

英国高齢者ヘルス・ソーシャルケアの日本での応用可能性：  
エヴァンズ博士の「英国高齢者  
ヘルス・ソーシャルケア論文」に対する考察

**Feasibility of British Elderly  
Health and Social Care System in Japan**

渡部 律子  
Ritsuko Watanabe (Greene)

This paper aims to explore the feasibility of establishing British health and social care systems for elderly people in Japan. Four main British health and social care systems, drawn from Dr. Evan's paper, were analyzed based on six criteria: 1) system's role, 2) location of responsibility in each system, 3) key concepts of each system, 4) needs of each system in Japan 5) necessary conditions for applying each system if applied in Japan, 6) obstacles to applying each system in Japan. Owing to the author's background, social/psychological influences on each system were emphasized and examples of American health/social care systems were used.

キーワード：介護保健、ヘルスケア、ソーシャルケア、高齢者在宅介護

**Key words** : Health care, Social care, Elderly people, Long-term care

## はじめに

我が国は世界で最高の平均寿命を誇り、かつ、どの国よりも早いスピードで高齢化が進んできた。そのため、日本が経験してきた高齢化問題は、先例のない社会現象であった。このような事情と、「家族の問題は家族内で解決する」といった日本独特の文化的背景があいまって、高齢化問題に対応できる政策立案やシステム整備も立ち遅れてきたと言わざるを得ない。しかしながら、現在論議をまきおこしている「公的介護保険」導入問題にも見てとることができるように、高齢化に伴って起きて来る問題を社会全体で真剣に取り組んでいかねばならないという考えが高まってきた。

我々が問題の解決策を考える際、すでにその問題解決策を実践している事例から学ぶという方法が

ある。そこで、本稿ではまず、エヴァンズ博士の論文で提唱されている高齢者ケアのための英国におけるシステムを4つに分類して、其々のシステムの我が国での応用の可能性とその問題点を中心にして論じる。そして次に、エヴァンズ博士が英国と日本との共同研究の可能性をも含めて論じている英国の抱える問題と対応策について、日本の事情を踏まえながら私見を述べたい。

## I 高齢者ケアのための英国における4つのシステムに関して

表1は、英国の4つのシステムを縦軸に取り、横軸にはそれらのシステムの分析に必要な6項目をとっている。縦軸の4つのシステムは、出来る限りエヴァンズ博士の意図を損なわないようにして抽出したも

表1 英国における高齢者ケアシステムの日本での適用の可能性と問題

	人材あるいはシステムの果たす役割	システムの責任所在	このシステムを支える鍵	現在の日本におけるこれらの人材あるいはシステムの必要性を示す背景	日本における応用のために必要な条件	日本における応用を阻む要因
1) 全国民に担当かかりつけ医を割り当て、高齢者の医療サービスの窓口として機能してもらう。	プライマリーケアと病院の役割の分離のために、不必要な病院の利用を減らす。	地域の医療従事者	かかりつけ医が、診断力及び紹介すべき他機関に関する十分な知識と情報を保持していること。	過去の病院の用いられかたへの反省の高まりと、公的介護保健案の両方がかかりつけ医制度推進の土壌を作っていること。	かかりつけ医が総合的な診断力と、広範な紹介病院に関する知識を持つこと。	従来の、医師の出身大学やその他のつながりを基にした限定された情報や紹介制度。
2) ソーシャルワーカーによるケアマネジメントを実施する。	ソーシャルワーカーはプライマリーケア及び病院のヘルスプロフェッショナルと共同で、各種サービスをより効率的に使用する。	社会福祉サービス	ソーシャルワーカーが、複数のサービスの(例: 経済、住居、ボランティア等)に関する知識とそれらを結びつける能力を保持していること。	在宅要介護患者の増大と、公的介護保健導入の可能性により専門的にケアマネジメントを行う人材が緊急に必要とされていること。	ソーシャルワーカー教育機関におけるケアマネジメント育成カリキュラムの充実と人員の確保、専門家としてより明らかな認知を与えること。	ソーシャルワーカーの絶対数の少なさと専門職としての認知の低さ。ソーシャルワーカーに求められる専門教育の不明確さ。
3) 老人医療専門家の育成を行なう。(老人専門の精神科医も含む)	適切な診断と治療により入院の長期化をさける。	医療	老人医療専門家に対する専門教育が充実すること。	地域の医院や病院の老人のサロン化問題の解決に必要なことは、医学的、社会的、心理的ニーズを総合的に把握できる専門家の育成であるという認識の高まり。	医師が老人専門医となることに対する興味を高めるような専門性を確立すること。経済的に老人を専門とすることがマイナスの結果を生まない報酬制度の確立。	患者人口の多さ、つまりは経済的な理由だけで、老人医療を専門にする医師が増える可能性があること。
A) 退院計画作成	不必要な入院患者を減らし、その余剰予算を必要な患者のトリートメントにあてる。	A) 病院及び社会サービスの両者	A) 医療と社会的ケアの複雑なパッケージを扱えること。	A) 医療費削減あるいは、病院利用の見直しのために、高齢者の長期入院を制限しだしていること。	A) 長期的な治療計画を考慮に入れた退院計画の作成。その退院計画を地域で実践していくためのコーディネーターとなるケアマネジャーの制度化。	A) 現在の医療点数制度下での退院計画作成の位置づけ(利益を生み出さないサービスが出来るか?)。行政と病院との協力体制を促進していくシステムの欠如。
B) 医師以外の老人医療参加職種を活用し、リハビリテーションで効果をあげる		B) 医師以外の医療関係者	B) リハビリテーションを行える専門職と場所の拡大。	B) 「寝たきり」老人の数はリハビリテーションによって減少させていくべきだとするリハビリテーション必要性の認識。	B) リハビリテーションに従事する医師以外の専門職の教育および実践の場の拡大。理学療法士(P.T)、作業療法士(O.T)、等の専門家が其々どのような形で一貫したリハビリテーションを実施できるかを検討する機関の設置。	B) 医師と理学療法士とのパートナーシップの欠如。理学療法士は医師の指示に従って処方されたことのみを行うという関係。

## R. Watanabe, Feasibility of British Elderly Health and Social Care System in Japan

4) 老人医療における効率的な老人ケアの提供に必要な4段階のプロセス: 1) アセスメント		医師	1) 集中的・熟練度の高い診断施設への素早いアクセス (Oxford: 診断科を入院部門に設置。救急医療班が担当)	1) 大学病院等の総合病院で実施の可能性あり。	1) 救急医療部門の発達。異なる専門を持つ医療従事者たちが相互の知識を公平に交換しあって診断を下すチーム医療作り。	1) 必要性及び専門性が認められているものの、救急医療部門がまだ十分に発展させられていないこと。参加者が公平に意見を述べあえるチームワークを支え合う基本構造が確立していないこと。
2) 治療目標の設定			2) 個々の老人患者の状況に対する理解し、若年の患者とは異なる治療の目標を設定するために、医師が患者と話し合いを行うこと。患者のQOLを治療の際に考慮に入れること。技術と倫理の二つの課題。	2) ホスピスにおける治療理念に対する支持の高まりが、この医療目標設定を支持する土壌を作っている。癌告知問題や、HIV訴訟問題等を通じて、患者の立場にたって話し合い患者が自らの治療方針に参加を求める姿勢の高まりがある。	2) 医師の治療目標が、従来の医学教育で行われてきた「症状の除去」や「延命」ではなく、患者の「死」イコール医療の「敗北」といった従来の治療の目標の変化。「患者の人生の質」を考慮に入れて治療方針が立てられる医師の養成。	2) 医療教育における医療行為の目標の単一性、患者の心理的・社会的ニーズやQOLに対する考慮の欠如。医師の指示に患者が従うといった、従来の一方的な患者と医師の関係。
3) マネージメント計画			3) 患者の能力を高める医療 (患者の医学的問題の除去あるいは改善) と環境改善 (患者の能力のマイナス面を補う環境を作る) の双方を考慮に入れて医療ができる最善の処置を考えること。生涯教育によって医師が常に最新の医療知識と技術を持つこと。	3) 長期に渡る介護を必要とする老人人口の増加と、老人医療システムの経済的問題により、医療とその他の必要なサービスを結び付け効率の良いサービスを提供することの必要性が高まっている。	3) 患者の治療ゴールを長期的かつ多角的な視野から検討して、決定していくシステムを医学教育に取り入れていくとともに、社会的・心理的なケアの専門家として社会福祉職、心理職をチームにし、共同で仕事を実践できる体制を作ること。	3) 医療の単一的ゴールと医療報酬制度があいまって、より高額の治療を促進してきたという事実。治療とは患者をトータルな存在として捉えるというホリスティックな考え方が西洋医学教育には馴染みがないこと。
4) レビュー	4) 最初のアセスメントの質の評価や監査をすることで、プロセスと結果の両方の監査が実行できる。		4) 複数の専門分野からなるレビュー。中心は医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカーからなるジェリアトリックチーム。	4) すでに、在宅介護保健導入において、このチームワークの必要性が論議されていること。	4) 複数の専門家によるジェリアトリックチームの結成。チームにおける発言権の平等な分配。レビューという行為に必要な評価の基準作り。この評価の基準作りの段階でチームのメンバーが平等に参加できる枠組み。	4) 医療現場に存在するヒエラルキーのために異職種での平等な強調関係が欠如していること。医学領域以外の社会的・心理的な専門家であるソーシャルワーカーの専門家としての地位が確立されていないこと。

ので、(1)全国民にかかりつけ医を割り当て、高齢者の医療サービスの窓口とする、(2)ソーシャルワーカーによるケアマネジメントを実施する、(3)老人医療専門家の育成を行う、(4)老人医療における効率的な老人ケアの提供に必要な4段階のプロセスを実施する、である。横軸に取った6つの項目は、(1)システムの果たす役割、(2)システムの責任所在(例:医療、福祉)、(3)システムを支える鍵、(4)現在の日本におけるこれらのシステム(あるいは人材)の必要性を示す背景、(5)そのシステムを日本で応用するために必要な条件、(6)日本におけるそれらのシステムの応用を阻む要因、である。本稿では、特に、上記の最後の3点に焦点をあてて、英国における高齢者ケアシステムが我が国で応用される可能性及びその障害を論じたい。その際、筆者が過去に研究及び実践の場としていた米国の事情や研究結果を交え、筆者の専門領域である社会福祉あるいは心理学の視点から論議を進めていきたい。

#### (1)高齢者に担当のかかりつけ医を割りあてサービスの窓口とすることで不必要な病院の利用を削減

日本では、病院の不適切かつ過剰な利用で引き起こされる問題が長年に亘って論議されてきた。このような状況のもとで、本当に専門治療を必要としている人だけに、大学病院と言ったような専門機関を利用してもらうとする努力がなされてきている。この努力は英国における高齢者に担当の家庭医を割り当てプライマリーケアと病院の役割を分離していくとするシステムと同じ意図を持つと思われるが、日本の場合には、患者と医師の相互努力によって現状を変えていこうという段階であり、制度として、個人にかかりつけ医を割り当てその医師をサービス窓口とするところまでは至っていない。しかしながら、公的介護保険実施の秒読み段階に入り、「かかりつけ医」や「認定介護医」といった制度を推し進めようとする気運が高まっている。

このシステムを支える鍵は、かかりつけ医が優れた診断力と、紹介すべき他機関に関する十分な知識と情報を持っていることである。しかしながら、かかりつけ医がこれらの条件を備えていても、大学病院や

他の病院がかかりつけ医からの紹介を受けいれていく制度がなければこのシステムは機能しない。そこで、さらに必要とされるのは、かかりつけ医がすべて平等に紹介機関の情報と、そこへのアクセスを持つことである。この条件が存在しなければ、かかりつけ医の違いが、紹介してもらえる医療機関の違いとなり、医療サービスの利用者間に不公平が起こってくる。この不公平から起こる問題は、個人の購入する医療保健の種類によって医療機関の使用法が異なる米国の例から学ぶことができる。米国では日本と同様に患者が自由に医療機関を選択することが出来る医療保健(例:Blue Cross / Blue Shield)とともに、担当のかかりつけ医を指定され(何人かの候補者の中から患者が選択する余地がある)その医師の紹介があった時のみ専門医にかかる医療保険(例:HMO)がある。後者はより適切な患者をより適切な医者にふりあてるという目的と、医療費の削減等をめざしてできた保険制度である。しかしながら、この保険の加入者が、かかりつけ医と意見を異にし、どうしても専門医に見てもらいたいと思った時には、複雑な手続きを要し、それが不満を引き起こしている。又、患者の居住地域によって、かかりつけ医が指定されるので、医師の選択に不公平も起こっている。

現在の日本のシステムを考えてみた場合、この米国のHMO制度により起こっているような問題が出てくる可能性は少なくない。中でも現在の紹介経路のあり方が大きな課題となってくると思われる。現在の日本では、個人開業医が自分の患者を紹介する大学病院及び、総合病院が、医師の出身大学や個人的なつながりで決まることが多い。「あそこの先生はxx大学の出身だから、xx大学病院に紹介してもらいやすい。」等の理由で、個人開業医を選択する人が少なくないことは周知のとおりである。

日本で、高齢者に担当のかかりつけ医を割り当て、これらの医師たちに患者の治療のパイロット役を引き受けてもらうというシステムが機能するためには、地域によってかかりつけ医の質に差がないことと、医師の個人的なつながりに頼らない専門性を中心とした紹介制度が確立されること、のふたつが必要になってくる。このような紹介制度を支える方法と

## R. Watanabe, Feasibility of British Elderly Health and Social Care System in Japan

してあげられるものに、現在、急激な勢いで発達を遂げているコンピューターの使用がある。すべての開業医が平等にアクセスできる紹介機関に関するデータベースを作り、相手機関との連絡(専門の先生にはいつ予約が入れられるか?)を行い、紹介はデータベースにアクセスした開業医すべてに平等となる開放的なシステムの発達が必要となるであろう。米国では、専門医も参加しているインターネットの医学情報を使用することで、患者たちは最新の医学情報を、そして医師は自分が担当したことのない疾病に関する患者の生の声を手に入れて治療に役立てている(ニューズウィーク、1996、6月)が、これなどは良いモデルになるであろう。

## (2) ソーシャルワーカーを中心としたケアマネジメントの提供

日本でも早くからケアマネジメントの重要性を説く学者たちがいたが、公的介護保険導入論議は、ケアマネジメントという言葉の一般の認知度に拍車をかけた。しかしながら、ケアマネジメント概念の深い理解ということになると、その定義も単一でないために、専門職間でも、まだ十分に理解されているとは言えない。例えば、米国の研究者たちの多くは、サービスの利用者である高齢者やその家族がケアマネジメントのプロセスを通じて自らが問題と取り組む主体者としての意識に目覚め、力を得ていく「エンパワメント(Empowerment)」のプロセスが、ケアマネジメントに含まれていなければならないと、主張している(渡部、1996)。

アメリカでは精神障害者を対象としたコミュニティケアの中で、ケアマネジメントが発達し、ケアマネージャーと呼ばれる人々が、ソーシャルワーカーあるいは看護職の中から多く出てきている。そして、どのような資格や教育を持つ人がケアマネージャーとなるべきかも含め、実践経験の反省から種々の論議がなされている(Rose、1992)。エヴァンズ博士によれば、英国の場合には、ケアマネジメントを社会福祉サービスにまかせ、ソーシャルワーカーの仕事として機能させているということであり、誰がケアマネージャーになるべきか?という論議はすでに終わっ

ているようである。

ケアマネージャーの最も大きな役割は援助を必要とする人のニーズを把握して、そのニーズをみたしていくのに最も適した資源やサービスとその人々を結び付け(Linkage)、引き続き各種のサービスや資源がその人にとって最も効率良く機能しているかどうかをモニターしていく(Monitoring)ことである。又、ケアマネージャーは、単にニーズを持つ人々が自分のところにやって来るのを待つだけでなく、こちらからニーズを持っている人に働きかけていくアウトリーチの活動も行っていくべきである(白沢、1993)。このような役割を担うケアマネージャーは、自らの職務遂行のために必要な知識と技術及び、仕事を支える倫理観と態度を十分習得していなければならない。ケアマネージャーに必要な知識と技術の例としてあげられるものに、面接技術、アセスメント力等がある。援助を必要としている高齢者やその家族が、ケアマネージャーに心を開いてくれなければ面接で得た情報が不十分なものである可能性は非常に高い。又、ケアマネージャーが面接の知識、技術を習得していても、アセスメントに必要とされる精神医学、社会学、心理学的な理論(精神医学理論、家族力動論、性格発達理論等)を身につけていなければ面接で得た情報をケアプラン作成に生かすことが出来ない(Rose、1992)。例えば、「ホームヘルパーを派遣して欲しい」という要求をしてくる高齢者の家族のすべてが、本当にホームヘルパー派遣で問題が緩和されるかどうかは、その家庭の家族関係や、高齢者や家族が今までよく使ってきた問題の解決方法や、親族・近隣からのサポートの状態によって異なってくるのである(渡部、1996)。

現在社会福祉あるいは看護職の間で、ケアマネジメントの知識、技術の学習が盛んに行われるようになってきたが(例：全国社会福祉協議会の試み)、ケアマネジメントが本来の機能を果たすためには、ケアマネージャーの人材育成に十分な時間を使わなければならない。その育成活動をどの機関が主体になって行うか、最低限度必要な知識とそれを盛り込んだ研修とはどのようなものかを明確にし、現場に出たあとも、現任訓練を実施するなどの教育シ

システムを作る必要がある。日本ですでに始まっている、誰がケアマネージャーになるのか？(例：医師、看護婦、ソーシャルワーカー)の論議の前にすべきことは、このような議論であると思われる。さらに、英国のようにソーシャルワーカーがケアマネージャーになっていくのであれば、現在の日本でのソーシャルワーカーの専門職としての認知の低さの問題に取り組み、他の医療関係職との共同作業を円滑に行って行けるような体制を作る必要がある。

### (3) 老人医療専門家を育成する：退院計画作成、医師以外の医療職種の人々の高齢者医療への参加の促進

現在の日本では、老人医療は医師の専門の領域として、まだ確立された診療科とはなっておらず、全国の医学部で老年医学科を持つ大学も10校ほどにすぎない。現在の医療現場で、老人が患者として占める率は6～7割と非常に高いにも関わらず、老人は「年齢の高い患者」という形で見られ、老人固有のニーズを理解して治療を行うのに必要な専門知識の重要度に対する認識が低いと言わざるを得ない。1992年の統計資料によれば、届け出で医師数は約22万人いると言われるが(国民衛生の動向、1995)、そのうち老年医学会に所属している医師は約6200名、老年脳神経外科学会員は約1000名、老年精神医学会会員は約900名である(1995年6月1日現在。学会間での重複会員数は不明)。

しかし、日本の医師の間での老人医療専門知識習得に対する関心度が他国と比べて特別に低いとは言いがたいかもしれない。アメリカでも老人専門医をめざす医学生数がそれほど多くなく、老人専門の人気は高くない(Adelman, & Albert, 1987)。しかしながら、エヴァンズ博士によれば英国では老人医療専門科が、第2番目に大きな専門となっているというのが非常に興味深い。おそらく、英国で老人医療の専門医がそれだけ大きくなった背景には、経済的又は社会的な誘因があったに違いない。現在の日本でも、老人専門医を養成するにあたって、患者数の多さは、ひとつの経済的誘因となるであろう。又、一般の医院や病院が老人サロンとなっているこ

とに対する問題意識及び、老人固有の病気に対する知識の必要性は、社会的な誘因になると思われる。

もし、日本で老人専門医の専門分野が確立されるならば、その医師たちが、患者人口が多いという経済的誘因のみで、専門を選択することがないような考慮が必要になる。又、老人専門医は高齢者に関する医学知識のみならず、少なくとも、高齢者の社会的、心理的なニーズにも敏感であるような専門教育が行われなければならない。アメリカにおける研究によれば、老人が患者である場合と、より若い人が患者である場合とでは医師の患者対応が異なることが報告されている(Karusu, Stein, & Charles, 1979)。つまり医師は、高齢者の話しはあまり真剣に聞かない傾向があるというのである。日本の高齢者の実情を考えて見た場合、医師の前では、ただ言うことを聞くだけで質問もできないことは、まれではない。しかし、より若い世代は、学校や家庭の教育をとおして、医師との対応でも、より対等に意見を述べ、自らの権利を主張しやすくなってきているようである(厚生白書、1995)。このような世代が今後の高齢者世代になっていくことを思えば、患者と医師の関係のあり方(例：患者との対等なコミュニケーション、情報の公開等)を考えなおさなければならないのではないだろうか？

退院計画作成は、真に入院が必要な人と在宅で療養していける高齢者を区別し、より適切な対象者により適切なサービスを提供する必要にせまられている我が国で真剣に論議されなければならないシステムである。その際に明確にされるべき点は、退院計画の最終責任者、計画に参加すべき外部の機関や人材、退院計画費用の適切な額とその出所である。ひとつのモデルとして考えられるのは、病院にいるソーシャルワーカーが、今後高齢者のケアの最終責任者となっていく地域のケアマネージャーと相談しつつ、退院計画の作成を行い、退院計画に十分な時間をかけられるように、退院計画に掛かる費用が医療保険から支払われるというやり方であろう。このような退院計画制度が存在しなければ、「退院計画は重要だが、その実現はちょっと無理かもしれない」

ということになる可能性が非常に高い。例えば、筆者が米国バッドファロー州の高齢者病院を訪問し、ソーシャルワーカーに、退院計画に関する質問をした際に、「退院計画の重要さはわかるものの、直接病院の利益につながらない仕事をやることは難しい。地域のソーシャルワーカーと連絡を取ったり、会ったりする業務は病院収入につながらないから。退院計画は理想とは随分と違った形で行わざるを得ない。」という答えを得、制度整備の必要性を考えさせられた。

「病院にいればリハビリテーションが受けられていたのに、退院するとそれが駄目になり寝たきりにならざるを得ない。何とか病院においてほしい」、病院での積極的治療を要する期間がすぎたにも関わらず、入院継続を望むこのような高齢者の訴えを聞くことは少なくないと思われる。リハビリテーションの効用は、多くの人々がよく理解しているにも関わらず、理学療法士の数の少なさにも見られるように、医療の中で重要視されてこなかったようである(国民衛生の動向、1995)。リハビリテーションを効果的に行うためには、まず、医師がその必要性を認識し、リハビリテーション専門家である理学療法士や作業療法士といった人々とのチームワークを行うことが必要になる。その際、チーム内で、誰かが一方的に指示を出すのではなく、其々が自らの専門に従って、患者のアセスメント、リハビリテーション計画を話し、合意を得て行く方式がとられることが望ましい。高齢者の患者と日々接することの多い理学療法士や作業療法士は、患者に関する情報をより多く持っており、リハビリテーションの方向を決定する際に重要な情報を提供してくれるものと思われる。全米でもトップのリハビリテーション病院として良く知られている、シカゴ・リハビリテーション・インスティテュート(Rehabilitation Institute of Chicago)では、このようなチーム制が取られており、医師、理学療法士、作業療法士、職業訓練士、心理士からなるチームが患者の治療の方針を週に一回話し合い、その結果はチーム全員と患者とのミーティングで、患者に伝えられるという方法がとられていた。

異なる専門職で構成されたチームワークで最も重要なことは、其々のチームメンバーの専門性が発揮

されることである。そのためには専門家の間でお互いの専門性を尊重する姿勢がなければならない。筆者は、アメリカで、医師が理学療法士に対して多大な信頼をよせ、その専門性を高く評価しているのを観察する機会があった。医師と医師以外のリハビリテーション専門家の間の専門性の尊重が、日本でリハビリテーションを促進していく鍵になると思われる。又、在宅でリハビリテーションを受けやすくするためには、地域により多くのリハビリテーション機関ができることが必要である。現在整形外科やその他の医院でも「理学療法」を看板に掲げるところができてきているが、実際にはリハビリテーションの機械がおかれてあるだけという所も少なくない。リハビリテーションは機械といったハードウェアよりも理学療法士のようなソフトウェアがより大切な機能を果たすことを忘れてはならない。

最後に、在宅高齢者の移動可能性を考える場合、リハビリテーション機関までの交通手段が講じられなければならない。現在、リハビリテーションサービスの出前とも言える、巡回リハビリテーションサービスも実施されてきており、このシステムがさらに前進することが望ましい。しかし、巡回サービスの必要まではないが、リハビリテーションに出向いていくのが大変だという高齢者に対する、送迎バス、割引タクシーの利用などをより積極的に取り入れていく必要があると思われる。

#### (4) 老人医療における効率的なケア提供に必要な4段階のプロセス

筆者の専門分野である社会福祉の実践で、ソーシャルワーカーが、よりよいサービスを提供するためには、i) 正確かつ統合的なアセスメント、ii) アセスメント計画にもとづいたトリートメント計画作り、iii) トリートメントの実施とその経過のモニター、iv) 再評価、の4つのプロセスが不可欠であるとされる。ソーシャルワークと老人医療とでは其々のプロセスの内容や方法にも違いがあるにも関わらず、これらのプロセスはお互い非常によく似ている。以下順番に、これらのプロセスの日本における応用の可能性及び問題点について論じたい。

## (i) アセスメント

患者の年齢に関らず、病気を訴えて病院にいった際に迅速で正確なアセスメント(診断)に基づいた治療は必要である。しかしながら、体力の問題を考慮した際、集中度、熟練度の高いアセスメントは、特に高齢者にとって生死を決定するより大きな要因となる。エヴァンズ博士によれば、Oxford大学では、この特別なアセスメント機能を入院部門に設置し、救急医療班が担当しているという。

現在の日本の大学病院はこのようなシステムを作り上げるのに十分な人的、物的条件を備えていると思われる。厚生白書によれば、日本の医療関係者も、救急診療科の必要性を十分認識し、その発展を目指しているという。しかし、このシステムを支える鍵は、救急医療班を構成する医師たちが、どれだけチーム制のメリットを生かした総合的な診断ができるか否かにある。救急医療チームの専門家たちがお互いの地位(大学におけるランク)に関係なく、公平な立場で意見を述べあえなければ、このチーム制の長所は全く生かされなくなるであろう。日本は、チームワークが得意で、それによってここまでの経済発展をとげた諸外国から賞賛を受けたが、チームのメンバーが其々等しく発言権を持つと言った形でのチームワークには慣れていないのではないかと思われるふしがある。筆者はアメリカに於いて、チームで仕事をした経験があるが、ここでチームメンバーが平等な発言権をもつことの重要性を知った。そこは、大学のカウンセリングセンターであったが、臨床心理士、ソーシャルワーカー、カウンセラー、精神科医、看護婦といった専門家たちがチームを作って仕事をおこなっていた。あるケースを担当した際、精神科医とチームを組んだ。日本での医師とソーシャルワーカーの関係しか経験したことのない筆者は、ただ受け身的に精神科医の指示を聞きそれに従って仕事をするものと信じこんでいた。ところが、この精神科医は、「あなたはこのクライアント(カウンセリングやソーシャルワークでは患者という言葉の代わりにこの言葉を使う。)をどう診断しますか?どんなトリートメントが最適だと思いますか?」と意見を求めてきたのである。そして、筆者の意見が十分に考慮さ

れた治療計画が作り上げられた。この経験から学んだのは、チームメンバーが均等に意見を述べ、その意見が取り上げられる可能性が平等であるチームはより効率的に仕事ができるということであった。

## (ii) 治療目標の設定

胃潰瘍の患者を前にした時、医師の治療目標は「胃潰瘍を直すこと」であろう。そして、その目的達成の方法は、患者の症状や医師の選択と言った条件における違いはあるが、たいていは「手術で切除する」か「投薬する」ことで、「病氣」を「直す」ことにある。

しかし、このような治療の目標が設定できない患者が多数いることも事実である。例えば、治療法のない末期癌や、悪性慢性関節リウマチなどの難病がある。このような患者たちには、何を基準に治療目標を設定するのが最もよいのか、これは医師にとって非常に難しい問題であろう。

従来、医師たちにとって、その仕事の目標は「病氣を治す」ことであった。そのため、治療をしても「治る」見込みのない患者に対してどのような処置をすれば良いのかは教育の中で教えられてこなかった。ミシガン州にあるホスピスの院長に面接した際、彼女はアメリカの医学部のバイブル的な教科書を示しながら、「この分厚い教科書の一体どれだけのページ数に死が取り扱われていると思う?」と、医学教育の中で見過ごされてきた部分を怒りを持って指摘してくれた。

高齢者を患者に持った場合に、特にこの「治療目標」の設定で、医師は悩むことになるであろう。一体、何を基準にして治療するのか?「延命」だけを目標にした医療を患者たちが喜ばないのは明らかである。最近脚光を浴びている「QOL(クオリティー・オブ・ライフ=人生の質)」や、「ホリスティック・メディスン(Wholistic Medicine=統合的医学)」は、まさにこの治療の目標をどこにおくべきかに対する患者の回答を象徴するものであろう。患者の病氣だけを見るのではなく、その人の生き方をも含めた人間全体を見て、いかにしてより生きがいのある人生にするかを考慮にいった治療目標が必要とされている。この新し



## R. Watanabe, Feasibility of British Elderly Health and Social Care System in Japan

い治療目標を可能にするためには、医師達の発想の転換、医学教育における視野の拡大、治療における患者の参加等の変化が要求される。これらの変化を阻む要因は、変化を嫌う長い歴史に支えられた医学教育のあり方であると思われる。

## (iii) マネージメント計画

このマネージメント計画は、治療の目標設定が望ましい形で作られた場合にのみ実行可能になる。患者の問題の解決を医療アプローチにとどめるのではなく、環境への介入といった分野にも広げて考えていく姿勢が要求される。これは、医療の目標を「症状の除去」から、「患者の人生をより生きがいのあるものにする」に転換が可能になって始めて達成できることである。

現在の日本では、高齢者人口の増加に伴い、このような医療目標の転換と、患者の心理・社会的なニーズをも含めたケアマネージメントの重要性が認識され始めている。長期的な患者の症状やニーズの変化を予測しつつマネージメント計画をたてることは、最終的にはより効率のよいサービスを提供できるであろうという、経済的な動機もここには存在する。しかし、このような、コストを低くするためにという経済的な誘因が前面に押し出されれば、ケアマネージメントの真の目的は見失われることであろう。

今後の日本で、マネージメント計画の実践を促進するためには、まず医療の場での治療に対する考え方を再吟味することと、より効率的なケアマネージメントに要求される最新の医療及び患者の生活改善に役立つ処置に関する知識を持つことであろう。英国の場合には、これらの知識を確保するひとつの方法として医師に対する生涯教育の実施を挙げている。又、ケア計画をより充実したものにするために、実際にケアを利用する者の声がそこに反映されることを目指して、利用者参加方式をとったコミュニティーケア計画の実施も行われている(メキャーフ、1996)。

## (iv) レビュー

多くの実践の現場で、ともすれば忘れられがちなのが、このレビューのプロセスである。いかに素晴らしい

計画でもそれが実際に機能しなければ真の意味での素晴らしい計画ではない。これまでの、アセスメント、目標設定、マネージメント計画、といった3つのプロセスをすべて評価することで、修正が必要な部分、そして、今後に生かすことのできる知識を得ることができる。

英国ではこのレビューの実施者は、医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカーといった複数の専門家からなるジュリアトリックチームである。このチームによるレビューが本来の目的を果たすために、少なくとも2つの条件が満たされることが必要であろう。まず第一は、すでに何度も述べてきた、チームワークの基本であるチームメンバーが平等に討論に貢献できる環境が存在することである。そして第2は、レビューの積み重ねを知識の蓄積につなげていくために、適切なレビューの尺度を作成することである。

## II 現在の英国に課されているチャレンジとその対応策に関して

表2は、エヴァンズ博士が述べている、(1)現在の英国に課されている2つのチャレンジ、(2)チャレンジに対する具体的な提案及び対策、(3)提案及び対策の実行者、の3点をまとめ、そこに、これらの対応策の(4)日本における適応性をめぐるコメント、を付け加えたものである。

表2に見られるように、現在英国が直面しているチャレンジは、(1)ディスアビリティの数を減らすこと、(2)上昇し続けるディスアビリティへの経済的対応策を作り上げること、である。これらのチャレンジに対する具体的な提案及び対策として上げられているのが、ディスアビリティの予防とコントロールであり、これはより合理的な計画立案、ヘルスケアの供給者と消費者の間での価値間の共通基盤作り、そして、HALE(健康で活動的な寿命)の測定基準作り、ということであり、これらの対策を可能にしていくのは、医療・保健関係の実践家及び研究者であるとしている。

日本の高齢者対策の将来を考えた際、ここで特に注目したいのは、ヘルスケアの供給者と消費者の間

での価値間の共通基盤作り、という点である。一体、我々は高齢者の姿がどうあって欲しいと思っているのか、又、高齢者自身はどう思っているのかの論議と、その結果を見ることなしには、ディスアビリティの予防もコントロールも存在しないであろう。老人専門を掲げる医師や社会サービス従事者でさえ、「いやあ、それは年ですからしょうがないですね。」というお決まりの回答で、障害を改善する方法を見つけようとしている高齢者やその家族を落胆させている。この決まり文句で片付けられてきた高齢者の精神・身体問題には、対応策があるかもしれないと考える人は、少ないのである。ここで必要なのは、老人及び老化に関して一般に受け入れられている常識をもう一度科学的に見直していくことで、「老人だからxxできないのは当然」といった、ヘルスケアの供給者の価値観を変換していくことである。又、ヘルスケアの供給者だけでなく、老人本人も老後の生き方を見直していかなければならない。これらの見直しがあつて始めて、ヘルスケアの供給者と消費者が、お互いに求めているゴールに近づく共通基盤が見出せる

のである。

将来のGNPに占める高齢者福祉費用の割合を考えた際、第2のチャレンジは、英国よりも日本にとって、より深刻になり得ると言える。このチャレンジに対して、英国では、(1) 将来の老人サービスの費用の計画をたて、特別な税金を導入する、(2) サービスの評価研究における方法を改善し、サービスのデザインと配給の効率を最高にする、(3) 外的な老化促進要素を変化させ、長期介護(LTC)の必要性を減らす、の3つの対策をあげ、其々の対策の実行責任者は、政治家、評価研究に携わる専門家、老人本人・老人の社会環境に影響を及ぼすシステムのすべて、としている。

第一番めの長期的な老人サービス費用の計画作成とそこに特別な税金を導入していく対策は、日本の政治家が自分たちの政権を守るために、つまりは選挙に勝つことだけを考えている限り実行できないものであろう。もちろん、住専問題あるいは、公的介護保険問題で明らかなように、国民が納得する説明が出来ない増税は不可能であろう。しかし、税金投

表2 Evans 博士による現在英国に課されているチャレンジ対応策、それらのチャレンジ対応策の日本での適応性をめぐるコメント

	チャレンジに対する具体的な提案及び対策	提案及び対策の実行者	これらのチャレンジの対策をとるために、日本で必要な変化
ディスアビリティ数減少	ディスアビリティの予防とコントロール:より合理的な計画立案。ヘルスケアの供給者と消費者の間での価値間の共通基盤作り。H A L E (健康で活動的な寿命)の測定。	医療・保健関係の実践家及び研究者	老人及び老化に対する常識の見直し。ヘルスケアの供給者の価値観の変換。又、老人本人の老後の生き方を見直し。ヘルスケアの供給者と消費者の共通基盤。
上昇し続けるディスアビリティへの経済的対応策の作成	1) 将来の老人サービスの費用の計画立案と特別な税金の導入。 2) サービスのデザインと配給の効率の向上。サービスの評価研究における方法の改善 3) 長期介護(LTC)の必要性の減少。外的な老化促進要素の変化。	1) 政治家 2) 専門家(評価研究に携わる人々) 3) 老人本人・老人の社会環境に影響を及ぼすシステムすべて。	1) 税金投入前の、長期的な計画立案。 2) サービス提供に携わっていく、医師、社会福祉関係者、行政官などの調査方法習得。 3) 広範囲での高齢者の生活を豊かにするための配慮。

入を決定する前に、経済的・社会的な長期的コストとベネフィットを計算し、それをもとに、いくつかの試案を作成し、サービス購入者である国民の見解を聞くという方法がとられれば、増税といった対策も国民の理解を得ることができるのではないだろうか。

第二番めのチャレンジである、「サービスデザインと配給の効率を高める」ための対策の「サービス提供に携わっていく医師、社会福祉関係者、行政官などが、科学的な調査方法を習得していく」という提案は非常に重要である。「老人医療における効率的なケア提供に必要な4段階のプロセス」の「レビュー」の所で述べたように、あるプログラムが実践された後には、必ずその計画の評価を行わなければならない。福祉サービス機関が実施するサービスプログラム等の評価は、「プログラムエバリュエーション」と呼ばれる調査研究方法を使うことが出来る。この調査方法は、「ほとんどすべての機関に共通の相互関連を持つ5つの要素からなり、プログラムの必要性（ニーズ評価）、プログラムの評価の可能性、そのプログラムの実行プロセスの分析、効果（結果）の分析、コスト・ベネフィット分析」である(Grinnell, 1988, p. 419)。例えば、高齢者対象の福祉サービスとして、ある地域で専任の職員を雇って「在宅介護問題相談室」を作り、介護者が介護疲れで病気になるのを予防しようというプログラムを考えたとする。ここで、「プログラムエバリュエーション」を導入するとすれば、まず始めに、その地域でどれほどこのプログラムが必要とされているかを調査しなければならない(プログラムの必要性=ニーズ評価)。これは、あまりにも当たり前のことなのだが、実際に行われているプログラムで、このニーズ調査が十分でないものは非常に多い。もしニーズ調査が十分でなければ、プログラムはできたものの、ほとんど利用されないで終わる可能性が高くなる。もし、このプログラムが多くの人に必要とされていることがわかり、綿密な計画のもとに実施されることが決定すれば、今度はどのようにしてそのプログラムが評価できるかを考える必要がある。単に、利用回数が高ければ良いのか、あるいは、利用者の精神的負担が軽くなったという報告も大切なのか、利用者が病気になる回数の減ることが評価

基準となるのか(プログラムの評価の可能性)などである。プログラムによっては評価の客観的な基準を設けることが非常に難しいことも有り得る。又、このプログラムが最初計画されたように実施されているか(プログラムの実行プロセスの分析)をチェックし、プログラム終了の時点では、予め決めてあった評価基準を使用してこのプログラムの結果・効果が評価されなければならない(効果の分析)。そして、もちろんこれにかかった費用と、このプログラムによって得たベネフィットも評価される(コスト・ベネフィット分析)。このプログラムが、もし、利用者である介護者の病気で入院する日数を減少したのであれば、これはベネフィットとして算出できる。我々はともすれば調査研究とは特殊な知識と技術を要し、その「専門家」のみができるものと考えがちである。もちろん、調査研究方法は簡単に習得できるものとは言いがたいが、大学教育あるいは現任教育の中で習得が可能なものである。例えば、米国では、学校社会事業連盟(Council of School Work Education)の認可を受けた社会福祉大学院は、調査方法を必修科目としており、サービス評価(プログラムエバリュエーション)はその重要な一部となっている。このカリキュラムを支えるのは、プロフェッショナル(専門家)と呼ばれるためには調査研究ができなければならない、という考え方である。社会福祉の実戦家も、外部から来る専門家にプログラムの評価をまかせず、自ら研究できるようにしようという姿勢がここには表れていると思われる。

第3番目のチャレンジの対策は、長期介護の必要性を減少させることであり、これは老人本人と老人の社会環境に影響を及ぼすすべてのシステムが関与していかなければならないものである。高齢者が歩行困難になっても、自立が可能な住居や自活を支える近隣システムがあれば、寝たきり老人の数が減少するはずである。又、老人本人が自立することを喜びとし、その目標に向かって努力していくことを社会全体で支援していくことが必要である。米国の老人専用アパートで歩行具を使いながら自立している87才の婦人を尋ねたことがあった。この方は、4年ほど前に骨折をして入院することになった。その病院の

経営は、当時この老婦人が住んでいるアパートと同じであり、自立支援のリハビリテーションプログラムを持っていた。入院患者たちには、一連のリハビリテーションプログラムを終了すると、又、アパートに戻って自立生活できるという励みになる目標が設定されている。この老婦人は、そのリハビリテーションのプログラムを無事「卒業」し、卒業証書を授与され、晴れて目標のアパート生活に戻ることができたのであった。彼女がその話を誇らしげにしてくれたのが非常に印象的であった。このような支援システムと本人の自覚の両方がそろったとき、外的な老化促進要素を減少させていけるものと思われる。

#### おわりに

以上、エヴァンズ博士による「英国における高齢者に対するヘルス・ソーシャルケアサービス」の論文で述べられた、「英国システム」と「英国の今後のチャレンジ」の二つの大きなテーマに対して、日本における応用の可能性に焦点をあてつつコメントを加えてきた。その結果、現在の日本はこれらのシステムの導入を必要とする背景が存在し、システムの導入によって得られるメリットも多いことが明らかになった。しかし、それと同時に、これら英国のシステムが、日本で本来の目的を果たすためには、我々が変えていかなければならない問題が少なくないことも明らかとなった。我々が真剣に今後の高齢化社会を見つめ、すぐ目の前の利害だけでなく、長期的な利害をも考慮に入れたシステムを作っていくためには、上述したような問題の十分な分析をおこなうことが必要である。

現代の日本の医療・保健・福祉の政策を担う厚生省は、1995年の厚生白書の中で、今後の医療のキーワードとして、「質」「選択」「納得」「情報」「連帯」「発展」を挙げている。本稿で、「かかりつけ医を高齢者に割り当て、サービスの窓口とする」システムを論じながら、筆者が今後の課題として上げた、「すべての医師間での公平な情報分配」は、この「納得」や「情報」と言ったキーワードに含まれるものであろう。又、再度強調してきた、「メンバー全員が平等に発言権を持つチームワークの達成」は、この「連帯」という

キーワードと呼応するものであろう。このように、厚生省が掲げている目標は、今後の日本の高齢者ケア向上をサポートするものである。しかし、最大の問題である、具体的な目標達成となると、明確な姿が見えてこない。この点が、まさに今後の日本の高齢者ケア政策の課題であり、専門家のみでなく、サービスの利用者である高齢者も共に、課題解決に取り組んでいく必要があるだろう。

#### 参考文献

- 1) Adelman, R. D. & Albert, R. C. (1987). Medical student attitudes toward the elderly : A critical review of the literature. *Gerontology and Geriatric Education*, vol. 7 (3/4). 141-155.
- 2) Grinnell, R. M. (1988). *Social Work Research and Evaluation*. Itasca, IL : F. E. Peacock
- 3) 「厚生白書」(1995) 厚生省編
- 4) 「国民衛生の動向」(1995) 厚生統計協会
- 5) Karasu, T. B., Stein, S., & Charles, E. S. (1979). Age factors in patient-therapist relationship. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. vol. 167 (2). 100-104.
- 6) Koff, T. H. (1990). Services for the Dying. in A. Monk (ed.) . *Handbook of Gerontological Services*. Chapter 23, pp 607-628.
- 7) Linn, B. S. & Zappa, R. (1988). Predicting third year medical students' attitudes toward the elderly and treating the old. *Gerontology and Geriatric Education*. vol 7 (3/4). 167-175.
- 8) ニューズウィーク日本版(1996)「ここに本来の医療がある」 6月5日号、TBSブリタニカ78-79.
- 9) メトキヤフ, トニー (1996). 「The Gerontol 利用者参加の計画作り」 月刊総合ケア : 英国のコミュニティーケアを掴みとる 医歯薬出版 18-23.
- 10) Rose, M. S. (1992). *Case Management and Social Work Practice*. N. Y. : Longman.
- 11) Wachtel, T., Fluton, J. P., & Goldfarb, J. (1987). Early prediction of discharge disposition after hospitalization. *The Gerontologist*. vol. 27 (1). 98-103.
- 12) 渡部律子 (1996) 「電話による面接」 ケアマネージャー研修ワークブック 中央法規