

オランダインタビュー

2016年8月29日

- ・ライデン市役所 Leiden Gemeente 福祉アドバイザー 2
- ・支えあいマッチング活動 BUUV 代表、プロジェクトマネジャー、福祉法人 Radius ディレクター 10
- ・ライデン地域ビュートゾルフ Buurtzorg 看護師 18

2016年8月30日

- ・アルツハイマーネーデルランド Alzheimer Nederland 地域委員、ボランティア<ケース3質問> 27
- ・国際長寿センターオランダ International Longevity center -the Netherlands 事務局長 33
- ・シェアリング・ミールプロジェクト Tuisafgehaald リーダー、福祉法人 Radius マネジャー 40
- ・ライデン市ソーシャルヴァイクチーム Sociaalwijkteam (ソーシャルネイバーフッドチーム) チームコーチ、福祉法人 Radius ディレクター 49
- ・サービスプロバイダー Pro-Cura ディレクター、理学療法士 <ケース1質問> 55

2016年8月31日

- ・サービスプロバイダー TOPAZ 地域マネジャー、老年学研究者 <ケース2質問> 63
- ・保険会社 Zorg en Zekerheid (Care and Security) ケア担当マネジャー 70

2016年9月1日

- ・ケア・住宅事業者団体 Aedes-Actiz アドバイザー 79
- ・サービスプロバイダー Humanitas Deventer 所長、ケアスーパーバイザー、理学療法士 90
- ・ライデン市役所福祉アドバイザー 96

2016年9月2日

- ・国際長寿センターオランダ 事務局長 99

インタビュアー：

松岡洋子（東京家政大学人文学部准教授）研究主査

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）

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）

文責：

国際長寿センター（日本）

2016年8月29日

ライデン市役所 Leiden Gemeente 福祉アドバイザー

(質問：高齢者の自立をさらに高めるというライデン市の政策について説明をしてほしい。)

・私は、昨年の10月からライデン市で勤務を始めた。ライデンではインクルーシブな政策を実施している。つまり年齢やバックグラウンドにこだわらず参画できるような社会をつくるという政策だ。参加とインクルーシブだ。高齢化への政策としては、できるだけ長く在宅で生活を続けるということだ。もう1つ、認知症も私の担当する政策の範囲内だ。

・オランダ社会は高齢化が進んでいて、ライデン市もそうだ。ライデン市は若い学生の数が非常に多い市だが、それにもかかわらず2020年から2040年の期間に80歳以上の人口が現在の2倍になると予想されている。

・この80歳以上は、非常にケアニーズが高い対象グループなので、国から各市町村にそのケアについてしっかり準備、検討するよう指示が出され、ライデン市もそれを行っている。

・去年の秋に国から特に在宅で長く自立を続けるという政策に関して方針の変更が出された。どういう内容かと言うと、軽度のケアニーズの人々、つまり1週間に11時間以内のケアのニーズ査定を受けた人は、今まではナーシングホームの入所査定を受けることができたが、それを受けることができなくなった、つまり入所できなくなったという変更だ。

・オランダの介護制度では「ケア重度」が1から5まであって最高が5だ。1週間に11時間以内ということは、ケア重度が1から3で、これはニーズが軽度ということになる。

・今までナーシングホームに住んでいても、1から3の軽度の人々は「寄りかかり住宅（リーニングハウス）」で形としては独立して生活するということに変更された。この住宅はナーシングホーム内ではない。その横にあって独立した住宅だ。

・ケア重度1の人は週3時間以内の生活指導が必要な人々で、重度3になると生活指導に加えて家事ヘルプ、在宅看護、パーソナルケアが必要な人々だ。重度5になると、非常に重度のケアが必要な人々になる。

(質問：生活指導の中身はどういうものか。)

・日々の生活をするための指導、サポートだ。例えば加圧ソックスを履く・脱ぐ、それから食事のアレンジなどだ。

(質問：食事は作るのか。)

・宅配の食事をアレンジするヘルプとか人によってはその食事を準備するヘルプなども含む。

(質問：アレンジというのは冷たいもの、例えばサンドイッチを作るとか、あるいは作られている料理を温めるだけで、切って温めて料理をするというものはないと理解していいか。)

・WMO、つまり市役所の生活支援では、せいぜい簡単な作られた調理を温めるぐらいだ。

・以前は、在宅介護の組織の訪問介護士、看護師に15分間が加圧ソックスを履く時間、15分間がちょっとした家事のヘルプをする時間など業務を何分でやるというように決められていた。現在はそうではなく、介護重度によって、たとえば1日30分間クライアントが必要なことをするようになった。

・後ほど、ビューフ BUUV という組織を紹介する。これは、近所の人が高齢者の家に行って、そこで料理をして食べてもらうことなどによって近所同士のコンタクトも強化するというプロジェクトだ。その場合は本人の家で調理をするということもある。

・このプロジェクトは、市役所も協力している。この近所同士のサポート、互いの助け合いをするプラットフォームをつくったのが BUUV.NL だ。これは、サポートしたい誰かがそこに申し込めばそれがアップされるし、何かをしてほしい人もそこに申し込めばそれをマッチングしてくれるプラットフォームだ。

・それから、Radius が進めている Thuisafagehaald（直訳：ホームテイクアウェイ）というプロジェクトがある。これは近所の人々が作った食事を持ち帰るとか、場合によってその近所で作ってくれる人のところに行ってその食卓で家族の一員として一緒に食べるという形だ。

・この、できるだけ長く在宅生活を続けるという政策は、介護費の節約になりそのほうが国の介護制度にとっては安いということが1つだ。もう1つ、本人にとっても、自分が住み慣れた環境、自分の社会的ネットワークがある近所で生活し続けるということが本人にとってもクオリティ・オブ・ライフがよいということがある。この両面を見ている政策だ。

（質問：そのプロジェクトは WMO のもとでやっているのか。市から予算は出すか。）

・BUUV は WMO の予算から一部出ている、Radius の予算からも支出されている。BUUV の代表のボランティアの人が、近所でいろいろ話しをしてみると、近所の高齢者に料理を作りたいという人もいれば、誰か作ってくれたらいいのにといい人もいた。それで最初は小さな近所の集まりだったが、もっと大がかりにすればもっとよい町ができるだろうということで Radius に話をもち掛けた。

・まずウェブサイトの会社と契約するのでお金がかかる。このウェブサイト構築のための予算を市と Radius が出した。そのあとのオペレーションは全部 Radius がやっていて、Radius 自身は市から補助金を受けている。

（質問：どのような形で補助金が決められるのか。）

・市には、さまざまなこの地域でのイニシアティブの予算獲得のための申し込み窓口がある。それで、市に申し込むと、実際にこの地域の質向上に役立つのかどうか、ケアに役立つのかどうかを判定して、契約の形で合意に達して予算は出される。その契約内容はその評価に応じて変わる。そして1年終わったあとで、実際に本来の目標が達成されたのかを判定される。

（質問：判定するのは市の職員か。外部委員会か。）

・こちらの担当の部局にまず新しいプロジェクトの補助金申請が来て、市の職員が市の執行部である市長と副市長たちで構成している長老会にあげる。最終的には市の執行部が決定して予算が出される。額が多い場合には市議会にかけなければならない場合もある。そして、プロジェクトの業務の内容について、これは少なくしてここは多くしてほしいというようなことは市の職員がするが、大きな決定は市の執行部、市長と副市長の長老会が行う。

（質問：虚弱化してきた人に体を動かすとか、ジムのトレーニングを推奨することはあるか。）

・今の BUUV は主に食事が中心だが、WMO の管轄範囲は非常に広いので、例えば体の調子が悪いとか、あちらこちらが痛いという人には理学療法士が担当することもある。今まで以上に理学療法士と家庭医との連携を強めている。ソーシャルヴァイクチーム（ソーシャルネイバーフッドチーム）が間に入って、理学療法士のところでトレーニング、エクササイズ、運動をするということに家庭医が関わっていく形だ。

（質問：生活上の実際上の困ったことがある場合に作業療法士が入るということはないのか。つまり具体的な生活シーンに応じて機能を回復させるという考えはないか。）

・クライアントの立場から言うと、ライデンには8つのソーシャルヴァイクチームがあって、そこが窓口になる。そこで、例えば孤独化しているとか、このことをしたいができないというようなニーズがあげられてくると、このソーシャルヴァイクチームはまずマントルケア、インフォーマルケアがどのくらいあるか、そこを活用できないかというようなことを見ていく。そして、メディカルな、身体的な問題である場合には、ホームドクターの指示書に基づいて作業療法士を活用するという流れになる。つまり、作業療法士の場合には医療的な理由が必要だ。

(質問：デンマークでは、もちろん医師からの紹介というルートもあるが、ナースと作業療法士の判断で日常生活機能を回復するということもやっている。そのようなことはないか。)

・ナースから直接理学療法士や作業療法士を紹介することもある。もし、ナースがもっと確認したいときには家庭医とか担当医と相談するという形だ。

・市としてはできるだけ直接的な関係をつくって二重にならないように奨励している。

(質問：ソーシャルヴァイクチームが作業療法士と家庭医の連携を促すという話だった。それはあくまでWMOのもとでの流れか。あるいは予防的なものであると理解していいか。)

・昨年2015年に、福祉の介護の部分が国から各市町村に責任が移行された。それをどうやって行うかということで、多くの市町村がソーシャルヴァイクチームを設立した。市民1人1人がその地域を担当しているソーシャルヴァイクチームにまず連絡する。高齢者にかかわらず、青年でも、障害者でも誰でもよい。このソーシャルヴァイクチームは、ニーズに応じて、歩くグループがあるのでそこに参加したらどうかとすすめたり、本当に医療的なニーズがある場合には家庭医に連絡したりする。ニーズでも例えば、あちらが痛い、こちらが痛いぐらいであれば、理学療法士を直接紹介するような形の役割をする。もし医療的な内容が複雑な場合には必ずドクターを入れる。そういう形になっている。

(質問：2015年に国から市町村に移管された領域はどのようなものか。)

・3点だ。まず青少年保護法(ユースロー)の責任を市町村が持つようになった。それから参画法(パーティシペーションロー)、そしてWMOだ。

・以前は査定委員会というのがあって、クライアント1人1人を査定して必要なものを提供するようにはしていたが、2015年からは多くの市町村でソーシャルヴァイクチームという窓口的な組織をつくって、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した。そのほうがより安くなるという形をつくった。だから、査定組織を通じると、例えば、すぐにケアプロバイダーに行っていたのが、ソーシャルヴァイクチームを通じると、例えばお散歩クラブがあるのでそちらを紹介するというようになった。

(質問：老化により、筋力が低下していくとか、栄養が不足していくとか、病気ではないが衰えていくと思う。そのときの支援がばらばらではいけない。トータルで、最初は家事の支援も入るし、リハビリも入るが、リハビリの効果が出来たらだんだん家事の支援を減らしていくとか、使うサービスもインフォーマルもフォーマルも組み合わせることになると思う。そのトータルの管理をしているのは誰なのか。ソーシャルヴァイクチームにはどのような職種の人が出て、どれぐらいの間隔で計画を見直したりしているのか。)

・ソーシャルヴァイクチームスタッフの給料は市が予算を出している。しかし働いている人々はそれぞれの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、市の職員ではない。

・例えば高齢者アドバイス組織には高齢者住宅専門の人がいるので、必要に応じてそのような人の意見を入れていく。だから、市の職員ではないが給料は市が払っている。

(質問：専従か兼任か。)

・最初は市がイニシアティブをとってソーシャルヴァイクチームを構築していった。まず市がチームコーチという役職の人を選択して指名し、それから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人々を集めてきてチームを形成した。これが始まったのがライデンの場合 2014 年で、チームの構成が今でも続いている。現在、市ではこのソーシャルヴァイクチームの連盟のような組織をつくって、もう市が関与しないで自分たちでソーシャルヴァイクチームコーポレーションという形になってほしいと思っている。そして新しいチームコーチが必要な場合はチームコーチを選択してほしい。今組織の独立化を進めている。

(質問：ソーシャルヴァイクチームのメンバーやチームコーチに資格要件はあるか。)

・ソーシャルヴァイクチームのメンバーの姿勢は、こちらから考え方を出しているが、T 形の考え方をしなければならない。つまり自分の専門的な分野だけではなく、全体像を見られる姿勢を持っていかなければならない。例えば、高齢者アドバイザーである専門家は高齢者が中心だが高齢者のまわりには家族もいる。家族によっては過去に依存症の問題を抱えていた家族がいる場合もある。あるいは借金の問題があって、清算中で借金清算制度の補助を受けていることもある。誰がどのようなサービスを使っているのか、なぜ家事サポートを受けているのかなど、さまざまな視点から見るような姿勢が必要だと前面に出している。

(質問：すると、例えばナースであるとか、医師であるとか、福祉の資格を持っているというような公的資格の所持は要件ではないのか。)

・まず学士資格が必要だ。例えばソーシャルワーカーの資格とか、心理学、青少年ケアとかの福祉介護関係の学士資格が最低限要求される。

(質問：ソーシャルヴァイクチームは、例えば理学療法士と医療、地域との連携を支えていくためのものだという説明があった。年をとってちょっと足がつかないときにソーシャルヴァイクチームに相談をして、ある活動を紹介してもらうこともあるということだった。そのあとに例えば転倒をして医療が必要になったときは家庭医にかかると思う。さらにそのあとにそれが治ってきたときには、また同じソーシャルヴァイクチームの人が家庭医から連絡を受けてコーディネーションをしていくのか。それともまた本人があらためてもう一度ソーシャルヴァイクチームにアクセスするまではチームとしては特に何もしないのか。つまりソーシャルヴァイクチームは申請があったら行くという形なのかトータルにずっと見ていくのか。)

・市民の中でケアを受ける必要がある人がいたら、ソーシャルヴァイクチームは訪問する。特に認知症の人はだんだん重度になるので、そういう人には必要に応じて介護提供組織に連絡して、ケースマネジャーをつけてもらうように依頼する。それで、ソーシャルヴァイクチームではなく、その介護提供組織のケースマネジャーがたとえば週に 1 回訪問して様子を見るという形になる。

・ただ、ソーシャルヴァイクチームが理学療法士とか作業療法士に指示書を出して紹介したあとに、問題が少なくインフォーマルケアがしっかりしている場合には一度離れる。

・その人がまた転倒や、何か状況が変わった場合には本人か担当の家庭医からソーシャル

アイコンチームに連絡がくることもある。

(質問：するとソーシャルヴァイクチームは、要は医療とか介護を専門とするケースマネジャーがつく前の段階で、いわゆる医療や介護が明確に必要とする前のケースマネジャーのような形で地域の活動に主につないでいく役割を果たしている人々だと理解していいか。)

・そのとおりだ。それだけではなく、ケアマネジャー的なこともする。チームはしっかりクライアントとケアマネジャー的にケアプランを作って、保険から予算が下りるかどうか確認するところまでする。それから今のようなゲートキーパー的な仕事もする。

(質問：WMO で各市町村にソーシャルヴァイクチームをつくる義務づけをしたのか。)

・ソーシャルヴァイクチームは多くの市町村が使っているが、WMO とか法律で規定されているわけではない。WMO の業務を施行するために各市町村でつくり上げられた解決策だ。
・名前も、ソーシャルヴァイクチームとは呼んでいない市町村も多くあるし、まったく別の形で福祉支援をしている市町村もある。

(質問：老化で、筋力低下とか栄養不足とかの問題が出るはずだ。そういうときは日本ではむしろ初期こそ自立支援の余地が大きいので、例えば家事の仕方とか住宅改修とか福祉用具を選ぶとか、専門家の目が求められている。)

・決してその考え方と矛盾するものではない。もちろん医療的な専門家の、例えば作業療法士や理学療法士が必要であれば初期の人でもソーシャルヴァイクチームが紹介する。そして、さらに加えて地域の状況をよく知っているので、本人が参加できる体操クラブや、散歩クラブがあればそれも活用すればよいわけだ。地域で起きている、地域で使うことができるものをできるだけ活用するようにサポートするというので、初期の医療をブロックするというわけではない。

(質問：近所の人調理の手伝いしていると聞いた。やり過ぎてその人の能力が落ちるといふことはないか。)

・そのような心配があるので、ソーシャルヴァイクチームも含めてすべてのケア提供者は現在、本人ができることは手伝わない、助けないというようにしている。本人が料理できるのだったら作ってもらえばよい。今までの、給料をもらって行っているのを全部してあげるといふ姿勢のケアプロバイダー提供者から、そうではなく本人ができないことだけを手伝うという姿勢になることによって、そのような心配を避けるようにしている。

(質問：市民の意識はどうか。世話をしてほしいという意識もあると思う。合意形成のために説明して納得をもらうのに難しいケースはないか。)

・オランダ人も、特に高齢者であればあるほど人の世話になりたくないというメンタリティーがある。私自身はそういう考えはなく利用できる。だから高齢者と、若いほうの高齢者の世代とは考え方が違う。ただ、担当のケア提供者やアイコンチームが行って一緒に話しながら制度を使うように勧めるとか、近所の料理を利用している人が一緒に来て作ってもらうことを勧めるようにして最初の敷居を乗り越えれば喜んで使う人が多い。

(質問：ADL、IADL のアセスメントはどうするか。)

・今までの ADL の査定と保険によるサービスの提供は今でも行われている。査定委員会に申し込んで認定を受ければ、この ADL の場合は週に何時間サポートを受けることができる

か判定するという事になっている。その制度自体は変わらないが、査定委員会の代わりにこのソーシャルヴァイクチームが査定を行って保険の金額を活用している。ソーシャルヴァイクチームは自分の担当の地域を見ていくわけだから、その地域には孤立化の問題が持っている人が多いので市としてなんとかするよという話をしていくことができる。それがソーシャルヴァイクチームの強みだと思う。

(質問: 2015年になったときに家事支援のための政府からのお金を減らされたと思う。それで、自治体でやってかなければいけないということで、以前はWMOの評価も評価機関に委託してケアの内容決めていたが、今はそれを社会資源をよく知っている地域に取り戻して、お金も減らせるし高齢者がその生活環境の中でより自立をキープできるという形に変わったという理解でいいか。2014年から2015年にかけて家事支援予算は4割カットと聞いている。)

・そうだ。予算が非常に大幅に削減されたために、その中で地元の高齢者同士で何ができるとかということもよく見ていくという意味でも、ソーシャルヴァイクチームは機能している。

・例えば、ある家事ヘルプを受けているおばあさんとその娘の所にソーシャルヴァイクチームの人が訪ねてきて、市としては家事支援の予算を国から大幅に削減されたのでヘルプの時間を減らせないかという話を持ち掛けた。そのおばあさんは、自分は足が悪いから自分ではできない、娘もこういう理由でできないと言ったら、結局はソーシャルヴァイクチームが、では今までと同じ時間にしましょうとなったそうだ。そういう場合もある。

・この場合は、支援の時間を減らされないで済んだが、多くの人々は家事支援の時間を減少されている。例えば人によっては、棚のほこりを取る仕事を家事支援のヘルパーにやってもらっていたが、本人が少し作業療法士の訓練を受けて自分でできるということで、ほこりを取る仕事は本人がするようにして家事支援の時間を減らしたという話もある。

・地方自治体の立場からすると、地方分権化をすることによってこのような責任が国から地方にきたことは決して悪いことではないと思うし歓迎することでもある。新しく地元で組織を作っていけるし、地域内のケアの連携をよりよくすることによってコストの効率化もできることはたしかだ。一方、予算全体を国がカットしてきたということは納得できない。新しい組織構築のための予算を最初は出して、それを構築したうえで少しずつ予算カットするというならよいと思うが、そうではなく、この行政業務を地方に移管して、その直後に予算をカットするという国の姿勢は、地方自治体としては納得できないというのが正直なところだ。

(質問: 先ほどの、家事ができない人に作業療法士がトレーニングしたというのは大事な取り組みだと思う。その作業療法士はどこから来ているのか。)

・ソーシャルヴァイクチームには市が作った作業療法士、理学療法士を含めたケア提供者の全部のリストがある。これは保険で認定されたケア提供者のリストだ。そのリストの中から選ぶのはクライアントだ。クライアントが口コミで選ぶ、あるいはそれから家族が選ぶことが多い。

(質問: 確認だがソーシャルヴァイクチームと各ケアプロバイダーは完全に分かれているか。)

・別の組織だ。

(質問: Radiusから出ているチーム員はRadiusのサービスをすすめるということはないか。)

・それが起こってはいけない。ソーシャルヴァイクチームでは、自分の出身組織の競合相手もここにあってこういうメリットがある、ここはこれが強いということを公平に説明しなけ

ればならない。

(質問：チームは何人で構成されるか。)

- ・通常、1つのソーシャルヴァイクチームには10人で形成されている。

(質問：1ケースごとにみんなで相談するか。それとも構成員1人で判断するか。)

・簡単な場合はそのチームメンバーが担当したクライアントの問題を自分で解決するが、複雑な場合はチームと相談する。さらに本当に複雑な場合はチーム全体の10人のミーティングで相談してそのケースを判定するか、あるいは解決策を探す。さらに難しい場合は、チームコーチが他の組織の専門家にアドバイスを依頼する。

(質問：チームコーチはリーダーか。)

- ・そうだ。

(質問：このチームをどのようにバックアップしているか。例えば研修の機会を市が提供するとか、チームの質のコントロールを市が今後どのようにしようとしているか。)

・ソーシャルヴァイクチーム担当の市のプロジェクトマネージャーがいて、定期的にソーシャルヴァイクチーム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。またソーシャルヴァイクチームからあがってきた地元に近いさまざまな課題などもその場を通して市にあげてもらおう。そういうソーシャルヴァイクチームのコーディネーターあるいはこの市の管轄の担当者が1人いる。この形でソーシャルヴァイクチームをやっている。

(質問：健康でいる期間を長くすれば市の財政負担は減るはずだ。予防のためにソーシャルヴァイクチームはどのように機能しているか。今までの仕組みが変わったところがあるのか。)

・例えばある地域では、ソーシャルヴァイクチームが地域の福祉関係の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学生たちにしてもらって、高齢者住宅の人々にどのようなニーズがあるかというような情報収集をしている。そしてまたBUUVのようなプロジェクトが活用できると紹介もしている。

(質問：つまり高齢者の実態把握ということか。その実態把握をすると、栄養の問題、筋力の問題、認知症の問題が出てくると思う。)

・そうだ。それに応じてカフェのクラブをつくるというアイデアもあった。
・それぞれ個々人にケアのニーズがある。それも見ると同時にソーシャルヴァイクチームのような地域全体を近くで見るチームがあれば、その地域で例えば多くの人が孤立しているとなれば、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。

(質問：ソーシャルヴァイクチームの利用者の数はどのくらいか。それからもう1つ、このソーシャルヴァイクチームでケアをする領域だが、パーソナルケアのトイレ介助であるとかシャワーであるとかは含まれるか。)

・パーソナルケアはケアをしない。紹介するだけだ。数はチームに直接聞いていただきたい。市としては、実際に何が問題なのかを把握することが重要だということで、「高齢者のための高齢者」(エルダリー・フォー・エルダリー)というボランティア組織のイニシアティブの調査に市が協力して、65歳以上の1882人にアンケート調査をした。そのうち55%が回答した。その結果から、高齢者は何を求めているのかを今週プレゼンする機会がある。

(質問：ご自身はどういうバックグラウンドか。)

・最初は学士資格の児童専門のソーシャルワーカーとして仕事をして、さらに社会民俗学を学んだ。次に、このオランダ市町村連盟の実習生になってライデン市で働いた。これが昨年の10月1日から3月末日までで、4月1日から正式雇用になった。

(質問：専門家として雇われているわけで、他の業務に今後就くということはないのか。)

・場合によって、市役所内の違う部門で空いているポストがあった場合には、そこに申し込んで新しい職場に就くこともできるが、それはあまり多くない。

・こちらでは人事異動があるのではなく空いたポストがあればそこに申し込んで選ばれるという形だ。社会福祉部にいた人がつい最近都市計画住宅部に行った。可能は可能だが少ない。

・たまには異動することはよいと思う。その都市計画住宅部に行った人は社会福祉の仕事をしていたのでその視点から見ることができる。私も社会福祉の専門家だが都市計画のところも実習生として見たので非常に役に立つと思う。

・オランダはこのように国や市町村の職員が専門知識で雇用されたいその部門にいるので何か新しいことがしにくいし違う視点が見えないということが欠点だと思う。そういう課題があったのでオランダ市町村連盟では、実習生制度をつくって実際にどこかで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つくっていかうとしている。

支えあいマッチング活動代表、プロジェクトマネジャー、福祉法人 **Radius** ディレクター

(市役所から紹介：BUUV 代表は、新世代のアクティブな高齢者の典型的な方で、シンボリックな方だ。BUUV について話をする。そのあとプロジェクトマネジャーから、インターネット上の活動について話す。)

<BUUV 代表>

- ・地域では会うことが大切だ。会わないと何が起きているかわからない。そして、プロのヘルプも重要だが、地元の地域の近所同士でお互いにできることが多くあると思う。
- ・例えば「元気ですか。調子はどうですか」という質問から始めて、バケーションで留守のときには猫の世話をしましょうかというような質問なども含めてだ。
- ・私は、近所の 3 人の友達と 4 人でゼロから始めた。4 人でこの自分の地域を全部戸別訪問しよう決めて、小さなパンフレットを作った。この 4 人のイニシアティブで戸別訪問に回りますから、もしよかったら教えてくださいというパンフレットだ。そして 4 人で回った。
- ・聞いたことは何かというと「何かできることしたいことはありますか。それから何をしてほしいですか」という 2 つの質問だ。この 4 人から始まって、合計 10 人が参加してくれて 10 人で 1000 人ぐらいを訪問した。
- ・これは大変な仕事だが 1 回はやってみたいと思ったのでやった。そのときに、**buuv.nl** も紹介した。提供できる人ともraitたい人のマッチングをしていくという話をした。

<プロジェクトマネジャー>

- ・この **buuv.nl** というサイトを作ったのはわたしだ。わたしがこのようにして自ら近所の人と始めたプロジェクトについてライデン市に話をすると、他にも似たようなイニシアティブが始まっているということだった。それで、もっと大きくやっっていこうと考えた。今までオランダでは過去数十年、ケア提供、福祉介護の形が変わってきて、施設に入るのではなく在宅でより長く生活しながらケアを受けていくという形に移行してきたし、これからもさらに移行する。だから、わたしのようなイニシアティブを市がサポートする。
- ・BUUV のアイデアは、ライデンではなくハーレム市で始まった。これはハーレム市自体の部局が 5 年前に始めた。
- ・これは、ご近所同士のヘルプのマーケットプレースのような場所だ。基本的には、私はこれが必要だ、私はあれができるというヘルプの仲介掲示板だ。
- ・カードを作っていて、ニーズがあると書く欄と、提供できると書く欄がある。最初はインターネットでなくカードを作った。自分で書いて例えば公民館とか、人が集まるところに貼った。最初は物理的な掲示板だったが、それと同じことをインターネットサイトに作った。
- ・そして画面を見て、これができるというときは、担当者に連絡して自分でできることをする。シンプルなところが力だと思う。ライデンの地図が載っていて地域を選べる。
- ・最初は本人登録が必要だ。やはり安全性確保のために無記名はだめで実名だ。
- ・たとえば、子どものオランダ語が遅れているから近所でオランダ語を教えてほしいというニーズが書いてある。庭仕事で、雑草を取ってほしいと書いてある。
- ・また、何かしてあげましょうという人もいる。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。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ませんかと書いてある。

(質問：登録はどうするか。)

- ・名前を書いて、E メールアドレスと住所を入れる。それで、本人と確認するために E メール

ルが本人にきて、そのメールをクリックすればできる。

・私たちのイニシアティブはこういうサイトを求めている。このサイトの長所は、まず1つが地域をかなり細かく選択できることだ。もう1つは広告を載せていないことだ。これは重要な条件だ。もう1つは、プロのケア組織はここに出てほしくないということも条件だ。

・それぞれの連絡はウェブサイトを通じてする。自分の出したものに対してリアクションがあると、このウェブサイトのほうから本人の方に、こういう人がこういうメールを出してきましたよという連絡をする。そのあとで、このヘルプを受けるか受けないかを自分で決めることができる。そのEメールをもらった人がそのヘルプを受けると決めると、そのときに初めてお互いのEメールや電話番号などが紹介、開示される。

・だからこのサイトを通じて連絡がくるということは安心感がある。自分がオーケーと言わないと、連絡先は相手に出ないというのが好評だ。

・BUUVのシステムはハーレム市が始めた。ところがハーレム市に財政的な問題が起こった。このウェブサイトの開発、構築コストが非常に高い。それで、ハーレム市はこのライセンスを他の市町村に売ってコストを回収している。

・ライデン市のBUUVではウェブサイトのシステムを探していた。いろいろな組織がこういうシステムを作っていたのでいくつかの選択肢があった。市役所から、予算を出すから選んでいいということだったので、わたしたちのグループがBUUVを選んだ。年間のライセンスフィーは市役所が払っている。私(プロジェクトマネジャー)はライデン市から依頼されて外注の形でライデン市のBUUVの主にプロモーションを仕事としている。

・ライデン市の中でも、ライデン地区にはこのBUUVというサイト、それから別の地区には別のサイトがある。オランダ全国でこのような近所ヘルプのマーケットプレース的なサイトが4つか5つある。5年のうちに淘汰されて誰が勝つか決まるだろう。

(質問:では、今はまだ始まったばかりでいろいろなサイトが立ち上がっている段階で、今から集約されていく時期か。)

<BUUV代表>

・私は市から外注されたBUUVのプロジェクトリーダーだ。プロジェクトマネジャーはBUUVの人ではない。もちろん他のサイトもいろいろ見ている。担当しているからというわけではなく、BUUVは勝ち残る可能性が大きいと思う。なぜかというと、単純だからだ。

・他のサイトは、もっと素敵にしているいろいろな機能を入れたいとなって非常に複雑だ。

(質問:プロジェクトマネジャーはシステムの管理とかプロモーションが仕事か。)

<プロジェクトマネジャー>

・具体的には、福祉組織に勤務をしていてその福祉組織からの注文でBUUVプロジェクトを担当している。その予算の出所は市だ。

(質問:高齢者はインターネットを使いこなしているのか。)

<プロジェクトマネジャー>

・母は73歳でこれを使っているが、Eメールはめんどろで難しいと言うので、自分がコンタクトパーソンになっている。自分がその地域に住んでいなくても、例えば遠い町や外国にいても、ここに住んでいる父母のコンタクトパーソンになって「こういう連絡がきたよ」と父母に電話をする。そういう形でも使われている。

<BUUV代表>

・私は 77 歳でコンピュータは大嫌いだ。E メールより電話といつも思ってきた。でも、今ボランティア活動のイニシアティブをとっているので E メールをしないと不便だ。そういうときには、近所のボランティアの人に電話すればいつも E メールをセットアップしてくれるようになっている。そのようにして使っている。

(質問：この BUUV への書き込みは 1 日に何件ぐらいか。)

・ハーレムでは、最初の年は月に 1 つ、2 つだったが、現在は年間 1 万件のマッチだ。だからライデンでも必ずそこまでいくと確信している。

(質問：ハーレムはどのくらいの人口か。)

- ・13 万人ぐらいだ。ライデン市は 11 万 5 千～6 千人だ。
- ・ハーレムでは、いろいろなことをしますという人の方が多い。
- ・1 万件がマッチングされるから 2 万人というわけではない。1 度に何人かが使っていることがある。1 つの件で 10 人の人が取りに来たら 10 マッチングだ。
- ・土をあげますと広告を出した人が、山のようにあった土を取りに来てくれてよかったと思ったら、ついでに子どもの古着を誰かに取りに来てもらうとか、子どものおもちゃが余ったから出してみようというようにしてどんどん載せる。
- ・これで味をしめると、コンピュータを手伝ってくれる人探すというように自分が頼む人だったが、同時に自分は誰かの猫に餌をあげたい、買い物をしてあげるというようになっていく。だから 1 人がするとされるの双方に出すことが多くなる。
- ・いろいろなイニシアティブがある。ウフストヘーストというライデンのそばの町では、ボランティアでインターネットに詳しい人がシステムを構築してメンテナンスも行っている。だからお金をかけずに同じようなことをやっているサイトがある。
- ・ただオランダ全国を見ると、プロが作って有給でサイトのメンテナンスをして、ライセンスフィーを払っているサイトのほうがやはり生き残ってより多く使われ、成功している。このサイトの場合、ライセンス料は市民 1 人当たり 1 年 50 セントだがメリットは大きい。
- ・もう 1 つ課題がある。「デジタルシャイネス」という言葉を使っている。これは高齢でコンピュータとかインターネットが苦手な人、それから新しいオランダ人つまり移民してきたばかりでオランダ語ができない人、経済的にコンピュータを買って持つことができない人、それから自分の問題を外に公表するのはいやだという人、そういう人の場合をデジタルシャイネスと呼んでいる。そういうグループがあるという事実がある。
- ・このようなデジタルシャイネスによって、ニーズがある人でも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。そして、何かを人のためにしたいという人の方が多過ぎてマッチングが難しい。

(質問：普通は欲しいという人のほうが多くなるものではないのか。)

・たしかに、無料でもらいたい人が多いという思い込みがオランダ人にも日本人にもあるかもしれない。しかしより深く調べてみると絶対に逆なはずだ。何かしたいという人の方が多い。オランダでは何かしたいという人が 3 倍ぐらい多い。

<Radius ディレクター>

・日本でも何かをしたいという人の方が絶対に多いと思う。私は日本人と会ってそう思った。東京に行ったときに道に迷って、間違ったビルの 3 階まで上がって違う住所のベルを押してしまった。すると、出てきた女の人がスリッパのままビルの階段を下りて道に出て、次の

次の道路の正しい住所まで連れて行ってくれた。日本の場合、何かしたいけれどもそれをできるゲートが開いていないということではないかと思う。

<BUUV 代表>

・何かしてあげたいという人は自分の余った時間で自分の気分です。だからたとえば猫の世話でも、この日はだめ、今日は忙しいからだめということも言える。しかし、こちらの助けをしてくださいとなるとちょっと心が痛くなる。断られるのがいやだから載せにくい。何かしたい人の方は断っても心理的に傷つかないので3倍多いのではないかな。

<Radius ディレクター>

・このようなデジタルによるサポートの提供と地元の福祉介護支援提供組織と両方あることがゴールデンコンビネーションだと思う。福祉介護提供組織の **Libertus** が **buuv.nl** のプロジェクトマネージャーを雇用してそれを大々的に進めている。それから、**Radius** はコンタクトポイントを設定して、ボランティアの電話番号を置いて電話を受けている。インターネットも重要だし、電話での直接人と人の関係も大切だ。

・BUUV 代表のグループはイニシアティブを始めたが、予算的に個人だけではできないので、**Radius** としては BUUV 代表の始めたプロジェクトを財政的にサポートすることにしている。

(質問：そのお金は市から **Radius** に住民支援の資金として出るのか。)

<BUUV 代表>

・市にこのような地元の住民イニシアティブへの予算があるので、市に申し込んで予算の獲得をした。でも個人の銀行口座にお金が入るのはいやだったので **Radius** に頼んで **Radius** の口座に入れて **Radius** が払うというようにしてもらった。

・ここでは自分たちで多くをしてきたので補助金は多く受けていないが、地域によっては多くの補助金を受けて同じようなイニシアティブをやっているグループもある。

(質問：日本では申請をするのに書類をたくさん作らないといけない。)

・普通は、プロの組織が市の補助金を依頼するときはやはり要件がたくさんあって大変だ。しかしライデン市は市民のイニシアティブを支援する予算をつくったので非常に簡単に申請をすることができた。個人的な銀行口座に補助金を入れてもいいとまで言ってきた。

・私は、お金の計算をしたくないし近所のためにボランティアとして仕事をしたいからそういうことはできるだけ少なくしてくれと言った。そのときに市は、お金は **Radius** のような福祉介護提供組織に入れることにした。非常に少額で 5000 ユーロぐらいだ。

(質問：それは少額ではない。)

・**Radius** から見ると少額だ。

(質問：サイトでは地域を選択できるということだった。どのくらいの規模の地域か。)

・1 地区は 2000 人から 8000 人ぐらいの町だ。

・ハーレムではすでに発達しているが、ヘルプを提供する場を自分の住んでいるところ以外を選ぶという人がわりに多い。自分の近所から離れて知らない人のところに行く。

(質問：車で行くこともあると思うがガソリン代は払うか。)

・車で行く人もいるし、自転車で行く人もいる。無償と言ったが、必要経費はお互いに合意して決めることができる。例えば交通費とか、病院に同行するときにかかるガソリン代とか、庭仕事するために道具を新しく買わなければいけないときの道具代とかだ。

(質問：今 buuv.nl を見ると食事のところは 5 ユーロと書いてある。これは材料費か。)

- ・それはルール違反だ。金額を出したらだめだ。
- ・やはりサイトをメンテナンスする人が絶対必要だ。でないとだんだん汚染されていく。誰か専門に監視する人が必要だ。
- ・このサイトの監視はどうしているかという、ユーザーの方からメールがくる。これは間違っていると。これが 1 つだ。つまりユーザーに監視してもらおう。

(質問：トラブルはなかったか。また解決策は。)

- ・プロの組織が商業的にここに個人の名前を利用して載せることがある。その監視を続けている。それから、掲示板があると言ったが、そこにもボランティアのマネジャーがいて、実際に地元の人なのかどうかというのを監視している。だから、登録してもらうことは重要だ。そうすると、住所と電話がわかる。

(質問：Radius の活動全般について聞きたい。)

<Radius ディレクター>

- ・Radius はライデン市にある福祉組織の 1 つで、他の地域のウフストヘーストとかフォールスホテンとか、ズーテルバウデというところなど周辺の地区も担当している。
- ・職員数 70 人、ボランティアの数 700 人、クライアント 7000 人だ。アラームサービス（首のまわりにつけるアラームボタンを持って行ってその説明する）のクライアントは 1500 人いる。さらに 400 人が食事宅配サービスを受けていて、1000 人が体操などの運動サービスを活用している。
- ・それから、ミニバスを何台か持っていて、その運転手はみなボランティアだ。またアラームの配達、食事の配達、それから小さな大工修理サービスもやっている。それから何か所か高齢者センターを持っている。そしてそこにコンタクト受付部門があってここが buuv.nl をサポートして電話窓口もしている。それから、クライアントアドバイsteam というのがあって、そのチームがソーシャルヴァイクチームに参加している。そして、今まで AWBZ（オランダ特別医療保険）の中に入っていて 2015 年 1 月 1 日から市町村に移行したデイケアサービスもしている。また、福祉ビジットもしている。

(質問：支え合うのはいいことだが、質が落ちるとか、使いたいときに使えないという考え方もある。どのようないいことがあると市民に説明しているか。)

- ・1000 人ぐらいの話を聞いてみると、一番困っているのはちょっとした手助けだ。プロの手助けではなくてちょっと椅子を移動するとかの手が必要だ。だから、人々が本当に欲しいと言ってきたのは、ちょっとした大工仕事とか、オランダでは手仕事と呼んでいるが、そういう手伝いだ。例えば、猫に餌を 1 日 1 回与えに行くのはプロの必要はないし、クオリティは必要ない。プロのスタッフは人と人とのつき合い方の姿勢も訓練されているので安全だとよくいわれる。でも、社会というのは人と人なので、危険がない社会はない。それは普通のことだ。だから、受ける側の人でも自分で考えて、この人はいやだ、この人はいいとか、少々人とぶつかり合ってもそれは人生で当然のことだ。自分で考えて自分で処理すればいいわけで、プロの人に私たちのために考えていただかなくてもいい。
- ・ただ問題は、せっかくこれをしたと出したのに、誰からもお願いしますと来ないともう二度と出したくないと思う。それがちょっと問題だ。

(質問:例えば掃除とか洗濯のようなものは継続的なものだ。それはボランティアがやるべきものか、プロがやるべきなのか。)

・例えば脚を骨折したので2ヵ月だけ週に1回来てやって欲しいというときは、BUUVも誰かを探してきてサポートするが、継続的に毎週、何ヵ月、何年も来てほしいというときは、ソーシャルヴァイクチームに行き、プロの家事ヘルプの査定を受けてくださいと言う。

(質問:初めにやる時にはこれが継続的かどうか分からない場合もあるのではないか。)

・本人達が自分でイエスかノーか言えると信じている。骨を骨折した人のところに掃除に2ヵ月だけリハビリのときに来てあげるという場合、お互いに仲よくなって、ずっと毎週来てくれない?って言われたとする。そういう時はいいと言うかもしれないし、いやなら自分でノーと言えると私は思っている。こちらが代わりにノーと言ってあげるということは必要ない。一応、こちらの buuv.nl を使っている私の組織では、継続的にはしないと決まっている。でも、お互いに気が合ったから続けるのは自由だ。

・そういうルールをあまりつくらずに、本人達が自分でイエスもノーも言いたいことは言えると信じている。自分で、もう来たくないとか、こんなに続くのだったら少し交通費を出してほしいとか、有給にしてほしいとかは自分で言えばいいと思う。ただ、言いにくい場合もあるので、そういうときはこちらの BUUV に連絡してもらえれば仲介する。

(質問:なぜ人を助けたいと思うのだろうか。人の役に立てるとうれしいということもあり、社会の負担が減るからという説明もあり、また助けることによって高齢者が活動的になるので介護予防になるという説明もある。オランダではどのような説明がされているか。)

・私の住んでいる地域では、やりたいという人がたくさんいて、してほしいという人を探すのが難しかった。してほしいと言っても、誰もやってくれなかったら傷つく。お願いしても今日は忙しいからノーと言われると傷つくということがあった。だから、イエスもあるしノーもあるだろう、だめでもともとだと考えるメンタリティーを整えていくのに苦労した。

・大したものではないが、私の哲学は、ご近所同士でよい隣人になりましょう、なりたくない人はならなくてもいいという哲学だ。

・プロモーションのための言葉というよりも、Radius とか Libertus でボランティアをしている人になぜしているのですかと聞くと、ボランティアが楽しい、新しい経験ができる、新しい人に会える、新しい友達ができ、自分も孤立感がなくなったという答えが出てくる。

・だから、ボランティアをする場合には自分がやって楽しいことをすべきだ。そうではないものをしてはいけない。楽しいならやる。楽しくないことはしない。これが非常に重要だ。

・孤立感があって寂しい人は、孤立しているから話し相手に来てくださいというと、寂しいかわいそうな人のようでいやではないか。その代わりに、話し相手になりたいといえればいい。自分の孤立感がなくなるし、そのように書き換えれば別にかわいそうな人ではない。そのようにアドバイスをする。例えば、孤立していて、友達が誰もいない人で庭仕事が好きだったら、どこかで庭仕事をしますよと出かけて行くとコーヒーも出てくるし仕事の前にちょっと会話もあるし喜ばれる。

・プロのヘルプが必要な場合は、BUUV のようなご近所ヘルプに申し込みがあった場合でも、例えばパーソナルケアやインフォーマルケアがすべきレベルになると、ソーシャルヴァイクチームを紹介する。逆に、医療介護提供者、家庭医から見て、プロのヘルプでなくてもご近所同士のヘルプでいいという場合は、家庭医などがこの BUUV、buuv.nl を紹介する。両方

だ。範囲を超えた場合にはお互いに紹介し合う関係がある。

(質問：そうすると、インターネット上の書き込みを見て、この人はそんな場合ではないと誰かが判断するわけだ。それがプロジェクトマネジャーだとすれば、幅広い知識を持っていて、インターネットもできて、遊び心があって話を転換できるような人ということになる。)

<プロジェクトマネジャー>

- ・毎日読んでいる。私が全部見るわけではなく、**Radius** のボランティアの人が見ている。
- ・例えば、してほしいの方に自分の親を毎朝シャワーに入れる人が必要だと書いてあれば、これは **Radius** や介護提供組織がすべきなので、ソーシャルヴァイクチームに紹介する。

<BUUV 代表>

・それから、私たちでも、定期的に近所の人を訪問している。例えば、3 階建ての家に住んでいるある高齢の男性が、最近膝が痛くて歩きにくいと言った。それで、階段があるが寝室にどうやって行くか聞いたら、もう 2 階に上がれないからずっと上がっていないということだった。それでいつもソファで寝ていた。そのときには、予算を出してもらえるから一緒にソーシャルヴァイクチームに申請に行こうと言った。ソーシャルヴァイクチームが家の改修をして、階段のリフトを作った。そういうこともご近所のヘルプとしている。

・今こうやってご近所ヘルプのプロジェクトをやってきて思うことは、やはりプロの組織と簡単に連絡できる連携がないと難しいということだ。自分たちはどこまでやってもいいのか、それ以上のことはプロのヘルプのいろいろな連絡先を知っていることが重要だと思う。

<**Radius** ディレクター>

- ・先ほど、ご近所同士でいろいろな問題がないかという質問があった。問題は当然ある。
- ・ここでは今まではなかった。でも、ハーレムは年間 1 万件のマッチがあるので、よく話を聞くと問題が起こったこともあったということだ。

・また私は先週の金曜日にこの話を聞いた。ある女性が 2 階の部屋に住んでいるがもう犬の散歩ができない。それで、健康な近所の人が **buuv.nl** を通じて散歩をするサービスをボランティアでしてくれることになった。**Radius** が電話番号を担当しているので、そこに電話をしてきた人だ。それで何が起こったかという、依頼者は、犬の散歩のついでにあれもこれも買ってほしいということで、鍵をボランティアに渡したがボランティアは途中でその鍵をなくしてしまった。普通は家族がいて鍵はいくつかあるが、その人は 1 人暮らしで鍵のセット全部がなくなってしまった。ところが、犬の散歩をしたボランティアは「ごめんなさいね、私はちょっと認知症なの」と言ったそうだ。そして **Radius** は **buuv.nl** の連絡先なので苦情がきた。書類には健康だと書いてあって、その人は犬の散歩をしたかったから認知症があるのを隠していたということだ。

・その事故では、犬の散歩を頼んだ人も誰に頼んだのかわからなくなってしまった。しかしたまたま、その二人を最初に電話で仲介をしたボランティアがその日に **Radius** に来ていた。だから仲介したボランティアに記録を聞いて、犬の散歩をして鍵をなくした人を見つけてあげることができた。こうして、好意で犬の散歩に行っていたけれども軽度の認知症なので鍵をなくしてしまったという人には、もう犬の散歩のボランティアはできないですねと確認できた。そして、その鍵はたまたま近所の人が見つくて、道に落ちていたと本人に届けてくれた。こうして解決できた。ラッキーだった。

・そういう小さい事故はある。私は補助金を申請する仕事をしていて何も知らなかった。コンタクト電話は、担当している **Radius** のボランティアの人々も毎日サイトを見ながら、あ

るいはコンタクトの仲介を電話でしながら監視というようなことはしている。

<BUUV 代表>

・私たちはボランティアとしてできるだけ監視はしてほしくない。だから、どうしても必要なときだけその監視の役をしてほしいと思う。あとは自分たちですべて解決したいと思う。これがボランティアの声だ。私はライデン市民の母親ではない。もう自分たちは大人なのだから自分で人間関係も解決できるだろう。

・BUUV のポスターは 12 人のボランティアがモデルになっていて 12 枚の違うポスターがある。その本人が載っている地域にポスターを貼るといい。「ああ、あそこに住んでいるあの人が載っている」という感じでとても効果がある。

(質問：どのような仕事をしてきたか。)

・高等学校を卒業してから、ソーシャルワーカーの大学に行った。特に知的障害の人々のケアの仕事をして働いてきた。

・個々人の問題は社会の問題が反映されていると感じながら仕事をしてきた。それで、個々のさまざまな問題を解決するには、社会の問題を解決するしかないと考えようになった。

・そして、医療社会学という勉強を夜間学校に行き始めた。

・その後、知的障害の子どもとその親たちの組織の所長になった。子どもたちが主なクライアントで子どもたちに教育や、遊びながらのトレーニングということをした。それから親の指導もした。さらに、軽い知的障害の児童たちが青年になっていく過程もバックアップした。

・そのあと定年退職して、慢性病を持つようになって体が言うことをきいてくれなくなった。でも頭は大丈夫なので、ボランティアの仕事しようと思った。

・それで福祉介護提供組織のクライアント委員会の議長をしていたら、ライデン市から依頼がきて、市の WMO アドバイス審議会の議長になってくれということだった。この審議会の重要な仕事は、クライアントが重要視していることは何かを市に伝えることだ。

・それは 2 年前にやめたので、これから何をしようかと考えて、近所の住民のヘルプを始めようと思った。いつも思ってきたことは、プロや政府が考えてくれるのではなくて、自分も一緒に考えていくことがとても重要だということだ。いつもそう思っている。

ライデン地域ビュートゾルフ Buurtzorg 看護師

(質問：今やっている活動の内容を説明してほしい。そのあとで質問をしたい。)

- ・チームは 8 人の看護師から形成されている。さらに 3 人の非常勤看護師が参加していて、必要に応じて電話をする。
- ・このようにスタッフが少ないというのは意図がある。それは、クライアントの立場からすると、日々来るホームケアの人の顔が変わらないということだ。同じ人達が来るという視点から小さいチームにしてある。
- ・クライアントの数は 45 人から 50 人だ。人によっては 1 日に 2 回から 3 回訪問が必要な人もいるし、1 週間に 2 回の人もある。重度、頻度は人によってさまざまだ。
- ・新しいクライアントから申し込みがあったときには、すぐにケアを提供するというよりも本人に必要なものが本当は何か、どういう背景があるのかということをもっと知る。そのうえで具体的にケア提供を始める。必ず本人の状況を把握するようにする。
- ・この訪問ケアには、朝のルート、昼のルート、夜のルートの 3 つのルートがある。
- ・24 時間電話サービスも提供しているので、交代で 24 時間の電話を担当する。
- ・ケアの内容は、サポートソックスの着脱、投薬から、脊髄損傷で 24 時間ケアに近い形が必要な人もいる。他に、認知症の人、若年性認知症の人、精神障害を持った人もいる。だからクライアントは非常にバラエティに富んだ層になる。
- ・さらにクライアントが日々の日課、スケジュールを構築できるようにというヘルプもする。デイケアセンターにも紹介する。
- ・他に仕事の内容は事務处理的な内容で、労働時間を記録することも仕事の中に入る。
- ・多くの場合、病院から電話が入って、退院する人がいるのでそちらで担当してほしいという依頼が入って新しいクライアントが来る。
- ・我々の姿勢として非常に重要なことは、本人ができることは何かを見ていくということだ。さらに、今出来なくても措置をとれば出来るのではないかと、常にそのように考える。

(質問：収入のソースは、介護保険なのか、医療保険なのか、WMO サービスなのか。それらはどのような割合か。どのような患者がいるのか。)

- ・ビュートゾルフの社長のヨス・デ・ブロックがオランダの介護保険組織との合意を達成して、クライアントに必要なケア提供の時間は我々のチームが自分で査定することができるようになっている。そして自分たちが査定した時間に合わせて、こちらは時間当たりいくらという請求書を介護保険に出すことができる。
- ・それは、ビュートゾルフの査定が、患者に必要なものだけを追及していくという視点から見ている、介護保険の出費としては平均的な他のところよりも安いということを証明できたからだ。投薬する方法などでも効率を求めていくことで、自分たちで介護提供時間を査定しても他のところに比べて安いということを証明できた。

(質問：その場合の介護保険とは WLZ (長期ケア法 Wet Langdurige Zorg) か。)

- ・長期ケア法の中の MSVT (メディカルスペシャリスト治療サービス Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie) だ。本来であれば病院で傷の手当てとか包帯の交換をすべきだが、ビュートゾルフが担当するので医療スペシャリストのための保険制度を使える。これは主に傷の手当てなどが中心になる。
- ・長期ケア保険から給付を受けている人は、もので受け取ることもできるし PGB (個人予算

persoonsgebonden budget) によって自分の判断で使うこともできる。それで、今は1人も使っていないが、この PGB を使ってビュートゾルフからケアを買って使う人もいた。

・この PGB は、多くの人が、ここのようなプロに払うよりもインフォーマルケアの提供者を指定して払う場合が多い。たまにはビュートゾルフがいいということで PGB からパーソナルバジェットを払うこともある。

(質問：現物で受けるよりも現金で受けたほうが安いから、インフォーマルサービスでないと合わないということか。ビュートゾルフは高いのか。)

・時間当たり同じだ。同じ値段だが、時給をビュートゾルフのような介護提供組織に払うよりも自分の家族とか知人に払ったほうが良いということを使う。その場合は、実際に家族などがしっかりと仕事をしていることを証明しなければならない。

・具体的には、保険の査定があれば、定期的買い物に行ってくれる隣の奥さんに払うこともできるし、娘がシャワーの世話に来るときにも使うことができる。

(質問：看護師8人、非常勤3人の看護師・介護師のグレードはどうか。)

・非常勤は3人ともレベル5で、常勤の8人のうち7人がレベル5で、1人がレベル4だ。

(質問：レベルはどこで決めるか。)

・これは国家資格で、レベル5は学士資格だ。

(質問：病院から紹介されてくる場合が一番多いということだった。その場合病院から、この人についてはこういう手当をしてくれと内容も言ってくるのか。それともこちらで、その人のバックグラウンドや状況を見て何が必要かを判断するのか。)

・半分が病院から退院してくる人で、あと残りは本人か家族がこちらにEメールをしてきたり電話をしてきたりする。病院から来る場合には、その人の重度がわからないし、どのような医療処置が必要かもわからないので必ずどのような在宅看護が必要かを病院と確認する。それだけの人材が足りなければ断らなければならないので、必ず病院が期待する業務の内容を聞く。先ほどのMSVTは傷の手当てが中心で他のものはそのカテゴリーには入らない。

(質問：病院からこういうことが必要だと言われて、そのクライアントと接しているうちに、これも必要だとか、本当はこの必要はなかったと判断が食い違うことはないか。)

・病院から来るときには、退院前に我々が病院に行って本人と話をする。これは温かい環境でのインテーク(ウオームインテーク)と呼んでいる。そして帰って来たら何を期待するかという本人の希望も確認する。本人の希望、期待が大きすぎてこちらが提供できない場合もあるので、そのあたりをはっきりさせてから具体的な在宅ケアサービス提供を始める。

(質問：ビュートゾルフは玉ネギモデルと紹介されると思う。本人を中心に置いて地域の支援から専門的なケアまでが玉ネギのように重なるといふモデルを想定すると、ビュートゾルフでコントロールできることがかなり幅広くないとできない。今の話では訪問看護に片寄っている感じがする。例えば、この人はインフォーマルサービスでいいということもあるのか。そのあたりのマネジメント部分を聞かせてほしい。)

・たしかにビュートゾルフは玉ネギ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。しかし最初に来た人は信頼関係がまだないから最初は基本的には看護師として看護ケア提供のために行く。それが数週間すると、その人はただ病気や傷を持つ

ている人というだけではなく、1人の人間がそこにいるわけで、本人自身の生活、社会的なネットワークとか家族の姿が見えてくる。それで、その玉ネギの外側というか、この人は日々の生活リズムを確立するために、週に1回とか2回デイケアセンターに行ったらどうかという提案を家族あるいはインフォーマルケアの人に言うことができるようになる。ということなので、今の指摘は当たっていると思うが最初は医療的ケアが中心になる。

(質問：提案は本人やその家族に言うのか。それとも家庭医やまわりの専門職にもこちらから提案をしていくのか。)

・やり方だが、新しい内容を家族とか本人とも話す。担当の家庭医とも必ず話す。ビュートゾルフチームがいつも在宅看護で行っているの、基本的にはできるだけ透明に、どういう方向がいいと考えるかを医療関係者も含めて分かち合うようにしている。こういうデイケアセンターに行ったほうがいいと思うというようなことも家族にも話すし、同時に担当の家庭医にも話して、こう考えているが先生どう思いますかというような話し合いを必ずする。

・デイケアはライデン市内だけでも数カ所ある。場合によっては本人が不安であったり家族が不安であったりしたら、私たちのスタッフが一緒に行く。それで本人に、どう思うか、気に入るかを確認したうえで期間を決めて、最初は短期間でやってよければ続けるというような形でその予定を手渡す。そういうケアをしている。

(質問：確認だが、サービスの内容を決定しているのはあくまでも本人か。こちらは提案をしているだけか。)

・法律的に、本人に強制することは家族もできない。認知症を持った人も最終的には本人がいいと言わないと物事は始まらない。

(質問：ビュートゾルフは徐々にサービスの量を減らして他につないでいくのが上手だと聞いている。それはビュートゾルフにとってどのようなインセンティブがあるか。普通に考えれば、サービスの量が減っていくと売り上げが減っていくことになる。)

・まず我々は看護師で、看護師の喜びは患者が喜び、幸せになることだから、そこがプラスだ。例えば、仕事をしないと収入がないわけで、もしその人が1日デイケアセンターに行ったらその日の我々の収入はなくなる。しかし必ず新しいクライアントが入るので、我々は仕事ができる。報酬額は減るわけではない。さらにクライアントに対するケア提供業務は必ず責任が持てるものでなければならないのでやたらに時間を延ばすことはできない。1時間仕事したら具体的に何をしたらのか介護保険組織に報告しなければならない。

(質問：ビュートゾルフは人気もあり必ずクライアントが来るので、今は一時的に患者がほとんどいない状況はなくて、むしろ待機患者がいるということか。)

・ウェイティングリストの人もいるし、毎日のようにこちらに頼みたいという電話も入ってきて断らざるを得ないケースも多い。患者が足りないということはない。

・ビュートゾルフの厳しい社内ルールがあって、1チームは最高12人だ。それ以上大きくなってはいけない。しかも非常勤は最高4人で、それ以上増えてはいけない。つまり多くのクライアントを得る場合はチームを2つに分けなければならない。

(質問：ここライデンでは1チームだけか。)

・そうだ。今ここではクライアントがウェイティング状態で、もっと大きくしようと思えばできる。2つのチームにしようと思えばできるかもしれない。それは各チームが自分たちで

決めることで、私たちのチームでは意見が分かれている。

(質問：チームのメンバーが最高 12 名で、クライアントの数の上限はあるか。)

- ・チームが 12 人以上大きくなってはならない理由は、クライアントから見て日々違う顔が現れることがないようにということだ。さらに、同じクライアントに対していろいろな人が仕事をするので誰が何をしたのかわからなくなって仕事が混乱してしまうという理由もある。
- ・クライアントの上限はない。それは自分たちの仕事の内容次第だ。1 日 3 回ルートがあるが、例えば傷のケアの人が多いたときは午後の仕事が多いので朝は空いている。そうすると朝のケアが必要な患者を増やすことができる。自分たちの今の人数でできる患者訪問をする。
- ・我々が使うソフトウェアがあって、どのぐらいの延長勤務をしているかを計算して、もう 1 人正規雇用するべきかどうか計算できる方程式が本部から提供されている。それでだいたいの判断をして、常勤の新しい人を採るかどうかをチームで決めることができる。
- ・さらに、チームの経営方法としては、生産率（プロダクションレート）と呼んでいるが、具体的にクライアントのところでサービスを提供している時間が全体の労働時間の 60%以上でなければならないという社内のルールがある。残りの 40%はオフィスの事務処理とか社内トレーニングに行ったりする時間だ。クライアントのところで働いた時間が請求書を出せる時間なので、それが全体の 60%以上でなければならないというルールだ。それを達成できるようにクライアントを決める。

(質問：クライアントの介護ニーズレベルはどのような分布になっているか。)

- ・10 段階の介護重度というニーズレベルはもう現在ではホームケア組織に適用されていない。この介護重度が適用されているのは、ナーシングホームだけだ。
- ・ここでは、看護サービスが必要な時間が週に何時間という表現をしている。その時間を我々は査定する。
- ・一番軽い人は、状況を観察するというモニタリングの対象の人で、1 ヶ月に 1 回 1 時間だ。
- ・それから週に 1 日で 2 回、朝起床の世話をし、夜シャワーをするという人もいる。これは 30 分を 2 回だから 1 日 1 時間だ。
- ・重い人は朝 1 時間、夜 1 時間で 1 日 2 時間。これが一番介護ニーズの高いクライアントだ。
- ・その 1 日 2 時間という人が、脊髄障害を持った人で 1 人。次に重い人が傷の手当てでかなり手間のかかる手当てで、朝 1 時間で夜 30 分の 1 時間半だ。
- ・軽度重度は平均的に分布していて、とくにこのグループが多いとは言えない。
- ・新しいクライアントを決めるときには、最初にウェイティングリストに載っている人には何が必要かということを見て、我々にできるのかどうかを判断する。できないと思う場合は、リスト外の新しい人でも、空いている時間に入ってやれる人を選んでいく。
- ・以前、認知症の患者が非常に多くなって、非常に肉体的にも精神的にも我々にとって負担が大きくなり過ぎた。つい最近、3 人から同時ぐらいに依頼があって、2 人が認知症で 1 人が傷の手当てということで、我々はチームで相談して傷の手当ての人を受けて、認知症の人は断った。我々も楽しく仕事したいし、過度の負担がある仕事はしたくないから選んでいる。

(質問：傷の手当てと言う場合、それはけがなのか、病気なのか。)

- ・病院で手術をしたということだ。今言った人はアル中だ。本人はそうでないといつも言っているが、それが汚い家で、横になって倒れていて、アルコールだらけで床とかフロアが濡れているような人だ。それで、四肢の切断（アンプテーション）の手術をして 5 センチぐら

いの傷がまだ足の所に残っている。そのケアをしなければならない。

(質問：糖尿病の傷は多いか。)

・10人ぐらいが糖尿病の患者だ。人によってインスリンの注射が必要な人もいれば錠剤で大丈夫な人もいてさまざまだ。1週間に1回治療に行かなければならない人もいる。

(質問：糖尿病の傷の手当は自分でできるようにならないといけないということか。自分で傷のケアができるようになったら終わりか。)

・自分でケアをすることを学ぶ人については、例えばある女性だが、ストーマの取り換えを1週間以内で学んだ。その人には1週間、使い方とか取り替え方の指導をして、それでもビュートゾルフの仕事としてはコンタクトは切れるということになる。

・人によってそれが難しい人にはするが、できるだけ本人が学ぶようにしてこちらのサービス提供は終わるようにする。

(質問：医療的なケアが多いか。それとも生活面でリハビリテーションが多いのか。)

・我々のチームはほとんどが看護師レベル5を持っているので、時給もレベル3とか2の人よりも高いわけで、看護的、医療的なケアをしないと我々の給料をよくするにも効率が悪いと思う。それで、我々のビュートゾルフの場合はほとんど医療ケアが中心になる。例えばサポートソックスなどについて我々に依頼されると、それを毎日履き脱ぎさせに行く代わりに履き方を自分で練習するようにこちらが指導して練習すれば、自分で履き脱ぎをすることができる。それができない人は通常、肩に何か問題があるとか、手足の動作に問題があるわけで当然医療的な他のケアも増える。主にビュートゾルフのチームの場合は医療ケアが中心だ。

(質問：例えば、病院から退院して帰ってきて歩行ができにくいとか、調理が自分でできないというときに、歩けるようにあるいは調理ができるようにというリハビリは誰がするか。)

・通常、そのようなリハビリが必要な人は病院を退院後、専門のリハビリセンターに行く。だいたい6週間ぐらいだ。そこで、リハビリで歩行の練習とか料理とかコーヒーを作る訓練を受けて、そのあと自宅に戻ったときに初めてビュートゾルフのような訪問看護のホームケア組織に連絡がくる。

(質問：そのリハビリセンターから、このような訓練をしたので自宅でここに注意して自立に向けて自分でできるようにというような情報の共有、伝達はあるか。)

・オランダでは、病院、リハビリセンター、そしてまたビュートゾルフのようなホームケアセンターとは同じコンピュータープログラムのシェアをしている。医療ファイル移行サイトと言うが、それでEメールがきて、そこにログインのパスワードを入れれば、本人がどういう病気で入院して、そしてどういうリハビリをしてどこまでいったかという医療的なデータを見ることができる。それを知ったうえでこちらに受け入れる。

(質問：例えば、麻痺が残っているような人について住宅を改修するとか、福祉用具を提案するとかいうことはビュートゾルフでやるか。)

・リハビリセンターから家に帰る前に、リハビリセンターで家に帰ったあとの状況を判断する。例えば階段リフトが必要であったり、特殊なベッドを居間に置く必要があったりという場合は帰れる状態にしてからリハビリセンターを退院させる。そのあとで我々が定期的に訪問して、もっと支援器具が必要だとか、住宅介助が必要であれば、申請の手伝いなどをする。

基本的にはリハビリセンターで帰れるようにしてから退院しなければならない。

(質問:リハビリセンターで今後の想定をしたが帰ってみたらうまくいかない事例は多いか。リハビリセンターが福祉器具を入れるなどうまく生活の改善をしてから出ることが多いか。)
・通常は予想どおりうまくいって問題がない。こちらのビュートゾルフも新しいクライアントを得る前に、どういう病気か、階段リフトは準備しているか、ベッドも確認してから担当するようにしている。

(質問:保険運営側から見るとビュートゾルフは効率的に訪問看護をしているので特別条件での契約もあるだろう。クライアント側からはなぜビュートゾルフが選ばれるのか。)
・特別契約は当初ビュートゾルフが特例となっていた。それがうまくいっていたので、2015年1月1日からすべてのホームケア組織が、自分たちで訪問して、自分たちが提供する労働時間を査定するというように変わった。これが全国制度になっている。
・今までのように、いちいち業務ごとに査定するよりもこのような形のほうが安かったので法律的にはそういう形で改定がなされた。

(質問:そうすると例えば、この事務所で独自に査定するわけだが、例えば保険会社から事業所に年間の予算みたいなものが下りてきて、それをどう使おうか、どういう人にどう振り分けるかを決めてよいという意味か。)
・給料はビュートゾルフ本社から払われている。ビュートゾルフ本社が我々に給料を払うことができるのは、我々がケアサービスを提供した請求書を介護保険組織に請求するからだ。給料は本社から払われ、別に事務所の賃貸料、コーヒー・紅茶・クッキーとかの予算も各チームに払われる。

(質問:どこに請求書をまわすか。)
・具体的に患者のところで在宅ケアを提供した時間、それと事務処理などの合計の労働時間をビュートゾルフ本部に報告する。我々の給料は、患者のところで働いた時間と、その他の事務処理の時間、移動時間、トレーニングを受けた時間の、時給かけるいくらかというようにして月給が払われる。
・さきほどクライアント側からはなぜビュートゾルフが選ばれるのかという質問があった。患者からポジティブな褒め言葉として、アクセス、連絡がしやすいとよく言われる。そして問題を具体的に解決してくれるということをよく聞く。それからまた、患者が必要なときには時間をしっかりとってくれるともよく言われる。さらにもう1つが、担当家庭医とかその他の医療介護提供者との連絡が非常によいという点も言われる。
・また人数が少ないのでいつも同じ人が来るという点もある。大きな介護組織に依頼すると、まったく知らない人が訪問看護だ介護だと言って自分の家に入り出すようなことがよくあると思う。ビュートゾルフに依頼すると知った顔ぶれが来てくれる。

(質問:自身の考えで競争力という意味では決定的にこれが大きいという点は何か。)
・やはり私たちが担当する個々の患者がビュートゾルフに対して満足しているということが1つ。もう1つが、担当家庭医たちがビュートゾルフとの連携に満足しているということが1つ。さらに、病院が退院後のビュートゾルフのケアに対して満足しているということだ。そのように患者本人と医療関係者がビュートゾルフと仕事をしやすいと言っているというこ

とが成長のカギではないかと思う。

(質問：スタッフが優秀だ。)

・そうだ。さらに、チームが成長して新しいスタッフを雇用するときはチームが決める。上から指名されてくるわけではない。だから、我々は自分たちのチームで自分たちの患者を見るのにこの人は合うかどうかを考える。あまり指導力ばかりある人はかえってチームに合わない。我々のチームで一緒によく仕事ができる人を厳しく見て選ぶのでチームに合った人達が集まってくるのではないかと思う。

(質問：レベル5の人であれば待遇がいいのか。)

・ビュートゾルフに入ると臨時契約ではなく正式雇用契約を提供してくれる。これはよいところだ。さらにビュートゾルフは時給も病院の同じレベルの看護師よりもすこし高い。
・しかし、経営側からすると、このように労働条件を出すとそれだけのことを求めてくる。だから人が増えても困るということで、そのあたりは留意しなければならないことだと思う。

(質問：オランダでは看護師は足りないか。)

・今のところ需要は看護師の数と同じぐらいだが、これから特にレベル5の看護師の数が足りなくなるだろうといわれている。ビュートゾルフではレベル4の看護師にレベル5の資格を獲得するために社内の労働時間の中で教育を受けさせてくれるという特典がある。

(質問：夜間の勤務はあるか。)

・ビュートゾルフは夜中のケアはしない。24時間対応はしているが、内容が重大な夜中のサービスはしない。

(質問：クライアントは高齢者のみか、子どももいるのか。)

・子どもはいない。児童の在宅ケアは子ども用の別の特別な組織がある。成人は若い人も大人もいる。高齢者が多いが、身体障害や身体疾患の若い人もいる。それからターミナル段階のクライアントもいる。

(質問：看護師から見てビュートゾルフは病院より魅力的な職場か。)

・それは難しい。ビュートゾルフは5年続けてもっともよい雇用主という賞を獲得している。しかし、病院で働く方が好きな人もいる。看護師の性格によって好みがあると思う。

(質問：ご自身は非常に満足しているか。それともチャンスがあったら他也考えるか。)

・今24歳だが、今の仕事に非常に満足している。修士の資格を取りたいと思っているが、いつになるかはわからない。

(質問：以前はどこかで働いていたか。学校を出てすぐこちらに就職したか。)

・こちらでは看護師の資格を得る前に実習期間が非常に長い。それで、ビュートゾルフではない別のホームケアの組織で実習した。オランダ各地の病院でも実習をしてそれからオーストラリアのシドニーでも実習経験がある。

(質問：1日に回数が多い人で2回しか行かないという話だった。その場合にトイレについてクライアントはみな自立しているのかそれとも家族が世話をするか、それとも他の介護のステーションから世話をしに行くのか。)

・担当クライアントの中でトイレの世話が必要な人はいない。そういう人だとわかっているときには1日の計画ができないのでこちらでは受けないようにしている。他の組織が提供している。

(質問：このライデン市の中で、訪問看護を実施する組織はどれぐらいあって、このビュートゾルフはどれぐらいのシェアを持っているか。)

・ライデンには10ぐらいのこのようなホームケア組織がある。そしてビュートゾルフはたぶんクライアント全体の10%弱だと思う。大きなところは500人の職員を抱えている。そういう大きい組織は昔ながらの組織運営方法でやっている。

(質問：その中でビュートゾルフは自分たちが得意なところを活かして対応できるクライアントを選んでいるのか。)

・ライデンのビュートゾルフチームは全員がレベル5に近い看護師の資格を持っているが、他のビュートゾルフチームでは介護士が入っているところもある。ポジティブなところは、このように全員が看護師の高いレベルをとっているのも、医療的に難しいこともかなりのところまで自分たちでカバーできるということだ。

・それで、病院からも特に退院後の傷の手当が複雑な場合には第1希望として我々のチームに依頼が来る。

(質問：ビュートゾルフはこのライデン市では1つだけか。全市をカバーしているのか。)

・ライデン市内に1つだけだ。全市の地域の4分の1だけを担当しているのも、ライデン市の他の地域に住んでいる人はビュートゾルフのケアを受けることができない。

・ライデンにはあと3つぐらいチームができる可能性があるとはいわれているが、それをしたいという看護師が集まらないとだめだ。

(質問：その4分の1の地域という区割りは誰がしたか。)

・私たちのチームで決めた。

(質問：いつも移動はどうしているか。)

・地域は、中心部とフォールスホテン地域の南で、ここから全員自転車で移動する。中にはモーターバイクの人もいる。

(質問：例えば新しい組織をつかって市の4分の1を担当するときに、医療資源の配置として、自分たちで完全に自由に決められるのか。市からある程度この地域を担当してほしいという要請はあるのか。)

・自由だ。新しいビュートゾルフチームを他の看護師たちが隣に作ってもいい。ビュートゾルフでは多くの場合、誰か1人の看護師が病院などで働いていて、違う形で働きたいということでビュートゾルフチームをつくらうと決意して作る。昔の同僚とか知り合いの看護師を最低4人集めるとビュートゾルフチームをつくることができる。なぜ4人かというと、1日3回のルーティンがあるし、週末もケアが必要なクライアントがいるので、最低4人は必要だ。あとは求人広告を出して、自分たちで面接をして新しい看護師を入れて成長する。

・ビュートゾルフのチームをつくりたい人は誰でも本部に申し込めばよい。ある地域でビュートゾルフをやりたいと申し出ると、その近所の地域で同じようにやりたいという人がいれば本社が紹介してくれてチームがつくられたりもする。

(質問：ここでも、その最初の発起人がリーダーをしているか。)

・発起人の4人のうちの1人は今でも私のチームにいる。もう1人はビュートゾルフTという精神医療中心のチームに移った。もう1人はライデンではなく別のチームに移った。そして4人目は、まったく違う仕事をしている。

(質問：その残った人がリーダーというわけではなくフラットな組織なのか。)

・完全にフラットだ。その本人もリーダーの立場と見てほしくないと考えている。

(質問：いつからここにできているのか。)

・3年前だ。

(質問：理念に、本人のできることを伸ばすとあった。生活面でできないことをできるようにするのか、それとも自分の病気の管理ができるようにするのか。)

・例えば具体的に言うと、先ほども話があったがストーマをつけた人が自分でストーマの交換をできるように訓練することも伸ばすことの1つだ。

・もう1つ、家事ができなくて家の中が非常に散らかっている人は家事のヘルプを受けるが、それも自分であまり散らかさないように奨励する。精神病患者は自分の家の整理ができない場合が多い。

・それから孤立という問題を持っている人に、例えばデイケアセンターを紹介して1週間に1回とか2回行くと、今まで人間性がもうなくなってしまったような人だったのに花が咲いたように明るくなる姿を見ることもある。これも伸ばすということだ。

・1つ素晴らしいクライアントのケースがある。この人は施設に21年間も生活していた。ビュートゾルフは1年半前から在宅介護・看護を提供して、今は自立して自分の家で自分の生活を過ごすようになった。これも1つの伸ばす例だと思う。

(質問：認知症のできることを伸ばすという場合に、何に注目してできることを判断するか。)

・アルツハイマー病とか認知症になるともう人生の終わりで諦めざるを得ないとよく言われる。しかし例えば、夫婦で一緒に生活していて1人が認知症でもう1人がそうではないという場合に、インフォーマルケアから一時的に解放するために週に最高3回デイケアセンターに認知症の人が行けば、配偶者が一息つくことができる。認知症は非常に脳の負担が大きいので、本人は体も疲れやすく毎日に行けない。やはり1日行って、1日は最低休む日が必要だ。そして、認知症の患者が生活のリズムを持てば生活がよくなるといわれている。介護者にも認知症の人にもできるだけ快適な環境をつくるようにバランスを探していく。

(質問：ソーシャルヴァイクチームと連絡をとるということもあるか。)

・こちらのソーシャルヴァイクチームとよく連絡する。具体的には、例えば自分で自分の銀行口座からキャッシャーでお金を下ろすことができないという人もいる。カテゴリー的には医療でもないし、家事ヘルプでもない、中間にあってカテゴリーに入らないようなときがある。そのような人はソーシャルヴァイクチームに連絡して解決策を探してもらおう。こちらは看護師のチームなので、そこまではできない。

2016年8月30日

アルツハイマーネーデルランド Alzheimer Nederland 地域委員、ボランティア

- ・アルツハイマーネーデルランドの活動は全国レベルで行っている。2つの主な活動分野がある。1つはアルツハイマーあるいは認知症について研究をしたり、アルツハイマーを治療する、あるいは予防することが目的の研究に研究補助金を出す。それから認知症の人とそのインフォーマルケアの人々の利害を代表してサポートする。
- ・後者の活動は地域ごとにも行う。治療が不可能だという段階になった人の生活をできるだけ快適にしていくというサポートもしている。
- ・オランダでは、認知症とかアルツハイマーがまだまだタブーである。本人や家族が恥ずかしいというタブーがまだあるので、その文化を破って、普通の病気であって本人のせいではないということを伝えたいということも目的の1つだ。

(質問：2人のバックグラウンドを伺いたい。)

- ・(地域委員) 本来の職業はソーシャルワーカーだ。ただ、認知症についてよく知るようになったのは、アルツハイマーネーデルランドの地域執行委員の1人になってからだ。一市民として経験と知識を積み重ねてきたわけだ。
- ・(ボランティア) 私は、金融業界で働いてきた。母が認知症になって関心を持つようになり、アルツハイマーネーデルランドのボランティアとして仕事をするようになった。それで経験と知識を積んできた。

(質問：今は専業で朝から晩までこの団体で仕事をしているのか。)

- ・(地域委員) 定年退職後で他の仕事はしていないが、フルタイムでアルツハイマーネーデルランドの仕事をしているわけではなく自由時間にときどきやっている。ソーシャルワーカーとして働いていて、定年退職する前の10年間は有給の仕事をしながら週に8時間から16時間、ボランティアとしてアルツハイマーネーデルランドの仕事をしていた。かなり忙しかった。今はもう少し週の時間は少なくなっている。

(質問：オランダでは、定年退職後はボランティアをすることが文化でごく普通のことか。)

- ・全員が定年退職後にボランティアをするというわけではないが珍しいことではない。アルツハイマーネーデルランドは全国で展開している活動があるが、全てボランティアで構成されている。それでここまで活動ができる。
- ・このようなさまざまな病気ごとにボランティア組織がたくさんある。アルツハイマーネーデルランドは小さいグループだ。ただ、研究はプロの研究者がもちろん有給で行っている。アルツハイマーネーデルランドは寄付金を集めて大学の研究所などに補助金を出して研究をさせることもしている。オランダではアルツハイマー関係ではアムステルダム自由大学とマーストリヒト大学にアルツハイマー研究センターがある。

(質問：二人はアルツハイマーカフェの主催者と聞いている。具体的にどのような活動か。)

- ・オランダ全国には200以上のアルツハイマーカフェがある。アルツハイマーカフェは、月に1回開かれて、認知症の人とその家族、友だち、それから認知症に関わっているプロのケア提供者が集まって知識を集め、経験を交換する場だ。このアルツハイマーカフェは、毎回、確立されたスケジュールが決まっていて、それを忠実に行っていく。
- ・最初は入場する時間、オープニングで最初の30分間に人々が入ってくる

- ・次に経験専門家（患者自身とか家族を経験による専門家 **experience expert** と呼ぶ）あるいは専門家などの 30 分の講義とインタビューがある
- ・その後 30 分休憩で、休憩しているときに個人的な会話を楽しむ
- ・次の 30 分は質問と質疑応答で、講義とインタビューをしたその講演者に質問をする
- ・そして後の 30 分は雑談だ
- ・合計 2 時間から 3 時間の間ぐらいかかる

このカフェはアルツハイマーネーデルランドだけで行っているのではない。プロの在宅介護の組織、介護施設の組織、そしてアルツハイマーネーデルランドの協働で開催する。この 3 者の中で、ボランティアのみで運営しているのはアルツハイマーネーデルランドだけだ。

- ・アルツハイマーカフェでは、アルツハイマーとか認知症に関する書籍のテーブルを置いて、そこに座っているいろいろな情報を提供するのでもアルツハイマーネーデルランドのボランティアだ。

（質問：ライデンのアルツハイマーネーデルランドには何人くらいがいて、毎回のカフェは大体何人くらいの人に参加するか。）

- ・アルツハイマーカフェを組織するのは、例えば在宅介護の組織から何人か、認知症の人が入所しているナーシングホームから何人かがワークグループとして集まって行く。みなアルツハイマー協会に入っている。地域によって違うがワークグループは 10 人のところもあれば 4 人でやっているところもある。ワークグループの人は当日はいろいろ質問に答えたり情報を紹介したりする。

- ・ビジターは、基本的には誰でもウェルカムだ。予約も必要ない。広報活動は、例えば在宅介護組織とか、ナーシングホームとか、医療機関とか認知症に関わるところでクライアントに紹介する。それから、地元の新聞にも広告を出す。そのときのテーマによってビジターの数はばらばらで最低 15 人ぐらい集まる。多いときは 100 人ぐらい集まることもある。

（質問：人気のあるテーマはなにか。）

- ・「なんとなく正常ではない？」というテーマの講演会は人気がある。もう 1 つ認知症の患者自身が体験の話をしてくれるカフェのときにはたくさん人が集まる。

（質問：以前、アルツハイマーカフェは、学校が会場になっていたと思うが。）

- ・中高等学校で行っていたが、担当の教師は生徒たちを教育して準備しなければならないし、月に 1 回普通の授業の時間の後に夕方準備して、教師も行って生徒たちも動員して大変なので続けることができなかった。今は別の場所で開催している。

（質問：日本でも認知症カフェをやっているが認知症の人が認知症カフェに行くのを嫌がる場合がある。オランダではどう対応しているか。）

- ・やはりタブーのカルチャーがあって、恥ずかしいとか隠したいということがあるからだと思う。普通の病気なのにおそらく認知症の人自身が、自分が悪いとか恥ずかしいとか、そういう気持ちなのではないか。それは誤解であって、そのような誤解は解消するとよいと思う。

（質問：そのためにはそれは根気強く自宅に訪問することか。）

- ・担当のケースマネジャーが説明してアルツハイマーカフェに一緒に行きましょうと言うと一番行きやすい。

- ・本人が理解することも大切だがもっと大切なのが家族や周辺の理解だ。オランダも昔は、例えば自分の親や自分の夫が認知症になると外にも出さないで友だちとか他の人に知られな

いように隠した。家族が恥ずかしいと思って隠していたら本人はどう思うだろうか。だから、まず家族とかその周りの人々がオープンに話せるような感覚を持つことがとても大切だ。

・そして、家族だけではなく社会や地域全体が、認知症の人は自分の身内にも近所にもいるということを知って理解を広めることが非常に重要だ。それでアルツハイマーネーデルランドは各地域の市役所にも話してそれができるような施策の働き掛けをする。

・今年の5月に、**Together dementia friendly** というプロジェクトを始めた。これは社会全体に認知症についての知識と理解を広めることが目的だ。

(質問：認知症ケースのC氏について。85歳の男性で1人暮らし。奥さんは7年前に亡くなった。子供はいる訪問はない。体は基本的に元気で掃除とか洗濯も自身でやる。ただ、軽い転倒などは何度も繰り返している。最近、認知症の症状が見られるようになっていて、自身も、ときどき訳の分からない状況になっていて怖いと話している。コミュニケーションは十分取れるが、物忘れとか置き忘れとかも多い。以前は陶芸のサークルなどに参加していたが、今は参加していない。この状況の人に相談されたらどう対応するか。)

・まず本人が家庭医に行くといい。一番よいのは本人が自分で家庭医に相談に行くことだ。多くの場合は自分で行こうと思わない。だんだん重度が増していくと周囲でやはり見てもらったほうがいいということで、本人に家庭医に行くように言ったり一緒に行くケースが多い。

・そして、通常オランダでの家庭医は、近くの病院の物忘れ外来(メモリーポリクリニック)を紹介する。この紹介状が出てそこに行くと、脳のさまざまな検査や身体的な検査も行う。

(質問：認知症の確定診断後、どういう流れになるか。)

・オランダではこの診断結果の報告は、必ず本人を再び病院に呼んで、専門医と一緒にミーティングの形で説明される。診断について話すアポイントのときに、必ず本人とサポートする家族に来てもらう。このケースの人は子どもと一緒に付き沿うことが望ましい。

(質問：その後はどういうことが実際に行われていくと経験から考えられるか。)

・まず、全国的に行われている施策を話す。この人には、認知症ケースマネジャーが指名される。このケースマネジャーは本人と話をする。話す内容は、自分でできることをまず挙げていく。どこにヘルプが必要なのかを特定するためだ。

・それで、ヘルプ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ヘルプに入るといったことが決められていく。

・もし、プロのケアプロバイダーのヘルプが必要な場合は、ケースマネジャーがそのアレンジをする。この認知症ケースマネジャーは、最初に会ったクライアントを最終的にはナーシングホームに入所せざるを得なくなるまでずっと続けて見ていく。今のヘルプで十分か、より多くのヘルプが必要なのかという判断をいつも行っていく。

(質問：その認知症ケースマネジャーはどこに所属しているのか。どのようにしてケースマネジャーに連絡がつくのか。)

・認知症ケースマネジャーは多くの場合ケア提供組織の一員だ。

・メモリーポリクリニックでは、患者に認知症ケースマネジャーというサービスがあるのでそれがいいと思うがそれでよいかと聞く。それでお願いしますとなったら、メモリーポリクリニックの事務局がケア提供組織に連絡する。こうしてケアマネジャーを紹介する。

(質問：保険との関係はどうか。)

・家庭医は医療保険だが、専門医から先は介護保険の管轄下になる。今、うまくおカネが流れないところがあって、これはライデンが抱えている問題だ。介護保険組織の支払いオフィスをケアオフィスと呼んでいるが、この地域のケアオフィスはこのようなケースマネジャーについて、払わないのではないが今の形では払いたくないという方針を出した。

(質問：それはなぜか。)

・この地域の介護保険支払いオフィスがどういう考えかという、このような認知症のケースマネジャーは、ケア提供組織からでなく、地域看護師は通常は身体的な医療が中心だが、その地域看護師がやればよいということだ。医療保険支払い組織側は、地域看護師はいずれにしても本人宅に行っていて本人を常に見ているわけだから、わざわざ他の人の時給を払わなくてももう既に払っている地域看護師ができるはずだろうと言っている。つまり、ケア提供組織から雇うか雇わないかの問題で人件費節約の話だ。アルツハイマーネーデルランドとしては、認知症のケースマネジャーは特殊なものでやはり専門家がやるべきだと言っている。

(質問：認知症ケースマネジャーが選定されて、その後どういうサービスを受けられるか。)

・この人は洗濯もできるし掃除もやっているが忘れやすい。おカネの計算とか払ったかどうか分からない、借りたかどうか分からないということがある。家計管理を代わりにする人が家族内で見付からなければ、プロのヘルプを得ることができる。

(質問：ソーシャルヴァイクチームにつなぐということはないのか。)

・このC氏が在宅でできるだけ長く生活できるようにというのが基本的な目標だ。そうするためにまずインフォーマルケアを見て無理であれば在宅介護や他のさまざまなサービスを活用する。買い物と一緒に行く人や一緒に料理できる人をアレンジする、宅配サービスで料理を温めるだけでよいようにするなどを使うようになるだろう。

(質問：インフォーマルなケアでまずできることを探していくということをお話だったが、ソーシャルヴァイクチームはインフォーマルかフォーマルか。)

・ソーシャルヴァイクチームはプロのサービスのほうだ。チームの中にはケアプロバイダー代表が入って混成になっているわけだ。しかし、すぐに自分たちプロのほうにつなげるのではなくまずボランティアを中心とした何か使えないか考える。例えばこのミスターCは料理を最近作れなくなったとなると、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、そのようにまずボランティアを探す。

(質問：今の話では、家族とボランティアとプロが、場合によっては混在するようなことになる。この連携をマネージするのは認知症ケースマネジャーか。)

・それをするのは認知症ケースマネジャーだ。

(質問：では、アルツハイマーネーデルランドにも認知症ケースマネジャーから相談が来るとか、あるいは場合によってこちらから相談をして互い連携をすることもあるか。)

・英訳では、care change dementia という介護提供組織の認知症のケースマネジャーたちの連盟がある。そこで、それぞれのケースマネジャーの雇用主は違ってもやっている仕事は同じなので、ケースマネジャーたちを通じて認知症に関して患者、家族が抱えている課題は何か、直面していることは何かをぜひ伝えてくれるように積極的に働き掛けている。

(質問：Cさんはこのまま放っておくと家に引きこもってしまうかもしれない。在宅でき

るだけ長く生活するモチベーションを保つためにどういう工夫をプロも皆さんも行うか。)

・ミスターCは昔、陶器クラブに入っていた。しかし、忘れやすくなって行かなくなってしまったので、インフォーマルケアの人かボランティアが本来行っていた陶器クラブの人にお願ひして、認知症になったがちょっとこういうところに気を付けてもらえれば来られるからせめて月1回来て一緒にできるように受け入れてくださいと話してまた陶芸クラブを続ける。多くの人がクラブやホビーを持っている。認知症になってもう行かなくなってしまった人も、もう一度同じところか違うところでも、同じようなホビーとかスポーツを続けてできるといい。ちょっと行動が以前と違うが中身は同じミスターCなのだから、行き続けることができるようにすることもよいと思う。

・それから、徘徊をしてしまう人は、最近ではGPSの腕輪などもあるので、そういう技術を使えば自由に迷っていただくことができる。そういうふうにしていて、自分でシャワーを浴びなくなったら、パーソナルケアのヘルプを導入することができる。

・さらに住宅の改造なども重度になると必要だからそれも活用することができる。さらに、デイケアセンターに週に1回とか2回行くこともできる。そうすると、1日いろいろスケジュールのある生活を送ることができる。

(質問：週に何日、何時間ぐらい活動しているか。)

(ボランティア)

・利害を代表する(アドボカシー)という仕事をしていて、いわゆるロビー活動をやっている。認知症フレンドリーソサエティ作りは、認知症について話し合える環境、雰囲気を作るために市役所にも協力してもらおうということで、市役所の担当部局とアポイントを取って話に行くというようなロビー活動を主にしている。

・Together dementia friendly communityというプロジェクトに参加していて、認知症について説明するコーチになるトレーニングを受けている。このトレーニングが終わると、例えばスーパーマーケットとアポイントを取って従業員たち全員を集めて、認知症の客が来たらどう注意したらいいかとか1時間説明をする講師になることができる。

(質問：日本ではその講義を受けた人は700万人いる。)

・オランダでは始まったばかりだ。スーパーマーケットは認知症の患者と非常に関係がある場所だ。だんだん進むと悪気はないのだが支払いを忘れてしまうこともある。

(質問：デイケアセンターでは認知症の人はどのようなことをしているか。)

・さまざまだ。どのような人が集まったかによって違う。具体的にはポリシーや背景や重度のグループによって違う。

(質問：認知症専門のデイケアセンターはあるのか。)

・ある。いろいろ本を読んだり、誰か話をしたり、一緒に体操をしたり、ボールで遊んだり、風船で遊んだり、トランポリンもする。運動コーディネーションだ。

(質問：認知症の最新の効果のある治療についてオランダの事情を教えてください。)

・治療方法は今のところまだまったくない。進行を遅らせる薬は世界中で使われているが、具体的にしてみると効くのは患者の3割ぐらいしかいないし、効果も本当にわずかだと思う。

(質問：研究助成もしているということだった。研究結果が公表されていたら教えてください。)

・アルツハイマーネーデルランドでは研究結果を発表していない。大学の研究所がよいと思う。大学はアムステルダム自由大学とかマーストリヒト大学だ。通常、各大学が研究テーマと研究者を決めてからスポンサーを探す。それで、アルツハイマーとか認知症関係ならこちらにも声がかかる。よろしいとなったら一部研究費を出す。その結果は、もちろん我々の方にも報告が来るが公立の大学だから一般公開をする。

・私は ILC オランダの事務局長で、またランデン大学の老年学修士コースであるライデンアカデミーの事務局長も務めている。

(質問：今回は介護予防とリハビリテーションの調査でうかがっている。まず、一般的なオランダのリハビリの流れを教えてください。)

・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。公共衛生の視点からそのように使われているが、実際これは正しくない理解だと思う。

・リハビリは、例えば老人が転倒する、あるいは股関節置換手術の後のプロセスだ。オランダではリハビリは手術直後に始まる。手術の後、24 時間以内に病院のベッドの横に立ってくださいという形でリハビリが始まる。せん妄があるかないか、あるいはその 1 日後にはもう立つことができるかできないかなどによって、リハビリの形が違ってくる。それから脳卒中などの場合でも全身麻痺になっているかどうかいろいろな段階があるのでその状態にもよる。ただ、基本的には、なんとか座れるようになったら座る、なんとか立てるようになったら立つということで、リハビリは可能な限り早い段階で始めるという考え方だ。

(質問：ではオランダでは、例えば骨折とか脳卒中の場合、その症状で入院期間は違うか。)

・病院側としては、退院できる人はできるだけ早い段階で退院させるほうが病院にとってメリットがある。30 日以上病院にとどまっている人はほとんどいない。つまり、病院には長期のケアのベッドはない。オランダの平均在院日数は 5 日か 6 日だ。救急ベッドしかない。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 つのオプションになる。別にケアホテルというものがある。

・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。これは、循環器系の疾患の場合だ。

・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もある。この目標は体力を付けることだ。それから同時に健康的なライフスタイルについてアドバイスが出される。例えば、喫煙習慣がある人で、これを機会にやめたいなら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、血圧などの血液のテストも行われる。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。

・脳卒中では、多くの場合家に直接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、回復は無理でもう元に戻らないので家には帰れないというとき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ということで、自分の力で食べたり、飲んだり、自分でシャワーをしたりというような能力を学んでいく。

・そしてリハビリの目標だが、これは患者本人が回復させたいところに焦点が当てられる。こういうことをする、できるようにしたいということにリハビリの目標が設定される。

(質問：それは生活上の目標か。)

・例えば、本人にとって大切な日常活動だ。生活の中の大切なことができるようにするということだ。例えば、ある人は、近所の友だちが 100 メートル離れたところに住んでいて毎日コーヒーを飲みに行っていた、それを家に帰ってもぜひ続けたいと言えば、100 メートル歩けるように、そしてコーヒーを飲めるようになることが目標になる。

・多くの脳卒中の患者は言語障害が出てくるので、人によっては普通の会話ができるようになりたいとか、合唱団に入っているから一緒に再び合唱をしたいということもある。本人が希望するターゲットが重視される。もちろん本人がしたいことが常にできるわけではないので、本人の希望を聞いて、本人ができるようになる希望があるかどうかという予想をプロは説明する。普通は医師と患者とで話す。それから言語療法士などだ。

(質問：リハビリの専門職は、オランダでは病院に多いかあるいは訪問組織に多いか。)

・例えば、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士が働く職場をリストアップすると、リハビリテーション病院、ナーシングホーム、一般の病院、ケアホテル、さらに個人でクリニックを経営している人もいる。そういう場合は、往診もしてくれる。

(質問：開業権はあるのか。)

・ある。セラピストは、どちらかというフリーランスという形での仕事が一般的だ。

(質問：それはフリーランスで雇われているのか、フリーランスで開業できるということか。)

・自分のクリニックを開業することができる。普通は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士ともう 1 人ナースの 4 人ぐらいが集まってグループを組んで療法診療所を開設ということが一般的だ。

(質問：開業して、リハビリクリニックなどと契約してそこに行くという形か。)

・一般的なリハビリテーション病院では、そこに雇用された作業療法士、理学療法士のチームがある。例えば患者が急に増えたときには、個人の作業療法士、理学療法士に発注することはある。一般的にはこれは例外的で、一般的には職員が対応する。ナーシングホームにも作業療法士、理学療法士がいる。

(質問：では開業している人はどのように仕事をしているのか。)

・まず、手術の後や転倒の後でリハビリが必要だという場合に、在宅の人は近所の作業療法士とか理学療法士のところに行ってリハビリを受けることができる。その場合には、医療保険あるいは長期医療保険から給付がある。ただ、最近腰が痛いので理学療法士にマッサージをしてもらいに行くという場合には、ベーシック医療保険にプラスアルファで理学療法士、作業療法士付きの特定の契約にしてあれば、保険の契約内の時間の療法を受けることができる。それがない人は自己負担で払う。

(質問：今日本では、風呂、調理、掃除、洗濯という ADL の訓練に作業療法士が入って、生活の中でできるようにしようというアプローチを広げている。オランダではどうか。)

・オランダでは理学療法士の仕事領域が、作業療法士のほうにもかなり広がっている。人数的にも理学療法士のほうが多い。他の国はかなり分かれているが、今の ADL 訓練を、オランダでは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、在宅の場合シャワーができるようにとか自分でスプーンを持って食べるようにする訓練は地域ナースが普通行う。

・リハビリテーション病院やナーシングホームにはリハビリ棟がある。雇用された作業療法士はそこで働いている。場所によっても違うが、ADLの訓練は、作業療法士が行うところもあれば、理学療法士のところもある。作業療法士が在宅に行くことはほとんどない。理学療法士か地域ナースが行く。

(質問：作業療法士は在宅に行ってはいけないと決まっているのか。)

・そういう法律はない。既に理学療法士と地域ナースがやっているので入らない。禁止されているということではない。

(質問：在宅の場合、それから病院の場合に、新しい介護保険 WLZ、それから医療保険 ZVW のどちらの制度の下でサービス提供がされるか。何が基準になるか。)

・病院は、医療保険から支払われる。リハビリ病院、リハビリセンターやナーシングホームのリハビリの病棟も医療保険で支払われる。そして、リハビリをしてもほとんど回復の見込みがないという人はナーシングホームに入所するが、その人は長期介護保険になる。また、例えば家に帰ってなんとかやることになった人で、病院のほうからこの人は医療的なケアが必要なのでリハビリや、理学療法士にかけろという指示書を出したときには医療保険でカバーされる。これは紹介状が必要だ。それがないと、この最初の治療は自己負担になる。これは本人の医療保険契約次第で、ベーシック保険の人は病院が紹介を出さないが自分がかかりたい場合には基本的に自己負担になる。しかし、特別エキストラの医療保険に入っている人はもちろんそれを使うことができる。

・自己負担金は、理学療法士に行くと 30 分の料金は 40 ユーロから 50 ユーロぐらいが一般の相場になっている。

(質問：在宅で介護保険からリハビリの給付があるケースはあるか。)

・昔は自宅でも AWBZ という旧介護保険で払われたが、新しい WLZ では施設や病院内でなければ使えないということになった。

・複雑な話だが、脳卒中があつてのちに少し動けるようになったので自宅に帰って、デイアクティビティセンターに週 2、3 日行くようになったという場合、このデイアクティビティセンター代を払ってくれるのは地方自治体の WMO 予算になる。これは全国共通だ。

(質問：ビュートゾルフの訪問看護師は、自分たちのケアは介護保険から出ていると言っていた。どう理解したらいいか。)

・クライアントの中には、本来であればナーシングホームに入る査定を得ているが、ナーシングホームに入らないで在宅生活をしながら訪問看護がケアを提供する場合がある。その場合は、ナーシングホーム入所の査定を受けた本人にパーソナルバジェットを払って、そこから訪問看護に払っているという形だ。結局同じ介護保険が払うわけだが。

(質問：脳卒中とか骨折は分かりやすいが、老化で機能が落ちてきたという人達に対してリハビリをするという考え方が日本で言われている。そういう場合は、病気がスタートではないので、日本では介護保険でリハビリをしようとなっている。オランダでは徐々に機能が落ちていく人に対して回復させるのはどのような制度でやろうとしているか。)

・私は公共衛生の専門家として日本の考え方のほうが好きだが、オランダではリハビリテーションは非常に狭い意味で使われている。しかしリハビリとは呼んでいないが、例えば足腰

があまりに弱くなると転倒しやすくなるので、フィットネストレーニングをしたほうがよいときは家庭医や地域ナースがアドバイスをする。例えば理学療法士のところに週1回筋肉の訓練をしに行くといいと言う。そのためのエクストラ保険に入っている人はもちろん保険から下りる。

- ・私は日本のアイデアは好きだ。デンマークもそうだ。デンマークでは予防としてのリハビリという考え方が確立されていて、75歳以上になると地域ナースと理学療法士にインタビューに来てくださいという招待状が来る。そこに行くと、体力、筋力などのテストをしてくれる。それで、市が設定した公共のリハビリテーショントレーニングの場所で筋力を付けていくというようなことができる。

- ・しかしオランダの場合には、そのような考え方がまだない。ライデン市などの Radius のような福祉組織があるところでは市がサポートして、ボランティアの高齢者ケアアドバイザーが、一軒一軒、来てもいいと言う高齢者を訪問する。しかし、一般的には、ちゃんと洗濯をできますかとか、買い物に行けますかとか、そういう日々の生活を中心に見ていて、そこに立ってみて歩いてくださいとか、足の筋肉が弱くなっているかどうかということ进行测试しようという考え方はない。これは非常に残念なことで、せっかく行くのであれば、歩き方とか足の強さ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。このような考え方がオランダではまだないのは残念なことだと思う。

(質問：日本の地域の活動で、自主的にグループを作って、セラピストや退職した体育の先生が指導者になって一緒に体操をするような活動が増えている。そのような考え方はないか。)

- ・オランダの Ph.D. の学生がウルフト Ulf という小さな村でその実例を研究している。4人の退職者で運動が足りないという話をしていて散歩をするクラブを始めた。それが数年前で、今は毎朝9時から10時まで参加者が70人ぐらいで散歩や体操をしている。

- ・この4人で始めたうちの1人は少し医療的な知識を持っていた。それで、始める人全員に握力テストをして記録しておいた。それから、参加する人全員は万歩計を自分で買って、それを毎日使って記録をしている。それを見ると、非常に面白いことに全員の握力が強くなっていた。また全員の一日の歩数が増えていった。普通は年を追って握力が下がっていくし、歩数が減っていくが、このグループでは逆の傾向が起きている。

(質問：そのようなものをオランダではリハビリとは呼ばないということだが、それでは何と呼んでいるか。トレーニングという言葉を使うのか。)

- ・彼らは自分たちのことをトレーニンググループと呼んでいる。散歩は、散歩クラブ(ワンデルクラブ)と言っている。ウォーキンググループやジムと一緒に行く人もいる。人によっては2人で何曜日と何曜日の何時にあのフィットネスジムで会おうと言っている人もいれば、数人グループで行っている人達もいる。そして、その後で必ず一緒にコーヒーを飲む。そういうコンビネーションだ。リハビリという言葉は一切使われない。トレーニングジムとか、ウォーキングというような言葉が使われている。

(質問：日本では、できるだけ早く老化や栄養不足にアプローチすれば結果的には財政的に得になるとされて事業を進めている。そのときに2つの方法があって、1つは老化とか機能低下がある人を見つけてアプローチをするハイリスクストラテジーで、もう1つは高齢者全体に対してアプローチをするポピュレーションストラテジーだ。最近ポピュレーションストラテジーで住民の力で予防をしていこうということになった。しかしこれはなかなか難しい。)

・このウルフトという村で始まった散歩クラブの成功ファクターを見つけてライデンでやってみようとしている。これができればいろいろな場所で使えるだろうということで、2、3年見ていく予定だ。現在、成功ファクターが何かを研究して見出そうとしている。それがわかったら、ライデンの高学歴者が多い地域と低学歴者が多い地域の二つの地域でこのウォーキングクラブを始める予定だ。それで2、3年後にうまくいってればどこでも使いやすくなるだろうし両地域とも駄目であればウルフトという村独特の成功例ということになる。

・多くの地域に市民が集まる自主的な散歩クラブがいろいろあるが、通常は1週間に1回集まって歩きましょうという感じのところが多い。これでは筋力を付けていくためにはあまり効果がない。このウルフトのいいところは、毎朝同じ時間に1時間動いていて、毎日続けているということだ。このグループは、天気がいいときは外を歩き、天気が悪いときは学校の体育館を借りて運動をしている。毎日続けることができているということに注目している。

・オランダでは3人集まると簡単に福祉法人をつくることができる。たとえばオププロジェクト OPOEH project という小さな福祉法人のプロジェクトがある。オランダでは犬は必ず1日2回散歩させるのが倫理的なルールだが共働きで犬を飼っている人にとってはなかなか難しい。そういうときに、週に1日か2日だけ55歳以上のこのオプのメンバーが犬を養子に取るような形でその犬の養父母になって犬を飼う。そうすると散歩をさせないといけなないので自動的に歩数が増える。これは小さいがとてもよいイニシアティブだと思う。ウェブサイトも持っている。ここのモットーは、**active life for old people nice life for pet**（高齢者はアクティブに犬には素敵な生活を）だ。猫は飼っても体はあまり動かさないが心の慰めになる。

（質問：オランダでも、健康でいる期間をできるだけ長くすることを考えているはずだ。健康作りのために公衆衛生ではどのようなアプローチをしているか。）

・市が公衆衛生の視点からトレーニングクラブを提供するということはない。市によっては高齢者のトレーニングをやっているプロジェクトをサポートする政策を持っている市はあるが、そうでない市も多い。国の政策の中で、健康を保つためにサポートする予算の流れは一切ないし介護保険でも医療保険でも給付が下りない。そういう意味で国の政策の空白の部分だと思う。オランダの医療制度自体が、治療することによってお金が入ってくるという形になっていて、予防をして健康を保つというインセンティブはない。むしろ逆で、病気の人が増えれば増えるほど医療関係者にとってはよいというインセンティブになっている。予防すればするほどよいというインセンティブはどこにもない。これがオランダの問題だ。例えば、外科医にとっては骨折や転倒がときどきあったほうがいいわけだ。

（質問：しかし自治体側とか保険運営側には、強いインセンティブがあるはずだ。）

・その通りだ。しかしオランダの医療保険会社は競争しているので、自分の保険に加入している顧客に健康になりましょうとキャンペーンをはって、その人々が健康になっても来年には別の保険会社になってしまう可能性がある。彼らは、投資して健康になった人を他の保険会社に取りられてしまうから健康キャンペーンを張っても意味がないと言う。本当に視野の狭い考え方だ。保険会社は競争しているとしても、ジョイントプロジェクトとして例えば転倒予防や、循環器系の病気が起こらない予防、脳卒中が起こらないような予防、糖尿病になりにくいような予防を共同でやれば、顧客が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。彼らはそうすべきだと私は思うがしていない。

（質問：全体ではそのような状況かと思うがライデン市ではソーシャルヴァイクチームなど

で住民の支え合いもやっている。その住民活動が実は介護予防になるという考え方はあるか。)・各市町村の政策対象グループは、体も精神的に弱い人達だ。ライデン市では WMO でソーシャルヴァイクチームを作っている。あるいは、それよりも枠をすこし広げて、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。しかしオランダの市町村でも国でも 65 歳以上で健康でいようという人達への施策は一切ない。注意する対象は症状が出た人とその直前の人々だけだ。ビュートゾルフもこの人々ばかりだ。

(質問：たばことか肥満など、どの世代も対象になることはやっているか。)

・肥満あるいは特に親が糖尿病の場合の糖尿病予防は小学校のプログラムとして全国レベルでプログラムが行われ、市民のイニシアティブもある。他には国の政策はあまりない。

・自分が自覚して家庭医に行って、家庭医が栄養士を紹介したり理学療法士のトレーニングを紹介したりはあるが、それは自分から行かなければならない。つまり、何か症状がないと家庭医に行かないので既に予防ではない。全体的に全ての分野で治療にインセンティブがあるからだ。

・小学校では、年に 1 回健康診断があって子どもたちの身長とか体重を計って、成長を過去の記録なども比較して見ている。だから、そのときから予防策を講じるべきだがしていない。だから将来は、オランダの国民健康省の大臣は政策を大きく変えて、病気になった人に対する治療をいかに安価にするかいかに効率的にするかではなく、全ての年齢において健康を奨励するような方向にインセンティブ自体を変えていく必要があると思う。

・ただ、オランダ医師会から相当プレッシャーかかると思う。それから家庭医の医師会もたいへんな力がある。だから本当は変えるべきだが変える力のある大臣がいない。

(質問：オランダは自立を重視しているし、高齢者が広く社会に参加してネットワークを作り、助け合う社会を作ろうとしていて、広い意味で予防が進んでいるように見える。)

・65 歳から 70 歳くらいまでのオランダ人は、多くの人が活発になにかをやっているが、問題は、だんだん身体的や精神的に機能しなくなった人達を見付け出すことが難しいし、その人達が活発に何かをする引き金になるようなものがない。それがオランダの課題だと思う。そうなり始めると引きこもってしまって、その人を引っ張り出すものがあまりない。

・オランダには、このような高齢者の孤立の研究を専門に研究している Gierveld という人がいて、その人が言っていることは「人生というのは自分の小舟に何人か人を乗せて一緒に行くようなものだ。でも年を取ってくると、あの人や死んだこの人が死んだ、もうコンタクトがなくなったということで、1 人 1 人このボートから降りていく。そういう自分の小舟にどんどん新しい人を乗せる努力をしなければならない」ということだ。年を取ると知り合いとか親戚、家族が死んでいくのでだんだん孤独になりがちだ。

・虚弱化し、フレイルになっていくと自分のソーシャルネットワーク、近所の人とか友達とか親戚とかが亡くなって連絡がなくなったり、趣味の集まりに行かなくなってコンタクトがだんだん減っていくと孤立してしまう。それで孤立という問題を抱えている人が非常に多い。孤立すると動かなくなるし日々の希望もなくなるのでますます虚弱化する。

・Humanitus の介護組織では若者と高齢者が会える場を積極的に作っている。高齢者が若者と会う機会はとてもよいことで、高齢になっても自分の小舟に若い人を乗せる努力が必要だ。若い人と会える機会をコミュニティの中でどんどん提供していく努力がよいと思う。

(質問：政府では予防を基本的にしないということがオランダの特徴かと思う。この要因と

して医師会の話もされたが、もう1つマインドしてこういうことは国がやることではなくて市民社会がやることだという考え方もあるかと思う。)

・オランダでは、非常に市民がイニシアティブを取りやすい自由があり、それはよいことだ。しかし、たとえば多くの病気について政府が政策として出せば予防できるということがある。それを政府がしていないことは非常に残念だと思う。より長く健康であることができる、あるいは虚弱化を遅延することができる政策は国として取ることができると思う。

シェアリング・ミールプロジェクト Tuisafgehaald リーダー、福祉法人 Radius マネジャー

(質問：現在の活動を説明していただいて、その後質問をしたい。)

(プロジェクトリーダー)

- ・ライデンではなくユトレヒトに住んでいてそこから来た。5年前に自分の作った食事を近所の人と分かち合う、ミールザシェアウイズネイバーズというウェブサイト 시작했다。
- ・最初は、料理が好きな人がせっかく作ったから分かち合いたいというところから始めて、今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方向に焦点が変わってきている。
- ・もとは高齢者の利用が多かったが、現在では慢性病の人とか身体・精神障害を持った人々、弱い立場の人々の利用者が多い。
- ・最初は野菜なども新鮮で体によい料理を食べることができるというような考えだった。その後、実状を見ると、コンタクトが続くと人間関係ができていって、料理を持って行ってあげるだけではなくて、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、さまざまなヘルプをコックの立場にいる人がするようになっている。
- ・我々は Radius のような福祉組織と 6~7 都市で連携を作っている。サイトには、多く趣味のホームコックがいるが、弱い立場の人に到達できにくいのでそのような弱い立場にいる人々を呼んで来てもらうのがこのような福祉組織ということになる。
- ・我々のプロモーションはどのような内容かというところ、Radius のような福祉組織、それからソーシャルワーカーのように現場で働いている介護・福祉関係のプロの人々に我々の存在を知らせるということだ。例えば、クライアントが料理を作れなくて困っているときには、そのサイトをプロの人が知っていれば紹介してくれる。
- ・政府はどんどん介護コストを下げて、介護の必要なクライアントは自分たちのインフォーマルケアでやるべきだという方向にどんどんなっている。ところが、多くの人々は、そういう大きなインフォーマルケアのネットワークを持っていないので、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。

(Radius マネジャー)

- ・私は Radius で 9 年働いている。地域スタッフのチームリーダーをしていて具体的なアクティビティを担当している。2、3 年前までは、Radius の各地のオペレーションセンターに機能不全の人、一部不全の人とか、慢性病の人々に来ていただいて、いろいろ趣味のアクティビティを中心にしてきた。そうすることによって友人とか本人達のネットワークも広がっていくということで、それは非常に価値ある活動であったが、現在ではそれを見直すときが来ていると考えている。このような我々が提供してきたこのセンターにおける活動はどれほど個々の皆さんの社会的ソーシャルネットワークを強化できているのか、そして、またお互いに助け合う社会を作っていくためにこのような活動がどれほど本当に役に立っているのか、その効果は何かというように現在は見直しているところだ。反省しているところだ。
- ・例えば食事会だが、Radius で活躍しているボランティアが食事を作ってカフェのように弱い立場の人々がそこに来て食事をする。弱い立場の人々には、日々の料理を心配しなくてもいいのでとてもよいが、今最も考慮していることは、そうすることによって本人達自身のネットワークを大きくすることができているのだろうかということだ。このように提供されているために、近所に何かをお願いする必要もなくなってしまっている。本人達の近所、自分の住んでいる周辺でのネットワークの強化にはかえって役に立たない。

・今そういう厳しい目で自己評価を進めている。悪いことではないし、多くの人には必要なことではあるが、その効果ということを考えている。他のよりよい形があるのではないかな。

・もう1つ **Radius** は食事の宅配サービスもやっている。これは冷凍できるようになっていて、本人が食べたいときに温めれば食べられるという形だ。**Radius** の多くのボランティアがその宅配の運転手として重要な仕事をしている。いつも同じ人に訪問するので、調子はどうですかとか、ちょっとしたあいさつをしながらそういう人々を見ていくということもあって重要ではある。しかし、今説明されたシェアリングミールのような形での接触到比べると、本人のソーシャルネットワークを広げるという意味では、少し一方的というか、弱いという特徴はある。非常に大切な仕事をしているわけだし有効なことではあるけれども。

(質問：シェアリングミールのプロジェクトと **Radius** との関係はどのような形か。)

・このような関係は市ごとに違う。市によっては、地方自治体プロジェクトがウェブサイトの費用やライセンス料を払って使わせている。それから市が福祉、介護福祉団体を招請して、これをぜひ使ってくださいと紹介する場合もある。そのような場合は福祉組織と市との契約の形になる。

・ライデン市の場合は特殊で、**Radius** が市の紹介なく自分たちで探してきてシェアリングミールのサイトを活用するようになった。契約はお互いに協力するという内容で、金銭的なやりとりは一切ない。**Radius** のほうは有給スタッフが週2、3時間これをプロモーションするための仕事をしている。**Radius** がその人の2、3時間分の給与を払う。そしてサイトのほうは地元のいろいろな基金の寄付金でまかなう。

(質問：サイトはライセンスフィーと寄付金で成り立っているのか。)

(プロジェクトリーダー)

・特定の市で、このサイトを使用する場合には、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をする。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さまざまな改善をする必要がある。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ためにも必要だから、ライセンスフィーを契約した市町村に払ってもらっている。

(質問：最初のスタートはどうだったか。)

・私たちが始めたのは5年前で、これは料理が好きな人達が自分で作った料理をシェアして分かち合おうということから始まった。当時は、分かち合うという文化、所有せずに共同で使うという文化のトレンドが始まったばかりで、そのちょうど上昇気流に乗ったわけだ。最初は特に弱い立場の人々が利用できるということにフォーカスせずに誰でも使えるという一般的な形だった。当時は、物を所有ではなくシェアすることが新しい文化として、テレビ、ラジオ、新聞などで大々的に取り上げられ、その1つのよい例であるということで我々のサイトの急上昇に大きな貢献をしてくれた

・先ほどちょっと言い忘れたが、コンセプトは非常にシンプルで、2つのセンテンスで紹介できるというのも発展できた理由だと思う。さらに夕食は毎日みんな食べる。作る人は每晚作る。だから特定の対象グループは必要ないわけで、国民全員が誰でも使い、誰でも提供で

きるというものだ。さらに5年前に始めたころは、オランダも経済危機の直後で、当時お金の消費の仕方パターンも大きく変わっていった。そしてまた、さまざまな物資も遠いところから移送費をかけずに地元のを地元で消費するというトレンドが強くなってきた。それから無駄遣い、食事を捨てるという文化はよくないという考え方とか、それから大きな組織に対する不信感が強く出てきた。そのようなトレンドがあって、ヘルシーフードに対する意識も強くなった。そういう文化が若者の間で広がったちょうどよいときだったと思う。

(質問：Radiusがこのプロジェクトに関心を持ったのはどういうきっかけだったか。)

(Radius マネジャー)

・Radiusは既に何年も前から食事会のようなサービスとか食事の宅配サービスなどを、ボランティアが多く活躍してやってきたわけで、中にはなんでそんな新しいことをしないといけないのかという声もあった。しかし私と所長がこれはグッドアイデアだと言った。職員たちにも、それからボランティアスタッフにも説明をするという努力は必要だった。伝統的にケアをクライアントに提供していたが、そうではなくクライアント自身が普通の生活ができるようにサポートをする、そのような組織に変わっていかなければならないと私が思ったからだ。今まではケアのプロダクトをあげていたけれども、それは普通の生活ではないので、本人達が普通のネットワーク、普通の生活ができるようにサポートする。今はそうすることが我々の役目であるというように考え方が変わってきたからだ。

(質問：以前オランダのネットワークコーチングの話聞いた。孤立している人のところにボランティアが行って「ここに集まりがあるから来なさい」と言うのではなくて、自分自身がたとえば途切れていたネットワークを自分で再構築するのを手助けするということだった。だから「ヘルプ」ではなくて、「ヘルプセルフヘルプ(自助を助ける)」という考え方だと聞いた。考え方としてつながっているのか。)

・そうだ。我々のような組織は伝統的にしてあげるということをしてきた。そしてクライアントも、それからセンターへのビジターの人々も、一定の条件のもとではあるがしてくれることを期待している。そういう人々は簡単には変わらないし、期待というものは簡単には消えていかない。特に、高齢者でも年齢の上の人とか、長い間サービスを利用している人はなかなかその概念から出ることができない。それからボランティアも、10年、20年と、ずっとそういう姿勢で働いてきた人々は、簡単に考え方を変えることができない。しかし若い世代の新しいアプローチで自助を支援するという考え方をボランティアの人々も、それから受ける人々も進めて、少しずつ変えていく必要があると思う。

・いろいろな福祉組織、介護提供組織があるので、中にはこれは自分たちが確立してきた宅配サービスの競合相手だと見る組織もある。つまり顧客を取られると見る組織もある。競合ではなく付加的に加わるものだと説明すれば納得してくれる福祉提供組織もあるが、いくら説明しても分からないところもある。理解があって、クライアントにとって何がいいかを中心に考えている福祉組織もある。

・Radiusには宅配サービスのコーディネーターをしているスタッフがいる。注文が多ければ多いほど職場の責任者としては実績が上がるわけだ。彼のオフィスがすぐそばにあるのでときどき彼の電話が聞こえる。そうすると「はい。宅配のご注文ありがとうございます。でも、このサイトに行ったら近所で作ってくれる人もいるので、それもいいかもしれませんよ」と、ちゃんと勧めている。で、偉いなあとって見てみたら、その彼の奥さんがコックとしてこのサイトに登録していた。料理が好きなようだ。

・このように、ホームコックはサービスではないし、プロではないので毎日作るということが保証できない。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時に持ってきてくれるが、ホームコックの場合には、絶対提供してくれるて入手できるわけではない。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ことだ。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していく。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が出てくる。

(質問：具体的に利用する人は、申し込んでからどういう流れになるか。)

(プロジェクトリーダー)

- ・自分の郵便番号を入れると今晚注文できるホームメイド料理のリストが見られる。
- ・登録をすれば、今晚こういうホームコックが作る予定だから、申し込みたい人はどうぞというEメールが毎朝来る。誰が何をやる予定だという予定も来る。それで、たとえば「私は水曜日のラザニアが食べたい、2人分を6時に自分で取りに行きます」と申しこむ。
- ・ホームコックは自分の値段を自分で決める。基本的には材料費だ。ちょっとガス代なども載せてもいいが原価が基本だ。
- ・注文を出すとEメールでそのコックの住所などが出てくる。そしてその家に行って、2食分注文したと言ってキャッシュで払う。
- ・しかし、自分で取りに行けない人もいる。Eメールを見られない人もいる。Eメールで返信ができない人もいる。そのような人のためには別のバージョンを作っている。これは、一番よさそうなホームコックとすぐにリンクする。自分でオンライン登録ができない人はサポーターとか、インフォーマルケアの人とかがやってくれる。それから電話してもいい。申し込みパンフレットがあって、昔式に書き込んで郵送して申し込むという方法も残してある。
- ・一番よさそうなホームコックを見付けるバージョンではシステムがその人を探す。それでコックとクライアントの2人が電話でコンタクトをして互いに合意するまで話し合う。週に何日食べたいか、どういうメニューが好みか、取りに来られるか持っていくかというようなことを決めていく。我々はそのようなマッチングの場合に、これとこれは合意しておいたほうがいいというチェックリストをこちらで作って提供してうまく合意できるようにサポートするが、具体的な合意に至るまでの話し合いは本人達に任せる。
- ・大きなものを小さくすることは難しいが、小さいものを大きくするのはしやすい。いつもアドバイスとしては、最初に1年分とか約束をするのではなくて、まずは1食やってみて、それでよかったらまた2食と続ければよいと言っている。その後、レギュラーで1週間に1回とか、2日、3日、4日とか互いにアポイントメントを決めて、変更があったりするときには電話をしたり、渡しに行ったときに話をしたりすることができる。
- ・こういう場合、マッチングのサポートも続ける。始まってから2週間後に両方にEメールを出して、うまくいっているか、料理サービスを続けているかというような質問をする。で、10週間後にも、もう一度Eメールを出す。そういう形でサポートをしている。
- ・そして、さまざまな形で進化をする傾向が見えている。例えば、この食事だけではなく他のことも一緒にするようになって他のところと一緒に行くことにしたとか、遊びに行ったとか、それから料理を作ってくれたコックのところで一緒に食べたとか、コックが行って一緒に食べたとか、数人の高齢者が同じコックから注文してみんなで食事会をしたとかいうことだ。それから、クライアントの中でも他のことはできなくても料理はできるという人に、ゼ

ひホームコックになったらどうですかと勧めている。

(質問：逆にホームコックとして食事提供したい人はどういうプロセスを経るのか。)

・ホームコックには2種類ある。1つは、活発に作ってとにかく食べて欲しいという人で、自分は月曜日と水曜に作る、メニューも豆腐ステーキとか寿司とかラザニアとか決めて、1食分3.5ユーロで最大5食分できるのでピックアップに6時から8時の間に来てくださいというようにする。近所の誰でも選んで注文して、その朝までに注文が来たものを夕方を作る、そういう作り方だ。

・もう1つ、もっとパーソナルなやり方がいい、自分は1人の人のために作りたい、あるいは特定の人のために作りたいという人だ。そういう人は、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ということに登録する。そうして、誰か弱い立場の人とマッチングするのを待つ。そういう登録をした人の中には、もう待ちきれなくて、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。

(質問：作る側の登録の際にはどのようにするか。)

・登録するときは写真も載せなければならないし、住所、電話番号、Eメールアドレスなども全部載せるプロフィールを書き込む。しかしこのプラットフォームのホスト側ではスクリーニングはしない。使っている人々のフィードバックなどはそのシステムを使って管理しチェックをしている。プロではないので料理の腕の保証はできないが多くの場合趣味で料理が好きという人が多いのでなかなかよい食事メニューになる。

(質問：日本では衛生管理者制度などがある。オランダの場合は資格がいるとか研修を受けるなどはないか。)

・法律では食事を商業的に販売するときには調理師とか衛生上の資格などが必要だし、監査の対象になる。しかし、ボランティアや自主的にする場合には別で、実費を請求してもいい。基本的に値段はこのプラットフォーム平均4ユーロぐらいで商業的な値段ではないので、食品産業、外食産業のカテゴリーに入らない。

・食品衛生は、もちろんホームコックに、オランダの衛生基準を説明し、留意するように教育している。それ以上の監査はできない。

(質問：研修制度があるのか。)

・情報を出すだけだ。

・今まで登録しているホームコックで最も活発にやっている週5日で数食作っているという人で、年間で200から300ユーロの収益だ。だから税金の対象にもならない。

・ただ、作るときの本人の労働時間、買い物に行く時間、作る時間、野菜を切る時間を考えると、みな商業的には赤字でやっている。オランダにもベルギーにも利益追求のためのミールシェアのサイトはある。この場合は1食当たりの値段がかなり高くなってそれを毎日やればある程度の収入になる。しかし我々のプラットフォームはそのような方向に行かないように留意してきた。生活のために収入を得たい人はそのようなサイトを使えばよいことだ。

(質問：Radiusはどのような形でこのシェアミールをプロモーションして、またどのような人が具体的に参加しているか。)

(Radius マネジャー)

・まず、新しい食事の可能性ということで紹介した。新サービスという形で紹介した。それから、利用者が宅配サービスはいつも同じメニューでつまらないとか、おいしくないとか苦情を言われたときには、一度ホームコックを試してみませんかと言って紹介する。この一番の特徴は、食卓にバラエティを加えるということだ。週7日間の宅配サービスの電子レンジの食事は勧めていない。だから、食卓にバラエティをもたせるための1つの選択肢として位置付けている。

(質問：コック側と利用者側の年齢構成はどうか。)

(プロジェクトリーダー)

・ホームコックは、全員料理が大好きということが唯一の共通項で、年齢層は25歳から70歳と幅広い。3分の2が女性で、ほとんどのホームコックはフルタイムの仕事をしていない。フルタイムの仕事をしてホームコックは大変だ。全員に近い人がパートタイム、フレックスマーク、あるいは働いていない。このホームコックの一部には有機野菜とか特定の料理のスタイルにこだわるコックもいるし、そうでない人も多くいる。教育レベルでも高等教育を受けた人もあれば初等教育だけの人もいてさまざまだ。

・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、あまりバラエティのある食卓ができない。けれども、他の人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のある料理を提供できるというメリットがある。利益はないが、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。そういうメリットを求めてシングルマザーの人が多い。

・いろいろな文化背景のある人がホームシェフをやってくれるのは大歓迎だ。日本人のシズカさんという人がうちの近所のホームコックだが近所で一番人気だ。やはり日本食が食べたい。みそ汁、豆腐ステーキ、寿司のメニューもあって大人気だ。私も日本レストランで食べたことがない日本食をたくさん食べることができる。一般的には普段食べられないものが食べられるのでオランダ人のコックよりも外国人のコックのほうに人気がある傾向だ。

・しかし全体のホームコックの人口構成を見ると、やはりオランダ人が多く、その他の国籍出身の人々のコックはまだまだ少ない。

・弱い立場の人々で、このミールを注文している人は主に80歳以上で、3分の1が65歳以下だ。全員が在宅の人だ。そのほとんどが身体障害とか慢性病を持った人々で、多くの場合慢性病の人はいろいろな機能障害を持つようになるということが多い。だんだん障害が重くなると、最初に料理を作らなくなってクッキーだけ食べて夕食にするとかパンをかじって終わるとかになりがちだ。

・中には知的障害とか精神障害を持った人もいる。ホームコックはプロのケア提供者ではないので重度になるとコミュニケーションもできないということになる。

(質問：慢性病で血圧が高い人とか、糖尿病の人もいると思うが食事のリスク管理はどうしているか。)

・ホームコックのいいところは、おいしい体にいいものを作りたいという希望があって、いろいろなチャレンジが好きだということだ。だから、この人のためには減塩でないといけないとか、これとこれは入れてはいけないということ、そのホームコックさんに伝える。そうすると、普通は喜んでそういうチャレンジをしていく。

・人によってはアレルギーで駄目なものがたくさんある人もいて、そういうこともホームコ

ックに伝える。そしてまた、このような食材の中にはこれとこれが入っているから気を付けてというような情報などもホームコックさんたちに送っている。

・このシステムでは近所のホームコックを選ぶわけだが、オランダ人の利用者がインドネシア料理は好きではない、しかし料理を作るホームコックはインドネシア人でインドネシア料理が得意だというときにはマッチしないので、オランダ料理を作れる人とマッチングをし直すということもする。

(質問：規模を知りたい。)

・このサイトはオランダ全国版でどこでも近所にホームコックがいれば使うことができるし、オランダ全国どこでも登録してホームコックを始めることができる。

・弱い立場の人のためのホームコックの登録は基本的には、Radiusのような組織を通じて行う。ただ、ホームコックが誰でも注文できるように登録すれば一般の人でも申し込みできる。

・オランダは人口1,700万人の国だが、ユーザーとしてあるいはホームコックの登録をしている人は7万5,000人いる。その内1万3,000人がホームコックだ。これまで4年間半かけて、今までに作られた料理数は24万食だ。これは一般的な人の数字だ。

・弱い立場の人々の場合は550の利用者とホームコックとの間のマッチングが行われている。これは、Radiusのような福祉組織が紹介するしないに関係なく全国の数字だ。ライデンのように福祉組織がプロモーションしてくれるところは弱い立場の人の利用率は高い。

・今まで、補助金や、それからライセンスフィーを払ってくれる市町村が幾つかあったのでプラットフォームが経済的に成り立っており、使う人は全部無料でその市の市民でなくても同じサービスを使うことができた。だから特定の市が払ったものを全国でシェアしているわけで、継続性がない経営モデルになっている。それで将来は払ったところの地域の人だけ特定のサービスが使えるようにせざるを得ないのではないかと考えていて、その可能性もある。

(質問：広告は入っていないのか。)

・一般的なほうのオンラインプラットフォームには広告も載せていて、それもウェブサイトの収入になっているが、弱い人々のためのサイトのほうは地方自治体がフィーを払ってくれているので広告は載せていない。

(質問：弱い立場の人のマッチング数はあまり多くないようだ。)

・550人だ。やはり2週間後にEメールを出したり、10週間後にEメールを出したりでケアをしなければならない。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1対1の形で、年間を通じて大体平均60食だ。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回会う機会があるということだ。

(Radius マネジャー)

・このような、弱い立場の人へのシェアリングミールプロジェクトは全国的には1年半前から始めたが、Radiusとしては今年の2月から始めている。今まで見てみると今日出た質問のように、資格は必要ないのかとか、衛生上大丈夫なのかとか、病気の人や慢性病の人には栄養価的に大丈夫かなどの質問が出る。それで試して1食注文してみようというところまでいくのにかなりの準備とそれから本人の気持ちの準備が必要だ。今まで半年ぐらいやってきてそう感じる。ただいったん軌道に乗れば口コミでどんどん広がっていくと思う。

・誰かに頼んで作ってもらうというのは気後れがするというメンタリティーがオランダ人に

はあるということもある。

- ・このサイトはオランダ語版もあるし、英語版も出している。利用していただいてもいい。契約して日本で翻訳して使っていただいてもいい。
- ・ビジネスモデルとしてはソーシャルビジネスで、利益は期待できない。給料とそれから実費を払えるというのがラッキーだというぐらいだ。補助金を出してくれる市町村が幾つかあるのでなんとかやっている。しかし、社会に対する貢献度という視点では、大きなメリットを社会に提供していると確信している。
- ・オランダでは、村とか、昔から知っている人が住んでいるところでは、おばあちゃんが料理できなくなったから2週間に1回作って持って行ってあげるといのは行われていて珍しくはない。日本でもそういうものがあると思う。そういうことを基礎にして広げていったらいいかもしれない。プラットフォームとかインターネットのウェブサイトがなくても既に行われていることがあると思う。知っている人がいて、料理できなくなったから作って持っていくとか、近所とか友だち同士とか家族の中であると思う。
- ・プラットフォームがいいところは、全く知らない人と知り合いになって、知り合い同士がやっていたことが新たに始まることだと思う。そういうことは地元のコミュニティを強化するという意味では、市町村にとってすごくよい政策だと思う。

(質問：状態を問わずに一般的に行われている部分が相当大きくないと、弱い人々への提供というものは難しいと考えるか。それとも弱い人達だけでもできると考えるか。)

- ・7万人まで大きくなってきて、テレビ、ラジオとかで取り上げられたというのは、もちろん知名度が広がったという意味では福祉組織に宣伝をかけるときには便利だが、利用する高齢者はメディアで聞いたことがない。オランダの若い人の中では有名だが、高齢の利用者にとっては有名ではない。つまり、知名度が低くても十分に活用できると思う。
- ・さらに、誰か知らない人が取りに来るのは嫌だ、知っている近所の人に作りたい、あるいは体が弱くて困っているから作ってあげたいというホームコックが新しく登録するようになった。そういう人にとってはかえって、最初から弱い立場の人を対象にしたほうが良いということもある。そういうメリットはある。

(質問：弱い人達に特化するとさらに既存サービスとコンフリクトが出てこないか。)

- ・正直に言うと、Radiusのような福祉介護組織は、このような代替案を紹介するもう1つの経済的な理由がある。現在のところ、食事の宅配サービスは本人の食事代という自己負担金もあるが、ボランティアの人々は無償で運転手をやっているわけだ。そしてまた自動車代とか、そのボランティアのコーディネーターの費用とかは、国や市から下りてくる補助金とちょうどトントンで、赤字にならないでラッキーだという感じだ。政府の方針では、その補助金もだんだん少なくなって他のところに使われていく可能性が非常に高い。そういう意味では、代替案を確立しておきたいというのがRadiusのもう1つの理由だ。
- ・政府の方からは、だから、実際にクライアント本人達の自立力を強めるためにやっているとか、本人達がより健康により活発になるようにしていると言えば補助金を取れるが、本人を受け身にしてしまうような形にすると補助金も取れなくなるという方向に変わっているところだ。だから、このようなホームコックのプラットフォームを紹介するということによって、市のほうにも「見てください。私たちは自立、それから近所同士の助け合いをサポートしています」ということを示せば補助金も取りやすい。
- ・日本の政府もそうなっていると思うが、政府はだんだんと自立をサポートする、自立

力を付けるということをサポートして、補助金などの予算もそちらに出すということになる。そういう意味では、追い風というか、このプロジェクトには非常によいときが来ていると思う。それでも決して簡単ではないということは確かで、日本でこのプラットフォームを立ち上げてもうまくいくという保証はない。たくさん努力が必要だし、小さく始めてどんどん広げていくという助走の時間もかかり、労力もかかると思う。ただ、もし日本で上げるのであれば、誰でも買えるようにしてもいいが弱い立場の人用に始めてもいいだろう。そうであれば、結局は近所同士が助けあうことを活発にしているということであって、自分たちはかわいそうで特別だからそれを使っているわけではないという気分にもなれる。だから、両方平行してプラットフォームを立ち上げてほしいと思う。

ライデン市ソーシャルヴァイクチーム Sociaalwijkteam (ソーシャルネイバーフッドチーム)
コーチ、福祉法人 Radius ディレクター

<ソーシャルヴァイクチームコーチ>

- ・ソーシャルヴァイクチームについて皆さんの質問に答えたい。基本的なことでもどうぞ。

(質問：できたばかりだが日本にもソーシャルヴァイクチームに似た仕組みがある。そのチームは地域の資源、支援をみつけ支援者ネットワークづくりが仕事でマッチングはやらない。)

- ・その役割は、私がやっているソーシャルヴァイクチームの仕事の一部で、ケア提供者のコーディネーションということだ。ケアマネジャーたちが地元のケアプロバイダーや、自主的な組織、ボランティアまですべて集めてコーディネーションをするという場合もある。具体的にクライアントにヘルプのサポートをしたり、横からサポートするという仕事もする。

- ・私たちのソーシャルヴァイクチームは、まずクライアント本人は何ができるか、それを最初に見る。その次に家族は何ができるのか、それから近所、地域は何ができるのか、それからその次にボランティア組織がどのような内容ができるかということを見えていく。

(質問：アセスメント、評価をするのか。)

- ・その本人の障害の重度がどうかという査定ではなく、本人がハッピーになるには何が必要なのかというように見ていく。それは査定と言えど査定だが、伝統的な介護の査定とは違う。

- ・本人ができないというときは次に、家族とか近所の周辺の人とか友人とかの本人の周辺を見ていく。そしてもう1つ見るべき重要なことは、マントルケアの人々とインフォーマルケアの人々が過重負担になっていないかだ。その人々もハッピーにやっているかどうかを見る。

- ・それでも無理な部分もある。そういうときには同じようなニーズがある人を集めて、グループにすると解決できることもあると考えている。

- ・今全体像を話したので、具体的なケースを話していきたい。

- ・このような、全部いろいろやってみて、それでも無理なぐらいケア重度が高いときに初めてプロのケア組織を用意する。一目みたら、ケアニーズが高く重度のケアが必要だとすぐ分かる人もいるが、基本的には最初に本人ができることは自分でしてもらう。それから周辺、無理な場合はプロのケア提供者に頼むというようにする。

- ・ある68歳の男性はアパートに住んでいて1人暮らしだった。健康状態は非常に悪い。身体も悪いし精神的にも病んでいた。家が非常に汚れていて害虫がいっぱいいる汚れた家に住んでいた。膨大な借金もあった。しかも友人も誰かとのコンタクトもない人だった。ソーシャルヴァイクチームにこの人のケースを紹介したのは隣の人だった。とにかくその家から悪臭が漏れてきて迷惑だったので、ソーシャルヴァイクチームになんとかしてくれという連絡が来た。

(質問：それは直接ソーシャルヴァイクチームに来たのか。)

- ・その隣人はチームの存在を知っていたので直接電話が来た。もし知らなかったら家の悪臭で困ると一番先に連絡するのは住宅公団だろう。住宅公団はチームを知っている。

- ・住宅公団を通じて連絡があったり、いろいろな組織が連絡してくる。家庭医、警察、地域のソーシャルワーカー、家族などだ。

- ・私たちはその男性の家に行った。そして「ソーシャルヴァイクチームだが何か支援をすることがあったらしたい。話しをしませんか」と言った。その男性は「ああどうぞ」と中に入

れてくれた。最初見たら問題だらけだった。その人は、人と会いたくないし話したくないという感じで、アグレッシブではないが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。

- ・それで、その人と会話をして、その人の周りにどういう人がいるのかを見てみた。その人と少しでもコンタクトがあった人はこの世界の中で1人だけで、向かいに住んでいた隣の奥さんだけだった。その人とだけ少しコンタクトがあった。それで、その奥さんと呼んできて、本人と隣の奥さんと私たちソーシャルヴァイクチームでプランを作った。

- ・それから、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で本人の承認を得た。だから家庭医にもソーシャルヴァイクチームが関わっているということ連絡した。

- ・最初はやるべきことがたくさんあった。まず掃除チームが来てごみなども全部片付けた後に害虫などの駆除、それから本人の身体の健康管理だ。

- ・次の課題は、本人が同じライフスタイルに戻ってしまって再び汚れた家にしないことだ。そのときにソーシャルヴァイクチームの力が発揮される。

- ・そして、ソーシャルヴァイクチームが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、そのボランティアは定期的に一緒に散歩に行ってくれる。オランダでは、いろいろなマーチェ組織がある。例えば、精神病の患者の友だちになるとか、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とかだ。それから、移民や避難民用にオランダ語を勉強することを兼ねる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。

- ・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なんとかそれを解決しないといけないという伝統的なアプローチから、いまでは考え方を転換している。

- ・ソーシャルヴァイクチームが、プロが必要だと思ったことは何かというと、足のところに傷があって歩くことが難しかったことだ。また健康状態も非常に悪かったので、医療ケアが必要だということで地域ナースに訪問して診てもらった。これはプロのヘルプだ。また、プロの家事ヘルプの在宅組織に来てもらった。これもプロだ。

（質問：栄養の問題や筋力の低下の問題がある場合は、どうプログラムにつなげるか。）

- ・まず一番重要なのが、もし可能であれば日常生活ができるぐらいに筋力を回復させるように持っていくことが重要だ。病気の場合もある。筋力が弱っている場合は、外に出て活動ができなくなるのでさらに孤立するということが実には大きな問題だ。

- ・もう1つよくあるケースは、パートナーと一緒に住んでいて、パートナーが一生懸命ケアをしたが、2人とも年を取っていくのでパートナーが今までのようにケアを提供することができなくなったというケースだ。

- ・本人の可能性の最大限まで自分でやってもらう。無理をしてはいけませんが、本人あるいはその家族もできることの可能性の最大限をやってもらう。

（質問：その分析は難しいと思う。できない理由が体の問題なのか、心の問題なのか、環境の問題なのか。ソーシャルヴァイクチームの人材育成はどうしているのか。）

- ・ソーシャルヴァイクチームにはさまざまな専門家が入っている。しかしジェネラリスト的に全体の見える能力も必要だ。チームの構築には、分析能力や上手に会話できることが必要だ。

- ・中レベルの問題は十分に解析できる能力が全員1人1人に期待される。しかし難しい問題の場合には、専門知識、専門的な経験が必要な場合もある。それから、精神病の専門家が我々のチームの中にいる。例えば知的障害の専門家、自閉症（オーティズム）の専門家だ。

・それから、問題をあらゆる面から持っている場合もある。そういうときに明確に見ることができるよう、老人病、高齢者介護、福祉の仕事の経験者、ソーシャルワーカー、地域のナースたちとのよい連携が必要だ。これを T 字プロフェッショナルと呼んでいる。ジェネラルな力が全面にあって T の下の足では専門家の部分を持っているかたちだ。

・一般的に 8 割ぐらいは比較的単純な問題であって、家族や近所の人とのちょっとした協力があれば解決できることが多い。クライアントを分けると 8 割ぐらいが単純だが、複雑なケースとして複数の問題が世帯の中にある場合がある。たとえば母親が精神病で子どもは夜尿症でしかも夫は失業中という場合だ。それから高齢者でもネットワークが全くない孤立した人だ。複雑な問題になる場合が 15% ぐらいだ。さらに残りの 5% が非常に重度の高い問題だ。

<福祉法人 Radius ディレクター>

・だれでも精神科医に送ったら何か問題が見付かると思う。人間というのは、専門家が見ると病気が見付かるものだ。だから、そちら側に集中するよりも、簡単に解決できる 8 割のところを解決すればずいぶん本人の気分も、本人の生きる環境もよくなっていく。

・クライアントは結構シンプルだ。ある問題はアラームベルが必要で、それで解決する。家事援助が必要であれば市が解決できる。孤独であればデイケアに行けば軽減される。意外に簡単だ。

・問題は、同じクライアントに対して、心臓外科医はこう言う、家庭医はこう言っている、理学療法士はこうしたいと言っているというような間に挟まっている場合がある。そういう高齢者を実際に見ている。こちらのほうの頭が痛くなる。

(質問：専門家が問題を掘り起こしてしまうということか。)

・そうだ。医師の特に専門医は目覚めてもらわないといけないときが来ている。

(質問：このライデン市では、在宅の介護に関しては必ず最初にソーシャルヴァイクチームが接触するとルールとして決められているのか。)

<ソーシャルヴァイクチームコーチ>

・逆だ。例えば、インターネットで家族がパディ組織を見付けて親のために申し込めればそのほうがいい。できればソーシャルヴァイクチームも使わないでほしい。必ずソーシャルヴァイクチームを通さないといけないという制度はない。

・具体的には、80 歳台の女性の息子が別の町に住んでいるので親とスカイプをしたいと思った。でも、親はコンピュータができないのでその息子が困って、いろいろインターネットで調べて近所の老人用のインターネットカフェを見付けた。そこでコンピュータを教えてもらえるということで、自分の母を紹介して毎週行くようになり、非常に気軽にスカイプをすることができるようになった。この人は、ソーシャルヴァイクチームとか、プロの福祉組織とかを使わないで息子が自分でアレンジした。そのほうがいいと思う。

(質問：高齢者が WMO サービスを希望して市に連絡した場合に、市はソーシャルヴァイクチームに連絡して、そのチームが調査をしてサービスを提供する機関とと思っていた。)

・ソーシャルヴァイクチームは市役所にも窓口がある。WMO という仕組みの家事ヘルプが必要だというときに市役所に電話する、あるいは E メールで連絡するときは、ソーシャルヴァイクチーム・インフォメーションに連絡をする。つまりソーシャルヴァイクチームの窓口で連絡するということになる。その窓口で電話を取る人は市の職員で、市職員もソーシャルヴァイクチームの中に取り込まれている。だから、市を通じてというよりも、市民が市役所

に依頼したいときには、直接ソーシャルヴァイクチームの組織への連絡になる。

(質問: そうすると、ソーシャルヴァイクチームが高齢者のところに行って状況を判断して、インフォーマルあるいはフォーマルサービスについて判断したら、それは最終判断となるか。後で市が違うと言うことはないか。)

・ソーシャルヴァイクチームはいろいろアドバイスとかサポートについて本人と会話する。しかし会話で解決できない場合はある。その場合はプロのケア提供者が必要だと考えて、家事の時間、訪問ナース、パーソナルケアなどを決めていく。細かいところは査定しない。

(質問: 今の立場は。)

・本来の職場はクワドロード Kwadraad という Radius と同業の介護福祉組織だ。今はライデン市に出向している。給料は今ライデン市が払っている。

(質問: 8人のリーダーはみなそういう形か。)

・今はバイクチームのチームリーダーたちは、出向であったとしても市役所の職員で公務員だが、市としてはそれを独立させてコーポレーションのような別組織にしたいと考えた。チームメンバーたちはそれぞれ介護提供組織とか福祉組織の職員だ。違う組織の人が集まってチームを作っている。今その組織の形を変更しようとしている。

(質問: ソーシャルヴァイクチームには WMO サービスの何を選ぶか、また量を決める決定権があるのか。WMO 以外のサービスと量はどうか。)

・その答えをする前に少し時間を戻りたい。まず、2014 年以前と以降、2015 年と 2016 年の違い、2017 年になったらどうなるかと言うことを話す。

・まず、2014 年以前は、専門組織、専門家がまったく別々に活動していた。組織的にもまったく別々だった。クライアントは同じだから協力しないといけないという声はずっとあったが、それぞれ自分の店を守りたいということでそれぞれが自分の店舗を持っていた。2014 年以前は、問題があって介護サービスが必要だというときには査定委員会の人に来て、いろいろと状況を見て、「クライアントさん、あなたはこれとこれとこれを、このぐらいの時間受ける権利があります」と話した。だから、多くの問題があれば多くのサービスを受けることができた。例えば、知的障害があったらこれとこれと、それから無料のバスサービスとかを受けることができる。精神病もあれば、さらにこれとこれを受ける権利があるというように査定されていた。問題があればあるほど多く受けることができた。これで、介護保険制度としては出費が高すぎる内容になっていた。

・2015 年、2016 年の 2 年間の状況はまだ始まったばかりで実験段階だが、最初 1 つの小さな地域でソーシャルヴァイクチームを始めて、それが順調になったので他でも発展した。

・それまでは市役所の福祉担当者は市民の持っている権利ばかりを見てきた。法律や法規のリストを見ながらこういう権利があると見てきた。今度は本人の権利と、義務も見る。権利がある場合には本人の義務もあると言う。公金を使うことなので義務という視点でも見るようになった。

<福祉法人 Radius ディレクター>

・そういう考え方を学ぶことが必要だったが簡単ではなかった。まず、市の専門の担当者がこういう考え方自体を学ぶプロセスがあった。それから福祉法人 Radius のスタッフとかボランティアもいろいろな人、症状のある人、若い人、高齢の人がよいところを持ち合っている

くことが大切だということを知ってきた。例えば、知的障害者の専門家のケア提供者は知的障害者だけを集めてケアを提供していた。しかし例えば足が悪くてちょっと歩けない人と知的障害を持っているが体は元気な人がバディになれば、一緒に買い物に行くと足が悪い人は精算をして、荷物は知的障害を持った人が持って帰るといったコンビネーションでバディが一方を助けるのではなくて、互いによい友だちになるということも考えるようになった。

・また、例えば家庭にアドバイスをしてきたソーシャルワーカーは、同じ仕事をしているソーシャルワーカーと集まって、あの人はこういうケースでこういうセラピーが必要だとか話してきた。しかし、クライアントの家庭に行ったときに、近くにどのようなスポーツクラブがあるとか、趣味のクラブがあるとか、近所の人がどのような人なのか、そういう話ができるようにする考え方を新しく学んでいった。

・さらに、違ったソーシャルワーカーの組織、いろいろなケアプロバイダーの専門家たちが集まって一緒に仕事をしていくことは、とても楽しくやりがいがあるという声が専門職のケア、介護提供者からもどんどん挙がってきた。

・そして、このソーシャルヴァイクチームでは、それぞれの専門家が違う専門家と一緒に仕事ができ、よりよい報酬をとるという声が挙がっているので、別の組織を作りたいと市は言っている。Radiusとしては新しい組織を作るとさらに複雑になるからよくないと言っている。

・市が作ろうとしていたのは、コーポレーションと呼んでいる新しい別組織だが、新しい組織ではなくて新しいチーム、新しい運動でよいと思う。そして、そこに、地域で活躍してきた精神科専門の医療提供組織とか、あるいは知的障害者専門組織もどんどん取り入れていくべきだと考えている。そして、Radiusとしては、チームの職員たちには今まで何年も働いてきたそれぞれの所属組織があるのでそのまま職員とする形にするべきだと思う。彼らは、労働条件的にも全く新しい小さい組織の職員になるのはとても不安感がある。

・それで、本来働いていたケアプロバイダーの職員であり続け、仕事自体はチームとして、運動として行っていくようにすべきであると市と話して進めていった。それで、2017年からオーガニゼーションじゃなくてコーポレーションという新しい形になる。まだまだ模索状態だ。その形はいいが、法的に雇用関係をどうすべきか、財政の流れはどうするのか、合法的に責任がどこにあるのかというようなことをこれからさらに詰めていかなければならない。

・市の代わりに福祉介護業務を行っている Radius として言いたいことがある。全国に先駆けて、イニシアティブを決定してくれたということは、ライデン市は素晴らしいと思う。

<ソーシャルヴァイクチームコーチ>

・ソーシャルヴァイクチームのメンバーは、基本的にみなソーシャルワーカーで、それぞれが今までの専門知識と専門経験を持っている。今 80 人いる。この地元で本当に地道に働いてきた人ばかりだ。

・次は問題点を話す。このソーシャルヴァイクチームのマネジメントは市役所が担当したが、あまり現場の経験のない人々だった。いつもクライアントと出会って、いろいろな状況で経験を積んでいる我々のようなケアプロバイダーとは違う。例えば、インフォメーションの電話の窓口を市がアレンジしたが、我々から見るとよくない点がたくさんある。こちらでもフィードバックをあげたが、それを改定するのでも作った人なのでまた予算がかかる。

・ライデン市はまだいいほうだ。ソーシャルヴァイクチームは各介護組織のソーシャルワーカーたちがチームを組んで、違った専門家が集まってやっている。他の市では市が、市営のソーシャルヴァイクチームを作って丸抱えでやっているところもある。これは好ましくない。

・なぜかと言うと、ソーシャルヴァイクチームには判断力のある人、十分な知識が必要だが、

もっと重要なことは基本的な価値観をしっかり持つことだ。クライアントのためにという気持ちがあること、プロとしての自覚を持って責任ある仕事をする事だ。

- ・もう1つは、長い目で見た解決策をクライアントのために探していこうとする、そのような考え方をを持った人であることが最も重要だ。

- ・公務員的な、クライアントを規制に合わせようとする姿勢はその逆になる。そのようなソーシャルヴァイクチームはよくない例だ。

(質問：人材はどうやって探してくるか。)

- ・ソーシャルヴァイクチームのメンバーを提供してくれた母体のケアプロバイダーが、いい人を選んで出してくれた。しかし、このチームメンバーの今までの仕事の仕方とは違うので苦労して仕事の仕方を学んできた。新しい人も雇用した。

(質問：チームのメンバーの人は、すべてチームリーダーが選んだのか。)

- ・ライデンには現在8つのソーシャルヴァイクチーム、他に6つの家庭専門、青少年専門のチームもある。

- ・昔はそれぞれの地区ごとに専門のソーシャルワーカーがいた。しかし、そのソーシャルワーカーが働いているケアプロバイダーの中には全部をカバーしてないところもたくさんあった。青少年専門のところや家庭専門のところがあった。それで、最初は、家庭専門のソーシャルワーカーと青少年専門と、成人専門のところは別のソーシャルヴァイクチームを作るということでまず分けた。そして、ソーシャルワーカーが働いているケアプロバイダーと、それからソーシャルヴァイクチームのメンバーになろうとする人々とミーティングをした。それで、まず見ていったのは個々の当事者のクオリティと、それからその人とこれから担当しようとする地区との関係が密接かどうかを見た。全員ソーシャルワーカーとして働いてきた人達で、条件としては解雇してはいけないし新しいソーシャルワーカーを雇用してもいけないということで、このソーシャルワーカーたちのチームで地域分けをした。

- ・もう1つ、自分で責任を持ってやっていくと同時にチームとしてよい連携を取っていかなければならない。連帯しなければならないということもまた新しいチャレンジだ。

- ・基本的には、ソーシャルワーカーの資格とか訓練を受けてきた人や経験がある人達だが、個性がそれぞれ強いところがある。とても勤勉で一生懸命する人から、ちょっとクリエイティブなタイプの人とか、それから、一歩下がっていつも見ている人とか、非常に分析力のある人などいろいろな人がいる。そういういろいろな人が自分の強い特長を合わせることであれば、付加価値を生み出すことができる。その辺りを留意したい。

- ・最後に、マインドセットの影響ということ話す。クライアント、高齢者の人にとっては、今までは得られるものは全部得ようとする、全ての権利を消費しようとするマインドだった。今オランダでは方向転換するマインドセットが必要だと言われている。自分のネットワークを作って自分で解決しようとする、そういうマインドにどうしたら変えられるのかということに非常に関心がある。

サービスプロバイダーPro-Cura ディレクター2名、理学療法士

- ・35年間高齢者のケアを担当してきたオーナーで看護師と、もう1名は財政と査定担当だ。
- ・Pro-Curaは20年前からライデン、ウーストヘースト、ライデンマルクにホームケアを提供してきた。我々はオランダで行われるあらゆるタイプのホームケアを提供している。
- ・収入源としては、市町村が払う部分、国の介護保険が払う部分、医療保険が払う部分、それから自己負担と、4つの収入源がある。
- ・高齢者のホームケアの場合、最初に行うことは査定（インディケーション）だ。国が提供するケアの部分は、国の組織の査定が必要だが、医療保険で提供するものは我々が自分で査定をすることができる。ここに来るのは、家庭医から連絡が来る場合と病院から退院した場合だ。ホームケアの仕事をしている人はそれぞれ看護・介護の資格を持っている。
- ・高齢者が主なクライアントで、ほとんど全員80歳以上だ。そしてまず我々は、クライアント自身の日々の生活リズム、生活プログラムを中心に考えていく。必要に応じて、シャワーサービスとか、起床サービスとか、投薬サービスなどを提供する。
- ・我々が非常に留意していることは、クライアントの視点から見て考えていくことで、患者を中心とした小さなグループの看護・介護チームを作るようにしている。そして見慣れた顔が家を訪問するように努めている。その際、家庭医、理学療法士、作業療法士と密接な連携を取りながらクライアントにケアを提供していく。
- ・そしてPro-Curaは2種類のグループのクライアントを持っている。1つが認知症の人、もう1つがターミナルを迎える緩和ケアの人だ。この2種類を専門に行っている。
- ・私は理学療法士で、同僚のチームの療法士とともに、自分の診療所を持っている。
- ・オランダでは2種類の理学療法士の仕事がある。1つが組織の中での施術。もう1つは施設以外の仕事だ。私達のクリニックは後者の仕事をしている。
- ・理学療法士の療法はベーシック保険のパッケージにはほんの一部しか含まれておらず、特殊なケースにしか使えないのでエキストラの保険あるいは自己負担の患者が主なクライアントになる。ホームケアは多くの場合、何らかの形で査定を受ければ、介護保険、医療保険で支払われるが、理学療法士の場合は査定を受けても本人の保険の契約次第で保険でカバーされるか自己負担になるか決まる。必ずしもすべて保険から下りるわけではない。
- ・高齢者がターゲットグループの場合、理学療法士を活用する主な目的はできるだけアクティブな生活スタイルを続けられるようにする、あるいはよりアクティブにするということだ。

(質問：オランダのリハビリの定義・考え方を教えてほしい。)

- ・理学療法士の視点から言うと、やはり機能、動きの機能とか、身体の機能をいかに強化するか、あるいは改善するかということだ。そしてオランダでは作業療法士は、今ある機能を使って何ができるのか、そのやり方を訓練するというのが仕事だと理解されている。

(質問：日本では、日常生活の自立を目的にリハビリをして、自立して社会に参加するというのがリハビリの考えだが、オランダでもそのような考え方は当てはまるか。)

- ・リハビリの最終的な目的は、ADLをできるだけできるように改善することだ。理学療法士としては、そのための基礎になる部分にタッチして機能の向上という仕事もする。

(質問：オランダには理学療法士、作業療法士が何人いるか。理学療法士で病院に勤務している人と、この人のように自分で診療所を持っている人の割合はどれぐらいか。)

・理学療法士と作業療法士は何人かわからない。感覚的には理学療法士が圧倒的に多い。施設外で活躍している理学療法士の方が多く。施設で勤務している場合は、ナーシングホームやリハビリセンターが多い。

・病院に勤務する人とそうでない人とは、収入源もまったく違う。オランダでは、入院期間が非常に短いので、病院での作業療法士、理学療法士の仕事は非常に少ない。

・今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。そして今週の月曜日にペースメーカーを入れる移植手術をして明日退院する。こんなに入院が短い。（*インタビューは8月31日火曜日）

・身体にさまざまな病気を持った人、例えばポリオの患者でもアクティビティリフトなどを使いながら在宅に戻る。その人はポリオを持っているので動きにくい。もちろん介護士がサポートするが、起きる時は必ずアクティビティリフトで自分でも少し自分を引っ張り上げるようにして生活している。この人は高齢者用住宅に住んでいて、ケアが必要な部分は在宅介護のホームケアのヘルプを受けている。

（質問：理学療法士診療所を自分で持っていて、こちらの Pro-Cura と契約をしてくれているのか。）

・契約的な関係は一切ない。明日退院する92歳の女性は、こちらの Pro-Cura のホームケアを受けていると同時に私のクライアントでもある。同じ患者が多いので顔見知りになる。

・作業療法士も活躍している。理学療法士を使う、作業療法士を使うというのは、家庭医が指定する場合もあるし、患者自身が希望する場合もある。その2種類のかたちがある。

・この92歳の女性のコーディネーションは家庭医がやっている。作業療法士や理学療法士が必要な時には家庭医が判断して、理学療法士オフィスに連絡が来るという流れだ。

（質問：家庭医から別個に Pro-Cura にも理学療法士にも連絡が来るのか。）

・そうだ。そして、この連絡は、オランダでは必ずクライアントが許可をしなければ、勝手に患者について他の医療のプロと話すことは許されていない。

（質問：情報交換が必要な時もクライアントが同意しなければ情報交換はできないのか。）

・そのとおりだ。オランダでは患者に全部報告して相談しながらやるというのが医療習慣だ。そのため、患者が知らないところで医療関係者や担当医がいろいろ決める、あるいは家族が決めるということは基本的にはない。患者について、いろいろ話し合う時には患者が基本的には必ずその場にいる。本人がいる場で話し合うというのが基本になる。

（質問：理学療法士の仕事は活動的な毎日を送ってもらうとのことだった。なぜ自己負担なのか。）

・いろいろな理由がある。1つは、医学的科学的に理学療法の効果というものが実証されていないと考えられてきた期間が長かったということだ。

・もう1つ具体的な理由としては、理学療法士の連盟の団結、ロビー活動が弱かったということもある。そこで、現在理学療法士の団結を強化する努力がおこなわれている。

・それから、オランダの医療の考え方が常に治療中心なので、予防という考え方が非常に弱かったということもある。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。

・以前は、この理学療法士も非常に自由に給付が出ていた。しかし医療保険の出費をカットする時に最初にカットされた中に入ってしまった。なぜなら、在宅ケアのほうが本人の生活がかかっているからカットできないとされたからだ。

(質問:理学療法士の仕事によって結果としてホームケアが減るという考えはなかったのか。)

・我々理学療法士は全員、まさにそのとおりであると思う。一番の課題は理学療法というもの、学術的に科学的に証明が難しいことだ。理学療法士のセラピーを受けた人と受けない人の効果は人によってさまざまなので比較しにくい。手術をした場合としない場合の違いはわかりやすいし、薬もプラセボを使って、薬を投与したしないという比較ができる。非常に学術的に証明しやすい効果がある。しかし理学療法士は、傾向的にはわかるが、学術的な証明ができないので、政府の予算を決める時に決定的な論拠になりにくいという点が一番の課題だと思う。

・理学療法士の内容は生死に関わる内容ではなく、本人の福祉、快適さの分野で生死に関わる部分は切ることができないが、理学療法士のエリアはカットせざるを得ないという考え方だろう。

(質問:デンマークでは法律で介護の前にまずリハビリをすると書かれている。どう思うか。)

・昨年、ライデンアカデミーの視察ツアープロジェクトでデンマークに行ってきた。オランダよりもずいぶん進んでいて良いかたちができていると思った。

・たとえばオランダでは、腰の骨の置換をした人は自動的に理学療法士の治療を受けることができずどうしても必要だという人しか理学療法士の療法を受けることができない。それぐらい厳しい。

・その結果として、理学療法士に来る人はほとんどの人が既に何かの症状を持っている人ばかりになってしまう。もちろん自分で希望して自分で払えばできるが。

(質問:実際に今の仕事内容を詳しく教えてもらいたい。)

・私は高齢者専門ではないが、地域の患者がほとんどだ。その症状はさまざまで、首が痛いとか背中が痛いとか、腰や膝が痛いとか、特定の症状というよりもあらゆる症状の人が来る。

・患者さんの中には家庭医の紹介状を持って来る人もいるし、自分で来る人もいる。

・アドバイスも業務だ。それから、トレーニングも仕事の内容になる。それから姿勢を直すという姿勢に対する訓練もするし、マッサージなどもする。これはハンズオンと呼んでいる。

(質問:ADL 訓練はあるのか。)

・基本的にはすべて ADL トレーニングだ。姿勢の変化とか歩き方とかを自分が気を付けて行動をするということ自体すべてが ADL のトレーニングだと思う。日々の生活をしながら自分が意識してトレーニングができるのが一番よいと私は考えている。

(質問:生活の中でいろいろ改善したら、理学療法士のサービスが終わるといえることもあるのか。)

・患者が良くなって理学療法士のヘルプが必要なくなったという患者はたくさんいる。

<ケースについて質問>

■ケース1 脳梗塞

66歳の女性。

2年前に夫が亡くなり、長女はいるが遠い所に住んでいる。脳梗塞を発症してリハビリ病院に一時的にいる。手術後左半身が麻痺したが、リハビリの結果歩けるようになったが外では歩くことは難しい。左手の感覚がないので料理は難しいが三日後には退院はしなければならない。今から1人暮らしになる。塩分の濃いものを食べていて血圧も高い。脳卒中を起こす前はスーパーで働いていて、できれば今後もまた戻りたいと思っている。

(質問：この女性の人に、どういう支援の目標、ケアプランを立てていくか。)

・おそらくADLは、リハビリセンターで、シャワーや着服はできるぐらいまできているはずだと思う。まず、帰る自宅にサポート器具を付けるという改造が必要だ。たとえばシャワーのところに手すりを付けるとか、トイレを使いやすいようにするとか、いくつかの支持器具を付けるなどの改造が必要だろう。

・私は目標を決めない。本人が何をしたいかどのような目標を持っているか、本人次第だ。
・本人の状態次第だが、リハビリセンターから退院直後には、多い人では1日3回訪問する。私たちの視点からすると、もうホームケアが必要ないぐらい自立できるところまで持っていくというのが基本的な目標になる。

・まだ66歳なのでこの人は早い段階で自立できると思う。なぜなら右手を使えるからだ。オランダでは宅配サービスで、電子レンジで使える冷凍食品がある。そういうサービスを活用して自分でボックスランチ、ディナーボックスを電子レンジでチンとすれば食べられる。

・このような人は、医療的な理由で麻痺があるので、シャワーの手伝いなどのパーソナルケアは医療保険から給付を受けることができる。

・スーパーの職場に戻りたい場合は、自分で市にヘルプを依頼しなければならない。

(質問：それは自分から依頼するののか。)

・家庭医や我々は最初に電話番号を紹介して電話1本ぐらいはするが、最終的には本人が市のWMOの担当者と話をして決めていく。在宅介護組織は直接には仲介しない。彼女の生活、彼女の人生だから自分ですべきだという考え方だ。

(質問：どういうサービスを要請するのか。市に行った後はどうするのか。)

・市のWMOの窓口の人は、そのような依頼があった時はその人の家に訪問して、ニーズとか、WMOで受けることができる事柄を話し合う。66歳だから、法的には働く必要はない。

・市の担当者が来て、リハビリやあるいは訓練をして新しい資格を取るなどをすれば、仕事に戻れるかもしれないが、この人の場合は、市はそのためのサポートはしないと。思う。

・ただ、いろいろボランティアの組織があるので、それを紹介してマッチングしてあげるといふサポートはすると思う。オランダにはもっと若い失業者も多く、若い失業者を助けるというニーズは市にあるが、すでに年金をもらっている人の就職サポートはしないと。思う。

(質問：本人が望んでいても、市の方針と合致しなければ助けるような事はしないか。)

・これは当然ではないか。66歳の人がスーパーで働きたいと言っても、スーパーはやはり若い人を当然選ぶわけだから、決して市がいじわるをしているとは思わない。

(質問：仕事を確保してあげるといふことではなく、スーパーで働きたいということをもつモチベーションのきっかけにすることはしないか。)

・スーパーが再びこの左手が使えない人を選んで再雇用するかどうかによる。それが不可能であればモチベーションには使えない。

(質問：スーパーで働くことはあきらめるが、左手が使えなくてもボランティアでももう少し活動したいという話であれば、モチベーションとして紹介もあるか。)

・そのとおりだ。ボランティアの仕事を紹介して生きがいを作っていく。必ず紹介すると思う。家でじっとしていなさいとは言わない。なにか本人がしたいような事を会話で探す。
・やはり社会全体のバランスの問題だ。スーパーで働きたいという若い失業者がいて、66歳のすでに高齢者年金ももらっていて所得もあるという人がいる場合、公正・公平にどちらを選ぶべきかという、やはり若い人が仕事をできるようにサポートすべきだろう。

(質問：日本でリハビリをする時に、たとえば70歳で農業をやっていた男性高齢者が脳梗塞で倒れた時にもう1回農業やりたいという場合がよく例に出される。働くことが生きがいだという場合、その生きがいの中身によって、この生きがいは支援するがこの生きがいは支援しないということがあるのかを聞いたかった。)

・その男性の場合には、具体的にはボランティアと一緒に行って野良仕事をすれば野菜が作れる。それをしたいボランティアやバディを紹介するだろう。
・女性の話に戻るが、今まで働いていたスーパーで働きたいという時、本当にその人のモチベーションなのかもっと深く見る必要がある。それはお金の問題なのか、生きがいを見出したいのか、スーパーの仲間に入りたいからなのか、友達がなくてさびしいのかということだ。たとえば今までスーパーの仲間との付き合いが楽しかったとすれば、新しい友達を作るボランティアを紹介する。だから、本人の希望が無理な場合は、何が本当のモチベーションなのかを探して、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思う。
・スーパーに戻る以外には自分の生きがいが無いという場合は、まだ真の意味でリハビリしていない。つまり、自分の新しい状況を理解していないし、自分ができなくなっていることを理解していない。だからそれを理解させることも重要だし、モチベーションの根底が何かわかれば今の能力でできて同じようにモチベーションを持てるものを探して提供できる。

(質問：それをどういう役割の人が、どのように引き出していくのか。)

・その患者に対して本当に真摯で誠実な興味関心がないとそれを見つける事はできない。プロの仕事だ。それをするのはいつも行っている地域看護師・介護士かもしれないし、ずっと付き合ってきた家庭医かもしれないし、たまたま来た理学療法士がいろいろと話しながらということかもしれない。

(質問：つまり、話を聞いて新しいモチベーションを作るのは、誰か役割が決まっているわけではなく、その時に出会った、いろいろなプロの人の誰かがやるということか。)

・この女性の場合はまだリハビリセンターにいる。自宅に戻る前に必ず家庭医からホームケアの看護師に連絡が行く。その看護師が本人の希望について話し合うかもしれない。

(質問：今の話の中で、作業療法士が出てこなかった。日本ではリハビリ病院から自宅に戻るときに住宅を改修するとか福祉用具をみるのも作業療法士だ。リハビリ病院ではできないようなたとえば駅までどうやって歩いて行くのかとかいうのも作業療法士が見て、場合によって理学療法士がもっと訓練をするというようなことを介護保険から給付が出てやっている。オランダではそれは自己負担で付加保険をかけていないとそういうものはないのか。あるい

は似たようなことを看護師がやっているから良いということか。)

・オランダでは、素人のインフォーマルケアを活用するので、駅まで散歩の道を間違わないで行くとかという内容の仕事は、隣人に頼むなど皆でしていく。できるだけそうやって解決する。オランダではそれで良しとする。

・脳卒中の結果、麻痺したような場合には、ベーシック保険のパッケージの中に何時間かの理学療法士の時間は入る。1回あたり30分で、それ以上はだめだ。

・プロの必要なところをギリギリまで切り詰めて、日本ではプロがしている事も素人の友達ができることはする。たとえば、外の散歩について、1人でも少しは歩けるから毎日距離を伸ばすようにしなさいというコーチはする。しかしプロの医療提供者が、一緒についていくということは本人に非常に危険な転倒の可能性などが無い限りしない。そういう考え方だ。

・最初から友達とか近所の人ぐらいいと一緒にいけるようでないともうにも危険だ。そういう人は最初にまず自分である程度できるようにする。やり方が違うと理解していただきたい。

(質問：一緒に行く隣人はWMOの窓口と相談して場合によっては教えてもらえるか。)

・たとえば、本人が隣の人をお願いすることでできないからしてくださいというようなことを私達はしない。自分でしなければいけない。最初から自分でするという訓練をするのも訓練だ。娘とか隣のおじさんがいい人ならその人と一緒に歩いてくださいと頼んでみて一緒に買い物に行く人を探してください、自分で聞いてくださいというコーチはするが、私が自分の時間内に隣のおじさんに電話してお願いするということは一切しない。これはインフォーマルネットワークなので、その隣人はイエスもノーも言える。

・精神的にも非常に難しく、自分でそれができない時に初めてWMOの人が手伝いをする。

(質問：オランダでは昔から近隣の力を借りられる関係にあったのか、以前はそういう関係はなくて段々そうになってきたのか。)

・社会の連携というものはオランダで非常に少なかったが、昨年からは中央政府、地方自治体が、地域の連帯を強化するためにさまざまな努力をしている。

・ご近所でチームを作ってボランティアを集めたり、ストリートパーティをする時はコーヒー代ぐらゐの実費は市が出したり、そのような補助金を誰でも申請できるとか、地域の連帯感を作るために市町村がそれぞれ工夫をして努力をしている。

・これは、オランダでも高齢化が進み、すべてプロの医療ケアで行うのは経済的に無理だということ、みな理解するようになって、それを受け入れるようになったのだと思う。

・もちろん、奨励策は行われていても、私達のクライアントを見ると近所のヘルプが難しい人も多い。現状はなかなかご近所同士のヘルプは難しいので、そういう人のためにライデン市ではソーシャルヴァイクチームを作ってよりフレキシブルに探していく努力をしている。

・ソーシャルヴァイクチームは、自分の地域のいろいろな人を知っている。たとえば、身体はピンピンしているが孤立して困っているという人と、脳卒中の後に散歩が不安だという人とを、一緒にお買い物に行くバディにするというマッチングもしている。

(質問：オランダのセラピストの養成学校でICFの勉強はするか。)

・よく使う。

(質問：査定のために専門職団体がガイドラインを作っていると聞いた。)

・理学療法士の連盟で、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ガイドラ

インが作られている。それは医療保険会社も使っているし、我々も使う。

・理学療法士でも多めに時間をかける人などスタイルが違うので枠組みには少し幅がある。もしその幅をかなり外れたら医療保険会社から連絡がある。あなたのところは全国平均や、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してくださいと連絡がくる。

(質問：ガイドラインは公開されているのか)

・公開されている。ガイドラインなので、それは絶対に外れてはいけないという意味ではない。たとえば、患者によってなぜエキストラの療法時間が必要だったのかということを経験した医療保険会社にはっきりと説明できれば問題ない。

(質問：保険会社からはしばしば連絡が来て反論をしなければいけないか。滅多に来ないか。)

・医療のカルテ上は同じでも患者によって違う。人によって同じ脳卒中で同じ半身不随でも10回の人もいれば30回の人もある。医療保険は平均を見るから、だいたい全国平均に近ければ問題ない。私のところではそのような連絡で気を付けてくれと言われた事は一切ない。
・特に重度の人は介護保険 WLZ のほうにいくが、そちらのほうでは1人当たりの最大額がだいたい決められており、そこを超える場合には説明しなければならない。

(質問：日本では在宅で理学療法士やナースが動く時は必ず医師の指示がいる。オランダはどうか。)

・昔は、理学療法士は医師の指示書が必要だった。今は基本保険のセラピー上限について医師の指示書が必要だという場合はあるが、そうではない場合には私達理学療法士は医師の関与なく療法を提供することができる。
・在宅ケアの場合は、在宅ケアの看護師がケアの量等を自分で査定して、自分達で提供する。しかし医療的な医師の指示が必要なものに関してはその度家庭医に電話する。この Pro-Cura の患者はターミナル、緩和看護ケアの人が多いため、たとえばモルヒネを増やしたいという時には医師に電話をしなければならない。

(質問：ボランティアが増えてくるとプロの仕事が減るのではないか。作業療法士がたくさん学校から卒業して来ると若い人の職域の確保が必要になる。一方で専門職の団体としてはボランティアを育成しないといけない。ジレンマを感じる。)

・よくわかる。プロは素人ができない付加価値のある仕事をしなければ成り立たない。それを忘れてはいけないと思う。患者が、療法に来て本当に良くなったとか、あなただったからできるようになったとか言われると、とても貴重なコメント、フィードバックになる。
・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考えている。

(質問：その通りだと思うが、日本のリハビリの理学療法士、作業療法士の学校は220校あり、毎年7,000人から8,000人卒業していく。彼らの仕事場を作らないといけない。)

・日本も高齢者が増えるわけだから、仕事全体量、ケアのニーズが増えると思う。

(質問：ビュートゾルフの評価はどうか。)

・私はヨス・デ・ブロックさんの考え方、組織の仕方は素晴らしいと思う。
・私達二人で経営している Pro-Cura は、たった三つの市で小さくやっているホームケアセ

ンターだが、ビュートゾルフのやり方を多く取り入れている。それから組織も、各チームはチームリーダーを持っていない。つまり、多くの点でビュートゾルフを真似て行っており、非常に素晴らしいと思っている。

・ただ、私達とビュートゾルフの違いは、彼らは世界のホームケアを変えるという使命感に燃えていて、世界に伝えていこうという強い情熱を持っているが、私は自分の三つの地域をしっかりと良いホームケアの組織にしようとして努力している、それが違うだけだと思う。

(質問：どんなところに特徴があるのか。)

・伝統的な介護組織の問題は、オーバーヘッドが多く、命令系統がいろいろな層を通じて現場の人まで行っていることだ。それを彼は取り外した。それが素晴らしい。

・ビュートゾルフのいいところは、たとえば仕事のローテーションも、普通の大きい組織ではローテーションで専門の職員が「あなたは何時から何時まで、どこに行ってください」というように動かしている。ビュートゾルフは地元を担当するチームがあって、チームが自分達で話し合いながらスケジュールを作る。だから、クライアントにも自主的に自助をするようにと教えると同じように、ケアを提供するホームケアのスタッフの我々1人1人にも、自分達の仕事を自分達でアレンジするという自主、自助をするようにするというのがビュートゾルフの一番素晴らしいところだと思う。

・ビュートゾルフも自分達でチームを作るから、すごくいいチームもあれば苦勞しているチームもいろいろある。ライデンはすでに6つのホームケアの組織があり、別にビュートゾルフが来なくてもカバーされているのに、ヨス・デ・ブロックさんの方針でとにかく全国に広げたいということでライデンにも1チームある。

・私達もそれぞれのチームに責任を持たせるようにしていて基本的に私達の組織でも皆満足して生き活きと仕事をしている。ビュートゾルフのスタッフも多くがそうだと聞いている。

(質問：地域ナースという言葉にいろいろな定義があるように感じたが、どういうものか。)

・地域ナースというのは、基本的にはホームケア組織で働いている、資格5の在宅看護の看護師だ。地域ナースのレベル5の看護師のみが査定をしている。

(質問：こちらの看護師のレベル、クライアントの人数は。)

・こちらでは4人がレベル5。8人がレベル4。14人がレベル3。さらに、家事をするホームヘルパー15人だ。これらは全員パートタイムだ。あと、フリーランス的な人も3人いる。

・クライアント数は200人。

(質問：地域ナースの仕事は何をしているか。)

・ビュートゾルフには1つ批判が出ている。ビュートゾルフは、レベル5の人がほとんどで、3の人はいないし4の人もほとんどいないので、彼らの時給は高い。レベル3の人にもっと活躍してもらえば、もっと安くできるはずだ。

・しかし見方を変えると、レベル5の人はレベル3の人ができることもする。しかしレベル3の人はレベル3にできることだけをやる。だから、レベルがバラバラだとレベル4の人がレベル4の仕事を5分やって、またレベル3の人がレベル3の仕事をしに来るというように1日いろいろな人が入れ替わり立ち替わり来ることになる。それは効率が悪いし患者も困る。

(質問：それをビュートゾルフは変えたということか。)

・そうだ。

2016年8月31日

サービスプロバイダーTOPAZ 地域マネジャー、老年学研究者

・この施設はもとケアホームだった。ケアホームではフィットネスルームはなかったが、時代の流れでやはりフィットネスルームは必要だということで、職員のコーヒールームだった小さな部屋をフィットネスルームにした。シルバーフィット SILVERFIT という機械を最近買った。これは国際的に販売を展開している高齢者専門にデザインして開発しているフィットネス機械の会社だ。そのフィットネスの中には必ず遊び心が入っている。ゲームができるようになっていて、いつも使う人である高齢者が勝つようになっている。

(質問：フィットネスはWMOの提供か、それとも医療保険の提供か。)

・TOPAZ は非常に大きなケアプロバイダーで、このような施設をたくさん持っている。そのうち3カ所にフィットネスルームを作った。我々は寄付金を活発に集めていて、寄付をすると friends of TOPAZ という寄付金クラブの会員になる。その寄付金を集めて機械を買った。

(質問：フィットネスルームは誰でも使えるか。)

・基本的には誰でも使える。オランダでは、将来はナーシングホームも無くなって行って、全部介護付きの保護住宅になっていく方針だ。そうすると、基本的には空いていれば誰でも使えるということになるが、利用者、家族とか我々の間で、勝手に使って安全だろうかというディスカッションは行っている。別にそんなことは心配しないでいいという意見もある。その意見の人はオランダでは老人でも誰でも自転車には自分で乗るではないか、転んで事故が起きることもあるが、それは社会が許しているのではないかという意見だ。今のところは理学療法士が指導している体操クラブが主に使っている。

・皆また自転車に乗りたいたいと思っている。電気自転車ではやはり不安で、体操クラブのフィットネスで自転車を練習してバランス感覚を掴めばまた乗ることができるかもしれない。

(質問：日本では最近、ヘルメットをかぶろうとか安全に自転車を使おうという動きがある。オランダではそういう動きはあるか。)

・難しい。とくに女性は毎週のように美容院に行って綺麗に髪をセットしているのでヘルメットをかぶったら髪が崩れる。安全と言うが、そういう人にヘルメットをかぶりなさいとは言いがたい。オランダ人の親はおおらかだが外国人の子ども達は小学校に行く時にヘルメットをかぶっていきなさいということで、主に移民の子ども達を中心にヘルメットをかぶっている姿が増えている。医師会では高齢者にヘルメットを奨励する必要があるとしていると新聞にも出ていた。とくに天気のいい春一番の時期に自転車に乗ると転倒事故が多い。また、年を取ってから自転車に安全に乗る方法というコースを多くのケアプロバイダーが提供している。

(質問：そういうものはトレーニングとして考えられているのか、レクリエーションとして考えられているのか。)

・普通は、年を取ってきたが自転車乗り続けたいとか言う親がいるので子ども達が不安なので親に勧める。コースは安全な自転車の乗り方だが、楽しいトレーニングという感じだ。

(質問：では、一応トレーニングと考えられている。)

・そうだ。まずフラフラしないように自信を付けましょうということだ。在宅の高齢者は1

人住まいの人が多く、孤立してしまう傾向が非常に強いので、このような安全な自転車乗り方コースのような講習会は他の人に会ういい機会だし、その時に新しい趣味のコースやクラブを紹介できるので、いい入り口になると思う。

(質問：こちらの施設に入った人で、そのあとで家に戻る人はどれぐらいいるか。)

・こちらのケアホテルに一時滞在した人は基本的には皆自分の家に戻る。その中でこういう所がいいという人は、こちらの保護住宅が空いていればそこに入る人もいる。保護住宅に住んでいる人は自宅から引っ越してきたわけで今の住宅が自分の家だ。だから戻るという意識はない。さらに保護住宅は、死ぬ前の最後の家という感覚でここに転居して来たら、こちらからケアをターミナルの最期まで提供するのが我々の目標だ。

・今まではこのようなケアホームに来る人は軽い人も多かったが、年を追うごとにより虚弱(フラジャイル)になってきている。

(質問：入所要件が年々厳しくなっていると聞く。最近の動きと将来の見通しはどうか。)

・ここ数年の顕著な変化は何かと言うと、こういう所に移転してくる人の年齢が高くなっているということと、より虚弱になっているということだ。さらに大きな変化がある。このような介護組織で働く我々は、伝統的にはサーバントのようにサポートしてあげる、本人ができそうな事もこちらがしてさしあげる、こちらが良いと思うことを全部してさしあげるという姿勢でやってきた。今は、実際にクライアントと接する我々は本人ができる事は本人にしてもらうという姿勢で出来ない事だけ助ける、そして本人がより自立性を高めるためにどうしたらいいのか、本人の自立性を高めるためのヘルプをするという考え方に介護のプロの考え方やメンタリティーを変えるのが必要不可欠だと叫ばれている。これは非常に難しい。

・昔は本人の責任までこちらでしてあげて、本人がやるべき責任までこちらの介護提供者が持っていたが、その責任のボールを本人に戻して、本人の責任は本人がとるという変化が起きている。たとえば昼食のオープンサンドは、以前はこちらのスタッフがバターやジャムを塗ったり、ハムを乗せて作ってしまっ、どうぞと皿を持って行った。今では、バスケットの中にパンが入っていて、バターやジャムやハムはそれがあるところまで行って、自分でバターを塗って、自分でハムを乗せて、自分で食べるというかたちが変わった。

・また、昔はケアホームに入所しても、ケアホームの部屋は自分の物ではなくて、こちらの組織が家のオーナーだったが、今は住とケアを分けるので、自分が住んでいる部屋は本人の家だ。だから、その家賃も自分で払わなければならないし、壊れたら自分で修理しなければならない。結局その家のオーナーシップが本人に行ったわけだ。

・こちらのスタッフは、昔はケアホームの中は自分の組織の場所で、そこを掃除するとかそこにいるクライアントを助けてあげるというかたちだったが、今度は「失礼します」と言っ客として入って本人にヘルプを提供するという考え方になる。それが変わってきた内容だ。

(質問：できない事だけを支援するという方針への変更理由はどのような内容か。日本ではできる事まで世話をしてしまうとどんどん本人ができなくなっていくからと説明されている。)

・こちらでもまったく同じ考え方を持っている。やはり本人ができる事までやってしまうと、その能力が減っていく。自立性というか、実行可能性というか、それを本人から取り上げてはいけないということだ。

・それから、自分で自分の管理をする、自分で自主性を持って決めていくということは、人間としての重要な価値だ。人間性を奪ってしまっはいけないというのがもう1つの理由だ。

(質問:困難なのは提供者側が世話に慣れているからか、利用者側が世話をしてほしいからか。)

- ・もちろんこちらのスタッフで長い間ケアの仕事をしてきた人は、そのほうが早いしついやってしまう。それもあるが、クライアントの声を聞いてみると、自分で決められてとても嬉しいという人もいるが、とくに弱い立場の人であればあるほど「昔はしてくれたのに…」という気持ちになる人が大多数だ。とくに、あるクライアントは腰が曲がってしまって、本当に苦労してパンにバターを塗っていて「バターを自分で塗るだけで疲れ果ててしまって食べるエネルギーもない」と言った。そういう時は、担当の介護士は少し助けてあげてもいいわけだ。どこまで自分でしてもらうのか、どのあたりから本当に助けが必要だと見るか、その境目もまだわかりにくい。経験しないとわからないと思う。

(質問:「自立を支援すると言うが、本当は国にお金がないだけじゃない？」と言われぬか。)

- ・それは非常によく聞く。とくに家族からだ。オランダのニュースでも、高齢者ケアがカットされて質が悪くなっているというニュースが多く出ている。しかし、他の国と比べるとオランダの高齢者はとてもいい待遇を受けている。そのことは理解されていない。
- ・それから、高齢者自身も自分が受けるものは自分で払うべきだという考え方を理解していかなければならないと私は思う。とくに今のような予算で、このようなハウスは運営できない。絶対にインフォーマルケアとそれからボランティアの助けが必要だ。それがあってこのハウスはなんとか維持してクオリティを維持している。
- ・さらに、私が見て感じる課題は、1人のクライアントの周りには、家族などのインフォーマルケア、ボランティア、それからプロのケアがあるが、その協調、連携は非常に改善する余地があると思う。今のところ、ボランティアの人々は趣味の活動を一緒に楽しみながら助けるとするのが主だ。しかし将来は、ボランティアの人もプロが提供しているようなケアの一部をサポートするという役割を果たしていかなければならないだろうと思う。
- ・今まではプロのケア提供者がやっていた仕事を少しずつだがボランティアがするようになっていくという傾向は実際に見えている。その時に問題になるのが、法的な責任がどこにあるかということだ。資格のないボランティア、それからインフォーマルケアの人がどこまで法的な責任を負わされるのかということも解決しなければならない課題だ。
- ・現在、たとえば、1人のプロのケア提供者が、2人のクライアントを担当しているとする、人口構成を見ると10年後、20年後には1人のプロに対して4人のクライアントという割合になることが予想されている。その2人のクライアントが増えた部分は、どうしても何らかのかたちでボランティアがカバーしなければならないだろう。

(質問:施設でインフォーマルケアも必要だという場合、家族の訪問などを想定しているか、もっと積極的なことを想定しているか。)

- ・人によってさまざまだ。ここで独立して住んでいるある女性は娘2人と孫4人がいて、娘は2人ともこの近くに住んで毎週のように家族で来る。これも重要なインフォーマルケアだ。
- ・もう1つの極端な例はこのナーシングホームに住んでいるある高齢者だ。この人は、配偶者も亡くなり、子どもが1人いたが先立たれ、仲のいい女友達も亡くなってしまった。だから誰もいなくなってしまう人で、この人のインフォーマルケアはゼロに近い。
- ・そういう人のためにも、各自のソーシャルネットワークを活性化することを教えていかなければならない。自分の新しいネットワークを作ることを教えていかなければならない。
- ・さらに、80歳以上だからといって皆病気というわけではない。80歳以上でも健康な人の

元気を保っていくことが重要だ。ここでは隣近所の人々が皆 80 歳以上だが、インフォーマルケアを互いに提供できるような環境を作っていきたいと考えている。

(質問：クライアントのできる事を伸ばすには、できる事とできない事の分析がとても難しいと思う。それはこちらではどうやっているか。)

・一番痛いところを突かれた難しい質問だ。普通の介護士、看護師にとっては、どこまでがその人の限界かを見る経験も能力も教育も少なく難しい。幸いここのハウスには一時滞在の施設があるために医師もいるし、作業療法士、理学療法士が近くにいるのでその人々のアドバイスを受けることができる。そうではあっても、やはり一番厳しいところだ。

・クライアントに接する看護師、介護士にとって、その限界を分析することは難しい。さらに、家庭医も本当はその分析ができなければならないが、家庭医はジェネラリストで、そういう教育も経験も少ない。だから、この TOPAZ では、家庭医などに、専門療法士や老人病専門の医師などのアドバイスを提供するアドバイスビューローを開設した。そうして、高齢者を担当する家庭医が専門の老人病科の医師のアドバイスを受けることができるようにした。これはここのセンターのクライアントを担当する家庭医だけではなく、この地域全体の家庭医が誰でも使うことができるアドバイスセンターとして活躍している。

(質問：日本では、生活の中でできない事を分析する。それが筋力の低下か、栄養の問題か、認知の問題か分析をしていく。そうすると、本人ができる能力が上がってくるという結果が出ている。そういうものを取り入れる予定はあるか。)

・TOPAZ の理学療法士は握力や筋力など、原因を探すための測定を始めている。考え方としては今のご指摘の方向に行きたい。原因を判明できるまで持っていきたいと思っているが、まだまだそこまでは到達していない。すでに握力計やいろいろ測定の機器はどこの施設でもある。担当する理学療法士とか作業療法士とか老人科の看護師とかが、それを使って判定することを大学教育の中に入れていくべきだと思うがまだそこまで入っていない。

(質問：WHO が言う ICF はオランダではあまり教育されていないのか。)

・ライデンアカデミーのコースを受けて初めて知った。オランダではあまり知られていない考え方だ。それは、オランダの理学療法士、作業療法士の教育システムにも入れられていないと思う。

・新聞で読んだが、日本ではボランティア活動をしておくとポイント制で点数が集まって、今度自分が病気になったら、ボランティアのヘルプを受ける権利を得ることができるということだった。ポイント組織あるいは貯蓄システムは本当か。それはうまくいっているか。

(質問：うまくいっているところもある。1700 市町村のうち 200 ぐらいが採用している。)

・自分が 10 年間ポイントを貯めていたとしても、必要な時には十分なボランティアがその時いるかどうか保証はないと思う。純粋にチャリティ的なことになるか。統計的にはボランティアをやっている人の寿命のほうが長い。

<ケース 2 について>

(質問：日本とオランダの比較をしたいので、日本でよくある事例を作った。)

◆ケース 2 説明：B さんは女性で 80 歳。夫と 2 人暮らし。この 1、2 年で両膝の手術。今は少し膝に痛み。夫はがんばっているが、本人の筋力が低下して活動意欲も低下し、最近の家

に閉じこもりがち。夫が家事をやっているが、夫が手伝う以外はうまくいかない。この1ヵ月で失禁をするようになって、トイレに行こうとするが失禁することがある。できていた事が最近できなくなってきたと感じている。これまではコーラスに行ったり、月に1回ボランティアをしていたが今はまったく参加していないし、行こうという気力も起きない。この人の場合、どのような支援目標を立て、どのようなプロセスでケアプランを作っていくか？

・(回答) オランダの場合、多分この人には家庭医がいるので、家庭医に診断のために行く。家庭医がそれを診て、どうしても必要な支援があるならば家庭医がアレンジする。家庭医としては、医療的にはその女性の体重を下げるように措置を取ろうと努力すると思う。さらに、在宅介護の地域ナースが家庭を訪問して、監督というような立場で特に夫の負担が過重にならないように措置を考えていくと思う。

(質問：地域ナースには家庭医が連絡するのか。地域ナースはどこから来るのか。)

・多くの場合、家庭医が地元の在宅介護組織に連絡して行ってもらうように依頼する。しかし、新しい考え方では将来は家庭医に頼らずにその夫が自分で電話番号を探して電話すべきだと考えられている。

(質問：その電話をする対象は地域ナースか)

・多くの市町村では WMO 窓口がある。その窓口に電話をして、高齢者アドバイザー（エルダリーアドバイザー）がいろいろと連絡とか連携を作っていく。基本的には地元の近い地区で解決していく。市の予算で提供しているのはたとえば、家事サポート、デイケアサービス、そして担当アドバイザーも市が提供している。デイケアに行くと、夫は少し自由な日が週に何日かできるようになる。それから、医療保険の組織の方も、医療保険の患者が支給を受けて、さらにケアの受給者の後ろで新しい受給者が発生するのを予防したいと考えているので、夫が病気にならないようにするという事は皆にとって利益がある。

(質問：この B さんを支援した上でのゴールとしては、どのようなことになるか。)

・まず、その判定の仕方だがオマハシステム Omaha System という査定システムがある。そのシステムのなかの1つとして、本人にどこまでいきたいのか、本人がどこを改善してどういうふうにして生きていきたいのかと聞く。それが基本的にゴールになる。

(質問：例えば、もう1度趣味のコーラスに参加したいというようなことか。)

・本人が行きたいのであればそうなる。

(質問：行きたければということは、プロとして促すとか引き出すということはないのか。)

・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い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は言わない。

・本人が、いつも夫に迷惑かけていて申し訳ないと思っているようなら、では夫に1日フリータイムあげるためにデイケアセンターに行ったらどうですかというように話す。

(質問：それはあくまでも本人が夫に迷惑をかけていると思っているようならそういう声かけをするということか。見ていて夫が大変そうだとは思っても夫婦がそのような生活してきたのならば、わざわざ「こういうところに行ったらどうですか？」とは言わないか。)

・場合によって、本人にそういう意識があれば簡単に、では行ってみましょうということに

なる。しかし、本人が夫の疲労にまったく気付いていないで、夫は疲れ果てていて、夫にも週に1日、2日のフリータイムは絶対必要だとわかった時には、本人を誘導（誘惑）するようにしてデイケアセンターに行ってもらおうようにする。

・この誘導（誘惑）の方法はいろいろあって、たとえばまず夫婦で一緒に遊びに行ってもらおう。夫婦で一緒に行くと、だんだんいつもいる夫とは別に女友達ができ、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1人で行くようにする。

（質問：先ほどの話では、市町村のWMO窓口で提供するのは、家事サポート、デイケア、担当アドバイザーということだった。家庭医も関わる。そこでは比較的专业的な人が多いと思うが、このBさんの支援は、こういうプロの人が中心でやるべきだと思うか。）

・今WMOで市の福祉部が提供しているのはその3つだ。そのプロのサービスとは別の活動としてボランティア活動をサポートする予算も出ている。同じ局の中にプロの介護提供も、ボランティア組織を管轄して奨励している部門もある。だから、ボランティアも活用する。

（質問：ライデンでソーシャルヴァイクチームの話聞いた。こちらでは同じように活動しているか。）

・ここフォールスコーテン Voorschoten 市は小さくて、村のような市だ。だから市自体がひとつのヴァイク（地域）で、チームは1つしかない。

（質問：そのバイクチームの活動として、プロに繋ぐというよりは、まずインフォーマルな周りのボランティアで解決していくようなことは具体的にあるか。）

・フォールスコーテンではそういうやりかたはまだ導入されていない。こちらでは、ソーシャルヴァイクチームではなく、市の窓口の職員がその家庭に行って同じような話をする。数年前からWMOの責任が市町村に来ていて、2015年からライデンのように多くの市町村ではソーシャルヴァイクチームを組織しているが、フォールスコーテンはそれを選択せず、市の職員が直接行って何が必要かを判定している。そのやりかたをこちらでは「キッチンテーブルでのディスカッション」と呼んでいる。

（質問：BさんはおそらくWMOのサービスを受けることになると思うが、誰が査定するか。）

・WMO窓口の職員が行って判定して、市の認定を得て、その認定を得たサービスを我々のようなケア提供者が提供する。

（質問：いくつかサービスが同時にある場合、組み合わせのコーディネーションも市の窓口の職員がするのか。）

・そうだ。ただ認知症の人の場合は、フォールスコーテンでは軽い段階でも介護保険を使って、ケアマネジャーを付けるようにしている。オランダ全国ではわりに軽い段階でそうしていると思う。フォールスコーテンでは認知症の患者が激増するだろうと予測されている。

（質問：高齢者のあり方は、受身でサービスをもらうのは当然だという考え方から、自立は自分で作っていく、地域の助け合いも作っていくようになってきている。これをもっと加速して高齢者をもっと自立指向になっていくためにはどうしたらいいと思うか。）

・住とケアを財政的に分けるのはとても良いことだと思う。ケアホームのようにすべてお任せになってしまうと、自分で払うという感覚も無くなってしまう。こちらのよう自分で家賃を毎月払いながら住んで、自分の家の修理も自分でする責任があるというような人は、自

分で責任を持って生きていく感覚を長く保つことができる。だから、自分の人生は自分が管理するという考え方をできるだけ持ち続けてもらうことだ。

- ・それから、運動だ。身体を動かすこと、元気で活発であることだ。

- ・それから子ども達をよく教育して、子ども達がしっかり運動する習慣を付けることと、他の人を助けることを子ども達に教育しなければならないと思っている。以前に数年間だけだが、中学生の学生達に、社会的実習の時間に老人ホームなどで実習ボランティアを強制的にする教育課程があった。それが廃止されたのでとても残念だと思う。子どもの時に老人の世話をするという訓練をすべきだ。

- ・それからロボットを使ったらとても良いということを高齢者達に教える必要があると思う。今はロボットと言うと、皆自動的にノーサンキューと言う。だから、ロボットは便利だということを高齢者に教育していくと良いと思う。

保険会社 Zorg en Zekerheid (Care and Security) ケア担当マネジャー

・私はこの保険会社に7年勤務している。その前は、国の国民健康省のとくに高齢者政策の担当者だった。さらにケアプロバイダーでも仕事をした事がある。だから、高齢者とか介護の経験を多く積んできた。さらに、査定委員会 (CIZ) でも仕事したことがある。さらに、来年ライデンアカデミー (ライデン大学老年学修士コース) を終了する。今は保険会社で仕事をしているが、高齢者と高齢者福祉は私の心に一番近いところにあるテーマだ。

・今この保険会社でしている仕事は長期ケアの購入だ。ケアプロバイダーから買うということで、たとえばナーシングホームとかそれから障害者ケアの組織、さらに精神科系の長期ケア組織、地域看護、高齢者対象リハビリケア、短期滞在のベッドも担当する。この会社が買っているケアプロバイダーは、ほぼすべてかかわっている事になる。

・この保険会社は地域が決まっている特定地域ケア保険会社だ。オランダにはこのような医療介護保険会社が8社あるが地域を決めている保険会社は3社しかない。残りの5社は全国展開の保険会社だ。こちらの保険加入者は45万人で、そのうちの70パーセントはこの地域に住んでいる人々だ。

・ケアプロバイダー企業から見るとここがこの地域ではもっとも大きな保険会社なので、ケアプロバイダーとも非常に近い関係ができています。ケアを買う立場の保険会社が地域を特定していると、その地域の市町村と非常に近い形で連携できるし、地域の事情をよく活用できるというメリットがある。そして、関係者が顔見知りであるという事が重要だ。つまりケアの提供者も我々を個人的に知っているし、一般の利用者もどういう保険会社かを知っている。

・弊社はショップを持っていて誰でも中に入って来て質問をしてどのようなサービスを得られるかを知ることができる。このような窓口ショップが5つの市町村にある。これは大きなバンであちこちの地域に行って顧客に情報を提供する。ドライビングショップと呼んでいる。

・こちらではケアを買って、保険会社なので保険の報酬を払っている。私の担当はWLZで、医療保険に入っているいないに関わらずこの地域の市民全員が対象になる。昔のAWBZだ。これは国が管轄している保険制度で我々が国の代わりに保険業務をしている。9億ユーロの年間の予算がここで使われている。

・さらに、地域看護と精神病のケアも担当している。精神疾患ケアは医療保険から出るので、そちらも担当している。医療保険での政府の権限は小さいので、保険会社として独自の方針を行使する事ができる。そこでは、1億5千万ユーロの年間予算が使われている。

・この保険会社は民営ではあるが利益を追求するという経営方針ではない。

(質問：利益追求ではないという話だが、会社の形態は株式会社か。)

・株式会社ではない。一種の協同組合、共済組合の形だ。具体的に言うと、保険加入者が会員になっていて、その加入者の総会がオーナーという形になっている。被保険者が会員で、ここは自分の会社という形だ。会員はどのような保険が受けられるのかとか、いろいろ心配事があるので今日は会員達と質疑応答ができるミーティングをちょうどこの昼にやる予定だ。

・パンフレットも用意している。一番多いパンフレットが高齢者向けで、年を取っていく事について話し合う機会を持ちましょうというような広報をしている。

(質問：加入者の代表はどのように選ばれるのか。)

・会員審議会委員、つまり総会の議員になるために誰でも立候補する事ができる。実際は立候補してくれる人がいれば嬉しいぐらいで、こちらが頼まないとやってくれないという実状

だが、規約上は立候補者が多すぎる場合には会員全員の直接選挙で選ばれるかたちだ。

・会員は被保険者、保険に加入している人々で、その代表で総会をする。ケアプロバイダーは会員ではなく、関係者、ステイクホルダーということになる。

(質問：運営して利益が出たらどうするか。保険料を下げるか。)

・利益が出た年は準備金にいく。やはり金融機関なのでオランダ銀行の監督下にある。これは EU で決められた義務要件だ。最低どれだけという準備金は指定されている。しかし今、介護医療保険会社は貯蓄が多すぎるのではないかと社会的に問題視されて批判の声あるいは不信感が高まっている。しかし、銀行も必ず貯蓄が必要で、銀行に預金した人全員がおろしたら倒産するので、ある程度支払いできるようにしておかなければならない。それと同じように、保険会社も被保険者が全員一斉に病気になるかケアが必要になったら、最低4ヵ月から5ヵ月はケアを今までどおり提供し続ける余裕が必要だ。これが我々の言い分だ。

・介護保険会社としては、買い上げるケアの内容も非常に厳しく節約しているが、実は被保険者は2つのタイプにはっきりと分かれる。1つは、一応保険には入っているが何年も一度もケアの内容を使わない人だ。そういう人は、いざという時のために念のためということで、できる限り安いベーシックな保険を選ぶ。もう1つのタイプは、非常に頻繁に、そして多く保険を活用している人だ。保険のサービスを使わない人は安ければ安いほどいいわけで、多く使う人は保険でカバーできる内容が多ければ多いほどいい。このように被保険者のニーズがまったく違うということがある。

(質問：どの保険会社も同じ法人形態か。)

・2、3の介護医療保険会社は純粋にコマーシャルベースで、利益を出そうという会社だが共済組合的な形の利益追及ではないという形の会社が多数だ。利益追求も禁止されていない。

(質問：協同組合的な会社は人気があるか。選ぶ時にそういう点はかなり重視されているか。)

・保険会社はいろいろあるので、選ぶ時にはどういう保険があるのか、保険の内容で契約をする人が多い。当社は共済型で利益追及が無い事を強調している。今ちょうど介護医療保険会社が持っている多くの貯蓄が問題視されているので、このポイントは魅力的だと思う。

・何をみて保険を選ぶかという、ケアや医療はずっと使っていないし医者にも行かないと思っている人は掛け金が安い保険会社を選ぶ。一方でケアが必要で使いたい人はエキストラのパッケージでどういう医療やケアをこの保険がカバーしているか非常に細かく見ている。

・まず、ベーシックパッケージというのは、政府が規定した最低パッケージでどの保険会社もまったく同じだ。しかし、それに付くエキストラのパッケージは会社によっていろいろな保険商品を出している。たとえば慢性病のある人で理学療法が多く必要な人は、その時間が何時間エキストラパッケージに含まれているのかを見て、一番多いところを選ぶ。

(質問：サービス提供医療機関の選択はどうか。どこの医療機関にかかってもいいけれども保険料が高い保険、3ヵ所ぐらいの病院にしか行けないが保険料が安いなどはあるか。)

・それはこの会社ではやっていない。なぜかと言うと、加盟者達がそれは嫌だと言っているからだ。しかし、指定の契約をしている病院やケア・医療提供者しか選べないが保険料は安いという、ベーシックパッケージを出している保険会社はある。たとえば、オランダ全国で10の病院、15の総合病院だけ使えるということだ。

・つまりそのような会社ではその病院と特別契約をして非常に安い単価でケアを買えている

わけだ。しかし、そのような病院は決して悪い病院ではなく、患者が多く来て定評がある良い病院なので安く出せると言う。それは確かにそのとおりではないかと思う。こちらでも出してみたい気持ちもあったが、加入者達が反対しているのでそのパッケージは出していない。

- ・またそのような選択的なベーシック保険であったとしても、自己負担金が 25 パーセントとかで指定に入っていない療法も受けることができるようなかたちが普通になっている。
- ・基本的に仕入れ単価が安いとケアの量も増やせるということで、クライアントにとってもメリットがある。だから、選択して大量に安価に購入をしているのは、決してクライアントにとって悪いこと、質が落ちるといふことには直結しない。
- ・それで、この保険会社でもクライアントには言っていないが実は選択的な契約をしている。たとえば在宅看護の組織は全国に 2000 あるが、すべての在宅看護組織とは契約していなくて、50 社から 60 社で十分にこの地域をカバーできるし、このように少ない在宅看護組織と契約することで、ケアの購入量のボリュームを増やして単価を安くしている。単価を安くすると、利用者にとって安くなるのでより多くのケア時間を提供できる。
- ・このコスト価格は国に最終的に請求するわけだが、そのコスト価格の単価は国が出していて、それ以上は請求できない。しかし、最高単価が決まっているのであってそれ以下は自由だ。だから安くやっている所もある。そういう所は人気がある所で、クライアントの回転がよいので安くできる。病院の医療ケア単価は公表すべきだと私は思っている。なぜかと言うと、指定病院でないところを自分が選んだ時に、自分の自己負担はいくらかわかるようにすべきだと思う。しかしまだそれはなされていない。病院が提供している医療ケアの商品数は 3000 以上ある。そして何十の病院の違う単価があるのでたいへんなデータになる。しかし利用者からはそういうことを知りたいという声が強くなっている。

(質問：国の基準表は公開されているか)

・それは NZa のウェブサイト (<https://www.nza.nl/>) に行くと見ることができる。Nederlandse Zorgautoriteit (Netherlands Care Authority) が、ベーシックパッケージやケアの最高単価や様々な要件などを決める。さらに NZa は民間の介護医療保険会社の監査もしている。

(質問：慢性病とか既往歴によって基本パッケージと付加部分との保険料が変わるか。)

・まずベーシックパッケージだが、これは国民全員義務で入ることになっていて内容はどこの保険会社も同じだ。違いは指定病院があったり、あるいは掛け金が違うということだ。このベーシックパッケージの料金は、基本的には提供すべき内容は決まっているので、昨年提供した、購入したケアの価格を購入者の数で割って、それにプラスして他の宣伝費や社屋の運営コストを加えて出すということになる。このパッケージの値段を安くしているところには元気な人が加入する。あまり理学療法士とか作業療法士とか使わない、使う予定のない人が入るので、そういう人を主に集めている保険会社は出費も安くなって、運営が財政的にしやすくなる。しかし、当社のように病気を持った人が多く入ってくる保険会社であっても、ベーシックパッケージの値段を高くすると誰も入って来てくれないので一番安い所に近いかたちに持っていく。それで必ず赤字になる。そういう会社には、この Nza にバランスをするエキストラの予算があって、そういう保険会社には補助金が出されていて、慢性病の人もあまり多くの保険の掛け金を払わなくてもベーシックパッケージは受ける事ができるというシステムだ。

(質問：たとえば年齢や個人の属性によって保険料が変わることはあるか。)

・ベーシックの場合は病気の有無に関わらない。ベーシックの保険料は病気があるのかわからないのか聞かないのでみな同じだ。年齢も関係がない。そして、ベーシック保険のパッケージは、保険会社に拒否する権利は与えられていない。誰が申し込んでも、重病人が申し込んでも必ず受け入れなければならないという義務を課せられている。

・エキストラの保険では保険会社が断ってもいいと認められている。しかし、弊社はすべて受け入れて断らないという方針を持っている。

・理論的には一番安いベーシック保険をある保険会社から買って、別の会社から一番安いエキストラの保険を他の保険会社と契約することは可能だ。しかし、そういう手間のかかることをしている人はほとんどいない。

・当社では、さまざまなエキストラの保険の商品を提供している。軽いもの、たとえば歯科医の入れ歯はどのくらいまで払ってくれるかとか、理学療法士が何時間までということから、いろいろな形のケアが含まれた非常に重度の高いものまで値段が違うものを提供している。しかし、加入者の年齢とか過去の病歴などはまったく関係ない。価格は同じで提供している。

(質問：では、病気になったから急に入るということも可能か。)

・可能だ。しかし1年に1回の契約なので今の契約が終わってからになる。たとえば、今年の終わりに病気になったので来年はもっと理学療法士の時間が多い保険に入るというのは可能だ。

(質問：保険に入っていない時の病気でも、たとえば次の年からみしてくれるのか。民間保険では保険に入る前に起きた事故については補償しないのが普通だと思うが。)

・オランダではそれは関係ない。保険に入る前になった病気でもそれに関わる療法はすべて入った年からカバーされる。ただし、いろいろ加盟者がしなければならない義務というものはある。細くなるが、たとえば、歯科医には年に1回とか2回必ずコントロールに行っていて、その度に歯の補整をしているということがあって初めて、次の時の大きな歯の治療に保険が下りる。それをしないと最初の治療は自己負担だ。歯の治療の自己負担は少額だが。

・パッケージはいろいろ出せるが、基本的には年齢や病歴で値段を変えてはいけないというルールになっている。競合する保険会社の中には、この商品はインターネットだけで申し込むことができ電話は駄目だとしているところもある。インターネットだけというと自動的に若くて結構元気な人だけになり、加入者にかかる出費が少なくなる。それは違法ではない。病気の人やインターネットを使わないし高齢者もあまり使わないので、比較的元気でコストを削減できる顧客のみを集めようとしている保険会社はある。当社の場合は、意識して高齢者でも誰でも加盟できるようにショップを持っている。昔ながらの、窓口で人がいて相談しながら保険を契約していくという形を提供しているので当社では高齢者がとても多い。

(質問：介護保険と医療保険との関係は。)

・WLZ (Wet Langdurige Zorg, Long-term Care Act) が介護保険で、長期介護やナーシングホーム入所の場合の保険だ。これは国の社会制度の一環で、国民は税金のような形で掛け金を徴収される。低所得で払えない人も必ず受ける事ができる権利が保証されている。

・医療保険は、ZVW (Zorgverzekeringswet, Health Insurance Act) で、当社も医療保険会社だ。こちらは国民が掛け金を払わなければならない。そこははっきりと違う。国は、医療保険会社に対してWLZの業務もやってくれと言って、業務をしてもらっているという形だ。

(質問：日本も医療と介護を分けているが、病院でも医療保険から出る病院と介護保険から出る療養型の病院がある。訪問看護やリハビリは医療か介護か。境目はどこか。)

・昔はAWBZだったが今は名前が変わってWLZになった。このWLZは、国民の社会保障保険になって、24時間ケアが長期にわたって必要だという人々が対象だ。24時間のケアが必要であれば、その患者がナーシングホームにいても良いし在宅でも良い。そして、伝統的な査定委員会CIZがその人の状況でWLZの権利があるかどうかを査定する。そして、24時間ケアが必要ない部分や長期にわたらない部分、たとえば在宅看護とかりハビリが短期間必要だという場合はすべて医療保険の方になる。

・もう1つあるのは社会サービス法WMO (Wet Naatschappelijke Ondersteuning, Social Service Law) で、この法律に基づいて市町村が福祉介護サービスを提供する。そして、医療ケアとパーソナルケアは医療保険に含まれるが、パーソナルケアの一部はWMOに入る。医療保険に含まれる場合は、医療的でないといけない。WMOは医療と関係なく支援が必要な場合だ。例を挙げる。知的障害の人がいて、その人は毎朝誰かが行って、起きてください、服を着ましょう、歯を磨きましょうと言わないと何もできないという場合は、その人は病気ではないし治療ではないのでWMOだ。ルールはこういうことだがわかりにくい。

(質問：認知症の場合は病気だが、必ずしもいわゆる医療的対応とは限らない生活支援のサポート利用の時がある。また、たとえば投薬という部分もある。こういうところはどうか。)

・つまり、病気だと診断されると医療保険だ。認知症は認知症という病名で診断される。そうすると医療保険になる。病気であるという事を診断されたために、その人のパーソナルケアは医療保険でカバーされる。同じ認知症の人でお金の使い方がわからないとか、家賃を払うことを理解できないのでサポートが必要だという場合、あるいは歩きにくくなったのでリフトとか家の補修が必要だという時はWMOになる。

(質問：その全体をコーディネートする人はいるか。1人の人に複数の保険からサービス提供をされることになるが。)

・まず、軽度の人へのコーディネーションの責任者は3種類ある。その人の家庭の場合、ソーシャルワイクチームの場合、地域ナースの場合という3つの可能性だ。重度になって初めてケアマネジャーがつく。

・これは今、医療保険会社と市町村とでかなり議論がおこなわれている分野だ。ケアマネジャーも給料は必要だから保険会社が払うことになる。保険会社としては、認知症だからと言っても全員にケアマネジャーが必要であるわけではないと言っている。重度の人には必要で軽い人には必要ないというのが我々の見解だ。

・そのケアマネジャーは、本人への請求のお金を支払う信頼できる誰か保護者を見つけるといような仕事にプラスして医師やさまざまな療法士とのコーディネーションを行う。

(質問：ケアマネジャーはプロバイダーにいるのか。)

・ケアプロバイダーの中にいる。ケアプロバイダーの中にはケアすべてを提供できるというところがあるので、多くの場合、ケアマネジャーになると、自分の働いている組織の在宅介護とかWMOサポートとかをアレンジすることが多い。クライアントがケアマネジャーを選ぶ時は、ケアマネジャー申し込みの窓口があって、本人が指定しない限りどこの組織の人が来るかはランダムになっている。

・ケアマネジャーについては現在、活発な議論がおこなわれている分野だ。認知症の人のた

めのケースマネジャーについては、認知症協会の人達は、認知症の診断が出された直後からずっと続けて見てくれるケアマネジャーが必要なので提供すべきだと言っている。しかし我々のような保険会社や他の関係者の意見では、最初は家庭とかその地域ナースで十分で、重度になって初めてケアマネジャーを使うべきだという意見だ。意見が強く対立していて、活発な議論が進められている。

(質問:たとえば排泄については診断があると医療保険で、なければWMOということなら、自治体からみると診断名があるほうがいいので病院に行けという話になるのではないか。)

・オランダでは簡単に専門医にかかることができない。まず必ず家庭医の紹介状が必要だ。家庭医が診断して病名を決めれば医療保険のカテゴリーに入る。確かに、自治体としてはできるだけ病名を決めて医療保険のほうに払ってもらい、自分のWMOの予算を節約したいと思うだろう。我々の方も実はできるだけWLZでと思う。結局は同じ公費なので、同じ事だいろいろな動きがある。

・だからオランダでは、もういちいち線を引いていないで、1つの基金で全部することはどうだろうかという声が出ている。

・しかし、金額の規模が大きくなればなるほど管理が難しくなるので、今のように3つくらいの制度に最低分けていた方がいいと私は思う。どのような事をしてコインの裏側というのはある。たとえば市町村としては、この地域の平均的な1人あたりのケアコストというのを計算して行って、それに合わせて予算を作ると管理がしやすくなる。ところがそのような計算をしていくと、あるタイプの住民だけ受け入れる住宅政策とか都市の政策をするようになるので、それに当てはまらない人々が苦勞する社会ができるだろう。どのような政策方針を打ち出しても、裏目に出る場合があるというのはある程度確かだ。

(質問:先ほど認知症の軽度、重度という表現が出てきた。診断が付くか付かないということとはわかりやすいが軽い重いを決めるには査定が必要になるはずだ。)

・もちろん重度軽度というのは、私たち保険会社は医師でも看護師でもないのわからないので、そのあたりは医療・看護提供者が決める事だと思う。ケアマネジャーが必要かどうかというときの重度軽度では、コーディネーションの業務が非常に複雑になった時から重度だ。つまり、多くの要素が本人の周りにある場合だ。たとえば病気が複数であるとか、家族の関係が悪くてその点の調整もしなければならぬとか、本人のマントルケア、インフォーマーケアがどんどん無くなって行ってサポートをしなければいけないとか、違ったさまざまな療法士のメディカルケアが入っていてコーディネーションが必要だとか、コーディネーションが複雑で、一般の家庭ではそこまで対応できないという段階を重度と呼んでいる。医療的に重度というよりも、コーディネーションが非常に難しい家族と一緒に住んでいるとか、精神病の家族が住んでいるという場合も重度のコーディネーションが必要だ。

・さらに本人の性格もある。同じ病状で同じ家庭環境と状況にあっても、すぐつらく感じる人もいれば、本人はなんとかできると思う場合もある。また、パートナーとか家族の介護があつてさらに精神病の子が1人いるような場合でも、非常に楽観的で元気な配偶者がいるとなんとかできることもある。それから家庭医がとてもその家族をよく知っていてすぐに状況がわかるとか、在宅介護のナースが長く付き合っていてその人の状況はよくわかっていてさまざま判断できる場合にさらにケースマネジャーがその中に入ってくるとかえって迷惑だということもあると思う。だから、ケースマネジャーを入れるべきだと決めるのは、そのクライアントを担当している在宅介護のナースとか、家庭医とか、ソーシャルヴァイクチーム

のソーシャルワーカーが決めたらいいと我々は考える。

・昔は、これとこれの権利があるというかたちにしていて介護コストや医療コストが膨大な金額になってきた。もしこのようにクリアな線を引いて、このカテゴリーになった時からケアマネジャーが付くということであれば、患者は必要ない状況でもそこに到着したから、ケアマネジャーに週に1回来てもらい権利があると行って要求するだろう。すると本来の目的である、不必要な医療コストはかけない、必要なものだけを提供するという保険制度から見てマイナスになる。だからわざとクリアな制度は作らない方がいいというのが我々の意見だ。

(質問：WMOは市町村の事業で、予算が決まっているはずだ。その総量をコントロールしないといけないと思う。コントロールするのは家庭医とソーシャルヴァイクチームと地域ナースだということだったが、その分担はどういう内容か。)

・これは討論の対象になっている。たとえば申請者が各市町村のソーシャルヴァイクチームにWMOのサービスが必要だと申請するわけで、WMOの指標や査定が必要になってくる。それは全国的な制度はないために、各市町村がそれぞれ模索して、なんらかの断ることができる理由を探すという指標システムを構築しようとしている。たとえば、人によってはナーシングホームの査定があるWLZを使うが、在宅看護の場合は医療保険を使うので在宅系組織が医療の部分は自分で査定する。必ずそれぞれ査定が必要だ。それで、WMOでも各市町村がなんらかのメカニズムを構築しようとしている。査定がない場合は自己負担になる。

・今、単純化しようとして進めてきたが、クライアントからすると、この問題はWLZの査定でCIZ、この問題は在宅介護組織のナースが来て査定、この問題はまた市役所の人に来て査定ということになる。だから、今当社とCIZと市役所とで、パイロットプロジェクトで1つの査定ができないかという試みを始めようとしている。

(質問：CIZの役割は。)

・CIZは以前AWBZの査定をしていたが、今はWLZを使う権利があるかどうかを査定する。

(質問：では、医療保険の訪問看護の査定は地域ナースに任されたという理解でいいか。)

・その通りだ。昔はAWBZの中に在宅看護が入っていたために、CIZはAWBZの査定機関だから当然在宅看護の看護師が来る時間などを査定していた。しかし、在宅看護は医療保険になったので、担当看護師あるいは担当の医療提供者が査定を行うように変わった。

・査定するのがメディカルプロフェッショナルなので、理学療法士であったり、それから在宅看護の場合は地域ナースであったり、病院の場合は担当医がおこなう。

・地域ナースとは、具体的にはホームケア組織の看護師のことをいう。

(質問：査定をバラバラにやると、査定基準の統一が心配になる。)

・もちろん個々の看護師によって多くのケアを査定する人もいれば、少なめにする人もいる。ホームケア組織でも組織によって方針やスタイルは違うが、たとえば訪問看護師協会が査定ガイドラインを出していてこれ以上ならWLZが使えるというような指導がある。

・この程度の状況の場合はこの時間の訪問看護や訪問介護になるというガイドラインは、ケア提供プロフェッショナルがそれぞれの全国組織で自分達の感覚で作っていく。

・地域ナース、つまり在宅介護組織のナースはやはり心が患者のところにあるので、できるだけ多くケアをしてあげたい。それで、当然傾向としては提供する量が多くなりがちだ。しかしこちらはできるだけ少なく払いたい。それで我々がしていることは、嫌がられることか

もしれないが、全国平均を出して年齢層とかいろいろ状況などを見ながら、あなたのホームケア組織は平均よりもずいぶん多い、もっと下げるようにしてくださいという要求を出す。

(質問：プロバイダーと、あなたのところは全体で何時間までサービス提供してよいというような契約はしないのか。総量コントロールだ。)

・それは意図的にしない。お金の流れとケアのニーズを分けていかないと、お金の流れに合わせてケアの質が決まってしまうからだ。

・どこの組織も、最大限これだけもらえるのであれば、ケアを少なくすれば利益が上がるということになりがちだ。もっとも必要な物が何かということはケアを提供する医療プロフェッショナルが一番知っているわけで、医療プロフェッショナルが査定すべきだと思う。

(質問：医療の専門職が作っているガイドライン作りに保険会社はかかわらないのか。)

・これはプロとして出すべきで、彼らの責任を信頼する。もちろん国のレベルで医療保険会社の協会があるので、こちらの見解というのを出したり、フィードバックを出したりはする。国民健康省の姿勢としては、法律で決められた規制で、たとえば在宅介護はまずマントルケア、インフォーマルケアで看なければならぬと決められているわけで、そのような政策に準じてしなさいという枠組みを出している。しかし国は具体的な査定のガイドラインはプロフェッショナルとしての判断を信頼するという姿勢だ。

・これは非常に寛容のように見えるが、実はそうではない。たとえばリハビリは国の法律で最高6ヵ月と決まっている。法律には1つ例外も作られていて、もう一度6ヵ月延長も可能となっている。しかし延長の場合には、医療保険の承認が必要だといっている。医療保険に依頼を出して申請して、医療保険の専門家はその理由を見て確認した上ではじめて、もう一度延長できる。だから、非常にコストの高いサービスなので、永遠にリハビリをリハビリセンターで続けることはできない枠組みが決められている。

(質問：その期間延長の理由で一番多いのは何か。)

・ほとんど延長は起こらない。リハビリすれば在宅に戻れると判断されたが思ったよりも本人の回復が遅かった。しかしもう一度すれば、在宅に帰れるところまで持っていけるという時に延長の申請がある。そういう依頼があった時にこちらはかなり細かく判定検査をする。

・こちらが一番良くないと思っているのは、本人はリハビリをしたけれども、結局はナーシングホームに行かざるを得ない場合だ。いくらリハビリしても在宅に戻すのは無理だとわかっていて、しかしナーシングホームが見つからないようなときは払い続けたくないということで延長を断る。このような具体例を「誤ったベッド」と呼んでいる。

(質問：そうすると、保険会社としては、このプロバイダーは非常に多くサービスを出すと判断したら、そこからサービスを買わなければいいという選択があると思うが。)

・実際にこちらで契約しているホームケア組織で、非常にクライアント1人当たり長い時間のケアを出している所がある。それはすぐ数字が上がって来る。そういう所には、こちらに来てもらって、なぜかということを知りたい。そうしたら、そこは特定の病気の重病を持った人ばかりを集めている在宅介護組織だった。その場合は理解ができるので、時間が1人当たり統計の平均よりも多いからと言って断るようなことはしない。同じようなクライアントであって、他に比べて相当時間が多いと思ったら話をしたが、基本的にルールを決めてそれ以上外れたら契約停止というような姿勢は持っていない。

(質問：ビュートゾルフは評価されて大きくなっていると聞いたが、どう評価しているか。)

・ビュートゾルフは利用者の間でとても人気がある。保険会社に来る請求は、ビュートゾルフからはちょうど平均的で、他の在宅介護組織よりも高いわけでもないし安いわけでもない。他にもいくつかの保険会社から見て彼らの経営方針に特徴があるが、そのあたりは商業法上の競争法に反するので皆さんには開示しない。

・利用者は自分でケア提供者を選べるわけで、やはり人気がある所は多く選ばれている。ビュートゾルフは決して一番大きな訪問介護提供組織ではない。

・一般的に言えることは、医療介護提供組織では、WLZ、ZVW、それからWMO的なサービスすべてを同じ組織でできるという所もあるが、ビュートゾルフは短期の医療ケアとか訪問ケアという医療保険のところだけが中心になっているのが特徴だと思う。

(質問：保険会社としては、皆が健康になったほうがよいというインセンティブがあると思う。保険会社として情報提供以外に健康になる取り組み、たとえば市町村への働きかけもしているか。また例えば体操に参加したら保険料を少し下げるといったことはあるか。)

・誤解がないようにはっきりさせたいと思うが、診断があるとパーソナルケアのほとんどが医療保険になるが、同じクライアントでも孤立しているのでランチカフェに一緒に行くとか、そちらを紹介するのはWMOになる。誤解がないようお願いしたい。

・予防は重要だが難しい。健康を保つための奨励策は、もちろんクライアントが、ずっと当社の保険で続けてくれれば効果があって良い事だ。どの保険会社でも、予算を出して今の加入者に健康志向のプロモーションをして皆が健康になっても来年は競合相手の保険会社に行ってしまう可能性があるので予算が取れないというメカニズムが働いてしまう。それで、どこの保険会社でも予防策あるいは健康保持の奨励策の予算が取りにくいのが正直なところだ。

・しかし、市町村の協力を得て、青少年や児童用のプロジェクトをおこなっている。たとえば肥満児対策だ。肥満症の対策を子どもの時にする、健康な食べ物について学校教育を市町村にしてもらおうという事はしている。

(質問：保険料を安くしている保険会社では、予防すればするほど安くなると保険加入者に言うことはできると思う。)

・どこの保険会社もその条件付きのパッケージは出していない。たとえば、病気というのはライフスタイルにあまり関わらなくて、遺伝子がかかなり影響する。純粋な保険の支払い額の視点からいくと、ライフスタイルはあまり大きな影響がない。それから実は、たばこを吸っている人は早く逝くので一番安い被保険者だ。

・はっきり言うと、健康な人であればあるほど長生きをして介護とかいろいろ必要なので、医療保険会社からすると高いお客さんだ。

(質問：国からサービスの費用、報酬の最高額は決められているという話だが、この保険会社として、これぐらいのサービスを出してもいいというような契約はあるか。)

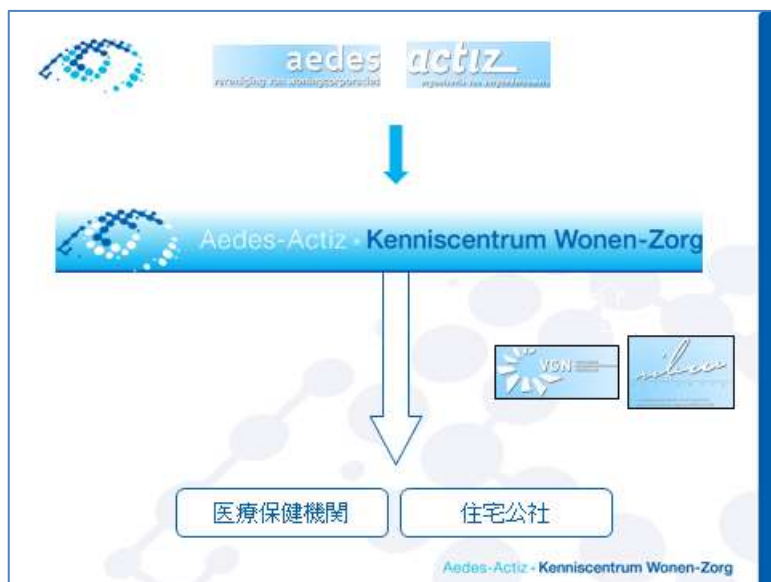
・WLZは国が管理していて、地域ごとにWLZの支給額が決められている。今年はその額を超えてしまった。そういう時は国民健康省に、そこの超えた部分の赤字を埋めてもらうように依頼している。まだ公表はできないが、おそらく大臣はそれを各保険会社に払ってくれるだろうと思っている。なぜなら、来年総選挙があるので、もし払わないとなると来年から今まで受けられたケアが受けられなくなるということになる。政治家はそうしたくないので、今年は赤字になったが幸いにも払ってくれることになると思う。

2016年9月1日

ケア・住宅事業者団体 Aedes-Actiz アドバイザー



・ここユトレヒトは地理的にオランダの中心だ。ここは Actiz ナーシングホームおよびケアホーム連盟の本部でそのナレッジセンター（情報センター）だ。このセンターは Aedes のナレッジセンターも兼ねている。Aedes は住宅公団連盟の本部だ。「ハウジング・アンド・ケア・ナレッジセンター」が正式な名前だ。ケアとそれに近いハウジングについて、さまざまな組織にアドバイスをし、新しいノウハウを提供する。シンクタンクといえは堅くなるが、情報を集めてよい情報とか模範例、成功例などを関係者に伝える仕事をしている。



・オランダの高齢化は日本ほど高い率ではないし、ヨーロッパではイタリアとドイツのほうがオランダよりも高齢化率は高いが、オランダでももちろん増加傾向だ。その高齢化社会のピークが 2040 年と予想されている。



- オランダの人口は、欧州諸国の大半と比べるとまだそれほどでもないが、高齢化している。
- オランダでは、65歳以上人口の割合(高齢化率)が16%である。これは欧州の平均(17%)やドイツおよびイタリアの平均(ともに21%)(Eurostat, 2013)よりも低い。オーストラリア(14%)や米国(13%)、インド(5%)と比べると高い(Population Reference Bureau, 2013)。

Aedes-Actiz - Kenniscentrum Wonen-Zorg



- オランダの高齢化率は、2035年には26%へ上昇する見込み。
- さらに、オランダの80歳以上人口の割合は、2010年は3.9%であったが2050年には10.2%へ上昇する見込み。
- 2010年の平均寿命は、男性が78.8歳、女性が82.7歳である(Statistics Netherlands [CBS], 2012b)。



Aedes-Actiz - Kenniscentrum Wonen-Zorg

・今、介護の世界では大きな移行の真っただ中の段階にあって、方向としては個々の責任を重視して、自分でアレンジするという方向に移行している。そしていくつかの領域ではすでにシフトが終わっていて、国から地方自治体、市町村に高齢者ケアの多くの内容と責任がシフトされている。そして、「テイキング・ケア・オブ taking care of」というと人に対するケアということになるが、そうではなくて、できない事柄について「テイキング・ケア・ザット taking care that」ということで、何かできないことに対してケアをするという形になってきている。つまり人をケアするのではなく、できないことについてケアをするという形にシフトした。そして、市町村が高齢者のケアの責任の中核の主体になるということも大きなシフトの1つだ。ケアホームはどんどん閉鎖されてきた。しかし、ナーシングホームは存続する。



オランダ社会が「福祉国家」から、「個人の責任」に基づく社会へとシフトする中で、自分たちの生活を自らコントロールしたいと望む、高学歴で裕福な高齢者が徐々に増えている。



Aedes-Actiz - Kenniscentrum Wonen-Zorg



重要なシフト・・・

- 財政的な「危機」⇒社会的な「危機」も加わる
- 国の政府⇒地域コミュニティへ、市民へ
- 「(誰かの)ケアをする(**take care of**)」⇒「(自分自身の)ケアをする(**take care that**)」へ
- 住宅公団(**housing corporation**)の考え方⇒お金がない・・・

Aedes-Actiz - Kenniscentrum Wonen-Zorg

・その目的は、人々にできるだけ長く在宅で生活を続けてもらうことだ。それがどうしても難しくなった場合はナースホームに移ってもらう。在宅でできるだけ長く生活するためにはいくつかの支援が必要だ。

・まず在宅でできるだけ長く生活するために重要な点が何かというと、住宅自体が適切なものでなければならない。そして近所に十分な支援がなければならない。高齢者本人のまわりにこの人を囲むネットワークがなければならない。出会いの場も近くにあって、そして社会参画を続けていかなければならない。



協同は解決策？

地域のパワーやコミュニティケアは解決策か？

- 地域のパワーやコミュニティケアは、社会のより大きな動きの一環である。
- 住宅、ケア、福祉だけでなく、エネルギー、カーシェアリング、食物、ガーデニングなどでも見られる。
- 協同は大人気！

Aedes-Actiz - Kenniscentrum Wonen-Zorg



Aedes-Actiz - Kenniscentrum Wonen-Zorg

・現在オランダでは高齢者に適した住宅の数は不足している。高齢者の中には大きすぎる家に住んでいる人もいれば、自分のまわりのネットワークが非常に弱い人もいる。しかし地域レベルでは、幸いに今新しい発展が見えていて、地元の住民たちが自分たちの地域をよくしようとして、活発に集まって活動をどんどん立ち上げている。この、地元の人々がつながりをつくらうとする努力は高齢者とか、高齢者の住宅という分野以外でも行なわれている。

(質問：それは、昔から充実したものが今さらに充実してきているのか、あるいは昔は弱かったものが増えてきていると感じているか。)

・個々の例を見ればいろいろあるが、端的に言えば、以前は 65 歳になったら自動的にと言えるぐらいケアホームに移って死ぬまで過ごすのが普通だった。さらに、このようなケアホームが巨大な規模になっていて、多くの場合まちの喧騒から離れた森の中などにあった。しかし、時代の流れで、そのような隔離された大きなところに住むのではなく、まちの中、市街地の小さな規模の集合住宅に住んで社会に関与し続けたいと人々が願うようになった。

・さらに、医療の発展、さまざまな技術の革新なども活用することによって、過去では無理

だった在宅で長く生活することが可能になった。政府は今まで全部をやっていたがだんだん手を引いているが、今までと同じようなレベルのサポートを続けることができている。

・この新しい発展は介護の世界だけではない。例えば自動車を自分の所有ではなく共有して貸し合う、自分で発電するというような動きもどんどん出てきている。全部やってもらうとか、来たのをもらうだけではなく自分です。発電も含めて自分ですればするほど自分の本当の希望にマッチした、本当に自分が必要なものを得ることができるというメリットがある。

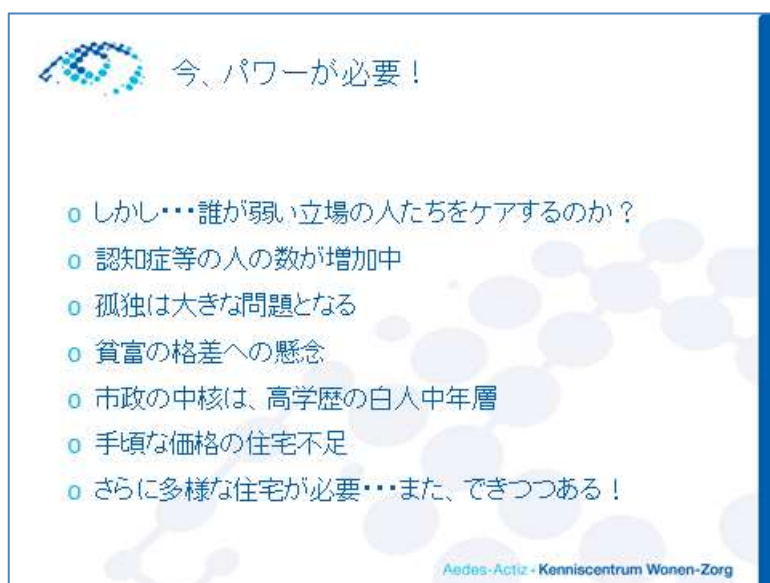
・モロッコ出身の高齢者は大きなオランダの伝統的なケアホームではなく、自分たちモロッコ人ばかりが集まった小さな集合住宅、アラブグループ住宅に住みたいと希望する。それから、スリナムのグループ住宅や、グループホームなどができている。

・オランダは非常に多様な社会になってきたので、高齢者ケアもそれを反映している。非常に多様な国民が集まっているので、ダイバーシティのあるケアを提供しなければならない。その際に難しいところもあるがいいところも多々ある。いいところは、より長く在宅で生活するためにぴったりとサイズが合ったサービスを提供できるという点だ。しかし欠点もある。オランダでは認知症の人の70%が在宅で生活している。多くの場合はなんとかうまくいく。しかし一部ではパートナーの負担が過剰になっているケースがある。そして、1人暮らしの認知症の人が隣に住んでいると火事になるのではないかという近所の人々の不安が強くなる。

・ここでは、自分の家がわからなくなった認知症の人が迷って徘徊しても、GSPの機械をつけてもらうことですぐ見つけられるテクノロジーが使われている。こうして認知症の人が在宅で生活できるように技術的な支援をすることができる。しかし、それは問題が起きる前にしなければならないので、認知症になったということを早めに発見しなければならない。

・もう1つの問題は孤立だ。ケアホームに入っている人、ナーシングホームに入っている人も孤立することがある。しかし、在宅の人のほうが孤立のリスクはずっと大きくなる。

・地元のイニシアティブを見ると自分たちのネットワークを活性化させる動きがいろいろ起こっている。一般的には高等教育を受けた人は社会性にも富んでいて、自分たちのネットワークを強めている。



今、パワーが必要！

- しかし・・・誰が弱い立場の人たちをケアするのか？
- 認知症等の人の数が増加中
- 孤独は大きな問題となる
- 貧富の格差への懸念
- 市政の中核は、高学歴の白人中年層
- 手頃な価格の住宅不足
- さらに多様な住宅が必要・・・また、できつつある！

Aedes-Actiz - Kenniscentrum Wonen-Zorg

・オランダの南に小さな村があって、この村は人口が少ないために、郵便局、デイケアセンター、宅配サービスがなくなるというようにだんだん公共的な福祉サービスが消えていった。それで、村の住民たちがケア組合を自分たちでつくった。ケア組合ではボランティアが活躍

する。このボランティアと協力して自分たちで自分たちのケアを構築しようと努めている。食事宅配サービスも、またデイケアサービスも始まった。そして、認知症の人々のためのケアグループホームを自分たちで作った。さらに、村のボランティアがミニバスの運転手をしてデイケアセンターの送迎サービスも自分たちでやっている。村の中には教育レベルの高い人、教育のない人、金持ちの人、貧しい人もいるが、全員がそのメリットを受けている。

(質問：その村の名前は。)

・ホーヘローン Hoogeloon だ。このホーヘローンのケア組合は 2005 年から始まった。そして多くの市町村の人々が視察をして、自分たちでもやってみようということで現在全国に 150 のケア組合がある。

(質問：ホーヘローンの人口どれぐらいか。)

- ・住民数は約 2000 人だ。ホーヘローンは有名で、専門家や関係者はみな知っている。
- ・アムステルダムのアパートが並んでいるところでもケア組合があり、都会にもある。

(質問：それはビレッジプロジェクトと呼ばれているものか。)

- ・そのとおりだ。英語ではそう呼ばれている。1 ヶ月前には、この 150 もすでにあるケア組合の連盟のナレッジセンターがつくられて、うまくいっているベストプラクティスなど、情報交換の組織がつくられた。これは住民が自分たちで作り上げていったイニシアティブだ。
- ・さらに、住宅公団や介護提供者たちもいろいろな形で工夫して、創造性を持ってよりよいケアの提供を進めている。その中でも具体的に提供者のほうからクリエイティブに工夫してつくったイニシアティブのうちからよいものを挙げる。
- ・まず、ある住宅公団は、意図的にティーンエイジャーズと高齢者が一緒に入って住むような集合住宅を造った。シニアは、隣に住んでいるティーンエイジャーの母親たちを見守っている。ティーンエイジャーズは、近所のおじいちゃん、おばあちゃんの買い物を帰りにするというようなことをしている。このようなプロジェクトでは一方通行ではなく相互の援助が重要だ。



あらゆる年齢層の社会：現実のものに！

- ・住宅公団 Habion では、10代の母親と高齢者を結び付けた取り組みを試験的に実施中
- ・住宅公団の WBVG と Talis は、多世代向けの集合住宅を建設中
- ・住宅公団 Wonen Limburg は、認知症の人たちに優しい住宅や近隣地域をデザイン予定

Aedes-Actiz - Kenniscentrum Wonen-Zorg



住宅やケアでのパワーの要素

- 人々と、ネットワーク・専門職・地域の取り組み・地域コミュニティとの協同
- シニアに優しい集合住宅
- アクセスしやすく、お互いが会いやすいようデザインされた近隣地域
- 人々にとって身近なサービス(近くに公共交通機関)
- それぞれに合った住宅、福祉、ケア:人々も近隣地域も多様である

Aedes-Actiz・Kenniscentrum Wonen-Zorg

- ・さまざまな世代がミックスして住む集合住宅プロジェクトもある。
- ・さらにある市町村では、住宅公団と協力して、ディメンシア・フレンドリー・ビレッジ、あるいはディメンシア・フレンドリー・シティーにする政策を前面に出している。
- ・また、オランダではケアホームがどんどん閉鎖されていくが、その建物は残る。だからその建物を再利用するというので、さまざまな形に生まれ変わっている。例えば、今オランダでもそうだが、ヨーロッパでは避難民を受け入れなければならないということで、ちょうど閉鎖したケアホームに住んでもらう。
- ・それから、休憩住宅とも呼ばれているが、離婚したばかりで自分の家を出された人が住む住宅にもなっている。普通、結婚している人は家を一緒に買っているが、離婚をするとどちらかが出ていくことになる。その出ていくことになった人が一時的に住める住居だ。
- ・さらに、精神疾患を持っている人も在宅で長く生活する方針が進められている。しかし、同じようなタイプの人々を1カ所に集めることがないようにしなければならない、分散しなければいけないといわれている。それをするためには、活性化された地域が必要なので、いかにして、その地域の生活の質をよくするか模索中だ。
- ・このようなイニシアティブを実現していくためにはプロとボランティアと、それにインフォーマルケアの人々の連携協力が非常に重要になる。さらに、気軽に声を掛けられて気軽に頼んだり頼まれたりできる、気軽に出会うことができる地域が必要だ。
- ・いろいろサポートできる技術、テクノロジーは入手可能だが、使いにくい、ユーザーフレンドリーではない場合が多い。今週の月曜日に数多くの高齢者達と話す機会があった。それで、あなたが長いあいだ今家で生活しながら何が必要ですかと聞いた。こうしてミニリサーチをした結果のトップテンを挙げる。
 - ①商店街とか医者に行く公共交通機関の停留所があること
 - ②インフォーマルケアとプロのケアが近く手の届くところにあること
 - ③住宅の改造
 - ④安全感
 - ⑤健康であること
 - ⑥自分が使えるサポートとかのよい情報提供

- ⑦おカネが重要
 - ⑧住宅費の安い家
 - ⑨なんらかの交通手段、移動の足
 - ⑩毎朝起床して今日はこれをするというような生きる目的
- 私はこれが⑩が一番大切だと思う。

お金、健康、そして少しの運

できるだけ長く自宅で暮らせるようにするために、一番必要なことは何ですか？
以下は、高齢者が回答したトップ10アイテムである。

1. 近隣地域でのサービス(例:店舗、公共交通機関、一般開業医、食事)
2. (イン)フォーマルケア
3. 住宅改修
4. 安全
5. 健康
6. 優れた情報
7. 十分なお金
8. 手頃な価格の住宅
9. 交通手段
10. 生きがい

Aedes-Actiz - Kenniscentrum Wonen-Zorg

・できるだけ長く在宅で生活するためには、将来自分が高齢になったときに今の住宅はどうか、自分が高齢になったときに何を目的に生きていくつもりなのかというようなことを今のうちに考えておくことが大切だ。これを意識できる人とできない人がいる。中にはそれを言ってもできない人も多くいる。例えば移民の高齢者は言葉のコミュニケーションも難しい。中には、はっきりと自分の意識が固めることができないという人もいる。

エイジングの準備: 早いところ始める?!

意識・関心
情報(デジタル、対面、ソーシャルメディア)

しかし、正しいスキルや可能性、ツールを誰もが持っているわけではない

Aedes-Actiz - Kenniscentrum Wonen-Zorg

- (質問：日本では国がボランティア振興を進めると住民や市町村も反発することが多い。)
- ・オランダもまったく同じだった。そして、国民は今までのような福祉社会というものはもう財政的に不可能だ、もう支払いきれないということを理解して納得するようになった。
 - ・たしかに、国が予算削減のために出費のコストを市町村に押しつけているという声が非常

に大きく出た。しかし、市町村としては、やはり自分の市民たちのケアを直接できるということにプラスの点を見いだした。市民の声を一番吸収することができる市町村レベルで福祉ケアをアレンジすることはよいことだという長所が理解されるようになった。だからローカルな、近所の活性化というトレンドに政策がちょうどマッチしたということだ。

・オランダでは、なんらかのボランティアをするという文化がある。同じ趣味の人、同じ利害の人がクラブのようにしてアソシエーションをつくるという文化がすべての社会の分野で定着している。ホーヘローン村も、なんらかの形で利害が一致すると集まって一緒にやるというかたちだ。例えば農家が交代で機械を使うとか、なんらかの形で連携協力をするという形がもともとケアとは関係なくあった。

・どこの国の政治とか歴史を見ても、国のレベルとか政府のレベルが主流になって支配している時代、市民のイニシアティブが中心になっている時代、完全に市場原理に基づいてバランスがとられている活発な時代など、いろいろな時代が波のようにサイクルとなっている。だから、オランダも今まで政府が管理してアレンジしていた時代から市民のイニシアティブの時代に移ってきている。そういうサイクルが回ってきたように思う。

・今回の改革において市町村にかなりの自由が与えられた。福祉介護をどのようにしていくかという方法は指定していない。非常に自由が与えられたというのも受け入れられた1つの要素だ。市町村は自由が与えられて受け入れやすかった。しかし市民のほうは、隣の市の市民のほうが良いサービスを受けているうちの町はだめだという比較をすることになる。

(質問：公共サービスさえ消えていく村と、都市部では住民の意識は違うのではないか。)

・オランダでも、特に北のフローニンゲン州や、南のゼーラント州、リンブルフ州のような地域では若者がどんどん都会に出ていくために、高齢者ばかり残ってせつかく自分たちがローンを組んで買った家を売ることもできない、買い手がつかないという状況だ。こういう縮小している都市(シュリンキングシティ)と呼ばれる地域がある。村の人々はさまざまな工夫をしている。市は予算がなくてできないことが多い。民間のスーパーはそういうところではもうからないので撤退したいという。そのような村のスーパーに、知的障害の人が安い給料でレジ係をする、あるいはボランティアを出してなんとか存続させるということもある。

・村のスイミングプールも市からはあまりスタッフが出せないのも、ボランティアの人々も参加することによって、なんとか市営市民プールの開けているというようにさまざまな工夫が見られる。おそらく国のほうからは、高齢者の割合が多いところは高齢介護予算とか福祉予算も多めにエクストラを出しているはずだ。

(質問：特にケアの部分介護保険でやるのか、地域の人達がやるのかという両方の道がある。オランダでは誰がやるべきだとしているか。)

・オランダの場合はWMOになると思う。地方自治体がWMOを管轄しているからだ。

(質問：WMOの中で誰が担うか。プロが担うか。)

・いくつかの可能性はある。ボランティアを活用している福祉組織なども主体になれると思う。あるいはケア提供組織がデイケアの内容の発展として行うこともできる。オランダではポルダーモデル(開拓地モデル)といって、違った立場の組織と一緒にコンソーシアムをつくってやるのが非常に多いので、多くの場合そうなると思う。

・市のほうも自分の市の地区で活躍しているケア提供組織と、ボランティアをアレンジしている福祉団体の組織、それからまったく市民が自主的に立ち上げたボランティア組織や市民

の活動クラブなども招請して、一緒に話し合うという習慣がある。これはよく行われていることだ。そのようにするときには、その地域住民の希望をまず把握することが非常に重要だと思う。何が足りないと思うか、これがあればもっといいのにとすることは何かという、住民の実際のニーズを吸い上げることが非常に重要だ。

(質問：日本も同じ状況で、それぞれがそれぞれの特徴を生かしてやっっていく、市によって状況も違うだろうとされている。また、専門職の仕事としてリハビリと介護予防が入ってきている。虚弱化予防、地域リハビリはどうなっているか。)

・実際、福祉組織が多くそのような虚弱化予防を行っている。例えば食事のアドバイスとか、運動プログラムだ。

・そして市町村が協力して「長く住み続けましょうドット NL (www.langzultuwonen.nl/)」というキャンペーンをしている。

(質問：こちらで肥満のモロッコ人の写真を見たが、栄養指導が入ったほうがいいと思う。)

・そのような人には栄養士を導入するのは予算的に保険で可能であったとしても、モロッコのおばあさんたちは言葉もわからないし理解もできないので受け入れることが難しい。

(質問：オランダ人の場合はどうか。)

・ユトレヒトでは、このような体重が重い人のための体操のプログラムが提供されていて、それがビッグムーブ **big move** という。これは、ユトレヒト市と、ユトレヒト近郊のケアホームとかケア提供者たちとが一緒に連携協力をして行っている体操だ。

・ただ、このような肥満の問題が起きている人の多くは高等教育を受けていない。だから自覚も少なく、自分を変りたいという気持ちも少ない人が比較的多い。それでいくらプログラムの予算を提供しても、そこに来てもらうまでが簡単ではない。だから、一緒に最初からダイエットしましょうと言っても来ない。低教育の人が多い地域は都市部の狭い住宅の地域が多いが、そういうところに市民農園クラブをつくり、一緒に自分たちで作った野菜を食べるという試みもある。今までフィッシュ・アンド・チップスを食べていた食習慣から、野菜を料理して食べるように変えていく、そういう刺激を与えるという努力だ。

(質問：肥満の人に、栄養指導や運動指導や生活の指導をして痩せていくと年をとっても大きな病気をしない、いわゆる重度化しない。そうすると、医療保険の利用が減って元気で長生きをして地域で住むということを日本では目指そうとしている。オランダではどうか。)

・オランダではこのような移民の高齢者に肥満が多い。そして糖尿病の率も高いし、心臓疾患の人も多い。それで、1 オンス節約すると 2 キログラム節約できるという言葉遊びで、予防をすれば体重が減って将来の介護福祉が少なくて済むというスローガンを出している。

・オランダでは、このような例えば体重を減らすなどの予防で肥満症を解決するような考え方はいくつかイニシアティブもあるが、出始めたばかりだ。ユトレヒトなどの市町村は少しやっているが、すべての市町村にはまだ広がっていない。

・ハーグとアムステルダムの GGD (保健所) は、エージ・フレンドリー・シティーにしたという方針を出して予防の分野に力を入れている。そこから少しずつ広がっている。

(質問：予防で特に有名な福祉組織はあるか。)

・Drenthe 地方の福祉。アムステルダムの DYNAMO。アムステルダムの COMBIWEL などだ。福祉組織の連盟に聞けばリストが挙がっているだろう。

(質問：先ほどのお話で、オランダでは今はボランティアの人に予防プロジェクトを担ってもらおう動きもあるようだ。しかし、ネットワークがない人は参加できないという状況になりかねないという心配はないか。市町村の役割をどう考えるか。)

・やはり特に弱い人は、ボランティアの組織や活動にも参加しにくいし、そういう機会も少ない。私もそれを心配している。一番弱い立場の人は、今のままではそういう機会も得ることもできないし参加もできない。やはり公共が組織した何らかのサポートが必要だと思う。市がやるべきだが、それをしっかりとしている市もあれば手を抜いている市もある。

(質問：さきほどの虚弱化予防の体操はまだ始まったところだという話だった。虚弱化予防という目的ではなくても一般的な自主的なスポーツクラブは非常に活発か。)

・オランダ人はよく自転車に乗るし散歩をするのでそれが運動になっていると思う。



 詳細情報は？

以下を参照：

www.kcwz.nl

<http://www.scp.nl/english/>

<http://www.aedes.nl/content/artikelen/aedes/vereniging/abouut-aedes.xml>

http://www.rivm.nl/en/Documents_and_publications/Communication_and_Present/Newsmessages/2014/Dutch_Health_Care_Performance_Report_2014_published

Aedes-Actiz - Kenniscentrum Wonen-Zorg

サービスプロバイダー Humanitas Deventer 所長、ケアスーパーバイザー、理学療法士

<ケアスーパーバイザー>

・私は普通の生活（ノーマルライフ）部門のソーシャルワーカーだ。他のソーシャルワーカーはそれぞれの役割をするが、私にはこれという役割はなくて、自分が見ていて必要だと思うことを助けたりアレンジをしたりする。検索で「Humanitas Deventer」と入力すると、この施設の HP があり、その中に YouTube があってここで出しているビデオがたくさん出てくる。また HP には『ロンドンタイムズ』の書いた記事も載っている。昨年の 9 月にオーストラリアの報道クルーが来てドキュメンタリーを作った。それは今オランダ語の字幕を入れているところだ。今日は以前ケアのイノベーション賞をもらった時のビデオをみてほしい。これは SBS Dateline - 'My 93 year old Flatmate' - SBS Report というビデオだ。

<理学療法士>

（質問：ここでの理学療法士の役割を教えてください。）

・私は Humanitas の職員ではなく、独立したクリニックを運営している。週に何時間かこちらのフィットネスルームを使っている。

・20 人のさまざまな療法士が集まって療法士のクリニックを共同経営している。さまざまな専門家が集まっている。老年病の理学療法もその 1 つだ。クリニックとして Humanitas と契約している。この Humanitas はこ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住民つまり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、本当はすべてがすべきことだと思う。

・3 つの目的のために仕事をしている。1 つが予防だ。転倒予防など、人々の健康に保ち、できるだけ長い間独立性を保つための訓練をする。また、障害を持っている人は動くことが難しいのでその訓練をする。膝とか足が動かないという機能不全の場合だ。さらに、パーキンソンとか、神経系統の理由で身体に障害があるという場合もある。この 3 つの活動だ。

（質問：具体的な転倒予防のメニューはどのようなものか。）

・転倒予防に来る主な対象者は、まだ歩行器などつけずに歩いて何もサポートを利用していない健康な人だ。転倒予防で学術的に証明されていることは、ただ訓練するだけではなくさまざまな視点、さまざまな角度から予防をしていって初めてよい効果があるということだ。それで、住んでいる家に固定できていないカーペットが置いていないか、門に行くまでの道が安全かというような周辺のことも含めた内容になる。

（質問：日本で調査の結果、掃除ができていない家ほど転倒が多い。オランダはどうか。）

・それは、学術的に研究が必要かどうかわからないぐらい常識だ。

・転倒予防のプログラムは、具体的には 12 回のレッスンから形成されている。バランス、力、コーディネーションを重視する。また例えば、普通の健康な人は会話をしながら歩いてまったく問題がないが、ここの住民を見ると、歩くことに集中しないと見ても危ない。だから、今までやってきた 2 つのことを同時に行うようなことをしないようにと言う。

（質問：日本でもまったく一緒のことをやっている。）

・人間は同じだ。世界的な学術研究の結果として療法があるわけで、理学療法士は世界中の論文結果と研究結果を見ていて、アジアの研究結果なども取り入れられているはずだ。

・オランダ人は背が高いので、転倒する衝撃も大きい。より努力をする必要があるだろう。

(質問：転倒予防に来る人はどういう人か。どのように選ばれるのか。)

・この住民が自主的に参加する。この住民は、私が毎日こちらに仕事のために来ているのでみな顔見知りで、私は個人的に1人1人の状況を把握している。それで、何月何日から12回の転倒予防レッスンが始まるので来ませんかと言うと、自主的に参加して来る。

(質問：費用は自費か。)

・医療保険からは給付されない。それでクライアントが自分で払う場合もある。この住民はHumanitasのサービスで理学療法士と年間契約しているので転倒予防レッスンは無料だ。

(質問：このHumanitasは元気な人も入っているか。)

・ここはもとケアホームだった。健康状態にかかわらず65歳でここに入ってきた人が、そのまま10年後、20年後でも元気な人が多い。まだ歩行器を使わない人々だ。

(質問：パーキンソンとか、膝の病気のある人は特殊な理学療法が必要だと思うが、どのようなアプローチをしているか。)

・パーキンソンと膝とはまったく違う。パーキンソン神経系で、膝は外科系だ。膝の場合は筋力強化のトレーニングが普通だ。まず、どこまで回復できるかを判定する。つまり、目標は具体的な機能をできるようにする。歩けない人で、歩けるようになることが目標であれば歩けるようにする。どういう歩き方にしても歩けるようにするのがゴールになる。すべてのトレーニングは、このトレーニングを終了したら必ず何かができるようになるという機能目標が必ず必要だ。例えば自転車に乗れなくなった人が自転車に乗れるようにするためには、筋力も、バランスも、持久力も必要だ。そういう力をつけていって、最終的には自転車に乗れるようになる。そのように、何かができるようになるという機能的目標を必ず立てる。

(質問：パーキンソンの人は医療保険が適用されると思うが、ここでは医療保険ではなくこの施設のサービスとして理学療法士の療法をしているということか。)

・何も病気はなくて予防のためにするときにはHumanitasのサービスとして理学療法士が予防活動のプログラムを作る。

・しかし、医療保険や介護保険で給付されるような病気を持っている人、パーキンソンとか膝の手術をした人については、理学療法士が直接それぞれの保険に請求書を出す。なぜかという、オランダは複雑で、理学療法士の療法はベーシックパッケージには入っていないので、エキストラの保険をかける必要がある。しかし、ベーシックな保険の中には慢性病による理学療法士の医療的な内容は入っている。だから基本的保険でも使える。

(質問：一般住民対象に転倒予防とか虚弱化予防の指導をする機会はないのか。)

・私は市がアレンジしている仕事もしている。私に依頼がきているのは肥満症の子どもたちのためのトレーニングで、それを受け持つ。本当はHumanitasがしているように、市役所が一般住民のために転倒予防のプログラムを提供すべきだと思うが実際は行われていない。

(質問：それは他の市でも同じか。)

・私は他の市については知らない。

(質問：エキストラ保険に入っていないとカバーされないのはどのような内容か。)

・エキストラ保険では具体的には理学療法士の療法を6回分、9回分、20回分、そして無限というかたちで選べる。しかし無限になるとかなり保険料が高くなるので選ぶ人はほとんど

いない。

・実際には保険にかかるというよりも自分で買っておくという感じだろうか。もちろん病気があって医療的な措置のときには、ベーシック保険がカバーして理学療法士が行くが、そうでない場合は、エキストラの保険のほうから1回分とか2回分とか使っていく。

(質問：では、療法の内容は保険が特に指定せず、理学療法士が決めるということか。)

・そうだ。問題がある場合にはそのときに必要なことをする。1回当たり30分と決まっている。中には、せっかく20回分の保険契約をしているから20回来ると言って、どこも痛くない人がフィットネスにたびたび使っている。その場合は私のアドバイスも必要ない。

(質問：オランダでは少し機能が落ちてきたときに早めに見つけて機能を引き上げる仕組みはあるか。)

<所長>

・Humanitasでは、クライアントのために医療保険からは給付がない部分について投資をして理学療法士のクリニックと契約をしている。具体的に何を提供しているかという点、まず定期的な運動の時間で体を柔らかく動かせるように保っていくこと、2番目が転倒予防、3番目が個々のクライアントの状況に応じたものになる。そのような内容の必要について、保険では下りてこないけれども、こちらの介護士とか看護師が見つけたらすぐに理学療法士に相談できる。

(質問：最近の介護関係の改革を経て、Humanitasと入居者の契約は今どういう形か。)

・オランダでは、昔はケアホームとナーシングホームとの2つが、保険の管轄も分かれていた。現在はその分かれ目がなくて、すべて含めてケアと住居費がWLZの管轄になっている。このHumanitas Deventerでは150床のWLZのキャパシティを持っている。

・その内、WLZの査定を受けていないでここで住とケアを分けた形で住んでいる人は10人から15人だけで少ない。これは、昔のケアホーム時代にこちらに元気が入ってきて、そのまま住んでいる人もいるし、重度のケアは必要ないがいろいろな意味でここに住んだほうがいいということで入所している人もいる。この10人から15人の人は、家賃をHumanitas不動産部に払っていて、それぞれ必要に応じてHumanitasの在宅ケアチームを使っている。

・だから、ここに住んでいる人は、社会的適応度(ソーシャルインディケーション)において完全に孤立して家もひどい状態になり1人では大変なのでこちらに住んでいる人もいるし、医療的にも精神医療的にも非常に重度な人もいる。非常に軽度だが社会的環境が難しいので来たという人から、非常に重度な人まですべてのレベルの人がいる。

(質問：すると、転倒予防のメニューはその10人から15人ぐらいの人が対象か。)

・WLZのクライアントの中には体は元気なためにWLZを療法のために使えない場合がある。WLZの査定を受けていても寝たきりというわけではなくいろいろな場合がある。

(質問：例えば認知症などか。)

・そうだ。重度の認知症の人で徘徊の問題があり、閉められたドアのエリアにいる人が10%から20%ぐらいいる。

・ただ、こちらに住んでいる人は、その認知症の重度の人以外はかなり自立して生活している。夕食を出すのを学生が手伝っているが、そこに来る人は認知症のエリアの人ではない。

・ここに来る人は本人の重度によるのではなく、家庭の状況とか、周辺の状況とか、自分の

状況が在宅ではもう無理だということである。だから、機能の不全の状況はさまざまだ。

- ・基本的には自分の人生は自分で選ぶ。自主自立が基本だ。

(質問: その10人から15人は、AWBZでは認定を受けたが制度が変わってWLZから認定が受けられなかったのか。ケアが必要な場合は医療保険からサービスを受けているか。)

- ・必要な人は受けている。

(質問: オランダで作業療法士と会っていない。オランダの作業療法士は何をしているのか。)

<理学療法士>

・オランダでは、作業療法士は多くの場合は私と同じように自分のクリニックを持っていて、主にリハビリテーションセンター、場所によってはナーシングホームと契約をして療法を提供している。理学療法士は本人の肉体的な、筋肉などのメカニズムを強くするが、例えば車いすが必要だとか、その人に合ったテーブルが必要なので測ってデザインの指示をするようなことは作業療法士だ。仕事はたくさんある。私は理学療法士だが、作業療法士の人達と非常に多く連携している。

(質問: 学生がこの中で一緒に住んでいるのは素晴らしいが、法的な規制で苦労はないか。)

<所長>

・まず、ここに住む学生の選択だが、専攻のエリアがケアとか社会学とかであっても関係はない。ケアはこのプロがして、生活面の喜びの部分や幸福感の部分の学生をサポートする。
・ケアを提供する人とクライアントとの人間関係はあるが、それ以外の人間関係を中に持ってきたかった。新しい形の人と人との関係を体験してもらうために学生を連れてきた。
・法的な問題はない。私はマネジャーだから決められる。誰にも聞かないで勝手にやった。とにかく温かい環境をつくりたいと思っただけだ。そして誰にも聞かないで、法律もチェックしないで勝手にやった。考えたこともなかった。

(質問: 学生の専攻は関係ないとのことだがケア関係の学生も参加したいと言ってこないか。)

・たくさん依頼は来る。ケア関係の看護・介護の学生とか、環境専攻の学生からもここに住みたいという依頼が来るが、半分仕事みたいなことをし始めたり、実習みたいなことし始めたりする人は困る。私は純粋に新しい人間関係をつくってあげたいので全部断る。

(質問: 学生以外に地域の一般住民に来てもらって何か手伝ってもらうことはしているか。)

・ボランティアは200人登録されている。
・その200人には役割のカテゴリーがいくつかあって、その1つがフリーバードという仕事だ。フリーバードは、クライアントがやりたいことを一緒にするという仕事で、今日は青空市場に行きたいと言ったら一緒に青空市場に行くというような仕事だ。
・ボランティアの中には、毎回違うことをするのはいやで、いつも同じ決まったことをしたいという人もいる。そういう人のためにはいつも同じ内容の仕事もある。例えば、こちらに市民農園があるが、その庭仕事をするボランティアもいる。
・その他にも例えば、病院と一緒に同行する人がいない居住者のために病院の検診と一緒に歩いて行くとか、ビンゴゲームのときに手伝うとか、オランダのシューレンゲームを一緒にするとか、孤立している人の話し相手になるというボランティアもいる。

(質問: 職員は何人いるか。)

- ・フルタイム換算で 200 人だ。
- ・70、80%は看護・介護を提供している。厨房とか設備の担当が 10%、マネジメントや事務が 10%だ。この介護・看護師のナーシングレベル国家資格は 2 と 3 と 4 のミックスだ。

(質問： Humanitas では予防的な取り組みをしているということだが、どういう経緯で始めたか。また、こういう取り組みはオランダ国内ではまほとんどないか。)

・私の所には、事故の報告が 3 ヶ月に 1 回届けられる。その原因が何かというと、病気などの医療的なこととは別に目に留まったのが転倒だった。それを予防するには何をしたらいいのか考えた。また、Humanitas のビジョンの福祉と幸せを求めるうえで、体が健康で痛みがなければより幸せ感が増えるだろうと思った。

・運動のトレーニングにもできるだけ遊びの要素をたくさん入れて楽しくできるようにしている。たとえば、自転車の機械をこぐと目の前にイメージが出るものを買った。パリの街中も走ることができる。

・転倒予防は、以前からプログラムを提供してきている。転倒予防する前に、やはり体の動きを柔らかくしておくことがもっと重要だと思ったので、理学療法士と話し合いながらプログラムを作っていた。毎週の、楽しく運動しましょうというプログラムだ。

(質問：日本の施設では本人が転倒やけがをすると家族が来て注意を受ける。こちらの施設では家族がそういうことを言わないか。)

・逆の例がある。ここの学生の 1 人が、車いすに乗っている入居者に、みんなで車いすレースをしようと言った。するともちろんこちらのプロの間からは、それでぶつかって事故が起きたらどうするのかという意見が出た。でもその学生は、本人が参加したいならいいのではないか、本人は 90 歳の大人なので自分で決めたらいいと言った。こちらのスタッフも、そういえばそうだとということで車いすレースをした。だから、転ぶことがわかって、転ぶのは本人の責任、本人が動きたいから選んだというように我々は考える。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私は思う。彼らは赤ちゃんではない。そして、もし家族が怒ってきたら、「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。さようなら」と私は言う。絶対言う。そして、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いくものだ。リスクのない人生はない。

・こちらでは入居者はかなり自由にやっている。こちらに入所するときや、その後も定期的に家族とコンタクトをとって、我々の方針としては人生と喜びはリスクが伴うという哲学でやっていて、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。

(質問：WMO が始まって、自治体から、ここはプロフェッショナルがたくさんいてノウハウもあるだろうから地域に協力をしてくださいというような話はなかったか。地域に対して職員を派遣するようなことはしているか。)

・この隣には、成人で軽い問題があるために WMO の支援を一部受けている人達が住む保護住宅がある。そこも私たちが担当するようになった。そして、こちらに来てもらって、庭仕事をしたり、高齢者の遊びのゲームに入ってもらったりしている。それから、まちの中の保護住宅も担当していて、そちらは知的障害を持った人々が住んでいる。こちらには高齢者がいるので、そこの人々もこちらに来て接触する機会をつくっている。

<ケアスーパーバイザー>

- ・ではこれから館内見学をかねて、学生たちが夕食を提供している様子を見に行く。
- ・(大きなホール) 入居者は1日に1回だけ昼に調理した食事(ウォームミール)をここでとる。部屋で食べることもできる。夜はパン食で、自分の部屋で食べてもいいしここで食べてもいい。夜ここに食べに来る人は10人から15人ぐらいだ。他の人達は部屋で食べる。
- ・ここに住んでいる学生は6人だ。彼らは無料で住んでいる。その代わりにやらなければならないことは、週に1回ここでパン食を作ることだけだ。もし自分が病気などでできないときは代わってくれる人を探さなければならない。施設の資料には週に30時間働くと思ったかと思うが、実際にはこのパン食作りだけだ。
- ・もう1つの条件は良い隣人であることだ。仕事を決めてリストを作ると義務のようになってしまうのでやめた。

(質問: いつからここにいますか。)

<学生>

- ・3年間住んでいる。子供のころから身近に高齢者がいたので私は慣れている。

(質問: 肉親と他人では違うと思うが、最初はどう思ったか。)

- ・入居者だけではなくスタッフもいてすでに人間関係がある中に自分が入ってきたので、間隔を取りながら自分の位置を作ってきた。
- ・受け入れられたと思ったのは、隣の部屋に行ってノックをしたら、どうぞと中に入れてお茶を出してくれたときだ。そのときに、あなたは新しい人なので周りの人にあいさつに行っただけでどうかと言われたのでそうした。これはオランダでは普通のことだ。新居に移ったら周り2、3軒ぐらいに挨拶をする。人によってはコーヒーに呼んだりもする。

(質問: 友達はこの住居のことを聞いてどう言うか。)

- ・いつも冗談を言われる。年金を受けている人に世話になっているとか、ガールフレンドがいないと言ったら、隣の93歳の女性がいるじゃないかと言われたりする。
- ・普通の学生の間借りやアパートに比べると私は非常に高級な家に住んでいる。30平方メートルの広い部屋にトイレとキッチンも付いている。友達を呼んできたなら羨ましがられる。

(質問: 友達や彼女を呼んでくるようなことは自由にできるのか。)

- ・自由だ。普通の家に住んでも夜中に大きな音は出せない。普通の範囲であれば友達を呼んで騒いでも問題ない。さらにこちらでは少しボリュームを上げて大丈夫だ。なぜかというところ、みんな夜の10時になると補聴器をとって寝るからだ(笑)。

(質問: ここで失敗したことはあるか。)

- ・ここに住む条件は、週に1回のパン食づくりとよい隣人であるということだ。私の専攻は都市計画で、介護や看護はできない。でもよい隣人として助けることがあればそれはできる。

ライデン市役所福祉アドバイザー

(質問：オランダの保健省は予防をどう考えているか。その情報はどこで調べられるか。)

- ・ **Humanitas** では転倒予防を昔からやって来たと言っていたが、よくやられていることだ。私は介護組織でも仕事をしたことがあるので知っている。転倒予防、予防のための運動、転倒予防のための情報提供やアナウンスは介護ケア提供組織ではずっと一般的に行われている。
- ・ 高齢者のケアが市役所の部門に移ってきたが、市役所の人はあまり事情をわかっておらず、そのような虚弱化予防が重要だということも知らない状況だ。
- ・ ただ、ケアセクターから学びたいという姿勢はどの市町村も多く持っている。私は遅かれ早かれ市役所の方でも予防の重要性に気付いていくと思う。

(質問：健康に関すること、例えば禁煙とか肥満対策というのは日本では国全体の話だ。オランダではそれが **WMO** に移ったことで国でなく自治体がやるものとなっているのか。)

- ・ 今の例の禁煙やより健康な食生活のプロモーションは省庁も市町村でも行っている。
- ・ 国は全体で施策を取っているが、市町村は国と違って自分の市の中で何が一番重要なのかといった問題の重要性を一番理解しているので、それに合わせて考える。

(質問：今ライデンの中の公衆衛生で何が一番課題だと考えているか。)

- ・ ライデンの今の予防エリアでのテーマはバイタリティ。ライデンアカデミーでもバイタリティ・エイジングがあったが、これがライデン市のスローガンになっている。
- ・ ライデンと周辺を対象に私の同僚の政策担当者がそのビジョンを作っている。「本人とその環境」でより健康な生活スタイルをつくりやすい環境を構築していこうというものだ。

(質問：バイタリティは広い概念だ。例えば禁煙や肥満や糖尿という特定のものにしないのは、全体的な政策が必要だからかあるいはバイタリティという言葉で特別な考えがあるか。)

- ・ 「バイタリティ」の具体的な定義として、例えば高齢者にできるだけ長く健康に在宅で生活し続けていくために、また精神疾患を持った人々がより健康に生きていくために4つのテーマに「バイタリティ」を分けている。「ソーシャルコンタクト」、「快適な住環境」、それから街並みなどの「公共のエリアの快適さ」などだ。

(質問：例えばソーシャルコンタクトとしては、見せていただいた高齢者食堂 **Resto van Harte** が典型的な例となるか。)

- ・ **Resto van Harte** は市が補助金を出している。例えば、給仕や食器洗いはほとんどボランティアだが、プロのコックは市の補助金で給料を出している。今予防という話があったが、**Resto van Harte** のように安く一緒に食べる機会を提供しているのは孤立の予防でもある。

(質問：市が狙っている方向性に合った活動をするところには補助金を出すということか。)

- ・ そうだ。

(質問：ではライデン市の補助金制度はどのようなものか。)

- ・ 本当に必要なことをサポートできるような形を模索中だ。また、申請するイニシアティブをとった人々にとってより容易にできるように無駄をなくしていく努力をしている。そういうことを意図的に行っている。さらに市役所内の仕事も市の職員にとってより明確に簡易的にできるような仕事の仕方を構築・改善する努力をしている。

(質問：現状の補助金の制度や補助を受けている団体一覧はホームページに載っているか。)

- ・ライデン市では「トランスフォーメーションバジェット (トランスフォーマーティーバジェット)」という予算の基金を準備しており、通常の補助金を得るよりも簡単な予算形態だ。
- ・市からの補助金の申請や今のようなプロジェクトが補助金を受けて行われているのかというリストはウェブサイトにあるが、かなり探さないと見つからないので市としてはもっと簡単に補助金のやり方や誰が受けているのかをわかるように改善していきたいと思っている。
- ・ライデンの中の地区4つの指揮を執っている役人が市職員の中に4人いる。その4人の「バイクレディション」(ディストリクト・プロデューサー)が、それぞれ自分が担当している地区にあるニーズを把握して、そこにどのような活動があるかをリストアップし、そしてどこにどのような補助金を出したらいいかを判断していく。

(質問：その場合は、チームの上にいるような形か。)

- ・バイクレディショ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・経済問題全部をまとめている。そしてソーシャルヴァイクチームのコーディネーターが1人いる。そのコーディネーターはソーシャルヴァイクチームを管轄している。

(質問：2013年にライデン市のWMOの説明があった。その後どのような変化があるか。)

- ・WMOの給付を受けることができる必要条件・査定条件それ自体はあまり変わっていない。ただそこに至るまでに、以前よりもクリエイティブに解決策を探るようになった。ネットワークがなければ作るようにするとか、今までよりずっとクリエイティブにインフォーマルケアが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ことが違いだ。

(質問：2013年にデイサービスがWMOにきたと思うが、実際にデイサービスをしていた法人ではどのような変化があったか。)

- ・経営的にはあまり大きく変わりはない。しかし、HUMANITASではWMOになってからは施設内の利用者だけではなく、隣のフラットの住民のケアも担当するようになるなど、「地域のデイケアセンター」のような機能がさらに強くなっている。
- ・昔はデイケアセンターには、AWBZの査定制度のCIZを通じて査定されて行ったが、今では査定はWMO部門が行う。具体的にはソーシャルヴァイクチームが管理している。
- ・CIZは人々の顔が見えないような形で機械的に査定してきたが、今はクライアントの家族や本人の顔を知っているソーシャルヴァイクチームが行うようになった。
- ・そうすることで、市としては財政の流れもより明確になり、今まで必要ない査定を受けていた人がいたのを節約することができる。よりクリエイティブなソリューションをすることでデイケアの予算を削減する可能性も出てきた。

(質問：昔AWBZをやっていた施設のデイサービスは、今は何をやっているか。)

- ・デイケアセンターは、昔と比べて内容自体はあまり変わらないが、新しいクリエイティブな発展がある。例えば、ボランティアの数が以前よりずっと多くなっている。さらに、デイケアセンター利用者が食事を一緒に作って、料理を付属の小さなカフェで外から来たお客さんに売るとかお茶を出すことがある。それがアクティビティだと変わったところもある。

(質問：なぜAWBZからWMOに変わっただけで、内容が変わったのか。)

- ・査定を受けた人でも、いつ行っても同じ年寄りばかりで同じビンゴや手芸や粘土遊びではつまらなくなってだんだん来なくなった。センターとしてはWMOの査定で来てほしいので、

魅力的なものにしないとお客さんがこない。

- ・魅力的なものにしたいので、もっと多くのボランティアを入れて、散歩クラブとかミュージックアフタヌーンとか、もっと楽しいバラエティのあるプログラムに変わってきた。クライアントをもっと多く集めて、もう行きたくないと言われないようにするようになった。
- ・今まで伝統的な介護士がきまった活動をしていたものを、もっと一般の他の才能のある人が入ってくれば新しい分野もみえて、それから一般のお客さんも来るようになればもっと社会に入った感覚を持てる。カフェをすれば一般のお客さんが来るので接する場もできるし、そういう意味でもっと魅力的なダイアクティビティにするというのが主な理由だと思う。

(質問：予算が切られたからではないのか。)

- ・実は予算も少し小さくなったが、多分それは第2の理由だ。第1の理由はクライアントが楽しくないと来てくれないからだ。

(質問：クライアントが多くなると予算も多くなるのではないのか。)

- ・昔は65歳になったら自動的にケアホームに入る権利があり、健康な人でも料理も掃除も全部やってくれた。それが介護だという考え方が主流だったが、考え方自体が変わり、今は高齢者が自分で自分達のために自分達で助け合うという時だというコンセプトになった。
- ・昔はケアホームに入れば館内でビンゴの日やコーラスの日等を全部組織してくれて、そこに行きたい人が行くという形だった。今はもっと高齢者も社会参加するためにアクティビティセンターも社会に繋げる創造的な要素を入れざるを得ない。そういう考え方の変化だ。

(質問：例えばオランダはスポーツも盛んで地域のコミュニティスポーツもたくさんあると思う。体を動かすので、それと広い意味の予防は深い所では繋がっている。そういうところと政策的な提携はあるか、トータルな政策と考えているか、別部門の話となっているのか。)

- ・スポーツクラブは市が補助金を出してほしいクラブハウスを持っている。なので、今のところは地域を見て、公民館やコミュニティハウスがないところやデイケアセンターにはあまり人が来ないという場合に、場所を変えてスポーツクラブのカフェや空いている部屋を貸してもらって使うという可能性も見ている。今はそのくらいの段階だ。

(質問：日本ではスポーツは教育部門で健康・福祉は厚生部門だ。オランダは健康・スポーツ省なので、市の担当も同じ人が担当、あるいは同じような部局が担当と考えてもよいか。)

- ・オランダでは福祉・国民健康・スポーツが1つの省に入っている。教育省は入っていない。
- ・WMOのチームはスポーツ関係政策担当のチームと近い連携がある。青少年福祉担当も近くにありコンタクトは非常に良い。また、弱い立場の人々に対する政策もWMOの中にある。

(質問：デイサービスの運営費は少し小さくなったが、それほど大きく変わった訳ではないということだが、WMOになって予算が減ったのはどの範囲か。)

- ・市の見解としては、本人達のソーシャルネットワークが強化され、本人が自分でやるということを身に付けてより幸せになれるようなことは決して悪いことではないと考えて支援している。しかし、今までサービスを受けてきてそうあるものだと思い込んでいる、特に家事ヘルプが時間的にカットされている。

(質問：医療保険の契約で、エキストラ部分の理学療法士治療もカバーしているのは普通のことか。)

- ・一般的だ。普通は、基本の保険とエキストラの保険によってさらに理学療法士が必要となった際の時間の伸長が容易にできる。
- ・作業療法士は基本の保険だ。誰もが作業療法士の治療を受けることができる。ただ理学療法士に関しては、比較的軽微でない疾患の場合には自己負担か追加のエキストラ保険によって支払われる。

(質問：リハ病院とリハセンターはどのようなリハビリをするか。違いや区別を知りたい。)

- ・リハ病院と訪問の理学療法士や自治体の理学療法士は似たことをしているがリハ病院にはより多く器具がある。例えば歩くリハビリが必要な場合、支えのフレーム付のトレッドミル(ルームランナー)を持っている。
- ・ただ、ナーシングホームもしばしばリハビリに特化していてトレーニング器具をもっていることがある。そうしたところではフレームの中に入って立って歩くことができる。これらは卒中の人や膝に人工骨頭を入れており簡単には回復できない人にとって素晴らしいものだ。
- ・このようにいくつかのナーシングホームはリハビリに特化しているが、通常理学療法士や自治体を持っているのはフレームなしのトレッドミルのような器具で、自分で支えなければならぬ。そのため、在宅や自治体によるトレーニングを受けるのは、リハ病院やナーシングホームに比べて軽度の人だ。リハ病院が最も深刻なケースということだ。

(質問：リハ病院とリハセンターの違いについてもう少し詳しく聞かせてほしい。)

- ・私がリハセンターと呼ぶのは、リハ病院、ナーシングホームのリハビリテーション室、自治体のリハビリのことだ。
- ・その3種類に在宅を入れて4種類だ。リハ病院ではより深刻なケースを扱い、高齢者はあまり多く扱っていない。これは、リハ病院の主眼が脊髄損傷や自動車事故による深刻なトラウマといった本当に深刻なケースにあてられているからだ。
- ・だから通常人工股関節置換のようなリハビリではリハ病院は使わない。高額すぎるのだ。
- ・リハ病院が最も高額だ。だからリハビリでは、リハ病院が健康保険から最も多くの金額を手にし、次に多いのがナーシングホーム、最も少ないのが自治体ということになる。だから、深刻ではない場合はナーシングホームや自治体を利用するということが理解できるかと思う。

(質問：ナーシングホームの機能は、リハビリを経て家に帰るための一時滞在先で、その後リハビリが終われば家に帰るとのことか。)

- ・そうだ。一時的なもので3ヵ月から6ヵ月の滞在だ。その間に改善が見られなければ、ナーシングホームに長く滞在する許可をもらう必要がある。その場合、物理治療は受け続けられるがリハ病棟からは離れる。だから、ここで健康保険から長期介護保険に切り替わる。

(質問：自治体所有のリハセンターというのはどういう機能か。)

- ・自治体のセンターというのは自治体によって所有されているわけではない。それらはプライベートかアソシエーションのセンターで、自治体の中にあるということだ。この施設では、ボールや歩くためのトレッドミルや筋肉トレーニングのためのウェイトなどの簡単なものがある。また、そこでは理学療法士との1対1によるトレーニングかグループの中でトレーニ

ングを受けることができる。10人が1チームとなって同じ時間に一緒になって体操をする。

- ・リハビリを行う理学療法士だけでなく、卒中の人のための言語聴覚療法士などが連携して行う。

(質問：それらは営利か、非営利か。)

- ・オランダでは通常、ヘルスケアを提供するセンターは非営利だ。だから、利益が出ればセンターの中に還元されるか専門職の給料が上がる。
- ・そして、自治体に所有されておらず、健康保険によってお金を得ている。

(質問：地域の在宅リハビリとはどのようなものか。)

- ・通常在宅では、椅子からの立ち上がり方・立ち方・座り方・寝方・起き方や洗濯・着替え・料理を学ぶ。ただ、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・着替えについても同様に看護師が手伝う。立ち方・座り方については理学療法士がやる。また、理学療法士は筋肉を鍛える簡単な運動を指導する。たとえば掴むことを20回行って筋肉を鍛える。もし転んだ時に、床から自分だけでどのように立ち上がれば良いかというトレーニングもする。このように、他の場所でもやっているようなことが在宅でも行われているということだ。
- ・病院の方がより進んでいて、在宅はそこまでではないということだ。病院はかなり深刻なケース、在宅は既にかかなり健康な状態ということだ。

(質問：在宅の理学療法士は誰が雇うのか。自営業か。)

- ・他と同様で彼らも非営利のセンターからくる。ある人がセンターに来てトレーニングすることが難しくなったという場合だけその家に訪問する。そうでなければ人々の方がセンターに行かなければならない。だからもし遠隔地に住んでいた場合オランダではとても大変だ。

(質問：地域自治体の健康促進プログラムにはどのようなものがあるか。)

- ・がん検診は国のプログラムだ。例えば乳がん検診の場合、地域の公共保健機関が検診をする。彼らは白いバスやトラックを持っていて自治体に行く。50歳から75歳の女性には2年に1度の乳がん検診の手紙が送られていて検診を受ける。これが乳がん検診の例だ。
- ・子宮がん検診も国のがん検診プログラムだ。地域公共保健機関が手紙を送り、その手紙を持って家庭医を訪ねる。家庭医は子宮頸がん部細胞を採取し、テストして地域の公共保健機関の研究所にこの資料を送る。すると、数日後にその結果が手紙で送られてくるか、家庭医に連絡を取る必要があるという電話を受けることになる。
- ・3つ目の検診プログラムは大腸がん検診で、これも国のプログラムで、地域の公共保健部門が人々の家に小さなプラスチックのチューブを送付する。これは50歳以上対象ということになっているが現在はプログラムを徐々に実施している段階で、今年はまだ65歳以上の全員が対象だ。来年には64歳以上の全員となるが一気にはできないので徐々に実施している。自分の排泄物を少しそのチューブでとって、それを研究所に郵送すると結果が送られて来る。これらが検診プログラムだ。糖尿病の検診や転倒予防に関する国のプログラムはない。
- ・だから、何か不安に感じる事があれば、家庭医へ行く。何か問題を感じた際は血液検査をして、その結果によって病院に行く方がよいのかどうかわかる。
- ・たしかに、高齢者にとって転倒予防の検診プログラムがないということは少し可哀そうだ。転倒防止のプログラムや検診の例はあるが、それは大学によってテストされているもので、

テストフェイズが終わればすぐに終わってしまう。資金が尽きてしまうので、自治体が転倒防止プログラムをやりたいと言わない限り結果的にやらなくなってしまう。

・そうしたことは、グループプラクティスに入っている場合は理学療法士頼みになる。理学療法士は、「我々が地域と人々の間に入る（そうしたプログラムの役割を担う）」と言っているが、それは彼らが申請をして資金を得た場合だ。資金が得られなければ通常理学療法士はそのようなことをしない。

・こうしたことは、それらが我々の優先目標ではないということの意味している。

（質問：今回何度か“コミュニティナース”という言葉を目にした。これは事業所に所属する者と自治体に所属する者の2種類あるのか。）

・彼らは公務員ではない。自治体から給料を払われてはいない。ナースを持つ家庭医らのグループプラクティスなどに所属するような場合は訪問看護でナースに給料を払うこともある。

・つまり、「誰」というのは問題ではない。プライベートナースもいるし、オランダでは「誰がナースを所有しているのか」というのは重要ではない。なぜなら、地域のナースたちは健康保険によって給料が支払われるからだ。あるナーシングホームに所属するナースが外に行って仕事をして、そのナースは健康保険によって給料を支払われる。

・家庭医はコミュニティナースを決定する立場にあるので、家庭医にとっては誰を呼ぶかは難しい問題だ。彼らはナースのリストを持っていて、「行くことはできますか？」と電話をかけたり、組織に電話をかけたりする。しばしば、個人開業の者に電話をかけずに、ビュートゾルフやプロキュラやナーシングホームのような組織に電話をかける。

（質問：患者が在宅で健康で持続的な生活ができるように地域に対してサービスを行うコミュニティナースの場合、健康保険はそれに対しても支払われるか。）

・査定に従ったある一定の賃金のみが支払われる。そのため、保険会社はナースに、週に何時間患者の家にいなければならないのか基準を作るように言う。もしその査定が十分でなく、査定に拡大や縮小を行う必要がある場合は保険会社と話し合わなければならない。

・また、ナースが行えることは創傷ケア・糖尿病ケア・インフルエンザ予防注射で、ナースアシスタントを持つこともできる。ナースアシスタントは通常は洗濯や着替えをしているが、ビュートゾルフのように、ナースでもナースアシスタントと同様に洗濯や着替えをする場合もある。ナースはケアのマネジャーのようなもので、ホームケアが十分でないと感じて、例えば患者がベッドに行けないとなれば査定を更新することができる。

（質問：それは依頼者のケアにもっと多くの時間を割くためか。）

・そうだ。そのナースが、食事を補助できる人あるいは料理を用意する人が必要だとした際も同様だ。ただ通常はアシスタントナースがそれをしてナースはより高度なことを行う。

（質問：つまり、ナースに支払われる賃金は、その家で何を行うかではなくどの位の時間依頼者の家で過ごすか、という時間の指標に従って定められるということか。）

・ただし、洗濯や着替えの賃金は低く、クリーニングなどではもっと賃金は低い。クリーニングは自治体が支払ってくる。創傷ケアの場合は、より高額な賃金になる。つまり、賃金は総時間で決まるが、カテゴリーもされているということだ。

（質問：依頼者が在宅の場合、家庭医もプログラムを組成する役割があると聞いているが。）

・ナースに電話をかけるのは多くの場合家庭医だ。家庭医は監視していることはできるが、

マネージングを行うのはナースであって、家庭医ではない。家庭医の中には自分がマネジャーであると言う人もいるだろうが、ナースがいる限りナースがマネージングを行っている。

(質問：では、依頼者が掃除などをできなくなっているとナースが気づいた場合、ナースがソーシャルヴァイクチームに連絡をするのか。ナースがキーパーソンということになるか。)

- その通りだ。