

貸出用

海外社会保障研究

SPRING 2008

No.162

特集：地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向

特集の趣旨	高橋 紘 士	2
我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題	川 越 雅 弘	4
イギリスにおける地域包括ケア体制の地平	多田羅浩三	16
フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向 —在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に—	篠 田 道 子	29
オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題	廣瀬真理子	43
デンマークの高齢者福祉政策をささえるもの	関 龍 太 郎	53
カナダ東部の地域包括ケアシステムの現状と課題	和田 耕 治・鹿熊 律 子・川 越 雅 弘	67
高齢者ケア評価チームを中心としたオーストラリアの高齢者ケアの概観と 医療との連携の現状	瀬間あずさ	76

海外社会保障研究

SPRING 2008

No.162

国立社会保障・人口問題研究所

特集：地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向

趣 旨

地域包括ケアシステムという概念はもともと、公立みつき総合病院の山口昇医師が広島県御調町(当時)での医療福祉の連携について述べた概念が始まりである。

脳溢血や心筋梗塞で入院した高齢者が退院し、在宅復帰後ほどなく「ねたきり」となり再入院するケースが目立つのに対し、御調町は1975年から看護や医療を家庭に「出前」するサービスを開始し、さらに町の保健福祉部門を病院内の健康管理センターに統合する組織改革を1984年に実施した。このころから、御調町の保健医療福祉の総合化による「寝たきりゼロ作戦」にむけた実践を「地域包括ケアシステム」と命名することになった。

このような保健医療福祉の包括的サービスの実践から、サービス提供組織の組織統合としての「システム構築」が実現できたのは、これを運用する、山口医師をはじめとする政策および実践の担当者の見識とこれにかかわる専門職の力量、そして、これを実現可能な、国民健康保険直営診療所という一元的な医療提供体制に、町の保健福祉行政を統合することができる組織的条件があったからにほかならない。

このような「地域包括ケアシステム」を、医療と福祉の多元的なサービス提供の体制のなかで一般化させ、政策的な標準として実現するためには、我が国では介護保険制度の確立を経て、なお20年の歳月が必要であった。ようやく、今回の介護保険制度改革にあたって、厚労省老健局が組織した高齢者介護研究会が2003年にまとめた「2015年の高齢者介護」で「地域包括ケアシステム」の構築が提言され、この概念が普遍化するに至った。その後、介護保険制度改正で、「地域包括支援センター」が制度化され、介護療養病床の廃止に対応するための「地域ケア整備指針」の策定が義務づけられた。これらの政策により、「地域包括ケアシステム」構築への政策方針が具体化した。

このような、保健医療福祉の統合による「包括的」な支援体制構築への一連の流れは、「長期ケア」(long term care)の一般化に伴って、他の国々でもそれぞれの個性的な制度発展のなかにおいて、普遍的にみられるようになった現象である。

例えば、OECDの1996年の報告書^{注)}では、医療、看護、リハビリテーションを含む「医療」と、身体介護、家事援助、生活援助、社会参加を含む「社会的ケア」を統合して、「長期ケア」として概念化するようになった。この場合、「長期ケア」という概念は虚弱高齢者のみならず、精神疾患の罹患者および身体・知的障害者へのケアを包含するより広範な概念として理解されていることに注意を払う必要がある。

このような長期ケアの概念が、実践および制度体系として確立していくためにはどのような条件が必要なのか。本特集では主として、「虚弱高齢者」の長期ケアを念頭にイギリス、オランダ、フランス、デンマーク、カナダ、オーストラリアなどの諸国と、我が国の状況を取り上げて検討を行った。

第1に、長期ケアの制度的枠組みについて、オランダ、フランスのような保険制度とこれを補足する租税財源による制度のいわば二元的な制度と、租税財源による一元的制度の枠組みによる制度体系に大別される。後者についても「医療」と「社会ケア」の統合の度合いと分節化の度合いでさまざまな形態がみられる。

第2に、長期ケアを地域ケアとして再組織化しようとする潮流がメインストリームとなってきていることが容易に見て取れる。そのために合併等を含め市町村機能を強化し、新たなサービス調整機能を地域ケアセンター等によって再編しようとするのが大きな動向である。たとえばイギリスにみる「地域主義」、デンマークの、施設の廃止および市町村による総合的運営基盤の確保という流れにみることができる。

第3に、入院日数の削減と医療費高騰への抑制策としての地域ケアへの転換が論点となる。カナダにおける地域ケアセンターはそのような任務で一元的機能を果たしているといえるし、フランスの在宅入院制度もまさに、在宅を病床とみなし、集中的ケアマネジメントを実施するという継続的ケアを実現する制度であると端的にみることができる。

第4に、この在宅生活を中心とする地域ケアへの転換はなにより高齢者の生活の質(QOL)の実現という理念によるものでもある。デンマークの高齢者三原則をはじめとして、生活の質という視点からの包括ケアの実現への道筋が求められている。

第5に、地域包括ケアの実現にあたっては多職種の協働が重要である。アセスメントからサービスの提供に至るプロセスで、医療、看護、介護、ソーシャルワーカーの各職種の連携と協働体制の確立がとりわけ重要である。医療ケアでは看護師の権限の確立が大きな流れである(イギリスの処方権の付与、フランスの開業看護師など)。また、オーストラリアのアセスメントチームにおける多職種協働などのあり方も注目される。

第6に、地域包括ケアの実現にあたって、サービス手法および連携の手法の開発が課題となる。サービス現場における研修、研究がカナダの地域ケアセンターでは取り組まれている。また、地域の医療関係者との協働の課題が多く、多くの国で報告されている。医療と社会ケアを統合した長期ケアの実現にあたって、それぞれの多職種協働の実現化とこれを可能にする職員の資質の獲得、職務の再編および協働手法の開発についてどのように考えるのかは重要な課題である。

最後に、我が国では、今後の急速な後期高齢層の絶対数増加と人口減少社会のなかで、長期ケア資源の再配分が、30年間にわたって絶えず制度改革を伴いながら進行せざるを得ない。医療保健福祉のそれぞれの制度と専門職には、これまでの歴史を背負った改革阻止型の体質が深く身に付いているといえるかもしれない。制度変革と意識改革、長期ケアニーズのサービス組織および手法の改革を同時並行的に実施しなければならないという困難な課題への挑戦にあたり、理念と手法を象徴した概念が「地域包括ケアシステム」であるといえよう。その意味で本特集において検討した各国の経験は大きな参考になる。

注)

太田貞司「第1章 地域包括支援センターの理念と現実」

高橋紘士編『地域包括支援センター実務必携』, pp.42-43, オーム社, 2008

(高橋紘士 立教大学大学院教授)

我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題

川越 雅弘

■ 要約

現在、「地域」という枠組みの中で、医療機関間や医療・介護間の機能分化・機能分担の明確化による効率的なサービス提供の促進、施設間および職種間の連携強化による切れ目のない医療・介護サービス提供とそれによる利用者の生活の質（QOL）の向上を目指した制度改革が進められている。

これを現場レベルで実効ある形で推進するためには、財源論を主体とするのではなく、多職種の専門性を尊重する（発揮する場を提供する）とともに、各人のレベルアップが図れる（実感できる）仕組みを内包した形でのサービス提供体制の構築を目指すべきである。

この具体的ツールが、多職種の役割の明確化を図るケアカンファレンス（CC）を必須としたケアマネジメントである。これに、主治医機能と地域包括支援センターなどが行う地域資源の再編や開発が連動すれば、高齢者の生活を柔軟に継続支援可能な地域包括ケアシステムが構築されるものと考えられる。

■ キーワード

地域医療連携、医療計画、機能分化・連携、地域包括ケア、ケアマネジメント

I はじめに

今後20年にわたる後期高齢者の急増が予想される中、高齢者の生活の質（quality of life：以下、QOL）の維持・向上と、高齢者医療・介護費用の適正化の両者を如何に達成するかが重要な政策課題となっている。こうした中、2006年6月、平均在院日数の短縮等を通じた医療費の適正化、社会的入院の是正を目的とした療養病床の再編成、後期高齢者医療制度の創設等を含んだ医療制度改革関連法案が、また、2005年6月、制度の基本理念である「自立支援」「尊厳の保持」を基本としつつ、予防重視型システムへの転換や新たなサービス体系の確立（地域密着型サービスや地域包括支援センターの創設等）による制度の持続可能性を高めることを目的とした介護保険法改正案が可決・成

立した。

法律改正や報酬改定がほぼ同時期に行われたため、現場にとって非常に大きな制度見直しとなったが、両制度見直しの根底にある基本的方向性は、「地域」という枠組みの中での、医療機関間や医療・介護間の「機能分化・機能分担の明確化による効率的なサービス提供の促進（費用の適正化）」であり、「施設間および職種間の連携強化による切れ目のない適切な医療・介護サービスの提供とそれによる利用者のQOL向上」である。地域連携パスの構築や退院前ケアカンファレンス（以下、CCと略）の実施に対する報酬設定、在宅療養支援診療所の新設、介護保険へのケアマネジメント手法や多職種協働システム（専門職間の機能分担と連携の仕組み）の導入、地域包括支援センターの新設なども、これらの考え（目的）を実現するための支援

ツール（手段）であるという認識を持つ必要がある。

さて、今回の医療・介護制度改革は、地域という枠組みの中での互いの機能分担の明確化と連携強化をもとに、適正な給付の実現と制度の持続可能性の確保を図ったものと言えるが、医療・介護関係者にとっては大きな意識改革・業務改革を求められるものであったため、現時点で十分に機能しているとは言い難い。

そこで、本稿では、まず、地域包括ケアに関連する部分を中心に、今回の両制度改革のポイントについて概観する。次に、地域包括ケアシステム構築を先進的に進めている広島県尾道市の取り組みを解説するとともに、その成功要因について言及する。また、我々が現在行っているケアマネジメント事例研究をもとに、地域包括ケアの重要な要素であるケアマネジメントの現状と課題について言及する。最後に、実効ある地域包括ケア構築に向けた対策について私見を述べる。

Ⅱ 2006年医療制度改革のポイント ～地域医療連携の推進～

社会保障審議会医療部会は、2005年12月に医療提供体制に関する意見を発表した。これは「患者の視点に立った、患者のための医療提供体制の改革」を基本的考えとしつつ、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅医療への切れ目のない良質で効率的な医療を提供しながら費用適正化を図る仕組みを、地域をベースとして再構築するというものであった（医療機関完結型から地域完結型の医療提供体制への転換）。また、医療機能の分化と連携、医療・介護間の機能分担と連携を推進するため、①医療計画 ②診療報酬評価 ③在宅療養拠点の評価 ④情報開示 の観点からさまざまな対策が講じられた。以下、その概要を解説する。

1. 医療計画の見直し

医療計画制度の見直しは、厚生労働省医政局に設置された「医療計画の見直し等に関する検討会」において検討された。その中で、同会は、医療提供サイドの視点、量的な視点、医療機関の階層型連携を念頭に置いた視点で構想されたこれまでの医療計画を、患者を中心とし、かつ、医療機能を重視した形での柔軟なネットワーク型連携へと転換することを提案した。求めたのは、患者の病期に着目し、地域にある医療機関、介護サービス提供者、行政などのそれぞれの有する機能を最大限発揮しながら、一人の患者に関与していくという地域完結のネットワーク型連携である（図1）。

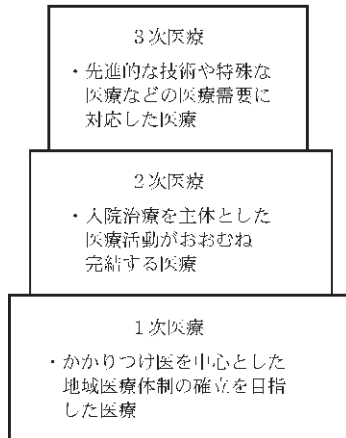
こうした流れを受け、各都道府県は、4疾病および5事業¹⁾について、地域の医療連携体制を構築するとともに、地域の実情に応じた各医療機関の機能分担と連携の状況（具体的な医療の流れとその担当）を医療計画に明記すること、さらに、計画策定だけでなく、その後の進捗状況を評価し、適宜計画を見直すといった事業マネジメントも求められることとなった。

2. 診療報酬上の評価

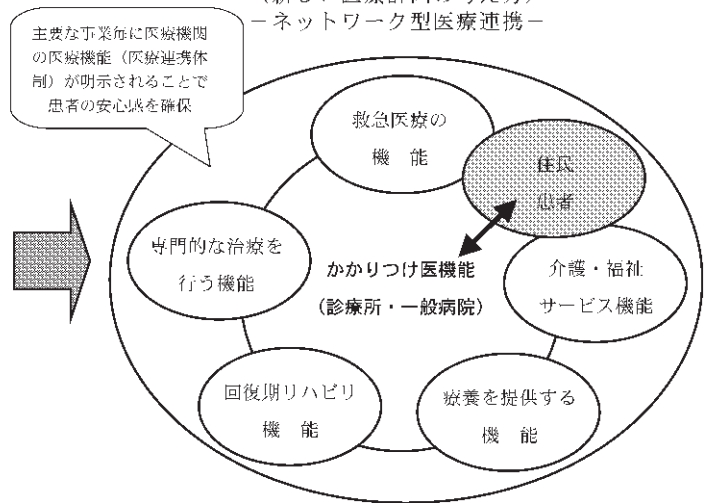
(1) 退院時共同指導に対する評価

不安が大きい退院前後の支援の継続性を確保することは、高齢者やその家族にとって非常に重要なことである。そこで、2006年報酬改定において、入院中の医療機関の医師や看護師等と、退院後の在宅療養を担う医療機関の保険医が、患者の同意を得た上で、退院後の居宅における療養上必要な説明および指導を共同で行う行為を評価するため、地域連携退院時共同指導料1・2が新設された²⁾。また、共同指導に、退院後に訪問看護を担当する訪問看護ステーションの看護師等がかかわった行為を評価するため、地域連携退院時共同指導加算³⁾も新設された。

(これまでの医療計画の考え方)
 - 階層型医療連携 -



(新しい医療計画の考え方)
 - ネットワーク型医療連携 -



出典：日本医事新報 (2005.9.17)、No.4247、p.3 より引用、一部改変

図1 新しい医療計画の考え方 (概念図)

(2) 地域連携診療計画作成に対する評価

急性期から回復期、慢性期を経て在宅医療への切れ目のない良質で効率的な医療を提供するためには、複数の医療機関間で診療計画を共有化しておく必要がある。2006年報酬改定においては、大腿骨頸部骨折に対する地域連携診療計画作成を評価するため、地域連携診療計画管理料および地域連携診療計画退院時指導料⁴⁾が新設された。

(3) 「多様な住まい」への外部医療サービスに対する評価

療養病床再編の流れの中、医療ニーズを伴う多様な住まいの居住高齢者に対し、必要な医療を適切に確保する必要性が生じてきた。そこで、今回、末期の悪性腫瘍の特定施設⁵⁾入居者に対し、在宅療養支援診療所の医師が同意を得た上で、計画的な医学管理のもとに月2回以上の訪問診療を行った場合に在宅時医学総合管理料および在宅患者訪問診療料が、また、特別養護老人ホーム (以下、特養) の末期の悪性腫瘍の患者に対しては、在宅療養支援診療所の医師が訪問診療を行う場合、また

はその指示に基づき訪問看護を行う場合にその費用が算定可能となった。

3. 在宅療養支援診療所の新設

2006年の制度改正で、地域における患者の在宅療養提供の主たる責任を有し、必要に応じてほかの医療機関、訪問看護ステーション、薬局等との連携を図りつつ、24時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有する診療所として、在宅療養支援診療所が位置づけられた。なお、ケアマネジャーとの連携が、同診療所の届出要件の一つとなっている。

4. 医療機能に関する情報提供の推進

2006年の医療法改正により、住民・患者による医療機関の適切な選択の支援を目的とした医療機能情報提供制度が創設された。これは、医療機関から報告された情報を都道府県が集約し、住民・患者に対してインターネット等を通じて地域の医療機能に関する情報を提供するという制度である。

提供情報の内容は、診療科目・診療時間などの基本情報だけでなく、差額ベッド代の費用、人員配置、医療連携体制に対する窓口設置の有無など、幅広いものとなっている。2007年度から準備を開始し、2008年度中には完全運用を開始する予定である。

III 2006年介護制度改革のポイント ～地域包括ケア体制の強化～

2005年6月に成立した改正介護保険法は、給付の重点化・効率化により、制度の持続可能性の確保を図るとともに、地域における包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築、施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担と連携強化など、地域包括ケア体制の強化を目指したさまざまな内容が盛り込まれたものとなった。以下、その概要を解説する。

1. 地域包括ケアシステムという概念の導入

住み慣れた「地域」で、要介護者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとするさまざまな支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要である。この考えに従って、介護保険で導入したケアマネジメントや多職種協働などのツールを活用した形での地域包括ケアシステムの確立の必要性を最初に打ち出したのが、2003年6月に公表された高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立について～」である。

これまでのように、「施設」か「在宅」といった二元論を中心として、各々の世界の中での最適化を図るのではなく、介護施設、居住系サービス、高齢者住宅、自宅をも含めた地域における「多様な住まい」に居住する高齢者に対し、療養場所を

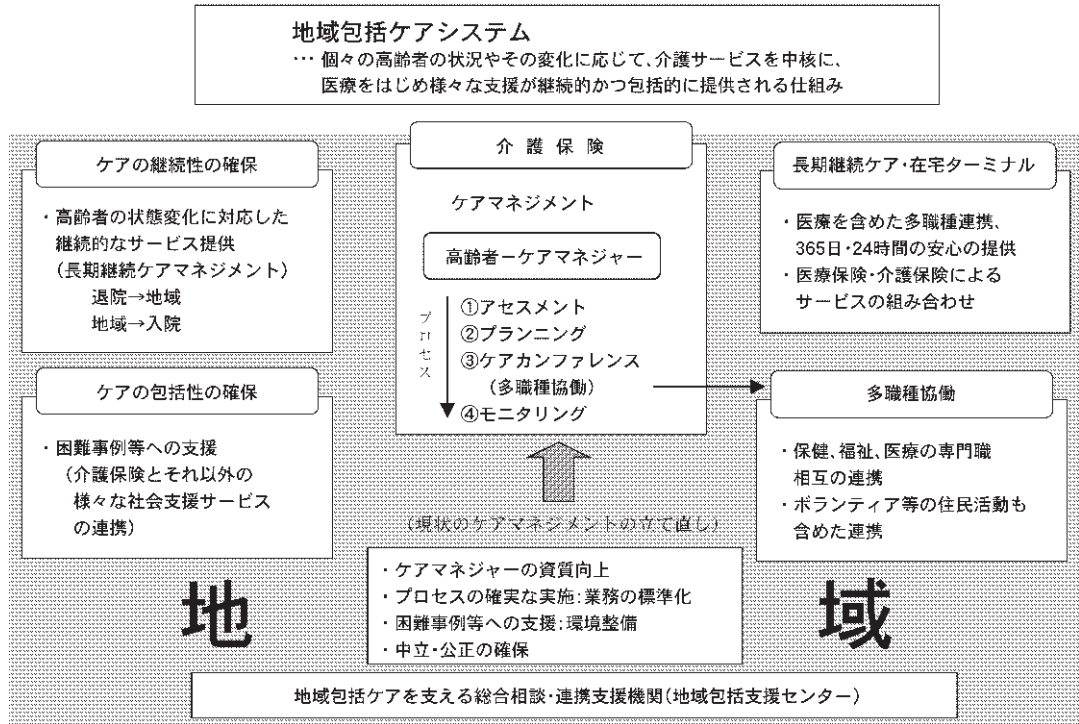
問わず、必要な医療・介護・生活支援サービスを継続的・包括的に提供するシステムの構築を目指したものである。この考え方が、2006年の介護制度改革の目玉の一つである地域包括ケアの推進に、また、それを支える中核機関としての地域包括支援センターの創設につながったのである。

2. 地域を対象としたマネジメント拠点の整備

高齢者介護研究会の提言を踏まえ、地域包括ケアを支える中核機関として、①総合相談・支援 ②虐待防止・早期発見および権利擁護 ③包括的・継続的ケアマネジメント支援 ④介護予防ケアマネジメントなどの機能を担うために設置されたのが地域包括支援センターである。特に、包括的・継続的ケアマネジメント支援機能では、医療機関、在宅主治医、ケアマネジャーの連携体制の構築を支援することにより、退院前CCなどを通じた円滑な退院支援が行われることが期待されている。これに関連して、ケアマネジャーが退院・退所時において、入院・入所機関との連携を行った上で新規にケアプランを作成した場合、通常の新規のケアプラン作成費より高い報酬が設定されるなど、ケアマネジャーの退院時支援への関与を促す仕組みも導入されている。

また、高齢者の生活を包括的・継続的に支えるためには、利用者、地域住民、介護サービス提供者、医療関係者、各種関係団体、民生委員、NPO法人、インフォーマルサービス関係者、権利擁護・相談関係者などの人的ネットワークの構築と状況に応じた適切な役割分担と活用が必要となる。このようなネットワーク構築も、同センターの重要な役割である。

これら期待される役割を、センターの構成員である社会福祉士、保健師等、主任ケアマネジャーのチームアプローチで対応するという形式をとっている。



出典：社団法人日本社会福祉士会地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会編集（2006）『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』p.3 を一部改変

図2 地域包括ケアシステム

3. 多職種協働の目標の明確化

地域医療連携は、主に医療従事者間の連携であり、治療目標の共有化を図りやすい状況にある。一方、多様なニーズを抱えた高齢者の地域生活を支援する地域包括ケアでは、保健・医療・福祉などによる多職種協働が求められるが、使用用語、用語に対する理解度、これまでの教育体系などが大きく異なるため、目標の共有化を図ることは容易ではない。

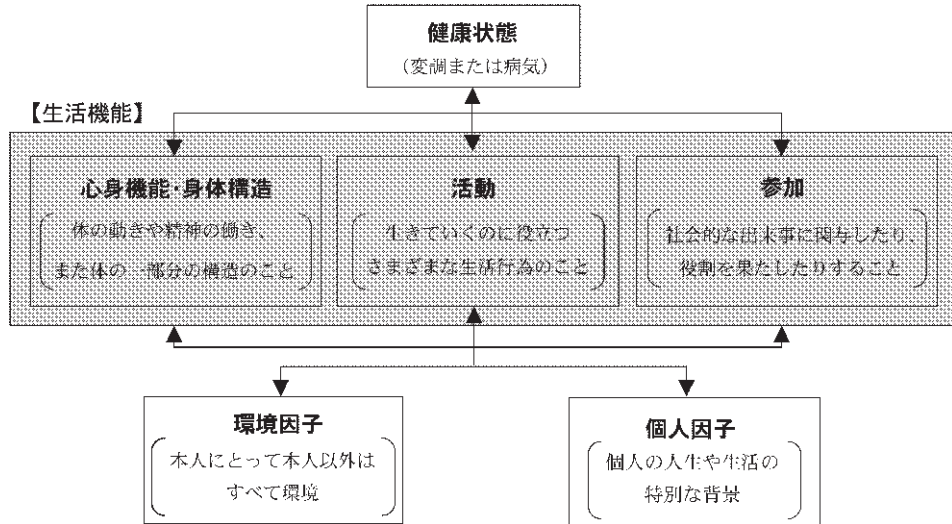
そこで、今回、高齢者に対するサービスやマネジメントの目指す目標（何をゴールとするか）が「生活機能の維持・向上」と設定された。これは、心身機能・身体構造、活動、参加で構成される「生活機能」と、これに影響を及ぼす健康状態、環境因子、個人因子を包括的に評価した上で、障害因

子除去やサービス介入を行い、生活機能が維持・改善されたかをモニタリングしながら、サービスやケアマネジメントの質の向上を継続的に目指すことを意図したものである。

4. 施設等における医療との連携強化

2006年の介護報酬改定では、グループホーム入居者の健康管理や医療連携体制の強化を図るための、看護師の確保（訪問看護ステーションとの契約でも可）や看護師による24時間連絡体制の確保が、また、特養入所者の重度化に対応した、看護体制や夜間の24時間連絡体制の確保、ターミナルケアの実施が評価された。

今回の地域包括ケアの構築に関連する医療・介



出所：障害者福祉研究会編集『ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版—』P.17 を一部改変

図3 ICF の生活機能モデル

護制度改革のポイントを以下にまとめる。

- 地域という概念を提示するとともに、その空間での療養の継続性を確保するため、包括的かつ継続的なサービス提供体制の構築を目指したこと
- 平均在院日数の短縮化、患者・家族の退院後の生活に対する不安軽減を図るためには、退院を行いやすい環境整備が必要となる。そこで、地域包括支援センターやケアマネジャー、在宅療養支援診療所の医師などを活用し、退院前CCの実施などによる円滑な退院支援（サービスの継続性・包括性の確保）や24時間対応が行える体制の強化を図ったこと
- 今後の後期高齢者や一人暮らし高齢者の急増、療養病床の再編成などに対応するためには、多様な居住の場を確保する必要があるが、そこで必要な医療は、外部から提供可能とする仕組みを導入したこと（ただし、医療の必要性の判断、医療に関するマネジメントを誰がどのように担うかは今後の課題）

- 多様なニーズを有する高齢者の生活を支援するための、人的ネットワーク（保険以外のサービスを含む）の構築（地域作り）を担う拠点を留意したこと

Ⅳ 先行事例から学ぶ地域包括ケアシステム構築のポイント

地域医療連携に関しては、連携構築の中心となる機関が病院か診療所かの差はあるものの、先行事例は散見される。ただし、地域医療連携に、保健・福祉・介護との連携も含めた形での地域包括ケアの構築事例は少ない。その代表的事例が、広島県尾道市の公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステムであり、同市医師会を中心に主治医機能⁶⁾とケアマネジメント機能を融合させた形で展開した地域包括ケアシステムである。

本章では、地域包括ケアシステム構築に関するインタビューならびに退院時CC等の実態調査を実施した後者の事例について、これまでの取り組

みの経緯に沿った形で解説するとともに、その成功要因について言及する。

1. 基本理念の明確化

尾道市は、2005年3月に御調町・向島町、2006年1月に因島市・豊田郡瀬戸田町と合併し、2007年12月末現在、人口15.1万人、65歳以上高齢者4.3万人、高齢化率28.6%と、高齢化が進んだ地区である。

このような医療圏特性を踏まえ、医師および医師会としてどのような対応が必要かを考えた上で、1994年に策定されたのが、7つの柱から成り立つ「尾道市医師会高齢者医療ケアシステム整備・基本コンセプト」である⁷⁾。

このコンセプトにおいて、「主治医機能」を最も重要な位置づけとし、この機能を最大限に発揮できる環境整備が地区医師会の役割であること、また、高齢化率の高い医療圏で、最大限に主治医機能を発揮するには、地域において、多職種協働による包括的・継続的なサービスが柔軟に提供できるシステム作りが必要であるとの方向性を明示した。また、多職種協働を実効ある形で進めるためには、関係者間の共通認識の醸成が不可欠と考え、医師を含めた多職種が参加する系統的な講演会の開催を行った。これ以後のさまざまな取り組み(例えば、急性期病院との退院前CCへの取り組み、社会福祉協議会・連合民生委員児童委員協議会・公衆衛生推進協議会との連携など)は、すべてこのコンセプトに沿って進行しているものである。

介護保険制度が開始される6年も前から、長期的視野に立って基本コンセプトを策定し、それに沿って着実に一つ一つの課題を解決してきた結果として、今日の非常に柔軟性の高い尾道方式(地域医療連携とケアマネジメントの融合による包括的・継続的サービス提供モデル)が結実し、さらに、認知症の早期発見・早期対応プロジェクト⁸⁾やエンジェル・プランなどに発展していることは、

特筆すべきことである。

このことは、如何に関係者が納得できる基本理念を構築できるか、また、その理念に沿って、具体的な地域での活動を長期にわたって推進できるかが、地域作りでは重要であることを如実に物語っていると言えよう。

2. 主治医機能を発揮するための環境整備の推進

前述したように、尾道方式では、「主治医機能」が非常に重要視されている。一人一人の医師が最大限の能力を発揮することが、地域における医療の総合力の向上につながるという信念に基づいたものであるが、これを支援するため、さまざまな取り組みがこれまで実施されてきた。その一つが、1990年、救急時の対応を支援するために3中核病院と設置した「尾道市医師会救急蘇生委員会」である。これは、その後の地域医療提供体制の整備のきっかけとなったものである。

また、在宅医療を介護サービス面から支援すべく、1994年には医師会内に高齢者関連事業の設置準備委員会を発足させ、その後、1995年には訪問看護ステーションを、1997年には介護老人保健施設・在宅介護支援センターを、1998年には24時間365日対応のホームヘルパーステーションを、1999年にはケアマネジメントセンターを開設している。

さらに、2002年には社会福祉協議会と、2004年には連合民生委員児童委員協議会と、2006年には公衆衛生推進協議会との連携を強化するなど、「主治医機能を介在させる形での高齢者の包括支援体制」が年々拡大し、今日に至っているのである。

3. ケアマネジメント概念/手法の理解の徹底

さまざまな障害を抱える高齢者に対しては、医療と介護のサービスが過不足なく一体的に提供されることが望まれる。これを実現するためには、主治医機能と併せて、医療と介護をつなぐケアマ

ネジメント機能の充実が必要不可欠である。

ところで、ケアマネジメントは、アセスメント過程～合意形成を経た上でのケアプラン作成過程～モニタリング過程で構成されるが、高齢者を包括的に評価するためのアセスメント過程は、高齢者をみる視点を養成する上で非常に重要である。

そこで、尾道市医師会では、まず、医師会事業部門である訪問看護ステーション、24時間ホームヘルパーステーション、在宅介護支援センター、介護老人保健施設の全スタッフに対し、アセスメントツールの標準装備を実施した⁹⁾。その上で、1999年に設置したケアマネジメントセンター主催の、尾道市医師会方式（主治医医療機関で行う15分CC）の集中実務研修を二回実施し、ケアマネジメントや多職種協働に対する理解の促進と、現場での具体的実施方法の習得を行い、介護保険施行前の段階でケアマネジメント体制の整備を完了していたのである。このことが、他地域では考えられない、96.7%（2000年5月時点）という高いCC実施率につながったのである¹⁰⁾。

4. ケアカンファレンスを通じた多職種協働の実現

前述したように、尾道市では、医師会が策定した基本コンセプトに沿う形で、主治医や在宅ケアにかかわる関係職種のケアマネジメントに対する共通認識がさまざまな方法を用いながら形成され、今日に至っている。なかでも、CCが、ケアマネジメント過程における「最重要プロセス」として位置づけられ、現場で「当たり前」のように実践されているのが最大の特徴である。

尾道方式の中で、利用者や家族を含めたCCが最重要プロセスと位置づけられた理由としては、①関係多職種間での利用者・家族の意向の共有化が図られた上での適切なケアプランが作成できること ②過不足なき包括的サービス提供が実現できること ③多職種協働が実現できること ④関

係職種の研修機能を有していること であろう。

ケアマネジメントの理念が理解できているか、また、その理解が、実際の業務にきちんと反映できているかを相互チェックすることで、ほかの専門職に対する理解と、専門職としての役割が果たしているか否かの自己・相互チェック機能の両方が実現できる最適な場が、実はCCの場であり、これを標準装備することで、関係多職種のスキルアップが否応なく図られているのである。また、多職種協働が進めば、退院前CCを通じた病診連携の推進につながるだけでなく、ほかの課題（例えば、認知症高齢者の早期発見・早期対応など）に対しても容易に応用できるなど、尾道方式は非常に汎用性の高いシステムと言える。

V ケアマネジメントの現状と課題 ～事例分析等を通して～

2006年の介護制度改革で、ケアマネジメント実施主体は、要支援者に対しては地域包括支援センター職員、要介護者に対しては居宅介護支援事業所のケアマネジャーとなり、また、要支援者に対する介護予防ケアマネジメントでは、目標指向型の考えが強調された支援計画の作成を求められるなどの制度見直しが行われたが、現時点でこれらが有効に機能しているとは言い難い¹¹⁾。以下、介護予防ケアマネジメント事例検討やケアマネジャーへのインタビュー等を通して把握した、ケアマネジメント実施上の課題を整理する。

1. 保険サービスを中心とした支援計画作成

さまざまなニーズを有する高齢者の地域生活を継続的に支えるためには、個々の高齢者の生活ニーズ（課題）を把握し、その原因や背景を検討した上で、地域のさまざまな資源を活用しながら課題解決を図っていくことが必要となる。このために導入されたのがケアマネジメントであったが、医

師との連携不足、保険サービス優先のプラン作成などの問題が指摘されたこともあり、本来求められていたケアマネジメント過程の徹底を図るため、介護予防サービス・支援計画表の様式も見直された¹²⁾。

しかしながら、今回、要支援者に対する事例検討を進める中で、①介護保険サービスありきとなっている支援計画が少なくない ②保険サービス前提で思考するため、ニーズ把握やそのためのアセスメントが重視されていない（アセスメント過程とサービス決定過程が分離） ③対象者の真のニーズや意向に踏み込めていないため、目標設定（ゴール設定）が抽象的になっている などが確認された。

ケアマネジメントの本質は「継続的・包括的な生活支援」であり、介護保険はその一部を保障している制度に過ぎないという認識（意識改革）、ニーズから始まるケアマネジメントの方法論の徹底が必要である。

2. 実務教育体系の脆弱さ～特に、OJT (On-the-Job Training) の不足～

ケアマネジャーに対しては、試験合格者に対する実務研修、実務従事者を対象とした研修（基礎研修、専門研修Ⅰ、専門研修Ⅱ）、主任ケアマネジャー研修、更新研修などの研修が体系立てられている。

これら研修は、ケアマネジメント過程を再習得する上で重要ではあるが、最も実践的な研修は、自身の有する個別事例計画に対する指導・助言（スーパービジョン）であろう。前述した尾道方式は、ケアマネジメント手法に関する研修を受けた多数の主治医が、CC の場でスーパーバイズ機能を果たしている事例ととらえることができる。

問題は誰がこの機能を果たすのかである。これは、地域資源にも依存するが、主治医主導型、保険者主導型¹³⁾、地域包括支援センター主導型など

が考えられる。

VI 地域包括ケアシステム構築に向けて

本章では、第Ⅳ～Ⅴ章の検証を踏まえた上で、地域包括ケアシステムを各地で展開するための施策のポイントについて私見を述べる。

1. 地域包括ケアおよびケアマネジメントの理念の徹底

継続性のある地域包括ケアシステムを構築する上で重要なことは、方法論を学ぶこと以上に、地域包括ケアやその核となるケアマネジメントの理念を理解することである。尾道市医師会の場合、主治医機能のバックアップ機能としての地域医療連携（急性期と在宅主治医の連携）を強化するとともに、利用者中心の医療提供体制を構築するためには、主治医機能が重要であるとのコンセプトを、医師会会員に対しまず明示している。また、これを繰り返し説明するとともに、在宅患者の療養を長期に支援するためには、さまざまなサービスや多職種をコーディネートするケアマネジメント機能の充実が不可欠と考え、医師を含めた多職種が参加する講演会等を系統的に実施している。このように、明確な理念（目指すべき方向性）を明示するとともに、各領域の専門家を招いた講演会等を通じて、理念や理念に基づく方法論の理解の促進を図った訳である。

ケアマネジメントにしても同様である。支援計画表の作成方法を教えることも必要であるが、その根幹となるケアマネジメントの概念や理念を、研修体系の中で、また、日常業務に対する CC 等によるスーパービジョンの中で、繰り返し徹底すべきである。

2. 主治医および主治医機能の明確化

要支援・要介護高齢者の場合、医療ニーズも高

いことから、医療と介護の連携は必須である。この連携部分に関しては、ケアマネジャーが関与する訳であるが、医療部分について誰がどのように、どの程度まで関与するのか、また、その責任範囲はどこまでかなどは明確になっていない。そのため、在宅医療に従事している医師とケアマネジャーは連携がスムーズにとれているが、それ以外の医師とは連携が不十分という事態も起こっている。

ここで、主治医が有すべき機能について考える。介護保険制度では、認定審査の必須資料である「主治医意見書」を主治医が記載することになっている。ここでの主治医は、認定申請者が主治医として申請した医師のことであり、患者の日常生活を踏まえた上での意見書作成がその役割である。

一方、尾道市医師会は、患者を継続的に支援するために必要な主治医機能として、①多機能（在宅医療ケア、連携機能、ケアマネジメント機能）②柔軟な対応（利用者や家族の状況の理解、的確でタイムリーなサービス選択とアクセス、利用者本位のサービス提供）③説明責任（利用者への適切な情報提供と説明、インフォームドコンセント、関係多職種に対する説明責任、コミュニケーション技術を駆使した信頼の基盤構築）を挙げている。

医療ニーズがあり、かつ、介護や生活支援ニーズを有する高齢者に対しては、病気の治療と、生活の継続性確保のための支援を行う医師を「主治医」と定義し、その役割を、①病気の治療 ②必要に応じた適切な医療機関紹介 ③入退院時の治療の連続性の確保（情報提供や退院前 CC への参加）④主治医意見書の作成 ⑤ケアマネジャーとの連携（CC への参加）⑥介護サービス担当者への医療的アドバイス などと設定するとともに、診療報酬や介護報酬、または主治医意見書作成料などで評価すべきと考える。

3. CCの標準化による退院支援プロセスの標準化と人材育成

状態変化が生じやすい高齢者やその家族にとって、入退院は非常に不安を伴うものである。医療機能分化が進む昨今においては、病院内に地域医療連携室などが増えたとはいえ、円滑な退院支援が実行されている訳ではない。院内であれば、日勤帯から準夜帯の看護師へ申し送りがあるように、情報の伝達がスムーズに行われる仕組みが設けられているが、病院と在宅間では関係者間の所属も異なるため、情報伝達や治療の継続性が十分には確保されていなかったのが現状であろう。

このような状況に対し、尾道方式では、急性期病院と在宅主治医間の地域医療連携体制というインフラをベースにしながら、これにケアマネジメントや多職種協働を絡ませる形で、円滑な退院支援を実現している。これにより、急性期病院のスタッフも、今まであまり見えていなかった退院後の患者の様子や在宅での対応状況などがわかり、急性期病院と在宅の関係者間の相互理解も深まるなど、さまざまなメリットが生じている。2008年の診療報酬改定でも退院時支援を強化する方向にあるが、このプロセスを退院時の業務標準とすべきと考える。

また、在宅での CC も、ケアマネジャーを含めた関係多職種の専門性向上、人材育成、給付の適正化につながると考えられることから、在宅での CC 実施も標準化が必要と考える。

4. 地域包括支援センターとケアマネジャーの役割分担の明確化

ケアマネジメントに関連して、最も混乱しているのは、地域包括支援センターとケアマネジャーの関係であろう。両者に関しては、個人を対象にして、ケアマネジメントを用いた生活支援を行うのがケアマネジャー、地域を対象として、その中で生活する高齢者やケア業務に従事するスタッフ

を、人的ネットワーク形成や地域資源の再編成、新規サービスの開発などの形で支援するのが地域包括支援センターの役割であると明確化すべきである。したがって、個々人を対象とする介護予防ケアマネジメントに関しては、ケアマネジャーに委託するとともに、そのスーパーバイズを地域包括支援センターの保健師や主任ケアマネジャーが行う形に改めた方がよいと考える。

5. ケアマネジメント評価方法の標準化

今回の改正で、障害のとらえ方として「生活機能」が重視され、かつ、介護予防の目的を「生活機能の維持・向上」とした。これが、介護予防マネジメントやサービス提供の目標になる訳であるが、生活機能そのものを具体的にどのような項目で評価するかが示されていない。生活機能の評価するための具体的項目を設定した上で、モニタリング過程でその評価経過を追いながら、多職種協働で行ったサービスやマネジメントの妥当性を検証する仕組みを構築すべきである。

Ⅶ おわりに

現在進められている医療・介護制度改革のキーワードは、「地域完結」「機能分化・連携」「機能の明確化と情報開示」「利用者本位のサービス提供」「療養の継続性確保」「費用適正化」である。

これを現場レベルで実効ある形で推進するためには、財源論を主体とするのではなく、多職種の専門性を尊重する（発揮する場を提供する）とともに、各人のレベルアップが図れる（実感できる）仕組みを内包した形でのサービス提供体制の構築を目指すべきである。

この具体的ツールが、多職種の役割の明確化を図る CC を必須としたケアマネジメントである。これに、主治医機能と地域包括支援センターなどが行う地域資源の再編や開発が連動すれば、高齢

者の生活を柔軟に支援可能な地域包括ケアシステムが構築されるものとする。

謝辞

本研究の一部は、平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業（H16—政策—一般—019）ならびに平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業（H18—長寿—一般—019）の助成によるものである。

注

- 1) 4 疾病とは、①がん ②脳卒中 ③急性心筋梗塞 ④糖尿病、5 事業とは、①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地の医療 ④周産期医療 ⑤小児医療（救急医療含む）のこと。
- 2) 地域連携退院時共同指導料 1 は退院後の在宅医療を担う機関が算定する点数のこと。在宅療養支援診療所の場合は 1,000 点、その他の場合は 600 点（原則 1 回のみ算定）となっている。一方、地域連携退院時共同指導料 2 は入院医療機関が算定する点数のこと。在宅療養支援診療所と連携した場合は 500 点、その他の場合は 300 点（原則 1 回のみ算定）となっている。
- 3) 在宅療養支援診療所の保険医と共同で行った場合は 6,000 円、その他の場合は 4,200 円が、訪問看護管理療養費に加算される形となっている。
- 4) 地域連携診療計画管理料は、退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、疾患ごとに地域連携診療計画を作成した病院（計画管理病院）が算定する点数のこと。一方、地域連携診療計画退院時指導料は、計画管理病院が作成した地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成した保険医療機関が算定する点数のこと。いずれも 1,500 点（退院時に 1 回算定）となっている。
- 5) 有料・養護・軽費老人ホームおよび適合高齢者専用賃貸住宅（高齢者居住法の高齢者専用賃貸住宅で、一定の居住水準等の要件を満たすものとして都道府県知事に届け出ているもの）のこと。
- 6) 尾道市医師会では、主治医機能の三原則として、
 1. multiple function（在宅医療ケア、連携機能、ケアマネジメント機能などの多機能を有すること）
 2. flexibility（利用者や家族の状況を理解した上で、的確にしてタイムリーなサービス選択とアクセスを、利用者本位の形で柔軟に対応すること）
 3. accountability（利用者や関係多職種に対し適切な情報提供と説明責任を行うこと）を挙げている。

- 片山壽 (2003) p.580 参照。
- 7) 片山壽 (2003) p.580 参照。
- 8) 認知症高齢者の早期診断を目指して 2003 年 8 月より開始した「尾道市医師会 DD プロジェクト(The OMA method on early diagnosis of dementia programs)」のこと。主治医機能強化の一環として、認知症の早期診断方法を標準化するというもの。なお、認知症高齢者の生活機能障害に対しては、ケアマネジメントによる多職種協働で対応する形を採っており、これまで構築してきた手法を認知症高齢者にも適応拡大させたものと解釈できる。詳しくは、尾道市医師会 HP の (http://www.onomichi-med.or.jp/oioi/oioi_24.html) を参照。
- 9) 介護老人保健施設では MDS-RAPs (Minimum Data Set-Resident Assessment Protocols) を、訪問看護ステーションでは日本訪問看護振興財団方式を導入している。
- 10) すべての要介護度で 9 割以上の CC 実施率となっている。片山壽 (2003) p.582 参照。
- 11) 高橋隆ほか (2007)、環境新聞社 (2007) 参照。
- 12) 「介護予防サービス・支援計画表」は、アセスメント→課題分析→プラン作成→モニタリングという一連の過程の徹底 (思考過程の整理) のために修正されたものである。
- 13) 介護予防で先駆的な取り組みを行っている埼玉県和光市では、市町村職員が中心となって各種会議を開催し、スーパーバイズ機能を果たしている。東内京一 (2006) 参照。
- 参考文献**
- 太田貞司 (2003) 『地域ケアシステム』有斐閣
- 小笠原浩一、島津望 (2007) 『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房
- 川越雅弘 (2006a) 「我が国における医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No.156, pp.4-18
- (2006b) 「地域医療・介護の連携と地域包括ケア体制の構築に関する研究」『厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業 医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究 (主任研究者: 島崎謙治) 平成 17 年度総括・分担研究報告書』pp.192-208
- (2006c) 「介護予防効果評価システムの開発」『総合リハビリテーション』Vol.34, No.11, pp.1027-1033
- 環境新聞社 (2007) 「特集 地域包括支援センターなんていない!」『月刊ケアマネジメント』Vol.18, No.4, pp.15-33
- 厚生労働省 (2005) 「資料 3: 全国で行われている医療連携の事例について」『第 12 回医療計画の見直し等に関する検討会資料 (2005.10.28 開催)』
- 厚生労働省編 (2007) 『厚生労働白書 (平成 19 年版) —医療構造改革の目指すもの—』ぎょうせい
- 近藤克則 (2007) 『医療・福祉マネジメント—福祉社会開発に向けて—』ミネルヴァ書房
- 島崎謙治 (2007) 「総括論文—医療等の供給体制の総合化・効率化等の課題と政策的対応」『厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業 医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究 (主任研究者: 島崎謙治) 平成 16~18 年度総合研究報告書』pp.9-44
- 片山 壽 (2003) 「地域ケアマネジメントの標準化と尾道市医師会の挑戦」『内科』Vol.92, No.3, pp.578-583
- (2005) 「患者本位のシステムとしての地域医療連携と在宅医療」『治療』Vol.87, No.5, pp.1693-1701
- (2006) 「地域医療連携と在宅医療」『日本医師会雑誌』Vol.135, No.8, pp.1721-1725
- 障害者福祉研究会編 (2003) 『ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版—』中央法規出版
- 白澤政和、渡辺裕美、福富昌城 (2006) 『福祉キーワードシリーズ ケアマネジメント』中央法規出版
- 高橋 隆、大槻紘美、田城孝雄 (2007) 「介護支援専門員による地域包括支援センターの評価」『厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業 地域包括ケアシステムの構築に関する研究 (主任研究者: 田城孝雄) 平成 18 年度総括・分担研究報告書』pp.244-266
- 東内京一 (2006) 『こうすればできる! これからの介護予防・地域ケア』サンライフ企画
- 日本医事新報 (2005) 『特集/診療所からみた地域医療連携』No.4247, pp.2-30
- 山口 昇、林 拓男 (2006) 「地域の公立病院における疾病予防活動の歩みと展望」『公衆衛生』Vol.70, No.11, pp.861-864
- 老人保健福祉法制研究会編 (2003) 『高齢者の尊厳を支える介護』法研
- (かわごえ・まさひろ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第 4 室長)

イギリスにおける地域包括ケア体制の地平

多田羅 浩三

■ 要約

イギリスでは、1909年の救貧法審議会少数派報告以来、保健サービスを地域において、どのような体系によって管理するのか、長い論争の歴史が刻まれてきた。そして1982年の改革によって、地域を基盤としてサービスを重層的に一元的に管理するという、懸案の地域主義の理念に立った、体制の確立に成功したといえる。しかし、地域主義に立てば立つほど、自ら追求してきた体制によって、サービスが行き詰まってしまうという事態を迎えることになった。そして1989年、「競争のないところに進歩はない」の考えのもとに、「内部市場」の導入による、新しい展開の方向が示され、1990年、国民保健サービス・地域ケア法が成立し、2000年にプライマリケア・トラストが生まれた。イギリスの地域包括ケアは、現状でみれば、地域主義に立った、優れた計画のお陰で、高い地平に立っている面が多い。しかし、これからのイギリスの地域包括ケアは、事業はすべて「公の計画」によって推進されるという、税金制度のもとで、人々により多くの選択とより大きい発言を与えることに、どれだけ成功するか、問われているのではないかと思われる。

■ キーワード

国民健康保険、ドーソン報告、国民保健サービス、プライマリケア・トラスト、新しい契約 (new GMS contract)

1. 保健サービス体制の興隆

イギリスは、19世紀、世界の工場といわれた。そのような中で直面した最も緊急の課題は、工場生産を担う労働力を如何にして確保するかであった。そしてエドウィン・チャドウィック¹⁾の起草による改正救貧法²⁾が1834年に制定された。改正救貧法によって、救貧法保護委員会³⁾の統合など体制の強化がすすめられる一方、「劣等処遇(Less Eligibility)の原則」⁴⁾が採用され、抑止原理を基盤とした今日につながる福祉政策の基本の形が示された。

1835年には都市団体法⁵⁾が成立して、178の都市に住民が自らの市会(Council)を持つ法的立場が認められた。そして、1888年の地方自治体法⁶⁾によって、行政県(County, 62)、および特別市(County Borough, 人口5万以上5・5万以下4)が設置さ

れ、それぞれ県会、市会が認められ、地方が行うすべての業務の当局となった。また1894年には、地方自治体法によって、各県は市部地区(Urban District)と農村部地区(Rural District)に分けられ、各地区に地区会が創設された。

(1) ドーソン報告

地方自治体の体制が整備されてくる中で、シドニー・ウェッブ⁷⁾らのフェビアン協会(Fabian Society)の人たちを中心に、それまでの古い救貧法体制を廃止し、そこで担われてきた機能はすべて新しく構築されてきた地方自治体が担うべきであるということが主張された。それらの人たちの意見を代表して、1909年の王立救貧法審議会⁸⁾の少数派報告は、救貧法保護委員会(646)、および保護委員(2万4000人)を廃止し、その業務の県会

の保健 (Health)、教育 (Education)、施設 (Asylums)、年金 (Pension) の4つの委員会への移管を提言した。こうした自治体依存型の考えが強力に主張される中で、ドイツにわたり、中央の立場から、この国の疾病保険制度⁹⁾に学び、1911年の国民保険法¹⁰⁾の制定をすすめたのが大蔵大臣のロイド-ジョージ¹¹⁾である。そして生まれたのが国民健康保険制度である。この制度によって、地方に保健サービスの管理を担う機関として保険委員会 (Insurance Committee)、傷病手当金の管理を担う機関として認可組合 (Approved Society) が設置された。結果として、救貧法以来、税金に依拠してきた地方社会に、保険制度に依拠した制度が発足した。

この制度では、年収160ポンド未満の被用者本人のための一般医サービスが給付の対象となった。そして一般医へは人頭報酬制によって診療報酬が支払われた。この場合、一般医は難しい患者に時間をとられても収入の増加を期待できない。結果として、患者がどんどん病院におくられるようになった。このような中で一般医サービスと病院サービスの間の順当で効率のよい連携をどのように構築するかが、大きな課題となってきた。これに対して出された提案のうち最も代表的なものが、1920年に発表されたドーソン報告¹²⁾である。

(2) 自治体の委員会か、自治体から独立した協議会か

ドーソン報告は、古くアポセカリー (apothecary, 薬種師) の生業を基盤として発展してきた一般医のサービスと、フィジシャン (physician, 内科医) によって病院を基盤に発展してきた専門医のサービスを、それぞれヘルスセンターを拠点にしたプライマリ・サービス、およびセコンダリ・サービスとして位置づけることによって、新しい時代の人々の保健サービスを担う基本のあり方を示したものであり、歴史的に保健サービスの体制が論じ

られるときには必ず言及されてきた。

この報告が残した最大の課題は、この報告が中間報告として発表されたことである。保健サービスの管理体制について、自治体の法的な委員会が管理するのか、あるいは自治体から独立した協議会が管理するのか、結論を出すことができなかったのである。こうして救貧法審議会少数派報告、国民健康保険制度、ドーソン報告を経て、地方の保健サービスをどのような体系によって管理するのか、100年におよぶ長い論争のあゆみが始まった。

1942年には、医師会の医療計画審議会の中間報告¹³⁾が発表され、ヘルスセンターを拠点とした一般医のグループ診療の推進案が提出された。しかしここでも管理のための機関を、自治体による新しい機関—地方局 (Regional Authority) とするか、中央当局、自治体、篤志病院、医界の代表からなる機関—地方理事会 (Regional Council) とすべきか、ここでも結論を出すことができず、中間報告として発表された。

そして1944年に白書「国民保健サービス」¹⁴⁾が発表され、管理の形態について、自治体による連合局 (Joint Authority) 案が提案され、ひとつの結論が出されたように思えた。しかし、この段階で第二次大戦が終戦となり、新しい状況を迎えることになった。

2. 国民保健サービスの発足

(1) 地域医療計画

戦後、第1回の総選挙において、労働党が勝利して、1946年に国民保健サービス法¹⁵⁾が制定された。そこでは、それまでの地方レベルにおける保健サービスの管理形態をどのようなものとするかの議論は置かれ、「国有化」を政策の柱とした労働党政府によって、すべての病院の「国有化」という道が選ばれた。そして病院サービスは地方病院局 (Regional Hospital Board)、一般医サービスは

執行理事会 (Executive Council)、公衆衛生サービスは自治体 (Department of Health) によって管理されるという3分立の管理形態が提起され、その3者の連携の形が地方医療計画 (Regionalization) と呼ばれた。

(2) 地域 (Area) の誕生

1962年、イギリス医師会の「医療サービス検討委員会」(委員長アーサー・ポリット卿)の報告「大英国における医療サービスの検討」¹⁶⁾(いわゆるポリット報告 Porritt Report)が発表された。報告は、管理単位としての「地域 (Area)」の概念と、機関としての「地域保健局 (Area Health Board)」の設立を提起した。3分立のサービスを一元的に管理する方向が具体的に初めて示された。

1968年、「イングランドおよびウェールズにおける医療ならびに関連サービスの管理機構」¹⁷⁾(いわゆる第一次グリーン・ペーパー)が発表された。グリーン・ペーパーの中心課題は、ポリット報告の方向を受けて、1地域における医療ならびに関連サービスは1つの当局によって統一して管理されなければならないとされたことであり、「地域局 (Area Board)」の考え方が示された。

同じ年、「地方自治体当局と関連対人社会サービスに関する委員会」(委員長フレデリック・シーボーム)の報告¹⁸⁾(いわゆるシーボーム報告 Seebohm Report)が発表された。そして地方自治体は、保健、教育、そして住宅部門の社会サービス機能のいくつかとともに、児童サービスと福祉サービスをふくむ、統合した社会サービス部門を発足させるべきであると報告した。福祉部門における新しい管理の体系の方向が示されたのである。1968年11月1日には、中央において保健省と社会保障省が合併した。

1969年、「イングランドの地方自治体に関する王立審議会」(会長レッドクリフ・モード卿)が、報告書¹⁹⁾を発表した。その中で、ロンドン外のイン

グランドは、61の新しい地方自治体地域に分けられ、そのうち58においては、新しい当局はすべての地方自治体サービスに対して直接責任をもち、3つの大都市圏マンチェスター、リバプール、バーミンガムにおいては、ロンドンのそれと同様に、2段階システムが導入されるべきであると提案した。

1970年、「国民保健サービスの将来の機構」²⁰⁾と題して、第2次グリーン・ペーパーが発表された。ペーパーでは、国民保健サービスは地方自治体によってではなく、大臣に直接責任をもつ地域保健局 (Area Health Authority) によって管理されるべきこと、そして新しい保健局の数とカバーする区域は、新しい地方自治体のそれらに合致されなければならないとされた。また地域保健局は、大部分の保健上の目的には十分の大きさであるが、病院と専門医サービスなどに関連した管理を行うには小さすぎるとして、地方保健理事会 (Regional Health Council) が設置されるべきとされた。

1972年、「国民保健サービス機構改革・イングランド」²¹⁾、いわゆる「'72年白書」が発表された。保健サービスと社会サービスを単一の管理機構のもとに入れるということは、国民保健サービスを地方自治体の中におくことによって達成されることであるが、少なくとも近い将来においては、それは達成されないとされた。そして、企画部門であると同時にサービスの運営部門である地域保健局が地方自治体の外に置かれることになった。そして管理機関は、2段階システムとして、地域保健局と地方保健局 (Regional Health Authority) を置くことが提起された。

(3) 地域保健局から地区保健局へ

1974年、さきの白書によって示された方向で国民保健サービスの機構改革が行われ、90の地域保健局と14の地方保健局が設置された。こうしてイギリスは救貧法審議会報告以来の長い課題である、地方レベルにおいて病院、一般医、公衆衛生のサー

ビスを一元的に管理する、保健サービスの管理体系として、地方自治体から独立した管理機関を創設することに初めて成功した。病院、一般医、公衆衛生のサービスに対する3分立の管理機構が、「地域」を基盤として公衆衛生サービスを底辺として、一般医、病院のサービスが3層に重なる管理機構に生まれ変わった。イギリスでは、陪審制度や救貧法の長い伝統を受けて、自らの地域のサービスは自らの地域で完結するという「地域主義」の理念が特に尊重されてきた。地域保健局の創設によって、イギリスの社会はまさに、完成した「地域主義」の地平に立ったといえる。そして1979年に「患者が第一」²²⁾が発表され、県レベルの地域保健局を廃止し、市町村レベルの地区保健局(District Health Authority)を設立すべきであると勧告した。そして1982年には、この勧告にもとづいて地域保健局が廃止され、代わって192の地区保健局が設置された。

3. 内部市場方式の導入

(1) プライマリケア体制の充実

1974年の機構改革、それに続く'82年の改革によって、イギリスの国民保健サービスは、一定の地域を基盤として保健サービスを重層的に一元的に管理するという、長年の地域主義の目標を達成した。

このような状況を受けて、プライマリケア体制の充実を目指して、1986年、グリーン・ペーパー「プライマリ・ヘルスケア：検討のための日程」²³⁾が発表された。ここでは、一般医のサービスの質の向上に向けて、一定の基準を満足した一般医には手当金を出すことを提案した。その基準の中には、患者への利便性、スクリーニングや予防サービスの提供、生涯教育への参加が含まれた。また、総合的なプライマリケア・サービスを提供するために民間企業など、ほかの団体が参入することを

認める可能性があることを示唆した。

またこの年には、地域看護検討報告書「近隣の看護：ケアに焦点」²⁴⁾が発表された。報告は、薬剤の処方を含め、看護師にもっと大きな責任が与えられるべきであると提言した。そして1992年には、地域看護師は条件付きで処方権が与えられた。

1987年、白書「健康増進」²⁵⁾が発表された。白書は、一般医が予防注射やヘルスチェックの実施に意欲をもつよう目標を設定すること、一般医が最初の患者にヘルスチェックを行う場合の費用、健康増進や疾病の予防に関連した一般医の役割を明確にするため一般医のサービス条件を見直すこと、そして経済的インセンティブの導入、より明瞭な責任体制の実施、新しい形の運営スタイルの施行、そして成長する民間企業を重視することを提言した。

(2) 「内部市場」の導入

しかし伝統の「地域主義」に立った場合、Aという地区のAという一般医は、基本的にA地区の病院に患者を紹介しなければならないということになる。この場合、病院は、患者サービスに向けた運営努力があってもなくても、患者は自然に確保される。また人頭制で報酬を受ける一般医は、本来、難しい患者を安易に病院に紹介するという傾向をもっている。結果として、病院サービスの待機患者の数が年々、増大するという事態が生まれた。こうしてイギリスは自ら追求してきたシステムによって、サービスが行き詰まってしまうという事態に直面することになった。

そして1989年、「競争のないところに進歩はない」の考えのもとに、サッチャー首相²⁶⁾の決断によって、白書「患者のためにはたらく」²⁷⁾が発表された。白書は、一般医をサービスの購入者(purchaser)とし、病院と地域保健ユニット(Community Health Unit)をサービスの提供者(provider)とするという方式による、ヘルスサービスへの「内

部市場 (internal market)」の導入を提案した。

内部市場方式導入の具体的内容としては、中央には、保健省に戦略的な決定に責任を負う新しい政策委員会、およびサービスの運営に責任を負う運営実行委員会を置く。そして病院と地域保健ユニットは、自己管理の NHS トラストの立場に立つることができる。トラストは国民保健サービスの中にとどまるけれども財政運営や施設の運営に、より大きな自由度が与えられる。トラストの収入は保健サービスの購入者にサービスを提供することによって確保される。一方、一般医のプラクティスについては、1万1000人以上(後に9000人、さらに7000人に減少)の患者を有するプラクティスは、自らの予算(基金保有 fundholding)を運営し、提供者からサービス購入する資格に応募することが認められるとされた。そして地区保健局も、年齢および疾病の状況を加味した人口に応じて、サービスを購入するための基金を受け、公的あるいは私的な部門の提供者から住民のためにサービスを購入するという役割をも担うことになった。

(3) 新しいプライマリケア体制

1990年6月、国民保健サービス・地域ケア法²⁸⁾が成立した。そして1991年4月から、国民保健サービスに対し「内部市場」の考えをもとにした政策が実行されることになった。1990年12月には、56のトラストが承認され、1994年には実質上、すべての病院と地域保健ユニットがトラストとなった。自治体によって運営される地域ケアは、1993年4月の開始に延期された。

1997年、イングランドには429のNHSトラスト、基金保有一般医1万3423人、100の地区保健局(一般医3万1748人、歯科医1万5951人、薬局9787か所、眼科契約者6778人を管轄)が存在した。そして、この年の12月、新しく政権についた労働党政府は、白書「新しい国民保健サービス：モダン・頼りになる」²⁹⁾を発表した。その中で、労働党

は、一般医プラクティスにサービスの「購入」を委託することの利点を認め、最大限利用することを目指す方向を示し、個々の一般医による基金保有方式は廃止するが、購入・購買のシステムはむしろ一般化する政策をすすめ、すべての一般医は約480のプライマリケア・グループに統合するとした。しかもこれは、将来は約300のプライマリケア・トラスト体制に移行していくための、過渡的な処置とされた。計画は2000年4月に始められ、2004年に移行は完了するとされた。こうしてプライマリケア・トラストができると、地区保健局に委託してきたサービス「購入」の役割をトラストが引き継ぐことになり、そのため地区保健局は、28の戦略保健局 (Strategic Health Authority) として再編されることになった。2004-05年には、全国に303のプライマリケア・トラストが存在した。

(4) 地域ケアの体制

地方自治体によって担われてきた地域ケアの体制に関しては、1988年、「地域ケア：行動への日程表」³⁰⁾が発表され、中央には、地域ケアに責任をもつ副大臣 (Minister) を置くべきこと、そして地域ケアのニーズを明らかにし、優先順位を決め、計画を作成するのに、指導的役割をとるべき組織として最も優先されるのは、地方自治体の社会サービス部門であると提言した。

この報告を受けて、政府は1989年、白書「人々のためにケアする」³¹⁾を発表した。この白書では、地域ケアの責任は自治体がかつべきとしたが、民生活の推進を強調した。そして保健省は中央政府から受ける予算の85%を民間部門によって提供されるサービスに割り当てるよう要求するとした。白書の基本の理念のひとつは、課題は人々がどのような生活を営むかであり、そのため彼らが必要とするサービスに関して、各個人に、より大きい発言権を与えるべきであるとしたことであつた。

4. プライマリケア・トラストの体制

こうして長い論争の歴史を経て生まれた、プライマリケア・トラスト (Primary Care Trust) の役割は、管下の地域の住民に対して、地域の健康の改善と格差への挑戦、プライマリおよび地域の保健サービスの推進、病院サービスの購入 (commissioning) である。そのプライマリケア・トラストの運営体制は、次のとおりである³²⁾。

(1) プライマリケア・トラスト管理委員会 (PCT Board)

プライマリケア・トラストは計 11 人の委員からなる委員会によって管理される (表 1 参照)。つまりトラスト方式の導入によって、俗人が伝統のプライマリケアの管理の頂点に立つことになった。これによってイギリスの保健サービスは、さらに

新しい扉を開いたといえる。

(2) プライマリケア・トラスト実行委員会 (PCT Executive Committee)

プライマリケア・トラスト実行委員会は、トラストの日常の運営に責任をもつ。実行委員会は 15 人以下の委員によって構成される (表 2 参照)。委員長は実行委員会専門委員によって選ばれ、トラスト委員会の委員長の承認を得る。専門委員が過半数を占めなければならない。

(3) オックスフォード市プライマリケア・トラスト (Oxford City Primary Care Trust) の例

例えば、オックスフォード市プライマリケア・トラストは、オックスフォード市プライマリケア・グループ (Oxford City Primary Care Group) と

表 1 プライマリケア・トラスト管理委員会の委員構成

委員長 (俗人)・地域の 5 人の委員 (俗人)・ 主任実行委員・財務主任・ 臨床家 (3 人。少なくとも 1 人は一般医、1 人は看護師、1 人は臨床の管理を代表し、1 人は実行委員会委員長)

表 2 プライマリケア・トラスト実行委員会の委員構成

委員長・主任財務委員・ 社会サービス部門の代表 (1 人か 2 人)・ 専門委員 (公衆衛生の資格と経験を有する者 1 人・医師 <7 人まで>・看護師 <7 人まで>)

表 3 オックスフォード市プライマリケア・トラストのサービスとスタッフ

(人口 19 万 5000 人・2004 年 4 月)

一般医サービス：29 か所のプラクティス
提供する施設サービス： コミュニティ・ホスピタル 4 か所 急性疾患病院 3 か所 精神保健病院 3 か所 ナーシングホーム 8 施設 老人ホーム 8 か所 ナーシングホーム/老人ホーム 2 か所
スタッフ： <トラスト> 医師・歯科医 19 人 有資格看護職 260 人 他 計 444 人 <プラクティス (28 か所)> 一般医・歯科医 115 人 看護師 67 人 他 計 427 人

オックスフォードシャー地域保健 NHS トラスト (Oxfordshire Community Health NHS Trust) が合体して、2001年4月1日に生まれた(表3参照)。2007年には、オックスフォード市プライマリケア・トラストは、創設されたオックスフォードシャー・プライマリケア・トラストに吸収された。

5. 地域包括ケアヘルスケア・地域ケアを支える施設

(1) ヘルスセンター (Health Centre)

オックスフォード市のブラックバード・リース・ヘルスセンターは、当時、この地域に自動車工場が建設され、新しく開発された地域の住民の保健サービスを提供するために、1961年に、この市で初めて設立されたヘルスセンターである。診察室が4つ、処置室が1つ、保健師の部屋が4つ、地区看護師の部屋が1つなどがあって、2004年に、9600人の住民が登録されていた。スタッフは、一般医が7人(常勤3人、非常勤4人、常勤換算で5.25人)いて、センターの看護師が3人、受付係が6人、事務職が4人である。そしてトラストから4人の保健師、3人の地区看護師、2人の助産師が派遣(attach)されている。また、採血師、足治療師、言語療法士のサービスが提供されている。

ヘルスセンターでは通常、保健師や地区看護師は、必要に応じて一般医と接触し、さらに、毎日のこうした接触のほかに、例えば月1回という形で、スタッフの間で定期的なミーティングが持たれている。こうしてイギリスのヘルスセンターの最大の特徴は、医師を初め、保健師や地区看護師たちのチームケアの拠点としての機能を果たしているということにある。

(2) ファミリーセンター (Family Centre)

母子保健の向上に向けて、イギリスでは1998年に政府が5歳未満の児童と家族に向けた予算の強

化をはかるべきことが決定され、1999年にシュアスタート (Sure Start) 計画が始まった。当初、全国の250か所で始まった計画が、5年を経た2004年には524か所で行われるまでに発展した。

例えば、オックスフォード市では、統計上、恵まれない人が多く住んでいるとされているリトルモア地区に、シュアスタート・ファミリーセンターが設置されている。この地区のシュアスタート計画は、国の計画発足と同時に始められたものであり、2004年の予算は、すべて政府から出されていたが、2006年には成果について評価が行われ、全国展開に向けた施策が実施されるといわれている。

シュアスタート計画は、子どもとその家族の支援に向けて、何か新しく事業を始めるというのではなく、従来から存在するファミリーセンターやコミュニティセンター、保健師による訪問、助産師の妊婦ケア、プレイグループ、子どものケア活動など、地域で既に進められている事業の連携をはかることによって進められるというのが、その特徴である。

(3) コミュニティ・ホスピタル (Community Hospital)

コミュニティ・ホスピタルは、かつてはコテージ・ホスピタル (Cottage Hospital) と呼ばれた。病院が存在しない、山間部において、地域の一般医にオープンな病院の設立が認められ、19世紀には全国で200か所近くも設立された。かつては植民地であったアメリカに建設された病院は、まさにこのコテージ・ホスピタルであったといえる。

オックスフォード市の近郊のアビンドンコミュニティ・ホスピタルは、1900年に伝染病の隔離病院として設立され、1947年にコテージ・ホスピタルになった。一般の急性疾患病院は、それ自体、病院トラストとして運営されているが、コミュニティ・ホスピタルは、病院トラストではなく、プライマリケア・トラストに所属している。地域の

約 30 人の一般医が利用していて、48 床の病床があり、老人科外来、理学療法クリニック、運動クリニックが設けられており、看護師・ヘルスケアアシスタントが 48 人、理学療法士 2 人、作業療法士 2 人の体制で運営されている。平均在院日数は 38 日である。

病棟では、通常、入院している患者は、どの人も正装して、椅子に座っている。最も重要な役割は、リハビリの分野である。救急病院に入院していた患者が退院、もしくはほかのケア施設、例えば、ナーシングホームや老人ホームのような施設に転院する前にリハビリを行っている。

(4) ホスピス (Hospice)

1960 年代および '70 年代になって、イギリスではホスピスへの関心が高まってきた。オックスフォード市には、18 歳未満の子どもたちのホスピス「ヘレンハウス (Helen House)」のほかに、18 歳から 64 歳の人たちのための施設として「ダグラスハウス (Douglas House)」、そして 65 歳以上の人たちのホスピスとして「ソーベルハウス (Sobell House)」が設置されている。

オックスフォード市では、地元の放射線治療師と一般医の関心が非常に高かった。当時、全国がん救済協会の会長をしていたマイケル・ソーベル卿との話し合いの結果、オックスフォードシャー県の保健局が運営費を捻出し、地元住民が設備や機械の購入費を集め支援する意思を示すのであれば、ソーベルが建物の建設費を負担するという事になった。開院は 1976 年で、20 床でスタートした。このホスピスでは、患者がどこにいてもケアを提供する。病院にいる患者はもちろんのこと、コミュニティへも手を差し伸べることは非常に重要であるとして、プライマリケア・チームとも緊密に連絡をとって自宅にいる患者のサポートをしている。

緩和ケアについて、一般的なことをだれもが理

解していれば、患者がどこにいても、最悪な死に方をすることも、症状管理を全く受けられずに痛みを悶えて亡くなることもない、という認識のもとに、現在、イギリスのほぼすべての医学部で緩和ケアのことを教えている。

(5) 子どものホスピス (Hospice for Children)

1982 年、オックスフォード市に世界で初めて、子どものホスピス「ヘレンハウス」が設立された。施設の創設者はシスター・フランシス・ドミニカである。1978 年に一人の若い女性から電話があって、2 歳の娘、ヘレンが命にかかわる重病だ、と言った。フランシスがシスターであること、そして病気の子どもの看護師をしていることから、会って話をしたい、と頼まれた。ヘレンが病院で過ごした 6 か月の間に、フランシスと家族は友だちになった。そして 1980 年 2 月、フランシスは、一人の小さな女の子ヘレン、そしてその家族と結んだ極めて特別な友情関係を、ほかの非常に重い病気にかかっている子どもたちとその家族にもひろげることができないだろうか、と考えた。そしてヘレンの両親とともに、ヘレンハウス設立の計画を建て、1982 年 11 月にオープンした。世界で初めての子どもの専用ホスピスの誕生である。死を迎えるとき、一番大切なのは友人が傍にいてくれることである、というのがフランシスの考えである。

「ヘレンハウス」は、医師、ケア主任、チーム・コーディネータ、小児科看護師 15 人、保育看護師・ケアラ・遊び専門職 17 人、ソーシャルワーカー 2 人、助手、家事スタッフ 4 人、事務職 4 人、マネージャらの人たちによって支えられている。2003 年には、123 人の子どもたちがヘレンハウスを利用した。ヘレンハウスでは、いつでも、8 人の子どもの世話をすることができる。子どもたちは、自分だけの部屋を利用することができる。家族も一緒に過ごすことができる。この施設の運営には、2003 年には、170 万ポンドの費用がかかったが、施設の運営費は、

すべて篤志の寄付によってまかなわれている。ここには、まさに 100 年の歩みを経て、イギリスの地域包括ケアがたどり着いた地平が開かれていると思える。イギリスでは、2004 年に 33 の子どものホスピスが存在した。

6. 地域包括ケアのスタッフ

(1) 一般医 (General Practitioner)

イギリスのプライマリケアの発展には、中世の時代、アポセカリーと呼ばれ、街のクスリ屋、つまり庶民の医師として活躍した伝統を持つ「一般医」が存在するということが、その大きな基盤となっている。その一般医は、1911 年に制定された国民健康保険制度の発足以降、人頭報酬制によって、診療報酬を受けてきたということが、イギリスのプライマリケア体制の最も大きな特徴をつくっている。一般医は、登録住民の「疾病」をみるのではなく、「健康」をみるということが、人頭報酬制という制度の基本の理念であったと思われる。そして、24 時間 365 日、住民の健康に責任をもつこと、さらに症状の存在を前提とした「疾病」対策にとどまらず、日頃から住民の「健康」の管理に努めるという、ふたつのことが一般医には求められてきた。しかし、人頭報酬制という方式は、結果として、一般医の診療活動を消極的なものとするのが避けられなかった。

これに対し、一般医に対する「新しい契約」(new GMS contract)によって 2004 年 4 月から、これま

で長年、一般医の診療を支えてきた、2 つの柱が大きく改革されることになった。第一に、これまでの 24 時間 365 日の責任に対して、一般医は月曜から金曜まで、午前 8 時半から午後 6 時までの診療には責任をもつが、夜間、週末、休日の診療からは解放されることになった。これらの時間外の救急診療が必要な場合、患者は、所定の番号に電話すれば、自動的にトラストによって運営される、時間外担当の医師に紹介される。第二に、各診療プラクティスを単位として、健康の管理に対し、達成目標と点数が示され、達成された合計点数に応じて診療報酬が加算されることになった(表 4 参照)。2004 年には、1 点は通常プラクティスでは 75.50 ポンドに換算された³³⁾。

21 世紀になって、これらの 2 つの一般医サービスに導入された診療方式は、イギリスの 20 世紀を通じて踏襲されてきた一般医の診療のあり方を基本的に変えるものであると思われる。ここで一般医にとってジレンマになっているのは、時間外の診療から離れ、また一般医と患者の間にコンピュータが入ることになり、患者との信頼関係、あるいは家庭医として患者をみるという感覚を失うことになるのではないかということである。

イギリスの一般医は、プライマリケア・トラスト制度の導入によって、組織的なプライマリケアの推進に対し、新しい地平に立っているのと同時に、毎日の診療についても、「新しい契約」によって新しい実践の場に立っているといえる。

表 4 健康管理の達成目標項目数および合計点数

(2004 年 4 月)

臨床指標に対する達成目標：合計 76 項目・合計点数 550 点
冠疾患 (15 項目)・脳卒中 (10 項目)・ 高血圧 (5 項目)・糖尿病 (18 項目)・慢性閉塞性肺疾患 (8 項目)・ てんかん (4 項目)・甲状腺機能低下症 (2 項目)・ がん (2 項目)・精神保健 (5 項目)・喘息 (7 項目)
施設の運営管理他に対する達成目標：合計 70 項目・合計点数 500 点

(2) 保健師 (Health Visitor)

イギリスの保健師にとって、母子保健を推進するための最も重要なターゲットは、親をサポートし、子どもの健康を損なう予防可能な病気を防ぐことである。そのため妊娠期や出産直後から家族状況のアセスメントを行い、家庭内の事情、例えば家庭内暴力や住環境などを把握し、両親と子どもたちの友人として活躍してきた。

イギリスでは国民保健サービスの中で国民サービス・フレームワーク (National Service Framework) が、国民生活の特定分野、糖尿病やがん、脳梗塞や心臓病の予防などの課題をターゲットにして推進されている。これらの疾患は、個人の行動変容および生活の健全化を推進することで、予防したり治療したりすることが可能である。母子保健のフレームワークが2004年に発表された。国民サービス・フレームワークの強みは、専門家やボランティア、役人といったさまざまなバックグラウンドを持つ人たちが一緒に仕事をするということである。家族や個人のサポートのためにチームワークで取り組み、人と人のチームワークだけでなく、組織レベルのチームワークもすすめている。保健師は、これらのチームワークの真ん中に立って、活動を推進している。

(3) 地区看護師 (District Nurse)

子どものケアの充実に向けた活動のひとつの中心になっているのが、地域小児看護 (Community Children's Nursing) である。地域小児看護の理念では、子どもたちは、必要とするケアが家庭やデイクリニック、病院の通院施設では十分に提供できない場合にのみ、病院に入院すべきである、とされている。地域小児看護にとって重要なことは、患者の介護をする親たちが、自分たちがサポートされているということを実感することである。

イギリスの地域小児看護は、1969年にサザンプトンで始まり、1980年代の後半には、全国の約50%

の子どもたちがカバーされ、2000年にはほとんどの子どもがカバーされたと報告されている。この活動は、例えばオックスフォード市の住民のサービスは、オックスフォードシャー県によって運営されており、人口が60万人、0歳から18歳までの子どもたち16万人に対し、8人の地域小児看護師がいて、2004年現在、看護を提供している子どもたちの数は180人、このうち75人は重篤な病気を持つ小児であった。2003年には、11人が亡くなり、そのうち8人は在宅で、1人は病院で、2人はホスピスで亡くなった。

ある重度の障害のある少女が自宅で受けているサービスは、地域小児看護師の看護サービスが週1日、レスパイト看護師のサービスが週2晩、学校への看護師による同伴サービス、学習障害トラスト (Learning Disability Trust) のハーンズハウス (Hernes House) での月4晩の滞在サービス、子どものホスピス「ヘレンハウス」の利用である。まさに人々の健康を支えているという姿が、ここには存在しているように思われる。

(4) ソーシャルワーカー (Social Worker)

地域ケアは、県レベルの自治体によって運営されている。例えば、オックスフォード市の住民の地域ケアは、オックスフォードシャー県の社会福祉部門が担っている。

オックスフォード市に住む、障害者Lさんは、オックスフォードシャー県のソーシャルワーカーとの相談のもとに、24時間在宅ケアのパッケージを利用している。その費用はダイレクト・ペイメント制度と自立生活基金の両方から出ている。Lさんのケアプラン作成には、Lさんだけでなく、中心になる介護人も同席する。ケアプランの作成は、原則として年に1度であるが、もちろん要望があるときや変えて欲しいと感じたときには変更される。

Lさんは、いちばん重要なことは、自立することと選択権を持つことであると考えている。ダイレ

クト・ペイメント制度を始める前にも、ホームケアを受けていたが、介護人は自分たちが来たいときに来るのであって、来て欲しいときを選べるわけではなかった。ダイレクト・ペイメント制度でいちばんありがたかったのは、望む人、望むときを選べる権利と機会が与えられたことである。

この国でも、1970年代、1980年代までは、障害のある人のケアは、ほとんど両親に依存しており、しかも障害のある人が、いろんなことができないのは当然であり、障害を克服するような努力を期待するような理解が全くなかった。Lさんも、15歳、16歳になってもほとんど読むことも、書くこともできなかった。1981年になって、母親が教育委員会に相談にあって、2年間、学校に通うことになり、1000人もいる生徒の中で障害のある人は、彼ひとりであったが卒業することができた。どのように社会保障がすすんでいる社会であっても、声をあげなければ前進がないこと、その場合、側に立って、戸を開けてくれる人、そのような人が存在することが不可欠である。その意味で、地域の社会福祉や保健の専門職の人の役割が、どれほど大きいか、例えようがないと、Lさんは考えている。

7. 結語

イギリスの地域包括ケアは、プライマリケア・トラストによって担われているプライマリケアと、県レベルの地方自治体によって運営されている地域ケアによって担われている。近年、特に抜本的な改革が行われ、新たな展開に向けて意欲的な取り組みがすすめられている。しかしプライマリケアも地域ケアも税金を財政的基盤としている。この場合、事業はすべて「公の計画」によって推進されるという道はずれることはできない。結果として、事業はどうしても「上位下達」の性格をもってしまふ。

例えば、わが国では、税金に依拠してきた、高

齢者の介護福祉サービスが介護保険制度という「保険」によって運営される制度に改革された。また老人保健法によって、税金を財源として実施されてきた「保健事業」が、高齢者医療確保法によって、医療保険制度のもとで実施されるようになった。これらの施策には、税によるサービスがつくってきた「上位下達」の性格を脱し、人々が主役となる「自発型」の制度を育てたいという考えが存在しているように思われる。

イギリスでは、20世紀、営々と「地域」の構築に向けた論争があつて、「公」によって事業が計画され、推進されてきた。この国では、税金に依拠して、「地域」を基盤に計画を建てるという道しか、存在していない。その手法が、世界各国において、社会保障推進のモデルとなってきた。そしてイギリスは、社会保障の母国といわれてきた。しかし、21世紀になって、「公」による「上位下達」の方式によって、今日の多様な人々のケア・ニーズにどれだけの確に対応することができるのか、厳しく問われていると思われる。2006年、白書「我々の健康・我々のケア・我々の発言：地域サービスの新しい方向」³⁴⁾が発表された。「我々の」という言葉が繰り返されていることが、そのことをまさに示唆していると思われる。この白書の目的は、「早期の介入を目指した予防サービスの充実」「人々により多くの選択とより大きい発言を与える」「格差を是正し地域サービスを利用しやすいものにする」「長期のニーズを有する人への支援を強化する」であるとされており、白書を通じて、「人々により多くの選択とより大きい発言を与える」ということに、特に注意が向けられている。

イギリスの地域包括ケアは、現状でみれば、優れた「公」の計画のお陰で、わが国の現状などに比較して、非常に高い地平に立っているように見える面が多いと思われる。しかし21世紀に、人類に対し、さらに新しい地平を開くことができるかどうかは、税金制度のもとで、「人々により多くの

選択とより大きい発言を与える」ことに、どれだけ成功するかにかかっているのではないか、と思える。

注

- 1) Edwin Chadwick (1800-1890). 19 世紀, イギリスの最も高名な救貧・公衆衛生改革者。1842 年には衛生報告 (Report of the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain) を発表し, 1848 年の公衆衛生法 (Public Health Act) を起草した。
- 2) Poor Law Amendment Act (4&5 Will.IV, c.76).
- 3) Poor Law Board of Guardians. 職務上委員を兼ねる治安判事を除いては, 教区内の一定の有権者から選出された委員で構成され, 救貧税を集め, 貧民の救済を行った。
- 4) 新しい救貧法による救済は, 院外救助を否定し, 院内救助についてもワークハウス・テストを課し, 救助を最小限に抑えることとされ, 救済貧民は, 外部の最も賃金の低い労働者よりも, 「さらに劣等な」生活条件の救貧院に入れられることになった。これは, 一般に劣等処遇の原則といわれた。
- 5) Municipal Corporations Act (5&6 Will.IV, c.50). 一定の条件にかなった都市を法人とし, 市の住民によって選挙され, 住民のために働き, 住民に対して責任を有する委員からなる市会をして, 市を代表させることになった。そして公衆衛生, 道路の維持改良, 警察, 教育, 消防などが, 市政の主要な目的となった。
- 6) Local Government Act (51&52 Vict., c.41).
- 7) Sidney Webb (1859-1947). フェビアン協会の初期からの会員。夫人のビアトリス・ウェブは王立救貧法審議会の委員であり, 少数派報告は 2 人が共同で書いたとされている。
- 8) Royal Commission on Poor Laws and Relief of Distress. 1905 年に設置され, 1909 年に多数派報告に並んで, 少数派報告が発表された。
- 9) 1883 年, オットー・ビスマルク首相によって制定された。
- 10) National Insurance Act (1&2 Geo.V, c.55). 国, 雇用者, 被用者の財政負担によって運営される健康保険制度および失業保険制度を定めた。
- 11) David Lloyd-George (1863-1945). 1908-15 年蔵相, 1915-16 年軍需相, 1916 年陸相, 1916-22 年首相を歴任した。20 世紀, イギリスを代表する政治家の一人。
- 12) Ministry of Health, Consultative Council on Medical and Allied Services. 1920. *Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services (the Dawson Report)*, Cmd 693. HMSO. (多田羅浩三 1978 「医療並びに関連サービスの将来計画に関する中間報告(いわゆるドーソン報告)」全訳 1 『医学史研究』51 号 pp.42-50. 多田羅浩三 1979 同 全訳 2 同 52 号 pp.48-52.)
- 13) Medical Planning Commission. 1942. “Draft Interim Report.” *British Medical Journal*, 20 June, pp.743-753.
- 14) Ministry of Health and Department of Health for Scotland. 1944. *A National Health Service*, Cmd 6502. HMSO. 厚生省保険局 1949 『調査資料第 15 号 英国国民保健事業—1944 年』。
- 15) National Health Service Act (9&10 Geo. VI, c.81). この法律によって, 無料のサービスを提供することによって, 人々の心身の健康, および疾病の予防, 診断, 治療における改善を保障する国営による包括的な保健サービスの体制が発足した。
- 16) Medical Services Review Committee. 1962. “A Review of Medical Services in Great Britain, Summary of Conclusions and Recommendations.” *British Medical Journal*, 3 November, pp.1178-1186.
- 17) Ministry of Health. 1968. *National Health Service: The Administrative Structure of the Medical and Related Services in England and Wales*. HMSO.
- 18) *Report of the Committee on the Local Authority and Allied Personal Social Services*, Cmnd 3703. HMSO, 1968.
- 19) *Report of the Royal Commission on Local Government in England 1966-69*, Cmnd 4040. HMSO, 1969.
- 20) Department of Health and Social Security. 1970. *National Health Service: The Future Structure of the National Health Service*. HMSO.
- 21) Secretary of State for Social Services. 1972. *National Health Service Reorganization—England*, Cmnd 5055. HMSO.
- 22) Department of Health and Social Security. 1979. *Patients First*. HMSO.
- 23) Department of Health and Social Security. 1986. *Primary Health Care: An Agenda for Discussion*,

- Cmnd 9771. HMSO.
- 24) Department of Health and Social Security. 1986. *The Report of the Community Nursing Review, Neighbourhood Nursing: A Focus for Care (The Cumberlege Report)*. HMSO.
- 25) Department of Health and Social Security. 1987. *Promoting Better Health*, Cm 249. HMSO.
- 26) Margaret Hilda Thatcher (1925-). 1979-90年に首相を務めた。
- 27) Department of Health. 1989. *Working for Patients: The Health Service Caring for the 1990's*, Cm 555. HMSO.
- 28) NHS & Community Care Act (c.19).
- 29) Department of Health. 1997. *The new NHS: modern, dependable*, Cm 3807. The Stationery Office.
- 30) Department of Health and Social Security. 1988. *Community Care: Agenda for Action (The Griffiths Community Care Report)*. HMSO.
- 31) Department of Health. 1989. *Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond*, Cm 849. HMSO.
- 32) Oxford City NHS Primary Care Trust. *Oxford City PCT ANNUAL REPORT 2001/02*.
- 33) http://en.wikipedia.org/wiki/Quality_and_Outcomes_Framework
- 34) Department of Health. 2006. *Our health, our care, our say: a new direction for community services*, Cm 6737. The Stationary Office.

参考文献

- 多田羅浩三 1999『公衆衛生の思想—歴史からの教訓—』医学書院。
- 多田羅浩三・瀧澤利行 2005『健康科学—人々の健康を支える基盤—』日本放送出版協会。
- 多田羅浩三 2003「イギリスの人たちが歩んできた道」大同生命厚生事業団『第1回オックスフォード保健福祉研修報告書』pp.1-17.
- 多田羅浩三 2007「イギリスに学ぶ」大同生命厚生事業団『第5回オックスフォード保健福祉研修報告書』pp.1-8.
- B・エイバルスミス著 多田羅浩三・大和田建太郎訳 1981『英国の病院と医療—200年のあゆみ—』保健同人社。
- Michael Warren. 2000. *A Chronology of State Medicine, Public Health, Welfare and Related Services in Britain 1066-1999*, Faculty of Public Health Medicine of the Royal College of Physicians of the United Kingdom.
- (たたら・こうぞう 放送大学教授)

フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向

—在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に—

篠田 道子

■ 要約

フランスでは、医療は社会保険、介護は社会扶助と別々に提供されているため、しばしば非効率性が指摘されている。また、公的病院が8割を占めることから、保健・医療・福祉の複合体は発達せず、医療に特化している。しかしながら、在宅入院制度を活用して、医療ニーズの高い患者への集中的ケアマネジメントや重層的な訪問看護により、在院日数を短縮化しつつ質の高い在宅支援を提供している。

介護制度である個人自立給付制度は、要介護認定やケアプランの作成を導入したが、介護サービスに限定されていることから、医療との連携が弱い。2003年夏にフランスを襲った猛暑は、15,000人以上の死者を出し、うち8割が高齢者であったことから、医療と介護を包括した介護制度の見直しを検討している。このような状況で開業看護師が医療と介護の橋渡しを行っていることは、伸び悩みが続くわが国の訪問看護の参考になるものである。

■ キーワード

フランス医療制度、在宅入院制度、開業看護師、訪問看護、個人自立給付制度

はじめに

先進国の共通の課題は、高齢社会に伴う社会保障費の増加と、縦割りで発達してきた医療と介護を効率よく提供するシステムを再構築して、医療費を抑制することである。フランスも例外ではなく、歴史的に医療は社会保険制度 (assurance sociale) である疾病保険 (assurance maladie)、介護は社会扶助制度 (aide sociale) と別々に提供されている。そのため、医療と介護の両方のニーズを持つ高齢者には限界があること、結果として類似のサービスが異なる制度から提供されることから非効率性がしばしば指摘されている¹⁾。

このようなことから同国は、本特集のメインテーマである「地域包括ケアシステム」について先駆的な取り組みをしているわけではない。しかし、在宅入院制度に代表される、医療ニーズの高い患

者への多職種・他機関の集中的ケアマネジメントや、重層的な訪問看護について、フランスならではの特徴があり、わが国への示唆に富んでいると思われる。

在宅入院制度とは、医療ニーズの高い患者の退院前後に、在宅入院機関が中心となり、病院スタッフや個人開業者と連携して在宅生活に軟着陸させるシステムである。病診連携を核にした、多職種・他機関による集中的ケアマネジメントであり、制度を支えるケアコーディネーターは医師と看護師である。医師の関与が強く、在宅入院機関のコーディネーター医師だけでなく、開業医 (かかりつけ医) や病院勤務医が協働で支える仕組みは興味深い。医療に特化したサービスを短期集中的に提供し、早めに介護サービスに移行して在宅生活を長く続けてもらい、医療費を削減するのが政府のねらいである。

一方、介護制度は社会扶助として位置づけられていることから、医療との連携が弱く、包括的ケアシステムとして機能していない。しかし、2003年フランスを襲った猛暑は、実に15,000人の死者を出し、8割が75歳以上の高齢者であった。事態を重くみたフランス政府は、医療と介護を包括した介護制度の見直しを検討し、財源として介護手当負担金を創設した。しかし、わが国のようなケアマネジメント制度が構築されていないため、サービスは依然として別々に提供されている。このような状況において、開業看護師が在宅ケアの調整役を担っている現状がある。開業看護師は医師の処方に基づいて医療行為を行うだけでなく、相談、助言、指導、多職種・他機関との調整など幅広い活動を行っている。看護師の15%にあたる68,000人余りが開業看護師として活動しているという、豊富なマンパワーで、在宅看護サービス事業所(日本の訪問看護ステーションに該当する)や在宅入院機関の訪問看護師とともに、重層的な在宅支援を行っている。このような活動は、伸び悩みが続くわが国の訪問看護の参考になるものである。

本稿では、まず平均在院日数を短縮化し、医療費を抑制する切り札として導入された在宅入院制度の概要と集中的ケアマネジメントについて紹介する。また、フランスには介護保険制度はないが、これに相当するものとして個人自立給付制度(Allocation Personnalisée D'Autonomie: 以下「APA」とする)がある。ここでは、要介護認定、介護サービスの提供方法、医療との連携の弱さを指摘しつつ、開業看護師が医療と介護のつなぎ役になっている現状を述べる。これらのことを整理しながらわが国への示唆について私見を述べる。

1. フランス医療・看護制度の概要

(1) フランス医療制度の特徴

フランスはわが国と同様に国民皆保険を原則と

する社会保険制度である。職域ごとに分化された医療保険制度があり、加入者の職業形態により、被用者一般制度、特別制度、非被用者制度(自営業者や聖職者)など、さまざまな制度がある。このうち一般制度に国民の80%が加入している。地域保険がないため、退職後も現役時代に加入していた制度に継続して加入することになる。保険者は疾病金庫(Caisse)である。日本と同様に、患者は医師および医療機関選択の自由が与えられており、医師は出来高払いによる診療報酬と自由開業制による医療活動が認められている。

フランスも日本と同様に政府による医療費抑制政策が度々行われている。しかし、2002年からは、少子高齢化や成長の鈍化による保険料収入の伸び悩み等、さまざまな要因により医療保険財政が悪化してきた。65歳以上の人口は2004年時点で16.3%、対GDP比総医療費支出は、1996年は9.4%であったが、2004年には10.6%に増加している(表1)。

被保険者は受診した医療機関において一旦医療費の全額を支払う(ただし、入院は除く)。医師の領収証と薬局での費用を含めた領収証を所属する疾病金庫に送り償還を受ける。償還率は医療行為によって異なる。例をあげると、医師の診察料の70%(80%)、看護師・リハビリ技師・矯正士による治療費の60%(80%)、採血・画像診断等の臨床検査は60%(80%)、歯科治療に関しては一般的な治療が70%(80%)である(カッコ内は障害特別基金手当や高齢年金基金手当を受給している場合の償還率である)。自己負担額については、共済組合や相互扶助組合によりカバーされる。

開設者は、公立病院と民間病院(非営利と営利)に分けられる。民間非営利病院は24時間救急患者を受け入れるなど、いくつかの条件をクリアすることで、公的活動病院(公的病院)として認可される(注1)。その結果、2003年においては80%の病院が公的活動病院として位置づけられている²⁾。

表1 フランス概要

(2004年)

面積	54万9000平方キロメートル（日本の1.5倍）
人口	6020万人
首都	パリ 人口220万人、首都圏1120万人
元首	ニコラ・サルコジ大統領（2007年5月就任）
経済指標 ¹⁾	実質GDP成長率：2.0%（2006年） 名目GDP総額：1兆7920億ユーロ（2006年） 財政赤字対GDP比：2.6%（2006年） 失業率：9.8%（2005年）
出生率	1.91%
平均寿命 ²⁾	男：76.8歳 女：83.8歳
65歳以上人口割合	16.3%
医療費指標 対GDP比総医療費 患者自己負担／医療費 薬剤費／医療費 65歳以上医療費／医療費	10.6% 7.6% 21.8% 40.0%
医療保険料（被用者一般制度）	雇用者：12.8% 労働者：0.75%
医療保険形態種類	被用者一般制度（会社員などが対象） 非被用者制度（職人・自営業者・聖職者が対象） 農業制度 など
ヘルスマンパワー（総数） 総医師数 一般医と専門医数 総看護師数 人口1000人対比 医師・看護師・薬剤師数	201,400人 一般医：98,505人（49%）、専門医：102,895人（51%） 453,659人（うち、開業看護師：68,150人） 医師3.4人 看護師：7.5人 薬剤師：1.1人
総病床数 開設者別数・比	総病床数：471,521床 公立病院：309,047床（65.5%） 民間非営利病院：68,963床（14.7%） 営利病院：93,511床（19.8%）
平均在院日数	13.4日
死亡場所 ³⁾	病院：58.1% 施設・ケア付き住宅：10.8% 自宅：24.2% その他：6.8%
同居率 ³⁾	17%

注：1) 日本貿易振興機構（ジェトロ）資料より

2) UN「Demographic Yearbook 2004」資料より

3) 平成13年「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究」（医療経済研究機構）より引用
出典：「OECD Health data 2006」より

公的活動病院の多くは総合病院で、民間病院は単科（整形外科や産科など）を担当し、設置主体は個人、私法人、企業等である。病院は機能によって3種類に分けられる。急性期病院、中期医療入院病院（日本の回復期リハビリテーション病院や亜急性期病床に該当）、長期医療入院病院（療養病床に該当）である。日本と同様に、長期医療入院病院が高齢者介護を引き受けている現実がある。

医薬完全分業で外来処方はない。患者は医師の処方箋を持って薬局で薬剤を購入する。薬剤費に関しては、薬価が低いにもかかわらず、総医療費予算の実に2割弱を占め、ヨーロッパ第一位の消費大国である。また、鎮痛剤、酔い止め等の医師の処方箋の必要ない薬剤に関しても調剤薬局での購入ルートしか存在せず、ほかのヨーロッパ諸国のような雑貨屋、スーパー、ドラッグ・ストア等でのユーザーフレンドリーな購入方法は認められていないとのことである³⁾。

1991年の病院改革法では、各地方に、地域内の医療サービス体系化と質の保証を目的とした地域医療計画（Schema Regionale de l'Organisation Santeire：以下「SROS」とする）の制定が義務付けられた⁴⁾。また、SROSには「質と安全基準と適正医療に関する推奨指針」が記載されており、後述する在宅入院機関はここに記載されている治療方針や治療内容を遵守して、地域の在宅ケア組織と、補完性を持ち、広域にかつ漏れない活動を展開することが求められている。

(2) かかりつけ医制度の導入

医療保険に関する2004年8月13日の法律（以下、「04年法」とする）（注2）では、かかりつけ医制度が導入された（施行は2005年7月1日）。かかりつけ医を通じて適正な受診行動を促すものであり、これにより16歳以上の被保険者と被扶養者は、所属する疾病金庫にかかりつけ医を指定し通知することになった。

かかりつけ医制度の導入は、①自由診療による重複受診の抑制、②①に伴う薬剤費の抑制、③慢性疾患の合理的受診行動の促進を目的としたものである。2006年6月には、16歳以上の被保険者の77%がかかりつけ医を持ち、そのうち99.6%は一般医から選ばれている⁵⁾。かかりつけ医を通さずに直接専門医にかかると償還率が低くなる（償還率は、かかりつけ医の場合は70%、かかりつけ医を通さない場合は60%である）。ただし、産婦人科、眼科、精神科による特別な診療については、かかりつけ医を通さないで専門医に直接受診することが認められている。

人口の高齢化に伴って老齢保険の赤字が拡大し、社会保障制度の財政が悪化しているため、2008年から実施する自己負担引き上げを中心とする医療保険制度の改革に着手する予定である。さらなる給付の適正化を促すために、患者がかかりつけ医以外で受診した際の償還率を現在の60%から50%に引下げ、かかりつけ医に受診した際の償還率（70%）との差を広げることが検討されている⁶⁾。かかりつけ医制度の導入で、一般医を受診せずに直接専門医や大病院を受診すると給付が減額されることで適正な受診行動が促進されるなど、ゲートキーパーとしての役割が期待されている。

(3) 3種類の訪問看護による重層的な在宅支援

フランスの訪問看護は3種類に分けられる。①開業看護師による訪問看護、②在宅看護サービス事業所（わが国の訪問看護ステーションに該当するもの）による訪問看護、③在宅入院機関が提供する高度医療サービスに特化した短期間の訪問看護である。③の在宅入院については後述するので、ここでは開業看護師と在宅看護サービス事業所による訪問看護について述べる。

① 開業看護師による訪問看護

フランスはコ・メディカルの開業を広く認めている。看護師総数453,659人のうち、15%にあたる

68,000人余りが開業看護師として活動している(注3)。開業看護師は自宅を事業所として開業し、医師の処方箋に基づいて医療行為を実施する。また、開業医と並んでプライマリーケアの担い手であり、医療サービスだけでなく、相談、助言、教育指導、カウンセリング、他機関との調整など日本のケアマネジャーに近い役割を担っている。費用の支払いは疾病金庫から1件当たり定額で支払われる。

② 在宅看護サービス事業所による訪問看護

日本の訪問看護ステーションに該当する。看護師がヘルパーステーションのヘルパー等とペアを組んで、主に要介護高齢者に医師の処方箋に基づき看護サービスを提供する。費用の支払いは疾病金庫から1件当たり定額で支払われる。

フランスでは急性期の高度医療に特化した訪問看護は在宅入院機関の訪問看護が担い、安定したら開業看護師と在宅看護サービス事業所がコ・メディカルと協働でケアを引き継ぐという、重層的な在宅支援となっている。

(4) ホームヘルパーは家事援助など生活支援が中心

ホームヘルパーには特別な資格は義務付けられていない。1988年からは条例により、250時間の研修と120時間の実習を修了し、「在宅援助資格証明書」を取得することが義務付けられた⁷⁾。しかし、資格取得率は20%と低いのが現状である⁸⁾。主なサービスは炊事、買物、掃除などの家事援助、話し相手、相談、見守りなどの生活支援が中心である。

ホームヘルパーの費用は低所得者については社会扶助から、一般高齢者については老齢保険金庫から拠出される。サービス提供主体は、県が所轄する非営利団体や市町村福祉センターなどである。

2. 在宅入院制度による多職種協働の集中的ケアマネジメント

(1) 在宅入院とは

在宅入院 (Hospitalization a Domicile : 以下「HAD」とする) とは、雇用連帯省「在宅入院に関する通達」(通達 NO : DH/EO2/2000/295、2000年5月30日)によれば、「病院勤務医および開業医により処方される患者の居宅における入院である。予め限定された期間に (ただし、患者の状態に合わせて更新可能)、医師およびコ・メディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を居宅で提供するサービス」と定義されている(注4)。患者の居宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者に対し、在宅入院機関(NPO法人が多い)が病院の医療チームと個人開業者と協働で、退院後も入院と同レベルの医療サービスを提供するものである。月30時間を限度に行われる多職種・他機関による集中的なケアマネジメントである。在宅入院の目的は、平均在院日数を短縮しつつ、居宅生活への円滑な移行を支援することである(2004年の平均在院日数は13.4日、ただし、パリ市公立病院協会の調査によれば、パリ市内の急性期病院の平均在院日数は7.3日)。

在宅入院機関は病診連携の中核的役割を担い、個人開業者との関係を強化し、家庭復帰を支援する。公立病院協会傘下の急性期病院は、在宅入院機関の支部を併設することが義務付けられ、地方病院局は、病院の入院を代替する在宅入院をより一層発展させるよう通達している。

(2) 在宅入院の対象者と主なサービス

在宅入院の対象者は新生児から高齢者と幅広く、精神疾患以外のすべての疾患とほとんどの治療をカバーする。医療に特化したサービスであり、身体介護のようなものは含まれない(注5)。主なサービスは以下の通りである。

化学療法、抗生物質投与、疼痛緩和、人工栄養法、ガーゼ交換各種、治療経過観察、術後経過観察、リスクを伴う妊娠産前観察、産後観察、患者および家族への教育、作業療法、理学療法、人工呼吸、家庭復帰訓練、輸血、終末期における看取り。

また、以下の患者は在宅入院の対象外となる。

- ①コーディネートを必要とせず、単一・単職種のケア行為のみを必要とする患者
- ②在宅看護ケア（清拭、入浴介助、排泄介助など身体介護に近いもの）
- ③（技術的、設備的に）病院での入院の方が適切であると考えられる患者
- ④経管栄養、ストーマ、呼吸不全（在宅酸素療法）、腎不全（血液透析や腹膜透析）において医療機器のみの使用を目的とする患者
- ⑤精神病院入院患者

(3) 人員基準と勤務体制（公衆衛生法典 Décret 第 712 条-37 より）

- ①人員基準：6床あたり常勤換算で職員1人以上を配置。医師を除く全職員の半数以上は看護師資格保有者とする。さらに、30床以上の許可を得た組織は、管理看護師を1人以上配置すること。
- ②勤務体制：3または2交替による24時間体制。
- ③専門職の配置と役割

コーディネーター医師（診療との兼務可能）、管理看護師、訪問看護師、開業看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、薬剤師、介護士、ソーシャルワーカー、心理臨床士、検査技師、放射線技師、看護助手、事務員などを配置する（コメディカルについては、常勤職員でなく、委託契約を結んだ個人開業者でも可能）。次に、コーディネーター医師と管理看護師の役割について紹介する。

i) コーディネーター医師：病院勤務医（または

開業医）から提出された治療指針をもとに、通達に基づいて在宅入院の適応について検討する。職業倫理を遵守しつつ、組織全体の医学的ニーズを調整する。サービス実施中は、病院勤務医と開業医との連携が義務付けられている。

- ii) 管理看護師：日本のケアマネジャーに相当する役割を担う。ソーシャルワーカーとともに居宅を訪問しアセスメントを実施。医師の処方に基づいてケアプランを作成する。患者・家族の同意が得られたらサービスの調整を行う。細部の個別プランについては、担当の職種が作成する。本人・家族、医師、コメディカルの調整役である。

(4) 提供されるケアの分類

提供されるケアは、患者の状態により、以下の3種類に分類される。

- ①一時的ケア：高度複雑な技術を要するケア。患者の状態は不安定であるが、ケア提供期間が予め計画できる。頻回に反復される。抗癌剤による化学療法など。
- ②継続的ケア：ケア提供期間が予め計画できない。高度複雑な技術を要するケア、看取りや生活介護などもある。
- ③リハビリテーションケア：ケア提供期間が予め計画できる。産後や急性期治療を終えた段階の患者で、亜急性期の状態にある。

(5) 在宅入院の費用

疾病金庫から支払われる。定額制で以下のサービス内容を含む。

- ①医療処置やケア
- ②往診と外来診療
- ③検査
- ④産科テレメディシン・胎児モニタリング
- ⑤医療移送

⑥医薬品、器材、ディスポ製品、寝具など

⑦医療用食品

(6) ケアマネジメントとケアコーディネーター

このように在宅入院は多職種協働による集中的ケアマネジメントを担っているが、ケアマネジメントやケアマネジャーという名称はなく、ケアコーディネーションやケアコーディネーターと呼ばれている（ケアコーディネーターは資格化されていない）。在宅入院におけるケアコーディネーターは、医師と管理看護師が担当している（注6）。

フランスは医療と介護がバラバラに提供されるシステムが続き、ケアマネジメントシステムの欠落がフランス高齢者医療福祉制度の最大の課題であった。そのため、在宅入院のように多職種協働によるケアマネジメント機能を持つ仕組みは画期的である。パリ市内の急性期病院の平均在院日数は7.3日であり、急性期病院においては入院と同時に退院支援が始まるといっても過言ではない。短い入院期間中に、病院職員のみで退院支援を行うことは限界がある。在宅入院機関や個人開業者など地域の社会資源を病院の資源とみなして活用することは、病院の地域貢献にもつながる。

連携クリティカルパスや看護情報の標準化については未整備であるが、ハイリスク患者の標準プロトコルは整備されている。また、退院時カンファレンスや同行訪問は積極的に行われている。

3. 在宅入院の実際～HAD パリ公立病院協会におけるヒアリングから～

パリ市内最大手のHAD組織である、パリ公立病院協会付属在宅入院連盟（NPO法人）にヒアリングする機会を得たので報告する。データや疾患別発生件数（表2）は、当協会の2002年活動レポートから引用したものである。

【施設概要】

- ベッド数：800床（SROSでは2007年までに1200床に拡充する方針）
- 対象疾患：癌の終末期、抗癌剤などの化学療法、産前産後、小児科、神経難病が多い
- 患者の平均年齢のデータはなかったが、70歳以上が43%を占める
- 患者数：年間8000人
- 平均在院日数：18.3日
- 自宅死亡率：12%
- 職員配置：医師10人、管理看護師40人、看護師250人、看護助手100人、理学療法士や作業療法士、管理栄養士、薬剤師、心理臨床士など650人
- 17チームでパリ市内と近郊をカバーしている
- 看護師の勤務体制：1日7時間勤務で、8～10件の訪問をする。1件の滞在時間の平均は45分以内

【在宅入院におけるケアマネジメント】

- i) コーディネーター医師は、病院勤務医や開業医と協議して、在宅入院のサービス内容を検討する。訪問診療や往診は行わず、病診連携、コーディネート、書類作成などを中心に行っている。在宅入院機関は、病診連携を強化するために、後方支援病院との契約が義務付けられている。契約内容は、①治療方針の共有化、②主治医との連絡体制、③再入院や緊急入院体制、④診療情報の共有化などである。これは、患者へのケアの停止、中断を防止し、各組織間での連携を強化する意味で重要である。
- ii) アセスメントは、管理看護師とソーシャルワーカーがペアになり、患者の居宅にて24時間～7日以内に行う。医療ニーズだけでなく、心理・社会面を含む包括的なアセスメントを行う。その後、ケアプランを作成して患者に交付する。入院申し込みからサービス提供までの待機時間は24～72時間以内である。

iii) リスクの高い疾患は多職種が共有できるプロトコールがある。また、ケアプランに基づいて各専門職が個別プラン（リハビリ計画や訪問看護計画など）を作成する。HADは医療サービスに特化しているが、ホームヘルプサービスなど介護サービスが必要な場合は、市町村福祉センターや公益団体が提供するホームヘルプサービスなどを導入する。

iv) サービスの実際
管理看護師はケアプランに基づいたサービスの実施やモニタリングを行う。症状が安定したり、セルフケア能力が高まって自己管理できるようになれば、HADの役割を終えて個人開業者や在宅看護サービス事業所に引き継ぐ。

v) サービスのアウトカム評価
2001年に国立医療機関評価機構(ANAES)による適正マニュアルに基づいた評価を受けている。2002年度に108人の患者を対象に「満足度調査」を行った。その結果は、大変満足している67.6%、満足している30.6%という高い評価を得ている。

【2002年疾患別入院発生件数】

当協会における2002年活動レポートより、疾患別の入院発生件数を示す。化学療法や癌のケア、

産前・産後、小児などが多くなっている（表2）。

4. フランスの介護制度は医療との連携が手薄

(1) 個人自立給付制度の概要

フランスにおける介護制度は、1997年1月に依存特別給付制度(Prestato Spécifique Dépendance:以下「PSD」とする)が導入された。財源は租税で、実施主体は県であった。この制度は次のような課題があった。①社会扶助的なもので対象者が低所得者に限定された、②要介護度評価(la Grille Autonomie Gerontologique-Groupes Iso-Ressources:以下「AGGIR」とする)であるGIR(要介護状態区分)1~3の重度者が対象となった、③管理者が県であったため、給付水準に格差が生じた。このようなことから、利用者が伸び悩み、2000年の受給者はわずか12万人足らずであった。法律には「高齢者のための自立手当の創設を期待しつつ」と記載されているように、もともと期間限定の性格を有していた。

このような課題をクリアするため、PSDの代わりに2002年1月1日から個人自立給付制度(APA)が実施された。受給条件は、フランス国内

表2 疾患別入院発生件数

(2002年)

疾患	入院発生件数	疾患	入院発生件数
化学療法	2473	産前 ²⁾	718
抗ウイルス療法	212	産後 ³⁾	4259
癌・悪性腫瘍 ¹⁾	1850	小児科	1256
血液疾患	599	整形外科	79
肺疾患	22	臓器移植前後	55
エイズ	181	循環器疾患	452
神経疾患	508	その他	441

注：1) 主な癌の内訳は、大腸癌40%、乳癌22%、肺癌9%である

2) 産前の平均在院日数は、23.77日

3) 産後の平均在院日数は、4.87日

に15年以上合法的に滞在し、60歳以上でかつ日常生活に支障のある者である。対象者のGIRを1~4と幅広くしたこと、在宅サービスだけでなく施設サービスも給付対象にしたことから対象者は拡大した。受給者数が予想を上回ったことから、財政不足が深刻化したため、財政面の緊急措置としての性格を有する改正法が2003年3月に成立した⁹⁾。2006年3月時点でのAPAの受給者総数は948,000人で、59%が在宅、41%が施設である。施設入所者は要介護度が重く、3分の2はGIR1~3の重度者である。

給付までの手続きは、本人または家族、法的代表者が県の担当窓口申請する。申請後に必要書類が送付されるので、申請者はこれに記入し添付書類(ID証明、納税書類、銀行証明)を返送する。県の担当課は本書類受理後、社会医療班が各自の要介護度評価の為に訪問を行う。申請から2ヶ月以内に、県の担当課がAPAの給付の有無決定を知らせる。施設サービスにおいては、医師の監督のもと施設内で行われる。その後、医療・福祉チーム

が高齢者と相談しながらケアプランを作成する。

AGGIRは全国一律の基準で6段階のGIRに分類されている(表3)。判定項目は、認知、排泄、身体清潔、衣服着脱、食事、移動、家事など17項目(表4)について、「完全に一人で行える」、「多少問題ありだが部分的にならばできる」、「全くできない」の3段階で評価する。応能負担で所得によって給付率、自己負担額が異なる。

フランスでも要介護度別に支給限度額を設定しているが、日本と違ってGIR5と6は給付対象していない。また、在宅と施設では限度額が異なっている。1ユーロ=165円に換算すると、最高レベルのGIR1でも、在宅の限度基準額は176,000円である。認定方法が異なるため、単純な比較はできないが、日本の最高レベルである要介護5と比較すると半額である。

利用者の自己負担は、所得に応じて0~90%まで設定されており、収入が633.73ユーロ/月末満の場合は自己負担が免除される。

表3 6段階のAGGIR要介護度評価

(支給最高限度額：在宅/施設)

要介護状態区分	状態像	在宅 (円換算) ¹⁾	施設 (円換算)	日本(在宅) 参考 ²⁾
GIR1	【最高度の要介護者】就床、あるいは一日座姿勢のみ、知的能力低下大、外部からの永続的介護を必要とする寝たきり状態	1067ユーロ (176,000円)	335ユーロ (55,200円)	358,300円 (要介護5)
GIR2	【高度の要介護者】自分ひとりでは移動不可能、または移動は可能であるが知的能力が低下した者	914ユーロ (150,000円)	335ユーロ (55,200円)	306,000円 (要介護4)
GIR3	【中等度の要介護者】知的能力正常、最低運動能力も保存されているが、日常生活の援助が1日数回必要	686ユーロ (114,000円)	167ユーロ (27,500円)	267,500円 (要介護3)
GIR4	【軽度要介護者】自分ひとりで移動可能ながら、日常生活の援助が必要な者	457ユーロ (75,400円)	167ユーロ (27,500円)	194,800円 (要介護2)
GIR5	【虚弱高齢者】自宅での移動、生活にほぼ問題はないが、食事の準備や生活品の買い物等に家事援助が必要な者	給付なし	給付なし	165,800円 (要介護1)
GIR6	【自立者】自立している高齢者	給付なし	給付なし	—

注：1) 1ユーロ=165円で換算(2007年12月現在)

2) AGGIRと日本の要介護度は対応するものでないため、参考資料とする

表4 AGGIR 要介護度評価の項目

<p>【識別判断項目】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一貫性：会話する。さらに／あるいは、理にかなった方法で行動する 2. 方位感覚：時、1日の中の時間、場所の中で自分を位置づけられる 3. 入浴・洗顔：身体の衛生について 4. 衣服の着脱：衣類を着る・脱ぐ・身支度をする 5. 食事：準備された食べ物を食べる 6. 排泄：尿や便の排泄物を衛生的に処理する 7. 移動：ベッドから起きる、ベッドに横になる、座る 8. 室内での移動：杖、歩行器、車イスを使うか否か 9. 屋外での移動：門から外に移動（交通機関は使わない） 10. 遠隔通信：コミュニケーション手段、電話、非常警報を使う
<p>【具体的判断項目】</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. 管理：自分の持ち物、予算、資産の管理をする 12. 料理：食事の支度をし、それを食べられる状態にする 13. 家事：家事のすべてをする 14. 移動：交通手段を用いる。および／あるいは、交通手段を操作する 15. 買物：直接に購入、あるいは通信販売で購入する 16. 治療のフォロー：医師の処方箋に合っている 17. 余暇にすること：スポーツ、カルチャー、ソーシャル、レジャー、趣味

注：各項目は「完全に一人のできる」、「多少問題ありだが部分的にならばできる」「全くできない」の3段階で評価される

(2) 個人自立給付制度は医療との連携が弱い

APA は介護サービスに特化したものであり、わが国の介護保険制度のように慢性期医療を含んだものでない。サービスの利用に際し、市町村の医療・福祉チームが高齢者と相談しながらケアプランを作成する。主なサービスは、①ホームヘルパーによる家事援助、食事介助、相談、見守りサービス、②福祉用具購入や住宅改修、③デイサービスやショートステイなどである。

医療との連携では、開業医は従来から医療に特化しており、日本のような介護保険サービス事業所を併設した診療所はほとんどない。介護サービスとの連携は弱く、サービス担当者会議への参加などシステムとしては確立していない。かかりつけ医として小児から高齢者まで幅広く、軽い不眠から癌末期まであらゆる健康レベルに対応している。往診や訪問診療も行っているが、一人あるいは小グループで開業している医師が多いので、外来中心の診療スタイルである。退院直後の患者に

ついては、日中の往診が中心で夜間・緊急はHADが対応している。

フランスは前述したように、歴史的に医療と介護は別々に発達してきた経緯がある。APA という要介護認定の仕組みはできたが、サービスを調整するケアマネジメントがシステムとして位置づけられなかったこと、主たるサービスはホームヘルプサービスなど介護サービスのみであることから、医療との連携の弱さが指摘されている。

(3) 猛暑で多くの高齢者が死亡、医療と介護の連携の重要性を再認識

2003年夏にヨーロッパを襲った猛暑は、フランス国内の在宅虚弱高齢者や老人ホームの入所者などを含む15,000人の死者を出した。そのうち8割が75歳以上の高齢者であったことは記憶に新しい。不幸にも夏のバカンス中であり、医療従事者が手薄い状況であったことも事態を深刻化させた。あらためて高齢者医療と介護の連携の不十分さが指

摘された。

事態を重くみたフランス政府は、医療と介護を包括した介護制度の見直しに着手した。2004年6月30日に成立した「高齢者と障害者のための連帯法」は、祝日を1日減らし営業日(国民連帯の日)にし、その日の売り上げ相当額を、介護手当負担金としてAPAの財源に組み入れるものである。

ところで、このような状況を察知していち早くバカンスを切り上げて現場に駆けつけたのは、開業看護師であった。開業看護師は地域におけるプライマリーケアの担い手であり、医療サービスだけでなく、相談、助言、多職種との調整など、日本のケアマネジャーの役割を担っていることは前述したとおりである。医療と介護の連携が不十分な中でフットワークの軽い開業看護師が存在することで、個別のケースでは総合的なサービスが提供されている。本件でも開業看護師のタイムリーかつ柔軟な対応があらためて評価された。

5. まとめとわが国への示唆

(1) 退院前後の病診連携を含む集中的ケアマネジメントは効率的

わが国の急性期入院医療は、救急医療の集中化やDPC対象病院の拡大などを背景に高度医療機能が中心となっており、そのためさらなる平均在院日数の短縮と病診連携が求められている(注7)。短い在院日数で退院後の医療ニーズを視野に入れた退院支援を行うには、入院と同時に退院支援を行うシステム作りが必要である。退院前後は患者・家族の不安が最も高まる時期であり丁寧かつ迅速な対応が必要であること、退院直後は病状が不安定であり、家族の医療行為の不慣れから、夜間の往診や訪問看護が必要な場合が多い。

わが国は在宅医療の基盤が脆弱で、24時間対応の在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションは伸び悩んでいる。また、小規模事業所である診療

所や訪問看護ステーションだけで、医療ニーズの高い患者を24時間支えることは限界があり、病院の後方支援が必要不可欠である(注8)。

このようなことから、フランスの在宅入院における多職種・他機関による集中的ケアマネジメントは、次のような点が参考になる。①病診連携が確立していること、②24時間医師や看護師の医療サービスが保証されていること、③医療と介護サービスが統合されたかたちで提供されること、④ケアコーディネーター(医師と看護師が担う)が調整機能を発揮していること、⑤リスクの高い疾患のプロトコルが準備され、多職種が共有していること、⑥退院からサービス開始までの待ち時間が少ないこと、⑦病院スタッフ、在宅入院機関、独立開業者(医師、看護師、薬剤師など)が協働して集中的なケアマネジメントを行っていることである。

退院支援は地域医療連携室など部署を設置したり、人を配置するだけでは機能せず、病院内のチームと地域連携のシステム作り、すなわち、病院内外でのマネジメントの仕組みを作りあげることが重要である¹⁰⁾。特に急性期入院医療を担う病院は、医療ニーズの高い患者の退院支援を早期に行うことから、限られた時間と資源を効率よく供給する在宅入院は大いに参考になる。

また、ハイリスク患者の在宅支援には、連携クリティカルパスのようなプロトコルを多職種・他機関が共有することが重要である。わが国でも2006年の診療報酬改定で「地域連携クリティカルパス」(大腿骨頸部骨折のみ)が認められたが、「複数の医療機関との間で共有する個々の患者の診療計画」とされており、医療機関との連携に限定したものである。今後は訪問看護や訪問リハビリテーションなどを組み入れた連携パスの開発が望まれる。

(2) 多様な訪問看護による重層的な支援体制を
訪問看護振興財団の調査によれば、2007年4月1日現在の訪問看護ステーションの指定事業所数は6,163ヶ所であり、うち休止している事業所数は437ヶ所(全事業所の7%が休止)で、実質活動しているステーション数は、5700ヶ所にとどまっている。2006年から休止するステーションが微増している¹¹⁾。これは2006年の診療報酬改定で導入された7:1一般病棟入院基本料による、看護師大量採用の影響を受けているものと思われる。ゴールドプラン21では、平成16(2004)年までに9,900ヶ所整備することになっていたが、目標達成率は約6割であり、今後も状況が好転する兆しはない。訪問看護ステーションの利用者数、訪問回数、看護師数は、介護保険施行後は横ばいで推移しており、ほかの居宅サービスの伸び率と比較すると、伸び悩んでいる。

日本看護協会は訪問看護ステーションの推進を阻む要因として、①訪問看護に対する評価が低く、経営が成り立たない、②人事管理(採用・定着)が難しく、事業の開始・継続が困難であると、分析している¹²⁾。ステーションの廃止・休止が相次ぐなかで、②の人材確保は憂慮すべき事態で、規制緩和も含めた発想の転換が求められている¹³⁾。

筆者の個人的な考えであるが、訪問看護ステーションの人員基準のハードルの高さが事業の開始と継続を阻む要因の一つになっていると思う。現行の人員基準は「保健師・看護師・准看護師を常勤換算で2.5人配置する」ことが義務付けられている。しかし、小規模事業所であることから、一人辞めると人員基準を満たせなくなるため、やむなく休止せざるを得ない。また、山間地や離島など過疎地では看護師が一人しかいないところも多く、このようなところではいつまでたっても訪問看護ステーションを設置できない(過疎地ほど高齢化が深刻で訪問看護のニーズは高い)。医師、助産師、薬剤師、柔道整復師、ケアマネジャー等は一人開

業を認めていることから、看護師が開業できない合理的な理由は見当たらない。

フランスでは急性期高度医療に特化した訪問看護は在宅入院機関の訪問看護が担い、安定したら開業看護師と在宅看護サービス事業所による看護師がコ・メディカルと協働でケアを引き継ぐという、重層的な在宅支援である。また、医療と介護が明確に区分されてしまうより、ある程度の重なりがある方が安全で、開業看護師が複雑な制度の安全弁として機能していると評価されている¹⁴⁾。

(3) 第三のすまいは医療・介護の包括的ケアが必要

2011年度末に廃止される介護療養型医療施設の受け皿として、有料老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、高齢者専用賃貸住宅(以下、「高専賃」とする)など、施設と自宅の間に位置する「第三のすまい」が整備されつつある(介護保険制度では「居宅」として位置づけられている)。医療法改正で2007年4月からは、医療法人は付帯業務として有料老人ホームを直接経営できることになり、さらに、高専賃の経営も解禁された。有料老人ホームは設置運営指導指針の縛りが多いこと、自治体による特定施設の開設規制などがあり、新規開設が困難になっている現状がある。そのため、有料老人ホームよりも参入しやすい高専賃が伸びてくる可能性がある¹⁵⁾。高専賃は医師や看護師などの配置義務がないため、医療・看護は外付けで提供される。

このようなことから、これまでのように介護保険施設や病院に入りさえすれば、医療と介護が24時間セットで受けられるものから、住宅(家賃)と食費は自前で、必要なときに必要なだけの医療と介護サービスを受ける形態へと変化していくものと思われる。

フランスは子どもとの同居率が17%と低く、介護が必要な状態になっても一人で生活することが

前提となっている。そのため、要介護度や経済状態によって、多様な老人ホームや高齢者住宅が整備されている。これらは一部を除いて、医療と介護サービスは外付けで提供されている。同国は医療と介護が別々に提供されていることから、しばしば非効率性が指摘されている。しかも、公的活動病院が8割を占めていることから、わが国のような医療機関の複合体は発達せず、医療に特化してきた経緯がある。医療機関の複合体は光と影があり¹⁶⁾、一側面で評価はできないが、少なくとも大規模複合体はダウンサイジングに向かうものと思われる。

このような第三のすまいはフランスだけでなく、高齢化の進む先進国も整備を進めているが、外付けされた医療と介護サービスをどのようにマネジメントするかが課題になっている。要介護高齢者は医療・介護の包括的ケアが必要であり、わが国ではケアマネジメントを介護保険制度のサブシステムとして制度化したことは評価できる。しかし、24時間365日医療と介護を提供する施設サービスに需要が集中し、医療ニーズの高い高齢者の在宅ケアの整備が遅れてしまった。医療と介護は包括的に提供されることが望ましいが、必ずしも同一法人で完結するのではなく、地域ネットワークを構築し地域完結型ケアを目指すことも必要ではないかと思う。

注

- 1) 公的活動病院とは、通常の病院活動に加え、以下の活動に参加することで認可される。①医学生の実習・研修、②研究、③予防医学、④24時間救急患者の受入れ、⑤社会的排除との戦いなど。公的活動病院に認可された病院は総枠予算制の適用を受ける。
- 2) 04法改革は医療費抑制による医療保険財政の適正化が目的であり、以下の改革を行った。①保険者ガバナンスの強化、②かかりつけ医制度創設、③個人診療情報記録（個人の診療情報データベース化）の導入、④一般社会拠出金（CSG）の基盤

拡大、⑤定額負担金1ユーロ（年間上限50ユーロ）の導入。

- 3) 開業看護師の資格要件は臨床経験3年以上である。地方公衆衛生局に届け出ると開業できる。専門看護師ではないが、医師の処方箋に基づいて療養ケアだけでなく、点滴や注射など医療行為も単独で実施できる。
- 4) HADは在宅における高度医療に特化しているため「在宅高度医療事業所」と訳されることもある。
- 5) HADは医療サービスのみ提供するが、患者によっては身体介護や家事援助が必要な場合がある。このような場合は、市町村福祉センターや公益法人が提供するホームヘルプサービス、在宅付き添いサービス、配食サービスが利用できる。
- 6) コーディネーターとは、入院時から退院後も継続した医療が必要な患者をスクリーニングし、本人と家族の意向を尊重しながら多職種と協働でケアプランを作成し、諸問題を調整する役割を担う。医療ソーシャルワーカーやケアマネジャーに比べ、入院直後から係わりを持つことが特徴である。
- 7) 厚生労働省診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会の「DPC導入の影響評価に関する調査」（平成19年6月22日）では、平成18年度DPC対象216病院の在院日数は、14.52日である。
- 8) 在宅医療を担う在宅療養支援診療所の届出数は、平成19年12月現在9,589ヶ所、診療所の1割である（wamnet調べ）。平成19年度「在宅療養支援診療所の実態調査」によれば、在宅療養支援診療所の管理者の平均年齢は56.8歳、医師数（常勤換算）は平均1.6人、医師1人以下の配置が60%を占める。また、平成18年「介護サービス施設・事業所調査」によれば、訪問看護ステーションの1事業所あたりの看護師数（常勤換算）は平均4.1人であり、75%のステーションが24時間連絡体制をとっている。

引用文献

- 1) 松田晋哉（2006）：「フランスにおける医療と介護の機能分担と連携」、『海外社会保障研究』、No.156、pp.45-58。
- 2) 厚生労働省大臣官房国際課：「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向（フランス）」、『海外情勢報告（2005～2006年）』、p.241。
- 3) 奥田七峰子ホームページ：フランス医療制度、社会保障研究
<http://naoko.okuda.free.fr/care.html>（2006年3

- 月)
- 4) 松田晋哉 (2004) : 「フランスにおける地域医療計画の動向～責任化原則と契約主義による機能分化の推進」, 『社会保険旬報』, No.2197, pp.22-27.
 - 5) 前掲 2), p.246.
 - 6) 公的医療保険フランス自己負担上げ : 日本経済新聞 2007 年 8 月 9 日朝刊.
 - 7) 松田晋哉 (2000) : 「フランスの要介護高齢者対策(下)」, 『社会保険旬報』, No.2080, p.12.
 - 8) 「フランスの高齢者ケア事情」, シルバー新報, 2003 年 8 月 8 日号.
 - 9) 伊奈川秀和 (2004) : 「フランスの介護保障制度」, 『健保連海外情報』, No.63, pp.21-22.
 - 10) 篠田道子編集 (2006) : 『ナースのための退院調整～院内チームと地域連携のシステムづくり～』, p.11, 日本看護協会出版会.
 - 11) 日本訪問看護振興財団機関紙「ほうもん看護」, No.129, 2007 年 6 月 15 日.
 - 12) 日本看護協会 : 平成 19 年 3 月 1 日社会保障審議会医療保険部会資料.
 - 13) 「動き出した開業ナースたち～看護師の『一人開業』を求めて～」, NHK 社会福祉セミナー, 第 69 号, pp.104-105, 2008.
 - 14) 前掲 1), p.57.
 - 15) 「医療法人の有老ホーム, 高専賃経営が解禁」, 日経ヘルスケア, No.211, p.39, 2007.
 - 16) 二木立 (1998) : 『保健・医療・福祉複合体』, pp.36-43, 医学書院.
- (しのだ・みちこ 日本福祉大学准教授)

オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題

廣瀬 真理子

■ 要約

本稿の目的は、高齢化によるニーズの高まりと、財源確保の課題に直面している近年のオランダの地域福祉改革について、「統合ケア」の視点から現状の改革の特徴と課題を明らかにし、わが国の政策の参考にすべき点を見出すことである。

これまでオランダの福祉改革は、「代替策」の方針に沿ってもっぱら専門職によるフォーマルなサービス提供体制のなかで、施設から在宅サービスへの転換がはかられてきた。近年では、さらに家族などのインフォーマルな介護の担い手を巻き込んだ「統合ケア体制」がめざされている。しかしその具体策をみると、「利用者本位」のサービス体制が強調されるいっぽうで、医療と介護を切り離すような長期医療保険制度の改正や、市場原理の導入によるサービス提供体制の変容、また、高齢者や女性の就労促進策と家族介護への期待などがみとめられ、「統合ケア」を進めるうえで新たなディレンマを生み出している。

■ キーワード

代替策、統合ケア、利用者本位、現金給付、家族介護

はじめに

周辺諸国に比べて人口の高齢化が社会問題となった時期はやや遅れたものの、オランダの社会福祉改革のうねりは、すでに1970年代以降、施設サービスから在宅サービスへの転換を軸に、地域における専門サービス体制の再編を促してきた。そして、1980年代以降は、基本的な政策方針として、質を落とさず安価なサービスに置き換えるという意味での「代替策」(substitutie)や、個々のニーズに対応する目的で「個別仕立てのケア」(zorg op maat)に沿った改革が進められてきた。

これらの「見直し」は、近年ではさらに「現代化」(modernisering)や「イノベーション」(innovatie)という用語をともなって、効率を重視したサービス提供体制を築くための具体的な政策に反映されている。と同時に、オランダの福祉改革の基本理

念そのものが、特に1990年代後半以降、次のように大きく変化したことが注目される。すなわち、かつてのような公的責任や相互扶助を前提とした福祉改革から、最近では、「利用者本位」のサービスが重視されるとともに、サービス利用者の自己責任を基盤にすえた改革をめざすものとなった。

以上のようなラディカルともいえる改革の背景には、たんに国内での少子・高齢化の進行による財源の逼迫や人材不足の問題だけでなく、EU統合によってEMU(経済通貨統合)などEU政策に歩調を合わせるために財政を引き締めざるをえないオランダの加盟国としての事情がある。

本稿では、近年のオランダの地域福祉政策の現状と改革の動向について、高齢者の長期医療・介護に焦点をあてて、「統合ケア」の視点から考察し、わが国でも議論を呼び起こしている「地域包括ケアシステム」の参考とすべき論点を見出すことに

したい。

以下では、オランダの高齢者の生活状況について概観することからはじめ、在宅・施設サービスの現状について明らかにする。そして、オランダの高齢者介護をめぐる制度・政策の主な特徴について示したうえで、現在実施に移されつつある改革の動向と課題について、フォーマル部門とインフォーマル部門に分けてそれぞれ検討を加えることにしたい。

1. 高齢者の引退と地域生活

2006年現在、オランダの全人口は約1630万人であり、そのうち65歳以上人口の割合は14.3%を占めている。社会文化計画局(SCP)のデータに沿って高齢者の生活状況について概観してみよう¹⁾。

(1) 高齢者の引退プロセスと経済生活

オランダでは、65歳以上の高齢者の約9割は、公的年金と職域年金や企業年金などの私的年金を組み合わせて主な収入源として、地域で暮らしている。オランダはこれまで、EU諸国のなかでも65歳以前に労働市場を退出する早期退職者の比率が高いことが特徴であったが、近年の早期退職制度の見直しと就労促進策によって、周辺諸国に比べて急速に高齢労働者の就業率が高まっている。2005年には55歳から64歳までの実質的な就業率は40%となり、EUが示している目標値(2010年までに45%に引き上げる)に近づいている。

また、高齢者層の高学歴化も進んでおり、全体としてみれば、以前に比べて高齢期の経済生活は安定的になり、就労機会が増えたほか、生涯教育や社会参加活動も活発になった。

しかしそのいっぽうで、約12万人の高齢者が、無年金または低年金のために貧困状態におかれているという報告もある²⁾。政府は、これらの人々に対してタックス・クレジット(税控除)などを通

じて所得保障を行っていく方針である。また、65歳未満の高齢労働者で、体調などを理由に思うように働けなくなった場合、以前は、早期退職制度を通じた給付や、高齢労働者のための社会保障給付が行われたが、近年の制度改正により所得保障給付が縮小したことから、そのような人々が貧困に陥りやすいという指摘もある。また、高齢労働者の就業率の高まりそれ自体は評価すべきものであるが、逆にそのことが、高齢の家族介護者やボランティア活動の人材を減らしてしまうことを問題とする意見もみられる³⁾。

(2) 高齢期の家族形態と住まい

オランダの高齢者の家族形態は、夫婦のみまたはひとり暮らしが中心である。75歳以上層では約4割が、85歳以上層では2割弱が夫婦のみ世帯となっている。配偶者以外の家族(子どもや兄弟・姉妹等)との同居率はきわめて低く、年齢別にみるとその比率が最も高くなる85歳以上層であっても約6%にとどまる⁴⁾。

たしかに年齢が高くなればひとり暮らしの比率も高まるが、80~85歳層になるとその比率は約9割に上る。しかし、これらの「ひとり暮らし高齢者世帯」は、夫婦で暮らす世帯等と比較して地域の情報を得にくく、社会参加や介護サービスへのアクセスなどに問題が生じやすいことが指摘されている。

在宅ケアの促進にあわせて、オランダではその基盤となる住宅の整備が進められてきた。配偶者を失った場合や、みずからが虚弱になり、住み慣れた自宅での暮らしが困難になった高齢者に対して、室内に階段がなく、アラームが設置されて車椅子にも対応できるような高齢者向け住宅が、このところ急速に建設された。英語にすれば、それは「シェルタードハウジング」にあたるが、定義が明確でなく、オランダではその種類が多岐にわたることから、全体数を正確に示すことは困難で

ある。住宅・国土計画・環境省によれば、既存の住宅の改築も含めてこれらの「高齢者のために特別にデザインされた住まい」は、1990年には約17万5,000戸であったものが、2002年には約48万戸に増加したと報告されている⁵⁾。

そのなかで、比較的歴史がある住宅として、例えば1970年代から建設が進められた「よりかかり住宅」(aanleun-woning)は、高齢者ホームに併設される住宅で、食事など施設のサービスを利用しながら自立的な生活を営むという発想が注目を集めて一時期建設が進んだ。また最近では「複合住宅」(woonzorgcomplex)が建設されているが、それは身体的状況が変化して介護が必要になった場合にも夫婦がともに暮らせるように、状況にあわせて住まいと介護サービスを提供するものである。そのほか、高齢者のグループがみずからその住まいを管理していくというグループリビング(groepwonen)や、主に認知症高齢者を対象とする小規模グループホーム(kleinschaligwonen)などがある⁶⁾。

これらの住宅は、政府の補助金によって建設され民間非営利団体が運営するものもあれば、民間営利団体が建設・運営するものもあり、また、所有形態も賃貸方式と分譲方式などさまざまである。

2. 在宅サービス

では、地域で暮らす高齢者が医療や介護を必要とするようになった場合、どのようなサービスが利用できるのだろうか。

(1) 在宅専門サービスの現状

高齢者の在宅サービスの利用状況を見ると、55歳以上の約4世帯に1世帯が、自立した生活を送るために何らかの援助を受けており、75歳以上層ではその割合は約5割に上る⁷⁾。

オランダでは、「家庭医」(GP)と「在宅ケア協

会」(Thuiszorg)が、専門的な在宅サービスの中心的な担い手であるが、最近では両者の機能や役割がじょじょに変化しつつある。

「家庭医」制度は、各家庭が地域で開業する家庭医を選んで年間契約を結び、医療を受ける制度であるが、家庭医は治療や薬剤の処方を行うほか、必要に応じて患者に専門医を紹介する。この点で、家庭医は医療供給のゲートキーパーとしての役割を担ってきたといえるが、最近では在宅医療の促進にあわせて、地域医療のコーディネーターとしても期待されている。2004年現在、全国の登録家庭医数は約9,900人(そのうち女性が3,250人)であり、近年では女性の家庭医の増加がめざましい⁸⁾。

じっさいに家庭医のなかではかつての単独診療を中心としたシステムから、最近では、家庭医がペアを組んで協働するケースが増えているほか、訪問看護師や理学療法士、歯科医やソーシャルワーカーなどと協働する比率も高まっており、1994年に約1割の家庭医が行うにすぎなかったこのようなグループ診療が、2004年には約3割を占めている。なおこれらのグループ診療は、主に地域の健康センター(gezondheidscentrum)などで行われている。

また、日常の在宅医療・介護は、伝統的に民間非営利団体として地域ごとに発展をみた「訪問看護師」と「ホームヘルパー」の団体がそれぞれ業務を担ってきたが、近年では両団体の財源が統合されて特別医療費(補償)制度の対象にされるとともに、看護職と介護職の資格制度も一本化され、職種は段階別に「介護専門職」(1、2、3)と、「看護専門職」(4、5)の5段階のレベル別の資格となっている。また、看護師のなかでもさらに上級で家庭医の業務を代替できるような「ナースプラクティショナー」も増加しており、2005年現在279名が有資格者として活動している。

(2) 在宅サービスにおける「統合」の課題

先に示したように、プライマリーケアと呼ばれる在宅医療・介護の担い手の間では、じょじょにはあるが、グループ診療などを通して連携・協働が進んできた。しかし同時に、医療の階層化が問題とされており、いわゆるプライマリーケアとセカンダリーケア（病院・ナーシングホーム・専門医）との連携が不十分であるといわれている。例えば病院と在宅医療をつなぐような専門医と家庭医との協働は容易ではなく、また、病院の看護師と在宅サービスを提供する介護専門職員との間の協力も難しいとされる。この点の問題の解決をはかるために、在宅ケア協会に所属する看護師が「リエゾン看護師」として、病院と連絡を密にして患者の退院の際に在宅生活への復帰をスムーズにするなどの試みが行われている。そのほかにも、急性期の統合ケアは慢性期のそれよりも困難とされ、また、治療と介護と予防が、サービス利用者の急速なニーズの変化に十分対応できていないことも統合を難しくしている⁹⁾。

他方で、「在宅ケア協会」では、人材不足が深刻である。看護職・介護職の多くは女性のパートタイム労働者であるが、パートタイム労働者が多いことについては、オランダでも賛否両論がある。労働時間を柔軟にして人材を集めるという点ではパートタイムにメリットが大きいものの、利用者にとっての満足度や業務の引継ぎなどに時間がかかることなどが問題とされている。

また、最近では、在宅医療・介護市場の規制緩和と競争原理を導入することによって、システム全体の効率化をはかることが重視されている。サービス提供者間での競争が激しくなるとともに、再編を迫られた民間非営利団体の間では、組織の一部を民営化したり、組織間での統合をはかるなど、新たな体制にみずからを適合させるための努力が重ねられている。今後、このまま民営化が進むことにより、地域の「統合ケア」にどのような影響

が及ぶのか、より詳しく検討していく必要があるだろう。

3. 施設サービス

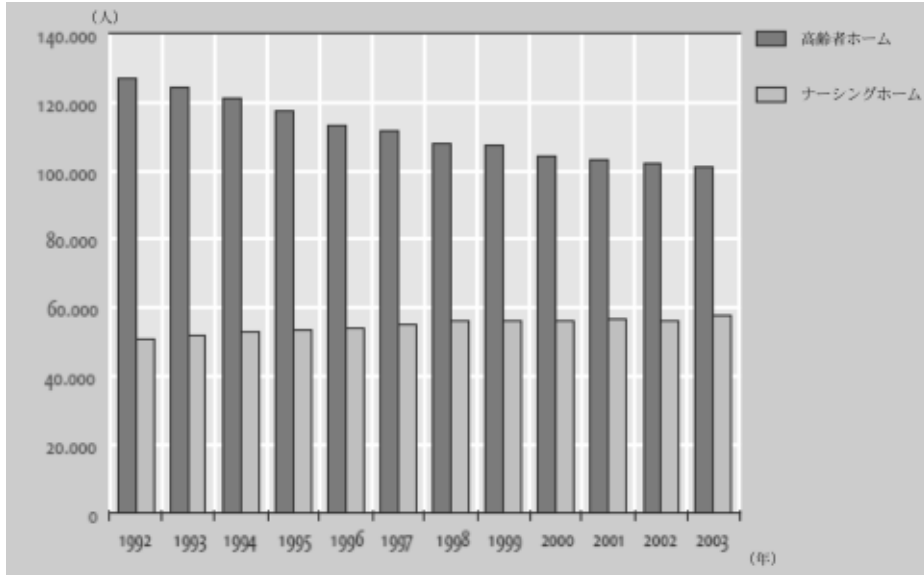
(1) 施設サービスの現状

オランダでは現在、自宅で専門的な在宅サービスや家族によるケアだけでは生活できないような要介護状態にある高齢者のための入居施設として高齢者ホーム(verzorgingshuis)が設立されている。また、重介護を必要とする高齢者や障がい者のための医療施設としてナーシングホーム(verpleeghuis)がある。いずれの施設もこれまでその大多数を民間非営利団体が設立してきたが、1997年に高齢者ホームの財源が、特別医療費(補償)制度(AWBZ)によりまかなわれるようになったために、両者の財源基盤は統一されることになった。

図1に示すように、施設入居者数は、2003年現在、全国の高齢者ホームには約10万人が、ナーシングホームには約6万人が入居している。1992年から2004年までの推移をみると、ナーシングホームの入居者数が微増傾向にあるいっぽうで、高齢者ホームの入居者数は、減少の一途をたどっている。

また入居者の要介護状態をみると、近年、特別医療費(補償)制度における要介護認定が施設入居の基準を引き締める方向で改正されたため、施設には、障がいの度合いが重い高齢者が増加している。入居施設への申請者を大別すれば、身体的な障がいを有する高齢者は高齢者ホームへの入居希望が多く、また認知症の高齢者がナーシングホームに入居する比率が高い。利用者には所得に応じた自己負担がもとめられる。

施設サービスの課題として、オランダでもナーシングホームでは3人以上の相部屋もまだ残されており、入居者からプライバシーの確保ができないという不満の声が上がっている。また、職員不



出典：SCP (2006) p.151 Figuur 7.6 より

図1 高齢者ホームとナーシングホームの入居者数の推移 (1992-2003年)

足から、入居施設において家族やボランティア等によるインフォーマルな介護が少なからず提供されており、2002年には、約10万人のボランティアが、これらの施設で活動したといわれている¹⁰⁾。

それでもなお、入居受入数を上回るニーズがあり、このところ待機者問題が深刻になっている。2003年時点で、全国で75歳以上の人々約25,000人が高齢者ホームへの入居を待機しており、また、5,500人がナーシングホームへの入居を待機している¹¹⁾。

(2) 施設を利用した統合ケアの推進

施設ケアから在宅ケアへの政策転換にあわせて、高齢者ホームやナーシングホームなどの入居施設には近年、地域とのつながりをめざした新たな役割がもためられている。いわゆる「施設の社会化」であるが、例えば、これまで高齢者ホームなどのレストランを地域住民に開放することや、地域で暮らす高齢者に対して定期的な配食サービスが行われてきた。また、アラームサービスが施設から

地域住民へ提供されている。

表1は、高齢者ホームが地域の要介護者を対象に提供した通所・在宅サービスを全国で利用した人々の数であるが、ショートステイやデイケア、アラームシステムの利用者数が増加する傾向にあることがわかる。ショートステイは主に病院からの退院者、または一時的に家族介護などが困難になった高齢者に対して、6週間から8週間、24時間ケアを提供するものであり、また、デイケア・ナイトケアは、家族介護の負担を減らすために利用されるほか、施設入所の前に試験的に利用されている場合もある。高齢者ホームが提供するこれらの3種類の通所機能を利用した地域の要介護者の数は2003年には約55,000人であった。

さらに、高齢者ホームとナーシングホームから直接在宅サービスを提供することも可能になったが、高齢者ホームから提供される訪問介護サービスを利用した地域の要介護者の数は、2003年現在、約65,000人となっている。

このほか、入居施設間の垣根をこえたサービス

表1 高齢者ホームが提供する在宅サービスを利用した人数（1995年-2003年）（単位 1,000人）

	(年)				
	1995	1997	1999	2001	2003
ショートステイ	21.9	24.1	28.1	28.1	30.5
デイケア	15.9	15.0	20.8	20.4	23.2
ナイトケア	0.6	0.6	1.6	1.6	1.2
在宅介護	-	-	-	-	65.1
在宅看護	-	-	-	-	15.5
在宅生活サポート	-	-	-	-	15.5
配食サービス	-	-	-	-	69.8
アラームシステム	59.4	64.6	66.9	66.7	67.1

出典：SCP (2006) p.153 Table7.5 より

提供も行われるようになり、例えば、ナーシングホームから高齢者ホームの居住者に対する医師の往診などが行われている。また、高齢者ホームから、前述した高齢者のために特別にデザインされた住まいの居住者への訪問ケアも行われている。

4. オランダのインフォーマルケア

次に、オランダの家族などによる介護（インフォーマルケア）にはどのような特徴があるのかをみておこう。EUでは最近、地域レベルでの高齢者を対象とした「統合ケア」に関する調査ネットワークが設立されるなど、比較調査研究が行われている¹²⁾。

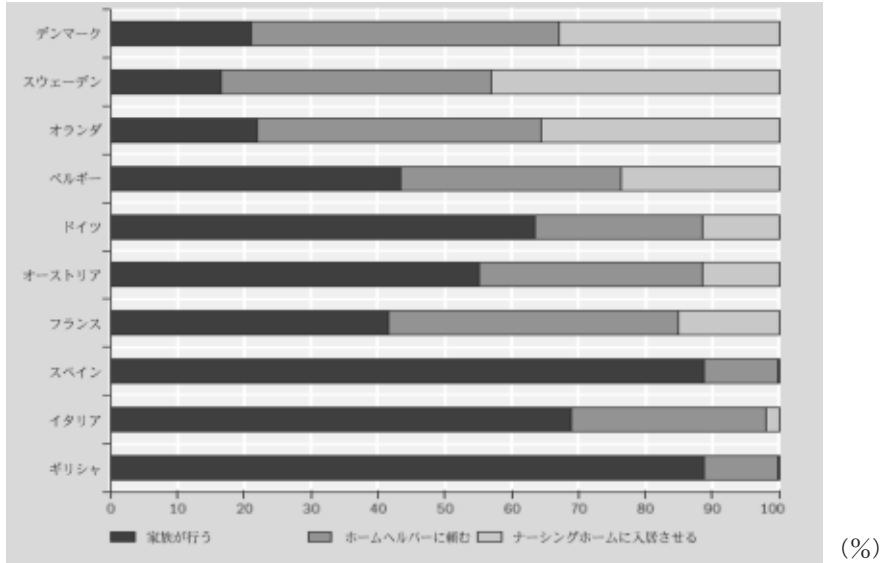
オランダの社会文化計画局は、EUのデータをもとにして、10カ国（オランダ、ベルギー、ドイツ、オーストリア、デンマーク、スウェーデン、フランス、イタリア、スペイン、ギリシャ）の高齢者介護の比較研究を行っている。そして、オランダのひとつの特徴として、長期医療・介護に対して専門サービスが発展をみたことから、これまで家族介護への依存度が低かった点が指摘されており、EUのなかでは、北欧諸国に共通する特徴をもつとされている。

図2は、「ひとり暮らしの親が自立した生活ができなくなった場合、誰が介護をすべきか」という問いに対して、「家族が行う」、「ホームヘルパーに頼む」、「ナーシングホームに入居させる」という回答の比率を各国間で比較したものである。これをみると、たしかにオランダの親の介護に対する意識は、家族介護よりも専門サービスの利用意識が高い点で北欧に近いといえよう。

この家族介護と専門サービスとの関係について、同報告では、オランダは、「家族が軽介護を行い、専門サービスが重介護を行う」という役割分担にあてはまるもとされている¹³⁾。つまり、家族介護も少なからず行われてきたが、重介護まで家族が担わなくてすむように専門サービスが設立されてきたといわれる。北欧に比べて女性の労働力率が低く、潜在的な介護力が残されているが、オランダでは高齢者介護については家族に依存せずに、専門サービスが提供されてきたようすがうかがえる。

5. 近年の福祉改革の動向

最後に、最近の改革の方向として、(1)社会支援



出典：Pommer=Woittiez=Stevens (2007) p.15 Figure2 より

図2 ひとり暮らしの親が自立した生活ができなくなった場合、誰が介護をすべきか

法（Wet maatschappelijke ondersteuning：Wmo）の導入と自治体の改革、(2)介護のための現金給付、(3)家族介護への期待、の3つについてそれぞれ紹介しておきたい。

(1) 社会支援法の導入と自治体の改革

前述したように、オランダでは、医療・福祉行政は、伝統的に地域の医療・介護サービスは民間非営利団体の活動に委ねられてきたため、市町村自治体の役割はもっぱら民間非営利団体がサービスを提供できない場合にそれをカバーする程度にとどめられてきた。市町村自治体が高齢者や障がい者向けのサービスに大きくかかわるようになったのは、過去20年間くらいのことである。

分権化政策の下で、住民に最も身近な市町村レベルでの自治体を中心になって、サービス利用者にとってよりよいサービス提供体制を築くことと、同時に住民を巻き込んで、多様なニーズに対応できるような自立支援のサービス体制を構築することをめざして、2007年より社会支援法が施行され

た。

同法は、これまでの社会福祉法（Welzijnswet：1987年制定）と、障がい者福祉法（WVG：1994年制定）と、さらに特別医療費（補償）法（AWBZ：1967年制定）の一部を統合したものである。障がい者福祉法による住宅改修や移送サービス、車椅子の支給等はそのままWmoに引き継がれている。介護に関しては、これまで特別医療費（補償）制度の給付とされてきた家事援助が、社会支援法の対象とされて、医療保険制度の給付から公費による給付へと切り替わった。つまり、特別医療費（補償）制度は、今後は相対的に重度の医療・介護サービスを対象とし、家事援助のような軽度のサービスは社会支援法の下で実施されることになる。したがって、これまで給付の申請にあたって行われていた要介護認定のうち、家事援助に関する申請については、自治体による認定が行われる。同制度は財源を公費とし、各自治体には高齢者や障がい者の自立支援のほか、家族介護者への援助などを行うことも期待されている。また、各自治体に

は4年に1度、地域計画を策定することが義務づけられた。

社会支援法が対象とする主なサービスの実施はあくまで自治体の裁量に委ねられるが、各自治体に力量の差があることや、今までは特別医療費(補償)制度によりカバーされてきた家事援助サービスが公費によるサービスに変更されたことにより、これからのサービス利用が不安定になるという懸念が示されるなど、論議を呼び起こしている。加えて、自治体の裁量が強まることにより、サービスの利用に地域差が大きくなることも予想されている。例えば政府は、すでに自治体に対して、必要に応じてアラームなどを利用した24時間サービスや、住民の介護相談などを受ける「地域支援センター」の設置をはたらきかけているが、最近の調査によれば、約1/4の自治体でまだその設置が進んでおらず、また高齢者ホームもナーシングホームも地域支援センターも設立されていない自治体が若干数あることが明らかにされている¹⁴⁾。

(2) 介護のための現金給付(個別ケア予算: Per-soonsgebonden budget: PGB)

試験的事業を経て1996年より特別医療費(補償)制度に、個別ケア予算(PGB)とよばれる介護のための現金給付が導入され、それまでのサービスの現物給付に加えて、現金給付も選択できるようになった。受給条件は、在宅で3ヵ月間以上要介護状態にあることとされる。個別ケア予算の額は、機能別に分けられた必要なサービスと必要な時間をもとに決定され、1日あたりの上限額が決められている。

現金給付の導入によりサービス利用者の選択の幅を広げることが目的であるが、そのいっぽうで介護市場の形成を促して既存の民間非営利団体を競争にさらしてより効率的なサービス提供体制を築くこともねらいとされている。

最近では、この現金給付をさらに拡大し、自己

管理を強めていく方向にある。現金給付を選ぶ人々の数が増えているなかで、2005年現在、個別ケア予算の利用者は、全体で約78,000人おり、そのうち56歳以上の利用者が37,000人となっている。

また、現金給付利用者のうち、約7割が家族等のインフォーマルな介護者に現金を支給しており、約3割が専門サービス機関のサービスの購入に当てている。

家族等のインフォーマルな介護者のうち、約半数は、現金給付を使った介護を行う前に有給職に就いておらず、この現金給付プログラムが長期介護を担う労働力を拡大したという見方もある。しかし、今までの無償労働を有償化したといえるいっぽうで、主に女性が担っている現金給付による介護は、女性たちを生活の見通しのない低賃金労働に従事させる「罠」にもなりかねない、と指摘する論者もいる。高齢者は若年障がい者等に比べて、インフォーマルな介護者を選ぶ傾向がある。そこで、現金給付利用者を支援する団体(Per Saldo)は、政府の補助金を受けて、現金給付利用者に対する情報提供やアドバイスを行っている。

他方、現金給付は、専門サービスの提供者にとってどのような意味をもつのだろうか。現金給付によるサービスを提供することで、専門サービス提供者は追加的な収入を生み出すことになるが、職員不足の問題からその調整にディレンマを生じることがある。また現金のやりとりがスムーズでない場合もあり、現在までのところ、現金給付の導入は当初予想されたほどのメリットにはなっていないようである。

(3) 家族介護への期待

1990年代後半になり、長期医療と介護をめぐる政策には、高まるニーズに対する財源の確保と、在宅と施設の両面での専門サービスの待機者問題が深刻になり、介護のための人材の確保が政策課題となった。そして家族介護もまた、この文脈に

において奨励されている。

2001年に保健・福祉・スポーツ省が発行した白書“Zorg Nabij”（身近なケア）には、家族介護の促進と、家族介護者への支援の方針が示されている。特に介護を行う家族に対するレスパイトケアなどの支援策や、就労と介護の調和をはかるための取り組みなどがあげられている。

他方で、労働市場の人材不足が今後ますます進むことが予想されることから、女性就労の促進も重視されている。北欧のような男女の就労を前提としてきた社会からみると、オランダの場合、今後は、仕事も介護も同時に負担が高まっていくことを意味するのではなかろうか。就労と子育ての両立に比べて、就労と介護の両立には被介護者の状態の予測が困難であることから、より個々の状況に応じたきめ細かい支援策がますます必要となろう。

おわりに

オランダの社会福祉改革は、これまで施設サービスから在宅サービスへの転換を軸に、地域をベースとして専門サービスを中心とした効率的なケア体制を築くための改革が重ねられてきた。しかし、最近の改革動向は、伝統的な公的責任や相互扶助の理念を大きく転換させるものとなっている。つまり、財源の逼迫を主な理由とした政府の財政抑制策は、フォーマルセクターにおいては、①自治体を中心とした地域福祉システムの構築、②介護市場の形成と競争原理の導入（伝統的なサービス提供者である民間非営利団体と営利団体との競争が中心）、③公的責任の後退（ケアの自己責任化）といった流れをつくっており、また、インフォーマルセクターにおいても、①現金の導入による利用者本位（消費者中心）のサービスシステム、②家族介護の促進と家族介護者への支援、③ボランティア等の社会資源の活用などが重視される方向

にある。

以上のような改革が、地域における「ケアの統合」をどのようなかたちで進めていくのか、今後とも注目していきたい。

注

- 1) 社会文化計画局（SCP）は政府の補助金により運営される研究機関であるが、独立した機関として社会政策に関する調査・研究を行っている。ここでは高齢者施策の参考とするために、隔年ごとに高齢者の生活実態に関する報告書（Rapportage ouderen）を発行している。
- 2) Boer (2006) pp.242-243
- 3) Boer (2006) pp.79-80
- 4) Boer (2006) p.15
- 5) 廣瀬（2005）pp.135-139
- 6) 一例をあげれば、ウトレヒトにある民間非営利団体が一般住宅を借り上げて運営する小規模グループホームは、車椅子対応の6人分の個室と、リビング・ダイニングルームの共同スペースを備えており、認知症高齢者だけでなく身体障害者も居住している。そこには、掃除や料理など家事援助のみを行う職員が日中1名配置されているほか、建物の1階には在宅医療・介護ステーションとして、看護・介護の専門職員が交替で24時間常駐している。〔2006年の現地調査より〕
- 7) Boer (2006) pp.144-145
- 8) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn Sports (2005) pp.22-23
- 9) Ex=Gorter=Janssen (2003) pp.11-12
- 10) Boer (2006) p.155
- 11) Boer (2006) pp.147-148
- 12) EUの補助金により実施されている医療・介護サービスの統合に関する研究プロジェクトとして、例えば“CARMEN”（The Care and Management of Services for Older People in Europe Network : 2001-2004）と名づけられた調査研究ネットワークは、ヨーロッパ11カ国を対象として、高齢者に対するケアとマネジメントに関する調査を行っている〔Banks (2004)〕。また、“PROCARE”（Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons）は、ヨーロッパの9カ国を対象に、高齢者に関する統合的な医療と福祉サービスのあり方について調査を実施している。詳しくは、Ex=Gorter=

Janssenya (2003) や、Billings=Lechsenring (2005) などを参照されたい。

- 13) Pommer=Woittiez=Stevens (2007) pp.13-14, p. 25
14) Boer (2006) p.152

参考文献

- Banks, Penny (2004), *Policy Framework for Integrated Care for Older People*, (Working paper) King's Fund, London
- Billings, Jenny and Kai Leichsenring(eds.) (2005), *Integrating Health and Social Care Services for Older Persons*, Ashgate, Hants
- Boer, Alice,de(ed.) (2006), Sociaal en Cultureel Planbureau (2006), *Rapportage ouderen 2006*, (Report on the Elderly 2006, English version) SCP, Den Haag
- Ex, Carine=Klaas Gorter=Uschi Janssen (2003), *Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands*, (Procure : National Report in the Netherlands), The Verwey-Jonker Institute, Utrecht
- Heineke, Daan, Roelf van der Veen, and Nora Komalijnslijper (2005), *A Guide to Chain Cooperation in the Social Support Act(Wmo)*, SGBO, Den Haag
- Kerkhof, Leo, van de (1996), Historical Development of Welfare Policy in the Netherlands, in *EUROSOCIAL*, 58/1996, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sports (2005), *Primary Health Care in the Netherlands*, VWS, Den Haag
- Pommer, Evert=Isolde Woittiez=John Stevens (2007), *Comparing Care*, SCP Den Haag
- Smith, Randall (2003), *European Perspectives on Community Care*, School for Policy Studies Working Paper Series Paper Number 2, School for Policy Studies, Bristol
- Struijs, Alies (2006), *Informal Care*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer
- Tjadens, Frits, Annemiek Goris, Pim de Graafm Ted Kraakman, and Ben Slijkhuis (2005), *Long-term care in other countries -Lessons for the Netherlands ?*, NIZW, Utrecht
- Wiener, Joshua, M=Jane Tilly=Alison Evans Cuellar (2003), *Consumer-Directed Home Care in the Netherlands, England, and Germany*, (working paper) AARP, Washington
- 廣瀬真理子 (1997) 「オランダの高齢者福祉改革の動向」『日蘭学会会誌』第21巻第2号 日蘭学会
- 廣瀬真理子 (1998) 「オランダの高齢者福祉サービスにおける『民間』の役割」『海外社会保障情報』第122号 国立社会保障・人口問題研究所
- 廣瀬真理子 (2005) 「オランダ」『高齢者の住まいと福祉に係る各国の取組事例等の調査研究事業』(財)高齢者住宅財団
- ホームページ
- CIZ (2008), *Zorg Nodig?* <http://www.ciz.nl>
(ひろせ・まりこ 東海大学教授)

デンマークの高齢者福祉政策をささえるもの

関 龍太郎

■ 要約

デンマークは、保健、医療、福祉の大部分が、公的機関、公的財源で行われてきたので、「統合的運営」が比較的容易な国である。1974年の「生活支援法」の成立は特に重要で、高齢者福祉に大きな影響を与えた。1979-82年、「高齢者問題委員会」（委員長アナセン教授）において、「高齢者福祉の三原則」が定められている。1990年には「生活支援法」が改正されている。2007年には自治体の再編により、病院運営等は広域行政機構（レギオナ）の所管業務となり、高齢者福祉等は市（コムーネ）の業務となっている。このように、時代に即応した法律の改正が行われるのはデンマークの特徴でもある。今報では、①基本となる生活支援法 ②在宅福祉だけで、高齢者福祉対策はどこまで可能なか ③ニーズ判定と品質保証 ④在宅電子カルテの活用 ⑤デンマークにおける予防活動の試み ⑥デンマークの高齢者施策をささえるもの について、報告する。

■ キーワード

生活支援法、デンマーク、高齢者福祉、高齢者住宅、ニーズ判定

I はじめに

デンマークにおいても住民からすると、保健と医療と福祉は「統合」されるべきだといわれてきたが、まだ、実現されていない。したがって、保健と医療と福祉が、いかに連携を密にしながら運営されているかは住民にとって大きな課題である。デンマークは、保健、医療、福祉の大部分が、公的機関、公的財源で行われてきたので、「統合的運営」が比較的容易な国である。著者は、デンマークの高齢者保健福祉政策のスタディツアーに1989、1990、1992、2002、2003、2007年と6回にわたり、参加してきた¹⁾。そのことは、結果的に18年にわたり、日本から、日本と比較し、デンマークの高齢者保健福祉政策をみてきたことになる。デンマークの高齢者福祉について、既に、この雑誌においても、伊東と筆者によって報告されている。

デンマークは面積4万3000平方キロメートル、

人口約547万人（2007年）の国である。65歳以上の高齢者数は約84万人（高齢化率15.4%）、平均寿命77.96歳（男性75.64歳、女性80.41歳）、合計特殊出生率1.74である。高齢化率は1960年に10.6%、1970年に12.3%、1980年14.4%、1990年15.6%になり、その後減少傾向にあったが、最近、再度増加の傾向にある。なお、65歳以上の親子の同居率は日本の約50%と比較して非常に低く、6%程度である。

面積では九州、人口では兵庫県とほぼ同じである。最高峰でも174メートルで訪問した日本人は「山がない」という印象をもつ。宗教としてはキリスト教福音主義ルーテル派であるが、宗教心の強い国とはいえない。国民所得に占める割合をみると、サービス業66%（民間43%、公的23%）、製造業21%、建築関係業7%、農業5%、電気ガスなど1%であり、サービス業の占める割合が大きい。資源の乏しいこの国では、輸出で外貨を獲得して

いる。輸出のうち、農産物は12%にすぎず、75%が工業製品である。GNPは世界第5位である。この国は、租税方式による社会保障をしている。また、保健、福祉、医療、教育は無料である。保育には負担がある。年金も、高齢者年金4500クローネ(約9万円)²⁾、障害者年金は約12万円、重度障害約24万円と日本と比較して充実している。個人が社会の中で尊重され、子供が親を扶養する義務はない。障害者も成人すれば親は子供を扶養する義務はない。障害者の生活の支援を社会がする。税金は所得税をみると国税23%、県税11%、市税21%(14~25%)である。2007年からは新しくできた広域行政機構(レギオナ)³⁾には課税権がなく、国税約25%、市税約25%となっている。付加価値税は、食料費等の生活必需品以外は25%である。

なぜ、デンマークのような福祉国家が出来たかとの質問を、しばしばしたが、「昔から貧しかったので平等意識がつよく相互援助が発達した」「デンマークの民主主義の成果である」「女性の社会進出が老人福祉を発達させ、家事から女性を解放した」「長期間戦争がなかった」「グルンドヴィ(1783-1872)によるフォルケホイスコールの運動(生きるための学校の運動)がある国」「ヨーロッパ中央の都市から離れていた」などの理由をデンマークの人々はあげている。

デンマークの市町村合併をみると、1979年には1388あった市町村を275に統合している。その後、271になっていたが、2007年1月には、271の市を98の市に統合している。県は2006年までは14であったが、2007年には県を廃止し4つの広域行政機構(レギオナ)に再編されている。統合の理由としては、国が、市に福祉行政を分権化すること、自治体間の差を少なくすること、福祉を十分に推進することをあげており、日本のように、財政的な理由は前面に出ていない。

1970年には、「福祉行政法」が成立し、諸々の福祉政策が実施されている。1974年には「生活支援

法」が成立している。この「生活支援法」の成立は特に重要で、高齢者福祉の充実化に大きな影響を与えた。1979年から1982年にかけて、福祉省下に設置された、超党派の「高齢者問題委員会」(委員長アナセン教授)において、生活支援法を活用することによって、デンマークの「高齢者福祉の三原則」が定められている。高齢者福祉の三原則は「自己決定」「生活の継続性」「自己能力の活用」である。この原則がその後も貫かれている。三原則は、国の中央の福祉省においても、また、地方のプライエム⁴⁾でも、高齢者福祉センターでも、語られており、その理念を着実に実現している。1990年には「生活支援法」が改正されている。2002年6月には、新しい「高齢者福祉法」が制定されている。2007年には自治体の再編により、病院運営、障害者施設の運営などは広域行政機構(レギオナ)の所管業務となり、社会福祉、高齢者福祉、医療以外のヘルスケア、児童教育などは市(コムーネ)の業務となっている。このように、その時代、時代に即応した法律の改正が行われるのはデンマークの特徴でもある。

自治体の行政をデンマークでは市議会が実施している。市長は市議会より選出されるが選挙で多数を得たなどの代表が市長になっている。実際の行政は常任委員会がつかさどっている。大部分の市には財務、福祉・文化、環境、技術の委員会がある。業務の内容の面で福祉委員会が重要視され、全予算の約6割が福祉予算である。

Ⅱ 基本となる生活支援法

1974年に、福祉の分野では、世界的にも注目されている総合的な法律「生活支援法」が成立している(実施は1976年4月)。この法律は、それまでばらばらであった福祉関係法を一本化して、利用者主体にサービスを提供できるようにしたものである。福祉の対象を、障害者、精神障害者、知

的障害者、高齢者、母子家庭などのグループに分けて、それぞれ別のサービスを提供するという従来の方法をやめて、理由にかかわらず、日常生活が困難となった国民すべてに、サービスを提供するという法律である。そして、サービスを提供する義務をコムーネ（市）に負わせている。

生活支援法

第1条 公共機関は、国内に居住し、且つ本人若しくはその家族がおかれている状態のための相談、経済的若しくは実質的な援助、職業的能力の開発若しくは回復のための援助、または介護、特別な治療若しくは教育的な援助を必要とするすべての者に対しては、この法律の定めるところに基づいて、援助を行う義務を有する。

第6条 すべての男性及び女性は、公共機関に対して、本人自身の生活を維持するとともに、配偶者及び18歳未満の子（以下、この法律においては「子」という）を扶養する義務を要する。

第9条 コムーネ議会（市議会）は、個々の援助形態に関して別に定めのある場合を除いて、この法律の定めるところに基づいて援助を実施するものとする。

この法律が実施されてからは、グループ別の利用度の統計がなくなった。社会的弱者をグループ分けして、比較することを避けたのが主な理由といわれている。

生活支援法は、「枠組み法」あるいは、「額縁法」とよばれ、国は大まかな方向性とか、ある程度の枠組みを規定するだけで、具体的なサービスの内容、質、量などは、各自治体（市）にまかされている。したがって、各市で競争しながら、高齢者福祉の施策が取り組まれている。さらに、1979年から82年にかけて、福祉省に「高齢者問題委員会」（委員長アナセン教授）が設置され、高齢者福祉の三原則「自己決定」「生活の継続性」「自己能力の

活用」が答申された。

住宅の提供（プライエムの建設、高齢者住宅の建設）、ホームヘルプ、訪問看護、補助器具の提供などの事業が続けられる。1989年には、サービス資源量は表1のようになる。

その後、高齢者福祉の三原則の推進（1988年）、在宅福祉の推進（1988年）、民間委託の推進（2002年）などにより、統計的な数字の把握は困難になっていくが、全体的には、福祉職員の増加の傾向は見られている。生活支援法は、枠組み法とはいえ、著者の目から見ると、かなり具体的な考えが示されている。高齢者福祉に関係すると思われるものは、次のようになる⁵⁾。

生活支援法

第28条 コムーネ議会は、単身者及び家族に対して、継続的な指導及び助言を無料で提供することができ、且つ援助を必要とする者認められるものすべての者に対して、訪問調査活動によって、指導及び助言を行う義務を有する。指導助言の目的は、当面する一時的な困難に関して、本人を援助すること、及び、長期的視点に立って、発生する問題を本人が自らの力で解決することが出来るようにすることである。

指導助言は、単独で又は他の扶助若しくは援助と併せて行うことができる。

第37条 環境の変化のために自己若しくは家族の生計維持に必要なものを入手することが困難となった者に対して、この節の定めるところに従って、基本扶助、受託加算及び児童加算からなる金銭扶助を支給する。

第50条 コムーネ議会は、当該コムーネ内にホームヘルプ制度を整備し、その職業に従事するために訓練を受けたホームヘルパーによって家庭内での実質的な援助を行うことができるように保証する責任を有する。

第58条 障害又は疾病若しくは老齢に起因する永

表1 デンマークの高齢者福祉サービス資源¹⁾

		総人口 5,129,778人			
		65歳以上の人口 789,986人 (15.4%)			
	施設数	許容量	職員数		
			延べ	フルタイム換算	
プライエム	1,212	50,578 (6.4%)	67,795	50,515	
うちデイホーム		3,513 (0.4%)			
デイセンター	415	26,999 (3.4%)	3,445 ²⁾	2,475	
ケア付住宅	339	6,670 (0.8%)	2,793	1,958	
高齢者住宅		5,087 (0.6%)			
その他の高齢者のための住宅		32,058 (4.1%)			
施設外の社会活動職員			1,188	830	
ホームヘルパー			34,023	26,696	
訪問看護師			5,349	3,977	
県立補助器具センター	17		239	205	
県立リハビリセンター	222		3,977	3,638	
自治体福祉事務職員			20,904	18,895	

注：1) 1989年1月1日現在

2) 利用者は47,870人

資料：Danmarks Statistik, Den sociale ressourceopgørelse den 11. januar 1989, *Social sikring og retsvasesen, 1990* : 2, pp.8-10, 19-21. (伊東敬文氏資料)

続的障害を有する者のために、以下の各号に掲げる特別な衣服用品の購入に要する増加支出を含む、補助器具に対する補助金を支給することができる。

- (1) 本人が職業に従事するために必要なもの
- (2) 本人の苦痛を著しく軽減することができるもの
- (3) 本人の在宅での、日常生活を著しく容易にすることができるもの

第79条 コムーネ議会は、健康上の理由によって、第4章及び第5章に定める援助をもってしては自宅での生活ができなくなった者に、プライエムに入居する機会を与えることを保証しなければならない。

第79条の2 一般の住宅で生活することができな

い者であって、なおその状態がプライエム又はデイ・ホームの入所を必要とするまでに至らないものは、永続的な障害を有する者のための特別な施設を備えた保護住宅に住居を移すことができなければならない。

第80条 前条に定めるプライエム及び保護住宅⁶⁾は、一つ又はそれ以上のコムーネ若しくはアムトコムーネによって、又は、コムーネ議会が協定を結んだ福祉法人として、設置及び運営することが出来る。

第81条 この法律に定めるプライエム及び保護住宅の建設は、1988年1月1日以後は開設することができないものとする。

第81条の2 既設のプライエム及び保護住宅につ

いては、前項に定める以後も補修及び改築によって、この法律に基づいて継続して運営することが出来る。

第 82 条 コムーネ議会は、可能な限り、居住者委員会と協力して、当該コムーネ内のプライエム及び保護住宅の日常の運営を監督する。

第 82 条の 3 箇々の居住者は、その者が受給した援助に対する費用に相当する額を、(自由に処分できる金銭として) 保有することができなければならない。

第 85 条の 22 プライエム居住者の住宅に関する負担額は、収入の 15%の額とする。但し、暖房費及び電気料は、その実費相当額を負担するものとする。

実際の援助及びその他の援助に関する費用負担額は、自宅で生活する者に適用する規定に従って定められる。

本項に定める費用負担額は、社会年金と相殺することが出来る。

第 135 条の 5 コムーネは 67 歳以上の者に関して、最終的に以下の各号に掲げる費用を負担する。

- (1) 在宅における実際的な援助、在宅死を望む者の世話及び第 4 章及び第 5 章に定める補助器具に関する費用
- (2) 第 68 条に定める措置された昼夜ケアの措置に関する費用
- (3) 第 74 条に定めるデイ・ホーム及びデイケア・センターの利用に関する費用
- (4) 第 79 条に定めるプライエム及び保護住宅における滞在に関する費用

Ⅲ 在宅福祉だけで、高齢者福祉対策はどこまで可能なのか

—1988 年改革 ホルベック—

1988 年改革のポイントは高齢者委員会の答申に基づいて、高齢者福祉の三原則(①自己決定 ②生活の継続性 ③自己能力の活用)を徹底するとともに、財政面からもそれまでのやりかたを見直すことであった。

具体的には、

(1) ホルベックでは、それまで建設を進めてきた「プライエム」(特別養護老人ホーム)の建設をやめるとともに、市ですすめていた施策を 5 地区の「総合福祉センター」に分権化する。

(2) 施設は利用者を束縛しているという欠点をもつということから、在宅と施設を一体的に運営する。看護師 2 人とホームヘルパー 13 人で構成する 18 チーム (2003 年現在 19 チーム) でもって、80 世帯 (場合によっては 50 世帯) の在宅および施設の対象者をケアする。昼間勤務、準夜勤務、深夜勤務の体制を病院の病棟と同じようにつくり、「24 時間在宅ケア体制」を確立した。プライエムを 1995 年までにゼロにする計画を 1990 年に立てた。この背景には、プライエムが長期滞在施設になり利用者を施設に束縛することになりつつあること、高齢者人口が増加し、95 年にはプライエムをさらに 90 床増設の必要性があること、高齢者ケアの全体の経費が 2 倍になると推定されることがあった。施設福祉をゼロにし、在宅福祉だけで高齢者福祉対策をするのは一般的に難しい。特に増加しつつある認知症対策ではどうしても、効率的に、当事者にとって良質なケアをするためには施設的なものが必要である。そこで問題は、グループホーム、高齢者住宅が施設でなく、在宅であるように運営できれば、この問題は解決できたことになる。デンマークの人たちの意識ではグループホームも高齢者住宅も在宅福祉の方向で整理されている。す

なわち、グループホームも高齢者住宅も表札をつけ、バストイレがあり、新聞受があり、自由に出入りが出来、個有部分、共有部分の家賃を自分が払い、食材料費を支出するという形で整理されている。高齢者住宅は2部屋、バストイレつきで60㎡以上になってきている。

(3) 住民参画の拡大

① 以前から「プライエムの利用者委員会」が存在していたが、1989年頃からは、しだいに「在宅と施設の利用者委員会」「アクティビティセンターの利用者委員会」と対象を拡大していった。2002年には、施設の説明も、施設長でなく、利用者委員長が行うようになっていった。すなわち、プライエムという施設に限定するのではなく、地域の高齢者総合福祉センターの全体にかかわる運営をするという形態である。さらにホルベックでは5カ所のセンターの合同利用者委員会もあった。

② 利用者の選択権の重視…在宅と施設の垣根を取り払うという改革、在宅に施設の良さを、施設に在宅の良さをという改革が88年にされ、「在宅と施設の一体的な運営」が強調されたが、2003年改革ではホルベックでは、施設ケアと在宅ケアを分離し「在宅ケア」に民間が参入する。これは、1988～92年の改革で実現した「施設と在宅の一体的な運営」よりも住民が「サービスの選択肢の豊富化」の方を重要視した結果である。

③ 利用者委員会の活動…利用者委員会理事会は5～9名で構成、ホルベックは7名、月1回開催、

議題は2週間前に予告、前回の決定事項の確認から始まる。利用者委員会には施設長も参加している。職員は18名いる（キヨスクを除く）。利用者委員会のメンバーは選挙によって選出される。任期は2年。運営予算はほとんどが、タクシー代、企画費、事務費である。ステンフスバッケン総合福祉センターでは、事務費20万円、タクシー代180万円である。「利用者委員会」はビリヤード、ランプ、庭づくりグループ、鶏飼育グループ、キヨスク運営等の活動とファッションショー、音楽会、ビンゴ会、映画、クイズ、イースター、クリスマス、夏至、魔女焼き、遠足、入所者歓迎会などの行事の企画をしている。

施設と在宅の一体化した運営(1988年)、民間委託の実施(2002年)により、高齢者福祉で働く人の数は把握しにくくなっているが、今まで、ホルベック(人口3万3千人、67歳以上4171人)を訪問した人たちの報告書をもとに高齢者福祉の現状をみると次のようになる。

■ 1989年…在宅154人、施設239人、計393人を対象に在宅ケアは看護師21人、ヘルパー122人、作業療法士(以下、OT)・理学療法士(以下、PT)11人で実施している。在宅ケアチーム(原則として看護師2人とヘルパー13人で構成)は18チームでスタートしている。施設であるプライエムは4カ所(252個室)スタッフは239人(看護師35人、OT・PT・寮母など91人、趣味の指導員1人、事務・掃除・調理99人、その他13人)、デイサービ

表2 デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移

	1987	1990	1995	2000	2006
施設系					
プライエム	49,088	44,847	36,468	29,685	15,424
保護住宅	6,595	6,315	5,108	4,274	2,870
住宅系					
高齢者住宅	3,356	7,305	20,985	34,600	58,292
合計	59,039	58,467	62,561	68,559	76,586

出所：デンマーク社会省資料

ス(1日10人)、高齢者住宅0世帯、ケア付き住宅24世帯。

■ 1993年…ホームヘルパー224人、訪問看護師38人、保健師9人、その他不明。施設と在宅の垣根をなくす試みが始まっていた。在宅ケアチームは18チーム、5つの総合福祉センターを拠点(ここには、在宅ケアチームの一部の詰め所およびデイセンター、談話室、キヨスク、ボランティアの控え室などがある)に活動していた。プライエムは90室に減少、ケア付き住宅18戸、高齢者住宅220戸。

■ 1999年…高齢者福祉に働くスタッフは541人、うち、ヘルパー300人。認知症対象のためにグループホームが60室、スタッフ60人である。在宅ケアは、夜間在宅はヘルパー3人で15世帯、準夜勤ヘルパー9人、3チーム、昼は在宅ケアチーム(看護師2人、ヘルパー10~15人)18チームで対応している。総合福祉センターは5カ所。

■ 2003年…スタッフはパートを含めると650人、在宅ケアのチームは19チーム、利用者1344人、9161時間、認知症用グループホームが60人から110人へと増えている。高齢者住宅250戸。総合福祉センターは5カ所ある。利用者委員会の運営するアクティビティセンターはますます盛んとなっている。

このように15年の推移をみていくと、252室あった「プライエム」の個室はゼロになっている。全国的にも1989年50,575あったプライエムのベッドは、2006年には15,424に減少している。グループホームや高齢者住宅が増加している。認知症の高齢者を対象としたグループホームが99年には60戸あったが、2003年には110戸へと増加している。これ以外に、高齢者住宅が250戸ある。しかし、これらを施設と言わず、住宅の一形態としている。

2003年時点では、在宅福祉の方は「在宅ケアのチーム(19チームあって、看護師2人、ヘルパー

13人で構成)」は、これらの高齢者住宅に住む高齢者も含めて、1344人を対象に、「24時間在宅ケア体制」を実施している。このほか、アクティビティセンターやリハビリ施設を充実することで「在宅強化の方向」は貫かれている。また、補助器具については、県に1カ所の「補助器具センター」が存在するとともに、市役所や総合福祉センターに「補助器具倉庫」があり、リサイクルも行われている。92年頃の「施設と在宅の統合化」(5カ所の総合福祉センター構想)によって、在宅の職員と施設の職員の区別が出来なくなった。さらに、2003年頃から、在宅サービスの一部が民間委託されることから、これらの数字はさらに曖昧になると考えられる。それでも、日本と比較すると、施設は2倍近くあり、在宅には10倍のスタッフが働いているということになる。なお、賃金は2007年現在、ホームヘルパー(介護福祉士)の月給(週労働時間37時間・手当込)24.334クローネ(約49万円)、看護師の月給(週労働時間37時間)は30.055~33.588クローネ(約60~67万円)である。またホームヘルパーの教育は9年間の義務教育後、1年間の教育(現場半年、学校半年)があるが、教育期間中は市から給与が出る。さらに1年半教育を受けると、病院の看護助手の業務が可能となり、医療と福祉の両方で働けるようになる。さらに看護師、OT、PTの学校にも進学できるようになる(高校卒と同等)。看護師は高卒後3年9カ月の教育で、国家試験を受けパスしたのち卒業となる。

Ⅳ ニーズ判定と品質保証…2003年改革 ホルベック

2001年に社民党から保守党に政権が変わり、2002年6月に新しい法律が新政権のもとに出来ている。調査に訪れた2003年はホルベックでは新しい法律での動きが顕著になりつつあるときであった。政権党である保守党は「おしきせの福祉サービスで

なく、自由度を高くしたい」「選ぶのは住民、市民権がより保障される形に変更する」と言っていた。

主な変更点としては、判定する部門とサービスを実施する部門を別にするようになったことと、民間参入を認めることであった。ただし、在宅ケアのホームヘルプ部門から民間委託し、プライエム、グループホーム、高齢者住宅は当面民間でなく、行政がサービスを行う。民間参入といわれているが、行政と民間を総合的に運営して当事者にとって良いものにするという目的があげられている。

つまり今後は、利用者の権利を重視し、高齢者の自立を期待して、効率的に実施することを目的にしている。民間が参入することにより、トータルケアが難しくなるので、民間と行政の相互の調整が課題であるとしている。ニーズ判定（介護判定）は、これまでグループごとに訪問看護師が実施していたが、市によって異なるが、ホルベックでは5人委員会（訪問看護師、OT、PT、ホームヘルパー（1年半の教育を受けた者）の5人）で判定

し、実施し評価されている。この制度は2003年8月スタートであり、申請があつてから5日以内に判定を行うとされており、日本の介護判定より短期間で行われている。ニーズの判定は6カ月間有効である。ニーズ判定は、時間を十分にかけるので、1日2～3人しかできていない。ネストベッズでは査定員が今までの経過記録を持って現場へ行って19項目についてニーズ判定（5段階）し、サービスを決定し、契約する。年1回の見直しがある。その場でサービスカタログ（介護計画）を作成し即発注、市が直接または委託によりサービスを提供する。ニーズ判定は、すべてを1～1.5時間かけて調査し、本人は、なぜこのサービスが受けられるのか、受けられないのかの説明を受ける。だから、1日2～3人が限度である。不服は、直接高齢者委員会、申立委員会にする。したがって、サービスカタログ（介護計画）とサービス品質保証（契約どおり実施されている証書）が存在する。このような形で判定され、市もしくは民間業者で実施されるので、日本のようなケアマネージャーは存在しない。

表3 ニーズ判定の活動実績（ホルベック）2003年 第19週（5/5～5/11）

	使用時間数 (h)				支援人数		
	日勤	準夜	深夜	総数	日勤	準夜	深夜
入浴 (1.3)	301.03	1.20	5.00	307.23	499	2	1
個人衛生のヘルプ (1.3)	358.15	42.04	2.55	402.74	273	40	4
衣服の着脱 (1.3)	302.20	148.19	7.36	457.75	301	155	11
カテーテルの交換 (1.4)	30.05	12.32	3.06	45.43	37	16	0
トイレのケア (1.5)	306.33	201.59	50.28	559.00	156	132	52
皮膚の世話清拭 (1.6) 完全看護	67.33	19.47	0.00	86.80	163	34	0
身体的補助器具 (1.7)	102.56	39.43	1.20	143.19	149	70	3
移動の介助 (1.8)	318.09	113.39	6.30	437.78	174	16	6
体位変換 (1.9)	21.33	33.39	34.37	89.09	17	29	26
その他 (1.10)	264.31	33.03	6.46	303.80	303	45	10
精神的支援 (2.1)	149.59	33.49	3.35	186.43	126	28	5
生き甲斐対策 (2.2)	85.34	7.14	0.35	92.83	31	6	1
その他 (2.3)	24.13	10.34	4.07	38.54	32	12	4

今まで、ホームヘルプと訪問看護を一体的に運営してきたが、ホームヘルプの一部が、2003年から民間委託されたので、調整が課題である。訪問看護も、今後、民間委託される見込みである。2007年に訪れたネストベッツでは1割以上が民間委託されており、市によって、民間委託のスピードは異なる。

ホームヘルプの経費はホルベックでは、掃除が1時間あたり264クローネ(5280円、177~320クローネの幅がある)、身体介護が1時間あたり273クローネ(5460円、202~334クローネの幅がある)、夕方・夜の身体介護は370クローネ(7400円)である。当初はこの値段で民間への委託がされる。すなわち、現在のところ、行政で行うのと同一段段で、民間に委託されている。

サービスの品質管理がされているのは19の分野であるが、それは、配食(給食)、調理(食事)、掃除洗濯、買い物、個人衛生、社会交流、アクティビティ、運動、リハビリ、訪問リハ、聴力障害サービス、地域センター活用、訪問看護、失禁対応、ターミナルケア、認知症対策、訪問予防活動、住宅、高齢者委員会である。このように、サービスの品質管理がデンマークでは行われている。日本でもホームヘルプサービスの品質管理をきちんとすべきである。評価については満足度調査が予定されており、95%以上の人々が満足していなければならないとしている、5%を抽出し、抜き打ち調査をしてサービスを評価する予定である。

サービス内容については、大きなビジョンから個々の細かい内容に至るまで決めている。その上で現場がニーズ判定をしている。9つのポイントがあり、このポイントをダイアグラムで視覚的に示すことにより、当事者に理解し易いようにしている。ポイントは次の9項目である。1. 食事が自分で出来るか 2. 水分補給ができるか 3. 移動の自由度 4. 日常的家事 5. 活動しているか 6. 社会的ネットワーク 7. 精神的レベル 8. 慢性

病の有無 9. 住宅は生活に適しているか。

1990年頃から実施しているが、2002年頃からコンピューター化したので視覚的に見るできるようになった。

以上見てきたように、2003年は大きな変革の年であった。しかし、デンマークでは、高齢者福祉の責任は「市行政」であり、医療の責任は県(2007年からは広域行政機構)である。責任が日本のように曖昧でない。たとえば、在宅サービスが民間に委託されても、評価し、次の行動を決定するのは市の行政であり、そのための「評価方針」「評価項目」「評価方法」が実施する前の段階できちんとしている。このことは印象的であった。また、ビジョンを職員で「文章化」しておくという試みもされ、実施後評価に使用するということであった。なるほどと思った。日本では、「文章化」して確認し、実施し、「評価する」というプロセスが不足しているのではなかろうか。2003年改革では、以前と比べてニーズ判定が厳しくなったこと、報告義務が必要になったこと、5%の抜き打ち調査が実施されることになったことの変化がみられた。

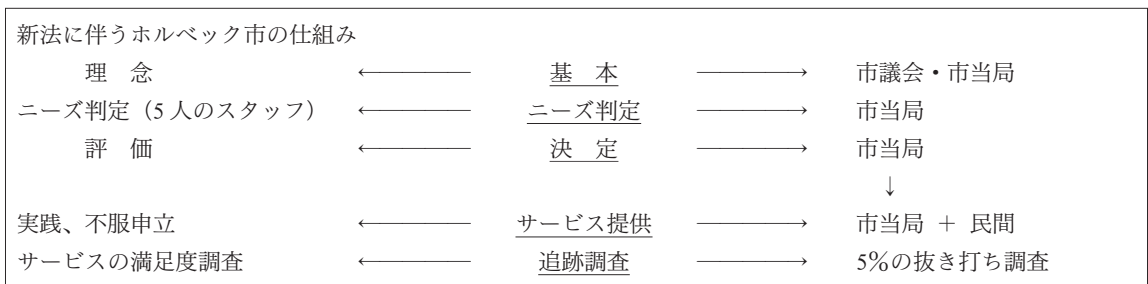
V 在宅電子カルテを活用…2003年改革 ホルベック

2003年のホルベック、2007年のネストベッツでは、携帯電話を少し大きくした程度の携帯のコンピューターを活用した電子カルテが試みられていた。すでに、この試みは国の補助金もあることからデンマークの多くの自治体で行われている。今の方法は、2001年から動き始めた。デンマークには4~5種のプログラムがあり、このソフトを使うと福祉省から1.6ミリオンクローネの補助がある。400万クローネは各自治体が負担する。このようにオンライン化をすすめている。ここでは、電子カルテから得られたデータを中心に述べてみたい。

表4 サービス内容の9つのポイント

1. 食事が自分で出来るか	自立	半自立	困難	完全な依存
2. 水分補給ができるか	自立	半自立	困難	完全な依存
3. 移動の自由度	屋内	屋外		
4. 日常的家事	買物	掃除	花に水をやる	
5. 活動しているか	教会	クラブ活動		
6. 社会的ネットワーク	家族	友人	有無	いいか、悪いか 人間関係
7. 精神的レベル	痴呆	うつ病		
8. 慢性病の有無	糖尿病	リウマチ	悪性疾患等	
9. 住宅は生活に適しているか				

表5 2003年改革に伴うホルベックの仕組み



ホルベックは委員会でニーズ判定をしているが、ネストベッツは次のようになる。

ア) 対象者自身と査定員がそれぞれに判断、基準と比較評価して査定する。

仕事、教育、衛生、住宅、身体的機能的、身体ケアなどについて、全体的に何ができるか上中下に区分する。在宅では身体ケア(看護・トレーニング)とサービスの頻度、時刻などを決め、スタッフは委託先を市、民間の別に分ける。

イ) 市は介護計画プランを作成し、査定員が現場で修正して完成させた後、サービス業者へ転送する。

ウ) サービス提供側はケアプランをヘルパーへ送信

エ) ヘルパー等が訪問する。訪問先へ到着すると時刻を入力し、サービスを開始する。

ホルベックのホームヘルプのサービスニーズ

1988年にも5カ年計画で改革を考え実践されている。15年前の1988年と現在(2003年)とを比較すると、高齢者は、機能的に良くなり、いい状態の人々が増えている。

ホルベック市で在宅、施設(グループホーム)で、67~79歳で86%、80歳以上で44%の人は、ホームヘルプを必要としていない。2000年には1,330人が、1週間当たり身体介護から生活支援まで含めて9,369時間のホームヘルプを利用した。1999年に利用時間が増えたのは、ホルベックフースがグループホームに改築し終わったためで、グループホームに入所すると一人当たりの利用時間が増える。2000年の結果から2006年1,300人、10,800時間、2012年1,400人、11,500時間と予測されている。2002年にホルベック市は、高齢者住宅に他市から52人受け入れている。この人達の費用は、出

身の市が負担するので、現在はキャパシティに余裕がある。

現在、ホルベック市には高齢者住宅 250 戸、認知症高齢者のグループホーム 110 戸（ケア付き住宅）があるが、360 人のうち、1997～2002 年に年間 62～92 人が死亡している。高齢者住宅、グループホームという居宅で死亡することは、病院での死亡が 8 割を占める日本の現状からすると驚きで、生き方と死に方の違いを考えさせられる。1997～2002 年に年間の待機者は 13～82 人であるが、希望すると緊急性がなくても 2～3 カ月、空いていれば翌日からでも入れる。

在宅電子カルテには、個人情報一覧表として、個人番号（生年月日と 4 桁の数字）、氏名、住所、電話番号、配偶者、家族、鍵の置き場所、緊急番号、犬の有無とその対応、予防的訪問、ホームヘルパー援助、訪問看護、どのようなサービスを受けているか、自分でヘルパーを雇っているか、アクティビティセンターに行っているか、友愛訪問、家庭医名、医学的問題、診療科、倒れ易いか、記憶障害の有無、筋肉痛、傷病名、衛生、移動のニーズ、緊急通報装置、個人的警報システム、給食サービスなどが調査記入されている。職員は、絶えずデータを入力して更新することを習慣づけられている。各地域センターに 3 台のパソコンが設置しており、活動から帰ると入力する。グループごと

にパスワードがあり、自分のグループ以外は見えないようになっている。オンラインで、本部のみすべてのグループを見ることが出来る。以前は、あらゆる統計がスタッフに依頼しなければ出てこなかったが、このソフトを使って、週単位の訪問活動実績表、個別 9 項目機能ダイヤグラム、週単位の職員活動予定表、週単位のチーム活動記録などの個別訪問看護記録が本部で見えるようになった。その結果、本部は、全体の流れを絶えず認識することができ、地域センターの職員ごとに、何時から何時まで、どこで何をしているのかがわかるようになり、職員も具体的に個別対応状況がわかるようになった。

Ⅶ デンマークにおける予防活動の試み… 2007 年改革 ネストベッツ

デンマークの成人に対する予防活動の歴史は新しい。各市で取り組みの差があるが、ここでは、ネストベッツを中心に見ていこう。ネストベッツでは 2007 年 1 月の市町村合併を契機にヘルスセンター（保健、障害、ホームケア、企画調整・事務部門の 4 つ）を設立し、予防対策は自治体の責任とした。そして従来 2 つの県 5 つの高齢者福祉センターなどにあった業務を再編した。

ヘルスセンターは市民の健康支援をしており、

表 6 ホームヘルパーの利用状況 2003.1

年 齢	利用不要	身体・生活	生活支援	身体支援
67～79 歳	86%	8%	5%	1%
80～99 歳+	44%	37%	16%	3%

表 7 高齢者住宅（250）とケア付き住宅（110）の年次別死亡者と待機者（人）
（ホルベック）

	1997 年	1998	1999	2000	2001	2002
死亡者	60	76	74	92	62	71
待機者	67	82	13	68	62	65

スタッフは65名である。職種としては看護師、医師、大学修士、栄養士、ソーシャルアドバイザー、教育者、経済学者など10種類くらいである。この1年間で健康について政策発展プロセスを討議し、優先順序を作成、健康面への情報活動を行っている。平均寿命がデンマークは男性75.6歳、女性80.4歳で日本の男性78.5歳、女性85.5歳に比べても差が大きく短いことから、予防活動が取り込まれることになった。どの市においても、民間委託が行われていく中で、行政の余力を予防活動の方に向けるようになってきている。

1995年までは予防活動は少なかったが、1996年に出来た法律で、自治体は、年2回以上75歳以上の高齢者全員に、予防的な訪問を提供しなければならないと決められている。家族、経済、健康、日常生活、食事に何かあれば、これに対する対応をし、アドバイスを求められれば提供する。訪問看護師、事務職、OT、PTで30分から1時間かけて訪問をする。訪問の中では、安心感を持った生活をしてもらうことを重要な要素としている。

新しく設置されたヘルスセンターの業務には、次のようなものがある。

- (1) 退院後リハビリ…脳卒中、事故等の退院後のリハビリ
- (2) 補助器具(OT担当)…車椅子、杖などの補助器具のリサイクル…注文・査定・相談業務、補助器具倉庫(デポ)があり修理も実施している。
- (3) アルコール、麻薬患者への指導治療
アルコール：嫌酒薬使用、女性が多い
麻薬：98%経済的問題あり生活扶助、男女半々対処
- (4) 保健予防活動

生活習慣病の予防のために4つのポイントに重点を置き、KRAM運動(K:食事、R:喫煙、A:アルコール、M:運動)を展開している。

食事と運動に関する対策として、健康学校(慢

性疾患への対処)が開始された。家庭医から指示された者が、週2~3回2時間を10週間のプログラムで教育される。運動と食事でクラス分けして生活指導が実施される。評価は運動、食事内容で行われる。プログラム作成に医師が協力する。費用は無料、2007年は200名が予定されている。日本でも開始される特定保健指導に似ている。

喫煙は長い年月(30年)かけて取り組んだが解決されず、やはりこの問題は、法律で決めることが必要と結論づけ、2007年7月から公共の場は喫煙禁止となっている。

このほかに性教育、エイズ教育が実施されている。国の健康キャンペーンに協力するとともに、スタッフの能力向上の研修を実施する。

(5) 協力連携機関

協力連携機関としては、家庭医、病院(リハビリの内容の決定、医師、OT、PT、リハビリのケースは3カ月ごとにミーティング)、患者会(糖尿病、がん、盲目、アルコール)、全国NGOのローカル支部、スポーツクラブ(12月から運動アドバイザーをおく予定)、自然環境保護団体(国有林関係)がある。

Ⅶ デンマークの高齢者施策をささえるもの

デンマークの高齢者福祉を支えているものには、デンマーク人のものの見方考え方、デンマーク民主主義がある。それが集約したものが、生活支援法等の法律であり、各市の福祉の理念にみることが出来る。

ここでは、特色ある「教育」をしているフォルケホイスコーレ(国民高等学校)について若干みてみたい。

フォルケホイスコーレはデンマークで約95校、(北欧で400校)、高齢者向けは5校といわれる。農民運動・宗教運動の父といわれているグルンドヴィの指導による学校である。上からの教育でな

くて対話で「生きることの自覚」を促すという考えであり、全寮制である。理念は「対話と共生」であり、入学試験はない。デンマークのフォルケホイスコーレは当初、成人教育のための施設であった。フォルケホイスコーレを日本では「国民高等学校」とか「民衆学校」と翻訳し紹介されているが、日本にない学校だけにその意義は伝わりにくい。その発端は1844年、敗戦によって荒廃した国土の復興と郷土愛の向上のために提唱され、1851年、クリステン・コルによって設立された。グルンドヴィは、少数のエリートが社会を牛耳っていた19世紀のはじめに、真の民主主義社会を実現するためには、農民の教育が重要と考え、フォルケホイスコーレ、「生のための学校」を提唱した。当時20代の若者の1割がこの学校に学んだといわれる。時代とともに、教育内容は変化しているが、現在ではデンマークにある学校のすべてが私立であり、一定の条件をみたし国の認可を受ければ、国から運営費の85%の補助を受け取ることが出来る。現在ではフォルケホイスコーレに学ぶ理由としては、①自分自身を試すため、②社会人になる準備のため、③これからの生活や仕事の準備のため、④大学進学への準備のためなどが考えられる。設立許可の際、ガイドラインがあり、カリキュラムと校長に関して承認が必要である。ここでは、2種類のフォルケホイスコーレを紹介する。

一つは中学3-4年生を対象にしたもので、私立の中学校である。昨今、世界中が「子供の自立性」を問題にしている中で、このフォルケホイスコーレは注目して良いと思う。既に、ほかの北欧諸国に波及しつつあるということであった。近年、義務教育などの学校が統合(8~10校が1校に)される中で、グルンドヴィの考えを生かしたこのような学校が増えている。原則、1年教育の全寮制の学校である。エリート教育でなく、対話、話し合う教育をめざしている。義務教育の授業以外に、ニーズと自然を生かした学校で、学生の自立をめ

ざしている。義務教育以外に、音楽、乗馬、アーチェリー、ヨット、ダイビング、パラグライダー、落下傘パイロット養成の理論、など、30のコースがある。費用は親、国、出身の市が3分の1ずつ、大体18000クローネ(36万円)は親の負担である。

もう一つの2002年に訪問した「エルシノア」のフォルケホイスコーレは高齢者を対象にしたものであった。ここでは、70歳代、80歳代の人々が2週間のコースで学んでいた、杖をつきながら先生の前に集まっている高齢者の姿に感激した。「老人大学」が2週間、泊まり込みで開催されている。随分、人気があるようで、全国から応募があるという。学習意欲の高い高齢者が多いと感じた。この学校は全寮制で、55歳以上を対象にしている。高齢者を対象としたフォルケホイスコーレはデンマークには5校あり、全国から応募がある。国からの補助金は必要経費の2分の1程度になる。コースは25コースあり、音楽、彫刻、旅行、デザイン、ダンス、写真技術、デンマーク文学、ビデオ技術、各種スポーツ等多彩である。ここも、入学試験も入学資格もなく、先着順に入学が決まり、寝食をともにしながら、教師と学生が交流しながら学ぶ学校である。授業だけでなく日常の共同生活から社会人間関係を学ぶ学校である。

注

- 1) これまでのデンマークスタディに関する報告については以下のHPを参照。
(<http://www.mable.ne.jp/~matue-seki/fukushi.htm>)
- 2) 1クローネ=約20円(現在)
- 3) 広域行政機構(レギオナ)とは、「2007 デンマーク自治体改革」の一環としておかれたものである。2007年1月1日から14あった県を5つの広域行政機構に再編している。所管業務は病院など医療運営、観光・労働・教育と文化等に係る地域計画の策定と地域開発、土壌汚染対策、障害者施設の運営である。
- 4) 身体的、心理的、社会的状況が理由で、在宅での

療養継続が困難になった高齢者を対象とする高齢者福祉施設のこと。日本の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に相当する。生活支援法の改正によって、1988年1月1日以降の新規建設が禁止となった。

- 5) なお、ここでは、日本語訳の得られた1990年12月告示のものからの抜粋で、その後、アムト（県）の廃止などによる改訂がおこなわれていると考えられる。
- 6) 24時間の介護の必要性はないが、一人で自立した生活を送るには不安が伴う高齢者のための住まいのこと。プライエム同様、生活支援法の改正によって、1988年1月1日以降の新規建設が禁止となった。

参考文献

- 伊東敬文 1990 福祉と医療の連携のあり方 海外社会保障情報 90号 pp.1-16.
- 関 龍太郎 1994 デンマークの高齢者福祉に学ぶもの 海外社会保障情報 108号 pp.72-84.
- デンマークの生活支援法 1993 ビネルバ出版 西澤秀夫訳
- 医療経済研究・社会保健福祉協会 医療経済研究機構 2007 諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書

(せき・りょうたろう 松江医療福祉専門学校校長)

カナダ東部の地域包括ケアシステムの現状と課題

和田 耕治・鹿熊 律子・川越 雅弘

■ 要約

カナダはわが国と同様、急速に高齢化社会を迎えている。カナダでは保健医療に関する方針は州が策定しており、州によってその内容は異なっている。カナダで最も人口の多いオンタリオ州では地域ケアセンター（CCAC）が高齢者を含むすべての世代に必要なケアを管理している。CCAC では看護師を中心としたケースコーディネーターが退院前アセスメントや退院時支援を行って、職種を越えた効果的な連携をめざしている。CCAC の役割は各サービス提供事業者と個別契約をしてサービスを組み合わせることであり、在宅サービスを直接提供することはない。ケベック州のモントリオール市では健康と社会サービスセンター（CSSS）を中心に組織体制が再構築され、包括的なケアを行うことをめざしている。カナダでは住民の医療・介護サービスの満足度は高いといわれているが、サービスを受けるまでの待機時間は長い。今後はこれらの課題についてさらなる改善が求められている。

■ キーワード

地域ケアセンター、職種を越えた連携、カナダ、CCAC、CSSS

1. はじめに

わが国では、2006年の介護制度改革の目玉の一つとして「地域包括支援センター」が創設された。同センターは、今後地域ケアを推進する上で非常に重要な役割を期待されている。しかしながら、同センターの運営はまだ始まったばかりであり、今後の運営にはさらに改善を要する。そうした改善を検討するにあたっては、国際的な動向は参考になる。本稿では、日本と同様に急激な高齢化社会を迎えているカナダの現状について、主に、カナダ東部のオンタリオ州とケベック州での取り組みについて紹介する¹⁾。

2. 高齢化の現状

表1に、OECDの国際比較医療データ（OECD

2006）よりカナダの総人口、高齢者数、高齢化率の推移を示す。2004年時点の総人口3,195万人、65歳以上人口414万人、高齢化率13.0%となっている。同時点における日本やOECD諸国の高齢化率（日本19.5%、ドイツ19.3%、イタリア19.0%、スウェーデン17.2%、フランス16.3%、イギリス16.0%など）に比べ、低い水準にあるが、第一次ベビーブーマー世代が65歳に達する2011年からは高齢化が急速に進み、2031年までには高齢化率は23-25%に達し、2040年にはスウェーデンと同程度の高齢化率（26.8%）となり、フランスやイギリスなどより高くなると予想されている（新川2006）。

3. カナダにおける医療政策の現状と課題

(1) 財政事情に伴う医療費抑制政策の展開

税を財源とするカナダの保健医療は、憲法上、

表1 カナダの高齢者数・高齢化率の推移

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004
総人口(千人)	27,698	28,367	28,999	29,611	30,157	30,689	31,373	31,946
65歳以上(千人)	3,121	3,295	3,438	3,579	3,724	3,853	3,993	4,141
75歳以上(千人)	1,251	1,330	1,395	1,491	1,602	1,707	1,818	1,928
高齢化率(%)	11.3	11.6	11.9	12.1	12.3	12.6	12.7	13.0
後期高齢化率(%)	4.5	4.7	4.8	5.0	5.3	5.6	5.8	6.0

出典：OECD Health Data 2006

州の専権事項であり、これを連邦政府が財政移転(補助金による費用分担)により支える形式をとっているが、1975年の財政赤字を背景に、連邦と州間の財政移転方式が見直され、1977年、連邦一州間財政措置・制度財源調達法(Established Program Financing Act: EPF)が導入された(新川2006)。

しかし、その後も経済の低迷が続いたことから、連邦政府は、EPFの上昇率をGDPの伸び率より低い水準に抑える政策を展開するとともに、社会福祉サービスをカバーするカナダ扶助プラン(Canada Assistance Plan: CAP)をEPFと統合したカナダ保健・社会移転制度(Canada Health and Social Transfer: CHST)を1995年に導入し、更

なる財政移転縮小の意向を示した。

1997年度に財政事情が好転したこともあり、連邦政府は、財政均衡から社会政策重視に転換し、1999年2月、社会政策拡充に関する合意を形成した²⁾。こうした背景もあり、1997年以降、総医療費は再び増加のスピードを速め、対前年度比7-8%増で推移している(表2)。また、対GDP比も、1995-2000年間は8.9-9.2%で推移してきたが、2001年9.4%、2002年9.7%、2003年9.9%と、ここ数年はGDPを上回る伸び率で医療費が増加している(表3)。

ただし、医療費の拡大は、州政府予算にとって年々負担となっており(尾形2002)、日本と同様、持続可能な医療制度をいかに構築するかが、現在

表2 カナダの総医療費(Total Expenditure on Health)および対前年度伸び率の年次推移

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
総医療費	73,813	77,280	82,499	87,174	94,786	102,754	110,307	118,080
伸び率(%)	0.8	4.7	6.8	5.7	8.7	8.4	7.4	7.0

注：総医療費の単位は、100万カナダドル。

出典：OECD Health Data 2006

表3 総医療費の対GDP比の推移の国際比較

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
カナダ	9.2	9.0	8.9	9.2	9.0	8.9	9.4	9.7	9.9
日本	6.8	7.0	6.9	7.2	7.4	7.6	7.8	7.9	8.0
フランス	9.4	9.4	9.2	9.1	9.2	9.2	9.3	10.0	10.4
ドイツ	10.3	10.6	10.4	10.4	10.5	10.4	10.6	10.8	10.9
イギリス	7.0	7.0	6.8	6.9	7.1	7.3	7.5	7.7	7.9
アメリカ	13.3	13.2	13.1	13.1	13.1	13.3	14.0	14.7	15.2

出典：OECD Health Data 2006

大きなテーマとなっている。

(2) 進む平均在院日数の短縮と病床数削減

将来的な医療費拡大が予想されたなか、各州では、日帰り手術の促進、平均在院日数の短縮、病床数の削減策などが展開されてきた。その結果、平均在院日数は、1989年の13.9日をピークに年々減少し、1992年12.6日、1995年10.7日、1999年8.7日となっている(OECD 2006)。また、全病床数も、1986年の17.5万床をピークに年々減少し、1993年15.5万床、1999年11.9万床、2003年10.9万床と、また、急性期病床も同様に、1993年10.5万床、1999年10.1万床、2003年9.4万床となっている(表4)。その結果、カナダの2003年時点の人口千人当たり病床数は3.4床となったが、これはドイツの8.7床、フランスの7.7床の半分以下、アメリカの3.3床と同水準にある。

こうした急激な病床数削減や平均在院日数の短縮もあり、急性期病床を退院した医療ニーズの高い患者の受け皿作り(在宅ケアの拡充など)、医療と介護の連携強化(ケースマネジメントに基づく退院支援などによる継続性の確保など)が重要なテーマとなってきた³⁾。

(3) 長期化する待機時間

カナダで医療サービスを受けるまでの待機時間はわが国と比較しても長く、国内でも大きな課題となっている。カナダ政府中央統計局の調査によると、2003年から2005年の間に州やケアの内容にもよるが、専門的な医療サービスにアクセスするために必要であった待機時間は3から4週間が中

央値であった(Sanmartin, et al. 2006)。また、患者に対して必要な治療を始めるまでに3ヶ月を要したとの報告がある。ケベック州においては、外科的な処置に関して平均待機時間は18.5週間であった。オンタリオ州での脳卒中後のリハビリテーションの待機時間が平均で29.7日であったとの報告もある(Bagg, et al. 2006)。

トロント市の地域ケアセンター(Community Care Access Centre; 以下CCACと略)においては、長期療養施設への入所の待機時間は、必要とする介護度によるとしながらも、ベッドがあいた際には直ちに返事をする事が求められている(Ontario Association of community care access centres 2006)。そうした際に迅速に返事ができない場合にはさらに順位の後ろに回されることがある。医療サービスに限らず公共サービスの待機中に住民は適宜フォローアップの訪問や電話を行っている。

4. 地域包括ケアをめぐる制度の現状

前述したように、医療・福祉サービスの実施主体である州政府は、医療費削減をめざし、平均在院日数の短縮、病床数の削減を急速に進めてきたが、その一方で、退院後の受け皿としての在宅ケアに関しては充実を図ろうとしている。カナダのいずれの州においても、看護サービス、リハビリテーション・サービス、ソーシャルワーク・サービス、在宅生活支援サービス、ケースマネジメント、ボランティアによる家庭訪問サービスが一般的に行われているが、サービスおよびマネジメント提供体制は、州によって異なっている(高橋

表4 カナダにおける全病床数・急性期病床数の推移

	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003
全病床数(床)	165,741	155,266	135,971	119,442	115,780	115,079	115,398	108,825
急性期病床数(床)	112,173	104,730	115,053	101,350	99,377	98,750	99,080	94,458

出典：OECD Health Data 2006

2000)。本稿では、カナダで最も人口が多いオンタリオ州トロント市とケベック州のモントリオール市での取り組みを紹介する。

5-1. オンタリオ州の地域ケアセンター (CCAC) での取り組み

(1) CCAC 創設の歴史

病院の閉鎖・統合、病床数の削減はオンタリオ州でも進められ、病院数は1994年の224病院から1997年には210病院に、また、病床数も1万床減少した(日本総合研究所2003)。こうしたなか、1996年1月、オンタリオ州の厚生大臣が、①在宅と施設サービスの一元化 ②窓口の一元化 ③公正かつ公平なアクセスの実現などをめざしたCCACの創設を宣言した⁴⁾。これを受け、1998年、43ヶ所のCCACが設立された(2006年7月時点は42ヶ所、2007年2月現在では14ヶ所に統合されている)。対象は州民全員で、高齢者だけではない(高橋2000)。CCACは図1のようにオンタリオ州内に14ヶ所が設置されている。

CCACが対象とする人口は、わが国の地域包括支援センターが2から3万人に1ヶ所を想定してい

るのとは異なり、少ないセンターで多くの人口をカバーしている。

(2) トロント市の概況とトロント CCAC の現状⁵⁾

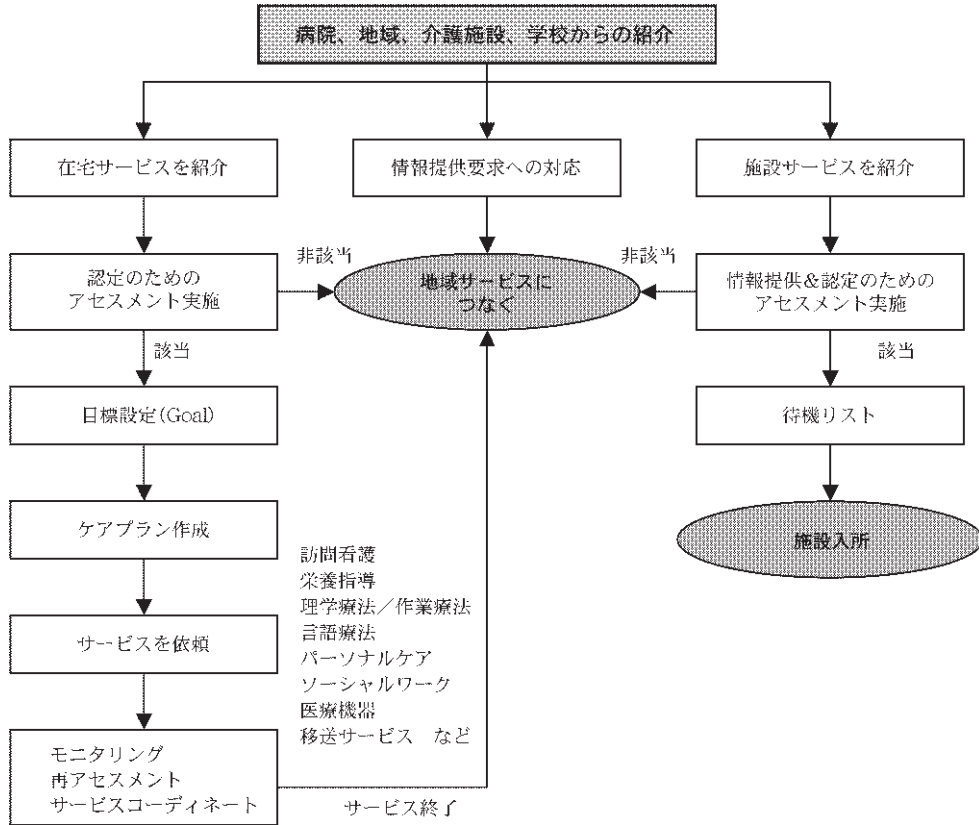
トロント市は、オンタリオ州の州都で、人口約250万人(2001年現在、衛星都市除く)のカナダ最大の都市である。世界各国からの移民も多いため、「モザイク社会」と表される(イギリス系、フランス系、中国系などが多い)。カナダでは英語とフランス語が公用語であるが、公用語以外の言語を使う住民も多く、使用言語上の問題により、医療・福祉サービスへのアクセスが阻害されやすいという面を有している。

トロント CCAC は、家庭に必要な医療サービスの計画と実施についての管理を幅広く行っている。また、オンタリオ州の長期療養施設への入所の申請や、生後脳障害を患う患者のケアも行っている。年齢については特に限定はない。図2に、トロント CCAC の業務の流れを示す。利用者は、病院、地域、介護施設、学校から紹介されるが、それへの対処内容は、①在宅サービスの紹介 ②情報提供要求への対応 ③施設サービスの紹介 の3つに大別される。



No	名称	人口(人)
1	Erie St Clair	610,000
2	South West	443,000
3	Waterloo Wellington	633,500
4	Hamilton Niagara Haldimand Brant	1,262,000
5	Central West	720,300
6	Mississauga Halton	1,040,000
7	Toronto Central	1,146,800
8	Central	1,353,000
9	Central East	1,459,800
10	South East	443,000
11	Champlain	1,100,500
12	North Simocoe Muskoka	376,500
13	North East	553,000
14	North West	443,000

図1 オンタリオ州のCCACの管轄区域



出所：トロント CCAC より入手した資料を筆者らが改変

図2 トロント CCAC における業務の流れ

利用者が在宅サービスを希望する場合、まず、MDS (Minimum Data Set) によるアセスメントが実施される (Morris & 池上 2006)。その上で、表 5 に示した認定に関する 9 基準 (Eligibility Criteria) に該当するかどうかを判断、該当した場合、目標設定→ケアプラン作成→サービス選択→モニタリングといった一連のケースマネジメントが実施される。なお、目標が達成された段階で、サービスは原則終了となり、その後に関しては、地域のさまざまなサービスにつなぐ形となる。CCAC 全体で、2005 年度に初回アセスメントを実施した 424,851 件の紹介元の内訳は、「病院」237,747 件 (56.0%)、「地域」152,941 件 (36.0%)、「介護施設」11,488 件 (2.7%)、「学校」22,675 件 (5.3%) と、

半数以上は病院からの退院支援ケースであった (Bagg, et al. 2006)。

(3) 在宅サービス提供方法および提供量

在宅サービスそのものを CCAC が提供する訳ではない。CCAC の役割は、年度ごとに各サービス提供事業所 (訪問看護、栄養指導、リハビリテーションなど) と個別契約 (価格を含む) を交わした上で、契約事業所の中からサービスを組み合わせることである。要した費用に関しては、契約価格に基づいて、CCAC からサービス事業所に支払われる。したがって、CCAC には、各サービス提供事業所の質や活動状況を評価した上で、各事業者と、年間サービス提供量や価格に関する交渉を

表5 オンタリオ州における認定基準（在宅サービスの場合）

基準1：オンタリオ州の医療保険に加入していること（年齢は問わず）
 基準2：外来通院では利用者ニーズを満たすことができないこと
 基準3：在宅サービスによる在宅療養が可能な健康状態にあること
 基準4：看護、作業療法、理学療法、言語療法、栄養指導、パーソナルサービス、ソーシャルワークのいずれかのサービスを必要としていること
 基準5：厚生大臣に承認された適切なサービスを、保険加入者の自宅にて安全に提供することができること
 基準6：必要に応じ、家族や友人の援助を受けることができること
 基準7：サービス介入によって、目標到達の可能性が期待されること
 基準8：当該 CCAC のカバー地区に居住していること
 基準9：医学管理が進行中の場合、ないし、利用者のケアに関する医学的関与が要求される場合、ケアに対する医師の医学的関与が受けられること

出所：トロント CCAC 資料より筆者らが作成

行うことも求められている。

表6に、トロント市全体の、2005年度における在宅サービス種類別にみた利用者数を示す。なお、利用者数をサービスコード別にみると、「急性期」37.4%、「リハビリテーション」21.8%、「施設入所（Placement）」18.8%、「生活支援（Maintenance）」12.6%、「終末期ケア」2.5%などであった。

(4) 利用者の年齢構成

2005年度のオンタリオ州全体のサービス利用者の年齢構成をみると、「高齢者（65歳以上）」50.6%、「成人（21-64歳）」39.7%、「未成年（20歳以下）」9.7%であった。

(5) トロント CCAC のスタッフの状況

同センターのスタッフ数は約300名で、その内訳は、管理職種（事務局長、マネージャーなど）40名、ケースコーディネーター（以下、CCと略）167名、施設入所CC 11名、CC補助者（非専門職）68名などである。CCの職種としては、看護師が最も多い⁶⁾。また、CC 167名のうち61名は病院へ派遣され、退院前アセスメントと退院時支援、在宅担当CCへの情報伝達などを実施している。1医療機関に対し1名の派遣が多いが、紹介患者が多い病院の場合は複数のCCが派遣されている。また、91名はサテライト事務所にてケースコーディネート業務に従事している（本部に来るのは週1回程度とのこと）。また、15名はClient Service Centre（本部内）にて地域住民・家族や医療機関などからの電話対応に従事している。電話対応時間は朝8時半から夜8時までで、それ以後はコールセンター対応となっている。

スタッフの教育研修に関しては、専門部門が設けられ（スタッフ数4から5名）、新規採用時の導入教育、フォローアップ研修、テーマ別研修、コンピュータトレーニング（患者情報の電子化・共有化のため）などを実施している。トロント CCAC の場合、導入教育に約7ヶ月かけている（CCACによって異なるが、平均4ヶ月程度は実施）。

表6 在宅サービス種類別にみた年間の利用者数⁵⁾

在宅サービス種類	利用者数（人）
①訪問看護	212,898
②作業療法	121,347
③理学療法	98,598
④家事援助	152,984
⑤栄養指導	16,535
⑥ソーシャルワーク	14,896
⑦言語療法	31,986
合計	649,244

注：トロント CCAC 資料より筆者らが作成

(6) 職種を越えた連携

地域包括ケアの提供においては、職種を越えた連携が必要である。しかしながら、家庭医と CCAC の連携については十分に行われていないという報告がある (Oandasan 2001)。Oandasan はその背景について、1. 家庭医が CCAC の提供するサービスを十分に理解していない、2. CCAC におけるサービスの提供に一貫性がない、3. 医師が CCAC 紹介やコミュニケーションに関する方針のあり方に同意していない、ということを挙げている。

2006 年にカナダ保健省は、オンタリオ州で職種を越えた連携を得るための教育のあり方についてワークショップを行った (Health Canada 2007)。そのワークショップでは、今後優先度の高い 6 つの研究を明らかにした。それによると、1. 職種を越えたチームの形成 (例：最も効果的なチーム形成、効果的なリーダーシップとは)、2. 測定やツール (例：職種を越えた連携の特徴や評価方法)、3. 患者 (例：健康の質を維持する職種を越えた連携のフレームワーク)、4. 組織の特性 (例：組織が職種を越えた実務を支援できるか、組織において職種を越えた連携の利点)、5. 学習者 (例：早い時期からの職種を越えた連携に関する教育がチームワークにどのように影響するか)、6. アウトカム (例：評価指標のあり方) をあげている。このように職種を越えた連携を得るための教育には多くの課題が残されていると言える。

(7) 財源

CCAC には、州政府から補助金 (トロント全体の CCAC に対する 2005 年度補助額は約 14.1 億カナダドル) が支給される。そのうち 9.2% は CCAC の管理費に、残り 90.8% はマネジメントやサービス費用に充てられている。CCAC には、補助金の範疇で、サービスの質を確保しながら、適正サービス価格を追求する (費用の適正化を図る) ことが求められている。また、各 CCAC に対する補助

金は、州政府からの評価によって配分が変更される形となっている。したがって、CCAC は、州政府からの補助金をより多く獲得するため、毎年、①活動報告書 ②ビジネスプラン ③質の評価に関する報告書 ④予算書などを提出しなければならない。

トロント CCAC では、地域における同センターの役割拡大と質の向上を図るため (行政へのアピールという側面もある)、ホスピスケアネットワークへの参加、専門病院などとの連携による疼痛ケアやメンタルヘルス、学校での支援サービスなどに関するサービスプログラムの開発、各種調査研究 (住民アンケート調査を含む) なども行っている。

5-2. ケベック州の CSSS (健康と社会サービスセンター) での取り組み

(1) ケベック州での最近の動向

かつてケベック州では CLSC (Centres Locaux de Services Communautaires; 地域保健福祉センター) や長期療養施設などさまざまな施設がそれぞれ高齢者ケアを行っていたが、2004 年からの組織再編成で CSSS (Centre de santé et de services sociaux, Centre for health and social services: 健康と社会サービスセンター) に統合され、中心的役割となっている。モンリオール市は郊外をあわせると人口が約 350 万人いる。これまで 54 の組織があったが、包括的な対応を行うため 12 の CSSS に統合された。CSSS の役割は、地域の健康と社会サービスネットワークの開発と維持である。この目的のために個別のミッションとして、1. 対象集団の健康の改善、2. 健康、社会サービスへのアクセスの改善、3. サービスの継続性と質の改善をあげている (Agence de la sante et des services sociaux de Montreal 2007)。

2004 年から 2005 年の間にケベック州の全体の 95 の CSSS の運営にかかった費用は 65 億カナダドル

であった (Statistics Canada 2007)。管轄の人口に応じて原則予算が決められている。

(2) モントリオール市郊外のキャベンディッシュ地区での活動

CSSS キャベンディッシュでは、地域住民に対して、CLSC において医師、看護師、理学療法士などが実際のサービスのニーズについて評価し、サービスの提供まで行う。また、近隣の長期療養施設 (Reception center Henri-Bradet) やリハビリテーション病院 (Richardson Hospital) と連携している。さらに、care-ring voice network とよばれる 24 時間電話サービスを設置し、家で介護をする家族を対象に電話相談ができる態勢がある (Care-ring network 2007)。CSSS のネットワークにより時間は限定されるが、予約がなくても、毎日医療サービスが受けられる体制ができた。また Info-santé として一般的な健康に関する 24 時間電話相談サービスも提供されている。

包括的な視点でケアに取り組むために社会老年学 (Social gerontology) の専門家も入った態勢がとられている。介護をする家族との真のパートナーシップを築く、虐待への介入、メンタルヘルス疾患のリスクのある患者の行動などについてトレーニングや研究が行われている。このほかにも高齢者のイメージの向上、高齢化の社会的側面の重要性について研究が行われている。

(3) 大学との連携によるケースマネジメントの開発

ケベック州では、1999 年頃よりマギル大学およびモントリオール大学と連携し、Integrated system of care for the frail elderly (SIPA) としてチームによるケースマネジメントが行われた。高齢者をより包括的にケアをすることを目的とし、ケースマネジャー、プライマリ・ケア医、理学療法士などがさまざまな視点からかかわることとした。初

回に包括的な評価、早期介入、根拠に基づいたプロトコルの作成、迅速なコミュニケーションなどを活動として行った (SIPA research project 2001)。それによりケア提供者の質の向上、病院の使用の減少 (医療費の減少)、ADL 低下による医療機関の受診の低下などが認められた。

6. 地域ケアシステム構築への行政の関与と今後の方向性

カナダの場合、住民の医療・介護サービスに対する満足度は高いと言われている。ただし、サービスを受けるまでの長い待機時間は課題である (手術や MRI などの検査待ち、長期療養施設への入所待ちなど)。一方で、費用適正化の観点から急性期病床の削減を図っているため、住民アクセスを確保しながら地域ケアを推進していくことが求められている。CCAC や CSSS の設立にはこのような背景がある。

行政としては、CCAC に対し、実績報告等に基づく個別評価と、それら評価に応じた補助金による管理を行うとともに、2006 年の法律改正に基づき、2007 年 1 月から、CCAC の契約サービス事業所の競争に基づく質の向上と費用の適正化、地域間格差の解消をめざしている。

7. おわりに

オンタリオ州政府の役割は、①各 CCAC の業務評価とそれに応じた補助金の支給 ②認定基準の構築である。一方、CCAC の役割は、①サービス事業所との価格を含めた契約交渉 ②サービス事業所の評価 ③地域資源とのネットワーク構築 ④スタッフ教育 ⑤事業実績報告 などとなっている。今後、現在でもある程度の規模を有する CCAC に対し、さまざまな役割・機能を強化・付加していく方向にある。ケベック州においても CSSS を中

心に機能を統合することを検討している。待機時間が長いという点はさらなる改善が必要であるが、カナダ東部において地域包括ケアは、決められた財源の中での資源の適正配分としての機能が徐々に確立されてきている。

【謝辞】

なお、本研究の一部は、平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）（H18-長寿一般-019）の助成によるものである。

注

- 1) カナダには 10 の州と 3 の準州があり、憲法によって医療保健・福祉・教育は州（または準州）政府の管轄とされ、それぞれのニーズに合わせて方針が立てられる。
- 2) 1990 年代にどの州も以下の 4 点の改革を行った。1. 医療保険制度の決定権、計画、供給を地域分散型に立て替える、2. 公的地域ケアサービスの窓口を一本化する、3. 在宅介護から施設入所までを連携し、継続的サービスを設立する方向に進める、4. 多文化に適切なサービスの供給を確立するよう努力する。（橋本ら 2000）
- 3) カナダでは、ケアマネジメント、ケアマネジャーという用語ではなくケースマネジメント、ケースマネジャーという用語が用いられている（橋本ら 2000）
- 4) CCAC には 4 つのプログラムがある。1. 病院からの照会によるサービス 2. 地域からの照会によるサービス 3. 子どもと家族を対象としたサービス 4. Acquired Brain Injury（生後脳障害）の人を対象としたサービス（橋本ら 2000）。
- 5) トロント CCAC は、調査を行った 2006 年 7 月時点で設置されていた 42ヶ所の CCAC の一つである。
- 6) 1 人のコーディネーターにだいたい 100 から 120 人くらいの利用者が割り当てられている（橋本ら 2000）。

参考文献

- 尾形裕也 2002 「日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性」、『海外社会保障研究』, 139, 14-26.
- 株式会社日本総合研究所 2003 「医療と介護の連携に関する海外調査研究—カナダ・ドイツ・フランス・ノルウェー」, 25-42.

- <http://www.jri.co.jp/consul/cluster/data/iryoufukushi/3-Icanada.pdf>
- 新川敏光 2006 「カナダにおける医療と介護の機能分担と連携」、『海外社会保障研究』, 156, 59-74.
- 高橋流里子 2000 「第 13 章 高齢者福祉サービス」, 城戸善子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障 3：カナダ』, 257-274, 東京大学出版会.
- 橋本泰子, 竹内孝仁, 白澤政和編 2000 カナダのケアマネジメント、『海外と日本のケアマネジメント』, 121-138, 中央法規.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montreal 2007. Centre for health and social services. <http://www.santemontreal.qc.ca/En/portrait/csss.html>
- Bagg SD, et al. 2006. Toward benchmarks for stroke rehabilitation in Ontario, Canada. *Am J Phys Med Rehabil* 85, 971-6
- Care-ring network 2007. <http://www.careringvoice.com/aboutus.html>
- Health Canada 2007. Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/inter-prof/index_e.html
- Morris JN, 池上直己ほか編著（池上直己訳） 2006 「日本版 MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル」, 医学書院.
- Oandasan IF 2001. Family physicians and the Toronto community access centre- improving the connection. http://www.torontoccac.com/Focusgroup_Physicianspage.doc
- OECD Health Data 2006.
- Ontario Association of community care access centres 2007. 2005/2006 CCAC statistics http://oaccac.metrics3d.com/demo/2005_2006/index.htm
- Sanmartin C, et al 2006. Waiting for care in Canada: Findings from the Health Services Access Surgery. *Healthcare policy*, 2,43-51.
- SIPA research project. www.solidage.ca/docs/SIPA_1e.pdf
- Statistics Canada. Residential care facilities. <http://www.statcan.ca/english/freepub/83-237-XIE/2007001/part1.htm>
- （わだ・こうじ 北里大学助教）
（かくま・りつこ トロント大学 Postdoctoral fellow）
（かわごえ・まさひろ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第 4 室長）

高齢者ケア評価チームを中心としたオーストラリアの高齢者ケアの概観と医療との連携の現状

瀬間 あずさ

■ 要約

豪州では日本に比べると高齢者人口の伸びは極めて緩慢であるが、高齢者ケア対策は大きな課題の一つとされている。連邦政府は1985年から高齢者ケア改革（Aged Care Reform Strategy）に着手し、地域ケア重視の政策を展開している。同時期に設定された高齢者ケア評価チーム（Aged Care Assessment Teams）を中心に、何らかの弊害を抱えながらも高齢者ができる限り住み慣れた家や地域で暮らせるように、高齢者個人とその家族のニーズを評価し、情報、助言、援助が提供されている。その中には、ケアマネジメント手法を用いた地域高齢者ケアパッケージ（Community Aged Care Packages：CACPs 通称キャップス）、長期在宅高齢者ケアプログラム（Extended Aged Care at Home：EACH 通称イーチ）などが含まれ、重度の要介護高齢者も継続して在宅で暮らせる制度が整えられている。介護を必要とする高齢者にとって、医療サービスとの連携は必要不可欠であるが、これまで高齢者ケアと医療サービスの連携は、急性期後のサービスが体系的に展開されておらず不十分であった。特に公費病院では、高齢者の平均在院日数が延長し、その結果、ほかの入院希望者の利用をさまたげる状態が生じている。高齢者は“bed blockers”または“access block”と称され、この問題に対し、従来の医療モデルにとらわれず、急性期・回復期・慢性期へと切れ目のない医療の構築に向け、現在さまざまな方策が検討されている。

■ キーワード

オーストラリア、高齢者ケア評価チーム、高齢者ケアと医療との連携

I はじめに

オーストラリアは日本と比べると高齢者人口の伸びは極めて緩慢であるが、高齢者対策は大きな課題の一つとされている。2006年の統計によれば、65歳以上の高齢者は270万人で総人口に占める比率は13%。2035年には620万人で23%の推計値が示されている。

連邦政府は、1985年から高齢者ケア改革（Aged Care Reform Strategy）に着手し、高齢者ケアにおいて、施設ケアから在宅中心へと移行させ、地域ケア重視へと大きな転換をとげた。同時期に高齢者ケア評価チーム（Aged Care Assessment Team：ACAT 通称エイキャット）が設定され、何らかの弊害を抱えながらも高齢者ができる限り住み慣

れた家や地域で暮らせるように、高齢者個人のニーズを評価し、情報、助言、援助が提供されている。またACATは高齢者ケア施設入所判定を決める門番役も担っている。地域ケア重視への政策により、より複雑なニーズがある高齢者でも継続して在宅で暮らせるようさまざまなプログラムが展開されている。

介護を必要とする高齢者にとって、医療サービスとの連携は必要不可欠であるが、高齢者ケアと医療との連携はこれまで十分ではなく、急性期後のサービスが体系的に展開されておらず、この問題に対して、現在さまざまな方策が検討されている。

本稿では、①オーストラリアの医療制度の概観、②高齢者ケアの中心的役割を果たしているACAT、

施設ケア・地域ケアを含む高齢者ケアの概要、認知症専門施設に関する諸問題、最後に③医療と高齢者ケアの連携の現状について報告する。

Ⅱ オーストラリアの医療制度

オーストラリアの医療制度はすべての医療へのアクセスを可能にするための普遍的なメディケア（国民皆保険制度 Medicare）を基本として成り立っている。

メディケアは、1984年に発足した。この制度の運営にかかわる費用はすべて税収入、すなわち、個人所得税に上乗せして課税対象所得に一律1.5%課税されるメディケア税による税収とその他の一般税収によって賄われており、社会保険形式でないことが特徴である。このメディケアの導入で、誰にでも医療ケアを利用できることが保障されている。

オーストラリア国民の平均寿命は、女性83.0歳、男性78.1歳（2006年）と、日本、スイスに次いで長い。これは国民皆保険制度のメディケアの恩恵にあずかっているとんでも過言ではないであろう。メディケア給付は連邦政府が担当し、公費病院の管理運営は州政府が行っているが、連邦政府は州政府の公費病院経営に対して財政援助を行っている。したがって連邦政府は、州政府に対し、その財源の使い方により大きな説明責任を求めている。メディケア制度により公費病院の費用は全額公費負担となり自己負担は一切ない。

公費病院が60～70%を占めるオーストラリアでは、医療保健サービスの主役は上記したように公的サービス部門である。そのため、医療保健サービスを提供するにあたり、管轄区域を明瞭にし、その区域の市民の健康に責任をもつ保健サービス地区（Area Health Services）という取り組みが定着している。

Ⅲ オーストラリアの高齢者ケア

1. 高齢者ケア評価チーム

1984年の高齢者ケア改革の策定と同時に導入されたのがACATである。ACATは自宅での生活を続けたいと思っている人、施設入所希望者の身体的、医学的、心理学的、社会的ニーズを総合的かつ正確に把握し、アセスメントし、情報、助言、援助を提供する医療専門職のチームである。メンバーは連邦政府によって委託され、医師、看護師、ソーシャルワーカー（以下、SW）、作業療法士（以下、OT）、理学療法士（以下、PT）などによって構成されている。ACATの役割の中心は、評価によって最適なニーズの組み合わせを見つけ出し、その情報を利用者に提示することにある。また、ACATは、政府の補助金で運営されているローケア施設（通称ホステル：自宅で自立した生活は困難だが看護・介護は不要である高齢者が入居。食事・洗濯・掃除など家事サービスが提供される。日本のケアハウスに相当）とハイケア施設（通称ナーシングホーム：要介護状態の高齢者に対し、24時間態勢で看護・介護の専門職員がケアを提供する。日本の特別養護老人ホームに相当）の入居判定と地域ケアサービスの利用判定についての権限を持ち、ゲイトキーパー的な役割も担い、高齢者の不必要な施設入居を減少させ、在宅でより長く生活できるよう支援している。全国に126チームが配置され、そのうちニューサウスウェールズ州（以下、NSW州と略）には55チームがある。2004/05年度統計によると、合計17万6877件の評価が行われた。評価の依頼があり、評価が行われるまでに平均8日間の待ち時間があるが、緊急度の高いクライアントから優先的に評価され、90%のクライアントは47日以内に評価が行われている。2004/05年度の評価対象者内訳は、在宅で暮らしている人のうち54%が引き続き在宅での生活を奨励され、4分の1がローケア施設の入居、19%がハイ

ケア施設の入居を勧められている。ローケア施設入居者の評価では、79%がハイケア施設入居を奨励されている。

2. 具体的な評価の過程

評価の過程は、「Aged Care Assessment program Operational Guidelines 2002」にその詳細が明記されている。1) 初期クライアント評価とニーズの明確化、2) ケアプランの立案、3) ケアプランの一環としての効果的な照会、4) ケアプランの実施、5) ケアプランの再検討という過程を踏む。評価は評価担当者、評価を受ける人、その家族・介護者または、その人にとって重要な人・代弁者・サービス提供団体間で行われ、専門家による相談・観察・交渉・リエイゾンといった一連の過程を含んでいる。また評価には診断も含まれている。ほとんどの場合、この過程は、家庭医(General Practitioner: 通称 GP)、専門医、ほかの ACAT メンバーがかかわり、GP などに連絡をする場合には、必ず本人の承諾を確認し、進めなければならない。初期評価において、クライアントニーズに対して、最も適切な技能と経験のある ACAT のメンバーの一人がケースコーディネーターとして選択され、初期評価は、クライアントが暮らしている住居で行われるのが望ましいとされている。照会は誰からも受け入れており、本人が直接依頼することも可能である。照会を受けた内容は「Intake and Referral Form」に記入され、優先度に基づいて介入が開始される。介入の優先度は「48時間以内」「3日から14日以内」「14日以上」と3つに区分され、転倒・虐待などのクライアントの安全に対する危険因子が高い場合、危機的状況と判断され即介入が行われる。

NSW 州シドニー北部にあるホーンズビー・クーリングアイ ACAT は、総人口約 25 万 7000 人、70 歳以上の人口 2 万 8475 人の地区を担当し、医師・看護師・SW・PT・OT など 18.5 名(常勤換算)のメ

ンバー構成となっている。2006 年 7 月から 2007 年 6 月まで合計 2385 件の依頼を受け、月平均 200 件の評価を行なっている。この地区内では、ハイケア療養床数は 1494 床、ロウケア療養床数は 1587 床、地域プログラムの地域高齢者ケアパッケージ(Community Aged Care Packages: CACPs 通称 キャップス)は約 500 人、長期在宅高齢者ケア(Extended Aged Care at Home: EACH 通称 イーチ)は約 60 人、認知症専門長期在宅高齢者ケア(Dementia Extended Aged Care at Home: EACH-D 通称 イーチディー)は 40 人に対してケアマネジメントを導入したプログラムが提供されている。

Bruen (2005) は、「オーストラリアにおける高齢者ケア、その過去・現在・未来」という論文の中で、オーストラリア高齢者ケア制度における ACAT についての位置づけを明確にしている。あえて手を加えずその論文内容の一部を以下引用する。

『高齢者ケア評価チーム (ACAT) に対する連邦と州政府の歳出額は、年間 1 億豪ドルと推定される。ACAT は、年間予算 60 億ドルに上る高齢者ケアプログラムの優れたコスト効果を達成し、プログラムの健全性を維持するためのセーフガード機能を果たし続けている。政府補助金給付対象者の適格性を判定し、高齢者ケアプログラム全体の歳出レベルを決定する唯一の機関として ACAT は、その重責に加え、増大し続ける介護需要への対応も迫られていることから、ACAT のプログラムは大幅な拡充を迫られている。』

ACAT には、現在よりも迅速な対応能力が求められている。精神保健分野で既に効果が認められている「危機的状況への介入モデル」は、高齢者ケア介入プログラムで最大限の効果を出していく有益な手段を提供している。危機的状況に際し、直ちに支援が提供されれば、同じような危機的状

況に再び遭遇することがあっても、本人は前回よりもきちんとした対応ができるからである。

ACATの成功を支えている要因のひとつに、ACATが本人の必要とする一連のサービスを評価するだけでなく、そのサービスが受けられるように手配をしている点が挙げられる。高齢者やその家族にとって、必要とするサービスを評価してもらっても、実際にサービスにつないでもらえなければ、評価自体は大した支援にはならない。ACATは、本人がサービスを受けられるまで見届ける。この役割の拡大によって、サービス利用者側の抱いていた高齢者ケアの制度は複雑で利用しにくいという不満も大幅に解消された。

稀に連邦政府と州政府の責任分担に関する政治的な苦情が出ることはあっても、ACATプログラムは連邦と州の両政府が関与し、非常に良い協力関係が成立している分野である。政府官僚は、連邦と州政府が関与するプログラムを「雑然としてまとまりのない」と受け取る傾向にあり、政治家は、プログラムに行き届かない点があるように見える場合、必ず相手方の政府を非難する口実として利用する。しかし、高齢者ケア分野では、連邦と州共同2大プログラムである高齢者ケア評価(Aged Care Assessment)と在宅/地域ケア(Home and Community Care)プログラムは、連邦と州のリソースを生かしつつ、一方の政府のみが補助金を出している重要なサービスも利用できるように連携しながら、オーストラリア社会によく貢献しているといえる。病院、地域保健サービス、高齢者ケア施設、連邦政府の補助金で運営されている地域ケアサービス等と連携してサービスを提供できるACATの能力は、決定的に重要であり、他の機関によるこの役割の代行は不可能である。

しかし、ACATの制度には改善の余地が多々ある。訓練の充実、適格者の判定基準の明確化、高齢者の治療に関して病院の方針に左右されない

中立性の強化、サービス事業者とのより良い連携が求められている。これはACATにさらなる改善が必要ということであり、決してACATに代わる機関の創設を意味するものではない。』

(翻訳 by 中塚美紗子)

Bruenが指摘しているように、ACATは、オーストラリア高齢者ケアにおいて中心的役割を担っているといえよう。

オーストラリアでは高齢者に対して幅広いサービスと援助が提供されている。高齢者ケア制度において、虚弱な障害のある高齢者とその介護者両者にサービスが提供されており、サービスの主な財源は、連邦政府によって給付されている。サービス形態としては、地域ケアと施設ケアという2つの構造上異なるサービスが提供されている。

3. 施設ケア

施設ケアは主に連邦政府が財源の拠出と統制を図り、実際のケアの提供は非政府組織である非営利・営利の高齢者ケア提供団体が行なっている。

従来ナーシングホームおよびホステルの2類型に分かれていたが、1997年10月より、公的補助金の算定基礎となる施設入居者分類基準(Residential Classification Scale: RCS)が統一化されている。この背景には政府が、1997年高齢者ケア改革により「住み慣れた同じ場所で高齢を迎える」(Ageing in Place)というコンセプトを導入した結果による。

介護依存度が一番重いのが入居者分類基準の1にあたる。ナーシングホームでは介護依存度レベル1から4ぐらいまでの入居者がおり、ホステルではレベル5から8ぐらいまでの入居者が暮らしている。

4. 地域ケア

オーストラリア連邦政府は、1985年高齢者ケア改革より、施設中心から在宅中心への政策の転換

をすすめ、従来の在宅関連の法律を『在宅及び地域ケア法』(Home and Community Care Act: HACC 通称ハック)に統合、在宅支援サービスへの強力な投入を行った。

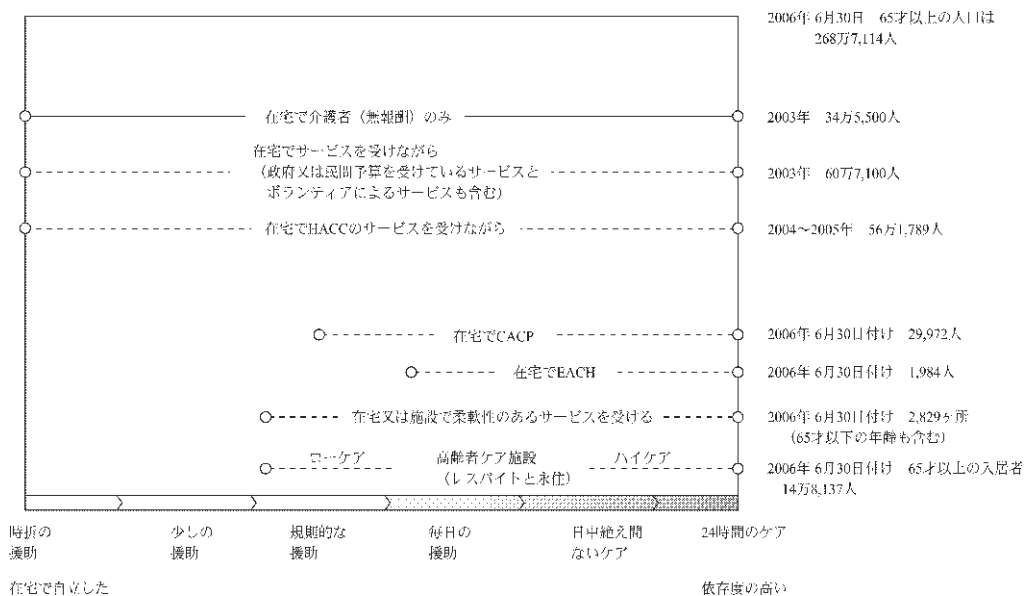
図1は高齢者の為に提供されているケアについてまとめたものである。

在宅で一人または家族などの介護者(無報酬)と生活している高齢者、在宅で何らかのサービスを受けながら暮らしている高齢者、更に在宅でHACCのサービスを受けながら生活している高齢者は、2004/05年度には約56万人となっている。HACCの財源で提供されているサービス(表1参照)は、一般家事、配食サービス、訪問看護、交通手段、家屋の維持、デイケア、社会的支援、パーソナルケア、カウンセリング、補助具の貸し出し、家屋の改造、レスパイトケア、リネンの貸し出しなど、サービスの種類、内容とも充実しており、高齢者が可能な限り自立した生活を続けられるように多彩なプログラムが積極的に展開されている。

その費用は、ほぼ租税で賄われている。財政負担は連邦政府6割に対し、州政府4割となっている。全国で約3250の組織がHACCの財源のもとにさまざまなサービスを提供している。

介護依存度が悪化しても、いかに在宅で支援していくかが大きな課題とされ、さまざまなプログラムが地域で展開されている。要介護度の高い高齢者は、単発のサービスだけでなく、複数のサービスを同時に利用しなければならず、その際ケアマネジメントが必要となる。こうしたクライアントに対し、最初に導入されたプログラムがコミュニティオプションプログラム(Community Option Program COP: 地域生活維持事業)である。このプログラムは1987年に試験プログラムとして全国175箇所で開催され、成功を収め、その後全国規模で展開されている。

COP機関は、利用者に最もふさわしいサービス・パッケージを案出し(ケアプラン作成)、予算内での購入、調達まで義務づけられている。しかも、



注：入手可能なデータにより期間が異なっている。
 出典：Australia's welfare 2007 より引用 翻訳一部修正

図1 高齢者の為のケア取り決めの幅

表1 豪州の高齢者サービスの概要

		提供主体	サービス内容	利用認定の有無	自己負担	職員の資格要件など
在宅支援サービス (ハック)	ホームヘルプ	公的財源による非営利組織、ボランティアおよび自治体が提供(営利組織の関与は少ない)	清掃、料理、洗濯、アイロンがけ、買い物など	なし	地域・提供団体によって多種多様。 ほとんどの場合、数豪ドル程度である	なし
	訪問看護		看護サービス 身体のケア含む	看護師		看護サービスは、 看護師が提供
	配食サービス		食事の配送	なし		なし
	デイケア		さまざまなレクリエーション	なし		なし
	コミュニティーオプションプロジェクト(COP)		幅広い範囲の在宅サービスをコーディネートし、手配	なし	応能負担	規定はないが、看護師、SWなどが望ましいとされている
	コミュニティー高齢者ケアパッケージ(CACP)	公的財源による非営利組織(自治体・営利組織の関与は少ない)	ホステルレベルのケアを在宅で提供	ACATが認定	自己負担の上限金額が定められている(最高額は週に\$35まで)	コーディネーターレベルは、SW・OT・看護師など
	長期在宅高齢者ケア(EACH)		ナーシングホームレベルのケアを在宅で提供	ACATが認定		コーディネーターレベルは看護師
施設サービス	ナーシングホーム	民間の営利、非営利団体および州政府、市町村	24時間体制で看護・介護の専門スタッフがケアを提供する	ACATが認定	入居料 & 利用料金	1つの勤務時間帯に必ず看護師を一人配置
	ホステル	民間非営利団体が主だが、近年営利団体の参入が認められる。州および市町村立あり	給食、洗濯、掃除などの家事サービスが提供される	ACATが認定	資産に応じた入居一時金 & 利用料金	マネジャーレベルは看護師。その他は介護スタッフ
	ショートステイ(レスパイトケア)	ナーシングホーム。ホステルなどが提供	主に介護家族の休息のため、短期的に施設ケアを提供	ACATが認定	利用施設による	利用施設による

出所：川口「豪の高齢者アセスメントチームの役割」日経ヘルスケア 1996年1月号より引用・一部修正

サービスの調達に関して、連邦の在宅支援サービス(HACC サービス)の枠にとらわれなくていい、という点が特色である。COP 機関の設置主体は、州政府、市町村、非営利組織などさまざまである。

スタッフは、まず全体を統括するマネジャーがいる。その下に、ケースマネジメントを行うコーディネーターがいる。職種は、看護、SW、OT などの専門家になることが多い。各コーディネーターはそれぞれのクライアントを受け持ち、クライアントがホームヘルパーや訪問看護を必要とすると、ヘルパーや訪問看護を派遣している機関に連絡し、ケアの依頼の契約をする仲介方式をとっている。

COP より更に進んだ形態のプログラムである CACPs は 1992 年より導入され、ホステルレベルのケアを在宅で提供しようとするもので、高齢者ケア施設の不足している地域などに、積極的に展開されている。

ケアコーディネーターが任命され、複雑なケアニーズのあるクライアントに対し、パーソナルケア・一般的な家事の援助・社会支援・食事準備の手伝い・レスパイトケア・リハビリテーション支援・家屋の維持・配食サービス・リネン類サービ

ス・交通輸送手段支援が含まれる。図 2 で示すように CACPs プログラムは増加傾向が続き、開始当時の 1992 年には 235 パッケージが提供され、2006 年 6 月時点では、3 万 5383 のパッケージが全国で提供されている (Older Australian at glance : 4th edition, 2007 : 126)。

また、要介護度の高い利用者を対象にした EACH と呼ばれるプログラムも展開されている。このプログラムを受けないと特別養護老人ホームに入居しなければならない高齢者のためのプログラムである。

このプログラムは 2000 年に全国 10 箇所 300 人の利用者に対し試験的に実施、その成功により、2002 年より正式なプログラムとされ、2006 年 6 月時点で、全国で 2131 人の対象者がこのプログラムを利用している。利用者の 76% が非独居者であり、家族などからインフォーマルなケアが提供されている。2005/06 年度の 1 年間にこのサービスを何らかの理由で取りやめにした高齢者の統計 (図 3 参照) をみると、30% の高齢者がこのサービスを 3 ヶ月未満受け、75% の高齢者は 1 年未満サービスを利用している。

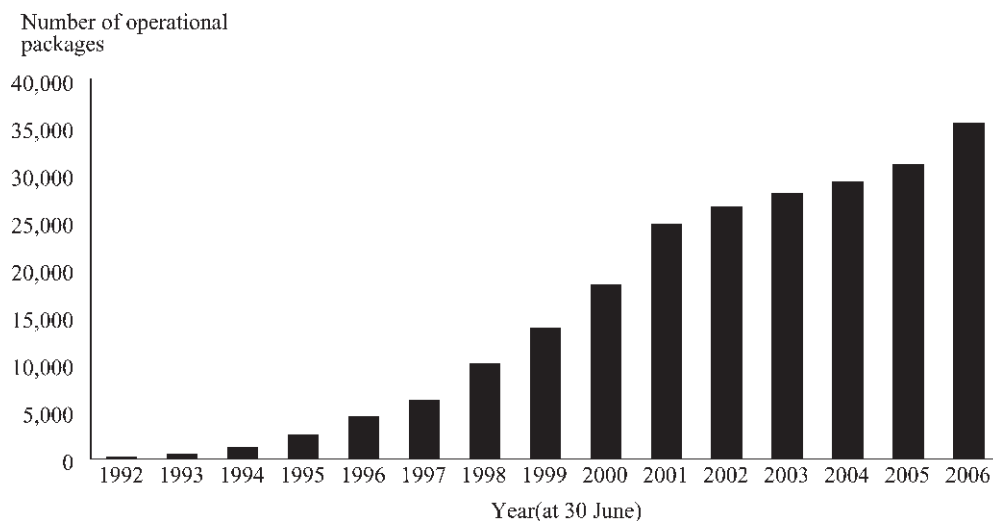


図 2 Number of Community Aged Care Packages, 1992-2006.

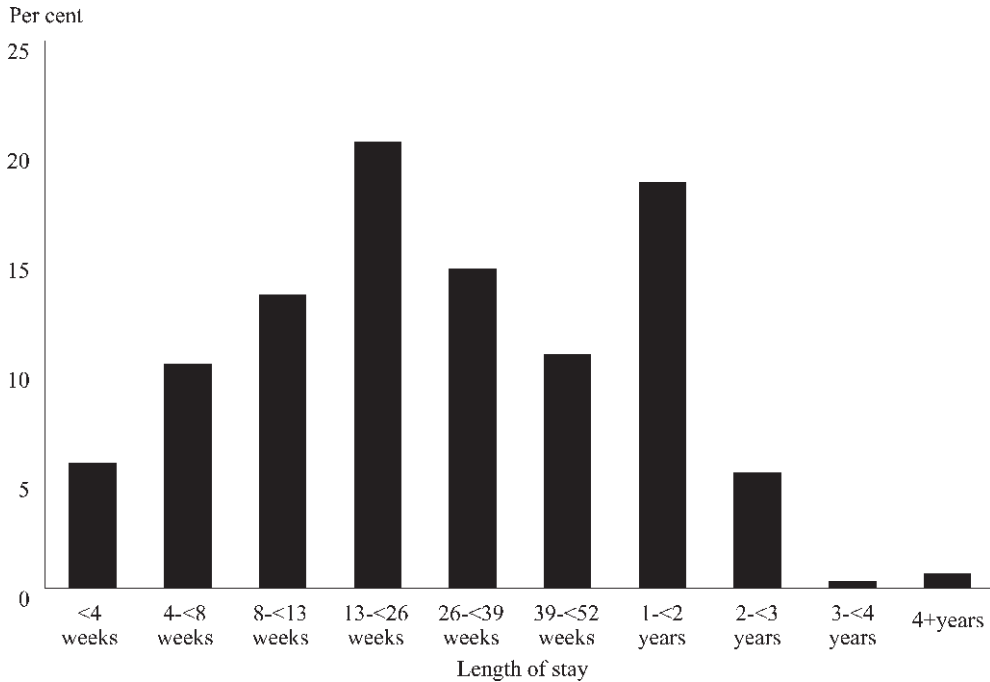


図3 Length of time on EACH package, separations 2005-06

具体的には、一人の高齢者に対し週に 18～22 時間のタイラーメイドのサービスを提供するもので、その中には、臨床ケア・身の回りの世話・食事の準備・コンティネンス管理・レジャー活動に参加するためのアシスタント・精神的な支援・各種療法・家屋の安全と改造の援助などが含まれる (Older Australian at glance : 4th edition, 2007 : 129)。

2006 年より特に行動障害の著しいクライアントを対象にした EACH-D が開始されている。このようなさまざまなプログラムが主に民間非営利団体・自治体など多様な主体により提供されており、連邦政府と州政府の共同事業として補助が行われている。

連邦政府は 2007 年までに 70 歳以上の人口 1000 人に対し、108 人分の施設ケアと地域ケアパッケージを配置するよう目標値を掲げている。その内訳は 40 人分のハイケア療養床、48 人分のローケア療養床、20 人分の地域ケアパッケージとなっている。

これらの数字は、オーストラリア全土における高齢者人口の増加を考慮し、高齢者のニーズにあったバランスのとれたサービスが提供できるよう計画されている。

高齢者人口の増加が予想され、新たな地域ケアプログラム投入の必要な地域に関して、連邦政府は Aged Care Approval Round という形で競争入札制度を取り入れている。

入札を勝ち取った高齢者ケア提供団体が、新規地域ケアプログラムの実際の運営を行う形となる。高齢者ケア提供団体が事業の拡大を図っていくためには、この競争入札を獲得していくことが必須条件となる。

5. 施設ケア、特に認知症専門施設に関する諸問題

認知症は高齢者ケアにおいて大きな課題である。2002 年には 16 万 2000 人が認知症と診断され、こ

これは人口の0.8%にあたる(Access Economic, 2003 : 31)。

2050年には、認知症者は、人口の2.3%にあたる58万人、約3倍に増加すると予想されている。オーストラリアでは認知症の人々の生活環境は、ここ20年大きく改善がみられ、大型の精神病院での収容から認知症専門ローケア施設にみられているような家庭的で小規模な生活環境で暮らすことができるようになった。しかし、ローケア施設の入居者の54%、ハイケア施設の入居者の90%は認知症を有しているにもかかわらず、全体の施設ケア療養病床(14万4100床)のうち認知症専門療養病床の割合は6%であり、ほとんどの認知症者は一般のハイケア・ローケア施設で暮らしている現状である。

なぜ、オーストラリアでは認知症専門施設が増加しないのか？ それは認知症専門施設建設の資金繰りが難しいということで、認知症専門施設よりも通常のローケア施設を建設せざる終えない状況があるからである。

資金繰り困難な理由のまず第一として、1997年の高齢者ケア改革後、連邦政府は高齢者ケア施設建設費(Capital costs)の助成金拠出をしなくなり、高齢者ケア提供団体が、直接建設資金の調達をしなければならなくなったからである。歩行可能な認知症専門施設には、少なくとも一人の入居者に対し、トイレ・バス付きの個室55平方メートルの空間が必要で、それに加えてダイニングルーム、ラウンジ、台所、廊下を含む22平方メートルの共同空間が必要となる。この専門施設の建設費は、一人につき12万豪ドル(1200万円)必要となり、1000万豪ドル(約10億円)かかる認知症専門ローケア施設建設資金を、高齢者ケア提供団体は自分たちで捻出しなければならず、認知症専門ローケア施設が必要でも資金繰りが難しいということで、普通のローケア施設を建設する傾向にある。

第二の理由として、ローケア施設では入居者よ

り入居保証金(Accommodation bond)を徴収し、その利息を建設費の資金繰りにあてている。しかし政府は、入居者のうち年金生活の低所得層(Concessional resident)の入居者をローケア施設全体の40%受け入れるよう奨励している。彼らは、入居保証金を免除されているため、入居保証金が確保できず、資金繰りに困難を生じる。また1997年の高齢者ケア改革で導入された「住み慣れた同じ場所で高齢を迎える(Ageing in place)」という政策により、要介護度の重度な入居者(施設入居者分類基準の1から4対象者)が入居できるようになった。ローケア施設では、要介護度の重度なクライアントから入居保証金は徴収できないとされている。このため銀行から借り入れた資金の返済に問題が生ずる。

第三の理由としては、高齢者ケア施設では、入居者分類基準(RCS)をもとに入居者それぞれの要介護度に応じて1日あたりの補助金(daily care subsidy)が政府より支払われているが、この要介護度を決定するRCSそのものに問題があり、正当な金額の補助金が支払われていないとされている。この入居者分類基準は、入居者の虚弱度に焦点が当てられており、認知症者と行動障害のある入居者の問題を正当に評価していない。RCSは、もともと、1980年代のナーシングホームの入居者分類基準として立案された入居者分類手段(Resident Classification Instrument: RCI)を基盤として発展してきており、20年前に開発されたRCIの改訂版である現在のRCSと、現在の政府と高齢者ケア提供団体が望む高齢者ケアにはミスマッチがあるとして、この連邦政府の補助金を算出するRCSの再検討の聲が高齢者ケア産業から上がり、「高齢者ケア施設における料金体系の見直し(Review of Pricing Arrangements in Residential Aged care)」と題する報告書(通称ホーガン報告書)がまとめられた。

従来、連邦政府は、年金生活の低所得層の入居

者に対して追加補助金 (Additional subsidy) の拠出をしていたが、ホーガン報告書では、政府からの追加補助金の支給対象範囲を、酸素療法・経腸栄養だけでなく、短期的な医療ニーズや認知症による行動障害、緩和ケア、ホームレスの高齢者やオーストラリア先住民などの社会的に不利な立場に置かれた人々の介護ニーズも含め、更に拡大するように推奨している。

このホーガン報告書を基に、更に、2007年には、「オーストラリア国民のための高齢者ケアの将来を保障するパッケージ (Security the Future of Aged Care for Australians package)」と題する政策案が公表された。

この包括的な改革パッケージは、オーストラリア政府から認可を受けた高齢者ケア施設における「施設に対する補助金」と「介護に対する補助金」を明確に区別している。

これに伴い、高齢者ケア施設の料金体系等の変更が本年度から開始される予定である。連邦政府が拠出する高齢者ケア施設入居者に対する介護サービスの1日あたりの補助金を決定する現行のRCSに代わる新しい高齢者ケア補助金支給制度 (Aged Care Funding Instrument : ACFI) は、高齢者ケア施設における入居者の介護ニーズと支援の提供に係る関連コストをより信頼性のある形で反映させることと、1997年のRCSの導入以降に見られる施設入居者の特徴的变化を考慮することを目的として開発された。

サービスを提供する事業者から見た場合、すべての新しい入居者から得る収入は、施設利用のための追加補助金と施設料の合計額であり、一定となる。したがって施設に受け入れる利用者が老齢年金受給者か非受給者かで収入に差が生じるために一部の利用者の受け入れを拒むといった問題が解消される (Australia's Welfare 2007, p.10)。

Ⅳ 高齢者ケアと医療の連携の実現にむけて

虚弱な高齢者は、家庭医からACAT、病院から地域ケア、地域ケアから施設ケア、病院から施設ケアとさまざまな職種の医療介護サービスを受ける。この一連の過程での多職種協働連携の実現が急務である。

1990年代中ごろから、さまざまな状況が絡み合っており、急性期ケアと高齢者ケア (長期ケア) 領域を調整する必要性が高まってきた (Howe, 2000 : 127)。

まず、第一に全体の高齢者人口の増加により、65歳以上の人口の病院入院率が上昇し、65歳以上の人口は病院入院の30%をしめ、1日あたりの病床利用率は43%となっている。

二番目に、高齢者ケア (特に施設ケア) 部門において過去10年間施設高齢者ケアの提供は徐々に縮小し、1997年の高齢者ケア改革で更に急激な減少をとげた。施設ケア数の割合は、1996年に70歳以上の人口1000人に対して90.9床であったのが、2001年には82.4床へと減少し、その率は人口1000人に対して7.6床の減少となっている。

その内訳として、ナーシングホームの療養病床数が減少している。また、1997年の高齢者ケア改革で「住み慣れた同じ場所で高齢を迎える」(Ageing in place) という方針が導入されて以後、ホステルからナーシングホームへの転所が遅延化していることがあげられる (Kroemer et al, 2004)。

三番目に急性期ケア分野の変化として、病院入院日数の減少、日帰り手術、病院の代わりに在宅を基盤としてケアの提供を行うという傾向がみられ、これは他諸国にも共通した傾向でありオーストラリアもこの方向に進んでいる。この変化の背景には、優れた薬剤の開発、麻酔の進歩、より侵襲の少ない外科手術の導入などがあげられる。また自宅での療養を望む人もいるが、最も大きな理由は病院で提供される医療そのものがテクノロジーなどの導入により高額となり、療養のために入院

し続けるには高額になりすぎてしまったことが上げられよう (Draper, 2002)。

前記したように公費病院 (Public Hospital) はオーストラリアにおける医療サービスの中心的役割を果たしている。公費病院の運営は、州政府の交付する補助金の算定方法が、旧来1日1床あたりの支払い方式から、1993年以降、DRG (Diagnosis Related Groups: 診断関連群) による平均的な疾病費用をもとにしたケースミックスによる補助金算定方式を採用する州が生まれ、公費病院の効率化・合理化の見直しが進められ、公費病院の機能の維持と向上が図られている (藤崎・高木、1999: 246)。オーストラリアで使われている分類方式は、オーストラリア版国際疾病分類 (the third edition of the International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10th Revision, Australian Modification: ICD-10-AM) である (Australia's health 2006: 365)。このケースミックスの導入により入院期間の短縮を余儀なくされ、公費病院予算の支出が縮減され、急性期ケア病床数は、1980年代半ば以来人口千人あたり4.1%から1996/97年度には2.9%まで落ち込んだ。

こうした背景のなか、高齢者による病院利用の増加がみられ、急性期症状が軽快し退院可能な状況になっても退院後の行き先が決まらず急性期病院の病床をふさいでしまう状況がしばしば生じ、こうした高齢者はほかの入院希望者の利用をさまたげる“bed blockers”または“access block”と呼ばれ、この対応策の立案が大きな課題となったのである。

多くの病院では、地域での急性期後ケアへのアクセスを調整するプロジェクトを立ち上げ、これらはしばしばACATと協働して行なわれた。

Howe (2002) は、急性期ケアと高齢者ケア境界領域における現存している5つの段階の介入策とその流れを分かりやすく図で示している (図4参照)。その内容は1): 病院来院前に早期介入し病院

入院を防ぐ、2): 病院の救急センターでの介入により入院をさけるか、または入院した患者の入院期間の短縮、3): 病院は患者が退院してからの急性期ケア後のプログラムを手配し、それにより入院期間の短縮を図り、患者の身体機能の改善を図る、4): 患者が退院後の暫定支援プログラムを病院が手配し、それにより入院期間の短縮と患者の身体機能改善を図る、5): 急性期病院に入院しなければならないリスクのある患者に対して亜急性期リハビリテーションサービスを地域で行い、維持を図る。

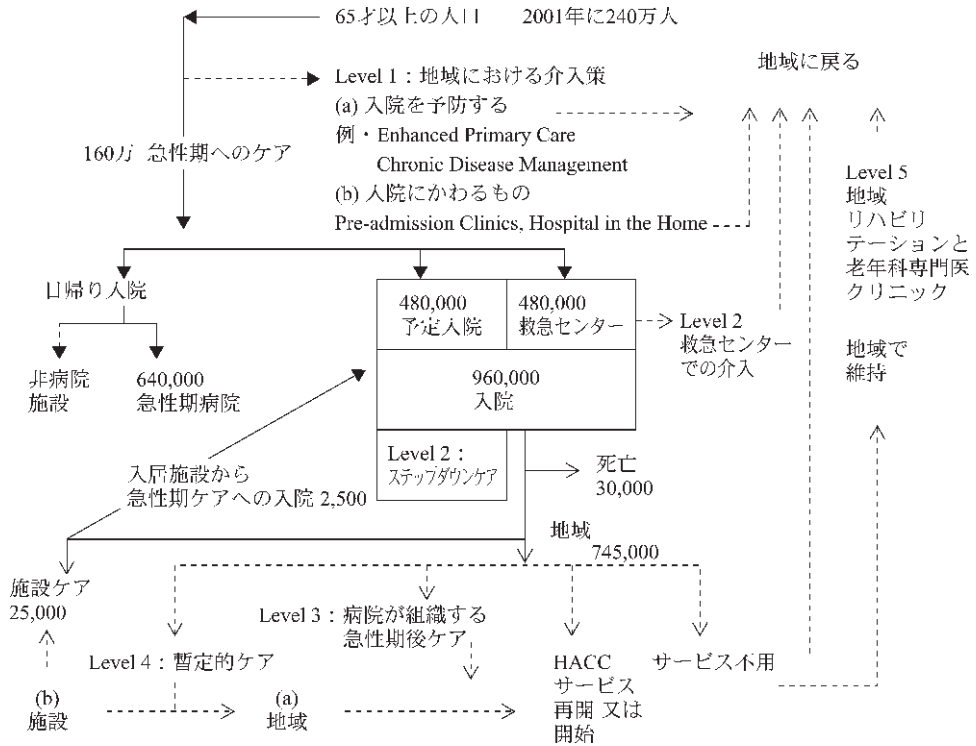
この図を元に、連邦政府と州政府、特にNSW州では、高齢者がほかの入院希望者の利用をさまたげる“access block”に対して、具体的にどのような新プログラムが展開しているか、その概要を述べる。

NSW州はオーストラリアの中で最も人口の多い州であり、2006年のCensusでは人口約654万人、オーストラリア全人口の約3分の1を占めている。(オーストラリア総人口は約1985万人: 2006年)。

NSW州全体には、8つの保健サービス地区があり、そのうち州都シドニー(人口約411万人: 2006年)には4つの保健サービス地区に区分されている。

地域における介入策(レベル1)として、連邦政府はプライマリーケア改善計画(Enhanced Primary Care)プログラムを導入した。慢性疾患をかかえ、多数のニーズがある75歳以上の高齢者を対象として、GP(家庭医)による評価を受け、他医療従事者・サービス提供者とともにケースカンファレンスをもちケアニーズに対するケア計画を立ち上げ対処するという方法である。複雑なニーズを抱えている高齢者に対し、GPがより積極的に関わってもらえるよう経済的誘引を提示したものと見えよう。

具体的な数字としては、シドニー北部のGP5名が共同で運営しているクリニックでは、総患者数



注：1) 異なった情報源を基本としているので図の流れは指標にすぎない。くわしい内容は本文参照。
 2) 破線で示された部分はデータがない。
 出典：Howe (2000) 58 頁より引用・翻訳。

図4 急性期ケアと高齢者ケア間の接点における介入レベルとその流れ

1万8704名のうち、70歳以上のクライアントは約18%を占め、年間693名がこのプライマリーケア改善計画プログラムを受けている。

ほかの介入策として Pre-admission clinics があげられ、これは予定手術入院の場合、入院する前にこのクリニックを訪れ、術前検査・処置等を行うものである。これにより予定手術当日に入院となるのが通例となっている。

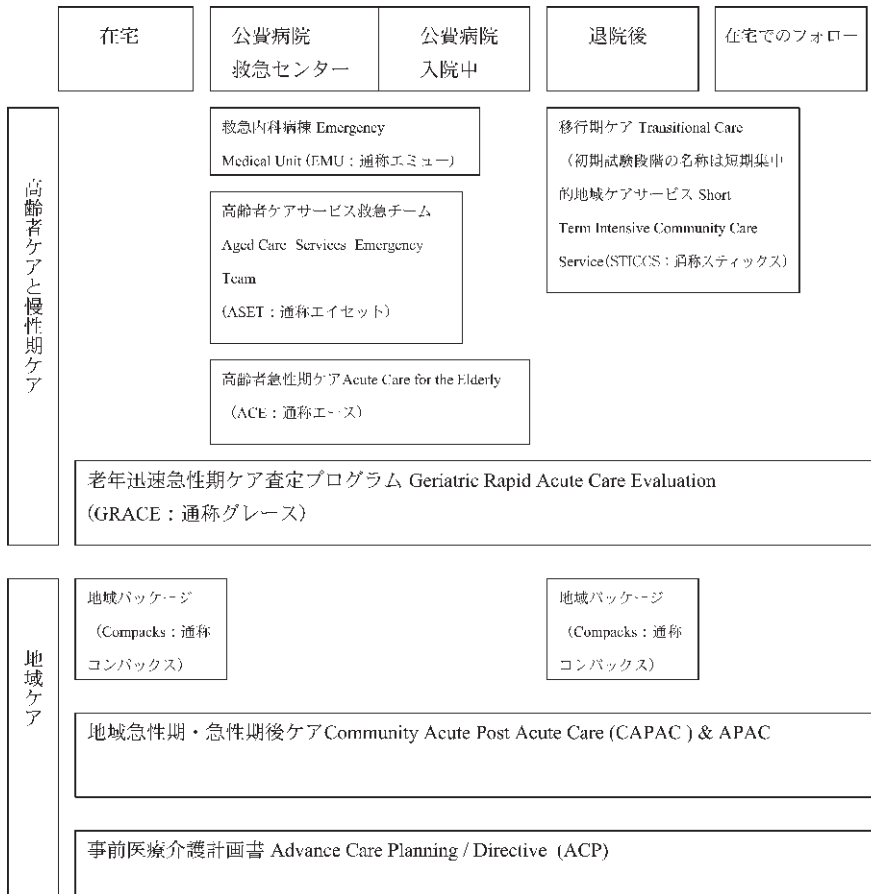
以下 NSW 州シドニー北部地域の公費病院を拠点に展開されている新規プログラムについて詳細を述べる (図5参照)。

公費病院の救急センターで展開されているレベル2の介入策として、NSW 州では2002年より、州内36箇所の公費病院救急センターに、高齢者ケ

アサービス救急チーム (Aged Care Services Emergency Teams: ASETs) を設置した。これは救急センターを受診する高齢者のケアとマネージメントを向上させる目的で、チームは老年科医、臨床看護コンサルタント、SW や PT といった医療従事者の Multidisciplinary teams (多医療従事者のチーム) で構成され、救急センターの臨床専門職と共同で、救急センターを受診する高齢者のための、専門的なケア、評価、治療を提供するものである。

また、高齢者のケアの質を向上させるだけでなく、高齢者が病院で過ごさなければならない時間を最小限にし、また退院後の再入院を防止するためでもある¹⁾。

救急センターだけでなく、病院内の急性期病棟



出典：Australia Resource Centre for Health care Innovations (<http://www.archi.net.au>)

図5 NSW州シドニー北部地域の公費病院を拠点に展開されているさまざまな新規プログラム

でも新たな試みが導入されている。

高齢者は、入院中、転倒・誤薬投薬・感染など Adverse event に遭遇し、廃用症候群に陥りやすい。一日床上安静にすると筋力は5%衰えると推定され、例えば10日間床上安静が続くと、元の状態に回復するまで4ヶ月要するとされている。旧来は、急性期症状が軽快し、その後老年科・リハビリテーション科の専門医にリハビリを依頼する二段階方式であった。その結果、高齢者の在院日数はほかの若い入院患者に比べて長くなった。

こうした背景のもと、ハイリスクを抱えている高齢者に的を絞って、老年科専門医と内科専門医の

二人の主治医がかかわる分担ケアモデル (Shared care model) を導入し、高齢者急性期ケア (Acute Care for Elderly: ACE 通称エース) と呼ばれる病棟が公費病院に設立され、効果を上げている。その目的は、入院中の患者の自立、機能と筋力の維持を図り、入院する前に暮らしていた場所へ退院できるよう支援するもので、その核にある原則は、包括的な老年科評価、継続した歩行改善プログラム、内服薬の見直しである。

エースモデルの取り組みは、1990年代頃より英国、米国で始まり、Palmer (1998) などが提唱したモデルで、彼らは、これまで病院入院中の高齢

者にとって、廃用症候群を避け、機能を改善するというケアモデルは、系統的に確立されていなかったとし、このエースモデルを試験的に実践し、その効果を報告。オーストラリアでは2000年代、ビクトリア州にはじめてエース病棟が設立された。ホーンズビー・クーリングイ公費病院では、エース病棟設立後、さまざまな好結果をもたらしている。その中には、心不全と慢性呼吸器疾患患者の再入院率が12.4%から3%に減少、褥創と転倒の発症率80%減少などが含まれる。また病院の救急センターの“access block”も減少した。このようにエースプロジェクトは成功を収め、現在NSW州の数多くの公費病院にエース病棟の設立が進められている。

レベル3の介入は、急性期ケア後、病院内でフォローアップするのではなく、在宅へ戻り地域サービスを受けながらリハビリテーションを進めるもので、NSW州では地域パッケージ（Community Packages：ComPacks）というプログラムが導入されている。これは地域でサービスの仲介などのケース・マネジメントを行うプログラムで退院後、6週間まで利用可能。自宅で安全に暮らすことができるよう、二つ以上のサービスを必要とするクライアントを対象としている。

またシドニー北部・セントラル保健サービス地区では、通称エイパック（Acute・Post Acute Care：APAC）と呼ばれるプログラムが2000年から導入されている。これは急性期と急性期後ケアを在宅で提供するという試みである。

このサービスを在宅で受けなければ、引き続き入院治療が必要な患者が対象である。例えば、蜂巣しき炎で静脈抗生剤注射が必要な患者、深部静脈血栓で抗凝固剤の服薬をはじめた非安定期の患者、腎盂腎炎、慢性閉塞性呼吸性疾患の患者で頻繁に入退院を繰り返す患者などである。このプログラムは、患者本人、入院中の担当専門医、退院後フォローアップするGPの三者の同意を得なければ

ならない。APACのメンバーは、看護師、PT、OT、薬剤師、看護助手から構成されている。まず最初に、評価担当の看護師が病棟に向いてクライアント評価を行い、このプログラムの対象の有無を判断する。そして上記三者の同意を得られたら、退院となり、APACチームが在宅でフォローアップする形となる。

勤務体制は、日勤7:00～15:30、準夜は13:00～20:30、13:30～21:00、14:30～23:00のうちいずれか。一人のクライアントに対し、1日2回までの訪問が可能となっている。2005/06年度には3000人のクライアントがこのプログラムを利用している²⁾。

2004年、急性期後ケアの一つの試験プログラムとしてシドニー北部・セントラル保健サービス地区と非営利・高齢者ケア提供団体のひとつであるハモンドケアは、病院に入院していた認知症の人々を対象に、短期集中的地域ケアサービスプログラム（Short Term Intensive Community Care Service：STICCS 通称ステックス）を実施した。このプログラムの目的は、急性期病院からナーシングホームへの入居が必要な認知症、または混乱状態にあるお年寄りの病院入院日数の短縮化であった。これまで認知症高齢者が尿路感染症や肺炎などの急性期的な問題が生じて入院した場合、身体能力の低下などにより退院時には病院からナーシングホームへの入居は避けられない状況であった。このような認知症高齢者に対し、退院直後から短期的・集中的なサービスの提供を図り、在宅での生活を継続させていこうとするものである³⁾。

次に、レベル4の暫定的なケアとしてさまざまなプログラムが試験的に導入され成功を収めている。その一つが、老年迅速急性期ケア査定プログラム（Geriatric Rapid Acute Care Evaluation：GRACE 通称グレース）と呼ばれるもので2005年8月からシドニー・北部ホーンズビー・クーリングイ公費病院を中心に、近辺のナーシングホーム・

ホステルの入居者を対象に展開されている⁴⁾。

グレースプログラムは、2005年から開始され、臨床専門看護師とプロジェクトリーダーが任命された。4ヶ月に一度のミーティングとニュースレターにより病院と施設の職員間のコミュニケーションを円滑化した。グレース・一般開業医部門の看護師(常勤換算すると0.3)が任命され、施設の教育担当者と教育的資源の開発を行なった。

一般開業医リエゾンオフィサーが地域の医師会とのコミュニケーションの促進を図り、施設内で事前医療介護計画書(Advance Care Planning/Directive)の利用を啓蒙した。この事前医療介護計画書は、特に高齢者本人の希望、価値観、信念を大切にした終末期医療計画の事前作成による、備えある終末期を意図している。事前計画書は、本人、または(必要に応じて)代理人、および治療を担当する医療従事者間の明確な共通認識の達成を目的としている。本人に選択肢があるという点が、事前計画書の基本原則となっている。

老年科専門医を目指している医師(Registrar)は老年科評価と一般開業医とのコミュニケーションを担当した。プログラム対象者は、すべてのナースィングホーム・ホステルの入居者とされた。具体的な形式としては、高齢者ケア入居施設の高齢者が急性期症状を呈した場合、一般開業医または、高齢者ケア入居施設職員がグレースプログラムの臨床専門看護師に電話連絡し、その臨床専門看護師は、電話でのトリアージを行なう。その際、照会における基本的な情報(その中には事前医療介護計画書の情報も含む)を収集し、治療のオプションとして、初期症状、疼痛の緩和などが検討され、患者を病院へ転送するかどうかの決定がくだされる。

もし入居者が施設に居残る場合には、通常であれば高齢者入居施設では利用できない病院のサービスを利用可能とした(例えば処置材料の提供やコンサルティングサービスなど)。病院入院が必要

と判断された場合、救急車でホーンズビー・クーリングバイ病院へ輸送し、病院の救急センターのトリアージ看護師と連携を取りながら、できるだけ早く入院の手続きを行うという具合である。

このようにグレースプログラムは、急性期症状を有したナースィングホームとホステルの入居者に対して、電話でのトリアージ、迅速老年科評価、診断、対応を行い最も効果的に急性期の対応と治療が受けられるようにした。このプログラムにより、より多くの高齢者ケア施設入居者は彼らの住居である高齢者ケア施設で暮らし続けることができるようになり、地元の家庭医と高齢者ケア施設は、このプログラムに満足感を示している。平均在院日数は7日間から4.2日間へと減少し、病院における毎月のナースィングホーム入居者総数も平均536人から300人と減少した。グレースプログラム対象者は、病院の救急センターで滞在時間も減少し、救急センターにおける“access block”も減少した⁵⁾。

V まとめ

本稿では、オーストラリアの医療制度と高齢者ケア制度の概観を述べ、特に高齢者に必要なサービスを評価、助言、手配するACATの役割について報告し、ACATを中心として高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で暮らせるよう支援するさまざまなプログラムについて述べた。また医療の現場で従来の医療モデルにとらわれず、病院の平均在院日数の短縮化を図り、急性期・回復期・慢性期へと切れ目のない医療の構築に向け、臨床の現場で実践されているさまざまな新しい試みについて述べた。今後より一層、ACAT、家庭医、関連組織間の連携が進んでいくであろう。

注

1) もう一つのレベル2の介入策として、救急センター

に並列するステップダウンケアは、それぞれの公費病院でいろいろな名称を使っているが、シドニー北部のホーンズビー・クーリング公費病院では、緊急内科病棟 (Emergency Medical Unit=EMU 通称エミュー病棟) を立ち上げている。この病棟は、48 時間まで入院可能という時間制限を設定し、48 時間内に、多医療従事者のチームが評価し、継続した入院の有無の決定または、退院計画を進める形となっている。

- 2) こうした Acute/Post Acute Care は NSW 州の各地で展開され、名称はさまざまであるが (例えばほかの地域では同様のプログラムを Ambulatory Care : ACC という名称を使っている)、現在 NSW 州保健省はこれらのプログラムを Community Acute/Post Acute Care (CAPAC) と総称し、ひとつの効率的なケアモデルとして打ち出している。このプログラムの導入により、公費病院はより効率的にベッドの利用が可能、アクセスブロックの減少、病院での入院日数の減少、入院による Adverse event の減少、患者と家族の満足度を上げ、適切な Multidisciplinary care の提供と一連のケアにおいて継続され統合されたサービスの提供が可能であると一連の効果を述べている。
- 3) この試験プログラムは成功を収め、2007 年より正式プログラムとして移行期ケアプログラム (Transition Care Program : TCP) として全国展開されるに至っている。これにより急性期病院から高齢者ケア施設への入居を防ぎ、自宅へ戻れるクライアントが大幅に増え、高齢者による不適切な入院延長を減少させることが期待されている。プログラムを利用する為には、高齢者ケア評価チームの査定が必要で、最大 12 週間までという期間の制限がしかれている。
- 4) ホーンズビー・クーリング病院では、ナーシングホームとホステルの入居者の多数の入院が見られた。2003/04 年度の 1 年間に、ナーシングホームとホステルの入居者の入院は 1800 件を越えていた。これらの患者の平均入院日数は、7.96 日であり、1 日を基本とすると、平均 39 床がナーシングホームとホステルの入居者によって利用されていた。またこのグループは全体の入院の 10% を占め、全利用ベッド数の 18% を占めていた。2004 年地元の家庭医に対する調査が行なわれ、彼等は、ナーシングホーム入居者である彼らの患者は、病院に入院するよりも彼らのニーズを良く理解しているスタッフがいる入居施設で医療サービ

スを受けた方が効果的であるという考え方が示唆された。

高齢者ケア入居施設職員への調査でも、可能であればクライアントが暮らす入居施設で医療サービスが提供された方が良いという調査結果がみられた。

- 5) ACE・CAPAC・GRACE などの革新的なプログラムについては Australia Resource Centre for Health care Innovations のホームページ (<http://www.archi.net.au>) に詳細が掲載されているので参考にして頂きたい。

参考・引用文献

- Access Economics (2003) 'The Dementia Epidemic: Economic Impact and Positive Solutions for Australia', The web of Alzheimer's Australia. available on <http://www.alzheimers.org.au>
- Australia Institute of Health and Welfare (2006) *Australia's health 2006*, Cat. no. AUS73. Canberra : AIHW.
- Australia Institute of Health and Welfare (2007) *Australia's welfare 2007*, Cat. no. AUS93. Canberra : AIHW.
- Australian Institute of Health and Welfare (2007), *Older Australia at a glance : 4th edition*, Cat. no. AGE52. Canberra : AIHW.
- Australia Institute of Health and Welfare (2007), *Older Australian in hospital*, Canberra, AIHW Bulletin 53.
- Aged Care Assessment Program Operational Guideline 2002
- Bruen, W. (2005), 'Aged care in Australia : past, present and future', *Australian Journal on Ageing*, Vol.24(3), pp.130-133.
- Draper, M. (2002), 'In Sickness and Health', in *Australian Families : Human Services Respond*, eds Weeks, W. & Quinn, M., 3rd, Pearson Education Australia, Sydney, pp.331-342.
- Howe, A. (2000), '高齢者ケア', In 仲村優一・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉 オーストラリア・ニュージーランド』旬報社, pp.108-130.
- Howe, A. (2002), 'Informing policy and service development at the interfaces between acute and aged care', *Australian Health Review*, Vol.25(6), pp.54-63.
- Kroemer, D., Bloor, G., & Fiebig, J. (2004), 'Acute Transition Alliance:rehabilitation at the acute/

- aged care interface', *Australian Health Review*, Vol.28(3), pp.266-274.
- Palmer, RM., Counsell, S., Landefeld, CS. (1998), 'Clinical intervention trials : the ACE unit', *Clinics in Geriatric Medicine*, Vol.14(4), pp.831-849.
- 瀬間あずさ (2004) 『在宅ケアのコーディネーターは看護職』日本看護協会出版会, コミュニティーケア, Vol.6(1), pp.40-45.
- 仲村優一・阿部志朗・一番ヶ瀬康子編 (2001) 『世界の社会福祉年鑑 2001』旬報社.
- 藤崎清道・高木安雄 (1999) 'オーストラリアの社会保障～医療制度と医療保障', In 小松隆二・塩野谷祐一編 『先進諸国の社会保障 2 ニュージーランド・オーストラリア』東京大学出版会, pp.243-261.
- (せま・あずさ 日豪ヘルスリソース代表)

研究の窓

施設介護サービスの現状と課題遠藤 久夫

特集：介護保険における介護施設サービスのあり方

利用者特性からみた施設・居住系サービスの機能分化の現状と課題川越 雅弘

介護サービス利用に対する所得の影響

—施設介護サービスを中心に—泉田 信行

施設サービスの複合化・多機能化

—特に経営の観点から—山本 克也・杉田 知格

高齢者介護施設の課題—法制的観点からの検討増田 雅暢

施設系サービスと介護保険制度の持続可能性菊池 潤

投稿（論文）

公的年金と児童手当

—出生率を内生化した世代重複モデルによる分析—

.....上村 敏之・神野 真敏

投稿（研究ノート）

ポートフォリオ・アプローチによる年金財政方式の分析川瀬 晃弘

判例研究

社会保障法判例脇野幸太郎

書評

金谷信子著『福祉のパブリック・プライベート・パートナーシップ』宮城 孝

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 執筆枚数

原稿の字数は以下の限度内とします。

- (1) 論文：16,000字（図表を含む）
本文のほかに要約文（400字以内）およびキーワード（3～5語）を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字（図表を含む）
- (3) 動向：8,000字（図表を含む）
- (4) 書評：6,000字

なお、図表は1枚200字に換算します。

2. 原稿の構成

必要に応じて、I II III…→1 2 3…→(1)(2)(3)…→① ② ③…→の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書の文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a)(b)(c)または・で始めてください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典（発行所、発行年）を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に()入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

6. 注

注を付す語の右肩に1)2)…の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

7. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性—退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E. 1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." In *The Development of Welfare State*, edited by P. Flora and H. Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie, Roger. 1998. "Pension Systems and Prospects in Asia and the Pacific." *International Social Security Review* 58(3): 63-87.

梶原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp. 56-72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp. 260-267

海外社会保障研究投稿規程

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等はいずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、フロッピーディスクも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 原稿の送り先、問い合わせ先

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所総務課業務係
Tel: 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

編集委員長

京極 高宣 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

江口 隆裕 (筑波大学教授)

尾形 裕也 (九州大学教授)

駒村 康平 (慶應義塾大学教授)

高橋 紘士 (立教大学教授)

武川 正吾 (東京大学教授)

高橋 重郷 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

西山 裕 (同研究所・政策研究調整官)

東 修司 (同研究所・企画部長)

佐藤龍三郎 (国立社会保障・人口問題研究所国際関係部長)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

府川 哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

金子 能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

米山 正敏 (同研究所・企画部第1室長)

阿部 彩 (同研究所・国際関係部第2室長)

山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長)

小島 克久 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

川越 雅弘 (同研究所・社会保障応用分析研究部第4室長)

菊地 英明 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

海外社会保障研究 No. 162

平成20年3月25日発行

ISBN 978-4-900849-96-9

編集 国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

Tel: 03-3595-2984

homepage: <http://www.ipss.go.jp>

印刷 よしみ工業株式会社

〒804-0094 北九州市戸畑区天神1丁目13番5号

Tel: 093-882-1661 Fax: 093-881-8467

ISSN 1344-3062

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Spring 2008 No. 162

Special Issue: International Trend for Community-Based Comprehensive Care Systems

Foreword	Hiroshi Takahashi
Current State and Problems of Community-Based Comprehensive Care System in Japan	Masahiro Kawagoe
Horizon of Community Comprehensive Care System in England	Kozo Tatara
The Current State of the Medical and Care Service System in France –Focused on Intensive Care management at Home Medical Care–	Michiko Shinoda
Trends and Issues in the Recent Local Welfare Reform in the Netherlands.....	Mariko Hirose
Trend and Basic Philosophy of Senior Citizen Welfare Policy in Denmark.....	Ryotaro Seki
Community Care System in Eastern Canada	Koji Wada, Ritsuko Kakuma and Masahiro Kawagoe
Overview of Australian Aged Care System:Role of Aged Care Assessment Teams and New Service Programs Across Acute and Aged Care	Azusa Sema
