

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

イギリスインタビュー

<グレーター・マンチェスター>

2018 年 8 月 30 日

- ・コンバインドオーソリティ(Combined Authority)、エイジングハブ(Ageing Hub) 2
- ・ヘルス、ソーシャルケアパートナーシップ(Health and Social Care Partnership) 14
- ・マンチェスター高齢化共同研究所・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39
- ・ボランティア組織 (MICRA)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 58

2018 年 8 月 31 日

- ・英国の老年学・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 66
- ・英国の総合診療 (GP)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 74
- ・健康建築空間環境研究グループ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 99
- ・統合委託 (コミッショニング)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 107
- ・Wigan 自治体 (The Deal)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 112

<ロンドン>

2018 年 9 月 3 日

- ・ランベス区統合コミッショナー/NHS Foundation Trust・・/・・・・・・・・ 139
- ・AgeUK Lambeth・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 151

8月30日(木)	午前	マンチェスター
コンバインド・オーソリティー (Combined Authority)、エイジングハブ (Ageing Hub)		

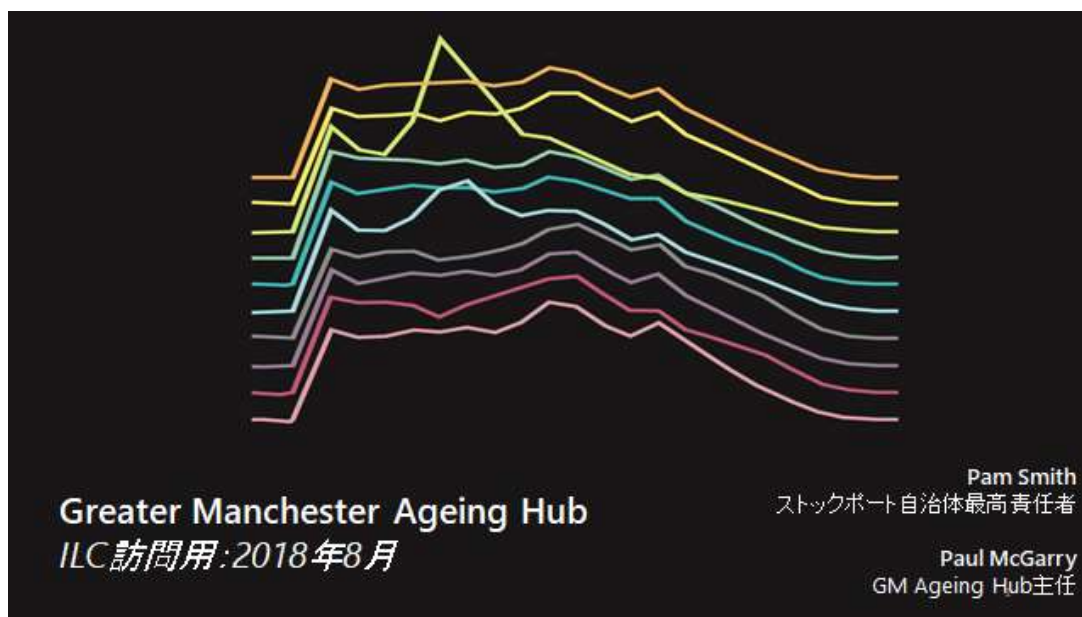
- ・ Pam Smith CEO Stockport Council and GM Lead for Age Friendly (ストックポート自治体最高責任者)
- ・ Paul McGarry Head GM Combined Authority Ageing Hub (グレーター・マンチェスター・エイジングハブ主任)

■自己紹介

Pam Smith。ストックポートカウンシルのCEO (chief executive officer)。グレーター・マンチェスターには10のローカル・カウンシルがあるがその一つだ。

Paul McGarry。グレーター・マンチェスターのエイジングハブの主任。グレーター・マンチェスターのコンバインド・オーソリティーの、ローカル・カウンシルが一緒になったところをまとめるエイジング部門を担当している。

<Pam Smith>



グレーター・マンチェスター (GM)へようこそ

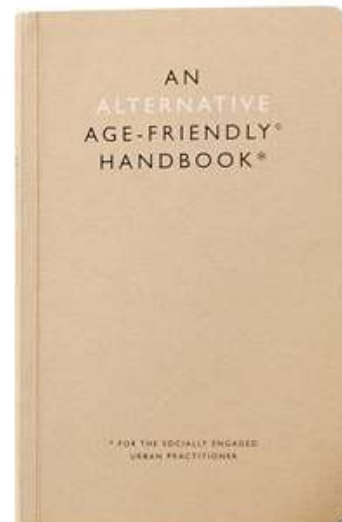


- 人口: 280万
- 英国で2番目に大きな都市圏
- GMには10の地方自治体がある
- グレーター・マンチェスター合同行政機構(GMCA)を通じて協働-Andy Burnham市長が主導

まず、グレーター・マンチェスター（グレーター・マンチェスター）のバックグラウンドを説明する。この地域の人口は 280 万人であり、イギリスの地方の中で 2 番目に大きな地域である。グレーター・マンチェスターには 10 の地方自治体があり、この 10 の自治体を合わせてグレーター・マンチェスターと呼ぶ。市長を務めているのはアンディ・バーナム（Andy Burnham）市長だ。

背景:

- GMの人口は**2039年までに13%増加し、310万に達する予測**。高齢者数の増加が主な原因。
- 2039年までに、GMの労働年齢人口の増加は5%の予測。同時期における**GMの65歳以上人口の増加は53%**で、65万に達する予測。
- 全体として、2039年までに**GMの50歳以上人口は1/3増加すると予測される**。



グレーター・マンチェスターの人口は、2039年までには13%増加し、310万人になると予想されている。これは、主に高齢者が増えることに起因する。そして、2039年までにグレーター・マンチェスターの労働人口は5%増加すると予想されている。しかし、65歳以上の高齢者は53%増加し、65万人になると予想されている。そして、50歳以上の住民は、2039年までにおよそ

33%、つまり人口の3分の1増加すると言われている。



グレーター・マンチェスターの戦略は、上記の10個にまとめられている。本日ここでその全ての詳細を説明することは割愛する。焦点は、「エイジフレンドリーである」ことだ。これが戦略の主要な部分になっている。つまり、世界でベストなエイジフレンドリーな町、地域になっていくということがわれわれの目標だ。

このエイジフレンドリー戦略は、グレーター・マンチェスターの全体的な戦略にすべて沿うような形で設定されている。

われわれは世界最大級のコネクティビティを持った地方自治体だ。つまり、高齢者は、他の人たちと同様なアクセス権を平等に持っているということになる。このエイジフレンドリー戦略は孤立した戦略ではなく、すべてのグレーター・マンチェスターの経済の中に組み込まれている。つまり、高齢者が経済を浮揚させる勢力になるということだ。これは購買力だけではない。雇用に関してもエイジフレンドリー戦略に組み込まれている。つまり、ある一定の年齢になったら退職するというのではなく、その後の高齢者を受け入れる形の戦略になっている。活性化された地域にとって非常に重要なことは、高齢者が自立すること、経済的に豊かであるということ、そして、健康であるということだ。

<Paul McGarry Head>



GM Ageing Hubの歴史

- **2010** : マンチェスターが英国で最初のエイジフレンドリーシティとなる
- **2016** : 新たなGMCAの一環としてGM Ageing Hubが設立される
- **2017** : GM Ageing Hub設立会議開催および主要な報告書の発表
- **2018** : GMが英国で最初のエイジフレンドリー都市圏となる

グレーター・マンチェスターにおけるエイジングハブがどのような背景で設立されたのかを説明する。

私は、2010年から、このマンチェスター・シティーカウンスルで世界保健機構（WHO）のエイジフレンドリー・プログラムに関わっている。このプログラムとつながりのある神戸センターは、非常に開拓的なプロジェクトを行っている。われわれはパートナーとしてインデックス作りやその母体に関わっている。

エイジング（Ageing）を考える際は、非常に重要な医療（ヘルス）に限らず、社会的、経済的、文化的、そして、他の要素との関係要因を含めた形で高齢者を見ている。イギリスでは、特に日本政府または日本の市民社会、そして日本の学会が、高齢者という検討課題にどのように取り組んでいるのかということについて非常に高い関心をもっている。なぜならば、日本は高齢社会だからである。

ここグレーター・マンチェスター・エイジングハブが設立された理由は3つある。

第1に、新しいデボリューション（地方分権、権限移譲）が始まったことにある。イングランドでは、特に医療ケアの分野について、地方自治体に権限を移譲していくという新しいプロセスが始まっている。

第2に、人口の高齢化にともなって、グレーター・マンチェスターの組織や戦略に見られたギャップを埋めることにある。

第3に、グレーター・マンチェスターが世界をリードするような学者や臨床関係者がいること、そして、著しく成長している経済によって、非常に強い市民社会が形成されたことにある。

われわれは、2017年にグレーター・マンチェスター・エイジングハブの設立会議を行った。それと同時に、グレーター・マンチェスターにおける人口の高齢化、高齢者の分析、そして、そ

の課題およびその課題を解決するための機会があるのかについて述べた主要な報告書を提出した。

われわれの野心的な取り組みを象徴するかのよう、われわれは、グレーター・マンチェスターを高齢者にとってより良い場所にするため、WHO のグローバルエイジングプログラムにいち早く参画した。イギリスで参加した町としては初めてである。ロンドンよりも 3 か月先駆けているのだ。



GM Ageing Hub

- 2016年に、GMCAがGM機関（医療と社会的ケアのパートナーシップを含む）の支援を得て設立
- 「人口高齢化のチャンスと課題への戦略的な対応をコーディネート」
- Centre for Ageing Betterとのパートナーシップ

“ ”
エイジフレンドリーGM
年を重ねたい
場所



上記のスライドは、われわれのパートナーの意見から、どのような課題があるのかについて示している。第2段落の部分がそれになる。高齢化する人口のチャンスと課題というものに戦略的にコーディネートしていくということだ。これについては、様々なパートナーと一緒にコーディネートしていくことが主要な要素となる。様々なパートナーには研究組織も含まれる。その研究組織の中には、比較的新しく設立されたセンター・フォー・エイジング・ベター（Centre for Ageing Better）というイングランドの組織も含まれている。この研究組織は、組織としても個人的にも ILC とは非常に長期的な関係をもっている。ILC-UK のブライアン氏、デイビッド氏はじめ、それから ILC ブラジルのメンバーと一緒に様々な取り組みも行っている。

以上のように、われわれは、グレーター・マンチェスターおよび国際的な最善の調査、専門家、専門医、市民、策立案者などの関係者をまとめ、サポートをしていく組織である。

エイジングのグローバルセンター

- 研究を伴う政策や実践に関して、地方自治体、大学、住宅供給機関、文化・ボランティア・医療部門間のパートナーシップでの力強い伝統

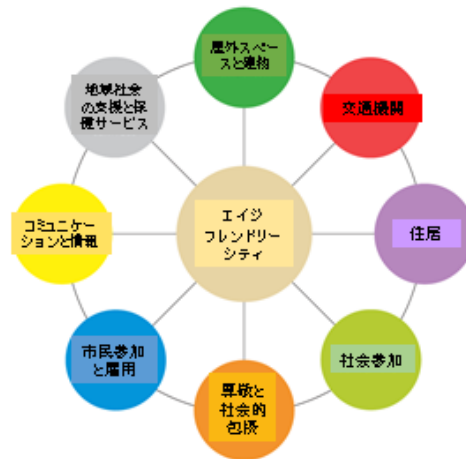


上記スライドのように、地元の大学、住宅供給機関、そして同性愛者の組織など様々な形の組織とパートナー関係を持っている。

エイジフレンドリーGM

エイジフレンドリーシティとは、人口高齢化のチャンスと課題へのコーディネートされた対応である

その目的は、ヘルシーエイジングへの機会を創出するとともに、高齢者が都市の文化・社会・経済的な生活に貢献したり、そのような生活を享受できるようにすることである。



エイジフレンドリーシティの8領域
(Global Age-friendly Cities Guide(2007)より)

上のスライドは、グレーター・マンチェスター・エイジングの全体的かつ戦略的な目標である。

10

優先項目10:

エイジフレンドリーGM

GMエイジング戦略

1. GMが英国で最初のエイジフレンドリー都市圏となる
2. GMがエイジングのグローバルなセンター・オブ・エクセレンス(COE)となり、幅広い高齢化問題に関する新たな研究、技術、解決策を開拓する
3. GMが50歳以上の人々の経済的参加を増加させる

これがわれわれの3つの目標だ。

第1は、グレーター・マンチェスターがイギリスにおける最初のエイジフレンドリーな都市圏になっていくということ。

第2は、幅広い高齢化問題に関する新たな研究、技術、解決策を通して、エイジングの優秀性のあるグローバルセンターになっていくということ。

第3は、50歳以上の人々の経済的参加を増加させること。グレーター・マンチェスターにおいて、50歳から60代初めの雇用率が非常に低いことが課題となっているからである。これは、病気や疾患、貧困問題が関係している。

私たちの戦略

主要テーマ:

- 経済と労働 (GMCA)
- エイジフレンドリーな近隣地域 (GMCVO)
- ヘルシー・エイジング (HSCP)
- 住宅と計画 (GMCA)
- 交通機関 (TfGM)
- 文化 (マンチェスター博物館)

取り組み方法:

- リーダーシップ (GMCA)
- イノベーションと研究 (大学/GMCA)
- グローバルなCOE (GMCA)
- コミュニケーションと語り (GMCA)

戦略的な節目

- **戦略開始とWHOの地位:** 2018年2月、WHOジュネーブによって承認
- **ヘルシー・エイジング:** 高齢者の身体活動率向上で100万ポンド投資
- **欧州都市連携:** アムステルダム、バルセロナ、オスロ等との連携で**25万**ユーロ獲得
- **交通機関:** エイジフレンドリーな交通機関に関するGMCAとTfGMの報告書発表: GM Older People's Networkとの共同事業
- **労働とスキル:** 新たなWWプログラム開始。高齢就労者の連携に関するDWP(労働年金省)およびCFABとの大筋合意

11

- **“Take a seat(お座りください)”**キャンペーン: エイジフレンドリーな事業300か所が登録
- **イノベーション:** GMによる、産業戦略向けの高齢化に関する「グランド・チャレンジ」の提案
- **近隣地域の取り組み:** AFAプログラムの拡大、改革アジェンダとの協調
- **地域計画:** 高齢化への10の地方自治体アプローチが展開中
- **住宅と計画:** 次期の「空間的枠組み」の中でエイジフレンドリーの要素を組み込む
- **3つの大規模な全国および国際イベント**を開催
- **Centre For Ageing Better:** 次の段階でのパートナーシップについて合意
- **文化:** New Culture Champions(新たな文化の擁護者) スキームの資金獲得

12



市長の課題

- エイジフレンドリーGMは、現在および将来における人々の日常生活にとって、どのように見えるだろうか？
- エイジフレンドリーな近隣地域を50か所作る支援を目指す
- 以下三者が開発した試験的事業からの積み重ね
 - グレート・マンチェスター大学
 - 住宅供給団体
 - Ambition for Ageingプログラム

上のスライドは、われわれがどのように取り組んでいるのか、つまり戦略を示している。

まず、経済と労働では、高齢者が労働でどのように経済的な機会を提供してくれるのか、そして、それをどのように活用するのかということである（Greater Manchester Combined Authority (GMCA)）。また、高齢化する人口が、どのようなサービスやヘルプを必要としているのかについても含まれる。これについては、日本の経験から学習することや、高齢者になっても労働を続けることを促進するようなワークプログラムも含む。

2番目に、10のグレーター・マンチェスターの地方自治体全体を通して、どのようにエイジフレンドリーな近隣地域を作っていくのかということだ（Centre for Voluntary Organisation, CVO）。現在、アンビション・フォー・エイジングというタイトルのもとに25のパイロットプロジェクトが進んでいる。

3番目に、医療（ヘルス）と社会的ケア（ソーシャルケア）をどのように統合し、そして権限移譲された形で改革していくのかということ（Health and Social Care Partnership, HSCP）だが、これは次のプレゼンターが説明するため、詳細は割愛する。

4番目に、住宅と計画（プランニング）の専門家が一緒になって、われわれが下す決定あるいは下した決定が、高齢化する人口の住宅問題にきちんと対処しているのかどうかということも確認している（GMCA）。つまり、すぐ目の前にある課題に対処するだけでなく、例えば25年後を見通した形での計画も立てている。

5番目に、交通機関である（Transport for Greater Manchester (TFGM)）。実は、エイジフレンドリー・トランスポートという報告書を、われわれの同僚がまもなく発表することになっている。東京に行った経験からすると、イギリスの輸送は、東京に比べると非常に質が良くない。

最後に、40あまりの組織をまとめる形で文化にも力を入れている。これについては、最近、私のマンチェスターの同僚が日本に行き、日本の文化を担当しているカウンターパートに会い、

日本の文化雑誌に記事が出た。文化というものは、自分が楽しめたりアクセスできたりする状態であるということが、より良い人生に貢献すると言われている。また、高齢者が疎外されたり、孤立して歳を重ねたりすると、高齢期の生活も損なわれるという結果が出ている。そこで、高齢者が楽しめるようなものを提供するプログラムが多くの高齢者が関わる形で進んでいる。このように文化に力を入れていくことがQOLにより良いプラスの影響を与えるとわれわれは信じている。

(質問：日本においても地方分権を進めているが必ずしもうまくいってはいない。健康や医療も含めて、国が統制することと地方自治体が創意工夫をすることのどちらがいいのか、バランスが難しいと思う。)

<Paul McGarry Head>

イギリスでは、ヘルスサービスは国レベルで資金調達(ファンディング)もされている。一方、社会的ケアシステムは、地方自治体レベルで行っている。長年難しいとされてきたのが、ナショナルシステムとローカルシステムの両システムが対応している人々である。これについて、現在の共通の見解は、このディボリューション(権限移譲)をもってヘルスサービスと社会的ケアを統合するというものである。そうであるから、グレーター・マンチェスターの実験的な試みであるといえる。

<Pam Smith>

グレーター・マンチェスターには10の地区があり、各チーフエグゼクティブが地方自治体(地方自治体)のヘルスシステムの責任者になっている。これは、いわゆる場所ベース(プレイスベースド)のシステムになっており、ナショナルともローカルとも違うシステムになっている。

(質問：それは正式な自治体という形態をとっていないということか。)

<Pam Smith>

地方自治体の形態をとっている。カウンシルのトップがチーフエグゼクティブとなり、その人がカウンシルの地区のヘルスシステムの責任者を務めている。

例えば、私はストックポートのチーフエグゼクティブで、予算が8億ポンドある。医療の予算が6億ポンドだが、それをストックポートで統合して使っているということである。

(質問：エイジングハブは、10のカウンシルが集まったグレーター・マンチェスター全体で行う高齢化に関わる政策担当部局と考えていいか。すなわち、具体的なサービスを提供するというよりは政策を担当する部局か。)

<Paul McGarry Head>

そうである。

エイジングハブとは、研究機関、地元の大学、地方自治体、ボランティア、ボランティアの組織、医療組織を、まとめるパートナーシップ組織である。われわれのガバナンスの中で、グレー

ター・マンチェスター高齢者フォーラムというものもそれに含まれる。

(質問：グレーター・マンチェスター高齢者フォーラムとは何か。)

<Paul McGarry Head>

年に数回、フォーラムという形で会合を開き、時の主要なトピックについて話をするものである。例えば、トランスポートや住宅問題、医療などについてである。そして、フォーラムとして勧告事項を含むリポートをまとめる。それをもって、われわれとフォーラムが今後についての相談をする。最近では、フォーラムがトランスポートに関する報告書を提出した。これには様々な調査結果や勧告事項が含まれており、それをもとにわれわれがパブリックサービスと相談をして、フォーラムからの勧告事項をどのようにパブリックサービスの提供に統合できるかということも行っている。

(質問：以前リバプールで NHS の訪問看護師と市のケアワーカーが、それぞれ NHS からの給与、市からの給与で働いているため、1 人の人間に対して協同してケアを行うことが非常に難しいと感じた。マンチェスターでは同一の予算から支出されるが、うまくできるのか。)

<Paul McGarry Head>

グレーター・マンチェスターにおける統合サービスは、人の数にして 30 人から 50 人くらいになる。つまり、医療ケア、社会的ケア、住宅を全部統合する形でこの 30 人から 50 人が仕事をするとということになる。

(質問：多様な分野を統合的に考えようとしているが、エイジングハブのパートナーではなく公務員として働いている人は、そもそもどこに属していた人なのか。地方自治体から出向している人なのか。)

<Paul McGarry Head>

われわれ地方自治体や大学、建築学校、ボランティアセクター、スポーツ組織からの出向である。出向者から成るコアチームである。

(質問：この組織（アソシエーション）は、地方自治体に自治権があり、各 CEO に決定権があるが、そこに従わなければならないというものではなく、会議をする場所、研究をする場所ぐらいのイメージでよいのか。それとも強い権限を有しているのか。また、リポートの勧告の強さはどうか。)

<Paul McGarry Head>

われわれには 2 つの役割がある。まず、高齢者に関するコンバインド・オーソリティー（統合された地方自治体当局）であることである。グレーター・マンチェスターの市長に対し、われわれは説明責任を負っている。10 ある地方自治体、つまり 10 人のカOUNシルのチーフエグゼクティブに対する説明責任を負っているのである。エイジングに関するコンバインド・オーソリテ

イーとして、われわれは、毎月、会議を行い、報告書を提出している。

2つ目の役割としては、様々なパートナーによるグレーター・マンチェスターにおけるコラボレーション・プラットフォームをつくることである。

<Pam Smith>

10 の項目があるが、10 人のチーフエグゼクティブそれぞれにその項目が割り振られている。つまり、チーフエグゼクティブの間で戦略を共有する必要がある。

(質問：活動に関しては、誰が監視をして、誰が評価をするのか。例えば、市であれば、市民が評価をして、市はそれを反映していくと思われる。)

<Paul McGarry Head>

それは、コンバインド・オーソリティーや市長、そして 10 あるカOUNシルのチーフエグゼクティブが監視、評価をしている。

加えて、他のガバナンスアレンジメントも存する。例えば、Pam Smith 氏はパブリックセクターのボランティア組織のスティアリング・グループ（運営グループ）を指揮している。もっとも、初期段階の新しい試みであるということを付け加えなければならない。ジョー氏も私も、エイジングハブのコンバインド・オーソリティーに入って 12 か月しか経っておらず、グレーター・マンチェスターの市長も就任 12 か月であるからである。

8月30日(木)	午前	マンチェスター
ヘルス、ソーシャルケア パートナーシップ		

- David Boulger, Head of Population Health, Transformation, GM Health and Social Care Partnership
- Giles Wilmore, Associate Lead People and Communities, GM Health and Social Care Partnership



<David Boulger>

グレート・マンチェスターへようこそ。グレート・マンチェスターの人口健康変革担当主任を務める David Boulger だ。

<Giles Wilmore>

医療ケアシステム以外のコミュニティサポート担当主任を務める Giles Wilmore だ。

<David Boulger>

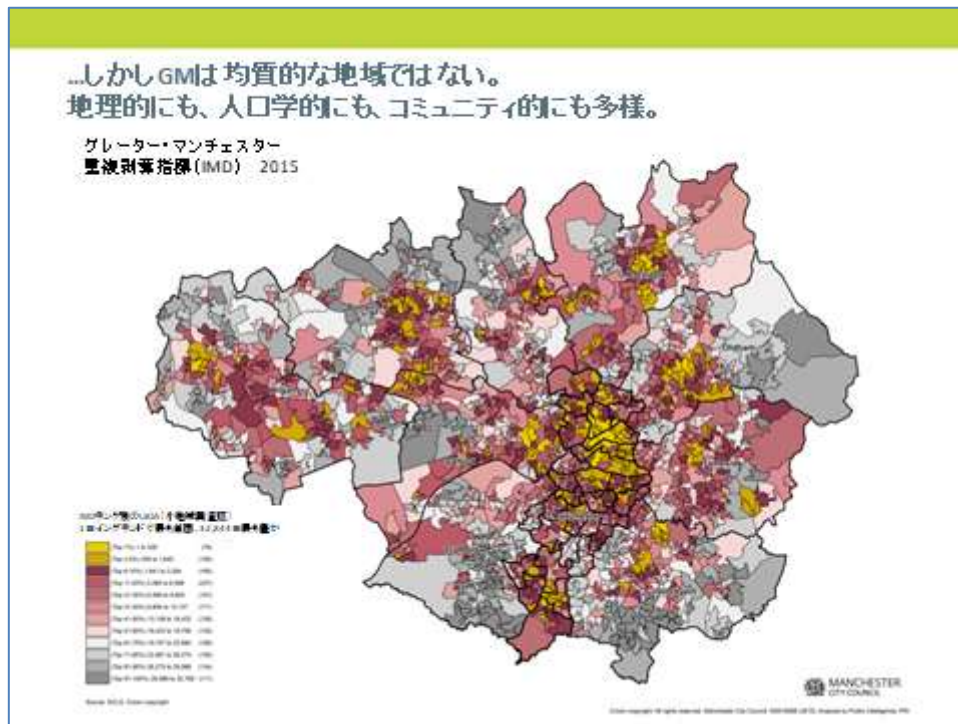
4つのことを話す。まず、グレート・マンチェスターのデボリューション（権限移譲）のプロセス。次に、医療アウヤムに関するグレート・マンチェスターがどのようなチャレンジを持っているのか。3番目に、その課題に対してどのような幅広いそのアプローチをしているのか。そして最後に、われわれのモデルのコミュニティに人々がどのように関わっているのかということについて話す。



グレーター・マンチェスターは、カウンシルと呼ばれる10の地方自治体（ローカル・オーソリティー）から成る地理的には比較的小さい地域だが経済的価値は年560億ポンドである。スコットランド、北アイルランド、ウェールズをまとめてもこの経済規模には及ばない、それだけ大きな経済価値がある。

上記スライドが示すデータは少し古いものだが、今の人口は280万人である。そして、10万4000人が失業している。グレーター・マンチェスターの男女の平均寿命は国の平均よりも低い。これについては後述する。

長期の疾患により、11万2000人が現在仕事をしていない。基本的なスキルを身につけずに就学年齢に達している者が年間1万2000人いる。



グレーター・マンチェスターは均質な地区ではない。つまり、地理的、人的、そしてコミュニティ的に様々な要素が混交して、グレーター・マンチェスターになっているといえる。そうであるから、グレーター・マンチェスター内において、様々な差が存在している。

上記は、グレーター・マンチェスターにおける貧困のレベルを示したスライドである。イングランド全体で最も貧困な地帯が黄色の部分で、それはイングランドの総面積の 10%にあたる。対して、濃い灰色は最も豊かな地帯を表し、それはイングランドの総面積の 1%にあたる。このように、グレーター・マンチェスターにおいて、大きな貧富の差、大きな不平等が存在しているのである。したがって、多様な地域における人々にどのように対応していくかが、われわれの主要なチャレンジとなる。

(質問：どのような仕事をしているか。)

<David Boulger>

グレーター・マンチェスター・ヘルスケア・ソーシャル・パートナーシップに雇われている。この組織は、グレーター・マンチェスターにディボルブ（権限移譲）された医療（ヘルス）を提供する責任を持っている組織である。私も Giles 氏も、ここではシステムリーダーと呼ばれている。われわれはこの組織に雇われてはいるが、様々な組織を横断するかたちで仕事を行っている。私は、多くの時間をグレーター・マンチェスター・コンバインド・オーソリティーで費やしており、また、パブリックヘルスの集合体組織に対する戦略アドバイザーでもある。

<Giles Wilmore>

私もグレーター・マンチェスター・ヘルス・アンド・ソーシャルケア・パートナーシップに雇

われている。ボランティア組織や NGO サイドの仕事が大半である。

(質問：グレーター・マンチェスター・ヘルス・アンド・ソーシャルケア・パートナーシップは
プライベーターやカンパニーか。)

<David Boulger>

グレーター・マンチェスターから権限移譲した部分がこの組織だ。つまり、ガバメントエージェンシー（政府機関）である。

イングランドのほとんどがトップダウンのナショナル・ヘルスサービスのシステムを構築している。しかし、グレーター・マンチェスターは、イングランドの中で医療と社会的ケアが権限移譲されたかたちで実施されている唯一の地域だ。これは、イギリス政府の中央集権的なやり方では必ずしもヘルスサービスによる最善の結果を生み出さない、という考えから生まれたやり方だ。

<Giles Wilmore>

まず、イギリス政府は、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドに権限移譲を始めた。これらの地域は、何年も前から、彼ら自身が医療とケアのシステムを地方分権化している。そして、現在も、NHS の一部でありながらローカルポリシーである等、プライオリティに関しては自由な裁量権を持っている。

<David Boulger>

そのような地方分権化と権限移譲をイングランドでも実施しようという最初の試みが、このグレーター・マンチェスターだ。医療を向上させるというのは、何もヘルスサービスだけの問題ではない。これが私やジャイルズ氏のプレゼンテーションにおける強いテーマとなっている。

(質問：「唯一」ということだが、これは試験的なもので、いずれイギリス全土に展開していくものなのか。)

<David Boulger>

そうだ。われわれはテストベッド（治験）だ。したがって、プレッシャーもあるし、大変注目もされている。

(質問：2011 年に、交通や環境に関する権限は GMCA に移譲された。これらの社会サービスは、10 のカウンシルやマンチェスター市にもともとあったのではないか。)

<David Boulger>

それが複雑なところだ。社会的ケアサービスに関しては、現在もこの 10 のカウンシルが責任を持っている。一方、ヘルスサービスは、グレーター・マンチェスターレベルに権限移譲された。しかし、われわれは戦略的に医療と社会的ケアをグレーター・マンチェスターレベルで統合的に行っている。

<Giles Wilmore>

GMCA を通して様々な決定を行っていくということに関しては、10 のカウンシルがすでに合

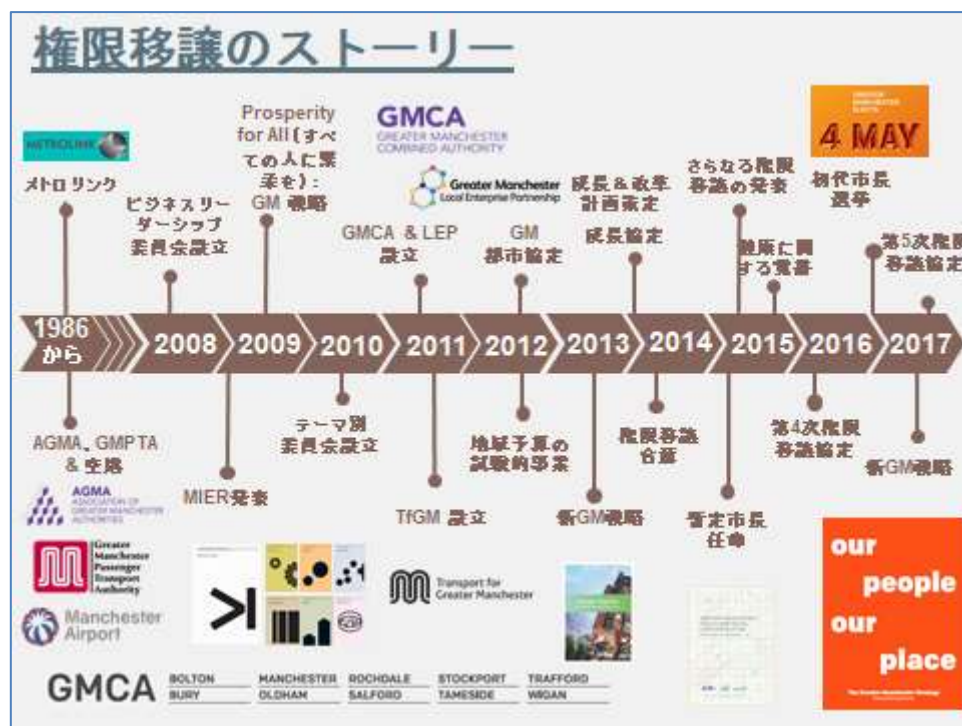
意をしている。

<David Boulger>

ケアホームを一つの例にとって説明する。もともと、各カウンシルが異なる基準によって別々にケアホームを提供していた。したがって、質とコストに関して様々な差が生まれることになった。例えば、ベリーでのケアホームは、100%エクセレンやグッドだ。一方、ストックポートになるとエクセレンスのレベルが50%以下になる。そこで、われわれは、グレーター・マンチェスター全体として、一貫して高いレベルのケアホームを提供する方法を探索している。

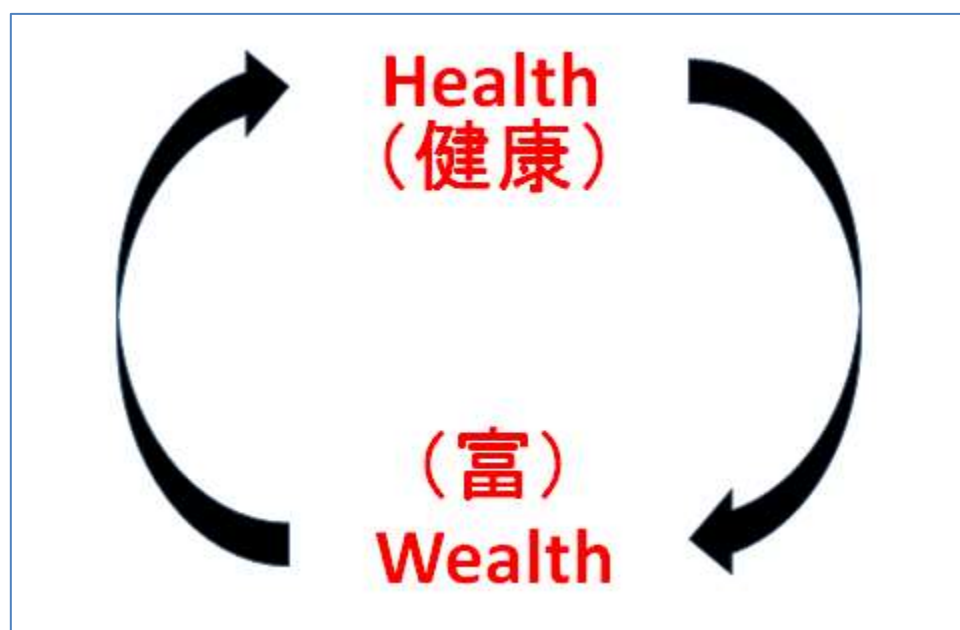
社会的ケアのデボリュージョンに関して、われわれが歩んできた道のりを説明する。グレーター・マンチェスターの10のエリアは、非常にしっかりと形成されていて、様々なかたちで協力していた。例えば、1980年代半ばには、10のカウンシルが集合体となり、マンチェスター空港を購入した。イングランドの地方自治体がこのような集合体として行動をとるのは非常に異例のことである。これは、グレーター・マンチェスターの10の地方自治体が、地域の空港を持つということが重要であるということを経験した結果であった。また、交通輸送に関しても、グレーター・マンチェスターの10の地方自治体は30年以上にわたる協力関係があった。これはメトロリンクのシステムも含まれる。

完璧なシステムではないが、医療と社会的ケアを統合的に行うということに関しては、正式な権限移譲が始まる前から素地はあったということだ。



2009年にマンチェスター独立経済レビューというレポートが出た。これは、国際的な学会と経済の専門家が、世界で最も経済的に発展した国の2番目の都市であるマンチェスターのポテ

ンシャルについて研究されたものである。したがって、フランクフルトやミラン、ミラノ、シアトルと実際に競合していけるかどうか、その潜在性を探る報告書だ。よって、マンチェスター独立経済レビューというレポートによって、グレーター・マンチェスターの将来性について、政府も考えるようになったわけだ。



それには 3 つの主要な理由がある。第 1 の理由は、経済モデリングによってイングランドを全体的に見た時に、経済活動がイングランド南東部に著しく集中しており、イングランド南東部以外は経済成長が抑圧されているという状況が判明した。よって、マンチェスターがこれまで以上に経済的に成長していけば、全体的な経済成長の底上げになるということの意味する。

第 2、第 3 の理由は、実際にあった障壁に関するものだ。人々の健康というものは雇用のレベルに大きな影響を受けるということがこのマンチェスター独立経済レビューの調査から判明した。そして、病気に罹患したことにより、多くの人が仕事につけないような状態に陥ったために一度も働いたことがないという人が、特にグレーター・マンチェスターに非常に多くいるということが分かった。また、就学年齢に達しているにも関わらず就学の準備ができていない状態、または、実際に社会に出て働く準備ができていないにも関わらず学校を卒業する子どもたちがあまりに多いということが分かった。

以上から、子どもの時から、将来の労働人口としての準備ができないように育ってしまったことが分かる。これは非常に由々しき問題である。

そこで、グレーター・マンチェスターは中央政府に対して、全国的な政策ではなく、グレーター・マンチェスターに対応する柔軟性のある政策を求めた。そうでなければ、上記の指摘された重要な問題を是正できないと言ったのである。その後、長い年月にわたり、グレーター・マンチェスターの 10 の地方自治体が、よりグレーター・マンチェスターレベルで様々なことを行う事

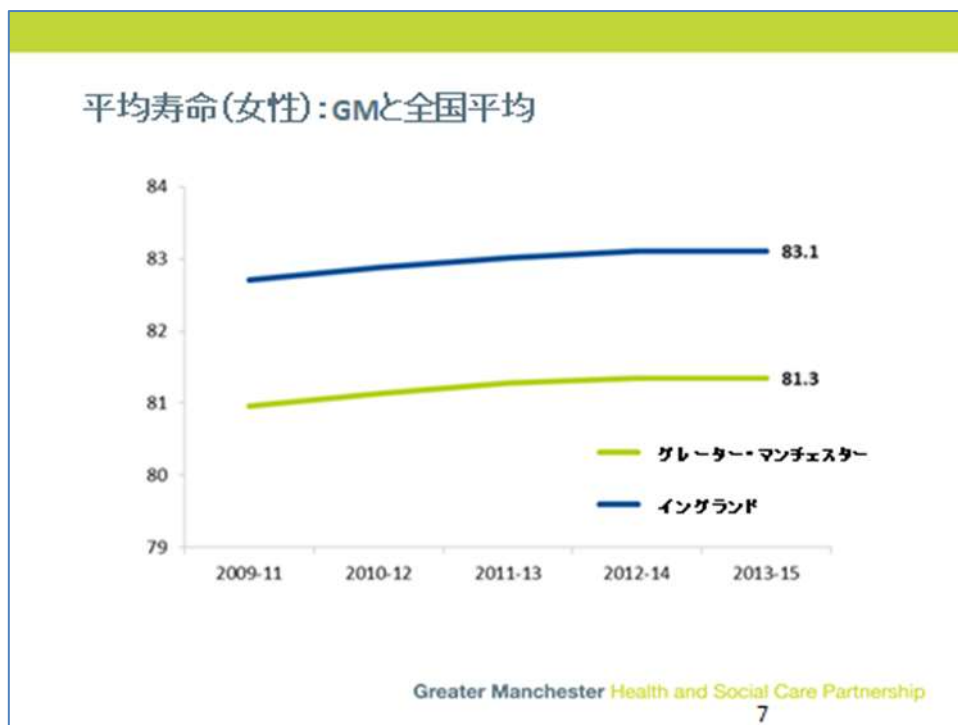
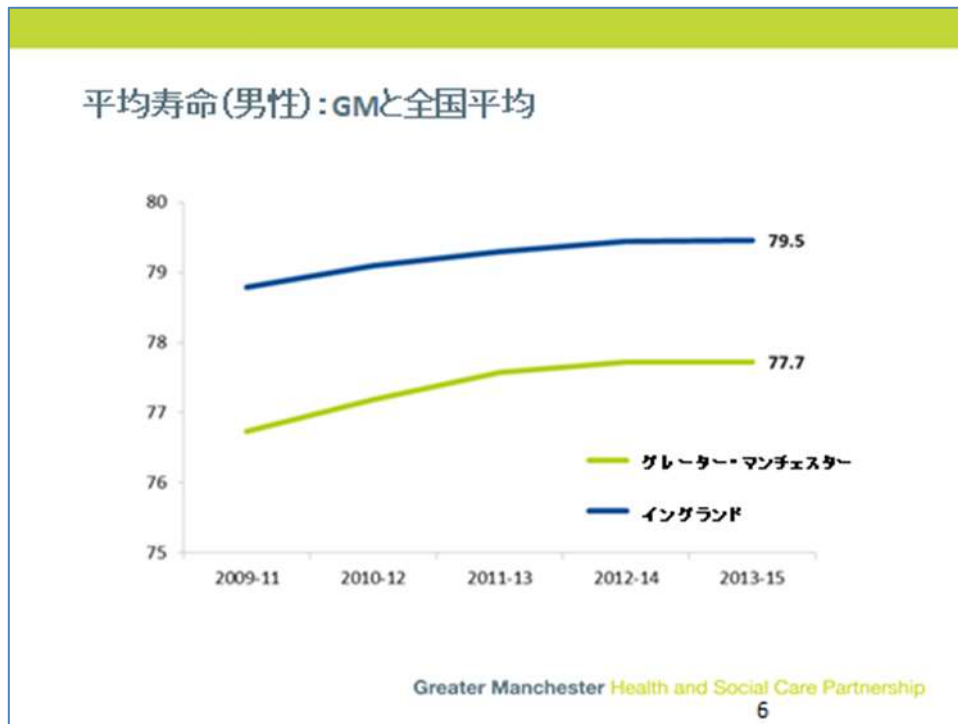
例を積み重ねてきた。そして、中央政府もグレーター・マンチェスターと会話をするというようなかたちになってきた。

このようにして、2013年に初めてグレーター・マンチェスターとしての戦略が出された。そして、イングランドにおける中央政府との間で最初の権限移譲合意（デボリューション・アグリーメント、地方分権合意）ができた。これは、輸送とスキルに関する合意であった。この権限移譲合意のもう一つの大きな要素が、グレーター・マンチェスターの市長を選出することにあつた。この市長選出は、他の大都市や都市地域の例に倣って民主的な構造を整えることにつながる。まず、暫定市長が任命され、2017年、初めて直接選挙によりグレーター・マンチェスターの市長が選出された。その後、広範囲に渡る権限移譲合意、地方分権合意がなされ、現時点では、グレーター・マンチェスターは、交通部門に関してはほとんどの部分で権限移譲された責任、スキルと雇用に関しては一部権限移譲された責任を負っている。そして、警察や消防、緊急サービス、救急隊、医療についても権限移譲責任を負っている。

Our people, our place.というグレーター・マンチェスターの戦略を今年の初めに発表した。これは長い道のりで、まだ始まったばかりである。われわれは、中央政府に対し、他の部門についてもグレーター・マンチェスターに権限移譲することを引き続き訴えていく。なぜ、権限移譲が重要かと思うかと言うと、一般的に、財政的に豊かな地域は医療においても豊かであるという共通見解があるからである。医療が達成されていなければ、経済的に豊かな地域というものも達成できない。グレーター・マンチェスターの繁栄のカギを握るのはヘルシーな人々である。

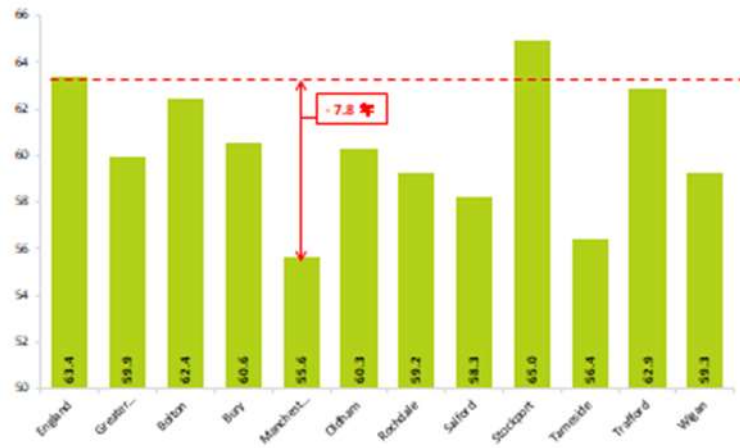
<David Boulger>

まず、日本の医療はグレーター・マンチェスターの医療よりもよりよいということが分かっているのに、日本の同僚の皆さんがグレーター・マンチェスターに来てくださったことに非常にわれわれは感動している。



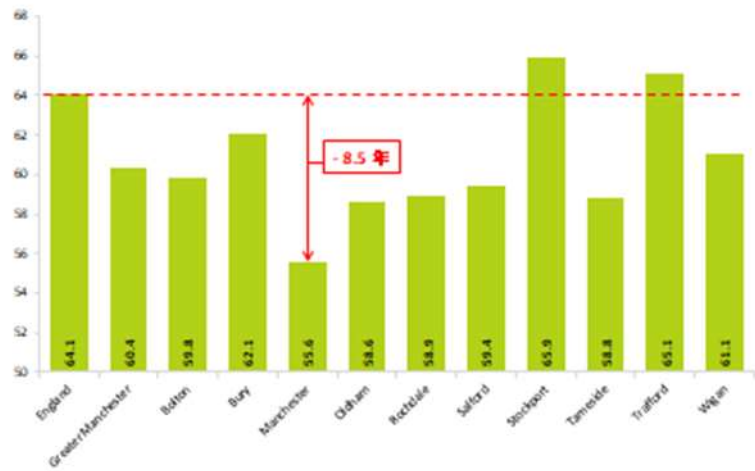
グレーター・マンチェスターの人々が直面している医療上の課題について説明する。グレーター・マンチェスターの男性は、イングランドの平均よりも平均寿命が短い。これは、日本よりもずっと平均寿命が短い。女性についても同様に、国の平均よりも平均寿命が短い。

グレート・マンチェスター全体の平均健康寿命(男性)



9

グレート・マンチェスター全体の平均健康寿命(女性)



8

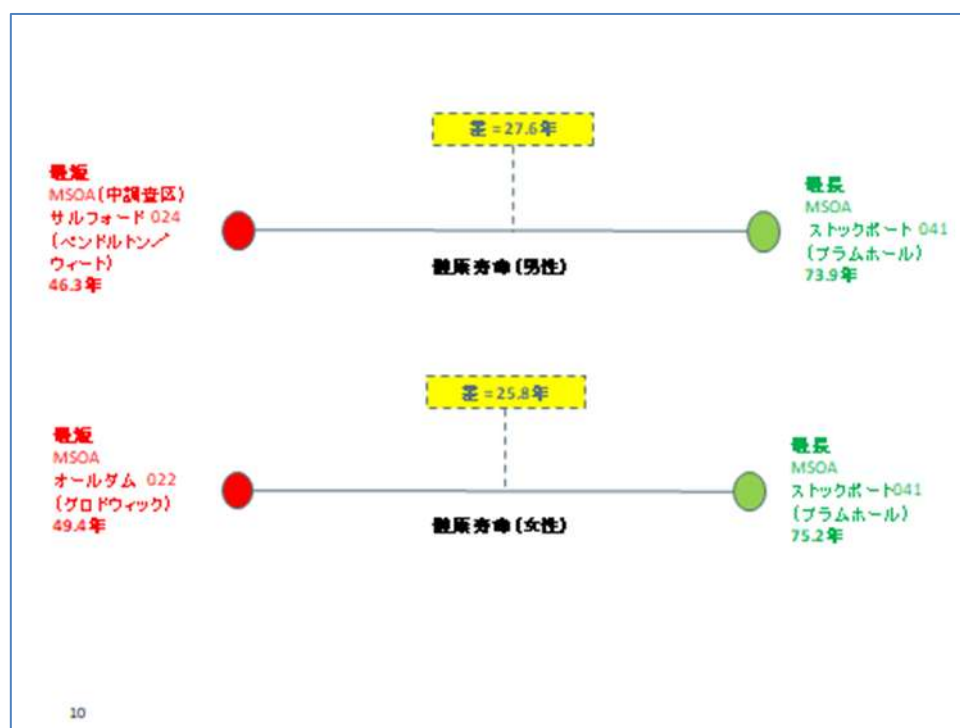
私としては、平均寿命よりも健康寿命のほうが重要だと思っている。上記スライドを見ると、地域によってはイングランドの平均よりもいい地区があるが、問題は、慢性的な疾患状態にある人がずっと仕事に就けないでいるということにある。その人たちには、医療と社会的ケアの法的なサポートが必要である。

健康平均寿命は、イングランドの平均は 64.1 歳で、グレーター・マンチェスターの 10 の地方自治体の一つであるマンチェスターでは 55 歳である。マンチェスター地区の女性は、イングランドの平均健康寿命よりも 8.5 年短い。われわれの最大の課題は、いかにその人々の健康をより長く維持していくか、ということだと思う。男性についても同様である。

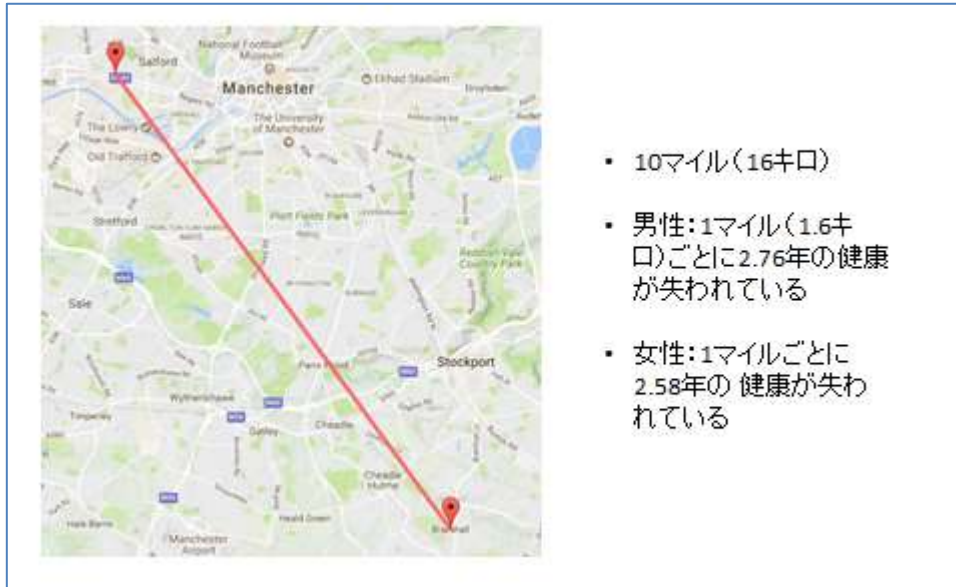
(質問: このデータはナショナルデータか。それとも独自にマンチェスター大学などが積算したものか。)

<David Boulger>

国立統計局のものだ。



もう少し小さな地域レベルで見ると、問題はより大きく浮き彫りになる。ところで、メディアム・スーパー・アウトプット・エリアというものがある。これは、約 9000 人のままとりの地域の不平等について詳細に見ることができる。上記スライドでそのギャップが分かる。現代社会において、このマンチェスターの中で健康平均寿命に 25 歳もの差があるということは、到底受け入れがたい状態だ。高齢化、長寿といった会話においては非常に重要になってくる。高齢者に提供されるようなサービスを、40 代後半、あるいは 50 代前半に提供している地域がある。それは非常に大きなチャレンジであるといえる。



上記スライドにおいて、左上にあるサルフォードの健康平均寿命が最も低く、右下が最も高い。これらは距離にしてわずか 10 マイルだ。つまり、計算上、1 マイルごとに 2.5 年健康寿命が失われていくということになる。

次は、これに対してどのような対策をするのかということについて話す。

(質問：そもそも、日本では地域ごとの平均寿命違うとあまり公開できない。)

<David Boulger>

人々が行動していくためには、これを理解することが重要だと思うので公表している。地域ごとの平均寿命に大きく差が開いたことを理由として非公開にすれば、そこで暮らす人々にとってよいことは起きないし、われわれが達成したいところの経済成長や繁栄についても達成されない。

(質問：健康寿命の定義はどのようなものか。)

<David Boulger>

技術的な定義はまた別に話さなければならないが、われわれの理解としては、健康寿命とは、慢性的な長期的な症状を呈する時までの年齢を示す。

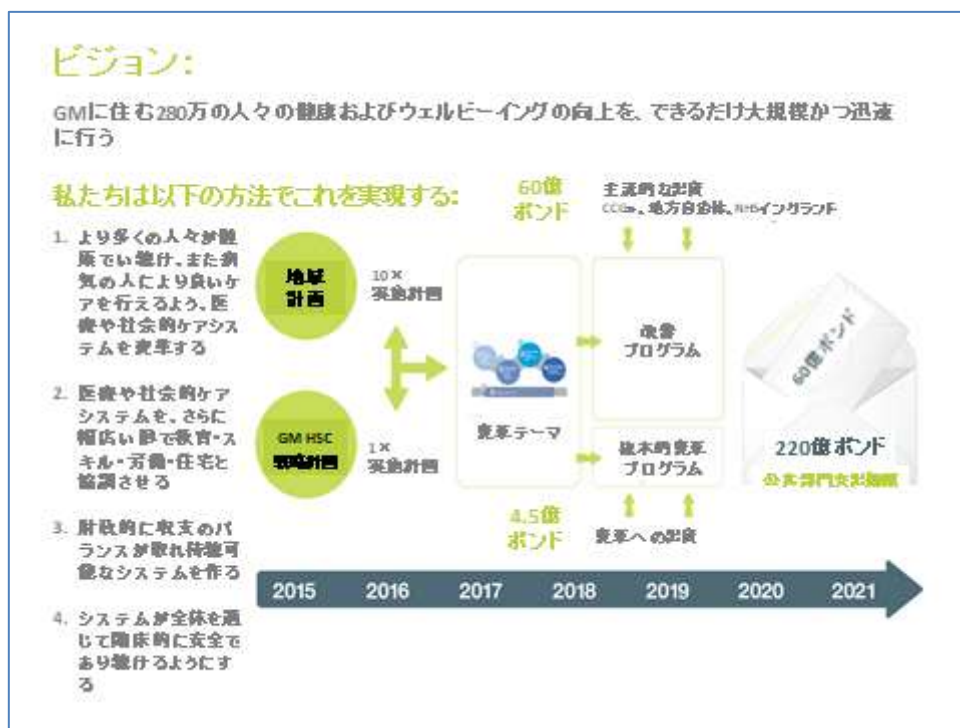
生命・身体機能に長期的な影響を及ぼす症状が人生のある一点で起きる。例えば、糖尿病や筋肉障害である。これらは、不治(インキュアラブル)の病であったり、扱いにくい(アンマネージャブル)病だったり、あるいは、扱える(マネージャブル)けれども影響(インパクト)が生継続ということだ。

つまり、経済的影響のあるこの人たちは仕事ができないため、財政的にも影響を及ぼす。また、医療やケアのサービスを使うこの人たちの貢献は減る一方、コストだけは上がる。

以上のとおり、大きな課題があるのである。そこで、権限移譲に際してグレーター・マンチェスターとしてのヘルス・アンド・ケアの戦略が出てきたわけだ。これがグレーター・マンチェス

ターの人々に対して健康とウェルビーイングについてのわれわれのビジョンである。

健康とウェルビーイングの可能な限り大規模、迅速の改善を提供すること、その成果として2026年までに健康寿命も平均寿命も全国平均に追いつくこと。これが大きな課題かつ非常に野心的なプランだ。

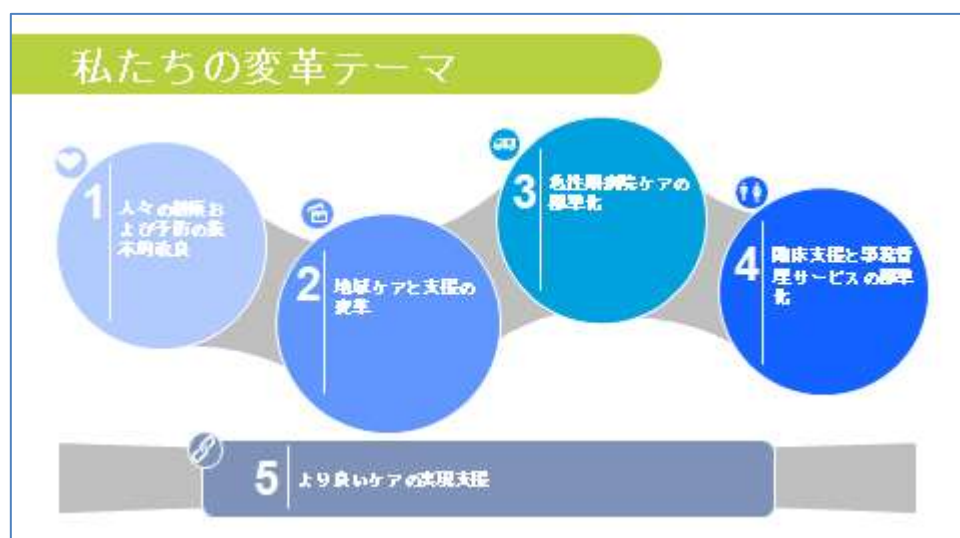


以上のようなビジョンを実現するためには、多くの過程がある。これをどのようにして達成していくのかという戦略については、①医療と社会的ケアのシステムを改革し、②教育、スキル、労働、住宅、そしてより大きな医療分野と協調させ、また、③財政的にも持続可能なかたちで行っていく他、④システムが全体を通じて臨床的に安全であり続けるようにすることが挙げられる。この最後のポイント(④)がとても興味深いものだが、われわれは臨床的に安全な領域というものをもさらに超越したシステムを構築したい。臨床的にイノベーションを通じて革新的なかたちで行っていく予定である。

それには、学术界、業界、産業界との強いパートナーシップが必要だ。われわれの戦略を達成していくために、10のグレーター・マンチェスターの地方自治体、カウンシルと協同し、ローカルではどのように物事が改革しているのかを見ていき、ローカルレベルの最善策が何であるのかということの評価をする。そして、そのローカルな各カウンシルレベルで何をやれば最善か、あるいはグレーター・マンチェスター全体のレベルで何をやれば最善なのかということの評価をしていく。

上記スライドが示している60億ポンドが、グレーター・マンチェスターが医療、社会的ケアに費やす金額であり、また、220億ポンドについては、より幅広いより広範囲なパブリックサー

ビスに費やす。したがって、医療と社会的ケアに費やす 60 億ポンドだけではなく、人々の健康を向上していくために費やす 220 億ポンドをどのように費やしていくのかという変革が重要になる。



われわれの変革プランには 5 つのテーマがある。

第 1 に、私がサービスリーダーとして担当している分野である、人々の健康向上および予防に関する抜本的改良だ。より長い期間、健康を保つような状態でなければどのプランもうまくはいかない。


第 2 に、ケアサポートが必要な人に対して、コミュニティベースのケアとサポートを変革していくこと。このプログラムの中で主に構築することは、統合ケアシステムをつくることだ。それは、世界の他の地域や地区におけるベストプラクティスをもとに行っていく。そのシンプルな例として、いわゆるプール予算がある。伝統的には、健康に関する予算はヘルス当局が受け持ち、社会的ケアの予算は自治体が受け持ってきた。つまり、医療と社会的ケアは、異なる組織に委託（コミッションング）してうまく機能しないようなかたちで行われてきたのである。しかし、われわれの新しいモデルはそれとは違うものである。予算を統合することによって、医療と社会的ケアがより統合されたアプローチになる。

昔のシステムの問題を浮き彫りにする最もいい例を挙げる。グレーター・マンチェスター・オーソリティーの一つのカウンシルの CE（チーフエグゼクティブ）が話してくれたことだ。彼の地区では病院から退院できない高齢者がいる。その主な理由は、自宅に医療用ベッド等の適切な機器がないといったものだ。つまり、医療用ベッドを購入して自宅に導入することが問題解決の糸口であり、それがヘルスシステムの仕事になる。医療用ベッドのマットを地方自治体が購入し、ベッド自体はヘルスシステムが購入することで問題解決が図られる。可能であれば、それらと同じ日に配達してもらうことによって、一つの大きなインパクトになる。よって、そのような障壁の事例はもう無くなっていくということだ。

第 3 に、急性入院治療、ホスピタルケアの標準化。病院の提供や患者のアウトカムに関してグレート・マンチェスターの中で様々な格差があるということが分かった。また、病院のその患者全てに対応できるわけではないということも分かった。加えて、いわゆる総合病院は数を減らして、ある専門領域に特化した病院をつくっていくほうが患者のアウトカムがいいということが世界的にも分かっている。

第 4、第 5 は、バックオフィスの機能に関するものだ。より効率を上げ、効果的にしていくことに関するものだ。特にデジタルの革新的な取り組みだ。そして、エビデンス、インサイト、分析をどのように強化していくのがテーマの一つだ。

テーマ1 : GM Population Health Plan (市民健康計画)



私たちの戦略的変革の目的:

- 権限移譲された制度の一環として、市民の健康の役割を抜本的に改革する
- 予防を強化するだけでなく、共同での投資によって異なる方法で実施する
- 地域内で展開された画期的なアプローチを拡大して試す
- 公衆衛生プログラムを新たな改革後のシステム構造に協調させる
- 公衆衛生プログラムの委託で統合されたアプローチを展開する
- 公衆衛生の介入の費用対効果についてエビデンス基盤を構築する
- エビデンスに基づくアプローチを一貫して大規模に実施し組み込む



私の担当しているエリアでは、人々の健康を劇的に向上させるために、昨年初めてグレーター・マンチェスターとしてのポピュレーションプラン（人々の計画）というものを出した。

病気の人をどのようにサポートするのかということの焦点を初めて減らし、焦点を人々の健康を保持することにあてた。この 170 頁にもわたる報告書はオンラインでも公表されている。その報告書の要約をすると、いくつかのプログラム群に分かれる。人と地域中心のアプローチ（ライフコース・アプローチ）、つまり人生を健康的にスタートし、健康的に暮らし（リブウェル）、そして健康的に年を重ねる（エイジウェル）ということだ。これらを分野横断的なプログラムによってサポートしていき、さらに統合する哲学的アプローチをとる。ゆえに、人々や地域はわれわれのシステムの財産であるということができる。

これらの計画は、われわれの行う全ての取り組みではなく、われわれは、健康に関する影響や要素・要因といった広範囲にわたる事項にも取り組んでいる。それは分野横断的なかたちでわれわれ同僚と一緒にあって集合体として行っている取り組みだ。Shape our place.つまり、健康に関する場所に対する取り組みということになる。



上図は、NGOたるイングランドのヘルスファンデーションがつくった図である。非常にパワフルな図になっていると思う。人口の10%だけが健康とウェルビーイングへのアクセスにつながっている。グレーター・マンチェスターの人々の健康を向上させるには、サービスを見るだけでなく、個人の行動や振る舞いを見る。また、人々の健康を向上していくために焦点をあててはならないのは、良い仕事へのアクセス、われわれを取り巻く環境、お金と資源、貧困問題、安全かつ安価な住宅へのアクセス、教育とスキル、どのような食べ物を食べるか、交通、コネクティビティ、家族や友人のネットワークであり、これらがグレーター・マンチェスターの人々の健康に貢献する重要な要素であるということが分かった。



上記スライドは WHO のスライドでご覧になった方もいるかもしれない。このスライドは、なぜ人々の健康に投資するということが重要であるのかということを描いている。

これが分かっていると、われわれがシステムとして動いた結果、不都合が生じ、それに対処するかたちとなるため、対処が後手に回ってしまう。この両輪は、われわれのアプローチを具現化、象徴している。前輪は人々の行動や振る舞いに影響を及ぼす部分で、後輪は健康あるいは病気になる要因だ。イングランドの他の地域とわれわれがアプローチしているグレーター・マンチェスターが違うというのはここにある。つまり、権限移譲をし、医療を地方自治体の横断的なシステムで取り組むことによって、広範囲にわたる医療の影響要素に対して焦点をあてることができたのである。これは以前にはなかったことだ。

(質問：計画を進めていくためには従来よりも予算的に大幅に増えるか。増えるとしたら、それはどこから入ってくるか。)

<David Boulger>

まず、中央政府から予算というかたちで受け取る。そして、われわれの変革プログラムをサポートするかたちで、経常的ではない一回限りの資金を受け取っている。それに加えて、われわれは他の財源を探っている。これらによって財源を確保していく。

<Giles Wilmore>

もちろん、財源を増やすこと自体も重要だが、受け取った財源を如何にしてより効率的に使っていくかという部分での財源確保も重要である。

<David Boulger>

加えて、全国的な試みとして、ビジネス・リテンションレートというものがある。歴史的にイギリスの全ての法人がビジネスレートと呼んでいる法人税を払わなければいけないというものである。企業からビジネスレートとして法人税が中央政府に払われ、その一部が予算付けというかたちでコミュニティに下りてきていた。その用途は条件付きで決まっていた。パイロットスキームとしてグレート・マンチェスターの企業の法人税はグレート・マンチェスターで使うことができるという取り組みをしている。つまり、われわれのお金だから、われわれがどのように使うかということもわれわれの権限で決められるということになる。私見ではあるが、早期の介入や予防により予算を投入するべきではないかと思っている。

(質問：予防にお金を使うためには、他で予算を浮かさないとそちらには持っていけない。この点につき、中期的な戦略もあると思うが、即効性のある具体的な戦略はあるか。)

<David Boulger>

まず、節約だ。成果（アウヤム）を上げることによってサービスへのディマンド（需要）を減らすのが一つにある。わかりやすい例として、経常的ではない変革資金調達（変革ファンディング）について、グレート・マンチェスターの 5 つのエリアにわれわれは投資した。その内容は、5 歳未満の歯の健康向上だ。われわれの財政的なビジネスモデルによると、5 歳未満の子どもたちの歯の衰えを減らしていくことにお金をかければ、その子どもたちが大きくなった時の緊急的な歯の治療コストが減っていくことがわかった。つまり、専門家のいう需要を減らすことというのは、4 歳までの歯の健康を維持するところにお金をかけることで、後になってのその歯を治療する需要コストが減っていくというものである。それに再投資していくということをパイロットプロジェクトで行っている。より早い時点において虫歯を予防するほうにお金を費やす。虫歯が起きてから対応するお金よりも、虫歯を予防するほうに使う。予防することによって後になって虫歯の治療が必要な子どもの数は減っていくからだ。

<Giles Wilmore>

また、コミュニティサービスとしても同じようなことをすることによって、お金が浮く。

(質問：どの程度の権限が移譲されたかを伺いたい。先ほどのコミュニティベースのところを出たプール予算についてだが、医療と社会的ケアを一つの予算で扱うということだった。しかし、NHS は税で運用されており、社会的ケアはミーンズテストをする仕組みになっているはずだ。同じ予算に組んだ際に、ミーンズテストや制約条件を外して統合的に扱っているのか。)

<David Boulger>

ミーンズテストは現在も存在している。それはアフォーダビリティ（費用負担可能性）によるものだ。権限移譲になっても財政的な制約があるので、やはりミーンズテストをする。

<Giles Wilmore>

あるグレート・マンチェスターの貧困地域においてソーシャルサービスを使っている人たちは、ミーンズテストを通過していない。これらの人たちは、ミーンズテストをパスして国のほうか

らのヘルプを受けている。

<David Boulger>

安全ネットは存在しているということになる。

(質問：ミーンズテストの基準を独自に変えることはできるか。)

<David Boulger>

グレーター・マンチェスターではできる。裁量権はある。

それは、非常に重要な政治的な意思となる。

(質問：マンチェスターだけできるのか。他の地域ではできないか。)

<David Boulger>

全ての各地方自治体で可能である。均等のとれた予算の中でやらなくてはならない。社会的ケアに関しては、イングランドの地方自治体はみなある程度の裁量を持っている。しかし、他の地域の医療の予算（ヘルスバジット）は別立てになっている。医療の予算についての裁量は国にしかない。

グレーター・マンチェスターの場合は、意味のある会話をすることによって、医療予算も含めた二つの予算を統合していくことができる。これは仮定の話だが、グレーター・マンチェスターはユニークなシナリオを持っているので、ヘルスサービスの投資は全部撤回して、ソーシャルサービスに入れ込むこともできるだろう。持続可能なヘルスセクターをつくるためには、社会的ケアを通して自宅で人々をサポートすることであるという信念からすると、そのようなこともあり得ることになる。そこがグレーター・マンチェスターのユニークなところだ。

<Giles Wilmore>

この権限移譲によって、われわれは独自の権限を取得している。しかし、中央政府によるある程度のコントロールはされている。

地方自治体が受け取るファンディングの大半は中央政府からのものである。ヘルス・アンド・ケアに関して、調達した資金をどこに費やすのかということは、権限移譲されたことによってわれわれが決めることができる。しかし、地方自治体に調達される資金の上限は中央政府が決めている。そこで、社会的ケアのミーンズテストというものが必要になる。やはりわれわれとしてもインカム（収入）が必要なので。

<David Boulger>

カウンシル・タックス（地区税）というものがある。イングランド、ウェールズのすべてのカウンシルは住民に対してそのカウンシル・タックスを課している。それが毎年どのくらい引き上げられるのかに関しては、全国的なキャッピング（上限設定）がある。権限移譲されていても、その全国的な上限を超えてカウンシル・タックスを上げることはできない。

<Giles Wilmore>

前述されたことに関して 2 点ほどまず申し上げる。人口のヘルス・アンド・ウェルビーイングの 10%がヘルスケアのアクセスと関連しているということだが、ヘルス・アンド・ケアの予算は全部ヘルス・アンド・ケアに投資している。

一方、権限移譲によって、予算の使途をより討議するようになった。緊縮財政の時代ゆえにヘルスケアへの投資額全体を増やすのは難しいが、その使途は次第に変化してきた。ヘルスファンデーションという組織はイングランドのヘルスケアシステムに関するリサーチを行うチャリティー団体である。長期にわたる慢性的な症状を抱える人々は、年に 4 時間、臨床医や専門家と時間を過ごしているということが報告されている。したがって、医療専門家と過ごす時間がわずか 4 時間であっても、ヘルス・アンド・ケアの予算は、そのすべてがここに使われているということになる。そこで、ヘルスケアの予算をそれ以外のところに使うということについて話したい。

次に、もう 1 つの重要なテーマとして、もっとヘルシーを上げていくために、人々はどのように自分の行動や振る舞いを変えていくのかということ挙げたい。



各地域では、独自の方法で人と地域中心のアプローチを導入しており、4つの共通点がある。



パーソン・センタード・ケア(人を中心に据えたケア)と支援の計画：市民と専門職の間で対等な会話、個人の目標、動機、関心、資源など、ストレンクス(強み)に基づく、臨床/専門的なケアや治療と、個人が家族/ケアラーおよび自らの地域から得られる支援をまとめる。

統合されたパーソナルバジェット(個人予算)：ニーズのレベルが比較的高い人々にとっては、自分が健康で自立し続けられるような支援を共同でデザインできるチャンスが得られることによって、家族や地域の支援を最大限に生かせるような、さらに対応力や回復力のあるケアの選択肢を広げられる。直接的な支払いもできるし、他の組織に代理で管理してもらうこともできるし、あるいは既存の委託サービスから選ぶこともできる。

社会的処方：リンクワーカー(例：ケアナビゲーター)を基盤とし、法定サービス(例：GP)と、健康やウェルビーイングに向けた医療以外の地域支援(例：処方による運動または芸術など)との橋渡しを行う。これは組織化および後押しされた紹介プロセスである。

資源ベースのアプローチ：個人が自らの関心・目標・支援ニーズに合わせて、地域内の活動・支援・専門知識にアクセスできるようにするアプローチ。セルフケアを促進し、健康やウェルビーイングを向上させるこれらの活動の大半は、VCSE(voluntary, community and social enterprise=ボランティア、地域および社会的企業)団体やインフォーマルな地域グループによって提供されている。

19

今までの歴史的なアプローチは、医師や看護師やヘルスケアの専門家が、人々を前にして、健康に関するレクチャーをすることが大抵であった。例えば、タバコを吸わないで、お酒は控えて、ヘルシーな食品を食べて、たくさん運動して、といった呼びかけである。しかし、大抵の人が反応しない。そのような人々の行動や振る舞いを変えていくためにわれわれが強調しているのが4つのアプローチである。これは、パーソン・コミュニティ中心のアプローチと呼んでいる。

まず初めのアプローチである「自分にとって重要なことに耳を傾ける」とはいかなるものか。医師やソーシャルワーカー、その他の専門家がサービス提供について話をする時に、伝統的な方法としては、何が間違っているかを分析して、それを直すというものであった。

医療的な症状、疾患であれば、「直す」ことは治療をすることなのでいいことである。しかし、健康寿命の短い大半の人たちにとって必要なケアやサポートは、いわゆる医学的な治療ではない。それは、前述した10%ではない90%のほうを指している。誰かにもっと健康的な行動や活動をしなさいと言っても、その人が孤立してうつ状態になり外出しなくなるのと、大抵の場合それを実行することは難しい。そこで、その人個人の声に耳を傾け、その人の人生や生活にとって何が重要であるのかということを知るといった段階、つまり行動心理学の分野から始まる。

それは個人によってそれぞれ違う。われわれはパーソン・センタード・ケアという言い方をしている。われわれはグレーター・マンチェスターのスタッフトレーニングとして、こういうサービスをしなさいと言うのではなく、その患者や市民へのコンサルを行う時に各個人の声を聞けるような、そしてその人にとって何が重要であるのかということ聞き出せるようなトレーニングをしている。それがパーソン・センタード・サポートプランにつながっていく。そのプランは、

その人を取り巻くすべての環境状況を見ていくということになる。医学的な治療や処方もその中に含まれるが、その人の社会的環境、そしてより健康的な生活を送っていくためには何が必要で、どのようなサポートが必要かということを含めたプランになる。それが次のアプローチにつながる。

第2のアプローチは「薬を超えた解決策」と呼んでいる。それは、家族や友人、コミュニティ、近所の人々からのサポートを意味する。いわゆる法的なヘルスケアのサービスの中にはこのようなタイプのサポートは大抵含まれていない。多くはチャリティーやローカル・コミュニティグループの部分が担当してきた分野だ。つまり、様々なやり方が存在するということになる。

孤立や孤独を解決するための経済的、社会的なコネクションを持つということが重要になる。より外出して行動的になるということもこれに含まれる。これは、ただスポーツクラブに行くや水泳をするや自転車に乗るといったスポーツ的なものだけではなく、ウォーキングクラブに入ったり、ガーデニングをしたりすることも含まれる。また、精神的な面でのサポートが必要な人がより多くなっているということが分かった。日本もそうではないかと思うが、特に高齢者の孤立、孤独というものが大きな問題になってきている。社会的につながりを持たないことによって、鬱になったりみじめな気持ちになったりするということで、それがまた肉体的な健康にも影響を及ぼしてくる。だから、第2のアプローチである「薬を超えた解決策」とは、人々をつながらせていく解決策ということになる。例えば、朝のコーヒーを一緒に飲みましょうという会に参加するといった、人々が一緒になる機会を設けるということだ。ここで重要なことは、その人が関心を持っていることややりたいと思うことの機会を提供すべきということだ。これを社会的な処方と呼んでいる。典型的に GP が患者に会う時、大きく 4 つの要素がある。まずは薬の処方。次は専門医への紹介。3 番目は問題がはっきりしない場合は患者を検査に送ること。4 番目は肩をすばめて、1 カ月後にまた来てくださいといったかたちである。

GP に聞くと、いわゆる臨床的な薬は必要ない患者が次第に増えてきているということだ。したがって、社会的処方はそのような患者に対するオプション的な提供ということになる。そのような場合は、患者をリンクワーカーやケアナビゲーターに紹介することができるようになった。

このリンクワーカーやケアナビゲーターが、ローカルコミュニティのアクティビティの責任者やリーダーになる。患者と一緒にあって非臨床的な部分や非医学的な薬の必要のない部分で生活設計を一緒につくっていく。それには 2 つの利点がある。まず、その個人の健康とウェルビーイングが回復、向上する。それが往々にして臨床的にも、また情緒的にも、また精神的にもより良い結果を生む。2 つ目の利点は 1 目と関連しているが、ヘルス・アンド・ケア・サービスをあまり使わなくてもよくなるということだ。イングランドの複数の大学の研究調査によると、このような社会的処方をすることによって、ヘルス・アンド・ケアを利用する率が 25% 減るといった結果もある。これによって、緊急サービスを用いたり、その緊急サービスを対応するスタッフにお金をかけたりすることができる。そこで、社会的処方のスキームをセットアップするために 10 のグレーター・マンチェスターの地方自治体と一緒に取り組んでいる。

権限移譲によっても調達された資金をこれらに使っている。これは、将来的にはヘルス・アン

ド・ケアにかかる費用を節約できるのではないかという期待を込めてである。

3 番目のアプローチは、「自分の支援を自分でデザイン」するということだ。患者の中には複雑ないし 24 時間体制でのケアやサポートが必要な人がいる。これは肉体的、学習的な重度の障害を抱えている患者たちだ。その人たちは 24 時間体制でのケアが必要であるから、施設に入ることがしばしばある。現在は個人予算 (パーソナルバジット) というプログラムがある。これは、その人が自宅で暮らす際にどのくらいのサポートが必要かということを見つめるものである。以前は施設ケアに使われていた予算を、現在では個人予算として個人が直接使えるようになった。

例えば、その予算で自宅にエレベーターを設置するや、自分を持ち上げてくれるような機器や装置を設置することもできるし、その人が信頼している介護者に来てもらって自宅での生活を援助してもらうために使うこともできる。あるいは、車いす購入費に使ったり、外出する際のサポートに使ったり等、それがまたその人のソーシャルライフを助けることにもつながる。そうであるから、予算の用途についてのルールはあるが、個人予算として個人が予算を管理することができる。一方、自分で予算を管理することが難しいという人は、その管理者に家族を任命したり介護者を任命したり、あるいはエージェンシーに予算の管理を任せることもできる。社会的処方と同様にこのような形態をとることによってその個人の健康とウェルビーイングが上がり、加えて 15% もコストが減るといった結果が出ている。

この社会的な処方や個人予算がうまくいくためには、強いコミュニティグループや NGO の体制というものが要だ。

これが最後のアプローチになる。ヘルス・アンド・ケアに関するグレーター・マンチェスターにおける NGO やボランティア組織は 1 万 6000 ある。この 1 万 6000 の組織が 2 万 1000 人に対して様々なサポートや支援を行っている。つまり、人々の健康とウェルビーイングにボランティアやコミュニティセクターが非常に貢献しているということになる。もちろんそのサポートをするには資金が必要だ。一般に、ヘルスケアと言うと、法的なヘルスケアを提供するところに焦点があたりがちになるが、われわれはグレーター・マンチェスターのヘルスケアの関係者に対して、人々の健康促進をサポートしたければボランティアやコミュニティにも予算を使うことが必要だと言っている。もちろん、すべての予算を費やせというわけではない。ボランティアやコミュニティセクターのようなグループの 80% はその他の資金調達の財源を持っている。個人の寄付者やフィアンソロピスト (篤志家) からの寄付があったりするのである。あるいは企業の CSR の方針としてローカル・チャリティーに寄付をする企業もある。また、イギリスにおいては宝くじが非常に大きな財源であり、その宝くじで集められた財源がまた再配布されてボランティアセクターに行くということもある。さらに、トラストファンドもある。統合的な長期的なモデルのもとに、コミュニティをわれわれはサポートしている。このようなかたちで投資を行うほうが、ボランティアセクターは他にも財源を持っているため、ヘルス・アンド・ケアのそのシステムだけに投資をするよりも全体的には安上がりになると考えている。統合されたヘルスケアシステムにおいて、グレーター・マンチェスターの 10 の地方自治体に対しては、このようなかたちで新しい権限移譲されたヘルスケアシステムをつくるようにと言っている。

(質問：そのセンタード・アプローチはイギリスの他の地域でも普及あるいは試行しているか。いつごろからこれが重要だという認識がイギリスで深まってきたか。)

<Giles Wilmore>

他のイギリスの地域でも普及しており、他にもいい例が出てきているため、グレーター・マンチェスターが発明したとはいえ、しかし、対象人口という意味では、グレーター・マンチェスターが一番大きい。

いつごろからということだが、グレーター・マンチェスターの戦略にこれを入れていこうというアイデアが出たのは2年ほど前に出た人口プランのレビューからだ。もうすでに実施後1年が経過しており、10の地方自治体を見るやなりいいところまでできているところと、まだ計画段階というところと、差が出てきている。

(質問：リンクワーカーやケアナビゲーターはどういう方々か。公務員なのか、それとも別の所属を持っている方々なのか。)

<Giles Wilmore>

公務員ではない。所属に関し、いわゆるスタンダードモデルはない。この領域に関しては中央政府と一緒に取り組んでいるが、その役割の主要な特徴それから定義については、現在、中央政府と一緒に決めていく。私見だが、ボランティアやコミュニティに関わっている人から出すのが最も効果的ではないかと思う。そのような方々がボランティアやコミュニティのことを最も理解しているからだ。

(質問：グレーター・マンチェスターとしてリンクワーカー、ケアナビゲーターがいなければそれをつくろうとしているのか。)

<Giles Wilmore>

GPは、患者一人に10分くらいしか費やせない、きめ細かいところまで対応できないことがある。そのようなきめ細かい部分をやってもらう。

(質問：ボランティア組織にいる人がいいと言われたが、その組織の事業しか知らない可能性もある。一方で自治体にはソーシャルワーカーがいるはずであり、なぜボランティア組織のほうがいいと思っているのか。ソーシャルワーカーとどう連携するのか。)

<Giles Wilmore>

インフラストラクチャー・グループとしてボランティア組織に委託をし、サービスを提供するというのが多くの地方自治体の構造である。だから、リンクワーカーが一つの組織のボランティア、自分が属する組織のことしか分かっていないということはなく、その自分たちが活動している地域のその全体的な展望に関しては強い知識を持っている。

確かに、ソーシャルワーカーは、そのローカルコミュニティに関してその強い知識、知見を持

っている。一方、リスクとして挙げられることは、ソーシャルワーカーであることから法的なケアシステムのほうに人々を導いてしまう傾向があるということだ。

GMCA GREATER MANCHESTER COMBINED AUTHORITY

NHS
in Greater Manchester

ありがとうございます

David Boulger – Head of Population Health Transformation
david.boulger@nhs.net
 @DaveBoulger

Giles Wilmore – Associate Lead: Person & Community Centred Approaches
giles.wilmore1@nhs.net
 @GilesWilmore

8月30日(木)	午後	マンチェスター
マンチェスター高齢化共同研究所 (MICRA)		

- ・ Chris Phillipson (クリス・フィリップソン) , MICRA Co-Director, Professor of Sociology and Social Gerontology, University of Manchester (社会学者)

< Chris Phillipson >



私は社会学者である。私のすべてのリサーチは、高齢化社会それから高齢化する人口に関するものだ。実際に、ずいぶん前に北海道に行く機会があり札幌を知ることができた。また、東京にも数回行った。数年前、イギリスの研究者そして日本の研究機関の研究者が参加会議を共同主催させていただいた。時のテーマは都会に住む高齢者たちということで、都市化が高齢者にどのように影響を及ぼしているのかを掘り下げる会議だった。そこで日本の研究者からのたくさんのプレゼンテーションを聞いて、非常にたくさんの学びを得た。互いに学び合えるということだ。そこにおいて共通の問題が見えてきたので、今日のこのプレゼンの中にもそれをテーマとして盛り込んでいる。

発表概要

- MICRAの発展(沿革)
- 日本と英国の共通課題
- 都市部在住高齢者に関する研究

最初にマンチェスターにある高齢化に関する高齢化研究機関について、どのようにそれが発達してきたのか沿革を話す。人口高齢化に関して日本とイギリスが共通に直面している問題についても話す。

まず、社会学者が見た観点での問題、それからヘルス関係者、またほかの分野の人が見た観点での問題と共通の認識ということについて話す。最後に、都市部の高齢者ということで行われている、実施中のリサーチについて話したい。そして最後数枚のスライドでは問題提起をまとめるようなかたちで日本とイギリスの研究者たちが協力をして行っている非常に励みになるような動きについても話す。

MICRA: 背景

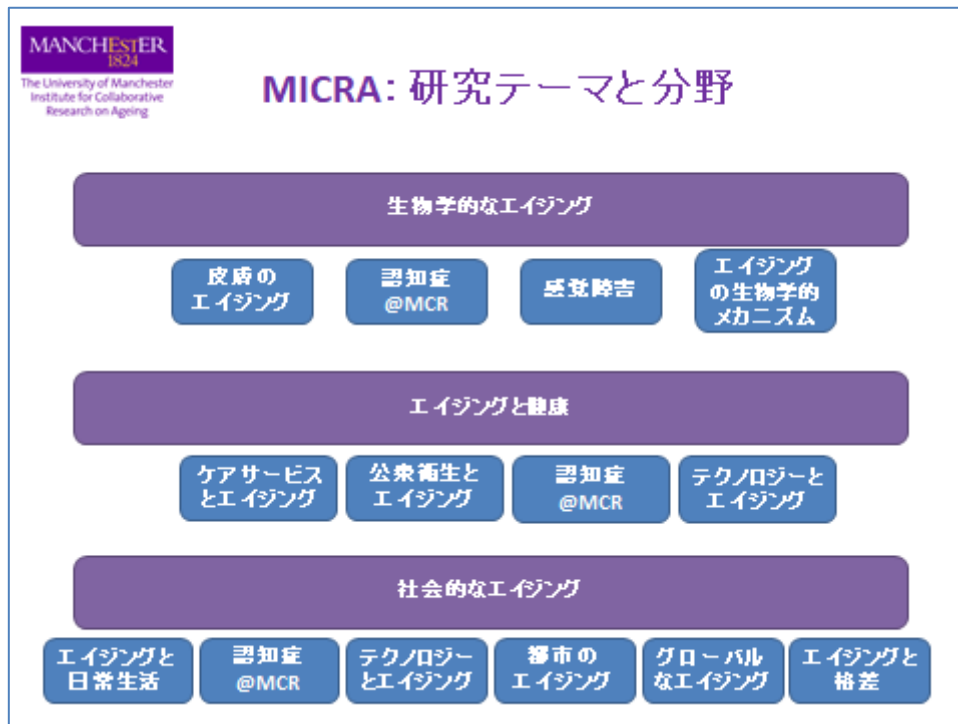
- エイジングは大学の戦略的な研究優先事項
 - MICRAは2010年に設立された。目的は、大学全体におけるエイジングの研究展開の拠点となること。
- 3学部(人文学、理工学、医学・生物学・健康学)の250名を超える研究者を代表
 - エイジングの様々な側面に関する50以上のプロジェクトを現在実施
- エイジング研究の支援および発展に向けて内外のステークホルダーをつなぎコーディネートする

マンチェスターのエイジング研究所についてまず話す。日本、イギリス両国にとって、高齢者用のサービスをどのように開発していくのかということが大きなテーマになっていると思う。日本には高齢問題に特化した研究所が既にある。イギリスでも同じようなかたちで研究所をつくっていきたいということから、マンチェスターにこの MICRA (Manchester Institute for Collaborative Research Ageing) が 2010 年に創立された。これは高齢者に関する研究者、高齢問題に関する研究者を分野横断的なかたちでまとめていくというアイデアだ。様々な分野の高齢者の研究者が集まるということは非常に素晴らしいことであると同時に、どの大学や組織にとっても分野横断的な人たちを集めるのはチャレンジングだ。大学には様々な分野にまたがる 250 人の研究者がいる。そして、高齢化に関する 50 のプロジェクトが進んでいる。この様々な分野の人たちをまとめる役として、気をつけなければいけないことは、大学内の研究者と大学外の組織の人たちをまとめていくということだ。例えば、大学外の組織とは、広範囲にわたるマンチェスター・シティーカウンシルやグレーター・マンチェスター等のいわゆる高齢化に関する懸念を持っている人たちを一堂に集めるということだ。

MICRA: 戦略目的

- 質の高い研究を通じてエイジングに関する知識を前進させる
- 研究をさらに幅広い知識の交換につなげ、実践や政策変更にも適宜つなげる
- エイジングに関する一般市民および専門職の認識を変革する
- 高齢者や高齢者のために取り組む組織と協働する

どの組織にも目的や目標がある。上記スライドに示したものがわれわれの目的だ。まず、質の高い研究を行うことが知識の先導役になるということだ。次にとても重要なことは、得られた知識を人々の生活にインパクトを与えるような調査結果、研究結果に落とし込んでいくということだ。3番目に重要なことだが、組織として人々の態度や高齢者、あるいは高齢者化に対する態度や姿勢に影響を及ぼしていくということだ。イギリスだけではなく、一般的に高齢者と言えば否定的な考え方、あるいはエイジズム（年齢差別）がある。そこで、われわれのようなプロの研究者が研究を通して、また実践を通してそのような人々の姿勢や態度を変えていくことに取り組むことが必要だ。そのためには、関連するすべての人々、組織に関与していく必要がある。たくさん様々な組織、チャリティー団体、民間組織、またはほかの関与する機関や組織がそれを盛り上げていく必要がある。



研究者が取り組んでいる広範囲にわたるテーマが、上記スライドに出ている。3つの大きなテーマがある。それは、生物学的なエイジング、エイジングと健康、社会的なエイジングである。これらは、認知症として認定された人たちに関するもの、スキンエイジング、高齢者が受けるケア、最後に社会的な側面に焦点をあてたものである。つまり、高齢者と社会との関係になるが、これはまた異なるテーマだ。都市における高齢者というのが1つのテーマとして出てきて、これはアーバンエイジと呼ばれる。マンチェスターがエイジフレンドリーシティになっていくという大きな部分だ。

The University of Manchester

MANCHESTER

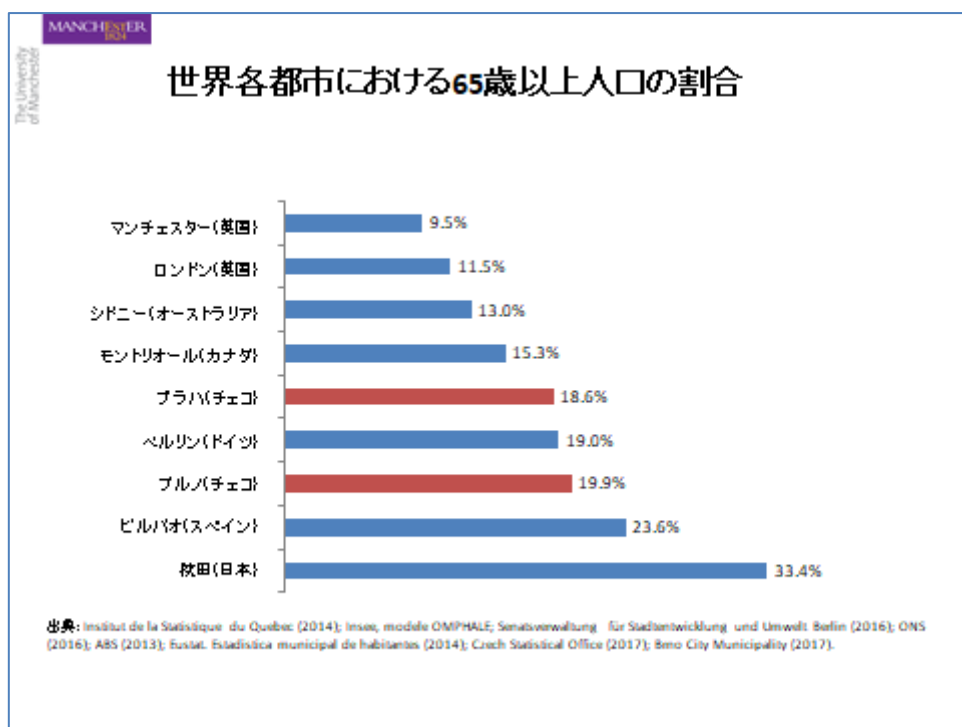
日本と英国の共通課題

- 退職を遅らせ就労生活を延長するプレッシャー
- 「エイジング・イン・プレイス」の支援を目指す政策
- 独居世帯増加の課題
- 在宅でのケア提供のプレッシャー
- 社会的孤立に関する課題

現在、われわれの社会が直面している問題が3つある。それは、退職をいかに遅らせていくのか、言い換えれば、ワークライフをいかに延長させていくのかという分野だ。それは、このマンチェスター大学だけでなく他の大学でも大きなリサーチのテーマになっている。つまり、職場における高齢者をどのようにサポートしていくのかということだ。



2つめとして、高齢者が自宅や自分のコミュニティの中で長く暮らしていくのをどのようにサポートしていくのかという問題だ。

3つめに、これは日英共通の課題になると思うが、いわゆる独居の高齢者の問題だ。特に日本では一人暮らしの高齢者が増えているという事情があるが、それはわれわれにもあって、いかに在宅における介護をしていくのかということだ。社会的孤立はみんなに影響を与える問題だ。これも日英の共通の問題ではないかと思う。私に関わっているリサーチグループだが、いわゆる都市部で暮らす高齢者の経験ということをテーマにしている。もちろん、農村部に住む高齢者もこの問題があるが、われわれの関心事はアーバンエイジングだ。



上記グラフを見れば分かるように、マンチェスターの65歳以上の人は10分の1しか占めていないが、他の世界各都市における65歳以上の人口の割合は上がっていく。

日本の秋田においては、すでに全体の3分の1に達している。

Manchester Urban Ageing Research Group (MUARG) =マンチェスター都市高齢化研究グループ)の目的

- 人口高齢化と都市化の関係性に関する学際的な研究の実施
- 都市環境に住む高齢者のQOL向上に関心を持つ幅広い組織との協働
- 高齢化と都市化に関する研究における国際連携の展開
- 「エイジフレンドリー」シティ展開におけるイノベーションの奨励

これが研究グループの目的だ。第 1 に学際的な研究の実施。これは高齢者とそれから都市化との関係を見ている。

そして第 2 に、都市で暮らす高齢者の QOL をいかに上げていけるかということ。様々な組織と一緒に取り組んでいる。

第 3 に、われわれは国際的な連携を多くしたいと思っている。WHO とも関わっている。詳細は後述。

最後に、エイジフレンドリーな社会の展開におけるイノベーションも奨励していきたい。



WHOの会員都市とコミュニケーションのグローバルネットワークに、現在、世界で600の市町が入っており、マンチェスターや日本もこれに入っている。これらの都市には連携関係がある。ヨーロッパの他の都市、北米の都市、秋田との連携もある。つまり、様々な国の都市の研究者たちが集まって行うという大きな機会がある。

MANCHESTER
The University of Manchester

取り組み分野

- 世界保健機関(WHO) 向けのエイジフレンドリーシティの事例研究(秋田を含む)
- 都市の近隣地域における社会的孤立の影響に関する研究(博士課程およびポスドク研究者)
- 都市の近隣地域における貧困と社会的排除の影響に関する研究

上記は、都市部における高齢者、あるいは高齢化ということの、リサーチワークの分野をまとめたスライドだ。

まず、WHOのエイジフレンドリー・シティーのプロジェクトで、秋田と協同してケーススタディを作成しており、様々な情報を収集している。

2番目に、社会的孤立に関することを研究している。これは様々なグループに対して行っている。原因を探る様々なプロジェクトがあるが、特に近隣地域のタイプによって社会的孤立寄与する要因が違うのではないかとということも見て研究している。

3番目に、都市部で暮らす高齢者の貧困からのインパクトということも研究している。これは、もうすでに長年の研究結果が蓄積しており、マンチェスターにおける貧困の問題が高齢者、低所得高齢者のQOLにどのような影響を与えているのかというリサーチだ。

MANCHESTER
UNIVERSITY

取り組み分野

- 高齢者が自らの地域で調査を実施できるような職業訓練
- 世界都市の高齢者が直面している課題に関する調査
- 高齢者を支える地域団体の新たなタイプの試行

4番目に、われわれが研究者として蓄えた知見を使って、高齢者への訓練やトレーニングを行っている。リサーチスキルを学ぶことによって、それを実際にネイバーフッド、コミュニティでスキルを使うということも行っている。

5番目のキーワードは、世界都市（グローバルシティ）だ。これは、東京、ロンドン、マンチェスター等に生きる高齢者たちを研究テーマにしているものである。これらの都市が、ただ規模が大きいだけではなく商業的にも非常に重要な所で、都市の環境において人々がどのような役割を果たしているのか、また、確かにこのような都市は経済的に急成長しているが、そこでずっと生涯暮らしていきたい人々にとってはどのようなチャレンジがあるのかということも研究している。

「エイジング・イン・プレイス」の促進

「さらに多くの人々が、できるだけ長く健康で自宅に住み続けられるための支援を受けるだろう」(Taking Charge of Our Health & Social Care in GM, *The Plan*)

- 70歳以上の人は、80%の時間を自宅や近隣地域で過ごしている
- 高齢者は、自分の家に住み続けることを好む
- 老人ホームや介護施設への入居を遅らせる

最後に、自分の居場所で年齢を重ねていくという意味で「エイジング・イン・プレイス」と呼んでいるが、コミュニティの組織がサポートする新しいタイプのサポートの仕方を試している。二つの例を今からお話する。

この、「エイジング・イン・プレイス」という呼称だが、これは非常に興味深く、そしてチャレンジングな話題ではないかなと思う。

グレーター・マンチェスターのヘルスとソーシャルケアのテイキング・チャージ（自分が責任をとっていく）ということについて、明日詳しく話があると思うが、そのプランの目的は、できるだけ長く自宅で人々が暮らせるようにサービスを開発していくというものだ。われわれのリサーチから分かることだが、70歳以上の80%の人が自宅やコミュニティで暮らしている。高齢者たちもできるだけ自宅やコミュニティにいたいと思っている。つまり、日本にとってもイギリスにとってもできるだけ老人ホームに入るとか介護施設に入るエントリーポイントを遅らせたいわけである。

The University of Manchester

MANCHESTER

地域で年を重ねる

- 自然発生的リタイアメントコミュニティ(NORCs)
- ビレッジモデル

マンチェスターでは、できるだけ自分たちのコミュニティで暮らす時間を長くしていこうと意図に設計されたプロジェクトが2つ進んでいる。この2つのモデルは試験的に行われているが、まだ初期段階である。1つは自然発生的に起きる退職者のコミュニティで、これは日本でも起きていることではないかと思う。もう1つはビレッジモデルで、これはアメリカのモデルからきたものだ。

The University of Manchester

MANCHESTER

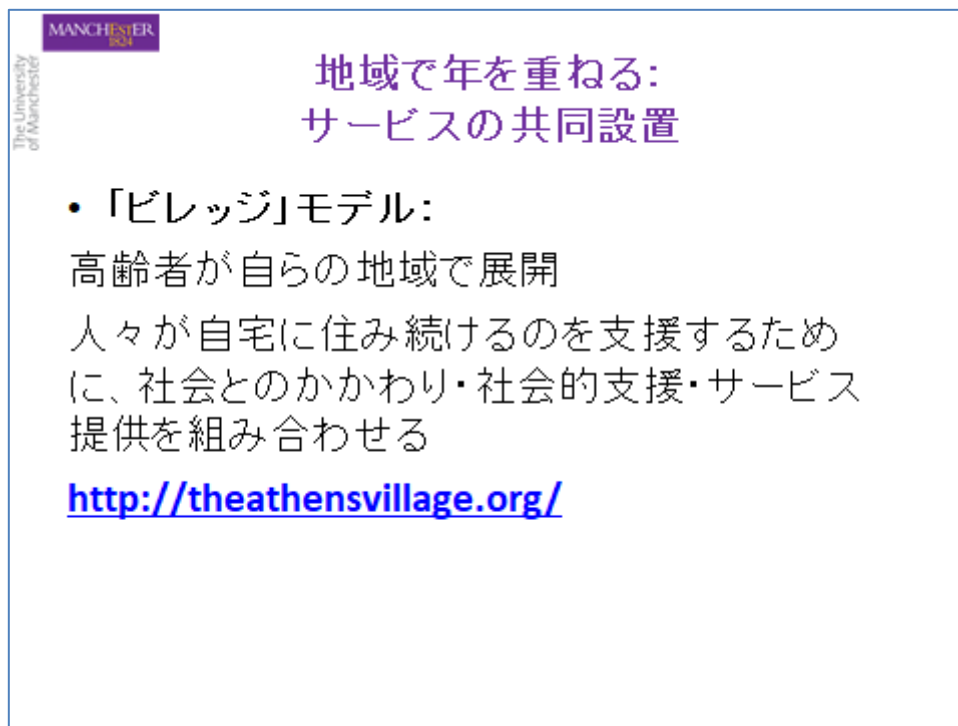
地域で年を重ねる: サービスの共同設置

- 自然発生的リタイアメントスキーム(NORCs)
高齢者が比較的高い割合で集中して居住する建物または建物群。居住者たちは、若い時に引っ越してそこにとどまったか、あるいは高齢になってから最近引っ越してきた。住宅トラストまたは近隣地域のグループが、主導団体と連携して数々のサービスを提供する。住民/居住者は助言提供の役割を担うことがある。

<http://urbanomnibus.net/2010/03/norcs-in-nyc/>

1つ目の自然発生的リタイアメントスキームと言われるのは、ローカルな住宅協会とかと一緒にやって行うスキームである。これは、高齢者はそこに住み続ける一方、若い人たちは自然にそこから出て行くかたちで、高齢者が集まるコミュニティである。それでは残っている高齢者グル

ープと一緒に取り組んでいこうではないかということで、住宅協会がテナントと、そこに入っている人たちと一緒にって様々なサポートをしていくということになる。



MANCHESTER
The University of Manchester

地域で年を重ねる: サービスの共同設置

- 「ビレッジ」モデル:
高齢者が自らの地域で展開
人々が自宅に住み続けるのを支援するために、社会とのかかわり・社会的支援・サービス提供を組み合わせる

<http://theathensvillage.org/>

もう1つがビレッジモデルで、これは高齢者同士が一緒になって自助組織をつくるものである。これは、高齢者主導といえる。これはアメリカのモデルで、アテネ・ビレッジという。URLリンクで詳しいことが分かる。

ビレッジの特徴

- ビレッジは通常、将来的に引っ越しや施設入所を余儀なくされたくないと思う隣人のグループによって、設立・運営されている。
- 自分たちで運営しているところもあれば、機関とつながっているところもある。
- 会員はボランティア活動を通じてサービスを提供。
- 年会費で事務管理費／在宅支援へのアクセスをカバー。
- 現在は米国で約200か所以上。オランダでも数か所。

このビレッジモデルの特徴は、隣近所の人たちが一緒になって集まって設立して統治されているということだ。つまり、将来的に引越しや施設入所をしたくないと思う人たちが自主的につくっている。高齢者自身がつくって高齢者自身が管理していくことももちろん可能だが、時にはエージェンシー等のサポート組織が入ることもある。このビレッジモデルのメンバーたちは、主にボランティアから成る人たちのサービスを受ける。例えば、買い物を助けてもらうサービスや法的な手続きに関して助けてもらうサービス等をボランティアから受ける。メンバーからの会員料で管理コストを賄っているビレッジモデルは、北米で 200 か所以上できていて、マンチェスターでもこのビレッジをつくらうとしている。マンチェスターでは、シティーカウンスルにサポートされる 2 つの近隣地域で、このビレッジをつくらうとしている。

The University of Manchester

MANCHESTER

「ビレッジ」モデルの展開: マンチェスターの近隣地域2か所でのプロジェクト

- **近隣地域ネットワークの促進:** 孤立に対処したりインフォーマル介護者へ支援を提供するために、インフォーマルネットワークを構築。協同事業。
- **住宅面での介入:** 改修や断熱での支援、住宅オプションの見直し、家での作業支援、自宅の安全性に関する支援
- **環境面での介入:** 緑地の促進、エイジフレンドリーな店舗や交通機関

そこでは3つのタイプの活動をする。

1つめは、孤立をなくしていくための近隣地域ネットワークというサポートネットワークをつくることだ。

2つめは、住宅面における介入である。エイジング・イン・プレイスを確保していくためには、高齢化にともなうニーズへの適応が必要になる。特に高齢していくと、モビリティの問題が起きる。それに適応していくということだ。

3つめは、これを環境面での介入である。公園であったり、庭であったりというような緑地をもっと増やしていくということだ。緑地で居住環境を向上させていくことによって、そこで暮らす人たちのQOLが上がってくるという考え方だ。

このような共通の問題にあたって、日英でリサーチ的にコラボできる部分があるのではないかとということで、あと2つスライドを見せる。

MANCHESTER
The University of Manchester

今後の展開分野

- 「エイジフレンドリー」な職場の展開
- 気候変動の影響から高齢者を守る
- 住宅面での介入: 改修支援、住宅オプションの見直し、家での作業支援、自宅の安全性に関する支援
- 世代間での活動

もう一つ興味深い観点が、職場におけるエイジフレンドリーなあり方だ。マンチェスター大学でもまた他の大学でも高齢の労働者の活用という研究が行われているが、一方で雇用者側としてはかなりエイジスト的な考え方をしているという現状がある。

また、エイジフレンドリーなアジェンダに直接は入っていない分野になるが、高齢者に対する気候変動の影響がある。これは日本では大きな懸念になっているかと思うが、イギリスでも同様だ。もっとも、イギリスは熱波ではなく寒さのほうだ。寒さで高齢者がどのような影響を受けているかというリサーチだ。この対応はコミュニティレベルではまだ遅れていると思う。加えて、いわゆる汚染が若者や高齢者に対して与えている影響に関する報告書が今週出た。これもわれわれの社会がもっと取り組んでいかななくてはならない問題だと思う。

さらに、住宅の質の問題も注力していかなくてはならない問題だと思う。イギリスでは住宅の問題がまだないがしろにされて、あまり注意を払われていない。特にエイジング・イン・プレイスで、自宅でできるだけ長く暮らしていくためには、この住宅のオプションが提供されていないという問題を見ていかなくてはならないと思う。

4つめとして、いわゆる世代間の関係の改善の問題がある。これは、高齢者は他の高齢者しか見えていないということがあるから、高齢者を高齢者が見るだけではなく、エイジングということをして社会全体に統合していく必要があるということである。これは未だ成されていないチャレンジな部分だ。

The University of Manchester

MANCHESTER

今後の展開分野

- 緑地の促進、地域の公園の重要性
- 公害が高齢者にもたらす影響に関する研究
- 交通機関の改善
- エイジフレンドリーな店舗の促進

都市部における高齢者の QOL を上げていくための緑地へのアクセスの向上も重要だ。汚染の問題についてはすでに触れた。

加えて、交通輸送機関の改善は特にグレーター・マンチェスターにとっては大きな問題だ。それから、エイジフレンドリーな商店づくりも重要になってくる。

休憩する場所を増やしたり、トイレの施設を整えたりすることも問題のうちの1つとなっている。エイジフレンドリー・シティーについては様々な出版物や YouTube でダウンロードできる映像がある。

(質問：環境介入のところで緑を増やすことがいいというのは、それは証拠があるのか、それとも期待なのか。)

<Chris Phillipson>

ヘルスサイクロジストの大規模なリサーチプロジェクトが緑地の利点ということに関しての証拠をそろえている。公園、庭園へのアクセスがいかにか QOL を高めるのかということに関しては既存のリサーチがあるので、後で共有することができる。アメリカ人の研究者であるカール・ペラマー氏は、環境ボランティアをすることの利点に関して研究をしている。環境を向上するためのボランティア活動をする人にはヘルスベネフィットがあるという 20 年間にわたる研究だ。都市部における高齢者が緑地にアクセスできないということは問題だ。いかに緑地へのアクセスが重要かということの証明ができればいいし、少なくとも議論の対象にできればいいと思う。

(質問：日本の東北大震災の原子力発電所の事故の関係で、そこに住みたくてももう住めなくなった人たちがたくさんいる。その中には非常に具合が悪くなる方が多い。そのような方々に対して、われわれヘルスとヘルス・アンド・ケアが運動を含めたりハビリテーションというツールを使っているが、それは有効だと思うか。)

<Chris Phillipson>

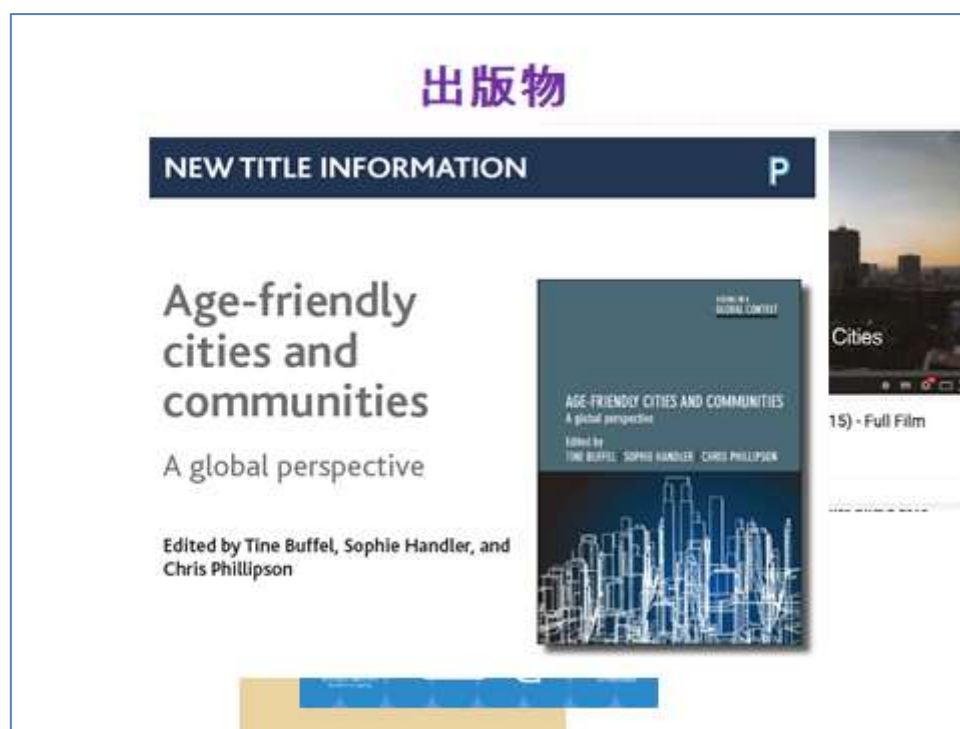
このエイジング・イン・プレイスに関して注意をしなければならぬのは、近隣地域で歳を重ねていくことは困難な問題であると認識する必要がある点である。エイジング・イン・プレイスをポリシーとして掲げていくのであれば、人々が近隣地域で暮らしていくように奨励していくた

めのコミュニティサービス、それからサポートを整えていかななくてはならない。それは、若い人たちが急速に流出している日本の農村地域にとってはチャレンジングなことになっている。そのような地域でプロフェッショナルなサポートをしていくのはチャレンジングだ。イギリスにおいて過去に工業地帯だった場所、あるいは農村地域で暮らす高齢者の人たちにとってエイジング・イン・プレイスはチャレンジングだ。

(質問: 高齢者への気候変動の影響には大変興味を持った。体験では低気圧になると非常に体調が悪くなって鬱傾向になる高齢者がいたが、これから気候変動の影響でどのようなことを見ているか。)

<Chris Phillipson>

まずは高齢者に対する気候変動の影響をアジェンダにのせていくことだ。なぜならば、気候変動の影響を最もおそらく高齢者が受ける。そして、それは熱波であれ洪水であれ、一般の認識として高齢者が気候変動の影響を受ける対象、認識から外れているという現状があるからである。例えば、2003年にイギリスで熱波があった時に病院や老人ホーム、介護施設での死亡率が上がった。制度や機関が、気候変動の影響に対して準備ができていない。だから、これはとてもいいリサーチのテーマになってくると思う。そして、そこから政府であるとか省庁のガイドラインづくりに結びつけていく必要があると思う。



ありがとうございます



8月30日(木)	午後	マンチェスター
コミュニティボランティア組織 (GMCVO)		

- ・ Paul McGarry Head, GM Combined Authority Aging Hub
- ・ John Hannen, Ambition for Ageing, GMCVO
- ・ Chris Phillipson, MICRA Co-Director, Professor of Sociology and Social Gerontology, University of Manchester

<Paul McGarry>

マンチェスター・ユナイテッド・コンバインド・オーソリティーの主要な機能はこのチャーチゲートビルに集まっている。いま、このフロアで、ヘルス・アンド・ケア、コミュニケーション・メディア戦略、雇用、住宅、環境、イノベーション、文化に関するいろいろなその担当者が働いており、かつ、そのチーフもいる。

そして、グレーター・マンチェスターの市長をサポートする市長担当チーム、グレーター・マンチェスターのエイジングハブの担当者もこのフロアにいる。それで戦略やポリシーに関してこの地方自治体の仕事をするベストプレイスはここだ。そのパートナーシップの主要な部分を占めるのが、コミュニティ、ボランティアとのパートナーシップだ。Ambition for Ageing というプログラムを行っている担当者が John Hannen 氏だ。

<John Hannen>

グレーター・マンチェスター・コミュニティ・ボランティア・オーガニゼーション (GMCVO) の Ambition for Ageing を担当している。ここのコンセプトについてまず話す。280万人の人口の中で、15,000のボランティア組織がある。これは小さなコミュニティベースのボランティア組織から、数百人のスタッフを抱える大規模なチャリティー団体まで含む。そのうちの80%がとても小さな組織だ。34万人のボランティアが毎週110万時間のボランティアをしている。ソーシャルなグループの人たち、あるいは近所の助け合いをしている人たちも含む。このコミュニティ活動というのは町全体に平等に分布しているわけではない。そのキャパシティで、能力的には伸びている人と苦しんでいる地域というのもある。

ヘルスや経済的な参加、あるいは社会的なコネクションということについて個別の問題にあたる時、その問題をどのように変化させていかななくてはならないのかということは現状を知るところから始まる。Ambition for Ageing の目的はそれである。それから高齢者とか、歳を重ねていくうちにいろいろなアプローチを持っているということをわれわれは心掛けている。一般的には退職してしまうと社会のお荷物だというような考え方がある。われわれの想定は、エイジングはチャンスであるということだ。つまり、たくさんのスキルを持っている人、エネルギッシュな人たちがそこにいる。したがって、しっかりとサポートがあれば、その能力を解放できるという考え方だ。われわれのアプローチはリサーチアプローチだ。単に問題に対処するだけでなく、そこから何が学べるのかという教訓を学び、それをそのほかのところに生かしていくという

ことだ。

パートナーシップの当事者は、ローカルガバメント、コミュニティ、それから大学だ。パートナーシップの予算は5年にわたり1020万ポンドとかなり大きく組まれている。それは2015年4月に始まった。そのうちの60%は直接的な現場で使う。あとはリサーチやサポート、プロジェクトのスケールアップに使われる。

都市部からローカルフリッジ、あまり都市部ではないところまでに至る25のエイジフレンドリーなコミュニティを開発している。1つのコミュニティに暮らす人たちが1万人、そのうちの20%が65歳以上だ。マンチェスターの人口のうち65歳以上の人たちが9.5%であるが、この値はこれからまたさらに増えていくと考えられる。

プログラムの半分はローカルスタッフ、それから実際のワーカーへのサポートで、その残りの半分が大体長規模なプロジェクトだ。1つのプロジェクトで数百ポンドが使われる少額のプロジェクトは、大規模な大きな成果にはつながらないが、人と人とのつながりをつけるとか、バリアがなくなるとか、摩擦が減るとか、そのようなプロジェクトだ。社会、ネットワークづくりとか社会活動、コネクション、コミュニティの情報をもっと知るアクセスの強化などに使われる。

孤立を減らしていくために複数のアプローチをとっている。孤立を感じている人たちは、友人や近所の人ともっと接することによって減っていく。そこで鍵となる要素がビジビリティ、見えるということだ。その人が歩くことにより、あるいは自転車に乗ることにより、あるいは公の場所に行くことにより、その高齢者の姿がもっと「見える」ようになるとそこから偶発的につながりが生まれる。それが緑地とも関連してくる。これはただ緑の場所という意味だけではなく、その場所をパブリックな場所にしていろいろな人がそこに出掛けていくことによって、人々が「見える」化されていくのである。実際に家から外に出てパブリックスペースに行くときの鍵となるのは、安全と感じられるかどうか、また、自分が歓迎されると感じられるかどうかだ。伝統的にイギリスでは孤立をなくしていくためには、人の家に出掛けていくことによってなくしていこうというアプローチをとっていた。

それは訪問することによるもので、確かに、訪問しているあいだは影響があるかもしれないが、その訪問者が帰ってしまっても影響はなお残るということに関して証明されたものはなかった。社会的なネットワークをつくるほうが、目で見える影響があるわけだ。ボランティアもこれを奨励している。イギリスでは若者よりも高齢者のほうがまだボランティアは少ない。高齢者にはボランティアをすることへの抵抗があった。

高齢者が高齢者を介護するということが増えている。そうすると、そのコミュニティの全体的なものをあまり助けることがなくなる。だから、ボランティアをすることの機会に関しても、ボランティア組織とかコミュニティの組織をもっと見直していくことが必要になる。将来的にはボランティア組織頼りではなく、会員、メンバーシップ組織ということも考えている。

公的組織として入り込むのは難しい部分になるが、例えば、抗議活動に参加をすることも孤立をなくしていく一つの手だてになる。しかし、地方自治体として抗議活動に参加しなさいと奨励するのは難しい。一方、独立したコミュニティ組織がそれを行っていくとなると自由裁量が増え

る。また、共通の社会的な問題に対して抗議をしたり、いろいろな活動をする事で絆を深めることにもなる。

われわれが活動を始めて数年になるが、800以上の小さなプロジェクトをつくることができた。しかし、これはイベントや小さなソーシャルグループ等の小さな社会的な活動である。また、われわれは孤立のリスクのある人たちにターゲットを当てた活動をしている。これは貧困であると体の障害によって不平等を抱えている人たちだ。

みんなそれぞれに強みがあり、その強みを強化していく。地方の政府だけではどうしても面倒を見切れない部分があると、コミュニティのギャップをボランティア組織やコミュニティグループが埋めていくことになる。その結果、この数年のあいだに1万2000人近くの人がこの小規模なプロジェクトの設計と提供に関わった。

外部から見れば、誰がヘルパーで誰がヘルプを受けている人なのか区別がつかないようなアプローチをしている。例えば、われわれのプロジェクトのひとつに道路に関するものがある。左側の建物が新しいヘルスセンターだ。この中には薬局がありヘルス関係の人がいる。ここでは様々なコミュニティ活動も行われている。一方、右側が大きな住宅街になっていて、ここに多くの高齢者が暮らしている。しかし、そこに住む人たちがこのセンターを使っていない。理由を確かめるためにわれわれが調査をしたところ、道路の横断が難しいという理由でこのセンターに行くのにタクシーを使っている人がいるということが分かった。つまり、ヘルスケア、それからケアのサポートを受けるのは問題が悪化してからになり、遅過ぎるということになる。上記の例でいえば、タクシーを使わなくては行けないという状態になるまで行かないということだ。

この道路横断に関わる問題の1つに、信号機がない、あるいは横断歩道がないということがあった。たとえ信号機があったとしても渡れる時間が短い。健常者であれば普通に渡れるところでも、移動性に問題を抱えている人にとっては半分くらいのところで信号が変わってしまう。そこで、そのような問題を抱えているローカルな人に奨励して、交通輸送当局にこの問題を訴えるようにわれわれは働きかけた。エンジニアが5分ほどキーボードでその設定を変えるだけで問題は解決した。しかも、そのソリューションは無料だった。しかし、そのコミュニティのセンターのサービスアクセスがどうしてないのかという原因を知るのに、またコミュニティの知見を高めていくにはたくさんの時間を要した。これを教訓にして、現在、輸送当局と共同でこの地域全体の信号機の見直しをしている。

以上が、小さな社会的なイベントといえる信号機を変えることが、いかに地域全体の理解を深め、広範囲に適用されていくのかという例になる。残念ながら、全てのプロジェクトはこのような成功に終わるわけではないが、やはりその場所を理解するという事、そこからそこに住む高齢者にアドバイスをすることがいかに重要であるかが分かる。

われわれは、グレーター・マンチェスターの10のローカルオーソリティにこのような好事例(グッドエグザンプル)を集めるように奨励している。そしてそれらを一つのカタログにまとめている。このカタログには30のいい例がある。これはまだ始まりにすぎない。終わった時にはこのグレーター・マンチェスターのツールボックスをつくりたいと思っている。そして、いろいろ

ろな広範囲にわたるアプローチがあるがそこには共通の要素があって、このような前提があるからこそ成功するというような前提も示したいと思っている。加えて、ターゲットを絞った介入のための資金も別に確保している。例えば、体の不自由な人たちに対するリサーチプロジェクトとかに使う資金である。また、文化的背景の異なる人たちが抱える問題はそれぞれ違う可能性があるのもので、それを理解するための仕組みに使う。

(質問 : Ambition for Ageing と Greater Manchester Centre for Voluntary Organisation との関係についてうかがいたい。Ambition for Ageing はボランティア組織とっていいか。)

<John Hannen>

GMCVO の一つの部門がこの Ambition for Ageing だ。私は GMCVO に雇われて給料もそこからもらっている。これは大学やローカルオーソリティとのパートナーシップ組織だ。ほかにも大きなプロジェクトをこの GMCVO は行っており、例えば、雇用に関してチャレンジングな環境を抱えている若者をサポートしたり、コミュニティベースの小さな会社を立ち上げたり、そのような大きなプロジェクトも行っている。さらに、グレーター・マンチェスターのボランティア組織を代表するような役割をわれわれはしている。グレーター・マンチェスターのボランティア組織を集めて議会や政策立案者にわれわれの声を届けている。

(質問 : この Greater Manchester Centre for Voluntary Organisation は、市の組織の一部か。それとも市の組織ではないものか。予算は市から受け取っているのか。)

<John Hannen>

市の組織ではない。そして、市から予算が多く来てはいない。今年のターンオーバー（売り上げ）が 400 万ポンドだ。そのうち市から来ているのは 5% くらいだ。会議やトレーニングはチャリティー団体、チャリタブルファンド、トラストから出ている。

このような規模でこういうようなかたちのプログラムは珍しい。

(質問 : 5% が市からで、95% は多少トレーニングの売り上げとかがあるとはいえ、主にファンドから得ているという理解でいいか。大きな額で日本ではなかなか想像ができない。)

<John Hannen>

そのとおりだ。全国宝くじから 1 億ポンドがグレーター・マンチェスターに出ている。スライドの一番下に全国宝くじの名前がでている。そこにパートナーも書いてある。

<Paul McGarry>

Ambition for Ageing は、宝くじファンドから出ている 14 の大きなプログラムのうちの一つで、特に社会的な孤立をなくしていこうというプログラムだ。

(質問 : なぜ宝くじ団体が GMCVO を設立するためにお金を出そうと決めたか。向こうからオファーがあったのか。)

<John Hannen>

この全国宝くじは、年間 6 億ポンドを様々な団体に渡す。

一般的には、年間 1 万 5000 ポンドくらいのあまり大きくないレベルのプロジェクトに与えられるファンドが多い。孤立や孤独の問題は非常に大きな問題であるから、様々なファンディングを受ける。考え方としてはそのファンディングが終わった後でも市町村が受け継いでいく場合でも、そうならない場合がかなりある。なぜならば市町村としてエビデンスが十分に出ないからである。

そこで、宝くじファンドが出てくる。戦略プログラムを組んでエビデンスをより積み重ねることで、そのプロジェクトは将来にわたって続いていくという想定の下に行く。

エビデンスが良くないということは、プロジェクト自体も良くなかったのではないかというようにも考えられるが、実際には、心で感じる人々のソリューションがエビデンスとマッチングしないこともある。そこで、われわれはいわゆる訪問ベースというのをやめて、場所を変えていくという方法にアプローチを変えた。われわれにはファンディングもあり、公的セクターとの関係もあったので、今までにできなかったようなことができたわけだ。

(質問: エビデンスが出ないということだが、エビデンスを出すため市町村自体が引き続き自分たちで続けるということはないのか。)

<John Hannen>

それをするには、市町村は財政的に厳しい。さらに、必要な人にサービスを届けなければいけないといった政治的な圧力がある。マンチェスターはそういう意味では異例の投資をしたということになるが、大抵、市町村が自らエビデンスを重ねることにはならない。

<Paul McGarry>

地方自治体のファンディングについて詳しく話す。エイジング・フレンドリー・プログラムの最初の部分は 2000 年代から始まった。2008 年から 2009 年に金融危機が起きて、2010 年以降地方自治体は 50% の削減をしなくてはならなかった。つまり、予防プログラムもその資金がどんどん削られてしまうという状態になった。2010 年以降、その高齢者が頼みの綱としていたコミュニティトランスポートであるとか、ソーシャルケア、ソーシャルサポートのサービスがどんどん削られてきた。どんなにエビデンスが良くても、ローカルガバメントに対してこれがいい、続けていこうという議論で勝つ文脈の背景的な、状況的なものがなくなってしまったわけだ。その地方自治体にお金が増えたとしても高齢者のプログラムは後回しにされるという状況がある。

<John Hannen>

もっとも、雇用において高齢者が増えていけば状況は変わってくるかもしれない。また、介護をしなければならぬということによって労働力が失われているともいわれている。したがって、人を助けるためのソーシャルケアを強化して介護に取られている人の資源がまた解放されると別の議論が起きてくるかもしれない。

<Paul McGarry>

そこで、グレーター・マンチェスターにおける高齢者の雇用をサポートしていくことが、地域の実際の経済成長に貢献するということを訴えている。例えば高齢者の雇用をグレーター・マンチェスターがほかの地域と同じレベルに引き上げられるならば、年間 8 億から 9 億ポンドの経済効果があるという言い方ができるわけだ。そうすると突然、耳を傾ける人たちの数が増える。

(質問：5 年間で 1000 万ポンドの予算をこの **Ambition for Ageing** が持っていて、基本的にスタッフと小規模プロジェクトで全て使っているということでしょうか。)

<John Hannen>

そうだ。

(質問：この小規模プロジェクトは、住民主体で行っているのか、それとも先ほどの例でいえば交通あるいは移動の専門家も入って住民と一緒に話しながらつくっているものか。)

<John Hannen>

リード役は高齢者のグループである。つまり、どのように、何にお金を使うか、それからニーズが何であるかを決めるのは高齢者である。一方で、その高齢者の人たちの知見を高めるための機会提供として専門家と会ってもらったり大学のセミナーに参加したり、あるいは外部の人を招いてのプレゼンテーションも開催している。しかし、最終的には高齢者のグループが決定をする。これによって、時にはつまづくこともあるがそれはそれでいい。

(質問：イギリスではボランティアの数や活動が足りているのか、全くまだまだ足りないか。)

<John Hannen>

この 10 年間、ボランティアの数としては安定、横ばいだが、ボランティアをする時間は減っている。55 歳以上の人たちのボランティア時間が急激に減っている。時間がないというのが大きな理由だ。その年代の人たちに介護負担がかかっているということでボランティアの時間がなくなってきている。だから、ケアをしている時間はその本人にとっては減ってないが、家族をケアすることによって変わってきている。また移送が障壁になって人が家から出ていけないために、その人たちを介護しなくてはならないという問題とも関連している。

<Chris Phillipson>

1940 年代後半に生まれたベビーブームの世代は、不平等はたくさんあったとしても豊かさ、経済的な発展を享受してきた。しかし、問題は那些人たちが伝統的なアプローチの仕方や伝統的な考え方をどのくらい変えたかということにある。サードエイジといわれるこれらの人たちは娯楽を重視する等、その前の世代とは異なった社会活動を楽しみたいという思いが強い。したがって、高齢者の雇用を増やすという場合におけるチャレンジな部分は、仕事を辞めたいという思いがある 1940 年代後半に生まれてきた人たちに関することである。

いつリタイアしたいかという質問に対して、60 歳代初めにリタイアしたいという人が多くいることが欧州での様々な調査結果から判明している。しかし、現在は、60 代後半まで少なくとも

も働かなければならないという圧力がかかっている。したがって、私はこれから社会が衝突コースに向かうのではないかと思っている。つまり、働くことはもう終わりにしたいと願う人と、その余裕はないと唱える政府との戦いだ。解決方法はあると思う。それはライフコースを全体として見て、40歳代50歳代の方は仕事から少し休む時間を増やすことだ。そして、もっと全体が長く働いていくということを奨励していく必要がある。

<John Hannen>

ICTテクノロジーでいろいろな仕事の仕方も変わってきている。だから、いわゆるスポーツチームの例でいえば、固まったチームとしていつもあるというのではなく、私はいま空いていますよ、誰か一緒にスポーツをしませんか、チームを組みませんかというやり方に変わってくる。それがコミュニティの在り方の変化にもなってきている。どちらかというとな農村部のほうは昔ながらの社会的な行動を取っているが、都市部のほうはより流動的なかたちになってきている。ボランティアもそれに呼応したかたちで変化が必要になってくると思う。フレキシブルに空いている人の時間をもっと活用するようなやり方ができないか。

(質問：ウーバーのボランティア版のようなイメージか。)

労働者の搾取なしのウーバーだ。

(質問：イギリスでは有償ボランティアはいるか。)

<John Hannen>

いない。過去には、経費をもらってフレキシブルに使えるボランティアというものはいたが、それは最低賃金法ができて変わった。私が誰かに仕事を出すとしたら、経費とは関係ないかたちで私がその人に払わなければならない。

<Paul McGarry>

グレーター・マンチェスターでは、マンチェスターに貢献してくれた人ということで、高齢者に年に1回アワードというかたちで賞金を差し上げるという制度はある。それは財政部といつも議論になるが、そのような制度もすこしは助けになっている。

(質問：大した金額ではないのか。)

<Paul McGarry>

集めておくようにという領収書の金額よりも小さい。

(質問：ヨーロッパで早くリタイアしたいと答えるアンケート結果が多いということだが、社会の役に立ちたいとか、誰かの役に立ちたいかと質問して、その回答が否定的にヨーロッパではなっているか。)

<Chris Phillipson>

1970年代、80年代において、高齢者は、早くリタイアしなさいと奨励された。しかし、後世

の高齢者を支えられるかどうかの懸念があるのもっと働きなさいと現在は変わっている。しかし、技術的な変化により、いい質の仕事を提供する機会はどんどん西洋社会では減ってきている。事実、自動化やロボットで仕事というものが大きく変化してきている。60歳代の人たちに、仕事と介護の両方を要求することは非常に難しい。

(質問：それは家族ケアのことか。)

<Chris Phillipson>

自分の家族の介護をしなければならない一方、仕事もずっと続けなければならないという緊張関係がある。政府は何もしないから、私をはじめとしたプロの研究者がその問題を見て、提言をしていかななくてはならない。

<Paul McGarry>

グレーター・マンチェスターの貧困地域では、貧困平均寿命は50歳を切っている。

(質問：社会貢献をしたいというマインドは減ってきているか。)

<Chris Phillipson>

少し表現が違うかたちで答えれば、統計の仕方が多様化されてきているといえる。それは、有償である雇用に長くいたり、ボランティア活動をしたり、介護をしたり、いわゆる画一的な社会貢献というのではなく、それが多様化されてきている。

<John Hannen>

若者のボランティアはたくさんいる。だから、新世代が社会貢献をしたがらないというわけではなく、ボランティアをしたいというモードが多様化されている。それがフォーマルな社会とのつながりから、インフォーマルな社会とのつながりにシフトしてきているという言い方になると思う。

<Chris Phillipson>

歴史的には日英で大きな違いがある。日本のほうは雇用率が高く、また異なる産業システムを持っていた。

一方で、欧州では60歳代中間で退職するという制度化がされた。だから、いわゆる福祉国家を築きあげてきた中、もっと仕事を続けなさいというのはかなり異例なことだ。しかし、明らかにこの見解は変わってきている。日英も含めて、普遍的にもっと長く働くべきだという見解が出てきている。しかし、また一方で、仕事が変わっている中で、もっと長く働く必要があるのかということがまた一つの課題になってきている。私が日本のシステムで非常に興味深く思っていることは、メイン・キャリアから転職しても雇用が続いていくというシステムだ。

8月31日(金)	午前	マンチェスター
英国の老年学		

- Niel Pendleton, Professor of Medical Gerontology and Honorary Consultant Physician, Univ. of Manchester and Salford Royal NHS Hospital
- Kath Checkland, Prof. of Health Policy and Primary Care, Univ. of Manchester, GP
- Mark Dawson, Research Initiation and Delivery Manager, GM Mental Health NHS Foundation Trust

<Niel Pendleton>



私は Niel Pendleton でマンチェスター大学の老年医学、また臨床老年医学の教授だ。老年医学とは何か、老年医学医師とは何かについて話す。そして高齢者の健康とウェルビーイングを向上させるためのやり方を説明したい。最後のスライドで二つの出版物をご紹介しているので、この出版物を見ていただければ老年医学に関する詳細が分かる。

まず、老年医学の歴史というところから始めたい。これは医学の古代から現代に至るまでの歴史の中において、ずっと長く存在していた学科ではない。

英国における高齢者向けサービスの歴史

- ▶ NHSは1948年に誕生。当時の65歳までの死亡率は48%。
- ▶ 2030年までに、人口の1/5が65歳以上になると予測。その頃には平均寿命が男性で88年、女性で91年。
- ▶ 医学は、単一臓器疾病モデルで発展した。
- ▶ 例外は、高齢者の健康を擁護する先駆者たち = 老年科医または高齢者のヒーラー

イギリスにはNHSという非常に誇り高い制度がある。その制度が始まった1948年には、65歳以上の死亡率が48%だった。2030年までの予測では、65歳以上の人は5人に1人になる。そして男性の平均寿命は88歳、女性の平均寿命は91歳になるといわれている。

医学は、各臓器分野、領域に特化した形（単一臓器疾病モデル）で発達してきた。例えば、心臓学、腎臓学、胃腸学、神経学といった形だ。しかし例外的に、われわれの開拓者的存在だった医師たちは、高齢者というものは複雑なそのヘルスニーズがあるということに気が付いて老年医学を志向した。

ギリシャ語でジェリアトリックスという言葉は、高齢者のヒーラー（治す人）が語源になっている。老年医学はどのようにして発達してきたのかということについて話す。

老年医学の先駆者たち

- ▶ **Nascher**: 1909年の重要な論文でGeriatrics(老年医学)という言葉を使用
- ▶ **Marjory Warren**: 1935年に最初の老年医学ユニットおよびリハビリテーションモデルを創出
- ▶ **Norman Exton-Smith**と**Lord Amulree**: 1930年代と40年代に協働。老年医学の効率性モデルを提示し、これが保健省に認められ、**British Geriatrics Society**(英国老年医学会)の設立となった
- ▶ その他(例): **Trevor Howell**, **George Adams**, **Bobby Irvine**, **John Agate**, **William Fergusson-Anderson**, **John Brocklehurst**, **Hugo Droller**, **Bernard Isaacs**, **Eluned Woodford-Williams**

まず、老年医学についての最初の文献が出たのは1909年、Nascherという人がジェリアトリクス、老年医学という言葉を使った。そのNascher氏が説明したのは、高齢者は、複雑なそして複数の臓器の疾患が起きるといっている。1930年代、40年代になって初めて、複数の臓器の疾患に対処する実証モデルができた。それはWarren氏だ。それで、ホリスティックなアプローチ、それからリハビリという概念が出てきた。

そのアプローチがいわゆる単一の臓器に特化したアプローチよりも効率的であるということが実証され、それから保健省がこちらのモデルを採用し、イギリスの老年医学が本格的に始まった。以降、老年医学の高名な医師たちの名前が挙がっている。

老年医学の定義はイギリスの老年医学会で決まっている。この組織はイギリスの老年医学医師たちの集合体だ。その定義の鍵となる部分は、まず社会的な側面に焦点を当てているということ、それから高齢者の疾患というものは複雑で複数の臓器にわたる疾患であるということだ。そして高齢者の疾患というのは、若者たちの疾患とは違うということだ。そしてまたリハビリの利点、ソーシャルサポート（社会的な支援）の利点ということがうたわれている。

英国の老年医学

- ▶ 英国老年医学会による「老年医学」の定義:「高齢期における疾病の臨床、予防、治療、社会的側面に係わるGIM(一般内科)の分科である。虚弱、複雑な共存症、異なる症状のパターン、治療への反応スピードの低下、ならびにリハビリテーションまたは社会的支援の必要性といった課題には、専門的な医療スキルが必要とされる。」
- ▶ 王立内科医協会で、現在最も多い専門医を擁する分野であり、10,500名のうち1,350名を占める。

ここで留意していただきたいことは、イングランドにおける老年医学医師は、内科医の中で最大の部分を占めるということだ。1万5000人の内科医のうち1万2350人以上が老年医学にかかわっている。

英国の老年科医

- ▶ 特定の臓器または疾病ではなく、診察する患者によって定義される珍しい分野:「総合医療」
- ▶ 急性期の医療的緊急アセスメントで、大いに貢献
- ▶ 病院の患者で現在多く見られる兆候:虚弱、認知症、共存症、リハビリテーション、退院計画、終末期ケア
- ▶ 総合的な老年医学アセスメント:その価値は、入院期間やアウトカムの質に関してより良い結果のエビデンスがある。

老年医学の医師は患者を診るときに、一つの臓器に特化した形で診るのではなく、その方の年齢と、複数かつ複雑な臓器の疾患という形で診ていく。



老年医学共通の課題の部分は緊急入院するケースだ。その文脈のとおり、老年医学という観点から見ていくのが共通のアプローチだ。実際に急性疾患で入院する人の60%が高齢者だ。

しばしば、ケースとしてはフレイルティ、認知症、そしてまた複数の臓器の疾患を抱えている患者が挙げられる。この人たちはリハビリが必要であったり、あるいは終末期ケアが必要であったりする。そのような場合の老年医学のアプローチは、コンプリヘンシブ・ジェリアトリック・アセスメントという総合的あるいは包括的な老年医学評価をとるものである。そのアプローチは、その個々の患者の肉体的、精神的、そして社会的な問題を診ていくというものだ。このようなアプローチをとることがよりよい成果を生むという証拠がある。例えば、自宅に早く帰れるというようなQOLに関するアウトカムもまたしかりだ。また老年医学というのは、ある一定程度の専門的なものを発達させてきた。イングランドにおけるNHSにおいて、それがどのような形で実施されているのかということについて述べていく。

まず患者が病院に行く。そしてまず患者は急性担当の内科医（フィジシャン）によって診察を受ける。それは専門家と認定・特化している専門医ではない。それはA&E（緊急外来サービス）の医師であったり、あるいはA&Eを入口にしてくる病棟の医師だったりする。それから、外科とリンク（リエゾン）を持つ老年医学医師になる。また成人の多くの患者の以前よりももっと複雑なニーズに対応しなくてはならない。外科医の専門医もこれに対応しなくてはならないという形になってきている。

それで、多くの患者の場合、外科的な介入というものがいわゆる健康上の問題を解決するということにはならない。ほかの医学的な問題、社会的問題、心理的な問題があって、そのニーズに対処しなくてはならない。

骨を扱う老年医学ということで、高齢者のための整形外科がある。多くの高齢者の整形外科の問題は、腰の骨折だ。それは非常に多くの痛みを伴う。また他の外科に関連する老年医学もある。緊急入院後、いわゆる選択的な外科手術が必要になる患者もいる。高齢者を対象とした複数の疾患に対応する計画をきちんと立てるほうが、よりよいアウトカムが生まれると言われている。例えば、膝や股関節の手術だ。

またリエゾン老年医学と呼ばれるモデルになると、外科的だけではなく、非外科的などところとのリンク（リエゾン）を図る。例えば腫瘍学だ。また、それに続くサービス、例えば精神科医のサービスが老年医学の医師によって提供される場合もある。

イギリスでは認知症のサービスが増えている。老年医学の臨床医が、例えばメモリーサービスであるとか、認知症の評価サービスにかかわる。現在、分野として大きくなっているのがせん妄（デリリウム）を管理し予防するという分野だ。いまはこのせん妄が非常に大きな課題になっている。これを対処することが、入院期間を短くするのはもとより、アウトカムを生み出すということにもなっている。

壁のない病院：地域老年医学

- ▶ 英国では老年科医が、地域の診療医で最も大きな専門科医のグループ
- ▶ フロントドアサービス：入院回避。すぐにアクセスできる診療所または危機対応チーム。ケアホームへのサービスを含む。
- ▶ バックドアサービス：リエイブルメントサービス。この中には、急性期病院から自宅または中間ケアへの移行を含む。
- ▶ プライマリケア・リエゾン：多職種グループ会議（MDG）

最後に、コミュニティにおける老年医学の医師について話す。つまり病院外の老年医学ということだ。これについては少し詳細について述べたい。人々は、壁のない病院（hospital without walls）というフレーズを使う。場所にかかわらずその患者にフォーカスを当てるという意味だ。プライマリケアとか GP とはまた別に、この老年医学医師がコミュニティにおける特別グ

ループの一員となっていく。コミュニティにおける老年医学の医師たちは異なる形で仕事をする。

一つはフロントドアサービスといわれるもので、これは入院をできるだけ避けるというものだ。コミュニティである高齢者が問題を抱えているということが認識されたら、いわゆるラピッド・アクセス・クリニック（緊急アクセス診療所）に24時間いつでも行くか、あるいはそのクライシsteam（危機チーム）がその高齢者のいるところに行ってそのニーズを評価し、そして管理計画を立てる。24時間体制のヘルスソーシャルケアを受けられるケアホームではこれがよく使われる方法だ。

もう一つはバックドアサービスといわれるもので、これは退院に関するサービスだ。このバックドアサービスは、急性疾患ではないが、実際に自宅に戻って普通の日常生活に戻るには長期の時間がかかるという場合だ。このような患者には、自宅において医療と社会的ケアのサポートを強化した形でサービスを提供する。もしくは、別の中間的なケアベッド病棟というものがあるが、そちらのほうに移る。

さらにもう一つのアプローチがプライマリーケア、あるいはGPと一緒にあったアプローチだ。この場合は、実際に患者とプライマリーケアのチームがミーティングを持って、その患者の問題、それから脆弱であるなど問題を特定し、サポート、アドバイス、あるいはときには臨床的な評価を行う。

UK 英国の老年医学

- ▶ 歴史的に、高齢者を対象とした患者中心のケア発展を主導してきた
- ▶ 近年高まっている、医療の疾病以外の面に重点を置くモデルの専門的知識
- ▶ 変わりゆく成人患者の人口学的特性と歩調を合わせた最大の医療専門分野
- ▶ 健康やウェルビーイングに対するチームベースのアプローチで経験豊富

ここで、いくつかのキーポイントを要約する。老年医学の発達というものは、患者を中心にしたヘルスケアのコンセプトをもとに発達してきた。特定の疾患領域にフォーカスを当てたやり方というものは、現代医学にとってはより有益性が少なくなっているということが明確に言え

る。そして、老年医学のフォーカスは、原則的にホリスティックな評価をするということだ。そしてヘルスケアに関するチームベースのアプローチ、医療と介護を合体した形でのアプローチだ。

(質問: コンサルタントスペシャリストグループというのは、グループとして一つの場所に存在し、その場所で活動をしているのか。)

<Niel Pendleton>

老年医学の医師は病院にもいるが、いま増えているのはコミュニティベースの老年医学の医師だ。多くの医師が2カ所以上で働いている。老年医学の医師はA&Eのフロントドアサービスのところでも働き、コミュニティの中でも働いている。

(質問: 中間的なケアベッド病棟は同じ病院の中にあるのか、それともある病院から次の中間的なケアベッドを持っている別の病院に移るのか。)

<Niel Pendleton>

答えは複雑になる。病院の中のスペースとして存在する場合もあるし、コミュニティの中に別な形で存在することもある。また、ケアホーム、民間の施設の中に存在している場合もある。2000年初めにNHSの「高齢者のためのNHSフレームワーク」というものができた。このフレームワークの中に、高齢者のためのヘルスケアとして、異なるモデルを提供することができる書かれてあり、その中で中間ケアも言及されている。これは2000年初めのものであるから現在では古くなってきてはいるが、それ以来更新版が出ていないので、これをご参照いただくのが有益かと思う。このフレームワークのドキュメントはその政府のウェブサイトで無料公開されている。

(質問: 2000年にそれが出たが、実際の運営としてこの中間ケア病棟というものは比較的新しいか。)

<Niel Pendleton>

イングランドでこの言葉が存在しているのは10年以上になるかと思う。コミュニティでは同じようなコンセプトに基づく、異なるモデルが存在している。特にこの中間ケアと呼ばれるものは患者の自宅で実際に行われることもある。フォーカスは、いわゆる病院における患者の在り方ではなく、リエイブルメントに焦点を当てていたということだ。これに関しては後のCheckland教授のプレゼンで詳しくまた説明する。

(質問: 施設の、建物の中での医療は見えているのでコントロールしやすいと思う。コミュニティの中での医療は際限がなく、どこまでをNHSでカバーするのか、社会サービスでカバーするのかということもあると思う。どのように考えるか。)

<Niel Pendleton>

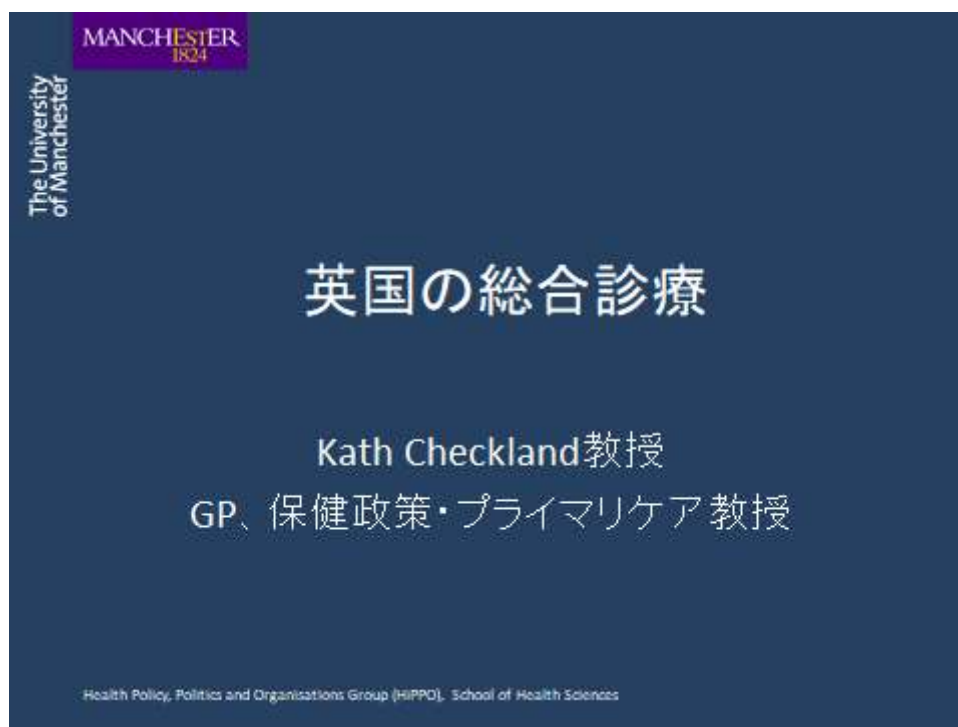
実はそれが統合ケアのドライバーになっている。グレーター・マンチェスターでは、いわゆる

権限委譲という、医療と介護の予算を統一するという試みをしている。その統合ケアというのは、病院組織、プライマリーケア、それから地方自治体と一緒に、ガバナンスというフレームのもとと一緒に取り組もうというものだ。まだこれは初期の段階で、これらの様々な組織と一緒に取り組むということには課題がある。その課題だが、まずそれぞれのその組織がそのワークスタイルであるとか、ワークプラクティスであるとか異なる哲学によって行われている。そして、情報システムが違う、またその患者についての知識が違う。医療とソーシャルケアにおいては、またその知識が違う。またもう一つの課題として予算を共有することの課題もある。しかし、グレーター・マンチェスターはたくさんの進歩を遂げてきた。そしていろいろなことを発達させてソリューションへと向かっている。

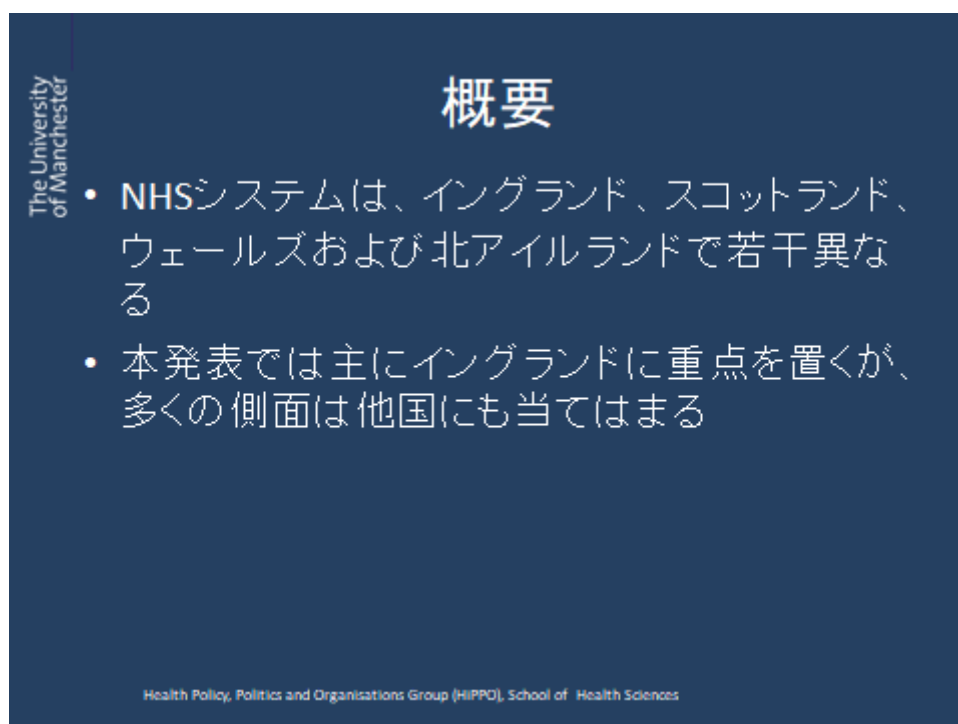
関連文献

- ▶ Oliver D & Burns E: Geriatric Medicines and geriatricians in the UK: How they relate to acute and general internal medicine and what the future might hold? (英国における老年医学と老年科医: 救急医療および総合内科との関連性ならびに将来への展望) *Future Hospital Journal* 2016 Vol 3, No 1: 49-54
- ▶ Burton A and Mulley G: History of the development of geriatric medicine in the UK (英国における老年医学の発展史). *Postgrad Med J* 2003;79:229-234

<Kath Checkland>



私はマンチェスター大学のヘルスポリシープライマリケアの教授だ。また、週に1度GPとしても実際に働いている。私は1991年からGPをしているので、私がお話しすることは、自分自身がNHSのGPとして働いた体験に基づくものだ。



グレーター・マンチェスターは、いわゆる権限委譲が進んでいる。スコットランド、ウェールズ、北アイルランドでも異なるシステムでの権限委譲がなされている。

The University of Manchester

NHSの原則

- 提供時点で無料
- 平等なアクセス
- 登録リストシステム: 全市民はGPへ登録すること
- ゲートキーパーの役割: 二次医療は紹介を通じてのみ利用可能(救急医療を除く)

Health Policy, Politics and Organisations Group (HIPPO), School of Health Sciences

われわれは NHS に非常に誇りを持っている。これは 1948 年からイングランドで続いているわけだが、複数の原則に基づいて NHS は成り立っている。その中でもっとも重要な原則は、いわゆる提供時点においては無料であるということ、そしてこれによりアクセスの平等性が図られるということだ。そこでいわゆる登録リストシステムがとられている。つまり、すべての市民は GP に登録しなくてはならない。

GP は、いわゆるゲートキーパー役を果たすことになる。もちろん緊急の A&E の場合は異なるが GP を通ってからでないと二次医療（セカンダリーケア）は受けられない。つまり、ニール氏が外来として診る患者はすべて GP からこの紹介されてきた人ということになる。

自己負担金

- 歯科サービス
- 処方薬（現在は約8ポンド／種類）
- 社会的ケア: NHSの一部ではない。地方自治体が提供
- GMS以外のサービス（例: 保険報告、渡航前予防接種）

ただし自己負担の部分もある。例えば、歯科サービスの一部は自己負担になる。処方薬も一部は自己負担のものがある。もっとも 65 歳以上の処方薬はすべて無料だ。

NHS と社会的ケア、医療と介護は別で、社会的ケアは、いわゆる資格審査（ミーンズテスト）を受けてどのくらい自分が負担するのかが判明する。つまり私の患者で、多く自宅サービスを受けていて、朝ベッドから起き上がるために介護者が必要であるという人たちは自分自身がお金を払っている。

NHSの部門

- プライマリケア: GP診療、歯科、眼科
- 地域ケア: 地域看護師、様々な病院外サービス(例: 理学療法、足病治療、カウンセリング)
- 二次医療: 病院を拠点としたサービス
- 三次医療: 専門サービス(例: 移植、心臓手術、複雑な癌サービス)

Health Policy, Politics and Organisations Group (HIPPO), School of Health Sciences

NHSは異なるセクターにまたがる。

プライマリケアは、市民がGPに登録するところから始まる。直接のアクセスができるところだ。それはGP、歯科医、眼科医といったものである。

それから地域ケア(コミュニティケア)がある。これはその看護師が実際に患者の自宅に行って診るという形だ。それから、病院以外で行われるサービスでフィジオ(PT)であったり、足病医であったりだ。非常に社会は高齢化していて、これらのサービスの重要性がだんだん増している。そしてGPと病院との連携が重要になる。また、医療と社会的ケアとの境界線がだんだんあいまいになってきている。ニール先生が言ったように、老年医学の医師がコミュニティの中に入るような形になったり、またコミュニティの看護師が病院とより多くの連携をとるようになったりしたことで、方向性としては統合ケアになっている。

しかし、これらのサービスはそれぞれ異なる形で支払いが行われているということで、このサービスを統合していくことの難しさがここにある。

GPサービスの提供

- GPは独立したNHSの契約者
- 自ら診療所を所有(建物を含む)
- 大半がグループ診療で協働
- 様々な追加的スタッフを雇用
 - 看護師
 - 医療助手
 - 薬剤師

Health Policy, Politics and Organisations Group (HIPPO), School of Health Sciences

歴史

- 1948
 - NHS設立
 - 大半のGPは単独診療
- 1960年代
 - 危機-大量辞職の恐れ
 - 追加的な投資、グループ診療の奨励
- 1970年代
 - ヘルスセンター設立、グループ診療形成

Health Policy, Politics and Organisations Group (HIPPO), School of Health Sciences

歴史2

- 1980年代
 - 看護師の雇用
 - 卒後研修義務の制定
- 1990年代
 - 新契約-慢性疾患管理を重視
- 2003
 - さらなる新契約-P4P(成果に応じた報酬)を重視
- 2018
 - より大規模な診療所& 統合ケアを重視

GP のサービスというのは、NHS と契約を結んでいる独立的な経営の GP によって提供される。

病院にいるコンサルタント医師は NHS から給料を払われているが、GP の場合は NHS と結ぶ独立的な契約によって支払いが行われる。ということは、その GP は自分たちをどのようにオーガナイズするのかに関してより多くの自由裁量を持つ。ほとんどの GP は自分のプラクティス（診療）の建物自体を所有している。そしてほかのいろいろなスタッフと一緒に仕事をしている。多くの GP の診療所では、しばしば高い資格を持った看護師がいる。例えば私の GP 診療所では修士号を持っている看護師がいて薬を処方できる。また、薬剤師、ヘルスケアのアシスタント、事務部門の人もある。

概要統計(英国)

- 約42,000名のGP(常勤換算: 34,000)
- 上記のうち55%がパートナー(開業医)。ほかは給料制、非常勤または研修医
- 約9,000の診療所
- 診療所1か所あたり平均患者数: 7,400
- 医師1名あたり患者数: 約 1,600

Health Policy, Politics and Organisations Group (HiPPG), School of Health Sciences

Niel 先生が言ったように、1000人以上の老年医学の医師がいて GP の数は 4万 2000 人だ。つまり、日常の高齢者へのケアは GP が大半の場合やっているとことになる。平均的にはこの GP 診療所の規模は大きい。長期傾向としてこれが大きくなる傾向にある。

女性GPの割合(研修医、従業員、非常勤を除く): 2010-2016



Health Policy, Politics and Organisations Group (HiPPG), School of Health Sciences

女性の GP の数は点線だ。つまり多くの労働力が女性ということだ。そして、多くがパートタイム、非常勤で働いている。

The University of Manchester

リストサイズ

患者リストサイズ	%				
	2012	2013	2014	2015	2016
イングランド					
0-2,999	18.4	17.1	15.9	13.9	12.3
3,000-5,999	30.9	31.0	30.6	30.3	30.1
6,000-8,999	23.0	23.3	24.0	24.3	24.6
9,000-11,999	15.9	16.4	16.4	17.0	17.2
12,000-14,999	7.5	7.8	8.3	8.9	9.4
15,000以上	4.3	4.5	4.9	5.6	6.4

Health Policy, Politics and Organisations Group (HiPPG), School of Health Sciences

上記スライドは患者リストサイズを示している。この表から、小規模な診療所の数は減る一方、大きな診療所が増えていることがわかる。その理由の一つが、複雑な複数の疾患や症状を抱えている患者をマネージングしていくためにはやはり大きな診療所のほうが有利だからだろう。

典型的な診療所(2018)

- 3-4名のGPパートナー: 診療所を所有(建物の所有形態は様々)
- 事業管理者
- 2-3名の給料制GP
- 2-3名の看護師- 処方ができる上級看護師を含む場合もあり
- 医療助手
- 事務スタッフ
- その他の実務家には、薬剤師、医師助手、医療補助員などが含まれることがある

Health Policy, Politics and Organisations Group (HIPPO), School of Health Sciences

上記スライドに示したのは、いわゆる典型的な GP 診療所の様子だ。3人から4人の GP パートナーがいる。これは GP 医師だ。多くの場合その建物自体を所有している。診療所のマネージャーがいて、その人が雇う 2、3人の給料制の GP がいる。それから看護師の数は 2、3人。その中には薬を処方できる高い資格を持った人も含まれている。あと、ヘルスケアのアシスタント、事務部門の人、薬剤師などの人だ。これがいわゆる GP の診療所にいるコアプラクティスチームと呼ばれる典型的な構成になる。

このコアプラクティスチームが、いろいろな組織によって雇われているコミュニティスタッフと一緒に仕事をする。これはイクステンディッドヘルスケアチーム(拡大されたヘルスケアチーム)と呼ばれる。

私の診療所においては 2 週間に一度、この拡大プライマリーケアヘルスケアチームの会議を持って統合ケアを目指す。その会議だが、GP がまず参加し、ソーシャルワーカーも参加する。またコミュニティの看護師、それから比較的新しいものでコミュニティメイトロン(監督)というタイトルの人だ。そのコミュニティの中で暮らすハイニーズな人に対応する人だ。また認知症の患者に対応するコミュニティの精神看護師も会議に参加することがよくある。私の診療所にはいないが、コミュニティの老年医学の医師が会議に参加することもある。その会議では、ハイニーズの患者について、また終末期の患者について多くを話し合う。また最近退院した方についても話し合う。そしてまた自分でマネージをするのがとても大変であるという患者についても話す。この会議は長時間にわたる場合もある。



これが私の診療所の写真だ。ダービシャーの真ん中のいわゆる農村地域にある診療所だ。こちらがスタッフの写真だが全員ではない。私自身が入っていない。

The University of Manchester

地方vs都市

都市	地方
コンパクトな対象地域	広範な対象地域
通常は単一の建物で診療	別れた場所で診療
貧困層	所々に貧困層
幅広いサービス	限られた範囲のサービス
住民移動が激しい	住民はあまり変わらない

Health Policy, Politics and Organisations Group (HiPPo), School of Health Sciences

私の診療所は農村地域にある典型的に小さな診療所だが、地域的なカバーエリアは広く、100

平方マイル、160 平方キロを担当している。したがって、自宅訪問をするのには時間がかかることがある。

The University of Manchester

提供サービス

- 「病気の人または自分で病気だと思う人にとって、最初のケア」
- 慢性疾患の継続的ケア
- 母子保健
- 予防: 予防接種、子宮頸がん検診、避妊等を含む
- 第1段階の診断サービス-血液検査、X線検査、スキャン等のオーダー
- 必要に応じて病院への紹介
- 追加的サービスは委員会と交渉(例: 抗凝血剤使用の患者モニタリング、関節内注射)

Health Policy, Politics and Organisations Group (HIPPO), School of Health Sciences

これがプライマリーケアで提供しているサービスだ。初めは、病気の方、あるいは自分が病気だと思っている方への最初のケアだ。そして、複数の症状を持っている人への継続的ケアをたくさん行っている。これらの患者は、プライマリーケアの看護師と、病院とのリンクを持つような幅広いチームがコラボレーションで対応している患者だ。

子育て、それからマタニティー、それから予防のケアもしている。また専門的な MRI とか CT とか、骨のスキャンであるとか、そういうその検査を命じる権限もある。次の段階へ進む患者を紹介する前に、まずその検査を受けてもらう。あとワーファリンとか抗凝固剤、これは卒中を防ぐ薬だが、それを服用している患者へのサービスも行っている。モニタリングサービスだ。私が行わないが重度の関節炎への注射を行う同僚もいる。

典型的な1日(私)

- 8.15am – 9am -事務作業
- 9-11.30 am – 診療。10分間での予約(約15分)
- 11.30-12 – 電話(3–4か所)
- 12 – 1pm – 午前診療から生じた事務作業
- 1-2pm – 訪問診療
- 2-3.30pm – 事務作業-血液検査結果、他の検査結果、処方薬要請、病院への書状。または会議
- 3.30-6pm – 診療。10分間での予約(15)
- 6-6.30pm – 電話(3–4か所)
- 6.30-7pm – 事務作業完了(紹介等)

Health Policy, Politics and Organisations Group (HIPPO), School of Health Sciences

追加的業務

- 看護師の支援
- プライマリヘルスケアチーム会議への参加
(地域看護師、ソーシャルワーカー、精神保健支援ワーカー等)
- 月次会議-教育、手順の検討、重要事案等

Health Policy, Politics and Organisations Group (HIPPO), School of Health Sciences

私の典型的な1日を紹介する。だいたい午前8時15分ごろに診療所に行き、9時ごろまでは事務作業を行う。9時から11時半まで診療だ。だいたい10分間隔でアポが入っているがそれより長く15分かかることもある。11時半から12時までは電話だ。この電話が最近増えている。12時から1時までには午前中診療した患者に関する事務作業。午後からは自宅訪問を行う。2時

～3時半までだ。そしてまた事務作業となる。血液検査の結果であるとか、処方箋の要請書とかだ。それから先ほど述べた会議も1時ごろから始まったり、2時ごろから始まったりするがこの拡大プライマリーヘルスケアチームの会議がだいたい1時から3時になる。そうすると、事務作業をする時間がなくなるという問題が起きる。典型的な1日では3時半から6時までまたさらに診療で患者を診る。それからまた電話だ。それで、その日の事務作業を全部終えてから診療所を出るようにしている。特に、紹介状はその日のうちにやってしまう。長い1日だというのが分かるかと思う。

The University of Manchester

研修・養成

- 大学医学部-5年
- 基礎研修-2年間、主に病院で(GPで4か月行うこともあり)
- GP専門研修-3年間(病院で2年、診療所で1年)
- 試験: MRCGP。専門研修3年目に受験。筆記と模擬患者の実技試験

Health Policy, Politics and Organisations Group (HIPPO), School of Health Sciences

中間ケアについて述べる。イギリスでは中間ケアは、言葉としては中間ケアと呼んでいなかったかもしれないがやり方としては長い伝統がある。私は1986年にGPとしてのトレーニングを受けていたとき、行っていた診療所にはコミュニティホスピタルと呼ばれるベッドがあった。そこに入る患者というのは、急性疾患ではないけれども自宅ですつといるのは大変であるという人で、看護師と一緒にわれわれも世話をしていた。またセラピストもいてリハビリのためのOT・PTもそこで利用可能だった。それで、時の経過とともにそのようなサービスはいろいろな形で分断化され、特に歳費カット、予算カットによる影響を受けた。必ずしもハイテクな病院のベッドが必要ではない患者をどのようにケアしていくのかということが重要であるということは、みんな認識していると思う。

複雑かつ複数の疾患や不具合を抱える高齢者へのケアというのは、特に病院とのリエゾンをとりながらケアにあたることが重要だ。私が2時から3時半の間に行う事務作業の一つに、病院の同僚に電話をかけてアドバイスもらうこともよくする。私はこの診療所で働き始めて15年に

なるので、病院のいろいろな同僚とはいい関係を築いている。

(質問: 私たちは社会的処方に興味を持っている。先ほどの GP の役割の中に入ってなかったが、それはどうなっているか。)

<Kath Checkland>

様々な仕事の取り組み方があるが、私の診療所のある農村地域では社会的な処方のサービスはかなり限定されている。ただし大きな都市になると、社会的処方としてコミュニティグループを紹介することがよくある。私はシチズンズ・アドバイス・ビューロー（市民助言局）へアクセスをすることがある。例えば、給付関係で困っている患者があれば、ここに紹介することができる。あと Age UK というチャリティー団体が行っているデイセンターへの紹介もできる。また、運動をするための地元のレジュー施設への紹介もできる。私のところではだいたいそのぐらいしかできない。限定されているということだ。しかしグレーター・マンチェスターとしては GP が紹介できるコミュニティ活動のその範囲をもっと増やしていこうという取り組みがなされていると理解している。

(質問: イクステンディッドヘルスケアチームをつくっているということだった。地方では社会的処方が難しいということだが、都市エリアでは例えばリンクワーカーとかケアナビゲーターといわれる社会的処方を受けるような人々がいることはよくあるか。)

<Kath Checkland>

多くの地域で入っている。私たちの診療所でもヘルスケアアシスタントがその役割をしている。最近入院した人がいるならば、その病院に電話をかけて、何が起きているのか何が必要なのかわかるようなことを聞いている。ただ、私のような小さな診療所になるとその部分の重要性は少し減る。それは、すでに患者のことをよく知っているからだ。

(質問: 社会的処方で医師が処方できるサービスが例えば地方自治体とか誰かに決められているのか。)

<Kath Checkland>

サービスは委託されなくてはならない。つまり契約でお金が払われなければならない。それはクリニカル・コミッションング・グループ (CCG) と呼ばれる。これは NHS の組織だ。地域によってどのようなサービスにするのか、そのパターンを決めるグループだ。ただし大きな問題があって、NHS は資金不足なので、クリニカル・コミッション・グループは社会的処方を委託する予算取りが難しい。あと、われわれのような農村地域においてはサービスがどうしても限定され、存在していないことがある。例えばメンタルカフェは紹介しようにも地域にない。

GP のトレーニングは大学の医学部で 5 年間、そして 2 年間病院で行われる。そしてそのあと GP の専門トレーニングが 3 年だ。そのうちの 2 年が病院での仕事、あと 1 年が診療所の仕事になる。病院のほうは、例えば自分の専門の領域の老年医学であるとか、小児科とか整形外科に入

る。

ということは、GP になるには 10 年のトレーニングが必要ということだ。メンバーシップ・オブ・ロイヤル・カレッジ・GP の試験を受けて、初めて GP として認定される。

The University of Manchester

財源

- 契約に応じた報酬
- 最も多いのは General Medical Services (GMS、総合医療サービス) 契約
- 報酬には以下が含まれる:
 - 算定式に応じた基本報酬(リストサイズ、年齢構成、貧困、地方性、罹患率を含む)
 - 質に応じた報酬(質と成果の枠組み(QOF)-目標に対する実績への報酬)
 - 高度サービス報酬-地域で交渉された追加的サービスへの追加報酬

Health Policy, Politics and Organisations Group (HIPPO), School of Health Sciences

お金の話は複雑だ。われわれ GP は契約によってお金を支払われる。また契約のタイプも複数あるが、もっとも一般的なのが GMS (ゼネラル・メディカル・サービス・コントラクト) と呼ばれるものだ。これがいわゆる基本給として支払われる。これは規定されているもので複雑な方式によって金額が計算される。診療した患者のタイプ、年齢、貧困の程度、疾患の発症率の程度などが考慮される。それから、質に関するペイメントということになる。これはパフォーマンスに関するものだ。のちに詳細を述べる。

それから強化されたサービス、つまり高度なサービスに対する支払いということになる。これは例えば、特別な注射をしたときとかになる。

質と成果の枠組み (QOF)

- 2003年に導入
- 事業総収入の約20%
- 合計で1,000ポイントを達成すること
- 目標はプロセスとアウトカムのミックス
- 閾値あり-例: 80%まで達成しないと報酬ゼロ

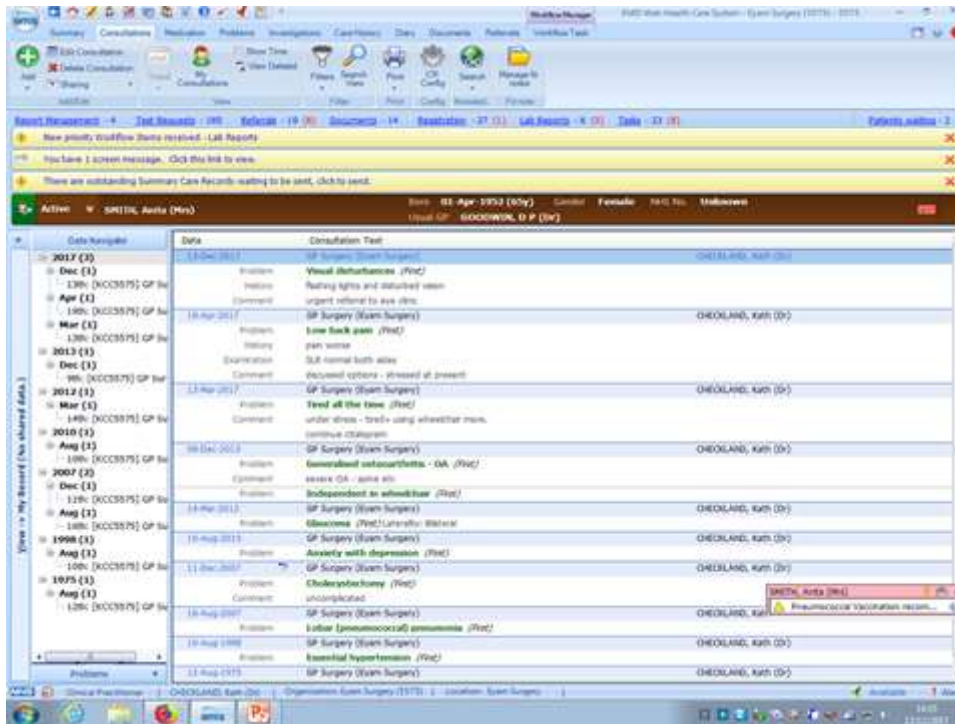
いわゆるパフォーマンスペイメントというのは2003年から始まった。しかし、これはおそらく終了するのではないかとわれている。これは実際に診療所の所得の20%ぐらいまで占める場合がある。これはある特定のターゲットがあって、それを達成するポイント制だ。プロセスのターゲット、またアウトカムのターゲット、両方ある。域値があって80%に達しないと支払いはなされない。

虚血性心疾患（CHD）の二次予防		
CHD01	契約者がCHD患者の登録を実施・維持する	4
CHD02	直近（過去12か月間に測定）の血圧が150/90 mmHg以下であるCHD患者の割合	17
CHD05	過去12か月間に、アスピリン、別の抗血小板療法または抗凝血剤を使用した履歴のあるCHD患者の割合	7
CHD07	直近の8月1日から3月31日までに、インフルエンザの予防接種を受けたCHD患者の割合	7

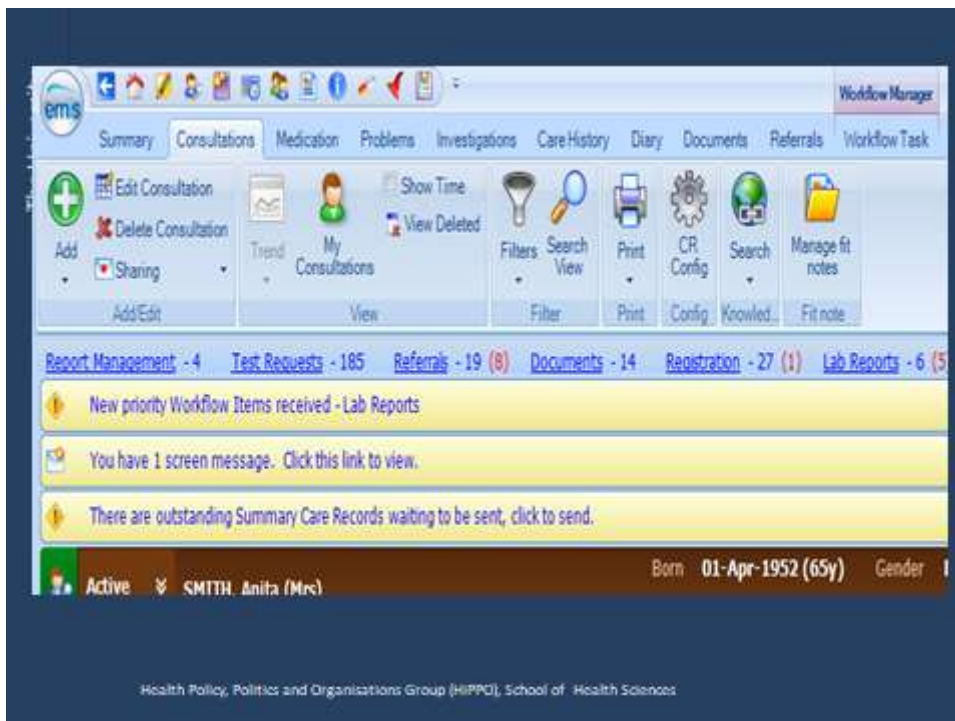
これが典型的なターゲットだ。例えば虚血性心疾患で、血圧検査の数値が出ている患者の割合だ。これが17ポイント。そういう患者の割合は個々の疾患の領域に特化した見方での、評価基準になっているので、複数かつ複雑なケアニーズを持っている患者へのケアには当てはまらない。

例えば、何回か転倒したという高齢者であれば、別に血圧検査をしてコントロールする必要はないわけだ。つまり複雑なニーズを持った患者へのケアには適応していない基準ということになる。

それで、診療所全体として、契約により収入が入ってくるので、そのインカムの中で何人看護師を雇うか、レセプションを雇うかということを決められる。



GPがどのように記録をとっているのか。これがGPのとる電子的な記録だ。非常に高度な電子記録システムをGPは持っている。1993年に私の診療所ではペーパーによる記録をやめた。



これが実際のコンサルの内容だ。病院からのレターであるとか、それからどのような検査がされたとか、一番上のタブに項目が分かっている。病院からきちんとしたレターが送られてくる限

り、その患者にとってのケアについてはすべて GP のこの電子記録で分かるということになる。これで、GP と病院とのリンクがより多く行われるようになった。例えば上のタブのインヴェスティゲーション（検査）というところを見ると病院へのリンクが張ってあって、そこをクリックすると病院で行われた検査の結果が分かる。

<Niel Pendleton>

また、一部の組織ではプライマリーとセカンダリーケアのヘルスレコードを統合するということも行われている。サマリーは、まとめられた 1 ページの形で、それにアクセスすることができる。

<Kath Checkland>

また患者が引っ越す場合は、この記録も次の GP へ渡されていく。しかしペーパーを入れる引き出しは今もあるので、私の診療所には NHS が始まる前の 1940 年代の紙の記録も残っている。1940 年代の医師はいまよりも記入する量が少なく、だいたい 1 行で終わっている。また手書きで読むのが難しい。

(質問：例えば地域の GP 全体で年間このぐらいとか、総額での規制はあるか。)

<Kath Checkland>

それはない。しかしそちらへの方向へ向かう圧力が増えている。GP の所得は契約総額マイナス経費で、その中にはスタッフの人件費も含まれる。この 10 年で経費が急増している。2003 年にいわゆるクオリティーパフォーマンス評価が導入されたときに GP の給料が大幅に値上がりした。しかし 2005 年以降、いわゆる平均的な GP 給料というのは横ばいだ。そうはいつでも私自身 GP はいいお金を払われていると思う。平均的なフルタイムの、パートナー GP で年間 10 万ポンドの所得だ。給料制の GP はだいたい 7 万ポンドだ。長時間勤務だが。

(質問：先生個人の給料というよりも、この地域の医療費総額のおおよそ決まりはあるか。)

<Kath Checkland>

それはコミッションングの話になる。サービスの予算がある。しかし、ペイメントメカニズムは非常に複雑であり、上限という形で縛られているわけではない。例えば病院へ紹介した患者は PBR という制度でローカルバジェットから支払わなくてはならない。患者を紹介するたびに予算が減っていくということになる。だから、できるならば病院への紹介は避けたいという圧力に GP はさらされるわけだ。

それで、コミュニティベースのサービスというものがより活用されるという風潮になっている。しかし、患者にとってはいいことだと思うが、私自身はコミュニティでケアを提供していくのが、必ずしも節約になるとは個人的には思っていないし、その証拠もあがっている。

社会的ケアの予算は地方自治体からの予算だが、NHS の予算よりも強い圧力にさらされている。私の地域で誰かが社会的ケアの必要があるとなると、社会的ケアワーカーが評価をする。その人の貯蓄が 1 万 2000 ポンドある場合は無料でケアを受けることはできない。私のその地域の

地方自治体ではこの値をどんどん上げようとしているので、ほんとうに重篤なケアニーズがある人しか無料で受けることができない。その例外は終末期ケアで、非常に重篤なニーズを抱えた患者の場合は、コミュニティナースであるとかソーシャルケアも含めた形で NHS が費用をする。

(質問：継続的ケア（コンティニューイングケア）サービスか。)

<Niel Pendleton>

コンティニューイングヘルスケアファンドと呼ばれるものだ。ほんとうに終末でなくてはならない。だいたい、死亡するその3カ月未満でなくてはならない。

<Kath Checkland>

プライマリーケアでは終末ケアを真剣に捉えることがなされていて、特にその自宅において終末期を迎える患者にコミュニティナースを中心にケアをしている。

<Niel Pendleton>

社会的ケアのファンドを減らしていこうとすると、ヘルスケアのリソースに負担がかかってくるということを考慮しなくてはならない。患者のソーシャルケアがチャレンジを受けますと、だいたいヘルスケアの組織のほうにみんな動いていく。患者が自宅で十分なサポートを受けられない場合は、病院の緊急病棟に入ることになって逆にヘルスのほうには負担かかる。

The University of Manchester

現在の動向

- 人材確保と定着の危機-プレッシャーの増加／満足度の低下
- 電話／デジタルでの業務割合増加
- 診療所拡大の傾向
- 新たな形態の職員／スキルミックスに向けた動き
- 「Federations(連盟)」または「ネットワーク」-スケールメリットのために協働
- 統合ケア-地域や社会的ケアサービスとの協働

Health Policy, Politics and Organisations Group (HiPPo), School of Health Sciences

<Kath Checkland>

プライマリーケアにおける現在の傾向として、GP の人材確保、定着は危機的状況にある。給料はいいとしても、非常に長い1日で、そしてまた非常に大きなプレッシャーの中で仕事をし

なくてはならない。またデジタルでの業務割合も増えている。そして診療所自体の規模がどんどん大きくなっている。GPの採用が難しいということもあり、新しい形態の仕事をする、いろいろなミックスのスキルを持った人たちが必要になってきている。例えばGPをもう採用できないのであれば、高度なスキルを持った看護師を採用しようということになる。また地理横断的に診療所自体が連合するような形、あるいはネットワークでやっっていこうという動きがある。そして、統合ケアへの傾向が出てきている。

(質問：治療は医師、社会的ケアは自治体ということだが、予防が分からない。予防はどうやっているのか。ポピュレーションアプローチと、ハイリスクアプローチで。)

<Kath Checkland>

予防の一部はGPの仕事であると認識されている。例えば高齢者に対する感冒のワクチンについては予防的なものだ。秋になるとそのシーズンになるからGPにとっては悪夢だ。もっと幅広くポピュレーション、パブリックケアとなるとこれは地方自治体のほうになる。

住宅や交通は地方自治体の領域になるが、グレーター・マンチェスターの権限委譲では、地方自治体の公衆衛生とNHSが一緒になって取り組むモデルになっている。しかし個人的には、これでは金銭的節約にはならないと思う。いい予防がなされる結果、人々は90歳、95歳まで生きるので、そうなればケアのコストもかかる。われわれが目指す聖杯(ホーリーグレイル)はできるだけ体の不自由のない寿命を長くする、そして体の不自由が出てくる期間を短くするということだ。しかし、90歳以上の患者を多く担当した私のGPによる体験では95歳まで生きる人はすぐには亡くならない。

(質問：コミュニティナースとか、コミュニティにいる老年医学医師が出てきたが、それは自治体に雇われている医師とか看護師か。)

<Niel Pendleton>

地域によってアプローチが違う。病院に雇われている人、クリニカル・コミッション・グループに雇われている人、GPサービスで雇われている人もいる。地方自治体のヘルスアドバイザーは公衆衛生の医師(パブリックヘルスフィジシャン)と呼ばれる。このパブリックヘルスフィジシャンという人は、メディカルプラクティスのトレーニングを受けた人で、ポピュレーション対象の診療ができる人だ。

<Kath Checkland>

最近ではメディカルの資格を持たなくてもいいようになった。

<Niel Pendleton>

彼らはかつてNHSの中で働いていたが、いまは地方自治体と一緒に働くようになった。地方自治体の中のパブリックヘルスフィジシャンになっているということだ。

<Kath Checkland>

この公衆衛生は1974年までは地方自治体の責任だったが、1974年から2012年までNHSの

ほうに移り、またそれ以降は地方自治体に戻っている。

<Niel Pendleton>

彼らは難しい仕事を抱えている。ヘルスサービスはパフォーマンスにフォーカスが当てられている。エビデンスパフォーマンスで、つまり患者、診療した患者の数、手術の数、処置の数によって判断されるわけだ。しかしポピュレーションのヘルスが向上したことの証拠は実証するのが非常に難しい。またそのコントロールも完全にしきれにくいということがある。だからパブリックヘルスの医師の評価は難しい。やはり医師のパフォーマンスを測定するのが近代のアプローチだ。

(質問：リエイブルメントは病院を出た方が対象か。それともそれ以外の方も対象か。)

<Niel Pendleton>

両方含む。その人のかつて有していた機能やヘルスをベースラインに戻すことが目的だ。それは進化している。

<Kath Checkland>

私はリエイブルメントチームを持っている。自宅で転倒した人で、その人がフレイル（虚弱）になるとリエイブルチームに電話をすることがある。

そのチームというのは PT・OT、それから介護者で構成されている。そしてまた家のいろいろなことを助ける人などからなる。例えばレールをつけて自宅内での移動をしやすくする。フィジオ（PT）が訪問する。リエイブルメントのサービスを受けるなら、最初の 6 週間から 8 週間はかなり集中的なサポートを受ける。

<Niel Pendleton>

この中間ケアに関してもう一つ興味深いのは、6 週間以内にこの中間ケアというものは終了することが期待される。6 週間で越えるとこの中間ケアにいた患者は社会的ケアの一部を自己負担しなくてはならない。例えば自宅で転倒してフレイルになり自宅でマネージができないとなると中間ケアに行く。6 週間以内にこのセラピーを終了するということが期待される。それを越えると、その中間ケアの中の社会的ケアの部分に対する支払いを自分でしなくてはならない。ヘルスケアはしなくていいが社会的ケアの部分に対する支払いをその人はしなくてはならない。

<Kath Checkland>

ただし、その 2 つの区別をするのが大変難しい場合がある。

<Niel Pendleton>

もともと、6 週間ほどのいわゆる固定的な規格がだいたい決められている。

ただし、それを支払うことができないという困難な状況にある人は例外的な適用の申請をすることができる。しかし、それはかなり厳密な資格検査を経なければならない。

(質問：さっき言われた元の生活に戻るベースラインだが、それは ADL か、あと IADL か、社会や人とのつながりまで含むのか。)

<Niel Pendleton>

だいたい ADL、IADL は見る。しかし、しばしばソーシャルワーカーもかかわるので、社会的なつながりもベースラインに含まれることが多い。

<Kath Checkland>

GP もそうだ。私のような診療所では人口の移動もあまりない。みんな長く住んでいる。となると、誰に何を言えればいいかを GP が把握しているので、GP も入る場合が多い。85 歳以上の私の患者はだいたい名前をもう空で言えるくらいだ。

<Niel Pendleton>

老年医学においては、そのような患者の置かれている状況を把握するにはチームに依存することになる。つまり、領域横断的なチームワークにより、どのようなソーシャル計画、ソーシャルコネクションの計画を立てればいいのか分かる。あまり患者のことを知らない場合は市からの情報が有益になる。われわれにとってはその個人的に入手できる情報というのはそれほどない場合が多いので、経験のあるそしてまた質の高いチームからの情報が有益になる。

<Kath Checkland>

つまりコミュニケーションが重要ということだ。私にとってのベストケースは、患者についての知識、どのようなところが機能しているか、どのような社会的ケアが必要かというような情報を入手しようと病院がしてくれることだ。ベストケースとしては、いろいろな診療科にかかわるチームと双方向のコミュニケーションがあることだが、必ずしもこれがいつも起きるとは限らない。

(質問：転倒の場合に最初にチーム組むと思うが、どのようなチームを集めて、どのようなケア計画を立てるか。6 週間やって最後に誰が判定をするか。全部 GP が見るのか。)

<Kath Checkland>

だいたいそれはリエイブルチームが自ら行う。

そしてそのプロセスの最後のほうになって病院とリエゾンしたり、あるいは GP とリエゾンするということになる。そのあとのフォローアップチーム体制というものもある。リエイブルチームのほうからコミュニティのフィジオチームに渡して、そのフィジオチームが長期的にケアをしていく。コミュニティメイトロンと呼んでいる。

<Niel Pendleton>

もしそのサービスにコミュニティの老年医学の医師がかかわる場合は、患者が次の新しいベストなファンクションレベルに達したときに、そのチームが決定を行う。それはかなり複雑、複数の領域にまたがる形になる。私の経験では、個々のチームメンバーがその患者の最大限エイブルな状態かどうかということは個々のチームメンバーでは決定はできない。だから鍵となる要素というのは、そのチームの複雑かつ多層的な情報から判断できるプロがいろいろな観点を総合的に見て、患者が最大限のレベルに達したという判断をする。

<Kath Checkland>

それは個人では判断できないので、プライマリーケアのミーティングがあるとき等に合議制で

やる。

<Niel Pendleton>

老年医学、マルチディシプリナリーチーム（複数の領域チーム）というものがある。

（質問：6週間間に何回もそのカンファレンス持たれるか。）

<Niel Pendleton>

そうだ。デイリーミーティング、ウイークリーミーティングの両方だ。毎日、毎週ミーティングをする。

デイリーミーティングは短期的な目標に関してで、ウイークリーミーティングは長期的なプランニングに関してだ。

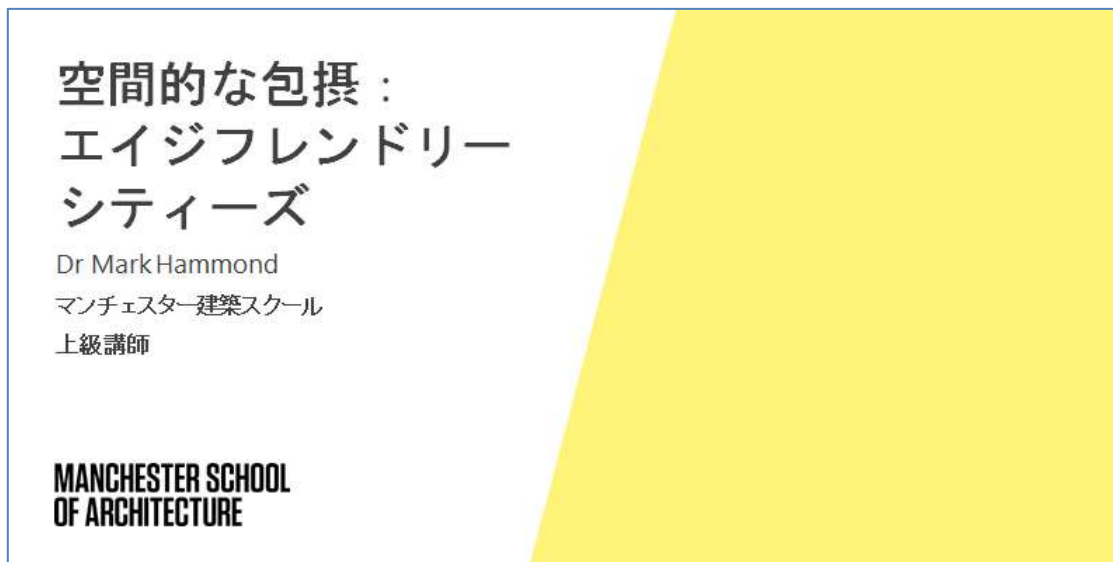
<Kath Checkland>

診療所では2週間ごとにフォーマルなミーティングを持つが、同じ建物ですべて働いているのでもっと頻繁に小さなミーティングも持つ。

8月31日(金)	午後	マンチェスター
健康建築空間環境研究グループ		

・ Mark Hammond, architecture, Manchester Metropolitan Univ.

<Mark Hammond>



私は Mark Hammond で Manchester School of Architecture の上級講師だ。GM Ageing Hub で働いている。エイジフレンドリー・シティーのプラクティススペースの研究プロジェクトを行っている。

Checkland 先生から農村地域におけるいろいろなチャレンジングな話があったが、私のほうはそれとは別の、都市部における課題ということについて話す。

タイトルは、空間的な包摂 (spatial inclusion) と呼ばれるものだ。



Place-Health Architecture Space Environment (PHASE) 場所-健康建築空間環境

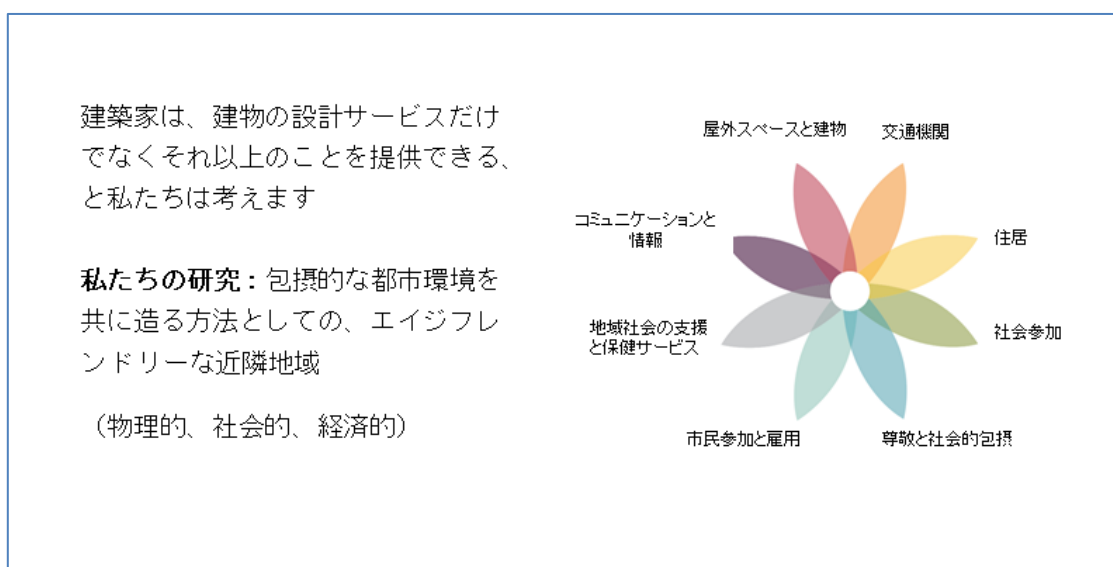
1. 提供主導の研究
2. 地域と関わる建築教育

エイジフレンドリーな近隣地域を重視。この10年間に1万人以上と連携。

私は Place Health Architecture Space Environment Research Group（場所・健康建築空間環境研究グループ）で、二つのことをやっている。

まず、提供主導の研究。つまり、われわれのやる研究が現場でインパクトを及ぼすことができ、実際に提供できるということだ。また、コミュニティが関わる建築的な教育を行っている。われわれのマスターズグループが行っている焦点は、エイジフレンドリーなネイバーフッドコミュニティということだ。この10年で1万人以上の人とコラボレーションしてきた。

私が建築家として、どうしてこのプロジェクトに興味があるのかを話す。このエイジフレンドリー・シティというアイデアは非常に興味深いと思う。また、建築家として貢献できる部分があると思う。



建築家といえば住宅を設計する、あるいは建物を設計すると考えられがちだが、いわゆる建物環境、建築環境によっていろいろなものが影響を受ける。それを上記スライドに挙げている。つまり、このエイジフレンドリーな近隣地域を作ることによって、非常にフレンドリーなコミュニティを共同で作っていくことができると思う。この包摂（inclusion）という言葉だが、これはただ物理的に含んでいくという意味だけではない。社会的、文化的、経済的な包摂をも含む。

エイジフレンドリー・ オールドモート

Q:ここに住むのは、どのような感じ
でしょうか？私たちはそれをどのよ
うに改善できるでしょうか？

空間的・提案型

- 混合法：フォーカスグループ、ア
ンケート、空間データマッピング、
都市設計分析、行動計画ワーク
ショップ



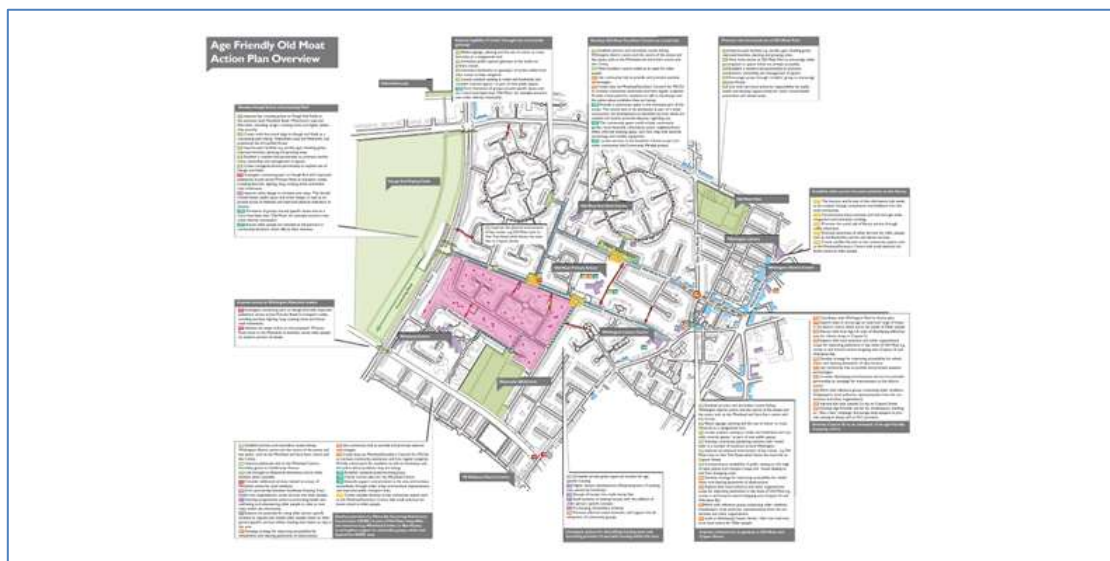
最初に話したいのが、この **Age Friendly Old Moat** というプロジェクトだ。

Chris Phillipson 先生と協力する形で、2012 年に行ったプロジェクトだ。で、このオールドモートというのはグレートマンチェスターシティーの中の南部にあって、1 万 2000 人が暮らしている。社会住宅提供社と、これは公的な住宅を提供している組織だが、そちらからこの地域で暮らしている高齢者の **QOL** を上げたい、ヘルスの状態を上げたいというアプローチを受けた。

まず、どのような暮らしがあるのか、そしてそれをどのようによりよくしていけるのかということ考えた。リサーチによって 2 つの特徴が分かった。まず **spatial** (空間的) ではなくてはならない。それから、あと **proportional** (提案型) なものでなければならない。

つまり、例えばもっとベンチが欲しいという言い方ではなく、どこにどのようなベンチが必要なのかということ考えた。2 年かけてこの地域に暮らす高齢者 400 人と一緒に何をすべきかという行動計画を一緒に立てた。ミックスマトリックスなアプローチでフォーカスグループアンケート調査、インタビューも行った。

そして、都市の設計分析を行い、空間的なデータを見た。上記スライド右側の地図だが、赤で印した部分はその社会住宅協会が持っている住宅、建物だ。コミッショナーとのコミュニケーションだけではなく、実際に高齢者がどういうところにいるのかということをも把握した。



アクションプランというのは、実際にその物理的な世界のなかで実践していけるものでなくてはならない。コミュニティで暮らす高齢者のアイデア、また、それをより洗練化されたものをここに出している。そのアイデアの一部には、小さいシンプルなものもある。例えばベンチを高齢者が暮らす所と店との真ん中辺りにベンチを置いてほしいというアイデアである。

また、公園も子どもだけではなく、高齢者が使えるような場所として確保しようとした。問題の中には、複雑かつ困難なものもある。高齢者にとって適切ではない住宅もたくさんあり、高齢者のニーズを満たすにはこのコミュニティを出なくてはならないという状況があった。しかし、高齢者の多くは、コミュニティを出たくないと考えている。そこで、140以上の提案というものができ、策定された。今日までに、そのうちの50が実現しているが、まだ実行途中だ。

- 140を超える提案。企画会議で優先事項に合意
- 継続的なプロセス-これまで50の活動が実現
- 都市圏全体で引き続き、エイジフレンドリーな近隣地域のプログラムに関する情報を提供

RSL幹部

警察官

高齢者/地域住民

再建担当者

公衆衛生担当者

学生

交通機関幹部

この写真だが、最終ワークショップでわれわれが関わった時の様子だ。私にとってこれは素晴らしい一日となった。高齢者、警察、公衆衛生の担当者、学生、住宅提供組織が一同に会した。

何が重要かという優先順序をつける合意をしていった。専門家もいたので、何をどう変えてどのように提供していけるのかという部分を固めた。



マンチェスター・エイジフレンドリーな近隣地域（2016－2020）

拡大：

- 「エイジフレンドリーな近隣地域」モデルを、マンチェスターでさらに**4地域**で活用
- **近隣地域のパートナーシップ**や**持続可能な近隣地域のインフラ作り**をさらに重視

このオールドモートのプロジェクトを土台にして、次のプロジェクトに進んだ。それがこのスライドだ。これもエイジフレンドリーな原則、近隣地域（ネイバーフッド）の原則に基づいて4カ所で行った。また、このプロジェクトでは近隣地域のパートナーシップ、そのコミュニティの中にいる人たちが一緒に取り組めることに焦点を当てた。このパートナーシップが長期にわたって持続できるような持続的なインフラストラクチャーを作りたいと思った。このネイバーフッドパートナーシップは、住民、地域、警察、住宅供給組織などからなる。また、ヘルスリンクワーカーなども含まれる。

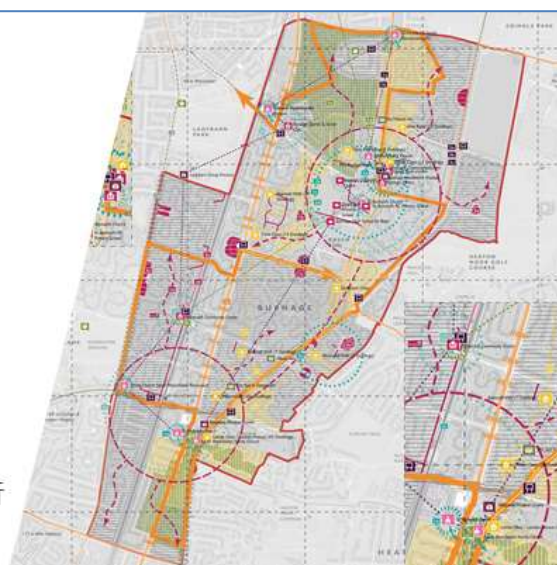
4つの行動計画に4,089人が貢献

住民主導のプロジェクト90件に資金提供
(14万ポンド)

- クラブや活動
- 建物の物理的な変更
- コミュニケーション・キャンペーン
- 地域の交通機関に関する取り組み

大半のプロジェクトは高齢者が主導。

これら的高齢者の多くは通常、資金申請を行うような人たちではない。



これらのプロジェクトは、より大規模になって 4000 人以上の人がこの 4 つの行動計画に貢献

した。この4つの独立したグループであるネイバーフッド委員会が立ち上がってもう数年がたつ。この委員会のメンバーは120人に上る。

この住民主導のプロジェクトは高齢者にとってよりよい近隣地域にするために予算を使うことができる。独立委員会ではあるが、行動計画にのっとった項目を実行することができる。その例だが、以前には存在していなかったクラブ活動や、アクティビティ活動への資金援助などだ。高齢者が集まる多くの会場が高齢者には不親切である。例えば、階段の問題とか、障害者用のトイレがないといった問題があったので、階段ではなく坂を付けたり、障害者用のトイレを設置したりした。また、この委員会はコミュニケーションキャンペーンというのを行って、小冊子を作成、配布して、その地域の高齢者に今起きていることを伝えた。


農村地域ほどはひどくはないとしても、やはりこちらの都市の地域でも交通の問題があった。あるエリアでは、住民がバスのサービスを導入したいということで、それを活動計画にした。既存の交通網は、若者たちが職場に行くには便利なバス路線だけれども、高齢者がコミュニティセンターに行くには不便なバスサービスになっていた。

このように、このプロジェクトはそのコミュニティに住む高齢者が主に主導する、また設計するプロジェクトになった。これまでそのようなファンディングに応募をしてプロジェクトに関わるといった経験のない人たちが実際に関わるようになった。大体はコミニショニング（委託）されたコミュニティのサービスとしてオペレートされるが、ある地域では、今まではヘルスサービスの中にはなかった身内を失ったときに対応するサービスもできた。

協同的な近隣地域（学生主導）

2035年までの人口増加を踏まえると、現在の供給量はニーズの85%。いかにしてそれを最大限活用し、住宅「危機」に対応できるか？

このプロジェクトで私たちは、既存住宅の改造・増築・再構成を検討



4.3

Accessible Studio, Exploded Construction, Anomeric
P32 Building PE, USA, ME, Ag

オールドモートでは住宅問題が非常に大きかった。そこで、学生主導のプロジェクトで代替的な住宅プロジェクトというものも行った。年を重ねていくと住宅をそれに合わせて適用させていかななくてはならない。



私自身がこのコースを教えたわけだが、若い建築学を学ぶ学生たちが高齢者と話し合うことによって、偏見的な通念も変わる。学生自身もいろいろな刺激を受けた。最初はいわゆる医学的な観点からしか高齢者の生活というのを見ていなかったが、2年の間にもっとホリスティックな見方をするように変わってきた。

小さなことだがわれわれが行ったことをお見せする。このモスサイドというところではイベントカレンダーを作った。このエリアの全てのコミュニティグループが参画できるようなシステムを作った。Facebookからもこの情報が見えるようになっている。もっとも、この新しいサービスでサインアップしなくてはいけないということはない。情報告知が目的だ。これをヘルスケアの専門家が社会的処方をするのに活用するようになった。つまり、この委員会のメンバーであるヘルスリンクワーカーが、常にタブレットを持っていて情報を見ることができるような仕組みなのでいろいろ情報を教えることができるということになっている。

これは非常に重要なポイントである。こんなにもたくさんの方が起きているということについて分かっていない人がたくさんいる。情報を発信することによってみんながアクセスできるように広めていくということに焦点を当てている。

(質問:住民主導のプロジェクトでほとんどファンドを取ったことがない高齢者が主導したのご指摘だった。今はまず取りやすいファンディングを取ったうえで、さらに今後は、自分たちで積極的にファンディングを取ってほしいということも意識しているか。)

<Mark Hammond>

このファンディングは一度に2000から3000ポンドのプロジェクトだ。だから小規模なプロジェクトということで、大きなボランティア組織としてはあまり関心のない規模のプロジェクトだ。高齢者を含んだ多くの人にファンディングを取るところから関与してもらいたいと思う。その人たちがボードメンバーになる可能性もある。

ありがとうございます

Dr Mark Hammond

**MANCHESTER SCHOOL
OF ARCHITECTURE**

8月31日(金)	午後	マンチェスター
統合委託(コミッショニング)		

- Mark Hammond, architecture, Manchester Metropolitan Univ.
- Claudette Elliot, Director of Integrated Commissioning
- Peter Fink, Deputy Clinical Director MHCC
- Niamh Rigby, Enhanced Services manager, Wigan Council

<Mark Hammond>

この建物は統合的な施設で、30以上の組織がアライアンスを組んで、マンチェスターとしての高齢者への文化的なサービスも行っている。われわれが行っていることを日本の文化的組織が取り上げてくれて出版物の記事になった。

今日の午後のスピーカーを紹介する。Claudette Elliot氏とPeter Fink博士はマンチェスターのヘルスシステムのリーダーと言うべき方々だ。Niamh Rigby氏はウィガンカウンシルの方だ。

<Claudette Elliot>



私からは、マンチェスターの概要、われわれが今どこにいるのかということについて話す。統合委託(コミッショニング)ということだ。

統合委託:概要

医療と社会的ケアの委託

統合予算

マンチェスターの人々にとっての利点

システムの利点

統合委託:概要

医療と社会的ケアの委託

統合予算

マンチェスターの人々にとっての利点

システムの利点

この1年半で、マンチェスターの委託が変化をしてきた。イギリスでは、医療、それから社会的ケアは、別々のアレンジメントで成り立っている。しかし、マンチェスターでは、1年半前に、医療と社会的ケアの委託を合体して、今は一つになった。また、予算も統合していこうとい

う方向性で進んでいる。このような統合システムを持つことの利点について話す。

人々の、ヘルスとケアにおける体験が分断化していき、自分がどのようなナビゲーション・システムの中を歩いていけばいいのかが分からないということが多々ある。ヘルスとケアに関して人々の体験をよりよくしていくというのがこの統合システムの主要な利点だ。つまり、サービスにアクセスすることの、難しい点を取り除いていこうのが意図だ。

統合システムにするということは、ただ、ヘルスケアを提供するだけではない。マンチェスターの人々がハッピーであるということ、健康であるということに焦点が当たっている。したがって、われわれが出すアドバイス、またガイダンス、そしてまた提供するサービスは伝統的にされてきたものとは違うものを提供したいと思っている。これは、また、健康、ウェルビーイングの広範囲にわたる決定要素を含んだ形で行う。また、雇用へのアクセスなども含む。よい住宅へのアクセスもしかりだ。それから、レジャーの施設、文化的なサービスへのアクセスも含む。

皆さんは高齢者への関心がお高いということだが、子どもも忘れてはならないと思う。子どもが、まず人生のいいスタートを切るということが重要だ。

人はある時点で病気になる。そうすると健康に関する介入が必要になる。そのヘルスリソースを、統合ケアなので、住宅やレジャーのリソースの範囲にまで及んで、住宅やレジャーと関連する組織と一緒にになって取り組むということだ。

人々が健康を維持していくということに関して、日本の皆さんからわれわれが学べるものがたくさんあると思う。特に、町で暮らす高齢者ということに関しては、そうだと思う。コミッションング（委託）に関して、統合的なアプローチを持つことこのシステムの利点は、つまり住宅とかそのほかのリソースをもっと効果的に活用していこうという所から出ている。そして、このようなリソースを最も必要とする人たちをターゲットにして充てていこうということだ。このリソースの有効活用ということに関して、いろいろな変化が起きているので、Peter Fink 先生からお話しいただく。

< Peter Fink >

委託におけるGPの役割

臨床的なリーダーシップ

近隣地域でのリーダーシップ - 提供

多職種での取り組み

人々にとっての利点

システムにとっての利点

イギリスでは GP がプライマリーケアの医師だ。誰でもそれぞれの地理的な近い所で GP に登録をする。そして、プライマリーケアのヘルスは、この GP が担当する。

過去 20 年間、私たちは NHS のコミッショニングということに関して GP とともに取り組んできた。そしてその過程において、4、5 の異なるいろいろな変化が起きてきた。それは構造的な変化ということだが、変化が起きてきたということは、正しい答えがまだ見つかっていないということでもある。

最近の変化としては、クローデット氏が話したように、医療と社会的ケアのコミッショニングにおいて統合的なやり方をしていこうというシステムの導入だ。委託に GP が関与していくというのは新しい体験なので、そのプロセスにおいてたくさんの学び、そしてトレーニング、それもソーシャルケアについての学びやトレーニングが必要だ。加えて大きな変化として、ボランティア組織、またチャリティーのセクターの参加がある。この人たちは、コミュニティでの取り組みをしている人で、そこに GP が関わるということも大きな変化だ。

このマンチェスターにおいて、GP がこれまでの所どのような委託で、どのような関わり方をしているのかということについて述べる。国のいろいろな地域によってある程度の違いはあるが、メインの構造は似ている。CCG のリーダーシップに GP が関わる。これは、最高位のレベルで関わるということになる。つまり、委託に関する決定に関しては医学的な観点、またナーシング（看護）の観点から見て、どのようなサービスを提供するのがベストであるのかということを決めていくことになる。

GP がチェアマンシップ（議長）で、加えて 3 人のメディカルディレクター（私もそうだ）が

いる。また、それぞれの疾患専門領域に特化した 25 人の医師からなる。しかし、大半の医師にとってここに関わる仕事の量というのは小さい部分だ。月に半日分とか、月に 1 日分の仕事だ。各専門の領域というのは、例えば子どもサービスの専門の医師、また、高齢者のフレイルの専門の医師とかだ。

とはいえ、マンチェスターの GP で直接このコミッショニングに関わっているのは数少ない。しかし、GP は必ずコミッショニングに関連して作られたネットワークの中に入っている。つまり、GP が影響力を行使できるようなネットワーク構造になっている。

マンチェスターシティーは、12 のネイバーフッドに区切られている。そして、その各ネイバーフッドでリーダーたちがミーティングを持つ。これは、社会的ケア、ボランティアセクター、メディカル、ナーシングなどの代表者からなり、そこに住む人々にとって、どういうサービスがいいかということ協定する。このネイバーフッドのミーティングは、パートナーシップで行われるミーティングで、その中には、そこに住む人々の代表も入る。で、これは、比較的新しいシステムで、われわれとしてはこの新しいシステムがいい結果を生むという大きな期待を持っている。つまり、サービスの設計、また、サービスのリンクということに関してのよい結果だ。

まだ初期の段階だが、非常にポジティブな結果が出てきている。つまり、いろいろ異なるサービスが以前は結び付いていなかったのに、今は結び付くような形になり、より効率が上がっている。だから、この 12 のネイバーフッドで暮らす人々にとっての利点が出てきているわけだ。特に都市に住む人々にとってだ。それぞれの地区の人口構成も違うし、またマイノリティの人たちが住んでいるなど成り立ち方が違う。この各ネイバーフッドは大体 5 万人いる。そこに住む 5 万人にとって適切なサービスを作るのが目的だ。このような形で、この全体的なシステムから大きな利点が出てくることを期待している。さらに、このような形で関係する皆が一緒に取り組むことによってサービスの作り方、そしてまたサービスの提供の仕方に変革が生まれることを期待している。

もう一つ重要な側面として、やはり財政的な節約になるのではないかという期待がある。特に、コミッショニングに GP が関わり、この GP は大体ローカルなコミュニティのリーダーなのでこのプロセスを加速化させていくことができる。また、都市における、ヘルスに関する不平等も是正していけるのではないかという期待がある。大体、ヘルスの最悪な状態にいる人は、サービスへのアクセスも最悪だ。これは大きな問題だ。

<Niamh Rigby>



今日は地方自治体のソーシャルサービスのことについて話す。私はウィガンという地方自治体で働いている。ウィガンはマンチェスターから 30 マイルほど離れている。マンチェスター市内ではないが、グレーター・マンチェスターの一部だ。私達は NHS とより密接に仕事をするようになってきているが、今日はソーシャルサービスサイドに焦点を絞ってお話する。地方自治体（ローカルオーソリティー）には幾つかの機能がある。いろいろなサービスをいろいろな部門が提供している。私は成人向サービス（アダルトサービス）の部門で働いている。あと、子どものサービス部門もある。地方自治体は他のサービスをしている。例えば、ごみ収集のリソースサービスの部門もある。

今日、私は成人向サービスについて、特にこの 4 年どのような変化を遂げてきたかを話す。ウィガンでは、この変革的なアプローチを **The Deal**（取引）と呼んでいる。どうして **Deal** と言うかということ、みんなとパートナーシップを作っていきたい、そのようなシフトを起こしたいという願いからだ。どのようなやり方をするか、そして、どのような提供の仕方をするかを決めるのは各地方自治体に任せられている。しかし、法律によってこれは提供しなくてはならない機能とは決められている。そのようなサービスを提供するときに、人々のニーズが何かを評価してサービスを提供していかなくてはならない。われわれの部門で人々のニーズを評価するときは、主に自立、それから安全、彼らが住むと決めた場所における自立と安全の能力について評価をする。またカウンスルとして評価する中で介護者をどうするか、ナーシングホームについての介護についても行う。

サービスの中には、**In house** といって地方自治体に入っている位置づけで委託されるサービ

スがある。あるいはこれは民間部門の介護者のように、地方自治体の外にサービスをコミッション（委託）する場合もある。つまり、地方自治体には、評価する機能、提供する機能、そして、コミッションする機能がある。

課題

背景

- **社会的サービスに対する政府財源の削減**

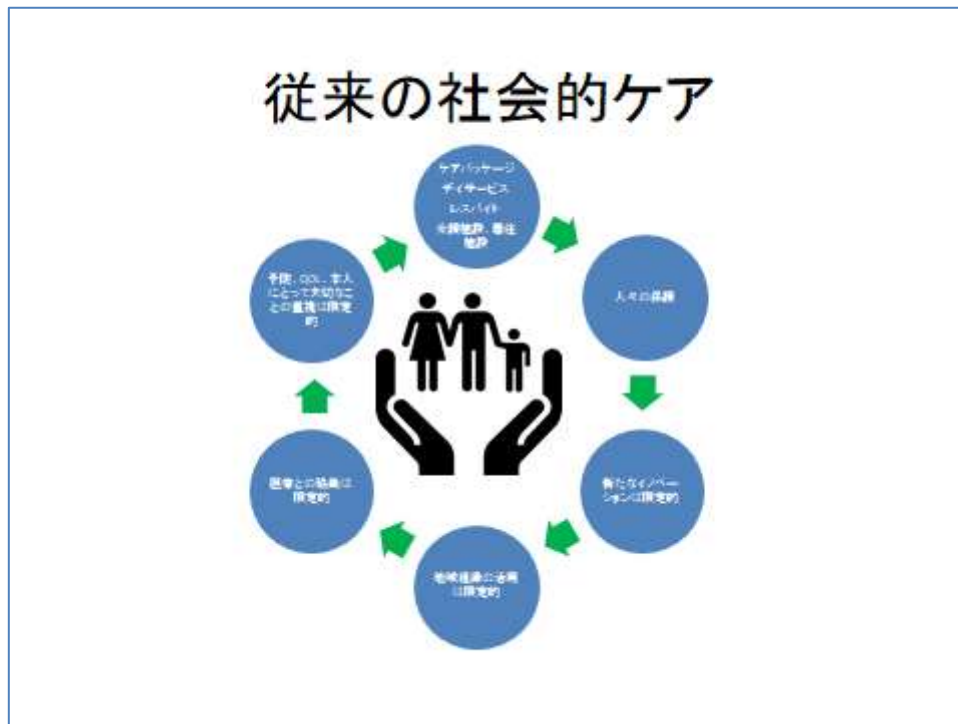
- **2014年ケア法- 以下に重点を置いた社会的ケアに関する新法**
 - サービス依存の予防および延期
 - ウェルビーイング
 - 公平でアクセスしやすいサービス、自らのケアをコントロール

- **ウィガンは「The Deal for Adult Social Care and Health(成人向け社会的ケアおよび健康のためのディール)」を策定**
 - 人々や家族のアウトカムを改善
 - 人々や組織と連携した取り組み
 - 大幅な資金節約

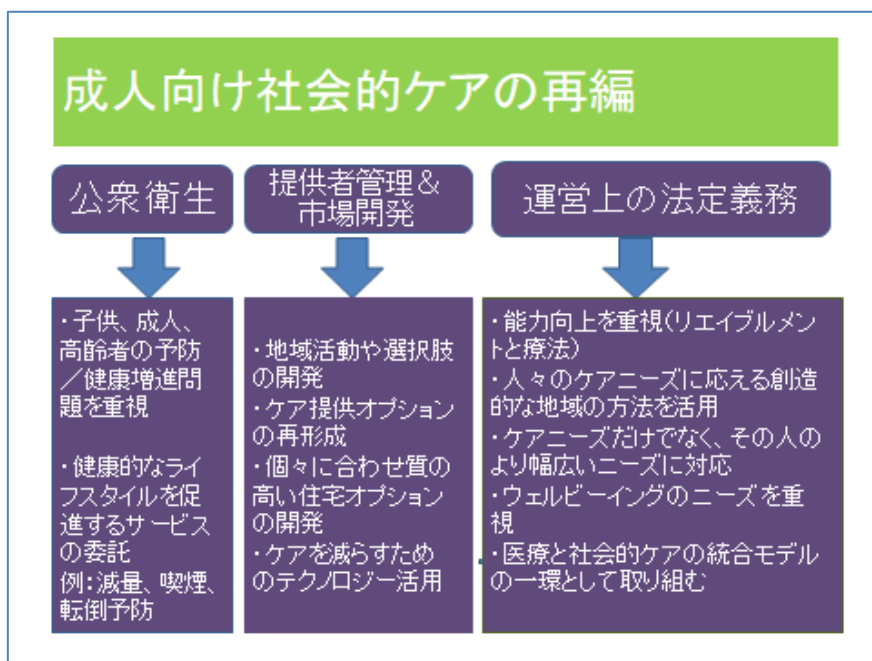
- **ウィガン自治体は2011/2012年以降、サービス全体で9,000万ポンド節約した。**

過去 5 年、われわれの仕事のやり方で大きな変化があった。まず、中央政府から、地方自治体に下りてくる資金は激しく削減された。つまり、少ない資金で同じサービスを提供しなくてはならないという状況になった。2 番目に地方自治体にとって起きた大きな変化は新しい法律だ。これは、2014 年の Care Act（ケア法）と呼ばれるものだ。これは、他の社会的ケアの法律を超越する法律だ。この法律により、地方自治体は、少し異なる形の公的な機能を果たすようになった。つまり、サービスへ依存するそのタイミングを遅らせる、あるいはサービス依存を予防するという所に焦点が当たっている。つまり、人々のウェルビーイングのニーズに対処することが、初めて法的な義務として制定されたのがこの法律だ。また、地方自治体が提供するサービスが、アクセスしやすいもの（Accessible）であるということ。そして、公平（フェア）であるということが求められる。

そして、地方自治体のシフトを求められた。つまり、独裁的な自治体が命令するプロセスではないようにするということだ。それを受けて、ウィガンでは、全く新しいアプローチとして名前を The Deal という形で始めた。ウィガンでは大成功をした。お金を節約することにプラスしてアウトカムがよくなった。



社会的ケアの伝統においては、**The Deal** とケア法の実施前後に分かれる。その前（従来）では、人々を評価するときに「あなたはこのサービスを受けることができますよ」という言い方だった。例えば、日常生活において支援が必要だということで、高齢者がソーシャルサービスを求めてくるときは、ソーシャルワーカーとしては、「こういうケアパッケージありますよ、それで介護者があなたの所に行きますよ」と言うか「デイセンターがこういうふうにやりますよ、ここに行くことができますよ」あるいは「もう施設に入りますか」というような言い方だった。他のやり方をしようとしても、とても縛られる、限定されるということになっていた。コミュニティ組織やチャリティー、ボランティアセクターを活用するという点に関しても限定されていた。また、**NHS** と一緒になって取り組むということも限定されていた。さらに、健康上の問題、あるいは、サービスを必要とすることの予防、それから、そのサービスを必要とすることをできるだけ遅らせるというようなフォーカスも限定されていた。また、ウェルビーイングや、**QOL**、その人自身が自分の生活のことをどう感じているのかへの焦点はおそらくあまりなかったということが重要な点だ。



ウィガンでは、他のたくさんの地方自治体と一緒に成人向社会的ケアが再構築された。パブリックヘルス（公衆衛生）が地方自治体の領域になった。クローデット氏やピーター先生が言ったようなたくさんのことは、この公衆衛生が地方自治体の領域に入ることによってもたらされたものだ。つまり予防であるとか、健康的な生活スタイルをできるだけ長くするためのサービスのコミッショニングも地方自治体が行うようになった。禁煙、禁酒、体重の減量も含めてである。もう一つ、地方自治体として構築したことは、われわれがプロバイダーになるということだ。これで、われわれの仕事がウェルビーイング促進や予防にもなる。このように、コミュニティを奨励した。よりよいコミュニティサービスを作るために、コミュニティの組織にお金を提供するという委託（コミッショニング）をした。また、一般の人のヘルプニーズを減らしていくためにテクノロジーにもわれわれは投資した。

そして、住み込む形で施設に住む必要のある人たちへのサポートとして、もっと個人に焦点に当てた設計をしたサポートを施設で提供するようにした。

3番目に公的な評価をするという機能について話す。これは、ソーシャルワーカーとか私のようなOTに投資した。ヘルスのプロの団体の方たちにカウンスルに来てもらって、いわゆるケアパッケージをわれわれが提供する前に人々の健康を向上させていくヘルプをOTにしてもらった。ここから、リエイブルメントサービスが生まれた。

だから、ウィガンのリエイブルメントサービスというのは、私、私のもとにいるOTたち、プラスたくさんのサポートワーカーに助けってもらって、人々の自立それからウェルビーイングを促進するプログラムを実施している。それに加えて、ソーシャルワーカーが人をアセスメント（評価）するとき、社会的ケアのニーズだけではなく、その人が必要とするニーズ全てを見るように奨励している。特にウェルビーイングに焦点を当てて、QOLそしてその人たちが何をしたいのか、その人にとって何が重要なのかという所に焦点を当てるように言っている。これは、孤立

を止めるであるとか、ソーシャルコンタクトをもっと持つていくという所が狙いだ。さらに、ヘルス側の同僚と一緒に取り組む統合モデルを作った。

この新しいアプローチを、われわれのスタッフ、OT、ソーシャルワーカー、ケアラー（介護者）が理解するということが重要だ。この Deal の重要な点はみんなとパートナーシップを持つてやるという点だ。



以上のように、ウィガンのスタッフはこの Deal を実践している。上記スライド左側のほうが、地方自治体のほうだ。右側の部分がスタッフの担当する部分になる。Deal なので署名をするようになっている。あなたが担当する人々のことを理解するのに時間をもっと取るということを地方自治体としてあなたに許可しますというのが、左側の地方自治体側だ。つまり、スタッフ自身が使い勝手がいいようにシステムを合理化した。そして、この新しい方法をスタッフが使っていくことを、地方自治体としてサポートするという言い方になっている。

また、スタッフ側としては、自分が担当する人々に関する理解を深めるための時間を取るということに合意しなくてはならない。つまり、これが新しい仕事の仕方、またテクノロジーの活用ということをスタッフ側が受け入れていくということになる。これは革新的、またクリエイティブなやり方だ。つまり、人々にパワーとコントロールを提供していくことにフォーカスを当てている。ケアニーズだけではなく、その人の生活全体を見るということにスタッフがコミットするわけだ。だから、スタッフは全員この Deal にサインをしなくてはならない。われわれもしなくてはならない。スタッフが理解しなければいろいろな変化ということを起こしていくことはできない。

私たちの行動

前向きな姿勢

...自分が行うことすべてに誇りを持つ

説明責任を果たす

...物事の改善に責任を持つ

勇気を持つ

...異なる方法を受け入れる

つまり、スタッフに新しい行動とか振る舞いを与えたということになる。全ての振る舞い、ポジティブであれ、説明責任を持つように、勇気を持つように、全ての行動にこれを反映させるようにと言う。これが、スタッフにとっても、大きな変化になった。これは好きではないという人もいた。スタッフィングのリストラクチャリングで、こういうやり方では働きたくないという人は去った。この Deal の大きなことの一つは、スタッフが人々と異なる会話を持つようになったということだ。民族誌専門家も雇った。住んでいる所の全体の文脈を含めた形で、その人を理解するということに務めたわけだ。

異なる会話

- まっさらな心-エスノグラフィ（民族誌）
- 大切なことに関する会話
- その人全体、ライフストーリー、家族、社会的ネットワーク、環境、健康、ウェルビーイングを考慮
- フォーマルなアセスメントや先入観から離れる
- 資源モデル-能力や才能を探る



従来のやり方だと、ソーシャルワーカーや OT が人に会いに行き、「何が問題ですか」、「何に困っていますか」と聞いていた。しかし、新しい会話はそうではなく、「何ができるのか」、そして、「どんな才能があるのか、何をもっと積み上げていくことができるのか」という会話になっている。また、家族の役割、どんな仕事をしているのかについても聞く。あなたの人生、生活にとって何が重要なのかということを考えるということ、これはとても重要なことだ。いわゆるソリューションのツールボックスからは出る、離れるということだ。これを、われわれは、異なる会話（ディファレントカンバーセーション）と呼んでいる。スタッフには、真っ白なキャンバスで人に会いに行くようにと言っている。その人を人として見るように、そしてその人をパートナーとして見るようにと言っている。そして、一緒になって、その人のニーズというものを見極めていく、これはウィガンにとってはとても過激なことだ。そういうやり方はしたくないというスタッフもたくさんいた。しかし、今では結果もよくなっているのでわれわれは大好きだ。そしてまた、人として、その人に話ができるので。そして、クリエイティブなアイデアも出てくる。

完璧なハーモニー

ケア法



& ウィガン・ディール

以上のことから、この Wigan Deal と Care Act（ケア法）は完全にフィットするということになる。サービスを必要とするタイミングを遅らせていく、予防する、そしてウェルビーイングに焦点を当てる。これら重要なことを全て法律に定められている形で行っている。

成人向け社会的ケアと健康

地域の解決策に人々をつなげる

- 自分のコミュニティを知る
- コミュニティ・ブック: オンラインの資源リスト
- 市場形成
- 新たな委託モデル
- 新たな役割:
 - コミュニティ知識ワーカー: 地元に関する豊富な知識
 - ボランティア・コミュニティ・コネクター
 - プライマリケア内でのコミュニティ・リンクワーカー

アクティビティやコミュニティに、もっと人々がつながってほしいとわれわれは思っている。それには、コミュニティの中にたくさんのアクティビティやつながり合うことができるものが存在しなくてはならない。つまり、コミュニティでどういうものが利用可能であるのかということを知りたい。ソーシャルワーカーやOTが理解していかなくてはならない。それで、ギャップがあればアクティビティを作って埋め込んでいかなくてはならない。ということは、コミュニティのパートナーと密接に仕事をするようになる。それで、コミュニティのパートナーがわれわれ地方自治体と同じぐらい重要であり、カウンシルの中に新しい仕事を作らなくてはならないということが分かった。つまり、コミュニティを知っている人、コミュニティのギャップが何であるのかを知っている人、そしてコミュニティにおける活動を刺激できるような人ということだ。これが、新しくできた役割、仕事の例だ。コミュニティナレッジワーカーはコミュニティの知識の豊富な人で、コミュニティコネクターは実際に人々をコミュニティの活動にお連れして活動も一緒になって短い時間だけでもやるような人だ。また、プライマリーケアのGPの所にも新しいワーカーを置いて、GPの所に来る人がいたらGPがその人をまたコミュニティにつながらせていくことができるようにした。これはリンクワーカーと呼ばれる新しいスタイルのワーカーだ。また、病院とのリンクワーカーもいる。つまり、退院する人がリンクワーカーを通してできるだけ早くコミュニティにリンク付けされていく。

<質問：リンクワーカーとケアナビゲーターの違いは何か。>

ケアナビゲーターは人々がメディカルサービスやソーシャルサービスを受けるときのナビゲーターを助ける人で、リンクワーカーはチャリティー団体とかコミュニティのナビゲーションをする人だ。

だからといって、もうケアパッケージは提供していないという意味ではない。やはり毎日介護者が来てくれるようなサービスを受けている人もたくさんいる。しかし、そうではなくコミュニティ活動ができるのであれば、またそれを楽しむことができるのであれば、そこに行くことによって介護者の世話になる部分も減らすことができる。また、楽しむ要素が上がる。

これが理論で、実際うまくいくかどうか最初は分からなかった。だからトライするしかなかった。そしてトライをした結果、予算も付いて成果も出た。

この取り組みの意味は？

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

まだ数百のケアパッケージが実施されている。しかし、ケアパッケージの焦点も変わってきて、その人の強みであるとか、ギフト（天賦の才）であるとか、タレント（手腕）であるとかに焦点が当たっている。例として、ある高齢の女性には毎日の生活の中で介護者が来て洋服を着せてもらって食事も作ってもらっていた。しかし、刺しゅうのクラスにその人が参加するというようなことも起きている。実際に、このシステムができるまではそれはなかったわけだ。

人によってはアクティビティなどやりたくないという人もいる。そのような人には強制しない。最初はあまりにもわれわれは情熱的過ぎたので、強制的だったこともあるが、それは今では本人の選択であるということが分かった。ただし、奨励はする。一緒に行くからやりませんか、あるいは、もう一人行きたいという女性がいるから一緒にどうですかという具合だ。

2番目に起きたこととして、スタッフがコミュニティをとってもよく知るようになった。私のようにウィガンには実は住んではない人でも。

これは、Dealの中の一部だが。オンラインのコミュニティブックというのも作った。この人にとってこれに興味があるのではないかということ、一般の人や、介護士や、スタッフが見つげられるように情報の共有をした。

リエイブルメントサービスというのをわれわれが作ったのは、退院した人でやはりサポートが必要な人に6週間のプログラムを提供する。つまり、毎日の日常生活の中での能力を向上させるための6週間だ。その際に同時に、コミュニティのアクティビティにその人たちを結び付ける。それから病院にいる人だけではなく自宅に住んでいる人も含めた。それで、ニーズやヘルプの必要な人は、まずこのリエイブルメントプログラムというものを通ることになる。これが、顧客のカスタマージャーニー（顧客の旅）の始まりになる。緊急の、あるいは緊急保護しなくては

ならないというニーズがない限りはこの道を通ってもらう。人々の安全を守らなくてはならないというのは法的な義務だ。

いま、リエイブルメントサービスでは、月 200 人の新しい人が入ってきている。このリエイブルメントサービスができる前は資金がかかるケアパッケージに行っていた人たちがこのリエイブルメントサービスに来ている。

リエイブルメントサービスを受けた後、65%はケアパッケージが必要ない。コミュニティの中でアクティブにやっていく。イクイップメントとアダプテーション（機器と適応）のサービスをわれわれは提供している。ケアパッケージの中の、例えば入浴サービスのニーズを減らすための対策としてウォーキングシャワーがある。歩いてすぐに歩いた形でシャワーに入れるというような機器の提供だ。以前は、介護者が行って入浴をするのを助けなくてはならなかったような人たちだ。お風呂のバスタブを取ってしまって、カウンセルがシャワーを設置する。そのほうが安上がりになる。だいたいの人々はシャワーが好きだ。ナースや、Pediatrics や PT と一緒になって、ヘルスサイドの人と一緒に統合的なサービスを提供している。ソーシャルケアニーズも含めた形で、その人全体が何を必要としているのかということを見るということになる。

成人向け社会的ケアと健康

支援付き住宅施設-Tanfield, Hindley



- 適切な場所で提供される質の高い住宅、ケア、支援
- ウィガンとLeigh Homesのパートナーシップ・アプローチ:人々が自分の地元とつながりながら豊かで有意義な生活を送れるようサポート
- 個人への素晴らしいアウトカム:質の高い住宅、オーダーメイドの支援パッケージ、有意義な活動
- 換金可能な節約を実現しながら規模拡大:支援付き住宅施設の再設計を通じて60万ポンド以上

15

一人で暮らせない人には、サポート付きのよりよいアコモデーション（施設）を作った。つまり、いわゆる施設風のを減らそうとしている。現在、この人たちは、われわれ自身が憧れるようないい所に住んでいる。これは継続的なプログラムでいまも行われている。そして、そのようなアコモデーションに入る人にはもっと自立を促すようにしている。リエイブルメントサービスが、実際に行ってヘルプをするということもできる。また、コミュニティのいろいろな活動と

結び付けることもできる。

これまでのストーリー・・・

- 地元グループとの関わり
- コミュニティ投資ファンド: 700万ポンド
- ビジュアル・キャンペーン
- 双方向のコミュニケーション
- 行動変容プログラム



コミュニティ投資ファンド:

- 2013年7月に立ち上げ
- 呼び水の、創造的、優れたアイデア
- 既存市場を形成
- 助成ではなく投資
- 重点:
 - イノベーション
 - 公共サービス需要の減少
 - コミュニティ主導

The Deal
for Communities




これは、コミュニティへの投資の幾つかの例を示したスライドだ。The Deal と言うとウィガンのみんなが知っているため、他の一般の人がわかるようにした。スタッフだけではなく住民も

行動や振る舞いを変える所に焦点を当てた。健康を保っていくためのそれぞれの役割がある。スタッフも住民もしかりだ。そして、サービスを必要とすることを予防していくということだ。これは、パートナーシップだということを明確にしている。

これまでの成果：

- 32の大きなアイデア、100を超える小さなプロジェクト
- 外部資金: 240万ポンド調達
- 80万ポンドの節約
- 投資1年目のアウトカム
 - 41名の雇用
 - 2,677名が日中活動にアクセス
 - 150名の正規ボランティア
 - 20名が住居変更
 - 5つの新規事業立ち上げ
- 投資利益率 1.48ポンド: 1ポンド



いろいろなサービスのアイデアがある。ボール遊びから祝福ごと等まで多種多様だ。これは投資である。グラント（助成金）ではない。以前は短期的な助成をもらうという形だったが、そうではなく地方自治体はコミュニティに長期的な投資をすることが必要であるということが分かった。アイデアに関しては、コミュニティが探し、見つけるように奨励している。どの分野も地域によってそれぞれ違う。なぜならば、それぞれの地域のヘルスニーズが違うからである。

この The Deal アプローチのこれまでのインパクトとして、100以上の小さなプロジェクトが作られた。コミュニティを開発、発達させるため、240万ポンドが外部の資金として調達された。介護ニーズが減ったということで、この投資は投資に見合う価値があったということになる。しかし、メインはお金ではない。人々がウェルビーイングであるということ、ハッピーであるということ、アクティブであるということ、そして、ニーズを必要とする時期が遅れることということだ。また、これがコミッションングにもインパクトを及ぼしている。

ザ・ディール-資源ベースで倫理的な委託- 主な特徴

- 高く評価された労働力-熟練し思いやりのある職員によって自宅で提供される優れた質のケアや支援=これにふさわしい報酬と支援パッケージ
- 倫理的な提供者:共通の価値観、特性および行動を共有
 - 信頼でき協力的な雇用慣行
 - 資源ベースで地域志向の支援に根差す
 - 強み、能力および才能を明確に重視し、レジリエンスやコミュニティのつながりを構築
 - 成熟し協調的なパートナーシップの展開

14

介護者は伝統的に非常に賃金も低かった。自治体としてこの **The Deal** の中でやりたかったことの一つは、このような難しい仕事をする人の仕事の価値を評価するということだった。そこで、国の平均以上の賃金になるように賃金の引き上げを行った。この **The Deal** は介護者と一緒になって作った。「われわれはあなたたちに投資しますので介護者の皆さんも **The Deal** のアプローチを実践してください」と言った。「だからあなたが誰かを介護するとき、その人のギフト、その人のアセットを見てください。そして、その人とパートナーシップでやっていかななくてはなりません」「それがケアのアプローチでなくてはなりません。それを作ってください」「それに対して、私たちはよいお金を払います」と言った。また、先ほど言ったアコモデーションも、私自身も住みたいと思うような質の高い宿泊施設になっている。

コミュニティ投資ファンド:

- 2013年7月に立ち上げ
- 呼び水的、創造的、優れたアイデア
- 既存市場を形成
- 助成ではなく投資
- 重点：
 - イノベーション
 - 公共サービス需要の減少
 - コミュニティ主導

The Deal
for Communities



成人向け社会的ケアと健康

実質的にこれが意味することは・・・

- 2011/12年から2015/16年の間に、成人向け社会的ケアの予算が2,500万ポンド減少
- 600名のスタッフがディールの研修に参加: 通過儀礼
- 職員数に大きな変化: 1,717名(2011年) → 882名(2016年)
- ソーシャルワーカーの数減少: 233名(2011年) → 92名(2016年)
- 固定の建物を拠点とした日中支援モデルの変革(建物数が14 → 6へ。ニーズの複雑性をさらに重視)
- 400名のスタッフにSurface Prosを装備: 真に機敏な仕事の進め方
- 支出1ポンド当たり、公共的価値での投資利益は1.95ポンド

以上をまとめると、この The Deal アプローチを使うことによって 2011 年から 2015 年の間に 2500 万ポンドが節約された。この The Deal アプローチに関して、600 人のスタッフをトレーニングした。それと同時に、このリストラクチャリングでたくさんのスタッフを失うことにもなった。しかし、この The Deal アプローチに対してポジティブで、自分はこのをやりますとい

う人たちが残ったということになる。ソーシャルワーカーの数も減った。なぜならば、低レベルのケースに関しては、コミュニティでマネージングができるようになったからだ。

また、施設のリポートもわれわれは変革した。スタッフにテクノロジーを提供した。携帯電話、ラップトップ、コンピューターなどだ。それが、投資をして利益率も上がるやり方だ。



(質問：感動した。OT 中心に考えたということだが、どのような方と一緒に作ったか。)

<Niamh Rigby>

リエイブルメントは全国的なもので、ウィガンでは OT が主導した。地方自治体によっては、OT が関わってないところもある。あるいは一人の OT だけとかいうところもある。

(質問：中心的に OT が関わることが多いか。)

<Niamh Rigby>

プラクティスのガイドラインで OT が関わらなくてはならない。関わるべきだ。

(質問：リエイブルメントのサービスは訪問する形か。どこか場所に来てもらうこともあるか。)

<Niamh Rigby>

家に来る。

(質問：教育をしたということだが、その教育システムを作ったのも OT か。)

<Niamh Rigby>

われわれが個人的に作ったというわけではない。もちろん、われわれのインプットという形で貢献はしたが、OTが作ったわけではない。

(質問: ソーシャルワーカーと OT が一緒にやるということだが、役割の違いはどのようなところにあるのか。)

<Niamh Rigby>

機能を改善する余地がない場合にケアパッケージのほうの評価をするのがソーシャルワーカーだ。加えて、安全確保、セーフガーディングも含む。本人が自分で決められない場合にソーシャルワーカーがベストインタレストミーティング(その人にとって最もよい利益の会議)をソーシャルワーカーが主にやる。それには長いプロセスがある。

対して、OTの役割は、機器とか、適応とか、リエイブルメントのプログラムなる。

(質問: 個人予算使われると本人が決めるので OT の介入がしづらくなるということになるか。)

<Niamh Rigby>

ジャーニーでは OT が初めに入り、機能の改善を図る。しかし、そこで改善がないとなると、ソーシャルワーカーが入ってきて個人予算(パーソナルバジェット)になる。

(質問: パーソナルバジェットはつまりソーシャルワーカーの世界になるのか。)

<Niamh Rigby>

そうだ。

(質問: 先ほどのリエイブルメントのガイドラインはどこで出しているか。われわれも見ることが出来るか。)

<Niamh Rigby>

NICE だ。NICE のウェブサイトにある。

(質問: コミュニケーションブックも見たい。)

<Niamh Rigby>

コピーをお送りできる。

(質問: 確認だが、ソーシャルワーカーは、かなり重度の方に関わるような役割か。)

<Niamh Rigby>

そうだ。より複雑なニーズに合わせる。

(質問: ケアナビゲーターとリンクワーカーは何かモデルがあるか、なぜこういう役割があったほうがいいのか思い付いたのか。作ったきっかけは。)

<Niamh Rigby>

ケアナビゲーターは、地方自治体より NHS サイドでよく見られる。リンクワーカーのほうは The Deal とか、ケア法 (Care Act) というその法律を基に、コミュニティでたくさんのアクティビティがなされていて、それにリンク付けしなければ意味がないというところから出てきた。

(質問：リンクワーカーとケアナビゲーターを養成するときはどうしたか。もしくは、専門家が養成しているのか。)

<Niamh Rigby>

プロ (専門家) ではない。われわれがカウンスルでトレーニングしている。そのエ地域をよく知っている人が多い。つまり、地元の人でコミュニケーションスキルのある人だ。

(質問：自治体に雇われているか。)

<Niamh Rigby>

そうだ。地方自治体だ。

(質問：年齢的はどうか。)

<Niamh Rigby>

大体は成人。現実的には 30 歳過ぎだ。

(質問：ウィガンでは、リンクワーカーは何人か。)

<Niamh Rigby>

20 人ぐらいと思う。

(質問：ウィガンの人口は。)

<Niamh Rigby>

30 万人。

(質問：カスタマージャーニーの始まりはリエイブルメントサービスからだという話だった。それは、義務化したのか。)

<Niamh Rigby>

緊急であるとか、セーフガード (安全上の保護) が必要な人は例外として、原則はまずリエイブルメントから始まる。まずは、向上させる、改善させる。

(質問：市町村の条例で決めたのか。)

<Niamh Rigby>

ケアパッケージのニーズを減らしていく、予防していくというところは Statutory (法的義務)

だ。やり方は地方自治体に任せられている。ウィガンではリエイブルメントから始まる。

(質問：市がこのようにボランティアの方を動員して、アクティビティを作り、そして健康寿命を長くしていくと市の金銭的なメリットにもなるし、NHS の費用を削減できると思う。NHS から支援をもらうような議論は始まっているか。)

<Niamh Rigby>

既に、NHS からはある程度のファンディングを得ている。ベターケアファンドと呼ばれるものだ。NHS が地方自治体に資金をくれる。メディカルサービスのニーズをわれわれが減らしているということを認めてもらったうえで資金提供を受けている。

(質問：ソーシャルリターンオンインベストメント SROI か。)

<Niamh Rigby>

よくわからない。というのは、病院から出てコミュニティに戻らなくてはならない。病院は高いし感染もあるということで、リソースを病院から出そうとしているのが今の傾向だ。

(質問：NHS のベターケアファンドは単年のものか。インテグレーションコミッショニングを、このグレーター・マンチェスターでは作っていて、NHS のものとソーシャルサービスのものをできるだけ一緒にプールしていこうという発想があるということだった。リエイブルメントの活動をより促進していくために、これまでのソーシャルサービスのお金だけではなく、NHS のお金も使っていくということを考えているか。)

<Niamh Rigby>

ベターケアファンドは一回きりではない。統合コミッションや統合予算はマンチェスターがやろうとしていることだ。そのときにターゲット化されたコミッショニングをするという話をした。リエイブルメントというサービスが、グッドアウトカム、グッドインパクトを及ぼすことが、そのサービスも増えていくことになる。予算だけを統合するだけでは成果は生まれない。やはりどういう人に焦点を絞るのかという取り組みが必要になってくる。

<Peter Fink>

伝統的に病院はとてもパワフルで、NHS の予算を全部持っていた。したがって、CCG にコミュニティベースの医師が関わるということは非常に重要になってくる。つまり、病院のパワーやレバレッジ、影響力というものをコミュニティにもより置こうと考えている。

<Claudette Elliot>

ピーター先生のお話のやり方については、課題がないわけではない。病院のコンサルタント、医師は非常にパワフルで彼らは臨床的な介入を好む。しかし、その人の生活、その人本人の全体のニーズには行き届かない部分が出てくる。切り開いて治すのが好だ。

(質問：よく分かる。リンクワーカーとケアナビゲーターは他の職種と兼業している人かフルタ

イムか。どのくらい報酬をもらっているか。)

<Niamh Rigby>

フルタイムかパートタイムかは本人が選ぶことができる。年収は 2 万 6000 ポンドぐらいだ。

(質問：彼らを GP のところに置いたことは、GP からリクエストがあったのか。置くとなったときに GP から何か反応があったか。)

<Niamh Rigby>

まず、1 つの GP の診療所でパイロット的に試した。それが成功したのでロールアウトした。今はリンクワーカーを雇うという形になっている。

<Peter Fink>

GP の観点からすると、リンクワーカーにいてほしいという要請がある。例えば 25 のボランティア組織がその地域にあったら、GP から見ると 25 のそれぞれの組織の違いが分からない。

(質問：回復不可能な方に関してはソーシャルワーカーが評価をするということだった。この評価 (アセスメント) のルールや様式はあるか。)

<Niamh Rigby>

ケア法の中に満たすべき基準がある。それを満たさなくてはならない。

(質問：リンクワーカーを雇う費用は地方自治体から出るか。)

<Niamh Rigby>

GP が雇う場合と地方自治体が雇う場合の両方のケースがある。

ウィガンでは地方自治体から始まっている。地方自治体が雇うようになってきた。

(質問：地方自治体が雇って配置しているのか。)

<Niamh Rigby>

GP が独自に雇ったり、あるいは、地方自治体がソーシャルサービス用にリンクワーカーを雇ったりだ。はっきりと分からない。

(質問：GP が雇うお金は自治体からの委託料か何かで GP に払われるのか。)

<Peter Fink>

GP は一般的に NHS に雇われているわけではない。

(質問：契約のはずだ。)

<Peter Fink>

NHS と契約はしている。現実的には CCG あるいは NHS がリンクワーカーを雇っていると思う。

(質問：CCGがリンクワーカーを雇ってアロケーションする場合と、自治体がリンクワーカーを雇ってアロケーションする場合の双方があるが、自治体ごとに異なっている。GPは、必要を感じていて求めることがよくあるということによいか。)

<Peter Fink>

その通り。

(質問：経済的な側面として、基本的にリンクワーカーがかかわる社会的処方(Social prescription)はGPに診療報酬がないということだ。社会的なメリットは非常によく分かるがGPにとってリンクワーカーを置く経済的なメリットはあるのか。)

<Peter Fink>

直接的、経済的な利益はない。しかし、その患者のホリスティックなアセスメントをするところへGPは向かっていくことになる。つまり、身体的な側面だけではなく、その人のウェルビーイングをGPが見るといところで動いていく。患者がハッピーになれば医師のところに帰ってくる割合が減る。

(質問：GPにはインセンティブなどで義務化されているか。あるいは、パフォーマンス評価 performance payment でされようとしているか。)

<Peter Fink>

まだそれはないが、可能性はある。

(質問：いろいろな自治体でリエイブルメントが立ち上がっているということだった。リエイブルメントについて、いろいろな市町村で共有、連携は行われているか。教育についてはどうしているか。)

<Niamh Rigby>

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

<Claudette Elliot>

加えて、グレーター・マンチェスターのファミリーであることの利点の一つは、そのアプローチを標準化するというのも可能性として考えられる。成功しているウィガンのリエイブルメントサービスがあるので、それをマンチェスターや他の自治体が学ばないのは愚かなことだ。だから、学ぶことが必要であると思う。

(質問：リエイブルメントチームはCCGが雇っているという理解で正しいか。それとも地方自治体もリエイブルメントチームを持っているのか。)

<Claudette Elliot>

地方自治体だ。

<Niamh Rigby>

ケアパッケージを減らしていくところから、リエイブルメントチームが出てきた。それは地方自治体で始まったことだ。しかし、始めてみてそれよりもっと大きなインパクトがあるのではないかということに気付いたわけだ。

(質問：CCGにはリエイブルメントチームはないか。)

<Niamh Rigby>

彼らはリエイブルメントチームをコミッションしない。地方自治体が提供する。

<Peter Fink>

明確に言うと、CCGは委託(コミッションング)をする組織で、NHSで働くヘルス担当の人やコミュニティで働く人のスタッフを委託する。マネジャーは別にして、ヘルススタッフ、ソーシャルケアスタッフをCCG自体が雇うわけではない。

<Claudette Elliot>

つまり、CCGはサービスプロバイダーではない。

(質問：CCGの仕事について具体的に聞きたい。)

<Claudette Elliot>

そのローカルエリアに関する予算をCCGはもらう。統合マンチェスターのヘルスとケア両方の合算予算は12億ポンドだ。その12億ポンドのリソースをCCGは病院サービス、コミュニティサービス、コミュニティとソーシャルケアサービスに委託をする(コミッションする)ということになる。あと、GP、プライマリーケアも入る。最大の割合を占めるのは、今は、急性病院(acute hospital)だ。コミッションングの統合アプローチというわれわれの戦略は、それを病院からコミュニティにもっとシフトしていくということだ。このために、コミュニティのインフラストラクチャーを作ることが重要だ。ただコミュニティにヘルスを提供すればいいというだけではない。コミュニティはインフラに含まれていく。フィンク先生が言ったように、予防介入ウェルビーイングだ。病院のセッティングからリソースとお金をコミュニティのインフラとサービスもよくして動かしていくということが必要だ。

(質問：グレート・マンチェスターのCCGは、他の自治体とは違ってソーシャルケアの予算も入っているということなので地方自治体の人も入っているのか。)

<Claudette Elliot>

マンチェスターのCCGのボードは、選抜されたカウンシルのメンバー(議員)とカウンシルのシニアオフィサーがメンバーになっている。例えば、成人サービスのディレクターはそのコミッションングの責任を負っている。

(質問：予算のことを確認させてほしい。CCG は、病院とコミュニティサービス、コミュニティソーシャルサービス、GP のプライマリーケアをコミッショニングしているということで、NHS からの予算とローカルガバメントからの予算が入っていると思う。そのパーセンテージは分かるか。)

<Claudette Elliot>

CCG の中に入っている地方自治体の予算は成人ソーシャルケアの部分だけだ。ただし、近い将来、子どものほうの予算も成人向社会的ケアと同じような扱いになっていく。説明するのは非常に複雑だがこれはわれわれにとって新しいことだ。

新しいことはチャレンジングでもある。それは、ポリシーレベルでもオペレーションレベルでも両方そうだ。というのは、二つ違う文化を一緒にするから、プロセスもシステムも当然違うわけで、統合予算として新しいプロセスとシステムを作らなくてはならない。また同様に、単一の予算ということで、スタッフも、マネジャーも、責任者も緊張関係はある。われわれはまだ終わってはいない旅路にいるわけだ。

(質問：どこか同じ建物と一緒に入れようとしているか。)

<Claudette Elliot>

そういう計画だ。いまどのように一緒にになれるかというディスカッションをしている最中だ。全員が入れる建物も探さなければならない。

日本には統合システムはないのか。

(質問：ない。縦割りシステムだ。)

<Peter Fink>

また、新しい言葉も学ばなければいけない。NHS とソーシャルケアで全然違う言葉を話す。同じ言葉を使っても意味が違う。

<Claudette Elliot>

私はバックグラウンドがソーシャルワーカーであり、13 年間働いている。だから、両方分かるようになった。

(質問：リエイブルメントのチームは市に 1 チームか。何チームもあるのか。)

<Niamh Rigby>

ウィガンには 3 チームだ。

(質問：1 チーム何人ぐらいか。)

<Niamh Rigby>

全部でサポートワーカーは 75 人。1 つ 25 人で、それが 3 つに分かれている。24、25 人のオーガナイザーがいる。そのリエイブルメントチームの全体のマネジャーが私だ。

(質問：そのうち公務員は何人か。)

<Niamh Rigby>

公務員とはどういう意味か。全員が地方公共団体に雇われている。

(質問：全員フルタイムか。)

<Niamh Rigby>

サポートワーカーは1週間に25時間の勤務だ。普通は37時間勤務だがサポートワーカーは25時間。朝とディナー、朝と昼とディナー、朝、ディナーと分かれている。

そして、朝のシフトの人、夜のシフトの人のように形を変えていく。

(質問：そのうち、専門職、資格を持っている人はどれぐらいか。)

<Niamh Rigby>

専門職は9人のOTだけだ。

(質問：そこにPTは入らないか。)

<Niamh Rigby>

これから1人、PTが入ろうとしているところだ。

(質問：他のところもそのような感じか。ウィガンは少ないか。)

<Niamh Rigby>

大体似ている。

(質問：OTを中心にやると意図的にチーム編成しているのか。)

<Niamh Rigby>

そうだ。というのは、日常のタスクに焦点が当たっているからOTが中心だ。

(質問：そのOTに対する教育は学校で習うのか、働いてからで教育するのか。)

<Niamh Rigby>

大学で3年だ。

(質問：その大学教育の中で地域、コミュニティを作るという授業がかなりあるのか。)

<Niamh Rigby>

地域やコミュニティについてはまだ入っていないと思う。それはOJTになる。

<Claudette Elliot>

付け加えると、コミュニティケアに焦点が移ってくるとなると、これは非常に重要な質問だ。

つまり、学校のアカデミックなところと一緒に取り組むことが必要になってくると思う。学校との。それは GP も含む全てのその職に関しても同じだ。コミュニティとかネイバーフッドについて学校で学ぶ必要があると思う。

(質問：こちらでリエイブルメントが始まったのは 2011 年か。)

<Claudette Elliot>

そうだ。大体それぐらいだ。

(質問：ウィガンに 3 つあるリエイブルメントチーム全体が 75 人で、1 つ 25 人のサポートワーカーということだった。その 1 つが 3 チームに分かれていたら、1 チームは 8 人か 9 人か。)

<Niamh Rigby>

大体、そんな感じだ。

<Claudette Elliot>

私のほうから質問だが、非常にリエイブルメントに関心を持っていただいているということに感動している。日本にもリエイブルメントに似たようなものはあるのか。

(質問：少ないがいま作っている。)

<Peter Fink>

たいへんいいことだ。

(質問：日本でも、今言われていたように、その方がどう生きたいのかということのリハビリ専門職の OT、PT とソーシャルワーカーと一緒に家に行って、状況を聞いて最初のアセスメントをする。)

<Niamh Rigby>

とても似ている。

(質問：その方が元々していたことを聞いて、なぜそれができなくなったのか、そのギャップを埋めていくということをや。そのとき一番大事にしていることは、日常生活のささいな行動を高く評価をするということだ。そうすると、その方のモチベーションが上がって行って、自分で行動するようになっていく。)

<Niamh Rigby>

日本の高齢者がテレビで紹介されていて、公園でいろいろな伝統的な動きをする等が報道される。われわれも日本の皆さんから学ぶことがあると思う。

(質問：体操について言うと、元々ラジオ体操が 1940 年代にできて歴史がある。今は市民が勝手にやるだけではなく、行政側もさまざま自発的な体操グループを作ることに支援をしている。)

(質問：日本の課題だが、リエイブルメントとリハビリテーションの関係が難しい。日本ではトリートメント、リハビリはするが、ほめるとか、評価するとか、プラン設計に問題がある。直接リハビリテーションをしたほうがお金がかかるが、そちらが伝統的に信じられていて選択されやすい。)

<Niamh Rigby>

われわれも両方ある。リエイブルチームの中には NHS の PT、OT もいるのもっと複雑なセラピーが必要になれば、そちらのほうに渡すことができる。

(質問：できるだけ専門職が入らないようにというように取り組んでいるのか。)

<Niamh Rigby>

伝統的にはリエイブルメントチームは専門職があまり入らないが、ウィガンではもっと入っている。それは地方自治体による。

(質問：先ほど、The Deal に賛成できなくて辞めていった人たちがいるとのことだった。その理由はどのようなものか。)

<Niamh Rigby>

ある一定のやり方でずっと慣れてやってきた高年齢のスタッフだ。

(質問：最後のスライドの一番上の成果のところを確認したい。25 ミリオンポンドがリデュースされたと書いてある。その内訳を知りたい。例えば、今回の Deal に賛成できずに辞めていった人的ストラクチャリングも入っているか。)

<Niamh Rigby>

ソーシャルワーカーリダクションというのがある。233 人から 92 人になった。これも入っている。

(質問：Deal の成果を詳しく調査した結果のドキュメントはあるか。われわれが見ることはできるか。)

<Niamh Rigby>

今日は持っていないがドキュメントについての情報はあると思う。探して差し上げる。

(質問：先ほど Deal の活動の中で、コミュニティアクティビティーズにコミッションングをするという話があった。それはどういうやり方をするのか、どのようにアクティビティの評価をするのか。)

<Niamh Rigby>

それは、カウンシルがする。コミッションで投資をするお金がコミュニティでいろいろなこと

を作るお金になる。

(質問:例えばコミュニティのグループを支援するということがあると思うが、そのグループが申し込んでくるのか、どういうプロセスを経るのか。そのグループの評価はどうするのか。)

<Niamh Rigby>

ギャップが特定されるとリクエストがコミュニティに来る。そして、コミュニティがアイデアを出すようにコミュニティに要請する。それで、幾つか候補が挙がってきたら、それはビッド(入札)になる。そして、その入札が選ばれていく。

(質問:その活動評価はどういうふうにするか。)

<Niamh Rigby>

プロジェクトの評価は彼らがやらなくてはならない。本人たちだ。

(質問:自分でそのようなレポートを出すということか。)

<Niamh Rigby>

望まれたインパクトがあったかどうかということは合意を図る形で Evaluate (評価) をされる。

(質問:皆で話し合って、よくやったという感じか。)

合議制ということだ。

(質問:スタッフがずいぶん減ったが、必要なサービスが供給できなくなったことはないか。)

<Niamh Rigby>

難しいが、スタッフが減った分そのコミュニティがよりマネージしていき、コミュニティの役割が増えてくるということが同時に起きている。

(質問:そうするとスタッフが減ってしまっって混乱が起きたわけではないということか。)

減っても大丈夫。

(質問:いまここで言っているコミュニティというのは、チャリティーの組織、住民の組織、ボランティアの小さな組織など全て含んでいるか。)

<Niamh Rigby>

そうだ。

(質問:GPの予算管理について聞きたい。例えば、ある地域にGPが20人にいたとして、NHSから下りる金員について、各GPへの配分が決まっているのか。)

<Peter Fink>

バーチャルバジェットをあらゆる GP は分配（アロケート）されている。

その予算帯に収めるようにと CCG は GP に奨励する。その核になるのは処方箋だ。別に病院用の予算があるが、われわれ CCG としての仕事は、何が起きているかをモニターする。いくつ紹介状が書かれているか、また品質保証メカニズムというものを、われわれは整備している。つまり、GP の診療所が、予算内に収まるかどうかの品質保証管理だ。また、それぞれにあまりにもかけ離れた違いになってないかも見る。違いがあったとしても、それは妥当で理解できるものであるかどうかだ。というのも、地域によって人口構成や患者さん人口が違うので。

（質問：つまり予算があって、それを超えないようなシステムがあるということか。）

そうだ。その品質保証システムで、それを CCG が見ているということだ。

（質問：それには、NICE のガイドラインと関係があるか。）

<Peter Fink>

関係がある場合もあるかもしれない。例えば、ある GP が紹介状をたくさん書き過ぎているのではないかという場合には、私のチームがまずそのデータを見て、理解をしようとして、また実際に訪問をする。

9月3日(月)	午前9:00	ロンドン ランベス区
ランベス区統合コミッショナー / NHS Foundation Trust		

- ・ Liz Clegg, Assistant Director, Integrated Commissioning, Older Adults, Lambeth Council and Lambeth Clinical Commissioning Group
- ・ Amanda Williams, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust (working on setting up Local Care Networks)
- ・ Catherine Pearson, Chief Executive, Healthwatch Lambeth

<Liz Clegg>

私はコミッショナーという立場でヘルスケアと社会的ケアを担当している。

ヘルスケアと社会的ケアの両方のコミッショナーを同一人物が担当するというのは非常に有用なことである。ランベス区に関してはヘルスケア予算の方が社会的ケアに比べて大幅に上回っている。特に高齢者は、病院や老人ホームやケアホームには入所したくないと考えている方が多く、できれば自宅に住み続け、家族や友人に囲まれて生活していきたいと希望される方がほとんどである。病院や施設等への入院・入所の時期が早すぎやしないかを見直すのも私の仕事であるし、特に病院にかかる費用は英国においては莫大なものであり、病院への早期入院を防ぐのが私の役割である。

ランベス区は、比較的若い年齢層が多い地域である。また同時に、短期間だけ在住してまたどこかに移っていくという特徴もある。ただし、高齢者に関しては、人口の増加が最も顕著な年齢層で、過去10~20年の間に寿命も伸び、80代までの方も随分と増えている。ただし、QOLは高いとは言えず、特に長期的な慢性疾患に苦しむ方が多い。

ランベスがいま直面する課題としては、高齢者は一人暮らしで孤立している方が非常に多いということ。よって、親戚や家族に対して、親や祖父母のケアを同居しなくても効率的・効果的に行うにはどうしたらよいかといった支援を提供することが大変重要である。また、比較的若い年齢層の、ある程度の収入のある方が増えたことにより、ランベス全体が中流化しつつある。そうした中で、あまり長くは住まない方が多いが、短期間でもボランティアをしてみたいとか、若い起業家の方は起業家として培われたスキルをなんらかの形でコミュニティに還元したいと考える前向きな方が多いので、そのような善意をどのように直接的な支援として有効に活用できるのかを我々は考える必要もある。

<Catherine Pearson>

私は、ヘルスウォッチランベスのエグゼクティブを務めている。国から予算を得て、カウンシルと提携して、ケアシステムの体系に焦点を当ててきた。カウンシルとの提携事業の中で Liz と 5年半くらいともに仕事をしてきた。主な対象者は高齢者だが、それ以外にも児童の特別支援教育といった分野も手がけてきている。この地域での特徴は、シニアマネジメントのメンバー間では共通したビジョンが共有されていること。つまり、チームとしてのコラボレーション能力

が非常に高いということである。逆に、我々が直面している2つの課題は、マネジメントレベルで共有しているビジョンをフロントラインのスタッフにどううまく伝えるかということ。2つ目が、すべてのレベルそして部門のスタッフ及びユーザーのニーズに応えるようなプランを構築するのが非常に難しいということ。これは今も悪戦苦闘しており、何度も再構築したフレームワークを作ってきたが、未だに穴だらけである。

<Amanda Williams>

NHS ファウンデーション・トラストのような大手病院トラスト、メンタルヘルス機関 CCG カウンシル、GP といった3つの機関すべてを統合する立場にあり、2年前にこの役職に抜擢された。ランベスではより統合された整合性のある仕事のやり方が必要だということで、4年前からこの方向で力を入れている。特に、3つ以上の長期的・慢性的疾患を抱えている方を対象とした取り組みが非常に重要であると考えている。

現状のヘルスケアシステムの中では、こういった複雑な長期的な疾患を抱えた方にとって問題となるのが、様々なソーシャルあるいはヘルスケアのプロフェッショナルから全く同じ質問を何度も受けるということ。本人も混乱するし、専門別に外来のアポイントを取得しなければならず非常に煩雑である。このような重複を回避、あるいは削減すること、つまりナビゲーションしやすいシステムを構築することによって、患者を支える家族の負担を軽減し、サポートを提供しやすい環境を作る。

現在、様々な部門と連携していくことの必要性を我々は強く主張してきているつもりだが、このシステムに関わる部門の方々は、それぞれ個別に所属先から賃金が支払われているので、独自のやり方を依然として続けたがり、なかなか連携しにくい環境にある。したがって今後は、システムの文化そのものを変え、新たな考え方を推進していくしかないと考えている。昨年、60名のスタッフを様々な部門から呼び寄せてトレーニングキャンプを実施した。この中にはコミュニティーリーダーやボランティアの方々も含まれる。期間は8ヶ月間。

このように融合し統合されたケアシステムのことをランベスでは、「ランベス・トゥギャザー」と呼んでいる。高齢者や複数の長期的疾患を抱えた方だけではなく、児童やメンタルヘルスの部門も統括するという試みである。今後の目標としては、「アライアンス・コントラクト・メカニズム」の方に移行していきたい。複数の部門が連合体として契約を結んでプロジェクトを進めていくことによって、予算の流れにも柔軟性を持たせることができるのではないかと考えている。

(質問：入院をできるだけ遅らせるように努力しているとのことだが、その場合、最も力を入れているやり方はどのようなものか。)

<Liz Clegg>

社会的ケアの部門で力を入れている政策として、1つはリエイブルメントがある。これはリハビリとケアを合わせたモデルであり、「してあげる」のではなく、「共に努力をする」という取り組みである。そのおかげで、早期入院しすぎた方々に対して早めの退院を促すことができている。

しかも自宅に戻った後も、3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月と、再びその病院でケアする必要がなく、自立した生活を継続することが可能となっているので、良い成果を上げていると言える。2つ目は、住宅と社会的ケアのジョイントプロジェクトで、360室の「エクストラケア」というアパートを用意している。これはケアホームではないが、24時間体制で施設内にケアスタッフが常駐しているシステム。このエクストラケアアパートのおかげで、ケアホームや老人ホームへの入所者が大幅に減少している。

医療部門については、転倒防止に注目している。定期的な運動によって転倒を防止することができるという有意なエビデンスがでているので、その取り組みに力を入れた。その結果、転倒して入院する患者の数が激減し、腰の骨を折って長期的・慢性的にケアが必要な患者数も大幅に減った。かなり大きく目に見える形で費用対効果が見られたので、今後は転倒防止に重点を置いていくつもりである。

(質問：社会的ケアではソーシャルワーカーが市役所に、医療の方ではGPがいるが、全体をマネジメントする人はいるのか。)

<Liz Clegg>

両方を統合する立場の役職(マネジメント)は存在しないが、様々な多様な部門からの人々を集めた「チーム」はいくつも存在する。

たとえば、病院などへの入院やケアホームなどへの入所を予防して、自宅での生活を継続するため、その支援を行うチームがある。構成するスタッフはナース、セラピスト、PT、OT、GP、ソーシャルワーカー。このマネジメントを行うのはファウンデーション・トラストだが、個別の構成員、たとえばソーシャルワーカーの場合は、そのカウンシルの職員であり続ける。先ほどAmandaさんから話があったが、統合された小さなチーム「スモールポケット」は今後どんどん増やし、規模を大きくしていきたいと考えている。

(質問：ランベスでこのチームはいくつあるか。「トラスト」のイメージを具体的に。)

<Amanda Williams>

現存するチームは4~5。これは、今後目指しているものよりも規模が大きい。たとえば、転倒予防や入院予防、神経外科専門医を含んでいるチームがあるが、こういった専門医がすべてのランベス・トゥギャザーが目指している地区別の小規模チームに必要かというところではない。今後、約20のエリアで小規模チームを作り、地区ごとのニーズに応えたチームを構成して、チーム間で連携がとれるようにしていきたい。全体で人口は3~5万人。これを20の地区で分ける。

コストパフォーマンスを考えると、小さな地区別チームの他に、より規模の大きいいくつかの地区を同時に担当するようなチームや、特定の疾患やニーズに応えるスペシャリストを抱えたチームなども作っていく必要がある。

(質問: チームの人たちは、市で直接雇用されている方で構成されているか? その場合は直接市から給与が出るのか。)

<Liz Clegg>

ソーシャルワーカーに関しては市から直接給与が支払われるが、老人ホームやケアホームのスタッフについては、既に民間に対して市からファンドが入っているので、そちらの方から給与が払われるスタッフとなる。

ファウンデーション・トラストについてご質問があり、先程も触れたが、ランベスはユニークな取り組みをしている。リエイブルメントサービスに関しては、過去には、民間の業者に委託していたが、失敗に終わったケースが 2 件あり、その結果、システムそのものを見直し、その地区の医療のプロバイダーであるトマス・ホスピタル・ファウンデーション・トラストに発注することにした。このようなケースは英国でも非常に珍しい。

(質問: チームにリーダーは誰か置くか。それもトラストがみるのか?)

<Liz Clegg>

リーダーというよりはマネジャーというポジションがある。ランベスのリエイブルメントサービスを例にとると、リエイブルメントサービスは、すなわち社会的ケアを提供するサービスなので、法律に則ってケア・クオリティ・コミッションで正式に登録されている人しかマネジャーになることができない。どこの職員かということファウンデーション・トラストの職員という定義になる。

(質問: ビュートゾルフというのは 1 プロバイダーを言っているのか。概念を言っているのか?)

<Liz Clegg>

小規模エリアでビュートゾルフモデルをパイロットスキームとして試用期間中。セルフマネジメントを行っているチームという概念そのものが、我々にとって非常に新鮮。

(質問: チームは誰が要請できるのか。GP だけが要請できるのか。)

<Liz Clegg>

最終的な決断をするのはコミッショナーだが、その決断に至るまでにはいろいろな人々の意見を取り入れる。まず、エビデンス、パブリックヘルス、地元住民の声、CCG、GP。当然 GP による現場の声は非常に強力な力を持っている。

(質問: 個人がリエイブルメントサービスを受ける際には誰が判断をしてチームを要請しているのか。)

もちろん GP が主流となるが、かなりオープンなシステムであることを誇っている。GP 以外にはソーシャルワーカー、あるいは、患者本人の場合もある。社会的ケアに関しては、退院直後のコミュニティ・ナーシングに関しては要請 (リクエスト) がくるのは GP からである。それぞ

れに適用条件が違ってくるのでそういったことは幅広く周知している。

(質問：民間に委託して失敗したといわれたが、失敗したというのはどのような状況で、なぜ変えようと思ったのか。)

<Liz Clegg>

まず、リエイブルメントそのものが市場にとって新しいコンセプトであった。従来の在宅ケアマーケットは、何もかもやってあげるという概念だったので、体を洗うことからベッドから起こしてあげることまで全てであった。リエイブルメントは、リハビリを重視するという全く異なるアプローチである。入札の際にこのプロバイダーだったら大丈夫という手応えはあったのだが、実際に提供されたサービスの質がまず低かったこと、アウトカムも芳しくなかったこと、また、適切なスタッフの確保にも失敗していた、という3つが重なり、失敗事例となった。

そういった失敗事例があったので、再び民間に委託するよりも、今まで統合的連携面において成功を収めてきた Guy's をお願いすることになった。Guy's は正式なリエイブルメント・サービスプロバイダーとしてサービスを提供してくれている。チームの構成員は PT、SW、ケアワーカーなどがある。統合マネジメントストラクチャーを持っている。

こうしたランベスの取り組みはヘルスサービス・ジャーナルという業界専門誌の中で、インテグレートド・ワーキング最優秀賞候補として発表される予定である。この秋の終わり頃に正式に発表される。

(質問：成功の鍵は、ファウンデーション・トラストを作って、お金の出处も1つにして皆で一緒に働くことにしたからと考えていいか。)

<Amanda Williams>

過去10年間において、様々な機関や部門のリーダーたちがうまく連携し、協力してきたことが一番の鍵ではないかと思う。これは、ランベスカウンシルだけではなく、ファウンデーション・トラストやメンタルヘルスの方々、Age UK ランベスなどの各機関、部門のリーダーたちが先進的な考え方の持ち主で、インテグレートドシステムに前向きな方々が多かったことが一番大きな要因ではないか。

(質問：最後に、このチームの OT や SW やケアワーカーは1つの建物に一緒にいるか。)

<Liz Clegg>

いる。それもチームにとって重要なことである。

(質問：ヘルスウォッチという組織はどのようなことをしているのか。)

<Catherine Pearson>

英国において、医療について不満を持つ患者の方々がチームを組んだり、集団となって何らかのアクションを起こしたりするときは、大抵、大きなスキャンダルが発生した時である。その中

で最大の例としてあげられるのは、12年ほど前に起こった、ミッドスタッフオードシャー病院のスキャンダルである。そこでは高齢の入院患者が完全にネグレクトされていた。これが発覚した際には、水も与えられていないので、喉が渇いて花瓶の水を飲んでいて、というような状況だった。ロバート・フランシス卿が調査委員会のリーダーを務め、このような非常に衝撃的な事実が発覚したが、調査中にも、隠蔽工作や嘘等が多発し、このような問題は放置すれば放置するほど拡大していった。真実を語る職業的な義務があるのにも関わらず、このようなことが行われていた。当時の時代背景としては、緊縮経済、緊縮金融の政策がとられていたこともあり、健康保険の担当大臣として新たに任命されたアンドリュー・ラムズリー大臣は、NHS そのものを再構築する、という意気込みを見せていた。

ロバート・フランシス卿は、法廷弁護士であり、現在も英国の患者協会 (patients' association) のパトロンを務めている。この患者協会は、国に対して大きな影響力を持つ、全国的な組織である。着任したラムズリー保険大臣は、2012年の医療・社会的ケア法の中で、すべての地方自治体にヘルスウォッチを創設することを義務化した。

このように法令による権限を与えられているので、我々は、その地域のすべての公的な医療及び社会的ケアに関して、現場や利用者の声を記録するのが主な義務である。我々は専門の監査委員会でもなく、アカデミックな団体でもないの、専門的な知識を持っていない。ユーザーの体験を記録することだけを目的としている。

特に我々のような団体は、統合ケアの場において重要である。実際に利用者がサービスを受けた際に、非常に質の高いケアを受けることができた、自分自身のニーズが満たされたと感じた時点で初めて成功したといえる。システムを作った人はそれで満足してしまいがちだが、現場、ユーザーのレベルまでフィルターダウンするのにかなり時間を要することが我々の仕事によって証明されている。

入院患者は、退院した後エクストラケアに移り、そこから自宅のアパートに戻るという道をたどる。ここでいう「戻る」とは、自分一人で朝起きることができて、ATMまで歩いて行ってお金を下ろし、そのお金で市場で買い物をして、いつものように友人と一緒にランチをとることが出来るということだ。しかし、OTはこの「戻る」という意味そのものを理解していない、あるいは十分に提供することができない。したがって、患者は自宅に帰ることはできても、外出するまでには回復していないため、以前と比べて非常に孤立した寂しい生活を送ることになってしまう、というのが今までの状況である。

(質問: イギリスでは、リエイブルメントサービスチームについて PT は何度か話にできてきていたが、OT はあまり入っていないのか?)

< Catherine Pearson >

OT に関しては、チームの現状を確認した上で、Brian に報告する。ただし、チームそのものが生まれつつある、進化しつつあるので、途上段階であることを理解していただきたい。また、大きな問題とされ、欠陥とされているのがチームの中に患者自身、家族介護者が入っていないこ

とだ。今後の課題だろう。

(質問：ヘルスウォッチについて、医療だけでなく、社会的ケア、ソーシャルサービスも見ているのか?)

< Catherine Pearson >

社会的ケアも含まれるし、高齢者だけでなく、すべての年齢層を包括している。そのなかには子どもも含まれる。中でも、特別支援教育の面では、つい数年前まで非常に低い評価を与えられたので、特に力を入れており、新たに教育とヘルスケア計画を策定した。以前はこういった個人に特化した教育とヘルスケア計画を出すのに2年くらいかかっていた。2年もたつと状況が変化してしまい、全く役に立たなかった。また、学校は学校で個別に独立して運営されているのもあり、分断化されている。これを今後改善していかなければならないと考えている。

そのために、ランベスでは新たにアドバンスド・ケア・プランニング促進キャンペーンを検討中である。これは、例えば、蘇生術をしないで欲しい等、高齢期のケアについて高齢の両親とその子どもたちが事前に話し合うことを推進し、実現達成するためには何が必要なのか、という2ステップのプログラムである、このことをSNS上などでPRしたところ、ランベスのお祭りの特設テントに1,000人以上の実体験が集まり展示された。ツイッターで息子が見たと言って、我々のテントを訪れてくれた高齢の母親もいた。

英国人は、英国人気質といわれるように、本来は非常に受動的であって、自らこれが欲しい、あれが欲しいとはなかなか言わないという国民性がある。人々が自ら主導権を握り、自分の人生の計画を立てて欲しい(GP等がそこに追加はできるが、主導者は本人)。

例えば、患者本人が1日1マイル歩くことが自分の生活の上で必要だと決めたなら、それをサポートするために、GPが様々なアレンジをし、OTが協力する、などといった手順で新たなシステムが作られることが望ましい。

(質問：ヘルスウォッチの設置者はどこか。オンブズマンのような役割と思われるが、改善命令ができる等の強い権限はあるのか。)

< Catherine Pearson >

地域のパートナーシップである健康・福祉委員会の一員であり、そこに報告義務を持っている。過去には、権力のある監視委員会に報告していた。現在は、CQC(ケアの質委員会)に報告し、我々が提供する状況が、全国的なレベルの機関であるヘルスウォッチ・イングランドで活用されている。これはCRM sを通して、全国的な政策画定に使われている。

そこで、我々とCQCとの関係性だが、CQCが焦点を絞って改善して欲しいこと等を我々に聞いてくれる。1年ほど前、CQCが14の統合ケアシステムについて問題があるところの見直しを行うことになった。そこで彼らが、調査員(監査員)のトレーニング用に活用したのがランベス・カンシルとサザーク・カンシルが共同で製作した4分間の動画である。この動画は、"Going Home"というタイトルで、90歳の女性が病院から退院し、あまり裕福ではない南ロンドン地区

の自宅に帰り、初めて退院後の旅行に出かけるまでの道のりについて、「6 ヶ月間かかった」ということを強調したキャンペーン作品である。

私も Liz と常々一緒に仕事をしており、現場の声、実際のユーザーの声を彼女に直接伝えることが私の仕事でもある。つまり、データ上は、たとえば、入院期間が短くなったなどといってあたかも大成功を収めているように思われがちだが、現場の実体験としては、まだまだ改善の余地があるということ、いろいろな不満が依然としてあるということを直接彼女の耳に入れている。

(質問：日本でネグレクトだと、緊急に調査に入ることがあるが、そのような権限はヘルスウォッチにあるか。)

< Catherine Pearson >

ミッドスタッフオードシャー病院のスキャンダルが起こったのは、ヘルスウォッチ設立以前のことだった。当時は、患者側が何らかの懸念を持った場合には、とにかく最寄りの専門家に報告するしかなかった。しかし、病院側は、なんの対応も改善もしなかった。ラムズリー保険大臣による 2012 年の改革によって、患者の声が直接政府、当該機関に対して届けられるようになった。ヘルスウォッチとしては、いわゆる覆面調査は行っていない。何か悪いことが発覚した、あるいはその報告が我々になされたら、担当大臣および CQC に報告をする。そこでしかるべき措置がとられる。英国の病院は巨大な組織であって、病棟ごとに文化が異なるので、我々は定期的に訪問し、現場の声を拾わなければならない。

社会的ケアについて少しお話したい。

私たちは Liz と連携して、例えば、民間業者や外部に発注されている社会的ケアについて、ケアホームなどで問題が報告されたら、訪問の許可を要請するだけでなく、入所者の家族に対してアンケート調査を実施する権限もある。なぜ、家族の声が有用かという、週末ごとに通っている家族は、職員の人手不足部分を普段から補っているからである。家族の声からホームの問題点が浮かび上がってくる。そして、そういった指摘があった点をケアホームの責任者に報告する。こういった大々的な調査を 3 回行っている。そのうち 1 回は、ただの人手不足だけでなく、入所者に対する深刻ないじめ問題が発覚したので、その施設は閉鎖された。

(質問：ランベスでは、ヘルスケアと社会的ケアを統合していく議論があるが、イギリス全体では、社会的ケアの予算を削減されているという現状がある。そういった大きな背景の中で、リエイブルメントがより費用効果が高く価値あるものとして注目されている。そのことは利用者にとってこれまでのように受け身ではなく、セルフケアについてのトレーニングや自覚を求めることになるが、この点について利用者の反発の声を現場から聞くことはあるか。)

< Catherine Pearson >

自己責任を持つことによってこういった自立性のトレーニングを責任を持って前向きに受け入れることができる。ただし、おっしゃるように、なかなか受け付けられない方もたまにいる。

9月3日(月)	午後14:00	ロンドン ランベス区
Age UK Lambeth		

・Graham Gardiner, Chief Executive, Age UK Lambeth

<Graham Gardiner>

Age UK Lambeth の Chef Executive に着任して、約2年になる。

着任当時、組織は旧態依然とした昔風の考え方、やり方で、伝統的な高齢者の慈善団体であった。私自身のバックグラウンドとして、社会的起業家として働いてきた経験があるので、他のボランティア組織に比べて起業家精神を持っている。

初めは、物事の進め方について文化やイデオロギーの衝突が多々あった。

そこで古い体質の組織の近代化をはかった。ただし、収入の92%が地方自治体および CCG から来ているため、Lizさんとできるだけ仲良くするように努めている。

団体の売上は140万ポンドになる。そのうち50万ポンドは、コンソーシアムの他のパートナーとの間で分けられる。

私がやってきた主なことのうちの一つに、サービス・デザインがある。サービスをより時代に適し、効率的で効果的にすると同時に、利用者にとってエキサイティングなクライアント主導型のサービスを作ろうとしている。

Age UK ランベスの提供している各サービスについて紹介する。

まずは、「ゲートウェイ・サービス」。ここに最初にコンタクトをとった時に提供されるサービスであり、SAIL (Safe and Independent Living=安全で自立した生活) サービスという。

このサービスは、GPからはもちろんのこと、専門医やソーシャルワーカー、他のコミュニティ組織から紹介がくる。SAILにおける我々の役割は、利用者に現状を自覚してもらい、目標を定め、そこに到達するために我々がどのような支援を提供できるかを考えること、これが基本となっている。

以前は、書面での紹介サービスで、18くらいの機関にEメールを一斉に出していた。現在は実際に人と直接会って話し、意見交換をして、50以上の選択肢の中からどこの機関が関わるかを決めている。

以前のシステムと比べて非常にダイナミックなやり方に変わったと言える。本当の意味で、人を中心に据えた、人主導型のシステムになっていると思う。心の底から大丈夫かと問いかけるようなサービスになっており、支援が必要な場合、どのように支援できるのか、本人自身ができることは何かなど、多岐にわたった対応ができるようにしている。

様々な今までとは違う新しいやり方を、全て現行予算のままで行ってきたので、そういった意味でもLizさんには喜んでもらっている。

2つ目のサービスは、「マイ・アドバイスサービス」で、情報とアドバイスを提供するサービスで、主に、住宅、雇用問題、基本的な法律相談を受けている。

ランベス区内にいくつかの立ち寄れるセンター（ドロップイン・センター）があり、特に、貧困層が多く住む地域にフォーカスを当てている。職員数はわずか 6 名で、昨年 1 年間で 6,000 人にアドバイスを提供した。その多くは生活保護の受給手続きに関するものである。我々は地方自治体から助成金をもらって利用者に手続きの方法をサポートしているが、そもそも地方自治体が提供する生活保護のシステムそのものが難解すぎるのが問題だと思う。

3 つ目のサービスは「ビフレンディング」。自宅から出ない一人暮らしの高齢者の家をボランティアが訪問するというもの。

以前は、長期の緩和ケアサービスのように、本人が亡くなるまで半永久的に訪問し続けていたが、それでは現代のニーズは満たせない。今の新しいサービスは、自宅を訪ねるだけではなく、実際に連れ出すというもの。買い物に同行する、公園やイベントに行く、あるいは何かの予約に行ったり、合法的である限り何でも行うことができる。

現在、ボランティアと利用者間のマッチング数は 140。今後は、電話のビフレンディングサービスへと拡大していくつもりである。

今後の計画としては、利用者の自宅にあるテレビを有効活用できないかと考えている。ウェビナーやストリーミングサービスの技術を取り入れて新しいサービスを検討している。そのために使うガジェットは、タブレットではなく、ファイヤースティックのようなものをテレビに差し込むだけでコンテンツをダウンロード出来て双方向にコミュニケーションが図れるようにしたい。

4 つ目のサービスは「ハンディ・フィックス」といい、身の回りの簡単な修繕サービス。

1 つは、住人が出来るだけ長く一人で独立した生活を送れるようにする支援（手すりの設置、火災報知機の動作確認など）、もう一つは生活の質の改善（カーテンの付け替え、棚の設置など）。後者のサービスについては、今後、対象を広く一般市民にも拡大して有料化し、支払えない人たちにサービスを無料で提供することを検討している。

（質問：修理をする人は高齢者か？）

違う。特にランベスで顕著な傾向として 50 代以上の長期失業率が高いことが大きな問題となっており、彼らの雇用機会を検討中だ。しかし、年齢による肉体的限界、技能不足に加え、近親者の介護の義務を担っているといったバリアがある。今後、このようなバリアをできるだけ取り除き、高齢者にもこういったハンディパーソン、あるいはほかの役割を果たしていくようになってももらいたいと考えている。

例えば、現在行っていることだが、勤務時間をよりフレキシブルなシステムに変えた。そのおかげで、家族介護者の働き方が、遅出、早上がり、自宅勤務が可能になっている。

5 つ目のサービスは、「コミュニティ・デベロップメント」という。

人助けをしたいと考えている小規模なボランティアグループの新しいプロジェクトを支援するサービス。例としては、ランベス区内のある地域で、ランチクラブを始めたいというグループを支援した。資金調達方法、運営方法、コンプライアンス、衛生面での法律などについてアドバイスした。

次に、「ボランティアの世話」をするサービス。AgeUK だけでなく、他のチャリティ団体についてもボランティアの募集や研修等を行っている。ほとんどの地方自治体には、「インフラストラクチャー・サポート」というボランティアや地域の団体を支援する組織が存在するが、ランベスにはない。そこで、我々が規模的に一番大きなチャリティなので、特に高齢者に関しては、その役割を果たすスタッフのポジションを作ったわけである。

最後のサービスは、「マイ・ソーシャル」という社交的な会員サービスで、無料で入会参加できる。開始から約1年経過し、会員数は1,000人以上、毎月90以上のイベントが開催されている。年齢制限はないが、50歳以上が多い。これは未来の姿を反映している様に思う。Age UKは従来、最も社会的弱者の立場にある人々を支援してきた。これは変わることはないものの、それ以外にもプロダクティブ・エイジング、サクセスフル・エイジングの観点からの支援を推奨していきたいと考えている。

このような新しい戦略や方針を編み出しているという意味でランベスの Age UK は非常に英国の中でもユニークであると思う。評議員会も新しい方向性を承認してくれた。そのおかげで、かつてなかったような新しいサービスをどんどん展開していこうと思う。つまり、伝統的な高齢者像を劇的に変革していこうというのが我々の方針である。年を重ねるにつれて、より自立的・積極的に参加できるようなプログラムが今後生まれてくることを望んでいる。

例えば、今まで伝統的に提供してきたサービスで今後も欠かせないのが足の爪切りや、フットケアである。これがないと外出することができない高齢者もいる。今後も提供していかなければならないサービスではあるが、私自身はそれほど興味のあるサービスではないので、隣接する2カ所の AgeUK に委託してランベス区に来てもらっている。これは非常にユニークな試みであり、地理的な管轄から出てサービスを提供するという、2つの異なる地区の Age UK がパートナーシップを結ぶということは今までになかったことである。

スタッフは28名。評議員は9名。

(質問：財政について、92%が市と CCG からだと聞いたが、活動内容について、市から特定の仕事を委託されているのか。)

はい。地方自治体から出る予算は全て契約ベースなので、KPI (重要業績評価指標) やターゲット、マイルストーンが定められている。ただし、Independent Living and Cares Partnership (ILCP) という、我々が結んでいる一番大きな契約に関しては、契約書作成ときにターゲットを設定し忘れていたり書き忘れていたりするため、非常に助かっている。

(質問：CCG は、ヘルスケアに関するものだと思うが、どのように仕事を契約するのか。)

ランベスでは、ジョイント・コミッションング (共同委託) というシステムを取り入れている。私は、カウンシルと CCG の両方のコミッションングの責任者でもある。ILCP は予算の大半が、成人向け社会的ケアから出ているが、ヘッドは CCG の一部。医療と社会的ケアを統合させていこうという意向の表れであると考えている。

(質問：具体的に仕事の内容について指示があるのか。)

サービスによって異なる。以前はこのサービスを提供したことによって、何人増えたとか、何%改善したかという数値で測ることが主流とされてきたが、現在は、どのようなインパクトがあったかで測ることが主流となっている。

具体的な例としては、マイ・ソーシャルがある。この予算は我々が内部で割り当てているので少し違うかもしれないが、ニーズよりもインパクトを測るということにおいては、良い例だと言える。社会的孤立や孤独が健康に悪影響を与えていると仮定した場合、それを証明する方法として、マイ・ソーシャルに入会してイベントに参加するうちに、医者へ行く回数が減ったかどうかを1年に1回アンケートを行いデータを収集している。(このアンケートを答えることによって翌年のメンバーシップが無料となるシステムにしている)。

このような効果測定方法に関しては、CCG と完全に共同作業で平等なパートナーシップを結んでいると言えるだろう。こういったインパクトを測定するために我々が採用しているモデルは「セオリー・オブ・チェンジ」。この際に使う指標は、我々の方から提案することも多く、とても成熟したパートナーシップである。

(質問：CCG との関係は、「social prescribing (社会的処方)」に関係するものか。)

「社会的処方」というのは私の大嫌いな用語だ。なぜかという、人間の普通の活動をあえて医学用語化し続ける医療関係者が使っているから。「社会的処方」などと言った言葉の蔓延を許すと、我々は医療関係者に付度をし続けることになるのでやめたほうがいいと思う。

知り合いにGPの女性がいて、彼女は医者として訓練を受けた7年間のうち、一般の人とのコミュニケーションのとり方を学んだのはわずか3日間の研修のみだった。このような旧態依然としたシステムを劇的に変えない限りは医学用語化は止まらない。

最初に紹介したSAILサービスは、社会的処方の経済の一環として捉えられている。しかし、そのような枠に抑え込もうとし続ければ、人を中心に据えたアプローチの重要な点を見失ってしまう。つまり、「大丈夫ですか」と聞き、「あなたが成し遂げたいところ、到達点に行くためにはどのような手伝いが出るか」と人々に問いかけることだ。

(質問：「医師のアドバイスなら聞く」というような人たちにとっては、社会的処方の効果的なシステムであると思うがどうか。)

確かに、古い世代の高齢者の中には、医者を神様のように思っている人もいて、医者が1日3回ジャンプしろと言ったらそのとおりに従順に守る方も多くいるかと思う。したがって、医者に対する信頼をどう有効活用するかがポイントになってくる。一方的に医者から指示を出すのではなく、医者と患者の対話が重要になる。医療を超えて、これからの人生に患者が何を求め、それを実現するために患者自身何ができるのか、それが対話によって明確になってくることが望ましい。これがうまくいくためには医者側も患者の心の声に耳を傾ける必要がある。昔ながらのやり方

をしてきた医者には抵抗があると思うが、乗り越えていかねばならない。

(質問：指標について。CCGとは協力関係にあるとはいえ、ヘルスケアの組織なので、医学的な効果を求めていくと思うが、Age UK側はどのような効果を求めているか。)

SAILサービスを例にすると、まず、利用者との対話の中で現状と1年後の目標の聞き取りをする。たとえば、住宅の満足度について。10段階で現在が4だとして、1年後には8を目指すと言ったとする。そうしたら、それを実現するためには何が必要かを一緒に探る。その時CCG側は何を見るかという、1年後、4から8にどこまで近づいているか、その変化の度合いだ。

(質問：リエイブルメントには何らかの形で関わっているのか。)

少しだけ。実は「ハンディパーソン」の契約を通して関わっている。具体的には、病院から自宅への復帰をよりスピーディーに、スムーズに行う支援をする。たとえば、自宅の設備が不十分であるために帰宅できない患者もいる。そういった患者のために、浴槽まわりの手すりの取り付けやベッドを2階から1階に移すなどを行う。また、食事が三食当たり前に出され、暖房完備の病院生活に慣れきっている長期入院患者の中には、退院を恐れている人も多い。そこでハンディパーソンが「すでに改修が済んでいるから大丈夫ですよ」と彼らに伝えるために、病棟を訪問することもある。

(質問：サービスを提供する側からすると、リエイブルメントのようなサービスが始まると、自分の売上が下がるという反応が日本ではあるが、他の団体も含めて。イギリスではどうか。)

個人の見解となるが、リエイブルメントサービスが成功することによって、収入が減っても何の問題もない。素晴らしいことだ。私は、Age UKに入る前は、ホームレスを対象としたチャリティーに勤めていた。ある日CEOが、この団体は事務方がいなければやっていけないと私に対して言ったが、私は、ホームレスがいないとやっていけない、と言いつ返した。同様に、高齢者に十分な効果がでたことによって予算が減ったのであれば全く文句はない。

社会構造全体を見回すと、我々の仕事が完全になくなることはないと思う。やはり、一番予算に関してこだわりが強く、減額されては困ると考えているのは病院だ。我々のようなチャリティーが予防に力を入れて入院患者を減らしたいと思っても、病院側としては一旦確保した予算を減額されるのは困るということで、何が何でも今までのやり方を変えようとしていない、これが一番の問題だと思う。

(質問：ソーシャルサービスも医療も(受動的に)全面的に世話になったほうが楽という人もいるのではないか。)

確かにそういう人は時代を問わずいるが、今の若い世代は、前の世代と比べて、そこまで受動的ではなくっており、良い傾向だと思う。たとえば、10年前の学生は体を壊すほどアルコールを飲むのが当たり前であったが、現在の学生はそれほど酒を飲まない。小さなことだが、この

ように世代が変わってきているように思う。

(質問: 何がある人にとってベストか、というのは利用者本人に任せていても正しい判断ができるとは限らず、誰かがコーディネート(支える)することが必要なのではないか。日本で言うケアマネージャーはイギリスにもいるか。)

質問の意図はよく理解できるが、根本的に同意できない部分もある。何がある人にとって正しいのかは専門家であるソーシャルワーカーやコーディネーターが決めることではなくて、本人が自らの頭を使って考えること、それを可能となるような環境を提供することがプロの仕事だと思っている。私自身、長年、ドラッグユーザーと関わる仕事に携わっていたが、ドラッグの常用者は社会的に抹殺され、自己判断能力がないと捉えられているが、それは、対話の質が低いから生まれてしまう結論である。薬物常用者に対して一方的に「リハビリに行け」と言った場合は、大した成果は望めないが、自分自身で「リハビリに行かないといけない」という結論に達するような質の高い対話を構築することができれば、よりよい成果が得られる。

(質問: 医師が患者とより良質な対話をもつことの重要性について言及されたが、その教育が成果を持つには非常に長い時間がかかると思う。そういう意味では社会的処方という言葉を使わなくても、すぐに対応できる方法はあるか。)

医師に対して人との接し方について教育することは重要であると思うが、より効果的なのは、医者に対してあなたの医師としての技術は素晴らしいが、全ての答えを医師だけで見いだせると思っていることは間違いであると訴えかけることだ。つまり、医療ニーズに関しては医者に任せるが、社会福祉の面では私のほうが専門家なので、医者にとって面倒なことは全部私が引き受ける。お互いに良いパートナーシップを結ぼうと訴えることが重要なのではないかと考えている。お互いの専門性を認め合うということだ。

(質問: Age UK ランベスの活動は、革新的な活動なのか。)

革新的とは言えないと思う。なぜなら、私にとってはごく当たり前のことをやっているだけなので。ただ、複数の戦略の組み合わせにおいてはほかの Age UK に比べてかなりユニークだと思う。高齢者を対象とした他のチャリティーや組織は数多く存在しており、我々より数年先を進んでいる団体は他にもある。たとえば、University of Third Age, Age of No Retirement, Open Age など。

私自身のやり方は、Age UK の最高責任者たちの中では反逆児とたまに見られることもあるし、率直すぎる意見を出したりすることもある。しかし、最高責任者という性質も若い世代に代わるにつれて、どんどん変わってきていると思う。

(質問: 本人が自分で決める環境を作ることがプロの仕事だと言っていたが、どのように行うのか。)

まずは「時間」が必要である。ほとんどの GP は 1 人当たりの時間が制限されている。また対話を行う「場所」も重要になってくる。その人が一番落ち着けてオープンに話せるところで行う。自宅、会社のオフィス、医療機関クリニックの診察室、パブ、カフェなど、どこでもよい。そして、利用者に信じてもらわなければならない。一番良い方向に向かうことを願っていること、一方的なもの言いはしないこと、どうしたらベストな方法で支援できるか模索していると信じてもらうこと。常に正直に真実を伝えていくこと。たとえば、私の GP は数年前、私の体重が今より増えていた頃、痩せないといけないと次のようなことが起こりますよ、と非常に正直にシンプルに説明してくれた。時には言いにくいことも言わなければならない。勇気を持つことが必要。