

## 第4章 地域資源の創出活動等に関する国際比較

# I National Academy for Social Prescribing との国際ワークショップ

## 1. イギリス National Academy for Social Prescribing との国際ワークショップ要約

### 1.1. 開催日時とスケジュール

開催日時 2022年2月1日 18:00~19:30 (日本時間)

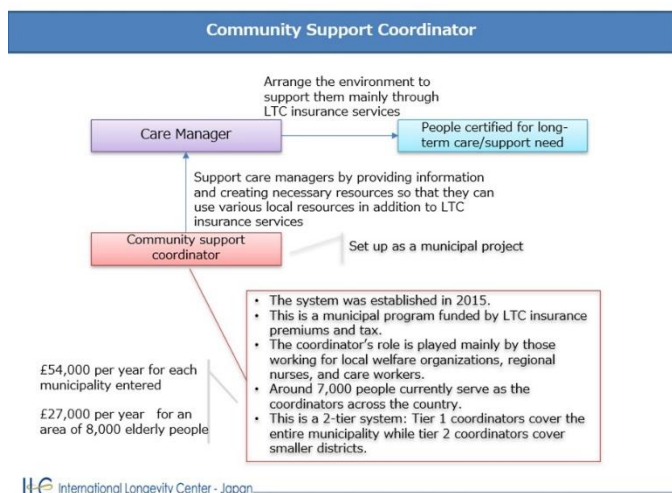
- ・挨拶 (調査研究委員会事務局中村、Dr. Bogdan Chiva Giurca、Ms. Bev Taylor)
- ・イントロダクション (調査研究委員、成蹊大学渡邊大輔教授)・・・目的と会合のアウトライン
- ・日本の状況についての説明
- ・英国の状況について
- ・質疑応答

### 1.2. 日本の生活支援コーディネーターに関する説明 (事務局)

日本の長期介護保険制度は、重度の高齢者だけではなく、フレイル状態にある回復可能な軽度の高齢者もカバーしている。この長期介護保険サービスは、介護や支援が必要と認定された高齢者のニーズに応じて、ケアマネジャーが、介護サービスの計画を作成し、サービス提供事業者とスケジュールなどを調整し、高齢者はサービスを利用している。

近年、軽度の高齢者に対しては、ケアワーカーによるサービスだけでなく、地域にある多様な資源、例えばボランティアサービスや民間企業が提供する商品やサービスなどを活用し、元の生活に戻すことが求められているが、ケアマネジャーだけで地域資源を把握し、適切かつ効果的な資源の活用につなげることは困難であるため、2015年からケアマネジャーの介護サービス計画の強化と支援を目的に、市町村が生活支援コーディネーターを組織する制度が始まった。

生活支援コーディネーター制度は介護保険料等を原資に実施しており、コーディネーターは現在のところ主に地域福祉組織の従事者や地域看護師、ケアワーカーが指名されている。全国にコーディネーターは約 7,000 名存在し、各市町村の全域を担当するコーディネーターとそれよりも小さな区域を担当するコーディネーターの 2 層体制で活動を行っている。ただし、このコーディネーターの活動は日本の中で有効に進められている地域もあるが、それはまだ少数であり、そうではない地域が多数あることから、本日はこの生活支援コーディネーターの好事例を 3 つ紹介し、イギリスにおける社会的処方をはじめとする地域資源に繋ぐ活動と比較を行うことで新たな示唆を受けたいと考えている。

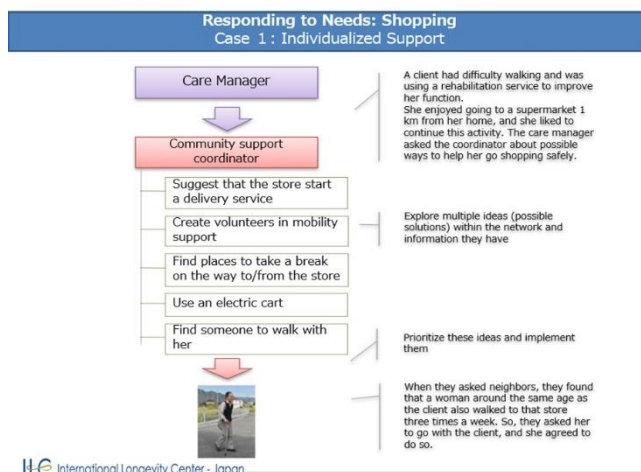


最初の事例は、対象者の個別のニーズから出発して、相応しい地域資源を見つけ、ケアマネジャーの作成するサービス計画を支援するという活動だ。

このケースでは歩行に不安があり、リハビリテーションサービスにより元の生活を取り戻そうとしている女性について、彼女が楽しみにしているスーパーマーケットへの買物を継続するための方法について、ケアマネジャーがコーディネーターに相談し、コーディネーターが必要な地域資源を見つけていく、というスタイルの活動だ。例えば、スーパーマーケットに商品を配達してくれないかと提案したり、スーパーマーケットまで歩いていく途中で休憩できる場所を探したり、電動カートの活用を促したり、一緒に商店まで歩いてくれる人を探すことなどである。対象者の生活の周りで手助けになる人や資源を探したり、便利な道具の利用を促したり、商店に協力をお願いしたり、という形で地域にあるあらゆるものを活用しながら、本人にあった支援を実現していく。

こうした活動の中で支援しきれなかった事案については、それを地域の課題として把握し、自治体の政策立案に繋げている。日本においては、介護保険制度の枠内で高齢者のみを対象に行っていて、税金でカバーしていること、GP が大きく関与する仕組みではないなどイギリスとの違いはあるが、イギリスにおけるリンクワーカーと似ている活動ではないかと思っている。

日本国内でも「社会的処方」という制度に関心が高まっており、この手法は対象者を高齢者に限定せず、幅広く活動できる可能性があるため、ILC-Japan として注目している活動だが、イギリスではどのように感じるか？

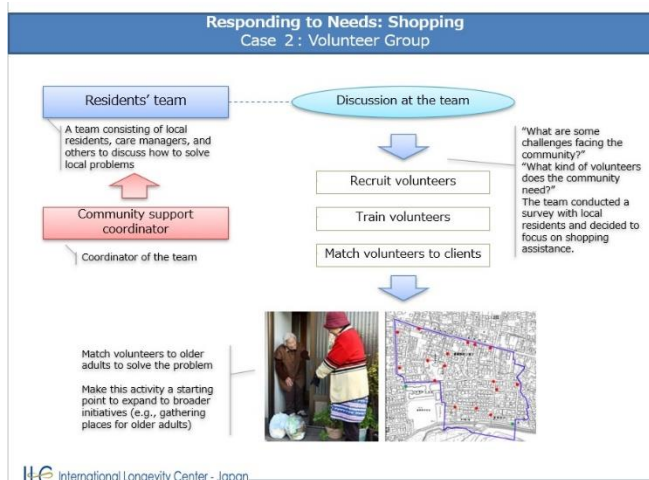


次のケースは、生活支援コーディネーターが住民を組織し、ボランティア活動を創出するという活動スタイルだ。この取組みでは生活支援コーディネーターが、住民を中心にケアマネジャーなども参加するチームを作り、地域資源について議論する場を調整するところから始まる。会議では、地域に必要なボランティアサービスが何かを考え、必要と思われるボランティアを行う組織を立ち上げ、サービスが必要な高齢者とボランティアをマッチングさせて、困りごとのある高齢者を支援するという活動だ。

また、この活動を起点に地域に高齢者の居場所を作るなど、幅広い活動に繋げている。

ボランティア活動を創出する仕組みとして、生活支援コーディネーターが活躍するというスタイルだが、このような活動がイギリスにはあるか？軽度の高齢者の生活を支えるためのボランティアの創出は誰が担っているのか？

最後は、先ほどの事例と同様に、生活支援コーディネーターがチームを調整する中で、チームに企業を加えて、民間企業のサービスを創出した事例である。

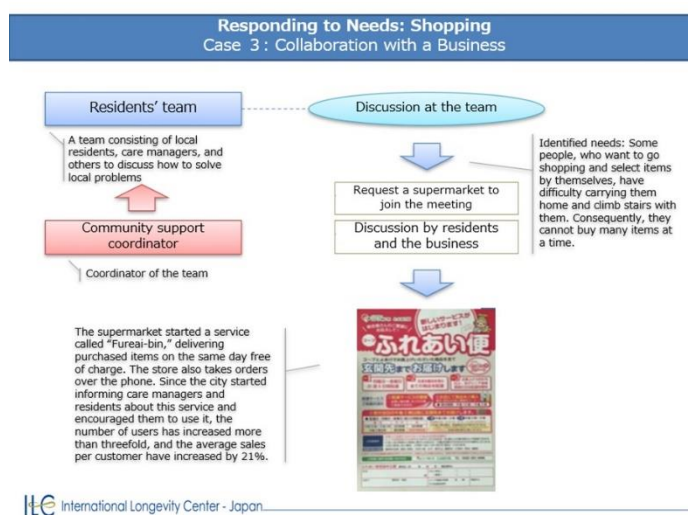


この事例では、大規模団地の住民チームの会議のなかで、「買物に行きたいが荷物を持って団地を持って帰ることが難しくて困っている」という声を聞き、住民の話し合いに近くのスーパーマーケットの担当者呼び、一緒に課題解決について議論した結果、店で買ったものを無料で配達する「ふれあい便」というサービスが成立した。

このサービスの利用者は年々大きく増加しており、客一人当たりの購入金額も以前と比べ 21%増加している。これは住民も便利になり、店も売り上げが伸びたという事例で、こういった手法は企業が地域の資源開発に参加しやすいスタイルではないかと考えている。

イギリスにも住民の課題解決について民間企業が住民と一緒に検討する場があるか？その場合、誰がその会議を主催しているのか？

このような事例があれば、教えていただきたい。



### 1.3. イングランドの社会的処方モデルとリンクワーカー／コーディネーターの役割

Bev Taylor (National Academy for Social Prescribing <NASP> 戦略部長)

- ・ ウェールズ、スコットランドおよび北アイルランドでも同様の制度があるが、イングランドでは国の財源による社会的処方プログラムがあり、誰でも利用可能。
- ・ 日本の生活支援コーディネーターは、イングランドではリンクワーカー (LW) と呼ばれる。
- ・ 2015 年頃、GP で新たな職種を導入している地域が多数存在していることに気づく。多くの患者は、医療ではなく生活面での問題 (例：孤独、経済、住宅など他機関で解決されていない問題) で GP を訪問。GP のサービスは無料で受けられるため、このような医療以外の問題についても GP が対応する時間が増加。そこで LW の登場。
- ・ LW の役割・プロセス
  - GP チームの一員として、GP などに代わり時間をとって本人と関係を構築。利用者宅を訪問することもある。
  - 「本人にとって大切な事」を出発点として、計画を作成。
  - 様々な地域の資源や支援につなぐ (図書館でのゲームグループ、ウォーキングのボランティアなど)
- ・ 社会的処方と地域連携
  - 医療、チャリティ、ボランティア、政府、自治体などが協働し、医療とケアを統合。
- ・ 社会的処方と GP
  - 社会的処方をどの程度実施するかは、各 GP 次第。LW を導入していない GP グループもある。
- ・ 社会的処方や LW と政策
  - NHS 長期計画では十分な資金がある (4.5 億ポンド)。各プライマリケアグループで 3~4 人の LW がいる。
  - 未消化の予算もかなりある。
- ・ 社会的処方や LW の効果・影響
  - 「最高の暮らし」に向けた支援により、自らの生活に対する本人のコントロールが増加。
  - GP の利用が減少し、NHS としてもプレッシャーが軽減。
  - これまで NHS サービスの過剰利用で「問題」と捉えられていた人たちが、自ら活動を立ち上げて地域のリーダーとなるケースもある。
  - 地域によっては社会的処方を病院 (退院) やメンタルヘルス、学校、緩和ケアなどで導入している所もある。
- ・ 時系列での経緯
  - 2019 年 1 月：NHS 長期計画で、2023/24 までに社会的処方の利用者を 90 万人にするようコミット。→すでに利用者数は 60 万人に。
  - 2019 年 4 月：新たな 5 年 GP 契約を Bev 氏が支援。社会的処方や LW を推進。GP は地域のチャリティ団体に資金を提供し、パートナーシップを結ぶことも可能。
  - 2019 年 11 月：保守派のマニフェストで社会的処方拡大へ。  
すべての政党が社会的処方を支持しているため、与党が変わっても社会的処方は続くと思込

れる。

➤ 2021年3月：約1,800人のLWが全国のプライマリケアに従事。

• NASPの説明

➤ 独立した全国的チャリティ団体。政府が資金を提供し、社会的処方推進。

➤ 主な活動

◇ アンバサダー：メディアなどで社会的処方の重要性を発信。

◇ 促進者：国営宝くじとの共同事業では、地方レベルで基金を構築し、各地で様々なパートナー（民間企業や政府を含む）が共同で投資活動を行って地域の活動を活性化させる取り組みも進行中。多くのチャリティは財政的に苦しく、LWとしても「つなぐ先」がなければ問題。

#### 1.4. 社会的処方チャンピオン（支持者）、人材支援および世界的な展開

Bogdan Chiva Giurca（社会的処方グローバルアライアンス開発リーダー、National Academy for Social Prescribing <MASP> 臨床チャンピオンリーダー）

- LW の考え方・・・360 度のアプローチ。
  - 単なる「案内」を超えたもの：モチベーションの向上、計画の共創、患者のエンパワーメント
- 社会的処方は医師を救うことができる。
  - 寿命の伸長→人口高齢化により慢性疾患が増加
  - 医師が各患者に使える時間は約 10 分・・・心理社会的問題に対応する時間がない。
  - 調査では、半数以上の医師が、社会的処方によって負担が軽減したと感じている。
- 「ヘルス」「ヘルスケア」のイメージは、医療に偏重。WHO の定義が十分浸透していない。「ヘルス」は病院ではなく自宅や地域の中で始まる。
- チャンピオンプログラム
  - 学生向け：未来の医療職（学生たち）の意識変革。
    - ◇ 全英の各医大で「チャンピオン」を 1 名配置→仲間を教育
    - ◇ これまでの成果：750 超の教育セッションの実施（2 万人以上の学生が参加、34 の医大が関与）、35 のイノベーションや研究事業（50 超の会議でチャンピオンが発表）、現在の教育に関する報告、社会的処方に関する全国会議 2 回開催、社会的処方に関する教育の全国的な合意
    - ◇ WHO と協力し、世界中で学生プログラムを構築する取組みを実施している。現在はオーストラリア、ポルトガル、米国などで社会的処方の学生グループがある。
  - 現職向けの取組み・・・臨床＋非臨床職が対象
- グローバルアライアンスの組成・・・現在 18 か国が参画
- 社会的処方デー／週間での啓発活動

## 1. 5. ディスカッション 司会：渡邊委員

- Q. (渡邊)：非医療での対応として LW (UK) と SC (日本) がいるが、両国でどのような機能が求められているか？それをどのようにトレーニングする必要があると考えるか？
  - A. (Bev)：イングランドでは、LW を専門職化 (professionalize) させすぎないように取り組んだ。LW は特定の専門職としての資格 (qualification) を持つ必要はないと思っている。これが重要。なぜなら医療の閉じた世界から離れて、人間性をより重視するため。したがって、傾聴力、共感力、地域とつながれる能力が重要で、これは普遍的であるため、専門職化させるべきではない。
  - A. (中村)：今のお話はとても胸を打たれた。その通りだと思う。SC も様々な経験をした人が従事しており、それを 1 つの仕事にするのはもったいない。自分の経験を基に地域で色々な人とつながっていく仕事だとわかれば、あとはそれぞれのバイタリティに任せるのが自分は理想だと思う。だが社会的な仕組みの中でこれを形にしていく上で、なかなかそれが難しい概念だとも思う。そのため少し先を走る UK での教育や認識に大変興味がある。実は日本で一番行われていないのが教育であるため、その辺りの提案や示唆もいただきたい。
  
- Q (渡邊)：社会的処方的重要性や価値観についての教育は、リンクワーカーはどのように共有しているのか？
  - A. (Bogdan)：教育は医師のみでなく、他の医療職や事務系の職員も対象。誰でも社会的処方に紹介可能。「助け合い」の考えに移行。患者が支援を受けながら自分でコントロールできるようエンパワー。現在も医療偏重傾向が続いているため、身体・精神・社会の視点から考える教育は重要。
  - A. (Bev)：日本と UK は共通点が多すぎる。重要なのは、共有型リーダーシップ (Shared leadership) だ。誰か 1 人だけで、この大きな文化的変革を起こすことはできないため、協働が必要である。皆が「自分がリーダー」だと感じられ、地域でお互いに助け合うことが重要だ。私は、医師などが政府幹部の前で自分たちの意見を述べられるような機会を作っている。医師たちは現場の声を届けプログラムをトップに売り込んだ。それによって政府が提供する社会的処方への資金も増加した。LW の教育や支援については、イングランド全体で地域の学習コーディネーターを導入した。この人たちは LW と協力して、ピアサポートネットワークを立ち上げている。これにより LW はアイデアを共有し、「自分は一人ではない」と思える。第 1 回目のコロナ・ロックダウン時には毎週ウェビナーを開催し、何百人もの LW が参加した。そこでは情報提供や励ましが行われた。
  - コメント (中村)：今のお話、とても素敵で感動した。支援者側のネットワークがとても大事だと思う。日本の SC は今、ネットワークを持っていない。各地で SC が孤独状態となっている。ネットワークで情報やアイデアを共有できれば、きっと意見や教育ができていくはず。ネットワークの中にこそ教育があるのでは、と改めて気づかされた。勇気をもらえた。
  
- Q. (渡邊)：LW がつなぐ先がない場合は、どのような対応をとるのか？またつなぐ先を増やして

いくという点については、どのように対応しているのか？

- A. (Bev) : 簡単などころではたとえば、数人の人たち（例：孤立している人同士）をお互いつなげて、カフェなどで会えるようアレンジする。最初は LW が立ち会ったが、数週間後には当事者のみで大丈夫となった。大切なのは、依存状態を作らずに自立できるよう推進すること。簡単ではないが、当事者がお互い助け合える方法を見つける必要がある。
  - A. (Bogdan) : 人々は大抵の場合、地域から支援を得て地域の力を理解すると、そこに貢献したいと思うようになる。地域を活用するのではなく、地域の力を解き放つのであり、私たちは地域の発展を支援する必要がある。そうでなければ持続できない。
  - Q. (中村) : つなぐ先というのは、仕組みや場所だけでなく、人にもつなぐという認識でよいか？
  - A. (Bev) : その人が何を必要とし、どのような支援が使えるのかによる。
  - A. (Bogdan) : 何かをしると伝えるのではなく、本人にとって大切な事、本人にとって「良い暮らし」とは何なのか？に基づいて LW と本人が共同で計画。患者活性化モデル (Patient activation model) 。
- Q. (厚生労働省和田氏) : (1) NHS の側が社会的処方を活用した GP を評価する仕組みはあるか？ (2) 患者が貧困など経済的原因の場合も LW に繋ぐのか？ (3) 英国の孤独対策との連携はあるか？
- A. (Bev) : LW は孤独対応プログラムと連携している。政府横断での戦略も立てられ、NHS の社会的処方が中心的存在として位置付けられた。経済的問題は多くのケースで見られ、LW はこの点でも支援を行っている。経済と住宅が最も大きな問題となっている。評価は地域レベルで多く行われており、一般的には、社会的処方によって GP の診察が 30%減、入院や病院の予約が 25%減という結果が見られる。研究者と協力し、全国レベルでの LW 評価も進行中である (3 年計画) 。NHS の利用減という結果を活用して、政治的リーダーにこのプログラムを売り込んでいる。
  - A. (Bogdan) : また処方薬の減少も見られ、資源だけでなく副作用の減少という効果もある。GP や病院ではコードを使い、社会的処方にもコードがあるため記録が残る。孤独について、社会的処方の効果を示した研究もあり、優れた費用対効果が見られた (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.13200>) 。
- Q. (中村) : 住民側の反応について。介護で言えば、ケアワーカーの専門サービス利用が普通だったところを、それ以外につなぐことに違和感を覚え、専門サービス継続を望む人が多い。社会的処方では、住民がスムーズに移行できたのか？できたならば、それはなぜか？
- A. (Bev) : これは UK でも大きな課題。薬や検査など従来のサービスを受けないと、十分にケアしてもらっていないと感じるというリスクがある。これに対して様々な取り組みを行ってきた。たとえばメディアと協力して、社会的処方について一般市民の理解度を高めるよう取組んだ。良い暮らしを実現するために、私たちが地域でどのように協力できるか、といった点について情報提供を行った。NASP が設立されたのは、このような背景による。良い暮らしは薬だ

けでなく全体的な視点から考える必要がある、ということを住民が理解する必要がある。現在は支持してくれるメディアが多数あり、社会的処方週間もあり、他にもいろいろな取組みを行っている。だが、ネガティブな報道については常に心配している。前向きな話をしてくれる人たちも多数いるため、その人たちを見つけて協力し、その人たちの力が増すよう取組んでいる。だがこれはかなり長期的な戦略だ。社会的処方については、まだ認知度が足りないと思う。問題を抱えている人たちを、地域の様々な人たち（タクシー運転手、美容師など）が見つけて地域のウェルビーイング拠点（図書館、保健所など）につなげられるような取組みも行っていく予定。これらの拠点が地域の資源へ直接つなげるか、問題が深刻であれば LW につなぐようにする。

➤ A. (Bogdan) : 移行が一番難しいのは、おそらく医師だろう。「社会的処方」という言葉自体が議論的になっている。処方を減らそう (deprescribing) と言っている一方で、社会的「処方」を行うことで、この表現は正しいのか、と疑問視する人もいる。私の考えでは苦肉の策で「処方」という言葉を用いて医師に歩みよった形だ。

・ Q. (事務局) : 地域高齢者支援で民間企業も含めてネットワークを広めたいが、LW の紹介先として、民間企業も登場しているか？

➤ A. (Bev) : 民間企業を紹介することもあるが、チャリティの方が多い。だがビジネスも参加すべきと考えている。現在は投資モデルを取組んでおり、民間企業も含めて誰もが地域の中心的な拠点に資金を提供し、地域支援に参加できるようにしようとしている。仕組み作りが必要で、おそらく 5 年程度かかるだろう。

・ Q. (中川委員) : (1) GP から LW につながるとのことだが、当事者の友人や近隣者から「あの人が困っている」という相談も GP に行くのか、あるいは別の所に行くのか？ (2) GP にたどり着かない人たちの課題を掘り起こしたり探したりするのは LW の仕事か、あるいは別に専門の人がいるのか？

➤ A. (Bev) : 誰でも（警察、消防、ソーシャルワーカーなど）LW に紹介できるが、LW が働いているのはプライマリケアだ。デジタルサポートも進んでいるため、デジタルでも紹介可能となっている。LW は積極的・事前に動き予防に取り組むこともできる (population health management、集団健康管理)。

## 1.6. 最後に一言

・ Bogdan : この分野での皆様の活躍に敬意を表する。私たちもできる限りお手伝いする。今後とも遠慮せず連絡ください。

・ Bev : 素晴らしい取組みに感謝する。この取組みを構築するために、今後数年にわたって私たちはともに一緒に歩みを進めていくことを期待する。日本では私たちが考えていなかった取組みをしているかもしれない。私は日本が大好きなので、ぜひ訪問して学びたい。ぜひこれからもお付き合いを続けて一緒に頑張っていきましょう。

- ・ 中村：このような取組みは、すぐに何かできるものではないこともわかっている。今後も長く一緒に時間を共にする中で、それぞれの国に役立つことが一つでもできていくとよいと思う。Thank you very much.

## 2. 委員の評価

### 2.1 目崎 智恵子委員（高崎市第1層生活支援コーディネーター）

今回の調査研究で、「イギリスにおける生活支援に関するコーディネート機能や民間企業との協働の実情について」のインタビュー調査に同席させていただき、イギリスの国営医療制度の中で行われている社会的処方について、GPとリンクワーカーからお話を伺いました。リンクワーカーが、とても素晴らしい活動をされていることに感動し、同時に生活支援コーディネーターとして学ばせていただける部分はどこだろうと思い、まずリンクワーカーと生活支援コーディネーターの役割について整理してみました。

まずイギリスのリンクワーカーが行っている「社会的処方」とは、身体的・精神的のみならず、その背後にある社会的健康要因に対して、様々な支援や地域の取り組みに繋げ、本人の Well-being の向上を目指すアプローチという定義で説明されていました。認知症やフレイル、精神面の疾患等の医療をめぐるさまざまな問題には「社会的孤立」といった要因があり、従来の医療の枠組みでは対処が難しい問題に対し、薬ではなく「地域での人のつながり」を処方していく役割と理解しました。

一方、日本の生活支援コーディネーターは、高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援および介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす者とされています。そして生活支援コーディネーターを補完し、定期的な情報共有・連携強化、資源開発の場として協議体が設置されています。日本では、人口減少・少子高齢化・財源不足といった社会背景の中、住み慣れた地域で、最後まで尊厳をもって自分らしい暮らしが送れるように、生活支援の仕組みを、特に互助の面から構築していく役割を、生活支援コーディネーターと協議体が担っています。

リンクワーカーと生活支援コーディネーターの役割は違えども、インタビューの中で共感できる部分がたくさんありました。生活支援コーディネーターとして共感できたこととして、「プロフェッショナルでなくていい」「物語を伝えていく。」「人道的、人間らしく、その人の立場に立って、コミュニティにつなげていく。」でした。そして協議体の役割として共感できたことは、「一人でできないことも、お互いの背中を押しあうことで、お互いを成長させ、地域社会を成長させていく。」「人から受けた親切を、また別の人へ新しい親切をつないでいく。」などでした。

また、「ピアサポーターが、アイデアを共有し、助け合い、情報提供し合うことで、サポートする側のネットワークを構築していく。」というお話から、生活支援コーディネーター同士の情報交換、連携強化・学びの場も大切であると感じました。その他にも、「互いに思いやることで自然に互助が育ちやすくなり、生きる価値を見出し、自分がボランティアになる。」そして、「自分事として実感し、支え合ったり助け合ったりしていく。」というリンクワーカーの言葉に、住民の心が変化していく過程で大切な部分であると感じました。

GP やリンクワーカーのお話を伺い、人々が尊厳をもって最後まで地域で生き生きと暮らせるために、

互助の生活支援、予防・社会参加、ネットワークづくりを行っているということは、共通の目的であると感じました。また、地域社会全体でつながるためのコミュニティは、ハブ型でなく、メッシュ型というお話がありました。このメッシュ型コミュニティは、協議体でも大切に組み込んでいきたい部分だと感じました。協議体は、地域のニーズをしっかりとキャッチし、情報収集・情報発信、そして担い手を作り、助け合いを創出していきます。一人のスーパーマンだけでなく、みんなが参加できる持続可能な地域コミュニティを作っていくことも大切であると実感しました。日本の生活支援コーディネーター・協議体は、互助を基本とした生活支援の仕組みを点から面へと広げることができる日本独自の取り組みであると感じました。

今回のインタビュー調査を通して、コミュニティファンド（地域社会でのパートナーシップ）や市民や企業を巻き込む手法、情報のハブ機能についても伺うことができ、イギリスのみなさんに感謝と共に、リンクワーカーの素晴らしい活動に敬意を表します。今回のインタビュー調査に参加させていただきありがとうございました。

## 2.2 中川 史高委員（うきは市第1層地域支え合い推進員・社会福祉法人うきは市社会福祉協議会）

今回国際ワークショップに参加させていただき、イギリスでは、GPに医療的なこと以外も含め相談できるということ、医療や福祉以外の機関、要は生活に関わる多種多様な業種の方からの相談もあること、医療行為や投薬などの医学的処方だけでなく、「社会的処方」としてその人らしい生活の再構築に向けた支援が当たり前に行われているということにうらやましさを感じた。

また、それらを担うリンクワーカーの活動には個人の困りごとに対して必要な人や資源につなげていく・資源を創出していくという点や医療や身体的な部分のみではなく個人の生活を総合的に支援していることなど、生活支援コーディネーターと共通する点が多くあるように感じ、「リンクワーカーはあえて専門性を持たないほうがいい。」という言葉には共感と自分自身がやっていることを肯定していただいた安心感があつた。

この仕事は介護保険に基づくものであるが、仕事をし、個人や地域の課題に触れていくと、「介護予防」・「生活支援」といった事業開始に言われていたこれらのワードの構成要素が無限にあるということを感じているし、事業の守備範囲の広がりや私達がハブになるという状態から地域の様々な方がハブになる状況をつくっていくことの重要性も感じている。

また、仕事をしている時間よりも、プライベートの中で、「これって使えるんじゃない？」「これも立派な社会資源じゃない？」と感じる時間も年々増えており、要は個人の生活の構成要素は福祉や医療の範疇には収まらないということであり、福祉の専門職というより生活者としての視点が必要で、専門職という言い方をするのであれば「生活の専門職」といえると思う。そういったことを日々思っていることもあり、先述の言葉には共感するとともに安心感が得られた。

日本では、高齢者は高齢部局や地域包括支援センター、障がいであれば福祉事務所や相談支援事業所と対象別に窓口が分けられており、制度の立てつけに基づく配置なので仕方がないのかもしれないが、結果として、漏れが生じてしまうことや制度外のことには対応できない・つなぎ先がないといったことが生じることも多々ある。そのあたりの調整や資源開発も含め生活支援コーディネーターが担っている自治体もあるかと思うが、それは少数であり、また、そのことを評価されるというのもまた少数である。

日本とイギリスでは文化や風土・民度の違い等もあるのかもしれないが、お話を聞いている中で、イ

ギリスでは医療や福祉という領域が生活という大きな領域の中の一部としてあるように感じ、だからこそ、個人の生活をプラスにするという支援について違和感なく取り組むことが出来るのではないかと感じた。

一方日頃の業務で感じる日本の福祉や医療の領域は、生活という領域の下にあり、困っている状態、マイナスをゼロの状態に戻すということが支援の主流にあるように思う。したがって、アプローチしていく領域も基礎生活（食う・寝る・出す）の部分が中心であり、社会生活や余暇生活などの部分も含まれた、マイナスをプラスにということは一部の地域や事業所でしか考えられていないように感じる。

「支援します。」という言葉を使い、一部の狭い専門分野で支援をしているのでは、プラスの状態に引き上げることが難しいのは当然のことであり、そういった状態では「その人らしい生活」を本当に叶える・支援するという事は難しい。生活支援コーディネーターがその役割を担うか・担えるかは別として、リンクワーカーのような役割を日本でも進めていただきたいと感じると同時に、進めるにあたっては、福祉や医療以外の様々な分野の中での規範的統合や舵取り役が必要なようにも感じた。

今回お話を聞かせていただいたが、限られた時間であったため、今回の内容を整理する中で、新たに聞きたいことなども浮かび、リンクワーカーについて、今後もお話等を聞く機会があればまた参加させていただきたい。

## II 海外調査報告

### 民間の活力を生かし、地域での生活継続と介護予防を支援する実践 ～イギリスにおける2つのアプローチを中心に

成蹊大学文学部現代社会学科 渡邊大輔

#### 1. 本調査の目的および背景

本調査は、民間の活力を生かし、地域での生活継続と介護予防を支援する目指す取り組みについて、イギリスを中心とした事例を分析し、日本における地域での生活継続支援、介護予防支援における地域の活力の活用に資する知見を得ることにある。

日本では、少子高齢化の進展、後期高齢者の急増による医療・介護需要の増大、低成長と少子高齢化に伴う社会保障費の増大による財政逼迫、介護人材の不足、および、高齢者の地域生活の継続に対応するために、生活支援と介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加をより積極的に推進してゆく取り組みとして、2015年より介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）が始まっている。総合事業は、生活支援と介護予防が対象となるが、それらは、リハビリテーションなどの個人を対象とした医療的介入だけでなく、地域づくりや社会関係の形成といった高齢者本人を取り巻く生活環境や社会環境へのアプローチを含めた総合的な対応が求められている（堀田・服部 2016, 田中・北原・服部 2017）。このためには、地域づくりと個人や集団、地域レベルの介護予防を両立させてゆく必要があるとともに、その担い手がどのような人材であるかを把握してゆく必要がある。日本では生活支援コーディネーターがこの役割を期待されているが、海外では特定の職があるわけではない。ただし、必要な機能を担う人材は海外にもいる。本調査では、イギリスにおける事例を通して民間の活力を生かし、地域での生活継続と介護予防を支援する実践を支えるスキームと、その人材について論じる。

#### 1.1. 緊縮財政下における福祉サービスの切り下げ、予防重視、健康の格差への関心の交錯

2007年から2009年の世界金融危機（リーマンショック）、2009年以降のギリシャ危機による欧州債務危機は、多くの国の経済成長と財政に多大な影響を与えた。その結果、とくに統一通貨であるユーロを採用するEU各国は、独自の金融政策をとることができないため赤字ルールおよび財務残高ルールによる厳しい財政ガバナンスを求められており、ユーロに加盟していないがEUに加盟していたイギリスも同様に財政ガバナンスを求められた（Taylor-Goody, Leruth and Chung 2017）。この財政規律は緊縮財政 *austerity* をもたらし、とくに一部の経済成長できた国を除き各国の公共サービスは大きく削減されることとなった。これは新自由主義的な発想による改革をもたらし、ケインズ型の福祉国家ではなくより民間活力の活用を志向する協調型の福祉国家への変更をもたらした（Teepel 2017, Wilks 2017）。

高齢化が始まっている各国において高齢者の介護や生活支援についても同様の変化が起き、オランダでは福祉国家から参加社会への改革がおこなわれ、「インフォーマル・ファースト」と呼ぶべき地域の活力を先にし、公的な支援を後景にした変革がおこなわれている（松岡 2021）。

イギリスでも、他国に見られないほど大きな変化が起きている。図1にイングランドにおける分野別の社会保障支出が金融危機以降にどのように変化しているのかを示した。これを見るとGPにかかるプライマリケア費用、病院等にかかるNHSプロバイダ、子育て支援などについてのチャイルド・ソーシャル・ケア費用は右肩上がりであり伸びているが、高齢者支援が中心となるアダルト・ソーシャル・ケアは

2009/10 比でいまだにマイナスとなっている。当然であるがこの間に、日本に比べると緩やかであるが高齢化は進展しており、65 歳以上の高齢化率も 2 ポイント強上昇している。

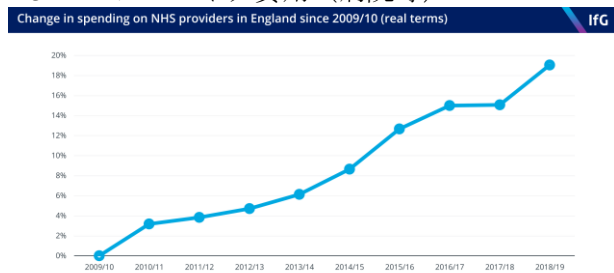
この激烈ともいえるアダルト・ソーシャル・ケア支出の切り下げによって、公共サービスは縮小されることとなり、山本はこの政策転換の特徴として、「高齢者福祉の社会的企業化」「自主福祉化」を指摘する（山本 2016）。イギリスにおいて 2000 年代以降、公共サービスの担い手として社会的企業（チャリティ団体を含む）が大きく台頭したが、これは公共サービスの厳しい切り下げのなかでその一部をスピンアウトするものであった（Joy 2017）。

### 1-1 プライマリケア費用（GP）



Source: Institute for Government analysis of NHS Digital, 'Investment in General Practice', Annex A1 (2010-12 data) and Table 3a (2013-18 data).

### 1-3 NHS プロバイダ費用（病院等）



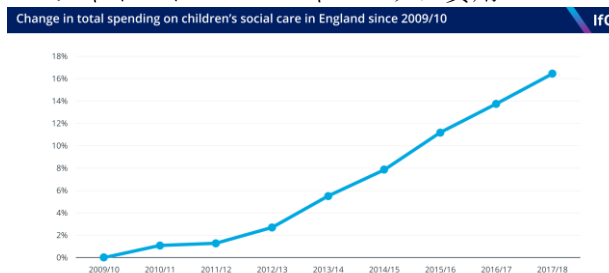
Source: Institute for Government analysis of Department of Health, 'Annual Reports and Accounts'; Department of Health and Social Care, 'Annual Reports and Accounts'.

### 1-2 アダルト・ソーシャル・ケア費用



Source: Institute for Government analysis of NHS Digital, 'Adult Social Care Activity and Finance Report, England 2018-19', Appendix B, Table 4.

### 1-4 チャイルド・ソーシャル・ケア費用



Source: Institute for Government analysis of Department for Education, 'LA and School Expenditure', Table 2.

※ プライマリケアのみ 2010/11 よりの比較

Source: Institute for Government, <https://www.instituteforgovernment.org.uk/>

図 1 イングランドにおける分野別社会保障支出の経年変化（2009/10 年からの変化率）

だが、単なるアウトソーシングというだけではない。自主福祉化という表現にあるように、より早期介入や予防を重視し、高齢者の自立、ウェルビーイング、選択可能性を重視するものとなっている。

さらにここに健康格差についての指摘が加わる。イギリスでは他国に比べても早く 1980 年代には健康について社会的な格差があることが指摘されてきた（Townsend P and Davidson ed 1988）。健康格差、あるいは、健康の社会的決定と呼ばれるこの指摘は、健康を守るためには医療だけではなく社会そのものへの介入や、非医療的介入が重要であることを意味する。これは高齢者分野についても同様であり、充実した医療サービスだけでは、健康やウェルビーイングを守ることはできず、社会的な対応が個人レベルでも地域レベルでも重要となる。

ここに民間の活力を生かし、地域での生活継続と介護予防を支援することの背景がそろう。すなわち、財政的な問題は非常に大きいですが、同時に、そのアウトソーシング先として地域におけるボランティアセクターを含む民間の活力が想定されるとともに、その活力を生かすことによって地域を鍛えることが、健康の社会的決定の対策にもなりうるというものである。

そのため、地域の活力をどのように生かすかが、イギリスにおける高齢者の生活支援、介護予防においても非常に重要となる。そこで本調査では、以上の背景を踏まえ、地域の活力を生かした事例として、2つのアプローチに注目したい。1点目は地域レベルを重視したアプローチであり、2点目は高齢者個人のニーズへの対応を重視するアプローチである。この2つのアプローチを考察し、イギリスにおいて民間の活力を生かし、地域での生活継続と介護予防を支援する実践がどのように行われているかを検証し、日本の参考としたい。

## 2. イギリス現地調査の目的、調査手法および調査対象

本調査は、イギリスのなかでもイングランドにおいて高齢者の介護予防や地域での共生のため、民間の活力を生かし、地域での生活継続と介護予防を支援する実践をおこなっている8団体の計12名に対して聞き取り調査をおこなった(表1)。とくに、地域資源の涵養しつつ高齢者を支えることを目指すアセット・ベースド・コミュニティ・デベロップメント(ABCD)による実践と、非医療的なニーズを抱えている人を地域資源へとつなぐ社会的処方やそれに類する取り組みをおこなっているものに大別できる。

表1 イギリス現地調査の対象

調査日	対象(参考URL)、インフォーマント、役職	地域	種類、備考
21/10/22	National Academy for Social Prescribing ( <a href="https://socialprescribingacademy.org.uk/">https://socialprescribingacademy.org.uk/</a> ) - Dr Bogdan Chiva Giurca, SP Champions Champion Lead	全国(本部は London)	社会的処方
21/11/11	Bristol Aging Better project ( <a href="https://bristolageingbetter.org.uk/">https://bristolageingbetter.org.uk/</a> ) - Claire Chivers, the Learning and Monitoring Officer of Bristol Ageing Better Project	Bristol	社会的処方 現在は Age UK Bristol に所属
21/11/18	Care England ( <a href="https://www.careengland.org.uk/">https://www.careengland.org.uk/</a> ) - Martin Green, CEO - Louis Holmes, Senior Policy Officer	全国(本部は London)	政策立案
21/11/22	Age UK Bristol - Jo Stokes, Community Service Manager	Bristol	ABCD 2020年4月に LinkAge Network と合併
21/11/24	The For All Healthy Living Company ( <a href="https://www.forallhlc.org/index.php">https://www.forallhlc.org/index.php</a> ) - Mark Graham, CEO - Sazia Salim, community development worker	Weston-super-Mare (Bristol に近い)	ABCD
21/12/7	Open Age ( <a href="https://www.openage.org.uk/">https://www.openage.org.uk/</a> ) - Ian Cassidy, CEO - Bee Burgess, Head of Outreach and Support	London	ABCD
22/1/17	Search ( <a href="https://www.searchnewcastle.org.uk/">https://www.searchnewcastle.org.uk/</a> ) - Adam Stewart, Pioneer Worker - Karen Moses,	Newcastle	ABCD、社会的処方
22/1/27	Newcastle GP Service ( <a href="https://newcastle-gp-services.co.uk/">https://newcastle-gp-services.co.uk/</a> ) - Michael Waugh, manager of social prescribing	Newcastle	社会的処方

対象については Dr Brian Beach (Research Fellow of UCL in the Department of Epidemiology and Public Health、前 ILC-UK Senior Research Fellow)、David Sinclair (ILC UK, Director) の両名から紹介を受け、

渡邊が事前調整をしたうえで調査を実施した。なお、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、本部に訪問してインタビューを実施した Open Age 以外は、すべてオンラインインタビューである。

調査は半構造化面接法を採用し、事前に対象となる団体の資料等を渉猟して把握したうえで、団体の取り組みの概要、取り組みの特徴、実践例、現状の課題、コロナ禍における対応について聞き取りを行った。すべての調査においてインタビュアーは渡邊が務め、調査時間はおおむね 1 時間であり、最長で 2 時間であった。

### 3. イギリスにおける地域の活力を生かした高齢者支援についての 2 つのアプローチ

ここでは、民間の活力を生かし、地域での生活継続と介護予防を支援する実践として、地域資源の涵養というメゾレベル・アプローチと、ニーズを抱える個人への対応というパーソナルレベル・アプローチの 2 つのアプローチについて注目し、それぞれの事例について紹介したうえで論じていきたい。

#### 3.1. メゾレベル・アプローチとしての ABCD

ABCD アプローチは Asset-based community development の略称である。もともとは、1980 年代のアメリカで人種間対立が激しくなり、地域におけるセグリゲーションが起きるなかで、その緩和と解決を地域レベルの取り組みとして行われたものである。地域のアセット（資産）に注目し、持続的な地域の発展を目指し、多様なアセットを発見し、涵養することを目指している。アセットはいわゆる物理的な財や金銭だけでなく、地域の人々、その人々の関係性、地域の団体、地域の歴史、物語、経験、自然環境などに注目する。ABCD の考え方の根本には、外部の人や団体が問題を抱えるという地域を助けるという発想の否定にある（Kretzman and McKnight 1993）。そうではなく、地域に今あるアセットに注目し、そのアセットを再発見し、つなげ、涵養することを通して、地域の課題を解決することを目指している。ないものに注目しどう埋めようかと考えるのではなく、あるものに注目して対応しようとする考え方の転換がポイントとなる（Garven 2016）。

このアプローチは、高齢者福祉においても近年注目されており、国際長寿センターによる調査プロジェクトにおいても、イギリスの各地におけるコミュニティ・ベースの生活支援や高齢者の社会参加支援について報告がなされている（国際長寿センター 2020）。本報告も、この一連の調査に連なるものとなる。

ここでは 2 つの事例を紹介する。

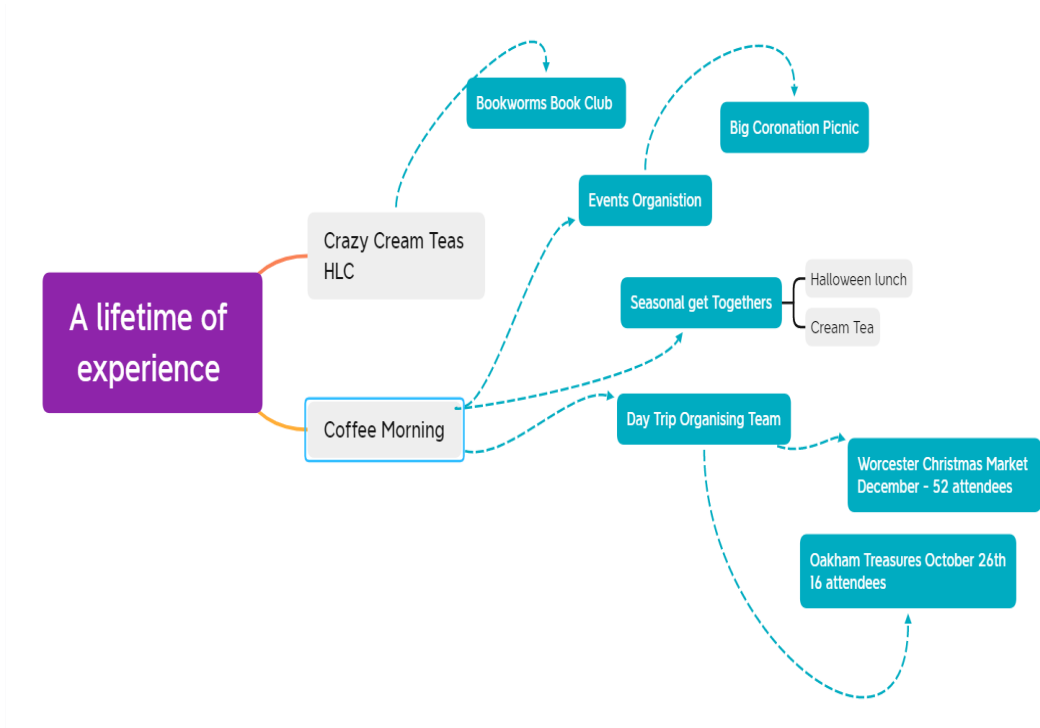
##### 3.1.1. The For All Healthy Living Company (FAHLC) : ABCD による高齢者の参加の場づくり

The For All Healthy Living Company (以下、FAHLC)は、イギリス西部の都市であるブリストルから南西 29km に位置する Weston-super-Mare にて活動する独立系の社会的企業である。地域のコミュニティセンターを運営しており、コミュニティや子どもの支援、成人を含めた学習支援などを提供している。

FAHLC では、2020 年より ABCD を採用して高齢者支援を行っており、とくに「A lifetime of experience」プロジェクトを開始している。これは、50 代以上の年齢層を対象としたプロジェクトであり、社会的孤立やデジタルデバイドを軽減し、高齢者とコミュニティとの新しい関係構築を支援することを目的としたプロジェクトである。高齢者と地域のアセットを地図化し、そのアセットを重視しながらコミュニティの自然な成長を目指している。

このプロジェクトはファンドの 3 年間の資金を得てスタートしている。新型コロナウイルス感染症の影響もあり集まることが当初は困難な中でのスタートであったが、地域の他の団体と共同することで地域のスペースを借りることができ、Coffee Morning、Crazy Cream Teas HLC と呼ばれる高齢者向けのコミュニティ・カフェをつくり、さらにそれらから派生して様々な活動をつくっている。

図 2 A lifetime of experience プロジェクトの発展の様子



Source: The For All Healthy Living Company 提供資料 (A Lifetime Of Experience: The For All Healthy Living Company) より

さらにコロナ禍において高齢者のインターネットへのアクセスの問題が大きくクローズアップされる中で、地域の企業と協力し資金援助を受けることで、プリペイド SIM カード付きのタブレットを 80 台用意し、半年分の 4G 回線とともに地域の人に配布している。

このほかにも、図書館においてボランティアで技術的なサポートを行っていた人材が、コロナ禍において図書館に戻れなくなっていることを知り、その人たちと高齢者をつなぐワークショップを開催する Alive Activities、地域の団体と連携し高齢者向けに音楽をもちいてウェルビーイングの向上を図るセッションなど、地域の団体というアセットを高齢者をつなぐ場づくりを行っている。

スタッフである Sazia Salim さんは地域のアセットを把握し、人々をつなぐための場のセットアップを主な業務としており、地域の多くの団体との関係をつくり、あるいは地域団体が多く参加するイベントやミーティングに参加しながら、つねにつなぐ場づくりを行っている。また、Coffee Morning、Crazy Cream Teas HLC のような場で活躍するキーパーソンとなる高齢者を探すことも重要な仕事であり、FAHLC の A lifetime of experience は後述する社会的処方によって紹介された人の受け入れも行っている。実際、GP が同じ建物に入っており、よく紹介されることがあるという。

コロナ禍という大きなハンデがあるなかでも、そのハンデ（たとえば高齢者のデジタルデバイド）をむしろつながりをつくる重要な契機と捉えなおし、コミュニティ・カフェの活動から始まる多様な活動を積極的につくりあげ、それらを有機的に連携させてゆくことで地域のアセットを涵養する取り組みとなっている。高齢者の社会参加を可能にするという点で介護予防に大きく資するものとなっている。

しかしながら、同プロジェクトは3年間のファンドを得ての活動であり、その後に活動資金が得られるかどうかは分かっていない。また、地域のアセットについては、一度マッピングをして地域の人々と把握したが、その後の更新はできていないという。資金調達の問題は次の Open Age など多くのチャリティ団体でも同様の問題に直面しており、地域資源の開発の持続性において重要な課題となっている。

### 3.1.2. Open Age：コロナ禍での活動継続と新しい取り組みと困難

Open Age はロンドン中心部のケンジントンにおいて、運営する複数のセンターにおいて高齢者向けの様々なアクティビティを提供しているチャリティ団体である。Open Age はこの活動を center based activity の提供と呼んでおり、感染拡大前には毎週 300 以上のプログラムを提供し、1,500 人以上の高齢者が参加している。活動は運動や文化、芸術、コミュニケーションなど非常に多岐にわたっており、ボランティアが講師を務める活動も多い。Open Age は 20 年以上にわたり同地域で活動し、多くのアセットをセンターを中心に作り上げてきた。国際長寿センターでも 2017 年に同団体の活動について報告している（国際長寿センター 2017）。2019 年以降、社会的処方注目される中で、Open Age はその受け入れも積極的に行っており、リンクワーカーから紹介された人が Open Age の活動に多く参加している。

このようなセンターを中心とした Open Age 活動はコロナ禍で一変したものの、可能な範囲で積極的な活動をおこなってきた。イギリス政府がソーシャル・ディスタンスを求めた 2020 年 3 月 16 日夜以降、ロックダウンが解除されるまでセンターでの活動をおこなわないことを決定しているが、その翌日となる 2020 年 3 月 17~26 日だけでも 4,129 人の高齢者に、3 月 27 日からの 1 か月間では 4,344 回、スタッフが自宅から電話をして見守りや連絡を行っている。これらはスタッフにとっても初めてのことであったが、多くの高齢者が孤立しており、登録していた会員（高齢者）の多くがこの電話と情報提供を非常に好意的に評価している。

Open Age において Head of Outreach and support の役職についている Bee Burgesさんは、リンクアップの重要性について指摘している。Open Age のリンクアッププログラムは、高齢者の自宅に訪問し、高齢者が Open Age が行っている活動に参加しにくい障壁を取り除く活動であり、もともとは移動の問題や家庭内の問題、金銭的な問題などの障壁について相談を受けたり、高齢者本人が気づいていない問題を把握して解決しつつ、高齢者をセンターの活動につなげコミュニティに包摂することを行っていた。この活動がコロナ禍においては、デジタルデバイドの解消を目指すものとなり、リンクアップ・テック・サポート(link up tech support)という新しい活動となっている。これは、オンライン上でのコミュニケーションで、自宅や遠隔で技術的サポートを提供するものである。Beeさんは、「電話だけではグループでの会話は難しい」という。顔の見えないグループ電話では会話がうまくいかないことから、コロナ禍で孤立しがちの高齢者を支える取り組みとなっている。このように、コロナ禍であっても高齢者のウェルビーイングを重視し、参加を継続するという目標のもと、様々な活動を提供していた。

しかし、Open Age の地域ベースの活動は大きな問題に直面している。Open Age の収入源の多くは自治体（Royal borough of Kensington & Chelsea など）からの助成金であり、NHS の West London, Central

London and H&F CCG からも健康増進やウェルビーイングのために資金が提供されてきた (Open Age 2020)。NHS の CCG からも資金は孤立予防とウェルビーイングの向上のための名目で資金が提供されている。この資金がコロナ禍において大幅に削減された。とくに West London CCG からは 2020 年は 170,000 ポンド (約 2,580 万円) が支払われていたが、2021 年は 100,000 ポンド (約 1,520 万円) とおよそ 30%ほど削減された (Open Age 2021)。この背景は明確ではないが、コロナ禍で従前の活動ができなるとみなされたこと、また、後述するように社会的処方重視するようになり、資金配分の重点が変わったことなどが考えられる。そのためスタッフなども減少しており、今後の活動継続に課題を抱える事態となっている。

### 3.1.3. メゾレベル・アプローチの意義、求められる人材、および、民間の活力との関連

FAHLC と Open Age という 2 つの事例を紹介し、地域というメゾレベルでの高齢者の包摂を目指す活動について紹介した。いずれの活動も、地域コミュニティを重視し、その中で生活する高齢者の参加する機会を増やすだけでなく、その参加を通して新しいつながりをつくり、新しい活動機会をつくるなど、地域のアセットを増やす活動を行っていた。また、感染症拡大という危機においても、当事者の声を踏まえつつ、デジタルデバイドの解消を目指し柔軟に活動を変えながら、高齢者の参加機会をコミュニティレベルで維持しようとしている。

ABCD のようなメゾレベルのアプローチを担う人材には、地域における実践を適切に把握しているとともに、時間をかけて地域の状況を把握しながら、地域の実情や地域の人々にあわせて企画し、その時間を共に過ごしてゆくことが必要となる。企画力やコミュニケーション力、他の組織と協働するためのコラボレーション能力なども必要となる。

またメゾレベルのアプローチによる活動は、他のセクターとの協働によって担われている部分も大きい。FAHLC は積極的に地域の企業なども協働し、コロナ禍でのデジタルデバイドの解消を目指していた。また Open Age はプログラムによっては地域の企業や非営利団体と協力している。ただ、これらの協力関係は、日本における「産官連携」のように、民間営利企業と積極的な協働を行おうとする意識的なものではなく、地域において資源を持つ一つのアセットがたまたま民間営利企業であったというようである。インタビューにおいても、営利企業と意識的に協調しようという発言はなく、同時に、営利企業と競合関係にあるという発言もみられなかった。また、地域において特定の民間営利企業とタイアップすることが、他の営利企業とバランスを欠く行為とみなされるということも、まったく意識されていなかった。これはたとえその財源が税等であったとしてもである。その意味で、セクター間連携を意識するのではなく、連携を目指したときにセクター間となったというより自然な連携であったといえる。

## 3.2. 社会的処方やそれに類する実践と現状の課題

社会的処方 social prescribing は、医療機関や医療専門職を起点として、健康問題や生活課題を抱える患者に対して、非医療的な社会資源につなげることで、患者の抱える課題の解決を目指す取り組み、である。2010 年代から注目されるようになり、健康の社会的決定の問題が注目される中で、多くの取り組みがなされるようになってきた。近年では日本でも注目されており、多くの類似する取り組みが行われている (西 2020, 武田編 2021)。

イギリスでは、もともと個別的な実践として GP らが非医療的な資源を患者に紹介するという取り組

みが行われてきた。これをより組織化し、リンクワーカーやケアナビゲーターと呼ばれる患者を非医療的な資源に「つなぐ人」を設定しモデル化されていく（Healthy London Partnership 2017, British Red Cross 2021）。

社会的処方理念を図示したものが図 3 である。中心に社会的処方リンクワーカー（social prescribing link worker）が位置し、プライマリケアの一部として、地域における社会的処方の接続を担う。その周囲には、一番上から、すべての地域エージェンシーからの簡単な処方（紹介状）、労働力の開発、共通のアウトカムの枠組み（共通の効果指標）、重要なことは個人ごとのプラン、コミュニティ・グループのための支援、協調的な事業運営とパートナーシップの実践、といった言葉並んでいる。この図からは、リンクワーカーを中心に、地域における協働によって社会的処方が成り立っていることが見て取れる。また、personalised plan という言葉にあるように、個人単位でテーラーメイドのプランを立てるという方向性は、NHS England 全体の方向性でもあり、すべての人に対しての包括的な個人化されたケアモデル（comprehensive personalized care model）を提示しており、上位 5%程度の人を複雑なニーズを抱える人と規定している（NHS England 2018）。この 5%の人が社会的処方の主要なターゲットとなる（Healthy London Partnership 2018）。ターゲットが絞り込まれていることから、前節で論じたメゾレベルのアプローチとは異なる理念に基づいていることがわかる。



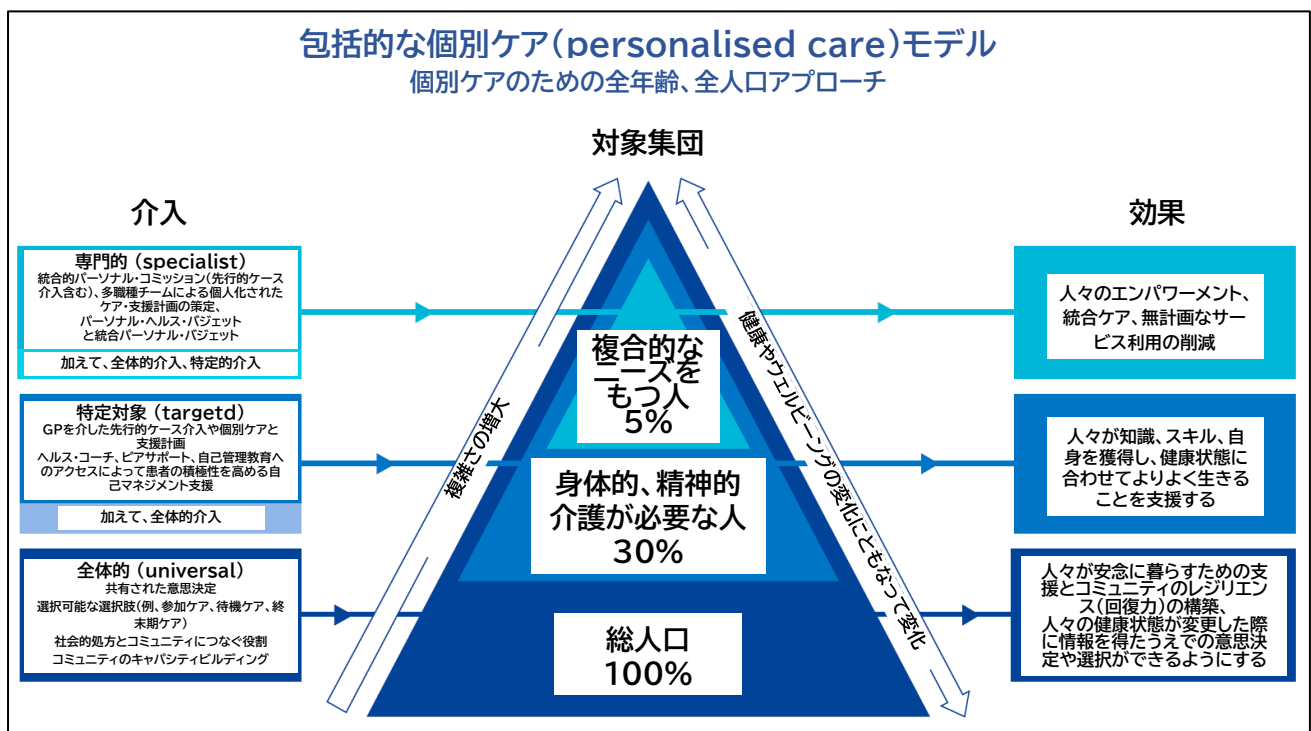
Source: NHS England: Social Prescribing. より作成  
<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>

図 3 社会的処方の概念図

2019 年 1 月に公表された NHS England の *The Long Term Plan*（NHS 長期計画）では、次のように書かれており、ボランティアや地域の活力の活用として社会的処方が非常に重要なオプションとして提示さ

れ、数値目標も設定されている。「5年以内に250万人以上の人々が、『社会的処方』、パーソナル・バジェット、患者団体やボランティアセクターとのパートナーシップによる自己健康管理のための新たな支援の恩恵を受けることとなります」(NHS England 2019)。この250万人という数値目標は社会的処方だけでなく、パーソナル・バジェットやボランティアセクターとのパートナーシップも含まれている。そのうえで、計画の後段では、リンクワーカーについて一人一人に個別的な計画 *tailored plan* を策定し、地域グループや支援サービスにつなげる役割があると述べ、訓練された社会的処方のリンクワーカーを2020/21末には1000人以上に、2023/24までにはさらに増加し、90万人以上が社会的処方を受けることができるようにしている。なお、同計画ではボランティアセクター、コミュニティセクターへの言及は非常に多く、認知症ケアや終末期ケア、慢性疾患、健康格差の是正などでもその重要性と活用が言及されている。

社会的処方は原則としてNHSと同様に無料である。ただし、患者が紹介された先の活動に費用がかかる場合は自己負担となる。社会的処方を発行するGPにはとくに支払いはなく、リンクワーカーはプライマリケア・ネットワークがCCGからの費用をもとに雇用している場合が多い(地域ごとに形態は異なる)。GPに支払いがないのは、GPは基本的に登録されている人数によって報酬が前払いで支払われているためであり、社会的処方によって診療所に再訪する頻度が減れば、GPとしては他の患者に時間を割くことができるというメリットがあって成立している。



Source: NHS England: Comprehensive Personalised Care Model. より作成

(<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/02/comprehensive-model-of-personalised-care.pdf>)

図4 NHS Englandによる包括的な個別ケア (personalised care) モデル

以下では、2つの事例と社会的処方を推進する団体について紹介する。なお、本稿は本調査事業の趣

旨から高齢者の支援に注目するが、社会的処方自体は年齢の限定はなく、妊娠から出産、乳幼児から終末期まですべてが対象となる。また、実際のサービスも孤立、孤独、依存症、慢性疾患、さらにこれらが複合的に絡まり合ったものを対象としたものが多い点は指摘しておく。医療ニーズの高さではなく、社会的な課題の困難さに対処しようとする取り組みである。

### 3.2.1. Newcastle GP Service

Newcastle GP Service (NGPS) は、ニューキャッスル市の 31 の GP 診療所のうち 28 が加入する GP 連合体 (GP federation) である。NGPS は市内すべての診療所とプライマリケア・ネットワークと連携しており、臨床医と非臨床医によるチームによって構成されている。

NGPS は GP や医療チームを支えるための調査、研究、情報提供、患者サービスなど様々な事業を行っている。社会的処方もその一つであり、近年非常に力を入れている。NGPS では、つなぐ人 (practice-based) social prescribing navigators と呼んでいる。practice-based (実践ベース) とは、対象者となる患者の抱える課題に寄り添い、場合によっては長期間にわたって対応することを想定しているからである。social prescribing navigators の多くは、チャリティ団体や社会的企業などボランタリーセクターを経験したものが多い。NGPS では孤立、フレイルティ (虚弱)、認知症などの予防のために社会的処方の仕組みを重視しており、Waugh 氏は「防衛的なサービス defending service」であると説明している。

NGPS による取り組みの特徴はいくつかある。大きな一つは、つなぐ人である social prescribing navigators の育成を他の地域と協働で行っていることである。近隣地域と協働でその役割やコミュニケーションのあり方などを学ぶ機会を提供し、多様な出自を持つ人々がつなぐ役割を果たせるようにしている。また、このナビゲーターたちがつなぐ先についてはニューキャッスルで活躍する多くのボランタリー団体や社会的企業の連合がその情報をアップデートして、つねに新しい取り組みの情報をナビゲーターが利用してつなぐことができるようにしている。

今回ヒヤリングを実施したニューキャッスルで様々なコミュニティサービスを提供し、またコミュニティにおける高齢者が参加できる場をつくっている企業である Search もその一つである。コミュニティでの Lunch Link や、ニューキャッスル市が支援する高齢者が地域での自立した生活継続のためのサービスである Chain Reaction (脱施設型のデイサービス) (Chain Reaction 2021) など多様なサービスを提供しており、社会的処方の受け皿となっている。またニューキャッスルでは、当事者が GP に社会的処方の発行を求めることもあるという。チャリティ団体もまた GP 経由でリンクワーカーにつなぐことができ、より多様な経路でつながることができる仕組みとなっている。

31 の診療所の GP については、ある程度は社会的処方の取り組みの意義を理解し積極的に取り組んでいるが、必ずしも全員が積極的なわけではなく「ミックス」(Waugh 氏) であるという。そのため、地域差がある可能性はある。また、Waugh 氏によると、ニューキャッスルの social prescribing navigators がつなぐ先はほぼボランタリーセクターであり、営利企業との連携は多くないとのことであった。この点は、ニューキャッスルの研修プログラムの影響とともに、チャリティ団体や社会的企業といったボランタリーセクターが充実している可能性や、前述したようにチャリティ団体や社会的企業が連合する仕組みを持ち、そこに social prescribing navigators がしっかりとつながっている点が影響しているとも考えられる。

なお、NGPS での先進的な取り組みが評価され、管理者である Waugh 氏は 2020 年に National

Association of Link worker から social prescribing manager of the year at the awards の表彰を受けている。受賞の理由としては、患者、開業医、地域社会に具体的な違いをもたらし、リンクワーカーが人々のニーズに最も応えられるような幅広い人間関係を築くのに役立つサービスの開発を主導したというものとなっている。

### 3.2.2. Bristol Ageing Better Project

Bristol Aging Better Project (BAB) は、50 歳以上を対象とした社会的処方の実践プロジェクトである。ブリストル市と Age UK Bristol、ブリストル大学がパートナーシップを組んでおこなったプロジェクトであり、2017 年から 2020 年まで宝くじファンド (National Lottery Fund) からの資金提供を受けて実施された。

BAB では、リンクワーカーではなく、コミュニティ・ナビゲーター (Community Navigator) と呼ばれる人がつなぐ人の役割を担っている。行っている内容は、通常の社会的処方とほぼ同様であり、社会的処方が発行された人に対して、BAB では、4 年間で 1,796 人もの人を支援し、さらにその支援を受けた人々を対象に事後調査を行うことで、この取り組みが孤立対策やウェルビーイングの向上につながっていることが示されている (Bristol Aging Better 2020)。なお、この検証はブリストル大学のチームが実施しており、学術的にも足りるエビデンスでもある。

また BAB の特徴として、処方を GP だけでなく、チャリティ団体や社会的企業、さらには本人自身が発行することができる点が挙げられる。自己処方によってコミュニティ・ナビゲーターにつながり紹介してもらうことができるという点は BAB の大きな特徴であり、多様な経路で自分自身にあった地域資源につながるができる仕組みとなっている (Bristol Aging Better 2020)。また BAB は多様な団体が関係しており、チャリティ団体も参加している。そのため、受け入れ先は多く、紹介を断るなどといった事例はない。

しかし BAB には大きな課題がある。それは、資金が 2020 年で終了し、プロジェクト自体も 2022 年ころまでで解体するという点である。一定の成果を見たものの、ファンドが継続的ではないため意義がある活動が継続せずに、連合体はこの仕組みの意義を踏まえつつ、個別団体ごとに対応するというリスクに現在さらされている。イギリスには日本以上に多くのチャリティ団体や社会的企業があるため資金調達も厳しい競争となっており、よりよい活動が継続しない点が最大の課題といえよう。

### 3.2.3. National Academy for Social Prescribing

National Academy for Social Prescribing (NASP) は、社会的処方を広く展開するための団体であり NHS England の出資によって運営されている。NHS England での政策立案等をおこなってきた人々や GP、リンクワーカー経験者など多様な人材によって構成されている。

NASP は社会的処方についての様々な情報提供やイベント、プロモーションなどを非常に精力的に行っており、国際的な社会的処方の実践についても情報交換を行っている。社会的処方のエビデンス構築、社会的処方の考え方を初期からイメージさせるために医学生への講義の実施、および、社会的処方の擁護者 (champion) の育成・支援、リンクワーカーの支援など多岐にわたる取り組みを行っている。とくに感染症拡大下であることから、週に 1 度以上の膨大なオンラインセミナーを実施している。このセミナーによって、多くの関係者 (GP、プライマリケア・ネットワーク、リンクワーカー、チャリティ団体

や社会的企業、学生など）が情報を共有し、先進事例や困難事例を知り、あるいは、世代が異なる対象における問題などを把握する機会となっている。

また **Thriving Community Programme**（コミュニティ繁栄プログラム）として、新型コロナウイルス感染症によって影響を受けたリンクワーカーとともに活動する地域団体や信仰グループ、ボランティア組織、社会的企業などへの支援も行っている。このプログラムでは、2,000以上のメンバーによるネットワーク構築、新しい知見や取り組みを持ち寄るアイデア・ハブ、共同学習機会の提供のほか、**Thriving Community fund**として複数の団体、グループ、企業による取り組みに対して5万ポンド（約750万円）の資金を提供している。

予算規模はおよそ341万ポンド（約5億円）であり、チャリティ団体としては非常に高額である。これは、NASPから前述した**Thriving Community fund**のように多くの団体に支援を行っているからであるとともに、NHS Englandが社会的処方へ傾斜配分していることを示している。

### 3.2.4. 社会的処方の特徴と課題、つなぐ人（リンクワーカー）に求められるもの

イギリスにおける社会的処方は、GPがゲートキーパーの役割を果たし、非医療的ニーズを持つ患者に対して、つなぐ人であるリンクワーカーやコミュニティ・ナビゲーターへの処方を発行し、そのつなぐ人が患者に丁寧な聞き取りを行い、ニーズを把握したうえで、地域の活動や支援者につなげてゆく仕組みである。またただ繋げるだけでなく、フォローアップをする場合も多い。このリンクワーカー・モデルはNHSという仕組みを前提にしたものであり、同様の医療制度を持たない国にはそのまま適用することは難しい。そのうえで、地域につなぐ仲介者を設定するという部分については、NHSのような仕組みを持たない国においても適用可能であろう。

現在の社会的処方の課題は、急拡大するなかでリンクワーカーをどのように確保、育成するのか、GPや患者の理解が必ずしも足りていないなかで、どのようにGPや患者にこの仕組みの意義を理解してもらうのか、また連携するチャリティ団体や社会的企業にとってもメリットがある仕組みとなるか、といった課題がある。最後の論点については、チャリティ団体や社会的企業も自らのサービスが求められていることを寄付者や資金提供者に説明する責任があり、つなぐ人の紹介で利用が増えることを歓迎しているようである。ただ、利用者数が膨大になったときにこの仕組みが回るかは未知数である。また、ここまで見てきたように、NHS Englandはかなり社会的処方を重視し資金も多く提供しているが、その反面、地域での活動団体の資金が減少している。この傾向が続くと、受け入れ側のキャパシティ不足が起きる可能性もある。

なお、GPというゲートキーパーは重要であるが、ブリストルやニューキャッスルの例にみられるように、自己処方や他の団体からの紹介という回路もありえるだろう。これまでは自己処方や紹介の場合は、直接サービス提供団体につながったが、そのマッチングが必ずしもうまくいくとは限らない。そこで、つなぐ人としてのリンクワーカーに自らや他者の仲介によってつながることで、より当事者のニーズに合った地域団体やネットワークとの関係構築が可能になる可能性があるだろう。

社会的処方のキーパーソンは、つなぐ人であるリンクワーカーである。それではリンクワーカーには何が求められるのだろうか。NHSで政策立案を行ってきたBev Taylor氏は、「リンクワーカーはプロフェッショナルであるべきだが、プロフェッショナルである必要はない」（2022年2月1日の国際長寿センターとNASPによる国際ワークショップでの発言）と述べている。これは、つなぐプロとしての役割

を果たせる能力は必要であるが、医療や介護、福祉等の専門職である必要性はないということである。もちろんこれらの専門的な資格を持っていても構わないが、より重要なことは当事者の声を聴き、そのニーズを把握し、それを地域資源につなげることにある。そこで必要な能力は、当事者に寄り添い伴走する能力である。この能力をどう育成し、尊重してゆくかがもっとも重要な課題となるだろう。

#### 4. メゾ・アプローチとパーソナル・アプローチのあり方と日本へのサジェスション

本報告では、民間の活力を生かし、地域での生活継続と介護予防を支援するイギリスの取り組みとして、メゾレベルのアプローチとして ABCD を、マイクロレベルのアプローチとして社会的処方（リンクワーカー・モデル）を取り上げてその現状を紹介してきた。

ここから見えてくることは、民間の活力を生かし地域での生活継続と介護予防を支援するためには、この双方のアプローチが必要となるということである。この 2 つのアプローチはいわば車の両輪である。メゾレベルのアプローチがなければ地域における多様で豊かな活動は形成されず、社会的処方のつなぐ先が先細るだけである。また、社会的処方のようにつなぐ人が存在し、丁寧に聞き取りをおこなうことで非医療的な介入が効果的な困難を抱える個人を地域の活動にマッチングさせることで初めて、地域のなかで見えなくなっている問題を抱える人を地域に包摂することが可能となる。この双方のアプローチを同時に育むことが重要となる。ただ、これまでも述べてきたように、NHS England は医療提供に主眼を置く組織であり、医療的な発想がどこまでも中心である。社会的処方もその名の通り、介入という医療化された発想が基本にある。このため、必ずしも即効性のない地域のアセットを豊かにしてゆくということには財源が回らず、むしろ Open Age の例のように削減されかねない状況にある。ただこれは、社会的処方がうまくいっても、つなぐ先が先細るといった問題を抱える可能性がある。現状では、紹介先から断られたという事例は一切ない（適切な紹介先がないという事例はある）ようだが、今後は十二分に起きる可能性があるだろう。

最後に日本へのサジェスションについて言及したい。リンクワーカー・モデルは、GP が定額報酬であるという NHS のプライマリケア制度に適合的な仕組みであり、日本にそのまま導入できるものではない。しかし、生活支援コーディネーターがアセット・ベースドの発想をもって、地域資源をより豊かに開発することができるのであれば、その開発したアセットに人々をより積極的につなぐ人が存在することは望ましい。日本においては、生活支援コーディネーターがその役割も担うという方法か、あるいは、介護予防ケアマネジメントやさらにその手前のより積極的な予防ケアマネジメントが、機会となる可能性がある。ただこのためには、地域包括支援センターと生活支援コーディネーターがより緊密に連携し、情報を共有しながら実践を行っていく必要があるだろう。生活支援コーディネーターと地域包括支援センターが一体性をもって活動できる仕組みづくりが重要となる。

また、民間の活力のなかでも民間営利企業との関連については、イギリスでのインタビューにおいては、インフォーマントの誰もがその意義を強調してはいなかった。だがこれは、営利企業との連携がないということではない。イギリスではチャリティ団体が NPO だけでなく社会的企業として企業体の形をとることが 2000 年以降増えている。また、いわゆる営利企業も様々な形で社会貢献活動を、それが営利性や人材確保につながるために実施している。このため、営利企業との連携は当然のこととして実施されているという側面がある。実際、社会的処方の実践において民間のジムなどと連携することは多い。ただし、この点はより多様な事例を収集し、検証してゆくことが必要となるだろう。

## 5. 補論 オランダにおける民間の活力を生かし、地域での生活継続と介護予防を支援する実践

補論として、ILC オランダから提供されたデータリクエストへの回答を踏まえ、オランダにおいて民間の活力を生かし、地域での生活継続と介護予防を支援する実践のあり方について論じる。なお、本論で若干触れたが、オランダも金融危機以降、厳しい財政状況に直面した。そこで、支出を抑えつつ、市民の参加や自治体の役割を重視した参加型社会の構築とそれによる福祉の充実を目指している（松岡 2021）。オランダにおける民間の活力を生かし、地域での生活継続と介護予防を支援する実践は、この大きな政策的な流れの中に位置づけられる。

なお、以下では主に高齢者支援について論じるが、オランダの制度は年齢によって分けていないため、高齢者と明示していない限り高齢者以外の人々もこれらのサービスの対象となっている場合が多いことを指摘しておく。

### 5.1. 高齢者を支える専門職、地域へつなぐ人

オランダでは、2015 年の制度改正によって旧介護保険法（AWBZ）が廃止され、重度者のみを対象として国が保険者となる介護保険（Wlz）の設置と、その他の在宅ケアからセルフケアの支援まで多様な生活継続の諸問題を対象として自治体が責任を持つ社会支援法（WMO）の拡充がなされた。社会支援法の枠内において、以下の職種が高齢者を支える専門職であり、また、地域へつなぐ役割を担っている。

具体的な職種と主な業務については、以下の表 2 にまとめた。

表 2 オランダにおける在宅での生活継続を支援する専門職

名称、おおよその人数	概要と主な業務	主な雇用者
高齢者相談員 (ouderenconsulent/ouderenadviseur)  人数は不明	地域で高齢者の健康やウェルビーイング、自立の維持を主に支援するソーシャルワーカー。 高齢者への情報提供、助言および支援を行う。	福祉団体（WMO の財源から支出されている場合が多い）
ソーシャルヴァイクチーム (social wijkteam)  人数は不明だが、352 自治体のうち 83%にチームが設置（2019 年）	多職種の専門職グループであり、特定地域の住民の健康や自立、参加の維持および改善を行う。 地域のサービスを把握し、対象者のニーズアセスメントや、その結果に応じた保健福祉サービスのコーディネートを担当する。	自治体（WMO の財源から支出）
地域看護師 (wijkverpleegkundige)  人数は不明（看護師は 7 万人）	総合診療におけるプライマリケアの専門職。 人びとの健康や自己管理の推進および生活課題への対応を担当し、	医療保険（Zvw、保険者は民間を含む保険会社）
一般家庭医および助手 (GP) (praktijkondersteuner ouderenzorg)  GP は人口 1500 人あたり 1 人 助手の人数は不明	GP はプライマリケアを担い、最初の窓口となる。GP は助手や理学療法士などのコメディカルとともにサービスを担う、医療提供する。 機関によって、高齢者ケアの提供およびコーディネートを専門におこなう助手を 1 名つけている場合があり、初期段階で患者との話し合いを始め、適切なケアを提供し虚	医療保険（Zvw、保険者は民間を含む保険会社）

	弱の進行を予防する。	
ケースマネジャー 2,247人（2020年、約7,500人に1人）	地域在住高齢者の医療および社会サービスをまとめる上で、コーディネーターの役割を担う専門職であり、通常は認知症ケアを専門とする。 高齢者の状況についてアセスメントをおこない、その人が地域生活を継続するためにどのようなケアや支援が必要か特定する。	医療保険（Zvw、保険者は民間を含む保険会社）

## 5.2. 具体的なサービス内容とそのプロセス

それでは、どのようにしてこれらの専門職が地域での生活継続と介護予防のための活動しサービスを提供するのだろうか。大きく2つのパタンに分けることができる。第1に自治体や福祉団体を通じて相談がある経路であり、第2にプライマリケアなどの医療を通じて相談があるケースである。

まず第1の経路について考えたい。これはおもに高齢者相談員とソーシャルヴァイクチームが担うこととなる。生活継続に困難を抱えた高齢者本人やその家族、友人や隣人は地域にある福祉団体や自治体に相談をする。その相談によって、福祉団体の高齢者相談員や、あるいは、自治体のソーシャルヴァイクチームに連絡があり相談支援が始まる。ただし、自治体によっては高齢者相談員がいる福祉団体に65歳以上の高齢者の名簿を送り、すべての高齢者の自宅を訪問して相談をするところから支援が始まることもある。

高齢者支援相談員は、自宅を訪問しての会話の中で現状のアセスメントを行い、本人のニーズや願いを把握していく。この会話を通じて相談員は、医療または社会サービスを通じて対応できるニーズや願いがあるか判断する。このアセスメントシートは、福祉団体が独自に設定している場合が多い。その後相談員は、現状の改善または維持のためにできることについて、高齢者へ情報提供、助言および支援を行う。たとえば、運動やスポーツを通じて身体的健康を改善するのが良いことがわかる。そこで、相談員は当事者に対して、地域でどのようなスポーツ活動が行われているか情報を提供し、また高齢者がそこへ申し込む際に支援を行う。必要に応じて相談員はまた、高齢者がその活動へ参加できるよう、移送や金銭面での支援といった直接的な支援を行うこともある。

これに対してソーシャルヴァイクチームによるサービス提供はより専門的となる。高齢者本人が自治体や福祉団体などを介してチームに連絡を取り、チームは、どのようなニーズや願いに対応する必要があるか評価するために、高齢者にインタビューを実施する。そして、そのニーズや願いをかなえるためにどのような地域のサービスや施設を利用できるか、高齢者と共に計画を立ててゆく。多くの場合、インフォーマルケアの確立や、高齢者を囲む社会的ネットワークの強化に重点を置いている。さらに、地域の問題に対応する政策を立てるために、地域の全体的な問題について調査し自治体へ情報を発信するという業務を、自治体から任されている。

ソーシャルヴァイクチームは自治体によって活動が大きく異なるためその性格を一意に語ることはできないが、多職種によるチームであるため、より困難であったり複合的なケースへの対応や高齢者相談員が対応しきれないケースにも対応することもある。また、地域においてつなぐ先の資源がない場合には、地域の福祉団体等に連絡を取り、資源開発を依頼するなど地域における資源の整備にも役割を果たしている。

もう一つの経路がプライマリケアや在宅ケアサービス事業者を介しての経路である。これはおもに家

庭医（GP）とその助手や、地域看護師によるものである。イギリスと同様にプライマリケアは GP を介して受ける必要があるため、GP は重要な役割を果たす。GP は基本的には医療的処置を行うが、自宅での自立生活能力に影響がある医療的な問題を抱えている場合、GP やその助手が高齢者のケアのコーディネーターで重要な役割を果たすこととなる。GP 自身は生活支援や介護予防自体を提供することはなく、その助手や、地域の組織、団体を紹介することで対応する。この組織、団体には後述の地域看護師や、これまでに説明した福祉団体とその高齢者相談員、ソーシャルヴァイクチームも含まれる。また住宅改修を担当する自治体職員なども対象となる。GP や助手は、高齢者が地域での生活継続を可能にするためのゲートキーパーの役割を担い、医療的処置だけでは対応できない社会的ニーズについて、つなぐ役割を果たすこととなる。ただ、これはイギリスにおけるリンクワーカー・アプローチとは異なる。個別支援において積極的な社会資源への紹介を行っている事例を考えたほうがよいだろう。なお、オランダでもイギリスのリンクワーカー・アプローチと類似の実践を行う GP はおり、これらの実践は「処方付き福祉」などと呼ばれている。

また複雑なケアニーズ（福祉ニーズ、医療ニーズ双方）がある高齢者のケアについては、地域看護師がそのコーディネーターを担当する。地域看護師は GP や病院、理学療法士と連携し、協議を行ってケア計画を立案する。また、地域の公的機関（警察や保健所など）とも連携をし、必要時の支援を得るための体制を構築する主導的な役割を担っている。地域看護師は医療面（服薬管理、処置）だけでなく、家事援助や買い物などの生活支援ニーズの評価も担っており、それらのサービスが必要かも検討してサービスプランをつくる。

また対象者が認知症の人である場合、ケースマネジャーに連絡がとられる。これは GP や専門医を介して行われる場合が多い。

ここまで説明してきたように、オランダでは地域での生活継続のためのコーディネーターは、ソーシャルヴァイクチーム、地域看護師、GP の助手、ケースマネジャーなど様々な職種が高齢者の状態像ごとに行っている。ただしその区分は明確ではなく、自治体によっても異なっている。日本ではケアマネジャーがケア内容のコーディネーターをおこなっているが、それぞれの状況に応じて生活継続のためのケアプランの作成を異なる主体が担っている点に特徴があるといえる。また介護予防についての言及は全体として少なく、まだ始まったばかりであるといえる。

### 5.3. オランダにおける専門職と民間セクターとの協働のあり方

オランダでは、イギリスと同様にここまで説明してきた専門職がサービス提供をする際に、民間セクターと協働している。典型的な例はテクノロジーの活用である。高齢者が外出する際の GPS 追跡装置や、電動リフト、電子錠などを利用する場合には、これらの装置を製作したり所有する営利企業と連携してサービスを提供することがある。また、営利のサービス事業者と連携することもある。たとえば在宅ケア、清掃または食事サービスなどにおいて民間のサービス事業者と連携することでこれらのサービスを提供し、その費用の一部は医療保険や WMO（自治体が負担）を通じて払い戻されることもある。

ただしこれらの事例は、官民連携を意識した実践というものではなく、その民間セクターがサービスを提供しているため自然に連携しているというものである。この積極的な協働ではなく、自然な協働という点ではイギリスと同様であると考えられる。

#### 5.4. 日本への示唆

オランダの専門職による地域での生活継続と介護予防を支援する実践は、福祉団体に所属する高齢者相談員、自治体が設置する多職種連携チームであるソーシャルヴァイクチーム、プライマリケアの現場における地域看護師、GP と高齢者対応のための助手、さらに、認知症の人への対応を行うケースマネージャーと非常に重層的な支援体制が構築されている。これらの体制は、必ずしも明確に分かれているものではなく、対象者や支援内容が重複しているものもある。しかしだからこそ、地域においてもプライマリケアの現場においても、どこかで支援を必要とする人がひっきりなしに、支援につながることができる体制を整えているともいえるだろう。支援体制を精緻に区別しながら整備するのではなく、一定の重複を認めながら整備することで、網の目を重層的に広げる支援の方法は、日本における生活支援体制整備事業においても参考となる。

また、ソーシャルヴァイクチームのように複数の専門職による多職種連携チームは、より複合的な課題への対応において力を発揮する潜在力を持つものである。生活支援体制整備事業に限らず、あらゆる年代において有益な施策となる。ただし、オランダのソーシャルヴァイクチームの専門職は各医療機関や福祉団体から派遣されて所属しているものが多い。そのため、これらの機関や団体の理解も重要となる。このような理解を自治体を中心にどのように得ていくかは課題となる。

#### 文献

Bristol Ageing Better: Bristol Ageing Better Community Navigators Service; Final evaluation report of a social prescribing initiative addressing loneliness and social isolation amongst older people, (<https://www.tnlcommunityfund.org.uk/media/insights/documents/Community-Navigators-Report2020-for-SCREEN.pdf?mtime=20201202121938&focal=none>, 2022.3.1) (2020).

British Red Cross, The Social Prescribing Link Worker Model; Examining the current challenges and potential solutions present in existing literature, (<https://www.redcross.org.uk/-/media/documents/about-us/research-publications/health-and-social-care/the-social-prescribing-link-worker-model.pdf>, 2022.3.1) (2020).

Chain Reaction: Chain Reaction, (<http://www.chainreaction-newcastle.co.uk/>, 2022.3.1) (2021).

Garven F, McLean J, Pattoni L: Asset-based Approaches; Their Rise, Role and Reality. Dunedin Academic Press, Edinburgh (2016).

Joy M, Shelds J: Austerity and the Non-profit Sector; The Case of Social Impact Bonds. In The Austerity State, ed. by Mcbridge S, Evans BM, 309-329, University of Toronto Press, Toronto (2017).

Healthy London Partnership: Social prescribing; Steps towards implementing self-care - a focus on social prescribing, (<https://www.healthylondon.org/wp-content/uploads/2017/10/Social-prescribing-Steps-towards-implementing-self-care-January-2017.pdf>, 2022.3.2) (2017).

Healthy London Partnership: How to introduce a social prescribing champion model and/or a digital platform to support your social prescribing offer, (<https://www.healthylondon.org/wp-content/uploads/2018/12/How-to-introduce-a-social-prescribing-champion-model.pdf>, 2022.3.2) (2018).

- 国際長寿センター: 平成 29 年度先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究報告書, ([https://www.ilc-japan.org/study/doc/b\\_2017d4.pdf](https://www.ilc-japan.org/study/doc/b_2017d4.pdf), 2022.3.1) (2018).
- 国際長寿センター: 令和元年 (2019) 度 軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究報告書, ([https://www.ilc-japan.org/study/doc/b\\_2019keido-igiri.pdf](https://www.ilc-japan.org/study/doc/b_2019keido-igiri.pdf), 2022.3.1) (2020).
- Kretzmann, JP, McKnight JL: Building Communities from the inside out; A path toward finding and mobilizing a community's assets. ACTA Publications, Chicago (1993).
- NHS England: Comprehensive Personalised Care Model, (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/02/comprehensive-model-of-personalised-care.pdf>, 2022.3.1) (2018)
- NHS England: The NHS Long Term Plan (<https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>, 2022.3.1) (2019)
- 西智久編: 社会的処方; 孤立という病を地域のつながりで治す方法. 学芸出版社, 東京 (2020).
- 堀田力, 服部真治: 私たちが描く新地域支援事業の姿; 地域で助け合いを広める鍵と方策. 中央法規, 東京 (2016).
- 松岡洋子: オランダ・ミラクル; 一人と地域の「力」を信じる高齢者福祉. 新評論, 東京 (2021).
- National Academy of Social Prescribing: Annual Review 2020/21, ([https://socialprescribingacademy.org.uk/wp-content/uploads/2021/09/NASP\\_AnnualReport\\_Web-202021-2.pdf](https://socialprescribingacademy.org.uk/wp-content/uploads/2021/09/NASP_AnnualReport_Web-202021-2.pdf), 2022.3.5) (2021).
- Open Age: Annual report 2019-2020, (<https://www.openage.org.uk/sites/openage.org.uk/files//WEBSITE%20Open%20Age%20Annual%20Report%202019-2020%20%2822.01.21%29.pdf>, 2022.3.3) (2020).
- Open Age: Annual report 2020-2021, (<https://www.openage.org.uk/sites/openage.org.uk/files//Open%20Age%20Annual%20Report%202020-21.pdf>, 2022.3.3) (2021).
- 武田裕子編: 格差時代の医療と社会的処方; 病院の入り口に立てない人々を支える SDH(健康の社会的決定要因)の視点. 日本看護協会出版会 (2021).
- 田中明美, 北原理宣, 服部真治: 地域でつくる! 介護予防ケアマネジメントと通所型サービス C; 生駒市の実践から学ぶ総合事業の組み立て方. 社会保険研究所, 東京 (2017).
- Taylor-Gooby P, Leruth B, Chung H: Where Next for the UK Welfare State?. In After Austerity; Welfare State Transformation in Europe after the Great Recession, ed. by Taylor-Gooby P, Leruth B, Chung H, 48-66, Oxford University Press: Oxford (2017).
- Teeple G: Austerity Policies; From the Keynesian to the Corporate Welfare State. In The Austerity State, ed. by Mcbridge S, Evans BM, 25-43, University of Toronto Press, Toronto (2017).
- Townsend P, Davidson N, ed.: Inequalities in health; The Black Report. In The health divide. New edition revised and updated ed., ed. by Whitehead M, Penguin Books, London (1988).
- Wilks S: Austerity and Outstanding in Britain's New Corporate State. In The Austerity State, ed. by Mcbridge S, Evans BM, 285-308, University of Toronto Press, Toronto (2017).
- 山本恵子: 英国高齢者福祉政策研究; 福祉の市場化を乗り越えて. 法律文化社, 東京 (2016).