

平成25年度
高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや
高齢者の暮らしの国際比較研究
報告書

一般財団法人 長寿社会開発センター
国際長寿センター

平成 25 年度高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや高齢者の暮らしの
国際比較研究
報告書刊行にあたって

国際長寿センター(日本): International Longevity Center-Japan (ILC-Japan) は、国際長寿センター(米国): ILC-USA とともに 1990 年に設立されました。それ以来、世界 14 カ国に誕生している海外各国の姉妹センターと力を合わせて、高齢者を社会の主人公として位置づけるポジティブな高齢者観のもとで、高齢者のみならずすべての世代が支え合ういきいきとした社会を実現するために活動を続けてまいりました。

高齢者の生産的・創造的な能力を活かしていくためには、高齢者自身による自立的な生活を続けるための努力と同時に、健康長寿を支え、虚弱化しても社会への参加を続けることができるような社会の仕組みづくりが重要課題となっています。

そのために、日本と諸外国における最新の制度、社会環境、文化的背景、高齢者の実生活や意識の現状を明らかにする中から、高齢者が最期まで社会に参加・貢献する生活を続けるためのさまざまな努力の実例と課題を明確にし、日本における今後の望ましい姿や方向性を模索し国内外に提言することを目指すこととしました。

この観点から、国際長寿センター（日本）は、「高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや高齢者の暮らしの国際比較研究調査・研究委員会」を組成し学際的な研究を開始しました。

松岡洋子先生を主査とする調査・研究委員会の努力によって、本報告書においてその成果を集大成することができたことは私どもの深くよこびとするところです。

また、この調査・研究の過程では国内・国外のさまざまな行政組織、地域 NGO 組織、また海外各国の国際長寿センターのご協力をいただきました。

本研究にあたってご尽力いただいた調査・研究委員の方々および調査にご協力くださった皆様に厚くお礼を申し上げます。

平成 26 (2014) 年 3 月

国際長寿センター（日本）
代表 水田邦雄

目次

執筆者一覧 4

高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや高齢者の暮らしの国際比較研究 調査・研究委員 4

第1章 調査研究の背景と概要

第1節 調査研究の背景 5

第2節 調査研究の概要 5

訪問先一覧 6 データリクエスト項目 7 ケーススタディの仮想3ケース 9

第2章 デンマークにおける介護サービス

第1節 国の概要 10

第2節 高齢者の住まい政策 12

第3節 介護政策・医療政策 15

第4節 特定課題

1. 生活支援 19 2. 地域におけるインフォーマル資源 19 3. 介護予防政策 20

第5節 近年の注目すべき動向 22

第6節 仮想3ケースによるケーススタディ 26

第3章 オランダにおける介護サービス

第1節 国の概要 29

第2節 高齢者の住まい政策 31

第3節 介護政策・医療政策 34

第4節 特定課題

1. 生活支援 38 2. 地域におけるインフォーマル資源 39 3. 介護予防政策 42

第5節 近年の注目すべき動向 43

第6節 仮想3ケースによるケーススタディ 46

第4章 イギリスにおける介護サービス

第1節 国の概要 50

第2節 高齢者の住まい政策 53

第3節 介護政策・医療政策 57

第4節 特定課題

1. 生活支援 62 2. 地域におけるインフォーマル資源 64 3. 介護予防政策 66

第5節 近年の注目すべき動向 67

第6節 仮想3ケースによるケーススタディ 69

第5章 まとめと日本への示唆

第1節 各国の制度と動向 73

第2節 日本への示唆 75

<コラム ファクセ市のチャレンジ>「介護の前に、リハビリ」 21

<コラム 介護・生活支援と文化> 45

資料編

1. フランスおよびシンガポールにおける制度比較 80
2. デンマーク資料
在宅ケア委員会からの提言 88、GP 報酬一覧 99、ホームケア案内 106、
毎日アクティブ案内 108、ケアの品質基準 111
3. オランダ資料
長期的なサポートやケアの改革 122、ライデン市高齢者支援資料 124、介護度一覧表 142、
アルツハイマーカフェ プログラム 143
4. イギリス資料
私たちの未来に向けたケア 144

執筆者一覧

第1章 調査の背景と概要	松岡洋子
第2章 デンマークにおける介護サービス	
第1節 国の概要	松岡洋子
第2節 高齢者の住まい政策	松岡洋子
第3節 介護サービス政策、医療政策	松岡洋子
第4節 特定課題	松岡洋子
第5節 近年の注目すべき動向	松岡洋子
第6節 仮想3ケースによるケーススタディ	松岡洋子
第3章 オランダにおける介護サービス	
第1節 国の概要	白川泰之
第2節 高齢者の住まい政策	松岡洋子
第3節 介護サービス政策、医療政策	中島民恵子
第4節 特定課題	白川泰之
第5節 近年の注目すべき動向	白川泰之
第6節 仮想3ケースによるケーススタディ	澤岡詩野
第4章 イギリスにおける介護サービス	
第1節 国の概要	白川泰之
第2節 高齢者の住まい政策	松岡洋子
第3節 介護サービス政策、医療政策	中島民恵子
第4節 特定課題	白川泰之
第5節 近年の注目すべき動向	白川泰之
第6節 仮想3ケースによるケーススタディ	澤岡詩野
第5章 まとめと日本への示唆	白川泰之
資料編1. フランスおよびシンガポールにおける制度比較	中島民恵子

高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや高齢者の暮らしの国際比較研究 調査・研究委員

松岡 洋子(主査、東京家政大学人文学部講師)
白川 泰之(新潟大学法学部准教授)
澤岡 詩野(ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員)
中島民恵子(医療経済研究機構主任研究員)

第1章 調査研究の背景と概要

第1節 調査研究の背景

日本における高齢化率は2012年には24%を超え、2025年には30%を超え、2055年にはほぼ40%に達して、この間後期高齢者の人口割合は12%から26%へと大きく伸長するなど、世界に類を見ない超高齢社会の現出が予想されている。

そうした日本において、介護保険が始まってから13年が過ぎた。この間(2000年度～2012年度)、介護給付は3.6兆円から8.9兆円へと2.5倍になる中で、大規模な改正が2回行われた。その方向性は「地域包括ケア」に象徴されるように「住み慣れた地域でその人らしく最期まで」住み続けるために何をなすべきか、という点にある。

一方、人口高齢化と同時に特に都市部での高齢化、単身高齢世帯・独居高齢者の増加、認知症高齢者の増加などによって、介護・看護のニーズの高まりが予想されている。

こうした中で、高齢者一人ひとりの尊厳とQOLを豊かに保ちつつ介護給付を抑制して持続可能なシステムとするために、給付の効率化と重点化をいかに図っていくかがクローズアップされる。予防の視点や、ボランティアやNPO法人によるインフォーマルなサポートはますます重要性を増すことは誰の目にも明らかである。

とくに、予防の視点は、今後の介護保険のロードマップとも言える「地域包括ケア」でもその重要性が指摘されている。施設では包括報酬の中で、職員によって文字通り包括的に提供されてきた「生活支援」が、地域においては誰が担うのかについては議論の途上にある。この生活支援は上記にあげたインフォーマルなサポートの最たるものであり、ボランティアやNPO法人に期待するところ大の課題でもある。

こうした背景を鑑みて、本研究では次のような課題設定を行なった。

第2節 調査研究の概要

1. 調査研究の目的と課題

今後増大が想定される介護ニーズに対して、介護サービスの重点化と効率化という視点より、とくに「生活支援」「地域のインフォーマル・サポート」「介護予防」に焦点をあてて、各国の介護政策の最新動向を探ることを本研究の目的とした。

対象国は、デンマーク（スカンジナビア・モデル）、オランダ、イギリス（ベバリッジ・モデル）である。

2. 調査課題と調査手法

上記研究目的を達成するために、各国の介護政策等を概観した上で、調査課題を設定した。

【調査課題】

- ① 各国の介護政策・住宅政策の概要
- ② 特定課題：
 - 生活支援
 - 地域のインフォーマル資源
 - 介護予防
- ③ 各国の最新動向
- ④ ケーススタディによる、ニーズ別サービス内容の比較

【調査手法】

データ収集については、次の手法をミックスして総合的に分析した。本報告書の記述は主に以下に依っている。

- ① データリクエスト：デンマーク、オランダ、イギリス、フランス、シンガポールの研究者に質問項目を2013年9月に送付して回答いただいた。フランス、シンガポールの回答については本報告書の資料編に整理した。データリクエストの項目については次ページ参照。
- ② 現地訪問調査
 - ・デンマーク、オランダ、イギリスにおいて、2013年8月～10月に中央政府、自治体、NPO法人等を訪問し、担当者にインタビューを行った。訪問先および時期は下のとおりである。
 - ・現地訪問によるインタビューと仮想ケースによるケーススタディ（軽度モデル、認知症モデル、中度モデル）。ケース要件については、9ページ参照。
 - ・現地訪問で入手した資料
- ③ オープンデータ、論文等の各種文献

*データリクエストへの回答とインタビューの内容は国際長寿センターのホームページ <http://www.ilc-japan.org/study/index.html> に掲載している。

訪問先一覧（訪問順）

オランダ（2013年8月12日～16日）

- ・ Radius（福祉ボランティア組織）
- ・ ライデン市高齢者担当
- ・ サービス受給者
- ・ ActiVite（介護事業者）
- ・ Topaz（介護事業者）

イギリス（2013年8月19日～23日）

- ・ 保健省高齢者担当
- ・ Independent Age（介護事業者<チャリティ>）
- ・ RSVP（福祉ボランティア組織）
- ・ Plan Care 社（介護事業者<民間>）
- ・ ロンドン カムデン地区高齢者担当
- ・ シェルタードハウス
- ・ St. Pancras 病院ディストリクトナース部門

デンマーク（2013年10月14日～18日）

- ・ グラデサクセ市トレーニングセンター（リハビリ担当）、併設介護型住宅
- ・ 社会／児童統合省高齢者担当
- ・ ルーダスダル市（介護と活動課、在宅介護、OT、介護型住宅、リハビリ担当）
- ・ AEldre Sagen（エルドラ・セイエン、高齢者組織）ルーダスダル南支部
- ・ Human Care 社（民間在宅ケア事業者）
- ・ ヒレロズ市シニア活動センター、併設高齢者住宅
- ・ GP（家庭医）
- ・ ファクセ市（高齢者センター、認知症デイサービス、保健センター、介護判定委員、介護型住宅）

データリクエスト項目

I 住宅、介護、医療制度の概要

1 住宅制度

(Q1-1) 高齢者の居住のための住宅や施設として、どのような制度が用意されていますか。その住宅や施設の設置、運営についての根拠法は何ですか。その住宅に特化した根拠法がない場合（広く「社会住宅法」「公営賃貸住宅法」下で規定している場合など）でも、高齢者を対象とした住宅として一般的に知られているものについては、教えてください。

(Q1-2) Q1-1で提示した住宅や施設では、居住者に対してどのようなサービスが提供されますか。

(Q1-3) Q1-1で提示した住宅や施設は、何か所又は何人分整備されていますか。

2 高齢者に対する介護制度（以下、在宅の高齢者へのサービスについてお尋ねします）

(1) 介護サービスの対象者

(Q2-1) 介護制度の対象者の具体的な基準はどのようなものですか。基準を規定したものや判定のための調査票などのツールでご提供いただけるものは添付をお願いします。

(Q2-2) 対象者の決定は、誰がどのような手続で行いますか。

(Q2-3) 対象者の決定は、サービスの内容や提供量等どのような内容ですか。

(2) 介護サービスの内容、提供方法

(Q2-4) 介護制度に基づくサービスは、どのようなものですか。また、以下の①～⑧のような支援については、介護制度の訪問型サービスから給付されますか、それとも他の制度やボランティア活動によって行われますか。

①掃除 ②洗濯 ③料理 ④買い物 ⑤ゴミ出し ⑥見守り ⑦通院の付添 ⑧外出時の同行

(Q2-5) 通所で利用するサービスは、介護を目的として行われるものに限られますか、それとも高齢者同士の交流や社会参加を目的としたものもありますか。

(Q2-6) 介護サービスの提供の事業は、どのような主体が行っていますか。

(Q2-7) 介護サービスのメニューとして、介護と看護は区分されていますか、一体のものとされていますか。また、介護職と看護職の資格制度は区分されていますか、それとも同じ資格制度の中に位置付けられていますか。

(Q2-8) 個人ごとの介護サービスの費用は、どのような基準に基づいて算定されますか。また、その基準はどのように設定されますか。

(Q2-9) 介護サービスを提供するとき、介護職員、看護職員、リハビリ職員などの複数の職種がチームで訪問しますか、それとも、別々に訪問しますか。

(3) サービスの調整

(Q2-10) 個人に対するサービスの調整や給付の管理は、行政職員、ケア・マネージャーなど誰が中心的な役割を担いますか。また、給付の管理を行う書類のフォーマットがあればご提供ください。

(Q2-11) サービスの調整を行う者の業務は、介護制度のサービスの範囲に限られますか、それとも、医療やボランティアによるサポート等他の制度も含みますか。

(Q2-12) サービスの調整はどのような方法で行いますか。

3 在宅介護と医療制度

(Q3-1) 貴国では、在宅医療の目的や役割は、どのように捉えられていますか。

(Q3-2) 在宅医療と介護サービスの提供は、相互に連携して行われるようになっていますか。

II 医療・介護制度外の支援とその主体

1 支援活動の背景

(Q4-1) 見守り/安否確認・ゴミ出し・電球交換・通院の介添え・社会的交流など、医療や介護制度では提供されにくい高齢者に対する支援、あるいは制度はあっても量的不足などによって利用できにくいサービスについて、貴国では誰/どんな組織が担っているでしょうか。また、そのような活動を行う団体の設立や活動に関して、法整備がなされていますか。

(Q4-2) 貴国では、上記のボランティアな高齢者支援の活動に影響を与える、国民性や思想的、慣習的な背景はありますか。

(Q4-3) 貴国では、上記の高齢者の生活支援という観点から、家族関係や近隣住民との関係について、現在どのような課題がありますか。

2 支援活動の状況

(Q5-1) ボランティアな高齢者支援の活動の例として、どのようなものがありますか。

(Q5-2) ボランティアな高齢者支援の対象者は、どのような人でしょうか。

- (Q5-3) ボランティアな高齢者支援は、医療制度や介護制度からのサービスとどのような役割分担になっているのでしょうか。また、相互に調整が行われるのでしょうか。
- (Q5-4) ボランティアな高齢者支援の活動に対し、行政から財政的支援は行われていますか。
- (Q5-5) ボランティアな高齢者支援は、対象となる高齢者の自立支援という考え方で活動がなされているのでしょうか。

3 ボランティアな活動の主体

- (Q5-6) ボランティアな高齢者支援の活動を行う主体は、どのような人たちでしょうか。
- (Q5-7) ボランティアな活動を行う主体を増やすために、行政が何か実施している政策はありますか。

III 介護予防

1 介護予防に関する制度

- (Q6-1) 日本では、がんや脳卒中といった生活習慣病の予防は、医療保険の保険者や基礎自治体が行っています。一方、心身の機能を維持することにより、介護が必要な状態にならないようにする、あるいは、介護の必要性が重度化しないようにするという「介護予防」という考え方があり、これは、介護保険制度に基づいて基礎自治体を実施しています。貴国では、日本のような「介護予防」を目的とした事業はありますか。ある場合、その根拠法は何ですか。
- (Q6-2=(Q6-1)で「ある」と回答した場合)
介護予防の事業の実施主体はどのような組織ですか。また、事業費はどのようにして賄われていますか。
- (Q6-3=(Q6-1)で「ある」と回答した場合)
介護予防事業の対象者はどのような状態の人たちでしょうか。また、その人たちをどのようにして発見/リーチアウトしますか？さらにサービスの内容はどのようなものですか。
- (Q6-4=(Q6-1)で「ない」と回答した場合)
介護予防を主たる目的とはしていないが、副次的に健康状態の維持・改善につながるものとして評価されている事業はありませんか。ある場合、①実施主体、②事業費の財源、③対象者とその発見法、④サービス内容について教えてください。

IV 高齢者介護・ボランティアな高齢者支援・介護予防に関する課題と方向性

- (Q7-1) 制度の運営面で課題になっていることはありますか。ある場合、それはどのようなことですか。また、その解決のためにどのような改革が行われ、又は予定されていますか。
- (Q7-2) 介護制度の財政負担を軽減するため、過去に、介護制度の対象者を狭くする（介護の必要性が低い人を給付対象から除外する）改正が行われたことはありますか。またはそのような改正が予定されていますか。
- (Q7-3) サービスの内容について課題となっていることはありますか。ある場合、それはどのようなことですか。また、その解決のためにどのような改革が行われ、又は予定されていますか。

ケーススタディの仮想3ケース

ケース1 軽度モデル (Aさん)

(身体自立度が軽度、認知症なし、女性、80歳)

Aさんは80歳の自宅でのひとり暮らし(or自立型高齢者住宅に単身で暮らしている)の女性である。夫は3年前に他界している。屋内での生活はおおむね自立しているが、歩行に不安定な時があり、それに伴う尿失禁が見られる。徒歩での長時間の移動が困難で、通院にはタクシーなどAさん以外が運転する車を利用しており、食品などの日用品の買い物への負担も高まっている。(Barthel Index: 65点)。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は2か月に1度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。

(参考) Barthel Index 65点

- | | |
|--------------|-------------------|
| ①食事: 10点 | ②車椅子・ベッド間の移乗: 10点 |
| ③整容: 5点 | ④トイレ動作: 5点 |
| ⑤入浴: 0点 | ⑥歩行・車椅子の推進: 10点 |
| ⑦階段昇降: 5点 | ⑧更衣: 10点 |
| ⑨便コントロール: 5点 | ⑩尿コントロール: 5点 |

ケース2 認知症モデル (Bさん)

(身体自立度が軽度、軽度～中程度の認知症、女性、80歳)

Bさんは80歳の自宅でのひとり暮らし(or自立型高齢者住宅に単身で暮らしている)の女性である。夫は3年前に他界している。身体的な自立度は比較的高いが、最近認知症の症状が見られるようになり、それに伴う日常生活に一部介助が必要となってきた。身だしなみが整えられない、トイレの場所等の見当識に問題が見られるのに加え、尿意などを感じにくくなって時おり尿失禁が見られる。また、最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった(Barthel Index: 75点、MMSE: 20点)。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は2か月に1度程度である。経済状態もその地域で標準的である。

(参考) Barthel Index 75点

- | | |
|--------------|-------------------|
| ①食事: 10点 | ②車椅子・ベッド間の移乗: 15点 |
| ③整容: 0点 | ④トイレ動作: 5点 |
| ⑤入浴: 5点 | ⑥歩行・車椅子の推進: 15点 |
| ⑦階段昇降: 10点 | ⑧更衣: 5点 |
| ⑨便コントロール: 5点 | ⑩尿コントロール: 5点 |

ケース3 中度モデル (Cさん)

(身体自立度が中度、認知症なし、男性、75歳)

Cさんは75歳で自宅でのひとり暮らしの男性である。妻は2年前に他界している。1年半前に脳梗塞を発症したことにより、右麻痺がある。自力歩行が困難であり、自宅では車椅子での生活をしているため、移動に関しては困難なことが多い。ただし、本人が入院中にリハビリに励んでいたこともあり、左手をうまく活用して、日常生活の中でも整容の自立や食事の一部介助があれば自ら摂取することができる。(Barthel Index: 40点)。子どもは遠方に住んでいる長女がいるが、仕事をしており、訪問は1か月に1度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。

(参考) Barthel Index 40点

- | | |
|--------------|------------------|
| ①食事: 5点 | ②車椅子・ベッド間の移乗: 5点 |
| ③整容: 5点 | ④トイレ動作: 5点 |
| ⑤入浴: 0点 | ⑥歩行・車椅子の推進: 0点 |
| ⑦階段昇降: 0点 | ⑧更衣: 10点 |
| ⑨便コントロール: 5点 | ⑩尿コントロール: 5点 |

第2章 デンマークにおける介護サービス

第1節 国の概要



(地図 2-1) デンマーク。インタビューを行った地域：コペンハーゲン市（Copenhagen）、ヒレロズ市（Hillerød）、ルーダスダル市（Rudersdal）、ファクセ市（Faxe）

1. 概要

デンマークはヨーロッパで最も古い伝統のある王室を持つ立憲君主国である。約 560 万人の国民が九州ほどの広さの国土に住んでいる。

山がないところから「パンケーキの国」とも言われている。それは地理的特徴を示すだけではなく、社会・組織の中でヒエラルキーを作らず平等な立場で対話をとおして合意を得ていくという「平等」と「民主主義」を重んじる社会のあり方を象徴する表現ともなっている。

また、「人が中心にいる国」「弱者を放置しておくことはできない国民」「デンマーク人が二人集まれば組合を作る」とも言われている。「人道主義」「社会連帯」もまた、デンマークを象徴する言葉である。

高齢化率は 17.4% であり、65 歳以上の単独世帯の割合は、26.8% となっている。

(表 2-1) 概況に係るデンマーク・日本の主要指標

	時点	デンマーク	日本
人口（百万人）	2012 年	5.6	127.5
高齢化率（%）	2012 年	17.4	24.1
65 歳以上の単独世帯の割合（%）	2009 年	26.8	16.0
出生時平均余命（年）	2011 年	男	77.8
		女	81.9
			79.4
			85.9

(出典) OECD Stat.Extracts、厚生労働省「国民生活基礎調査」Eurostat「Active ageing and solidarity between generations 2012 edition」

2. 経済

経済面では、一人当たりの名目 GDP（2012 年）は 52,202US ドル（日本は 46,736US ドル、IMF データ）で世界第 6 位であり、北欧ではノルウェーに次いで 2 位である。産業構造では第二次産業が主流を占めているが、古くからの農業大国、酪農大国であり、良質の豚肉、

チーズはヨーロッパ大陸のみならず、アメリカ、中国、日本にも大量に輸出されている。また、ノボ・ノルディスク社のインシュリンは世界シェア 50%を占めており、風力発電機の生産も世界シェアが低下しているとはいえ 20%の高さを誇っている。2005年には財政赤字ゼロを達成しており、リーマンショックでは痛手を受けたとはいえ経済状況、財政状況ともに健全さを保っている。

経済面の豊かさだけでなく、英国レスター大学の調査によって「世界一幸福な国」とされたこともよく知られている。

3. 高福祉高負担の国

そうした経済に立脚し、GDP 総額の 49%を租税として徴収し（限界税率は 67%、消費税は 25%）、同 32.8%を社会保障にあてるという文字通りの高福祉高負担国である。

その政治制度の特徴は徹底した地方自治にあり、国の法律は枠組み法として基本原則を決めるのみであり、福祉はコムーネ（基礎自治体・市町村、Kommune）、医療・高等教育はレギオナ（広域保健圏域、Region）において決定・運営が行われている。

デンマークにおける地方自治、福祉の歴史の以下のようである。

国民が社会福祉を受ける権利が保障されたのは、1849年の「自由主義憲法」においてである。1933年の社会改革では、それまで雑多に存在していた社会福祉関連法を廃止して、4つの法律に統合した。この時、高齢・病弱な者に対する金銭扶助、施設における保護がコムーネの責務とされた（仲村、1999）。

1970年の行政改革において、教会区（Sogn）を基盤とする 1000 あまりのコムーネ、25のアムト（県、Amt）を、人口規模 2 万人の 275 のコムーネ、14 のアムトに統廃合して地方自治の基盤を整えた。

続く 1974年には、生活支援法（Lov om social bistand）を制定して、高齢者・障害者・児童など対象別の法律の一元化を行った。市役所の窓口一本化でアクセスを容易にし、法の網からこぼれ落ちる人を最小限に食い止めることを狙ったものである。

前年の 1973年には、保険料負担による医療制度が廃止されて租税を財源とする医療保障制度が導入された。1980年には、病院・障害者施設はアムト管轄、在宅サービスはコムーネという役割分担が明確にされ、今日に至っている。

1998年には「社会サービス法」が施行され、「受ける福祉」から「参加する福祉」への方向性が明確に打ち出された。

その後 2007年の行政改革によって、コムーネは人口規模 5 万人を目安に 98 のコムーネに、アムトは廃止されて 5 つのレギオナに整えられている。この時、リハビリがアムトからコムーネに移管された。

（参考・引用文献）

仲村優一・一番ヶ瀬康子編（1999）『世界の社会福祉6：デンマーク・ノルウェー』旬報社
松岡洋子（2013）「精神障害を抱える高齢者を生活の場で支える工夫：海外での実践 デンマーク」『精神科臨床サービス』第 14 巻 1 号、1-5 ページ

第2節 高齢者の住まい政策

1. デンマークにおける高齢者の住まい体系

(表 2-2) デンマークにおける高齢者向けの住まい(2012年、カッコ内は65歳以上高齢者に占める割合)

分類	名称	数	
192条住宅 (=旧施設) (社会サービス法)	プライエム Plejehjem	5,704床	6,762戸 (0.7%)
	保護住宅 Beskyttede boliger	1,058戸	
公営住宅 (公営住宅法)	プライエボーリ Plejeboliger (介護型高齢者住宅)	45,341戸	81,587戸 (8.2%)
	エルダーボーリ Almene aelderboliger (自立型高齢者住宅)	36,246戸	
	合計	88,349戸	

(出典：www.statistikbanken.dk)

現在デンマークには、高齢者向けの住まいが表 2-2 のような形で整備されている。

この国では、1960年代から1970年代にかけて多くのプライエム (Plejehjem, 高齢者施設) や保護住宅が建設された。しかし、両者は1988年1月1日をもって生活支援法 (Lov om social bistand) によって新規建設が禁止され、その代替として「高齢者・障害者住宅法 (Lov om boliger for ældre og personer med handicap) 」(1987年7月)によって「高齢者住宅 (Aeldrebolig) 」の建設が推し進められた。詳しくは次節で記述するが、1996年からは同法の改正によって介護型高齢者住宅 (プライエボーリ、Plejebolig) が建てられた。表 2-2 の数値からも明らかのように、現在のデンマークにおける高齢者の住まいの主流を形成している。さらに二種の高齢者住宅は現在では、公営住宅法 (Lov om Almene boliger) を根拠とする公営住宅 (Almen bolig, Social Housing) として位置づけられている。

一方、プライエムと保護住宅は生活支援法によって新規建設が禁止されたものの、継続は認められたために今日もわずかながら残っている。その多くが廃止され、あるいは高齢者住宅へと改築されたのである。残存数はプライエム 5,703床、保護住宅 1,058戸と極少であり、社会サービス法 192条において「コムーネは、生活支援法によって継続が認められたプライエムと保護住宅を運営することができる」と特別な位置づけがなされている。住宅都市地方省の資料でも「192条住宅」という表記がなされ、重要性の少ない住宅とみなされている

(Ministry of Housing, Urban and Rural Affairs, 2012)。このことから、デンマークにおいては、施設から住宅への移行は、ほぼ完全に近い形で終了していると言える。

しかしながら、実質的機能の視点から分類すると、プライエムは24時間介護付きの施設であり、プライエボーリ (介護型高齢者住宅) は公営住宅に介護スタッフを常駐させて24時間介護を提供し、施設と変わらない機能を持つ公営住宅ということになる。これに対して、エルダーボーリ (自立型高齢者住宅) は、介護が必要になれば在宅24時間ケアを利用して住み続ける住宅である。また、保護住宅は古いものではあるが、寝食分離で面積も広く、台所、トイレ・バスも完備している点、自立型高齢者住宅と変わらない居住の質を有している。

以上より、現在のデンマークにおける高齢者向けの住まいは、合計 88,349 人分あり、これは 65 歳以上高齢者 (99.5 万人) の 8.9% に相当する。介護型 (介護付き) は 5.1% で、自立型は 3.8% である。旧型施設が高齢者向けの住まい全体に占める割合は、わずか 7.6% である。

2. 歴史

デンマークでは、ヨーロッパ大陸で高齢化が進み財政逼迫の嵐が吹き荒れた 1970 年代末の 1979 年、政府内に高齢者政策委員会が立ち上げられ、未来の高齢者福祉の指針が話し合われた。1982 年までに 3 回の報告書が出されたが、この中で「高齢者は介護の対象ではなく、生活の主体である」という概念が確認された。有名な「高齢者三原則」¹⁾もこの報告書で発表されたものである。

こうした理念を実現するために、施設主義から在宅主義への移行も提言され、具体的な手段として「住まいとケアの分離」が唱えられた。施設にパッケージ化された「住まい機能」と「ケア機能」を分離して、地域で展開することで在宅生活の継続を可能とするやり方である。これは、施設住人のみに 24 時間ケアが保障されるのではなく、住む場に関係なく 24 時間ケアが保障される、パーソン・センタードなシステムである。「ケアは住まいに付く」のではなく「ケアは人に付く」システムが目指されたとも言える。

地域で展開する住まいのあり方は「高齢者および障害者住宅法」(1987 年 7 月)で規定され、これ以降、高齢者住宅が建設されていった。この法律には、ハード要件として「67 平方メートル以下で建設すること」という項目があり、主として 60 平方メートルの面積があるエルダーボーリ (自立型高齢者住宅) が建設されていった。

それまで存在していたプライエムは生活支援法によって継続が許されたが、1995 年にその居住環境を調査すると、広さが 15 平方メートル以下 (15%)、トレイ・バスがない (9%)、車椅子でアクセスできない (5%) という劣悪な実態が明らかとなった。そこで法律を改正して、「24 時間ケアとサービスエリア付きの高齢者住宅を建ててもよい」こととした。サービスエリアとは、共用の台所・食堂・居間・洗濯室などのことであり、建設にあたっては補助金も支給された。この改正によって増えていったのが「プライエボーリ」と呼ばれる介護型住宅である。よって、この改正は「プライエボーリ改革 (Plejeboligreformen)」と呼ばれている。

プライエボーリには介護職員が常駐しており、機能上は施設と同様の 24 時間介護サービスを受けることができる。しかし施設ではなく、「高齢者および障害者住宅法」に準拠する住宅である。この法律は、1997 年より「公営住宅法」へと吸収され、現在、エルダーボーリ、プライエボーリの準拠法は「公営住宅法」である。

また、地域で展開する 24 時間ケアは、1980 年代から整備され始めており、1987 年には 80% を超えるコムーネですでに整備されていた。

3. 高齢者住宅の実態

エルダーボーリ (自立型高齢者住宅) は 60 平方メートルの広さがあり、台所、トイレ・バスが付いた独立住宅 (Self-contained house) である。受付もなく、常駐する職員もおらず、住人は在宅 24 時間ケア (Hjemmeplejen) を受けて生活する。高齢者向けの住宅が集合しているのみで、地域の個人住宅となんら変わりがない。さらに、約半数の高齢者住宅には

アクティビティ・ハウスが併設されており、アクティビティ・ハウスにはレストランが付いているので、ここで食事をして人と会い、ビリヤードや趣味活動を楽しむ。

プライエボーリ（介護型住宅）は1住戸の広さが約40平方メートルであり、各住戸にはトイレ・バスはもちろん簡易キッチンもついている。10人を単位として共用の台所、食堂、居間があり、食事などを共にしている。「生活居住環境（Leve-og Bo Milleoe）」と呼ばれるスタイルであるが、日本のユニットケアと似ている。

家賃は、地域・立地・築年によって異なるが、エルダーボーリ（自立型）・プライエボーリ（介護型）ともに、おおむね6,500クローナ前後（約13万円。1クローナ=20円として換算）である。近年では、月額1000クローナのものも現れている。自立型住宅（60平方メートル）・介護型住宅（40平方メートル）の面積はそれぞれ異なるが、介護型住宅では共用スペースの費用も支払うことになるので同額家賃となる。光熱費は、自立型住宅では個別に支払う。食事、掃除、洗濯は、自分で行うのでその費用は発生しない。介護型住宅では共通の光熱費やアンテナ代が定められており、これに食事代、掃除・洗濯などの費用が発生する（松岡、2005）。

4. 新しい流れ

(1) ポスト・ユニットケア

今回訪問したファクセ市では、最新のプライエボーリを視察できた。2000年代初頭からは、日本のユニットケアと世界同時発生的に生まれた「生活居住環境」モデルの介護型住宅が建てられていったが、ファクセ市に2012年10月新築された介護型住宅は次世代の挑戦を伺わせるものであった。

10戸の塊としてのユニットは存在していたが、ユニットの食堂は小さく、原則40人全員が集合する食堂スタイルであった。

食堂まで出てくる行為も、できるだけ自分自身でしてもらおうという趣旨である。「生活居住環境」では、住戸を出るとそこが共用ルームであったため、10戸の住人の疑似家族的な絆は強いと考えられた。しかし「介護型住宅」と称するこの新しい住宅では住戸を出ると廊下であり、各住戸はより独立性が高く自立型高齢者住宅と同様の構造であった。

(2) 住宅のIT化

ルーダスダル市でも、新しい高齢者向けの住宅を建設していた。特徴は、建物入り口のセキュリティシステムやリモコンで自動オープンできるカーテンであり、IT技術を使った「スマート・ハウス」が高齢者住宅の新しい潮流となる気配を感じた。

（参考・引用文献）

松岡洋子（2005）『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論
Ministry of Housing, Urban and Rural Affairs (2012). 'Fact sheet on Danish housing for the elderly'

（注）

① 「自己決定の尊重」「自己資源の活用」「継続性の維持」である。

第3節 介護政策・医療政策

1. 介護政策

(1) 法的根拠

デンマークにおいて介護サービスは、社会サービス法（Lov om social service）の下、租税で賄われている。自宅においても介護型住宅においても同様の介護が受けられることが目標とされており、けがの治療後など回復が見込める一時的利用を除いて利用者負担はない。

この国では「サービスの要否・内容・量を決定するのは、障害の源泉（原因）ではなくニーズである」という理念に基づいており、社会サービス法は障害の種別・年齢を超えた統合法となっている（仲村、1999）。

社会サービス法の中で、介護政策に関連するのは「パート5：成人」である。これは、「第14章 総則（7条）」「第15章 目的（81条、82条）」「第16章 身体介護と家事援助（83条～99条）」「第17章 支払（100条）」「第18章 治療（101条、102条）」「第19章 保護雇用と社会活動（103条～106条）」「第20章 住まい（107条～111条）」から成り、83条では以下のように述べられている。

「身体または精神的機能の一時的または永続的な低下や社会的な課題により自らのケアを行なえなくなった成人に対して、自治体は介護および日常の家事援助を提供する義務がある」

介護サービスは、主として身体介護（Personlig hjælp）と家事援助（Praktisk hjælp、買物、掃除、洗濯）で構成されている。よって、見守り、安否確認、ゴミ出し、電球交換などの生活支援については、社会サービス法で規定される公的な介護サービスを補完するものとして、自治体はボランティア組織などに委託する事ができる。しかし実際には、訪問介護で訪れたヘルパーが電球交換などを行っていたりする。

(2) アセスメントと介護サービスの対象者

サービス提供の要否、内容・量についての決定は、自治体の判定員（Visitator）が、申請者のニーズに関する具体的な個別アセスメントに基づいて行なう。人口36,000人のファクセ市には10人の判定員がおり、看護師、OT・PTなどの専門職が務めている。このうち2人が高齢者住宅への入居判定、2人が退院後の調整、6人が在宅ケアの判定にあっている。

ニーズ・アセスメントで使用する基準は全国レベルで共通のものは存在しない。しかし、「共通言語」として、ICF（国際生活機能分類）に基づくツールは開発されている。これを使用するかどうかは自治体の判断に任されている。

アセスメント内容は、「身体介護」「食事づくり・介助・片づけ」「日常生活（買物・掃除・洗濯）」「活動」「社会生活」「精神面」「移動」の7領域にわたる。これに、医者の診断、住宅状況を加え、本人の生活に対する希望を重視して、必要なサービスは何かという視点で評価される。

アセスメントの結果、判定員によって必要なサービスが「毎日3回の食事づくり、毎日5回のトイレ介助、2週に1回の買物、1週に1回の掃除」などと、具体的な形で示される。

(3) 介護サービスの内容、提供方法

① 介護サービスについては、「24時間在宅ケア（Hjemmeplejen）」が基本となって、さまざまなメニューが提供されている。

<訪問型・自宅設置型>

- ・24時間在宅ケア：身体介護、家事援助（掃除、洗濯、買物）、料理（配食）、ゴミ出し
- ・緊急アラームの設置
- ・補助器具、住宅改造

<通所型>

- ・デイケア（認知症対象のものが多い）

<短期入所型>

- ・ショートステイ（レスパイトニーズがないため需要は少ない）
- ・臨時ステイベッド・臨時住宅（第5節 2.臨時ステイベッド 参照）

<その他>

- ・通院のための交通手段提供（タクシー券など）、社会的目的のための交通手段提供
- ・リハビリテーション（在宅ケアを提供する前に、リハビリを入れるケースが増えている（第5節 1. 介護予防・リハビリ 参照）。

② 通所で利用するサービス

デイケアは通常、トレーニング活動および社会活動、または娯楽活動への参加を目的としている。

デイケアの利用は比較的少なく、主として在宅の認知症高齢者の生活活性化と社会的交流の場としての位置づけが多い。メニュー決定、買物、食事づくり、新聞を読む、歌を歌うなど、これまでの通りの暮らしの延長線上の活動を行っている。通所のリハビリテーションは、個人・グループで行なわれており、OT・PTが立てたプログラムに従っている。

このほかに、ヤング・オールド層が気軽に参加できる「アクティビティ・ハウス（活動センター。シニアセンターと呼ばれることもある）」が多くあり、高齢者による主体的な活動の拠点となっている。建物の賃貸料と施設長の給料は自治体が提供し、あとは高齢者が自主的に企画・運営している。レストランの運営、趣味活動などを行っている。

③ 介護サービスの提供主体

介護の提供は、自治体が責任を負っている（社会サービス法 83 条）。そして、自治体の在宅ケア部門が介護サービスの主たる提供者である。しかし、2003 年よりスタートした「自由選択（Frit Valg）」によって、民間営利企業の参入も進んでいる。家事援助のみ自治体と民間営利企業が均等にサービス提供する時代、あるいは民間企業からの提供が伸びない時代は過去のもとなり、今後は民間シェアが伸長することが今後は予想される（第5節 3. 在宅サービスの民営化 参照）。

介護型住宅では、自治体および自治体と契約を交わした非営利組織がケアを提供している。

④ 介護と看護の区分

介護と看護は区分され、異なる法の下で提供される。看護スタッフは看護師または SSA（Social-og Sundheds assistant, 社会福祉保健アシスタント）として教育を受けている。身体介護と家事援助は、比較的短期間の教育を受けた SSH（Social-og Sundheds hjaelper, 社会福祉保健ヘルパー）が提供できる。SSA は SSH のリーダーとして、看護を提供しつつ介護領域をスーパーバイズしている。

在宅 24 時間ケアの現場で主として活躍するのは、SSH、SSA、看護師（訪問看護師）である。それぞれの資格に応じて提供できるケアの内容が規定されている。また、コンピュータを通じて入手できる電子カルテの情報レベルも異なっている。

在宅 24 時間ケアにおいては、人口 1 万人を目安とした地区において介護スタッフと看護スタッフがチームを形成して働いていることが多い。自治体によっては、看護師チームを作って介護スタッフを横断的に支援しているシステムもある。

SSH、SSA、看護師の三者の基礎教育は共通しており、追加的な教育を受けることでステップアップできる統合的で一元的な資格制度である。

⑤ 個人ごとのサービス費用

自治体の判定員によるアセスメントでは、その結果は「毎日 3 回の食事づくり、毎日 5 回のトイレ介助、2 週に 1 回の買物、1 週に 1 回の掃除」などと具体的な形で示される。それぞれのサービスで行う行為内容は詳細に決められ、「品質基準（クオリティ・スタンダード）」として公開されている。また、各サービスには時間が決められているため（サービスカタログ）、その時間を合計すると、各利用者の週当たりサービス時間が集計される。

以上のように、必要なサービスの内容は具体的なメニューとして示され、その量は時間(分)で示される。けがや骨折などによる利用で、回復の見込みがある一時的な介護サービスは有料だが基本的に介護費用は無料であるので、サービスの量を費用として示す必要もないのである。あえて示すとすれば、各自治体で決められている時間当たり料金（身体介護・家事支援、日中・夜間・深夜）が参考になるかもしれない。

⑥ サービスの調整と専門職連携

提供サービスの調整に関する公式な規則はない。

しかしながら、在宅では、判定員が身体介護、家事支援、配食、リハビリ、デイケアなどの要否を判定して基本プランを立てている。利用者の変化に気づくのは、毎日訪問しているヘルパーであるため、ヘルパーからの情報をチーム内にいる SSA や訪問看護師が受け、その判断によって判定員の訪問を要請してサービス内容の変更を申し出る。医療的ケアについては、訪問看護師が家庭医に相談して指示をあおぐ。

訪問したファクセ市では、毎週 1 回訪問看護師、SSA、SSH が参加して開かれるカンファレンスに判定委員も同席しており、専門職種間連携を強めるための挑戦を行っていた。「在宅ケア委員会」の報告書でも連携の重要性が指摘されており、今後のデンマークにおける大きな課題になるであろう。

介護型住宅では、各入居者のケア調整を行うコンタクトパーソンが決められている。

2. 医療政策

デンマークにおいて医療サービスは、保健法に従ってレギオナ（広域保健圏域）の管轄下に置かれている。医療保険は存在せず租税で賄われており、一部の薬代と 18 歳以上の歯科医療費を除いて基本的に無料である。

(1) 在宅医療の目的・役割

全ての市民は家庭医（GP）に登録しており、在宅医療はこの GP（独立した一般開業医）が行う。全国に約 3,600 人の GP がおり、一人のドクターは約 1,600 人の登録患者を持つ。

GPは、患者が医療システムで最初にコンタクトする人であり、最初に診察・治療して、専門開業医への紹介、病院システムへつないでいく。その領域は、母子保健、健診、児童のワクチン接種、薬の処方など全般に及ぶ。登録患者の85%が1年に1回は外来で訪れ、病気の90%をGPのところで治す。病院での医療費を軽くするという意味で重要な役割を果たしている。

治療の種類や報酬については、レギオナが一般開業医と契約を結ぶ。すべての専門医、GPについて年間予算の上限が決まっており、それを超えると3,600人のGP全員で連帯責任をとって返済する。無駄な検査を抑制し、医療費の膨大化を防ぐための有効なシステムである。

(2) 在宅医療と介護サービスの連携

通常は、両者が連携して行われることは少ない。しかし、病院からの退院時、ターミナル期などには現場の訪問看護師から相談がありGPはそれに対して指示を出す。

(引用・参考文献)

仲村優一・一番ヶ瀬康子編(1999)『世界の社会福祉6：デンマーク・ノルウェー』旬報社

第4節 特定課題

1. 生活支援

(1) 生活支援の法的位置づけと介護サービスとの関係

デンマークにおいては、社会サービス法（83条）で規定される介護サービスは、身体介護（Personlig hjælp）と家事援助（Praktisk hjælp）で構成されている。よって、見守り・安否確認、ゴミ出し、通院の介添え、社会的交流などの支援（生活支援）は、こうした公的な介護サービスの補完として位置づけられ、自治体は活性化や予防目的の活動をボランティア組織へ委託できる事となっている。そして、こうした社会的支援活動に対して毎年予算をつけなければならない。

また、生活支援に関する活動は、デンマークにおいては主として高齢者の孤独・孤立を防止し、生活のし辛さを補うという意味合いを持っている。よって、政治課題のなかでも優先順位が高く位置づけられている。

公的な介護サービスの調整は、主として自治体の判定員が行うが、インフォーマルなサポートを入れ込むことはない。

(2) 内容

データリクエストの回答と、ボランティア組織「エルドラ・セイエン」（Aldre Sagen）ルーダスダル南支部への取材の結果より、その内容は大きく3つに分けることができる。

- ① 日常生活に関わる支援：家のメンテナンス、買い物、電話連絡 など
- ② 精神面での支援：友愛訪問「訪問の友」、「犬の友（犬を連れた訪問）」、
親族のいない末期患者の見守り
- ③ 社会交流に関するもの：社会活動、「男の部屋」（独居男性対象の閉じこもり予防）

(3) 提供主体

提供主体は、エルドラ・セイエン、デンマーク赤十字（とくに友愛訪問）など多く存在するが、組織的に大きくデンマーク全土において後半な活動を展開しているのがエルドラ・セイエンである。

2. 地域におけるインフォーマル資源

上記の生活支援などを中心として、地域におけるインフォーマル・サポートを提供する組織の中でも、全国にネットワークをもつ「エルドラ・セイエン」について述べていく。

(1) エルドラ・セイエンの概要（歴史、理念、組織）

エルドラ・セイエンは、20世紀初頭に「EGV（孤独な老人の組織）」としてスタートし、1984年にこの名前に変更された。

「高齢者の問題を各自の身近で解決するために、知識を与え、行動をともにし、高齢者の生活環境をよくする」という理念を掲げている。この趣旨に賛同すれば、18歳以上であれば会費（230クローナ）を納めて会員になることができる。人口560万人の国において、65万人の会員を擁するデンマーク最大の非営利民間組織である。

本部（コペンハーゲン市）には130人の有給職員を雇用しているが、全国には271支部があり、各支部では会員がボランティアとして活動を展開している。デンマークには98のコムーネ（市町村）があるが、平均的に各市に3支部が存在していることとなる。

(2) 活動内容と位置づけ

支部における活動はボランティア活動が中心であり、全組織として 14,000 人のボランティアが登録している。

内容は、友愛訪問、安心テレフォン（電話による安否確認）、認知症見守り（家族の外出時）、助けの手、食事仲間、映画や旅行の同行、学校友達（小学生と遊ぶ）、入院患者の見舞い、同行支援（家庭医、税務署へ同行して説明援助。守秘義務あり）など、ユニークで、在宅生活継続のために実質的な意味をもつものが多い。独居男性のネットワークを構築して、外に連れ出すことを目的とする「男の部屋」の試みなども始まっている。

さらに、デンマークでは 2015 年に向けて電子政府によるペーパーレス社会を目指しているため、高齢者もパソコンが使えるようにならなければならない。各支部では、ボランティアがインストラクターを務め、アクティビティ・ハウス等でパソコン教室が盛んに開かれていた。

社会サービス法において、市は活性化や予防目的の業務をボランティア組織に委託でき、それに対して予算を付けることが規定されている。しかしながら、これはあくまでも自治体業務の補完である。訪問先の Carsten 支部長は、「我々は自治体のために働くのではなく、自治体とともに働く」存在であることを強調していた。

興味深い例を示されたので、挙げてみたい。ルーダスダル市ではロボット掃除機を導入しており、そのゴミ袋の交換をエルドラ・セイエンに依頼したそうである。しかし、これは本来、自治体職員がなすべき業務である。よって、エルドラ・セイエンとしてははっきりと断った。

(3) 支部の状況（ルーダスダル市）

訪問したルーダスダル市南支部のエルドラ・セイエンでは、会員 4,700 名（高齢者は 15,000 人）に対して 136 名の登録ボランティアがいる。年間予算は 10 万クローナ（200 万円）であり、市より 31,500 クローナ（63 万円）の補助を受けている。

3. 介護予防政策

介護予防に関しては、保健法を根拠とする予防と、社会サービス法に拠る介護予防がある。

(1) 保健法を根拠とする自治体による予防

各自治体は保健法（Lov om Sundhed）によって、予防および健康増進を行う義務が課せられている。これらは、食事、喫煙、アルコール、運動に関するものである。これに対して、レジオナは慢性疾患を抱える人々を対象に自立促進を目的とした予防活動が義務付けられている。

(2) 介護予防

介護予防は、近年とくに力が注がれている領域である。

まず、社会サービス法によって、「介護サービスは、日常生活機能の維持を支援する形で提供する」ことが定められている。自治体においては、ここ数年、リハビリによって介護ニーズの増大を予防する取り組みが強化されている。具体的には、介護サービスを申請する人には、まず日常生活機能を向上させるためのリハビリプログラムが提供される。これらの点については、次項「近年の注目すべき動向」において詳述する。

また介護が必要となる手前での予防（一次予防）という観点からも、中央政府は 50 歳代から 60 歳代を対象として「予防&維持ストラテジー」によって、禁煙、適度なアルコール摂取、運動を掲げて、各市で積極的な取り組みが展開されている。

典型的なのが、ルーダスダル市（人口 55,000 人）である。この市では、「保健予防プロジェクト」と題して、「毎日のリハビリトレーニング」というキャンペーンを展開していた。この市では、7つのプライエ・センターと3つの活動センターがあるが、そこで体操やトレーニングを行っており、ADL 低下が気になる人や、腰痛に悩む人などが参加している。90 歳以上でトレーニングに取り組む人が増えたという成果を得ている。また、「緑の脈」という団体では、毎月曜日に 80 人の高齢者が外でトレーニングをしている。多くは 80 歳以上である。

また、1990 年代から始められている 75 歳以上高齢者を対象とした「予防訪問」は、その対象を 80 歳以上とし、グループアプローチを取り入れてはどうか、という議論が始まっている。

<コラム ファクセ市のチャレンジ>

「介護の前に、リハビリ」

ファクセ市は、人口 36,000 人の典型的な地方都市である。2007 年の行政改革で、旧 Fakse 市を中心に近隣の市町村が合併し、新しい Faxe 市が生まれた。地理的には、シェラン島（首都コペンハーゲンのある島）南東部の海岸沿いに位置する。首都へは電車で約 1 時間、車では約 40 分で行ける通勤圏の町でもある。

この市では、「第 5 節 近年の注目すべき動向」で紹介しているような、保健・介護領域における大規模な改革を 2010 年より進めていた。

そのきっかけは、高齢化の進展を背景として、「高齢者はどうしてこも入退院を繰り返すのか？この課題を克服しなければならない」という危機意識が高まったことにある。

入院に至る理由を分析し、訪問看護師や GP（家庭医）とミーティングを繰り返すうちに、糖尿病による傷の手当、膀胱炎や失禁による尿コントロール、肺炎の問題などが浮かび上がった。そして、GP の知識不足が原因ですぐに入院させてしまう事実、訪問看護師自身も専門知識と技量を高めなければ安易な入院を引き起こしてしまう現実が浮かび上がった。

そこで、糖尿病、失禁、認知症の各領域における追加教育に力を入れ、専門看護師を養成した。現在ファクセ市には 32 名の訪問看護師がいるが、専門看護師は各領域にそれぞれ 1~2 名いる。また、できるだけ入院をその手前で食い止めるためには地域に治療の場が必要だということで、保健センターには臨時ステイのベッドが 8 床設けられたのである。

在宅ケアの領域では、「介護の前にリハビリを」というモットーで、むくみ防止ストッキングの着脱も、できるだけ自分でするようにトレーニングをしている。身体機能の判断は OT・PT が行い、同じく OT・PT が利用者へのトレーニングの仕方をヘルパーや介護士に指導する。そして、実際のトレーニングは、毎日訪問しているヘルパーや介護士が行うのである。

できることは徹底してやってもらうための「介護の前に、リハビリ」の改革、つまり真の意味での自立支援の取組みは、現場職員の意識改革が成否の分け目となる。ファクセ市では、研修にも費用（100 万クローナ）と時間を注ぎ、この改革を成功裏に進めている。

職員の意識が変われば、利用者への説明も「今後は訪問できないので、自分でやってくださいね」ではなく、「自分でやってみませんか？」という新しい目標に向けての誘いかけとなる。結果として、利用者側でも「ストッキングの着脱には、もう来てくれないの？」ではなく、「じゃあ、自分でやってみるわ」「これまででは、ヘルパーが来るのをまっていたけれど、自分でできると好きな時間にできるわね」というような満足の声につながっているのだそうである。

こうした改革の指揮を執っているのが、保健介護部長である看護師の Tina Norking である。看護師としての情熱だけでなく、エビデンスに基づいた大胆な戦略構築や財政面での工夫など、卓越したアドミニストレーション能力も備えており、中間管理職から現場職員まで、多くのスタッフからの信頼を集めている。（松岡）

第5節 近年の注目すべき動向

直接現地に赴き、インタビューを行うことによって得られた情報より、注目すべき近年の動向についてまとめる。

デンマークにおいては、「予防、リハビリ重視」「臨時ステイベッドの創設」「在宅サービスの民間事業者入札」「合理化」「福祉テクノロジーの開発」が際立っていた。

1. 介護予防・リハビリ 「活動的な毎日」

(1) 予防とリハビリ

予防の視点は、近年ますます高まっており、プライエ・センターや活動センターを拠点としたヤング・オールド層のトレーニングに、ますます力を入れている。

また、後期高齢者を対象に 1990 年代から行っていた「予防訪問」についてはその対象を 80 歳に引き上げて、グループアプローチを効果的に活用するなどの工夫の必要が唱えられている。

(2) 在宅ケアにおけるリハビリ（在宅ケアの革新）

北欧諸国は、他のヨーロッパ諸国と比べて在宅 24 時間ケアがよく整備されている。そうした北欧の国デンマークにおいて、在宅ケアにも予防とリハビリの視点を入れて、高齢者の QOL を落とすことなく効率を上げていこうというのが、近年の動向である。その内容は、在宅ケア委員会（Hjemmeplejen Kommissionen）が 2013 年 9 月に出した「在宅ケア委員会報告書 2013 ～未来の在宅ケア～」にまとめられている（資料編 88 頁参照）。この報告書では「パラダイムシフト」という言葉が使われているところから、かなり大胆な革新の必要を感じている国の気迫が伺える。また、この報告書は、現在起こっている問題に鑑みて、各自治体ですでに取り組まれている実態をまとめたものであるため、説得力ある内容となっている。そして、ファクセ市においてはすでに実践しており、訪問することで有用な知見が得られた。以下、「報告書」に沿って記述する。

① 在宅ケアの前にリハビリ（2つのグループ）

報告書で最初に強調されているのは、リハビリすることで機能低下を防ぐことができる「改善グループ」と、状態が悪いために改善は望めないが現在の機能を維持していく「維持グループ」の二つに分けて、資源の有効活用を図るということである。

前者では、在宅ケアを提供する前にリハビリを行い、自立生活をできるだけ継続することが目的である。「各自が決めて目標を設定した上で、できる生活行為はどんどんやってもらおう」というものである。後者についても、複雑なニーズを適切にアセスメントして十分なケアを保障しつつ、最後までリハビリの視点を忘れないことが強調されている。

② 目標あるリハビリ

リハビリを行う際に重要なのは、生活に関連した目標設定でモチベーションを高めることである。「新聞を自分で取りにいきたい」「角の商店まで買い物にいきたい」など、生活に関連した具体的な目標設定があればモチベーションが高まり、専門職との継続的な対話を通じて、成果が得られやすい。

また、そうしたリハビリを進めていくためには、システム化されたプログラム、記録が重要であり、エビデンスに基づいた効果を蓄積して、専門職や自治体の枠を超えて共有化していくことが重要である。

③ リハビリ視点をもったヘルパー

リハビリはOT・PTのみが行うのではなく、日々の生活を支えるヘルパーこそが毎日の支援活動において持つべき視点である。そのためには、研修も必要であり、ファクセ市では全職員を対象とした研修を時間と予算をかけて行った。

④ 職員研修

報告書では、今後の在宅ケアの変化に対応する職員を養成するための研修についても言及している。

ファクセ市では、現場職員の意識改革、ヘルパーのリハビリ視点の養成などを含めて職員研修に、100万クローナ（約2000万円）の費用と1年の年月をかけていた。

⑤ 情報の共有と専門職連携

このような形で在宅ケアを進めていくためには、看護師、OT・PT、SSA、SSHなどの専門職が利用者の情報を共有して連携を図ることが重要である。とくに、日々刻々変化する状況を真っ先にキャッチするのはSSHである。SSHはSSAや看護師に、看護師はGPへと適切に情報を伝えて判断を仰ぎ、横断的な連携を深めていくことが重要である。

(3) 「手を後ろに回したケア」

デンマークにおいては、「手を後ろに回したケア」が目指されている。専門職は背中に手を回して見守り、安易に手助けをしない。そのことを通じて、徹底して自己資源を活用して本人の能力を引き出していこうというものである。調査訪問中も、「介護とは（できないことを）してあげるサービスではない」という表現を、複数の職員から聞いた。

これは、リハビリの理念でもある。ファクセ市では、引き締めストッキング着脱のためにこれまでは短時間の訪問もしていたが、自分でできる人には自分でやらせようやり方に変更した。「履かせてあげるテクニック」から「自分で履いてもらうためのテクニック」へと変容させる必要があったが、それも研修で克服した。

2. 臨時ステイベッド

ファクセ市（人口36,000人）では、2012年10月に、閉鎖されていた1970年代の病院を改築して保健センターをオープンした。リハビリ設備や看護クリニックはもとより、臨時滞在できるベッド8床を備えた保健センターである。

在宅ケアがよく整備されているデンマークにおいても、度重なる高齢者の入退院は、自治体の大きな負担となっていた。

そこで、保健センターにこれまでなかった「臨時ステイベッド」を設け、訪問看護によって、入院をその手前で食い止めることに挑戦しようとした。

入院するまでもないが、在宅ではリスクが高いという高齢者を対象として、早い時点で予防的にここに来てもらい、家庭医の指示の下に訪問看護師が24時間にわたって見守りと治療を提供する。認知症で膀胱炎を繰り返す高齢者などはここで食い止めることができる。また、退院したあとのリハビリをしっかりと行いたい、在宅の用意が整わないために病院での治療が終わっているにも関わらず自宅に帰れない、というニーズにも応える。

退院したけれども在宅復帰前にもう少しリハビリが必要である場合や、在宅からそのまま病院に送らなくても予測的な看護によって悪化手前で予防的に集中看護をすれば入院を防ぐことができる場合については、ファクセ市以外でも「臨時住宅」という名称の滞在場所を作っている自治体が目立つ。

3. 在宅サービスの民営化

デンマークでは介護サービスは税によって賄われており、24 時間ケアがスタートした 1980 年代初頭より、いわば公共のモノポリーであった。2003 年より「自由選択」が導入され、在宅ケアは公共、民間、個人から選べることとなった。今後の高齢化の進展に応えつつ、競争原理を取り入れて質の向上を目指すためであった。しかしながら、公共独占の時代が長く、高齢者は保守的であるところから、民間事業者によるサービス提供は全体の 15%~20% で停滞する時代が続いていた。また、公募は行うが、額面入札はせずに人員体制や業務の経験等によって委託事業者は決められていた。また業務の中心は家事支援であった。

こうした中で、コペンハーゲン市では 2014 年より「価格入札制」を開始することとした。コペンハーゲン市の民間事業所「ヒューマンケア」を訪ねた。詳細は次のとおりである。

コペンハーゲン市では 2014 年から市内（人口 56 万人）を 5 地区に分け、各地区で最安値を提示した事業者 2 社にサービス提供させることとした。加えて、提示された価格でのサービス提供ができる事業所があれば、もう 1 社増やして 3 社まで認めた。1 社は 2 地区まで担当することができる。

コペンハーゲン市では、2013 年現在 20 社が自由選択の下でサービス提供しているが、2014 年からは単純に見積もって会社の数は半分に減少するということである。事業は入札価格で 2 年間継続でき、さらに自治体からの提示価格で 1 年延長することができる。

「ヒューマンケア」の Sajid Latif 氏は、「公共のサービスでは、人が変わる、決まった時間に来ない等の不満が多く聞かれるが、我々は民間企業として人と人との暖かな交流を大事にしたケアを提供する」「これまでは全市を対象として、複数社が地理的に重複する形でサービスを提供していたが、今後は地区を限定して効率のよいサービス提供ができる点は良い」との評価であった。

「ヒューマンケア」では、これまでも家事支援のみでなく身体介護（業務全体の 60%）も提供してきた。独自の IT システムも構築している。現在、ある一定地域で 15 もの民間事業者が入り乱れていたものが、今後は 2 社に絞られて公的セクターと協働していくこととなる。

4. あらゆる側面での合理化

さまざまな場面で合理化が図られていた。

例えば、配食サービスであるが、以前は週 2 回の配達（3 日分と 4 日分に分けて）であったものが、週 1 回配達として 7 日分をまとめて運ぶ体制に変わっていた。

また、家事援助として提供されていた「買い物」であるが、スーパーの宅配を利用するシステムが浸透していた。目が見えにくい、ファックスの送り方がわからない高齢者には、ヘルパーが助け、あるヘルパーはステーションに持ち帰って発注を援助していた。

さらに、ボランティアの協力については、中央政府はもとより、複数の自治体において指摘された。実際の場面では、訪問の友ならぬ「訪問の犬」、「男の部屋」など、新しいものも出現していた。「訪問の犬」は犬を連れて精神的に弱っている高齢者を訪問するもので、タクシーに犬を乗せていったりする。人気上昇しているとのことであった。「男の部屋」とは、独居の男性は閉じこもりがちになるため、できるだけ自宅から外に出る機会を創るための集いの場である。

5. 福祉テクノロジー

福祉テクノロジーの導入は、先の在宅ケア委員会の報告書に挙げられているとおり、国家戦略の一つとなりつつあると言っても過言ではないほどにフォーカスされているテーマである。

その狙いは、高齢者の自立向上、介護の質の向上、スタッフの労働環境向上、仕事の効果的配分を目指すものである。

訪問調査では、器具の例を実際に見せてもらい、住宅についてはプレゼンテーションを受けた。

器具では、食事介助機械が挙げられる。卓上に置く小型のもので、皿に食べ物を入れスプーンをセットし、角度を調整すれば、スプーンが自動で動いて口まで運んでくれてスプーンを傾けて口に流し込む、というものである。しかし、角度調整が難しく、機能改善の必要を感じた。

ベッド面が90度回転して、座位から床に足をついてベッドからの起き上がりがしやすいものがあった。これは、本人の能力を活用しつつ、職員の負担を軽減するものであろう。見せてもらったのは、手動で回転するものであったが、全自動のものもあるらしい。

最近できた高齢者住宅（ルーダスダル市）は自動キーシステムで、キーをかざせば建物のドアがあき部外者が入れないシステムを採用していた。また、カーテンはリモコンで自動開閉できるなど、利便性を追求していた。

第6節 仮想3ケースによるケーススタディ

ファクセ市の判定員、コペンハーゲン市の民間介護事業所でインタビューを行った結果を以下にまとめる。ファクセ市からの情報は「F市」、コペンハーゲン市民間事業所からの情報は「C市」で示した。

1. 仮想ケース(1) Aさん(80歳、女性)

A夫人は80歳の自宅でのひとり暮らし(or 自立型高齢者住宅に単身で暮らしている)の女性である。夫は3年前に他界している。屋内での生活はおおむね自立しているが、歩行に不安定な時があり、それに伴う尿失禁が見られる。徒歩での長時間の移動が困難で、通院にはタクシーなどAさん以外が運転する車を利用しており、食品などの日用品の買い物への負担も高まっている。(Barthel Index: 65点)。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は2か月に1度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。

(1) 受けられるサービスの種類・内容・量の例

社会サービス法(83条、86条2項)に基づき、市の判定を受けてサービス提供される。

① 身体介護は、1日5回の訪問(F市)

- ・モーニングケア：起床介助、身体洗浄、トイレ介助(30分)、朝食準備・片づけ、皿洗い(18分)
- ・昼食準備(20分)
- ・トレイ介助
- ・夕食準備(20分)
- ・就寝介助(20分)

*C市では、「1日2回訪問でオムツ交換(1回15分~20分)」

② 掃除：2週間に1回

③ 買物：自治体が提携しているスーパーマーケットにカタログを見て電話注文すると、1週間に1回配達してくれる。電話できない場合は、ヘルパーが注文リストをもらい、ステーションからファックス送信/メールを送る(C市)

④ 食事はヘルパーに作ってもらえるが、配食サービスの依頼もできる。自分で温められない場合は、ヘルパーが電子レンジで温める(F市)

(2) 日常生活を支援するインフォーマルな資源(地域、家族)

エルドラ・セイエン、赤十字が行っている「訪問の友」の利用が考えられる。

(デンマークでは少ないが)家族と同居している息子の配偶者が介護している場合には自治体に雇われて職員となってケアをする。給料は、非専門職と同じ時給になる。「自由選択」で「個人」を選ぶケースに当たる(C市)。この場合でも、入浴介助等に専門知識や力を要する場合には、公的サービスを受ける事ができる。

(3) 予防的視点、自立支援視点からのアプローチ

市の判定委員がトレーニングの必要があると判定すれば、自治体のOTがヘルパーと一緒に訪問して、トレーニング計画を立てる。2ヶ月間続けて効果をチェックし、次に2ヶ月のトレーニング計画を立てて、Aさんの機能低下を防いでいく(C市)。

(4) 経済的側面

介護サービスは、利用者の経済状況に関わらず無料である。自己負担で追加的にサービスを購入する場合もあるが、コペンハーゲン市では多くなく、「ヒューマンケア」では売り上げの2.5%である（C市）。

2. 仮想ケース(2) Bさん（80歳・女性）

B夫人は80歳の自宅でのひとり暮らし（or自立型高齢者住宅に単身で暮らしている）の女性である。夫は3年前に他界している。身体的な自立度は比較的高いが、最近認知症の症状が見られるようになり、それに伴う日常生活に一部介助が必要となってきた。身だしなみが整えられない、トイレの場所等の見当識に問題が見られるのに加え、尿意などを感じにくくなって時おり尿失禁が見られる。また、最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった（Barthel Index：75点、MMSE：20点）。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は2か月に1度程度である。経済状態もその地域で標準的である。

(1) 受けられるサービスの種類・内容・量

軽度の認知症だが、一人で在宅生活が営めるだろう。軽度の認知症ということで、自治体の認知症コーディネーターが、まず自宅を訪問する。

徘徊して家に帰れないことが何度も起こるようなら、「彼女は一人で在宅生活ができない」という評価をすることがある。

① 身体介護は1日2回の訪問（F市）

- ・モーニングケア：起床介助、身体洗浄、トイレ介助、朝食準備・片づけ、皿洗い
- ・就寝ケア
- *失禁についてはオムツで対応する。食事は自立

② 掃除のサポート

③ 洗濯のサポート

④ 買物：買物のサポートは、週1回配達があるスーパーマーケットに電話で注文する。自分でできない場合は、ヘルパーが助ける

⑤ 食事：自分で調理できない場合は、配食サービスを入れた方がいい

(2) 日常生活を支援するインフォーマルな資源（地域、家族）

認知症に特化した地域サービスやボランティア活動はとくに存在していない。しかし、エルドラ・セイエン、デンマーク赤十字では、認知症のケアラー（主として配偶者）が買物にも外出できない場合など、外出中に認知症の人を見守る留守番サポートがある。

また、認知症の人が徘徊して出歩いていると、「何かウロウロしているな」と様子で通常は近くにいる人がわかる。その場合、自治体か警察に電話で連絡をする。デンマークでは全員が住基番号を持っており、子供のころから一生身につけてきたことなので、その番号を記憶している。住基番号によって、住所がわかる（C市）。

(3) 経済的側面、付加的サービスの購入

本人の経済状況に関わらず、デンマークでは介護サービスは全て無料である。公的サービスとして判定された以外のサービスを付加的に購入する場合は自己負担となる。

Bさん（認知症）の場合、家族が「散歩に連れて行ってほしい」と望むことが考えられる。その場合、「ひと月に数回」ということであれば高額になる。しかし、1日に何回も追加してほしいという場合は、各ヘルパーの計画時間に組み込まれた移動時間（9時から15時の日中帯勤務で3時間の移動時間が見込まれている）を当てることができるため、安い金額で提供することができる。請求書の送付は、利用者が認知症である場合は、家族に送っている（C市）。

3. 仮想ケース(3) Cさん（75歳・男性）

Cさんは75歳で自宅でのひとり暮らしの男性である。妻は2年前に他界している。

1年半前に脳梗塞を発症したことにより、右麻痺がある。自力歩行が困難であり、自宅では車椅子で生活をしているため、移動に関しては困難なことが多い。ただし、本人が入院中にリハビリに励んでいたこともあり、左手をうまく活用して、日常生活の中でも、整容の自立や食事の一部介助があれば自ら摂取することができる。（Barthel Index：40点）。子どもは遠方に住んでいる長女がいるが、仕事をしており、訪問は1か月に1度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。

(1) 受けられるサービスの種類・内容・量の例

さまざまな場面で介助が必要だが、在宅生活はできる人である（F市）。

身体介護は1日5回入れてみて、様子を見る。さらなるサービスの必要性や介護型住宅への入所の可能性も含めて、ショートステイで観察を行うこともある。

① 身体介護

- ・モーニングケア：起床介助、身体洗浄、トイレ介助、朝食準備・片づけ等
- ・昼食準備（20分）
- ・トイレ介助
- ・夕食準備（20分）
- ・就寝介助（20分）

② 食事：配食サービスを受けた方がいいかもしれない。しかし、スーパーマーケットで出来上がったものを購入することもできるので、選択できる

③ 補助器具、住宅改造：

補助器具や住宅改造の必要があるかもしれない。自治体のOTが自宅訪問して、本人と話しながら、必要性を見極める。とくに、病院から退院する時には状態変化が激しいため、以前住んでいた住宅では住みにくい環境となっている可能性が高い。自宅訪問はよく行われる

(2) 日常生活を支援するインフォーマルな資源（地域、家族）

在宅で生活する人の話し相手になる「訪問の友」などが、よく使われている。

（注）

1) 認知症コーディネーター

2000年前後に設けられた制度で、認知症について看護師、SSA、OTなどの専門職が追加教育（1年間）を受けて、各自治体での専門職の教育にあたり、一般市民の啓蒙と相談対応にあっている。

第3章 オランダにおける介護サービス

第1節 国の概要



(地図 3-1) オランダ。インタビューを行った地域：ライデン市 (Leiden)

1. 概要

オランダは、オランダ本土とアルバ、キュラソー、シントマールテンからなる自治自治領、そしてボネール島、シントユースタティウス島、サバ島からなる海外特別市によって構成される立憲君主国である。

1,680万人の国民（2013年4月）が、九州とほぼ同じ広さ（41,864平方メートル）の国土に住んでいる。

高齢化率は16.5%であり、65歳以上の単独世帯の割合は、36.1%となっている。

(表 3-1) 概況に係る蘭・日の主要指標

		時点	オランダ	日本
人口（百万人）		2012年	16.8	127.5
高齢化率（%）		2012年	16.5	24.1
65歳以上の単独世帯の割合（%）		2009年	36.1	16.0
出生時平均余命（年）	男	2011年	79.4	79.4
	女		83.1	85.9

(出典) OECD Stat.Extracts、厚生労働省「国民生活基礎調査」Eurostat「Active ageing and solidarity between generations 2012 edition」

議会システムは、第1院（上院）と第2院（下院）の二院制を採っており、主要政党としては、自由民主国民党と労働党と挙げることができる。

地方行政区は、上位の行政区として全国で12の州（Provinces）があり、その下位に基礎自治体（地方自治体）である415の「ヘメーnte」（Gemeente）が存在する（2012年現在）。なお、ヘメーnteの数は、再編により近年大幅に減少している。本研究で現地調査を行った「ライデン市」は、南ホラント州のヘメーnteの1つである（便宜上、「ライデン『市』」と表記する）。

オランダと日本との関係は深く、4世紀にわたる交流を持ち、経済関係も良好でありオランダ王室と日本の皇室との関係も緊密である。2000年の日蘭交流400周年、2008年の日蘭外交関係開設150周年、2009年の通商400周年においてさまざまな周年事業が実施されている。

オランダの国土が干拓によって拡張されてきたことはよく知られているが、同時に、国土の4分の1が海面より低く、水害の脅威との闘いを強いられてきた歴史がある。そのため、「ポルター」と呼ばれる干拓地を単位とするコミュニティに「水管理委員会」(Waterschap)を組織し、地域住民の協力の下に危機を回避しようとする仕組みが採られた。この水管理委員会において、当事者が討議を繰り返し、判断を下していく中で、階層を超えた協力関係や対話を重視するというコミュニティ文化が形成されたとの指摘がある。

2. 経済

経済面では、一人当たりの名目GDP(2012年)は、46,142USドル(日本は46,736USドル、IMFデータ)となっている。産業構造では石油精製、化学、電気、食品加工、天然ガスが主要産業分野となっている。世界有数の石油エネルギー企業であるロイヤル・ダッチ・シェルや電機メーカーのフィリップスは、日本でもよく知られている。かつては、天然資源の輸出に依存するあまり、国際競争力を低下させてしまう産業の停滞状況を指し、「オランダ病」と評されたこともある。最近の経済状況としては、経済成長率は、2009年第3四半期から堅調に推移していたが、欧州債務危機の影響により、2011年第3四半期以降、マイナス成長が続いている。一方で、国連の「世界幸福度報告書2013」(World Happiness Report 2013)によれば、デンマーク、ノルウェー、スイスに次ぐ第4位にランクインしている(日本は43位)。

なお、付加価値税の税率は、21%である。

3. 医療・介護制度

オランダの社会保障制度は比較的高い水準に達していると見ることができるが、その一方で財政的な問題も抱えている。介護制度もその例外ではなく、本研究においても制度を維持するために様々な改革が行われている状況を把握することができ、示唆に富むものであった。

医療や介護については、その財政方式として、税方式によるものと社会保険方式に大別されるが、オランダは、日本と同様に社会保険方式を採用している。その意味では、北欧(税方式)よりも日本に近いといえることができる。一般の医療費、医療補助費、入院費、歯科治療費の一部をカバーするものとして、「健康保険法(ZVW)」があり、その対象とならない長期療養等に対応する「特別医療費保険法(AWBZ)」がある。介護については、後者によってカバーされているが、専門的なケア以外の生活支援サービスについては、「社会支援法(WMO)」によって給付されている。よって、本研究の主な考察の対象は、AWBZとWMOである。

なお、オランダの2012年の社会支出の比率(対GDP)は24.0%(日本は22.4%、2010年)となっている。

(参考文献)

外務省 HP「オランダ王国 (Kingdom of the Netherlands)」
オランダ統計局 (Statistics Netherlands (CBS)) 「Demografische kerncijfers per gemeente 2012」
国際通貨基金 IMF World Economic Outlook Databases :April 2013 Edition
経済協力開発機構 OECD http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG
在京オランダ大使館 HP
紺野登 (2012) 『幸せな小国オランダの智慧』 PHP 研究所

第2節 高齢者の住まい政策

1. オランダにおける高齢者の住まい体系

オランダは、公営住宅（社会住宅）の整備率が36%とヨーロッパ諸国の中でも抜きん出て高い国である。アムステルダムでは14の非営利住宅協会が市内全ストックの55%を所有し、新築住宅の80%を占めているほどである。住宅政策はユニタリズムであり、公営住宅は低所得者等の住宅困窮者に限定された残余的な位置づけではなく、全ての国民に開かれた普遍的なものである。支払可能な家賃設定を行ない、家賃を支払えない層には家賃補助を支給してアフォードビリティ（家賃支払い可能性）を確保している。こうした住宅は非営利住宅協会が提供しており、高齢者向けの60平方メートル以上あるような台所、バス・トイレ完備の独立住宅も非営利住宅協会が公営住宅（社会住宅）として提供しているケースが多い。

高齢者施設（Verpleeghuis、Verzorgingshuis）についても、ヨーロッパで最も整備率の高い国であり、北欧を上回っている。

（表3-2）オランダにおける高齢者向けの住まい（2003年、カッコ内は65歳以上高齢者に占める割合）

分類	名称	数	小計
施設	ナーシングホーム Verpleeghuis (うち精神疾患対象のもの3万床)	6.8万床	18.7万床 (6.9%)
	ケア・ホーム Verzorgingshuis	11.9万床	
住宅	高齢者住宅	10万戸	10万戸 (3.7%)

（出典；CBS Statline）

2. 「施設から住宅へ」、その歴史

オランダは、施設に固定化された「住まい」機能と「ケア」機能を分離して、両機能を地域に展開していくことによって地域居住（エイジング・イン・プレイス）を推進しようとした数少ない国である。そしてその動きは、1983年の「住まいとケア革新プロジェクト」から始まっている（松岡、2011）。

このプロジェクトは、政府が補助金をつけて、莫大な費用がかかる施設に代わる「住まいとケア」のあり方を関係する組織に競わせたものである。そもそものきっかけは、ケアニーズが変わる度に住まいや施設を変わらなければならない事に対して高齢者からの不満が高まっていたこと、同時に高齢者が「（施設で保護されるよりも）自立して生きたい」と望んでいることが明確にされつつあったこと、などである。1984年には15しかなかったプロジェクトが1987年には150に増え、さまざまな挑戦がなされた。

このプロジェクトを通底する哲学は「高齢者の自立」であり、得られた大きな成果は、住まいとしての質と機能の顕著な向上であった。実際に施設の三部屋を一つの住宅に改造するなどの事例が現れた。現在では75平方メートルの自立型住宅もあり、生まれてから死ぬまでの長い人生、家族のライフスタイルに対応する「生涯住宅」というコンセプトで提供されているものもあるほどである。

またこの時、ケアについてはオン・サイト（建物内）で提供するの生活支援のみとして、介護・看護は地域の拠点から届ける「外在化ケア（Extramural care）」というものが始め

られた。「外在化ケア」は、施設を住宅へと置き換える際のキーワードであり、オランダ流の「住まいとケアの分離」と言えよう。

このプロジェクトでの成果は、1990年代初頭に政府内に結成された「高齢者介護の未来」研究会による報告書に反映され、その後の施設の削減と、地域における新しい住まいとケアの整備の指針となっていった。その際、民間活力の積極的な導入もなされた(松岡、2011)。

3. 高齢者住宅の実態

オランダのナーシングホーム(Verpleeghuis)は個室(20平方メートル前後)が基本であるが、二人部屋などが残っている施設もある。住まいとケアを一体的に提供する施設であり、CIZ(中央審査会)の審査を受けた者が入所でき、AWBZの包括報酬で賄われる(160ユーロ/日、2008年)。最近ではユニットケアが多く、10人前後でひとつのユニットを形成している。12人のユニットも見かける。

認知症高齢者のためにはグループホーム(Bofællesskab)もあり、施設の一類型である。オランダでは6人のユニットがケア・運営の両面からよいとされている。土地が少ない国であるので、市内の古い建物を改造して6人のユニットを3~4ユニット作っているケースが多い。

ケア・ホーム(Verzorgingshuis)は、簡易キッチンとバス・トイレ付の25平方メートルほどの住まいである。住まいとケアが一体的に提供されている点はナーシングホームと同様である。しかし、住人のADLは比較的高く「自立生活はできるが、一部介助が必要で、一般住宅に住むには不安」というニーズに対応する。近年では、介護ニーズもかなり高まっている。食事は基本的には、共用レストランで食べる。ナーシングホームに併設されているケースが多い。

古いものが多くて老朽化が進み、部屋も廊下も狭く、さらには「外在ケア」が主流となりつつあるオランダにおいては、中途半端な位置づけであると言わざるを得ない。

このような背景より、「住宅+外在ケア」というスキームの住宅へと建替えられているケースが増えている(次項参照)。

また訪問調査では、「ケアホームは介護の必要度5以上の人用となっていき、重度化対応でサービスの質をあげざるを得ない」「ケアホームの性格が変容し、ナーシングホームに近づいていくだろう」という発言が聞かれた。

自立型住宅については、非営利住宅協会によって公営住宅として建てられるものが目をひく。ロッテルダム市のヒューマニタスという非営利法人が運営する高齢者住宅は、「生涯住宅」というコンセプトの下、75平方メートルの広さがある。寝室は別室で、台所やバス・トイレは一般住宅のものと遜色がない。家賃は月500ユーロ(約8万円、1ユーロ=160円)であり、アフォーダブル(支払い可能)な金額が設定されている。こうした住宅には、地域に拠点がある在宅ケア(Thuszorg)が提供され、半数を大きく上回る住人が利用している。こうした住宅もまた施設に併設されることが多く、「寄りかかり住宅(Aanleun-woning)」と呼ばれる。立派なレストランが併設され、住人はもとより家族、地域の方々と賑わうことが多い。

4. 新しい流れ

オランダにおいても、老朽化したケアホームを住宅(多くが公営住宅)としてリプレースメント(置き換え)する方向にある。

新しい住宅の面積は約 55 平方メートルあり、住戸としての質が大きく向上している。寝室は別室で、台所は一般住宅の設備よりは簡易だが、いわゆるキチネットと言われる一口コンロの台所よりは大きく立派である。バス・トイレは広く 8~10 平方メートルの広さがあり、ドアは玄関と寝室の 2 ウェイタイプが多くなっている。台所が付いているので自室で食事することは可能であるが、自炊する人は少なく、ほとんどがレストランで食事をしている。

居住者が共同で使える多目的室があり、アクティビティも提供される。自治体の OT がやってきて、体操教室なども開かれる。こうした設備や活動は、地域住民に開放されている所もある。

家賃は月 500 ユーロほどであり、必要であれば家賃補助が支給される。

(参考文献)

松岡洋子 (2011) 『エイジング・イン・プレイスと高齢者住宅』新評論

第3節 介護政策・医療政策

1. 介護政策

(1) 法的根拠

オランダにおいて介護サービスは、「特別医療費保険法（Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten:AWBZ）」の下、保険料、国庫負担およびサービス利用の際の自己負担で賄われている。

AWBZは1年以上の医療や介護を必要とする人々を過度の費用負担から保護するための保険であり、勤労者または何らかの社会給付を受けている人は加入義務（軍人と宗教的理由等による保険加入拒否者を除く）がある。AWBZは1967年に導入されて以来改定を重ねてきたが、基本方針に変更はなく、基本的なケアニーズを自分で満たすことができない人々へケアを提供するために制定されている。

なお、家事援助、移送、社会的交流などの生活支援は、2007年に導入された社会支援法(Wet Maatschappelijk Ondersteuning: WMO)に基づいて実施されている。地方自治体のオフィスの方が地理的に利用者に近く、支援やツールをより効率的に支給できると見込まれている。そのため、WMOは基本的に「枠組法（Framework legislation）」であり、各地方自治体はそれぞれの方法でこの法を実践することが可能である。

これらはオランダ住民すべてが利用可能であり、受給しているのは65歳以上の人に限らない。ハンディキャップのある人や、知的または身体障害を持って生まれてきた人も利用者である。

(2) アセスメントと介護サービスの対象者

AWBZのサービスの提供の要否、内容・量についての決定は、ニーズアセスメントセンター（Centraal Indicatieorgaan Zorg: CIZ）が行っている。そのため、AWBZの受給資格を得たい人はすべてCIZのアセスメントを受ける必要がある。CIZは申請者の疾病、障がい、意思疎通、日常生活上の問題といった身体状況のアセスメントだけではなく、住環境、社会活動、学習、家族や友人・隣人等からのインフォーマルなケアを受けられる可能性、公的・一般サービスの利用可能性などの項目について、全国共通の基準に基づいて評価している。CIZは判断基準に基づいて、申請者に必要な機能（詳細は次項）を判断し、それぞれの機能について必要なサービス量を計算する。この決定内容は最寄りの地域ケア・オフィス（Care Office）に転送される。

また、WMOのサービス給付を決定するにあたっては、地方委員会が利用者の状態のアセスメントを行うこととされている。アセスメントの実務的な部分をCIZ等に外注する地方自治体も少なくない。

(3) 介護サービスの内容、提供方法

① 介護サービスについて

AWBZにより給付されるサービス内容としては、サービスを「機能（Function）」ごとに定義し、サービスの必要時間を示した段階別のカテゴリーが設けられている。「機能」による定義とは、カバーされているサービスについて、具体的なサービス名を明記するのではなく、その役割、機能を表記することにより、その機能を発揮できるより広いサービスを対象とするという考え方に則っている。

AWBZ の給付には主に以下の内容がある。最初の 4 項目（介護、看護、カウンセリング、治療）は、利用者の自宅でも、利用者が入居している病院以外の施設でも受けることが可能である。施設サービスの種類としては、ケアホームとナーシングホームがあるが、在宅重視の政策のもと、施設で生活する高齢者の数は急減している。

(表 3-3) AWBZ の主な給付内容

<ul style="list-style-type: none"> ・介護 (Personal care) : シャワー浴、衣服着脱、髭剃り、トイレ介護等 ・看護 (Nursing care) : 傷口の手当、注射、セルフケアの指導等 ・カウンセリング (Counselling) : 書類の書き方等、日常生活の助言 ・治療 (Treatment) : 疾病や怪我からの回復支援 (例: 脳卒中後の歩行訓練) スキルや行動の改善 (例: パニック発作への対応訓練) ・ケアホームまたはナーシングホームへの長期入所 ・ある施設への短期入所 (最長で1週間に3日間) ・ホスピス入所

また、CIZ から認定を受けた利用者は、現物給付のかわりにケア・オフィスから個人予算 (Persoons Gebonden Budget, PGB) を受け取ることができる。PGB か現物給付かを選べるのは利用者本人のみである。現物給付と PGB を組み合わせることも可能である。利用者が受け取ることができる金額は、認定レベル毎に基準が定められている (必要とされるケアの内容と時間数)。具体的な量は、表 3-4 を参照されたい。たとえばレベル 3 という認定を受けた人は、週に 4 時間～6.9 時間の介護の受給資格がある。

(表 3-4) AWBZ 認定レベル別基準

介護 (Personal care)			看護 (Nursing care)			カウンセリング (Counselling)		
レベル	時間/週	PGB/年(€)	レベル	時間/週	PGB/年(€)	レベル	時間/週	PGB/年(€)
1	0 - 1.9	1,483	0	0 - 0.9	1,279	1	0 - 1.9	1,967
2	2 - 3.9	4,450	1	1 - 1.9	3,819	2	2 - 3.9	5,903
3	4 - 6.9	8,155	2	2 - 3.9	7,633	3	4 - 6.9	10,823
4	7 - 9.9	12,606	3	4 - 6.9	13,992	4	7 - 9.9	16,726
5	10 - 12.9	17,054	4	7 - 9.9	21,628	5	10 - 12.9	22,630
6	13 - 15.9	21,504	5	10 - 12.9	29,258	6	13 - 15.9	28,534
7	16 - 19.9	26,693	6	13 - 15.9	36,892	7	16 - 19.9	35,420
8	20 - 24.9	33,366	7	16 - 19.9	45,798	8	20 - 24.9	44,276

短期入所: 24 時間ごとに€ 101

出典: www.pgb.nl 2012

WMO の給付には主に以下の内容がある。WMO からの支援助給資格がある人は、AWBZ と同様、現物給付のかわりに PGB を受け取ることが可能である。

(表 3-5) WMO の主な給付内容

<ul style="list-style-type: none"> ・家事支援 (例: 掃除) ・住宅改修 (例: 階段のリフト、特殊トイレ) ・公共交通機関を利用できない人向けの地域内輸送 (タクシー、タクシー代補償、又はスクーター) ・ボランティアやインフォーマル介護者へのサポート ・車いす ・食料雑貨や (温かい) 食事の配達 ・公民館や社交クラブなど地域での取り組み支援
--

② 通所で利用するサービス

通所施設として、デイサービスやショートステイ等がある。地域に通える場所を設けることで在宅生活を長く続けられるようにし、本人のできることを奪わずに支える取り組みが進められている。サービスプロバイダーへのインタビューもデイケアセンターや認知症通所センター (Meeting Center Dementia, OCD) でのアクティビティの必要性について述べられ

ている。また、地域には精神保健センター（Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, RIAGG）が設立されており、そこでは精神科医やソーシャルワーカーなどの専門家が、高齢者の認知症の問題等への対応をはかっている。

③ 介護サービスの提供主体

AWBZ 圏域において最も大きなシェアを持つ保険会社がケア・オフィスとしての役割を担っている。ケア・オフィスはその地域の長期療養・介護サービスプロバイダーと毎年契約内容について交渉する。契約は、その地域のサービスプロバイダーが実施する長期療養・介護サービスの種類、規模、価格、質を記載したものである。

WMO のサービスは営利団体やその他の組織への委託が可能である。自治体はサービスを効率よく提供するため、在宅ケアプロバイダー、タクシー会社、ボランティア、その他組織と契約している。

④ 介護と看護の区分

1997 年より介護職と看護職との資格制度が一元化され、介護職から看護職へと移行できる段階別の資格制度が導入された。レベル1、2、3のケアスタッフは公式には看護師ではなく、ホームケアスタッフのカテゴリーに該当する。レベル4と5が看護師に該当し、ともに修士号を取得後に専門看護師（Nursing specialist）となることができる。

主な業務範囲としては、レベル1の研修を受けたスタッフは、利用者宅、ケアホーム、ナーシングホームで食事の準備や他の家事支援を行うことができる。レベル2のスタッフはベッドへ/からの移動や衣服着脱、シャワー浴、入浴等、身体介護も提供することができる。レベル3のスタッフはスケジュール作成、個別化された家事及び介護計画の作成、報告作成をすることができる。レベル4の看護師は、看護計画の策定や身体及び心理社会的看護を提供することができる。レベル5の看護師は上級看護実践の修士号を取得後、ナース・プラクティショナー（Nurse practitioner, NP）になることもできる。NPは外来診察所で診断や薬を処方することができる。NPは多くの場合、一般医のそばで働いており、主に慢性疾患の人を対象としている。

⑤ 個人ごとのサービス費用

先に示したとおり、AWBZの利用者が受け取れるケア内容と時間（PGBの場合は金額）は、認定レベル毎に基準が定められている。PGBの場合、利用者は直接自分の銀行口座に支給金額（PGB総額から自己負担分を差し引いた金額）を振り込まれる。この資金で専門的な支援者を雇うこともできるし、あるいはケアやサービスを提供してくれる近隣の人に支払うこともできる。

また、保険料は所得に応じた拠出となっており、65 歳以上の高齢者にも年金とその他の収入に応じた拠出が課される。在宅サービスの利用時には自己負担が課されるが、その額は、利用者の年齢、収入、世帯構成にもとづいて算出される利用額または、基礎額と利用時間から算出される利用額のいずれかを負担するしくみになっている。なお、WMO受給資格基準及び利用者自己負担額の設定は自治体によって異なる。

⑥ サービスの調整と専門職連携

提供サービスの調整に関する公式な規則はない。連携についてはデータリクエストの回答でも指摘されているが、AWBZ と WMO で活動する機関の間における利用者レベルの情報共有は十分行われていない。複数のケアや支援を必要としている利用者は多くの場合、自らの身体状況や個人的状況について、さまざまな機関へ同じ話を伝えなければならない。また、利用者がある自治体から他の自治体へ引っ越した場合、WMO の支援要請や、認定実施及び

支援サービスの手配などのプロセスをやり直すことが必要となる。今後、WMO と AWBZ 双方での共通基盤を構築することがより求められている。

2. 医療政策

医療サービスは、2006年に施行された健康保険法（Zorgverzekeringswet : ZVW）に基づき提供されている。全ての市民は医療保険への加入義務（軍人と宗教的理由等による保険加入拒否者を除く）があり、自ら選択した民間保険業者と契約を締結しなければならない。また、民間保険業者は「半自由市場制度（Semi-free market system）」のもと、医師や医療機関とサービスの価格と質について交渉し、契約するといった管理的競争が行われている。

医療の供給システムとしては、地域で開業している一般医（General Practitioner, GP）を世帯ごとに選択し、登録することが義務付けられている。そのため、基本的には患者はまず自分が登録している GP で受診することとなっており、救急医療などを除いて GP の紹介状なしに基本的には病院及びそこで働く専門医を受診することはできない。

(1) 在宅医療の目的・役割

プライマリー・ケアの担い手は GP であり、GP は「ゲートキーパー」として、在宅医療の推進に大きな役割を担っている。1人の GP は平均 2300 人の登録者を担当しており、ほぼ全ての人が 15 分以内にかかることにできる場所で開業している GP に登録している。GP は、登録された世帯の構成員の病歴や治療歴、また現在の健康状況などを把握している。往診等を通じて、利用者や利用者をとりまく家族の状況を観察し、適切な治療を提供するのに世帯単位の登録が役立っている。

(2) 在宅医療と介護サービスの連携

GP は地域住民に最も密着したプライマリー・ケアの担い手として重視されており、以前の単独の診療から、近年は複数の GP が協働したり、他の医療専門職（訪問看護師、理学療法士、助産士、薬剤師）、ホームヘルパーやソーシャルワーカー等との連携をはかる等のグループ診療が増加している³⁾。

(参考文献)

- 1) キャンサーキャン 2013 諸外国における訪問看護制度等についての調査研究事業報告書
- 2) 大森正博.近年のオランダの医療・介護保険制度について 50-68 オランダ医療保障制度に関する研究会編. 2012 オランダ医療関連データ集【2011年版】.医療経済研究機構
- 3) 廣瀬真理子. オランダの高齢者福祉政策 34-47 オランダ医療保障制度に関する研究会編. 2012 オランダ医療関連データ集【2011年版】.医療経済研究機構

福祉未来研究所 2011 医療・介護において共有すべき情報に関する研究

福祉未来研究所 2012 医療・介護連携において共有すべき情報に関する研究

第4節 特定課題

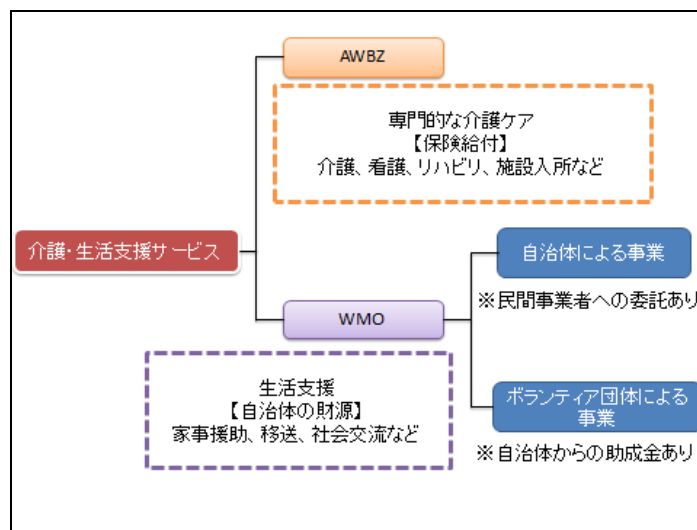
1. 生活支援

(1) 生活支援の法的位置づけと介護サービスとの関係

オランダにおいては、家事援助、移送、社会的交流などの生活支援は、社会支援法 (WMO) に基づいて実施されており、介護や看護、リハビリ、施設入所などの専門的な介護ケアは特別医療費保障制度 (AWBZ) に基づいて給付される。従来、AWBZ で給付されてきた生活支援が WMO に移管されており、具体的には、WMO の制定により、AWBZ から給付されていた家事援助 (Domiciliary care) を地方自治体の責任で行うこととしたほか、最近では、2013年1月1日より、同じく従来、AWBZ から給付されていた施設外でのカウンセリングが WMO に移管されている。高齢化に伴い介護サービスの受給者が増加し、AWBZ の支出が増加の一途をたどったことが改革の背景にある。こうした経緯を踏まえると、WMO に基づく生活支援は、AWBZ で給付される公的な介護サービスを補完するというよりも、むしろ、代替するものとして位置づけられる。

なお、AWBZ 及び WMO の対象者は、65 歳以上の者に限られず、若年障害者も含まれることに留意する必要がある。

WMO に基づく生活支援は、地方自治体の財源（ただし、日本の地方交付税に類似した国からの交付金がある。）によって賄われ、事業は地方自治体を実施するものとボランティア団体が地方自治体からの助成金の交付を受けて実施するものに大別される。



(図 3-1) オランダにおける介護・生活支援サービスの体系イメージ

(2) 内容

WMO は、基本的に「枠組法 (Framework legislation)」であり、実際の生活支援をどのように実施するかは、各地方自治体で判断、実施することとなっている。よって、WMO のサービスの受給資格や利用時の自己負担についても、各地方自治体によって異なっている。

データリクエストの回答と、ボランティア組織「Radius」への取材の結果より、その内容は大きく3つに分けることができる。

① 日常生活に関わる支援

日常生活で必要になる身の回りのさまざまなニーズへの支援である。具体的には、家事援助、配食サービス、移送サービスなどが挙げられる。このほかに、住宅改修や家屋の設備に対する簡易な修繕も行われている。

② 精神面での支援

精神的に孤立することを防止するための支援である。これは、うつ病などの精神疾患を予防するという目的も含んでいる。具体的には、電話による話し相手が挙げられるが、ボランティアスタッフと利用者間だけでなく、ボランティアスタッフを起点・終点として、利用者の中で電話を回す方法も採られている。これは安否確認にもなっている。

③ 社会交流に関するもの

高齢者同士や地域住民との交流などを図り、活動的な生活を送るための支援である。具体的には、趣味のサークル活動やイベントの実施である。外出し、多くの人と交流するという意味では、②の事業とも密接な関連を有する事業領域と言える。

関係者へのインタビューで気付いたことであるが、「生活支援として何が必要か」という議論をする場合、日本とオランダでは、重点の置き方に違いがある。日本では、上記①の事業領域のように「可視的」かつ「物理的」なニーズに目が向きがちであるが、オランダの場合、上記②及び③の事業領域が重視される傾向にある。これは、独居高齢者の比率が日本よりも高いという事情が背景にあるものと考えられる。

(3) 提供主体

既述のとおり、WMOに基づく生活支援の提供主体としては、1つには、地方自治体又はその業務を代行する民間事業者があり、もう1つは、地方自治体から助成を受けて生活支援を提供するボランティア団体がある。以下は、視察に訪れたライデン市を例に述べていきたい。

ライデン市とボランティア団体が提供する生活支援では、相互に重複するサービスもあるが、例えば、移動支援について、ライデン市は個人での外出に焦点を当てているのに対し、ボランティア団体は、集団で外出することを重点的に支援しているなど、アプローチの違いがあるようであった。

ライデン市の場合、市から生活支援（家事援助）を委託する業者を選定する際、入札を行っている。家事援助がAWBZからWMOに移管された際、家事援助に支出できる予算額を大幅に削減する必要があったため、事業者には、より低い対価でサービスを提供してもらう必要が生じたことが背景にある。入札時には、一定の水準が確保されるように条件を提示しているが、結果的に、実際の業務に当たるヘルパーの質が下がったようである。かつては、ヘルパーとして業務を行うには、一定の資格が求められていたが、現在では、一定の「資質」（コミュニケーション能力や利用者の体調変化に気付けるなど）を求めるとどまっている。

一方のボランティア団体としては、視察に訪れた「Radius」がある。この団体は、ライデン市と近隣の市において事業を展開しており、70人の専門的なスタッフ、700人のボランティアが7,000人の利用者に対して様々な生活支援を実施している。この団体の活動については、次項で紹介することとする。

2. 地域におけるインフォーマル資源

(1) 活動の概況

オランダにおいて、ボランティア活動は活発に行われており、これが政策実施に当たって、手法の選択肢を広げているといえる。既述のとおり、ボランティア団体は、WMOの生活支援の一翼を担っており、その事業は、AWBZで給付される公的な介護サービスを補

完するだけでなく、むしろ代替するものとして位置づけられる。元々、ボランティア活動を活発に行ってきた歴史はあるが、WMOの制定により、従来よりも少ない予算で事業を実施する必要に迫られた中で、ボランティア団体の活用もさまざまな方策の1つとすることができる。また、詳しくは後述するが、AWBZの施設入所の対象者を従来よりも制限し、在宅介護へ大きくシフトしようという動きもある。そうなれば、在宅での生活支援を担うWMOの負担はより重いものとなる。

このような方向性については、国レベルの意思決定だけでなく、地方自治体レベルでも徹底した討議が行われたことに留意する必要がある。2013年7月に、オランダの人口10万人以上の32地方自治体が集まり、国の方針に基づいて支援が可能かについて討議が行われている。ここではアムステルダム大学のImrat Verhoven教授が、市民が考え方を变える必要があると説明を行った。その内容は、第2次大戦後国民皆で福祉制度を整えてきたことを振り返ると、国が一人ひとり思いやるという仕組みを崩そうとしていることに怒りをおぼえる人も多いだろうが、今後はもっとボランティアを活用し、家族の参加を促進し、国の介入を少なくしていかなければならないなどといったものであった。

WMOの負担が重くなることは、その財源を負担し、実施責任を負う各地方自治体にとっては、歓迎すべき事態ではないとも思われるが、この会合では、最終的に各地方自治体が改革を成功に導くよう取り組んでいくという決意表明が行われている。

視察における関係者へのインタビューでも、AWBZの縮小、WMO、ボランティア団体の負担の増加については、諸手を挙げて賛成という雰囲気ではないものの、今までが恵まれ過ぎていた、財政が厳しいのであれば自分たちにできることをするしかない、地域のつながりを回復する契機になるのではないかなどといった意見も聞かれた。インタビューの対象者は、比較的高い意識を持っていると想定されるため、一般的な国民感情を推察するには、割り引いて聴く必要もあるだろうが、少なくとも、現実を受け入れざるを得ない中で、できるだけ合理的な選択を模索する姿勢を感じることができた。

なお、最近の傾向として、個々のプロジェクト単位でボランティアを募って活動するという形態も採られてきており、このようなスタイルの場合、必ずしも定期的な活動に参加できないという者も活動に参加できる機会が増えることになる。生活支援のうち、継続的な活動が必要とされるものには不向きかもしれないが、社会交流事業でイベントを実施するという場合には、このような形態もありうるのではないだろうか。

(2) 活動内容と位置づけ

既述のとおり、ボランティア団体は、地方自治体からの助成を受けて、WMOに基づく事業を実施している。ここで、ボランティア団体の代表的な例として、視察先でもあった「Radius」について詳しく見てみたい。「Radius」では、大きくわけて以下の4つの活動部門がある。

① ソーシャルワーク部門

高度な教育を受けている専門的なスタッフによって構成されている。スタッフは、実際に利用者の自宅に行き生活面の必要なサポートをしたり、社会的・心理的なサポートをしたりする。団体の中では、最も重要な部門として位置付けられている。

② 社会交流事業部門

自宅にひきこもらず、外出し、社会の一員となって活動してもらうように支援する部門である。市内に8つのセンターがあり、このセンターで様々なイベントや活動の企画、運営を

行っている。具体的な活動の例としては、映画鑑賞会、食事会などの交流活動のほか、税金など利用者自身が関係する制度の改正、交通機関の運行スケジュールの改正その他生活に関する各種の情報を利用者に提供することも行っている。

③ 移送・配食等サービス部門

この部門は、幅広い活動を行っている。1つには、公共交通機関の利用ができない者に対し、バスや小型車両により、自宅と②のセンター間、買い物、通院の移送サービスを行うものである。こうした移送のほか、週に一度、1週間分の調理済みの食事を配送し、冷蔵庫に入れる配食サービスも行っている。

さらに、緊急通報システムへの加入促進も行っている。利用者は、通報ボタン付きのネックレスをかけており、ボタンを押すとアラームが鳴り、外部のアラミング組織に通報される。アラミング組織は、通報者の鍵を預かっている人（ボランティア、近くの子や隣人で、だいたい3~4人いる）に電話連絡し、助けに行ってもらおうというシステムであり、アラミング組織は24時間体制を取っている。

このほかにも、水道の蛇口の水漏れや庭仕事などの身の回りの修繕、管理行為も行っている。

④ 重度障害者向けデイサービス

①~③は、ライデン市からの助成を受けて実施している事業部門であるが、重度障害者向けのデイサービスを実施しており、これは国からの支出（AWBZ）で賄われている。

「Radius」へのインタビューで印象的だったのは、生活支援コストの低さである。例えば、施設入所の場合、1人につき1日に250ユーロかかるが、この金額があれば、「Radius」は1人に対して1年分の生活支援が実施できるとのことであった。これは、多くの活動がボランティアによって支えられていることによるものと考えられる。団体の支出は、組織の運営費、専門的スタッフの賃金、センターの家賃、所有しているバスの維持経費である。一方、収入としては、年間に必要となる経費400万ユーロのうち、100万ユーロが利用者の負担、200万ユーロがサービスを提供しているエリアを管轄する地方自治体からの助成金、残りがAWBZの事業費や民間保険会社からの支払い、社会貢献活動を支援している団体からの寄附金である。

(3) 活動の担い手

実際に「Radius」のボランティアにも話を伺うことができた、定年退職した後、地域に貢献したいという思いで活動に参加している者が多かった。また、ボランティア活動に充てる時間もそれほど長時間ではなく、常勤換算（1日8時間従事すると仮定する）で、計2日~3日というボランティアも多かった。その意味で、「ボランティア・ホリック」ではなく、無理のない範囲で活動しているという実態が垣間見えた。

印象的だったのは、サービス受給者としてインタビューした2人の女性（1人は電動車いすを使用、もう1人は視覚障害者）が、介護や生活支援のサービスを利用しながら、自分たちのできる範囲でボランティア活動にも参加していたことである。2人からは、インタビューの中で、「人のために行動することは、非常に大きな満足感を与えてくれる。その喜びを体験すればやめられなくなると思うので、急がないで時間をとって自分のテンポで活動することをアドバイスしたい。そうすると満足度が大きいのでずっと続けたいと思うだろう」というメッセージをいただいた。「互助」とは一方通行の行為ではなく、あくまで双方向の協調的行為であることを改めて実感することとなった。

3. 介護予防政策

国の公衆衛生法では、高齢者の介護予防に関する規定はあるものの、地方自治体がその責任を担う必要があるという簡素な内容であり、具体的な実施内容は各地方自体に委ねられている。日本ほど体系化されてはいないようであるが、個々の取組としては以下のようなものがある。

(1) 転倒予防プログラム

介護事業所や施設が転倒予防プログラムを提供することがあり、また、地域の保健所あるいは保健師が講座を開くこともある。この事業に対しては、多くの場合、地方自治体が費用を負担しており、通常は利用者の自己負担はない。転倒予防プログラムは費用対効果が高く、オランダで重要性が増している。

(2) うつの予防・発見

転倒予防プログラムと並んで普及しているのが、うつの予防または高齢者を対象としたうつの兆候を早期に発見する研修である。これらのプログラムは、うつの治療を専門としている機関がウェブサイトを通じて情報を提供し、これに電話相談を組み合わせた、地域住民に対するグループ研修という形で行われている。ウェブサイトおよび電話相談は、中央政府が費用を負担することが多く、グループ研修に対しては、地域の保健所、地方自治体などが研修費用を負担する。

(3) 啓発活動

地域の住宅や福祉関係の機関において、健康的な食事や運動の継続などに関する講義が行われている。これらの活動には、地方自治体が補助金を支出している。

(4) 社会交流事業・話し相手

高齢者の孤立防止や活動的な生活の維持が主目的とされているが、介護予防の効果も期待されている。日本においても社会交流事業は、介護予防（引きこもり防止）として捉えているのと共通する面がある。また、話し相手も孤立防止が主目的であるが、例えば、配偶者を亡くした高齢者の下に、同じ経験を持つボランティアを派遣して話し相手をするという活動は、一種のピアカウンセリングとしての効果もある。

「Radius」のインタビューでは、自分が家の中から出て他の人を助けるというボランティア活動は、精神的な満足感をもたらし、また、外出している時間が増え、多くの人と交流できると言う意味で、介護予防になっているという話もあった。

(1)から(3)は、直接的に介護予防を意図して行われている事業であるが、(4)は、副次的に介護予防効果が期待できる事業ということになる。

第5節 近年の注目すべき動向

オランダのライデン市に赴き、市の担当職員、ボランティア活動団体（Radius）インタビューを行うことによって得られた情報より、注目すべき近年の動向についてまとめる。既述のとおり、オランダは社会保険（AWBZ）を主体とした介護サービスに税方式（WMO）による支援をミックスした手法を取り入れている点で、昨今の日本における介護制度の見直しについて重要なヒントになるものと考えられる。これまでの内容と重複する部分もあるが、代表的な動向を見てみることにする。

1. AWBZ の給付範囲の見直し

既述のとおり、オランダでは、財政的な問題から AWBZ の給付が WMO に移管されてきた経緯がある。保険給付とその他の事業の再整理という捉え方もできるだろう。専門的ケアは AWBZ、その他の生活支援は WMO というのが概ねの整理だと考えられるが、このほかにも、健康保険法（ZVW）との関係でも AWBZ の給付範囲の見直しが行われている。具体的には、現在、AWBZ から給付されている在宅での看護や介護について、2015 年からは ZVW の給付に切り替えるというものである。

つまり、AWBZ の給付のうち、生活支援は WMO へ、在宅の看護及び介護は ZVW へと移管又は移管予定ということになる。そうすると、AWBZ の給付範囲としては、施設での介護に特化していくものと考えられる。現地でのインタビューで「AWBZ は無くなってしまわないか」というかなり極端な質問もぶつけてみたが、AWBZ は、必要なもののみを対象として最小化していくのではないか、施設でのケアは AWBZ で対応する必要があるので、無くなりほしくないだろうといった意見が聞かれた。少なくとも、AWBZ の給付範囲の縮小が既定路線であることは間違いないようである。

翻って、日本の介護保険の場合、給付や事業メニューは、改正によってたびたび追加され、全体としては拡大方向にある（もっとも、医療との役割分担の関係から、介護療養型医療施設は廃止の方向である。）。「何をやるべきか（継続すべきか）」という議論と「その財源をどこから出すべきか」という議論を一度整理する必要があるのではないだろうか。例えば、地域支援事業の中では、権利擁護として、成年後見制度の利用支援、高齢者虐待への防止等の事業が必須化されている。このような事業は、もちろん、広い意味で「高齢者福祉」として取り組むべき事業である。ただし、だからといって、その財源を介護保険から支出すべきかどうかは、別の次元の問題である。「高齢者福祉保険」の様相を呈している日本の介護保険についても、その在り方を再整理する必要があるのではないか。

また、「誰」がやるべきかという視点もある。専門的なトレーニングを受けたケアのスタッフが、家事援助などの特別な専門性を要求されない業務に従事すべきなのかという問題である。これは、財源をどこにどの程度求めるかという問題とも関連してくる。オランダでは、特別な専門性を要求されない生活支援については、ボランティアの積極的な活用が図られており、それは、コストを抑制することにもつながっている。ただし、ボランティアはあくまで自発的な活動であり、地域の互助も報酬ではなく信頼や協調性によって成り立っているものであり、決して「強制する」ものではなく、「醸成する」ものであることには十分注意する必要がある。

2. 多世代の共生と互助

オランダにおいても、できるだけ住み慣れた地域で生活を継続したいという思いは、日本と同じようである。そうした中で、多世代の共生と互助の新しい取組が進められている。

例えば、

- ・高齢者が学生に無償で部屋を貸し、代わりに学生は、高齢者のために、買い物や調理、掃除を行い、夕食を共にする。
- ・高齢者がビジネスマンのアイロンがけを行い、そのお礼として、ビジネスマンは高齢者の税金関連書類や帳簿の作成を手伝う。
- ・近所で多めに食事を作った人から自家製料理を購入できる。

など、地域の多世代にわたる互助の促進が図られているのである。

こうした取組を大規模に行う例として、アムステルダムスのビレッジ・プロジェクト (StadsdorpZuid) やホーヘローン (Hoogeloon) の介護協同組合 (Caregiving cooperative) が挙げられる。このビレッジ・プロジェクトの住宅コミュニティに住む高齢者は、公的な医療ニーズが低く、また他の人と比べて孤独感も少ないことが分かっている。

近年、日本でも「社会関係資本」(Social Capital) の充実と健康の間に相関関係があることを示す調査結果が公表されているが、オランダにおいても、こうした取り組みが、高齢者の回復力を改善するものと捉えられている。高齢者がお互い近くに住んで助け合えば、高齢者にとっては、地域での生活を継続する可能性が高まり、一方で、地域にとっては、互助関係の構築を通じてその地域をより魅力的にすることができる。こうした取組に対しては、地方自治体、賃貸住宅団体、医療機関がバックアップを行っている。

日本においても「地域包括ケア」の実現を図る上で、地域の互助などのインフォーマルな社会資源は重要な位置を占めるものと考えられる。ボランティア団体のように組織化された活動と、このような地域の互助の双方が充実することは、日本における地域包括ケアの推進という視点から見ても、具体的な方策の選択肢を増やすとともに、対応力を高めるものと言えるだろう。

3. 施設入所者の対象範囲の縮小

AWBZ の要介護度の区分は 10 の区分に段階分けされているが、2013 年初めには、区分 1 及び区分 2 の者は、施設入所の対象外とされた。さらに、2014 年からは、区分 3 の者も施設入所の対象外とされている。オランダにおいても高齢化が進行しており、要介護者の人数自体は増加していると考えられるが、施設入所者数は減少している。1995 年には、施設入所者は 156,982 人だったが、2013 年は 118,252 人となっている。

このような施設入所者の対象範囲の縮小は、一方では、在宅重視という意味を持つことになるが、既述のとおり、在宅のケアや生活支援も AWBZ から ZVW や WMO に移行している。つまりは、AWBZ は、重度者への重点化を図っていると言えるだろう。

日本においても、オランダの動向と同様の議論がなされている。「介護保険制度の見直しに関する意見」(2013 年 12 月 20 日、社会保障審議会介護保険部会)においては、特別養護老人ホームの入所対象者について、「在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化すべきであり、そのためには、特養への入所を要介護 3 以上に限定することが適当である」としている。ただし、「要介護 1・2 の要介護者であっても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村

の適切な関与の下、施設ごとに設置している入所検討委員会を経て、特例的に、特養への入所を認めることが適当」として、一定の幅を持たせている。

奇しくも日本はオランダと同様の検討を行っているわけだが、注意しなければならないのは、在宅での介護や生活を支える社会資源の存在が前提となるということである。オランダでは活発なボランティア活動、地域における互助の基盤があるため、このような在宅重視と施設入所の制限が実行可能であったと考えられる。日本でも、地域包括ケアで、在宅での介護や生活を支える「対応力」を向上させることが鍵となるのである。逆に言えば、地域包括ケアの充実で、「対応力」が高まれば、地域での生活がこれまでよりも継続できることとなり、自ずと施設入所自体のニーズを緩和することができる。このように、施設入所対象者の範囲縮小と地域包括ケアの充実は、あくまで一体不可分のものであることを確認しておきたい。

<コラム 介護・生活支援と文化>

介護や生活支援は、生活を支えるものであり、当然にその国の文化や風習に規定される面もある。海外視察を通じて感じたことは、「食事と入浴が日本の介護や支援の要求水準を高くしている」ということである。

食事であれば、日本の場合、ごはん、味噌汁、主菜、副菜など品数も多くそれぞれに調理の手間がかかる。一方、ヨーロッパであれば、パンに生野菜、ハムなどをサンドするだけで一食分になったりする。入浴についても、日本の場合、浴槽につかることが入浴の必須ともいべき行為であるが、視察した海外の高齢者向け住宅では、浴槽がなく、シャワーのみという設備であった。これも入浴習慣の違いによるものである。

介護や生活支援の目的が、日本と海外で「できるだけ普通の生活を送る」という同じものであったとしても、その「普通」の水準や内容には違いがあり、それが、介護や生活支援の要求水準の違いをもたらすことをつくづく実感した。（白川）

第6節 仮想3ケースによるケーススタディ

ライデン市の担当職員、生活支援を提供するボランティア団体、二つの民間事業者へのインタビューから、医療的側面だけではなく個々の社会的背景などを考慮したサービス提供に加え、収入によって負担額が異なること、増大しつつある自己負担への危惧、プロの業務以外のサービス提供者としてのボランティアの重要性が挙げられた。

1. 仮想ケース(1) Aさん(80歳、女性)

A夫人は80歳の自宅でのひとり暮らし(or自立型高齢者住宅に単身で暮らしている)の女性である。夫は3年前に他界している。屋内での生活はおおむね自立しているが、歩行に不安定な時があり、それに伴う尿失禁が見られる。徒歩での長時間の移動が困難で、通院にはタクシーなどAさん以外が運転する車を利用しており、食品などの日用品の買い物への負担も高まっている。(Barthel Index: 65点)。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は2か月に1度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。

(1) 受けられるサービスの種類・内容・量の例

WMO(社会支援法)から家事援助を行い、看護やGP(家庭医)のことはAWBZ(健康保険)からなる。介護(AWBZ)の内容は、ニーズアセスメントセンター(CIZ)からの承認が必要。WMOについては、利用者宅へ訪問し、会話の中で、利用者自身に関する情報・医学的状态に関する希望等の情報を収集する。この結果、Aさんには以下のサービス提供が必要である。

- ① パーソナルケア(AWBZ) :
排泄介助 週7日
- ② 地方での交通費手当(WMO) :
歩行距離が800m未満、公共交通機関がないことが条件
- ③ 交通費手当(全国) :
- ④ スクーター(移動用スクーター)(WMO) :
歩行距離が200m未満、自転車や公共交通機関がないことが条件
- ⑤ 歩行器(AWBZ) :
- ⑥ 家事援助 清掃、ベッドの整頓など(WMO) :
家事援助として週1回ぐらい、各2時間から3時間ぐらいのヘルプ
- ⑦ 買い物サービス(WMO) :
買い物バスでの移送、インターネットショッピングの手助け
- ⑧ ミールサービス(WMO) :
- ⑨ 緊急通報サービス(WMO) :
- ⑩ 孤立防止 :
ボランティアが訪問や電話をしてお話し相手
食事や情報提供を行うサービスレジデンスの利用
- ⑪ 電球の取り換えなどの困りごと対応

(2) 日常生活を支援するインフォーマルな資源（地域、家族）

24時間ケアが必要というような場合はプロが担当することになるが、お茶を飲んで話し相手になったり、買い物に行きあげたりなど、書類作成や電気代の支払いなど、ボランティアが担えることは数多くある。

ソーシャルワーカーは、Aさんがもっているネットワークを重視し、近所、友達、家族、地域のボランティア団体を含め、ありとあらゆるネットワークからのサポートの可能性を模索する。

(3) 予防的視点、自立支援視点からのアプローチ

本人の身体能力の可動性を高めための運動や転倒予防、社会への参加や友達・近隣との交流を促すための支援が行われている。

一部のボランティア団体では、高齢者がボランティア活動を行うことを通じて、ボランティア本人の介護予防にもつながっていると考えており、ボランティア活動参加への誘い掛けを積極的に行っている。

(4) 経済的側面

所得によって支払う自己負担額は異なる。最近では貯金や家などの資産も考慮するようになっており、1年に1回申告し、2年前の申告によって収入で判断される。

経済状況のよい人は、自分で負担することによって家事の援助とか、ミールサービスもかなり質のいいものになる。経済状況が悪化した場合は、ボランティア団体に頼ることになり、自己負担は少なくてサポートを得ることができる。

2. 仮想ケース(2) Bさん（80歳・女性）

B夫人は80歳の自宅でのひとり暮らし（or自立型高齢者住宅に単身で暮らしている）の女性である。夫は3年前に他界している。身体的な自立度は比較的高いが、最近認知症の症状が見られるようになり、それに伴う日常生活に一部介助が必要となってきている。身だしなみが整えられない、トイレの場所等の見当識に問題が見られるのに加え、尿意などを感じにくくなって時おり尿失禁が見られる。また、最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった（Barthel Index：75点、MMSE：20点）。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は2か月に1度程度である。経済状態もその地域で標準的である。

(1) 受けられるサービスの種類・内容・量

認知症ということで、ソーシャルワーカーが訪問し、問題点を明確にし、精神科医の所にこの人を移して診察してもらって診断を得る。認知症の進行次第では、施設への入所を進める可能性もある。

① 介護／家事援助（AWBZの介護・カウンセリング）：

② ケアアセスメントセンター（CIZ）を通じた指示：

食事、整容、入浴、移動、更衣、排泄

③ スペシャルケアナースが毎日1時間程度訪問：

④ 認知症専門相談（保険）：

⑤ 家事援助（WMO）

身体的または精神的な理由により家事が行えないことが条件

⑥ ミールサービス (WMO) :

配食サービスの利用

ただし、配食されたものを温めていることを忘れる場合は、サービスレジデンスで食事を推奨

⑦ 緊急通報サービス (WMO) :

⑧ デイケアサービス (WMO) :

週 3 日程度、生活にメリハリをつけるためにデイケアサービスで朝から夕方までの 8 時間を過ごす

症状によっては認知症通所センター

(2) 日常生活を支援するインフォーマルな資源 (地域、家族)

別居の子供が遠くからでもできること、たとえば、毎朝あるいは決まった時間に 1 日に何回か電話をしてもらうことで、一日のスケジュールを思い出させる支援につながる。娘と話す機会をつくることは、思い出させること以外にも重要な意味をもつ。

認知症については、国民の関心も高く、理解を進めるうえで様々な試みが行われており、その一つの例としてアルツハイマーカフェが各地に出てきている。

また、研究所ではデジタル上のソーシャルメディアを使った介護の方法を模索して開発中である。ただ高齢者なのでコンピュータに慣れていない人もいて、いきなり冷蔵庫がしゃべりだすことに恐怖感を覚える人もおり、個々の状況に合わせて考えていかなければならない。

(3) 予防的視点、自立支援視点からのアプローチ

最近、体を動かすことで認知症が進まないという報告があり、デイケアセンターでジムやダンスや散歩のプログラムが提供されることが考えられる。

(4) 経済的側面

収入額によって自己負担額が変わる。B さんは認知症のため、それほど家族が負担する部分は多くないことが考えられる。

貯金がたくさんあるような人であれば、民間のサービスを購入し、認知症の患者を介護するための教育を受けているナースを雇って、同じ人が毎回ケアをする体制を整えることも可能 (毎回、来る人が変わることは、認知症の人にとっては大きな負担になる)。

B さんの場合、家にいる方が施設に入るよりケアに関する経費は安く、だいたい年間 3 万から 4 万ユーロかかると計算できる (スペシャルサポート、医師の診断などがこれに加わる)。ここで考えなければならないのはコストだけではなく、B さん自身にかかってくる危険度や安心感で、それらを総合的に判断して、ケアセンターなどの施設入所の可能性を判断すべき。

3. 仮想ケース(3) C さん (75 歳・男性)

C さんは 75 歳で自宅でのひとり暮らしの男性である。妻は 2 年前に他界している。

1 年半前に脳梗塞を発症したことにより、右麻痺がある。自力歩行が困難であり、自宅では車椅子で生活をしているため、移動に関しては困難なことが多い。ただし、本人が入院中にリハビリに励んでいたこともあり、左手をうまく活用して、日常生活の中でも、整容の自立や食事の一部介助があれば自ら摂取することができる。(Barthel Index : 40 点)。子どもは遠方に住んでいる長女がいるが、仕事をしており、訪問は 1 か月に 1 度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。

(1) 受けられるサービスの種類・内容・量の例

認知機能に問題がないということで、ソーシャルワーカーではなく、子どもがパソコンやタブレットなどを使って生活のマネジメント行うことも可能。

① 安全に住み続けるための住宅の改修：

② パーソナルケア（AWBZ）：

一日に3回程度、毎日

朝起きたあとの整容や着衣の手伝い、服薬が必要な場合にはその手伝い

③ ディストリクトナースの訪問：

週1回程度、状況の評価

④ 家事援助（WMO）：

身体的または精神的な理由により家事が行えないことが条件

⑤ 緊急通報サービス（WMO）：

⑥ デイケアサービス（WMO）：

週1～2回程度、社交のために

⑦ 孤立防止：

買い物や遠足など

⑧ リハビリテーション（ZVW）：

(2) 経済的側面

家族が仕事をしているのであれば、夕方に来て父親をベッドに入れて、つぎの日の食事も作っておいて次の日に食べられるようにしておく。そうすると朝、ヘルパーが来て整容や身の回りの世話をするだけなのでプロが半分そして家族が半分というように、プロフェッショナルに提供してもらったサービスを半分に減らすことができる。

第4章 イギリス

第1節 国の概要



(地図 4-1) ロンドン。インタビューを行った地域：カムデン地区 (Camden borough)

(1) 概要

イギリスは、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの4つの「Country」から成る立憲君主国である。6,220万人の国民が、日本の約3分の2(24.3万平方キロメートル)の国土に住んでいる。高齢化率は16.6%であり、65歳以上の単独世帯の割合は、34.1%となっている。

(表 4-1) 概況に係る英・日の主要指標

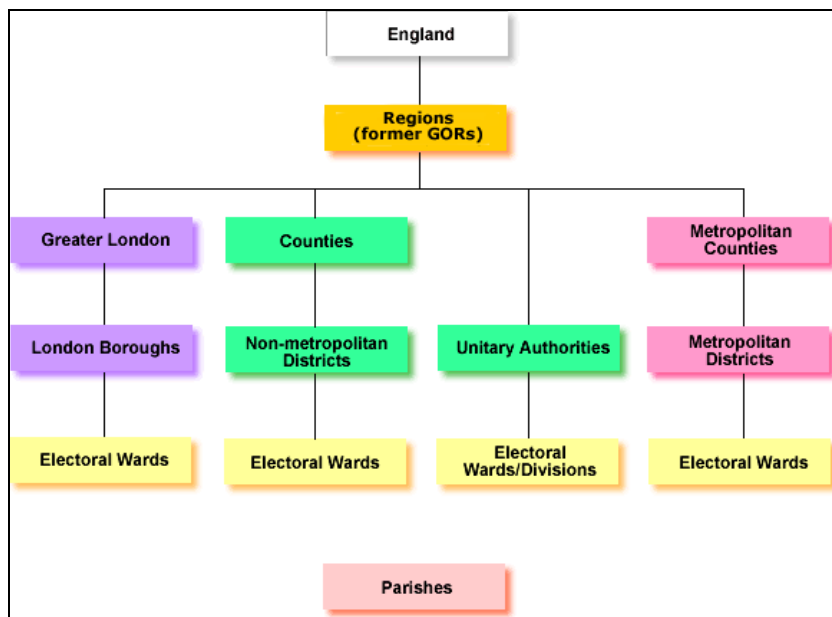
	時点	イギリス	日本
人口(百万人)	2012年	62.2	127.5
高齢化率(%)	2012年	16.6	24.1
65歳以上の単独世帯の割合(%)	2009年	34.1	16.0
出生時平均余命(年)	2011年	男	79.4
		女	85.9

(出典) OECD Stat.Extracts、厚生労働省「国民生活基礎調査」、Eurostat「Active ageing and solidarity between generations 2012 edition」

議会システムは、選挙により議員が選出される下院と、貴族、司教等の終身の議員から成る上院(貴族院)によって構成される。主要政党としては、保守党、労働党の二大政党に加え、第三党の自由民主党を挙げることができる。

地方行政区は、「County」ごとに異なっており、かつ、その中でも複雑である。イングランドを例にとると、上位の行政区画として9つの「Region」が存在し、その下に2層又は3層の行政区が存在する。「Greater London」の場合、その下に「London Boroughs」として「City of London」を始め計33の行政区が存在し、さらに「Electoral Wards」に細分

化される。本稿における「地方自治体」は、データリクエストの原文では「The local authority」と表記されており、一般に「Districts」レベルを指すものと想定されるが、行政区の設定が複雑かつ多様であるため、日本でいう「市町村」のように一般化できない。



(出典) イギリス国家統計局 (Office for National Statistics) HP より

(図 4-1) イングランドの地方行政区

日本との関係では、2008年に日英外交関係開設（日英修好通商条約締結）150周年を記念して、在日英国大使館のイニシアティブにより、日本において大型の交流事業「UK-JAPAN 2008」が、同じく在英日本大使館が中心となり、イギリスで「JAPAN-UK150」が実施されている。

(2) 経済

経済面では、一人当たりの名目 GDP は、39,161 US ドルとなっている (IMF データ)。産業構造では自動車、航空機、電気機器、エレクトロニクス、化学、石油、ガス、金融が主要産業分野となっている。代表的な企業としては、「BP」（石油）、「HSBC Holdings」（金融）、「Vodafone」（通信）などを挙げることができる。

2007年までは、金融業、不動産業が経済を牽引し、16年間の長期成長を達成したものの、金融危機の影響により大きく落ち込み、現在まで景気は低迷している。2012年第3四半期は、ロンドン五輪の影響等で4四半期ぶりにプラス成長となったが、第4四半期は再びマイナス成長に転じている。また、失業率は、2011年下半期に8%を超え、以降横ばいの状況にある。失業者数は約250~260万人であり、特に若年者失業率は20%と深刻な政治社会問題となっている。財政健全化に向けて、構造的経常財政収支を2017年度までに黒字化させることなどを目標に掲げている。

なお、付加価値税の税率は21%である。

(3) 「社会保障の母国」と現在

イギリスは、「社会保障の母国」と評されることがあるが、これは、ウィリアム・ベバリッジによる1942年の有名な「ベバリッジ報告」による。この中で、ベバリッジは、窮乏、

病気、無知、不潔、無為（怠惰）を「5人の巨人」（Five Giants）と呼び、これらを克服する戦後再建の社会政策を構想している。イギリスにおける包括的な医療保障制度である NHS（National Health Service）は、「ベバリッジ報告」の内容を具体化した代表的な例である。戦後の日本における社会保障制度の創設期においても、この「ベバリッジ報告」は模範として強く意識されていたことがうかがわれる。

ただし、現状において、イギリスが「社会保障の先進国」であるという捉え方は一般的ではないだろう。「社会保障の母国」としてのイギリスが大きく舵を切った転換点としては、サッチャー政権が挙げられる。1979年に政権に就いたサッチャーは、戦後の社会保障に係るコンセンサスを覆したと評されるほどのインパクトを与えた。社会保障関係では、住宅、失業を始めとする関係予算が削減対象となり、また、国による完全雇用に対するコミットメントからも手を引いた。

近年では、1997年から2010年5月までの労働党政権下において、自立自助路線を継承しつつ、社会的公正の観点も重視した「第三の道」を標榜した改革が行われた。福祉分野においては、就労可能な者に対しては、積極的な雇用促進策、就労を促進するための給付の見直しを行う一方、低所得者への重点的な財源配分といった方向性での施策が推進されてきた。

現在の保守党・自由民主党の連立政権においては、介護を受けるために施設に入所する際、自宅を売却して利用料負担に充てることを強いられるといった状況を改善するため、生涯における利用料の上限額を設定すること、地方自治体間で異なる受給資格について、国レベルでの最低限の受給資格を設定し、転居した場合でも社会的ケアの受給が妨げられないようにすることなどの改革の方向性が示されている（後述）。

なお、イギリスの社会支出の比率（対GDP）は24.9%（同日本23.7%）であり、社会支出に占める高齢分野の割合は29.3%（同日本48.2%）となっている。

（参考文献）

- ・外務省 HP「英国(グレートブリテン及び北アイルランド連合王国) United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland」
- ・国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計（平成23年度）」
- ・毛利健三「社会保障の歴史（1945 - 95年）」（武川正吾・塩野谷祐一編『先進国の社会保障①イギリス』、1999年、東京大学出版会）

第2節 高齢者の住まい政策

1. イギリスにおける高齢者の住まい体系

イギリスは北欧やオランダ並みの施設大国であるが、1950年代から建設が始まったシェルタード・ハウジングのボリュームも大きく、高齢者向けの住まいは施設系・住宅系ともによく整備されている。

(表4-2) イギリスにおける高齢者向けの住まい (カッコ内は65歳以上高齢者に占める割合)

分類	名称		数	小計
施設 (公的扶助法)	ナーシングホーム Care home with nursing		17.9 万床	45.5 万床 (4.4%)
	ケア・ホーム Care home		27.6 万床	
住宅 (社会住宅法*)	シェルタード・ハウジング	シェルタード・ハウジング Sheltered housing	50.6 万戸	54.9 万戸 (5.3%)
		エキストラ・ケア・ハウジング Extra care housing	4.3 万戸	

*シェルタード・ハウジングの中には社会住宅でないものも含まれるが数としては多くないため、このような表記とした。(出典：Darton, 2012)

とくにシェルタード・ハウジングは介護ニーズに対応するというよりは、当初より「快適でモダンな住宅」を提供することに主眼が置かれており、社会住宅として提供されていたことを強調したい。ちなみにイギリスでは、社会住宅は352万戸あり、全戸の17.6%に相当する。

イギリスでは、自治体はもとより、EAC（高齢者住宅協議会、Elderly Accommodation Counsel）が高齢者の住まい（施設、住宅）を把握しており、どこに住んでいようが、インターネットで希望する地域の住みたい住宅を検索することができる。データリクエスト回答にあるように、イギリスには高齢者の住まいに特化した法律は存在しておらず、「ケアが受けられる場」の用語がさまざまに存在して、あいまい且つ緩やかに使われている。この点、注意を要する。そこで本稿では、EACでは住宅類型の定義にも触れているので、EACデータと既存文献、データリクエスト回答を参考にして整理する。数量についても、データソースで異なっているため、Darton (2012)の論文に掲載されている数値を採用することとした。

2. 歴史

イギリスでは、施設批判を行なったタウンゼントの「最後の避難所 (Last Refuge)」（1962年）が有名である。このころから施設批判が高まり、1988年のグリフィス報告書では「1979年に1,000万ポンドであった施設費用は、1989年には10億ポンドへと拡大した」と報じられている（所、2008）。こうした中で、施設のオルタナティブ（代替）が求められ、「尊厳ある生活を導き、必要な支援を受けることができる住宅」としてシェルタード・ハウジング（SHと略す）が注目されるようになった。

SHは1950年代より建設されタウンゼントも注目していたが、1970年代には政府の奨励策も手伝って、一大ブームを迎える。その頃の高齢者700万人に対して約50万戸のSHが供給され、65歳以上高齢者の7.1%にも達するほどであった。

1980年代に入ると、自治体供給によるSH供給が需要に追い付かないことがわかり、人々の住み慣れた自宅での居住継続の願いも明らかとなった。おりからのサッチャー政権の下では、SH建設ではなく、住み慣れた自宅を改修しながら住み続ける「居住継続(Staying Put)プロジェクト」が広がっていった。しかしながら、この政策は古い住宅に住む高齢者の改修費用負担があまりにも大きすぎたため、「SHへの居住移動(Moving on)」が脚光を浴びることとなった。

1980年代には別の動きもあった。SH住人も高齢化して虚弱化や寝たきりの問題が発生し、SHから施設へのリロケーションが社会問題化した。SHにケアを付帯させて、この問題を解決しようとしたのがベリー・シェルタード・ハウジングである。これは、「カテゴリー2^{1/2}」と呼ばれた。SHの「カテゴリー1(住み込みウォーデン〈生活援助員〉)」「カテゴリー2(通いウォーデン)」に対して、施設は国民扶助法の第3部に法的根拠があるところから「カテゴリー3」と言われていた。そこで、「カテゴリー2」と「施設3」の間という意味で「カテゴリー2^{1/2}」という呼称となったのである。このことを通じて、SHは「住宅」機能に重点を置くのか、ベリー・シェルタード・ハウジングのように「ケア」機能に重点を置くのか、その存在のあいまいさが批判されるようになった。

1990年代に入ると、1998年のグリフィス報告に基づいて、1990年にコミュニティ・ケア法、1993年には新コミュニティ・ケア法が導入され、コミュニティ・ケア改革が進められた。SHは質の高い「住宅」機能を提供し、これにコミュニティ・ケアを組み合わせ、フレキシブルな提供体制の中で、自立環境を守りつつも最期までのケアと居住継続を可能とするエキストラ・ケア・ハウジングが誕生することとなる。

一方で、施設については、タウンゼントが『最後の避難所』を刊行した翌年の1963年、イギリスでは大規模精神病院の閉鎖が行われた。1957年の王立委員会勧告の「施設・病院からコミュニティへ」という提言を受けたものである。精神障害者の地域復帰を地域保健福祉サービスによって支えようという一大転換であった。この時、パウエル保健大臣は、『病院計画』と『保健と福祉：コミュニティ・ケアの開発』という公式文書をセットで提出している。これが、1990年代のコミュニティ・ケア改革につながっていくのであるが、イギリスでは高齢者施設は厳然として存在している(松岡、2013a)。

3. 高齢者住宅の実態

24時間ケアが付帯しており、住まいとケアを一体的に提供するという意味での「施設(Residential care home)」はケアホームとナーシングホームがあり、これにEMI(Elderly Mental Infirm)が加わることがある。EMIは、統合失調症を含めて重篤な精神疾患ニーズの高い人々の施設である。これに対して、在宅ケアを受けて暮らす住宅系の住まいには、シェルタード・ハウジングとエキストラ・ケア・ハウジングがある。

ケアホームは、住まいとケアが一体的に提供される施設であり、24時間サポートが必要な高齢者が対象となる。身体介護(服薬管理含む)が提供され、終の棲家ではあるが、ショートステイ(レスパイト、一時的ケア)にも応じている。住まいの形態はその多くが個室であり、洗面と収納が付いている。トイレ・バス付きのものもあるが少数である。食事やアクティビティが提供され、共用の居間、食堂、多目的室などがある。介護度が重い高齢者のため

に、特浴も用意されている。運営主体は、自治体・民間企業・非営利組織・個人である。自治体の所有・運営のものはどんどん減少している（松岡、2013e）。

ナーシングホームは「Care home with nursing（看護付きケアホーム）」と表記されるように、看護師が滞留して看護を提供することができるケアホームである。よって、対象は身体面・精神面で医療的なケアを必要とする高齢者である。ケアホームと同じく終の棲家であるが、ショート・ステイ（レスパイト、一時的ケア）にも応じる。介護用ベッドと看護用ベッドが混在するナーシングホームもあるようである（松岡、2013f）。

シェルタード・ハウジングは、「自立生活はできるが、何か起こった時（転倒、心臓発作など）に不安」という高齢者に適した住宅で、スキーム・マネジャー（ウォーデン）が日中駐在し（泊まり込みタイプは減少）、不在時にも24時間の緊急コールに対応できるシステムを備えている、という特徴がある（松岡、2013b）。

シェルタード・ハウジングを規定する特定の法律がなく、提供主体、所有形態、住戸条件などの規定がないため、厳密なシェルタード・ハウジングの定義を行うことはできず、その特徴を並べるということになる。その多くが社会住宅（Social Housing）であることから、社会住宅に関する法律の規制を受ける（テナント、家賃、供給主体に関する項目）こととなる。その約8割が自治体、非営利住宅協会によって提供されている点も、社会住宅であることと関連している。しかし、民間企業提供のものも2%ほど存在している。そして所有形態は、賃貸・一部所有・所有があり、賃貸が最も多い。社会住宅の制度に則って提供されるシェルタード・ハウジングに入居する場合は、社会住宅への入居手続きに沿って自治体に申請し、認められた場合に入居することができる。

1950年代から建築されているので古いものも多く、各住戸の面積は40平方メートル前後で自立型としてはそれほど広くない。40戸前後が集合しているものが多く、住戸面積も規模もこじんまりとしている。しかし、寝室と居間は分かれ、バス・トイレ、台所が付いている立派な独立住宅である。よって食事は基本的に自分の住戸でとるが、週に数回ランチ・ミーティングなどの形で、共用の食堂で食事提供が有料でなされている。アクティビティ提供もある。介護・看護が必要になれば、市のコミュニティ・ケアやプライマリ・ケア・トラスト（Primary Care Trust, PCT）の訪問看護を受けることとなる。（松岡、2013b）

これに対して、エキストラ・ケア・ハウジングは、シェルタード・ハウジングに地域住人に提供されているコミュニティ・ケアの一部を付帯した最新の住まいである。自治体はエキストラ・ケア・ハウジングを一地域とみなして、コミュニティ・ケアを（週当たりの時間数で）配当する。住人は地域住人と同等にアセスメントを受け、ケアプランが立てられる。寝食分離で台所、バス・トイレが付いているのはシェルタード・ハウジングと同様であるが、近年のものなので、住宅としての質は高く50平方メートル以上の広さがある。まちなか立地が基本であり、住人は地域生活を楽しみ、地域住民に住宅を開放するなど、普通の暮らしの継続への工夫が見られるものが多い。大規模なものも造られており、100戸を超えるものはリタイアメント・ビレッジとしてEACなどで分類されている。自立から重度要介護まで、住人の状態像のレンジが広い住宅でもある（松岡、2013c）。

4. 新しい流れ：ケアホームからエキストラ・ケア・ハウジングへ

高齢者の住まいに関する最近の動きとして、ケアホーム（施設）をエキストラ・ケア・ハウジング（住宅）へとリプレイス（置き換え）していく方向性に注目したい。

この動きの背景には、決定的な要素としてケアホームの老朽化と自治体の財政逼迫があり、自治体、非営利住宅協会、住人、それぞれのメリットを紡ぎだしながら、新しいスキームが生み出されていく様子を、まずは述べる。

老朽化した自治体運営のケアホームがあるとすると、建て替えとなると莫大な費用がかかる。古いケアホームをエキストラ・ケア・ハウジングに変更することとして、建物建設を非営利住宅協会に行わせ、24時間ケアについては、コミュニティ・ケアとしてケア提供事業者に提供させる。イギリス流「住まいとケアの分離」であるが、これによって、次のようなメリット、デメリットが生まれる。

自治体としては、莫大な費用負担なしで老朽施設の建て替えができ、建物メンテナンスも住宅協会に任せられる。ケアもコミュニティ・ケアとして提供でき、定期的な入札によって良質なケアを低価格で提供できる事業者を選択できる。自治体のデメリットとしては、社会住宅となったことから家賃補助の支払いが始まり、住戸面積の拡大に伴って住まいの数が減少することなどがある。

住宅協会は、新しい事業が開始でき、社会住宅の建設について建設補助が受けられる。

住人は、居住環境が大きく向上し、「介護の客体」ではなく「生活の主体」として地域の一人として生きていくこととなる（松岡、2013d）。

施設から住まいへの移行は、イギリスにおいては上記のような形で進められており、社会住宅とコミュニティ・ケアの組み合わせによって、施設に代わる新しい住まいが地域に生み出されている。数はそう多くないとはいえ、着実にこの動きは広がっていくのではないだろうか。

（参考・引用文献）

- Darton, R., Baumder, T., et. al. (2012), The characteristics of residents in extra care housing and care homes in England, *Health and Social Care in the Community*, 201-1, 87-96
- 松岡洋子 (2013a) 「イギリスにおける『住まいとケアの分離新潮流①』」『いい住まい、いいシニアライフ』Vol. 113 , pp.1-7
- 松岡洋子 (2013b) 「イギリスにおける『住まいとケアの分離新潮流②シェルタード・ハウジング』」『いい住まい、いいシニアライフ』Vol. 115, pp.23-32
- 松岡洋子 (2013c) 「イギリスにおける『住まいとケアの分離新潮流③エキストラ・ケア・ハウジング』」『いい住まい、いいシニアライフ』Vol.116, pp.33-41
- 松岡洋子 (2013d) 「イギリスにおける『住まいとケアの分離新潮流④ケア・ホームからエキストラ・ケア・ハウジングへ』」『いい住まい、いいシニアライフ』Vol.117, pp.41-52
- 松岡洋子 (2013e) 「イギリスにおける『住まいとケアの分離新潮流⑤ケア・ホーム』」『いい住まい、いいシニアライフ』Vol.118, pp.42-50
- 松岡洋子 (2013f) 「イギリスにおける『住まいとケアの分離新潮流⑥ナーシング・ホーム』」『いい住まい、いいシニアライフ』Vol.119, pp.33-40

（注）

1) イギリスでは「Social Housing」という用語を用いている。「公費（税金）を投入して建設した住宅」には、デンマーク、オランダでは「公営住宅」という用語を用いたが、この理由によりイギリスでは「社会住宅」を用いた。

第3節 介護政策・医療政策

1. 介護政策

(1) 法的根拠

イギリスにおいて介護サービスは、「国民医療サービス (NHS) およびコミュニティ・ケア法 (NHS and Community Care Act, NCCA)」の下、租税で賄われている。NCCA では、介護サービスだけでなく生活支援も給付されており、両者を合わせて「社会的ケア」(Social care) と呼ばれている。また、公的資金による社会的ケアの資源を公正かつ透明性と一貫性を持って配分するための全国的な受給資格の枠組みとして、「ケアサービスへの公正なアクセス (Fair Access to Care Services, FACS)」(2003年制定、2010年最終更新) が示されている。この枠組みは、当事者、介護者及びコミュニティのニーズへ応える「ケアサービス」への公正(公平で差別なく包摂的)なアクセス(適切な時に適切な場所でニーズへ適切に応えるサービスや情報を受ける権利の提供)を供給することが目指されている¹⁾。社会的ケアを受給する場合、ミーンズテスト(資力調査)を受ける必要があり、所得によって利用者の負担額が異なる。

この国では、障害別に制度が分けられているのではなく、大きな枠組みとして成人(Adult; 18歳以上)と子ども(Child)に分けられており、高齢者は成人の中で取りあげられている。成人向け社会的ケアの実施責任主体は地方自治体(Councils with Adult Social Services Responsibilities, CASSRs)である。CASSRsは、社会的ケアに関する人々のニーズ・アセスメント、それらのサービスの調整または提供、場合によってはアセスメントで明らかとなったニーズへ応えるための金銭的支援提供など、さまざまな責任を担っている。

(2) アセスメントと介護サービスの対象者

サービスの提供の要否、内容・量についての決定は、CASSRsがアセスメントを実施し、FACS4段階に基づき行われる。地方自治体は、当該者にケアニーズが存在する可能性がある場合、アセスメントを行う義務がある。ニーズ・アセスメントの後、地方自治体により社会的ケアを提供またはアレンジすべきか否かが決定される。

FACSの受給資格枠組み(Eligibility Criteria Framework)は、重篤(Critical)、重度(Substantial)、中度(Moderate)、軽度(Low)の4つに段階分けされ、ニーズが支援されない場合の自立へのリスクの深刻さあるいはその他の結果が記述されている。各段階の概要は表4-3の通りである。多くの地方自治体では4つの段階のうち「重篤」または「重度」ニーズの人のみへの支援提供となっている。

(表4-3) 受給資格枠組み(4段階)

重篤 (Critical)	<ul style="list-style-type: none">・生命が脅かされる又は将来脅かされる恐れがある、及び/又は、重大な健康上の問題が発生した又は将来発生する恐れがある、及び/又は、必要不可欠な周辺環境のコントロールや選択ができないか限られている又は将来そのような状況になる恐れがある、及び/又は、・深刻な虐待やネグレクトが起こった又は将来起こる恐れがある、及び/又は、必要不可欠な身辺処理や家事を行えない又は将来行えなくなる恐れがある、及び/又は、・必要不可欠な就労、教育又は学習への関わりを持続できない又は将来できなくなる恐れがある、及び/又は、・必要不可欠な社会的支援システムや関係を維持できない又は将来できなくなる恐れがある、及び/又は、・必要不可欠な家族の及び他の社会的な役割や責任を担えない又は将来担えなくなる恐れがある。
------------------	--

<p>重度 (Substantial)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・周辺環境のコントロールや選択が部分的にあるのみである又は将来そのような状況になる恐れがある、及び又は、虐待やネグレクトが起こった又は将来起こる恐れがある、及び又は、 ・身辺処理や家事の大部分を行えない又は将来行えなくなる恐れがある、及び又は、 ・就労、教育又は学習への関わりを多くの面で持続できない又は将来できなくなる恐れがある、及び又は、 ・社会的支援システムや関係の大部分を維持できない又は将来できなくなる恐れがある、及び又は、 ・家族の及び他の社会的な役割や責任の大部分を担えない又は将来担えなくなる恐れがある。
<p>中度 (Moderate)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・身辺処理や家事のいくつかが行えない又は将来行えなくなる恐れがある、及び又は、 ・就労、教育又は学習への関わりをいくつかの面で持続できない又は将来できなくなる恐れがある、及び又は、 ・社会的支援システムや関係のいくつかを維持できない又は将来できなくなる恐れがある、及び又は、 ・家族の及び他の社会的な役割や責任のいくつかを担えない又は将来担えなくなる恐れがある。
<p>軽度 (Low)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・身辺処理や家事で1-2つが行えない又は将来行えなくなる恐れがある、及び又は、 ・就労、教育又は学習への関わりを1-2つの面で持続できない又は将来できなくなる恐れがある、及び又は、 ・社会的支援システムや関係の1-2つを維持できない又は将来できなくなる恐れがある、及び又は、 ・家族の及び他の社会的な役割や責任の1-2つを担えない又は将来担えなくなる恐れがある。

出典：保健省(2010) Eligibility Criteria Framework (受給資格要件枠組み) ,第 54²⁾

なお、地方自治体は受給資格の設定に際して、FACS の受給資格枠組みに基づきながらも、予算、地方の期待およびコストを考慮すべきであるとされており、地方自治体によって受給資格の要件は異なる。そのため、全国統一的な受給資格のアセスメントツールは存在せず、各地方自治体には独自のケアニーズアセスメントツールや方法がある。アセスメントの結果、ニーズに基づきケアプランが立てられる。

また、NHS を利用していた患者の状態が悪化し、継続した医療や診療を受ける必要が出てきた場合に、第二次及び第三次医療の延長として、NHS が無料で提供する NHS 継続的ヘルスケア (NHS Continuing Health Care, NHSCH) が長期介護 (Long term care) の 1 つとして規定されている。

NHS においてケアニーズの可能性が認められた場合、第 1 ステップとして、保健福祉専門職がチェックリスト・ツール (Checklist Tool) と呼ばれるスクリーニングツールを用いてスクリーニングを実施する。スクリーニング結果は地域の医療サービス委託グループ (Clinical commissioning group, CCG) より当事者に書面で示される。スクリーニングの結果、当該者に NHSCH の受給資格があるという可能性がある場合、第 2 ステップとして、フル・アセスメントが手配される。フル・アセスメントは、多職種チーム (当該者のケアに関わるあらゆる保健福祉専門職) が決定支援ツール (Decision Support Tool) と呼ばれるツールを用いて実施する。決定支援ツールは、当該者の主なケアニーズが健康に関わるものか否かを決定するのに使われ、移動能力・栄養・行動などいくつかのタイプのケアニーズをみることによって行われる (容態が急速に悪化して早急にケアを必要とする場合には、決定支援ツールの代わりに高速ツール (Fast Track Tool) が使われることもある。これにより CCG が可能な限り迅速なケア提供をアレンジできるようになる)^{3) 4)}。フル・アセスメントの結果を踏まえて、多職種チームは利用時に無料である (Free-at-point-of-use) NHSCH 受給資格について、CCG に提言する。継続的ヘルスケアのニーズが認められなかった場合、地方自治体は社会的ケアの受給資格アセスメントを行うこととされている。

(3) 介護サービスの内容、提供方法

① 介護サービスについて

介護サービスの提供は、地方自治体が責任を負っている。地方自治体は、①自らが直接サービスを提供する、②民間またはボランティアセクターへ代わりにサービス提供してもらうようアレンジする、③利用者へ直接現金を支払うことができるとされている。つまり、対象者には従来からあるサービスが現物給付として提供されるほか、地方自治体からの現金給付を受けることもできる仕組みとなっている。

なお、③に関しては、「個人予算 (Personal budget)」が 2009 年に導入された。個人予算とは、既存のサービスだけでなく複数名目のサービス利用に対する助成を統合して利用者個人に前払いされる現金給付システムである。政府はここ数年、アセスメント及びサービス提供プロセスにおける、サービス利用者の選択枝やコントロールを増やすために、「個別化 (Personalisation)」政策を取り入れている。介護を受ける人たちをひとまとめに見るのではなく、一人ひとりのニーズにあわせた形で介護サービスを行うことが目指されている。イギリス保健省へのインタビューによると、「個別化」が新たなケア法案の改革の重点課題の 1 つとしてあげられている。

在宅サービスの種類としては、ホームヘルプサービス・配食サービス・デイ (デイケア) サービス・ソーシャルワーク・福祉用具の提供・リフォーム・移送サービス・レスパイトケアサービスなどがある。施設サービスの種類としては、ナーシングホーム・レジデンシャルホーム・ケア付き住宅などがある。どのメニューの提供体制を整えるかは各地方自治体の裁量に任されている。

② 通所で利用するサービス

デイ (デイケア) サービスは、コミュニティセンター・図書館・教会のホールなど自宅以外の場所で実施されている。他者と交流等をするために、人々が自分の意志で参加する場であり、社会的孤立の防止や社会との関わりづくりの役割を担っている。これらは公的に提供される場合もあるし、慈善活動や宗教活動といったボランティアの一環として行われることもある。その他、退役軍人グループなど、類縁集団 (Affinity group : 共通の目的のために構成されたグループ) を通じて一部の資金が賄われているケースもある。

③ 介護サービスの提供主体

イギリス保健省へのインタビューによると、社会的ケアサービスの提供は 4 万に及ぶ別個のサービス提供組織で構成される多様な市場であり、その価値は年間 230 億ポンドと推計され、82%は民間事業者である。

なお、在宅ケアの具体的な民間のサービス提供主体に関しては、イギリス在宅ケア協会 (United Kingdom Homecare Association Ltd, UKHCA) が独立事業・ボランティア組織・非営利組織・法定セクターの在宅ケア提供者職能団体としてあげられる。UKHCA は高い水準のケアの推進、国や地域の政策立案者や規制機関への働きかけ等を行うことでの業界を代表する役割、社会的ケア (看護サービスも時には含む) を利用者の自宅で提供する組織の支援等を担っている。UKHCA はイギリス全国 (イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランド) で 2,000 を超える会員を代表している。また、イングリッシュ・コミュニティケア協会 (English Community Care Association)、ケア&リペア (Care and Repair)、インデペンデント・エイジ (Independent Age) といった団体は、できるだけ長期間自宅で生活することに焦点を置き、社会的ケア・福祉給付・友愛サービス、高齢者やその家族・

介護者へ情報や助言サービスを提供している。同様に、エイジ UK (Age UK) は、在宅・施設の両方においてケアの助言やサポートを提供している。在宅ケアを提供する企業の多くは狭い地域を対象に経営されているが、ブルーバード・ケア (Bluebird Care) は全国展開しており、170 の事業所を構え 450 万回を超えるケアの訪問を行い、毎年 1 日あたり 6,300 人の利用者宅へ 12,500 回の訪問を行っている。

④ 介護と看護の区分

介護と看護は区分されている。看護職の養成は、看護師助産師保健師法 (Nurses, Midwives and Health Visitors Act) に準じて、看護・助産審議会 (The Nursing and Midwifery Council) により管理されている。イギリス国内の看護学教育はすべて大学において、3 年間の全日制で行われている。この教育を看護師登録前教育 (pre-registration nursing education) と位置づけている。

在宅を支援する看護師としては、GP の元で仕事をする看護師 (Practice Nurse)、在宅要介護者に対して訪問看護を行う地区看護師 (District Nurse)、住民の健康増進と予防活動を行う保健師 (Health Visitor) などがある⁵⁾。

⑤ 個人ごとのサービス費用

社会的ケアは税金が財源であるため、個人ごとのサービス費用は所得によって負担額が決まってくる。社会的ケアのニーズが認められた場合、地方自治体は通常、評価を受けたニーズを満たすためのサービス提供コストに対して当該者がどの程度負担すべきかを明確にするため、所得や財産に関する全国統一調査であるミーンズテストを行う。資産が 14,250 ポンドを超える者は、段階的 (スライド制) にケア料金の一部またはすべてを支払う必要がある。イギリス保健省へのインタビューによると、23,250 ポンド以上ある人は、地方自治体からの支援を受けることができず、全て自費払いとなる。なお、サービス費用の支払いによって財産が失われるといったことが起きており、10 人に 1 人は 10 万ポンドを超える状況となっている。現在の制度では、最終的にサービス費用の支払いの上限額が分からないため、新たなケア法案においてケアにかかるコストの上限額を決めようとしている (第 5 節 1. 生涯負担上限額の設定・支払遅延 参照)。

⑥ サービスの調整と専門職連携

提供サービスの調整に関する公式な規則はない。先述したとおり、社会的ケアは通常、地方自治体が調整し、自治体自らが直接サービスを提供するか、在宅・施設ケアサービス提供者へ外注する。

医療と社会的ケアの間には厳しい区分があるため、それぞれのサービス調整者の役割は異なる。サービスは多職種による対応がされることが望ましいが、まとまりのない方法でケアが提供されていることが多く、様々な機関の職員が食事・医療処置・検査・リハビリ等で何度も利用者を訪れることも起きている。包括的で統合されたパーソン・センタード・ケアが最良の政策であることが明らかとなるにつれ、このような区分の壁を取り除く取組が行われている。利用者のウェルビーイングを中心に据えて統合・結合されたサービス調整および専門職連携のアプローチは、新たなケア法案でも重要視されている。

2. 医療政策

医療サービスは、「国民保健サービス法 (NHS 法: National Health Service Act of 1946)」に基づき提供されている。医療保険は存在せず租税で賄われており、全ての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスが原則無料で提供されている。医療の

供給システムは大きく、プライマリー・ケア（一次医療）とセカンダリー・ケア（二次医療）に分けられている。

(1) 在宅医療の目的・役割

プライマリー・ケアの担い手は一般医（General Practitioner, GP）であり、GP は「ゲートキーパー」として、国民医療を担うことが期待されている。全ての国民は予め診療所を選び登録し、まず GP の診察を受けることとされている。GP は保健師、地区看護師、助産師などで構成されるチームの中心となり、自らが所属する診療所に登録された住民の診療を行うだけでなく、健康管理、健康増進の指示も与える。また診療の結果、入院治療、専門医療などが必要な場合、患者を病院に紹介する役割を担っている。

(2) 在宅医療と介護サービスの連携

これまで見てきたように、医療サービスは基本的に国が実施する体制で行われるのに対し、社会的ケアは地方自治体の実施する体制をとっている。行財政体系、業務運営が異なっていること、保健医療・福祉部門に従事する専門職の価値観の違っていること等にも起因する、医療と福祉の連携困難の克服は長年の懸案である。このため、NHS 1998 年改革等でも示されてきた「保健医療サービスと社会的ケアサービスのパートナーシップによる共同事業化」など、これまでも計画策定時の部門協力、補助金による共同事業実施等の様々な手法で取組まれてきているが、あまり順調に進捗してきたとはいえない⁶⁾。

連携についてはデータリクエストの回答でも指摘されており、医療サービスと社会的ケアサービスの両方が必要とされる場合、両者は継ぎ目なく一体的に提供されることが求められるが、これらのサービスが地域レベルでありあまり上手く一体化されていないことが多い状況となっている。

なお、イギリスでも病院退院時の医療と社会的ケアの連携については、2003 年地域ケア（退院調整）法（Community Care (Delayed Discharge etc) Act 2003）が制定され、地域ケアと連携して適切な退院を促し不必要な入院を防ぐ取組に力が入れている。

（注・参考文献）

¹⁾ 新たなケア法案（New Care Bill）が、2014 年 1 月時点で議会を通過中であるが（<http://services.parliament.uk/bills/2013-14/care.html>）、これは 2015/16 年から新たな受給資格要件や資金調達方法を示すよう策定されている。新たな法が成立するまでは、現在のシステムで運営される予定である。ケア法案は、成人向け社会的ケアの法定基盤を簡略化・近代化することを目指している他、地方自治体に新たな任務を加えている。また、社会ケアの全体的な新原則として「ウェルビーイング」の促進を取り入れている。

²⁾ Department of Health. February 2010, Prioritising need in the context of Putting People First: A whole system approach to eligibility for social care. Guidance on Eligibility Criteria for Adult Social Care. Available from: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_113155.pdf

³⁾ Department of Health, November 2012, Decision Support Tool for NHS Continuing Healthcare (Revised). Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213139/Decision-Support-Tool-for-NHS-Continuing-Healthcare.pdf

⁴⁾ Department of Health, 2013 March, NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care Public Information Leaflet. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/193700/NHS_CHC_Public_Information_Leaflet_Final.pdf

⁵⁾ 曾根志穂, 高井純子, 大木秀一ら イギリスにおける看護師の教育制度の変遷と看護職の現状. 石川看護雑誌 Vol.3(1), 95-102.2005

⁶⁾ 医療経済研究機構 イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書【2011 年度版】2012

第4節 特定課題

1. 生活支援

(1) 生活支援の法的位置づけと介護サービスとの関係

イギリスにおいては、生活支援のうち、配食、心理的・社会的・文化的ニーズに応えるサービス、地域での交通・移動については、1990年 NHS 及びコミュニティ・ケア法 (NHS and Community Care Act 1990 (NCCA1990)) に基づき地方自治体を実施している。NCCA1990 は、生活支援だけでなく、自宅での介護、レスパイトケア、デイケア、夜間ケアサービス、生活型ケアホームでのケア、リハビリなどの介護サービスも給付内容としている。つまり、生活支援と介護サービスとが1つの法制度から給付されている。

地方自治体は、自ら直接これらのサービスを提供するほか、民間事業者やボランティア団体が地方自治体に代わってサービスを提供する方法を採ることも可能である。ただし、地方自治体による直接提供は少数にとどまる。また、サービスを提供する（現物給付）という形態ではなく、利用者へ直接現金を支給する（現金給付）形態を採ることも可能であり、この場合、利用者は、支給を受けた「個人予算」(Personal budget) から利用料を支出して自ら生活支援を購入することになる。

NCCA1990 に基づく生活支援も多岐にわたっているが、このほかに見守り・安否確認、通院の介添え、社会的交流などの生活支援をボランティア団体が実施している。つまり、生活支援は、法制度に基づく公的給付として実施されているものと、こうした制度外で実施されているものに大別され、後者は前者を補完する役割を担っていると言える。ちなみに、多くの自治体では、公的な社会的ケアの給付対象者のグループのうち、「重篤」または「重度」ニーズの人に支援を重点化しているため、公的な支援は多くの人にとって使うことができないという問題がある。さらに、友人又は親族が支援を行い始めると、地方自治体は手を引いて、これらの者に引き続き更に多くの支援をしてもらうことが多いとされている。その意味で、地方自治体は、必ずしも広く、手厚く支援を行っているとは言い難い状況が垣間見える。なお、イギリス保健省へのインタビューによると、公的な支援の対象とならない者に対する民間サービスの市場が確立されており、このような民間セクターによる支援は、社会的ケアの支出総額の37%に上る。

社会的ケアについては、地方自治体が対象者にアセスメントを行い、受給資格を満たすか否かを判断することになる。そして、これらのサービスの提供に当たっては、アセスメントの結果に基づき、「支援計画」(Support plan) が検討・作成されることになる。また、利用者の費用負担を決定するための所得や資産の調査（ミーンズテスト）も併せて行われる。こうした仕組みは、日本におけるかつての「措置制度」に類似していると言えるだろう。

なお、イギリスでは、受給資格要件の全国的な最低基準の策定を進めているが、このことから分かるように、社会的ケアの水準については、地方自治体ごとに違いがあり、日本のような全国的に均質なサービスを提供するような制度イメージとは異なる点に留意する必要がある。

(2) 生活支援の内容

データリクエストの回答と、ボランティア組織「RSVP」の取材の結果より、その内容は大きく4つに分けることができる。

① 日常生活に関わる支援

日常生活で必要になる身の回りの様々なニーズへの支援である。具体的には、買い物の代行、通院時の介添え、配食サービス、屋内や庭の手入れなどが挙げられる。

② 精神面での支援

精神的に孤立することを防止するための支援である。これは、うつ病などの精神疾患を予防するという目的も含んでいる。具体的には、電話による話し相手が挙げられるが、ボランティアスタッフと利用者間だけでなく、ボランティアスタッフを起点・終点として、利用者の中で電話を回す方法も採られている。これは安否確認にもなっている。

③ 社会交流に関するもの

②とも密接に関連するものであるが、高齢者同士や地域住民との交流などを図り、活動的な生活を送るための支援である。具体的には、食事会、趣味のサークル活動やイベントの実施であるが、高齢者の志向に合わせて様々な活動を企画・実施している。

④ 情報提供

社会的ケアの利用、医療機関への受診などについて情報提供を行うものである。背景には、戦時中十分な教育を受けられなかった高齢者や他国からの移民の中には、英語の読み書きの能力が高くない者が存在するという事情もある。現地視察で訪問したボランティア団体「RSVP」においても、移民の英語力を考慮した情報提供の重要性について言及があった。

オランダがそうであったように、イギリスにおいても、②及び③を重視する傾向が日本よりも強い印象を受けた。この点については、親と子供が同居する世帯の割合が、日本と比べて著しく低く、孤立防止のニーズが普遍的で根強いということが考えられる。

また、財政的な問題から、行政が医療、介護、生活支援の提供に係る規模を縮小しており、行政は、高齢期のセルフケアや家族の社会的ケアについて、自分で責任を担うものであるということを強調している。そして、行政がボランティア組織に対して行ってきた助成金についても、不況によってその大半が打ち切られている状況にある。

(3) 提供主体

既述のとおり、生活支援の提供主体としては、1つには、NCCA1990に基づいて公的な給付として生活支援を提供する地方自治体又はその業務を代行する民間事業者、ボランティア団体があり、もう1つは、制度外で生活支援を提供するボランティア団体がある。このうち、ボランティア団体の代表的な例としては、「Royal Voluntary Service」、「Age UK」を挙げることができる。

「Royal Voluntary Service」は、専業主婦（母親）のボランティア活動に起源をも持ち、全国に67の地域支部を有する。自治体、総合医（GP）、病院等も連携しながら生活支援を実施しており、具体的な活動としては、配食サービス、高齢者の交流のための活動、移動サービスなどが挙げられる。

「Age UK」は、全国に170を超える地方支部を有する大規模な団体である。この団体は、既に活動を実施していた「Age Concern England」と「Help the Aged」の統合により、2009年4月に設立された団体である。「Royal Voluntary Service」と同様の生活支援の活動を行うほか、健康や老後の生活に関する様々な情報提供や各種の専門的な助言、調査研究への助成など多岐にわたる活動を展開している。

また、高齢者の自立支援を前面に打ち出した活動をしている団体として、「Independent Age」を挙げることができる。この団体は、できるだけ長期間自宅で生活できることに焦点を置いて、高齢者やその家族・介護者への支援、情報や助言サービスを提供している。

2. 地域におけるインフォーマル資源

(1) 活動の概況

ボランティア活動は、直接的に行動する又は寄附をするという両面においてイギリスでは定着したものとなっている。以下に、データリクエストの回答に基づき、活動の概況を記す。

イギリスにはボランティア団体が 164,000 あり、推計によると 765,000 人（イギリスにおける労働人口の 2.7%）が活動に参加していることになる。こうしたボランティア団体のうち、年間収入が 1 万ポンド未満の「極小（Micro）」の団体が約 88,000 か所（54%）であり、年間収入が 1 万～10 万ポンドの「小規模（Small）」の団体が 51,000 か所（31%）となっており、全体の 8 割以上の団体が、比較的小規模な団体として活動していることが分かる。これらの「極小」及び「小規模組織」は有償の職員を置くことが少なく、また大規模組織と比較して個人からの寄附金に頼ることが多いとされている。

一方で、大規模なボランティア団体の中には、年間収入が 1,000 万ポンドを超えるものもある。こうした団体は、地方支部を設置し、又は国際的な運営を行っており、また、有償の職員を置くことが比較的多い。

全国ボランティア団体協議会（National Council for Voluntary Organisations）が発行する「イギリス市民社会年鑑 2012」（UK Civil Society 2012 Almanac）によると、イギリスのボランタリーセクターは、合計で 111 億ポンドの付加価値の創出に貢献しており、これはイギリスの粗付加価値（GVA）の 0.8%に相当するとされている。ボランタリーセクターはイギリス経済に対し、他のセクターに匹敵する貢献を行っており、例えば農業の粗付加価値は 2010 年で 83 億ポンドだったことと比較しても、その規模の大きさがうかがわれる。

ボランティア活動に従事する者のうち、半数以上（57%）の 437,000 人が保健福祉関係の活動に従事している。

(2) 活動内容と位置づけ

既述のとおり、ボランティア団体による生活支援は、制度的には、公的な生活支援サービスを補完するものと理解することができる。ただし、公的な生活支援サービスが、「重篤」または「重度」ニーズの者に重点化しているという状況にかんがみると、実態的には、「補完」という言葉のイメージよりは大きな役割を担っている印象が強い。また、「RSVP」のインタビューにおいても、生活支援を必要としている人の多くが、公的な生活支援を十分に活用しないままボランティアに頼ってしまう傾向があるという指摘があり、公的生活支援サービスの利用支援やこうしたサービスへの懸念、不安を取り除くといった支援を行っているとのことであった。

また、訪問した「RSVP」の地元の行政区（ロンドン市カムデン地区）の担当者の話によると、当該地区に居住する高齢者のうち、公的な社会的ケアを受けている者は、全体の 10% であり、正確な人数は不明だが、かなりの数の高齢者がボランティア団体との関わりを持っているのではないかとのことであった。また、公的な社会的ケアをカムデン地区がアレンジする際には、ボランティア団体から提供されるサービスも含めた計画とするほか、ニーズが

高くないため、公的な社会的ケアのサービスを受けられないものの何らかの支援が必要な者には、ボランティア団体やその活動に関する情報提供を行っていた。

ここで、具体的に「RSVP」の活動について見ていきたい。この団体の組織概要としては、イングランドでボランティアが1万人以上、スタッフが20人となっており、ボランティアの活動を組織・調整するボランティアオーガナイザーが6名配置されている。

具体的な活動を展開する場合、ボランティアオーガナイザーが活動を行うグループを組織することから始められる。その前提として、具体的な活動のアイデアが必要になるが、こうしたアイデアは、ボランティア、スタッフといった立場に関係なく発案できるとのことであった。このような風通しの良さが、ニーズに応じた柔軟な活動、豊富な活動メニューにつながっているものと考えられる。

具体的な活動の代表的な例としては、ボランティアが電話で高齢者の話し相手をする「In touch」、高齢者の自宅を訪問して話し相手や庭の手入れなどの身の回りの支援、様々な公的な社会的ケアに関する情報提供・利用支援、社会交流のための活動（読書会、ガーデニング、音楽など様々なメニューがある）といった活動のほか、「節約して暖かく (Saving energy and keeping warm) プロジェクト」として、寒い冬を乗り切るために、エネルギーを効果的に使うようにアドバイスするといった活動も行っている。このほか、認知症の高齢者が外出する際、必ず自分の名前、住所、電話番号、緊急連絡先、連絡ができる人の名前と電話番号を記入したものを必ず持参してもらうといった取組も行われていた。

なお、活動の一部（「In touch」）には、地元のカムデン地区からの資金援助が行われているが、カムデン地区の担当者の評価は、「提供している資金は少ないが、アウトカムは大きく、提供した資金以上の成果が戻ってきている」というものであった。

こうした活動のうち、ガーデニングの活動に参加させてもらったが、公園の一角に専用のスペース、ビニールハウスが設けられており、観賞用の草花だけでなく、野菜の栽培も行われていた。夏のヴァカンスのシーズンで、参加者が少なかったのが残念ではあったが、ガーデニングの最中は、参加者が普段よりも明るい表情を見せたり、動作がスムーズだったりするという話を伺うことができた。

(3) 活動の担い手

実際に「RSVP」のボランティアにも話を伺うことができたが、まず、気軽に無理なくボランティア活動に参加しているという印象が強かった。日本では、未だにボランティア活動に対するハードルが高いこととは対照的である。

また、「RSVP」では、仕事を退職した年齢層のボランティアが多く、「高齢者が高齢者を支える」という構図であった。カムデン地区の担当者からは、「依存と自立」という視点から、高齢者には支援が必要という考えもあるが、必ずしもそうではなく、「高齢者が高齢者を支える」又は高齢者が子どものケアを支援したりするボランティア活動を行うことを通じ、高齢者自身が刺激を受け、コミュニティへの帰属心を得て自分の人生、自分の生活をコントロールしているという意識を持つことができるという評価を聴くことができた。

このほか、失業中で仕事を探しながらボランティア活動に参加している者もあった。日本では、失業中にボランティア活動を行うことは、感情的にあまり受け入れられないと思われるが、失業中、内にももっていると、社会性、対人関係の能力が損なわれるため、ボランティア活動に参加して社会との接点を持ち続けることは、再就職にもプラスに働くという考え

であった。生活支援のテーマから若干逸れることになるが、日本でも被保護者の自立支援として、様々な取組が進められているが、こうした取組との関係でも示唆的であった。

3. 介護予防政策

(1) 「介護予防」の捉え方

データリクエストによると、イギリスの場合、日本のような「介護予防」を明確に意図した全国又は地域の社会保障プログラムはないとの回答であった。しかし、これは、「介護予防につながる取組」が皆無であることを意味するものではない。

日本では介護予防（引きこもり防止）として捉えられている社会交流活動はイギリスでも実施されており、その意味で、類似の事業であっても、その捉え方に違いがあることに、むしろ留意すべきであろう。イギリスにおいても、こうした社会交流活動には、日本における「介護予防」の要素があること自体は、（強くはないが）意識されているようであった。

また、カムデン地区の担当官の「依存と自立」の話にあったとおり、高齢者がボランティアに参加することにより、自立の意識を高めることも一種の「介護予防」と捉えることができるだろう。

なお、疾病予防の観点からは、NHSによる健康診断がある。

(2) 転倒予防プログラム

「介護予防政策」という体系の中で実施されているものではないが、個別の事業として、「転倒予防プログラム」を挙げることができる。日本における介護予防の議論でも、介護が必要な状態になる「入口」として「廃用症候群」が問題視されたが、転倒予防プログラムも同じ発想に立つものと考えられる。

このプログラムは、公的な給付として行われる場合もあれば、ボランティア団体が実施する場合もある。プログラムの中では、理学療法士によるさまざまなトレーニングセッションを通じて、どうすれば転倒しないかを学ぶほか、既に転倒により歩行等に困難がある者に対するトレーニングセッションも行われている。また、病院の理学療法と比べ、誰でも足を運びやすいフレンドリーな雰囲気作りが行われている。

第5節 近年の注目すべき動向

1. 生涯負担上限額の設定・支払遅延

議論の前提として、イギリスの社会的ケアに係る自己負担について触れておきたい。イギリスにおける社会的ケアは、利用に際してミーンズテスト（資力調査）を伴う。一定の水準以上（資力の評価方法の詳細は不明であるが、イギリス保健省の説明では、23,250ポンド以上）の資力がある者は、社会的ケアの全額を自己負担しなければならない。この場合の「資力」については、収入（フロー）だけでなく、資産（ストック）も評価対象であり、資産を加味せず収入によって自己負担の上限額（高額介護サービス費等）を設定する日本の介護保険とは異なる面がある。なお、イギリスの社会的ケアは税財源によって賄われており、日本においても、かつて税財源で運営されていた措置制度の下では、所得段階別の費用徴収が行われていた。

日本の介護保険では、高額介護サービス費による月々の自己負担の上限額は、所得に応じ、15,000円、24,600円、37,200円の3段階に設定されており、高所得者であっても、この負担上限額が適用される。一方のイギリスでは、一定水準以上の資力があれば、全額を自己負担することになる。このことは、イギリスにおいて、社会的ケアを全額自己負担で受けるために、家を売却せざるを得ないという状況を生み出している。

このような状況を踏まえ、自己負担の見通しを立てられるようにするために出てきたのが、施設入所における生涯の負担上限額の設定である。このような上限を設定し、個人ごとに社会的ケアにかかった費用を地方自治体で管理していき、上限額を超えた場合には、自己負担を要せず、無料で社会的ケアを利用できることになる。イギリス保健省の説明では、この上限額は、72,000ポンドを想定しており、これは、ケアホームに入所した場合の3年間の自己負担に相当する金額である。なお、上限額は全ての者に対して72,000ポンドではなく、所得によってバリエーションがある。

このほかに、支払遅延（Deferred payment）も検討されている。これは、上限額まで負担するために家を売却しなければならない者に対しては、生存中に売約するのではなく、死後に売却して自己負担を支払うことができるようにするものである。日本における「リバース・モーゲージ」と同様の発想に立つものと考えられる。

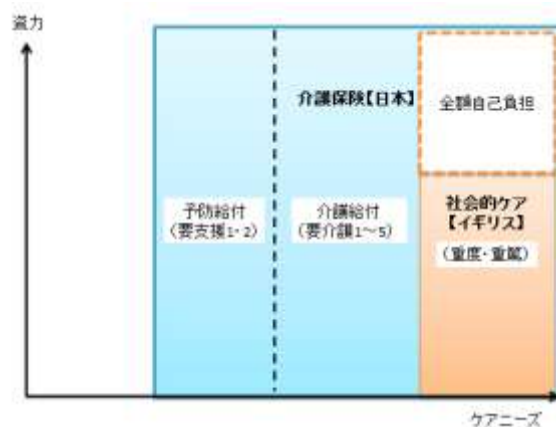
社会的ケアのコストが高く、かつこれまで全額を自己負担してきた者が、ケアを受け続けることで全財産を失うのではないかという懸念を持ち、見通しがたらず不安定な状況に置かれてきたことを改善することが目的である。イギリス保健省の説明によれば、様々な組織、慈善団体も前向きにとらえているとのことであった。

2. 国内における最低受給資格要件の設定

地方自治体によってバラツキのある社会的ケアの受給資格要件について、他の地方自治体に転居してもアクセスが保障されるように、国内における最低限の基準を設定しようとするものである。社会的ケアの対象者の区分としては、「重篤」(Critical)、「重度」(Substantial)、「中度」(Moderate)、「軽度」(Low)の4つがあり、地方自治体はこれらの受給資格要件に基づいて公的な社会的ケアの提供を行うか否かを決定している。ただし、既述のとおり、財政的な問題から、実態としては「重篤」と「重度」に重点化しており、データリクエストの回答によれば、現在、地方自治体の87%が「重篤」と「重度」の者に対してのみ公的な給付を行っているという状況にある。

この4段階の区分のうち、どこを国内における「最低基準」として設定するかが問題となる。政府は2013年6月に、受給資格要件の全国的な最低基準の策定に向けた新たな討議資料を発表したが、「重度」相当を国の最低基準として設定することを提案している。これは、上記のとおり、地方自治体のほとんどが、現状において公的な給付の対象としているレベルである。日本の介護保険における要支援・要介護度の区分と単純に比較することは困難であるが、「重度」は、手段的日常生活動作が大幅に制限され、又はそのおそれがあることを踏まえると、概ね要介護3に近いのではないかと考えられる。

ここで議論されているケアニーズの要件と既述の資力要件とを併せて考えると、イギリスの公的な社会的ケアを受給できる対象者は、日本に比べるとかなり制約的であると言える。



(図 4-2) 資力・ケアニーズから見た社会的ケア及び介護保険の対象者のイメージ

【補足】 Re-ablement

「Re-ablement」については、既に段階的に国内での普及が進んでおり、必ずしも「近年」の動向とは言えないが、「自立支援」の観点から示唆に富む取組であるため紹介しておきたい。これは、NHS と社会的ケアの双方からのアプローチにより、できるだけ自立した在宅生活を送れるように集中的に支援を行うものである。これは、社会的ケアに対して高齢者が依存心を持つことへの対応という意味も持つ。自立を促すため、本人のできないことなく、できることに焦点を当てて、それを維持し、又は、失われた日常生活のスキルの回復も目指すものであり。出来るだけ早く退院し、自宅で6～10週間、「Re-ablement」のチームが支援する。支援の発想は、高齢者のために (for) ではなく、高齢者と共に (with) 行うというものである。

「Re-ablement」は、病院の医師、看護師、メディカルソーシャルワーカーなどが専門的視点から適用の可否を判断し、本人の同意の下に行われる。支援チームは、ソーシャルワーカー、介護士、NHS の OP などから構成され、支援チームが自宅を訪問して必要となる支援の内容を見極め、日常生活能力の維持・回復に必要な支援を行うことになる。日常生活能力のリハビリというイメージであろう。

このように、退院直後に集中的な支援を行うこと、医療と福祉の双方からアプローチすることについては、日本にとっても参考になる取組と考えられる。

第6節 仮想3ケースによるケーススタディ

ロンドン市カムデン地区の、チャリティ団体、ボランティア団体、民間事業者、ディストリクトナースへのインタビューから、包括的なサービス提供に加え、ソーシャルサービスは地方自治体によって異なること、収入によって受けられるケアのレベルが異なること、受けられるサービスのアセスメントの決定までに時間のかかり過ぎることが挙げられた。

1. 仮想ケース(1) Aさん(80歳、女性)

A夫人は80歳の自宅でのひとり暮らし(or自立型高齢者住宅に単身で暮らしている)の女性である。夫は3年前に他界している。屋内での生活はおおむね自立しているが、歩行に不安定な時があり、それに伴う尿失禁が見られる。徒歩での長時間の移動が困難で、通院にはタクシーなどAさん以外が運転する車を利用しており、食品などの日用品の買い物への負担も高まっている。(Barthel Index: 65点)。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は2か月に1度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。

(1) 受けられるサービスの種類・内容・量の例

Aさんに必要なサービスは大きく5つで、これを包含したかたちでサービスの内容をアセスメントしていく。

① 安全に住み続けるための住宅の改修:

手すりの取り付けなどの必要性を作業療法士がアセスメントする
所得、貯金額を考慮して公的援助、自己負担額が決まる

② 買い物:

ソーシャルケアの領域に該当し、地方自治体が評価を行い、民間サービス事業者やボランティア団体を経てサービス提供される
求められる手段、生活における本人のニーズや期間などを考慮し、負担額の自己負担分をアセスメントする

③ 交通手段:

②と原則的に同じ

④ 尿失禁の治療:

GP(家庭医)が無料で運動によるリハビリや手術などの対応を決定し、理学療法士や専門医を紹介する

⑤ 孤独(上記の4つを抱える人であれば孤立化している可能性が高い):

刺激を与えるために、友だちがいない場合は話し相手になるボランティアなどが電話や訪問をするようにアレンジする

*朝起きたときの手伝い、食事の用意から実際の食事介助といったパーソナルケアについては1週間に1時間から2時間以上のサービスを受けられる可能性は低い

(2) 日常生活を支援するインフォーマルな資源(地域、家族)

在宅でのパーソナルケアサービスの多くは民間企業によって提供され、話し相手になってあげるとか車を運転して教会に連れていくといったサービスはボランティア組織が行っているのが現状。

自治体によっては民間が運営しているサービス提供組織だけしかないというところもあるが、ボランティア組織によるところもある。また、地方自治体がそれらの組織に、実際のサービス提供を任せているということが少なくない。

子どもの関与については、別居を前提に、電話でお子さんとお話をしてその人たちがどのくらい母親のケアに関与しているかということを知り、それをアセスメントの中に組み込んでいく。

子どもや友人の有無で利用可能なサービスに差が出るということはない。

定期的に助けてくれるインフォーマル資源、ケアラーのためのレスパイトケアが必要に応じて提供される。

(3) 予防的視点、自立支援視点からのアプローチ

Aさんは、すでにケアの必要性があるために、この段階での予防は、介護施設に行かないようにするための予防、自宅で介護を受けられる状態を続けるための予防になる。

Aさんの自立を達成し、依存を減らしていくために有効なサービスを提供していく。

(4) 経済的側面

NHSは無料として、Aさんの自己負担については経済状態が変わってくる。たとえば、貯金の合計額が2千ポンドを超えた場合には超えた100ポンドごとに負担しなければならない。さらに、支給している年金額も考慮される。

Aさんは認知症がないので、パーソナルバジェットという形で本人に直接現金を給付し、それを自分でケアを提供する組織を選んで自分のケアをアレンジするという方法がある。だが、組織にアレンジそのものを委託する人が多い。

原則的には、Aさんが裕福であれば自分が必要なサービスを、必要な時に自分がもつめる人から受けるということができる。

2. 仮想ケース(2) Bさん(80歳・女性)

B夫人は80歳の自宅でのひとり暮らし(or自立型高齢者住宅に単身で暮らしている)の女性である。夫は3年前に他界している。身体的な自立度は比較的高いが、最近認知症の症状が見られるようになり、それに伴う日常生活に一部介助が必要となってきた。身だしなみが整えられない、トイレの場所等の見当識に問題が見られるのに加え、尿意などを感じにくくなって時おり尿失禁が見られる。また、最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった(Barthel Index: 75点、MMSE: 20点)。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は2か月に1度程度である。経済状態もその地域で標準的である。

(1) 受けられるサービスの種類・内容・量

認知症が進んでいるので、GPの診断によって紹介される高齢者専門医(コンサルタント)が最終的に診断し、必要な介護ケアを決定する。同時に、ソーシャルケアの専門家が社会的な観点でアセスメントを行う。

投薬などの医学的な介入が必要と判断された際には、NHSが運営するナーシングホームに入る可能性が強くなっていく。

在宅でのケアが可能と判断された場合は、Aさんに提供されるサービス以外に、認知症に特化した以下のサービスが提供される。

① 訪問看護による認知症の治療:

② 尿失禁の治療:

一般の尿失禁と認知症由来の尿失禁では対応が異なる

③ テレケア・テレホームによる投薬管理など:

多様なデバイスを活用し、投薬管理や、別居の子どもからのスケジュール認知への働きかけ、センサーでの徘徊防止など

(2) 日常生活を支援するインフォーマルな資源（地域、家族）

電話やタブレットを介し、別居家族や友人が毎日のスケジュールを本人に伝えるといったテレケア・テレホームの仕組みを積極的に取り入れている。

アルツハイマー病の人たちがやっているソサエティが運営するデイセンターや、アルツハイマー病を患っている家族のためのサポートを提供する組織がある。

(3) 予防的視点、自立支援視点からのアプローチ

イギリスでは認知症への予防サービスというものがほとんど提供されていない。

認知症については、精神分裂症などを含めたメンタルヘルスナースが対処している。主には、きちんと決められた薬を飲んでいるかどうか、規則遵守（Compliance）の部分への介入サービスを行っている。このメンタルヘルスナースは、認知症についてトレーニングを受けている。

セルフケアを目的に、それを本人が可能な限り達成できるように支援を行う。

3. 仮想ケース(3) Cさん（75歳・男性）

Cさんは75歳で自宅でのひとり暮らしの男性である。妻は2年前に他界している。1年半前に脳梗塞を発症したことにより、右麻痺がある。自力歩行が困難であり、自宅では車椅子で生活をしているため、移動に関しては困難なことが多い。ただし、本人が入院中にリハビリに励んでいたこともあり、左手をうまく活用して、日常生活の中でも、整容の自立や食事の一部介助があれば自ら摂取することができる。（Barthel Index：40点）。子どもは遠方に住んでいる長女がいるが、仕事をしており、訪問は1か月に1度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。

(1) 受けられるサービスの種類・内容・量の例

経済的なステータスで受けられるサービスに差は出ないが、平均以上の収入のCさんであれば、待ち時間も長く、サービスのレベルもまちまちになるので自己負担の方がベターなことが多い。

① 安全に住み続けるための住宅の改修：

必要なものを自己負担で対応がベター

しかし、自己負担が難しいということであれば、コミュニティ・ケアのアセスメントの担当者に評価をしてもらうことが可能

② トイレの介助：

1日に3回から4回の訪問サービスを受ける

起床時に1時間、ランチタイムに30分、そして夕方に30分、就寝時に30分

③ リハビリテーション：

NHSで提供される理学療法は通常、障がいが出たその時のためのもので非常に短期間。その後もその療法を受けたいということであれば、Cさんは、ある程度の所得もあるので自己負担でそれをやるのが可能

*卒中での入院なので、自宅に戻るためのリハビリを行う専門ユニットがGPなどと連携し、退院後までを包括的にサポート

第2節 日本への示唆

今回の調査では、各国ともに、高齢化の一層の進展、要介護者の増加を背景に、制度の持続可能性を確保するため、負担と給付の在り方を模索している姿が明らかになった。相当強い危機感を持って改革の道筋を探る姿勢を見せており、中には、オランダのように、思い切った転換を図ろうとしている例もあった。

我々がまず押さえておかなければならないことは、これらの国々は日本よりも高齢化率が低いという事実である。つまり、日本は、諸外国よりも、さらに強い危機感と高い問題意識を持って介護や生活支援の在り方を検討しなければならない状況に立たされているのである。

また、各国の制度を見渡してみても、日本の介護保険制度は決して見劣りするものではなく、むしろ介護サービスのメニューや守備範囲の広さという点では勝っている面もあるといえるだろう。しかし、このことは、介護保険制度に過重な負荷をかけていないかという問題提起でもある。この場合、「切り捨て」や「責任放棄」などといった感情的なフレーズに振り回されるのではなく、給付と負担のバランスの中で誰が何をどの程度保障するのかという冷静な議論を行わないと、問題を先送りして赤字国債に頼ってしまった轍を踏むことになりかねない。

以上を前提として、日本における介護保険の在り方を考える上で、参考となる制度の設計思想や取組についてまとめてみたい。

1. 自立と尊厳

日本で「高福祉」というと、一般にどのようなイメージを持つだろうか。おそらく、対象者が「受け身」になって様々な手厚いサポートを受けられる「上げ膳据え膳」のイメージではないかと思われる。よって、日本人は、欧州諸国の「高福祉」を「上げ膳据え膳」と捉えているだろうが、実態としては、むしろ「自立」の意識が高いことがうかがわれた。特に、「福祉大国」と言われるデンマークでこうした傾向が顕著であったことが興味深い。デンマークでのインタビューでは、「受給権」とは「何でもしてもらい権利」なのではなく、「できるだけ自立した生活ができるように、自分の能力を維持・回復するためのサポートを受ける権利」であると明言する関係者もいた。こうした思想は、「両手を後ろに回したケア」という言葉に象徴される。

日本で「自立」を強調することは、高齢者に辛く当たることのように捉える向きもあるが、介護保険法が、法の目的として「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」（1条）と掲げていることを改めて考え直す必要がある。利用者を受動的な立場に追いやるという意味での「過剰な」給付は、サービスへの依存を生み、やがて、自立する能力を弱めてしまうことに繋がる。これは、介護保険の給付費がより必要になるという矮小化された議論に止まる問題ではなく、より根本的な問題なのである。他者への依存なしに自分でできる行動が制約されれば、その分、自分が思い描くライフスタイルも制約を受けることになる。つまり、自立の能力を奪うことは、高齢者の自己決定権の侵害なのである。これは、同じく介護保険法の目的として掲げられている「尊厳の保持」（1条）を損なうものである。過剰なサポートが、果たして「手厚さ」や「優しさ」なのかは、今一度問い直す必要がある。

2. リハビリ重視

日本の介護保険で「介護予防」は、「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」とされている。具体的には、要支援・要介護の認定に至らない者に対する予防（一次予

防と二次予防)と要支援者・要介護者に対する予防(三次予防)の三段階に分けられる。一次予防は、活動的な状態にある高齢者を主な対象として生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものであり、二次予防は、要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者の早期発見・早期対応により、状態を改善し、要支援状態となることを遅らせるものである。これらは、地域支援事業の介護予防事業と介護予防・日常生活支援総合事業によって実施される。

一方、三次予防は、要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防するものである。このように、三次予防のターゲットとしては、要支援者だけでなく要介護者も含まれるものと整理されている。しかし、実際の給付の構成として、この三次予防を担うのは、要支援者に対する「予防給付」であり、「要介護」の認定を受けた後の介護の主眼は、ニーズに対応することに置かれ、必ずしも状態の維持・改善に置かれていない。介護保険の給付が「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」(2条2項)のであれば、「要介護」の者も含め、可能な限り状態の維持・改善を目指すような三次予防を徹底すべきであろう。

以上のように、日本における「介護予防」は、概念上は「要介護」の者も含むものであるが、実際の事業・給付の構成としては「要介護」の未然防止という性格が強い。一方、デンマークにおいては、「リハビリ重視」を明確化し、機能の改善を目指す「改善グループ」と改善は望めないが現状の機能を維持していく「維持グループ」の2つに分けて、介護や生活支援を行っていく方向性を打ち出している。ここでは、十分なケアを保障しつつ、「最後までリハビリの視点を忘れない」ことが強調されているのである。また、イギリスにおける「Reablement」も在宅復帰に当たって、本人の可能性を引き出す「維持・改善」の取組であった。

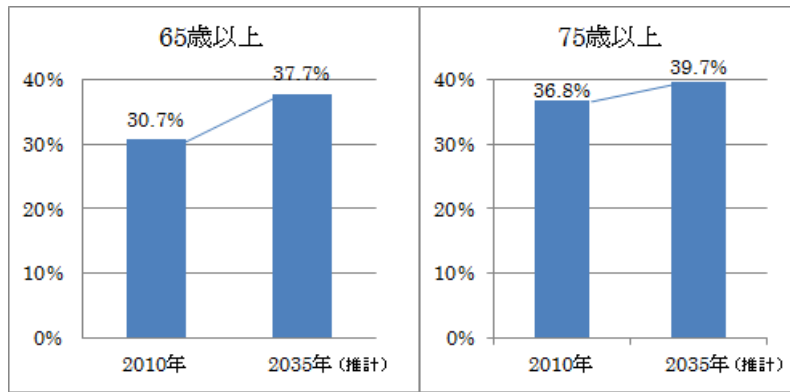
介護予防に力を入れることは重要であるが、最後まで維持・改善を目指すという理念も、既述の「自立と尊厳」との関係で重要である。日本においても、介護保険の理念に沿って、「要介護」の者も含め可能な限り最後までリハビリによる維持・改善に積極的に組み込んでいくべきではないだろうか。ここでのリハビリは、身体機能の維持・改善に限られるものではなく、広く生活能力の維持・改善と捉えるべきであろう。

要介護認定の際、介護認定審査会は、要介護状態の軽減や悪化の防止に必要な療養に関する事項や介護サービスの適切なる有効な利用等に関する留意事項について、市町村に意見を述べることができる(27条5項)。また、市町村は、これを踏まえ、介護サービスの種類を指定することができる(37条1項)。現行制度の運用によって、個人の状態に応じた「維持・改善」を重視したサービスの提供は、一定程度可能なのではないだろうか。

3. 精神的支援の充実

日本において、介護、生活支援という場合、「可視的」で「物理的」なニーズが目が行きがちであるが、今回の視察を通して「精神的支援」に対する比重の置き方に違いを感じた。視察に訪れた国は、いずれも「精神的支援」を日本よりも重視していたのである。事実、仮想ケースで必要となる生活支援について質問をした場合、真っ先に、孤立防止や交流活動の必要性和重要性の指摘がなされた。おそらく、同様の質問を日本の行政等に向けた場合、家事援助や配食といった支援から話が始まるのではないだろうか。

このような精神的支援の重要性は、今後、高齢者の単独世帯の増加に伴い、重要性を増してくるものと考えられる。世帯主65歳以上の世帯に占める単独世帯の割合は、2035年には、4割弱まで上昇する見通しである。孤立する高齢者を生まないためにも、社会とのつながりを維持できるような取組が求められる。



〔出典〕国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計) (2013(平成 25)年 1月推計)より作成

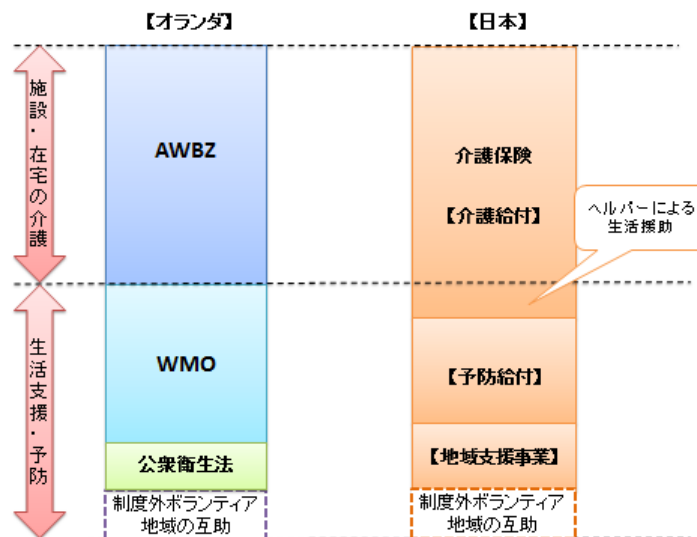
(図 5-1) 世帯主 65 歳以上・75 歳以上の世帯に占める単独世帯の割合

また、精神的支援は、うつなどの精神疾患の予防や孤立防止を目的とする面もあるが、そのほかに「自立」や「維持・改善」とも深いかかわりをもつものと考えられる。「自立」や「維持・改善」のモチベーションを考えた場合、それは、社会（あるいは他者）とのつながりが重要な意味を持つものと考えられる。すなわち「どのような生活をしたいか」をイメージし、その実現に向けて取り組むのであれば、他者との関係性抜きに生活のイメージを組み立て、また、努力することには限界がある。他者と断絶され、活動する目的もなく、また、リハビリに励む努力を認めてもらえることもなければ、モチベーションを維持することは、極めて困難であろう。

「他者と関わらず、認めてもらえず、それでも孤独に努力すること」を求めるのは、酷である。「自立」や「維持・改善」を促すのであれば、そのモチベーションとなるような精神的な支援もワンセットで導入することが必要であることを忘れてはならない。これは、視察を通じて強く実感したことである。

4. 給付・事業の役割分担

「介護保険制度の見直しに関する意見」（2013年12月20日、社会保障審議会介護保険部会。以下「見直し意見」という）では、地域支援事業の見直しに言及されている。その具体的内容の1つが、予防給付の訪問介護と通所介護を新たな地域支援事業に再編するというものである。ここで、日本と同じく社会保険方式を採用するオランダと日本の給付体系を対比してみたい。



(図 5-2) 日蘭の介護・生活支援等の給付構成イメージ

制度区分や財源は異なるものの、生活支援や予防について、オランダでは地方自治体が具体的な事業の実施責任を負っている。このことは、地方自治体の裁量が大きいことを意味する。一方、介護保険について見てみると、介護給付と予防給付は、保険給付であるため定型性が強く、地域支援事業は、事業類型は規定されているものの、具体的な実施手法については比較的柔軟性が高い。ここで、生活支援や予防の事業としての性格とそれに相応しい給付・事業の組立を考える必要がある。

まず、予防給付についてであるが、見直し意見でも指摘されているとおり、要支援者は生活支援のニーズが高いが、生活支援の具体的な内容やその担い手には多様性があり、給付内容に定型性の強い保険給付では限界があると言わざるを得ない。そうであれば、見直し意見にあるとおり、比較的柔軟性の高い地域支援事業として実施する方が効果的であろう。

では、再編成された地域支援事業は、どのように実施していくべきだろうか。この場合、「既製品」の事業を単に継続したり、他の地域での取組を単純に「移植」したりするのではなく、オランダのように、地方自治体が主体的に予防や生活支援の事業設計をデザインしていくことが求められる。すなわち、各地域における高齢化の状況、地縁関係の濃淡、地縁組織・NPO・ボランティア団体といったインフォーマルな社会資源の状況など、個別の状況を把握しながら、課題の分析と対応策を練り上げていくことになるのである。これは、全く新たな取り組みではなく、既に地域包括ケア体制の構築として着手した取組の延長線上にあるものと言える。

いずれにしても、地域特性を踏まえ、各地域に「自生する」地域支援事業を構築するためのコンセンサスづくりをいかに進めていくかが、今後の重要な鍵になってくるだろう。

5. 担い手の確保

海外において、生活支援の担い手として、ボランティア団体が大きな役割を担っていた。また、オランダでは、地域の互助を促進する「ビレッジ・プロジェクト（アムステルダム StadsdorpZuid 地区）」などの取組が行われていた。今後の高齢化の進展を考慮すると、既存の介護事業所だけでは、担い手不足の壁に突き当たることは間違いないだろう。もちろん、「Radius」や「RSVP」のような取組は、一朝一夕にできるものではないが、今後の更なる高齢化の進展も見据えた担い手の育成、地域の互助の醸成に早急に本腰を入れるべきである。

これは、担い手の数的確保という問題だけではなく、事業の効率性にも関わってくる。このようなインフォーマルな担い手を増やすことができれば、費用対効果が高い事業の実施が可能になる。この点は、ロンドン市カムデン地区の担当者が、RSVPの活動について「提供している資金は少ないが、アウトカムは大きく、提供した資金以上の成果が戻ってきている」と評価していたことから明らかである。

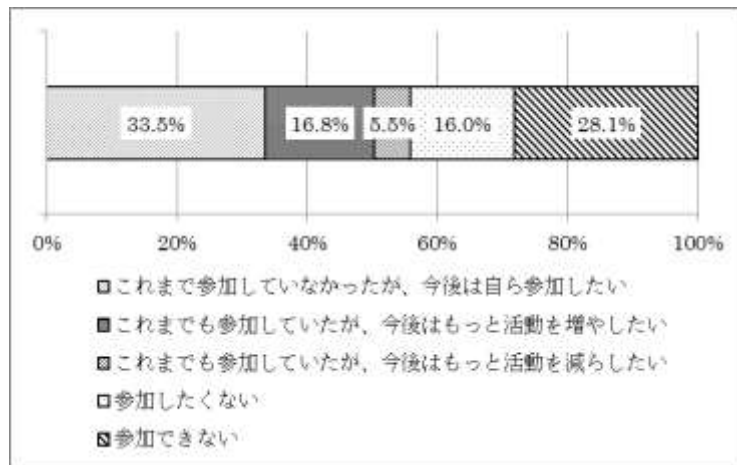
逆に、地域住民が主体的な活動に消極的であるならば、それなりのコストを負担して「事業者」に実施してもらうことにならざるを得ない。これは「財政が厳しければ、自分たちにできることをするしかない」というオランダにおいて顕著に見られるとおり、給付と負担の問題でもあるのだ。

高齢化が進めば、特に過疎地域などでは、若年層である「担い手」の不足が懸念される。そのような中で、担い手をどのように確保していくのかは重要な課題である。しかし、地域活動の担い手は、「若年層である『担い手』」だけであろうか。視察に訪れた国でボランティアの主体となっていたのは、多くは定年退職後の「高齢者」であった。また、デンマーク

のヒレロー市のシニア活動センターでは、高齢者自身が主体となって、自治的な運営が行われていた。確かに、社会保障の財源負担の面から言えば、「若年層＝支え手」なのだろうが、活動の面においては、「若年層＝担い手」という図式は、必ずしも正しくないと言える。さらに、オランダでは、自ら介護を必要とするサービス受給者が、可能な範囲でボランティア活動に従事していた。その意味で、「担い手」と「受給者」は一方通行の関係性ではないことにも留意する必要がある。

また、担い手の質の確保も重要である。生活支援を行う場合、特に専門性を必要としない業務とソーシャルワークのように一定の専門性を求められる業務がある。また、専門的な資格を要しないまでも、活動を束ね、コーディネートする能力を持つスタッフも不可欠である。このほかに、多くのボランティアにとって、気軽に活動に参加できることは重要であるが、やはり、必要最低限、求められるスキルについては、講習等を行うことも必要である。事実、視察に訪れたボランティア団体は「組織化されたセミプロ」集団という印象が強かった。担い手を数的に確保することが先決であろうが、これに続き、又は並行して質の確保も図っていく必要がある。

このようなインフォーマルな活動については、ライデン市の担当者の言葉のとおり、任意性・自発性が前提であることを忘れてはならない。内閣府の調査によると、ボランティアやNPO活動、市民活動による社会的なサービスの提供等に関する意向について、「これまで参加していなかったが、今後は自ら参加したい」と「これまでも参加していたが、今後はもっと活動を増やしたい」の合計は、50.3%となっている。また、「参加したくない」ではなく、「参加できない」とする者も28.1%に上る。こうした数値が高いか低いかは、にわかに判断できないが、こうした意欲を具体的な活動に結び付けていく取り組みが求められる。



〔出典〕内閣府「平成23年度国民生活選好度調査」より作成

(図5-3) ボランティア活動等に今後自ら参加することに関する意向

資料編

1. フランスおよびシンガポールにおける制度比較

データリクエストへの回答および文献等を参考に、フランスおよびシンガポールにおける高齢者に関する住宅、介護、医療制度の概要、生活支援、介護予防、現在抱えている課題について、以下に示す。

1. 住宅、介護、医療制度の概要

1) 高齢者に関する住宅制度の概要

フランスでは、高齢者が住んでいる家が住みづらい、あるいは高齢者が孤立している場合には、社会住宅（Foyer-logement）へアクセスすることができる¹⁾。高齢者用賃貸住宅として、キッチンやバスルーム付の独立した作りとなっており、オプションサービスとして食事や集会室などがある。低所得の高齢者には社会住宅手当（allocation de logement sociale : ALS）がある²⁾。ここでは、自宅と同様に高齢者は在宅ケアサービス（看護、介護や配食など日常生活での支援、医療、リハビリ等）を受けることができる³⁾。

シンガポールでは、高齢者に限らず大半の人が住宅開発局（Housing Development Board : HDB）が提供する公営住宅に住んでいる。HDBは国内の住宅ストックのうち90%以上をコントロールしており、残りの10%は民間市場のストックである。60歳以上の者では、87%がHDBのアパート（HDBフラット）に住んでいる。一般的に、若い人たちは収入に応じてHDBフラット購入の申請を行い、生涯所有権を有する。そのようにして、特に高齢世代の人達は同じ公営アパートに住んで年を重ねていく傾向がある。

近年では、高齢者の保健・社会的ニーズに応える形で、HDBアパートの建物1階にシニア活動センターや高齢者サービスセンターを作るケースが増加している。また、HDBは55歳以上の者を対象にHDBが高齢者に優しい設計のスタジオアパートを30年リースで販売している。各アパートは45平方メートルで、リビングルーム・キッチン・バスルーム・寝室があり、全て滑りにくいタイル、手すり、緊急用ベルが取り付けられている。ただし、これらのスタジオアパートに移り住むことは、自分たちが育った地域を離れて高齢期に新たな社会的ネットワークを築く必要がある可能性もあり、また、自分たちの家の子供への遺産として残したいと考える傾向があるため、これらが実際および潜在的な需要を満たすかはまだ分からない状況である。

2) 高齢者に対する介護制度の概要

(1) 介護サービスの対象者

フランスでは、ケアを必要とする高齢者向けの手当「高齢者自助手当（Allocation Personnalisée à l'Autonomie, APA）が、2002年に創設された。APAは「身体または精神的な問題によって、日常生活の基本動作のすべてまたは一部において継続して常時ケアを必要とする高齢者」、「ケアの必要性を軽減したり悪化を予防したりするために支援を必要とする高齢者（虚弱高齢者）」を対象としている。

対象者の決定は地方自治体（Conseils Généraux）が行うこととされ、自治体の調査チームが申請者を訪問し、身体及び精神的状況のアセスメントを行う。ケアのレベルは老年学的自立能力判定表（Autonomie Gerontologique-Groupes Iso-Ressources, AGGIR）と呼ばれる6

段階の尺度を用いて評価・判定され、GIR 1 から 6 のレベルがある。レベル 1 から 4 の人は APA の受給資格があるが、手当の額は当該者の収入に左右される。レベル 5 と 6 の人は、ホームヘルプを利用できる⁴⁾。

表 1 AGGIR の 6 レベル

レベル 1 : 寝たきりで 24 時間ケアを必要とする、あるいは終末期
レベル 2 : 寝たきりまたは座位可能で、精神的障害があり日常的な活動の大半で支援を必要とする
レベル 3 : 精神的障害はないが、介護や活動で支援を必要とする
レベル 4 : 移動やいくつかの点で介護や食事の支援を必要とする
レベル 5 : 食事・掃除・洗濯等で部分的に支援を必要とする
レベル 6 : 自立高齢者

100 万以上の要介護高齢者（主に軽度の障害）が APA を受給しており、受給者の 61% は自宅で生活している。なお、GIR 4 の虚弱高齢者は受給者の 44% を占め、80% が自宅で生活している⁵⁾。

また、この資金は地方自治体及び全国自立連帯金庫（Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie : CNSA）と呼ばれる新たな機関が担い、CNSA は一般税ではなく、全労働者の無給労働日、雇用主への 0.3% の課税によって賄われている。

シンガポールの介護保険制度（Eldersshield・エルダーシールドとして知られている）は 2002 年に創設され、個人の自費払い、一部自己負担、税及び（小額ではあるが）保険料の一部で賄われている。原則として、40 歳を超えた時点で加入が義務付けられている⁶⁾。

介護サービスの受給資格のある者を、収入、年齢及び、ADL5 項目の内 3 項目以上で障害があるか否かによって規定している。この制度は低所得者に焦点を当てており、対象者の決定は、統合ケア局（Agency for Integrated Care, AIC）、ソーシャルワーカー及びケアマネジャーが、アセスメント及びミーンズテスト（収入・資産調査）を用いて行う。高所得者は、市場価格を全額自己負担することで介護サービスへアクセスすることが可能であり、受給資格要件で抑制されるものではない。

なお、表 2 の通り政府の補助金スキームによってサービスごとの受給の最低年齢が異なっている。

表 2 補助金スキームと最低年齢

補助金スキーム	最低年齢
一般医（GP）による治療	40
デイケアの移送	55
移動補助機器（Mobility aids）	60
在宅及び／又は通所の医療サービス（米国の PACE を原型としたモデル）	60
高齢者用臨時的障害支援プログラム（Interim Disability Assistance Program for the Elderly (IDAPE)）	1932 年 9 月 30 日以前に生まれた者または 1932 年 10 月 10 日から 1962 年 9 月 30 日の間に生まれた者

(2) 介護サービスの内容、提供方法

フランスでは、訪問サービス、通所サービス、ショートステイサービス、統合サービス（訪問、通所、ショートステイ）を統合的に組み合わせたもの等を利用することができる。APA には、利用者のニーズに応じたケアプランの作成、収入に応じた給付金が含まれる。なお、①掃除 ②洗濯 ③料理 ④買い物 ⑤ゴミ出しについては AGGIR 訪問チームが策定したケアプランに沿って提供可能であるが、⑥見守り ⑦通院の付添 ⑧外出時の同行については在宅ケアサービスでカバーされず、ボランティアな高齢者支援に頼る必要がある。なお、デイケ

アセンターの目的は、①リハビリ・医療・看護、②社会的交流・レクリエーション活動・身体的及び娯楽活動、の2点を両方とも保証することである。デイケアセンターの費用は、社会保障制度と個人からの支払いで賄われている。

また、家事援助などのサービス提供主体は、県が所轄する非営利団体や市町村福祉センターなどである。

シンガポールでは、利用者の医療及び社会的ニーズに応え、高齢者をケアする家族を支援するための在宅ケアサービスを利用することができる。通所サービス以外には、以下のようなサービスが含まれる。

表3 提供サービス例

訪問医療	診察や患者の状況アセスメント・管理等のサービスを提供するために、医師が患者宅を訪問する。
訪問看護	傷口の手当、ストーマ・ケア、経鼻経管栄養チューブ（NGチューブ）挿入等の看護を患者宅で提供する。
在宅緩和ケア	終末期の患者及びその家族へ、包括的な支援（例：医療、看護ケア）を提供する。患者やその家族は、医師、看護師、また提供者によってはソーシャルワーカーの多職種チームによる支援を自宅で受ける。
配食	自炊したり自分で食事を購入したりできない高齢者宅へ、日々食事を届ける。
付き添い／移送サービス	高齢者が医療機関で受診する際に手配でき、当該者が歩行不能／困難で公共交通機関が利用できない場合、または介護者が虚弱あるいは／及び働いており上記のような支援を必要とする場合に利用することができる。
追加サービス	個人衛生・家事・服薬のリマインダー・精神的な刺激となる活動・その他のケアなど、様々なケアサービスから、自らのニーズへ最も適したものを選べる。

なお、通所で利用するサービスは通常、定期的に日中ケアサービスを必要とする高齢者のニーズに応えるものである。大半はコミュニティの中にあり、自宅近くの慣れ親しんだ環境の中でサービスを受けられるようになっている。

サービスには、地域リハビリサービス（Community Rehabilitation Services）や社会的デイケアサービス（Social Day Care Services）等がある。地域リハビリサービスは、機能障害をもたらす疾患（例：脳卒中、骨折、下肢切断）のある人たちを対象とした理学療法や作業療法である。主な目的は、利用者の機能を医学的に可能な限り最大限に改善することであり、利用者のADL（入浴、食事、更衣、排泄、移動等）能力を取り戻し地域で活動的な生活を続けられるようにすることである。社会的デイケアサービスは、家族介護者が働いているときに見守りの必要な高齢者をケアするものである。主なプログラムとしては、①健康や機能維持のための簡単な維持型プログラム（運動）、②社会的交流やQOLを促進するための活動プログラム（例：手工芸、読書、カラオケ）、③家族介護者が高齢者のケアを続けられるサポートを行う介護者支援プログラム（例：サポートグループ、話し合い）があげられる。

また、介護サービスの主な提供主体は、ボランティアな福祉団体（Voluntary welfare organizations, VWO）である。VWOは福祉サービス及び／またはコミュニティ全体に役立つサービスを提供する非営利団体であり、通常、協会（society）、有限責任保証会社またはトラストとして設立される。その他、民間営利セクターもサービス提供を行うがVWOをサポートする位置づけである。ただし、シンガポールでは、家族のインフォーマルなケアが重視されており、これらの提供主体も家族をサポートする位置づけとして考えられている。

なお、各専門職の資格はフランスにおいてはそれぞれ特化され独自の教育を必要としており、国が免許を授与する。シンガポールにおいても、介護職の資格と看護職の資格は現在、異なる資格制度に基づいている。

(3) 介護サービスの費用の基準

フランスでは、介護サービスの費用は国の政府が定めた基準に基づいて決められている。基準はサービスの種類に基づいて詳細に規定されている⁹⁾。また、サービス提供時間数は、AGGIR 訪問チームが策定したケアプランによって決められている。これらの基準に基づいて、介護サービスを利用する個人への費用が算定される。利用者の収入に応じて、ケアプランで決められたサービス費用のすべてまたは一部を APA がカバーすることとされている。これらの基準は政府によって定期的に改定されている。

シンガポールでは、個人ごとの介護サービス費用は、それらが提供される場所に基づいている。ナーシングホームの費用が参照ベースとなっており、他の場所でのケアはナーシングホームと比較してコストが低くならなければならないとされている。

(4) 介護サービスの調整

フランスでは、AGGIR チームが利用者のニーズを評価し、必要とされる専門職の数やサービス時間数を含めたケアプランを作成する。ただし、このチームは様々な提供者間の調整を行うものではなく、契約の支援も行わない。また、フランスにおいて、複数の職種がチームで訪問することは少なく、大半の場合、職員は別々に利用者を訪問している。ケアマネジャーは任命された場合、作成されたケアプランで要請された様々なサービスを手配する。ただし、ケアマネジャーがいない場合は、家族がすべての専門職へ連絡しなければならない。

なお、フランスにおいても、医療と介護の連携に関しては課題とされており、特に認知症の人に向けた調整機能の強化の取組みが進められている。第3次アルツハイマー計画ではこれらの取組みの具体が示されている⁹⁾。フランスの大部分の地域で、アルツハイマー病を有する人向けのあらゆるサービスを統合するための新たな調整機関である MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer) が試験的に運営されている¹⁰⁾¹¹⁾。

シンガポールでは、サービスの調整は中央に集中する傾向となっており、国の調整機関である統合ケア局 (AIC) によって当該高齢者が住む地域 (サービス境界 : Service boundary) 内で利用可能な VWO サービス提供者が決められる (VWO サービス X はサービス境界 Y 全域でサービスを提供する)。ただしサービス調整はまた分散もされており、システム内の長期的な利用者のニーズ (例 : 危機的な状況時のケア) によって、ケアサービスを提供するために複数の VWO サービス提供者が情報交換を行って協力することとされている。具体的なサービスについては、公立病院のケアコーディネーター (看護師または理学療法士としての教育を受けている者)、医療ソーシャルワーカー及び VWO のケアマネジャーが個人へのサービス調整を行っている。

なお、アメリカの PACE プログラム (一括ケアプログラム、Program of All Inclusive Care) をモデルとした曹氏基金会 (Tsao Foundation) の Hua Mei 高齢者中心統合包括ケアプログラム (Hua Mei Elder-Centered Program of Integrated Comprehensive Care) のように新たな臨床プログラムでは、様々な専門職がチームを形成して利用者を訪問する取組みが行われている。これは多職種チーム (Interdisciplinary team) によるケアへのアプローチである。他の臨床プログラムでは、利用者を別々に訪問するものもある。

3) 在宅介護と医療制度

フランスの医療制度は、国民皆保険を原則とする社会保険制度であり、職域ごとに分化された医療保険制度がある。2004年にかかりつけ医制度が導入され、16歳以上の被保険者と

被扶養者は、所属する疾病金庫にかかりつけ医を指定し通知することになった。国民は一般医と専門医のどちらを自分の「かかりつけ医」に選んでも良いが、ほとんどが一般医を選んでいる¹⁹⁾。

フランスでは大半の高齢者が、介護が必要になってもできるだけ長く自宅で生活することを好んでいる。在宅ケアサービスの発展によって、24時間ケアを必要としない限り高齢者が自宅で生活できるようになった。24時間ケアは制度では提供できず、そのようなケースでは大半の高齢者は施設入所が必要となる。自費で24時間ケアを提供するスタッフへ支払ができる人のみが、このような状況でも自宅で生活できる状況にある。

急性期の疾患が発生した際には、一般医が在宅ケアサービスと協力してケアを提供する。状況が深刻な場合には、利用者は病院の緊急治療室へ搬送され、その後急性期の老人病棟へ移行するケースもある。必要に応じて利用者はリハビリ病棟へ移行し、その後自宅に戻る。重度の急性期疾患（例：脳卒中、急性心筋梗塞（AMI）、股関節骨折等）の後は利用者の自立度が低下することが非常に多く、施設入所が必要となる。急性期ケアの必要性にも関わらず利用者が自宅へ戻ることを強く望んでいる場合、在宅入院（Home hospitalization）サービスを受けることができる¹⁹⁾。一般医によるスーパービジョンの下、病院チームは利用者を毎日訪問し、必要な専門ケア（例：点滴、褥瘡ケア等）を提供する。在宅入院の費用は保健制度により賄われている。ただし患者が寝たきりの場合、家族または有償スタッフが1日の残りの時間そばにいないければならず、すべての家族がそれをできるわけではない状況である。在宅医療と介護サービスの提供の連携は、大半の場合は任意ベースで行われる。しかし先ほども述べた MAIA システムを通じて、現政策では統合された方法で様々な社会保障プログラムを高齢者へ提供する方向に向かっている。

一方、シンガポールの医療制度（Medical care system）は現在、地域（地理的な）の保健制度（Health system）として発展途中である。利用者の状態を改善するために統合されたヘルスケアサービスを提供できるよう、一次医療・急性期医療・中間的ケア（Step down care）セクターのパートナーで構成される利用者中心のヘルスケア・エコシステムを実現することを目的としている。

なお、シンガポールは労働者が個人の医療用貯蓄口座（Medical saving accounts: Medisave）を有する世界唯一の国である。この Medisave は、国の社会保障制度である中央積立基金（Central Provident Fund）に結びついている。非労働者には、このような医療用貯蓄口座はない。また、Medifund は支援を必要とする人々への医療基金であり、Medifund Silver は低所得で社会の隅に追いやられた高齢者を対象とした医療基金である。

高齢者向けのリハビリテーションサービスは、医療及び介護制度の両方からの紹介で受けることが出来る。医療制度からの紹介の場合、利用者は公立病院から退院後、リハビリテーションのために地域病院へ転院する可能性がある。平均して2週間から1か月のリハビリ後、利用者は自宅へ戻る、あるいはVWOのケアサービスの利用となる可能性がある。

高齢者の間では、在宅医療の目的について新たに認識が高まっている。また、高齢者やその家族の間では、在宅医療によって高齢者が好む「エイジング・イン・プレイス（Aging in place。住み慣れた地域で高齢期を過ごす）」や自宅で死を迎えることが行いやすくなるという理解が始まっている。頻繁に起こっている病院への再入院や社会的入院を減らすために、在宅医療は国が奨励している。

2. 医療・介護制度外の支援とその主体

フランスでは、見守り／安否確認・ゴミ出し・電球交換等のような団体の設立や活動に関する法律はない。ただし、小さな自治体の中には、これらの業務で高齢者を支援する「マルチ・タスク」職員を採用している所もある。

ボランティアな高齢者への支援活動の主な目的は、孤独との闘い、精神的支援や生きる喜びの提供、そして障害や孤立に直面しても幸せな人生を送れる支援である。これらの支援は、高齢者の自立支援に貢献しており、支援の「信条 (Credo)」は、高齢者が自分でできることは決して行わない、ということである。

高齢者への支援活動は、主にボランティアな団体が提供している。ボランティア団体は、フランス・ボランティア (France-Benevola) と呼ばれる大きなネットワークに集まっており、そこには様々な目的や組織形態を有する団体が多数ある。その中には宗教的な団体 (例: 「カトリックの救済 (Secours catholique)」) や人道的支援団体 (例: 「市民の絆フランス (Secours Populaire Français)」) 等もあるが、大半は思想的なものから独立している (例: 「貧しい人々の弟 (Petits Frères des Pauvres)」)。

また、ボランティアな高齢者支援の対象者は自宅または施設で孤立している虚弱高齢者であり、高齢者支援の活動例としては、無料の移送サービス (銀行、教会、市場へ行く等)、文化的活動 (コンサートや展覧会へ行く等) の企画、移動図書館、自宅または施設への訪問、コンピュータ支援、祝日の企画等があげられる。

これらの活動に対する行政からの財政的支援に関しては、全体としては行われていない。ただし、いくつかの大規模なボランティアな組織には補助金を提供しているものの、多くの場合、経済危機の煽りを受けて補助金が減らされており、団体の機能を著しく困難なものにしている状況である。

シンガポールでは、ボランティアな高齢者支援は、先に述べた VWO が主な主体として提供している。その他、民間セクターでも提供がなされている。ボランティアな高齢者への支援活動の主な目的は「エイジング・イン・プレイス」を重視した高齢者ケア政策を促進することである。

これらの活動に対する行政からの財政的支援が行われており、政府は VWO の運営活動の 80% まで共同資金提供を行う、という政策がある。また政府は高齢者ケアの試験的プログラムの展開で、最長 3 年で最大 100% の資金援助を行っている。ボランティア活動に参加する個人に関しては、全国ボランティア・慈善活動センター (National Volunteer and Philanthropy Center = NVPC) が存在する。1999 年に設立された NVPC は、あらゆるセクターでボランティアリズム及び慈善活動を促進・展開する全国機関であり、時間・お金・現物を問わずシンガポールで寄付精神 (Giving spirit) を育成するために、人々がまず訪れるセンターとして、また触媒やネットワーク機関としての機能を担っている。

なお、フランスでもシンガポールでも大都市においては近隣住民から支援を受けることは難しい状況である。

3. 介護予防

フランスの保健制度は、予防よりも急性期ケアに重点を置いている。ただし予防的施策は、ストレス (急性期疾患、配偶者の死亡等) が発生した際、虚弱高齢者が要介護状態になるのを防ぐために不可欠であると考えられており、病院の高齢者医療センター (Hospital

geriatric center)、主に外来病院で、「虚弱」の診察を行うシステムがある。虚弱高齢者ケアの主な目的のひとつは、虚弱状態が進行して自律喪失となるのを防ぐことである。なお、虚弱高齢者へのサービス等の提供者は、病院の老年科（主に大学病院）、一般医及びいくつかの退職保険である。介護予防は社会保障制度の医療保険で賄われている。虚弱高齢者には病院が、リスク要因の管理、リハビリ、栄養相談、サルコペニアや平衡障害用の理学療法、認知機能評価等を提供している。

シンガポールでは、介護予防プログラムは新しく発展中である。先駆的プログラムのひとつは ILC シンガポールが提供しており、これは高齢者のセルフケア (Self-Care for Older Persons (SCOPE))¹⁴⁾として知られている。これは低所得の高齢者をターゲットとしたものである。

4. 今後の課題

フランスの保健制度は包括的であり、急性期及びリハビリで手厚いケアを受けることが可能である。すべての人が制度でカバーされているが、今後費用を支えていくのは困難であると考えられており、まだ導入はされていないが削減が見込まれている。

施設介護は利用者にとっても家族にとっても高価である。施設費用は3部門に分かれており、APA がカバーする介護費、保健制度が支払う医療費、そして本人及び/またはその家族が請け負う食事及び住居費 (1,500–4,000 ユーロ/月) となっている。最後の自己負担部分は、フランスの平均的な退職年金 (1,200 ユーロ/月) よりも高額であり、本人及びその家族にとって難しい問題となっている。この問題へ対応するために、法律を整備中である。また、サービス内容の課題としては、サービスの質向上、調整や統合の改善、予防の重視等があげられる。

なお、2001 年以降、政府によって以下のようないくつかの計画が進められてきている。下記の計画はすべて、フランスにおける高齢者の統合ケアの改善に重要なツールであった。

－高齢化と連帯計画 (Plan « Vieillesse et solidarités ») 2004-2007 年。

－グランドエイジ連帯計画 (Plan « Solidarité-Grand Age ») : 2007 年承認 (2012 年まで)。

85 歳以上人口 1,000 人に対し 467 床を確保することを目指し、新たな施設ベッドを毎年徐々に増加させる。

－アルツハイマー3 計画 (Three « Alzheimer » plans) : 2001・2004・2008 年。

2008 年計画は 2012 年までカバーする。

－ハンディキャップ法 (Law « Handicap ») (2005 年 2 月 11 日)。

部門レベルにおける分権的管理のためのツール (Priac) : 障害や自律喪失に伴う部門間プログラム (Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie)。

シンガポールにおける 1 点目の課題は、シンガポール全域におけるケアサービスの統合と調整である。既存の制度では、高齢者の状態がある一定期間で完全に回復することを前提としているかの様に、変化するニーズに基づくサービスの調整が行われていない。現在ではこの課題へ対応するために、中央集中型の調整を通じた統合の改善や、シンガポールの状況にあったケアマネジメントシステムの展開といった取り組みが行われている。前者は統合ケア局 (AIC)、後者は AIC 及び VWO (例: Tsao Foundation の Hua Mei ケアマネジメント) が実施している。

2点目の課題は、現在の需要を踏まえるとサービスの提供量が少ないという点である。認知症デイケア、統合ケア、ナーシングホームなどのサービスでは、高齢者やその家族による待機リストが存在する。この課題へ対応するために、サービスの拡大がみられている。しかし人材確保（例：看護師、ソーシャルワーカー、介護職）の問題は深刻である。技術を持った移民の労働力は、この問題へ部分的な解決しかもたらしていない。

3点目の課題は、フォーマルなサービスの利用に対する家族の躊躇である。自らの高齢家族へのケアをしくじったと社会がみなすのではないかと、と恐れて利用を躊躇する家族が今も存在するのである。また、利用可能なサービスの種類への認識が低いという状況も存在する。これらの家族は自分たちだけで長期的な介護に対処できない可能性がある。この問題へ対応するために、制度を更に発展させる必要がある。

4点目の課題は、現在の介護サービス利用の大半が、制度がターゲットを絞った対象でミーンズテスト（収入・資産調査）を受けた低所得の高齢者によるものである、という点である。彼（女）らは高所得世帯と比較して利用可能なサービスへの認識レベルが高い。最も貧しく社会の隅に追いやられた人々を支援する、というこの政策の下で、高所得世帯における国の介護制度についての認識は低い可能性がある。高所得世帯も市場価格を支払うことでサービスへアクセスでき、民間セクターによる介護サービスの提供が促進されることが必要と考えられる。

シンガポールでは介護制度は比較的新しく、潜在的需要が明らかになっていないため、介護サービスの供給を増やしていく方向に進んでいると考えられるが、政策立案者は慎重で、上限を設けた拠出等あらゆるステップにおいて費用抑制を重視している。（例：上限を設けた拠出）。サービス内容や長期的に国でどのように資金を確保するかについて判断するため、シンガポールの政策立案者は、他国（例：日本、米国、オランダ）の介護制度について学んでいる。ただし、介護サービスへの一部自己負担を通じて示されるように、シンガポールは引き続き個人責任の理念を維持していくことが見込まれている。

（参考文献）

- 1) Action Sociale.Logement foyer WEB. Available from:
<http://annuaire.action-sociale.org/?cat=logement-foyer-202>
- 2) Service-Public.Allocation de logement sociale (ALS) WEB. Available from:
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1280.xhtml>
- 3) Annuaire Sanitaire et Social Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) WEB. Available from:
<http://www.sanitaire-social.com/annuaire/services-de-soins-infirmiers-a-domicile-ssiad/3>
- 4) L'Assurance Maladie.Le modèle « AGGIR » Guide d'utilisation 2008 Available from:
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Guide_AGGIR_2008-2.pdf
- 5) Service-Public.Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) : grille Aggir WEB. Available from:
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>
- 6) 財団法人自治体国際化協会 シンガポールの政策（2011年改訂版）福祉政策編. Available from:
<http://www.clair.or.jp/j/forum/pub/series/pdf/j41.pdf>
- 7) Action Sociale.Centre de jour pour personnes âgées WEB. Available from:
<http://annuaire.action-sociale.org/?cat=centre-de-jour-pour-personnes-agees-207>
- 8) CNSA.Didacticiel national Pathos 2012-2013. WEB. Available from:
http://www.cnsa.fr/article.php?id_article=958
- 9) Alzheimer PLAN 2008-2012 WEB. Available from: <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>
- 10) Joël ANKRI,VAN BROECKHOVEN.EVALUATION DU PLAN ALZHEIMER 2008-2012. 2013. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-evaluation-plan-alzheimer-2012.pdf> CNSA.Les dix-sept
- 11) sites expérimentateurs MAIA. WEB. Available from:
http://www.cnsa.fr/article.php?id_article=581&var_recherche=clic
- 12) 篠田道子.フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向－在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に－海外社会保障研究 No.162. 2008. 29-42
- 13) Service-Public.Hospitalisation à domicile WEB. Available from:
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F732.xhtml>
- 14) ILC Singapore.Self-Care on Health of Older Persons in Singapore (SCOPE) WEB. Available from:
<http://tsaofoundation.org/index.php/what-we-do/research-and-collaboration/programmes/self-care-on-health-of-older-persons>

2. デンマーク資料

在宅ケア委員会からの提言

本資料は、下の報告書の英語要約版「Recommendations from the Home Care Commission Tomorrow's home care - older people's resources at the centre of coherent initiatives」の日本語訳である。英語要約版は2013年10月21日にデンマーク社会・児童統合省 (Social-, Børne- og Integrationsministeriet) のEva Pedersen (kontorchef, kontoret for Aeldre)氏, Anne Kring氏より送付された。

・ 報告書「Rapport fra Hjemmehjælpskommissionen, Fremtidens hjemmehjælp - ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats」

(<http://www.sm.dk/data/Dokumentertilpublikationer/Publikationer-2013/Fremtidens%20hjemmehj%C3%A6lp/Hjemmehj%C3%A6lpskommissionens%20rapport.pdf>)

未来の在宅ケア

一貫性を持った取り組みの中心にある高齢者の資源

在宅ケア委員会の設立

デンマークの国会は2012年6月、在宅ケアサービスにおける課題の説明及び、この分野で利用できる資源を可能な限り有効に配分する方法についての提案を示すために、在宅ケア委員会を設立するという決議を全会一致で採択した。

この委員会は、委員会が対応する分野における個人的なスキル及び専門知識に基づいて任命された以下の12名で構成される。

Thomas Børner 氏：デンマーク財務省上級顧問（委員長）

Jørgen Goul Andersen 氏：オールボー（Ahlborg）大学政治学部教授

Helene Bækmark 氏：オーデンセ（Odense）市高齢・障害部長

Grete Christensen 氏：デンマーク看護師協会会長

Kirsten Feld 氏：ロスキレ（Roskilde）市高齢者協議会会長、全国高齢者協議会連合前会長

Bjarne Hastrup 氏：DaneAge 協会会長

Tina Jørgensen 氏：Stevns 市社会問題・保健・高齢市民部長

Lillian Knudsen 氏：デンマーク労働組合連盟 LO Industrial Senior 全国会長

Jakob Scharff 氏：デンマーク商工会議所技能・福祉市場部長

Mette Rose Skaksen 氏：デンマーク産業連盟（Dansk Industri）DI サービス部長

Karen Stæhr 氏：地方公務員組合（FOA）社会・保健職員部長

Jes Søgaard 氏：オールボー（Ahlborg）大学保健科学・技術学部非常勤教授

委員会は計11回会合を開催したほか、本分野の実務家及び専門家の発表が行われたセミナーを1回企画した。

増加する高齢者—新たな課題

高齢者の数は将来的に増加する。今後30年間で、80歳以上の高齢者の数は倍増する。未来の高齢者の多くは健康状態も良く、社会的ネットワークの質も高く、余暇生活も活動的で金銭面でも余裕があるといったように、幅広い面で恵まれて豊かである。全体として高齢者はより多くのエネルギーや資源を持つようになり、多くの人は高齢期になっても自立した生活を継続できるだろう。

その一方で、さまざまな程度において助けや支援を必要とする高齢者も存在するだろう。自己管理の支援やセルフケアの計画を促進することによって、ほぼ確実に解決するくらい支援ニーズを抱える高齢者の割合は増えるだろう。しかし、資源が無い又は僅かな状態で、助けがなければ生活できないくらい重度で複雑なケアニーズを抱える高齢者の層も存在するだろう。この原因として可能性があるのは、例えば認知症や慢性疾患を有する市民の急増や健康面での格差拡大の傾向などである。

パラダイムシフトの必要性 - 地方自治体の実践改革

未来の高齢者向けヘルスケアは、近年私達が思っている高齢者よりも分化したイメージに根付いたものであることが極めて重要である。恵まれて豊かな高齢者層が増加しており、この層がもたらす潜在力を考慮しなければならない一方で、幅広い支援を必要とする弱い高齢者に適切な助けや支援が確実に提供されるよう措置がとられなければならない。今日よりもはるかに幅広い面で、高齢者はできるだけ自立した生活を送るための支援を受けるべきであり、また彼（女）らのあらゆる資源が活用されるという期待が満たされるべきである。

在宅ケア提供者は長年にわたり、市民ができなくなった特定の家事（例：掃除、排泄支援、入浴／シャワー）を高齢者に代わって実践することを重視してきた。しかしそれらの根本的な問題、つまり機能障害について何かを行うという取り組みは、あまり重視されてこなかった。デンマーク社会サービス法の中で示されている個人の自立能力促進、という当初の目的と更に一致するよう、在宅ケアに対する私達の全体的なアプローチを徹底的に見直す必要がある。言葉を変えて言うと、長年社会的な法律で適用されてきた「自己管理支援（Self-management support）」のコンセプトが再活性化され、実践で積極的に使われる必要があるのだ。

地方自治体の実践において、継続したパラダイムシフトを支援することが必要となるだろう。つまり、市民のために何かをすることから、市民とともにも何かをすることへシフトするのである。機能的な能力を改善できる可能性のある市民は、この目標を達成するための助けや支援を受けなければならない。これによって、自立した生活を長期間続け、これまでと同じ生活ができるだけ長く継続できる人もいるだろう。またこれによって支援サービスのニーズが軽減される人もいるだろう。

その代り、機能的障害の特性や重度化によって改善ができない市民は、私達が現在理解しているような補完的な在宅ケアサービスを主に受けなければならない。しかし重要なのは、この層の市民が現在の機能的な能力をできるだけ長く維持できるような支援を利用できる状況にある、という点である。また複雑なケアニーズを有する虚弱あるいは障害のある市民に対して、在宅ケアサービスと訪問看護サービスの間で図られるコミュニケーションをいかにして改善できるか、という点について、特別な配慮を行う必要がある。

提言：

1) 未来の在宅ケアサービスは、地方自治体で現在見られている以下のパラダイムシフトに基づく。機能的な能力を改善できる可能性のある市民は、自宅での日常業務ができるだけ幅広くできるように支援を得て、それによってできるだけ長い期間自立した生活を送れるようになる。重度で複雑なケアニーズを有する市民は、看護との調整を行いながらより補完的な在宅ケアを受ける。

予防-高齢期のアクティブな生活を促進する

中高年向けの予防策の強化が大きな可能性を秘めていることは、明らかである。効果的な予防策は、障害を伴う疾病、機能的障害及び助けや支援への依存をできるだけ低く抑えた生活を、高齢者が送れることに役立つことができる。同時に効果的な予防策は、市民が自らの資源を活用して有意義な活動を行ったり社会的なつながりを持ちながら、日常生活を送れることにも役立てるのである。

早期かつ広範な施策

予防策は早期に開始されなければならない、できれば市民自身が助けを求める前に行われることが望ましい。予防策の効果が得られそうな高齢者を追跡できる代替的なアプローチを見つける取り組みがなされるべきである。したがって、予防的な自宅訪問や一般医による取り組みに加え、より幅広い高齢者層へと予防策を拡大するには、シニアカフェ、老人クラブ、聖職者、スポーツ協会、社会住宅の管理人等の活用を含めたアプローチをとるべきである。また、社会的及び経済的に最も恵まれない高齢者に働きかける最良の方法について注目することも重要である。これまでの経験から、これらの層は、予防策の効果を最も得られやすい可能性があるにもかかわらず、働きかけが行いにくいことが示されている。したがって、的を絞った研究を通じて高齢者への効果的な予防策に関する新たな知見を得るべきなのである。

予防的自宅訪問の対象の絞り方

より分化した高齢者のイメージを受け、全員対象の予防的自宅訪問を年齢要件に基づいて行うことを見直し、この取り組みの対象規模を広げるべきである。現在の規則の下では、75歳以上の人は皆、最低年に1度予防的な自宅訪問が提供されなければならない。しかし75歳以上の人の多くは健康状態も良く、毎年の予防的自宅訪問を必要としなければ望んでもいない。また75歳未満でも予防策から大きな効果を得られる人もおり、例えばその中には社会的に孤立したり孤独な市民や、配偶者を亡くしたばかりの市民などが含まれる。

予防的な自宅訪問が提供されるか否かを定める基準は、市民が有する資源のトータルや機能的障害のリスクへと徐々に移行すべきである。したがって、地方自治体が市民のニーズを評価するのを支援するための、スクリーニングツールを開発する取り組みがなされるべきである。また、全員対象の予防的自宅訪問の年齢制限を75歳から80歳に引き上げ、80歳未満でも特にリスクが高いグループの人は予防策が提供されるようにすべきである。最後に、個別の自宅訪問への代替策として、グループベースの取り組みが行えるよう、より多様化した予防策が利用可能となるべきである。

在宅ケアにおける予防の強化

在宅ケアサービスでの予防策が強化されなければならない。在宅ケアスタッフは市民と頻繁かつ直接的に接しており、したがって、市民の健康的なライフスタイルを支援したり、市民の健康状態や行動の変化を早期に特定する大きなチャンスがあるのだ。スタッフがその業務をこなせるよう専門的な技術や知識を兼ね備え、また日常業務の中で高齢者を追跡できる効果的なツールを使えるよう地方自治体が保証することが重要である。在宅ケアでの早期追跡によって、例えば不要な入院を避けられるよう、適切な時に必要な取り組みが確実に開始できるようにならなければならない。

提言：

- 2) 予防策を講じるにあたり、地方自治体は社会的に恵まれない高齢者層へ更に注目すべきであり、またこの取り組みは、本分野における効果的な対策に関する新たな知見の獲得を通じて支援されるべきである。
- 3) 予防的自宅訪問は以下のように、対象を更に絞り柔軟性を持って計画されるべきである。
全員対象の予防的自宅訪問を行う年齢制限は、75歳から80歳に引き上げられるべきである。
80歳未満の高齢者で特にリスクが高い人たちは、予防的自宅訪問を受けるべきである。
予防的活動への市民ニーズを評価するためにスクリーニングツールの使用を徐々に増やすべきである。
個別の自宅訪問だけでなく、グループベースの対策が行える道を開拓すべきである。
- 4) 地方自治体は、以下の取り組みを含めて在宅ケアサービスでの予防策を強化すべきである。
高齢者の早期追跡に向けた既存の効果的なツールを実施する。
予防分野で職員の能力開発を保証する。

訓練とリハビリ - 市民の資源に注目

地方自治体はこの数年間、高齢者が訓練やリハビリの取り組みを通じてどの程度幅広く自宅での日常業務を行えるようになるかについて、注目してきた。機能的障害によって日常業務を行えなくなった高齢者に対して地方自治体が提供する支援が、これまでとは根本的に変わったのである。

現在のところ、高齢者も地方自治体もともにリハビリに取り組むメリットを得られることを証明する意見が多くみられる。リハビリの取り組みの効果に関する既存の知識によると、高齢者は適切なリハビリの取り組みを通じて身体的能力や日常生活での業務遂行能力を高めることができるようになり、全体的にウェルビーイングも高められる、ということが示されているようである。また、このような取り組みはケア付き住宅へのニーズや転倒事故の数、入院のケース数も減らせるということも示されている。

この取り組みを再構築するために、取り組みの継続において既存の知識が積極的に活用されるべきである。しかし、地方自治体の取り組みについてより体系的な記録を提供し、その効果についてエビデンスに基づく知見を得ることが必要である。

リハビリに関する幅広く共通した理解

在宅ケア分野のリハビリは、リハビリに関するコンセプトへの幅広く共通した理解に基づくべきである。これは例えば、リハビリは身体的障害だけでなく精神的及び社会的障害に対する取り組みでもある、ということの意味する。さらに、在宅ケア分野でのリハビリ対象グループは幅広く定め、限られた期間のリハビリプログラムで効果を得られる高齢者だけでなく、リハビリを目的とした長期的な在宅ケアサービスの効果を得られる複雑なケアニーズを抱えた虚弱高齢者も含むべきである。

より体系的なアプローチ

リハビリの取り組みの全体的な効果のためには、対象を絞り体系的なアプローチが不可欠である。現時点では、高齢者向けのリハビリで対象を絞り体系的な取り組みを行っている地方自治体は僅かである。効果的なリハビリプログラムの要件に関する既存の知識を踏まえ、限られた期間のリハビリプログラムは、以下の基本原則に基づいて企画されることを提案する。

市民の積極的なプログラム参加

市民のニーズや資源に基づいて個別化され柔軟な仕組み

市民の生活状況全般を考慮した総合的アプローチ

目的志向と時間的視点

複合的及び横断的

調整

計画

知識ベース及び質

個々の要素の比重は、それぞれの市民の状況に応じる必要がある。

市民自身のゴールが中心

リハビリプログラムでは、企画と実施の双方において高齢者が中心的役割を担うべきである。したがって、市民自身のゴールやニーズが取り組みの中心となり、プログラムが高齢者とともに企画されることが重要である。市民自身の積極的な取り組みの原動力は、そのプログラムでの高齢者自身のゴールに因るところが大きい。

積極的な役割を担う市民 - 対話と自己責任

リハビリのアプローチは、市民に対して積極的な参加を新たに求めるものである。またこのアプローチには例えば、補完的な在宅ケアのニーズに関して最終決定を行える前に、その人が自らの能力を改善するために必要な資源や潜在能力があるか否かの評価も伴う。個々の市民との具体的な対話や彼（女）らのモチベーションが、リハビリプログラムから双方が効果を確実に得られるために不可欠の要素だ、という点に留意することが重要である。自分たちがこの先必要な助けや支援を得られ、もし状態が悪化した場合、またはリハビリプログラムが完了しても、フォローアップが行われて継続的に対応してもらえ、と市民が確信できるようにすべきである。リハビリの取り組みが、自分自身のゴールに向かって前向きな動きの経験につながることで、市民にとって不可欠である。市民自身の努力と定められたゴールに向けた動きとのバランスが悪い場合には、必要な変更が求められる。このような変更には例えば、取り組みの調整またはゴールの変更が含まれる。それでもまだ市民が任務をやり遂げられない場合、在宅ケアの専門職は、その人が他のタイプの支援を受けるべきか否かを評価する。

助けや支援の定期的な調整

リハビリのアプローチでは、定期的なフォローアップや市民が受ける支援の調整を行う必要がある。既存の規則の下、地方自治体は支援が市民の現ニーズに合わせて調整されることを保証する義務があるが、同時にデンマークの法律では、一時的な支援と永続的支援を言語的に区別している。この区別の法的な意義は、提供された支援への支払いを請求できる（一時的な支援の場合にこれが該当）か否か、という点に関わるものである。この区別は廃止されるべきである。その理由の一部として、この区別がリハビリのアプローチにも支援サービスの定期的な調整に関する全体的な原則にもそぐわない、という点が挙

げられる。また、限られた期間のリハビリプログラムで助けや支援に対して支払いを請求することによって、市民の参加意欲をそぐことにもなりかねない点も、理由に挙げられる。例えば重度で永続的な機能的障害を抱える市民は引き続き、長期の補完的な在宅ケアへのニーズを満たされるべきだ、という点を強調することが重要である。ここでの狙いは、ニーズが長期的なものであると一時的なものであると、また支援のニーズが増えても減っても、支援が継続して調節されるべきであるという点を、より明確にすることである。

提言：

- 5) 地方自治体と関連の中央政府は、体系的な記録の提供及びリハビリの効果に関するエビデンスに基づく知見の獲得を保証すべきである。
- 6) 地方自治体は、身体・精神・社会的側面すべてが含まれる幅広い共通した理解の枠組みに基づいて、体系的に在宅ケア分野でのリハビリプログラムに取り組むべきである。このような取り組みは、以下の基本原則に基づくべきである。
市民の積極的なプログラム参加
市民のニーズや資源に基づいて個別化され柔軟な仕組み
市民の生活状況全般を考慮した総合的アプローチ
目的志向と時間的視点
複合的及び横断的
調整
計画
知識ベース及び質
- 7) 在宅ケアのリハビリで対象となるグループは幅広く設定され、限られた期間でのリハビリプログラムの効果を得られる人も、リハビリを目的とした長期の在宅ケアサービスの効果を得られる複雑なケアニーズを抱えた人も共に、対象グループへ確実に含まれるようにすべきである。
- 8) 地方自治体は、個々の市民及びその親族のモチベーションや彼（女）らとの対話がリハビリプログラムの中心的な要素である点を保証することを、継続して重視すべきである。もし市民がモチベーションを上げられず任務を成し遂げられない場合には、その人が異なるタイプの支援を受けるべきか否かについて、在宅ケア専門職が評価しなければならない。
- 9) 共通した幅広い理解に基づいて、地方自治体のリハビリプログラムに取り組める支援を行うための法的枠組みが提供されるべきである。
- 10) デンマーク社会サービス法で定められている一時的支援と永続的支援の区別を撤廃すべきである。

虚弱高齢者への支援 - 安全が取り組みの中心

在宅ケア分野での取り組みでは今後、リハビリのアプローチが主要優先事項となるべきだが、虚弱性が強く、リハビリの取り組みが毎日の生活のすべてまたは一部における自立につながらない人も、常に存在する。これらの虚弱な市民は今後も、補完的な在宅ケアを提供されるべきである。

在宅ケアが変化をもたらす

市民のQOL（生活の質）にとっての在宅ケアの重要性に関する分析に基づいて見ると、今日提供されている主に補完的な在宅ケアサービスは、自宅での生活や日常生活のコントロールという観点で、高齢者のQOLを大幅に改善していると結論付けられる。比較的多くの在宅ケアを受けている市民もまた、日常生活での介護や安心感という点で、QOLの改善を経験している。

孤独が問題

社会的なつながり不足や孤独は、幅広い支援やケアサービスを受けている高齢者の中で大きな問題である。在宅ケアサービスは、市民の社会的ネットワークとなるはずのものではないが、職員は高齢者の全体像に目を配り、精神的及び社会的レベルも含めて高齢者の全体的な状況を観察すべきである。市民と日常的に接するケアワーカーは、対話を通じて、市民が定期的に例えばデイセンターへ行ったりあるいは食事を共にするボランティア団体のサービスなどを利用することを支援・促進できる。

市民が経験した質

利用者の経験による知識に基づいて、虚弱市民に提供される助けや支援サービスへ高い利用者満足度をもたらすために重要な役割を担う様々な要素が特定できる。

安全性 – 市民が職員を信頼でき、職員が任務を遂行するのに専門的な資格があると感ずること。

調整 – 様々な支援サービスが調整され、職員へのメッセージが他の関連職員にも伝わっていることを市民が経験すること。

安定性と体制 – 在宅ケアがいつ提供されるか市民が予測でき、提供されるサービスの継続性を経験すること。

効率性 – 市民が在宅ケアシステムから迅速な対応を得て、サービスまたは支援を長い間待たなくてよいこと。

柔軟性 – 市民が自ら支援の提供方法に影響を及ぼすことができ、またサービスの調整を行ってもらえること。

認識 – 自宅へ来る人を利用者が知っていること。

対話とコミュニケーション – 市民が変更について知らされており、自分が受けられる在宅ケアサービスの種類について十分に説明を受けていること。

将来的な取り組みに関しては、今後何年にもわたり、長期の疾病を有しながら介護や医療をかなり必要とする自宅生活高齢者が増える、という点を認識することが不可欠である。これらの市民の多くは、在宅ケアに加えて様々なサービスを受けるだろう。より複雑なニーズを有する虚弱及び障がいのある市民が増えることにより、まず一貫性があり調整された市民計画の作成に重点を置くべき在宅ケア分野の取り組みに対して、新たな要求がつけつけられる。また現場スタッフが、多くの場合複雑なケアや処遇を行うために必要な専門技術や能力を兼ね備えていることが重要である。最後に虚弱高齢者に関しては、リハビリのアプローチが適用されるべきである。重点は常に取り組みに対する市民のゴールへ向かうべきであり、また支援への依存を減らしたり更なる機能喪失を予防することを目指し、市民自身の資源を活用すべきである。

提言：

11) 補完的な在宅ケアは、専門職によるアセスメントによってリハビリプログラムへの参加能力がないと判断された虚弱高齢者、あるいはリハビリプログラム完了後も助けや支援を必要とする虚弱高齢者を対象とすべきである。

12) 幅広く複雑なケアニーズを抱える虚弱高齢者を対象とした取り組みを企画する際に、地方自治体は質に関する以下の要素3点に基づいて取り組みを行うべきである。

一貫性を持ち調整された市民計画を作成すること

市民自身のゴール及び資源を強調し、定期的なフォローアップを保証すること。

複雑なケア及び処遇を行える専門能力を有した職員を保証すること。

一貫性のある取り組みの推進に向けた組織とマネジメント

地方自治体がいかにして在宅ケア分野を体系化するかは、市民に提供されるサービスの質や一貫性にとって非常に重要なことである。一般的に市民は多様なサービスを同時に受けており（例：在宅ケア、訪問看護、訓練及び補助具）、したがって、個々の自治体内及びセクターの境界を超えたところの双方で、サービスや専門職グループの継続した調整を確実に行うことが不可欠である。

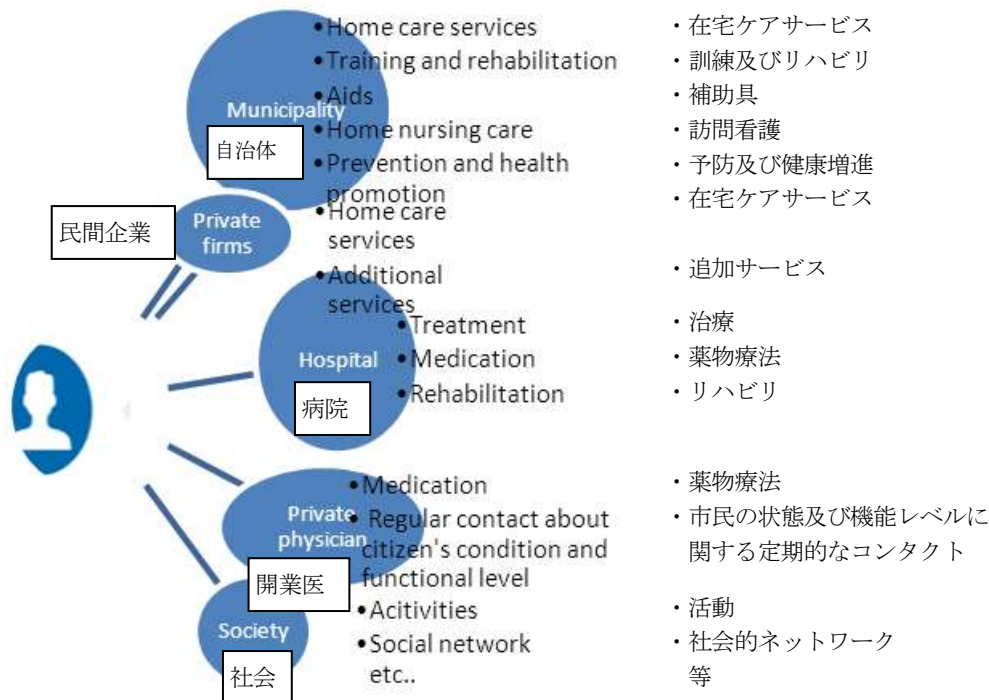


図 1：市民の一般的なネットワーク

定期的なフォローアップ

在宅ケアのアセスメント実施者とケア提供者間の対話及び協力は、在宅ケア分野で計画性が高く一貫性を持ったプロセスを市民に保証するためのカギとなる。アセスメント担当者とはケア提供者は、市民のニーズを特定し、取り組みやゴールの達成度が頻繁にフォローアップされるよう確認していく共同責任を負っている。決定が何に基づいてなされているのか、取り組みのゴールは何か、またゴールはどのように達成できるかが、アセスメント担当者とはケア提供者の双方にとって明らかとなっているべきである。

詳細なマネジメントからサービスパッケージへ

在宅ケアでは長年にわたって、サービス及びその提供時間配分を詳細に管理してきた。しかしマネジメントは、支援サービスが柔軟性に乏しくなったり職員が自らの技術や専門意識を持って業務を遂行しにくくなるほど詳細であってはならない。したがって、個々のサービス（例：更衣、髭剃り、液体摂取の介助等）のアセスメントを行わず、サービスパッケージや取り組みの明確なゴールに基づいてアセスメントを行う地方自治体が現在増えているのは、前向きなことである。サービスパッケージには、相当量のケアや支援を必要とする人が一般的に必要とする業務が含まれており、そこでは業務を行うための平均的な時間制限が規定されている。これは、サービスパッケージの中で助けや支援サービスがどのようにして実際に体系化されるべきかを決定するのは、市民の願いや現在のニーズ及び職員の専門意識であるべきだ、という考えを示している。

効果的なリハビリ支援

地方自治体の組織は、リハビリの取り組みの効果的な支援を保証すべきである。成功をおさめるリハビリプログラムは多様な方法で体系化されるだろうが、市民の個別ニーズに実際に基づいた複合的で総合的な取り組みに、在宅ケアの職員が関わられるようにすることが重要である。これを達成するために、例えば従来の機能指向型の組織構造とは異なった組織形態を選ぶ必要がある。訓練だけでなく、補助具や訪問看護もリハビリプログラムへより体系的に組み込まれるべきである。

もしリハビリのアプローチが地方自治体でその文化をふまえて実施及び維持される際には、将来の組織で上から下まですべてのレベルにおいて、継続したマネジメントの重視が必要となる。また、公的及び

民間双方の在宅ケア提供者がリハビリと協力し、質の向上や市民のゴール達成に向けた戦略を推進できるよう、地方自治体で金銭面でインセンティブをもたらせる体制を築くことも、極めて重要である。

民間提供者の関与

リハビリ分野で民間ケア提供者が担える役割についてや、提供者に関する市民の自由選択に関してどこで線引きを行うかについて、さらなる明確化が必要である。リハビリプログラムに関しても、民間提供者の基盤が存在することが推定されるが、その基盤は様々であり、また例えば、当該提供者の専門的サービスの範囲やその複雑性及び複合的な活動の程度に左右される。

おそらく今日における民間の在宅ケアサービス事業者の中で、複雑で複合的なリハビリプログラムを実施できるのは、ごく少数であろう。しかし、2013年4月1日から始まった提供者の自由選択に関する改定規則によって地方自治体は、例えば訪問看護や訓練サービスの調達を在宅ケア業務関連契約の調達と組み合わせる新たな機会を得ることになるのである。これにより、医療や福祉分野で技術や経験を有する他のタイプの民間及び非行政の関係者にとって、道が開けるのである。

一貫性のある市民計画

複雑なケアニーズを抱える高齢者向けに、一貫性があり複合的な計画を作成するにあたり、地方自治体は大きな課題に直面している。例えば市民は、地方自治体と病院のような外部との調整よりも地方自治体内での調整に大きな課題を抱えている、という指摘は、目を見張るものがある。したがって、地方自治体内で更に一貫性を持ち調整された市民計画が作られるよう、取り組みがなされるべきである。関連の取り組みの中には、高齢者分野でアセスメント担当職員が、在宅ケアのニーズと訓練・補助具・訪問看護のニーズを組み合わせるのに必要な専門技術を持ちながら行う、複合的な受給資格アセスメントが含まれる。これにより、一貫性を高めた決定や、日常生活における最大限の自立達成を支援する可能性を高めるのである。

また地方自治体は、複雑なニーズを有して多様なサービス（例：在宅ケア、訪問看護、訓練）を同時に受けている高齢者が、地方自治体の取り組みの完全な行動計画を提供されるように保証すべきである。行動計画は、主だった行動領域を横断し、市民のゴールを重視し、また開業医・病院・親族を含むすべての関係者間の協力を支援しなければならない。

提言：

- 13) 地方自治体は市民計画の中で、自治体とケア提供者間での頻繁に関連したフォローアップ及び対話を保証すべきである。
- 14) 柔軟性を高め、市民と職員が接する中での専門的裁量権を増やすために、地方自治体は時間や個々のサービスに関する詳細な管理を制限すべきである。
- 15) 地方自治体の組織及び管理者は、複合的で一貫性を持った市民計画をもってリハビリの取り組みを効果的且つ明確に支援すべきである。
- 16) 地方自治体は民間及び公的双方の在宅ケア提供者に対して、リハビリに的を絞った取り組みを行い質の向上・ゴールの達成・市民への効果を目指した戦略を推進するための奨励金を提供する支払いモデルを開発し、このモデルを用いて取り組みを行うべきである。
- 17) 地方自治体は高齢者分野において、在宅ケアのニーズが例えば補助具・訓練・訪問看護のニーズと組み合わせられるといったように、複合的な受給資格アセスメントに取り組むべきである。
- 18) 地方自治体は、在宅ケア及び訪問看護を実施する職員間の密接な協力及び専門知識の共有を保証できる形で、自らを体系化すべきである。
- 19) 地方自治体は、複雑なニーズを有し地方自治体の多様なサービス（例：在宅ケア、訪問看護、訓練）を受けている高齢者を対象とした取り組みに向けた、完全な行動計画を作成すべきである。

未来への備えができたスタッフ

在宅ケアの発展により、職員へ新たな能力が求められることとなる。これは複雑なケアや支援のニーズを有する高齢者に関してだけでなく、リハビリの取り組みへの移行や増加するデジタル福祉の利用に関しても言えることである。例えばリハビリのアプローチでは、職員が分野を超えた取り組みを更に重視

し、また動機づけや教育の取り組みを通じて市民が自分自身で物事を行うよう支援することが求められる。さらにこれは、組織の文化や適応性の根本的な変更を求めるものである。

現在は在宅ケアで、能力を持ち熱心な人々が多数働いている。そして2013年1月1日から始まったデンマークの社会及び保健教育プログラムの改革は、この分野における将来的な課題に関して正しい点に焦点を置いている。

しかし、この改革の効果が十分感じられるようになるには時間がかかり、またこの部門で働く人の多くは今も十分な訓練を受けていない。したがって、職員が新しくより複雑な任務を確実に遂行できるよう、地方自治体や民間の提供者は引き続き、医療スタッフへ新たな教育要件を課したり補足的訓練及び能力強化プログラムを確立する必要があるか否かについて、注目すべきである。能力開発には例えば、補足的訓練、ピア・トレーニング、ワークショップ、多職種チームでの取り組み、ジョブ・ローテーションなどが含まれる。また、職員が日常的な活動の中で自らの技術や能力を活用できるように、業務が体系化されていることが重要である。

最後に、地方自治体による在宅ケア分野のスーパービジョンに関して見ると、学習及び、在宅ケア職員が自らの職務や任務を遂行するために必要な専門能力及び関連学歴を有している点を保証することが、焦点となるべきである。

提言：

20) 地方自治体及び民間提供者の双方において、そこで働く職員が在宅ケア分野での新たな任務を遂行するために必要な専門能力及び関連学歴を有するという点を保証できるよう、対策が講じられるべきである。

質を重視した記録

在宅ケアは長年にわたり、ケアワーカーの詳細な記録及び登録が特徴的であった。「過酷な記録 (Tyranny of minutes)」と呼ばれるものである。最近では、在宅ケア職員へ課される登録要件を緩める地方自治体が増えている。これによってケアワーカーが在宅ケアのそもそもの目的、つまり質とゴールの達成を重視しやすくなるため、この傾向は前向きなものである。

将来的に焦点となるのは、高齢者分野における更に効果的な IT システムの活用方法の保証であろう。地方自治体の IT システムによってデータをやりとりし、願わくは部門や職種を超えて統合され、また記録や市民のゴールに向けた取り組みについて統一された手法をとれることが最も重要である。地方自治体は徐々に、部門や職種を超えて市民の能力を共同で評価するという原則に基づいて取り組みを行い、したがって重複登録をできるだけ抑えるべきである。

また、質の測定をより体系的に取り組むことも重要である。サービスの取り組みで質やゴールの達成をモニタリングできる一方で、市民が自治体間及びケア提供者間の比較を行えるよう、在宅ケア分野における職員の質のレベルに関して共通した国のゴールを設定すべきである。

提言：

21) 地方自治体は、例えばゴール・取り組み・効果を記録・フォローアップするよう体系的に取り組むために、個別市民計画の記録で高い専門的な質を保証すべきである。

22) 地方自治体は、自治体内における部門や職種を超えたデータ及び、病院や開業医等外部とのデータのやり取りを促進する IT システムを活用すべきである。

23) 以下の目的のために、在宅ケア分野で全国的な質の指標を開発すべきである。

提供されるサービスの質をモニタリングするシステムとしての機能を担う。

市民が地方自治体やケア提供者間で質を比較できるようにする。

デジタル福祉の視点

十分にテストが行われ、市民との対話で適切に実施・使用される福祉テクノロジー及びデジタルソリューションは、今後高齢者分野で私達が直面する課題に対して明らかに解決の中心的な役割を担うだろう。適切に機能する技術的ツールによって、個々の高齢者が更に賢く柔軟性を持ちながら特定の作業を行うチャンスを得られ、したがってより長い期間自立生活を保てるのである。技術的ツールによって在宅ケアワーカーは、つらい仕事・不適切な仕事・マニュアル的な仕事から解放される。デジタル技術は、職員の事務作業や専門的な記録作業を促進する上で役に立てることができる。またデジタル技術は、分野や部門内外でのコミュニケーションや調整機能を改善できるほか、高齢者の現状のフォローアップも行いやすくなる。

デジタル福祉は、在宅ケアサービスの質を強化できるとともに、資源の効果的な優先順位づけも支援できる。このため、市民が自分で現在できる事や将来できる可能性がある事のアセスメントを行う際に、福祉テクノロジーやデジタルソリューションの活用を含めることも妥当なのである。ただし、日常生活の一環として技術的及びデジタルソリューションを操作するのが非常に困難な高齢者には、特別な支援が提供されなければならない点を念頭に置くことが重要である。もし市民が技術的ソリューションを使用できなかつたり使用に不安を感じている場合、あるいはもしテクノロジーが適切な方法で市民の支援ニーズを解決できない場合、地方自治体は代替案を見出さなければならない。

もし今後デジタル福祉の視点が、市民・職員・地方自治体の資源優先順位のために活用されるならば、地方自治体は主に以下の点を重視すべきである。

テクノロジーの利用者を中心に据える - 個々の市民や職員が、テクノロジーの視点を理解できなければならない。

市民が準備万端で安心感を得ているかどうかに注目する - 対話を行い、支援ニーズに関して市民が安全・安心を感じられるようにする。

テクノロジーの限界を認識する - テクノロジーはすべてを解決するものではなく、また皆にとって使うことがふさわしいともかぎらないし、期待された効果をあげるとも限らない。状況に応じて戦略を調整できる準備を整えておくこと。

自らの組織の限界を認識する - また状況に応じて、新たなテクノロジーを開発したり試したりするために自らの資源を捧げるよりはむしろ、試験済みのテクノロジーを活用する。

手順や企業文化を適応させ、マネジメントの焦点を維持する - 抜本的な変革には、焦点を絞ったマネジメントや継続したマネジメントの支援が必要である。

デジタル福祉の知識や経験を体系化する - 評価結果の体系的な知識を、全ての地方自治体が利用できるようにすべきである。

提言：

24) 関連機関は常に、在宅ケアにおける福祉テクノロジー及びデジタルソリューションの使用に関連する視点や潜在力の活用に注目すべきである。

25) 在宅ケア分野における福祉テクノロジーの取り組みでは、利用者が中心に据えられるべきである。例えば以下の点が挙げられる。

テクノロジーの開発及び実施の双方で、利用者が経験する質が中心に据えられるべきである。

テクノロジーに不安を抱える市民は、理解と特別な配慮で対応される。

もし市民がテクノロジーへ不安を感じていたり使用できなかつたりした場合、あるいはテクノロジーが適切な方法で市民の支援ニーズを解決できない場合、地方自治体は代替案を見出さなければならない。

26) 職員はテクノロジーを操作できる専門性を身につけ、それを市民に紹介すべきである。

27) 在宅ケア分野における、地方自治体の福祉テクノロジー及びデジタルソリューションの開発や実施の経験に関する体系的な知識を確実に収集できるよう、措置が取られるべきである。

社会的なボランティア活動の最適な枠組み

自宅で生活する高齢者に関して、社会的ボランティア活動の発展には大きな将来性がある。社会的ボランティア活動の世界は幅広く、ボランティア・協会・団体をカバーするものである。ここには例えば、

高齢者団体・教会・労働組合・スポーツ協会・住宅団体・患者会他多くのものが含まれるだろう。高齢者へのヘルスケアの提供にあたり、ボランティアの多くは職員と比較してより多くの時間があり、個々の市民に対して異なるアプローチをとるものである。したがってボランティアは多様な方法で高齢者を支援する力があるのだ。例えば友愛訪問もできるし、あるいは一緒に歩いたり運動のボランティアを行うことで、より積極的な予防的役割を担うこともできる。

デンマークの福祉社会の基幹は、公的セクターが市民に提供するサービスであるという事実に忠実であることは、重要である。したがって在宅ケアサービスは引き続き、市民が受給資格を有するサービスに対して責任を担うべきであるが、ボランティアは徐々に重要な協力パートナーとして捉えられるべきである。したがって、ボランティアの取り組みに有益な枠組みを作るよう、継続した取り組みがなされるべきである。

地方自治体が、どのようにして協力を行うべきであるかについて協会・団体・その他ボランティアと対話を持ったり、また市民やボランティアとの関係を構築することが不可欠である。市民・ボランティア・親族・高齢者にヘルスケアを提供する職員間の密接な協力により、高齢者にとって無数の有益なチャンスができ、特にそれは孤独・予防・デジタル化などの重要な行動分野で顕著である。

提言：

- 28) 高齢者分野で社会的ボランティア活動に有益な枠組みを作るよう、継続した取り組みがなされるべきである。
- 29) 自宅で生活する高齢者を対象とした取り組みで、地方自治体は継続して協会・団体・その他ボランティアを重視すべきである。

GP 報酬一覧

本資料は「HONORARTABEL Landsoverenskomsten og Profylakseaftalen」の日本語訳である。2013年10月17日、デンマークのGPであるDr. Henrik A. Petersenから提供された。

報酬一覧

労働協約と予防協定

2008年4月1日

www.laeger.dk

業務ナンバー

基礎
報酬 08年4
月報酬

第68条 昼の業務

月曜日～金曜日：8時から16時

0101	診察	113.02	123.02
0102	同じ家で2人目の被保険者の治療（第82条第1項）	113.02	123.02
0105	電子コミュニケーション（コムーネのケア職員とも含む）	49.68	49.68
0106	予約を入れた予防診察	211.14	211.14
0107	糖尿病患者の経過治療	1099.17	1099.17
0108	経過治療に関連して予約を入れた管理	000.00	000.00
0109	経過治療に関連して予約を入れた電話診察による管理	000.00	000.00
0110	経過治療に関連して予約を入れた電子コミュニケーションによる管理	000.00	000.00
0201	電話診察	24.84	24.84
0411	往診、4 km まで（ゾーン I）	195.58	195.58
0421	往診、5-8 km（ゾーン II）	229.27	229.27
0431	往診、9-12 km（ゾーン III）	260.98	260.98
0441	往診、13-16 km（ゾーン IV）	292.89	292.89
0451	往診、17-20 km（ゾーン V）	325.03	325.03
0461	往診、21 km 以上	344.92	344.92
2301	21 km 以上の1 km あたり	7.96	7.96
0491	回診（コースからそれたとしても）	195.58	195.58
1208	施設訪問時の2人目以降の被保険者に対する診察報酬に対する追加料金、第82条第2項。（プライエムにおける複数の住民への訪問は該当しない。この場合は2人目以降の住民に対して0491で算出する。）	30.24	30.24

第72条 時間外業務

A 時間外

月曜日～金曜日：16時から22時、土曜日：8時から20時

憲法記念日、クリスマスイブ、大晦日：8時から20時（日祭日は除く）

0101	診察	175.93	175.93
0501	往診／診察なしの電話診察	86.17	86.17
0602	往診／診察ありの電話診察	37.26	37.26
0471	往診	244.43	244.43
2302	10 km 以上の際の1 km あたりの追加料金	15.07	15.07
1001	第50条第3項（島嶼における時間外制度）に基づく1時間あたりの時間外待機報酬	120.08	120.08
0102	同じ家で2人目の被保険者の治療（第82条第1項）	175.93	175.93
1208	施設訪問時の2人目以降の被保険者に対する診察報酬に対する追加料金、第82条第2項。（プライエムにおける複数の住民への訪問は該当しない。この場合は全住民に対して0471で算出する。2302は1回のみ算出する。）	30.24	30.24

B 時間外

月曜日～金曜日：22時から24時、土曜日：20時から24時、毎日：0時から8時

憲法記念日、クリスマスイブ、大晦日：20時から24時、日祭日：8時から24時

0101	診察		218.43	218.43
0501	往診／診察なしの電話診察		108.87	108.87
0602	往診／診察ありの電話診察		46.10	46.10
0471	往診		298.95	298.95
2302	10 km 以上の際の 1 km あたりの追加料金		18.30	18.30
1001	第 50 条第 3 項（島嶼における時間外制度）に基づく 1 時間あたりの時間外待機報酬		120.08	120.08
0102	同じ家で 2 人目の被保険者の治療（第 82 条第 1 項）		218.43	218.43
1208	施設訪問時の 2 人目以降の被保険者に対する診察報酬に対する追加料金、第 82 条第 2 項。（プライエムにおける複数の住民への訪問は該当しない。この場合は全住民に対して 0471 で算出する。2302 は 1 回のみ算出する。）		30.24	30.24

第 75 条 臨床検査

臨床検査は下記の単位表に応じて報酬を受ける。
単位あたりの報酬は 11.86 クローネ（基礎報酬）に固定されている。

Profyl：予防主業務に関連した予防番号

Profyl	単位数			
8155	7101	1	Stix による尿検査	11.86 11.86
	7109	4	咽頭連鎖球菌抗原	47.44 47.44
	7115	3	機械による白血球百分率	35.58 35.58
	7120	5	C 反応性たんぱく質（CRP）	59.30 59.30
	7126	9	PP-INR（凝固因子）	106.74 106.74
	7152	5	便の血液検査 3 回	59.30 59.30
	7168	5	Se-クレアチニン	59.30 59.30
	7175	4	妊娠反応、尿の絨毛性ゴナドトロピン	47.44 47.44
	7177	2	赤血球沈降速度	23.72 23.72
			生物学的物質の顕微鏡検査（明視野顕微鏡検査）	
	7114	9	明視野顕微鏡検査、標本の提示（色づけ）を含む	106.74 106.74
			生物学的物質の顕微鏡検査（位相差顕微鏡検査）	
8168	7116	5	尿を除く生物学的物質の位相差顕微鏡検査	59.30 59.30
8165	7122	4	尿の位相差顕微鏡検査	47.44 47.44
			自分の研究室において生物学的物質の培養	
8159	7105	3	I バクテリア	35.58 35.58
8161	7106	3	II 真菌	35.58 35.58
8162	7107	3	III その他	35.58 35.58
	7189	6	耐性決定因子用の尿	71.16 71.16
			測光による血液検査	
8164	7108	4	Bヘモグロビン（測光器）	47.44 47.44
8153	7136	4	Bグルコース（測光器）	47.44 47.44
			さまざまな検査	
	7112	10	聴力検査	118.60 118.60
	7113	9	肺活量測定法による広範の肺機能検査	106.74 106.74
	7121	18	運動誘発喘息に対する二重の肺機能検査もしくは同じ受診での肺活量測定法による可逆性テスト	213.48 213.48
	7117	8	ティンパノメトリ	94.88 94.88
	7156	9	心電図、胸部誘導を含む	106.74 106.74
	7183	3	肺機能検査（ピークフロー）	35.58 35.58

第 75 条検査業務に関する枠組み合意

（各レギオンにおける決定後のみ）

7402	18	プリックテストでのアレルギー解明	213.84	213.84
------	----	------------------	--------	--------

第 70 条追加業務に関する枠組み合意

（各レギオンにおける決定後のみ）

8189	2601	静脈からの採血、準備と遠心分離を含む、1 発送あたり	86.94	86.94
------	------	----------------------------	-------	-------

第 70 条 追加業務

8151	2101	静脈からの採血、1 発送あたり	43.47	43.47
	2102	細胞学的試験のための子宮、子宮口、子宮頸の試験片の収集、発	31.05	31.05

	送含む			
	2104	尿道カテーテル（カテーテルの費用を除く）	130.41	130.41
	2105	眼、外耳道、鼻、喉の異物の除去	86.94	86.94
	2107	皮膚下、爪中の異物の除去	86.94	86.94
	2108	鼻詰め、抜歯後の止血	86.94	86.94
	2109	ギプスの固定	86.94	86.94
	2136	肛門鏡検査	86.94	86.94
	2111	ちょっとした骨折の応急処置と小さな関節の外れの整復	173.88	173.88
	2112	よりひどい傷の応急処置	173.88	173.88
	2113	病理学者の所での生検とそれに続く顕微鏡検査、発送含む	173.88	173.88
	2115	爪の除去	260.82	260.82
	2116	鼓膜切開	260.82	260.82
	2117	皮下もしくは下層にある腫瘍の除去、場合によっては発送含む	260.82	260.82
	2118	下層の炎症に対する手術	260.82	260.82
	2119	治療目的として大きな関節から液体サンプルの採取—診断目的 や注射ではなく	260.82	260.82
	2120	病院もしくは専門医によって生死にかかわる状況で始められた 静脈切開	260.82	260.82
	2121	その他の重要な手術	347.76	347.76
	2122	頰骨、大腿、上腕、前腕の骨折の応急処置	347.76	347.76
	2123	大きな関節の脱臼の整復、つまり足、膝、腰、肘、肩	347.76	347.76
	2124	広範囲に及ぶ外傷や火傷の処置	347.76	347.76
	2125	人口呼吸、生死にかかわる状況での酸素治療 （患者の付き添いについて第 71 条（業務ナンバー2201、2502） を参照）	347.76	347.76
	2131	死亡診断書の発行における死体検案（ページ 1 と 2）	130.41	130.41
	2134	死亡診断書の 1 ページ目を記入する場合の死体検案	93.15	93.15
	2135	死亡診断書の 2 ページ目の記入、発送含む	37.26	37.26
	2137	ペースメーカーの取り外しと発送	260.82	260.82
8152	2133	血液サンプルを除く生物学的物質の発送（微量アルブミン尿と植 菌の検査用尿の提出も含む）	31.05	31.05
	2138	液体摂取及び排尿スキーマの指示と提示	86.94	86.94
	2141	避妊技術の使用に関して継続的な管理	43.47	43.47
	2142	被保険者からの初めての問い合わせ時、もしくはその他の避妊技 術に移行する際の避妊方法の指導	86.94	86.94
	2143	避妊及び／もしくは不妊の依頼に応じた指導と検査	130.41	130.41
	2144	避妊リングの装着もしくはインプラノンの装着の避妊方法の利 用についての指導（避妊リングとインプラノンの費用は除く）	173.88	173.88
	2145	インプラノンの取り外し	260.82	260.82
	2146	自宅での血圧測定	130.41	130.41
	2149	専門的に認められた心理試験を使用する際の診断、説明、フォロ ーアップ	190.03	190.03
8410	2161	有資格通訳者を使用する治療業務（診察、予防診察）への追加料金	120.05	120.05
合意されている予防診察 0106 への追加業務				
	2304	補足的な明確な予防措置	130.41	130.41
	2305	家庭訪問活動（弱っている老人、通常は 75 歳以上、訪問ガイド を参照） ¹⁾	509.22	509.22
¹⁾ 第 76 条（p.6 を参照）に基づいて交通手当、第 56 条（p.4 を参照）に相当する時間消費の追加料金が支払われる				
第 70 条 A 対話療法				
	6101	対話療法	360.16	360.16
	6201	対話療法、最大 3 人まで他の人が増えると 1 人あたりの追加料金 （増えた人の個人登録番号をもとに清算される）	89.42	89.42
第 71 条 救急車での患者の付き添いに対する追加料金、及び医師の居住していな い島嶼への出張手当				
	2201	出張／患者付き添いが時間内に要請された際、はじめの 30 分あ たり	116.96	116.96
	2502	出張／患者付き添いが時間外 A に要請された際、はじめの 30 分	185.19	185.19

	あたり		
2502	出張／患者付き添いが時間外 B に要請された際、はじめの 30 分あたり	228.09	228.09
第 71 条 A 医師に登録していない人の治療における追加料金			
2401	EU の医療保険証などを持つ人に対する必要不可欠な看護や、特別な身分証を持つ外国人に対する治療における追加料金（詳細は第 71 条 A）	173.88	173.88
2402	診療にいらなかった被保険者、また特別な身分証を持つデンマーク人に対する時間内の診察業務への追加料金	55.89	55.89
2403	診療にいらなかった被保険者、また特別な身分証を持つデンマーク人に対する時間内の電話による診察業務への追加料金	31.05	31.05
第 56 条 社会医学的協力			
3201	医師からコムーネの社会福祉保健局へ、コムーネの社会福祉保健局から医師への電話による問い合わせ	59.94	59.94
社会福祉保健局とのミーティング			
社会福祉保健局の参加する医師のところでのミーティング、医師の参加する社会福祉保健局でのミーティング、もしくは被保険者の職場でのミーティングは 120.05 クローネ（基礎報酬）と 10 分単位（モジュール）あたりで報酬が支払われる：			
3301	1 モジュール	120.05	120.05
3302	2 モジュール	240.10	240.10
3303	3 モジュール	360.15	360.15
3304	3 モジュール以降の 1 モジュールあたり	120.05	120.05
家庭訪問と社会医学的ミーティングでの時間消費の追加料金			
家庭訪問活動（2305）と、医師の診察が伴わない社会医学的ミーティングに関連して、その場所までの医師の時間消費は以下の料金を報酬を受けると：			
3410	4 km まで	73.86	73.86
3420	4-8 km	107.56	107.56
3430	8-12 km	139.27	139.27
3440	12-16 km	171.17	171.17
3450	16-20 km	203.32	203.32
3460	20 km 以上	223.20	223.20
3701	21 km を超えた 1 km あたり	7.96	7.96
さらに、第 76 条の交通手当が支払われる。			
第 73 条 証明書			
報酬は医師協会の証明書料金に基づいて固定されている（2008 年 4 月 1 日から 2009 年 3 月 31 日）			
5001	精神障害による施設への初めて入所	675.00	675.00
5002	同じ施設への再入所	250.00	250.00
5003	強制入院（+つねに 5001 もしくは 5002）	370.00	370.00
5004	神経サナトリウム	340.00	340.00
5005	アルコール依存症患者のためのクリニック	277.00	277.00
第 73 条 A 慢性及び末期の申請			
慢性病患者への助成金の申請			
5091	診察に関連した証明書作業 ¹	63.58	63.58
5991	診察に関連した税金のかかる証明書作業 ¹	79.48	79.48
5092	患者が同席していない証明書作業	166.66	166.66
5992	患者が同席していない税金のかかる証明書作業	208.33	208.33
末期患者への助成金の申請			
5093	証明書作業 ²	93.15	93.15
5993	税金のかかる証明書作業 ²	116.44	116.44
税金のかかる証明書作業の業務は、対応する税金のかからない業務に対する基礎報酬に対して調整比率がかけられる際におこる。調整された報酬にはその後 25%の税金がかけられる。			
¹)同時に病気治療に関する診察があればさらに別の清算用紙に 0101 で清算される。			

2) 同時に病気治療に関してであれば、診察もしくは往診で清算、もしくは基礎業務なしに 5093 や 5993 で清算される。

第 74 条 抜歯

その時点で有効となっているレギオンの給与及び手数料審議会とデンマーク歯科医協会との間の労働協約に基づく報酬であり、現在の労働協約は 2006 年 10 月 1 日から、後の改正点を含めて有効である。

5101	歯 1 本あたり	393.05	407.59
	医療保険負担分		135.59
	患者負担分		272.00

レギオンが指導という仕事に関して特別な合意を確立していない場合、医師に登録していない患者への避妊方法の使用に関する指導への報酬についての合意

8291	避妊方法についての指導	244.67	244.67
8292	避妊リング装着時の避妊方法についての指導	331.61	331.61
8293	避妊方法の使用の継続的な管理	201.20	201.20
8294	電話による診察	52.79	52.79

第 76 条 交通手当

9001	1 年当たり最初の 20,000 km の 1 km あたり (全走行距離に対して)	3.80	クローネ/km
9002	その後の 1 km あたり (全走行距離に対して)	2.05	クローネ/km

労働協約補足の報酬

労働協約補足に基づく時間料金	720.31	720.31
労働協約補足に基づく 1 モジュールあたりの時間料金	120.05	120.05

家庭医が相談役として利用される際、また労働協約補足の料金を参照しているその他の合意における時間料金

算出された時間料金	762.65	818.32
算出された 1 モジュールあたりの時間料金	127.11	136.39

2008 年 4 月 1 日時点の代理料金の算出及び善意の算出に対する補正率

2004 年の収入 (暦年)	10.1%
2005 年の収入 (暦年)	8.0%
2006 年の収入 (暦年)	6.1%
2007 年の収入 (暦年)	4.8%

2008 年 4 月 1 日時点の基本報酬

基本報酬、グループ 1 被保険者 1 人あたり、1 四半期あたり	81.42
基本報酬、グループ 1 被保険者 1 人あたり、1 年あたり	325.68

2008 年 4 月 1 日時点の労働協約補足&業務経費報酬

労働協約補足	7.3%
業務経費報酬 (1 年あたりの基礎報酬 13,542 クローネ)	5.5%

基礎報酬

調整規定は 2005 年 10 月 1 日に白紙に戻され、2005 年 10 月時点で適用された報酬が基礎報酬となる。

凍結された業務報酬に関する調整比率

自動調整比率を通して履行開始された追加資金 (継続教育財団、専門委員会、品質財団、研究財団、及びレギオンの品質向上活動への合同資金は除く) は、2006 年 4 月 1 日から 2008 年 10 月 1 日まで、基本報酬と慢性病患者に対する経過治療報酬に対して 55%、時間内の診察報酬に対して 45% を目標とする。2009 年 4 月 1 日から他の合意のない場合は全業務の通常調整が再び導入され、この時点から経過治療報酬の財源は調整比率の収益によるものではなくなる。2009 年 4 月 1 日以降に経過治療報酬の合計が 66,000 を超える場合には、超過分の財源についての合意が結ばれる。

2005 年 10 月 1 日時点での基本報酬、グループ 1 被保険者 1 人あたり (基礎報酬)	71.29
2006 年 4 月 1 日時点での基本報酬、グループ 1 被保険者 1 人あたり	72.83
2006 年 10 月 1 日時点での基本報酬、グループ 1 被保険者 1 人あたり	74.67

2007年4月1日時点での基本報酬、グループ1被保険者1人あたり	75.08
2007年10月1日時点での基本報酬、グループ1被保険者1人あたり	75.79
2008年4月1日時点での基本報酬、グループ1被保険者1人あたり	81.42

1. 妊婦の健康診断

8110	第1回医師健診（約6-10週）、血液検査及びstixもしくは顕微鏡検査による尿検査 ¹	416.89	416.89
8120	第2回医師健診（約24週）、stixによる尿検査 ²	150.28	150.28
8130	第3回医師健診（約34週）、stixによる尿検査 ³	150.28	150.28
8140	第4回医師健診（出産後約8週）	181.33	181.33
8410	有資格通訳者の使用に対する追加料金	120.05	120.05

¹ 本業務は全ての妊婦に提示されている医療保健庁の指針に準じて、血液検査、たんぱく尿と糖尿（stix）の尿検査、また無症候性細菌尿検査（stixもしくは顕微鏡検査）を含む。本業務は妊婦が胎児診断についての情報を望むかどうかの医師の説明、またそれを望む女性に対して基本的情報の提供を含む。無症候性細菌尿検査が陽性であった場合の補足的な尿培養は追加業務8159で報酬が支払われる。

² 本業務は全ての妊婦に提示されている医療保健庁の指針に準じて、糖尿検査（stix）と無症候性細菌尿検査（stixもしくは顕微鏡検査）を含む。無症候性細菌尿検査が陽性であった場合の補足的な尿培養は追加業務8159で報酬が支払われる。

³ 本業務はたんぱく尿と糖尿（stix）の尿検査を含む。

2. 1に含まれている事項への追加業務

8151	特別な検査のための静脈からの採血—国立血清研究所もしくは中央検査室における胎児診断用の検査など	43.47	43.47
8152	血液サンプルを除く生物学的物質の発送（微量アルブミン尿と植菌のための検査用尿の提出も含む）	31.05	31.05

3. 1に含まれている事項への検査業務

単位数			
8153	4	B グルコース（測光器）	47.44 47.44
8164	4	B ヘモグロビン（測光器）	47.44 47.44
8155	1	stixによる尿検査	11.86 11.86
生物学的物質の顕微鏡検査（位相差顕微鏡検査）			
8165	4	尿の位相差顕微鏡検査	47.44 47.44
8168	5	尿を除く生物学的物質の位相差顕微鏡検査	59.30 59.30
自分の研究室において生物学的物質の培養			
8159	3	I バクテリア	35.58 35.58
8161	3	II 真菌	35.58 35.58
8162	3	III その他	35.58 35.58

4. 子供の健診

8210	子供の健診、子供が1週間するとき ⁴	181.47	181.47
8211	子供の健診、子供が5週間するとき	181.47	181.47
8212	子供の健診、子供が5ヶ月するとき	181.47	181.47
8213	子供の健診、子供が12ヶ月するとき	181.47	181.47
8214	子供の健診、子供が2歳するとき	181.47	181.47
8215	子供の健診、子供が3歳するとき	181.47	181.47
8216	子供の健診、子供が4歳するとき	181.47	181.47
8217	子供の健診、子供が5歳するとき	181.47	181.47
8410	有資格通訳者の使用に対する追加料金	120.05	120.05

⁴ 緊急出産に際して病院から退院する前に検査されていない子供、もしくは自宅出産の子供にのみ健診が行われる。緊急出産の子供に関しては、両親が一般の家庭医のもとで1週間の健診を受けるように病院から伝えられていることが前提となる。

5. 地元の学際的チームもしくはレギオンの出産計画委員会への参加

予防協定の報酬決定事項第6条を参照のこと。報酬は www.laeger.dk > løn og overenskomst > PLO > Honorartabel で閲覧可能。

6. 子供のワクチン接種

8341	第1回ジフテリア-破傷風-百日咳-ポリオ-Hib ワクチン接種、子供が3ヶ月するとき	41.05	41.05
------	--	-------	-------

8342	第2回ジフテリア-破傷風-百日咳-ポリオ-Hib ワクチン接種、子供が5ヵ月のとき	41.05	41.05
8343	第3回ジフテリア-破傷風-百日咳-ポリオ-Hib ワクチン接種、子供が12ヵ月のとき	41.05	41.05
8706	同時に子供の健診もしくは診察が行われない場合、ジフテリア-破傷風-百日咳-ポリオ-Hib ワクチン接種報酬（業務ナンバー8341、8342、8343）への追加料金	71.97	81.97
8325	ジフテリア-破傷風-百日咳-ポリオ-Hib ワクチン再接種、子供が約5歳のとき	41.05	41.05
8705	同時に子供の健診もしくは診察が行われない場合、ジフテリア-破傷風-百日咳-ポリオ-Hib ワクチン再接種報酬（業務ナンバー8325）への追加料金	71.97	81.97
8344	第1回肺炎球菌ワクチン接種、子供が3ヵ月のとき	41.05	41.05
8345	第2回肺炎球菌ワクチン接種、子供が5ヵ月のとき	41.05	41.05
8346	第3回肺炎球菌ワクチン接種、子供が12ヵ月のとき	41.05	41.05
8707	同時に子供の健診もしくは診察が行われない場合、肺炎球菌ワクチン接種報酬（業務ナンバー8344、8345、8346）への追加料金	71.97	81.97

肺炎球菌ワクチン接種に関する注意：開始時期に関する情報は保健庁に問い合わせる。移行期間の対象となっている子供のワクチン接種は、業務8344（第1回ワクチン接種）、8345（第2回ワクチン接種）、8346（第3回ワクチン接種）、また場合によっては業務8707によって算出される。

7. その他のワクチン接種 第11条A

8318	感染していない注射薬物使用者のB型肝炎ワクチン接種*	113.02	123.02
8319	慢性B型肝炎感染症の人と一緒に住む人、また慢性B型肝炎感染症の人が特定の性交渉の相手である人へのB型肝炎ワクチン接種*	113.02	123.02
8320	就学年齢未満の子供が通う託児所において、慢性B型肝炎感染症の子供がいる場合、衛生指導員の要請に応じて、他の子供へのB型肝炎ワクチン接種*	113.02	123.02
8326	C型肝炎感染者であると診断された人へのB型肝炎ワクチン接種*	113.02	123.02
8327	保健庁が具体的にワクチン接種を受けるべきだと勧める場合、多くの注射薬物使用者がいる地区を通る15歳未満の子供へのB型肝炎ワクチン接種*	113.02	123.02

8. B型肝炎に対するワクチン接種（慢性B型肝炎の女性から生まれた子供）

8314	第1回B型肝炎ワクチン接種、子供が1ヶ月のとき*	113.02	123.02
8315	第2回B型肝炎ワクチン接種、子供が2ヶ月のとき*	113.02	123.02
8316	第3回B型肝炎ワクチン接種、子供が12ヶ月のとき*	113.02	123.02

*業務8318、8319、8320、8326、8327、8314、8315もしくは8316に関連して診察もしくは子供の健診が行われる場合は、別に報酬が支払われる。

9. はじか、おたふく風邪、風疹（MFR）に対する混合ワクチン接種

8601	第1回MFRワクチン接種（年齢は問わないが、たいていは子供が15ヵ月のとき）	41.05	41.05
8612	第2回MFRワクチン接種（年齢は問わないが、たいていは子供が4歳もしくは12歳のとき）	41.05	41.05
8618	両親への電話問い合わせに対する報酬	24.84	24.84
8701	同時に子供の健診もしくはさらなる診察が行われない場合、ワクチン接種報酬に対する追加料金	71.97	81.97

10. 風疹に対するワクチン接種

8801	女性への風疹に対するワクチン接種	41.05	41.05
8901	同時にさらなる診察が行われない場合、ワクチン接種報酬に対する追加料金	71.97	81.97

ホームケア案内

本資料は 2013 年 10 月にルーザスダルコムーネの介護と活動課課長 (Pleje- og Aktivitetschef) Tina Solveig Koch 氏より提供された。

{p.1}

{p.2}

Rudersdal Kommune

ルーザスダルコムーネ

Hjemmepleje

ホームケア



ホームケアが提供できること

ルーザスダルコムーネのホームケアはあらゆる形態の実務支援と身の回りの世話を提供しています。身の回りの世話では、例えば入浴を手伝ったり、弾性ストッキングの着脱を手伝ったり、食事を手伝ったりできます。支援は高度な専門レベルの資格を持つ職員によって行われます。

ホームケアは品質と安定性をもたらします。ホームケアには決まった清掃チームもいます。

私たちのスタッフの多くは地域をよく知っています。ですから、例えば美容院やフットセラピスト、配管工、大工などを予約することをお手伝いできます。

ルーザスダルコムーネのホームケアは7つの地区、夜間担当、全コムーネを24時間カバーしている特別チームに分けられています。

全ての地区にはあなたの関心事を受け持つ看護師がいます。

地区では、あなたが最良の補助器具を持てるように、コムーネの作業療法士と定期的なミーティングを持っています。

私たちは24時間待機していますので、あなたはいつでもすぐに支援を受けられます。

ホームケアは、緊急通報やデイホームへの住民の移送、食事の配達に関連する作業を行うコムーネの管理センターと緊密な協力関係にあり、またコムーネのケアセンターとも緊密な協力関係にあります。

緊急通報の場合、あなたが必要とされるのであれば、ホームケアはいつでも看護師を送ることができます。

ホームケアの職員は、高齢者ケアにおける最新の発展に関して、絶えず教育やプロジェクトに参加しています。そのため私たちのスタッフは、例えばデイホーム、アクティビティセンター、補助器具、予防的訪問といった高齢者分野におけるサービスについても同時に指導することができます。

ホームケアの特別チーム

特別チームは、心理的、精神的な苦痛を負っている住民、また中毒問題を抱えている住民に対して支援と援助を提供しています。

24 時間ケア

ルーザスデールコミュニティーのホームケアでは、24 時間、支援を受けられます。そのため、さらなる支援が必要になったとしても、同じ業者を維持することができます。

コンタクトパーソン

決まったコンタクトパーソンが提供されます。私たちは、あなた自身そしてあなたの家族が安心できる状態を生み出すために、あなたの近親者との協力に重きを置いています。

私たちは、関与、柔軟性、個別のサービス、豊富な選択肢に関する高齢者分野の目標に従っています。これはつまり、例えば、あなたがあなたのホームヘルパーと一緒に支援を決めること、また必要とされるのであれば、ある支援を他のものと交換することをあなたが取りきめられるということです。

守秘義務と裁量権

ホームケアにおける全スタッフには守秘義務があります。つまり、スタッフはあなたについて、他の住民や隣人に話してはいけないということです。

守秘義務は職務を退くことによりなくなりません。

全スタッフは、スタッフ来訪時に見せる ID カードを持っています。

ホームケアの連絡先

地区事務所は、月曜日から金曜日の 8 : 00 から 8 : 30、また 14 : 00 から 15 : 00 に連絡がとれます。地区事務所に連絡できない場合には、ホームケアの管理部に連絡を取ることができます。もしくは緊急の状況であれば管理センター、45 80 33 55 に連絡を取ることができます。

特別チームは月曜日から金曜日の 11 : 00 から 12 : 00 に連絡が取れます。

夜間担当は月曜日から金曜日の 13 : 00 から 14 : 00 に連絡が取れます。

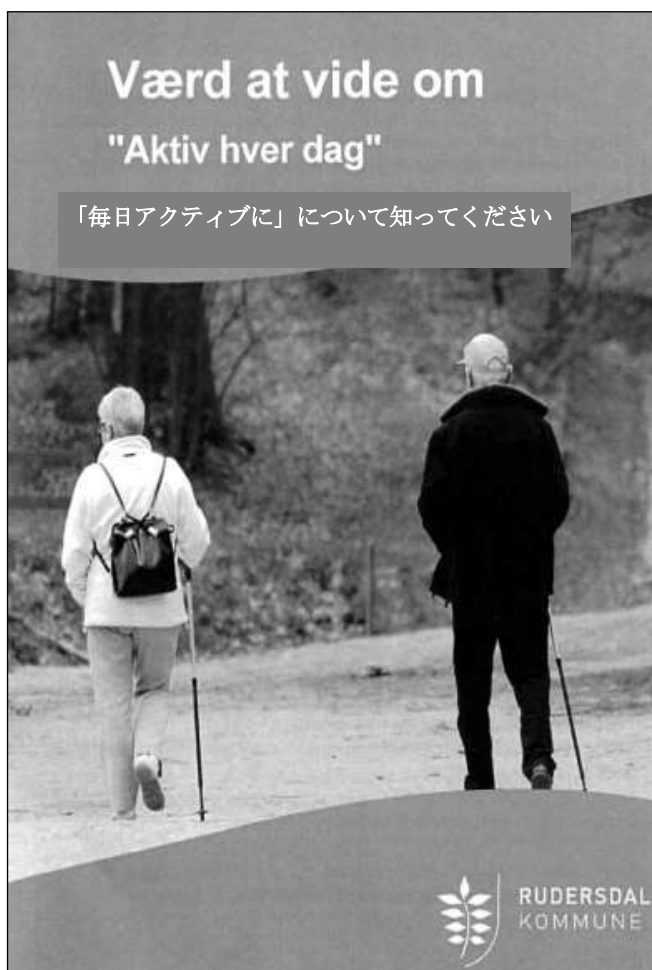
毎日、ホームケアの管理部、46 11 50 03 に連絡を取ることができます。

ヴァイレスー地区	電話	45 42 36 62
ヴェーサネ地区	電話	46 11 52 30
ラウンスネス地区	電話	45 81 99 76
ホルデ地区	電話	45 42 59 66
ネーロム地区	電話	46 11 52 03
トレズ地区	電話	46 11 52 14
キュステン地区	電話	45 89 49 30
夜間区	電話	46 11 52 16
特別チーム	電話	46 11 52 05

本資料は前出のホームケア案内と同時に提供された。

{表紙}

{p.2}



毎日アクティブに

ルーザスダルコムーネは、身の回りの世話や実務的な支援に対して援助を必要とするときにも、あなたの環境で、そして可能な限り自立して生活を送られることを希望しています。

このパンフレットでは、身の回りの世話や実務的な支援に対して援助を必要とするとき、どのように「毎日アクティブに」を通して、あなたが自宅で再び自分のことができるようになるかについて説明しています。

「毎日アクティブに」とは何か？－自宅でのリハビリテーション

「毎日アクティブに」は、ホームヘルプを求めている、もしくはすでに受けている方に提供されます。

その目的は、あなたがアクティブであること、日常のアクティビティへの参加を支援することです。アクティビティを通して、機能損失を予防し、可能な限り長い間、あなた自身の環境での生活を守ることができます。

「毎日アクティブに」は自宅における日々の作業、例えば掃除、衣類の洗濯、買い物、入浴、料理、身の回りの世話、そして弾性ストッキングの着脱、を起点としています。

自宅でのリハビリテーションとは、あなたの家におけるトレーニングであり、あなたが再び自宅での作業が自分で行えるように、作業療法士もしくは理学療法士が助言、指導、訓練します。自宅のレイアウトも見られ、他の順番、もしくは補助器具によってあなたが援助に頼らずにすむかが見られます。

療法士の判断やトレーニングは通常、いずれ受ける援助許可の前提となります。

{p.3}

全ての日々の活動を遂行する資源があなたにないと分かった場合には、あなたが自分でできない作業に対してもちろん援助が受けられます。

日常の具体的な作業に対するトレーニング

療法士は、あなたの日常における具体的な作業に対してトレーニングを行います。

- ・日々の身の回りの世話
- ・入浴
- ・弾性ストッキング（圧迫ストッキング）の着脱
- ・衣類の洗濯
- ・買い物
- ・掃除
- ・食事の準備

「毎日アクティブに」における作業療法士と理学療法士は、実際にどのように作業が現実に行われているのかを調べ、助言や指導のほか、具体的な作業におけるトレーニングコースを提供します。

トレーニングコースは、補助器具の試し、人間工学的な指導、セルフトレーニングプログラムの準備、なるべく自分でできるようにするための新しい動作や方法を試すことが含まれます。

毎日のトレーニングは、他のリハビリテーションサービス、ホームケアや民間業者の他の援助とは別に行われます。

{p.4}

誰が「毎日アクティブに」を通して自宅でのリハビリテーションを受けられるのか？

日常において自分で何とかできる力を改善する可能性のある、身の回りの実務的な援助を求めるすべての住民。

- ・初めて援助を求める住民
- ・リハビリテーションもしくは病院から帰ってきた住民
- ・すでにホームヘルプを受けている住民

どのように「毎日アクティブに」に連絡を取るのか？

ホームヘルプを求められるときには、許可担当の審査官が自宅訪問を約束します。

ここで、あなたと判定員は、自宅で行うことや作業に対してどういった資源があるのか、自分ですることが難しいのはどの部分なのかを話し合います。

判定員は、あなたのニーズが一時的なものか長期にわたるものか、またトレーニングを通してあなたが再び自分で作業を行える可能性があるのかを判断します。

判定員はその後、指導的な取り組み、もしくは自宅における埋め合わせとなる援助に対するあなたのニーズを総合的に判断します。

指導的な取り組みの必要があるならば、「毎日アクティブに」、自宅でのリハビリテーションに関して判定を受けます。

{p.5}

どのようにリハビリテーションを始めるのか？

「毎日アクティブに」の作業療法士もしくは理学療法士から連絡が入り、あなたを訪問する約束がされます。訪問時、あなたと療法士は、あなたが自分でできない作業について話し合い、そしてその作業を試します。

療法士は、例えば、作業を分割したり、休憩を取ったり、作業を違ったふうに計画したり、空間を違ったふうに調べたり、もしくは他の方法で周辺環境や作業を変更することであなた自身が補えるかどうか、その可能性を調べます。療法士はまた、あなたの身体能力、精神的なエネルギーレベルや苦痛、そして安心や安らぎの経験を評価し、その後、あなたと一緒にあなたのリハビリテーションの計画を立てます。場合によって療法士は、あなたが身体を強化できるように、ひとりでできるいくつかのトレーニングの練習を課すことで、リハビリテーション計画を補います。

リハビリテーションの開始

療法士と一緒にリハビリテーションの時間を決めます。作業を自分で行う状況にあるのかどうか、つまり援助に頼らずにいられるか分かるまで、何回、どれほどの頻度であなたがトレーニングを必要とするのかは個別となります。

{p.6}

リハビリテーションの療法士はホームケアと協力しており、もしあなたが一日に何度も援助を必要とするのであれば、トレーニングはホームケアで補ったり、フォローすることが可能です。ホームヘルプもまた、あなたを手伝う際に、あなたのトレーニングに焦点を合わせます。

「毎日アクティブに」のスタッフ

リハビリテーションチームは5人の作業療法士と1人の理学療法士で構成されています。

リハビリテーションの終了

あなたが目標を達成したとき、もしくはトレーニングが他の理由で終了するとき、あなたは療法士と一緒にトレーニングを評価します。療法士はトレーニングコースの結果、そして場合によってはどういった支援が必要となるのかを文書化します。

あなたのコースは終了します。引き続き援助を必要とする場合、判定員がそのニーズの範囲を判断し、ホームケアの判定を行います。あなたのトレーニングは、ヘルパーがあなたと一緒に、作業のどの部分をあなた自身でできるのか、そしてどこに援助を必要としているのかを計画することで続いていきます。

{p.7}

値段

リハビリテーションの活動は無料です。トレーニング期間にホームケアの必要があれば、ホームケアに関する規則が当てはまります。

さらに知りたいことがあれば

さらに知らぬことがあれば、責任者 Birgitte Grønnegaard Jepsen にご連絡ください。電話 72 68 51 92、メール aktivhverdag@rudersdal.dk

ケアの品質基準

本資料はFaxse コムーネのKvalitetstandarder for plejeområdet, Center for Sundhed og Pleje, August 2013の一部抜粋日本語訳である。
http://www.faxsekommune.dk/sites/default/files/kvalitetsstandard_2013_0.pdf

品質基準

ファクセコムーネ

0. 品質基準に関する前書き

ファクセコムーネは身体的もしくは精神的に弱っている住民に対して、さまざまな形態の援助とケアを提供しています。

援助は自助に対する援助として行われます。これは、可能な限りあなた自身が作業に参加することを意味します。目標は、あなたが完全にもしくは部分的に参加できるように働くスタッフとあなたが出会うことにより、失った機能を取り戻し、そのことで生活の質を高められることにあります。

全スタッフはリハビリを行うという考え方で働いています。つまり、参加を促すように働き、どのようにあなたの機能レベルを一緒に改善できるかという決定にあなたを含めるスタッフにあなたは出会います。目標はあなたの希望に基づいており、どのように援助が行われるのかの出発点となります。

私たちのビジョンは

- ・住民が中心にあり、つねに個々の住民自身の能力に基づきます。
- ・住民ができることに焦点がおかれ、また前向きな能力に焦点がおかれます。
- ・全体的な協力と参加を通して、前進させます。
- ・全体を形成し、そして支援や援助の取り組みが個々の住民に対してベストとなることを保証します。

援助の目的

援助の目的は、自分のことができるあなたの可能性を向上させること、そして／もしくは、日常生活を楽にして生活の質を改善することです。

援助は、自分自身そして家族に対する個々の責任に基づきます。

つまり、援助についての提案は年齢に関するのではなく、以下のことに出発点がおかれます：

- ・何をあなたが自分でできるか
- ・何にあなたが参加できるか
- ・家に健康な伴侶もしくは他の大人がいるかどうか
- ・あなたのネットワークに、援助することに同意している近親者や他の誰かがいるかどうか
- ・個別の具体的な評価

一定期間の後、あなたが課題を自分でできるようになると評価された場合は、援助は通常、期間限定で受けることになります。

もしあなたの状況が著しく変わる場合は、問い合わせて新たな評価を受けることができます。

援助は、あなたのニーズと前提条件に基づいて、あなたとの協力のもとに計画されます。

短期間自宅でできることよりも、より包括的な援助を必要とすることができます。例えばファクセコムーネのケアセンターで一時的な滞在サービスを受けることができます。滞在中は異なるサービスに対して支払いをすることになります。これについては受け入れ判定を受けるときにあなたに伝えられます。

品質目標

品質目標は、私たちが私たち自身の仕事にどのような基準を設定しているか、そして援助の受け手としてあなたが何を期待してよいのかを示します。各品質基準に目標があります。

私たちは通常、以下のことを提供します：

- ・援助が開始してから遅くとも2週間後までに各住民にコンタクトパーソンが割り当てられます。

- ・提供時間の遅れや著しい変更がある場合、電話連絡が入ります。
- ・住民自身が積極的に参加する可能性のある援助が行われます。
- ・期間限定の援助では具体的な日常の活動に出発点をおいたトレーニングに対して目標が設定されます。再判定に関しては、私たちが援助を提供する方法で評価されます。評価の目的は、住民にとって満足のいく、そしてムーネのサービスレベルに合致したサービスを提供できるように、私たちの仕事を常に発展させることにあります。

援助の提供

援助がどのように計画され、実行されるか、私たちは可能なかぎりあなたに関係してもらいます。これは、援助が自助の助けとして行われるという原則に基づいて行われます。つまり：

- ・スタッフとの密接な協力のもと、あなたが援助を計画します。
- ・可能なかぎり自分でできるようにあなたは支援を受けます。
- ・あなたはなるべくたくさんの方に参加します。
- ・可能なかぎり多くの日常の活動を自分で行えるよう、あなたをやる気にさせることを念頭に、住民に対して参加を促す姿勢で全スタッフは働いています。日常の活動は例えば、コーヒーを取りに行ったり（カップに）注いだり、服をたたんだり、台所に食事を取りに行ったりなどです。
- ・可能なかぎり長い間日常の活動をできるようにあなたの能力を保証する、福祉工学上の解決策を見つけられるよう試みます。

援助を受けるための前提

合意した援助を可能なかぎりベストに受けられるように、受け手として以下のことを満たすことが前提となります：

- ・スタッフが仕事を行うのに必要な補助器具の使用を受け入れること。
- ・あなたもしくは近親者は、あなたの状態に著しい変化があった際、判定者へ連絡をすること。
- ・可能なかぎり積極的に参加し、できる課題を自分で行うこと。
- ・予定された時間に援助を受けられない場合、可能なかぎり余裕を持ってキャンセルを伝えること。

自宅での作業環境

全スタッフは住民の自宅における作業に関して、労働環境法の適用を受けています。法は、作業が安全面及び健康面において完全に安全に行われることを規定しています。

スタッフの作業環境に関して：

- ・提供される援助に関連して、自宅のレイアウトに対して環境労働法が求める要件をあなたが受け入れることが求められます。
- ・場合によっては、自宅に補助器具（例えば介護リフト、介護ベッド等）を設置すること、そして、そのために近親者が家具を移動したり、絨毯をはがしたりといったことが必要となります。
- ・例えば清掃用品やふきん等、職員が必要な道具や材料を自由に使えるようにしてください。これらは、作業を実行するにあたって、当該の労働環境関連の要件を満たさなくてはなりません。
- ・明るく、困難ではないアクセス環境が求められます。雪かきがこれに含まれます。
- ・援助が行われるとき、場合によっては室内の動物をゲージに入れてください。

ファクセムーネはスタッフに、禁煙の労働環境を保証することを望みます。そのため、喫煙されている間、あなたの自宅でスタッフに働かせることはできません。

できるかぎり、スタッフが到着する前1時間は自宅では禁煙とし、可能であれば換気をしてください。職員はあなたからプレゼントを受け取ることはできません。違反した場合、公的な調査が行われ、場合によっては解雇となります。

スタッフの要件

通常、介護を専門とする職員の配分は、課題の範囲や専門的な難易度に基づいて判断されます。時に保健を専門とする教育を終えていない代替りの人が雇用されることがあります。しかし少なくとも、常に作業課題やあなたを援助する領域に関するトレーニングと説明を受けています。個々のスタッフは、あなたにとって意味のある変化や所見を伝え、また文書化する責任を負っています。スタッフは以下を出発点とします

- ・文書による承認と決定
- ・作業環境評価
- ・品質基準

判定

援助が必要であると思われたら、判定担当に問い合わせることができます。判定担当は、ファクセコムーネがあなたに提供できる援助に関してあなたのニーズを評価できるように訪問を手配します。判定担当はファクセコムーネの庁舎、Frederiksgade 9, 4690 Haslev にオフィスがあります。判定担当は下記の電話でも受け付けています。

介護：56 20 34 30

補助器具：56 20 34 20

判定担当の電話対応時間

判定担当者は家庭訪問を行ったり、申請者への対応、書類収集のため対応時間があります：

月曜日、火曜日、水曜日、金曜日：8時～10時

木曜日：12時～14時

1. 身の回りの世話

本サービスの法的根拠	ソーシャルサービスに関する法第 83 条 コムーネ議会は以下を提供する義務がある： ・身の回りの援助と世話 ・自宅において、不可欠な実際の課題の援助や支援 第 2 項 第 1 項に基づいて、一時的もしくは恒久的な身体的もしくは精神的機能の能力低下、もしくは特別な社会的問題により自身でこれらの課題を行えない人に提供される。
本サービスの目的	・自分のことができるように個々人の可能性を向上させること、もしくは、日常生活を楽にして生活の質を改善させること。 ・援助は個々人の自分や家族に対する責任に基づきます。 ・住民が自宅で最良に行動できるように、身体的、精神的機能の能力低下、もしくは特別な社会的問題による著しい影響を改善させること。
目標	・援助はその時点における住民の状況を出発点とします。 ・援助は可能なかぎり自助を目標とします、援助は参加を促す目標を担います。 ・援助は、能力や社会的ネットワークの持続や保持/発展を目標とします。 自宅での援助を求め、同時に訓練の可能性のある住民は、日常のリハビリである訓練コース「良い暮らしー毎日」の判定を受けます。訓練コースを終えた後に、身の回りの世話に対する住民のニーズが評価されます。 目標は： ・援助が、訓練コースの後に機能レベルを維持する観点から行われること。
本サービスに含まれる活動	具体的な専門的かつ個別の評価をもとに、判定を受け目的のはっきりとした取り組み。 取り組みは以下のようなものが考えられます： 個人の衛生は： ・入浴 ・上半身の身支度 ・下半身の身支度 ・衣類の着脱 ・トイレの付添

	<p>保健／病気／健康増進／予防は：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・投薬 <p>可動性は：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・移動 ・向きの調整／位置の調整 ・リラックス／ストレッチ <p>仕組みや関連性は：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の活動におけるしくみや関連性 <p>フレキシブルなホームヘルプ：</p> <p>ソーシャルサービスに関する法第 94 条に基づき、身の回りの世話を受ける住民は、合意したものは他のサービスに交換することができます。これは、新たに判定を受けることなく行われます。援助を受ける人が、身の回りの世話と実際的な援助を交換したい場合、当該者はどちらのサービス形態も配分されていることが前提となります。</p> <p>住民とスタッフとの間で合意がなされない場合は、判定を受けている援助が行われます。スタッフの課題は、住民へのサービスが完全にもしくは部分的に交換することが妥当かどうかを絶えず判断することです。</p> <p>スタッフは、基本的なニーズがカバーされていることを保証します。</p>
本サービスに含まれない活動	<p>通常、美容師によって行われるヘアケアに対する援助は行われません。</p> <p>一般的に個人の衛生の範疇とならない爪のケア、通常は専門教育を受けた人によって行われる、例えば糖尿病の住民の足の爪切りに対する援助は行われません。</p>
本サービスを受けられる人	<p>一時的もしくは恒久的に、身体的、精神的もしくは社会的に、機能レベルの著しい低下のある住民。</p> <p>援助の配分は、住民の機能や習得レベルの具体的な個別の評価に基づいて行われます。</p>
本サービスの範囲	<p>各使用者の援助のニーズに応じて、身の回りの世話は 24 時間行われます。</p> <p>取り組みは判定を受け、目的がはっきりとしています。</p> <p>範囲は、専門的かつ個別に評価されます。</p>
本サービスの提供者	<p>住民は、コムーネのホームケアから、もしくはコムーネが認可した民間業者からの援助を自由に選択できます。</p> <p>さらに、取り組みは住民自身が指名したヘルパーから提供可能です、ソーシャルサービスに関する法第 94 条を参照のこと。ヘルパーはコムーネから認可されなくてはなりません。</p> <p>身の回り及び実際的な援助を 20 時間以上受ける住民には、自身で援助を雇用するための一定額が支払われる可能性があります。第 95 条を参照のこと。</p> <p>住民は 1 ヶ月の事前通告により、月の 1 日から他の業者への変更を判定担当に要求することができます。</p>
能力要件	<p>取り組みは基本的に、社会福祉や保健に関する専門的な教育を受けたスタッフによって提供されます。</p> <p>取り組みは、例えば休暇や病気の代理の場合を除いて、具体的な訓練によって習得した、保健の専門的見識及び知識のあるスタッフによって提供されます。</p>
本サービスの費用	<p>取り組みに住民の費用負担はありません。</p>
コムーネの品質目標	<ul style="list-style-type: none"> ・与えられる援助は合意通りに実行されます。 ・援助の開始に関する合意は、ニーズに応じてもしくは承認から 3 平日以内に行われます。 ・約束の時刻は +/- 60 分で守られます。援助がそれ以上に遅れたり、早まったりする場合、住民は連絡を受けます。 ・緊急に必要な身の回りの世話に対する援助は、すぐに開始されます。
本サービスはどのようにフォローアップされるか	<ul style="list-style-type: none"> ・最低 2 年ごとに必要に応じて再判定が行われます。 ・住民のニーズに著しい変化がある場合、ホームケアのスタッフは判定担当に報告義務があります。 <p>ケアセンターでは、医師による検査が行われ、また毎年コムーネの抜き打ち検査が行われます。さらに、後見人のいる住民に対する事前通知のある検査のサービスがあります。</p>
考慮すべき特別な事柄	<p>取り組みは住民が自宅にいるときにのみ提供されます。</p> <p>住民がサービスをキャンセルする場合、それを補償するサービスは行われません。</p> <p>職員には守秘義務があります。</p> <p>全スタッフは住民の自宅における作業に関して、労働環境法の適用を受けています。法は、作業が安全面及び健康面において完全に安全に行われることを規定しています。</p> <p>スタッフの作業環境に関して：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提供される援助に関連して、自宅のレイアウトに対して環境労働法が求める要件をあなたが受け入れることが求められます。 ・場合によっては、自宅に補助器具（例えば介護リフト、介護ベッド等）を設置すること、

	<p>そして、そのために近親者が家具を移動したり、絨毯をはがしたりといったことが必要となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 例えば清掃用品やふきん等、職員が必要な道具や材料を自由に使えるようにしてください。これら、作業実行にあたって当該の労働環境関連の要件を満たさなくてはなりません。 明るく、困難ではないアクセス環境が求められます。雪かきがこれに含まれます。 援助が行われるとき、場合によっては室内の動物をケージに入れてください。 <p>判定担当が、援助が開始される前に、自宅での準備が必要かどうかを判断します。援助の提供業者は、文書による作業環境評価があることに責任を担います。著しい変化がある場合には、その後、再評価が行われます。</p> <p>ファクセコムーネはスタッフに、禁煙の労働環境を保証することを望みます。そのため、喫煙されている間、あなたの自宅でスタッフに働かせることはできません。できるかぎり、スタッフが到着する前1時間は自宅では禁煙とし、可能であれば換気をしてください。援助の提供業者は文書化の義務があります。</p>
本サービスの範囲の評価に関して不服申し立ての可能性は？	<p>口頭及び文書で不服申し立てを行うことができます。決定事項を受けてから4週間以内に以下に申し立ててください：</p> <p>介護判定担当、ファクセコムーネ、Frederiksgade 9, 4690 Haslev</p> <p>あなたの不服申し立てを受けた際、私たちはあなたの件を再評価し、完全にもしくは部分的にあなたの不服を支持するかどうかを判断します。決定事項を変更するか、維持するか、この件に関してあなたは4週間以内に連絡を受けます。</p> <p>決定事項を維持する場合、私たちはあなたの不服申し立てを不服審査庁に送ります。不服申し立てと一緒に、決定に際して使用された案件の書類も送ります。</p> <p>あなたの不服申し立ての準備に公平な援助を求める場合、ファクセコムーネの住民コンサルタント、電話 56 20 37 05 に問い合わせることができます。</p>

2. 実際のな援助

本サービスの法的根拠	<p>ソーシャルサービスに関する法第1条</p> <p>ソーシャルサービスに関する法第83条第1項第2号</p>
本サービスの目的	<ul style="list-style-type: none"> 自分のことができるように個々人の可能性を向上させること、もしくは、日常生活を楽にして生活の質を改善させること。 援助は個々人の自分や家族に対する責任に基づきます。 住民が自宅で最良に行動できるように、身体的、精神的機能の能力低下、もしくは特別な社会的問題による著しい影響を改善させること。 実際のな援助は、可能なかぎり広範囲にわたって、課題の実行に住民が積極的に参加できるように行われます。
目標	<ul style="list-style-type: none"> 援助はその時点における住民の状況を出発点とします。 援助は可能なかぎり自助を目標とします。（参加を促す目標） 「良い暮らしー毎日」。自宅での援助を求め、同時に訓練の可能性のある住民は、訓練コースの判定を受けます。日常のリハビリである自宅での訓練です。訓練コースを終えた後に、実際のな援助に対する住民のニーズが評価されます。 <p>目標は：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一援助が、訓練コースの後に機能レベルを維持する観点から行われること。 一住民の訓練の可能性に関して、提供業者はコムーネに絶えずフィードバックを行う。 <p>専門的な品質目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住居において使用した空間の清掃を保証すること。 ・住民の洋服と寝具の洗濯を保証すること。 ・日用品の配達を保証すること。
本サービスに含まれる活動	<p>清掃は、必要不可欠な使用された空間を含みます。</p> <p>つまり：バスルーム、キッチン、寝室、リビング、玄関。</p> <p>清掃は、援助の配分において評価された住民の機能レベルを基に配分されます。</p> <p>原則として清掃の援助は3週間毎に行われます。</p> <p>バスルーム：洗面台とその周り、トイレ、浴槽もしくはシャワー室、その他の備品をきれいに洗い、また床を洗います。</p> <p>キッチン：床を洗い、キッチンテーブルと家電の外側をきれいに拭きます。</p> <p>冷蔵庫内、キッチンの棚、シンク下を確認し、場合によっては汚れを拭きます。</p> <p>寝室／リビング：掃除機をかけ、床を洗い、埃を拭きます。</p> <p>玄関：掃除機をかけ、床を洗い、埃を拭きます。</p> <p>衣類の洗濯：衣類の洗濯の基本的な援助として、1週間に1回行われます。</p> <p>洗濯機で洗濯できる衣類の分類と洗濯。</p> <p>衣類を干すこと／乾燥機。</p>

	<p>衣類を取りこみ、たたみ、収納。 弾性ストッキングの手洗い。 ケア住居では、衣類の洗濯は民間業者によって行われます。 買い物：買い物の基本的な援助として、1週間に1回行われます。 商品の注文の手伝い。 商品の受け取りと、収納。 商品の配達には民間業者によって行われます。ケア住居の住民は商品の配達は含まれません。 その他の課題： トイレとその周り、キッチンの床、食事場所の毎日/毎週の、追加の清掃を含むことができます。 食品の消費期限のチェック。 補助器具の清掃。寝具交換。 フレキシブルなホームヘルプ： ソーシャルサービスに関する法第94条に基づき、実際の援助を受ける住民は、合意したものは他のサービスに交換することができます。これは、新たに判定を受けることなく行われます。 住民とスタッフとの間で合意がなされない場合は、判定を受けている援助が行われます。 スタッフの課題は、住民へのサービスが完全にもしくは部分的に交換することが妥当かどうかを絶えず判断することです。 スタッフは、基本的なニーズがカバーされていることを保証します。</p>
本サービスに含まれない活動	<ul style="list-style-type: none"> ・引越の際や大作業後の清掃。 ・内側、外側の窓拭き。 ・清掃時の重い家具の移動。 ・ドア、壁、パネル、棚の外側と内側をきれいにすること。 ・大掃除。 ・ペットの世話。ペットに関するすべてのことは住民自身の責任です。 ・自宅にいる動物に起因する追加の清掃。 ・銅や銀製品の研磨。 ・アイロンやローリング。 ・カーテンの洗濯。 ・来客後の食器洗いや追加の清掃。 ・蛇口のスケール除去。 ・屋外の花への水やり。 ・料理（温かい料理）。 ・住民の金銭状況の管理。
本サービスを受けられる人	<p>身体的、精神的そして社会的な理由から援助を必要とし、家庭に、課題を行える成人した子供、そして/もしくは伴侶がいない住民。 援助の配分は、住民の機能や習得レベルの具体的な個別の評価に基づいて行われます。</p>
本サービスの範囲	<p>サービスは基本的に平日の日中に行われます。 取り組みは判定を受け、目的がはっきりとしています。 範囲は、専門的かつ個別に評価されます。</p>
本サービスの提供者	<p>住民は、コムーネのホームケアから、もしくはコムーネが認可した民間業者からの援助を自由に選択できます。 さらに、取り組みは住民自身が指名したヘルパーから提供可能です、ソーシャルサービスに関する法第94条を参照のこと。ヘルパーはコムーネから認可されなくてはなりません。 身の回り及び実際の援助を20時間以上受ける住民には、自身で援助を雇用するための一定額が支払われる可能性があります。第95条を参照のこと。 住民は1ヶ月の事前通告により、月の1日から他の業者への変更を判定担当に要求することができます。</p>
能力要件	<p>サービスは基本的に、課題に対して訓練された、一定の保健の専門的見識及び知識のある全スタッフによって行われます。</p>
本サービスの費用	<p>援助に関連して自己負担はありません。</p>
コムーネの品質目標	<ul style="list-style-type: none"> ・与えられる援助は合意通りに実行されます。 ・援助の開始に関する合意はニーズに応じてもしくは承認から10平日以内に行われます。 ・約束の時刻は+/-60分で守られます。援助がそれ以上に遅れたり、早まったりする場合、住民は連絡を受けます。 ・実際の援助は5平日以内の他の日に変更できます。
本サービスは	<ul style="list-style-type: none"> ・最低2年ごとに必要に応じて再判定が行われます。

どのようにフォローアップされるか	<ul style="list-style-type: none"> ・住民のニーズに著しい変化がある場合、ホームケアのスタッフは判定担当に報告義務があります。 ケアセンターでは、医師による検査が行われ、また毎年コムーネの抜き打ち検査が行われます。 さらに、後見人のいる住民に対する、事前通知のある検査のサービスがあります。
考慮すべき特別な事柄	<p>取り組みは住民が自宅にいるときのみ提供されます。</p> <p>住民がサービスをキャンセルする場合、それを補償するサービスは行われません。</p> <p>職員には守秘義務があります。</p> <p>全スタッフは住民の自宅における作業に関して、労働環境法の適用を受けています。法は、作業が安全面及び健康面において完全に安全に行われることを規定しています。</p> <p>スタッフの作業環境に関して：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提供される援助に関連して、自宅のレイアウトに対して環境労働法が求める要件をあなたが受け入れることが求められます。 ・場合によっては、自宅に補助器具（例えば介護リフト、介護ベッド等）を設置すること、そして、そのために近親者が家具を移動したり、絨毯をはがしたりといったことが必要となります。 ・例えば清掃用品やふきん等、職員が必要な道具や材料を自由に使えるようにしてください。これらは、作業を実行するにあたって、当該の労働環境関連の要件を満たさなくてはなりません。 ・明るく、困難ではないアクセス環境が求められます。雪かきがこれに含まれます。 ・援助が行われるとき、場合によっては室内の動物をケージに入れてください。 <p>援助の提供者は、文書による作業環境評価があることに責任を担います。著しい変化がある場合には、その後、再評価が行われます。</p> <p>ファクセコムーネはスタッフに、禁煙の労働環境を保証することを望みます。そのため、喫煙されている間、あなたの自宅でスタッフに働かせることはできません。</p> <p>できるかぎり、スタッフが到着する前1時間は自宅では禁煙とし、可能であれば換気をしてください。</p> <p>援助の提供者は文書化の義務があります。</p>
本サービスの範囲の評価に関して不服申し立ての可能性は？	<p>口頭及び文書で不服申し立てを行うことができます。決定事項を受けてから4週間以内に以下に申し立ててください：</p> <p>介護判定担当、ファクセコムーネ、Frederiksgade 9, 4690 Haslev</p> <p>あなたの不服申し立てを受けた際、私たちはあなたの件を再評価し、完全にもしくは部分的にあなたの不服を支持するかどうかを判断します。決定事項を変更するか、維持するか、この件に関してあなたは4週間以内に連絡を受けます。</p> <p>決定事項を維持する場合、私たちはあなたの不服申し立てを不服審査庁に送ります。不服申し立てと一緒に、決定に際して使用された案件の書類も送ります。</p> <p>あなたの不服申し立ての準備に公平な援助を求める場合、ファクセコムーネの住民コンサルタント、電話 56 20 37 05 に問い合わせることができます。</p>

3. 飲食と投薬

本サービスの法的根拠	サービス法第 83 条
本サービスがカバーするニーズ	食事と水分の準備、盛り付け、そして／もしくは摂取の援助
本サービスの目的	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の必要栄養量がカバーされることを保証すること。 ・食事と水分の摂取について住民を援助及び支援すること。
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・援助はその時点における住民の状況を出発点とします。 ・援助は可能なかぎり自助を目標とします、援助は参加を促す目標を担います。 ・援助は、能力や社会的ネットワークの持続や保持／発展を目標とします。
本サービスに含まれる活動	<p>取り組みは例えば：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・朝食の準備／配膳。 ・昼食の（外から届いた温かい食事を）盛り付け／配膳。 ・夕食の準備／配膳。 ・間食の準備／配膳。 ・飲み物の申し出／配膳。 ・食事や水分摂取の援助。 ・食事に関連して皿洗いと片付け。 ・経管栄養。

	<ul style="list-style-type: none"> 例えば、糖尿病、食欲不振、嚥下困難な肥満など、特別なニーズをカバーする援助。 特別な状況における、特殊な食事の準備／配膳。 食事を温める。 投薬： <ul style="list-style-type: none"> ピルケースからの投薬。 一包化されたものからの投薬。 下剤を経口もしくは直腸から投与。
本サービスに含まれない活動	家庭内でサービスを判定されていない人、またゲストや近親者の準備、盛り付け、片付け、皿洗い。
本サービスを受けられる人	個別の評価から、一時的もしくは恒久的に、自分の必要栄養量をカバーすることが難しい、もしくはできない住民。 補助器具及び／もしくは訓練で改善できないニーズのある住民。
本サービスの範囲	サービスは、具体的な個別の評価をもとに配分されます。 サービスは 24 時間、何度でも提供可能です。 皿洗いは 24 時間で 1 度提供されます。 介護住宅の住民は、自分で歩くことができない場合は、昼食時にカフェまで付き添ってもらい、もしくは食事を運んでもらうことができます。
本サービスの提供者	住民は、コムーネのホームケアから、もしくはコムーネが認可した民間業者からの援助を自由に選択できます。 さらに、取り組みは住民自身が指名したヘルパーから提供可能です、ソーシャルサービスに関する法第 94 条を参照。ヘルパーはコムーネから認可されなくてはなりません。 身の回り及び実際の援助を 20 時間以上受ける住民には、自身で援助を雇用するための一定額が支払われる可能性があります。第 95 条を参照のこと。 住民は 1 ヶ月の事前通告により、月の 1 日から他の業者への変更を判定担当に要求することができます。 介護住宅／介護ホームに居住する住民は、自分で提供業者を選択する権利の対象となりません。その場合、取り組みを提供するのはコムーネとなります。
能力要件	取り組みは基本的に、社会福祉や保健に関する専門的な教育を受けたスタッフによって提供されます。 取り組みは、例えば休暇や病気の代理の場合を除いて、具体的な訓練によって習得した、保健の専門的見識及び知識のあるスタッフによって提供されます。
本サービスの費用	取り組みは無料です。
コムーネの品質目標	<ul style="list-style-type: none"> 与えられる援助は合意通りに実行されます。 援助の開始に関する合意はニーズに応じてもしくは承認から 3 平日以内に行われます。 約束の時刻は＋／－60 分で守られます。援助がそれ以上に遅れたり、早まったりする場合、住民は連絡を受けます。 緊急に必要な飲食や投薬に対する援助は、すぐに開始されます。
本サービスはどのようにフォローアップされるか	<ul style="list-style-type: none"> 最低 2 年ごとに必要に応じて再判定が行われます。 住民のニーズに著しい変化がある場合、ホームケアのスタッフは判定担当に報告義務があります。 ケアセンターでは、医師による検査が行われ、また毎年コムーネの抜き打ち検査が行われます。さらに、後見人のいる住民に対する事前通知のある検査のサービスがあります。
考慮すべき特別な事柄	取り組みは住民が自宅にいるときのみ提供されます。 住民がサービスをキャンセルする場合、それを補償するサービスは行われません。 職員には守秘義務があります。 投薬に関して： 医師によって処方され、看護師、社会福祉・保健アシスタントもしくは薬局で出された薬のみが与えられます。 (有効な薬剤指示書を参照のこと) 全スタッフは住民の自宅における作業に関して、労働環境法の適用を受けています。法は、作業が安全面及び健康面において完全に安全に行われることを規定しています。 スタッフの作業環境に関して： <ul style="list-style-type: none"> 提供される援助に関連して、自宅のレイアウトに対して環境労働法が求める要件をあなたが受け入れることが求められます。 場合によっては、自宅に補助器具(例えば介護リフト、介護ベッド等)を設置すること、そして、そのために近親者が家具を移動したり、絨毯をはがしたりが必要となります。 例えば清掃用品やふきん等、職員が必要な道具や材料を自由に使えるようにしてください

	<p>い。これらは、作業を実行するにあたって、当該の労働環境関連の要件を満たさなくてはなりません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・明るく、困難ではないアクセス環境が求められます。雪かきがこれに含まれます。 ・援助が行われるとき、場合によっては室内の動物をケージに入れてください。 <p>援助の提供業者は、文書による作業環境評価があることに責任を担います。著しい変化がある場合には、その後、再評価が行われます。</p> <p>ファクセコムーネはスタッフに、禁煙の労働環境を保証することを望みます。そのため、喫煙している間、あなたの自宅でスタッフに働かせることはできません。</p> <p>できるかぎり、スタッフが到着する前1時間は自宅では禁煙とし、可能であれば換気をしてください。</p> <p>援助の提供業者は文書化の義務があります。</p>
本サービスの範囲の評価に関して不服申し立ての可能性は？	<p>口頭及び文書で不服申し立てを行うことができます。決定事項を受けてから4週間以内に以下に申し立ててください：</p> <p>介護判定担当、ファクセコムーネ、Frederiksgade 9, 4690 Haslev</p> <p>あなたの不服申し立てを受けた際、私たちはあなたの件を再評価し、完全にもしくは部分的にあなたの不服を支持するかどうかを判断します。決定事項を変更するか、維持するか、この件に関してあなたは4週間以内に連絡を受けます。</p> <p>決定事項を維持する場合、私たちはあなたの不服申し立てを不服審査庁に送ります。不服申し立てと一緒に、決定に際して使用された案件の書類も送ります。</p> <p>あなたの不服申し立ての準備に公平な援助を求める場合、ファクセコムーネの住民コンサルタント、電話 56 20 37 05 に問い合わせることができます。</p>

4. リハビリテーション *Rehabilitering*

本サービスの法的根拠	ソーシャルサービスに関する法第 86 条第 1 項、第 2 項
本サービスがカバーするニーズ	一般的な日々の行動に関連するトレーニングのニーズ。
本サービスの目的	<ul style="list-style-type: none"> ・有意義な指導、支援そしてトレーニングを通して、可能なかぎりベストに自分で日常をなんとかできるように、住民が自分の資質を使えるようになること。 ・身体的、精神的そして社会的なリハビリテーションを提供することで、住民の生活の質を上げること。 ・機能向上と損失の予防。
本サービスに含まれる活動	<p>自分のことを自分でできるようになるための住民の能力の専門的評価。</p> <p>リハビリテーションプランの作成。</p> <p>日常のスキルのトレーニング、支援及び指導。</p>
本サービスを受けられる人	スキルを維持及び発展させる可能性があるとして評価されたファクセコムーネの住民。
本サービスの範囲	<p>期間限定で、集中した支援／トレーニングが行われます。</p> <p>トレーニングは、住民の家で全日、昼と夜に行うことができます。</p>
本サービスの提供者	トレーニングは、作業療法士・理学療法士との協力のもと、社会福祉・保健職員によって行われます。
能力要件	職員はリハビリテーションの教育を受けています。
本サービスの費用	費用はかかりません。
本サービスのフォローアップ	職員は報告書を作成し、CARE システムに登録します。
コムーネの品質目標	<p>トレーニングは住民と協力して計画されます。</p> <p>トレーニングは住民の状況を出発にしています。</p> <p>現実的な目標が設定されます。</p> <p>住民は自分のスキルを維持もしくは向上させるモチベーションを体験します。</p>
考慮すべき特別な事柄	<p>全スタッフは労働環境法の適用を受けています。</p> <p>法は、作業が安全面及び健康面において完全に安全に行われることを規定しています。</p> <p>援助の提供業者は、文書による作業環境評価があることに責任を担います。著しい変化がある場合には、その後、再評価が行われます。</p> <p>ファクセコムーネはスタッフに、禁煙の労働環境を保証することを望みます。そのため、喫煙されている間、あなたの自宅でスタッフに働かせることはできません。</p> <p>できるかぎり、スタッフが到着する前1時間は自宅では禁煙とし、可能であれば換気をしてください。</p>

7. リハビリテーション Genoptræning

本サービスの法的根拠	ソーシャルサービスに関する法第 86 条第 1 項
本サービスがカバーするニーズ	あなた自身で実行できない、必要不可欠な個人的もしくは実際的な課題におけるリハビリテーション、トレーニングもしくは指導。
本サービスの目的	自分のことができるようにあなたの可能性を向上させること、もしくは、あなた自身で行えない日々の活動を改善することで、日常生活を楽にして生活の質を改善すること
本サービスに含まれる活動	具体的な専門的かつ個別の評価をもとに、判定を受け目的の明確な作業・取り組み。トレーニングの目標は、以下のような日常の状況に対処できるようにすることです：食事の時間、食べ物と飲み物。個人の衛生。移動。家事。清掃。洗濯。買い物。社会的な関係。仕事
本サービスに含まれない活動	例えば、（場合によっては自身の医師の紹介による、民間の開業理学療法士によって行われる）マッサージや電気療法といった処置。 トレーニング機器の引き渡し。
本サービスを受けられる人	入院によって処置されない病気に起因する身体的な機能低下のある住民で： ・完全に、もしくは部分的に、活動を自分で行える能力を改善できる者。 ・活動を自分で行える能力を改善したが、それを維持するために援助が必要な者。
本サービスの範囲	取り組みは判定を受け、期間限定で、目的がはっきりとしています。範囲は、専門的かつ個別に評価されます。
本サービスの提供者	ファクセコムーネのトレーニング・活動担当。
能力要件	保健分野における教育：作業療法士、理学療法士、社会福祉・保健アシスタント、職業アドバイザー、社会福祉・保健ヘルパー、上記の教育を受けている生徒や学生。 職員は具体的な取り組み内容を熟知しています。 職員はコムーネの品質基準を理解し、それをもとに働きます。
本サービスの費用	トレーニングは無料です。
コムーネの品質目標	承認されたトレーニングが合意通りに行われます。トレーニングの開始に関する合意は、ニーズに応じて、もしくは承認後 20 平日以内にされます。
本サービスのフォローアップ	トレーニングは、あなたとの協力により絶えず評価され、行動計画に文書化されます。
考慮すべき特別な事柄	あなたは自分でトレーニングまでの交通手段を用意し、支払わなくてはなりません。 職員は開示義務と守秘義務があります。 キャンセルすることなくトレーニングを欠席すると、文書での連絡を受けた後にトレーニングの中止が起こりえます。このことは、理由なく何度もトレーニングをキャンセルした場合も同様です。 福祉工学上の解決策の使用がありえます。
本サービスの範囲の評価に関して不服申し立ての可能性は？	口頭及び文書で不服申し立てを行うことができます。決定事項を受けてから 4 週間以内に以下に申し立ててください： 介護判定担当、ファクセコムーネ、Frederiksgade 9, 4690 Haslev あなたの不服申し立てを受けた際、私たちはあなたの件を再評価し、完全にもしくは部分的にあなたの不服を支持するかどうかを判断します。決定事項を変更するか、維持するか、この件に関してあなたは 4 週間以内に連絡を受けます。 決定事項を維持する場合、私たちはあなたの不服申し立てを不服審査庁に送ります。不服申し立てと一緒に、決定に際して使用された案件の書類も送ります。 あなたの不服申し立ての準備に公平な援助を求める場合、ファクセコムーネの住民コンサルタント、電話 56 20 37 05 に問い合わせることができます。

9. 訪問看護

本サービスの法的根拠	医療・保健法第 138 条
本サービスがカバーするニーズ	日常を可能なかぎり自分でできるようになること。 看護は、予防、健康増進、リハビリといった目的を出発点とする一時的なサービスです。
本サービスの目的	・身体的／精神的な病気もしくは衰えにかかわらず、健康と生活の質をより良くできるように個人を支援すること。

	<ul style="list-style-type: none"> ・援助は個々人の自分や家族に対する責任に基づきます。 ・住民が自宅で最良に行動できるように、身体的、精神的機能の能力低下、もしくは特別な社会的問題による著しい影響を改善させること。 ・その必要があるとき、異なる専門分野間での取り組みを調整すること。
本サービスに含まれる活動	<p>看護の専門能力を必要とする課題、例えば：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・説明、助言、調整 ・薬の管理に対する助言、援助、支援 ・傷の処置に対する助言と援助 ・重篤患者や末期患者の看護
本サービスを受けられる人	訪問看護は自身のかかりつけの医師、もしくは病院の医師の紹介により行われます。年齢や居住形態にかかわらず、病気や衰えのある住民は、看護の専門的評価の後に看護の判定を受けられます。
本サービスの範囲	問い合わせは、住民の健康状態と資質の総合評価を行う判定者／看護師によって評価されます。課題は住民の自宅もしくはファクセコムーネの看護クリニックにおいて行われます。
本サービスの提供者	看護は訪問看護師もしくは社会福祉・保健アシスタントによって行われます。
能力要件	訪問看護師は、場合によっては他の専門分野に委任する課題に対して責任を負います。
本サービスの費用	訪問看護を受けることは無料ですが処置に使われる用具は支払う場合があります。薬の投与の援助では、住民がピルケースを購入します。
本サービスのフォローアップ	判定されたサービスに関連するフォローアップが行われます。
考慮すべき特別な事柄	<p>状態が落ち着いた時には、課題は、住民、近親者もしくは他の専門グループに移行します。薬の管理について、訪問看護師と医師は、以降、薬局と協力することになる、ピルケースに分けて処方される薬に、住民が適しているかどうかを判断します。</p> <p>訪問看護の薬の分包に関連して、住民は自分で薬とピルケースを購入します。</p> <p>全スタッフは住民の自宅における作業に関して、労働環境法の適用を受けています。法は、作業が安全面及び健康面において完全に安全に行われることを規定しています。</p> <p>スタッフの作業環境に関して：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提供される援助に関連して、自宅のレイアウトに対して環境労働法が求める要件をあなたが受け入れることが求められます。 ・場合によっては、自宅に補助器具（例えば介護リフト、介護ベッド等）を設置すること、そして、そのために近親者が家具を移動したり、絨毯をはがしたりが必要となります。 ・例えば清掃用品やふきん等、職員が必要な道具や材料を自由に使えるようにしてください。これら作業を実行にあたって当該の労働環境関連の要件を満たさなくてはなりません。 ・明るく、困難ではないアクセス環境が求められます。雪かきがこれに含まれます。 ・援助が行われるとき、場合によっては室内の動物をケージに入れてください。ファクセコムーネはスタッフに、禁煙の労働環境を保証することを望みます。できるかぎり、スタッフが到着する前1時間は自宅では禁煙とし、可能であれば換気をしてください。 <p>職員はあなたからプレゼントを受け取ることはできません。違反した場合、公的な調査が行われ、場合によっては解雇となります。</p> <p>全スタッフは住民の自宅における作業に関して、労働環境法の適用を受けています。法は、作業が安全面及び健康面において完全に安全に行われることを規定しています。</p> <p>ファクセコムーネは、文書による作業環境評価があることに責任を担います。著しい変化がある場合には、その後、再評価が行われます。</p> <p>ファクセコムーネは文書化の義務があります。</p>
本サービスの範囲の評価に関して不服申し立ての可能性は？	<p>もし住民が看護の専門的処置に満足でない場合、看護専門リーダーに問い合わせることを勧めます。</p> <p>これが問題を解決しない場合は、患者不服審査委員会に不服申し立てをできます。</p>

3. オランダ資料

長期的なサポートやケアの改革（一部抜粋）

この資料は、2013年8月15日にライデン市役所のJan van Kleef氏（政策アドバイザー）、Ziggy Blok氏（WMOマネージャー）より政府の方針を示す国務大臣のステートメントであるとして提供された。原文はHervorming van de langdurige ondersteuning en zorg である。
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/publicaties/2013/04/25/hervorming-van-de-langdurige-ondersteuning-en-zorg.html> からダウンロードできる。

（4頁部分）

2. 長期間支援とケアに関するビジョン

内閣は長期ケア制度を再考し、発展と今日のニーズにより合致した制度に変更することを選択する。ここにおけるビジョンは：

1. 人々が出来ない事ではなく出来ることから出発して考える。生きることの「質（Quality）」を最前列におくものとする。
2. 支援が必要な場合は、最初に本人のソーシャル・ネットワークと関係者たちの経済的能力を考慮する。そして支援は近辺でアレンジする。
3. 周辺の人々からの支援を含めてもこれ以上自立で生活が出来ない人には、常に（参加を志向する）支援及び/または適切なケアが存在する。
4. 新コア-AWBZでは、最も弱い立場の人々は保護された、施設環境内で適切なケアを受ける権利が含まれる。

在宅支援に関して、内閣は、市町村と介護保険会社（複数）により多くの責任を与える。

数年来の政策の延長として、彼ら（市町村と介護保険会社）は、これからは、今までAWBZ-施設が提供してきた支援とケアに責任を持つことになる。現在のクライアントはその施設に滞在する権利を保持する。その施行の際、クライアントの可能性と特定ニーズについて内閣は考慮する。当面、これはZZP（注：ケアパッケージ重度）の条件によって表示されている。何故ならコア-AWBZの対象となる新しい枠組みは、構築中であるからだ。グループ別の新しいクライアントについては、下記の内容を意味することになる。

・自宅に安全に住むことが出来、施設の保護と安全な環境が不必要な高齢者は、市町村と介護保険会社に依頼することができる。

・現在（注：身体の病気、老人精神病で）ZZP VV3の高齢者とZZP VV4の高齢者の一部に関しては、より特定化される。ZZP VV4の残りの高齢者とZZP VV5以上の高齢者全員はコア-AWBZによる施設入居のケアを受ける。

・知的障害（ZZP VG3）を持つ人々の一部について、内閣は、在宅で生活する可能性があると見ている。これは、社会的に自立が非常に困難であり、安全で、安心できる生活と仕事と住環境が必要な人々には該当しない。新コア-AWBZでは、これらの人々、ZZP VG3の人々の一部とZZP VG4以上の全員には、施設入居によるケアへのアクセスが存在する。

・身体的障害を持ち、自分でアレンジできる人々は在宅で生活ができる。つまりZZP LG1とLG3.9の人々だ。これは、ZZP LG2とZZP LG4以上の人々には該当せず、彼らはコア-AWBZによるケアを受ける。

・感覚障害（聴覚や視覚）の結果、特定のケアニーズがあり、ZZP ZG1レベルの人々は、自宅でケアをアレンジする可能性がある。ZZP ZG2以上になり、ケアニーズが増加した場合、この部分のケアはコア-AWBZによって提供される。

・最後に、行動障害を伴う軽度知的障害者（ZZP LVG1 - 5）と軽度知的障害を持つ強度行動障害がある人々（ZZP SGLVG1）に対して、支援と治療の統合的なパッケージを在宅で提供ことは出来ないと、内閣は見ている。これらの人々には非常に特殊なケアが必要であり、在宅環境では提供することが困難である。

この個別的施行の結果、将来も施設内ケアは新しいクライアントにも、その査定さえあれば提供させる。同時に、現在より、多くの人々は支援とケアを受けてながら在宅で生活を続けることになる；推定

によると、移行期間を経て、現在の施設入居者で軽度の査定を受けている人びとは約78000人である。

精神的問題を持つクライアントをより長く在宅で生活させるために既に別の合意内容が適用される。年間出費の増加を抑制するために、2012年にGGZセクターと行政協定が締結されている。また、2021年までにGGZ施設キャパシティの3分の1（2008年を標準として）を削減することも決定された。この協定を施行するに当たり、このセクターはどの対象グループのクライアントがどの条件で（グループ住宅の有無も含め）自立して生活できるか検討している。ZZP GGZ3のクライアントは2015年に自立して生活できないとしても、私は関係者たちと協力しながらできる限り自立に向かうように意欲をもって努力する意向だ。この種のクライアントはZZP GGZ3以上になると自立可能性は非常に小さく時には（一時的に）精神疾患が悪化することもあるため、施設内での治療または生活支援が必要不可欠だろう。より長く在宅で生活させるという私の政策は、住とケアのコンビネーションに影響を与えるものだ。

(8 頁から 9 頁の部分)

市町村が新しい重要な役割を全うするために、WMOの充実化が必要である。

そのために、私は今年後半に統合的な法律提案を国会第二院に提出する意図だ。

その内容は後続する措置と利害的視点を含む。ガイダンス関連立法保留提案は撤回される。

政府協定施策の施行：サムソムSamsomとザイルストラZijlstra動議に由来するAWBZによるデイ・アクティビティの請求権利は、2014年度も可能である。このタイプの支援は、市町村にとって、2015年度からは、より高価な（個別的な）サービスを回避するのに、有用なツールとなるだろう。

- ・2014年度は、AWBZを根拠として6ヶ月以内の査定でもパーソナルケアを受ける権利は保持される。（家族が行うべき）通常のケア（Gebruikelijke zorg）に関する基準は2014年度は今より高くない。
- ・2014年度では、新しいクライアントは、家事支援申請をすることができる。そのコストをカバーするために、2014年度には市町村は自己負担金を依頼することになる。
- ・2015年度からは、施設外での機能支援、短期滞在及びそれに追従する移動はAWBZにはもはや含まれなくなる。14予算の約75%が人々への支援として、市町村側に転送される。
- ・2015年度からAWBZによる施設外でのパーソナルケア支援の請求権利は無くなる。市町村がその支援の責任を持つようになり、（ZVWに転送される部分は除外した）予算の85%を受けとる。
- ・WMOによる家事支援サービスは、それが真に必要で本人が（経済的に）アレンジできない人々のみに限定される。政府協定によって意図された措置は緩和される。市町村は予算の60%を保持して、市民のために幅広く投入する。2015年度から、この幅広い支援パッケージの一環として、個別の状況に応じた形の家事支援が可能になる。これは長期に在宅で生活する人々の希望に合う内容に貢献できるだろう。
- ・市町村はWMOの支援器具に関する出費を節約することが出来る。このために市町村基金は、構造的に5千万ユーロ削減される。支援器具の再利用奨励策とスクーター・モービルのプール管理システム構築において、私は市町村をサポートする意図だ。

市町村内に、社会地域チーム（Social Area Team）を構築するために、内閣は5千万ユーロを投資する。

それによって、市町村が提供する社会的サポートが医療的サポートと連結させることができる。

- ・参加に方向性を向けた「保護された住居」は市町村の行政領域により適している。該当セクターと共に、私は、「保護された住居」施行内容を探索する。（これが治療中心のケアに依存しない限り）

2015年度に、市町村は、精神的問題のある人々への支援に責任を担うようになる。そこには治療は含まれないが、「保護された住居環境」で提供する、参加に基づく支援が中心となる。この対象グループに「保護された住居環境」を提供することも、市町村の役割の一つとなる。付随する予算は全て市町村に転送される。

従来どおり、中央市町村（周辺の市町村共同施策を代表して行う市町村CentrumGemeente）がこのグループの受け入れに責任を持つ。ユーザー補助及びサービスの質を含めた継続性を確保するための補助的施策について、私はVNG（Vereniging Nederlandse Gemeenten オランダ市町村連盟）と合意を取り付けるつもりだ。

4年後に住機能の移行について評価が行われ、クライアントが自立して生活できるための、新しいアレンジメントが発展したかどうか、調査する。

ライデン市高齢者支援資料

この資料は、2013年8月15日にライデン市の Jan van Kleef 氏（政策アドバイザー）、Ziggy Blok 氏（WMO マネージャー）よりライデン市の高齢者支援の資料として提供された。

1. 自己負担の規則
2. 通常ケアのプロトコル（自宅／家庭内での支援に関する規則）
3. 家事援助のプロトコル（家事支援の量の決定・計算に関する規則）

付録 1

自己負担（金銭的自己負担）

判定基準：

3.5 条 自己負担（金）と自己分担

法律に基づき、個人に福祉サービスを提供する際、依頼者に自己負担が課せられることがある。経済的補助の金額は本人の所得に準じて設定される。

3.6 条 自己負担に関するその他の規則

1. スクーター及び／または家事援助に対する、一年間（注：1月から12月）に課せられた自己負担金額 Eigen Bijdraag は、現行法令 Het vigerende landelijke besluit（2006年10月2日）の内容と同額である。この内容は、社会的支援に関する自己負担金額や経済的補助金や他の法令の改定内容が盛り込まれている。（社会的支援法令 Besluit maatschappelijke ondersteuning）

法令：第 3A 章 自己負担金に関する特別規則

3.4 条 自己負担の領域

1. スクーター及び／または家事援助に対する、該当年間（注：1月から12月）に課せられた自己負担金額（Eigen Bijdraag）は：

- a. 65歳未満の未婚の人；
4週間で€ 18,60、しかし本人の年間所得が€ 23.208,00 以上の場合、本人の所得と€ 23.208,00 の差額の15%の13分の1の額が€ 18,60 に加算される；
- b. 65歳以上の未婚の人；
4週間で€ 18,60、しかし本人の年間所得が€ 16.257,00 以上の場合、本人の所得と€ 16.257,00 の差額の15%の13分の1の額が€ 18,60 に加算される；
- c. 夫婦の一人以上が65歳未満の場合；
4週間で€ 26,60、しかし二人の合計年間所得が€ 28.733,00 以上の場合は、本人の所得と€ 28.733,00 の差額の15%の13分の1の額が€ 26,60 に加算される；
- d. 夫婦二人とも65歳以上の場合；
4週間で€ 26,60、しかし二人の合計年間所得が€ 22.676,00 以上の場合は、本人の所得と€ 22.676,00 の差額の15%の13分の1の額が€ 26,60 に加算される；

*上記の金額は毎年保健・福祉・スポーツ省が提示するパラメータにより指数化が行われる。

2. この条項の第1項に基づくスクーターに対する自己負担の4週間期間の回数は最高39回までである。
3. この条項の第1項にある福祉サービスに対するコスト価格は下記のように設定されている；
 - a. 家事支援 カテゴリー A サービス提供 € 17,40 /1 時間；
 - b. 家事支援 カテゴリー B サービス提供 € 21,25 /1 時間；
 - c. 住居の近辺でのスクーター使用（移動距離には限界あり） € 49,75 /4 週間；
 - d. 住居の近辺でのスクーター使用（移動距離は大きい） € 58,75 /4 週間；
 - e. 住居の近辺の外でのスクーター使用 € 83,50 /4 週間。

4. 第 2 項の規約を考慮して、個別ケア予算 (Persoonsgebonden Budget) のための自己負担は個別ケア予算の支給額を決して超過してはならない。

3.5 条 所得・収入

1. この法令の第 3.4 条および第 6.4 条に記載されている所得とは、標準年の未婚者の所得もしくは既婚者の合計所得だが、下記を意味する；
 - a. 標準年に合計所得の所得税が確定された、または、確定される予定の場合：2001 年制定所得税法、第 2.18 条による標準年の合計所得；
 - b. その他の場合：1964 年の所得税法、第 9 条による標準年の課税対象給与；
2. 外で課税された所得は、国際法の規定により税が免除されるが、オランダ税法によって課税された如く扱われる。
3. 第 1 項の例外として、社会的支援を受けている人が、その年度の所得が第 1 項に示された所得額より、€ 1,816.00 より低い所得が妥当な形で予想される場合、自己負担金の対象となる所得額の暫定的決定を申請することができる。
4. 第 3 項が適用された場合、その年度の終了後に、その年度の自己負担金対象となる正確な所得額が決定される。その年度の所得が第 1 項に示された所得額より、€ 1,816.00 以下低い所得額であることが判明した場合、第 1 項に準じた決定がなされる。

3.6 条 婚姻状況の変更または年齢の変更

判定基準第 3.6 条、及びこの規定 (Besluit) の第 3.5 条を適用する際、未婚または既婚など婚姻状況が変更、または、そのうち一人が適用を享受できる年齢に至った場合、これらの変更が発生した日付から適用対象となる。

3.7 条 自己負担を課さない

下記の場合、自己負担を課さない：

- a. 社会的支援が開始して 2 年以内に、自己負担額が確定されず、暫時的自己負担金額のみ送付された場合；
- b. 一年以内に、社会的支援提供法人が、氏名、住所、所在地、さらに、社会的支援の程度を、法例第 16 条に基づき指定法人に報告したが、この指定法人は、その氏名、住所が、その地方自治体の住民票に無いことが分かった場合；
- c. 社会的支援の対象者が 18 歳未満場合；

付録 2

第 2 章 通常のケアについての地方自治体のプロトコル

2.1 はじめに

判定基準 (Verordening) 第 4.3 条には、通常のケアは、下記の如く定義されている：

4.2 条に記載された内容の例外として、第 1 条 1 項サブセクション 4、5、6 に定義された一人 (障害を持つ本人及びマントルケア提供者) が、この本人が一員であるその世帯の中に一人以上の同居者が家事労働を提供することが出来るため、家事支援の査定対象外である。

通常のケアという言葉の意味は、CIZ 等政策規則から採用された。CIZ 等政策規則は AWBZ の機能から WMO の実施までを管理するもので、いわゆる通常のケアのプロトコルと呼ばれる。

本章では、適応された形ではある通常のケアのプロトコルを適用した通常のケアについて説明する。本章では、従って、地方自治体の通常のケアのプロトコルと考えることができる。

第 2.2 条、通常のケアの範囲

2.2.1 WMO による家事支援と通常のケアとの関係

WMO は、AWBZ とは非常に異なっている。WMO ではケアを受ける権利保証は削除されている。

その代わりに法律には補償義務が明記されている。この補償原則は、第1部の第1章に記載されている。通常のケアの内容と範囲と、WMOによる家事支援を要求と比較する場合、それは家事支援の機能のみに限定される。

2.2.2 通常のケアとマントルケア

WMOからのサポートと関連し、通常のケアとマントルケアとの概念をはっきりと区別する必要がある。通常のケアとマントルケアは互いに排他的（全く違う）概念である

通常のケアはその定義上WMOを適用できないケアである。通常のケアとは普通の日常のケアであり、それは、配偶者または親たち及び同居している子供たちがお互いに協力して遂行すべきである。それは彼ら自身が世帯としてその家事は協力して行い、家事が機能するために共同責任を持つからだ。通常のケアはまた世帯として共同に家事を行っている場合のみ可能だ。独立している子供たちは対象外である。つまり、家事を行える健康な配偶者や同居者がいる場合のみ、通常のケアが提供されると理解する。

マントルケアとは支援が必要な人に、職業的ケア提供ではなく、本人に近接する周辺の人々によって社会的人間関係の中で直接提供されるケアである。(Zorg Nabij,VWS2001)

マントルケアは、内容面、時間面または/及び頻度面で、通常のケアより大幅に上回ったケアである。マントルケアは自主的な姿勢を基本として提供される。つまり、マントルケア提供者は、このケアを提供する意思があり、提供できる立場にあることが前提となる。

2.2.3 判定要素としての環境

物質的・社会的環境は、ケア依頼者のケアニーズに影響を与える。

ケア依頼者の同居者たち、親しい人びとや親族は、ケアのニーズにプラス的またはマイナス的な影響を及ぼす可能性がある。彼ら自身が、ケアのニーズを大きくする立場であったり（幼児、障害を持つ同居者/同居者）、彼らが負担を軽減し、支援を提供できる立場であることもある（健康な成人たち）。

ケア依頼者の障害及び（社会）参加面問題の査定調査ではケア依頼者の物質的、社会的環境が必ず考慮される。ケア依頼者にマントルケアの自主的な提供者がいる場合、ケア受託権利のその部分が査定外になることがある。なぜなら、そこにはWMOから家事支援を投入する必要が無いからだ。マントルケア提供者がそのヘルプをすでに提供しており、査定担当者はそれを考慮に含んで査定内容を決定する。

マントルケア提供者がどのケアを行い、どの程度にするかは、ケア依頼者と相談の上、マントルケア提供者のみが決めることである。査定にマントルケアの有無が考慮されるということは、つまり、査定担当者は、マントルケア提供者をケアの負担から時々開放する形でサポートするために、マントルケアの一部はやはりWMO査定による支援を活用すべきか、どうかを検討する。ケア依頼者にマントルケアが無い場合、または無くなった場合、WMOによる支援が査定される。

2.2.4 このプロトコルの位置づけ

本章/プロトコルでは、当市のガイドラインが構築されている。(CIZが以前に構築した内容)

WMOによる支援申請の査定調査の際、このプロトコルを適用しなければならない。

また、本人の同居者同士がお互いのケアをできるかも、考慮に入れる。

当市はこのガイドラインの適用が明白な不正行為につながる具体的事例の場合、市当局が必要に応じて、このガイドラインから外れる内容を決定できる可能性を保持する。

2.3 定義と一般原則

2.3.1 依頼者

依頼者は、健康上の問題を持ち、従って自立する上で障害を持つ人。また本人以外の人（例えば配偶者や親など）によって、家事機能の支援が依頼された時も、健康上の問題を持つ本人が依頼者である。依頼者は必ずしも支援申請書提出者でなくてもよい；彼/彼女は判断力無能の場合を除き、常に本人が支援申請を承認する必要がある。

2.3.2 共同的世帯

共同的世帯の定義は法規第 1 条、4 項に記載されている；共同的所帯とは二人が同じ住居に主居住地を持ち、お互いに金銭的や他の面で貢献して、互いにケアを提供している。法規第 1 条 5 項は、この点についてこのように記載している：

共同的世帯とは、当事者が同一の住居に主居住地を有しており、さらに：

- a. 彼らはお互いに結婚しているか、又は、この法律適用上は結婚同様と判断される
- b. 彼らの間に子供が生まれている、または、その子供は他の親の子であると認知されている。
- c. 彼らは有効な同居契約の権限により、世帯に貢献する義務がお互いにある。または、彼らは（住民）登録上共同世帯であり、その特質と範囲が共同的世帯と同様である、と第 4 項は意味する。

2.3.3 同居者

判定規制第 1 条 P では、同居者とは、依頼者と持続的に同一住居に居住する成人たちを意味する。

2.3.4 一人暮らしと二人以上世帯

ケア依頼者が複数で構成される世帯の一員ある場合、その世帯の構成を見て、お互いの通常のケアの内容を判定しなければならない。そして初めて依頼者に WMO からどの支援提供が妥当であるか、判定することができる。ケア依頼者が一人暮らし世帯の場合、通常のケアを考慮する必要は無い。

2.3.5 社会参加

全ての成人市民は、フルタイムの仕事または学業と並行して家事を行えることが当然である。二人以上の世帯の場合、普通の仕事や学業は、定義上、通常のケアの障害にはならないはずだ。

通常のケアは世帯メンバーたちの社会参加の他の活動より優先される。(また、セクション 2.3.4 を参照)。

2.3.6 文化的多様性

家事の自立性に関する目録策定では、性別、宗教、文化、収入源または家事についての個人的見解で区別されない。WMO の支援を受ける権利は多元的な社会観を基本として平等な要求権が与えられている。

2.3.7 個別ケア予算 Pgb とマントルケア

ケアのニーズを判定する際、通常のケアに関して同居者各々からどのような役割が期待できるのか、考慮される。その部分については、－基本的には－ WMO 支援を受ける権利は無い。

2.3.8 同居者たち/マントルケア提供者たちを査定調査に参加させる

通常のケアとマントルケアを提供している同居者たちがいる場合、査定調査の際その同居者たちと個人面談を行うことが望ましい。それによってその同居者/マントルケア提供者がどの役割を果たしているのか、彼・彼女の社会参加においてこの役割の負担をどう体験しているのか的確に把握することができる。また－まさに－通常のケアと同居者の役割に関しては、特に慎重な聴取が必要だ。外部のマントルケア提供者の査定調査面談は基本的にケア依頼者の希望がある場合のみ行う。

2.3.9 根拠ある例外

自己責任で行うべき家事の内容であるが、マントルケア提供者が自主的に提供していることが、客観的に判定された場合のケア申請は、WMO 支援の根拠がないと判定できる。しかし、この判定が明白に妥当性に欠けている、及び/または、ケア依頼者の状況を見て不公平性につながる場合、このガイドラインに（根拠ある）例外的な判定をすることができるし、そうしなければならない。

これについて、困難度条項（Hardheidsclausule）を活用できる。

2.4 家事支援査定のためのガイドライン

2.4.1. 各自の可能性/能力に補充的な、WMO からサポート

WMO からのサポートは、ケア依頼者が自分の問題を自分で解決する可能性・能力について補充的なサポートだ。これは、法規第 2 条に述べられている：“支援の必要性を生じさせる特定のケースでの問題に関して、他の法的規定による福祉サービスに対する、社会的支援の要求権は存在しない。”

ケア依頼者が支援ニーズを自費で解決できるが、自費解決の継続を希望しない場合は、その必要がある場合に、WMO による支援を申請する権利が存在する。ケア依頼者が民間の支援を雇用している場合、

または、ケア依頼者が保護された集合住宅に住んでいる場合が、そのケースとなる。このような、自費で購入しているサービスは WMO によるサポートの対象となるとは限らない。

次に考慮すべき点は、既存の福祉サービス制度がケアの問題の解決策であるかどうかだ。

これに関して、法的既存の福祉サービスと一般的に利用される福祉サービスとは、区別される。法的既存に福祉サービスとは、要求することができるが、一般的に利用される福祉サービスは、この福祉サービスが実際に利用可能か、そのクライアントにとって適切かどうかを、考慮しなければならない。

2.4.2 健康上の問題、または（切迫した）過剰な負担

査定の際、同居者または配偶者が健康上の問題の故に、通常のケアを提供できないと判定する場合、そのケアは彼が行うことができない、と結論付けなければならない。

査定の際、世帯の通常のケアが、同居者の一人が（慢性的に）稼働不能の場合、その世帯が不均衡で、過剰な負担を負うようになるのかどうか、常に考慮しなければならない。

パートナーまたは同居者に健康上の問題や障害がある場合、または（フルタイム）労働や学業との兼ね合いによって、その世帯が過剰な負担を負うようになる可能性がある場合、それを立証するため、当事者は（医療）情報データを提出しなければならない。地方自治体はそれを元に客観的な判定をしなければならない。労働と通常のケアとその他の活動との兼ね合いで過剰な負担となる可能性がある場合、労働と通常のケアが優先される。自由時間の趣味的な活動は通常のケア査定を与える理由とはならない。世帯のメンバーが、仕事と病気のパートナー／同居者のケアとの兼ね合いによって過剰な負荷を負う可能性がある場合、通常のケアと考えられる役割の一部に対して査定を受けることができる。当初はこの査定内容は短期間提供される。それは、世帯が発生した状況に合わせた役割分担に移行する期間を与えるためだ。パートナー／親が突然死去した場合も同様で、仕事と同居している子供たちのケアとの兼ね合いで過剰な負担を負うことになった残された親に（短期間の支援査定が）提供される。

2.4.3 物理的な不在

ケア依頼者の同居者の一員が、彼/彼女の仕事のために物理的に不在の場合、連続 7 日間以上の場合のみ、査定において考慮される。同居者の一員の不在は義務的な性質のものでなければならない、仕事の性格上内在的でなければならない；例えば、オフショアの仕事や、国境を越えた運送業、外国での仕事など。同居者の一員が連続 7 日以上不在の場合、その期間は一人暮らし世帯と考慮され、通常のケアは行われていないことになる。備考. ここでは延期不可能な役割のみを述べている（2.5.3 参照）

2.4.4 短い予想余命

ケア依頼者が非常に短い（既知の）予想余命の場合、ケア依頼者の世帯の負担を軽減するために、通常のケアの基準から外れることを検討することができる。このような状況下では、少なくとも 12 ヶ月は、通常のケアは（同居者が）できないと、理解される。

2.5 家事支援における通常のケア

2.5.1 家事支援の目標

家事支援が提供されるのは、その世帯の中の、ケア提供者（単数・複数）が、健康上の問題のために、世帯の家事に困難が生じそうだという場合もある。その問題の現象は、（家や衣服の）汚れ、（健康リスク、パーソナルケア、食事や飲料の）放任、または本人または依存している同居者の放任によって、家の中が機能しないだけでなく、家の外にも問題を起こしている。家事ケアの目的は、住居の清掃、及び／または、日常的に必要な家事の仕事を行うことだが、家事のアレンジするサポートも含まれる。

2.5.2 世帯に第一責任がある

WMO による支援を依頼するケア提供者の世帯が、常に、家事機能の第一次的責任を持つ。つまり、その世帯に期待されることは、一その世帯の一員が稼働不可になる場合一その世帯の中で家事分担を再配分する努力をすることだ。

2.5.3 家事の仕事：遅延できること、遅延できないこと

家事の仕事の中には、遅延できることと、遅延できないことがある。一その他の健康な一子供たちのケアも家事支援の機能の中に含まれる。

- ・遅延できない家事は、食事の世話と子供たちの世話だ。
- ・遅延できる家事は、買い物、洗濯、重労働の作業：掃除機、トイレの掃除、キッチン、ベッドのシーツを変える、皿洗いと片付けた。

18-23 歳の家事の役割

第一ケア提供者が稼働不可になった場合、健康で成人の同居者の一員がその家事を代行することが、期待される。18-23 歳で場合、一人暮らし世帯の家事ができる、と判断される。

ここでの、一人暮らし世帯の家事の内容

- ・トイレ・シャワーなどの清掃
- ・キッチンや部屋
- ・洗濯をする
- ・買い物をする
- ・食事を作る
- ・皿洗い、片付けをする
- ・年少の同居者たちのケアと指導する

2.5.4 家事の仕事習得のための査定

“家事をしたことがない”、または、“家事が出来ない、したくない”という理由は家事を代行支援してもらおう査定に直結しない。ここに意欲があるならば、家事の仕事を習得する、または/及び、(より)効率的に家事をアレンジすることを習得するための、支援 6 週間の査定を受けることが出来る。

2.5.5. 両親のいずれかが稼働不可になった場合、子供たちの託児と世話

親たちには自分の子供たちを養育する義務がある。親たちが自分の子供たちのしつけと養育を行う。その中に含まれるのは：精神的身体的健康を守り、彼らの個性の成長を助け、(これらの全てを行うための経済的責任も)。短期間の病気場合のケアを含み、保育、ケア、指導と教育であり、親（または保護者）が、普通、その子供の年齢や知的成長に応じて、その子供に提供するものは、親の養育義務である。

片方の親が稼働不可になった場合、もう一方の親が子供たちに通常のケアを提供する。子供たちへの通常のケアとは、いずれにしても、責任ある親の存在であり、または、その子供の年齢と成長に適した第三者の存在だ。託児は WMO の構造的な福祉サービスではない。子供（たち）のケアのためには、必要に応じて、WMO の支援を依頼することはできる。

自分で解決することが優先

必要であれば、親は彼/彼女に適用される介護休暇を活用するべきだ。マントルケアがある場合、マントルケアによって妥当な形で何が代行できるのか、調べなければならない。マントルケアが不可能な場合、親は保育所、学校内学童保育、放課後学童保育、養父母、など（のコンビネーション）を活用するべきだ。（いわゆる既存の福祉サービスの一般的活用）。義務的に代替的児童保育所の活用は、経済的状況に関係なく、正当性がある。

危機状況や破綻状況を予防する

これらの可能性がすでに最大限に活用されている、または、不在だ、または、緊急時の一時的な短期的措置でしかない、などの場合は、家事支援が提供される。

子供たちの構造的な保育は WMO の役割ではない。

非構造的な児童保育として、破綻的状況や危機状況の場合のみ、一時的に WMO より支援を提供することになる。

2.5.6 (両) 親の稼働不可

片親家庭での親が稼働不可になった場合、または、親たちが子供たちの保育とケアをする上で障害を持つようになった場合、マントルケアが、または、親代わり（Co-Parent）が何を代行できるか、またボランティアたちがマントルケア代行として何が出来るか、既存の福祉サービス、一般的な通常のサービスなどについて検討する。

健康な子供たちのベビーシッターや託児のためには、基本的には WMO からの支援はない。そのためには、他に一般的な通常の、そして既存の福祉サービスがある。

健康な子供たちのベビーシッターや保育のために、現状の福祉サービスとして、児童保育所や託児所を週最高 5 日間使用することは、妥当だ。査定において、現状の通常のサービスが不在である、または、適応不可、または、使い尽くした、という条件を満たした場合は、片親家庭の親が稼働不可になった際、その子供の年齢と成長に応じて、健康な子供のベビーシッターと保育という家事支援を週最高 40 時間まで査定を受けることができる。そのような査定は原則的には、短期的であり、(最長 3 ヶ月) その期間に自分で解決法を探さなければならない。

2.5.7 家事への子供たちの貢献

ケア依頼者の世帯に子供たちを含む場合の査定の際、子供の年齢と心理社会的能力に応じて子供たちが家事に貢献できることを前提とする。

- ・ 5 歳未満の子供たちは家事には貢献しない
- ・ 5-12 歳の子供たちは、それぞれの能力に応じて、片付け、食卓の準備/片付け、皿洗い/皿を拭く、買い物、衣服を洗濯かごに入れる、といった軽い家事に貢献することができる
- ・ 13-18 歳の子供たちは上記の家事に加えて、自分の部屋は自分で管理する、つまり、整理整頓、掃除機をかける、ベッドのシーツを変えることを行うことができる。

2.5.8 高年齢とトレーニング可能性

例えば (75 歳以上) 高齢のため、もはや新しい家事の仕事をトレーニングが無理、または習得できない場合、必要に応じて本来は通常のケアである重度の家事のための支援を査定することができる。

2.6 暫定的な福祉サービス

通常のケアの他にも、既存の福祉サービスがあるために、WMO 支援が限定、または、却下される。一般的な福祉サービスがあり、それを支援依頼者が利用することが出来る場合、通常の福祉サービスが特別な福祉サービスより優先される。現状の福祉サービスには二種類ある：法的タイプと一般的利用タイプだ。(2.6.1 及び 2.6.2 参照)：

2.6.1 法的既存の福祉サービス

法的既存の福祉サービスは、一部は WMO に記され、一部は他の法規に記されている。法的既存の福祉サービスがある場合、支援依頼者はそれを利用すること。そのような福祉サービスがケア依頼者の問題を適切に解決できる場合、WMO の支援を受ける権利は無い。その際、既存の福祉サービスが実際に存在するか、しないかは、重要ではない。

査定を行う際、既存の福祉サービスが入手可能であることを前提とする。

該当する組織の福祉サービス提供に欠陥がある、いう事実は、WMO に責任を移行させる理由にはならない。既存の福祉サービスがケア依頼者の問題に対して適度の解決を提供するかどうかの判定は、“通常のケアなのかどうか？”の判定後に、問われるべき内容だ。

2.6.2 一般的通常の福祉サービス

一般の通常の福祉サービスは、既存の福祉サービスとして利用しなければならないものであり、ケア依頼者の依頼する問題解決を妥当性をもって提供できる、現状の福祉サービスである。

その際、考慮すべき点は：

- ・ 買い物サービス：
- ・ 託児所、保育所、養父母：
- ・ アラームシステム：
- ・ 食事サービス：
- ・ 金融管理・事務的支援：
- ・ 犬の散歩サービス
- ・ 大工仕事サービス

ボランティアの仕事はマントルケアの代行
ボランティアは既存の福祉サービスではなく、マントルケアの代行として解釈しなければならない。
つまり、ボランティアが存在し、入手可能であり、自発的にケアを（続けて）提供する意思がある場合、
その役割部分はWMOから支援は出されない。

2.7 過剰負担を調査する

2.7.1 一般的に

査定を行う際、常に検討すべきことは、個々の状況が一般的なルールから外れて判定しなければならないかどうかだ。個々の状況が例外的だと判断する理由の一つは、役割を代行すべき人がすでに過剰な負担を負っていることだ。Van Dale 辞典には、“過剰な負担 Overbelast” を次のように説明されている；
“能力以上の負担を課す”。

つまり、能力量（負担容量）と負担の量（負荷）との（アン）バランスという意味だ。

過剰な負担は、身体的症状、及び・または、精神的な性質とのコンビネーションが原因となることもあり、外的、内的要因により影響される。過剰負担度合の判定は、(医学的) 専門家によって行われる。

能力量に影響を与える要因とは、例えば：

- ・マントルケア提供者／同居者の一員の身体的コンディション；
- ・マントルケア提供者／同居者の一員の精神的コンディション；
- ・問題に対処する姿勢（対応力）；
- ・ケアの役割に対する意欲；
- ・社会的ネットワーク（訳者：知人・友人）；

負担の量とは、例えば：

- ・ケアの役割の計画性（計画難性）の大きさと度合い；
- ・疾患の内容と見通し；
- ・マントルケア提供者から見た疾患の内容と見通し
- ・住居の状況；
- ・付随的な社会的問題；
- ・付随的な感情的な・エモーションの問題；
- ・付随的な人間関係の問題

2.7.2. マントルケア提供者／同居者の一員の負担の量－能力量の調査

マントルケア提供者または同居者の一員が過剰の負担を負っていることが、非常に明確なことが時にはあり得る。他のケースでは、それほど明確ではなく、査定調査の際、深く調べる必要がある。結果が直接でような、単純なテストは存在しない。しかし、この分野に関する様々な質問のリストは存在しており、マントルケア提供者が体験している苦勞・苦痛が明確に過剰な負担を提示していることもある。CVZ (介護保険委員会) (Zknr.23010188) による最近の声明によると、CVZ 委員会の見解は、マントルケア提供者・同居者の一員の健康を根拠とした能力の欠損を判定すべきである、というものだ。具体的には、担当の医療関係機関とのコンタクトを取って、判定に至る形になる。

2.7.3 調査用質問リスト

下記に、マントルケア提供者/同居者の一員への過剰な負担の有無について印象を得るための参照になる一連の質問を紹介する。

- ・それについてマントルケア提供者/同居者の一員本人の言葉は？彼または彼女がその苦勞をどのように体験しているのか？
- ・マントルケア提供者/同居者の一員の（身体的および精神的）健康状況は？
- ・過剰負担の兆候は：神経質になっている、疲勞？
- ・マントルケア提供者/同居者の一員には息抜きができる相手があるか？彼または彼女は戸外の活動を行う機会はあるか？誰か本人の話を聞いてくれる人はいるか、友人、同居者または専門的なマントルケア提供者には一息をつけるようレスパイトケアは与えられているのか？

・マントルケア提供者/同居者の一員とクライアントとの間の関係？クライアントの態度はどうか、要求が強いのか、感謝しているのか？マントルケア提供者/同居者の一員は境界線を引くことができるのか、そして、“ノー”と言うことはできるのか？マントルケア提供者/同居者の一員とクライアントの間の苛立ち・摩擦はあるか？

・クライアントの病気について、マントルケア提供者/同居者の一員は理解しているか？（特定の行動が病気から生じると知っていれば、その行動をより容易に受け入れることができる）

・マントルケア提供者/同居者の一員にはどのくらいの時間があるのか？自分の仕事や、自分の同居者や、他にもケアを必要とする別の同居者を持っているのか？例：夫が病気になった。彼女は両親の世話を既に行っている。

・ケアは計画できるのか、それとも、継続的にコントロールと監督が必要なのか？

・これからの見通しは？（ターミナル患者の状況は常に厳しいが、長期的かつ安定的な状況もまた厳しいことがある）

・ケアのボトルネックは何か？

・住宅の状況はどうか？人里離れたところに住んでいるのか、またはエレベーターのないアパートに住んでいるためにクライアントとマントルケア提供者/同居者の一員は、ほぼ一緒に閉じ込められた空間で住んでいる。

2.7.4 過剰な負担を示す症状の数々

（切迫して）過剰負担は、様々な症状によって観察することができる。これらの症状の一つのみが観察されることもある。一般的には、いくつかの症状が組み合わせられて現れる。これらの症状が現れる程度は、人によって異なる。また、これらが多くの場合、非特異的の症状であり、他の疾患にも適合する症状であるということも留意すること。これらの症状は可能性を含むシグナルとして考えるべきだ。以下の症状の複数が存在する場合、マントルケア提供者が家庭医に相談することが望ましい。これらの症状が長期間存在し、無視し続けることは、別の重い病気に至る恐れがあるからだ。

過剰負担で現れる症状

- ・筋肉硬直、多くの場合、肩と背中
- ・高血圧
- ・関節痛
- ・だるさ
- ・不眠
- ・偏頭痛、めまい
- ・筋肉痛
- ・抵抗力の低下、病気になりやすい
- ・顔面紅潮
- ・息苦しい、及び、胸が詰まった感じ
- ・突然の極度の発汗
- ・首が絞まるような感じ
- ・顔面の引きつり
- ・全般的な苛立ちやすさ、怒り、(言葉の) 暴力、沈黙
- ・短気
- ・頻繁に泣く
- ・気持ちが消沈する
- ・孤立する
- ・苦々しい性格
- ・意識集中に問題
- ・神経症的な思考、考えが止められない
- ・そわそわする／落ち着けない
- ・完璧主義
- ・意思決定ができない
- ・思考が止まる

2.7.5 切迫した過剰な負担

健康なパートナーの場合にも、その理由が存在すれば家事支援の提供をする。その根拠は、他の人々よりも大きい負担を負っている可能性があることだ。過剰な負担の危険性が現実的であり、予防する必要に迫られている。

下記の場合がその例：

- a) 役割の担当が非常に大きくなった
- b) 重病であり、将来の予測は厳しい
- c) 病気の状況について、理解と受け入れが不十分
- d) 付随的厳しい社会的問題
- e) 付随的極度の感情的問題
- f) 付随的極度の人間関係の問題

第3章 地方自治体 家事支援のための査定プロトコル

3.1 はじめに

この章を作成する際、CIZの家事ケア査定プロトコル（2005年4月）を活用した。既存の福祉サービスと同様、このプロトコルは市の通常のケア・プロトコルと重複する部分がある。

3.2 事前考慮事項

AWBZからは、多様な形の指導（支援や活性化の指導）が提供されてきた。その一部は家事支援も含まれていた。既に担当省は、AWBZ2009施策パッケージで従来の様々な形を、一つの方法、簡略に“指導”という形に縮小させた。

この指導という機能の中には、個別指導とグループ指導があり、その指導は（本人の）スキルと実践内容の保持・向上、及び・または、監督、及び・または、能力の習得／練習を目指すことができる。

査定基準の焦点をより狭めた結果、様々な対象グループはこの指導の対象から外れることになる。

2009年は遷移年であり、CIZはクライアントが新しい指導指標の下で、指導を受ける権利があるかどうか、再査定が行われる。AWBZによる指導は、下記の人々に継続して適用可能；

- ・本人の社会的自立性、及び・または、運動&移動の面での中度、及び・または、重度の障害
- ・精神的機能、行動、及び・または、記憶と場所意識（Orientation）について、中度、及び・または、重度の問題がある
- ・緩和ケア／ターミナル・ケア、及び・または、在宅呼吸器使用の状態

軽度の障害を持つ人々は、もはやAWBZの支援を享受することはできず、別の解決策を探す必要がある。軽度の障害を持つ人々は、今はAWBZが提供する指導内容に自分で責任を持つことになる。自己責任だ。AWBZへの権利の削減は、自明ではなく、これらの指導内容が他の形で提供されることになる。しかし、地方自治体、学校、または、青少年福祉の他の組織などが、これらの指導内容を提供することは、自明ではない。地方自治体、青少年家庭センターがこのギャップをどう、いかに埋めるか、探求すべきである。つまり地方自治体が、対象グループ、または、個人に、AWBZの指導を受ける権利が何処で除去されるのか、について改訂することになり、その代替的指導を構築する。このための予算は非常に限定されている。既存の福祉制度の中に解決策を見つけることが期待される。

現在、自治体政策の構築は進行中だ。

様々なケースのリスト作りの対象は特に、軽度精神的障害、及び、身体的障害を持つ高齢者たち、軽度精神病患者たち、及び、軽度知的障害者たちだ。代替策が考慮されているサービスは、デイケア、事務の支援、及び、日常生活のアレンジへの支援だ。

2009年1月1日までは、移行クライアントはMEEに登録することができる。MEEは、このプロジェクトのための国の補助金を受け取り、移行クライアントが新しい支援形態に慣れるのを支援する。

MEEは2010も継続されて仲介を行う。

AWBZからの指導の削減により、家庭支援カテゴリーBの申請が増加するだろう。このカテゴリーBでは、クライアントに（非定期的な）家事支援のアレンジを支援する。この役割が以前の指導内容に含まれていた場合、状況の変化が起こることになる。

対象となるのは、家事が自分でアレンジできないが、何らかの激励策があれば、監督の下、行うことができる、クライアントたちだ。その場合、支援提供者が同席する。これは、クライアントが家事の仕事を、時には自分で、出来たり出来なかつたりする場合も同様である。ここでは特に、家事を行う内容であり、例えば、家事仕事のプラン作りや、買い物リスト作りなど。

その他には、家事について、プランを作り、インスピレーション、話合う面での軽度の障害があるが、自分自身で家事を行えるクライアントもいる。このタイプの対象グループで中度または重度の障害がある場合は、AWBZの指導を受ける権利がある。

年齢、または、家事に慣れていないことが、同居者の他の一員が家事の仕事を引き継ぐことに影響を与えることがある。同居者の一員の稼働不可によって、家事の再分担が必要な場合、他の健康な同居者の

メンバーたちに家事の仕事を習得するように教示することはできる。特定の家事の仕事を習得するために訓練する、または、家事に便利な機器の使い方を教えることは、家事支援の福祉サービスに含まれる。これは限定された期間のみの短期間の査定内容だ。その期間に必要な家事の仕事が教育される。

他の状況が起こる。それは、本人に家事スキルを含む、目標を特定した訓練が必要な場合だ。そこでは、家事のみならず、他の分野での日常生活の機能を向上させようとする。そのためには方法論的アプローチが必要。その場合 AB が基本的機能である。

民間の支援

民間の支援は既存の福祉サービスではない。本人が家事の面で障害を持ち、その点で AWBZ の支援を要求すると同時に民間のケアを活用している場合、それはクライアントの選択だ。本人が自費でこの民間支援を受けることを選択する限り、これは査定には影響を与えない。

3.3 家庭支援のための原則

3.3.1 機能不全が差し迫る場合

家事支援は、機能不全が差し迫る状況の場合に、考慮される。その状況は、汚れ（住宅や衣服の）、放任（健康リスク、パーソナルケア、食べ物、飲み物）、または、自己破壊、または、同居者にもよるが、家の中と外の機能が妨害される場合だ。家事支援の目的は、住宅の清掃、及び／または、日常の家庭生活、また、家事のアレンジを支援することである。

3.3.2 世帯が原則的に自己責任を持つ

世帯が、家事に自己責任を持つ。そこには、世帯の健康、ライフスタイル、及び、家事の仕方などの継続と向上も含まれる。家事支援の申請は、自己の可能性・能力の補充的内容としてのみ、行うことができる。ここで、世帯の定義は、”既婚の被保険者たちだけ、または、1人か2人以上の被保険未婚年少者と共に継続的に家庭を形成していること、または、1人の成人被保険者が1人か2人以上の被保険未婚年少者と継続的に世帯を形成していること”である。ここでの、既婚の被保険者たちには、未婚の同居者たち（同棲）、及び、お互いに、及び／または、子供たちと、一緒に住む他の成人たちの世帯も含む。（法規 ケア要求権 第1条、サブ項目 B）

この定義により、同じ住所の同居者たちは全員世帯の一員となる。部屋の間借りの場合、この賃貸人は、同居者の一員とはならない。同じ住所に人々が共同のスペースを持ちながら、各自独立して生活している場合、その共同のスペースの清掃は、その居住者の1人が稼働不可になった場合、その世帯の他の居住者の1人がその分も担当する。その例として、グループ住宅、部屋の間借り、ユニット住居（hateenheden）、修道院、複数世代の住宅などがある。

家事支援の査定は、ケア依頼者本人の生活スペースのみであり、もし住居者全員がケアを必要とする場合は、共同スペースの清掃も、支援の対象となる。

3.4 リハビリ

家事の支障の原因である疾患の治療が可能な場合は、家事支援のみの査定が行われることは無い。この状況の場合、家事支援は抗リハビリ的働きをするからだ。しかし、治療、または、リハビリと並行して、家事支援が査定されることは在り得る。この場合、療法士との連携が必要だ。このタイプの査定は、治療プラン、または、リハビリ・プランに拠り、基本的に、短期間である。

3.5 技術的支援器具

技術的支援器具により、クライアントの問題解決できる場合、家事支援の査定は出されない。支援器具とは、一般的家庭器具、例えば、洗濯機、または、掃除機。これらの支援器具は、責任ある労働環境の視点から、家事支援提供者のためにも、存在すべきである。

その他にも、既存の支援器具を活用することができる。例えば、乾燥機、または、食器洗い機など。これらの機器が無い場合、そしてそれらがあれば問題解決に十分な助けになる場合は、これらの器具が、家事支援提供より、優先される。支援用機器は他の経済支援制度から購入することも出来る。（例えば、特別生活保障など）。そして、障害に適応した製品もある（AWBZ 支援器具）。

必要に応じ、クライアントには、家事支援器具を使用し、及び／または、家事の新しい仕方について、作業療法のコンサルタントの可能性が提示されることもある。クライアントは家事支援器具が届くまでの期間、家事支援の査定を受けることができる（つまり橋渡しのケアとして）。

3.6 考慮における枠組み

<p>質問 1 家事機能の 根本的な原因が存在するか？</p>	<p>いいえ > 査定不可。 はい > 質問 2 に進む</p>
<p>質問 2 病気または疾患を治療すること、または、部分的に治療することは可能か？</p>	<p>はい > 治療は可能。療法指示 または 査定 この問題は（一時的に解決されていない？）> 質問 3 に進む はい > 部分的に治療は可能/患者の治療は終了 > 質問 3 に進む いいえ > 質問 3 に進む</p>
<p>質問 3 トレーニング または、リハビリは可能か？</p>	<p>はい > 作業療法、理学療法への指示書、または、指導を査定する 問題がまだ解決されない？> 質問 4 に進む いいえ > 質問 4 に進む</p>
<p>質問 4 下記の面での（恒久的）障害 があるか： <u>社会的自立性</u>： 1. 問題解決できる； 2. 単純なことができる； 3. 複雑なことができる； 4. 日常生活のルーティンが出来る； 5. 読み、書き、計算； 6. 事務的仕事； 7. 公共交通利用や買い物が自分で出来る； 8. コミュニケーション。 <u>運動、移動する、及び、モビリティ</u> 1. 立ち上がり、及び、（座る）座っている； 2. 持ち上げる、持つ； 3. 運動、及び、足肢に力を入れる； 4. 細かい手の動き； 5. 家の内外を歩く； 6. 階段。 <u>家事に障害</u>： 1. 日常の家事アレンジ； 2. 他の人のセルフケアを助ける； 3. 他の人の食事の準備を助ける； 4. 買い物する； 5. 食事を作る； 6. 掃除する； 7. 衣服を洗濯する； 8. 家の中の軽い清掃； 9. 動物の世話</p>	<p>はい > 質問 5 に進む いいえ > 査定不可。 要注意: AWBZ に関与するの家事障害には、二つの分野がある。 故に、常にどの分野での障害コンビネーションが明記すること： - 社会的自立性と家事； - モービリティ（移動）と家事、または、； - 社会的自立性とモビリティと家事； 備考: 社会的自立性に全般的に障害がある場合、家事支援とまた AWBZ の指導を査定される。 注釈: 治療とは、回復、または、改善、または、疾患を耐えられるようにするなど、保険制度を活用して可能な様々なパッケージにある、全ての治療可能性を示す。 担当医の情報提示</p>
<p>質問 5 住居は障害に対して適切か？ 支援機器の適応化は必要か？</p>	<p>住宅適応化、または、住宅設備は問題の解決策となるか？ > はい、WMO 枠内の住宅設備改善を提供支援機器が解決策となるか？ > 法規 支援機器 1996 (Regeling Hulpmiddelen 1996) を活用する通常の設備（乾燥機など）が解決策か？ はい > 査定の理由にはならない いいえ、一部だけ > 質問 6 に進む</p>
<p>質問 6 目的 は予防または家事の機能不全の補充か？</p>	<p>はい > 質問 7 に進む いいえ > 査定不可。</p>
<p>質問 7 同居者構成は？</p>	<p>1人暮らし？> 質問 9 に進む 12歳以下の子供(たち)と住む片親？> 質問 9 に進む 12-18歳の子供たちと住む片親？> 質問 8 に進む 成人の同居者たち、子供と共にいる・いない？> 質問 8 に進む</p>

質問 8 通常のケア 12-18 才の子供たちの通常のケアはあるか？ 成人の同居者たちの通常のケアがあるか？ 親による子供たちのための通常のケアがあるか？	はい > 12-18 歳の子供たちによって既に行われている家事の仕事を一時的にストップする。それらの仕事については、査定不可。質問 9 に進む はい > 質問 10 に進む はい > 子供たちのケアと保育、質問 10 に進む いいえ > 質問 9 に進む
質問 9 その世帯の外のマンツルケアに好意的な姿勢、時間が取れる、自主的な姿勢があるか？	はい > 質問 10 に進む いいえ > 質問 11 に進む
質問 10 過剰な負担 及び稼働不可に差し迫っているか？	通常のケア > 医療的根拠。 マンツルケア > マンツルケア提供者／クライアントの言葉 いいえ > 自主的に継続される部分には査定不可 はい > 質問 11 に進む
質問 11 解決の方向性： トレーニングや教示の必要性がある： 監督及び・または指導の必要性がある： 役割の代行の必要性がある：	家事支援、場合によっては、AWBZ の指導とのコンビネーション 家事支援、場合によっては、AWBZ の指導とのコンビネーション 家事支援によって一部を代行する

3.7 家事支援の仕事を何分間で標準化

3.7.1 家事支援の仕事

家事支援のために、査定基準が構築された。この項では、仕事内容毎に基準時間が表示されている。ここに表示された基準時間は、CIZ の査定実態に基づくものだ。この標準化は在宅介護の設定内で本来開発されたものだ。

3.7.1 日常生活のための買い物 (<家族単位> 福祉サービスが無い場合)

合計	1 回/週	60 分/週
仕事	買い物リストを作成する 買い物をして、片付ける・毎週	

支援増加・減少の要因：世帯が 4 人以上の場合、または、12 歳未満の子供たちがいる場合、週 2 回の買い物査定を受けることができる：店舗との距離が長い場合は標準時間より 30 分余分に取れる。

3.7.1.2 食事のケア：パン食／暖かい食事の準備 (V 福祉サービスが無い場合)

		30 分/回 15 分/回
	パン食を準備 テーブルをセットして、片付ける コーヒー・紅茶を入れる 食器洗い (機械-手) 食事を作る - 準備 - 調理 食品を片付け、管理する 食器洗いと片付け	

支援増加・軽減の要因

子供たちの存在 < 12 才: +1 回 20 分 >.

3.7.1.3 軽い屋内の清掃：部屋の片付け

合計		60-90 分/回
仕事	食器洗い、食事作りの査定の無い場合： 手で洗う: 15 - 30 分/回 食器洗い機に出し入れ: 10 分/回 雑用 片付け: 屋内の一日の片付けの合計時間は、その住居の	

	大きさとその世帯の特徴によって違うが 15 から 40 分/回 ホコリをとる ベッドを整える	
--	--	--

支援増加・軽減の要因

PG 問題・コミュニケーション問題

12 歳未満の子供たちの数

ペット動物：アレルギーがある：初回の衛生処理

ハウスダニ・アレルギー：COPD： 衛生処理された住居

手と腕の使用における重度の障害

使用している部屋のみ、清掃される。子供のいない世帯では、20 分/回

12 歳未満の子供たちのいる世帯： 30 分/回

頻度：基本的に週 3 回、20-30 分

3.7.1.4. 家事の仕事：掃除機、WC、風呂場の清掃

合計	重度の家事仕事：必要とされる家事支援は居住者の人数よりも、その住居の大きさとその内装に左右される。	1 人 < 3 部屋 90 分 1 人 > 2 部屋 180 分 2 人 180 分/週
	掃除機 磨く、床を拭く：トイレ・風呂場 及び台所 ベッドを整える/シーツを変える 家庭ごみを片付ける	

支援増加・軽減の要因：§ 3.7.1.3 を参照のこと

人数の多い大きな住宅では、汚れ指数、COPD が問題的だ。(清掃後も) または、幼児たちの存在は重度を上げることは現実的だ。ペット動物の世話ほどの度合いの淵的内容だ。

頻度：上記の内容は週に一度の作業である。

3.7.1.5 衣服とシーツのケア

合計		1 人. 60 分 2 人. 90 分/週
	衣服とシーツを分別して洗濯機で洗濯、脱水、干す、取り入れる 乾燥機で洗濯物を乾燥させる 折りたたむ、アイロン掛け(上着のみ)、片付ける 洗濯物を干して・取り込む	

支援増加・軽減の要因

16 歳未満の子供の数 + 30 分/子供/週.

寝たきりの患者 +30 分

過剰の発汗、失禁、よだれなどによるエキストラの洗濯 +分

頻度：週に 1 回、幼児のいる家庭の場合最高週 3 回

3.7.2 家事のアレンジ

3.7.2.1 子供たちの保育、及び・また、ケア

(他の人のセルフケアを助ける) 及び、他の人の食事の準備を助ける

根本は親にある。これは親がその役割を一時的に果たせない場合だ。

合計		上限 40 時間 自己能力の補充として
	洗面と着衣 食事や飲み物の介助 食事作り 雰囲気作り、遊び 教育、しつけ	

支援増加・軽減の要因

- ・子供の数 -/+.
- ・子供たちの年齢 -/+.
- ・子供たち・同居者たちの健康状態・機能
- ・行動問題有り +.
- ・同時並行の活動 -.

時間数は、その状況によって異なる。ただ、6歳未満の子供たちと家事とのコンビネーションの場合、最高一週間 40 時間。

子供のケア必要な仕事内容の基準化

この標準化は、子供に関わる仕事に必要な合計時間を計算する際に活用される。このためには、標準時間が一日何回、週何回を掛け算する。

ベッドに寝かせる	10 分	子供 1 人	一回当たり
ベッドから起こす	10 分	子供 1 人	一回当たり
洗顔と着衣	30 分	子供 1 人	一日当たり
食べ物及び・また飲み物をあげる	20 分	食事	一回当たり
ベビー食（ミルク/瓶入り）	10 分	子供 1 人	一回当たり
学校／保育所に連れて行く・迎えに行く	15 分	一家庭	一回当たり

3.7.2.2 日常の家事のアレンジ

合計		30 分/週
	家事のアレンジ 家事のプラン作りと管理	

支援増加・軽減の要因

- ・コミュニケーションの問題
- ・居者の数, 特に子供たち
- ・数の同居者のメンバーが（心理社会的）問題を持つ

3.7.3 精神的疾患により、破綻した家事への支援

3.7.3.1 心理社会的指導、そして観察

合計	活動 1 及び 2 に関連して	30 分/週
	家事に関する目標設定/目標を調整 家事についての骨組み実行・構築・再構築を支援 金銭管理の自立性向上を支援する 子供たちの教育としつけについて親を支援 子供たちを指導する	

3.7.3.2 家事に関するアドバイス、教示、情報提供、

合計		30 分/週
	支援器具の使い方を指導 軽い家事を教示する 衣類のケアを教示する - 買い物 - 調理	

支援増加・軽減の要因：

- ・コミュニケーションの問題あり +.

頻度：3 回/週。上限 6 週

3.8 多く出される質問

3.8.1 食事のケアと買い物

食事のケアと買い物は、家事支援の中では構造的に含まれない。食事の準備と買い物について、クライアントは、まず、そこに居る成人、健康な同居者たち（通常のケア）にお願いする。この人々が自己ケア能力の限定があるため、暖かい食事を作れない場合、マントルケア、ボランティア、及び既存の福祉サービスや、一般的なサービスで提供できないか、探す。例えば、調理済みの食材、地方自治体の食

事サービス、買い物サービス、または、宅配サービス、など。既存のサービスが、医師による指定のダイエットの要求条件を全うできない場合は、在宅でのこの状況は、査定の対象となる。

危機的状況で、年少の子供たち (<12 歳) のいる世帯では、必要に応じ、日々の食事宅配サービスの査定を受けることができる。

十分な知識に欠けたり、スキルに欠けたりして、同居者のメンバーたちが、調理が出来ない場合、彼らに調理を習得するよう、機会が与えられる。その選択は、

1. 既存の福祉サービスやマンツルケアが適切ではない。
2. 暖かい食事に関して。
3. 原則的に、週 3 回までに限定されている
4. 危機状況で最高 3 ヶ月
5. 学習が代行より優先される

3.8.2 障害を持つ子供のいる家庭のケア

障害を持つ子供の居る家庭の養育する親 (たち) への支援は、子供の年齢に応じた親の通常義務的ケアが何であり、親 (たち) が付加的に提供するケアが何か、を目録化する。この付加的ケアから、親 (たち) が過剰負担にならない程度で、どのケアを自主的に提供し続ける意図があるのか、親 (たち) に尋ねる。さらに、AWBZ によるどの支援が必要であるかが調査される。この付加的ケアは、OB の PV 機能の内容に入る。家事支援の根拠としては、この状況の場合その子供にある：査定はその子供の名前で提供される。

3.8.3 障害を持つ、慢性病の親の子供のケア、及び 子供保育

片親家庭のその親が就労不可、または障害を持つ場合、その理由と障害により子供のケアの必要性が生じる。子供の保育は通常のケアであるべきだ。ケアは要求権利につながることもある。親 (たち) には、最大限の努力をして保育をアレンジすることが期待される。例えば託児所や学校の送り迎えなどだ。

どうしてもアレンジできない、または経済的に無理な部分は、それが長期的問題である場合、家事支援または、AWBZ の査定を受けることが出来る。再査定に関しては、その子供たちの年齢及び、状況の変化によって見る。慢性の病気、障害を持った同居者の一員は、その同居者には、非常に大きな負担となることがある。また両親がいる場合も、健康な方のケアを提供する親にとって過剰負担になるリスクは大きい。そのため、負担軽減のために家事支援の査定につながる。常に過剰負担の危険を検討すること。

3.8.4 離婚の際の親としての養育義務

離婚の場合同居は終り通常の家事ケアやお互いのパーソナルケアも消滅する。しかし子供たちに対する養育義務は消滅しない。養育する親がいなくなる場合、非同居の親による子供たちの受け入れ可能性を検討する必要がある。そのために裁判所が決めた元配偶者間の約束事を検討する。養育をしている -外に出た- 親の元に子供たちが住む期間、託児施設入所の査定を行うことが可能だ。養育をしていない親が明らかに養育義務を満たしていない場合、我々はその状況を片親家庭と見なす。(参照 3 節 3.2.5.6)

3.8.5 衣服とシーツのケア

同居者が洗濯をするべきである。(通常のケア) 同居者がいない場合は、他のマンツルケア提供者に適切な程度に依頼することが出来ないかどうか、考慮される。それが不可の場合は、家事支援の査定に含むこともできる。必ず他の作業とのコンビネーションでなければならない。

3.8.6 75 歳以上の家事支援について

地方自治体プロトコル・通常のケア (第 3 部第 2 章参照) には、高齢者に対する寛大な姿勢を示すことが記されている。世帯のうち家事を行う人が出来なくなり、配偶者は健康だが、75 歳以上で家事はもう習得できない場合、家事支援の査定を受けることができる。支援が必要な配偶者が他界した場合、全く新しい状況になる。残されたパートナーが健康であって、新しい状況に慣れる期間の後に新たな査定が行われる。その際、家事習得の度合いについて査定されるが家事を全てできるまで学ぶわけではない。

3.8.7 住居ホコリ・ダニ・アレルギーの場合の家事支援

住居ホコリ・ダニ・アレルギーの場合、住居の衛生浄化に関するアドバイスは専門機関によって提供される。(例えば、CARA/COPD 看護師) 家事支援の申請は住居の衛生浄化終了後に行う。住居を無・ホコリに保つために、査定には2時間エキストラに加えることができる。

3.8.8 配偶者がなくなった場合の家事支援継続について

夫婦のうちどちらかが依頼者・利用者で、AWBZ 施設に入所した場合、または他界した場合、残された配偶者に対しては、新たな査定を行うか、または家事支援を停止しなければならない。下記の状況がその例である。

- 残された配偶者に障害がある場合

これは頻繁にある例だ。そうでなければ通常のケアに対する家事支援は却下されたはずだから。この場合家事支援が継続されることは妥当である。(しかし時間数や別のカテゴリーで) 改めて査定される。

- 残された配偶者に障害が無い場合

マントルケア提供者として彼・彼女が家事を行う時間が無い場合や、過度の負担になる場合、家事支援が認められることがある。この場合、家事支援が停止されることは非常にもっともなことだ。

家事支援停止の場合も支援が一旦に停止されることは望ましくない。“移行期間または慣れる期間”として3ヶ月以内の支援を減少させる。

3.8.9 汚れた家の中

利用者が家事支援の査定を受けたとしても、住宅が非常に汚れているために、すぐ家事支援が提供できない場合がある。家事支援提供の条件は、その住宅が整理整頓され、清掃されてから、初めて通常の家事支援が提供される。

このような一回に限られる大掃除は日々の家事支援業務には含まれず、WMO 個人ケアサービスには含まれない。その費用は利用者が負担する。最低所得の人の場合は特別補助金が可能。

多くの場合、この状態になるのは、利用者が大掃除を行えない、またはアレンジできないからだ。WMO により、この点のイニシアティブを取って利用者を援助しなければならない。ケアと迷惑窓口がその役割を果たすことが出来る。

3.8.10 交換ケア (RUILZORG)

AWBZ には所謂“交換ケア”が記載されている。「交換ケアとは、利用者が家事ケアの査定を獲得しているが、実際は AWBZ の別の形のケアを受けていることを指している」

現在ではもはや家事支援は AWBZ でカバーされなくなったため、AWBZ において一方は看護と・または介護と一方は家事支援の間での所謂”交換ケア”はもはや許容されない。

利用者に健康な配偶者がおり、その配偶者が AWBZ のケア提供を担当し、PGB を支給されている場合、原則的には家事支援は通常のケアと見なされる。(切迫した) 超過負担の場合のみ査定の対象となる。

3.9 家事ケアにおける時間設定

注意：時間設定はあくまで参考である。個々の事情を常に考慮する。この基準を外れるべき理由がある場合は、妥当性がある限り基準を外れることができる。

3.9.1 一人暮らし (高齢者用住宅・集合住宅) への家事支援

番号	作業	分	時
1.1	日常生活のための買い物	60/週	1H
1.2	パン食の準備する	105	1H45
1.3	暖かい食事を準備する	30	3H30
1.4	軽度の家事	60	1H
1.5	重度の家事	90	1H30
1.6	洗濯する	60	1H
1.7	家庭用品の片付け		

番号	良くあるコンビネーション	分	時
1.4 + 1.5	軽度 + 重度	150/週	2H30
1.4 + 1.6	軽度 + 洗濯	120	2H

1.5 + 1.6	重度 + 洗濯	150	2H30
1.4 + 1.5 + 1.6	軽度 + 重度 + 洗濯	210	3H30
1.2 + 1.4 + 1.5 + 1.6	パン食 (7x) + 軽度 + 重度 + 洗濯	315	5H15

3.9.2 一人暮らし（ファミリー住宅（注：二階建て長屋風住宅庭つき））への家事支援

番号	作業	分	時
2.1	日常生活のための買い物	60/週	1H
2.2	パン食の準備する	105	1H45
2.3	暖かい食事を準備する	30	3H30
2.4	軽度の家事	60	1H
2.5	重度の家事	180	3H
2.6	洗濯する	60	1H
2.7	家庭用品の片付け		

番号	よくあるコンビネーション	分	時
2.4 + 2.5	軽度+ 重度	240/週	4H
2.4 + 2.6	軽度 + 洗濯	180	3H
2.5 + 2.6	重度 + 洗濯	240	4H
2.4 + 2.5 + 2.6	軽度 + 重度 + 洗濯	300	5H
2.2 + 2.4 + 2.5 + 2.6	パン食 (7x) + 軽度 + 重度 + 洗濯	405	6H45

3.9.3 2人-3人同居者の場合の家事支援（住居の状況は重要ではない）

番号	作業	分	時
3.1	日常生活のための買い物	60/週+の可能性	1H
3.2	パン食の準備する	1回 15+の可能性	1H45
3.3	暖かい食事を準備する	1回 30+の可能性	3H30
3.4	軽度の家事	90/週+の可能性	1H30
3.5	重度の家事	180/週 +の可能性	3H
3.6	洗濯する	90/週 +の可能性	1H30
3.7	家庭用品の片付け		

番号	よくあるコンビネーション	分	時
3.4 + 3.5	軽度 + 重度	270/週	4H30
3.4 + 3.6	軽度+ 重度	180	3H
3.5 + 3.6	重度 + 洗濯	270	4H30
3.4 + 3.5 + 3.6	軽度 + 重度 + 洗濯	360	6H
3.2 + 3.4 + 3.5 + 3.6	パン食 (7x) + 軽度 + 重度 + 洗濯	465	7H45

大きな世帯、孫の存在やエキストラのシャワーなどの場合、エキストラの時間の査定が可能。

3.9.4 その他の家事支援作業

番号	作業内容	分	時
4.1	家にいる他の人々の自己ケアをヘルプする	最高 40 時間 /週	
4.2	家にいる他の人々の食事準備のヘルプをする		
4.3	家事を日々アレンジする	30分 Per 週	30分
4.4	心理的指導	30分/週	30分
4.5	アドバイス, 指導 そして 情報提供*	1回 30分 (上限週 3回、6週間)	1H30

介護度一覧表

以下はオランダ健康保険局 (NZA) の「Zorgzwaartepakketten Versie 2013」の日本語訳である。
http://www.nza.nl/137706/142055/567517/bijlage_3_ZZP's_V_V_2013.pdf

ケアパッケージ重度 (ZZP)

合計10種のZZPがある。長期ケアには8種のパッケージ (ZZP 1-8) がある。特定対象グループの短期ケアには2つのパッケージ(ZZP 9b と 10)がある。長期にわたるケアの場合、ケア重度は上昇的系列となる。この系列は、これ以上在宅で自立できない人のZZP1VVから始まり、重症の病気で全てケアに依存するため集中的なケアと看護が必要な人のZZP8VVにまで上昇する。短期パッケージはZZP 9bVVに指定され、回復を目指した治療の看護とケアである。また、ターミナルの病状の人のための短期緩和ターミナル・ケア(ZZP 10 VV)がある。老人病リハビリ・ケア(ZZP 9a VV)は2013年以降ZVVの下に再編成される。

VV-ZZPの重度の違い

☆は次のように解釈される：++ = 観察/激励奨励, +++ = ヘルプ, +++++ = 代行する。

指導、社会的自立性	精神的・社会的機能	介護、パーソナルケア	モビリティ	運動機能	看護	問題行動
-----------	-----------	------------	-------	------	----	------

ZZP	Begeleiding Sociale redzaamheid	Psycho-sociaal functioneren	Verzorging Persoonlijke zorg	Mobiliteit	Motorisch functioneren	Verpleging	Probleemgedrag
VV 1	+	0	+	+	0	0	0
VV 2	+++	+	++	+	+	+	0
VV 3	++++	++	++++	+++	++	+	0
VV 4	++++	+++	++	+	+	+	+
VV 5	+++++	++++	++++	++++	++	+	+
VV 6	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0
VV 7	+++++	+++++	++++	+++	++	++	+++
VV 8	+++++	+++	+++++	+++++	+++++	++++	+
VV 9a	+++	++	+++	+++	++	++	0
VV 9b	++++	+++	++++	+++	++	++	+
VV 10	+++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+

Tabel 2. Intensiteitverschillen tussen de VV-ZZP's

アルツハイマーカフェ プログラム

本資料は Alzheimer Cafe – Leiden en omstreken の日本語訳である。2013年8月15日に Radius のデイケアチームリーダー Leune van del Poel 氏より提供された。

プログラム

アルツハイマーカフェ ライデン市周辺 シーズン 2013-2014

2013年

- 9月12日(木) 何かおかしい。物忘れ・健忘症が日々の生活に及ぼす影響について。
10月10日(木) 診断の結果、あなたは認知症/アルツハイマー症ですーという結論を聞くということの意味について。
11月14日(木) ファイナンスと権利保護について注目
12月12日(木) 療法・リラックス方法としての音楽。認知症に療法とリラックス方法として、どのように音楽を活用するのか？

2014年

- 1月9日(木) マントルケア提供者の実情。認知症の診断を受けた本人だけでなく、周囲の人たちも困難なのです。
2月13日(木) 認知症における動くことの効果。生活の中で多く動くことは、認知症になる可能性を少なくしてくれる。
3月13日(木) 認知症と自分が選んだ人生の終わり。複雑なテーマ。最も多い質問と認識について。
4月10日(木) バランスを大切に！認知長と安全に動くことのバランス。運動力の変化と安全に動く、そして補助用具について。
5月15日(木) 今もあなたを愛しています！(夫婦)関係における、認知症のプラスの、マイナスの影響。
6月12日(木) アルツハイマー カフェでの祝賀の夕べ。シーズンの締めくくり。

プログラムは 19:30 から (経験ある) 専門家のインタビュー (=お話) で始まります。休憩の後 20:30 から質問とディスカッションの時間があります。アルツハイマー・オランダがインフォメーション・デスクを設けます。本や小冊子など、閲覧したり購入したりできます。ヘット・ウォーターランド Boer-haavelaan 345 ライデン市にぜひお越しください。自由参加で申し込みは必要ありません。

アルツハイマーカフェ ライデン周辺の主催者 : ActiVite, Libertas Leiden, Rijnland Zorggroep, Topaz, Pluspunt Leiderdorp, Radius Leiden/Oegstgeest, Zorgcentrum't Huis op de Waard, Zorgcentrum Roomburgh en Alzheimer Nederland

お問い合わせは 電話: 06 10 41 72 79
プログラムが変更することがあります。

Twitter: @Alzh_cafeLeiden

4. イギリス資料

私たちの未来に向けたケア

本資料は、2013年8月19日にイギリス保健省の Maxwell Helyer 氏 (Higher Executive Officer in the Social Care Strategic Policy & Finance Team) より提供された。

{表紙}



{表紙裏}

Crown コピーライト 2013

政府のオープンデータ・ライセンスにより、本冊子の情報（ロゴを除く）はどのような形式または媒体でも無料で再利用できます。このライセンスに関しては、<http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/> を閲覧するか、または psi@nationalarchives.gsi.gov.uk までメールをお送りください。

第三者の著作権情報が特定されている箇所については、当該著作権所有者の許可を得る必要があります。

本冊子は、www.gov.uk でダウンロード可能です。

目 次

	(原文)	(和訳)
これまでのストーリー	2	145
私達がこれから変える事	5	147
なぜ私達は協議を行うのか	8	148
協議テーマの概要	9	149
ケーススタディ	14	151
協議での質問要約	16	153
回答方法	17	153
次のステップ	18	153

協議文書の完全版は以下を参照：

<https://www.gov.uk/government/consultations/caring-for-our-future-implementing-funding-reform>

これまでのストーリー

もしイングランドの成人向けケアや支援が 21 世紀の大きな人口変動やその他の課題に対応するならば、それは人々が危機的な状況に達するのを待つのではなく、むしろ人々の健康や自立を保つものでなければなりません。

現在国会を通過中のケア法案 (Care Bill) は、人々のウェルビーイングをケアや支援サービスの中心に据えた新しい法的枠組みを作ります。この新しい法案は、この 60 年以上の間におけるケアや支援の法律で最も大きな変革となり、またこの法案によって、12 以上のバラバラな法律が 1 つの近代的な法律に置き換えられるのです。この法案は、人々のニーズを優先させ、人々が自分たちの生活をコントロールしやすくなるようにします。

高齢期や障害がありながらの生活費について、皆がより確信と安心を得られるよう、人々がケアに対して何をどのように支払うかについて、政府は 2 月に歴史的な改革を発表しました。私達は、以下の事を保証するために、ケアや支援の財源を改革すると述べました。

- ・必要なケアを皆が受けられ、またニーズが最も大きな人により多くの支援が行く。
- ・とどまるどころを知らないケアのコストの不公平や、このようなコストがもたらす不安を終わらせる。
- ・ケアへの支払いを行うため、生前に自宅を売らなければならない状況から、人々が守られる。

行政と人々の間でケアのコストをどのように分けるべきかについての改革は、ケア法案の中で詳細に示されているケアや支援サービスの、より幅広い変革のひとつの重要な要素です。私たちの協議文書では、資金調達システムにおけるこれらの変更がいかに行われ、地域でどのように体系化されるべきかについて、現実的な詳細の意見を求めています。

{3頁}

これらの変更は、パートナーシップによる取り組みや連携を通じてでなければ成功できません。中央政府、自治体、ケア提供者、ボランティアやコミュニティーセクター、金融サービス機関、そして当事者や介護者がすべて重要な役割を担うのです。この協議の展開プロセスを通じて、私達はパートナーの方々の参加を促し、協力して取り組んできました。そして私達はこれらの変更が実行に移されるにあたって、今後も引き続き協力していきます。

現在のケアへの支払いシステムは、不公平で持続不可能です

アンドリュー・ディルノット卿が委員長を務めるケアと支援の財源に関する独立委員会 (independent Commission on the Funding of Care and Support) は、とどまるどころを知らないケアのコストから人々が自らを守る効果的な方法が現在のところ存在しない、ということを確認しました。これでは人々は、確信をもってケアへの支払いの計画や準備を行うことができませんし、またその後、希望するタイプのケアや支援へ常にアクセスすることもできません。

{4頁}

その結果、自分たちのケアへの支出に向けて預金を行える人にとって、将来への蓄えを行うインセンティブがほとんどないのです。また、資金面での援助は、23,250ポンド未満の富を所有している人のみにしか提供されないため、ささやかな資産のみで預金がまったくない人は、生涯かけて働いてきたものをすべて手放す可能性があるのです。

施設ケアが必要となった場合、人々は特に影響を受けます。現在では、限られた収入または預金で暮らす約3-4万人が毎年、ケアへの支払いのために自宅を売らなければならなくなっています。

これにより人々は不安に駆られ、準備不足や無力さを感じてしまうことになりかねません。このような状況が高齢期のウェルビーイングやケアの経験、そして自分たちが下す決定に悪影響を与えるでしょう。

ディルノット委員会へ提出された証言では、財産のある人が自らのケアを自分たちで支払うべきだというのは妥当で公平だ、という意見が示されました。しかし、その人のすべての財産が危険にさらされるのは、合理的でも公平でもないと考えられました。

課題となるのは、これらのケアニーズが予測不可能である、ということです。私たちのうち1/4は、ケアを殆ど(あるいはまったく)必要としない可能性が高いですが、この国では10人に1人が、より重度のケアニーズを抱え、10万ポンドを超えるケアのコストに直面します。また、成人人口の約40%は、将来のケアへの支出に自分たちが責任を負うことを気づかずにいるのです。

私達がこれから変える事

人々は今、自分たちのケアに対して支払いを行わなければならない、これからも引き続きそうなるでしょう。しかし私たちの改革は、高額な費用から人々を護り、自分たちの生活がコントロールしやすくなるようにし、生活の質向上へ役立つものにします。

*訳注：以下に出てくる「Eligible needs」や「Eligible care」は、地方自治体が対応義務を負う要件に含まれるニーズ及びケアです。出典：

http://www.dls.org.uk/advice/factsheet/community_care/eligibility_for_adult_social_care/Eligibility%20for%20Adult%20Social%20Care.pdf

定められたニーズ (Eligible needs*) へ応えるための自己負担額の上 限額が導入されます (2016 年 4 月から)

- ・ 公的年金受給年齢以上の人は、2016 年 4 月から上限額が 72,000 ポンドに定められます。
- ・ その人の定められたニーズを満たすための総額は、自己負担分だけでなく、地方自治体支払い分または両者の組み合わせで計算されます。
- ・ 働く年齢の人で、退職年齢前にケアが必要となった人は、72,000 ポンドよりも低い上限額の適用を受けることができます。
- ・ 定められたニーズ (Eligible needs) がある人は、18 歳になると、そのニーズを満たすために無料のケア及び支援を受けます。

ケアホームの費用へ支援を行うために、より多くの人へ資金援助が提 供されます (2016 年 4 月から)

- ・ 現在は、対象者が所有できる富の上限額が 23,250 ポンドのみですが、これが 118,000 ポンド (自宅の価値も含む) まで引き上げられ、ケアホームの費用に直面する人々に役立ちます。
- ・ 自宅の価値が計算されない場合には、富が約 27,000 ポンドまでの人へ、ケアへの費用に対する資金援助を提供する予定です。これは、パートナーまたは扶養者が自宅に住んでいる場合や、在宅ケアを受けている人々にとって役立ちます。

ケアホーム費用の延べ払いオプションを導入します。これはつまり、人々が施設ケアへの支払いを行うために、生前に自宅を売却しなくてもよい、という意味です (2015 年 4 月から)。

支払い能力のある人は、ケアホームに入居しても引き続き生活費の支払い責任を負います。これらは、人々が自宅で過ごしていれば支払わなければならない類の費用を反映しており、例えば食費・光熱費・住居費などが挙げられます。2016 年 4 月から、生活費について年間約 12,000 ポンドの自己負担を導入し、これは上限額の中に計算されません。

資金援助は、最もそれを必要とする人たちへ、最も多くが割り当てられます。

- ・ このようにケアに対する自治体からの支払いも組み合わせ、資金援助を増やすことで、多くの人々が自分たちで上限額まで支払わなくてもよくなります。
- ・ 資金援助の大半は今後も、ケアを最も必要として財産が最も少ない人へ行き渡ります。

上限額：導入前後の比較

上限額に達するまでに、人々がどれくらいの期間、そしていくら支払わなければならないのかは、それぞれの状況によって異なります。しかしこの表では、ささやかな財産を持ちながら施設に入所している人々が支払う金額が、現在と私たちの改革が実施された後でどのようなものになるかが示されています。

当初の資産	上限額に達するまでのケア費用の自己負担	
	現在	72,000 ポンド上限
250,000 ポンド	177,000 ポンド	72,000 ポンド
200,000 ポンド	173,000 ポンド	72,000 ポンド
150,000 ポンド	127,000 ポンド	67,000 ポンド
100,000 ポンド	79,000 ポンド	45,000 ポンド
70,000 ポンド	50,000 ポンド	30,000 ポンド
50,000 ポンド	31,000 ポンド	17,000 ポンド
40,000 ポンド	21,000 ポンド	12,000 ポンド
17,000 ポンド以下	0	0

保健省 (DH) 分析：約 625 ポンド/週の施設ケア費用及び 230 ポンド/週的生活費自己負担という想定施設ケア費用に基づく。当該者は生活費をカバーする収入があり、ケア費用に対して資産からも負担する。

なぜ私達は協議を行うのか

人々がケアに対して何をどのように支払うのかについて、全国で改革を行うということは、地方自治体による現在の運営方法を大きく変えることにもなります。皆にとって持続可能で公平なケアや支援のシステムを提供できるよう、私達は皆様の意見を聞きたいと考えています。この協議では、資金調達システムの変更を地域レベルでどのように体系化すべきかについて、意見を求めています。ここでは詳細の政策や（ケア法案が可決されたことを条件に）規則及びガイダンスの展開について情報を提供します。

要約すると、この協議では以下の事をカバーします。

- ・ケアや支援への支払い方法も含めて、人々へ情報や助言を提供する最適の方法。
- ・人々のケアや支援へのニーズ及び支援の受給資格について、自治体がアセスメントをどのように行うか。
- ・退職年齢に至らない人に定められたニーズが生じた場合、上限付き費用システムが様々な年齢の人にいかにして機能すべきか。
- ・上限額に至るまでの中に含まれるものは何か。長期にわたって上限額はどのように調整されるか。これが高齢者及び働く年齢の人々双方へどのような影響を及ぼすか。ここで日常生活費をどのように考慮するか。
- ・人々が拡大された資金援助へどのようにしてアクセスできるか。
- ・延べ払いのアレンジメントや金融サービス商品が、人々のケアへの支払いへどのように役立つか。金融商品には例えば、特定タイプの保険または、拡大年金オプションなどが含まれます。
- ・人々の自宅が生前に売却されることから守るために、延べ払い契約がどのようにして管理運営されるべきか。
- ・人々のケア費用が上限レベルに達した際、どのようにして円滑な移行を保証できるか。
- ・救済や苦情解決の方法。

協議テーマの概要

```
graph LR; A[自立の継続一計画と予防] --> B[あなたが必要とするケアのアセスメント]; B --> C[ケアへの支払い]; C --> D[定められたニーズに応える]; D --> E[上限額に達したら];
```

より長い期間、自立を保つ 一計画と予防

- ・ケアや支援システムは可能な限り、人々のウェルビーイングや自立の促進・安全や社会とのつながりの確保・ケアや支援ニーズの延期または減少を重視します。
- ・政府は自治体・ボランティア及びコミュニティセクター・金融サービス業界と協力して、ケアや支援がどのように機能し、今後自分たちのケアや支援へどれくらい支払わなければならないかについて、人々の理解を深めるよう努めます。
- ・人々が計画を行うよう支援・奨励し、ケアサービスへのニーズを遅らせたり予防したりするために、自治体は適切な時に質の高い情報や助言を提供します。
- ・地方自治体は、自分たちのケアに対して自ら支払っている人たちと、より密接に連絡を取ります。人々は、それを望むならば、ケアニーズへの計画やニーズを遅らせるにあたっての支援を地方自治体から受けられやすくなります。人々は、それを望むならば、ケア費用の上限額を活用しないという選択もできます。
- ・自分たちのネットワークや家族からの支援を補完する、近隣・コミュニティ・または地方自治体から受けられる幅広いケアや支援が、より明確なものとなります。
- ・地方自治体や市民社会、金融サービスセクターは皆、人々が質の高い独立した金融アドバイスにアクセスできるよう、重要な役割を担います。

あなたが必要とするケアや支援のアセスメント

- ・アセスメントは、人々のニーズに合ったものであるべきです。またそれは、お役所的なものであってはなりません。
- ・アセスメントが必要な人々の数は増えますが、これは 2016 年 4 月に上限額が導入される 6 か月前からの早期アセスメントと、幅広いアセスメント提供のオプション活用の組み合わせで対応されます。
- ・アセスメントは、人々が必要とするケアや支援のニーズ、それらのニーズを満たすのに利用できる支援、またどのような種類のケアがその人たちにとって適切なのかを特定するのに役立ちます。
- ・住まいがどこであれ、人々が地方自治体・NHS または双方から期待できるケアや支援について、明確性や一貫性をもたらせるよう、アセスメントは NHS など他機関と共同のアセスメントの一環として行われることがあります。ケアを必要とする人のアセスメントは、介護者のアセスメントと組み合わせたり連携して行われることもあります。
- ・アセスメントでは、国の最低受給資格基準によって定められたニーズを人々が有しているか、したがってその人たちへのケア費用が上限額の計算に含まれるかどうかについて、判断を行います。
- ・その人の収入や資本（預金、その他の資産、場合によっては不動産）に関する財務アセスメントでは、上限額に達する前にその人が地方自治体からケアの資金援助を受給する資格があるか否かや、延べ払いスキームへアクセスできるか否かを判断します。
- ・成人の方は財務アセスメントを拒否し、引き続き自費払いによってケアをやりくりすることができます。

ケアへの支払い

- ・人々が自らの定められたニーズを満たすための費用へどれくらい支払わなければならないのかがより明確になり、またイングランド全体で提供される資金援助のレベルは、より公平で一貫性をもったものとなります。
- ・ささやかな財産のみ所有している人は、自宅を含めた資本価値が 118,000 ポンド未満で施設ケアを受けている場合、資金援助の受給資格が得られます。
- ・2016 年 4 月から、公的年金受給年齢以上の人は 72,000 ポンドの上限額が適用され、これより下の年齢の人は上限額が更に低くなります。定められたニーズ (Eligible needs*) がある人は、18 歳になると、自らのニーズを満たすために無料でケアを受けます。上限額のレベルは、定められたニーズがあると評価された時のその人の年齢に基づいて定められます。
- ・施設ケアでの日常生活費自己負担分 (2016 年 4 月で、年間約 12,000 ポンドで設定) は、その人の上限額に含まれません。
- ・私達は、普遍的な延べ払いスキームを導入することで、施設ケアへの支払いを行うために生前に自宅を売らなければならない状況から人々を守ります。
- ・地方自治体は、自立・選択・コントロールを維持しながら延べ払い契約を返済できるよう、合理的な保護策を導入する裁量権を持ちます。
- ・貸付金をカバーするための延べ払い契約向けに、私達は地方自治体によって課される全国的な利率を定めます。
- ・金融商品が発展できる適切な環境づくりに向けて他に何をすべきか、またケアの支払いにおいて様々な層の人達を支援する際、どのような金融サービスの選択肢が重要かについて、私達は意見を求めます。

定められたニーズに応える

- ・定められたケアニーズのある人は皆、その人の定められたニーズを満たすために地方自治体にどれだけの費用がかかるか、また上限額にいくら考慮されているのかを定める、個人予算または独立した個人予算を持つこととなります。
- ・これらの定められたニーズを満たすためにかかる費用について自治体が計算した総額は、その人が自分だけで支払うかあるいは自治体と分担して支払うかに関わらず、上限額に考慮されます。
- ・定められたニーズがある人は皆、上限額に考慮される未払い費用の総額を示すケア口座を持つこととなります。
- ・ニーズや状況が変わっても、上限額へいつごろ達するかを予測するのをお手伝いすることで、私達は皆様が計画や準備を行うのを支援します。自治体は少なくとも年に 1 回あるいは個人の方からの妥当な要請に応じて、ケア口座の最新情報を皆様にお知らせします。
- ・私達は、時間や地方自治体の境界を超えてケアの継続性を保証します。ケア口座は、他の地方自治体からの要請がない限り、それまでの地方自治体によって更新されます。
- ・私達は、苦情解決や救済を効果的に行うよう手配することを保証します。

ケア費用が上限額に達したら

- ・上限額に達したら、定められたケア費用を地方自治体が支払うよう円滑な移行がなされ、ケアが不要に途切れることを防ぐようにしたいと考えています。自分が上限額に達したのがいつなのかについて人々は認識するようになります。
- ・上限額に達した後で地方自治体が提供するケアや支援のパッケージ、また同じサービスを受け続けた場合に支払うべき自己負担額について、人々は明確に理解する必要があります。
- ・私達は、ケアや支援の種類についてより多くの選択肢を提供し、また利用者自身の資源で補う (top-up) という選択も希望者に提供することで、ケアの継続性・個人の選択・自立の維持を目指します。
- ・金融アドバイスは、地方自治体・ケア提供者・サービス利用者にとって、より多くの柔軟性や自費払いによる追加 (top-up) 使用リスクの軽減に役立ちます。これらのリスクを管理するために、他に何が必要かについて私達は意見を求めます。

ケーススタディ

A さん（男性）は 70 歳で認知症があり、ケアホームへ入居します。

A さんの資産は 118,000 ポンドを超えているため、地方自治体の支援の受給資格はありません。

A さんの：	
資産	収入
300,000 ポンド	390 ポンド/週（年金+AA*）

A さんは年金に加えて介護手当（Attendance allowance=AA）*も受給しており、AA は高めの額の週 90 ポンドです。

地方自治体によると、A さんのニーズは地元のケアホームで、週 650 ポンドで満たすことができるという計算になりました。しかし A さんは追加で週 150 ポンド支払って、自分が選んだ他のケアホームに行くことを選択しました。

A さんは 3 年 4 か月で上限額に達し、その後は…。

A さんのニーズを満たすために、地方自治体が週 420 ポンド支払います。A さんは引き続き、日常生活費と追加の 150 ポンドを支払う責任があります。

A さんの自己負担：		
ケア費用（上限にカウント）	日常生活費	追加（top-up）
420 ポンド/週	230 ポンド/週	150 ポンド

その後 A さんはそのケアホームに 1 年いましたが、残った資産が約 210,000 ポンドになりました。

*介護手当（Attendance allowance=AA）：介護が必要な 65 歳以上の重度障がい者に支給される、ミーンズテスト（資力調査）を伴わない手当。

地方自治体の負担：		A さんの自己負担：	
ケア費用（上限にカウント）	日常生活費	追加（top-up）	
420 ポンド/週	230 ポンド/週	150 ポンド	

B さん (女性) は 80 歳で関節炎があり、自宅でケアや支援を必要としています。

B さんの資産 (自宅除く) は 20,000 ポンドです。自宅の価値は 200,000 ポンドですが、B さんは自宅でケアを受けているため、自宅は資産の計算には含まれません。

B さんの収入は週 260 ポンドで、ここには低めの介護手当 (AA) *である週 60 ポンドが含まれます。

B さんの :	
資産	収入
20,000 ポンド (自宅除く)	260 ポンド/週 (年金+AA*)

地方自治体によると、B さんのニーズは週 100 ポンドで満たすことができるという計算になりました。B さんは、自分がどれだけの支払い能力があるかを判断するために、財務アセスメントを行いました。その結果、B さんは週 62 ポンドの自己負担となりました。

地方自治体 負担 :	A さん自己 負担 :
ケア費用 38 ポンド/週	ケア費用 62 ポンド/週

3 年後、B さんのケアニーズが増加し、ケアホームへ入居することになりました。この時点で、上限額へ考慮される額は 16,000 ポンドに達しています。これは B さんの自己負担と地方自治体の負担分の合計となります。

B さんの資産 (自宅除く) は、18,500 ポンドまで減りました。

B さんは今、施設ケアを受けており、自宅は資産の一部として捉えられます。したがって B さんの資産総額はこの時点で 218,500 ポンドとなります。

B さんの資産は 118,000 ポンドを超えているため、ミーンズテスト (資力調査) を伴う地方自治体の支援の受給資格はありません。B さんは、高めの介護手当 (AA) *である週 90 ポンドを受給します。

B さんの :	
資産	収入
218,500 ポンド	290 ポンド /週(年金+AA*)

B さんは、地方自治体が定めた週 630 ポンドでケアホームに入居します。はじめの 12 週間は、支払い能力の判断に自宅の価値が考慮されていないため、B さんが支払うのは週に約 180 ポンドです(これは新しいケアホーム入居者すべてに権利がある手当です)。

12 週間が過ぎると、自宅の価値が支払い能力の判断で考慮されるため、B さんは週 630 ポンド支払う責任があります。B さんはこれらの費用をカバーするために、延べ払いを活用します。

B さんの自己負担 :	
ケア費用 (上限にカウント)	日常生活費
400 ポンド /週	230 ポンド /週

B さんはケアホーム入居後、2 年 10 か月で上限額に達し、その後は … :

B さんのニーズを満たすために、地方自治体が週 400 ポンド支払います。

B さんは引き続き、日常生活費を支払う責任があります。

地方自治体が B さんのケアニーズへ対応しているため、B さんは介護手当の受給資格がなくなります。

地方自治体 負担 :	B さんの自己 負担 :
ケア費用 (上限にカウント)	日常生活費
400 ポンド /週	230 ポンド /週

その後 B さんはそのケアホームに 1 年いましたが、残った資産が約 167,000 ポンドになりました。(ここでは、延べ払い契約によって生じる可能性のある利息は考慮されません)

協議での質問要約

- 1) あなたが必要とするケアのアセスメント
・自分でケアの支払いを行っている人たちに、どのようにしてアセスメントが機能すべきでしょうか？
- 2) ケアへの支払い
・ケアの支払いで地方自治体からいくら受け取れるかを決定する規則について、人々が確実に理解できるようにするために、私達はどうしたらよいでしょうか？
- 3) 定められたニーズ (Eligible needs) に応える
・あなたのニーズに応えるために、地方自治体がいくら払うかをどのようにして決めるべきでしょうか？
- 4) 上限額に達したら
・上限額に達しても、あなたが必要なケアを確実に引き続き受けられるように、私達はどのようにしたらよいでしょうか？
- 5) 実現に向けて
・この改革について人々が認識し準備できるように、政府・地方自治体・ケアセクター・金融サービス提供者はどのように協力したらよいでしょうか？

協議での質問リスト完全版は、協議文書の完全版

<https://www.gov.uk/government/consultations/caring-for-our-future-implementing-funding-reform> で閲覧可能です。

回答方法

- ・協議文書を検討して、オンラインで回答：
<https://www.gov.uk/government/consultations/caring-for-our-future-implementing-funding-reform>
- ・メールボックスへ直接回答： funding-reform@dh.gsi.gov.uk
- ・書面の回答を以下の宛先まで送付：
Caring for our future – Implementing funding reform,
Department of Health,
Area 313B, Richmond House,
79 Whitehall,
London SW1A 2NS

協議は 2013 年 10 月 25 日まで行われます。

次のステップ

ケアや支援の財源確保の改革に向けて、政府はケアや支援セクターと密接に協力するよう取り組んでいます。この協議を展開するためにパートナーと関わったり連携したアプローチをとることを通じて、このような協体制度は実証されてきています。

私達は 2016 年 4 月までの協議プロセスを通じて、そしてその後も引き続き、このような取り組みを行っていきます。私達は、ケアの支払い方法へ変革をもたらすために特定の責任を担う組織、システムのリーダーシップで重要な役割を担う組織、またはケアや支援の受給者・介護者・介護や支援の提供者といったように影響を受ける人々を代表する組織の主要な代表者を結集します。

地方自治体は、特別な役割を担うこととなります。自治体は改革を現場で実現し、その成功を左右するのです。保健省、地方政府協会 (Local Government Association = LGA)、及び成人向け社会的サービス所長協会 (Association of Directors of Adult Social Services = ADASS) はパートナーシップを構築し、成人向けケアや支援の改革の情報提供や実施で共同プログラムを協力して行うことを確約しました。

協議文書完全版の添付資料 A では、実施の詳細スケジュールや、実施プログラムが対応する大きな運営課題のいくつかが更に説明されています。ここでは幅広い分野がカバーされています。

- ・ 上限額の導入に伴う新たなアセスメントの追加的な必要性の管理
- ・ 2015 年のケア法案、2016 年の上限額及びより幅広い福祉改革の新たな法的枠組み導入までの、料金規則変更
- ・ 2015 年及びそれ以降の改革費用の配分
- ・ 量・質の双方における、ケアや支援を提供する人材への新たな需要
- ・ ケアや支援の情報システムや財務システムの新たな要件
- ・ ケアや支援がどのように提供されるか及び、行政が提供する保護策に関する認知向上
- ・ ケアの価格について透明性が高まることで、ケアや支援の市場がどのように変われるかについての理解
- ・ 施設ケアを受けている人向けに、直接支払という新たな権利を本格展開する、という約束を反映するための、施設ケアプログラムの領域修正

平成 25 年度
高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや
高齢者の暮らしの国際比較研究
報告書

平成 26 年 3 月

一般財団法人 長寿社会開発センター
国際長寿センター

〒105-8446 東京都港区虎ノ門 3-8-21
虎ノ門 33 森ビル

phone.03-5470-6767 fax.03-5470-6768

禁無断転載