

ケア・セクター (telecare sector) の利用者に対するサービスの質的向上を目的とした支援活動を行っている。具体的には、標準訓練基準の策定や、政府によって認められる基準の策定、訓練コースの企画や情報提供、事業者調査などを主な業務としている。一部、政府との協同作業も行っている。

ソーシャルアラーム産業 (social alarm industry) の活性化とともに、その可能性を現実の社会ニーズに沿うようにすることも目的の一つである。産業全体のサービス維持向上のために支援を行っている。最近では、利用者のニーズに答えるためのモバイル・レスポンスサービスにも取り組みは始めている。モバイル・レスポンスサービスとは、コールセンターがモバイル・ワーデン¹⁾に連絡をとり、移動しながら必要なサービスを必要な人に早急に供給するものである。

自信喪失や孤独にさいなまれる生活から人々を守るため、住宅協同組合 (Housing association²⁾) と共同して調査も進めている。会員への情報提供としては、現在、多くの情報が混在する社会であることから、医療専門家 (病院、医師、待合室など) による情報提供含めて、多様なインターネット情報 (web page) もチェックしている。コミュニティ・アラーム・ウィーク (Community alarm week) には、メンバーの志気向上のためのウィークである。その時期にはイベントなどを催して、活動の活性化を図っている。

<ricability>

ricability (Research and Information for consumers with disabilities) は、高齢者や障害者などに役立つ独立した情報を提供することを目的として設立された国の調査基金 (a national research charity) である³⁾。主に、高齢や障害を持った消費者向けの調査や報告書を発行している。なかでも、Social alarm については、15~20年間調査を続けている。例えば、*Calling for help*(1993) は、ハウジング・アソシエーションを通じて、その居住者を対象に配布を依頼した alarm system に関する消費者向けのパンフレットとして知られている。パンフレットでは、システムの概要などと共に、alarm system に関する機器の使用実験結果が示されている (ricability 1993)。これらを参考に、高齢者あるいは障害者がシステムを取捨選択することを促している。また、ASAP や DIEL (Advisory Committee on Telecommunications for Disabled and Elderly People) などの組織の存在も紹介している。ただし、こうしたパンフレットの発行や関連する調査は定期的に行っているわけではない。

上述のように、イギリスで Alarm system の巨大市場は、自宅だけでなくシェルタード・ハウジングにもあることから、ricability はハウジング・アソシエーションと連携し、調査を行ってきた。

(3) イギリスにおける協力員確保の課題への対策

ヒアリング結果によれば、日本における協力員の確保が困難であるという課題 (下開 2002) は、イギリスでも課題とされていた。特に、だれが夜中に助けに行くのかという課題は両国に共通してい

¹ モバイルとは、mobile=moving around を意味する。無償のボランティアではなく、有給職員として働く。

² 自治体、住宅基金 (Housing action trusts)、自主管理組合 (co-operative)、民間企業 (private firm) と並んで住宅の管理、修繕、家賃徴収、コスト管理などを行う団体。国 (交通環境省) 及び住宅公社 (Housing corporation) と入居者の間に立って管理運営を行う組織。半公共セクターとして認められている非営利団体である。全国に 2,000 以上の団体が有り、約 145 万世帯の管理を行っている。家賃一管理費=余剰金はすべて修繕金に参入する。経営者はボランティアで構成され、2,000 の団体数に対し、経営者は 30,000 人以上と言われている (以上、益田 2001)。

³ 日本における国民生活センターの働きと同様の運営体制・経営目的を持つ組織であると考えられる。

る。日本では現在、協力員や消防、民間事業者などの専門員が駆けつける体制がとられている。一方、イギリスでは、ASAPにおいて新しい取り組みとして示したように、コールセンターがモバイル・ワーカーに連絡をとる方法も1つとされている。なお、このようなサービスを可能にしたのは、緊急を知らせることのできる機器の開発であり、更なる開発に対し、国内需要は高まっている。

イギリスでは協力員として高齢者一人につき平均3人が登録されるが、そのなかにはいつでも協力できる人として、リタイアした人、つまり高齢者が中心となっているという。一方で、センターにいる通報への対応者として、医療や緊急時対応の専門家またはボランティアなどが想定されてきている。センターつまり通報先についても、コールセンターだけでなく、医療関係の専門家への接続などが開発され始めている。実際、コールセンターシステムは緊急時への対応に技術的に十分ではないという指摘もなされているためである。例えば、家庭内暴力（DV）などの通報は警察への通報につながるなど、利用者が幅広いため、対応の幅も広く求められている。

以上から、イギリスでは協力員の確保への対応策として、モバイルワーカーの活用やその連絡方法の技術革新に取り組んでおり、センターの対応を医療機関やボランティアなどを活用することで、人的不足を補う方向性もみられる。前述のようにイギリスでは福祉・医療やインフォーマルセクターなど多方面からの取り組みでの対応がなされている。

技術革新については、ricabilityは大学などの研究機関とtools for livingと称して様々な共同研究を実施している。近年の変化としては、リストフォッチなどを使うことで、日常生活のライフスタイルや健康などの変化（pattern change）をシステムによって予測することができるようになってきている。実際に利用者は、自らが病気になったことにさえも気づかないことが多いという点に着目したものである。そうした意味からも、健康へのサービス（health service）や社会サービス（social service）には、多大な潜在需要があるとイギリスでは考えられている。

4. 考察とまとめ

上述したとおり、高齢者のみ世帯が多いイギリスの高齢者対策のひとつとして、緊急通報システムに対する取り組みは盛んであり、日本が学ぶべき点は多い。

特に、高齢単身世帯の増加によるコミュニティの関わり方、NPO法人を主体とした民間主導による緊急通報システムへの取り組みは日本にないものである。イギリスの250社に対し、日本の緊急通報システムの民間事業者は約100社といわれている。イギリスではASAPのように緊急通報システム市場や産業の活性化や質の向上を図る機関があるのに対し、日本ではそれらの機関を統括する機関は存在せず、連携体制はとられていない。NPOについては、少数のNPOが緊急通報システムを担っている地域もあると報告されているが、その詳細は明らかとなっていない。加えて、日本の民間事業間では市場競争が激しく、強調や連携ということは考えられにくい。イギリスのようにNPOの基盤のある国では、民間事業者同士でもNPO組織の利点を活用して、産業の活性化に取り組むことも可能となっているが、こうした取り組みは日本では容易ではないかもしれない。しかし、日本の緊急通報システムの仕組みにおいても、民間部門の参入の拡大や質的向上は求められており、今後の政策決定上においても公民相互に求められる視点ではないかと考える。

【引用・参考文献】

- ASAP.2001.ASAP ANNUAL REPORT 2000.
- ASAP.2002.ASAP ANNUAL REPORT 2001.
- Audit Commission.1998.Home Alone:the role of housing in community care, London: Audit Commission.
- Brenton.1985.The Voluntary Sector in British Social Series,Longman,1985.
- Butler A and Oldman C.1981. Editor's Introduction. Butler A and Oldman C Eds. Alarm Systems for the Elderly: Report of a Workshop Held at the University of Leeds, September 1980. Univ of Leeds, Dept of Social Policy and Administration, pp.1-4.
- Dept of Health.1991. Communication Networks and the Elderly:A Report to the Department of Health. Dublin. Stationary Office.
- Downes S.1988. The Value of Alarm Systems. Geriatric Medicine, Vol.18,Part2, pp.71-77.
- Laging and Buisson.1997.Laging's Review of Private Healthcare, Laging and Buisson.
- Moyra Riseborough.1997.Community Alarm Services Today and Tomorrow, Anchor Research. Nancy Harding.1993.Alarm systems in Community Care for Elderly People, social work monographs,Norwich.
- Ricability.2000.Calling for help, ricability & Housing Corporation,London.
- Thornton P.1992.Bells and Alarms. Health Service Journal. 4th June 1992, pp.24-25.
- 金子勇.1995.『高齢社会・何がどう変わるか』講談社, 89-114.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部.2002.『平成13年国民生活基礎調査の概況』, p4.
- 下開千春.2002.「全国の自治体における緊急通報システムの実態と課題」『LDIレポート』5月号:26-47.
- 下開千春.2003.「緊急通報システムの認知度と利用意向」『LDレポート』4月号掲載予定.
- 北村彰.1999.「対人社会サービス(1)—高齢者—」『先進諸国の社会保障Ⅰ イギリス』武川正吾・塩野谷裕一編、東京大学出版会.
- 田端光美.1999.「社会福祉の展開と現状」『世界の社会福祉4 イギリス』仲村優一・一番ヶ瀬康子編、旬報社.
- 中井英雄.2000.「イギリス社会保障の公民パートナーシップ」『海外社会保障研究』No.130.
- 平田 厚.2000.『新しい福祉的支援と民事的支援—英国コミュニティケア改革とわが国の社会福祉基礎構造改革』.
- 益田勝也.2001.イギリスの公共住宅民営化がわが国の構造改革に与える示唆、『地域経営ニュースレター』、野村総合研究所、2001年12月号、Vol. 40.

研究要旨

- 厚生労働行政における情報化関連施策を電子政府として位置付け直す必要性

e-Japan2002 プログラムの策定に見られる電子政府・電子自治体の推進活動は、厚生労働行政に大きな影響を与えている。電子カルテや保険証 IC カード化といった関係施策をプログラム上に記載しているが、従来からの施策における情報化アクションも位置付け直すことで加え、厚生労働行政における新たな IT 化のビジョンを示すべき時期に差し掛かっている。

従来からの施策で位置付け直すべきものとは、全事業者に介護保険報酬請求のオンライン化を求めた介護保険の事務システムである。医療保険でも実現していない水準の IT 化を達成しているモデルとして、介護保険の事務システムは電子政府プログラムの前面に出すことができるものである。

- 介護保険のサービス評価結果公開は IT 化の次なる軸と成りうる

介護保険のサービス評価を実施するために、都道府県あるいは市町村で独自の取り組みがなされている。先進的な自治体ほどサービス評価結果の公開に積極的であり、特にインターネットを通じた公開の例は多く見られる。

神奈川県、福岡県大牟田市など先進的な取り組みについて実地ヒアリング調査を実施し、サービス評価の実施形態とその目的について整理を試みた。地域においてサービスを提供している事業者全てが最低水準はクリアし、よりよいサービスを目指すように方向付ける共通点が発見された。厳密な第三者評価機関ではなく、事業者と利用者の自己評価をつきあわせることで自己改善の方向付けを行う神奈川県のモデルは別の解決策を示している。

- 地域福祉計画を核とした地域福祉情報化推進

厚生労働省が示した住民参画による地域福祉計画の策定過程には、重大な欠陥がある。地域社会において最も効率的で質・量ともに高い資源を供給する可能性を持っている企業を排除していることである。地域福祉情報化を推進しようとしたときに、地域社会における企業を参画させた地域福祉計画をベースに、対人社会サービス及び地域コミュニケーションの支援手段として位置付けることが有効である。宮崎市における地域福祉情報化事例への実地ヒアリング調査は、その確信を深めさせてくれた。

A. 研究目的

「市場化・IT化・ソーシャルネットワーク化による福祉施設・在宅サービスのシステム化」におけるIT化に係る技術的側面と、介護サービスを取り巻く当事者（保険者・サービス事業者・利用者）がソーシャルネットワーク化を図るときのコンテンツは何か？という課題を明らかにすることを目的とする。

2年計画の1年目である今年度は、「電子政府・電子自治体」－「地域福祉情報化」－「介護サービス評価情報提供」をつなぐ理論的考察、そして第三者評価モデル事業に関する実地ヒアリング調査に取り組む。

B. 研究方法

国内における研究蓄積をサーベイする文献調査とともに、北海道夕張郡栗山町及び福岡県大牟田市、宮崎県宮崎市等における実地ヒアリング調査を行った。

C. 研究結果及びD. 考察

第1節 福祉分野におけるIT化の課題

○介護保険に関連する情報関連施策の再評価

2000年4月に介護保険制度が始まったことは、年金保険、医療保険、雇用保険、労災保険に並んで日本の社会保険制度の整備が進んだと評価することができる。高齢者介護の費用負担は、福祉措置制度における応能負担問題、医療保険や老人保健事業における社会的入院等の事例から社会問題と認識されてきた経緯があり、介護保険制度の導入は資源配分の最適化を図る観点から妥当な政策決定であったと考えている。

細かな修正を行いながらも介護保険制度は軌道に乗りつつある一方で、市場セクターにおける事業者間の競争条件平等化の問題やサービスの利用者が十分にサービス内容を理解して選択するための情報提供が行われていなかったり、制度についての広報活動が不十分であったりという問題が顕在化している。

市区町村レベルの保険者では3年ごとのローリング方式による実施計画の見直しが行われることになっており、そこには住民参加の原則が盛り込まれている。これを建前にしないためにも、行政と国民との対話が求められている。栃本[2000]は、有識者懇談会の報告書などがその場限りの独白にならないためには、国民との継続的な対話が必要であり、対話が存在して初めて国民は社会保障の布陣を理解するとともに自ら考えようと歩み始めると述べている。今求め

られているのは、「持続可能な社会保障」ではなく「対話可能な社会保障」である。

介護保険制度における情報公開の重要性,さらには IT によってそれを行う意義というものは,以前とは異なる原理に基づく新しい制度を周知徹底するということと,多元的に供給されるようになった介護サービスについて利用者が合理的選択を行うために必要な条件と見なすことができる。

○厚生労働行政と電子政府構想

2001年3月に決定された「e-Japan 重点計画」及び2002年度中の行動計画である「e-Japan2002 プログラム」の策定に見られる電子政府・電子自治体の推進活動について,厚生労働行政の関与が十分でないように思われる。

次期 e-Japan 計画が政府 IT 戦略推進本部によって検討されている段階において,電子カルテや保険証 IC カード化,そして一部の遠隔医療といった関係施策をプログラム上に記載することのみならず,従来からの施策における情報化アクションを加え,厚生労働行政における新たな IT 化のビジョンを示すべき時期に来ている。

そのビジョンとは,電子政府・電子自治体の大枠で未開拓のまま取り残されている地域福祉情報化であり,厚生労働行政から積極的な働きかけが必要となる。

第2節 介護保険における IT 活用

介護保険制度においては,様々な場面で IT が導入されていることが大きな特徴となっている。森本[2000]は,介護保険がスタートした直後の新聞での「福祉と情報」の取り上げられ方を4つに分類している。

- ①介護保険制度の運用にかかわる記事で,要介護認定ソフト,介護報酬請求ソフト関連
- ②ケアマネジメントに関わる記事で,ヘルパーに携帯端末を持たせたりすること,ケアプラン作成支援ソフト関連
- ③市民や要介護者及びその家族に対する広報・情報提供・相談の関連
- ④苦情対応や契約書式に関する記事

これらを見れば介護保険と IT 化に関わる内容が,業務関連システムと情報公開・開示・提供といったものに集約されることが理解できる。

厚生労働省は外郭団体の社会福祉・医療事業団のインターネットサービスを通じて審議会資料や様式集の情報を公開しており,都道府県レベルでも登録した事業者名をホームページ上で公開している例がある。市区町村レベルでは情報公開のために,インタフェースにタッチパネ

ルを採用した情報提供キオスクを公共施設に導入するところも少なくない。

情報公開に限定しなければ、保険者である市区町村はほぼ全てが介護保険に対応した業務処理システムを導入している。このシステムについては、市区町村の独自性を盾にオーダーメイドもしくはセミオーダーメイドの開発が行われたために、導入費用は嵩んでいる。

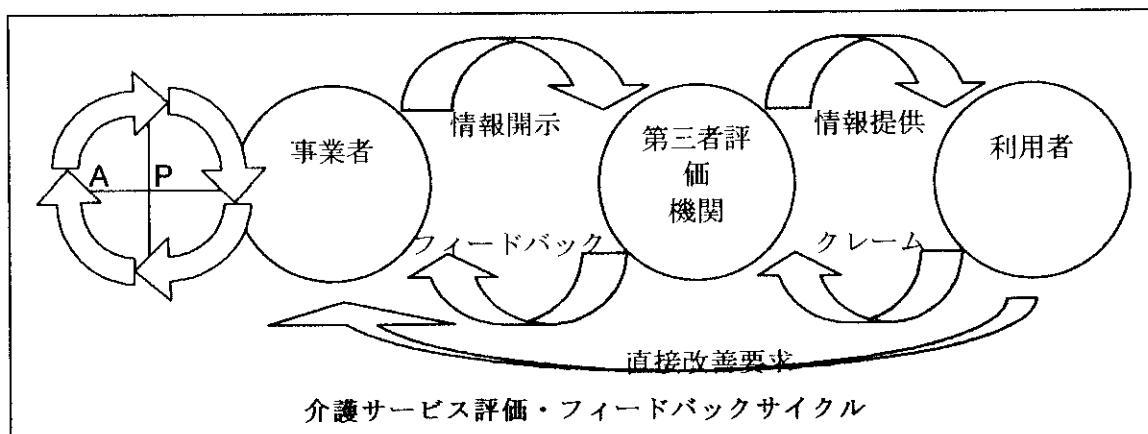
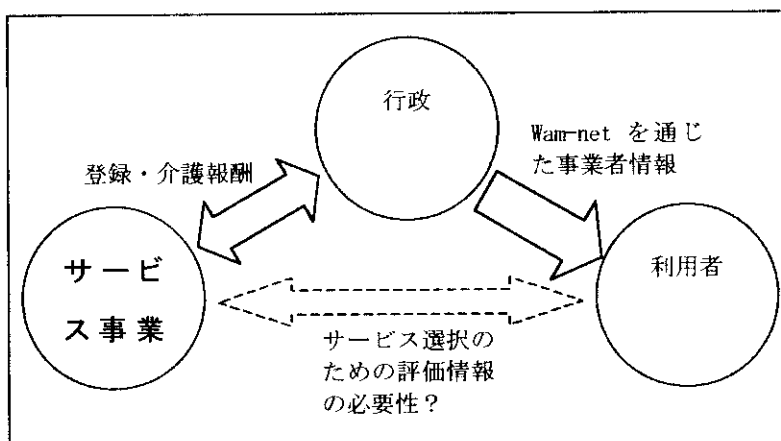
介護サービスの給付管理を行う上で、国保連への請求は電磁的に行うことと定められているため、中小規模の事業者であっても専用の管理ソフトウェアの導入が必須である。介護サービスを提供する事業者であっても、業務管理に専用のソフトウェアを導入しようとするればその費用を措置する必要がある、利用者が多ければその必要性は高まる。オーダーメイドで開発を行えば数百万円程度からのコストがかかり、既製品であっても市場が小さいために1ライセンスあたりの価格は100万円程度となっている。介護保険事業者の中には、ASP（アプリケーションサービスプロバイダー）を利用して初期費用を抑える事業者もある。

○介護保険の当事者を巡る IT 活用

各当事者間の IT 活用についてみると、行政とサービス事業者は事業者登録及び介護報酬請求の事務システムを導入している。

行政と利用者間では、社会福祉医療事業団が運用する Wam-net によって事業者情報を提供しているが、利用頻度は低く有効活用されているとは言い難い。

サービス事業者と利用者間においては、要介護者本人が十分な IT スキルを保持しているとは想定されていないため IT 活用の可能



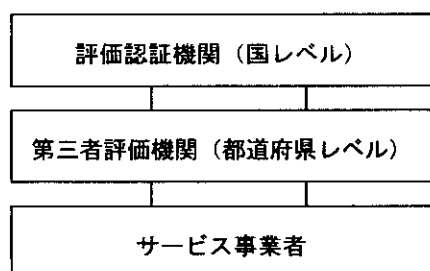
性自体が否定的に考えられてきた。しかし、家族やケアマネジャーをエージェントと捉え、中間的に第三者評価機関などを入れることによって、IT 活用の余地を開拓することができる。特に第三者評価機関によるサービス評価情報の提供について、インターネットを活用した手段は有効である。図・介護サービス評価・フィードバックサイクルは、サービスの質向上、利用者の選択権保証を目指したモデルである。モデルの目指すところは、社会福祉基礎構造改革が目指すところと一にしている。

第3節 第三者評価機関による介護サービス評価

○サービス評価の義務づけ

介護保険法には「(事業者自ら)サービス(あるいは居宅介護支援)の質の評価を行うこと」と定められている。しかし、その手段や公開方法などを制度としては明示していない。

厚生労働省は、福祉サービスの第三者評価や、介護保険サービス選択のための評価の在り方に関する検討会を開催して、「利用者の選択」という視点からの評価手法や評価指標の標準化を検討している。



現在、サービスの質確保のため、都道府県によるサービス評価、介護保険者によるサービス評価、第三者機関サービス評価、オンブズマン制度導入、ISO9000 シリーズの取得、非公開の外部機関調査といった様々な試みがある。それぞれの試みがサービス評価を通じて実現するものを比較検討する。

厚生労働省では、第三者評価機関の要件を詳細に指示するのではなく、各都道府県に第三者評価機関を設置させて、その評価基準が十分なものが国レベルで認証させることにしている。

2002年度、各都道府県は第三者評価のためのモデル事業を実施しており、東京都はNPO・企業などを取り混ぜた4団体に事業委託しているほか、神奈川県のように県外郭団体である(社)かながわ福祉サービス振興会に事業委託しているケースも存在する。福岡県大牟田市は、介護保険サービス給付の開始と同時にサービス評価に関する外部委員会を設置して事業を実施しており、愛知県高浜市に次ぐ早さと言える。

○構造－過程－成果

医療看護システム評価の先駆的なモデルとして Donabedian(1980)が挙げられる。このモデルで示された、構造(Structure)－過程(Process)－成果(Outcome)という3つの観点から評価を行うことが現在でも主流の研究手法となっている。

医療と介護とは密接に関係し合った分野であり、そこで行われるサービス評価は一定の枠組みを共有できると考えられる。特に基本的な構造－過程－成果のモデルにおいては、介護サービス評価においても利用できる。

枠組みを共有したとしても、医療看護と介護の違いについては意識しておく必要がある。医療看護システム評価モデルはQOLつまり定量化された健康状態の向上を目的にしており、日常生活を支援する介護サービス評価モデルと単純に同一視することはできない。介護サービス評価において重要な物差しとなっているのは顧客満足度(CS)の向上である。単に治療効果がQOL向上につながるというだけではなく、手続き面を含めた選択性や、サービスが利用者の生活の質を高めるのに寄与したかが評価項目となっている。

○福岡県大牟田市の事例

介護保険サービスの給付が開始されてから半年後の2000年10月に大牟田市介護サービス評価委員会が設置された。施設サービス、居宅サービスの順番に事業を実施している。

サービス評価の目的は、社会福祉基礎構造改革にうたわれたサービスの質の向上及び利用者の選択権拡大である。

事業者自身に8つの評価分野毎にA～Dで自己評価をしてもらい、その結果を評価委員会で検討するという形式をとっている。必要に応じて評価委員が訪問するという事になっていたが、ほぼ全ての事業者を訪問したとのことである。また、サービス評価を受けるかどうかは任意であったが、施設サービスでは全数、居宅サービスでも休眠事業者以外は全て参加したという。

評価結果については、細かな順位や評点ではなく、最低水準をクリアしているか、事業者平均より上かどうかのみを公表している。あくまでもサービスの質向上が第一の目的になっているからである。

先駆けてサービス評価事業を始めたことにより、設定した評価項目が適切だったかどうかについての検討も深めることができ、2003年度以降は評価項目の見直しにも取り組む。利用者の選択権拡大につながるような結果公開方法も検討している。

ケアマネジャーなど専門職からの評価データブックの請求も多く見られたとのことで、福祉専門職によるサービス事業者と利用者の媒介機能を向上させるためにサービス評価が活用され

ていることが窺える。

○神奈川県事例

第三者機関サービス評価とは一線を画し、事業者と利用者を巻き込んだサービス評価を2001年度から実施している（社）かながわ福祉サービス振興会のケースは、自己点検機能と情報公開機能を組み込んだ介護サービス評価モデルを実現するものと考えられる。

インターネットでの介護サービスの検索には、「サービス名で探す」、「サービス体系で探す」、「事業者名で探す」、「空き情報から探す」、「市町村のサービスを探す」など、複線の検索方法を用意することで利用者本位の検索性を確保している。

サービス評価への参加は任意であったが、新規参入組で小規模の事業所ほど参加する割合が多く、なかなか認知されにくいサービスの質の高さへの評価を利用者獲得の営業手段に活用したところも少なくない。

絶対評価と同時に評価に参加した事業所内での相対評価もデータブックに掲載した。そのことから、評価結果の公表に不同意とした事業者が出た。現時点では不同意の事業者が、介護サービス評価に参加したこと自体も非公表となる。しかし利用者アンケートは実施されており、当該事業者の利用者については公表不同意が分かってしまう。

評価結果を網羅した『介護サービス評価データブック』は定価6,500円で800部を発行した。参加した事業者の他、図書館、公共施設用に配布したほか、希望者にも頒布している。しかし、利用者自身や介護サービス選択の専門家としてのケアマネジャーの手に行き渡ることを考えれば、ページ数を減らしたり、掲載事業者を少なくしたダイジェスト版の必要性がある。インターネットでの空き情報提供と同時に、評価情報についても掲載している。評価情報を掲載してからアクセス数も伸びてきている。従来の事業者情報に評価の公開に同意したところについてマークを表示し、詳細な評価結果にリンクさせている。

介護サービス評価を、サービスの質向上と利用者の選択権の拡大という目的に活用するならば、情報化による情報提供とフィードバックのサイクルを品質管理マネジメントに組み込む必要がある。神奈川県にて実施されている介護サービス評価プログラムは、PDCAサイクルを重視した事業者の自己点検の部分と、顧客満足度の向上を図るための利用者評価の部分とを兼ね備えた評価機能を持っている。

第4節 地域福祉情報化の推進

○宮崎市における地域福祉情報化事例

実地ヒアリング調査を行った「福祉情報ボランティア宮崎」は、宮崎公立大学の金子教授を代表として学生などをメンバーに加えながら、福祉情報の蓄積・公開及び高齢者・障害者向けの IT 講習会を開催している。

福祉情報ボランティア宮崎は、金子研究室の研究活動と表裏一体となった実践活動を行っている。出発点は、市内の車いすが利用可能なトイレマップの作成という福祉情報の蓄積・公開であったという。インターネットで公開することが広範囲に低費用で周知する最良の手段であるのに、福祉情報を利用する人々が情報弱者になっている現状を発見したとのことである。そこから IT 講習会の開催、シニア情報ボランティアの養成といった発展が見られる。

但し、大学の情報教室を利用したり制限があるため、宮崎市広報を通じて申し込んでくる希望者を抽選して受講者を決定する事態となっており、現状ではニーズの全て満たすことはできていない。これは福祉情報ボランティア宮崎にのみ責任を負わせるべきものではなく、宮崎市が高齢者のニーズとして把握した上で事業化すべき分野でもある。

活動に取り組む学生の問題関心にも関係しているが、2002 年度については福祉用具情報の提供をインターネットで行っている。宮崎県介護実習・普及センターに展示されている福祉用具を、写真と機能別に検索できるようにしたもので、センターに行く前に希望する福祉用具があるか確認できるようになっている。

しかし、宮崎県の介護実習・普及センターの紹介ページから、福祉用具情報のページへのハイパーリンクを断られたという。行政のページから無闇に民間のリンクを掲載できないという理由だそうだが、リンク以降は無保証であることを明示すれば良いことであり、リンクによってもたらされる利用者の利益を顧慮しない硬直的な対応と言える。

公民パートナーシップによる福祉情報の蓄積・公開は今後更に重要性を増してくる領域であり、地域福祉情報化と絡めて適切な指針を定めるべきである。

○デジタルデバインドへの対応

宮崎市の事例にもあったが、障害者へのサポート、エンパワメントの活動として、パソコンボランティアが発達してきた経緯がある。阪神淡路大震災における VCOM プロジェクトによっても実施され、さらに日本障害者協議会を巻き込んだ JD プロジェクトとしても実施されている。小規模な活動は各地で多数見られる。

e-Japan 計画に基づく地方自治体による IT 講習会は、高齢者や専業主婦といった IT スキルを磨く機会を得られなかった情報弱者に対して、初歩的な操作法を習得させるという一定の意義があった。

ニーズに応じたスキルの習得と、それを継続的に生かしていく機会の存在が必要であり、これは高齢者にも言えることである。福祉情報の収集という方向性で、高齢者に対するパソコンボランティアを推進するのか、コミュニケーション手段の獲得と位置付けるのか、検討が必要である。

高齢者が自ら情報検索を行って、その情報を活用した意思決定を行うことは、一部を除けば困難であると考えている。簡単な情報検索などは、高齢者への IT 講習によって可能になるだろう。障害者などのパソコンボランティア活動でも見られるように、訪問したり電話対応したりというコスト高な手段ではなく、メールでサポートを受けられるレベルに達することを初期の目的とすることが多い。

介護保険サービスでは専門知識を備えたケアマネジャーが、サービス事業者と利用者である高齢者の媒介となる役割（アドボカシー機能）を果たすことが重要だと考えている。ケアマネジャーが IT スキルに優れている保証は無いので、ケアマネジャーに対する講習会の実施といったところも一つの方向性としてあり得るのではないかと考えている。結果的に介護サービス利用者へと利益が還元されていく。

○地域福祉計画と地域福祉情報化

社会保障審議会福祉部会で取りまとめられた市町村地域福祉計画の策定指針には、新たな公民パートナーシップの構築を行うため、策定過程への住民等の主体的な参加が求められることを示している。

この指針の問題点は、地域社会において最も効率的で質・量ともに高い資源を供給する可能性を持っている企業を排除していることである。企業が担う介護保険サービスの領域が次第に拡大しているように、一定の財政規模でより多く質の高いサービスを求めるとき、企業の果たす役割は重要である。

地域福祉情報化を推進しようとしたときに、地域社会における企業を参画させた地域福祉計画をベースに、対人社会サービス及び地域コミュニケーションの支援手段として位置付けることが有効である。

地域福祉情報化の方法は、宮崎市の事例が参考になる。福祉情報を収集し、そこにアクセスできるようにデジタルデバイドを解消していく。さらに地域内・異世代間のコミュニケーションの手段としても IT は活用される。地域福祉計画において地域内の資源としての福祉サービス供給の多様性を探ることも重要であるが、それを福祉情報として IT にのせること、そしてニーズ把握の中から整備すべき福祉情報の優先順位について検討することが重要である。

但し、地域福祉情報化は公民パートナーシップで実現すべきものであるため、民間の自由意思による福祉情報の蓄積・公開については奨励していく必要がある。行政の過剰な介入は利用者の利益をつみ取ってしまう恐れがある。

E. 結論

市町村が IT 講習会を実施したことにより、IT スキルを持った地域住民の裾野は確実に広がっている。地方自治体が頭を悩ますのは、地域情報化として発展させるためのキラーコンテンツは何かということである。榎波[2002]は、キラーコンテンツなど無い、行政サービスの見直しからやらなければならないと指摘している。

福祉サービスに関して言えば、地域福祉計画を企業を含めた地域社会の公民パートナーシップによって策定すれば、地域福祉情報化の方向性も定まる。地域の資源をより有効に活用しようとするれば IT による支援は不可欠であり、地域における福祉情報の蓄積は自ずと地域情報化のコンテンツとなるのである。

地域ごとに蓄積される福祉情報に独自性があるが、介護保険におけるサービス評価情報は必要とする人々が多いという意味で優先順位の高い福祉情報である。

以上のように、地方自治体における取り組みと絡めて電子政府・電子自治体の推進が行われるように、厚生労働行政においても積極的な広報活動を実施することによって、地域福祉情報化の推進に弾みをつけることが可能である。

参考文献

- Donabedian, A., The Definition of Quality and Approach, Health Administration Press, 1980
- Duncan, K.A, Health Information and Health Reform, Jossey-Bass Publishers, 1994
- 丸尾直美『総合政策論』有斐閣, 1993.6
- JDプロジェクト編『パソコンボランティア』日本評論社,1997.8
- 加藤寛・丸尾直美編著『福祉ミックス社会への挑戦』中央経済社, 1998.9
- 森本佳樹「社会福祉における情報化の意義と課題」(『社会福祉研究第 78 号』鉄道弘済会, 2000.7 所収)
- 栃本一三郎「対話可能な社会保障」(『月刊介護保険』法研, 2000.12 所収)
- 『介護サービス評価データブック』(社)かながわ福祉サービス振興会,2001.11
- 金子正光「地域社会に果たす福祉情報ボランティアの役割」(『宮崎公立大学人文学部紀要第 9 巻第 1 号』2001 所収)
- 金子正光「IT 時代におけるまちづくりに果たす地域情報化とボランティアの役割」(『宮崎公立大学人文学部紀要第 10 巻第 1 号』2002 所収)
- 社会保障審議会福祉部会報告「市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画策定指針の在り方について」(2002 年 1 月 28 日)
- 和泉徹彦「医療・介護における IT 化」(加藤寛・丸尾直美編著『福祉ミックスの設計』有斐閣,2002 所収)
- 白濱伸也, 伊藤満『保健・医療・福祉サービスで始まった ISO9001 導入』中央法規出版,2002.1
- 榎並利博『電子自治体ーパブリック・ガバナンスの IT 革命』東洋経済新報社,2002.7

4. ヘルスケア情報サービスに関する政治的課題について

真下 英二

1. はじめに

わが国が e-Japan 戦略に基づき、行政各分野に関しての行政手続その他について、オンライン化を進めていることは、あえて述べるまでもないことであるが、それがいかなる効果をもたらしているものであり、また現実にそうした行政手続や行政情報をオンライン化して、一般国民に広く公開、利用することが出来るようにすることが可能であるのかどうかについては、依然として議論が尽くされたとは言い難い状況にある。

特にわが国の場合、90年代末から議論されてきた、地方分権の推進という課題がある。すでに地方分権に関しては、その大まかな方向が2000年度には出されており、現在はそれを実施する段階に入っている。こうした流れの中で、現在のわが国の福祉政策は、いかに地方公共団体が住民に密着したきめの細かいサービスを提供し、維持していくかという点が大きな課題となっている。e-Japan 戦略に基づく行政情報をはじめとする各種情報のオンライン化は、この課題を解決するために大きく寄与する可能性があるということはいうまでもない。

しかしながら、こうした情報システムを導入することのみで、現在の日本が抱えている問題を解決することが可能であるのか、それとも他に何か必要な条件があるのかについて、細かく検討する必要がある。そこで本報告においては、海外の実例をもとに、情報システムの構築にどのような要件が必要であるのかについて検討することとしたい。特に、日本と同様に行政システムの分権化を目指す過程で、ヘルスケア情報システムの構築を目指したエクアドルの事例が参考になるとと思われるので、これを中心に概観していくこととしたい。

当然のことながら、中南米の小国であるエクアドルとわが国とは、社会経済的条件が大きく異なる。例えば1999年度におけるエクアドルのGDPは138億米ドルと、2001年度に4000億米ドルを上回るわが国と比較すれば、その規模は約30分の1に過ぎない。また、政情あるいは政治システムという側面からしても、大統領制をとり1979年の民政移管以降も少数の白人エリート層による寡占状態が続き、政治的に決して安定的とは言えないエクアドルは、日本とはその事情が大きく異なっていることは事実である。

しかしながら、新たな情報システムを導入する試みが、結果としていかなる結果をもたらしたのかについて理解することは、わが国が e-Japan 戦略を中心とする新たな情報通信戦略を採る上では決して避けては通れないものであり、またその成功と失敗を分析することにより、新しい情報通信技術の導入をより効率的かつ効果的に行うことができると考えられる。とりわけ本研究においては、福祉の分野において情報通信技術を導入することの価値と意義、そしてその方法について抜くわけであるから、こうした先例を調べていくことは、非常に大きな意義があるといえよう。

2. エクアドルにおける情報システム導入の経緯

いわゆる発展途上国としてのエクアドルは、同様の環境にあった多くの周辺国がそうであるように、中央集権的政治体制をとることにより、経済発展を成し遂げるべく努力を続けてきた。しかしながら、こうした中央集権体制のもとにおいては、多くの公共部門は肥大化し、やがて様々な問題を引き起こすこととなる。エクアドルにおいてもそれは例外ではなく、すでに1960年代から公共部門の改革が大きな課題となっていた。しかしこの公共部門に対して実際に改革が着手されたのは、1990年代半ば、1992年から1996年にかけてのことである。

1990年代初頭、エクアドル公衆衛生省の支出は、GDPの1.6%に達していた。そしてそのうちの約8割は、病院におけるサービス提供のために費やされていたものであった。エクアドルにおいては、こうした病院サービスに対して、多額の国庫支出を行ってはいたが、そのシステム上の問題から、様々な点で問題を引き起こしていた。すなわち、病院そのものの生産性が低く国による様々な支援にもかかわらず、多くの点で非効率性が見られていたのである。そしてその結果、病院におけるサービス提供の質そのものも低下するという問題点すら指摘されるに至った。

こうした中、1992年に入り、ドゥラン・バジェンが政権の座につくと、これら問題への対処が検討されるに至った。そこで、医療における課題を全面的に改革するために、BPC (Basic Primary Care

in Ecuador) プログラムが策定された。この計画は、中央集権的に国家が実施してきた医療に関する業務のあり方を改め、地方にヘルスケアサービスの供給業者を設立させようとするものであった。そしてこれにより、ヘルスケアマネジメントの分権化を実施し、これまでとは一線を画した統合的なヘルスケアモデルを目指そうとしていたのである。

そもそもエクアドルは、高度に中央集権化されたヘルスケアシステムの上に成り立っていた。そしてその政策は、公衆衛生省内部でほとんどが中央集権的に決定され、地方レベルで自由に行うことができる活動はといえば、その中央で一方向的に決定されたことについて、例えば基本的な器具やその操作方法についてのみにあつた。こうした中で策定されたBPCとは、こうした旧来の運営のあり方を廃し、計画や管理を分権化しようとするものであった。分権化によって、公衆衛生省が各コミュニティに対してきめ細やかなサービスを提供し、さらに地方団体が自らの手でヘルスケアに関する問題について計画立案、執行をできるようにになると考えられたのである。

このシステムの中では、地区衛生局、DHA (District Health Authorities) が情報の流れの中で重要な位置を占めることとされた。すなわち、各地区におけるサブセンターの情報が地区衛生局に集約され、そこから各地方 (region)、国の各組織へと情報を伝達するという仕組みであった。この意味において、各地区の衛生局が、最も大きな責任を負うという仕組みができあがったと言える。

またこれに関する予算は、公衆衛生省ではなく財務省との関連で決定されることとなっていた。このように、1992年から始まった改革によって、様々な側面での分権化が進められることとなり、中央集権体制を改革し、より効率的かつ充実したサービスの提供を行うことが目指されたのである。

しかしこれらの施策にもかかわらず、1995年になった時点でも、いっこうに分権化は進展しなかった。資源配分の方法は依然として旧来のままであり、地方における各種計画や財務の進行状況も、現実のサービスの提供状況とは無関係に進められていた。また、地方に目を向けてみても、サービスマネージャーが企画立案に参加することも少なく、情報技術の利用もいっこうに進展しておらず、各種の報告は相変わらずコンピューターネットワークを介することなく、対面方式で行われていた。

こうした中、このプログラムの中に、さらに二つのプログラムの実施が盛り込まれた。1990年代半ばのことである。そのうちの一つはNECHN (National Emergency-Care Hospital Network) である。このプログラムは、病院の建物自体や設備の更新、コンピューターネットワークを中心とした管理情報システムの作成、病院におけるサービス管理の充実という三つの項目について、これを実施しようとするものであった。すなわち、NECHNにおいては、病院におけるシステムそのものの近代化を図ろうとしたわけである。

そしてもう一方が、IDP (Institutional Development Project) である。これは、ヘルスケアシステムに関連する企画・管理を分権化しようとする計画であった。具体的には、地方団体における管理責任者の養成、マネジメントの役割と責任の再定義と分権化、情報システムの分権化という三つの項目が、その目的としてあげられていた。

これら情報システムが構築されることにより、地方レベルの行政部局と医師との間でヘルスケアサービスに関する企画・管理についての情報がやりとりされるようになることが期待されたのである。

これらのプロジェクトは、1995年に立ち上げられ、その結果、22のヘルスセンター、166カ所のサブセンター、23の国営病院、4000人のスタッフを確保することができた。しかしながら、ローカルなレベルにおいて、医療サービス提供の分権化については、いっこうに進むことはなかった。

3. エクアドルにおける失敗の要因

では、なぜエクアドルにおいては、分権化とそれを目指して計画された医療情報システムの構築が進まないという結果に陥ってしまったのか、その理由について、A. サラザールの分析を中心として見ていくことにしたい。

まず最も大きな要因としてあげられている点は、BPCの管理職クラスの職員が、IDP等のプロジェクトに対して、必要とされた財政的あるいは物質的配分について、これをサポートすることを怠ったと、いう点である。IDP担当の職員から見れば、財政的資源の配分を妨げるBPCの管理職の行動は、「障害」であり「敵対的」というべきものであった。

こうした意思疎通のすれ違いが起こった原因は、これらプロジェクトの重点項目に関する対立からであった。BPCにとって最優先されるべき課題とは、分権化を推進するために地区衛生局を重点的に強化し、その情報システムを構築すべきだとするものであった。これに対してIDP側は、そうした構想は現実に見合うものではなく、むしろ漸進的な改革を実施すべきであり、特に病院を中核としたヘルス

ケアサービスモデルそのものについての改革を優先させるべきだと考えていたのである。

こうした両者の対立は、結果として改革そのものを停滞させることとなり、ひいては旧来の中央集権型モデルと新しい分権型モデルとの対立をも生み出す結果をもたらした。結局のところこの時の改革は一時頓挫し、その1996年に再度プロジェクトを組み替えざるを得ない必要性に迫られることとなったのである。

医療情報システムの構築が停滞した原因としてあげられるもう一つの点は、これは上記の問題点とも関連することではあるが、地区衛生局における情報管理プロセスとIDPが開発したソフトウェアとがうまく適合せず、十分な効果を上げることができなかったという点である。このために地区衛生局の管理担当官にとっても、これら技術に対する疑問を抱かせる結果となった。すなわち、こうした新しい情報システムに関する技術が「金食い虫の役立たず」でしかなくなってしまったのである。

サラザールの分析によれば、一連のエクアドル国内における情報システムの開発のあり方、あるいは情報システム導入当時の衛生地区の内部状況等によって、情報システムの導入は限定的なものとならざるをえなかったとされる。さらにサラザールは、こうしたことから、情報システムの導入に際して重要なのは、そのコンテンツであると同時に、導入の経緯であるとしている。すなわち、除法システムの成否は、情報システムの内容と同時に、その導入の手法によっても大きく左右されるというのである。エクアドルの場合、最大の問題とされたのは、BPCの管理職側による一方的な押しつけとでもいうべき行動、つまりトップダウンにより意思決定を行い、プロジェクトを立ち上げてしまったことに原因があると、サラザールは分析しているのである。

以上の点から、どのような観点を見いだすことができるのだろうか。サラザールは、こうしたヘルスケアシステムのような公的部門を情報システムによって改革しようとする場合、社会組織論的観点から考察を加えることが必要であるとする。すなわち、伝統的、あるいは合理的観点からした場合、エクアドルの事例のように、様々な点で問題を引き起こす可能性があるというのである。

こうした意味においてサラザールは、エクアドルの事例から以下の4つの点を導き出している。すなわち、

- ①情報システムの分権化を行うに際して、その方向性を中央集権的に定めることは、各地方における現実や要請と乖離してしまうことにつながるため、情報システムの分権化は失敗に終わる可能性が高い。
- ②情報システムを導入する際には、いかにしてその利害関係者の動機付けをお粉いわせるかという点が重要となる。とりわけ公的部門の場合、こうした点は特に考慮されなければならない。
- ③新しい情報システムを実施する場合には、いかにして利害関係者に参加を呼びかけるか、また管理能力中心にシステムを構築するかが問題となる。言い方を変えれば、技術に偏った方向性で情報システムを構築するのではなく、社会的政治的な側面での人的ネットワークを重視することが大きな意味を持つ。
- ④情報システムを導入する場合重視しなければいけないのが、実際にこの情報システムを利用するユーザーの環境を考慮に入れることである。

これらサラザールの考え方は、もちろんエクアドルというごく一部の事例を捉えたものに過ぎない。しかしながら、わが国がe-Japan戦略という流れと、地方分権というもう一つの潮流の中にある以上、こうした事例が意味するところは重視する必要があるだろう。

すなわち、わが国においていかなる情報システムを導入していくのか、またそれが実際に活用されるためにはどのようにすればよいのかという問題である。

4. わが国におけるIT戦略の現状

現在わが国は、e-Japan戦略に基づき、各省庁は、行政手続のオンライン化を推進するため、アクションプランをそれぞれ定めている。さらに2002年における「e-Japan重点計画-2002」においては、これを前倒して平成15年度までにほとんどの行政手続を電子化することを目指すこととしており、これにしたがって各省庁のアクションプランも、同様に計画の前倒しという方向性で見直しが進められることとなった。

特に「e-Japan重点計画-2002」においては、従来の計画では申請・届出のみを電子化の対象としていたものを、申請・届出以外の手続についてまで、電子化を推進することとしていたのが大きな点である。その結果、電子化に向けた取り組みの対象となる行政手続は、総計で一万五千近くにも上ることとなった。

そしてこれらアクションプランに基づき、平成15年度までにどの程度までの事務を電子化すること

が可能であるのか、また実際にどの程度電子化を実施することが出来たのかについて、オンライン化実施方策提示数という形で報告がなされている。

これについて、特に地方自治関連のみでみると、自治事務の申請・届出については、全体の96%以上に及ぶ4000弱の手続が、第一号法定受託事務の申請・届出はやはり95%以上の手続が、比較的实施率の下がる第二号法定受託事務の申請・届出でも、86%以上の手続が、それぞれオンライン化の対象となっており、また平成15年度中にはオンライン化が達成されることになっている。

また、申請・届出以外についてみると、自治事務の申請・届出以外の手続は、約4分の3にあたる5300の手続が、第一号法定受託事務の申請・届出以外の手続は、やはり約4分の3にあたる1000の手続が、さらに第二号法定受託事務の申請・届出以外の手続については、94%以上にあたる約100の事務がオンライン化されることとなっている。このように、概して申請・届出以外の手続は、申請・届出よりもオンライン化方策の提示数及び実施率が若干下がっている。しかしそれでも、申請や届出以外の手続について、ほとんどの手続をオンライン化する方向性にあることは、否定することは出来ない。

またオンライン化実施方策に提示されなかった、すなわち平成15年度中の電子化が困難であると判断された手続についても、その中身を詳しくみてみると、平成15年度までに電子化が困難であると判断された手続は、合計で2000あまりになるが、そのうち45%以上は、単純に「時間的に困難」だというものであった。つまり、手続のオンライン化が困難であるとされた事務の半数近くが、単に平成15年度という時期に実施することが、時間的に困難であるというだけのものであって、将来的にはオンライン化を推進するというものなのである。

このように、e-Japan 戦略の中においては、行政手続の電子化は不可避のものであり、またそのうちのほとんどを電子化することが目指されていることがわかる。わが国の電子政府構築は、文字通り急速に、またあらゆる場面において進められていこうとしているのである。

5. おわりに

ここで、エクアドルにおいて医療情報システムの構築に際して生じた問題について考えてみたい。エクアドルにおいては、トップダウン方式での情報システム構築が目指された結果、現実にそぐわないなど、現場レベルでの反発を買うこととなった。そしてわが国において行われているe-Japan 戦略に基づく電子自治体の構築もまた、トップダウン方式であるといつてよい。

実際、現時点においても電子自治体を実際に運用する側、つまり自治体における問題である。2002年に出された「地方自治情報管理概要（地方公共団体における行政情報化の推進状況調査結果）」においては、こうした問題点が浮き彫りになっている。まず電子自治体へ向けた取り組みという観点からみると、8割以上の市町村では、既存の課（係）を利用して電子自治体構築に取り組もうとしていることがわかる。先述の通り、情報システムの取り扱いに関しては専門的な知識を要するため、そうした知識を持ち合わせていない職員が対応するのでは、自ずと無理が生じてくる。しかしながら多くの自治体では、既存の部局を活用してこれに取り組んでいこうとしているのである。

また電子申請・届出等の実施状況を見れば、平成15年度までにほとんどの手続を電子化するべきであるとする国の意気込みとは裏腹に、都道府県も市町村も、依然としてほとんどオンライン化した項目はないと回答している。特に市町村に至っては、9割以上の自治体においてオンライン化を行っていないとしている。ここにおいて、電子政府に対する国と地方自治体との温度差が明らかとなってこよう。

さらに大きな問題となるのは、自治体の側の意識という問題である。都道府県でも半数以上が、市町村に至っては8割近くが、未だセキュリティポリシーを策定していないと回答している。セキュリティポリシーを策定していないということは、これはインターネットをはじめとするネットワークにおける危険性に対してあまりにも理解が足りず、また危機意識が薄いといわざるをえない。

さらにウイルス対策の実施状況は、こうした意識を裏付けるものである。ウイルス対策は、ここ数年来爆発的に流行を繰り返すコンピューターウイルスの現状をみれば、コンピューターシステムを管理するものであれば常に配慮しなければならないものである。しかし現実には、都道府県はともかく市町村においては、未だにウイルス対策を実施していない自治体が2割近くも存在しているのである。

そしてシステム監査の実施状況に至っては、都道府県においてすらほとんど実施されていないのが現状である。この状況では、各自治体が電子政府の実現に対してあまりにも意識がないといわざるをえない。

こうした点から見られるとおり、現時点における行政レベルでの情報システムの構築は、やや拙速に過ぎる感が否めない。ではこうした中で、福祉とITとの関係をどのように構築していくべきなのであ

ろうか。

先述の通り、エクアドルにおける医療情報システム構築の失敗は、システム構築に関する意思疎通の欠如、現実を無視したトップダウン方式での情報システムの構築、情報システムに対する理解の欠如等が原因としてあげられよう。わが国における e-Japan 戦略の運営方針を見るに、トップダウン方式の情報システム構築という点が顕著に見られている。もちろん、必ずしもそれが問題を引き起こすわけではないし、ここでの事例はあくまで一発展途上国における失敗の事例である。民政移管してまだ20年に満たない時期での改革であったことから、ここにあげられた以外の様々な要因が、失敗の原因となったのかもしれない。

しかしながら、国と地方との意思疎通を欠いたトップダウン方式によって情報システムの構築が進められるとするならば、それは後々大きな問題となる可能性があるだろう。これを回避するためには、今後福祉情報システムをどのように構築していく必要があるのだろうか。

まず考えなければならない点は、各自治体における情報システムの導入は、拙速であってはならないという点である。現状を鑑みるに、確かに一方においてコンピューターを介した情報システムの構築は大きな可能性を秘めていると言えるが、実際にこれを活用することができるか否かはいささか疑問を呈さざるを得ない点がある。したがって、各自治体に対して強制性をもたらしような情報システムの構築方法では、今後禍根を残す可能性がある。この意味からすれば、各自治体における福祉情報システムの活用は、各自治体の現状にあわせて推進されなければならない。

またこうした考え方を援用するならば、福祉情報ネットワークの構築は、行政による一方的なシステムの導入もまた、大きな問題を残すことになりかねない。したがって各自治体においては、いかにして民間の活力を導入しながら、現実の市民の要求に沿った形で福祉情報ネットワークを構築するのが大きな課題となってこよう。

IT化の進展により、様々な可能性が開けてはいるものの、その導入方法を誤れば、エクアドルのように意思疎通の阻害をもたらし、結果としてせつかくの情報通信技術が活用されないという結果をもたらすことになる。したがってITの問題と福祉とを関連させて考える場合には、現実には各自治体においてどのようなものが要求され、また各自治体の市民にとって何が最も重要なものであるのかを見極めた上で、福祉情報ネットワークを構築する必要があるだろう。

参考文献

Angel Salazar(1999), "Evaluating Information Systems for Decentralisation," in Richard Heeks(ed.) *Reinventing Government in the Information Age*, Routledge.

Jane E. Fountain(2001), *Building the Virtual State*, Brookings Institution Press.

真下英二「電子政府と地域の活性化」『法政論叢』(2003年刊行予定)

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

丸尾直美共編著(2002)『福祉ミックスの設計』有斐閣

和泉徹彦(2002)「医療・介護におけるIT化」加藤寛・丸尾直美編著『福祉ミックスの設計』有斐閣

下開千春(2002)「選択される緊急通報システム」加藤寛・丸尾直美編『福祉ミックスの設計』有斐閣

下開千春共著(2002)『ライフデザイン白書』ライフデザイン研究所

尾形裕也(2003)「動学的な保険者機能の充実による医療供給の改革」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療保険制度改革と保険者機能』東洋経済新報社:43-57

尾形裕也(2002)「わが国の医療制度の課題と今後の展望」尾形裕也・田村やよひ編著『看護経済学』法研:237-256

尾形裕也(2002)「医療保険と医療のサービス提供の仕組み」秋本・一圓・栃本・椋野編『社会保障制度と行財政』有斐閣:137-172

雑誌

Ogata, Hiroya (2002), “Health Care Reforms in Japan and Canada in the 21st Century,” *Journal of Population and Social Security*, 1(2):1-10

尾形裕也(2002)「保険者と医療機関の直接契約に関する考察」『月刊保険診療』57(12):65-68

尾形裕也(2002)「OECD諸国における医療制度改革の動向」『医療と社会』12(2):79-106

川野辺裕幸(2002)「ヨーロッパにおける高齢者福祉の実情」『改革者』4月号(509):26-33

川野辺裕幸他(2002a)「福祉における負担者と雇用問題」『改革者』4月号(501):22-25

川野辺裕幸他(2002b)「不況下の福祉改革」『改革者』12月号(509):26-31

下開千春(2002)「全国の自治体における緊急通報システムの実態と課題」『LDIレポート』5月号:26-47.

下開千春(2003)「緊急通報システムの認知度と利用意向」『LDレポート』4月号掲載予定.

Shimobiraki, Chiharu and Jimba, Masamine,(2002),“Traditional vs. Modern Medicine: Which Healthcare Options Do The Rural Nepalese Seek?-", *Technology and Development*, JICA

真下英二「電子政府と地域の活性化」『法政論叢』2003年刊行予定

丸尾直美(2002)「市場指向の医療福祉改革再論」『LDレポート』4月号掲載予定