

特集：地域包括ケアシステムを巡る諸課題と国際的な動向**<総説>****地域包括ケアシステムにおける自助・互助の課題**

松繁卓哉

国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部

Agenda for the promotion of self care and mutual aid in the construction of community-based integrated care system

Takuya MATSUSHIGE

Department of Health and Welfare Services, National Institute of Public Health

抄録

厚生労働省平成20年度老人保健健康増進等事業による地域包括ケア研究会が示した自助・互助・共助・公助という地域包括ケアを構成する概念は、その後、公の議論でもしばしば登場し、政策立案の場でも重視されている。一方で、これらの概念のうち、とくに自助および互助については、抽象概念にとどまっている側面があり、結果として行動レベルに落とし込んだアクションプランを立てることを困難にしている。

本稿の目的は、今後の地域包括ケアをめぐる議論において避けることのできない自助・互助の問題について予備的考察を行うことである。具体的には、諸外国に先がけて‘self care’を国策の一つの柱として2000年度以降その振興策を展開してきたイギリスの事例を振り返り、そこで生じた問題点・批判・指摘などを整理することで、日本への示唆を検討する。

イギリスのヘルスケア振興策の特徴は、セルフケアについて、医療および公衆衛生との対比の中で独自の位置づけを打ち出した点にあり、その理論的基盤の一つは、現在20カ国以上で展開されているCDSMP (chronic disease self management program) である。自身の身体管理を最も適切に行い得るのは慢性疾患患者自身であるとの‘lay expertise’ (素人知) の言説を強調したことで、イギリス保健省のプロモーションは、必ずしもトップダウン的性格を帯びなかった。このような方向性を取ったことが、一面において、イギリスの文化特性・国民性と合致し、トップダウンとボトムアップのバランスが保たれたのではないかと考えられる。

自助・互助・共助・公助について、それぞれ誰が担い手となって、どのような資源が投入されるのか、という類型化も重要であるだろう。しかしながら、それぞれの活動がどのような志向や特性のうえに成立し、どのような形で連結するのかという視点が欠落していると、「役割分担」や「連携」の具体的な見通しを立てることが困難となるばかりでなく、各要素間のコンフリクトが生じることが予想される。したがって、日本の地域包括ケアの展望においては、都市/地方の対比の観点に加えて、医療・公衆衛生と対比しての自助・互助活動の特性という観点から、現在各地域で展開されている日本独自の自助・互助の実情を審らかにしておく作業が、結果的に共助・公助との調和点を見出す契機になるものと考えられる。

キーワード：セルフケア、自助、互助、エキスパート・パシエント・プログラム、地域包括ケア

Abstract

The Community-Based Integrated Care Research Committee, which was organized under the auspices of the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, stratified the provision of care into four levels: self care, mutual aid, public support and

連絡先：松繁卓哉

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami, Wako, Saitama, 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6133

E-mail: matsushige@nipph.go.jp

[平成24年4月11日受理]

governmental aid. However, the conceptualization of these four elements has remained ambiguous, which has made it difficult to formulate action plans to promote self care and mutual aid.

This paper revisits the multifaceted nature of self care and mutual aid. Reviewing the process of the promotion of self care in Britain, this paper reconsiders issues to be addressed for the promotion of self care and mutual aid in Japan.

By introducing methods of the CDSMP (Chronic Disease Self Management Program), which was developed by Kate Lorig and her collaborators at the Stanford Patient Education Research Center in the United States, the Department of Health of the United Kingdom has succeeded in launching the promotion of self care into orbit. One of the theoretical constructs applied in the promotion of self care in Britain is the concept of “lay expertise”. Instead of prompting people’s self care activity directly, the British government stresses the competencies of those who have long-term conditions to manage their day-to-day living. Thus, this promotion has achieved a balance between top-down and bottom-up processes and facilitated a national consensus on self care promotion.

In Japan, on the other hand, theoretical basis of self care and mutual aid has not been fully established. In order to develop a sustainable integrated care system, it is necessary to clarify cultural traits unique to Japan and find a strategy that can use them to encourage self care and mutual aid in communities. In addition, we also need to elucidate how Japanese citizens conceptualize self care and how this conceptualization can be successfully interfaced with medical models.

keywords: self-care, mutual aid, Expert Patients Program, integrated care

(accepted for publication, 11th April 2012)

I. はじめに

厚生労働省平成20年度老人保健健康増進等事業による「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」[1] 3頁には、自助・互助・共助・公助が以下のように定義されている。

- ・自助：自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること。
- ・互助：インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等。
- ・共助：社会保険のような制度化された相互扶助。
- ・公助：自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等。

報告書では、上記の定義をふまえたうえで、これら四要素の役割分担を検討する必要性を指摘している。さらに、各要素の位置づけに関しても言及がある。報告書7頁には「自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要」としたうえで、「自助や互助は、単に、介護保険サービス（共助）等を補完するものではなく、むしろ人生と生活の質を豊かにするものであり、『自助・互助』の重要性を改めて認識することが必要」と述べられている。

こうした問題提起の背景には、過去、公助・共助に比べて、自助・互助に関する議論や実践が未発達であったことが挙げられる。実際に「自助」「互助」は、これまでの国内の議論では抽象概念にとどまっており、このことが具体的な行動レベルでの検討を困難にしてきた。「近隣の助け合い」というときに、それが具体的にどのような行動を示しているものなのか、また、誰がどのような手段によって

これを維持できるのか等、一般に明識されているかという点と必ずしもそうではない。また「自助」について、これまでに国内外で様々なプロモーションが展開されてきた。イギリスでは‘self care’が2000年代以降、国策の一つの柱とされてきた。米国でも、慢性疾患患者による‘self management’の研究・実践が注力されてきており、その成果は日本をはじめ多くの国々に浸透している[2]。そうした取り組みの中では、自助を促すために、公的資格を有する保健医療福祉の専門職従事者が動員され、ときには教育的な介入にあたる。自助の促進・維持のために、公費が投入されていった場合、その「自助」はどう位置づけられるのか。

本稿の目的は、今後の地域包括ケアの議論へ向けて、今後ますます重要となってくることが予想される自助・互助の問題について予備的考察を行うことにある。具体的には、諸外国に先がけて自助／セルフケアの振興に取り組んできた海外の状況に注目し、そこで生じた問題・議論等を振り返りながら、日本への示唆を検討する。

次節において問題の所在、すなわち自助・互助の多義性について確認し、第Ⅲ節で、諸外国に先駆けて‘self care’を国策の柱として展開してきたイギリスの事例を振り返る。これを踏まえて考察パートでは、今後の自助・互助の議論へ向けての論点提示をする。

II. 「自助」「互助」の多義性

ここでは、後半部の考察の補助線として、これまでの「自助」「互助」の議論における問題点について述べ、自助・互助の多義性について整理する。

前掲の地域包括ケア研究会の報告書における定義において顕著であるのは、自助・互助・共助・公助それぞれにつ

いて、「担い手」を規定することによって定義する視点である。「自ら」「近隣」「ボランティア」「社会保険」など、行為の主体や、そこに投入される資源などから、四要素の特性が識別されている。一方で、それぞれの担い手が、生活面・健康面に関して、具体的にどのような実践を行っているかは必ずしも問われてきていない。詳しくは後述されるが、イギリスにおいてセルフケアの振興が地域計画の優先課題と位置付けられ、Primary Care Trust (PCT)、NHS Trust, Strategic Health Authority (SHA) などの各種医療提供主体、さらに福祉サービス部門、医療従事者らを引き入れての行動レベルに落とし込んだ戦略が打ち立てられてきた経緯 [3] と比べると、日本の状況は、是非は別として、対照的である。

また、自助・互助・共助・公助の諸実践のそれぞれの主体が持つ、どのような志向あるいはエビデンスが、その実践の基盤となっているのかという点、そして、それに対する社会からのリアクションがどのようなものであるかという点は、各要素の相互関係および持続可能性を理解するうえで重要と考えられるが、これまでの日本国内の議論では欠如していたと思われる。

自助・互助・共助・公助の役割関係や、そこでの潜在的なコンフリクトの可能性などを考えていくためには、やはり「誰が担い手となっている行動か」という限定的視点から、より多視的な視座を持つことが必要であるだろう。例えば、完全に個人の主観的な健康観や死生観を充足するために実施される「自助」がある場合、これをもし当事者視点で評価していくのであれば、既存の健康指標や医学的所見では評価が成立しない。つまり、何が当人の自助活動を駆り立てているかは、個人によって異なるわけであり、その「アウトカム」も一概には捉えられない。しかしながら現状では、「自らの健康の維持」という程度の内容設定はあるものの、自助の主体がどのような志向のもとに、どのような内容の実践を行うのかという点への着眼がないまま、「自助・互助の重要性の認識が必要」というメッセージのみが示されてきている。

また、後述される海外の事例を見ると明瞭になってくるように、自助／セルフケアの実践に関しては、地域や国の文化特性が大きな影響を持っており、日本の状況を客観的に見直す取り組みも必要であるだろう。さらに、地域における互助の問題には、都市生活者に特有のライフスタイルも視野から外すことはできない。「地域」という概念について、今後人口の高齢化が最も進展すると予測されている都市部を考慮に引き入れることなく、都市部と地方とを同列に「地域」と括って論じることには問題があると考えられる。

このように、「自助」「互助」の概念をめぐる多義性・多層性について掘り下げられることがないままに、一方では頻繁に「地域とのつながり」「有機的な連携」「役割分担」等のフレーズが地域包括ケアをめぐる議論の中で用いられ、単純化された図式をもって議論が進められてきた。例えば、都市生活者はどのような形態で、どの程度、地域の隣人と

と「つながりたい」と切望しているのか、都市に暮らす高齢者は、おしなべて孤独を回避したいと考え、地域隣人と密に接するライフスタイルを希望しているのか。その場合、地域で人と人を結びつける要素は何であるのか。現代の日本の都市部で「地縁」はどのような形態で存在しているのか／いないのか。

「自助」「互助」「共助」「公助」の4類型をもとにした従前の議論において半ば自明視されてきた幾つかの点について、実際はより複雑性を帯びたものであることが筆者らの臨床社会学アプローチによる地域の実践に関する研究 [4] において指摘された。そこでは、調査対象としたある地区の保健医療福祉の実務者が在宅ケアを受ける人々に対し、頻回の訪問によって利用者に密着したケアを行っていたが、そうした行為は少なからず正規の職務の範囲を超えて、時間外に行われていることが観察された。保健医療福祉の専門職従事者が取る行為であるから「公助」「共助」と位置付けられることが少なくないが、この実務者らは正規の職務を超えたところで地域の隣人として患者に接していたわけで、その意味において互助の範疇で捉えるべきものであった。

こうして、ミクロレベルの視点によるフィールド調査では、一個の主体が同時に自助・互助・共助・公助に関与しており、さらには、明確に区分できない状態でこれらの営みが展開されている状況が観察されたわけである。医療者が、ときに家族や友人に代わって互助的な関わりを行い、また逆に、家族介護者等が、専門的なケア行為を提供者に代わって行う場面も見られた。こうした状況下で「役割分担」とは、どう説明されるのだろうか。

次節では、上記の問題について考察を進める前に、事例としてイギリスにおける‘self care’の振興の取り組みについて見ていき、そこで実際に浮上した問題・議論について振り返る。

Ⅲ. イギリスにおけるセルフケア振興の取り組み

1. セルフケアの位置づけ

イギリスでも日本と同様に、人口の高齢化と疾病構造の変化とともに‘self care’の重要性についての国民の認識が高まりを見せた。なお、以下で見ていくイギリス政府の政策における‘self care’とは主に、慢性症状や軽症疾患に対して本人が様々な形でケアをしていくことを言い表している。

2005年にイギリス保健省 (Department of Health) が刊行した白書『Self Care - A Real Choice: Self Care Support - A Practical Option』[3] は、同省の保健医療改革におけるセルフケアの位置づけを示すものであった。白書では、ピラミッド型の図形を示して、その頂き付近のごく僅かな部分を占める患者への専門的ケア (professional care) と、その他の大部分を占めるセルフケア (self care) とを色分けし、ヘルスケアシステム全体に占めるセルフケアの大きさを強調している。

また同白書では、イギリス国内のGP (General Practitioner: 家庭医) による診察の約 4 割は軽症 (minor ailments) に区分されるものであり、さらに、救急外来 (A&E) への投下労働量の75%は軽症に費やされているとのデータを示している。そのうえで白書は、セルフケアがQOLおよび患者満足度を向上させるとともに医療資源の消費を節減するとの研究報告について言及し、セルフケアの振興がヘルスケアシステム全体において不可欠であることを強調した。

イギリスにおけるセルフケア振興策において、しばしば登場するのが 'self care continuum' (セルフケア連続体) という概念である [5]。一直線上の左端に100%セルフケアで対応可能な身体コンディションが描かれ、右端には100%専門的ケアを必要とする状況が置かれ、その間に、様々なセルフケアと専門的ケアとの組み合わせが想定されている。この概念の大きな特徴は、セルフケアの実践内容が身体の状態の推移によって変化するものとされており、例えば、健康な状態であれば、日々の生活における「適切な選択 (daily choice)」や「適切な生活スタイル (lifestyle)」が実践される。身体の状態が悪化するにつれて、一つの連続体の中でセルフケアとメディカルケアの混合の配分が変化していき、軽症・慢性疾患に対する治療、急性疾患に対する治療が、セルフケアと同時に進行するようになっていく。

ここでは「自助」「互助」「共助」「公助」などの区分はなく、反対に、身体の状態に応じて、セルフケアと専門的ケアとの配分や、その中身が変化してくることをセルフケア連続体という概念で示している。

2. イギリスのセルフケア振興策

では、その連続体の中であって、どのようにして個人が自分の状態に適したケアを知るのか。イギリスNHS (National Health Service: 国民保健サービス) 改革の主眼の一つがここにあり、'Choose Well' と名付けられたキャンペーン／情報サービスがこれを象徴している。NHSは、救急外来 (A&E) からGP (General Practitioner) による診察、'NHS Direct' と呼ばれる電話相談など、多層的なサービスを展開してきた。'Choose Well' は様々な情報提供を通じて、それらの選択肢の中で自分の健康状態に最も「適した」サービスを選択することを促すものである。

セルフケアが望ましいと判断される人に対しては、市販薬の紹介、休養のすすめ、地域の薬剤師・薬局の紹介などが行われる。また、救急外来 (A&E) の利用は生命にかかわる緊急事態 (life-threatening situation) に限定されることがキャンペーンにおいて強調されてきた。

そして、こうしたイギリスのセルフケア振興策のハイライトの一つが「Expert Patients Programme (EPP)」である。EPPは慢性的な症状を持つ人々が、その症状に上手く対処しながら社会生活を送るセルフマネジメント・スキルを獲得するためにつくられたトレーニング・プログラムであり、保健省の主導により2002年にスタートした。後述するよう

に、このプログラムは、米国スタンフォード大学患者教育研究センターのKate Lorigらが開発したCDSMP (Chronic Disease Self Management Program) のメソッドをベースにしたものである。トレーニングは、グループワークの形式を取り、何らかの慢性疾患をもつ少人数のグループが、週1回2.5時間程度のセッションを6週間続ける。

保健省の主導により国営の保健医療体制 (NHS) の枠組みの中でスタートし、基本的に参加者の費用負担は無い。2007年より公益法人 (Community Interest Company) となり、国の財政援助を受けながら全英各地区で地域住民へのEPPのプログラムを提供する体制を維持している。

EPPは、'lay-led' (素人主導) のプログラムと言われており、医療の専門職従事者の介入がなく、運営全般を慢性疾患患者自身が行っている。EPPの所定の課程を修了した患者のうち、指導員を志す者が指導員養成の課程を終えると、プログラムにおいてファシリテーションに従事する 'Tutor' となる。

プログラムの内容としては、自身による日常生活上の目標設定と、その達成を行う「problem-solving (問題解決)」を中心に、医療専門職従事者とのコミュニケーションの取り方や、周囲の社会資源の有効な使い方が取り扱われる。先ほど「何らかの慢性疾患」と述べたのは、EPPが疾患特異型 (disease specific) の活動ではなく、疾患の種類が異なる参加者が同じグループでセッションに取り組む 'generic self management' (包括的セルフマネジメント) のスタイルを取っていることによる。

このような 'lay-led' のプログラムの理論的支柱となっているのが、'lay expertise' すなわち「素人知」という概念である。保健省は早くより、こうした慢性疾患患者自身が長年疾患とともに生活してきた中で蓄積された経験／知識／スキルに着目し、この有用性を強調してきた。保健省の1999年の白書『Saving Lives: Our Healthier Nation』には、「糖尿病、関節炎、てんかんなどの慢性的症状を持つ人々は、自身の症状が悪化していく兆候を敏感に察知する高い能力を有している (筆者訳)」[6] という記述があり、「素人知」の活用を提唱している。先述の通り、EPPは米国のスタンフォード大学患者教育研究センターで開発されたCDSMPをベースにしているものであるが、オリジナル版 (CDSMP) に比べてイギリス版 (EPP) ではlay expertiseの強調度合いが大きく、名称 (Expert Patients) からもそのことをうかがえる。

EPPにしてもCDSMPにしても、そのベースにあるのは自助努力である。プログラムが基盤にしている「セルフマネジメントモデル」は、しばしば「医学モデル」および「公衆衛生モデル」との対比により、その特徴が理解されてきた。この対比の構図では、川で泳ぐ人と看護者の関係を例に出して、それぞれのモデルを説明している。医学モデルでは、川で溺れている人を救助者が助け上げ、看護者は「あなたは患者としてこうすべき」との姿勢を取るといふ。公衆衛生モデルでは、人が危険な川に入って溺れないよう柵を設けるとともに、近づいてきた人々には注意をす

る。この場合、看護者は対象者に行動制限を与えることになる。他方、セルフマネジメントモデルでは、川の中を泳いでいる人がおぼれないよう、その傍らでおよびをコーチするスタイルが該当するという。すなわち、自分の力で泳げるようになることに主眼が置かれている [7]。

3. セルフケア振興策への反応

EPPの効果について、2007年の保健省の発表 [8] によれば、2003年から2006年までの間にコースを修了した約1,000人の人々を対象にしたプログラム参加前と参加後の比較では、プログラムが参加者の健康改善に効果があったとされ、また、医療サービスの依存度・費用が減少したと報告されている。

一方で、主に社会科学の研究者らから、このような参加前・参加後の比較について懐疑的な見解が示されてきた。第一に、6週間の全過程を全うした人が調査対象となっており、途中で辞めた人が含まれていないことから、もともと自己管理・自己学習に意欲的な人々だったのではないかと、という意見である。このような特性をもつ人であれば、プログラム参加の有無にかかわらず、経時的に自ずとセルフマネジメントに適応していくのではないかとということが指摘されてきた [9, 10]。

また、'lay expert' を強調したセルフマネジメント言説が、個人的側面に偏った公衆衛生施策 (overly individualistic public health policies) を増強する可能性を指摘する声や、'Expert Patients' として「知識武装」した患者は、長期的に見たら保健医療のリソースを多く使う存在となるのでは、との指摘もあった [9]。

これら社会科学の研究者からの指摘では、「うまく病気と付き合うこと」という目標設定が一種の規範的価値を増強させる可能性が指摘されており、また、'lay expertise' の強調が今後、専門職とのコンフリクトを引き起こす一要因となるのでは、ということが危惧されてきた。上記の2006年の保健省の発表のように、健康の「改善度」に主たる関心が向けられたときに、慢性疾患患者の生の多面性 (e.g. 家族間のダイナミクス、自己実現、主観的QOL、他) が相対的に軽視されかねない、との指摘もなされてきた [9, 10]。

もう一つ、EPPを代表とするセルフケア振興策に対して、重要な指摘がある。それは、患者によるセルフケア実践とフォーマルケアとの関係性である。すなわち、セルフケアがフォーマルケアの代替になっているのか、あるいは、補完をする存在なのか、という点が十分に議論されていない。セルフケアを実践することで、フォーマルケアの利用が単に量的側面だけでなく、質的にどのように変化するのか、ひいては慢性疾患とともに送る生活がどのように変容するのか [9, 10]。それを明らかにするには、2002年にスタートし、10年に満たないEPPの今後の展開を注視する必要がある。

IV. 考察

こうしてイギリスの取り組みを振り返ってみると、イギリスも日本と同様の問題を抱え、そして両国ともに国民自身による自助努力を促す施策を模索していることがわかる。

しかしながら、相違点も随所にみられる。第一に明らかなのは、イギリスにおけるセルフケア振興策では、セルフケアからフォーマルケアを一つの連続体として捉え、状況の推移に応じた両者の配分がイメージされているところであるだろう。他方、日本では2006年の介護保険法改正以降、「互助」という概念が頻繁に強調されるようになり、地域住民の紐帯の再構築が意識されてきたが、イギリスにはこれに該当する概念が、皆無ではないとしても、それほど前面に押し出されてこなかったところが対照的であり、両国の文化特性、例えば両国における高齢単身世帯の割合・居住形態の相違が影響しているかもしれない。

もう一つイギリスの例において顕著であったのは、自己管理・自己責任を基本理念としながらも、その自己管理をサポートするための各種プログラム・情報支援が充実している点である。勿論、必ずしも同様のことを日本で実施することが良いということは明言できないが、「セルフケア」「自助」を行動レベルに落とし込むと具体的にどのような取り組みになるのか、ということが明確にされたイギリスでは、情報提供やファシリテーションの機能を設けることで、実践へと移行しやすかったという状況がうかがえる。

世界20か国において取り入れられているCDSMPは、セルフケア／セルフマネジメントについての概念モデルが確立されたプログラムの一つである。これを国のセルフケア振興策に取り入れたイギリスにとっては、セルフケアを医療および公衆衛生との関係性の中に位置づける際にも、曖昧さを残さずにプロモーションを展開できたという点は指摘できる。

プロモーションの展開においても一つ示唆的なのは、国によるトップダウン的な方向性がイギリスのセルフケア振興策ではそれほど前面に押し出されていない点である。Expert Patients Programmeが象徴しているように、「セルフケアを強化すべき」というフレーズをアナウンスする代わりに、「自らの身体を他の誰でもなく最もよく知る存在である自分自身」というメッセージが前面に出された。本質的には、政府が主導しているものの、「ボトムアップ」のニュアンスを帯びるものとして展開されてきた。このことがイギリス国民の身体観や文化特性と少なからず適合したことが、短期間における当プログラムの成長に結びついたように思われる。ただし、その因果関係は必ずしも明らかにされていない。

よく明らかにされていないもう一つの点は、イギリスの取り組みにおいて、地域互助の概念が必ずしも前面に出ず、むしろ、セルフケア／自助／自己選択と、それを支援する各種プログラムの充実が目立った点である。これについては、現段階では、次の2点が考えられる。

第一に、歴史的にイギリス国内においては、保健や福祉の分野の市民活動の規模が大きく、国がそれら市民活動組織に一定の権限を与えるなど、中間組織が地域住民の生活の基本的ニーズの充足にあたってきた点である。結果として、国民は生活上の基本的ニーズを必ずしも国家に要求するのではなく、市民活動の中で仕組みをつくり、その庇護を国家に要求する、という機制を保持してきた。

第二に、日本に比して高齢単身者世帯の割合の高いイギリスにおいて、地域互助というオプションが強力なメッセージ性を持ちえなかったのではないかと、この点を挙げる。勿論、イギリスにおいても地域住民の互助の紐帯は存在するであろうし、それが地域の保健・医療・福祉を、ある部分において支えていることと思われる。しかしながら、上述の「ボトムアップ」のニュアンスと同じように、国からのアナウンスとして互助をトップダウン式に強調することが得策とは考えられなかったのかもしれない。

V. おわりに

イギリス保健省が主導したセルフケア振興策の一つ、Expert Patients Programmeでは、保健・医療・福祉の専門職従事者による参加・介入が無かった。このことは、「セルフケア」に対する保健省の一つの姿勢として示唆的である。すなわち、あくまで「セルフ」であることを徹底することで、公的サービスとの分離の方向が明確に打ち出され、当初の問題意識であった公的サービスの過剰依存からの脱却に向かっていったわけである。そのための理論的基盤として動員されたのが上述のCDSMPの理論的枠組みであった。医療や公衆衛生との対比の中でセルフマネジメントの概念モデルを明確に位置づけるCDSMPが、イギリス国民の志向や文化特性と少なからず合致したことが、一連の振興策の成果となっているのではないかとと思われる。こうして考えてみると、イギリスとは異なる文化的背景を持つ日本において、同様の展開を見ることは現実的ではないかもしれない。重要な点は、自助・互助へ向けて日本においていかなるボトムアップの動向があるのかを審らかにし、これをいかに効率的にバックアップできるのかという点であり、これが日本国内の自助・互助の今後の展開を左右すると考えられる。

引用文献

- [1] 地域包括ケア研究会. 地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～. 2009. Available from <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html> (accessed 2012-01-20)
- [2] Bury M, Newbould J, Taylor D. A rapid review of the current state of knowledge regarding lay-led self-management of chronic illness: Evidence review. National Institute Health and Clinical Excellence. 2005. Available from <http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/rapidreviewlayledselfmanagementchronicillness.jsp> (accessed 2011-03-20)
- [3] Department of Health. Self Care - A Real Choice: Self Care Support - A Practical Option. London: Department of Health; 2005.
- [4] Matsushige T, Tsutsui T, Otaga M. 'Mutual aid' beyond formal institutions: Integrated home care in Japan. *Current Sociology* (forthcoming 2012)
- [5] Haly T. Support for self-care in Scotland: how can paramedics support the self-care agenda?. *Journal of Paramedic Practice*. 2012; 4(1): 22-7.
- [6] Department of Health, Saving Lives: Our Healthier Nation. London: Department of Health; 1999.
- [7] 安酸史子, 鈴木純恵, 吉田澄恵, 編. ナーシンググラフィカ25 成人看護学 セルフマネジメント. 大阪: 株式会社メディカ出版; 2005.
- [8] Department of Health. The Expert Patients Programme. London: Department of Health; 2007. Available from http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/MinistersandDepartmentLeaders/ChiefMedicalOfficer/ProgressOnPolicy/ProgressBrowsableDocument/DH_4102757 (accessed 2011-03-20)
- [9] Taylor D, Bury M. Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociology of Health & Illness*. 2007; 29(1): 27-45.
- [10] Gately C, Rogers AE, Sanders CM. Re-thinking the relationship between long-term condition self-management education and the utilisation of health services. *Social Science & Medicine*. 2007; 65(5): 934-45.