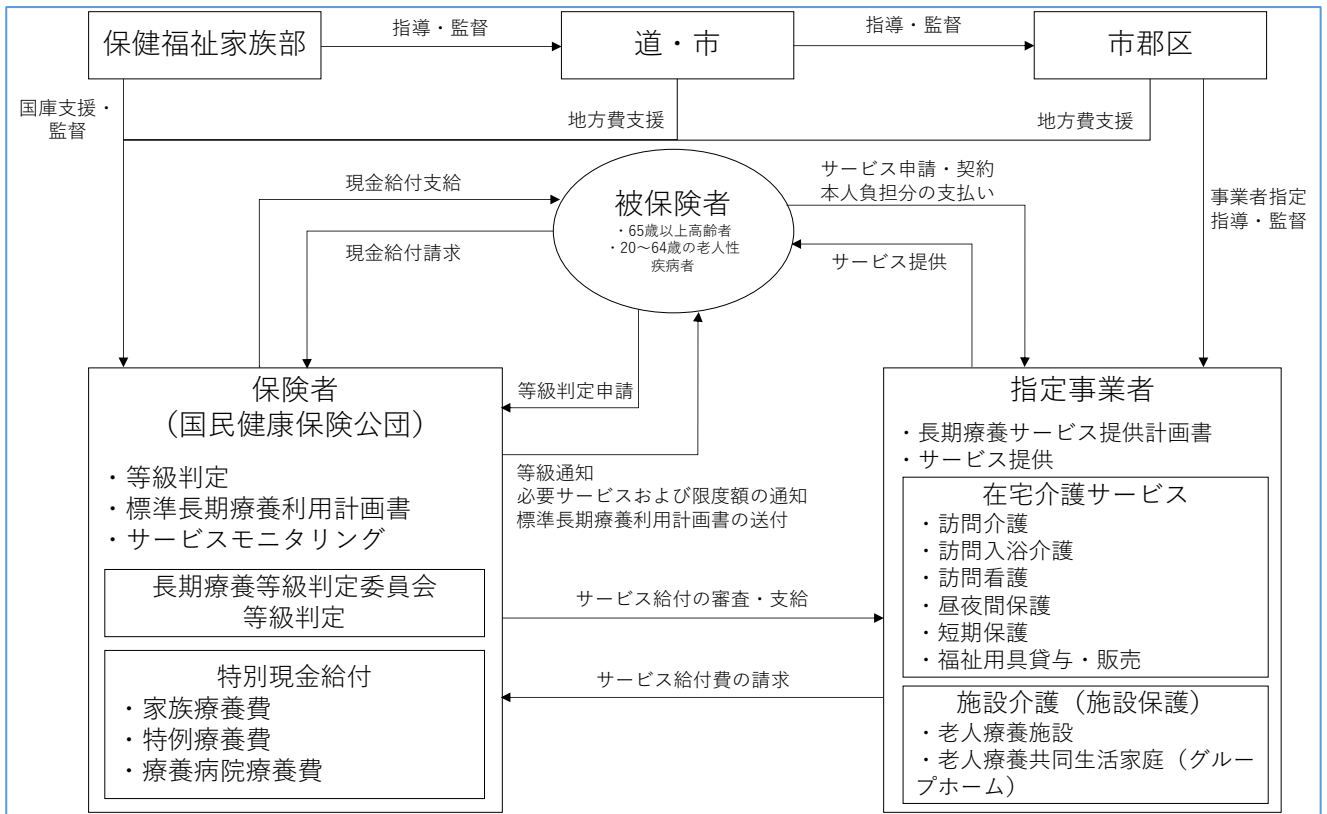
出典) 国民健康保険公団の資料に基づき渡邊が作成

日本と韓国の制度の最大の違いは保険者である。日本は基礎自治体となる市区町村が保険者であるが、韓国では健康保険の保険者でもある国民健康保険公団が保険者となっている。国は同公団への国庫支援および監督の責任を負い、おおよそ都道府県にあたる道や市、基礎自治体となる市郡区は地方費を支援する。また市郡区はサービス事業者の指定および指導・監督を行う。

国民健康保険公団は介護保険制度においては等級判定、等級判定者への標準長期療養利用計画書の作成、および、サービス提供を行う指定事業者のサービスモニタリングを行う。サービスは、等級判定を受けた高齢者が指定事業者と計画してサービス提供を受けるか、制限的な制度ではあるが後段から現金給付を受けることとなる。現物給付については、在宅介護サービスと施設介護サービスがあり、指定事業者は標準長期療養利用計画書を参考に個々に作成した長期療養サービス提供計画書を作成し、この提供計画書に基づいてサービス提供を行う。

財源構成については、国庫負担が20%、介護保険料が在宅65%、施設60%、利用者負担が在宅15%、施設20%となっている(日本は国が施設20%、在宅25%、都道府県が施設17.5%、在宅12.5%、市町村12.5%、保険料50%)。サービス利用時の自己負担は施設介護で20%、在宅介護で10%である。なお、公的扶助の対象者は無料であり、その他補助制度もある。

国民健康保険公団は、被保険者から申請があった場合に等級判定をおこない、制度の対象か否かを決定する。この等級判定については、日本の要介護度と比べると表2のように幅が狭く、ドイツとほぼ同様の心身の状態がサービス対象となっている。2015年8月時点で、高齢者人口の6.8%にあたる453千人が認定されている。なお、等級判定は2014年に見直されており、見直し前は1～3等級のみであり、認定点数は3等級が55点以上75点未満となっていた(1, 2等級は現在と同じ)。さらに2018年より積極的な認知症対応のため、6等級にあたる認知支援等級が新設されている。



出典) 国民健康保険公団の資料、参考文献 1などを参考に渡邊が作成

図 1 韓国の介護保険制度の仕組み

表 2 等級判定の基準

等級	心身の状態	認定点数	日本の要介護度(目安)
1 等級	心身の機能障害で日常生活に全面的な介助が必要	95 点以上	要介護 5
2 等級	心身の機能障害で日常生活に相当部分の介助が必要	75 点以上 95 点未満	要介護 4
3 等級	心身の機能障害で日常生活に部分的な介助が必要	60 点以上 75 点未満	要介護 3
4 等級	心身の機能障害で日常生活に一部の介助が必要	51 点以上 60 点未満	要介護 2~3
5 等級	認知症患者 (老人性疾患に限定)	45 点以上 51 点未満	要介護 2~3
認知支援 等級	認知症患者 (老人性疾患に限定)	45 点未満	要介護 1
			要支援 2
			要支援 1

2) 等級判定と標準長期療養利用計画書

日本の要介護認定にあたる等級判定は、保険者となる国民健康保険公団が実施する。

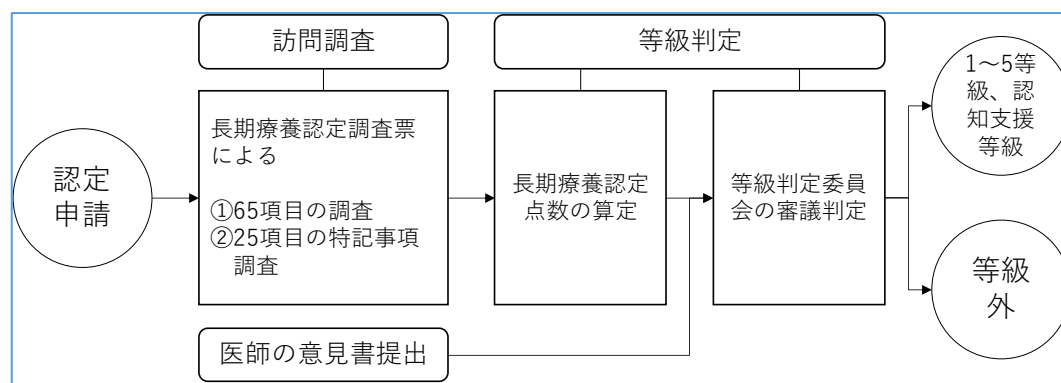
まず利用希望者は国民健康保険公団に長期療養認定申請書を提出する。その後、国民健康保険公団の訪問調査員（看護師・社会福祉士等）が申請者の自宅を訪問し、長期療養認定調査票に基づくアセスメントを実施する（94項目）。

また主治医の意見書も提出する。次に長期療養等級判定委員会が等級判定（コンピュータによる基準特典の算出および1次判定、委員会による最終判定）を行い、1~5等級の長期療養等級か等級外かを決定する。また、等級判定されたものについては、長期療養認定書と標準長期療養利用計画書を作成し、送付する。この標準長期療養利用計画書には、長期療養に

あたって介護必要領域および主な機能の状態とそのため介護目標、介護必要内容、受給者希望給付、標準サービス利用計画および費用（限度額内の費用）などが記載されている。

なお、等級判定後に健康保険公団の訪問調査員が再度訪問することはない。このため、標準長期療養利用計画書は、あくまでもサービス提供の参考資料に過ぎず、サービス提供において「拘束力をもたない」⁴⁾という。また、国民健康保険公団におこなったヒヤリング調査では、標準長期療養利用計画書は判断基準となる「アウトライン」として位置づけられている。なお、この標準長期療養利用計画書は、コンピュータ判定が重視され、訪問調査員の知見があまりもちいられていないとの批判があり、2018年には中核部分がより客観的なプランに変更されている⁵⁾。

長期療養等級の有効期間は1等級が3年で、2等級～5等級は2年であり、有効期間後に必要があれば等級の再判定を行う。



出典) 金明中, (2016). 韓国における老人長期療養保険制度の現状や今後の課題：日本へのインプリケーションは？ <https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=53139&pno=2?site=nli>

図2 認定申請から等級判定までのプロセス

3) 介護保険制度のサービス内容と介護予防支援

提供されているサービスについては、日本と大きな差は見られない。サービス事業者が提供サービスは在宅サービスと施設サービスがあり、在宅サービスとしては、訪問療養、訪問入浴、訪問看護、昼・夜間保護（デイサービス）、短期保護（ショートステイ）、福祉用具の貸与・販売などのサービスが提供され、施設サービスは老人療養施設や老人療養共同生活家庭（グループホーム）で利用することができる。なお、これらのサービスは表3にあるように等級によって利用できるサービスに制限がある。

表3 等級別の利用可能なサービスの種類

1 等級	2 等級	3 等級	4 等級	5 等級	認知支援等級
在宅サービス又は施設サービス	在宅サービス	在宅サービス			昼夜間保護サービス
認知症家族休暇制 一日訪問介護					
特別現金給付（家族療養費）					
認知症家族休暇制；ショートステイ、その他の在宅サービス（福祉用具）					

軽度者でありかつ認知症の人である 5 等級や認知支援等級については、5 等級が認知活動

型の訪問介護、昼夜間保護、昼夜間保護施設内の認知症専担室の利用をでき、認知支援等級については、昼夜間保護、昼夜間保護施設内の認知症専担室の利用のみが可能である。

またサービスを利用できない場合など、家族が介護をする場合には特別現金給付として月15万ウォンが支給される。また、ヘルパー資格を持った者が自分の家族を介護した場合に支給される「家族療養保護費」という制度もある。このような現金給付が韓国の介護保険制度に存在するが、ドイツと異なり利用率、金額ともにその割合は非常に小さく、現金給付は介護サービスを補完するものとして位置づけられている。

介護予防支援（予防給付）については、介護保険サービスの枠組みのなかでは提供されていない。適切なサービスを導入することで状態像を改善し等級を下げたり「卒業」したりする試みについても、ドイツやオランダのように等級が下がることはない仕組みではなく等級を1～2年ごとに見直す仕組みとなっているが、等級が下がってことを評価する仕組みは存在していない。公団へのヒヤリングでは、以前はそのような仕組みが存在していたが、現在は導入されていない。そのため、日本と異なり利用者の状態像を改善していこうとする発想が乏しいといえる。ただし、前述したとおり韓国の介護保険制度は日本に比べて対象者の範囲が狭く、基本的には最期まで制度を利用し続けるという理解がされている。言い換えると、軽度者は次節で論じるように自治体によるサービスの対象となるべきという理解がされている。

4) 自治体による福祉サービス

自治体が実施する福祉サービスは自治体ごとにサービス提供が行われており、原則として医療保険や介護保険との連携はない（例外となる先進的な取り組みについては次節で説明する）。そのため、制度としてすみ分ける形で様々な制度があり、サービス提供が行われている。本節では、敬老堂、老人福祉館、独居高齢者総合支援センターの3つのサービスに焦点をあて、ヒヤリング調査データをもとに紹介する。

① 敬老堂

韓国の老人福祉法には老人福祉余暇施設が規定されている。この老人福祉余暇施設とは、同法第36条において「老人の教養、趣味活動など社会参与活動等に対する各種情報とサービスを提供し、健康増進および疾病予防と所得保障をし、在宅福祉での老人福祉の増進について必要な総合的なサービスを提供する」ものであり、具体的には「敬老堂」「老人福祉館」「老人教室」が老人余暇施設として位置付けられている。

このなかで敬老堂は、もっとも一般的な老人福祉余暇施設である。敬老堂は同法第36条2において「地域の高齢者が自律的に親睦を図ることや、趣味活動、共同作業所の運営及び各種の情報の交換、その他の余暇活動が行われる場所を提供することを目的とする施設」⁶⁾とあり、大韓老人会連合会によって運営されている。全国に57,786か所以上の敬老堂が存在している。

今回の調査では、ソウル市松坡（ソンパ）区可楽洞（カラクトン）にある敬老堂を訪問した。この敬老堂は、10年ほど前にできた新しい団地の1階にある。法律によってこのような大規模団地では必ず敬老堂を設ける必要があるとのことであり、そのため家賃などは支払っていない。

この敬老堂に通う高齢者はおおよそ30人。会員となり月に5,000～1万ウォン（500～1,000円）程度を支払っている。なお、同団地は1,000戸2,300人ほどが居住しており、高齢者は

300人程度であることから、居住者の1割程度が参加していることになる。

敬老堂の管理は自主的な団体がおこなっており、会計や人材募集などを含めてすべて自分たちでおこなっている。室内にはいくつかの机やソファと、簡単なトレーニング道具が置かれている。ここでは、健康体操、歌謡教室、折り紙教室、ハングウ、笑いのセラピーも行っている。さらにコンピュータ教育、映画の上映、お盆の行事、スマート教育、文化活動、ハーモニカや民謡の講演も行われており、高齢者がだれでも利用できる地域との開かれた施設になっている。また、この敬老堂では昼は食事も提供している。この食事は敬老堂が雇った人がつくっており、食事の担い手を探すことには日々苦勞しているという。

自治体からの支援は金銭的支援と人的支援となる。金銭的支援は月3万円ほどの運営費の補助であり、人的支援はソーシャルワーカーの派遣となる。ソーシャルワーカーは25か所ほどの敬老堂を担当しており、活動支援などを行っている。



出典) 国際長寿センター撮影

図3 敬老堂の様子

このように敬老堂は、いわば高齢者にとって最も身近な地域の居場所といえる空間である。その活動は敬老堂ごとで多様であるが、前述したように大規模開発において新しい敬老堂の設置義務があるなど、国を挙げて設置が進められている。

同時に、この敬老堂での健康体操などは専門的な指導が行われているものではなく、介護予防などの色彩は弱い。あくまでも日々を過ごす居場所、交流の場であり、地域のサロンであるといえる。

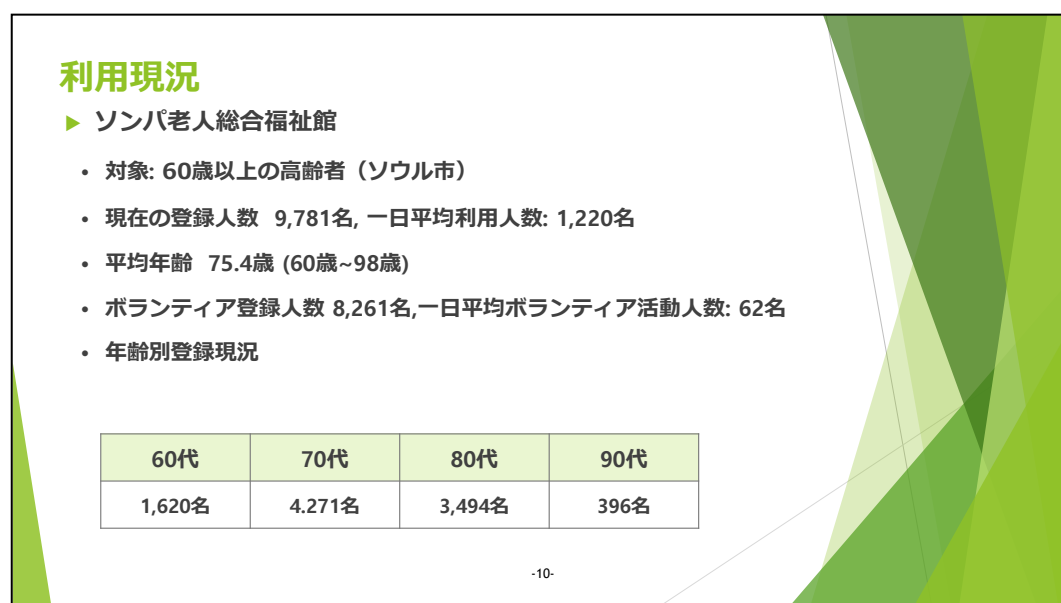
② 老人福祉館

老人福祉館は、前項で紹介した敬老堂とともに老人福祉法第36条にて老人余暇施設として位置づけられている施設である。老人福祉館は、「老人の教養、趣味生活および社会参加活動等に対する各種の情報とサービスを提供し、健康増進と疾病予防、所得補償、在宅福祉、

その他老人の福祉増進に必要なサービスを提供する」⁷施設であり、敬老堂に比べてその規模は大きく全国におよそ 350 施設がある。ここでは本調査において訪問したソウル市松坡区の「松波老人総合福祉館」を事例に紹介したい。

松波老人総合福祉館は、1996 年に設置された老人福祉館であり、「高齢者の人権と尊厳を、人生の先輩として尊重し、家庭的な雰囲気の中、一人ひとりの生活に合わせた包括的ケアを提供し、地域の開かれた施設として高齢者保健福祉事業に貢献する」という運営理念を掲げた大規模組織である。運営法人は、社会福祉法人チャオガン老人福祉財団となっている。

松波老人総合福祉館は 60 歳以上の高齢者が利用できる（図 4）。現在の登録者数は 9,781 人であり、一日の平均利用人数は 1,220 人。70 代、80 代がその大半を占めている。また、ボランティアの登録人数は 8,261 人でありボランティアには年齢制限はない。



出典) 松波老人総合福祉館提供資料

図 4 松波老人総合福祉館の利用状況

松波老人総合福祉館では、様々な教養・趣味活動のための教室が多く行われ、健康体操や IT 教育、習字、陶芸など実に様々な教室やグループ活動が日々行われている。上記の利用人数の多くも、これらの教室やグループ活動に参加している人が多い。松波老人総合福祉館は敬老堂よりもより大きな地域における高齢者の集いの場となっている。

また松波老人総合福祉館は、多様な地域福祉事業も実施している（表 4）。松波老人総合福祉館は館長を含め 84 人の職員が在籍しており、これらの職員が前述した教養・趣味活動の活動を支援する生涯学習活動（生涯教育課が実施）、総務機能を担う総務支援課に加えて、地域福祉課による①老人ドルボミ（生活支援）基本サービス事業、②カスタマイズ福祉サービス事業、③在宅老人支援サービス事業（家庭ボランティア派遣事業）、④在宅福祉事業、⑤老人社会活動支援事業、⑥4 か所の老人共同生活家庭事業、⑦敬老堂活性化事業を実施している。

なお、軽度者への生活支援にあたる老人ドルボミ基本サービス事業については、韓国では老人ドルボミ基本サービス事業（2008 年より制度化）と老人ドルボミ総合サービス事業（2006 年に介護保険制度の補完として制度化）があるが、現在松波老人総合福祉館では老人

ドルボミ基本サービス事業のみを提供している。これらのサービスは介護保険との併用はできず、またこれらのサービス対象となるためのアセスメントは生活管理士がおこなうが、介護保険制度のアセスメントとはまったく異なるプロトコルとなっている。

このほかにも、外部団体との協働で、後述するソウル市の独居高齢者総合支援センターと共同での独居老人社会関係活性化事業や、ソウル市と協働での独居高齢者健康管理ソリューション（IOT）事業、住環境改善事業、美しい動向支援事業、社会福祉法人共同募金会およびソウル市老人総合福祉館協会との協働で、低所得高齢者へのお惣菜支援事業、さらに民間企業との協働プロジェクトなど多様なサービス提供をおこなっている。そのため、松波老人総合福祉館は松波区における地域社会資源のハブの一つとなっているともいえる（図5）。

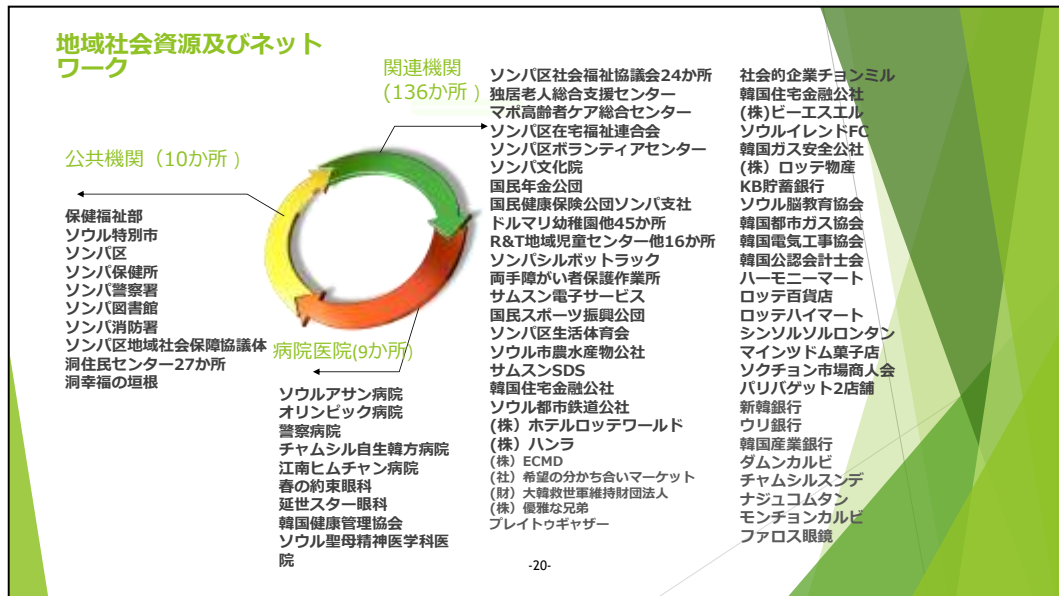
松波老人総合福祉館は韓国中でも先進的な老人福祉館であり、ただ生涯学習事業や福祉事業をおこなっているだけでなく、そこには生活活性化による介護予防や孤立防止などを想定した事業展開を実施している。ただし、介護保険制度との連携などは行われておらず、財源も自治体からの補助金と一部の利用者負担でありまったく別の財源となっている。

表4 松波老人総合福祉館の地域福祉事業

事業名	担当職員	被支援人員	内容
老人ドルボミ（生活支援）基本サービス事業	サービス管理者 2名 生活管理士 48名	1,290名	<ul style="list-style-type: none"> ドルボミ基本サービス対象者：住民登録上の居住地と同居人の有無にかかわらず、実際に一人住まいである満65歳以上の高齢者、所得、健康、住居、社会的接触などのレベルを評価し、保護の必要性が高い順に対象者を選定する サービス内容：週1回家庭訪問、週2回電話での安否確認、生活教育、サービス連携など 無料（供給者支援方式） ドルボミ総合サービス対象者：満65歳以上の高齢者（短期家事の場合、独居老人又は満75歳以上の高齢夫婦世帯）の中、世帯所得、健康状態などを考慮し、支援サービスが必要な対象者を選定 サービス内容：訪問を通じた支援サービス、昼間保護サービス、短期家事サービス 無料~97,000ウォン/月
カスタマイズ福祉サービス事業	社会福祉士1名	258名	<ul style="list-style-type: none"> 老人ドルボミ基本サービス対象者以外の対象候補者の管理 ‘愛のバトン’サービス、住環境改善サービス、独居老人の健康、安全管理ソリューション IOT 事業、お惣菜支援事業等の運営
在宅老人支援サービス事業（家庭ボランティア派遣事業）	社会福祉士1名 在宅管理士4名	28名	<ul style="list-style-type: none"> 家庭ボランティア派遣が発展し運営されている 受給及び独居高齢者の家事サービス、銀行及び行政業務の支援 現在の在宅管理士が全て定年退職した際に事業終了 長期療養サービスへ転換及び連携する予定
在宅福祉事業	社会福祉士2名	29名	<ul style="list-style-type: none"> 事例管理、日常生活支援サービス、老老ケア就業高齢者派遣、社会関係活性化のための集団プログラムを運営 老老ケアの場合、65歳以上の高齢就業者が、地域社会の中の低所得高齢者の家庭を訪問し、話し相手及びお惣菜の配達活動をする
老人社会活動支援事業	社会福祉士1名 専従スタッフ4名	545名	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者就業活動 地域社会の福祉施設、幼稚園などに派遣され社会活動を実施する

			・老老ケア事業として 76 名が在宅高齢者の家庭訪問活動を実施
老人共同生活家庭 (4 か所)	社会福祉士 3 名	11 名	・老人住居福祉事業の一環 ・満 65 歳以上、生活保護を受給している高齢者の心身の健康を維持及び社会的自立支援
敬老堂活性化事業	社会福祉士 1 名	敬老堂 26 か所	・敬老堂の活動の支援

出典) 松波老人総合福祉館提供資料より渡邊が作成



出典) 松波老人総合福祉館提供資料

図 5 松波老人総合福祉館の地域社会資源およびネットワーク

③ 独居高齢者総合支援センター

独居高齢者総合支援センターは、急速な高齢化・核家族化・扶養意識や価値観の変化等により、急速な増加傾向を示している韓国の独居高齢者に対して総合的なサービスを提供するため、2011年に国の保健福祉部の指示のもとで設置された事業である。独居高齢者の介護基本サービスの拠点および総合管理を行っている。ここでは、ソウル市の独居高齢者総合支援センターセンター長である Kim Hyunmi 氏、Chang Seoyoung 部長への聞き取り調査をもとに紹介する。

韓国では、全国の独居高齢者が約 140 万人おり、そのなかで介護が必要な人が全体の約 45.6%、66 万人ほどいる。その内、社会的な危機にある高齢者、脆弱な高齢者が約 20% を占める。66 万人全体への対応が難しいため、危機や脆弱な状況にある 43 万人を支援対象とし、高齢者介護基本サービスなどの事業を提供している。その構図は図 6 のようになっており、介護保険の対象ではない独居高齢者のうちでもとくに危機にある高齢者を対象としている。この意味で独居高齢者総合支援センターの事業は、予防的な意味合いも含めたハイリスクアプローチに基づく施策であるといえる。



出典) 独居高齢者総合支援センター提供資料
 図 6 韓国における独居高齢者の人口推計とその内訳

表 5 独居高齢者総合支援センターによる独居高齢者保護事業

サービス	内容
高齢者介護基本サービス	所得、住居、健康、社会関係が脆弱な独居老人の安全確認および生活教、育、保健福祉サービスへの連携および情緒面での支援を実施
高齢者介護総合サービス	自分で日常生活遂行が難しい高齢者に、家事活動支援または週間保護サービス（ショートステイ）を提供し、安定した老後の生活の保障および家族の社会・経済的活動の基盤を構築する
独居高齢者の社会関係活性化事業	独居高齢者に頼りにできる友達をつくり、うつ病等の緩和のため投薬教育や集団相談プログラム、自助会などのサービスを提供し、独居高齢者の自殺を予防する
初期・潜在独協高齢者への適応支援事業	初期独居高齢者および潜在的な独居高齢者の自立能力向上や社会参与のための老後への準備、自立生活向上、死の準備プログラムなどを提供し、危機や脆弱グループへと陥ることを防ぐ
愛のつながり事業	民間の企業団体のコールセンター相談員ボランティアが独居高齢者とつながり、電話又は訪問と支援物資の提供を通じて独居高齢者の社会的セーフティーネットワークを構築する

出典) 独居高齢者総合支援センター提供資料より渡邊が作成

独居高齢者総合支援センターの主要な事業は大きく 5 つある (表 5)。

高齢者介護基本サービスは、これは老人福祉館における老人ドルボミ基本サービスにあたり、独居高齢者総合支援センターでは独居高齢者に対する定期的な安全確認および保健福祉サービスへの連結、生活教育などを通じて総合的な社会セーフティーネットを構築するための事業であり、事業対象は独居の 65 歳以上の高齢者のうち日常的なリスクに弱く、定期的な安全確認が必要な方、精神が悪くて老人関係のサービス支援が必要な方が対象となっている。ただし、介護保険などのサービスを受けている人は対象とならない。サービスは週 1 回以上の訪問、週 2 回以上の電話により定期的な安全確認を実施している。また、保険、福祉、文化などに対するいろいろなプログラム教育及び情報を提供しており、独居高齢者の保健、

福祉のニーズを把握して福祉サービスへ連結されている。

高齢者介護総合サービスも、これは老人福祉館における老人ドルボミ総合サービスにあたるものであり、介護保険に入る前に自立した生活が難しい独居高齢者に活動支援を提供し、または習慣歩行サービスなどを提供することで安定した老後の生活を支援する。訪問サービスも提供しており、基本的に食事、お風呂、選択、掃除などの家事活動を支援する。なお、基本サービスとの最大の違いとして、総合サービスには本人負担金が発生する。

独居高齢者の社会関係活性化事業は、OECD加盟国の中でも圧倒的に高い高齢者の自殺率（人口10万人あたり53.3人、2016年）を踏まえ、独居高齢者の自殺予防を主眼とした事業である。事業の対象者は引きこもり型の独居高齢者、活動制限型の独居高齢者、うつ病の独居高齢者であり、現在、全国に約100か所の機関があり実施している。

初期・潜在独協高齢者への適応支援事業は、現在は独居高齢者ではないが独居高齢者に侵入する前の対象者を発掘して支援する事業であり、予防的な事業である。事業対象者は初期の独居世帯、疾患を持っている夫婦世帯、障がいのある子どもと同居している世帯などである。これまでは政府の事業として実施されてきたが、限界が指摘される中で近年では民間事業者と共同での取り組みが実施されている。

最後に愛のつながり事業は、ボランティアが週1回以上高齢者に電話をし、安否確認や相談に乗ったりする事業である。この電話は「愛の電話」と呼ばれている。また、その他の独居高齢者保護事業として4次産業を活用して独居高齢者の孤独死を予防し、AIスピーカーなどIT機器を活用した事業も展開している。これらは、孤独死予防の事業とも位置付けられる事業である。

これらの事業の財源は、国が70%を、自治体が30%を負担している。基本的に全国で同一のサービスが提供されているが、細部は地域ごとで異なっている。このように財源は国や自治体によるが、独居高齢者総合支援センター自体は民間団体として位置づけられており、職員も公務員ではない。監査業務などは自治体の実施する。

またサービスの提供は、社会福祉者という資格をもつ職員の監督の下で、とくに資格要件のない生活管理者が実施している。生活管理者には一定の教育（毎年50時間以上）が提供されている。潜在的なリスクをもつ高齢者の発見なども生活管理者がおこなっている。

このように独居高齢者総合支援センターは、リスクのある独居高齢者に特化した社会サービス、生活支援を提供しており、介護保険制度を利用する前に自殺や孤独死等の大きなリスクに陥らないための支援を実施するものとなる。

⑤ 介護保険と福祉サービスの連携の模索

韓国の特徴は、医療保険、介護保険は単一保険者であること、そしてサービス体系が完全に縦割りとなっていることである。これまで説明してきた介護保険制度による介護と、敬老堂や老人福祉館、独居高齢者総合支援センターなどによる福祉サービスは完全に独立した事業となっており、連携はほとんど行われていない。また、軽度者への予防給付のような支援もない。

ただしサービスの縦割りによる弊害や、医療、介護、福祉の連携などの必要性はヒヤリングの中でしばしば語れ、共通した認識があった。そこで、国民健康保険公団地域社会統合健康管理研究班のジョン・ヒョンジン氏の提供資料に基づく、先進的な取り組みについて紹介する。

この新しい取り組みは自治体リーディング事業と呼ばれるものであり2019年に始まった

国による事業である。高齢者が暮らしていた場所で健康な老後を送ることができる包摂的な国家を目指すというビジョンの下で、2025年までにコミュニティケアの提供基盤を構築することを目標としている。そのために、住宅、健康、療養・ケア、サービス連携の4要素を中核的な要素とし、多様なあたらしい取り組みを行政組織の縦割り構造を乗り越えて実施しようとしている。ただし同事業はまだ始まったばかりであり、都市や地方部で、それぞれの取り組みが始まったばかりである。またビックデータ活用による地域診断のためのデータベースを国が準備して活用することが計画されるなど、トップダウン的な要素は残っている。

2. 韓国における軽度者、重度者のサービス提供の実際

成蹊大学文学部現代社会学科准教授 渡邊大輔

それでは、韓国において高齢者が何らかの支援を必要とする／必要とする可能性がある状態となったとき、前節で説明したサービスをだれがどのように提供するのだろうか。

そこで、アルツハイマー協会会長および清岩老人ホーム理事長の李聖姫氏、長期療養制度研究センター副研究員の柳愛貞氏に依頼し、4つのケースについて把握した（表6）。

表6 ケースの概要

No.	ケースの概要
1. 認知症ケース	身体機能、認知機能に障害があり。在宅生活を継続中のケース
2. 急性期ケース	骨折による急性期のケース
3. 生活自立困難ケース	ADLはおおむね自立だが、IADLに問題があるケース
4. フレイル予防ケース	日常生活にほぼ支障はないが、フレイルに近づいているケース

これらのケースについて、以下の4段階について、誰がどのように実施するのか、どのようなサービスを利用できるかについて把握した。詳細は300ページの参考資料の「韓国のケアマネジメントプロセスに関する韓国国民健康保険公団からの回答」にまとめている。

- ①サービス提供開始にあたっての相談業務
- ②サービス提供にあたってのアセスメント
- ③ケアプランの策定、チームケアの実施
- ④ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等

この結果を簡易にまとめたものが、表7である。この表からは、各ケースで対応主体がまったく異なっており、フレイル予防ケースにいたってはサービス対象となっていないことが明らかとなる。

介護保険の対象となる認知症ケースでは介護保険制度の下でサービス提供が行われている。骨折による急性期ケースでは医療保険が中心的な対象となり、介護保険制度の対象とはならない。リハビリテーションも医療保険の対象であり、その間の生活自立の低下などは制度によって保護されていない。また、生活自立困難ケースは日本では要支援1、2の判定を受けられるようなケースであるが、これも介護保険制度の対象とならない。そのため、自治体による老人福祉制度の対象となるが、前節で紹介したように必ずしも万人が利用できるとは限らず、家族がいる孤立した高齢者などには支援の手が差し伸べにくい実情がある。そして、フレイル予防ケースはすべて「なし」となっているが、これは制度が現状ではないことを意味する。

この表からは、韓国の現状は介護保険制度、医療保険制度、老人福祉制度のいずれかに振り分けられ、その制度間の連携があまりなされていないこと、また、フレイル予防のためのリエイブルメントのような集中的な介入策はまだ行われていないことがわかる。

表7 各ケースにおける項目ごとの対応主体とおもな対応方法

	認知症 ケース	急性期 ケース	生活自立困難 ケース	フレイル予防 ケース
①サービス提供開始にあたっての相談業務	介護保険 公団職員	医療保険 病院の職員	老人福祉制度 SW	なし
本人中心のサービス利用の考え 方の担保をどう行うか	職員の判断	なし	老人福祉事業 のマニュアル	なし
②サービス提供にあたってのアセス メント	介護保険 SW	医療保険 なし	老人福祉制度 自治体職員	なし
どのようなタイミングか	SW が標準長期 療養利用計画書 を参考に判断	行わない	行わない	なし
リエイブルメントの判断	長期療養機関の 情報を参考に療 養保護士が判断	行わない	行わない	なし
援助の必要性の確認	長期療養機関の SW が本人・家族 と相談。サービス 提供基準は法で 規定	なし	老人福祉事業 のマニュアル	なし
③ケアプランの策定、チームケアの実施 サービス事業所の選択、サービス調整	介護保険 本人・家族	なし	老人福祉制度 自治体職員	なし
選択における公正性の確保	リストのみを提 供し、本人・家族 が選択	なし	自治体職員の 判断	なし
ケアプラン原案の作成、交付、サ ービス担当者会議	介護保険 公団職員・長期療 養機関職員	なし	老人福祉制度 総合サービス 提供機関の SW	なし
プランでのリエイブルメントの 実施	標準長期量利用 計画書に基づき、 機関が計画策定	なし	SW の判断	なし
④ケアプランに基づく支援の実施、モ ニタリング等	介護保険 公団職員・長期療 養機関職員	なし	老人福祉制度 総合サービス 提供機関の SW	なし

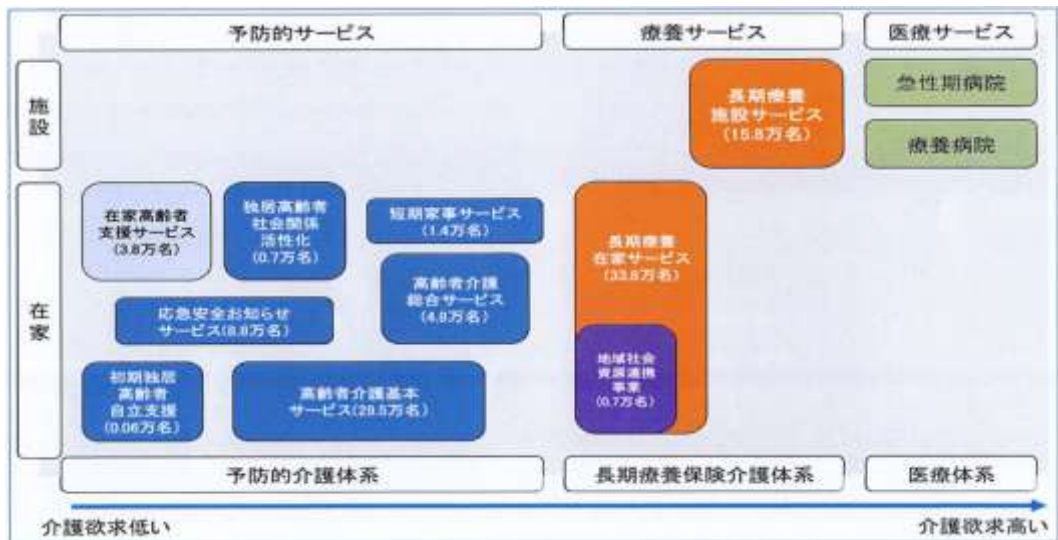
※各セルの上段は制度、下段は担当者を記載

※公団職員：国民健康保険公団の職員、SW：自治体や総合サービス提供機関のソーシャルワーカー

3. まとめ～キャッチアップ型福祉における地域実践の困難と可能性

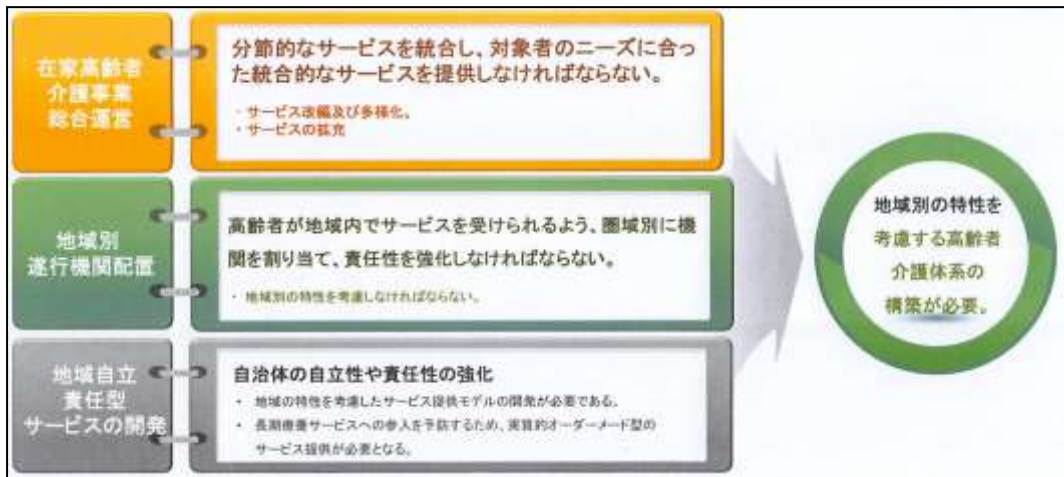
実際このような現状に対する問題意識も大きい。独居高齢者総合支援センターのセンター長である Kim Hyunmi 氏は、韓国の制度体系が縦割りになっており、広い意味での予防的な措置を超えると、もう戻ることが想定されない介護保険による療養サービスに移行すること、また、医療制度は完全に別枠になっていることを説明した（図7）。

そしてこのような縦割りの制度的現状に対して、地域特性を踏まえた横断的な対応が必要であるとしている（図8）。



出典) 独居高齢者総合支援センターからの提供資料

図7 韓国の高齢者へのサービス体制



出典) 独居高齢者総合支援センターからの提供資料

図8 韓国の老人福祉、介護制度の改革の方向性

それではなぜ韓国ではこのような問題が起きているのだろうか。最後に私見をまとめたい。冒頭で述べたように「圧縮型の近代」⁸⁾を体現してきた韓国は、急速に進む高齢化を先取りする形でキャッチアップ型の社会保障制度整備を進めてきた。とくに高齢化対策については、日本をモデルにした老人余暇施設等の整備や介護保険を導入しながらも、財政問題等では反面教師にしつつ、持続性と全国一律を強く意識した制度整備が行われてきた。とくに介護保険についてはケアマネジメントをケアマネジャーに一元化せず、また、軽度者への生活支援は介護保険外の老人福祉館や独居高齢者総合支援センターの老人ドルボミ基本サービス、総合サービスに位置付けるなど、財政負担が課題にならないように配慮すると同時に、日本以上に補完主義的なサービス提供をおこなっている。当然であるが、より限定的なサービス提供をおこなっているため、日本以上に家族や地域の負担は大きくなっていることが容易に推察される。

現在の韓国の介護、福祉サービスにおける縦割り行政の問題は、制度整備を早急に進める

ためには一元的な組織によって効率的に制度整備を進めたほうがよいが、介護予防のような制度横断的な問題にはその一元性がゆえに対応が困難になっているという逆説的な状況がうまれているためと考えられるだろう。保険者が一つであることの効率性と、地域ごとへのきめ細かい対応の両立という矛盾の止揚が、現在の韓国における高齢者施策の最大の課題であるといえる。

そしてこのことは日本においても同様である。地域の自立性を重視することは、地域ごとの多様なニーズの救い上げには重要であるものの、当事者である自治体やその中のサービス提供機関が努力をしなければ、非効率で問題を抱えたまま制度的惰性によってサービス提供が行われてゆく。韓国の問題は日本の問題の写し鏡であるといえるだろう。

【参考文献】

- 1) 林春植・宣賢奎・住居広士編, (2010). 韓国介護保険制度の創設と展開, ミネルヴァ書房.
- 2) 金貞任, (2005). 韓国の介護保険制度の導入, 保健の科学, 47:576-583.
- 3) National Health Insurance Service, [2020年2月26日アクセス, <https://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0101.html>]
- 4) 西下彰俊, (2011). 韓国における老人長期療養保険制度におけるケアマネジメントの課題, 現代法学, 20:175-195.
- 5) 西下彰俊, (2020). 介護保険制度及び在宅高齢者のケアマネジメントに関する日韓比較, 2019年度東京経済大学学術フォーラム 日本と韓国における福祉サービスおよびケアマネジメントの現在, pp.68-74.
- 6) 松下均, (2015a). 介護保険制度の日韓比較雑感その2, 介護保険情報, 2015.7:60-62.
- 7) 松下均, (2015b). 介護保険制度の日韓比較雑感その3, 介護保険情報, 2015.11:64-67.
- 8) Chang, Kyung-sup, (1999). Compressed Modernity and its Discontents: South Korean Society in Transition, *Economy and Society*, 28(1):30-50.

V. 日本への示唆

1. 制度に関する日本への示唆 — 介護保険の展開に係る 2 つの論点

前政策大学院大学教授 小野太一

本稿では 2 つのことを論ずる。

前半では、昨年度の報告（小野(2019-1)）¹において整理した、地域支援事業等の発展により介護保険法の下で提供されることとなった様々な事業を、社会保険制度としての介護保険制度のあり方から見て評価を行うに際し参考となる、1975 年の雇用保険法の制定時における雇用保険三事業（当時）の導入に関する議論の整理を行う。専ら雇用保険法制定時の議論に集中するが、最後にこの作業から得られる、地域支援事業等に係る若干のインプリケーションを述べる。

後半は、本年度の研究班の調査対象国の一つである英国のケア法 2014 を採り上げ、テーマとなっているリエイブルメント概念がどのような文脈で使われているかを分析し、リエイブルメントを介護保険制度に定着させるための制度的な対応の可能性につき、課題を提示する。

1. 介護保険制度における「事業」の位置づけの考察～雇用保険との比較から

昨年度の報告書においては、制度の発展過程を遡り、医療保険制度においても位置付けられている「保健福祉事業」が、介護保険制度においてどのように変遷をとげたかを整理した。そこでは、法制定当初から、①医療保険制度と同様の保険事故が起きることの予防に資する事業や、（施設の運営等）給付対象サービスの利用を確保する事業、サービス利用に係る費用の貸し付けや療養環境の向上等の被保険者の福祉に関する事業に加え、「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」が含まれていたこと、また、②地域支援事業の創設（2005 年改正）と大幅な見直し（2014 年改正）において、医療保険には類を見ない様々な類型 ¹ が加わることとなったこと、を指摘した。またこうした、社会保険制度の本来給付ではない事業の発展を見た制度として雇用保険制度があることも指摘した。

そこで本稿では、まず失業保険制度が雇用保険制度に衣替えをした、1975 年の大改正時における、「雇用保険三事業」の創設に係る議論を整理する。

(1) 雇用保険三事業の創設（1975）時の議論

1) 失業保険法の大改正（雇用保険法制定）の経緯 ² ⁱⁱⁱ ^{iv} ^v ^{vi}

1947 年に失業保険法が制定されて以来、49 年の人的適用範囲の拡大、55 年の段階別給付日数制度の導入、63 年の扶養加算の創設など、制度の拡充が図られてきた。また 1969 年には、雇用保険法への衣替え前の大きな改正として、5 人未満事業所への皆適用化（特定業種から着手）、段階日数制の改正、就職支度金や移転費の福祉施設としての支給等が行われた。

失業保険法創設時から昭和 30 年代においては、敗戦の打撃に加えた復員、引揚等による労働力の過剰状況を基調とし、景気変動や産業構造の変化を原因とした失業問題に対する対応が行われてきた。この間、30 年代後半には本人の自発的意思に基づく移動が増加するなどの変化もあった。

この状況は昭和 40 年代に入り一転し、高度経済成長を背景とした労働力不足基調に入ることとなった。1967 年には一般求人倍率は 1 に達するに至り ³、不況期においても労働力不足基調は変わらないという変化が現れた。こうした「雇用・失業情勢の根本的变化」の下で、

20年代、30年代に重要な役割を果たした失業保険制度も「ほとんどその機能を果しえなくなった」⁴。40年代の雇用・失業問題において重視されるようになった課題としては、(一応完全雇用の状態になったとはいえ)中高年齢層の(再)就職の困難や、産業構造の高度化等に対応した職業訓練、地域間、産業間のアンバランス等が挙げられ、これに対しては、「雇用の質的改善という積極的な役割を解決」⁵する必要が求められるに至った。また制度の問題としては、こうした積極的な政策のツールともなり得る福祉施設を巡る問題に加え、全面適用に係る問題(5人未満事業所へのさらなる拡充、農林水産業等への適用)、日雇失業保険の問題、保険料と積立金をめぐる問題(規模の適正性等)が存在していた。

同時に制度運営上の問題点として、給付と負担の不均衡(女子における若年者比率の高さ等)、季節的労働者への給付の問題(シーズン・オフ期の生活保障)、就職支度金制度の問題(一部の濫給)、これらに対応する公共職業安定所の機能低下の問題等が指摘されるに至った。

こうした問題の存在を背景に、労働省では1973年に学識経験者⁶からなる「失業保険制度研究会」を設置し、同年12月までの間14回の会合を行った。その報告書を基に、労働省において法案を起草、中央職業安定審議会、社会保障制度審議会、中央職業訓練審議会における議論を経て国会に提出、1974年の通常国会では審議未了廃案となったが、秋の臨時国会で成立、1975年4月1日(一部は1月1日)から施行された。

2) 雇用保険三事業の創設

雇用保険法案は制度全般多岐にわたる大幅な見直しを含むものであるが、ここでは本稿の趣旨に鑑み、雇用保険三事業の概要とその考え方に絞って整理する。

雇用保険法案に位置付けられた三事業は、「雇用改善事業」「能力開発事業」「雇用福祉事業」の三つからなる。「雇用改善事業」で具体的に想定されたものは、定年の引上げ等年齢別の雇用改善、季節失業者が大勢いるなどの地域的な雇用改善、産業間の雇用の不均衡の改善、経済変動に伴う雇用調整等のための、事業主への交付金の給付である。「能力開発事業」は、事業主の行う職業訓練への援助、公共職業訓練施設の運営や自治体、訓練を受けさせる事業主への助成、被保険者の自発的能力開発の奨励、再就職促進に向けた訓練、技能検定等技能評価の実施といったものである。「雇用福祉事業」は、移転就職者の住宅設置、相談のための施設設置、教養、文化、体育、レクリエーション等の福祉施設の設置運営、就職に際し必要な資金の貸し付けや身元保証等といったものである。これらの事業を行うため、全額事業主負担で、賃金総額の1000分の3の保険料負担が行われることとされた。

こうした事業は、雇用保険法の創設以前から必要に応じ実施されたものである。特に1955年の失業保険法の改正において、福祉施設に関する規定が明文化され、さらには急速な経済成長下における賃金の高騰により失業保険が多額の剰余を出したため、多様な事業が行われてきた。

一方において、先に述べたように雇用の質の改善に関する積極的な政策の必要性も謳われるに至った。氏原(1984)は、1960年代後半に入り、ハウザー・バロウズの1961年の英国における失業者に係る分析(失業者のうち約16%が就職先の所在地の関係で就職できない失業者であり、さらには約64%が高齢、心身の欠陥(ママ)や熟練の陳腐化のために労働能力が低下した失業者であった)を指摘し、これらは完全雇用水準の下での労働力需給の質的不一致に起因する失業であり、需要不足失業に対して構造的失業と呼ばれること、またこれに対する政策は「積極的」雇用政策又は労働力政策と呼ばれ、1960年代半ば頃から多くの先進工業国で行われてきたことを指摘した。次いで彼は我が国でも根幹においてこれに類似した各般

の政策が行われてきたことを指摘し、この雇用保険法案は、「わが国最初の積極的選択的雇用政策、労働力政策の体系化への試み」であると述べた⁷。

雇用保険法案においてこれらの三事業が明記された⁸。また目的規定においても、従来は失業保険の支給のみが法目的とされていたが、改正後においてはこれら三事業も目的として盛り込まれた⁹。これにより雇用保険法は、「保険事故に対する給付的側面と、保険事故では必ずしもない職業安定サービスの機能を、事業面で一体化させる政策」¹⁰をとったものとなった。

3) 財源

2) で簡単に触れたように、雇用保険三事業の財源は全額事業主負担によるものとされた。その料率について、政府が審議会等に諮った素案においては、賃金総額へのトータルの保険料率を1000分の13とし、うち8を事業主、5を被保険者(労働者)が負担することとされ、求職者給付(失業給付)と3事業の「ミシン目」はつけられていなかった。しかしながら、中央職業安定審議会において「労使の負担する失業給付事業と、他の三事業との区分を明確にし、将来経理に余裕の生じた場合には料率の改訂をも考慮すべきである。」とされたことなどを受け、制定法においては、1000分の3を用いるものと明記された。

また全額事業主負担とされたことの説明としては、これら三事業が雇用保険の適用事業所に対するものであること、対象とする雇用問題は企業の雇用慣行、それを前提とした企業行動や企業戦略に起因するため、企業の得るところが多く、全国民が負担する税によるのではなく事業主単独負担が「当然」とされるとともに、諸外国における類似の事業でも、職業訓練税や雇用税などの目的税や、企業への賦課金によっていることが挙げられていた¹¹。さらにはこうした「目的税的な制度」にすることによって、「企業のビヘービアー(ママ)の是正を図ることをねらいとし、租税を財源とする施策よりも雇用政策上の効果が大きい」ということもあったと説明されていた¹²。

(2) 法案における三事業に対する批判

こうした制度設計とされた雇用保険法及び三事業に関しては、様々な批判があった。

1) 保険原理との関係

最も根本的な批判としてあったのが保険原理との関係、すなわち、失業の予防に資するものであることはわかるが、これは失業という保険事故に対する給付ではない。これも含めて「雇用保険」と称するのは社会保険の概念を拡張しすぎるものではないか、というものである。これは社会保障制度審議会の雇用保険法案に対する答申において盛り込まれたものであった^{13 vii}。

これに対しては、3つの説明がなされた。1つ目はいわば公式答弁ともいえるべきもので、注8で述べた政府の閣議決定前の案からの修正にも反映されている、「三事業はあくまでも付随的なものである」という説明である。この付随性(附帯性)に関しては、用いられる保険料の割合においても、給付に13分の10が用いられる一方で三事業には13分の3しか用いられないという量的な説明と、当時の前例として、失業保険において短期離職者を多数発生させる事業主から特別保険料を徴収する例や、船員保険の福祉施設の費用に充てるため事業主から保険料の一部を徴収する例があり、これらと類似する(主たる事業ではない)ものであるといった質的な説明があった¹⁴。

2つ目の説明は舟橋(1974)において展開されている。舟橋は「三事業が保険原理になじむ

かどうかは問題がある」とはしつつ、「社会保険において対象される事業は、次第に社会経済的な原因に基づくものに拡大され」ており、不十分な教育訓練で就職できないとか、転職のための住宅が得られないことも「広い意味における事故」と考えてよく、それを保険料で賄うのは「決して不合理とは言えない」とした。若干牽強付会と評せなくもないように思われるが、保険事故を広く捉えることで、伝統的な理解による保険原理と親和的なものであるとの説明を試みたものと考えられる。

3つ目の説明は同じ舟橋(1974)、及び関英夫が日本労働研究機構(2001) ^{viii}において述べていた ¹⁵ 現実論である。関はまず「(3 事業に体现した事業は) 付随的業務として非常に制約されてた制度」であるが「ますます必要な施策を世の中の変化に応じて打ち出す必要」から、「雇用政策上必要な施策を大きな柱として掲げて、それに対して雇用保険の財源で、強力に施策を推し進めたい」気持ちが強かったとの問題意識を述べた。そして「例えば、イギリスの雇用税とか、フランスの訓練税とか」「そういう特別の税制を導入して、税制面から雇用政策に手を打っていくのかどうか」ということについて、内部でも議論があったが、「日本ではそう簡単に税制で雇用政策をやり」、使命を果たした後で「次の税制というわけにはなかなかいかない」「新しい税をつくる、目的税をつくることは非常に難しい」という考えがあり、「西ドイツを1つの範として」¹⁶ 新しい保険制度を作りたいという気持ちがあったと述べている。

さらには理論的な批判に対しては、「一国の社会保障制度というのは必ずしも全部理論通りに組み立てられているわけではなく、「保険理論からすればおかしいというようなものも随分入って」おり、行政官として「現実の日本の実情に合った制度をつくるのが第一の目的で、原理・原則にこだわっていたのでは現実の改正はできない」とまで述べていた。舟橋(1974)はこれに関し、「雇用税、賦課金のような目的税を徴収することは、使用者側からの合意を得ることが極めて困難」であり、法案のような形で「処理するのが最も現実的」と称している。こうした、理論的整合性と現実の可能性の選択の中で後者を選んだ、という説明もなされていた ^{17 ix}。

また別の論点としては、「雇用保険」という呼称の問題もあった。失業を保険事故としながら雇用保険と称することへの批判である。これに対しては、疾病を事故としながら健康保険と呼ぶ前例、及び 1925 年の ILO の検討で、失業保険は「失業に対する保険」あるいは「employment insurance」と称しても良いものであるという指摘があったとの説明 ¹⁸ がなされていた ^{19 x}。

2) 費用負担 (別建ての制度、国庫負担、労働側負担)

1) に密接にかかわるが別の論点として、失業保険給付と三事業とを同一の制度内で行うことへの批判として、財源の観点からのものがあつた。そのうちの一つ、主に労働側が主張したこととされる、一つの制度の中で行われることで失業給付水準が削減され、財源が本来は事業主及び国の負担で賄われるべき三事業に転用されるおそれがある、ということに関しては、三事業をあくまでも 1000 分の 3 の範囲で行い、余裕財源は支払準備金に充てると説明された ²⁰。

他方使用者側は、三事業は失業保険とは別個に、一般会計又は労使折半で行うべきと主張したとされる ²¹。これは事業の受益と費用負担に関する懸念が、特に負担が重荷となり得る中小企業から提起されたものであるが、「別建ての事業として、事業主の拠出も得て、一般会計も充当するべき」という考え方は、理論的な観点からも主張された。例えば佐藤(1974) ^{xi} は、三事業について、「労災保険のごとく連帯共同福祉事業として企業サイドの拠出と国庫負

担のみの特別雇用福祉措置法で一元的に運営する方がすっきりはしないであろうか」と指摘した。また角田(1974)は脚注 19 で述べた指摘に関連し、能力開発事業や雇用改善、雇用福祉事業については、「雇用保障」の下で、国又は地方公共団体が一般会計からの支出を財源として補助・分担を行うよう「体系的に整備され、明かにされていく必要がある」と主張した。

一方で氏原・高梨(1974)では、氏原は一般財源か、雇用税等の目的税が適当かは中立の立場ではありつつも「なんでも一般財源に尻を持ってゆくということが主張されますが、失業保険制度や職業訓練制度の持前なり管理の民主化ということからすれば、保険料なり課徴金なりでやる方が適当であるという意見もあり得る」と高梨に水を向け、高梨もそれに対して「何でもかんでも一般財源で支出すべきだということは、制度改革としてはおかしいと思います。(中略)本来の筋から言えば、そのニーズがあり、受益を受ける使用者が雇用税で負担していくのは当然で、保険という考えで行くべきではないと思います。」と述べていた。このように事業主の拠出を主財源とすべきということに関しては政府案の方向性自体を否定するものではないが、その負担の性質としては保険(料)ではなく目的税とするのがふさわしい、というような考え方もあった。

こうした考え方に対しては、先に述べた関(1974)や舟橋(1974)のような現実論からの反駁に加え、(上述の保険事故との考え方とは若干矛盾するが)舟橋(1974)のいう「保険にしても、あるいは雇用税、賦課金にしても職業訓練その他のために使用者が共同連帯で作り出す基金としての性格においては共通」しているため、「保険にするか目的税にするかは本質的な違いはない」とする考え方も示された。さらに舟橋(1974)は、雇用政策に要する費用を一般国民が全面的に(租税による一般会計予算にて)負担するということはかえってすっきりしないとのべていた。関(1974)は、別建ての制度として行うことを「法案の検討過程ではこれも含めて検討を行ったが」、現段階でそうすることへの「国民的合意を得ることが極めて困難」であり、三事業に相当する機能を発展強化させて、保険制度の枠内で行うことが実現性が高いという結論となった、と述べたが一般会計で行うべき事業があることも否定はしなかった。その例示として、「農業政策の推進等によって生じた離農転職者対策や心身障害者の雇用対策等」を掲げていた。また目的税がふさわしいとする高梨は別の江口等(1974)において、財源を事業主負担の1000分の3とする条項を設けさせたことを捉え、「将来1000分の3に関わる事業はここからはずしていく余地をつくった」と述べていた。

3) 運営への労使参画

さらには三事業の運営に関し、氏原(1985)は、労使の意見を十分に反映させるよう、労使が参加する行政委員会によって制度の運営管理が行われるべきであるとの指摘もあったと紹介している。そのためには、発言権を得るためには若干労働者も負担してもいいという意見もあったとされている(高梨) 22。氏原自身は、「歴史も古く比較的労働者の参加が進んでいる健康保険組合や共済組合では(略一引用者)労働者グループのエゴイズムといってもよいほどの権利主張がなされるが、失業保険では、負担の不均衡や不公正があまり問題にならない」としつつ、「失業保険なり職業訓練については、労働者側の参加は非常に重要だと思う」と述べていた。一方において労働組合の実態としては、「参加して、実行を挙げるほどの能力を実際に持っているかどうか。能力は持っている、それだけの意欲を持っているかどうか」と、その姿勢に疑問を投げかけていた。

これに関し遠藤(1975)においては、雇用保険法の施行に関する重要事故については、事前に労使公益の三者構成の中央職業安定審議会の意見を聞かなければならないこととされてい

るとともに、雇用福祉事業を行う雇用促進事業団には労使が参加する運営協議会が置かれていると説明していた。

(3) 小括

以上、1975年の雇用保険法の創設（失業保険法の大改正）に伴う雇用保険三事業の創設について、経緯とその概要、財源をまとめた上で、それへの批判と政府あるいは立案に関わった有識者の説明について述べた。

上記にて多々参考にしてきた氏原・高梨(1974)では、最後に「失保のあり方と社会保障」という小見出しの下で、以下介護保険との関わりで筆者が問題としたい点を、3つの「考え方」を提示することで整理していた。

1つ目は社会保障制度審議会等が示した、社会保険である失業保険は保険制度になじむが、それ以外のものはなじまないで、明確に区別するべきだ、という考え方である。氏原はそれを、制度に就職支度金のような「福祉事業的なもの」「失業者の生活保障という失業保険本来の目的からはみ出したもの」が加わり²³、また季節労働者への給付のような「本来保険制度になじまない」ものに「給付金の相当な部分がくわれること」になったが、「これらを一度失業保険も社会保険であるという立場から整理してみる」という考え方と要約した。これは勿論、上述の佐藤(1974)、角田(1974)、氏原・高梨(1974)が述べているような、失業給付と積極的雇用施策を明確に区別する際に、それらを別建てのものとするべき、またその際には事業主負担で行うにせよ、本来は雇用税等の形とすべきとする発想と共通する。

2つ目は「社会保障的」「生活保障的」と表現する「失業保険が社会『保険』である」という考え方は今や古いものであり、「保険原則というような考え方にこだわるべきではない」とする考え方である。この考え方からすると、本体の失業給付関連で行われた、季節労働者に係る給付や30歳未満被保険者の給付日数の削減などは批判されるべきものとなる。ここでいう「社会保障的」とする考え方は、鳥谷(1974)²⁴に見るような、失業保険制度研究会の報告書を「経済機能主義的であり、生存権・勤労権理念に基づく社会保障目的の観点からの検討を著しく希薄にしている」と批判し、さらに国民経済的規模の機能を有し、労働権保障理念に基づく雇用保障に関わる雇用対策事業を、国の一般会計の負担においてなされても不合理ではないにもかかわらず、「一般会計からの持ち出しを極力抑えることを合理化しようとするところにある」と労働省の政策意図を批判する考え方と通じるものと考えられる。

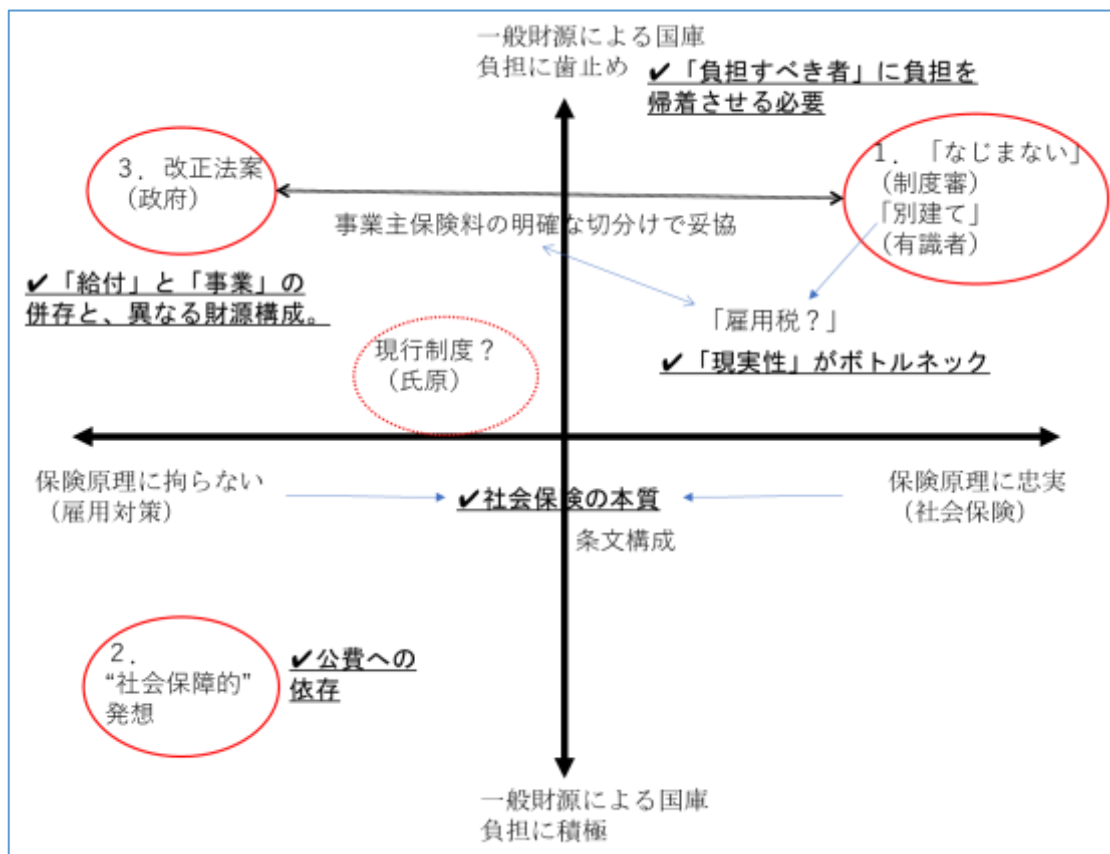
3つ目は改正法案を積極的に支持するもので、現代の失業が構造的なものとなってきたとの認識の下で、労使が構造変化に速やかに適応できるような「積極的な政策を多面的に行うべきであり」、それを「総合的かつ一元的」に行うことが望ましいとする考え方である。これによると、「失業保険を社会保険のわくに留めておくことは古くさい」ということになる。2つ目の考え方とは費用負担の在り方については考え方を異にするものの、社会保険の考え方に囚われることへの疑問という点は同様と考えられる。

実際の制度創設に際しては、3つ目の考え方（いわば労働省の考え方）と1つ目の考え方（いわば原理的な考え方）との間で、事業主負担によることが望ましいが、現実問題として社会保険料の事業主負担という手段以外の財源調達方法を導入することは困難であり、かつ2つ目の考え方のような、「制度改革した場合に、やたらに財政赤字の尻を国の一般財源にもっていくという」、日本に「根強い」考え方（高梨）を問題視するという点を共通としつつ、合計1000分の8の事業主負担に、失業給付分と三事業分の間にもシン目を入れることで合意（妥協）が成立したと見ることができる。

なお氏原・高梨(1974)では、最後に氏原が自身の制度に係る見方として、広域延長給付や職業訓練延長給付、技能習得手当、寄宿手当、移転費等当時の失業保険制度において認められている給付は、「失業者の生活保障」だけでなく「雇用対策的性質」があり、雇用保険法前の失業保険法においても、純粋な失業保険以外の部分が含まれていると指摘している。そして彼は「極端に言えば、その時々雇用・失業情勢の必要に応じて、もっとも有効だと考えられる事業を行なう」ような柔軟な対応を「保険原則ではない原理」の「具体化」として述べていた。それに対し高梨も「この雇用保険法は最終案にしても、はたして古典的な意味では保険といえるかどうか疑わしい」とし、その例として、任意退職者についても失業給付を適用することを挙げつつ、法案について「性格があまりはっきりしないまま雑炊的」に成立していると評価し、「どういう思想で(雇用保険)制度を再構成していくか問題」と提起していた。これは、第3のものとして紹介した労働省の法案に関する考え方に近いが、そもそもの失業保険制度が相当変質していたことを改めて提示したものと理解することが可能である。

以下に、雇用保険法案に関する、当時の関係者の考え方に係る構図を示す。

【図 雇用保険法案を巡る考え方の位相】



まず水平方向に「保険原理」への忠実さの度合いをおいた。「保険原理」に関しては、それこそ後に述べるような定義を巡る理論的な論争が存在するが、さしづめここでは、一定の保険事故に対して、あらかじめ決められた保険料の負担の対価として給付を受けるという考え方と一応理解しておく。そして垂直方向には「一般財源による国庫負担」への考え方として、「歯止めをかけるべき」とするものと「積極的」なものとを分けた。

次いで上記の3つの考え方を置いた。1つ目は右上(保険原理に忠実・一般財源には歯止め)、2つ目は左下(保険原理に拘らない・一般財源に積極的) 24 xiii xiv、3つ目は左上(保険

原理に拘らない・一般財源に歯止め)となる。そして最後に加えた氏原の現行制度に関する考え方を、左上やや下に置いた。

さらにいくつかのコメントを書き加えている。改正法案は、本体の失業給付については労使折半であり、国庫負担を伴うものとする一方、三事業に関しては事業主が負担する保険料と、「給付」と「事業」を併存させ、かつそれぞれと別々の財源構成とした。右上の「別建て」論者が主張したのは、保険原理にはなじまないが、事業主が負担すること自体は妥当であり、本来的には諸外国にならい雇用税、訓練税、賦課金等の別の形での負担を集めるべきというものであったが、その現実性、実行可能性、コンセンサス形成への困難が存在し、事業主保険料を明確に切り分けて条文化することで、有識者の理解を得た。両者は事業の性質上、事業主に負担を帰着させる必要性を共有していた。さらには、三事業に関し一般会計が負担することへの疑問や、ひいては公費に依存する発想に流れがちな傾向について批判的であることも共有していた。但し両者においては、そもそも社会保険の本質ともいべき「保険原理」に関する根本的な発想の違い、即ち三事業のようなものを社会保険制度の一部に取り込んで運営することについての是非に係る異なった考え方が存在した。

(4) 介護保険制度への示唆

1) 介護保険との相違点

以上簡単ではあるが、雇用保険法創設時の雇用保険三事業をめぐる議論をまとめた。以下介護保険制度の地域支援事業への示唆を得る作業に移るが、その前に認識しておくべき大きな違いは、制度全体の財政規模と、これらの事業規模の相対的な違いである。

雇用保険三事業については、その保険料率が1000分の3(全額事業主負担)であり、当時一般の失業等給付の保険料率が1000分の10(ただし労使折半)との比は3:10と、約3割の大きさであった。その後も財政状況に応じ合計の料率は上下したが、規模の大きさは約2割から5割の間を前後している²⁵。一方において介護保険制度における地域支援事業は、「介護保険事業年報」が直近で公表されている2017年度においては、総合事業の全市町村への移行等を受け前年度に比べ急伸しているものの、保険給付費との比率は4.66%にとどまっている²⁶(参考資料1参照)。ただしこのことは、介護保険制度における地域支援事業の重要性を減じるものではない。事業の重要性は財政規模で図られるものではないことはもとより、そもそもの財政規模の違いから、費用の絶対額にしても同等と言い得る金額となっている²⁷。ただし、雇用保険三事業の「付随性」を説明する際に関(1974)が援用した財政の相対的規模感、地域支援事業に関してはよりよく妥当することは認識しておく必要がある。

もう一点指摘しておくべきことは、財源構成である。雇用保険の場合は、本体の失業給付は「労使+公費」であり、雇用保険三事業は「使用者負担のみ」であった。一方で介護保険の場合、保険給付は「一号保険料+二号保険料+公費」、地域支援事業のうち現在の介護予防・日常生活支援総合事業となっている事業以外の事業(包括的支援事業等)は「一号保険料+公費」となっている。いずれも「事業」において費用負担者が少なくなっているが、介護保険制度においては公費負担が存続し、さらに言えば、地域支援事業のうち対象となっている事業に関しては、公費負担割合が通常の給付よりも高くなっていることは念頭に置かれるべきである。

2) 制度設計と批判の類似性

その上で、雇用保険の三事業（当時）と、介護保険の地域支援事業を比較すると、その構図の類似性が浮かび上がる。例えば両方とも、本来の法が予定している保険事故（失業、要介護状態）の予防や被保険者の福祉の増進という観点から端を発した事業が進化を遂げ、幅広いものを包含するに至った。またその財源構成においては、地域支援事業の方が本来給付により近く、公費負担も相当行われているが、それぞれに相応しい財源の在り方とするため、保険事故に対する給付とは異なる財源構成の事業を1つの法の中で共存させている。さらにはそうした構成とした理由として、本来給付とこれらの事業を一体的に進めていく政策上の必要性が要請されていることを挙げている点も類似している²⁸。

また、こうした制度構成に対する批判も類似のものがあつた。地域支援事業の創設を含む介護保険制度の改正法案が国会で議論されたのは2005年の第162国会であつたが、そこでは例えば、「原則的な議論かもしれませんが、保険はリスクに対応する、それから、予防ですとかあるいは不特定多数に提供するそうしたサービスは税でという、社会保障制度の制度を仕組む場合にそうした原理的な、原則的な議論があつたわけです。そこが今回の介護保険、（略—引用者）どこまで税なのか、どこからが保険なのかというその論理的な整理がされてなくて、状況適応的な制度の改変がされている」²⁹、「介護保険の財源の中で地域支援事業まで含めることが、本当に介護保険の内容として正しいかどうかというのは、私は疑問なんです。ですから、もしも地域支援事業をやるのであれば、介護保険とは別建てで法体系をつくって、それで皆さんから拠出を仰ぐべきではないのか（略—引用者）これは介護保険の考え方とはちょっと切り離して考えて、同じ法文の中に入れるべき内容ではないのかなと思っている」³⁰、あるいは、「保険と税金の関係がきちっとした定義あるいはきちっとした原理によらずに、ずぶずぶにこれらなっていくのではないかという懸念」³¹がある、といった批判があつた。これに対しては政府からは、保険料だけではなく国、都道府県、市町村の公費も用いて予防等に使うものであり、十分に成り立ちうるものであること、また保険者である市町村や労使、医療保険者からの意見を聞き、「介護予防、新予防給付とあわせて、約一割程度の将来の給付費増を抑制する効果」³²を見込み関係団体の理解を得たものであること、ただし介護保険財政に対する影響を考えた上で、一定の歯止めを考えたい、といった答弁がなされていた。

3) 理論面からの整理

地域支援事業の創出時に上記のような議論があつた介護保険制度であるが、それではそもそもその介護保険の給付自体に係る「保険性」、即ち上記の国会質問に見る「保険はリスクに対応する、それから、予防ですとかあるいは不特定多数に提供するそうしたサービスは税でという、社会保障制度の制度を仕組む場合にそうした原理的な、原則的な議論」というのはどう整理され、どの程度確保されていると評価すべきであろうか。

この点に関しては新田による先行研究^{33 xv}がある。新田は社会保障法学の代表的な3つのテキストに基づき社会保険の定義と特徴、及びその長所と短所を整理したのち、介護保険の保険給付に係る「保険性」を吟味している。それを要約すると、①社会保障法学における社会保険の教科書的理解のポイントとしては、『保険の技術』の使用」「収支相当の原則の妥当（給付・反対給付均等の原則の非妥当）」「原則強制加入」「私保険との対比で、強制加入によるメリット」「社会扶助との対比で、対価性によるメリット」の5点がある、②このうち「(大数の法則に基づくという確率計算という)『保険の技術』を用いて、収支が均衡するように保

保険料額を事前決定するという意味での『収支相当の原則』はあまり妥当せず、また『強制加入』や『給付・反対給付均等の原則の非妥当』は、(私保険と共通するという意味での)「保険性」というよりは「社会扶助性」とでも呼びうるものである、③よって介護保険における「保険性」は個人レベルでの「対価性」、すなわち「被保険者の保険料拠出が当該被保険者の受給の直接の根拠となる」ことしか残らない、④そうした性質の制度を「保険」と称する理由としては、「保険技術を用いる制度としてのイメージを帯びさせて制度への国民の支持を取り付けること」「(相互扶助を主目的にしているにもかかわらず) 自助意識と権利意識を強め、保険料拠出への納得感を高めること」「保険が資本主義的制度であることから、介護保険が自助の制度との思いを被保険者が強めること」が挙げられる、とするものであった。

また保険給付ではなく、本稿で問題とする保健事業等について、その拡大に係る懸念を指摘したものに堤(2018)^{xvi}がある。堤はここで高齢者医療確保法における特定健康診査・特定保健指導と「同様の問題」、すなわち、受給権とは結び付かない事業に保険料を充てることがそもそも目的外(例外)であり、許容されるにしても被保険者の同意手続きが必要であるのになされることなく義務化されているという問題があり、さらに「保険においてはわき役であるはずの事業が給付と同様に主役を張るかのごとき説明は本末転倒」と批判している(下線筆者)。そしてそうした政策の指向性について、財政制約の下で「給付費を抑制したい」という政府の主観的意図に理解をしつつも、『連帯』としての保険契約という社会保険の基本よりも、国の法律に基づく行政的な制度という側面が重視されるために、「社会保険の原則に対して無頓着」になっていると述べていた。また堤はここで「社会保険の基本的な在り方」として、被保険者自身による『連帯』や保険財政の自律性と当事者である被保険者の参画、給付の保障性の確保とともに「保険料との対価性を失わないこと」を挙げていた。

新田(2012)、堤(2018)に共通するキーワードとして「対価性」が、ここで浮かび上がる。本稿で主眼に置く雇用保険三事業や地域支援事業は、保険給付本体ではなく、制度としては「わき役」(堤)ではあるが、保険料負担に対する「対価性」を意識していることは、その財源構成と(実際の帰着は別途の議論があり得ようが)制度に係る説明ぶりから言い得よう。すなわち、雇用保険三事業は事業主拠出のみで賄われているが、これには「企業の得るところが多」いためにそのようなものとした、との説明がなされている。この「得るところ」とは、まさしく保険料負担に対する対価を意識したものである。また地域支援事業の現在の介護予防・日常生活支援総合事業となっている事業のみに二号保険料が含まれていることについては、二号被保険者(及び被用者の場合は社会保険料を医療保険を通じ間接的に負担する事業主)からした場合に、介護予防・生活支援サービス事業が二号被保険者に対する訪問型サービスや通所型サービスといった「給付」がなされるものであること、また一般介護予防事業での通いの場への65歳未満の参加も「妨げるものではない」とされていること³⁴から直接的裨益の説明も可能ではあるが、同時に「介護保険給付抑制効果」を挙げる説明もなされている^{35 xvii}。雇用保険三事業で言えば、前者は雇用改善や職業能力訓練に係る事業主への直接的な給付が該当し、後者は職業訓練団体等に対する助成や雇用福祉に関わる事業への説明に相当しよう。逆に言えば、これらの事業は、保険料負担に対する一定程度の「対価性」(相当間接的なメリットも含めて)が説明できるので、事業としての実施に対し、保険料負担者からの納得が得られている、という説明も可能である。

4) 検討

上記において、地域支援事業を介護保険制度内の事業として存立させることについて、一定の説明が成立しようと整理した。しかしながら、このことは「べき論」、例えばオランダのWMOのように、軽度者に対する給付は長期ケア保険(WLZ)や医療保険(ZVW)から切り離し、公費財源で運営する制度とすべきである、という意見に対し、それを否定する論理ではない。

一方で、地域支援事業に関し、筆者は堤(2018)の「わき役であるべき」という考えは、彼が「保険においては」という前提をつけている限り、すなわち、制度論として「事業」が「給付」の「わき役」としての位置づけとされることは首肯する一方で、政策論としては「わき役」の地位に押しとどめたままにするべきとは考えていない。昨年度の報告書でも述べたように³⁶、これらは今後の超高齢社会において、個人の生活の可能性を広げ、結果としてコミュニティを活性化し、社会をより豊かなものとしていくため、より積極的に展開されるべきものであり、特に「リエイブルメント支援」を強力に進めていく必要があると考えるためである。

とはいえ昨年の報告書でも事業部分を介護保険から切り離すことについては消極的であると述べた。その理由として、介護保険料財源を「事業」にも用い、給付と事業を一体のものとして進めていくことを挙げた。現時点でもその考え方に基本的に変更はないが、本年度の検討に即し、その理由を以下の3点に要約した。

- ①給付とは違うが、多少なりとも「対価性」があると認められること、
 - ②「税」「社会保険料」以外の負担（連帯税的なもの）を求めることの困難性、
 - ③（関連して）相互扶助目的での拠出制度の不在、
- ①に関しては上記で繰り返し述べた考え方と基本的に同様である。

②について、雇用保険の創設時においては大いに議論となったが、介護保険の事業に関しては取り沙汰されていない。これは、雇用保険の三事業とは異なり、介護保険制度が従前の老人保健法の下での保健事業や老人福祉法によるサービスの流れを受け継いで成立したものであり、また保険者が市町村であり、地域支援事業が公費負担にもなじむものであるためと思われる。一方で、筆者は現在の財源形式は、少なくとも介護予防・日常生活支援総合事業に関しては、税方式からくる財政制約との関係、及び現在の制度で体现されている負担の帰着の面から、今後の超高齢社会では当面正当なものとする。しかしながら、この評価は、「税」「社会保険料」以外での一般的な拠出のスタイルとして、最近では企業主導型保育事業の財源ともなっている児童手当の被用者向け給付に対する事業主拠出金以外のものが我が国においては見当たらない故のものである。しかもこれは事業主の負担だけであり、現在の介護保険の一号保険料や二号保険料の被用者負担のようなものではない。なので雇用保険創設時に議論のあったような、別形式の負担制度が実現するよう理論的な整理が迫及されることが望ましいという考え方に魅力を感じる。他方、そうした帰着点の創造は現実のものとなっておらず、よって「保険料+公費」のスタイルを維持すべきであるとする。また現在実現している負担構造については、理論と現実との調整の結果であるとの評価が与えられるべきであると考えている。

③は②から派生した問題意識ではあるが、この点は新田(2012)で展開されている、『強制加入』や『給付・反対給付均等の原則の非妥当』は、(私保険と共通するという意味での)「保険性」というよりは「社会扶助性」とでも呼びうるものである、との考えに影響を受けている。筆者は介護予防・日常生活支援総合事業に関する財源が当面妥当であると上で述べたが、本来的には総合事業で展開される様々な事業は、現在二号保険料が含まれていない包

括的支援事業についても、相互扶助の仕組み、すなわち、自助の仕組みとして確率計算に基づき保険料を拠出し、自身も見舞われるかもしれないリスクに備える保険という考え方ではなく、共助の手段としてお互いに費用を負担し支え合うという考え方を基に実施されるべきものとする。今後の政策展開の中で、地域包括ケアから地域共生社会の実現をスローガンに、介護保険で行われているサービスと他の地域福祉事業等を融合して一体的に提供していくことを目指す場合には、財政制約を伴い給付と負担の直接的な関連性が見えにくい一般財源よりも望ましいものとする。そのためには、それを利用する人々間における相互扶助意識と、拠出に係る納得が欠かせない。だがそうした性質の拠出金をプールし、強制加入の相互扶助事業の財源として用いる、租税ではない負担の一般的な仕組みは上記のように現在はない。そうである以上、社会保険制度の一つである介護保険事業の「わき役」というポジションのまま、社会保険料と公費を財源に当面進めていくことが妥当である、という他はないように思われる。

ただし新田(2012)が展開する上の議論は、「社会保障法学の代表的な3つのテキスト」による「社会保険の定義と特徴」から導かれたものであるが、この点に関し彼は、これが(昨年の報告書で筆者が展開した)近藤文二の「共通準備財産説」に基づくものであるとした上で、「その後」の庭田範秋や真屋尚生により保険学分野で発展させられた保険の定義の存在を考えると、社会保障法学として今も近藤の説に依拠して規定してよいか「吟味が必要であろう」ともしている。筆者は近藤と同時代の別の論者の意見として、小野(2019-2)において、戦後初期の社会保障制度の確立期に近藤文二と並び有識者として双璧をなす指導的立場にあった末高信の戦前期からの社会保険概念をまとめた。末高の主張は戦後のある時期において変転するが、少なくとも戦後初期までの考え方は『経済生活平均説』と言われるものであり、端的に言えば拠出を社会保険の要素とするものではなく、社会的救済との違いを、あらかじめの財政的準備を必要に応じて計画的に行う点に見出すものであり、より広いものであった。新田(2012)が図を引用する小川(2008)xviiiにおいては、この『経済生活平均説』や近藤の『共通準備財産説』が唱えられた時代(「産業資本主義の段階」)の次の金融資本主義から福祉国家の時代における保険概念に係る詳細な検討が行われている。それは新田(2012)における「その後」の時代のことである。保険概念に係る保険学の観点からの発展過程の吟味は筆者も必要であるとする。他方で社会保障論の立場からすれば、「税」「社会保険料」に二分され、我が国ではわずかに児童手当等の事業主拠出金に見る形でしか発展を見ていない第三の財源に関し、小川(2008)が特に詳細な検討を加えている庭田範秋の議論なども視野に入れつつも、より根源的に、我が国の社会保障概念の確立に尽力した近藤や末高の時代に遡った上で、今日的な文脈に即し、理論、実務双方の立場で考究する必要があるとする。

2. 英国「ケア法ガイダンス 2014」に見るリエイブルメントの特徴と我が国への示唆

後半ではまず、英国ケア法 2014 (Care Act 2014) (以下単に「ケア法」)の施行ガイドラインである“Care and support statutory guidance” (以下「ケア法ガイダンス」)において、当研究班の主要関心事項であるリエイブルメントがどのような概念のものとして取り上げられているかを整理する。

次いで、我が国においてリエイブルメント・チームと類似するものと整理されている^{37 xix}一方、その普及が課題とされているサービス事業の通所型サービス C に関し、ケア法のような位置づけで実施するとした場合の制度上の問題点を整理する。

その上で、ケア法のような形でのリエイブルメントの前置、具体的に言えば軽度者支援に

において通所型サービス C を他のサービスに前置することを、介護保険制度の下で実現する手法として、現在進められている、愛知県豊明市の実践³⁸のようなベストプラクティスの横展開、すなわち、市町村の意欲と創意工夫、努力への依存ではない形で普及するとした場合、どういった制度上の対応が考えられるかを検討し、最後にその提案の有する含意に関し触れる。

(1) リエイブルメント前置と介護保険の特質

1) ケア法ガイダンスに見るリエイブルメント

① リエイブルメントの定義

ケア法ガイダンスは、ケア法の施行に当たる地方自治体(local authority)が如何にして人々のウェルビーイングと自立を助長し、依存を減らすため、どのようにすれば自ら、あるいは地域組織やコミュニティ、住民自身と協働してその責任を果たすことができるかを規定するものである(2.2)。そして提供されるケアや支援は積極的にウェルビーイングや自立を助長するよう機能する必要があると、ケア法 2014 の目的を謳っている(2.1)³⁹。

ケア法ガイダンスにおいては 39 か所においてリエイブルメントという語が登場する⁴⁰(参考資料 2 参照)。リエイブルメントの定義は以下のようにされている(2.12)

「自立しての生活を支援するため、ケアや支援の専門家をメインとしたチームにより、個人の家で提供されるサービス⁴¹」

この定義は National Audit of Intermediate Care⁴² の定義によるものとされているが、ここではリエイブルメントとは、リハビリテーションを含む中間ケアの一形態であり、中間ケアにはリエイブルメント以外にも「危機対応(crisis response)」、「在宅での中間ケア(home-based intermediate care)」、「施設での中間ケア(bed-based intermediate care)」があるとされている。「在宅での中間ケア」の定義は「主に看護師やセラピストといった医療関係職種からなる、異なる専門家からなるチームにより個人の家で提供されるサービス」とされている。

個人予算(パーソナル・バジェット)について説明した個所においては、中間ケアは「主に高齢者に対し退院後、あるいは入院のリスクがある際」に提供されるもので、「病院と在宅を結ぶもの、あるいは、地域サービス、病院、GP、ソーシャルケアといった異なる保険医療福祉システム間を結ぶもの」とされており、そのうちのリエイブルメントは「中間ケアの一種で、特にセラピー(therapy)や軽易な適合化(minor adaptation)を通じ、ニーズを減少させるために心身の能力(skills and capabilities)を取り戻すために行われるもの」(11.17)と整理されている。さらにこれらの 4 種類の間接ケアサービスは確固としたカテゴリーに分類されるものではなく相互に重複し、その提供に際しては医療とソーシャルケアの専門家の協働が求められるとも指摘されているが、歴史的にリエイブルメント以外の 3 つは医師による指揮の下(clinician-led)医療スタッフにより提供される一方で、リエイブルメントは自治体により提供されているともされている(11.18)。

また Age UK が発行するリエイブルメントに関する資料^{xx}において、「在宅での中間ケア」が「ほとんど(predominantly)医療専門職により提供」とされている一方で、リエイブルメントは「特別に訓練されたソーシャルケアの支援スタッフが毎日訪問する」とされている。さらに NICE のガイドライン^{43 xxi}では、「多職種からなる(multidisciplinary)チームにより提供されるが、基本的には(most commonly)ソーシャルケアの実践家により提供される」とされていることから、保健医療福祉の垣根を超えた形での支援が志向される中間ケアにおいて、

リエイブルメントとは、中間ケアの中においても、自治体が提供するソーシャルケアの分野で、保健医療福祉の協働によるサービス提供に力点が置かれたものを総称していることがわかる。

② リエイブルメントの機能 (1.アセスメント前の段階)

ケア法ガイダンスにおいては、ウエルビーイングの助長以外の重要なコンセプトの一つとして、本人の考えの重視、支援の決定に際してのあらゆる状況の考慮、個人参加等と並び、「ケアや支援へのニーズ発生の予防や遅延、及び既存のニーズを減少させることの重要性」⁴⁴を掲げている(1.14)。この予防について、ケア法ガイダンスは、第一段階として「予防：初期の予防とウエルビーイングの助長」、第二段階として「減少：第二期の予防と早期の介入」、第三段階として「遅延：第三期の予防と正式な介入」の三段階を掲げている(2.5)。第一段階が「現時点において特段の健康上、あるいはケアや支援のニーズを持たない者」(2.6)、第二段階が「ニーズが生じるリスクが増している者」(2.7)とされている一方で、第三段階は「既に健康上の問題が確立している、あるいは複合化している者」を対象として「能力を回復し、可能な範囲でニーズを維持、減少し、障害や能力の低下の影響を最小限とする」支援が行われるものとされている(2.9)。それを実施するのは地方自治体であるが、その手段の一つとして、在宅での支援の提供のような介入といった、最大限の自立を可能とするサービスや資源、施設の提供等や、複合的なニーズを抱える者のための(専門職による)ケースマネジメントと並び、「例えば在宅福祉用具の提供と適化のサービス(community equipment service and adaptation)等のリハビリテーション/リエイブルメント・サービス」が掲げられている(2.9)。ここではリエイブルメント・サービスは、予防の後期の段階において、サービスニーズを遅延させるものの一つであり、またその手段としては、用具の提供なども含むものとして扱われていることがわかる。またリエイブルメントを含む中間ケアサービスは、6週間という期間を基本として、無料で提供されることが規定されており(6.20)、また基本的にケア法第2条に基づく予防的措置として提供される、とされている(6.21)ことから、ケアが必要な状態となることを予防するために、短期的なものとしての提供が想定されていることがわかる。

リエイブルメントがサービスニーズを遅延させるものの一つであり、用具の提供なども含むという趣旨は、アセスメントプロセスについての記述においても現れている。(6.24)では、アセスメントプロセスにおいて、より複雑なニーズの持ち主に対して専門職が時間を割けるようにするために、既にサービスを受けている者へのアセスメントの簡略化等を提唱するも、(6.25)においては、アセスメントプロセスの適用の省略を急ぐべきではないとしたうえで、ニーズ発生の遅延をもたらす可能性がある早期の、あるいは的を絞った(targeted)介入の一つとして、全ての人を対象にしたサービス(universal service)の提供と並び、「一定のリエイブルメント(サービス)の時期と用具の提供や簡単な家庭環境の適合(household adaptation)」が掲げられている。

リエイブルメント・サービスがサービスニーズを遅延させることについては、アセスメントの対応姿勢の一つ、予防ニーズへの着目(Focusing on preventing needs)と題された箇所において、より明確に示されている。(6.62)では、(例えば地域の支援グループへの紹介や、予防のための全ての人を対象にしたサービスへのアクセス支援、自立維持に資する適切な雇用、教育、訓練の機会へのアクセス支援など、利用可能なサービスを理解させることといったような(6.61)) 一定の支援により利益を受けることが可能であると判断された場合には、

そうした活動へのアクセスを支援するべきであり、活動の成果(benefit)が実現するまでアセスメントを「一旦停止(pause)」して、最終的なニーズのアセスメントは、そうした介入により満たされていない残りのニーズを基に行うことができるとしている。その例示として、地方自治体が、地域で提供可能な短期のリエイブルメント・サービスにより利益があると思われる場合には、それを位置づけた上で、そのサービスの提供の後にアセスメントを完成させることができる、とされている。

③ リエイブルメントの機能 (2.個人予算との関係、自己負担)

リエイブルメント・サービスは、アセスメントを経て「支援」を行うことが決定された後においても、その支援のオプションの 1 つとして提示されている。ケア法における「支援」とは、具体的には、ケア法第 18 条において、地方自治体の義務として「ケアやサポートへのニーズに対応する(meet needs)こと」とされているが、(10.11)において、同法第 8 条第 2 項を敷衍する形で、「例えばリエイブルメント又は短期のレスパイトサービスの提供など、直接に何らかの支援を提供すること」、即ち何らかの現物給付が、ダイレクトペイメント(後述)や、ダイレクトペイメントと現物給付の混合といったことと並んで掲げられている。

ダイレクトペイメントとは給付の種類であり、2000 年代の給付の個別化の流れの中で始められた、現金給付によってケア購入を自己管理する仕組みである 45 xxii。このダイレクトペイメント方式も含め、ケア法 2014 の下でのソーシャルケアの対象となった者については、ケアプランの一部として個人予算 (personal budget) が必ず割り当てられる(11.7)が、リエイブルメント・サービスに関しては、この個人予算の対象から外れるものとされている。具体的には、(11.16)において、中間ケアとリエイブルメント・サービスについては、ニーズに合うものとして提供されたとしても、個人予算には含めないものであると規定されている。一方で長期ケアや支援(long-term care and support)は常に個人予算の対象とするとされている(11.19)46。さらには、地方自治体が中間ケアやリエイブルメント・サービスと、ケアや支援といったサービスとを複合的に提供することを選択する場合においても、後者については個人予算が設定される必要があるが、前者についてはそれに含まれないことを明確にしている。またその理由として、全ての地方自治体において両方のサービスが均一に提供されることの保障を挙げている(11.20)。

次に自己負担について。中間ケアは NICE のガイドライン 47 においては医療でも福祉(ソーシャルサービス)でもコミッションされるものであり、あるいは統合されてコミッションされ得るともされている(1.4)48。一方で自己負担に関し、ソーシャルサービスはミーンズテストを経て給付が決定されるものであり、リエイブルメント・サービスを含む中間ケアがソーシャルサービスの枠内で提供される場合の自己負担が問題になり得るが、これには例外規定が設けられている。具体的には、(ケア法の下での)支援の一環としてリエイブルメント・サービス等が提供されることがあるものの、規則 49 により自己負担を課してはならないとされている(2.61)。また、リエイブルメント等はケア法 2014 第 2 条の予防サービスの一般として提供されるのが一般であり、また予防サービスについては自己負担を課していいこととされている(2.55)。しかしながら(2.61)においては、予防サービスであってもソーシャルケアの給付として提供されていても、リエイブルメント等については一貫性を保つため、自己負担をとってはならないものとされている。

他方で、同じ NICE のガイドラインにおいては、自立性を改善すると評価されるのであれば、在宅の場合にはリエイブルメントを最初の選択肢とするべきであるとの記述(NG74

1.4.2)や、既に在宅ケアサービスを受けている場合でも、個人のニーズや嗜好を考慮しつつリエイブルメントを（ケアプランの）見直し等の機会に検討することとの記述(NG74 1.4.3)がある。これらからは、リエイブルメント・サービスについては他に優先して提供することが推奨されており、自己負担がない制度としていることや、利用可能なサービス量を制限する個人勘定に含まれないことも、そうした優先しての利用を助長する効果があると考えられる。

④ リエイブルメントの機能 (3.医療関係サービスとの統合的提供)

リエイブルメントの語は、医療サービスと社会サービスとの統合的な提供を推奨する記述においても登場する。具体的には、(15.7)において、地方自治体が統合的な提供を検討する際の、ケアや支援の具体的な提供の局面の例示として、家屋の状況のアセスメントに際し、健康リスクを減少させ、自立を維持し、リエイブルメントや回復を支えるような改修や用具等が指摘されている。これは上記の他の用法のうち、福祉用具等の利用も含んだイメージの語であることの箇所と同一の趣旨である。同様の趣旨の記述は(15.62)においても見出される。

2) 介護保険との比較

以上を総合すると、ケア法ガイダンスに見るリエイブルメント概念の特徴としては、次の4点が指摘できよう。

①保健医療福祉の垣根を超えた形での支援が志向される中間ケアの中においても、比較的、医療スタッフというよりは自治体が提供するソーシャルケアの分野で、保健医療福祉の協働によるサービス提供に力点が置かれたものを総称している。

②予防の後期の段階においてサービスニーズを遅延させるものの1つであり、用具の提供なども手段として含むものとして扱われ、短期的に提供されるものである。

③リエイブルメントサービスはニーズを満たす現物給付の一つであり、利益を受ける場合にはそれへのアクセスを支援すべきで、活動の成果が実現するまでアセスメントを一旦停止し、最終的なアセスメントは残りのニーズについて行うものである。

④他に優先して提供することが推奨されており、自己負担もなく、個人勘定に含まれない。

これらを介護保険と比較した場合、以下の4点が指摘できる。

1点目の「自治体による提供」「保健医療福祉の協働」に関しては、訪問看護や訪問リハといった医療専門職による介護保険給付の対象となるサービスに比べ、介護予防・生活支援サービス事業の中で提供されているサービスに近いものであるが、他方においてサービス事業の中でもリエイブルメントとして意識されるC型が保健・医療の専門職が主に提供することが想定されることと比較すると、それらの職種以外の者による提供も想定されるより広い概念のものであることが指摘できる。

2点目の「サービスニーズの遅延」「用具の提供等の手段」については、要介護状態への予防という意味では「遅延」させることは当てはまる面があると考えられるが、その手段として用具を提供するようなことは想定されておらず、むしろ要支援、要介護認定を受けた後、給付の一環として提供されている⁵⁰。一方で「短期的」に関しては、訪問、通所のC型が3～6か月の提供を基本としていることと、期間（6週間を想定）は異なるが、基本的な考え方としては一致することが指摘できる。

3点目の「最終的なアセスメントの前段階で提供」され、効果が表れるまで最終的なアセスメントを行わないこと、に関しては、日本の要介護認定におけるアセスメントの手続きにおいては想定されていない。基本チェックリストなり要介護申請なりを経て一定のスクリー

ニングを経たのちサービスが提供され、そのサービスの効果が現れたら再度その段階で新たにアセスメントが行われることを基本としている。

4点目の「ほかに優先しての提供の推奨」に関しては、後述のように保険者によっては通所C型の利用に関し、地域ケア会議等を通じてケアマネジャーの行動変容を図り促進しているところも存在するが、制度として特に傾斜をつけて優先する形にはなっていない。自己負担に関しても特に無料でなければならないとされているわけではない。さらに給付管理としては、要支援者に関しては予防給付の範囲内での給付管理が行われる一方で、事業対象者に関しても指定事業者のサービスを使う場合は給付管理が行なわれることとされている。指定事業者の場合には要支援認定者と同様の給付管理が行われることから、個人勘定に含まれないケア法の扱いより利用量の面での制限が加わっていること、が指摘できる⁵¹。

(2) 考察（介護保険への示唆）

こうしたケア法で示されたリエイブルメントの特質をそのまま最大限生かすように、介護保険制度を変えたとしたら、以下のようなだろうか。

「要介護認定等介護サービスの利用申請の段階で、リエイブルメントサービスを前置すれば介護・支援サービスの必要がなくなる可能性のある者を抽出し、その者には（訪問・通所とも）総合事業のC型の利用の権利とリエイブルメントサービスとしての住宅改修、福祉用具のレンタルと購入の権利を与える。それらの終了後、再度アセスメントを行い、要介護・要支援の認定を行い、必要な者にはサービス利用の権限を与える。」

このうち、「リエイブルメント・サービスを前置すれば介護・支援サービスの必要がなくなる可能性のある者の抽出」は、「可能性のある者」の状態像に基づく科学的な分析を踏まえてチェックリストの改正などを行うことができるならば、論理的には可能となると思われるが、続くその者に与えるサービスの利用の権利を「C型と住宅改修や福祉用具等」に限ることは、介護予防ケアマネジメントを行う際に、あくまでも本人の選択が尊重され、特定の類型のみに限定することは想定されていないこと、及び住宅改修や福祉用具の給付は要支援・要介護の認定があってから行われることから、現行制度の考え方にはそぐわない。他方リエイブルメント・サービスを一定期間受けた終了後のアセスメントにおいては、C型の利用等による状態像の回復は反映され得る。また、仮に何かしらの改修や用具等を使うことで日常生活能力が改善している場合には、それを使用している状況で評価することが基本である⁵²が、用具等が給付されておらず、自前での調達等もない場合には、ない状態での評価となる点は、異なるものである。

現在の制度の下で、通所C型を活用して元の生活に戻る（リエイブルメント）ことを意識した制度運営を行っている先進地として知られる愛知県豊明市においても、2017年度中に包括が新規契約した利用者のうち通所系サービスを利用した者のうち、通所C型を選んだ者は74%と発表されている⁵³。またこの74%を達成するために、地域ケア会議における規範的統合を重ねるなどの運営に際しての相当な努力が行われたとも報告されている。母数が全て「リエイブルメント・サービスを前置すれば介護・支援サービスの必要がなくなる可能性のある者」であるかは特段の言及はないが、いずれにせよそうした数字の裏には相当の現場の運用上の努力がある。よって全国で普及する際に、現在のように「先進事例の横展開」のみで進めるべきかどうかは議論があり得よう。現にC型の普及に関しては、量的には増加している⁵⁴ものの、通所C型を実施している市町村は37.8%に過ぎず、十分に普及しているとは言えない。

仮に通所C型のようなサービスの実施に関し、ケア法2014に見たような「前置」の考え方を徹底するとした場合には、保険者の運営努力に依存するのみでなく、何らかの制度的対応をすることが考えられる。ただしその場合には、一定の状態像となった際には特定のサービスを使うことに関し、義務付けまではしないにしても、制度上強いインセンティブを働かせることが想定されるが、それについては、理論的にクリアしなければならない論点があるように思われる。

1つには、これを現行の総合事業の延長線上で「事業」として行うのか、あるいは、住宅改修や福祉用具の利用等も視野に入れて、一定の受給権を与える「給付」として構成し直すのか、といったことが想起される。これは前段で述べた「対価性」にかかる議論とも結びつく問題であると考えるが、ここではより根源的な、現行の要介護認定制度の受給権に関する基本的なロジック、すなわち、「被保険者の要介護度を客観的に判定して段階分けし、段階に応じ一定の点数内でのサービスの組み合わせを許容する権利を与える」という制度の根本的組み立てについてどのように考えるかという問いを提示したい。より直截な表現をするならば、現行制度と同様の受給権が与えられるべきかどうか、という問いである。

このことは、一定のサービスの利用を強制するという意味ではなく、筆者もそうせよと主張しているのでもない。ただ例えば、現行制度においても要支援者に対しては施設サービスの給付はない。また訪問介護や通所介護は、要支援者に対しては「給付」としては与えられなくなった（現行相当サービスが続いてはいるが、少なくとも建て前としては給付ではない）。そうした違いを認め、利用可能なサービスの範囲を狭くし、特定の者にはサービスの「組み合わせる権利」ではなく、一定のサービスを「受ける権利」を与える、ということはどう評価するか、ということである。

これについては、選択の余地が現在と比べ相当狭くなるため、いわば「措置制度への逆戻り」ではないか、といった批判も成り立つように思われる。同旨の批判は、現行の総合事業においてもあった 55 xxiii。

一方で、制度創設時に措置制度に対する批判としてサービスの画一性等が挙げられたが、現状の要介護や要支援の保険給付を見た場合にその類型、量とも措置時代とは比較にならないほど多様化したものとなっている。また昨年の報告書においても指摘したことだが、制度創設期に注目された「リハビリ前置主義」の考え方については具体的な施策として講じられなかったが、その後の地域支援事業の創設や介護予防事業の発展、また一般介護予防事業における地域リハビリテーション活動支援事業の実施等をはじめ、リハビリテーションの概念や考え方、具体的に講じられている支援等についても相当の展開が見られる。ケア法2014に見るような論理構成は、まさに社会保険制度ではない、措置制度であるイギリスの保健サービス、ソーシャルケアにおいては自然なものと言え得るが、仮にイギリスの制度を参考として、リエイブルメントの発想を活かすことに積極的であるのならば、要介護、要支援の給付全体についてまで「組み合わせる権利」を制限することを主張しているものではないということ的前提にすれば、「リハビリ前置主義」を活かし得る発想として、少なくとも考察の俎上には載せられるべきものと考えられる。

ただこの点は、現行の要介護認定制度の設計思想、すなわち、「介護の手間」に着目して要介護度を判定する、という考え方とも関係する課題である。この点の追求は、他日の課題としたい。

3. 「失業」と「リエイブルメント」の共通課題 ―結びに代えて―

以上、前段においては雇用保険事業導入時の議論を振り返りながら、介護保険制度の事業としての地域支援事業の在り方を考え、後段においてはイギリスのケア法 2014 を素材にして、介護保険において「リエイブルメント」を制度的により深く取り込んでいくとしたらどのような制度上の論点が生じ得るのかを整理した。

2 つの課題は全く別の議論をしているようにも思われたかもしれない。しかしながら筆者の中では幾つかの点で両者は通底している。一つには上記で述べてきた、社会保険制度のあり方、特にその「付随的」なものと言える「事業」についてどうとらえるかという問いである。このことは既にも上記で論じているのでここでは繰り返さないが、もう一点、結語に代えて提起したいのは、「失業」という保険事故と、介護保険制度が対象とする保険事故、特に「要支援状態」という保険事故状態との類似性と異質性である。

類似性としては、客観的な状態と内心の意思との関わりが挙げられる。舟橋(1974)は失業給付に関し、その濫用への批判として、再就業の意思のない者が保険金の給付を受けていることを挙げ、その原因に失業保険の「主観性と任意性」があると述べていた。彼は主観性とは「労働の意思は年齢や疾病と異なり、外部から客観的、物理的に判断し難がたい内心の意思」であることを意味し、任意性については「離職そのものも任意に創出できる性格を持っている」と述べている。このうち後段の任意性を問題にすることについては、筆者はここで俄かに肯んじないが、内心の意思との関わりについては、舟橋の指摘のように、「失業」に関しては「就業したいかどうか」、また「要支援状態」「リエイブルメント」に関しては「支援が必要ではない状態に戻りたいか」「元の生活に戻りたいか」という主観的な意識が根源的に問われる点で共通する面があると考えられる。これはリエイブルメント概念をはじめ、要支援状態の者を含むいわゆる軽度～非該当の者への支援に関わる根幹的な論点であろう。これも昨年度も若干論じたことであるが、要支援状態の法律の定義は「身体上若しく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」というものである。「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」状態自体は客観的に定義が可能かもしれないが、「軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援」自体を享受したいかどうかは別の問題であり、かつそれは個人の内心に属するものでもある。失業保険のように現金給付が受けられるもののような、その意思がないとしても受けることのメリットは比較的少ないと思われるが、それでも、要支援状態になり、「軽減若しくは悪化の防止」をして欲しいかどうかは客観的な状態とはやはり別物である。ADL、IADLの低下することで、自身の自立度は減少するが、それでもよい、多少自己負担があっても給付を受けた方が楽である、と思うことを妨げることはできないし、サービスを提供する側も、(利益云々の話とは別に) サービスを提供することで感謝されることに喜びも覚えるものである。雇用保険と対比することで、改めてこうした性格があることが浮き彫りになったように思われる。

一方でその異質性は、就労に関しては憲法で勤労権と勤労の義務が明記されているが、「介護予防」「リエイブルメント」は、そうした憲法上の義務を伴う性質のものではないことである。老いや病を背景に、ADL、IADLが衰え、喪われていくことはいわば人間の生命としての宿命である。そのことは、いくら法に「自ら要介護状態となることを予防するため、加齢

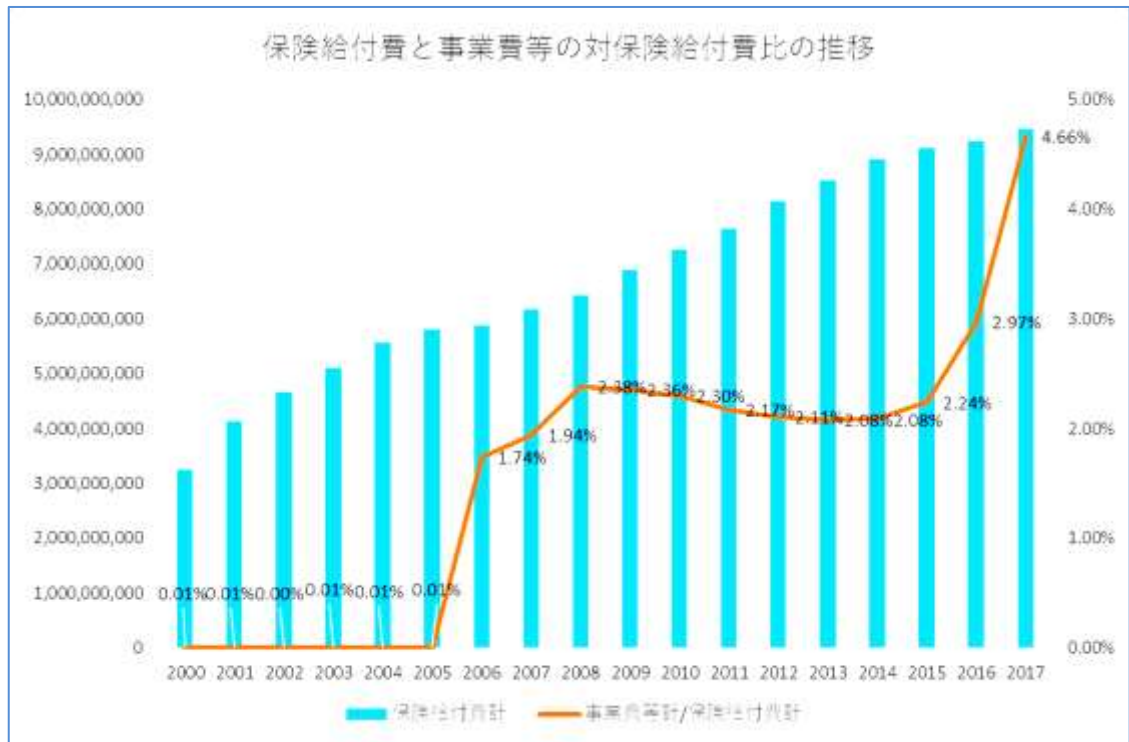
に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める（第4条）」ことを国民の努力義務として書いたとしても変わらない。その上で「介護予防」「リエイブルメント」を奨励とするなら、慎重さが求められるとともに、むしろ生存権や幸福追求権といった権利から語りおこすことも、同時に模索されるべきであろう。これもまた個人の内心の自由とも関係する。

繰り返しになるが、筆者は高齢期においても、生活の質を維持していく可能性の選択肢を拓げるという意味で、「介護予防」「リエイブルメント」は積極的に進められるべきであると考えている。だからこそその先進事例に見るような規範的統合の重要性、ということにもなると思われるが、具体的な制度のあり方としてそれをどのような手法と表現で奨励すべく具現化していくべきものなのか、特に費用負担との関係でどういった設計とすべきなのかを考察されるべきなのである。論点は尽きないが、ひとまずここで筆をおくこととする。

(以上)

(参考資料1) 保険給付費と事業費の推移

	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	2017
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	9,456,270,476
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	440,713,655



出典：介護保険事業年報（各年度）

見出し	reablement 回数	主な用法
General responsibilities and universal services 1. Promote wellbeing	0	<p>Delay: tertiary prevention/formal intervention</p> <p>2.9 These are interventions aimed at minimising the effect of disability or deterioration for people with established or complex health conditions. (英) supporting people to regain skills and manage or reduce need where possible. (英) Local authorities must provide or arrange services, resources or facilities that maximise independence for those already with such needs, for example, interventions such as the provision of formal care such as meeting a person's needs in their own home; rehabilitation/reablement services, for example, community equipment services and adaptations; and the use of joint case-management for people with complex needs.</p> <p>Intermediate care and reablement</p> <p>2.12 There is a tendency for the terms "reablement", "rehabilitation" and "intermediate care" to be used interchangeably. (英)</p> <p>reablement – services to help people live independently which are provided in the person's own home by a team of mainly care and support professionals</p> <p>Case Study: Midland Heart's reablement service</p> <p>At 82, Beryl was diagnosed with stomach cancer and admitted to hospital. As a result of a major operation, she now has a permanent colostomy bag. After only a month Beryl was successfully discharged from hospital to her own home with a reablement package from Leicester City Council and support from the housing association, Midland Heart, to help her regain her independence.</p> <p>If Beryl had not received this support, she would have been discharged to a more costly care home. The reablement service ensured that Beryl's home was suitably adapted for her return, which allowed a speedy discharge and avoided the need for institutional care. The support service has assisted her attendance at medical appointments with her GP and monitored the impact of her medication.</p> <p>Charging for preventative support</p> <p>2.60 The regulations require that intermediate care and reablement must be provided free of charge for up to 6 weeks, as must aids and minor adaptations (for example: adaptations up to the value of £1,000) (see also 8.14).</p> <p>2.61 Where local authorities provide intermediate care or reablement to those who require it, this must be provided free of charge for a period of up to 6 weeks. (英) Although such types of support will usually be provided as a preventative measure under section 2 of the Act, they may also be provided as part of a package of care and support to meet eligible needs. In these cases, regulations also provide that intermediate care or reablement cannot be charged for in the first 6 weeks, to ensure consistency.</p> <p>What should be provided – information and advice content</p> <p>3.23 In discharging this duty, local authorities must ensure that information and advice is provided on:</p> <p>(英)</p> <p>the choice of types of care and support, and the choice of care providers available in the local authority's area – including prevention and reablement services and wider services that support wellbeing.</p>
3. Information and advice	2	

<p>4. Market shaping and commissioning of adult care and support</p> <p>5. Managing provider failure and other service interruptions</p> <p>First contact and identifying needs</p>	<p>4.44 When considering the sufficiency and diversity of service provision, local authorities should consider all types of service that are required to provide care and support for the local authority's whole population, including, for example</p> <p>1 (£)</p> <p>reablement services</p> <p>0</p>
<p>6. Assessment and eligibility</p>	<p>First contact with the authority</p> <p>6.25 Local authorities should not, however, remove people from the process too early. Early or targeted interventions such as universal services, a period of reablement and providing equipment or minor household adaptations can delay an adult's needs from progressing. The first contact with the authority, which triggers the requirement to assess, may lead to a pause in the assessment process to allow such interventions to take place and for any benefit to the adult to be determined.</p> <p>2</p> <p>6.62 Where the local authority judges that the person may benefit from such types of support, it should take steps to support the person to access those services. The local authority may 'pause' the assessment process to allow time for the benefits of such activities to be realised, so that the final assessment of need (and determination of eligibility) is based on the remaining needs which have not been met through such interventions. For example, if the local authority believes that a person may benefit from a short-term reablement service which is available locally, it may put that in place and complete the assessment following the provision of that service.</p> <p>0</p>
<p>7. Independent advocacy</p> <p>Charging and financial assessment</p>	<p>Capital limits</p> <p>8.14 The local authority must not charge for certain types of care and support which must be arranged free.</p>
<p>8. Charging and financial assessment</p>	<p>1 These are:</p> <p>intermediate care, including reablement, which must be provided free of charge for up to 6 weeks.</p> <p>(£)</p>
<p>9. Deferred payment agreements</p> <p>Person-centered care and support planning</p>	<p>0</p>
<p>10. Care and support planning</p>	<p>What does it mean to 'meet needs'?</p> <p>10.11 There are a number of broad options for how needs could be met, and the use of one or more of these will depend on the circumstances. Section 8(2) of the Act gives some examples of ways of meeting needs, and would cover:</p> <p>1</p> <p>the local authority directly providing some type of support, for example by providing a reablement or short-term respite service</p> <p>(£)</p>

Elements of care and support that are excluded from the personal budget	
	<p>11.16 The Care and Support (Personal Budget Exclusion of Costs) Regulations 2014 set out that the provision of intermediate care and <u>reablement services</u>, for which the local authority cannot or chooses not to make a charge must be excluded from the personal budget. This will mean that where either <u>intermediate care</u> or <u>reablement</u> is being provided to meet needs (for example, under section 18, 19 or 20 of the Act) the cost of this must not be included in the personal budget.</p> <p>11.17 Intermediate care services are usually provided to patients, often older people, after leaving hospital or when they are at risk of being sent to hospital. The services are a link between places such as hospitals and people's homes, and between different areas of the health and social care system – community services, hospitals, GPs and social care. 'Reablement' is a particular type of intermediate care, which has a stronger focus on helping the person to regain skills and capabilities to reduce their needs, in particular through the use of therapy or minor adaptations.</p> <p>(略)</p> <p>11.18 Three of the 4 types of intermediate care have historically been clinician-led and provided by health staff, with <u>reablement</u> being provided by local authorities. (略)</p> <p>11.19 Local authorities should not include additional elements that would not normally be classified as intermediate care or <u>reablement</u> into this exclusion. Indeed, the Act restricts the regulations into specifying only care and support which the local authority cannot charge for, or chooses not to charge for. This ensures that long-term care and support will always be part of the personal budget, and in future, count towards the cap on care costs. Also, broader rehabilitation services could be included to an individual to meet identified health needs as part of a joint personal budget across health and social care.</p> <p>11.20 Intermediate care/reablement should usually be provided as a free, universal service under section 2 of the Act, and therefore would not contribute to the personal budget amount. However, in some circumstances, a local authority may choose to combine either service with aspects of care and support to meet eligible or ongoing needs, which would require a personal budget to be developed. Removing the cost of provision of intermediate care/reablement from the personal budget in these scenarios ensures that the allocation of both services is applied uniformly across all local authorities, and in future people progress towards the cap on care costs in a fair and consistent way.</p>
11. Personal budgets	11
12. Direct payments	0
13. Review of care and support plans	0
Safeguarding	
14. Safeguarding	0
Integration and partnership working	

<注>

- 1 様々な類型として指摘したのは、「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」としての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」としての認知症施策や生活支援サービス等、「サービス提供者側の運営改善」として在宅医療・介護連携、「給付的なもの」として介護予防・生活支援サービス事業の4つである。このうち認知症施策に関しては、認知症初期集中支援チームの設置や運営、認知症地域支援推進員による医療や介護サービスの連携強化等、「サービス提供者側の運営改善」に係る事業も多々行われていることへの言及が不足していた。ここで修正したい。
- 2 この節の述は、江口他(1974)、舟橋(1974)、関(1974)、遠藤(1975)、氏原(1985)を参照した。なお舟橋は、改正雇用保険法の土台となった「失業保険制度研究会」の委員であり、関は執筆当時労働省職業安定局失業保険課長、遠藤は労働省職業安定局長であった。
- 3 舟橋(1974), p. 58.
- 4 舟橋、同上。
- 5 舟橋、同上。
- 6 会長は有沢広巳。委員は岩尾一、大内力、武山泰雄、中村隆英、西川俊作、舟橋尚道であった。
- 7 氏原(1984), pp.271-5
- 8 政府が閣議決定し、国会に提出される前の審議会に諮られた段階の原案では、これら3事業と同等の事業として「失業給付事業」が並べられ、あわせて4事業と整理する形となっていたが、閣議決定された法案では「失業給付を行うほか、雇用改善事業、能力開発事業及び雇用福祉事業を行うことができる」とされた。
- 9 「雇用保険は、労働者が失業した場合に必要な給付を行うことにより、労働者の生活の安定を図りつつ求職活動を容易にする等、その就職を促進し、あわせて労働者の職業の安定に資するため、雇用構造の改善、労働者の能力の開発及び向上、その他労働者の福祉の増進を図ることを目的とする。(第一条)
- 10 江口他(1974)における佐藤進の発言。
- 11 氏原(1984), p. 278.
- 12 関(1974)
- 13 当時制度審会長であった大河内一男も、「これは実体は社会保険じゃないと思いますね。保険に名を借りた何か別の雇用不安への国の対策ではなかったろうか。たまたま手がかりがないから、公的社会保険の仕組みを利用したと言いましょか、多少濫用の気味があると思ったんです。」と述べていた(氏原他(1980), pp. 100 – 101)。
- 14 関(1974)
- 15 日本労働研究機構(2001)ではオーラル・ヒストリーの手法を使い、雇用保険法の創設時の様々な論点について、当時の担当課長であった関英夫からの聞き取りを行っている。聞き手は当時失業保険課長補佐だった佐藤勝美である。
- 16 遠藤(1975)で紹介されている、当時の西ドイツにおける、労使折半負担の拠出金で賄われ、失業保険給付のほか労働市場に関する調査、勧告、職業指導、職業紹介、職業教育、職場の維持、創出のための給付、雇用創出のための措置を規定している雇用促進法のことを意図したものと考えられる。
- 17 この点に関し、中央職業安定審議会委員であった高梨昌は、「はなはだ筋は通らない」が「暫定方式としてやむを得ない面がある」ので、「発展の芽ができた」ということで賛成した、と述べていた(氏原・高梨(1974))。高梨は続いて、原則論としては失業保険と3事業は分離すべきであると述べているが、この点はすぐ後で検討する。
- 18 関(1974)
- 19 角田(1974)は、事業主財源で三事業のような事業を行うことは評価しつつ、法の名称として「雇用保険」というのは適切ではなく、目的や内容にふさわしい「雇用保障」とするべきではないか、という批判を展開した。この点もすぐ後で検討する。
- 20 氏原(1985)
- 21 氏原、同上
- 22 氏原・高梨(1974), p.20
- 23 就職支度金制度は1960年の法改正(議員立法)で加えられた。
- 24 この図の中で「社会保障的」と表現したのは、氏原・高梨(1974)における氏原の表現をそのまま使用したためであり、筆者の社会保障に関する考え方では全くない。この考え方は、別の論文(小野(2019-2))で引用した、福武(1983)が批判した「権利主義的社会保障論」の考え方に近いと思われるが、筆者の考え方はそうではなく、むしろ社会保障の充実のためには給付と負担のバランスの確保が何よりも重要であり、かつ同じく小野(2019-2)で引用した、福武(1983)の「いささかの福祉見直しをも切り捨てて反対する権利論ではなく、真の見直しを必要と考え、体系的整合性を図った上で、なお不十分な分野の充実を求める」立場にある。
- 25 雇用政策審議会職業安定分科会雇用保険部会(第125回)資料(2017.12.8)
- 26 計算方法は昨年度の報告書の小野(2019-1)注36を参照いただきたい。

- 27 2017年度の地域支援事業に係る歳出は約4,400億円（介護保険事業年報）である一方、同年度の雇用保険2事業に係る支出は予算ベースで約5,200億円であった（職業安定分科会雇用保険部会（第125回）資料（2017年12月8日））。
- 28 この類似性に関しては、政府からの答弁でも指摘されていた。例えば他の制度で同様の保険給付の対象とならない者への事業を行う例はあるか旨問われたのに対し、「雇用保険によりましては、様々な訓練給付とかそういうものが行われていると思いますし、労災などでも予防的な事業も多少行われているという風に承知しております」との答弁など（2005年5月17日参議院厚生労働委員会）。
- 29 2005年4月15日衆議院厚生労働委員会石毛鏡子議員の発言。
- 30 2005年4月20日衆議院厚生労働委員会大島敦議員の発言。
- 31 2005年5月17日参議院厚生労働委員会福島みずほ議員の発言。
- 32 2005年4月20日衆議院厚生労働委員会の政府説明。
- 33 新田(2012)。
- 34 地域支援事業実施要綱（「地域支援事業の実施について(2006年6月9日 老発第0609001号)」）
- 35 社会保険研究所発行(2019), p.493
- 36 昨年度の報告書においては、介護保険法の目的規定を改正し、給付と事業を併置することを提案した。本年度の報告書で述べたように、雇用保険法の創設時にはまさにそのような制度改正が行われていた。しかもその書きぶりが事業の付随性を表したと説明されていたことは、上述の通りである。
- 37 服部 (2019)
- 38 豊明市の実践に関しては、服部(同)他、当研究班の2018年度報告書において詳細に示されている。
- 39 以下(x.x)とあるのは、ケア法ガイダンス上の条文番号を意味する。
- 40 なおケア法2014そのものにおいては、reablementの語は登場しない。
- 41 “Services to help people live independently which are provided in the person’s own home by a team of mainly care and support professionals”
- 42 NHSにおいて中間ケアのベストプラクティスを分析する組織(NHS Benchmarking Network)と、英国老年医学会等の関連民間団体との共同組織。
- 43 NICE (2017)のリエイブルメントの定義。
- 44 原文は「The importance of preventing or delaying the development of needs for care and support and the importance of reducing needs that already exist」。
- 45 松岡(2018)
- 46 (11.19)においては、医療とソーシャルケアの統合化された個人予算のなかに、広い意味でのリハビリテーションサービスが含まれる可能性についても言及している。
- 47 NICE (2017)。
- 48 NHS サービスと地方自治体によるソーシャルサービスの仕切りに関しては、ケア法ガイドラインにおいても、ケア法2014の第22条を受ける形で記述がある(15.30-36)。具体的には、明確にNHSの対象となるものは地方自治体は提供はできないという原則が掲げられているが、一方で、ヘルスケアサービスであったとしても「軽微又は部分的」(incidental or ancillary)であり、ソーシャルサービスを提供する自治体等により提供されることが期待されるような種類のものであれば例外になる、とされている(15.31)。例外に該当しない、従ってNHSの対象と明確になるとされているものには、ナーシングホームにおいて看護師により提供されるものが挙げられている。ただし逆の例示はない。
- 49 ケア法2014の下位法令である“The Care and Support (Charging and Assessment of Resources) Regulations 2014”第3条において、在宅福祉用具の提供と適合化のサービス(community equipment service and adaptation (1,000ポンド上限))と、6週間の中間ケア及びリエイブルメントサービスに関しては自己負担をとってはならないと規定されている。
- 50 これは手続き的な違いを述べているのであり、実際には、同様の(I)ADLが損なわれている者が同等の用具の提供を受け自立して生活していることは大いに想定される。
- 51 自己負担をなくし、かつ給付管理の対象外とされている扱いは、居宅介護支援(ケアマネジメント)の扱いに類似しているとも言い得よう。
- 52 「要介護認定 認定調査員テキスト2009 改訂版」(2018年4月), pp.21, 25。
- 53 豊明市 健康福祉部 健康長寿課スライド『「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」 地域資源の発掘と新しい価値観の創造を目指して 地域包括ケア『豊明モデル』けやきいきいきプロジェクト』(2018年9月21日 第136回市町村職員を対象とするセミナー 『総合事業の実施状況を踏まえた課題と対応事例』)
- 54 NTT データ経営研究所が行った「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施常用に関する調査報告」では、2018年3月のものでは2,349か所であったのが、2019年3月では2,859か所となっている。
- 55 例えば萩原(2016)。

<参考文献>

- i 小野太一(2019-1)、「1. 制度に関する日本への示唆」、国際長寿センター「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」 pp. 150-171
- ii 江口英一、籠山京、佐藤進、下山房雄、高梨昌、中鉢正美、広田寿子 (1974)、「現代の失業・雇用実態と雇用保険法案 (座談会)」、『ジュリスト』 Vol.558, pp.17-34
- iii 舟橋尚道(1974)、「雇用保険法案の背景と課題」、『ジュリスト』 Vol.558, pp.57-62
- iv 関英夫(1974)、「雇用保険法案の考え方について」、『ジュリスト』 Vol.558, pp.63-69
- v 遠藤政夫 (1975)、「雇用保険の理論」
- vi 氏原正治郎((1984)、「第二章 雇用保険と雇用政策」、佐口卓編『社会保険の構造と課題』、pp.257-304
- vii 氏原正治郎、大河内一男、大山正、籠山京、田中慎一郎、松宮克也、佐口卓 (司会)、「座談会 第三期 高齢化社会の到来を迎えて」、総理府社会保障制度審議会事務局監修『社会保障制度審議会三十年の歩み』 pp.89 - 140
- viii 日本労働研究機構(2001)、「証言シリーズ 労働行政関係系 No.2 -雇用保険法の制定- -職業能力開発促進法の制定-」
- iv 氏原正治郎・高梨昌(1974)、「雇用保険法案の意図と問題点 (座談)」、『月刊労働問題』Vol.196, pp. 3-21
- x 角田豊(1974)、「雇用保険法案の法制上の問題点」、『ジュリスト』 Vol.558, pp. 42-47
- xi 佐藤進(1974)、「雇用保険法案の法構造と問題点」、『ジュリスト』 Vol.558, pp. 35-41
- xii 鳥谷孝男(1974)、「雇用保険法案の三事業の問題点」、『法律時報』 Vol.558, pp. 34-38
- xiii 小野太一(2019-2)、「第 2 編第 3 章 生存権をめぐる近藤、末高、平田の『論争』」、小野太一「日本における社会保障制度審議会史と有識者委員の群像 -政策過程と理念-」 pp. 128 - 143 (https://dlisv03.media.osaka-cu.ac.jp/il/meta_pub/G0000438repository_111TDB2911)
- xiv 福武直(1983)、「社会保障と社会保障論」、社会保障研究所編『社会保障の基本問題』 pp. 1-18
- xv 新田秀樹(2012)、「第 9 章 介護保険の『保険性』」、菊地馨実編『社会保険の法原理』 pp.169-185
- xvi 堤修三(2018)、「社会保険の政策原理 -連帯と強制の間-」、『長崎県立大学論集 (経営学部・地域創造学部)』 Vol.51, NO.4, pp. 17-69
- xvii 社会保険研究所発行(2019)、「介護保険制度の解説 平成 30 年度版」
- xviii 小川浩昭(2008)、「現代保険学 -伝統的保険学の再検討-」
- xix 服部真治(2019)、「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-」、国際長寿センター、同上、pp. 199-220
- xx Age UK (2019), “Fact Sheet 76 Intermediate care and reablement
- xxi NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2017), “NICE guideline 74: Intermediate Care including reablement”
- xxii 松岡洋子(2018)、「II. イギリス 2. 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」 pp. 27-48
- xxiii 萩原満寿美(2016)、「介護保険法における地域支援事業の課題と展望」、『神奈川大学大学院法学研究論集』 No.26, pp.1-42

2. オランダ、ドイツの要介護認定と日本への示唆

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

我が国の介護保険制度では、要介護状態になった場合、あるいは、要支援状態になった場合に、介護サービスを受けることができる。この要介護状態や要支援状態にあるかどうか、その中でどの程度かの判定を行うのが要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ）である。

介護保険制度を採用する他の国においても、それが保険制度である以上、保険事故の認定の仕組みは同様に存在する。そこで、本稿はオランダとドイツの要介護認定制度との比較を通じて、日本の要介護認定制度について、検討すべき課題や改正の方向性を挙げる。

1. 日本の要介護認定の概要

(1) 要介護状態、要支援状態とは

「要介護状態」とは、介護保険法（以下、法）第7条第1項によれば、「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又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（要介護状態区分）のいずれかに該当するもの（要支援状態に該当するものを除く。）」である。

また、「要支援状態」とは、同様に法第7条第2項によれば、「身体上若しく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（要支援状態区分）のいずれかに該当するもの」である。

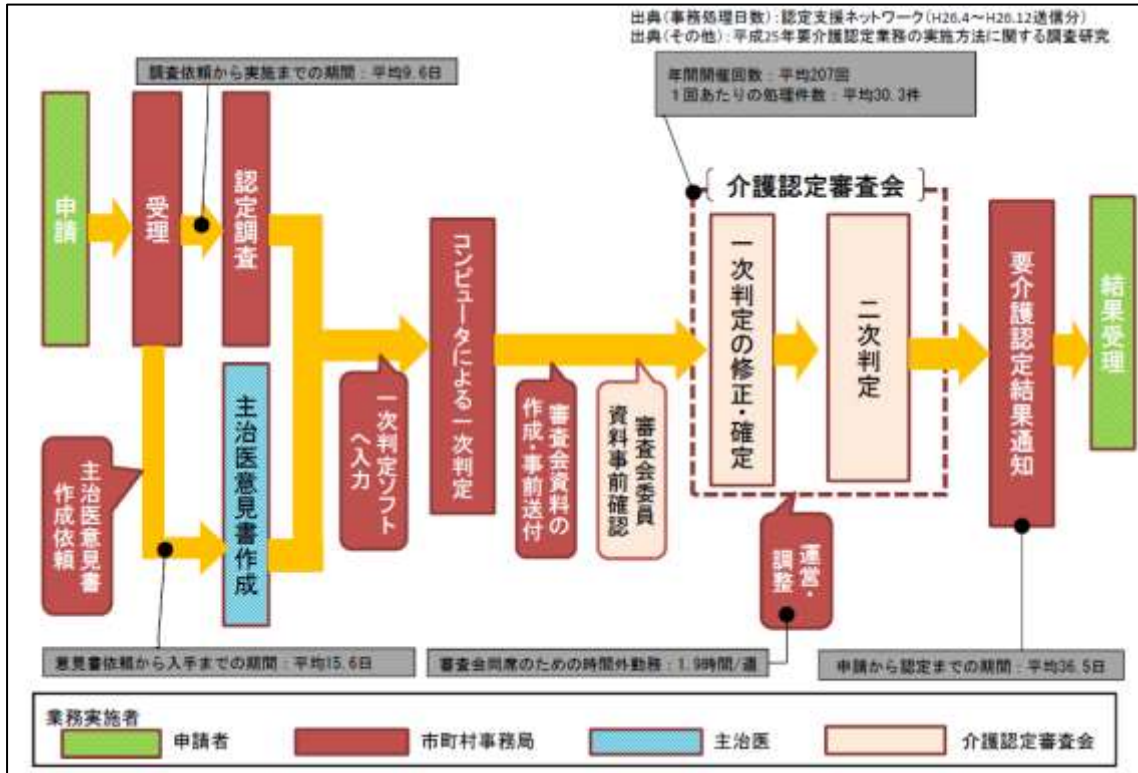
そして、厚生労働省令で定める期間は原則6ヶ月とされ、市町村が必要と認める場合にあつては、新規の認定では3ヶ月から12ヶ月の間で月を単位として市町村が定める期間、更新の認定では3ヶ月から36ヶ月の間で月を単位として市町村が定める期間とされている。

つまり、我が国では、6ヶ月以上継続して要介護状態ないし要支援状態にあると見込まれれば、要介護認定がされるということであり、また、認定には有効期間があり、最長36カ月後に認定の更新を要する状態の変化が想定されている。

ただし、我が国の介護保険制度における被保険者（法第9条）は、市町村の区域内に住所を有する65歳以上の者（第一号被保険者）と、市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者（第二号被保険者）であり、要介護者（法第7条第3項）、要支援者（法第7条第4項）とは、要介護状態（要支援状態）にある65歳以上の者、もしくは、要介護状態（要支援状態）にある40歳以上65歳未満の者であつて、その要介護状態（要支援状態）の原因である身体上又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であつて政令で定めるもの（特定疾病）によって生じたもの、である。したがって、加齢が前提で、基本的には状態が自然に悪化していく傾向にある者を対象としているが、有効期間が設けられている理由は、必ずしも悪化に対応するためではない。むしろ、法第2条で「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」とされているように保険給付によって状態の軽減が期待されており、要介護状態区分（要支援状態区分）が下がることも見込まれているからである。

(2) 要介護（要支援）認定事務

要介護認定を行うのは、市町村である（法第 19 条第 1 項及び第 2 項）。市町村は、審査判定業務を行わせるために介護認定審査会を置き（法第 14 条）、介護認定審査会は、厚生労働大臣が定める基準（省令）に従い、当該審査及び判定に係る被保険者について審査及び判定を行い、その結果を市町村に通知することになっている（法第 27 条第 5 項）。したがって、制度としてはどの市町村でも、全国一律の基準で客観的に要介護状態区分（要支援状態区分）が認定されるよう担保されている。



出典：厚生労働省作成資料

図 1 要介護認定事務の流れと日数

なお、市町村は、当該職員に被保険者に面接させ、その心身の状況、その置かれている環境その他厚生労働省令で定める事項について調査させるとともに（法第 27 条第 2 項）、主治医に対して、身体上又は精神上的の障害の原因である疾病又は負傷の状況等について意見を求める（法第 27 条第 3 項）。介護認定審査会は、調査結果と主治医意見書に基づくコンピュータ判定の結果（一次判定）を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で決定（二次判定）を行う。

(3) 要介護状態区分（要支援状態区分）

要介護認定は、介護サービスの必要度（どれくらい介護のサービスを行う必要があるか）を認定するものであるが、我が国の要介護状態区分（要支援状態区分）は表 1 のとおり、介護の手間にかかる要介護認定等基準時間によって区分されている。なお、この時間は、介護老人福祉施設や介護療養型医療施設等の施設に入所・入院している高齢者を対象に調査した 1 分間タイムスタディによる介護時間であり、実際の在宅での介護時間とは異なる。

表 1 要介護度別要介護認定等基準時間と区分支給限度基準額

要介護度	要介護認定等基準時間	区分支給限度基準額
要支援1	25～32分	50,320円
要支援2	32～50分のうち、要支援状態にある者	105,310円
要介護1	32～50分のうち、要介護状態にある者	167,650円
要介護2	50～70分	197,050円
要介護3	70～90分	270,480円
要介護4	90～110分	309,380円
要介護5	110分以上	362,170円

出典：筆者作成

ここで、要支援2と要介護1については、要介護認定等基準時間は32～50分と同じ時間であるが、疾病や外傷等により心身の状態が安定せず、短期間で要介護状態等の再評価が必要な状態の者や、認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお予防給付等の利用に係る適切な理解が困難である状態の者は、予防給付等の適切な利用が見込まれないことから要介護1と判定され、それ以外の者が要支援2と判定される。

なお、要介護認定等基準時間は表2の樹形モデル（認定調査項目の選択等に基づいて分岐を選択し、時間を求めるモデル）の合計値であり、介護の手間は様々な要因によって増減する。例えば、要介護2の要介護者がどのような状態の者かを説明するのは難しい。食事や排泄等に介護の手間がかかる一方でBPSD関連行為は全くない者もあれば、その逆もある。

表 2 要介護認定等基準時間における樹形モデル毎の時間

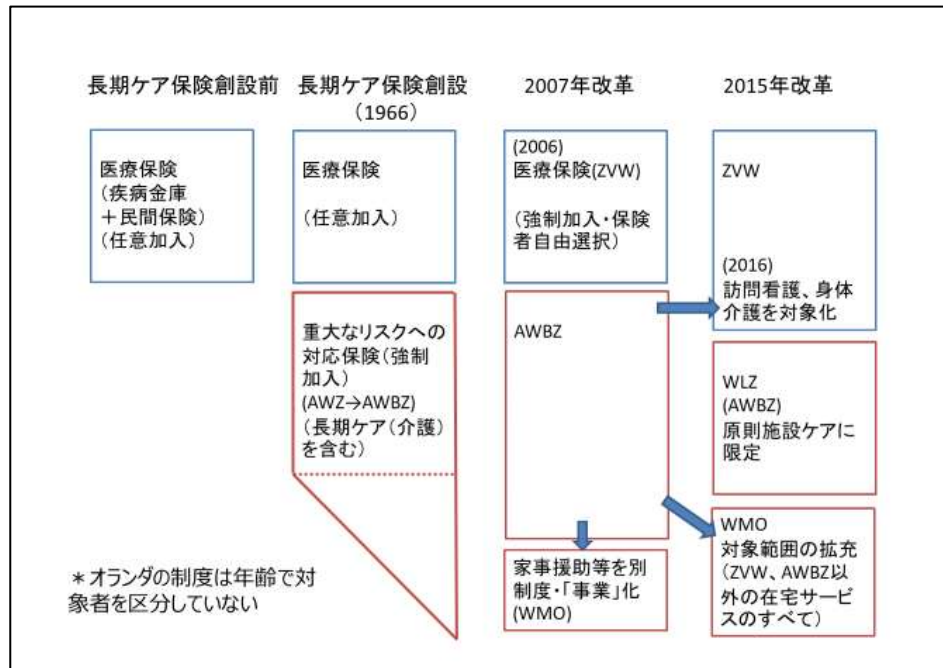
	樹形モデルの名前	時間の表示範囲
直接生活介助	食 事	1.1分～71.4分
	排 泄	0.2分～28.0分
	移 動	0.4分～21.4分
	清 潔 保 持	1.2分～24.3分
	間 接 生 活 介 助	0.4分～11.3分
	BPSD 関 連 行 為	5.8分～21.2分
	機 能 訓 練 関 連 行 為	0.5分～15.4分
	医 療 関 連 行 為	1.0分～37.2分

出典：厚生労働省作成資料

2. オランダの要介護認定

(1) オランダの高齢者ケアの概要

オランダは介護保険を初めて制度化した国だが、医療費、介護費の増加と経済状況の低迷を主な背景として、近年、医療介護関連制度を大きく改革している。現在の高齢者ケアは、医療保険法（Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet :ZVW）、社会支援法（Social Support Act, Wet Maatschappelijke Ondersteuning :WMO）、長期介護法（The Long-Term Care Act, Wet Langdurige Zorg :WLZ）に基づいて行われている（図2、図3）。

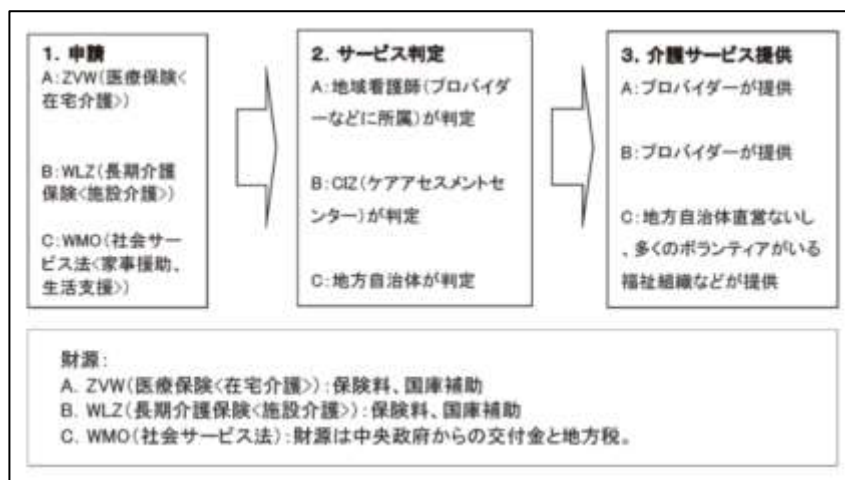


出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取り組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書

図2 オランダ医療介護関連制度の変化の概要

まず、2007年にWMOが施行され、それまで長期療養・介護サービスをカバーしていた特別医療費保険（The Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: AWBZ）のうち、家事援助、移送支援、社会的交流などの生活支援がWMOに移管された。

そして、2015年にはWLZが施行され、AWBZで提供されていたサービスのうち、在宅看護、身体介護などの医療系サービスはZVWに、デイサービス等の生活支援に関連するサービスはWMOに移管された。また、WMOへの移管に合わせて家事援助予算が30%削減されたこともあり、互助組織や介護協同組合等のインフォーマル資源の活用・開発が進められ、ケアサービスが必要な場合には、まずWMOにて「本人→家族→近隣や地域→ボランティア組織」の順で検討し、それでも難しい場合に家事援助やデイサービス、さらにZVWやWLZにつながるという方針がとられている。



出典：平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書

図 3 オランダの介護サービスの流れ

(2) オランダの介護保険制度の概要

WLZ は長期の介護費用をカバーする強制加入の公的介護保険である。その対象者はかつての制度との比較から「コア AWBZ」とも称されるが、回復が不可能で、継続的なモニタリングや 24 時間のケアを必要とする高齢者や障害者に限定されており、重度認知症、重度の精神障がい、身体障がいの人などが対象である。利用者数はオランダ全体で 34 万人程である。

WLZ がカバーするサービスは基本的に施設サービス (Nursing home) であり、高齢者住宅に住み、外付けでケアを受ける場合など、本人が希望し、サービス提供が可能な場合は、在宅サービスのフルパッケージ (the Full Package at Home, Volledig Pakket Thuis: VPT)、在宅サービスのモジュールパッケージ (Modular Package at Home, Modulaire Pakket Thuis: MPT)、個人介護予算 (Personal Care Budget, Persoonsgebonden budget: PGB) のいずれかを選ぶことができる。ただし、PGB を選択する割合は WLZ の 1 割弱に過ぎず、大半が現物給付である。

PGB では、予算の範囲内で受給者がサービスの選択を行うことができる。在宅サービスでは、パーソナルケア (食事介助やトイレ介助などの身体介護)・パーソナルサポート (日常のスケジュール管理など)、看護、理学療法、治療、移送などが含まれる。

(3) オランダの要介護認定

WLZ の対象となる「24 時間の継続的な見守りが必要な状態にあるかどうか (回復不可能かどうか)」の判定は、全国 4 か所に設置されるニーズアセスメントセンター (Centraal Indicatieorgaan Zorg: CIZ) で行われ、認定結果はニーズのタイプを示すケアプロファイル (zorgprofiel) で示される (高齢者の場合)。

ケアプロファイルは、表 3 のとおり 7 つのカテゴリーがある。VV04 は比較的軽度の人、VV05 は認知症の人、VV06 は身体障害の人、VV07 は認知症に加え重度の行動障害がある人、08 は重度で複雑な身体障害がある人、VV09 はリハビリテーションが必要な人、VV10 は緩和ケアが必要な人を対象としたカテゴリーである。

なお、高齢者のリハビリは医療保険での実施に移行しており、VV09 は高齢者のリハビリ

以外で、リハビリテーションを受けられるのは最長 6 ヶ月となっており（一時的）、この期間が終了すると基本的には他のケアプロファイルのいずれかに移る。

表 3 ケアプロファイルの種類と実数（割合）

	社会的自立	心理社会的機能	身体介護	移動	運動機能	看護	行動障害	2016年 実数（割合）
VV04	++++	+++	++	+	+	+	+	31,799 (20.5%)
VV05	+++++	++++	++++	++++	++	+	+	66,564 (42.8%)
VV06	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0	29,190 (18.8%)
VV07	+++++	+++++	++++	+++	++	++	+++	12,289 (7.9%)
VV08	+++++	+++	+++++	+++++	+++++	++++	+	2,432 (1.6%)
VV09	+++	++	+++	+++	++	++	0	880 (0.6%)
VV10	++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+	296 (0.2%)

出典：平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書

査定を行うアセッサーは常勤換算で 390 人おり、ケアプロファイルを示すことから、医師（常勤換算で 27 名）、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士など様々なバックグラウンドの専門職が担っている（2016 年）。地域ごとに多職種チームを組んでおり、複雑なケースの場合に対応している。

申請者が WLZ のサービスを受ける権利があるかどうかの査定には、漏斗状のアセスメントモデルが用いられており、以下の図 4 のように 5 つのステップが用意されている。

ステップ 1 では、本人の原因疾患や障害の状況を確認する。医学的診断の情報は GP（総合診療医：General Practitioner）や医療専門職などから提出され、障害の状況の把握には 7 領域（社会的自立、心理社会的機能、身体介護、移動、運動機能、看護、行動障害）からなるスコアシステムが用いられている。例えば、社会的自立（何をして 1 日を過ごすかを自分で決定する判断力）の場合は、「0：問題なし、1：他者による見守りや促しが必要、2：他者からの支援が必要、3：他者からの支援が常に必要」の 4 段階である。

ステップ 2 では、永続的な観察もしくは 24 時間のケアが必要かどうかを判断する。

ステップ 3 では、永続的なケアニーズがあるかどうか判断される。特に、本人の抱える障害に回復可能性があるかどうか重要であり、回復可能性がある場合は、WMO と医療保険で対応することになり、WLZ を受給することはできない。

ステップ 4 は子どもに関する内容である。

ステップ 5 で最終決定がなされ、ケアプロファイルが決められる。有効期間は一生涯である（すなわち、認定有効期間はない）。



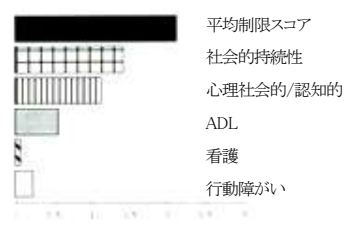
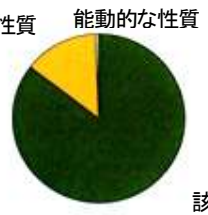

出典：平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書

図 4 漏斗状のアセスメントモデル

(4) 査定結果

質問リストに対する回答から得られたスコアがアルゴリズムで処理され、ソフトウェアからスコアとアドバイスが示される。ただし、最終的な判断はアセッサーが行い、ケアプロファイルが示される。ケアプロファイルには、それぞれのケアプロファイルごとの給付上限額はあるが、必要に応じてそれを超える給付を受けることも可能で、具体的に必要なサービス内容や時間数ではなく、本人が生活する上でどのような制約があり、どのような支援や助言が必要かが示される (図 5)。

ケアプロフィール

<p>このクライアントグループは、保護された環境で幅広い注意を払い、集中的な助言が行なわれる。理由はさまざまである。</p> <p>コミュニケーション、意思決定、タスクの実行など、自立の多くの側面を考慮したケアを必要とする。彼らはほとんど社会的生活に参加することはない。</p> <p>思考と記憶、方向感覚と集中に関する多くの制限があるので、すべての心理社会的/認知機能に関する支援、監督または助言を必要とする。</p> <p>様々なADLの観点から、しばしば監督と刺激を必要とする。若干の介護、洗濯および衣類のサポートが必要となる制限がある。</p> <p>移動性の観点から、監督と刺激を必要とすることが多い。家の中では、ある程度自信を持って動くことができる。家の外での移動のためには、一般的に介助が必要である。</p> <p>慢性疾患のために、日常的に看護師の注意を必要とする脆弱な健康状態の可能性がある。</p> <p>時には支援、監督、助言が必要な行動上の問題を抱えている可能性がある。主に受動的な精神的な問題もある。</p> <p>助言の目標のタイプは、しばしば、悪化に対する助言にもかかわってくるが、安定化でもある。1日のさまざまなときに、ケアの構造的なニーズを持っている。近くでケアを提供しなければならない。制限のパターンはゆっくりから早くに変化する。</p> <p>このクライアントプロフィールの主要な根拠は、主に精神医学的疾患または体性疾患である(下記の例を参照)。</p> <p>クライアントグループの例は次のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 中等度の認知症候群のクライアント - ナーシングホームでPG追加介護を受けている入居者 - 年齢のために、永続的な精神医学的問題の上にケアニーズが加わったクライアント - 身体的ケアを受けていて、重度の感覚的制限(後年の難聴かつ/または失明)のために追加の指導を必要とする必要がある人。 	<h3>制約に関する平均スコア</h3>  <h3>精神疾患のタイプ</h3>  <h3>助言範囲のタイプ</h3> 
--	--

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書

図5 ケアプロフィールの例 (ZZP 4 VV 集中的な指導と長期ケアで保護される生活)

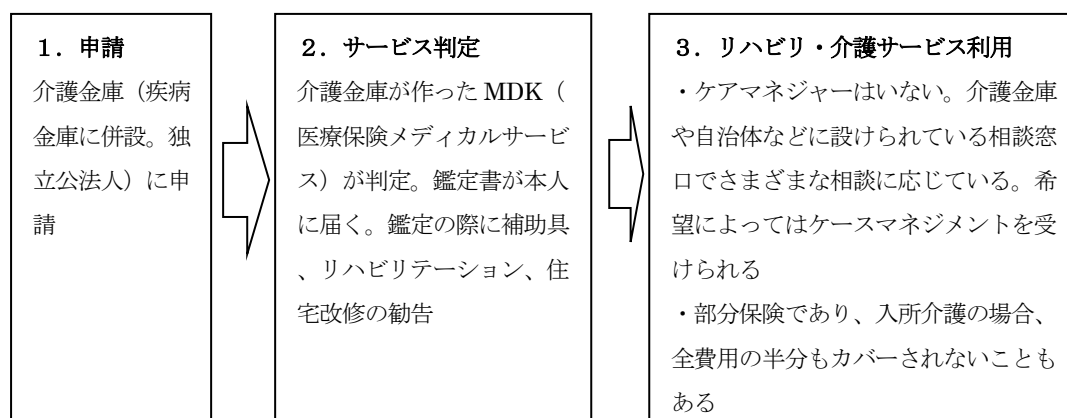
3. ドイツの要介護認定

(1) ドイツの介護保険制度の概要

ドイツの介護保険制度は 1995 年に導入され、介護金庫（医療保険者である疾病金庫の別組織）が運営主体である。年齢による制限はなく、保険料によって運営されており、国庫負担はない。サービスの提供者は、主に民間の非営利団体（宗教系、中小福祉団体系、労働団体系等）である。

我が国の介護保険制度は、ドイツを参考にしたとされる。しかし、ドイツの社会保障は補完性原則に基づいており、家族や隣人、民間、非営利団体による支援が国や自治体の支援に優先される。したがって、ドイツの介護保険制度は部分保険として設計されており、保険給付だけで必要な介護の量をカバーすることは想定されておらず、家族介護や自己負担によるサービス購入等が前提となっているのが特徴である（家族介護も所得もない場合は社会扶助で対応）。

ドイツの介護サービスの利用の流れは図 6 のとおりである。



財源：給与の 3.05%（被用者は原則労使折半。子供のいない人は 3.3%）

サービス内容

在宅介護給付、介護用品・補助具、住宅改造、デイケア・ナイトケア・ショートステイ、施設介護、負担軽減手当（有償ボランティア・世話サービス用）、入所者負担定額（入所負担額に上限を設ける）等。有償ボランティア等が従事している認知症者を対象とした「敷居の低いサービス」は、負担軽減手当の利用例の一つ。要介護度ごとの支給限度額あり

出典：平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書

図 6 ドイツの介護サービスの流れ

(2) ドイツの介護鑑定

ドイツの介護鑑定は、疾病・介護金庫への申請を通して公的機関である MDK（疾病・介護金庫の中立的な助言・鑑定機関で各州に計 15 の拠点がある）が行う。法律では、「自立や能力に健康上の障害があり、そのために他人の支援を必要とする人」が要介護者と定義されている。また、この状態が 6 ヶ月以上続いてはじめて要介護とされ、鑑定に有効期間はない。

ドイツでは、2017 年 1 月に、給付の公平化、本人の自立性評価を目的に、介護鑑定の大幅

な制度改革が行われた。従来は身体的障害に重きが置かれていたが、6つのモジュールが導入され、知的・精神的な障害も同等に扱われるようになった(表4)。これにより、一日平均90分以上(うち45分以上は日常生活動作において)他人の支援を必要とすることが条件であったことから、介護度が認められなかった認知症者が給付体系に本格的に組み込まれるようになり、介護度は1~5の5段階となった。

なお、2016年まではドイツも我が国と同様、「介護の手間」を測る評価であった。例えばシャワーであれば、1日当たり何分かかるかを計算していたが、それが果たして正しい測定の仕方なのかという批判があった。そこで、欧州諸国等の要介護認定制度を研究し、本人に残っている資質、できなくなってしまった事柄に焦点を合わせて活動の自立度を測る評価への転換がはかられている。

表4 ドイツの要介護認定の6つのモジュール

<p><6つのモジュール：各生活分野が比重をかけて考慮される></p> <p>15% 認知能力、コミュニケーション能力、行動および精神保健面の問題</p> <p>10% 運動能力</p> <p>40% セルフケア(身体ケア、食事等)</p> <p>20% 病気または治療関連要件への対処</p> <p>15% 日常生活および社会生活の設計</p>

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書

なお、鑑定結果の通知書には介護度だけでなく、リハビリ、補助具、住居環境の改修についての勧告も併せて通知し、勧告が付与される場合は本人に連絡を取ることが義務付けられている。

給付については、表5のとおり、大半の給付を受けることができない介護度1を除けば、ドイツの介護度は4段階であり、日本の要介護2ないし3以上の状態でなければ認定されないとされる。現金給付と現物給付があり、介護度によって給付額が決まっている。サービス購入や有償ボランティアの支払いに使える負担軽減手当もある。

表5 介護保険の介護度と給付額（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
入所者（介護度2～5）負担定額* （全国平均見直し）	580				

*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。

*入所者負担定額：ドイツではホームごと、および要介護度によって介護料金が異なる。これまでは要介護度が高いほど自己負担額が増える仕組みになっていたが、2017年から介護度2～5共通の上限が設けられた。対象は介護料金であり、食費・居住・投資費は対象外。

*表以外に住宅改造手当もある。

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書

また、在宅では、現金給付を選択する割合が非常に多いのが特徴である（表6）。

表6 社会介護保険 給付・介護の種類ごとの受給者数 2017年平均

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

出典：ドイツ連邦保健省

4. 日本への示唆

日本、オランダ、ドイツの要介護認定制度を整理すると、表7のとおりである。

表7 日本、オランダ、ドイツの要介護認定制度

	日本：介護保険	オランダ：長期介護保険（WLZ）	ドイツ：公的介護保険
判定機関	・保険者（市町村） 介護認定審査会	・CIZ ※保険者は保険会社 アセッサー（390名）	・保険者（介護金庫） MDK
概要	<ul style="list-style-type: none"> ・7段階認定 ・要支援1～2/要介護1～5 ・介護予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業の対象者を含む軽度から中重度までを対象に、区分支給限度額を認定 ・コンピュータ判定（一次判定）後、審査会で二次判定 ・要支援2と要介護1の振り分け時のみ、「状態の維持・改善可能性」を判定 ・認定有効期間あり（6ヶ月～36ヶ月） 	<ul style="list-style-type: none"> ・7種類判定 ・VV04～VV10 ・回復が不可能で、継続的なモニタリングや24時間のケアを必要とする高齢者や障害者のみ ・ケアプロファイルを判定（身体疾患、認知症重度行動障害、重度身体疾患、リハビリが必要、緩和ケアなどタイプ別判定） ・認定有効期間なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・5段階認定 ・介護度1～介護度5 ・介護度1は月125€の負担軽減手当のみ、介護度2～5も部分給付（必要な給付の5～6割程度） ・介護度1を除き、中重度者を対象に給付額（現金給付月額、現物給付月額等）を鑑定 ・リハビリテーション、予防策の勧告可（ただし、勧告の割合は0.7%） ・認定有効期間なし（ただし、現金給付受給者はモニタリングのため、半年（介護度2、3）ないし四半期（介護度4、5）毎に相談訪問）
評価軸	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定等基準時間（介護の手間） ・行為区分毎の時間の合計 食事/排泄/移動/清潔保持/開閉/BPSD 関連/機能訓練/医療関連/認知症加算 	漏斗状のアセスメントモデル <ul style="list-style-type: none"> ・ケア状況 ・継続的な観察もしくは24時間のケアの必要性（なければ非該当） ・継続的なケアニーズ（改善/発達/回復の可能性があれば非該当） 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活における自立度と能力（本人に何が出来るか、できないか） ※かつては介護の手間だったが、改正

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書の一部改変

そして、3か国を比較すれば、日本の要介護認定制度には以下のような課題があると考えられる。

①「回復可能/不可能」の判断を行わないこと

オランダでは回復（改善）不可能な者だけが介護保険の対象者に認定され、またドイツも中重度者だけが認定され、いずれの国も認定有効期間がない。しかし、我が国の要介護認定制度では要支援1から要介護5と、予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業の対象者である軽度者から中重度者までを幅広く認定し、要介護状態区分（要支援状態区分）は認定時点の介護の手間で判定され、回復可能性は認定結果から判断できない。介護サービスの利用状態からのいわゆる「卒業」を目指すとされる要支援状態でも、回復可能な状態とは明確に規定されていない。

回復可能な者に介護サービスを提供すれば、廃用症候群が進むことで要介護度の悪化につながり、逆に、回復不可能な者にリハビリテーションを行っても効果は望めない。同じ要介護度でも様々な状態が混在していることが、ケアの方針を決定するケアマネジメントや介護給付の質の評価を困難にしている要因であると考えられる。

なお、回復可能な者については認定有効期間を定めるべきと考えられるが、オランダやドイツがそうであるように、回復不可能な者に認定有効期間を定める必要性は低い。日本はそれが混在しているために無用な認定更新が行われている可能性があり、それが要介護認定に係る費用を増大させている原因の一つと言える（認定の更新にはモニタリングの意味があると考えられるが、我が国にはケアマネジャーがいる）。

②要介護状態区分(要支援状態区分)の改善が事業者のディスインセンティブであること(悪化させることに事業者のインセンティブがあること)

「介護の手間」で認定しているため、要介護状態区分が上がれば区分支給限度基準額が上がり、介護報酬が増える構造である。①の「回復可能/不可能」の判断を行わないことも相まって、仮に回復可能な状態像であった場合、改善を目指すことは事業者にとっては「報酬単価の減」と「利用回数減」を招く。例えば、通所介護の大規模Ⅱ(月900名以上)で～6時間の場合、要介護認定区分が1低くなると報酬単価は約1,000円下がる。

③どのようなサービスの利用が推奨されるかを明示しないこと

自宅を訪問して認定調査を行い、また主治医意見書を入手しながら、それは要介護状態区分の認定のためにのみ用いられ、サービスの選択、利用のためのアセスメントは、改めてケアマネジャーによるケアマネジメントで行うこととされている。

制度上は、介護認定審査会が「要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見」を付与することができることになっているが、強制力を持たないこともあって、ほとんど活用されていない。

大阪府内などの一部のサービス付高齢者向け住宅等で、本人の状態に関わらず区分支給限度基準額いっぱい給付が一律に提供されている実態が報告されているが、本人の状態に応じたサービスの提供がなされる担保がないことがその一因と考えられる。

④要介護認定の基礎データが古く、また施設入所者のみであること

要介護認定ロジックの基礎となっているデータは、平成19年にデータの更新が行われたものの、施設入所者に提供されている介助内容とその時間を元にしており、しかし、平成12年当時のサービス種類別介護費用額割合では施設サービスが6割以上であったが、現在では3割強程度となっており、在宅の介護サービスの多様化や介護技術の進化なども反映されていない。

⑤介護予防・日常生活支援総合事業の対象者の明確化が必要であること

我が国では、2015年度から要支援者に対する予防給付の一部が介護予防・日常生活支援総合事業に移行しており、さらに、要介護1、2までをその範囲とするかどうかを検討されている。しかし、要介護2と3の違いは介護の手間にかかる要介護認定等基準時間に過ぎず、なぜ要介護2までを対象とするかの蓋然性が低い。

保険給付の利用は権利であり、給付された額に応じた決算主義でファイナンスされるが、状態の改善のための支援はサービスの提供量を減らすことを目標とすることから、オランダ同様、「事業」として予算主義で提供されるべきと考えられる。

そこで、介護予防・日常生活支援総合事業の対象者の範囲を検討するにあたっては、要介護状態区分ではなく、回復可能性で判断することも検討すべきである。

なお、介護予防・日常生活支援総合事業に移行すべきサービスとして、訪問介護の生活援助(家事援助)と通所介護(デイサービス)が検討されているが、オランダではその2つはWMO(市町村事業)で提供されていることも参考にすべきである。

以上、5つの案はあくまでも我が国の要介護認定制度を検討する際の材料に過ぎない。本格的な検討のためには、各国の要介護認定制度についての追加調査や、オーストラリア等、

介護保険制度を採用しない国々におけるアセスメント手法などとの比較研究が必要である。

我が国の要介護認定制度は、介護保険制度創設当初から 20 年間、基本設計が見直されておらず、現在は見直しの必要性すら検討されていない。一方で、オランダ、ドイツは近年、ともに大きな改正を行っている。今後、我が国でも本格的な議論が始まることを期待したい。

[参考文献]

- 1.厚生労働省ホームページ「要介護認定」令和元年 12 月 28 日参照
- 2.吉田恵子「ドイツ」『平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業』日本介護専門員協会
- 3.Burmann, S. (2019) Die neuen Pflegeberatungs- Richtlinien und die Folgen für den Pflegeberatungs-Alltag. AOK-Bundesverband.
<https://kda.de/wp-content/uploads/2019/04/AG-1-Die-neuen-Pflegeberatungsrichtlinien-Simone-Burmann.pdf> (downloaded October 12., 2019)
- 4.吉田恵子「要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策」『平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 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』国際長寿センター
- 5.吉田恵子「ドイツにおける介護相談 およびケースマネジメント」『平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 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』国際長寿センター
- 6.服部真治「オランダ」『平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業』日本介護専門員協会
- 7.中島民恵子「要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策」『平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 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』国際長寿センター
- 8.大阪府高齢者住まいの質の向上に関する検討部会「平成 29 年度 サービス付き高齢者向け住宅等におけるケアプラン点検推進等事業 報告書」大阪府

3. 地域を拠点としたグランドデザインに関する日本への示唆 1

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. はじめに

わたしがイギリス調査に参加して3年目となった。年を重ねるごとにNHS、自治体、ボランティア組織などありとあらゆるところで「リエイブルメント」や「変革」という言葉を聞く回数が増えている。また、自治体の方々から具体的な取り組み内容、アウトカムの数字などがプレゼンの中にみられるようになってきており、2014年のケア法改正以降本格的な変革に大きく舵をきったイギリスは、今まさに変革の真っ只中だという事を強く感じる。

イギリスと日本を比較すると非常に似通っている点が多い。財政状況が厳しく制度持続性に危機感をもっている、ケア法が改正され **well-being** 原則（日本では自立支援）、病院 **based** から **community based** に転換（日本では地域包括ケアシステム）、ソーシャルケアの軸は介護予防で自治体に責任の所在がある（日本では総合事業）、リエイブルメント・サービス（日本では短期集中サービス）などである。

それでは、イギリスは日本より先に進んでいて、日本が遅れているのかということとは思わない。むしろ日本の方が1つ1つについて丁寧に考えてデザインしていると思う。しかし一方で、イギリスに学ぶ点も多いと思う。そこで、イギリスから何を学び、日本はそれをどのように生かし、新たな可能性を生み出していけばいいかについて考えてみたいと思う。

2. story を大切にする

イギリス調査においてNHS、自治体のプレゼンテーションは高齢者のケアの話からスタートしないということは共通していると感じる。彼らはまず自分たちの市町村について語り出す。子ども、教育、経済、交通、場所などあらゆる分野について横断的に語ったり、人口、経済状況、雇用状況、高齢者数、平均健康寿命、慢性疾患患者数などについて「数字」という側面でも整理し、その解釈も含めて表現したりもする。その後自分たちの未来において在りたい姿・ビジョンを示し、前述した課題を解決し実現するための戦略、計画について語る。そのあたりでようやく高齢者ケアについての具体的な話となるのである。

例をあげると、グレーター・マンチェスターは、人々がヘルシー（健康）であることが経済的にも豊かになるためには重要であるので、健康寿命を延伸するための取り組みとして介護予防、つまりリエイブルメント・サービスに力をいれたと昨年の調査で述べていたということなどである。

つまり、常に自分たちがなぜこれからこの **action** を行うのかについての **story** を順序立てて整理しているのである。そしてそこには数字が常にセットされており、客観的にどのような相手に対しても伝えるということが準備されている。

イギリスはケア法2014で **well-being** 原則が生まれ、大きく介護予防（自治体責任）、コミュニティベース・アプローチの在り方が変化した。このことについて多くの自治体から「国に予算を大幅にカットされて厳しい状態である」ということは声として聞いた。

しかし、どの自治体もやらされ感で実施している印象は受けない。どの自治体もピンチはチャンスとばかりに、まず自分たちの地域分析（ありのままの自分たちの姿を整理する）をし、その上で自分たちなりの **Story** をもって、自分たちの地域住民の **well-being**（より豊かな状態）をイメージして1つ1つチャレンジしている。

この姿勢こそ、日本の自治体は学ぶべきところではないだろうか。今までと違う在り方を国から示されたら、そのことに右往左往するのではなく、なぜ国はそのような方向に舵を切ったのだろうかとまず「問いをたてる」ということが重要なのではないか。そして、自分たちの自治体にまず目を向け現状を様々なデータ（数字）を含めて整理し、自分たちが「誰にどんな価値を生み出すために、今から何をしないといけないのか」ということを明確化して、自分たちなりの **story** を生み出すことが **well-being** を軸とした介護予防＝リエイブルメント・サービスの **journey** の始まりになるのではないだろうか。

そして、その **Story** を全ステークホルダーと共有する仕組み・環境をつくり、そこに汗をかき地域のチームをつくることこそ、自治体の役割であり、まさに地域包括ケアシステムなのではないだろうか。

今、日本において総合事業の歯車がうまく噛み合っておらず、非常に本質的で重要な介護予防の仕組みの1つである短期集中サービスがいい形で生み出されていない背景はここにあると考える。つまり、介護予防をなぜ行うのか、またそれを追及する総合事業、その中の軸となる短期集中サービスという1つ1つのつながり、「**story**」がない中で、すべてが単体として上から降ってきている感じになってしまっているのが、自治体、介護事業所、専門職の **action** につながりにくくなっているのではないだろうか。今こそ、**action** の前に **story** を描くところから **Re** スタートしてみるべきではないか。

3. プロトタイプをたくさん生み出す

グレーター・マンチェスターには10の自治体がある。現在、グレーター・マンチェスターが生み出したビジョン・戦略・計画を10の自治体、大学、企業などと協働して変革へのチャレンジをしている最中とのことであつた。その中でグレーター・マンチェスターは10の自治体それぞれに自分たちのやり方でチャレンジをしてもらっており、それぞれがプロトタイプをつくりその中でベストプラクティスを最終的に集約する構想だと言っていた。非常に理にかなった取り組みである。リエイブルメントも「1人のひとの **well-being** な日常を重要視する」「自信を生み出す」「パーソンセンタード」「ストレンジスペースト」「アセットベースト」「コミュニティベースト」「チームベースト」など重要視する要素に共通項はもちろんあるが、自治体によって運用形態はさまざまであつた。

ゲームチェンジの最中ということは誰も答えがないということなので、とにかく **action** を起こしてみるしかないというわけである。そしてその **action** を先に起こし経験しておくことが、グレーター・マンチェスターの人々が **well-being** でより豊かになることに近づくと考えているわけである。

一方、日本は現在プロトタイプをたくさん生み出す視点をもち **action** を起こすということができずにいると思う。これはみんな一緒、つまり平等が常に重要視されるカルチャーが存在しているからである、そこからの変革が行われていないということに起因するのではないかと考える。そして自治体、介護事業所、専門職の多くはどこか国の通達（具体的

指示)を待っている感がある。2)でも述べたように、ピンチをチャンスと捉え、本当のチャンスに変えるには、他動的でなく自動的な action を伴う必要があり、各ステークホルダーが大きくマインドチェンジする必要がある。

グレーター・マンチェスターの事例はこのような現状の日本において介護予防・リエイブルメントという視点が入った総合事業・短期集中サービスを各地域で展開する上で参考になると考える。

国は方向を示すことが重要であり役割だと考えると、日本において十分に役割を果たしているとも言える。しかし、都道府県がグレーター・マンチェスター（州であり、日本でいう都道府県のようなもの）のように Story（ビジョン・戦略・計画など）のデザインを行うカルチャーが今までなかったのであれば、そのフォローアップを国が行うことは重要になると考える。

1人のひとの well-being な日常を追求することによって、健康寿命が延伸し、介護予防が実現する。そういった自分たちの地域の未来ビジョンを都道府県が明確に描き共有することで、その具体的実践である総合事業、その中の短期集中サービスの意味合いが腹落ちし、はじめて本気でそれをいかに地域に生み出すか試行錯誤しだすのだと思う。

その試行錯誤の段階のスタートは市町村への story の共有である。総合事業・短期集中サービスが実際に行われる市町村で具体的実装に向かうためには、市町村の中に総合事業、短期集中サービスをデザインする専門職が必須である。

4. 市町村（自治体）の中に総合事業・短期集中サービスをデザイン・運用する専門職を配置する

イギリスの自治体が提供するソーシャルサービスは、専門職がデザインの中核に関与している。特にリエイブルメント・サービスは、OT がデザイン・運用まで一貫して行っていることが非常に多い。そして、常に公的な立ち位置の OT がリエイブルメント対象者の自宅を訪問し、ソーシャルニーズ（ケアニーズ含む）のアセスメント、プログラム作成までを実施し、その後毎日介入するサポートワーカー（リエイブルメント教育を受けた介護職）にパスをするという仕組みを機能させるためにも OT、社会福祉士は公務員であることが多いのだろう。キングストン市では自治体に OT25名、社会福祉士が200名いると言っていた。

この仕組みを日本に置き換えてみると、ケアマネジャーの役割を一気通貫で公的機関の新たな教育を受けた専門職が行っているという事に当てはまるのではないだろうか。

日本において総合事業が機能するためには、介護予防ケアマネジメント、短期集中サービス、地域ケア会議、コミュニティが一体的に連動していることが重要であると考えられる。一体的取り組みを行うには「デザイン」が重要で、またそのデザインを運用して常にアップデートしていく必要がある。だからこそ、市町村に現場のことをよく理解し、自治体のこともわかる専門職がデザインを行うことで、機能しやすい仕組みを生み出すことができると考える。総合事業（短期集中サービス）はまだまだ確立されたものではないので、運用しながらアセスメントを行い、常にブラッシュアップをはかっていく必要がある。自治体の中にそれを担当する専門職がいるということは機動力という点でも重要と考える。つまり、自治体・地域包括支援センターに well-being に溢れた日常・地域を生み出すという介護予防をデザインできるリハ職、社会福祉士などの専門職をおくことが重要であると考えられる。

しかし、自治体の職員数が削減されている昨今、これは非常にハードルが高いことでもあ

と思う。その場合は、自治体のビジョンに共鳴し、デザイン・運用のアップデートともに実施することにコミットメントしてくれる外部の専門職と協働するということが重要な一手であると考えられる。

5. 専門職に明確なアウトカムを求める

ウィガン市では、介護予防を展開するためにリエイブルメント・サービスを生み出した際に、その軸として OT、社会福祉士に大きく投資をした（期待値を込めて予算をとり、彼らの給与を平均よりも少し高く設定した）と語っていた。それはウィガン市が掲げるビジョンである「The Deal」にコミットメントし、ユーザーの自信を取り戻し、コミュニティの中での well-being な日常生活を生み出し、介護サービス漬けにならないようにするというアウトカムを出すこととトレードオフということである。

日本は現在、自立支援型地域ケア会議、短期集中サービスに専門職が関わった際に費用対効果はほとんどの場合求められない。ここはウィガン市の事例のように専門職は専門性を進化させアウトカムをしっかりと求められ、その代わりにその対価を専門職に支払うということが介護予防の進展、専門職のブラッシュアップ双方にとって必要なことなのではないだろうか。

6. 専門職に新たな学びのアップデートが必須

イギリスにおいてもリエイブルメントは今までのケア、リハビリテーションではなく、新しいカルチャーだと言われている。ウィガンでは 600 名に新たな学びを提供し、それになじめない多くの専門職が去ったと言っていたが、それくらい新たなカルチャーなのである。「1 人のひとの well-being な日常を重要視する」「対話」「自信を生み出す」「パーソンセンタード」「ストレングスベースト」「アセットベース」「コミュニティベースト」「チームベースト」などは今まで課題の追及、その改善、またサービス提供のためのアセスメントを軸に行ってきた専門職にとって学んだことがない要素なのである。

イギリスの各自治体は専門職への新たな学びの提供を重要視しており、「ワークショップ（事例ついて対話）」「OJT」「シャドーイング」「ジョイントトレーニング」「現場での困りごとについての対話」「レクチャー」など多様な方法で行っている。また、レクチャーだけではひとは育たないと担当者も述べていた。なぜなら、リエイブルメントはクリエイティブな仕事で、一人ひとり違うパーソナリティを把握する仕事であるので、リエイブルメントを提供する人材育成は非常に難しいという背景があるとのことであった。

これは非常に理にかなっており、社会人の学びの成長は「70%が経験、20%がアドバイス、10%が研修」と言われている米国のリーダーシップ研究の調査機関ロミンガー社の調査、分析結果から生まれた「70:20:10 の法則」に合致する。

さて、日本の専門職の学びの方法はどうかというと、まさに 10%の研修が主となっている。今こそ、イギリスのように経験・アドバイスという方向に専門職の学びの在り方をアップデートする時期にきていると考える。そして、学びの方法以外にも、学びの内容もイギリスが新たなカルチャーと表現しているように、国、自治体が描いた story を具現化しアウトカムを出すための新たな学びの内容をインプットすることが大切である。これは自治体が独自で専門職の新たな学びのアップデートに乗り出すということである。イギリスでは、各自治体が介護予防を行う責任を担っているため、自分たち独自で専門職の学びのアップデートも行

っており、日本のように職能団体に託すことを軸にするというようなことは行われていない。自治体だけですべて行うことはできないので、その場合は大学、民間会社などとアライアンスを組み、新たな学びのサービスを提供している。

また、イギリスの専門職の育成方法はまさに地域包括ケアシステム、地域支援事業（総合事業）と相性がいいと考える。なぜなら、地域によって課題、取り組むべきことは多様だからこそ生まれた仕組みなので、そこにコミットメントする専門職の育成も自治体が責任をもって自分たちの在り方を生み出すことが理にかなっているからである。リエイブルメントは、単にユーザーの身体能力、活動レベルを向上させるだけでなく、ユーザーが **well-being** な日常生活を再度手に入れることを目指すので、コミュニティ資源・情報などにも精通している必要がある。つまり、地域単位での学びのアップデートが非常に重要だということである。

7. 多職種協働のアップデート

新たなカルチャーだという所以は、「リハビリテーション」「リエイブルメント」という言葉をイギリスでは使い分けているというところからも感じられる。自治体によって言葉の定義はまださまざまなようであるが、おおよそ共通しているのは、「リハビリテーション」は、ベースが医療現場、チーム構成はリハ職のみ、目的は現状の改善。一方「リエイブルメント」は、ベースがコミュニティ、チーム構成はリハ職＋介護職＋社会福祉士など統合チーム、目的は人生・生活全体のアップデートという感じだろうか。つまり、「リエイブルメント」は、1人のひとの **well-being** な日常生活を取り戻すために、各専門職が持っている強みをかけ合わせようという新たな専門職の価値の表現の仕方のデザインだと感じる。

これは、日本でも以前から言われてきた多職種協働のバージョンアップ版ではないかと考える。つまり日本でも以前から重要視されてきた取り組みを総合事業の短期集中サービスというフィールドで行うのである。

また、イギリスでは日本でいう多職種が1つの事例について意見を出し合う地域ケア会議が毎日、1週間に1回、1ヶ月に1回さまざまなミーティングの中で繰り返し頻回に行われている。そして利用者のケアプラン内容・目的は本人の状態の変化に合わせてどんどん変化していく。

以上の点から、総合事業の短期集中サービス、介護予防ケアマネジメント、地域ケア会議はやはり一体的に行うべきだし、そのためには、日常の現場業務の中に今まで日本でも行われてきた多職種協働を新たにデザインする必要があると考える。

8. まとめ

今まで、イギリスのさまざまな事例を元に、日本の地域づくり、そのための仕組みである地域支援事業、総合事業（短期集中サービス）をどのようにアップデートしていけばいいかについて考えてきたが、イギリスから学ぶべきことを一言でいうなら「変革する覚悟をもち、**Action** し続ける」ということだと思う。

「変革」とは、過去の成功体験を100%否定し、今までの成功体験を破壊し、新しく創りあげていくこと、「変化」とは、変わって新しいものになること、「変更」とは、今までの考

え方、やり方を変えないで新しいことだけ、できることだけをつけ加えることとされている。こうしてみると「変革」には覚悟がともなわなければ到底なし得ないことだと痛感する。その覚悟を持てるか否かが重要なのであるが、今の日本は「変更」で溢れているように感じる。

しかし、人口は減少し、少子高齢化はまだ進む。人生 100 年時代、高齢者がお世話されるだけの存在ではなく、高齢者と呼ばれるようになってからも可能性に満ち溢れた存在として自分の well-being な人生・生活を歩んでもらうためには、健康長寿、介護予防は非常に重要となる。社会構造が変化しているがゆえに、国、自治体、介護事業者、専門職、職能団体、住民などが「変革」の意識をもち、小さい Action の連鎖を生み出したくなるデザインをすることが重要だと考える。

日本には世界に類をみない考え抜かれた介護保険、地域支援事業、総合事業などの制度がある。この制度をいかに泥臭くアップデートしていくかが「変革」を成功させるために重要となる。そのためには今回提言した 1) ~7) の要素を 1 つ 1 つ作り出していくことではないだろうか。重要なことは、取り組む過程で生み出された表面的な「手法」にのみ注目してそれを横展開しようとするのではなく、その作り出していくプロセスをどのくらい重要視するかだと考える。

日本には大きな可能性がある。未来、可能性に溢れた地域がたくさんある日本にするためには、ステークホルダー全員が高齢者の可能性をイメージし、高齢者と一緒にその実現にむけて action を起こし続けなければいけない。

Well-being !

4. 地域を拠点としたランドデザインに関する日本への示唆2

東京家政大学人文学部教育福祉学科准教授 松岡洋子

この報告書では、イギリス、オーストラリア、韓国の取り組みを記述している。本稿では、日本の現状を素描してその特徴を分析し、主としてイギリスにおける「アセットベースト・アプローチ (asset-based approach)」の取り組みに照らして比較を行い、日本の世界レベルにおける到達点を確認しつつ、世界に発信できる点・学ぶべき点について考察する。

アセットベースト・アプローチに比較する日本の取り組みは、住民主体と自立を掲げ、地域にさまざまな資源を創るべく「多様な主体による、多様なサービス」の創出を目指した「介護予防・日常生活支援総合事業 (総合事業と略す)」の先進事例を取り上げる。要支援者に対する通所介護・訪問介護を介護保険の給付から外し、自治体の事業へと移行したという点でも、自治体への権限移譲、地方自治へ大きな一歩を進めるものである。

本稿では、人口規模が比較的小さい次の自治体・自治体内の地区に絞り込んでその特徴を仮説的推論によって整理して、考察の基礎とする。(表1)

表1 小規模自治体の先進事例比較

自治体 (訪問 年月)	池田町 (2017年12月)	小坂町 (2019年3月)	萩市むつみ地区 (2019年3月)	防府市向島地区 (2019年2月)	
資源	人口、 高齢化 率	6.9千人、41%	5千人、43.8%	1.4千人、55.9% (萩市 47千人、41.9%)	1.3千人、50.8% (防府市 116千人、30.1%)
	包 括	1 (直営)	1 (直営)	2 (直営) OTを配置	4 (全市で)
	福 祉 資 源	*特養1 (50人)、通所 1 (25人) など	*特養2 (110人)、認 知症GH1、ケアハウス 1、通所2、認対通所1	*特養8、通所16など	*特養 (5施設、412床) 少なく他市よりデイが参 入
	歴 史	*昭和47年「生きがい 焼き」 *平成19年「ふまねっ と」	*日本三大銅山「小坂 鉦山」	*平成17年1市・2 町・4村落が合併	*自治会、民生委員など の基盤
	資 源 強 み	*古くからの「ふまねっ と運動」など	*自治会参加率100%	*94の生き生きサロン	*自治会・民生委員の活 動
危機・ 背景	*高齢者が生産年齢人 口を凌駕 *老人クラブは半数に 激減	*8年で人口1千人減 少 *後期高齢者まで減少 の危機 *人口ピラミッドは棺 桶型 *専門職の人材不足	*コミュニティ消滅危 機の地域もあり *94の生き生きサロ ンの減少 (1年で5ヶ所消 滅)	*地区により異なり、向 島など高齢化率50%の 地区も *車なしでは暮らせない などの生活課題が顕著	

	介護保険 (効果なし)	*介護保険は膨張の一方で、インフォーマルサービスなく、介護予防の発想なし。	*デイの効果に疑問		*要介護認定率 20.8%、保険料 5,779 円 *要介護 1 までの認定率が高い *軽度者のデイ利用が全国 TOP *デイでの一年後悪化率が全国平均を上回る
総合事業	開始	平成 27 年 4 月スタート	平成 27 年 4 月スタート	平成 28 年 4 月スタート	平成 29 年 4 月スタート
	リード	*町、町社協(佐藤智彦) *丸投げではない	*町(三政貴秀)、町社協、地域包括支援センター	*市(池永美杉)と町社協(生活支援体制整事業委託) *一緒に	*市高齢福祉課(中村一朗)
	理念方針	*要支援になると関係希薄に。助け合いの輪を広げ、要支援になってもこれまでどおりの関係維持。受け皿サービス作るのではなく、もともと生活の中にある助け合いや人付き合いを大切に継続	*町民の「やりたい・したい」を引き出し、徹底して支援する。 *「やりたいことをやる町」 *医療・介護の専門職が視点を共有して連携	*平成 27 年改正に乗って地域づくりを進めよう *「できる人が、できる事を、できる時に」 *サービス創出よりも、地域づくり!	*介護予防・買物支援一体型(民間・場提供、法人・移動 C 型、介護事業者・A 型、市民巻き込み)
	内容戦略	*ふまねっと運動 *LOREN 支え合い(支え/支えられる関係、生活課題の可視化) *移動支援(コミュニティバス)	*デイの見直し→「ミニデイ」へ *C 型(通所訪問一体型)社協+包括 *サロン活動	*既存 94 サロンを活かし、各地域に太い幹をもった団体を 16 圏域にひとつ	*一つの成功事例を作っ て広める戦略(小さな介護予防教室を多く作るより) *地域には切実な課題がある。そこからスタート
	ポイント	*住民がリーダー(ふまねっと)+社協の支え *養成講座の受講義務付け *幹の太い活動(ふまねっと)を各地域に育て、他の多くを育成	*37 の自治会圏域毎に第二層 SC(小地域でニーズは異なる) *地域包括は個人相談、社協は CSW	*3 年間、16 圏域ごとに協議体会議で話し合い「地域ささえあい協議体」(H27 年度より 200 回) *各地域でニーズは異なる	*一成功事例を作り、地域のニーズに合わせ、住民力を生かして展開 *「同質的に一気に進めるやり方とはちがう」
	結果	*40 サロン *ふまねっと 12 か所、4 千人	*ミニデイサービスくるみ *C 型はあとぶらす *第 2 層 SC は自治会圏域 37 *つどい場 26 か所	*訪問 B 型 9 通所 B 型 13 (16 圏域)	*H30 年度には 2 地域で地域のニーズと資源に合わせて開始し、平成 31 年度にはさらに 1 地区で
	効果成果	*平成 24 年度以降 5 年間 80 歳以上が 20%増。新規要支援者は 25%ダウン。 *予防給付 48%ダウン	*保険料 5300 円(県内で二番目に安い) *一人当たり 58 円引き下げ効果	*近隣助け合いの活発化 *支援課と地域とのきずな *議会でも地域活動が話題に *役所内で部署を超え協力	*平均年齢 80 歳超、2 年半変わりなく元気 *「できない」から「できるようになった」声の増加

1. 日本における自治体の先進的な取り組み

(1) 北海道池田町（人口 6.9 千人、高齢化率 41.3%）

北海道池田町は、十勝ワイン生みの親である丸谷金保町長（昭和 32 年より昭和 51 年まで在任）の時代から、「生きがい焼き（陶芸）」を高齢者の趣味活動として広めるなどの活動があった。高齢化率の高まりだけでなく高齢者人口が生産人口を超え、高齢者さえも減っていくという現実、介護保険給付の上昇など、強烈な危機感を背景に平成 19 年から「介護予防ふまねっとプログラム」を住民に呼び掛けて始めている。池田町との強固な連携のもとに動くのは、町社協（佐藤智彦事務長）である。現在では、ふまねっと運動、麻雀、公文、吹き矢など人口 7 千人弱の自治体に 40 を超える介護予防サロンが、町社協の支援を受けて住民の力で作り出されている。

介護予防サロンは老人クラブ連合会が担う「Loren（生活支援）支えあいパートナー事業」と移動支援事業とともに 3 つの柱を構成している。

「地域で友達やお隣さんと暮らしていた人が要支援になると関係が希薄になって、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。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、これまで通りの関係を続けられるはず。『新しい支え合いの地域づくり』で大事なのは、要支援者向けサービスを作ることではなく、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お壊さないことが基本」。これは池田町との強力な連携の下に取り組みを進めてきた佐藤事務局長が話す理念である。

平成 24 年度以降の 5 年間で 80 歳以上高齢者は 20%増加したが、新規の要支援認定者は 25%減少し、総合事業へ移行することで、訪問・通所介護の予防給付が 48%減少した。



写真1 「池田町 8 丁目町内会ふまねっと健康教室」（北海道池田町）

(2) 小坂町（秋田県、人口 5.0 千人、高齢化率 43.8%）

小坂町は、6,124 人（2010 年）の人口がここ 8 年で 1,000 人減り、生産年齢人口の減少も始まることが予想された。人材不足も著しい。

小坂町では、若手福祉課職員三政貴政氏が「やりたいことができる」地域づくりを掲げ、自治会加入率 100%という地域の力を引き出す方向で取り組みを続けてきた。総合事業は平成 27 年にスタートしているが、町と地域包括と社協が力を合わせて地域に入り込んだ。より小さい自治会圏域（人口規模 150 人前後）の単位で民生委員や自治会長、意欲ある町民による「地域見守りネットワーク情報交換会」を開催して生活課題を抽出したり、すでにある支え合いの取組を見つかったり、新たな設立を支援するなどしている。地域包括は地域の個人々の相談にのる形の個別支援がうまい。社協は地域全体の課題解決やつどいの場の立ち上げなどコミュニティ・ソーシャルワークで実力を発揮する。これらの全体を統括して、行政からの丸投げではない協働を進めてきた。

まず既存のデイを見直して、居場所も兼ねた「ミニデイサービス」とし、改善が見込める人には相談段階で訪問アセスメントをし、訪問・通所一体型短期集中リハビリ（C型）を利用できるようにした。サロン活動は継続することが重要なので、「こさかはっぴいポイント」制度を作ったりもした。

小坂町では6つの村（自治会は37）があり、歴史や暮らし方が異なる。小さな自治体でも「これをやりましょう」と一つのやり方でリードしてもうまくいくはずはない、と三政氏は言う。秋田県では保険料最高額が8400円である中で、小坂町は二番目に低い5300円となった。



写真2 ボランティア運営「かようカフェ」
(秋田県小坂町)

(3) 萩市（人口47千人、高齢者率約41.9%）

萩市は、ふれあい・生き生きサロンが94ヶ所あるなど地域活動が盛んであった。そこで、「平成27年の介護保険改正の流れに乗って、地域づくりを進めよう」との理念があった（池永美杉氏・福祉部高齢者支援課）。生活支援体制整備事業を社協に委託して生活支援コーディネーター（以下SCと略す）を配置し、3年かけて協議体で話し合い、7つの各地域に通所B型、訪問B型を作り出した。生き生きサロンがなくなる地域もあり、市内16圏域に幹の太い確実な活動を育てる戦略であった。

7地域のひとつむつみ地区（1.4千人）には「むつみ元気支援隊」があり、50人が隊員として3つのサロン（通所B型）、「むつみ愛サービス（訪問B型）」を提供している。支援隊は、平成17年の合併でむつみ村がなくなった際の危機感から生まれている。



写真3 「むつみ元気支援隊」と萩市高齢者支援課のみなさん（萩市むつみ地区）

(4) 防府市向島（山口県、人口 1.3 千人、高齢化率 50.8%、防府市人口 116 千人）

防府市では、健康福祉部高齢者支援課の中村一朗主幹が、「介護予防教室をたくさん作るより、一つの成功事例を作って広める」という戦略を立てた。この市には特養が少ないために多くの通所事業者が参入し、改善どころか一年後の悪化率が全国平均を上回るというような、危機的な状況にあったのである。

民間企業（会場提供）、社会福祉法人（移動支援）、介護保険事業者（通所 A 型）、地域住民（発見と声掛け）が協力して、介護予防と買物支援を一体的に提供する「幸せます健康くらぶ事業」を、向島地域（人口 1.3 千人）からスタートした。この事業は成功を納め、向島地域で介護予防教室ができるだけでなく、平成 30 年度には他の 2 地域でも固有のニーズに合わせた事業がスタートしている。



写真4 「にしき」健康くらぶ後援会のみなさん（防府市向島）

「地域の方々は『あそこの〇〇さんが困っているから何とかしてあげたい』という気持ちで活動している。だから、地域ごとの切実な課題からスタートすることが大事」自ら地域に出向いて住民と話し合い、課題に対して、市内のありとあらゆる組織・機関に声をかけて一緒に解決するスタンスの中村氏は強調する。

2. 日本におけるアセットベースト・アプローチの取り組みの特徴

各自治体の先進事例を、その特徴や成功要因を探る形で、データに密着して分析（継続的比較法）した。その結果、6 つの特徴が抽出された（表 1 参照）。

① 危機意識と介護保険サービスへの無効果性認識

まず総合事業に取り組むきっかけが、人口減少などの人口動態に関する危機感であるという点である。池田町や小坂町の人口ピラミッドは日本の 2050 年以降を先取りする形で棺桶型である。放置すれば介護保険自体が機能しなくなり、自治体が消滅するという危機感が真剣に取り組むトリガーになっている。

さらに重要なのは、現在の介護保険サービスが効果をあげていないという点への問題意識である。とくに、デイサービスが通うだけで機能改善につながっていない実態への疑問・危機感が多く見られる。

② 自治体リードと熱血漢の存在、全国ネットワーク

新しいことを初めて成し遂げるには、我を忘れて没頭するような情熱が必要である。紹介した自治体には、そうした熱血漢（カリスマ）の存在があった。地域により異なるが、自治体職員である場合、社会福祉協議会職員である場合がある。いずれも、必ず自治体職員との信頼関係に基づく協働作業であり「行政からの他機関への丸投げ」ということは決してない。関係部局・機関とよく対話して、それぞれの強みを活かして協働していた。

こうした熱血漢は壁にぶつかった時もあきらめず、そうした時こそ、克服法を求めて自治体を飛び出して勉強に出かけている。研修を受け、住民と一緒に講演会を聞きに行き積極的に叢智を外に求めている。そのことがきっかけとなって、ネットワークが出来たりもして

いる。介護保険の保険者としての責任感・使命感に基づいて行動している姿が確認できる。

③ 確たる理念と総合ビジョン、戦略

「総合事業はサービスを作ることではなく、地域づくりであり、絆づくり」という表現に見られるように、単に住民参加型（B型）の通所・訪問サービスを整備するだけでなく、時間をかけた協議体での話し合いとSCの配置、短期集中C型の位置づけの工夫など真の目的を見据えて、総合的なビジョンの下に展開している。

「普通の暮らしに戻る」「これまで通りの暮らしを継続する」ためには、通所・訪問B型などの新しい地域資源を作り出すだけでなく、機能低下を見つけ出すメカニズムを開発したり、昔ながらの地域の資源を見つけ出すことも重要である。小坂町では、つどいの場が26カ所もあると言うが、従来からあるものが9カ所、SCが把握したもの12カ所、新しくSCが立ち上げに関わったもの5カ所である。これらを総合ビジョンの下にどのように有機的に結びつけていくかが重要である。

さらに、そのビジョンを実現するための明確な戦略を持っている。表1でご確認いただきたい。（表1参照）

④ 自治体案の押しつけでなく、小地域に足を踏み入れる

共通項として興味深いのは、自治会単位まで踏み込んだ小地域の生活課題に対応する姿勢である。担当者は口をそろえて「自治体として決めたことを一気にやろうとしても不可能」と言う。

今回は小規模自治体を取り上げているため、「比較的小規模な自治体だからこそ可能」という理解もできる。しかし、自治体職員自ら地域に向いて足しげく通い、信頼関係の構築から始めている。自治会単位で協議体を作って生活課題をあぶりだして対応していく際には、地域包括・社協などと協働している。

この様子はどの自治体にも見られ、「地域福祉は社協の仕事」と丸投げして報告のみ受ける自治体が多くなかで稀有な存在である。

⑤ 歴史的な社会資源・文化背景の存在

地域をエリア分けして協議体を作ったり、SCを配置したりする中で、自治会や民生委員の存在が地域住民のことを案じ、その問題解決に困っている姿がよく見られた。そこへ、総合事業をとおして自治体や社協・地域包括が手を伸ばしていく。各地での協議体づくりには自治会長や民生委員がコアメンバーとして活躍していた。歴史ある社会資源が厳然として力を発揮していた。とくに防府市では、民生員や自治会長が「幸せます健康くらぶ」の参加者を集める際に力を発揮した。

さらに、一つの自治体の中でも、中心地とそこから離れた地域では生活様式も文化も異なる。小地域ごとに訪問して対話し、その地域ならではの歴史や生活様式、文化を踏まえた対応を重視していた。

⑥ 地域の資源総動員

少子高齢社会の進展の中で財政の伸びも期待できず、ヨーロッパ諸国では、制度によるサービス依存から地域に多様な資源を作り出して、一人ひとりの幸福（well-being）を追求していくアセットベースト・アプローチがクローズアップされている。昔からある民生委員、自治会組織はもとより、社会福祉法人、社会福祉協議会、介護保険制度の下で誕生した地域包括支援センターなど、地域にはさまざまな資源がある。防府市では、介護予防教室会場は民間企業（イオンモール）が提供していた。民間営利企業も巻き込んで、全員参加地域づくりを進めていく時代であることを感じている。こうした地域の資源が互いに対話して問題解

決に向けて協働していく Co-production (ともに造る)もキーワードである。

⑦ 明らかなアウトカムと見えにくいアウトカム

総合事業に取り組む自治体では、実際に介護保険料の減額、要支援認定率の低下、介護給付費の低下など、アウトカムが目に見える形で明らかになっている。介護保険に給付の CAP は存在しない。膨張に次ぐ膨張を重ねる中で、現実から目をそらさず、時間をかけて取り組み、実質的な成果が見える化している事実の特筆に値する。

しかし一方で、数値としては顕在化しにくい、重要な成果を上げている自治体もある。萩市では、表 1 にあるように、近隣の助け合いが活発になった。B 型 (住民参加) 訪問が伸びず、その原因を探っていくと、「むつみ元気支援隊のサービス使わんでも、私がやってあげるいね」という人が増えている、という成果が見られた。こうした成果は数値化しにくい。また、高齢者支援課と地域団体が直接つながるようになった、議会で地域の取組について話題が及ぶようになった、移動支援等については商工振興課職員が協議体に参加するようになった、という成果も見られた (萩市高齢者支援課・池永美杉氏)。これらは、アセットベースト・アプローチ のアウトカム指標を考える上でも示唆に富む内容である。

総合事業アウトカムに関して、自治体職員の方より次のようなメッセージをいただいてもいる。

「総合事業に関わる専門職や関係者はどうしても介護予防で効果を出すことを第一義に言いますが、目先の生活課題を改善する取組なしに介護予防は成り立たず、やはり個別の課題解決からの地域づくりという手法が正しいと実感しているところです」 (防府市中村一朗氏)

「総合事業は、地域の幸福度を地域の皆さんの力で上げていく取り組み」 (萩市池永美杉氏)

3. 海外との比較における日本の到達点とこれからの視点

日本の小規模自治体における総合事業先進事例を素描し、その特徴・成功要因をまとめた。主としてイギリスにおけるアセットベースト・アプローチの取り組みに照らして共通点、相違点をまとめ、世界レベルより日本の到達点、これから学ぶべき点について考察する。

共通点、相違点は表 2 のとおりである。最初に、次の点を強調しておきたい。総合事業が第 6 期介護保険計画 (平成 27 年度～29 年度) を移行期としながらもスタートした。これは、その内容よりアセットベースト・アプローチが指向するものと軌を一にしており、イギリスにおける「Care Act 2014」、オランダの 2015 年介護保険大改正、デンマークにおける 2015 年「社会サービス法改正」と内容・タイミングともに、勝るとも劣らない水準にあるという点である。こうした世界同時性から、先進各国の共通の課題の存在とそれの解決への模索を見ることができる。

さて、比較を通して抽出できる共通点は、日本イギリスともに自治体が理念面、理論面、実践面でイニシアティブをとっている点である (表 2-①)。そして、自ら地域に足を運んで地域の組織・関係機関と co-produce している (表 2-②)。

共通点を認めつつも、日本では、先進的な取り組みを行っている自治体が少なく偏在しているという違いがある (表 2-⑥)。その要因として、イギリスではケアにかかわる自治体職員の専門性が高い (看護師など) のに較べて、日本では一般職が中心である上に 2 年～3 年毎の移動が多く、責任ある仕事ができない、などの (表 2-⑦) が考えられる。

さらに、本報告書の中でイギリスでは医療 (NHS) と介護 (社会サービス) の統合を大胆

に進めている大マンチェスター州に焦点を当てているが、GP を頂点とした医療・看護・介護・福祉の包括的システムがあり、軽度者のみでなく中重度者、看取りに至るまでそのシステムが機能している点（表 2-⑤）を大きな相違点としてあげることができる。

また、相違点の中でも、日本が優位なものとして、小規模な地方都市では、自治体・民生委員という日本独自の地縁型福祉システムが健在で地域における co-production を形成する上で役立っている点を確認できた（表 2-③）。これは、自治会加入率 100%という小坂町の例に見るまでもなく、地域固有の物語や文化を含むものであり、日本固有・地域固有の土着の Aseet に基盤をおいた手法を開発する必要性を示唆するものであろう。

さらに、日本が優位な相違点としては、アセットベースト・アプローチのアウトカム指標について、自治体職員から出された提言である。指標に関する研究成果はいまだ蓄積されていないが、ともすれば、機能改善や財政上の負担軽減といった目に見えるアウトカムが強調されがちであるが、地域における人々の助け合い、互いを気にかけて思いやる気持ちの高まりなど、見えにくいものへの着目に関する提言であり、こうした提言が実践者から上がってくること（表 1、萩市の「効果・成果」欄）は、アセットの真の意味に理解が浸透していることを示唆していないだろうか。

以上の考察をまとめて、3つの提言を行いたい。

- 1：個人の「自立」、地域の「自立」を高めて健康と well-being を向上させていくためにも、日本独自の Aseet を探求し、これに基盤を置くアプローチを開拓していく。
- 2：各自治体は危機感を持ち、自治体職員が情熱と責任をもってアセットベースト・アプローチ実践を行い、自治体間格差を解消していく。
- 3：軽度者のみならず、中重度者、看取りにいたるまで、アセットベースト・アプローチ実践を敷衍し、住民主体・地域主体の医療・看護・介護・福祉が統合した地域包括ケアを推進する。

ともすれば、国際比較研究は「海外からの示唆を得る」視点で語られることが多い。しかし、高齢化率が 28%を超え、人口減少が恒常化した日本のチャレンジは世界から注目されるものにもなっている。世界から学びながら、世界へと実践を発信していける日本であることを望み、そのお手伝いをさせていただきたいと願うものである。

表 2 アセットベースト・アプローチ 日本（先進自治体事例）と海外の比較

共通点	相違点
① 自治体のイニシアティブ（理念イニシアティブ、理論イニシアティブ、実践イニシアティブ） ② Co-producer として自治体と地域住民が協働し、地域に多様な資源を創りだしている。	<日本優位> ③ 地方都市では自治会・民生委員機能が健在でネットワーク構築上有用であり co-production を形成。地域文化も関係あり。 ④ アセットベースト・アプローチ のアウトカム指標について、自治体職員より有用な発言あり。
	<海外優位・日本劣位> ⑤ 海外では GP を頂点とする医療・看護・福祉を含む包括的システムが存在。日本では介護保険のプロバイダー多元主義により一体化が困難。 ⑥ 海外では優秀な自治体が偏在することなく均質化へ。日本では自治体間格差が大きい。 ⑦ 海外では自治体職員の専門性高く、継続性がある。日本では移動があり、責任の所在が不明確で継承性に欠ける。

これらの調査は当該研究のみならず、東京家政大学総合研究事業の助成を受けてなされたものです。各地の調査は服部真治氏（医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長）のご紹介で行われたものです。記して御礼申し上げます。

5. 地域を拠点としたグランドデザインに関する日本への示唆 3

藤田医科大学地域包括ケア中核センター講師 都築 晃

この章では、アセットベースト・アプローチと連携について

- 1 アセットベースト・アプローチの日本国内での実例（愛知県豊明市）
- 2 海外からの示唆と今後の方向性について、述べる。

1. 愛知県豊明市における総合事業と多職種ケアカンファレンス

(1) 背景

豊明市は、愛知県のほぼ中央に位置する名古屋市に隣接したベッドタウンで、人口 69,058 人、30,148 世帯（令和 2 年 2 月 1 日現在）であり、高齢化率 25.8%と県平均よりやや高い。2025 年に向けて後期高齢者が現在の約 1.5 倍に増加し、さらに 2040 年に向けて 85 歳以上の高齢者は約 3 倍に増加する一方で、少子化により 25%の生産年齢人口減少が予測されていた。

市では、高齢者数の純増以上に要支援認定者が増加していた。さらに軽度要介護者と給付費の急激な伸びが問題であった。

増悪の要因は多岐にわたるが、当時 2 箇所あった地域包括支援センターが「委託に出している要支援ケース」では、受け手側の自立支援や重度化予防の理念や視点もばらついており、保険外サービスが利用されていないことが多かった。家族の意見が優先され、目標や終了設定があいまいなままにエンドレスのサービス利用となり、地域資源を知らないなどの課題も見えてきた。

(2) 自宅から通える距離に住民主体の運動教室

平成 28 年 3 月の総合事業開始とともに、市内 3 中学校圏域に 20 箇所の「まちかど運動教室」を住民運営により設置し、歩いて行ける場所に週 1 回（1 時間）の運動プログラムを展開した。インストラクターを派遣し、市は立ち上げや合意形成や広報を担い、地元団体は、運営、会場確保、会場費負担、世話人の確保、近隣住民への周知を分担して行った。12 地区 20 会場で平均 30～70 人の満員に近い参加があり、市内高齢者の 14%にあたる毎週 2,000 人以上が運動教室に参加している。



(3) C 型短期集中リハ

C 型短期集中サービスである「元気アップリハ」は、のべ 30 回利用でき、最初と最後の自宅訪問を必須とし、残り 28 回を通所で利用できる。利用修了者は、29 年度には 140 名、6 割が 80 歳以上、5 割が要支援 2 であった。29 年度の通所型サービス利用者の 74%が元気アップリハを利用し、終了時には「利用サービスなし」の状態が 7 割である。卒業後、半年

経過時には、8割が状態を維持改善し、地域で元気に生活しており、短期集中サービスの効果が継続している。

(4) 多職種合同ケアカンファレンス

平成28年4月より行政主催の多職種合同ケアカンファレンスにて、症例検討がはじまった。自立支援型や重度化予防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、個別ニーズや地域課題の把握が主な目的である。

個別のケアプランチェックではなく、事例を通じた学びの場である。他職種の理解、専門性のシェアとシフト、地域資源の共有を重視した。参加者は職種代表者を指名や囑託せず、自由参加形式であるが、毎回市内外から50名近くの多職種が集まる。

要支援版（総合事業対象と要支援1と2）、要介護版（介護1・2）に分かれ毎月1回行っている。3～4ケースを90分で行う。要支援版の司会は行政、事例提供は地域包括が行う。要介護版の司会は主任ケアマネと地域包括が行い、事例提供はケアマネが行う。



【参加者】
地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス事業所（看護、リハ職、相談員等）、MSW 医師、歯科医師、薬剤師、PT、OT、ST、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、司法書士、生活支援コーディネーター、障がい者福祉相談支援センター、生活困窮自立生活相談センター、その他、大学病院実習生、民間企業（ほか）、合計60名ほど



【参加者】
地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス事業所（看護、リハ職、相談員等）、MSW 医師、歯科医師、薬剤師、PT、OT、ST、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、司法書士、生活支援コーディネーター、障がい者福祉相談支援センター、生活困窮自立生活相談センター、その他、大学病院実習生、民間企業（ほか）、合計60名ほど

(5) 議論の中心点と課題

議論の中心は、「その人の普通の望む暮らしを支える」ことである。そのために、本当の課題は何か、その方法で本当に解決できるのかが、問われる。

総合事業対象者や要支援での主な論点は「活動性の向上、本人の望む行き先や生活への支援」である。C型短期集中終了後の活動性確保やA型緩和の利用提案、そこまでの移手段は？手引きする人はいるのか？利用が根付くまで継続支援する者はいるか？終了後の活動量は足りるのか？モニタリングは誰がするのか？といったことが検討される。

課題の一つは、活動量となる。週に2～1回のデイサービスの利用で、入浴、昼食、体操が入っていると、残りの5日間に外出していなければ活動量が圧倒的に足りない。ヘルパーに買い物を頼んでいると、自分で外出できる買い物先にも行かなくなるなど、毎日の活動性が低下していた。

二つ目には、自立した生活のための手段提供を通じて「本人の意欲」まで変化させる必要がある。本人の意欲を掻き立てるような趣味や活動・地域資源を知り、魅

力があり、安心でき、楽しい外出先を情報として把握しているかが、問われるようになってきた。

(6) リハ職同行訪問サービス

地域包括支援センターから「新規利用者がリハビリの経験がないと、C型短期集中の利用になかなか賛成してくれない」とか、「総合事業終了までに、終了時の目標設定や、体力が改善する根拠を上手に説明できない」などの話が上がるようになった。

そこで「リハ職同行訪問」サービスが生まれた。リハ連絡協議会会員が、地域包括支援センター職員と



同行して、利用者の自宅へ訪問する。内容は、目標設定や終了の合意形成、リハの有効性説明や住宅改修や福祉用具選定などで、1回当たり60分で行う仕組みを設けた。

これは介護保険契約ではないため、ファックス1枚で地域包括支援センターから依頼を受けると、迅速に自宅を訪問する。さらに「訪問栄養指導」も開始された。食事場面に介入し、栄養管理や調理や準備、食材や、摂食時の誤嚥などの状況、残渣物確認など多岐にわたる評価と指導が中心である。

(7) 専門職への地域資源案内役「生活支援コーディネーター」

ケアカンファレンスにおいて、「生活支援コーディネーター」は必須の存在である。理由は、必要な地域資源を見つけ、無ければ作る支援を行い、利用者の住所や移動手段によって、多くの地域資源を紹介する役割である。地域包括支援センターに委託せず、専属者を市の同一課内と社会福祉協議会に2名置き、第1層生活支援コーディネーターとして地域資源把握と創出に専念した。

医療福祉専門職が「住民個人が地域資源マッチングする」機会を学ぶのは、「ケアカンファレンス」である。事例を通して地域のサロンやサービスを持ち帰り、他の利用者や未来の利用者に応用、紹介している。

生活支援コーディネーター自身は、地域資源の創出を直接行わない。地域のやる気を引き出すことが重要である。新たなサービスが必要な地域もカンファレンスから発見できる。生活支援コーディネーターが地元有志に声をかけ「この地区に具体的に困っている住民がいると会議でわかった。他の地区では解決策がある。この地域にもあったらとても便利でみんな幸せ。よかったら取り組んでみないか？」と紹介し、先行地域のサロン運営者とマッチングして新規立ち上げを支援し、市内に続々と新規サロンやサービスが立ち上がっている。

2. 豊明市のさらなる広がり、公的保険外サービスの創出

豊明市では、平成29年2月に全国初の民間企業9社（現在14社）と公的保険外サービス創出・活用促進に関する協定を締結し、高齢者の快適な暮らしをサポートするため、介護保険でサポートできないニーズを満たす民間サービスを市民に積極

的に紹介する取り組みを始めた。

目指す領域は、企業の「事業活動」として適正価格を設定し「事業の継続性」も支援する。ポイントは、行政の事業費はなし。商品・サービス開発のための協議、マーケット情報の提供、市民への紹介のみで費用は発生しない。

(1) 魅力ある外出先と移動手段

隣接市の民間温浴施設が豊明市内に無料巡回バスを1日に3便走らせていることに気づき、外出支援としての機会拡大に役立てたいと思い、早速温浴施設に行き、豊明市市民向けに新サービスの提供や協力を申し出た。

豊明市内のサロンやまちかど運動教室終了者に割引チケットを配布し、高齢者が集まりやすい場所の近くに巡回ルートを追加・変更してもらい、行政や地域包括、医療・介護職員が様々な場面で利用してもらうようを宣伝した。温浴施設の送迎バス乗車数や乗車率は対前年比250%増加し、バスは大型に変わった。

(2) 買い物支援「ふれあい便」

前後駅前の「店舗で購入した商品をその日のうちに自宅の玄関先まで無料配送してくれるスーパー」は、ケアマネジャーや地域包括支援センターなどの専門職から利用者へと情報が広がり、毎月800人が利用するまでに拡大した。事業開始後利用者数320%、客単価21%増を超えるなど、企業側にとっても事業継続性を担保するに十分な効果を出しており、他地域への拡充につながっている。



(3) 住民主体の互助による生活支援「ちゃっと」

30分250円で住民相互の生活支援と時間貯金の仕組みである「ちゃっと」を立ち上げた。公的保険やシルバー人材センターでは担えないような「ちょっとした手伝い」の依頼が主である。例えば、病院や外出時の付き添い、掃除、ゴミ出し、買い物代行や調理支援、庭の草取りなど、依頼は家庭内外で起こる生活行為であり多岐にわたる。依頼したいことがあるときは、本人または地域包括支援センターが電話等で、「ちゃっと」の事務局「おたがいさまセンター」へ連絡する。サポーターのリストとマッチング



し、初回は「ちゃっと」職員が同行する。利用者はチケットを購入し、サポーターに対価として渡すと、サポーターは報告書を提出し、現金化、もしくは、時間貯金して後ほど自分が利用できる仕組みである。住民が平日誰でも利用できる「短時間報酬型生活支援」であり、農協、生協、医療生協の共同組織として始まったが、既存の組合会員に加えて、サポーターが加わり毎月 300 人以上の利用者とサポーターが活躍している。担い手確保は、地域住民の中からサポーター講座にて養成し拡大している。「今行っている支援はいつか自分が支えてもらうこと。自分の未来を学ばせてもらった感じ。自分のためにサポーターをしている」という声が多数あり、サポーター活動を通して未来の姿を想像でき、利用者との共感が生まれ、サポーターとしてこれからも取り組みたいという気持ちが多く寄せられている。団地に住む大学生も 33 名が登録サポーターである。

(4) オンデマンド移動手段「チョイソコ」

平成 30 年 7 月より、高齢者に移動の自由と健康を届ける仕組みとして、市内の公共交通機関が走る地域以外で実証が開始されたのが AISIN、スギ薬局、豊明市によるオンデマンド移動支援の「チョイソコ」である。民間ハイヤーによる乗り合い送迎運用サービスで、バスとタクシーの中間に位置するサービスで競合しないことを前提として両者と協力関係にある。



公共交通資源がない、もしくはアクセスに時間を要するなどの「市街中心地以外や、急な坂道などの丘陵地域」で実証を開始している。ドア to ドアの便利さはないためタクシーよりも料金は安い。乗降は決められた複数のバス停からの乗り合いである。目的地への最適解を算出してアテンダントが待合時間や到着予定時間を知らせる。帰りの予約の際には、途中の買い物先を紹介するなどのサービス付加がある。市内巡回バスでは入れない狭い道路にも送迎できる。医療機関や薬局、商店などはバスを自前で所有する代わりに、バス停代金を課金することで利用者は 1 回 200 円の金額で利用できる。駅、行政施設への運用が多く早速人気が出ており、他の市町への拡大が準備されている。

(5) 広がる民間企業との連携

カンファレンスでは、多くの住民が「旅行や外出」を目標にしているが、最近では諦めていることがわかる。JTB と連携して以前は当たり前できていた名古屋の中心部への観劇や買い物ツアー、自動車ならすぐに行けるが公共交通機関ではアクセスが困難な魅力ある近郊の名所ツアーなどを企画している。まちかど運動教室などで募集すると数日の間に定員となる。

市内の車ディーラーのトヨペットの商談スペースは平日昼間は比較的客が少ない。そこで豊明市オリジナルの 60 分間の大金星体操（嚙下機能向上・全身筋トレ体操）を毎日定時に DVD で流すことで、近隣住民が毎日 10 人近く集まって運動し、1 杯の無料ジュースとともに店内で楽しく会話し、くつろぎ、トイレを利用する。時には子どもや孫の車を購入する。

他にも民間との連携事例は増えており、それぞれの企業の利益にもなり、住民にも喜ばれる仕組みに仕上げるまでの調整が重要である。

(6) 行政の役割 サービス創出支援と利用者ニーズとのマッチング



企業は高齢者のニーズがどこにあるのか、どうすればサービスを高齢者に知ってもらえるのかが分からない。一方高齢者は自分が欲しいサービスがどこにあるのか分からず、欲しいサービスを考える前に「慣れた普通の暮らしや生活習慣」の継続を諦めてしまう。「できること」さえも介護保険によりかかってしまい、「デイサービス」で享受することや、「ヘルパーにお願いしてしまう」ことも少なくない。

利用する市民、買い支える市民があつてこそ、使いやすいサービスが地域に根づいていくという考えから、行政は「高齢者向けサービスを開発する民間企業」と「高齢者のニーズ」の間を仲立ちすることで、地域の高齢者の生活を支えることができる。質が高く使いやすい価格帯のサービスを創出し、地域の資源として根付かせることを今後も進めて行く。

(7) 課題は、どのように一人の利用者へつなげるか

高齢化が進展する中で、民間企業にとって高齢者向けサービスや商品を開発したからといって、売れるわけではない。特に高齢者は情報取得の面での制限や、慣れた生活やルーチンを変える事をあまり好まない傾向がある。その中で新しいサービスや商品が、いかに優れていようと浸透しにくい。高齢者一人ひとりが、部分的に困難になった生活を支えるサービスや商品を、「使いこなすための支援」が不可欠であるということである。

行政・地域包括支援センター・ケアマネジャー・現場の医療介護職が、この視点に立ち、高齢者へサービスや商品を単純に「紹介する」「伝える」だけでなく、個人が「使える」ところまで同伴し、根付くまで支援し、試行から常用化まで伴走することが大切となる。高齢者が最初にサービスを利用する際は、緊張と不安がある。高齢、独居、軽度認知症、精神疾患、障がい、外国籍にて言葉が難しいなど、多様な障壁をともに超え、時間を共有してくれる仲間や協力者が必要になる。

3. アセットベースト・アプローチの国内実例から見える現実の課題

国内の多くの自治体では総合事業に完全移行したが、「地域個別ケア会議」（豊明市の「多職種ケアカンファレンス」）の開催頻度や回数、事例数が少なく、個別課題の蓄積から地域課題を集積している途中段階である。豊明市では、高齢者を早期に短期集中リハにて改善し、地域に戻して元気に暮らしてもらっている。買い物困難や移動困難への対策を含め、外出意欲をかきたてるサービスを民間とともに構築している。これは、まちのサイズ、意思決定までの経路、市内の地域資源の偏りなど、全国をみわたせば、実施できる市町ばかりではなく、民間が収益性を見込む地域は限られる。

またどのような地域資源を用意しようとも、適切な資源にアクセスし、利用するタイミングや利用が定着するまでアテンドをしなければならないが、「誰がアテンドを担うのか」が重要な課題になる。「インフォーマルサービスのみ」のプランでは報酬がない。地域のケアマネジャーに依頼することもできず、地域包括支援センターの努力によって担われている。

4. 海外から見える課題解決への示唆

英国では診療所や地域からの紹介にてアセットを利用できる。紹介を専門とする人材がいて、必要とするとき、ミスマッチなく適切なタイミングでアクセスすることが可能となっている。リエイブルメント・チームは、豊明市の同行訪問や短期集中 C 型サービスと類似している。

豪国では住民互助組織の「Hub」のように地域の友人作りから派生したイベントや活動支援は地域の仲間がベースであり、移動支援や地域サービスへのアテンドを支援している。

(1) 専門職の意識や価値観のシフト

豪国において、全国規模の評価者でありサービスプロバイダーでもある ACNA では、通常業務として社会参加を確認しており、「コミュニティの中に積極的に参加しているか」、「やりたいと思っていることをやっているか」といったことを利用者本人と話し、もしそうでなければ、「どうやったら参加していけるのか」、を話し合っている。

日本では「個別事例をあつかう地域ケア個別会議」において、多くのケアマネジャーやサービス提供者や専門職が、豪国のような意識を持つことが望まれる。

(2) 住民のボランティア意識や介護者支援の価値観

豪国オンカパリング市がすすめる「コミュニティー・デベロップメント・モデル」は、地方自治体の強みを生かして、住民が信頼できる「必要なもの」や「必要な情報」を得られる機会を重視し提供している。具体的には「コミュニティセンター」や「公民館」の庭で、ボランティアが植物や、野菜等を育て、収穫物をキッチンで一緒に料理し、高齢者に健康的な食生活を教えるプログラムがある。高齢者の男性向けプログラムなどもある。

同様の取り組みは、日本においてもあちこちで見かけるが、日本との違いは、支えるボランティアの多さや考え方である。市の組織全体で、700 人近くのボランティアが在籍する。高齢・障害部門だけで 200 人近くのボランティアがいる。例えば、自分で犬の散歩をできない方のためにボランティアが犬を外に連れ出す。「社会的なつながりが、何よりも人生において大切だ」と考えられている。

ノースシドニー市では直接サービスを展開せず、クローズドネットセンターへ共同経営といった形で委託している。送迎サービス、買い物支援や外出や交流支援をしている。ちょっと

した困りごとなどの支援は、ボランティアを広げたり、仕組みをサポートしている。サービスギャップを埋めることを充実させたいと考えている。電球を換えたり、ゴミを出すことが困難な場合に代わりにやってもらうと非常に助かることの一部は CNS のハンディマンサービスのよう形でカバーしているが、もっと充実させたいと自治体は考えている。

ボランティアの募集、組織化・管理・意欲継続、住民への社会とのつながりへの価値観醸成、ちょっとした困りごとへの協力で豊かに暮らせることへの住民理解促進など、時間も手間もかかることを自治体の業務として担当が付き、予算がついている。生活支援コーディネーターの機能強化や活動時間の確保は重要となる。

(3) 自治体による住民への働きかけ、人材育成

豪国の自治体では、シニアフェスティバルを開催しており、昼食会、ダンス、ガーデニング、外出プログラムなどが 10 日間行われる。ボランティアを尊敬し、かつ募集する機会でもあり「高齢者の活動の気づきを持っていただく機会になり、自分たちが参加しようとする糸口になってほしい」との願いが担当者にはある。

豪国自治体によるボランティアサービスは豊明市における「ちゃっと」の取り組みと類似している。さらに、ボランティアの存在と活動に敬意を払い、新たな担い手を発掘し、かつ利用者からのフィードバックを公開し、自己効力感を得る仕組みはよく考えられている。

英国では自治体や専門職に加え、民間企業も住民も参加する「One Rochdale」において、正しいところへ適切なタイミングで結び付ける役割を重視している。医療側からの入り口としては、診療所には「リンクワーカー」が存在して、GP とともに社会的処方への入り口となっている。生活課題やフレイル側からは、「コミュニティコネクター」が市内に 8 人いて、道標の役割を担っており地域に入って本人の希望や変化にともなって適切な活動や組織につなげていく。人材育成に街全体で力を入れている例は「セルフケア・デベロップメント・トレーニング・グループ」である。参加者には、プライマリケア、ソーシャルケア、コミュニティケア、ボランティアの 50 人が入っている。ケア改革のために、自治体関係者、医療、介護、福祉、コミュニティ、ボランティア関係者などを、ケアの改革のために、一緒に教育しているところに特徴がある。

(4) 課題である「サービスへのアテンダント」への可能性「Hub」

住民主体から生まれた活動として、豪国の Hub は、6 年という取り組みの短さの割にはインパクトが強く、政府から多額の補助金を獲得した成功モデルの一つである。何よりもメンバーを大切に会員同士がつながっており、近隣で多様な 6 人の友人を作る・つながるという仕組みである。そしてそこからさらにさまざまなサービスにつなげていく仕組みである。たとえば、交流センターや、送迎サービス、家事支援、病院への紹介などのサービスにつながるように支援し合う仕組みである。

日本でも英国でも豪国の進んだ自治体でも、最終的には優れたアセットがあったとしても、そこにアテンドする人物や仲間がいるかどうかでその後はまったく異なる。年 6000 円程度の会費であり、多くの補助金による支援がなされているが、国や自治体が負担する割合などが検討課題だが、米国やニュージーランドからも視察がきており注目されている。

5. まとめ

豊明市の事例をもとに、日本におけるアセットベースト・アプローチを紹介した。アセットとは何か。それは、本人、住民、場所、民間企業、自治体でもある。

課題の一つは、適切な行き先とタイミングのマッチングである。二つ目には、導入から定着までのアテンドである。苦労してアセットを発見、創出したのち、本人の望む暮らしを理解して、マッチングや利用への紹介のみで終わってしまうことが課題となる。アセットまでの同行者や利用に根付くまでのアテンダントがいないと、真に本人の望む暮らしの一つとして利用は継続されない。三つ目には、インフォーマルのみのプランでは報酬がないため、モニタリングを誰が行うかが問題である。

日本では今後、地域住民による交流や時間を共有することに価値を認め、予算を配分することが求められる。地域資源の創出、広報、担い手の持続的確保、支援者の価値観変容、利用者への説明、専門職の意識変化、アウトカムに見える化、民間の事業とのマッチングなどを実施するために、英国や豪国の課題と取り組みから学ぶ姿勢が、解決への示唆となる。

6. 自治体・医療職・介護職・住民が連携したシステムづくり 日本への示唆

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

平成 29 年度、30 年度と海外調査に携わり、海外の実態に触れ、多くの刺激と発見を感じとってきているが、我が国の介護分野における「課題」について考えさせられることが多い。特に今年度の調査では、イギリスの地方自治体（カウンシル）を訪問し、「リエイブルメント・サービス」の実態について具体的な説明を受け、多いに刺激を受けた。

一方で、イギリス、オランダ、そしてオーストラリアにて、調査・ヒアリングを続けてきている中、各々の取り組みに「どこか懐かしさ」を感じ、「以前の日本には、このような思想や取り組みがあったような・・・」という印象を持つようになった。

今回、イギリス、オーストラリアでヒアリングした、「リエイブルメント・サービス」「地域との繋がり」等の取り組みに触れつつ、以前の日本、特に「介護保険前の時代」に焦点を当て、その時代の一部分の取組を引き合いに出しながら論じてみたい。以前の日本については、筆者が長らく携わり、情報を得られる東京・町田市の取組を参考の題材とし、当時の資料や担当者の聞き取りを行いつつ、整理することとした。

2. 視察を振り返る

～イギリス・ウィガン自治区、オーストラリア・ウェイバートンハブ～

(1) イギリス・ウィガン自治区での取り組み

昨年度に引き続き、イギリス・ウィガン自治区の取り組みのインタビューに、ウィガンのカウンシルを訪ねた。ウィガン自治区において、「リエイブルメント・サービス」の具体的な「考え方」「取り組みの様子」等を実際のサポート場面のスライドを通じ、説明を受けた。



ウィガン自治区での「リエイブルメント・サービス」は、「年齢は全ての成人」 写真：ウィガン自治区オフィス外観

「目的の一つは、入院を減らすこと」「一方で、人々が家で過ごすことをサポートする」等の考えが明確であった。また、手法としては、「アセスメントは、OT、PT が実施する」「利用者の家ででの日常生活のスキルを確認しつつ、必要なテク

ニックを習得させる」「家で自立でき

るために、テクノロジーの活用も考える」等の視点をもっていた。主に、OT がアセスメントした「アクティティプラン」をベースに、もともとの暮らしぶりを再現することに主眼をおき、サポートワーカーが訪問し支援している。また、サポートワーカーは基本的に無資格

であり、OT が組み立てたアクティビプランを通じた指示の下に、サポートを展開している。その中、日本で課題となっている介護人材不足尋ねたが、特に問題視されてはいないようであった。尚、サポートワーカーへの対価は、一般的な単純労働の給与より少し高めの収入が設定されており、そのこともあるのか、むしろ「応募には、人気がある」とのことであった。

写真：(上・下) ウィガン自治区スタッフによる「リエイブルメント・サービス」の提供場面を元にしたプレゼンテーション



サービス提供に当たっては、「リエイブルメント・サービス」の考え方が徹底されており、日本の介護の現場で見られる「自立支援」と「擁護」の狭間に支援者が立たされるような状況にならないようにサポートが展開されているようであった。具体的には、前述した「元々の生活動作を復活させる」ことを目的としているため、サポート内容としては高度なものではないが、「家での暮らしを継続する」という主旨を貫いている姿勢は、わが国の介護現場においても「再認識」が必要ではないか、と感じた。介護保険、訪問介護における「生活機能連携向上加算」「老計10号・共に行う自立支援」等に自立支援を重視したサポート内容が制度として盛り込まれているが、現場での取り組みが少数な地域も見受けられるため、ウィガン自治区の取り組みや姿勢は重要であると受け止めた。このようなウィガン自治区での視察を通じ、「福祉分野の訪問型サービスにおける、自立支援の課題」を再認識したが、一方で、私は、ウィガン自治区の取り組みを聞きながら、「以前の日本に、このような取り組みや思想があったのではないかと」と自問していた。

(2) ウィガン自治区・コミュニティセラピーセンターでの取り組み

ウィガン自治区にある、「コミュニティセラピーセンター（以下「センター」という）」を紹介したい。このセンターは、自治体から建物を借用し、チャリティ団体が運営している。また、理事長は「以前妻がセンターを利用しており、前理事長が退任したので引き継いでいる」という経緯で、務めているとのことであった。そして、センターには常時、「チャリティバザー」のスペースが設けられていた。

わが国は、このような「公的機関からセンターの無償使用」「チャリティベースで費用を賄う」等の仕組みで、「居場所作り」をする取り組みを「再認識」することも大切であると感じた。



写真：(左上) センター外観



(右上) チャリティルーム、チャリティルーム看板



写真：(左上) センター内トレーニングマシーン



(右上) センター内で寛ぐメンバー

(3) オーストラリア「ウェイバートン・ハブ」の取り組み

オーストラリアにおいては、ウェイバートン・ハブ（以下「ハブ」という）の視察が印象的であった。ハブの代表、ヘレン・ロランジュ氏の説明によると、「ハブは、6年前に始まった、コミュニティデベロッパーのモデル」「近所の人、コミュニティの繋がりを作る」「このような取り組みは、ハブがオーストラリアでは初めて。また、他地域で立ち上げられるハブのような取り組みをサポートする」等の成り立ち、活動をしている。そして、具体的な活動の目標として、「住み慣れた地域で、なるべく費用をかけず、長く暮らせる」「少なくとも6人の友人を作る」「お互いをいたわり合う精神、メンバーを大事にする」等を意識しているとのことである。

ハブは、地域のメンバーとの繋がりを通して、さらに様々なサポートへ繋がるよう働きかけている。「市の活動センター」の支援へ繋ぐこともしているようである。また、ハブの運営においては定款を作成しており、「ヘルシーで活動的な加齢」という WHO の考えが盛り込まれている。

ハブは、80人のメンバーが中心に活動しており、有給のスタッフはいない。また、理事は、様々な技能・経験を持つ方が務めており、ハブの活動は多くの多様な方々の支援で成り立っていた。また、新たな活動としては、「認知症カフェ」の実施を進めており、ケアラーの負担

を減らしていきたいとのことであった。



写真：(左上) ハブの事務所が入る、ヘレン・ロランジュ氏の自宅
(右上) ハブ・代表 ヘレン・ロランジュ氏



写真：(左) 地域を丁寧に説明するヘレン・ロランジュ氏



写真：(上) ハブの活動拠点の1つ「講堂」の外観と室内

この取り組みを聞く中で、印象に残ることがあった。ヘレン・ロランジュ氏から、「ハブのメンバーは、コミュニティの一員で、コミュニティを愛している」とのコメントを聞き、筆者はどこか「納得する」意識を感じていた。というのも、彼女は、プレゼンテーションの前に、調査研究委員のメンバーと車に乗り、ウェイバートン地域を詳しく案内してくれた。そして、その地域に語り継がれる歴史、エピソードを語り、調査研究委員のメンバーに「自分の地域」を懇切丁寧に説明してくれた。彼女の説明に、オーストラリア人のドライバーも感心していた。

このように地域に対する愛着意識が強いハブの理事の年齢を聞くと、60歳から90歳の年齢構成で、「ハブの活動は、理事たちにとっていきがよいになっている」とのことであった。そして、メンバーになると、お互いに知り合いになり、地域でのネットワークが広がっていく。例えば、ウェイバートンの駅前では、色々な人が会話するような場面が多く、孤独感も起きにくい。また、ヘレン・ロランジュ氏は「ハブの活動によって、ただの郊外の街から、まとまりのある地域になったとの声があった」とも言っていた。ハブの活動が、「この地域の価値

を上げている」印象を筆者は受けた。

今後、政府はハブの取り組みをオーストラリア全土に展開したいとの意向があり、ハブの活動に高い関心が寄せられているとのことであった。

ハブの視察を通じて、「関わるメンバーの地域への思い」「地域への思いに呼応する地域住民」、双方が一体となり「地域のサポート」「地域の活性化」等に取り組み、「地域の価値を上げている」ハブの活動は、わが国に参考となる「重要なモデル」であると、筆者は考えている。

3. 以前の日本の取り組み、姿勢を考える・・・東京都・町田市の取り組みから

今回の海外調査での上記2か所のヒアリングを通じ、筆者は、前述のとおり、このような取り組み、姿勢に似たような形が以前の日本の福祉現場にあったのではないかと考えた。具体的には、「ウィガン自治区・リエイブルメント・サービス」に「ケアにあたる人材を専門家集団とせず、専門性のある指導者からサポート方法、サポート方針等が伝えられ、広く浅くの人材層をサポートスタッフにあてる」「住民参加型の組織が、一定の規模で機能し、住民参画型のサポート体制を構築」の2点に注目し、日本における類似の取り組みについて言及するとともに、介護保険以前の高齢者現場において、利用者の生活や自立を意識した取り組みについても、文献や当時の従事者にインタビューを行い、整理してみることにした。

(1) 施設ケアについて・・・「ある特別養護老人ホーム」での取り組み

筆者は、町田市の第三セクター・町田市介護サービスネットワーク（以下「町田介護ネット」という）に関わっている。この町田介護ネットは、市内の施設運営協議会の要望と、有志の参画により創設され、理事のメンバーも福祉従事者且つ管理者である方々が名を連ねている。今回、町田介護ネットの代表理事・是枝祥子氏を始め、理事数名の同席の下、インタビューを実施した。この方々は、高齢者福祉の「措置時代」「介護保険創成期」「現状の介護保険」を知る方々である。また、このような歴史を振り返るインタビューを試みた意図は、近年、行政職と話す中で、「介護保険制度の変遷」「介護保険設立時の状況」等について興味を示されたことが度々あり、高齢者福祉の分野も、ある程度「ノウハウと歴史」を積み重ねた上で、現在の高齢者福祉の「ケア」や「方向性」が構築されているのではないかと、考えたからでもあった。

インタビューにあたり、海外調査で得た「リエイブルメント・サービスの考え方」「セラピストがデザインした、ケアの提供」等の知見について説明し、以前の日本の介護現場、特に「措置時代」に、これらのような取り組みがなされていたか、各自の実践現場や当時の研修、勉強会の機会等を通じての取り組みを思い起こしてもらった。しかし、上記2点については、筆者が考えていたような取り組みはされていなかった。一方で、「ヨーロッパの潮流にある“回復可能、不可能に対象者を振り分ける試み”は、オムツ外しのケアで行われていた」「個々の利用者への生活、価値観をベースにケア方針を組み立てた」等、寝たきりや認知症の利用者向けの様々な自立支援や、介護を必要とせずに元の生活へ戻す試み等は、今回インタビューしたメンバーでは、取り組みをしていたというコメントを得た。具体的には、「そもそも、オムツをしていないのだから、それをやめるケアができる」「利用者が舌を動かすことができるので、経口摂取ができるか試した」等の実践に取り組んだとのことであった。当時の文献を確認すると、「寝たきりから座位へ」「身体拘束をしない」等、同様に「元の生活に戻すケア」の内容で記述されているものもあり、町田市内の限定的な範囲内でのインタビューであった

が、意識の高い取り組み内容や考え方を知り得ることができた。

これらの取り組みと、ウィガン自治区でのヒアリングを比較してみると、町田市の施設では「セラピストの関わりはなかった」が、ごく僅かな事例の中に「介護の現場の取り組みの中から、生活行為の出来る姿をイメージし、ケア方法として統一していた」試みが行われていたことを知り得た。そしてまた、「介護職でまず、実践を基に勉強会を開き、わからない点は医師に教わっていた」という取り組みを行っており、介護職に留まらず、他職種からアドバイスを受けることで、介護現場における「自立支援」、「本人が望む生活の姿を実現する」等を重視した事例があったことを知り得た。

(2) 在宅ケアについて・・・「家庭奉仕員」を通じて

筆者は、高齢者福祉が措置制度から介護保険制度に変わる時代には、町田市の高齢者福祉の来所相談を担当し、その後、主に高齢者在宅サービス事業を展開していた法人にて、在宅介護支援センター（以下「在支」という）に勤務していた。その当時に携わった印象に加えて、当時担当していた従事者へのインタビューから、町田市の在宅サービスの事例についてウィガン自治区の取り組みを踏まえ、振り返ってみたい。

ホームヘルプサービスの前身である「家庭奉仕員（以下「奉仕員」という）」は、町田市の場合、10数名程度が活躍していたが、高齢者の増加に伴い、市として登録ホームヘルパー（以下「ヘルパー」という）を雇用し、通常のケアはヘルパーへと移された。

今回、当時「奉仕員」として活躍されていた方に話を聞くことが出来た。まず、奉仕員の初期の段階は「福祉事務所付き」の位置づけのため、「障害者、高齢者」双方の支援に対応していた。また、他職種との連携であるが、利用者宅への訪問にあたり、利用者が抱える課題やケアの充実のため、市役所内のリハビリテーション職や難病等については、保健所の保健師の同行訪問を行っていたとのことであった。更に、これは町田市特有であると思われるが、認知症の対象者については、専門医が家庭訪問をする形を既に行っていた。その中で、奉仕員はリハビリテーション職や保健師等から介助方法、疾患への対応等についてアドバイスをもらい、介護技術、利用者の心身機能の向上等に活かしていたとのことであった。それによって、元々、ご自身が自宅で行っていた生活行為に取り組むようになった」「近所の商店のことを話題にしたところ、その商店まで利用者が買い物に行くようになっていたことが分かった」等、利用者の意欲とADLが向上した。また、「利用者の変化もあったが、家族の変容も大きかった。元々、奉仕員では、多くの利用者を支えきれないと考えており、家族に介護に関わってもらおうよう、介護方法を教えていた」とのことであった。

一方、専門性の観点からは、「現在は利用者数が多くなり、手厚い関わりは難しいと思うが・・・」との前置きがあった上で、「派遣時間が短くなく、制約がない」「時間的余裕から、利用者信頼関係を構築しやすい」「アセスメントやモニタリングが丁寧にでき、柔軟な対応ができた」等のコメントを得た。そして、日々のケアを奉仕員からヘルパーに移す際、奉仕員が教える立場となり、各ヘルパーへケア方針、利用者の意向等を伝授し、ケアを移行したようであった。

以上のことから、町田市における措置時代の在宅・訪問サービスは、「他職種連携がスムーズであった」「利用者に関わる時間がもて、利用者の価値観、興味等を踏まえ、サポートに当たられた」「随時、アセスメント、モニタリングを行っていたと思われ、サービスの見直しの即応性が高い」等、本人の意欲向上、元の地域での暮らしぶりの再開等に対し、一定の成果があったように推察される。そして、奉仕員の当初はサービスの標準化より、支援をしながら

利用者の心身の機能の向上、行動変容を観察しながら、柔軟に利用者にとってベストの支援方法を模索していたとも推察する。

これらについて、筆者は、前述の特別養護老人ホームでの取り組みと同様に「個々の利用者の生活スタイルを理解し、サポートをした効果を測りながら、柔軟にサポート内容を変革させていたのではないかと」との印象を感じ、「利用者が地域で暮らす」「施設においても、個々の生活を大事にし、意欲を高める」等、施設、在宅の両ケアともに、利用者が意識する生活や利用者の意欲向上に繋がるケアに取り組んでいたのではないかと、推察した。

4. イギリス・NHS レベッカ・ジャービスの町田市への訪問

2019年10月にイギリスの国営医療サービス事業者・NHSに所属し、ヘルシーエイジング担当プログラムディレクターとして活躍するレベッカ・ジャービス氏が来日した。「日本における施設に代わる高齢者の住まい」の視察希望があり、町田市内の施設を筆者が案内した。特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の施設・住宅を紹介する、視察となった。

筆者は、「日本の福祉従事者は、日本の高齢者福祉・介護はヨーロッパに及ばないと認識している場合が多い」と感じている。一方で、海外の視察を通じ「ある一定の領域では、既に日本の高齢者福祉・介護はヨーロッパを凌駕している」との印象も感じている。そのため、今回、視察終了後に「日本の高齢者福祉のハード、ソフトで優れている点」「日本が今以上に“自立支援”“住民参加”等を進めるにあたり、アドバイスはないか？」等、レベッカ氏に幾つかの質問を投げかけ、イギリスの医療・福祉の経験・実践等を踏まえ、レベッカ氏から見る「日本の高齢者福祉・介護」に関するコメントを通じ、考察することとした。そして、この考察を通じて、日本の高齢者福祉・介護について、「優れている、認められるべき良い点」「課題として捉える必要がある点」等を整理、確認したいと考えた。

まず、「日本の医療・介護について、優れていると思った点」については、「高齢社会を“価値あるもの”と捉え、また“高齢者の社会貢献”の話を良く聞いた。イギリスよりも日本の方が、高齢者が尊敬されているように感じた」とあった。そして、「介護保険制度を導入したことで、高齢化へ正面から対応した」との回答もあり、我が国が真摯に「高齢社会に対応するため、“仕組み”や“高齢者の社会参加”等に取り組む、一定の成果を出している」ように考えても良いように感じた。

次に、筆者は、日本の医療・介護・福祉分野にとって、「“リエイブルメント・サービス”を始めとした自立支援」「コミュニティベース、住民参画」等の推進することが大きな課題と考えているが、各々についてどのような働きかけをしたら良いか、尋ねてみた。レベッカ氏からは「“リエイブルメント・サービスの肯定的な評価をいくつか見つけ、資金提供者、コミッショナー等と共有する”“リエイブルメント・サービスの臨床リーダー、アンバサダーを見つけた”等が、リエイブルメント・サービスが軌道に乗れたことである」との回答を得た。また、住民の参画については「“ボランティアセクターがあまり発展していないと感じる。ボランティアセクターは、住民参加のコーディネートの役割を担う”“ターゲット層を集めるのではなく、ターゲット層が自然に集まる所へ向う”等をイギリスで実践した」との回答があり、イギリスの場合、これらの実践が効果的であったことの示唆があった。

以上の回答から、わが国の自治体・医療職・介護職・住民が連携したシステムづくりについて、次のように考える。先駆的なモデルの推奨・紹介は、わが国でも行われているが、「“リエイブルメント・サービス”のような新たなサービスについて、資金提供者、コミッショナ

一と共有する」取り組みは少ないように思われ、新たに試みる価値があるように考える。また、ボランティア及びコーディネートという点では、ボランティアセンターや生活支援コーディネーターの機能、役割を充実させることが、重要ではないかとの示唆と捉えた。

そして、レベッカ氏の回答を通じ、わが国では「利用者支援」「地域福祉の発展」等を鑑み、様々な仕組みづくりや担い手の創出に真摯に取り組んできたと再確認した。そのため、これらに取り組んだ医療・介護・福祉の専門家及び行政職に対して、「評価」や「労い」が大切なようにも考える。その一方で、イギリスでの取り組み、実践等から「日本で行っていない、取り組み・仕組み」等について、わが国は学び、参考にし、高齢者福祉の新たな展開の手法等について、見直し、検討することも大事であるとも考える。わが国の高齢者福祉に携わる専門家は、自らの実践・取り組みについて「自信を持ち」つつ、高齢者福祉の新たな発想や視点が必要であると感じた。



写真

(左上)：レベッカ氏・ジャービス氏

(右上・右下)：町田市内の施設の
視察の様子



5. 考察、日本への示唆・提案

今回の視察で得た知見と、改めて町田市内でインタビューした内容などを踏まえ、わが国の自治体、医療職、介護職、住民が連携したシステムづくりの「あり方、そして、あるべき地域の姿」について、考えてみたい。

調査やインタビュー、そして、過去の文献等を通じて、日本の高齢者福祉は、介護保険前後で変革があったと考える。介護保険以前の「措置制度」時代は、行政の事務・提供するサービスの位置づけであり、全般的には専門性や効率性・効果等が低いレベルでサービスが提供されていたかもしれない。そこで、介護保険制度では、サービスの「質の向上」「自立支援の推進」「地域重視・地方自治の促進」等が求められ、期待されて開始した。しかし、それから 20 年近く経つが、未だに課題は残されたままであり、高齢者福祉に、更なる課題も生じてきている。

その中の一つである「質の向上」については、サービスの「標準化」や「大規模化」等を

推奨する声がある。その一方で、介護保険は「地域重視」「地方自治の試金石」等の狙いもち制度が展開されてきているが、イギリス、オーストラリア、そしてドイツ、オランダなどを視察した筆者としては、次のように考えている。

1 つは、地域福祉を重視し、利用者の選択、個性、意欲を進める、高めるのであれば、利用者が暮らす地域の特性を踏まえ、また、個々の利用者が抱く価値、地域生活のイメージに働きかけ、セルフケアの意識を醸成する方向性を共有するべきと考える。介護保険では、ネットワークの一つであった「保険請求や事業所運営に係る、多数の書類作成の見直し」の議論があり、「文書等の削減の方向」での結論に至っている。「書類の簡素化、削減」には賛成だが、一方で「保険者毎でのローカルルールの見直し」との意見も盛り込まれており、「保険者毎に地域を見据え、判断した中での介護保険の運営」の展開を後退させることにならないかと、案じている。筆者の印象であるが、介護保険に制度が変わり、多様な事業体の参加となり、「サービス提供の効率化」「意思決定、資金調達等を踏まえた早い事業展開」「量的拡大」等、目を見張る発展があった。しかしながら、革新的或いは示唆を与えるようなサービスの提供手法の開発は、小規模、零細的な組織等の現場の実践、発信、提案が多かったように思う。今回、ヒアリングした町田市内の実践、レベッカ氏からのイギリスの取り組み等を通じ、日々の現場の実践や地域での取り組みが、非常に大切なことであると、改めて気づかされた。これらの実践や取り組み、提案等を大切にしながら、保険者には、引き続き「地域の特性や価値を踏まえた、利用者の地域生活の継続、意欲の向上等をサポートする」姿勢をもち、「地域保健」を運営する認識で、介護保険の運営・内容の充実を目指す方向で、進めていってほしいと考える。

2 つ目は、制度、報酬上等の仕組みとして「利用者が自立した地域生活を継続、推し進めることができるか」を検討することが大切であるが、これについては、他の先生方の知見を拝借しつつ、今後の議論、検討が必要ではないかと、考えている。

3 つ目として、日本の医療・介護・福祉の専門職は今以上に、「利用者が地域で暮らすために、何ができるか、何をサポートするか」を改めて整理し考え、また「自立支援」「利用者の参画の促進」等を専門職毎に再確認し、各専門職の意識の変革が求められているとも考える。その上で、医療・介護・福祉の専門職が「地域住民と繋がり、パートナーとして共に歩むような形を構築する」ということを課題として意識し、積極的に取り組んでいくことが必要とも考える。

このような考えに至った中、私が携わる町田市において、「新たな動き」が 2 つ始まったのでご紹介したい。一つは、自治体、複数の法人が一堂に会す「介護人材確保戦略会議」である。これは、「慢性的な人材不足の解決」「地域の介護体制の維持・向上」等を目指し、自治体、複数の施設の理事・施設長等が集まり、意見交換・協働していく取り組みである。行政、法人の枠を超え「オール町田」の意識で連携・協働し、地域課題を解決する取り組みを始めている。

2019年度 町田市介護人材確保戦略会議	
次 第	
	2020年2月10日(月) 午前10時から ※：市庁舎2階 会議室2-1
1: 開会挨拶	
2: 報告	
(1): 町田市の介護人材確保の取組み	
(2): 町田市介護人材確保センターにおける人材確保事業について	
(3): 町田市介護人材バンクについて	



もう一つは、主に市民を対象とした介護の基礎技術を学ぶ「基礎介護技術講習会」についてである。講師をベテランの介護福祉士に依頼し開催しているが、ここ数年、参加希望者が急増している。講習会・アンケートの「参加者の動機付け」の項目や実際の参加者の様子を見ると、最も多いのが「家族の介護に関わる可能性が高い、元気な高齢者の参加」が増えてきている。日本の介護・福祉現場においては、「介護者の負担軽減」に重点を置き、現場の専門職に労力をかけ、支援してきた歴史であると、今回、整理し改めて感じている。しかし、慢性的な人材不足が生じている中、介護・福祉の現場に、市民の参画、参加を働きかける取り組みが、ますます重要と考えている。介護保険制度制定前から現在まで、「地域重視」「住民参加」等が声高に唱えられてきたが、いよいよ「機は熟した」のではないか。敢えて言えば、「ラストチャンス」かもしれない。

医療・介護・福祉の専門職は、自らのパフォーマンスを発揮しつつ、「利用者の生活、自立等の向上につながる専門性を問わないサポート」、「地域住民の関わりが本人に効果的に働くサポート」等を再認識しつつ、個々の利用者の地域生活、価値観へ適切に関わる必要がある。そして、地域で暮らす利用者の姿について、専門家、住民、行政が連携・共有しながら、専門家と地域住民、そして行政も加わるケア体制、チームマネジメントが「大変重要である」と改めて意識しつつ、わが国の様々な地域に発信、提案、情報提供していきたいと、筆者は思いを強くしている。



写真：「基礎介護技術講習会」（主催：町田市介護人材開発センター）

(参考文献)

- 1) 江崎慎英著 (2018)「社会は変えられる 世界が憧れる日本へ」 国書刊行会
- 2) 大貫稔、著 (1998)「包括的地域ケア・システム構築とは何か―福祉・保健・医療の連携を推進する―」、一橋出版
- 3) 小笠原祐二、李昌喜著 (1999)「“生活の場”としての老人ホーム その過去、現在、明日」中央法規
- 4) 小笠原祐次編著 (2002)「介護老人福祉施設の生活援助」 ミネルヴァ書房
- 5) 高齢社会アンケートを読む会著 (1995)「老いて都市に暮らす」 亜紀書房
- 6) 是枝祥子、渡辺裕美著 (2006)「ソーシャルワーカーのための介護」 有斐閣
- 7) 社会福祉士養成講座編集委員会編著 (2017)「新・社会福祉士養成講座 11 福祉サービスの組織と経営」中央法規
- 8) 全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会編 (1985)「地域の根をはる―老人ホームと地域福祉―」 全国社会福祉協議会
- 9) 堤修三著 (2010)「介護保険の意味論」中央法規
- 10) 中村秀一著 (2019)「平成の社会保障―ある厚生官僚の証言―」社会保険出版社
- 11) のびのび委員会編著 (2008)「管理をしない特養での暮らし」 双葉堂
- 12) 前沢政次 (1993)「特別講演 保健福祉連携の限界」(「岩手公衛誌第4巻・第2号」)
- 13) 宮島俊彦著 (2013)「地域包括ケアの展望」 社会保険研究所

(参考資料)

- 1) 財団法人日本生命財団 (1999)「'99 日本生命財団シンポジウムの記録集 “高齢社会を共に生きる” 新介護時代―介護保険の幕開けを見据えて―」
- 2) 東京都社会福祉協議会職員連絡会 (1996)「社協職員が見た 公的介護保険～東京都内社協職員に対する公的介護保険アンケート調査報告書～」
- 3) 町田市 (1993)「みんなでつくる暮らしやすいまち・まちだ―町田市高齢社会総合計画―」

7. 地域連携による社会的処方とまちづくりの視点

医療法人社団石坂脳神経外科副院長 石坂俊輔

1. はじめに

社会的処方は、身体的/精神的疾病のみならず、その背後にある孤立や貧困などの健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health, SDH) に対してさまざまな公的支援やインフォーマルな地域資源につなげ予防、健康増進、そして最も重要であるウェルビーイング (幸福感) の向上を目指すアプローチである。

イギリスでは地域の GP の自主的な取り組みとして広まって行ったようだが、2020 年現在では医療福祉の仕組みの一つとして各地で機能してきている。イギリスにおいても自治体により質に差があり試行錯誤の真最中であるものの、wellbeing を目指すという国家ビジョンを共有し希望を持ってチャレンジしていた。社会的処方のエビデンスについては、これから体系的な研究体制の構築が必要であり、その意味で新たに英国に創設された社会的処方に関する国立アカデミーの役割が期待される。

2. 日本における社会的処方への注目

社会的処方は本邦でも注目され始め、さまざまな報告がなされている。澤、堀田らは医療の限界を認識し健康の社会的決定要因を取り入れた考え方の重要性、患者自身が定義する問題に対応する姿勢やコミュニケーション能力の重要性、地域住民や行政及びまちづくり関係者との視点の共有の重要性を説いている¹⁾。2020 年 2 月には社会的処方に関する本邦初の書籍が出版され、各地に広がる様々な事例が紹介されている。²⁾ これまでの報告が示すように日本においても地域資源やつながりを持って幸福感の向上を目指す「社会的処方」と思われる取り組みは、各地で始まっている。

しかしながらほとんどの医療機関、とりわけ社会的処方において重要である地域のかかりつけ医が積極的に関わっているとは、未だ言い難い状況である。イギリスと日本では文化的背景、医療介護制度、特にプライマリケアの仕組み、診療報酬のインセンティブが異なるため、そのまま日本の制度に当てはめることは困難である³⁾。しかし『社会的処方』というアプローチを学ぶことは、改めて wellbeing というものを医療従事者が認識する上で意義深いと考える。

日本における社会的処方を考察するにあたり、社会的処方には大きく二つの側面から語られているように思う。一つは医療側から見た健康の社会的決定要因に対するアプローチとしての「医療ソーシャルワーク」的文脈の社会的処方、もう一つはコミュニティ側からみた「まちづくり」的文脈の社会的処方である。どちらか明確に分かれるものではないが、本考察においては本事業から得た知見の内容から、前者に対する意見が中心となることに留意いただきたい。

3. 社会的処方に取り組むにあたって重要なこと「対話」

第一にイギリスの医師も述べていたが wellbeing の向上を目指した社会的処方に取り組むにあたって最も重要なことは「対話」である。目の前の人は何を大切に、何を求めているのか対話から導き出し、早急に「処方」するのではなく「伴走」しながらその人自身に自らの可能性に気づいてもらうプロセスが大切である。そして対話を行うにあたって重要な点は一人の人

間として目の前の相手に興味を持つことであると考え。一方的に支える、支えられる関係性を越えたところに本当の対話が生まれる。診察室で白衣を着た医療関係者と患者の間での対話には限界があり、安心できる雰囲気での対話の場づくり、時間づくり、関係づくりが重要である。イギリスのリンクワーカーからも「非公式」な対話 (informal chatting) から始めることが強調されていた。日本でも医療機関ではない場所に医療従事者もしくは地域のつなぎ役が出向き、地域の中で住民や多職種で丁寧に『対話』することが求められており、各地で対話や繋がり場の場づくりが広がってきている。²⁾

4. コミュニティケア教育の大切さ

これから社会的処方が医療機関、特にかかりつけ医のあいだで広まっていくためには、基本となる社会疫学、健康の社会的決定要因に配慮する意識や知識が必要である。私自身も日本の専門医学教育を受けた一人であるが、当時の医学部教育で社会疫学やコミュニティケアに関する教育の機会は少なく、知識はほぼ皆無であった。現在地域のプライマリケアを担っているかかりつけ医のほとんどは同様の状況であると推察されるため、地域の医師会を通じた学習機会の提供は重要であろう。

そしてこれから地域医療を担う医師や看護師、リハビリ専門職、介護福祉職を育てる学生教育に社会疫学やコミュニティケアに関する教育を取り入れることの重要性は言うまでもなく、西岡らの報告では医学部教育のコリキュラムには SDH に関する項目が追加されたとある³⁾ (文部科学省 医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成 28 年度改訂版)。

実際今回の視察でもマートン地区の総合 GP 外来であるネルソンヘルスケアセンター (Nelson Healthcare Center) において社会的処方が行われる現場で多くの研修医が学んでおり、クリニカルディレクターの GP である Dr. Hing も、医師が wellbeing やソーシャルを語る事の重要性を強調していた。社会的処方やコミュニティケアは各ケースの個別性が高く、机上では学びにくい分野であるため、実際行われているプライマリケアの現場で体験する必要があるだろう。日本の初期臨床研修制度の 2020 年度改正でも地域医療/一般外来が 4 週以上求められる見通しであり、地域のかかりつけ医が積極的に取り組み、研修医に学習機会を提供できる体制を構築していきたい。そのためには大学などの基幹型臨床研修病院や医師会や地域コミュニティの協働が必要である。

5. リンクワーカー役は誰が担うべきか

さて、本邦における社会的処方において中心となるリンクワーカー役は誰が担うのが良いのだろうか。専門職として新たに資格が創設されるのが良いのだろうか。英国でもリンクワーカー特有の公的資格があるわけではないが、今回提供いただいたロッチデールのリンクワーカー職務内容を参考にすると全国職業資格レベル NVQ level 3 が求められている。NVQ level 3 とは「学んだ知識を応用し、様々な状況において、複雑で反復作業ではない業務を行う能力を有すること。これらの業務には一定のレベルの自主性や責任が求められ、他人を指導する機会や、グループやチームにおける共同作業も含まれている。」とされる。

(内閣府『英国のコネクションズ・パーソナル・アドバイザーの養成制度等に関する調査』
<https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/ukcon/4-1.html>)

ここでは、コミュニケーション力、マネジメント力、企画力など高い技能が求められる上に、コミュニティ開発、医療ケアやソーシャルワーク、パブリックヘルスに関連する 2 年以上の経験も必須となっている。本邦においてこのようにコミュニティケアに精通した医療福

社人材を地域で雇用・育成するのは困難であると考えられる。リンクワーカーが担う職務は医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、地域包括支援センター、保健関係者などがこれまで担っていた領域と重複する部分があると考えられるため、既存の職種の連携や地域資源の組み合わせにより、実現することの方が現実的であろう。

6. 事例紹介

そこで、筆者は日本プライマリケア連合学会長崎支部会第7回総会・学術集会にて日本における社会的処方の一例といえる事例を発表したのでここで紹介したい。(事例提示に関しては本人及び家族の承諾を得ているが、個人情報に配慮し一部内容を変更している)

事例

〇〇代男性。元々、非常に熱心な小中学校の教師であった。50代後半で職場のトラブルからアルコール依存症と躁鬱病を患い、早期退職し精神科に通院していた。長年閉じこもりがちな生活を送っており、飲酒に伴う事故や栄養障害で救急搬送されるなどを繰り返していた。圏域の地域包括支援センターでも重点的な対応が必要な事例としてあげられていた。デイケアを利用し始めたが、利用当初は黙々と運動をするのみで、あまり周囲とコミュニケーションをとることはなかった。自宅でも飲酒するか寝るかのどちらかであった。

しかしデイケアの介護福祉士が元教師という強みに着目し丁寧に人生の物語に沿って対話を行ったところ、教師として再度子供たちと触れ合いたいという想い、教育や科学に対する情熱が残っていることに気づいた。

地域包括支援センターに本人の想いを伝え、包括の主任ケアマネジャーが小学校に常駐する放課後コーディネーターに連携を依頼した。学内協議の結果、小学校の地域への開放日での1日授業への参加が決定した。それ以来、数十年患っていたアルコール依存及び躁鬱病が快方に向かい自宅での飲酒を止めることができた。さらに数十年前の教師時代に使用していた数千枚におよぶ学習スライドを引っ張り出し、デイケアや自宅で授業の準備をするようになった。息子さんも教育者の職に就かれていることもあり、一緒に授業の準備を行うことで途絶えていた家族内の絆も取り戻し始めた。当日は小学校にて見事に授業を成功させ子供たちからも多くの質問や感想が届いた。授業終了後も、家事への協力、次の授業への準備、家族との外出機会が増えるなど、暮らしそのものが変化した。

当事例における役割の整理

役割	アセスメント	つなぎ	場や役割の提供
英国	介護施設・ワーカー	リンクワーカー	地域資源
当ケース	デイケア・介護福祉士	地域包括支援センター・主任ケアマネジャー	小学校・放課後コーディネーター(独自の制度)
求められる事項	本人の Well being や価値観がどこにあるのかを対話により聴取する姿勢とアセスメント能力、内発的動機を引き出す技法 ICF の観点から他職種で協働しリハビリテーションを計画する通所リハとしての能力	地域資源を熟知し紹介に応じて人や場、支援を提供できるネットワーク (Asset mapping)。介護事業所からの紹介に応じて、その人にとっての Well being を目指す姿勢と対話力、コーディネーター力。	地域包括支援センターからの依頼に応じて柔軟に対応し、可能性を共に考えてくれる学内のコーディネーターの存在

考察

当ケースは元々熱心な教師であり特別なケースかもしれないが、人が幸福に健康に生活する上で役割やつながりが重要であることを再認識した。また地域資源の活用や連携、社会参加を実現するための多くの示唆を得た。

まずは既存の医療介護資源、地域資源の連携により日本的な社会的処方十分に可能ではないかということである。ロッチデールでも強調されていた既存の資源を利用したアセットベースト・アプローチ（Asset based approach）である。連携するために大前提となるのは一人一人の Wellbeing を目指すというビジョンの共有である。（規範的統合）規範的統合がなされれば既存の職種や機関の連携により、日本版『医療ソーシャルワーク』的社会的処方は構築することは可能であると感じた。

しかしながら規範的統合を行うには教育に対する財政的、時間的な投資や完成度の高い教育デザインが必要であり、そこに課題がある。既存の資源の連携に関する提案は一般社団法人オレンジクロスにおいて既に提案されており参考にして頂きたい。⁴⁾

7. かかりつけ医療の課題

現在、日本においてプライマリケアを担っている地域のかかりつけ医が Wellbeing を目指した社会的処方に取り組むにおいて課題が多いことは事実である。先も述べた通り、自身を含め健康の社会的決定要因に対する視点とアセスメント能力が不十分である。同時に、日常的に患者と関わるかかりつけ医療機関に所属するコメディカル、病院スタッフへの啓蒙、教育も必要である。

例えば、かかりつけ医に勤務する外来看護師が健康の社会的決定要因に関する知識を持ち、役割やつながりの重要性を認識するだけでも早期に地域包括支援センターや地域資源につながり解決するケースは存在するであろう。地域のかかりつけ医に所属するコメディカルスタッフを体系的に教育する機会は少ないため、今後地域の職能団体が協力し整備されていくことが期待される。

また、現行の診療報酬体系では地域のプライマリケアを担うかかりつけ医の多くが単独でリンクワーカーと成り得るケアマネジャー・ソーシャルワーカーやその他職種を雇用することは困難である。そこで地域内でソーシャルワーカー、ケアマネジャー、リハビリ専門職などが協働できる仕組みが重要であり、現在日本リハビリテーション病院・施設協会ではリハビリ専門職によるかかりつけ医支援の取り組みが始まっている（在宅支援リハビリセンター推進事業）。その意味において上記職種がすでに所属する地域包括支援センターの果たす役割は大きいと考えられる。地域包括支援センターとかかりつけ医、ケアマネジャーの連携を促進するためには、地域ケア会議などはもちろんの事、英国の社会的処方のフォームのように極力シンプルで本人や関係者との対話の余白を残した連携システムの構築も必要であろう。

制度面に目を向けると総合事業を含む介護/介護予防事業の柔軟な運用も必要である。提示したケースからもわかるように、教育と介護など行政的な縦割り制度や年代で分断されている仕組みを統合し、各自治体のニーズに応じて柔軟に運用できる仕組みが必須である。そのような流れから地域共生社会に向けた予算拡充も進んでいるが、単なるモデル事業の横展開ではなく各地域オリジナルの仕組みを創出していく必要があるだろう。

8. 「まちづくり」と社会的処方

次に、もう一つの側面であるコミュニティ側からみた「まちづくり」的文脈の社会的処方について意見を述べる。

イギリスではその人の **Wellbeing** に必要と思われるコミュニティが存在しない場合、新たにコミュニティを創造するためにリンクワーカーが人々をつなぎ合わせる場を作っていた。もしくは孤立を解消するコミュニティ開発に特化した組織が存在した。ロッチデールの **HMR Circle** がそれである。これまで医療や介護の分野があまり取り組んでこなかった分野である。その際、重要なポイントは地域のストーリーを大切にすることであり、ロッチデールのように地域の文化や歴史を大切にする姿勢から学ぶことは多い。ロッチデールのデザインからは医療も街の一部として共にストーリーを紡ぐという意識が感じられた。

社会的処方は医療者が医療機関に閉じこもり、これまでの医療と同様に一方的に「処方」するだけでは片手落ちであり理想の形にはならない。社会的処方は「まちづくり」そのものであり、社会的処方に取り組むということは医療者が地域に出て、「まちづくり」に関わって行くことになるだろう。もちろん、ここでいうまちづくりとは建物などのインフラではなく、信頼に基づく人間関係、つまり社会関係資本 (**Social capital**) の醸成を指す。ここでも重要になってくるのがアセットベースド・アプローチ (**Asset based approach**) であり、最大の地域資源は「人」であり、地域の学生、NPO/NGO など社会課題に取り組む人々、子育て世代、高齢者、様々なコミュニティと繋がり、医療者が一市民として市民活動に参加することが求められる。

ロッチデールのヘイウッド、ミドルトン、ロッチデールサークル (**Heywood, Middleton & Rochdale Circle (HMR Circle)**) のデザインのように、医療機関に訪れた人が社会的処方を通じて自らの強みを再認識し、時には支えられながらも「まちを創る側の人」になることができる。その人自身が役割を取り戻すと同時に地域にとっても貴重な人材となっていく。社会的処方を用いて地域の人的資源のエコシステムを構築しようという意識で仕組みをデザインしていくことも必要であろう。

以上、超高齢化少子化が進む我が国において、これまでの行政的/領域限定的な枠組みで解決できる問題は少ない。社会的処方自体が、これまで本邦が取り組んだことのない新たな考え方であることを認識し、チャレンジ精神を持って、英国の横展開ではない日本独自の形で創造していかなければならない。『社会的処方』そのものはツールの一つに過ぎず、目指すものはあくまで **Wellbeing** であるということであり、行政、医療機関、企業、地域住民が対等に丁寧に対話しパートナーシップを築きながら、お互いの強みを掛け合わせていくこと。**Wellbeing** を目指すというマインドチェンジ、覚悟を持って実行に移していくことが重要であることを学んだ。

参考文献

- 1) 澤憲明ら 英国における社会的処方 ジェネラリスト教育コンソーシアム (consortium vol.10)
http://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_1st_02.pdf
- 2) 西智弘ら著 社会的処方 孤立という病を地域のつながりで治す方法 学芸出版社
- 3) 西岡大輔ら 医療機関における患者の社会的リスクへの対応：social prescribingの動向を参考に
した課題整理
http://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_6th_02.pdf
- 4) 西岡大輔ら 社会的処方の事例と効果に関する文献レビュー
https://www.jstage.jst.go.jp/article/iken/advpub/0/advpub_2020.002/_pdf/-char/ja
- 5) 長嶺由衣子 社会的処方のイメージ
http://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_7th_01.pdf
- 6) 松田晋哉著 欧州の医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆 勁草書房

8. 海外における地域マネジメント改革と生産性向上の取り組みについて

(株)NTT データ経営研究所情報未来イノベーション本部戦略企画センターセンター長
吉田俊之

はじめに

本章の目的は、前章までに取りまとめられたイギリスとオーストラリアの軽度者向けの高齢者介護システムとその実情を参考にし、生産性の観点からわが国の軽度者向けの高齢者介護システムの発展に資する知見を見出すことである。

現在のところ、軽度者向けの高齢者介護システムについては、学術的に独自の発展を見せる概念や理論が確立しているわけではない。また実際のサービス提供の運用においても独立して制度化されているというより、中重度者向けの高齢者介護システム、あるいは医療システムに従属して設計されている場合が多い。わが国の軽度者向け高齢者介護システムはその典型といえる。多くの軽度者向けサービス種別は「介護予防」の名称を有し主目的は要介護状態になることを防ぐことと解釈されている。つまり、軽度者向けのシステムは、介護給付システムの目的達成に対し貢献しているか常に問われる立場といえる¹。その他の軽度者向けサービス提供の運用類型としては、社会的ケアサービスの一部として運用されるタイプ、または、家族介護と経済セクターから調達したサービスを組み合わせ、私的にニーズを満たす形態が考えられるが、独立して運営される軽度者向けの高齢者介護システムがあるわけではない。

介護分野における生産性について、イギリスでは医療システムの効率化、制度費用の削減の文脈と関連して介護や社会的ケアの費用対効果評価がなされることはある。例えば、リエイブルメント・サービスや社会的ケアを活用して入院期間の短縮や外来予約の抑制を期待するという発想である。オーストラリアでは、生産性委員会の報告書が強く影響することからわかるように、市場システム寄りの高齢者介護システム化を重視する過程のなかで生産性の議論を見出すことができる。一方、わが国では世界に先駆けて、介護分野独自の生産性を議論した経緯がある。近年、介護分野における生産性向上ガイドラインとして公開されている

【1】。生産性向上の上位目的は、ケアの質の向上であり、過度な効率化や人員削減を追求する考えではないことが示された。しかし、中重度者と軽度者を区分した議論までには発展していない。このように、介護分野における生産性のあり方研究は始まったばかりである。

そこで本章では、はじめに、生産性の観点から介護システムを論じる意義を確認し、本章で扱う生産性の基本的な考えと範囲を示す。そののち、生産性の観点から見たわが国の軽度者向け高齢者介護システムの強みと課題を示す。最後に、イギリスやオーストラリアの状況を参考にしつつ、生産性の観点から軽度者向けの高齢者介護システムの発展に資する知見をまとめる。

1. わが国における高齢者介護システムの「生産性」に重点をおいて議論する必要性

わが国の高齢者介護システムを生産性の観点から検討することは意義深い。厚生労働省等が明らかにした介護人材の需給ギャップの存在がその背景にあるからである。厚生労働省は2025年の介護需給ギャップは約38万人と推計し、経済産業省も79万人(2035年時点)と独自に試算している。深刻さを理解するには十分なエビデンスだが、わが国の介護需給ギャップ問題が国際的にみても深刻である事実はあまり知られていない。ここではイギリスとオーストラリアを取り上げ、生産性の観点から介護政策を論じる重要性を改めて確認する。

図表 1 人口推移

	人口 (万人)			高齢化率 (%)		
	2018 年 (推計)	2065 年 (推計)	増減率	2018 年 (推計)	2065 年 (推計)	増減率
日本	12,644	8,808	-30%	28.1	38.4	37%
英国	6,644	7,527	13%	18.6	26.2	41%
豪州	2,503	4,866	92%	15.6	20.5	30%

データ出所：日本 社会保障人口問題研究所

各国のデータに基づき

英国 Office for National Statistics

筆者作成

豪州 Australian Bureau of Statistics

介護需要に影響を及ぼす高齢化率をみると、現在、日本の高齢化率は 28%を超え、超高齢社会の状態にある。イギリスとオーストラリアは、高齢化率がいずれも 14%から 21%未満のうちにあるため、高齢化社会（イギリス約 19%、オーストラリア約 16%）の段階にある【図表 1】。また、将来における高齢化率をみると 2065 年時点における日本の高齢化率は 38%に到達すると見込まれる。イギリスは約 26%程度にとどまる見通しであり、これから 45 年が経過してもイギリスの高齢化率は日本の現在の高齢化率を下回ったままになる。オーストラリアはさらに低く、約 21%と予測され高齢化の進みは更に遅い。高齢化の進展は遅いが、これから 25 年のうちに 85 歳以上人口は 2 倍になる見通しと政府広報していることから、高齢者介護システムに関するオーストラリア政府の問題意識も決して低くない。

需要と対をなす供給の観点からは、介護人材量に影響する各国人口を参考にみてみたい。日本の人口は直近で減少傾向であり、将来においても減少し続ける人口減少社会であることはよく知られている。2065 年時点では約 8,800 万人まで減少し続ける見通しだ。一方、イギリスやオーストラリアの人口は現在も増加傾向にあり、日本と真逆のトレンドをたどっている。オーストラリアはこの 100 年でおおよそ 5 倍に増加し 2500 万人（2018 年）に到達した。人口成長は止まらず 2065 年には 4,866 万人に到達するとも予測されている。イギリスも同様に現在の約 6,700 万人から 2065 年には 7500 万人を超えると予測される。両国とも人口を押し上げてきた要因のひとつは移民流入であり、今後も移民流入の影響は続くと思定されている。例えば、オーストラリアでは、近年の人口増加に対する自然増の寄与は 36.8%である一方、移民流入が 63.2%と自然増の寄与を上回ると報道がある【2】。イギリスもオーストラリアも、今後も移民流入が将来の人口増にポジティブに影響し続けると考えられている。

このように、日本、イギリス、オーストラリアはいずれも高齢化率が増加する見通しであり、介護分野の政策を充実させる政策検討は共通したテーマといえる。一方、わが国に限っては他の比較 2 国と異なり人口減少という厳しい環境変化が加わる。介護需要が増加する中で他国と比較しても人材不足の懸念が相対的に強いという点において、生産性の観点からわが国の高齢者介護システムの議論は深められるべき状況にある。

2. 本稿の使用する用語の取り扱い

本稿で取り扱う生産性の定義は、インプット（投入量）に対するアウトプット（産出量）、あるいはアウトカム（成果や効果）という一般的な構造のみを前提とし最小限の定義とする。生産性の概念の解釈あるいは意味する範囲は特定せず広範に取り扱っている。厳密に定式化

した労働生産性や業務効率化のみを意味しない。次のような項目を含ませ幅広く扱っている。例えば、高齢者ケアの質の向上、高齢介護システムに関する財源抑制効果、入院期間の短縮、再入院率の低下、高齢者が元の生活に戻る、在宅限界の上昇（より長く自宅で暮らせる）、GPの負担軽減、有償の介護者や支払いのない介護者の負担軽減、社会的ケアに携わる人材の増加、新たな社会的サービスや仕組みの創発、情報の非対称の解消、高齢者本人のQOL向上、孤独の緩和・解消、他者や地域との繋がり・交流の増加・深まり、ウェルビーイングの向上、安心して暮らし続ける地域の実現、など幅広く念頭に置いた。

また、特に断りが無い限り、本章で登場する高齢者は生活支援や介護・医療ニーズが軽度な個人である。何らかのちょっとした手助けやサービス等の利用があったとしても、自分らしい自立した暮らしを自己管理できるまで回復が期待できる高齢者を想定している。軽度者向け高齢者介護システムのエントリーレベルの利用者といってもよい。一方、経済的に自立できていない状態やその影響は考慮していない。

本章全体にわたって「軽度者向け高齢者介護システム」という表現を用いているが、公式な制度体系を指しているわけではない。概念レベルにおける構成要素の体系と理解していただきたい。また、「介護」という用語も登場するが、軽度者向けサービスと介護という用語が部分的にミスマッチしていることも承知しているが、適当な用語が見つからず便宜的に用いている。生活の中で何らかの手助けを必要とするという広義の意味で使用した。

3. 生産性の観点からみたわが国の軽度者向け高齢者介護システムの強み

(1) 軽度者向けサービス提供体制の充実

生産性の観点から軽度者向け高齢者介護システムを考える際、まずサービス種別の豊富さは重要な条件になる。多様なニーズにサービス体系が対応していなければ、ニーズとサービスがミスマッチした「ムリ」が発生しやすくなるからである。日本、イギリス、オーストラリアの軽度者向け高齢者介護システムを比較した際、筆者は日本のサービス提供体制は極めて優れていると考えている。特に、サービス種別の豊富、生活支援と身体介護の峻別、そして多機能間連携を挙げることができる。サービス種別では特にアウトリーチ型の訪問サービスの充実は卓越している。介護予防の訪問介護、訪問リハビリ、そして訪問看護がそれぞれ専門的に機能している。加えて、地域密着型の小規模多機能といった通所・訪問・泊まり機能を一体的に提供するサービス類型も存在する。さらに、給付型の他に主に事業型のサービス体系である地域支援事業があり、公的な軽度者向けサービスとしては、そのきめ細やかさが卓越している。イギリスやオーストラリアでは生活支援と身体介護を十分に切り分けていないが、日本は見事に整理できており、そのおかげで政府と市場が担うべき範囲を論点化し政策議論しやすくしている。オーストラリアやイギリスの軽度者向けサービスはこれほど発展していない。多機能間連携について、イギリスやオーストラリアが導入しているリエイブルメント・サービスは次の2つの目的が混在して実践されている。一つは元の生活に戻るウェルビーイング向上であり、もう一つは入院期間の短縮や再入院率の抑制といった医療システムの効率化である。両者ともイノベティブな取り組みの一つに位置づく。後者については、わが国においてもすでに早い段階から問題意識を持ちサービスが運用されている。訪問リハビリや通所リハビリは回復期病院と連携し円滑な退院支援を進めている。通所リハビリは利用開始前後に自宅の生活状況を理学療法士等が評価し通所でのプログラムに反映させている。軽度者向けのサービス提供体制はサービス提供体制がよく練りこまれているという点で、日本の高齢者介護システムは諸外国にとっても参考になるだろう。

(2) アクセス機能：居宅介護支援

図表2 在宅居住者向けのHPCを利用するまでにかかる待ち時間

パッケージレベル	おおよその待ち時間
レベル1	3-6か月
レベル2	12か月以上
レベル3	12か月以上
レベル4	12か月以上

※最終更新：2019年5月31日

出所：myagedcareのホームページから筆者作成

高齢者等がサービスや支援等の情報や適切なサービスに無理なく到達できるアクセスルートが確立していれば、自立や介護予防効果を期待しやすい。わが国の軽度者向け高齢者介護システムにおいて、高齢者が情報やサービス等にアクセスする機能は主に居宅介護支援が担う。ケアマネジャーが自宅を訪問し利用者の情報弱者化を防止し、利用者の適切な意思決定をコンサルティングしている。ここで重要なことは居宅介護支援が法定の機能であることから、全国どこでも「ムラ」なく同様のサービスが行き届いている事実である。オーストラリアではこの情報やサービスへのアクセス機能に問題を抱えている。特に生産性委員会の意見を踏まえた My Aged Care というウェブシステムへの不満が強い。サイト内の情報が難しくてわかりにくく、また、登録までの手続きが煩雑であるという理由からだ。この点について、2019年10月に王立委員会が中間報告を公開し、早急な改善を要求している。さらに問題なことは、サービスを利用するまでに待ち時間が長いことが挙げられる。(図表2)。日本では早ければ1週間程度でサービス利用が開始されることも珍しくない。イギリスでは、社会的ケアの情報提供機能をチャリティが担うことが多いが、必要なサービスや支援等の組み立てやモニタリングまで実践するチャリティは少ない。ほかに、社会的処方という機能がある。家庭医 GP の指示の下、登録患者の非医療のニーズをリンクワーカーが受け止め、登録患者の情報弱者化を防止しながら地域コミュニティとつなぐスキームである。しかし、その運用は昨年未から NHS イングランドを通じて開始されたばかりであり政策評価はこれからである。

(3) 地域課題の抽出機能／地域資源の発見機能：地域ケア会議と地域支援コーディネーター

どのような取り組みにもあてはまることだが、継続した生産性向上を実現するには、アウトカムに対する批判的な評価の繰り返しとオペレーションの改善活動の継続が欠かせない。地域レベルの生産性を考えた場合でも同様であり地域課題を抽出する機能が必要になる。日本には地域ケア会議が市町村あるいはより狭い生活圏域ごとに設置され、地域の困りごとや課題を出し合える。この取り組みはまだ発展途上ではあるが、自治体の介護保険事業（支援）計画に基づき実行されるため全国に普及している。また、地域支援コーディネーターという役割を担う人材²を配置している。彼らには社会参加や活動の繋ぎ先を掘り起こし、実際に利用者と地域資源を繋ぐ役割が期待されている。イギリスやオーストラリアでは同様な取り組みは先進的な自治体やチャリティが散発的に展開している程度であり、日本のように国の政策の下で全国展開されているわけではない。

(4) 介護政策の普及ツールとしての介護保険事業（支援）計画

高生産性体質を組織に定着させるとき、普及政策が極めて重要になる。手段としては標準化であり、マニュアルの制作とともに実装するための導入計画も欠かせない。日本では介護保険サービスの適切な給付と地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築は、介護保険事業（支援）計画に基づいて計画的に展開されている。地域によって進捗の早い遅い、成熟度の高低は当然あるわけだが、すべての市町村が適正に給付管理し、地域包括ケアの推進に着手している事実は適切な給付管理や地域包括ケアの推進が計画に明示されている理由に因るところが大きい。この方法論は日本の介護政策を普及させる強みといえる。

4. 生産性の観点からみた軽度者向け高齢者介護システムの体制的な課題

(1) ウェルビーイング向上という上位目的の不在

日本の軽度者向け高齢者介護システムの代表的な目的が介護予防であることはよく知られている。高齢者が要介護状態になることを予防することや、要介護状態等に軽減、悪化の防止である。より具体的には、いわゆる三大介護³等や日常的な医療的対応が必要な状態となることの防止等、近年ではそこに認知症予防が加わる。ところが、イギリスとオーストラリアにおける軽度者向け高齢者介護システムの直接の目的は、必ずしも介護予防ではない。むしろ、ウェルビーイング、リエイブルメント、ウェルネス、QOL等の向上に焦点が当てられている。より実践的な目的になれば、無用な長期入院の防止、診療予約の減少、社会的な交流の増加や深まり、日常的な活発さ向上、心的な健康状態の維持などである。それを達成する手段として医療と社会的ケアが融合したサービスやコミュニティケアとの接点強化、リハビリ専門職によるリエイブルメント・サービス、ビフレンディングの促進などが開発され実装されている様子がうかがえる。

イギリスやオーストラリアの軽度者向けの一連の取り組みは、軽度の高齢者にはウェルビーイング向上という固有のニーズが存在していることを示唆している。わが国の軽度者向け高齢者介護システムは介護予防を目的とする一方、ウェルビーイング向上を明確に政策目標に定めてはいない。

(2) イノベーションの特定・開発、そして普及を担う機能の不在

わが国の医療分野の場合、医学という学問分野が確立し高度に細分化された学会によって新しい医療技術が創発される。医薬品は製薬メーカー等が市場の原理に基づき、自らの経営資源を元手に企業間の競争により新薬開発が進む。国もまた健康・医療戦略推進本部のもとでイノベーションを促している。さらに、医薬品や医療機器などの品質、有効性および安全性について、治験前から承認までを一貫した体制で指導・審査し（承認審査）、市販後における安全性に関する情報の収集、分析、提供は独立行政法人医薬品医療機器総合機構が担っている【3】。2019年からは公的医療保険制度のなかで既存医薬品の費用対効果評価も始まり、今後は新規収載にも費用対効果評価を導入する動きがある。このように、医療分野では新しい技術やサービスの開発については一定のスキームとプラットフォームが存在している。

一方、高齢者介護システム、特に軽度者向けの介護システムの中にはイノベーションを特定・採用し普及させる機能が体系的に埋め込まれていない。もちろん、部分的な機能は施策にもある。例えば、開発については、老人保健健康増進等事業がある。単年ベースで調査したり小規模のトライアルを検証したりして知見を蓄積していつている。しかし本来、本事業は開発やサービス創発の補助支援を主目的としていない。横展開については、現状では先進

的な取り組みを収集し厚生労働省が自治体に紹介する、あるいは事例をホームページで公開することが中心である。介護予防アワードを開催し表彰された取り組みを冊子にして情報提供する取り組みを実施している。しかしながら、これらが傘となる戦略やアクションプランに基づいて連動して活動していない。そもそも介護サービスの開発効率や普及効率の向上を目指しているわけではないだろう。

このように、継続的に生産性を効率よく高めていきやすい体制が整備されているとはいえない。日本のシステムは極めて優れた高齢者介護システムと考えているが、サービスの開発機能という点では数少ない宿題を抱えている。

5. 提言

本節では軽度者向け高齢者介護システムの発展に向けていくつかの提言を整理した。

(1) 介護予防とウェルビーイング向上の独立した2本立てシステムの検討

介護予防の目的概念を拡張しウェルビーイングの向上等を包含することは可能であろうか。社会的な交流の深まりはおそらくウェルビーイングを確率的に高めるといふ蓋然性はあるが、社会的交流が排泄介助を必要とする状態を回避させる効果に直接影響するとは考えにくい。要介護状態を予防に有効な手段とウェルビーイングを高める取り組みとはそれぞれ固有のアプローチが存在すると考えるならば、それぞれ独立して概念整理するほうが軽度者向け高齢者介護システム政策を設計しやすくするだろう。

したがって、わが国における軽度者向け高齢者介護システムの目的には、介護予防の他に、ウェルビーイングの向上を新たに加えてはどうか。両者の関係を整理するとともに、目的に応じた複数のシステムラインを持つ軽度者向けの高齢者介護システムのあり方を検討してはどうか。

(2) ウェルビーイングの向上を目的とする軽度者向け高齢者介護システムの検討

ウェルビーイングの向上を目的とした軽度者向け高齢者介護システムの構築を検討する際、必要となる構成要素を独自に設定した、それぞれについて、特に持続的に生産性の高いシステムに寄与する観点から提案している。

1) 対象者の設定

高齢者は生活支援や介護・医療ニーズが軽度な個人である。何らかのちょっとした手助けやサービス等の利用があれば、自分らしい自立した暮らしを自己管理できるまで回復が期待できる高齢者を想定している。

2) 上位目的の設定

虚弱な状態にある地域在住高齢者のウェルビーイング、リエイブルメント、ウェルネス、QOL等の向上、と設定する。

3) 構成要素

① システム全体のアウトカム

軽度者向けの高齢者介護システムが目指すべき最終的なアウトカムは、高齢者個人のウェルビーイングやQOLの向上であるが、システムとしての理想的なアウトカムは、高齢者のニーズに適した良質なサービスや支援等が完全に行き届いておりその運用は安定している状

態、と設定する。

② 情報とサービスへのアクセス

その理想の状態を実現するには、問題を抱える高齢者が、自身の問題を認識しニーズを正しく理解し、そして必要なサービス等にわかりやすく簡単にアクセスできる、というプロセスを歩めるようにする必要がある。オーストラリア政府は、高齢者介護システムの改革の途中だが、王立委員会よりいくつかの早急で強い改善要求を受けた。その一つが、情報とサービスへのアクセスの複雑さ・手間の改善だった。高齢者が自身の生活の及ぶ範囲において自己決定できる環境整備はこれからますます重要になる。したがって、このシステムにアクセスにおいては、専門的な表現で説明しない工夫が必要となる。そのためには、アクセス設計の際に、個人の体験や情報やサービスや支援等を利用したときの体験に着目してアクセスプログラムを作成することが役立つ。

ところで、オーストラリアは高齢者に情報をわかりやすく伝えるコンテンツ開発に重点をおいている。その理由は、オーストラリア在住の高齢者のうち 1/3 は移民であり、約 45% は英語を第一母国語としていないという。さらに、英語がうまくない、もしくは英語を使えない高齢者が約 17% を占めるという報告がある。多文化国家という背景に加えて、こういった事情があるため、英語や文字以外の手段でもわかりやすく伝える、というテーマに重きを置いている。高齢者介護をわかりやすく伝える参照先として、オーストラリアのコンテンツを研究することは今後の参考になるだろう。

③ サービスや支援等とそのコンセプト

軽度者向け高齢者介護システムは、生活支援や機器提供のサービスや支援、高度ではない慢性疾患向けの医療、コミュニティケアやボランティアに基づいた互助活動など（以下、サービスや支援等という）を提供する緩やかなスキームを前提としている。そのシステムを支える主たる財源方式は限定しない

高齢者は、加齢に伴い認知も含め様々な身体機能が低下し続ける。また、老年期の生活習慣病などある種の疾患は完全根治しにくい。彼らは必ずしも完全な健康状態を獲得できない不安定な状態にある。イギリスの医療現場では、健康の社会的決定要因の認識が比較的進んでいる。「非医療」要因が完全な健康の回復を妨げることもあり、医療による解決の限界に理解がある。NHS イングランドは、社会的処方という新たな医師処方プロセスを開発し、高齢者の状態像に合わせて、社会的ケアやコミュニティケアなどのアプローチと治療を組み合わせやすくする機能を GP 機能マップの中に新たに埋め込み始めた。いわゆる医療と社会的ケアの融合から生まれたサービスパッケージといえる。

オーストラリアとイギリスで展開されている軽度者向けサービスの特徴は、ウェルネスとリエイブルメントの概念である。自立状態を自己管理できるようにアプローチの普及を図ろうとしている。手助けが必要になっても自分らしくありたいという人間らしさと、軽度高齢者の生活や暮らしの中の困りごとを踏まえている。つまり、Person-Centered と Asset based の概念を組み合わせ、サービスや支援等そしてアセスメントが包括的であるよう設計されている。

これからのちょっとした工夫や手助けを得ながら自立状態を自己管理できるように促進するサービスコンセプトが重要になる。

④ 関わる人材の育成 地域でマネジメントすることが望ましい

対人サービスの中でもサービスを受ける側の生活行動に深く影響を与える医療や介護業界においては、人材育成が担う役割が大きい。イギリスとオーストラリアのいずれの事例でも、リエイブルメント・サービスに関するサービス提供者向けの教育では、アセスメントするときの「尋ね方や対話」技能のスキルアップに力点を置いている。単に事実の聞き取りに終わったりしないよう注意を促し、利用者本人がしたいこと・なりたいことの棚卸し、利用者本人の意欲を引き出し、そして自己管理の動機付けを行うなど、自分なりにウェルビーイングを高める考えに基づくコーチングやファシリテーション技能の習得を促している。

また、オーストラリアでは RAS 担当者への教育に政府予算を充て余念がない。RAS 担当者は高齢者のニーズを把握しサービスに繋げるゲートキーパーの役割であるため、はじめに高齢者と相対しコンサルティングする彼らの役割は極めて大きい。政府は、高齢者が単なる「ケアの消費者」にならないよう RAS 担当者の教育に力を入れている。

⑤ サービスや支援等の開発と特定 地域でプラットフォームをマネジメントする姿

軽度高齢者のニーズは一人ひとりの価値観や暮らし方と切り離せないため、実際のアプローチの個別性は強まる。また、日本では健康寿命の地域間格差はそれほど問題にならないが、イギリスやオーストラリアでは地域によって 10 年程度の開きが生じ問題視される。その原因を個人が統制できる要因にのみ求めることはできず、取り巻く環境や文化といった個人では制御不能な要因の影響も強く受ける。そういった問題の解決は専門職の専門性を深く追究してもなかなか答えが出にくい。イノベティブなサービス等を開発する発想が求められる。しかし、高度で複雑なニーズを満たすサービスパッケージの開発は単一の機関や民間企業能力を超える。医療、介護、社会的ケア、コミュニティケア、生活に関わる分野・領域など多機能間が連携できるプラットフォームが求められる。さらに、普及の観点から実装のプログラム創発も重視されるので、複雑で難易度の高い開発過程になると想定される。同時に、できる限り速やかに普及に繋げる時間感覚が求められる。

軽度者向け高齢者介護システムで扱うサービスや支援等の開発には、開発プロセスの難易度と前提条件を念頭に置いた体制を整えなければならない。このようなプラットフォームには、イギリスの学術健康科学ネットワーク (AHSN) と呼ばれる全国ネットワークが参考になる。2013 年から NHS イングランド等が中心となり、同時に複数のイノベーションの発見と特定、採用を科学的に進める中央政府の予算に基づくプロジェクトである。

⑥ エビデンスに基づくイノベーションの交換・普及

サービス等は、科学的に検証された効果が証明されていなければ、サービスや支援等の採用と普及の妨げになる。また、信頼性のある効果検証がなされたとしても、サービス提供者にあまりに高度で複雑な技能を要求するプログラムとなると、実践の妨げになる。

サービスや支援等の効果と実践した有用性を科学的に検証する体制が必要になる。そのサービス等は実践可能かどうか吟味されなくてはならない。この体制設計については、開発したイノベーションをイギリスの国立医療技術評価機構 (NICE) における評価プログラムで検証する一連のプロセスが参考になる。

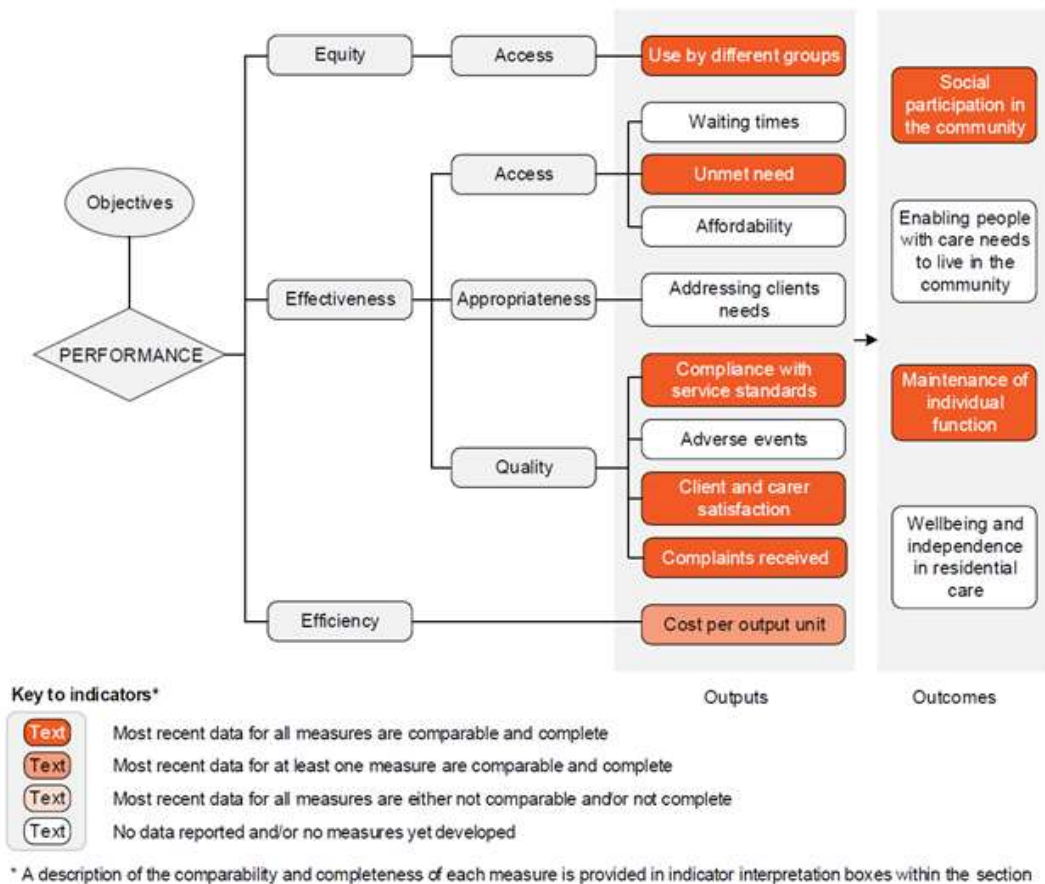
プログラムそのものの品質が確定したのちは、そのプログラムを採用する地域が現れなければ普及に繋がらない。エビデンスに基づくイノベーションの周知と採用プロセスの支援が組み込まれなくてはならない。この点は AHSN が実施するイノベーション交換プログラムが

参考になる。

⑦ 介護分野における生産性の評価

介護分野における生産性の研究は始まったばかりである。生産性の指標は介護サービス事業所レベルにおける効率化や改善に関する指標の考え方は示されているが、システム全体の生産性を算出できる体系的な研究はまだなされていない。今後はサービスの費用対効果の他に、地域全体あるいは全国のシステム全体のパフォーマンスを構造的に整理する必要もでてくるだろう。オーストラリアではパフォーマンスに関連する要素を構造化し体系的に整理しているため非常に参考になる【図表3】。

図表3 オーストラリアの高齢者介護システムにおける生産性分析の概念



(3) 残された課題：テクノロジーの活用

本稿では軽度者向け高齢者介護システムを新たに設定するとよい目的や、システム設計の構造化に焦点を当てた。実際の具体的な運用やオペレーションにはほとんど言及していない。上位システムの実用性を高めるには、構成要素ごとのサブシステムが生産的でなくてはならない。いつの時代もテクノロジーを取り込む努力は欠かせない。実際、世界では介護福祉領域におけるテクノロジーの活用事例が増え、その研究は加速化している【4】。しかしながら、わが国の介護福祉領域におけるテクノロジーの導入は限定的であり、主に個人の負担軽減という観点で介護ロボット等の開発と実装は徐々に進展している程度である。

今後、介護福祉分野のデジタルライゼーションをテーマとしたテクノロジーに関する基礎情報の収集等から始める必要があると考える。

(4) まとめ

本稿の提言の要点は次の通り：

1. ウェルビーイング向上を政策目標に明確に設定すること。
 2. 介護予防と別建ての軽度者向け高齢者介護システムの構築を検討すること。
→ ウェルビーイング向上を上位目的に設置する。
 3. 高齢者のウェルビーイング向上を目的にしたイノベーションを地域で特定・採用・検証・実装するアカデミアを中心としたプラットフォームの構築を検討すること。
→ 実装に重点をおいた科学的アプローチの場づくりにする。
- 介護福祉領域におけるテクノロジーを活用
4. 事例の研究すること。

【脚注】

1. 介護予防の重要性は公的介護保険制度の創設時より法令に記載されている。保険事故への対応だけでなく予防目的も包括したサービス提供体制が整えられた優れた社会保障システムであることに異論の余地はない。
2. 担当者は理想的には住民が就くことが望ましいが行政職員が務めているところもある。
3. 三大介護とは、食事、排泄、入浴を指す。

【参考・引用文献】

- 【1】厚生労働省：介護分野における生産性向上について、
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00013.html (2020/03/07)
- 【2】日経新聞社：日経新聞オンライン 2018年8月16日付、
<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO34224060W8A810C1910M00/> (2020/03/07)
- 【3】独立行政法人医薬品医療機器総合機構、<https://www.pmda.go.jp/about-pmda/outline/0001.html>
(2020/03/07)
- 【4】国際長寿センター(日本)：プロダクティブ・エイジングトピックス 2018－2019－海外情報－、2019.

営利事業者が市場に参入でき、消費者が介護施設を自己選択するドイツでは、施設の良し悪しを判断できる情報がことさら重要である。従来の審査ではしかし介護の質を比較することが困難であった。そういったことから昨年、介護の質、中でもアウトカムに主眼を置いた審査方法と、施設間比較を容易にすることを目的とした新しい表示方法が、入所施設を対象に導入されることが決まった。同稿では、ドイツで審査方法の見直しにいたった経緯と、新しい質審査と表示方法の概要を主に文献調査を基にレポートする。新しい審査概要を述べる第2章においては、疾病金庫中央連合会メディカルサービス (MDS) が関係者向けに発行した (Die neuen Qualitätsprüfungen in der vollstationären Pflege) を主要参考資料として用いた。ここではその都度これを参考文献として挙げることを割愛した。

1. 経緯

2019年10月からドイツで新しい入所介護施設を対象とした質・審査制度がスタートした。日本のようなケアマネジャー制度が無く、要介護者またその家族が介護事業者を自己選択するドイツにあって、公正な質評価の結果は重要な判断材料である。その上ドイツは、在宅(訪問)介護事業だけではなく、入所介護事業においても民間営利事業者が比較的自由に参入できる。介護保険制度の発足後、その数は増え続けており、全体の4割を超えるにいたっている。株式会社による経営も少なくなく、中には国際的な投資会社が出資するような大規模グループもある。こういった事業者が営利追及のために人件費や手間を切り詰める傾向が、ここ何年か繰り返しメディアで取り沙汰されるようになってきている。また料金が、保険者と施設の間の契約で決まり施設毎に異なること、介護保険は部分保険で自己負担分が多いことから、価格競争はある。一方で価格競争は施設の経費削減傾向に拍車をかけているともいわれる。価格と質の間には、正の相関関係を示唆する研究はあるものの (Mennicken 2013)、その関係は弱いとされる。また同研究で使われた質を表す変数には、アウトカムなどケアの質がほとんど反映されていない。さらにいまだ多数を占める非営利の事業者も、民間事業者と競争することが余儀なくされているので、全てとはいわずとも、全体的に営利主義的な傾向は強まっているようだ。例えば近年、非営利事業者が稼働率向上のためにベッド数を減らす動きが観察されている (Bünemann 2016)。

消費者が必要な情報を得てサービスを選択できれば悪質な事業者は淘汰されていくだろう。質をめぐる競争も強化されるだろう。しかし介護分野は、特に営利の事業者が多くなると、情報の非対象性や質の低下が問題となりやすいとされる上に (Chou 2002, Grabowski 2003)、ドイツでは適切な判断材料が入手しにくい。市場透明性を高め質をめぐる競争を強化させようと 2009年、全ての入所介護施設および在宅介護事業者に対し外部審査機関による抜き打ち質審査を導入した。結果も5段階評価でわかりやすく公表されるようにはなかった。しかしながらこの審査では、ほとんどの施設・事業所が最優良(全国平均が5段階評価において1.2.1が最高点)という評価を得る結果となってしまった。その上施設毎に与えられる総合評価点は、介護・看護の質も食住の質も一緒にした合計の平均であり、「悪質な介護も、献立を大きな字で印刷することで補えた」とよく揶揄されていた。消費者が施設を比較し自分にあった値段・質の施設を選択することが難しい状況はほぼ変わらないまま、

ということになる。同時に質をめぐる競争も促進されにくい。シュパーン連邦保健大臣は従来の審査を「茶番劇」と非難する。

このような背景下で連邦政府は、上述の外部審査の義務化とその結果公表のスタートとほぼ同時に「入所介護におけるアウトカム質評価手段の開発と試行」もスタートさせた。当時は実施にはいたらなかったものの、その時に新指標アプローチに基づいた質評価が多くの施設で試され (Wingefeld et al. 2018)、その後の内部審査の指標づくりに繋がった。その後 2015 年に通過した第二次介護強化 (Zweites leigestärkungsgesetz) により、介護の質委員会が設置され、新しい審査方法と結果表示方式を学術的に開発することが任された。この介護の質委員会は介護事業者と保険者ほか費用負担者の代表者から成る。同委員会はさらに、ビーレフェルト大学介護学研究所と応用質促進研究所 (aQua-Institut) に入所介護施設に対する新審査の、学術的見地からの検討を任した。両研究所は、実施提案を含む研究報告書「最終報告書：新審査方法と質の表示のためのコンセプトの説明 (Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung)」を作成し、2018 年秋に質委員会に提出した。質委員会はこれを基に新しい質審査と表示方を作成した。

こうして 2018 年介護人員強化法 (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz) の枠中で、新しい質審査の導入が連邦議会で決議され、2019 年秋から新審査方法と、その結果の表示方式が導入されることになった。新しい審査では、内部審査と外部審査がセットになり、両方の結果が新しい形式でまとめられて公表される。インターネット上での結果公表は 2020 年の春以降が見込まれている。まずは完全入所介護施設だけが対象だが、在宅介護事業者に対する審査方法も現在見直しが行われており、追い追い新質審査が実施されることになっている。

従来の審査と大きく異なる点としては、新要介護定義 (2017 年～) に対応し身体介護だけでなく全ての生活領域における入所者におけるケアの質が対象となることである。またアウトカムの質指標も採用され、各施設の評価結果が相対評価方式で明示される。アウトカムの質指標は施設が自己測定するものの、データ評価機関が統計的妥当性を、外部審査機関も現場を見て妥当性をチェックする。審査機関による外部審査の手法も大きく見直された。従来は記録の閲覧に重心が置かれていたことから、施設側にとっては抜き打ち審査に向けての入念な記録作成に力と時間をかけていた (Wingefeld 2020)。今後は要介護者と現場職員からの聞き取りや観察などに重点が移る (MDS 2019)。

2. 新しい質審査

新しい質審査は、施設による内部審査と、独立した審査機関による外部審査から成る。

(1) 内部審査

・審査主体：

各入所介護施設

・審査方法：

半年毎に全入所者に対し後述の 10 の介護のアウトカム指標を測り、集め、電子化し、データ評価機関 (DAS) に 伝送することが全入所介護施設に義務づけられた。各施設はこれら指標をマニュアルに指定されている手法を用い測定する。施設による内部審査の枠組みおよび同マニュアルは、社会法典 11 編 113 条 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität 介護の質の確保と発展のための基準と原則) に基づき

質委員会が作成したものである。

審査対象は、除外基準に当てはまる入所者以外の全ての入所者である。一般的な除外基準としては、入所して14日以内、ショートステイの利用者、死が近い、入院などで21日以上不在にしている、といった基準が挙げられている。これ以外に3つある領域ごとに個別に排除基準がある。例えば自立性の維持・促進領域全般において、悪性腫瘍や脳卒中など特定の疾病を病む、または過去半年内に病んだ患者は排除される。加えて指標によってはさらに特別な排除基準が設けられていることもある。例えば過去の測定時に自立性の維持・促進領域のスコアが12以上（自立性に一定以上の障害がある）の入所者は、移動能力の維持という指標値評価から排除される。

指標値は、過去6ヶ月の各種ケアの結果として、特定のアウトカムを示した入所者の割合を表す。例えば最初の指標は、移動能力を維持しつづけた入所者の割合を示している。

・指標：

施設は以下の3つの領域の合計10の指標のデータをとる。

1) 自立性の維持・促進

移動能力の維持*、日常生活動作における自立性の維持*、日常生活形成における自立性の維持

2) 健康被害と負担の予防

褥瘡の発生**、転倒の結果の深刻な事態*、意図しない体重の減少*

3) 特別なニーズにおける支援

統合に向けた話し合いの実施、紐の使用、ベッドの柵の使用、痛さの現況

*がついた指標は、認知能力の制限されている度合い、**のついた指標は褥瘡リスクの大小でグループを分けて測定され、層化分析法によって評価される。

各指標は複数の側面から成る。例えば「移動能力の維持」において施設職員は、ベッドでの体位変換、座る姿勢の安定性、移乗、住居内での前進、階段を上がる、の各項目において、各入所者がどこまで自力でできるかを4段階のうち適切なスコアを選び、チェックリスト上にマークする（図1）。各項目のスコアの合計が、各入所者の移動能力を表す値となる。

1. BI-Modul Mobilität <small>モジュール：移動能力</small> (nur körperliche Fähigkeiten bewerten!)		0 = selbständig <small>自立している</small>	1 = überwiegend selbständig <small>ほぼ自立している</small>	2 = überwiegend unselbständig <small>ほぼ自立していない</small>	3 = unselbständig <small>自立していない</small>
1.1	Positionswechsel im Bett <small>ベッドでの体位変換</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition <small>座った姿勢の安定性</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Sich Umsetzen <small>移乗</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs <small>住居内での前進</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Treppensteigen <small>階段を上がる</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

出典：Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld 2019

図1 移動能力の維持の指標

・指標値の評価主体：

各施設による指標の測定結果は、匿名化（番号）・電子化され、費用負担者（介護金庫など）と介護施設連合会が委託する中立的なデータ評価機関（DAS）に集められ処理される。DASはデータの完全性と統計的妥当性を検査する。これらに問題がある場合 DAS は施設に通告する。施設は 14 日以内に訂正することができる。指標値の妥当性については、外部審査機関も標本抽出された入所者を通して審査する。

DAS はまた各施設の各指標値 を、全国の平均値と比較する。この結果は、各施設に内部質評価のため、また外部審査機関には質審査のために渡される。さらに介護金庫の州連合会にも渡される。外部審査結果と各施設が伝送する施設情報はともにデータクリアリング機関に送られ、まとめられ、各州の介護金庫連合会へ検査のために送られる。検査後データは公表するために各介護金庫に渡る。

・指標値の評価方法：

施設から送られるデータを受けて DAS は各指標に対し、各事象が各施設において全対象入所者において過去 6 ヶ月の間（測定対象期間）にどの頻度で発生したかを算出する。例えば最初の指標において、評価対象となる 55 人の入所者のうち移動能力が維持されている入所者が 45 人であれば 81.8%。この割合を基に 分位数により 5 段階の点がつけられる。5 は平均より大きく高い、4 が平均より少し高い、3 がほぼ平均、2 が平均より少し低い、1 が平均より大きく低いことを意味する（図 2）。全国平均が例えば 88.4%であれば、この施設は同指標においては 2 という評価になる。しかしながら、外因により多くの入所者がある時期同時に重度化する、ということもありえる。そういった例外を消費者が相対化できるよう、過去数回の指標値も列記する（Wingenfeld 2020）。これら評価および表示方式は社会法典 11 編に基づく「入所介護質表示合意（Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege）」に定められている。



図 2 ケアのアウトカム評価：アウトカムの質
255

DASによる統計的妥当性審査で最終的に妥当性に欠くという判断が下された指標は、公表されない。また全体で妥当性を欠いている点が3つ以上ある施設は、全ての指標が公表されない。

これらデータ基に6ヶ月ごとに施設全体がどう変わったか、例えば褥瘡の状態がどう変化したかが記録されるわけだが、悪化した場合は、審査機関と改善に向けた話し合いの場が設けられる（連邦保健省）。

・評価の公表様式：

各指標が示すケアのアウトカムの意義、これが過去6ヶ月に起きた率、全国平均値、全国平均値と比べての5段階評価、過去2回の評価値が示される（図3）。

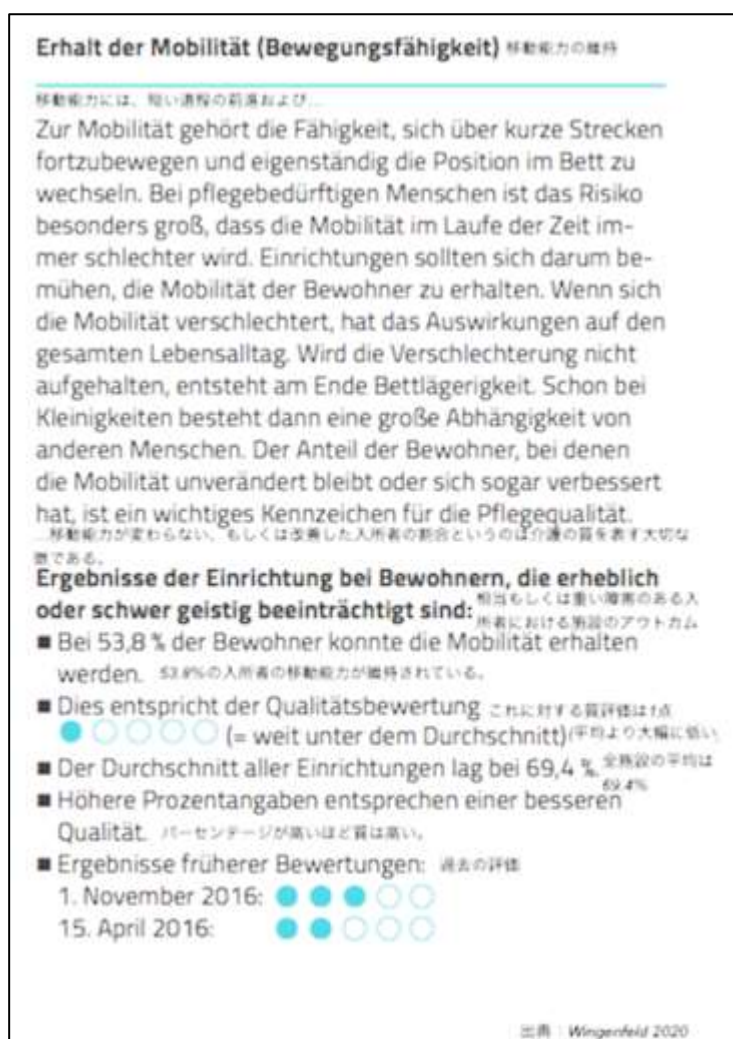


図3 移動能力の維持に関する評価の公表様式

(2) 外部審査

・審査主体：

MDK と民間医療介護保険団体の審査機関。MDK は各地域（主に州）に組織されている公的医療・介護保険の保険者（金庫）に属する中立的助言・審査機関である。MDK では全国で合計約1万人の職員（2018年）が働いている。職員の大多数は看護師・介護士および医師の有資格者である（MDK ホームページ）。両審査機関ともに質審査以外に例えば要介護

鑑定も管轄している。介護金庫の州連合会の委託で、認可施設が給付・質の要件を満たしているかを現場で審査する権利・義務を持つ。社会法典 11 編 114 条によれば、質審査の 9 割を MDK、1 割を民間医療保険団体の審査機関が受け持つことになっている。後者の審査率が 1 割を下回る時は、それに相当する審査費用を連邦保健局に支払わねばならないことになっている。この支払い分は介護保険調整基金にあてられる（114a 条 5 項）。審査は、介護・看護学を修了し、介護・看護の経験を持ち、審査の研修を受けた職員によって行われる。

・審査方法：

外部審査の基礎になるのが、完全入所介護質審査ガイドラ（Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege）である。

審査は施設に前もって通知される。従来は抜き打ちだったが、原則前日に各施設に通知されることになった。Baden Württemberg 州の MDK によると e メールおよびファックスで通知される（Hannes 2019）。ただし指標値が無提出、または不備がある、妥当性が無い場合、および何か事前に問題があって行われる場合等は、抜き打ちになる。

定期審査の頻度は 2020 年末までは 1 回、それ以降は年 1 回である。質が高いことが認められた施設は 2 年毎のリズムとなる（AOKVerlag 2019）。審査は二人の審査員で、2 日ほどかけて行うことが見込まれている（Hannes 2019）。審査には定期審査のほか、入所者からの苦情など質の欠陥が示唆された際の臨時審査と、確認された質の欠陥があらためられたかを確認する再審査の三種類がある。

審査の対象は入所者の中から抽出された 9 人である。うち 6 人は、DAS により層化抽出法（身体障害と認知・コミュニケーション障害の組合せ）によって選ばれる。この 6 人をもって指標値の妥当性検査も行われる。残り 3 人は審査日当日抽出される。

審査の情報源は、要介護者への聞き取り・看取、施設職員への聞き取り、介護現場の観察、介護記録など入居者に関わる書類、内部質管理もしくは審査準備に向けて特別に作成した記録など。従来は、施設の構造および仕事のプロセスにおいて特定の要件を満たすかどうかの書類での証明が中心だったが、大きく変わった。

・審査内容：

従来とは異なり、入所者に関わるケアの質が審査の中心となり、構造面はあまり重きが置かれなくなる。具体的には、抽出された 9 人の入所者において、以下の 6 領域にわたる 24 の側面が評価される。うち 21 が個人へのケアに関わっている。これらは新しい要介護鑑定（2017 年から）のモジュール構造に準じており、以前のように身体介護にだけ偏らず、日常生活形成や社会的接触の支援や特別なニーズやケア状況における支援も含まれている。施設が自己測定する指標に含まれない側面も含み（例：異常行動時などの支援）、より総合的な審査である。またなぜ当該施設でそのようなアウトカムに至ったのかという背景も探られる。

各入所者において評価されるのは必ずしも全ての側面ではなく、各自が支援を必要とする側面だけ、というのも新しい。例えば移動にかかわるケアにおいては、移動に支援が必要な人だけを対象として、そこに欠陥がないかが審査される。

外部審査の最後には必ず施設の代表者との面談が行われることになっている。ここでは介護の質についての全体的感想 や内部で測定された指標についての気になる点などを審査員が述べる。また質の欠陥が認められた場合は改善策についての助言も行われる。さらに施設側もそれに対して立場を表明する機会が与えられる。総じて、内部での質管理と、助言を重

視していく姿勢が強調されている。

・評価領域と側面：

- 1) 移動能力とセルフケア（移動、食事、排泄、身体の衛生）
- 2) 病気と療法のために求められる事項に対する支援（疼痛管理、傷のケアなど）
- 3) 日常生活の形成や社会的接触の促進（コミュニケーション、日課作りなど）
- 4) 特別なニーズ（入所時や異常行動時などにおける支援、自由剥奪措置）
- 5) 一般的に専門職に求められる事項（衛生、安全、ライフヒストリーの則した支援など）
- 6) 施設内部組織運営および内部質管理（対象は個々の入所者でなく、職員の資格や終末期ケアの実施など、施設の構造・プロセス）

・評価方法：

各側面に対し施設は、AからDの4段階で評価される。Aは異常・不備無し、Bは異常・不備は有るがリスクやネガティブな影響は無い、Cはネガティブな結果に繋がるリスクを伴う欠陥が有る、Dはネガティブな結果を伴った欠陥が有ることを、意味する。ここでいうネガティブな影響・結果とは、健康被害、ニーズに即していないケア、要求・欲求に則していないケアである（Hannes 2019）。

上記に挙げられている特定の質の側面を例に、B、C、Dの評価例を挙げる。

B（異常・不備は有るが、リスクやネガティブな影響は無い）

例：移動支援：「移動能力の障害が記録されていないが、ケア上は考慮されている」

C（ネガティブな結果に繋がるリスクを伴う欠陥が有る）

例1. 移動支援：「移動能力に障害があるのに転倒や褥瘡のリスクが考慮されていない」「改善可能であっても策が講じられていない」

例2. 入所時の支援「専門職員へのヒアリングによると、二週間前に統合のための話合いがあり、（認知症で）ひきこりの傾向がみとめられたという。次の介護計画にこれを反映すべきだが、統合のための話合いの結果も記録されていないし、施設に慣れるための支援も計画上考慮されていなかった」

D（ネガティブな結果を伴った欠陥が有る）

例1. 移動支援：「障害に対し十分な移動支援がない」。「支援が無いため外に行きたくても行けない」「移動能力の障害のため転倒などのリスクは把握されているが、運動促進策が計画されていない。歩く、階段を登る際の職員による支援が可能だろうに、当人、または職員への聞き取りでも、記録でも言及されなかった」

例2. 日課づくり、アクティビティ、コミュニケーション支援：「日課にはグループ活動しかなく、（認知症の）当人のニーズの考慮がみられない。認知症向けの活動が提供されていない。職員へのヒアリングでも記録にも、集団への参加を可能にする策について言及されていない。3人以下の集団での会話能力やトランプが好きなことを生かした策などを施すべき」

・評価の公表

審査機関によって評価される24の質の側面のうち、消費者に重要な15（施設に関わるのは1つ）だけが公表される。

評価は、以下の4段階で示される（図4）。

- 1) 質の欠陥は無い、もしくは少ない
- 2) 中程度の質の欠陥がある
- 3) かなり質の欠陥がある
- 4) 重大な質の欠陥がある



図4 MDK/民間医療保険審査機関による外部質審査の結果

審査機関により9人の入所者においてなされたA~Dの評価から、CとDの数を合計し、総合評価とする。例えば、CとDの合計が5件以上あれば4)の最低評価に繋がる。Aはもちろんのこと、Bは総合評価に影響しない。入所者に悪い影響を与えるリスクがなければ質の欠陥とはされず、州連合会に渡る最終的な質の評価にも影響しない(MDS 2019)。例えば前述の例のように介護記録に不備があっても入所者に悪影響がなければ、MDKより注意はあっても評価には影響しない。

質の欠陥がある場合は、当該施設にヒアリングをした後介護金庫州連合会が欠陥をあらためるのに必要な策を決め通知する。この策が実施されなかった場合州連合会は、施設に制裁(再審査、報酬減額、閉鎖など)を加えることになる。

(3) 評価の公表

公表内容および方法は、質委員会により定められ(「入所介護質表示合意」)、施設が内部審査しDASが評価したアウトカムの指標値、外部審査機関による質審査の結果、各施設が提供する施設の一般情報の3つの柱から成ることになった。入所介護質表示合意の目的は、介護施設のサービスとその質の理解、概観、比較を可能なものにする、要介護者とその家族が介護施設選択時に参考にできる重要な情報を提供すること、である。

内部審査と外部審査の公表内容は既に上述した。施設の一般情報とは、設備(物理的、人的)や提供されるサービスを内容とする。例えば定員、人員配置、公共交通機関によるアクセス、サービスの重点、提供されているグループ活動、終末期ケアの実施、家族の参加・支援の可能性、近所との接触などの概要である。民間介護事業者の団体によれば、しかしなが

ら施設の一般情報は、各施設が自主的に自己申告できる。まだインターネット上で公表されていないことから、どの程度情報が充実するのかは不明である。

これらデータは、全国の介護金庫州連合会が共同で設けたデータクリアリング機関が、各介護金庫のウェブサイトのプラットフォームに用に処理し、最終的に消費者に向けて公表される。2020年の初めにはMDKの審査結果が、半ばには指標値が初公開されることになっている。

内部審査と外部審査の流れ、およびこれらに関わる全ての主体間の関係をまとめると図5のようになる。

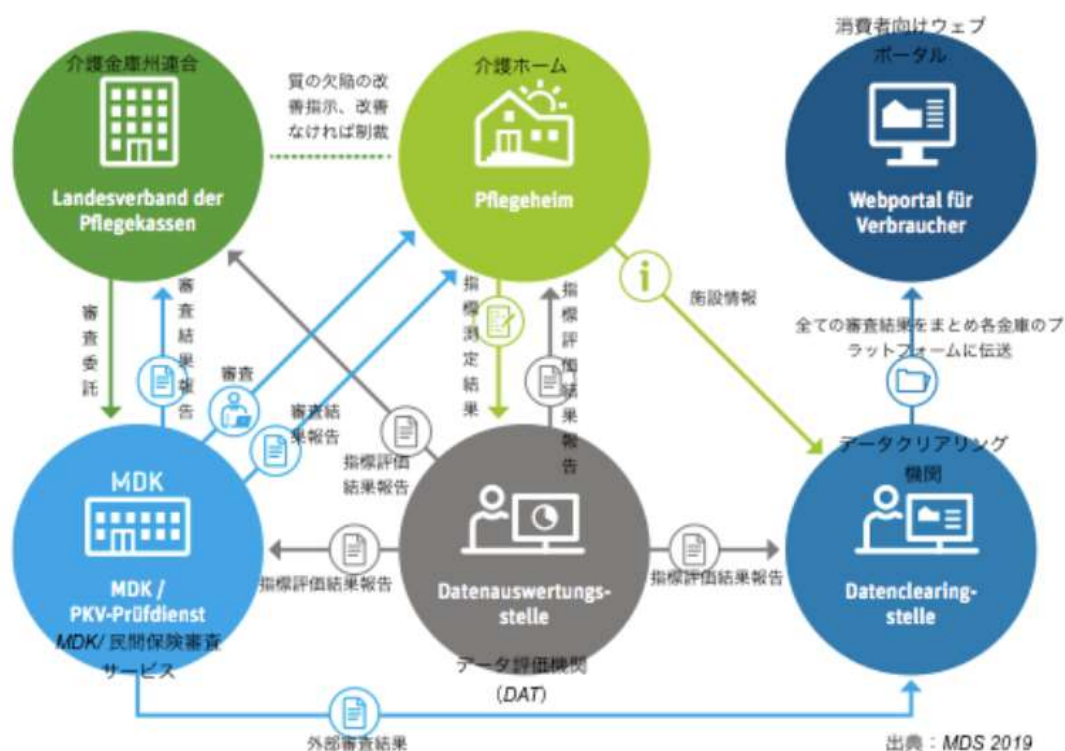


図5 内部審査と外部審査の流れおよびこれらに関わる全ての主体間の関係

3. 今後の課題

審査方法においていくつかの疑問が残されたままになっている。特に議論の余地が残されているのが、質指標の数と種類、リスク調整の方法である。

指標をめぐっては、介護のアウトカムに偏っていて、改善が求められているリスクの高い医薬品処方、向精神薬の投与、容易に入院させる傾向、専門・歯科医療ケアの不備などが指標に含まれていないことが指摘されている。こういった医療との連携は質の外部審査においては国際標準である。そもそも指標選びの根拠自体が不透明、という批判もあり、方法論の明記も求められている (Schwinger/Behrendt 2018)。指標は、社会法典 11 編 113 条で「医療・介護の進歩に定期的に適応させるべきである」とされ、今後拡大されていくことが求められている。

施設間の公正な比較のためには、各施設の入所者のリスクの違いも考慮しなければならない。このリスク調整の方法として研究者らは当初から、国際標準でもある多因子回帰分析を使い施設毎に異なる入所者個々人のリスクを均すべき、と主張していた。結果的には、指標を測る手間や、それによってもモデルが改善されないという理由などから、層化分析方が採

択された。また、ドイツには小さな施設が多いにも関わらず、規模に対する調整がなく小さな施設に不利になる傾向も批判されている (Schwinger/Behrendt 2018)。

評価公表方式も改善の余地があるとされる。複数の領域や側面に別れていて総合評価がないので、一般の消費者が施設の総合的質をこれだけで判断するのは容易ではないことが想像できる。患者保護団体も「総合評価と、(悪質な施設を) ノックアウトする基準が欠けている」と批判する。例えば、人員配置に関わる情報は施設の一般情報に属し、提供するか否かは施設に任されている。その上関係者の反対により、「人員配置に関して明確な定義に基づき質を示すことができずに終わった。情報が正確に解釈されない危険がある」と当審査の学術的鑑定を行った Wingefeld 氏は記す (Wingefeld 2020)。

4. まとめ

ドイツでは元より介護保険と契約する全ての施設が外部審査され、その結果は公表されていた。しかし今改革により、審査の重点が、構造・プロセスから、アウトカムの質に移り、これを施設自体でも測定する方法が導入された。評価結果もこれまでように絶対評価だけではなく相対評価方式も取り入れて一般公開されるようになる。また外部審査機関は、ケアの質とともに、施設が自ら測った指標の妥当性を、主に入所者・現場の職員および観察を通して審査することになった。まだ方法論上改善の余地があることは指摘されてはいる。しかし審査対象が構造・プロセスに重きが置かれていた上に、似通った評価結果から質の差を識別するのが困難だった 従来の審査の抜本的改革であることには違いない。

他方介護の質の比較手段はできたものの、高齢者の増加などで施設の稼働率は高まっている。介護士不足も深刻化しており、専門職員の頭数が揃わないことからベッドを提供できない施設も増えているとされる。

結果消費者が施設を選択することが難しくなり、施設間の質をめぐる競争がますます弱まるおそれもある。こういった厳しい状況下で、内部審査を含む新しい審査・公表方法により、価格・費用だけでなく、介護の質に対する施設の意識、そして介護の質自体がどう変わるかが注目される。

参考文献

AOK Verlag (2019) Neues Indikatorengestütztes Qualitätssystem ist am 1. November 2019 gestartet.

<https://www.aok-verlag.info/de/news/Neues-Indikatorengestuetztes-Qualitaetssystem-ist-am-1.-November-2019-gestartet/226/>. Downloaded on 07. January 2020.

Bünemann D (2016) Struktur des Pflegemarktes in Deutschland und Potentiale seiner Entwicklung. Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH.

https://www.gws-os.com/discussionpapers/Kurzfassung_ProjNr_019_16.pdf. Downloaded on 20. January 2020.

Chou SY (2002) Asymmetric information, ownership and quality of care: an empirical analysis of nursing homes. *J Health Econ.* 2002 Mar; 21(2):293-311.

DC Grabowski, RA Hirth (2003) Competitive spillovers across non-profit and for-profit nursing homes. *J Health Econ.* 2003; 22:1-22.

Hannes W (2019) Qualitätsprüfungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen nach der neuen QPR. MDK Baden Württemberg.

https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/BW/MDK-QP/Indikatorengestuetzte-QPR-_Bereiche-27.02.2019.pdf. Downloaded on 14. January 2020

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (2019) Schulungsmaterial zur Ergebniserfassung.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2019-02-13_Schulungsmaterial_Ergebniserfassung_V1.0_IPW_BMG.pdf. Downloaded on 10. February 2020.

Mennicken, R (2013) Preise und Qualität in Pflegeheimen - Erste empirische Ergebnisse für Deutschland. *Gesundheitswesen* 2013; 75(02): 99-101

MDS (2019) Die neue Qualitätsprüfungen in der vollstationären Pflege.

https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/19-08-13_QPR-stationaer-Fachinfo_PDF_UA.pdf. Downloaded on 06. January 2020.

Schwinger A., Behrendt S. (2018) Reform der Qualitätsprüfung und -darstellung im Pflegeheim: Stand der Umsetzung und offene Fragen. *GGW* 2018 Oct; 4: 23-30

Wingenfeld K et al. (2018) Zusammenfassung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung in der stationären Pflege. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld & Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.

<https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/11/Kurzfassung-des-Abschlussberichts-von-IPW-und-aQua.pdf>. Downloaded on 20. January 2020

Wingenfeld K (2020) Neues Verfahren der Qualitätsbeurteilungen und -berichte.

https://www.bibliomed-pflege.de/fileadmin/user_upload/BibPflege/Dokumente/Oeffentlich/Dossiers/Dossier_Wingenfeld_2020-01.pdf. Downloaded on 20. January 2020

資料編

イギリス

1. 社会的処方とコミュニティベースの支援：サマリーガイド（部分訳）

Social prescribing and community-based support: Summary guide (pp.7-16)

<https://www.england.nhs.uk/publication/social-prescribing-and-community-based-support-summary-guide/>

社会的処方とは？

社会的処方によって、すべての地域機関が人々をリンクワーカーへ紹介できます。

社会的処方では、利用者本人とリンクワーカーが共同で物事を決めたり、または個別化されたケアや支援計画を立てたりします。その決定や計画を通じて特定された、本人にとって大切なことについて、リンクワーカーは時間と焦点を絞った対応を提供します。リンクワーカーは、実質的な支援や精神的な支援に向けて、コミュニティのグループや機関に人々をつなぎます。

リンクワーカーは地域のパートナーたちと連携し、コミュニティのグループがアクセスしやすくなり持続できるよう支援したり、人々が新しいグループを始められるよう手助けを行ったりします。

リンクワーカーの役割で中核的な要素や、一般的なリンクワーカーの職務内容は、付録 A に記載されています。

社会的処方は特に、以下の人たちを含む幅広い人々を対象としています。

- 長期的な病気が1つ以上ある人
- メンタルヘルスで支援を必要としている人
- 孤独だったり孤立していたりする人
- ウェルビーイングに影響を及ぼす複雑な社会的ニーズがある人

社会的処方が上手く機能している場合、人々は様々な地域機関から地域の社会的処方リンクワーカーへ、簡単に紹介してもらえます。このような機関にはたとえば GP、地方自治体、薬局、多職種チーム、病院の退院支援チーム、医療関連職、消防、警察、就労支援センター、社会的ケアサービス、住宅協会、そしてボランティア・コミュニティ・社会的企業 (VCSE) 組織などが含まれます。本人からの紹介も奨励されます。

社会的処方は、地域の他のアプローチ（例：Active signposting（積極的な案内）など）を補足しています。社会的処方が他のアプローチをどのように補足しているか、に関する詳細情報は付録 B をご覧ください。

社会的処方は、人々の多様な健康およびウェルビーイングのアウトカムに好影響をもたらすことができる、というエビデンスが出てきています。たとえば生活の質 (QOL) や精神的ウェルビーイングの改善などが挙げられます²。社会的処方の効果について、さらに強力で体系的なエビデンスが必要ではありますが³、社会的処方のスキームは、GP 受診を含む NHS サービスの利用減につながる可能性があります⁴。GP の 59%は、社会的処方が自分たちの業務負担軽減に役立つことができると考えています⁵。

² Dayson, C. and Bashir, N. (2014), The social and economic impact of the Rotherham Social Prescribing Pilot. Sheffield: Sheffield Hallam University: <https://www4.shu.ac.uk/research/cresr/sites/shu.ac.uk/files/social-economic-impact-rotherham.p>

df

- ³ Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P.M., et. Al. (2017), Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence, *BMJ Open* 2017;7:e013384. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013384
- ⁴ Polley, M. et al. (2017), A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. London: University of Westminster
- ⁵ RCGP (2018). Spotlight on the 10 high impact actions. <https://www.rcgp.org.uk/about-us/news/2018/may/rcgp-calls-on-government-to-facilitate-social-prescribing-for-all-practices.aspx> (アクセス日: 2018年6月2日)

優れた社会的処方とは、どのようなものですか? —本人にとって

- 本人・家族・介護者は社会的処方について知っていて、様々な地域機関から社会的処方リンクワーカーへ簡単に紹介してもらうことができます。
- 本人・家族・介護者は、社会的処方リンクワーカーへ自分で紹介することができます。
- 「私にとって大切なこと」を基に、本人はリンクワーカーと協力して、シンプルな計画または個別化されたケアや支援の計画サマリーと一緒に作成できます。この計画は、本人のアセット、ニーズ、好みに基づいており、またコミュニティやインフォーマルでの支援を最大限に活用します。
- グループに加わって新しい人たちと出会う第1歩を、自分たちだけで踏み出さなくてもよくなるよう、本人・家族・介護者は、コミュニティのグループへ直接対面で紹介してもらうことができます。
- 本人・家族・介護者は、地域コミュニティのグループと関わったり他の人のために時間を使ったりして、自らの知識・スキル・自信を高めるよう後押しされます。人によってはこれが、有給の雇用を見つけるのに役立つボランティアや仕事の機会をもたらすかもしれません。
- 本人・家族・介護者は、特に地域コミュニティの支援で隙間が存在する場合、新しいコミュニティグループを立ち上げるために他の人と協力する支援を受けられます。
- コミュニティグループに参加したり仲間のサポートを得られることから来る帰属感によって、孤独や不安を減らすことができます。このプログラムに参加していなければ挑戦しなかったかもしれない活動—たとえば芸術、文化活動、ウォーキング、ランニング、ガーデニング、歌、アウトドア活動など—を楽しんで、新たな目的意識を持つのに役立ちます。
- 社会的処方を通じてコミュニティグループとつながることで、身体的にアクティブとなりメンタルヘルスが改善され、より長期にわたる健康維持や長期疾患の影響減少に役立ちます。

優れた社会的処方とは、どのようなものですか? —コミュニティにとって

- あらゆる背景の人々が、社会的処方を通じてコミュニティグループに関われるよう支援されるため、コミュニティはより力強く寛容になります。ボランティア活動を行ったり、他の人のために自分の時間を使ったりする人が増えます。
- 人々が自分の生活をより主体的に管理し、孤立を防ぎつながりを作れるようにして、パワーシフトを支えることで健康格差を縮小する社会的処方の力を、コミュニティは理解しています。

- 社会的処方があるようにしてコミュニティの発展を促し地域コミュニティのアセットを増やすか、コミュニティは認識しています。コミュニティで提供される資源の隙間を見つけ、人々が新しいグループを作るのを助け、また近隣地域でインフォーマルな支援を提供する資源や支援が地域に存在します。
- 機関の支援が最も届きにくくニーズが最も大きな人々を含むすべてのコミュニティが、サービスに十分アクセスできるよう、コミュニティは社会的処方と協力します。
- NHS、地方自治体および公共サービスだけでは、すべての人々の支援ニーズに応えられないことを、コミュニティは認識しています。このような理解によって、より広範な健康の決定要因へ対応する上で、あらゆるステークホルダー全体にエネルギーが放たれます。
- コミュニティは、社会的処方の開発や提供へ積極的に関わります。助言機関などのVCSE組織は、紹介を受けサービスを提供するよう委託されます。地域のコミュニティグループは持続可能な助成金を得ているため、リンクワーカーから紹介を受け付けることができます。
- コミュニティは社会的処方サービスの開発や紹介を通じて、専門職や地域住民のヘルスリテラシー向上を支援します。
- コミュニティは、社会的処方に参加する人たちの自信やウェルビーイングの自己管理能力を高めて、その人々を支援することができます。

優れた社会的処方とは、どのようなものですか？ —システムにとって

- 社会的処方コネクター・スキームは、プライマリケア・ネットワーク、CCG および地方自治体コミッショナーのパートナーシップによって地域内で連携して委託され、そこでは（VCSE）セクターおよび本人・家族・介護者と協力します。
- 社会的処方リンクワーカーは、GP やプライマリケア・ネットワークに所属していますが、地域の社会的処方コネクター・スキームで雇用されることもあります。その場合は通常、VCSEセクターの中で行われます。地域のパートナーシップによっては、コネクター・スキームを他の機関が行うこともあります。
- 関係するすべての地域機関にとって、明確で簡単な紹介プロセスがあります。紹介元はGP、地方自治体、薬局、多職種チーム、病院の退院支援チーム、医療関連職、消防、警察、就労支援センター、社会的ケアサービス、住宅協会、そしてVCSE組織などです。本人からの紹介も奨励されます。
- 社会的処方コネクター・スキームは、地域内でリンクワーカーの支援を必要とする人々の適切な紹介に向け、一元化された窓口を地域機関に提供します。これによって、公共サービスへのプレッシャーが軽減され、またより統合されたアプローチが促進されます。特にそれは、生活状況が複雑で多くの地域機関やサービスと接触しうる人の場合に顕著です。そのためには、リンクワーカーによる役割の価値をすべてのパートナーが認識する、地域レベルでの戦略的な統合アプローチが必要です。
- コネクター・スキームは、地域コミュニティグループの開発支援で重要な役割を担い、そこでは地域のインフラ機関がある場合、密に連携します。リンクワーカーは、地域のコミュニティグループについて豊富な知識を持っており、コミュニティアセットのマッピングを行い、コミュニティで提供される資源の隙間を認識し、また地域のコミッショ

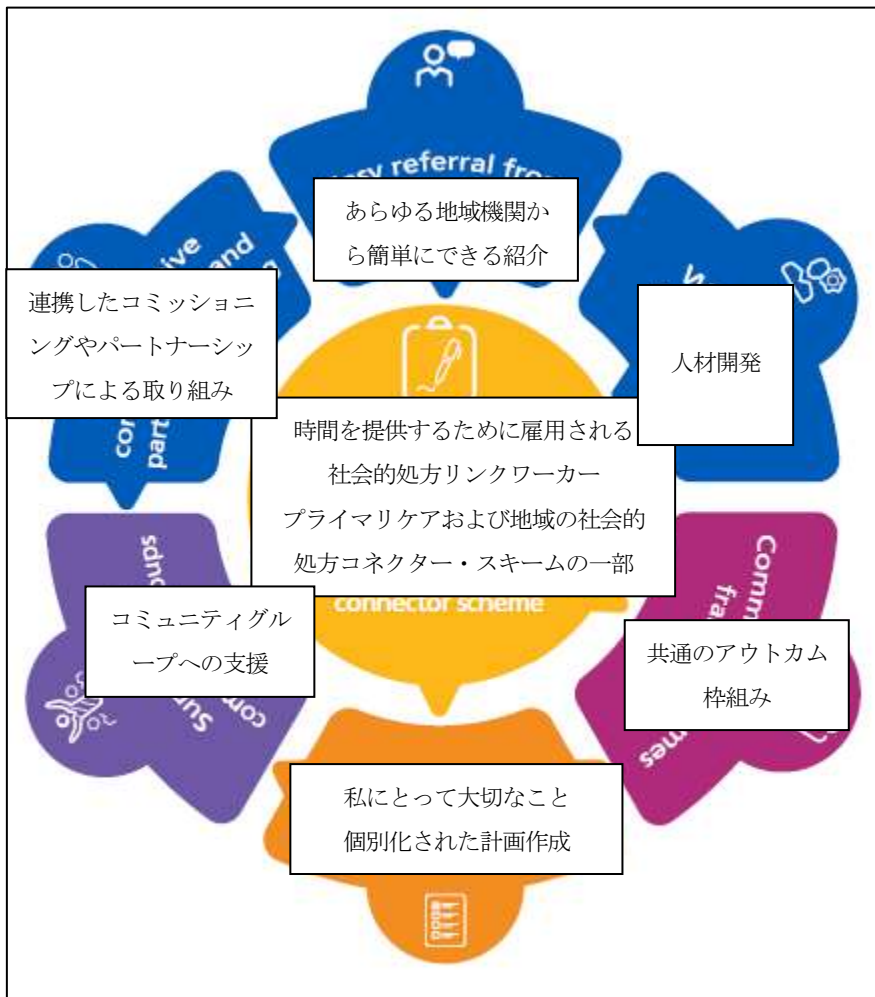
ナーやパートナーと一緒に、アセットベースの地域開発アプローチを促す創造的な方法を見つけます。

- 社会的処方リンクワーカーは通常、平均して 6–12 回のコンタクトで人々を支援します。その方法は、その人の好みによって様々です。リンクワーカーは通常、年に 250 件までのケースを担当します。孤立や孤独の人たちには、リンクワーカーが自宅訪問を行うと役立つでしょう。
- リンクワーカーは、地域内の他の関連アプローチ（例：Active signposting（積極的な案内）や地域エリアコーディネーター）がある場合、それらを補完したりそれらとつながったりします。付録 B では、社会的処方がこのような他のアプローチとどのように調和するのかについて述べています。

社会的処方の実施：地域で整備が必要なこと

優れた社会的処方スキームの重要な要素や、地域で何を整備する必要があるか提示するために、NHS イングランドは様々なステークホルダーと関わってきており、そこには経験者、GP、社会的処方リンクワーカー、地方自治体コミッショナー、CCG、VCSE セクターなどが含まれます。以下の図 2 では、それらの重要な要素を示しています。

図 2：社会的処方のモデル



これらの重要な要素に関する、地域パートナーやコミッショナー向けの実施チェックリストは、付録 C をご覧ください。このセクションの残りの部分では、上記の各要素で実際に必要とされる内容の詳細を提示します。

1. 連携したコミッショニングやパートナーシップによる取り組み

社会的処方が最も効果的なのは、既存のアセットやサービスを基にして取り組むよう、すべての地域パートナーが協力している時です。効果的なスキームでは通常、連携したコミッショニングや創造的なパートナーシップによる取り組みが見られ、そこには以下のような共通した特徴があります。

- **すべてのパートナーが一緒になって構築します。** VCSE パートナー、プライマリケア・ネットワーク、地方自治体および CCG コミッショナー、多職種チーム、病院の退院支援チーム、医療関連職、消防、警察、就労支援センター、社会的ケアサービス、ならびに住宅協会が地域で協力して、既存のコミュニティアセットを基に取り組み、地域の社会的処方コネクター・スキームを共同で作成し共同でコミッショニングを行います。
- **地域の関係性が重要です。** 強力なコミュニティネットワークは信頼の上に成り立ち、その構築には時間がかかります。社会的処方サービスを提供するためには、深く根ざしたコミュニティネットワークを有する地域団体を、委託の対象とする必要があります。
- **VCSE セクターは、最初から関わります。** 地域のインフラ機関がある場合は、そこも含まれます。紹介を受け支援を提供する上で、社会的処方は小さなコミュニティグループの力に頼っています。コミュニティグループ自体も通常、存続するため助成金に頼っています。社会的処方が地域で機能するためには、コミュニティのグループや団体への継続的な支援が必要です。地域のインフラ機関、リンクワーカーやその他の関係者は密に協力し、コミュニティグループが持続でき安全に紹介へ対応できるよう支援して、育成する必要があります。地域力が比較的低かったりインフラ支援が殆どない地域では、より多くの能力開発支援が必要でしょう。

2. あらゆる地域機関から簡単にできる紹介

すべての GP を含む幅広い機関が、人々を社会的処方に紹介できることが重要であり、またこのプロセスはできるだけ簡単であるべきです。効果的なものとするためには、以下が必要とされます。

- **多様な地域機関が社会的処方に紹介できること。** これは、本人を中心にして支援をコーディネートし、パートナーシップによる取り組みを促すためです。GP は重要な紹介元ですが、他にも機関があり、たとえば薬局、地方自治体、多職種チーム、病院の退院支援チーム、医療関連職、消防、警察、就労支援センター、社会的ケアサービス、住宅協会、VCSE 組織などが挙げられます。本人からの紹介も奨励されます。
- **十分な情報を得た上での決定。** これは社会的処方への紹介前に行われるものであり、その目的は、人々が選択する権利を行使でき、社会的処方から何を期待すべきか理解し、自分に合ったものであることを確認できるようにすることです。
- **社会的処方への紹介を示す GP の IT システム上の全国社会的処方コード:** NHS イングランドは NHS デジタルと協力し、社会的処方の全国 SNOMED CT⁶ コードを作成しま

した。

871691000000100 | 社会的処方の提示 (発見)

871711000000103 | 社会的処方の辞退 (状況)

871731000000106 | 社会的処方サービスへの紹介 (手順)

社会的処方の紹介数を記録する際には、すべての GP が上記のコードを使うこととなっています。SNOMED CT は現在、GP の全 IT システムで展開されており、Read コードから差替えられる予定です。

- **GP 内で簡単にできる紹介。**リンクワーカーは通常、GP やプライマリケア・ネットワークに所属しており、実務チームの重要なメンバーとして役割を担っています。これによって、GP やあらゆる紹介機関がリンクワーカーに紹介しやすくなります。また本人による紹介でも明確なプロセスが必要とされ、すべての機関がこのプロセスを認識および理解しなければなりません。

⁶ SNOMED CT は、活動を分類し GP の IT システムが同じ言語を共有できるようにするための、構造化された語彙。

3. 人材開発

社会的処方が成功するために、リンクワーカーは適切な支援や研修を必要としています。また適切な紹介ができるよう、より広範な関係従事者が社会的処方について理解することも欠かせません。

- **紹介を行う人たちは皆、リンクワーカーの役割や、地域のシステムがどのようにしてリンクワーカーを最大限活用できるかについて理解するために、支援を必要としています。**コミッショナー、プライマリケア・ネットワークおよびリンクワーカーは、地域の紹介機関向けに研修会を開催するとよいでしょう。そこでは、適切な社会的処方への紹介がどのようなものなのか、について学ぶことが重要です。
- **社会的処方リンクワーカーは、「つなげる」という自身の役割で自らを支えるために、「臨床スーパービジョン」を定期的に受けられることが必要です。**リンクワーカーは多くの場合、危機的状況であったり弱い立場の人に対応します。これを効果的に行うには、人々が示す問題 (例: DV、性的虐待、家族のダイナミクス、自傷や自殺の考えなど) を安全なスーパービジョンの場で聞いてもらえることが必要です。リンクワーカーは、自分が抱えている荷を下ろし、また状況への確に対応できるよう明確な安全保護策をとれる時間が必要です。
- **認定された学習およびリンクワーカーの資格。**社会的処方のコミッショナーや開業医は、資格よりもリンクワーカーの資質や人生経験 (例: 共感、傾聴スキルなど) を重視しています。しかし、リンクワーカーは自らの役割を支えるために、認定された研修や継続的な育成プログラムを受けべきです。

4. 時間を提供するために雇用されるリンクワーカー

有給のリンクワーカーは、優れた社会的処方の基本的な特性です。この人たちは、信頼関係を構築し個別化された支援を提供することで、中核的な役割を担っています。その結果、リンクワーカーは以下の機能を果たします。

- 地域のレジリエンスを強化する

- より広範な健康の決定要因（例：債務、劣悪な住宅、運動不足など）へ対応することで、健康格差を縮小する
- 人々が自らの地域コミュニティとより積極的に関わられるようにする

主な特性には、以下が含まれます。

- **個別化されたコーチングアプローチ。**リンクワーカーは信頼関係を構築し、また人々が自分の話を伝えられる時間を提供します。「私にとって大切なこと」から出発し、本人の意欲を高める何かを大切にすることが、リンクワーカーにとって非常に重要です。リンクワーカーは、自らが持つスキルや個人的な資質を組み合わせることで役割を担います。リンクワーカーはまた、素晴らしい傾聴およびコミュニケーションスキル、共感力、感情面での回復力があり、またすべての多様なコミュニティを通じて、パーソンセンターで中立的に業務を行うことができます。リンクワーカーの職務内容サンプルは、付録Aをご覧ください。
- **業務量。**リンクワーカーは通常、3か月間（本人のニーズによって異なります）で6–12回のコンタクト（電話や対面を含みます）を行い対応します。通常は、年間250件までのケースを担当しますが、本人のニーズがどの程度複雑か、また社会的処方スキームがどの程度成熟しているかによって、この件数は異なります。
- **給料。**社会的処方リンクワーカーの平均的な年収は、約25,000ポンドです。これはNHS給与等級5（中位）に相当します。
- **自宅訪問とコミュニティグループへの紹介。**リンクワーカーは自宅訪問を行って、初期アセスメントを実施し信頼関係を築きます。特にこれは、支援が届きにくい民族の人たちや、地域から孤立した人たちと関わるために重要です。コミュニティグループへ紹介する際、本人が一人で参加する自信がない場合、その第一歩を促し支援するために、リンクワーカーがグループへ同行しなければならない場合があります。

5. あなたにとって何が大切ですか？共同で作成されたシンプルな計画または個別化されたケアや支援の計画サマリー

社会的処方の支援で重要な要素は、本人とリンクワーカーが共同で、シンプルな計画または個別化されたケアや支援計画のサマリーを作成することです。これらの計画には、以下のことがまとめられます。

- 本人にとって大切なこと：その人の優先事項、関心、価値、モチベーション
- 本人がつながっていく、コミュニティのグループやサービス
- コミュニティの支援やサービスから本人が期待できること
- 健康かつアクティブでい続けるために、本人が自分でできること
- 本人が利用できる既存のアセット：家族、友人、趣味、スキル、情熱

これらの計画の例は、NHS イングランドのウェブサイトでご覧いただけます⁷。

⁷ <https://www.england.nhs.uk/personalised-health-and-care/>

6. コミュニティグループへの支援

社会的処方があらゆる地域全体に組み込まれるためには、地域のボランティア団体、コミュニティグループおよび社会的企業が、地域で持続でき事前に計画を立てられるようにする

ことが欠かせません。そのための支援には、以下が含まれるべきです。

財源：地域のコミッショナーが資金を提供できる方法は、様々です。

- 「Shared investment fund（共同投資ファンド）」を開発する。ここでは慈善団体やコミュニティグループへ資金を提供できる、あらゆる地域のパートナー（民間セクターを含みます）をまとめます。
- 福祉給付の助言やビフレンディングなどのサービスを提供しておりスタッフが既存の VCSE 組織へ、社会的処方提供を委託する。
- 仲間同士の支援や活動（例：ウォーキンググループ、合唱団、アートクラスなど）を行うボランティア主導のコミュニティグループへ、少額の助成金を提供する。
- コミュニティで提供される資源に隙間がある場合には、新たなグループへ micro-commission（小規模の委託）を行う。これは、立ち上げ用の助成金や開発支援などの形で可能です。
- VCSE セクターでの支援へ支払うために、人々が自らの個人健康予算（PHB）を使えるようにする。
- 社会的投資の機会や、アウトカムベースのコミッショニングを検討する。これは特に、一連のアウトカムが合意され、資金が貸し出され、アウトカムが達成した際に払い戻される、医療および社会的ケアの共同コミッショニングに適しています。

安全な紹介：本人とリンクワーカーの双方へ安全を保証するために、コミュニティグループがあらゆる関連面で支援を得られるようにすることが必要です。その中にはたとえば、適切な保険、安全保護策、単独業務、応急処置（メンタルヘルス面も含みます）、データ保護、DBS（訳注：犯罪歴の記録）チェック、食品の安全性、弱い立場の人々の対応などが含まれますが、これらに限りません。本人、リンクワーカー、そして VCSE セクターの組織を支え、その人／団体へのリスクを抑えるために、すべての紹介機関や公共機関は、VCSE 組織と誠実で透明性のある関係を持つ必要があります。

公共機関におけるリスク回避の文化によって、画期的なコミュニティの取り組みが軌道に乗りにくくなる可能性があります。たとえばメンタルヘルスで支援を必要としている人が、鋭利な道具を使うという理由で、ガーデニンググループへの参加を妨げられるかもしれません。公共機関は、本人にとって大切なことに基づいて、パートナーと協力して妥当で安全な紹介を行えるようにし、その一方で、官僚的なコントロールを最小限に抑え、地域コミュニティの開発で過度にリスクを回避するアプローチを抜け出すよう取り組むべきです。

7. 共通のアウトカム枠組み

社会的処方は地域主導型であるため、様々な評価やアウトカム測定の方法がイングランド全体で見られるようになりました。

整合性のとれたデータ収集およびアウトカム報告を促進するために、NHS イングランドは幅広いステークホルダーと協力して、社会的処方の効果測定に向けた共通のアウトカム枠組み作成に取り組んできました。幅広いステークホルダーとの協力によって、すべての社会的処方コネクター・スキームが以下のアウトカムを測定するよう、合意が得られました。

- **本人への効果：**本人のウェルビーイングがどのように改善したか、孤独感が減ったか、

自分の生活をよりコントロールできていると感じているか、生活の質（QOL）は改善したか。

- **医療およびケアシステムへの効果**：ウエストミンスター大学が発表したエビデンスの要約⁸では、社会的処方を通じて支援を受けている所は、GPの受診が平均で28%、救急部門の受診が24%減少していることが示唆されています。NHS イングランドとパートナーは、医療およびケアシステムへの効果についてデータ共有の合意を構築するよう、地域の社会的処方スキームと CCG を支援することで、この点を調べたいと考えています。私たちは現在、この取り組みが上手く機能している地域から学んでおり、全国で共有できるよう取り組んでいます。
- **コミュニティグループへの効果**：各地域が定期的に、地域コミュニティグループの「動向」調査を導入するよう、NHS イングランドとパートナーは支援していきます。この調査の目的は、開発ニーズを特定するとともに、グループが十分に関わっているか、またグループが適切な社会的処方の紹介を受けられるよう支援されているかについて調べることです。

社会的処方における共通のアウトカム枠組み詳細は、付録 D に記載しました。

⁸ Polley, M. et al. (2017) 前掲。

リンクワーカーに求められる資質・資格・経験・スキル等

	基準	必須	歓迎
個人の資質と特性	傾聴・共感し、中立的にパーソンセンタードの支援を提供する能力	✓	
	ライフスタイルや多様性を尊重して、あらゆる背景やコミュニティの人々と良好な関係を築ける	✓	
	健康格差を縮小し、あらゆるコミュニティの人々とつながるため積極的に取り組むコミットメント	✓	
	自らの潜在能力を発揮するよう相手の意欲を高め、信頼と自信を与える形で支援できる	✓	
	本人、家族、介護者、コミュニティグループ、パートナー機関およびステークホルダーと、口頭および文書で効果的にコミュニケーションをとる能力	✓	
	個人と業務を行う際、リスクを特定・評価・管理する能力	✓	
	リンクワーカーとしての役割の範囲を超えたニーズ（例：有資格の実務者が必要なメンタルヘルスのニーズ）がある場合、他の医療専門職／機関へ本人をつなぐのがどのような時に適切または必要かについて、強い意識や理解がある	✓	
	既存のコミュニティおよび本人のアセットに基づいて、アセット・ベースのアプローチで取り組むことができる	✓	
	リーダーシップを発揮し、任務を完了できる	✓	
	効果的な仕事上の関係を維持し、すべての仲間との協働を促進する能力	✓	
	あらゆる地域機関（VCSE 組織およびコミュニティグループを含む）との協働へのコミットメント。他者と協力して上下関係を減らし、コミュニティの課題に対し創造的な解決策を見つけることができる	✓	
	個人の説明責任を果たし、感情面での回復力があり、プレッシャーに強い	✓	
	プレッシャー下での仕事や締め切りの遵守も含め、自らの業	✓	

	務で整理、計画、優先順位付けを行う能力		
	文書および口頭での高いコミュニケーションスキル	✓	
	チーム内または自らの業務で、柔軟かつ熱心に取り組む能力	✓	
	ボランティア主導の小さなコミュニティグループのニーズ理解、および同グループの開発を支援する能力	✓	
	守秘義務、安全保護策、単独業務、情報ガバナンスおよび安全衛生を含む、方針や手順に関する知識およびそれらに従う能力	✓	
資格と研修	NVQ レベル 3、上級レベルまたは同等の資格、あるいは上記資格に向けて取り組み中	✓	
	専門的および個人的な発展に向けた明確なコミットメント	✓	
	モチベーション・コーチングとインタビューの研修または同等の経験		✓
経験	地域開発、成人向け医療・社会的ケア、学習支援、または公衆衛生/健康増進分野での、直接的な業務経験（無給の仕事を含む）	✓	
	関連する役割における本人、家族、介護者への支援経験（無給の仕事を含む）	✓	
	有給、無給またはインフォーマルな役割における、人々のメンタルヘルス面での支援経験		✓
	ボランティアや小さなコミュニティグループを含む、VCSE セクター（有給または無給）での業務経験	✓	
	サービスの効果を評価するための、データ収集およびモニタリング情報の提供経験		✓
	多様な組織とのパートナーシップ/連携した取り組みおよび関係構築の経験	✓	
スキルと知識	個別化されたケアアプローチの知識		✓
	社会・経済・環境的要因や、これらがコミュニティへ及ぼす影響を含む、より広範な健康の決定要因の理解	✓	
	地域開発アプローチの知識	✓	
	簡単な計画や報告を作成するためのワープロスキル、メール、インターネット使用能力を含む、IT システムの知識	✓	
	モチベーション・コーチングとインタビューのスキルに関する知識	✓	
	地域の VCSE およびコミュニティサービスに関する知識		✓
その他	消滅前科に関する法律に沿って、DBS（犯罪歴記録）参照基準を満たし、犯罪歴が無い	✓	
	求められる業務で必要とされる場合、柔軟な時間に働く意欲	✓	
	自身の移動手段へのアクセス、また定期的に地域をまわる能力（人々の自宅訪問を含む）	✓	

付録 B：社会的処方とは他のアプローチとどのように調和するか

a. Active signposting (アクティブ・サインポスティング、積極的な案内)

アクティブ・サインポスティングは、地域機関の既存スタッフが簡単な情報を人々に提供する、軽めのアプローチです。スタッフは地域資源のディレクトリーや地域に関する知識を活用して、人々をサービスへ案内するために情報や選択肢を提供します。アクティブ・サインポスティングは、簡単な介入があれば自分でサービスにたどり着くことができる、十分な自信とスキルがある人にとって最適です。これは「社会的処方の代わりに」ではなく、「社会的処方と併せて」という観点から見た場合、社会的処方を補完するものです。

b. Local area coordination (LAC、地域エリアコーディネーション)

LAC は、障害者、メンタルヘルスのニーズがある人、高齢者、およびその家族／介護者への支援を中心とした、長期的で統合されエビデンスに基づくプログラムです。これは本人たちと協力して行い、その人たちへ以下の支援を行うことを目指しています。

- 良い生活に向けた自分のビジョンを構築および追求する
- 社会に貢献する市民として、強さ・安全性・つながりを保つ
- 現実的でサービス以外の問題解決策を可能な限り見つける
- より友好的、包摂的、協力的なコミュニティを構築する

地域内で既に LAC がある場合、特定のグループの人々をより長期的に支援し、またコミュニティの力やつながりを構築することで、社会的処方を補完できます。

c. Health coaching (ヘルスコーチング)

ヘルスコーチングは、行動変容理論に基づく個別化されたアプローチであり、多様な医療専門職によって提供されます。

NHS の中では、プライマリケアと急性期の両方で「ヘルスコーチング」の役割があります。NHS ヘルスコーチングは、人々をコミュニティのグループやサービスと結びつけるのではなく、行動変容に重点を置く傾向があるという点で、社会的処方とは異なります。しかしモチベーション・コーチングのアプローチは、社会的処方リンクワーカーの役割に不可欠な部分であるため、多くの類似点があります。

付録 C : 地域パートナーおよびコミッショナーの実施チェックリスト

主な機能
<p>1.連携したコミッショニングやパートナーシップによる取り組み</p> <p>a. VCSE セクターのリーダー、地域のインフラ組織、CCG、地方自治体のコミッショナー、プライマリケア・ネットワーク、紹介機関、地域の健康・福祉増進委員会を含むすべてのパートナーと協力して、明確な地域の社会的処方計画を作成しているか？</p> <p>b. VCSE セクターの組織およびコミュニティグループと、強力な地域関係を構築しているか？ VCSE セクターのリーダーと地域のインフラ組織は、信頼できるパートナーとして関わっているか？</p> <p>c. 地域のプライマリケア・ネットワークは、既存の社会的処方スキームによるリンクワーカーの支援を委託するために、社会的処方リンクワーカーの資金を使用しているか？</p>
<p>2.あらゆる地域機関から簡単にできる紹介</p> <p>a. 社会的処方リンクワーカーへの紹介を自信を持って行っている地域機関が幅広く存在しているか？</p> <p>b. 社会的処方への紹介前に、サービスは十分説明されており、人々は紹介に応じるか否かについて選択肢を与えられているか？</p> <p>c. すべての GP は、新しい国の社会的処方 SNOMED CT コードを使用しているか？</p> <p>d. リンクワーカーは、GP およびプライマリケア・ネットワークチームの一員として尊重されているか？</p>
<p>3.人材開発</p> <p>a. リンクワーカーの役割を理解するために、地域機関への研修や支援はあるか？</p> <p>b. リンクワーカーは定期的に「臨床」スーパービジョンを受けることができるか？</p> <p>c. リンクワーカーは認定された学習や資格にアクセスできるか？</p>
<p>4.時間を提供するために雇用されるリンクワーカー</p> <p>a. リンクワーカーは、「私にとって大切なこと」に基づいて本人の意欲を高めるために、共感・傾聴・コーチングのスキルを持っているか？</p> <p>b. リンクワーカーには、本人の自宅を訪問し信頼を築く時間と柔軟性が与えられているか？これは担当ケースの数に反映されているか？</p> <p>c. リンクワーカーは、本人をグループに連れて行って紹介し、彼（女）らが気持ちよく馴染むようにしているか？</p>
<p>5.あなたにとって何が大切か？個別化された支援計画</p> <p>a. リンクワーカーは、サービスからどのような支援を期待でき、自らのウェルビーイングを改善するために自分で何ができるかについて、シンプルで個別化された支援計画を本人と共同で作成しているか？</p>
<p>6.コミュニティグループへの支援</p> <p>a. 財源—紹介を受ける VCSE 組織に委託するための財源が、地域にあるか？コミュニティグループは、助成金を通じて支援されているか？地域で提供される資源の隙間を埋めるために、開発支援／資金は利用できるか？</p> <p>b. 安全な紹介—コミュニティグループや VCSE 組織は、安全に紹介を受けられるよう支援を得ているか？つまり保険への加入、応急処置（メンタルヘルスを含む）の研修受講、基本的</p>

<p>な安全衛生、単独業務、データ保護、食品取扱免許、および弱い立場の人たちへ対応する際の DBS 確認を行っているか？</p> <p>c.市民のスキルや関心に基づいて、新しいコミュニティグループ（近隣レベルを含む）を育成および開発するための支援は、地域で利用できるか？</p>
<p>7.共通のアウトカム枠組み</p> <p>a.利用者本人、NHS および紹介を受けたコミュニティグループへの社会的処方の効果の評価するために、共通のアウトカム枠組みが使用されているか？</p> <p>b.（適切な同意を得た上で）本人の NHS 番号を使用して NHS の利用状況を追跡するために、CCG の分析担当者はデータ共有の合意を通じて地域パートナーと協力できているか？</p>

付録 D : 共通のアウトカム枠組み

背景

社会的処方スキームの効果を記録する共通のアプローチが、明らかに必要です。したがって NHS イングランドは、コミッショナー、開業医、プロバイダー、評価者、その他のステークホルダーグループと協力して、社会的処方の効果を示すためにどのアウトカムおよびアウトプットを測定すべきかについて、合意形成に取り組みました。

共通のアウトカム枠組みを開発するために、アクションリサーチ・アプローチが用いられてきました。このアプローチは、データの収集、分析、振り返りおよび実践を可能にできる方法です。

これまで 2017 年 10 月から 2018 年 5 月までの間に、データ収集、分析および振り返りが 3 サイクル行われました。社会的処方コネクター・スキーム、プライマリケアのスタッフ、地方自治体、CCG、VCSE 組織、学者、研究者、公衆衛生のリーダー、その他の政府機関を含む幅広いステークホルダーから、フィードバックを得ています。

2017 年 6 月には、枠組みの作成を指導するために、社会的処方の主要なステークホルダーを代表する運営委員会が設立されました。運営グループや幅広い協議から得たすべてのフィードバックが分析され、枠組みに組み込まれました。

この枠組みによって全国の社会的処方コネクター・スキームは、効果に関する中核的なデータを得られるようになります。その目的は、一貫したエビデンスベースを作成し、ビジネスケースを支え、社会的処方の効果に関する全国的な状況を示すことです。

社会的処方の効果測定

社会的処方スキームには様々な目的、対象グループおよび財源がある、と NHS イングランドは聞いています。これはつまり、社会的処方の効果測定では柔軟性が不可欠だ、ということことです。

学術的および事例による既存のエビデンスでは、社会的処方のアウトカムが以下 3 つの主な分野をカバーすることが示唆されています。

- 1.本人への効果
- 2.コミュニティグループへの効果
- 3.医療およびケアシステムへの効果

これらの効果や以下のアウトカムを社会的処方スキームの評価に組み込むため、私たちは今後2年間にわたって引き続き、ステークホルダーと段階的に協力していきます。

本人への効果

社会的処方スキームはすでに、様々なツールを使って本人への効果に関するデータを収集しています。本人への効果を示すため、2019/20年もスキームは引き続き、既存のウェルビーイングツールを使用していくはずですが。

本人が特定したニーズに応じて、ウェルビーイングに関する以下の側面のうち1つ以上で改善が見られる、と私たちは予想しています。

- 自分の健康やウェルビーイングを、よりコントロール・管理できていると感じる
- 身体的な活動レベルが上がる
- 債務、住宅およびモビリティなど、現実的な問題への対応能力が上がる
- 他者とのつながりが増え、孤立や孤独が減る

患者の積極性評価尺度 (PAM)、ONS ウェルビーイング尺度、Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWBS) など、既存のウェルビーイングアウトカム測定ツールの使用に関するフィードバックを、私たちは求めていきます。小さなコミュニティグループを含めた社会的処方へ情報を提供するために、誰もが使えるシステムの新たな無料ウェルビーイング測定方法を共同で作成できるかどうか、2019/20年には上記のフィードバックを用いて検討していきます。

NHS イングランドはまたパートナーと協力して、雇用適性アウトカムの報告に関する優れた実践も検討していきます。

コミュニティグループへの効果

社会的処方の紹介を受けた効果について、地域コミュニティグループと VCSE セクター向けに無料公開する短い「動向」調査を、私たちは共同で作成し分析していきます。これは2019年4月に公開予定です。

この調査では、地域レベルで社会的処方に関わった結果、コミュニティグループや VCSE 組織のレジリエンスが高まっているかどうかを分析します。ここには、ボランティア数の変化、紹介に対応するボランティアセクターの能力、および社会的処方を持続可能なものにするために必要な支援が含まれます。

医療およびケアシステムへの効果

すべての社会的処方コネクター・スキーム（およびそのコミッショナー）は、以下のアウトカムに関するデータを収集するようお勧めします。

- 社会的処方への紹介の結果、GP 受診件数に変化はあるか？
- 社会的処方への紹介の結果、救急部門の受診件数に変化はあるか？
- 社会的処方への紹介の結果、入院日数に変化はあるか？
- 社会的処方への紹介の結果、処方薬の量に変化はあるか？
- GP および他の紹介機関におけるスタッフの士気に変化はあるか？この作業に役立てるため、混合研究法を実施していきます。

上記のデータを体系的に収集し、システムを通じて患者を追跡するためには、しっかりとしたデータ共有の合意と地域のパートナーシップによる取り組みが不可欠です。しっかりとしたデータ共有を促進するために、開発支援、ケーススタディおよび例を提供していきます。

プライマリケアからの社会的処方に関する全国的なデータ収集を支援するために、社会的処方の一貫した全国 SNOMED CT コーディングが GP IT システムで確立されました。この活動を記録するために使用されるコードは、以下の通りです。

871691000000100 | 社会的処方の提示 (発見)

871711000000103 | 社会的処方の辞退 (状況)

871731000000106 | 社会的処方サービスへの紹介 (手順)

2019/20 年には優れた実践例を見つけ、社会的処方の支援受給者を対象に、ソーシャルケアパッケージへの効果を示すことができるかどうか検討します。一部の地域では既にこれに取り組んでいることを私たちは認識しており、2020 年以降の導入を目指した測定方法の共同開発へ、これらの地域が関わってくださるよう願っています。

アウトプットの測定

この枠組みでまとめられているアウトカムを補完し、一貫したアプローチを促すために、すべての社会的処方コネクター・スキームが以下のアウトプットを測定する必要があると私たちは考えます。

- 社会的処方コネクター・スキームに紹介された人の数、紹介に応じた人の数、紹介を断った人の数
- 紹介された人々の特徴：年齢、障害、性転換、結婚または市民パートナーシップ、妊娠および出産、人種、宗教または信仰、性別、性的指向
- 長期疾患または社会的ケアパッケージ受給などの紹介基準
- 紹介プロセスと経路：スキームへの紹介者
- 紹介されるコミュニティグループの数
- 紹介されるコミュニティグループの特性：提供する支援の種類
- 支援受給者との共同作成による、個別化された支援計画の数
- リンクワーカーの数
- ボランティアの数
- 各利用者と費やした平均時間
- 社会的処方コネクター・スキームへの総投資（インプットの測定）

この情報は、社会的処方の規模と特性に関する全国的な状況を示すのに役立ちます。

枠組みの継続的な開発

この枠組みで定義されたアウトカムに照らした、情報とデータの収集を補完および活用するために、全体的な Personalised Care Dashboard（個別化ケア・ダッシュボード）に向けた取り組みの一環として、枠組みを開発およびテストする予定です。

オーストラリア

2. ファクトシート：在宅支援・ケアプログラムにおける、オーストラリアのリエイブルメントアプローチ

FACT SHEET 2 AUSTRALIAN APPROACHES TO REABLEMENT IN THE HOME SUPPORT AND CARE PROGRAM (pp.3-10)

<https://www.aag.asn.au/documents/item/2903>

Home Support and Care Program（在宅支援・ケアプログラム）とは？

オーストラリア政府の在宅支援・ケアプログラムは、Commonwealth Home Support Programme (CHSP、連邦在宅支援プログラム)、Continuity of Support Programme (支援の継続性プログラム) および Home Care Packages Program (在宅ケアパッケージプログラム) から成る (2、3)。

CHSP は初歩レベルの高齢者ケアシステムであり、4つの異なったサブプログラムを含むよう構成されている。つまり①地域・在宅支援、②ケアの関係性と介護者支援、③ケアと住宅の援助、および④サービスシステム開発である (2)。「『初歩的な』プログラムとして CHSP は、少量の援助や支援しか必要としない多数の虚弱高齢者に対し、比較的小規模 (少量) の単一または 2～3 のサービスを提供するよう意図されている。その目的は、これらの高齢者が自立し続け、自宅で安全に暮らし地域へ参加し続けられるようにすることである」(3)。

「Commonwealth Continuity of Support Programme (CoS、ケアの継続性に向けた連邦プログラム) では、障害があり州や準州が運営する専門的障害サービスを現在受けているが、National Disability Insurance Scheme (NDIS、全国障害保険制度) の受給資格はない高齢者が、継続的に支援を受けられるようにするプログラムである」(4)。

Aged Care Act 1997 (1997 年高齢者ケア法) の下、オーストラリア政府は「Home Care Packages (在宅ケアパッケージ)」—すなわちケア、サービスおよびケースマネジメントのパッケージ—をコーディネートするよう、承認された在宅ケア提供者に助成金を提供している。「全国で一貫したアセスメントの枠組みを用いて、本人は専門のアセッサーよりアセスメントを受ける。支援のレベルは 4 段階ある。在宅ケアレベル 1 は基礎的なケアニーズ、在宅ケアレベル 2 は軽度のケアニーズ、在宅ケアレベル 3 は中度のケアニーズ、在宅ケアレベル 4 は重度のケアニーズである」(5)。提供者を選択し、(プログラムの規則内で) 資金の用途を決める消費者に対し、在宅ケアパッケージが割り当てられる。在宅ケアパッケージの提供量には上限が設けられており、したがってアセスメントでパッケージの受給資格が得られた人は、同パッケージが利用可能となるまで待機リスト上で待たされる。

CHSP と在宅ケアパッケージプログラムとの統合の可能性

CHSP と在宅ケアパッケージプログラムを単一の在宅ケアプログラムに合併する検討は、2015 年連邦予算の一環として発表された (6)。連邦政府の社会サービス省は、2015 年にディスカッション・ペーパーを発表し、そこでは「2018 年 7 月 (第 2 ステージ) から政府は、サービスの提供および資金提供方法を更にわかりやすくするため、在宅ケアパッケージプログラムと連邦在宅支援プログラム (CHSP) を単一の在宅ケアプログラムに統合する予定である」(p.4 (7)) と述べている。上記は Aged Care Roadmap (高齢者ケア計画) に沿って

おり、同計画では中期目標として以下を挙げている。

- ・ 「新たな統合在宅ケアプログラム向けに、受給資格、ニーズおよび支給額レベルのアセスメントプロセスを確立する。(・・・)
- ・ 消費者に沿った個別化資金を伴う統合在宅ケアプログラムを構築するために、既存の在宅ケアプログラムを合併する」(8)。

National Aged Care Alliance (全国高齢者ケア同盟) は 2017 年 5 月、ディスカッション・ペーパー「Increasing Choice Stage 2: Integrating Home Care Packages and the Commonwealth Home Support Program (CHSP) (選択肢の拡大第 2 ステージ: 在宅ケアパッケージと CHSP の統合)」を公表し、そこでは将来的に単一の在宅ケアシステムを作るために、在宅ケアパッケージ (HCP) と CHSP を統合した単一プログラムを主張した (9)。保健省は 2017 年 7 月、ディスカッション・ペーパー「Future reform – an integrated care at home program to support older Australians (未来の改革: 高齢オーストラリア人を支えるための統合在宅ケアプログラム)」(10) を公表し、CHSP と HCP の統合案に関する意見を求めた。

しかし CHSP と HCP プログラムの統合は、2015 年以降の連邦予算発表で言及されておらず、CHSP への資金提供は 2020 年 6 月まで延長されている (11)。

高齢者ケアアセスメントチーム (ACAT) と地域アセスメントサービス (RAS) の統合

2018 年の連邦予算には、「単一のアセスメントで人々があらゆる種類の高齢者ケアにアクセスできる可能性がある、合理化された全国的なアセスメントの枠組みを準備するため、2 年にわたり充当する 1,480 万ドル」(12) が含まれており、これは「Legislated Review of Aged Care 2017 (高齢者ケアの法定レビュー2017)」(13) の提案 27 に沿っている。すべての高齢者ケアサービスを対象とする、合理化され更にスピーディーな消費者アセスメントに向けた、新たな枠組みの設計および実施を政府は計画しており、これは 2020 年より新たな全国アセスメント職員が行う予定である (14)。

在宅支援・ケアプログラムでのリエイブルメント

2011 年の生産性委員会調査報告「Caring for Older Australians (高齢オーストラリア人のケア)」(15–17) では、集中的で期間を限定したリエイブルメントサービスを導入し、その受給資格は、Aged Care Gateway (高齢者ケア・ゲートウェイ) がアセスメントを行うよう提案された (提案 9.2、p.155、(17))。オーストラリア内外の研究を引用しながら同報告では、「リエイブルメントまたは回復に向けた在宅支援プログラムは、『本人のために何かをしてあげる』のではなく、本人が『それを自分で行う』のを支援するためのプログラムであり、これらは在宅ケアや他の高齢者ケアサービスのニーズを遅らせたり減らしたりできる、というエビデンスが出てきている」と言及した (17)。

CHSP でのリエイブルメント

CHSP プログラムマニュアル 2018(18)、Living well at home CHSP Good Practice Guide (自宅で豊かに暮らす: CHSP 優良実践ガイド) (19) および CHSP ガイドライン (2) はすべて、ウェルネスおよびリエイブルメントの重視や、「doing for (～のために)」から「doing with (～と一緒に)」への文化的シフトを推進している。ウェルネスとリエイブルメントは、以下の様に区別されている。「ウェルネスと同様、リエイブルメントが目指しているのは、人々

が目標を達成できるよう援助し、その人たちの自立や自律を最大化させることである。しかし、ウェルネスアプローチはすべての CHSP クライアントへ適用できる一方で、リエイブルメントは短期または期間を限定した介入である。後者では、機能損失などの状況変化に適応したり、または活動を再開する自信や能力を取り戻したりする、といった本人の具体的な目標または望まれるアウトカムへのが更に絞られている」(p.22、(18))。

2018年7月1日より連邦政府の保健省は、CHSP サービスのウェルネスアプローチについて無作為で監査を行っている(18)。またサービス提供者は CHSP 助成金契約に従い、保健省が提供するひな形を用いて、サービス提供でのウェルネスおよびリエイブルメントアプローチに関する定期報告を提出しなければならない(18)。

CHSP プログラムマニュアル 2018 では、リエイブルメントを以下のように定義している。「人々の自立および自律を最大化する援助を目指したサービス提供アプローチ。リエイブルメントの支援は、機能損失に適応したり、または活動を再開する自信や能力を取り戻したりする、といった本人の具体的な目標または望まれるアウトカムに的が絞られている。支援には、たとえば新たなスキルの訓練、本人の自宅環境改良、機器や支援技術へのアクセスが含まれる。」

在宅支援・ケアおよびリエイブルメントのアセスメント

「My Aged Care Assessment Manual for Regional Assessment Services (RASs) and Aged Care Assessment Teams (ACATs) 2018 (地域アセスメントサービス (RAS) および高齢者ケアアセスメントチーム (ACAT) の My Aged Care アセスメントマニュアル 2018)」ではリエイブルメントを、「機能損失に適応したり、または活動を再開する自信や能力を取り戻したりする、といった本人の具体的な目標または望まれるアウトカムに的を絞った、期間を限定した介入」と定義している(20)。

ACAT と RAS の在宅支援アセスメントの一環として、National Screening and Assessment Form (NSAF、全国スクリーニング・アセスメントフォーム) が用いられ、これは3部構成となっている。すなわち、1. My Aged Care コンタクトセンター職員による電話でのスクリーニング、2. RAS による対面での在宅支援アセスメント、および 3. ACAT による対面での総合アセスメントである(21)。RAS が紹介できるのは連邦在宅支援プログラム (CHSP) のみである一方、ACAT では、CHSP、在宅ケアパッケージ、Residential Care (施設ケア)、施設レスパイトケアまたは Flexible Care (柔軟なケア) (Transition Care (移行期ケア) もしくは Short Term Restorative Care (短期回復ケア)) に紹介できる(20)。

ウェルネスおよびリエイブルメントのプロセスは、My Aged Care のアセスメントおよび支援プロセスに組み込まれる必要がある、と明記されている(20)。RAS および ACAT ともに、アセッサーとクライアントは協力して支援計画を作成し、その計画ではクライアントの強みや能力、困難なこと、およびその人のニーズや目標に最も合った支援が反映される。計画には、フォーマルおよびインフォーマルなサービスの検討や、リエイブルメントパスウェイが含まれる(18、20、21)。RAS の担当業務は、本人のリエイブルメント目標を達成するのに必要なあらゆる種類のサービスを確実に計画し、また目標やアウトカムに照らして進捗状況を振り返ることである(18、20)。時として、RAS のアセッサーがリエイブルメント期間中に、コーディネーターや短期のケースマネジメントを行わなければならない場合もある(18、20)。また、在宅ケアパッケージの順番待ち状態であるクライアントや、在宅ケアパ

パッケージの現利用者で割り当てが上限に達している人は、クライアントの直近アセスメントサービス（通常は ACAT）によって、短期で期間を限定した CHSP サービスへの紹介が可能であり、このモニタリングおよび振り返りは、クライアントの直近アセスメントサービスが行う (3)。

2018 年の連邦予算には、初歩的な高齢者ケアサービスを利用する高齢オーストラリア人を対象に、「更なる自立や自律を推進する」改訂版アセスメントモデルの試験事業を 4 か所の RAS 対象地域で行う資金が含まれた (22)。この試験事業は 2019 年初めに開始しており、2020 年 6 月まで運営され、外部評価が行われる予定である。この取り組みの発表時に大臣は、試験事業対象地域の消費者が「アクティブ・アセスメント」を受け、また「6-8 週間のリエイブルメントプログラムを完了し、その中で自らの能力目標を達成するために評価や指導を受けていくことが期待される」と述べた (23)。この取り組みの発表では、「高齢者ケアの消費者、その家族および介護者、ならびに GP や薬剤師などの仲介者は今後、ウェルネスおよびリエイブルメントアプローチに向けた全国的な支援の開発、実施および評価によるメリットを得るだろう」と述べられた (22)。

在宅支援・ケアにおける現在のリエイブルメントサービス

在宅支援・ケアのアセスメントに関するセクションで述べた通り、ACAT と RAS は、CHSP の下で期間を限定したリエイブルメント・サービスを受けるために、高齢者ケアサービス提供者への紹介が可能であり、このサービスは、最初のアセスメントを誰が実施したかによって RAS か ACAT のどちらかが、コーディネートやケースマネジメントを行う可能性がある (18、20)。ウェルネスおよびリエイブルメントアプローチでは、関連保健職による支援も可能であり、これは最近、「Living well at home CHSP Good Practice Guide (自宅で豊かに暮らす：CHSP 優良実践ガイド)」(p.14) (19) の改訂を通じて政府が確認した。この点は以前、優良実践ガイドの誤りによって不明瞭だった。

Victorian Active Service Model (ビクトリア・アクティブサービスモデル) とリエイブルメント

ビクトリア州保健福祉部では 2009 年、在宅地域ケア (HACC) サービスでアクティブサービスモデル (ASM) の実施を始めた。ASM は、人々ができるだけ自立および自律して地域で生活できるよう支援することを目指す取り組みである (24)。2016 年 7 月 1 日に高齢者向けビクトリア HACC サービスが CHSP に移行した後も、このアプローチは継続され (25)、またこの取り組みは、全国的な CHSP の用語と合わせるために、ビクトリア「Wellness and Reablement (ウェルネス・リエイブルメント)」と改称された (26)。ASM PREPARE と ASM PREPARE-Express は 2010 年に、Practice Review Planning and Reflection (実践 (P) のレビュー (RE)、計画 (P) および (A) 振り返り (RE)) のツールおよび指導用教材として開発された (27)。「ASM は、回復ケアおよび地域ケアサービス提供の能力構築推進に重点を置いた、質向上の取り組みである。ASM は、HACC 対象グループの人たちが、できるだけ自立および自律して地域で暮らせるための援助に重点を置いている。しかし HACC クライアントの全員が、自立および自律した生活をできるわけではない、という点も認識されている」(p.10、(28))。したがってリエイブルメントアプローチは、人々が「日常的な活動に参加したり、自信を持ち続けたり取り戻したり、社会的なつながりやウェルビーイングを改善したり、またアクティブおよび健康でい続けられるよう」(p.15、(29)) 援助することに

よって、期間を限定したサービスとしてだけではなく、ビクトリアにおけるすべての CHSP および若年者向け HACC（以前の HACC）で基本理念として推進されている。

その後、ASM/リエイブルメントの実施で HACC アセスメントサービスやサービス提供者を援助するために、いくつかの資料が開発された。その中にはたとえば、「Goal Directed Care Planning toolkit（目標指向のケア計画ツールキット）」(30) や、「Supporting older people living well at home. Understanding the role of OT（高齢者の在宅生活支援：OTの役割理解）」と題した資料が含まれる。後者では、リエイブルメントに沿って効果的でコーディネートされたケアを提供するために、作業療法士が地域のサービス提供者内や提供者の間で、どのように連携し強力な関係性を築いているかまとめている (p.9) (31)。

在宅地域ケア（HACC、現在はオーストラリア全国 CHSP）の資金を得ているビクトリア州の団体によるアクティブサービスモデル（ASM）について、実施開始後3年間のレビューを行うよう、Australian Healthcare Associates（オーストラリア・ヘルスケア連合）はビクトリア州保健部より依頼を受けた(28)。ASM 実施の成功要因として、経営者/業界リーダーからの支援ニーズ、スタッフ研修や指導用教材、および地域のネットワークやパートナーシップが挙げられた(28)。ASM の実施や推進で ASM Industry Consultants（業界コンサルタント）が果たした重要な役割が、広く認められた(32)。ASM 実施のバリアとしては、たとえばクライアントの期待への対応や期待内容の転換の難しさ、限られた資源、およびサービスへの高い需要などが挙げられた。カギとなったのは、クライアントやその家族が HACC を、「doing for（～のために）」や権利としてのサービスではなく、「doing with（～と一緒に）」で強みに基づき目標に重点を置いたサービスとしてとらえるよう、ケア計画、コミュニケーション、マーケティング資料およびクライアント情報を通じて、クライアントの期待を転換することであった(28)。

ASM/リエイブルメントによるクライアントおよび介護者への影響評価を援助するために、ビクトリア州保健福祉部はラ・トロブ大学に対し、同部および関連サービス提供者グループと連携して、クライアントと介護者を対象とした一連のアウトカムツールの開発およびテストを行うよう依頼した (p.3)。予備調査のデータ分析では、クライアントと介護者の ASM アウトカムが、地域サービスの経験、スキルや能力、ケアの役割管理、および生活の質（QOL）から成る枠組み内でとらえられることが示された。アウトカム指標と目標達成の間に、明確な関係性が築かれた。地域サービスの経験に関する調査結果では、サービスの提供方法について、クライアントと介護者の間で非常に高い満足度が示された (p.12)。予備調査に関わったスタッフからは、同ツールが使いやすく受け入れやすいと報告された。アウトカム測定ツールを利用することで、自分たちの ASM 実践に良い影響がもたらされた、とスタッフから報告があった (p.13) (33)。

在宅支援・ケアでのリエイブルメント：西オーストラリア州のアプローチ

The Home Independence Program（HIP、在宅自立プログラム）は、オーストラリア初のリエイブルメントプログラムであり、1999年に、西オーストラリア州で当時最大の在宅ケア提供者だった Silver Chain が開発した。HIPは、在宅ケアへ最初に紹介された人たちや、ニーズが変わったためにサービス増加を要請している既存クライアントを対象にしており、本人の支援ニーズを減らすことで在宅ケアの需要を減らす手段となり、また本人の健康状態や QOL を最大限に高めるために援助する長期的な予防策の一部となることを目指した。サービスは集中的で、期間を限定（最長 12 週）して行われた。また対象者の機能を最大限活

かし、更なる機能低下を予防したり遅らせたりし、ヘルシーエイジングを推進し、慢性疾患の自己管理を奨励するために、エビデンスに基づく方法を用いた (34)。このプログラムは目標指向であり、またタスク分析および再設計、作業単純化ならびに支援技術を用いて、日常生活での活動へ積極的に参加するよう促した。本人の目標によって、たとえば機能やモビリティの改善維持に向けた筋力・バランス・運動プログラム、慢性疾患の自己管理、転倒防止法、服薬・排せつ・栄養管理、社会とのつながり再構築での援助などが含まれることもあった。

HIP の予備調査は成功をおさめたため、西オーストラリア州 (WA) 保健部は、在宅地域ケア (HACC) の都市部地域 1 か所で HIP を 2 年間試験運用する資金を提供した。また、この 2 年間が終了する前に、HIP モデルに基づくもう一つのサービスをすべての都市部医療圏で実施するよう、Silver Chain に依頼した。このサービスは、「Personal Enablement Program (PEP、個別イネイブルメントプログラム)」と呼ばれ、病院を退院した高齢者を対象としており、HIP と異なるのは、期間が比較的短い (6-8 週間) ことと、必要に応じて急性期後の看護を提供するという点である。

試験運用が無事完了後、WA 保健部は Silver Chain に、HIP サービスをすべての都市部医療圏へ拡大し、また後に 2 か所の農村地域にも拡大するよう依頼した。HACC プログラムの一環として、WA 保健部より資金が提供された HIP と PEP はその後、2004 年から 2018 年まで運営され、何千もの西オーストラリア人へリエイブルメントの機会を提供した。またこの取り組みによって、HIP モデルに関して更に厳密な一連の研究トライアルを行う機会も得られ、その結果、HIP への参加が以下のような結果をもたらすことが分かった。

- ・ 継続的なサービスへのニーズ減少およびサービスの必要性減少 (35-39)
- ・ サービス利用減の結果、一人当たりのコスト節約中央値が 5 年近くの間で約 12,500 豪ドル (35)
- ・ 機能、モビリティ、自信および意欲の向上 (36、38、39)

HIP および PEP の前向きなアウトカムおよび理念に影響を受け、WA の HACC プログラムは 2006 年、州全体における将来的な HACC サービス提供の政策基盤として、「ウェルネスアプローチ」を採用した。これは、サービス提供に関する従来の依存モデルからイネイブリングモデルへと、重点が大きく変わったことを示すものである。これを促進するために WA の HACC プログラムは、同州に拠点を置く NPO である CommunityWest と提携し、同アプローチの設計開発を行ったり、この大きな改革プロセス実施に向けて WA の HACC サービス提供者の指導や支援を行ったりした。WA の HACC プログラムと連携した CommunityWest は、提供者たちとともに時間を過ごし、上記の変更を理解・実施したり、サービス文化の見直しに取り組んだりするのを支援した。また、HACC スタッフが自信を持ってイネイブリングまたはウェルネスアプローチによる在宅支援を提供できるよう、彼(女)らに資料や職員スキル開発も提供された。

HIP と当時の「ウェルネス」が最初に開発・実施された際、本人の能力やニーズのアセスメントは HACC サービス提供の一部であった。このアセスメントは、利用資格を判断し、適宜支援計画を作成できるよう、サービス提供者が自ら行った。全国 HACC ガイドラインは 2007 年、すべての管轄区域で一貫したアセスメント方法をとるよう求め、またサービス提供とは独立して、「インテーク」と「総合アセスメント」という 2 段階のコンセプトを導入した。これに応じて WA 保健部は 2009 年、WA の HACC 向けにアセスメントの枠組みを導入した。この枠組みはその後 6 年間、州全体で実施され、2014 年の地域アセスメントサービス

(RAS) ネットワークにつながった。同ネットワークの役割は、ウェルネスに重点を置いた対面アセスメントを実施し、支援計画を開始し、自立やウェルビーイングを構築する適切なレベルの支援に向けた提言を行うことである。この展開の中で、RAS 提供者の一つである Access Care Network Australia (ACNA、Silver Chain グループの子会社) は、同組織におけるすべての RAS で、アセスメントのリエイブルメントアプローチを開発および実施した。このアプローチでは、アクティブまたは「Show me (私に教えて)」アセスメントを組み込んでおり、そこではアセスメント対象者がアセッサーに対し、ADL などで自分ができることを「show (教える)」よう促す。またこのアプローチによってアセッサーは、対象者によるそれらの作業能力の程度を、積極的に評価するチャンスが得られる。アクティブ・アセスメントではまた、クライアントがその活動を自立して行い続けられるよう、アセッサーが技術(例：安全なシャワーの出入り方法など)や方策(例：食事の栄養バランスを改善したり調理をしやすくするために、冷凍のカット野菜を利用するなど)を提案しやすくなる。そこではまた、対象者がこれらの活動を自立して行う自信を付けたり取り戻したりするのを支えるために、フォローアップの「コーチング」を提供することもある。これは、励ましや強化を行ったり、改善目標に照らして進捗状況を確認したりして、クライアントへのフォローアップを行って実施する。場合によっては、特定の作業を支援したり機能障害を乗り越えるために活用可能な、小型の補助機器を提供することもある。

このアプローチでは、アセスメント時にクライアントへリエイブルメントの方法を紹介する機会ができるのに加え、アセッサーが、更に集中的または専門的なリエイブルメントからメリットを得られる可能性がある人を特定し紹介できる。あるいは、対象者が継続的な支援を必要としていることが分かった場合には、目標指向でウェルネスを重視した形で、サービス提供者が従うべき支援計画を作成できる。

このアセスメントアプローチの評価結果が前向きだったことを受け、WA 保健部は ACNA に対し、同機関のアセスメントアプローチについて、WA 内にある他の RAS すべてに研修を行うよう依頼した。この研修はその後提供されるようになり、現在も引き続き、WA 高齢者ケアアセスメントチーム (ACAT) を含む WA のアセスメント機関に提供されている。

2018 年 7 月 1 日に WA の HACCC サービスが連邦政府の管轄下に置かれた後、同政府は、アセスメントのリエイブルメントアプローチを導入するため、ACNA が異なる州の RAS5 か所で研修を実施する試験事業に資金を提供し、またアウトカム調査を行うために外部評価者を任命した。この試験事業は、2019 年末に完了予定である。

3. 高齢者ケアサービス全体におけるエビデンスベースのリエイブルメントアプローチに向けて

WORKING TOWARDS EVIDENCE-BASED REABLEMENT APPROACHES ACROSS AGED CARE SERVICES (p.22)

<https://www.aag.asn.au/documents/item/2908>

付録2: リエイブルメントに関する Tune Report (チューン報告) と Productivity Commission Inquiry Report (生産性委員会調査報告) の抜粋

チューン報告 2017

生産性委員会 (以下「委員会」) は 2011 年、My Aged Care のゲートウェイを、集中的で期間を限定したリエイブルメントなどのサービスへアクセスするプラットフォームとしてとらえた、と David Tune (デヴィッド・チューン) が実施した Legislated Review of Aged Care 2017 (高齢者ケアの法定レビュー2017) では言及している。アセスメント時に、リエイブルメントの介入は補助機器・住宅改修・療法・再訓練・教育の提供に関する助言および/またはサービス紹介を含むことができる、と生産性委員会は提案した。

チューン報告は、リエイブルメントアプローチについて多くの利点を挙げており、その中には以下が含まれる。「リエイブルメントおよびウェルネスアプローチを用いることで、継続的および更に複雑なサービスへのニーズをなくしたり減らしたりして、各消費者のサービス費用を削減できる。これによって更に多くの消費者が、必要なサービスへアクセスできるようになる。また、高齢者ケアサービスが必要な期間について、サービス提供者と消費者の予想を見直すのに役立つ可能性もある。」(p.143 第 8.140 項)

チューン報告ではさらに、リエイブルメントに重点を置いた具体的な提案を行っており、特にヘルスケアシステムや地域ベースの支援など他のシステムとの統合について言及している。

「提案 29 :

消費者が自立した生活を送れるよう、より多くの選択肢やより良い支援を提供するために、政府と提供者は以下を含む取り組みによって、ウェルネスおよびリエイブルメント活動へのアクセス改善を図る。

- ・ 継続的ケアの提供ではなく、短期のリエイブルメント支援および/またはその都度のケアへのアクセスを増加させる。ここには assistive technology (支援技術) 利用の更なる重視が含まれる。
- ・ ヘルスケアシステムや地域ベースの支援など、他の支援提供システムとの統合改善を可能にする。
- ・ ウェルネス、リエイブルメントおよび restorative (回復) ケアに関する理解や情報へのアクセスを向上させるために、スタッフや消費者を支援する。
- ・ ウェルネス、リエイブルメントおよび回復ケアに関する研修を、高齢者ケアのアセッサーに提供する。(p.144)」

4. 生産性委員会調査報告（高齢オーストラリア人のケア 2011）

Caring for Older Australians 2011

「リエイブルメントプログラムに関するエビデンスに基づいて（第6および9章参照）委員会は、重度のケア受給者を対象としたヘルスケア、身体介護サービスおよび軽度の地域支援サービスに加え、高齢者ケアサービスに集中的なリエイブルメントプログラムを含めるべきであり、また同プログラムは無料でないとしても大幅に助成されるべきであると考え（詳細は第9章参照）。」（p.78）

「提案 9.2：自立、リハビリテーションおよび回復ケアをさらに重視するため、集中的なリエイブルメントサービスが導入されるべきである。このサービスの受給資格は、Australian Seniors Gateway Agency がアセスメントを行うべきである。」（p.155）

「ただし、どのような種類の回復またはリエイブルメントプログラムが最も効果的か、同プログラムから最も多くのメリットを得られるのはどのような人たちか、最も効果的な介入の期間やタイミングはどのようなものか、などの疑問へ答えるために、更なるエビデンスが必要である。」（p.10）

5. ファクトシート：リエイブルメントアプローチの探索事例

FACT SHEET 5 : CASE STUDIES EXPLORING REABLEMENT APPROACHES

(pp.3-5) <https://www.aag.asn.au/documents/item/2906>

David (デヴィッド)

出典：1. Department of Health (保健省) . Commonwealth Home Support Programme. Program Manual 2018 (連邦在宅支援プログラム：プログラムマニュアル 2018) (インターネット) . Australian Government (オーストラリア政府) ; 2018 [2018年5月24日引用]. 以下より閲覧可能。

https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/04_2018/chsp_manual_-_effective_as_of_1_july_2018.pdf

デヴィッドは81歳で、2週間前に転倒した後、My Aged Careへ紹介された。特にケガは残らなかったものの、デヴィッドは転倒によってかなりショックを受けており、一人でシャワーを浴びるのに不安を感じていた。My Aged Care コンタクトセンターを通じた初期スクリーニングプロセスの後、デヴィッドはアセスメントのためRAS (地域アセスメントサービス) に紹介された。アセスメントでは、デヴィッドが以前は自立しており、また自立状態に回復する意欲があることが明らかとなった。アセッサーはさらに、デヴィッドが現在も多くの日常活動で自立しているが、身体ケアで苦勞していることを確認した。RAS アセスメントに基づいて、デヴィッドと一緒に支援計画が作成された。その中で目標は、身体ケアを自立して行い続けられるようにすること、と定められた。支援計画ではデヴィッドが困難を抱える内容とともに、彼の強みや能力に関する情報も提供され、また目標達成に向けた提案も記載された。その中には、作業療法のアセスメントに向けたCHSP (連邦在宅支援プログラム) サービス提供者への紹介や、期間限定の身体ケアサービス提供が含まれる。作業療法士(OT) はその後デヴィッドおよび彼の介護者と協力して、目標達成に向けた計画を立てた。初めはシャワー浴を介助するために、身体ケアサービスを週3回デヴィッドに提供した。4週間にわたってCHSP サービス提供者はデヴィッドと協力して、たとえばシャワーの出入りを安全に行う方法など具体的な方策を立て、彼が能力を高めたりシャワー浴への自信を取り戻したりする支援を行った。4週間にわたるサービスの後、デヴィッドは一人でシャワー浴を行う自信を取り戻し、サービスは打ち切られた。

Fred (フレッド)

出典：Victorian Department of Health and Human Services (ビクトリア州保健福祉部) のご厚意によって提供された事例。

フレッドは一人で暮らしており、また前立腺がんの診断と長期にわたる治療 (最終的には成功) のため、とても疲れやすく活動意欲が落ちていた。Home Support Assessment (在宅支援アセスメント) でフレッドは、家事援助を要請した。フレッドの健康状態であれば家事援助へ積極的に関わることができ、また主な問題は意欲の低さ、作業の優先順位を付ける能力不足、持久レベルの認識やその管理能力不足、および整理整頓のスキル不足である、とアセスメント担当者は判断した。フレッドは、「自宅の状況を收拾させたい」と述べていた。自宅はかなり散らかっており、あちこちに書類の山が散乱し、また居間にも寝室にも衣服が山積みになっていた。

フレッドの支援計画は、ウェルネスとリエイブルメントアプローチを用いて組み立てられた。彼は作業療法へ紹介され、そこではエネルギー温存の支援策を挙げたり、暮らしやすさを支えるために自宅の改善策や機器を特定する取り組みが行われた。3 か月以内にサービス終了という契約に沿って、すべての支援やサービスの計画を調整するために、アセスメント担当者は OT や家事援助サービス提供者と共に自宅を何度か訪問した。

フレッドを担当する家事援助職員は、ウェルネスおよびリエイブルメントの方法を熟知しており、またフレッドと職員はともに、彼が自宅で重点を置きたい点を柔軟に決めることができた。6 回の訪問を通じて、自宅の機能性を高めるために両者は協力して整理整頓に取り組んだ。彼らは各エリアの「大掃除」を行い、その後はクライアントが一人で管理できるようにした。アセスメント担当者は訪問の間に電話でフォローアップを行って、彼と一緒に意欲向上に取り組んだり、重要書類の保管システムづくりを助けたりした。

12 週にわたるリエイブルメント期間の終了時には、フレッドは自宅の環境を自分で維持できていた。書類保管用に整理された中心エリアを設け、これによって重要な情報へ簡単にアクセスできるようになった。また自宅を自分で維持しやすいように、居間と寝室の両方で家具の模様替えを行ったほか、食事の準備をしやすいように台所も整理した。この時点で、すべての支援は終了した。

このケースの成功につながった重要な要素には、以下が含まれる。

- ・ クライアントとサービス提供者とのチームワーク
- ・ サービス提供者と以下とのチームワーク
 - アセスメント担当者
 - 家事援助提供者（管理－クライアント／職員、地域ワーカーのマッチング）
 - OT 提供者
- ・ ウェルネスおよびリエイブルメントアプローチの適用に関するスタッフの知識およびスキル
- ・ 合意されたサービス期間へ両サービス計画（2 つの提供者）を確実に沿わせるためにコーディネートされた、時間枠の契約（クライアントを巻き込む）

サービスの時間枠は限られていた一方で、サービスの提供方法についてはクライアントと職員が柔軟に決定できた。これはつまり、クライアントに主体性が残された、ということである。

Josie（ジョジー）

出典：Victorian Department of Health and Human Services（ビクトリア州保健福祉部）のご厚意によって提供された事例。

ジョジーは活発な 95 歳の女性で、中規模地方都市の郊外に住んでいる。彼女は最近、運転免許試験で不合格となり、どのようにしてこれまでと同様に地域とつながり続けられるか心配だったため、自身で My Aged Care に連絡を取った。彼女のライフスタイルは常にとってもアクティブであり、平日には U3A（University of the Third Age、第三世代大学）で座位太極拳を教え、また地域の紡ぎ・織物グループも積極的に参加し委員会メンバーでもあった。さらに、地域のハイキンググループではリーダーを務めていた。娘は近隣の町に住み、週に 1-2 度はお互いを訪問していた。

免許がなくなるのは、ジョジーにとって衝撃的だった。彼女は外出する際、娘や他の友人に頼るようになった。彼女が特に心配だったのは、娘が以前のように自分と充実した時間を

過ごすよりも、「母を世話する」時間が増えるのではないかと、という点だった。ジョージーは、交通手段の選択肢を検討したいと考えた。

ジョージーと娘は二人とも、アセスメントプロセスに参加した。ジョージーは ADL の大半で自立している。彼女は自分の庭でとれた新鮮な野菜を使って、健康的なベジタリアンの食事をとっており、またオーガニックパンも自分で焼いている。彼女には変性の腰痛があり、2週間ごとに地域のサービス提供者から家事援助を受けている。

短期目標には買い物支援、請求書の支払い管理および公共交通機関へのアクセスが含まれた。長期目標には、オンラインショッピングの方法およびシニアカーの運転を習得することが含まれた。

ジョージーは自分で買い物を続けたかったため、比較的重い商品について手伝うよう短期の買い物支援を導入した。請求書の支払いについてはジョージーの娘が手伝い、大半で直接自動引き落としができるよう設定できた。公共交通機関へのアクセスに関して、ジョージーは引き続き自分で町に出かけて、お気に入りの健康食品店や毎週の U3A クラスに行きたいと思っていた。自宅前の道路の突き当りにバスが通っていたため、ジョージーは公共交通機関の利用を提案した。アセスメント担当者は、時刻表のオプションを調べるのにいくらか時間を費やした。ジョージーが公共交通機関を最後に利用してから多くの年月が経っていたため、職員の支援を得て試験的に町へ出かけることに彼女は同意した。介護職員がこの試験的な外出に同行した。ジョージーは、お気に入りの専門店に行ったり U3A グループに参加できた。帰りは友人が自宅まで送った。2回のセッションの後、ジョージーは一人で外出できる自信を持った。

コンピュータ利用やオンラインショッピングの方法を学ぶため、ジョージーの娘はパソコンを設置し、またオンラインショッピングの利用方法を教えて母親を支援した。ジョージーがシニアカーを利用する際の安全性を評価するため、併設の OT へ紹介された。ジョージーは My Aged Care リエイブルメントのクライアントであり、また RAS が地域のヘルスサービスと共に手配したため、紹介は通常より早く行われた。ジョージーの進捗状況は、地域のケアコーディネーション会議を通じて毎週モニタリングされ、この会議にはアセスメントチーム、地域のサービス提供者および併設の OT が関わった。

ジョージーは引き続きバスを使い続け、現在は活動や買い物のために週 2 回利用している。友人の支援を受け入れられるようになり、他のイベントには車に乗せてもらっている。彼女はパソコンを使って健康生活レシピをグーグルで検索したり、友人にサンキュー・カードを印刷している。オンラインショッピングを使うのは苦手だが、2週間ごとに娘とランチデートの後、一緒に買い物を行っている。ジョージーは、これも娘と時間を過ごせる有意義な方法だと気づき、娘の支援を受け入れた。

ジョージーがシニアカーを利用する際の安全性については、視力や反応時間を理由に OT が懸念を示した。ジョージーは目の検査結果を待っているが、シニアカーを安全に運転するのは難しいかもしれない。この点についてジョージーは受け入れようとしているが、現在も社会活動を続けられることに満足している、と述べていた。

ジョージーが自身へ寄せる高い期待に配慮して対応することが、この計画の主要部分であった。彼女が上記の新たな課題を学んだりこなしたりするのに、時間が必要だった。他者からの支援を受け入れるのが難しい、と彼女は感じていた。このアウトカムを達成するのに、約 4 か月かかった。My Aged Care システムは、いかなるリエイブルメントの延長も認めないため、ジョージーがリエイブルメントに留まれる追加の時間を得られるよう、再アセスメントが行われた。

韓 国

6. 国際長寿センターから韓国国民健康保険公団への質問と回答

■韓国国民健康保険公団への質問（国際長寿センター 2019年8月）

国際長寿センター調査研究委員会では、以下について調査研究を進める予定です。

- ① 国の制度と各地域で進められる高齢者ケアとの関係および高齢者の状況のアセスメントについて
- ② 軽度者（フレイル状態の人、若干の支援が必要な人）のための自治体・医療職・介護職・住民が連携したシステムづくりについて
- ③ 地域ケアの定着と維持のための規制と実績評価などについて

【①関連】

<軽度者への対応、介護予防…制度について>

●日本の介護保険では軽度者にも非常に多くのサービスが用意されているが、韓国では中重度者が主な対象であると認識しています。韓国の介護保険では軽度者についてどのような政策をとっていますか。

●韓国の介護保険制度の中で、介護予防（「心身機能回復訓練」「活動の促進」「社会参加促進」など）のための制度はどのようなものがありますか。（日本では「ハイリスクの人に対応するアプローチ」から「自治体による住民参加を進めるポピュレーションアプローチ+ハイリスクアプローチ」「リハ職等の活用」に進んできています）

●軽度者に対する家事援助はあるか。どのように行われていますか。

<軽度者への対応、介護予防…具体的な取組について>

●軽度者支援の取組として、各地域でさまざまな地域のケア資源を活用したサービスや、サービス以前の助け合いを進めるために、どのような取組が行われていますか。（政府や自治体、各地域の住民組織や民間事業者の取組など）

●それらの取組は、本人の自立を目指したものとなっていますか。

●介護予防や重度化防止に対する住民の意識はどうか。住民の介護予防や社会参加に取り組む意欲を引き出すようなしかけ（インセンティブ）はありますか。

●敬老堂について、その現在の運用状況（法的位置付け、箇所数、参加状況、運営方法（地方自治体や住民の関わり方）、実施内容（プログラム））はどのようなものですか。敬老堂が果たしている役割や効果はどのようなものですか。デイサービスとの位置づけの違いは何ですか。

<（個々の支援対象者への相談支援、プラン作り、モニタリングを行う）ケアマネジメントについて>

●韓国には日本型のケアマネジャー制度はないと聞いています。軽度者に限らず利用者はどのようにサービス事業者を選びますか。また、韓国の介護保険において認定の際に申請者に示される「標準長期療養利用計画書」はサービス提供の際にどのような役割を果たしますか。

●軽度者へのケアマネジメント支援はどのように行われていますか。

●韓国でも「ケアマネジャー」制度を検討していると聞いています。現在の検討状況はどのようなものですか。

【②関連】

<連携について>

●韓国の介護保険制度と地方自治体が行う軽度者支援はどのように連携が行われていますか。

●韓国で医療介護連携はどのように進められていますか。

●軽度者支援の取組において、自治体と民間事業者の連携はどのように行われていますか。

●他職種連携や地域の関係者（関係機関）の連携を進めるための場（しかけ）はありますか。

【③関連】

<実績評価、その他>

●韓国のサービス事業者の評価、検査はどのように行われ、その結果はどのように活用されていますか。

●家族介護の問題。介護について実際の家族の負担はどのようになっていますか。実態はどうか。介護離職（家族や親族を介護するために、仕事を辞めること）の問題はありますか。

<軽度者に対する対応、介護予防制度>

（質問の1）日本に介護保険では軽度者に対するサービスが非常に多いですが、韓国ではほぼ重度の患者が中心の対象になると認識しています。

（韓国の老人長期療養保険では軽度者に対してどのような政策がありますか？）

老人長期療養保険制度の等級体系

- 老人長期療養保険制度が施行される当時は等級体系が1～3等級の重度者を中心に始まる。
 - －（2013.7.1）3等級の等級認定点数の引き下げ評価認定点数の引き下げ（53点→51点）
 - －（2014.7.1）長期療養等級体系の改編で1～5等級体系になり軽度の受給者まで拡大する。
 - －（2018.1.1）長期療養認定支援等級を導入し軽度の認知症患者まで拡大施行する。

○ 長期療養等級の区分

- － 長期療養等級判定委員会が6か月以上に一人で日常生活を営むのに支障が生じると認める場合、心身状態と長期介護が必要な程度など等級判定基準に基づいて以下のように受給者を判定する。


長期療養等級	内容
1等級	心身機能の障害により日常生活を営むのに完全に他人の援助が必要であり、長期療養認定点数が95点以上である者
2等級	心身機能の障害により日常生活を営むのにかなり他人の援助が必要であり、長期療養認定点数が75点以上95点未満である者
3等級	心身機能の障害により日常生活を営むのに部分的に他人の援助が必要であり、長期療養認定点数が60点以上75点未満である者
4等級	心身機能の障害により日常生活を営むのに一部分他人の援助が必要であり、長期療養認定点数が61点以上60点未満である者
5等級	認知症患者として（老人長期療養保険法の施行令第2条の規定による老人性疾患に限定）長期療養認定点数が45点以上51点未満である者
認知支援等級	認知症患者として（老人長期療養保険法の施行令第2条の規定による老人性疾患に限定）長期療養認定点数が45点未満である者

老人長期療養保険制度の給付内容

○ 長期療養給付の種類

- － 長期療養給付は大きく在宅サービス、施設サービス、特別現金給付に分けられ重なって利用することはできないが、特別現金給付（家族療養費）の支給対象者の場合は他の在宅サービス（福祉用具）は、追加して利用できる。

給付	詳細種類	主な内容
在宅サービス	昼夜間保護	受給者を一日のうち一定時間に、長期療養機関で保護し身体・認知活動支援や心身機能の維持・向上のため教育・訓練などを提供する（昼夜間保護施設内の認知症専担室を含む）
	訪問療養	療養保護士（介護職員）が受給者の家庭に訪問し、身体活動や家事活動などを支援する
	認知活動型の訪問介護	認知症専門教育を履修した療養保護士が認知訓練道具を活用し認知リハビリ活動を提供、洗濯物を畳む事、食事準備、個人衛生活動などの日常生活を受給者とともにやり、残っている身体・認知機能の維持・向上のために訓練を提供する
	訪問看護	看護師・看護助産士・歯科衛生士が医師・漢方医又は歯科医師からの訪問看護指示書に基づき受給者の家庭などを訪問し、看護・診療のサポート、介護に関する相談や教育・口腔衛生などを提供する
	訪問入浴	2人の療養保護士がお風呂の設備を備えた機器を利用して、受給者の家庭などを訪問し入浴サービスを提供する
	ショートステイ	受給者を一定期間、長期療養機関に保護して身体活動支援と心身機能の維持・向上のために教育・訓練などを提供する
老人介護施設	老人介護施設	長期療養機関に入所している受給者に対して身体活動支援と心身機能の維持・向上のために教育・訓練などを提供する（老人介護施設内に認知症専担室を含む） ※入所定員：10人以上
	老人療養共同生活家庭	長期療養機関に入所している受給者に対して家庭のような住宅環境で身体活動支援と心身機能の維持・向上のために教育・訓練などを提供する（認知症専担型の老人療養共同生活家庭を含む） ※入所定員：5～9人
別現金給付	家族療養費	<ul style="list-style-type: none"> 長期療養機関が非常に少ない島・僻地に住んでいる場合、天災地変・身体/精神または性格などに理由（老人長期療養保険法の施行令第12条2項に該当する場合に限る）で長期療養機関が提供する長期療養給付を利用しにくい認める者に支給する現金給付である。（家族などから訪問療養に相当程度の介護サービスを受ける場合支給） 家族療養費受給者として認められた者が、他の長期療養給付を利用するためには、国民健康保険公団に長期療養給付の種類・内容変更の申請が必要である。変更申請をせずに、他の長期療養給付を利用した場合、その給付費用はすべて自己負担になる。
その他の在宅給付	福祉用具	受給者の日常生活・身体活動の支援と認知機能の維持・向上に必要な用具を提供する

 等級別に利用可能な給付の種類

1等級	2等級	3等級	4等級	5等級	認知支援等級
在宅サービス又は施設サービス	認知症家族休暇制 一日訪問介護	在宅サービス			昼夜間保護サービス
特別現金給付（家族療養費）					
認知症家族休暇制；ショートステイ、その他の在宅サービス（福祉用具）					

- 長期療養1等級または2等級の受給者は、在宅サービスや施設サービスを利用することが可能であり、3～5等級の受給者は、在宅サービスを利用することができる。
- 3～5等級や施設サービスが必要な場合、長期療養給付種類の内容変更を申請することができる。

(質問の2) 軽度者に対する家事援助サービスがありますが、どのように行っていますか？(軽度者に対する対応、ケア予防に関する具体的な活動内容)

軽度等級及び利用可能な給付

- 軽度者の等級 (5 等級、認知支援等級)
- 5 等級：認知活動型の訪問介護、昼夜間保護、昼夜間保護施設内の認知症専担室
- 認知支援等級：昼夜間保護、昼夜間保護施設内の認知症専担室

家事援助サービス

- 家事や日常生活支援サービスは受給者本人に限られて提供すべきであり、1 回の訪問あたり最大 120 分以内で提供するように、長期療養機関に勧告している。

認知活動型の訪問介護

- (利用対象) 医師の診断書に認知症傷病がある場合又は最近 2 年以内に認知症の診療履歴がある 1～5 等級の受給者
- (提供方法) 認知活動型プログラム管理者が立てたプログラムの管理計画に基づいて認知症専門教育を履修した「認知症専門療養保護士」が提供する。
- 週 3 回、または月 12 回以上提供し、受給者ごとに 1 日 1 回限って 1 回 120 分以上 180 分以下に提供し、その中 60 分は、認知リハビリ活動を、残り時間は受給者の残存機能の維持・向上のための共に日常生活をする訓練を提供する。

昼夜間保護機関の認知活動型プログラム

- (利用対象) 1～4 等級の認知症受給者、5 等級及び認知支援等級者
- (提供方法) 認知活動型プログラム管理者が立てたプログラムの計画に基づいて、プログラム管理者、認知症専門療養保護士が提供する。

予防給付

- 受給者 (等級認定者) の予防給付種類は、現在は整えていない。
- 長期療養等級外判定者に対して評価判定の審議終了後、長期療養認定申請の結果通知書とともに地域保健福祉サービスの利用案内書の発送する。

<介護対象者（個別対象者）に対する相談支援、ケアプラン作成、モニタリングの実施、ケアマネジメントについて>

（質問1）韓国には、日本のようなケアマネージャー制度はないと聞いています。軽度者又は利用者はどのようにサービス事業者を選択しますか？そして韓国の療養保険から認定を受けた申請者に提供する「標準長期療養利用計画書」は、サービスを提供する時にどのような役割をしますか？」

給付利用の案内

- 長期療養等級判定の結果、初めて判定された受給者に対して長期療養認定書と標準長期療養利用計画書の内容について1：1の個別相談で説明を行う
 - （相談内容）最初の給付利用に必要な情報や手続きと方法などを案内し、受給者のニーズに合わせる給付利用に困難がないよう相談する。
 - （提供書類）長期療養認定書、標準長期療養利用計画書、福祉用具の給付確認書、給付利用パンフレット、長期療養機関の現況
 - （給付利用説明会）等級認定を受けた受給者の保護者に対して、給付種類及び利用手続き、費用、サービス利用時の留意事項、介護に必要な介護情報等を説明する。
- 長期療養機関の選択
 - 公団が提供する長期療養機関の現況、長期療養機関ホームページに掲載されている長期療養機関の情報や評価結果を確認して受給者または保護者が長期療養機関を選択しサービス利用契約を行う。
 - 受給者は長期療養機関とサービス利用契約の際に長期療養認定書・標準長期療養利用計画書・福祉用具の給付確認書を提示しなければならない。
 - 長期療養機関は給付契約を締結する時に受給者の長期療養等級、長期療養認定の有効期間、長期療養給付の種類と内容、標準長期療養利用計画書、自己負担金減軽に関する内容を確認しなければならない。

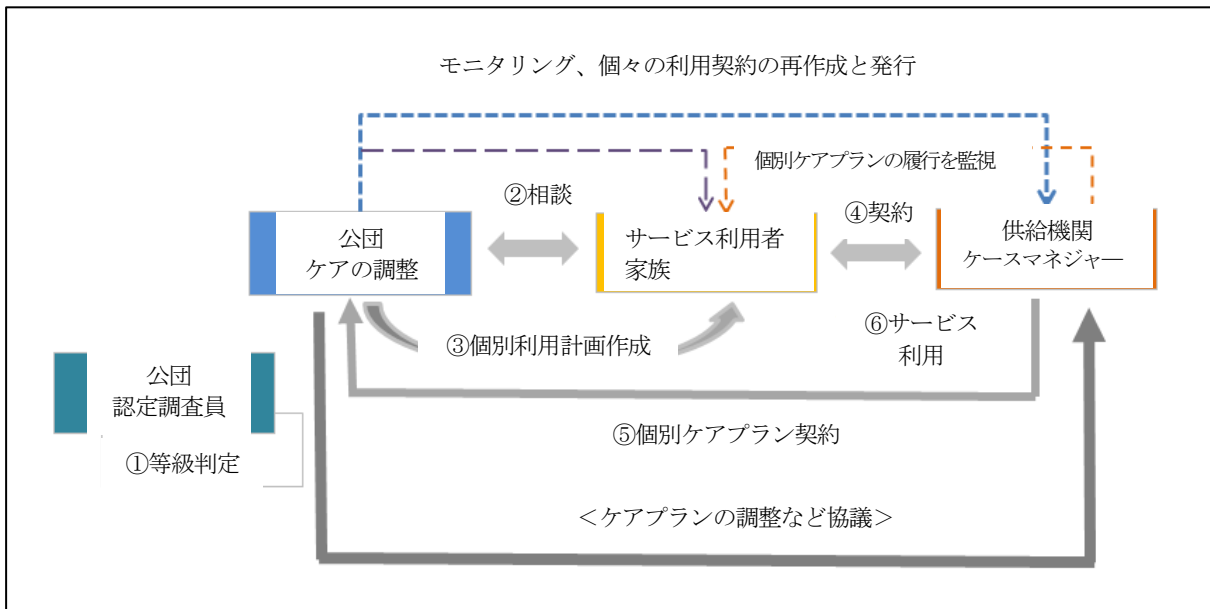
標準長期療養利用計画書（ケアプラン）

- 長期療養受給者が給付を円滑に利用できるように保険者が提供する個人給付利用計画書
 - 個人の心身状態、生活環境や受給者とその家族のニーズ・選択を総合的に考慮して、月限度額の範囲内で適正な給付を利用できるように作成する。
 - 受給者の意思と能力に応じて、できるだけ自立的な日常生活を営むことができるように作成し、受給者が家族と共に生活しながら介護を受ける在宅サービスを優先に利用するようにする。
- 長期療養給付利用時の標準長期療養利用計画書の役割
 - （受給者）長期療養給付利用の際に長期療養機関に提示する。
 - （機関）保険者の標準的な長期療養利用計画書をもとに、受給者のニーズ調査を実施し長期療養給付提供計画書を作成して受給者（保護者）の同意を得て公団に通知してからサービスを提供する。

□ 韓国のケアマネジメント

- 老人長期療養保険制度が導入される際に行政的のことでケアマネジメントが導入できなく、利用支援相談という狭義概念として受給者に情報の提供や案内・相談などを行う。
- 第2次（'18～'22年）の長期療養基本計画に長期療養等級判定とサービス利用の全過程を支援する韓国型ケアマネジメントを導入する。
 - 高齢者が住み慣れた地域でサービスが利用できるように、利用者別のオーダーメイド型長期療養の給付利用支援を強化する。
- （システム）公団「ケア調整者」と在宅サービス機関の「事例管理者」が連携し受給者ニーズに基づいた個別ケアプランを作成し事例管理を行う。
 - （公団のケア調整者）認定調査とアセスメント調査に基づいた「個別利用計画」を作成しサービス機関との協力を主導する。
 - （機関の事例管理者）公団の標準長期療養利用計画書をもとに、具体的で詳細な長期療養給付提供計画を作成する。

長期療養ケアマネジメント（案）



<研修・連携>

(質問1) 韓国では、医療とケアに関する研修はどのように行われていますか？

韓国のケアマネージャー教育 (研修)

- 公団（保険者）の従事者は、周期的な職務教育を通じて専門性の向上を行っており、老人性疾患・認知症に関する理解などが教育内容に含まれている。
- ケアマネジメントの導入によって、公団職員と長期療養機関の事例管理担当者の専門性向上のための研究を行っている。
- 研究結果をもとにして'20年度から、より体系的で専門的な教育課程を設けて実施する計画である。

<実績評価とその他>

(質問) 家族ケアについて、実際の家族負担と実態はどうですか？

ケアのお困りで離職（家族や親族を介護するために仕事を辞める場合など）の問題はありますか？

家族ケア

- (受給者の家族等である療養保護士) 家族の受給者への訪問介護を提供する場合、給付費用は毎月 20 日内で 1 日 60 分の算定する。
- (例外) 65 歳以上の療養保護士がその配偶者に訪問介護を提供する場合と認定調査票に「認知症」と表記されている場合、行動変化領域に告示で定めている問題行動; BPSD (4 つ項目) に該当する場合は 1 日 90 分・月 20 日を超えて給付費用の算定する。
- (家族療養費) 島嶼・僻地など長期療養機関が非常に少ない地域と保健福祉部長官が定めて告示する地域の居住者、天災地変などの理由で長期療養機関が提供する給付利用が困難な場合は、身体・精神・性格など、法が定める理由で家族から介護を受けるべき場合は長期療養等級に関係なく、月 15 万ウォンを支給する。

問：サービス提供者をどのように評価し点検するか

療養評価部

評価主体：保険者（国民健康保険公団）

- 保険者である国民健康保険公団が評価をすると老人長期療養保険法の第54条に明示

評価対象：地方自治団体（市・群・区）に指定された全ての長期療養機関

- 施設サービス機関：老人療養施設、老人療養共同生活家庭
- 在宅サービス機関：訪問療養、訪問入浴、訪問看護、昼夜間保護、短期保護（ショートステイ）、福祉用具

評価種類：定期評価と随時評価の実施

- 定期評価：全機関を対象とし3年ごとに実施する
 - 随時評価：定期評価の結果で最下位（Eグレード）機関に対し次年に再評価を実施する。
- ※休業、受給者の3人未満などで評価の対象から除外したり評価が不可能な機関に対しては定期や随時評価を実施しない

評価周期：3年

- 施設給付の全体→在宅給付（機関記号の偶数）→在宅給付（機関記号の奇数）

2018年	2019年	2020年	2021年
施設給付機関	在宅給付機関 (機関記号の端数が偶数)	在宅給付機関 (機関記号の端数が奇数)	施設給付機関

評価指標：5つの給付種類別に大分類領域で構成する

- 施設給付：老人介護施設；48個の指標、老人療養共同生活家庭；46個の指標

大分類	老人介護施設		老人療養共同生活家庭	
	質問項目	点数	質問項目	点数
計	48	100	46	97
機関運営	11	15	10	14
環境と安全	12	25	12	25
受給者の権利保障	4	11	4	11
給付提供過程	15	39	14	37
給付提供結果	6	10	6	10

○ 在宅給付：訪問介護；44の指標、訪問入浴；45の指標、訪問看護；42の指標、
 昼夜間保護；59個の指標、ショートステイ；54個の指標、福祉用具；32の指標

大分類	訪問療養		訪問入浴		訪問看護		昼夜間保護		短期保護		福祉用具	
	項目	点数	項目	点数	項目	点数	項目	点数	項目	点数	項目	点数
計	44	100	45	102	42	99	59	105	54	101	32	95
機関運営	13	21	13	21	11	18	16	24	16	24	8	16
環境と安全	3	8	4	9	4	9	11	18	11	18	5	19
受給者の権利保障	12	27	12	27	12	27	9	16	8	14	8	21
給付提供過程	10	31	12	35	11	35	18	36	14	33	6	24
給与提供結果	5	13	3	10	3	10	4	11	4	12	4	15
別途の点	1	5	1	4	1	4	1	4	1	4	1	3

評価方法および等級体系：絶対評価で5グレード（A～Eグレード）

評価方法	評価グレードと基準				
	A(最優秀)	B(優秀)	C(良好)	D(普通)	E(劣る)
絶対評価	90点以上 (大分類70点以上)	80点以上 (大分類60点以上)	70点以上 (大分類50点以上)	60点以上 (大分類40点以上)	D基準を満たしていない機関

評価運営：現場の評価

○ 評価者が長期療養機関と受給者の家庭を訪問し、1日現場を評価する

① 法的とサービス提供に関する書類の確認 ②施設環境など現場の確認 ③受給者サービス提供内容の観察と面談 ④従事者に対する緊急時の対応方法の周知と面談など

※ 訪問療養・訪問入浴・訪問看護は受給者の家庭を訪問しサービス提供の過程について受給者・従事者の観察および面接評価

評価者：国民健康保険公団の評価専門スタッフ+外部評価者（国民）

○ 公団評価担当職員2名+外部評価者1～2人

※ 2018年から外部評価者（国民）参加制を導入

評価結果の公表（公開）と活用

○ 老人長期療養保険ホームページや受給者に提供する長期療養機関の現況に公表（公開）

— 公開内容：評価グレード、評価指標の大分類領域別レベル、星印の数と換算点数

● 評価指標の分類別領域別レベル（領域別の獲得点数に応じて、最大5個まで★表記）

給付種類	区分	機関運営	環境と安全	権利と責任	給付提供過程	給付提供結果
訪問療養	2016	★★★★☆	★★★★★	★★★★☆	★★★★☆	★★★★★
	定期評価	83点	100点	84点	77点	95点

- 長期療養機関及び管轄市郡区に評価結果通知書を送付する。
- 評価を拒否した機関は老人長期療養保険のホームページに評価結果を「評価拒否」と表記し名簿を公開して管轄する市郡区に通報する。
- 長期療養機関の評価結果を老人長期療養保険のホームページに機関間の比較サービス機能を提供する。

評価結果のインセンティブとペナルティ

- インセンティブ（加算金の支給）

— 加算額：評価の前年度に審査支給を決定した公団負担金×加算割合

加算対象	評価	加算率	備考
上位 10%	A	2%	
上位 20%	A	1%	
福祉用具の上位 10%	A	1%	レンタルアイテムのみ
福祉用具の上位 20%	A	0.5%	レンタルアイテムのみ

- ペナルティ（指定第・指定更新要件の反映、2019.12.12）。
- 評価拒否などの評価履歴（指定）と、最近6年間の評価結果（指定の更新）を反映する

評価結果の事後管理

- (B～D グレードの機関) 事後管理（モニタリング）メンタリング制度の運営
- (E グレードの機関) 随時評価の前にオーダーメイド相談とコンサルティングを実施する。

7. 韓国のケアマネジメントプロセスに関する韓国国民健康保険公団からの回答

依頼事項：「韓国のケアマネジャーの業務機能表」への韓国の状況の記入（2020年1月）

質問票と回答：（要介護・要支援認定が行われ、サービスの準備が始まる段階から）

段階1 サービス提供開始にあたっての相談業務				
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADL はおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている
項目 1-1: 提供サービスを検討するにあたって、介護保険制度、ソーシャルサービスの説明	制度 長期療養保険制度 担当者 国民健康保険公団の職員	制度 医療保険制度 担当者 病院の職員	制度 老人福祉制度 担当者 自治体及び総合サービス提供機関のソーシャルワーカー	制度 特になし 担当者 特になし
質問: 制度説明の際に特定のサービス機関などを利することなく本人中心の考え方をどのように具体化しているか	回答 職員判断で提供	回答 特になし	回答 老人福祉事業のマニュアルに基づく https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp	回答 特になし
項目 1-2: 要介護認定後のサービス提供にあたってのサービス事業者の紹介、援助	制度 長期療養保険制度 担当者 国民健康保険公団の職員	制度 医療保険制度 担当者 病院の職員	制度 老人福祉制度 担当者 自治体及び総合サービス提供機関のソーシャルワーカー	制度 特になし 担当者 特になし
質問: 医療以外の長期介護、ソーシャルサービスの選択を誰がどのように判断しているのか	回答 本人または家族が判断	回答 本人または家族が判断	回答 本人または家族が判断	回答 本人または家族が判断
項目 1-3: 公的な制度以外の社会資源（ボランティアサービス、地域サークル等の情報提供、紹介	制度 長期療養保険制度 担当者 国民健康保険公団の職員	制度 医療保険制度 担当者 病院の職員	制度 老人福祉制度 担当者 自治体及び総合サービス提供機関のソーシャルワーカー	制度 特になし 担当者 特になし
質問: その際に本人自身による選択、本人のウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか（自立支援はどのようになされているか）	回答 本人または家族の判断で行い	回答 本人または家族の判断で行い	回答 本人または家族の判断で行い	回答 本人または家族の判断で行い
項目 1-4: 長期介護、ソーシャルサービス以外の制度、機関等への紹介、利用援助	制度 長期療養保険制度 担当者 国民健康保険公団の職員	制度 医療保険制度 担当者 病院の職員	制度 老人福祉制度 担当者 自治体及び総合サービス提供機関のソーシャルワーカー	制度 特になし 担当者 特になし
質問: 特定のサービス機関などに偏ることなく本人中心の考え方をどのように具体化しているか（公平性）	回答 特になし	回答 特になし	回答 特になし	回答 特になし

段階2 サービス提供にあたってのアセスメント				
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている
項目 2-1：サービスを検討するにあたっての面接の実施（自宅等への訪問）	制度 長期療養機関 担当者 ソーシャルワーカー	制度 医療保険制度 担当者 特になし	制度 老人福祉制度 担当者 自治体の職員	制度 特になし 担当者 特になし
質問：サービスを検討するにあたっての情報収集は誰がどのような方法やタイミングで行っているのか	回答 公団が提供する標準利用計画書を参考して長期療養機関のソーシャルワーカーが行っている	回答 行わない	回答 行わない	回答 特になし
項目 2-2：サービスを検討するにあたってのアセスメントの実施	制度 長期療養機関 担当者 ソーシャルワーカー	制度 特になし 担当者 特になし	制度 老人福祉制度 担当者 自治体の職員	制度 特になし 担当者 特になし
質問：サービスを検討するにあたってのアセスメントにおいて、ウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか（自立支援はどのようになされているか）	回答 長期療養機関の情報を参考して、療養保護士が提供する	回答 特になし	回答 行わない	回答 特になし
項目 2-3：支援の必要性の確認	制度 長期療養機関 担当者 ソーシャルワーカー	制度 特になし 担当者 特になし	制度 老人福祉制度 担当者 自治体の職員	制度 特になし 担当者 特になし
質問：援助の必要性の判断は誰が、どのような基準をもって実施しているのか	回答 長期療養機関のソーシャルワーカーと本人または家族の相談で決定する。サービス提供基準は法律的に提示している	回答 特になし	回答 老人福祉事業のマニュアルに基づく https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp	回答 特になし

段階3 ケアプランの策定、チームケア				
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADL はおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている
項目 3-1：サービス種別及び事業所の選択	制度 長期療養保険制度 担当者 本人または家族	制度 特になし 担当者 特になし	制度 老人福祉制度 担当者 自治体の職員	制度 特になし 担当者 特になし
質問：サービス種別及び事業所の選択において誰が情報提供しているか。その際に公正性はどのように確保されているのか	回答 健康保険公団で機関のリストのみを提供、本人または家族が事務所を選択	回答 特になし	回答 自治体の職員の判断によって決まる	回答 特になし
項目 3-2：サービス事業所への事前調整、紹介、情報提供等	制度 長期療養保険制度 担当者 本人または家族	制度 特になし 担当者 特になし	制度 老人福祉制度 担当者 自治体の職員	制度 特になし 担当者 特になし
質問：サービス事業所への事前調整においてウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか（自立支援はどのようになされているか）	回答 本人または家族が行う	回答 特になし	回答 行わない	回答 特になし
項目 3-3：ケアプラン原案作成、交付等	制度 長期療養保険制度 担当者 公団職員、長期療養機関職員	制度 特になし 担当者 特になし	制度 老人福祉制度 担当者 総合サービス提供機関のソーシャルワーカー	制度 特になし 担当者 特になし
質問：課題や目標、サービス内容においてウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか（自立支援はどのようになされているか）	回答 公団が提示する計画書に基づいて機関でサービス提供と関わる計画を策定する	回答 特になし	回答 ソーシャルワーカーの判断に基づいて行う	回答 特になし
項目 3-4：サービス担当者会議の実施	制度 長期療養保険制度 担当者 公団職員	制度 特になし 担当者 特になし	制度 老人福祉制度 担当者 総合サービス提供機関のソーシャルワーカー	制度 特になし 担当者 特になし
質問：他の機関との連絡調整について自立支援に向けて誰がどのように調整しているのか	回答 必要によって、公団が連絡調整を行う	回答 特になし	回答 行わない	回答 特になし

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等				
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている
項目 4-1：モニタリング（サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況のチェック）	制度 長期療養保険制度 担当者 公団職員、長期療養機関職員	制度 特になし 担当者 特になし	制度 老人福祉制度 担当者 総合サービス提供機関のソーシャルワーカー	制度 特になし 担当者 特になし
質問：支援の実施や頻度について、誰がどのように評価しているか（ウェルビーイング確保、リエイブルメント実施の視点で）	回答 長期療養機関のソーシャルワーカーが月1回訪問し、サービス提供内容を確認する	回答 長期療養機関のソーシャルワーカーが月1回訪問し、サービス提供内容を確認する	回答 ソーシャルワーカーが担っている	回答 長期療養機関のソーシャルワーカーが月1回訪問し、サービス提供内容を確認する
項目 4-2：すでに実施されているサービスの変更、調整	制度 長期療養保険制度 担当者 公団職員、長期療養機関職員	制度 特になし 担当者 特になし	制度 老人福祉制度 担当者 総合サービス提供機関のソーシャルワーカー	制度 特になし 担当者 特になし
質問：サービス変更時には誰が、どのような理由で行っているのか	回答 長期療養機関のソーシャルワーカーが本人または家族、療養保護士の意見を聞き、サービス変更などを行う	回答 長期療養機関のソーシャルワーカーが本人または家族、療養保護士の意見を聞き、サービス変更などを行う	回答 ソーシャルワーカーが担っている。本人または家族の希望に合わせて実施	回答 長期療養機関のソーシャルワーカーが本人または家族、療養保護士の意見を聞き、サービス変更などを行う
項目 4-3：支援計画記録の作成	制度 長期療養保険制度 担当者 長期療養機関職員	制度 特になし 担当者 特になし	制度 老人福祉制度 担当者 総合サービス提供機関のソーシャルワーカー	制度 特になし 担当者 特になし
質問：記録の活用（公正性の確保やウェルビーイング確保、リエイブルメント実施＜自立支援＞にむけて）	回答 特になし	回答 特になし	回答 特になし	回答 特になし
（質問）支援ケアプランに対する評価は誰が、どのような基準で行っているのか（QOL向上、GP 訪問回数減など）	回答 特になし。ただ、公団の利用支援業務を担っている職員が必要によって訪問し、その内容を把握している	回答 特になし	回答 特になし	回答 特になし

段階5 その他 周辺業務(以下、制度上は日本のケアマネジャーの責任意務ではないが事実上サービスが行われている事項)							
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。認知症なし、配偶者あり	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。認知症なし、配偶者なし	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。認知症あり、配偶者なし	骨折による急性期認知症なし、独居	ADLはおおむね自立だがIADLに問題がある認知症あり、独居	ADLはおおむね自立だがIADLに問題がある認知症なし、独居	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている。配偶者は軽度の障害がある
	以下の枠内に貴国では誰が主に行っているかをご記入ください。						
5-1 住宅改修への支援	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし
5-2 GP、ホームドクターへの情報提供、受信支援	本人または家族	本人または家族	本人または家族	本人または家族 ---	本人または家族	本人または家族	本人または家族 ---
5-3 病院への情報提供、カンファレンス出席(入退院時)	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし
5-4 障がい分野に関する利用手続き支援	本人または家族	本人または家族	本人または家族	本人または家族	本人または家族	本人または家族	本人または家族 ---
5-5 公的扶助に関する支援や利用手続き	自治体	自治体	自治体	自治体 ---	自治体	自治体	自治体 ---
5-6 民間サービス、ボランティアによるサービス等の手続き支援	本人または家族	本人または家族	本人または家族	本人または家族	本人または家族	本人または家族	本人または家族
5-7 住居に関する支援や利用手続き支援	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし
5-8 公共料金等の支払い等への対処、アドバイス	特になし	特になし	特になし	特になし ---	特になし	特になし	特になし
5-9 消費トラブルに対する支援	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし
5-10 訪問時に対象者の支援(至急必要なものの買い物、着替え)を行う	療養保護士	療養保護士	療養保護士	特になし	療養保護士	特になし	特になし

令和元年度
軽度者に向けた支援についての制度運用に関する
国際比較調査研究 報告書

令和2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