

な時間をかけていくことが難しくなってきたが「来てよかった」と思ってもらえるよう取り組んでいく。

② サービス担当者会議開催支援

サービス担当者会議の開催を通じて、利用者の合意に基づいた目標（ニーズ）を参加者が共有し、それぞれの役割を明確化することにより、利用者が皆に応援してもらっていることを、理解してもらうことにより、安心感や積極性を引き出し、エンパワメントにつなげる。

サービス担当者会議の開催目的は大きく二つに大別できる。一つ目は情報共有型で、参加者が同じ目標に向かって取り組んでいくことを共有することを目的とする。二つ目は問題解決型で、サービスの調整や変更が必要とされる場面で行われるもので、開催支援にあたっては、開催目的の整理から、チームアプローチの重要性にわたるまで助言している。

表6. サービス担当者会議の支援内容とその効果

情報共有型
（支援内容） ケース相談の結果、利用者本人や医療からの情報不足が介護スタッフの不安感を強めていることが分かった。ケアマネジャーの経験も浅く、助言だけでは実行が難しそうであったので、サービス担当者会議の開催を提案。開催にあたり、主治医との連携方法や照会にあたっての留意点を説明。収集できた医療情報を基に、利用者本人と事前に打ち合わせを行ったうえ、サービス担当者会議の開催へとつなげる。
（効果） 医療連携を含めたチームアプローチの取り組み、エンパワメントへの気づきうながしを行うことができた。
問題解決型
（支援内容） 重度認知症の利用者に対する相談。デイサービスを2ヶ所利用しているが、サービス支援方針が違うため、ケアマネジャーが調整に困っていたケース。日程調整が難しかった、主治医や保健師にも参加してもらうように調整する。
（効果） スーパーバイザー的役割を担うことにより、会議におけるケアマネジャーの負担を軽減、代弁者としての役割に専念してもらうことにより、事業者間で目標の共有化を図ることができ、役割分担を明確にすることができた。

サービス担当者会議の開催に対して、苦手意識のあるケアマネジャーは少なくない。まず、開催の目的を理解してもらうために、チームアプローチの大切さや利用者の合意による目標を共有化し、役割分担を明確化することの重要性を周知することに努めた。

特に経験の浅いケアマネジャーに対しては、開催方法や調整、司会進行や、まとめ方など、具体的な支援もおこなう。

サービス担当者会議を円滑に実施していくため、実際の会議の場面に合わせた支援の他に、ネットワーク会議や研修の中でグループワークや対人援助法等を取り入れ、ケアマネジャーのスキルアップを図ると共に、事例発表を通じてロールプレイ形式のサービス担当者会議を積み重ね、技術向上に努めた。

(2) 支援困難事例等への指導・助言

利用者が生活困難になっていく背景には、様々な背景がある。ケアマネジャーを中心とした支援体制が確立しサービスが展開されたからといって、解決に至るとは限らない。利用者の本当のニーズとは何か、また、認知症の人においては、内面にまで共感できないと、本当の意味の解決に

は至らない。支援が困難となっていく過程において、利用者や家族、支援者へ指導や助言を行うことによって、チームケアを確立していく。

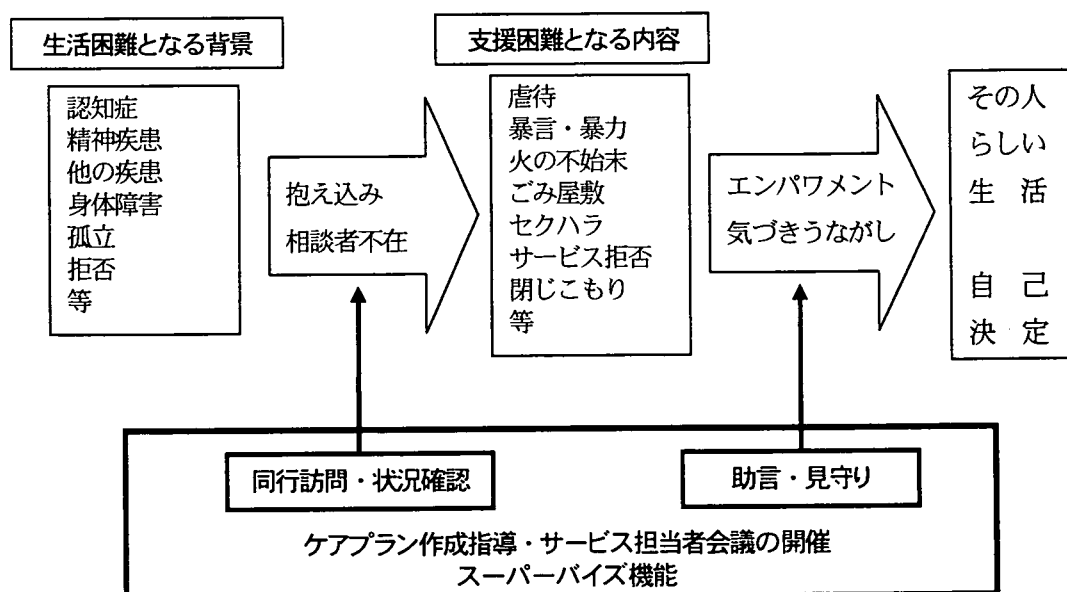
ケアマネジャーが支援困難となる過程や理由には様々なものがある。経験の差によるもの、スーパーバイズする者がいないといったことが背景にある。特に小規模事業所（一人ケアマネジャー）の場合、問題を抱え込んでしまいやすい環境にあるため、早い段階での支援が必要となる。

アセスメントが出来ているケアマネジャーほど問題点も明確になっており、ワンポイントアドバイスで解決に向かっていくことができるが、なかには家族状況や医療情報、経済状況といった基本情報が聴取できていないことで、局面を難しくしていることもある。「本人に聞きにくい」「家族と連絡しにくい」「医師と話しにくい」といった悩みがあり、励ましだけではアドバイスにならないこともある。そのため具体的に状況に合わせた助言・指導が必要である。

表7. 支援困難事例への対応例

生年	状況	困難背景	内容	関係者	現在の状況
T15 女性	介4 独居	認知症 虐待	認知症の進行によりゴミが散乱。徘徊頻繁、金銭管理も困難。他県の息子を探すのがアルコール好きで暴言暴力あり。	息子・民生委員・保健所・ケアマネ・デイサービス・訪問介護・配食サービス	問題のある息子であったが、家の掃除を率先してやってくれ、現在も金銭管理を負担して、在宅生活を支援している。
S4 男性	介3 施設	精神疾患 DV	DV問題があり特養入所したが、職員に対する暴言・暴力がひどく支援困難となる。自宅へ戻るにも妻が強く拒否。行き場がなくなってしまう。	妻・友人・施設相談員・保健所	独居は難しく、医療ニーズも高かったこともあり、介護施設は難しく、府内の精神科病院へ入院となった。
S7 男性	介4 同居	身体障害 認知症？ 虐待	糖尿病の進行により両足を切断。人工透析も必要となり、内縁女性との生活が出来なくなり、息子家族と同居。年金未加入で貯金はなし。依存傾向が強く息子から暴言暴力がみられるように。	息子夫婦・娘・ケアマネ・病院相談員・デイサービス・ショートステイ・地域包括支援センター・社会福祉士	娘や嫁と連絡をとり事情を聞き取る。本人の傾聴場面設定と息子夫婦の介護負担減目的のため在宅サービス増で対応中。

図3. 包括的・継続的マネジメントプロセス



年々、事務量が増え、多忙に拍車がかかる状況の中、「急がば回れ」的なアドバイスはなかなか理解に至らない。「早く解決しなければ」といった思いを十分に受け止めたうえで、気づきうながしを進めていき、問題解決の主体者に利用者本人を位置づけていくことが、その人らしい生活につながっていくことを周知させていく。

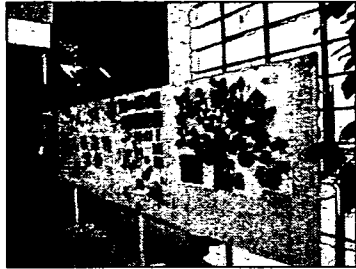
(3) ネットワークの構築（平成18年4月～平成19年9月末までの実績）

① ネットワーク会議実施状況

ネットワーク構築の一環として、サービス事業所種別ネットワーク会議を定例化しており、それぞれ事業所別の役割を生かした地域に向けた支援の方法や、ケアマネジャーやヘルパー・ワーカーの悩みや疑問などを話し合い、研修や事例発表を通して情報交換をしている。

表8. ネットワーク会議実施状況


事業所別	内容	内容説明	延べ参加者数	悩み疑問や意見	今後に向けて
ヘルパー	・情報交換 ・研修	<ul style="list-style-type: none"> ・悩みや疑問を話す（2回実施） ・悪質商法（2回実施） ・「自分らしく暮らす為の支援とは」 ・調理実習（2回実施） 	81 事業所 102 人 24 事業所 27 人 32 事業所 41 人 34 事業所 44 人	<ul style="list-style-type: none"> ・通院介助給付算定の難しさ ・ヘルパー不足 ・ヘルパーの医療行為どこまで？ ・セクハラや利用者や家族の横暴な態度への対応困難 	<ul style="list-style-type: none"> ・適正給付について研修実施 ・事例発表を通して情報交換
ケアマネジャー	・情報交換 ・研修	<ul style="list-style-type: none"> ・給付管理や障害者自立支援法・認定調査について ・予防プランのアセスメント ・新人ケアマネジャー研修（2回実施） ・対人援助法 ・高齢者虐待防止 ・悪質商法 ・スムーズな主治医との連携のとり方 	58 事業所 90 人 47 事業所 68 人 49 事業所 64 人 81 事業所 128 人 49 事業所 65 人 26 事業所 32 人 26 事業所 48 人	<ul style="list-style-type: none"> ・制度改正や調査項目の解釈変更等が不安。 ・予防プランの書類の多さ。 ・アセスメントの絞みを上手にしたい。 ・発見時に写真撮影するのは難しい。 ・もっと知りたい、学びたい ・ケアマネジャー1人で相談者なく、バーンアウトする 	<ul style="list-style-type: none"> ・リアルタイムで情報提供できる。 ・専門研修実施しスキルアップを図る。 ・包括センターに相談し易いよう工夫する
グループホーム 特定施設	・情報交換	<ul style="list-style-type: none"> ・施設訪問しアピールポイントや悩み・疑問を話あう。 <ul style="list-style-type: none"> ・合同交流会 ・認知症研修 	グループホーム 10 事業所訪問 特定施設 10 事業所訪問 13 事業所 14 人 13 事業所 21 人	<ul style="list-style-type: none"> ・他施設がどんな事をしてるか？自分達の介護で良いのか。 ・いろんな人と情報交換したい。 ・人手不足。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事例発表による情報交換。 ・専門研修実施しスキルアップを図る。

デイサービス	・情報交換 ・研修	・悩みや疑問を話す (2回実施) ・予防3種加算(運動機能加算等) ・デイサービスPR掲示板づくり 	36事業所 39人 19事業所 23人 19事業所 21人 13事業所 16人	・医療ニーズの人や喫煙者の受入で困難な場面多い。 ・運動機能加算等3種加算の複雑さはデイサービスになじまない。 ・一緒にPR掲示板づくりで連帯感持てた。	・他事業所と交流し情報交換する。 ・3種加算プログラムの事例発表し達成や評価の実情を知る。 ・PR掲示板づくりを他事業所にもよびかける。
特別養護老人ホーム	・情報交換 ・研修	・悩みや疑問を話す (2回実施) ・行事や地域向活動 ・身体拘束防止と看取り	9事業所 11人 5事業所 5人 2事業所 3人	・他施設を見学するチャンスがなく閉鎖的。 ・いろんな人と情報交換したい。 ・体制維持が困難で人手不足。 ・終末期に市内で在宅医療支援の診療所があるのか?	・参加率アップを図る為ショート担当者へ参加を呼びかける。 ・他施設訪問し交流や実情を知る。

医療機関窓口担当者交流会 (MSW・入院担当者・看護師長・相談員)	・情報交換と連携について交流会		市内9病院 16人 市外2病院 2人 寝屋川保健所 1人	・医師も窓口担当者も多忙で共通した時間をもち難く相談が不十分。	・交流会等で顔の見える関係づくり
福祉用具事業所	・情報交換	・介護保険改正に伴い特殊ベッド・車椅子・移送リフトの取り扱いのアンケートをとる。	市内 13事業所回答 市外 12事業所回答	H18・6月末アンケート実施する。	・情報の収集方法や連携づくりを考える。

② 事例検討会・研修

表9. 事例検討会・研修実施状況

事業所	事例内容
居宅介護支援事業所(5件)	高齢者虐待事例(2件) 養護者支援の観点に基づいて、介入・切り離しから再度、在宅支援になった事例。 虐待を予防するためには、早期の発見と包括センターへの相談をアピールする。
	難病事例 ALSを発病。病状が進行していくなかで、本人の意思をどれだけ反映していくべきか。
	アルコール依存事例 依存傾向が強くなる中で、家族や事業所との連携作りに苦慮。
	介護予防事例 高齢であるが、意思表示が明確で医療・介護サービスへつなぐことが難しい。 

訪問看護ステーション (2件)	看取り事例 心不全で入退院を繰り返す中、在宅でターミナル支援することになる。医師を中心に連携し在宅で看取ることができる。
	多職種連携事例 ALSを発病し入院。退院後のターミナル支援に対して、多職種が連携する。
介護者家族の会 (1件)	家族を看取った事例 母親を介護して経験した、いろいろな思いや感想を発表していただく。現在もヘルパーとして活躍されている。
グループホーム (1件)	外出機会の多い事例 施設の方針で日中は開錠しているため、知らない間に外出していることが多い。リスクが高く、対応も大変であるが、家族と連携を密にして支援している。
小規模多機能ホーム (1件)	認知症がありサービス拒否が強かった事例 通い・訪問サービスを主体に利用開始。地域密着型サービスの特徴を生かして、妻の入院という事態にも、泊りサービスを上手に取り入れることができた。

平成18年度はサービス事業所種別毎に、顔合わせの意味もあり、テーマを決めて話し合う形をとっていった。これは「横のつながり」を意識したものである。同じサービス事業所種別毎で関わる機会が殆んどない中、孤独を感じ、行き詰まっている人も多い。そのため話し合う機会を通じて、共通の悩みがあることの共感や、励ましあえる関係作りの構築を目指した。

事例を通じての研修については、平成19年度より取り組み始めたものである。事例発表では、共通の事例シートを使用してもらった。5枚分を記入してもらったシートの作成は記入項目も多く、時間もかかるが、作成中の新たな発見や、事例を振り返ってもらうことを狙いとした。また、事例シート作成者に事例を発表してもらっていることも大きな特徴である。発表にあたっては、発表者と事前に打ち合わせを行い、発表者の思いが存分に伝わるように調整している。

事例の発表をおこない、意見交換やグループワークを実施することにより、ケースの振り返りや、アドバイスや共感、励ましといった効果を生み、参加者が主体となる事例発表となっている。目標や課題を共有することにより、サービス事業所同士の連携や連帯感も強まった。事例によって見えてきた共通の問題点については、課題として取り上げていき、協働体制（ネットワーク化）を具体化していく。

③ ネットワーク会議以外（他機関主催）

表10. 他機関開催のネットワーク会議実施状況

保健所主催 ほほえみ会（認知症高齢者 家族交流会）	隔月定例会に出席	介護保険制度や介護サービスの利用や包括支援センターについて説明し、身近な疑問や悩みを共有し助言している。
ひまわり会（神経筋難病患者等 家族の交流会）	随時出席	市民の生の声を直接聞け、ケアマネジャー研修やネットワーク会議内容に反映させている。
訪問看護ステーション連絡会 主催 訪問看護ステーション管理 者会議	定例会出席	訪看スタッフより家族や医療・介護の連携の様子や思いを事例発表。ケアマネと意見交換する事で医療連携へ1歩踏み出した。
寝屋川市医師会	随時話し合い	主治医とケアマネがお互いの立場から意見交換し連携していく為、医療連携に対するそれぞれの視点を探る、アンケートを実施予定。

ほほえみ会・ひまわり会は保健所から情報と場所の提供を得て、積極的に地域参加されている。制度の不備や悩みをストレートに話されるが、受け止めきれない制度の壁が有り、障害福祉担当課や生活保護担当課に対し、参加者の生の声や暮らしぶりを報告し支援方法等連絡調整している。

訪問看護ステーションとの交流は、顔を合わせて情報交換し、コミュニケーションを深め、医療連携の「橋渡し」となっている。

(所 感)

何が「包括的・継続的」なのか迷い「包括的・継続的」な関わりがとれないまま、ケアマネジャーに対して個別支援や地域の事業所に対してネットワーク会議を実施しているがまだまだ不十分で手探り状態にある。

ケアマネジャーの困難ケースもさまざま多岐にわたっており、経済的に困難・精神障害・認知症・暴力（虐待）・セクハラ・利用者や家族との関わり方の難しさ等、とても対応が難しい。主任ケアマネジャーとしての研修は修了しているが、ケアマネジャーや関係機関の主任ケアマネジャーの専門性に対するニーズが高く、総合的な解決能力と専門性が要求され、相当の情報と知識や対人援助能力が必要であり、主任ケアマネに対して研修や支援体制の必要がある。

5. 今後に向けて

包括センターが実施している事業は、地域包括ケアシステムを構築していく上で、重要なものばかりであり、その必要性は以前から指摘されていたところではある。

今回、法改正により、その重要性や実施体制が法的にも位置づけられ、これらの事業に取組める仕組みができたことは、評価に値すると考えている。

今後、介護保険法の理念等に基づき、包括センターが地域包括ケアシステムの中核機関として機能していくためには、以下のようなことに取組んでいく必要があると考える。

1) ネットワーク化

本センターでは、「全体への支援」と位置づけているが、包括センターに一番求められているのは、このネットワーク化ではないかと考える。なぜならばネットワーク構築は、ある種の社会基盤整備であり、民間法人には馴染まない事業であるからである。

直営や委託の設置形態に係わらず包括センター運営に係る責任の所在は、市町村にあり、多くの関係機関・関係者に働きかけを行い具体的な役割分担を形作っていくことが必要である。

また、ネットワークは多層構造が望ましいと考えており、自治会レベル・小中学校区レベル・全市レベルなど、地域のレベルごとにネットワークを構築していく必要がある。

2) 手法の確立・人材育成

手法の確立については、包括センターは、平成18年4月から始まったばかりであり、実際の手法については、手探りな部分も多い。しかし、僅か1年6ヶ月程の実践の中でも、前述のとおり手法の整理は出来つつある。今後は、さらに実践を積み重ねていくと共に、一定それらのものを体系化していく作業が必要となってくると考える。

人材育成については、包括センターは地域でのリーダーとしての実践を求められるため、その職責を果たせる人材を養成していかなければならない。前述のような手法を確立しつつ、それらを実践できる人材を育成していくのは、包括センター自体のレベルアップとあいまって、急務であると考えている。また、手法が確立していない部分があることや、高齢者虐待への対応等、スタッフには精神的な負担が重くのしかかっている。実務的な支援だけでなく、いわゆるメンタルヘルスのような、精神的なサポートも人材育成を行っていくうえでは、必要不可欠である。

3) 介護予防について

実際に生活機能が改善していく事例が増えてきており、高齢者の生活機能は不可逆的なものではな

く、むしろ可逆的だということが証明されてきていると考える。包括センター単独では難しいが、研究機関と連携し、今後は、改善事例等から、状態像に応じたマネジメント等についての分析を行い、マネジメントの効率化・標準化に取り組む必要がある。

また、介護予防においては、本人の動機付け（モチベーション）が重要になってくると考えており、閉じこもり傾向の高齢者への対応など、本人の介護予防に対する意欲をどう向上させていくのかを検討していく必要がある。例えば、介護予防の効果をわかりやすく本人に伝える可視化のツールの開発等を行っていく必要があるのではないかと考える。

4) 地域包括支援センターのバックアップ機能

昨今、介護の質を向上させるための手法として、地域密着型サービスに代表されるような、「小規模化・地域化」が推進されており、包括センターにおいても人口3万人（65歳以上人口6千人）に1ヶ所（3人）が設置の目安とされている。しかし、地域包括ケアシステムを構築していくためには、包括センター設置の責任主体である市町村が、各圏域を担当している包括センターを統轄し、バックアップをしていく必要があると考える。例えば、ネットワーク化においては、全市レベルでのネットワークが必要であり、それよりも小さい地域を担当している包括センターで全市レベルのネットワークを構築するのは困難であり、各包括センターの取りまとめを行い広域的に対応することが必要となってくる。

また、個々の事業については、様々な課題があり、その要因も制度、人材、理論など多岐にわたっている。個々の包括センターが持っている情報を一元化することにより、それらの解決を図った方が効率的であり、手法の確立や人材育成の面からも、情報の一元化は有効であると考えられる。

本市においては、現在、直営による包括センターの設置・運営を行っており、委託による地域展開を図った後も、直営で培ったノウハウ・経験を活かし、包括センターがその役割を果たせよう環境を整備し、市と包括センターが一体となって地域包括ケアシステムの構築を行っていく予定である。

最後に

包括センターを立上げて1年6ヵ月程ではあるが、一定の成果は上がっていると考えており、今後も実践を積み重ねながら、理論を構築していく作業をしていかなければならない。

ただ、2015年や2025年を考えた場合、残された時間が十分にあるとは言い難い状況ではある。行政、住民、民間法人などがその立場を超え、地域が一体となって地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいかなければならない。その時に包括センターが地域でのまとめ役を果たせてこそ、包括センターの存在意義が示せるのではないかと考える。

最後に、包括センターの設置・運営にあたり、お世話になった市民をはじめ関係者の方々、ありがとうございました。そして、これからもよろしくお願ひします。



厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの
在り方に関する実証研究」

研究報告書

4-5. カナダトロント市における地域ケアセンターの実態

主任研究者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

2006年の介護制度改革の目玉の一つが「地域包括支援センターの創設」である。同センターは、まだ同年4月からスタートしたばかりであるが、今後地域ケアを推進する上で非常に重要な役割を期待されている

ところで、「介護予防」に関しては、3年後に見直しを行うこととなっている。そのため、同センターの役割や機能、職員研修方法、予算の在り方なども今後再検討されることになると考えられる。

そこで、今回、先行事例の検証を目的に、2006年7月24～25日にかけて、カナダのオンタリオ州トロント市の地域ケアセンター（Community Care Access Centre：以下、CCACと略）の視察と、オンタリオ州行政（Ministry of Health and Long-Term Care：MOHLTC）との情報交換を行った。

その結果、①カナダの場合、費用適正化の観点から急性期病床の削減を急速に図っているため、住民アクセスを確保しながら地域ケアを推進していくことが求められているが、このことがCCAC設立の背景にあること ②オンタリオ州政府の役割は、ア）各CCACの業務評価とそれに応じた補助金の支給 イ）認定基準の構築 など、一方、CCACの役割は、ア）サービス事業者との価格を含めた契約交渉 イ）サービス事業者の評価 ウ）地域資源とのネットワーク構築 エ）スタッフ教育 オ）事業実績報告 などとなっていること ③初回アセスメント対象者の紹介元の半数強は、病院からの退院支援ケースであること ④サービス利用者のうち、高齢者が占める割合は約半数であること ⑤行政側の意向により、現在でもある程度の規模を有するCCAC(オンタリオCCACは65万人をカバー)を統合し、様々な役割・機能を強化・付加していく方向にあること などがわかった。

日本の地域包括支援センターは、人口2-3万人程度をカバーするものであるが、地域ケアを進める上で、どのような規模が適正なのか、また、行政の関与はどうあるべきかなど、日本の地域包括支援センターの運営においても参考になる部分は多い。今後の動向についても注目していきたい。

A. 研究目的

カナダトロント市が設立した CCAC の活動状況、州政府の関与状況、両者の役割分担などの実態を把握し、今後の地域包括支援センターの役割や機能、職員研修方法、予算の在り方などに関する貴重な示唆を得ること。

B. 研究方法

既存データの分析およびオンタリオ州トロント市の CCAC の視察と、MOHLTC スタッフとの情報交換による。

(倫理面への配慮)

特になし。

C. 研究結果

①カナダの場合、費用適正化の観点から急性期病床の削減を急速に図っているため、住民アクセスを確保しながら地域ケアを推進していくことが求められているが、このことが CCAC 設立の背景にあること ②オンタリオ州政府の役割は、ア) 各 CCAC の業務評価とそれに応じた補助金の支給 イ) 認定基準の構築 など、一方、CCAC の役割は、ア) サービス事業者との価格を含めた契約交渉 イ) サービス事業者の評価 ウ) 地域資源とのネットワーク構築 エ) スタッフ教育 オ) 事業実績報告 などとなっていること ③初回アセスメント対象者の紹介元の半数強は、病院からの退院支援ケースであること ④サービス利用

者のうち、高齢者が占める割合は約半数であること ⑤行政側の意向により、現在でもある程度の規模を有する CCAC(オンタリオ CCAC は 65 万人をカバー)を統合し、様々な役割・機能を強化・付加していく方向にあること などがわかった

D. 考察および E. 結論

日本の地域包括支援センターは、人口 2-3 万人程度をカバーするものであるが、地域ケアを進める上で、どのような規模が適正なのか、また、行政の関与はどうあるべきかなど、日本の地域包括支援センターの運営においても参考になる部分は多い。今後の動向についても注目していきたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

- 1) 川越雅弘(2006)「多様な機能・役割が期待される地域ケアセンター—カナダ・トロント市における視察から—」, 週刊社会保障, 2395, 60-61
- 2) 和田耕治, 鹿熊律子, 川越雅弘(2008)「カナダ東部の地域包括ケアシステムの現状と課題」, 海外社会保障研究, No.162, pp.68-76 (印刷中)

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第4章 地域包括ケアに向けた取り組み事例と制度改正への示唆

研究報告5. カナダトロント市における地域ケアセンターの実態

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

2006年の介護制度改革の目玉の一つが「地域包括支援センターの創設」である。同センターは、まだ同年4月からスタートしたばかりであるが、今後地域ケアを推進する上で非常に重要な役割を期待されている。

ところで、「介護予防」に関しては、3年後に見直しを行うこととなっている。そのため、同センターの役割や機能、職員研修方法、予算の在り方なども今後再検討されることになると考えられる。

そこで、今回、先行事例の検証を目的に、2006年7月24～25日にかけて、カナダのオンタリオ州トロント市の地域ケアセンター（Community Care Access Centre：以下、CCACと略）の視察と、オンタリオ州行政（Ministry of Health and Long-Term Care：MOHLTC）との情報交換を行った。

以下、CCACが求められた背景を、カナダにおける高齢化の現状、医療制度改革の方向性ならびにその結果としての医療関連の主要指標の現状などをもとに概観した上で、オンタリオ州トロント市のCCACの運営実態や州政府との役割分担等について紹介する。

2. CCACが求められた背景～カナダの医療制度改革の流れ～

1) 高齢化の現状

表1に、カナダの総人口、高齢者数、高齢化率の推移を示す。

OECDの国際比較医療データ¹⁾によると、2004年時点の総人口3,195万人、65歳以上人口414万人、高齢化率13.0%となっている。

同時点における日本やOECD諸国の高齢化率¹⁾（日本19.5%、ドイツ19.3%、イタリア19.0%、スウェーデン17.2%、フランス16.3%、イギリス16.0%など）に比べ、低い水準にあるが、第一次ベビーブーマー世代が65歳に達する2011年からは高齢化が加速度的に進み、2031年までには高齢化率は23-25%に達し、2040年にはスウェーデンと同程度の高齢化率(26.8%)となり、フランスやイギリスなどより高くなると予想されている(参考文献2)、59)。

表1. カナダの高齢者数／高齢化率の推移

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004
総人口(千人)	27,698	28,367	28,999	29,611	30,157	30,689	31,373	31,946
65歳以上(千人)	3,121	3,295	3,438	3,579	3,724	3,853	3,993	4,141
75歳以上(千人)	1,251	1,330	1,395	1,491	1,602	1,707	1,818	1,928
高齢化率(%)	11.3	11.6	11.9	12.1	12.3	12.6	12.7	13.0
後期高齢化率(%)	4.5	4.7	4.8	5.0	5.3	5.6	5.8	6.0

(出典) OECD Health Data 2006

2) 財政事情に伴う医療費抑制政策の展開

税を財源とするカナダの保健医療は、憲法上、州の専権事項であり、これを連邦政府が財政移転（補助金による費用分担）により支える形式を採っているが、1975年の財政赤字を背景に、連邦-州間の財政移転方式が見直され、1977年、連邦-州間財政措置・制度財源調達法（Established Program Financing Act：EPF）が導入された（参考文献2）、61-62）。

しかし、その後も経済の低迷が続いたことから、連邦政府は、EPFの上昇率をGDPの伸び率より低い水準に抑える政策を展開するとともに、社会福祉サービスをカバーするカナダ扶助プラン（Canada Assistance Plan：CAP）をEPFと統合したカナダ保健・社会移転制度（Canada Health and Social Transfer：CHST）を1995年に導入し、更なる財政移転縮小の意向を示した。

その後、1997年度財政事情が好転したこともあり、連邦政府は、財政均衡から社会政策重視に転換し、1999年2月、社会政策拡充に関する合意を形成した（参考文献2）、62-63）。こうした背景もあり、1997年以降、総医療費は再び増加のスピードを速め、対前年度比7-8%増で推移している（表2）。また、対GDP比も、1995-2000年間は8.9-9.2%で推移してきたが、2001年9.4%、2002年9.7%、2003年9.9%と、ここ数年はGDPを上回る伸び率で医療費が増加している（表3）。

ただし、医療費の拡大は、州政府予算にとって年々負担となっており（参考文献3）、20）、日本と同様、持続可能な医療制度を如何に構築するかが、現在大きなテーマとなっている。

表2. カナダの総医療費（Total Expenditure on Health）及び対前年度伸び率の年次推移

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
総医療費	73,813	77,280	82,499	87,174	94,786	102,754	110,307	118,080
伸び率(%)	0.8	4.7	6.8	5.7	8.7	8.4	7.4	7.0

注1. 総医療費の単位は、100万カナダドル。

（出典）OECD Health Data 2006

表3. 総医療費の対GDP比の推移の国際比較

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
カナダ	9.2	9.0	8.9	9.2	9.0	8.9	9.4	9.7	9.9
日本	6.8	7.0	6.9	7.2	7.4	7.6	7.8	7.9	8.0
フランス	9.4	9.4	9.2	9.1	9.2	9.2	9.3	10.0	10.4
ドイツ	10.3	10.6	10.4	10.4	10.5	10.4	10.6	10.8	10.9
イギリス	7.0	7.0	6.8	6.9	7.1	7.3	7.5	7.7	7.9
アメリカ	13.3	13.2	13.1	13.1	13.1	13.3	14.0	14.7	15.2

（出典）OECD Health Data 2006

3) 進む平均在院日数の短縮と病床数削減

将来的な医療費拡大が予想されたなか、各州では、日帰り手術の促進、平均在院日数の短縮、病床数の削減策などが展開されてきた。その結果、平均在院日数は、1989年の13.9日をピークに年々減少し、1992年12.6日、1995年10.7日、1999年8.7日となっている¹⁾。また、全病床数も、1986年の17.5万床をピークに年々減少し、1993年15.5万床、1999年11.9

万床、2003年10.9万床と、また、急性期病床も同様に、1993年10.5万床、1999年10.1万床、2003年9.4万床となっている(表4)。

その結果、カナダの2003年時点の人口千人当たり病床数は3.4床となったが、これはドイツの8.7床、フランスの7.7床の半分以下、アメリカの3.3床と同水準にある。

こうした急激な病床数削減や平均在院日数の短縮もあり、急性期病床を退院した医療ニーズの高い患者の受け皿作り(在宅ケアの拡充等)、医療と介護の連携強化(ケアマネジメントに基づく退院支援などによる継続性の確保等)が重要なテーマとなってきた。

表4. カナダにおける全病床数/急性期病床数の推移

	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003
全病床数(床)	165,741	155,266	135,971	119,442	115,780	115,079	115,398	108,825
急性期病床数(床)	112,173	104,730	115,053	101,350	99,377	98,750	99,080	94,458

(出典)OECD Health Data 2006

表5. 全病床数/人口千人当たり病床数の国際比較

	カナダ	日本	フランス	ドイツ	イギリス	アメリカ
① 1998年						
全病床数(床)	131,898	1,891,945	492,031	762,596	260,900	1,013,000
人口千人当たり病床数(床)	4.4	15.0	8.4	9.3	4.5	3.7
② 2003年						
全病床数(床)	108,825	1,820,035	459,848	721,690	246,300	965,000
人口千人当たり病床数(床)	3.4	14.3	7.7	8.7	4.1	3.3

注. 病床の定義が国によって異なる部分があるため、単純比較はできない。例えば、日本の病床数は、2003年で182万床となっているが、これは医療施設調査における病院163.2万床(療養病床34.2万床含む)、有床診療所18.8万床の合計である。療養病床の定義や同病床をカウントするか否かでも数字は異なってくる。

(出典)OECD Health Data 2006

3. トロント CCAC の活動状況

前述したように、医療・福祉サービスの実施主体である州政府は、医療費削減を目指し、平均在院日数の短縮、病床数の削減を急速に進めてきたが、その一方で、退院後の受け皿としての在宅ケアに関しては充実を図ろうとしている。

ところで、いずれの州(10州と3準州)においても、看護サービス、リハビリテーション・サービス、ソーシャルワーク・サービス、在宅生活支援サービス、ケースマネジメント、ボランティアによる家庭訪問サービスが一般的に行われている(参考文献4)、264)が、サービスおよびマネジメント提供体制は、州によって異なっている。

今回、日本の地域包括支援センターの役割・機能への示唆在宅と施設サービスに関する窓口の一元化、サービスネットワークの構築、ケースマネジメント機能の充実などを目指し、1998年に43のCCACを創設したオンタリオ州の現状をヒアリングした。ヒアリング先は、トロント旧市街(人口約66万人)をカバーするトロントCCAC(説明者は、同センターの教育研修部門のマネージャーSandra Sagara 女史)および州行政(MOHLTC)である。

以下、トロントCCACの活動状況を紹介する。

1) トロントの概況と CCAC 創設の歴史

トロントは、オンタリオ州の州都で、人口約 250 万人（2001 年現在、衛星都市除く）のカナダ最大の都市である。世界各国からの移民も多いため、「モザイク社会」と表される（イギリス系、フランス系、中国系などが多い）。カナダでは英語とフランス語が公用語であるが、公用語以外の言語を使う住民も多く、使用言語上の問題により、医療・福祉サービスへのアクセスが阻害されやすいという面を有している。

さて、前述した病院の閉鎖・統合、病床数の削減はオンタリオ州でも進められ、病院数は 1994 年の 224 病院から 1997 年には 210 病院に、また、病床数も 1 万床減少した⁹⁾。

こうしたなか、1996 年 1 月、オンタリオ州の厚生大臣が、①在宅と施設サービスの一元化 ②窓口の一元化 ③公正かつ公平なアクセスの実現 などを目指した CCAC の創設を宣言、これを受け、1998 年、43 ケ所の CCAC が設立された（調査時点（2006 年 7 月時点）は 42 ケ所、2007 年 2 月現在は 14 ケ所に統合されている）。

2) トロント CCAC におけるケアマネジメント業務の流れ

図 1 に、トロント CCAC の業務の流れを示す。

利用者は、病院、地域、介護施設、学校等から紹介されるが、それへの対処内容は、①在宅サービスの紹介 ②情報提供要求への対応 ③施設サービスの紹介 の 3 つに大別される。

利用者が在宅サービスを希望する場合、まず、MDS (Minimum Data Set)⁷⁾によるアセスメントが実施される。その上で、認定に関する 9 基準 (Eligibility Criteria) に該当するかどうかを判断、該当した場合、目標設定～ケアプラン作成～サービス選択～モニタリングといった一連のケアマネジメントが実施される。

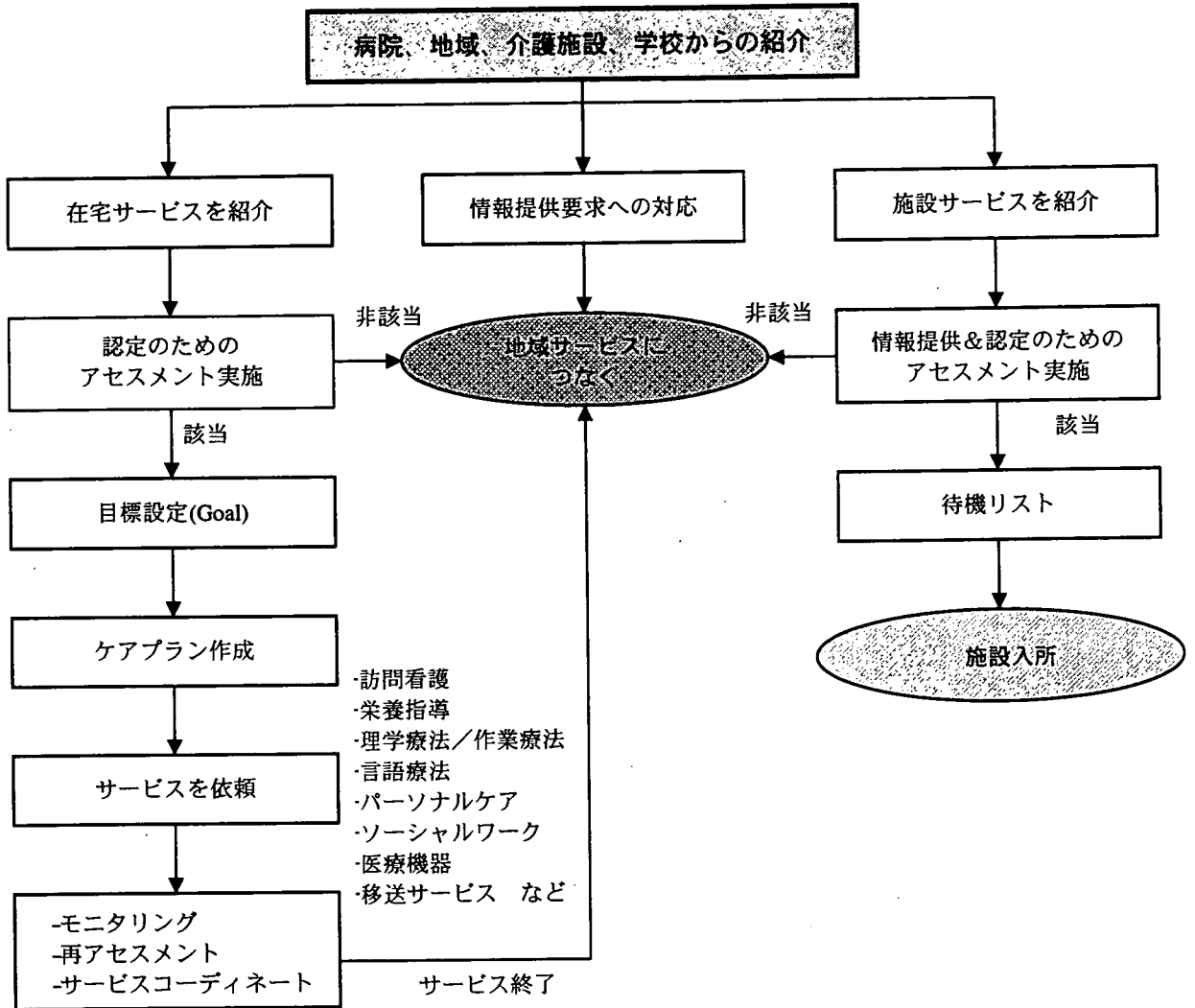
なお、目標が達成された段階で、サービスは原則終了となり、その後に関しては、地域の様々なサービスにつなぐ形となる。

表 6. オンタリオ州における認定基準（在宅サービスの場合）

基準 1: オンタリオ州の医療保険に加入していること（年齢は問わず）
基準 2: 外来通院では利用者ニーズを満たすことができないこと
基準 3: 在宅サービスによる在宅療養が可能な健康状態にあること
基準 4: 看護、作業療法、理学療法、言語療法、栄養指導、パーソナルサービス、ソーシャルワークのいずれかのサービスを必要としていること
基準 5: 厚生大臣に承認された適切なサービスが、保険加入者の自宅にて安全に提供することができること
基準 6: 必要に応じ、家族や友人の援助を受けることができること
基準 7: サービス介入によって、目標到達の可能性が期待されること
基準 8: 当該 CCAC のカバー地区に居住していること
基準 9: 医学管理が進行中の場合、ないし、利用者のケアに関する医学的関与が要求される場合、ケアに対する医師の医学的関与が受けられること

(出所)トロント CCAC 資料より筆者作成

図 1. トロント CCAC における業務の流れ



(出所)トロント CCAC より入手した資料を筆者改変

因みに、CCAC 全体で、2005 年度に初回アセスメントを実施した 424,851 件の紹介元の内訳は⁹⁾、「病院」237,747 件(56.0%)、「地域」152,941 件(36.0%)、「介護施設」11,488 件(2.7%)、「学校」22,675 件(5.3%)と、半数以上は病院からの退院支援ケースであった。

3) 在宅サービス提供方法および提供量

在宅サービスそのものを CCAC が提供する訳ではない。CCAC の役割は、年度毎に各サービス提供事業者（訪問看護、栄養指導、リハビリなど）と個別契約（価格を含む）を交わした上で、契約事業所の中からサービスを組み合わせることである。要した費用に関しては、契約価格に基づいて、CCAC からサービス事業者に支払われる。

したがって、CCAC には、各サービス提供事業者の質や活動状況を評価した上で、各事業者と、年間サービス提供量や価格に関する交渉を行うことも求められている。

表 7 に、トロント州全体の、2005 年度における在宅サービス種類別にみた利用者数、利用延べ回数/延べ時間を示す。

因みに、利用者数をサービスコード別にみると、「急性期」37.4%、「リハビリテーション」21.8%、「施設入所(Placement)」18.8%、「生活支援(Maintenance)」12.6%、「終末期ケア」2.5%などであった。

表 7. 在宅サービス種類別にみた年間の利用者数と延べ回数/延べ時間⁹⁾

在宅サービス種類	利用者数(人)	延べ回数/延べ時間
①訪問看護	212,898	7,069,122
②作業療法	121,347	564,838
③理学療法	98,598	543,162
④家事援助	152,984	17,180,836
⑤栄養指導	16,535	63,179
⑥ソーシャルワーク	14,896	82,660
⑦言語療法	31,986	262,927
合 計	649,244	25,766,724

4) 利用者の年齢構成

2005年度のオンタリオ州全体のサービス利用者の年齢構成をみると、「高齢者(65歳以上)」50.6%、「成人(21-64歳)」39.7%、「子供(20歳以下)」9.7%であった。

5) オンタリオ CCAC のスタッフの状況

同センターのスタッフ数は約300名で、その内訳は、管理職種(事務局長、マネージャーなど)40名、ケアコーディネーター(以下、CC)167名、施設入所CC11名、CC補助者(非専門職)68名などである。CCの職種としては、看護師が最も多い。また、CC167名のうち61名は病院へ派遣され、退院前アセスメントと退院時支援、在宅担当CCへの情報伝達などを実施している。1医療機関1名の派遣が多いが、紹介患者が多い病院の場合は複数のCCが派遣されている。また、91名はサテライト事務所にてケアコーディネート業務に従事している(本部に来るのは週1回程度とのこと)。また、15名はClient Service Centre(本部内)にて地域住民・家族や医療機関などからの電話対応に従事している。電話対応時間は朝8時半から夜8時までで、それ以後はコールセンター対応となっている。

スタッフの教育研修に関しては、専門部門が設けられ(スタッフ数4~5名)、新規採用時の導入教育、フォローアップ研修、テーマ別研修、コンピュータトレーニング(患者情報の電子化・共有化のため)などを実施している。トロントCCACの場合、導入教育に約7ヶ月かけている(CCACによって異なるが、平均4ヶ月程度は実施)。

6) 財源

CCACには、州政府から補助金(トロント州全体のCCACに対する2005年度補助額は約14.1億カナダドル)が支給される。そのうち9.2%は、CCACの管理費に、残り90.8%は、マネジメントやサービス費用に充てられている。

CCACには、補助金の範疇で、サービスの質を確保しながら、適正サービス価格を追求す

る（費用の適正化を図る）ことが否応なく求められているのである。

また、各 CCAC に対する補助金は、州政府からの評価によって配分が変更される形となっている。したがって、CCAC は、州政府からの補助金をより多く獲得するため、毎年、①活動報告書 ②ビジネスプラン ③質の評価に関する報告書 ④予算書などを提出しなければならない。トロント CCAC では、地域における同センターの役割拡大と質の向上を図るため（行政へのアピールという側面もある）、ホスピスケアネットワークへの参加、専門病院などとの連携による疼痛ケアやメンタルヘルス、学校での支援サービスなどに関するサービスプログラムの開発、各種調査研究（住民アンケート調査を含む）なども行っている。

4. 地域ケアシステム構築への行政の関与と今後の方向性

カナダの場合、住民の医療・介護サービスに対する満足度は高いと言われている。但し、サービスを受けるまでのアクセスには問題が多い（手術や MRI 等の検査待ち、長期施設への入所待ちなど）。一方で、費用適正化の観点から急性期病床の削減を図っているため、住民アクセスを確保しながら地域ケアを推進していくことが求められている。CCAC 設立にはこのような背景がある。

さて、CCAC を中心とした地域ケアシステム構築に、行政はどのように関わっているのだろうか。このことを知るため、州行政（MOHLTC）を訪問し、同省の在宅ケア・地域支援部門の Debra bell 女史ほかから話を聞いた。行政のスタンスは非常にはっきりして、「実績報告等に基づく CCAC の個別評価と、それら評価に応じた補助金による管理」ということであった。

また、今後に関しては、2006 年の法律改正に基づき、2007 年 1 月から、現在 42 ある CCAC を 14 ヶ所に統合し、CCAC の契約サービス事業所の競争に基づく質の向上と費用の適正化、地域間格差の解消を目指すとのことであった。

5. おわりに

オンタリオ州政府の役割は、①各 CCAC の業務評価とそれに応じた補助金の支給 ②認定基準の構築 など、一方、CCAC の役割は、①サービス事業者との価格を含めた契約交渉 ②サービス事業者の評価 ③地域資源とのネットワーク構築 ④スタッフ教育 ⑤事業実績報告 などとなっている。

今後、現在でもある程度の規模を有する CCAC（オンタリオ CCAC は 65 万人をカバー）を、さらに統合し、様々な役割・機能を強化・付加していく方向にある。

日本の地域包括支援センターは、人口 2-3 万人程度をカバーするものであるが、地域ケアを進める上で、どのような規模が適正なのか、また、行政の関与はどうあるべきかなど、日本の地域包括支援センターの運営においても参考になる部分は多い。今後の動向についても注目していきたい。

参考文献

- 1) OECD Health Data 2006
- 2) 新川敏光:「カナダにおける医療と介護の機能分担と連携」,『海外社会保障研究』, 156, 59-74, 2006
- 3) 尾形裕也:「日本とカナダの医療保険制度改革:共通の課題と多様性」,『海外社会保障研究』, 139, 14-26, 2002
- 4) 高橋流里子:「第13章 高齢者福祉サービス」, 城戸善子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障3:カナダ』, 257-274, 東京大学出版会, 2000
- 5) 株式会社日本総合研究所:「医療と介護の連携に関する海外調査研究-カナダ・ドイツ・フランス・ノルウェー」, 25-42, 2003
<http://www.jri.co.jp/consul/cluster/data/iryofukushi/3-1canada.pdf>
- 6) オンタリオ州 CCAC 協会 HP : <http://www.oaccac.on.ca/>
- 7) John N. Morris, 池上直己ほか編著(池上直己訳):「日本版 MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル」, 医学書院, 2006
- 8) Ontario Association of Community Care Access Centres : Building Bridges to Better Health, Submission to the Standing Committee on Finance and Economic Affairs, Jan.25, 2007
- 9) オンタリオ州 CCAC 協会 : CCAC Sector At a Glance 2005/06,
http://oaccac.metrics3d.com/demo/2005_2006/index.htm

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する 一覧表