

平成27年度
地域のインフォーマルセクターによる
高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する
国際比較調査研究 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

地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する 国際比較調査・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、1990年に日本とアメリカの2国で設立されました。それ以来、フランス、英国、ドミニカ共和国、インド、南アフリカ、アルゼンチン、オランダ、イスラエル、シンガポール、チェコ共和国、ブラジル、中国、ドイツ、カナダ、オーストラリアの各国にセンターが誕生し、現在では17カ国に達しています。

国際長寿センターの理念は、創設者であるロバート・バトラー博士が1980年代から提唱された「プロダクティブ・エイジング」です。長寿社会を迎えている各国において高齢者が豊かな社会づくりのために社会の中心となって重要な役割を果たすことをめざしてきました。現在では、国際長寿センターが提唱する、高齢者を社会の主体として位置づけるポジティブな高齢者観は広く国際的に定着するに至っています。

我が国では、多くの地域で高齢者が積極的に社会に参加しています。この流れをさらに促進するために、国際長寿センター（日本）では2012年度より世界各国で社会貢献を行っている高齢者の姿を明らかにする一連のプロダクティブ・エイジングに関する研究を行ってきました。本年度の、「地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較調査・研究事業」ではとくに日本、ドイツ、デンマークの高齢者による生活支援と認知症高齢者支援に焦点を当てています。

本報告書では、第1章から第4章では海外調査の報告を行い、第5章は国内調査の報告とし、補章以下では国内外の貴重な資料を収録しています。

この調査・研究の過程では国内・国外の様々な行政組織、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28（2016）年3月

国際長寿センター（日本）
代表 水田邦雄

目次

地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較調査・研究委員会…3

第1章 調査の背景と概要

- 第1節 調査の背景（白川泰之）…5
- 第2節 調査の概要（白川泰之）…7

第2章 ドイツのインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、 認知症高齢者支援に関する制度の概要

- 第1節 国の概要と今後のビジョン（小野太一）…9
- 第2節 地方自治（小野太一）…15
- 第3節 高齢者の介護政策（小野太一）…19
- 第4節 インフォーマル組織とその活動
 - 第1款 地域のインフォーマル組織（渡邊大輔）…24
 - 第2款 高齢者の生活支援（渡邊大輔）…29
 - 第3款 認知症高齢者支援（成本 迅）…33
- 第5節 ドイツの総括（白川泰之）…36

第3章 デンマークのインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、 認知症高齢者支援に関する制度の概要

- 第1節 国の概要と今後のビジョン（松岡洋子）…38
- 第2節 地方自治（松岡洋子）…41
- 第3節 高齢者の介護政策（松岡洋子）…45
- 第4節 インフォーマル組織とその活動
 - 第1款 地域のインフォーマル組織（松岡洋子）…49
 - 第2款 高齢者の生活支援（中島民恵子）…55
 - 第3款 認知症高齢者支援（中島民恵子）…58
- 第5節 デンマークの総括（白川泰之）…61

第4章 まとめと日本への示唆

- 第1節 ドイツ・デンマークの比較（白川泰之）…63
- 第2節 国際比較から見た日本への示唆（白川泰之）…65

第5章 国内調査報告

- 第1節 プロダクティブ・エイジングと健康増進のための国内調査の概要
地域での活動と健康に関する調査－第2波調査の概要、調査設計と回収状況－（渡邊大輔）…76
地域での活動と健康に関する調査の分析－回答者の属性と、健康への縦断的影響の記述的分析－
（渡邊大輔）…84
- 第2節 横浜インタビュー調査（澤岡詩野）…92

補章 日本と海外の生活支援

- 1. 生活支援という用語への一考察（松岡洋子）…103
附) 各国の身体介護、家事援助、生活支援一覧表…109
- 2. 日本認知症ワーキンググループインタビュー記録…111
附) コメント1（成本 迅）…119 附) コメント2（中島民恵子）…120

資料編

- 1. データリクエスト
 - (1) 質問項目…121 (2) ドイツ回答…123 (3) ドイツ介護保険改定最新情報…135
 - (4) デンマーク回答…138 (5) デンマークボランティア憲章…147
- 2. 海外インタビュー
 - (1) インタビュー対象…156 (2) ドイツインタビュー…157 (3) デンマークインタビュー…236
- 3. 地域での活動と健康に関する調査（第2回）資料
 - (1) 調査票…301 (2) 単純集計表…315

地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する
国際比較調査・研究委員会

白川泰之<主査> (東北大学公共政策大学院法学研究科教授)

小野太一 (国立社会保障・人口問題研究所企画部長)

松岡洋子 (東京家政大学人文学部准教授)

成本 迅 (医師 京都府立医科大学大学院准教授)

澤岡詩野 (ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員)

渡辺大輔 (成蹊大学文学部現代社会学科専任講師)

中島民恵子 (米国ラトガース大学非常勤講師)

第1章 調査の背景と概要

第1節 調査の背景

東北大学公共政策大学院教授 白川泰之

1 改正介護保険法と総合事業

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)は、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進することを目的とするものであり、介護保険法、医療法等の改正が行われた。介護保険法に関する改正事項は、以下の2点に大別される。

① 費用負担の公平化

自己負担、保険料、補足給付の見直し

② 「地域居住 (Aging in Place)」の推進

予防給付と地域支援事業の見直し、特別養護老人ホームの入所対象者の重点化

後者のうちの予防給付と地域支援事業の見直しに関しては、従来の要支援者に対する予防給付として実施されてきた介護予防訪問介護と介護予防通所介護について、地域支援事業の1つである「介護予防・日常生活支援総合事業」(以下「総合事業」という。)へ移行されることになった。

保険者は、2017年度末までに総合事業への移行を実施することになっているが、2015年度中に実施予定の保険者は202、同じく2016年度は319、2017年度は966、未定が92と、約6割の保険者が2017年度まで準備期間に充てる意向となっている¹⁾。

2 総合事業とインフォーマルセクター

総合事業では、従来の予防給付に相当するもののほか、「多様なサービス」としてボランティア等のインフォーマルセクターによる支援も可能となっている。この点に関しては、予防給付をより安価なインフォーマルセクターの活動へとシフトするといった「給付費抑制論」に偏った批判もある。もちろん、財政上の問題も重要な論点ではあるが、今後の高齢化の一層の進展、独居や夫婦のみの高齢者の増加を考えた場合に、IADLの低下に対応した日常生活上の多様な支援が必要となり、そうしたニーズへの現実的な対応を考えた場合に、地域住民の「互助」を育てていくことが重要である。

このようなインフォーマルセクターの活動を日本においてどのように活性化させていくかという課題は、各保険者による総合事業の実施という当面の対応にとどまらず、各地域に根差し、永く機能する地域包括ケアシステムの構築という点からも重要である。

3 総合事業とプロダクティブ・エイジング

総合事業のガイドラインでは、「支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待される」としている²⁾。また、同じくガイドラインでは「60歳代、70歳代をはじめとした高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っておらず、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていく」との記述もある³⁾。すなわち、総合事業は、要支援等の高齢者を単に支援の「受け手」

として捉えるのではなく、その能力に応じた活動主体として捉え、かつ、その活動自体が介護予防につながるという多面性を有するものである。

一方、ボランティア活動が健康に与える影響は、継続的な追跡調査を要することや、そもそも定量的に計測することの難しさから必ずしも明確になっていない。ボランティア活動と健康との関係性を何らかの形で可視化することができれば、高齢者が「支え手」という立場からも総合事業に参画するインセンティブになるものと考えられる。

4 認知症への取組

我が国における認知症の人の数は、2012年で約462万人であり、高齢者の約7人に1人と推計されているが、今後の高齢化の進展に伴い、2025年には約700万人前後になり、高齢者の約5人に1人に上昇すると見込まれている。政府は、2015年1月に「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」を策定し、2025年に向けて、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すこととした。この新オレンジプランにおいては、①認知症に関する普及啓発、②容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④介護者への支援、⑤ハード・ソフト両面からの暮らしやすい地域づくり、⑥診断、治療、介護モデル等に関する研究開発、⑦認知症の人やその家族の視点の重視、の7つの基本的考え方が示されている。

我が国の取組としては、例えば、認知症サポーター養成講座が世界保健機関（WHO）や国際アルツハイマー病協会（ADI）から高い評価を受け、英国の「認知症の友」（Dementia Friends）のモデルとなるなど 4) 先駆的な実績を上げているが、「高齢化先進国」として、更なる認知症施策を推進していくことが求められる。

第2節 調査の概要

東北大学公共政策大学院教授 白川泰之

1 調査の趣旨・目的

(1) 海外調査

ヨーロッパ先進国においては地域における積極的なボランティア活動の展開が、長期介護制度の周辺で重要な役割を果たしている。我が国における総合事業の導入を踏まえ、インフォーマルセクターによる高齢者に対する支援をさらに掘り下げるとともに、認知症高齢者を地域で支えるため国内外でどのような活動が行われているかを調査することとする。

これにより、総合事業における「地域の取組との総合的・一体的な新総合事業の実施」と「認知症になっても地域で暮らし続けられるまちづくり」に関し、今後の市町村の取組を後押しするような提言を行うことを目的とする。

(2) 国内調査

日本国内において、地域で高齢者を支援する活動を実践している参加者および非参加者に対してアンケート調査を実施する。具体的には、「よこはまシニアボランティアポイント事業」「元気づくりステーション事業」への参加者・非参加者を対象として、メインのアウトカムは、健康面（高齢者本人にとっての介護予防効果）等を想定し多角的に評価する。

これにより、ボランティア活動が健康面等に及ぼす影響を可視化し、高齢者がボランティア活動へ参加する意義、インセンティブを提示することを目的とする。

2 調査の概要

(1) 海外調査

① 海外研究団体対象の政策・制度データ調査

- ・海外調査協力委員等から介護サービスの政策・制度に関する質問票（データリクエスト）への回答を得る。

- ・対象国は、デンマーク、ドイツとする。

（データリクエスト質問表と回答は本報告書 121 頁以下に収録）

② インフォーマルセクターの責任者及び高齢者等へのインタビュー調査

- ・地域で高齢者を支援しているインフォーマルセクターの責任者およびそこにボランティア等で参加している高齢者に対してインタビューを実施する。

- ・平成 27 年 8 月に実施。

- ・対象国は、デンマーク及びドイツについて、それぞれ 4 機関およびその機関のボランティア 3 名以上。

（インタビュー調査の対象者とインタビュー内容は本報告書 156 頁に収録）

③ 上記①及び②の調査の内容

(i) 高齢者に対する生活支援

- ・地域居住に関する基本的考え方

地域居住の継続に関し、地域住民、ボランティア団体が担うべき役割や公的機関や制度との関係性をどのように認識しているか。

- ・生活支援のツール

生活支援のツールとしてどのようなものが用意されているか。

- ・ ツールの担い手とその確保
生活支援に関し、だれがそれを担っているのか。また、担い手の確保方策（システム、意識づくりなど）、行政が住民の活動をどのように引き出しているか。併せて、生活支援において、家族がどのような役割を担っているのか。
 - ・ ツールへのアクセス
生活支援のツールを高齢者が利用する際、供給者はどのような動機づけや働きかけをおこなっているか。
- (ii) 認知症高齢者に対する生活支援
- 基本的な項目建では、上記③に準ずる。
- ・ 認知症高齢者の地域居住に関する基本的考え方
地域住民が認知症高齢者に対してどのような支援の意識、共生の考えを持っているか。
 - ・ 生活支援のツールとその確保
認知症高齢者特有の生活支援のツールはないか。また、家族に対する支援ツールはどうか。
 - ・ 共生に関する取組
直接的に認知症高齢者に働きかける支援以外に、認知症高齢者との共生のため、どのような主体がどのような活動を行っているか。

(2) 国内調査

「よこはまシニアボランティアポイント事業」「元気づくりステーション事業」5)への参加者・非参加者を対象として縦断調査「地域での活動と健康に関する調査」を行う。メインのアウトカムは、健康面（高齢者本人にとっての介護予防効果）、受け入れ施設と利用者のメリット（社会的な効果）、財政面（介護保険費、医療費等の削減効果）、等を想定し多角的に評価する。

調査は、2013年度の第1回調査に引き続き、要介護認定されていない「元気な高齢者（65歳以上）」の、施策参加者と施策非参加者合計約4000名を対象とする。

- ・ 従属変数：健康関連（IADL、抑うつ等）、主観的健康観等
- ・ 統制変数：基本属性（含む家族構成、年収）、施策参加、ボランティア参加、行政事業評価、ライフスタイル（運動、栄養、ICT利用など）、ライフコース（過去の経験）

本調査結果の分析にあたっては日本のJ-STAR、海外のSHARE（欧州委員会）、ELSA（英国）等の継続調査の個票の再分析と合わせて考察を行う。

(注)

- 1) 厚生労働省「介護予防・日常生活支援事業、包括的支援事業実施状況（2015年10月1日現在）」より。<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000074126.html>
(最終閲覧日：2016年2月12日)
- 2) 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」（平成27年6月5日付・老発0605第5号・各都道府県知事あて厚生労働省老健局長通知）p.1
- 3) 前掲脚注2、p.2
- 4) 認知症サポーターキャラバンHPより。<http://www.caravanmate.com/aboutus/>
(最終閲覧日：2016年2月12日)
- 5) 「よこはまシニアボランティアポイント事業」は2009年10月開始。65歳以上の高齢者を対象とし、介護施設などでボランティア活動をするポイントがたまり、年1回換金もしくは寄付ができる制度。地域支援事業として実施。登録者数2014年度の登録者数は10,556名であり、介護施設などでボランティア活動をしている。「元気づくりステーション事業」は高齢者が主体的・継続的に介護予防に取り組む「グループ活動」である。

第2章 ドイツのインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する制度の概要

第1節 国の概要と今後のビジョン

国立社会保障・人口問題研究所企画部長 小野太一



(出典) 外務省 HP より

1 概要

(1) 国の成り立ち

ドイツは 16 の連邦州（それぞれが憲法、議会、政府を有する）からなり、連邦共和制の体制にある連邦国家である。その原則は我が国の憲法に相当する「ドイツ連邦共和国基本法」において定められるとともに、当該基本法の改正によっても変更できないものとされている。そして基本法においては、「国家の権能の行使及び国家の任務の遂行は、この基本法が別段の定めをせず、又は許していない限度において、州のなすべき事柄である」と規定され、基本的には州が国家の「権能」や「任務」を有している（地方自治制度の詳細については後述）。16 の州は「新州」と呼ばれる旧東独地域の 5 州、「都市州」と呼ばれるベルリン、ブレーメン、ハンブルクの 3 州、及び「旧州」のうち都市州を除く「平地州」と呼ばれる 8 州からなる。そのうちノルトライン・ヴェストファーレン、バイエルン、バーデン・ヴェストファーレンの 3 州が人口、面積ともに他に比べ大きく、さらにニーダーザクセン、ヘッセンの両州も大きな経済力を有している。

約 8,094 万人（2014 年）の人口が 35.7 万平方キロメートル（日本の約 94%）の国土に暮らしている。高齢化率は 2013 年で 20.7% であり、65 歳以上の単独世帯の割合は、33.7% となっている。

(2) 内政

国会は国民の直接選挙で選ばれる「連邦議会」と、各州政府が議員を任命する「連邦参議院」からなる二院制である。「連邦議会」は、定数 598 名で任期 4 年（ただし現員は「調整議席」を含め 631 名）、小選挙区制を加味した比例代表制となっている。「連邦議会」は選挙で連邦首相を選出する権能を有している。連邦首相は実質的に連邦大臣を選任する。連邦首相は政府の施政方針を決定する権限を有し、各連邦大臣はこの方針の範囲内でそれぞれの所

掌事務を執行する。一方で「連邦参議院」は州の意思を連邦の立法、行政、及び欧州連合の事項に反映させるためのものであるが、その権限は限られたものとなっている。「連邦参議院」における票決権は、人口に応じて3票から6票が各州に割り当てられている。

政党は、保守政党であるキリスト教民主同盟 CDU（キリスト教社会同盟 CSU（バイエルン州のみ））、革新派の社民党 SPD、中間政党の自由民主党 FDP に、エコロジー政党の緑の党 Grüne や、旧東独の支配政党の流れをくむ PDS（「左派党」）等がある。1949年の西独成立以来連立政権が続いており、おおむね CDU/CSU と SPD の二大政党の間で、FDP がキャスティング・ボードを握る形で連立政権が構成されている。現在の政権は CDU/CSU と SPD の大連立となっており、メルケル首相は CDU を率いている。

(3) 経済

ドイツは言うまでもなく世界有数の先進工業国であるとともに貿易大国である。GDP の規模（2兆7,250億ユーロ（2014年））は欧州内で第1位であり、EU 経済をけん引する。産業構造としてはサービス業が69%、製造業が30%、農林業が1%となっており（2012年8月現在）、主要産業としては自動車、機械、化学・製薬、電子、食品、建設、光学、医療技術、環境技術、精密機械等がある。また財政規律に関しても厳格であり、2014年には目標に1年早く財政黒字を達成するなどしている。

2. 今後のビジョン

(1) ドイツ社会の今後

① 少子高齢化

ドイツは我が国やイタリアと並び低出生率の国となっている。1975年頃以降、合計特殊出生率は1.3付近を推移している（直近は1.36（2011年））。一方で人口の12.8%が外国生まれの者（2013年）であるなど、多くの移民の存在が、少子化に伴う人口の激減を緩和している格好となっている。また人口の高齢化も顕著であり、平均寿命は男性78.94歳、女性82.83歳（UN, World Population Prospects: The 2012 Revision による）となっている。そうしたことからドイツでも生産年齢人口割合の減少（1990年代初頭には生産年齢人口と60歳以上人口の比が約3:1だったのが、21世紀初頭には約2.2:1にまでなり、じきに2:1を切るものと予測されている。）が、社会保障や家族政策上の最大の課題となっている。（ドイツ政府が2012年4月に発表した人口減少・少子高齢化に係る総合的な戦略 "Jedes Alter zählt"（「全ての世代に価値がある」）については後述）

このため、公的年金制度においては2009年3月の連邦議会で成立した、年金支給開始年齢を65歳から段階的に67歳に引き上げていく改革が進められ、世代間移転のみでは支えきれなくなった老後の生活保障を自助努力で補う必要性も高まり、公的年金を補完する国の助成付き私的年金であるリースター年金への注目と関心が高まっている。一方で少子化対策としては、2010年4月からの児童手当の月額20ユーロの増（第1、2子：184ユーロ、第3子：190ユーロ、第4子以降：215ユーロ）や、2007年の所得比例の休業補償（「親手当」）の導入と父親の育児参加促進策、幼稚園や保育所増などの子育て支援策が進められている。

② 家族

ドイツにおける家族の在り方は多様化している。男性が家計を支え女性は専業主婦として、生涯添い遂げて数名の子供を育てるといった家族の在り方は根強く存在しているが、もはや圧倒的多数とは言い難くなっている。母親のおよそ65%は就業しており、子供が1人、ある

はいない家庭も多くなっている。また正式な婚姻以外の形でパートナーシップを築くカップルも多く（20歳～34歳の同棲世帯割合が17.4%（2011年））、同性カップルにも2001年から登録パートナーシップ制度が適用され、相続や社会保障に関する権利、養子制度などにおいて男女カップルと同等の権利が認められている。男女平等の進展により就業する女性の割合も、有子女性の就業率でみると69.2%（2010年）にまで高まっており、離婚率の高まりがその重要性を増している。政治やアカデミズムの世界における女性の社会進出も進んでいる。6歳未満児をもつ夫の家事・育児時間も3.00時間/日（2004年）となっている。

若者が教育を受ける期間は延伸している。ドイツの教育システムは一般課程と職業教育課程のいわゆるデュアルシステムとして著名であり、一般課程卒業者が49%である一方、職業教育課程卒業者が46%となっている（2012年、日本ではそれぞれ71%、22%）。留学生を除いた大学進学率は46%、職業系の高等教育進学率は22%となっている（日本は留学生込みで52%、28%）（2012年）。

③ボランティア活動と高齢者の生活

ドイツの若者の社会活動としては、良心的兵役拒否を選択する男性（徴兵の対象者）による福祉活動等の非軍事任務の義務付けが有名であったが、徴兵制が2011年7月1日に停止されると同時に、義務的な任務でないこと、女性や中高年齢者も参加できる形での「連邦ボランティア役務法」が制定され、同法に基づいた小遣い、無償の宿泊・食事・作業衣、児童手当等、社会保険、休暇といった助成が開始されている。従来からの、州の管轄である「青少年ボランティア役務法」に基づく福祉等の社会活動や環境部門へのボランティア制度（27歳未満の者を対象としたもの）と2本立てで、ボランティア活動への支援が行われている。それぞれ、当初目標の参加人数としては35,000人が見込まれている。

「連邦ボランティア役務法」について若干敷衍する。「連邦ボランティア役務」は生涯学習を促進するためのものであり、義務教育を修了した者が行うことができる。ボランティアは収入の意図を持たずに、職業教育の制度外でボランティア役務を行う。27歳未満の者については通常雇用に相当するボランティア役務を行うこととし、27歳以上の者にあつては、週に20時間を超える短時間雇用に相当するボランティア役務とすることも可能であるが、労働市場に影響を与えるものであつてはならないとされている。連邦ボランティア役務を受け入れる事業所（福祉、医療及び介護、障害者関連を含む）は、連邦家族・高齢者・女性・青少年省の下にある連邦家族・市民社会問題庁の認定を受けなければならない。その上で、連邦は、教育的支援のため、ボランティア1人当たり月200ユーロを助成することとされている。その他の費用は事業所が負担することとされているが、小遣い及び社会保険料のために支払った額のうち、25歳未満の場合には1人当たり月額250ユーロ、25歳以上の場合350ユーロを上限として、連邦から償還を受けることができる。2012年2月29日現在の連邦ボランティア役務のボランティアの年齢構成は、27歳未満が26,045人と最も多くなっているが、27歳以上50歳以下が5,966人、51歳以上60歳以下が3,890人、60歳を超える者が1,895人となっている。

ボランティア活動については、こうした制度的なものだけではない。ドイツ国民全体では、2009年で14歳以上の36%の者がボランティアに従事している。活動分野は「スポーツや運動にかかわるもの」が10.1%と最も多く、次いで「学校や幼稚園に関わるもの」「宗教や教会に関するもの」がともに6.9%、「文化、芸術、音楽に関するもの」「社会的な分野」がともに5.2%、「余暇や行事に関わるもの」が4.6%と続いている。年齢階級別の参加割合を見ると、14歳～19歳が36%、20歳～29歳が34%、30歳～39歳が39%、40歳～49歳が42%、50歳～59歳が37%、

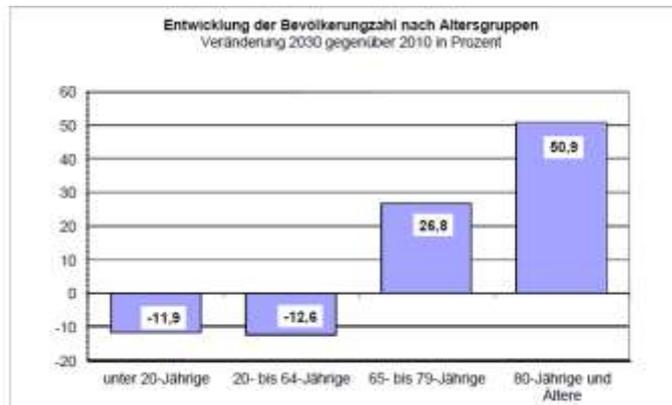
60歳～69歳が37%、70歳以上が25%となっている。特に高齢者については、1999年調査では60歳～69歳で31%、70歳以上で20%であったのに比較すると、伸びが著しくなっている。参加分野としては、「宗教や教会に関するもの（6.9%/7.0%）」、「社会的な分野（5.2%/6.8%）」、「スポーツや運動に関わるもの（10.1%/6.4%）」が多くなっているが（全年齢/65歳以上）、「医療（2.2%/2.7%）」は「社会的な分野」とともに、高齢者の割合が全世代より2割以上高くなっている。男性と女性と比較すると、男性が40%、女性が32%と、男性の方が高くなっている。（ボランティアの実例については後述）

高齢者の生活スタイルも変容している。今日では多くの高齢者が自立し、上記のボランティア活動のように社会的に積極的に活動し、老後の生活を自ら決定しようとするような健康な状態にある。公的年金は見直しが進んでいるとはいえ、他の世代に比べ高齢者は貧困に陥るリスクは低くなっている。また高齢者は精神的にも若返っており、60歳から75歳までの高齢者は約8歳は若く、75歳以上の場合は約10歳は実際よりも若いと感じているという調査もある。

(2) "Jedes Alter zählt"（「全ての世代に価値がある」）

ドイツでは上記のように我が国と同様人口減少・少子高齢化が進展しており、そのことは今後何十年にもわたり他のあらゆる変化にも増して深刻な影響をドイツに対してもたらすことが予測されている。健康で長寿になったこと自体は喜ばしいことである一方で、人口減少と（老齢）従属人口の増が同時に進行することの影響は甚大である。

こうした人口構造の変化に対し、ドイツ内務省（Federal Ministry of the Interior）はまず2011年10月26日に既存のデータと各省で講じられている施策についての報告書をまとめた。ここでは、例えばワークライフバランスの確保や退職後の社会活動の推進など分野・省庁横断的な課題が提起された。この報告書を受け、2012年4月25日にまとめられた人口問題にかかる戦略が"Jedes Alter zählt"（「全ての世代に価値がある」）である。



【図 2-1】 2010 年から 2030 年にかけての年齢階級別人口増減の将来予測 1)

（2010 年から 2030 年にかけての年齢階級別人口増減の将来予測。若年世代が 10%以上マイナスである一方、80 歳以上については 50%以上の伸びが予測されている。）（"Jedes Alter zählt"英語版より）

この戦略は大きく分けて、以下の 6 つからなり、その多くの要素が、「まち・ひと・しごと創生総合戦略」など、我が国の近年の政策パッケージに含まれるものと共通している。

① 「家族の強化」

家族中心の生活を可能とする職場環境の推進、家庭を築くことと勉学との両立、3 歳児以下の児童への保育・教育の充実、家事援助サービスの拡充、子供を持つことへの希望を叶え

ること。

②「労働者の意欲、技能、健康の維持」

職場での健康の維持、キャリアを通じての技能向上と訓練、高齢期での就業年齢の引き上げに向けた制度的対応や職場文化の振興、子育てや介護等の老後期での評価（honoring lifetime achievement better in retirement）。

③「高齢者の自立した生活」

高齢期の自立した生活における活動の推進等、高齢者の社会参加の推進、健康長寿の支援・質が高く対象を絞り込んだケアの確保。

④「地方での生活の質の向上と、統合的な都市政策」

人口減少・高齢化の激しい地域への支援の調整、地方の魅力の維持（地方における必要不可欠なサービス、交通の便や通信の維持）、人口構造の変化の下での都市の魅力の維持と統合的な都市コミュニティの創造。

⑤「持続可能な繁栄と成長の基盤の確保」

教育の可能性の開発と利用、技能を有する十分な労働者・起業家の確保、イノベーションや競争力の強化、生産性の向上。

⑥「効果的な政府」

財政の持続可能性の確保、連邦政府機構の近代化、公共サービスの生産性の維持。

連邦政府においては、州、市町村の政府や労使の関係者、民間企業やアカデミズム、ボランティアにかかわる者などの社会の各層との、人口減少・少子高齢化への対応に係る対話に着手している。（④「地方での生活の質の向上と、統合的な都市政策」についての詳細は後述）

（参考文献）

- ・在日ドイツ連邦共和国大使館 HP、「ドイツ連邦共和国一概略」
- ・山口和人（2014年）「ドイツ連邦制下の州と自治体」、「レファレンス」（国立国会図書館調査及び立法考査局）
- ・竹下譲監修（2002年）「第5章 ドイツ」、『新版 世界の地方自治制度』、イマジン出版
- ・国立社会保障・人口問題研究所（2015年）「人口統計資料集」
- ・森下昌浩（2006年）「ドイツにおける国と地方の役割分担」、財務総合研究所『主要諸外国における国と地方の財政役割の状況』
- ・「メルケル首相、技術分野の協力を意欲 日独、移民・財政政策に差」、「朝日新聞」（2015/3/10）
- ・OECD International Migration Outlook 2015
- ・鳥澤孝之（2010年）「諸外国の同性パートナーシップ制度」、「レファレンス」（国立国会図書館調査及び立法考査局）
- ・Geißler, Rainer, "An Open Society", "Deutschland.de"（ドイツ外務省の協力のもと作成されている海外向け広報ウェブサイト）（August 13, 2012）
- ・OECD Education Outlook 2014
- ・（署名なし）, "Fit and healthy in old age", "Deutschland.de" (November 26, 2012)
- ・保険と年金の動向 2014/2015」、厚生労働統計協会(2014年)
- ・斎藤純子（2010年）「ドイツの児童手当と新しい家族政策」、「レファレンス」（国立国会図書館調査及び立法考査局）
- ・渡辺富久子（2012年）「ドイツにおけるボランティアを助成するための法律」、「外国の立法」253
- ・春見静子（2008年）「ドイツ・カリタス連合体の研究VIーカリタスにおけるボランティアの役割ー」、「カトリック社会福祉研究」8, pp.25-44
- ・"Monitor Engagement - Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004-2009", Bundesministerium fuer Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (2010.4)
- ・Federal Ministry of the Interior (Germany), "Every age counts" - the Federal Government's demographic strategy", "Deutschland.de" (July 17, 2013)
- ・Department of the Interior (Germany), "Every Age Counts: The Federal Government's demographic strategy",

http://www.bmi.bund.de/EN/Topics/Society-Constitution/Demography/demography_node.html
(2015年10月31日アクセス)

(注)

1) "Jedes Alter zählt"英語版より

第2節 地方自治

国立社会保障・人口問題研究所企画部長 小野太一

1 「地方自治体」の組織

(1) 州の権限

前述のように連邦制国家であるドイツでは、州は国家として位置付けられている。一方、ドイツで「地方自治体」と表現されるのは、一般的には州に属する「郡」「市町村」「市町村連合」といった組織のことである。

基本法において、州は連邦に立法の権限を付与していない限度において、立法権を有している一方で、州法に対する連邦法の優位が規定されている。連邦の立法権は、(i) 連邦にもつぱら立法権限が付与される、外交、防衛、通貨、関税、移住などの「専属的立法権」と、連邦全域にわたり同等な生活関係を樹立するため、あるいは連邦全体にわたる利害から法律あるいは経済的統一を確保するため、連邦法による規律を必要とする場合にのみ、その限度で連邦が立法権を有するもののうち、(ii) 連邦が立法権を行使しない場合には州が立法権を行使することができる「競合的立法権」—具体的には経済法、労働法、(介護保険法などの) 社会法、交通法、民法、刑法等がこれに属する—、(iii) 連邦が大綱的定めをすることができ、その細目について連邦又は州の両方が定めなければならないとされる「原則的立法権」—具体的には財政法、財政計画などがこれに属する—、の3つに分類される(かつて存在していた「大綱的立法権」—(iii)の類型に近似するが、細目を定めなければならない対象が州のみであるもの—は2006年の基本法の改正により廃止された)。また州議会の立法機能は、主として、警察、地方自治、教育、文化等の分野で行使されている。EUの創設により、EU委員会とヨーロッパ議会へ立法権限の一部が移譲された結果、州議会の立法機能は独自性が低下している。

一方で行政権と司法権に関しては、州の比重は高い。州は、連邦法の執行(原則として州の固有の事務に属する)、連邦の委託を受けての連邦法の執行、州法の執行という三重の行政任務を負っており、一方で連邦政府が自ら連邦法を執行するのは、外交や連邦税務、国防、鉄道や航空、郵便等基本法に規定する限られた場合のみとなっている。さらには基本法において「共同事務」と呼ばれる、一定の分野について州の任務に連邦が協力する事務も規定されている。また比較的大規模な州においては、州各省の下部組織として州の行政事務を行う出先機関である「行政管区」が置かれている。司法権についても、連邦憲法裁判所、連邦最高裁判所(連邦通常裁判所、連邦行政裁判所、連邦税財務裁判所、連邦労働裁判所及び連邦社会裁判所)並びに連邦裁判所(特許、懲戒、刑事)以外は州に属している。

(2) 州と(狭義の)「地方自治体」の役割分担

ドイツ基本法(第28条)においては、「州」に属する地方自治体として「郡」「市町村」「市町村連合」を想定している。最小の単位である市町村は2012年12月31日現在全国に11,220ある。市町村が集まって郡を形成しており、郡は同日現在全国に407ある。郡は、それ自身が地方自治の主体となる性格と、州の下級行政機関としての性格の二重の性格を有している。また、都市部では「郡独立市」として、郡に属さず、郡と同等の地位が与えられている行政単位が全国に107ある。また、市町村のうち特定の事務を実施するための組織として「市町村連合」も存在しており、「市町村連合」にも自治権が認められている。なおドイツ基本法上の「市町村連合」には、「郡」と、その他の自治体の連合組織も含まれる。

2 地方自治体の任務

市町村は、基本法において、法律の範囲内において「地域的共同体のすべての事項」を規律するものとされている（「全権限性」又は「普遍性」の原則）。一方、この「地域的共同体」の事務を超える事務を処理する責任は郡に属することになるが、郡にはこの「全権限性」の保障はない。

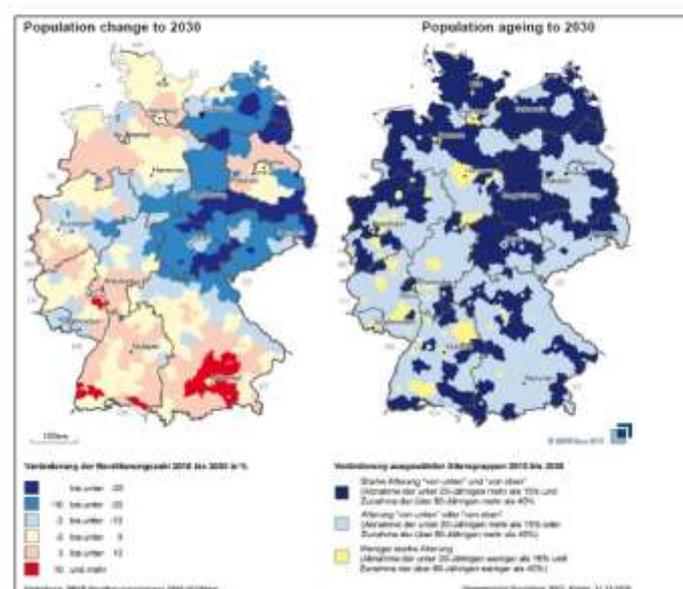
市町村がどのような事務を実施すべきかを定めるのは州である。そのため、州によって市町村の事務は様々ではあるが、公的な仕事のほとんどは一義的に市町村の責務とされている。市町村の事務は大きく分けて自治事務、指示による義務的事務、委任事務に分かれる。自治事務には任意的自治事務と義務的自治事務があるが、前者にはスポーツ施設、青少年センター、図書館、博物館、団体助成、公営交通などがあり、後者にはごみ処理、幼稚園・小中学校の設置運営、電気・ガス・水道がある。指示による義務的事務とは、指示された一定の枠内で行うものであり、具体的には社会扶助・住宅手当の支給、消防、救助、災害防止等とされている。委任事務は連邦又は州法の施行事務を担うもので、戸籍、旅券、国勢調査、兵役免除、選挙事務などがあるが、内容は州によって異なる。

一方で郡の事務は、市町村の区域を超える広域事務（交通、経済、都市計画、廃棄物処理、環境など）、小規模な市町村の行政能力又は財政能力を超える事務の支援である補完事務（青少年教育、多文化共生など）、及び市町村の行政サービスの調整事務（財政調整など）からなる。

3 地方と都市の抱える課題

前出の "Jedes Alter zählt"（「全ての世代に価値がある」）における政策の6本柱の4番目として、「地方での生活の質の向上と、統合的な都市政策」が掲げられていることを先に指摘した。下の図のように、日本と同様に少子高齢化が進展するドイツにおいては、日本の東京圏一極集中とは異なるものの、国内での貧しく辺鄙な地域や都市においては特に若年層が流出し、人口減少と高齢化が激しく進むことが予測されている。そのことは地域における空き家の問題や不動産価格の下落、最低限の公共サービスの確保や、雇用や所得に関するネガティブな予測につながり、逆に繁栄する地域や都市部がドイツ内外から人口をひきつけますますその魅力を増すことと対照をなしている。

2010年から2030年にかけての市町村別の人口動向に関する将来予測を示したものが図2-2である。左が総人口の増減であり、特に旧東ドイツ地域において最も色が濃い地域（20%以上の厳しい人口減が予測される地域）が多い。右が高齢化の状況であり、最も色の濃い地域は「20歳以下人口が15%以上減少し、かつ80歳以上人口が40%以上増加する地域」となっている。



【図 2-2】 2010 年から 2030 年にかけての市町村別の人口動向に関する将来予測 1)

こうした状況を受け、"Jedes Alter zählt"においては、地方での生活の質の向上とともに、都市政策もより統合的なものとするよう、以下の 3 点を連邦政府の政策の方向性として述べている。

① 人口減少・高齢化の激しい地域への支援の調整

国、州、EU それぞれの支援策のコーディネーション、ドイツの地域への EU からの支援の確保、支援策の効果の検証などを行う。

② 地方の魅力の維持（地方における必要不可欠なサービス、交通の便や通信の維持）

州と共同しての、人口減少地域における拠点となる小・中規模のコミュニティの支援策の強化や、生活インフラを提供する地域開発モデルの開発、州や市町村等と情報インフラ業界との対話の注視、2012 年の公的医療保険の提供構造に関する法律（Act on Care Structures in the Statutory Health Insurance）に基づく地方における医療確保のための各種施策の推進（医師確保策、テレヘルス等）、公共交通機関確保に係る州への支援の改善、地域活性化に資する革新的な取り組みをする自治体や個人への支援、民主主義と寛容の精神の涵養などを行う。

③ 人口構造の変化の下での都市の魅力の維持と統合的な都市コミュニティの創造

社会的統合に係るアクションプラン（2012 年 1 月）の一層の推進、自治体の社会的統合に係る政策への支援、人口構造の変化と社会的統合への対策を企図した都市開発政策の推進、東西両ドイツにおける都市再開発政策の継続、都市開発政策における住民参加の推進、長期失業者や社会的に不利な状況にある若者を対象とした生活支援策の推進、都市再開発に資する方向での都市計画の見直し、三世帯型住宅の推進によるワークライフバランスや多世代協働の推進などを行う。

（参考文献）

- ・山口和人（2014 年）「ドイツ連邦制下の州と自治体」、「レファレンス」（国立国会図書館調査及び立法考査局）
- ・（財）自治体国際化協会、「ドイツの地方自治（概要版）－2011 年改訂版－」
- ・森下昌浩（2006 年）「ドイツにおける国と地方の役割分担」、財務総合研究所「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」

- Department of the Interior (Germany), "Every Age Counts: The Federal Government's demographic strategy",
http://www.bmi.bund.de/EN/Topics/Society-Constitution/Demography/demography_node.html
(2015年10月31日アクセス)

(注)

- 1) "Jedes Alter zählt"英語版より

第3節 高齢者の介護政策

国立社会保障・人口問題研究所企画部長 小野太一

ドイツの高齢者介護政策に関しては、1994年に制定された介護保険法の内容をはじめ、多くの識者により詳細に報告がなされているが、本稿では第4節以下の理解の前提となる事実関係のみ簡単に整理する。

1 保険者・被保険者

ドイツの介護保険の保険者は、医療保険の保険者である「疾病金庫」が、明確に会計を分けた「介護金庫」を設けて運営している。疾病金庫は、連邦や州政府とは独立した非営利の公法人である。被保険者数は、疾病金庫に加入する約7,066万人（2014年12月31日）である。2013年のドイツの人口8,063万2千人と比較して約1,000万人近く少なくなっているのは、「疾病金庫」に加入せず民間医療保険の被保険者である場合には、民間介護保険に加入することとされているためである（約949万人(2014年12月31日)）。また、人口の約9割近くが加入しているのは、我が国の介護保険と異なり加入者の年齢制限がないためである。

2 要介護認定

(1) 現行制度

現行制度上ドイツの要介護認定は介護の必要な内容や頻度、必要介護時間に応じ3段階であるが、給付上限に関しては、在宅の現物給付と施設における「完全入所介護」には、より重度のケース（過酷なケース）について3段階の一番上の「介護段階Ⅲ」よりもさらに高い上限が設けられている。また認知症のように日常生活の判断能力に著しく問題があり、特別な介護が必要な場合を念頭に置いて、在宅の介護手当、現物給付、ショートステイやデイサービス、代替介護などに関しては、「介護段階Ⅰ」よりも軽度の「介護段階Ⅱ」も設けられている。ドイツの介護段階Ⅰの必要介護時間は「1日最低90分、うち基礎介護に45分以上」とされている（基礎介護＝身体介護等）。我が国の要介護認定が直接生活介助、間接生活介助、BPSD関連行為、機能訓練関連行為、医療関連行為を時間換算して合計して行われていることと異なるため、両国の等級を比べるのは難しいが、おおむね日本の要介護3ないし4がドイツの介護段階Ⅰに相当するとされている。「介護段階Ⅱ」は、一部の例外を除き認知症など「日常生活能力が著しく制限されている場合」のみに給付があることとされている。またこれも一部の例外を除き、在宅サービスの場合、介護段階ⅠとⅡにおいては認知症など「日常生活能力が著しく制限されている場合」とそうではない場合には給付水準が異なるものとなっている。

要介護認定は疾病金庫が共同で州ごとに設置するメディカルサービスの審査を経て、保険者である介護金庫が認定する。

(2) 第二次介護強化法(Zweites Pflegestärkungsgesetz, PSG II)による改正 1)

上記の要介護認定制度であるが、2015年11月に連邦議会を通過、同12月に連邦参議院で承認された第二次介護強化法により、大きく改正されることとなった。

認知症者をはじめとする知的・精神障害に係る考慮の強化のため、以下の改正が行われる。

○要介護認定における評価指標の変更

従来の介助にかかる時間に代わり、新たな要介護認定においては、次の6分野における各自の自立性が測定され、総合評価されて決定されることになる。

- 1) モビリティ（短距離の前進運動と体位変更の際の自立性）
- 2) 認識・コミュニケーション能力
- 3) 行動様式・精神的問題
- 4) 自立性（self-reliance）食事や身体ケアといった日常生活動作における自立性）
- 5) 疾病・治療のための課題および負担の克服（薬の服用、傷の手当など）
- 6) 日常生活および社会生活の形成

これに合わせ、要介護度の呼称が、従来の「介護段階（Pflegestufe）」から「介護度（Pflegegrad）」に改正される。

○要介護度の5段階への拡大、細分化

2017年から一部について上述の「介護段階0」はあったものの従来3段階であった要介護度について、5段階のものとされる。このうち「介護度1」については、これまでであれば要介護認定が受けられなかった介護ニーズが比較的低い者が対象となる。介護予防の観点から、相談、一般的な世話、住環境の適正化のための給付を受けられる。

給付の水準としては、在宅の現物給付の額で見た場合、従来の「介護段階1,2,3」が「介護度2,3,4」にそれぞれ相当し、「介護段階3」のより重度のケース（過酷なケース）が「介護度5」に相当する。

またすでに給付を受けている者は、新たに認定手続きを受けなくてもよい運用とされる。さらに身体に障害のある場合には1段階、知的な障害がある場合には2段階介護度が引き上げられることとされている。

これらの改正に加え、以下の改正も行われる。

- 介護ホーム入所時の自己負担額の定額化：従来は介護段階が上がると介護に係る自己負担額も高くなる制度であったが、これに上限額を設けた。（額は施設ごとに異なるが、2017年の全国平均で月額約580ユーロと予測されている。（このほか食費、居住費、投資費（investments）の支払いが必要）
- 追加的世話の義務化：追加的世話とは介護の枠内では対応しきれない読書、散歩、文化的催し等への付き添い、活性化、人間的な交流等を指す。現在は任意の提供だが、すべての入所施設に提供が義務付けられる。
- 家族介護者への介護保険財源から拠出される社会保険料に係る支援の強化：支援額の増強、条件緩和
- 情報提供・相談事業の改善
- 要介護認定手続き等の改善
- 介護事業者の質の確保の改善：評価制度の見直し等
- 介護金庫への介護ホームでの健康増進策実施の義務付け

3 給付の現状

公的介護保険の在宅サービスの受給者数と、施設サービスの受給者数は、表2-1のとおりである（2014.12.31現在）。比率としてはおよそ7：3と、在宅サービス受給者の数が2倍以上と多くなっている。ただしこの人数を見る際には、ドイツの場合にはほぼ高齢者に限

られている日本の介護保険とは異なる受給者の範囲であることに注意が必要である。

【表 2-1】公的介護保険の在宅・施設別の受給者数

	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ(重度ケース)	合計
在宅	1,094,521	501,609	143,207(2,481)	1,739,337
施設	316,125	278,294	145,834(6,463)	740,253

4 我が国の介護保険との相違点

(1) 給付水準

ドイツの介護保険は「部分保険」と言われ、介護費用の一部のみを介護給付で支え、本人の年金や資産も使って介護費用を賄うことが前提となっている。例えば、完全入所介護（施設入所）の介護段階3でも1月1,612ユーロの給付である（上記改正前、以下この節において同じ）。これは、1ユーロ130円として約21万円になる（日本の特養の要介護5であれば、加算なしで約27万円）。ドイツの場合でも介護段階3の重度ケースであれば、1月1,995ユーロ（約26万円）となるので、日本と比較すると自己負担分を除いて給付額だけを見ると日本よりも上回る額になる。しかし上記のようにそうしたケースは介護段階3の5%未満であり稀なケースである。自己負担額については施設によって異なるが、介護段階3の重度ケースで見て、経済の中心地であるノルトライン＝ヴェストファーレン州の中ではかなり安い方に属するホームで月額1,369.10ユーロ、高い方に属するホームで2,640.58ユーロに上ると指摘されている。介護費用が負担できない場合には、日本の生活保護に当たる社会扶助の介護扶助が給付されるが、資力要件は緩和されている。日本の介護保険でも、食費・居住費の「外だし」がなされ、低所得者には別途補足給付がなされていく方向にあることを想起すると、その違いの度合いは、制度導入時に比べて狭まっているとの評価も可能である。

②現金給付の存在など、家族介護者支援

我が国の介護保険では、現金給付は（特に女性の）家族介護者の負担を軽減しないのではないかという導入時の議論があったため存在せず、家族介護者支援としてはデイサービスやショートステイのようなレスパイトの効果を有する現物給付が中心となっているが、ドイツでは日本と同様の給付に加え現金給付も導入されている。それだけではなく、レスパイトサービスとして代替介護の給付もあり、その場合の代替での介護者として近親者が行ったとしても、他人が行った場合に比べ減額されるが、給付がなされる。さらに介護者の年金保険料については介護保険財源から拠出され、将来の年金給付に反映される、あるいは失業保険の保険料も介護保険財源から拠出されるなど、家族介護者支援が手厚いものとなっている。同時に、介護手当を受給している場合の家族介護者による介護の質の確保についても、介護専門職による訪問調査がなされるなど配慮がなされている。さらに前述の第二次介護強化法により、2017年以降、家族介護者に介護に関する相談を受ける請求権が与えられるとともに、介護保険財源から拠出される社会保険料に係る支援についても強化されることとされた。

なおドイツの介護保険における現金給付に関しては、OECDの国際比較報告書においては、将来の介護費用を抑制しつつ家族介護者を支援し、より高コストの介護サービスの必要性を減じていると評価されている。

(2) 在宅介護の充実

ドイツの介護保険においては我が国のようにケアマネジメントが必須化される制度設計になっておらず、かつ地域包括支援センター（在宅介護支援センター）のようなワンストップ

の在宅介護拠点も存在しなかった。(後述のソーシャルステーションとは別)

については2008年3月に連邦議会で可決された「介護発展法」により、案内や相談、ケースマネジメントなど総合的なサービスを提供する介護支援センターが創設された。これは住民2万人当たり1か所を目指し、介護金庫・疾病金庫・コミュニケーション・社会扶助運営機関によって共同設置されることとなった。また同時に、2009年1月から、日本のケアマネジメントにあたるケースマネジメントの仕組みも導入されるに至り、介護金庫に所属し、介護支援拠点に常駐する介護相談員が総合的な相談サービスを行うこととされた。さらに前述の第二次介護強化法により、介護金庫は郡又は郡独立市に対し、年間2万ユーロを上限に助成ができることとされたところである。

4 サービス提供主体

ドイツの介護保険サービス実施主体は民間の非営利団体が主となっている。具体的には、カトリック系のドイツ・カリタス連合、プロテスタント系のディアコニー奉仕団、無宗派の中小社会福祉団体が加盟するドイツ・パリティッシュ福祉団、社会民主主義的労働運動に起源をもつ労働者福祉団、ドイツ赤十字社、ユダヤ人のためのドイツ・ユダヤ人中央福祉センターの6団体である。

施設としては、要介護度の軽い順に、老人居住ホーム、老人ホーム、介護ホームといった施設が存在する。また在宅介護については、高齢者の介護問題が表面化し始めた1970年代に民間福祉団体によるソーシャルステーションが設置され、在宅介護サービスの拠点となっている。

これらの施設におけるサービスについては、介護保険の給付を行う事業者・施設に必要な要件を満たすものとして、前出の「介護金庫」や、州の介護金庫連合会と契約した場合に給付を受けることができる。

5 財源

ドイツの介護保険は保険料で賄うのが基本とされている。保険料率は、制度当初以来1.7%であったが、2008年7月に0.25%、2013年1月に0.1%、2015年1月に0.3%引き上げられ、保険料算定対象収入の2.35%となっている。子供がいない23歳以上の被保険者については、保険料率は0.25%上乘せされる。また前述の第二次介護強化法により、2017年1月から2.35%が2.55%に引き上げられる。被用者の場合には労使折半であるが、自営業者等の任意加入者や年金受給者については全額自己負担である。また、失業手当Ⅱ（求職者の生計費を支援する求職者基礎保障）の受給者については、連邦雇用機関から保険料が全額連邦負担で支払われ、総収入が基準金額以下の場合には配偶者と児童の保険料が免除される仕組みもある。

6 高齢者介護に関するマンパワーとボランティアの関わりの例

高齢者介護に関するマンパワーとボランティアの関わりの例を、上記の民間非営利団体の1つ、ドイツ・カリタス連合のホームページから紹介する。

カリタス連合全体で、高齢者介護のみならず児童・青少年や障害者分野等を合わせて、全体で2010年において約559,000人が働いている。その81.5%が女性である。また高齢者分野に関しては、131,939名が働いており、フルタイムが31,482人、パートタイムが76,169人となっている。

さらに約33,000人の職業訓練受講者等、約9,400人の兵役代替者（2010年にはまだ徴兵

制は停止されていない（第1章参照）の男性、約4,100名の青少年ボランティア役務法に基づくボランティアが、約56万人のスタッフの業務を支えている。それら以外にも、約500,000人のボランティアが参加しているとしている。（これらのボランティアの分野別の内訳については記述がない。）

（参考文献）

- ・藤本健太郎（2008年）「ドイツの介護保障」、増田正暢編『世界の介護保障』、法律文化社
- ・増田正暢（2008年）「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」、増田正暢編『世界の介護保障』、法律文化社
- ・Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 2015, Bundesministerium für Gesundheit (2015年3月13日)
- ・国立社会保障・人口問題研究所（2015年）「人口統計資料集」
- ・斎藤香里（2013年）「ドイツの介護者支援」、『海外社会保障研究』No.184
- ・森周子（2014年）「メルケル政権下の介護保険制度改革の動向」、『海外社会保障研究』No.186
- ・森下昌浩（2006年）「ドイツにおける国と地方の役割分担」、財務総合研究所「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」
- ・厚生労働省、「2014年 海外情勢報告」
- ・国別報告書（ドイツ）、OECD, “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, 2011”
- ・連邦保健省ホームページ, “Gröhe: More assistance for persons in need of long-term care and their relatives”
<http://www.bmg.bund.de/en/long-term-care/second-bill-to-strengthen-long-term-care.html>
(2016年3月4日アクセス)
- ・在ドイツ日本国大使館ホームページ, 「ドイツにおける介護システム等について（平成26年5月）」
<http://www.de.emb-japan.go.jp/nihongo/konsular/140530Dkaigo.pdf>
(2016年3月4日アクセス)
- ・春見静子（2008年）「ドイツ・カリタス連合体の研究VIーカリタスにおけるボランティアの役割ー」、『カトリック社会福祉研究』8、pp.25-44
- ・“More Than One Million People Work for Caritas”、ドイツ・カリタス連合ホームページ
<http://www.caritas-germany.org/aboutus/servicesandstaff/> (2015年11月9日アクセス)

（注）

- 1) 以下第二次介護強化法に係る記述はドイツ在住の吉田恵子氏の報告による。報告の全文は本報告書135頁以下を参照。

第4節 インフォーマル組織とその活動

第1款 地域のインフォーマル組織

成蹊大学文学部現代社会学科専任講師 渡邊大輔

1 概況

従来、市民への福祉供給の主体は、再配分を担う政府（福祉国家）、交換の原理に基づく市場、そして家族がその中心的な役割を果たすものとみなされてきた。たとえば福祉資本主義レジーム論で知られるエスピン＝アンデルセンは、「福祉が生産され、それが国家、市場、家族のあいだに配分される総合的なあり方」を規定する福祉資本主義レジームの概念を歴史的、計量的分析から行っている。その結果、国家の役割が大きい社会民主主義レジーム（北欧諸国）、市場の役割が大きい自由主義レジーム（アメリカ、イギリスなど）、そして家族や職域の役割が大きい保守主義レジーム（ドイツ、オランダなど）に区分している（Esping-Andersen, 1990）。しかし、福祉の供給主体は、国家、市場、および家族に限定されるものではない。地域共同体や NPO といった新しい協同のあり方もまた、重要な福祉供給主体であり、とくに教育や福祉分野において重要な役割を果たしているという指摘は、エスピン＝アンデルセンの議論とほぼ同時期からなされている（Anheier and Seibel, 1990）。

そこでサラモンらは、エスピン＝アンデルセンの福祉資本主義レジーム論を踏まえながら、国家および市場の役割と NPO の果たす役割の比率について国際比較分析を行い、3 類型ではなく 4 つの類型を抽出している（Salamon and Anheier 1998; Salamon, Sokolowski and Anheier 2000）。①政府支出が少なく NPO セクターの規模が大きい自由主義型（アメリカ、イギリスなど）、②政府支出が大きく NPO セクターの規模が小さい社会民主主義型（北欧諸国、イタリアなど）、③政府支出が大きく NPO セクターの規模も大きいコーポラティズム型（ドイツ、フランス、オランダなど）、そして④いずれもが小さい国家主義型（日本など）、この 4 類型である。

これらの先行研究のいずれにおいても、ドイツは国家や市場だけでなく、家族や職域、そして NPO などのインフォーマル組織の果たす役割が大きいとされている。本節ではその一つとして地域におけるインフォーマル組織と地域のボランティア活動に注目し、2015 年度にノルトライン＝ヴェストファーレン州アルンスベルク行政管区（Regierungsbezirk Arnsberg im Land North Rhine-Westphalia. 以下、それぞれ NRW 州、アルンスベルクと表記）において行った聞き取り調査のデータと、専門家へのデータリクエスト、および各種資料をもちい、とくに NRW 州アルンスベルクの事例を中心に考察する。

2 代表的なインフォーマル組織と税制

ドイツでは、家族や職域団体に限らず、さまざまなインフォーマル組織が市民活動の担い手となっており、その多くはボランティアによって支えられている。インフォーマル組織の数についての統計はないが、ボランティアに関する調査などでは、スポーツ、余暇・社会生活、文化・芸術・音楽、社会福祉、育児・教育、信仰・教会、専門的アドボカシー、環境保護、若年者の就労・成人教育、市民参加、消防、政治参加、健康、および、防犯の 14 領域において組織的なボランティア活動が行われており、あらゆる地域においてこれらの活動を行うインフォーマル組織が存在している（Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth, 2010）。

北住 (2014) によると、ドイツでは福祉分野において全国レベルの代表的な 6 つの民間福祉団体 (Freie Wohlfahrtspflege) がある。ドイツ・カリタス連合 (1897 年創設)、デアコニー (1848 年)、労働者福祉団 (AWO 1919 年)、同権福祉団 (1924 年)、ドイツ赤十字 (1866 年)、ユダヤ人中央福祉センター (1917 年) である。これらは民間福祉頂上団体と称され、連邦民間福祉団体連合 (BAGFW) に結集している (北住, 2014:9)。これらは、全国的なネットワークを要しており、ドイツの社会福祉供給の半数以上を占めている (ibid. :9)。これらの団体の担い手は専門職とボランティアである。ドイツ・カリタス連合を例にすると、559,900 人の専門スタッフを抱えると同時に、推定でおよそ 500,000 人のボランティアが約 4,700 のグループ組織のもとで活動している (Caritas の WEB ページ)。

アルンスベルクにおいてもカリタス連合の支部であるカリタス・アルンスベルクは児童向けや高齢者向けの福祉施設を複数設置しており、地域福祉の重要な担い手が、第 1 セクターたる行政でも、第 2 セクターである市場でもなく、第 3 セクターとしてのインフォーマル組織によって担われている。

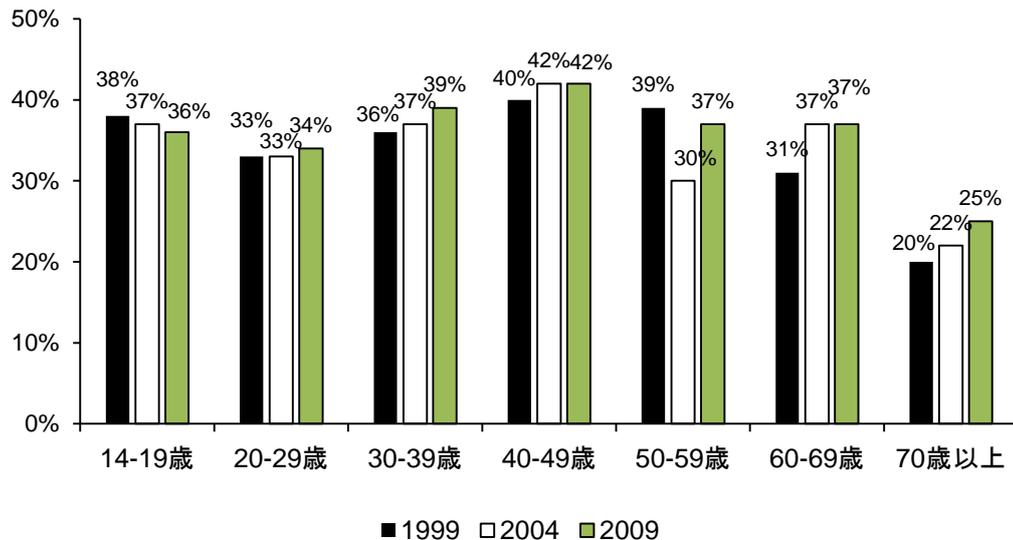
また、このような大規模な組織だけでなく、クラブ活動と呼ばれる地域のスポーツクラブや児童支援団体、芸術団体、などが数多く存在し、さまざまな活動を行っている (Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth, 2010:8-10)。

ドイツ政府は、これらのインフォーマル組織のうち非営利組織に該当する団体はその収益に対して非課税とする政策をとっている。非営利組織は、税法上は社団、財団、公益有限会社、組合等の 4 つに分類されており、これらは、租税通則法 (Abgabenordnung) において税法上の優遇措置がとられている。また、ドイツではこの団体は必ずしも法人である必要はなく、活動内容の公共性が認められれば、優遇措置を受けることができる (日本税制研究所, 2007)。また、もう一つの重要なインフォーマル組織として宗教団体があげられ、これらも同様に税制上の優遇措置を受けている。

3 インフォーマル組織とボランティア活動

前述したように、これらのインフォーマル組織はボランティアにその多くの活動を支えられており、他のヨーロッパ先進諸国と同様に、ドイツにおいてもボランティア活動は活発である (Angermann. and Sittermann, 2011)。図 2-3 は 1999 年、2004 年、2009 年のドイツ連邦家庭高齢者女性青少年省が行っているボランティア調査 (Deutsche Freiwilligensurvey, FWS) の年齢階級別のボランティア活動参加率の推移である。注目すべきは、60 代、70 代のボランティア活動参加率が上昇していることである。この 10 年で 60 代は 6 ポイント、70 代も 5 ポイント上昇し、高齢期におけるボランティア活動にかかわる人が増加している。

2009 年の調査データによると、65 歳以上の高齢者のボランティア活動の活動内容で高いものは、上位から教会・宗教 7.0%、社会福祉 6.8%、文化・音楽 4.7%、レジャー・社会生活 4.4%となっており、若年世代の最上位がスポーツ (10.1%) であることに比べると宗教、社会福祉、文化といった必ずしも肉体的負荷が高くない活動が行われている。ドイツにおけるインフォーマル組織の多くは、これらのボランティアによってその活動が支えられている。



【図 2-3】年齢階級別ボランティア活動参加率の推移 1)

【表 2-2】インフォーマル組織とボランティア活動を支える全国規模のプラットフォーム

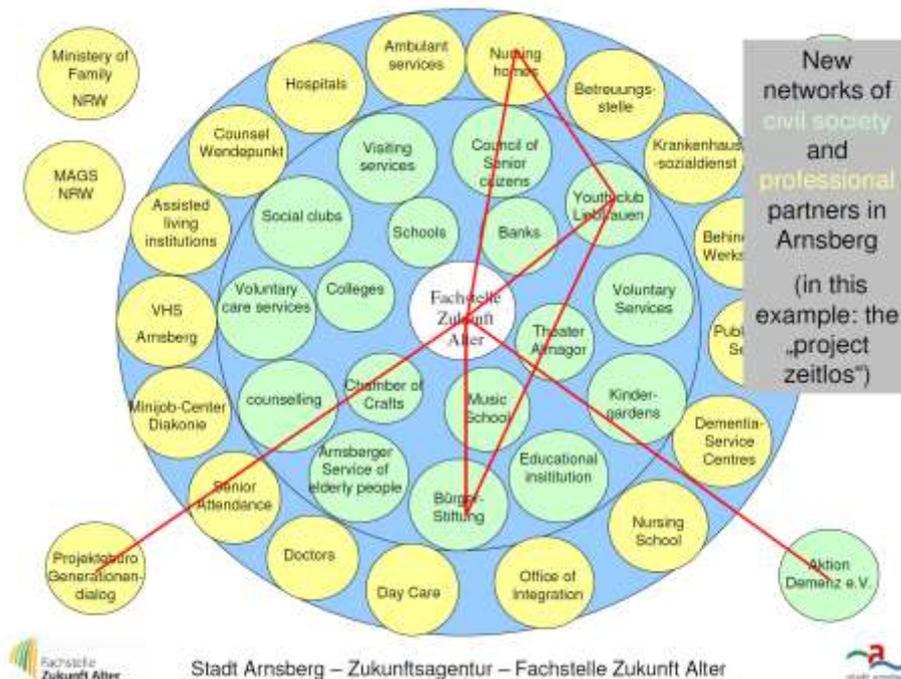
プラットフォーム	概要
連邦市民ボランティア活動ネットワーク Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement: BBE	連邦家庭省の支援を受けて、市民社会、国、産業界の情報交換の場となり、相談窓口ともなっている
市民社会の道しるべ Wegweiser Bürgergesellschaft	連邦内務省から支援を受けて、市民社会、市民ボランティア、市民参加に関する、ニュース、実践に役立つヒント、データベース、活動の可能性、キャンペーンや催しのコツなどの情報を提供する財団
ボランティア・エージェンシーの連邦研究会 Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e.V. (bagfa)	ドイツにある約 400 のボランティア・エージェンシーの専門連合会および上位団体。地域のボランティア・エージェンシーの全国ネットワークであり、ボランティア機関の利益代弁機関
全国アクション・ウィーク「市民ボランティア活動」 Bürgerschaftliches Engagement	2004 年から毎年特定期間、BBE のコーディネーションの下、社会一般に向けて市民ボランティア活動のイメージキャンペーンと、全国の様々なイベントを開催する
ドイツでボランティア Engagiert in Deutschland	市民ボランティア活動をするための情報・コミュニケーション・プラットフォーム。ボランティア・サービス形態やドイツボランティア賞に関する情報、ニュース、プロジェクトなどの情報を提供している

また、これらの団体にかかわる経緯については、インタビューでは口コミと地方新聞での広告によるものが多かったが、さらに連邦政府や地方政府は、ボランティアの情報を収集し発信したり、ネットワーク化を進めるために、さまざまなプラットフォーム構築を進めている。具体的には、表 2-2 のような団体、ネットワークが全国規模で支援をしている。

4 アルンスベルクのインフォーマル組織やボランティア間のネットワーク化

前述した全国規模でのインフォーマル組織とボランティア活動への支援に対して、アルンスベルクでのインフォーマル組織間の連携における特徴的な取り組みの一つが、市による高齢者対策室（未来の高齢の専門機関）の設置であった。市長直下の部署である高齢者対策室は、活動を始めるための最初の集会の際に、アルンスベルク地区の 2,500 のインフォーマル

組織に招待を送っている。これは、「医師の団体からペットの団体まですべての方たち」（室長）というように、対象年齢や活動内容にかかわらず送っている。この意図は福祉のためと目的を限定するのではなく、それぞれの団体がどのように高齢化という社会変化のために何ができるかを考えるきっかけとし、またそのためのネットワークを構築するためであった。このうち 450 もの団体が参加し、現在も活動にかかわっている。ヒアリングでは、アルンスベルクで 30 年以上活動を行ってきた青少年センターが、この呼びかけに応じて参加し、何ができるかを考えたうえで、子どもたちと近隣の老人ホームでクラウン（大道芸）を一緒に行うという取り組み事例があった。この事例が指し示すことは、子どもたちにサービスを提供するということと、高齢化に向けた取り組みを行うことは、別のベクトルを向いているとは限らず、結びつくことで新しい取り組みを行う可能性があるということである。



【図 2-4】アルンスベルクにおける専門機関とインフォーマル組織の連携の様子 2)

図 2-4 はその概念図である。1 つ 1 つの丸が様々な組織やサービスを示しており、図の中心第 1 層の部分は市民社会（すなわちボランティアによる活動および学校など）、その周りを覆う第 2 層が専門職を示している。線は、ある取り組みにおいて、どのように複数の組織が関連しているかを示している。この線が様々なプロジェクトごとに結ばれることで、アルンスベルクでは多様な福祉供給が行われ、また市民活動が行われている。

さらにアルンスベルクでは、アルンスベルク地区内において選挙で選ばれた 55 歳以上の方 19 名による高齢者諮問委員会を設置している。この委員会では、社会福祉、都市計画・建設、文化・スポーツ・観光の 3 分野において当事者として高齢化の問題を考え、高齢者対策室を通して、さまざまな活動（次項において紹介する外出支援サービスや年金相談、など）を行っている。また、NRW 州の同様の委員会などとネットワークを構築している。

アルンスベルクはネットワーク化がかなり進んでいるとのヒアリングでの声もあったが、ドイツにおけるボランティアによるインフォーマル組織の活動は、単に独自で活動を行うだ

けでなく、さまざまな組織とネットワークを構築することで、レバレッジを効かせてより質の高い福祉サービスの供給を可能にしている。

(注)

- 1) Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth, 2010:30
- 2) アルンスベルク 高齢対策室提供資料より

1 概況

ドイツにおける高齢者の生活支援は、介護保険などの公的保険の対象となるものと、インフォーマル組織等が独自に行う活動（後述する外出支援サービスなど）がある。とくにボランティアがかかわっている代表的な生活支援サービスとして、ボランティアによる訪問・付き添いサービス（在宅者および施設入所者向けの両方有り）と、追加的世話サービスがある。本項では、この概要とアルンスベルクにおける取組について紹介する。

訪問・付き添いサービスは、主に、病院、老人・介護ホーム、その他の通所施設を訪ね、家族から支援を得られない要支援者の話し相手、本の朗読、外出および買い物の支援をするものであり、介護・看護を担当する事業者および家族の代替ではなく、彼らの負担軽減また本人の社会環境を拡充することを目的としたものである。代表的な活動として、グリーン・レディース&ジェントルメン（Grüne Damen und Herren）があり 11,000 人のボランティアが 40 歳以上の方への支援を行っている（eKH: Grüne Damen und Herren のウェブページより）。

もう一つの重要な生活支援が追加的世話サービスである。その一つが「敷居の低い世話サービス（Niedrigschwellige Betreuungsleistungen）」であり、有償ボランティアによる世話サービスである。保険の給付対象となるのは一般に、認可を受けたボランティア・グループによるサービスであり、管理者の資格制限（管理者が看護師であることなど）やボランティアが実地研修を含む 30 時間の養成コースを受ける必要があることなどの規定が州ごとに決められている。NRW 州では保険給付対象であることから各団体は自己採算性をとっているが、州によっては活動補助を出している州もある。

2 アルンスベルクにおける「敷居の低い世話サービス」

アルンスベルクでは、カリタス・アルンスベルクなどが敷居の低い世話サービスを提供している。

カリタス・アルンスベルクでは、カラムニ（CaramunDi）と呼ぶサービスであり、在宅の支援サービスである。もとは障害者と高齢者とで多少のサービスが分かれていたが現在は統合されている。障害者と、日常的な生活能力に制限がある認知症の高齢者が対象であり、現在はそれぞれおよそ 20 人、85 人がサービスを受けている。カリタスは 2 人の正規職員（代表、教育係である OT）が担当し、教育と利用者ボランティアとのマッチングを主に行っている。

ボランティアは有償であり、1 時間当たり 7.98 ユーロの報酬が支払われている。車での移動におけるガソリン代などは自己負担となる。この対価は労働報酬とは位置付けられておらず、最低賃金（8.50 ユーロ）よりも若干低い金額である。労働報酬ではないためカリタスが負担する形で保険にも加入している。また、活動を始めるには、30 時間の研修と 15 時間の実習を受け、基礎的な知識（障害とはなにか、認知症とは何かなど）やサービスとして行ってよいことといけないことの境界（たとえば、投薬は不可、など）、守秘義務などの法律的な義務などを学ぶ。またカリタスではコミュニケーションの取り方や顧客との関係性について力を入れており、さらにボランティア活動をはじめた後でも、年に 2、3 回講習などを行っ

ている。なお、専門資格取得者（福祉士など）はこれらの研修、実習が免除される規定があるが、ヒアリングでは実際には学び直しとしてこれらの講習を受けたという声も聞かれた。

利用者は、表 2-3 にある、3 種類のサービスの選択肢が提示されている。利用者は、認定を受けることで介護保険から償還を受けることができ、また、同額を自費で支払うことも可能である。この金額は有償ボランティアによる金額であり、より高額となる。

【表 2-3】カリタスによる敷居の低い世話サービス CaramunDi

内容	利用料*
①訪問サービス	1 時間 15.50 ユーロ
②施設でのグループサービス	2 時間半 15 ユーロ
③夜間の見守り、付き添い	夜間 12 時間 95 ユーロ

* 金額は州によって異なる。この金額はアルンスベルクにおけるもの

ボランティアが実際に何を行っているかは非常に多様であり、利用者の要望や状態に合わせて、遊んだり、ゲームをしたり、一緒に料理をしたりする。「一日の特定の時間に特定の人に来てくれるという、1 日のリズムを作っていくことが非常に大事だ」という言葉に示されるように、当事者の生活に合わせて、その生活のリズムを構築し、またその人にあったコミュニケーションをとることで当事者の生活スタイルに寄り添ったケアの提供が可能となっている。

なお、ヒアリングでは専門職とのケアの違いとして、この時間感覚の違いが幾度か指摘された。専門職は個々のケアの質は高いものの、時間感覚が専門職としてのものであるため動きが速く、利用者にとってなじむことが難しいこと、また、時間に厳格であるため無償で少し延長するなどの融通が利かないというものであった。これに対してボランティアによるサービスは、時間感覚が利用者にマッチしたものであり、(厳密には規則違反かもしれないが) 規定時間を超えて利用者と一緒に過ごしているという実態がボランティア本人からも、管理するスタッフからも、NRW 州の担当者からも聞かれた。この点は、ボランティアによる活動のある意味での質の高さを示しているといえよう。

また、敷居の低い世話サービスは有償ボランティア・サービスであり、カリタスでも支援者たるボランティアを従来のボランティア（ドイツ語で *Ehrenamtlich*）とは別の言葉（*Freiwillige*）でとらえていた。ただし労働者としてではなく、税法上の措置で年間収入が 2,400 ユーロ以下であれば免税されるという規定を踏まえ、あくまでもその枠内で活動している人が多いということであった。またボランティア当事者は女性の高齢者で年金等で生活を十分にまかなえている人が多く、この収入をそれほど重視していない人も、生活の資金として期待しているという人も双方がいた。すなわち、対価について一致した見解があるのではなく、複数の理解が共存している状況であることが示唆された。

敷居の低い世話サービスは、時間間隔が利用者に沿っているという意味での質の高さと、障害者や認知症の人に対して体系的な教育を受けたボランティアによる支援を可能にしているという点、また、より高価であるが専門職でも同様のサービスを行うことで利用者を選択肢が生まれるという点において、注目すべき制度であるといえるだろう。

3 アルンスベルクにおける外出支援サービス

次に、インフォーマルな組織が独自に行う生活支援として、アルンスベルクにおける外出支援付き添いボランティア活動を取り上げる。これは、高齢者諮問委員会において高齢者がよ

りよく買い物ができるようにするという目標を立て、シンポジウムなどを行う中で生まれたアイデアに基づく活動である。2013年9月に始まったこの活動では、バス会社と提携して中心部で週に一度開かれるマーケットの日に、ボランティアがバスに同乗して、バスを利用する人を安全にバスに乗降させる支援をするものである。

ボランティアはみなバス会社から乗降支援のための講習を受け、同じ青いベストを着て活動している。多くのボランティアは月に2回程度の活動を行っており、ドイツの他の多くのボランティア活動と同様に完全に無償で活動している。メンバーは高齢者諮問委員会の人が多く、そのほかには口コミで参加した人や、店頭に置かれたパンフレットをみて参加した人などもいた。男性が多い点にも特徴があり、アクティブに活動をしている9人のうち男性は7人である。ボランティア同士は仲が良く、ときおりお酒を飲みに行ったり、誕生日パーティーをするなどという話も聞くことができた。

提携するバス会社にとってもこのサービスのメリットは大きく、定期運行のバスに同乗させるだけであることからコストは教育コストなどに限られ、歓迎されている。また他地域(リップシタット)での先行事例もあることから、このサービスを導入しやすかったという側面もある。

この活動が直接の要因ではないが、2015年からはボランティアが幹線道路から離れているためバスがなかった道を運行するコミュニティバスのサービスも始まっており、ボランティアによる外出支援が多様な形で行われている。

このように、ドイツにおける高齢者の生活支援は地域のボランティアによって支えられている側面が非常に大きい。このボランティアの活動には、敷居の低い世話サービスにみられるように、それまでのドイツの伝統にはあまり見られなかった有償ボランティアによる活動があり、また、外出支援付き添いボランティア活動にみられるように従来通りの無償のボランティアによる活動もある。さらに、幾分高価ではあるが、専門職に依頼することも可能である。このような無償ボランティア、有償ボランティア、専門職による様々なサービスが重層的に折り重なっている点にドイツにおける高齢者の生活支援の特徴があるといえよう。

(参考文献)

- Angermann, A. and B. Sittermann (2011) "Volunteering in the European Union: An Overview," Working paper no. 2 of the Observatory for Sociopolitical Developments in Europe, Frankfurt: Institute for Social Work and Social Education .
http://www.sociopolitical-observatory.eu/uploads/tx_aebgppublications/Working_Papier_no_2_Observatory_Volunteering_in_the_EU_Overview.pdf
- Anheier, H. K., and W. Seibel, eds. (1990) *The Third Sector: Comparative Studies of Nonprofit Organizations*. Berlin and New York: DeGruyter.
- Esping-Andersen, G., (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Oxford: Basil Blackwell.
- Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (2010) *Monitor Voluntary Activities: Volunteering in Germany 1999-2004-2009 Summary of the 3rd Survey on Volunteering*, Berlin: BMFSFJ.
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Monitor-Engagement-Nr-2-englisch,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Komp, K., K. van Kersbergen and T. van Tilburg (2013). "Policies for older volunteers: A study of Germany and Italy, 1990-2008," *Journal of Aging Studies*, 27(4):443-455.
- 日本税制研究所 (2007年) 「ドイツにおける非営利事業体税制」
http://www.zeiseiken.or.jp/zeihou/2007/h20_germany_hieiri_jigyohitai_zeisei.pdf
- Salamon, L. M. and H. K. Anheier, (1998) "Social Origins of Civil Society: Explaining the Nonprofit Sector Cross-nationally", *Voluntas*, 9(3):213-248.
- Salamon, L. M., S. W. Sokolowski and H. K. Anheier, (2000) "Social Origins of Civil Society: An

- Overview”, Working Paper of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, no.38, Baltimore: The Johns Hopkins Center for Civil Society Studies.
http://ccss.jhu.edu/wp-content/uploads/downloads/2011/09/CNP_WP38_2000.pdf
- Caritas, Services and Staff: More Than One Million People Work for Caritas
<http://www.caritas-germany.org/aboutus/servicesandstaff/servicesandstaff.aspx>
 - eKH: Grüne Damen und Herren
<http://www.ekh-deutschland.de/startseite/>

1 概況

インフォーマルな活動は、認知症高齢者の支援においても重視されるようになっており、2015年に発表された「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」においても、専門職のみならず、一般市民が認知症の理解を深め、それぞれの立場で認知症高齢者が暮らしやすい地域づくりに参画することが期待されている。2005年からは、認知症サポーターキャラバンの取り組みが、一般市民への認知症に関する知識の普及啓発を目的に開始され、2015年12月31日時点で受講者が710万人に達しており、国際的にも類を見ない規模の啓発活動となっている。しかしながら、研修を受けたサポーターたちが自分の地域に戻って、どのような活動を行っていくかが今後の課題となっている。そのような点から、日本と同じく介護保険制度をとっているドイツでの取り組みが参考になると考えられる。

ドイツの認知症患者数は2012年で157万人と推計されている。総人口が8199万人であることから、日本の462万人と比較すると実数としても、人口に占める割合としてもかなり少ない推計値となっている。主な原因は、ドイツは日本と比較して高齢化率が低いことによるものと考えられる。また、日本と同様、疫学調査の結果から認知症の人の約50%は診断を受けていないと報告されている。

2 ドイツの認知症対策の概要

国の方針としては、これまでも連邦政府による研究、モデルプロジェクトが行われてきたが、現政権においては2014年に、連邦保健省および連邦家庭省大臣が「共同で認知症者のために（Gemeinsam für Menschen mit Demenz）」というアジェンダに署名した。主要な点としては、下記の点があげられる。(1) 介護強化法(Pflegestärkungsgesetz)：2015年1月から施行の同法（改革第一弾）により認知症患者に対する給付が本格化した。主に身体的障害に重点をおいてきた要介護の定義を抜本的に見直し、認知症が本格的に考慮されることになる改革第二弾（介護強化法II）も、2017年から施行される予定である。(2) 地域におけるネットワーク作り：自治体行政の他、非営利団体、多世代ハウス、医師をはじめとする関係主体による500地域でのネットワークの形成・強化を助成および支援。(3) 一般市民の意識を高める：タブーを打ち破るため、政府は「認知症者のためのアライアンス」を呼びかけている¹⁾。

インフォーマルセクターの活動に対するサポートとしては、「敷居の低い世話サービス（Niedrigschwellige Betreuung）」があり、話し相手、見守り、医者への付き添い、娯楽などのサービスが提供されている。活動するボランティアに対する研修と支援が運営主体に義務付けられている。詳細についてはインタビュー調査の報告にて紹介する。それ以外に、ノルトライン＝ヴェストファーレン州では、自助グループ活動のコーディネーションを行っており、ウェブサイト²⁾ではさまざまな相談窓口が表示されるようになっている。

日本における認知症の人と家族の会に相当するドイツアルツハイマー協会³⁾があり、地域の初期・軽度の認知症の人のために、ワークショップや軽いスポーツやレクリエーションを一緒に行うサークル活動を行っている。それ以外に絵画教室や余暇活動のサークルがある。フ

ランクフルト市では、「認知症の人とその家族への支援」(Hilfe für Demenzkranke und ihre Angehörige) と呼ばれる活動があり、認知症介護を経験した家族がアンバサダーを務め、定期的に各地区にバスで赴き、バスの中で当地区の認知症者およびその家族に情報提供をしたり相談に乗ったりする。若年性認知症やアルツハイマー型認知症以外の認知症患者に特化したボランティア・サービスは現在のところは提供されていない。

3 インタビュー調査の結果

(1) ノルトライン＝ヴェストファーレン州での取り組み

2004年からは認知症センターを各地区に設置している。13のセンターのうち12はそれぞれの地域の担当で、一つだけ全地域を担当している所がある。そこは移民を担当している。資金は州の介護金庫から出ている。各センターは運営主体がそれぞれ異なり、カリタスや労働者の組織、もしくは市が直接関わっている所もあり、消費者センターが関わっている所もある。ドイツ高齢者支援協会(KDB)という研究所がすべてのセンターのコーディネートを担当している。また、認知症に関する対話センターをビッテンヘルデケ大学が主宰している。

認知症センターは、認知症への偏見をなくすことに取り組んでおり、一般市民対象の催しや、専門家のためのイベントを開いている。また、上述の「敷居の低い世話サービス」のインフラ整備の支援をしている。さらに、事業者や市民、市町村、認知症の人とその家族といったさまざまな関係主体をまとめてネットワークを作ることに取り組んでいる。ネットワークは年間4回ミーティングを開き、啓発のための取り組みについて話し合っている。

ジーゲンビットゲンシュタイン郡における「敷居の低い世話サービス」の具体的な運用を紹介する。上述の通り、このサービスには請求権に関する前提要件があり、それをどのように実施するかは州法で決まっている。ボランティアと有償ボランティアがいて、全員が30時間の研修と継続的な教育を受けている。有償ボランティアについては、一時間単位(13ユーロ50セント)で家族がお金を出している。有償ボランティアの数は1/3程度とのことである。家庭訪問と通所型があり、介護保険から償還を受けるためには、その運営団体が、保険からの認可を受けていなければいけない。ジーゲンビットゲンシュタイン郡では10の団体が提供しており、アルツハイマー協会や、2つの疾病金庫や介護金庫が支援しており、研修の講師費用を支払ったりしている。同様のサービスは一般の介護事業者も提供しているが、非常に高い質の要件を満たす必要があり、1時間33ユーロ以上の自己負担が生じる。

それ以外のインフォーマルな支援としては、貯蓄銀行という半公的な銀行の一つで必要な時に自宅に現金を届けるサービスを始めたところがあるという。高齢者に対応する民間企業の取り組みはまだ始まっていない。アルンスベルク市では、アートカフェとあって、毎週火曜日に若いアーティストを呼んでいろんな活動を一緒にする活動が始まっている。

(2) カリタス連合会による「敷居の低い世話サービス」

在宅サービスが主体で、特別な希望があれば、外出の付き添いをするというサービスをすることがある。あまり数は多くないが、家族が入院しなければいけなくなって、急遽夜に世話する人が必要になった場合などに夜間のサービスも提供している。デイケアサービスの場所を使って1カ月に1回土曜日にグループ活動も開かれている。お茶を飲みながら、ケーキを自分で焼いてきてくれるような人もいて、家庭的な雰囲気の中で過ごす。事務局は、ボランティアの募集と研修、マッチングを担当している。ボランティアには報酬以外に移動のためのガソリン代が支給され、カリタスがボランティア用の保険に入っている。ボランティア

のほとんどは女性で年金生活者である。それぞれの対象者が受けている支援の時間は人によってばらつきが大きい、平均すると月 24 時間。ほとんどの支援者は 1 週間に 2, 3 回、何人かの方を世話している。

支援者への研修には、障害とは何か、認知症とは何かという一般的知識やコミュニケーションについての内容が含まれている。コミュニケーションについては、対象者との関係性をどう取るかを学び、信頼が得られるようにする。また、介護についてどこまでを担い、どこからはプロに任せるべきかの境界を学ぶ。例えばシャワーを浴びるという行為はプロに任せるといったことである。それから、法律的な義務については、特に守秘義務について学ぶ。研修に加えて 15 時間の実習があり、実習期間中に、何が自分に合うか、自分はどのような対象者と接していけるかテストしてみることができる。その後も年 2, 3 回研修の機会が提供されているのと、現場でのトラブルに対して事務局が介入している。

サービスの内容としては、一緒にゲームをしたり、新聞を読む、散歩に行ったり、医者に行く際に付き添ったり、一緒に料理をしたりする。3 人の対象者に対して 1 人の支援者という配置基準がある。デイケアなどの他の介護保険サービスと組み合わせて利用されている。通常、介護保険サービスは、専門的なケアが必要な場合に利用されている。

カリタスは大きな教会組織であり、いろいろな形でボランティアをしている信者がいる。信者たちが集まる定期的な集会においてカリタス内で行われているサービスを紹介する機会があり、支援者を募っているが、支援者の数は十分ではなく、派遣の依頼を断らざるを得ないこともあるという。

4 日本での取り組みとの比較と示唆

ドイツで行われているインフォーマルセクターの活動の特徴としては、介護保険サービスを補完するものという位置づけが明確であることである。有償ボランティアの提供するサービスに対しても利用者は介護保険から償還を受けることができる。ただ実際には日本においてもケアに必要な専門性に応じて提供されるサービスの段階が分類されており、実質的には大きな違いはないと考えられる。

一般市民への普及啓発活動は認知症センターを通して地域ごとに行われており、これは日本においては地域包括支援センターが担っている。日本で行われている認知症サポーターキャラバンのような全国的な取り組みはないが、認知症センターの啓発活動を州単位で支援する仕組みがある。ボランティア活動を組織化する仕組みとして、教会組織であるカリタスが大きな役割を果たしている点は日本とは大きく異なるが、同様の機能は日本では社会福祉協議会が果たしていると考えられる。

(参考文献)

- ・ドイツ連邦家庭省による冊子「共同で認知症者のために」(Gemeinsam für Menschen mit Demenz)
<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/National-Dementia-Strategies-diagnosis-treatment-and-research/Germany>
- ・ <http://www.koskon.de/adressen/selbsthilfegruppen.html>
- ・ <https://www.deutsche-alzheimer.de/menschen-mit-demenz/gruppen-fuer-menschen-mit-demenz.html>

第5節 ドイツの総括

東北大学公共政策大学院教授 白川泰之

1 「敷居の低い世話サービス」－日本の総合事業との比較

(1) 「事業建て」と「給付建て」

敷居の低い世話サービスは、専門的な介護や看護を行うものではなく、日本でいう「生活支援」に属するものと言える。ドイツにおいては、敷居の低い世話サービスを「給付」として捉えている。一般的に「給付建て」とすると、資格確認や給付管理が厳格になるが、ドイツの敷居が低い世話サービスにも月額上限が設けられている¹⁾。

他方、日本の場合、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）によって「事業建て」としている。一般に、「給付建て」に比べると「事業建て」は、利用に当たっての資格確認や給付管理が緩やかであるが、総合事業についても、給付管理は指定事業者（現行の予防給付相当のサービス）を利用する場合に限られる²⁾。

給付管理として月額上限が設けられることは、その範囲の給付が制度的には保障されていると見ることができる。これは、対象者にしてみれば、制度的に保障されている範囲の給付を求める権利性が比較的高いという点でメリットとも言える。他方で、話し相手や見守りなどは、必ずしも給付費＝支援を受ける時間によって、その効果を評価できるものではないため、画一的な給付管理になじまない側面がある。「事業建て」の場合、支援の柔軟性という意味では緩やかであり、対象者にメリットがあると言えるが、一方、給付管理の対象にならない住民主体の支援については権利性が弱いと見ることができる。

(2) 対象者の特化

敷居の低い世話サービスは、主に認知症者を対象に、その家族の負担軽減を目的として導入された「追加的世話サービス」の1つである。ドイツの介護保険が、日本でいう要介護3以上を対象とし、なおかつ、部分保険であることから、家族の介護、生活支援の負担は日本よりも重いと考えられる。

生活支援ニーズは、認知症者について「より高い」と見ることができるが、認知症者「のみ」が有するものではない。その意味で、ドイツの敷居の低い世話サービスは、かなり限定的といえるだろう。一方、日本の総合事業も、要支援者や基本チェックリスト該当者を対象としており、要介護者に対する生活支援は、一般介護予防事業における取組や訪問介護における「生活援助」での対応となる。切り口の違いこそあれ、生活支援ニーズについて、対象者を「横」で捉えていない点で、日独には共通点があると言える。

2 「ボランティア」の捉え方

(1) 「有償ボランティア」と「無償ボランティア」

敷居の低い世話サービスについては、専門的ケアは行わないことを前提として、一定の研修を受講したボランティアが、最低賃金にやや満たない額で支援に従事している。名目的には、賃金や報酬ではなく、移動に要するコスト（ガソリン代）という整理になっているものの、それを超えて「生活費の足し」になっている部分もある。

いずれにしても、なんらかの「支払い」を受ける形態である点で、伝統的な「奉仕」＝無償のボランティアとは異なる。ドイツでの現地調査の際、(i) 無償ボランティア、(ii) 有償ボランティア、(iii) 近所付き合いとしての助け合いのうち、どれが「ボランティア」に該

当するかをヒアリングの対象者に尋ねた。結果、(i) がボランティアであるという認識は共通しており、また、(iii) はボランティアではないという認識はほぼ共通していたが、(ii) については意見が分かれた。感覚的には、日本における認識と似た傾向にあるのではないだろうか。なお、ドイツ社会法典には、敷居の低い世話サービスを無償ボランティアと同じ“Ehrenamtlich”と表記しており、有償・無償の区分はない。

(2) 「使用従属関係」と有償ボランティア

有償ボランティアが受け取る謝礼が「生活の足し」になっている面があるとはいえ、根底にあるのは、あくまで自発的な「奉仕」の精神である。所属する団体との使用従属関係に基づく「労働者」ではない。カリタスでのインタビューでは、有償ボランティアは指揮命令に基づいて活動するのではなく、あくまで自分の意思で活動しており、従事する時間や曜日、支援をする対象者などは、所属する団体からの指揮命令ではなく、自分で決めるとのことであった。こうした整理は、日本の労働法と同様と考えられる。

ドイツでの現地調査では、このような有償ボランティアの「自発性」は尊重され、所属団体（カリタス）からの指揮命令はなく、あくまで「アレンジ」に留まるものであった。日本とドイツで「契約」に対する意識がどのように違うかまでは明確ではないが、日本で有償ボランティアを推進するに当たって、2点注意喚起をしておきたい。1つは、「自発性」の尊重である。事実上、所属団体が有償ボランティア従事者に業務を強く要請したり、意向を強く表明したりすることによって、実質的に指揮命令下にあるのと同じ状態になってはならない。ドイツでは、支援団体と有償ボランティア従事者の関係は、ややドライに映る感もあったが、活動団体と有償ボランティア従事者の関係性は、ややドライなくらい明確に意識しておくべき点であろう。2点目は、専門的ケアには手を出さないことの徹底である。現実には、グレーゾーンもあり得ると考えられるが、カリタスへのインタビューでは、有償ボランティア従事者に対し「どこまでするべきか、どこからはプロに任せるべきかという境界線を教える」とのことであった。以上の2点がなし崩しになってしまうと、「労働力の買いたたき」に陥ってしまう危険性がある。

(注)

1) 吉田恵子 (2015年) 「ドイツの介護保険制度のいま」、『月刊介護保険』2015年3月号

2) 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」(平成27年6月5日付・老発0605第5号・各都道府県知事あて厚生労働省老健局長通知) pp.108-109

第3章 デンマークのインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する制度の概要

第1節 国の概要と今後のビジョン

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子



(出典) 外務省 HP より

1 国土と政治

デンマークは人口 565 万人で、スカンジナビア 3 国（スウェーデン 800 万人、ノルウェー 700 万人）のなかでも、国土・人口ともに規模の小さな「生活大国」である。

【表 3-1】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）		2015 年	5.6	127.2
高齢化率（%）		2015 年	18.6	25.1
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	男	2011 年	77.8	79.4
	女		81.9	85.9

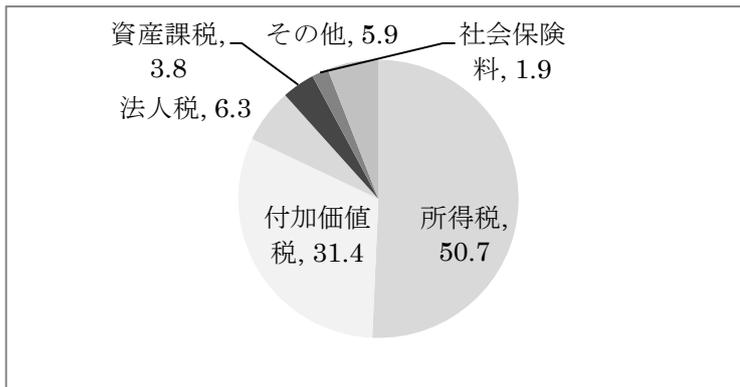
(出典：DANMARKS STATISTIK, <http://www.dst.dk/>、総務省統計局, <http://www.stat.go.jp/>)

立憲王国であり、その王室はヨーロッパでも最も古いものに数えられる。国会は一院制であり、社会民主党と保守系連立政権が 10 年を目安に交替して政権を握っている。

2 高福祉高負担国

デンマークは、国家の歳入が対 GDP 比で 58.7%（2014 年）に相当する。ここ数年 55% レベルで推移していたものが 2014 年には高騰した。その総額は約 1.1 兆クローナ（約 22 兆円）である。

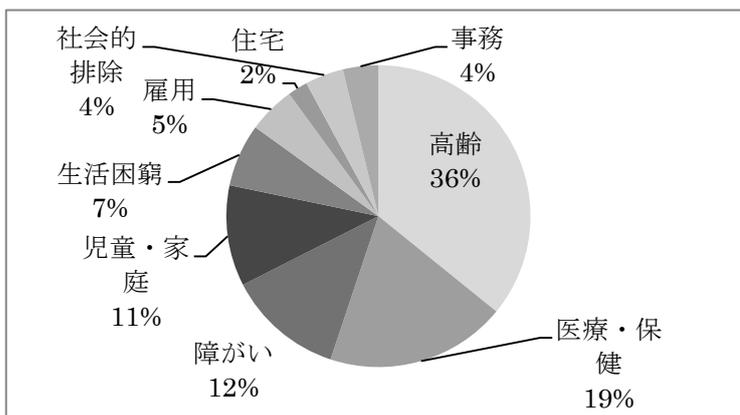
税収構成は、図 3-1 に見られるように、所得税（50.7%）と消費税（31.4%）で 8 割を構成している。消費税は、自動車など一部の財を除き、生鮮食品から衣類にいたるまで一律 25%が課せられる。



(出典： http://ecodb.net/country/DK/public_finance)

【図 3-1】 歳入 (2014)

歳出のうち 60%近くを社会保障費に充てており、文字どおりの「高福祉高負担国」である。社会保障費の内訳は図 2 のとおりで、医療・保健と高齢者福祉で 55%を占めている。



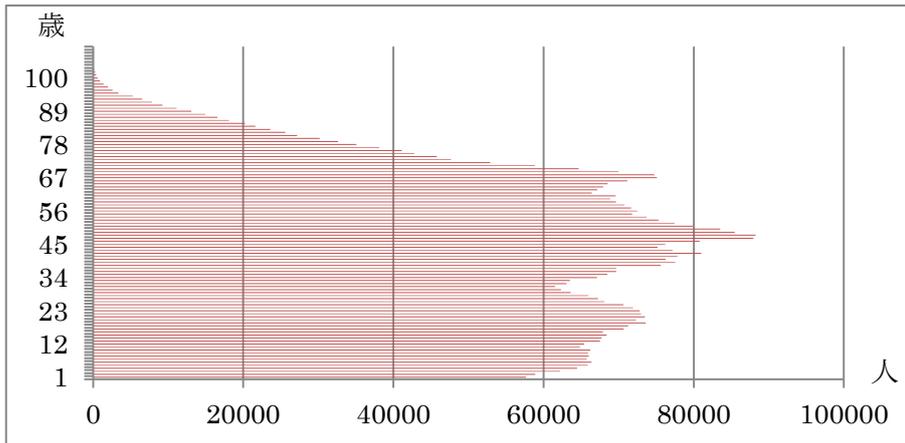
(出典： http://ecodb.net/country/DK/public_finance)

【図 3-2】 社会保障費内訳

日本と異なるのは公債がなく、国として無借金経営を行なっている点である。2001 年頃より保守系政権によって政府債務の減少に力が入れられ、2007 年には政府が保有する金融資産（年金積立や外貨準備金）が政府債務を上回るようになった。しかし、2008 年のリーマンショック以降は他の諸国と同様に苦しい情勢である。

3 人口動態

この国では今、毎年 5 万 8 千人前後の子供は生まれている。とはいえ、出生数は減っており人口動態から見ると、決して楽観できる状況ではない (図 3-3)。



(出典： <http://www.dst.dk/da>)

【図3-3】人口ピラミッド

1985年に出生数減少が底を打ち、それ以来さまざまな政策が功を奏して出生率が向上してきた。1990年ころからは「多くの子供を持つこと」が流行にさえなり、現在18歳から26歳の各年齢人口は7万人を超えている。近年では出生率はやや低下しており、毎年の出生数が5.8万人前後となっている。このことは、税負担層の減少を意味し、デンマークでは重大な政策アジェンダとなる。しかしながら、出生率の高い時代が続いたので高齢化率が高まらず、16%前後でプラトーの期間が続いた。現在では、高齢化率は18%を超えている。

一方で、デンマークにおいて危機感をもって挑んでいるテーマは、後期高齢者の増加である。実際に、65歳以上の年齢で7万人を超える年齢は、67歳から70歳の各年齢層である。これらのベビー・ブーマーが75歳を迎える2020年には20%、2030年には24%を超えると予測されている。

4 近年の動き

ヨーロッパ域内における難民の受け入れが議論されている。デンマークは、他のヨーロッパ諸国と同様に、1960年代の労働力不足をトルコからの移民によって補ってきた経緯もあり、民主主義の立場からも人道的な立場からも移民に対しては寛大な国であった。デンマークに入国すれば、生活支援金が支給され、住宅も提供されて、労働市場で活躍できるように語学教育も無料で受ける事ができた。しかし、家族を呼び寄せ、第二世代が成長するにょよんで移民コミュニティが形成されるようになった。移民規制を打ち出した国民党が他の保守系政党と連立を組んで政権をとった2007年は、「我々の血税が移民のために使われるのは、、、」という国民の偽らざる気持ちを反映したものとされている。A.F.ラスムセン率いるこの政権は、財政の黒字化にも大いなる力を発揮し、270を超えるコムーネ（基礎自治体）を98に再編して、アムト（県）を廃止するなど、行政改革も進めて経済成長への貢献に大いなる功績を遺した。

しかし、2008年のリーマンショックでは大きな打撃を受け、失業者は増え続けた。福祉サービスも潤沢な伸びを見せることなく、質を低下させないような努力は行いながらも、高齢者福祉領域でもサービスの抑制が明らかに始まった。

第2節 地方自治

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

1 地方自治体

デンマークには、現在 98 のコムーネ (Kommune、基礎自治体・市町村) がある。2007 年までは 271 であったものを、右派連立政権が行政改革を行なって統廃合した。1 コムーネの人口を 5 万前後に整えることで財政基盤をより堅固なものとし、人事面でも合理化を図ろうというものである。いずれにしろ、規模が小さいので「顔の見える関係」が構築される。日本で言えば、中学校区が 2 つほど合体したものが平均的な自治体のサイズなのである。

同時に、医療と高等教育を管轄していた Amt (Amt、県) も 14 Amt から人口 100 万人を目安とする 5 つのレギオナ (Region、広域保健圏域) に統合した。

古くから福祉・保育・初等教育はコムーネに、医療・高等教育は Amt にと役割分担が行なわれてきた。地域に受け皿がなくて退院後に在宅復帰できない場合、コムーネは Amt に対してペナルティを払うなどして、社会的入院を阻止する合理的メカニズムを機能させてきた。このメカニズムは現在も継続されている。また、2007 年よりリハビリについてはコムーネの管轄となった。

つまり「福祉や初等教育、環境など、生活に近い課題は生活に近い場で」という趣旨で、国からも地方に税源が移譲されることになる。その際、使途が特定されるものもあるが、多くは自治体の裁量に任される。

2 福祉の成り立ちと地方自治

デンマークにおける、地方自治や福祉の成り立ちは次のようである。

まず、プロテスタント国では、福祉や慈善は教会ではなく国家の担当であった。よって、プロテスタント国が多いピレネー山脈以北には、福祉国家が多く、デンマークもその例に漏れない。

また、戦後の労働力不足から女性が働くようになった。1960 年代から 1990 年にかけて専業主婦と有職主婦の数が逆転した。彼女らは、働くことで GDP 向上に貢献すると同時に、もともと主婦が行っていた介護・保育の社会化を要求した。この 30 年間で、税負担が 25% から 50% へと大きく増大すると同時に、GDP が 3 倍に増えたのである。このように、デンマークにおける福祉の発展は女性の社会進出と深く結びついており、介護・保育などの生活に密接な関連のある社会サービスは自治体の管轄であった。

福祉の側面では、1849 年の「自由主義憲法」で、国民は慈善の対象ではなく、社会福祉を受ける権利を持つ主体として保障された。プロイセン (現ドイツ) との戦争に敗れ、1 万 5 千人の国民が王宮広場に集まって王にこの憲法の認可を迫ったことは有名な歴史的出来事である。

つづく 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)。

さらに 1970 年の行政改革では、教会区 (sogn) を基盤とする 1000 あまりのコムーネ (市町村)、25 の Amt (県、Amt) を、人口規模 2 万人の 275 のコムーネ、14 の Amt (県、Amt) に統廃合して地方自治の基盤を整えた。

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 Amt 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た。この分担は、時代を経てすこしずつ変革されていく。

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、就労支援にも力が入るようになった。

その後 2007 年の行政改革によって、コムーネは人口規模 5 万人の 98 コムーネに、Amt は廃止されて 5 つの レギオナ（広域保健圏域）に整えられ、この時、リハビリが Amt から コムーネに移管されたことは、すでに述べたとおりである（松岡、2005）。

3 コムーネの実際

コムーネ（市町村）の実際を、訪問したフレデンスボー市の例をとって説明する。

①フレデンスボー市

フレデンスボー市は、首都コペンハーゲンから北に約 50 キロの内陸部にあり、湖のほとりに建つ王家の夏の宮殿であるフレデンスボー城のある土地としても知られている。

人口は 4 万人であり、人口 1 万人に満たないかつての市町村（フレデンスボー、ホルムベック、ニボ、コッケダル）が 2007 年に合併してフレデンスボー市が誕生した。高速道路も整っており、コペンハーゲンのベッドタウンとしても機能している。朝夕の道路の込み具合は、首都で働く者にとって頭痛の種である。しかしながら、首都があるシェラン島の北部は土地も広くて森も多く、自然をこよなく愛するデンマーク人にとっては憧れの的である。

②市議会

この市には、市議会議員が 27 名おり、11 政党がある。

市議会議員は本職との兼業であり、議員報酬は 10 万クローナ（約 200 万円）と低く、所属する委員会費用として別途 10 万クローナ（約 200 万円）が支払われる。ちなみに、市長の報酬は 65 万クローナ（約 1300 万円）である。

委員会には「財政」「児童・教育」「余暇・スポーツ」「文化」「社会・高齢」「都市計画・環境・気候」「労働市場」があり、市長は「財政委員会」に属してその長を務める。

本業との兼業であるので、議会は夜に開かれる。フレデンスボー市の市長は、エネルギー課の職員（地方公務員）であり、休暇をとって市長として務めている。フレデンスボー市の場合、市長は直接選挙ではなく、市議会選挙のあった日に議会で決める。一般的には個人票が最多の人、あるいはその人が属する政党の長が市長となる。これは、直接選挙を行わない議院内閣制であるが、デンマーク 98 市のうち、19 市がこの議員内閣制を採用している。

③コムーネの業務と予算

コムーネの業務は大きく 3 つに分けられ、それぞれに局長がいて行政を行なう。

- (i) 児童：児童、小学校、保育
- (ii) 福祉：高齢者福祉、福祉一般、市民サービス、公営住宅、雇用
- (iii) 環境：都市計画、環境、上下水道、消防

予算は年間 25 億クローナ（約 500 億円）である。

自治体での収入の内訳は、税金 50%、政府からの補助 25%前後、利用料 20%前後という

割合が一般的である。市民税は各コムーネで異なるが、フレデンスボー市は 24%であり、やや高いほうである。

これに対して支出は、高齢者関係が最も多く、児童・教育、環境・雇用と続く。

④高齢者サービス

市の支出で最も多いという高齢者領域において、どのようなサービスが提供されているか見てみよう。人口 4 万人で、高齢化率は 20.9%とデンマーク平均を超えている（2015 年 6 月、65 才以上人口 8,348 人）。

表 3-2 は、フレデンスボー市の高齢者住宅、アクティビティ・ハウスを整理したものである。

【表 3-2】フレデンスボー市の高齢者住宅、介護型住宅】

地区	名前	高齢者住宅	介護型住宅	アクティビティ・ハウス
フレデンスボー	クリス・ボッケバイ	41		
	トフテゴースバング	24		
	リュストホルム		40	○
	ベネディクトイエム		48	○
ニボ	メーゲトフテン	8	50	○
コッケダル	エゲルンド	15	44	○
	ムーレダメン	16		
ホムルベック	オアスンスバイ	22	48	○
	オスカーブルンスバイ	12		
	ボーネピアバイ	24		
合計		162	230	5

(出典： <http://www.fredensborg.dk/>)

アクティビティ・ハウスを拠点にして高齢者住宅や介護型住宅が併設されたプライエ・センターが 5ヶ所にあり、人口 1 万人に 1 拠点以上の整備がなされている。合併前の市町村（人口 1 万未満）の拠点がそのまま引き継がれたものであろう。調査団は、表 3-2 のベネディクトイエムを訪問した。1970 年代には多くのプライエム（高齢者施設）が建設されたが、ベネディクトイエムは 1973 年建設の典型的なプライエムである。2007 年に住宅型に改修されている。

在宅ケアについては、1500 人（65 才以上高齢者の 18%）が利用していると推測できる。



(ベネディクトイエム)

⑤災害時の EU 基金活用

ひとつの自治体として、他の自治体と協働して他の基金から多額の予算をとってくる様子を物語るエピソードを紹介しよう。

2010年10月に大洪水が起きて、50軒が浸水した。このような集中豪雨は初めての経験で、市としても市民としても驚きの出来事だった。気候変動に伴う災害であり、近隣の自治体にも関連することなので他市とともに堤防を作って排水システムを構築するような「気候適応プロジェクト（6億クローナ、120億円）」を企画し、EU基金に申請を行った。こうしたやり方を「政治的スポーツ」と称するそうである。EU基金にデンマークから資金を拠出する代わりに、出した分を取り戻すために積極的に活動する、という意味である。その時には、浸水した住宅に関する問題でもあったので、非営利の住宅協会にも持ちかけてともに行動したそうである。

第3節 高齢者の介護政策

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

1 介護政策

デンマークにおける介護政策の特徴は、基礎自治体（コムーネ）の責任において、租税で賄われている点にある。介護保険は存在しない。

根拠法は「社会サービス法」である。この法律は、「サービスの要否・内容・量を決定するのは、障害の源泉ではなくニーズである」という理念に基づいている。障がいの種別や年齢によって個別の法律があるのではなく、「ニーズのあるところにサービスを提供する」ための、障害の種別・年齢を超えた統合法となっている。

また、「社会サービス法」は国家が規定する枠組み法である。細かい内容までは規定せず、基礎自治体として市民に提供すべきサービスの理念と枠組みのみを規定する。細かいサービスの内容や報酬については、それぞれの自治体の実情に合わせて決定されていく。あいまいではあるが、実効性のある表現で枠組みを設定して、コムーネのサービス提供を方向付けている。

「社会サービス法」には、施設概念がなく、「自宅など市民が住む場に介護などのサービスを提供する」ことが基本となる。介護度が高く、常に見守りを必要とする人は、職員が常駐する「介護型住宅」に住むこととなる。この住宅への介護サービス提供は自宅への介護サービス提供と一元化されており、どこに住んでいても24時間のケアが保証されている。とくに夜間には統合サービスとして両者の区別なくサービス提供される。

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 身体介護と家事支援（83条～99条）」「第17章 支払（100条）」「第18章 治療（101条、102条）」「第19条 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。

「第83条：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」

これが枠組み法の表現であり、第83条を根拠として、各自治体で24時間在宅ケアが提供されている。人口1万人前後の地区に分割すること、日中帯・夜間帯・深夜帯に分けて24時間のケア提供を確実にすること、介護報酬についてなどは細かく規定されていない。しかし、各自治体では24時間在宅ケアが完璧なまでに実践されているのは、この第83条の規定によるのである。細かいサービス内容については「クオリティ・スタンダード」を各自治体で規定して、市民に公開している（松岡、2011）。

2 介護サービスのアセスメントと対象者

(1) アセスメントと支給決定

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（Visitor）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などの専門職者が務めている。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たっている。

ニーズ・アセスメントで使用する基準は定められたものは存在しない。しかし、「共通言語」

として、ICF（国際生活機能分類）に基づくツールが開発されている。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。

アセスメントは、日常生活（身体面）、精神面、社会生活（家族・友人との交流やネットワーク）、余暇・仕事・トレーニング、コミュニケーション、住宅、移動など 7 領域にわたって行われる。自治体によって異なるが、ニーズ・レベルに分けることはなく、あくまで「何が必要であるか」の視点に立つ。

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。

(2) サービス量のコントロール

在宅サービスの利用を申し出て、自治体の判定員はたとえば「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」という形で決定を行なう。それぞれのサービスの行為内容は「クオリティ・スタンダード」として各自自治体で規定され、各行為には時間が決められている（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提供時間となる。サービス量が時間で調整されているわけである。

各自自治体では、人口 1 万人前後を目安に地区分けされており、各地区での「サービス時間の総和」が毎年決められて議会で承認される。利用者にとって自己負担はないが、全体のサービス量は「時間量」としてコントロールされている。

近年では、買物のサービスが家事援助のメニューからほとんど姿を消して、商店の配達サービスや宅配料理メニューを活用するようになった。議会での全体予算の調整をとおして、サービス量がコントロールされているのである。

3 介護サービスの種類

介護サービスについては、在宅生活者に対しては「24 時間在宅ケア (Hjemmeplejen)」を基本として、さまざまなメニューが提供されている。

自治体の判定員 (visitor) による判定を必要とするが、自己負担はない。

<訪問型・自宅設置型>

- ・ 24 時間在宅ケア (Hjemmeplejen) : 身体介護、家事支援 (掃除、洗濯、買物、簡単な調理、ベッドメイク)、ゴミ出し
- ・ 配食サービス
- ・ 緊急アラームの設置
- ・ 補助器具の貸与
- ・ 住宅改造

<通所型>

- ・ デイケア (認知症対象のものが多い)

デイケアの利用は比較的少なく、主として在宅の認知症の人の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。

- ・ 通所リハビリテーション

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。

- ・アクティビティ・ハウス

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）」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。

<短期入所型>

- ・ショートステイ

ショートステイは、日本においては家族のレスパイト目的の利用が中心である。デンマークでは家族介護は社会化されているため、家族のレスパイト目的のショートステイは少ない。病院から在宅に復帰する前に滞在したり、介護型住宅への待機者が占めていたりする。

- ・臨時看護ステイベッド

在宅の高齢者は「感染症、骨折、脱水症、肺炎」の4つが原因で入院することが多い。しかも入退院を繰り返す人が多い。入院（医療）はレギオナ（広域保健圏域）管轄であるため、自治体としてはできるだけ自治体内でケアを行ないたい。先の4大入院要因に着目して予防に力を入れ、早めに対処するための看護師による「臨時看護ステイベッド」が各自治体で増えている。

<その他>

- ・移動支援

通院のための交通手段提供、家族に会うなどの社会的目的のための移動支援（タクシー券支給など）が各自治体で行なわれている。

4 介護サービスの提供者と専門職連携（介護職と看護職）

介護サービスの提供は、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。「在宅ケアは公共から提供されるもの」という意識が市民に根強く、民間企業を選択する人はなかなか増えなかった。また、民間企業が提供できるサービス領域も家事援助に限られていた。しかし、近年では身体介護を提供する民間企業も現れて、シェアを伸ばしている。

介護型住宅では、自治体と自治体と合意を交わした非営利組織がケアを提供している。

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。介護は、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）によって提供される。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 SSH から SSA へ、さらに理学療法士、作業療法士、看護師へと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。

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決められている。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で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横断

的に支援しているシステムもある。

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訪問看護師が受け、その判断によって臨機応変にサービス内容を変更する。利用時間の増加が必要な場合は、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。

ある市では、毎週1回の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。2013年の「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。

第4節 インフォーマル組織とその活動

第1款 地域のインフォーマル組織

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

1 概況

デンマークはフォーマルなサービスが完璧なまでに整った福祉国家である。しかし同時に、年代を問わずボランティア活動が盛んであり、「フォーマル・ケアが整って、はじめてインフォーマル・サービスが生きる」と言われている。

研究者は、「インフォーマル・サービスは、フォーマルの代替ではなく（制度がないから、代わりにやらざるを得ないのでなく）、どうしても埋めることができない隙間を補助的に埋めるサプリメント（補助）である」という論旨で研究を進める論者が多い。

2011年、中央政府は「ボランティア憲章」を出して、自治体とボランティア・セクターとの協働を強めていくために各コムーネに計画を策定するように方針を出した。草の根的に盛んなボランティア活動に火がつけられ、フォーマル・ケアで手の回らない領域にNPOを中心とするボランティアな活動の意義が深まると予想される。

以下、既存文献、調査訪問で得た情報、データ・リクエスト（以下DR）による情報を加えてまとめる。

2 盛んなボランティア活動

デンマークはボランティア活動が盛んな国であり、国民の35%がボランティア活動に参加している。また、今はしていないが過去には経験があるという人が21%である。さらに、機会があればしたいという人は13%おり、20%が興味なしと答えている（2013年,DR）。

総じて国民をあげてもボランティア活動がさかんであり、熱心なのは一般的に女性よりも男性に多いとされている。この傾向は近年変わってきているらしいが、とくに30才から49才の層でボランティア活動に熱心である。若い層は子供にサッカーを教えるなどスポーツ関連のボランティアが多く、年齢を加えるにしたがって、文化活動や社会交流に関連する活動が多い。

公共、民間を問わず、給料の削減なしに、月の就業時間のうち4時間をボランティア活動に割くように奨励する運動もあるほどである。あるコムーネでは、寂しい思いをしている独居高齢者訪問、小学生の宿題支援、体育館での体操インストラクターなどのボランティアを奨励している（DR）。

(1) 「エルドラ・セイエン (AEldre Sagen)」

なかでも、エルドラ・セイエンの活動は有名である。この組織は、高齢者のためのボランティア活動を行なう歴史ある組織である。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「エルドラ・セイエン」と改称された。

高齢者の権利を守り、生活の質を向上させることを目的とした人道的なNPO法人である。「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。実際には、ボランティア活動、研究活動、広報活動、政治への働きかけを行なっており、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、約4,600円）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（12%）の会員と1億5000万クローナ（約30億円）の年間予算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おり、全国には271支部があり、会員がボランティアとして活動を展開している。271支所というのは、人口2万を目安にコムーネがあった時代のなごりであろう。

登録ボランティアは全国に14,000人おり、各支所で平均的に50名の活動メンバーがいることになる。

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）、パソコン教室など、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」の試みなどもあり、興味深い。守秘義務を伴うものもあり、研修も行っている。

昨年（2014年）訪問したルーダスダル市南部のエルドラ・セイエン支部では、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おり、年間予算10万クローナ（約200万円）を使ってさまざまな活動を展開していた。組織独自の資金に加えて、市より31,500クローナ（約63万円）の補助がある。

(2) 「ボランティア・センター（Frivilig Center）」の概要

次に、全国に77カ所ある「ボランティア・センター」は、1990年前後から活動が始められてきた特徴ある活動であり、組織である。Henriksen (2008)の論文と訪問調査の結果を整理する。

この活動の原初は、1989年に社会省の「SUMプロジェクト」の補助金を受けて、最初の3つのボランティア・センターが立ち上げられたことにある。市民のボランティア活動をサポートして促進しようというものである。このプロジェクトは、失業率が9.5%まで高まったことを受けて、労働市場の代替としてボランティア活動を促進しようというものであった。なかなかうまくいかず、このプロジェクトは失敗に終わった。

社会省は助成を続け、1995年、2000年、2005年と助成金をつけてプロジェクトを募集した。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」への変革に伴って、法律の中でボランティア活動への財政的支援を自治体に義務づけた。こうしてボランティア・センターが増えていった。

ノルウェーではボランティア組織を自治体が設立するが、デンマークでは70%が民間組織や個人によるものであり、90%が理事会を持つ独立採算の自立組織である。しかし、20%の組織で自治体関係者が理事会メンバーとして参加して活動をサポートしている。

財源は、自治体から受けている組織89%、国76%、会費46%、レギオン44%、寄付30%というもので、自治体や国からの助成によって成り立っている組織である。

その内容は、以下のように多彩である。

- ① 人々をボランティアに結びつける（69%）
- ② 地域の社会的イノベーション、発展を支援する（68%）
- ③ 既存組織の支援・相談といった中間組織的な役割（62%）
- ④ 市民・利用者に情報を与えて支援し、市民間・組織間のネットワークをつくる

⑤ セルフヘルプ・グループを組織する

とくに、「②地域の社会的イノベーションや発展を支援する」という課題については、高齢者の社会的孤立、DV を受けた女性の支援、うつや精神障がいを持つ人々の課題への取組みなど、一人ひとりに向き合って時間をかけた丁寧な課題解決を必要とするものが多く、今後社会的要請が高まる領域でもある。

個別相談のみではなく、専門職がリーダーシップをとりながら、セルフヘルプ・グループを作って解決を図るようなことも多いという。社会的課題が複雑化し、多様化する中できめ細かい対応が制度としてできにくくなった、時代の変化を柔軟に受け止めている組織であると言える。

大きな組織ではなく、職員も1人から2人の常勤職とパートタイマーが1人か2人という組織で、平均的に26名のボランティアが活動している。

(3) フレーデンスボー市の「ボランティア・センター」

フレーデンスボー市（ホムルベック）にあるボランティア・センターを訪ねた。代表（写真中央の女性）のウェテルセンさんは、1998年からさまざまな自治体でボランティア・センターを立ち上げた経験があり、現在はホムルベックのセンターで活動をしている。



（ボランティア・センター（フレデンスボー市、ホムルベック）のメンバー）

フレーデンスボー市議会でボランティア・センターの必要が議論され、1年たった頃、2010年にできたものである。市の号令によってできたものではなく、ウェテルセンさんが仲間集めをしてネットワークを広げつつ、45団体、60名のサポートメンバーによるボランティア・センターができた。年間予算は70万クローナ（約1400万円）で、中央政府と自治体から35万クローナずつの補助を受けた。この費用は、主として場所代や人件費として使われる。

協働パートナーとしては、社会省、自治体、Frise というセルフヘルプ・グループのネットワーク組織、ボランティア・フォーラムというロビー活動団体など、垂直的なつながりも水平のつながりもしっかり継続しながら、地域に根差した活動をしている。

活動室が5つほどあり、45の団体が自由に使う。ADHDの児童の寄り添い支援や難民支援など、問題を抱えて困っており支援を必要とする市民の自立支援をサポートしている。例えば、トーマスさんは無料の相談を受けており専門的な内容ならば、心理士・ソーシャルワーカー・弁護士・会計士に繋いでいく。IT関連の仕事をしていたユタさんは市民のIT研修を引き受けており、ある人は「学習カフェ」を作って英語やドイツ語・フランス語の勉強会

をしている。「悲しみを癒すグループ」を作っている人のところには、夫の死で打ちのめされている人が相談にやってくる。多種多様な団体が定型化されない悩みや課題に対応している。

地域に根を張ることが重要であり、地域新聞に年間 60 回も記事を書いてもらうなどして広報に努めてきた。

3 ボランティア憲章 (2013 年)

(1) 中央政府のボランティア憲章

ボランティア活動が草の根的に広がるデンマークにおいて、2013 年、中央政府によりボランティア憲章が發布された。歴史あるボランティア活動のさらなる活性化と行政の関係強化を促すものである。

作業部会には、社会・統合省大臣を中心に、文化省、保健・予防省、経済・内務省、環境省の各大臣をはじめ、非営利住宅協会全国連盟、企業スポーツ連盟、難民協議会、成人教育協議会、デンマーク赤十字、障がい者団体協議会、ボランティア全国協議会等が参加し策定された。6 つの自治体の市長、市会議員も加わっている。

序文には次のように表現されている。

デンマークは、市民が責任を共有し、協会やボランティア団体を結成して自らの力及び公共部門との交流を通じて花開く、豊かな市民社会の長い伝統の上に成り立っている。ボランティアは、私たちの民主主義の柱である。私たちは、コミュニティの精神や未来の課題に立ち向かえるような成長をはぐくむ文化に根差している。ボランティアは包摂的社会に貢献し、多くの面で私たちの福祉社会創造に役立ってきた。

強調されている価値は、①民主主義と文化・自己実現、②互いの理解と信頼・尊敬、③多様性（老若男女、外国人等）を認めた上での市民としての仲間意識、④協働（市民、各種団体、企業と公共との協働）であり、イギリスの「National Compact in UK」の影響を受けている。特に注目すべきは、これからの市民社会の繁栄のためには、公共（行政）がサービスを一方的に提供するのではなく、市民やボランティア団体、企業も巻き込んで、公共（自治体、行政）と協働して良き市民社会をつくっていき、という点である。

ボランティア活動が歴史的に活発であったデンマークにおいて、ことさら力を入れてその振興をはかろうという背景には、後期高齢者が増えているにも関わらず、出生数が減少しており、大きな負担を支える層が希薄になりつつある危機感があることを忘れてはならないだろう。

(2) 自治体のボランティア憲章策定

自治体は 2015 年末までに、各コムーネの憲章を策定しなければならず、訪問したフレージェンスボー市でもその策定に向けて、着実に進められていた。

この市では、ボランティア憲章を受けて、2014 年に「いかに活動的な市民になってもらうか」というテーマで市民対象のワークショップを開いた。市民、政治家、すでにボランティアをしている人、企業の人など 100 人を超える市民が集まった。

「どうすればアクティブな市民になれるか？」というゲストによる基調講演に続き、自治体職員や施設長によるパネルディスカッションがあり、最後に市民がディベートを行った。こうしたセミナーに市民が 100 名も集まることは稀であり、ニュースでも流された。成果と

しては、興味ある市民のリストを集めることができたこと、ネットワークづくりの出発点となったこと、また「市民がどのようなテーマに興味を持っているか」についても、「住宅での安心感が必要」「移民が多く犯罪が増えている」など具体的な課題が出されたこと、などがあつた。さらに、以下のような点が確認された。

- ① 市はコントロールするのではなく、サポートする
- ② 一般的ではなく、個々の課題に合わせたテイラーメイドの解決
- ③ 市民が簡単に参加できるようにする
- ④ リーダーシップをもっている人をスカウトして、市とのパートナーシップを築きやすくする
- ⑤ 権限やコントロールの手綱を緩める（市民が自発的かつ主体的に動けるように）

これらのことは、公共の良きパートナーとしてのボランティアの振興を図るうえで、大きな成果となった。

4 ボランティアと公共との関係

ボランティア組織にとって、自治体は重要なパートナーであり、最終的にはその活動を財政援助してくれる存在である。2013年、国は社会サービス法18条によって、自治体がボランティア活動を支援するための助成金1億5000万クローナ（約30億円）を用意した。各コムーネへの配分は平均120万クローナ（約2400万円）であり、とくに高齢者支援に使われた。そして、全体で5500を超える事業に補助がなされ、その35%が高齢者に関連するものであつた。これは、事務所費用、秘書やアドバイザーを雇うのに使われている（DR）。

また、ボランティア振興のために、年間一人当たり22クローナ（440円）相当の予算が自治体には準備されている。このように、公共は相応の予算を手当てして、国民・市民のボランティア活動を促進している。

ボランティア、ボランティア組織、協会と公共（行政、自治体）との関係は次のようにまとめることができる。

① よきパートナーとして

公共とボランティア組織の関係は、「市のために働く」というものではなく、「話し合い、協力して仕事をする」というものである。また同時に、「市はボランティアを使うと思つてはいけない。ともに協力して仕事をする」という発想が重要である。

② 専門性と柔軟性

精神の病を持っている人、ADHDの子供の寄り添いや難民支援は、専門性が要求されながらも状況に応じて「かゆい部分に手が届く」柔軟性が求められる。ボランティア・センターのインタビューでも、「各疾患の内容や法律の条文を理解していなければならぬ部分があるが、その痛みを分かち合うような人間性が大事である」と話していた。

③ 公共による財政支援と組織支援

ボランティアは、自発性と無償性、ミッション性（有償ボランティアも存在するが）がその特徴として挙げられる。しかし、活動するには資金が必要であり、デンマークではそのための市の人口に応じたプール金を用意し、中央政府・自治体ともに各組織への多額の支援金を用意している。

財政面のみではなく、フレージンスボー市でセミナーを行ったように、ボランティア

活動活性化のための啓蒙活動やきっかけ作りを行政はもっとさかんに行ってもいいのではないだろうか。

④ やりすぎないこと、市民のやりがい

日本でのボランティア活動と言えば、熱心な人は多くの組織でボランティア活動を重複して行なうなど非常に熱心である。少しずつ継続していく層が少ないように思われるが、やりがいを感じながら続けられる工夫が必要である。

(第3節及び第4節第1款参考文献)

- ・Henriksen, L. S. (2008), “Local Volunteer Centres in Denmark ”, Paper presented at Conference on local volunteer centres in comparative perspective, Erasmus University, Rotterdam,, 2008 April, Final version
- ・松岡洋子 (2005) 「デンマークの高齢者福祉と地域居住：最期まで住み切る住宅力・ケア力・地域力」新評論
- ・松岡洋子 (2011) 「エイジング・イン・プレイス（地域居住）を高齢者住宅：日本のデンマークの実証的比較研究」新評論
- ・仲村優一・一番ヶ瀬康子 (1999) 「世界の社会福祉：デンマーク・ノルウェー」旬報社

第2款 高齢者の生活支援

米国ラトガース大学非常勤講師 中島民恵子

1 概況

デンマークにおいて高齢者の生活支援に関しては、主として高齢者の孤独・孤立を防止し、生活のしづらさを補うという意味合いが持たれている（松岡 2014）。デンマークの各地で実際に様々な地域のインフォーマル組織において高齢者の生活支援が取り組まれている。

以下では、データリクエストの回答、ボランティア組織「エルドラ・セイエン」(Aldre Sagen) フレーデンスボー (Fredensborg) 支部、高齢者活動センター、ボランティアセンター (Humblebæk 地区) へのインタビュー調査の結果、関連文献から、インフォーマル組織における高齢者の生活支援の状況を示す。

デンマーク高齢者協会 (Ældremobilisering) が 2012 年に実施した 307 の高齢者向けプロジェクトに関する調査をもとに、高齢者の生活支援の具体的な内容に関して概観したい。プロジェクトの内訳は表 3-3 の通りであり、大きく、①社会的孤立の予防や社会的な交流を目指した支援（訪問サービスや会食、電話での安否確認等）、②日常生活の向上を目指した支援（買い物、移動支援、家事支援等）、③身体の機能向上を目指した支援（チェアエクササイズ、運動の仲間等）が取り組まれていた。

【表 3-3】生活支援に関するプロジェクトの内訳（デンマーク高齢者協会）(N=307) ①

プロジェクト種別	構成比 (%)
訪問サービス	17.2
チェアエクササイズ	14.0
買い物	11.4
移動支援サービス	10.0
家事援助	9.7
電話での安否確認	8.8
会食	8.8
運動の仲間	7.8
散歩・自転車・ノルディックウォーク	7.5
回想法	4.6

利用者の多くは 70～89 歳であり、利用を開始するきっかけとなった主な理由は、友人（40%）、地元の新聞等による広告（25%）、在宅ケアサービス（16%）、家族（13%）、近所の人（13%）があげられている。利用者からは、サービスを利用することで生活の質が向上した（79%）、健康状態が良くなった（41%）という回答が得られている。

また、ボランティア・サービスを提供している側からも、生活の質が向上（66%）、健康状態がよくなった（15%）という回答が得られており、活動のアウトカムはサービス利用者だけでなく提供者にも現れることが示されている。これらの結果から、これらの支援活動は主に虚弱高齢者の支援を意図したものであるが、比較的健康的な高齢者もこれらの支援活動を通して社会的な関わりを持ち続けることを通して、後の社会的孤立を予防するための重要な方法としても捉えることができる。

2 エルドラ・セイエンの活動 ②

(1) 「訪問の友」

実際にエルドラ・セイエンの「訪問の友」に関わる、ボランティアとその利用者インタ

ビューを行った際にも双方から活動に関するメリットがあげられた。利用者は一人暮らしであり、「訪問の友」のボランティアを利用するようになってから、小さな悩みも溜め込まずに解消でき、歯科の通院のタクシーの予約の電話等の日々の細やかなサポートも訪問時に依頼できることで解決できるようになっていることが語られた。また、ボランティア側としては、「訪問の友」以外にもエルドラ・セイエンでボランティア活動をしており、活動全体を通して喜びを得ており、また、様々な人に出会うことでネットワーク作りができていくメリットがあげられていた。

「訪問の友」は必ず同じ人が訪問することが原則として掲げられており、継続的に同じ人が関わることで信頼関係が構築される等のメリットもある。なお、上記の利用者とボランティアは「訪問の友」を開始してから4年経過しており、利用者からは、「黄金の友である」という言葉が聞かれた。自治体の職員が行うホームヘルパーの場合は同じ人が関わることは難しい状況にあることもあり、そのメリットが強調された。また、ホームヘルパーの仕事と「訪問の友」が行う支援の内容ははっきりと区別されており、専門職とボランティアの境界線が強く意識されていた。

(2) その他の生活支援

エルドラ・セイエンでは「訪問の友」の他にも、高齢者の生活支援として「同行の友」「運動の友」「スタートヘルプ（引っ張り出し支援）」等も取り組まれている。

① 「同行の友」

一人暮らしをしている高齢者の外出支援を目的に、散歩、買い物、病院の付き添い、日々の細やかな支援が行われている。

② 「運動の友」

毎週定期的に散歩や軽い運動をすることを通して、外に出る機会を提供している。ただし、状態が悪い人に対しては室内等の体操も行われている。

③ 「スタートヘルプ（引っ張り出し支援）」

一人では外出することに抵抗感や不安がある高齢者に対して、外出する最初の支援を行っている。本人が外出に慣れるまでの3~4回程支援をする活動であり、家に閉じこもりにならないためのアウトリーチの取り組みである。スタートヘルプを実施するボランティアへの講習はエルドラ・セイエンで実施されている。

(3) 孤立・孤独への対応

エルドラ・セイエンの理事からも、デンマークにおいて孤立・孤独が一番の悩みかつ問題だと考えられていることが語られ、エルドラ・セイエンではその孤立・孤独に立ち向かうために、他の60の団体とともに全国的キャンペーンに取り組んできている。また、コミュニティーによって運営されているためインフォーマル組織の活動とは言い切れないが、Humlebæk 高齢者活動センターにおいても、在宅で孤立している可能性のある高齢者に対して、高齢者活動センターを利用する機会を促すために「ネットワークスタッフ」がボランティアと一緒にアウトリーチ活動を行なっている。様々な形で高齢者の孤立・孤独を解消していくための支援が行われている。

なお、高齢者活動センターでは、高齢者が活動的に過ごすことで介護予防や健康を守るための活動が行われおり、カフェや食事の提供等も行われている。高齢者活動センターでは、200名の利用者と20名のボランティアが関わっていた。活動内容等について、ボランティアの主体性や提案を尊重した形となるよう運営にも配慮がされていた。また、長年通っている

利用者へのインタビューでは、足が悪くなりだんだん体が動かなくなってきたとしても、食堂のテーブルセットの手伝い等、自分のできる範囲で役割を見つけられる点が良いとの発言があり、高齢者の大切な居場所となっていた。元気うちから自分の楽しみや役割を得られる居場所があり、継続的な関わりの中で役割を見出していけることは高齢者の生活支援を考えていく上でも重要と考えられた。

3 ボランティア・センター

さらに、高齢者の生活支援に必ずしも特化した活動ではないが、フレージンスポアのボランティア・センターの中には45団体が所属しており、「セルフヘルプ・グループ」、「無料コンサルタント」、「シニアIT」といった活動が行われている。それぞれのグループに高齢者のボランティア、利用者も多く参加している。「セルフヘルプ・グループ」では、家族を失った悲しみ、認知症など家族が病気を抱えている、ストレス、孤立といったテーマごとにグループになりお互いの体験の共有等を行っている。

この活動においても、カウンセリング等の専門職とライバル関係にならないよう、あくまでもボランティア団体としてできる範囲のことに取り組んでいることが語られ、専門職とボランティアの境界線が強く意識されていた。また、「無料コンサルタント」では、何かしらの問題を抱えているものの、どこに相談して良いか分からない人たち等の相談を受け、必要に応じて専門家につないでいく役割を担っていた。利用者が抱えている問題としては、経済的問題、精神的問題、法律的問題等があげられた。「シニアIT」では高齢者に対して、利用者の目的に応じたITスキルを教えている。外に出られない高齢者のために家庭訪問をしてパソコンを教えることもあり、家庭訪問をしている際に、認知症の初期症状等が見られる場合は、自治体の高齢者課に連絡をする等の役割も果たしていた。

(参考文献)

- ・ Ældremobilisering, (2012) Ældre hjælper ældre - en gevinst for samfundet og deltagerne Ældremobiliseringen.
- ・ 松岡洋子 (2014) 「第2章 デンマークにおける介護サービス」、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』pp.10-28

(注)

- 1) Ældre hjælper Ældre - En gevinst for samfundet og deltagerne, (2012)
- 2) エルドラ・セイエンにおける「訪問の友」等の活動においては、利用者ボランティアのより良いマッチングも重要となる。エルドラ・セイエンでは理事会でコンタクトパーソンシステムを取っており、通常は理事がコンパクトパーソンとして、利用者のニーズとボランティアのスキル等、2人の相性等を考慮してマッチングを行っている。コンパクトパーソンの研修はエルドラ・セイエンの本部で行われている。なお、エルドラ・セイエンの本部等の活動については、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』2014の「デンマークインタビュー (pp.12-15)」を参照されたい。(http://www.ilc-japan.org/study/doc/denmark_interview.pdf)

第3款 認知症高齢者支援

米国ラトガース大学非常勤講師 中島民恵子

1 概況

全人口の560万のうち、8万4,000人が認知症高齢者であると推計されている。そのうち2,400人は65歳未満である。また、認知症高齢者数は2040年までに16万4,000人に増加すると推計される（Alzheimer's Disease International 2009）。

ただし、認知症が過小診断されがちであり、デンマークの一次医療（primary sector）における診断過程に関する調査では、診断が正しいのはケース全体の86%、同じく二次医療（secondary sector）における診断では51%であることが分かっている（Phung et al, 2007; Phung et al 2009; Phung et al, 2010）。

2 デンマークの認知症対策の概要

(1) 認知症国家行動計画

デンマークでは2001年、2004年に認知症に関する行動計画が策定され、認知症に関するキャンペーンが行われてきた。2001年計画では認知症コーディネーターの普及と市民の認知症理解等に力が注がれ、2004年計画では病院・家庭医・在宅ケアなど関係機関の連携促進に焦点があてられ、取り組みがすすめられた。その一方で、これらの取り組みに関してコミュニケーションで大きな格差が生じることとなった。（松岡 2013）これらの状況を踏まえて2010年末に認知症国家行動計画が発表された。デンマークにおける認知症ケアの質を全国的に均一化していこうというねらいのもと、7領域にわたる14の行動目標が掲げられた。インフォーマル組織については、家族介護者の日中息抜き支援を開発・改善するために、ボランティア団体と自治体がパートナーシップを構築することがあげられている。

なお、2015年の夏に新たな認知症国家行動計画が提案された。新たな認知症国家行動計画には、より早期に診断とケアを受けることができ、これまで以上に家族介護者の日々の支援が充実することを通して、デンマークがより認知症フレンドリーとなることが目指されている（Philip Tees 2015）。

(2) 「認知症連合」の実証プロジェクト

政府のみならず、認知症に関連するボランティア団体等は認知症に関する社会的な認知の向上を重視した取り組みを進めている。介護職・看護職・認知症高齢者およびその家族介護者を代表する連合会や利益団体により共同で認知症連合（Demensalliancen）が立ち上げられ、以下5点に重点を置いた新たな実証プロジェクトが開始されている。

- (i) 認知症患者を支援する能力および知識を有する「認知症フレンズ」10万人の教育
- (ii) 家族向けガイドの作成
- (iii) 認知症になってもいかにして尊厳のある生活を送るかに関する、認知症憲章の作成
- (iv) 認知症患者に適した住宅に関するエビデンスの収集
- (v) 認知症患者に対応するフォーマルな介護職に支援・助言を提供する電話相談サービス

また、認知症高齢者や家族介護者への支援に関して自治体・民間提供事業者・ボランティア団体の協力を促し、そのための具体的なツールを提供することを目指す ODA モデルが2006年に開発された。そこでは、ボランティアが積極的に関わることできる取り組みの重

要性が示されている（Styrelsen for social service 2006）。

認知症高齢者やその家族介護者に対する具体的な支援としては、認知症に関する教育への参加・デイケア・家族介護者のサポートグループ・在宅での研修・認知症カフェ・余暇活動の企画・カウンセリング等、幅広い支援サービスがボランティア団体を通して提供されている。

デンマークにおいても認知症に関する支援は、アルツハイマー協会によって幅広く行われている。「認知症ライン」という電話相談窓口が設置されており、そこにアクセスすることで様々な相談ができる形となっている。また、司法的な支援等についても行われており、ともに守秘義務のもと行われている。

3 インタビュー調査の結果

(1) エルドラ・セイエンによる支援

認知症高齢者本人に特化したインフォーマル組織による支援は、インタビュー調査の範囲では行われていなかったが、エルダドラ・セイエンでは、先で述べた「訪問の友」や「運動の友」等において、軽度の認知症高齢者の利用も可能となっていた。実際に「運動の友」を利用している軽度の認知症の女性とその夫、ボランティアに対するインタビューからは、利用者のボランティアに対する高い信頼と満足感が語られた。「運動の友」も定期的に同じボランティアが関わることでされており、継続的な関わりを通して馴染みの関係性が構築されている様子が伺われた。利用者が「運動の友」を利用することになったきっかけは、専門医からフレデンスボーコムーネの認知症コーディネーターに連絡が入り、そこからエルドラ・セイエンを紹介されたという経過がある。フォーマルな支援からインフォーマルな支援につながるプロセスにおいて、フォーマル側のインフォーマルな支援に対する理解と連携も重要な点である。

また、高齢者が役所や医師のもとに行く場合に同行し、内容をより分かりやすく本人に説明するといった支援も、エルドラ・セイエンやコムーネが養成するボランティアを通して提供されている。この支援も認知症高齢者に特化した支援ではないが、認知症高齢者本人の意思決定の支援や権利を擁護する役割を担っていると考えられる。このような支援を行うボランティアや認知症高齢者に関わるボランティアを行う場合、エルドラ・セイエンでは必ず関連する講習を受けることとなっている。

このほか、認知症高齢者の家族介護者に対する支援としては、レスパイトケアが週1回提供されている¹⁾。レスパイトケアにおいても、家族ごとに1人のボランティアが継続的に関わるように取り組まれている。

(2) 「認知症カフェ」

認知症高齢者および家族介護者への支援としては、「認知症カフェ」の取り組みも挙げられる。インタビューを行ったステンローセコムーネでは、認知症高齢者本人、家族介護者、ボランティアにより、2014年から認知症カフェが実施され、認知症高齢者や家族介護者がネットワークを作ること、楽しい時間を共有することを目的とされていた。認知症カフェを通して親しくなることで、認知症カフェの後で一緒に散歩に出かける等、関わりの広がりがみられていた。現在、2週間に1回、2時間程開催されており、認知症高齢者本人の希望も聞きながら、毎回何かしらの音楽等の楽しみや講演等のプログラムが組まれている。

認知症カフェの周知は、コムーネの福祉課や図書館等の掲示板、認知症コーディネーターによる紹介、75歳以上の高齢者の家庭訪問の時に訪問職員がパンフレットを配布等の専門職

からの協力も得られている。ただし、認知症カフェ参加への交通手段が限られており、現状では参加できる人が限られている状況であった。

(3) 「その日をつかめプロジェクト」

また、訪問したグレストッドコムーネのボランティア・センターでは社会庁からの助成金を得て「その日をつかめプロジェクト」が実施されていた。「その日をつかめ」というのは *Carpe diem* (カルペディエム) というラテン語から来ており、認知症の人を介護する家族が共倒れになるのではなく、「まずは自分にエネルギーを与えましょう」という意味であり、家族介護者に重点を置いた取り組みが進められている。グレストッドコムーネには、認知症の登録をした人が約 600 人いるが、家族会に登録している人は約 15 名で毎回 6～8 名の参加という状況である。まだ認知症であることを家族が隠すことが多い現状であり、「その日をつかめプロジェクト」では、認知症に関する情報提供、講演等に取り組み始めた状況であった。

デンマークには認知症コーディネーターがほとんどの自治体に配置されているが²⁾、コムーネ間の格差が大きい。インタビューでは、グレストッドコムーネでは、認知症高齢者に対して関心があまり示されておらず、認知症に対する予算も多く割かれていない状況であることが語られた。リソース、資金不足の関係で、認知症コーディネーターも認知症の対応だけでなく他の高齢者の対応も行っているため、すべてのことが非常にゆっくりとしか進まない状況であった。このような状況に対して、「その日をつかめプロジェクト」が果たす役割が期待されている。

(参考文献)

- ・ Alzheimer's Disease International (2009) World Alzheimer Report. ADI: London.
- ・ 医療経済研究機構 (2011) 「Ⅱ. 分担研究報告 2. 認知症の地域包括ケアをめぐる理念・課題・政策動向に関する国際比較研究 デンマーク」、『認知症ケアの国際比較に関する研究 総括・分担報告書』(研究代表者: 中島民恵子) pp.73-92.
- ・ 汲田千賀子 (2015) 「デンマークの認知症ケア国家戦略と福祉・介護人材」、『海外社会保障研究』 No. 190: pp.39-51
- ・ 松岡洋子 (2013) 「デンマークにおける「認知症国家行動計画」、老年精神医学雑誌 24 : pp.1000-1006
- ・ Philip Tees (2015) Government developing dementia strategy for Denmark <http://cphpost.dk/news/government-developing-dementia-strategy-for-denmark.html> (2016年1月28日アクセス)
- ・ Phung TK, Andersen BB, Høgh P, Kessing LV, Mortensen PB, Waldemar G. (2007) Validity of dementia diagnoses in the Danish hospital registers. *Dement Geriatr Cogn Disord* ;24(3):220-8
- ・ Phung TK, Andersen BB, Kessing LV, Mortensen PB, Waldemar G. (2009) Diagnostic evaluation of dementia in the secondary health care sector. *Dement Geriatr Cogn Disord* ;27(6):534-42
- ・ Phung TK, Waltoft BL, Kessing LV, Mortensen PB, Waldemar G. (2010) Time Trend in Diagnosing Dementia in Secondary Care. *Dement Geriatr Cogn Disord* ;29(2):146-53.
- ・ Styrelsen for social service. (2006) ODA-projektet / Introduktion. <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/oda-projektet-introduktion> (2016年2月2日アクセス)

(注)

1) デンマーク全体で 2014 年～2017 年に、各自治体の高齢者によりよい福祉を提供するための補助金が出しており、「認知症の人と家族に対する取り組みの改善」という項目がある。訪問調査を行ったフレデンスボーコムーネでは、「在宅の認知症高齢者の家族を対象に休息の機会を増やす」という項目が実施されており、重度の認知症の人の家族に対して、休息の機会を増やすために、自宅で配偶者のケアをする人に週 4 時間の休息が提供されている(汲田 2015)。インフォーマル、フォーマルの双方からサービスが提供されている。

2) 社会サービス法が 2002 年に改正され、すべての自治体へ認知症コーディネーターの配置が求められた。認知症コーディネーターは、国家資格ではないが一定の教育を受けなければその職に就くことはできないと定めている自治体が多く、2010 年の社会サービス局の調査ではコムーネの 96%に認知症コーディネーターあるいは認知症コンサルタントを雇用している(医療経済研究機構 2011)。

第5節 デンマークの総括

東北大学公共政策大学院教授 白川泰之

1. 公的セクションとの関係

(1) 対等なパートナーシップ

2013年の「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(国際長寿センター)」におけるデンマークの現地ヒアリングでも、ボランティア活動は「自治体のために働くのではなく、住民のために自治体とともに働く」ものであるとの発言があった¹⁾。公的サービスの枠外にある生活支援ニーズに対応しているという意味では、公的サービスの「補完」ではある。しかし、単純に行政の手が回らないことの下請けではなく、対等なパートナーシップが構築されていることは、今回の調査でも同様であった。

中央政府は、特に1980年代以降、ボランティア組織がより重要な社会的な資源・アクターとなることを期待して積極的に支援している。デンマークでは、ボランティア活動は、対象者への柔軟な対応が可能であるなどの公的サービスとは異なるアプローチにより、社会にとって非常に重要な貢献として見られている。対等なパートナーシップの背景の1つには、このような公的サービスとは異なる又は行政にはできない柔軟なアプローチがあるのではないだろうか。例えば、公的サービスであればサービス提供の時間的制約されるため、話し相手など時間的な余裕が必要なニーズには対応が難しい。また、配偶者等との死別など様々な事情に寄り添うために同じ経験を持つスタッフを行政職員で揃えることや、趣味の活動のインストラクターを行政職員で揃えることも困難である。いわば「行政にはできない」活動に「自発的」に取り組むことへの一種のリスペクトが存在するのではないだろうか。

(2) 活動への財政支援

現地調査のインタビューでは、活動の財源として、しばしば「基金」に言及されていた。こうした基金を設置しているのは、EU、デンマーク社会省、自治体があり、プロジェクトによって選択していた。この基金からの財政援助を受けるためには、事前の審査に通ることが必要であり、一定の契約期間後には継続の審査も必要になる。

このように、審査を通過した社会福祉のプロジェクトに財政援助を行う仕組みは、日本でも各種のものが存在し、自治体が設置した「社会福祉振興基金」から助成を行う仕組みや、社会福祉を目的とする事業経営者に寄附金を配分する共同募金(社会福祉法第112条)、独立行政法人福祉医療機構が行う社会福祉振興助成事業などが挙げられる。

デンマークのように、行政機関が設置する基金が配分を行う形態の場合、ボランティア活動を支援するという姿勢を示すことができるとともに、基金の安定性が高いというメリットがある。一方で、基金を設置する行政機関の政策的意図が助成対象プロジェクトの選定に反映されることが懸念され、ボランティア組織の自主性が損なわれる恐れもある。しかし、デンマークのように、行政とボランティア組織が対等なパートナーであるとの共通認識がある場合には、メリットの方が上回るものと考えられる。

2. 地域に根差した活動

(1) 住民と公的セクションの関係の「近さ」

フレードンスボー市長の説明では、同市の人口は約4万人とのことであったが、これは、日本の市町村の人口規模でいえば、1728市町村中の第620～640位辺りに相当することとな

り 2)、地方のやや小さい市部の規模感に近い。

また、市議会の性格が日本とは大きく異なる。市議会議員は、本職との兼業で議員報酬も低い、すなわち「職業政治家」ではなく社会貢献的なニュアンスが強いのである。議会も夜間に開かれるため、昼間の開催に比べれば、市民の傍聴も容易であろう。あえて日本で例えるならば、市議会と各地域の自治会の間系のような形態と言える。

現地でのインタビューにおいては、市議会議員、市の行政職員、住民の距離感の近さが、地域における課題の把握、具体的な対応策の検討、実施にわたる機動性の高さにつながっている印象を強く持った。これは人口規模や議会システムだけの問題ではなく、「住民自治」の意識や歴史的経緯なども関係していると思われるため、すぐに日本で真似できるものではない。しかし、公的セクションと住民の間で近い関係性を構築し、「住民自治」を育てていくことが重要であることは、今後、中長期的に日本でボランティア活動を活発化していく上で共有すべき基盤的な価値観と言える。

(2) 「ボランティア憲章」という契機

フレードレンスボー市では、同市のボランティア憲章の策定が進められていた。現地調査の時点での成果としては、ボランティア活動に興味ある市民のリストを集めることができたこと、ネットワークづくりの出発点となったこと、さらには市民の関心・問題意識を確認できたことが挙げられている。さらに、ボランティア活動の方向性として、サポート役としての市の役割、市民の参加を容易にすること、市民の自発性・主体性の尊重などが確認されている。

具体的にどのような憲章が策定されるかは分からないが、ボランティア憲章の策定が、多くの市民が集まって、議論をし、共通認識を形成する契機となったことは間違いない。こうしたプロセスにおいて生み出される様々な「副産物」こそが、今後のボランティア活動の活性化に当たって、「ボランティア憲章」という文書そのものよりも重要な意味を持つのではないだろうか。

(注)

- 1) 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」 p.20
- 2) 総務省「平成 22 年国勢調査」より。なお、東京都特別区は 23 区で 1 つの自治体とカウントされている。

第1節 ドイツ・デンマークの比較

	ドイツ	デンマーク
人口／高齢化率	人口：約 8,094 万人（2014 年）／高齢化率：20.7%（2013 年）	人口：約 566 万人（2014 年）／高齢化率：18.1%（2013 年）
介護制度	<ul style="list-style-type: none"> ○介護保険法による社会保険方式（部分保険）で、疾病金庫が保険者である。 ○サービスの実施主体は、主に民間の非営利団体。宗教系、中小福祉団体系、労働運動系等。 	<ul style="list-style-type: none"> ○社会サービス法による税方式で、基礎自治体（コムーネ）が実施主体である。 ○サービス提供主体は基礎自治体であるが、民間営利企業の参入が進んでいる。
生活支援の内容 ⇒詳細は補章「日本と海外の生活支援」の「附：各国の身体介護、家事援助、生活支援一覧表」を参照	<p>【介護保険法からの給付】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○2002 年導入の「敷居の低いサービス」（Niedrigschwellige Betreuungsleistungen）。認知症者を対象とし、有償ボランティアが従事（最低賃金より若干低い謝礼）。 ○活動団体は州が認可。管理者の資格要件や従事者への研修は州で定める。 ○内容は、訪問、通院・外出支援、調理支援、夜間の訪問など。 <p>【ボランティア活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入院者、老人ホーム入所者、在宅者を対象として、話し相手、本の朗読、外出および買い物等の支援を行う。 	<p>【社会サービス法からの給付】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問型のサービスにおいて、家事支援（掃除、洗濯、買物）、料理（配食）、ゴミ出し等を実施。 <p>【ボランティア活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「訪問の友」、移動支援、買い物、家事援助、電話での安否確認、会食など。 ○ ボランティア活動全体の 91%は無償ボランティアによる
ボランティア活動団体と行政機関との関係	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症者に対するボランティア活動の拡充に焦点が置かれている。 ○「敷居の低いサービス」の整備・拡充のために団体への補助等を実施。自治体負担と介護保険財源から折半。州によって温度差あり。 ○ボランティアが介護サービス構造の一つの制度的構成要素として確立することに期待。 	<ul style="list-style-type: none"> ○行政とボランティアは対等な関係。行政とは異なる柔軟なアプローチが可能な重要な社会資源と認識されている。 ○2013 年に中央政府が「ボランティア憲章」を策定。各基礎自治体でもそれぞれの「ボランティア憲章」の策定が進められている。 ○プロジェクトの審査を受け、EU、社会省、基礎自治体に設置されている基金を活用。
認知症者に特化した介護サービス・生活支援	<p>【概況】</p> <p>認知症者は 1,572,104 人で、総人口の 1.92%と推計。（EU 平均：1.55%）</p> <p>【介護・医療サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○認知症に特化したものとして、グループホーム、認知症専用ナーシングホーム（又は一般的なナーシングホームにおける認知症専用ユニット）がある。 ○精神科の病院・施設で生活する認知症者は、少数である。 <p>【生活支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○上記「敷居の低いサービス」 <p>【若年性認知症への対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○65 歳以上の人を念頭にデザインされており、若年性認知症の人にとって、自分たちにあったサービスを見つけるのは困難。 <p>【認知症者本人の活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○絵画教室、自助的ワークショップ、余暇活動サークルがあり、アルツハイマー協会が何らかの形で関与しているケースが多い。 	<p>【概況】</p> <p>認知症者は約 8 万 4,000 人で、総人口の 1.48%と推計。</p> <p>【介護・医療サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護サービスは、標準的なサービスとなっているが、大半の基礎自治体に「認知症コーディネーター」が設置され、専門的な相談や支援に当たっている。 ○公立のメモリークリニック（5 か所）において、診断・評価・治療、認知機能の維持、認知障害をカバーするための講習を行う。 <p>【生活支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○上記の一般的な生活支援のほか、本人及び家族の集いの場としての「認知症カフェ」 <p>【若年性認知症への対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○雇用を継続できるようにする支援や、雇用者にその可能性について情報を提供するための取り組みは、特になされていない。 <p>【認知症者本人の活動】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○絵画教室、自助的ワークショップ、余暇活動サークルがあり、アルツハイマー協会が何らかの形で関与しているケースが多い。
認知症者の家族介護者に特化した支援	<ul style="list-style-type: none"> ○介護保険の「介護者（家族およびボランティア）のための介護コース」の枠内で、地域ごとに異なる給付がある。 ○（例：ヘッセン州では家族が専門家に相談できる認知症コースなるものがあり、介護保険から償還が有る。） 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 孤立防止を目的とした家族介護者の集いの場である「その日をつかめプロジェクト」 ○ 公立メモリークリニックで、治療、法的問題、社会的サービス、日常生活上の問題等に関する情報提供を行う。

第2節 国際比較から見た日本への示唆

東北大学公共政策大学院教授 白川泰之

1. 「規範的統合」に向けた仕掛け

(1) 地域包括ケアシステムにおける「規範的統合」

海外の調査対象国において、インフォーマルセクターが取り組んでいる「活動内容」自体に、日本との比較で先進的なものや斬新なものを発見することは困難であった。むしろ、「なぜそれがうまく機能しているのか」が重大な関心事であったと言える。

まず、活動が機能的に行われる基盤として、どのような地域づくりを行うかについて基礎自治体がビジョンを持ち、それを活動主体と共有することが重要である。同様のことは、日本の地域包括ケアシステムにおいて「規範的統合」として明確化されているところでもある。

「規範的統合」とは、「保険者や自治体の進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有される状態」と定義されている¹⁾。

この規範的統合の方法論としては、市町村が日常生活圏域ニーズ調査等の介護保険事業計画策定のために行う各種調査に基づく地域の姿を検討し、基本方針を定め、その実現に向けた基盤整備を進めることとされ、具体的には、

- 介護サービス事業者の公募要件に基本方針を記載
- 事業者連絡会で地域密着型サービスへの参入を促すなどを通じた事業者への働きかけ
- 調査結果の関係者との共有
- 多職種協働による退院支援体制の構築
- 地域ケア会議の積極的な活用

等が挙げられている²⁾。

(2) シンボリックな仕掛けとそのプロセスの共有

各市町村の地域包括ケアシステムは、制度的には介護保険事業計画が基本となり、その計画に掲げる理念を担い手の間で共有することになる。ここでの「担い手」は、医療、看護、介護を始めとした専門職種にとどまらず、これから介護予防・日常生活支援事業（以下「総合事業」という。）の担い手となっていくインフォーマルセクターの職員、ボランティアも含まれる。つまり、専門職種以外をどのように巻き込むかが総合事業も含めた地域包括ケアシステムを機能させる重要な鍵になってくるのである。

しかし、基本となる介護保険事業計画の策定については、事業者代表、学識経験者、医療・介護専門職種などが中核委員メンバーであり³⁾、インフォーマルセクターを巻き込む仕掛けが十分に用意されているとは言い難い。また、総合事業のガイドラインでは、「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」を設置し、市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークとして「協議体」とすることとしている。この協議体の役割としては、

- コーディネーターの組織的な補完
- 地域ニーズの把握（アンケート調査やマッピング等の実施）
- 情報の見える化の推進、企画、立案、方針策定を行う場

- 地域づくりにおける意識の統一を図る場
- 情報交換の場
- 働きかけの場

が挙げられている 4)。このうち、「地域づくりにおける意識の統一を図る」という役割がインフォーマルセクターを主体とした規範的統合の意味合いを持つことになると考えられる。ここで、各メンバーが主体的に意識の統一を進める仕掛けを作るかが重要になってくるが、この点については、デンマーク・フレデンスボー市におけるボランティア憲章の策定がヒントになる。

同市ではボランティア憲章の策定を進めており、作成作業を行うワークショップには、市民、ボランティア、スタッフ、企業から約 100 名が参加している。調査時点では憲章の内容がどうなるかは明らかではなかったが、求められているボランティア活動のニーズ調査から始めて 2016 年 3 月には最初の案を作りたいとの意向であった。

こうした取組で重要なことは、1 つには策定作業のプロセスにおいて、地域づくりの意識を共有することにある。極論すれば、策定されたボランティア憲章は副次的なものとして捉え、何らかのシンボリックな仕掛けを「看板」にして規範的統合の契機とし、プロセスとそこでの意識の共有を目的とするのである。フレデンスボー市の担当者は、「参加者がボランティア憲章作成のプロセスについて合意・共有化した上で、コミュニケーションを取りながら進めていくことが非常に重要である」旨を指摘している。

もう 1 点重要なことは、日本のこうした協議の場は、得てして半ば充て職的な者が参画しがちになるが、フレデンスボー市のワークショップには、上記のとおり約 100 名が参画している。こうした大きなワークショップを開催することが難しいようであれば、市町村内に設置された各地域の協議体ごとにワークショップを行い、それぞれの憲章を策定することも考えられる。そうすれば、その地域のインフォーマルセクターに幅広く参画してもらっても、メンバーの数も膨大になることはなく、機能的な策定作業を行うことができると考えられる。

こうしたプロセスにおいて、市町村は、地域包括ケアシステム全体との関係性・整合性については、議論の大枠をリードすることが求められるが、その枠内の議論については、参加者の自主性を尊重することが重要と考えられる。

2. ボランティアの位置付け—費用極小化とは異なる視点

(1) 投下すべき費用的コスト

現地調査では、運営に係る事務的負担、ボランティアスタッフへの研修という点で費用的コストをどのように考えるかという視点が重要であると強く感じた。

① 運営に係る事務的負担

例えば、月に 2 回程度のサロン活動のように、定まった場所での集いの形態で活動の頻度が低いという場合には、運営に係る事務的な負担はそれほど重くなく、サロン運営の代表者も無償のボランティア活動で足りる場合もあると思われる。一方で、訪問系の活動のように、日々、活動状況や対象者と従事者の相性等を把握しなければならない場合やボランティア・センターのように日々行われている様々なボランティア団体の活動を調整・支援する場合のように、代表者がフルタイムに近い拘束時間と事務的負担を負うような場合には、無償ボランティアとして従事するには過度な負担となる。

② ボランティアスタッフへの研修

デンマーク、ドイツともに、専門的ケアは専門家に任せ、ボランティアはそれ以外の支援を行うというのが一応の整理であるものの、ボランティア活動に従事するために必要となる基本的な知識については研修を実施していた。例えば、デンマークの「エルドラセイエン」では、ターミナル期の高齢者の支援、認知症のボランティア・サービス、病院等の同行・診療内容等を伝える活動については講習を必須とし、団体本部の人材が講師となっていた。その他の団体では外部講師の活用や行政による研修プログラムを利用するという場合もあった。

日本においても、日常生活支援の「訪問型サービス B」や「通所型サービス B」といった住民主体の活動を取り込む場合、費用的なコストを低く抑えるとしても、活動の内容によっては、かけるべき費用的コストがあることに留意することが必要である。

(2) 多様な「入口」が前提

総合事業では、介護予防の視点からも「高齢者が高齢者を支える」ことへの期待がある。日常生活支援の担い手を確保するという観点からは、高齢者のボランティア活動を日常生活支援に誘導することが望ましいと考えられるが、一方で、介護予防の観点からは、本人の活動意欲にフォーカスすることも重要であり、入り口から「高齢者を支える」ことに傾斜することは、必ずしも望ましいとは言えない。「日常生活支援は介護予防になる」とは言えても、逆に、必ずしも「介護予防のためには日常生活支援」ではないのである。

ボランティア活動自体が、様々な対象や内容を持つ広がりのあるものであるため、必ずしも高齢者を対象としたものになるとは限らず、仮に高齢者が対象になる活動であったとしても、その活動内容が総合事業のメニューに合致するとは限らない。デンマーク・フレデンスボー市の高齢者アクティブティセンターの現地調査において、「こちらから、これをやってくれと頼むという形ではなく、ボランティア側からこういう風にやってみる、ということが重要となる」というスタッフの言葉があった。

当面は、総合事業の担い手となるボランティアを確保することが最優先になるかもしれないが、長い目で見た場合には、ボランティア活動全体の活性化を図り、あくまで結果的に高齢者を支えることを選択したグループを取り込む形が望まれる。また、そのような多様なボランティア活動を活性化した結果として、現在の日常生活支援にとどまらないような地域の高齢者を支える新たな事業メニューの種が生まれる可能性も期待できる。

3. 有償ボランティアの可能性

(1) 「緩い就労」としての有償ボランティア

① ドイツの状況

日本でイメージする「有償ボランティア」に近いものとして、ドイツ介護保険の「敷居の低い世話サービス」を挙げることができる。そのサービスの内容は、ゲーム等をして遊ぶ、新聞を読んで聞かせる、一緒に散歩をする、通院や外出の付き添い、調理の手伝いその他の日常生活支援であり、いわば「疑似家族」的な支援である。支援者は団体から1時間当たり7.98ユーロ(1,037円)の支払いを受けるが、これは、賃金や報酬ではなく、移動に要するコスト(ガソリン代)という整理になっている。もっとも、実際に全額がコストに充てられるわけではなく、支援者の収入になるという側面もある。最低賃金が時給8.50ユーロ(1,105円)であることから、支援者が受ける支払いは、最低賃金を下回る水準である。また、ドイツでは、ボランティアによる収入が年間2,400ユーロ(312,000円)以下の場合

非課税となっている。

ドイツの「カリタス」でのインタビューでは、一般的な「労働者」ではなく、有償ボランティアという形態で活動をする理由として、支援者は、あくまで自分がやりたいという意味でこうした活動に従事していることと並んで、指揮命令に従う義務がないことを挙げていた。このため、本当に自主的な気持ちで仕事をすることができ、例えば、活動する時間や曜日、誰を支援するかという点で、自由に断ることができるというのである。

日本においては、労働基準法第9条に規定する「職業の種類を問わず、事業又は事務所に使用される者で、賃金を支払われる者」という「労働者」の定義が労働関連法規のベースとなっている。この労働者性の要件は、(i) 指揮監督下において労務を提供すること、(ii) 労務の対価として報酬を得ていることとなる。ドイツの有償ボランティアの場合は、いずれにも該当せず、日本においても同様に使用従属関係になく、労働者性は否定されると考えられる。

② 有償ボランティアの意義

こうした有償ボランティアは日本にも存在する形態であり、総合事業においても有償ボランティアの活用が想定されている。有償ボランティアの活用にはいくつかの利点があると考えられるが、特に、無理のない働き方で一定の収入が得られるという「一般的な就労」に比べて「緩い就労」として推進していく余地がある。

収入だけを考えれば、一般的な就労にメリットがあるものの、フルタイムのような長時間の拘束は厳しい、パートであっても指示通りに仕事をこなすのはつらい、心身の状況からそもそも一般的な就労は負担が大きいという場合でも、その人に合った働き方を見つけられる可能性がある。そして、金額的に大きくはなくても、一定の収入を得られることは、支援者の承認欲求や社会貢献に対する満足感を満たすだけでなく、年金というセーフティネットを補完する役割も期待できる。「カリタス」で活動する支援者からも、「自分自身の年金額も亡くなった配偶者の遺族年金もあまり多くないので、ちょっと少し足しになるというのはとても助かる」との発言があった。

有償ボランティアが日常生活支援のような「疑似家族的」な役割を担うことは、人材の数の限られた専門職が、その専門性を活かした業務に集中しやすくなるという効果も期待される。ただし、専門職の業務の中には、非専門職でも代替できる部分もありうることから、有償ボランティアを専門職の「安価な下請け」としての役割を負わせることのないよう、両者の業務の線引きについては明確にしておく必要がある。

(2) 「謝礼」と税

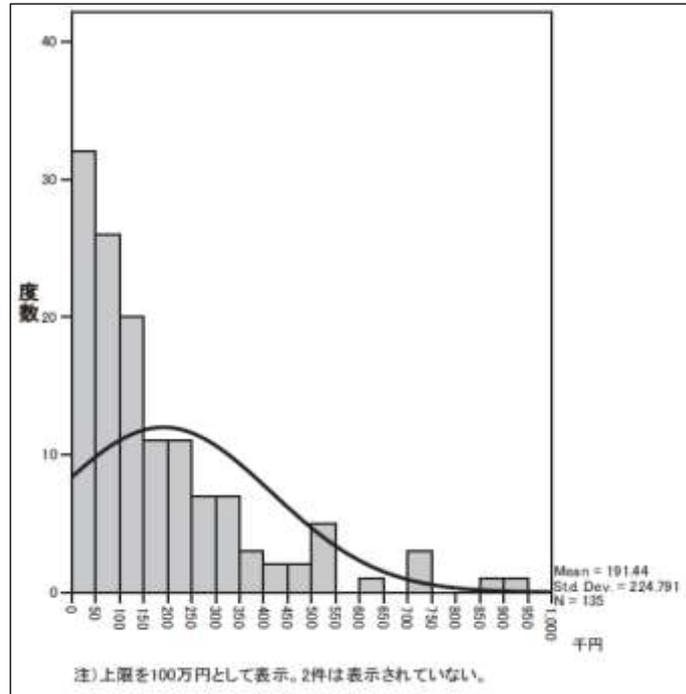
① 国内の概況

日本国内の有償ボランティアの実態について明らかにした最近の文献は見当たらなかったが、2006年時点の比較的大規模な調査の結果から概況を見てみたい⁶⁾。有償ボランティアに従事する者等に対する謝礼、活動時間を見たものが表5-1である。有償ボランティアの謝礼は、平均で1時間当たり775円、年間では225,700円となっている。このうち、年間の謝礼金額の分布を見たものが図4-1である。また、活動時間は、平均で月間38.5時間であり、時間区分ごとの構成を見たものが表4-2である。

【表 4-1】有償ボランティア等に対する謝礼金額、活動時間

	非正規職員		有償ボランティア	無償ボランティア
時間あたり平均賃金（有償ボランティアは謝礼金額）	929 円	>	775 円	—
NPO からの年間収入（平均）	787,600 円	>	225,700 円	—
月間活動時間	72.8 時間	>	38.5 時間	> 21.8 時間

データ出所：JILPT 実施「NPO 活動と就業に関する実態調査」。



【図 4-1】1 年間の謝礼金額の分布

【表 4-2】有償ボランティア等の 1 か月当たりの活動時間

		(%)		
		有償ボラン ティア	無償事務局 ボランティア	無償その他 ボランティア
1ヶ月あたりの ボランティア 活動時間	1-10時間未満	14.9	23.4	46.5
	10-20時間未満	21.5	16.1	21.7
	20-50時間未満	30.2	32.8	18.2
	50時間以上	24.7	21.2	8.7
	無回答	8.7	6.6	4.9
	合計	100.0	100.0	100.0
平均値(単位:時間)		38.51	33.36	17.83
標準偏差		38.50	38.52	27.20
p<0.001, F=31.728				

② 税制に関する論点

有償ボランティアによる収入をどのように見るかは、個別の判断を要することになるが、所属団体に勤務する労働者として謝礼等の支払いを受けているのではないとすると、「給与所得」ではなく、「雑所得」等の扱いになると考えられる⁷⁾。一方、所得税の課税ラインは、世帯の構成等によって異なるが、1つの基準として基礎控除額である38万円を上げることができる。(2)で見た有償ボランティアの年間の謝礼金額の平均は、225,700円であることから、

平均的には基礎控除の額に収まることになる。ドイツにおけるボランティアの謝礼に対する控除は、活動のインセンティブとしては魅力的な制度ではあるが、日本の税制においては、現状では、有償ボランティアの謝礼に対する控除は、特段議論を要するものではないと考えられる。

4. 「認知症サポーター実践講座」(仮称)の導入

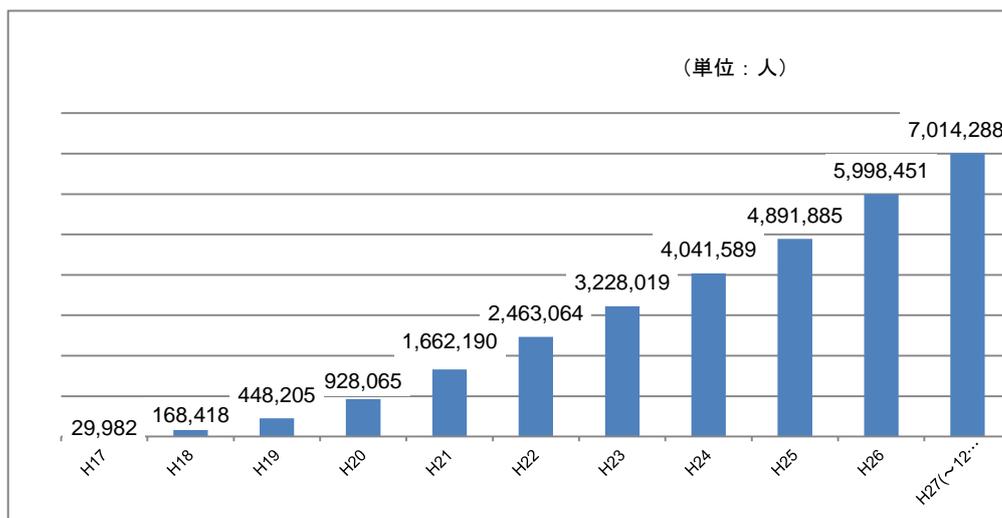
今回の調査では、認知症に関する取組についても注目して進めてきたところであるが、結論としては、注目に値するものに乏しかった。そもそも認知症に関する理解を広げていこうとするデンマークの「認知症の友」のように、日本の認知症サポーター養成講座が、ようやく時間差で到達したような取組も見られた。

日本がこれまで取り組んできた認知症サポーター養成講座は、順調に受講者数を増やしてきている。図4-2は、年度別にみた認知症サポーター数の累計の推移をみたものであるが、700万人を突破している。一般的な認知症の理解を進めるという点では、着実に「裾野」を広げてきていると言える。

一方、総合事業で住民主体の支援活動を行うに当たり、市町村において研修を行うことが望ましいとされ、研修カリキュラムとして以下のものが例示されているが⁸⁾、この中には「認知症サポーター研修等」が挙げられている。

- ・介護保険制度、介護概論
- ・高齢者の特徴と対応(高齢者や家族の心理)
- ・介護技術
- ・ボランティア活動の意義
- ・緊急対応(困った時の対応)
- ・認知症の理解(認知症サポーター研修等)
- ・コミュニケーションの手法、訪問マナー
- ・訪問実習オリエンテーション

一般的な認知症の理解が必要であることは当然であるが、総合事業の実施を視野に入れた場合、今後は、「認知症サポーター実践講座」(仮称)のように、より実践的で活動の類型を踏まえた多様なプログラムを用意することが必要になってくるのではないだろうか。



【図4-2】年度別認知症サポーター数(累計)の推移⁹⁾

5. 今後の議論に向けて

(1) 概況

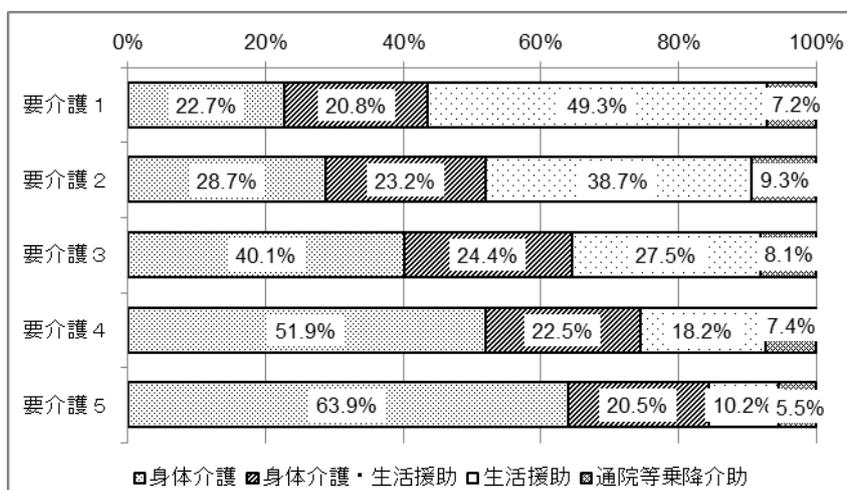
2015年6月1日に財政制度等審議会は「財政健全化計画等に関する建議」を行った。この中では、介護保険制度に関する様々な記述があるが、「軽度者に対する掃除・調理などの生活援助サービスや、福祉用具貸与等は、日常生活で通常負担するサービス・物品であり、また、原則1割負担の下で単価が高止まりしている可能性がある。公的保険給付の重点化、競争を通じたサービスの効率化と質の向上を促す観点から、原則自己負担（一部補助）の仕組みに切り替えるべきである」、「軽度者に対する通所介護等のその他のサービスについては、（中略）地方公共団体の裁量を拡大しつつ、地方公共団体の予算の範囲内で実施する枠組み（地域支援事業）に移行すべきである」とする考え方が提起された¹⁰⁾。

今後一層の高齢化に対応するため、介護保険財政の問題は避けて通れない。しかし、切り売りするように保険給付をカットするのではなく、給付や事業の在り方、特に、身体介護と生活援助の関係性について基本的な整理をすることが必要である。そこで、本研究事業の成果も踏まえ、1つの方向性を提示したい。

(2) 専門性から考える役割分担

要介護度区別にみた訪問介護の内容類型別の受給者数の割合を示したものが図5-3である。要介護1及び2の軽度者の場合、「生活援助」のみの受給者割合が高いことが分かる。しかし、一方で、「身体介護」、「身体介護・生活援助」を利用する受給者も半数近く存在する。ドイツ、デンマークにおいても、制度の違いこそあれ、「専門職が行うべきこと」とそうでないものの概念的な線引きがあり、前者が身体介護、後者が生活支援に当たると言える。

今後の身体介護と生活支援の関係性を議論する上で、まずは、こうした「身体介護」部分については、介護福祉士等の専門職で対応すべき領域であることを前提とすべきである。



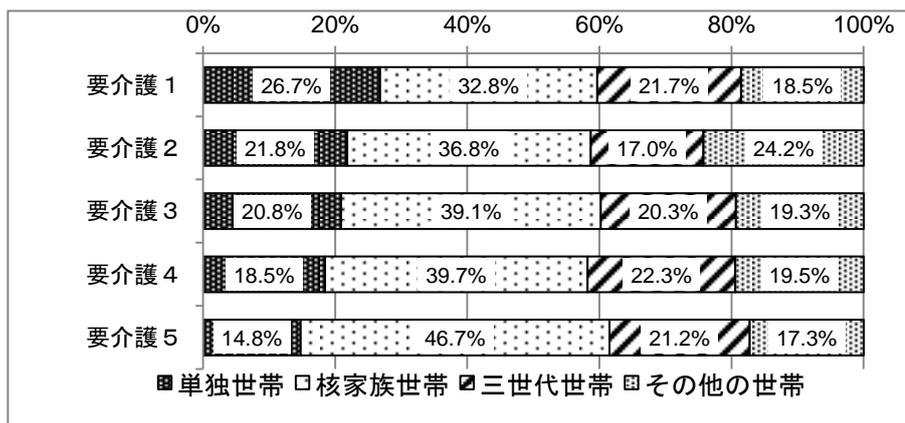
【図4-3】要介護状態区別にみた訪問介護内容類型別受給者数の利用割合¹¹⁾

(3) 要介護度と生活支援のニーズ

同じく図4-3を見ると、要介護度が重度になるにつれて、「身体介護」の利用者の構成比が増加する一方で、「身体介護・生活援助」は要介護度によって大きな差はなく、「生活援助」については、身体介護と逆に、要介護度が重くなるほど構成比が下がる傾向にある。

これは、在宅で暮らす要介護者の場合、要介護度が高いほど同居の家族がいる比率が高く、結果として、生活援助の給付対象とならないことが影響していると考えられる。そこで、在

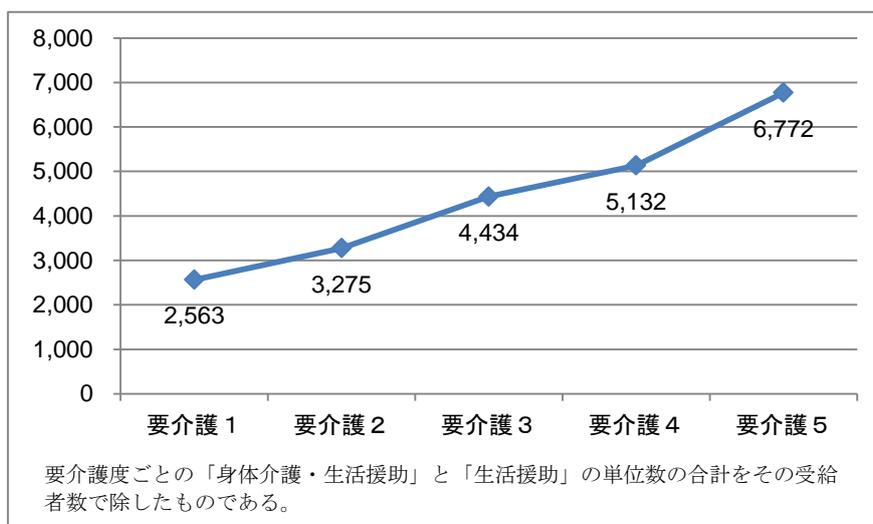
宅の要介護者について、要介護度別に見た世帯類型の構成比を示したものが、図 4-4 である。これを見ると、要介護度が上がるほど独居の要介護者が減る傾向にあるが、単独世帯の構成比で見ると、要介護 1 (26.7%) と要介護 5 (14.8%) の単独世帯の構成比の対比は 1.8 : 1 である。一方、図 5-3 の「身体介護・生活援助」と「生活援助」を足した構成比の対比で見ると、要介護 1 (70.2%) と要介護 5 (30.7%) では 2.3 : 1 となっている。すなわち、要介護度が高くなるにつれ、単独世帯の減少よりも生活援助の減少の方が急激であると言える。これには、支給限度額や現実の負担可能な額の中で、身体介護に充てる比率を高くするという選択が働いている可能性も考えられる。



※ 元データの誤差の影響で、合計が 100%にならないものがある。

【図 4-4】在宅要介護者の要介護別に見た世帯類型 12)

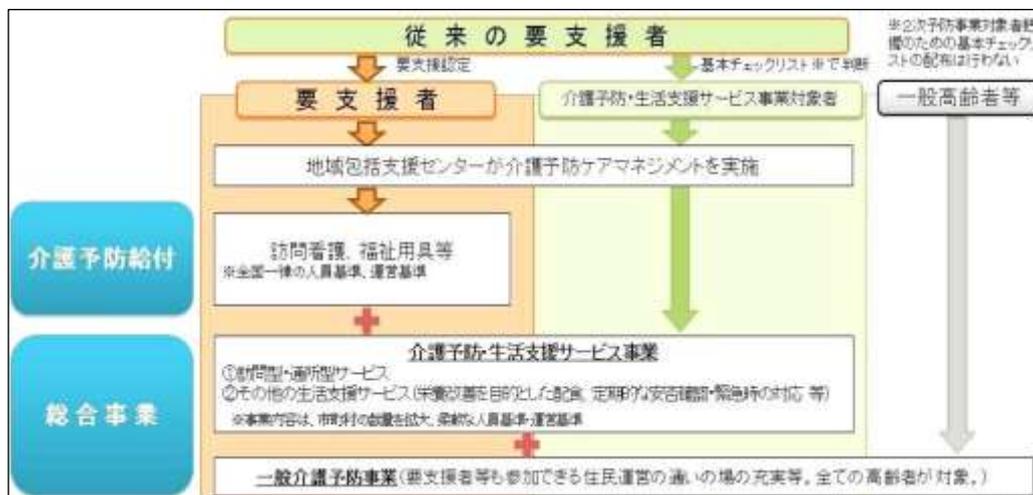
「生活援助」の内容は、調理、洗濯、掃除、買い物等であり、同居の家族がいればその者が行うであろう「家族的支援」と言える。これら生活援助については、要介護度と関係なく日常生活を送る上で必要な行為であり、要介護度が上がるほど不要になっていく性格のものではない。むしろ、要介護度が上がるほど生活援助の必要性も高まると考えられ、少なくとも減少することは考えにくい。在宅要介護者の要介護度別に見た 1 人当たりの身体介護・生活援助と生活援助の単位数を見たものが図 4-5 である。これを見ると、要介護度が高くなるほど生活支援の単位数も上昇していくことが分かる。



【図 4-5】在宅要介護者の要介護度別に見た 1 人当たりの身体介護・生活援助と生活援助の単位数 13)

(4) 中重度者の生活支援を確保するための総合事業の拡充

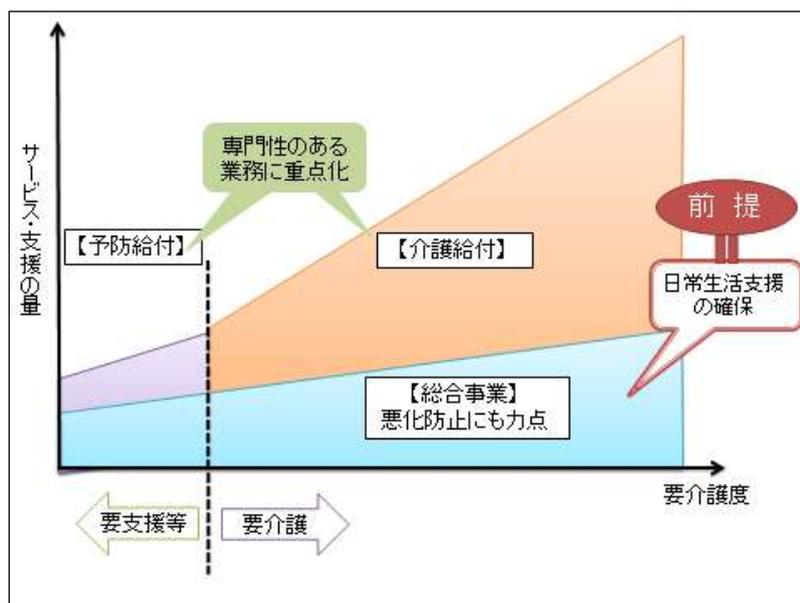
経緯的に、要支援者に対する介護予防のうち、介護予防訪問介護と介護予防通所介護を総合事業に「移行」するという位置付けになっているため、図4-6のとおり、総合事業の利用対象者は、要支援者と基本チェックリストにより把握した者となっている。



【図4-6】総合事業の概要 13)

しかし、「介護予防・日常生活支援」は、要支援者等にも必要な事業なのだろうか。介護予防は、要介護状態の悪化防止の視点から、できる範囲で生活支援を提供する側に回る、社会との接点を持ち続けることを考慮すべきではないだろうか。また、日常生活支援については、図4-5で見た通り、要介護度が高くなるほどその必要性も増している状況にある。

特に、日常生活支援については、財政制度等審議会は、訪問介護の生活援助を原則全額自己負担とする方向性を示している。建議では、現在の総合事業の日常生活支援と軽度者（要介護1及び2）についてのみ言及しているが、生活援助を「家事代行サービス」と捉え「日常生活で通常負担するサービス」とする理屈は中重度者にも適用可能である。つまり、軽度者の原則全額自己負担は、日常生活支援のニーズが高い中重度の要介護者も同様とする制度設計の「布石」になりかねない。その場合、どのような補助を行うかは明確ではないが、重度の要介護者世帯にとっては、重い経済的負担を強いることになる可能性も考えられる。必要な日常生活支援を確保するためには、総合事業によって財政面、実施体制面の両面から制度的に下支えする仕組みにするべきではないか（図5-7）。



【図 4-7】 総合事業の再編と中重度者への日常生活支援の確保

最後に本案の留意点を述べておきたい。

① 日常生活支援の確保が前提

要介護者への生活援助を総合事業に再編した場合、その分給付費の抑制につながるものが期待されるが、趣旨は、あくまで必要なサービスを継続的に実施できるようにするための見直しである。給付費の抑制だけに目を向けるのではなく、必要な支援が行き届くようにすることが前提となる。

② 更なる人材の確保

現在、総合事業の実施に向けて多くの市町村が準備を進めているところである。当面の2017年度末というタイムリミットの中で、約6割の保険者が2017年度まで準備期間に充てる意向となっている。その要因の1つに総合事業、特に日常生活支援の担い手の確保を挙げることができる。仮に、日常生活支援の対象範囲を拡充とした場合、更なる担い手の確保が必要となることは明らかであり、相応の準備期間を設けることが必要になる。

③ 負担への配慮

掃除、調理、洗濯などは、同居の家族が行ったり、元気であれば本人が行ったりするものであり、その意味で「作業コスト」と言うことはできるだろう。しかし、独居や本人では対応できないという場合には、金銭を支払うことによって調達すべき、いわば「金銭的成本」に転化する。例えば、食材費、光熱水費は、どこでどのような状態で生活してもかかってくる金銭的成本と言えるが、生活支援の調達コストが「通常」負担する費用と言えるかは疑問がある。自ら対応できないことをカバーするという点では福祉的意味合いが強いと言える。こうした福祉的ニーズに基づく生活支援を確保するためには、利用者の負担に配慮することは当然に必要なってくる。

(注)

- 1) 地域包括ケア研究会 (2014年)「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」(平成25年度老人保健健康増進等事業) p.4
- 2) 前掲注1、p.26

- 3) 策定委員会の構成員は、「学識経験者、保健医療関係者、福祉関係者、被保険者代表者(第一号被保険者及び第二号被保険者を代表する者をいう。以下同じ。)、介護給付等対象サービス利用者、費用負担関係者等の中から市町村の判断により参加者を選定」すると規定されている。(介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(平成27年厚生労働省告示第70号))
- 4) 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」(平成27年6月5日付・老発0605第5号・各都道府県知事あて厚生労働省老健局長通知)、pp.29-32
- 5) 本章では、1ユーロ=130円で計算する。
- 6) 独立行政法人労働政策研究・研修機構(2006年)「NPO活動と就業に関する実態調査」
- 7) 有償ボランティアの業務については、「請負」とされた判例(東京高裁平成16.11.17法人税更正処分取消請求控訴事件)があるなど、その法的位置づけには論争もあるが、本稿では立ち入らない。
- 8) 前掲注3、p.33
- 9) 認知症サポーターキャラバン HP「認知症サポーターの人数」より算出
<http://www.caravanmate.com/web/wp-content/uploads/2016/01/H27.12index01.pdf>
(最終閲覧日:2016年2月22日)
- 10) 財政制度分科会等審議会「財政健全化計画等に関する建議」(平成27年4月27日) p.26
- 11) 厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」より作成。なお、延べ人数ベースで算出しているため、厚生労働省公表の概要資料とは数値が若干異なる。
- 12) 厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」から算出。
- 13) 前掲注12に同じ。
- 14) 前掲注3、P.10図の一部を抜粋。

第5章 国内調査報告

第1節 プロダクティブ・エイジングと健康増進のための国内調査の概要

1. 地域での活動と健康に関する調査

－第2波調査の概要、調査設計と回収状況－

成蹊大学文学部現代社会学科専任講師 渡邊大輔

1. 調査の概要

最初に調査の概要を箇条書きで紹介する。詳細は2.にて詳しく述べる。

1) 調査名

日本名：地域での活動と健康に関する調査

英語名：Yokohama Longitudinal Study of Productive Aging; Wave 2

(略記：YLSP Wave2)

2) 調査実施者、調査協力者

調査実施者：一般財団法人 長寿社会開発センター 国際長寿センター

調査協力者：横浜市健康福祉局

公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会

3) 調査デザイン

前向きコーホート調査。2015年度の第2波調査は、2013年のベースライン調査対象者への1回目のフォローアップ調査となる。

4) 調査対象および母集団、計画標本、抽出方法

調査はベースライン調査への回答者のうち、有効回答をしたもので、2015年8月時点において介護保険データにおいて「死亡」「転居」ではない3,888人とした。

なお、ベースライン調査は以下の3つの集団を対象としていた。①よこはまシニアボランティアポイント事業（新名称。2013年のベースライン調査時は、いきいきボランティアポイント事業（正式名称は「横浜市介護支援ボランティアポイント事業」）登録者のうち2012年度に年間10時間以上活動実績がある人、②元気づくりステーション事業（神奈川区、港南区、港北区、緑区および栄区の5区、22か所）に参加している人、③横浜市神奈川区、港南区、港北区、緑区および栄区の5区に居住する65歳以上の高齢者のうち介護認定を受けていない人（以下、「一般」と略す）、の3つの集団である。

第2波調査の対象者（発送数）はそれぞれ①1,728人、②275人、③1,885人であった。

5) 調査期間および回収率

よこはまシニアボランティア事業および一般については、郵送調査を2015年10月20日（火）発送～11月末日に行った。返送期限は10月27日（火）とし、督促状を1回、10月22日（木）に発送した。

第2波調査の各調査の有効回収数および有効回収率は、よこはまシニアボランティアポイント事業が1,579人、91.48%、元気づくりステーション事業が237人、86.18%、一般が3,353

人、81.58%であった。

6) 謝礼

調査名を入れたフリック式蛍光ペン（黄色）を1本、調査票に同封して先渡しとした。

7) 他のデータとの結合

調査票による回答だけでなく、よこはまシニアボランティアポイント事業については介護ボランティアとしての活動量の指標となるポイント付与回数（2011年～2015年の4年分）を得て、データを2016年8月に結合する予定である。

8) 倫理的配慮

調査にあたって、財団法人長寿社会開発センター研究倫理審査委員会の倫理審査を2013年9月に受け、以下の5項目について倫理上の配慮を順守することを名確認し、調査を認可されている。また、とくに(B)、(C)については、2013年11月に国際長寿センター、横浜市健康福祉局、かながわ福祉サービス振興会の三者による「覚書」を締結し、個人情報の保護のためのルールや役割分担を明確にした。

(A) 研究の対象となる個人に理解を求め、了承を得る方法

調査対象者の協力は調査のどの段階でも対象者の自由意志であること、調査対象者の匿名性、プライバシーは厳重に守られることを伝えた。具体的には、調査票に同封した案内書(A4、1頁、表面のみ)にて、「お答えになりたくない事柄や失礼とお感じになる質問について、無理にご回答いただく必要はありません」と明記し、回答は任意であることを明示した。

(B) 研究の対象となる個人の人権と個人情報保護の方法

調査は、①よこはまシニアボランティアポイント事業参加者、②元気づくりステーション事業参加者、③一般の人々を対象とするが、国際長寿センターおよび研究者が個人情報を扱うことはせず、縦断調査におけるIDの管理、介護保険データを含む個人情報は、いずれも、横浜市健康福祉局、かながわ福祉サービス振興会のみが管理することとした。これにともない、調査票や督促状等の発送作業は、かながわ福祉サービス振興会が担うこととして、調査の一環において個人情報が漏れないようにしている。

同様に、アンケート調査だけでなく、回答者の介護保険情報や、ヨコハマいきいきポイント事業における年間活動回数などについても横浜市が回答者のIDをもとに結合して国際長寿センターに提供することとしている。

また、アンケート調査に加えて、補足的な情報をえるためのインタビュー調査も行うが、これについても①個人情報の特定につながる情報を記載しないこと、②インタビューの録音にあたってはインフォーマントに趣旨および録音について説明した上で、インフォーマントからの了承があった場合にのみ録音すること、③録音データは個人情報の特定につながる情報を削除したトランスクリプトを作成した後はデータを消去すること、とした。

(C) 研究によって生ずるリスクと科学的な成果の総合的判断

本調査は、心理的な苦痛の伴わない内容の無記名のアンケート調査であること、協力団体（横浜市、かながわ福祉サービス振興会）から国際長寿センターにアンケート結果が伝達される際にすでに情報は匿名化されていること、例外的かつ偶発的に個人情報を知り得た場合でも、「国際長寿センター個人情報管理手順書」により個人情報管理は厳格に行われることから、リスクが発生しないと考えている。

以上の倫理的配慮とともに、調査協力者へは年間 2 回程度、簡易な調査結果の報告を 2014 年 3 月、2015 年 1 月に便りを発送し、調査への協力の謝意とその知見をフィードバックし、調査に協力することの意義を明示化する措置をとり、今後も継続する。

2. 調査の目的

この調査の第一の目的は、プロダクティブ・エイジングを推進する事業の介護予防効果の検証である。

現在、日本では急速な高齢化に直面しているが、これは、単に高齢者の人口割合が増えただけでなく、現時点では団塊の世代が前期高齢期にあたることもあり、元気な高齢者の急増という側面がある（鈴木 2011）。同時に、この総体的に多世代に比べて人口ボリュームの大きい層が、10 年以内に健康リスクの大きくなる後期高齢期に入ることとなり、医療・介護ニーズの急速な増大が見込まれている。この状況に対して、高齢当事者の活用とともに、医療・介護ニーズの増大を予防するための介護予防が重要となっている。

そこで本調査では、横浜市におけるよこはまシニアボランティアポイント事業と、地域づくり型の介護予防事業である元気づくりステーション事業への参加者と、それ以外の一般高齢者を比較することで、プロダクティブ・エイジングを志向する政策の介護予防効果を検証する。また、この効果検証には一時点の横断的調査では因果関係の解明ができないことから、2 年に 1 回の質問紙調査と、毎年の介護認定状況をもちいた前向きコーホートデザインによる縦断調査とすることで、介護ボランティアや元気づくりステーションへの参加の有無が介護予防効果をもつかを検証する。

さらに調査の第二の目的として、プロダクティブな高齢期を過ごす人々の社会学的、社会老年学的分析である。どのような人々が、プロダクティブな高齢期を過ごし、そして、そのような活動を継続することができるのか。この点を、社会経済的地位、社会関係資本、サポートネットワークの有無、健康への意識などのデータを収集し、何が活動継続要因となるかを分析する。

3. 調査対象について

調査目的から、プロダクティブ・エイジングの推進を政策的に図る事業として、横浜市のよこはまシニアボランティアポイント事業と、地域づくり型の介護予防事業である元気づくりステーション事業を対象とする。

よこはまシニアボランティアポイント事業は、厚生労働省が高齢者の介護予防の取り組みとして市町村が実施することを認可した有償ボランティア制度である。この制度は、介護保険制度の枠組みにおいて行われているものであり、介護支援にかかわるボランティア活動を行った高齢者に対して、実績に応じて換金可能なポイントを付与する制度である。横浜市でも 2009 年より同事業を行っており、2015 年で 5 年が経過している。横浜市では、1 回 30 分以上の活動で 200 ポイントが付与され、ポイントの付与回数の上限はないが年間 8,000 ポイントまでが換金対象となっている。介護ボランティアの受け入れ施設は、特別養護老人ホーム、グループホームなどの介護施設だけでなく、地域ケアプラザ、病院、子育て支援拠点、障害者支援分野受入施設など様々な対象に広がっている。同事業は『第 6 期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』（計画期間：平成 27~29 年）において地域社会で活躍・貢献できる場や機会づくりとマッチング支援の推進の中心的事業として位置付けられており、

2014年度の登録者数 10,556人（実績見込み数）を2017年度末には14,456人にすることが目標とされている。

元気づくりステーション事業は、『第5期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』（計画期間：平成24～26年）において、介護予防事業を従来の個別支援重視型から地域づくり型へと施策転換したことにもない、策定された事業である。元気づくりステーションは地域ごとに高齢者を中心とした概ね10人以上の自主グループであり、行政や地域包括支援センターと実施内容や役割、責任、経費分担などを規定した「協定書」を結ぶことで協働して活動を実施、継続することを目標としている。元気づくりステーション事業の活動内容は、介護予防に関連するものであるが、体操やウォーキング、料理、コーラス、ゲームなどグループごとに異なり幅広い。また活動頻度も週1回以上を目標としているが、月1回のステーションも多い。『第6期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』（計画期間：平成27～29年）において同事業は、介護予防取組の推進の中心的事業として位置づけられ、2014年度170グループ（実績見込み数）から2017年度末には378グループまで増やすことが目指されている。

この2つの事業は、いずれも高齢者自身による政策的な介護予防支援策である。そこで、この両事業のそれぞれに参加する人と、それ以外の一般の方とを比較することで、この両事業が介護予防効果を持つかを検証する。具体的には、以下を調査対象とした。①よこはまシニアボランティアポイント事業登録者（2012年度時点では、いきいきボランティアポイント事業）のうち2012年度に年間10時間以上活動実績がある人、②元気づくりステーション事業（神奈川区、港南区、港北区、緑区および栄区の5区、22か所）に参加している人、③横浜市神奈川区、港南区、港北区、緑区および栄区の5区に居住する65歳以上の高齢者のうち介護認定を受けていない人から住民基本台帳をもちいて無作為抽出、の3つの集団にたいして2013年10～11月にベースライン調査を行った。

そのフォローアップ調査となる第2波調査では、ベースライン調査において有効回答をした3,945人のうち、2015年8月時点で転居、死亡ではない3,888人を対象とした。

表1 調査の種類と母集団、計画標本

調査の種類	母集団	第2波調査の発送数	ベースライン調査時の計画標本の配布数 ^(**)
①よこはまシニアボランティアポイント事業	よこはまシニアボランティアポイント事業登録者のうち2012年度に年間10回以上の活動実績がある人	1,728人	1,900人
②元気づくりステーション	横浜市5区 ^(*) で行われている元気づくりステーション事業に参加する65歳以上の高齢者	275人	309人
③一般	横浜市5区に居住する65歳以上の高齢者のうち要介護認定を受けていない人	1,885人	2,800人
合計		3,888人	5,000人

(*) 神奈川区、港南区、港北区、緑区および栄区の5区

(**) 元気づくりステーション事業のベースライン調査は集合調査のため総配布数を記載

4. 調査票の設計と調査の実施

よこはまシニアボランティアポイント事業、元気づくりステーション事業を暴露群とし、一般を対照群として三者を縦断調査によって比較することが本調査の基本的なデザインとなる。ただし、よこはまシニアボランティアポイント事業、元気づくりステーション事業につ

いてはそれぞれの活動内容や認知経路、および、今後の活動意欲について把握する必要がある。また、対照群となる一般についても、よこはまシニアボランティアポイント事業や元気づくりステーション事業自体の認知や今後の参加意欲などを把握する必要がある。そこで、調査票は3種類作成し、上記の設問を問う1ページ以外を同一の設問とした。

介護予防効果を測定するという目的から、従属変数は健康状態となる。調査票では、健康状態を健康度自己評価、厚生労働省の基本チェックリスト、および高齢期抑うつ病評価尺度の短縮版（GDS）をもちいた。また、第2波調査では主観的幸福感を追加した。

独立変数として、第一に活動状況を設定し、よこはまシニアボランティアポイント事業や元気づくりステーション事業での活動、また、それ以外のプロダクティブ・エイジングにかかわる活動について、町内会や老人クラブ、シルバー人材センター、ボランティア組織など11種類の組織での活動頻度、5年以内の組織参加、お祭りへの参加度地域での活動状況を設定した。

第二に、基本的な独立変数として、社会経済的地位、社会関係資本、ネットワーク、健康への態度を設定し、それぞれ表2にある項目をもちいた。なお、健康への態度としてSOC3-UTHS（戸ヶ里，2008）をもちいたが、これは、健康保持・ストレス対処能力であるSOC（Sense of Coherence）の3項目短縮版である。

このほかに、統制変数として、性別、学歴、配偶者の有無、既往歴、生活習慣、居住年数を設定し、また横浜市との共同研究であることから、横浜市が行っている高齢者に深く関連する施策の利用、認知状況についても調査した。

表2：調査内容と調査項目

調査の内容	調査項目	設問番号
[従属変数] 健康状態	健康度自己評価、基本チェックリスト、GDS 主観的幸福感*	問13～14、問21～25、問38、問33
[独立変数1] 活動状況	<よこはまシニアボランティアポイント事業>:シニアボランティアでの活動状況、活動場所*、魅力*、現在は活動していない要因*、活動意欲 <元気づくりステーション事業>:元気づくりステーションでの活動状況、かかわり方*、現在活動していない要因*、活動意欲 すべての調査:各種組織参加と活動頻度、2年以内の組織参加、地域での活動状況および地域への意識	問6～問12 問6～問12 問31、問32、問2～3
[独立変数2] 社会経済的地位 社会関係資本 ネットワーク 健康への態度	最長職の従業上の地位および仕事、現職の従業上の地位および仕事、世帯年収 一般的信頼、寛容性、SOC3-UTHS 手段的サポート（授受）、情緒的サポート（授受） 飲酒、喫煙、機器利用*	問45～50、問44 問35、問36、問34 問27～30 問18～20、問4
[統制変数]	性別、学歴、配偶者の有無、同居者数・同居子数、この住む場所、健診受診、既往歴、持ち家の有無	問37、問39、問40～42、問15、問16～17、問43
[その他]	自治体の施策認知、ロコモティブシンドローム認知*	問5、問26
[参考1] 介護保険データ	要介護度、ポイント付与量を結合	横浜市から提供
[参考2] ベースライン調査からの削除項目	近所の範囲、年齢、居住年数	—

* 第2波調査で新設した項目

調査票はベースライン調査と同様のものとし、厚紙をもちい、視認性を高くするために濃い黒の印刷を行った。また、めくりやすいように調査票を意図的にずらした製本をした。目立つようにうすい青色の封筒をもちい、謝礼のフリック式蛍光ペン1本を前渡しとして調査票に同封して郵送した。なお、送信用に記念切手をもちい、回答者に気づいてもらいやすい工夫を行った。

配布・回収方法は、郵送調査（郵送による送付、郵送による回収）であり、はがきによる督促状を1回送付した。事前に予告は行っていない。第2波調査とベースライン調査の発送日および回収〆切、最終票到着日を表3にまとめた。第2波調査では印刷トラブルのため、調査票の発送が当初予定していた2015年10月15日（木）からやや後ろ倒しになったため、督促状の発送、回収〆切までの期間がベースライン調査と比べて短くなっている。ただし後述するように回収率には大きな影響は見られなかった。

表3 ベースライン調査と第2波調査の調査期間と発送後の日数

	第2波調査 (2015年)		ベースライン調査 (2013年)	
	日	日数	日	日数
調査票発送日	10月20日(火)	0日	10月17日(木)	0日
督促状発送日	10月23日(金)	3日	10月24日(木)	7日
回収〆切	10月27日(火)	7日	10月27日(火)	12日
最終票到着日	12月22日(火)	62日	11月29日(金)	35日

5. 回収状況と有効回収率、脱落率

回収状況と有効回収率を表4に示した。パネル調査形式の第2波調査であるため回収率は高くなる傾向にあるが、もっとも回収率の低い一般で有効回収率は81.58%であり、事前通知なしの郵送調査であることを考慮すると、非常に高い回収率となった。とくによこはまシニアボランティアポイント事業については、年に10時間以上活動しているというかなりアクティブな層を対象にしているという点を踏まえても、91.43%の有効回収率という驚異的な数値であった。そしてベースライン調査の有効回収率も91.94%であることから、当初の計画標本1,900人からみると2回の有効回収率が83.18%となっている。第2波調査の回収率は、高齢者を対象とした2回目以降の訪問面接調査と同様かそれ以上の数値となっており、回収率という面においては高い信頼性を確保しているものと考えられる。

この高い回収率の要因は、ベースライン調査で想定した以下の要因と同じであると考えている。第一に、高齢期の活動への関心が高く、当事者の問題関心と調査内容が合致したと考えられる。第二に、調査票を読みやすくし、封筒の色などハード面の工夫を凝らすことで、手に取りやすく回答しやすくした点が指摘できる。第三に、国際長寿センターと横浜市、かながわ福祉サービス振興会の共同調査であり、行政も参加する調査であることから不信感が緩和されたと考えられる。加えて、第四に、ベースライン調査で一度回答した人を対象とした第2波調査であり、さらに、ベースライン調査後も定期的にお便り等で結果を知らせることで協力しやすい状況となっている調査であることも高い回収率をもたらしたものである。この回収率の高さと回収数の多さを次回以降も維持することが肝要であり、とくに対照群となる一般について高い回収率を維持することが望まれる。

パネル調査の第2回目以降の調査において、データの信頼性をもたらす重要な指標は脱落率である。第2波調査は、ベースライン調査で有効回答であったもののうち死亡、転居等を除

いた人を対象としている。これらを含めた脱落率をまとめたものが表 6 となる。脱落率は①よこはまシニアボランティアポイント事業がもっとも低く 9.7%、②元気づくりステーション事業が 15.4%、③一般が 20.6%であった。前述したように、脱落率が低く、パネル調査としての信頼性が高いことがわかる。

表 4：第 2 波調査（2015 年）における調査票ごとの回収状況および有効回収率

	発送数	回収総数	本人による有効回答	除外票(*)	本人以外回答	回答拒否	住所不明	死亡(発送済)	回収率	有効回収率(**)	ベースライン調査計画標本からの有効回収率
①よこはまシニアボランティアポイント事業	1,728	1,601	1,578	14	8	1	1	1	92.65%	91.43%	83.18%
②元気づくりステーション事業	275	250	237	10	3	0	0	0	90.91%	86.18%	76.70%
③一般	1,885	1,576	1,537	10	24	5	1	0	83.61%	81.58%	55.03%
総数	3,888	3,427	3,352	34	35	6	2	1	88.14%	86.26%	67.05%

(*) 本人による回答としているものの、性別などが調査対象と一致しないため、本人以外による回答とみなして有効票から除外した票
 (**) 有効回収率は、除外票を含まない本人による有効回答を計画標本から住所不明数および死亡を引いた数で除して計算した

表 5：＜参考＞ベースライン調査（2013 年）における調査票ごとの回収状況および有効回収率

	計画標本(*)	回収総数	本人による有効回答	除外票(**)	本人以外回答	回答拒否	住所不明	有効回収率(***)
①ヨコハマいきいきポイント事業	1,900	1,763	1,745	9	7	2	2	91.94%
②元気づくりステーション事業	309	285	267	18	0	0	0	86.41%
③一般	2,800	1,991	1,933	20	30	8	6	69.18%
総数	5,009	4,039	3,945	47	37	10	8	78.88%

(*) 元気づくりステーション事業については集合調査のため総配布数を記載
 (**) 本人による回答としているものの、性別あるいは年齢が調査対象と一致しないため、本人以外による回答とみなして有効票から除外した票、または、他の調査との重複から除外した票の総数
 (***) 有効回収率は、除外票を含まない本人による有効回答を計画標本から住所不明数を引いた数で除して計算した

表 6：第二波調査におけるベースライン調査（2013 年）からからの調査票ごとの脱落率

	①よこはまシニアボランティアポイント事業	②元気づくりステーション事業	③一般	総数
2 回とも有効回答	1,578 90.2%	237 84.6%	1,537 79.4%	3,352 84.5%
脱落（1 回目のみ有効回答）	171 9.8%	43 15.4%	399 20.6%	613 15.5%

6. 分析方針、今後の調査計画

2. で述べたように、この調査の最大の目的は、プロダクティブ・エイジングを推進する事業の介護予防効果の検証にある。そこで、ベースライン調査となる第 2 波調査（2015 年調査）では以下 2 つの分析が主となる。

- A) プロダクティブな活動にかかわる人の継続・離脱要因の分析
- B) プロダクティブな活動の有無と、ベースライン調査からの健康状態の変化の分析

さらに 2 年後に予定されている第 3 波調査（2017 年を予定）においては、2015 年時点で

の活動の有無や活動量が2年後の健康（介護認定、各種健康指標）にいかなる影響をおよぼすかを分析するとともに、そのような活動を継続できている要因についても分析する。

後述するように、ベースライン調査から第2波調査までの2年間では、健康指標の変化はそれほど大きくない。

そのため、今後も2年ごとに通算で7年（あるいはそれ以上の期間）の調査を予定する。

【参考文献】

- 戸ヶ里泰典, 2008, 「大規模多目的一般住民調査向け東大健康社会学版 SOC3 項目スケール」『東京大学社会科学研究所 パネル調査プロジェクトディスカッションペーパーシリーズ』No.4.
- 横浜市, 2013, 『平成 23 年度 「ヨコハマいきいきポイント」実施報告書』, [Online: <http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu/syukai/volunteer/borapo/volunteer/23zishihoukokusyo.pdf>]

2. 地域での活動と健康に関する調査の分析

－回答者の属性と、健康への縦断的影響の記述的分析－

成蹊大学文学部現代社会学科専任講師 渡邊大輔

1. 本稿の目的

本稿の目的は、2015年10～12月に行った「地域での活動と健康に関する調査」(YLSP Wave2)の個票データ、および、2013年10～11月におこなった同調査のベースライン調査の個票データをもちいて、プロダクティブな活動への参加の有無と健康状態にいかなる関連があるかを2年間の変化から縦断的に分析することによって、プロダクティブな活動に介護予防効果があるかを検証すること目的とする。なお、プロダクティブな活動全般を扱うことは難しいため、本年度に調査を行ったよこはまシニアボランティアポイント事業におけるボランティアと元気づくりステーション事業での活動をプロダクティブな活動として操作的に設定して論じる。

もちいる調査データの概要については、前章で説明したので割愛する。この調査の特徴は、①よこはまシニアボランティアポイント(よこはまシニアボランティアポイント事業)登録者のうち2012年度に年間10回以上活動実績がある人、②元気づくりステーション事業(神奈川区、港南区、港北区、緑区および栄区の5区、22か所)に参加している人、③横浜市神奈川区、港南区、港北区、緑区および栄区の5区に居住する65歳以上の高齢者のうち介護認定を受けていない人、の3つの集団を対象とし、①、②を暴露群、③を統制群としていることにある。この後は、三調査をそれぞれ、「ボラP」、「元気S」、「一般」と略記し、この三調査のデータをもちいた分析を行う。

2. 三調査の回答者の属性

三調査は、いずれも異なる対象を調査対象としているため、回答者の属性は大きく異なっている。ベースライン調査時点では、ボラP、元気Sいずれも女性が77.6%、81.1%と8割前後であり、一般は52.8%であった。また、年齢についても元気Sの平均値がボラP、一般に比べて高かった。この傾向が第2波調査でも変わっていないかを把握するために性別の構成比の推移を表1に示した。表1からは、性別の構成比がすべての調査でほとんど変化していないことがわかる。とくにボラPについては、ベースライン調査時と同様に、2013年12月末時点での横浜市の調査と数値がほぼ一致(同調査では、男性23.6%、女性76.4%)しており、現在のボランティアとして活動している人々の構成比を十分反映しているといえる。

さらに、ベースライン調査と第2波調査の各調査における性別別年齢階級別の回答者数を図1、2に示した。また、一般については、2015年1月時点での横浜市の65歳以上人口は850,974人であり、男性が379,477人(44.6%)、女性が471,497人(55.4%)であり、女性の方が平均年齢が高いことから回答率が低くなることを想定すると、性別構成比はおおむね一致していた。

次に、年齢構成比とそれぞれの平均年齢を図1、図2、表1に示した。この図からは、ボラP、元気S、一般のいずれにおいても、ベースライン調査時点で80歳以上の区分については若干の構成比の減少がみられることがわかる。これは加齢による影響と考えられるが若干にとどまっており、著しい脱落がみられるというものではない。

これらの知見から、ベースライン調査時点での代表性に大きな問題はなく、さらにベースライン調査から第2波調査への変化において、性別構成に大きな変化が起きておらず、性別

や年齢に起因した脱落が起きていないことが明らかとなった。

表1 調査年度別調査別性別の構成比

	ベースライン調査 (2013年)			第2波調査 (2015年)		
	ボラP	元気S	一般	ボラP	元気S	一般
男性	22.4%	18.9%	47.2%	22.4%	19.0%	48.0%
女性	77.6%	81.1%	52.8%	77.6%	81.0%	52.0%

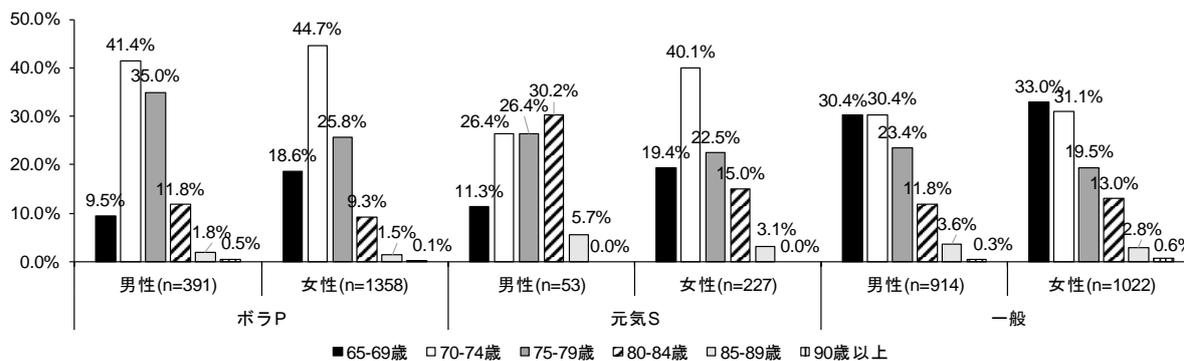


図1 ベースライン調査時点での性別別の年齢階級構成比

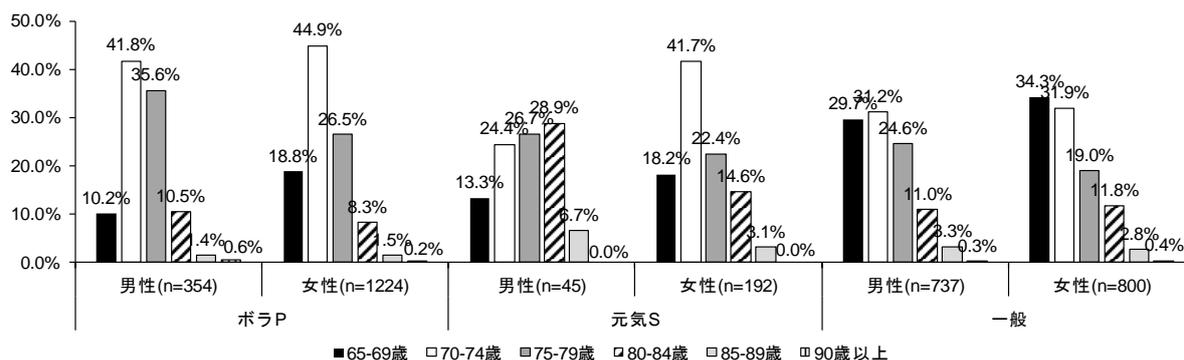


図2 第2波調査時点での性別別の年齢階級構成比 (年齢はベースライン調査時点のもの)

表2 調査年別、調査別、性別別の年齢の記述統計 ※年齢はベースライン調査時点のもの

	ベースライン調査 (2013年)			第2波調査 (2015年)			
	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差	n	
ボラP	男性	74.9	4.4	391	74.7	4.3	354
	女性	73.6	4.5	1358	73.5	4.4	1224
元気S	男性	76.6	5.7	53	76.4	5.9	45
	女性	73.9	5.5	227	73.9	5.5	192
一般	男性	73.2	5.8	914	73.2	5.6	737
	女性	73.1	5.9	1022	72.8	5.7	800

3. プロダクティブな活動を行うことの介護予防効果の可能性

本節では、プロダクティブな活動への参加から2年間を経た結果、健康にかかわる指標についてどのような変化が起きたかを検証し、プロダクティブな活動への参加がいかなる介護予防効果を持つのかを分析する。

ベースライン調査時点では対照群である一般は介護認定を受けていない人々であり、身体

的にも精神的にも著しい問題を抱えてはいない状態であり、また、ボラP群、元気S群も同様であった。そこで本稿では、健康について以下の3つの指標から検証する。

- A). <健康全般> 健康度自己評価
- B). <精神的健康> 老年期抑うつ尺度 GDS
- C). <介護リスク> 基本チェックリスト

まず、ベースライン調査と第2波調査間でどのような変化が起きたかをそれぞれ記述統計レベルで分析する。いずれも、2変数間ないし3変数間のみの分析となる。

健康度自己評価については、「あなたの、現在の健康状態は、いかがですか」という設問に「とてもよい」「ややよい」と答え人を健康、「あまりよくない」「よくない」と答えた人を健康ではないと二値化した値をもちい、年齢階級ごとに調査ごとの年齢の変化を示した(図3~5)。図3からは健康を維持(健康→健康)している層は、すべての年齢階級でボラPや元気Sが一般に比べて高く、一般が低い。とくにベースライン調査時点で85歳以上については、一般は48.9%しか健康を維持していないが、ボラPは84.6%と非常に高い比率となっている。また、健康が向上した(健康ではない→健康)という比率は、サンプルサイズが9人と非常に小さいが元気Sは33.3%と高い値となっている。健康が悪化した(健康→健康ではない)という比率は、各年齢階級でそれほど違いがないが、健康が悪いままである(健康ではない→健康ではない)人は一般が明確に多い傾向となっている。すなわち、記述レベルでは、よこはまシニアボランティアポイント事業や元気づくりステーション事業への参加は健康の維持、向上に肯定的なものであるといえる。

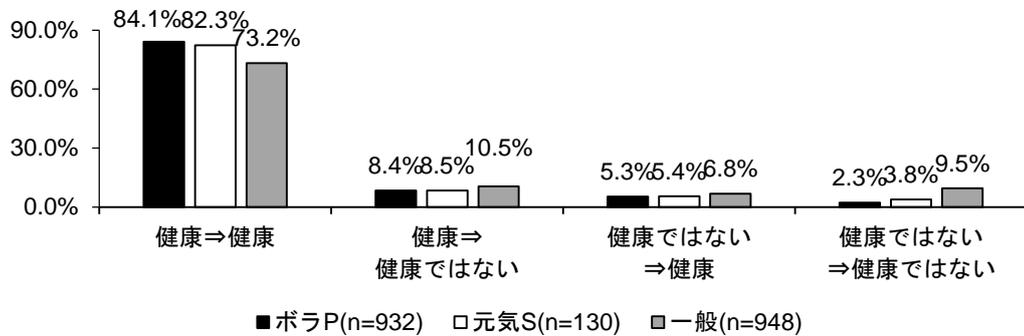


図3 65～74歳の二調査間での健康度自己評価の変化の比率

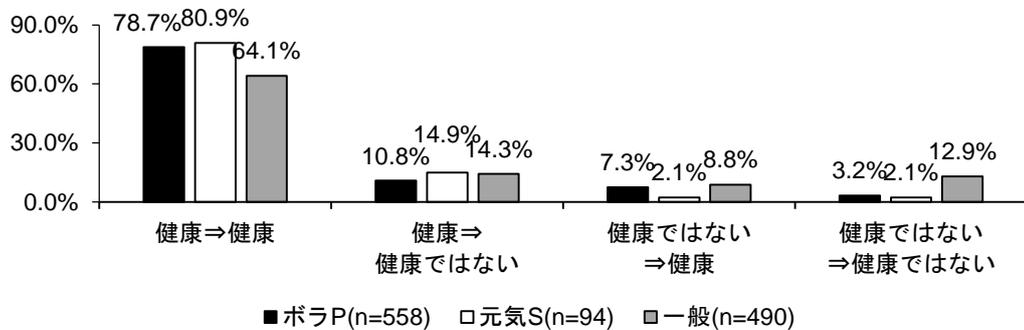


図4 75～84歳の二調査間での健康度自己評価の変化の比率

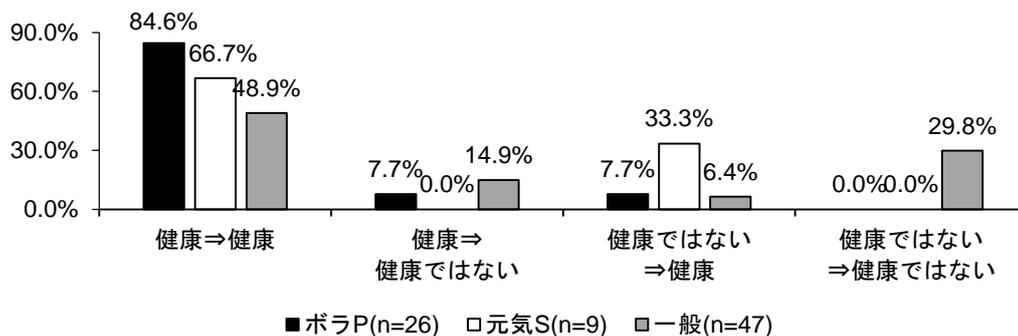


図5 85歳以上の二調査間での健康度自己評価の変化の比率

さらに、全般的健康、精神的健康、および、要介護度リスクの各変数について、2時点での平均値および95%信頼区間を示したものが図6~8である。GDSおよび基本チェックリストはカットオフポイントがあるが、ここではあえて変化を示すために連続量として扱っている。

図6からは、健康度自己評価（とてもよいを4点、よくないを1点とした）の平均値は、2時点でボラPと元気Sが一般に比べて高いこと、加齢にともなって緩やかに健康度が低下しているがボラP、元気Sは信頼区間も重なっており大きな違いは見られないことがわかる。

図7からは、老年期抑うつ尺度であるGDSスコア（15点満点、点数が高いほうが抑うつ度が高い）の平均値は健康度自己評価と同様にボラPと元気Sが一般に比べてGDSスコアが低く精神的健康がよいこと、また、元気Sがベースライン調査時点に比べて有意にGDSスコアが低くなっていることがわかる。すなわち、他の変数を調整していない知見であるが2年の加齢効果を超えて改善している。

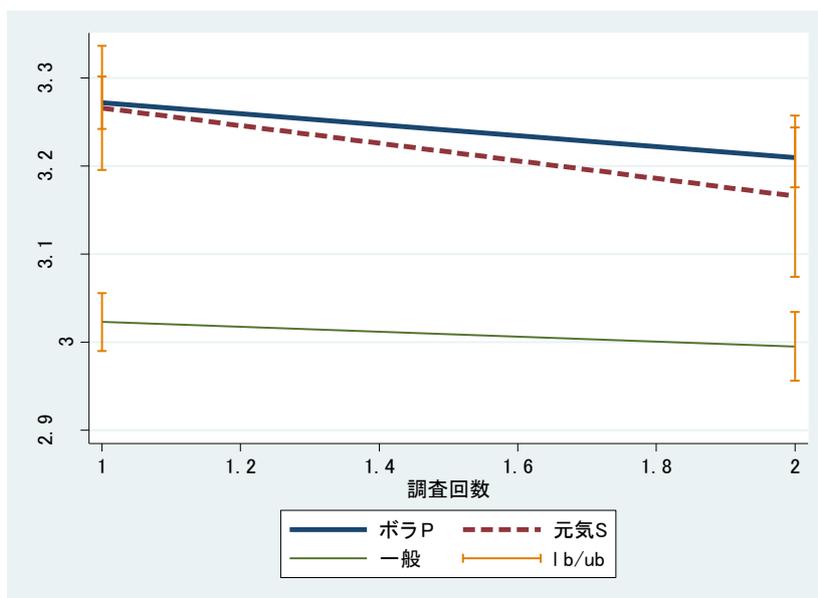


図6 健康度自己評価（4点満点、高いほうが健康がよい）の変化

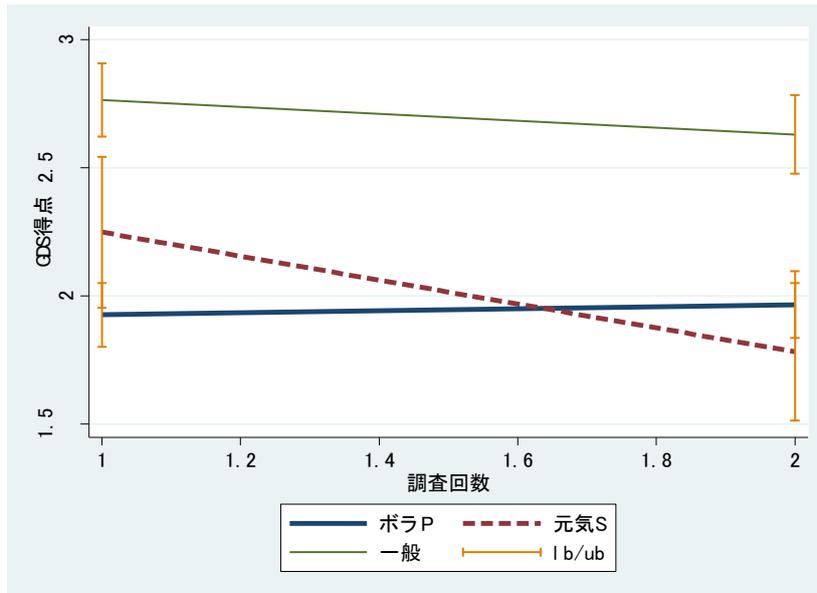


図7 GDS（15点満点、高いほうが鬱度が高い）の変化

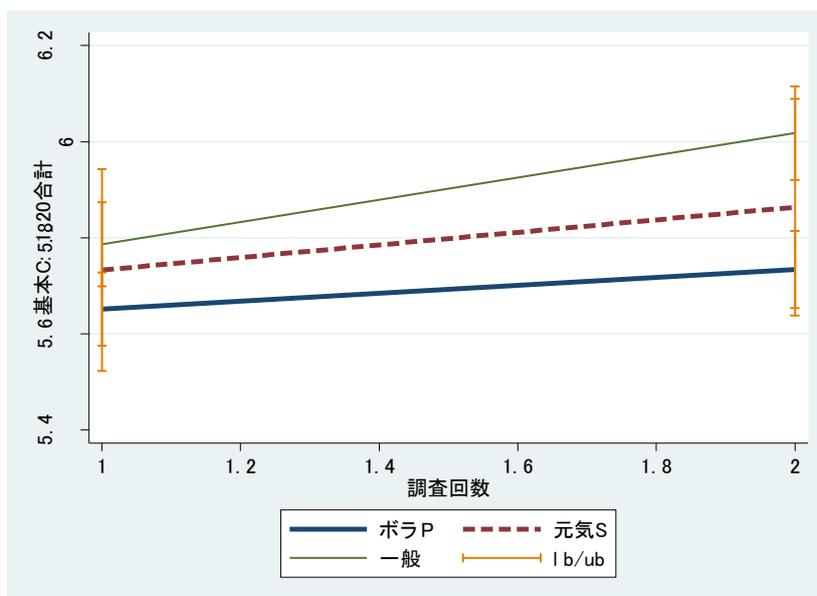


図8 基本チェックリスト（20点満点、高いほうが要介護度リスクが高い）の変化

図8からは、介護リスクを判断するための基本チェックリスト（20項目20点満点、点数が高いほうが介護リスクが高い）の平均点が、ベースライン調査時点では3つのグループに差がないが、第2波調査では、その増加の傾きに差がみられた。ただし、これらは必ずしも大きな違いがあるとはいえない。

以上より、記述統計レベルでは、ボラP、元気Sいずれも、3つの健康指標について一般に比べて高い値を維持していることがわかる。しかしこれらはあくまでも2時点間の比較にすぎない。そこで、性別、配偶者の有無および等価所得の対数変換、他のプロダクティブな活動であるボランティア活動の有無を統制変数として投入したパネルデータ分析を行う。

ここでは、健康度自己評価とGDSスコアを従属変数として分析し、プーリング回帰モデ

ル (Pooling OLS)、固定効果モデル (Fixed Effect OLS)、ランダム効果モデル (Random Effect GLS)、および、時間に不変の変数が固定効果モデルで排除されるという点を踏まえ、アリソンのハイブリッドモデル (Hybrid Model) ²⁾ をもちいた。

健康度自己評価を従属変数とした分析結果が表 3 である。モデル選択として、まず、変量効果モデルとプーリング回帰モデル間での検定である Breusch and Pagan 検定をもちいてモデル比較を行ったところ有意であり変量効果モデルが採択された (Chi2 (d.f.=1) = 17.51; p < .000)。続いて、固定効果モデルと変量効果モデル間の検定である Hausman 検定をもちいてモデルの比較を行ったところ有意であり、固定効果モデルが採択された (Chi2 (d.f.=4) = 17.51; p < .000)。ここから、固定効果モデルが採択され、解釈の補助としてハイブリッドモデルをもちいることとなった。

表 3 健康度自己評価を従属変数としたパネルデータ分析の結果

変数	参照 カテゴリ	Pooling OLS		Fixed Effect OLS		Random Effect GLS		Hybrid Model	
		Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.
ボラP	一般	.150 ***	.023			.165 ***	.026	.140 ***	.029
元気S	一般	.161 ***	.036			.177 ***	.042	.163 ***	.042
男性	女性	-.019	.020			-.020	.022	-.023	.023
年齢		-.010 ***	.002			-.011 ***	.002	-.011 ***	.002
有配偶	無配偶	.000	.021	-.029	.041	-.005	.022	-.019	.039
等価所得 (対数変換)		.314 ***	.039	.048	.072	.260 ***	.040	.025	.070
ボランティア	非参加	.127 ***	.022	.070 *	.032	.108 ***	.022	.066 *	.031
Wave2	Wave1	-.035 *	.018	-.052 ***	.015	-.041 *	.014	-.048 ***	.014
切片		3.040 ***	.165	3.042 ***	.172	3.242 ***	.182	2.924 ***	.197
N. of Observation		6211		6211		6211		6211	
N. of groups				3695		3695		3695	
Adjusted R-Square		.046							
within R square				.008		.006		.008	
between R square				.029		.061		.063	
overall R square				.022		.047		.050	
sigma_u				.633		.633		.447	
sigma_c				.527		.527		.527	
rho				.591		.591		.418	
Wald Chi square						245.310 (df=8)		267.310 (df=11)	

† p<.10, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

表 3 からは、以下の点が見える。第 1 に、一般に比べてボラ P、元気 S の係数が有意に高く、性別や年齢、配偶者の有無等をコントロールしてもなお、一般の人に比べてよこはまシニアボランティアポイント制度に参加していること、元気づくりステーション事業に参加している人は有意に健康が高かった。第 2 に、同時に、ボランティアへの参加は、同様に有意に健康度を高めており、これはボラ P や元気 S への参加を統制してなお有意であった。第 3 に、時間の経過は他の変数をコントロールしてなお、有意に健康度を下げている。また、性別や配偶者の有無は有意ではなかった。

次に、GDS スコアを従属変数とした分析結果が表 3 である。モデル選択として、まず、変量効果モデルとプーリング回帰モデル間での検定である Breusch and Pagan 検定をもちいてモデル比較を行ったところ有意であり変量効果モデルが採択された (Chi2 (d.f.=1) =

671.89; $p < .000$)。続いて、固定効果モデルと変量効果モデル間の検定である Hausman 検定をもちいてモデルの比較を行ったところ有意であり、固定効果モデルが採択された (Chi^2 ($\text{d.f.}=4$) = 35.74; $p < .000$)。ここから、健康度自己評価を従属変数としたモデルと同様に、GDS スコアを従属変数としたモデルにおいても固定効果モデルが採択され、解釈の補助としてハイブリッドモデルをもちいることとなった。

表 4 GDS スコアを従属変数としたパネルデータ分析の結果

変数	参照 カテゴリ	Pooling OLS		Fixed Effect OLS		Random Effect GLS		Hybrid Model	
		Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.
ボラP	一般	-.561 ***	.094			-.658 ***	.104	-.513 ***	.121
元気S	一般	-.498 ***	.146			-.567 ***	.174	-.490 ***	.174
男性	女性	.017	.077			.049	.092	.056	.093
年齢		-.004	.007			-.001	.008	-.005 ***	.008
有配偶	無配偶	-.232 *	.082	-.200	.144	-.254 *	.084	-.243	.137
等価所得 (対数変換)		-2.243 ***	.156	-.878 ***	.245	-1.842 ***	.155	-.899	.238
ボランティア	非参加	-.407 ***	.090	-.073	.109	-.261 ***	.082	-.096 *	.105
Wave2	Wave1	-.155 *	.070	-.048	.052	-.107 *	.048	-.079	.049
切片		8.645 ***	.655	4.592 ***	.591	7.476 ***	.732	9.325 ***	.809
N. of Observation		5664		5664		5664		5664	
N. of groups				3494		3494		3494	
Adjusted R-Square		.062							
within R square				.008		.007		.008	
between R square				.052		.074		.076	
overall R square				.044		.063		.067	
sigma_u				2.526		2.049		2.050	
sigma_c				1.662		1.662		1.662	
rho				.698		.603		.603	
Wald Chi square						268.030 (df=8)		303.190 (df=11)	

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表 4 からは、以下の点がわかる。第 1 に、健康度自己評価と同様に一般に比べてボラ P、元気 S の係数が有意に負である、すなわち、抑うつ度が低く、性別や年齢、配偶者の有無等をコントロールしてもなお、一般の人に比べてよこはまシニアボランティアポイント制度に参加していること、元気づくりステーション事業に参加している人は有意に精神的健康が高かった。第 2 に、等価所得が有意に負であり、精神的健康には経済的な余裕が重要であった。第 3 に、ボランティアについては固定効果モデルとハイブリッドモデルで結果が異なっていた。ランダム効果モデルでは、より詳細に効果を検証する必要がある。同時に、ボランティアへの参加は、同様に有意に健康度を高めており、これはボラ P や元気 S への参加を統制してなお有意であった。第 3 に、時間の経過は必ずしも有意ではなく、2 年という時間では変化があるとはいえなかった。

以上、2 つの分析の結果、プロダクティブな活動が、健康に対して有意に肯定的な効果をもっていることが明らかとなった。

4. 今後のプロダクティブ・エイジングの推進と介護予防に向けて

3 節の分析において、よこはまシニアボランティアポイント事業と元気づくりステーシ

ヨン事業は異なるターゲットに対して介護予防効果をもつ可能性が強く示唆された。とくに固定効果モデルで有意な結果が得られたことから、個人レベルの観察されない異質性を統制してもなお、両事業への参加は健康度自己評価や抑うつに肯定的な影響をもっていた。なお、以前に分析したように、両事業は異なる対象が参加しているものであることから³⁾、これらの事業は多様な異なる高齢者に対して効果的な介護予防施策となっているといえよう。同時に、必ずしも両事業に参加するだけでなく、独自に行っているボランティア活動への参加の有無もまた有意な効果を持っていたことは見逃せない。すなわち、市の施策だけでなく、さまざまなプロダクティブな活動が全般的な健康に対して有意な効果をもっていたといえる。

なお、本分析は現時点では暫定的な分析結果であり、より多面的な分析が今後必要となる。また、ベースライン調査からわずか2年しか経過しておらず、健康度に関する変化は図6~8に示したようにそれほど大きくないこともまた事実である。このことから、より詳細な分析と、継続的な調査が必要となる。

【参考文献】

- 1) 横浜市：平成25年度「ヨコハマいきいきポイント」実施報告書
<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu/syukai/volunteer/25zisshihoukokusyo.pdf> (2016/3/1)
- 2) Allison, P. D., (2009) *Fixed Effects Regression Models*, Thousand Oaks: Sage.
- 3) 渡邊大輔 (2014) プロダクティブ・エイジングと健康増進のための国内調査の分析——だれがプロダクティブな活動にかかわっているのか。国際長寿センター編, プロダクティブエイジング (生涯現役社会) の実現に向けた取り組みにかんする国際比較報告書. 53-62.

第2節 横浜インタビュー調査

：多様な関わりを実現する地域社会とは

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員 澤岡詩野

1. はじめに

高齢者を支援しなければならない弱者と一様に位置づけたのは一昔前のこと、近年では社会・地域資源ととらえる「プロダクティブ・エイジング」の概念が普及しつつある。これと共に、社会活動のなかでも、単に自らの楽しみに完結する活動だけではなく、他者に何らかの力を提供する「プロダクティブ・アクティビティ」が着目されている。プロダクティブ・アクティビティは、有償労働（収入のある仕事）、家庭外無償労働（別居家族への支援、友人や近隣への支援、ボランティア）、家庭内無償労働（家事、同居家族への世話）の3つに分けられる。

これら3つの活動のなかでもボランティア活動は男女ともに、活動した高齢者のウェルビーイングに良い影響を及ぼすことが知られている¹⁾。しかし、欧米に比較しても、日本ではボランティア活動に参加している高齢者は多いといえない。著者も分析検討会の委員として関わった「平成25年度高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」²⁾によると、参加したいという意識をもつ人が12.7%存在していた。しかし、実際に参加している人の割合は5.4%に過ぎず、健康・スポーツや趣味の活動にくらべても僅かであった。

介護や認知症予防、生きがい創出といった高齢者自身への効果が期待されるボランティア活動であるが、豊富な経験や知識をもつ高齢者が社会貢献、特に地域づくりに関する活動を行うことは、社会にとっても多くの恩恵を得ることが指摘されている。実際に、読み聞かせボランティアとして活動した高齢者の主観的健康感や体力が向上したといった健康増進の効果に加え、高齢者が近隣に提供するサポートの増加といった地域社会への寄与についての効果が報告されている³⁾。

2016年度に行われた介護保険法の改正では、高齢者を生活支援の担い手として位置づけており、今後は、これまでプロダクティブ・アクティビティに関与してこなかった人も含めた多様な参加を促すことが求められている。この観点から、国際長寿センターでは、オランダ・イギリス・日本において「プロダクティブ・エイジング(生涯現役社会)の実現に向けた取り組みに関する国際比較調査・研究」⁴⁾を行ってきた。ここでは、何らかの役割をもつこと・もち続けることの高齢者自身と地域への効用、ボランティア観の違い、コーディネーターの役割、自治体とインフォーマルセクターとの連携の在り方などが明らかになっている。

本節では、神奈川県横浜市の介護予防施策であるボランティアポイント制度、愛称「よこはまシニアボランティアポイント」と元気づくりステーション事業を対象にしたインタビュー調査の結果から、プロダクティブ・エイジング(生涯現役社会)の実現に向けた取り組みに関する国際比較調査・研究で見えてきた結果をもとに、超高齢社会の真ただ中にある日本で求められる「多様な関わり方を実現する地域社会の在り方」を検討する。

2. 担い手として活躍する高齢者へのインタビュー調査の概要

1). 調査の対象となった事業の概要

調査協力者は、神奈川県横浜市の健康福祉局が取り組む介護支援ボランティアポイント制度である「よこはまシニアボランティアポイント」の登録者と「元気づくりステーション事業」に世話人・運営のサポートとしても関わる 65 歳以上の横浜市民に協力を依頼した。

「よこはまシニアボランティアポイント事業」:

高齢者が横浜市内の介護保険施設等でボランティア活動を行った場合に、「ポイント」が得られ、たまった「ポイント」に応じて換金できる仕組みとして 2009 年 10 月に開始されている。高齢者本人の健康増進や介護予防、社会参加や地域貢献を通じた生きがいをテーマとしており、ボランティア活動を通じて地域の新たな課題に気づき、その担い手として新たに活動を展開するきっかけとなることも期待されている。「よこはまシニアボランティアポイント事業」の登録者数は 12,000 名（2015 年 10 月現在）を超え、年々増加傾向にある。事業の運営管理は、横浜市の委託に基づき、かながわ福祉サービス振興会が担っている。近年、ボランティアポイントの受け入れ施設を、病院、地域の子育て支援拠点、精神障害者生活支援センターや障害者地域活動ホームなど、地域福祉全体に拡大しつつある。2016 年 1 月現在、受け入れ施設は 362 か所で、活動内容は施設により異なるものの、利用者の話し相手、レクリエーションや行事の指導・補助、食事介助や整髪補助など、原則的には施設職員の補助的な内容に限定されている。



(よこはまシニアボランティアポイント事業研修会 かながわ福祉サービス振興会提供)

活動には「いつまでもアクティブに活動したい」「仲間を増やしたい」「社会に貢献したい」といった思いをもつ 65 歳以上の横浜市民であれば誰でも登録することができる。登録時には、同市がかながわ福祉サービス振興会と共に開催する研修会を受講することが義務付けられている。研修会は各区の公会堂などで行われ、当該事業の概要、実際の活動、ボランティアとして活躍するための心得などが 3 時間程度、説明される。終了後には、具体的に住んでいる区内にある受け入れ施設の紹介があり、参加者は登録後に、興味のある施設に連絡を取り、訪問したうえで活動先を決定する。その際に生じた疑問、活動時に直面する悩みや不安については、かながわ福祉サービス振興会が窓口となり、相談に応じている。実際の活動開

始後のトレーニングは、基本的に受け入れ施設任せとなっており、外部の講習などを紹介する施設からボランティア間での教えあいに任せる施設まで存在する。小規模の施設では、職員に余裕がないうえにボランティアも少なく、トレーニングを開催することが困難な現状もあり、2015年度からは市がフォローアップ研修を開始している。ここでは、「新しい知識の提供」と「活動休眠中の登録者へのキッカケづくり」を目的に、認知症サポーター養成研修に加え、受け入れ施設運営者からの事例紹介が行われている。

2009年の事業開始前からボランティアとして活動していた人の登録については当事者の判断に任せられており、同じ活動内容でもポイントを貰う人とそうでない人が混在している。このポイントは、1回30分以上の活動で200ポイントが付与され、1日200ポイントまで、年間8000ポイントを上限に1ポイントにつき1円として換金できる。お金に換える以外にも、市の指定する福祉関連施設に寄付することも可能となっている。

「元気づくりステーション事業」:

2007年に同局が、介護予防事業を従来の個別支援重視型から地域のつながりづくりなどを目的とした地域づくり型へと施策転換したなかで中心的な取組に位置付けられる。地域内のつながりを醸造することで互助・共助を引き出し、介護予防を行政と市民・地域の協働で進めることを目的としている。この目的に賛同して登録した65歳以上で構成される10人以上のグループに対し、自治体が運営のサポートを行っている。具体的には、保健師や看護師などが活動に関わり、講師派遣や教材の提供、モチベーション維持のための体力測定、自主化に向けたリーダー育成などを行っている。

活動は、元気に歩ける身体づくりを目指すトレーニング「ハマトレ」を基本にしつつも、プログラムや運営の仕方は各グループ任せになっている。多くのグループは、保健師による区主催の健康づくりや認知症予防講座参加者への自主グループ化への働きかけから始まっている。自主グループとして活動開始後は、メンバーが話し合いでプログラムを決定し、ハマトレ以外の体操や脳トレの実施、メンバーが講師となった趣味の講座、ウォーキングを兼ねた工場見学など、多様なプログラムを展開している。また、運営の仕方も話し合いで決定しており、会費を徴収して多様な活動を展開するグループから、体操のみに活動を留め、必要最低限の経費以外は会費を徴収しないグループまで存在する。



(元気づくりステーション)

多くの自治体で行われている健康づくりを目的とした事業と大きく異なるのは、参加者に受け身ではなく主体的な参加を促していることが挙げられる。運営は原則的に世話人が担いつつも、会場の鍵の開け閉めや準備と片付け、会計、活動のPRや新規メンバーの勧誘などの役割を分担し、当番制にすることで、全員参加を目指すグループが多くみられる。また、活動開始時に市から派遣される「ハマトレ」の指導者については、保健師がメンバーに指導者養成講座の受講を促すことで、最終的にはメンバーが指導者として活躍するグループも少なくない。

現在、市内では、地域特性に応じた多種多様な100以上のグループが活動を展開している。

2). 調査対象となったポイント受け入れ施設と元気づくりステーショングループ

上述した様に、362か所のボランティアポイント受け入れ施設、100以上の元気づくりステーションで高齢者が担い手として活動している。本調査ではボランティアポイントについては、これまでの高齢者関連施設（2箇所）に加え、地域子育て支援拠点（2箇所）、本年度からポイント受け入れ対象となった障害者施設（2箇所）に焦点を当てた。なお、地域子育て支援拠点とは、就学前の子どもとその保護者が遊んだり、交流するスペースの提供、子育て相談、子育て情報の提供などを行う子育て支援の拠点で、各区に1箇所設置されている。

表1 シニアボランティア受け入れ施設でのインタビュー調査の概要

	調査日	調査対象・会場	調査協力者
よこはま シニア ボランティア 制度	2015/9/17	磯子区「たきがしら芭蕉苑」 (特別養護老人ホーム)	ボランティア2名
	2015/10/1	泉区「横浜市松風学園」 (知的障害者入所施設)	ボランティア4名 施設職員1名
	2016/1/15	緑区「いっぽ」 (地域子育て拠点)	ボランティア3名 職員
	2016/1/15	栄区「径(みち)」 (地域活動ホーム)	径ボランティア1名 ケアプラボランティア1名 径施設長、職員 ケアプラボランティア担当
	2016/1/25	港北区「新横浜さわやか苑」 (特別養護老人ホーム)	ボランティア7名 職員
	2016/2/4	神奈川区「かなーちえ」 地域子育て拠点	ボランティア3名 職員

元気づくりステーション事業については、区単位で多様な事業が展開されるなかで、区内全域で個々の地域特性に応じたグループ活動を展開している磯子区に着目し調査を行った（6箇所）。対象となった磯子区は、横浜市の東南に位置し、戦後にベッドタウンとして発展し、洋光台団地や杉田台団地などの大規模集合住宅を数多く抱えている。人口約16万3千人のうち5人に1人は65歳以上（高齢化率は横浜市で4番目）で、核家族化、さらなる高齢化に直面する地域ともいえる。かつて活発であった昭和40年代に開発された地区の自治会・町内会活動は、担い手の高齢化により岐路に立たされている。磯子区では、この現状を打破するための施策の一つとして、元気づくりステーション事業に力を注いでいる。

表2 元気づくりステーションへのインタビュー調査の概要

	調査日	調査対象・会場	調査協力者
元気づくり ステーション 事業	2015/9/2	磯子区 水曜会	世話役 5名 自治会長 1名、保健師 2名
	2015/9/9	磯子区 レインボー	世話役 3名 保健師 1名
	2015/9/10	磯子区 お達者くらぶ	世話役 3名 保健師 1名
	2015/9/15	磯子区 ひまわり会	世話役 5名 地域包括看護師 1名
	2015/9/17	磯子区 エンジョイ滝頭	世話役 1名 (体操の講師も兼ねる)
	2015/10/5	磯子区 ふくろう会	世話役 3名 保健師 1名

インタビューは、対象者から調査への理解が得られたあと、研究の趣旨を説明し、最終的な承諾を得たうえで、協力者の負担を考慮しながら実施した。協力者によっては、2~3名の複数でのグループインタビューや団体スタッフの同席を希望する人も存在し、希望に応じて対応した。今回は、同時に、高齢者が担い手として活躍するために求められる支援を明らかにするために、シニアボランティアポイント受け入れ施設の担当者、ステーション事業を担当する保健師や専門職に対してもインタビューを行った。

3. 担い手として活躍する高齢者の語りからみえてきたこと

1). シニアボランティアポイント制度

□ボランティア活動参加の経緯

ボランティア活動のきっかけは、定年退職や介護を終えたのをきっかけに、なんらかの呼びかけに応じたというよりは、自らの健康づくりに加え、「なんとなくできる事を求めて自分から」という人が多かった。

障害施設ボラ「活動を始めれば体動かせるかなと思って、それが最初だった。」

高齢施設ボラ「ずっと専業主婦で、大勢の人の中って生まれて初めてなんですども。夫が亡くなって、ここでしたら、奉仕できるんじゃないかという軽い気持ちで入りました。11年間、よく続いたなと思って。」

高齢施設ボラ「定年退職して、なにかしたいなと思って、近所の方がここで職員をしていて、なにかありませんかと聞いたらどうぞということで6年間。」

障害施設ボラ「退職後に社会福祉協議会に行って、いろんなところを紹介されたんですけど、たまたま、ほんじゃ、ここへ来てみようって、面談に行って決めたんです。」

子育て支援ボラ「今までやっていた保育ボランティアの関係から、ここの活動（おもちゃづくり）の話を聞いて、じゃあ登録しようということで。その時に一人ではさみしいので、スポーツクラブで一緒だったFさんをお誘いしました。」

子育て支援ボラ「ボランティアだ何だっていうよりも、縫い物が好きだっていうことで、私は入りました。だからもう、入ったら本当に楽しくて楽しくて。」

また活動を選んだ理由として、自分のやれることに加え、活動する場所が徒歩圏・自転車圏であることを重要視する人も少なくなかった。

高齢者施設ボラ「生活に近い所で今まで経験したこととでできることが一致したのがここ。」

子育て支援ボラ「ちょっと遠いと10年は続けられなかったと思いますね。」

□活動の仕方

関わる活動を決める際には、施設から提示されたものの中から、新たにチャレンジするというよりも、自分ができそうなものを選んでいく。

高齢施設ボラ「手が荒れるのはダメで、要介護の父のお散歩はしていたので、車いすでのお散歩をしたいと決めた。」

高齢施設ボラ「できることで、やはり家庭生活と密着してるところで。子どもはダメ、かわいいけど問いかけられないもん。」

障害施設「毎日、1万2千歩歩いているから、散歩(利用者と1対1で散歩)ならと思って。あと夏は、小さいころ、川で泳いだりしていたから、去年はプール(入所者のプール)も手伝ったり。」

また、ほとんどのボランティアは曜日を固定して、週1回程度、多くて週2回程度活動していた。基本的に日常生活、他の活動に影響のない範囲で、身体の状態に併せて柔軟に調整している人が多く存在した。

高齢施設ボラ「やはり年ですから、ちょっとお昼で息抜きしたいって気持ちがありまして。朝の忙しい時間に半日だけ。」

障害施設ボラ「1週間に1回じゃ、物足んなかったんですよ。で、施設の人に別の何かありますかって言ったら、通所をやってくださいって言われた。」

子育て支援ボラ「第1第3の金曜日に2~3時間程度、集まって作業するの。でも出来上がらないんですよ。結構宿題も多いですが、夜の楽しみです。」

実際に活動を開始する前に施設から簡単なレクチャーはあるものの、戸惑いながら慣れていき、ボランティア同士で教えあったりしつつ、今の活動の仕方を見出すに至っていた。全員に共通するのは、ちょっとした独自の工夫を取り入れながらも、施設から言われたこと以外には手を出さない、手を出す場合は職員に確認していることであった。

障害施設ボラ「最初は どうしていいのかわかんなくて。とにかく2回ぐらい職員の人に一緒に歩いてもらって、ああ、こんなふうにしていけばいいんだなってことが分かったんですけどね。」

障害施設ボラ「その都度、その場合、帰ってきてから、どうなのとか、持って行っていいのとかって、そういう話はときどき(職員に)聞いたりですね。」

子育て支援ボラ「色々な得意な分野の方がいらっしゃるので、それぞれに講師してもらおうとかですね、そういう風にはしていますけれども。」

□活動することで得られたこと

ボランティアからは、健康づくりにつながっていることに加え、自らの生き方への学び、今まで見えないことが見えてきたなど、活動を通じて得られたことが語られた。

高齢施設ボラ「体は鍛えないと、活動も続かない。その為に、他の日に体操やジムに通っ

ているし、活動をはじめて風邪をひかない。」

高齢施設ボラ「同じ同世代の方（入所者）から、逆に私共が勉強になりましてね。皆さんしっかりしていて、自分が成長した様な気がします。」

障害施設ボラ「身体障害者の方と一緒に歩くようになって、最近道路で、おばあちゃんやおじいちゃんがオタオタしてると、ちょっと手を出すようになったんですね。今まで、そういうことは、全然なかったんです。」

障害施設ボラ「あの、自分の気持ちがね、優しさっていうのを考える、僕の気持ちがこう育てられたような気が、本当そうしますね。」

子育て支援ボラ「何もしないと一日がね、あの何というか、寝る時にね、後悔するんです。だから、これは人のためだけではなくて、自分のためにも楽しい一日だったな一って思うためのね。」

障害施設職員「80いくつで、もう、なんか何十年、ボランティアやってらっしゃるっていう方で、これがあるから私、頑張るのみたいに。結構、皆さん、ご自分のためっていうのが、すごいです。」

また、シニアボランティアポイント制度に登録して活動することで、励みになる、生活のペースづくりにつながる、活動量が可視化されるといった、お金以外の効果も語られた。

障害施設ボラ「お金ではなく、なんか励みになるというか。」

子育て支援ボラ「もう最近来たらば、(ポイントを記録するカードを)ピッてやるのが入場、っていう風になっちゃって。何かもう、習慣になっちゃって。」

同時に、受け入れ施設側からは、ボランティアを単なる労働力ではなく、より密度の濃いサービス提供につながる担い手、数年で交代する職員に利用者の詳細な情報を引き継ぐつなぎ手、健全な経営につながる外からの目と評価する声も聞かれた。

高齢施設職員「利用者さんも喜んでます。ボランティアさんがお昼も来てくれるっていうことで、職員もやっぱりその時に余裕がでるので。」

障害施設職員「職員はドンドン変わってっちゃうので、やっぱり若い頃の利用者さんを知ってるっていうのは、なかなか。長いボランティアさんの方が良く知っていて、教えてくれる。」



(ボランティアポイントインタビュー)

2). 元気づくりステーション事業

□自主グループ設立の経緯

世話人やリーダーとして活躍する高齢者の語りからは、活動開始のきっかけとして、介護予防や健康に関する10回ほどの連続講座が挙げられた。講座は、ケアプラザ（地域包括支援センター）や地区センターなどが開催するものに加え、介護予防などに取り組みたいと考える町内会や自治会などの既存の地縁団体が主体となって講座を開催する例がみられた。前者の場合は、ケアプラザや地区センターで活動する体操サークル、男の料理教室グループなどに保健師や看護師が参加を働きかけることが多かった。

世話人「それほど大きな出発点じゃないんですけど、磯子区の地区センターで半年位のハマトレ講習会を3年前にやって頂いたんですね。～中略～ そこに参加したメンバーが中心になっています。」

「最初のきっかけになったのは、定年退職した頃に地域包括支援センターからお手紙頂いたんです。で、その手紙持ってここの窓口へ来たら、今度こういうもの(体操教室)を立ち上げるので参加してくださいっていう。」

「結局1番最初はですね、自治会長が行政のほうから話を聞いてきたんです。自治会で介護予防をできるような団体を作りたいということで。～中略～ 行政と一緒にその、自主活動を始める前の準備みたいな形で、いろいろな講座を10回ほどですね、行政のほうで講座を組み立ててもらってですね、それに参加するという形で。」

講座終了後には、担当の保健師が「このまま終わってしまうのでは勿体ない」という雰囲気醸成し、自主化に向けての働きかけを行っていた。

世話人「ただこれ(健康づくり講座)が終わった時に、役所から自主事業をなさいということではまったような感じ。」

「一昨年、こちらが主導じゃなくて、自分達でやりなさいって言うふうになって、私達が考えて、で、自分達でいろいろやること、皆で、グループで相談して、で、やるようになった。」

保健師「基本的にはどんなことしたいですかっていうのを必ず投げながら、講座終了後に話し合いをして。ステーションを立ち上げて行きたいという意思決定ができた。」

同時に保健師は、世話人になりそうな人（民生委員経験者、元教師、町内会・自治会での活動者など）を見定め、その人物を中心に、今後の運営の在り方やプログラムを話し合う場を設けていた。

世話人「年に1回、来年度どういうものを計画しようかって話せる場があって、希望があったら入れてくれというようなことで。」

「実際の運営についてみんなの意見をできるだけ求めて。例えば、いまの体操じゃきついよという意見がでてくればみんなに聞いて、無理のないかたちをつくっていきたいと思っている。」

保健師「じゃあ、世話人さん達もどうしますか、誰がっていう、会長さんがいらっしやっただ時だと思えますけど、じゃあ、前出て下さいみたいな感じで、ダーッと自薦、推薦、自治会推薦みたいな形で6人が並ばれて、じゃあ、この方達がやっていますま

すよっていう鎖を最後に切ったんですよ。」

□活動を継続していくための運営体制への移行

今回の調査対象となったグループの多くは、世話役を一人に固定せず、受付や掃除などの実際の運営も輪番制で、メンバー全員に主体的な参加を促していた。さらには、メンバーが、それぞれの持つ得意技や関心事を活かし、講師役を務めるグループも存在した。これは、グループ化に向けた話し合い時から、保健師により他グループの活動例の紹介などを通じて誘導が図られていた。

世話人「役員もその時（年に1回の総会）、大体基本的には改選するような感じでやります。」

「会員から運営委員になっていただいて、運営上の問題はそこで協議、提出するという組織体になってます。それから発生する具体的業務については代わりばんこで、毎週2名ずつの輪番制でやっていますね。」

「手話や絵画など、お得意の技をみんなにちょっと楽しめるような場として使ってもらおう。」

「与えられるもん、ただそれだけじゃ、やっぱり長続きしないし。もう少しそれぞれが主演として参加する舞台を持ったほうがいいんじゃないかということが自然発生的にね。」

「交代で受付をやって釣り銭を間違えたりいろいろあるんですよ。ちょっと半ボケもいてるから、だからそういう人たちの会話がいいのかなと、参加意識がね。」

保健師「最初から司会をしてくださってるし、タイムキーパーやったださるし、カラオケなどの新たな内容も入れているし、あと皆さんが協力してるっていう部分では少しずつ自主グループとして形になっているんじゃないかなと思うんですよ。」

活動開始後も、保健師や看護師が、プログラムを実施するための講師の紹介、ステップアップのための講座の紹介、会費で可能な運営への移行など、その状況に応じ、持続可能な運営の在り方を創り上げる為のサポートを行っていた。

世話人「まあ、（保健師や看護師は）指導と言うよりサポートだよな。言いなりになったわけじゃ決してないのでね。」

「講師（これまで無料で自治体から派遣されていた指導者）がいればそれは理想的でしょうけどね、いなくても、ハマトレのビデオでやれば、補助金がなくてもね。まあ、補助金がないから消滅してしまうというような危機まで直結しないんじゃないかなと。」

□健康づくり・仲間づくりから地域づくりへ

いずれのグループも単なる健康づくりだけではなく、毎回来たいと思わせる場づくり、ゆるやかなつながりづくりを重視していた。新たなメンバーの募集も、広報に掲載、活動拠点の掲示板でのPRを行っている。しかし、実際に新規入会につながるのは、拠点の職員が利用者への勧誘、メンバーから近所の人への声をかけといったロコミが多かった。また、お互いの顔が見える20名程度を適度な規模と考え、新規メンバーの勧誘を積極的に行わないグループも存在した。

世話人「参加する人達も勝手に参加するんじゃなくて、ケアマネージャーさん達が地域を回りながら、こういうのに参加したほうがいいような方においでなさいって言って参加しているような感じだった。」

「(活動が)始まる前に見たでしょう、うるさいのが世間話してるじゃないですか。ロコミをやってるっていうか、自然とあんな感じで話がでる。」

「最初は三十数名でやってたんですが、段々とロコミで増えてましてね。四十何名になったら、もうとても無理なんですね。今は二つにグループ(同じ団地内にもう一つのステーションを立ち上げた)を分けて二十数名程度に。」

自治会などの地縁組織の事業、または裏で自治会が関与する取組では、それまで地域に縁のなかった人を引っ張り出すきっかけとしてステーション事業を位置付けていた。これにより、個人的な健康づくりから、地域の中での顔の見える関係づくり、将来的な孤独死の防止につながると考えていた。

世話人「自治会やこれまでの同好会には入らないんですよ。ところが健康づくりのこれにはくるんですよ、新しい人が。」

「団地の高齢化を考えているなかで、まずは元気な高齢者の健康寿命をいかに伸ばすかということでいろいろ話をしていたわけで。~中略~ この団地は、老人クラブがない代わりに同好会がある。ですから、じゃあ、同好会の活動をもっと活発化することを考えていこうと、自治会のなかで始めたんですよ。」

「歩ける人にはこの場にきてもらってますけども、1番大事なのはそこで顔見知りになってね。そういう人が例えばこういうところにでてこれなくなってきても会いにいける道ができるんですね。」

「年寄りのほうから、あー、生きてることがこんなに楽しいんだよという模範を示してくれるようなね。支えあえる、町づくりをしたいんですよ。」



(元気づくりステーション事業 栄養講座)

4. 多様な関わりを実現する地域社会の在り方

介護予防を目的とした横浜市の2つの事業「シニアボランティア制度」「元気づくりステーション事業」を対象としたインタビューから、地域の担い手として活躍する高齢者の裾野を拡げ、そこに可能な限り長く関わり続けるためのヒントが見えてきた。

これまで、ボランティアや地域貢献活動といえば、他者のために自分の生活を犠牲にして

取むものという認識が強かった。本研究の子育て、障害者、高齢者関連施設でボランティアとして活動する高齢者の語りからは、健康づくりや楽しみ、自己の成長といった自身への効用が語られた。また、決してやりたいことや課題意識が明確なわけでもなく、「自分でもできることをできる範囲」でという漠然な想いから活動を開始していた。しかし、週1~2回程度ではあるが、10年以上も活動を継続している人も少なくなく、細く、長く、ゆるやかに活動を行い、それが活動者自身の生きがい、ひいては受け入れ施設でのサービスの質の向上につながっていた。

このことから、高齢者が受け身ではなく、「できることをできる範囲」で活動できる、多様なプロダクティブ・アクティビティの場を増やすことが喫緊の課題といえる。特に住んでいる地域での活動は、移動能力が低下しても長く続けることができるだけでなく、地域を知り、新たな人間関係を生み出すことから、高齢者にとって重要なプロダクティブ・アクティビティに位置づけられる。しかし、実際には、団塊世代以降を中心に、地域活動に関わる人は減少傾向にある。過去に実施したシニアボランティアポイント制度登録者インタビューでも、ストイックに滅私奉公で活動する後期高齢者、そのように活動することを嫌うマイペースな団塊世代という対比がみられた。この団塊世代を中心に、これまで地域で顔が見えてこなかった人をいかに引っ張り出すか？、これが大きな課題といえる。

元気づくりステーション事業の取組は、ここに何らかのヒントを提示するものと考えられる。この事業は、健康づくりという高齢者に関心の高いテーマを入り口とすることで、参加者の裾野を広げること成功している。その後、参加者に向け、保健師などの専門職がグループ化への働きかけを行い、グループのメンバー全てが何らかの役割を担う自主的な運営体制を創り上げていた。これまで地域との関わりの無かった参加者は、新たなつながり、継続的な活動の場を得るだけでなく、ゆるやかな担い手としての有用感を得ていた。

この過程で保健師などの専門家は、地域でキーとなりそうな団体や人を探し出すと共に、孤立のリスクをもつ人々を見つけ出し、元気づくりステーションという場で双方をつなげていた。定まったやり方を押し付けず、丁寧に必要な情報や主体につなげることで、参加者とグループの自立を促す保健師は、地域づくりのコーディネーターとも言い換えられるのではなかろうか。高齢者が地域を支えていかざるえない状況にあるなかで、公的機関に所属する専門家にはコーディネーターとしての役割が期待される。

【参考文献】

- 1) 柴田博, 杉原陽子, 杉澤博. 中高齢日本人における社会貢献活動の規定要因と心身のウェルビーイングに与える影響; 2つの代表性のあるパネルの縦断的分析, 応用老年学, 6(1): 21-38, 2012.
- 2) 内閣府. 平成25年度 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h25/sougou/gaiyo/index.html> (2016/2/11).
- 3) 藤原佳典, 西真理子, 渡辺直紀ほか. 都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラム; “REPRINTS”の1年間の歩みと短期的効果, 日本公衛雑誌, 53(9): 702-713, 2006.
- 4) 国際長寿センター. 平成25年度 プロダクティブ・エイジング(生涯現役社会)の実現に向けた取り組みに関する国際比較調査・研究
http://www.ilc-japan.org/study/doc/all_1302.pdf (2016/2/11).

補章. 日本と海外の生活支援

1. 「生活支援」という用語についての一考察

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

高齢者に限らず、子供から成人に至るまで、在宅での生活（療養生活を含む）を支えるサービスは、大きく「医療・看護」「介護（身体介護）」「家事援助」に分けられてきた。「医療・看護」は「medical care, nursing care」であり、「介護（身体介護）」は「personal care」、「家事援助」は古くから「practical care」「house keeping」「domestic help」「housework assistance」と呼ばれてきた。海外の文献では使い分けがなされていることを、松岡（2011）は明らかにしている（表1）。

【表-1】在宅サービスの分類

	看護	介護（身体介護）	家事援助	生活支援
	Nursing care	Personal care	Practical care Housework assistance House keeping	Supportive services
代表的な 行為	<ul style="list-style-type: none"> □ 血圧測定 □ 服薬管理 □ 外用薬の塗布 □ 傷の手当（褥瘡処理・予防） □ 吸引・排たん □ 洗腸、摘便、人口肛門の処置、導尿、膀胱洗浄、留置カテーテルの管理 □ 経管栄養の管理、吸入、点滴、中心静脈栄養の管理 □ 気管カニューレの交換、気管切開患者への管理指導 □ 人口呼吸器装着患者の管理指導、腹膜灌流療法の管理指導、ドレーンの管理指導、在宅酸素療法の管理指導 □ 食事療法の指導 □ 注射 	<ul style="list-style-type: none"> □ 食事介助 □ 排泄介助 □ 入浴介助 □ 清拭、身体整容 □ 体位交換 □ 移乗・移動介助 □ 外出介助 □ 起床・就寝介助 □ 服薬介助（準備と確認） □ 自立生活支援のための見守りの援助 □ 健康チェック、環境整備、相談援助、情報収集・提供、記録 	<ul style="list-style-type: none"> □ そうじ □ 洗濯 □ 買物 □ 一般的な調理、配下膳 □ ベッドメイク、衣類の得知り □ 薬の受取 	<ul style="list-style-type: none"> □ 安否確認 □ 緊急時対応 □ 生活相談 □ 一時的家事支援 □ 電球交換など
		ADL に対応	IADL に対応	

「看護」「介護」「家事支援」は法律に基づく「介護保険法」「社会サービス法」などの法的制度を通して提供されてきた。しかしながら、独居となった場合などに在宅での生活を継続するには、これらのみでは十分ではなく、安否確認や電球交換、医院への付添いなど、かつては家族や近隣が行ってきた「世話」「ちょっとした手助け」が必要である。しかし、核家族化に伴って子世代との同居が減り、身寄りのない独居生活者の増加なども相まって、これらの「世話」「ちょっとした手助け」をどのセクターが提供するのかが、という課題が、それを

どうワーディングするかという問題とともに浮上してきている。

とくに、第 6 期介護保険事業計画の策定に当たって、「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」が登場してからは、喫緊の課題として議論されるようになった。

「生活支援サービス」「日常生活支援事業」となると、領域があまりにも広すぎて捉えどころがない、というのが一般的な感じ方である。そして、その用語が意味する内容に微妙なズレがあることを感じながら議論を継続しているのが現実である。

そこで、これまで使われてきた「家事援助」「生活支援」「日常生活支援」という用語を、使われてきた文脈に沿って整理してみる。その上で、このようなカテゴリーで捉えてはどうかという「案」を提案する。その際に、以下の 3 点を意識する。

- ① どのラインで線引きをしてカテゴリー化するか。
- ② フォーマル・サービスとして提供するのか、インフォーマル・サービスとして提供するのかを、勘案する。
- ③ 住民主体のサービスを「公的サービスの抑制」と捉えるのではなく、また支援する側・される側という硬直的な関係を超えて、「サービスの提供や利用を通じて地域の資源や人とつながっていく感覚」を重視する。

I. これまで使われてきたワーディングの整理

(1) 「家事援助」「生活支援」仮定義

まず、ワーディングについてであるが、日本では複雑な問題がある。介護保険で古くから使われてきた用語と、比較的新しく登場した「地域包括ケア」で使われる用語が、同音多義で使われているからである。議論を混乱させないために、仮定義を行なって両者は異なるものであることを明確にする。

<仮定義>

家事援助: 掃除、洗濯、買物、調理、配下膳などに代表される援助。英語では「practical care, housework assistance, house keeping」。

生活支援: 見守り・安否確認、外出支援、一時的家事支援（買物代行）、簡単な修理・手入れ（電球交換）などに代表される援助。かつては家族が行なった「世話」や、近隣住民の助け合いとして地域に埋め込まれてきた「助け合い」で行われてきた援助。英語では「supportive services」。

(2) 介護保険における「訪問介護（生活援助）」と地域包括ケアにおける「生活支援」、新しく登場した「日常生活支援総合事業」

① 介護保険における「訪問介護（生活援助）」

介護保険では、「訪問介護」の種類として「訪問介護（生活援助）」「訪問介護（身体介護・生活援助）」などがある。ここで言う「生活援助」とは明らかに「家事（house keeping）」のことであり、「掃除・洗濯・買物・調理」に代表される「家事援助」を指している。地域包括ケアの「生活支援」と語句は似ているが、異なるものである。

「生活援助」中心の計画を立てる場合について、「生活援助中心の算定は、一人暮らし又は家族等が障害、疾病のため、家事を行う事が困難な場合（同様の止むを得ない事情の場合も含む）利用が可能。計画にサービスの方針・算定理由・事情の内容を記載する」と記載されている（「2015年度版 介護サービスコード表」27p.）。

② 地域包括ケアにおける「生活支援」

地域包括ケアでは「生活支援の必要性」を次のように述べている。

「在宅で日常生活をすごしていく中では、「サービス化」された支援だけでなく、「見守り」や「交流の機会」などのように、日々の生活の中では一般的に見られるものの、心身の状態や家族構成の変化などによって喪失してしまう生活機能も在宅生活の継続においては、重要な役割を果たしている」（平成25年3月「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」）。

そして、その内容として、次のものを挙げている。

- 調理や買い物、洗濯
- 見守り、安否確認
- 外出支援
- 社会参加支援活動
- 日常的な困りごと支援 など多様
- 広義では：預貯金の管理、契約等の代理（権利擁護的な活動を含めたものも）

生活支援は「サービス化」できる支援もあれば、近隣住民の声かけや見守りなど、必ずしもサービス化されていないが、実際に地域社会の中で提供されているインフォーマルな支援まで幅広いものが存在し、その担い手も多様である、としている。また、経済的支援や生活困窮者に対する生活支援は「福祉サービス」として提供されることもある、としている。

「互助」は「費用負担が制度的に保障されていないボランティアの支援、地域住民の取り組み」と規定している。

③ 新しい介護予防・日常生活支援総合事業における「日常生活支援」

「日常生活支援総合事業」では、「日常生活支援」として次のようなものを挙げている。

- 見守り、安否確認
- 外出支援
- 地域サロンの開催
- 買い物、調理、掃除などの家事支援
- 介護者支援

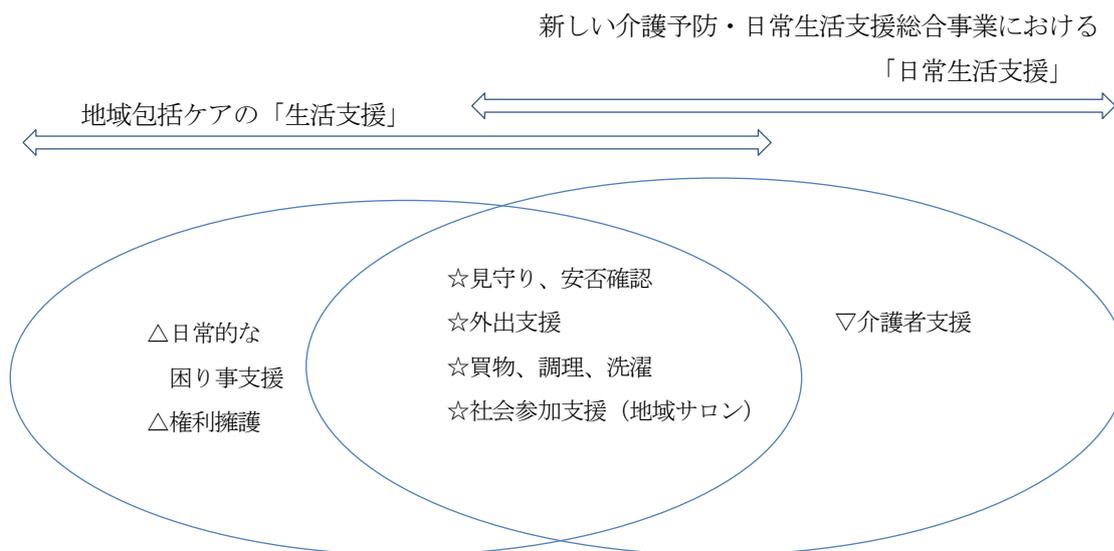
(3) それぞれの示す内容とその関係性

そこで、②「生活支援」と③「日常生活支援」をベン図で整理してみると図1のようになる。それぞれに内容は微妙に異なり、共通項として「見守り、安否確認」「外出支援」「買物、調理、洗濯（家事援助）」「社会参加支援」の4項目があることが明白である。またここで着目すべきは、共通の4項目に「買物、調理、洗濯」が含まれている点、つまり「家事援助」

として「生活支援」とは峻別されてきたものが「生活支援」「日常生活支援」に含まれている点である。

次に、それぞれが独自に含んでいる項目は、前者（地域包括ケア）では「日常的な困りごと支援」「権利擁護」まで含まれており、そのカテゴリーはかなり広いことが理解できる。後者（新しい介護予防・日常生活支援総合事業）では「介護者支援」が含まれている。

これらを踏まえて、海外における生活支援に関するサービス内容を整理するために、独自の分け方を提示する。



【図 - 1】 ②地域包括ケアの「生活支援」と日常生活支援総合事業の「日常生活支援」

II. 本報告書における試案

海外調査を通じて新しく認識できた多様な「支援」をわかりやすく整理して提示するため、表1の分類を基本としながら、日本の新しい分類も参照にして下のようなカテゴリーに分けてみた。

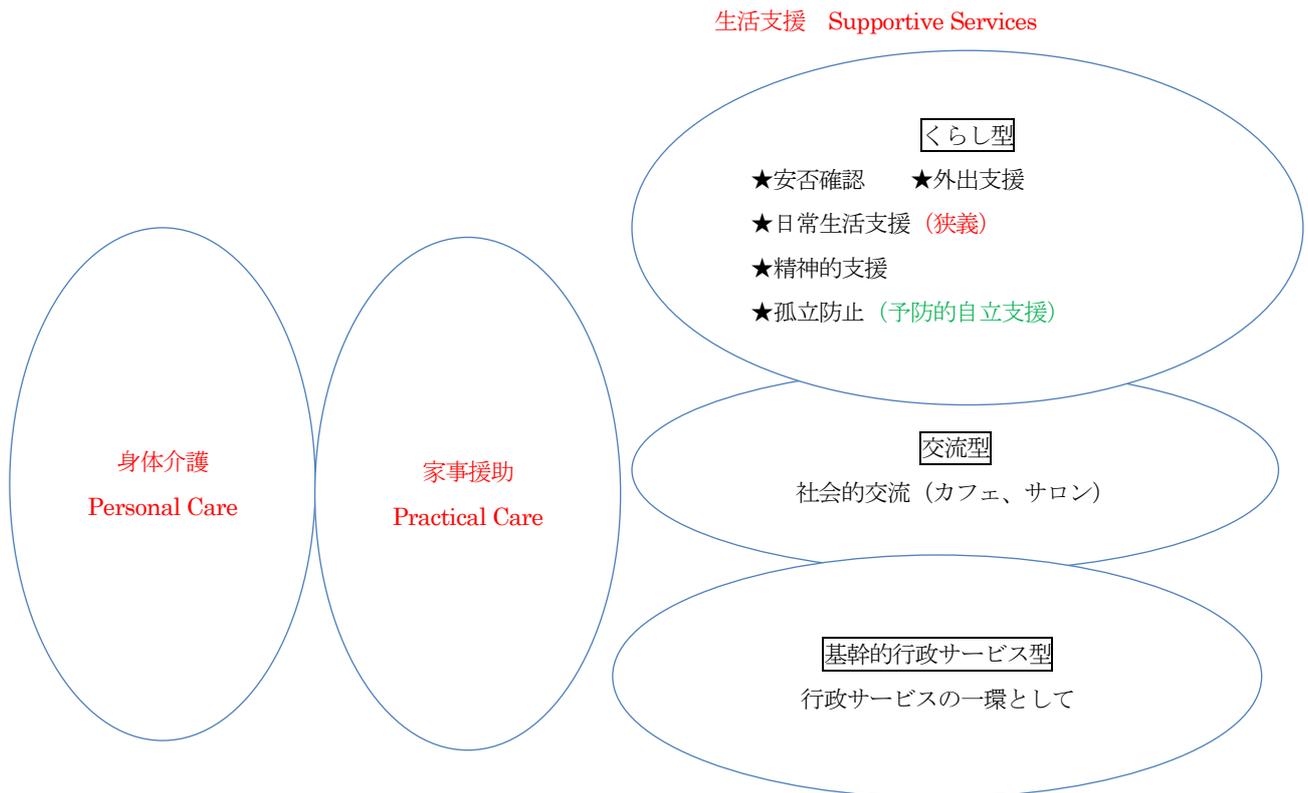
家族によって行われてきた「世話」の領域から、近隣住民の「助け合い」として存在してきたもの、国家によって規定された制度、自治体独自の行政サービスとして提供されているものまで多彩に存在する。

そうした多彩な「支援」の数々について、図2のような操作的分類を試みた。これまでの国際長寿センターの調査を踏まえたその内容の詳細は、表2にある通りである。この操作的分類枠に沿って、そのサービスの「フォーマル/インフォーマルの別」「根拠の制度（ファンド主体）」「サービス提供主体」「提供主体のプロ（専門職）/ボランティアの別」を整理したものが表2である。

この試案は、＜身体介護＞＜家事援助＞＜生活支援＞という枠組みに沿っている。「一時的な家事支援」という形を＜生活支援＞の中の「くらし型」の中に入れた。

また近年海外では、「ひっぱり出し支援」「ネットワーク・コーチング」「自助グループ」など、孤立を防止し、予防的に自立支援を行なうためのサービスも増えてきている。そこで、

「孤立防止（予防的自立支援）」という項目を立てた。「ひっぱり出し支援」は、男性などに多いが自宅に閉じこもっている人を外にひっぱり出して社会参加のきっかけを作るものである。「ネットワーク・コーチング」は人が人とつながっていく（ネットワーキング）ためのスキルを教えサポートするものである。「自助グループ」は同じ課題を持つ仲間が仲間同士で話をしたりグループワークをするなどして自らの課題を整理し、自分の力に気づいて自分の力で歩き始めることを支援するものである。精神障がい者、被虐待者、アルコール中毒の人など対象は特定化されていたが、近年、老人性うつなどの増加に伴ってその対象は増え、より一般化されてきている。



【図 - 2】 身体介護、家事支援、生活支援

【表-2】 各国の身体介護、家事援助、生活支援一覧表（松岡洋子、国際長寿センター）

* 以下の一覧は、身体介護サービス部分以外は基本的に国際長寿センターの一連の調査の過程で直接見聞した事柄にもとづいている。従って、各国の国内全域で記述したサービスが一律に行われていることを意味するものではない

		デンマーク							ドイツ							イギリス							オランダ									
		フォー マル	イン フォー マル	両 方	制度 (ファンド)	サービス提供 主体	提供者 プロ/ボラ ンティア	調査記 録	フォー マル	イン フォー マル	両 方	制度 (ファ ンド)	サービ ス提供 主体	提供者 プロ/ボラ ンティア	調査 記録	フォー マル	イン フォー マル	両 方	制度 (ファン ド)	サービ ス提供 主体	提供者 プロ/ボラ ンティア	調査 記録	フォー マル	イン フォー マル	両 方	制度 (ファン ド)	サービ ス提供 主体	提供者 プロ/ボラ ンティア	調査記 録			
身体 介護 (在宅)	訪問 型	食事介助	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B.p113 ~	○			介護 保険	福祉組 織	プロ																	
		入浴介助	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B.p113 ~	○			介護 保険	福祉組 織	プロ	○			ソーシャ ルケア	自治体 民間				○			ZVW	福祉法 人等	プロ	B3.p15 D.p197		
		排泄介助	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B.p113 ~	○			介護 保険	福祉組 織	プロ	○			ソーシャ ルケア	自治体 民間				○			ZVW	福祉法 人等	プロ	B3.p15 D.p197		
		清拭																														
		身体整容	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B.p113 ~	○			介護 保険	福祉組 織	プロ	○			ソーシャ ルケア	自治体 民間				○			ZVW	福祉法 人等	プロ	B3.p15 D.p197		
		衣服着脱	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B.p113 ~	○			介護 保険	福祉組 織	プロ	○			ソーシャ ルケア	自治体 民間				○			ZVW	福祉法 人等	プロ	B3.p15 D.p197		
		体位交換	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B.p113 ~	○			介護 保険	福祉組 織	プロ	○			ソーシャ ルケア	自治体 民間												
		服薬介助(準 備と確認)	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B.p113 ~	○			介護 保険	福祉組 織	プロ	○			ソーシャ ルケア	自治体 民間				○			ZVW	福祉法 人等	プロ	B3.p15		
		起床・就寝介 助	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B2.p24	○			介護 保険	福祉組 織	プロ									○			ZVW	福祉法 人等	プロ	B3.p15 D.p197		
リラックス、ス トレッチ	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B.p113 ~																									
家事援 助	訪問 型	そうじ			◎	社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー エルドラセイエン	プロ ボランティ ア	B.p115	○			介護 保険	福祉組 織	プロ			◎	自治体	市 民間			○			WMO	福祉法 人等		B.p137			
		洗濯	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B.p115	○			介護 保険	福祉組 織	プロ			◎	自治体	市 民間			○			WMO	福祉法 人等		B.p137			
		買物				◎	社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー エルドラセイエン	プロ ボランティ ア	B.p115	○			介護 保険	福祉組 織	プロ			◎	自治体	市 民間					◎	WMO	福祉法 人等		B.p136		
		調理(あたため のみも含む)	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B.p117	○			介護 保険	福祉組 織	プロ			◎	自治体	市 民間			○			WMO	福祉法 人等		B.p137			
		配下膳(片づ け)	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B2.p24	○			介護 保険	福祉組 織	プロ									○			WMO	福祉法 人等		B.p136		
		ベッドメイク	○			社会サー ビス法	コムー ネ 民間プロバイダー	プロ	B2.p24															○			WMO	福祉法 人等		B.p137		

<調査記録略記>

- A. 平成 24 年度 (2012) プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する国際比較調査研究
- B. 平成 25 年度 (2013) 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
- B2. 平成 25 年度 (2013) 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 インタビュー記録
- B3. 平成 25 年度 (2013) 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 データリクエストへの回答
- C. 平成 25 年度 (2013) プロダクティブ・エイジング (生涯現役社会) の実現に向けた取り組みに関する国際比較研究
- D. 平成 26 年度 (2014) 生涯現役社会づくりに関する活動の国際比較調査研究
- E. 平成 27 年度 (2015) 地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較調査研究
(各報告書の全文は、<http://www.ilc-japan.org/study/index.html> に掲載)

			デンマーク						ドイツ						イギリス						オランダ												
			フォー マル	イン フ ォ ー マ ル	両方	根拠の制度 (ファンド)	サービス提供 主体	提供者 プロ/ボラ ンティア	調査記録	フォー マル	イン フ ォ ー マ ル	両方	根拠の 制度 (ファンド)	サービス提供 主体	提供者 プロ/ボラ ンティア	調査記録	フォー マル	イン フ ォ ー マ ル	両方	根拠の 制度 (ファンド)	サービス提供 主体	提供者 プロ/ボラ ンティア	調査記録	フォー マル	イン フ ォ ー マ ル	両方	根拠の 制度 (ファンド)	サービス提供 主体	提供者 プロ/ボラ ンティア	調査記録			
生活 支 援	くらし型	安否確認	見守り・安否確認		◎	自治体、福祉 ボランティア基金	自治体、エル ドラセイエン	ボラン ティア		●			ボランティア 団体	ボラン ティア	E.p126		●		ソーシャルケ ア	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	C.p74		●			ボランティア団 体	ボラン ティア	D.p185				
			電話による安否確認		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア											◎	ソ ー シ ャ ル ケ ア	自治体、チャ リティ	プロ、ボ ランティア			◎	WMO	自治体、福祉 法人	プロ、ボ ランティア	B2.p15				
	外出支援	移動支援(その場所まで連れて行く)	○		社会サービ ス法	コムーネ、民 間	プロ			◎	介護保険	福祉組織、ボ ランティア団体	ボラン ティア	ボラン ティア	E.p126		●		ソ ー シ ャ ル ケ ア	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	A.p243			◎	WMO	ボランティア団 体	プロ、ボ ランティア	C.p68				
		病院・市役所への付添(説明)		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア					ボランティア 団体	ボラン ティア	E.p126		●			ソ ー シ ャ ル ケ ア	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	A.p229			◎	WMO	ボランティア団 体	プロ、ボ ランティア	C.p68				
	日常生活支援 (日常的な困り ごと支援)	ゴミ出し	○		社会サービ ス法	コムーネ、民 間	プロ																										
		一時的な家事支援	○		社会サービ ス法	コムーネ、民 間	プロ																	○			WMO	自治体、福祉 法人	プロ	B.p115			
		手紙や電話の音読・代筆(異文化交 流・通訳・翻訳含む)		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア			●		連邦プロジェ クト	ボラン ティア団 体	ボラン ティア	E.p166		●			ソ ー シ ャ ル ケ ア	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	A.p230			●		ボランティア団 体	ボラン ティア	B.p187			
		簡単な修理・手入れ(家・道具)	○		社会サービ ス法	エルドラ セイエン	ボラン ティア	B2.p14		●			ボラン ティア団 体		E.p167	○				ソ ー シ ャ ル ケ ア	チャリ ティ、民 間	プロ、ボ ランティア	Social Care			◎	WMO	自治体、福祉 法人	プロ、ボ ランティア	A.p262			
		犬の散歩																									◎	WMO	自治体、福祉 法人	プロ、ボ ランティア	B.p130		
		認知症者の見守り		●			アルツハイマ ー協会	ボラン ティア	E.p294		●	市プロジェクト	住民	ボラン ティア	E.p162		●			NHS	AgeUK	プロ、ボ ランティア	D.p287			●		福祉法人	ボラン ティア	B2.p11			
	精神的支援	話し相手(友愛訪問)		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア	B.p13		●			ボラン ティア団 体	ボラン ティア	E.p167		●			NHS	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	B2.p11			●		福祉法人	ボラン ティア	C.p70			
		散歩同行		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア	B2.p13			◎	介護保険	福祉組織	ボラン ティア有償 ボラ	E.p126												●		福祉法人	ボラン ティア	C.p70		
		家族支援		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア	E.p285			◎	介護保険	福祉組織	プロ、ボ ランティア 有償	E.205		●			NHS	AgeUK	プロ、ボ ランティア	D.p287			●		ボランティア 組織	ボラン ティア	D.p161			
		臨終の付添い		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア	E.p279		●			ボラン ティア団 体	ボラン ティア	E.p168		●			NHS	AgeUK	プロ、ボ ランティア	D.p292										
		グリーフケア									◎	医療保険	ボラン ティア団 体	ボラン ティア	E.p127, p169												●		ボランティア 組織	ボラン ティア	D.p225		
		引っぱり出し支援(孤立防止)		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア	E.p284						ボラン ティア団 体	ボラン ティア	E.p127											●		ボランティア 組織	ボラン ティア	A.p261		
	孤立防止 (自立支援)	ネットワーク・コーチング																									●		ボランティア 組織	ボラン ティア	D.p219		
		家計自己管理支援																									●		ボランティア 組織	ボラン ティア	D.p232		
		自助グループ(クライアントグループ含 む)		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア	E.p170			◎	介護保険	当事者団体	ボラ ン テ ィ ア	E.p132											●		ボランティア 組織	ボラン ティア	D.p210			
		活動センター(公共が場を提供)			◎	社会 サービス法	市、ボラン ティア組 織	ボラン ティア	B.p106		●			ボラン ティア団 体	ボラン ティア	E.p167				◎	ソ ー シ ャ ル ケ ア	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	C.p74			◎	WMO	市、福祉法人	プロ、ボ ランティア	A.p258		
	交流型	社会的交流	趣味、教養アクティビティ		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン、図書 館	ボラン ティア	B.p13		●			ボラン ティア団 体	ボラン ティア	E.p167				◎	ソ ー シ ャ ル ケ ア	チャリ ティ	ボラン ティア	A.p230, C.p75			●		福祉法人		B2.p15		
			屋外アクティビティ(体操、ガーデニン グ、遠足)		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア	B2.p13, B.p18		●			ボラン ティア団 体	ボラン ティア	E.p170		●			ソ ー シ ャ ル ケ ア	チャリ ティ	ボラン ティア	A.p230, C.p72			●		ボランティア 組織	ボラン ティア	D.p191		
			認知症カフェ		●	福祉ボラン ティア基金	ボラン ティア組 織	ボラン ティア	E.p280												民間ファン ド、自治 体	チャリ ティ	ボラン ティア	D.p264			●		福祉法人		A.p265		
			各種カフェ(PCカフェも)		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア	B2.p13		●		福祉組織	ボラン ティア	E.p170		●				ソ ー シ ャ ル ケ ア	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	A.p243			●		福祉法人		A.p270		
起業・就労支援																					民間ファン ド、自 治体	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	A.p241									
アラーム及び緊急時対応			○		社会サービ ス法	コムーネ、民 間	プロ	B.p106			●										民間ファン ド、自 治体	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	B.p235			●		自治体、民 間	福祉法人	プロ、ボ ランティア	A.p262	
福祉サ ー ビ ス 型	福祉サー ビス	配食サービス	○		社会サービ ス法	コムーネ、民 間	プロ	B.p106											◎	ソ ー シ ャ ル ケ ア	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	A.p243			●		福祉法人	プロ、ボ ランティア	A.p262			
		予防訪問	○		社会サービ ス法	コムーネ、民 間	プロ	B.p90																			◎	自治体	福祉法人	プロ、ボ ランティア	A.p262		
		住宅改修																		◎	ソ ー シ ャ ル ケ ア	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	Social Care			●		福祉法人	プロ、ボ ランティア	A.p262		
		補助器具								●		介護保険	福祉組織							◎	ソ ー シ ャ ル ケ ア	チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	Social Care	○			医療保険	自治体		B.p134		
		移動支援(タクシー券付与)	○		社会サービ ス法	コムーネ、民 間	プロ	B.p142													◎	ソ ー シ ャ ル ケ ア	自治 体	プロ	D.p288	○			自治体		B2.p14		
		移動支援(マイクロバス同乗、運転。路 線バス同乗支援)	○		社会サービ ス法	コムーネ、民 間	プロ	B.p142		●		バス会社	ボラン ティア団 体	ボラン ティア	E.p214	○													◎	WMO	福祉法人	プロ、ボ ランティア	A.p262
		各種相談		●	福祉ボラン ティア基金	ボラン ティア組 織	ボラン ティア	E.p264			◎	年金基金	ボラン ティア組 織、市、NGO	ボラン ティア	E.p127		●					チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	C.p75			●		ボランティア組 織		C.p65,D.p22 9,D.p219		
		預貯金管理・契約代理(権利擁護)	○		社会サービ ス法	コムーネ、民 間	プロ	B.p106			銀行	銀行			E.p183		●					チャリ ティ	プロ、ボ ランティア	A.243			●		自治体	福祉法人		B.p130	
		介護者支援		●	福祉ボラン ティア基金	エルドラ セイエン	ボラン ティア	E.p286													◎	ソ ー シ ャ ル ケ ア	自治体チャ リティ	プロ、ボ ランティア									

2. 日本認知症ワーキンググループへのインタビュー記録

(2015年7月1日 長寿社会開発センター会議室)

日本認知症ワーキンググループ共同代表 佐藤雅彦

認知症介護研究・研修東京センター研究部部長 永田久美子

<地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する
国際比較研究会>

東北大学 白川泰之

国立社会保障・人口問題研究所 小野太一

京都府立医科大学 成本迅

成蹊大学 渡辺大輔

ラトガース大学 中島民恵子

国際長寿センター

研究会：いま日本ではいろいろな地域の活動主体を取り入れて多様な生活支援を展開していく流れになっています。それで、私たちの本年度研究では、海外の生活支援の状況について実地調査実地を進めて日本に対するヒントになるものを得たいと思っています。この中で海外では認知症の方に対するどのようなサポートが行われているのか、例えば当事者やご家族の活動という点にも目を向ける予定です。

その前提として、今回お話を伺いながらどのような視点を持つべきかご意見を頂戴できればと思っています。

永田：以前から、認知症の本人の方と一緒に活動を共にしていきたいと思ってきました。認知症の本人が主体になって、活動の運営から実際活動を進めていくことができないかということで、去年の9月に準備会をやって11月からワーキンググループが発足して今に至っています。私たちはパートナーとして事務局や裏方仕事に徹しているという関係です。

佐藤：1954年生まれで、今年で61歳になります。数学の教員を経てシステムエンジニアとして働いていましたが、その後購買課に移ってから短期記憶に障害が出て議事録を書けなくなってパソコン入力もできなくなり2年ぐらい休職しました。そして事務職は無理ということで配送係にかわりました。当初は難なくやっていたのですが、東京都庁に行ったときに出口を間違えて30分も出られないということもあり、複数の商品があるときに本当に正しい部屋に複数の商品を届けたかどうか確信が持たなくなりました。それで精神科に受診して、その時アルツハイマー型認知症と診断されました。

その後、当初は絶望の淵を歩いていたのですが、私はクリスチャンなので聖書の御言葉の「私の目には、あなたは高価で貴い。私はあなたを愛している」という、私のようなつまらない者でも神様が貴いと言ってくださるその言葉に目覚めて教会に通っていました。それでサービス付高齢者住宅に入っていました。今年からそれより値段が安いケアハウスに入って一人暮らしをしています。

今の一番の問題は、介護保険のサービスという意味ではなく、どうやって生きがいを探して張り合いを持った生活をやっていくかという点です。一緒に楽しんでくれる人を探してい

ます。

諸外国では認知症になっても張り合いを持って生きるにはどうしているのかということ調査してもらって、アイデアを寄せてくれれば非常にありがたいと思います。

一番困るのはマイナスの情報ばかりあることです。オーストラリアのクリスティーンさんのように認知症になっても生きがいを持って生きるにはどうしたらいいのだろうかと思っています。マイナスの情報ではなくて生きるためにプラスになる、ためになるモデルとなるような情報がいろいろあるといいと思います。

樋口直美さんの『私の脳で起こったこと レビー小体型認知症からの復活』などでどのような障害が起こるかという情報はたくさんありますが、むしろ楽しく喜びを持って生きるにはどうしたらいいのか、そういう情報を多く知りたいのです。

例えば、ギターを持って各地で演奏してそれが張り合いになっている人とか、全国ソフトボールデシシリーズでソフトボールをやっていることが生きがいだとか、卓球をやっているとか、あとは山登りをやる人もいます。

そのように、認知症のあるなしとは関係なく、いかに充実した人生を生きるかということです。そこで、認知症特有の疾患があるために、例えばゴルフをやると何打打ったかわからないからスコアをつけてもらうとか認知症特有の症状を理解して一緒に楽しめるような支援はどのようなものかということです。

あと、偏見があります。私は退職してから友達に電話しても、「今どういう生活しているの？何か困っていることあるの？」と聞かれます。ま困っているから電話をしてきたようにとられる。こちらは、退職して時間ができたから親睦を深めたいと思って電話をしているのです。

認知症の人というと、何か困っていて人に助けてもらいたい人だというイメージがある。そうではない。いろいろな障害を抱えていて、十のうち一部ができないために十ができないように思っています。

例えば、お茶を入れられない具体例で言います。お茶を入れるということは、まずやかんに水を入れて火をつけて、茶筒から急須にお茶を入れて、お湯が沸いてきたら急須に入れて、そして運びます。認知症になるとその一部だけができないことがあります。ところが全部ができないと思われがちで、もうあなたはお茶も入れなくていい、やらなくていいという風に、全部やることを取り上げられてしまいがちです。そういうことになると、やはり生活不活発病になってしまって生きる張り合いがなくなります。

認知症の人ができないところだけ指示してほしいのです。例えば料理をやるにしても、煮るとか、切るとか、そういう個々の作業はできるけれど手順がわからない。またいくつかを同時にやることができないので時間に間に合わないことがあります。ですから、最初からたくさん時間をとっておいて一つずつ指示すればできます。

たしかに効率も大事ですが効率第一主義ではいけないと思います。例えば、スーパーのレジで、50円玉はまだ穴が開いているからいいのですが、100円玉と1円玉の区別が難しいのです。950円を出さないといけないときに、900円まで出して、100円玉9個を数えたら、あとの50円を忘れてしまいます。そういう時にはさりげなく「あと50円ですよ」あるいは、「財布をちょっと見せてください。では50円出しますよ。いいですね？」としてもらえれば、財布の中に小銭ばかり貯まることはなくなるのです。

このように、できることはあるのですがそれに合わせた支援のノウハウをわかしてもらえません。そういうことをやってくだされば、いろいろなことができるようになります。

私は認知症カードを持っています。「私は認知症です、あなたの支援を必要としています」というカードを見せると親切にしてくれます。そうでないと、聞いてもただ「そこにあります」というだけです。海外ではどういうカードを使っているのでしょうか。

研究会：認知症のカードは皆さんで独自に作ったのですか。

佐藤：3つの会（後出）で作ってもらいました。丹野さんという39歳で認知症発症されていまも仕事をしている方はそういうカードを作って、それをみせるとしっかり教えてくれるようになったそうです。

永田：丹野さんは認知症の診断を受けた後も仕事続けていらっしゃいます。毎日通勤されています。

佐藤：失敗してもいいんだと思っています。迷ってしまっても、自分で住所を持っているからタクシーを呼んで、ここに連れて行ってくださいと割り切って言えばいいのです。

ただ命に関わるような、線路に落ちるような失敗はしてはいけません。だからしていい失敗としてはいけない失敗を教えて、こういう失敗だけはしませんというようにしなければいけません。電車に乗っても乗り過ごしてしまうことがあります。それで、タイマーを設定して降りる前にタイマーが鳴るようにしています。途中は音楽を聴いてリラックスするというような工夫をしています。

研究会：認知症ですという表示をした時に、逆に「えっ」というリアクションをする人もいますか。

佐藤：質問しても、近くの駅員さんに聞いてくださいという冷たい人もいます。親切そうな人を見て聞くようにしています。

以前は障害者が社会に出ることは社会の迷惑のように言われましたが、いまは普通に外に出るのが当たり前になってきました。でも今はまだ認知症の人は家にいないといけないと思う人も多いようです。

諸外国ではそういうような、認知症の人の権利はどう守られているのでしょうか。イギリスでは音楽を聞くのは人権の問題だと聞いています。日本では音楽療法を、音の能力を機能維持のためのものだと考えるようですが、海外ではその人の好きなことをする権利だと捉えているということです。日本にはそういう発想はなくて、衣食住足りていれば十分だと考えられているのではないのでしょうか。だから、認知症の人が暮らしやすい社会は、高齢者にも弱者にも暮らしやすい社会になると思います。

研究会：パソコンはどのような時に使っていますか。

佐藤：写真を撮って文字を入れて Facebook に投稿することができます。

永田：佐藤さんが携帯を使い始めたのは2007年に認知症の診断がされてからです。最初にお会いした時に、外に出続けたいとおっしゃったので、位置情報がわかるために携帯を使うことを提案したら、翌日くらいに携帯を買われた。実際に使われたのは、最初はカメラだったようです。文字で書くよりもカメラで今日の記録を写しておけば、どこに行ったかとか、きれいな風景や花などの四季折々が確実に残るということで、本当に頻繁に携帯でカメラを使われ始めました。

佐藤：スケジュール管理にも使います。朝起きると、今日何をするかを忘れているので朝一番にパソコンでカレンダーを見て今日の予定を見ることで安心します。今日の出発の時間など、失敗がないように使います。

研究会：いまお話をうかがうとどんどん新しいものに挑戦していつているように思います。

佐藤：最新のものは使いやすいというポリシーを持っています。

研究会：いい言葉ですね。馴染みの物が使いやすいという方は多いのですが、新しい物は使いやすいというのはポジティブなメッセージだと思います。

佐藤：予定の前にアラームが鳴るようにしています。時間になるとメッセージが流れます。

永田：これも必要なことで、電車で乗り過ぎさないようにするために使っています。それから佐藤さんはインスリンの自己注射をしているので、「どうしたら人の世話にならないで自分で注射の自己管理をできるか」を一生懸命考えたあげく、注射時間を忘れないようにこのアラーム設定とかも始まったってことです。

佐藤：スマホは使っていません。いったんはスマホにしたけれど使いづらいし、iPadがあるから使いません。

研究会：普段買い物をされるときに、今日はこういうものを食べようとか、今日は醤油と魚とほうれんそうと人参を買って帰るとか、そういうことは書いておくのですか？

佐藤：買い物リストと、買ってはいけないもののリストを作っています。携帯に入れてあって更新するだけです。私の著書の『認知症になった私が伝えたいこと』にも書きました。

糖尿病の記録をグラフにして見ることもあります。また、月に 22 万歩、1 日 7000 歩を目標に歩いています。

研究会：活動としては他にはどのようなことをされていますか。

佐藤：特にありません。教会関係ぐらいとあとは 3 つの会をやっています。3 つの会というのは認知症の当事者の会のことです。

永田：3 つの会は日本認知症ワーキンググループができる前身の当事者の団体でしたが専門職が多くなって、その後もっと本人自身が繋がろうということになりました。3 つの会の 3 つは「つながる」「つたえる」「つくる」です。

暮らしやすい生活を一緒に作るという佐藤さんがいつも言う言葉を集めて 3 つの会です。

佐藤：だから楽しいことをするということを主にしていて、Facebook にアップしています。

永田：佐藤さんの他にも多くのメンバーが Facebook に投稿しています。都会地だけではなく地方でも同じことが始まりました。最初佐藤さんのメル友は 75 歳の人でした。若年性認知症だからということではなくて、75 歳でも 85 歳でもよくこういうものを使われるメル友がいます。

佐藤：今朝は 106 件いいね！が来て、18 件のコメントがありました。1050 名のお友達がいます。最新のものは使いやすいと思います。ただ設定が難しいから、設定は全部やってもらいます。自分はただ投稿するだけです。

諸外国ではどういうゲームを使っているのでしょうか。

永田：佐藤さんは自分のためだけではなくて、ワーキンググループの仲間からこういうものがあつたらいいという声を聞いて、仲間のために発言しています。

今のゲーム云々というのは、周囲に支援者がなかなかいないのでパソコンで遊んでいらっしやる人を知っているのです。だから聞いてくださっています。

去年国交省で、道路交通法の改正で車の運転について見直しがありました。佐藤さんはご自身は運転されないけれど、国交省でパブリックコメントを募集しているということをお伝えしたら、メンバーに声を呼びかけて意見を集められました。そして佐藤さんが代表でパブリックコメントを送りました。そのときには皆さんから切々と車の運転ができなくなるとどれほど大変かということが寄せられました。

佐藤：諸外国では、交通事情が悪いときはどういう風なサポートがあって生活に支障が出ないような生活をしているのでしょうか。そういうことも知りたいですね。車で移動をサポートしてくれる人がいれば、何も本人が運転する必要は無いけれどもそういうサポートがない場合は地方では車がないと生活に支障がありますのでやむなく車に乗っています。若い人はみんな働きに出て行って、残されて買い物に行くにも支障をきたします。

諸外国では、生活の基本的な食料品とかは家族などが買ってくるとして、自分の生活を豊かにするための買い物はどうしているのでしょうか。私はパソコンを使って通販で買っているからいいけれど、パソコンが使えない人はどうするのでしょうか。

また、移動図書館などは諸外国でやっているのでしょうか。移動のレンタルビデオサービスはどうでしょうか。

コンピュータが使える人はパソコンで手配できるので、パソコンを使った生活の利便性を向上させるサービスは諸外国でどうなっているのでしょうか。

研究会：平成 27 年度の高齢社会白書のコラムでイギリスの認知症ビフレンディングサービスを紹介しました。我々が去年イギリスに行ってインタビューしてきたものです。一人暮らしでサービスを受けていない方がが優先で、ボランティアの人が認知症の方と友達になって、週に 1 回くらい訪ねて、話し相手になったり、一緒に買い物に行ったりするということです。もちろん身体介護はしないで、ちょっとした生活上の手伝いはするそうです。

佐藤：そういう自分の趣味にあった生活上のサービスがいきます。例えば女性の場合で、毛糸編みとかそういう趣味を生かすために、趣味の材料を買いに行く手伝いをしてくれる方ががいればいい。そういう、生活を豊かにするためにどういうサポートがあるかということ調べてきてもらえるとありがたいと思います。

この前デイサービスにちょっと見学に行ってきました。日本のデイサービスは、20 年も 30 年も昔のことをまだやっているようです。

研究会：海外調査に行くと、確かに海外ではさまざまな趣味の活動をやっていました。公園の一部で花を作ったり野菜を作ったりしている人達がいったり、ガーデニングやビリヤード場もありました。編み物もやっていました。

佐藤：今後は、そういう個人に合った、趣味をどう活かして生きがいをもって生きるかということが大事だと思います。ただ生きるだけではなくて、豊かな生活を送るためにはどんなサポートが必要か、そういうのが今後の方向性ではないかと思います。

永田：さっきおっしゃったようにいろいろなメニューが選べるようになるのは良いのですが、そうなるとメニューをいっぱい並べるということをやってしまうと思います。そうではなくて、プロセスを大事にして、本人が自分で好きなことがやれる、それで生きがいを持てる、自分で選ぶチャンスを持てるとか、そういうことを大事にしてほしいですね。みんなどう合意を作っていくのかということだと思います。

日本でも本人にまず選んでもらうというデイサービスはもう 10 年以上前からいくつかありますが、それがなかなか浸透しません。ですから、やり方ではなく考え方をどう広げるのが問題だと思います。

佐藤：日本の今の高齢者は我慢する世代だから、我慢して逆に利用者が職員に気を遣って、職員の言うことを聞いているような感じがします。そうではなくて、利用者が本当にやりたいことをやるためにはどうするかということだと思います。

研究会：これから海外に行ったときに個別に何をやっているかということもありますが、や

はり本人の意思をどう尊重しているかということが重要だと思っています。

オランダでインターネットカフェを拝見した時も、例えばイギリスに家族がいて、スカイプがしたいという方がいて、それならスカイプをまずやろうというやり方でした。パソコンの使い方を学ぶというよりは家族と話をするためにスカイプの仕方を学ぶということでした。

佐藤：まさにそういうことです。やりたいことのニーズを聞いてそれをやることです。例えば絵を描きたいなら、iPadで絵を描くにはどうしたらいいか聞くといい。

永田：いまワーキンググループのメンバーが、全国に散らばっています。共同代表の1人は鳥取です。それで、東京に頻回に出てくるのは負担が大きく、「打ち合わせをスカイプでやらない？」となってスカイプ勉強会をやれたらいいね、と話し合っています。

佐藤：技術を先に教えるのではなくて、やりたいことを聞いてそれに合わせるということだと思います。ただスカイプを教えるのではなくて、必要性が出てきたらスカイプを教えるというようにするとか。

だから、今までの、技術を教えてそれを使ってくださいという発想を、これをやりたいからこれを教える、打ち合わせをしたいからスカイプを学ぶという逆の発想が必要です。

永田：佐藤さんがクリスティーンとお話したのは5年くらい前でしたが、オーストラリアのクリスティーンと佐藤さんでスカイプをしました。

佐藤：あの人はすごい人です。

永田：1人果敢に挑戦してやってみた人がいると、他の人もやれるかもしれないということになります。とにかく1人でも突破口になる人がいれば次の挑戦者が出てきます。失敗があっても、そういう挑戦している姿が他の人をすごく元気づけるのです。

佐藤：日本は失敗させないようにとしますが、失敗してもいいのです。失敗して、命に別状があるような失敗はいけないうけれど、そうではない失敗ならどんどんして本人たちがこうすればいいあすればいいと考えて自分に自信を持たせることが大切です。

研究会：障害者の福祉でもたぶん全く同じ議論で、いまは社会に出ましよう、できるだけ働きましようとなっています。でもすこし前までは、ちょっとでも怪我すると良くないとか、ちょっとできないと心理的に傷つくのが可哀そうだという理由でやらせないことが多かったと思います。でも、自転車だって突然乗れるようになる訳ではなくて転びながら乗れるようになるわけだから、失敗する権利もあるのではないのでしょうか。たぶんそういう発想がまだ認知症の方の周辺にまで届いていないのではないかと思います。

だから、してもいい失敗とすると困る失敗っていうものがあって、してもいい失敗という受け止め方がまだ浸透していないのではないのでしょうか。

佐藤：してもいい失敗はどしどしさせてその人の深みを与えるということです。だから、教員をやっていた時に生徒にはこういうことだけはやってはいけないということは注意をしましたが、それ以外の失敗は指導すればいいと思っていました。失敗しても次に直ればいいのです。そういう見極めは、まだ認知症本人で活動する人が初めて出てきた段階ですからまだはっきりしないのだと思います。以前は、施設で管理者がいて認知症本人の安全確保の名目ですたいこともさせないことが多かったのです。そうではなくて、やりたいことをやらせて、しかし先を読んで命にかかわる失敗や人に迷惑がかかる失敗は止めるというそういうリスクのマネジメントが必要です。だから、転倒するから歩かないように矯正の深い椅子に座らせるとか、そういうのはよくありますが、利用者の保護者にもこういうリスクもありますがどうですかと了解を取ればいいと思います。

認知症当事者の人権を考えていない場合があるように思います。何も判断力が無いという視点に立っているのではないかと思います。

研究会：これはいい活動だというものがありますか。

佐藤：ある施設で、その日になって、今日は天気がいいから桜を見に行きましょうという施設があります。前々から計画を立てているわけではないのです。その日に計画を立ててその日にやる。そのような事例発表を見たことがあります。

いろいろと決めつけしないで、利用者の力を見抜いて、利用者の潜在能力を發揮させるように持っていくような職員が良い職員ではないでしょうか。

永田：ボランティアの中にも専門職以上にそういう力を見抜く人もいると思います。大事なのはボランティアか専門職かに関わらず、そういう力がある人がグループの中にいないと、ボランティアが何十人、何百人いようとやはりやってあげる支援になってしまうと思います。それから、職員でもプラスアルファでボランティア的に活動している人が今ではたくさん出てきています。そういうインフォーマルとは何かという問いがもう少し広められるといいのではないかと思います。介護保険制度の中ではできないことが多くても、仕事とプラスインフォーマルな活動をしている人達も増えています。今後そういう人達と市民がどのように手を結んで一緒に地域資源を作っていくかということが重要ではないかと思います。

佐藤：ある自治体の方は、Dシリーズ（全日本認知症ソフトボール大会）などの認知症の人のイベントには運転手を買って出してくれています。そういう人が多く出れば本当にありがたいと思います。また、前に障害福祉課にいた人が部外に異動されたから別の部署で情報を広めて、役所全体で取り組んでいる地域もあります。

研究会：われわれはいろいろな活動をしている団体に話を伺いに行きますが、たとえばもともと給食や移動の助け合いサービスをやっていて、だんだん別にボランティアでやる部分もできて、さらに介護保険サービスとしてやる部分も増えたという人たちも多いようです。

永田：たしかに、そうやってまずは一緒に生活や地域の中で時間を共にして、一緒に楽しみとか苦労も含めて体験するというのをベースにしてから、プラスアルファ専門の仕事の中でさらに何をやっていくことができるかということは大切だと思います。

そうやって人としての豊かさを一緒に経験した上で、プロとしてなにをべきか、プロの倫理についても本気度が違ってくるかもしれません。プロの方から入ってしまうとやってあげますという発想になりがちです。あなたは支援される人、わたしは支援する人という風になりがちです。そこから対等の目線で相手の立場に立つことはなかなか難しいのです。

佐藤：諸外国でも予算が限られていると思います。制度ではできないけれどインフォーマルでこういう活動をやっているということを調べてきて日本で紹介してもらえれば、予算がない中でどう工夫しているかも調べてきてもらえればありがたいと思います。

制度の財源はどの国でも決まっているので、財源ではなくていかにその国その国で創意工夫で独自のことをやっているのかということを知りたいのです。そういう知恵があれば、財源に頼らなくてできることがたくさんあると思います。何かやろうとするとすぐ「財源はどうするんですか？」という話が出てしまいます。そうではなくてお金がかからなくてもできるような知恵を出して、やるということを考えて方がいいのではないのでしょうか。

研究会：佐藤さんは、認知症の方には専門職が対応しなければいけないという考えによく出会いますか。

佐藤：そうでもないです。高校生が認知症の方の話を聞いて、フレンドリーに対等な目線で

対応していることもあります。専門職は専門職で良い面がありますが、そうでない人も役割があると思います。

永田：さきほど佐藤さんが自信を保ちたいとか、生きがいや楽しみについて話されたのは、最初のころそれが得られなかったために寝込むほど落ち込んで、今の姿からは想像がつかないくらい悪くなられたことがあったから。どんどん自信を失う悪循環でした。あの時、介護保険の認定を受ければもっと悪かったのではないのでしょうか。

佐藤：以前は要介護1だったのですが、要支援1になってしまいました。

永田：一番悪いときは2か月寝込んだということです。

ですから、光の当て方によって、本当に状態が悪くもなれば良くもなります。さきほどから佐藤さんが言っている潜在力を見つめて信頼して引き出すことがない限り病気の進行以上に作られた障害を重くしていることがあります。

佐藤：たとえば、踊りのお師匠さんをしていて認知症の人に対してボランティアとして良いのは踊りを習いに行くことです。そういうボランティアがあれば、生き生きとしてもらえます。何かをしてあげるのではなくて教えてもらうことです。

わたしは、パソコンを使っていますが、私の場合は弟がいてサポートしてくれますが、そういう人がいない人は、外国ではどういう風に対処しているのでしょうか。パソコンを使って、ゲームを楽しんでいる人はどのくらいいるのでしょうか。

永田：楽しみとか生きがいは認知症に限らず全ての人に本当に必要だということが最も大切だと思います。これは障害をお持ちの方もそうですが、自分というものを表せない人にとって、「これぞ自分」というものが生きがいとして保たれるかどうか、障害そのものを大きく左右すると思います。自分の楽しみとか生きがいがあることで、安定してコミュニケーションが取りやすい状態が出てくるし、自分から言おうとします。

認知機能のスケールはありますが、置かれた環境とか本人の生きる強さとか生きることへの自分への信頼があるかどうかで、思い出したり語れたり判断の力は相当違ってきます。その生きがいや希望は認知症にとっても非常に重要なことだと思います。

佐藤：あとは環境です。日本では施設に私物を持ち込んではいけないような雰囲気やちょっと施設によってはあるようです。諸外国では自分のグッズを持ち込んで、そこが自分の生活拠点であるというようなことをやっているかどうかも知りたいと思います。

だから、自分の、もともとギターをやっていたとか、音楽を聞いていたとか、昔やっていたことを始めたらどうですかと提案をしていけばいいのではないのでしょうか。社交ダンスがすごく上手い人がいます。昔覚えたので自然に体が動いています。いろいろな趣味を持っている人がいます。もう画一化して何かやるという時代ではないのです。自分の趣味に合った生きがいを見つけるといことです。だから、あくまでも個別で、人と違って当たり前だというような考え方が必要です。

附) コメント1 認知症ワーキンググループ佐藤さんのインタビューに寄せて

京都府立医科大学大学院准教授 成本 迅

今回、「日本認知症ワーキンググループ」の共同代表の一人である佐藤雅彦さんのインタビューに同席する機会を得ましたので、認知症専門医の立場から感想を述べたいと思います。「日本認知症ワーキンググループ」は2014年10月11日に「認知症になってから希望と尊厳をもって暮らし続けることができ、よりよく生きていける社会を創りだしていくこと。」を目的に認知症の人ご本人をメンバーとして発足しました。今回のインタビューでも認知症を抱えながら生きていく中で実際に経験したことからさまざまな提案をいただき、認知症の人自らが発言していくことの重要性を改めて感じました。

佐藤さんのお話の中で、特に印象に残ったことが3点あります。一つは、どうやって生きがいを探して張り合いを持った生活をやっていくかを課題にあげておられたことです。支援者の発想ではつい障害をどのように補うかに注目してしまい、その前提となる生きがいや生きる張り合いのことに思いが至らないことが多く、今後常に意識していく必要があるだろうと思いました。二つ目は、ICT機器を自分なりにカスタマイズして利用しておられ、新しいものほど使いやすいということをおっしゃられたことです。従来、福祉機器は障害がある人のために特化して開発されてきましたが、ICT機器についてはカスタマイズの自由度が高く、認知症の人のための専用機器でなくても、十分に役に立つことが分かりました。次々に発売される新しい機器やアプリケーションを認知症の人が試しながら、新しい使い方を発信していくことができれば多くの人の助けになるのではないのでしょうか。最後に、人とのつながりの重要性です。佐藤さんは認知症になってから職場を中心としたこれまでの人間関係を一旦失っています。しかしその後、新しい人とのつながりを得て、生きていく張り合いを取り戻しておられます。そのようなつながりが、日本認知症ワーキンググループの設立につながっています。認知症になってからは、どうしても人の中に入っていくのがおっくうになって孤立しがちになることをよく目にしていますので、佐藤さんがどのようにして人とのつながりを取り戻していったのかをお聞きすることができてとても良かったです。

さて、今回のインフォーマルセクターに関する研究会では、ドイツとデンマークのボランティアを中心としたインフォーマルな支援を調査したわけですが、その二か国で行われているインフォーマルな支援の多くは日本でも取り組みが始まっており、決して日本が遅れているわけではないことが明らかになりました。しかし佐藤さんは生きがいを探すための支援が必ずしも十分ではないと話しておられます。高齢化が進み認知症の人が多く地域で暮らしていて、ICTの導入も進んでいる日本こそがそのようなインフォーマルな支援を世界に先駆けて生み出していく土壌が揃っているのかもしれない。

米国ラトガース大学非常勤講師 中島民恵子

認知症ケア・政策のあり方を学び考え続ける立場からも、認知症のご本人の声を大切にすることがどれほど重要かを再認識させられたのが、佐藤さん・永田さんへのインタビューでした。私自身が特に印象に残った2点について述べたいと思います。

1点目は、認知症の人に関する「情報」についてです。佐藤さんの「一番困ったのは負の情報ばかりあることです」という言葉を聞き、はっとさせられました。2004年に認知症へと呼称変更されてから、社会の中に認知症に関する知識等は広まり、少しずつ理解の輪も広がってきていると思います。一方で、これらの情報が認知症のご本人にとって、「生きるためにポジティブな情報」には十分になりえていないのではないかと感じました。佐藤さんはご自身の経験から、認知症の人は「何か困っていて、人に助けてもらいたい人」というイメージや偏見がまだ持たれていることを述べておられました。私たちの社会は、インターネットやソーシャルネットワークの発展と普及により、個々人の情報発信する力がとても高まっています。認知症ご本人が「生きるためのポジティブな情報」をもっと発信し、それらの情報を集積し、アクセスをしやすくするといった環境を整える支援は、認知症の人の充実した暮らしに貢献し得るのではないのでしょうか。さらにこれらの支援は、認知症の人へのイメージをポジティブなものへと変えていく可能性も含んでいると思います。

2点目は、認知症の人を「支える人たち」についてです。佐藤さんは認知症のご本人の力を見抜き、潜在能力を発揮できるような支援を行う人が良い支援者である、と述べておられました。また永田さんから支援において、専門職が「人としての豊かさを一緒に経験する」ことの重要性が述べられました。周囲の支える人たちが、認知症の個々人が張り合いを持つことは何かをともに考え、経験し、その積み重ねの中でより良い支援が実現することの大切さを再確認しました。専門職による支援もボランティアを中心としたインフォーマルな支援にも共通して大切な視点だと思います。佐藤さんからは、認知症ケアに関わる自治体職員の方が、全日本認知症ソフトボール大会(通称Dシリーズ)をともに楽しみ、イベント時の運転手も担ってくれている例が紹介されました。デンマークでのボランティアと認知症のご本人へのインタビューでは、毎週一緒に散歩と会話を楽しむことを通して、お互いの信頼感を高めている様子が伺えました。1つ1つは日々の小さな取り組みかもしれませんが、それらが継続して積み重ねることが重要だと感じています。

今年度の国際長寿センターの研究を通して、より柔軟性を持ちうるインフォーマルな支援の取り組みの中に、認知症の人が張り合いを持って暮らせるあり方のヒントを得ただけの点があるのではないかと思います。国内外の多様な取り組みの中から、認知症のご本人が必要とする支援のあり方を学び、少しずつでも実際に広がっていくことにつながることを期待しています。