

平成 28 年度

高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての
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

高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての 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ヶ国に達しています。

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、高齢者を社会の中の重要な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、多くの高齢者が自らの力で自立した在宅生活を続け、積極的に社会に参加し多大な貢献を行い、そのことを制度が支援しています。国際長寿センター（日本）では2012年度より世界各国で自助による生活を継続し社会貢献を行っている高齢者の姿を明らかにすることによってプロダクティブ・エイジングの流れをさらに促進するべく国際比較研究を行ってきました。

本年度の、「高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究」ではとくに日本、デンマーク、オランダにおいて、介護予防およびリハビリテーションによって高齢者が自立した生活を続けるための制度、しくみと高齢者自身による努力に焦点を当てています。

本報告書では、第I章から第IV章では海外調査の報告を行い、第V章は国内調査の報告とし、補章以下では調査の過程で得られた資料等を収録しています。

この調査・研究の過程では国内・国外の様々な行政組織、保険会社、介護提供組織、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29（2017）年3月

国際長寿センター（日本）
代表 水田邦雄

目 次

高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究 研究委員会…4

I. 調査・研究の背景と概要 (松岡洋子)

1. 調査・研究の背景…7
2. 調査・研究の概要…9

II. デンマークにおける高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション

1. 国の概要 (松岡洋子) …21
2. 高齢者の介護政策 (松岡洋子) …26
3. リハビリテーションと介護予防の実態 (松岡洋子) …36
4. 得られた重要な知見 (松岡洋子) …53
5. 認知症高齢者と予防、リハビリテーション (中島民恵子) …57
6. 仮想ケースによる調査の結果 (中島民恵子) …61
7. デンマークのまとめ (松岡洋子) …68

コラム: 「デンマークにもあった?回復期リハ」 (伊藤功) …71、 「デンマークの機器活用とその背景」 (岡持利直) …73、 「認知症コンサルタント」 (中島民恵子) …75

III. オランダにおける高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション

1. 国の概要 (小野太一) …79
2. 医療・介護政策の沿革と概要 (小野太一) …81
3. ライデン市における WMO の実際 ～ヒアリング調査より～ (服部真治) …95
4. 認知症高齢者と介護予防、リハビリテーション (中島民恵子) …106
5. 仮想ケースによる調査の結果 (渡邊大輔) …109
6. オランダのまとめ (小野太一) …117

コラム: 「2015 医療・介護の政治過程」 (小野太一) …91、 「ビュートゾルフ・ライデンを訪ねて」 (松岡洋子) …120、 「人生に危険はつきもの」 (小野太一) …124、 「オランダのリハ職」 (佐藤孝臣) …126、 「オランダの医療介護保険会社」 (服部真治) …128、 「Humanitas Deventer の挑戦」 (渡邊大輔) …130

IV. 調査のまとめと日本への示唆

1. 国際比較から見た「介護予防・日常生活支援総合事業」への示唆 (服部真治) …135
2. 認知症高齢者 まとめ (成本迅) …147

V. 国内調査報告

1. 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
ー要介護認定および死亡率の4年間フォローアップ分析ー (渡邊大輔) …151
2. 横浜インタビュー調査からみえてきたことー「社会的自立」を支えるための仕組みー
(澤岡詩野) …163

資料編

1. 介護予防、リハビリテーションに関するデータリクエストへの回答
(1) デンマーク回答…173 (2) オランダ回答…184
2. 仮想ケースによるケーススタディ
(1) デンマーク ファクセ市からの回答1…195 (2) デンマーク ファクセ市からの回答2…201 (3) オランダ Aedes-Actiz からの回答…205 (4) 国際長寿センター (オランダ) からの回答…208
3. ドイツにおける介護相談 およびケースマネジメント…214

高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究
調査研究委員

松岡洋子（東京家政大学人文学部准教授）研究主査
伊藤功（医療法人真正会霞ヶ関南病院長）
岡持利亘（医療法人真正会霞ヶ関南病院地域支援担当）
小野太一（政策研究大学院大学教授）
佐藤孝臣（株式会社ライフリー代表取締役、大分県作業療法協会副会長）
澤岡詩野（ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員）
中島民恵子（米国ラトガース大学非常勤講師）
成本 迅（京都府立医科大学大学院教授）
服部真治（医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長）
渡邊大輔（成蹊大学文学部現代社会学科准教授）

オブザーバー：

斉藤正身（医療法人真正会理事長、全国デイ・ケア協会会長）

海外調査協力委員：

マリエケ・ヴァン・デル・ワール（国際長寿センター（オランダ）事務局長）
ティナ・ロスゴー（デンマーク地方政府研究所教授）
吉田恵子（東京医科歯科大学大学院非常勤講師）

事務局：

国際長寿センター（日本）

I. 調査・研究の背景と概要

1. 調査・研究の背景

2. 調査・研究の概要

I. 調査・研究の背景と概要

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

1. 調査・研究の背景

1. 改正介護保険と総合事業

日本における高齢化率は27%を超え、エイジング・イン・プレイスを見据えて地域包括ケアが推進され、団塊ジュニアが65歳に到達する2040年を視野に入れた議論もなされている（「平成27年度地域包括ケア会議研究会報告書」）。

平成27年度介護保険法改正では、地域包括ケアシステムの「重点化・効率化」が目指され、予防給付と地域支援事業が大きく見直された。地域支援事業の中でも介護予防事業が「新しい介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）」として刷新され、介護予防は生活支援と一体的に、地域を基盤に住民自身や専門職以外の担い手も含めた多様な提供主体による提供体制への移行がその重要性とともに示された。

その背景には、介護予防を新しい側面から捉え直そうとする理念があり、地域・生活を基盤としたリハビリテーションの重要性、地域とのつながりや社会参加への連続性が強調されている。

- 1) 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を目的として行うもの。
- 2) リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけること。
- 3) 高齢者の日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための組織を支援してQOLの向上を目指すもの。

2. これからのリハビリテーション・介護予防

「平成27年度地域包括ケア会議研究会報告書（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書）（以下、平成27年度報告書）」では、地域包括ケアについて「進化する植木鉢」が提示され、介護予防が地域の課題であることが示された。

また、平成26年介護保険法改正におけるこれからの介護予防については、以下のように述べられている。

- 1) 介護予防については、地域活動として居場所や出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要。
- 2) リハビリテーション専門職などによる自立支援に資する取り組みを推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指す。
- 3) 高齢者を生活支援の担い手であると捉えることにより、地域での新たな社会的役割を持つことによって、結果として介護予防につながるという相乗効果がある。
- 4) 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開して人と人とのつながりを拡大していく。
- 5) このような介護予防を推進するためには、地域の実情を把握して、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠。

3. 自治体によるマネジメントと地域づくり

以上のように、2040年を見据えた地域包括ケアが進化していく中で、リハビリテーション・介護予防の重要性が高まっている。さらに、単なる身体機能の回復訓練を目指すのみではなく、日常生活や社会参加など、要介護状態になっても居場所や出番があるような行政・各種組織・専門職とも一体となった地域づくりを意識したリハビリテーション・介護予防への要請が高まっている。

よりマクロな視点からは、「経済財政運営と改革の基本方針 2015(平成 27 年 6 月 30 日)」において、第 7 期介護保険計画については自治体によるマネジメントの強化について言及されている点が注目値する。中長期的な視野に立った医療・介護計画の工程管理を行うために、自治体による PDCA マネジメントを強化することが強調されている。これは、給付費の自治体間格差があるなかで、介護予防活動の状況、サービス利用や事業所の動向を含めて分析し、市町村による給付費の適正化を推進せよ、ということである。なかでも、リハビリテーション・介護予防の取り組みは、自立支援を促進し重度化を予防するという観点から、介護保険給付費の適正化に向けて実効性を発揮できる領域である。

実際問題として、第 71 回社会保障審議会介護保険部会(平成 29 年 2 月 27 日)では、第 7 期介護保険計画における地域包括ケアシステムの基本理念 第一項目として「自立支援、介護予防・重度化防止の推進」が挙げられている。また、同基本理念の中で「地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進」も強化項目として見直されており、地域づくりを意識したリハビリテーション・介護予防の重要性は今後ますます高まることが予想される。

そこで本研究では、以上のような背景を視野に入れ、「リハビリテーション・介護予防」をテーマとした国際比較研究を行なうこととした。

2. 調査・研究の概要

1. 調査研究の目的

日本の介護保険、地域包括ケアの方向性を踏まえ、海外における「リハビリテーション・介護予防」に焦点をあて、各国の政策の最新動向とその実践を探ることを本研究の目的とした。

対象国は、デンマークとオランダである。

2. 調査課題と調査手法

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

【調査課題】

- ① 各国の介護政策の概要
- ② 各国のリハビリテーションと介護予防
 - ・自治体での政策・制度
 - ・サービス提供の実際
 - ・地域づくりとの関連
- ③ 仮想ケースによるニーズ別サービス内容の比較（脳卒中モデル、虚弱モデル、認知症モデル）

【調査手法】

データ収集については、データリクエストと現地訪問でのインタビュー情報、オープンデータ・各種文献をミックスして総合的に分析した。本報告書の記述は主として以下に依っている。

- ① データリクエスト：デンマーク、オランダの研究者に質問項目を2016年9月に送付して回答いただいた。データリクエストの項目については、11頁以下を参照。
- ② 現地訪問調査
 - ・デンマーク、オランダにおいて、2016年8月22日～9月2日に自治体、サービス提供事業所、NPO法人などの関連組織等を訪問して、担当者にインタビューを行った。訪問先および訪問時期は次頁のとおりである。
 - ・仮想ケースによるケーススタディは現地訪問時に専門職への直接インタビューあるいは回答を送付していただく形で行った（脳卒中モデル、虚弱モデル、認知症モデル）。ケース要件については、16頁以下を参照。
 - ・現地訪問で入手した資料
- ③ オープンデータ、論文等の各種文献

本報告書の執筆者は目次及び各論文の冒頭に記した。なお、「Ⅱ. デンマークにおける高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション」は伊藤功研究委員、岡持利亘研究委員が、また「Ⅲ. オランダにおける高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション」は佐藤孝臣研究委員が校閲を行った。

訪問先一覧（訪問順）

デンマーク（2016年8月23日～26日）

- ・ヒレロー理学療法・トレーニングセンター
- ・ボランティアで体操教室を主催する市民
- ・ルーダスダル市（介護保健部長、予防課長、予防訪問課長、認知症コンサルタント、判定員、活動センター所長、栄養士）
- ・ルーダスダル市「ロネベアフース（活動センター）」
- ・ルーダスダル市「スコウブリュネット（リハビリセンター）」
- ・ファクセ市（介護保健部長、作業療法士、訪問看護部長）
- ・ファクセ市「ファクセ保健センター」
- ・ファクセ市「グロンダルス・センター（リハビリセンター）」

オランダ（2016年8月29日～9月1日）

- ・ライデン市（市役所福祉アドバイザー）
- ・福祉組織「ラディウス」（ディレクター：フランク・ファン・ロイ）
- ・ボランティア組織の活動（BUUV、）
- ・サービスプロバイダー「プロキュラ（訪問介護看護）」
- ・サービスプロバイダー「ビュートゾルフ（訪問介護看護）」
- ・国際長寿センターオランダ（マリエケ・ハート所長講義、認知症コーディネーター、ボランティア開発「ホーム・シェフ」）
- ・保険会社「ケアと保障社」（ライデン市）
- ・施設サービスプロバイダー「トパーズ」（フォーシュテン市）
- ・知識センター「アクティス」（ユトレヒト市）
- ・施設サービスプロバイダー（医療・介護・ボランティア組織）「住まい・ケアセンター ユマニタス」（デフェンター市）

データリクエスト項目

日本においては2015年度には高齢化率が26%に達しています。そこで、日本に暮らす高齢者は、要介護状態にならないよう心身の健康を保つため積極的な社会参加が求められると同時に、要介護状態になったとしても、自宅や地域での適切なリハビリテーション・エクササイズ・身体介護・家事支援・生活援助を受けながら自立して社会に関わる生活を続けることが求められています。同時にサービスを提供する医療・リハビリテーション・長期介護に関わる専門職においても、高齢者が要介護状態にならないような生活のスタイルを提案するとともに、要介護状態になった場合にも、「できないことをしてあげる」サービスを提供するのではなく、「その人は何をしたいか、何ができるか」に着目して生活機能を回復する集中的なリハビリを核として支援を行い、さらに高齢者が地域の中で積極的に社会生活を行えるよう、様々な社会参加の機会が用意される必要があります。

そこで、貴国において、高齢者が自立した生活を長く続けていくためにどのような支援が行われているかを教えていただきたく、以下おうかがいします。

A：国レベルの動向

1. 貴国において、この5年以内に長期介護政策、介護が必要な状態にならないようにする政策（健康向上策、転倒予防、孤立防止策、社会参加推進策など）、回復期および維持期リハビリテーションにかかわる政策で変更はありましたか。あるいは変更について議論が行われていますか。それらの内容を記述してください。

B：高齢者支援サービスの基本

2. 在宅の高齢者対象の長期介護（Nursing care、Personal care）サービス、家事支援（Housework assistance）サービス、生活援助サービス（Supportive services）の提供にあたっての適否の認定について、以下の1）から5）に沿って記述してください。それぞれのサービスが異なるサービス体系によっておこなわれているようでしたら、分けて記述してください。

2-1) 上記サービスの申請は、誰が誰に対してどのような手続きで行いますか？

2-2) 上記サービス提供の可否を問うスクリーニングは、誰が、どのような手続きで行いますか？

2-3) 上記サービス提供にあたってのニーズ判定は、どのような機関で、どのような資格を持つ人が行っていますか？

2-4) 上記サービスは、どのような領域・項目をチェックし、その結果、どのようなレベルに分けられますか。ニーズ判定には、数値化できるような指標が用いられているのでしょうか？評価項目、指標については、実際に使われているものをPDFなどの形でご提示いただくなど、詳細に教えてください。

2-5) 上記サービスはニーズレベルに応じて、利用できるサービス（施設サービスも含めて）の種類や量に差を設けていますか？それは、どのような差ですか？（例：日本では、軽度者は施設ケアが利用できません。また、在宅ケアサービスでは、各サービスに値段がついており、ケアマネジャーが立てたプランが多くなりすぎないように、ニーズレベル毎に限度額を設けています）

3. 上記2. の2-1)～2-5)のサービス判定は連携して進められますか。それぞれ独立して進められますか。どのように連携が行われますか。具体的に記述してください。

4. 上記2. の2-1)～2-5)のサービス判定は認知症のある人とない人では異なりますか。異なる場合は、具体的にその内容を記述してください。

5. 回復期および維持期リハビリテーションサービスの提供にあたって、2. の 2-1) ~2-5) に準じて、どのような対象者がどのような手続きが必要か、どのような条件があるか、サービスレベルの違いなどについて記述してください。

6. 介護が必要な状態にならないようにする施策・サービス（健康向上施策、転倒予防施策、孤立防止施策、社会参加推進施策など）の提供にあたって、2. の 2-1) ~2-5) に準じて、手続きの必要の有無、必要な場合、どのような対象者がどのような手続きが必要か、どのような条件があるか、サービスレベルの違いなどについて記述してください。

C：高齢者の在宅生活を支えるサービス

7. 高齢者の在宅生活を支えるためのサービスメニューについて、以下に沿って記述してください。

7-1) 在宅で暮らす高齢者などに対して、高齢期になって虚弱化してきた時、どのようなサービスがありますか？制度や提供主体が多様にあると思いますので、利用者の視点でお答えください。下の例以外にもありましたら、書き添えてください。

7-2) そのサービスがどのような制度（法律）に基づくものなのか、制度ではなく地域の助け合いなどのインフォーマルな形で提供されるものなのかを教えてください。

7-3) 次に、こうしたサービスが全国でどれほどあるのか、わかる範囲で数値を教えてください。全国のものでなければ、特定の自治体の例でも結構です。

7-4) このようなサービス提供の対象は、高齢者に限定されていますか？障がい者や若者、子供にも、普遍的に提供されるものですか？

< 7-1) ~7-4) 記入用紙 >

以下の記入にあたっては、全国一律サービスではない場合は特定地域の例をお書きいただいてもけっこうです。その際は地域名をご記入ください。

サービスリスト

サービス		サービス の有無	制度 or イン フォーマル	数	高齢者のみか
訪問看護					
デイサービス					
ショートステイ					
訪問リハビリテーション					
通所リハビリテーション					
訪問身 体介護	訪問 型	食事介助			
		入浴介助			
		排泄介助			
		清拭			
		身体整容			
		衣服着脱			
		体位交換			
		移乗、移動介助			
		服薬介助（準備と確認）			
		リラックス、ストレッチ			
家事援 助	訪問 型	そうじ			
		洗濯			
		買物			
		調理			
		配下膳（片づけ）			
		ベッドメイク			

生活支援	くらし型	安否確認	見守り・安否確認 電話による安否確認				
		外出支援	移動支援（その場所まで連れて行く）				
			病院・市役所への付添い（話を聞く）				
		日常生活支援（日常的な困りごと支援）	ゴミ出し				
			一時的な家事支援				
			手紙や電話の音読・代筆				
			簡単な修理/手入れ（家道具）				
			犬の散歩				
		精神的支援	認知症者の見守り				
			話し相手（友愛訪問）				
	散歩同行						
	家族支援						
	臨終の付添い						
	孤立防止（自立支援）	グリーフケア					
		ひっぱり出し支援（孤立防止）					
		ネットワーク・コーチング					
	交流型	社会参加支援（カフェ、サロン）	自助グループ				
			活動センター（公共が場を提供）				
			趣味・教養アクティビティ				
			屋外アクティビティ（体操、ガーデニング）				
認知症カフェ							
各種カフェ（PCカフェなど）							
基幹サービス	福祉サービス	起業・就労支援					
		アラーム及び緊急時対応					
		配食サービス					
		予防訪問					
		住宅改修					
		補助器具					
		移動支援（タクシー券付与）					
		移動支援（マイクロバス同乗）					
		各種相談					
		預貯金管理・契約代理（権利擁護）					
介護者支援							

7-5) 上記のサービスにおいて、特に「自立」「自律」を促す効果を発揮しているものや広く注目されている取り組みについて簡単に説明をお願いします。

7-6) 国や自治体において、介護・看護などに関する予算（提供量の限度）があって、それに基づいてサービス提供されていると思います。基本的に、予算のコントロールはどのようなシステムで行われていますか？この質問の対象が広すぎる場合には、「訪問介護・訪問看護」「リハビリ」「家事援助（洗濯・掃除・買い物など）」に分けて教えてください。

8. 長期介護サービスと家事支援サービスのケアプランとサービス提供について、以下をお答えください。

8-1) 貴国では利用者の近くにおいて、サービス提供を公正中立で効果的なものにするために、「ケアマネジメント（アセスメント⇒プランニング⇒サービス提供⇒モニタリング⇒再アセスメント）」を行う制度はありますか？サービス利用者のためにケアプランを作成する人はどのように呼ばれていますか（「ケアマネジャー」など）。どのような法律に基づき、どんな資格を持つ人がケアプランを立てていま

すか？

8-2) 利用者は、ケアプランを作る人を複数人から選択することはできますか？

8-3) 具体的なケアプランを立てるにあたってのアセスメント（とくに高齢者）の領域・項目と評価法を教えてください。評価項目、指標については、実際に使われているものを PDF などの形でご提示いただくなど、詳細に教えてください。

8-4) ケアプランにはどのような内容が記入され、プランはどのような形で提示されますか？実際のケアプランのフォーマットを PDF などの形でご提示いただくなど、詳細に教えてください。

（例：日本では、家族・本人の希望・意向、総合的な目標・援助方針、解決すべき課題（ニーズ）とそれに対応するサービスの種類、具体的な週間サービス計画などの形でプランが作られます）

8-5) 身体機能が変化して、ニーズも変わった時、ケアプランの変更を行ってサービスを組み立て直すのは誰ですか？どのように進められますか？

8-6) ケアプランが確定し、サービス事業者を決定する時、利用者が複数の選択肢から選ぶことができますか？サービス事業者決定はどのようになされますか？

8-7) ケアプランを立てる人、サービス事業者間において、競争原理は働くシステムになっていますか？なっているとすれば、どのような形で市場メカニズムが働きますか？同時に、サービスの質の確保はどのようになされていますか？

8-8) 訪問介護、訪問看護、家事支援（洗濯・掃除・買い物など）の時間当たり報酬はいくらですか（いくらが事業者を支払われますか）？その費用の財源は「税金・保険料・利用者負担など」大まかに何%の構成でしょうか？

9. リハビリテーションサービスのプランとサービス提供

回復期および維持期リハビリテーションサービスの提供にあたって、8-1)～8-8)に加えて、医療制度においてはどのようにプランが作成されるか、評価の内容、事業者、料金などについて詳細に記述してください。

10. 介護が必要な状態にならないようにする施策・サービス（健康向上施策、転倒予防施策、孤立防止施策、社会参加推進施策など）の提供にあたって、8-1)～8-8)に準じて、どのようにプランが作成されるか、評価の内容、事業者、料金などについて詳細に記述してください。

11. 上記8.～10.の諸サービス提供は、連携して進められますか。それぞれ独立して進められますか。どのように連携が行われますか。

12. 上記8.～10.の諸サービス提供は、認知症のある人とない人では異なりますか。異なる場合は具体的にその内容を記述してください。

13. 効果測定と報奨、サービス量のコントロール

13-1) 超高齢社会に向けて、サービス量のコントロールや、サービス内容の吟味が課題になってきます。サービス量のコントロールはどのようなメカニズムを通して行っていますか？

13-2) 貴国では、介護やリハビリなどのサービス提供に対して、「効果測定」は行われていますか？行われているとすれば、それは国の施策でしょうか？一部の自治体でしょうか？一部の機関や組織でしょうか？その内容はどのようなものでしょうか？

13-3) もしも、効果測定の結果、介護ニーズが低くなったり、サービスが必要なくなったりして効果

を上げた場合、報奨制度はありますか？また、「効果を上げよう」とインセンティブが働くような制度設計の工夫はありますか？計画も含めて教えてください。

D：専門職とその役割

14．専門職の連携

14-1) 利用者（クライアント）が病院から退院して在宅復帰する場合を考えてください。利用者の近くにおいて利用者情報をよく把握し、専門職間連携の中心となるのは、一般的にどのような立場の人ですか？その人は、連携をうまく運ぶためにどのようなことをしていますか？

14-2) 在宅にいる利用者を対象にサービス提供する専門職が、専門職の垣根を超えて定期的にミーティングを開き、利用者の状態やサービスの適合性、専門職間連携などについて定期的にカンファレンスを行う習慣はありますか？それを規定する法制度はありますか？（例：日本では、ある利用者のニーズが変わった時や退院時などに、ケアマネジャーが中心となって、関係する専門職が集まってカンファレンスを行います。「担当者会議」といいます。）

14-3) ある一人の利用者を囲む専門職たちだけでなく、個々の事例から発展して、自治体職員、地域の相談機関、民生委員（住民委員）も参加して、介護・医療・福祉に関する地域全体の課題について話し合う会議などがありますか？（日本では、「地域ケア会議」という会議が開かれて、政策提言までしていこうという方向が目指されています。）

15．専門職の資格

15-1) 高齢者の在宅生活を支えるために、地域でさまざまな資格をもつ専門職が関わっていると思います。主たる資格を挙げていますが、貴国ではこうした専門職に関連する資格制度をどのように組み立てていますか？資格名とおおまかな仕事内容を教えてください。また、この5年以内に以下の専門職に関して（職務領域等）変化がありましたか。

医師、看護師、介護士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚療法士、ヘルパー、ソーシャルワーカー

15-2) それぞれの資格の名称（貴国の言葉＝原語で）、教育期間、教育内容の概要（各資格共通の教育内容があれば提示してください）、資格発展の連続性について教えてください。

15-3) 各資格で提供可能なサービス範囲（比較的細かい項目）、全国での人数、給与の実態（初任給でも、平均でも提示できるもので結構です）を教えてください。

ケーススタディの仮想3ケース

1) 脳卒中モデル

年齢：66歳	性別：女性	経済状況：地域で標準的
世帯	夫は2年前に他界。遠方に住んでいる長女は仕事をしていて訪問は月に1回程度	
住居	リハビリ病院からの退院後は自宅（アパートメントの1階）に戻り、独居での暮らしとなる。	
支援が必要となった経過	4ヶ月前に脳梗塞を発症し入院した。左半身麻痺が残ったため、リハビリ病院へ転院した。リハビリの結果、室内での自力歩行は可能となったが、屋外での歩行が不安定であり、左手の感覚が無く、調理がAさん1人では難しい状況にある。退院を3日後に控えている。	
日常生活・健康習慣	自分自身の日常的な食事でも塩分が高い濃い味付けを好んでいた。高血圧で受診歴があるが、一時期、血圧が下がったこともあり、病識の低下のもと受診をしていなかった。また、定期健康診断の受診を3年ほど中断していた。	
社会生活	Aさんは脳梗塞を発症する前には、スーパーマーケットの総菜売り場に勤めていた。機能がある程度回復し、自宅での暮らしが安定したら、障害を持つ孫のためにもまた働き始めたいという希望をもっている。	

2) 虚弱モデル

年齢：80歳	性別：女性	経済状況：地域で標準的
世帯	子どもはおらず、献身的な夫と二人暮らし	
住居	持家（一戸建て）	
支援が必要となった経過	2014年に右人工膝関節置換術、2015年に左人工膝関節置換術を受けた。下肢の筋力低下により疲れるほど動きすぎると膝の痛みが出る。そのため、夫が家事全般や介護を献身的に行っている。活動量の低下から筋力の低下が起り、さらに活動意欲の低下がみられている。最近、自宅に閉じこもりがちである。	
日常生活・健康習慣	ゆっくりであれば身の回りのことはおおむね自分で行うことができるが、夫が手伝う時以外はうまくいかないことも出てきている。また、1ヶ月前から尿意を感じてからトイレに行くまでが間に合わず、失禁してしまうことが増えた。現在、サービスは利用していないが、主治医のもとには定期的に通っており、「昔は色々やっていたのに、最近だんだん出来なくなってきた」と、ぼつりと自分の状況を話している。	
社会生活	手術の前は趣味のコーラスへの参加と月に1回の高齢者センターのカフェでの食事作りのボランティアをしていたが、今は全く参加していない。現在、参加する気力も起きない状況である。	

3) 認知症モデル

年齢：85歳	性別：男性	経済状況：地域で標準的
世帯	7年前に妻を亡くしてからは長年独居で暮らしていることに対してプライドを持ってがんばってきた。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、仕事をしており、訪問は2ヶ月に1度程度である。	
住居	持家（一戸建て）で独居	
支援が必要となった経過	身体的な自立度は比較的高く、自宅で掃除や洗濯も自分なりに行っている。歩行状態は独歩であるが、方向転換時にふらつきがみられ過去に何度も軽い転倒を繰り返している。食事も自力摂取できるが、ほとんど自分では調理をせず、外で惣菜等を買うことが多い。最近、認知症の症状が見られるようになっており、「時々、訳が分からない状況になる。できていたことができなくなるようで怖い」といった不安な想いも漏らしている。	
日常生活・健康習慣	意思疎通は良好な状態であるが、財布や義歯の置き忘れ、もの忘れといった生活の困難さがある。自分自身の思考や判断の前後の記憶がとぎれてしまうことで、葛藤や不安から長男や近所の知人に電話をするといった行動や、財布の置き忘れから近所の知人にお金を借りに行ってしまうトラブルが起きる等が少しずつ出てきている。	
社会生活	最近では長年続けていた、陶芸サークルにも参加しないようになっている。本人は妻と長年暮らした自宅で出来るだけ長く暮らしたいと考えている。	

Ⅱ．デンマークにおける高齢者の 自立支援に向けた介護予防や リハビリテーション

- 1．国の概要
- 2．高齢者の介護政策
- 3．リハビリテーションと介護予防の実態
- 4．得られた重要な知見
- 5．認知症高齢者と予防、リハビリテーション
- 6．仮想ケースによる調査の結果
- 7．デンマークのまとめ

コラム

Ⅱ. デンマークにおける高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション

1. 国の概要

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子



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

1. 歴史と政治、国民性

デンマークはヴァイキングの国である。その活動は8世紀末から始まり、ノルウェー、スウェーデンという3つの王国の原型が出来上がったのは、ヴァイキングの活動が衰え始めた11世紀半ばである。デンマークはその先頭をきった存在であり、1397年にはデンマーク王国を盟主とするカルマル連合ができ、ドイツのハンザ同盟による支配に抵抗するようになった。ここで政治的手腕を振るったのがデンマークのマルガレーテ女王（一世）であり、同盟といえどもデンマーク王が北欧を支配する形であった（百瀬ら、1996）。

18世紀には英仏などの近代強国が出てくるなかで、北欧の位置づけは転落していった。ナポレオン戦争では北欧3国は中立を宣言したにも関わらず巻き込まれることとなり、デンマークはノルウェーをスウェーデンに引き渡すこととなった。19世紀半ばには、度重なるプロイセン（ドイツ連邦）との戦いによって北欧のまとまりは崩れ、デンマークはドイツとの国境の地スレスヴィを失い、悲嘆の中から国づくりを再開することとなる。

現在のデンマークはマルガレーテ二世を国家元首とする立憲君主国であり、その王室はヨーロッパで最も古いものに数えられている。人口は570万人、面積は九州ほどの大きさであり、スカンジナビア3国の中でも人口規模も面積も最も小さい（スウェーデン800万人、ノルウェー700万人）。

国会は一院制である。デンマークの高福祉国家は主として社会民主党政権によって形作られてきたが、社会民主党と保守系連立政権は10年を目安に交替して政権を掌握している。

2001年秋、長らく政権を握っていた社会民主党を倒し、移民規制を訴える自由党（A. F. ラスムセン党首）が中道右派連立政権を樹立した。その後、トーニング・シュミット率いる社会民主党・急進自由党の連立政権へと移行し、2015年6月には再び、高福祉と厳しい外国人政策を訴えるデンマーク国民党が躍進し自由党と連立を組み政権（L. L. ラスムセン首相）を担当している。

2000年に行われた国民投票でユーロ参加は拒否され、自国通貨クローネを採用している（1クローネ=16.68円、2016年3月）。2015年12月、EU司法・内務協力分野撤廃についての国民投票が行われたが否決された。

直近ではスウェーデンが難民の入国を禁止したのに続き、独自の策を打ち出した。1万クローネ以上の持ち金は没収というものである。デンマークはヨーロッパ世界とはドイツ国境で接しており、ドイツが難民受け入れに前向きな態度を示していることから、国境を超えて入国する難民が増えていた。こうした強硬なやり方はかつての寛容で人道的なデンマークのやり方とは異なるものであった。

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

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

表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）	2016年	5.7	127.1
高齢化率（%）	2016年	18.8	27.1
65歳以上の単独世帯の割合	2014年	32.8	17.4
出生時平均余命	2016年,WHO	男	80.5
		女	86.8

（出典：WHO世界保健統計2016年版、デンマーク統計局 <http://www.statistikbanken.dk/>、<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7088499/3-27112015-AP-EN.pdf/969683ce-267d-45eb-8dc4-ae1e95421052> 国民生活基礎調査）

2. 経済と「高福祉高負担」、人口動態

GDPは3026億ドル（2016年）、1人当たり名目GDPは53,243ドル（2016年）で世界第9位であり、北欧のなかではノルウェー（3位）に次いで2位である（日本は26位）。

（以上、IMF World Economic Outlook 2016年10月版）

産業構造では第二次産業が主流を占めているが、歴史的に農業大国、酪農大国である。輸出産品としては、医薬品、原油、肉・水産品がある。医薬品にはノボ・ノルディスク社のインシュリンがあり、世界シェア50%を占めている。風力発電機の生産も世界シェアが低下しているとはいえ20%の高さを誇っている。良質の豚肉、チーズはヨーロッパ大陸（ドイツ、スウェーデン、英国）のみならず、アメリカ、中国、日本にも大量に輸出されている。

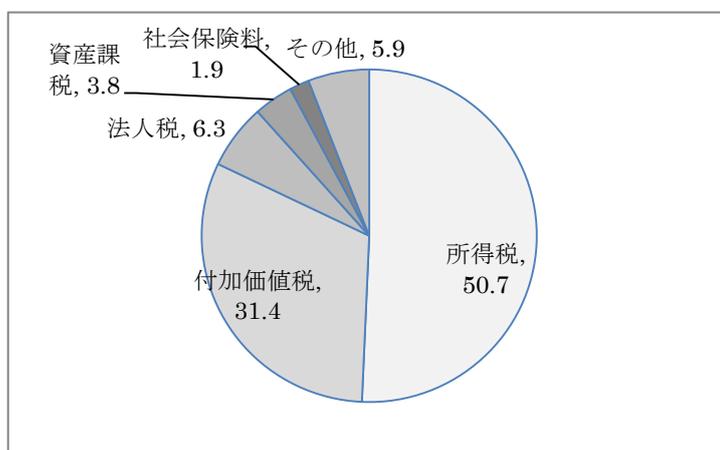
好調な経済状況を誇っていたが金融危機（リーマンショック）の影響で、失業率は2008年には13.5%という最悪の状況に陥った。政府財政についても2004年以降財政赤字ゼロを達成していたが、欧州危機により2008年第四半期には赤字に転落した。2014年の政府債務残高（国・地方自治体）はGDP比45.2%である（外務省ホームページ）。

現在、経済成長率は2014年1.1%、2015年1.4%、2016年1.9%と改善の兆しが見えている。また、失業率は2010年以降7%台半ばまで回復している（外務省ホームページ）。

経済面のゆたかさだけでなく、英国レスター大学の調査によって「世界一幸福な国」としても知られている。

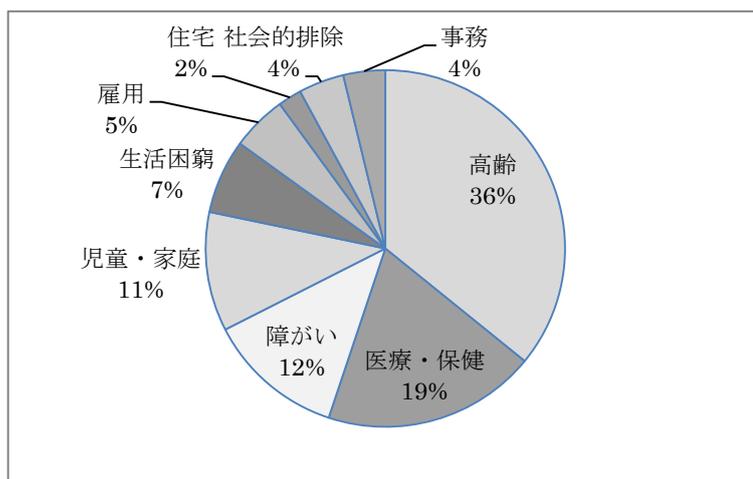
デンマークは、国家の歳入が対GDP比で58.7%（2014年）に相当する。ここ数年55%レベルで推移していたものが2014年には高騰した。その総額は約1.1兆クローネ（約22兆円）である。税収構成は、所得税（50.7%）と消費税（31.4%）で8割を構成している（図1）。消費税は、自動車など一部の財を除き、生鮮食品から衣類にいたるまで一律25%が課せられる。

図1 歳入（デンマーク、2014）



歳入構成では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。社会保障費はGDPの28%相当で、OECD平均21%を上回って5位をマークしている（OECD, 2016）。社会保障費の内訳は図2の通りで、医療・保健と高齢者福祉で55%を占めている。

図2 社会保障費内訳（デンマーク、2014）



高福祉高負担を支える人口動態について触れる。

デンマークの人口ボリュームゾーンは、50歳前後、20歳前後、70歳前後にある。しかし、ベビー・ブーマーの各年齢人口は7万人を超えている（68歳 7.26万人、69歳 7.29万人）にも関わらず、出生数は6万人を割り込んでおり、決して楽観できる状況ではない。

約30年前の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年頃からは「多くの子供を持つこと」が流行にさえなり、現在18才から27才の各年齢人口は7万人を超えている。近年の出生数減少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18.8%である（2015年）。

一方、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り、自治体の保健部局では80歳以上に焦点をあてている。人口ボリュームゾーンを形成するベビー・ブーマーが75才を迎える2020年には高齢化率も20%、2030年には24%を超えると予測されている。

3. 地方自治体

デンマークでは地方自治が進んでいる。現在98のkommune（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。1kommune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14Amtから100万人人口を目安とする5つのRegion（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kommune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、kommune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。このメカニズムは継続されており、2007年よりリハビリについてはkommuneの管轄となった。

「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」というのが趣旨で、法律は「枠組み法」と呼ばれ、中央政府は枠組みを規定するのみで運営については自治体での自由裁量を大幅に認めている。国からも地方に税源が移譲され、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ている。

4. 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。

プロテスタント国では、福祉や慈善は教会ではなく国家が担当した。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。

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）との戦争に敗れたのち、1万5千の国民が王宮広場に集まって、王にその認可を迫ったことは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のアムト（県、Amt）を、人口規模2万人の275のコムーネ、14のアムト（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・障害者施設はアムト管轄、在宅サービスはコムーネという役割分担が明確にされた。この分担は、時代を経て少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られるようになった。

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、アムトは廃止されて5つのレギオナ（広域保健圏域）に整えられ、この時、リハビリがアムトからコムーネに移管されたことは、すでに述べた通りである。

（参考文献）

仲村優一（1999）『世界の社会福祉：デンマーク・ノルウェー』旬報社

松岡洋子（2013）「精神障害を抱える高齢者を生活の場で支える工夫：海外での実践 デンマーク」『精神科臨床サービス』第14巻1号、1-5ページ

百瀬宏・村井誠人（1996）『北欧』新潮社

デンマーク統計局, <http://www.statistikbanken.dk/> （2017年2月16日）

OECD Social Expenditure Update 2016, <https://www.oecd.org/tokyo/newsroom/documents/>

（2017年2月16日）

2. 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. 介護政策における近年の動向

デンマークは高齢化率が18%を超えて後期高齢者の増加も顕著であり、危機感をもって高齢者の介護政策に新しい方針を打ち出している。データリクエスト（Tina Rosgard、デンマーク地方政府研究所、以下DRと略す）への回答と訪問調査の結果に沿って際立ったものを挙げる。

デンマークでは2007年に行政改革があり、医療を担当していた「県（ Amt、Amt、14）」が廃止されて「レギオン（広域保健連合、Region、5）」となった。この時、病院から退院後の高齢者ケアの責任が市（コムーネ、Kommune）に課せられ、社会サービスでも疾病予防や治療の視点が重視されるようになり、医療部門で使われていた質の測定方法が社会サービスでも使われるようになった。DRでは、まずこの点が強調されていた。

1) リエイブルメントと「活動的な毎日」、活動センター

データリクエストでは、介護に関する動向として「リエイブルメント」が最初に挙げられた。リエイブルメントとは、「再び自分でできるようにする」ことであり、「高齢者ができるだけ支援から自立し、その結果QOLを向上させるとともに公的資源を節約できること」を目指している。「その人が、自分の考えている自立し充実した生活にある程度沿った形で、自らの機能的能力の回復、改善、または維持を行なう」ことである（DR）。

これは、「介護を受ける」ことを当たり前と考えるのではなく、むしろ「介護」から離れていくような、これまでのアプローチを大きく変革するものである。

2015年1月以降、すべての自治体でリエイブルメントが義務付けられた（法律番号1524で規定され、2015年1月1日より施行、DR）。これはまさに、「活動的な毎日」の概念下に在宅ケアの根幹的な見直しが行われ、「介護の前にリハビリを」という実践が進められていることを指している。「活動的な毎日」とは、2013年9月に出された「在宅ケア委員会報告書2013～未来の在宅ケア～」の基盤となるスローガンであり、具体的には「介護の前にリハビリを」の提言がなされている。2015年の法改正は、こうした提言を受けての政策実行である。

具体的には、リエイブルメントでは「高齢者宅への短期的な介入（3～12週間）で、能力の回復・維持に向けて日常的な機能訓練」が行われる。これは、従来の在宅ケアの補足として提供されるだけでなく、在宅ケアにとって代わるものとして提供されることのほうが多い。着替えや階段昇降、洗濯、調理をしながらの生活に立脚した機能回復訓練である。

これは、介護スタッフ（SSH、SSA）や作業療法士（OT）の連携によって行われる。まず、作業療法士がアセスメントを行ない、洗濯しながら、調理しながらの機能回復訓練のプランを立て、自ら支援し、それを介護スタッフに伝える。そのあと介護スタッフが、日々のサポートの中でトレーニングを行ないながら、こまめなカンファランスをとおしてよい方向に導くのである。本文で詳しく伝えるが、訪問した自治体では、家庭リハビリチームを結成して在宅ケア提供の前に最初に介入させていた。

リエイブルメントは高齢者のQOL向上を目指すものではあるが、コスト削減面でも大きな効果をもたらす。訪問調査で聞いた現場の声としてはむしろ、「予算に制限があるため、質を落とさない努力」という位置づけの説明であった。

ある自治体では、在宅ケア利用者の80%がリエイブルメントを受け、60%の自立を見込ん

でいる自治体もあるようである（DR）。

デンマークでは、「活動的な毎日」政策が実践されており、リエイブルメントはこの戦略の重要な要素である。

また、高齢者を活動的にする施策として重要なのは、自治体が企画し、全額負担で行う「活動センター（デイセンター）」が挙げられる（DR）。これについては、本文で記述する。

2) 予防訪問の改正

デンマークにおいては、保健法によって 75 歳以上高齢者を対象とする「予防訪問」がなされていた。75 歳になったすべての高齢者を対象とするものである。

2015 年より、この「予防訪問」の開始年齢が引き上げられた。健康状態が全体的に改善したことが理由である。一方で、65 歳以上で健康状態が良くなかったり、ニーズがある人は引き続き訪問の対象となった。

3) 孤立対策

高齢者の孤立についても重要な問題である。デンマークではこの課題については、公的というよりむしろ、さまざまなボランティア組織によって熱心に取り組まれている。一緒に集まって夕食をとる全国的なイベントもあり、街頭でテーブルをセットしたり、知らない人を夕食に招いたりしているようである。先ほど述べた、ボランティアの主体的な運営による（市役所職員は所長をはじめとして、ごく少数）「活動センター」も孤立防止には効果を発揮していると推測できる。

4) 「尊厳政策」による市民の活動促進

2013 年 9 月にデンマークを訪問した当時、保健・介護に関する重点的な国策として「活動的な毎日（Aktiv Hverdag）」プロジェクトが先進的な市で進められ、在宅介護（在宅 24 時間ケア）をより効果的なものにするために大幅な改革がなされていた。今回は、2014 年に国策として打ち出された「尊厳政策」が自治体レベルで市民とともに着実に進められようとしていた。

「尊厳政策」とは、各自治体の「尊厳政策」を行政が市民とともに作成し、これを政府が認証すれば各自治体にプール金が支給されるというものである。高齢者に限らず、児童から成人を含むものである。政治家や専門職だけでなく、市民自らが「どのようにすれば尊厳ある生活ができるか」を主体的に考えることを促す政策である。目指す方向は 5 つである。

- ① 市民との協働： 市民が自治体のサポートを必要としている時、個人のニーズ、現在の生活、到達したい目標を見る時に市民の考えを尊重する視点を重視する。
- ② 「活動的な毎日」の推進： 2013 年からの政策であり、安易なサービス提供を避け、積極的なリハビリなどを通して毎日の暮らしを活動的にしていこうというものである。
- ③ 市民の立場に立つ： サポートする場合に、自治体や専門職の視点ではなく、市民の立場で何がどこまで必要なのかをしっかりと見極めることを重視する。自宅、高齢者住宅、介護型住宅など、住む場所に関係なく、最期（看取り）まで同等の支援を受けられることを目指す。
- ④ 社会的ネットワークの強化： 例えば、一人で食事するのではなく、誰かと一緒に食べたり、一緒に何かをしたり、そのようなネットワークを広げて強化していくことの重要性である。社会的ネットワークは健康状況にも幸福感にも影響を与えるものである。

- ⑤ 経済・人・クオリティの調和： 以上のようなことが経済的にも、クオリティの面でも、人的な協力の面でもよく調和して推進されることが重要である。

「尊厳政策」には 2013 年にスタートした「活動的な毎日」で目指すものも含まれており、より市民の主体性を重んじ、市民から声のあがったプロジェクトや、市民が必要であると感じていることに対して市民を巻き込んだ、市民を主役とするようなプロジェクトに対して補助金をつけ、その活動を支援していこうというものである。

2. アセスメントとケアプラン、サービスメニュー

1) アセスメント（在宅、施設）

アセスメントは、自治体の判定員（*visitor*）が行う。判定員は、専門的な研修を受けた看護師、作業療法士/理学療法士などである。アセスメントは高齢者の自宅訪問によって行われ、電話で行われる場合もある。

① アセスメントと「共通言語」

大半の自治体では、共通のアセスメント指標として「共通言語（*Fælles sprog, Common Language*）」を用いている。これは、「機能的能力や利用可能なサービスを分類する標準化されたシステム」であり、ニーズをコード化でき、ケア評価者やケア提供などさまざまな関係者にとって全体的な概念枠組みの役割を果たすものである。

以前は、個別のニーズの複雑さを測ることができないとして批判されていたが、現在「共通言語Ⅱ」が普及しており、2017 年に「共通言語Ⅲ」へと刷新される予定である。「共通言語Ⅲ」では、さまざまな機能、健康状態について 5 段階で示され、原因や利用者の目標設定についても記述するようになっている。

② アセスメントの実際と結果

アセスメントの対象領域としては、利用者の「日常生活」（表 1）、「科学的評価」（表 2）にある具体的な機能について、「1: できる」「2: ほとんどできる」「3: 部分的にできる」「4: できない」などの段階評価を行なう。さらに利用者の状態について、どのような制限や限界があるのか、どのような理由によるのかについてコメントが付加される。

これらを通じて身体機能や健康面について、「機能制限」「栄養面」「皮膚科面」「呼吸機能」「痛みと感覚」「尿・便の排泄」「休息と睡眠」「移動能力」「コミュニケーション」「心理社会的側面」「認知機能」などの全体的評価をすることになる。

表 1 日常生活

日常的活動 ↓	段階評価	コメント
就労/学習		
家族や友人とのコンタクト		
趣味		
食事		
衛生管理		
日常的な家事		
家や庭のメンテナンス		
買い物		
外出		

(出典：Rosgaard 氏のデータリクエスト回答を改変)

表 2 科学的評価

活動	機能レベル		非該当	備考
食べる				
飲む				
入浴				
体を洗う				
身体ケア				
着替え				
排泄				
屋内移動				
買い物				
調理				
清掃				
洗濯				
屋外移動				
公共交通機関の使用				
移動				
疾病／機能低下の予防				
生活リズムの継続				
精神的／身体的状況：日常生活を制限する精神／身体障害の有無				
精神障害	はい		いいえ	
身体障害	はい		いいえ	
目標	X 解決	X 改善	X 維持	X 軽減／支援

(出典：Rosgaard 氏のデータリクエスト回答)

評価（判定）の結果によって、サービスを利用/提供できるかどうかの要否を含め、提供されるサービスの種類と量が決定される（表 3）。サービス量については、週あたりの提供時間として提示される。日本の介護保険にあるような「要支援 1～2、要介護 1～5」などの要介護度のレベル分けは行わない。結果は本人に通知される

リエイブルメントへの変更に伴い、提供されるサービスの種類と量の決定は、現場職員が高齢者宅に訪問して、困っていることや本人の希望をより深く理解した上でなされることが多くなっているようである。現場職員は作業療法士の支援を得ながら高齢者とともに希望や目標について話し合い、実際のサービスや提供期間について決定する。高齢者の状況によって、提供期間が延長されたり、中止されることもある（DR）。

表 3 提供サービス分野一覧

1. 機能／能力の改善／維持に向けた取り組み			
1.1 日常的活動			分／週
	1.1.1	日常的な仕事	
	1.1.2	プロセスの変更	
	1.1.3	健康維持・疾病予防	
	1.1.4	飲食	
	1.1.5	衛生管理	
	1.1.6	移動	
	1.1.7	家事	
	1.1.8	娯楽活動	
1.2 社会関係・ネットワークとのつながり			分／週
	1.2.1	コミュニケーション	
	1.2.2	他者とのコンタクト	
	1.2.3	他者と一緒に行う活動	
	1.2.4	相談・助言	
2. 日常的な仕事の遂行に向けた取り組み			
2.1 日常的な仕事			分／週
	2.1.1	清掃	
	2.1.2	洗濯	
	2.1.3	買物	
	2.1.4	食事（調理）	
	2.1.5	その他	
2.2 個人的な活動			分／週
	2.2.1	衛生管理	
	2.2.2	飲食	
	2.2.3	健康維持・疾病予防	
	2.2.4	移動	
	2.2.5	社会活動への参加	
	2.2.6	生活リズム	

③施設におけるアセスメント

施設入居に関するアセスメント（プライエボリー*、プライエム**）も、上記と同様のシステムで行われる。入居資格は収入や資産ではなく、ニーズに基づいている。

*プライエボリー：「介護型住宅」と呼ばれる。公営住宅法に根拠があり、24時間ケアを受けられる「ケア付き高齢者住宅」である。居住者は、家賃を払って住んでいるテナントである。サービスは住まいから分離されており、各自が判定に基づき自己決定する。

**プライエム：旧型ナーシングホームであり、24時間サービスが住まいと一体的に提供される。5千戸ほどが残存している。

2) 判定員（Visitor）

判定（ニーズ・アセスメント）は、自治体の専門職員が行なう。判定についての専門研修を受けた看護師、作業療法士/理学療法士、SSAなどが担当する。

ファクセ市（人口 3.5 万人、高齢者 7 千人）の例を見てみよう。この市では、在宅 24 時間ケアの利用判定（6 名）、高齢者住宅への入居判定（2 名）、病院退院時の判定（5 名）、と 3 部門に分けている。正規職員換算の人数はそれぞれ（ ）内にある通りである。同市では、病院退院時の判定グループを分けているのが特徴的であるが、2 週間後に在宅 24 時間ケアの判定員によって見直される。

同市では、年間 250 人～300 人の高齢者が新しく判定を受けている。見直しなども含めて、1 人の判定員は一日 2 人～3 人を訪問して判定している。高齢者への連絡、病院訪問、他の職員への連絡、カンファレンスへの参加など、非常に忙しい仕事であるとのことであった（ファクセ市）。

3) ケアプラン、ケアマネジャー

デンマークでは、サービスが公平かつ効果的に提供されるよう、判定員（Visitor）が、アセスメント、プラン、サービス提供の調整、モニタリング、再アセスメントを一貫して行なっている（DR）。「ケアマネジャー」という職種は存在しない。判定員は自治体職員であり、利用者はケアマネジメントを行なう判定員を選ぶことはできない。

また、実際に利用者に提供されるサービス内容の詳細は、現場スタッフによる利用者宅への初回訪問によって決定される（DR）。シャワー浴など、どこに座って行うのか、腹部は自分で洗うので背中のみでよいなど、詳細なサービス計画は現場職員によって行われる。また前述したように、リエイブルメントが進められるなかで、家庭リハビリチームが最初に入って自分でできる範囲を広げていく支援が行われるため、詳細なプランは現場で立てられるケースが多くなっている。そして、柔軟に変更されていく。

ファクセ市では、判定員、看護師、作業療法士/理学療法士、介護職員（SSA, SSH）が集まり、新しい利用者や対応困難ケースなどについて話し合うカンファレンスが週 1 回程度持たれている。現場対応を超えるような変更がある時には、このカンファレンスで報告したり、判定員に差し戻して再アセスメントを依頼することもある。

4) サービスメニューと質、利用者負担

在宅生活者に対する自治体からのサービスとしては、以下のものがある。判定が必要なものと、不要なもの（ボランティア等によって提供・運営されているインフォーマル・サポート）に分けて記述する。近年は、リハビリやトレーニングの連続性、つまり「施設でのリハビリで終わるのではなく、その後も在宅で継続すること」「活動的な毎日」の重要性が強調されていることにより、最近とくに重視されているものに★印を付した。

① サービスの種類

判定が必要なサービス（フォーマル）

- ・ Hjemmepleje（在宅 24 時間ケア、在宅ケアの基盤）
 - 身体介護（訪問）＝入浴介助、清拭、排泄介助、食事介助、身体整容、衣服着脱、体位交換・移乗・移動介助、服薬
 - 家事援助＝そうじ、洗濯、調理・配下膳、ベッドメイク、商品注文
 - 生活支援＝見守り、ゴミ出し、思いやり訪問
- ・ 訪問看護
- ・ デイケア
- ・ ショートステイ
- ・ 24 時間リハビリ（泊りがけリハ）★
- ・ 家庭リハビリチームによるリハビリ（Hjemmepleje 利用前の機能回復）★
- ・ 外来トレーニング（維持リハビリテーション）★
- ・ アラーム

- ・住宅改修、補助器具
- ・住まい（自立型高齢者住宅、介護型高齢者住宅、プライエム）
- ・その他（予防訪問、配食サービス、移動支援など）

判定不要のサポート（インフォーマル・サポート）

- ・活動センター★
- ・ボランティアによる体操教室、トレーニング★
- ・各種生活支援（精神的支援、孤立防止、社会参加支援など）

② サービスの質

サービスの質について、全国レベルでの基準はない（DR）。しかし、各自治体ではニーズへの対応を保障するため、「品質基準（quality standard）」「品質宣言（quality declaration）」を公表することが義務づけられている。インターネットで公表し、パンフレットも発行している。

「1週間または2週間に1回30分の掃除」の場合、住居のどの部分をどこまできれいにするかなどが決められている。ベッドリネンの交換回数などについても明らかにされている（DR）。

③ 利用者負担

利用者負担については、高齢者は提供されたサービスの大半について支払いを行なっているが、在宅24時間ケア（Hjemmepleje）と訪問看護（Hjemmesygepleje）については例外的に無料である。利用者の自己負担についての全国レベルでの規定はなく、自治体が決めている（DR）。

3. リハビリテーション

Rosgaard はDRで次のように述べている。

「デンマークは世界でも先駆けて、脱施設化を伴うコミュニティケア政策を採用した国の一つである。長年重視されてきたのはAgeing in place、つまり虚弱高齢者が自宅で住み続けられるような支援である。その目的は、自宅に住み続けたいという多くの高齢者の希望を叶えると共に、施設ケアより費用対効果の高い代替策を提供するということでもある。

Ageing in place 政策の結果、ホームヘルプ（home help）がコミュニティケアの主要な柱の一つとして捉えられている」

Rosgaard が言うように、デンマークでは65歳以上高齢者の約17%が在宅24時間ケア（Hjemmepleje）を受けている。日本に置き換えると、介護保険の認定を受けたい人のほとんどが在宅24時間ケアを受けていることになる。コミュニティケアの主要な柱の一つなのである。同時に、Ageing in place 政策を展開する上で、リハビリテーションにも力を入れ「ヘルプ・セルフヘルプ」を強力に推進してきた国でもある。

そうしたデンマークにおいて、自治体が行うリハビリテーションには、保健法（Sundhedsloven）に規定されたものと、社会サービス法（Social Serviceloven）に規定されたものがある。

保健法	140 条	リハビリテーション
保健法	140 条 A	疾病管理プログラム（継続トレーニング）
社会サービス法	86 条 1 項	維持トレーニング

1) 保健法による「140 条 リハビリテーション Genoptraening」

保健法（140 条）では、病院で手術をしてリハビリする場合、整形外科が関係する膝や腰の痛みに関連するリハビリテーションがある。手術は、脳卒中、高齢の内科疾患などである。

病院にかかった後のリハビリであり、リハビリのニーズは病院の医師によって決められ、リハビリプランが添付される。

2) 保健法による「140 条 A 項 疾病管理プログラム Forloeboprogram」

「継続トレーニング（医療保健法第 14 条 A 項）」とも言われ、慢性病（膝の障害、腰の整形外科手術を受けて退院した人、がんなど、糖尿病による足切断、骨盤の病気、椎間板ヘルニアなど）によって身体的ハンディキャップのある人、重度の障害ではないが進行性疾患の人が、その疾病が原因で起こる機能低下を未然に防ぐために行うトレーニングである。疾患管理プログラムとして提供されており、予防と健康が目標である（今回の訪問調査では実態を見ることはできなかった）。

家庭医（開業医）が保健局規定によって判断するものである。病院と自治体の協力によって行われる。理学療法士がインタビューしてからグループトレーニングに入るケースが多い。

3) 社会サービス法による「維持トレーニング Vedligeholdstraening」

「維持トレーニング（社会サービス法 第 86 条第 1 項）」は、65 歳以上の在宅で暮らす高齢者が長い間に起った機能低下（引きこもりなど）や、病気で急激に起こった機能低下（転倒、インフルエンザ、転倒など）に対して行われるものである。

「維持トレーニング」を受けるためには、自治体判定員のアセスメントが必要である。入院はしない。「24 時間リハビリ（泊りがけリハ）」など 24 時間体制や通院（外来）で行う。（ルーダスダル市「スコウブリュネット」の例を次節で紹介する）。

可能な限り以前の機能レベルを取り戻すこと、到達した目標をその後も保持できることを目的とする。

4. 介護予防

デンマークでは 20 年前より、75 歳以上高齢者に対して「予防訪問」が行われてきた（保健法）が、2015 年より改正して訪問開始年齢を 80 歳へと引き上げた。この点については、「介護政策の近年の動向」で述べる。

このように、法律で規定して全数訪問に近い形でアウトリーチし、予防に心がけている。と同時に、虚弱者を発見するだけでなく、「活動的な毎日」に見られるように、「活動的に暮らす」ことが最大の予防になることを念頭に置いている。さらに、「活動センター（判定不要）」の予防的機能の重要性については、データリクエストにおいて Rosgaard が指摘している。

さらに「栄養」「禁煙」「衛生」「アルコール」「運動」「精神」など、公衆衛生の総合的な側面から高齢者に限らず全世代を視野に入れた予防と健康増進政策を展開している点にも特徴がある。

5. 看護・介護領域における専門職

病院からの退院を受け入れ、在宅生活の継続を支え、予防にあたる医療・保健・介護の専門職には次のようなものがある。まず、その人数を表で示す。

表 4 専門職

専門職	人数
看護師	9,879
作業療法士	3,372
理学療法士	3,020
SSA	24,795
SSH	61,967

(出典：デンマーク統計局 <http://www.dst.dk/da/>)

社会福祉・介護・保健に関わる専門職教育は、基礎課程・第1課程・第2課程・専門教育課程に分かれている。専門教育課程には、作業療法士、理学療法士、看護師、レントゲン技師、ソーシャルワーカーなどになるための教育があり、数年かけて教育が行われる。これらの専門職教育は社会福祉・保健養成教育 (social-og sundhedsuddannelse) と呼ばれ、基礎教育を共有している。

1) ケアワーカー (SSA, SSH)

在宅生活において介護を提供するのは SSH (社会福祉保健ヘルパー、SOSU-hjaelper) と SSA (社会福祉保健アシスタント、SOSU-assistant) である。

SSH になるためには 19 ヶ月の教育が必要であり、20 週の基礎課程が含まれる。基礎課程は国民学校 (folkescole) の 9 年生までしか修了していない者が受けなければならない準備課程である。10 年生を修了しているものは第1課程から始めることができる。学校は 3 学期制で 24 週の座学、これに 2 回にわたる実習 31 週が加わる (石黒、1998)。

SSA になるためには、さらに 20 ヶ月 (80 週) の教育が必要である (第2課程)。SSH 教育を基礎として、ここに積み上げていく形で、身体介護の提供が重点的に行われる。学校は 4 学期制で合計 32 週。実習が 3 回で、80 週のうち 48 週が実習に当てられる。

両者は、利用者の自宅、施設、病院などで働く。SSH は家事援助、身体介護、基本的看護、活動援助を行ない、SSA は介護・看護・仕事の調整・リハビリテーション補助などより高度な仕事を行なう。リーダー的な存在として SSH を指導し、専門職の連携にも看護師とともに中心的な役割を果たす。

2) 理学療法士 (fysioterapeut)、作業療法士 (ergoterapeut)

理学療法士になるには、第1課程、第2課程のあと 3 年半の作業療法士としての専門教育課程で学ぶことが必要である。主として病院、高齢者施設、スポーツ施設で働く。

作業療法士になるにも 3 年半の教育が必要である。作業療法士の学位を持つ者は、総合医療・児童保健・老人保健・精神保健・産業保健・公衆衛生分野で働くことができる。

理学療法士、作業療法士の専門教育課程は、看護師とともに、学士レベルの専門教育 (professionsbacheloruddannelse) と位置付けられている。

3) 看護師

看護師 (Sygeplejerske) は 3 年半の教育を受け、看護学、医療科学、自然科学、人文科学、社会科学などを幅広く学ぶ。2008 年時点で約 58,000 人の看護師がおり (山田、2010)、毎年 2,400 人が 21 の教育機関から輩出されている。

資格免許については、看護師法 (lov om sygeplejersker、1956 年) によって規定されている (山田、2010)。

3 分の 1 が自治体に雇用されており、3 分の 2 は病院で働いている。自治体で働く看護師の多くが在宅分野である訪問看護の職についており、今回訪問したファクセ市 (人口 35,000 人、高齢者 7,000 人、在宅 24 時間ケア利用者 1,000 人) においては約 30 名の訪問看護師が SSA/SSH との連携によって在宅生活を支えている。介護型住宅、リハビリセンターなどにも配置されている。

看護師には、精神看護 (1 年)、麻酔看護 (1 年半)、集中治療 (1 年半)、感染看護 (3 ヶ月)、がん看護 (1 年半) などの追加教育がある。訪問看護では、認知症、失禁、褥瘡など、特定領域に知識と経験を蓄積した専門看護師が活躍している。

4) 医師

医師 (Laege) は大学教育を 6 年受け、一般または専門的な医学に関する分野で資格を得る。

こうした専門職の教育課程の特徴として、実習期間が長い点、他分野の教育課程へとステップアップできる点 (医師は除く)、教育期間中も給料が支払われる点を挙げることができる。

まず、全教育期間の半分以上が実習に当てられている。これは、さらなる研修への動機づけを行ない、人員確保の問題を考慮してのことである。また、これらの教育課程は、SSH から教育を追加して SSA になることができ、さらに看護師、ソーシャルワーカー (Socialraadgiver)、社会教育者 (Social petagoer) などへキャリアアップできる柔軟でシステムティックな設計となっている。基礎課程を除き、教育期間も給料が支払われる。

デンマークでは、ケアに従事する者すべてが、最低限ヘルパー (SOSU-hjaelper) の基礎的な教育を受けていることを目標としている。

これらの専門教育課程は 1990 年に大きく改正され、SSH や SSA が生まれた (石黒、1998)。

各専門職の給与は、病院医師 (インターンレベル) 56,500 クローネ (約 90 万円)、看護師 36,000 クローネ (約 58 万円)、作業療法士 34,500 クローネ (約 55 万円)、SSA 31,500 クローネ (約 50 万円)、SSH 29,000 (約 46 万円) である。これらは税込みの月額である (1 クローネ=16 円で換算)。

(参考文献)

山田ゆかり (2011) 『デンマークにおける医師と看護師の役割分担』『海外社会保障研究 No.174, pp42-51

石黒暢 (1998) 『スウェーデン・デンマーク福祉用語小辞典』早稲田大学出版部

デンマーク統計局 (<http://www.dst.dk/da/>、2017 年 1 月 10 日)

<https://www.ug.dk/uddannelser/professionsbacheloruddannelser/socialogsundhedsuddannelser/>

(2017 年 3 月 7 日)

3. リハビリテーションと介護予防の実態

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

1. 自治体の地域資源と戦略

デンマークでは二つの自治体（ルーダスダル市、ファクセ市）を訪ねたので、その概要から記述する。

1) ルーダスダル市

<ルーダスダル市概要>

ルーダスダル市は、首都コペンハーゲンの北部の富裕層の多いエリアに位置する人口55,739人の自治体である。首都コペンハーゲンのベッドタウンであり、2007年の自治体統合によってビルケロッド市とアレロッド市の2市が合併して生まれた。

高齢化率は22.2%（2015年）とデンマーク平均（18.6%）に比べて高い数値を示している。これは、首都の北部エリアに共通した特徴である。

この市では、市内を7地区に分けて福祉資源を配置している。各地区には「プライエセンター（ケアセンター）」と呼ばれるケア拠点（高齢者住宅と在宅ケア拠点）があり、全市で13カ所配置されている。「プライエセンター」は、高齢者住宅（自立型・介護型）、リハビリテーションセンター、アクティビティセンター、デイホームなどから成る複合施設である（表1）。

表1 ルーダスダル市のプライエセンター、高齢者住宅、リハビリテーションセンター

地区	プライエセンターなどの拠点	介護型住宅	自立型住宅	グループホーム 認知症グループホーム	リハビリテーションセンター		センター活動	デイホーム
					24時間泊りがけ	時り外来		
バセルネ	PC ビストルuppバング	50						
	PC ライオンズパーク・ビルケロッドバセルネ	62						
ラウスネス	PC シエルソ	133						42
	タイルポーテン				○	○	○	28
トロロッド	PC ライオンズパーク・ソルロッド	40	○					
	クローホルムゴー（グループホーム）			31				
ホルテ	PC スコブルネット（リハ・センター）	24			20	○		
	ロネベアフース						○	25
バイルソ	エイブルハウン（グループホーム）			22				
ネーラム	PC ヘンスゴー	46	○		46	○		
	PC ビューオーレン	72						
キュステン	PC マルガレーテルンド	15				○		
	バッケフース						○	
		合計 442戸	合計 420戸	合計 53戸	66 人分		1350 人 (利用受入者数)	95 (同時 数)

（出典：Rudersdal Kommune, Virkesomhedsplan for AEldreomraadet 2013）

配食サービスは358人が、買物支援は570人がそれぞれ市の委託による民間企業から受けている。補助器具・住宅改造利用者は、3,705人である。

<リハビリと介護予防戦略>

以下、ルーダスダル市のリハビリと介護予防の戦略の全体像についてまとめる（保健介護部長のコッホ氏インタビュー、2016年8月22日）。

ルーダスダル市では、2016年から2028年にかけて80歳以上の高齢者が1.5倍に増加する。このことに危機感をもって、対策を考えており、ここ数年は以下の点に力を入れている。

- ① リハビリに力を入れ、自宅で自立した生活ができるように誘導
- ② 福祉テクノロジーの開発を行ない、セルフヘルプを目指す
- ③ 高齢者を含め市民の健康の維持と増進
- ④ 国策である「尊厳政策」を進める

現在578戸の介護型住宅があり、80歳以上では2%~4%が利用しているが、今後高齢者の爆発的増加に伴ってニーズの高まりが予測される。しかしながら、介護型住宅増設よりも自宅・高齢者住宅での自立を促す政策が必要であると考えている。この方針は、保険介護部長より市議会で述べられたばかりである。

かつて高齢者は身体機能が低下すれば介護の対象としてみなされるような存在であったが、現在では「自分で何らかの活動をする、自立した社会の一員である」という見方に変化している。ICFでも、リハビリは単に身体的機能を向上させるものではなく、社会的な活動への参加を目指すものとして位置づけられている。

こうした背景を受けて、デンマークでは2015年1月1日より、「在宅介護を提供する前にリハビリを」という考えの下に、身体機能の向上をめざして「自分でできることは自分で」セルフケアすることに力が注がれている。介護の前にリハビリを行うことで、介護の量・時間を減少・短縮することができるはずである、という政策である。

この国策を受けて、また市民の主体性を尊重するという「尊厳政策」を受けて、ルーダスダル市では、現場の経験のみでなくさまざまな文献研究に基づいて、以下のような具体的な目標を掲げて「在宅でのリハビリ訓練」が進められている。

- ① 入退院の繰り返しをなくす
- ② 在宅介護の身体介護を少なくする
- ③ 在宅介護の訪問間隔を長くしてサービス時間を短縮していく

その際、コアとなる価値観は「市民が自分の目標を自分で決める」であり、そのために専門職グループが横につながって協力し連携していくことが重要であるとされている。

実際にリハビリが行なわれている「場」としては、以下のような場所がある。とくに、家庭でのヘルパーによるトレーニングは、作業療法士が介入して家事などの生活行為を通しての訓練をヘルパーにアドバイスするものである。

- ・リハビリセンター（「スコウブリュネット」「タイルポータン」「ヘンスゴーン」に機能を集約している）
- ・プライエセンターなどの外来施設
- ・家庭でホームヘルパーとともに行うトレーニング

リハビリセンター「スコウブリュネット」



正面玄関



トレーニング

トレーニング・キッチン



温水プール



2) ファクセ市

<ファクセ市概要>

ファクセ市は、シェラン島南部にある人口 35,000 人（高齢化率 20.3%、2014 年 9 月）の地方都市である。2007 年の行政改革で、近隣の市町村（旧ファクセ、ハスレウ、ダルビュ）が合併して新しいファクセ市が誕生した。東西 20 キロメートル、南北 30 キロメートルほどの典型的な田舎町で、田園地帯の中に集落が点在している。在宅介護で訪問する際にも利用者宅が 10 km 離れているということもしばしばである。首都コペンハーゲンへは車・電車で約 1 時間の通勤圏に入っている。

<地域資源>

ファクセ市には 9 つのプライエセンターがあり、高齢者住宅（311 戸）、介護型住宅（302 戸）、デイケア、活動センターなどが併設された複合拠点となっている（表 2）。

表2 ファクセ市のプライエセンター、高齢者住宅、リハビリテーションセンター

福祉地区	地域	プライエセンター	高齢者住宅			リハビリテーション		活動センター	デイホーム
			自立	介護	ショー トステイ	24時間 泊りがけ	トレーニ ング		
西区	ハスレウ	グロンダルス・センター		50		◎	○	○	○
		チュコ・プライエ・センター		40			○	○	
		フレデリクスガーゼ・センター		37	9		◎	○	
東区	ダルビュー	ダルビュー高齢者センター		24	2		○		
	ロネネ	ダルゴーン高齢者センター		19			○	○	○
	ファクセ	リネバイ・センター		41			○		
		エイブルハウ	30					○	○
		ファクセ保健センター			8		◎		
	カリーセ	ソルハウ・センター		33			○		
	ファクセ・レ アプラス	ビュルホルテ・センター	17	33			○		
	不明		264	25					
	小計		311	302	19	18	-	-	48/日
	合計		613						

(出典：2016年8月 ILC 取材、<http://www.faxekommune.dk/>)

自治体サービスの利用者は表3の通りであり、在宅24時間介護は1040人が利用している(表3)。

表3 ファクセ市の高齢者福祉サービス利用者数(2015年)

種類	利用者数
在宅24時間ケア	1040人
補助器具	2550人
介護型高齢者住宅	302戸
自立型高齢者住宅	311戸
デイケア(判定あり)	48件/日

<リハビリと介護予防戦略>

ファクセ市の介護・保健部局では「健康増進と予防」に重点を置いた施策を展開しており、その戦略についてまとめる(保健介護部長 ノーキング氏、リハビリリーダー スコウゴー氏インタビュー)。

まず、部長は市庁舎で仕事をしているスタッフはほとんどが各自の専門職にプラスして経済学(学士・修士)などの教育を受けており、高齢化に伴って発生する課題に対してプロジェクトを立ち上げ、情報を集めて企画し、各部局と話し合って実践するなど、積極的に動いていることを強調した。

また、リハビリリーダーは、今の高齢者は60歳でマラソンに挑戦するなど非常に活動的であり、リハビリにも積極的に取り組むなど、高齢者のイメージをまず変えなければならぬ点を強調した。さらに、リハビリは施設内だけで専門職とのみ行われるものではなく、在宅に戻ってからの維持が重要であること、介護提供よりもリハビリによって自立支援を行なうことの重要性を強調した。

ファクセ市では、1970年代の閉鎖された病院を「保健センター」へと改築し(2011年)、

全市民を対象とした健康増進と予防に努めている。高齢者に対してとくに力を入れているのは、「できるだけトレーニングをして活動的な毎日を自宅で過ごすこと」の促進である。

そのために、看護・介護に関わる全ての職員の研修を行ない、在宅 24 時間介護の前にリハビリをするなど、サービスに頼らず自立した生活ができるよう他市に先駆けた取り組みを行ってきた。2013 年には、繰り返される入退院を予防するために保健センター内に「臨時ステイベッド」を 8 床設け、看護機能を強化したショートステイで入院回数を減らす努力なども行ってきた。

最近では「急性期ナース（acute nurse）」を配置して、在宅での急な状態悪化に速やかに対応できるような体制も構築した。

今後のビジョンとしては、今後ますます増える高齢者とそのニーズに対して、介護型住宅の整備ではなく（2020 年までは増築の必要はない）、在宅での暮らしを確実にサポートできるよう、これまでの戦略に加えて、福祉テクノロジーも導入して労働力の適正な配分を考えている、とのことであった（介護・保健部長談）。



<リハビリの理念・戦略と概要（ファクセ市）>

ファクセ市では、リハビリテーションについては、グロンダルセンターに一元化している。ここには退院後のリハビリを行う「24 時間のリハビリ（泊りがけリハビリ、18 部屋）」がある。高齢者住宅を転用したものである。

維持トレーニングにも力を入れており、ファクセ保健センター、フレデリクスガーゼ・センターに加えて、すべてのプライエセンターで行える。デイケアは 3 ヶ所（48 名）にある。

2. リハビリテーションの実態

法律に定められたリハビリテーションの類型と連携を促すキーマンについて述べ、リハビリにおいて着目すべき点として、「24 時間のリハビリ（泊りがけリハビリ）」「外来トレーニ

ング」「在宅での自主トレーニング」「介護の前のリハビリ」について順次述べていく。

1) リハビリの種類と連携のキーパーソン

<リハビリの種類>

前節で述べた通り、次の3種類がある。

保健法	140条	リハビリテーション
保健法	140条A	疾病管理プログラム（継続トレーニング）
社会サービス法	86条1項	維持トレーニング



<連携を促すキーパーソン>

判定員による判定

サービスの利用開始時には、自治体の判定員が訪問しアセスメントによって、必要なサービスの内容と量を決定する。訪問看護、訪問介護、リハビリ、住宅改造・福祉機器、デイケア、住まいなどである。後述するが、家庭リハビリセラピストチームというもあり、ヘルパーが家事行為をとおしてトレーニングできるように作業療法士・理学療法士が生活の場でヘルパーにアドバイス・指導を行うチームもある。

状態が変化した時には訪問看護師から連絡があり、判定員の判定によってサービス内容や量が変更される。熱が出た、傷が悪化したなどの変化は訪問看護チームや在宅ケアチームで対応し、判定委員が関わるのは1ヶ月以上の長いスパンでのニーズ変化に対応する場合である。

専門職連携のためのコーディネーター

サービスを決めるのは判定員であるが、ルーダスダル市の場合7地区にコーディネーターを各1人配置している。ファクセ市では、2地区の各地区に1人ずつ配置している。

地区内全体の利用者がニーズに合ったサービス利用ができているか、効果は上がっているか、満足しているかという視点で、専門職間・サービス間の連携促進をはかる。また、各種の研修を企画して、専門職としてのケアの質の向上に努めている。

ルーダスダル市では、7人のコーディネーター中にはチーフがおり、利用者にインタビューして統計を出し、質のコントロールを行なっている。在宅介護の監査などは抜き打ちで行われる。

退院時のコーディネーションナース

ルーダスダル市には3人のコーディネーションナースがおり、病院から退院して帰宅する際の住まいやサービスのコーディネートをややかに判断して行っている。退院してその日のうちにホームヘルパーを手配する、リハビリチームに連絡して在宅ですぐにリハビリをすぐに始められるように調整する、などである。本格的なリハビリが必要だと判断すれば、「24時間リハビリ（泊りがけリハビリ）」でのリハビリを手配する。

2) 医師不在の「24時間リハビリ（泊りがけリハビリ）」

24時間リハビリ（泊りがけリハビリ）（ルーダスダル市「スコウブリュネット（20個室）」

24時間の泊りがけ施設で集中してリハビリを行ない、在宅への復帰を促す中間施設である。これは、病院からの退院患者を受け入れて在宅復帰を支援するケースが多い。リハビリを受けたのち、施設入所となる人も存在するが非常に少ない。

自己負担は1日142クローネ（約2,000円、食費・洗濯費）で、滞在期間は2週間から6ヶ月である。

ルーダスダル市「スコウブリュネット」には20の個室があり、リハビリ専用6個室も別途用意されている。部屋は個室で、各部屋に天井走行リフトがついている。トイレは、手すりをつかんで自力で立てるよう（介護型住宅のトイレより）一回り小さく作られ、より自立支援型になっている。

<スタッフ>

専門職は25名配置（三交代勤務）され、看護師（9名）、理学療法士、作業療法士、SSAが連携し、利用者の希望を第一に目標を共有し、プログラムを作ってリハビリを行う。

リハビリの概念を広く捉え、食事づくり、食べる、2階からの階段昇降、歩行器を使つての歩行など、あらゆる生活行為をとおして専門職が連携してトレーニングするのが「24時間リハビリ（泊りがけリハビリ）」の特徴であり、まさに「24時間のリハビリ」である。建物の階段は緩やかなものから急なものまでがあり、リハビリに有効に活用している。

24時間リハビリ(泊りがけリハビリ)「スコブリュネット」



天井走行リフト



住戸になっており、
トイレ・バス、
寝室がある



<90歳のリハビリ>

24時間リハビリ(泊りがけリハビリ)(ファクセ市の「グロンダルセンター」)

ここでは全市のリハビリを引き受けており、高齢者住宅9戸を改造して18個室の「24時間リハビリ」を新設した。1住戸(2個室)を2人でシェアする形である。主として、病院から退院して在宅復帰を目指す高齢者に「泊りがけのリハビリ」を提供している。滞在期間は、最も多いケースで数週間から3ヶ月である。各自の部屋があり、共同の食堂で食事をする。スタッフは、看護師、作業療法士/理学療法士、SSA/SSHで、医師はいない。「医師のいない回復期リハビリ病院」と言えるだろう。

ここには、デイセンターやトレーニング室、ボランティアセンター「オアセン」も併設されている。



<リハビリの実際 (P氏の事例) >

「グロンドルセンター」でのリハビリの様子を、P氏(89歳)の事例を通して紹介する。

P氏(89歳)は大きな農場を持って農業を営んでいた。心筋梗塞で倒れ、病院に運ばれて集中治療室で治療を行っていた。ここに来る前に配偶者を亡くし、来た時にはベッドに寝たきりで何もできない状態であった。

- ① 最初は、ベッドで起き上がって立ち上がることが目標とされた。
- ② 7時起床、8時朝食のあと、トレーニングが始まる。と言っても、「きつい」と感じる時は休むこともできる。
- ③ 入所後、心筋梗塞の再発により2回目の入院。
- ④ 退院後もリハビリを継続し、ローレータを押して歩くことを目指した。
- ⑤ ローレータ歩行ができるようになると、より長く歩けるように目標設定し、トレイで食器の片付けなどを促して残存機能を活性化していく。各自の自宅での生活をイメージして、食事づくりをすることもある。
- ⑥ 機能が回復してきたP氏は、床にタイル様のものを置いて点灯したタイルを踏む「ニューステップ」というトレーニングを始めている。

P氏は2ヶ月ここに留まったのち、プライエポーリへの入居が決まっていた。

「ここでの訓練は職員とともに行うリハビリだけではなく、24時間がトレーニングです」とスタッフが言うように、自宅復帰を目指して生活に基盤を置いたリハビリが24時間の暮らしの中で行われている。

P氏は戻ってきた機能を維持するため、プライエポーリでも散歩などを継続することが重要である。P氏は目標をもって継続できる人なので、「24時間リハビリ」としては終結となる。しかし、機能低下の可能性がある利用者については、判定員から行先の担当職員を通して(施設職員であったり、在宅24時間ケア職員)維持トレーニングが奨められる。

このように、連続的なモニタリングによって、リハビリと維持トレーニングを継続していくことに力点を置いて職員が連携している。

3) 外来トレーニング（維持トレーニング）

外来トレーニング（ルーダスダル市「スコウブリュネット」）

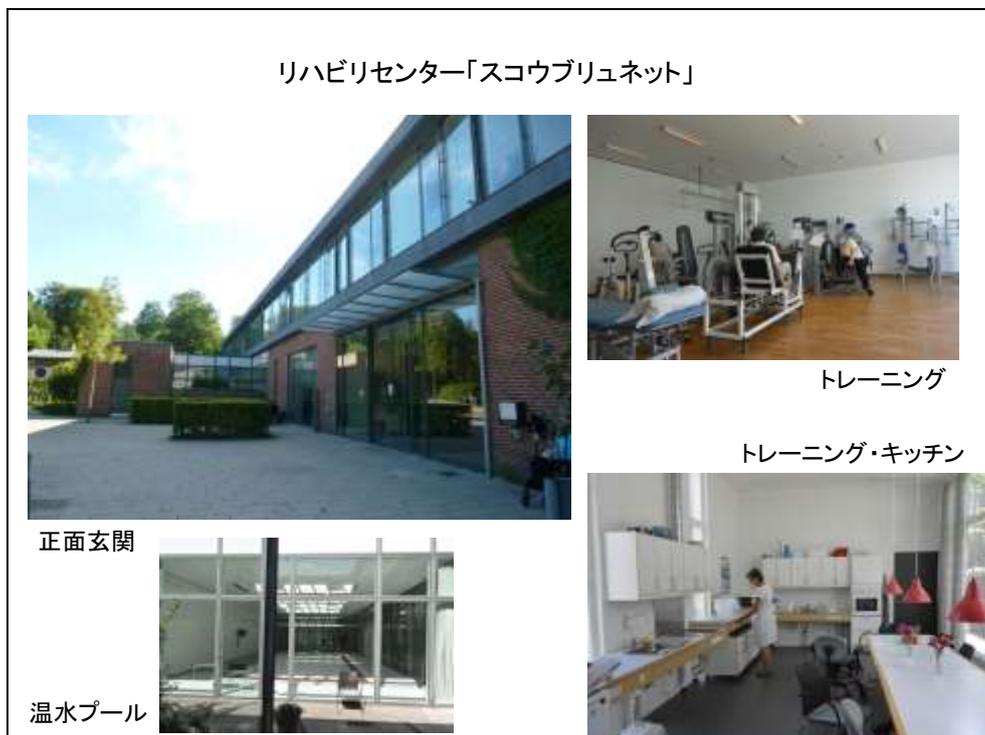
機能低下を改善し、在宅生活継続を目指す「維持トレーニング」のために通って利用するトレーニングである。

利用には、判定員の判定、家庭医の推薦状、病院の推薦状が必要である。「最近衰えてきたから」というような自己判断で利用することはできない。

「食事を自分で作ることは素晴らしい」との「ヘルプ・セルフヘルプ」の考えに基づき、食事づくり、洗濯、アイロンかけ、シーツ交換など、実際の生活行為を作業療法士とともにグループトレーニングや個別トレーニングで行なう。例えば、調理トレーニングなどは、食事を自分で作るプロセスができるようにするとともに、立ってバランスを保つことが非常に良い訓練となる。

また、自分の身体に合った福祉器具を試して探すこともできる。そのために、調理台は高さが調節でき、椅子も 1000 種類の機能の異なるものを使うことができる。

利用に際しては最初にテストをする。まず、足の力を見るために立ち上がり動作を 30 秒間。タイムアップ・アンド・ゴーを 3 回。持久力測定のために、20 メートル離れたコーン間を自分のペースで 6 分間往復。最後に目を閉じて 30 秒間立っている。こうしたテストを踏まえて、本人と専門職が話し合って目標を決める。テストはトレーニングが終わった時にも行い、確認していく。



施設リハビリから在宅トレーニングへ（ファクセ市）

施設で行うリハビリのみが重要なのではなく、在宅に帰ったあと、回復した機能をいかに維持していくか。この点に焦点を当てて連続したマネジメントが重視されている点は、ファクセ市でも同様であった。

リハビリのあと、施設入所したとしても、機能低下のリスクがある人には施設職員が注意して見守り、判定員に連絡して維持トレーニングを奨めるなどの連続的支援が行われる。在宅に帰ったとすれば、訪問看護や訪問介護スタッフによって変化が察知され、その情報は訪問看護リーダーをとおして判定員にフィードバックされ、再アセスメントへとつなげられる。このようにして、残存機能は徹底して活性化され、その後継続的に維持トレーニングへとつなげられることとなる。

維持トレーニングの場は、ファクセ市の場合ほどのプライエセンターでも行えるが、フレデリクスガーゼ・センター、ファクセ保健センターでとくに力を入れている。運動（歩行、自転車こぎ）、筋力アップ、ストレッチなどのトレーニングマシンがおかれている。ボランティアが活動センターを拠点に行う体操教室など、インフォーマルな資源も利用先として奨められる。

4) 疾患管理プログラム（「継続トレーニング」）

膝や腰に障がいがある慢性病の人を対象とした「継続トレーニング（疾病管理プログラム）」では、理学療法士が症状を尋ねてグループトレーニングから始める（1回約20分、18回が基準）。

慢性病とは、膝の障害、腰の整形外科手術を受けて退院した人、がん、心臓病、糖尿病による足切断、骨盤の病気、椎間板ヘルニアなどである。腰痛などは、慢性にならないような指導を行うが、がんや心臓病、糖尿病はその病気とともに生きていくことを考えるので、栄養指導や禁煙など生活習慣の改善に関係したプログラムに参加することもある。

慢性病でも、その慢性病を重くならないようにするために、家庭医・作業療法士 / 理学療法士・看護師が加わった予防領域は社会サービス法の領域となる。



5) 在宅での自主トレーニング

施設で行うリハビリのみが重要なのではなく、在宅に帰ったあと、回復した機能をいかに維持していくか。この点に焦点をあてて、連続したマネジメントが重視されている。

この文脈で、IT 器具を借りて自宅で好きな時間に好きな場所でできるタイプのものにも力が入れられ、人気を得ている。

○「ICURA（理学療法士による遠隔トレーニングシステム）」

ルーダスダル市では、自宅において自分でトレーニングできるように「イクラ・トレーナー」を開発している。主として、膝等に人口骨頭を入れた人が対象である。

まず理学療法士から適切な運動のプログラムを作ってもらい、腕と足にパッドをつけて運動を行なう。その動きは i-pad に映し出され、正しい動きであれば点灯する。利用者は機器一式を自宅に持ち帰り、自宅で自在にトレーニングできる。その結果はセンターのパソコンにも送られ、理学療法士はチェックもできる。利用者は週1回センターにやって来て、アドバイスを受ける。「好きな時にできる」「居間でもサマーハウスでもできる」「痛みが和らいでくる」と利用者から好評を得ている。

現在（2016年8月時点）、2つのセンターで22人が利用している。毎日のトレーニングを自宅で楽しく続けられる、新しい機器である。

（*「イクラ・トレーナー」は、ペースメーカー使用者、視力・聴力が低下している人には向かない。）

6) 介護の前のリハビリ「家庭セラピストチーム」

リハビリの重要な新領域として「介護の前のリハビリ」がある。在宅介護を提供する前に介護が必要かどうかを見極め、リハビリによって改善を目指しできるだけ自分の生活行為能力を高めていく、ということである。

まず、リハビリチーム（家庭セラピストチーム）が家庭を訪問して本人・住宅の様子をア

セズメントしてリハビリを開始する。在宅介護チームの SSA と作業療法士によって構成されているケースが多く、1 週間に 1 回、訪問看護師、判定員、作業療法士 / 理学療法士、リハビリチームの 4 者がカンファランスを開き、進み具合をチェックする。

自分でできる行為が増えてくると SSH（ヘルパー）に内容を伝え、ヘルパーの見守りの中で機能を維持しつつ自立的な暮らしを継続することができる。サービスが不要になったり、最終的にヘルパーを不要とする利用者が現れるほどである。

3. 介護予防（予防訪問と活動センター）

1) 予防訪問とその改正

高齢者に対する予防施策として顕著なものは、保健法で規定されている 75 歳以上の高齢者を対象とする「予防訪問」である。20 年前に始められた。

予防訪問には看護師・作業療法士・理学療法士があたり、来てほしくない高齢者は拒否することができる。こうした歴史ある「予防訪問」が 2016 年より改正された。

<2016 年の改正>

2016 年 1 月 1 日よりの改正では、「75 歳から 80 歳の高齢者には個別の訪問はしない」とされ、予防訪問対象が 75 歳から 80 歳に引き上げられた。5 歳繰り上げの理由としては、元気な高齢者が増えたこと、年金支給開始年齢が引き上げられたことなどがある。その代わりとして、65 歳から 80 歳までのフレイル（虚弱）状況にある高齢者には早めの個別訪問を行なうこととなった。

予防訪問に関しては、大まかなフレームのみを定めた枠組み法で定められているため、個別の展開は自治体の裁量に任されている。ルーダスダル市では、毎年新しく 75 歳になる高齢者（約 1,200 人）を対象として訪問し、75 歳～80 歳の間は休止して、80 歳より毎年訪問することとしている。

<訪問の対象>

基本的には、自治体にある 80 歳以上高齢者リストによって訪問を行なう。また、高齢者が退院する時には病院から自治体の在宅ケアチームに連絡が入る。しかし、在宅ケアの必要がない人については、訪問してチェックする必要があったとしても、自治体としては情報を入手できない。その場合は、家族や隣人が自治体に連絡をする場合もある。

また、長年連れ添った配偶者が亡くなった高齢者に対して、葬儀の 2 ヶ月後に家庭訪問についての通知を出す。これは、70%の人が訪問を希望する。断った 30%も、自治体の心配りにとても感謝している。配偶者がプライエムやプライエボーリに入居した際にも、訪問通知を出している。

<チェックポイントとつなぎ方>

訪問の際のチェックポイントは、健康と幸福感に関する 7 ポイントである（ルーダスダル市）。

- ① 住宅環境
- ② 経済状況、通信手段（パソコンか紙か）
- ③ 日常生活の様子、生きがい
- ④ 身体面：健康、身体的エネルギー
- ⑤ 精神面：生きるエネルギー

⑥ 人生のイベント

⑦ 社会交流（他との接触）

このようなポイントを定めながらも、高齢者が気になること、興味を持っていることについて話し、次の訪問につながるように心がけている。例えば、親しい友人の死について話したい場合には、その話題を取り上げる。

<どこにつなぐか>

認知症が疑われる場合には、家庭医を訪問するようにアドバイスする。訪問介護や訪問看護に連絡を入れて、つなぐケースが多い。

最近では、家族（子ども）が同席するケースが増えていて、喜ばしい傾向だと捉えている。家庭医への連絡は高齢者の場合、なかなかしてもらえないケースがある。しかし、子どもなら比較的確実に連絡をしてくれる。家族の同席がない場合には、「家族へ連絡してもよいか」と許可を得て、こちらから連絡するようにもして確実性を高めている。

人口 54,000 人のルーダスダル市で、75 歳以上の予防訪問対象者は 5,400 人である。1,166 人（2012 年）、1,333 人（2013 年）、1,172 人（2014 年）が予防訪問を受け、2015 年は 1,184 人（20.2%）であった。拒否する人、2 年・3 年に 1 回でいいと言う人もいるので、全体の割合としては高いことになる。看護師・作業療法士/理学療法士など正規換算にして 4 人に当たる職員が担当しており、1 日 3 人前後を訪問している。同じ職員が同じ高齢者を訪問している。

2) 活動センターとネットワーキング

各市には、判定員による判定がなくても利用できる「活動センター」がある。ルーダスダル市には 3 ヶ所あり、1 回 20 クローネ（約 300 円）、4 ヶ月で 320 クローネ（約 5000 円）の有料である。ファクセ市でも 3 ヶ所にあり、どの市においても非常によく普及している。

外出して人に会い、おいしく食事をしながら話すことは、閉じこもり防止や介護予防の視点からも有用な資源である。判定を受けて利用する「デイサービス」との併設も多く、「高齢者が虚弱な高齢者を助ける」姿が見られる。

ルーダスダル市の活動センター「ロネベアフース」では、「健康によいことをする」「ネットワークを作る」「トレーニングを行う」の 3 点を活動の目標としており、とくに人と会い、友人を作って個人を中心としたネットワーキングに焦点をあてている。一人で閉じこもりにならないように、という予防の視点である。

活動には、体を動かす活動（ヨガ、ティラピス、ダンス、気功など）、知識を高める活動（読書クラブ、英会話など）、クリエイティブな活動（手芸、籐細工など）の 3 領域があり、体操室や手芸室、料理室がある。

トレーニングルームには機械がおかれ、セルフトレーニングやスタッフ指導のトレーニングができる。デイホーム利用者もトレーニングでき、他の活動の利用者もここを利用するようである。とにかく利用者の状態は幅広いので、レベルに合わせた活動ができるように促していくとのことであった。

なかでも重要なのは食事であり、「社会的食事」と位置づけ、ネットワークを広げる機会として重視している。職員も一緒に食べて雑談し、活動のあとにもコーヒーを入れて「ともに

飲食する」機会を多くしている。

利用者はこのセンターだけでも 450 人である。1 年に 1 回 2 週間にわたって利用者数を調べており、年齢別構成では 70 歳代が最も多く 44% を占めている (表 4)。3 つの活動センターがあるので、全市では 1350 人であり、在宅介護を利用していない高齢者の 15% に相当する。

表 4 ロネベアフース活動センターの利用者

年齢	人数 (人)
60 歳以下	0 (0/0%)
61-70 歳	84 (18.7%)
71-80	198 (44.0%)
81-85	81 (18.0%)
86-90	54 (12.0%)
91 歳以上	31 (6.9%)
100 歳以上	2 (0.4%)

450 人の利用者に対して、自治体のスタッフは所長の他に 9 名で、60 人のボランティアが運営を支えている。運動系の活動は職員が指導している。ボランティアは退職者であり、仕事で得た技術や能力を生かしてさまざまな活動グループを創り、パンフレットづくりなどもボランティアが行う。コミュニケーションや守秘義務については研修を受けて活動に参加している。活動センターは市の判定を受けずに利用することができる。

訪問時には「籐細工」のグループが活動しており、レストランはカラフルで美しく食事もエスニック風の料理 (45 クローネ=約 700 円) で手ごろであった。

ここには、65 歳から 95 歳までの男性 40 人のグループがあり、週 2 回走ったり、自転車に乗ったり、機会トレーニングをしているそうである。活動センターの外でも会っており、こうした活動が広がっていくことを所長は非常に喜んでいた。

また、2015 年からデンマークはペーパーレス社会に突入し、高齢者にも PC リテラシーが求められた。この活動センターでもボランティアが PC 教室のインストラクターを務め、今ではほとんどが PC を使いこなせ、ipad やスカイプ、写真の処理などを楽しんでいるそうである。訪問時には、バルコニーで手芸グループが「籐細工」を楽しんでいた。

「ロネベアフース」には、判定を受けて利用する「デイホーム」が併設されており、毎日 25 人が来ている。軽度認知症、盲目・弱視の人の利用もあり、朝はコーヒーを飲むことから始めて、週に数回ミニバスで遠足に出かけたりもしている。

3) その他予防に対する取り組み (各世代に対する健康予防活動)

ルーダスダル市には健康・予防課があり (図 1 ルーダスダル市の市役所組織図)、児童から成人、高齢者までを対象にしている。「すべての市民が健康的な生活を送る」というビジョンに沿い、広域保健地域 (レギオナ) とともに「健康プロファイル」という冊子を 3 年~4 年ごとに作成し、各自治体における健康増進に努めている。

行政長										
	秘書									
雇用	観光とデジタル化	都市計画	児童	文化	人事部門	社会部門	学校と家族	技術環境	高齢者部門	経済
雇用事務局	デジタル化と組織開発	部長	公共医療サービス	文化事務局の管理、戦略とコミュニケーション	給与	事務局	管理部	オペレーティング	事務局 長	
仕事、リハビリテーション、インテグレーション	IT		コンサルティンググループ	Rudersdal の若者	HR	質と開発	開発部	自然公園と環境	健康	
疾病手当と仕事の保持	市民サービス		管理	スポーツ	食堂	アドバイスと補助金	デンタルケア	プロパティ	ケアとアクティビティ	
	警察			Rudersdal 図書館			予防、カウンセリング	道路	権威 (認定)	
	通信 J			Rudersdal 博物館						
				Rudersdal 音楽学校						
				文化センター						
				他の文化施設						

図1 ルーダスダル市の市役所組織図

ルーダスダル市でも、食事、喫煙、アルコール、ドラッグ、運動、精神面、慢性疾患など、テーマ毎に 11 冊の健康冊子を作り、市民の啓発に努めている。目標値を定めて達成度を評価するシステムを取り入れ、各部局の横の連携を高めるための会議を定期的で開催するなどしているが、市民の主体的な取り組みについてはまだ着手されていないようである。

4. 民間の取り組み「ヒレロー・フィジオ&トレーニングセンター (HFFC)」

デンマークでは理学療法士が独立してサービス提供できる個人クリニックがある。腰の痛みを訴える患者に対して、家庭医が理学療法士クリニックを奨めることがある。

そうした理学療法士治療とフィットネスを組み合わせた大型のトレーニングセンター「ヒレロー・フィジオ&トレーニングセンター (HFFC と略す)」を訪ねた。「メディカル・フィットネス」と呼ばれるもので、理学療法士から受け身のトレーニングを受けるだけでなく、自分で自分の身体を動かすアクティブなトレーニングが効果的であるとの研究成果に基づいて、理学療法士治療とフィットネスを組み合わせている。

デンマークでも 10 本の指に入るほどの大型施設で、健康ニーズが高まる中、今後ますます人気が出る民間施設として注目されているとのことであった。公共施設は無料で利用できるが待機が多いため、そうした状況も民間施設が伸びていく背景要因としてあるようである。

1) 概要

HFFC は、全体で 800 坪を超えるような広い建物であり、理学療法士治療室 (180 坪) とフィットネス (620 坪) から成り立っている。オーナーのリンド氏は 50 歳の理学療法士である。

スタッフは、理学療法士 17 人、マッサージ師 2 人、フィットネス担当のリーダー、フィットネスのインストラクター 65 人、栄養士 1 人、会計・事務 4 人である。

利用者の類型は以下の通りである。

- ・ 60% : 一部レギオンからの医療補助を受けている利用者
- ・ 35% : 脳卒中の後遺症、パーキンソン病で機能障害がある人 (自己負担なし)
- ・ 5% : 家庭医を通さずに腰痛改善などで来ている人 (自己負担)

2) 理学療法士治療室

15 の治療室があり、捻挫の子ども・若者から、転倒や脳卒中で入院し、退院して自治体のリハビリを終えた高齢者、慢性病で身体機能が低下している人など幅広く対応する。普通は 1 回 30 分の治療を受け、グループ治療では 1 週間に 2 回、1 時間の治療のコースなどがある。フィットネスの機械を使って自己トレーニングができるようになると、理学療法士指導の下にレーザー超音波やショックウェーブなどを組み合わせながら機能回復を図っていく。

3) フィットネス

マシントレーニングの大ルームからステップ台等を使うフィットネスの中規模ルームなど、さまざまな部屋があって、インストラクターの指導を受けながらフィットネスができる。病院退院後、自治体でのリハビリを受けたのちに、ここでトレーニングを継続し、日常的なフィットネスへと、連続的な運動を民間施設が提供しているわけである。

サウナ付きの更衣室も用意されており、若者や健常者の利用 (自己負担) も増えそうな施設であった。

隣接の土地には、自治体の「保健センター」ができる予定で、そうなれば、回復期のリハビリを終えたのちに、維持期のトレーニングを民間組織が提供することとなる。

4. 得られた重要な知見

1. 「自立」に向け、実効性あるリハビリテーション

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

1) 理念ある一貫したマネジメント

「活動的な生活を送る (Aktiv Hverdag)」「セルフヘルプ (自分のことは自分です)」という戦略に向かって、自治体・専門職・利用者がその価値を共有し、効果を測定しつつ実質的な成果をあげている。背景には次のような特徴があると推察できる。

- ・基本理念の共有
- ・統合的ケアマネジャーとしての判定員
- ・専門職の連携
- ・変化に対するフィードバックの速さ
- ・虚弱になる前から早期発見&対応

理念については、デンマークでは古くから「手を背中に回したケア」が提唱されており、専門職の仕事は「ヘルプ・セルフヘルプ (自助＝自分のことは自分です、を支える)」に重点が置かれてきた。また、2013年からは、「活動的な生活を送る (Aktiv Hverdag)」をスローガンとして、介護の前に、リハビリで改善を目指す在宅介護の革新がなされてきた。介護を安易に受けるよりも、より自立的に活動的に生きることが国民 (自治体、専門職、市民) に共有されており、これが医療・保健・介護政策を実践していく上での基盤となっている。

なかでも、自治体の判定員はレベルの高い専門職 (看護師、作業療法士 / 理学療法士など) であり、ケアの内容・量を決めるにあたってのプロセス (アセスメント、プラン、実行、モニタリング、再アセスメント) が利用者の家庭訪問をはじめとして科学的に行われている。さらに、定期的な専門職カンファレンスや日常的な情報共有を通じて連携がよくなされ、在宅・施設を問わず、時間経過による重要な変化の情報が判定員にフィードバックされて、「一貫したケアマネジメント」がなされている。

とくに、一定の場 (在宅・施設) における時間経過による虚弱化への対応のみではなく、リハビリ施設からの在宅復帰・在宅での生活継続・施設移行といった、日本でいえばサービス領域を超えて行われる継続的モニタリングは、とくに示唆に富んでいると言える。

利用者の状態変化に対する対応が早く、地域の訪問看護師リーダーが統括して、家庭医に指示を仰ぐのか、自分の判断でリハビリにつなぐのか、判定員にバックするのか、システムティックに判断がなされていた。専門職連携、早期発見と対応については後述する。

以上の点については、一部民間営利企業が参入しているとはいえ、80%を超える部分は公共セクターが独占的にサービス提供していること、自治体サイズが5万人前後と小規模であることも関連しているであろう。

2) リハビリ前置主義「介護の前のリハビリ」

在宅24時間ケア (Hjemplejen) は高齢者の14%が利用しており、エイジング・イン・プレイス (地域居住) の基盤として位置づけられている。1980年代からすべての自治体で整備

されてきたものである。その在宅 24 時間ケアにおいて、安易に介護を提供するのではなく、機能改善の可能性がある高齢者にはまずリハビリが義務付けられた。「介護の前にリハビリ」であり、介護の代わりにリハビリをしている高齢者は利用者の 80%であり、そのうち 60%が何らかの改善を期待できるとする自治体もあるほどである（「II.3. リハビリテーションと介護予防の実態」）。

実際に、在宅 24 時間ケアを提供する前に「家庭リハビリチーム」がまず介入して、アセスメントした上でリハビリを行なう。リハビリの行い方はヘルパーにも伝えられ、毎日訪れるヘルパーの援助を受けながら、調理ができるようになったり、シャワーが自分で浴びられるようになったりする。介護の提供時間も、高齢者数が増加しているにもかかわらず減少したりして、実効を上げているのである。

3) 「本人の自己決定」と「生活」に基盤を置いたリハビリ

リハビリの目標設定については、あくまでも「本人の自己決定」によって「私はここまで到達したい」という意思を重視する。専門職が「ここまでできるようになってもらいたい」と願うものではない。でなければ意欲がわかず、成果を上げることができない。楽しくなければリハビリも続かないというわけである。

モチベーションが低い高齢者は少なく、リハビリを行う高齢者は何らかの目的をもって来ているという経験的事実を前提としている。モチベーションの低い利用者については職員から「我々はすべてを完全にすることはできない」との発言があり、一時的な落ち込みなどの情緒面に寄り添うことはあっても、高齢者自身の「自分の人生をよくしたい」という気持ちに専門職として向き合っている点が日本とは異なる特徴であった。

また、目標は身体機能の改善のみではなく、「孫に会いたい」「食事は自分で作りたい」など、「活動」「社会」(ICF)を意識したレベルの設定をして、作業療法士が中心に関わっている。リハビリセンターには、訓練用キッチンがあり、家庭での生活行為を念頭においたリハビリであり、地域で以前のようにその人らしく生きていくことを目標としたリハビリである。

4) 医師がいない、自治体主導のリハビリテーション

「24 時間リハビリ（泊りがけリハビリ）」は、病院からの退院患者を受けて数週間～数ヶ月で在宅に返すものである。この機能をとってみれば、日本の回復期リハビリ病棟に近い。しかし、ここに医師は存在しない。

2007 年の行政改革に伴い、基本的にリハビリは社会サービス法の下で自治体の管轄となった（急性期のリハビリは保健法の下で病院にて行われている）。「医師なき回復期リハビリ」は、この大変革をきっかけとするものである。自治体の関連部局では「はじめはできるか不安もあったが、今では安定的にできている」と発言しているように、医師の指示なしで生活復帰をめざした回復期リハビリを行なっている。疾患管理プログラム（保健法 140 条 A）により、がんや膝痛・腰痛、椎間板ヘルニア、糖尿病による足切断など、慢性疾患や進行性の疾患を抱える人も利用するわけだが、すべての利用者に家庭医がいるので緊急時には家庭に連絡することとなる。回復期リハビリの一つの可能性である。

5) 「地域（在宅生活継続）」を意識したリハビリの連続性

「リハビリしている時だけが訓練ではない」という言葉が幾度となく聞かれた。また、ファクセ市のリーダーは、「自宅に帰ってからが大事！」と施設での集中したリハビリを終えた

後のフォローアップ（維持トレーニング）の重要性を指摘した。

- ・ 24 時間リハビリ（泊りがけリハビリ）
- ・ 外来トレーニング
- ・ 在宅での遠隔トレーニング（ICT 活用）
- ・ 家庭セラピストチーム
- ・ その他（活動センターでのトレーニング&活動、ボランティアの体操教室など）

さまざまなサービス資源があり、現場の職員による連携、判定員による一貫したマネジメントによってつながれ、モニターされ、判定員に送られて再アセスメントされ、施設・在宅を超えて連続的にサイクルが回っている。

6) 分野横断的連携（横展開）

訪問介護、訪問看護、リハビリは公共セクターの独占であり、多様な事業者が乱立しているわけではない。自治体規模としても 5 万人前後で、効率的なサービス提供のために人口 1 万～2 万人規模を目安に地区に分割している。5 万人を 3 分割すれば、日本の日常生活圏域に近いサイズとなる。このような状況の中で、多職種が連携しやすい環境にある。

高齢者の在宅生活を支える居宅サービス（訪問介護 Hjempejen と訪問看護 Hjemsygpljen）は SSA、SSH、看護師で構成されている。ファクセ市（人口 3.5 万人）では 2 地区に分けているが、週 1 回、判定員、リハチームの作業療法士/理学療法士、在宅介護の SSA、SSH がカンファレンスを持ち、新しい利用者や変化のあった利用者について事例検討を行なう。リハビリが進まない利用者に対して SSH が課題を出せば、看護師が痛みの可能性を指摘して次の日に訪問して問題解決の方向性を探ってくれる。こうした問題解決は、毎日の連絡業務の中でも処理される。課題が出され、不明点があれば電子カルテに入って確認することもできるし、急ぎの場合は電話をかけることもある。日勤帯で 10 人の看護師、30 人の SSH/SSA、夜勤帯で 2 人の看護師、15 人の SSH/SSA が稼働しており、顔の見える関係のなかで情報の共有もなされやすい。

7) エビデンスに基づいた挑戦と改善

基本的に、自治体は財政の限界を目前にして節約を強いられている。保健・介護部局のトップは専門職であり、経営・法律の専門教育も受けている。課題があればプロジェクトを立ち上げて実行に移し、効果を測定して良ければ継続して、効果がなければ別の方策を探る。

ルーダスダル市では、在宅介護利用者へのリハビリの効果を大学と協力して進め、改善効果を財政効果へと置き換えて説得力あるエビデンスを提示していた。ファクセ市では、繰り返される入退院に対して「看護ショートステイ（8 床）」を設け、入院の原因を調査^①して、尿路感染や肺炎、脱水症の予防に取り組んでいた。

2. 介護予防と地域づくり

1) 実質を踏まえた「予防訪問」の開始年齢延期

1998 年から始まった「予防訪問」は 75 歳以上高齢者を対象としていたが、2016 年 1 月 1 日より 80 歳以上からと訪問対象高齢者の年齢が 5 歳引き上げられた。75 歳でも元気な高齢者が多いこと、年金支給年齢も 65 歳より 67 歳に引き上げられたことなどが理由である。

これに代わって 65 歳～79 歳の高齢者でも、プレフレイル、閉じこもり、認知症などのリスクのある人には注意を払っていくこととした。家庭医や家族・近隣からの通報を主とした情報源としているようであるが、実態に即した制度変更を柔軟に行う点も質を踏まえながらの効率性を考えてのことであろう。

2) 健康増進（食事、アルコール依存症、喫煙、肥満…）

予防の概念は広く、介護状態にならないための予防だけではなく、より健康に暮らすための自治体の施策についてのプレゼンテーションがあった（ルーダルダル市）。

とくに食事は重要であり、肥満や栄養不足が入退院の繰り返しの負の影響を与えている事実に基づき、アンケート調査によって栄養評価を行なって低栄養の早期発見に務めたりしている。嚥下障害の課題にも取り組んでいた。

テーマごとの冊子を作り、市役所だけでなくリハビリセンターや家庭医のクリニックにも配置して呼びかけている。

日本では保健部局と福祉部局は平行線で稼働しているが、デンマークでは問題を共有して連携している行政構造であった。

3) 「活動」「社会的交流」＝予防の発想（活動センター）

高齢者の身体的・精神的・社会的機能低下を予防するという点において、「社会的交流」をもって「活動」を継続することが最善の予防である、と考えているのがデンマークである。

人口 1 万人から 2 万人毎に設置された「活動センター」でのボランティアを中心とした活動は、個人を中心としたネットワークを楽しい趣味活動などとおして広げていく上で有用な存在である。これにプラスして、エルドラ・セイエン（AEldre Sagen）などのボランティア組織、高齢者審議会（AEldreraad）の活動も「活動センター」に事務局を置くなどして、個人レベルのネットワークで終始しないダイナミズムがある。

「つどいの場」とそのプログラムを行政や組織がすべて用意するのではなく、物理的な場とごく少ない職員の提供で地域住民が自動的に動き始めるような装置としての「活動センター」は示唆に富んでいる。

4) 「からだを鍛えようプロジェクト」などを通したネットワーキング

デンマークではボランティア活動に参加する市民が多く、退職して時間のある高齢者はボランティア活動の担い手として中心的な存在である。全国的なボランティア組織であるエルドラ・セイエンなどはそのシンボルであり、平成 25 年の報告書で記述した通りである（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』19 ページ）。

リハビリや介護予防との関連では、各地域で自主的に行われている「体操教室」などはリハビリをとおした個人のネットワーキングに貢献しており、社会参加の場の創造ということができる。しかし、多くの自治体や地域で展開されているかどうかは確認できていない。

ヒレロー市では、キエステンさんという元体操教員の女性がボランティアとして高齢者住宅の住民を対象として体操教室を行っていた。「体を鍛えようプロジェクト」の一環であり、人々に運動の機会と社会的交流の場を作り出している。公共セクターの専門職がボランティアを育成して地域にインストラクターとして活躍させるような形の展開は見受けられなかった。

5. 認知症高齢者と予防、リハビリテーション

米国ラトガース大学非常勤講師 中島民恵子

1. 認知症高齢者と取り巻くケア政策の動向

社会省 (Socialministeriet) と内務厚生省 (Indenrigs - og Sundhedsministeriet) との共同で 2010 年 12 月に「認知症国家行動計画 (National handlingsplan for demensindsatsen)」が公表された¹⁾。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が、その中ではリハビリテーションについては示されていない。

2016 年 9 月に厚生および高齢省 (Sundheds- og Ældreministeriet) により、新たな「認知症国家行動計画 (Nationale Demenshandlingsplan 2025)」が公表され²⁾、2020 年までに 4 億 7 千万デンマーククローネの予算が計上された³⁾。計画には 5 領域 (1. 早期発見および良質な治療、2. ケアとリハビリテーションの質の改善、3. 家族介護者への支援、4. 認知症フレンドリーなコミュニティと住宅、5. 知識レベルの向上) があげられ、2 番目の領域としてリハビリテーションについて示された。5 領域には 27 のイニシアティブが含まれており、10 番目のイニシアティブに「さらなる良質な運動とアクティビティの提供」があげられた。近年運動とアクティビティが認知症の人のウェルビーイングと生活の質の改善に役立つことが示されてきており、どのような種類のトレーニングがより良いかについての知識を得て、各コムーネが個別のニーズに応じたリハビリテーションを提供していくことが述べられている。しかし、リハビリテーション・プログラム等の詳しい内容や認知症の人のリハビリテーションについて具体的な定義はなされていない。

なお、2013 年に在宅ケア委員会によって「未来の在宅ケア 一貫性を持った取り組みの中心にある高齢者の資源」が示された。高齢期のアクティブな生活を促進するための予防策、高齢者の体系的なリハビリテーションについて提言されているが、「リハビリは身体的障害だけでなく精神的及び社会的障害に対する取り組みでもある」^{註1}との言及のみで、「認知症の人に関連する予防策やリハビリテーション」については明確に位置づけられていない。本提言は現在のデンマークの予防やリハビリテーションの取り組みの基礎となっており、認知症の人に関しての言及が見られないことは、デンマークにおける取り組みのあり方がまだ十分に定まっていないと捉えることができるだろう。

2. インタビュー調査等の結果

認知症の予防については、①認知症発症に関する予防、②認知機能低下改善に関する予防をあげることができる。①認知症発症に関する予防に関しては、社会的ネットワークやサポート等の人間関係や社会参加、趣味や余暇活動などの心理社会面に着目した介入が有用と考えられている⁴⁾⁵⁾。②認知機能低下改善に関する予防に関しては、運動療法は有効性がほぼ確立しているものの、回想法 (life review) や現実見当識訓練 (reality orientation) 等については科学的根拠はないが行うように勧められている⁶⁾。また、リハビリテーションについては、③認知症でありながら身体機能を改善するためのリハビリテーションの方法をあげることができる。

今回のインタビュー調査では、①および②について十分に把握することができなかったため、データリクエストの追加質問および WEB 上の情報から把握した内容を中心に記述する。

③については具体的なプログラムに関する情報は得られなかったが、認知症の人の身体機能改善のリハビリテーションにおいてどのような配慮がなされているかを把握することができたため、それらの内容を中心に記述する。

1) 認知症発症に関する予防

認知症発症に関する予防の直接的な取り組みではないが、ルーダスダル市の活動センターでは3つの目標の1つに「ネットワークを作る」がかかげられていた。趣味の活動等を通じて一人で閉じこもりにならずに生活するために重要な場と考えられており、実際に多くの高齢者の利用のもと、多様な活動が活発に行われていた。活動内容からみると、活動センターでの活動が認知症の発症予防にも関連する可能性があると考えられるが、エビデンスとなる情報は得られなかった。また、認知症の発症予防ではないが、デンマークでは認知症の早期発見と介入が重視されており、レギオンによる助成を受け、認知症発症リスクのアセスメントや早期診断ツールの開発に向けたリサーチプロジェクトが行われている⁷⁾。

2) 認知機能低下改善に関する予防

2012～2014年に身体トレーニングとアルツハイマー病との関連を把握する研究プロジェクト(ADEX)が行われ、運動が認知症の進行予防に効果的な介入であることが示された⁸⁾。データリクエストへの回答では、認知症の人への介入の多くは早期発見もしくは認知症の進行を予防することを目的としており、デンマークではこういった研究成果を基盤に行われている。例えば、コルディング市(Kolding Kommune)では、新たに認知症と診断された人、中度の認知症の人に対して、認知症の進行を予防するための運動プログラムを提供するプロジェクトが行われている⁹⁾。8人のグループで週1回、1時間半の運動プログラムが4ヶ月提供され、参加者は自宅での運動も求められる。これまで日常的に運動をしてこなかった人の場合はプログラムに参加しづらい可能性があるため、自宅でも運動が始められるように作業療法士が自宅を訪問し、援助することも行われる。4ヶ月のプログラムが終わった後でも各自で運動が続けられることが重要と考えられている。また、月に1回、認知症コンサルタントと話す機会も設定されている。病院と連携しており、新たに認知症と診断された人をこのクラスにつなげている。エビデンスに基づいたプログラムであるため、その効果に対する評価を実施しない予定とされているが、どうすれば認知症の人に参加したいと思ってもらえるかを重視している。その他、認知症の人のリハビリテーションに関する研究も行われており、Jetteらの研究では文献レビューの結果をデンマークの社会およびヘルスケアシステムに照らし合わせてマッピングし、エビデンスおよび認知症の人の視点と経験に基づいたリハビリテーションモデルの開発を予定している¹⁰⁾。

3) 認知症でありながら身体機能を改善するためのリハビリテーション

データリクエストの回答からは、デンマークにおいて認知症の人に特化したリハビリテーションやリエイブルメントのプログラムはなく、基本的には一般のリハビリテーションのプログラムを認知症の人も受けていることが示されていた。

ルーダスダル市(Rudersdal Kommune)内のリハビリテーションセンター「スコウブリュネット」で2014年から2015年にかけて行われた老年科プロジェクトでは、99名の参加者のうち、31人が認知症であった。軽度の認知症の人がほとんどであったが、重度の認知症の人が2人参加していた。軽度の認知症の人は可能な場合はグループトレーニングを受ける

が、グループトレーニングは難しいことが多く、個別トレーニングを受けることとなる。身体機能の向上に伴う認知機能の変化については実感した経験がないとの回答であった。「スコウブリュネット」を訪問の際、外来のグループトレーニングの実施内容を見学した。そのグループには認知症の人が参加していた。トレーニングメニューにあるいくつかの動きについていけない様子も見られたが、理学療法士が横に付き、声掛けをしながらグループでのトレーニングを実施できるよう支援していた。なお、ルーダスダル市の「毎日のリハビリテーション」は在宅の高齢者を対象としているが、決められた日課を崩してはいけないと考えられている重度の認知症の人、あるいは家で終末期を迎えたい人たちが例外のグループとしてあげられていた。

ボランティアによる介護予備群の高齢者に対するトレーニングとしては、高齢者住宅での自主的な体操グループや「体を鍛えようプロジェクト」による体操教室等が行われていたが、認知症の人に特化したトレーニングプログラムは行われていなかった。ただし、これらの体操のインストラクターをしているボランティアの女性の場合、認知症の人が参加することになった時には事前準備として認知症に関する知識を学び、当日のトレーニング内容もあまり複雑な動きをトレーニングメニューに入れない配慮がされていた。また、本人のみでの参加が難しい場合は配偶者等にトレーニングに同伴してもらうこともあるとのことだった。実際、妻と一緒に参加した認知症の男性は、妻のサポートを得てトレーニングを実施し、トレーニング後は明るく機嫌が良い状況が続いたという事例も紹介された。

また、このインストラクターの女性はヒレロー市（Hillerød Commune）でモーションズフレンズというプロジェクトを立ち上げ、実施している。この活動は市のボランティアセンターと提携して実施されている。市のリハビリテーション・プログラムが終わってもまだトレーニングが必要であり、自宅から自力で外出が難しい人の所へ講習を受けたボランティアが訪問し一緒に運動を行っている。このプロジェクトは彼女が軽度の認知症の人の自宅へ訪問して運動を教えた際に、杖を使ってもよく体操ができた経験を通して、認知症を含む精神疾患を有する人に対する自宅での個別訓練の必要性を実感したところからスタートした。

ルーダスダル市において 2016 年から新しい試みとして、若年性認知症の人向け（50 歳代ぐらいで身体的には頑丈である認知症の人）に「体を鍛えようプロジェクト」の 1 つとして 8 キロメートル～10 キロメートルを歩くトレーニングをスタートさせた。若年性認知症の人と高齢期の認知症の人とでは、基本的に身体の強さ等の状態が異なり、それに伴う日々のアクティビティのニーズも異なる。ルーダスダル市では、その違いに焦点を置き、個別のグループに合ったデイホームのサービスを提供しようと努力している。本人だけでなく、本人を支える家族にとっても、認知症を一括りにせずニーズに合わせたアクティビティ等は意義があり、喜ばれているとのことであった。また、同市の活動センターにおいても、若年性認知症の人にはトレーニングルームでのトレーニングが喜ばれているという話も聞かれた。

3. まとめ

デンマークにおける認知症の人の予防およびリハビリテーションはまだ模索されている段階であり、統一したプログラムの導入等は行われていなかった。ただし、エビデンスに基づいた運動プログラムにより認知機能低下を予防する活動が取り組み始められていた。これらの運動やアクティビティの提供は新たな認知症国家行動計画に位置づけられたこともあり、今後、具体的に取り組みまれていく可能性も高いと考えられる。

(注)

注1:「在宅ケア委員会からの提言」の日本語訳は、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』pp88-98に掲載されており、本稿の該当部分は報告書に訳されている内容を参照している。(http://www.ilc-japan.org/study/doc/all_1301.pdf)

(参考文献)

- 1) Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2010) National handlingsplan for demensindsatsen.
http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2010/December/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2010/Demens/National%20handlingsplan%20for%20demensindsatsen%20december%202010.ashx (2017年2月3日アクセス)
- 2) Sundheds- og Ældreministeriet. (2016) ET TRYGT OG VÆRDIGT LIV MED DEMENS OPLÆG TIL DEN NATIONALE DEMENSHANDLINGSPLAN 2025
http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Demenshandlingsplan-2025-PUB-sept-2016/Handlingsplan-V2.ashx (2017年2月3日アクセス)
- 3) Alzheimer Europe (2016) National Dementia Strategies Denmark
<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/Denmark#fragment3> (2017年2月3日アクセス)
- 4) Fratiglioni L, Pallard-Borg S, Winblad B (2004) An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet neurol*, 3(6)343-353
- 5) 竹田徳則, 近藤克則, 平井寛 (2010) 「地域在住高齢者における認知症を伴う要介護認定の心理社会的危険因; AGES プロジェクト3年間のコホート研究」『日本公衛誌』57(12):1054-1065.
- 6) 日本神経学会『認知症疾患治療ガイドライン2010』(2010)
https://www.neurology-jp.org/guidelinem/deg/sinkei_deg_2010_04.pdf (2017年2月5日アクセス)
- 7) Forebyggelse af demens (Prevention of Dementia)
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/forskning-og-innovation/Forskningsaktivitet/Stoettet-af-regionens-forskningsfond/beskrivelse-af-modtagere-2014/Sider/Forebyggelse-af-demens.aspx> (2017年2月6日アクセス)
- 8) Forskningsprojekt om fysisk træning og Alzheimer (Research project on physical training and Alzheimer) <http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/adex/> (2017年2月6日アクセス)
- 9) Christian Hejlesen (2015) Forebyggelse af demens (Prevention of Dementia)
<http://www.kl.dk/Menu---fallback/Forebyggelse-af-demens--id181361/> (2017年2月6日アクセス)
- 10) Support for research in rehabilitation for people with dementia
<http://veluxfoundations.dk/en/content/support-research-rehabilitation-people-dementia> (2017年2月6日アクセス)

6. 仮想ケースによる調査の結果

米国ラトガース大学非常勤講師 中島民恵子

1. ケースの設定

リハビリテーションに関連する具体的な実施内容をより理解するために、「脳卒中」「虚弱」「認知症」に関連する3つの仮想ケースを作成した。デンマークにおいては、ヒレロー理学療法・トレーニングセンター（Hillerød Fysioterapi og Fitness Center, HFFC）のセンター長（理学療法士）、ファクセ市（Faxe Kommune）のシニア作業療法士による回答をもとに、①支援目標、②ケアプランの展開プロセス、③受けられるサービスの種類・内容・量・制度の例、④支援に関わる関係者・連携方法、⑤本人のモチベーション向上のための方針の5つの項目を把握した。HFFCからの情報は「HFFC」、ファクセ市からの情報は「F市」で示す。また、仮想ケースに対する直接的な回答ではないが、ルーダスダル市（Rudersdal Kommune）のリハビリテーションセンター、ファクセ市の保健センターでのインタビュー結果のうち、仮想ケースに関連する内容を補足情報として併せて示す。

2. 脳卒中モデル

年齢：66歳	性別：女性	経済状況：地域で標準的
世帯	夫は2年前に他界。遠方に住んでいる長女は仕事をしていて訪問は月に1回程度	
住居	リハビリ病院からの退院後は自宅（アパートメントの1階）に戻り、独居での暮らしとなる。	
支援が必要となった経過	4ヶ月前に脳梗塞を発症し入院した。左半身麻痺が残ったため、リハビリ病院へ転院した。リハビリの結果、室内での自力歩行は可能となったが、屋外での歩行が不安定であり、左手の感覚がなく、調理がAさん1人では難しい状況にある。退院を3日後に控えている。	
日常生活・健康習慣	自分自身の日常的な食事でも塩分が高い濃い味付けを好んでいた。高血圧で受診歴があるが、一時期、血圧が下がったこともあり、病識の低下のもと受診をしていなかった。また、定期健康診断の受診を3年ほど中断していた。	
社会生活	Aさんは脳梗塞を発症する前には、スーパーマーケットの総菜売り場に勤めていた。機能がある程度回復し、自宅での暮らしが安定したら、障害を持つ孫のためにもまた働き始めたいという希望をもっている。	

1) 支援目標

HFFCでは、理学療法士のもとでトレーニングすることを通して、歩行距離とバランスの向上を目標として設定することがあげられた。F市では、Aさんへの面接と観察を通して、Aさんが再び仕事ができるようになるための課題を明確化し、そこからリハビリテーションの目標を設定することがあげられた。具体的には、①左半身麻痺による手の動作の改善、②歩行機能と起立機能の改善である。①では左腕と左手がどの程度動かすことができるのかをアセスメントし、トレーニングによって改善が見込まれる場合は、トレーニングの実施（麻痺した四肢にはウリアス包帯、電気治療、ブラッシング等）と進捗の定期的な評価が必要とされる。一方で、もし改善される可能性がない場合は左手の代替として補助器具の使用が提案され、補助器具を提供する作業療法士が関わることとなる。②では、職場における立ち仕事の必要性から、歩行や起立機能がさらに改善していく可能性が見込める場合はトレーニング（神経疾患をもつ人向けのトレーニング）が実施されるが、改善が見込めない場合は、歩行補助器具などを利用した代替手段が提案される。

2) ケアプランの展開プロセス

HFFC では、理学療法士が中心となり、ケアプランの展開をフォローするために定期的なテスト、F 市では、理学療法士と作業療法士が中心となり、ケアプランの達成状況を評価するためにさまざまなテストや評価スキームを用いることが想定されていた。

3) 受けられるサービスの種類・内容・量・制度の例

HFFC では、スタート時は週に 2 回、1 回 0.5 時間の個別治療（自己負担 1 回約 170 クローネ）を受けた後、週 2 回、1 回 1 時間のグループトレーニング（自己負担 1 回約 105 クローネ）を受けること、コムーネを通した家庭訪問が想定されていた。F 市では、週に 2 回、1 回 1 時間の個別、あるいは 1 時間半のグループトレーニングを受けることが想定されていた。なお、通所のトレーニングについては、病院から紹介された場合の交通費は無料、コムーネから紹介された場合の交通費は自己負担となる。また、F 市の回答では、歩行器、車椅子等の補助器具が必要な場合は、無料で援助を受けられる。A さんは片手がしびれていることから、片手で使うことができるキッチン用具の援助を受けられる可能性がある。

なお、脳梗塞のケースに限った内容ではないが、病院を退院後、F 市リハビリテーションセンターを経て自宅に戻る際に、センターでの訓練で改善した機能が維持されない危険性がある時には、判定員から維持トレーニングの必要性が示される。通常はバランス能力や持久力をつけることを目的にリハビリテーションセンターに通い、5 人から 8 人でのグループトレーニングが実施されることとなるが、通うことが難しい場合には理学療法士が本人の自宅に訪問して維持トレーニングを実施することができる。機能低下の程度にもよるが、基本的には 1 週間に 1 回、1 回 1 時間で全 12 時間のトレーニングが実施される。

4) 支援に関わる関係者・連携方法

トレーニングについてはコムーネか民間のリハビリテーションセンター／トレーニングセンターを本人が自由に選択できるが、HFFC ではセンターの理学療法士がトレーニングだけではなく家庭訪問についても関わっていた。しかし有する疾患についての定期的な診療などの医学的な管理については家庭医が関わることが想定されていた。F 市では、A さんが自宅における援助（整容や掃除等）が必要な場合はリハビリテーションチーム（本人が自宅で可能な限り多くのことをできるようになるためのトレーニングを約 2 ヶ月の期間限定で支援）が関わることが想定されていた。連携については、独自の作業療法士を有するリハビリテーションチームのスタッフ、トレーニング部門の作業療法士、看護師、在宅援助等を認定する判定員とで週に 1 回のミーティングを行い、本人のその時点における目標到達状況が協議され、トレーニングと援助をどのように続けていくかが決定される。

F 市には脳損傷コーディネーター、作業療法士、職業センターと判定員が参加する脳損傷フォーラムがある。このフォーラムにおいて、複雑な経過を抱える神経疾患の利用者について検討がなされる。A さんのように職場復帰を望む利用者についても、再び仕事に戻るために必要な最善の援助方法について検討が行われる。

なお、ルーダスダル市リハビリテーションセンターのショートステイでは、病院退院後に入所し（2 週間から最大 6 ヶ月までが基本）、自宅に戻る人たちが多い。理学療法士、作業療法士、看護師、介護士（SSA）が連携して各利用者のプログラムを作成している。脳卒中の利用者に対しては、臨床心理士、言語聴覚士、栄養士といった専門職も関わる。入所後 48 時間以内にコーディネーションナースが利用者の病状、社会状況等を細かく把握し、出来る

限りすべての情報を収集する。ショートステイに入所した早い段階で、理学療法士、作業療法士が本人の自宅を訪問し、自宅の環境を確認した上で、その環境に応じてどのようなトレーニングが必要かを確認する。また、それぞれの職種が関連するテストを実施する。それらの結果を持ち寄って各利用者に関するミーティングを行い、トレーニング計画が立てられる。

脳梗塞を患った 90 歳男性のケースでは、①豊かな栄養のある食事ができる（嚥下障害があるため）、②自分で動けるようになることが目標として挙げられた。①については、最初の 2 週間の目標としてまず、トロミを付けた水分の摂取を誤嚥することなく飲み込めることとし、その達成後に、飲み込みやすい食物（嚥下食）を飲み込むことができることを目標としていた。作業療法士の目標としては、口の中に刺激を与え、顔、口、喉の運動やマッサージをすることがあげられた（これは日本においては言語聴覚療法士（ST）の仕事になるがデンマークでは作業療法士が行っていた）。SSA の目標としては、口腔衛生と低栄養状態を評価することで高カロリーの食事を提供することがあげられた。②については、最初の 2 週間の目標として、日中の車いす離床、および自身での車いす駆動による移動とし、次に、移乗の際の協力動作の確立、そして移乗動作の自立が目標とされた。理学療法士の目標としては、移乗の自立の他にトレーニング用の自転車に乗れるようになること、座位姿勢の保持と安定があげられた。

5) 本人のモチベーション向上のための方針

HFFC では、A さんが孫を助けられるようになりたいという気持ちを本人の目標の出発点として支援し、テストを用いて改善の状況を明確にすることで治療やリハビリテーションを続けるモチベーションを確保することがあげられた。F 市では、A さんが何を再びできるようになりたいかを本人としっかり話し合い、そこを出発点に A さんは何ができるのか、何を積み上げていくかを明確にし、進めていくことがあげられた。なかなか達成できない大きな目標は、到達がより容易となる小さな副次的目標に分けることで 1 つ 1 つ達成していくことが重要視されていた。また、本人がトレーニングに参加することを動機づけるために、結果が分かりやすく楽しんで取り組めるパネルトレーニング等の道具の活用も挙げられた。なお、F 市保健センターでのインタビューの際にも、高齢者本人のモチベーション向上のためには、日常でその本人が何をしたいのかを具体的に聞き（例として、池に行ってカモに餌をあげたい、ソックスを自分ひとりで履けるようになりたい）、それが実現できるように目標を決めることの重要性が語られた。

3. 虚弱モデル

年齢：80 歳	性別：女性	経済状況：地域で標準的
世帯	子どもはおらず、献身的な夫と二人暮らし	
住居	持家（一戸建て）	
支援が必要となった経過	2014 年に右人工膝関節置換術、2015 年に左人工膝関節置換術を受けた。下肢の筋力低下により疲れるほど動きすぎると膝の痛みが出る。そのため、夫が家事全般や介護を献身的に行っている。活動量の低下から筋力の低下が起り、さらに活動意欲の低下がみられている。最近、自宅に閉じこもりがちである。	
日常生活・健康習慣	ゆっくりであれば身の回りのことはおおむね自分で行うことができるが、夫が手伝う時以外はうまくいかないことも出てきている。また、1 ヶ月前から尿意を感じてからトイレに行くまでが間に合わず、失禁してしまうことが増えた。現在、サービスは利用していないが、主治医のもとには定期的に通っており、「昔は色々やっていたのに、最近だんだん出来なくなってきた」と、ぼつりと自分の状況を話している。	
社会生活	手術の前は趣味のコーラスへの参加と月に 1 回の高齢者センターのカフェでの食事作りのボランティアをしていたが、今は全く参加していない。現在、参加する気力も起かない状況である。	

1) 支援目標

HFFC では、B さんの希望を（ここでは趣味のコースに再び行けることを想定）出発点に、筋肉量の増加、バランスの保持、歩行距離の増加および排尿コントロールが目標の設定としてあげられた。F 市では、B さんへの面接を通して、B さんは何ができるようになりたいと考えているかという内面の願いを明確化し、そこからリハビリテーションの目標を設定することがあげられた。B さんの最大の目標が再びコースに参加できることだとした場合、副次的な目標として①歩行機能の改善、②失禁の改善があげられた。①では、コースが行われている場所に出かけるための交通手段（バスやタクシー等）の確保、および歩行のトレーニングによる安定した歩行の改善が目指される。②では、自力でトイレに行き排泄できるまでの一連の動作（座位からの立ち上がり、ズボンの上げ下げ等）のトレーニング、骨盤底筋の筋力トレーニングを通して改善が目指される。

2) ケアプランの展開プロセス

HFFC では、理学療法士と一緒に計画をたて、下肢の筋力トレーニングをトレーニングセンターにて個別に実施すること、骨盤底筋の検査とトレーニングが想定されていた。F 市では、理学療法士が中心となり、定期的なテストや評価スキームを用いてケアプランの達成状況を評価し、B さんと協力して新たな副次的目標を立てながら展開されることが想定されていた。

3) 受けられるサービスの種類・内容・量・制度の例

HFFC では、①コムーネの訪問を受ける可能性を考慮し、家庭医への受診を勧める、②B さんの自宅を確認し、改善策（手すりを付ける等）を検討する、③一時的におむつを使用することを提案、④HFFC でのトレーニングを行うことが想定されていた。トレーニングについて民間を利用する場合は1回約170クローネ、コムーネによって提供される場合は時間や回数に制限はあるが、無料で受けられる。F 市では、理学療法士のもと週に2回、3ヶ月のトレーニングを受けることができると想定されていた（3ヶ月かからずに目標が達成された場合はその時点でトレーニングは終了。3ヶ月を超えて目標達成に4ヶ月かかった場合は理学療法士の判断でこの1ヶ月の追加分はトレーニングが認められる）。トレーニングは個別だけでなくグループトレーニングも受けることができ、マシントレーニングやパネルトレーニング機器を用いたアクティビティ的な内容が提供される。また、自宅での自主トレーニングのために遠隔モニターを用いたトレーニングの実施も可能であり、理学療法士が進捗状況を見守る。A さんのケースと同様に、B さんにも必要性が認められればリハビリテーションチームによる支援が提供される。そしてそれによるトレーニングは無料で提供される。

なお、ルーダスダル市リハビリテーションセンターでの外来リハビリテーションは、インフルエンザや転倒などの急性疾患や外傷後、あるいは引きこもり等で起こった生活機能低下が対象とされている。リハビリテーションセンターでトレーニングを受けるには、コムーネの判定員による判定を受けるか、家庭医や病院医師による推薦状が必要となる（コムーネの判定と家庭医からの推薦によるリハビリテーションの場合は社会サービス法、病院からの推薦の場合は保健法による）。このリハビリテーションセンターでは理学療法士による遠隔トレーニングシステム（イクラ・トレーナー）が開発されており、特に膝や腰の機能改善に向けて自宅で行うトレーニングに利用されている。自宅でのトレーニング時の動き等も理学療法士が確認することが出来るため、間違った動き等をしている場合は電話や通所の日に伝え、

動きに関しての改善することができる。

また、ルーダスダル市では「毎日のリハビリテーション」というプログラムがあり、本人による自宅で生活をしていく上での改善の目標設定、リハビリテーションチームによる家庭訪問、プログラム作成、リハビリテーションの実施（基本的には自宅で家事等をする動作の中にトレーニングの要素を入れて行う）、評価の実施が行われている。2015年の新たな法律では、在宅介護サービスを導入する前に、リハビリテーションを通して体力、機能改善を図る必要性が示されており（リハビリテーション前置）、今後さらに生活に密着した集中的なリハビリテーションが実施されると考えられる。

4) 支援に関わる関係者・連携方法

トレーニングについてはコムーネか民間のリハビリテーションセンター／トレーニングセンターを本人が自由に選択できるが、HFFCではセンターの理学療法士や作業療法士がトレーニングだけではなく家庭訪問についてもコムーネとともに関わっていた。しかし有する疾患についての定期的な診療などの医学的な管理については家庭医が関わるのが想定されていた。F市では、トレーニングを行う理学療法士が中心となりBさんの支援に関わるが、リハビリテーションチームとして関わる場合は、そのチームスタッフとも連携する。先に示したトレーニング終了後、民間が行っているトレーニングクラスでのトレーニング継続が提案される場合があり（利用は任意）、利用の場合、最初の何回かはBさんが安心して通えるように担当の理学療法士等が同行することができる。

5) 本人のモチベーション向上のための方針

HFFCでは、Bさんがコーラスに戻ることやシニアカフェで手伝いができること等、本人の目標を出発点とし、骨盤底筋を鍛えることによる排尿コントロール改善によって社会活動を増やせることでリハビリテーション継続のモチベーションをはかることがあげられた。F市では、Bさんが何を再びできるようになりたいかを明確化し、Bさんに対してこれらの目標を常に表現することがあげられた。つねにモチベーションを維持するために、Bさんのトレーニングに関係する全員が目標について話し、Bさん自身とともにモチベーションに関する対話（この場合はコーラスに参加することに関連付けることが重要）を続けることがトレーニングを成功させるカギとなると考えられていた。

4. 認知症モデル

年齢：85歳	性別：男性	経済状況：地域で標準的
世帯	7年前に妻を亡くしてからは長年独居で暮らしていることに対してプライドを持ってがんばってきた。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが仕事をしており、訪問は2ヶ月に1度程度である。	
住居	持家（一戸建て）で独居	
支援が必要となった経過	身体的な自立度は比較的高く、自宅で掃除や洗濯も自分なりに行っている。歩行状態は独歩であるが、方向転換時にふらつきがみられ過去に何度も軽い転倒を繰り返している。食事も自力摂取できるが、ほとんど自分では調理をせず、外で惣菜等を買うことが多い。最近、認知症の症状が見られるようになっており、「時々、訳が分からない状況になる。できていたことができなくなる様で怖い」といった不安な想いも漏らしている。	
日常生活・健康習慣	意思疎通は良好な状態であるが、財布や義歯の置き忘れ、もの忘れといった生活の困難さがある。自分自身の思考や判断の前後の記憶がとぎれてしまうことで、葛藤や不安から長男や近所の知人に電話をするといった行動や、財布の置き忘れから近所の知人にお金を借りに行きトラブルが起きる等が少しずつ出てきている。	
社会生活	最近では長年続けていた、陶芸サークルにも参加しないようになってきている。本人は妻と長年暮らした自宅で出来るだけ長く暮らしたいと考えている。	

1) 支援目標

HFFC では、C さんが可能な限り自宅での生活を継続できることが目標としてあげられているが、プライエムへの入居候補者になりうる可能性も指摘されていた。F 市では、C さんの認知症の状態から、定めた目標を覚えていることが難しいため、目標を設定すること自体が難しいと考えられていた。ただし、転倒歴があることから転倒予防を目標としたリハビリテーションの設定があげられた。

2) ケアプランの展開プロセス

HFFC では、コムーネの訪問による評価から自宅での訪問リハビリテーション（ADL トレーニング、起立着座訓練、階段昇降訓練等）の実施が想定されていた。F 市では、理学療法士による、トレーニング効果の評価と、評価に伴う目標の修正が想定されていた。

3) 受けられるサービスの種類・内容・量・制度の例

HFFC では、週に 2 回、1 回 30 分のトレーニング、必要に応じて絨毯や敷居の取り外しや補助器具の提供、理学療法士からの指示による ADL 機能を改善するホームケア等があげられた。F 市では、週に 2 回、最長 3 ヶ月までのトレーニングを受けることができると想定されていた。C さんの認知症の状況から可能であればグループトレーニングが受けられる。またグループトレーニングが難しい場合は個別でのトレーニングが実施される。トレーニングとしては、パネルトレーニング機器などの道具を用いたもの、歩行訓練、階段昇降訓練、屋外環境でのトレーニングを受けることとなる。トレーニングは無料で提供される。

4) 支援に関わる関係者・連携方法

HFFC では、理学療法士とコムーネが支援に関わる関係者として想定され、理学療法士による自宅での ADL 機能の改善およびリハビリテーションセンターでの耐久性の向上と筋力向上トレーニング、家の改装があげられた。F 市では、トレーニング以外の生活支援として、転倒した場合の非常時呼び出し、認知症デイセンターの利用（息子や隣人の負担軽減のため）、電子支払いの支援（財布に多くの現金を持たずにすむため）、ホームヘルプサービスの利用等が出来るよう、認知症コンサルタントと連携することが想定されていた。

5) 本人のモチベーション向上のための方針

HFFC では C さんが自宅にとどまれるよう、また、C さんが考える目標を出発点にトレーニングを行うことが示されていた。F 市では、上記の 1) 支援目標でもあったように、認知症であるために目標設定自体が難しいと考えられおり、モチベーション向上のための方針が示されなかった。

5. まとめ

リハビリテーションの目標設定において、常に本人がどうなりたいかというところに一貫して焦点があてられていた。目標を実現するために、理学療法士を中心としたさまざまな専門職が目標を共有した上で関わり、副次的目標を細かく立てながらトレーニングを 1 つひとつ着実に実施していく様子が理解できた。ただし、認知症モデルに関しては、他の 2 つのケースに比べるとトレーニングに対する支援内容が消極的であり、本人が認知症であることに

よって目標自体を設定することが難しいと考えられていた。デンマークにおいて、認知症高齢者の「意思の尊重」をどのようにリハビリテーションにおいても展開していくことができるかは、今後さらに検討される課題であるとする。

7. デンマークのまとめ

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

1. 制度・政策的フレームワーク

1) 専門職による行政企画・運営と絶えざるイノベーション

自治体における保健・介護に関する政策の立案・実行については看護師などの専門職が行っており、保健・介護部長をはじめとする幹部職は各専門職に加えて経営学または法学等の修士レベルの学修を経ている。しかもセクション移動がなく、課題に対して実効性と責任を伴うイノベーションが行なわれている。時間をかけて地域の課題に取り組み、計画を立てて実践し、効果測定をしてエビデンスをもって改善し、責任を負っていくという PDCA サイクルを回しているのである。

今回の調査では2つの自治体を訪ねたが、保健・介護部長は10年以上そのポジションを続け、現場職員との信頼関係があり、各職員と対話して変革の意味を伝え、目標を共有して協働している様子が伺えた。自治体幹部職員は、女性が主流を占めていた。

2) 保健・介護政策目標を常に刷新（国、地方自治体）

中央政府は2013年に「在宅ケア委員会報告書2013～未来の在宅ケア～」を出し、エイジング・イン・プレイスに係る在宅ケアのあるべき姿を明らかにした。その中で、「活動的な毎日」「介護の前のリハビリ」が提言され実践されてきた。それらをより具体的に一步進めて、2015年1月より「リエイブルメント（在宅への短期的な介入で能力の回復・維持に向けて日常的な機能訓練を行なう）」が各自治体に義務づけられた。

さらに2014年には「尊厳政策」を打ち出している。「活動的な毎日」を踏まえつつ社会的ネットワークの強化を市民の主体的活動によって進めようというものである。国は常に新しい政策の方向性を示して、超高齢社会へ向けての挑戦を自治体・国民に促している。

2. 「自立」に向けたリハビリテーションと介護予防

1) 高齢化への危機感と効率化

さまざまな変革・挑戦がなされているが、超高齢化社会への強烈的な危機感を持っている点、予算には限界があるという現実を踏まえている点をまず指摘したい。「このままではシステムはパンクする」という危機感を高齢化率18.8%の国が持っているのである。

予算が限定されるなかで、ケアの質を落とさず継続可能なシステムをどう構築するか、バランス感覚をもって効率を上げていく方法について組織を挙げて試行錯誤していた。機能低下・罹患率がとくに高まる80歳以上高齢者に注目している点も興味深い。

2) 徹底した生活に基盤を置く「ヘルプ・セルフヘルプ（自立支援）」

デンマークにおける2013年以降の革新の底を流れる理念は利用者の「自己決定」に基づく「ヘルプ・セルフヘルプ（自立支援）」であり、起きる、食事する、散歩する、トイレに行くなどの日常生活に基盤が置かれている。この理念が、自治体トップのみではなく職員から市民に至るまで共通認識として徹底している点に着目したい。地域包括ケアの「規範的統合」に当たると考えられるが、専門職が継続して責任ある仕事を推進できる行政ストラクチャー、たゆまざる職員研修、徹底できる背景要因としては、カンファレンスを通じた切磋琢磨、市民への説明・対話、国民性や意識などさまざまな要素が挙げられる。

2013年から行われているリエイブルメントの革新は、日常生活に基盤を置く「ヘルプ・セルフヘルプ」を基礎理念とするものである。

3) 専門職をつなぎ、広範な場をつなぐ一貫したマネジメント

リハビリに関して得たキーワードを再掲する。

- ・介護の前のリハビリ
- ・リハビリ開始の窓口が多様
- ・医師のいない回復期リハビリ
- ・地域を意識したリハビリの連続性
- ・分野横断的連携
- ・エビデンスに基づいた挑戦と改善

2015年1月から法制化された「介護の前のリハビリ」はもとより、病院からの退院時のみではなく、自宅での機能低下発見時、在宅ケア開始時など、リハビリ開始の入り口を多様に設けてリエイブルメントを実践している点に着目したい。

「24時間リハビリ（医師のいない回復期リハ）」「外来トレーニング」「在宅での自主トレーニング」などリハビリの場も多様であり、「施設リハが終わったあとが重要」と普通の暮らしに基礎を置く在宅トレーニングにも力を入れ継続的にモニタリングしている。基盤としての居宅サービス（訪問介護 *hjemmepejen*、訪問看護 *Hjemmesygeplejen*）が充実しているので悪化した際の発見も早く、緊急対応もしやすい。さらに、重要な情報については判定委員にフィードバックされ、在宅・施設を超えたマネジメントも可能である。本人の生活を中心に、専門職や住まいの場を超えた水平的統合、時系列を踏まえた垂直的統合がなされている。

4) 予防としての「活動センター」

予防については、年齢を問わず、食事・喫煙・肥満など広範なアプローチがなされていた。20年前から開始された75歳以上高齢者を対象とする予防訪問は、2016年より80歳以上を対象とすることとなり、実効性を重視した展開を確認した。さらに、「活動センター」での社会交流が非常にさかんでボランティア中心に運営され、介護予防の視点から意義ある存在であることを確認した。

また、孤立の予防に関しては「孤立防止全国キャンペーン（National campaign against loneliness）」において、一緒に集まって夕食を共にする全国的なイベントなどもおこなわれており注目に値する。

5) 認知症高齢者に対するリハビリテーションと介護予防

2016年に発表された認知症国家行動計画の中に、ケアとリハビリテーションの質の改善について触れられており、良質な運動とアクティビティの提供、またそれらを通じた交流・ネットワーク形成を通じて認知症の早期発見・早期介入に力を入れていく方針が出されている。

そのような中で、一部のコミュニティーでは新たに認知症と診断された人に対して、認知機能低下を予防するための運動プログラムが、各専門職との連携や自宅訪問も含めたシステムとして実践されたりもしている。

また、認知症高齢者に特化したリハビリテーション・プログラムはないものの、一般的に行われているリハビリテーションでは、重度・軽度を問わず特別な配慮をうけつつ一般的な

プログラムに参加している様子が伺われた。

一般的には、認知症高齢者のリハビリテーション等についてはまだ模索段階にあり、各コムーネの個別プロジェクトとして取り組まれているようである。

(コラム)

デンマークにもあった？回復期リハ

医療法人真正会霞ヶ関南病院長 伊藤 功

2016年8月22日から27日まで「高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究」のデンマーク調査に参加しました。私自身、病院では院長職だけでなく、回復期リハビリテーション病棟に入院される方々の主治医として他の職種とともにリハビリテーションの現場で働いています。また当院は埼玉県地域リハビリテーションサポートセンターに認定されていることから介護予防や健康増進の地域づくりに多くの関わりを持っています。

デンマークでは、まず初日に Hillerød 自治体にある理学療法士の方がセンター長（且つ経営者でもあるとのこと）を務めるトレーニングセンターを訪問。壁には「A winner is a dreamer who never gives up!」、「Winners never quit, quitters never win」といったモチベーションを上げるための標語や、この施設を利用しているアスリートの写真などが飾られ、一般の人、家庭医からの紹介によって利用している人、介護予防的な健康づくりの為に利用している高齢者、さらには元トライアスロン選手のようなアスリートなどが一緒にここでトレーニングを行っており、否が応でも体を動かしたくなるような仕組みが施されている施設でした。

2日目の Rudersdal 自治体の保健医療関係者へのインタビュー調査を経て3日目は「泊りがけリハビリ訓練」を行なっている Rudersdal 自治体の Pleje og genoptræningscenter Skovbrynet（ケア&リハビリテーションセンター スコウブリュネット）を訪問しました。センター内を見学させていただきましたが、段差が低く傾斜も緩やかな階段、トレーニング機器のある訓練室、上下する洗面台・手摺付きトイレ・シャワー付きの部屋20床分、自宅を模した作業療法士訓練室、体に合わせて上下し、車椅子でも作業できるように下部が空いているキッチン、など日本のリハビリ病院と同じ様な設備環境になっていました。

まず「泊りがけ」の最初のイメージは、「一日では済まないの泊まる必要がある」といった短期的な入所リハビリのイメージでしたが、センター長やスタッフの方々の説明では、入所期間については約2週間から長い方でおおよそ6ヶ月だそうで（日本人の悪い癖？で「平均どのくらい」と尋ねたのですが、通訳の方がデンマーク人は総じて数字に弱いとのことで）週から月単位、人それぞれと、必ずしも数日、1～2週といった短期入所的なものではありませんでした。

またここで働いているスタッフは看護師、社会福祉士、介護士（SSA）、理学療法士（Fysioterapeut）、作業療法士（Ergoterapeut）で約25名、そして必要に応じ言語聴覚士（Logopæd）、栄養士が関わるとのことでした。また、この施設には家族会や退所した方々の会もあるとのことでした。しかし、このようなリハセンターには医師の配置はなく、この点が最も日本と違うところでした。

センター入所者に対する医師の関わりや入所中の医療的管理について尋ねてみると、「極端に言えば20人の利用者に20人の家庭医がいる。そして緊急以外家庭医に連絡を取ることも報告することもない。家庭医が定期的に診察に来ることもない。だってここはリハビリセンタ

ーで病院ではないから」とのこと。

リハビリテーションを提供する対象も脳血管障害、心疾患、禁煙指導を含む呼吸器疾患（特に COPD に対する）、がん、腰痛など、日本における疾患別リハビリテーション同様多岐にわたり、入所に至るシステム、施設環境、訓練環境、そして外来リハ、維持的なトレーニング、介護への繋ぎも含め、私たちが行っている日本での回復期リハビリテーションのシステムとほぼ同じと考えていいでしょう。ただ一つ違うのは医師がいないので「病」院でもないし「病」棟でもない。病気をすれば医師にかかり治療のために入院もするのでしょうが「病」によって受けた「障害」についての専門職チームの中には医師の位置付けないということでした。これには大変驚いた次第です。

デンマークにも「回復期リハビリテーション施設」がありました。ただ医師はいないので「医師のいない回復期リハビリ」でしたが。

最後に、デンマークでは嚥下障害に関わる専門職は言語聴覚士ではなく、食事が生活の中での重要な行為と考え作業療法士が関わるそうです。こんなところも国による障害に対する考え方の違いを感じさせてくれたことでした。

(コラム)

デンマークの機器活用とその背景

医療法人真正会霞ヶ関南病院 地域リハビリテーション推進部 岡持利亘

デンマークへの滞在中、介護予防とリハビリテーションの様々な取り組みや仕組みについて学びました。通して驚いたのは、住まいや介護だけでなく、介護予防やリハビリテーションが適正かどうかについても、行政が中心になって施策デザインを見直し続けている事でした。要介護状態とならないよう、徹底して予防に重点を置き、前倒して様々な働きかけを行い、かつ、その選択肢が多いことも同様です。

「ケアを受ける前にリハビリテーションを受ける義務がある」、「国民は活動的な生活を送る義務がある」等、「法律による規制」として規範が存在し、自助・互助の考え方が市民にも浸透している様子に、日本ではどのようにしていったらいいか？と、色々と考える時間になりました。そのような、「義務を果たす市民」に対する援助や工夫の一つとして、さまざまな機器が活用されていると感じたのでご紹介します。

○機器活用その1：自転車

年齢に関係なく「活動的な生活を送る」わけですから、移動手段に自転車を選ぶ人も多いようで、どの市でも街中で多種多様なバイクを見かけました。「自転車専用レーン」「自転車と共に乗れる電車」など、インフラも整備されています。

○機器活用その2：IT 機器

デンマーク政府は、ペーパーレス化、福祉サービスの電子化、公的部門間の連携強化を柱とする「電子政府戦略」を推進しているので、どの施設に行っても机の上に紙が山積みになっている事はありません。例えば、訪問看護のオフィスでは、ノートパソコンとモニターによる2モニターで作業効率を上げつつ、とにかく紙が少ない……。そして、もう一つ、固定電話がどこの事業所に行ってもありません。「スマートフォンがある」だそうです。社会のICT普及率が高い環境なので、行政の手続きなどもパソコンとネットワークが欠かせません。よって、地域の高齢者が集まる「活動センター」においても、パソコン教室が大人気なのだそうです。

○機器活用その3：リハビリテーション機器

リハビリテーションの現場でも、様々な機器が活用されています。

例えば、理学療法士が経営する民間のリハセンターでは、チェックインや個人別のトレーニングメニューはICチップで管理され、腕に付けたリングに個人認証とプログラム記憶がされているそうです。

また、外来リハセンターでも、いろんなトレーニング機器を開発・活用していました。図1はICURAという、自宅でトレーニングを行うための道具。腰と手足にセンサーを付けて、アプリケーションの言うとおりに自主トレーニングを行う事で、正確な内容、回数でのメニューを行え、かつ外来リハセンターにフィードバックされ、結果、通う回数を減らす事が出来る……などのメリットがあるそうです。



図 1 : ICURA

https://www.youtube.com/watch?v=gk_iMPyzU9A

別のリハビリテーションセンターでは、「石畳トレーニング」というものを開発していました。LED で発光するタイルを床に敷いて、点灯する順にそれを踏んでいき、移動動作やバランス能力の向上に活かすものです（図 2）。

どのリハセンターにおいても、自施設の利用者の特性にあわせて、トレーニングを効果的に行う機器の開発や活用をしていました。

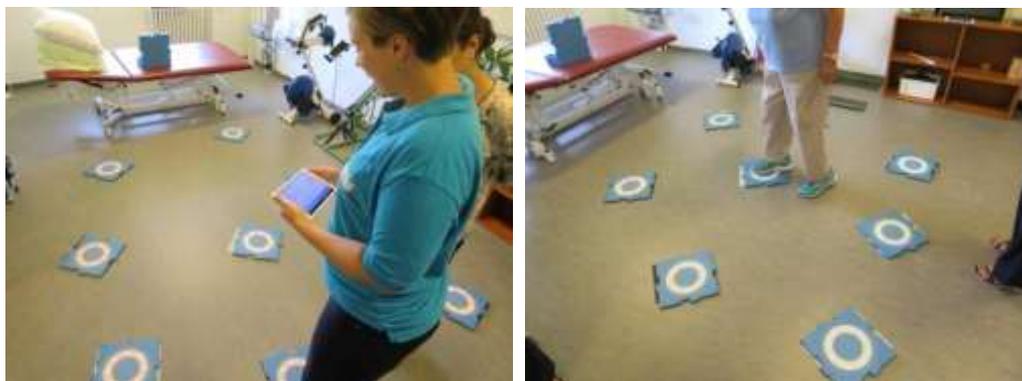


図 2 : 石畳トレーニングの様子

介護予防やリハビリテーションを前倒しで行う考え方や、自助・互助が浸透している背景があるからこそ、「自分で行う」「活動的な生活を送る」ための、暮らしに溶け込んだ機器類の活用が印象的でした。

(コラム)

認知症コンサルタント

米国ラトガース大学非常勤講師 中島民恵子

デンマークでは、2002年にすべての自治体で認知症コンサルタント（認知症コーディネーター）を配置しなければならないと定められ、2010年の社会サービス局の調査によれば、自治体の96%が認知症コンサルタントを配置しています。認知症の人にとって、認知症コンサルタントの存在は強い味方と考えられます。今回のデンマーク調査では、ルーダスダル市の認知症コンサルタントの方にインタビューできましたので、主な役割や関係機関との連携のあり方等をみてみましょう。

ルーダスダル市の認知症コンサルタントの看護師の資格を持ち、認知症の専門教育を受けています。主な仕事としては、1. 本人や家族からの相談へのアドバイス、2. 判定課（サービス判定や入所判定を行う）とともに認知症の人が利用するサービスの決定（GPS利用も含む）、3. 本人が拒否することに対する強制的な介入手続きの実施、4. 家族や専門職に対する認知症に関する教育講座の実施、5. 認知症に関する最新情報の取得等があげられます。

認知症の人が認知症コンサルタントにつながる方法として、① 病院（メモリークリニック）からの検査結果の連携、② 家族、近隣、活動センター等の本人と身近なところからの相談、の大きく2つがあげられていました。①については、デンマークの政策として、認知症の人はレギオンが管轄する決められたメモリークリニックで検査、診断を受け、その後も年に1～2回の検査を受けることが定められています。受診した認知症の人がどのようなケアを受けているかをその人が住む自治体（コムーネ）が把握し、適切なケアを受けているかを管理することが求められています。

ルーダスダル市があるレギオンには5か所のメモリークリニックがあり、そこでの診断結果は認知症コンサルタントに知らされます。本人に確認の上、同意が得られれば、家庭訪問に行きます。②については、例えば親が認知症になったがとても不安との電話相談が入った場合等に家庭訪問に行きます。訪問は1度だけということではなく、症状の重さに応じて月1回～年1回と幅があります。

ルーダスダル市には約400人の認知症の人がいますが、全ての認知症の人を認知症コンサルタント1人で対応することは非常に困難です。そのため、在宅の各地区から1人、各プライエセンターから1人（規模が大きなところは2人）、全体で30人の認知症アドバイザーという役職の人たちいます。認知症アドバイザーはほとんどが看護師の資格を持っており、多くが訪問看護師の仕事をしています。認知症アドバイザーはすべて公務員ですが、この役職として雇用されている訳ではありません。例えば、本業が訪問看護師の場合は、訪問看護師の知識に加えて認知症の専門知識を持ち、認知症の人の支援に適切に対応できる存在です。常に認知症コンサルタントと緊密な協力関係を持ち、1年に4回の会議のほか、必要に応じて1対1で話し合っています。

認知症コンサルタントへの認知症の人に関する情報の一元化や認知症アドバイザーとの密接な連携は、公務員という立場のもと、認知症の専門職として位置づけられていることが大きいかもしれません。認知症に関することと言えば、「まずは認知症コンサルタントに連絡」ということが多くの人に共有されると、そこを起点に認知症の人や家族へ適切にケア等の提供が行われやすくなるのではないかと感じました。

Ⅲ. オランダにおける高齢者の自立支援 に向けた介護予防やリハビリテーション

1. 国の概要
2. 医療・介護政策の沿革と概要
3. ライデン市における WMO の実際
4. 認知症高齢者と介護予防、リハビリテーション
5. 仮想ケースによる調査の結果
6. オランダのまとめ

コラム

Ⅲ. オランダにおける高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション

1. 国の概要

政策研究大学院大学教授 小野太一



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

1. 国土と人口・健康 ¹⁾

オランダはその約 2 割が海拔ゼロメートル以下という平坦な国土 (41,543 km²) におよそ 1,700 万人の国民が高い人口密度で暮らしている国家である。

2014 年において人口の約 21%がオランダ以外で生まれており、半数を超える者がアンティル諸島等の海外領土、モロッコ、スリナム、トルコ等の出である。

2014 年において、高齢化率 (65%以上人口) は 17.7%、合計特殊出生率は 1.7、従属人口比率は 52.5、都市部以外の人口は 10.1%となっている。同じ数字が 2000 年においてそれぞれ 13.6%、1.7、47.8、23.2%であったことから比較すると、出生率は低下していないものの人口の高齢化が進み、また都市部への人口の集中が進んでいることが伺える。

一方健康に関する主要指標をみると、2013 年において平均寿命は 81 歳 (男 79 歳、女 83 歳)、健康寿命は 71 歳 (男 70 歳、女 72 歳)、主要死因はがん、循環器系疾患が 2 大死因となっており、呼吸器系疾患がそれに続いている。精神及び行動の障害 (ICD F00-99) に分類される死亡が高い (2015 年で 11,377 件、日本が 2014 年で 12,684 件。いずれも実数、WHO のデータによる) ことも特徴である。疾病に関してみれば、他国と同様に教育水準等による不平等も見られており、非西洋系の移民も高い罹患の状況にある。さらには肥満 (運動不足)、精神疾患、大都市部における大気汚染等も健康に係る課題とされている。

2. 経済・政治

世界のトップ 20 にランクするオランダ経済は金融や商業を主要推進力とし、おもな産業は (集約的) 農業、食品加工、化学及び石油精製、並びに電気機器となっている。2014 年で

国民一人当たり GDP は 45,691 ドル、成長率は 1.0%、失業率は 7.4%と、リーマンショック前の 2007 年においてそれぞれ 46,852 ドル、3.7%、4.2%であったのと比較するといずれも悪化している。

政治システムは立憲君主制であり、第 1 院（上院）、第 2 院（下院）からなる二院制を採っている。150 名からなる第 2 院の議員は 18 歳以上のオランダ国民の直接投票により選出され、75 名の第 1 院の議員は 12 の州議会により選出される。多数の政党からなるオランダの政治状況においては政党間連合による政権となるのが通常であり、選挙後の向う 4 年間に係る政策合意やポストの確定に時間がかかるのが通例である。

州政府及び基礎自治体（municipalities）の議会も直接選挙により選出される。州政府は主に土地利用計画、水や環境の管理、ソーシャルワーク、文化等の行政に携わる一方で、基礎自治体政府は住宅、道路・交通安全、教育、公衆衛生、ソーシャルワーク、青少年のケア、文化、体育等幅広く、かつその範囲は広がりを見せている。後述の 2015 年の WMO 改革により、社会的保護や支援、自立支援、社会参加や介護付住宅等についても基礎自治体の役割とされた。

2. 医療・介護政策の沿革と概要

政策研究大学院大学教授 小野太一

1. 沿革

オランダは医療・介護政策に関し我が国と同様社会保険方式を採用しているが、その歴史は19世紀前半の慈善団体や医師、薬剤師他が設立した共済組織（19世紀後半になり労働組合も設立）が疾病金庫に発展したことに遡る。そうした自主的、断片的な取り組みは徐々に強制力を伴う国の制度に置き換えられて行った。1913年に疾病法（Ziektewet）が成立したが、一定の水準以下の所得の被雇用者（及びその親類（relatives））に対して疾病金庫方式による強制加入の保険制度が導入されたのは第二次大戦時のドイツ占領下であった。被雇用者以外の者は疾病金庫への任意加入が可能とされ、また一定以上の所得の者は民間保険に依存することとなった。

1966年に施行された疾病金庫法（Ziekenfondswet）は同様の強制加入、任意加入、民間保険の3つからなる枠組みを保つ一方で、重大な医療リスクに関しすべての国民を強制加入させる新たな仕組み（Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico's, AWZ）が創設された。翌1967年により狭い範囲を対象としたAWBZ（Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten）に置き換えられたが、これが後述の2015年の改革により長期介護法WLZ（Wet Langdurige Zorg）となるまで高齢者介護の中心的役割を果たしたAWBZの起源である。すなわち、そもそもが「疾病金庫制度を中心としつついわゆる『国民皆保険』ではない中で、『重大な（医療）リスク』を支える強制加入の社会保険」という性質をもつものであったのである。

医療に関して若干敷衍すると、その後高齢者を含む多くの高リスクの者を対象としていた任意加入の制度は1986年に廃止され、それらの者は強制加入の疾病金庫に加入するか、民間保険に入ることとされた。こうした疾病金庫と民間保険が並立する構造は、2006年の改革において、マネージドケアの考え方を導入しつつ基礎的な給付を提供する保険者²⁾への選択制による強制加入制度により一元化され、皆保険が達成されることになった。

一方で高齢者介護を支えるAWBZにおいて給付の範囲が拡充され、また施設給付の対象となる者の範囲も拡大されるなど³⁾により、その膨張が課題となった。こうしたことを背景にして2007年にWMO（Wet Maatschappelijke Ondersteuning、社会サービス法）が施行され、AWBZから家事援助、移送、食事の提供、生活援助、ホームレスや薬物中毒者の一時入所施設が基礎自治体の予算事業に移管された⁴⁾。その目的としては、個人にとり大きな金銭上のリスクである重大な慢性かつ長期ケアへの保険というAWBZ本来の趣旨を取り戻すことにあり、さらには費用抑制にも資するものと説明されている。WMOの導入に際し、政府はさらに、基礎自治体の方がこうしたケアを効率的に提供できであろうと説明した。また市民に対しては互助による支え合いを再開させるよう促し、家族や近隣の者による自主的な支援が不十分かつ不可能な場合にはプロの手によるケアが行われるべきであるとの説明を行い、WMOの導入には、基礎自治体が市民による社会参加を可能にするよう、障害となる事柄を取り除く役割を果たすことができるようにするという意義があることも強調した⁵⁾。

しかしながら2007年の改革にもかかわらずAWBZに係る費用は膨張を続けた。2014年においてはAWBZに係る歳出は278億4千万ユーロに達し、医療費に係る予算総額の29%にも上る状況に至ったため、人口の高齢化とそれに伴う需要増により介護費用が賸えなくなるおそれが生じた。さらには経済危機に伴う財政赤字の拡大やECからの財政規律の要請にも応える必要も生じ、「欧州半期制度」（European Semester）の下でオランダに対して介護

保障制度の改革が促されるに至り、大きな制度改革は避けられない情勢となった。それに応じて行われたのが 2015 年の AWLZ の廃止を含む大きな改革であるが、その内容は以下で詳述する。

2. 概要

2015 年の改革は、大まかにいえば改革前においては AWBZ と WMO の 2 制度により進められていた高齢者介護に係る給付について、1) 一部を医療保険法 (Zorgverzekeringswet, ZVW) の体系下での給付に移管したこと、2) AWBZ から WMO への移管がさらに進められたこと、それらと同時に 3) AWBZ が新たに介護法 (Wet langdurige zorg, WLZ) に置き換えられたことがポイントである⁶⁾。

その趣旨としては、1) 費用削減により介護制度を持続させること (具体的には 2015 年において 5 億ユーロの削減となり、2018 年までには年 35 億ユーロの削減を見込んでいた)、2) 特にオランダにおける高い施設入所率を踏まえ、人々に可能な限り自立した生活を送ってもらうこと⁷⁾、3) ケアの質とコーディネートを改善すること、の 3 点が挙げられ、またそれらを基礎自治体への権限移管という地方分権的な手法により達成することとされた。

以下、WLZ、ZVW、WMO の所管について記述する⁸⁾。

1) WLZ (介護法)

前述のように WLZ は AWBZ を実質的に後継する制度であり、給付対象が絞られた結果保険料率も引き下げられて 9.65% (上限額年 3,241 ユーロ(2015 年)) とされた。その給付対象は「施設から在宅へ」の考え方の下で常時の看視あるいは 24 時間の介護が必要な者に絞り込まれた。具体的な状態像としては認知症の進んだ者、重度の身体障害又は知的障害を有する者、長期の精神疾患を抱える者等が挙げられている。ニーズの評価によっては施設介護が利用可能であり、また施設が利用可能なレベルにあるにもかかわらず在宅での生活を希望する場合には、現物給付での在宅介護又は個人勘定での給付も受けることができる (次頁以下の「3. 2) サービスメニューと自己負担・報酬参照、ケアプラン」)。また個人勘定に関しては、従前の受給者自身が管理する方式での不正受給の可能性を排除するため、政府機関である社会保険銀行 (Sociale Verzekerings Bank, SVB) が受給者になりかわり管理を行うこととされた。また移行に際しては経過措置が設けられて、既に施設に入所している者については、WLZ の下では給付外となる場合でも継続して入居することが可能とされた。

2) ZVW (医療保険法)

旧来は AWBZ の下で提供されていた在宅看護 (Home Nursing) は医療保険 ZVW の下で提供されることとなった。具体的には、糖尿病ケアや投薬の管理、傷の手当や注射といった行為や、清潔保持 (washing)、着衣、髭剃りの補助等の身体介護 (“body-related” personal care) などが該当する。これにより、在宅看護は家庭医等他のプライマリケアに近い形でおこなわれることとなるとともに、医療保険者が医療関係のすべての部門について責任を持つようになり、ケアの統合性が高まることが期待された。この体系の下では、地域看護師⁹⁾が給付対象者の住居を訪問し、自立した生活が可能であるかどうかを評価するなど、在宅生活継続に重要な役割を果たすこととされた (地域看護師によるアセスメントとケアプランについては後述)。地域看護師は実際に看護サービスを提供するのみならず、予防、介護、健康の維持、住居等について一貫性を高める役割をも果たすことになる。またこの移行は一部自己

負担の廃止を伴っており、さらに在宅看護は年間の定額自己負担免責制（2015年で最初の385ユーロ）の対象からも外されている。

3) WMO（社会サービス法）

WMO 給付の対象とされるのは家事援助、移動支援、車いす等の補助器具、住宅改修等である。基礎自治体により提供されているが、これは AWBZ（WLZ でも同様）において保険者の役割を担うケア・オフィス（全国で 31 か所¹⁰⁾。地域ごとに存在）より基礎自治体の方が利用者毎にふさわしい解決策を提供し、インフォーマルケアを振興するにもふさわしいとの理解に基づく。こうした転換により、例えばかつてであればプロ（専門職）の手による社会参加や生活支援を利用する権利を有していた者であったとしても、改正によりまずは基礎自治体に相談し、相談を受けた基礎自治体は最初に近隣の者やボランティアなどによるケア等、プロの手に依らない方法を模索する仕組みとされた。このことは、AWBZ（WLZ）が提供してきた利用者の「権利に基づくアプローチ（rights-based approach）」が、「提供ベースでのアプローチ（provision-based approach）」へ置き換えられたものと説明されている。その際に、基礎自治体の方がその市民に対して近くに存在しニーズを評価するのに適した存在であり、かつ、とりわけ自立を訴えかけることにより効率的なサービス提供を行いうるものとされている。自治体はその裁量により WMO のサービスに対して自己負担を独自に決定することができるが、ミーンズテストによる方式は禁止されている。

3. 要介護認定、サービスメニューと自己負担・報酬、ケアプラン

2015 年の改革法により基本的に WLZ（介護法）、ZVW（医療保険法）、WMO（社会サービス法）の 3 本立てとなり、要介護認定やサービスメニュー（自己負担・報酬）、ケアプランについてもそれぞれの体系の下で提供されている。

1) 要介護認定

WLZ の下での要介護認定は旧法（AWBZ）の体系下での方式を継ぎニーズアセスメントセンター（CIZ）が行うものとなっており（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』にて詳述）、WLZ の対象となる「週 7 日 24 時間の看視が必要かどうか」はここで判断される。

ZVW の下で提供される在宅看護（Home Nursing）に関しては CIZ による「要介護認定」のような独立したプロセスは存在せず、状態像を見た上でのクライアントのニーズのアセスメントは一貫して地域看護師¹¹⁾が行うこととされている。こうした地域看護師による状態の評価は ZVW によってカバーされている。

WMO の下で提供される家事援助、生活支援サービス等の利用対象への該当の有無に関しては基礎自治体が評価する。この評価を行う責任は法定されている。評価は実際には基礎自治体の職員又はソーシャルヴァイクチームのメンバーにより行われているが、いわゆる「要介護認定」のような医学的観点も含めた介護の必要度の客観的評価ではなく、しばしば「キッチンテーブルでの会話（keukentafelgesprek）」と呼ばれるように、まずは利用者個人の困りごとに関し（親族、隣人等の）ソーシャルネットワークの利用可能性を検討し、困難であればプロの手を借りる、というような検討を行うことが一般である（以下の 2）参照）。但しどういった進め方で評価を行うかは基礎自治体の自由であり、基礎自治体によってはこのアセスメントを CIZ に委託している場合もある。

このように 3 制度において制度対象の eligibility に係る評価プロセスは分かれているが、

利用者視点で一つの評価プロセスにできないかというパイロットプロジェクトも一部で取り組まれている（保険会社（非営利）でのヒアリング）。

2) サービスメニューと自己負担・報酬

WLZ の給付は施設での介護と在宅での介護を選択することができる。施設での介護はナーシングホームにおいて行われる。2014 年において約 450 の組織が全国で約 2000 か所の居住施設を提供している（ただしそれらのすべてについて WLZ の給付対象となっているかは不明）。「在宅」での介護は、1) 個人住宅等における「在宅での完全パッケージ」(Volledig Pakket Thuis, VPT) での現物給付か、2) 「在宅での一部パッケージ」(Modulaire Pakket Thuis, MPT) での現物給付、又は 3) 個人勘定 (PBG) を用いてケアサービス（在宅リハビリを含む）を自ら購入、のいずれかとされている¹²⁾。2012 年において施設ケアを受けている者の 4% が個人勘定を受給しており、また個人勘定を選択する新規受給者は 2.8% となっている。

ZVW からの給付は、医学的なりハビリテーションの他、1) ②で掲げたような、24 時間の看視、介護までではないものの一定程度のケアを必要とした在宅看護を対象としている。

WMO からの給付は家事援助、移動支援、車いす等の補助器具、住宅改修等である（詳細は松岡（2016）を参照）。こういったサービスをどの程度行うかは基礎自治体ごとに決定権限がある。運営費に関しては WMO 予算からの補助が行われているが、ヒアリングではそのみでなく、提供団体自身の予算（寄付等を財源）も支出されているとのコメントがあった (Radius)。

これらのサービスの報酬と自己負担について¹³⁾。ZVW の下でのサービス（ナーシングケアを含む）に関しては、利用サービスを通じて年 385 ユーロの免責 (deductible) があるが、それ以上の自己負担はない。市民による医療サービスの誤った利用や過剰利用を防ぐため、サービスに対しては強制的な免責制が適用されている¹⁴⁾。この免責額は任意で年 500 ユーロ¹⁵⁾まで増やすことができ、その分保険料が下がる仕組みとなっている。ナーシングケアの保険から支払われる時間単価については利用者には知らされず、事業者と保険会社の間で決められ、契約によって異なっているが、およそ 1 時間 50 ユーロ程度が相場である。

WMO の支援サービスや家事援助サービスに関しては、サービス提供者と市との間での協議により価格が決められるが、サービスによって 1 時間 15 ユーロから 26 ユーロが支払われる。利用者には知らされない。利用者は年齢、世帯員数、所得、資産、1 月（4 週間）毎のサービス量等によって決定される利用料を支払う。その額は政府により計算方法が示されており、例えば結婚している引退者で 5 万ユーロの年金額、5 万ユーロの資産を保有する者は、4 週間で 385 ユーロ支払うこととされている。ただし支払額がサービスのコストを上回ることはない。ただし同じ WMO のサービスでも、体操教室や茶話会のような介護予防サービスに関する利用料はかからない。

WLZ の下でナーシングホームに居住する場合にも、同様に年齢、世帯員数、所得、資産により利用料が決定される。同様に政府が計算方法を示している。報酬の支払いは 1 日ごとになされ、131 ユーロから 271 ユーロの間となっている。

3) ケアプラン

WLZ、ZVW、WMO いずれの給付についても、日本の介護保険制度と違い、「ケマネジャーに該当する専門の職種が、ケアプランを一律に作成することがルール化されている」ような運用とはされていない。

WLZ、ZVW、WMO いずれのサービスにおいてもケアプランの作成はなされるが、WLZ

のサービスの場合には、ケアプランの作成は法定されている。ZVW、WMO については法定されていない。

WLZ の下でのケアプランにおいては、必要な医療サービスや医薬品のみならず、利用者の例えば食事の好みや日中の活動、シャワーの回数、ボランティアの支援の下での外出回数など、利用者の生活の質にかかわる事項も記入することとされている。(一方で ZVW や WMO の利用者について作成されるケアプラン(義務ではない)はより「医療記録」に似たようなものであり、地域看護師又は地域自治体の「診断」に基づき、こういった種類のプロのサービスを週にどの程度使うかといったようなことを決定するのに用いられている)。質の担保のため、ケアプランは監査の対象となっている。

そうした WLZ の下でのケアプランの作成に際しては、生活の質の確保をベースとしたうえで、以下の 4 点の内容を含むものとされている¹⁶⁾。

- ・身体の健全性 (physical wellbeing) –安全、医療サービス、健康増進及び保護、身体ケア、飲食
- ・精神の健全性 (mental wellbeing) –敬意、支援、自己認識、宗教、慣習
- ・生活の環境 (living circumstances) –住まいは安全で(自身の)家のようなべき
- ・参加 (participation) –個人の興味、趣味、社交生活を満たす魅力的な日中プログラムに参加できるように、また社会とのつながりを持ち続けられるようにすべき

一方で慢性疾患を複数抱える高齢者のようなケースにおいては、いわゆる「医療モデル」の下で、基本的には家庭医がケアのコーディネーションに当たり、ほとんどのケアが他の専門職(地域看護師、理学療法士、作業療法士、その他の医療専門職)により提供される場合には、それらの専門職の者がコーディネーションに当たる場合もある。また特にコーディネーションが困難な場合、例えば 1) 複数のケア提供者の存在や、2) 特定の患者が有する複数の疾患ごとのプロトコル(糖尿病や COPD、心臓血管系疾患に関し国レベルで確立(87 頁「5. 連携」参照))の間で矛盾があるような場合、3) 利用者のコンプライアンス能力の問題などがある場合においては、多くの場合プライマリケアを担当する(地域)看護師がケースマネージャーと指定されて利用者や家族等のケア提供者を支援する。また、ケアの専門家や患者・家族などにより、治療の優先順位や管理目標、自己管理のための活動等に関して、個別の「ケアプラン」を作成することも増えている。(この「ケアプラン」は一般的な名称である。)

またより医療的な介入の必要の度合いが低い場合、例えば人工骨頭置換手術を終えて在宅に戻るような場合には、地域看護師が在宅看護についてのアセスメントを行い(ZVW)、家事援助等に関しては基礎自治体がアセスメントの責任を負う(WMO)ことになる。また患者の家庭医に対しては病院から退院時サマリーが提供され、フォローアップに当たる。リハビリに関しては、家庭医の指示に基づく場合もあれば、患者自身で家庭医の指示なしでサービスを受けることも可能になっている。

一方で WMO 対象の家事援助や生活支援等の提供に際しては、多くの基礎自治体において設立されているソーシャルヴァイクチームが相談を受け、必要なサービスにつなぐ、あるいは「T字」型、すなわち自らの深い専門性のみならず全体像を見ることができるソーシャルヴァイクチームのメンバーがケアのコーディネーションをするといった運営スタイルとなっている。(「3. ライデン市における WMO の実際 ～ヒアリング調査より～」にて詳述)

なおヒアリングではケアプラン及びケアマネジャー(ケースマネージャー)について、以下のようなコメントがあった。上述のようにケアマネジメント(ケースマネジメント)に関し

ては、WLZの対象となっているものを除きすべての介護・生活支援サービスの利用に際し当然に行われることがルールとなっているわけではない。一方で認知症の者のケアに関しては、制度が認知症の発症・初期、認知症の診断、診断後の在宅生活、施設入所ごとに分かれておりシームレスになっていないため、さまざまな地域で、さまざまなスタイルのケースマネジメントのプログラムが開発された¹⁷⁾。このため、ケアマネジメントに関する質問に関しては、ほとんどの場合認知症者のケアマネジメントについて問われたとの理解に基づく回答となっていることに留意する必要がある。

- ・在宅の認知症者のケアマネジメントに関しては、最終的にナーシングホームへの入所を余儀なくされるまでの間、多くの場合ケア提供組織に所属する認知症ケースマネージャーがマネジメントを行う。
- ・認知症ケースマネージャーは一般のケースマネージャーと同様、在宅生活継続のためにまずはインフォーマルケアやボランティアでの対応の可能性を探り、困難であればプロの在宅介護組織につなぐといった方針でマネジメントを行う。
- ・ただし認知症ケースマネージャーのマネジメント費用に関しては、保険者の側は医療保険者、介護保険者とも、認知症の専門家について別途費用負担することは決っており、地域看護師で対応が可能であろうというスタンスである。〈以上認知症患者支援団体〉
- ・認知症者のケアのコーディネーションについて、軽度者の場合にコーディネーションの業務をするのは、「利用者の家族」「ソーシャルヴァイクチーム」「地域看護師」のいずれか、ということになる。
- ・ケースマネージャー（ケアマネージャー）は、ケア提供組織の中の部門に入っており、自組織の在宅介護やWMO対象の支援をアレンジすることが多い、
- ・クライアントがケアマネージャーを選ぶ際には、ケアマネージャー申し込みの窓口があり、本人が指定しない限りどの組織のケアマネージャーが担当することになるかはランダムになっている。
- ・ケアマネージャーの在り方については、例えば認知症協会は認知症の診断が出された直後から提供されるべきだと主張する一方で、保険会社等は当初は家族や地域看護師によるマネジメントで十分で、重度になって初めてケアマネージャーを使うべきだという意見が出されるなど対立しており、議論が続けられている。
- ・この場合の「重度」「軽度」は、ケアのコーディネーションの業務が複雑かどうか、ということでも考えるべきであると思う。本人の疾患の状況だけでなく、同居家族の状況や本人の性格、既存の家庭医や地域看護師との関係性などによっても左右される事柄であるため、ケアマネージャーが関わるかどうかは、本人の要介護度のようなことで権利として付与するのではなく、地域看護師や家庭医やソーシャルヴァイクチームが個別ケースごとに判断すればよいことだろう。なので、ケアマネージャーの利用に関しては権利的に付与するようなクリアカットな形にしない方が良いというのが我々の判断である。〈以上医療保険会社(非営利)〉
- ・ケアの必要性の判断について、WMO移行前と後で比較した場合、移行後にはCIZによる機械的査定ではなく「顔の見える」基礎自治体による判断となった。よって真の必要性がよりよく判断でき、費用抑制につながるとともに、給付についても例えば一律にデイケアセンターの利用というのではなくより創造的な解決策が採られるようになった。〈以上市職員〉

4. 資格制度

(看護師、介護職の資格に関しては国際長寿センター『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』等において詳細に報告されているため省略する。また WLZ を中心とした在宅におけるケアのコーディネートの中心的な役割を果たす「地域看護師」については上述を参照。)

理学療法士に関し、外来で患者を診ている者は 2012 年で 25,687 名となっているが、ナーシングホームやリハビリ病院で勤務する者の数はデータがない。23,177 人の外来理学療法を受けている患者についての調査によれば、外来での理学療法は以下のような患者を対象に行われている (Barten and Koppes (2016-1))。

- ・患者の 60%が女性で、平均年齢は 53 歳
- ・紹介で受診する患者は 49%、紹介なしで直接に受診する患者は 51%
- ・1 人の患者が年に受診する回数は約 10 回
- ・多い疾患は「筋肉-腱-筋膜疾患 (spier-pees-fascie aandoeningen)」で、頸部と胸部、腰部となっている。この傾向は変わらない
- ・41%の患者に対して 1 つ以上の (痛みの評価の) 測定が行われた
- ・理学療法のセッションの 76%はクリニックで、8%は自宅で、3%は施設で、3%はグループ療法で、11%はスクリーニングとインテークで行われた
- ・治療の 83%が、患者が回復したため終了している

作業療法士に関し、6,157 人の外来作業療法を受けている患者の調査によれば、外来での作業療法は以下のような患者を対象に行われている (Barten and Koppes (2016-2))

- ・患者の 73%が女性で、平均年齢は 42 歳
- ・紹介で受診する患者は 72%、紹介なしで直接に受診する患者は 28%
- ・1 人の患者が年にかかる回数は約 8.5 回
- ・多い疾患は「過労 (surmenage)」、「変性疾患 (degeneratieve aandoeningen)」で、頸部と胸部、腰部となっている。この傾向は変わらない
- ・30%の患者に対して 1 つ以上の (痛みの評価の) 測定が行われた
- ・より多く使用される症状の内容ガイドラインとしては「腰部の痛み」「非特定の首、肩の疾患」「骨盤の痛み」などがある

5. 連携 (統合ケア)

統合ケア (Integrated Care) はオランダでは慢性疾患の患者と虚弱高齢者を主なターゲットとして推進されている。まず慢性疾患に関しては、現時点では糖尿病や COPD といった慢性疾患を有する患者のケアに焦点が当てられており、14 の疾患に関し、国レベルで合意されたプロトコルが確立されている。このプロトコルに基づき、4 名から 150 名の家庭医及びその他のプライマリケアの提供者が一つの統合ケアグループとしてケアプログラムを組み、医療保険者との契約を経て統合ケアとして実施される。この統合ケアグループがサービスをコーディネートして、関連するサービス提供者に対して支払いをするという仕組みとなっている。この統合ケアグループに参加するか、自身でサービスを組織するかは患者が選択する。糖尿病、COPD、ぜんそく、血管のリスクマネジメント (VRM) への支払に関しては包括払いが適用される。

こうした疾患ごとの統合ケアの試みに加え、複数の疾患を有する患者の場合には疾患ごと

の対応方針では適切なケアを提供していることにならないとの観点から、ケースマネジメントの考え方にに基づき、医療ケアと社会的なケア、家事援助や生活支援等を統合する試みが様々な形で続けられている。ただし現時点では複数疾患を有するすべての患者向けの統合ケアの戦略は構築されていない。

複雑なケアニーズを有する虚弱高齢者については、既存の法・財政の仕組みを超えた統合的ケアの提供を地域レベルで試験的に行う国の取り組み（National Care for the Elderly program）も進められている（2008年から2016年の間に125の試みが講じられた）。

6. リハビリと介護予防

1) リハビリテーション

Schäfer 他（2016）においてリハビリテーションケアは「病気、事故、又は先天性の障害により身体能力が限られた者に対するサービス」と定義されているように、オランダにおいてリハビリテーションという場合にはいわゆる急性期・回復期のリハビリテーションがイメージされることが多い¹⁸⁾。公的な給付も、介護法 WLZ ではなく医療保険法 ZVW の対象とされている¹⁹⁾。こうしたサービスは全国に20ヶ所あるリハビリテーションセンター（2015年）又は病院のリハビリ病棟において外来または入院の形で提供される。ナーシングホームやリハビリ診療所においては高齢者向けのリハビリテーション（脳卒中、転倒、心不全等）のための専門の施設がある。平均的にはリハビリ期間は3ヶ月～6ヶ月であるが、9ヶ月までの延長が可能である。これらに対しては病院又は家庭医により紹介される。費用は医療保険である ZVW により滞在費、治療費、飲食費等が支払われる。アセスメントは紹介後のリハビリ提供施設でなされる。利用料については上記の年385ユーロの免責が適用される。サービス提供への報酬は紹介した病院と保険会社、リハビリ施設の間での交渉で決められるが、およそ1日250ユーロから275ユーロと想定される²⁰⁾。

外来のリハビリは、当該施設又は外部の事業者には雇用された理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、又はこれらの監督の下でソーシャルワーカーが多職種で行うが、一種類のサービスのみが必要な場合には地域の事業者の下でサービスがなされることもある。

オランダでは30日以上病院にとどまっている人はほとんどおらず、つまり、病院には長期のケアのベッドはない。病院としては、退院できる人はできるだけ早い段階で退院させるほうにメリットがある。オランダの平均在院日数は5日か6日である。回復の段階で、リハビリ病院あるいはリハビリ診療所に行くか、あるいはナーシングホームに行くか、自宅に帰るかという3つのオプションがリハビリの一般的な流れである。

例えば循環器系の疾患の場合、4日から5日入院で退院する。そして、自宅に帰って、家庭医が往診に来る。それから地域ナースが来て、洗顔とかシャワーができるかどうか、着衣ができるかどうかを判断する。2、3週間は回復期間とされる。少し体力が出てきたら、デイのリハビリのセラピーを受けに行く。これはグループで受ける場合もあるし、個人単位で受ける場合もある。目標は体力を付けること。同時に健康的なライフスタイルについてのアドバイスもある。例えば、喫煙の習慣がある人で、入院を機会にやめたいという場合は、禁煙するためのトレーニングコースを紹介して提供される。また、食生活を改善したいという人は栄養士を紹介してくれる。コレステロール値や血圧などの検査も行われる。問題がある人は定期的に家庭医あるいは病院に検査に行くことになる。

脳卒中の場合は、多くのケースで直接、家に帰ることはできない。リハビリ専門のリハビリ病院に行く人もいれば、回復の見込みがなく家には帰れない場合はナーシングホームに入

所する。

リハビリ病院においてもナーシングホームにおいても、すぐトレーニングが始まる。これは、基本的には自分の新しい能力を発見することが重要であり、リハビリによって自分の力で食べたり、飲んだり、シャワーを自分でしたりというような能力を学んでいく。リハビリの目標は患者本人がこういうことをしたい、できるようにしたいということに設定される。

ヒアリング調査によると、こうしたリハビリテーションの実態は次のようなものとなっている。

- 例えば退院時に歩行困難や自力での調理が困難といった状況があった際、退院後にリハビリテーションセンターに行くことが多い。通常概ね6週間程度、リハビリテーションセンターにおいて歩行や調理等の訓練を受け、在宅復帰となるが、その後は必要な場合は訪問看護が対応する。リハビリテーションセンターの退所時に、センター側で在宅復帰後の状況を確認し、階段リフトや特殊ベッド等の手配を予め行う。そうした退院前のアレンジメントはセンター側が行う。〈以上訪問看護事業者〉
- リハビリの専門職は病院等に雇用される場合と、それ以外の場合がある。理学療法士や作業療法士は自分のクリニック（フリーランスの事業所）を開業することができ、それは一般的である。その場合理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士と看護師との4人程度が集まってセラピストの診療所を開設することが多い。これらの診療所のセラピストのサービスはZVWからの給付の対象となっているが、例えば理学療法士から腰痛のマッサージを受けたいというような場合には、医療保険の基礎パッケージではなく付加保険の対象となる。
- 在宅に復帰したら、通常は、椅子からの立ちあがり方、立ち方、座り方、寝方、起き方、洗濯、着替え、料理などを学ぶ必要がある。料理については、通常看護師が行うか、料理するのを手伝う。洗濯、着替えについても看護師が手伝う。その中で理学療法士は立ち方、座り方、筋肉を鍛える運動指導を担当する。また、転倒した際に床から自分だけでどのように立ちあがれば良いかということもトレーニングする。
- 在宅でのADL訓練はオランダでは作業療法士よりも理学療法士が行ったり、あるいは地域看護師が行ったりすることが多い。作業療法士が在宅に行くことは禁止などされているわけではないがほとんどない。理学療法士が約18,000人、作業療法士が約4,000人と作業療法士は絶対数が少ない。そのためか、オランダでは理学療法士の仕事領域が、作業療法士の領域にも広がっており、理学療法士がやってしまうケースが多い。さらに、ADLのトレーニングは地域ナースも行う。例えば、シャワーができるようにするとか自分でスプーンを持って食べるようにする訓練は、通常、地域ナースが行う。(以上 ILC オランダ)
- 平均在院日数が短いため、(急性期)病院で働く理学療法士や作業療法士の数は多くない。在宅復帰後理学療法、作業療法を行うかどうかは家庭医が判断し、セラピストの診療所に連絡がある。〈以上リハビリ事業者〉
- リハビリテーションの給付に関しては医療保険の対象となるのは最高6ヶ月までとされている。例外的に保険者の承認により6ヶ月の延長が可能となっているが、ほとんどそうしたことは起こらない。延長申請があった際には保険会社は詳細な審査を行う。保険会社としては、結局最後は在宅に戻ることができずナーシングホームに行かざるを得ないことが分かっているようなケースが最も困る(「誤ったベッド」と称している)。〈以上医療保険会社〉

2) 介護予防

オランダにおける基礎自治体等公の主体による予防サービスは、子供の肥満への対策も含めた糖尿病等の成人病予防対策とがん検診等の健診が主である（予防法（Health Promotion Act）に基づく）。また医療保険 ZVW の保険者は、1年ごとに被保険者が保険者を変更することが可能な制度となっているため、保険者側の予防へのインセンティブが働きにくい仕組みとなっている。また介護法 WLZ においても介護予防的なサービスは行われていない。国の政策として介護予防は存在していない。ただし、介護予防に資するような国民自身の活動、例えば自分たちでトレーニンググループや散歩クラブ（ワンデルクラブ）、ウォーキンググループなどを作ることなどは盛んである。また、友達をつくる支援が重要とされ、ボランティアと一緒に散歩などを支援するマーチェ（バディ＝友達）組織が盛んである。

ILC オランダ事務局長によると、デンマークや日本において確立されているような「予防としてのリハビリ」という考え方がオランダにはまだないとのことであった。WMO の対象となっているサービスについては散歩クラブへの参加やコミュニティカフェなど閉じこもり・うつ等の予防は意識されており、我が国の介護予防・日常生活総合事業における訪問型・通所型の「B」に相当するサービスや、一般介護予防事業的な事業はここで実施されている。ただしこうした機会においては IADL（洗濯や買い物自力でできるか等）への着目はあるが、その前提としての例えば下肢筋力のテストを行って転倒や骨折の予防に導くといったような考え方はまだオランダでは存在しない。また国も健康保持のための予算は用意しておらず、医療保険法 ZVW も介護法 WLZ も給付をしておらず、市によって高齢者のトレーニングをサポートする政策を持っている場合がある程度である。政府の政策としては空洞化している分野であり、「非常に残念に思う」とのことであった。

一方で Aedes-Actiz（住宅公団及びナーシングホーム等の事業者団体のシンクタンク）の研究者からは、例えばユトレヒト市において肥満者への体操プログラムなどに加え、ハーグやアムステルダム市の保健所 GGD において、「エージ・フレンドリー・シティー」にするという方針を打ち出して予防の分野に力を入れており、また福祉組織においても食事のアドバイスや運動プログラムなどのフラジャイル予防の取組が始まっている、あるいは市町村が協力して <http://www.langzultuwonen.nl/>（「長く住み続けましょうドット NL」）という、在宅生活をできるだけ長くすることを可能にする、あるいは認知症者にも対応できるような住環境としていくことを呼びかけるウェブサイトのような取り組みも始まっているとの指摘もあった。

7. 近年の動向（2015年改革のプロセスと改革への懸念）

2015年の改革は比較的短期間で成立した。2012年10月の与党の政策合意において、最初の案が提示された。最初の具体案が議会に送られたのは2013年3月であり、同年12月に改善案が議会の医療委員会（healthcare commission）において議論された。最終的には、WMO 改正法は2014年4月、ZVW 改正法は同年7月、WLZ への転換法は同年9月に成立した²⁰⁾。医療保険者と介護事業者は準備に要する時間が必要との根拠で施行を2016年1月まで伸ばすことを主張したが受け入れられず、2015年に施行された。（政治過程に関しては次頁のコラムを参照）

(コラム)

2015 改革法の政治過程

上述のように「比較的短時間で」(Kroneman et al.(2016)) 成立した 2015 年の制度改革であった。関係者からの懸念の声は改正前から上がっていたが、政府・与党（自由民主国民党 (VVD) と労働党 (PvdA) の連合政権) 側はこれらの者に対する改革への理解を得るため、2013 年、14 年の制度改正過程において、事業主、労働者、保険者、基礎自治体、サービス提供者、利用者等の全国組織と協議を行い、改革への支持を形成した。その過程においていくつかの集团的協約が締結された。次いで下院における少数与党と「愛すべき野党」(beloved opposition party) と呼ばれる民主 66 党 (D66)、キリスト教連合 (CU)、カルビン党 (SGP) との間での協議も成立した。これらの協約や協議の過程で、歳出削減額は相当程度圧縮され、幾つかの歳出削減策は当面延期され、幾つかのアクセス制限に資する施策は弱められ、また移行をスムーズなものとするために様々な経過措置が講じられることとなった。さらにサービス提供事業者と医療保険者のロビイングが功を奏し、身体介護についてすべて基礎自治体へ移管するという当初の案については放棄されるに至ったという局面もあった。

(Maarse and Jeurissen (2016) 及び Cuperus (2014)、外務省ホームページを参照)

また施行までの期間が短く、改正の詳細が 2014 年になっても明らかにならなかったため、多くの関係者が懸念の声を上げた。例えば患者団体からは、施設ケアが利用できなくなった場合、適切なケアが提供される住まいが不足していることから在宅で暮らすことが困難であること、また医療保険者や基礎自治体に移管される一方でサービス提供のコーディネートが欠けているなどと指摘した。さらにインフォーマルケアを提供する者からは、ケアの提供が義務とさせられてしまうとの懸念の声が上がった。一方で医療保険者は改正には肯定的であったもののシステム改修の準備が間に合わないのではとの懸念が上がり、また介護事業者からは 2015 年施行は早すぎるという点に加え、サービス対象者の範囲が不明確であるということへの懸念も提示された。

施行後も懸念の声は続き、政治でも、またメディアでも取り上げられた。個人勘定を扱うこととなった SVB による事業者への支払いの遅れの問題が発生した。これは SVB の人員不足やシステム上の問題、また個人勘定利用者の増によるものであったが、これらの混乱に関しては保健省が議会に対して謝罪をし、予定以上に個人勘定に予算を割くこととした。また患者団体は施行後の 2015 年 6 月～10 月までの間に一万件以上の報告を受け、その結果、ケアの申請に関する適切な窓口を見つけることが困難であることや、ニーズ評価が適切なサービスの提供よりもコスト抑制に偏っていること、またケアの決定までの時間が長いことや、ケアがニーズに見合わないことなどの問題点を指摘した。

さらには WMO の下での家事援助予算が 30%削減されたことにより、自治体によっては他の予算からの流用や提供時間の短縮などで対応したところもある一方で、家事援助についての一切の提供を打ち切ったところも生じたことや、介護施設の閉鎖に伴いそれらが従前地域で提供していたデイケアや給食サービスも打ち切られるケースが生じたことの問題も指摘された。さらに市町村からは、市民の自立を促進するには予算と方法が欠けているとの声上がり、また医療保険者と訪問看護師の調整の問題も指摘された。その他会計検査当局

(Court of Audit) からは改革案のフィージビリティに関する見通しの甘さが指摘されるとともに、基礎自治体が適切なサービスの提供ができていないこと、事業者における雇用環境の悪化などが報じられた。事業者はさらに報酬の削減に対し不満を示し、また利用者によるケア削減への異議申し立て件数も急増した。更には管理費用の増も指摘され、また分権化による効率性の向上の見込みについても楽観的すぎるのではないかとの指摘もあった。

当初保健大臣は基礎自治体において施行の問題が指摘されていることを認めた上で、それは経過的なものであるとの立場であったが、政府が施行評価のために設置した独立の機関

(Transitiecommissie Sociaal Domein) からは、基礎自治体は新たな制度の下での既存のサービス提供の継続に忙殺され、問題を適切に察知できていないことや、介護サービスの提供を利用者中心のものに変えていくためにはソーシャルヴァイクチームの中での医療分野の専門家とその他の専門家のコーディネーションが必要であることが指摘された。

新制度の施行に関しヒアリングでは、(上記の懸念の声と同様)「自治体への分権化の一方で WMO 予算の削減に関し、徐々に削減するのなら納得できるが、権限を委譲してすぐ予算を削減するという姿勢には納得がいきかねる (市職員)」といった声があった。

一方で、「市民の声を一番吸収することができる基礎自治体レベルでケアをアレンジすることの長所が理解され、そのことはローカルな地域の活性化をしていこうというトレンドにマッチした」「オランダではボランティア文化があり、(過疎化した村が住民のイニシアティブで再活性化したと全国で有名な Hoogeloon 村のように) 農家が交代で機械を使うなどの連携協力の土壌がケアと関係なく存在し、またポルダーモデル (開拓地モデル) と呼ばれる、違った立場の組織がコンソーシアムを設定して事に当たることも多い (Aedes-Actis 研究者)」といった、制度改革と元々の国柄とのマッチについて肯定的に捉える声も聞かれた。外国人の調査団に向けた発言ではあるものの、おおむねインタビューを行った者は、今般の改革を一つの契機として地域の自助、互助を高めていくことについて前向きな姿勢を示していた。

(注)

- 1) 以下第 1 節は主に Kroneman et al. (2016) に依拠している。また平成 25 年度の報告書において詳述されている点は簡単な記述に留めている。
- 2) 2014 年において全国で 26 の保険者があり、4 つの大きな企業(保険者)がそれぞれで 13%から 32%、合計で 90%のシェアを有している。(4 つのうち営利企業は 1 つのみ)
- 3) 給付拡大の要因の一つには、現物給付ではなく個人勘定 (personal budget) による現金給付の伸びも指摘されているが、個人勘定の受給者の約 2/3 が障害者や精神疾患を有する者であり、これらは必ずしも高齢者ではない。このように一連の AWBZ に係る改革の大きな論点として、精神疾患への対応をはじめとした高齢者以外の者に係る長期ケアの課題があることに留意すべきである。後述の 2015 年の AWBZ に係る大改革に先立つ 2014 年に、精神科医療について、家庭医に基礎を置くケア、一般的な基礎精神医療ケア (Generalistische Basis GGZ)、専門的な精神医療ケア (Gespecialiseerde GGZ) の 3 つの部分とした上で、まず家庭医の診療が前置となり家庭医が精神保健実践看護師(Mental health practice nurse (POH-GGZ))とともに精神科の治療にあたり、一定以上の問題が疑われる際には一般的な基礎精神医療ケア(精神科医及び精神保健福祉士 (psychotherapist) が担当)に、さらに重篤な問題の際には専門的な精神医療ケアに紹介するという仕組みに改革された。
- 4) Maarse and Jeurissen (2016)
- 5) WMO 導入の目的につき、Schäfer et al.(2010)P179-180 を参照。なお Schäfer et al.(2010)では Pruijssers, N. (2004), Toekomst AWBZ [The future of the AWBZ]. Diemen, Health Care Insurance

Board (CVZ)を参照したことが示されている。

- 6) もう一つの大きなポイントとしては子供に対する予防及び精神保健ケアが(全面的に改正された)「若者法」(Youth Act (Jeugdwet))に移管されたことも挙げられるが、ここでは記述を省略する。
- 7) Maarse and Jeurissen (2016) においては、こうした「施設から在宅へ」といった考え方の転換は、より率直に「規範的な方向性の転向」(Normative reorientation)と表現されている。
- 8) 改革の内容については25年度報告書及び当研究班主査の松岡(2016)に報告されており、ここでの記述はKroneman et. al.(2016)、Maarse and Jeurissen (2016) 及びMinistry of Health, Welfare and Sports (2016)で紹介されている内容を中心に、今般のヒアリング調査等で得られた知見を整理するに留めている。
- 9) 地域看護師とは、一般的に、訪問看護ステーションなどをはじめとしたホームケア組織で働いている「資格5」の在宅看護に携わる看護師のことを指す。(オランダの看護師の「資格」に関しては25年度報告書参照)
- 10) Ministry of Health, Welfare and Sports (2016)
- 11) 地域看護師のアセスメントの基準は公的にルール化されておらず、それぞれのケア提供組織が全国ベースでルール化している。そのために地域間、ケア提供組織間で評価に違いがあるが、医療保険者から見てアセスメントが甘いような場合には評価基準を厳しくするよう要求を出す運用とされている。ただし一律償還費用の上限を設定するようなことは過少サービスへのインセンティブを生じさせることから行っておらず、アセスメントに関しては医療専門職の評価を重んじる運用としている。(ヒアリング調査における医療保険者(非営利)の発言)
- 12) VPTは、施設に入所した場合と同様のケアや支援に係るサービスが受けられ、また食事の提供や家事援助、外出支援も含まれる。ただし賃料や住宅ローン(mortgage)は自身で支払う。MPTは事業者から一部のケアや支援を受け、他は自身で手配、あるいは複数の事業者からサービスを受けるような形での給付となっているが、食事の支援や家事援助も含まず、賃料や住宅ローンも含まない。(オランダ政府ホームページ、
<https://www.government.nl/topics/residential-care/question-and-answer/i-have-a-wlz-care-needs-assessment-for-residential-care-can-i-be-cared-for-at-home-instead>、(2016年12月27日アクセス)
- 13) 以下の報酬と自己負担については、ILC マリエケ・ヴァン・デル・ワール事務局長の説明に基づく。
- 14) ただし家庭医によるケアや周産期のケアに関しては除外されている (Ministry of Health, Welfare and Sports(2016))
- 15) Ministry of Health, Welfare and Sports (2016)
ILC マリエケ・ヴァン・デル・ワール事務局長の説明に基づく。
- 16) ILC マリエケ・ヴァン・デル・ワール事務局長の説明に基づく。
- 17) Minkman et. al. (2009)
認知症に係るケースマネジャーの活動に関しては「Ⅲ. 5. 仮想ケースによる調査の結果」で詳述されている。
- 18) ヒアリングにて ILC マリエケ・ヴァン・デ・ヴァール事務局長は「オランダでは、リハビリテーションは予防とは全く関係がなく、患者に何か起こった後に回復するために使う言葉だ」「オランダには、そもそも介護予防のためのリハビリという考え方がないため、ライデン市の Radius のような福祉組織によって、(市のサポートも受け) ボランティアの高齢者ケアアドバイザーが一軒一軒、高齢者訪問を行う事業が展開されているが、(注：本文中でも記述したが) そこでは日々の生活を中心に見ていて、下肢筋力等のテストなどは一切行われていない。せっかく行くのであれば、歩き方などを

調べて訓練をすれば転倒を避けることができるし、骨折による手術なども避けることができるのでもったいない。今後の課題である。」旨説明した。

- 19) ただし公的医療保険制度のいずれの保険者も必ず提供しなければならないとされている基礎パッケージにおいては一部のみが対象とされ、それ以上のサービスを求める場合には任意保険又は自費で賄うこととなる。(リハビリ事業者 (A)、保険会社、福祉施設の委託を受けて施設内でリハビリを提供している別のリハビリ事業者 (B) から同様の説明を受けた) 任意保険の場合には回数の上限を選択できる設定となっている場合がある。(事業者 (B))

また医療保険の基礎パッケージで一部のみが対象とされていることにつき事業者(A)が挙げていた理由としては、理学療法の効果に関し実証性がないと考えられてきた期間が長かったことや、理学療法士のロビー活動の弱さに加え、オランダの医療が治療中心であり、予防という考え方が弱かったことなどがあつた。そうしたことから医療保険の給付削減時にも対象とされたのではないかと。デンマークにおけるリハビリ前置の徹底に関しては「進んだ考え方」と思われるとのことであつた。

- 20) ILC マリエック・ヴァン・デ・ヴァール事務局長の説明に基づく。

中央省庁について、オランダは福祉、国民健康、スポーツが一つの章の所掌となっており、主に禁煙、食生活、転倒予防等の情報提供やアナウンスは行われている。

- 21) もう一つの改正内容である若者法改正については、2013年10月に議会を通過した。

(参考文献<アルファベット順>)

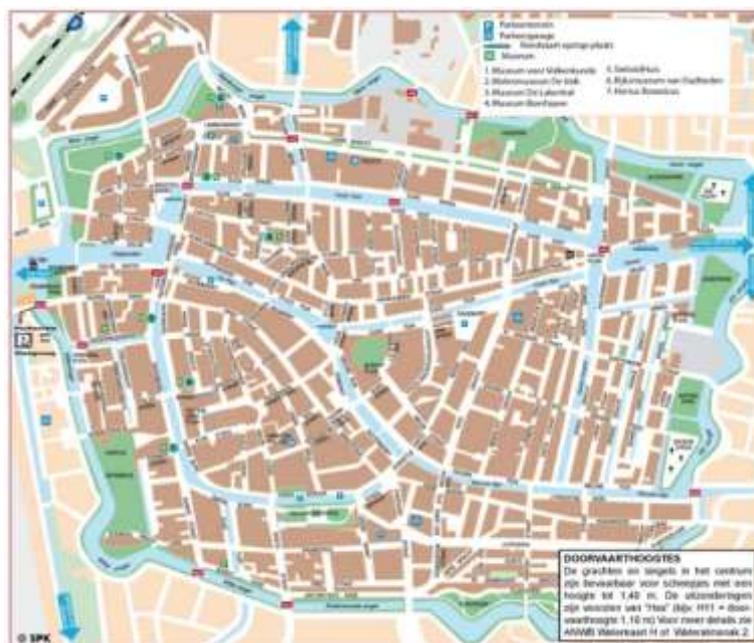
- Barten, Di-Janne and Koppes (2016) “Rapport: Zorg door de fysiotherapeut –Jaarcijfers 2015 en trendcijfers 2011-2015”, NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Netherlands institute for health service research)、国際長寿センター訳
- Cuperus, Rene “Electoral Bloodbath For Dutch Labour”, Social Europe (2014/3/31), <https://www.socialeurope.eu/2014/03/dutch-labour/#> (2016年12月26日アクセス)
- 外務省ホームページ「オランダ」, <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/netherlands/>(2016年12月26日アクセス)
- 「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」
- 石田道彦「第10章 オランダ」、加藤智章・西田和弘編「世界の医療保障」(2013) pp.192-208
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18 (2):1-239.
- Maarse, J.A.M. (Hans), and Jeurissen, P.P. (Patrick) (2016) The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands, Health Policy 120 (2016) pp.241-5
- 松岡洋子「はみ出す・まじる『地域まるごとケア』の諸相 第4回 『家事援助』『生活支援』の多様性：オランダの実践」、「エイジング・イン・プレイス (高齢者住宅財団ユース)」Vol.133 7/2016
- Ministry of Health, Welfare and Sports (2016), Healthcare in the Netherlands
- Minkman, Mirella M.N., Ligthart, Suzanne A., and Huijsman, Robert (2009), Integrated dementia care in The Netherlands: a multiple case study of case management programmes, Health and Social Care in the Community (2009), http://www.moderne-dementiezorg.nl/upl/organisatie_van_zorg/11%20Early%20view%20HSCC%20Minkman%20et%20al%202009.pdf, 2017年1月4日アクセス
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12 (1):1-229.

3. ライデン市における WMO の実際 ～ヒアリング調査より～

医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長 服部真治

1. ライデン市の概要

ライデン市は、アムステルダムの南西約 36 キロメートルにある人口 116,936 人（2008 年 12 月末）、面積 23.16 平方キロメートルの町である。1575 年創立のオランダ最古のライデン大学（学生数約 2 万人）がある学園都市で、ライデン大学は 1855 年に日本学科が設立され、シーボルトが教鞭を取った大学で、日本とも関係が深い。



(地図) ライデン市中心部 <http://ontheworldmap.com/netherlands/city/leiden/leiden-city-center-map.html>

2. ライデン市の基本方針

ライデン市はライデン大学などの若い学生が多い街だが、2020 年から 2040 年の間に 80 歳以上の高齢者が 2 倍になる予測である。そこで、市の方針を「バイタリティエイジング（より健康な生活スタイルをつくりやすい環境を構築）」と決め、年齢やバックグラウンドにこだわらず社会に参画し、できるだけ長く在宅で生活を続けることを目標に掲げている。

その中で、「申請するイニシアティブをとった人々」を支援する姿勢にシフトしている。具体的には、市役所に市民のための補助申請窓口を設けており、市は申請を受け、申請内容が実際にこの地域の向上に役立つのかどうかを判定し、補助を行う。また、市を 4 地区に分け、それぞれにバイクレディシオン（ディストリクト・プロデューサー）を配置し、それぞれが担当地区にあるニーズと資源（活動）を把握し、不足する活動について、どこにどのような補助金を出したらいいかを判断する仕組みを設けている。なお、バイクレディシオンは福祉や介護の分野だけではなく道路問題・交通問題・都市計画・経済問題全部も所掌している。ちなみに、オランダの市町村職員の専門性は高いが、原則として人事異動がなく、空いたポストがあった際に職員募集が行われ、ふさわしい人材が採用される仕組みだからである。一方で、市町村職員が専門知識で雇用され、ほぼ、その部門で働き続けることから、新しい

ことがしにくい、違う視点が見えないといった欠点もあると言われている。そこで、オランダ市町村連盟では実習生制度を設け、雇用される前にさまざまな部門で体験をしてさまざまな視点から見るができる政策担当者を育てる試みも始められている。

ライデン市では、2015年改革によりこれまで以上にクリエイティブに解決策を探るようになっており、積極的にボランティアの活動・活用を進めるようになってきている。現在、さらなる参画を促すため、市民がより容易に補助金を得られる制度（基金：トランスフォーメーションバジェット）の構築を模索しているとのことであった。



(写真) ライデン市庁舎

なお、日本の市町村で行われている NPO やボランティア向けの補助と比較すると、ライデン市の補助の対象範囲は広い。例えば今回の調査で訪れた高齢者食堂 Resto van Harte も市の補助を受けていたが、コックの給与は全額を市が補助し、給仕や食器洗いはボランティアで担う形で運営されている。したがって、補助の決定は原則として市の執行部で行うが、額が多い場合には市議会に諮られることになる。

また、高齢者の社会参画を推進するために必要な支援は補助金だけではない。市では単に活動費を補助するだけでなく、ウェブサイトの構築なども支援している。

3. ソーシャルヴァイクチーム (Sociale Wijk Team, 以下 SWT) の概要

2015年改革により、ケアや社会参加の機会の構築等に係る責任が基礎自治体に移管された。それを受け、多くの基礎自治体では、① 高齢者の虚弱の要因分析を行い、② 地域で活動する NPO やサービス事業者等のネットワークを組織化し、かつ、③ これらのサービスへのニーズに対応する体制を構築した。こうした組織化されたネットワークは「ソーシャルヴァイクチーム (SWT)」と呼ばれている。

SWT は、WMO で設置が規定されているわけではなく、また、統一された定義があるものでもないため、各市町村で実状に応じて様々な形態で設置されているが、オランダ市町村連盟によるアンケート調査によると SWT の概要は以下の通りである¹⁾。なお、2015年の改革は、高齢者に係るものだけではなく、子ども・青少年、精神医療についての改革をも含むものであった。したがって SWT の対象者も幅広い年齢層となっている。

○SWT の概要

- ・直近では 87%の基礎自治体が設置している。32 大都市(G32)においては 96%が設置。一方で小規模な自治体においては 12%が SWT を設置していない。G32 では 1 都市に平均 8 の SWT がある
- ・その目的としては「より重大な問題の発生の予防(46%)」「複合的な問題への包括的な対応(46%)」「問題の発生の予防(45%)」「よりよいケア、支援(43%)」「市民の自立の助長(43%)」などが挙げられる
- ・多くの SWT は幅広く包括的なチームをもって支援に係るすべての要望に応えることとしているが、同様に幅広く包括的なチームではあるものの複雑あるいは複合的問題に特化して対応しているものもしばしばみられる
- ・さまざまな職種からなるが、ソーシャルワーカーを含む場合が 84%。以下 WMO コンサルタント(83%)、障害コンサルタント(81%)、地域看護師(58%)、青少年指導者(46%)など。
- ・74%においてT字型人材（自らの深い専門性に加え、幅広い分野の知見を有してソーシャルワークができる者）が存在

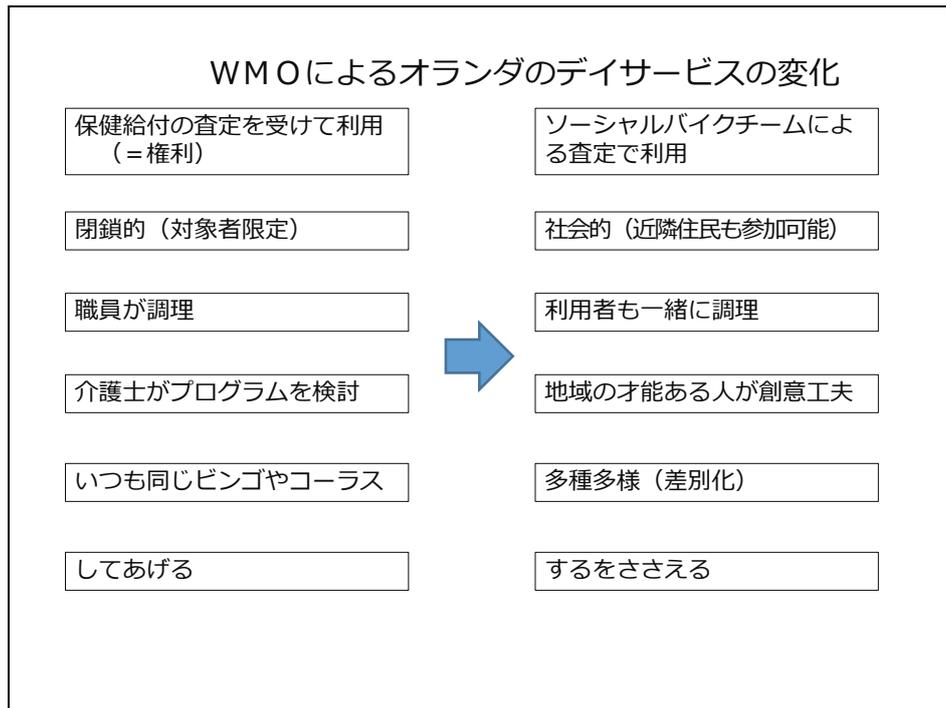
なお、ライデン市の隣のフォールスコーテン市では SWT は導入されていない。このような自治体では、SWT ではなく市の職員が同様の役割を果たしている。

4. SWT による在宅サービス利用の変化

SWT とは、端的には「市民一人一人の相談窓口」である。ニーズに応じて、散歩グループの参加を勧めたり、医療的なニーズがある場合にはホームドクターに連絡したり、単に痛みだけであれば理学療法士を直接紹介する。認知症であれば、必要に応じて介護提供組織に連絡し、ケースマネジャーをつけてもらうように依頼することもある。

在宅サービス利用の申請があった場合、WMO への移行前はニーズアセスメントセンター (CIZ) により、AWBZ から各サービスをこの程度の時間、受ける権利があると機械的に査定される仕組みであった。これは、問題があればあるほど給付を多く受けることができる仕組みで、財政的にはマイナスになっていた。SWT はクライアントとケアプロバイダーとの間をより近く、より効率的にすることを目的としている。かつては、すぐにケアプロバイダーにつなげていたようなケースでも、限られた予算の中、お散歩クラブなどを紹介するようになった。

また、デイサービスは 2015 年に WMO に移行してきたところであり、まだまだ多くの課題を抱えている。とはいえ、これまでは対象者が限定されていたものが近隣住民も利用できるように変化し、利用者も一緒に食事を作るようになり、ボランティアもずっと数が増えた。また、楽しくなければ選ばれないようになり、SWT に選ばれるような魅力的なサービスにしようというインセンティブも生まれた。これまでは、いつも同じ顔触れでビンゴや手芸の繰り返しであったが、介護士だけではなく、地域の才能のある人が参画し、新しい分野を開拓している。かつてはケアホームに入所し、館内でビンゴの日やコーラスの日等を全部組織し、そこに行きたい人が行くという形であったから、わずか 1 年半で現場では大きな変化が始まっている。



市町村からは、地方分権によってこのような権限が国から地方にきたことは決して悪いことではないと受け止められている。独自に新しい組織を作り出すこともでき、地域内のケアの連携をより良くすることによってコストの効率化を図ることもできる。ただし、移行と同時に予算を国がカットしたことには強い反発があるようだ。ヒアリングでは、新しい組織構築のための予算は国で負担し、構築した上で少しずつ予算カットするべきであったとの声も聞かれた。

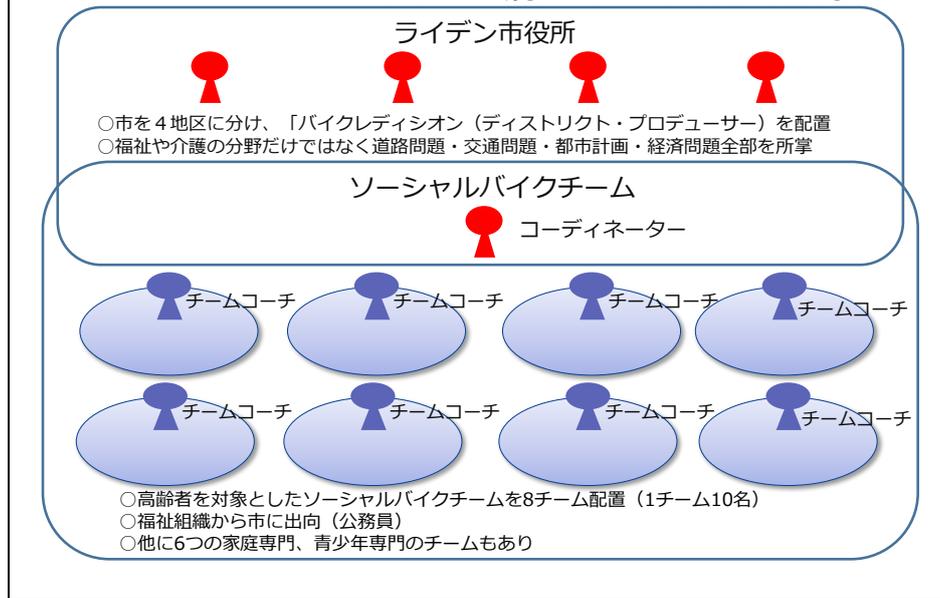
5. ライデン市における SWT

ライデン市の SWT は、査定、新規のケアプラン作成、ケア提供者のコーディネーション、新サービス開発等、さまざまな機能を持っている。ライデン市には現在、1 チーム 10 名の SWT が 8 つ設置され、他に 6 つの家庭専門、青少年専門のチームがある。さらに当面の間、それを管轄するコーディネーターを市役所に 1 名配置している。

SWT のスタッフの給料の財源は WMO であり、市が負担している。ただし、元々は高齢者アドバイス組織とか、ボランティアコーディネーション組織などの職員であり、そこからの出向という形で雇用されている。各チームの立ち上げにあたっては、最初に市がチームコーチを選択して指名し、チームコーチが中心になって、さまざまな介護福祉組織のスタッフからふさわしい人材を集めてきてチームを形成している。ライデン市の SWT スタッフの条件は基本的に T-Professional とされている。ジェネラルな力がまずあって、固有の専門知識も持つ人材を表す。つまり、専門知識+ソーシャルワーカーの力がある人材であることが条件である。

ライデン市のWMO実施体制

※ライデン市（人口116,936人（2008年12月末、面積23.16 km²）



ライデン市においても、これまでのケアプロバイダー提供者は給料をもらって行っているので「してあげる」という姿勢であった。事業者同士の協力体制も、事業者が個別に事業を実施しているため、協力すべきとは言われていたが実際にはできていなかった。そこで、SWTによる査定の方針は、本人の障害の程度の査定ではなく、本人の幸福のために何が必要かを査定するとされた。ケア（何ができるか）の順序は、本人⇒家族⇒近所・地域⇒ボランティア組織である。すなわち、「してあげる」ではなく「するを支える」姿勢で、どうしても難しい場合にのみプロにつなぐ。日本でいう「自立支援」と同様の概念であるが、WMOにより仮に一目でケアニーズが高いとわかる人であっても、それでもまずは本人ができることを検討するようになった。

この変化により、さまざまな専門家が一緒に仕事をするのは楽しい、やりがいがあるという実感が広がってきたという。180度変わったというコメントもあった。財政の流れが明確になり、必要のない査定を受けていた人を節約することで、さらにクリエイティブなソリューションを生み出す余地が生まれている。市役所の福祉担当者も、これまでは法律や法規のリストを見ながら、市民の持っている権利ばかりを見てきた。それが本人の権利に加えて義務も見られるようになった。今では、配食サービスですら、サービスを提供してしまうことで逆に助け合いの絆を分断してしまうと考えられるようになってきているという。なお、一方で、マントルケア、インフォーマルケア提供者が過重負担になっていないか、提供者も幸福かも重視している。

SWTが支援するケースのうち、8割程度は単純なケースで、複数の問題が世帯の中にある場合が15%、残りの5%は非常に重度なケースである。単純なケースでは担当したクライアントの問題をスタッフ一人で解決するが、複雑な場合はチームと相談する。さらに複雑なケースではチーム全体の10人のミーティングであたるという体制である。

【ライデン市の SWT による支援事例】

(事例)

アパートに住む一人暮らしの 68 歳男性。健康状態は悪く、家が非常に汚れていて、害虫もいる。膨大な借金があり、友人も誰もいない。

(支援経過)

SWT にこのケースを紹介したのは隣人であった。悪臭が隣人宅から漏れてきて迷惑だったので、SWT に対応を求めた。SWT の存在を知っていたので直接電話が来たが、知らない場合は、隣人宅の悪臭で困った際にまず連絡するのは住宅公団であったであろう。もちろん、住宅公団は連絡を受ければ SWT につなぐことになる。SWT にはいろいろな組織から連絡が入る。家庭医、警察、地域のソーシャルワーカー、家族などからである。

SWT は早速、その男性宅を訪問した。そして、SWT だが何か支援できることがあったら支援する。話をしませんかと声をかけた。その男性は中に入れてくれた。最初は問題だけだった。人と会いたくないし話したくないと消極的になっていて居場所がなく、自分のために生きることを諦めている印象だった。

会話を続け、その男性の周りにどういう人がいるのかを探った。少しでもコンタクトがあった人はこの世界の中で一人だけ、向かいに住む奥さんだけだった。そこで、本人と向いの奥さんと SWT でプランを作った。家庭医はその場にいなかったが、家庭医と連絡しながら進めることについても本人の承認を得た。家庭医にも SWT が支援していることを連絡した。

最初はやるべきことがたくさんあった。まず、掃除のチームを入れて、ごみを全部片付け、害虫も駆除した。それから本人の身体の健康管理を行った。

次の課題は、本人が同じライフスタイルに戻ってしまい、再び汚れた家にしらないことだ。SWT の力はそこで発揮される。まず、地元のボランティア組織に連絡をして、マーチェ（英語のバディ＝友だち）ボランティアの人とマッチングして、ボランティアが定期的と一緒に散歩に行ってくれるようにした。オランダでは、いろいろなマーチェ組織がある。精神病患者さんに対して友だちになるとか、ドラッグやアルコール依存症の治療中の人のためのマーチェなどだ。それから、移民や難民用にオランダ語を勉強することを兼ねてのマーチェグループなどいろいろなボランティア組織がある。それを活用した。

つまり、クライアントに問題があってプロの介護提供者として解決しないといけないという伝統的なアプローチから考え方を転換している。

SWT が、最終的にプロに支援を依頼したのは、足に傷があることが原因で歩行困難になっていたこと、健康状態が非常に悪かったことから、医療のケアが必要ということで地域ナースに訪問して見てもらったことだ。また、家事支援の在宅組織のサービスもコーディネートした。

また、SWT を担当する市のコーディネーターは、定期的に SWT のチームコーチたちとミーティングを持って、質の指導なども行っている。SWT からあがってきた地域の課題などはその場を通して市に挙げられ、施策化が検討される。

さらに、SWT が福祉系大学とコンタクトをとって、その学生たちに特定のアパートの戸別訪問をしてもらい、高齢者住宅の人々のニーズを把握するといった情報収集も行われている。個人には、それぞれのケアのニーズがあるが、個別のケースに対応すると同時に地域全体を近くで見る SWT のようなチームがあることの意味は大きい。例えば多くの人が孤立

しているとすれば、地域としてそれを解決するために何を提供するか考えることができるのであった。

以上から、ライデン市の SWT は日本の包括的支援事業（地域包括支援センター+地域ケア会議+生活支援コーディネーター）に類似していると言えるが、地域包括支援センターは直営か全部委託が基本であり、職種も3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）指定であるため、その点は大きく異なる。形にこだわらず、柔軟に市内の各法人から有能な人材を集めるという発想は日本の協議体に類似しており、参考になる。

SWT という仕組みはまだ模索の段階である。ライデン市としては、今後、SWT の連盟組織のような形をつくり、市が関与せずに SWT が自立する形態を目指していくということであった。

6. ライデン市で活動するボランティア組織事例

1) ビューフ (BUUV)



ライデン市 BUUV の WEB サイト (<https://leiden-leiderdorp.buuv.nl/>)

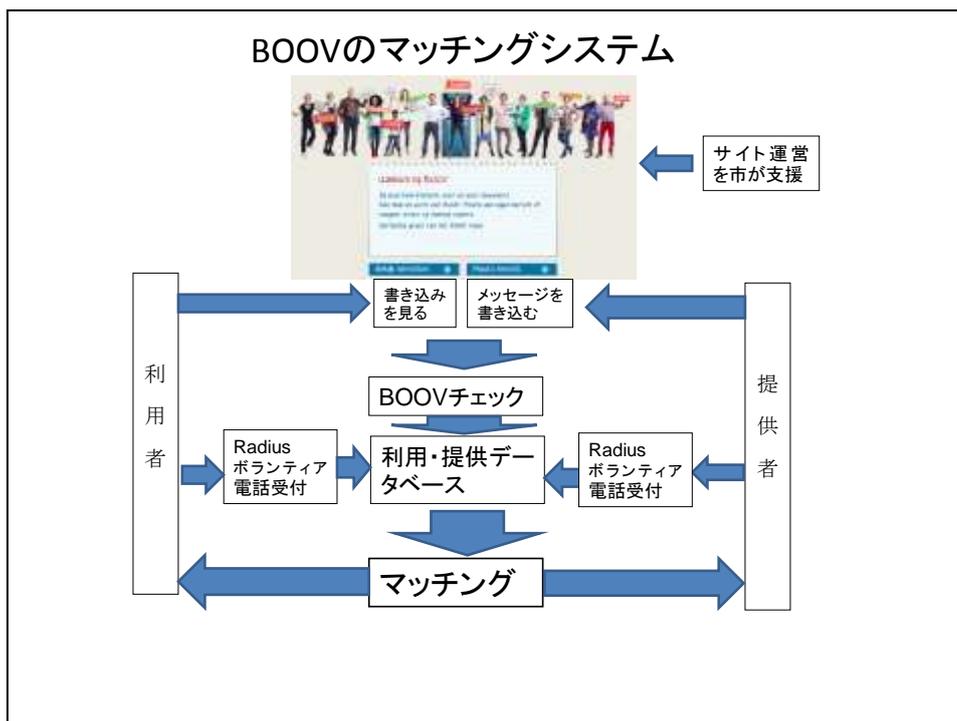


Radius の BUUV 受付窓口 (<https://www.radiuswelzijn.nl/aanbod/burenhulp/buuv>)

ビューフは、サポートしたい人がサポートできることをネット上にアップし、何かをしてほしい人はしてほしいことをアップすることで、それをマッチングしてくれるご近所同士の生活支援のマーケットプレイスである。ビューフにはWMOの予算から一部補助が出ており、オペレーションは福祉組織（Radius 2）が行っている。

活動は市民のアイデアから始まった。「地域では人と人が出会うことが大切である。しかし、出会わないと助けたくても助けられない。何が起きているかもわからない」そう考えた市民4人が組織を立ち上げ、自分が住む地域を全戸訪問し、「何かできること、したいことはありますか」、「何をしてほしいですか」という2つの質問だけを行った。最終的に10人の仲間で約1,000人を訪問した。そうすると、何かしたいという人のほうが多かった。オランダでは同様の調査をすると、「してほしい人」より「何かしたい」人の方が3倍ぐらい多いとのことである。

そこで、最初はインターネットではなくカードを作った。例えば公民館など人が集まるところに貼った。いわゆる掲示板である。それをインターネット上に設け、高齢者向けにできる限りシンプルにしているところに特徴がある。シンプルなサービスであるが、ビューフのポイントは地域を細かく選択できること、1地区2000人から8000人ぐらいで区分している。また、あくまでも無償の生活支援の掲示板であるため、広告は載せず、プロのケア組織も参加できない。

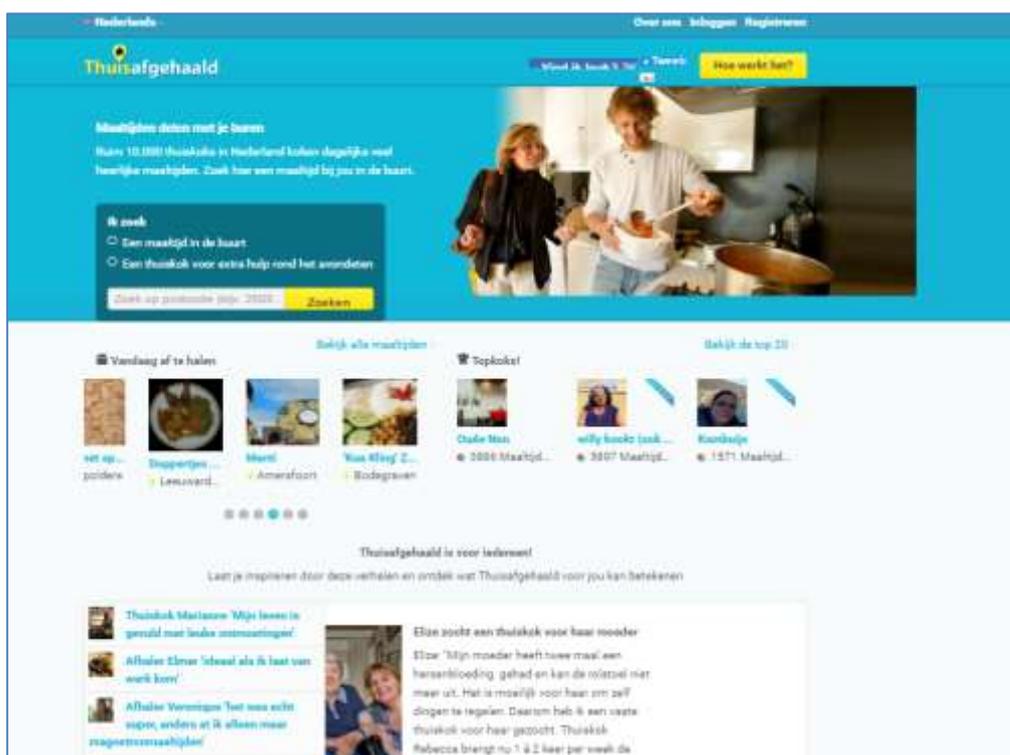


ネット上の仲介掲示板には、「ニーズ」を書く欄と、「提供できること」を書く欄がある。例えば、1人でせっかく料理作るので、誰か一緒に食べに来ませんかと書いてある。また、庭を自分でつくったが、土を買い過ぎてリヤカー10個分余ったので、無料で土をもらってくれないかと書いてある。利用者はその書き込みを見て申し込むという仕組みである。マッチングが繰り返されると、コンピュータを手伝ってくれる人を探していた人（利用者）だった人が、自分は誰かの猫に餌をあげられる人、買い物してあげる人（提供者）にもなっていく。つまり、1人が、利用者にもなり提供者にもなるケースが増えていく。

自分のニーズや問題をインターネットで公表することに抵抗がある場合もあり、何かを人のためにしたいという人のほうが多過ぎてマッチングが難しいという問題もある。しかし、ビューフのアイデアは、元々ライデン市ではなくハーレム市であったが、人口 13 万人のハーレム市では、現在、年間 1 万件のマッチが行われている。

年間のライセンスフィーは市民 1 人当たり 1 年 50 セントで、ライデン市が負担している。またライデン市はそれに加えて、別に外注してビューフのプロモーションや掲示板の管理も委託している。掲示板の管理は、質を保つために大変重要な仕事で欠かせないとのことであった。また、インターネットが苦手な人もいるため、さらに福祉組織 (Radius) にボランティアの電話番号も置いている。

2) シェアリングミール (Thuisafgehaald)



シェアリングミール (Thuisafgehaald) の web サイト (<https://www.thuisafgehaald.nl/>)

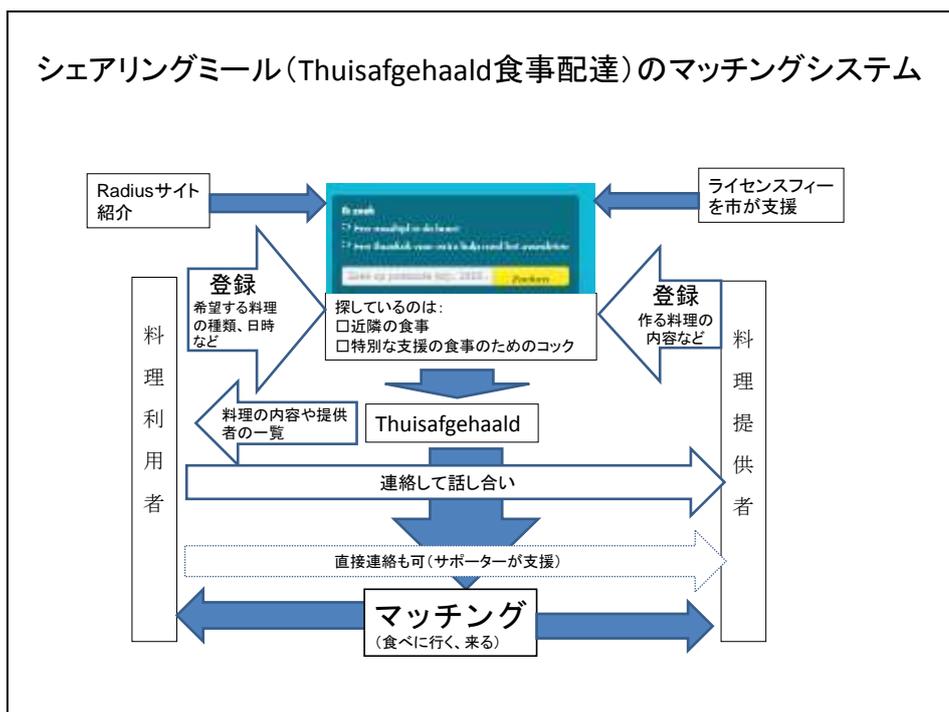
料理が好きな人が、せっかく作ったから他人と分かち合いたいというところから始まったサービスである。現在では、自分で料理ができない在宅の人に料理を提供するという支援も始まった。また、食事をきっかけにコンタクトが続くことで人間関係ができ、料理を持って行くだけではなく、植物に水をあげるとか、病院と一緒に付いていくとか、買い物を代わりにするとか、さまざまな生活支援を料理の提供者 (ホームコック) 側が行うようになっている。

コンセプトは非常にシンプルで、夕食は毎日誰もが食べるので、料理を作る人は、毎晩、毎晩作る。つまり、国民全員が誰でも使い、誰でも提供できる。

ホームコックには 2 種類ある。一つは、活発にとにかく作って食べてほしいというタイプ。例えば、「自分は月曜日と水曜に作る、メニューも豆腐ステーキ、おすし、ラザニアなどと決めて 1 食分 3.5 ユーロで最大 5 食分できるので、6 時から 8 時の間に取りに来てください」

と登録する。近所の誰でも選んで注文して、ホームコックはその朝までに注文が来たものを夕方に作る。

もう一つは、自分は特定の人のために作りたいというタイプである。そういう人は、先に「自分はどのような料理が得意で、配達で自分が持って行くことができる距離がどのぐらいか」を登録する。そして、誰か弱い立場の人とマッチングするのを待つ。あるいは、待ちきれずに近所の老人を探して、食べませんか？とクライアントを探してくる人もいる。弱い立場の人にはなかなか到達しにくいので、そのような弱い立場にいる人々とのマッチングは福祉組織が支援している。多くの人々はインフォーマルケアのネットワークを持っていないが、このようなプロジェクトを通じて少しずつ本人のソーシャルネットワークが大きくなっていく。



ユーザーあるいはホームコックの登録者は7万5,000人。その内1万3,000人がホームコックである。登録者で多いのはシングルマザーの小さい家庭だ。例えば子ども2人と自分だけとなると、3人分だけのために野菜を買うにしても余るので、あまりバラエティーのある食卓ができない。けれども、他の人の分も含めて大人数分を作れば、野菜や食材の数も増やすことができるし、自分の家族にもよりバラエティーのある料理を提供できる。利益を出すことまではできないが、食べる人数を多くすることによって食材代は返ってくるので、結果的にはより安く、同じものを作ることができる。シングルマザーはそういうメリットを求めている。

現時点では弱い立場の人のマッチング数は550人とあまり多くない。ただ一般の利用者と違って、利用が定期的なので、延べの数ではかなり多い。弱い立場の人はone to oneの形で、年間を通じて大体平均60食。つまり、そのコックとそれを食べる立場の人は、年に最低60回会う機会がある。

自治体がこのサイトを生活支援の手段として活用する場合には、初期費用として広告宣伝費とサイト構築の実費的なコストを示して請求する。実行段階でも宣伝をしたり、プロモーションをしたり、コストが多くかかるが、その後はその市とはライセンスフィーのような形になる。このようなウェブサイトプラットフォームは、要望に合わせてさまざまな改善をし

ていく必要がある。特定の新しいタイプのターゲットグループが使いやすいようにするとか、プロのケア、福祉提供者が使いやすいようにするとか、料理を作ってくれる人々へのウェブの上でのサポートなどが必要で、人件費がかかる。さらに常にウェブサイトを改善することも必要だから、ライセンスフィーを契約した自治体に払ってもらっている。

宅配サービスであれば注文すれば必ず毎日でも予定した日の予定した時間に持ってきてくれるが、ホームコックの場合には、絶対に入手できる、提供してくれるわけではない。だから、本人の食卓の多様性を広げるために役に立つという位置づけである。近所のホームコックが普段食べない食事や組織が作っているメニューにないものを作れば本人の食卓の多様性が増えていく。週に2日ホームコックの料理を食べて、3日間は宅配サービスをチンと温めて、さらに残りの日は娘が来て作ってくれるとなれば、本人の食卓にバラエティーが出てくる。

食事を作ってほしい人よりも、作りたい人に着目しているのが特徴である。

(注)

- 1) Arum, S.; Schoorl, R. (2016), 「ソーシャルヴァイクチームの全貌—地方分権化の現状(2016年後期)」
Sociale (wijk) teams in beeld Stand van zaken na decentralisaties MAART 2016,
<https://www.movisie.nl/publicaties/sociale-wijkteams-beeld>
- 2) ライデン市とウフストヘースト市（人口約2万3,000人）で活動する福祉組織。70人の職員と700人のボランティアで7,000人に対応。活動費年間370万ユーロ（うち、180万ユーロは市町村からの補助金。その他は利用料、寄付等）。主に在宅高齢者を支援しており、80%が75歳以上、20%は75歳未満だが疾患を抱えている者。主な活動はホームヘルプ（身体介護、生活援助）、デイサービス、高齢者家庭訪問、8つのアクティビティセンター、ボランティア（少額の寄付）による簡易な修繕、配食サービス、移送サービスなど

4. 認知症高齢者と介護予防、リハビリテーション

米国ラトガース大学非常勤講師 中島民恵子

1. 認知症高齢者と取り巻くケア政策の動向

近年の認知症施策としては、①全国認知症プログラム (Landelijk Dementie Programma, 2004～2008年)、②認知症統合ケアプログラム (Programma Ketenzorg Dementie, 2008～2011年)、③認知症ケア基準の策定 (Zorg-standaard Dementie, 2011～2013年)、④認知症デルタプラン (Deltaplan Dementie, 2013年～) が展開されている。オランダにおける一連の認知症施策の主たる特徴としては、1. 全国一律に取り組みではなく、地域ごとに当事者主体で目標を設定、2. 多様な関係者による連携、3. 常に認知症の人と介護者の意見を踏まえたボトムアップでかつ段階的な改善の実施、4. 各地域のベストプラクティスの共有と学び合い、があげられている¹⁾。

これまで取り組まれてきた①～③の施策において、詳細な認知症の予防やリハビリテーションについては示されていない状況である。ただし、②認知症統合ケアプログラムのガイド「Leidraad Ketenzorg Dementie」では、ボランティアや高齢者アドバイザー (ouderenadviseur) による予防的な訪問 (preventief huisbezoek) の実施が推奨されている²⁾。現在、取り組まれている認知症デルタプランは、官民パートナーシップにより進められており、1. 認知症の治療と予防に向けた研究の推進、2. 認知症の人のケアの改善、3. 認知症にフレンドリーな社会の構築が柱となっている³⁾⁴⁾。1. 認知症の治療と予防に向けた研究の推進では、研究はアムステルダム自由大学等の研究機関が潜在的な認知症の人の予防等の研究が進められている。

2. インタビュー調査等の結果

デンマークの章で示した通り、認知症高齢者の予防およびリハビリテーションに関して、1) 認知症発症に関する予防、2) 認知機能低下改善に関する予防、3) 認知症でありながら身体機能を改善するためのリハビリテーションの方法をあげることができる。今回のインタビュー調査では、1)、2)、3)について十分に把握することができなかつたため、データリクエストの追加質問およびWEB上の情報から把握できた内容を中心に記述する。

1) 認知症発症に関する予防

データリクエストの回答では、オランダにおいても認知症の予防に関するプログラムやサービスは無いとのことであった。例えば、50代の高血圧でない人、運動、ウォーキングやスポーツをしている人で認知症になるリスクが低くなるという研究結果が出ているが、それらを組み込んだ予防プログラムは提供されていない状況とのことであった。

また、アルツハイマー協会 (Alzheimer Nederland) のインタビューでは、アルツハイマーの治療あるいは予防を目的とした研究に研究補助金を出していることが示された。先に示した認知症デルタプランを進める主たる組織の1つとしても位置づけられている。その他、予防的観点での実施というよりも知識や経験の共有という観点での実施であると考えられるが、アルツハイマーカフェを在宅介護事業所と介護施設とともに共同で実施しており、認知症に関わるさまざまな関係者が参加していた。認知症の人が自身の体験を語る会は多くの参加者があり、こういった活動が早期発見等につながると考えられた。

また、直接的な認知症発症予防ではないが、国際長寿センターの研究チームが数回にわたり訪問調査を行っているラディウス (Radius) では、ライデン市と協力して福祉訪問を行っている。福祉訪問では、市から提供される 75 歳になった高齢者の全リストをもとに、自宅訪問に関する可否のレターを送り、本人の承諾が得られた場合にラディウスのボランティアが訪問している。訪問時に本人の状況や課題等を把握し、必要に応じてボランティアによるサービス等の提供につなげている⁵⁾。この様な予防訪問は認知症の早期発見にも役立つと考えられ、重要な取り組みである。

2) 認知機能低下改善に関する予防

アルツハイマー協会でのインタビューでは、認知症専門のデイケアセンターでは、運動 (体操、ボール、風船、トランポリン等) が日々のアクティビティに取り入れられていることが示されていた。2013 年の ILC の調査においても、体を動かすことで認知症が進まないという報告があり、認知症専門のデイケアセンターにて、ジム、ダンス、散歩といったアクティビティが取り組まれていた⁶⁾。

また、オランダではこの 10 年ほど、地域作業療法 (Community Occupational Therapy in Dementia: 以下 COTiD) の実践が進められているという文献もみられた。COTiD は認知症の人とその介護者双方を対象としており、認知症の人が生きがいのある日常および社会活動となるように最善の方法で行動できるためのトレーニング、介護者が認知症の人との効果的な関り方や問題解決の方法のトレーニングが提供されている。オランダにおける無作為化比較試験では、COTiD は認知症の人とその介護者の日常機能や生活の質、気分、健康状態、活動能力を改善する上で効果があり、さらに費用対効果もあることが示されていた⁷⁾。

なお、2000 年代にはいり、コーディネートされた認知症ケアの実現に向けた取り組みが本格化し、ケースマネジメントの開始・拡大等を進められてきた。認知症ケースマネジャーは認知症の人と介護者へのケアサービスのアレンジメント等を含んだサポートを行い、最後の段階 (死亡もしくは施設への入所) まで関わり続ける¹⁾。認知症ケースマネジャーはケアサービスの提供組織に所属しており、保険から費用が支払われている。

認知症ケースマネジャーはオランダ全体で浸透している訳ではなく、まだ地域によって数的なバラつきが大きい状況である⁸⁾。アルツハイマー協会でのインタビューでは、認知症について専門的な知識のあるケースマネジャーの継続的な関りの重要性が指摘された。ただ、現在、認知症ケースマネジャーの経費削減について活発な議論が行われており、保険支払い側からは地域看護師が代わりにその役割を果たし、重度になってから認知症コーディネーターを利用すればよいではないかという意見が出されているとのことであった。広い意味での認知症の重度化予防の観点から、継続的な関りを持つ認知症ケースマネジャーが果たす役割は大きいと考えられるが、今後どのような形となるか注目される点である。

3) 認知症でありながら身体機能を改善するためのリハビリテーションの方法

オランダにおいての統一的な実践はないが、個別の病院や施設等で認知症の人の身体機能の改善に向けたリハビリテーションが行われている。例えば、セイントマーチ (zorgcentrum Sint Martinus) では、病気や手術を受けた後の軽度の認知症の人にそれぞれのペースやレベルにあったリハビリテーションを安全な環境のもとで提供している。資料に具体的な内容は記載されていないが、認知症の人のリハビリテーションには、症状に応じたリハビリテーション学習の方法が必要だと考えられており、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、

心理士、老年医学、看護、ケアの専門家、栄養士、ソーシャルワーカーによるチーム作りがなされている⁹⁾。

3. まとめ

オランダにおける認知症の人の予防およびリハビリテーションもまだ模索されている段階であり、統一したプログラムの導入等も行われていなかった。認知症の発症予防については、認知症デルタプランにおいて官民連携による研究の推進が行われていたが、認知症のリハビリテーションについては注力されている状況ではなかった。

(参考文献)

- 1) 堀田聡子 (2013)「オランダの認知症国家戦略 ―地域に根ざした利用者本位のケアに向けて―」『老年精神医学雑誌』 24 : 990-999
- 2) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland(2009) Alzheimer Nederland, ActiZ. Leidraad Ketenzorg Dementie, Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementia.
- 3) The Delta Plan on Dementia Appendix 2 (2015)
<https://www.government.nl/documents/publications/2015/07/07/the-delta-plan-on-dementia> (2017年 2月 15日アクセス)
- 4) Deltaplan Dementie <http://www.deltaplاندementie.nl/> (2017年 2月 15日アクセス)
- 5) 国際長寿センター (2015)「生涯現役づくりに関する活動の国際比較研究報告書」 pp138-149
http://www.ilc-japan.org/study/doc/all_1401.pdf (2017年 3月 10日アクセス)
- 6) 国際長寿センター (2014)「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 オランダインタビュー」
http://www.ilc-japan.org/study/doc/netherlands_interview.pdf (2017年 2月 15日アクセス)
- 7) モード・グラフ (2015)「オランダにおける認知症の人のための地域作業療法とヨーロッパにおける展開」『作業療法』 34 (2) 110-133
- 8) 全日本病院協会 (2014)「諸外国における認知症治療の場としての病院と在宅認知症施策に関する国際比較研究事業報告書」http://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/140414_8.pdf (2017年 3月 10日アクセス)
- 9) Revalidatiekliniek voor mensen met dementia (2015)
<http://www.innovatiekringdementie.nl/a-1748/revalidatiekliniek-voor-mensen-met-dementia>
(2017年 2月 15日アクセス)

5. 仮想ケースによる調査の結果

成蹊大学文学部現代社会学科准教授 渡邊大輔

1. ケースの設定

リハビリテーションに関連する具体的な実施内容をより理解するために、「脳卒中」「虚弱」「認知症」に関連する3つの仮想ケースを作成した。オランダにおいては、国際長寿センター・オランダの Marieke van der Waal（事務局長、老年学者）、Aedes-Actiz の Yvonne Witter 氏（代表、社会学者）による回答をもとに、①支援目標、②ケアプランの展開プロセス、③受けられるサービスの種類・内容・量・制度の例、④支援に関わる関係者・連携方法、⑤本人のモチベーション向上のための方針の5つの項目を把握した。また、「脳卒中」ケースでは、Leiden 市の訪問看護ステーションである ProCure の看護師および理学療法士へのインタビュー、「虚弱」ケースでは福祉サービスを提供している Voorschoten 市の TOPAZ でのインタビュー、「認知症」ケースではアルツハイマー・ネーデルラントでのインタビューも分析対象としている。

2. 脳卒中モデル

年齢：66歳	性別：女性	経済状況：地域で標準的
世帯	夫は2年前に他界。遠方に住んでいる長女は仕事をしていて訪問は月に1回程度	
住居	リハビリ病院からの退院後は自宅（アパートメントの1階）に戻り、独居での暮らしとなる。	
支援が必要となった経過	4ヶ月前に脳梗塞を発症し入院した。左半身麻痺が残ったため、リハビリ病院へ転院した。リハビリの結果、室内での自力歩行は可能となったが、屋外での歩行が不安定であり、左手の感覚が無く、調理がAさん1人では難しい状況にある。退院を3日後に控えている。	
日常生活・健康習慣	自分自身の日常的な食事でも塩分が高い濃い味付けを好んでいた。高血圧で受診歴があるが、一時期、血圧が下がったこともあり、病識の低下のもと受診をしていなかった。また、定期健康診断の受診を3年ほど中断していた。	
社会生活	Aさんは脳梗塞を発症する前には、スーパーマーケットの総菜売り場に勤めていた。機能がある程度回復し、自宅での暮らしが安定したら、障害を持つ孫のためにもまた働き始めたいという希望をもっている。	

1) 支援目標

支援目標については、意見に相違が見られた。Witter氏は、具体的な期限を定めずに、自宅での自立した生活を継続するとしている。Waal氏は、脳梗塞からの回復状況に作用されるとの前提を置いた上で、短期の4つの目標と就労再開という長期目標を設定している。短期の目標は、3ヶ月以内に屋内で自立生活を送れるようになる（ADL含む）、3ヶ月以内に調理がきちんとできるようになる、というもの、また、6ヶ月以内に1人で外を歩けるようになる、6ヶ月以内に外へ歩いて出かけ、日常的な買い物ができるようになる、という2段階に分かれている。すなわち、3ヶ月以内に家庭での自立的生活を、6ヶ月以内に外出を含めた自立的生活を送るというものである。

これらに対して、現場での実際に看護やリハビリ活動を行っているProCureでは「私は決めない。本人が何をしたいのか、どのような目標を持っているのか、本人次第だ」と話し、たとえその目標がいかなるものであったとしても本人次第であるとの姿勢を示している。ただしこの前提として、住宅改修などについて指摘していることから、「本人次第」の前提には、自宅改修などを経たうえでの自宅での自立的な生活のなかでの目標が「本人次第」であると

いう意味であると理解できる。また、スーパーでの就労再開という目標自体は否定していないものの、若年層の失業等も含めた雇用環境の状態を踏まえ現実的でないとしている。そのうえで、職場に復帰することが難しいことを前提に、なぜ復帰したいというモチベーションになるのかの前提を把握し、そのモチベーションの根底を明らかにすることで、同じモチベーションが実現できる代替案を探すことが良いとしている。

支援目標として、本人の意志を重視するとともに、その意志の背景を踏まえた支援目標の再設定が行われている。

2) ケアプランの展開プロセス

Witter 氏は、神経科医または老年病専門医という専門医がケアプランを作成する場合と、一般開業医 (GP) のいずれかがケアプランを作成する場合があるとしている。Waal 氏は退院後のリハビリがどこで行われるかによって異なることを指摘している。(退院後に) 実際のリハビリがどこで行われるかによって異なる。具体的には、自宅、外来診療 (デイクリニック)、理学療法士が勤務する診療所が想定される。いずれの場合にも家庭医は関与するものの、病院でリハビリが行われる場合には病院の理学療法士が、自宅や理学療法士の診療所の場合には理学療法士がケアプランを作成する。この理学療法士によるケアプランの作成は、家庭医やリハビリ病院からの通知を踏まえて、A さんとの面接の下で作成される。なお、理学療法士も勤務する ProCure では独自のケアプランのフォーマットを準備しており、理学療法士が支援する場合には、事業所ごとにそれぞれのフォーマットでケアプランを作成しているようである。

このように、ケアプランの作成を医師だけでなく、理学療法士もまた行っている点にオランダの特徴がある。

3) 受けられるサービスの種類・内容・量・制度の例

受けられるサービスは、多様なサービスの組み合わせによるものとなる。医療保険による医療処置やリハビリテーション、言語療法、栄養支援、フォーマルな社会サービスとして社会支援法や自治体による住宅改修、配食サービスおよび家事支援、またインフォーマルな社会サービスとしてボランティアによる支援があげられる。

医療保険によるサービスとしては、Witter 氏は、週に 2 時間の理学療法士、作業療法士によるリハビリおよび週に 1 時間の言語療法士 (ST) によるリハビリをあげている。Waal 氏はこの医療サービスには自己負担金 (Risk Fee) 385 ユーロがかかることを指摘している (ただし、脳卒中時点でこの負担金を支払っている可能性が高いとも言及している)。なお、家庭医へは通院制限はないがこの自己負担金の適用外であり、理学療法士については初回 20 回分は自己負担であり、21 回目以降は医療の基本保険の適用となる。また、言語聴覚療法士や作業療法士によるリハビリについても基本保険でカバーされ回数制限はないが、まず自己負担金を支払うこととなる。

フォーマルサービスについては、家の掃除等は WMO で支払われ、所得によって一定程度の負担が生じることがある。Witter 氏はおおよそ週に 8 時間程度であるとしている。また、住宅改修も WMO によって支払われる。

インフォーマルサービスは、ボランティア等によるものであれば基本的に費用負担は発生しないが、本人の希望に添うものがあるかを見つけることができるか次第となる。地域によって異なることや、ソーシャルヴァイクチームのあり方などによって異なることが想定され

る。ただしソーシャル・レストランのようなサービスの場合は食事の実費は本人負担となる。

またこれらのサービス料については、ケアプランによる指示とともに、保険による規定（基本保険に加えて付加保険もある）、フォーマルサービスについては自治体による規定によって異なる。

4) 支援に関わる関係者・連携方法

支援の関係者は多様である。Witter氏は家庭医、看護師、作業療法士がかかわり、また、理学療法士や言語聴覚療法士およびソーシャル・レストランを想定して調理師がかかわるとしている。Waal氏はより多様な関係者や組織を指摘している。すなわち、リハビリ病院、神経科医、薬剤師、家庭医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、管理栄養士、心理士、ソーシャルワーカー、看護師、清掃提供者である。いずれも専門職であり、連携方法としてはMDOと呼ばれる多職種チームによる協議の場が設けられている。MDOは病院やクリニック内に設けられることもあれば、地域単位で設けられることもあり、地域単位の場合は家庭医が中心となる。なお、正装提供者や民間企業、地域のボランティアはMDOにはかかわらず、あくまでも専門職間の連携の場である。このことから、専門職と非専門職の連携の場は、一般的には存在しない。

5) 本人のモチベーション向上のための方針

本人のモチベーション向上についての意見も、多様であった。Witter氏は住宅改修および調理や食事における支援がモチベーション向上につながり、また、ボランティア活動を本人自身が行える可能性がある点に言及している。つまり、ただサービスを受ける客体としてのみあるのではなく、自らもまたボランティアに支えられつつ、ボランティアをできる可能性があり、それがモチベーション向上につながるとしている。

Waal氏は、Aさんが自分を信じ、自らの回復力を信じることであるとしている。医療専門家向けの臨床ガイドラインはあくまでも治療の観点から書かれたものであり、回復力を信じる、すなわちレジリエンスの観点からのものはないという。そのため、Aさんが自分や自身の回復力を信じるができるサポートがモチベーション向上につながるといえよう。

またProCureでは、1.でも指摘したように、スーパーで再び働きたいという目標自体は現実的でないとしつつ、本人がしたいことを深く探ることで、その人にとってのモチベーションを探り出していくことの重要性を指摘している。

3. 虚弱モデル

年齢：80歳	性別：女性	経済状況：地域で標準的
世帯	子どもはおらず、献身的な夫と二人暮らし	
住居	持家（一戸建て）	
支援が必要となった経過	2014年に右人工膝関節置換術、2015年に左人工膝関節置換術を受けた。下肢の筋力低下により疲れるほど動きすぎると膝の痛みが出る。そのため、夫が家事全般や介護を献身的に行っている。活動量の低下から筋力の低下が起こり、さらに活動意欲の低下がみられている。最近、自宅に閉じこもりがちである。	
日常生活・健康習慣	ゆっくりであれば身の回りのことはおおむね自分で行うことができるが、夫が手伝う時以外はうまくいかないことも出てきている。また、1ヶ月前から尿意を感じてからトイレに行くまでが間に合わず、失禁してしまうことが増えた。現在、サービスは利用していないが、主治医のもとには定期的に通っており、「昔は色々やっていたのに、最近だんだん出来なくなってきた」と、ぼつりと自分の状況を話している。	
社会生活	手術の前は趣味のコーラスへの参加と月に1回の高齢者センターのカフェでの食事作りのボランティアをしていたが、今は全く参加していない。現在、参加する気力も起きない状況である。	

1) 支援目標

Witter氏は、過去に参加していた活動の再開、および、活動的な生活の継続をあげている。社会生活面に注目し、過去の継続が目標になるとの指摘である。これに対してWaal氏は、BさんとBさんの夫とも一緒に目標を設定するべきであり、とくに「今もやりたいこと、達成したいこと、努力したいと思える範囲の明確化」を行うべきだとしている。

またTOPAZの地域マネジャーは、「提案するというよりも、いろいろと会話をしながら、本人の頭の中にランプがパッと点くように、そう言えばこれをしたというように本人が自分で思えるように会話をする。しかし、これをぜひしたらいいですよということは言わない」と話しており、目標設定はあくまでも本人の意志を最大限尊重し、介入は行わないとしている。

このように、生活の継続を志向しつつ、基本的には本人の意志を重視する目標設定となっている。

2) ケアプランの展開プロセス

ケアプランの作成は、Bさんが自宅に住んでいることから家庭医を中心に行われる。Witter氏は、家庭医と看護師が行うとし、Waal氏は、家庭医が紹介した理学療法士や作業療法士が家庭医にフォローアップを提供するとしている。またBさんが複数の療法士を必要とする場合には、家庭医がMDO（協議の場）を設定し、意見交換を行うことでケアプランの共有を図っている。また、TOPAZの地域マネジャーも家庭医が診断し、ケアプランをアレンジするとしている。

このように、在宅での生活継続をしている虚弱ケースにおいては、家庭医が中心となってケアプランを作成している。

またその具体的なプランとして、Waal氏は、尿失禁への療法（6回のセッション）、歩行能力の向上と転倒予防のための理学療法（週1回以上で7回のセッションの後、プランの見直し）、軽度のうつ症状に対応するためのソーシャルワーカーか心理士、訓練を受けた看護師による心理療法（7回以上のセッションの後、見直し）、夫の負担軽減のための入浴介助によるADL支援（週3回以上で3ヶ月以上）、歩行のための杖の購入アドバイス、をあげている。全体的には現在の症状への対処と、身体能力の回復を志向した理学療法が中心となっている。またTOPAZでは、体重を軽くするための処置をとる必要性が指摘されるとともに、地域ナ

ースが家庭訪問することで、夫の介護負担が過重にならないような措置をとることも指摘されている。

3) 受けられるサービスの種類・内容・量・制度の例

受けられるサービスの種類は、脳卒中ケースと同様に多様である。この点で、Witter 氏の説明も、Waal 氏の説明も一致している。在宅での療養を行っている本ケースでは、医療的なリハビリテーションはすべて理学療法士が行い、それは医療保険が適用されている。脳卒中ケースと同様に、最初の 20 回は自己負担であり、それ以上は医療保険の基本保険の適用となる。また、自己負担金 (Risk Fee) 385 ユーロがかかることも同様である。

また、Witter 氏は、社会支援法による住宅改修や、夫の家事負担軽減のための家事支援に加えて、福祉センターや高齢者団体での「転倒予防講座 course a fall prevention」も受けることができることを指摘している。

インフォーマルなサービスとしては、Witter 氏は地域活動への参加に同行するなどするボランティアによるバディ活動があげられ、このボランティアによるコーラスクラブへの再参加支援があげられている。実際、オランダではボランティアがサービスの客体へのバディとなり、外出支援や話し相手になるなど多様な友愛活動が行われている。このケースでも、このようなボランティア活動が活躍する可能性が高い。また、Waal 氏は、B さん自身でボランティアを見つけるだけでなく、家庭医がボランティアを手配できる福祉団体を紹介することも指摘している。

4) 支援に関わる関係者・連携方法

Waal 氏は、B さんの症状が深刻な場合には、脳卒中ケースと同様に、家庭医が主導する MDO が開催されるとしている。この MDO では関係するすべての専門職が家庭医に情報をフィードバックし、家庭医はそれらを勘案しながら、必要であればケア量を決定する。情報共有によるケア量の変更は家庭医に一任されている。

Witter 氏は、インフォーマルなサービスとの連携について指摘し、ケースマネジャーが関係する専門職とボランティアをコーディネートすることがあると述べている。この点に関連して、TOPAZ では、自治体の WMO 窓口の高齢者アドバイザー (エルダリーアドバイザー) が地域での連携体制の構築し、地域での課題解決を図り、また、夫が病気等にならないように予防していくとの指摘があった。

5) 本人のモチベーション向上のための方針

Witter 氏は転倒予防防止講座を受講し、スポーツやクラブ活動への参加など積極的な社会参加によってモチベーション向上を図るべきとしている。これに対して、Waal 氏は、脳卒中ケースと同様に、B さんが自分を信じ、自らの回復力を信じることであるとしている。医療専門家向けの臨床ガイドラインはあくまでも治療の観点から書かれたものであり、回復力を信じる、すなわちレジリエンスの観点からのものはないという。

また、TOPAZ でのインタビューでは、夫の負担軽減の観点からも、夫のフリータイムをつくるために本人を「誘惑」するような対応をとるとのことであった。たとえばまず夫婦と一緒に遊びに行き、その後、いつもいる夫とは別の友達ができ、その友達との会話が楽しくなったら、今度は本人だけが行くというかたちで、だんだん一人で行けるようにするといった形で、本人の意志を尊重しつつ、その人の行動を「誘惑」するような介入は行うことがあるということである。この点は、日本の実践に近いといえよう。

4. 認知症モデル

年齢：85歳	性別：男性	経済状況：地域で標準的
世帯	7年前に妻を亡くしてからは長年独居で暮らしていることに対してプライドを持ってがんばってきた。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、仕事をしており、訪問は2ヶ月に1度程度である。	
住居	持家（一戸建て）で独居	
支援が必要となった経過	身体的な自立度は比較的高く、自宅で掃除や洗濯も自分なりに行っている。歩行状態は独歩であるが、方向転換時にふらつきがみられ過去に何度も軽い転倒を繰り返している。食事でも自力摂取できるが、ほとんど自分では調理をせず、外で惣菜等を買うことが多い。最近、認知症の症状が見られるようになっており、「時々、訳が分からない状況になる。できていたことができなくなる様で怖い」といった不安な想いも漏らしている。	
日常生活・健康習慣	意思疎通は良好な状態であるが、財布や義歯の置き忘れ、もの忘れといった生活の困難さがある。自分自身の思考や判断の前後の記憶がとぎれてしまうことで、葛藤や不安から長男や近所の知人に電話をするといった行動や、財布の置き忘れから近所の知人にお金を借りに行ってトラブルが起きる等が少しずつ出てきている。	
社会生活	最近では長年続けていた、陶芸サークルにも参加しないようになってきている。本人は妻と長年暮らした自宅で出来るだけ長く暮らしたいと考えている。	

1) 支援目標

Witter氏は、自宅での生活をできるだけ長く継続でき、また人生を楽しめるような支援の実施と、できる限り心身の健康を維持する支援の実施を支援目標として設定している。

Waal氏は、Cさんおよび息子と一緒に目標を設定することが重要であり、そのなかで自宅での生活を継続したいのか、継続するのであれば何が必要となるかを吟味して目標とする必要があるとしている。またそのために、看護師または看護助手が毎日または週に何度か訪問し、Cさんを見守ることがあげられる。さらに、もう一つの目標として、配食によるきちんとした食事（温かい食事）を支援目標としてあげている。近隣の人やボランティアからの食事の支援を受けられるだろうことを想定し、この目標を設定している。

アルツハイマーネーデルランド（以下、AINL）は、在宅でできるだけ長く生活できることを基本とし、そのうえで、本人がこれまでの趣味の活動の継続を行うことが望ましく、そのための支援や、自由に行動するための支援（GPSの腕輪をつけるなどする）を指摘している。

2) ケアプランの展開プロセス

Waal氏は、想定されるパターンとして、CさんかCさんの息子が家庭医か地域の看護師に相談し、問題の特定を諮ったうえで、Cさんや息子と家庭医、地域の看護師がともにケアプランを作成する、としている。さらにAINLは、家庭医が近くの病院の物忘れ外来（メモリーポリクリニック）を紹介し、その外来において脳のさまざまな検査や、さらに身体的な検査をすることで認知症と診断された場合には、CさんとできればCさんの息子と専門医がミーティングを行いケアプランを作成する。また、ディメンシア・ケースマネジャーが指名され、Cさん本人と話すことで、自力でできることは何か、どこにサポートが必要なのかということ特定していく。さらに、サポートが必要だという事柄について、まず家族とか近所の人でできないのか、それが無理な場合はプロのケア提供者によるサポートに入るということを決めていく。このディメンシア・ケースマネジャーは、最終的にナーシングホームに入所せざるを得なくなるまで、継続的に観察し続け、サポートが適切か、より必要かを判断していく。

また、Witter氏は、認知症カウンセラーが老年病専門医や神経科医とともにケアプランを作成するとしている。これは、専門医にまでケアプランの作成が上がった場合であるといえよう。

3) 受けられるサービスの種類・内容・量・制度の例

医療的側面としては、看護師と家庭医の診療を受ける場合には ZVW から支払われる。また、身体状況の改善のために、理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションを受けることができるが、脳卒中ケースや虚弱ケースと同様に、最初の 20 回までは自己負担となる。Waal 氏は、リハビリテーションにより転倒予防および筋肉増量を図るため 7 回以上のセッションとフォローアップ計画が実施されるとしている。また、医療保険の範囲で週に 3~5 回の送迎付きの認知症向けデイケアを利用できる。

フォーマルサービスについては、Witter 氏は、住宅改修の可能性がある、また、家事支援や記憶訓練を社会支援法で受けることができるとしている。また Waal 氏は、独居であることから緊急通報ボタンの取り付けや、生活リズムを整えるための紙またはデジタルカレンダーによる支援も想定している。また、AINL は、家計管理を家族が支援できないようであれば、プロによる支援を受けることができると指摘している。

最後のインフォーマルなサービスについては、Witter 氏は、虚弱ケースと同様にバディ活動が指摘されており、一緒に活動できる支援を行うことが想定される。AINL は、料理を最近作れなくなったことに注目しつつ、すぐにプロのケアにつなげるのではなく、まずは安く食べられるところを紹介してアレンジをするか、近所で一緒に食べられるようなボランティアの家がないかを模索するとしており、そのずボランティアを探すために、ディメンシア・ケースマネジャーが支援するとしている。

そして、Waal 氏は、これらのサービスは、C さんが死亡またはナーシングホームに入居するまで継続されるとのべている。

4) 支援に関わる関係者・連携方法

Witter 氏と AINL は、認知症カウンセラーかディメンシア・ケースマネジャーが関係者となる専門医、家庭医、看護師、理学療法士、ボランティア等の連携のマネジメントを行うと指摘している。また、Waal 氏は、おそらく専門医に紹介していない場合を想定し、家庭医と看護師が直接連絡を取って対応するとしている。

ここからは、オランダではディメンシア・ケースマネジャーが主導的な役割を果たし、専門家のみならずインフォーマルなサービスの中心的な担い手であるボランティアとのマッチングまで行い、非常に重要な役割を果たしている。

5) 本人のモチベーション向上のための方針

Witter 氏は、活動的な生活を維持したり、好きなことができるような支援をすることがモチベーション向上につながるとしている。そこで、AINL は、陶器クラブに入っていたことに注目し、ボランティアが陶器クラブの人をお願いして、C さんを再びクラブに受け入れてくださいと話し、クラブを続けることを提案している。さらに、徘徊をしてしまう場合にも、GPS の腕輪などを活用し、「自由に迷っていただく」環境を整えることで、本人の行動の自由と安全を確保することが望ましいとしている。また住宅改修やデイケアへの訪問等を行うことで、「スケジュールのある生活」をもたらすことが、家の中に引きこもってしまうことを予防し、在宅での生活を長く行っていくためのモチベーションにつながる方策になるとしている。

なお、Waal 氏はこれらの支援のタイミングが WMO や WLZ に記載されていることもあわせて指摘している。

5. まとめ

オランダにおける各ケースでの目標設定は、デンマークと同様に、本人がどうありたいかという点に焦点を置きつつ、自立した生活の継続を目指すものであった。そのため、置かれた状況の改善のための積極的な介入を想定とした目標設定をしようとする傾向も見られた。

オランダにおける各ケース内におけるリハビリテーションの位置づけは、身体機能の維持回復に焦点をおくものであり、デンマークのように重度化予防や、より積極的な予防的リハビリテーションはほとんど見られなかった。この意味で、オランダではリハビリテーションの範囲が非常に限定的であった。

ただし、オランダでのリハビリテーションのケアプランは、理学療法士や作業療法士、言語聴覚療法士が療法士として家庭医にプランの提案をしており、専門職としてのプラン作成へかかわる余地は、日本よりも大きいと考えられるものであった。

また、認知症ケースに関しては、認知症のマネジメントの主導的な役割として、ディメンシア・ケースマネジャーが制度として存在しており、多様な専門職だけでなくボランティアを含めて連携を担っている点には特色がある。ただし、認知症のリハビリテーションという側面は乏しく、対処療法的になっている点は前2ケースと同様であるといえるだろう。

6. オランダのまとめ

政策研究大学院大学教授 小野太一

1. 介護保険改革に係る日本との類似性とその中での相違

研究班の間での共通認識とまずなったのは、蘭・日両国の介護制度とその改革の方向性に係る類似性である。厳しい財政制約の下で、社会保険方式で運営されている高齢者に係る介護保障制度（オランダの場合は高齢者に限らないユニバーサルなものであるが）の持続可能性を高める必要を背景に、高齢者の介護予防と互助の推進のために社会参加を促すという一連の流れは、日本の介護保険改革、特に 2011 年、2014 年、2017 年の改革で志向しているものと共通である。

また具体的な手法としても、軽度サービスを介護保険の給付から外して自治体による予算事業とし、地域ごとの事情に応じた創意工夫を促すことは、介護予防・日常生活総合事業の創設に通じるものがある。

さらにその際に行政や地域のケアに関わる社会資源の専門家が「Ⅲ. 5. 仮想ケースによる調査の結果」のケーススタディで明らかになったように MDO と呼ばれる多職種連携の組織を構築して連携して様々なケアニーズに対応することは、地域ケア会議を活用して規範的統合を図りつつ、地域包括ケアセンターを核としたネットワークを組織しての対応を進めることと似ている。「Ⅲ. 3. ライデン市における WMO の実際」で詳述したソーシャルヴァイクチームのような、Radius のような中間組織をはじめとした多分野の人材をネットワーク化して、高齢者・市民の自助・互助を促す姿勢も、多様な主体による多様な取組を促し、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を配置してそのコーディネートを行う体制を普及する姿勢と同様であり、両国において、それらの互助のネットワークと、専門職のネットワークとの重層的な展開が志向されている。

また自立支援の考え方、すなわちケアや生活上の支えが必要な高齢者に対する支援の基本的な姿勢として「自助→互助→共助→公助」の順でアプローチすることを徹底する方向性についても、累次の介護保険制度の改正で繰り返し強調されていることであり、その類似性は高い。

他方、それらの類似した制度建ての一方、制度改革の実施に関しては、オランダの取組においてはより徹底している側面がある。例えば財政制約の下での改革姿勢であるが、オランダでは例年 9 月の議会開催時に、国王（Throne）が演説を行うのが通例であるが、2013 年の議会において議会演説¹⁾を行い、直截的な表現で、WMO や ZVW への給付の移管等の制度改革に対する国民の理解を求めた。またヒアリングやケーススタディでも明らかになったように、在宅での家事援助や社会参加については WMO の給付やボランティア活動の活用が指摘されている。我が国の 2017 年の制度改革では、それらのサービスに関し『多様な主体』による取組が十分に広まるまでに至っていない状況²⁾にあると評価されたように、制度の転換以前のそもそもの互助活動の実践の広がりや経験の深さ、市民の社会活動への参画等の土壌の違いもまた留意する必要がある。またオランダの実践においても訪問看護師（オランダでは看護師と介護職とが段階的な資格となっていることに留意）が提供するすべてのサービスにおいて杓子定規な切り分けがなされているということではないと思われるが、基本的な考え方として WLZ や ZVW の給付範囲との整理がなされていることは大いに注目されるべきである。

2. ケアプランと地域看護師

また、ケアプランに関わる相違に関する研究班の中で話題となった。オランダの制度においては、日本のケアマネジャーに相当する職種の者がケアプランの作成者とはなっていない。そうした職種の者はおらず、家庭医や地域看護師、また場合によっては他の専門職がニーズの評価を行い、サービスのコーディネーションを担っている。家事援助や社会参加の側面においては、ソーシャルヴァイクチームによって評価とコーディネーションが行なわれている。

地域看護師とは前述したように訪問看護ステーションなどをはじめとしたホームケア組織で働いている（ナースプラクティショナー前の資格としては最も高い）「資格5」の在宅看護に携わる看護師であり、同時にサービス提供も担う者である。前述の給付範囲の整理に関する点とも関わるが、家事援助や社会参加以外のケアに関わる部分のコーディネーションに関しては、家庭医とあわせ医療の専門性を有する比較的高度の資格を有する看護師がコーディネートに当たっており、専門性が活かされたものとなっていることが想定される。今回の法改正によって、かつてはWLZ（改正前のAWBZ）で給付されていた、身体介護も含む在宅での看護サービスがZVWの対象となったが、その狙いとしてケアの統合性を高め、その中で地域看護師が中心的な役割を果たすことが期待されている。MDOの下での多職種での医療・介護連携に際して、共通言語をいわば「母国語」とする地域看護師がケアマネジメントの役割を担うことの優位性が指摘できよう。

また、ソーシャルヴァイクチームの専門家がいわゆる「T字型」の能力を有している、すなわち、「Ⅲ. 3. ライデン市におけるWMOの実際」での指摘のように自らの専門性のみではなくソーシャルワークの能力を有している者を想定していることで、広い視野からのニーズの評価とサービスのコーディネーションが期待される。さらに地域看護師の実践に際しても、6割近い（58%）ソーシャルヴァイクチームに地域看護師が参画している（97頁参照）ことで、家事援助や社会参加と、医療・介護の専門家のサービス提供の切れ目のない連携が期待される。

なお別途の専門性の者が担うのではなく、地域看護師等が評価やコーディネーションを担うことによる費用面での優位性も指摘されているが、オランダの実践を理解する際には、特に認知症のケースに関し、「Ⅲ. 5. 仮想ケースによる調査の結果」のケーススタディで見るとようなディメンシア・ケースマネジャー等が果たしている重要な役割や、認知症ケアのケースマネジャーに係る議論（86頁参照）で指摘した、認知症者の側からなされている反対議論の存在も視野に入れることも必要であろう。

3. 予防と保険者の役割

最後に研究班の間で議論となったことは、予防に関わる保険者における予防インセンティブの度合いの違いと、予防としてのリハビリテーションの提供に係る発想の違いの2点である。

オランダにおいてZVWは医療保険者、WLZは国（業務はケアオフィスが実施）、またWMOは補助金を活用した基礎自治体の事業と別々となっており、また医療保険者は1年ごとに変更が可能であるなど、予防へのインセンティブが制度的に働きにくい構造となっている。一方で、日本の介護保険の場合には市町村が保険者である。また2018年度から都道府県と協働して運営にあたるとはいえ、市町村は国民健康保険の保険料の賦課・徴収や保健事業等を引き続き実施することになっている。そうした財政責任も有する市町村が地域包括支

援センターの運営、また、(それも含め) 介護予防・日常生活総合事業の提供の責任を担うことになっており、予防サービスの提供に関し積極的な立場を採り得る。そうした比較から浮き彫りとなる市町村の予防へのインセンティブを今後とも活かして制度設計、運営が行われる必要がある。

また予防としてのリハビリテーションの実践は、日本の制度構造の特徴を活かしたものであると考えられる。研究班員による埼玉県、大分県での取り組みを始め、都道府県の行政が予防としてのリハビリテーションの技術を専門職と連携して保険者(市町村)の地域包括支援センターや予防サービスを提供する現場に普及する取組みは、今般の介護保険法等の改正の中で法定化されることとなった。これらの取組みに関しては、上記のわが国の制度構造から導かれるものであり、また今後ともエビデンスの集積と、それらの内外への発信が期待される。

(注)

1) 長くなるが、オランダ政府の危機感と、制度改革の重要性について理解するうえで重要と思われるため、該当部分を紹介する。

「It is an undeniable reality that in today's network and information society people are both more assertive and more independent than in the past. This, combined with the need to reduce the budget deficit, means that the classical welfare state is slowly but surely evolving into a participation society. Everyone who is able will be asked to take responsibility for their own lives and immediate surroundings. (Abbreviated) The shift towards a participation society is especially visible in our systems of social security and long-term care. In these areas in particular, the classical post-war welfare state produced schemes that are unsustainable in their present form and which no longer meet people's expectations. In today's world, people want to be able to make their own choices, manage their own lives and take care of one another. It is in keeping with this development that care and social services be organised close to people and in a coherent manner. To achieve this, the government will decentralise public services in three areas.」 「ネットワーク化と情報化が進んで今日の社会において、人々は過去よりも自分を主張するようになり、自立していることは否定できない現実です。これは、財政赤字を削減する必要性と相まって、古典的な福祉国家が徐々に、かつ着実に参加型社会に進化していることを意味します。能力を有する人は、自身とその周囲の人々の生活に責任を持つことを求められます。(中略) 参加型社会への移行は、私たちの社会保障制度と長期ケア(介護)制度において顕著なものとなります。これらの分野では特に、古典的な戦後型の福祉国家が生み出した仕組みは、現在のままでは持続が不可能であり、かつ人々の期待にもはや応えるものとなっていないと言えます。今日の世界では、人々は自身で選択をし、自身の生活を管理し、お互いの助け合いをしたいと考えています。介護や社会サービスが人々に密着して、かつ一貫した形で組織されることが、こうした流れに即していると考えられます。このため、政府は3つの分野において、公共サービスの分権化を行います。」

(<https://www.royal-house.nl/documents/speeches/2013/09/17/speech-from-the-throne-2013>、2017年3月1日アクセス)

2) 「介護保険制度の見直しに関する意見(平成28年12月9日)」社会保障審議会介護保険部会(2016)

(コラム)

ビュールトゾルフ・ライデン (Buurtzorg Leiden) を訪ねて

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

Buurtzorg の誕生

Buurtzorg は、地域看護師 (wijk verpleeger, community nurse) であった Jos de Block が 2006 年に設立したケア提供組織 (ケア・プロバイダー) である。そのころオランダで蔓延していた、決められたケアを決められた通りに提供する官僚的なやり方にオルタナティブを提案するという意図で立ち上げたという (Block, 2011)。

1990 年代まで、オランダでは地域看護師 (人口 3,000 人に一人) が配置され、家庭医やソーシャルワーカー、介護士などがよく連携を取り合い、小さなチームを作って村や都市のある一定の地区に根を張るような形で活動をしていた。しかし、1987 年ころから市場化が進められ、1990 年代には、医療・福祉に関連する組織の合併が進んで組織が大規模化していった。

「毎日違う利用者宅を訪問して、言われたことだけをして、押さえつけられる感じがありました。利用者も毎日異なるスタッフが来るので、訳が分からずに不満をもっていたと思います。スタッフは一日 16~20 人を巡回して訪問するので、ルーチン・ワークのようになってしまうのです」

これは、以前に行った看護師インタビュー (レベル 3) の内容であるが、その頃の様子をよく物語っていると思われる。こうした中で、Jos de Block は「昔の地域ケアの理念をもう一度！」と、2007 年 1 月、4 人構成のチームで Buurtzorg をスタートした。

「看護師が小さなチームで利用者に密着し、高い専門性を発揮しながらケア提供するやりの方が、経済面でも良い効果をもたらす」という考えは、家庭医にも受け入れられ、看護師の賛同者が増えて 2007 年のうちに 12 チームが立ち上げられた。Buurtzorg の反響は大きく、当時の首相が在宅ケアの未来を視察するという意図で訪問したりしたようである。また、看護師のフラストレーションが高まっていたのか、広告をしなくてもこの考えに賛同して、各地でチームを立ち上げる看護師が続出した。2010 年の終わりには、3,300 人の看護師がオランダ全国で 330 のチームを立ち上げ、利用者は 4 万人へと増えていった。

その特徴は、、、、

Buurtzorg の特徴は次のように伝えられている。

まず、教育レベルの高いナースによる自律的トータルケアである。Buurtzorg ではレベル 5 の看護師 (学士レベル) の構成比が 60% であり、退院後の在宅復帰、ターミナルケア、重複疾患など専門性の高いケアを、しっかり判断して自律的に包括的に提供する。看護師のレベルによって可能なケアが規定されているため、レベル 5 だと衣服の着脱から傷の手当まで一人で提供でき、利用者との人間的関係も深まる。

次に、地域を巻き込むケアが挙げられる。本人の自立に働きかけながら、専門職連携のみならず、その中に家族や友人などのインフォーマル資源も巻き込んでいく。これは、近年のオランダの大改革の方向性とも重なる。

3 つ目は、就業時間の 60% 以上を利用者のために使うルールである。提供したサービスや労

働時間の申告などはタブレットで看護師自身が行って請求や給与計算などの事務仕事は本社に任せる。看護師は事務仕事から解放され、その分利用者へのケア提供に時間を割いて満足度を高める。各チームに事務職はおらず、2010年当時、3,300人の看護師が活躍する組織の本社のバックオフィスには20人の事務職がいるだけであった。本社と現場の一般管理費を大きく削減している。

4つ目は、12人までのフラットな組織である。チームは12人までとしてリーダーを置かない。フラットな組織で各自が考え、決断し、責任をもってサービス提供するという自律的な看護師の組織である。1チームは40人～60人の利用者を対象とし、30～35チームごとにコーチが配置されている。

最後は、ICTを活用して、ケアとマネジメントの合理化を図っている点である。

ビュートゾルフは、こうした特徴あるマネジメントで、利用者・医療者、従業員ともに満足度の高いプロバイダーとして注目されている。Jos de Blockは自らの実践に基づいてオランダ政府にも働きかけ、世界中（アメリカ、イギリス、ノルウェーなど）を飛び回って講演・営業活動をしている。日本でも、「ビュートゾルフ日本」が立ち上げられた。

しかし一方で、同業他社からは「この成功は少なくともCherry-picking（いいところどり）であり、最も収益性の高い患者を選んでいるのではないか」「計画外のケアが必要な患者が他のプロバイダーや病院からのケアを必要とする可能性がある」と批判されたりしている（Grayら、2013）。成功者へのやっかみ含みの評価かもしれないが、気になるところではある。

Buurtzorg Leiden を訪問

そこで今回の調査で、ライデン市にあるBuurtzorg事業所を訪問することとした（2016年8月）。

事務所は古い建物の中にあり、24歳の若き看護師が応対してくれた。賃貸料は安いようで、管理費節減に努めていることが理解できた。アムステルダム市のビッグ4に数えられるプロバイダーの本社オフィスは中央駅横の高層ビルにあり、「Buurtzorgの一般管理費率8%に対して、他のプロバイダーでは25%」という事実に納得したことがある。

Buurtzorg Leidenは2013年に設立され、ライデン市（人口11万人）の4分の1に当たるエリアをサービス対象地域として自転車中心で巡回している。エリア限定の合理性である。11人の看護師（看護師レベル5が7人、レベル4が1人）でチームを構成し、50人の利用者を対象にサービス提供している。ライデン市には在宅ケア事業者は約20社あり、Buurtzorgは市内にここ1社のみである。

もし利用者が増えてスタッフも12人以上になると、チームを分割して利用者との関係をキープしていく。新しいスタッフを雇用する際は、Buurtzorgの価値を共有して働きたいので自分達で面接して決めるとのことであった。

利用者は病院からの退院患者が半数を占めており、病院からの連絡で出向いて行って、病院側と必要な在宅看護について確認を行なう。その後、本人・家族の希望を聞き、最終的なアセスメントで提供時間が確定される。プロバイダーで提供時間を査定できるようになったのは、Jos de Blockが保険会社との合意を取り付けた成果である。査定しても、スタッフに余力や空いた時間がなければ、その仕事を受けることはできない。余裕がない場合は、「過度の負担がある仕事はしたくない」という理由で重度の認知症の方を断る場合もある。オランダのプロバ

イダーは「我々は競合しているのではなく、協働している」と表現するが、自社で利用者のニーズに応えられない場合は他社に紹介するケースが多い。

利用者の特徴

気になる利用者像であるが、月に1回1時間のモニタリングのみの人から、毎日2時間（朝1時間、夜1時間）提供している脊髄損傷の最重度の人まで、多様であるとの説明であった。しかし同時に、レベル5の看護師がメインであるため時給も高い。よって、看護・医療的ケアを提供しないと効率が悪いという現実についても説明してくれた。

例えば、手術後の傷（縫合跡）の手当などがケア内容としては多い。これはWlz（新しい介護保険）の中のMSVT（医療スペシャリスト治療サービス、Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie）と呼ばれるものである。本来であれば病院ですべき手当を在宅で行なうものであり、専門性が高く収益性も高いケアなのであろう。

より短時間でニーズを満たす

保険会社は時間ベースで支払いを決定するが、Buurtzorgはより短い時間で利用者のニーズを満たす、とも言われている。

「サポートソックスの着脱の依頼があると、毎日そのために訪問する代わりに、自分でできるようにトレーニングをします。できない場合は肩の障害など他に問題があるわけだから、医療的なケアも増えるのです」

自立に向けた積極的なトレーニングはデンマークにおける「リエイブルメント」そのものであり（この際の作業療法士/理学療法士介入については不明）、これが成功すればケア提供時間は少なくなる。

「ストーマを造設して退院した女性がいました。初めは交換のために訪問していましたが、交換の仕方を指導したところ彼女は1週間で学ぶことができました」ここでケアは終了するのである。

こうした話から、徹底した自立支援が行なわれていることが理解できる。「もっとも重視しているのは、『本人に何ができるか』をみていくこと」なのである。

「利用が終了したり、短時間になることは、経営的にはどうなのか？」との質問には、「次の利用者が待っているので問題はありません。看護師の喜びは、患者が喜び幸せになることです。責任をもって仕事しているので、やたらに時間を延ばすことはできないし、仕事内容は保険会社に報告義務があります」と答えてくれた。

Buurtzorgにはレベル5の看護師が多いことは驚愕に値する。一般のプロバイダーでは10%いるかいないかの現状だからである。だからこそ、短時間でニーズを満たし、自立に導き、専門性の高いケアを提供できるのであろう。

最後に

Buurtzorgは、Cherry Picking（いいところどり）ではないか、と評価されている（Bradford, 2015）。レベルの高い看護師が中心となって、専門性が高く付加価値の高い領域のケアを中心に、利用者との関係性を作りながら、看護師一人ひとりが自律的に考える組織を作り出している様子が理解できた。また、事務所も古い建物の空き室を借りているようで節約ぶりが伺えた。

残念だったのは、本人が中心にいて地域の支援から専門的なケアが玉ねぎのように重なっている「玉ねぎモデル」について詳しく話が聞けなかったことである。

「ビュートゾルフは玉ねぎのような考え方をされていて、中核の医療ケアから周辺の趣味の紹介まで幅広いです。しかし、最初は看護師として看護ケアのために訪問します。数週間して関係ができてくるとご本人の生活や社会的ネットワークやご家族が見えてくるのです。そこで、玉ねぎの外側である生活リズムの確立などのためにデイセンターに行くことを家族に奨めたりすることになります。でも、最初は医療的ケアが中心です」との説明であった。

オランダでは、「個人から、家族から」というインフォーマル・ファーストの理念を国策レベルで共有し、進めている。玉ねぎモデルは、この国策と同様の概念であると理解しているので、やや混乱した。この若き看護師の誤解なのか、別の理解があるのか、確認していく必要があるだろう。

小規模なプロバイダーでも **Buurtzorg** や **Jos de Block** のことをよく知っており、「私たちは住んでいる地域を見ている。彼は世界を見ているのよ」と表現していた。

(参考文献)

- Bradford H. Gray, Dana O. Sarnak, and Jako S. Burger (2015) Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model, CASE STUDY, http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/case-study/2015/may/1818_gray_home_care_nursing_teams_buurtzorg_model_case_study.pdf (2017年3月7日)
Bradford H. Gray, Dana O. Sarnak, and Jako S. Burger
- De Block, J. (2011). Buurtzorg Netherland: a new perspective on elder care in the Netherlands, *AARP international Journal*, summer 2011, 82-86
- Kreitzer, M., Monsen, K., Nandram, S., et. al. (2015). Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing, *Global Advances in Health and Medicine*, 4-1, 40-44
- 大野更紗、秋山正子、堀田聡子、・柳本文貴 (2012)、(対談) Buurtzorg (ビュートゾルフ) のインパクト、『訪問看護と介護』17-11、942-951

(コラム)

「人生に危険はつきもの」

政策研究大学院大学教授 小野太一

ユトレヒト郊外の Deventer 市にある Humanitas の老人ホーム (WLZ の給付対象) を訪問した際のことである。

そこでは要介護度の高い高齢者の生活の質を高めるため、専らケアを提供する人とクライアントとの人間関係に限られる施設での生活環境において、それ以外の新しい形の人間関係を持ち込むために学生 (ただし「実習」のようにさせないため、看護やケアを学ぶ学生は除く) を同居させる試みを行っている。そうした学生が、車いすに乗っている入居者で車いすレースと発案した。ホーム内では当然事故を心配する意見があったが、学生が「本人が参加したいならいいのではないか、90歳の大人なのだから自分が決めたらいい」と発言し、スタッフ側がそういえばそうだ、ということで車いすレースを行うこととしたというエピソードが紹介された。

それに続き、「転ぶ可能性がわかっていて転ぶのは本人の責任であり、90歳の大人を子どもや赤ちゃんのように扱ってはいけないと思う。もし家族が怒ったら、『そうですか、では自分で父や、母を受け取って、自分の家でケアしてください。』『もしほんとうに転倒がいやであれば、マットレスを父母の前と後ろにつけて家の中を歩かせてください』と、私はその家族に言う。人間はリスクを負って生きてくものであり、入居者はかなり自由にやっている。入所時やその後も定期的に家族とコンタクトをとり、われわれの『人生の喜びはリスクが伴う』という哲学でやっているという方針を伝え、それでよければこちらに来てくださいとはっきりと言っている。」との発言があった。

また「III. 3. ライデン市における WMO の実際」でも紹介されているビューフの方からは、市民の互助による支援サービスによってサービスの質が下がるのではないかと懸念の中で互助をどのように進めているのかを尋ねた際、「(ヘルパーなどの) プロの支援者は(業務に臨む) 姿勢などが訓練されているため安全であるとよく言われるが、社会は人と人の付き合いであり、危険がない社会はない。少々ぶつかり合ったとしてもそれは人生で当然のことであり、支援を受ける側が支援者との関係を自分で考えて自分で処理すればいい。」「必要な場合があるので監視は行うが、ボランティアとしては、できるだけ監視して欲しくない。我々(支援団体は) ライデン市民の母親ではなく、もう自分たち大人だから、自分で人間関係も解決できるでしょう。」といった話を伺った。

前者の例では家族とのコンタクトがあった上であり、また後者の例では問題があった際に介入するための必要な監視は行うが、いずれも基本的にケアを受ける側を大人扱いし、そうした大人が生きる社会と同じようなリスクや人間関係上の問題については、ケアを受ける者の責任もあることを当然とする姿勢が見られた。

その前提としては、悪い意味で特別扱いしないというノーマライゼーションに通じる姿勢もある。またケアや支援の提供の究極の目的にはケアを受ける側の生活の質の向上があり、その重要な要素として、人と人との交わりというものがある、というオランダ社会の人間観が垣間見られる。

このことは、予防としてのリハビリという姿勢があまり見られない一方で、自分たちでの

クラブ活動やマーチェ (バディ=友達) 組織が盛んであることにも現れている。さらには「大人扱い」ができることは、いたずらにケアに関わる者の責任を問わないという、いわば社会的な行動規範が共有されているようにも思われる。一言でいえば、成熟した社会の姿が映し出されているように感じられた。

(コラム)

オランダのリハ職

株式会社ライフリー 代表取締役 佐藤孝臣

本年度の「高齢者の自立に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較研究事業」の海外調査のうち、2016年8月29日から9月2日にわたって行われたオランダでのインタビュー調査に参加した。

日本においては、地域包括ケアシステムの中でリハ職は軽度の要介護状態の高齢者の QOL 向上のために、機能訓練だけではなくもっと高齢者の生活課題を見つけてそれを解決しようと言われてきた。そして自立支援型のケアを目指して、地域ケア会議などを通して努力を行っている。私も大分県で5年前から地域ケア会議の中で各専門職が協力し合って生活不活発病などで身体や生活に問題が出てきた高齢者がふたたび在宅でいきいきと暮らしていけるようにデイサービスの中で生活機能向上訓練などを進めてきた。

ところがオランダでは、リハ職は多くの場合急性期医療の後で行われる、機能回復のためのリハビリがあくまでも仕事の中心であって、私たちの目指している方向を必ずしも目指していないようだった。

オランダでは平均在院日数が日本と比べて非常に短い（OECD の資料では急性期でオランダ 6.4 日、日本 17.5 日〈2013 年〉）ので、病院にいるリハ職は非常に少ない。理学療法士へのインタビューでは、「いまの私の患者の例を挙げる。先週、92 歳の女性患者が急に呼吸が苦しくなって病院に担ぎ込まれた。そして昨日ペースメーカーを入れる移植する手術をして、明日退院する。こんなに入院が短い」という発言があった。それで、地域の中で自営クリニックを運営している場合が多い。国際長寿センターオランダでは、普通は理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士ともう一人ナースの 4 人ぐらいが集まってグループを組んでクリニックを開設するということが一般的だと聞いた。そして「理学療法士の協会で、このようなこういう病気の場合は最高このくらいといったアプローチのガイドラインが作られている。理学療法士で多めに時間をかける人など、人によってスタイルが違うので、枠組みには少し幅があるが、もしその幅をかなり外れた場合は、医療保険会社からあなたのところは全国平均に比べて、あるいはガイドラインに比べてとても多いから、もう少し少なくてくださいという連絡がくる」ということである。

このように地域に密着しているのだから、オランダでもリハ職が地域の中でさらに大きな役割を果たしていくこともできるように感じるが必ずしもそうではない。

その背景には、一つにはベーシックな医療保険においてとくに理学療法士のサービスが限定的にしか利用できないシステムになっていることが大きい。インタビューで聞いた範囲では保険でカバーされる理学療法士の施療はかなり限定されていて、さらに付加サービスの付く保険を選ぶと回数を増やせるそうだがその場合の保険料は非常に高いという。もし自己負担で理学療法士のところに行くと 30 分の料金は 40 ユーロから 50 ユーロぐらいということである。

また、オランダ人のうちの 3 割がボランティア活動を行っていて、地域の中のスポーツも非常に盛んであるという。実際には家に閉じこもっている高齢者も多いのだろうが、すくなくとも外に出て社会のためや自分のために活動することはたいへんよいことだとされているようだ。ネイバーヘルプネイバー（近隣が近隣を助ける）ということも市がサポートをしているということである。このような社会の中で、高齢者も自分の健康を保持することは自身の責任で

あるという考え方が社会のなかにいきわたっているのかもしれない。「プロの必要なところをギリギリまで切り詰めて、素人の友達でできることならそうしていく」という発言も聞かれ、「個人的には、オランダや世界の医療とトレンドは、患者本人が自分の健康、医療を管理するという方向に移行していくと思っているので、オランダの理学療法士、作業療法士の数は減らざるを得ないだろう、あるいは必要性が少なくなってくるだろう」と悲観的な見通しを語る理学療法士もいた。

しかし今回のインタビュー調査では、作業療法士や栄養士に会うことができなかったのも、以上の観察はやや一方的かもしれない。自主的な散歩クラブが全国でふえており、上記の理学療法士は「理学療法士の仕事は、予防のために非常に効力を発揮する分野だ。今までは病気になって初めて医療ケアを受けるというかたちで、医療は病気の人に対するものであるという考え方が伝統的に強かった。しかし現在は高齢化が進み、医療の医療保険のコストなどが問題視されている中で、予防的な効力がある理学療法士の仕事が見直されつつある。それで将来は変わっていくと期待している」とも語っていた。また、別の介護提供組織の Humanitas では、「この住民に無料で転倒予防のプログラムを提供しているし、エクササイズ、体操の時間をすべての利用者に無料で提供している。これは、まだこのようなホームでは珍しい、新しい試みだが、本当はすべての事業所ですべきことだと思う」ということだった。さらに今後の動きを視していきたい。

もう一つこれは感想だが、オランダの街を歩いていると肥満の人が多いたことが気になった、肥満は生活不活発の原因になるので、予防の観点から本人の自覚を待つだけでなく何らかの対策が必要なように感じた。

(コラム)

オランダの医療介護保険会社

医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長 服部真治

オランダの医療サービスは健康保険法（ZVW）に基づき提供され、基本的に全国民に加入義務があるが、保険の運営は民間保険会社が行っている。国民は自ら医療保険会社を選択して保険料を支払い、医療保険会社から給付を受けるという仕組みである。また、介護保険（WLZ）も保険者は国であり、国民は税金のような形で保険料を徴収されているが、介護保険業務も国の委託で医療保険会社の一部が行っているため、オランダの医療介護制度において保険会社の存在感は非常に大きい。

オランダには2014年において全国で26の医療保険会社があるが、4つの企業グループがそれぞれで13%から32%、合計で90%のシェアを占めている。コマーシャルベースの株式会社もあれば、利益を追求しない共済組合のような形態もある。我々は、地域限定の医療介護保険会社であり、ライデン市で最大のシェアを持つZorg en Zekerheid（Care and Security）を訪問し、ケア担当マネジャーのAnneke Augstinusから、オランダの医療介護保険会社の実態を聞いた。

Zorg en Zekerheidの保険加盟者は45万人、受託している地域のWLZの年間予算は9億ユーロ。株式会社ではなく一種の協同組合、共済組合である。保険加入者による総会があり、その総会がオーナーという形になっている。地域限定ではあるが、この地域では最も大きなシェアを持つ保険会社であるため、医療機関、ケアプロバイダーと非常に近い関係が構築できるのが特徴である。保険会社としては、市町村とも非常に近い形で連携でき、地域の実状に対応しやすいというメリットもあるようだ。

保険会社は競合しているが、政府は基礎パッケージを規定しており、基礎パッケージの保険内容はどこの保険会社も全く同じである。しかし、保険料は各保険会社で自由に決定することができる。例えば、保険会社は全ての医療機関と契約する義務はないので、特定の医療機関に絞り込むことで価格交渉し、保険料を下げるができる。また、基礎パッケージに付加するエキストラパッケージは保険会社によって様々な保険商品が用意されている。例えば、理学療法を多く使いたい人は、理学療法を含むエキストラパッケージを比較し、自身のニーズを見たとエキストラパッケージを用意する保険会社を選ぶことになるだろう。

競合する保険会社の中で、同社は「共済型で利益追求をしないこと」を強調して営業しているが、以上の仕組みから、実際には保険料や保険内容で契約する人が多い。医者にはめったに行かないし、医療やケアは必要ないと思っている人は、とにかく保険料が安い保険会社を選ぶ。一方で必要な人、使いたい人は、保険会社が用意するエキストラパッケージがどのような医療やケアをカバーしているかを細かく見て判断する。

この仕組みでは、基本的には保険料が安い保険会社に元気な人が集まり、病気を持つ人は保険料が高くて給付を受けられる保険会社を選ぶということになるだろう。しかし、基本パッケージについては、内容が全く同じある以上、被保険者を集めるためにはあまり高い保険料は設定できないようだ。そのため、医療やケアを利用する被保険者が多い同社は、基礎パッケージは赤字傾向であるという。

民間の保険会社を保険者とする社会保障制度は今の日本では考えにくいですが、競争的な環境は保険者の創意工夫を促し、また保険料やエキストラパッケージが異なることによって、国民の医療やケアの価格や質についての関心も高める。いずれも効率的に医療やケアを供給するためのインセンティブになっているといえるだろう。

一方で、この仕組みにおいては保険会社が予防策や健康保持の奨励策を行うインセンティブがない。医療保険は1年更新で、被保険者がいつまでも自社の保険に加入してくれるとは限らず、特に医療保険をあまり利用しない健康な人は工夫を凝らした保険商品にも魅力を感じず、あっさりとして競合する保険会社に移ってしまう可能性があるからだ。

今回の調査で、意外にもオランダはほとんど介護予防施策を行っていないことがわかったが、介護予防は日本の介護保険制度のように、保険者が市町村でなければ成り立たないのかもしれない。民間の保険会社であっても、共同で予防施策を実施すれば、他の保険会社に移行したとしても全体のメリットになるはずだが、やはり競合関係にあってはそのような共同プロジェクトの実施は難しいのだろう。

日本の介護保険制度のメリットも再認識した調査であったが、とはいえ、どのように制度設計すれば保険者の創意工夫を促し、国民の関心を高め、効率的な提供を促すことができるのか、それは、今まさに次期制度改正の検討において財政的インセンティブが議論されているように、日本の介護保険制度の課題である。その議論において、オランダの「保険を基礎パッケージとエキストラパッケージの2階建てにする発想」＋「市町村事業(WMO)」という構造は参考になるかもしれない。すなわち、国で全国一律の人員基準・運営基準・単価を定める必要があるサービス類型を改めて検討し、そうすべきサービスは基礎パッケージとして定めつつ、市町村が給付するか否かも含めて独自に定められるエキストラパッケージと、実施すること自体は定められているが実施方法は委ねられているWMOという3タイプの適切な組み合わせを検討してみるということである。

振り返れば、日本の介護保険制度にも市町村特別給付などのいわゆる上乗せ横出しサービスや任意事業(エキストラパッケージ)は既に組み込まれており、また、介護予防・日常生活支援総合事業はWMOと類似点も多い。改めて、そのあり方を検討すべきではないだろうか。

(コラム)

Humanitas Deventar の挑戦

成蹊大学文学部現代社会学科 渡邊大輔

オランダのあるナーシングホーム (nursing home) の食事の風景は、一見するとどこにでものどかな風景が広がっている。夕方 16 時過ぎに食堂に入ると 20 人程度の入居者が徒歩や車いすを使って集まり、いくつかのテーブルに分かれて食事をする。ラフな格好をした若い人がそれぞれに呼びかけながら食事を配り、楽し気に話したりもする。ナーシングホームのスタッフにしてはややラフな格好だなということ以外、特段特徴は感じられない。しかし、このラフな格好をした若者が有給のスタッフではなく、近隣の大学に通う学生であること、そして彼／彼女はボランティアとしてこの食堂に来ているのではなく、このナーシングホームに実際に住んでいるということを聞くと、この何気ない光景が急に不思議で魅力的な光景へと変化する。

オランダの東部のデーフェンター (Deventer) という街に、ヒュマニタス・デーフェンター (Humanitas Deventer) というナーシングホームがある。Humanitas はオランダで広く介護施設を運営し、また、訪問介護などの様々な福祉サービスを提供する財団であり、特定の宗教ではなく人道主義 humanism を中心的価値観におき、自立を重視する福祉団体である。ヒュマニタス・デーフェンターは大規模なナーシングホームであり、160 人程度の高齢者の居住している。そして、夕食の手伝いをした学生もまた、高齢者と一緒にこのナーシングホームに居住している。

この学生がともに住むという仕組みは、ヒュマニタス・デーフェンターの CEO であるジェア・シプケス氏が導入したものである。当初は週 30 時間の支援を行うことで無料で居住できる仕組みであるとのことであったが、現在は週に 1 回程度の夕食の手伝いとその際のパンづくりが義務となっている。そしてもう一つの最大であり唯一といってもよい規範が「良い隣人であること」である。

私たちが訪問した時に案内をしてくれた学生は、都市計画を専攻する学生であり、住み始めて 3 年目であった。週に 1 度の夕食のパン作り以外は自由に住んでおり、無理に高齢の入居者とコミュニケーションをとりなさいと求められたことはない。居住するときに、普段の引っ越しと同じように、隣などの 2, 3 部屋に住む入居者には挨拶をし、ときにコーヒーに呼ばれたり話したりする。あとは学生として普通に暮らしている。友だちや恋人を施設に呼ぶのも自由だ。友だちなどを呼ぶことについての質問の際に、にやりと笑いながら「自由です。普通の家に住んでも夜中に大きな音は出せません。でもここでは、通常の範囲であれば友達を呼んで騒いでも問題ありません。少しボリュームを上げて大丈夫ですよ。なぜかという、みんな夜の 10 時になると補聴器をとって寝ているからです」と話した。彼らは隣人としてこの施設に居住し、入居者とコミュニケーションをとり自由に生活をしている。専門も福祉などの制限はなく、どのようなものでも構わない。そしてだからこそ、彼らはサービス提供者でも、入居者の子どもでもなく、「隣人」なのである。

シプケス氏は、学生と住むことのリスクについて質問した際、次のようなエピソードとともに語っている。あるとき、学生の 1 人が、車いすに乗っている入居者の姿を頻繁に見ている際にふと思いつき、みなで車いすレースをしよう言ったそうである。もちろん、プロフェッショナルである施設スタッフからは、事故が起きたらどうするのかという慎重意見が多く出た。するとその学生は、「本人が参加したいならいいのではないかと、本人は 90 歳の大人なので自分で

決めたらいい」と言ったそうである。その言葉にスタッフはハッとし、「転ぶことがわかっていて転ぶことは本人の責任」であり、「90歳の大人を子どもや赤ちゃんのように扱ってはいけない」ことを改めて感じ、実際に車いすレースを行ったという。シプケス氏は「人間はリスクを負って生きていくものだ。リスクのない人生はない」と語る。

このヒュマニタス・デーフェンターの学生を入居させる取り組みは、日本にも十分に応用可能だろう。奨学金的な意味も含まれるし、多世代交流ともなる。だがその際に重要なことは、若い人がいるから入居者が喜ぶ、入居料を無料にすることでボランティアとして働く人員が増える、といった視点にのみ目を向けるのではなく、学生が持ち込む異質な感覚に目を向けるべきであろう。

プロフェッショナルではない学生がいることは、「リスク」になりうる。しかし社会はそもそもリスクのある空間である。リスクがないがゆえに、入居者の個性や自由を奪う空間の弊害を打ち破り、多様な視点やコミュニケーションを生み出す主体的な存在として学生を認めること、そして、学生と入居者との隣人同士のコミュニケーションを見守ることが、このプロジェクトの最大の挑戦であり、そして成果といえるだろう。日本での挑戦の望まれるプロジェクトである。

IV. 調査のまとめと日本への示唆

1. 国際比較から見た「介護予防・日常生活支援総合事業」への示唆
2. 認知症高齢者 まとめ

IV. 調査のまとめと日本への示唆

1. 国際比較から見た「介護予防・日常生活支援総合事業」への示唆

医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長 服部真治

1. デンマークとオランダに共通する「強い財政的危機感」

「II. 7. デンマークのまとめ」、「III. 6. オランダのまとめ」のとおり、今回の調査対象の2か国では、介護予防・リハビリテーションに関する制度や考え方は共通する点はもちろんあるものの異なる点も少なくなく、それぞれから得られる示唆は既に論じた。

その中で、2ヶ国に共通している事項として強調したいのは「強い財政的危機感」である。今回の調査は自治体へのヒアリングを中心に実施したが、デンマークのルーダスダル市、フアクセ市、オランダのライデン市のいずれも、日本の自治体と比較すれば高齢化率が低いにも関わらず、自治体職員が非常に強い財政的危機感と高い問題意識を持ち、積極的に改革（デンマークであれば「リエイブルメント」、オランダであれば「WMO への移行」等）に取り組んでいたことが印象的であった。

一方、我が国においては、介護費用の総額が制度創設時から約3倍の約10兆円にも達するとともに、第1号被保険者の保険料の全国平均も制度創設時の倍近い5,000円を超える水準となり、2025年度には8,000円を超えることが見込まれている。伴って、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）や、「経済・財政再生アクション・プログラム」（平成27年12月24日経済財政諮問会議）、「経済財政運営と改革の基本方針2016」（平成28年6月2日閣議決定）等でも、経済・財政の再生や社会保障制度の持続可能性の確保の観点から、介護保険制度の見直しについてさまざまな指摘がなされているところである。しかし、介護保険制度において、保険者である市町村が給付費を統制することは基本的になじまないためか、実態としては、介護保険事業計画による施設の総量規制以外に保険者による給付費適正化の取り組みは限定的であった。もちろん、予防給付の他、平成18年から開始した地域支援事業において介護予防事業や任意事業における給付適正化事業などが展開されてきたが、その効果については、残念ながら一部の市町村を除いて大きな成果をもたらしたとは言い難く、そのことも介護予防・日常生活支援総合事業が導入された理由の一つでもあった。

それらを受け、先般、社会保障審議会介護保険部会がまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見（平成28年12月9日）」では、「高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減・悪化の防止といった制度の理念を堅持し、質が高く必要なサービスを提供していくと同時に、財源と人材とをより重点的・効率的に活用する仕組みを構築することにより、制度の持続可能性を確保していくことが重要」としつつ、特に「介護保険の保険者である市町村の保険者機能を強化していくことが必要」とされた。そして、国会に提出された「地域包括ケアの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」では、「保険者機能の抜本強化」として、積極的に取り組む市町村に財政的インセンティブを付与する規定の整備も盛り込まれたところである。

そこで、ここでは「介護保険制度の見直しに関する意見」で取り上げられた「保険者機能の強化」を意味する「地域マネジメント」をキーワードに、デンマークやオランダの2か国の取り組みから、特に市町村のマネジメント力が要求される「介護予防・日常生活支援総合事業」への示唆を中心にまとめてみたい。

2. 地域マネジメント」の定義と課題

「地域マネジメント」とは、先述の「介護保険制度の見直しに関する意見」によれば、以下の①から④の取り組みを繰り返し行っていくこととされている。

[地域マネジメントのサイクル]

- ① 各保険者において、それぞれの地域の実態把握・課題分析を行う。
- ② 実態把握・課題分析を踏まえ、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成する。
- ③ この計画に基づき、地域の介護資源の発掘や基盤整備、多職種連携の推進、効率的なサービス提供も含め、自立支援や介護予防に向けた様々な取り組みを推進する。
- ④ これら様々な取り組みの実績を評価した上で、計画について必要な見直しを行う。

また、「地域マネジメント」という概念を先立って提示した地域包括ケア研究会は、報告書（「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」¹¹）において、「地域マネジメントの出発点は、地域の課題が何か、またどのような地域社会を作るのかに関しての、関係者間での目標や考え方の共有（規範的統合）である」としている。デンマークやオランダの自治体と比較し、我が国の自治体がまず学ぶべきは、まさに「関係者間での目標や考え方の共有（規範的統合）」ではないだろうか。

デンマークにおける調査では、自治体職員、専門職、そして市民からも、日本における「自立支援」を意味する「背中に手を回したケア」「ヘルプ・セルフヘルプ（「自助」を支える）」という概念を繰り返し聞いた。仮に介護が必要になったとしても、安易に介護を受けるのではなく、「介護の前のリハビリ」「リエイブルメント」が国民に共有されているのである。市民が、国から強制的にリハビリテーションをさせられているのではなく、日頃から当然のこととして「活動的な生活を送る（Aktiv Hverdag）」に取り組み、それを自治体が支えている。例えば、2014年から開始した「尊厳政策」において、市民自らが「どのようにすれば尊厳ある生活ができるか」を主体的に考えることを促すことを目的に、自治体は市民とともに「活動的な毎日」の推進や社会的ネットワークに取り組む政策を作成している。政府が認証すれば各自治体にプール金が支給されるという意味で、まさに財政的インセンティブでもある。

オランダにおいても、2015年改革は抜本的な改革であるにも関わらず比較的短期間で成立したため、現場では少なからぬ混乱を生じているとも聞いていたが、調査で出会ったすべての関係者が、地方への権限移譲と、そのことによって「自助」や「互助」が強化され、イノベーションが創出されることについては前向きに受け止めており、方向性そのものへの批判的な声は一度も聞かなかった。そして、そのことが、ライデン市が自由な住民提案への支援策（補助事業）の充実や、手厚いSWTの設置などの施策に取り組む原動力となっていた。

一方で、わが国も介護保険制度の理念として「自立支援」「リハビリ前置主義」を掲げているのである。しかし、現実にはまだまだ徹底されていないと言わざるを得ない。その理由はどこにあるのだろうか。

前提条件として、大きな相違を感じたのは、「地域マネジメント」を担う自治体の権限と責任の範囲と職員の質である。多様な関係者間での目標や考え方を共有していくにあたって、まずは自治体の職員が目標や考え方を共有し、推進していく姿勢でなければならないことは言うまでもない。デンマークは介護保険制度ではないが、ルーダスダル市、ファクセ市ともに、幹部職員が作業療法士などの専門職であり、かつ経営学も学んでいるベテラン職員であった。幹部職員は高齢者住宅の整備から日常的な介護予防までの予算策定権限を持つため、まさに「地域マネジメント」の観点から、効果的なリハビリテーション、介護予防施策を展開していた。厳しい財政制約の中、マネジメントに失敗すれば市民の生活に直接の影響がある緊迫感の中で、常にイノベーションを意識しつつ、いかに効率的かつ効果的に運営するかを追求しており、当然のこととして早期からの健康増進、介護予防に取り組んでいる。80歳以降は毎年、65～79歳でも何らかの問題がある人に行っている「予防訪問」や、個人のネットワークも目的とする「からだを鍛えようプロジェクト」などは、デンマークの姿勢を表す顕著な例である。なお、基本的に部署を超えた人事異動がないため全職員の専門性が高く、かつ、それぞれの責任が明確であることも重要な要素であった。

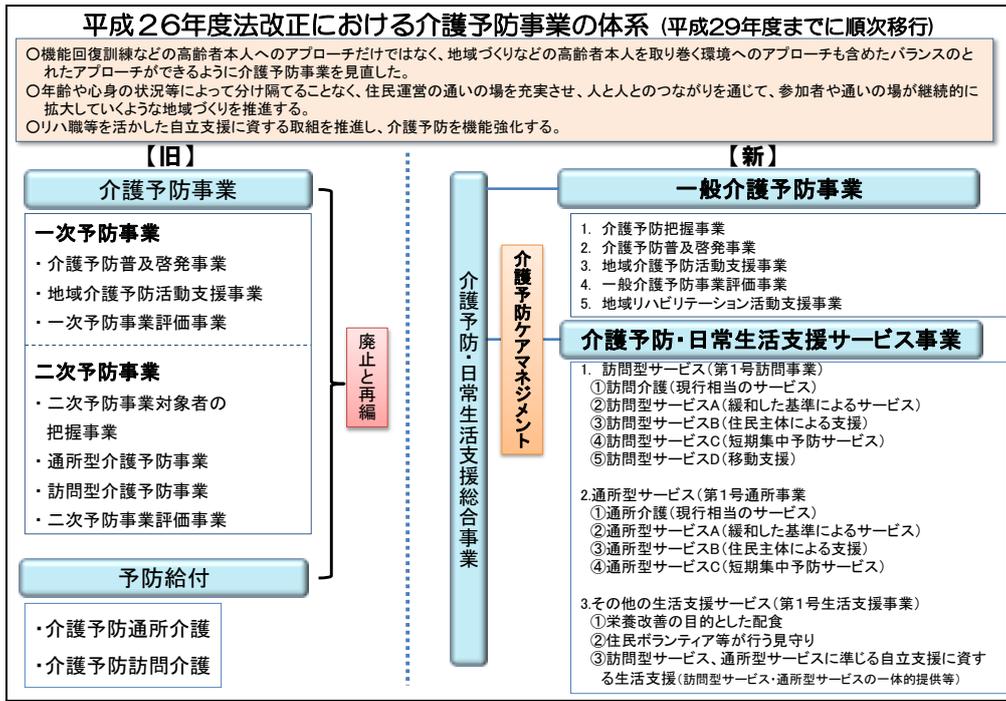
オランダの場合も、自治体職員はポストが空いた際に職員募集が行われ、ふさわしい人材が採用される仕組みであり、原則、人事異動がないために職員の専門性が高いが、介護保険制度のもと、民間主体でサービスが提供されてきたため、自治体職員が全てをマネジメントするという体制ではない。しかし、ライデン市では2015年改革への対応のために専門職を採用しつつ、SWTに代表されるように自治体と福祉組織が徹底的に協議して目標や考え方を共有し、事業を展開していた。「権利に基づくアプローチ (rights-based approach)」から「提供ベースでのアプローチ (provision-based approach)」への転換であるから、現場では大変なインパクトであったが、それを自治体と福祉組織の協働で乗り越えてきた様子が窺えた。

一方で、我が国の自治体の人事制度はジェネラリストを養成することを基本に、3～5年程度で人事ローテーションが行われるのが一般的である。管理職も、保健師等の一部の専門職を除いて、その分野に精通した職員が就くとは限らない。介護予防やリハビリテーション、住民の「自助」「互助」の充実は、数年程度の短期間で実現するものではなく、多くの場合、一定の成果を上げるまでに少なくとも数年を必要とする。例えば、我が国の介護予防事業でも、いくつかの市町村では、「地域づくりによる介護予防」などを推進することで、全国の推移と比較して要介護認定率の伸びを抑制してきたが、数字で成果が見えるまでにはやはり数年を要した。

デンマークもオランダも、「文化」と呼べるほど、長年にわたって積み重ねてきた中長期的な取組があったからこそ目標や考え方が共有されていると思われ、我が国の自治体においても、「地域マネジメント」の前提として、中長期的に配属される専門性の高い職員の育成も視野にいたした人事ローテーションを検討していく必要があるだろう。

3. 介護予防・日常生活支援総合事業とデンマークやオランダの事業との類似

介護予防や要支援者レベルのリハビリテーション、住民の「自助」や「互助」、高齢者の社会参加等について、デンマークやオランダを参考にすると考えた際、新たに制度的な対応が必要かと言うとそうではない。今回の調査によって、平成26年度法改正で導入された、新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」は、デンマークやオランダでの先進的な事業と、基本的に類似した概念で構築されていることが確認できた。



出典：厚生労働省資料

例えば、一般介護予防事業では、総合事業のガイドライン²⁾において「機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すことと」されている。また、「住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進し、また、高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるといふ相乗効果を期待するものとなる」とある。

○一般介護予防事業

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

介護予防・生活支援サービス事業についても、「従来の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護により提供されていた専門的なサービスに加え、住民主体の支援等の多様なサービスや一般介護予防事業の充実を図り、市町村の独自施策や市場において民間企業により提供される生活支援サービスも活用することにより、要支援者等の能力を最大限いかしつつ、要支援者等の状態等に応じたサービスが選択できるようにすることが重要」とされている。

○介護予防・生活支援サービス事業

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

これらの基本的な概念は、まさにデンマークの「介護の前のリハビリ」「リエイブルメント」「背中に手を回したケア」「ヘルプ・セルフヘルプ（自助を支える）」「活動的な生活を送る（Aktiv Hverdag）」、オランダの「孤立化予防」「More Happiness, Less Care」「ネイバーヘルプネイバー（近隣が近隣を助ける）」などの概念と類似している。

4. 自立支援や介護予防の目的・考え方の共有のために

地域包括ケア研究会が作成した「地域包括ケアシステム」の植木鉢では、「自助」や「互助」による介護予防や生活支援は土で表されている。それが医療や介護といった専門職支援のベースになるという意味が込められているが、デンマークやオランダのように目的や考え方の共有こそが原動力になると考えると、改めて、最も底辺の皿で表される「本人の選択と本人・家族の心構え」が全ての前提となることに気づかされる。保険者や事業者だけでなく、住民が自分の町の10年後、20年後の医療や介護はどうなるのか。財政状況はどうか。それらを知り、心構えを持ち、自身は何ができるのかを考え、生き方を選択することが求められる。もちろん、それは過度に家族や地域に負担をかけるものであってはならないことはライデン市の事例でも強調されていたことである。植木鉢は一人一人異なるものであり、リハビリテーションが必要な人もいれば、医療が必要な人もいる。すなわち、住民一人ひとりに合わせた過不足のない、適切な地域の支援体制を構築していくことを目指すのであり、そのためには、まさに「地域マネジメント」が必要と言える。



出典：地域包括ケア研究会報告書

左図 「地域包括ケアシステムと地域マネジメント（平成 28 年 3 月）」

右図 「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点（平成 25 年 3 月）」

なお、介護保険法は第 4 条において、介護保険給付の前提として、国民が自らの健康を増進し、要介護状態になることを予防するよう努める義務を定めており、デンマークが「国民は活動的な生活を送る義務がある」と法律で定めていることにも類似している。

○介護保険法

（国民の努力及び義務）

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

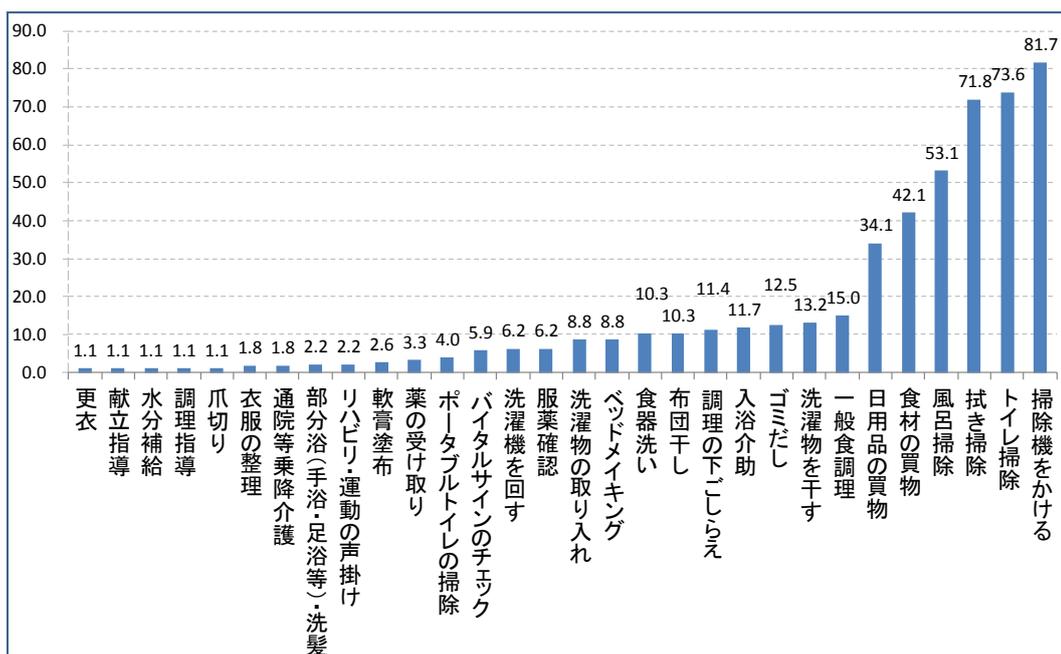
2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする

法律で定めるべきことは定めた上で、こうした意識の共有のためには、時間をかけて地域文化として定着させていく地道な取組が欠かせない。介護サービスの利用が必要になった段階ではじめて介護保険と向き合うのではなく、日ごろから介護保険について正確な理解を促進するための情報や機会を提供していくことが重要と言えよう。

また、介護保険給付のあるべき姿についての合意形成も不可欠である。例えば、奈良県の大和高田市は要支援者に介護予防訪問介護でどんな支援が入っているのかを分析しているが、大半が掃除と買い物であった。この状況はどの自治体でもそう変わりはない。

○奈良県大和高田市における介護予防訪問介護の利用者に占める各サービスの提供割合

【要支援者全体】 n=273



出典：大和高田市提供資料に基づき三菱UFJリサーチ&コンサルティングが集計項目のうち、上位30項目をグラフ化。三菱UFJリサーチ&コンサルティング「介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説（概要版）」（平成26年度老人保健事業推進費等補助金）

自治体は、総合事業に取り組むにあたって、この状態から適切な支援体制を構築することになるが、特にデンマークの調査で得られた知見から、改めて、単純に「受け皿」を用意するという考え方ではないことが示唆される。提供されているサービスや支援を「必要なもの」であり、このままで良いとするのであれば、例えば、掃除をするヘルパーをボランティアにできるかという発想になるだろう。しかし、体を動かさないことによって高齢者の心身の状態は落ちていくのだから、できる限り自身で行うことを目指す必要がある。デンマークではリエイブルメントが義務付けられ、在宅介護を申請した高齢者のうち、実に80%が在宅介護の前に短期的（3～12週間）なりハビリテーションを受ける。まず、作業療法士等による「家庭セラピストチーム」が家庭を訪問し、本人や住宅環境等のアセスメントを元にプランを作成し、洗濯や調理などの生活行為に立脚したリハビリテーションによって能力の改善を図るとともに、道具の工夫や環境の調整等によって、できる限り自立した生活ができるように支援している。そのうち60%で何らかの効果が期待できるとする自治体もあるほどで、総合事業における短期集中予防サービス（訪問型サービスC、通所型サービスC）、あるいは地域リハビリテーション活動支援事業に非常に類似したアプローチであり、我が国でも義務付けするかどうかは別としても、大変参考になる成果であろう。

なお、デンマークでは、入退院の前後、リハビリ施設からの在宅復帰時、在宅での生活継続期、在宅から施設移行時などにおいて継続的にモニタリングが行なわれ、早期のリハビリテーションによる予防介入がなされている。下表のとおり、デンマークでは高齢化の進展にも関わらず、在宅ケアサービスの利用割合が低下傾向にあるが、その理由の1つとしてリエイブルメントの成果が挙げられている。

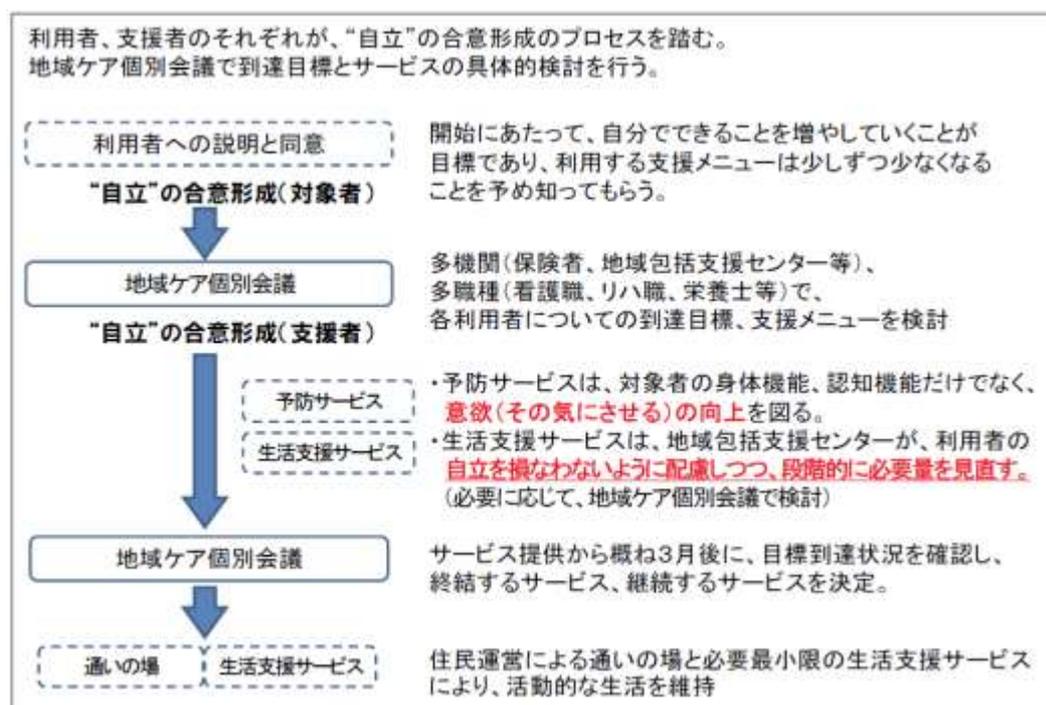
○デンマークの65歳以上および80歳以上人口に占める在宅ケアサービスを利用する者の割合（2008-2012年）（%）

	2008	2009	2010	2011	2012
65+	18	18	16	15	14
80+	43	43	41	39	37

出典： Danmarks statistik, 2013, 'Modtagere visiteret til hjemmehjælp, frit valg, efter område, ydelsestype, alder og tid'.

総合事業の前提になったモデル事業でも整理されているとおり、やはり「リハビリ前置主義」である。支援に入る前に多職種で本人が、したいことができるようにすることを目標として支援メニューを作成し、同時に意欲の向上も図る。だからこそ、その高齢者はリハビリテーションに取り組むのである。

したがって、サービスの利用を開始するにあたって、まずリハビリテーションに取り組む必要があることを説明し、その結果、状態が改善すればサービスや支援も減っていくことを利用者や家族と合意する必要がある、もちろん支援者側についても、全関係者がその方針について共通認識を持つ必要があって、そうでなければ、適切な支援はなされないだろう。

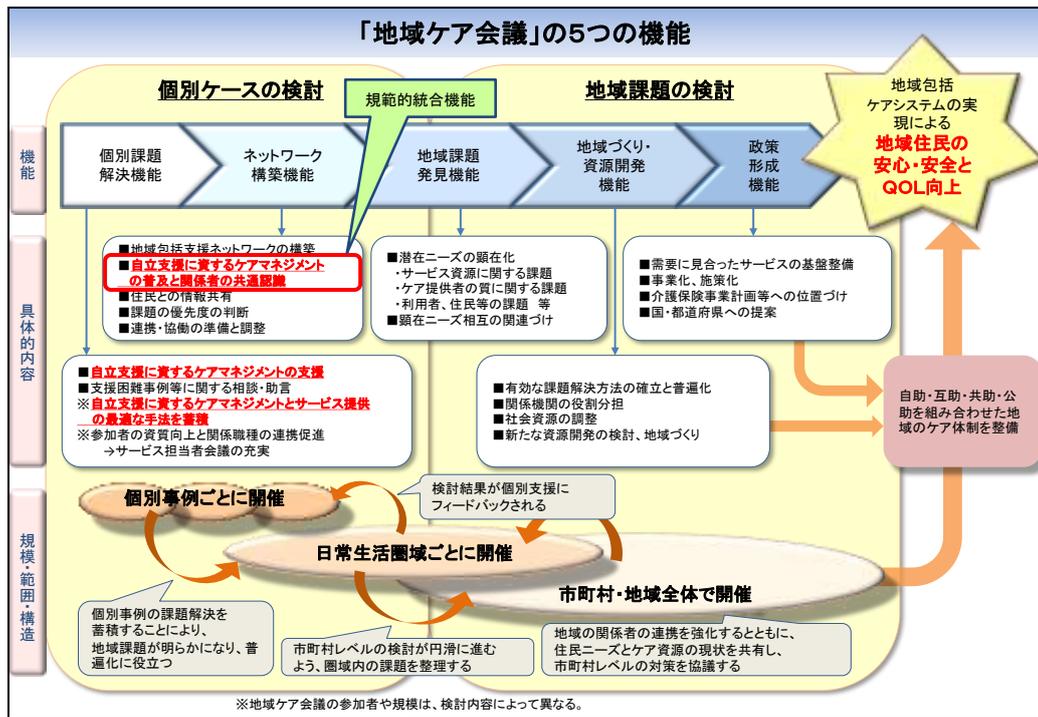


出典：株式会社日本総合研究所（2014）：平成25年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）介護サービス事業所による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業「要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例集」

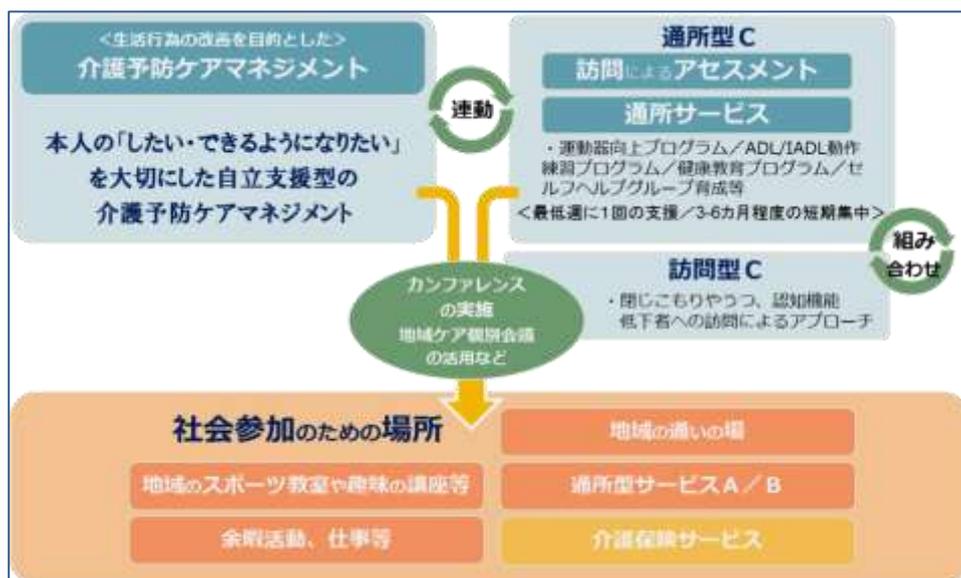
そのように考えると、自治体として総合事業を展開するにあたってまず取り組むべきことは、自立支援についての合意形成である。我が国では、「介護保険料を払っているのだから掃除をしてもらわないと損」と考える利用者も少なくなく、介護事業所の多くもサービスを使い続けることで生活を安定させることを前提にサービスを提供している。そのような認識のままであれば、新たなサービスを仮に開発したとしても、利用されない恐れすらあると言え

よう。

その際は、地域ケア会議を有効活用すべきであろう。地域ケア会議は、実際のケースについて、保険者や地域包括支援センター、リハ職や栄養士、あるいは利用されるデイサービスや訪問介護の事業者が集まって、どうやってこの人を自立させるか、いかに意欲を引きだすかという議論を繰り返し、合意形成を図る場である。一人ひとりのケアプランを検討することを通じて、様々なニーズや必要な資源が見えてくると、それが新たな政策にもつながる。それはオランダの SWT でも同様に行われていることであった。



出典：厚生労働省資料を一部改変



資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「新しい総合事業における移行戦略のポイント解説（概要版）」（平成27年度老人保健事業推進費等補助金）

5. 互助を充実していくために

さらに、特にオランダのWMOを参考に、住民主体の支え合いを充実していくためのポイントについて、考えてみたい。

高齢者を地域で支えていくとすれば、自治体は何ができるのか。買い物の支援一つとっても、ニーズや地域の資源によって様々な方法が考えられる。また、高齢者の日々の生活を考えれば、買い物や移動などの支援だけでなく、見守りやごみ出しなどのちょっとした支援や孤立を予防するための話し相手づくりなど、多様な主体による多様な支援が必要になってくるだろう。我が国もオランダ同様、それら全てを介護事業者で対応することなどできない中、一人一人の日々の生活を支えていくためには、国や自治体が全てを設計することなど到底不可能で、市民や事業者など多様な主体による創意工夫、イノベーションに期待せざるを得ない。

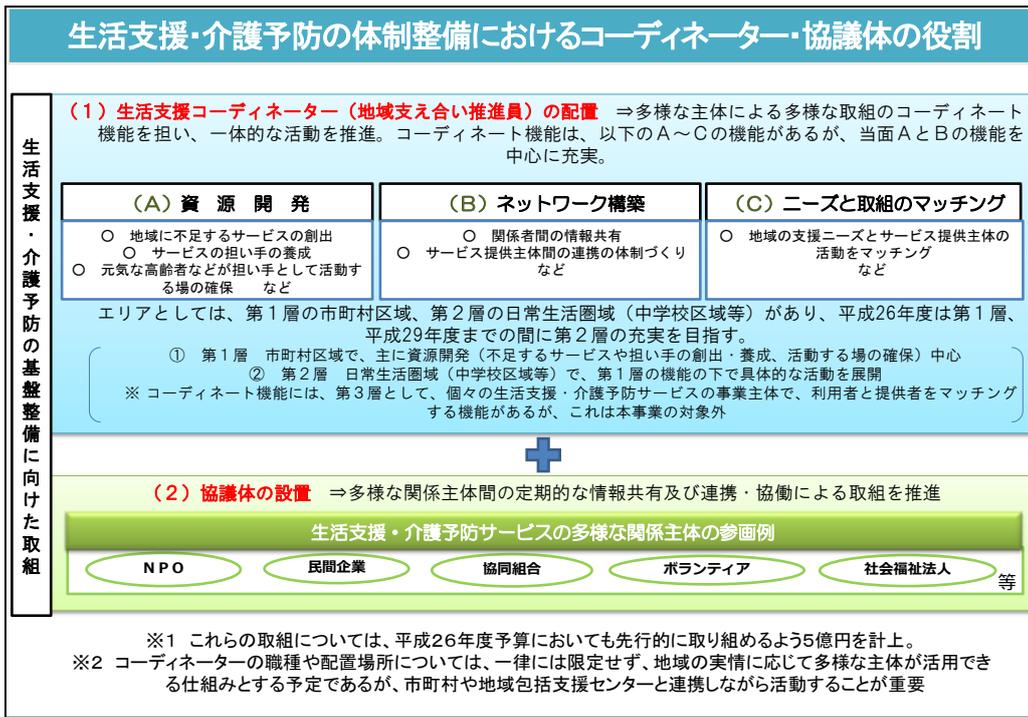
そのように考えると、オランダの2015年改革から3つのポイントが示唆される。

- ① 直面している危機的状況が地域で共有されていること
- ② 解決すべき課題や目標が具体的に示されていること
- ③ 何をするかは当事者に任されていること

このうち、①や②は先述のとおりであるが、③は、ライデン市の「申請するイニシアティブをとった人々」を支援する姿勢から示唆されるものである。

ボランティアとは、そもそも役所にやらされてやるものではなく、型にはまったものでもない。住民の「自身の得意なことを生かしたい」「困っている人がいるから力になりたい」といった自発的な気持ちから生まれるものである。「自助」や「互助」を強化する際、その主体はあくまでも住民であり、行政はその支援者であることを十分に認識しなくてはならない。もとより、地域の取組は住民自身の意欲に基づくものでなければ継続が難しい。単なる行政業務の住民への依頼とならないよう、自治体がしてほしいことを条件に補助金を出すのではなく、創意工夫に基づく多様な支援の創出につながるような、イノベーションを促す補助金制度の構築の検討が必要だろう。住民主体による支援に訪問型サービスB、通所型サービスB、地域介護予防活動支援事業などで補助を行う際の制度設計において、十分に留意すべき点である。ライデン市もさらに容易に補助金を得られる基金（トランスフォーメーションパッケージ）の構築を模索している。

さらに、補助金を出すことだけが自治体がすべき支援ではない。住民主体の活動を支援するためには、活動場所の確保や、備品の用意、ライデン市のビューフのようなウェブサイトの構築や管理の支援など、補助金以外の様々な支援が必要である。総合事業で、改めて地域の「自助」や「互助」を推進していく際に、地域のつながりが強かった、かつての日本に戻していくことと理解される場合があるが、むしろ自治体が積極的に住民の力が発揮される環境づくりを行っていく必要がある。その仕組みとして導入された生活支援体制整備事業で、新たに全保険者、全日常生活圏域に設置されることになった生活支援コーディネーターや、協議体の活用の仕方の検討において、オランダの福祉組織やライデン市のSWTの取り組みは、大変、参考になるだろう。



出典：厚生労働省資料

6. 今後の「地域マネジメント」の強化に向けて

我が国の介護保険制度は、「自助」や「互助」だけでは介護負担を受け止められなくなった社会状況に対応するために誕生したとも言える。しかし、その目的は、「自助」や「互助」を介護保険（共助）で置き換えるものではなかった。あくまでも「自助」や「互助」、あるいは「公助」では対応しきれないニーズに対して「共助」が対応するという認識のもとに、介護保険制度は設計されたのである。また、その基本設計において、各サービスの内容を法令上も明確に定義した上で全国一律の基準で行うものとし、全国どこに住んでいても同質のサービスを受けられることを保証してきた。

しかしながら、今後の更なる少子高齢化による介護人材不足や厳しい財政状況を鑑みると、自治体に権限と責任を委ね、適切な「地域マネジメント」に基づいて、それぞれの地域の資源やニーズに応じて柔軟にサービスを開発し、高齢者の生活を守っていく必要が出てくるだろう。創意工夫、イノベーションを促すためには、「何をするかは当事者に任されていること」が重要と述べたが、それは自治体においても同様と考えられる。今回の法改正の議論においても、特に、「軽度者に対する訪問介護における生活援助（家事援助）」を始め、その他の給付についても地域支援事業への移行を検討する必要がある指摘されており、今回については「まずは介護予防訪問介護と介護予防通所介護の総合事業への移行や、「多様な主体」による「多様なサービス」の展開を着実に進め、事業の把握・検証を行った上で、その状況を踏まえて検討を行う」とされたが、一方で、大臣折衝において平成31年度末までに「必要な措置を講ずる」ともされている。いずれにしても、早急な検討が必要である。

オランダでは、2015年改革において、家事援助や通所介護といった保険給付は軽度者に限らず既に事業に移行している。その評価を現段階で行うのはいささか早いですが、ライデン市の調査では、自治体が責任を持つ方向での改革は「地域マネジメント」を強化し、地域の創意工夫を活用できるという点でメリットが少なくないことが示唆された。我が国では対象者を要支援者、軽度者、中重度者と区分して地域支援事業への移行が議論されているが、特に住

民主体の支援では、住民が高齢者を状態によって明確に区分して支援することはまずないことも踏まえ、できる限り条件をつけない補助のあり方も議論されるべきであろう。

今後の検討にあたって、この調査を活用していただくことがあれば、研究班としては大変幸甚である。

(注)

1) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

2) 平成27年6月5日厚生労働省老健局長通知「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」

2. 認知症高齢者 まとめ

京都府立医科大学大学院医学研究科教授 成本 迅

1. 政策動向

今回調査の対象となったのはデンマークとオランダであった。デンマークにおいては2010年から進められている認知症国家行動計画の中に示された5つの領域のうちの1つに「ケアとリハビリテーションの質の改善」が掲げられ、具体的には良質な運動とアクティビティの提供がイニシアティブに含まれている。

日本でも新オレンジプランで、認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進が柱の一つに挙げられており、重要性の認識は一致している。

オランダにおいても、認知症専門のデイケアセンターでは運動（体操、ボール、風船、トランポリン等）がアクティビティに取り入れられているなど現場ではさまざまなリハビリテーションの取り組みが試行されており、国家戦略には含まれていないものの、重要性は認識されていると思われる。いずれの国でも統一したプログラムが提供されているわけではなく、認知症のリハビリテーションについては有効なモデルを探している試行錯誤の段階といえる。

2. 認知症発症に関する予防

運動習慣により認知症の発症率が低下することは、これまで多くの研究で報告されている。しかしながら、デンマークとオランダで発症の予防を直接の目的とした予防プログラムは提供されていなかった。発症予防よりは、むしろ運動などのアクティビティを媒介としたコミュニティの形成を通じて早期発見、早期介入に力を入れていることがうかがえた。

認知症の発症予防は地域で暮らす高齢者にとっては非常に関心が高く、予防と銘打ったイベントや教室には多くの参加者が集まる。一方で、このような取り組みは認知症をすでに発症した人々を疎外してしまうことにつながる危険性もあり、予防の取り組みと早期発見や認知症の人が暮らしやすい街づくりを並行して進めていくための工夫が求められるだろう。今回の調査結果からこの点に関して直接の示唆を得ることはできなかったが、今後の両国の取り組みをフォローしていきたい。

3. 認知機能低下改善に関する予防

この点に関してはデンマークの取り組みが参考になる。2012年～2014年にわたる研究プロジェクト（ADEX）によって身体トレーニングとアルツハイマー病の関連を把握し、運動が認知症の進行予防に効果的であることを確認した上で、新たに認知症と診断された人に運動プログラムを提供している。運動になじみがなく参加が難しい人への作業療法士のアウトリーチも行われており、日本での取り組みの参考になると思われる。

日本でも軽度認知障害から認知症への進展を運動により低減させることができるという研究結果も報告されており、今後は提供体制の整備が必要になるだろう。認知症初期集中支援チームに作業療法士が参画している市町村も増えており、このような取り組みに興味を持つ作業療法士や理学療法士が増えることが期待される。

さらにもう一つデンマークの取り組みで参考になるのが、エビデンスおよび認知症の人の視点と経験に基づいたリハビリテーションモデルを開発することを予定している点で、認知症の発症に伴って意欲の低下や気分の落ち込みなどリハビリテーション参加の障害になる症

状を経験することもあり、本人の経験に基づいてプログラムを開発していくことが重要だろう。

4. 認知症でありながら身体機能を改善するためのリハビリテーション

オランダとデンマークのいずれも身体機能改善のためのリハビリテーションに理学療法士と作業療法士がメンバーに入った多職種チームを作って取り組んでいる。デンマークでは、認知症に特化したリハビリテーション・プログラムを提供するのではなく、一般のリハビリテーション・プログラムに認知症の人も参加しているとのことだが、認知症の程度に合わせて個別トレーニングを取り入れるなどの配慮がなされていた。

認知症の発症に伴って廃用性に身体機能が低下し、そのことがさらに生活機能の低下を助長してしまうことはよく経験されることで、身体機能を改善、または維持する取り組みの重要性は高いが、個々の人の認知機能低下パターンや精神症状に配慮しながら提供するには、認知症の知識を持つ多職種が協働する必要があるのだろう。ここでも理学療法士と作業療法士の認知症への取り組みを一層加速させることの重要性が示唆される。

また、デンマークでは、「体を鍛えようプロジェクト」の一つとして若年性認知症の人を対象として8 km～10 kmという長い距離を歩くリハビリテーション・プログラムの提供を開始している。若年性認知症の人は体力的に十分保たれている人が多く、従来の身体的に障害を持つ人へのリハビリテーションとは異なる発想が求められるだろう。

一般に若年性認知症の人は進行が速いことや有病率が低く同じようなプログラムに参加することができる人を集めるのが難しいことから、若年性認知症の人に特化したプログラムを継続的に運営していくことは体制的にも経済的にも難しい部分があり、それらの点をどのように解決していくのか注目される。

V. 国内調査報告

1. 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
2. 横浜インタビュー調査からみえてきたこと

V. 国内調査報告

1. 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 －要介護認定および死亡率の4年間フォローアップ分析－

成蹊大学文学部現代社会学科准教授 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、そして横浜市から提供を受けた2013年から2016年の介護保険データをもちいて、プロダクティブな活動への参加の有無と要介護状態にいかなる関連があるかを4年間の変化から縦断的に分析することによって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、昨年度の報告書で説明したので割愛する¹⁾。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。

次節では分析における分析対象者の属性を示すために、過去の報告書の一部を再掲する。

2. 三調査の回答者の属性（昨年度の報告書¹⁾を一部再掲）

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

とどまっております、著しい脱落が見られ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制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%

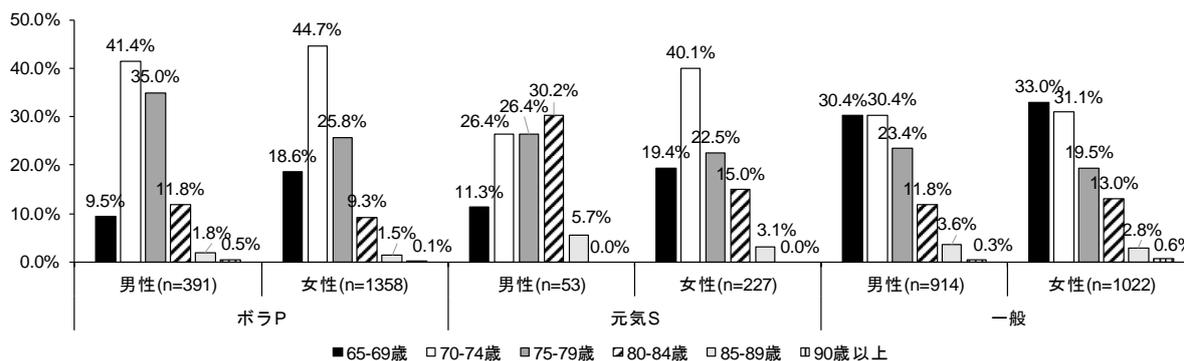


図1 ベースライン調査時点での性別別の年齢階級構成比

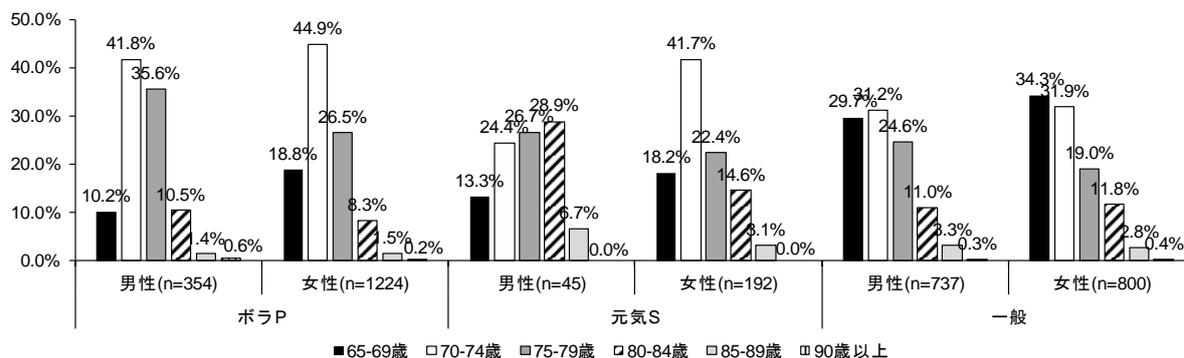


図2 第2波調査時点での性別別の年齢階級構成比 (年齢はベースライン調査時点のもの)

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による要介護認定および死亡率への効果

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、元気Sもそこで本稿では、介護保険データからえた要介護認定状況および死亡状況について検討する。

1) 要介護認定の分析

まず、日常生活における身体状態を示す一つの指標として、介護保険における要介護認定の有無に注目する。各調査の2013年と2016年時点の要介護度の有無を調べたものが図3である。横軸が観測年、縦軸は要介護認定率を示している。一般はベースライン時点では要介護認定を受けていない人を対象としたため、ベースライン時点では0であるが、ボラPは3.85%、元気Sは2.5%と若干名が受けている。3年後の2016年になると、いずれの調査もほぼ単調に上昇しており、ボラPは10.2%、元気Sは13.1%、一般は12.0%となっている。ただし標準誤差を示すエラーバーを含めて考慮すると、2016年時点ではそこまで違いが見られない。むしろ、変化という側面で見れば、ボラP、元気Sに比べて一般は3年間の伸び率が高いといえる（なお、この変化のスピードについては後に検討する）。

ただし、表2にあるように、ボラP、元気Sは一般に比べてやや平均年齢が高く、健康についてハイリスクな人々であった可能性がある。そこで、2013年のベースライン時点65-74歳、75-84歳、85歳以上の3つの年齢階級ごとに図示したものが図4-6となる。

まずベースライン時点で65-74歳の前期高齢者であった人々であるが、いずれの調査も一定して認定率が上昇しており、とくに一般は2015年から2016年にかけて急上昇していることがわかる。また、元気Sは他の2群に比べて要介護認定を受けている比率が3年間を通じて一貫して低く、2016年には有意に低くなっている。

75-84歳の後期高齢者の前半を分析すると、ボラPと一般はいずれも単調に認定率が増加しているのに対して、元気Sは緩やかな増加となっている。またグラフでは縦軸が調整されているためわかりにくいですが、75-84歳は65-74歳および85歳以上の階級に比べて縦軸の範囲が3倍の30%までとなっており、他の年齢階級に比べても要介護認定を受ける人の比率が急増する年齢階級である。

85歳以上をみると、75-84歳に比べて認定率が低い段階にとどまっていることがわかる。この年齢階級では、他と比べてボラPは一貫して認定率が低く、元気Sは単調に増加している。一般は単調に増加しつつ、とくに2016年に急増している。85歳以上でボランティアポイントの活動を行っている人は、全体の2%程度であり非常に少ないが、比率としては少ないもののこの年齢においてボランティアとして活動することは介護認定という側面で認定の増加を防いでいる可能性がある。

表3が個々人の変化を想定せずに、三調査間での全体的な傾向を示したのに対して、表4-6では、1年間での要介護認定の変化に注目し、ある時点の1年前から1年後への変化を調査別年齢階級別にクロス表に示している。表では、2013年から2014年、2014年から2015年、2015年から2016年の累積の変化を示しているため、合計は延べの件数となる。

まず三調査全体としていることは、「認定あり」から「認定なし」へと要介護認定をされなくなったものはおらず、認定という側面で改善したものは少ない。次に「認定なし」から「認

定あり」への推移をみると、ボラPでは延べで2.7%であるのに対して、元気Sでは4.2%、一般では4.4%であり、ボラPでは認定ありへと移行した比率が少ないことがわかる（維持した人は多い）。

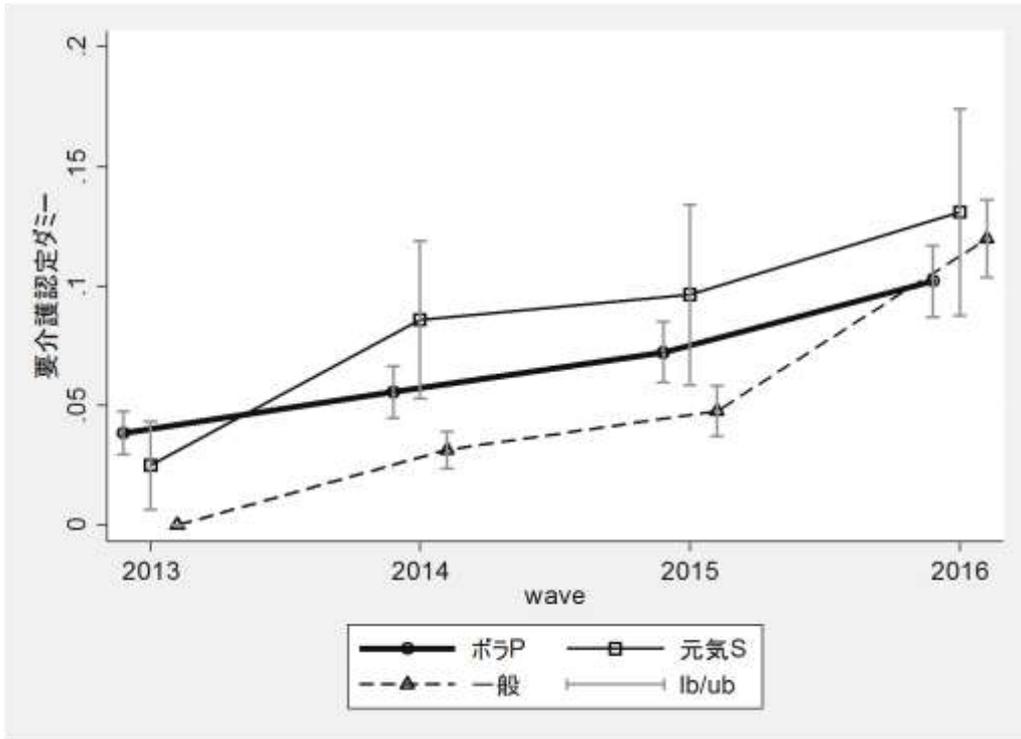
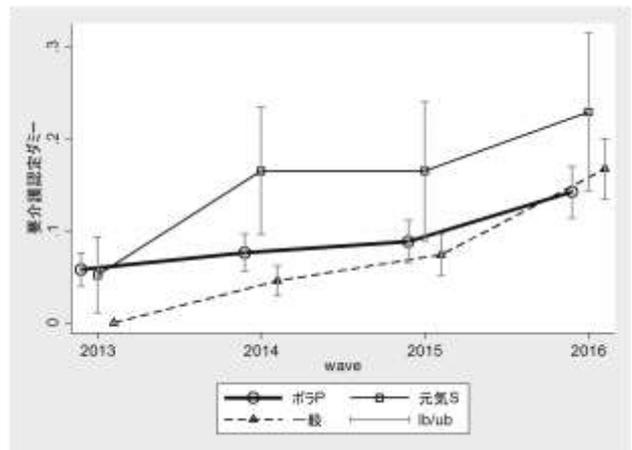
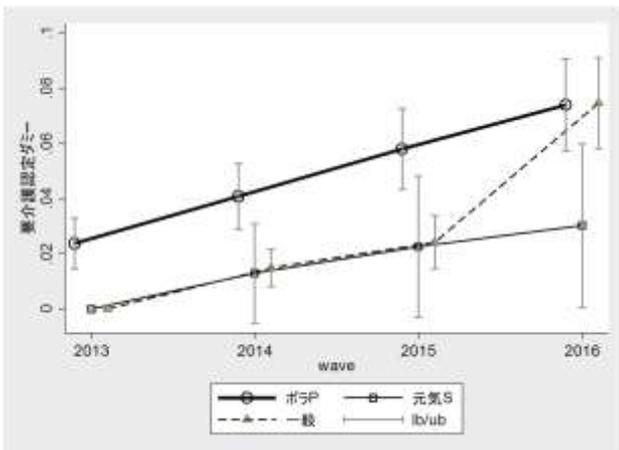


図3 調査別、要介護認定率の推移



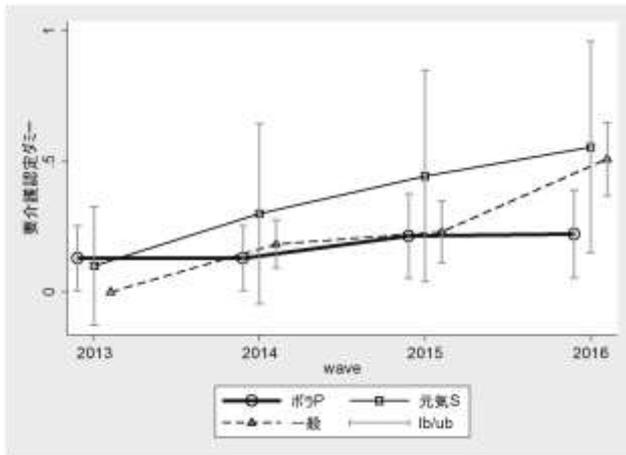


図 4 (前頁左下) :
65-74 歳の調査別、要介護認定率の推移

図 5 (前頁右下) :
75-84 歳の調査別、要介護認定率の推移

図 6 (左) :
85 歳以上の調査別、要介護認定率の推移

表 3 調査別、1 年間の要介護認定の有無の変化 (2013-2016 年累積)

1年後 1年前	ボラ P			元気 S			一般		
	認定なし	認定あり	合計	認定なし	認定あり	合計	認定なし	認定あり	合計
認定なし	4,538	125	4,663	678	30	708	4,725	217	4,942
	97.3%	2.7%	100.0%	95.8%	4.2%	100.0%	95.6%	4.4%	100.0%
認定あり	0	241	241	0	48	48	0	103	103
	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%

表 4 65~74 歳の調査別、1 年間の要介護認定の有無の変化 (2013-2016 年累積)

1年後 1年前	ボラ P			元気 S			一般		
	認定なし	認定あり	合計	認定なし	認定あり	合計	認定なし	認定あり	合計
認定なし	2,809	58	2,867	411	4	415	3,067	83	3,150
	98.0%	2.0%	100.0%	99.0%	1.0%	100.0%	97.4%	2.6%	100.0%
認定あり	0	107	107	0	5	5	0	32	32
	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%

表 5 75~84 歳の調査別、1 年間の要介護認定の有無の変化 (2013-2016 年累積)

1年後 1年前	ボラ P			元気 S			一般		
	認定なし	認定あり	合計	認定なし	認定あり	合計	認定なし	認定あり	合計
認定なし	1,655	63	1,718	251	22	273	1,535	102	1,637
	96.3%	3.7%	100.0%	91.9%	8.1%	100.0%	93.8%	6.2%	100.0%
認定あり	0	122	122	0	35	35	0	52	52
	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%

表 6 85 歳以上の調査別、1 年間の要介護認定の有無の変化 (2013-2016 年累積)

1年後 1年前	ボラ P			元気 S			一般		
	認定なし	認定あり	合計	認定なし	認定あり	合計	認定なし	認定あり	合計
認定なし	70	4	74	16	4	20	123	32	155
	94.6%	5.4%	100.0%	80.0%	20.0%	100.0%	79.4%	20.7%	100.0%
認定あり	0	12	12	0	8	8	0	19	19
	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%

さらに年齢階級別に分析した表 4-6 をみると、年齢が上昇するごとに、認定なしから認定ありへと移行したものの比率が大きくなること、年齢を統制しても一貫してボラ P は認定ありへと移行したものの比率が元気 S や一般に比べて低いことがわかる。

トータルの認定率だけでなく、認定ありへの移行という側面をみると、ボラ P が元気 S や

一般にくらべて移行率が低いといえる。

ここまでは認定の有無のみを分析してきたが、より詳細に要介護度のある時点の1年前から1年後への変化の累積頻度を調査別にクロス表に示したものが表7-9である。表の対角線の部分は1年間で変化がない部分であり、これまでにみた「認定なし」はもとより、要支援1～要介護2までは変化していない傾向にある。次に灰色となっている部分は要介護度が改善したものである。全体として少ないが、ボラPはのべ17名（総延べ数からの比率は0.3%、要介護度認定を受けた人の延べ数からの比率は7.1%）、元気Sはのべ3名（総延べ数からの比率は0.4%、要介護度認定を受けた人の延べ数からの比率は6.3%）、一般はのべ16名（総延べ数からの比率は0.3%、要介護度認定を受けた人の延べ数からの比率は15.5%）となっている。要介護度認定を受けた人の要介護度の改善はボラPや元気Sよりも一般の方が高くなっており、これは平均年齢が相対的に若い段階で要介護認定を受けたことに影響と考えることができる。

表7 ボラPの1年間の要介護度の変化（2013-2016年累積）

1年後 1年前	認定 なし	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
認定なし	4,538 97.3%	53 1.1%	21 0.5%	24 0.5%	13 0.3%	4 0.1%	6 0.1%	4 0.1%	4,663 100.0%
要支援1	0 0.0%	95 81.9%	12 10.3%	4 3.5%	2 1.7%	1 0.9%	2 1.7%	0 0.0%	116 100.0%
要支援2	0 0.0%	7 8.8%	63 78.8%	3 3.8%	6 7.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.3%	80 100.0%
要介護1	0 0.0%	2 9.5%	2 9.5%	13 61.9%	3 14.3%	0 0.0%	1 4.8%	0 0.0%	21 100.0%
要介護2	0 0.0%	1 5.6%	0 0.0%	1 5.6%	15 83.3%	1 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	18 100.0%
要介護3	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
要介護4	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
要介護5	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	2 100.0%

表8 元気Sの1年間の要介護度の変化（2013-2016年累積）

1年後 1年前	認定 なし	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
認定なし	678 95.8%	14 2.0%	7 1.0%	8 1.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	708 100.0%
要支援1	0 0.0%	17 89.5%	1 5.3%	1 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%
要支援2	0 0.0%	2 9.5%	19 90.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	21 100.0%
要介護1	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 66.7%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 16.7%	6 100.0%
要介護2	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
要介護3	0 —	0 —	0 —	0 —	0 —	0 —	0 —	0 —	0 —
要介護4	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
要介護5	0 —	0 —	0 —	0 —	0 —	0 —	0 —	0 —	0 —

表9 一般の1年間の要介護度の変化 (2013-2016年累積)

1年後 1年前	認定 なし	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
認定なし	4,725 95.6%	66 1.3%	50 1.0%	30 0.6%	31 0.6%	22 0.5%	11 0.2%	7 0.1%	4,942 100.0%
要支援1	0 0.0%	23 74.2%	4 12.9%	2 6.5%	1 3.2%	0 0.0%	1 3.2%	0 0.0%	31 100.0%
要支援2	0 0.0%	8 23.5%	20 58.8%	4 11.8%	1 2.9%	1 2.9%	0 0.0%	0 0.0%	34 100.0%
要介護1	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 66.7%	4 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 100.0%
要介護2	0 0.0%	0 0.0%	2 12.5%	1 6.3%	12 75.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 6.3%	16 100.0%
要介護3	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%
要介護4	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%	0 0.0%	1 20.0%	1 20.0%	1 20.0%	0 0.0%	5 100.0%
要介護5	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 66.7%	3 100.0%

また、悪化も全体的には少数であるが、改善者よりは多くなっている。

次に多変量解析の結果を行った。表10は要介護認定の有無を従属変数(認定ありを1とする)としたロジスティック回帰分析の結果である。独立変数は調査の種類であり、要介護認定に大きな影響を与えると想定されるベースライン時点の年齢階級および性別を統制変数とし、調査時点も投入した。

その結果、性別以外はいずれも正に有意であり、性別は有意ではなかった。時点や統制変数を統制してなお、ボラP、元気Sいずれも一般に比べて1.447倍、1.575倍、要介護認定を受ける確率が高かった。また、ベースライン時点の年齢階級、時点いずれも線形にオッズ比が増加しており、年齢効果も加齢効果も要介護認定の確率を高めていた。

この結果からは、ボラPや元気Sは要介護認定を受けるという側面における介護予防効果は見られず、むしろ要介護認定を受ける傾向にあることが示された。

表10 要介護認定の有無を従属変数(認定あり=1)としたロジスティック回帰分析の結果

	変数	参照カテゴリ	OR	95%CI
調査	ボラP	一般	1.447	(1.233 - 1.698) ***
	元気S	一般	1.575	(1.211 - 2.048) ***
年齢	70-74歳	65-70歳	2.025	(1.548 - 2.649) ***
	75-79歳	65-70歳	2.932	(2.233 - 3.850) ***
	80-84歳	65-70歳	7.352	(5.575 - 9.695) ***
	85-89歳	65-70歳	13.510	(9.461 - 19.294) ***
	90歳以上	65-70歳	18.892	(8.895 - 40.126) ***
性別	男性	女性	.880	(.750 - 1.032)
時点	2014年	2013年	2.583	(1.959 - 3.4065) ***
	2015年	2013年	3.643	(2.776 - 4.7803) ***
	2016年	2013年	7.164	(5.538 - 9.2668) ***
Pseudo R-Square			.112	
N			14,669	

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

ただし、介護予防は要介護を受けるだけでなく、介護度の悪化を防ぐという側面もある。すなわち介護度の悪化のスピードという側面も考慮する必要がある。そこで、やや雑駁であるが、要介護度は要支援1から要介護度5まで状態像の悪化の程度を示す指標であることか

らこれを連続量ととらえ、要介護認定なしを0、要支援1を1、要支援2を2、要介護度1を3、要介護度2を4、要介護度3を5、要介護度4を6、要介護度5を7とする0から7を範囲とする要介護度スコアを作成し、調査の種類と調査時点を独立変数、要介護度スコアを従属変数とした繰り返し測定の分散分析を行い、その結果を表11、12および図7にまとめた。

表11 要介護度スコアを従属変数とした繰り返し測定の分散分析の結果

	偏差平方和	自由度	平方和	F値	有意確率
合計	3459.852	3972	0.871	3.470	0.000
調査の種類	2.048	2	1.024	1.210	0.297
	3339.860	3961	0.843		
調査年	55.935	3	18.645	74.220	0.000
調査の種類*調査年	13.394	6	2.232	8.890	0.000
繰り返しの誤差	2686.796	10696	0.251		
全体	6146.649	14668	0.419		

N=14,669, Adj. R²=0.401

表12 要介護度スコアを従属変数とした繰り返し測定の分散分析の時点ごとの群内比較

	ボラP			元気S			一般		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
2014	0.125			0.125			0.088		
	0.145			0.145			0.001		
2015	0.102	-0.023		0.102	-0.023		0.126	0.038	
	0.342	0.984		0.342	0.984		0.000	0.405	
2016	0.192	0.067	0.090	0.192	0.067	0.090	0.325	0.237	0.199
	0.009	0.696	0.498	0.009	0.696	0.498	0.000	0.000	0.000

上段は、各時点から（上）から各時点（左）への時点変化における、要介護度スコアの係数。

下段は有意確率、太字は5%水準で有意

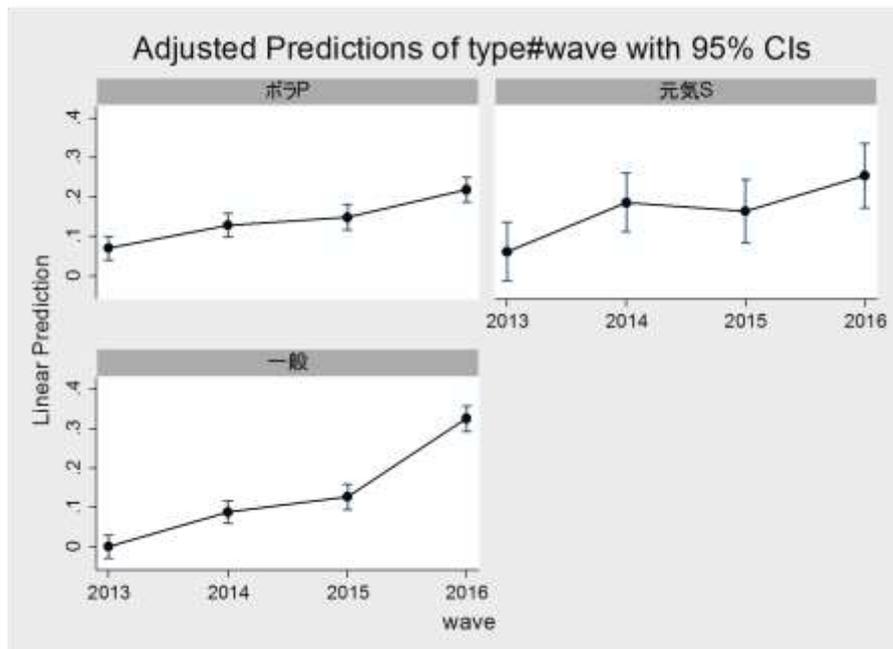


図7 要介護度スコアを従属変数とした繰り返し測定の一元配置分散分析

分析の結果、ボラ P、元気 S、一般の三調査の主効果は有意ではなく、調査年、および、三調査と調査年の交互作用項が有意であった。交互作用項が有意であったことから、調査別に時点ごとの群内比較を行ったものが表 12 である。表 12 からは、ボラ P、元気 S は 2013 年に比べて 2016 年から有意になっているが、一般は 2013 年については 2014~2016 年のいずれもが、また、2014 年や 2015 年から比較しても 2016 年が有意になっていることがわかる。この結果は、ボラ P と元気 S は要介護度スコアの悪化が 3 年後の 2016 年頃まで有意とはいえ緩やかなスピードで進むのに対して、一般は 2013 年以降、毎年、一貫して要介護度が上がっていることを示している。この結果を図にしたものが図 7 であり、ボラ P や元気 S はもともと要介護度が高い（そのため前述したロジスティック回帰分析の結果では要介護度の認定率が高い）ものの、要介護度が悪化していくスピードは一般に比べて緩やかである、すなわち傾きが小さく、悪化という側面では介護予防効果を持つ可能性があることを示している。

以上、横浜市から提供を受けた要介護度認定状況の資料を踏まえた分析を行った。その結果からは、年齢や性別を統制してなお、ボラ P や元気 S は要介護認定を受ける確率が一般に比べて高く、この側面では介護予防効果が見られずむしろ逆転現象が起きていたこと、しかし同時に、4 年間の追跡を行った結果、要介護度の悪化についてはボラ P や元気 S は一般に比べて緩やかであり要介護度の悪化という側面では介護予防効果が見られたことが明らかとなった。

この結果は、要介護認定の確率が高い点は、ベースラインとなる 2013 年時点ですでに要介護認定を受けている人がボラ P、元気 S いずれも数%含まれていたことによる影響とみられる。また、追跡調査の知見となる悪化という側面ではボラ P、元気 S いずれも上位像の悪化のスピードが一般に比べて 3 年程度遅く、ボランティア活動や自主組織による健康づくり活動が状態像の悪化という側面において介護予防効果を持つ可能性が明らかとなった。

2) 死亡率の分析

介護予防という側面では要介護度は重要な指標となるが、健康全体に対する政策校の化粧としては死亡という究極的な状態の変化についても考察する必要がある。介護保険データには介護保険の資格喪失自由として「死亡」と「転居」が記載されていることから、対象者の死亡状況がわかる。そこで、ベースライン時点である 2013 年は三調査の有効回答者全員が生存していた状態から、3 年間で死亡についてどのような変化が起きたかを、要介護認定の分析と同様に手法をもちいて分析する。

各調査の 2013 年と 2016 年時点の要介護度の有無を調べたものが図 8 である。横軸が観測年、縦軸は死亡率を示している。ベースライン時点では全員が生存しているため、ベースライン時点ではいずれの調査も 0 となっている。その後、いずれの調査においても毎年志望者が発生するが、その増加率には次第に違いがみられ、ボラ P や元気 S に比べて一般の死亡率が高くなっている。2016 年時点で見ると、ボラ P は 1529 名のうち 26 名、1.63%、元気 S は 239 名のうち 3 名、1.26%、そして一般は 1,527 名のうち 54 名、3.44%が死亡した。誤差を考慮しても一般が明らかに高い死亡状況となっている。

これをさらに年齢階級別にまとめたものが図 9-11 である。前期高齢者である 65-74 歳の図 9 では、全体の傾向と同様に一般がボラ P や元気 S と比べて漸増していることがわかる。ただし、65-74 歳の死亡率は最も高い一般でも 2.52%であり、他の年齢階級に比べて低い。これは年齢効果によるものである。次に、後期高齢者の前半となる 75-84 歳の図 10 では、2 年後の 2015 年から一般が急増していること、ボラ P や元気 S は緩やかに上昇していることがわ

かる。後期高齢期は健康度の悪化が起きる時期であり、ベースラインから1~3年間に死亡が起き始めていること、とくに一般において起きていることがわかる。最後に85歳以上の図11からは、調査間の違いは小さいが、縦軸が図9、図10の10倍となっており、死亡が発生しやすいことがわかる。ただし、全体としてサンプルサイズが小さいため誤差が大きい。

そこで、死亡に大きくかわる年齢や性別を踏まえ、死亡を従属変数、としたロジスティック回帰分析を行った。独立変数は調査の種類であり、要介護認定に大きな影響を与えると想定されるベースライン時点の年齢階級および性別を統制変数とし、調査時点も投入した。分析の結果を表13にまとめた。

分析の結果、年齢の一部を除き、すべての独立変数、統制変数が死亡に対して有意であった。ボラPと元気Sはいずれも有意であり、一般に比べて死亡率がそれぞれ0.507倍、0.402倍となっていた。すなわち、一般はボラPに比べて1.972倍、元気Sに比べて2.488倍死亡しやすい結果となった。性別、年齢、時点による加齢効果を統制してなお、高かった。また、性別では男性は女性に比べて死亡しやすく、年齢階級による年齢効果および時点による時点効果はいずれも正に有意であり死亡リスクは年齢および加齢によって高くなっていた。

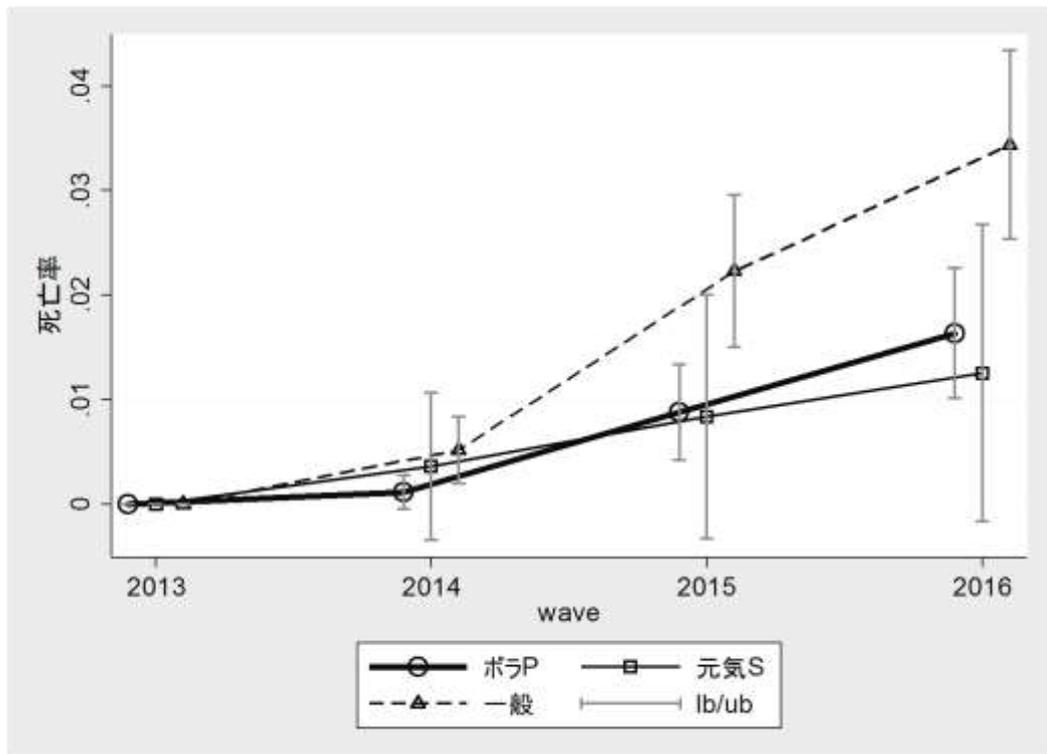


図8 調査別、死亡率（累積）の推移

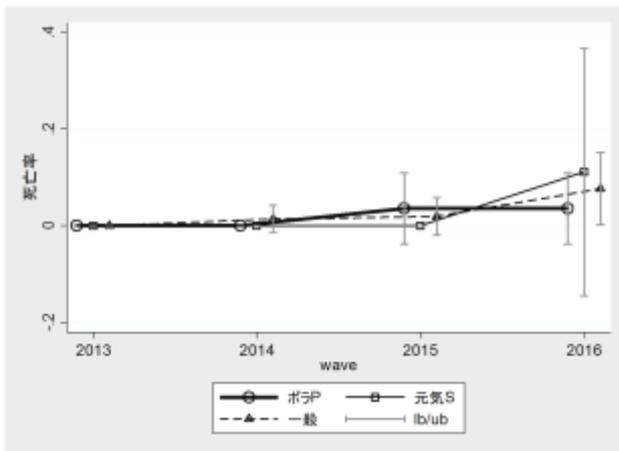
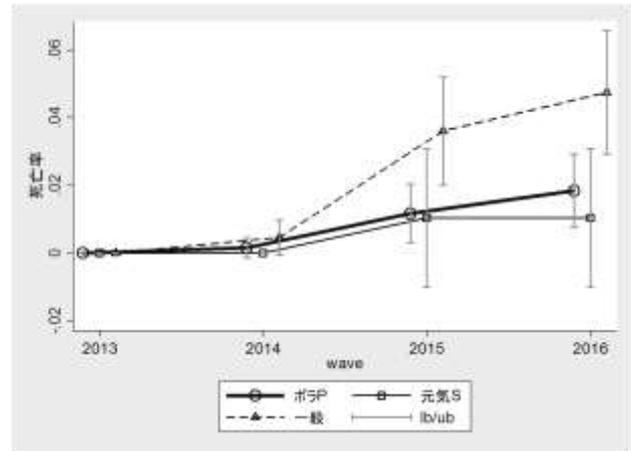
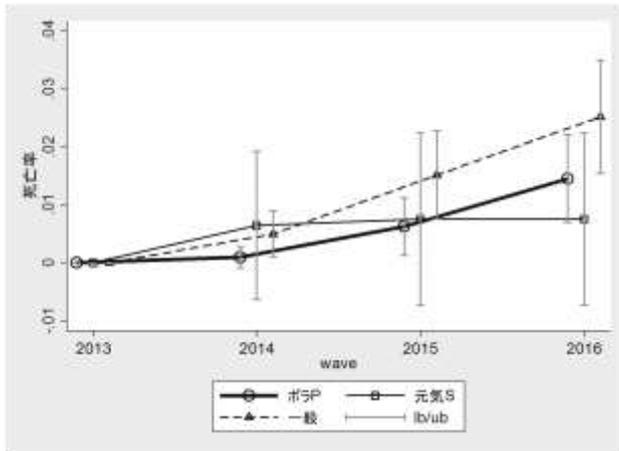


図 9 (左上) :

65-74 歳の調査別、死亡率 (累積) の推移

図 10 (右上) :

75-84 歳の調査別、死亡率 (累積) の推移

図 11 (左下) :

85 歳以上の調査別、死亡率 (累積) の推移

表 13 死亡を従属変数 (死亡=1) としたロジスティック回帰分析の結果

	変数	参照カテゴリ	OR	95%CI	
調査	ボラ P	一般	.507	(.346 - 0.743)	***
	元気 S	一般	.402	(.174 - 0.931)	*
年齢	70-74 歳	65-70 歳	1.754	(1.042 - 2.954)	*
	75-79 歳	65-70 歳	1.264	(.701 - 2.281)	
	80-84 歳	65-70 歳	4.894	(2.873 - 8.337)	***
	85-89 歳	65-70 歳	4.375	(1.963 - 9.751)	***
性別	男性	女性	1.990	(1.413 - 2.805)	***
時点	2015 年	2014 年 [※]	4.792	(2.598 - 8.8406)	***
	2016 年	2014 年 [※]	7.940	(4.409 - 14.299)	***
Pseudo R-Square			.104		
N			10,737		

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

※ 2013 年は全員生存しているため、2014 年が参照カテゴリとなる

ここからは、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は死亡という究極的な健康の指標において、重要な予防効果をもつことが示唆された。

なお、ベースライン時点の健康は、要介護度という側面ではむしろ一般の方がよい状態であるが、健康度自己評価や抑うつなどについても統制して分析すべきである。しかしながら、2016 年は調査をおこなっておらずこの時点での個票データがないため分析できていない。そこで、次年度に予定してる 2017 年の調査を踏まえて、5 年間の追跡として 3 回の調査データも踏まえた分析を行う必要がある。

4. 今後の介護予防効果の検証に向けて

本稿では、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ョン事業の介護予防効果について、2013-2016年までの介護保険データを結合して、要介護認定と死亡という2つの側面からベースラインの調査と4年間の保険データによるフォローアップデータの分析を行った。その結果からは、要介護認定の有無についてはベースライン時点の影響もあり両事業とも一般比べて要介護認定を受けた人の比率は高かったものの、3年間の追跡を行った結果、要介護認定の悪化については両事業の参加者は抑制されていることが示唆された。すなわち、要介護度の悪化という側面において両事業への参加は効果があった。

また、死亡については、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ョン事業のいずれも、明確に予防効果を持っており、健康事業として非常に有益であることが示唆された。

以上から、あくまでも基礎的な分析の段階ではあるが、2013年から2016年までの4年間において、要介護状態の悪化および死亡という2つの側面で、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ョン事業は介護予防効果をもっていた。

なお、本分析は現時点では基本的に介護保険データのみをもちいた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、要介護認定や死亡というイベントは4年たってもなおそれほど大きく起きているものではなく、さらなる調査によるフォローアップが必要であることが示唆された。このためには、次年度に予定している第3波の調査知見を踏まえ、性別、年齢以外のデータも踏まえた分析が必要となる。この点を踏まえた分析をより詳細に行うことが、今後の課題となる。

(参考文献)

- 1) 渡邊大輔 (2016) 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: 回答者の属性と、健康への縦断的影響の記述的分析. 国際長寿センター編, 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. 84-91.

2. 横浜インタビュー調査からみえてきたこと

－「社会的自立」を支えるための仕組み－

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

2016年度に行われた介護保険制度の改定では、高齢者を地域での生活を支える担い手として位置づけており、今後は、これまでの地域活動やボランティア活動など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。実際に、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もたらすことが指摘されている。同時に、高齢者が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（有償労働、家庭外無償労働、家庭内無償労働）に関与することは、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多くの既存研究で明らかにされている¹⁾。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う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²⁾。

この観点から、国際長寿センターでは、家庭外無償労働としてのボランティア活動などに着目し、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調査・研究³⁾⁴⁾⁵⁾を行ってきた。日本においては、神奈川県横浜市の介護予防施策である「よこはまシニアボランティアポイント事業（愛称「よこはまシニアボランティアポイント」）」に加え、「元気づくりステーション事業」で世話人として他者のために力を発揮する高齢者を対象にインタビュー調査を行い、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」を検討してきた。

これまでの調査・研究から、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いくつかのヒントが明らかになっている。

これまでの結果を概観すると、以下の3つに集約される。

■ボランティアや地域貢献活動に対する意識の変化：

ボランティアや地域貢献活動といえ、他者のために自分の生活を犠牲にして取り組むものという認識が強かった。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。さらに、ストイックに滅私奉公で活動するのは後期高齢者で、そのように活動することを嫌い、楽しくマイペースに活動するのは団塊世代で多く見られた。

■段階的なアプローチの必要性：

活動への意識が変化するなかで、自己の楽しみだけではなく他者へのなんらかの力の発信、受け身ではなく主体的な参加を促すためには、地域活動やボランティア活動を全面に打ち出しているの誘い掛けには限界が見られた。シニア層に関心の高い健康づくりに加え、これならできそう、楽しそうというゆるやかな働きかけから始め、段階的に自主性を高めていくことが求められている。

■継続的な専門職の関与：

調査対象となった元気づくりステーション事業では、段階的に自主性を高めていくために、

保健師が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。さらに、活動開始後も、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していた。長期的な視点で高齢者の活動を考える際には、専門職やボランティアコーディネーターの継続的な支援が求められている。

これまでの調査・研究からは、これらのプロダクティブ・アクティビティを実現するうえでのヒントに加え、「継続していくことの難しさ」という新たな課題も明らかになった。

課題①セカンドライフにおいてようやく見出した関わり、「支え手」としての活動を止めてしまう、止めざる負えない原因とは？

課題②可能な限りそれらの活動を継続していくために求められる支援の在り方とは？

これらを明らかにするために、本年度は「活動の継続」に焦点を当て、これまで調査を行った元気づくりステーション事業と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、活動歴の長いステーションと登録者を対象にインタビュー調査を行った。

2. プロダクティブ・アクティビティを継続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

2014年度、2015年度に、プロダクティブ・アクティビティを始めるきっかけや活動する意味、その際に求められる支援を明らかにするために、神奈川県横浜市の健康福祉局が取り組む「元気づくりステーション事業」の世話人や運営のサポートとしても関わる65歳以上のメンバーと、「よこはまシニアボランティアポイント事業」の登録者にインタビュー調査を行った。両事業の概要を、2015年度の調査報告書⁵⁾から再掲する。

「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(図1参照)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成することで互助・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に任せている。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、体操のみに活動をとどめ、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。

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。

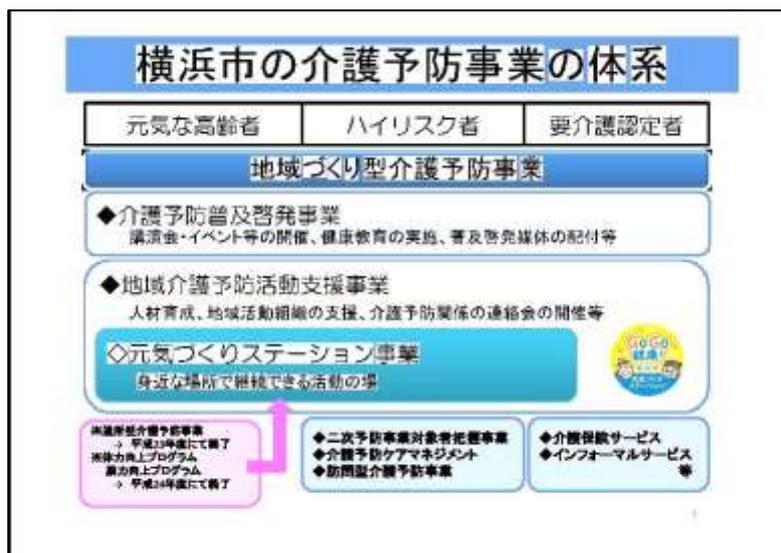


図1 横浜市の介護予防事業における元気づくりステーション事業の位置づけ

「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づくり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13,500名(2016年7月末現在)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、食事介助や整髪などの補助など、原則的には施設職員の補助的な内容に限定されている。

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合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。お金の他に、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。



イメージキャラクター
健康ほうし君

2) 調査対象となった元気づくりステーショングループとよこはまシニアボランティアポイント事業登録施設

現在、元気づくりステーションの数は100以上、よこはまシニアボランティアポイントの受け入れ施設400か所に近づきつつあり、関わる高齢者の数も順調に増加している。介護予防を目的とする事業として、元気づくりステーションでは自主グループ化への働きかけ、よこはまシニアボランティアポイントでは実際の活動を行うための仕組みが整いつつあるなかで、新たな課題となりつつあるのが、継続に向けた仕組みづくりといえる。

本年度の調査・研究では、活動の継続を阻む課題と求められる支援を明らかにする為に、2013年度～2015年度にインタビューを行った対象者のなかで、元気づくりステーション事業では活動期間が3年以上のグループの世話人（表1）、よこはまシニアボランティアポイントについても活動歴3年以上の登録者（表2）に、再度の調査を依頼した。

表1 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	前回の調査年度	調査対象・会場	調査協力者
2016/12/21	2014年度	青葉区 「体育クラブひまわり」	世話役 保健師，地域包括看護師 体操リーダー
2017/1/6	2014年度	緑区 「元気づくりのひろば」	世話役 保健師，地域包括看護師
2017/1/11	2015年度	磯子区 「レインボー」	世話役，ブルーウェーブ世話役（レインボーから別れたステーション），自治会会長
2017/1/16	2013年度	港北区 「綱島」	世話役 保健師，地域包括看護師
2017/1/16	2015年度	磯子区 「ふくろう会」	世話役 保健師
2017/1/17	2015年度	磯子区 「ひまわり会」	世話役 保健師，地域包括看護師
2017/1/18	2014年度	都筑区 「ぼこふれんず」	世話役 保健師
2017/1/23	2014年度	緑区 「なかよし会」	世話役 保健師，地域包括看護師
2017/1/26	2014年度	青葉区 「荏田西熟年健康クラブ」	世話役 保健師

表2 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	前回の調査年度	調査対象・会場	調査協力者
2017/2/2	2015年度	神奈川区「かなーちえ」 (地域子育て拠点)	ボランティア 職員
2017/2/2	2015年度	泉区「横浜市松風学園」 (知的障害者入所施設)	ボランティア 施設職員
2017/2/3	2015年度	緑区「いっぽ」 (地域子育て拠点)	ボランティア 職員
2017/2/10	2015年度	泉区「横浜市松風学園」 (知的障害者入所施設)	ボランティア
2017/2/10	2015年度	栄区「径(みち)」 (地域活動ホーム)	径ボランティア ケアラボボランティア 径施設長、職員 ケアラボボランティア担当
2017/2/16	2015年度	磯子区「芭蕉苑」 (特別養護老人ホーム)	ボランティア 施設長、職員
2017/2/27	2015年度	緑区「さわやか苑」 (特別養護老人ホーム)	ボランティア 職員

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。

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、ステーション事業を担当する保健師や専門職、よこはまシニアボランティアポイント事業受け入れ施設の担当者に対してインタビューを行った。さらに、介護予防事業での二つの事業の方向性などを明らかにするために、横浜市の介護予防担当者へのヒアリングを行った。

3. 担い手としての活動を継続する高齢者の語りからみえてきたこと

1) 継続を阻む「体力・身体的」な壁

今回のインタビューの対象者は70代半ばから80代までの後期高齢者が多かったが、数年前に比べて体力が落ちたことを口にしながらも、1回目の調査時の活動頻度や内容をそのまま継続し、可能な限り継続していきたいという気持ちをもつ人が多く存在した。これまで活動を続け、今後の活動を継続していく意識を高める一つの要因として、周囲の姿勢が重要な意味をもっていた。いくつかの事例について、受け入れ施設の担当者など、活動する高齢者に関する周囲からの語りを矢印(➡)で示す。

例1：週1回、デイサービスで利用者のお茶出しや整髪を行う80代後半の女性

「ここ数年は本当に体力が落ちて、そのことに落ち込む。でも、ここに来るために健康を整え、できることをそれなりに続けている。ミスをしたり、迷惑をかけたりしない限りは、可能な限りボランティアを続けていきたいと思っている。」

➡活動する施設の施設長

「来ていただけること、続けていただけることが大事、活動したいという意志を持っている限りは来ていただきたい、やっていただけることは必ずあると思っている。」

例2：平均年齢が80代に近づきつつある元気づくりステーションの世話人

「最近は体操についてこられない人もでてきているが、座ってできるところだけやってくればよいと話している。大事なのは、週に1回通ってきて、仲間と一緒に身体を動かそうという気持ちだと思っている。」

➡元気づくりステーションで体操指導を行うリーダー

「ジョークなどを交えて、できなくても大丈夫、ここまでできれば良いなどと、体操中に合いの手をいれている。楽しく、マイペースでよいと伝えている。」

何名かの対象者からは、自身の手術や大きな病気、夫との死別などで活動を休まざるを得ない時期があったことが語られた。その際に、一緒に活動をしている仲間や活動での役割が、閉じこもらず、再び活動に戻ってくる動機となっていた。



元気づくりステーション：体操リーダーが個々の状況に応じた適切な声かけ

例3：目の手術で活動を休み、術後の経過は悪くないものの、活動に戻ることを億劫に感じた子育て拠点でボランティアを行う70代

「できることをマイペースにやってくればよいと仲間と言われて、またやろうという気持ちになった。やり始めちゃえば、止めようなんていう気持ちは忘れちゃうのよね。」

➡ボランティアグループのリーダー

「いつでも戻っておいでという雰囲気をこころがけ、会った時にゆるやかに伝えていた。」

例4：週1回、障がい者施設で散歩や配食のサポートを行う70代後半の女性

「夫が亡くなった時にすぐに前を向けたのはこの活動があったから。」

➡ボランティアグループのリーダー

「病気や家庭に事情があって、それぞれに続ける事が大変な時は何度もあったが、お互いの事情を深く知ろうとせず、暗黙の了解にとどめ、いつでも戻ってこられるように待っている。」

一方で、元気づくりステーションの世話役からは、認知症の発症や、施設に入所を理由に活動を継続できなかったメンバーの存在が語られた。継続できない理由として、グループとして来てもらいたい、本人も来たがっているというなかで、誘わないでくれと家族に拒否されたというように、周辺の姿勢が壁となっていることが挙げられた。

2) 継続を阻む「心理的」な壁

前述の「体力・身体的」な壁に重なるようにして出てきたのが「心理的」な壁であった。元気づくりステーションの世話役からは、人間関係、役割分担、活動内容などの運営面において、「負担感」と「迷惑をかけたくない気持ち」が、継続を阻む壁として挙げられた。そこへの対応は、ステーションの設立経緯や地域特性、メンバーの構成により異なっていた。ここには万能な回答はなく、異なる対応を示す世話役の語りを矢印(⇔)で記した。

【自由な雰囲気づくり】

例5：新規のメンバーの加入が定期的にある元気づくりステーションの世話役

「病気で辞めざるを得ない人が出てきているが、そこに入れ替わりで新しい人が入ってきている。たぶん、会費を毎回徴収することで、ご自身の事情に合わせて来て来なくても良い

という自由な雰囲気をつくっているからだと思う。」

例 6：ロコミで遠方からも参加者がある元気づくりステーションの世話役

「出欠はケアプラにしてもらっているし、名簿をつくと管理の問題が大変で、作っていないし、必要がない。ここに来れば楽しく話し、スーパーで会えばあいさつはするけど、名前を覚えていない。体操をすることが大きな目的なので、他の活動をするというのも考えていない（前後にお茶の時間を設けたが、参加者も少なく止めた）。」

⇒「しばらく顔を見せない人が出てきた時には、時々、会に出したお菓子を届けたり、お電話をして様子を確認している」

「骨折してお休みしている人がでた時には、世話役が訪ねて行って、コンタクトをとり、関わり続ける為の工夫をしている」

【役割分担】

例 7：活動開始のメンバーのほとんどが今も参加し続ける元気づくりステーションの世話役

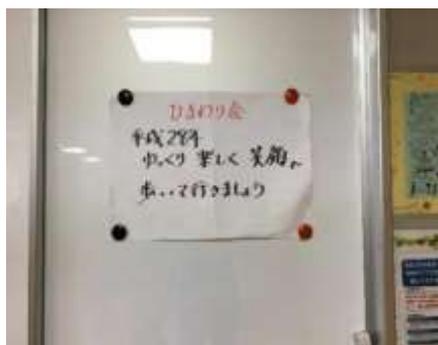
「会計などの重めの役割をお願いするとそれを負担に思ったり、できなくて申し訳ないと感じて来なくなる人も少なくないと思う。参加者が高齢化するなかで、今後も、役割は特に決めず、やれることをやれる形でやって貰えればよく、現に、掃除や準備は皆さん、自主的にやっている。（代表や会計は固定、掃除等は皆で自主的に）」

例 8：体操以外に、メンバーが先生役になって独自のプログラムを行っている元気づくりステーションの世話役

「メンバーそれぞれに特技があり、それを提案してもらっている。でも全て一人で行うのは大変だし、それを重く考えて意見も出なくなってしまう。なので、提案してくれた事を必要に応じて、できる人で分担する様にしている。」

⇒「代表などを固定してしまうと皆が受け身になってしまうので、推薦形式で交代でやるようにしている（結局、同じ人になっている）」

「ようやく受付などを交代で担当する体制ができてきている。今は、やる気のある人に声掛けをして、体操のリーダー研修なども受けて貰っている。ただ世話役については、交代を考えているがなかなか難しい。」



元気づくりステーション：楽しく・マイペースな雰囲気づくり（左）、当番を決めずに皆で掃除（右）

【活動内容】

例 9：拠点以外での街歩きを定期的に行っている元気づくりステーションの世話役

「活動を立ち上げた当初と同じようなプログラムでは体力的に参加が難しく、迷惑をかけたくないと欠席する人も出てきている。なので、歩く量を減らしたり、近場でいける場を心掛けるようにしている。」

例 10：ウォーキングを中心に行っている元気づくりステーションの世話役

「参加者の体力の幅が開きつつあり、今は複数のコースを用意しておいて、参加する人を見ながら、その日に歩くコースを決めている。」

⇨「体力の落ちてきている人にあわせるとそうでない人がつまらなくなり、新たな人も入ってこない。第一、あわせられた人が申し訳ない、迷惑をかけたくないと思って来なくなってしまう。」

3) 継続を支える「専門職」の役割

元気づくりステーションでは担当保健師や看護師、体操リーダー、よこはまシニアボランティアポイントでは受け入れ施設の担当者が、上述した壁を超えるために重要な役割を示していた。

【変化する心身の状況に応じたサポート】

例 11：病気療養から復帰した参加者のいる元気づくりステーション担当保健師・看護師

「毎回の活動に参加することはないが、定期的にくきて、参加者の変化を見る様になっている」

例 12：初期メンバーの虚弱化が気になる元気づくりステーション担当保健師・看護師

「定期的にくることで、参加できなくなった人の状況や認知機能が低下している人のことを早い段階で知ることができ、必要などころにつなぐことができる」



元気づくりステーション：保健師・看護師が個々の状況を定期的にチェック

【高齢者の習熟度に応じ、段階的に自主性を引き出す】

例 13：子育て拠点の担当者

「去年からは予算をお渡しして、作っていただくものだけ指定し、あとは使う材料の調達からすべてお任せしている。子どもが直接に触るものなので危なくないようになどという部分も、信頼して一任している。」



ボランティアポイント：子育て拠点で、メンバーで試行錯誤して布おもちゃを完成させる

例 14：障がい者施設ボランティア担当

「ボランティアさんは、職員と違って継続して入所者に関わってくれる得難い存在。職員にできないことをボランティアさんが担ってくれていて、必要不可欠。昨年から、一人の方に、非常勤の職員として週 2 日来ていただいている、とても助かっている（ボランティアとしても週 2 日、継続してきている）。」

例 15：高齢者施設の施設長

「ボランティアさんから、若い職員や新任の職員が沢山のことを教えていただいている。」

例 16：高齢者施設の担当者

「デイサービスでの手芸プログラムを一緒に企画してもらっている。最近では、ケアプラで行う手芸講座に講師として関わってもらい、その中から、今のボランティア活動を引き継いでもらえる人を育成してもらっている。」

4. 「社会的自立」を支えるために求められること

介護予防を目的とした横浜市の 2 つの事業「よこはまシニアボランティア事業」「元気づくりステーション事業」に長期に関わる高齢者を対象としたインタビューから、活動を継続していくためには、人のためといった貢献意識に基づくストイックな活動ではなく、自分の健康や楽しみの為という意識のマイペースな活動スタイルが重要であることが明らかになった。これは、特に団塊世代で、活動の入り口部分にも求められたスタイルで³⁻⁵⁾、プロダクティブ・アクティビティへの参加から継続を考える上で、これを前提にした仕組みをつくることが重要といえる。

さらに、心身の虚弱化や配偶者の介護や死亡といった高齢期特有のライフイベントが、活動の継続を難しくする壁となっていた。休めしがち、止めてしまいそうな人に対し、活動を通じてのつながりや役割が、継続するための動機づけとなっていた。ここで機能するつながりや役割の在り方に一様な答えはないなかで、マイペースな参加を求める人には、密度の濃いつながりや大きな役割は、負担感や迷惑をかけたくないという継続への否定的な効果を及ぼす事が示唆された。

多くの人に避けられない虚弱化の過程のなかで、つながりや役割を可能な限り継続していくこと、社会的な自立を維持していくことは、言い換えれば虚弱化予防ともいえる。これを支えるには、元気づくりステーションのグループ内部でのつながり、ボランティア活動先での人間関係の果たす役割は大きい。しかし、お互いに年を重ねていく高齢者同士のつながりには限界があると言わざるを得ない。ここで重要なのは、専門職の継続的な関わりであるといえる。本調査では、担当の保健師や看護師が、要支援者の早期発見といった地域包括ケアの視点からも、グループが自主化した後も後方に控え、変化する高齢者の心身の状況に応じたサポートを行っていた。さらには、専門職よりも高齢者に近い存在ともいえる体操リーダーが、その時々状況に応じて、続けたいという気持ちを支える働きかけを行っていた。

最近では、地域リハビリテーションの一つとして、理学療法士・作業療法士などが元気づくりステーションに派遣されており、保健師や看護師、体操リーダー、世話役などと連携した、最期まで主体的に関わり続けるための新たな仕組みづくりが期待されている。一方、よこはまシニアボランティアポイント事業は、元気な高齢者を想定しての制度と言え、継続を促す働きかけは、仲間どうしのつながりや受け入れ施設の担当者に任せられていると言わざるを得ない。受け入れ施設の規模や体制によっては、一人での活動、専任の担当者がおらず、

心身の虚弱化や家族状況の変化を一人で抱え込み、止めてしまう人も少なくない事が考えられる。介護予防、プロダクティブ・エイジングの実現という観点から、虚弱化を抑制し、社会的自立を支えるための仕組み作りが急務といえる。

(参考文献)

- 1) 柴田博, 杉原陽子, 杉澤博. 中高年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) 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.
- 3) 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.ilcJapan.org/study/doc/all_1302.pdf (2017/2/28).
- 4) 国際長寿センター. 平成 26 年度 生涯現役社会づくりに関する活動の国際比較調査・研究 http://www.ilcJapan.org/study/doc/all_1401.pdf (2017/2/28).
- 5) 国際長寿センター. 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、認知症高齢者に関する国際比較調査研究 http://www.ilcJapan.org/study/doc/2016_1_1.pdf (2017/2/28).
- 6) 神奈川県資料 www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/772839.pdf(2017/2/28).

資料編

1. 介護予防、リハビリテーションに関するデータリクエストへの回答

*データリクエストの質問項目は本報告書 11 ページ～を参照

(1) デンマーク回答

高齢者が地域で自立生活を継続できるための支援—デンマークからの報告

KORA - Danish Institute for Local and Regional Government Research

(デンマーク地方政府研究所)

教授 Tine Rostgaard

A: 国レベルの動向

介護での変化は特に、在宅ケア (home care) サービスにおける「Reablement」(Re=「再び」、able=「できる」、ment=名詞形) に関するものである。デンマークで実践されている Reablement 政策では、高齢期のニーズや虚弱状態に対し、以前の「受け身型 (passive)」介護から離れたアプローチをとっている。Reablement は英国やオーストラリアでも実践されている (Aspinal et al, 2015) が、全国レベルで最も広く適用されているのはデンマークである。ホームケアワーカー (home care workers) が作業療法士と密に連携して提供する社会的ケアの補足または代替サービスを通じて、高齢者ができるだけ支援から自立し、その結果 QOL が向上するとともに公的資源を節約できることを目指している。したがって Reablement はまた長期的な在宅支援の提供というこれまでの実践からも離れたものとなる。

2015 年 1 月以降、すべての地方自治体は高齢者ケアの一環として Reablement を提供する義務が課された (Lov nr. 1524 27/12/2014) とともに、地域での実践の参考となる模範的な Reablement モデルが開発された (Socialstyrelsen, 2014)。

介入の焦点となるのは能力 (capacities) であり、その中には精神的および社会的な能力も含まれるが、特に身体的な能力が重視される。Reablement とは、「その人が、自分の考えている自立し充実した生活にある程度沿った形で、自らの機能的能力の回復、改善、または維持を行った結果」である (Socialstyrelsen, 2013, p. 5)。

更に具体的に述べると、Reablement は通常、短期的な介入 (3 週間～12 週間) で高齢者の自宅にて行われており、そこでは能力の回復または維持に向けて日常的な機能の訓練が重視される。これは、従来の在宅ケアの補足として提供されるが、在宅ケアにとって代わるサービスとして実施される方が多い。主に重点を置かれる分野は、高齢者の着替え・階段昇降・入浴 (washing) ・調理における機能回復支援である。しかし、さらに包括的なアプローチをとる例もあり、たとえばデンマークでは、身体的能力だけでなく社会的な能力も重視される。Reablement では多職種のアプローチをとっており、社会的ケアワーカー (social care workers) と作業療法士が密に協力している。これは目的志向のアプローチであり、理想と

してすべての介入は、ケアワーカー（care workers）ではなく高齢者にとって重要なアウトカムに基づいて行われる。

Reablement 提供の理由は多くの場合、高齢者の QOL 向上の視点から語られており、自立度の回復やケアからの自立に焦点が当てられているが、もちろんコスト削減の可能性にも関係している。たとえばデンマークでは、通常は長期的な在宅ケアサービスを申請する高齢者のうち 80%が、上記サービスの代わりに短期的な Reablement の介入を受けている。この自治体では、介入後の自立に関して成功率 60%を見込んでいる、との報告がある。

また予防的な自宅訪問に関しても、政策変更が行われた。高齢者を対象に毎年行われる予防的な自宅訪問という、確立されたエビデンスに基づいた政策がある。この予防訪問は、何度かのランダム化比較試験によって、費用対効果の高さや死亡率減少の効果が証明された後に導入されている（例：Vass et al, 2002）。上記の費用対効果は、入院やナーシングホームへの入居リスク軽減によるものである。これまでこの訪問は 75 歳以上の人に行われていたが、健康状態が全体的に改善したことにより、2015 年に対象年齢が引き上げられた。ただし 65 歳以上で健康状態が悪かったり他にもニーズがあると考えられる人はこの訪問の対象となる。

デンマークでは引き続きアクティブエイジングが重視されており、その一環として、いかにして人々がアクティブでい続けられるようにするかが重視されている。Reablement はこの戦略の大きな要素であるが、他にも公的に行われている取り組みとして、自治体が企画および全額資金負担を行うデイセンターが挙げられる。そこでは人々が身体的および社会的な活動に参加できる。

孤立についても重視されているが、公的な介入としてはそれほどでもなく、これは市民社会による活動の一環として捉えられている。孤立対策は数々のボランティア団体が実施しており、その多くは公的資金の支援を得ている。一つの例として、全国キャンペーン「孤立防止全国キャンペーン（National campaign against loneliness, Folkebevægelsen mod ensomhed、<http://modensomhed.dk/>）」が挙げられ、ここでは孤立の問題や、それが生涯にわたって人々に及ぼす影響について取り上げている。孤立防止の活動の中には、たとえば一緒に集まって夕食を共にする全国的なイベントがあり、そこでは人々が街頭でテーブルをセットしたり知らない人を夕食に招いたりしている。

おそらく全体としてより意義深いのは、2007 年の構造改革である。この改革では、病院からの退院後における高齢者ケアの責任が地方自治体に課されることとなった。その結果、社会的サービスでも疾病予防や治療の視点が重視されるようになり、また医療部門で使われる質の測定方法が社会的サービスでも用いられるようになった。

B: 高齢者支援サービスの基本

デンマークは世界でも先駆けて、脱施設化を伴うコミュニティケア政策を採用した国の一つである。長年重視されてきたのは Ageing in place、つまり虚弱高齢者が自宅で住み続けられるような支援である。その目的は、自宅に住み続けたいという多くの高齢者の希望を叶え

ると共に、施設ケアより費用対効果の高い代替策を提供するということでもある。

Ageing in place 政策の結果、ホームヘルプ (home help) がコミュニティケアの主要な柱の一つとして捉えられている。社会サービス法 (Social Service Act) では「身体介護およびサービス (Personal care and services)」がカバーされると謳われているが、日常的には「ホームヘルプサービス (hjemmehjælp)」という言葉が使われる。ここには家事支援 (help with housekeeping) および身体介護 (personal care) が含まれる。つまり、清掃、洗濯、ベッドメイキング、および時に買い物などの IADL、ならびに排泄、着替え、入浴、整髪などさまざまな ADL の支援である。精神的な介入も、ホームヘルプで提供されることがある。たとえば配偶者を亡くしたりそのほか人生の危機に立たされた高齢者を、ホームヘルパー (home helper) が慰める時間を設けることもある。

現在では 65 歳以上人口のうち在宅ケアサービスを利用しているのは 14%であり、これは 2008 年の 18%から減少している (表 1 参照)。このような減少の理由の一つは、健康状態の改善であるが、主な理由は Reablement への移行である。Reablement では最も良いケースの場合、高齢者の機能改善がみられる。あるいはサービスがあまり魅力的なものでなくなり、サービスを申請する高齢者の数が少なくなるということもある。全国的な評価がまだ実施されていないため、何とも言い難い。

表 1 ホームヘルプを利用する高齢者の割合：

デンマークの 65 歳以上および 80 歳以上人口、2008-2012 年

	2008	2009	2010	2001	2012
65+	18	18	16	15	14
80+	43	43	41	39	37

出典： Danmarks statistik, 2013, 'Modtagere visiteret til hjemmehjælp, frit valg, efter område, ydelsestype, alder og tid'.

在宅ケアサービスの利用資格は、収入や資産ではなくニーズのみに基づいて判断される。原則として高齢者個人のアセスメントが行われ、パートナーや配偶者の資源は考慮されないが、家事の清掃は、可能であればパートナーや配偶者が実施することが期待されている。成人した子供の資源も考慮されない。ニーズアセスメントは、そのニーズが身体的であっても認知的であっても同様である。

在宅ケアのアセスメントは、地方自治体の介護担当部署を通じて行われる。このアセスメントを実施するのは、専門的な研修を受けたケア評価者 (care assessor) であり、その多くは看護師またはホームヘルパー出身者である。この評価者が最終的な判断を行う。評価者は同僚や上司と相談できるが、決定内容は地域の財源ではなく高齢者のニーズに沿って行われることが求められている。アセスメントは訪問または電話で行われる。

大半の自治体ではニーズアセスメントに、共通の包括的アセスメントシステムである「共通言語 Fælles sprog (Common Language)」を使用している。これは、機能的能力や利用可能なサービスを分類する標準化されたシステムである。このシステムによってニーズをコード化でき、またこれは、ケア評価者やケア提供者など様々な関係者にとって全体的な概念枠組みの役割を果たすのである。さらにこのシステムは統計指標の作成ツールでもあり、地

方行政レベルで使えるとともに、自治体間のベンチマーク評価にも活用できる。Common Language はかつて、ケアニーズの評価を標準化するとして批判を受けていた。つまり、個別のケアニーズを考慮せず、複雑なニーズを特定することができないものとして批判されていたのである。

第 III 版の Common Language は、2017 年に全国で実施されることとなっている。そこには機能的な能力および健康状態が 5 段階で示されており、また原因の記述やサービス介入での利用者の目標設定を行うようになっている。上記のレベルは、0 が「制限がまったく／ほとんどない」、1 が「制限がいくらかある」、3 が「制限が中程度ある」、4 が「制限が大いにある」、5 が「完全に制限されている」である。健康や機能的な能力は、「機能制限」、「栄養面でのニーズ」、「皮膚科的ニーズ」、「呼吸機能」、「痛みと感覚」、「休息と睡眠」、「移動能力」、「コミュニケーション」、「心理社会的ニーズ」、「認知機能」、「尿および便の排泄」という全体的な分野の中で考慮される。最初に使用されるフォームでは、利用者の「日常生活」（以下の表 A 参照）を評価し、さらに具体的な機能を以下の表 B で評価する。表 E では、実際のサービス介入が記録される。

表 A. 市民の日常生活

日常的活動 ↓	回答選択 肢 →	実施度				実施上の制限 有無		コメント
		実施	一部 実施	実施せ ず	非該当	なし	あり	
就労／学習								
家族や友人とのコンタクト								
趣味								
食事								
衛生管理								
日常的な家事								
家や庭のメンテナンス								
買い物								
外出								
希望と優先順位（注：以下より抜粋。英文は Wants & priorities http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu/hikaku-h20/denmark.html#kou0401 ）								
その他								

表 B1. 科学的評価

活動	機能レベル	非該当	備考
食べる			
飲む			
入浴			
体を洗う			
身体ケア			
着替え			
排泄			
屋内移動			
買い物			
調理			
清掃			
洗濯			

屋外移動			
公共交通機関の使用			
移動			
疾病／機能低下の予防			
生活リズムの継続			
B2. 精神的／身体的状況：日常生活を制限する精神／身体障害の有無			
精神障害	はい		いいえ
身体障害	はい		いいえ
目標	X 解決	X 改善	X 維持 X 軽減／支援

表 E. 分野一覧

1. 機能／能力の改善／維持に向けた取り組み			
1.1 日常的活動			分／週
	1.1.1	日常的な仕事	
	1.1.2	プロセスの変更	
	1.1.3	健康維持・疾病予防	
	1.1.4	飲食	
	1.1.5	衛生管理	
	1.1.6	移動	
	1.1.7	家事	
	1.1.8	娯楽活動	
1.2 社会関係・ネットワークとのつながり			分／週
	1.2.1	コミュニケーション	
	1.2.2	他者とのコンタクト	
	1.2.3	他者と一緒に行う活動	
	1.2.4	相談・助言	
2. 日常的な仕事の遂行に向けた取り組み			
2.1 日常的な仕事			分／週
	2.1.1	清掃	
	2.1.2	洗濯	
	2.1.3	買物	
	2.1.4	食事 (Food)	
	2.1.5	その他	
2.2 個人的な活動			分／週
	2.2.1	衛生管理	
	2.2.2	飲食	
	2.2.3	健康維持・疾病予防	
	2.2.4	移動	
	2.2.5	社会活動への参加	
	2.2.6	生活リズム	

ケア評価者が全体的なニーズを検討するものの、現在では Reablement への変更に伴い、提供されるべきサービスの種類や量に関する実際の決定は、現場の職員が高齢者宅に訪問してニーズや希望をさらに理解した上で行うことが多い。この職員は、作業療法士の支援を得ながら高齢者と目標や希望を話し合い、その上で実際のサービス提供や介入期間を決定する。したがって高齢者の改善状況によって、サービス提供が延長されたり中止されることもある。

ナーシングホームの利用について見ると、デンマークでは 2 種類のナーシングホームがある。これは 1987 年の高齢者・障害者住宅法 (Act on Housing for Older and Disabled People) によるもので、同法の施行以降、共同生活施設 (= ベッド共有型の施設) である従来のナーシングホームの建設が禁止されている。同法ができて以降、従来のナーシングホームであるプライエム (plejehjem) は、いわゆるナーシングホーム施設であるプライエボーリ

(plejeboliger) へ徐々に代わられるようになった。プライエボーリでは個別の居住ユニットがあり、各高齢者専用の簡易キッチン、居間、寝室、およびバスルームが整備されているほか、共有スペースにもアクセスできる。このような施設は、従来のナーシングホームが改築されている場合もあるし、新築の場合もある。

このような 2 種類のナーシングホームは原則として、同じような 24 時間サービスを、同じようなニーズの人々へ提供しているが、入居者の法的な地位やサービス提供の選択肢に違いがある。従来のナーシングホームは、あらゆるサービスを行う施設として設立されている一方、新しい形態のナーシングホームでは、入居者は清掃や配食 (food delivery) などのサービスを購入するか否か選択できる居住者 (tenant) という位置づけである。施設ではまた、認知症の人にもサービスを提供し、多くの場合、より静かな雰囲気を提供するために離れたセクションを設けている。

ナーシングホーム・サービス用のアセスメントは、前述した在宅ケアのアセスメントと同様の方法で行われる。このアセスメントでは、パートナーや配偶者がナーシングホームへ一緒に入居して同居継続ができるための考慮もできる。入居資格は、収入や資産ではなくニーズに基づいている。ナーシングホームへの入居は、当事者の日常生活機能が著しく制限されている場合、または認知症である場合のみ可能である。デンマークでは、65 歳以上人口の約 4% がナーシングホームにあり、合計 4 万人である。Reablement は (まだ) ナーシングホームでは適用されていない。

C: 高齢者の在宅生活を支えるサービス

7-1) ~7-4) への回答表 (全国データ) Y=はい、N=いいえ

サービス		サービス有無 Q7-1	制度 (F) / インフォーマル (I) Q7-2 民間のボランティア団体、インフォーマルなケアラーには、そのような業務に関わったりまとめたりするフォーマルな責任はないが、たとえば配偶者 / パートナーの身体介護やおそらく移動手段などがある程度提供	% Q7-3	高齢者のみ? Q7-4
訪問看護		Y	F	100	N
デイサービス		Y	F	100	N
ショートステイ		Y	F	100	N
訪問リハビリテーション		Y	F	100	N
通所リハビリテーション		Y	F	100	N
訪問 身体 介護	食事介助	Y	F	100	N
	入浴介助	Y	F	100	N
	排泄介助	Y	F	100	N
	清拭	Y	F	100	N
	身体整容	Y	F	100	N
	衣服着脱	Y	F	100	N
	体位交換	Y	F	100	N
	移乗、移動介助	Y	F	100	N

		服薬介助（準備と確認）	Y	F	100	N	
		リラックス、ストレッチ	N				
家事援助	訪問型	そうじ	Y	F	100	N	
		洗濯	Y	F	100	N	
		買物	Y/N 多くの場合、オンライン・ショッピングでの支援が提供される。	F		100	N
		調理	Y/N 多くの場合、配食の注文支援が提供される。	F		100	N
		配下膳（片づけ）	Y	F	100	N	
		ベッドメイク	Y	F	100	N	
		生活支援	安否確認	見守り・安否確認	Y	F	100
電話による安否確認	Y			P	100	N	
外出支援	移動支援（その場所まで連れて行く）		Y	F	100	N	
	病院・市役所への付添い（話を聞く）		N				
くらし型	ゴミ出し		Y	F	100	N	
	一時的な家事支援		Y	F	10	N	
	手紙や電話の音読・代筆		N				
	簡単な修理,手入れ（家,道具）		N				
	犬の散歩		N				
精神的支援	認知症者の見守り		N				
	話し相手（友愛訪問）		Y	P	100	N	
	散歩同行		N				
	家族支援		N				
	臨終の付添い		Y	P	100	N	
孤立防止(自立支援)	グリーフケア		N				
	ひっぱり出し支援（孤立防止）		Y	P	100	N	
	ネットワーク・コーチング		Y	P	100	N	
交流型	社会参加支援(カフェ、サロン)		自助グループ	Y	P	?	
			活動センター（公共が場を提供）	Y	F	100	N
			趣味・教養アクティビティ	Y	F	100	N
			屋外アクティビティ（体操、ガーデニング）	Y	F/P		
			認知症カフェ	Y	F/P	?	N
			各種カフェ（PCカフェなど）	Y	F/P	?	N
基幹サービス	福祉サービス	起業・就労支援	N				
		アラーム及び緊急時対応	Y	F	100	N	
		配食サービス	Y	F	100	N	
		予防訪問	Y	F	100	N	
		住宅改修（たとえば転倒予防や移動能力支援（手すり等）のみ。）	Y	F	100	N	
		補助器具	Y	F	100	N	
		移動支援（タクシー券付与）	N				
		移動支援（マイクロバス同乗）	Y	F	100	N	
		各種相談（?）					
		預貯金管理・契約代理（権利擁護）	Y	F	100	N	
介護者支援	Y	F	100	N			

上記サービスの中で、在宅ケアおよびナーシングホーム・サービスの中核となるのは、もちろん基本的なニーズへの対応（身体介護、家事（domestic chore）、宿泊施設、安心感等）である。しかし自立や自律に関して、Reablement の介入では前述したように、これらが在宅ケアの背景にある中心的な考えとなっており、これらの目標を念頭に提供されている。それ以外のサービスは概して、高齢者が配偶者・パートナー・家族・友人に依存せず自律や自

立を実現するよう、個別ベースで提供されている。

このように書くと聞こえは良いが、実際に、サービス提供による自律や自立の実現可否を決定づけるのは、サービス基準である。たとえば、交通機関サービスの待ち時間が長いかどうか、といったことが挙げられる。したがって、地域のサービスレベルや予算削減によって、実際の自律や自立の実現レベルが左右されるのである。高齢者介護は地域の予算で賄われている。予算は国で管理されており、全自治体を代表する組織（デンマークコムーネ協会＝KL）が中央政府とともに地方税のレベルを決定している。地方税に加えて包括的補助金（block grant）もあり、これは全国の税金を均一にするため比較的裕福な自治体から貧しい自治体へ再分配されるものである。最後に、高齢者は提供された大半のサービスに対して支払いを行っているが、在宅ケアと訪問看護は例外的に無料で提供されている。利用者の費用自己負担に関する全国レベルの規則はなく、各自治体が独自のレベルを決めている。しかしナーシングホームへの支払いでは、高齢者が住居やサービスへの支払い後も個人消費用に十分な金額が残るよう保障しなければならない。デンマークに合計 40 年居住する者は皆、公的年金の受給資格があり、この年金支給額はナーシングホームでの生活を賄うのに十分であるが、高齢者にはそれほどの金額は残らない。民間営利のナーシングホームの多くは、さらに高価格を設定できる。

全国レベルでのサービス基準はない。各自治体がニーズへの対応を保障し、品質宣言（quality declaration）を公表しなければならない。そこで利用可能な介護サービスについて地域住民に詳しく情報提供を行う。この宣言の多くはかなり詳細な内容となっており、期待度の調整手段としての役割を担っている。たとえば、掃除の標準的な時間（多くの場合、1 週間または 2 週間に 30 分）やベッドリネンの交換回数などについて情報が提供される。

公的な評価者（public assessor）はケアマネジャーの役割を担い、サービスが公平かつ効果的に提供されるよう、アセスメント、計画、サービス提供、モニタリング、および再アセスメントを行う（アセスメントの手順は上記参照）。ケア評価者（care assessor）の選択肢はない。また、高齢者の利益を代表する独立したケアマネジャーの制度もない。実際のケアプランには、ニーズの詳細、資源、介入計画が含まれるが、上記 Reablement の箇所ですべてのように、実際のサービス提供は、ホームケアラー（home carer）の初回訪問後に決定される。新たなアセスメントは理想的には 3 か月以内に行われるべきだが、多くの場合は実施されていない。ただし Reablement では継続してアセスメントが行われる。ナーシングホームでも再アセスメントが定期的に行われるべきだが、その頻度は明示されていない。

在宅ケア事業者は、自由に選ぶことができる。2003 年の事業者自由選択法（law on Free choice of provider、Frit valg af leverandør）によって各自治体は、2 ヶ所以上の在宅ケア事業者の選択肢を利用者に保障する義務が課され、基本的に、公共と営利の事業者の選択肢を利用者に提供する準市場を導入することとなった。利用者が公共の事業者を選んでも営利の事業者を選んでも、サービスパッケージは同一であり、同じアセスメント手順で行われ利用者の費用自己負担はない。ただし営利事業者を選んだ場合のみ、利用者は事業者から補足的なサービスを購入できる。この点について自治体は、競争的に不利であると主張している。全体として、営利事業者は同じ金額の中で同じ基本的なサービスを提供しなければならない

が、他の面、たとえばコミュニケーション、顧客との関係、提供時間、職員の継続性等、手順の面でより良いサービスを試みることはできる。在宅ケア利用者の約 1/3 が民間営利事業者を選択していた。

自由選択法はナーシングホームには適用されないため、地方自治体には、これらのサービスを外注したり事業者の選択肢を提供したりする義務はない。ただしこれらの取り組みを行うことはできる。利用者への選択肢を通じたナーシングホーム・サービスの市場化はその代わり、2007年1月に制定された独立ナーシングホーム法（Law on Independent Nursing Homes、Lov om friplejeboliger）によって促進された。同法の目的は、ナーシングホーム・ケア利用者への選択肢を増やすこと、および様々な事業者間の競争を通じてサービス提供のバリエーションを増やすことである。その中には、ナーシングホーム事業者が提供できる追加サービス購入の可能性も含まれる。ナーシングホーム事業者は、価値に基づいた財団や非営利団体、営利団体、自治体などさまざまである。

高齢者がサービス事業者を選ぶ際、競争の原則が大きく当てはまる。在宅ケアサービス事業者の自由選択について見ると、社会サービス法の現規則下で、地方自治体は営利事業者の運営を奨励するよう法的に義務付けられている。適切な営利事業者がケアを提供する機会を保障するために、地方自治体は、事業者が満たさなければならない品質基準を決定および公表することが義務付けられている。現規則の下で地方自治体は、以下2つのモデルのうち1つを用いて、事業者の自由選択や民間営利事業者へのアクセスを可能にできる。

入札による競争 (Udbudsmodellen) : 自由競争法に基づく「入札による競争」のモデルでは、地方自治体が1か所以上のサービス地域または自治体全体で、1種類以上の在宅ケアサービスへの入札を募集する。社会サービス法では競争入札のプロセスに従い、地方自治体が2か所以上の適任事業者と契約を結び、また価格に基づいて最高の条件を提供する事業者と契約を結ぶよう義務付けている。自治体の事業者も入札に参加できるが、事業者として継続できるのは、上記プロセスで選ばれるような入札を自治体が行った場合のみである。つまり自治体事業者は、より条件の良い入札を行った民間営利事業者に負けてサービス提供者としての役割を譲るリスクを冒しかねないのである。この「入札による競争」のモデルでは、価格面での競争環境が生まれる。つまり、入札を行う事業者が自ら価格を設定するのである。入札プロセスで2か所以上の事業者が見つからなかった場合、以下の「承認による競争」モデルが代わりに用いられなければならない。これは最も多く使われるモデルである。

承認による競争 (Godkendelsesmodellen) : 「入札による競争」のモデルは、地方自治体にとっては魅力に欠けるものかもしれない。というのは、このモデルでは自治体がサービス提供から除外されるリスクを冒すからである。代替策として、自由選択法の中で「承認による競争」のモデルが使える。「承認による競争」は2013年まで、最も多く使われるモデルであった。地方自治体が「承認」モデルを選択した場合、自治体は民間営利の身体介護 (personal care) および生活援助 (practical assistance) 事業者が満たすべき価格および品質要件を決定および公表する。自治体が設定した価格は、介護サービス提供における実際の平均価格を反映し、価格の中には事務管理費、賃料、給料等が含まれなければならない。このモデルの下、地方自治体は価格および質の要件を満たしたすべての民間営利事業者を承認し、これら

の事業者と契約を結ぶ義務がある。要件を満たし地方自治体と契約を結んだ民間営利事業者は、自治体事業者と同じ条件で運営することとなるが、上記 4.1.3 で述べた通り、民間営利事業者のみが、有料の追加サービスを提供できる。

身体介護と生活援助の両方で提供の承認を得たいかどうかは、個々の営利事業者が決められる。営利事業者が、どちらかまたは両方のサービス提供で承認を得ると、すべての市民にサービスを提供しなければならない、たとえば高所得の市民のみへのサービス提供といったように利用者を選ぶことはできない。

回復期または慢性期のリハビリテーションサービスは、2007年の構造改革以降、自治体サービスの一環となった。上記の様々なサービスが提供され、またアセスメント、計画、事業者の関与、および価格設定は、高齢者のニーズ（例：認知症の有無）に関わらず同様の方法で行われる。サービスは通常、ホームケアワーカー（home care workers）、訪問看護師、および作業療法士が協力して提供する。

サービスの量は、前述した品質宣言（quality declaration）で地域でのサービスレベルが特定されているため、その適用を通じて地域でコントロールされている。この宣言によって、利用者やその家族だけでなく、評価者や現場職員にもサービスの基準が知らされるのである。全国レベルでみると、サービスの量は予算を通じて間接的にコントロールされている。特に Reablement はコスト削減が期待されている。

効果測定は、全国レベルでも地域レベルでも行われていない。しかし、特に Reablement では、高齢者がケアから自立できるかという意味で、どのような効果をもたらすか非常に重視されている。また、最も効果的な事業者へボーナスを提供するという制度もない。

D: 専門職とその役割

高齢者が病院から退院し、自宅で社会的・医療的ケアを必要とする際、その者を訪問する可能性が最も高いのは、訪問看護師、ホームケアラー（home carer）、および作業療法士であり、これらの職員はすべて多職種の Reablement チームのメンバーである。ホームケアラーは日常的に高齢者を訪問し、日常的な家事（daily chore）を支援したり、時に簡単な医療処置（例：服薬、注射）を行うこともある。訪問看護師も必要に応じて、日常的に訪問する。

Reablement チームは定期的に集まって多職種のケース会議（case conference）を開き、利用者について検討したり、業務の全体的な調整を行ったりする。この会議は法で定められたものではないが、法では自治体が上記の Reablement サービスを提供することが義務付けられている。地域全体の課題について話し合う会議はない。

さまざまな専門職の資格は、教育制度や認証制度によって付与される。医師（læge）は大学教育を 6 年受け、一般またはより専門的な医学に関する分野で資格を得る。看護師（sygeplejerske）は 3 年半の教育を受け、一般的な看護実務、倫理、コミュニケーション、分析を学ぶ。

ケアワーカー (care workers) は大半の場合、社会的ケアおよび保健ヘルパー (social care and health helper, SOSU-hjælper) または、社会的ケアおよび保健アシスタント (social care and health assistant, SOSU-assistent) である。

SOSU ヘルパーになるための教育プログラムは 19 ヶ月となっており、生活援助を重点的に学ぶ。19 ヶ月の中には 20 週間の入門基礎コースが含まれ、残りの期間は、実習と学校での学習の組み合わせである。たとえば学校は 3 学期制で合計 24 週、そして実習が 2 回にわたって合計 31 週行われる。

もうひとつの SOSU アシスタントになるための養成プログラムは 20 ヶ月かかり、ここでは身体介護の提供が重点的に行われる。これはヘルパー教育を基礎として、そこからの積み上げという形で行われる。養成プログラムの内容は、実習と学校での学習の組み合わせであり、学校は 4 学期で合計 32 週、実習が 3 回で合計 48 週行われる。

学生は教育を受けている期間、給料を支払われる。2 つの教育課程では、更なる研修への動機づけや人員確保の問題へ対応するために、かなりの期間を現場実習に充てている。ケア教育は他分野の教育との整備も行われており、たとえば看護師、ソーシャルワーカー、社会教育者 (social educationist) などキャリアアップのステップとして活用できる。

目標としているのは、ケアに従事する者がすべて、最低限 SOSU ヘルパーの基礎的な資格プログラムを受講していることである。

作業療法士 (ergoterapeut) の学位を持つ者は、総合医療、児童保健、老人保健、精神保健、産業保健、および公衆衛生分野で働ける。教育期間は 3 年半である。

インターンレベルで雇用されている病院医師の平均給与は、56,500 クローネ (2016 年 12 月 17 日現在、1 クローネ=16.56 円) である。SOSU アシスタントは 31,500 クローネ、SOSU ヘルパーは 29,000 クローネ、作業療法士は 34,500 クローネ、看護師は 36,000 クローネである。上記金額は、税引き前の月給である。(http://www.fldnet.dk/statistik)

(2) オランダ回答

国際長寿センター（オランダ） 事務局長
マリエケ・ヴァン・デル・ワール

1. 貴国において、この5年以内に長期介護政策、介護が必要な状態にならないようにする政策（健康向上策、転倒予防、孤立防止策、社会参加推進策など）、回復期および維持期リハビリテーションにかかわる政策で変更はありましたか。あるいは変更について議論が行われていますか。

はい。長期介護は大きく変わった。

2015年1月1日にAWBZの大改革が行われ、この制度はWLZとWMOに移管した(以下の説明を参照)。2015年以前は、全国的な介護保険制度としてAWBZ(オランダ特別医療費保険法)があった。AWBZは、基本的なケアニーズを自ら満たせない人々へケアを提供するために設けられた。ケアニーズ発生の原因として、身体・老年精神・他の精神疾患、または精神・身体・感覚障害などが考えられる。AWBZでの支出の大半は、認知/身体/機能障害の有無にかかわらず(虚弱)高齢者に充てられ、ケアは利用者の自宅または利用者が住む入所施設で提供されていた。病院では、介護は提供されていない。病院で何らかのケアが提供される場合の財源は健康保険法(ZVW)である。AWBZは被雇用者および政府からの支払いによって賄われていた。

2015年1月1日より、AWBZは長期介護法(WLZ)に再編された。WLZは、上記の人々へ施設介護(例:ナーシングホーム)を提供するために設けられている。施設介護は重度の要介護高齢者(判定結果が5以上。漏斗状にニーズを絞り込んでいく判定プロセス[funneling process])については、Rolden and Van der Waal 2012 (<http://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>)を参照)のみが利用できる。判定結果が5未満の場合は、在宅ケアを受けることとなる。看護師が利用者宅で提供するケアは、ZVW(傷の手当、身体介護、注射、セルフケアの教育、高齢者向けリハビリ)へ移管される。また自宅での家事援助(掃除)は、社会支援法(WMO)へ移管される。WMOの目的は、生活援助(例:掃除の支援)を提供したり、参加を促したり、重度の人へ福祉用具(例:車いすや電動スクーター)を提供したりすることである。地方自治体がフォーマルな社会支援(WMO)の責任を担っている。

オランダでは、課税所得のある15歳以上の市民はすべて、所得に応じてWLZに拠出しなければならない(2015/2016/2017年は所得の9.65%で、上限は年間5,000ユーロ強)。また長期介護とWMOサービスでは、所得に応じて利用者負担金が求められる。

介護予防(例:健康向上策、転倒予防、孤立防止策、社会参加推進策)に関しては、施設内ではWLZ、施設外では地方自治体の責任となっている。特にWMOでは、孤立防止や社会参加推進を重視している。健康向上策にはあまり重きが置かれていない(これは健康増進法の一部である。この法は地方自治体が責任を担っているが、多くの自治体では、高齢者の健康向上や転倒防止に向けたプログラムがまったくない状況である)。

回復期および維持期のリハビリテーションはZVWの管轄下であり、オランダではかなり整備されている。ナーシングホームやリハビリ診療所では、高齢者に特化したリハビリ病棟(例:脳梗塞、転倒、心不全等の患者)を設けている。リハビリ病棟での平均在院期間は3-6ヶ月だが、9ヶ月まで延長できる。高齢者が自宅に戻ると、理学療法が利用できる(ZVW)ほか、必要に応じて社会的支援や看護サービスなども受けられる。

B: Basic Information on Services to Support Older People

2.

2-1) 上記サービスの申請は、誰が誰に対してどのような手続きで行いますか？

2-2) 上記サービス提供の可否を問うスクリーニングは、誰が、どのような手続きで行いますか？

2-3) 上記サービス提供にあたってのニーズ判定は、どのような機関で、どのような資格を持つ人が行っていますか？

高齢者またはその家族は通常、家庭医(GP)と相談後に判定への申請を行う。家庭医は特定の訓練を受けた看護師を紹介し、この看護師はスクリーニングを行う他、必要なケアのレベルを評価する判定を行うことができる。家庭医の紹介が無くても、看護師に連絡を取ることが可能であるし、また地方自治体が看護師を紹介することもできる。

- WLZ 法の下にある施設ケアでは、スクリーニングの結果(判定レベル案)がケア判定センター(CIZ, Rolden and Van der Waal 2012も参照)に送られる。施設が関連費用を確実に得られるよう、そこで公式に承認が行われる。
- ナーシングホームでの高齢者向けリハビリおよび短期の回復期ケア(すべて ZVW)でも、同様の手続きが行われる。
- 在宅看護:上記の看護師がスクリーニングを行い、必要な看護サービスの量を判定できる。ケアへの支払いを保証するために、ZVW が公式に承認する。
- WMO のケア(例:掃除):看護師または地方自治体職員による判定が必要。地方自治体がケアレベルを決定し、公式な承認を行う。
- 福祉用具や住宅改修については、申請者が地方自治体に連絡する。自治体が専門家を派遣して評価を行い、その報告に基づいて自治体が決定および承認を行う。

スクリーニングやレベル判定を行える看護師(有資格看護師)は、ナーシングホームの職員であったり、あるいは家庭医センターや在宅ケア事業者の職員であったりする。

地方自治体でスクリーニングやレベル判定を行える職員は、特に資格を必要としない。

2-4) 上記サービスは、どのような領域・項目をチェックし、その結果、どのようなレベルに分けられますか。

上記の通り、在宅看護サービスについて WLZ または ZVW からの財源を利用したい者は皆、各人のケアニーズを評価する漏斗状のアセスメントモデルに沿ったプロセスを経る。以下に記した Rolden en Van der Waal 2012 の報告によるモデルを参照(IFWJ のウェブサイトを参照)。

以下がステップである。

1. 看護師が書式に記入し、ケアの必要性に十分な根拠があるかどうか評価する。その根拠は主に 2 点あり、6 つの部分に分けられる。
2. 2 つの根拠とはつまり、(1)身体、老年精神または他の精神的疾患/制限および、(2)精神、身体または感覚障害である。機能障害は 0-3 で点数付けされる。

0. 問題なし/他者からの支援は不要。

1. 問題あり／支援、見守りまたは助言が時々必要。
 2. 問題あり／支援、見守りまたは助言が頻繁に必要。
 3. 問題あり／支援、見守りまたは助言が絶えず必要。
3. 障害や参加での問題もまた、0-3 で点数付けされる。
0. 自分で活動を行える／他者からの支援は不要。
 1. 自分で活動を行える／他者による見守りまたは促しが必要。
 2. 辛うじて活動を行える／他者からの支援が必要。
 3. 自分で活動を行えない／他者が代わりに行う必要あり。
4. 環境は主に 3 つの要因によって規定される。
- ・他の介護施設やインフォーマルな介護者(家族、近所の人および友人がインフォーマルな介護者とみなされる)が提供するケアの種類や規模。
 - ・他の介護施設やインフォーマルな介護者の健康、負担および将来的なケアの可能性。
 - ・当事者の現在の生活状況、自宅・周辺環境・生活行動で考えられる問題、および考えられる当事者の引越しへのニーズ／希望。
5. これらは、利用者がすでに生活・保健・医療・労働・教育分野の法令を通じて利用できる支援内容である。
6. 患者のケアの状況は周辺環境の中におけるその人の全体像(clear picture)として説明される。
7. 次のステップで看護師は、治療、リハビリまたは学習を通じて、ケアの状況での問題を解決するために、既存の資源があるのか、それが十分なのか、あるいは新たな解決策があるのかを検討する。体に傷をつける可能性がある(例:手術)場合、治療は実施できない。これらの解決策に加え、WLZ、ZVW または WMO からのケアより優先して利用者の状況を改善できる可能性が他にあるかもしれない(以下のポイント 8、9、10 を参照)。
8. ノーマルケアは、パートナー、両親、子供、または他の同居者が「日常的(normal basis)」にお互い提供すると考えられるケアである。これらの同居者への過度な負担の可能性は考慮される。
9. その人がケアを必要としている場合、どのような種類のケアが必要で、どこでそれを提供すべきかについて決定が行われる。その決定に基づき、提供されるケアの財源となる法律が決まる。
10. 一般的なサービス提供について法の規定はなく、たとえば買い物サービスや育児支援施設などの利用者ニーズの解決策を提供できる。これらは多くの場合、ボランティア団体やボランティアが手配している。
11. 提供されるサービスの種類、規模、期間および条件に関するケアニーズの判断、ならびに住む場所に関する決定。
12. ここでは、自発的なインフォーマル介護者による補完的ケアの機会を評価するほか、この人たちが将来的に提供する意思があり、また提供できるケアについて評価する。
13. ケアの総ニーズからインフォーマルに提供されるケアを差し引いて、最終的に必要なケア(純ニーズ)が定められる。そこで示された利用者のケアが、保護や治療のための生活環境または常時の見守りを必要とするようであれば、長期入所の判定となる。

ケアは主に 6 つのカテゴリーに分けられる。つまり、(1)身体介護、(2)看護サービス、(3)(日々の活動支援の)カウンセリング(個別またはグループ)、(4)治療(個別またはグループ)、(5)長期入所、(6)短期入所である。長期入所の判定がない場合、ケアニーズは異なるレベルによって定められる。

長期入所ケアが必要な利用者は、「ケア強度パッケージ(ZZP)」と呼ばれるもので分類される。利用者を受け入れる長期保健機関(ナーシングホームなど)は、利用者の ZZP レベルに基づいて WLZ より報酬額を受け取る。



ZZP は、利用者それぞれの状況に合ったケアの総合的なパッケージであり、その内容は生活、看護サービス、治療および日中活動に関するものである。異なる種類のケア向けに、さまざまな ZZP の等級がある。高齢者ケアにおいて、ZZP は 7 つの要素に沿って等級が分けられている。符号は概ね、0=非該当、+=見守り/促し、++++=支援、+++++=すべて代行、というように解釈できる。ZZP のレベル 9 と 10 は、特定の利用者グループへの短期的なケアに適用され、レベル 9 はリハビリ利用者であり、10 は自宅ではもう生活できない終末期利用者への緩和ケアである。

ZZP の高齢者ケア

ZZP	カウンセリング		ケア			看護サービス	問題行動
	社会的自立	心理社会的機能	身体介護	移動	運動機能		
1	+	0	+	+	0	0	0
2	+++	+	++	+	+	+	0
3	++++	++	++++	+++	++	+	0
4	++++	+++	++	+	+	+	+
5	+++++	++++	++++	++++	++	+	+
6	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0
7	+++++	++++	++++	+++	++	++	+++
8	+++++	+++	+++++	+++++	+++++	++++	+
9	+++	++	+++	+++	++	++	0
10	+++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+

2015年の改革以前は、ZZP1 から 10 までがナーシングホームまたは高齢者ケアホームで生活できた。しかし 2015年には、ZZP4 以上のみがナーシングホームに入居できることとなり、高齢者ケアホームは閉鎖された。2016 年以降は、ZZP5 以上の人のみがナーシングホームを利用できる。認知症の人の多くは、ZZP5 と ZZP7 の判定を受けている。

2-5) 上記サービスはニーズレベルに応じて、利用できるサービス（施設サービスも含めて）の種類や量に差を設けていますか？それは、どのような差ですか？

漏斗状のアセスメントプロセスや、WLZ および ZVW に関する判定によって施設サービスは異なる。WMO に関しては、提供される支援や器具のレベルや種類が地域によって異なる。各地方自治体がどのような支援をどの程度提供するか(レベルの例:1週間に提供する掃除の時間数)独自で決定する権利を有する。

3. 上記2. の2-1) ~2-5) のサービス判定は連携して進められますか。それぞれ独立して進められますか。どのように連携が行われますか。

上記の通り、有資格の看護師が指針に沿ってアセスメントを行うことができる。漏斗状プロセスが終了し判定が出る(またはケアのレベルが示される)と、当該看護師は利用者に代わり、関連団体に連絡する。関連団体の中には、法令に沿って支払いに責任を持つ機関も含まれる。

4. 上記2. の2-1) ~2-5) のサービス判定は認知症のある人とない人では異なりますか。異なる場合は、具体的にその内容を記述してください。

いいえ。上記の漏斗状プロセスを参照。認知症の利用者が施設ケアを必要としている場合、ZZP5 および 7 の判定を受ける。

5. 回復期および維持期リハビリテーションサービスの提供にあたって、2. の2-1) ~2-5) に準じて、どのような対象者がどのような手続きが必要か、どのような条件があるか、サービスレベルの違いなどについて記述してください。

高齢者のリハビリに関して見ると、特定の高齢者リハビリ病棟のあるナーシングホームや高齢者病棟のあるリハビリ病院へ紹介するのは、病院の可能性がある。病院では同様の漏斗状プロセスが行われる。高齢者リハビリサービスの判定が出た場合、施設での高齢者リハビリが最大9ヶ月提供される(上記参照)。ZZP の判定は不要。提供されるサービスは、住宅、ケア、治療、薬、療法(理学療法、言語療法など)、飲食である。

6. 介護が必要な状態にならないようにする施策・サービス(健康向上施策、転倒予防施策、孤立防止施策、社会参加推進施策など)の提供にあたって、2. の2-1) ~2-5) に準じて、手続きの必要の有無、必要な場合、どのような対象者がどのような手続きが必要か、どのような条件があるか、サービスレベルの違いなどについて記述してください。

上記参照:漏斗状プロセスはない。地方自治体がサービスを提供する必要がある。多くの場合、重視されているのは孤立防止や社会参加推進である。サービスのレベルや提供に関して、全国で統一されたスクリーニング・プロセスの様式はない。各自自治体が独自の基準やスクリーニングの様式を設けている。

人々(親戚・友人・近所の人の助けを借りる場合もあり)は自分でサービスを申し込むことができる(自治体のWMO事務所に連絡する必要あり)。

C: 高齢者の在宅生活を支えるサービス

7. 高齢者の在宅生活を支えるためのサービスメニューについて、以下に沿って記述してください。

7-1) 在宅で暮らす高齢者などに対して、高齢期になって虚弱化してきた時、どのようなサ

サービスがありますか？制度や提供主体が多様にあると思いますので、利用者の視点でお答えください。下の例以外にもありましたら、書き添えてください。

7-2) そのサービスがどのような制度（法律）に基づくものなのか、制度ではなく地域の助け合いなどのインフォーマルな形で提供されるものなのかを教えてください。

サービスは、フォーマルとインフォーマルシステム(ボランティア)の両方が提供することもある。その場合は f/i として記している。

7-3) 次に、こうしたサービスが全国でどれほどあるのか、わかる範囲で数値を教えてください。全国のものがないければ、特定の自治体の例でも結構です。

インフォーマルシステムがサービスを提供する場合、その多くは近所の人によるものである(例:庭の手入れの手伝いやゴミ出し)。このような支援は、当事者が自分で近所の人に依頼しており、当事者に代わって依頼を行うインフォーマルシステムはない。以下の表でいくつかの欄に0%と記したのは、そのためである。

< 7-1) ~7-4) 記入用紙 >

以下の記入にあたっては、全国一律サービスではない場合は特定地域の例をお書きいただいてもけっこうです。その際は地域名をご記入ください。

x□National data

サービス		サービス 有無 Q7-1	制度(F)／イ ンフォーマル (I) Q7-2	% Q7-3	高齢者 のみ? Q7-4		
訪問看護		y	f	100	n		
デイサービス		y	f	100	n		
ショートステイ		y	f	100	n		
訪問リハビリテーション		y	f	100	n		
通所リハビリテーション		y	f	100	n		
訪問 身体 介護	訪問 型	食事介助	y	f	100	n	
		入浴介助	y	f	100	n	
		排泄介助	y	f	100	n	
		清拭	y	f	100	n	
		身体整容	N	-(i)	-	-	
		衣服着脱	y	f	100	n	
		体位交換	y	f	100	n	
		移乗、移動介助	y	f	100	n	
		服薬介助(準備と確認)	y	f	100	n	
		リラックス、ストレッチ	n	-(i)	-	-	
家事 援助	訪問 型	そうじ	y	f	100	n	
		洗濯	y	f/i	100	n	
		買物	y	i	0	n	
		調理	y	i	0	n	
		配下膳(片づけ)	y	i	0	n	
		ベッドメイク	y	f	100	n	
生活 支援	く ら し 型	安否確認	見守り・安否確認	y	f	100	n
			電話による安否確認	y	f	100	n
		外出支援	移動支援(その場所まで連れて行く)	y	f/i	75%	n
			病院・市役所への付添い(話を聞く)	y	i	0	-
		日常生活支援 (日常的な困り ごと支援)	ゴミ出し	y	i	0	n
			一時的な家事支援	y	f/i	50	n
			手紙や電話の音読・代筆	y	i	0	n
			簡単な修理手入れ(家道具)	y	i	0	n
	犬の散歩	y	i	0	n		

	精神的支援	認知症者の見守り	y	f/i	100	y	
		話し相手(友愛訪問)	y	i	0	n	
		散歩同行	y	i	0	n	
		家族支援	y	f/i	100	n	
		臨終の付添い	y	f/i	100	n	
		グリーンケア	y	f/i	100	n	
		孤立防止(自立支援)	ひっぱり出し支援(孤立防止)	-	-	-	-
			ネットワーク・コーチング	y	f/i	100	n
			自助グループ	y	i	50	n
		交流型	社会参加支援(カフェ、サロン)	活動センター(公共が場を提供)	y	f/i	100
	趣味・教養アクティビティ			y	i	100	n
	屋外アクティビティ(体操、ガーデニング)			y	i	0	n
	認知症カフェ			y	i	30	y
	各種カフェ(PCカフェなど)			y	i	30	n
	起業・就労支援			y	f	100	n
	基幹サービス	福祉サービス	アラーム及び緊急時対応	y	f	100	n
			配食サービス	y	f	40	n
			予防訪問	y	i	30	y
			住宅改修(たとえば転倒予防や移動能力支援(手すり等)のみ。)	y	f	40	n
			補助器具	y	f	40	n
移動支援(タクシー券付与)			y	f	100	n	
移動支援(マイクロバス同乗)			y	f	50	n	
各種相談(?)			y	f	100	n	
預貯金管理・契約代理(権利擁護)			y	f	100	n	
介護者支援			y	f/i	100	n	

7-5) 上記のサービスにおいて、特に「自立」「自律」を促す効果を発揮しているものや広く注目されている取り組みについて簡単に説明をお願いします。

AWBZ の改革は、コストの増大ならびに、インフォーマルケア、自立および自律に関する新しい考えによって始められた。したがって、自治体が提供または促進するサービス(ボランティア、友人、近所の人が支援できるように)の大半は、自立や自律を促すために設けられている。最も成功をおさめているのは、ナーシングホームを利用できる ZP レベルの引き上げを、在宅での身体介護サービス利用の可能性増大と組み合わせで行ったことである。

7-6) 国や自治体において、介護・看護などに関する予算(提供量の限度)があって、それに基づいてサービス提供されていると思います。基本的に、予算のコントロールはどのようなシステムで行われていますか? この質問の対象が広すぎる場合には、「訪問介護・訪問看護」「リハビリ」「家事援助(洗濯・掃除・買い物など)」に分けて教えてください。

はい。長期介護および看護サービスは、国の政府、保険会社(在宅での身体介護)および自治体(WMO)の予算に基づいている。予算は毎年作成され、その後は保健省(WLZ)、保険会社(ZVW)および自治体(WMO)がコントロールする。

8. 長期介護サービスと家事支援サービスのケアプランとサービス提供について、以下をお答えください。

8-1) 貴国では利用者の近くにおいて、サービス提供を公正中立で効果的なものにするために、「ケアマネジメント(アセスメント⇒プランニング⇒サービス提供⇒モニタリング⇒再アセスメント)」を行う制度はありますか? サービス利用者のためにケアプランを作成する人はど

のように呼ばれていますか（「ケアマネジャー」など）。どのような法律に基づき、どんな資格を持つ人がケアプランを立てていますか？

看護師がケアニーズのレベル(ZVW)のアセスメントを行い、自治体が家事支援(WMO)のアセスメントを行う。多くの場合、ソーシャルヴァイクチーム(social neighborhood team:精神保健、福祉、警察など様々な専門職からなるチーム)の人が自治体レベルで関わっている。このチームの人は、自らが直接支援を行う事もできるし、あるいは他の専門職、インフォーマルケアや福祉サービスなどへ紹介を行うこともできる。この近隣社会チームは、掃除などの家事支援には関わらない。このチームはケアプランに基づいて、サービスをどれくらいの期間提供するか(またはできるか)を独自に決定する。

掃除に関しては、利用者宅で掃除などを週に何時間提供するか、自治体が決定する。

ZVW に関しては、ケアを提供する看護師のグループが自らプランニング、サービス提供、モニタリング、再アセスメントを行う。

8-2) 利用者は、ケアプランを作る人を複数人から選択することはできますか？

看護サービスについては、利用者が自分の希望するケア提供事業者を選ぶことができ、選択された事業者の看護師がケアプランを作成する。どの看護師がケアプランを作成するかは選べない。

自治体やソーシャルヴァイクチームについては、選択できない。

8-3) 具体的なケアプランを立てるにあたってのアセスメント（とくに高齢者）の領域・項目と評価法を教えてください。

オランダでは、まずアセスメント(上記の漏斗状プロセスを参照)を行い、その後実際のケアプランを作成する。アセスメントで集められたデータは、ケアプラン作成で活用される。

利用者の精神／身体状況に応じて、ケアプランに利用者の希望が組み込まれる。たとえば利用者が週に何回シャワーを浴びたいか、あるいは活動を行いたいかなどである。

ケアプランは生活の質(QOL)に基づいており、4つの領域からなる。

- 1) 身体的なウェルビーイング(安全、医療、推進と保護、身体介護、飲食)
- 2) 精神的なウェルビーイング(尊重、支援、アイデンティティ、宗教、習慣)
- 3) 居住環境(住宅は安全で、我が家と感じられるようであればならない)
- 4) 参加(個人の関心を満たす魅力的な日中プログラム、趣味や社会生活、社会とつながり続けられなければならない)

利用者は、ケアプランに署名するよう求められる(強制ではない)。

8-4) ケアプランにはどのような内容が記入され、プランはどのような形で提示されますか？

8.3を参照。

8-5) 身体機能に変化して、ニーズも変わった時、ケアプランの変更を行ってサービスを組み立て直すのは誰ですか？どのように進められますか？

これも前述した通り。利用者の状況が悪化または改善した場合、ケアプランは変更される。法律によって、

ケアプランは年に1回見直されることとなっている。

ケアプランの変更は、施設または在宅で責任者となっている看護師が行う。

8-6) ケアプランが確定し、サービス事業者を決定する時、利用者が複数の選択肢から選ぶことができますか？サービス事業者決定はどのようになされますか？

アセスメントおよびケアニーズ判定が行われた後は、ケア提供事業者がケアプランを作成する。

どのナーシングホームでケア(施設介護)を受けるかについては、長い待機リストのために利用者の選択肢は限られる場合がある。在宅ケアについては、ケア(看護サービス)を提供できるさまざまな会社/団体があり、利用者は自分で事業者を選ぶことができる。掃除サービスについては、利用者が住む自治体や、自治体が事業者と交わす契約(通常は、1時間当たりのサービス費用について)によりけりである。利用者は、契約事業者のリストから選択できる。

8-7) ケアプランを立てる人、サービス事業者間において、競争原理は働くシステムになっていますか？なっているとすれば、どのような形で市場メカニズムが働きますか？同時に、サービスの質の確保はどのようになされていますか？

8.6を参照。

生活援助や家事支援については、自治体がサービスの質をチェックする。

ナーシングホームには、食品機関、医療調査官、消防署などが、定期的に抜き打ちで訪問し、質や指針の順守をチェックする。

施設介護も提供する事業者勤務し在宅での身体介護を提供する看護師には、ナーシングホームと同様の規則が適用される。ケアプランやファイルは、医療検査官がチェックする。

自営や在宅ケア事業者勤務し在宅身体介護を提供する看護師は保険会社がケアの質をチェックする。

8-8) 訪問介護、訪問看護、家事支援(洗濯・掃除・買い物など)の時間当たり報酬はいくらですか(いくらが事業者を支払われますか)？その費用の財源は「税金・保険料・利用者負担など」大まかに何%の構成でしょうか？

ZVWの看護サービス:利用者負担(co-payment)なし。ZVW利用全体の年間自己負担額(deductible)385ユーロのみである。オランダ市民が医療を間違った形で使ったり利用しすぎたりしないよう、様々な医療サービスに対して上記のような強制的な自己負担が課せられる。保険料を下げるために、利用者は自発的にこの自己負担を増額できる。

時間当たりの報酬額は、利用者には知らされない。価格は看護提供事業者と保険会社との交渉で設定され、契約によって異なる。私が知る所では、1時間あたり約50ユーロ(価格の幅あり)である。

生活援助や家事支援(WMO)については、自治体が提供事業者と交渉する。支援やサービスの種類によって、1時間あたり約15~26ユーロが支払われる。これらの金額もまた、利用者には知らされない。

利用者負担はあり、そのレベルは、年齢、同居者数、所得、資産、4週間ごとの支援量によって異なる。利用者負担額の計算方法については、国の政府が作成したツールがある。たとえば私が計算したところ、ある人が既婚者で退職しており、所得が5万ユーロ(年金)、資産が5万ユーロの場合、4週間で最大356ユーロの支払いとなる。支払い額は、提供されたサービス費用より高くなってはならない。

ナーシングホームでの生活(WLZ)にも利用者負担が発生し、これもまた、年齢、同居者数、所得、資産に

基づいて金額が定められる。利用者負担額の計算方法については、国の政府が作成したツールがある。

施設は1人1日当たりの計算で報酬を受け取っており金額は1日当たり131～271ユーロとさまざまである。

9. リハビリテーションサービスのプランとサービス提供

回復期および維持期リハビリテーションサービスの提供にあたって、8-1)～8-8)に加えて、医療制度においてはどのようにプランが作成されるか、評価の内容、事業者、料金などについて詳細に記述してください。

病院または家庭医が、ナーシングホーム(高齢者リハビリ専門病棟)またはリハビリ病院の高齢者リハビリサービスを紹介します。ケア・パッケージはZVW法によって支払われ、そこには入所/入院、治療、飲食代などが含まれる。アセスメントは、紹介後にリハビリ提供場所で行われる。

利用者負担なし。ZVW利用全体の年間自己負担額385ユーロのみである。

1日当たりの価格は、紹介を行った病院、保険会社およびリハビリ病棟での交渉で設定される。支払われている金額については1日あたり約250～275ユーロ。

10. 介護が必要な状態にならないようにする施策・サービス(健康向上施策、転倒予防施策、孤立防止施策、社会参加推進施策など)の提供にあたって、8-1)～8-8)に準じて、どのようにプランが作成されるか、評価の内容、事業者、料金などについて詳細に記述してください。

これはすべてWMOおよび健康増進法の一環であり、自治体またはこれらの業務実施のために予算を得た団体が行う。利用者負担なし。自治体住民は無料でサービスを利用できる。

アセスメントは多くの場合、ソーシャルヴァイクチームまたは福祉団体が行う。

11. 上記8.～10.の諸サービス提供は、連携して進められますか。それぞれ独立して進められますか。どのように連携が行われますか。

多くの場合、連携して行われる。状況や、何/誰が関わっているのかによって異なる。

12. 上記8.～10.の諸サービス提供は、認知症のある人とない人では異なりますか。異なる場合は具体的にその内容を記述してください。

いいえ。認知症のある人も同様である。

13. 効果測定と報奨、サービス量のコントロール

13-1) 超高齢社会に向けて、サービス量のコントロールやサービス内容の吟味が課題になってきます。サービス量のコントロールはどのようなメカニズムを通して行っていますか?

目標、予算、合意、交渉、法の変更。最初の部分を参照。

13-2) 貴国では、介護やリハビリなどのサービス提供に対して、「効果測定」は行われていますか?行われているとすれば、それは国の施策でしょうか?一部の自治体でしょうか?一部の機関や組織でしょうか?その内容はどのようなものでしょうか?

いいえ。私たちが測定するのは、利用者が施設やリハビリ病棟にどれだけの期間滞在するのか(またその人たちの回復程度)あるいはケアを受けながらどれだけの期間在宅生活を送るかということのみである。

13-3) もしも、効果測定の結果、介護ニーズが低くなったり、サービスが必要なくなったりして効果を上げた場合、報奨制度はありますでしょうか？また、「効果を上げよう」とインセンティブが働くような制度設計の工夫はありますか？計画も含めて教えてください。

いいえ。

D：専門職とその役割

14. 専門職の連携

14-1) 利用者（クライアント）が病院から退院して在宅復帰する場合を考えてください。利用者の近くにいて利用者情報をよく把握し、専門職間連携の中心となるのは一般的にどのような立場の人ですか？その人は、連携をうまく運ぶためにどのようなことをしていますか？

退院後は家庭医が責任者である。ケアが必要な際は多くの場合、看護師が利用者と緊密に業務を行い、家庭医と連携する。

14-2) 在宅にいる利用者を対象にサービス提供する専門職が、専門職の垣根を超えて定期的にミーティングを開き、利用者の状態やサービスの適合性、専門職間連携などについて定期的にカンファレンスを行う習慣はありますか？それを規定する法制度はありますか？（例：日本では、ある利用者のニーズが変わった時や退院時などに、ケアマネジャーが中心となって、関係する専門職が集まってカンファレンスを行います。「担当者会議」といいます。）

はい。これはMDOと呼ばれており、家庭医、看護師、および場合によって薬剤師や理学療法士による多職種での検討が行われる。これは法で規定されたものではないが、質の高いケアを提供する成功例として捉えられている。

14-3) ある一人の利用者を囲む専門職たちだけでなく、個々の事例から発展して、自治体職員、地域の相談機関、民生委員（住民委員）も参加して、介護・医療・福祉に関する地域全体の課題について話し合う会議などがありますか？（日本では、「地域ケア会議」という会議が開かれて、政策提言までしていこうという方向が目指されています。）

いいえ、このような取り組みはあまり見られない。あることはあるが、それは自治体自体、または近隣地域やそこで働く専門職による取り組みである。日本の例に近いのは、ソーシャルヴァイクチームである。

15. 専門職の資格

15-1) 高齢者の在宅生活を支えるために、地域でさまざまな資格をもつ専門職が関わっているとします。主たる資格を挙げていますが、貴国ではこうした専門職に関連する資格制度をどのように組み立てていますか？資格名とおおまかな仕事内容を教えてください。また、この5年以内に以下の専門職に関して（職務領域等）変化がありましたか。

<医師、看護師、介護士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚療法士、ヘルパー、ソーシャルワーカー>

医師または家庭医は、MD または家庭医として勤務するために公式な試験に受かる必要がある。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士も同様である。

2. 仮想ケースによるケーススタディ

(1) デンマーク ファクセ市からの回答 1

ファクセ自治体保健センター リハビリリーダー

Case 1: 脳卒中モデル (A さん)

(1) 基本情報

年齢: 66	性別: 女性	経済状態: コミュニティにおいて平均的
家庭	夫は2年前に死亡。娘は遠くに住んで働いており、A さんを月に1回ほど訪れる。	
住居	リハビリ病院から退院後、A さんは自宅に戻り、一人で暮らす予定 (アパートメントの1階)。	
どのようにケアを必要とし始めたか	A さんは脳卒中を起こし、4ヶ月前に入院。左側の麻痺により、リハビリ病院に転院。リハビリのおかげで、室内では自分で歩けるようになった。とはいえ、屋外では歩行が不安定となり、左手はしびれており、自分で料理をすることは難しい。彼女は3日後に退院予定。	
日常生活、健康習慣	A さんは食事に塩味を好んでいた。以前は高血圧のために医者を訪れていた。しかし、血圧が一時的に下がっていたことから、しばらくの間、医師にはかかっておらず、状態に関する彼女の意識は下がっている。ここ3年、定期健診を受けていない。	
社会生活	脳卒中の前、A さんはスーパーのデリ部門で働いていた。彼女が機能のある一定のレベルまで回復して家での生活を安定させた際には、障害を持つ孫を助けられるよう、仕事に戻りたいと思っている。	

(2) 支援

Q1: A さんに対してどのような目標を設定しますか？

(目標: _____ まで _____ 以内 (継続期間))

A さんとのインタビューと観察を通して、理学療法士と作業療法士は、どのようなタスクについて彼女が引き続き行うことが難しいかを調べ、そこからリハビリの目標を設定する。

全体として、左腕と左手がどの程度使用できるのかを調べる必要があると、私は見ている。そこにさらなる活動の可能性があるのであれば、トレーニングは続けられるべきである。進捗について定期的に評価されなくてはならない。完全な、あるいは支える手として、手が使用できる前に進歩が止まれば、A さんが完全には機能しない手の代替として補助器具を必要とすることが現実となりうるため、その場合は補助器具を提供する作業療法士に連絡を取る。

ウリアス包帯、電気治療、ブラッシングは、麻痺した四肢に始める、私たちが行うトレーニングの例である。

もうひとつの目標は、歩行機能と起立機能である。彼女はおそらく職場で立っているためだ。

進歩がある限り、職場に戻りたい神経疾患住民をトレーニングする機会がある。

ここでも、完全な歩行機能を戻すことができない場合には、歩行補助器具が現実となりえる。

神経疾患住民はしばしば、週に2回のトレーニングを受ける。

トレーニングは個別トレーニングとして始まり、可能になればグループトレーニングに移行する。個別トレーニングは、住民が日々動いている状況においてどのようにこなすことができるのかを観察する必要があるれば、住民の自宅で行うこともできる。どのくらいの期間、住民が私たちのもとでトレーニングをするのかは非常に異なる。2週間から1年半まであり得る。

Q2: 彼女のケアプランはどのように展開しますか？プロセスを説明してください。

(誰がケアプランを展開させますか？どのようにプランは展開させられますか (プロセス) ?)

評価してトレーニングを展開させるのは理学療法士と作業療法士。

進展を評価するためにはさまざまなテストや評価スキーマが用いられる。

理学療法士と作業療法士は、どのトレーニングをどれほど必要としているのかを判断する際、協力者の評価も考慮に入れる。

Q3: どのようなサービス (フォーマル及びインフォーマル) を彼女は受けられますか？ボリューム (例えば時間数や金額) とサービス内容を説明してください。どういった種類のシステムのもとで、これらのサービスは提供されますか？ (サービスの名前、ボリューム、内容、金額/料金)

トレーニング(週に2回、1回1時間の個別、あるいは1時間半のグループトレーニング)のほかに住民は以下のことを受けられる:

住民が個人衛生への援助やその他のホームケアサービスを必要とする場合、自宅で住民のトレーニングを行うリハビリチームからの援助。

さらなるトレーニングの可能性がない場合、ホームケアからの援助。この援助は個人衛生、掃除、温かい食事、洗濯などである。

補助器具への援助。例えば、歩行器、車椅子、片手で行えるキッチン用具(例えば A さんの片手がしびれているように)。

トレーニング、恒久的な在宅援助、補助器具はデンマークでは無料。

トレーニングが病院から紹介された場合、トレーニングまでの交通は無料。

トレーニングがコムーネの判断によるものであれば、A さんは自分で交通を何とかする。

Q4: 誰が A さんのサポートに参加し、彼らはどのように協力しますか? (例えば専門家、ボランティア、民間企業のスタッフ) (関係する人々のリスト/どのように協力するか)

個人衛生や掃除など、A さんが自宅における援助を必要としている場合は、住民自身が自宅で可能な限り多くのことをできるようにトレーニングを支援するリハビリチームと私たちは協力する。

(独自の作業療法士を有する)リハビリチームの参加者、トレーニング部門の作業療法士、看護師、(在宅援助などを認める)審査官と、週に1回のミーティングがある。このミーティングで、住民の到達程度が話され、トレーニングと援助がどのように続けられるかが決められる。

リハビリチームは住民ひとりに対して約2ヶ月という期間限定。

ボランティアは関係していない。

{ドアなどの}開閉を担当するボランティアがいるトレーニング場所はある。そこで、トレーニングに通っていた住民が、トレーニング部門におけるトレーニングを終えた後に、トレーニングを続けることができる。

Faxe コムーネでは、脳損傷コーディネーター、作業療法士、職業センターと審査の職員が参加する脳損傷フォーラムがある。このフォーラムにおいて、複雑な経過を抱える神経疾患住民について、そして労働市場に戻りたい A さんのような住民についても、再び仕事に戻れるようにするにはどのように最善の援助できるか、話される。

A さんに認知的転帰があった場合、私たちは脳損傷コーディネーター、そして特別教育情報センター(VISP)に連絡を取る。VISP では、必要に応じて、神経精神科医や、言語療法士などがいる。

Q5: A さんが自立できるよう動機づけるために、どのような努力がなされましたか?
(彼女の自立を促す方針/指針)

トレーニングの動機づけは、彼女が何を再びできるようになりたいか、住民と話すことに関係している。私たちはそこを出発点とし、彼女が何をできるのか、何を積み上げていくか、何を再びできるようになりたいか、彼女が挙げたことにつねに焦点を当てている。

大きな計り知れない目標は、到達がより容易となる小さな副次的目標に分けられる。

また、住民がトレーニングに参加することを動機づける、いくつかのトレーニング道具もある。例えば、パネルトレーニング。

Case 2: 衰弱モデル (B さん)

(1) 基本情報

年齢: 80	性別: 女性	経済状態: コミュニティにおいて平均的
家庭	B さんは献身的な夫と住んでいる。子供はいない。	
住居	家 (一戸建て) を所有している。	
どのようにケアを必要とし始めたか	B さんは 2014 年に右膝の置換手術、2015 年に左膝の置換手術を受けた。脚の筋力低下により、疲れ果てるまで動き回っていると、膝の痛みを経験する。このため、夫は全ての家事とケアに専念している。活動レベルの低下は、筋力低下をもたらし、そのことはまた、彼女が活動に参加する気をそぐ。最近、彼女は家に閉じこもりがちである。	
日常生活、健康習慣	B さんはほとんどの ADL をゆっくりと行うことはできるが、最近、夫の助けがないと、ときどき失敗する。先月には、尿意を感じてから素早く動くことができないために、次第に尿失禁の経験している。彼女は現在、どのようなサービスも受けていないが、定期的に主治医を訪れ、「かつてはたくさんのおこなっていたのに、今はだんだんと、それらができなくなっています」と状況を伝えている。	
社会生活	手術以前、B さんはコーラスクラブ (彼女の趣味) に参加しており、月に 1 度、シニアセンターのカフェで調理スタッフとしてボランティアをしていた。今は何もしていない。何にも参加する気にならない。	

(2) 支援

Q1: A さんに対してどのような目標を設定しますか? (目標: _____ まで _____ 以内 (継続期間))

B さんとのインタビューによって、彼女がトレーニングする動機づけが何かを見出す。彼女の内面の願いは何なのか、何ができるようにになりたいのか—彼女の目標。その後、副次的目標をたて、つねに B さんの目標について話を (モチベーション)。B さんの最大目標は、再びコーラスに参加できることかもしれない。そのため、彼女が再びコーラスに参加するためにトレーニングされるべきことは何か、副次的目標を立てることが現実的である。副次的目標は次のようなものが考えられる: コーラスが行われている建物に出かける (バス、タクシー、運転できる男性?)

コーラスが行われている場所に入る (ここで歩行機能が訓練できる)

失禁の問題が、彼女がコーラスに参加しようとする原因かもしれない。これをトレーニングするため、以下の副次的目標がトレーニングできる。

- 座位から立ち上がる
- トイレまでの距離を歩くことができる
- 便座の前で向きを変える
- 便座に座る
- ズボンを下ろす
- ズボンを上げる
- 便座から立ち上がる 等々

そしてさらに、骨盤底をトレーニングする。

目標をより小さな副次的目標に分けることで、トレーニングが予測できる。

つねにモチベーションを維持するために、B さんのトレーニングに関係する全員が目標について話し、トレーニングを目標、このケースではコーラスに参加することに関連付けることが重要である。

同様に、彼女のカフェでのボランティア活動をトレーニングのモチベーションとして使うことが可能である。B さんが再びボランティア活動を行うために、どういった副次的目標をトレーニングすることが必要か。B さんとのモチベーションに関する対話が、トレーニングが成功するかどうかのカギとなる。

Q2: 彼女のケアプランはどのように展開しますか? プロセスを説明してください。
(誰がケアプランを展開させますか? どのようにプランは展開させられますか (プロセス)?)

計画は、トレーニングがどのように進んでいるか、定期的にテスト/評価されることで展開される。このケースでは、計画を展開させるのは理学療法士で、B さんと協力して新たな副次的目標が建てられる。

Q3: どのようなサービス (フォーマル及びインフォーマル) を彼女は受けられますか? ボリューム (例えば時間数や金額) とサービス内容を説明してください。どういった種類のシステムのもとで、これらのサービスは提供されますか? (サービスの名前、ボリューム、内容、金額/料金)

トレーニング部門では、Bさんは3ヶ月間、週に2回のトレーニングを受けることができる。それまでに目標が達成されれば、3ヶ月が過ぎなくとも、トレーニングは終了する。理学療法士が目標は4ヶ月で達成されうると判断すれば、追加で1か月のトレーニングが認められる。トレーニングは個別、そして／あるいはグループとなる。グループトレーニングでは仲間がトレーニングのモチベーションを高めることができる。

トレーニングは、トレーニングマシンのトレーニング、例えばパネルトレーニングといった体を動かす遊びを含む。パネルトレーニングはやる気を引き出すのに非常に優れている。

さらに、自宅使用のためにモニターを用いたトレーニングを提供することができる。ここでは、理学療法士が、Bさんがどの程度、自宅でトレーニングを行い、トレーニングがうまくいっているかを見守る。

Aさんのケースと同様に、Bさんにこの援助が認められるなら、私たちはリハビリチームと協力する。

トレーニングは無料。

Bさんが病院から紹介された場合、交通は無料。Bさんがコムーネの判断によって紹介された場合、自分で交通を何とかする。

Q4: 誰がBさんのサポートに参加し、彼らはどのように協力しますか？（例えば専門家、ボランティア、民間企業のスタッフ）（関係する人々のリスト／どのように協力するか）

Bさんをトレーニングする理学療法士が主となる。

Bさんがリハビリチームから一時的な援助を受ける場合、リハビリチームの評価は、Bさんがどのように、どういったトレーニングを続けるかという理学療法士の決定に関係する。

トレーニングに参加するボランティアや民間企業はない。

Aさんと同様に、私たちが提供するトレーニングが終了した後、民間が行っているトレーニングクラスを続けることを提案されることがある。

Bさんが任意のトレーニングに行く最初の数回、Bさんがその提案に安心できるように、私たちはついていくことができる。

Q5: Bさんが自立できるよう動機づけるために、どのような努力がなされましたか？

（彼女の自立を促す方針／指針）

Bさんの目標。彼女は再び何をできるようになりたいのか。そしてつねに、Bさんに対してこれらの目標を表現する。

Case 3: 認知症（アルツハイマー）モデル（Cさん）

(1) 基本情報

年齢: 85	性別: 男性	経済状態: コミュニティにおいて平均的
家庭	Cさんは7年前に妻が死んでから、一人で暮らしている。そのため（ひとりで暮らすために）努力しており、またそのことを誇りに感じている。彼の長男は遠くに住んで働いているが、2ヶ月に1度の割合で訪ねている。	
住居	Cさんは家（一戸建て）を所有しており、そこに一人で暮らしている。	
どのようにケアを必要とし始めたか	Cさんは身体機能に関しては、比較的自立している。彼は自分のやり方で、家を掃除し、衣類を洗濯している。自分で歩くこともできるが、向きを変える時に足が不安定となり、しばしば（重大なものではないが）転倒を経験している。自分で食べることはできるが、ほとんど料理できない。大抵の場合、調理済みの食事を購入している。認知症の症状は最近、現われている。「私はときどき戸惑うんだ。これまでできていたことがもうできなくなるのではないかと怖い」と彼は述べている。	
日常生活、健康習慣	Cさんは、コミュニケーションは上手に取ることができるが、例えば財布や入れ歯を置き忘れたり、物忘れといった、日々の生活に困難を抱えている。最近では、彼自身の考えと記憶のギャップに苦しみ気に病むことから、長男や隣人に電話をかけるようになった。また、財布を置き忘れたことから、隣人にお金を借りることによってトラブルになったこともある。	
社会生活	Cさんは長い間、陶芸クラブのメンバーであった。しかし最近は、その活動に参加しない傾向にある。長い間、妻と家で暮らしていたことから、可能な限り長くそこにいたいと望んでいる。	

(2) 支援

<p>Q1: Cさんに対してどのような目標を設定しますか？ （目標： _____ まで _____ 以内（継続期間））</p> <p>Cさんは点灯を避けるためにトレーニングを提供される。</p> <p>Cさんはおそらくトレーニングの目標を設定するのは難しいだろうが、転倒することから、Cさんには点灯を避けるためにトレーニング練習を提供することが明らかであろう。</p> <p>Cさんが心理的にグループで行える場合、それが提供されるだろうが、そうでなければ個別トレーニングとなる。</p> <p>トレーニングは、トレーニング用具、パネルトレーニング、そして歩行トレーニング、階段トレーニング、そして屋外でさまざまな接地面において行われる。</p> <p>Q2: 彼のケアプランはどのように展開しますか？プロセスを説明してください。 （誰がケアプランを展開させますか？どのようにプランは展開させられますか（プロセス）？）</p> <p>トレーニングを評価し、修正するのは理学療法士である。</p> <p>Q3: どのようなサービス（フォーマル及びインフォーマル）を彼は受けられますか？ボリューム（例えば時間数や金額）とサービス内容を説明してください。どういった種類のシステムのもとで、これらのサービスは提供されますか？ （サービスの名前、ボリューム、内容、金額／料金）</p> <p>Cさんは週に2回のトレーニングを、最大3ヶ月提供される。 トレーニングは無料。 トレーニングを紹介したのが病院の場合、交通は無料。 Cさんがコムーネの審査によって紹介された場合、自分で交通をアレンジして支払いを行う。</p> <p>Q4: 誰がCさんのサポートに参加し、彼らはどのように協力しますか？（例えば専門家、ボランティア、民間企業のスタッフ）（関係する人々のリスト／どのように協力するか）</p> <p>トレーニングの外に、例えば以下のような援助を進められるように、認知症コンサルタントに連絡することが適切であろう。 非常呼び出しー転倒したときに さまざまな記憶補助器具</p>

認知症デイセンターの滞在－息子や隣人の負担を軽減するために
電子支払に関する多様な可能性、財布にそれほど多くの現金を持たずにすむように
ホームヘルプ

Q5: Cさんが自立できるよう動機づけるために、どのような努力がなされましたか？
(彼女の自立を促す方針／指針)

アルツハイマーであるならば、どういった目標が定められたのかを覚えていられないことから、Cさんの目標を設定することは難しいだろう。

(2) デンマーク ファクセ市からの回答 2

ファクセ自治体保健センター リハビリリーダーによる作業療法士、理学療法士への聞き取り

脳卒中

1. 不全失語症のケース

男性の例。脳卒中の後遺症として知られる肺炎で入院。

一般的な体力やスタミナの低下、バランスの低下、さらに不全失語症が見られ、病院から退院して Grøndal センターへ。退院時に得たリハビリ計画(一般的に身体的レベルを上げることに焦点を当てている)と嚥下機能のトレーニングは絶えず修正される。

1 回目の検査において:

—姿勢/動き、特に体幹や首に焦点をあてて。

—座位

—機能、感度、可動性、顔、口、舌の評価

食事状況の観察:テレビを見ながら食事(そのため首が伸び、あまり容易に曲がらない首)、集中力、食べることに焦点を合わせることが低下しており、身体を左側にかたむけている。

座位を調整。テレビを消すことで食べることへの注意力が増した。

これは嚥下機能を著しく向上させたが、彼は引き続き、ときどき間違っ飲み込んでいる。

体幹のコントロールと安定性、座っているときのバランスをトレーニング。住民はスタッフと一緒に自分でトレーニングを行った。多少の顔や舌の練習も。

Grøndal センターで滞した後、住民はケアセンターに移される。現在は、間違っ飲み込むことなく一般食を食べることができるが、引き続き、集中力を持続させ、食べることに集中し、また良い座位を保つのに助けを必要としている。

ケース 2.

女性、80 歳。以前の脳卒中の後、後遺症のある配偶者と一緒に、高齢者に優しいテラスハウスに居住。診断:脳出血 K さんの例

作業療法士の記述:

病院で入院後、3 月 22 日にリハビリセンターである Grøndal センターに入所。6 月末に退所して自宅へ。その後、K さんが個人衛生や着替えなど、自分のことは自分でできるようになるまで、自宅でのリハビリが行われた。引き続き、掃除、寝具の取り替え、洗濯物を干すことには援助を必要としている。配偶者が食事の準備を手伝っている(調理済みの夕食を購入)。K さんは体力、スタミナ、協調を向上させる観点から、引き続き神経疾患グループでのトレーニングに通っている。

当初は左腕と左手に緊張増加、また運動失調や感覚障害が見られた。さらに、とてもふらつき、複視があり、すぐに疲れる。K さんは左腕と左脚がどこにあるのかを感じる事が難しい。

作業療法

全体的な目標:

Kさんが再び主なADL機能を行えるように、緊張と感覚を正常化すること。

副次的目標:

左手がドライバーを持ったり、ズボンをあげたり、ボタンを留めたり、また車椅子のブレーキの開閉ができるように、細かな協調を向上させる。

リハビリには次のことが取り入れられた。

- 緊張と運動失調を軽減し、また効果的に感覚を正常化する観点から、ブラッシングと優しい関節の圧迫。
- 効果的に、筋緊張や筋肉痛のため、首や肩にリラックスさせるキネシオテープ
- 個人衛生や着替えのトレーニング、Kさんは早くに上達し、自分で複数の機能をきちんとできる
- 感覚能力調査は、指の位置感覚がなくなっていることを示しており、Kさんに微細運動の課題を行うことを困難とする。
- 低下した位置感覚を補完するという観点からの、視覚を用いた機能トレーニング(例えば、風船やボールのゲーム、杖の練習、MTTの練習、お手玉を投げること、手のトレーニング、特定の手の練習など)
- 効果的に、張り詰めた感覚や腕全体の緊張を和らげる観点から、電気刺激

Kさんは3月22日から6月30日まで、Grøndal センターに24時間滞在であった。滞在中、彼女は週に2回、1回45分の作業療法を受けた。また理学療法も週に2回受けた。彼女の疲れやすさから、トレーニングは4日間に分けられた。退所後、彼女は週に2回トレーニングをしていたが、これは休暇期間であったため、理学療法士あるいは作業療法士のもとで行われた。トレーニングによっては、患者移動や自宅内外における歩行機能をフォローするという観点から、自宅トレーニングもあった。Kさんは8月8日から週に2回、1回1.5時間の神経疾患グループを開始した。Kさんは、夫も数年前の脳卒中から歩行困難であるため、車椅子を入手する。Kさんの歩行機能は引き続き、ふらつき／不安定さがあり、夫は彼女をフォロー／支えることができない。

理学療法士の記述:

患者は2016年3月初めに橋に出血する。13日間、病院の神経科に入院し、そこからリハビリ及びレスパイト場所としてGrøndal センターにやってくる。

彼女は機能が低下している。左側に部分的な麻痺、複視(片目に眼帯をつけている)、正中線のずれや低下したバランス。彼女は左側の上肢と下肢に不随意運動がある。ベッドにおいて自分で体の向きを変えることができるが、起き上がった時、ベッドの脇に座するには助けを必要とする。立っている機能はあるものの、歩行機能はない。車椅子利用者であり、助けをかりて移動し(一種の「立っている塔」であり、移動途中に座ることができるが、立ち上がるのに機械的な補助はなく、自分で立ち上がれなくてはならない)、常に介護士がいる。彼女は、ADLや介護状況において、また日々の活動で左手が使えるように、介護士と作業療法士に指導されている。作業療法的トレーニングを週に2回受けている。ウリアス包帯が日に3回あてられ、1回約20分、厚い包帯をつけて横になる。これは腕と脚の緊張を和らげる目的である。

私たちは日々の活動に焦点を当てており、つねにトレーニングが考えられている。

中心線のコントロールと、座っている状態と立っている状態両方のバランスを考慮して私たちは働いており、彼女はlite gaitで歩行トレーニングを行っている。Kさんはリハビリ及びレスパイト場所として合計3ヶ月半滞在し、目標と計画は絶えず変更され、起こる進捗に合わせられる。

Kさんが自宅へ戻ると、彼女は歩行器を用いて自分で歩く。四点杖でもなんとかできるが、彼女はそれでは落ち着かず、ひとりでは外出する勇気がない。彼女は朝のケアと風呂の関してはぜひ自分で行えるようになり、食事にも意欲的である。彼女は自宅で朝のケア、食事、掃除、洗濯をサポートしてくれるリハビリ的在

在宅ケアの援助を受けている。彼女には自宅で助けてくれる配偶者がいるが、彼自身も何年も前に血栓を起こしており、すべてのことを行うことはできず、奥さんからの助けに慣れていた。

彼女は引き続き週に2回のトレーニングに来ており、それは途中で、屋外での動きに焦点を当て、自宅でのトレーニングに変更される。在宅ケアがKさんも自分で何とかできる。そのため全ての在宅ケアを辞去し、床の掃除と寝具の交換のみの援助となっている。買い物と料理は自分たちで行っており、リハビリ的在宅ケアからは、現在終了している。どの程度、彼らが引き続きリハビリ的在宅ケアを受けるかははっきりしていない。

Kさんはまだ神経疾患グループに週に2回トレーニングに来ており、到達した機能レベルと、日々の自立を維持できるよう、安定させることに焦点があてられている。

経過途中で私たちが設定した目標の例。

- Kさんが再び歩けるようになることを望む。(長期目標)
- 自分で立てるようになること、椅子からベッドに自分で動けるようになることを望む。
- 左側上肢の障害があっても、自分で体を洗える。
- 自分でトイレに行ける。
- 歩行器と1-2名の支えで歩ける。
- 室内外とも杖で歩ける。
- 補助器具なしで歩ける。
- 支えなしに車の乗り降りができる。
- 自宅で日々のことを自分でできる。しかし、配偶者の支えと助けのもと。

ケース 3.

酸素に依存している慢性閉塞性肺疾患を患う78歳の女性。

目標は、捕獲棒なく、床から物を拾えること、屋外で服を干せること。

女性は Senior Fitness Test がテストされた(腕と脚の力、可動性、歩行距離、バランス)。

女性は例えばパネル遊びでトレーニングを行った。写真は、最初は支えを必要としているものの、最終的には女性をつかむことなくトレーニングができ、歩行器は酸素ボンベにのみ使われている進展を示している。

慢性閉塞性肺疾患(GOLD)による低下した身体機能。パネルトレーニング(いくつかのパネルを並べ、パネルに光る色に応じて踏みつけるといったトレーニング)



女性は床から物を拾うという目標を達成し、また物干し台に服を干すという目標も達成した。しかし、湿度のある冷たい天気のため、残念ながら外で服を干すことはうまくいかなかった。

トレーニングの終わりに、女性は『体を鍛え、日々を容易に』という本と、練習用にゴムバンドをもらった。
この種の住民はほとんどの場合、動画を用いたトレーニングといった在宅トレーニングと組み合わせて、週に2回、私たちのところでトレーニングをする。
リハビリ期間は最長で24週となるが、ほとんどの場合は約12週である。

住民のモチベーションをあげるため、私たちは以下に焦点を当てている：

- ・日々の活動
- ・日常を組み立てるように住民に動機づけを行う
- ・住民がトレーニングに参加することに焦点を当てる
- ・住民が自身の自宅での練習をこなせるように焦点を当てる
- ・リハビリが終わった後にも続けられるようなトレーニングサービスを見つけることを手伝う。

* 上記回答への口頭説明

<3 ケースについての質問への回答、「動機付けについて」>

・市民の動機づけ：

まず日常で高齢者が何をしたいのか、たとえば池に行ってカモに餌をあげたい、ソックスを自分ひとりではけるようになりたいという具体的なことを聞く。それで、ではそれができるようにしましょうと目標を決める。

・ある人はKOLの患者で呼吸器をつけていた。トレーニングを始めたときは歩行器につかまらなと立てなかつた。ある期間を経ると自分ひとりでは立てるようになった。ロータも歩くのに使うのではなくて呼吸器を置いておく台車として使うようになった。その期間はまちまちで3週間から6ヶ月を要する人もいる。

・期間は3ヶ月が普通の期間で、それでもなお機能が低下している、しかし上昇する可能性があるという場合は延ばす。

・もう一つよく使うのは、体力をつけて日常生活を楽にするということだ。トレーニングを終わってビデオと本と負荷をかけるゴムをもらって帰宅する。

・高齢者にいつも、週に平均2回保健センターにトレーニングに来るが、そのほかに自宅で自分のトレーニングをすることを特にすすめる。

・ほかに画像トレーニングというものがある。クライアントが自宅でコンピュータの画面を見ながらトレーニングをして、トレーニング中セラピストはそれを見られないが、ユーザーがどのようにトレーニングをしたか結果はセラピストがパソコンで見ることができる。

・以上のようなやり方で動機付けている。

<3 ケースについての質問への回答、「嚥下障害のあるクライアントについて」>

・嚥下障害のあるクライアントに対するホームヘルパー、在宅介護班とクライアントに関するパンフレットがある。座るポジション、食物の内容、飲み物の内容、福祉機器、口腔衛生が載っている。

・途中で倒れた患者が来た場合、マップを用意してある。まずテストをする。その内容をセラピストがつける。毎日の日誌に毎日何をやったか、どこまでできたかをクライアントが本人が自分でつけて行く。目標や日誌はセラピストが助けながら本人が書く。

・途中で倒れたが状態がよくなって最後には在宅サービスのヘルパーがいなくなったという女性もいる。

・そのようなトレーニングをするときの専門職の協力について。まずリハビリテーションチームというものがある。これは在宅介護のスタッフでSSAが作業療法士と協力して家庭に行き、家庭でのトレーニングをする。1週間に1回、訪問看護師、判定員、理学療法士、リハチームの4者が集まって一人のクライアントに関してミーティングを持つ。

(3) オランダ Aedes – Actiz からの回答

ケア・住宅事業者団体 Aedes-Actiz アドバイザー

ケース 1 脳卒中モデル

①基本情報

年齢：66歳	性別：女性	経済状況：地域で標準的
世帯	夫は2年前に他界。遠方に住んでいる長女は仕事をしていて訪問は月に1回程度	
住居	リハビリ病院からの退院後は自宅（アパートメントの1階）に戻り、独居の暮らしとなる。	
支援が必要となった経過	4ヶ月前に脳梗塞を発症し入院した。左半身麻痺が残ったため、リハビリ病院へ転院した。リハビリの結果、室内での自力歩行は可能となったが、屋外での歩行が不安定であり、左手の感覚が無く、調理がAさん1人では難しい状況にある。退院を3日後に控えている。	
日常生活・健康習慣	自分自身の日常的な食事でも塩分が高い濃い味付けを好んでいた。高血圧で受診歴があるが、一時期、血圧が下がったこともあり、病識の低下のもと受診をしていなかった。また、定期健康診断の受診を3年ほど中断していた。	
社会生活	Aさんは脳梗塞を発症する前には、スーパーマーケットの総菜売り場に勤めていた。機能がある程度回復し、自宅での暮らしが安定したら、障害を持つ孫のためにもまた働き始めたいという希望をもっている。	

②支援

<p>Q1：Aさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標。_____以内に）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自宅で自立した生活を継続する。 <p>Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 神経科医または老年病専門医がケアプランを作成。 ● 一般開業医（GP）や看護師が付随的支援を提供。 <p>Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 住宅改修（wmo、社会支援法（Social Support Act）） ● 作業療法（作業療法士 OT）（医療保険）、週に2時間？ ● 理学療法（PT）（医療保険）（週に2時間？） ● 配食（自治体によって一部または全額カバー、社会支援法）、週に3回 ● 栄養士（医療保険） ● 言語療法（ST）（週に1時間？） ● ソーシャル・レストラン（コミュニティ・レストラン）（患者の自己負担だが安価）、週に2回 ● 家事支援（社会支援法）、週に8時間？ ● 在宅ケア（長期介護法（Long-term Care Act））、週に8時間？ <p>Q4：Aさんの支援にどういった関係者（専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等）が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。（支援に関わる関係者/連携のありかた）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 看護師、家庭医、作業療法士が関わる。また理学療法士、言語聴覚療法士および調理のボランティアが関わる可能性もあり。 <p>Q5：Aさんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。（本人のモチベーション向上のための方針）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 住宅改修および、調理／食事の入手での何らかの支援。 ● Aさん自身がボランティア活動を行える可能性がある。福祉職または高齢アドバイザー／ボランティアが、Aさんの活動を支援できるだろう。
--

ケース2 虚弱モデル

①基本情報

年齢：80歳	性別：女性	経済状況：地域で標準的
世帯	子どもはおらず、献身的な夫と二人暮らし	
住居	持家（一戸建て）	
支援が必要となった経過	2014年に右人工膝関節置換術、2015年に左人工膝関節置換術を受けた。下肢の筋力低下により疲れるほど動きすぎると膝の痛みが出る。そのため、夫が家事全般や介護を献身的に行っている。活動量の低下から筋力の低下が起こり、さらに活動意欲の低下がみられている。最近、自宅に閉じこもりがちである。	
日常生活・健康習慣	ゆっくりであれば身の回りのことはおおむね自分で行うことができるが、夫が手伝う時以外はうまくいかないことも出てきている。また、1ヶ月前から尿意を感じてからトイレに行くまでが間に合わず、失禁してしまうことが増えた。現在、サービスは利用していないが、主治医のもとには定期的に通っており、「昔は色々とやっていたのに、最近だんだん出来なくなってきた」と、ぼつりと自分の状況を話している。	
社会生活	手術の前は趣味のコーラスへの参加と月に1回の高齢者センターのカフェでの食事作りのボランティアをしていたが、今は全く参加していない。現在、参加する気力も起きない状況である。	

②支援

<p>Q1：Bさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標。_____以内に）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 過去に参加していた活動の再開。 ● できるだけ活動的な生活の継続。 <p>Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 家庭医と看護師。 <p>Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 作業療法士/理学療法士：Bさんの身体的状況改善に向けて（医療保険） ● 福祉センターまたは高齢者団体での転倒防止講座受講（社会支援法） ● 住宅改修（社会支援法または自己負担） ● 家事支援：夫の家事負担軽減（社会支援法） ● ボランティア／友人 Buddy：Bさんの活動参加へ同行、コーラスクラブへの再参加支援 <p>Q4：Bさんの支援にどういった関係者（専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等）が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。（支援に関わる関係者/連携のありかた）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ケースマネジャーが、関係するすべての専門職やボランティアをコーディネートすることがある。 <p>Q5：Bさんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。（本人のモチベーション向上のための方針）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 転倒防止講座を受講し、活動的な生活の継続を奨励（スポーツ、クラブ活動参加等）。

ケース3 アルツハイマー型認知症モデル

①基本情報

年齢：85歳	性別：男性	経済状況：地域で標準的
世帯	7年前に妻を亡くしてからは長年独居で暮らしていることに対してプライドを持ってがんばってきた。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、仕事をしており、訪問は2ヶ月に1度程度である。	
住居	持家（一戸建て）で独居	
支援が必要となった経過	身体的な自立度は比較的高く、自宅で掃除や洗濯も自分なりに行っている。歩行状態は独歩であるが、方向転換時にふらつきがみられ過去に何度も軽い転倒を繰り返している。食事でも自力摂取できるが、ほとんど自分では調理をせず、外で惣菜等を買うことが多い。最近、認知症の症状が見られるようになっており、「時々、訳が分からない状況になる。できていたことができなくなる様で怖い」といった不安な想いも漏らしている。	
日常生活・健康習慣	意思疎通は良好な状態であるが、財布や義歯の置き忘れ、もの忘れといった生活の困難さがある。自分自身の思考や判断の前後の記憶がとぎれてしまうことで、葛藤や不安から長男や近所の知人に電話をするといった行動や、財布の置き忘れから近所の知人にお金を借りに行ってトラブルが起きる等が少しずつ出てきている。	
社会生活	最近では長年続けていた、陶芸サークルにも参加しないようになってきている。本人は妻と長年暮らした自宅で出来るだけ長く暮らしたいと考えている。	

②支援

<p>Q1：Cさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標。_____以内に）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自宅での生活をできるだけ長く継続でき、また人生を楽しめるような支援の実施。 ● できる限り心身の健康を維持する支援の実施。 <p>Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症カウンセラーが、老年病専門医／神経科医とともにケアプランを作成。 <p>Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 作業療法士/理学療法士：Cさんの身体的状況改善に向けて（医療保険） ● デイケア（医療保険）、週に3～5日 ● 記憶訓練（社会支援法） ● 住宅改修の可能性あり（社会支援法または自己負担） ● 家事支援（社会支援法） ● 配食（自治体によって一部または全額カバー、社会支援法） ● Cさんを訪問し一緒に何か活動できるボランティア／友人 Buddy <p>Q4：Cさんの支援にどのような関係者（専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等）が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。（支援に関わる関係者/連携のありかた）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症カウンセラーまたはケースマネージャーがコーディネート。 <p>Q5：Cさんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。（本人のモチベーション向上のための方針）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cさんが活動的な生活を維持したり、好きなことができるような支援。
--

(4) 国際長寿センター（オランダ）からの回答

国際長寿センター（オランダ） 事務局長
マリエケ・ヴァン・デル・ワール

ケース 1 脳卒中モデル

①基本情報

年齢：66歳	性別：女性	経済状況：地域で標準的
世帯	夫は2年前に他界。遠方に住んでいる長女は仕事をしていて訪問は月に1回程度	
住居	リハビリ病院からの退院後は自宅（アパートメントの1階）に戻り、独居となる。	
支援が必要となった経過	4ヵ月前に脳梗塞を発症し入院した。左半身麻痺が残ったため、リハビリ病院へ転院した。リハビリの結果、室内での自力歩行は可能となったが、屋外での歩行が不安定であり、左手の感覚が無く、調理がAさん1人では難しい状況にある。退院を3日後に控えている。	
日常生活・健康習慣	自分自身の日常的な食事でも塩分が高い濃い味付けを好んでいた。高血圧で受診歴があるが、一時期、血圧が下がったこともあり、病識の低下のもと受診をしていなかった。また、定期健康診断の受診を3年ほど中断していた。	
社会生活	Aさんは脳梗塞を発症する前には、スーパーマーケットの総菜売り場に勤めていた。機能がある程度回復し、自宅での暮らしが安定したら、障害を持つ孫のためにもまた働き始めたいという希望をもっている。	

②支援

<p>Q1：Aさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標、_____以内に） 重視されるのは自己管理についてであり、期間はAさんの脳梗塞からの回復状況に左右される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 目標1：3ヶ月以内に屋内で自立生活を送れるようになる（ADL含む）。 ● 目標2：3ヶ月以内に調理がきちんとできるようになる。 ● 目標3：6ヶ月以内に1人で外を歩けるようになる。 ● 目標4：6ヶ月以内に外へ歩いて出かけ、日常的な買い物ができるようになる。 ● 長期目標：就労再開。 <p>Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス） （退院後に）実際のリハビリがどこで行われるかによって異なる。場所としては、自宅、外来診療（デイクリニック）、地域の理学療法士（PT）が勤務する診療所が考えられる。 はじめに、Aさんが退院後にリハビリ病院が通知（退院証明書（hospital discharge letter））を書いて一般開業医（GP）へ送付し、患者には理学療法士宛の書状を渡す。この書状では、回復状況、リハビリの進捗状況、Aさんの習得速度、Aさんの訓練実施頻度などの見解が述べられる。通知にはまた、デイクリニックの神経科医訪問や、家庭医/理学療法士等による進捗状況のモニタリングに関する情報も含まれる。 病院のデイクリニックでリハビリが継続される場合、病院の理学療法士がケアプランを作成する。地域でリハビリが行われる場合、理学療法士（自分で選択した、または他者から勧められた理学療法士）がケアプランを作成する。ケアプランはAさんとの面接の中で作成され、その内容は、Aさんの目標および、達成・回復可能なレベルに関するリハビリ病院からの通知に基づく。</p> <p>Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金）</p> <p>医療的処置：Aさんは病院での治療が始まると385ユーロの自己負担金（Risk fee）を支払うこととなる（ただしAさんにはおそらく、脳梗塞以前すでに医療費がかなりかかっており、Risk feeは支払済みの可能性が高い）。</p> <p>家庭医：フォーマルで、通院できる回数の制限はない。385ユーロのRisk fee適用外。</p> <p>地域/自宅での理学療法士：フォーマルで、Aさんが基本的な保険にのみ加入している場合には、最初の20回分についてはAさんの自己負担となる。21回目以降については基本保険から支払われ、この時点からRisk feeが適用される。Aさんがもし追加の保険に加入している場合であれば、最初の20回分はそこから支払われる。</p> <p>神経科医・スキャン等：基本保険から支払われる。Aさんの回復状況によって、必要とされる通院やスキャンの回数が左右される。</p> <p>言語療法士：基本保険でカバーされる（制限なし）。Risk feeが適用される。</p> <p>その他すべての療法士は基本保険でカバーされる（制限なし）。前述した通り、まず患者はRisk feeを支払</p>

う。これが支払われた後、基本保険が治療をカバーする。
フォーマルサービス(例:家の掃除、シャワー浴介助等):看護師は基本保険で支払われる。家の掃除等はWMOで支払われる。所得によって、少額の自己負担が発生する可能性がある。
民間サービス:全額自己負担。夜間の支援が必要と感じた場合、そのサービスへの指示がなければ、自分で同サービスを手配できる。
インフォーマルサービス:ボランティア等。本人の希望やボランティアを見つけられる可能性によって異なる(例:一緒に散歩する、調理の支援等)。費用は発生しない。

Q4: Aさんの支援にどういった関係者(専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等)が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。(支援に関わる関係者/連携のありかた)

リハビリ病院、神経科医、リハビリテーション医療専門職、薬剤師、家庭医、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語療法士(ST)、栄養療法士、心理士、ソーシャルワーカー、看護師、清掃提供者

フォーマルな専門職は、クリニック内外でMDOを用いてコミュニケーションをとる。これは多職種チームによる協議の場であり、専門職たちがAさんやAさんの進捗状況について議論する。MDOは連携手段として設けられている。MDOは病院で設けられる(病院内の専門職のみで構成)こともあれば、地域で設けられる(Aさんに関わる専門職で構成され、家庭医が主導し招集する)こともある。
民間企業・ボランティア・清掃提供者はMDOには関わらない。

Q5: Aさんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。
(本人のモチベーション向上のための方針)

主な取り組みは、Aさんが自分を信じ、自分の回復力を信じることである。
回復レベルは、脳梗塞後のダメージの度合いによって異なる。
医療補助員や家庭医向けの臨床ガイドラインがある。これらはすべて、治療の視点から書かれている。
方針は特にない。

ケース2 虚弱モデル

①基本情報

年齢：80歳	性別：女性	経済状況：地域で標準的
世帯	子どもはおらず、献身的な夫と二人暮らし	
住居	持家（一戸建て）	
支援が必要となった経過	2014年に右人工膝関節置換術、2015年に左人工膝関節置換術を受けた。下肢の筋力低下により疲れるほど動きすぎると膝の痛みが出る。そのため、夫が家事全般や介護を献身的に行っている。活動量の低下から筋力の低下が起こり、さらに活動意欲の低下がみられている。最近、自宅に閉じこもりがちである。	
日常生活・健康習慣	ゆっくりであれば身の回りのことはおおむね自分で行うことができるが、夫が手伝う時以外はうまくいかないことも出てきている。また、1ヶ月前から尿意を感じてからトイレに行くまでが間に合わず、失禁してしまうことが増えた。現在、サービスは利用していないが、主治医のもとには定期的に通っており、「昔は色々やっていたのに、最近だんだん出来なくなってきた」と、ぼつりと自分の状況を話している。	
社会生活	手術の前は趣味のコーラスへの参加と月に1回の高齢者センターのカフェでの食事作りのボランティアをしていたが、今は全く参加していない。現在、参加する気力も起きない状況である。	

②支援

<p>Q1：Bさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標。_____以内に） 目標は、Bさん（およびおそらくBさんの夫）と一緒に設定すべき。 Bさんと話す中で、Bさんが今もやりたいこと、達成したいこと、努力したいと思える範囲を明確にすべき。 可能性として考えられる目標は、以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 尿失禁への療法（そうでなければ、結果としておむつ使用）：通常は6回のセッション。 ● 歩行能力を向上し転倒を防止するための理学療法：進捗状況に応じて実施し、継続すべき（週1回以上で7回以上セッションを実施した上で、今後の計画を作成）。 ● Bさんが自身の気分について話す（軽度の鬱の可能性あり）ための、ソーシャルワーカー、心理士、または心理学の訓練を受けた看護師による心理療法：7回以上セッションを実施した上で今後の計画を作成。 ● おそらくBさんの夫の身体的負担（入浴介助）を軽減するためのADL支援：3ヶ月以上で、可能性としては週3回となるだろう。 ● 歩行器または杖の購入アドバイス。 ● Bさんには、ナーシングホームへの入居指示は出ない。 <p>Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス） Bさんは自宅に住んでいるため、療法やADLに関するケアプランは家庭医が作成する。家庭医が療法士を紹介し、療法士がフォローアップを家庭医に戻す。 Bさんが複数の療法士を必要としている場合、家庭医はBさんのケースをMDO（Aさんの欄を参照）に出すことができる。</p> <p>Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金） 上記参照。 すべて医療保険法で支払われる。理学療法士（PT）：Bさんは、追加の医療保険に加入していない限り、最初の20回分は費用を自己負担しなければならない。 また、385ユーロの自己負担金（Risk fee）も適用される。 インフォーマルケア：ボランティア。Bさん自身または家庭医の主導によって、ボランティアを手配できる福祉団体へ紹介。 民間企業（どのような法律、保険法、またはWMO、ZfV、WLZからも支払われないケアサービスの提供事業者）を利用する必要はない。</p> <p>Q4：Bさんの支援にどういった関係者（専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等）が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。（支援に関わる関係者/連携のありかた） Q1とQ2参照。 Bさんのケースが深刻だった場合、MDOを設けられる。そうでなければ、すべての専門職が家庭医にフィードバックを送る。家庭医は時々Bさんを訪問して、フォローアップを行う。Bさんの状態が著しく悪化し、ケアの量</p>

を増やす際には、家庭医が決定する。

Q5：Bさんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。

(本人のモチベーション向上のための方針)

主な取り組みは、Bさんが自分を信じ、自分の回復力を信じることである。

回復レベルは、Bさんが訓練を実施する能力に左右される。

虚弱高齢者の処遇や対応方法について、医療補助員、看護師および家庭医向けのガイドラインがある。

ケース3 アルツハイマー型認知症モデル

①基本情報

年齢：85歳	性別：男性	経済状況：地域で標準的
世帯	7年前に妻を亡くしてからは長年独居で暮らしていることに対してプライドを持ってがんばってきた。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、仕事をしており、訪問は2ヶ月に1度程度である。	
住居	持家（一戸建て）で独居	
支援が必要となった経過	身体的な自立度は比較的高く、自宅で掃除や洗濯も自分なりに行っている。歩行状態は独歩であるが、方向転換時にふらつきがみられ過去に何度も軽い転倒を繰り返している。食事でも自力摂取できるが、ほとんど自分では調理をせず、外で惣菜等を買うことが多い。最近、認知症の症状が見られるようになっており、「時々、訳が分からない状況になる。できていたことができなくなる様で怖い」といった不安な想いも漏らしている。	
日常生活・健康習慣	意思疎通は良好な状態であるが、財布や義歯の置き忘れ、もの忘れといった生活の困難さがある。自分自身の思考や判断の前後の記憶がとぎれてしまうことで、葛藤や不安から長男や近所の知人に電話をするといった行動や、財布の置き忘れから近所の知人にお金を借りに行ってトラブルが起きる等が少しずつ出てきている。	
社会生活	最近では長年続けていた、陶芸サークルにも参加しないようになってきている。本人は妻と長年暮らした自宅で出来るだけ長く暮らしたいと考えている。	

②支援

<p>Q1：Cさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標。_____以内に）</p> <p>目標は、Cさんおよび息子と一緒に設定する必要がある。 Cさんは自宅に住み続けたいのか？住み続けたいならば、Cさんの希望を叶えるために何が必要か？ 目標の可能性として、看護師または看護助手が毎日または週に何度か訪問し、Cさんを見守ることが考えられる。 もう一つの目標は、配食によるきちんとした食事（温かい食事）である。 また、おそらくボランティアあるいは近所の人から（サンドウィッチなどの）冷たい食事の（ための材料を借りる）支援を得られるだろう。 理学療法で転倒予防および筋肉増量を図る。7回以上のセッション。その後（必要に応じて）フォローアップの計画を作成。 自宅からの送迎付きの、認知症の人向けデイケアを週に何度か利用。 平日の生活リズムを整えるために、紙またはデジタルカレンダーによる支援。 歩行器または杖を購入する支援およびアドバイス。 装着型の緊急通報ボタン（独居のため）。 目標は、Cさんが死亡またはナーシングホームへ入居するまで継続。</p> <p>Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス）</p> <p>主導者はCさんおよび息子である。可能性として最も高いのは、Cさんや息子が家庭医または地区看護師に連絡するという流れである。家庭医または地区看護師はCさんに連絡をとり、問題の特定を図る。通常は、地区看護師と家庭医がケアプランを検討し、一緒にプランを作成する。</p> <p>Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金）</p> <p>Q1 参照。 AさんとBさんの理学療法士に関する記述参照：追加の医療保険に加入していない限り、最初の20回分は費用を自己負担しなければならない。 看護師と家庭医はZVWで支払われる。 デイケアと移送サービスはWMOで支払われる。</p> <p>Q4：Cさんの支援にどういった関係者（専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等）が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。（支援に関わる関係者/連携のありかた）</p> <p>Q1 参照。</p>
--

看護師と家庭医は直接やりとりする。理学療法士は家庭医へ、メールまたは書状で進捗状況を伝える。
デイケアセンター: Cさんがより多くのケアを必要とする場合、またはより困難な状況となっている場合、センターから地区看護師または家庭医へ連絡する可能性がある。

Q5: Cさんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。
(本人のモチベーション向上のための方針)

方針は、WMO や WLZ で記載されており、そこには、デイケアセンター、ボランティア、配食、緊急通報ボタンをいつ勧めるか、また GPS がいつ必要か、といった事項が含まれる。

3. ドイツにおける介護相談 およびケースマネジメント

東京医科歯科大学大学院非常勤講師 吉田恵子
(PhD in Health Care Management and Planning)

社会保険の下、利用者がサービスを選択する介護制度が施行されているドイツではあるが、日本とは異なり介護保険導入時にはケア・マネジメント（ケースマネジメント）は制度に組み込まれなかった。しかし質への意識が高まり、また給付・サービスが多様化してきている近年、相談事業についてはケースマネジメントを推進する動きがみられる。

本報告では、制度的背景、介護相談一般の発展とともに、ケースマネジメントの位置づけ、実態、見通しを、各種調査結果、関連文献、公的医療保険中央連合会介護保険研究室長 Schnabel 氏（以下 GKV Schnabel）への聞き取り調査を基に論じていく。また医療保険管轄下にあり要介護者に十分に利用されていないといわれる 予防・リハビリテーション措置の利用推進にも触れていく。

1. 背景

ドイツの社会介護保険には、過剰供給については支出を抑制するメカニズムがいくつか仕組みられている。第一に挙げられるのが、部分保険であることである。介護事業者によるサービスを受ける現物給付に対しては要介護度毎に上限額が定められている上に、大方それだけでは実際のニーズの一部しか賄われない (Gerlinger/ Röber 2012)。要介護の有無および介護ニーズは中立的機関である医療保険メディカルサービス (MDK) により 鑑定され、給付の上限額もこれに応じて決まる。上限を超えた費用は原則利用者が負担する。サービスの内容・量を決定するのは各要介護者およびその家族・パートナーであることから、当然ながら自らの経済力を考慮するので、受給者側のモラルハザード抑止される (Rothgang 2005)。さらに受給者の半分弱は、介護する家族・パートナーが現金を得られる在宅での現金給付を選択している。現金給付額は、事業者のサービスに対する現物給付の上限額より低めに設定されており、これも支出を抑えている。

このように介護保険支出に限ってみれば、保険者側が差し迫って管理する必要性は比較的低い。しかし広い視点からは専門的な管理、ケースまたはケアマネジメントの必要性が説かれている。ドイツでは社会介護保険は介護金庫、公的医療保険は疾病金庫、介護扶助などの社会福祉は市町村と、要介護者に関わる給付の主体が分かれている上に、サービス供給者も、病院医療、外来医療、在宅または入所介護サービス、住居に関する相談、ボランティア 等等多岐にわたる。異なる給付およびサービス供給者間の連携・調整機能が特段無いことから、効果的・効率的な組合せを実現することが難しい (Michell-Auli. 2009)。例えばリハビリテーション (疾病金庫が費用負担) の結果要介護が防げたとしても、恩恵を受けるのは介護金庫であることから、疾病金庫にとっては許可制であるリハビリテーションを許可および推奨するインセンティブが弱い。結果として要介護者にリハビリテーションや予防措置が十分に提供されていないという問題が起きがちだ。

こうした異種のサービスの間での調整不足の他、給付およびサービスの選択が原則要介護者とその家族・パートナーに任されていること、また一部のサービスが地域的に偏在してい

ることも、不適切な供給に繋がりがちだ。在宅介護での現物給付においては例えば、事業者が提案する必要以上のサービスを含んだ契約を要介護者がそのまま受け入れることが少なくないという。適切な在宅介護サービスが見つからなかったりまた事業者間の連携不足から、必要以上に早く入所施設（介護ホーム）に入るケースも多い。ある調査によれば介護ホーム入所者の30%が過剰介護を受けており、またモデルプロジェクトではケースマネジメントにより入所を40%減らせたという結果が出ている（Michell-Auli 2009）。介護ホームの自己負担額は居住費をも含むことから2000ユーロを超えることも少なくない。要介護者の支払い能力が自己負担額に及ばない場合は、通常市町村がこれを負担（介護扶助）することになる。

2. 介護相談の種類

要介護者およびその家族が在宅介護の困難を克服、サービス選択など各種決定を支援するために介護保険（社会法典 11 編）は、過去何年かにわたり以下のような相談請求権および機会を設けてきた（ZQP 2016）。

- ・介護支援センター（Pflegerstützpunkt、略して PSP）による、地域の介護相談インフラの構築（7c 条）
- ・情報と啓蒙の請求権（7 条）
- ・介護相談への請求権（7a 条）
- ・介護者向けの介護コース（45 条）
- ・現金給付の受給者向けの義務訪問相談（37 条 3 項）
- ・介護度 1、および在宅介護サービスの現物給付受給者向けの訪問相談への請求権（37 条 3 項）

介護保険における相談といえば当初は情報提供（情報と啓蒙）に重点が置かれていた。介護継続発展法（Pflege-Weiterentwicklungsgesetz、略して PWG）により 2009 年から介護相談の範囲が拡大され、詳細にわたる相談やケースマネジメントへの請求権が加わった（社会法典 11 編 7a 条）。その目的は、必要な支援と介護給付を選択および請求する際に要介護者に包括的な支援と措置を与えることである。背後には、個人のニーズ・状況にあった支援・介護サービスを様々な主体間で調整し提供することで、ドイツ介護保険の「入所に対する在宅優先」の原則に基づきできる限り在宅介護を持続させる狙いがある。（GKV 2012）。

こうして 介護相談は以下の任務を持ち、ケースマネジメントに類似した特徴を持つようになった（Hasseler M, Stemmer R, Weidekamp-Maicher M. 2016）

- (1) 医療保険メディカルサービス（MDK）による要介護鑑定の結果を考慮した上での支援ニーズと、社会法典 11 編（社会介護保険法）に基づく給付の請求権を持つ者が合意した場合においては 37 条 3 項に基づく自宅での相談結果の、把握と分析
- (2) 必要に応じ社会福祉給付および健康促進または予防的、治癒的、リハビリテーション的、医療的、介護的、社会福祉的な支援を含む個人的なケアプランの作成
- (3) 各種給付運営者による許可も含めてケアプラン実施に必要な措置
- (4) ケアプラン実施の監督と、必要に応じ変化するニーズへの適応
- (5) 特に複雑な様相のケースにおいては支援プロセスを評価し記録

(6) 介護者の負担軽減のための給付を教示

(社会法典 11 編 7a 条を筆者が翻訳)

また 2012 年には介護転換法 (Pflege-Neuausrichtungsgesetz、略して PNG) により、介護金庫に要介護者による相談への申請後 2 週間以内に初回相談の日時を提案することが義務化された。

社会法典 11 編 7a 条では介護相談は主に介護金庫が提供することになっている。相談場所は、連邦保健省の最近の調べでは、60%が自宅、11%が介護金庫の営業所、16%が PSP、3%が民間保険(国民の 1 割が加入)の相談所である COMPASS だった (Bundesregierung 2016)。また社会法典 11 編の介護相談の枠外では、在宅介護事業者、福祉団体、市町村、民間企業、自助団体も介護に関わる相談を提供している。これに加え病院でも退院管理の中で介護相談も行われている (ZQP 2016)。GKV の調査 (2012) によれば相談先としては、キリスト教系福祉団体 (カリタス、ディアコニー)、介護・疾病金庫、在宅介護事業者、市町村の相談機関、PSP の順で利用されていた。3 番目に頻繁に利用されている在宅介護事業者による相談というのはしかしながら正確にはサービス契約のための話合いであることが多い。またキリスト教系福祉団体は介護事業の運営母体でもある。事業者であるからにはより多くのサービスを提供したいという意図が働くことは否めず、中立的とは言い難い。そして過剰な給付は要介護者の自立能力の低下に繋がることもある。これは自立能力の維持を目的とする新しい介護定義の考え方にも反する。(GKV Schnabel 2016)

市町村は逆に支出抑制に繋がる動機を持つ。自己負担が要介護者の支払い能力を超える場合、一定の条件下において市町村が介護扶助という形で負担せねばならないからだ (社会法典 12 編)。2017 年に実施される要介護定義の拡大により要介護者が増えれば市町村の負担はさらに増えることが見込まれる (Landkreis Karlsruhe 2016)。従って市町村が相談を行う場合には、介護保険給付やボランティアによるサービスを駆使し、介護扶助の負担が大きくなる入所を回避、または遅らせようという動機が働くことが考えられる。

中立性という点からは、介護保険料率が全国一律であり価格ひいてはコスト競争が無いことから、介護金庫が最適な相談先とされている (GKV Schnabel 2016)。介護給付を抑えるという動機は持たない一方で介護金庫は、GKV の調査結果によると、介護相談事業により競合する他金庫との差異化、また医療の過剰供給ひいては費用の抑制といった同グループの疾病金庫の競争力を高めたいという動機は持つようだ²⁾。例えば介護金庫の相談員たちは「無駄な補助具や薬の給付を省ける」「症状がさらに複雑化することを防げる」「(これまで連絡が密ではなかったが) 組織内部で介護金庫と疾病金庫の間で給付を調整していける」といった発言をしている。

相談の流れや内容には、金庫間で統一的なルールが無く、多様な形で実施されているとみられている。また相談は要介護者自身が希望し申請することで初めて実施される。一方で相談サービスがあること自体が国民に十分には知れ渡っていない (ZQP 2016)。したがって介護金庫が相談およびケースマネジメントを PR または積極的に提案することが期待されているが、この姿勢は金庫によって大きく異なってくる。予防を重視し介護相談を受けるよう自ら働きかける金庫もあるものの、状況が困難になってからの相談がまだまだ多い。総じて介護相談の認知度およびアクセスを高める必要性が指摘されている (GKV 2012)。

3. 介護支援センター (Pflegestützpunkt、略して PSP)

介護・医療・社会福祉的サービスを要介護者とその家族に適切な形でコーディネートする目的で、PSP の設置が 2008 年以来促進されている。市町村中央連合会は PSP を、管

轄の垣根を超え各種相談を「一手」に引受ける ワンストップサービスと位置づける。PSP のほとんどは介護金庫が音頭をとり開設し、市町村または州と共同で運営している。民間介護保険の保険者は Compass という独自の相談事業を展開している。2015 年末の時点で全国での PSP の数は 416、1 カ所の相談員数はフルタイム計算で平均 2 人だった。また 16 のうち 2 州は PSP を持たない (Bundesregierung 2016)。PSP は特定の介護金庫に属さないことから、近隣に加入する介護金庫の営業所が無い被保険者も利用できるという利点がある (GKV 2012)。

地域の様々なサービス供給者間の連携・調整は、ケースマネジメントにおいて殊に重要視されていることである。また必要なサービスおよび提携関係が当該地域に未整備の場合は、システムレベルで調整していくことも求められる。PSP においてはそういったことから、主要運営者である介護金庫に並び、介護と結びつきの深い高齢者支援および介護扶助に並び社会福祉インフラストラクチャーの設計をも管轄する市町村の関与を強めるべき、と考えられている (Michell-Auli P. 2009)。このような考えに基づき 2016 年末には、介護相談における市町村の役割のさらなる強化を内容とする第三次介護強化法が議決された。

4. 介護相談員 (Pflegerberater)

社会法典 7a 条には介護相談員はそれ相応の資格を持っていなければならない、と定められている。具体的には追加的資格を持った看護師または老人介護士、社会保険専門職員、ソーシャルワーカーが挙げられている。PWG をうけ各介護金庫はここ何年か、相談担当の職員の質向上に務めてきている。

上記の追加的資格取得教育は以下の内容を含む (GKV の勧告 4、5 条)。

- ・介護・看護の専門知識 (100 時間以上)
- ・ケースマネジメント (180 時間以上)
- ・法律 (120 時間以上)
- ・在宅介護事業者で 1 週間、部分入所施設で 2 日間の実習

2018 年 7 月 31 日までに、必要な相談員の数、資格、能力向上のための研修についてのさらなる勧告が GKV によりなされることが 7a 条によって定められている。(GKV Schnabel 2016)。

5. ケースマネジメント

介護相談においては、以下の基準を満たした相談をケースマネジメントと呼ぶ。(GKV 2012)。

- ・相談員との既存の支援および介護ニーズについての詳細な話し合い
- ・相談員によるケアプランの作成
- ・相談員によるケアプランの実施についての話し合いとその支援
- ・相談員との継続的協力体制の取り決め

ケースマネジメントの請求権は介護相談の請求権と同時に生じるが、他方前者は複雑な状況にあり当人だけでは複数の給付 (例：介護保険だけでなく社会福祉給付も必要) や複数の

サービス間で調整し組合せすることが難しいケースを想定している。またケースマネジメントおよびケアプランは当人の希望があってはじめて実施される。

ケースマネジメントの方法は標準化されていなく、各金庫間でまちまちであるとされる。2012年に公表されたGKVによる介護相談およびケースマネジメントの全国利用実態調査の調査結果を以下に抜粋する。

- ・ケースマネジメントは介護相談の17%を占める。在宅介護世帯全体においてはその15%がケースマネジメント、30%が相談、42%が情報提供をうけていた。13%は利用していなかった。
- ・要介護度の高さ、知的障害の重さ、介護・世話の手間が増すとともに、詳細にわたる相談（例えばケースマネジメント）を受ける傾向が高まる。
- ・2009年（PWG 施行）以降の受給者の方が、それ以前からの受給者よりも相談およびケースマネジメントを受ける頻度が多少多い。
- ・介護相談利用者のうちケースマネジメントを受けた利用者の主な動機は以下の表1の通り。

表 1

動機	ケースマネジメント	(一般的) 相談
介護の状況改善のため	92%	84%
介護保険給付に関する情報入手	88%	76%
継続的な相談相手を求めて	86%	65%
具体的な問題の克服	65%	64%
MDK または家庭医による勧め	61%	47%
介護の負担が重い	59%	37%
社会福祉給付に関する情報入手	28%	18%

ケースマネジメントの手順・内容

- ・相談形式： 対面 97%、電話 16%、 書面 7%
- ・対面での相談場所： 自宅 85%、相談所 24%、その他 6%
- ・相談の回数： 1回のみ 17%、2回以上 83%（内訳：2回6%、3回18%、4回以上 76%）
- ・相談参加者： 要介護者+主な介護者 38%、要介護者+主な介護者+その他の人 42%、主な介護者のみ 9%、要介護者+その他の人 5%、主な介護者+その他の人 4%、要介護者のみ 2%

相談内容：表 2 参照

表 2

相談の内容	合計	ケース マネジメント	(一般的な) 相談
介護保険の給付についての情報提供	89%	97%	85%
当人の支援・介護ニーズについての詳細な話し合い	87%	100%	80%
相談員による継続的協力体制についての取決め	53%	100%	30%
連絡必要な窓口（介護事業者や住居についての相談所）の教示、または相談員がそれらと連絡をとる	49%	64%	42%
個人向け支援措置の推奨を含む介護計画の作成	48%	100%	22%
介護計画の実行についての話し合い、問題発生時には相談員が支援	94%	100%	81%
住居の近隣にある利用しやすい世話サービスについての情報	47%	66%	37%
各種許可取得の際の支援	41%	69%	27%
その他の支援サービス（例：自助グループ、ボランティア活動）についての情報提供	41%	61%	31%
その他の社会福祉サービス（例：住居手当、基礎保障）についての情報提供	39%	54%	32%
介護施設の質についての公開についての情報提供	33%	54%	22%
在宅および入所施設の比較表の提供	32%	56%	20%

利用者によるケースマネジメントへの評価は高い。利用した在宅介護世帯の多くが、介護の状況が大きく改善されたとし、高い満足感を示している。特に個人の状況に合わせた中立的な助言が高く評価されている（GKV 2012）。

一方、必ずしも要介護者全員がケースマネジメントを必要としているわけではないことも調査結果は示唆する。どんなサービスがあるか等の情報があればよいという人、相談所を訪れるまたは自宅に相談員を呼ぶなどしてもう少し踏み込んだ相談を必要とする人、そしてケアプランの作成までもを必要とする人に分類することができるとされる。過去の調査結果から、ケースマネジメントまでもを必要とするのは 6～7 人に 1 人くらいではないかと考えられる（GKV-Schnabel 2016）。

7a 条においてもケースマネジメントは複合的なケースを対象とするべきことが示唆されている。現状は各運営者（例えば介護金庫）が独自の基準に基づいて、異なったソフトウェアを使いケースマネジメントの必要性を判断している。複合的なケースながらもケースマネジメントを受けていない人も多く（表 1）、相談員によるニーズの判断力の向上が求められている。将来的には 2018 年 7 月完成を目処に GKV 作成するガイドラインにおいてこの基準をさらに運用可能なものしていく予定だ。ガイドラインの目的は各金庫が独自のやり方で行っている介護相談を特に質という側面において統一化していくことにある。その際は、ソフトウェアの統一化が要になっていくことが考えられる（GKV Schnabel 2016）。

6. 訪問相談

在宅要介護者の 2/3 が現金を受給しながら家族等により介護を受けているドイツでは、自宅での介護の質を保証するために現金受給者に、専門家（例：有資格の老人介護士）の監督・助言を定期的に受けることを義務化している。具体的には、受給者が訪問相談の提供者を自ら選び、相談を委託する。介護度 2、3 の場合は半年毎、介護度 4、5 の場合は四半期毎に相談者を自宅に呼ばねばならない。義務ではないが、介護度 1、および現物給付での在宅介護受給者も半年毎に訪問相談を請求する権利を持つ。費用は介護金庫が負担する。この義務を受給者が果たさない場合介護金庫は、現金給付額を減じることができる。きるだけ同一の職

員が同一の要介護者を訪問するように勧告されている（社会法典 11 編 37 条）。

訪問相談の殆ど在宅介護事業者により提供されている。加えて介護金庫州連合会が認定した相談所も提供が可能である。相談提供者は、介護が確実になされているかを判断し、もし改善が必要な場合は改善案を提案する任務を持つ。訪問後その結果についての報告書を作成し、訪問先の要介護者が加入する介護金庫に提出し、報酬を得る。

訪問相談の時間は 30 分程度といわれる。どのような形で相談が行われているかはあまりわかっていない（GKV Schnabel 2016）。ドイツ中西部のノルトライン・ヴェストファーレン州の 2 地域で実施された実態調査（調査自体は 2005 年頃に行われたとみられる）においても、相談方法が体系化されていないことが確認されている。また訪問の結果、介護が確実になされていないと確認されるケースは非常に稀であり、また改善提案が行われるのも 5% に満たないことも示されている。しかしながら要介護者およびその家族の多数が訪問相談は助けになる、と考えている。相談員による助言内容は、補助具、介護、住宅改造、保険給付、介護コース（介護保険が介護者に無料提供）の受講、より重度の要介護度の申請についてであった（Büscher et al. 2010）。

7. 予防・リハビリテーション

予防・リハビリテーション給付は、要介護の回避、克服、軽減、悪化予防に寄与するべきであり、要介護者の自立性が維持および強化されるべきことが社会法典 9 編、11 編 で定められている。リハビリテーションは原則として疾病金庫の管轄下であり給付には医師の処方と並び疾病金庫の合意が必要である。上述（1.背景を参照）のような理由もあり適時に提供されていない実態が問題視され、過去何年かこれをめぐる改革が続いている（Bundesregierung 2016）

要介護認定のために鑑定を行う MDK（メディカルサービス）の鑑定員は予防の勧告、リハビリテーションの必要性また医療的リハビリテーションの適応症の有無も確認することになっている。介護継続発展法（2008 年）は、医療的リハビリテーションの適応症を認めるこの鑑定に拘束力を持たせた。そして当人の合意とこの鑑定を基に、通常必要な医師の処方および疾病金庫の合意無しでも介護金庫が直接リハビリテーション施設運営者に申請をすることを可能にした。その後介護転換法（2012 年）により、要介護認定の枠内で介護金庫が、リハビリテーション、予防措置または療法の勧告をすることになった。これをうけその後全国規模でリハビリテーションニーズ判定が標準化され、あわせて鑑定員の研修も実施された。その結果、通常の在宅での要介護認定件数に対するリハビリテーション勧告の割合は 2013 年の 0.7%から、2015 年には 2.3%へ急増した（Bundesregierung 2016）。

昨今はまた多くの介護ホームが予防的措置を提供するようになってきているが、この実際の利用にも MDK の勧告が貢献していることがわかっている。連邦保健省の調査によれば、例えば 94%の介護ホームが記憶・方向感覚トレーニングを提供している。これが利用される割合は、MDK の勧告また医師の処方が無い場合は 56%だが、有る場合は 92%となる（Bundesregierung 2016）。

8. 介護改革第三弾と今後の見通し

第三次介護強化法の概要をグレーへ連邦保健大臣は以下のように表現する。「私たちは支援が要介護者とその家族の個人的ニーズによりよく適合したものなるようにしていく。そのため

には相談事業の改善が必要だ。相談事業は地域で行われるものだ。第三次介護強化法により私たちは、地域での相談を拡張し、介護給付と市町村が高齢者へ提供するサービスの噛み合わせを改良していく」（連邦保健省 HP）。

現政権の連立協定に基づき、ここ何年か介護における地域介護構造の舵取りと計画において市町村および州の役割を強化しようとする動きがある。ここでは介護相談の整備が主要課題として位置づけられている。第三次介護強化法では、今後 5 年かけて 60 のモデル市またはモデル郡でのワンストップサービス型の総合的な介護相談構造の整備と、その評価 が実施されることになった。さらにこれまで介護金庫が音頭をとってきた PSP の設立も、今後 5 年の時限付きで適度に出資を行う限りにおいては市町村がイニシアティブをとることができるようになった。

しかしながら、試行期間だけでも 5 年という長さは介護相談事業を市町村主導で進めていけるようになるまでかなりの時間がかかることを示唆している。自治体によって介護ひいては介護相談の政策的優先順位および余力が異なるため、場所によって整備の度合いにばらつきがでることも介護金庫側は懸念している（GKV Schnabel 2016）。

その他第三次介護強化法の主要な内容を以下に挙げる。

- ・要介護者とその家族を日常において支援し負担を軽減するためのサービス（認知症者等を対象とする利用しやすい世話サービスなど）を構築・拡張するために介護保険は、州または市町村が同額を出資する限りにおいて、最大 2500 万ユーロ（年）の資金を提供する。同様に、要介護者支援のための地域でのネットワーク推進に最大 1000 万ユーロまで資金を提供する。
- ・労働協約³⁾に参加していない施設も将来は、介護金庫・社会扶助運営者との介護料金交渉において労働協約レベルの賃金を実施できる。費用負担者である介護金庫・社会扶助運営者も将来は、施設が労働協約に基づき賃金を支払っている限りにおいて、これも経済的であるとみなし、それ相応の報酬を提供せねばならない。
- ・料金請求時の詐欺を防ぐため、介護・疾病金庫の監督権限を広げる。
- ・新しい要介護定義が、社会法典 12 編および連邦援護法における介護扶助に関わる法律にも採用される。これにより生活困窮者が要介護となっても適切なケアが与えられることになる。
- ・障害者の利益を重んじ、介護保険と統合扶助の給付が重なる際の介護金庫と統合扶助の運営者の協力関係を改善する。

（連邦保健省 HP）

9. 展望

ドイツの在宅介護の給付内容は基本的に、要介護および家族・パートナー等が決めている。入所に対する在宅優先原則の下、過去何回かの介護改革により主に在宅介護の負担軽減および支援のための給付が拡大・多様化された。給付・サービスの多様化に伴い難しくなるサービス選択をサポートし、また各種支援措置の利用を促すために、利用者向け相談事業の強化もはかられてきた。介護金庫はこれをうけここ何年か、有資格の相談員が相談およびケースマネジメントを提供する体制整備を進めてきた。

他方、地域や介護金庫によって相談事業整備の度合いは大きく異なり、またケースマネジメントのやり方にも、管轄領域を超えた横断的なケアプランを提供していこうとする積極さ

にも温度差がある。このため例えば、要介護であれば誰もが利用できる有償ボランティアによる世話サービスや福祉給付について、知らされない場合も少なくない。現在 GKV は介護相談ガイドラインを作成しており、この発布後は金庫間での統一化が進むだろう。一般的相談と比べコストがかかるケースマネジメントおよびケアプラン作成を提供すべき対象基準も標準化されていくだろう。

また地域における連携体制の改善をめざし、第三次介護強化法により相談事業における市町村の役割強化が進められていく見込みだ。市町村管轄の社会福祉策や地域の相談所やサービス事業者との調整の下、各個人のニーズに合わせて介護・世話・支援をより総合的に調整していくことが期待されている。

(注)

- 1) 保険償還の下で自立した生活の維持および負担軽減のために要介護者とその介護者が利用できる、州認定事業者による世話や家事サービス。
- 2) ドイツではある疾病金庫に加入した人は自動的にこれに属する介護金庫に加入することになる。金庫は個人の自由選択。公的医療保険の保険料率は、介護保険とは異なり、金庫間で異なり、競争関係にある。介護金庫と疾病金庫は組織的には重複する部分はあるが、財務的には原則独立している。
- 3) 労働協約に参加する施設の方がしていない施設よりも賃金が高いとされる。労働協約は使用者(連合)と労働組合の間の労働契約である。多くの場合業界単位で交渉され、その契約内容は参加企業に(最低基準として)拘束力を持つ。

(参考文献)

Bundesregierung. Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. 2016.

http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2016/12/2016-12-14-6-pflegebericht.pdf?__blob=publicationFile

Büscher A, Holle B, Emmert S, Fringer A. Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI, Eine empirische Bestandsaufnahme. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld. 2010.

<https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-142.pdf>

Gerlinger T, Röber M. Die Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Bundeszentrale für politische Bildung. 2012.

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72804/ziele-und-wirkungen-der-pflegeversicherung>

Gesetzliche Krankenversicherung-Spitzenverband (GKV). Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 10. GKV-Spitzenverband. Berlin. 2012.

Hasseler M, Stemmer R, Weidekamp-Maicher M. Abschlussbericht, Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. 2016.

www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/wiss_qu

Landkreis Karlsruhe, Amt für Versorgung und Rehabilitation. Sitzungsvorlage, Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze II und III. Az. : 32; 32.1-013.431-3217590. 2016.

Michell-Auli P. Pflegeberatung und Pflegestützpunkte, Eine neue Form der wohnortbezogenen Beratung und Versorgung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (eds.), Fokus Pflegeversicherung, Nach der Reform ist vor der Reform. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin. 2009.

Rothgang H. Long Term Care Insurance in Germany. The World Bank, Asia and the Pacific Region, Human Development Sector, Working Paper Series. 2005-4: 59-83.

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. ZQP. Berlin. 2016.

www.zqp.de.

(本稿は、「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研究報告書 (国際長寿センター<http://www.ilcjournal.org/study/index.html>)」所収の「ドイツ介護保険改定最新情報」の続編である。ケースマネジメント、予防・リハビリ以外の情報については上記報告書を参照されたい)

平成 28 年度
高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等
についての国際比較調査研究 報告書

平成 29 年 3 月

一般財団法人 長寿社会開発センター
国際長寿センター

〒105-8446 東京都港区西新橋 3-3-1

西新橋 TS ビル

Tel.03-5470-6767 Fax.03-5470-6768

禁無断転載