

# 英国・ニューキャッスル市 コミュニティケアの視察研修に参加して

田嶋 康利（東京都／センター事業団）

## 1. 英国・ニューキャッスル市の コミュニティケア視察研修に同行

介護保険がスタートして、半年が経過しようとしている。サービスが足りない、介護保険の周知徹底の不足で手続きのしくみがわからない、国保連への請求システムが正常に機能しない、大手企業の撤退・ヘルパーのリストラなどの実施直後の混乱は一段落した感がある。しかし、第1号被保険者に対する保険料徴収の10月開始を巡っての混乱ぶりは、介護保険制度が、いまだに市民の間に、ましてや被保険者たる高齢者に理解されていないことが明らかになった。

なかでも、介護保険制度の根幹をなす「ケアマネジメント」という新たな手法はいまだ定着しておらず、介護報酬や身分保障などに多くの問題点が残されたままだ。

日本の介護保険では、サービスの提供にあたっては、ケアマネジャーまたは本人作成のケアプランに基づくケアマネジメントが義務付けられており、このケアマネジメントの手法は、英国で実施されているコミュニティケアの根幹をなす「ケアマネジメント」という手法をモデルにしたと言われている。

7月1日～10日にわたって、英国・ニューキャッスル市でコミュニティケアの定点観測を行っている竹内孝仁先生（日本医科大学教授・生活協同組合・東京高齢協顧問）をコー

ディネーターとする視察団（今回で9年目）に同行し、研修に参加した。

視察したのは、“市（地方自治体）としてのコミュニティケアの取り組み”が中心であり、アンカーハウジング：高齢者住宅供給の非営利慈善団体や、アソシエーション（協会：ボランティアセクターの一つ）が運営するデイサービスの見学を除けば、個々のサービス提供機関の現状やケアマネジメントの現場を視察することは残念ながらできなかった。

ここでは、事前に配布された資料、視察先での研修を基に筆をまとめたと思う。



ニューキャッスルで見られる“古城”

## 2. 英国の“コミュニティケア”の歴史 (サッチャー政権以降)

ここでは、研修で配られた資料と竹内先生による事前講義で学んだ英国のコミュニティケアの歴史を簡単にまとめる。

### ◎サッチャー時代の政府白書「高齢時代を迎えて (Growing Older)」(1981年)

「高齢者が受ける支援やケアの多くはインフォーマルでボランティアなものであり、それを提供するのには親類や友人、あるいは近隣の人々である(家族主義への回帰=労働党政政策への批判)。地域が持つこのような介護力を維持し、また必要に応じて発展させる(しかし決して代替しない)のが、公共セクターの役目でなければならない。『地域でのケア (care in the community)』は、これからは『地域によるケア (care by the community)』と考えるべきである」と、保守党が巧みにコミュニティケアを取り込んだ白書が公表される。

自由放任、あるいは市場原理を政策理念とするサッチャー政権は着任後すぐに自治体の権限と出費を極力抑え、代わりに民間活力を利用した福祉政策への転換を図る。これまでの国営による社会福祉サービスの独占(中央政府がサービスの基準や計画を策定し、公的機関がサービスを提供・管理するという伝統

的な手法)から、高齢者の福祉はまず地域社会が責任を果たし、それを公共サイドが側面から支えるという福祉政策論を展開する。

具体的には、

- (1) 民間施設への入居費用を社会補償費から助成、民間の市場参入の拡大
- (2) 民間ボランティア団体の運営強化支援として実施された。



しかし、自治体が国の経費を頼りに高齢者の民間施設への入居を進めたために、戦後一貫して志向されてきた地域ケア、在宅ケアの動きにブレーキ、施設ケア推進を助長。



政府への批判が相次ぐ。「高齢者サービスのより効率的な運営」(1985年)、「地域ケアの実現に向けて」(1986年)「グリフィス報告」(1988年)

社会補償費からの助成策が施設ケアへの偏りを強め、このことが本人の自立を妨げ、また福祉コストを不必要に引き上げる原因となっている。→ 公共と民間の協力による地域ケアの推進が強調される。→ 権限と財源を地方自治体(社会サービス部)に委譲すること。県は、自らサービスの提供に専念するのではなく、外部(民間、非営利、NPO等)から必要なサービスを積極的に買い入れ、サー

---

\*ニューキャッスル市：スコットランド近くに位置するイングランド北部の人口28万の都市。New Castle(新しい城のまち)と呼ばれるが、新しいといっても数百年以上の城と城壁がいまだに残っている、2000年の歴史のある街である。また、19世紀、産業革命に大きな貢献を果たした町としても有名である。①スティーブソン発明の蒸気機関車が最初に走ったまち(ニューキャッスル～ロンドン)であり、鉄道のエンジンがここで作られた。②タービンの発明により、水力による駆動が始めて行われたまち。③新しい火気の発明(ニューキャッスル市民はこのことを誇りに思っていないが)、世界で初めて鉄製の船が河を下ったまち(当時の日本の天皇が鉄製の軍艦を買い取りたいとニューキャッスルから戦艦を購入した)。

工業都市であるがゆえの社会的問題として、19世紀以降の人口の大量流入による産業家によって病院がつけられたが、看病・ケアを目的とするのではなく、健康な労働者の育成・保護の観点からつけられており、働く人を対象とするだけで家族にはケアは施されなかった。(以上、ニューキャッスル市元社会サービス部部长・ロイクロフト氏より)

ビスの効率性を高める努力をすること。

すなわち、地方自治体では、高齢者のケアに責任を持ち、必要なサービスの確保はしながらも、サービスの提供は市場の原理に基づくべきとする方向へ。



「国民保健サービスおよび地域ケア法」  
(National Health Service and Community Care Act: コミュニティケア法) (1990年)

新しいシステムの財源には、社会補償費から支給されていた民間施設への入居費助成分を充て、1993年4月に財源の自治体への移行が実施される。この法律は、イギリスのコミュニティケアの集大成ともいえる内容で、“人道

的な視点に立ったケアの精神だけではなく、福祉の経済性や政治的イデオロギーをも加味した内容”となっており、福祉政策の全体を「地域ケア (コミュニティケア)」の概念のもとに再編成し、できるだけケアの現場に近いところで福祉の総合化を図ることに主眼が置かれている。

なかでも「市場原理の原則」すなわち「消費者の選択」と「サービス提供者間の競争」を通して、これを実現させようとし、そして高齢者だけではなく、心身障害者や母子・児童、あるいはアルコール薬物中毒患者など、何らかの公的ケアを要する人たち全てを対象としている。

### ◎地域ケア (コミュニティケア) のめざすもの

- ①ノーマル (普通) な生活の推進: 人々が望むだけ、できるだけ長く、自宅あるいは地域 | 社会の家庭的な雰囲気の中で、独立した、尊厳に満ちた生活を送れるようにすること。
- ②国民の選択権の重視: サービスをまず用意し、それに人々を合わせるのではなく、人々のニーズを正しく把握し、それに合わせてサービスを提供すること。
- ③ケア水準の向上とケアレベルの適正化: サービスの質を高めると同時に、国民の税金を無駄にしないために適正なレベルのケアサービスを正しく把握し、それに合わせてサービスを提供すること。
- ④福祉の混合経済化の促進: 公共サイドで全てを提供するのではなく、できるだけ民間の活力を活用する (多元化、混合化、ボランティア化)。

### ◎地域ケア政策の改革の手段

- ①ケアプランの作成: 「これまででは、たとえば高齢者福祉についての一貫性ある政策は用意されてこなかったし、サービスの効率性評価なども実施されてこなかった。これからはまず地域全体のニーズと手持ちの資源をみながら、どういうタイプのサービスをどういう優先順位で提供するかをはっきりさせなければならない」としている。

#### ②ケアマネジメントの導入

「1. 情報の公表」→「2. ニーズ評価・レベルの決定」→「3. ニーズの評価」→「4. ケアプランの作成」→「5. ケアプランの実践」→「6. モニタリング」→「7. ケアプランの再評価 (レビュー)」→「3. ニーズの評価」

※ケアマネジャーは、「サービス購入」側に属し、県営のレストホームやデイセンターの運営からは独立した立場で、消費者のための選択を判断し、「ケアパッケージ」に沿ったサービス提供を監視する。その多くは、ソーシャルワーカーから任命されている。

- ③自治体機能の分割: 公共サービスを「サービス提供」と「サービス購入」に分ける。
- ④パートナーシップの推進: 外部協力者 (民間・非営利事業者) とのパートナー
- ⑤監督制度の強化と苦情処理制度の導入: 市場原理に沿った福祉の監視、本人以外に家族、友人も正式の手続きで苦情が言える。
- ⑥中央から地方自治体への権限と財源の移行: 県が施設ケアも含めて全体的な地域福祉に裁量権が発揮できるシステム。



90年6月のコミュニティケア法の制定から93年の制度開始の間、3年の歳月をかけて法整備に取り組んできた。

- 91年 4月 ○入居施設の監視制度の導入(監視・指導の徹底化)  
○苦情処理プロセスの導入
- 9月 ○戦略的な選択の決定: ニーズ評価主体とサービス提供主体との分離。サービス購入責任の委託  
○ケアマネジメント政策を進める担当者グループの設立  
○地域ケア政策に民間セクターを参加させるメカニズムの導入  
○サービス提供側からの観点ではなく、利用者のニーズの観点のケア政策レビューへの転換
- 92年 4月 ○ケアマネジメントとニーズ評価、および関連団体との協議・協力方法についての素案発表  
→ 情報宣伝開始(アセスメントの大合唱)  
ケアマネジメントの仕組みを知らない医者はいない  
役所内の教育の徹底(他部署にも徹底)  
○関連団体間の相互連絡基準についての合意  
○地域ケアを担当する各団体(公共、民間)の担当者の決定  
○研修プログラムの開発
- 12月 ○地域ケアについての財務評価手順の公表  
○レストホームおよびナーシングホームに公費で入居できるための基準、それら施設が満たすべきサービス水準の公表
- 93年 4月 制度実施  
○「地域ケアプラン」の公表  
○新しいニーズ評価システムの稼働

イギリスの福祉政策は、2つの大きな変化のまっただ中にあることがわかる。

(1)「施設ケア」から「地域(在宅)ケア」への移行。すなわち、コスト効率優先の脱施設論、地域社会の役割依存へ。

(2)福祉国家モデルとしての公共サイドによる独占(経済)から民間福祉を取り込んだ混合経済への移行。公共と民間・ボランティア団体の提供するサービスとのバランス。

### ◎英国のコミュニティケアを支えるGP (General Practitioner, Family Doctor : 家庭医)

「すべての市民は家庭医を選び、登録しなければならない」「家庭医は、登録された市民に対して24時間対応、往診が義務」「在宅ケアの中核として位置づけられている」。

英国全体の家庭医数は約3万人で、1家庭医平均2,000人が登録している。

GPは“ゲートキーパー：門番”と呼ばれ、ソーシャルワーカーへの情報提供の役割を担っている。また、地域住民の生活を知り尽くしており（家族代々に渡ってのかかりつけ医）、英国コミュニティケアのキーパーソンとして存在している。しかし、GPの診療所の施設は、日本の昭和30年代の設備の状況（血液採取ができない、レントゲンも撮れないなど）、技術のレベルは大学を出て研修を4年終了したばかりと言われている（竹内先生）。

「入院までの待機時間が長い」「予約制度のため待っている間に病状が進行する」などの問題を克服すべく、サッチャー政権は、保健医療制度（NHS : National Health Service）の改革の中で競争原理・民活路線を導入。国家直営のGPをGPファンド（医療法人化）として編成し直し、病床・病院の削減（93～99年で20%削減）、入院期間の削減（93～99年で11日から6日に）を実現。しかし、GP、GPファンド間の不平等の発生、入院待機の激化（一説には100万人、18カ月平均といわれる）、民間プライベート医療保険への加入増（15年間に35%増、税金と民間保険の2重払い）、支払い経費の増加（事務費5%→16%、事務管理者2万人増、病床Ns5万人削減）と問題が数々起きてくる。

労働党ブレア政権は、新NHS改革を実施（1997）し、「不平等の解消と入院待機の改善」を掲げ、入院待機者10万人減、待機時間短縮をめざす。しかし、実際はうまくいっていないと言われている。ただし、「GPファンド：GPファンド認定開業医は独自に良質の病院と契約でき、不平等が発生」を、「プライマリケアグループ（PCG）：診療所のグループ化、グループ内での予算管理、疾病予防・検診などの独自事業化、実績による支払い費用の増減」に編成し直し、そこに地域代表のメンバー、社会福祉サービス部のメンバーが運営に参加する中で、一定の成果が生まれている（今後、プライマリケア・トラストとして、一つの独立した法人をめざす方向にいく）。しかし、竹内先生は、トラスト化してうまくいくかどうか疑問を抱いており、「一般の開業医のレベルが低ければ専門医のレベルも高くない。医療は診断と治療が目的であり、問題はこの質が問われなければならないのだ」と。

### 3. 1998年「コミュニティケア白書」 （ブレアドクトリン）以降の展開

サッチャー時代の福祉改革の流れを踏襲しながら、労働党ブレア政権は、98年ブレアドクトリンと呼ばれるコミュニティケアに関する新たなガイドラインを発表、財政難の中「コミュニティケア」の大きな改革が行われている。

その特徴は、地方政府（各都市）の刷新であり、そのポイントは、

#### （1）住民（利用者）主体の徹底化

「住民の立場に立った現代的行政：Modern Government in Touch with Local People」＝“新鮮な息吹を吹き込め”と、首長の直接選挙化、柔軟な行政施策が実施されている。

#### （2）システムの合理化

##### ：行政機構の再編・合理化

①「ベストバリュー：Best Value」＝中央政府の定めるサービスに対する全国基準で、地方政府（地方自治体）のあらゆるサービス（消防、警察、教育、ケアなど）の質を数ヶ月

がかりで監査するシステム。ニューキャッスルは今年、7~11月かけて「子供の対策」をテーマに監査が行われる。ベストバリューでは、4つの“C”として、

Challenge : 挑戦

Compare : 他(民間資源)との比較

Consult : 多くの部門・関係者の検討

Compete : 競争原理

が掲げられ、これらの概念のもと、5年間でサービスを最高のものに変えていく。

②合同見直し委員会(Joint Review Team)の設置

国の監査管+自治体の監査機構で構成され、見直し(レビュー)のポイントとして、

(1)社会サービス部は利用者本位となりえているか。求められるサービスを提供しているか。

(2)行政は将来ともにより良いサービスを作られる体制となりえているか(現状に甘えていないか)。

(3)社会サービス部はサービスのシステム・運用を効果的に管理できているか。

(4)経済的合理性を常に追求しているか。となっている。

③47のサービス指数に基づく評価の実施  
[枠組み]

(1)国の優先課題への取り組み状況 例) 医療・保健-心臓病・癌予防

(2)サービスの費用体効果

(3)提供したサービスの効果

(4)利用者と介護者へのサービスの質

(5)すべての人に公平なアクセス(貧困者はアクセスに不利)

[具体的動き] ニューキャッスルの場合

(1)市直営施設の削減

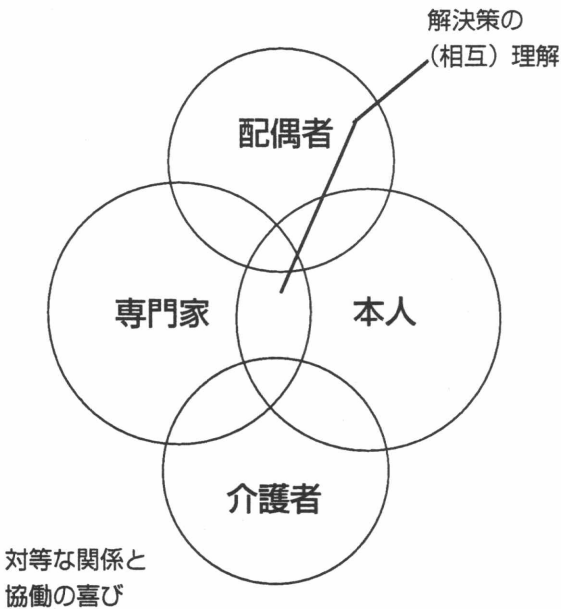
レジデンシャルホーム(日本の特養に相当)25施設のうち、20施設をボランティア・民間事業者売却。残り5施設をResource Center(リソースセンター:ショートステイ機能+リハビリ機能+デイサービスセンター:日本の老健施設)に。ナーシングホーム約50、デイ(ケア)センター2つとアルツハイマーデイセンター以外は全てボランティア団体・民間事業者売却。ここからサービスを購入する(もともと、無料だったサービス。サービスが自治体で購入すること自体、画期的だった)。

今回、視察見学したウエストデントン・アソシエーション(年会費2.5ポンド(約500円)で会員300~400人の構成で理事会を構成。16~17年の歴史を持つ協会。ボランティアグループの一つ)が運営するデイセンターは、元小学校の跡地の2階部分。地域住民の社交場としてポーリング大会や太極拳、セブンブリッジ、詩のクラブなどとしても活用されている(なんと、食堂にバーも)。利用は、月~金の9:00~17:00で、利用者は1日約30人(登録84人)、ポップイン(ランチのためにふらっと来る人。常連化することもある)は1日15人程度。9:30~10:00で車で迎えに行き、朝食とTea、ウィークリープランで活動計画、昼食メインコース、デザート、Tea or coffee、運動、クラフト(工芸)、外出などを過ごす。室内は、ソファのある部屋(通常ここで過ごす)、食堂、ヘアサロン、足の治療場所などもある。利用者の負担は、個々の経済事情にもよるが、4~28ポンド(700~5,000円)/週(食事代2.5ポンド(約500円)は別)となっており、年金から支払う形式もある。利用者個人個人にアセスメントが行われ、キーワーカーと呼ばれる担当者がつき、家庭訪問が行われる。12ポンド以上は高いと感じるらしく、2人ほど利用を辞めたとのこと。スタッフは、マネジャー1人とシニアスタッフと呼ばれる2人で、その他に料理人とアシスタント1人(スタッフは協会により雇用されている)。将来は、入浴施設とショートステイ機能医務室を作りたいが、開発計画に対して資金がないとマネジャーが頭を抱えていた。市の委託料は、利用者1人あたり、18ポンド(約3,400円)/日で、この額は協会と市との交渉次第で変わる。市と協会が3年間契約を結び、ベストバリューによる審査を受ける。



ウエスト・デントン協会が運営するデイセンター

(2)ソーシャルワーク教育のコンセプトの変更  
ネットワーク・ミーティングに重点を移行。  
地域のネットワークづくりを重視する教育に。

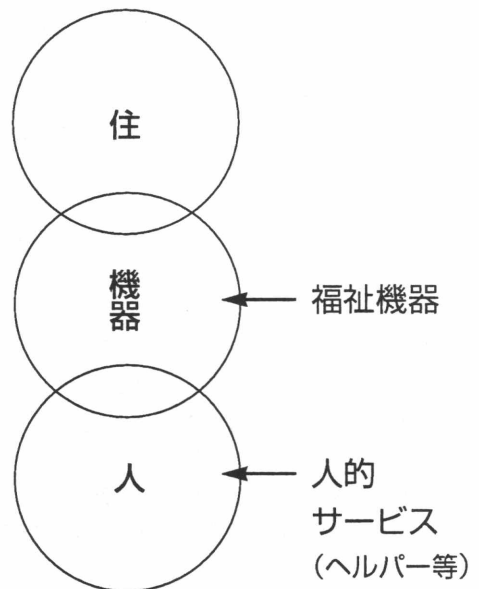


エンパワーメントという言葉が最近よく使われている。問題解決能力の向上、すなわち自分で問題解決できる能力を身につけさせていく取り組みが実施されている。

(3)アンカーハウジング (Anchor Housing)

アンカーハウジングとは、日本でいうと「住宅供給公社」に相当するが、非営利の慈善団体ということはかなり性格が異なる。高齢者（年金生活者）を主対象とする住宅供給団体であるが、団体の綱領には「個々人のニーズと希望に合ったサービスの提供」とあり、性格はNGOに近い。具体的な活動は「自立している」普通の方々への住宅の提供（高齢者住宅）、次に「安全な住まい」の提供、例えばアラーム付き住宅。「ケア付き住まい」(Extra Careと呼ばれる)の提供。ここで、ケアがアンカーハウジングの活動のメニューに入ってくる。もう一つはStaying Put Service（地域定住サービス？）の提供である。国・自治体からの補助と寄付金、事業収入を財源としている。

アンカーのコンセプトは、単に高齢者住宅の提供にとどまらない。



また、アンカーハウジングの背景には、英国国民の住居に対する考えが横たわっている。一つは、ライフスタイルに応じた転居、もう一つは「公営住宅」の比率の高さ、“家は必要に応じて借りて住む”思想である。

アンカーは、登録された社会的地主で組織されており、NPO・慈善団体としても登録され、英国全体で5万5,000人が利用している。アンカーの下に各部門があり、アンカーリタイアメントハウジング（高齢者住宅）を630カ所で2万2,000室提供（アパート形式の家賃方式）、1,000のExtra Care（施設とケアの統合、アパート形式の家賃方式）、5,500人にガーデ

ィアンというシステム（アパートを購入して自己所有するシステム）を提供している。アンカーホームと呼ばれる入所ナーシング施設（部屋に入居、契約方式）には2,900人の利用者に260人のナースがいる。アンカー全体の職員は全国で1万1,000人。

また、居室の高齢者への在宅サービス提供プログラムとして、家事援助サービスもある。年間のケア時間は180万時間。緊急ベルシステム“アンカーコール”（各部屋の両端にひもがありそれを引くとスタッフが駆けつけてくれる）には2万8,000人が加入、年間20万回コールがある。

今回、視察見学したアンカーハウジングは、ニューキャッスル市の隣町（ノースタインサイド）で10年前に暴動があった町。そこに政府が資金をつぎ込み、地域を改善する取り組みとして、あちこちで建設工事が行われている。アンカーは、4年前にExtra Care（エクストラ・ケア）が必要だと気づき、住宅とケアを調整してサービス提供を行うことはできないかと、自治体のケアワーカー（シニアケアワーカーと呼ばれる7人の24時間体制で3編成、市のソーシャルワーカーで経験者を選ぶ）の常駐体制で、コスト効果の高い、より柔軟なサービスの提を開始するようになった（衣類の着脱、洗顔などの日常生活支援のサービスはアンカーのスタッフが対応）。その結果“利用者が自分たち自身でケアをコントロールできると考えるようになった”とスタッフは胸を張って語り、再アセスメントのプロセスを経ることなく追加ケアを受けることができるようになったそうだ。スタッフは、ここで実践した方向性を下記の4点にまとめている。

- ①コミュニティ全体の安定化に貢献できたこと。
- ②自治体・民間業者とのパートナーシップ。
- ③より柔軟なケアのニーズへの対応ができる。
- ④2000年4月にオープンしたばかりだが、コミュニティ意識、仲間意識が形成できている。

家賃は、220ポンド（約4万）／月、サービス使用料は154ポンド（2万7,000円）／月（使用料には掃除、庭仕事、修繕、施設管理費など）、その他光熱費14ポンド、水道代12ポンド。入居者は60歳以上が条件で、80～83歳の方が最も多く、最高年齢は104歳。国の住宅手当を受けている人が約80%。すでに30室満室で、待機者リストができています。

このExtra Careのアンカーのサービスを利用している入居者に話を聞いたところ、“ここに入ることができて幸運だ。ここは良くできている。私がやってほしいことは何でもしてもらえるのよ。シャワーの手伝いや週2回の入浴の介助、足の治療、洗濯のお願い、ショッピング。前に居たところとは比較にならない。4年間Extra Careのない施設（アンカーホーム）にいた。”と語る。まるで模範回答のように。

あるスタッフは“93年以降、アンカーハウジングは変化している”と語り、事実通常のアンカーハウスはここ数年横這いで、Extra Careを増やしているとのことであった（自治体からの支援が大きいとのこと）。



アンカーハウスの外観



(3) 財源の合理化：保健医療と社会福祉サービスの財源の統合と目的に応じた合理的配分

①福祉財源と保健医療財源の統合化（プール）と協働化

この統合化の動機として、(1)入院待機時間・在院日数の短縮、(2)サービスの単純化・標準化、(3)経済的合理化、があげられており、役割とその対象領域は「保健局（Health

Authority）」（日本でいう地方医務局）が全体計画を策定、自治体の「社会サービス部（SSD）」がサービスを購入者となり、GPによる「プライマリケア」が「プライマリケアグループ」そして「プライマリケアトラスト（法人）」へと向かおうとしている。

(4) ケアマネジメントの改革

本物（本当に仕事ができる）のケアマネジャーに仕事（アセスメント）が集中するのを避けるための方策として、利用者による申請後、相談内容をスクリーニング（相談）係によって「単純なケース」と「複雑なケース」に分け、単純なケアパッケージは「社会サービス部」に、複雑なケースはケアマネジャーに振り分ける。また、3カ月で一旦距離を置いて半年に1回のレビュー（再評価）に移行させる（ケアマネジャーは3カ月でサービスの安定化＝生活の安定化を図らなければならない）。

### ●ニューキャッスル市のケアマネジャー、マーガレット・レスターさんの話を聞く

（社会サービス部のチームマネジャー。昨年のソーシャルワーカー・オブ・ザ・イヤーに選ばれている）

【コミュニティケアの目的】

- ①長期に渡るニーズを抱える人たちを対象としている。
- ②1950～1960年は、大病院→地域の延長線上の政策であった。
- ③全てのケアを国家が提供するだけでなく、民間・ボランティアセクターにも分担する。
- ④利用者・資源を様々なセクターが使うことでコストを削減する。
- ⑤公・民間・ボランティアが協力し、ニーズを満たすサービスの提供、選択の幅の拡充、金に対して価値あるサービス、実行に対する責任の所在の明確化
- ⑥資源の限界の中、インフォーマルな資源（家族・近隣・友人）の有効活用。
- ⑦市民参加の度合い＝消費者主導型のサービスの提供を。
- ⑧サービスに対するニーズ、ニーズを中心とするサービス＝ニーズを探り満たすためのサービス。
- ⑨コスト増を抑えると同時に、より多くの人にサービスを提供する。

【ケアマネジメントとは何か】

「我々が持つ資源を最も効果的に活用すること。人々の自宅における自立度を維持すること。施設入所は第一の課題ではない。人々は、障害や病気があっても生活を維持する。そして残存能力を高め、自己決定の幅を広げる。利用者・家族の強み、資源を活用すること。そして、利用者・自治体・サービス提供者のパートナーシップをとることである。」

【アセスメントにあたっての注意事項】

- ①家族との関係：ソーシャルワークのバックグラウンドを持っている人がアセスメントする。英国のケアマネジャーの出身母体の多くはソーシャルワーカーである。
  - ②carer、家族介護をしている人のニーズをしっかりと把握すること。インフォーマルケアが重要。介護者の地域のネットワーク化、住宅・環境、雇用・教育・レクリエーションの機会、地域に思いを馳せる近隣の人がいるかどうかなど。
- 「特に重要なことは、情報をいろいろ集めること。機械的にアセスメントしてはならない。全て完了するには1～2カ月かかる。その人の生活の中に踏み込む訳だから、我々の感受性と思いやりが重要になる。本人がアセスメントに参加できる形でアセスメントすることである。」とレスターさんは語る。

#### 4. ニューキャッスル市のコミュニティケア

1998年の労働党ブレア政権以降、コミュニティケアに対する中央政府、地方自治体の取

り組みの変化・改革は、目を見張るようなスピードでダイナミックに動いている。ここでは、ニューキャッスル市独自の取り組みを紹介する。

##### (1) アクセス重視の考え方

①住民に対する障害の認識を高めよう…これがニューキャッスル市の対策。これがなければ市民はアクセスしてこない。たとえば、独居の痴呆老人、5~6年寝たきりの人は障害の認識がうまくいっていない。簡単なリーフレットには「Can we help you? We help almost 15,000 people a year」（あなたはもしかしたらサービスを受けられるかもしれない。ここに電話を）」と、市民・住民に呼びかけが行われている（右）。

②感受性の向上…市の職員は訴えられていることを軽視するな！

組織の縦割りの弊害を克服し、どの部署の職員も適切に応えができる。

これら2つがなければ、制度は宝の持ち腐れとなるとしている。

##### (2) サービス提供側の变化

サービス提供は自治体によるサービス提供（公務員的立場）→民間、NPOなどの非営利団体によるサービス提供に対して自治体が“購入する”立場に（日本の医療保険に近い）。

We help  
almost  
15,000  
people  
a year

Can we  
help  
you?

Telephone  
(0191) 211 6391

Newcastle  
City Council  
social services directorate

#### ● “キャビネット・ガバナンス” という試み

例えば、ニューキャッスル市では“キャビネット・ガバナンス”（“地方政府”、または“市議会の議員・閣僚による統治”）という新しい試みが今年2月に導入された。市議会で選出された議員10名が、生涯教育・環境・文化・スポーツ・保健医療・福祉・地域計画・交通・電子政府などの政策を策定し、決定は即座に実行に移されるのである。

福祉政策については、以前は、社会サービス委員会の16名の議員と社会サービス部部長で構成され、部長が作成したビジネスプランを基に議論していたのが、現在は社会サービス部の部長（キャビネットの福祉担当議員による任命。権限の集中による責任が非常に高く、議員と一対一の関係であり、生成与奪の権利を握られている）が年間ワークプログラムをキャビネットに提出、審議に賦され実行される（議員は真に住民の代表であり、日本

のような報酬はない。民主主義の歴史の違い、官僚主導の日本の議会との違いを意識させられる）。

「急速な変化の中で停滞しない。我々は時代に合わせて変化する組織でありたいと思う」と、社会サービス部部長のトム・ダーバンは語る。また、「政治家（キャビネットの福祉担当議員）が私を部長として指名できるということであり、この仕事はリスクの高い仕事だ」と神経質そうに語っているのが印象的だった。

#### ● 「高齢者リソースチーム」

##### (Elderly Resource Team)

1995年、ニューキャッスル市がプライマリケアのために導入した、複数の職種のチームで既存のサービスで解決できないケースを担当する。メンバーは、PT、OT、ST、コンサルタント、足の治療士、技術インストラクター、栄養士、リハビリアシスタント、ソーシ

ャルワーカーなどから構成され、フルタイムはOTと足の治療士だけで、地域で働いている人がこのチームに非常勤として参加して働いている。「チームにはヒエラルキー（階層）は存在しない」と、ST（地域サービス）として週一回勤務している担当者は語っていた。

このチームの目的は、

- ①虚弱・病弱な高齢者の家に出向いて直接アセスメントする。

機能として「臨床的な役割を担っている」と担当者が語っていたが詳細は不明。

- ②地域・ケアホームの専門書のスタッフに対する訓練、アドバイス、教育を行う。

大きなグループで様々な職種が集まってテーマに対する研修を行う。これは自主的な研修であり、勤務時間外に行われる。「自らのスキルアップ、キャリアアップと考えている」とスタッフから。

- ③ナーシングホームやケアホームに公式のトレーニングコースを提供する。

ローリングケアプログラム：9週に渡って、1回2時間無料コース。研修内容は、足のケア、コミュニケーション、衛生、褥そう、移動、えん下障害、失禁、精神衛生上の障害など。

- ④虚弱・病弱な高齢者に対する疾病予防・ヘルスプロモーションを行う。

また、サービスの開発も行われており、

- ①康医療と福祉サービスをどう結びつけるか。②在宅ケアサービスを提供する場合の密接なサービス。③家事サービスが必要な人にPT、OTのサービスが加わればこのサービスがなくなるかもしれない。④地域のリハビリのベッド開発。⑤アクションリサーチ、入所施設の高齢者に対するケアの見直し、などである。

対象者の紹介の契機となっているのは、①転倒、②ADLの低下、③複数の問題を抱えている場合、④理由不明の機能低下、⑤介護者のニーズ、⑥教育と訓練（入所施設のワーカーに対する研修）、⑦レジデンシャルホーム、ナーシングホームでスタッフに対するサポート、困難ケースに対するスタッフへのアドバイス、⑧すでに医療福祉サービスに対して問題があり、ニーズが複雑で調整のとれたサービスが必要な人。プライマリケアのチームスタッフに対するアドバイス。⑩複雑な問題を抱えているが病院に行くことを嫌がる患者に対するケース、⑪入院させたくない家族、パートナーの紹介のケース。など。

紹介者は、GPs（プライマリケアグループ）、地区ナース（訪問看護婦）、ホームドクター、ソーシャルワーカーなどであり、紹介の受け入れには、GPの同意が必要である（医療サービスの門番）。

紹介例は、初年度145事例、2年目は219事例。

プロセスは、①自宅に訪問し、初期素クリーニングを実施。この場合チームの誰がいつでもかまわない。生活、医療的な視点のアセスメント。②問題点を列挙してアクション・プランを立てる。その内容をGP、ソーシャルワーカー、紹介者に返す。③サービス提供（サービスはこのチームが提供するのではなく、これまでのサービス担当者が行う）、的的な見直し、ケースに応じた対応を実施。チームで集まって話し合い、場合によってはプラン、ゴール（終了）の変更もあり得る。④アウトカム（Out Come）、GPへの報告。

高齢者リソースチームは、要するに「介護実習普及センター」と「サービス実施に対する一時的コーディネータ（指導・助言）」の機能を併せ持ったチームである（市の機関であ



## 5. 視察を終えて

ニューキャッスル市視察研修は実質4日間であり、全体像を把握することまではできなかった。しかし、研修のまとめとして、視察に訪れて感じることを竹内先生がこう語ってくれた。

「日本からの視察参加者の反応が大きく2つに分かれる。一つは、“ニューキャッスルのコミュニティケアは大変すばらしい”という全面的賞賛の意見と、もう一つは、“この程度なら我々でも実施している”という否定的な意見だ。これらの両方とも非常に危険。私が毎回来て思うことは、学ぶべきはコミュニティケアのシステムではなくて、市民に対する行政の態度である。例えば、①リーフレット一つとっても、“あなたの声を聞かせてください。あなたはもしかしてサービスを受けられるかもしれない”と簡単な言葉と電話番号が書かれており、あちこちで配られている。②また、“パートナーシップ”という言葉だ。この裏を読めば困難さを伴っていることはわかるが、保健と医療・福祉のパートナーシップ、市民と行政、サービス提供者とのパートナーシップが盛んに言われている。さらに、③情報提供（Open）が徹底していること。日本の行政は頑固にパートナーシップをとらない。

新しい時代を迎える中で我々が第一に学ぶことは、市民の主体性・自立性を促す取り組みに対する姿勢、サービスの質を生活者の視点から点検するという姿勢だ。コミュニティケアは行政の市民に対する関係・態度で大きく決定する。システムや制度は人間が動かすということであり、報告書やレポートなど書かれたものにはない思想と理念を学ぶことが重要だ。英国の医療福祉には依然として問題があるのは事実であるが。」と。

日本の介護保険は、制度としてまだ始まったばかりであり、混乱は当分続くであろう。10月から第1号被保険者（65歳以上）の保険料徴収が開始された一方で、低所得者への保険料の減免措置が80の市町村で行われ、そのうち31の自治体は全額免除と報じられている（読売新聞10.1）。厚生省は、「保険料を一部の人からまったく徴収しないのは、みんなで支え合うという本来の制度の趣旨に反する」との見解だ。介護保険へのサービスの一極集中、他方での（介護予防などは自治体任せであり）安価なサービスの排除が行われている。保険財政の破綻も予想され、近いうちに20歳以上の徴収が実施されるかもしれない。

私たち労協・高齢協の「地域福祉事業所」は現在約100カ所設立され、事業経営的にも見通しが立っている。今後、どれだけこの介護保険制度をテコにして“市民の自立と地域の再生”を事業・運動と結んで広げていくことができるのか。また、介護保険を本当に市民・利用者本位の制度となし得るのか、この事業・運動の正念場は当分続くであろう。

ニューキャッスルの視察研修を終えて感じたことは、あらためて労協・高齢協の「地域福祉事業所」づくりを推進していくことの大切さである。竹内先生がまとめて話された「新しい時代を迎える中で我々が第一に学ぶことは、市民の主体性・自立性を促す取り組みに対する姿勢、サービスの質を生活者の視点から点検するという姿勢」。この姿勢はニューキャッスル市の行政の姿勢であるが、これこそ私たちが実践の中で問われる内容だと思う。

全国各地で、“中学校区に一つ”を合い言葉に、地域福祉事業所が新しい市民の参加のもとに次々と創り出されていく。こういうときを早く迎えたいと思う。

### 【参考・引用文献】

- ①竹内孝仁：英国ケアマネジメント研修資料（2000 7/1～7/10）
- ②武原光志：英国ニューキャッスル市のコミュニティケア、月間総合ケア（1999、12月号）ほか、資料から多数引用しました。
- ③(社)生活福祉研究機構編：イギリスの実践にみるコミュニティ・ケアとケアマネジメント（1998年10月）