

国際比較調査研究

資料集

平成 25 年度 (2013) ～平成 29 年度 (2017)
海外研究者へのデータリクエストの回答、仮想ケースを用いた質問の回答

平成 25 年度 (2013) 高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや高齢者の暮らしの国際比較研究
報告書

データリクエストへの回答… 2

仮想 3 ケースへの回答… 5 2

平成 26 年度 (2014) 生涯現役社会づくりに関する活動の国際比較調査研究

データリクエストへの回答… 9 6

平成 27 年度 (2015) 地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者に
関する国際比較調査研究

データリクエストへの回答… 1 1 6

平成 28 年度 (2016) 高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国
際比較調査研究

データリクエストへの回答… 1 4 1

仮想ケースへの回答… 1 6 5

平成 29 年度 (2017) 先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービ
スの仕組みに関する調査研究

データリクエストへの回答… 1 8 6

仮想 4 ケースへの回答… 2 0 1

平成 30 年 (2018 年) 3 月
国際長寿センター

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

＜データリクエストへの回答＞

回答者 3

- I 住宅、介護、医療制度の概要
- 1 住宅制度
- (Q1-1) 高齢者の居住のための住宅や施設、制度 4
- (Q1-2) Q1-1 のサービス提供 5
- 2 高齢者に対する介護制度
- (1) 介護サービスの対象者
- (Q2-1) 介護制度の対象者の定義や具体的な基準 8
- (Q2-2) 対象者の決定、手続 12
- (Q2-3) 対象者の決定、内容 14
- (2) 介護サービスの内容、提供方法
- (Q2-4) 介護制度に基づくサービス 15
- ①掃除②洗濯③料理④買い物⑤ゴミ出し⑥見守り⑦通院の付添⑧外出時の同行
- (Q2-5) 通所サービスの目的 21
- (Q2-6) 介護サービスの提供の事業、主体 21
- (Q2-7) 介護サービスのメニュー、介護と看護の区分 23
- (Q2-8) 個人ごとの介護サービスの費用の基準 25
- (Q2-9) 複数の職種がチームで訪問 25
- (3) サービスの調整
- (Q2-10) 個人に対するサービスの調整や給付の中心的な役割 26
- (Q2-11) サービスの調整を行う者の業務範囲 27
- (Q2-12) サービスの調整の方法 27
- 3 在宅介護と医療制度
- (Q3-1) 在宅医療の目的や役割 28
- (Q3-2) 在宅医療と介護サービスの提供の連携 31
- II 医療・介護制度外の支援とその主体
- 1 支援活動の背景
- (Q4-1) 見守り/安否確認・ゴミ出し・電球交換・通院の介添え・社会的交流、組織 32
- (Q4-2) ボランタリーな高齢者支援の活動と国民性や思想的慣習的な背景 33
- (Q4-3) 高齢者の生活支援、家族関係や近隣住民との関係についての課題 34
- 2 支援活動の状況
- (Q5-1) ボランタリーな高齢者支援の活動例 35
- (Q5-2) ボランタリーな高齢者支援の対象者 36
- (Q5-3) ボランタリーな高齢者支援、医療制度や介護制度との役割分担 37
- (Q5-4) ボランタリーな高齢者支援の活動に対する行政からの財政的支援 37
- (Q5-5) ボランタリーな高齢者支援と高齢者の自立支援 38
- 3 ボランタリーな活動の主体
- (Q5-6) ボランタリーな高齢者支援の活動を行う主体 38
- (Q5-7) ボランタリーな活動を行う主体を増やすための政策 39
- III 介護予防
- 1 介護予防に関する制度
- (Q6-1) 「介護予防」を目的とした事業 40
- (Q6-2) (Q6-1) で「ある」と回答した場合 介護予防の事業の実施主体、事業費 41
- (Q6-3) (Q6-1) で「ある」と回答した場合 介護予防事業 42
- (Q6-4) (Q6-1) で「ない」と回答した場合 健康状態の維持・改善につながるものとして評価されている事業 42
- IV 高齢者介護・ボランタリーな高齢者支援・介護予防に関する課題と方向性
- (Q7-1) 制度の運営面課題 42
- (Q7-2) 介護制度の財政負担を軽減するための改正 45
- (Q7-3) サービスの内容についての課題 47
- (イギリス回答補足) 50

回答者：

■デンマーク

エイジル・ボル・ハンセン（デンマーク老年学協会、政府調査研究所准教授）

Eigil Boll Hansen (Danish Association of Gerontology, and Associate Professor, Danish Institute of Governmental Research, Denmark)

■オランダ

マリエケ・ヴァン・デル・ワール（ライデンアカデミー・国際長寿センターオランダ事務局長）

Marieke van der Waal, Directeur Leyden Academy on Vitality and Ageing & Directeur ILC Zorg voor Later

■イギリス

ピーター・バーネット（英国上院議員・国際長寿センター英国理事長バロネス・サリー・グリーン
ングロス政策アドバイザー）

Peter Barnett, Policy Adviser to Baroness Greengross, House of Lords

■フランス

フランソワーズ・フォレット（国際長寿センターフランス理事長、パリ第5大学医学部内科老年学
科教授）

Françoise Forette, MD., Directeur d'ILC-France, Professeur de médecine interne et de gériatrie à l'Université Paris V.

マリー・アンヌ・ブリウー（国際長寿センターフランス学術部長） Marie-Anne Brieu, Ph.D.
Directeur scientifique d'ILC-France

■シンガポール

呉トレーナ（曹氏基金会〈ツァオ・ファウンデーション〉研究部長）

Treena Wu, PhD, Manager, Research & Evaluation, Corporate Affairs, Tsao foundation

スザナ・コンコルド・ハーディング（シンガポール国際長寿センター理事）

Susana Concorde Harding, Director, ILC-Singapore

I 住宅、介護、医療制度の概要

1 住宅制度

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

デンマーク

社会住宅法（The Act on Social Housing）が高齢者向け社会住宅（almene ældreboliger）を規定している。高齢者向けの社会住宅は、機能低下が著しい人々へのサービスが、1）ない場合と2）ある場合（ケアホーム：plejebolig）がある。2）の場合、介護サービスは内部で提供される。

オランダ

住宅協会

オランダでは、住宅協会が多くの住宅を所有している。このような協会は、高齢者や障害者に住宅を貸したり売ったりして家を提供する組織である。

社会住宅及び民間セクターの住宅

賃貸住宅は、社会住宅セクターまたは民間／補助金を受けないセクターにより提供される。オランダには約300万の賃貸住宅がある。うち約75%は住宅協会が所有している。社会住宅は国の補助金を受けているため、比較的安価である。社会住宅の割り当てについて、政府は規則を定めている。社会住宅の家賃上限は月に€681.02である。この住宅は、収入が€34,229（2013年）までの人が対象である。民間セクターの住宅は€681.02より高額である。

<http://www.government.nl/issues/housing/housing-associations> より

イギリス

イギリスでは、適切な支援を得ながら自宅でできるだけ長く自立した生活を継続するというのももちろんであるが、それが継続不可能だということが明らかとなった場合には、自宅以外の住宅や施設がある。その中には、生活型ケアホーム（residential care home）、ナーシングホーム（看護付ケアホーム）、退職者用住宅（retirement housing）、ケア付き住宅（assisted living、extra care housing）、クローズ・ケア住宅（close care housing）、退職者用コミュニティ（retirement village）が含まれる。イギリスには高齢者に特化した住宅の法はない。公営や民間住宅の計画・建設・居住・維持について、安全衛生や環境その他の留意事項に対応した国や地方の法は、多数存在する。Q2-10への回答でも述べたように、「ケアの質委員会（Care Quality Commission (CQC) <<http://www.cqc.org.uk/public>>）」は、イングランドにおけるあらゆる医療及び成人向け社会的ケアサービスの規制、調査、点検を担う公的機関であり、CQCが全国のケア基準（National Care Standards）を打ち立てたり調査したりするのである。

フランス

フランスの高齢者の大半は、自宅で人生を有意義に過ごしたいと考えている。
-障害へ適応する住宅ニーズへ応えるいくつかのサービスが利用可能である。（<http://www.anah.fr/>）
-高齢者が住んでいる家が住みにくすぎる、あるいは高齢者が孤立している場合には、社会住宅（Foyer-logement）へアクセスできる

<http://annuaire.action-sociale.org/?cat=logement-foyer-202>

これは高齢者用賃貸住宅で、キッチンやバスルーム付の独立した作でオプションサービスとして食事や集会室などがある。低所得の高齢者には社会住宅手当 (allocation de logement sociale) がある。

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1280.xhtml>

シンガポール

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

HDB フラットのサイズは、ワンルームから 5 部屋までとさまざまである。低所得者は小さなフラットを、そして高所得者は大きなフラットを所有する傾向にある。2008 年現在、高齢者世帯の約 40%が 3 部屋のフラットに住んでおり、次に多かったのは 4 部屋のフラット (30.2%) であった (HDB, 2008)。2003 年と比較すると、5 部屋以上のフラットに住む高齢者世帯の割合は増えており、2003 年には 10.1%であったのが 2008 年には 14.9%となった (HDB, 2008)。

HDB フラットのサイズで定義づけられるような住宅タイプの違いは従来、家族サイズでのニーズに応えるためのものであった。しかし人口構造の変化に伴い、高齢者世帯の大半は現在核家族である。さらに重要なのは、高齢者世帯の中で単独世帯が増加 (2003 年には 16.3%だったのが 2008 年には 17.5% : HDB, 2008) していることである。

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

オランダ

住宅協会は以下の事項にも責任を担っている。

- ・高齢者、障害者及び支援付住宅が必要な人の住宅提供
- ・学校やスポーツ施設など社会的物件の建設及び賃貸
- ・ケア提供者及び地域 (neighborhood) 管理人の任命
- ・住宅及びその周辺 (例：路地や駐車場) のメンテナンス
- ・テナント (借家人) やその他家を探している人に賃貸物件を売却

地域内での生活の質

住宅協会は、地域内における生活の質 (QOL) へ部分的な責任を担っている。例えば防犯を行ったり、落書きを消したり、路上イベントや他の活動の企画を支援したり、また遊び場やスポーツ施設へ資金を提供したりしている。地域の QOL はまた、学校や公民館の建設によっても強化される。

住宅協会と市民社会団体間の協力

政府では、法の簡素化や、住宅協会・ホームケア団体・その他市民社会団体間の協力の奨励を計画している。その結果これらの団体は、例えば老人ホームでタイムリーなケアを提供するためにサービスを調整するなど、活動をコーディネートすることができるようになるだろう。

<http://www.government.nl/issues/housing/housing-associations>

イギリス

1. 生活型ケアホームとしても知られる介護用ケアホームは、24 時間支援を必要とする人向けである。入居者には部屋と、場合によってはその部屋と続きになっているバスルームがあり、共有施設へアクセスでき

る。このようなホームでは、必要に応じて介護（＝パーソナルケア。例：ベッドから／への移動、更衣、入浴、排せつ）の支援及び、服薬の管理やその監督が行われる。食事はすべて提供され、大半のホームでは何らかの社会活動が行われている。このようなホームでは通常、短期間の病気ではケアを提供するが、長期にわたる看護ケアは提供しない。夜間にはオンコールの職員がいる。

2. ナーシングホームとして知られることもある看護付ケアホームは主に、24時間支援を必要とする人向けであり、通常のケアは看護の有資格者が実施または監督する。移動（例：ベッドから椅子へ、椅子からトイレへ）に2人の介助を必要とする人も、より高い人員配置レベルを必要とするためにナーシングホームを必要とする可能性がある。介護に含まれるのは、必要に応じてベッドから／への移動、更衣、入浴、排泄の支援及び、服薬の管理やその監督である。看護業務に含まれるのは、傷口の手当、注射、胃瘻（PEG）での栄養摂取、褥瘡ケア等である。看護付ケアホームでは、看護の有資格者が常駐している。ホームによっては、ベッドの一部を介護用のみで、残りを看護ケア用で登録している所もあれば、全てのベッドを看護用として登録しているホームもある。

3. シェルタード・ハウジング（sheltered housing）のスキームには様々なタイプがある。敷地内あるいは敷地外に住む管理人を置くところもある。このような住宅ではすべて、アラームシステムを通じて24時間の緊急援助を提供することとなっている。各住宅には通常、20～40戸の独立したアパート又は平屋（バンガロー）があるが、多くの場合、ラウンジ・ランドリー室・庭などの共有スペースがある。多くの住宅では入居者用に社交イベントを実施している。更なる支援が必要な場合は、エクストラ・ケアの sheltered housing を利用できることもある。この住宅では独立したアパートに住み続けながら、食事の提供を受け、介護も受けられる可能性があるため、ケアホームよりも自立した生活を送ることができる。

4. ケア付き住宅（assisted living、extra care housing など）は、自立した生活を送るのが困難となったが24時間の複雑な医学的管理は不要な高齢者を対象とした退職者用住宅（retirement housing）の、さまざまなモデルを説明するのに使われる言葉である。その最も発展した形態であるエクストラ・ケア住宅（extra care housing）は、生活型ケアホームの代替案として見られている。エクストラ・ケア住宅では高いレベルのサービスや設備のほか、食事や介護サービスも提供される。ケア付き住宅のさまざまなモデル（assisted living、extra care、very sheltered housing など）では、さまざまな家事や介護サービスのパッケージが用意されており、その中には例えば実用的な支援、家事支援、介護、看護ケア、緊急時の支援が含まれることがある。このような住宅にはおおむね管理スタッフがおり、情報提供や助言、入居者への日々のサポートなどの役割を担う。一般的には家事や買い物の支援サービスが利用でき、これらが標準的なサービスパッケージに含まれる所もあれば、別途の追加料金を取られる所もある。個人の洗濯サービスを行っている所もある他、レストランがある住宅では配食サービスが提供される場合もある。介護には、更衣・食事・入浴・排泄の介助の他、助言・励まし・情緒的及び心理的サポートが含まれる。多くの所では施設内にケアスタッフがおり、毎日24時間常駐している所もある。場所によっては、施設内の管理スタッフが必要に応じてケアをアレンジしたり円滑にしたりする。足の治療（chiropractic）や理学療法サービスを提供している所も多い。看護ケアは、看護の有資格者が実施か監督を通常行うもので、例えば服薬管理や傷の手当などが含まれる。独自で看護スタッフを抱える所はほとんどないが、場所によってはナーシングホームのそばに建設されている住宅もあり、そのような所では入居者の自室で、あるいはナーシングホームへ通ったり短期入所したりして、看護ケアを受けられる。このような住宅ではすべて、緊急時に援助者を呼ぶためのアレンジメントがなされている。住宅のあちこちに引っ張れるコードが設置されている他、入居者は呼び出しボタン付きのペンダント又は手首用のバンド着用を選択できる。このように利用者が緊

急を知らせる基本的なシステムは、ケアライン (careline)、ソーシャルアラーム (social alarm)、及びコミュニティアラーム (community alarm) と呼ばれている。

イギリスでは、ケア提供の場所を示す言葉が非常に緩い形で使われることもあるため、ここで簡単に主なタイプを要約する。非常に保護された住宅 (Very sheltered housing) は、食事・家事支援・24時間のハウスキーピングスタッフによる支援を通じて、高齢者ができるだけ長期間自宅で自立した生活を維持できるようにすることを旨とする施設を示すのに使われる言葉である。また住宅関連における社会的セクターの提供者の中では、従来のシェルタード・ハウジングと近代的なエクストラ・ケアの中間くらいの位置づけとなっていることもある。アシステッド・リビング (Assisted living) は、自宅で自立した生活を送れなくなったが24時間の複雑な医学的管理は不要な高齢者向けのもので、ケアサービスが提供され、短期の賃貸も可能である。またオプションで、掃除・洗濯・食事・美容師など他の「ホテル」サービスも受けられる。エクストラ・ケア住宅 (Extra care housing) は高いレベルのサービスや設備を有する退職者用住宅で、食事や介護も提供される。また生活型ケアホームの代替案として見られることも多い。ケア付き住宅 (Housing with Care) は、ケアサービスを提供する上記すべてのモデルを示す総称である。

フランス

高齢者用の社会住宅では、自宅と同様に、高齢者は在宅ケアサービス (例：看護、介護や配食など日常生活での支援、医療、リハビリ等) を受けられる。

<http://www.sanitaire-social.com/annuaire/services-de-soins-infirmiers-a-domicile-ssiad/3>

シンガポール

これらの住宅の種類は、HDBフラット及び民間住宅という分類で示されたものであり、このような不動産はこれまで高齢者の保健・社会的ニーズを示すものではなかった。しかし月日とともに変化がみられている。例えばHDBアパートの建物1階に、シニア活動センターや高齢者サービスセンターを作るケースが増加しているといったように、土地の活用方法が変わってきている。また、全ての年齢層の住民へ社会的活動を提供するコミュニティセンターが、近隣の徒歩圏内に存在する。住宅政策における重要な展開として、従来のワンルームHDBフラットから明確に一線を画したスタジオタイプのHDBアパート (HDB studio apartments。訳注：Studio apartmentは通常、ワンルームマンションという意味合いを持つ。ただし以下に説明があるとおり、ここで記されているStudio apartmentはリビングも寝室もある、とされているため、本文では「スタジオアパート」と記している。) が建設されていることが挙げられる。1998年以降、シンガポールには約2,000のスタジオアパートがあり、これらは独立したブロックにあたり、あるいは更に大きなタイプのアパートと一体化されたりしているが、55歳以上の者を対象にHDBが30年リースで販売している。これらのスタジオアパートは、高齢者に優しい設計となっている。各アパートは45m²で、リビングルーム・キッチン・バスルーム・寝室がある。これらのアパートにはすべて滑りにくいタイル、手すり、緊急用ベルが取り付けられている。

高齢者用スタジオアパートの現在の供給量が、実際及び潜在的な需要を満たすのか否かという点について、ほぼ間違いなく疑問がでるだろう。言葉を変えて言えば、このような住宅を高齢者が好むか否かは今も不明なのである。高齢者は、自分たちが育った地域を離れて高齢期に新たな社会的ネットワークを築く必要があるかもしれないのだ。またシンガポールの高齢者は、自分たちの家の子供への遺産として残したいと考える傾向がある。スタジオアパートの場合、HDBからのリースのために遺産として残せなくなってしまうのである。

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

（1）介護サービスの対象者

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

デンマーク

社会サービス法に従い、身体または精神的機能の一時的または永続的な低下により自らのケアを行えなくなった成人に対して、自治体は介護及び日常の家事援助を提供する義務がある。支援申請のアセスメントを行う際、支援ニーズが一時的なものであるか、あるいは永続的な身体または精神的機能の低下があるのかが考慮されなければならない。

支援を提供するか否か、また支援のタイプや量についての決定は、申請者の支援ニーズに関する具体的な個別アセスメントに基づかなければならない。各自治体（municipality council）は、全体的なサービスのレベル及び申請者が期待できる支援について決定を行う。これが個々の支援提供の基盤となる。具体的な支援ニーズのアセスメントを行う際には、申請者の全体的な状況が考慮されなければならない。そこでは例えば、申請者の社会的ネットワークが考慮されなければならないし、世帯を共にする他の成人家族が家事に参加することが前提となっている。アセスメントには、世帯全体の資源及びニーズが含まれる。

申請者の支援ニーズや受給資格のアセスメント実施用に定められたツールや尺度はない。ニーズや支援提供のアセスメントプロセスで使うツールは開発されている（共通言語（Common Language））が、このツールを使うか否かは自治体が自発的に判断するものであり、実際にこのツールは様々な方法で使われている。「Common Language」は、身体・活動・参加・背景因子を分類した世界保健機構（WHO）のICF（国際生活機能分類）に基づいている。

オランダ

介護

高齢者介護は施設内または施設外で行われる。関連法は、特別医療費保険AWBZ、健康保険法ZVWおよび社会支援法WMOである。AWBZのケアが施設でなく自宅で提供される場合、施設外介護（non-residential long-term care）と呼ばれる。他方、AWBZケアが老人ホームまたはナーシングホームで提供される場合、それは施設介護（residential long-term care）と呼ばれる。ホームケア（訳注：この回答ではHome careは家事援助を指す。詳細は1.3.2および2.5参照）、介護および看護は、施設でも施設外でも提供可能である。

特別医療費保険（AWBZ）

オランダの特別医療費保険（AWBZ）は1967年に導入されて以来改定を重ねてきたが、基本方針に変更はない。この法律は基本的なケアニーズを自分で満たすことができないあらゆる年齢の人々へ、ケアを提供するために制定された。これは身体疾患、老年精神疾患、または精神疾患によるものや、または知的・身体・知覚障害によるものもある。AWBZは1970年代と80年代に、特定の疾患だけでなく精神医療、リハビリ、ホームケア等にまで保障が拡大された。またこの時期に、ケア・補助具・治療ツール・施設自体の大半を中央政府が提供および手配したため、AWBZは社会保険制度へと発展した。ただし、公費の増加に対する法律の整備を行ったり、介護制度の効率化を自由市場の促進によって図ろうとしたため、1990年代には一時足踏みした。

この10年の間でAWBZには2つの大きな変化があった。2004年以来、AWBZの申請すべてに対してニーズアセスメントセンター（CIZ）が判定を行っている。2007年からはサービスの一部はAWBZではなく社会支援法（Social Support Act, WMO）を通じて提供されている。主に生活支援（例：掃除の支援）や補

助具（車いすなど）はAWBZではなくWMOから支給されている。この変更の主な理由は、利用者に地理的に近い地元のオフィス（地方自治体のオフィス）の方が支援やツールをより効率的に支給できる、と見込んだことによる。また地方自治体は、中央政府からの限られた予算枠内でしか取り組みを行えないため、効率的に活動するよう促されるのである。

財源

AWBZの財源は被用者および政府から拠出される。収入のあるオランダ市民は全て（最大）課税所得の12.15%を保険料としてAWBZに支払う義務がある（18歳未満でも職のある者は含まれる）。2011年における課税所得の上限は€33,436であり、これはつまり、AWBZに納める保険料の上限が€4,062.50（€33,436の12.15%）ということである。被用者の場合、この保険料は総賃金または総所得から差し引かれ、事業主が税務部門に納付する。

オランダ政府はAWBZケアのすべてを、この所得比例保険料のみで賄うことを目指している（18歳未満のAWBZケアも含む）。これまでにはAWBZからの支出が保険料総額を超過した年もあった。そのような年には中央政府が国庫を通じて不足分を補填する。

AWBZの利用者は収入や資産によって、中央管理庁CAKに自己負担金を支払う義務がある。自己負担金の額は個別に設定される。国の税務部門が、所得および資産に関する情報をCAKに提供する。

社会支援法（WMO）

2007年にWMOが導入され、例えば2007年以前にホームケア支援を提供していたAWBZの一部など、他の法律を置き換えるものとなった。WMOのサービスは地方自治体が申請を受け付け、また提供を行う。法律では、WMOの目標が以下9つの「パフォーマンス分野」に分けられている。

WMO 内のパフォーマンス分野および高齢者福祉に関する例

パフォーマンス分野	例
1. 社会的結束および村々や地域の住みやすさの向上.	クラブハウス、「立ち寄りセンター」、地域活動、スポーツ、公園のベンチ、社会／文化活動、弱い立場の人々向けの交流ネットワーク、交流促進、安全、ソーシャルワーク
2. 養育に問題のある若者および親のサポート（予防）	高齢者に関しては例なし
3. 利用者への情報、助言、サポートの提供	ワン・デスク方針（すべてのサービスを対象としたひとつの総合デスクを設けることが目標）、利用者及び市民の参加、苦情対応、
4. インフォーマルな介護者やボランティアへのサポート	ボランティアサービス、家事支援、インフォーマルケアのサービス拠点、ケア延期の企画、インフォーマルケア仲介、ボランティア講習、「ともだちプロジェクト」（弱い立場にいる人や孤立した人に寄り添うボランティア）
5. 慢性的な精神問題、心理社会的問題または身体的制限のある人々の社会参加や自立のサポート	これは主に、ソーシャルワーク、債務処理支援、高齢者サービス、公共の場・建物・公共交通機関へのアクセスしやすさ、住宅改修など一般的な施設やプロジェクト
6. 慢性的な精神問題、心理社会的問題または身体的制限のある人々へ施設やサービスを提供し、自立や社会参加を促進する	これは主に、ホームヘルプ、車いす、スクーター、交通手段の提供、住宅提供、自立生活支援、日中活動、食事提供等、個別に調整された施設やプロジェクト。支援は現物給付または個人予算で提供可能
7. 家庭内暴力のためのシェルター提供および家庭内暴力の対応政策の実施	一時的なシェルターの提供、助言、情報、自宅を出たが自立できない人へのアドバイス
8. 公共の精神保健ケアの改善	危機に際する電話相談（クライシス・ホットライン）、社会的に弱い立場にある人々のアウトリーチ及び支援
9. 薬物依存症政策の改善	高齢者に関しては例なし

介護の利用

介護はオランダ住民すべてが利用可能であり、したがって、AWBZ および／または WMO の介護を利用しているのは 65 歳以上の人に限らない。ハンディキャップのある人や、知的または身体障害を持つ人も、介護の利用者である。オランダでは 2012 年、施設外に住む 561,000 人が AWBZ の支払いによる介護を利用し、443,160 人が WMO の支払いによるホームケアを利用した。これらは施設外サービスである。施設外の AWBZ 利用者の多くは WMO ケアも利用している。AWBZ の支払いによる施設介護を利用しているのは、計 371,805 人である。ナーシングホームおよび老人ホームの入居者数に関しては、1.3.2 を参照されたい。

イギリス

イギリスでは現在、「ケアサービスへの公正なアクセス」(FACS、最終更新は 2010 年) と呼ばれるシステムがあり、公的資金による社会的ケアの資源を公正かつ透明性と一貫性を持って配分するための、全国的な受給資格の枠組みとなっている。

<http://www.scie.org.uk/publications/guides/guide33/introduction/whatis.asp>

(原注：.新たなケア法案 (New Care Bill) が、現在ウェストミンスター議会の通過中であるが、これは 2015/16 年から新たな受給資格要件や資金調達方法を示すよう策定されている。しかしそれまでは現在のシステムで運営される予定である。ケア法案は、成人向け社会的ケアの法定基盤を簡略化・近代化することを目指しているほか、地方自治体に新たな任務を加えている。また、社会的ケアの全体的な新原則として「ウェルビーイング」の促進を取り入れている)

成人向け社会的サービスを担当する地方自治体 (Local Council's with Adult Social Services Responsibility = CASSRs) は現在、自らのコミュニティのニーズ及び地域の予算配分を踏まえながら、全国的な受給資格のグループ (banding) や要件などを解釈している。この枠組みは、ケアサービス (当事者、介護者及びコミュニティのニーズへ応えるサービスや情報) への公正 (公平で差別なく包摂的) なアクセス (適切な時に適切な場所でニーズへ適切に応えるサービスや情報を受ける権利の提供) を供給することを目指している。地方自治体の社会的サービス部門内にある成人向け社会的サービスの担当部署は、「コミュニティケア」または「社会的ケア」サービスへの人々のニーズアセスメント、それらのサービスのアレンジまたは提供、また場合によってはアセスメントで明らかとなったニーズへ応えるために金銭面での支援提供などを含む様々な責任を担っている。

FACS のグループや受給資格要件には、以下の 4 種類がある。

重篤 (Critical) – 以下のような場合が該当する。

- ・生命が脅かされる又は将来脅かされる恐れがある、及び／又は、重大な健康上の問題が発生した又は将来発生する恐れがある、及び／又は、必要不可欠な周辺環境のコントロールや選択ができないか限られている又は将来そのような状況になる恐れがある、及び／又は、
- ・深刻な虐待やネグレクトが起こった又は将来起こる恐れがある、及び／又は、必要不可欠な身辺処理や家事を行えない又は将来行えなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・必要不可欠な就労、教育又は学習への関わりを持続できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・必要不可欠な社会的支援システムや関係を維持できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・必要不可欠な家族の及び他の社会的な役割や責任を担えない又は将来担えなくなる恐れがある。

重度 (Substantial) – 以下のような場合が該当する。

- ・周辺環境のコントロールや選択が部分的にあるのみである又は将来そのような状況になる恐れがある、及び／又は、虐待やネグレクトが起こった又は将来起こる恐れがある、及び／又は、

- ・身辺処理や家事の大部分を行えない又は将来行えなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・就労、教育又は学習への関わりを多くの面で持続できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、

- ・社会的支援システムや関係の大部分を維持できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・家族の及び他の社会的な役割や責任の大部分を担えない又は将来担えなくなる恐れがある。

中度 (Moderate) – 以下のような場合が該当する。

- ・身辺処理や家事のいくつかが行えない又は将来行えなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・就労、教育又は学習への関わりをいくつかの面で持続できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、

- ・社会的支援システムや関係のいくつかを維持できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・家族の及び他の社会的な役割や責任のいくつかを担えない又は将来担えなくなる恐れがある。

軽度 (Low) – 以下のような場合が該当する。

- ・身辺処理や家事で 1 つ～2 つが行えない又は将来行えなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・就労、教育又は学習への関わりを 1 つ～2 つの面で持続できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、

- ・社会的支援システムや関係の 1 つ～2 つを維持できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・家族の及び他の社会的な役割や責任の 1 つ～2 つを担えない又は将来担えなくなる恐れがある。

保健省(2010) Eligibility Criteria Framework (受給資格要件枠組み), 第 54 段落.

一般市民・当事者・介護者のニーズ・需要・期待に応えるため、またコミュニティの強化・個人の選択支援・個人のニーズに応じた資金の優先順位づけを行う必要性から、ユニバーサルなサービスが拡大される必要があるという認識により、受給資格のグループはすべての人を対象に設定されている。

フランス

身体または精神的な問題によって、日常生活の基本動作のすべてまたは一部において継続して常時ケアを必要とする高齢者。

ケアの必要性を軽減したり悪化を予防したりするために支援を必要とする高齢者（虚弱高齢者）。

当該高齢者は「高齢者助手当（APA=Personalized Allocation for Autonomy）の要件を満たしており、これには以下が含まれる。

-患者のニーズに応じたケアプラン

-収入に応じた給付金

-ニーズは「AGGIR グリッド（Grille AGGIR）」と呼ばれる 6 段階の尺度を用いて評価される。

ケアを必要とする高齢者向けの手当「高齢者自立手当（Allocation Personnalisée à l'Autonomie=APA）が 2002 年に作られた。この資金は、地方自治体及び全国自立連帯金庫（Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie=CNSA）と呼ばれる新たな機関によって賄われている。CNSA は一般税ではなく、全労働者の無給労働日、雇用主への 0.3%の課税、そして医療費については保健制度（health system）によって賄われている。この手当は主に要介護高齢者へ支給されるが、その目的はまた、虚弱高齢者の自律喪失を予防することでもある。100 万人以上の要介護高齢者（主に軽度の障害）がこの手当を受給しており、受給者の 61%は自宅で生活している。GIR と呼ばれる尺度が自律喪失の度合いを規定する。「虚弱」は GIR 4（非常に軽度な障害）に相当する。GIR 4 の虚弱高齢者は受給者の 44%を占め、80%が自宅で生活している。 <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>

シンガポール

シンガポールには現在、介護制度を規定する法律はない。

政府の補助金調達という点で、介護制度は医療制度や障害者福祉制度とは別の制度である。また増大する介護制度は、年齢を問わない障害者よりも高齢者へ重点を置いている。

介護制度は受給資格のある者を、収入、年齢、ADL5項目の内3項目以上で障害があるか否かで規定している。この制度は低所得者に焦点を当てており、受給資格はミーンズテスト（収入・資産調査）によって決定される。高所得者は、市場価格を全額自己負担して介護サービスへアクセスでき、受給資格要件で抑制されるものではない。年齢による受給資格は、政府の補助金スキームによって最低年齢が異なる。

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

介護制度は、個人の自費払い、一部自己負担、税及び（小額ではあるが）保険料の一部で賄われている。シンガポールの介護保険（Eldersshieldとして知られている）は更なる発展が必要であり、対応が必要な課題の一つとして、リスクプーリング（共同管理）機能の向上が挙げられる。

（Q2-2）対象者の決定は、誰がどのような手続で行いますか。

デンマーク

在宅ケア（または介護設備付住宅でのケア）のニーズアセスメントは、自治体のアセスメントチームが行う。自治体（municipal council）からの委任により、このチームはニーズアセスメントを行ったり支援を提供したりする権限を持つ。

オランダ

ケアの決定者および利用可能なケアパッケージ

AWBZの受給資格を得たい人はすべて、CIZのアセスメントを受ける必要がある。CIZは「ファネルモデル（詳細は「オランダにおける医療・介護サービスの調整」報告書の3.1を参照 <http://ifwj.org/output/wp-content/uploads/2012/07/厚労科研-2011年度報告書.pdf>）」に従って個々のケアニーズを評価する。このモデルを使って患者のケアニーズが評価され、決定が下される。この決定内容は最寄りの地域ケア・オフィスに転送される。

オランダには32のケア圏域（care regions）があり、各圏域にケア・オフィスがある。ケア・オフィスはCIZの認定に基づき、利用者に必要なケアを提供するよう医療サービス提供者と契約を交わす。中央管理庁（Central Administration Office, CAK）が、医療サービス提供者から請求された費用を支払う。CAKから医療サービス提供者に支払われる金額は、認定レベル毎に設定されている標準額である。利用者と医療サービス提供者の両方にとって、認定レベルを常に更新しておくことが重要である。身体的または精神的に状態が悪化した場合は、さらにケアが必要となる。医療サービス提供者はこの追加ケアを提供しなければならず、認定レベルが更新されていないとCAKから十分な支払いを受けることができない場合がある。

CIZから認定を受けた利用者は、現物給付のかわりにケア・オフィスから個人予算（PersoonsGebonden Budget, PGB）を受け取ることができる。PGBか現物給付かを選ぶのは利用者本人のみである。現物給

付と個人予算を組み合わせることも可能である。利用者が受け取れる金額は、認定レベル毎に基準が定められている（必要とされるケアの内容と時間数）。具体的な量は、上記報告書30ページの表10を参照されたい。個人予算の場合、利用者は直接自分の銀行口座にPGBの支給金額（PGB総額から自己負担分を差し引いた金額）を振り込まれる。この資金で専門的な支援者を雇うこともできるし、あるいはケアやサービスを提供してくれる近隣の人に支払うこともできる。

イギリス

Q2-1 参照。

長期介護（Long term care）のカテゴリーの中には、NHS 継続的ヘルスケア（NHS Continuing Health Care = NHSCH）と呼ばれるものがある。これは患者の状態が悪化して継続した医療や診療を受ける必要が出てきた場合に、第二次及び第三次医療の延長として NHS が無料で提供する。通常これは終末期の緩和ケアの前段階として捉えられる。このシステムの利用開始の際は医療的な状況のみが考慮されるため、このシステムを利用する人は介護ニーズのアセスメントを受けるために地方自治体へ行く必要はない。介護ニーズの可能性がまず NHS の施設で認められると、大抵の場合チェックリスト・ツール（Checklist Tool）と呼ばれるスクリーニングツールを用いて保健福祉専門職がアセスメントを行うのが第 1 ステップである。

<http://www.nhs.uk/chq/Pages/eligibility-assessment-for-nhs-continuing-healthcare.aspx>.

例えば患者が退院する前に看護師または医師が最初のスクリーニングを行うこともできるし、ソーシャルワーカーがコミュニティケアアセスメントを実施する際にスクリーニングを行うこともできる。最初のスクリーニングの後、地域の医療サービス委託グループ（Clinical commissioning group = CCG）が書面で当事者に連絡し、NHSCH 受給資格の詳細アセスメント（フル・アセスメント）を行うか否かを知らせる。この段階のスクリーニングで、当該者に NHSCH の受給資格があるという可能性が示唆される場合、決定支援ツール（Decision Support Tool）と呼ばれるツールを用いて最新式のフル・ニーズアセスメントが手配される。チェックリスト・ツールは、当該者が NHSCH のフル・アセスメントを受けるべきか否かを決めるのに使われる。

フル・アセスメントは多職種チームが実施するもので、当該者のケアに関わるあらゆる保健福祉専門職が貢献することとなっている。場合によっては、これらの専門職による更に詳細なアセスメントが必要となることもある。アセスメントで得られた情報は、決定支援ツール¹⁾へ記入するのに使われる。このツールは、当該者の主なケアニーズが健康に関わるものか否かを決定するのに使われ、移動能力・栄養・行動などいくつかのタイプのケアニーズをみることによって行われる（容態が急速に悪化して早急にケアを必要とする場合には、上記の代わりに高速ツール（Fast Track Tool）が使われることもある。これにより CCG が可能な限り迅速なケア提供をアレンジできるようになる）。

アセスメントの後、多職種チームは利用時無料（free-at-point-of-use）の NHSCH 受給資格について、CCG に提言する。継続的ヘルスケアのニーズが認められなかった場合、地方自治体の社会的サービススタッフは、上記の基準に基づいて社会的ケアの受給資格アセスメントを行う。

全国的な受給資格アセスメントの枠組みは存在せず、各地方自治体には独自のケアニーズアセスメントのツールや方法がある。社会的ケアのニーズが認められたら、当該者に対する自治体の資金提供責任を判断するために、所得や財産に関する全国統一調査（ミーンズテスト）が行われる。資産が 14,250 ポンドを超える者は、段階的（スライド制）にケア料金の一部またはすべてを支払う必要がある。

1) 保健省（2012年11月）Decision Support Tool for NHS Continuing Healthcare (Revised)（NHS 継続的ヘルスケア用決定支援ツール（改訂版））。

フランス

地方自治体 (Conseils Généraux) が対象者を決定する。自治体の調査チームが申請者を訪問し、身体及び精神的状況のアセスメントを行う。

-在宅ケアサービスは、当該者のニーズに応じて提供される。

-APA (詳細は Q2-1 参照) の給付は、当該者の収入に応じて提供される。

シンガポール

統合ケア局 (Agency for Integrated Care=AIC) 、ソーシャルワーカー及びケアマネジャーが、高齢者の医療アセスメント及びミーンズテスト (収入・資産調査) を用いてサービスの対象者を決定する。

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

デンマーク

内容やサービス提供量による分類はない。

オランダ

介護は在宅 (施設外) でも提供できるし、あるいは介護施設 (施設内) でも提供できる。施設外ケアの場合、提供されるケアの内容と量が認定で定められている。例えばレベル3という認定を受けた人は、週に4~6.9時間の介護受給資格がある。認定が施設ケアである場合、疾患や障害に最適とされる前もって分類されたケアサービス・パッケージとして定められている。このような施設内のケアパッケージはケア強度パッケージ (ZZP) と呼ばれている。ZZPには主に以下3つのカテゴリーがある。

1. 看護および介護：10 ZZPs (リハビリの ZZP 9 および緩和ケアの ZZP 10 を含む)
2. 精神保健ケア：7 ZZPs (治療の有無に関わらず)
3. 障害ケア：8 ZZPs (知的障害)、7 (身体障害)、5 (視覚障害)、5 (聴覚障害)、6 (「軽度」知的障害)

介護の提供及びサービスの調整

ZZP のレベルに応じて、支給金額が決められている。提供者には、職員のレベル (ヘルパー、看護助手、看護師、老年病専門医) に関する規則がある。ZZP のレベルによって医療提供者に必要とされる教育レベルが決まるのである。施設外の利用者または老人ホームの施設利用者は、自分がかかっている一般医から医療サービス (ZVW) を受ける。ナーシングホームの利用者は、老年病専門医または看護師から医療サービス (AWBZ が支払う) を受ける。

ケアの提供には様々なモデルがある。どの専門職が何を行うかに関する厳密な規則を設けている組織もある。例えば有資格の看護師は傷の手当てや糖尿病患者への注射等を行うことができる。加えてその看護師は、利用者をベッドから／へ移動したりシャワー浴を行ったりすることもできる。しかしこれは看護助手又はヘルパーの業務であることが多い。これらの職種は比較的安価である。利用者が一人の職員からケアを受けるか、あるいは多くの異なる職員からケアを受けるかについては、介護提供機関のモデルによりけりなのである。

各利用者には通常、利用するケアに責任を持つケアマネジャーが存在する。ケースマネジャーは、ZZP のレベルによって看護師または看護助手である。ケースマネジャーは必要に応じて、一般医 (施設外および老人ホーム) または老年病専門医 (ナーシングホーム) に利用者訪問を要請できる。もちろん利用者はいつでも自分がかかっている一般医に連絡し、訪問することが可能である。

ZZP と利用者の意志に基づいて、ケアマネジャーはケアプランを作成する。これは AWBZ で義務付けられている。このプランでは、いつ何が行われるべきで、何が手配されるべきかの詳細が示されている。例

えば、好ましい起床時間、週に何回利用者がシャワーを浴びたいか、どのような薬が使われているか、薬を飲む量と時間などである。1年に1度、ケアマネジャーと利用者および／または利用者の代理がプランについて検討を行う。

イギリス

Q2-1 回答参照。

フランス

ケアを必要とするすべての高齢者が受給資格を有する。

ケアのレベルは老年学的自立能力判定表（Autonomie Gerontologique-Groupes Iso-Ressources =AGGIR）で判定され、GIR1 から 6 のレベルがある。

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

レベル 1 から 4 の人は APA の受給資格があるが、手当の額は当該者の収入に左右される。レベル 5 と 6 の人は、ホームヘルプを利用できる。

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Guide_AGGIR_2008-2.pdf

（2）介護サービスの内容、提供方法

（Q2-4）介護制度に基づくサービスは、どのようなものですか。また、以下の①～⑧のような支援については、介護制度の訪問型サービスから給付されますか、それとも他の制度やボランティア活動によって行われますか。①掃除 ②洗濯 ③料理 ④買い物 ⑤ゴミ出し ⑥見守り ⑦通院の付添 ⑧外出時の同行

デンマーク

一般的に、家事援助・配食・介護は在宅ケアに含まれる。また、補助器具（technical aids）及び住宅改修も利用可能である。上記に関しては、掃除・洗濯・料理（配食）・買い物・ゴミ出しが利用可能である。非常に虚弱な高齢者については、定期的な訪問または在宅ケアシステムにつながる緊急アラームの設置により、モニタリングを受けることができる。通院用の交通手段は場合によって手配可能である。動けない人には社会的な目的の交通手段も提供可能である。

オランダ

介護

高齢者介護は施設内または施設外で行われる。関連法は、AWBZ、ZVWおよびWMO（社会支援法）である。AWBZのケアが施設でなく自宅で提供される場合、施設外介護（non-residential long-term care）と呼ばれる。他方、AWBZケアが老人ホームまたはナーシングホームで提供される場合、それは施設介護（residential long-term care）と呼ばれる。ホームケア（訳注：この回答ではHome careは家事援助を指す）、介護および看護は、施設でも施設外でも提供可能である。

提供サービス

AWBZは国の介護保険制度である。AWBZ 内の費用の大半が使われる対象は（虚弱）高齢者であり、そこには認知障害または身体／機能障害のある人もない人も含まれる。勤労者または何らかの社会給付を受

けている人は、AWBZへの加入義務があるが、またAWBZへの保険料支払い義務もある。子供も保険に加入しているが、親は子供の保険料を支払わない。AWBZには主に、以下6種の介護給付がある。

- ・介護：シャワー浴、衣服着脱、髭剃り、トイレ介護等
- ・看護：傷口の手当、注射、セルフケアの指導等
- ・カウンセリング：コーヒーの入れ方や書類の書き方など、日常生活の助言
- ・治療：疾病や怪我からの回復支援（例：脳卒中後の歩行訓練）、またはスキルや行動の改善（例：パニック発作への対応訓練）
- ・老人ホームまたはナーシングホームへの長期入所
- ・ある施設への短期入所（最長で1週間に3日間）
- ・ホスピス入所

上記に挙げたAWBZケアの内、最初の4項目（介護、看護、カウンセリング、治療）は、利用者の自宅でも、利用者が入居している病院以外の施設でも受けることが可能である。どのような介護、看護、カウンセリング、治療でも、病院で受けた場合は、そのケアはZVWを通じて支払われる。

施設介護

虚弱高齢者、ADLに問題のある高齢者、および／または認知症・パーキンソン病または他の重病を有する高齢者は、自宅、老人ホームまたはナーシングホームで介護を受けられる。老人ホームとナーシングホームは施設介護である。

・ナーシングホームは、重病および／または重度の障害を有し、ほとんどの面で自立や移動ができず、集中的な介護および看護が必要な利用者にケアを提供している。ナーシングホームで提供される住居、食事、薬、道具およびあらゆる形態のケア（専門ケア含む）は、AWBZを通じて補償される。利用者が病院でのケアのためにナーシングホームを離れた場合、すべてのケアはZVWを通じて補償される。

・老人ホームは、自宅にこれ以上住めない利用者にケアを提供するものである。老人ホームの利用者は、ホームケア、介護および基本的な看護（傷口の手当、服薬補助等）を受けられる。いわゆる「標準的な」老人ホームは政府が管理しており、住居やケアへの補償の大半はAWBZの資金で行われる（自己負担金もあり）。民間の老人ホームは、利用者の自費払いである。利用者は、AWBZの個人予算（認定を受ける必要あり）を受け取っていない限り、AWBZの補償を受けることはない。

政府の新たな政策により、ナーシングホームおよび老人ホームで生活する高齢者の数は急減している。1995年では、介護施設に入所している人は156,982人だったが、2012年では120,393人である（2013年は118,252人）。施設はそれぞれ規模が異なる（大きなものは200床／室以上、小さなものは8床／室）ため、施設の数には明確に登録されていない。小規模施設の多くは、大規模な法人の一部である。登録は、ベッド数とケアニーズのレベル（ZZP）で行われる。

AWBZからの施設介護を受けるにはニーズアセスメントセンター（CIZ）の認定が必要である。AWBZは2014年初めに変更され、認定レベル4以上の高齢者のみがAWBZが支払う老人ホームまたはナーシングホームへアクセスできることとなった（認定レベルが高いほど高齢者の依存度も高い）。したがって、介護施設で生活する高齢者の数はさらに減少するだろう。介護施設での掃除、調理、洗濯等のホームケアはAWBZの中に含まれており支払いはAWBZが行う。したがって施設介護は包括的な方法であると言える。

施設外介護

在宅介護は、自宅でまだ生活できるがケアの必要性がある人に提供される。このニーズは看護、介護および／または家事援助（ホームケア）である。看護は傷口の手当、注射、セルフケアの指導等である。衣

服着脱、ベッドへ／からの移動、入浴またはシャワー浴等の支援は、介護（personal care）と呼ばれる。在宅での看護や介護は AWBZ が支払っているが、政策変更により、2015 年からは在宅看護を ZVW が、介護を WMO が支払うようになる。ホームケアは家の掃除、食料雑貨の買い物および調理などの活動を網羅する、家事援助（domiciliary care）全般を指す。高齢者の収入に応じて、ホームケアはその一部またはすべてが WMO で支払われる。医療と看護はホームケアとは異なる。

単一組織で看護、介護、ホームケアを提供することが可能である。ケアニーズのレベルによって、異なる専門職がケアを提供するが、高齢者はこの状況を複雑であると感じており、必要とされる業務の一部を担う様々なケア提供者と会っているのである。地域ケア（Buurtzorg）のように、ケア提供者の数を減らす取り組みもいくつか見られる。そこでは小規模チームが作られ、そのチームが一定数の利用者の責任を負い、チームの中で誰がどこで何を行うかを決定するのである。

ホスピス

施設外に住み、末期疾患の診断を受け、余命 3 か月以下（と予測される）の人は、緩和ケアのみが提供されるホスピスに移ることができる。ホスピスには以下 2 種類がある。

・「ほぼ在宅」ホスピス：終末期患者のウェルビーイング向上のためにボランティアが従事する。投薬や他の「治療」策のために一般医が呼ばれることがある。看護師が傷口の手当やシャワー浴等を行う。ボランティアは掃除や調理など終末期患者の支援を行う。

・「高度ケア」ホスピス：終末期患者に対して病院相当の医療を提供する。ボランティアも多くいるが、専門職（ヘルパー、看護助手、看護師、医師）が主なサービス提供者である。

ホスピスの滞在は AWBZ が支払い、一泊ごとに自己負担がある。この自己負担分は、任意の追加医療保険から支払われることもある。

WMO の中には、以下のサービスが含まれる。

- ・家事支援（例：掃除）
 - ・住宅改修（例：階段のリフト、特殊トイレ）
 - ・公共交通機関を利用できない人向けの地域内輸送（タクシー、タクシー代補償、またはスクーター）
 - ・ボランティアやインフォーマル介護者へのサポート
 - ・育児支援
 - ・車いす
 - ・食料雑貨や（温かい）食事の配達
 - ・公民館や社交クラブなど地域での取り組み支援
 - ・虐待の被害者またはホームレスのためのシェルター支援
- なお、WMO のサービスには以下のものは含まれない。
- ・例えば松葉杖や歩行器など、一時的に利用する道具（これらは医療保険で提供される）
 - ・一般的に利用されているサービスや道具（例：インターネット）
 - ・セカンドハウスや他の生活エリアの調整（例：ハウストレーラー）
 - ・介護（AWBZ が提供）

WMO は基本的に「枠組法（Framework legislation）」であり、各地方自治体はそれぞれの方法でこの法を実践することが可能である。またオランダの社会支援法の歴史は比較的浅く、ベンチマークの作成や「ベスト・プラクティス」の模索は、多くの地方自治体にとって今も道半ばである。

簡単にいうと WMO は施設外での支援に重点を置いているのに対し、AWBZ はより高いレベルでのケアニ

ーズに重点を置いている。WMOからの支援受給資格がある人は、個人予算または地方自治体が採用した人・施設からの直接支援を受けることができる。地方自治体は、中央政府から地方自治体交付金を通じてWMOサービスの資金を受け取る。

イギリス

人々の状況が地方自治体の眼にとまる方法は多数あり、例えば当該者自身からの申請、介護者・友人・家族からの申請、GPなど専門職からの紹介などが含まれる。地方自治体は、当該者にケアニーズが存在する可能性があるかわかると、アセスメントを行う義務がある。

ニーズアセスメントの後、地方自治体は上記の受給資格要件に基づいてコミュニティケアサービスを提供またはアレンジすべきか否かを決定する。地方自治体（LA）は通常、評価を受けたニーズを満たすためのサービス提供コストに対して当該者がどの程度負担すべきかを明確にするため、所得や資産の調査（ミーンズテスト）を行う。ミーンズテストを行う際には、一般的な料金レベルを発表し、全国的なガイドラインに沿わなければならない。

地方自治体によるアセスメントに続いて、支援計画（support plan）が常に検討及び合意され、書面に残されなければならない。サービス利用者またはその人の代理は、当該書類のコピーを受け取ることとなっている。その書類には、当該者が必要と評価されるサービス及び、それらのサービスがどのようにアレンジされるかが記されている。支援が友人又は家族（介護者）によって提供される場合、介護者自身のニーズや意見が考慮され、主要アセスメントの一部としても考慮されることとなっている。介護者はまた、介護者独自のアセスメントを受ける権利がある。

社会的ケアはミーンズテスト（資産調査）の対象であり、地方自治体が提供する。多くの自治体では、上記グループのうち「重篤」または「重度」ニーズの人のみに支援を提供しており、つまり公的な支援は多くの人にとって使うことができないものなのである。社会的ケアでカバーされるサービスは幅広く（官民ともに）、例えばベッドからの移動や入浴などの介助、ケアホーム、立ち寄れる相談場所なども含まれる。これは、GPや他の第1次または第2次医療職を通じてNHSが利用時無料（free-at-point-of-use = FAPOU）で提供する「ヘルスケア」とは対照的である。医療と社会的ケアの両方が必要とされる場合、両者は継ぎ目なく一体的に協力すべきである（実際には、医療と社会的ケアの境界が非常に曖昧となることもあり、これらのサービスが地域レベルであまり上手く一体化されていないことが多い）。

前述したとおり、コミュニティケアは地方自治体が提供またはアレンジする。それらは1990年NHS及びコミュニティケア法(NHS and Community Care Act 1990)第46項で定義されており以下が含まれる。

- ・ 自宅での支援：ホームヘルプ／ケア又は日常生活支援及び自宅内の安全のための介助者または器具による介助
- ・ 様々な形態のレスパイト（一時預かり）
- ・ デイケア
- ・ 夜間ケアサービス
- ・ 生活型ケアホームでのケア
- ・ 住宅改修の提供
- ・ 配食（調理済みの食事を個人へ届ける）
- ・ サービスや福祉給付に関する助言や情報
- ・ 予防及びリハビリサービス
- ・ 心理的・社会的・文化的ニーズに応えるサービス

- ・様々なタイプの支援付き住宅への入居支援
- ・地域での交通・移動
- ・医療や他のサービスとニーズが重なる場合にはそれらと連結したサービス

地方自治体は、自らが直接サービスを提供することもできるし、あるいは民間またはボランティアセクターの組織へ代わりにサービスを提供してもらうようアレンジすることもできる。また利用者へ直接現金を支払うこともでき、これによって利用者は「個人予算 (personal budget)」を通じて自らがコミュニティケアを購入できるようになる。地方自治体のサービス提供義務は、安全保護の義務と重なることもあり、また例えば地域の住宅部門や NHS など他部門の仲間と必要に応じて協力して業務を行っていく義務とも重なることがある。政府はここ数年、アセスメント及びサービス提供プロセスの中におけるサービス利用者の選択肢やコントロールを増やすために、新たな「個別化 (personalisation)」の政策を取り入れてきている。

フランス

Q2-4 にあるすべてのサービスが利用可能である。加えて、以下のサービスも提供可能である。

- 訪問サービス：職員が利用者宅を訪問し、介護・看護・リハビリ・家事援助を行う。
- デイケア・タイプのサービス（通所サービス）：サービス利用者が、ある場所（例：デイケアセンター）へ行き、ケアやリハビリを受ける。サービスによっては、認知症を有する人に特化したものもある。
- ショートステイ：サービス利用者は施設に短期間入所し、急性期ケア・看護・リハビリを受けられる。
- 統合サービス：訪問、デイケア・タイプ（通所）、ショートステイサービスを統合し組み合わせたもの。

また Q2-4 のサービス①から⑤は、AGGIR 訪問チームが策定したケアプランに沿って提供可能である。サービス⑥から⑧は在宅ケアサービスでカバーされず、ボランティアな高齢者支援に頼る必要がある。

シンガポール

在宅ケア

在宅サービスは、虚弱で外出できない高齢者の自宅内で提供される。これらのサービスは対象者の医療及び社会的ニーズに応え高齢者をケアする家族を支援するものである。以下のようなサービスが含まれる。

・訪問医療

診察や患者の状況アセスメント・管理等のサービスを提供するために、医師が患者宅を訪問する。在宅ケアの主な目的は、利用者が自宅や地域で健康や機能的自立をできるだけ長く保ち、したがって施設（例：ナーシングホーム）入所を遅らせることにある。

・訪問看護

看護師は、傷口の手当、ストーマ・ケア、経鼻経管栄養チューブ（NG チューブ）挿入等の看護を患者宅で提供する。これらの看護師はまた、患者ケアプランのマネジメントや見直し（医師と相談しながら）及び、介護者への基本的ケアの教育で、重要な役割を担うこともある。

・在宅緩和ケア

在宅緩和ケアは、終末期の患者及びその家族へ、包括的な支援（例：医療、看護ケア）を提供するものである。患者やその家族は、医師、看護師、また提供者によってはソーシャルワーカーの多職種チームによる支援を自宅で受ける。在宅緩和ケアの焦点は、疼痛管理、症状の緩和、看護、カウンセリング等のサービスを通じて、患者に残された日々の質を改善することである。

・配食

自炊したり自分で食事を購入したりできない高齢者宅へ、日々食事を届けるサービス。

- ・付き添い／移送サービス

このサービスは、高齢者が医療機関で受診する際に手配できるもので、当該者が歩行不能／困難で公共交通機関が利用できない場合、または介護者が虚弱あるいは／及び働いており上記のような支援を必要とする場合に利用できる。必要に応じて、医療エスコート（medical escort）が高齢者に付き添う。

- ・追加（ensuite）サービス

高齢者は、個人衛生・家事・服薬のリマインダー・精神的な刺激となる活動・その他のケアなど、様々なケアサービスから自らのニーズへ最も適したものを選べる。

通所サービス

通所のヘルスケアサービスは通常、定期的に日中ケアサービスを必要とする高齢者のニーズに応えるものである。これらのセンターの大半はコミュニティの中にあり自宅近くの慣れ親しんだ環境の中でサービスを受けることができる。そして働く介護者にとっても仕事に高齢者を預けるのに便利である。

- ・地域リハビリサービス

デイセンター（例：デイリハビリセンター、シニアケアセンター）で提供される地域リハビリサービスは、機能障害をもたらす疾患（例：脳卒中、骨折、下肢切断）のある人たちを対象とした理学療法や作業療法である。主な目的は、利用者の機能を医学的に可能な限り改善することであり、利用者のADL（入浴、食事、更衣、排泄、移動等）能力を取り戻して地域で活動的な生活を続けられるようにすることである。

- ・認知症デイケアサービス

デイセンター（例：認知症デイケアセンター、シニアケアセンター）で提供される認知症デイケアサービスは、地域の認知症高齢者の参加を促しエンパワーメントするための、維持型デイケア（maintenance day care）（主に全体的なモニタリングや介護）及び幅広い活動（例：治療的、社会的、レクリエーションの）である。これらのセンターは、日中働いている家族介護者を支援する役割を担っており、患者の安全やウェルビーイングに必要なケアや見守りを提供する場所へ介護者は高齢家族を預けることができる。

- ・社会的デイケアサービス

デイセンター（例：ソーシャルデイケアセンター、シニアケアセンター）で提供される社会的デイケアサービスは、家族介護者が働いているときに見守りの必要な高齢者をケアするものである。社会的デイケアプログラムには通常、以下のような中核的要素が含まれる。(i) 健康や機能維持のための簡単な維持型プログラム（運動）、(ii) 社会的交流やQOLを促進するための活動プログラム（例：手工芸、読書、カラオケ）、(iii) 家族介護者が高齢者のケアを続けられるサポートを行う介護者支援プログラム（例：サポートグループ、話し合い）。

施設介護サービス

- ・地域病院

地域病院は中間的なケア施設である。急性期病院は退院できても、入院で回復やリハビリケアを必要とする患者を対象としている。

- ・慢性疾患用の病院

慢性疾患用の病院は、進行していたり複雑な疾患をもつ高齢者へ長期的な高度看護及び医療を提供する。

- ・ナーシングホーム

ナーシングホームは、高齢者へ高度看護を長期的に提供する。これらの高齢者は自宅で世話をする家族や介護者がいないか、あるいは必要とされるレベルの看護を介護者が提供できない人たちである。ホームによっては、認知症や安定した状態の精神疾患など特別なニーズを有する人へケアを提供する所もある。

・入院型ホスピスケア

入院型ホスピスは、終末期患者へ疼痛管理及び手当を提供する。

・元精神疾患患者向けの介護用住宅（Sheltered Home for Ex-Mentally ill）

この介護用住宅は、安定した状態の精神疾患を有してそれを維持するのに必要な薬が最低レベルである患者を対象としている。ここの患者は集中治療を必要とする重度の病気にかかっておらず、肉体的に健康で視力も良く、重度の身体または知的障害のない人たちである。

・レスパイトケア

レスパイトケアは、いくつかの地域病院やナーシングホームが提供しており、施設で数週間預かって提供されるケアを別個に手配できる。

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

デンマーク

デイケアセンターは通常、訓練活動（training activities）及び社会活動または「娯楽活動」への参加を目的としている。

オランダ

Q2-4 回答 WMO の項参照。

イギリス

「デイケア」と「デイセンター」を明確に区別することが重要である。前者は、入浴または服薬など必要不可欠なケアサービスを提供するために利用者宅へ訪問することを意味し、このサービスは地方自治体または自費の在宅ケアのアレンジメントの一部として提供される可能性がある。後者は、コミュニティセンター・図書館・教会のホールなど自宅以外の場所で、他者と会ったり交流するために人々が自分の意志で参加する場所のことである。これらは社会的孤立の防止や社会との関わりづくりにとって重要な方法である。これらは公的に提供される場合もあるし、慈善活動や宗教活動の一環として行われることもある。あるいは退役軍人グループなど、類縁集団（affinity group）を通じて一部の資金が賄われるケースもある。

フランス

デイケアセンターの目的は、以下 2 点を両方とも保証することである。

-リハビリ、医療、看護。

-社会的交流、レクリエーション活動、身体的及び娯楽活動。

デイケアセンターの費用は、社会保障制度と個人からの支払いで賄われている。

<http://annuaire.action-sociale.org/?cat=centre-de-jour-pour-personnes-agees-207>

シンガポール

Q2-4 回答参照。

（Q2-6）介護サービスの提供の事業は、どのような主体が行っていますか。

デンマーク

介護の提供は、自治体が責任を担っている。自治体の在宅ケア団体が介護の主な提供者である。家事援助は、自治体と民間営利企業が均等に提供しているようである。介護施設のケアは主に、自治体や自治体と合意を交わした非営利団体が提供している。

オランダ

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

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

イギリス

在宅ケアに関しては、イギリス在宅ケア協会（United Kingdom Homecare Association Ltd = UKHCA）が独立事業・ボランティア組織・非営利組織・法定セクターの在宅ケア提供者職能団体である。

<http://www.ukhca.co.uk/index.aspx>

UKHCA は、ケアの高い水準を推進したり国や地域の政策立案者や規制機関への働きかけ等で業界を代表する役割を担ったりしながら、看護サービスも時には含む社会的ケアを利用者の自宅で提供する組織を支援している。UKHCA はイギリス全国（イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランド）で 2,000 を超える会員を代表している。イギリスの在宅ケアセクターに関する当協会の 2013 年報告、<http://www.ukhca.co.uk/pdfs/domiciliarycaresectoroverview.pdf> によると、2011 年～2012 年の間に計 517,000 人の成人（あらゆる年齢層）が地方自治体を通じて在宅ケアを受けたと推定されている。

英国コミュニティケア協会（English Community Care Association、www.ecca.org.uk）、ケア&リペア（Care and Repair、<http://www.careandrepair-england.org.uk/>）、インデペンデント・エイジ（Independent Age、<http://www.independentage.org/>）といった団体は、社会的ケア・福祉給付・友愛サービスや、できるだけ長期間自宅で生活できるように焦点を置いて、高齢者やその家族・介護者へ情報や助言サービスを提供している。同様に、エイジ UK（Age UK、<http://www.ageuk.org.uk/home-and-care/>）は、在宅・施設の両方においてケアの助言やサポートを提供している。在宅ケアを提供する企業の多くは狭い地域で経営されているが、ブルーバード・ケア（Bluebird Care、<http://www.bluebirdcare.co.uk>）は全国展開しており、170 の事業所を構え 450 万回を超えるケアの訪問を行い、毎年 1 日あたり 6,300 人の利用者宅へ 12,500 回の訪問を行っている。

生活型ケアホームやナーシングホームケアの提供団体に関しては、例えば高齢者居住協議会（Elderly Accommodation Counsel）などではケアホームの総合的なリストを持っており、住宅オプションについて高齢者に無料の助言サービスを行っている（FirstStop を通じて）<http://www.firststopcareadvice.org.uk>。イギリスには約 2 万の生活型ケアホームやナーシングホームがあり、そこには 42 万床（うち 20 万床がナーシングホーム）ある⁽¹⁾。全国的に展開している大規模事業者はいくつかあり、例えば Barchester（<http://www.barchester.com/>）は、230 を超えるケアホームで 1 万人以上に支援を提供しており、サービスの内容は認知症ケアからアシステッド・リビングまで多岐にわたる。もう一つの大規模事業者は BUPA（http://www.bupa.co.uk/care-homes?cmpid=ppc-jk_43700003444415094_20111015）であり、イギリスで 300 のケアホームを有している。サービスの内容としては、看護・生活型ケア・一時預かり（レスパイト）、認知症専門ケアを提供している。

Laing & Buisson（<http://www.laingbuisson.co.uk/Home.aspx>）はケア市場の情報組織で、専門的な市況報告シリーズやイギリスの保健・コミュニティケアセクターのディレクトリを発行している。年次の出版物には、Laing のヘルスケア市場報告（Laing's Healthcare Market Review）、主要な介護事業者ディレ

クトリ (The Long Term Care Directory of Major Providers)、イギリスの高齢者介護市場調査 (Care of Elderly People UK Market Survey) などが含まれる。

1. Julien Forder (2011). Competition in the Care Homes Market. A report for the OHE Commission on Competition in the NHS (ケアホーム市場での競争:NHS内 OHE 競争委員会への報告), PSSRU University of Kent

フランス

公共団体、主に病院が、介護サービスを提供している。ただし民間団体（非営利または営利）は在宅ケアサービス及びナーシングホームのサービスを提供している。

民間セクターの高齢者は個別化自立手当 (APA) を受け取ることができる。

在宅要介護高齢者への主なサービス提供者は以下のとおりである。

-一般医 (GPs)、専門医、病院 - コミュニティネットワーク

-家族介護者及び介護者への支援 (心理士、患者グループ、

-ケアセンター、外来病院、夜間見守り、ボランティア) 訪問看護、

-在宅ケア：ホームヘルプ、配食、モニタリング、地域アラームシステム

要介護高齢者は、上記すべての専門職やシステムを含むネットワークの中心にいる。在宅またはナーシングホームでの公的介護費用は、保健制度、自治体、新設機関である全国自立連帯金庫 (Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA)、生活保護 (social aid)、住宅手当、税控除で賄われている。

全国自立連帯金庫 (CNSA) は一般税ではなく、全労働者の無給労働日、雇用主への 0.3% の課税、そして医療費については保健制度によって賄われている。 <http://www.cnsa.fr/>

シンガポール

介護サービスの提供主体は、ボランティアな福祉団体 (Voluntary welfare organizations, VWO) である。これらの団体は、非営利で慈善寄付や政府補助金に頼るボランティアな支援のようなものである。介護サービスの提供は、民間営利セクターがサポートしている。VWO 及び民間セクターは、家族のインフォーマルなケアをサポートしている。これはシンガポール社会における親孝行 (filial piety) への期待と一致している。行政はケア提供で最低限の役割を担う。

シンガポールにおける VWO の詳細説明は、Q4-1 を参照。VWO は国が規定しており、介護の基幹を成すものである。

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

デンマーク

看護と介護は区分され、異なる法の下で提供される。看護スタッフは看護師または社会保健助手 (social and health assistants) として教育を受けている。介護は、比較的短期間の教育を受けた社会保健ヘルパー (social and health helpers) が提供できる。

オランダ

Q2-4 回答参照。

看護スタッフ

オランダでは基本的に、看護及び介護スタッフに5つのレベルがある。レベル5が最高で、これは高等職業教育 (HBO) 機関でこの職種での勉強や訓練を実施後に看護の学士号を取得した人である。看護の学士

で学ぶ学生は、老年医学・小児科・精神医学・病院ケア及び「社会的看護（予防、ワクチン接種、健康アドバイスに関するもの）」を専攻できる。

レベル4の看護師は、中等職業教育（MBO）学校での最高レベルを修了した人である。レベル4と5の看護師の主な違いは何かというと、レベル5の看護師は調整やマネジメントを中心に学習し、具体的な科学的知見を実践に移すことができるという点である。レベル4と5の看護師はともに、修士号を取得後に専門看護師（nursing specialist）となれる。専門看護師は、患者の治療（例：注射、薬の処方）を行ったり、より独立した形で仕事を行う権限を有する。BIGに関する法の中で、専門看護師には5つの専門分野（予防、急性期、集中、慢性、メンタルケア）が保護されている。

レベル5の看護師はまた、上級看護実践の修士号を取得後、ナース・プラクティショナー（nurse practitioner, NP）になることもできる。NPは外来診療所で視察を行ったり、診断を行ったり、薬を処方したりできる。NPは多くの場合、一般医のそばで働いている。NPが主に対象としているのは、慢性疾患の患者である。NPは慢性疾患の患者を治療することで、「より大がかりな」専門医へ患者が集中的にかかるのを予防するのに役立っている。

ホームケアスタッフ

レベル1、2、3のケアスタッフは公式には看護師ではなくホームケアスタッフのカテゴリーに該当する。

ホームケアスタッフには医療を行う資格がなく、掃除、入浴、衣服着脱などの家事（訳注：domiciliary care。以下の文書では「domiciliary care」はいわゆる家事支援のみを指すが、この文では入浴や衣服着脱などいわゆる「介護（personal care）」も例に含まれている）支援のみを行う。レベル1の研修を受けたホームケアヘルパーは、食事の準備や他の家事支援を行う。これらの業務は利用者宅でもできるし、ケアホームまたはナーシングホームでもできる。レベル2のホームケアヘルパーはまた、ベッドへ／からの移動や衣服着脱、シャワー浴、入浴等、介護も提供できる。レベル3のホームケアヘルパーは、スケジュール作成、個別化された家事及び介護計画の作成、および報告作成に関する追加の研修を受ける。ここに該当する人はまた、個別ヘルスケア（Individual Health care, IG）の学位取得資格も得られるが、そのためには服薬補助または自己注射の支援など基本的な看護業務を学ばなければならない。

イギリス

生活型ケアホームでは、ケアの大半は資格を持たないホームケアアシスタント（HCA）が提供する。HCAは事業所から「研修」を受けている場合もあるが、そのような研修は非常に簡単なものであるケースもある。ナーシングホームでは、看護の部分は公式な資格を有する職員が提供することとなっている。病院が提供するNHSCCを受けている人に関してみると、このようなサービスは教育を受けた看護師が提供する。

フランス

各専門職の資格（看護師、理学療法士、心理士等）はそれぞれ特化され独自の教育を必要としており、国が免許を授与する。

ホームヘルプ及び看護助手（nurses' help）は「過去のインフォーマルまたは就労ベースによる学びの認定（Recognition of Prior informal or work-based Learning）」を活用でき、これは免許への重要なステップである。

シンガポール

介護サービスのメニューの中で、看護と介護は区別されていない。

介護職の資格と看護職の資格は現在、異なる資格制度に基づいている。ただし、介護の資格制度が進化してきている点に留意する必要がある。

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

デンマーク

介護サービスは、アセスメントで介護ニーズが認められた人には無料で提供される。これらのサービス費用は、一般税を通じて自治体が 100%賄っている。

オランダ

(AWBZ)

Q2-2 参照。

(WMO)

WMO に関する自治体の責任は以下の点を含む。

・ WMO 受給資格基準及び利用者自己負担額の設定。自治体によって WMO 支援の受給資格の厳しさや、利用者に求める負担金額が異なる。

イギリス

コストの基準はない。地方自治体はケアに関して地方の「料金表」を設定し、大量購入スキームの下で、事業者へ支払う。この価格は実際のケアコストと異なることもあり、自費払いの人（地方自治体のミーンズテストの結果、所得や資産がありすぎると判断された人、または地方自治体のアセスメントに申し込んだことがない人）は通常、「料金表」の価格より多く支払っている。したがって、このような自費払いの人が地方自治体によって支払われるベッドの費用を補助する形となっていることが多い。

フランス

介護サービスの費用は国の政府が定めた基準に基づいて決められる。この基準はサービスの種類に基づいて詳細に規定されている。

http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=958

サービス提供時間数は、AGGIR 訪問チームが策定したケアプランによって決められる。これらの基準に基づいて、介護サービスを利用する個人への費用が算定される。

患者の収入に応じて、ケアプランで決められたサービス費用のすべてまたは一部を APA がカバーする。

これらの基準は政府によって定期的に改定される。

http://www.cnsa.fr/rubrique.php3?id_rubrique=164

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/experimentations_finances_par_la_CNSA_concernant_les_aides_techniques.pdf

シンガポール

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

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

デンマーク

介護職員、看護職員及びその他専門職は通常チームを作らず、別々に利用者を訪問する。

オランダ

Q2-4 回答 施設外介護参照。

イギリス

理論上は Q2-2 にあるように、多職種による対応がされるべきだが、多くの場合ケアはまとまりのない方法で提供されており、さまざまな機関の職員が食事・医療処置・検査・リハビリ等で何度も利用者を訪れている。

フランス

大半の場合、職員は別々に利用者を訪問する。

シンガポール

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

(3) サービスの調整

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

デンマーク

提供サービスの調整に関する公式な規則はない。介護施設では通常、各入居者のケア調整を行う窓口スタッフがいる。在宅ケアのサービス調整に関しては、情報が見当たらない。

オランダ

Q2-3 回答参照 (AWBZ)。

Q2-6 回答参照 (WMO)。

イギリス

前述したように、NHSCH が提供されている所では通常、このケアは有資格のヘルスケア専門職が調整する。社会的ケアのパッケージは通常、地方自治体が調整し、自治体自らが直接サービスを提供するか、あるいは在宅・施設ケアサービス提供事業者へ外注する。施設ケアで看護サービスが含まれる場合、そのすべてのプロセスは看護の有資格者が管理することとなっている。質に関してみると、2008 保健医療・ソーシャルケア法 (Health and Social Care Act 2008) に基づいて、ケアの質委員会 (Care Quality Commission = CQC) <<http://www.cqc.org.uk/public>> がある。CQC は、イングランドにおけるあらゆる医療及び成人向け社会的ケアサービスの規制、調査、点検を担う公的機関であり、全国のケア基準 (National Care Standards) を打ち立てたり調査したりする。人々は尊重され、自らのケアやサポートに関わり、それぞれの段階で何が起きているのか知らされるべきである、と CQC は命じている。人々は自らのニーズに応えるケア・治療・サポートを、当然のこととして求めるべきである。人々は安全を確保され、適切な業務を行えるための適切なスキルを有した職員によるケアを受け、ケア提供事業者が自らのサービスの質を定期的にチェックすることを、当然のこととして求めるべきである。

フランス

AGGIR チームが利用者のニーズを評価し、必要とされる専門職の数やサービス時間数を含めたケアプランを作成する。このチームは様々な提供者間の調整を行うものではなく、また契約の支援も行わない。

特に精神障害を有する患者にとって、このような調整機能の必要性は差し迫ったものであり、第 3 次ア

ルツハイマー計画ではこの点に対応している。

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012-2.pdf

最も困難なケースを支援するために、多数の「ケースマネジャー」が養成・採用されている。フランスの大部分の地域で新たな調整機関であるアルツハイマー患者の自立と統合の家（MAIA）が試験的に運営されており、これはアルツハイマー病を有する患者向けのあらゆるサービスを統合するためのものである。

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-evaluation-plan-alzheimer-2012.pdf>

http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=581&var_recherche=clic

シンガポール

公立病院のケアコーディネーター（看護師または理学療法士としての教育を受けている者）、医療ソーシャルワーカー及びVWOのケアマネジャーが個人へのサービス調整を行う。

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

デンマーク

Q2-10 回答参照。

オランダ

Q2-4 回答参照。

イギリス

FAPOU（Free at Point of Use、利用時無料）ヘルスケアとMT（ミーンズテストの）社会的ケアの間に厳しい区分があるため、サービス調整者の役割や各ケアのタイプは別個の流れを通じて提供される。包括的で統合されたパーソン・センタード・ケアが最良の政策であることが明らかとなるにつれ、このような区分の壁を破る取り組みが行われている。このように、患者のウェルビーイングを中心に据えて統合・結合されたケア提供のアプローチは、2015～16年から実施される新たなケア法案の土台となっている。

フランス

あらゆるサービスを調整するのが目的ではあるが、ボランティアな支援は含まれない。

シンガポール

明確に定められた介護制度がない。むしろそれは医療や社会的ケアの一部であり、それらのサービスは医療やVWOが提供するあらゆる社会的ケアとともに調整される。

(Q2-12) サービスの調整はどのような方法で行いますか。

デンマーク

Q2-10 回答参照。

イギリス

Q2-4, Q2-10 回答参照。

フランス

ケアマネジャーは任命されると、APAチームが作成したケアプランで要請された様々なサービスを手配する。ケアマネジャーがいない場合は、家族がすべての専門職へ連絡しなければならない。様々な組織の職員間の調整は、自発的に行われる。

現在試験的に行われている MAIA の取り組みでは、あらゆるサービスを統合及び調整する傾向がある。

http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=581&var_recherche=clic

シンガポール

サービスの調整は中央に集中する傾向となっている。紹介は国の調整機関である統合ケア局（AIC）へ送られ、この機関によって当該高齢者が住む地域（サービス境界（service boundary）としても知られている）内で利用可能な VWO サービス提供者が決められる（VWO サービス X はサービス境界 Y 全域でサービスを提供する）。ただしサービス調整はまた分散もされており、システム内の長期的な患者のニーズ（例：危機的な状況時のケア）によって、ケアサービスを提供するために複数の VWO サービス提供者が情報交換を行って協力する。

3 在宅介護と医療制度

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

デンマーク

在宅医療は独立した一般開業医が行う。一般開業医は患者にとって医療システムで最初のコンタクトであり、彼（女）が最初に患者を診て治療し、さらなる医療システムサービスへ適宜患者をアドバイスしたり紹介したりする。これは専門開業医への紹介という形をとることもあれば、病院システムへの紹介となることもある。ケアは診療所での診察か患者宅へ訪問して行われ、その領域は、母子保健、健診、児童のワクチン接種、適切な薬の処方などである。治療の種類や補助金を出すサービスについて、広域圏（regions）が一般開業医と契約を結ぶ。

オランダ

医療制度は健康保険法（ZVW）に基づいている。2006 年はオランダの医療政策の歴史上、記念すべき年である。この年に新しい健康保険法（ZVW）が正式に施行された。この医療改革は、全ての市民が自ら選択した民間保険業者と併せ、基本的健康保険パッケージにアクセスすることを義務付けている。基本パッケージの具体的内容は、オランダ政府が定めている。保険会社は保険料、サービス、および医療サービス提供者との交渉後の契約のみをベースとして競争できる。最も優れたケアを最も安い価格で顧客へ提供するため、保険者と医療サービス提供者が毎年契約内容を交渉する。現状に満足できない利用者は年一回、保険者を他社に変更することができる（1月1日以前）。この医療保険は「半自由市場制度（semi-free market system）」に基づいている。その目的は、医療市場の公平性、質および透明性を損なわずに、医療サービス提供者と保険者の競争が行われることである。医療保険業者と提供者は、いくつかの医療サービスの価格について交渉できる。この半自由市場制度の最終目的は、医療サービス提供者にできる限り効率的に仕事をさせ、保険者同士を価格競争に参加させることである。

医療保険業者は18歳以上のすべてのオランダ人から定額保険料を支払われる。保険料は保険者間で異なるが、義務付けられた自己負担金の額は政府が定めている。上記の定額保険料に加え、例えば雇用または年金を通じて収入を得ているオランダ市民は、健康保険基金（HIF）へ所得比例の保険料を支払う。政府もHIFに拠出する。リスクが公平に分散されるよう、CVZはHIFの分配金を計算して保険会社に支払う。ZVWへの所得比例被用者保険料は、被用者の税込給与額から差し引かれる。事業主の大半は法律により、被用者の所得比例保険料分を、事業主保険料を通じて完全に補償することが義務付けられている。事業主保険料は被用者の税込給与額に加算される。これは事業主保険料が被用者の課税所得とみなされることを意味する。また収入が公的年金、個人年金、社会給付の場合でも、自営業やフリーランサーでも、所得比例保険料を支払う義務がある。

全ての被保険者は同等の医療サービスを受けるために保険料を比較しながら支払うことになり、公平性

が保証される（保険会社間の競争があるため）。一定の収入に満たない個人や世帯は、保険料の一部をカバーする「医療手当（zorgtoeslag）」を政府から受けられる。一年間の世帯納税額に基づく所得レベルに応じて、政府が手当の受給資格を決定する。またオランダ市民による医療の誤用や乱用を防ぐために、様々な医療サービスに自己負担金を義務付けている（2011年には170ユーロ、2012年には220ユーロ、2013年には360ユーロ）。利用者は、保険料を低くするために自己負担金の額を任意で増額することができる。これは、当該者がその年に医療サービスをほとんどまたは全く使わないと見込んだ場合に行える。慢性疾患者は医療サービスを多く使用するため、毎年自己負担金を上限まで支払わなければならないリスクが高くなる。中央管理庁（CAK）は慢性疾患者に対して自己負担金の一部を補償しているが、近い将来、この補償は所得に応じて支給されることになる（慢性疾患者のうち低所得者のみが負担金を補償される）。

また、基本パッケージを補完するための追加保険に加入することも可能である。保険者は基本保険を購入したいと望む個人を拒むことはできないが、補完的な任意医療保険（VHI）への申し込みを拒むことは可能である。各医療保険者は様々なVHIパッケージ（簡単なものから「ゴールド」パッケージまで）を提供しているが、通常は歯科治療への追加補償および、眼鏡や代替医療等への補償が含まれる。保険者はVHIへの申し込みを断ることができるため、利用者としては、選択の自由がときに制限されると感じられる。利用者は新たな保険者候補がVHIパッケージの申し込みを拒否することを恐れ、保険者の変更を思い留まる場合もある。

医療サービスの質は、医療購入市場の変革によって保証される。医療サービス提供者は保険者から契約を得るため、手頃な価格で質の良い医療サービスを提供する必要がある。パフォーマンスの劣るサービス提供者は、交渉で脱落しかねないのである。これは主に、保険者と医療サービス提供者が相互に影響しあう半自由市場と関係している。

また、利用者は保険者と医療サービス提供者を自分で選べるため、より大きな選択の自由が与えられる。そして医療サービス提供者と保険者は、自分たちのサービスや他社よりも優れた点を利用者に伝えようとするため、透明性が高くなる。独立組織またはウェブサイトが、医療に関する様々なサービスの良い点と悪い点の情報を提供している。

急性期病院（年齢の境界なし）

医療に関しては、手術前後または他の治療にあたって入院する急性期病院がある。平均在院日数は2010年で5.4日、2011年で5.1日であった。外来治療（患者は朝来院し、治療を受けて午後遅くには帰宅する）の増加に伴い、平均在院日数は減少し続けている。急性期治療は健康保険（ZVW）から支払われる。オランダに住む人は皆、医療保険に加入しなければならない（強制加入）。治療の大半はカバーされる。カバーされないのは例えば、人の健康や命に必要ととらえられない美容整形手術である。一般医または専門医が提供治療を決定する。健康保険法（ZVW）では、カバーされる内容が説明されている（ほぼすべての治療）。ニーズアセスメントセンターからの認定は必要ない。ZVWに基づく全費用のうち最初の360ユーロ（2013年データ）は自己負担として支払う義務が、制度で定められている。ZVWでカバーされない治療費をカバーする追加の医療保険（任意）もある。例えば診療所、病院またはナーシングホーム以外で受ける理学療法士の治療について、最初の7回分はZVWでカバーされない。追加保険では、これをカバーするものが多い。17歳以上の患者に対する歯科の治療費もZVWでカバーされない。多くの人々は、この治療費の一部またはすべてをカバーするため、追加の歯科保険に加入している。

急性期病院以外での医療は、メンタルケアまたはリハビリ（脳卒中、股関節骨折、心不全等の後で）が中心である。

・65歳未満を対象としたメンタルケアは本稿から除外する。65歳以上の人へのメンタルケアは、ナーシングホームの老年精神医学病棟あるいは精神科病院（全年齢対象）の老年精神医学病棟で提供されるか、あるいは自宅で精神科医、一般医または老年精神医学の看護師によって提供される。2013年まで、メンタルケアはAWBZ（特別医療費保険）によって支払われていた。2014年にAWBZは変更され、現在では短期的な高齢者のメンタルケアはZVWが支払っている。長期的な高齢者のメンタルケアは今もAWBZであり、これは主に施設介護である。AWBZが支払うケアを受けている人は皆、ケア判定センター（CIZ）からの認定を得なければならない。CIZは「ファネルモデル」に沿って、個人のケアニーズを評価する。

・リハビリは問題の重篤度によって、リハビリセンター（全年齢）、ナーシングホームのリハビリ病棟または自宅で提供される。リハビリセンターおよびナーシングホームには、利用者は数日から数か月滞りできるが、例えば週に数回診療所へ通い、理学療法または言語療法を受けることもできる。もう一つの可能性は、理学療法士またはその他療法士が利用者宅を訪問するというものである。リハビリはZVWが支払いを行う。専門医または一般医が、必要とされるケアのレベルや、リハビリセンターあるいはナーシングホームでの入院・入所の必要性を決定する。理学療法がデイセンターまたは自宅で提供される場合、最初の7回分の費用は自己負担である。

イギリス

FAPOU（=Free at Point of Use、利用時無料の）ヘルスケアとMT（ミーンズテストの）社会的ケアの間に厳しい区分があるため、サービス調整者の役割や各ケアのタイプは別個の流れを通じて提供される。在宅医療サービスは主に、GPやコミュニティ・ヘルスケア・チーム（例：保健師、助産師）を通じてNHSから提供される。高齢者が対象の場合、ここに酸素や非経口栄養サービスなどの専門的支援サービスが含まれることもある。民間の施設もあるが、これらは主に裕福な人がNHSの代替案として自費払いで利用している。IVF処置など専門的なサービスはNHSでカバーされないためである。ここで最大級の提供事業者はHealth care at Home (<http://www.hah.co.uk/>)であり、自宅での生活や入院しない期間をできるだけ長く送れるよう、24時間サービスを行っている他、特に退院後、利用者の自宅で投薬サポートや投薬管理を行って支援している。ここで提供される他のサービスの中には、癌やその他慢性疾患へのサポートや、終末期ケアも含まれる。

フランス

フランスでは大半の高齢者が、介護が必要になってもできるだけ長く自宅で生活することを好んでいる。在宅ケアサービスの発展によって、24時間ケアを必要としない限り高齢者が自宅で生活できるようになった。24時間ケアは制度では提供できず、そのようなケースでは大半の高齢者は施設入所が必要となる。自費で24時間ケアを提供するスタッフへ支払ができる人のみが、このような状況でも自宅で生活できる。急性期の疾患が発生した際には、一般医が在宅ケアサービスと協力してケアを提供する。状況が深刻な場合には、患者は病院の緊急治療室へ搬送され、その後急性期の老人病棟へ送られるケースもある。必要に応じて患者はリハビリ病棟へ送られ、その後自宅に戻る。重度の急性期疾患（例：脳卒中、急性心筋梗塞（AMI）、股関節骨折等）の後は患者の自立度が低下することが非常に多く、施設入所が必要となる。

急性期ケアの必要性にも関わらず患者が自宅へ戻ることを強く望んでいる場合、在宅入院（home hospitalization）サービスを受けることができる。

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F732.xhtml>

一般医による管理の下、病院チームは患者を毎日訪問し、必要な専門ケア（例：点滴、褥瘡ケア等）を提供する。在宅入院の費用は保健制度により賄われている。ただし患者が寝たきりの場合、家族または有

償スタッフが1日の残りの時間そばにいないければならずすべての家族ができるわけではない。

シンガポール

医療制度 (medical care system) は現在、地域 (地理的な) の保健制度 (health system) として発展途中である。この目的は、患者の状態を改善するために統合されたヘルスケアサービスを提供できるよう、一次医療・急性期医療・中間的ケア (step down care) セクターのパートナーで構成される患者中心のヘルスケア・エコシステムを実現することである。

医療制度は以下のような財政・運営形態となっている。

- ・政府の補助金はあらゆるケアの場所で存在する。
- ・年間医療費がGDPに占める割合は、2008年では3.6%だった (世界銀行)。
- ・2008年では、公共医療費が医療費全体 (公共及び民間) に占める割合が31.9%だった (世界銀行)。
- ・すべての患者は医療へアクセスできるが、過剰利用の防止や費用抑制のために、患者の自己負担は高くなっている。
- ・シンガポールは、労働者が個人の医療用貯蓄口座 (medical saving accounts : Medisave として知られている) を有する世界唯一の国である。この Medisave は、国の社会保障制度である中央積立基金 (Central Provident Fund) に結びついている。非労働者には、このような医療用貯蓄口座はない。
- ・Medishield は、国が運営する低コストの高額医療保険スキームである。統合保護プラン (Integrated Shield Plans) は民間で追加補償を提供する。
- ・Medifund は支援を必要とする人々への医療基金であり、Medifund Silver は低所得で社会の隅に追いやられた高齢者を対象とした医療基金である。

高齢者向けのリハビリサービスは、医療及び介護制度の両方からの紹介で受けられる。各制度の中でリハビリサービスは利用できる。医療制度からの紹介の場合、患者は公立病院から退院後リハビリのために地域病院へ転院する可能性がある。平均して2週間から1か月のリハビリ後、患者は自宅へ戻る。あるいは患者はVWOのケアサービスへ送り出される可能性がある。

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

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

デンマーク

通常は「いいえ」。

オランダ

AWBZ及びWMO

現在の所、AWBZとWMOで活動する機関の間における利用者レベルの情報共有は行われていない。その影響は以下3点である。

1. 複数のケアや支援を必要としている利用者は多くの場合、自らの身体状況や個人的状況について、さまざまな機関へ同じ話を伝えなければならない。また、利用者がある自治体から他の自治体へ引っ越した場合、WMOの支援要請や、認定実施及び支援サービスの手配などのプロセスを、すべてやり直すこととなる。

CIZが認定結果や利用者のケア及び支援ニーズを一つのデータベースで報告し、そこに自治体、ケア・オフィス、介護提供事業者、および社会的支援提供事業者がアクセスできれば、利用者はCIZへ一度だけ話をすればよくなる。

2. サービス提供事業者によっては、複数の自治体やケア・オフィスに対応している所もある。つまりこのような事業者は、認定に関するやりとりや報酬に関して、それぞれの自治体にて異なる方法で対応しなければならないのである。コミュニケーションや報酬手続きは標準化されていないため、サービス提供事業者は事務的な手間に苦しんでいる。

3. 各自治体はそれぞれ利用者の負担金額（contribution fee）を設定している。CAKは多くの様々な負担金やアレンジメントに対応しており、また自治体とCAKのコミュニケーションは、必ずしもスムーズとはいかない。このため、利用者の中にはCAKが何度も再計算を行うケースもあり、これはCAKにとっても利用者にとっても事務的に手間がかかる。

標準化された伝達方法を伴う共通した情報共有基盤がWMO内に必要である。さらに、WMOとAWBZ双方での共通基盤を構築することにより、介護及び社会的支援市場の様々な団体にとって事務的な手間を大幅に減らすことができる。

イギリス

理論上は「はい。」しかし実際にはあまり成功していない。Q3-1 参照。

フランス

大半の場合、連携は任意ベースで行われる。しかし MAIA システムを通じて現政策は、統合された方法で様々な社会保障プログラムを高齢者へ提供する方向に向かっている。

シンガポール

連携は始まったばかりである。

II 医療・介護制度外の支援とその主体

1 支援活動の背景

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

デンマーク

公的な介護サービスの補完として、様々なボランティア組織が支援や活動を提供している。ここには例えば、家のメンテナンス（軽度な作業）、買い物、社会活動、友愛訪問、電話連絡などの支援が含まれる。社会サービス法に従って、自治体は活性化及び予防目的の業務をボランティア組織へ委託できる。同法の下、自治体はボランティア組織と協力し、ボランティアな社会福祉事業（social work）へ毎年予算をつけないといけない

オランダ

WMO。Q2-1, Q5-1 回答参照。

イギリス

様々なボランティアセクターの組織がこのような支援を行っている。これらは通常、非常に狭い地域で運営されており、多くは教会又は宗教をベースとしているか、輸送会社・退役軍人サービスなど大規模な雇用主が運営する他の提携プログラムの延長であることが多い。チャリティ委員会(Charities Commission、

<http://www.charitycommission.gov.uk/>) は、イングランドとウェールズにおける慈善事業（チャリティ）の規制機関である。

フランス

このような団体の設立や活動に関する法律はない。

小さな自治体の中には、これらの業務で高齢者を支援する「マルチ・タスク」職員を採用している所もある。自治体が支払いを行う「ホームヘルプ」もこれらのサービスを提供するのに協力できる。

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F245.xhtml>

社会的交流は主に、ボランティアな団体が提供している。

シンガポール

支援サービスは VWO が提供する。これは福祉サービス及び／またはコミュニティ全体に役立つサービスを提供する非営利団体である。VWO は通常、協会（society）、有限責任保証会社またはトラストとして設立される。当該組織が慈善目的のみで設立され、その目的を達成するための活動を実施している限り、慈善団体（charity）として登録しなければならない。VWO は協会、有限責任保証会社及び慈善団体として登録されることとなっており、また公的性格を持つ機関（Institution of Public Character, IPC）の地位を得る。

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

デンマーク

ボランティアな社会福祉事業（social work）の促進は、公共の義務を補完するものとして、政治的アジェンダで優先順位が高く位置づけられている。

オランダ

Q2-4 回答、Q5-1 回答参照。

イギリス

ボランティア活動や慈善事業は（直接的であっても寄付金を通じてであっても）、イギリスで定着している。イギリスには活動を行っているボランティア組織が 164,000 か所あり、推計によると 765,000 人（イギリスにおける労働人口の 2.7%）を雇用している。ボランティア組織のうち 88,000 か所弱（54%）は「極小（micro）」であり、年間収入が 1 万ポンド未満となっている。「小規模（Small）」組織は 51,000 か所（31%）で、これらの収入は 1 万～10 万ポンドの間である。極小及び小規模組織は有償の職員を置くことが少なく、また大規模組織と比較して個人からの寄付金に頼ることが多い。他方、最大規模のボランティア組織は収入が 1,000 万ポンドを超え、全国又は国際的に運営されたり有償スタッフを置くことが比較的多い。中には支部を構えて、地域レベルでの運営を行えるようにしている所もある。全国ボランティア団体協議会（National Council for Voluntary Organisations, NCVO）が発行するイギリス市民社会年鑑 2012（UK Civil Society 2012 Almanac）

<http://data.ncvo-vol.org.uk/a/almanac13/finance-the-big-picture/what-is-the-voluntary-sectors-contribution-to-the-economy/>によると、ボランティアセクターはイギリスに合計で 111 億ポンドの付加価値創出に貢献しており、これはイギリスの粗付加価値（GVA）の 0.8%に相当する。ボランティアセクターはイギリス経済に対し、他のセクターに匹敵する貢献を行っており、例えば農業の粗付加価値は 2010 年（データの最新年）で 83 億ポンドだった。児童や若者がこのセクターから最も恩恵を受けており、58%であった。

高齢者のみについてのデータは存在しない。医療や社会的ケアに関してみると、ボランティアセクターの労働人口のうち半数以上（57%）が保健福祉サービスで雇用されており（2010年）、人数では437,000人である。このセクター内の労働人口のうち3分の1以上（37%）または281,000人が「宿泊施設なしの社会的事業活動」で雇用されていた。ボランティアセクターの被雇用者は、この「宿泊施設なしの社会事業活動」内のイギリス労働人口全体のなんと29%を占めている。また、ボランティアセクターでは115,000人が「施設ケア活動」で雇用されており、このカテゴリーの労働人口全体の15%を占めていた。

フランス

高齢者への支援活動は主にボランティアな団体が提供している。その中には宗教団体（例：「カトリックの救済（Secours catholique）」<http://www.secours-catholique.org/>）や人道的支援団体（例：「市民の絆フランス（Secours Populaire Français）」<http://www.secourspopulaire.fr/>）もあるが、大半は思想的なものから独立している（例：「貧しい人々の弟（Petits Frères des Pauvres）」<http://www.petitsfreres.asso.fr/>）。

このような団体の大半は、高齢者以外も支援の対象としている。

シンガポール

家族外から限られた支援しか受けられない状況における、家族内の個人責任についての考え方は、Q2-6回答参照。

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

デンマーク

長年にわたり、高齢者の世帯は主に単独世帯（女性）または夫婦のみの世帯である。成人した子供との同居は非常に稀であるが、高齢者の3/4は、過去1週間内に自分の子供と時間を過ごしている。高齢者が自分の子供と会う度合は、ここ数年間で大きく変わっていない。1997年から2007年の間に、親族から支援を受ける確率は上昇している。この上昇は主に、機能低下が少しでも低下した人に集中している。親族から最も頻繁に受けた支援の内容は、家及び庭のメンテナンスである。新たな研究では、過去1年間で18-65歳の人の28%が1か月に最低1度は親の支援を行っており、24%が親族、友人または近所の人に支援を行っていたことが示されている。

オランダ

Q7-3 回答参照。

イギリス

不況が始まるまでは、ボランティア活動は上昇傾向であった。一方で大半の人々はこれまで、家族や友人を気に掛ける（care “about”、つまり社会的なコンタクトをとる、買い物に行く、訪問する等）ことを喜んで行ってきたが、このような支援に「世話」（care “for”、つまり投薬、入浴、夜間ケア等）が徐々に含まれるようになってきていることへの懸念が高まっている。また、友人又は親族がこのようなタイプの介護を提供し始めると、行政は手を引いて、彼（女）らに引き続き更に多くのケアをしてもらうことが多い。健康状態の悪化や、医療・社会的ケアへのニーズ拡大を当事者が心配しても、そのようなインフォーマルケアがフォーマルケアによって本当に補完されるまたは取って代わられるべき状態になるまで、上記のような状況となることが多い。不況によって状況は更に悪化した。まず全体として、行政は予防も治療も含めて、医療や社会的ケアの提供規模を縮小した。行政としては、高齢期のセルフケアや家族の社会的ケアについて、今は自分で責任を担うものであるということを強調しているのである。（資金調達リスクが行政

から個人へ大きくシフトしている点について、イギリスで多くの人が完全に理解しているか不明である。) これによる大きな影響は、地方自治体の87%が現在、前述した「重篤」または「重度」のケアニーズに対してのみ資金を提供する、ということである。第2に、ケアを必要とする高齢者の親族は、より多くの支援を行わなければならないため、近所の人々や親族以外の人がケアを必要とするようになった場合、支援を行うのに費やすための収入や資源が少なくなるのである。

フランス

介護サービスはもちろん虚弱及び/又は要介護高齢者に役立っている。しかしケアの大半(80%)は家族、特に配偶者又は子供(主に娘)に依存している。これが家族介護者の健康問題や燃えつきの問題につながりかねない。この問題は第3次アルツハイマー計画で対応されている。

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-aider-les-aidants-.html>

レスパイトケア(休没用入院、デイケアセンター、ホームヘルプ、要介護者を介護する家族向けの体系的な医療相談)を強化するための対策がとられている。大都市では大半の場合、近隣者が在宅高齢者のケアに関わることは全くない。近所の連帯が今も残っていると思われる小さな村では、状況は少々異なるようである。

シンガポール

儒教及び親孝行(filial piety)の実践は、大半の中国系シンガポール社会で弱体化している。関係性に影響を与える要素は、経済・社会及び人口学的なものである。成人した子供の数が減少し、独居の高齢者が増加している。また、高齢者は他の高齢者(例:配偶者)へ介護を提供している。人口密度の高い都市シンガポールで生活する近隣住民は、高齢者の支援で限られた役割を担うのみである。このように、高齢者は日々の支援を得るのが難しい状況に直面している。

2 支援活動の状況

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

デンマーク

家のメンテナンス(軽度な作業)、買い物、社会活動、友愛訪問、電話連絡、親族のいない終末期患者の見守り

オランダ

ボランティア活動

オランダでは、あらゆる年齢の人々がボランティア活動に慣れ親しんでいる。ボランティア活動は、幼稚園・小中学校・教会内・スポーツクラブ・政党・福祉機関・老人ホーム・ナーシングホーム等で重要な存在である。ボランティアは子どもたちが読書を学ぶ追加的な支援を行うことができる。ボランティアはアマチュアのサッカー試合で審判としても活躍できるし、庭仕事やコーヒーをサービスすることもできる。平均的に見ると、ボランティアは自治体からの支援を必要としていないが、もし支援を必要としている場合は、当該ボランティアが関わっている組織が、例えば審判となるためにスキルを身につける研修を行うことができる。ときには組織または個人がボランティアを求め、地方政府から支援を得られることもある。地方政府またはその福祉機関は仲介者となって、必要なことを行うのに適切な人を見つけることができる。

医療制度では、多くのボランティアが参加している。例えば病院では、ボランティアが患者を専門医の所へ案内できる。介護施設では、多くのボランティアが社会活動を企画し、利用者をその活動へ連れて行ったり飲み物を提供したり、地元の合唱団の演奏を手配したりしている。

介護施設や病院のボランティアは、利用者のトイレ介助、投薬、利用者の衣服着脱、部屋の清掃など、プロが行う業務を行ってはならない。

入所施設では、ボランティアまたは事務員がボランティア業務の調整を行うことが多い。ボランティアへの僅かなお礼用に、政府が資金援助を提供するということはない。ボランティアが組織自体から小額の謝金を受け取る可能性はある。大半の場合、入所施設のボランティアにはクリスマスディナーが開催され、お礼にクリスマスギフトが配られる。ただしボランティアは、活動の企画を支援してもらうために小額を政府に求めることがある。例えばピエロにお願いして来てほしい時などである。このような資金は、ボランティアへの給与として使うことはできない。

AWBZ ケアへのアクセスが変更されたことにより、高齢者はできるだけ長い間、自立した生活を送らなければならなくなった。中央政府および地方政府は、積極的な社会参加を促進している。人々を結集させて市民社会を確実なものとするために、WMO およびその他の資金が使える。また民間資金も人々の参加を促したり社会的結束を持たせたりするプロジェクトへ投入できる。高齢者にとって、Sluyterman van Loo 財団や RCOAK 財団などの民間資金は非常に重要である。昨年、活力ある社会をもたらすプロジェクトに人々や福祉機関が助成金申請を行うことができた。

イギリス

このような組織の一例として、ロイヤル・ボランタリー・サービス (Royal Voluntary Service = RVS) が挙げられる。この組織はかつてウーマンズ・ロイヤル・ボランタリー・サービス (Women's Royal Voluntary Service = WRVS) として知られていた。これは利用者が女性に限られていたからではなく、職員の多くが外で雇用されていない専業主婦 (母親) のボランティアだったためである。75年の歴史を持つ RVS は 67 の地域支部を通じて、地域のニーズへ応えるためのサポートを構築し、個々の高齢者やその家族へ合った支援を直接提供できるよう取り組んでいる他、自治体・GP・病院トラスト等とも提携している。RVS のボランティアが高齢者へ提供しているサービスの例としては、高齢者の自宅での生活を支援するための配食サービス、高齢者が他者と交流できるための友愛サービスやプログラム、地域の高齢者が社会的・アクティブなままでいられるよう社会活動を提供することを目的としたランチクラブのようなサービス、高齢者が地域で外出し続けられるように地域の交通機関の形態で提供する移動サービス、必要に応じて患者に支援を提供できるような病院サービス及び支援サービス、必要に応じて支援が提供できるような地域支援及び緊急対応などが挙げられる。

Age UK の地域支部もまた同様の支援サービスを提供しており、情報や助言も含まれる。

<http://www.ageuk.org.uk/products/insurance/?ito=GAG7288257770&itc=GAC25868412530&itkw=age%20uk&itawmt=EXACT&itawnw=search&gclid=CJK0nvzh97gCFVMetAodxjMAgg>

Carers UK (<http://www.carersuk.org/>) は介護者及び要介護者へ情報や助言を提供している。

フランス

無料の移送サービス (銀行、教会、市場へ行く等)、文化的活動 (コンサートや展覧会へ行く等) の企画、移動図書館、自宅または施設への訪問、コンピューター支援、祝日の企画等。

シンガポール

Q2-5 回答参照。

(Q5-2) ボランタリーな高齢者支援の対象者は、どのような人でしょうか。

デンマーク

これに関する情報は見当たらない。

オランダ

Q5-1 回答参照。

イギリス

高齢者とその介護者。

フランス

自宅または施設で孤立している虚弱高齢者

シンガポール

Q2-3 回答参照。

(Q5-3) ボランタリーな高齢者支援は、医療制度や介護制度からのサービスとどのような役割分担になっているのでしょうか。また、相互に調整が行われるのでしょうか。

デンマーク

ボランタリーな支援は通常、社会活動、訪問サービス、歩行や運動、家の修繕などである。ボランタリーな支援は公的な介護サービスを補完している。通常はボランタリーな支援と介護の調整は行われない。

オランダ

Q5-1 回答参照。

イギリス

いいえ。これらは通常別個のものとなっている。地域によっては、ボランタリーな支援がフォーマルやインフォーマルな形で提供されるサービスを補完することもある（程度の差あり）。

フランス

ボランタリーな組織は同じ業務を行うものではない。ボランタリーなサービスは、施設及び／または病院職員によるスーパービジョンの下で行われる。利用者宅では利用者及び家族のみが代表することとなる。

シンガポール

Q2-10～Q2-12 回答参照。

(Q5-4) ボランタリーな高齢者支援の活動に対し、行政から財政的支援は行われていますか。

デンマーク

自治体には、ボランタリーな活動へ資金援助を提供する義務がある。

オランダ

Q5-1 回答参照。

イギリス

現段階では「いいえ」。かつては行政がボランタリー組織へ助成金ベースでの限られた支援を提供していたが、不況によってその大半が打ち切られた。いくつかの慈善事業団体がサービスを提供することもあるが、これは通常契約ベースである。

フランス

全体としての答えは「いいえ」。ただしいくつかの大規模なボランタリーな組織は、いくらかの補助金を受け取っている。

シンガポール

行われている。

(Q5-5) ボランタリーな高齢者支援は、対象となる高齢者の自立支援という考え方で活動がなされているでしょうか。

デンマーク

多くの場合、ゴールは孤独・孤立の防止または障害を補うことである。

オランダ

Q5-1 回答参照。

イギリス

大部分は「はい」。Independent Age (<http://www.independentage.org/about-us/>) のような慈善事業団体は、それを唯一の目的としている。この団体は、助言や情報サービスを提供しており、それは専門的で独立し、個別ニーズに応じたものとなっている。電話や E メールによって、毎年約 4,000 人の高齢者及びその家族をサポートしている。社会的ケアに関する助言には、ケアの選択肢やアセスメント、ケア提供者の選定や支払、金銭面での問題、苦情などが含まれる。さらに、ウェブサイト・E メール・電話の他、給付や他のサービスの受給申し立てに関して専門的に助言している詳細で幅広い情報ガイドへのアクセスを通じて、4 万人の高齢者やその家族がこのサービスから情報やサポートを得ている。また、サービスを最も必要としている人たちのために、研修を受けた地域のボランティアと協力して、給付アドバイザーが詳細なアセスメントやケースワークを提供している。

フランス

主な目的は、孤独との闘い、精神的支援や生きる喜びの提供、そして障害や孤立に直面しても幸せな人生を送れる支援である。それを行うことによって、もちろん高齢者の自立支援に貢献する。これらの支援の「信条 (credo)」は、高齢者が自分でできることは決して行わない、ということである。

シンガポール

はい。「エイジング・イン・プレイス (Aging in place。住み慣れた地域で高齢期を過ごす)」の高齢者ケア政策を促進するために。

3 ボランタリーな活動の主体

(Q5-6) ボランタリーな高齢者支援の活動を行う主体は、どのような人たちでしょうか。

デンマーク

主体は全国的な社会的非営利団体である。

オランダ

Q2-1 回答参照。

イギリス

Q5-1 回答参照。

フランス

ボランティア団体は、フランス・ボランティア (France-Benevolat : <http://www.francebenevolat.org/associations/grp/>) と呼ばれる大きなネットワークに集まっており、そこには様々な目的や組織形態を有する団体が多数ある (例 : カトリックの救済 (Secours Catholique)、居住環境と人道 (Habitat et Humanisme)、貧しい人々の弟 (les petits frères des pauvres)、フランス赤十字 (Croix Rouge Française)、救世軍 (Armée du salut)、市民の絆フランス (Secours Populaire Français)、

在宅サービス協会 (Association du service à domicile=ADMR)、ピンクのブラウス (Les Blouses Roses))。

<http://www.habitat-humanisme.org/>
<http://www.croix-rouge.fr/>
<http://www.armedusalut.fr/>, <http://www.admr.org/>
<http://www.lesblousesroses.asso.fr/>

団体に属さずに、知り合いの高齢者と親しくしたりケアを提供している人もいる。

シンガポール

VWO 及び (VWO ほどではないが) 民間セクターの提供者。

(Q5-7) ボランタリーな活動を行う主体を増やすために、行政が何か実施している政策はありますか。

デンマーク

前述したように、自治体は社会サービス法に従って、ボランタリー組織と協力し、ボランタリーな社会福祉事業 (social work) へ毎年予算をつけないといけない。

オランダ

Q2-1 回答 WMO の項参照。

イギリス

一般的に、行政が行うのは精神的及び知的サポートである。慈善事業団体は税の優遇や法人格を得ているが、大半のケースでは、サービス提供での契約以外において直接的な資金援助はほとんど得ていない。しかし「ニューエコノミー」でごく限られた資金援助が更に制限される中、特に助言や情報で更に多くのサポートを提供するよう期待されているようである。例えば市民相談所 (Citizens advice Bureau =CAB、<http://www.citizensadvice.org.uk/index/aboutus.htm>) は 2010-2011 年、210 万人が 710 万件の問題を解決する支援を行った。これらはイングランド及びウェールズの 3,400 か所にあり、360 か所の登録された慈善団体により運営され、22,200 人の熟練ボランティアによって支えられている。

サービスは無料で、あらゆる年齢層の人々を対象として、自分たちの権利や責任について、独立し秘密を守る形で公平な助言を行っている。その年から 2013 年 3 月までの間で 665 件の助言や情報問い合わせが、給付や負債に関するものであった。CAB は、地方自治体・宝くじからの資金・初期医療トラスト (primary care trust) ・慈善事業トラスト・企業・個人から資金を受けているが、財源の大半は政府の助成金である。この政府助成金の額をみると、2011/12 年は計 5,800 万ポンドであり、新たな問い合わせが 2%増加したにも関わらず増額はされなかった。

フランス

政府はいくつかの団体に補助金を提供しているが、多くの場合、経済危機の煽りを受けて補助金が減らされており、団体の機能を著しく困難なものにしている。

シンガポール

機関としての VWO について見ると、政府は VWO の運営活動の 80%まで共同資金提供を行う、という政策がある。また政府は高齢者ケアの試験的プログラムの展開で、最長 3 年で最大 100%の資金援助を行っている。

ボランタリー活動に参加する個人に関して見ると、全国ボランティア・慈善活動センター (National Volunteer and Philanthropy Center=NVPC) が存在する。1999 年に設立された NVPC は、あらゆるセクターでボランティア及び慈善活動を促進・展開する全国機関であり、時間・お金・現物を問わずシンガポールで寄付精神 (giving spirit) を育成するために、人々がまず訪れるセンターとして、また触媒やネットワーク機関としての機能を担っている。

Ⅲ 介護予防

1 介護予防に関する制度

(Q6-1) 日本では、がんや脳卒中といった生活習慣病の予防は、医療保険の保険者や基礎自治体が行っている。一方、心身の機能を維持することにより、介護が必要な状態にならないようにする、あるいは、介護の必要性が重度化しないようにするという「介護予防」という考え方があり、これは、介護保険制度に基づいて基礎自治体を実施している。貴国では、日本のような「介護予防」を目的とした事業はありますか。ある場合、その根拠法は何ですか。

デンマーク

デンマークの自治体は保健法 (Act on Health) に従って、予防及び健康増進活動を行う義務がある。これらの活動は通常、食事・喫煙・アルコール・運動に関するものである。広域圏 (regions) は慢性疾患を抱える人々を対象に、自立促進を目的とした予防活動を行わなければならない。

介護サービスは社会サービス法に従って、日常生活活動能力の維持を支援する形で提供されることとなっている。デンマークの自治体ではこの数年、介護ニーズを減少させるためにリハビリの取り組みが強化されている。介護サービスを申請する人にはまず、日常生活活動能力を向上させるための訓練プログラム (training program) が提供される。自立がかなわない場合には、回復できなかった障害を補完するために、ケアや支援が提供される。

オランダ

高齢者向け介護予防

国の公衆衛生法では、高齢者の介護予防に関して短い段落があるのみである。そこに示されているのは、自治体がこの責任を担う必要がある、ということのみである。したがって、自治体によってこの段落の解釈が異なる。子供の予防接種プログラムやスクリーニングプログラムと異なり、この取り組みは幅広い責任として捉えられてはいない。

イギリス

いいえ。イギリスではこのような全国または地域の社会保障プログラムはない。

フランス

保健制度は、予防よりも急性期ケアに重点を置いている。ただしフランスでは、高齢者を 3 つのカテゴリーに特定することができる。つまり、要介護高齢者 (7-10%)、虚弱高齢者 (10%)、健康で自立した高齢者 (82-83%) である。予防的施策は、ストレス (急性期疾患、配偶者の死亡等) が発生した際、虚弱高齢者が要介護状態になるのを防ぐために不可欠である。虚弱状態をスクリーニングするために、グラントエイジ連帯計画 (Plan Solidarité Grand Age) の枠組みの中で試験的に、70 歳時に一般医が体系的な予防診察を行った。

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age-2.pdf

これは失敗に終わっている。なぜなら、このように大規模な評価を行うのは不可能だと一般医が捉えたからである。現在は病院の高齢者医療センター (hospital geriatric center)、主に外来病院で、「虚弱」の診察を行うシステムがある。虚弱状態が診断されるとリハビリケアがその過程を逆戻りさせる試みを行う。

虚弱高齢者ケアの主な目的のひとつは、虚弱状態が進行して自律喪失となるのを防ぐことである。ケアシステムはこの課題に 2 つの重要な目的を掲げて対応しなければならない。つまり、身体・社会・精神的ウェルビーイングの状態としての健康増進、そして活動の促進である。保健及び介護制度はまず、健康的

なライフスタイルを促進しなければならない。

- 生涯教育及びヘルス・リテラシー
- 健康的な栄養
- 適度で長期的な身体活動
- 知的活動及び社会的交流
- 長期的な職業活動及び娯楽活動
- 個人的なコミットメントや責任

人生を通じた考え方で予防活動の主体を捉えると、一般医及び小児科医、病院及び診療所、学校、大学、マスメディア、職場が挙げられる。

シンガポール

(Q6-1 から Q6-4 まで)

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

<http://tsaofoundation.org/index.php/what-we-do/research-and-collaboration/programmes/self-care-on-health-of-older-persons>

(Q6-2 = (Q6-1) で「ある」と回答した場合)

介護予防の事業の実施主体はどのような組織ですか。また、事業費はどのようにして賄われていますか。

デンマーク

予防活動は自治体及び広域圏 (region) が提供し、リハビリ活動は自治体が提供する。これらの活動は一般 (地方) 税で賄われている。

オランダ

高齢者向けには、いくつかの介護予防プログラムがあり、その一つは転倒予防プログラムである。ホームケア団体、老人ホーム、またはナーシングホームのように、介護に関わる組織がこのようなプログラムを提供することがある。また地域の保健所あるいは保健師が講座を開くこともある。多くの場合、自治体のケア・オフィスまたは介護機関が費用を支払う。通常は、利用者の自費払いはない。転倒予防プログラムは費用効率が高く、オランダで重要性が増している。

高齢者の予防プログラムでもう一つ普及しているのは、鬱の予防または高齢者を対象とした鬱の兆候を早期に発見する研修である。これらのプログラムは、鬱の治療を専門としている機関がウェブサイトにてデジタルで提供したり、あるいはデジタルと電話相談の組み合わせであったり、または近所でのグループ研修であったりする。デジタルウェブサイトおよび電話相談は、中央政府から資金を得ることが多い。地域の保健所、自治体、ケア・オフィス、または介護機関が、地域内で提供される研修の支払いを行う。

コミュニティ住宅または福祉機関ではよく、健康的な食事や運動の継続などに関する講義が行われる。これらの活動には、自治体が補助金を出している。

フランス

虚弱高齢者への提供者は、病院の老年科 (主に大学病院)、一般医及びいくつかの退職保険である。介護予防は社会保障制度の医療保険で賄われている。

シンガポール

Q6-1 への回答参照。

(Q6-3 = (Q6-1) で「ある」と回答した場合)

介護予防事業の対象者はどのような状態の人たちでしょうか。また、その人たちをどのようにして発見/リーチアウトしますか？さらにサービスの内容はどのようなものですか。

デンマーク

リハビリ活動の対象グループは、介護サービス（在宅ケア）の申請者または利用者である。リハビリ活動には、日常生活活動（例：掃除、更衣、入浴、料理）の実施訓練が含まれる。

オランダ

Q6-2 への回答参照。

フランス

虚弱高齢者（老年病専門病院で任意で体系的なスクリーニングが計画される際）。ただし、全ての国民が人生を通じて予防を捉え、健康的なライフスタイルを取り入れるべきである。虚弱高齢者には病院が、リスク要因管理、リハビリ、栄養相談、サルコペニアや平衡障害の理学療法、認知機能評価等を提供する。

シンガポール

Q6-1 への回答参照。

(Q6-4 = (Q6-1) で「ない」と回答した場合)

介護予防を主たる目的とはしていないが、副次的に健康状態の維持・改善につながるものとして評価されている事業はありませんか。ある場合、①実施主体、②事業費の財源、③対象者とその発見法、④サービス内容について教えてください。

イギリス

このようなプログラムは存在しない。イギリスでは、政府の NHS と地方自治体の社会的ケアシステムがそれぞれ分離して運営されており、補完的または代替的なケアサービスは、上記システムの外で、すべて民間財源にて賄われる。（これは通常、利用時ごとに支払うか、あるいは生活保障保険 (Permanent Health Insurance, PMI) を通じて実施される。一般的に後者が使えるのは、短期の急性期治療のみである。慢性疾患の治療向けの事前積立型保険（介護保険を含む）はイギリスには存在しない。（重病時の保険は存在するが、これは特定の疾病または怪我が発生した際にまとまった現金を補償するものであり、治療を提供するものではない。）同様に介護ニーズが認められた場合、査定を受けた上で、そのようなケアの資金として「緊急ニーズ」の年金受給権が得られる。また、若年者を対象とした NHS のサービスの中には、利用者が料金の一部またはすべてを支払うものがある（例：視力、歯科、処方薬）。手術や医学的処置の中でも NHS が全く提供しないものがある（例：特定の美容整形、薬物療法等）。国立最適医療研究所 (National Institute for Health and Care Excellence, NICE、<http://www.nice.org.uk/>) は、コストと有効性のバランスに基づいて、何が資金提供されるか／されないかを決定する政府機関である。

IV 高齢者介護・ボランティアな高齢者支援・介護予防に関する課題と方向性

(Q7-1) 制度の運営面で課題になっていることはありますか。ある場合、それはどのようなことですか。また、その解決のためにどのような改革が行われ、又は予定されていますか。

デンマーク

他の西洋諸国と同様に、高齢者数の増加によって介護の財源確保が課題となっている。全体的なレベルでは、予防やリハビリの取り組みを促進させたり、介護における福祉テクノロジーを導入させたりする対

策がとられている。複雑なケースでの様々な種類のサービス調整や、異なるサービス提供者間の調整も課題となっている。

退院後に介護を必要とする場合、病院と自治体間におけるコミュニケーションや調整も課題である。この課題へ対応するために、広域圏（regions）と自治体間で協力契約（co-operative agreement）が交わされ、複雑な病気の経過に関して役割分担が説明されている。自治体によっては、退院後のケアや治療を調整するために、ケース・コーディネーターが導入されている。

オランダ

AWBZの問題点

AWBZの支出は1967年以降、増加の一途をたどっている。人口高齢化は、看護や介護（施設内外）の受給資格が増えるために、AWBZの支出へ大きな影響を与えている。中央政府はこの点を踏まえ、2008年より地方自治体が社会支援法（WMO）を通じて家事援助（domiciliary care）の責任を負うことを決定した。2013年1月1日より、施設外でのカウンセリングもまたWMOの管轄となる。家事援助も施設外カウンセリングもともに、WMOに取り込まれる前にはAWBZを通じて手配されていた。これらの活動をAWBZからWMOへ移すことにより、オランダの介護セクターの一部が分散化している。これには以下のようにいくつかの利点がある。

- ・介護受給者にとって自治体の方がアクセスしやすい。
- ・地元の介護施設のコストや質について、自治体の方がより多くの情報を有している。
- ・自治体は厳しい予算の中でやりくりしており、必要に応じて介護施設の厳しいカットを余儀なくされる。自治体は、フォーマルな介護施設よりも利用者の社会的ネットワークやボランティアの利用促進を図ることで、このようなカットを実現できる。
- ・自治体は、WMO内の他の社会的支援活動との相乗効果を得ることができる。

イギリス

増加する高齢者への医療及び社会的ケアの提供とその財源確保という点で、イギリスは大半の先進国と同様の人口及び経済的な課題に直面している。今年3月にイギリス政府は、地方自治体（local councils）や医療ケア団体が統合ケア（integrated care）を提供する支援を行うための具体的なステップを発表した。例えばその中には、患者が退院した際に自宅でどのような支援が必要かをケアサービス提供者が確実に分かっているようにすることで、医療と社会的ケアの提供団体が人々のニーズへ応えるために協力できるような地方自治体が助けるのを支援する、といった対策が含まれる。

これを促進するために、政府は2015/16年に38億ポンドのプールされた資金を提供する予定であり、その中にはNHSを通じた追加の20億ポンドも含まれる。これにより、更に迅速で深い統合を実現し、人々がより改善された統合ケアを受けられるようにすることを目指している。上記の資金に加え、2013-14年には1億ポンドを、2014-2015年には2億ポンドを追加で地方自治体に提供する。人々が自分にとって適切なサービスを選べるように、個人ヘルス予算（personal health budget）を提供する予定である。これは、ケアプランに沿って定められた金額を人々が受け取り、そのお金をどのサービスに使うかについては情報に基づいて自分で選択できるようにするものである。また社会的ケアの予算（social care budget）も受け取っている場合には、そちらとも組み合わせやすくするものである。統合ケアへのバリアを取り除くという点において、政府は今後5年間で他の組織と協力してエビデンスに基づく統合ケアを創り出し、その規範を支援することを計画している他、統合ケアに向けて既存の構造を活用する地方の取り組みを推進する計画も行っている。統合ケアの定義について合意を得てそれを発表する他、統合ケアを効率的に提供する

革新的なアプローチの活用方法を開発・実証するための開拓者や手本として行動できるよう、地方に要請したり地方を支援したりする予定である。

またケアプランのある人は皆、自分のケースを監督する専門職（ケアコーディネーター）が割り当てられる。新たな保健及びケア法案（Health and care Bill）だけでなく、政府は2013年7月に協議を開始し、脆弱な高齢者へのケアを根本的に改善するための一連の提案についての意見を求めている。

<https://www.gov.uk/government/news/new-proposals-to-improve-care-for-vulnerable-older-people>

提案では、プライマリケア及び救急ケアでの改善策が発表されている。病院内外で患者へより効果的にサービスを提供するために、NHS及び社会的ケアサービスの協力方法を確立することを検討している。提案の中には、脆弱高齢者がそれぞれ病院外でのケアに責任を持つ臨床医を有し、説明責任を明らかにする他、ケアパッケージがそれぞれのニーズに応じて個別化されるようにする、という内容も含まれる。その他含まれる内容は、①人々の健康維持を支援し地域住民の健康管理で積極的な役割を担えるよう、GPの役割を改善することによる、早期診断の改善と健康維持のサポート、②新たなタイプのサービスを通じたプライマリケアへのアクセス改善（例：予約なしで利用できる迅速なサービスへのアクセス、新たなテクノロジーを通じて患者がGPと様々な方法でつながれる支援、予約をしやすいとする対策、既存のサービスや開業時間の前進）、③一貫して安全な時間外サービスの提供、④2014年12月までに Friends and Family Test（訳注：当該機関／部署のサービスを家族や友人に勧めるか否かについて、患者のフィードバックを求める取り組み）をGPへ広げることによって選択肢やコントロールを強化し、好みのGPまたは看護師に診てもらったり、対面・Eメール・電話といった選択肢を設けるなど、サービスの場所やタイプの選択肢を拡大すること、⑤ケアがコーディネートされた形で提供されるような情報共有及びサービスの連携である。最終計画は2013年10月に発表され、2014-15年のNHSイングランドのリフレッシュされた任務に反映される予定である。

フランス

フランスの保健制度は非常に包括的であり、急性期及びリハビリで手厚いケアが受けられる。すべての人が制度でカバーされているが、今後費用を支えていくのは困難であろう。削減が見込まれているが、まだ導入はされていない。施設介護は患者にとっても家族にとっても高価である。施設費用は3部門に分かれており、APAがカバーする介護費、保健制度が支払う医療費、そして本人及び／またはその家族が請け負う食事及び住居費（1,500-4,000ユーロ／月）となっている。

最後の自己負担部分が患者及びその家族にとって難しい問題となっている。なぜならばこの金額が、フランスの平均的な退職年金（1,200ユーロ／月）よりも高額だからである。この問題へ対応するために、法律を整備中である。

2001年以降、政府によっていくつかの計画が出された。

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

<http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-120.html>

-グランドエイジ連帯計画（Plan « Solidarité-Grand Age »）：2006年に採択、2007年に承認（2012年まで）。85歳以上人口1,000人に対し467床を確保することを目指し、新たな施設ベッドを毎年徐々に増加させる。

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age-2.pdf

-アルツハイマー3計画（Three « Alzheimer » plans）：2001、2004、2008年。2008年計画は2012年までカバー。

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2001_2005.pdf

<http://www.sante.gouv.fr/archives-les-plans-alzheimer-2001-2005-et-2004-2007.html>
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/planalzheimerbroschure.pdf>

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

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

http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=55

上記の計画はすべて、フランスにおける高齢者統合ケアの改善に重要なツールであった。これらの計画のおかげで老年医学が発展でき、その発展は特に学問的老年医学で顕著にみられ、老年医学の教授の数は倍増したのである。

シンガポール

1点目の課題は、シンガポール全域におけるケアサービスの統合と調整である。既存の制度では、ある一定期間向けにサービスをつなげることに焦点を当てがちで、変化するニーズに基づくサービスの調整が行われていない（あたかも高齢者の状態がある一定期間で完全な回復があらかじめ定められていたかのごとく！）。現在では、この課題へ対応するために中央集中型の調整を通じた統合の改善やシンガポールの状況にあったケアマネジメントシステムの展開の取り組みが行われている。前者は統合ケア局 (AIC)、後者はAIC及びVWO (例: Tsao FoundationのHua Meiケアマネジメント) が実施している。

2点目の課題は、現在の需要を踏まえるとサービスの提供量が少ないという点である。認知症デイケア、統合ケア、ナーシングホームなどのサービスでは、これらについて十分な認識を持っている高齢者やその家族による待機リストが存在する。この課題へ対応するために、サービスの拡大がみられている。しかし人材確保 (例: 看護師、ソーシャルワーカー、介護職) の問題は深刻である。技術を持った移民の労働力は、この問題へ部分的な解決しかもたらしていない。

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

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

(Q7-2) 介護制度の財政負担を軽減するため、過去に、介護制度の対象者を狭くする (介護の必要性が低い人を給付対象から除外する) 改正が行われたことはありますか。またはそのような改正が予定されていますか。

デンマーク

いいえ。介護サービスの受給資格を得られる障害レベルを示した公式な規則は存在しない。サービスの支給は、個人のニーズに関する全体的なアセスメントに基づいて行われ、サービスのレベルは各自治体が決定する。この数年間で、支援によっては徐々に減らされているものもある。例えば掃除の提供支援量は大幅に減らされている。

オランダ

AWBZ は 2013 年初めに変更された。変更後は、ZZP1 と 2 の人は老人ホームまたはナーシングホームへアクセスできなくなる。2014 年からは、ZZP3 の人もこれらの施設利用可能リストから外され、それ以降は、認定レベル 4 以上の高齢者のみが、AWBZ の支払いを受ける老人ホームまたはナーシングホームへアクセスできることとなる（認定レベルが高いほど高齢者の依存度も高い）。したがって、老人ホームやナーシングホームで生活する高齢者の数はさらに減少するだろう。

在宅での看護や介護は AWBZ が支払っているが、政策変更により、2015 年からは在宅看護を ZVW が、在宅介護を WMO が支払うようになる。医療、看護および介護は「ホームケア」という言葉には該当しない。ホームケアは家の掃除、食料雑貨の買い物および調理などの活動を網羅する、家事援助（domiciliary care）全般を指す。高齢者の収入に応じて、ホームケアはその一部またはすべてが WMO（社会支援法）で支払われる。

- ・高齢者介護、ボランティアな支援、介護予防：課題と方向性

オランダでは介護制度での支出が毎年増加している。中央政府は、介護費用を安定化、そして願わくは減少させるための政策を打ち出した。介護施設入居高齢者の数を減らす理由とその例は前述の通りである。長期的に見ると、高齢者は介護施設での住居費やサービス費を自分で支払わなければならない。そしてケアの部分のみが AWBZ で支払われることになるだろう。

介護が中央および地方政府ですべて賄われるものから自費払いのものに変わりつつあることに、社会は徐々に気付いている。これは多くの人々にとって非常に理解しがたいことである。政府の新たな政策に対して、異議も多い。しかし制度の経済的資力を保つには、これが唯一の道なのである。

制度の運営は非常に官僚的である。中央政府では、制度の官僚的なレベルを下げるような政策に取り組んでいるが、その政策の方向性がどのようなものなのかは不明である。

イギリス

前述したように、新たなケア法案では、2015-16 年に始まる新しい全国受給資格の枠組みに支えられた新しい資金調達システムが提案されている。政府は 2013 年 6 月に、成人向けケア及びサポートの受給資格要件の全国的な最低基準向けの新たな討議資料を発表した。

<https://www.gov.uk/government/publications/draft-national-eligibility-criteria-for-adult-care-and-support>

実際のアウトカムという点では、現制度の「重度」相当を国の最低基準として設けることを、政府は提案している。これは地方自治体の大半が現在運営しているレベルである。しかし、これらの検討・討議用草稿で提示されたアプローチを策定するにあたって政府は、現在のグループシステムの運営を巡るフィードバックから学んできており、ウェルビーイングへの影響に重点を置いてケア法案の言語の中に受給資格を満たすニーズが確実に説明されるようにすると述べている。イギリス保健省は、この提案及び規則の草案に関する検討を行うよう勧めている。本件に関する検討は、ケア法案が国会を通過するまで続けられる予定である。その後 2014 年に、公式な協議が始まる予定である。

フランス

いいえ。介護制度は利用対象者を限定しないが、政府は制度の資金を確保するために他の財源を模索している（税？保険料？）。法律によって新たなプロセスが決められるだろう。

シンガポール

いいえ。シンガポールでは介護制度は比較的新しく、潜在的需要が明らかになっていないため、介護サービスの供給を増やしていく方向に進んでいるようである。しかし政策立案者は慎重で、あらゆるステッ

プにおいて費用抑制を重視している。これは介護制度にかかりうる財政負担を避けたり最小限に抑えることを目指すものである。

(Q7-3) サービスの内容について課題となっていることはありますか。ある場合、それはどのようなことですか。また、その解決のためにどのような改革が行われ、又は予定されていますか。

デンマーク

課題は、利用者の全体的な状況（つまり身体、精神、社会的状況）を考慮したまとまりのある介護サービスを提供することである。リハビリが優先的アジェンダとなっている中で課題となっているのは、個人レベルにおけるリハビリの取り組みとケアやサポートの提供のバランスである。委員会（commissions）は将来の介護サービスへ提言を行った。

オランダ

市民社会

オランダでは、75歳以上の人口が急増している。この高齢化社会は、例えばケアの必要性・高齢者の住宅・孤立防止など、我々が考えなければならない多くの課題を投げかけている。

オランダでは1970年以降、三世代世帯（祖父母・両親・子供）は珍しい存在となった。高齢者は、虚弱となりケアを必要とするまで自宅に留まったのである。その頃から、老人ホームに住むという可能性が出てきた。非常に虚弱な人は、病院でなくナーシングホームで最期の年月を過ごせるようになったのである。ナーシングホームはまた高齢者のリハビリ業務も担い、高齢者は回復すると退所するのである。

オランダでは、国の介護政策が急速に変わってきている。老人ホームやナーシングホームは、ケアの必要性が重度になった場合にアクセスできる。現状では、軽度の要介護者（ベッドから／への移動、衣服着脱、靴下の着脱、調理等）は自宅に留まって暮らさなければならない。高齢者は自宅で、かつて老人ホームで提供されていたようなケアを受ける。ただしこのケアは、近隣者（配偶者、子供、近所の人、友人）が何がしかのケアで支援できるかどうかという調査なしでは受けられない。この国策は、オランダの介護制度で急増しているコストが原因となって打ち立てられている。

この政策は、昔に戻って三世代世帯が虚弱高齢者として生き残る唯一の道となることを意図するものではない。夫婦共働きで、経済的な理由等から子供が親から地理（距離）的に離れて暮らしているケースが多い現在、三世代世帯は社会的状況にそぐわない。したがってオランダでは、人々が喜んで助け合い世話をし合えるよう、政府が市民社会を活性化する取り組みを行っている。オランダでは、ボランティア活動が非常に普及しており、それがこの政策実施にチャンスを与えている。

市民について新たな考え方が出ている中、この政策は時宜を得ているといえる。また活動的な高齢者たちは、老人ホームやナーシングホームでの死を望まず、自宅で住み慣れた地域で年を重ねて死にたいと願っている、ということも見えてきている。新しい取り組みが表れている。例えば高齢者が学生に部屋を貸すというものである。家賃は求められないが、代わりに学生は、買い物・調理・掃除を行う。そして一日の終わりには、食事を共にする。もう一つの例は、高齢者がビジネスマンのアイロンがけを行うというものである。そのお礼として、ビジネスマンは高齢者の税金関連書類や帳簿の作成を手伝えるのである。インターネットを使ったいくつかの取り組みでは、近所で多めに食事を作った人から自家製料理を購入できる、というものもある。これらは小さなものではあるが、市民社会の非常に重要な取り組みである。

より大規模な取り組みは、アムステルダムのビレッジ・プロジェクト（StadsdorpZuid）およびホーヘローン（Hoogeloon）の介護協同組合（caregiving cooperative）である。我が国の首相は2013年10月2

日、情報を得るために **StadsdorpZuid** を訪問した。このビレッジ・プロジェクトの住宅コミュニティに住む高齢者は、公的な医療ニーズが低く、また他の人と比べて孤独感も少ないのである。

これらの取り組みは、高齢者の回復力を改善する。高齢者がお互い近くに住んで助け合えば、ケアの必要性を遅らせることができるのである。また住宅コミュニティでは若い人たちとの共生力も高まるため、近隣地域をより魅力的にもできる。この取り組みにより、世代間交流の可能性ができるのである。自治体・賃貸住宅団体・医療提供機関は、これらの取り組みを促進および支援できる。住宅コミュニティに住む市民や人々は、公民館や高齢者宅（庭の手入れ、洗濯等）でボランティア活動ができる。これは、オランダで老人ホームの数が減ったことの功名のひとつかもしれない。

世代間交流・ボランティア活動・住宅コミュニティの促進に加え、高齢者に適した手頃な価格の住宅がさらに必要であるということ、オランダは認識しなければならない。近隣の清掃やケア事業者およびスポーツ施設等によって、同じ地域での生活がより魅力的なものとなる。これはまた、人々がもうお互い見知らぬ関係で暮らさなくてもよい生き生きとした地域を作るのである。

このような取り組みは、小さくも大きくも出来る。自分たちで企画することもできれば、公式な団体や自治体の支援を得て行うこともできる。また、介護提供団体は仕事の方法を変えてきており、自治体や社会住宅団体と協力して、高齢者が多く住む地区で特定のサービスを提供している。社会住宅団体は、高齢者を特定地区に集中させる支援を行うことができ、例えば低コストで健康的な夕食プログラムや日常的な活動プログラムの提供などが挙げられる。介護提供団体は、WMOが支払う家事支援やAWBZが支払う介護サービスを提供できる。このモデルでは狭い地区に虚弱高齢者が集中しているため、介護提供団体にとって魅力的なものである。

中央政府や自治体は市民社会の活性化に取り組んでいるものの、手続きや法律がその成功を非常に困難なものにしかねない。制約の多い手続きや法律が、新たな／拡大途中の取り組みを阻んでいる、と比較的大きな取り組みを行っている所の多くは述べている。この緊急課題に対応する必要がある。

イギリス

医療と社会的ケアの統合を別にする、高齢者が自宅でできるだけ長く自立した生活を続けて費用のかかる施設へ移らなくてもよいようにするために住宅が担っている重要な役割について、理解を深める必要がある、新たなケアモデルではケアが提供される場所に関しても考慮されるべきである。それは高齢者の健康・ウェルビーイング・尊厳という点からも、当事者や社会へのコストという点からも言えることである。情報を持ち、社会に積極的に関与しており、社会から孤立していない高齢者は、自分たちが住む地域社会へまだまだ貢献できる可能性がある、ということ、これを常に念頭に置くのである。例えば国際長寿センター・英国が2013年6月に発行した報告書⁽⁴⁾では、自宅や近隣の環境が、私達が社会とつながりながら年を重ねていく能力へ大きな影響を与えており、これは後に私達の健康へ影響を及ぼす可能性がある、と論じている。私達は皆、高齢になるにつれ、情報に基づいて住宅に関する決定を行う際に支援を必要としており、理想としてはその決定が、私達の身体的・精神的・情緒的な健康ニーズを考慮してその住宅が作られたものであるという知識に裏付けられていることが望ましい。エクストラ・ケア住宅に入居した高齢者を見ると、社交的な生活や関係性が強化され、結果として孤立のリスクが低下するという証拠が出てきている。優れた住宅は孤立や孤独の解決策を提供してくれるのである。エクストラ・ケア住宅スキームの多くの中で見られる理念・デザイン・活動・一体感により、孤独や孤立に対応する潜在的な可能性を示しており、これが入居者の健康やウェルビーイングに好影響を与え、社会的ネットワークの維持に役立っているという証拠が示されているのである。

1. Dylan Kneale (2013年6月). What role for extra care housing in a socially isolated landscape? Housing Learning and Improvement Network (社会的孤立の環境下におけるエクストラ・ケア住宅の役割: 住宅学習・改善ネットワーク). ILC-UK.

フランス

課題となっているのは以下の点である。

- サービスの質向上
- 調整や統合の改善
- 施設入所高齢患者への経済的支援
- 予防の重視

シンガポール

サービスの内容は、持続可能な財源確保を可能とする方法で徐々に展開されている（例：上限を設けた拋出）。サービス内容や長期的に国でどのように資金を確保するかについて判断するため、シンガポールの政策立案者は、他国（例：日本、米国、オランダ）の介護制度について学んでいる。介護サービスへの一部自己負担を通じて示されるように、シンガポールは引き続き個人責任の理念を維持していく予定である。

<注：執筆者が同じであることからオランダについての記述は下記の報告書の引用も含んでいる>

Herbert Rolden & Marieke van der Waal (2012). Coordination of health care services in the Netherlands (オランダにおける医療・介護サービスの調整), 『医療・介護において共有すべき情報に関する研究』, 福祉未来研究所
Herbert Rolden & Marieke van der Waal (2012/2013). Organizations, information sharing, payment structures, and increasing health care expenditure (組織、情報共有、支払構造および増加する医療費), 『医療・介護連携において共有すべき情報に関する研究』, 福祉未来研究所

(イギリス 回答補足)

上記の報告書は、国際長寿センター-英国が 2011 年に出した報告書⁽²⁾を基礎としたものである。2011 年の報告書では、エクストラ・ケア住宅がより良い健康のアウトカムを出し、高齢者が直面する介護コストの削減に大きな役割を果たせる、と述べている。エクストラ・ケア住宅 3 か所での縦断調査データを用いた結果、地域で在宅ケアを受けながら生活している人と比較して、エクストラ・ケア住宅に住む人たちは施設への入所率が約半分であったことが分かった。したがってこの研究では、エクストラ・ケア住宅が「生のための住宅 (home for life)」、つまり入居者の変わりゆく社会的ケアのニーズへ上手く対応する住宅である、と論じている。この研究ではまた、社会的ケアのニーズが増えてエクストラ・ケア住宅に入居した人の 4 分の 1 で、後に健康状態が改善し、つまり社会的ケアニーズが減少したことや、エクストラ・ケア住宅では地域住民サンプルと比較して入院率が低いことも分かった。比較対象となった地域住民と比べると、エクストラ・ケア住宅の入居者の転倒数は予想外に低かった。ILC-UK としては、特に長期的に見てエクストラ・ケア住宅が公共の財布に大きな節約効果をもたらせることを、この研究結果が示唆していると感じた。

国際長寿センター-英国が 2013 年 5 月に出した報告書⁽³⁾では、65 歳以上の人の多くが自分の老化を認識すべきであり、したがってダウンサイジングや専門住宅のメリットに気づかずにいる、と主張している。この態度は、イギリスにおける「エイジング・イン・プレイス (ageing in place)」への誤解によって悪化している。後者は政策立案者や多くの潜在顧客から、「深刻な医療やケアニーズがある人のための退職者住宅」として捉えられており、これが本セクターの悪いイメージを更に悪化させている。また私達は、高齢者差別的なニュアンスによって損なわれている低い入居率を巡る議論によっても妨げられてきた。私達は人生を通じて低い入居率を阻止すべきである。ダウンサイジングを奨励したいのであれば、私達は更に多くの住宅を建設する必要がある。初めて住宅購入する人々と高齢者が同じように小さな住宅を追いかけるようになれば、状況は悪化してしまう。高齢者は、自分たちの生活の質を向上させ、また後に健康や社会的ケアのアウトカムも改善できる可能性を持つ住宅オプションを提供されれば、引っ越すのである。

国際長寿センター-英国が 2013 年 7 月に出した報告書⁽⁴⁾では、高齢者の現在及び将来的なニーズへ対応するにあたっての根本的な懸念事項は、今後社会的ケアを提供するのに必要な労働力であると論じている。人材の将来的な展開に関する検討から浮上している問題の中には、一般及び専門スタッフの採用及び維持、職員の構造及びケアへの影響、労働者の高齢化が含まれており、またボランティアをどのように募集するか、ホーム職員の重要な補完者としてボランティアにとって魅力があり留まりたいと思える環境をどのように作るか、という点も含まれている。ケアホームに住む高齢者の経験や願いから、入居者が自らのケア・サポート・その他幅広い事項に関しての決定に自分たちが影響力を持ちたい、という強い願望があることが示されている。これが将来のケアホームにおけるケア提供の中心となる精神であるべきと考えられた。また将来のケア提供におけるテクノロジーの活用についても、詳しく検討された。そこに含まれるのは、職員向けにケアを補完するテクノロジー、入居者の生活を改善するためのテクノロジー、テクノロジーの費用対効果などである。最終的には、よりよいケア提供に向けたテクノロジーの活用と、入居者との対人的なコンタクトの価値との間に妥協点 (トレード・オフ) が必要であると感じられた。この報告の中心となるのは、ケアホームのアイデアを「コミュニティの拠点 (community hub)」、つまり幅広いサービスが一つ屋根の下あるいはまとまった近隣地域内に集まっている所として捉え、これらのコンセプトをまとめた点である。「コミュニティの拠点」の中で、ケアホームは物質的な一連の建物としてよりは、より広い

コミュニティの中にある専門ケアの提供モデルとして捉えることができる可能性を持っている。そしてその原動力は、人々の状態と彼（女）らが必要とするサービスのタイプなのである。それらのサービスは、幅広い新たなそして開発中のテレ・ヘルス（tele-health）及びテレ・ケア（tele-care）テクノロジーによって補完されるのである。

2. ILC-UK（2001年9月13日）. *Establishing the extra in Extra Care, Perspectives from three Extra Care Housing Providers*（エクストラ・ケアにおける「エクストラ」の確立：エクストラ・ケア住宅提供者3か所による視点）.
3. Dylan Kneale 他（2013年5月）. *Downsizing in later life and appropriate housing size across our lifetime*（高齢期におけるダウンサイジング及び人生を通じた適切な住宅サイズ）. ILC-UK.
4. Mark Mason（2013年7月）. *Care Home Sweet Home. Care Home of the Future*（ケアホーム・スイートホーム：未来のケアホーム）. ILC-UK.

仮想 3 ケースへの回答

1. 仮想 3 ケースについて デンマーク… 5 3
2. 仮想 3 ケースについて オランダ… 6 2
3. 仮想 3 ケースについて イギリス… 8 0

1. 仮想3ケースについて デンマーク

<ファクセ判定委員>

・デンマークではバーセルインデックスは使わない。デンマークでは0から4の段階の機能レベルを使う。0が健常と同じ。1はちょっとしたサポートがある。2がサポートがあるがそれほど重度ではない。2はたとえば入浴のサポートはいるがある程度自分でもできる。3は一緒にできるが自分ではできない。4が全くできない。認知症の人も同じ。

(質問：最初の4つの段階について。この段階ということが決まったら、段階でサービスの総量が決まるということか)

・そうではない。同じレベル2になったとしてもひとりひとり状態が違うので、ひとりひとりの状態を見て決めていく。

(質問：人がそのレベルに属するというのではなく、行為ごとに、入浴はどれ食事はどれという使い方か)

・各項目によって違う。バーセルインデックスもそうではないか。

1) 仮想ケース1：A夫人（身体自立度が軽度、認知症なし）

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

(参考) Barthel Index 65点

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

【質問項目】

Q1：Aさんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。

<ヒューマンケア>

・まず、あまり状態が悪くないようなので、掃除。隔週ごとに、2週間に1回1時間の掃除。この方は一人でお風呂には入れる、トイレも一人で行ける。失禁の問題があればおむつの支給がある。

・自治体にとって、1日に3回トイレに行くのに支援をしたら高くつく。それでおむつを支給し

て、1日に2回おむつ交換に行く。1回15から20分、マックス20分。

・ショッピングは電話で注文することができる。民間の、スーパーマーケットが自治体と提携して、配達をするということになっている。1週間に1回配達してくれる。カタログがある。彼女が電話をする。

(質問：自分でできない場合は)

・その場合はこのスタッフが買い物の注文リストをもらって、この事務所からファックスかメールを出す。

<ファクセ判定委員>

・ケース1は在宅介護が入る。家事援助並びに身体介助が必要。彼女は移動がしにくいということとトイレに行くのが大変だということで1日に5回ヘルプを入れる。それから毎日の身体介助にもヘルパーが来る。それは入浴支援。ベッドから椅子への移乗、トイレに行く介助。それから歩行が困難ということで配食サービスに来てもらって、食事はホームヘルパーが温めてくれるだろう。ホームヘルパーが作ることもできるが、この人が希望すれば配食サービスで冷凍食をもらって電子レンジであっただかくすることもできる。

(質問：5回は家事援助と身体介護両方か)

・まず朝ベッドから降りて身体清浄してトイレに行く、同時に朝食も用意してもらう。同じ人がやる。身体介助が30分、朝食を用意するのが18分。この18分の中に朝食を用意するだけではなくて皿洗いをする、ベッドメイクをすとかちよつとした仕事も入っている。リハビリの目的がこの社会サービス法の86の2から出ている。これが備考というか、どういうことをするか書いてある。

後の4回は20分ぐらい。朝入浴しているなのでこの日は入浴しなくてもいい。10分を昼食と夕食に使う。

サービスカタログ 2013年8月

すべての時間は目安である。

行為	時間 (分)	備考	
1 清掃			
毎週	30		§ 83, § 86.2
隔週	50		§ 83, § 86.2
隔週+シーツ交換	60		§ 83, § 86.2
三週に一度	50	定期的清掃	§ 83, § 86.2
三週に一度+シーツ交換	60	定期的清掃	§ 83, § 86.2
2 洗濯			
本人の家で洗濯	3		§ 83, § 86.2
ランドリーで洗濯	10		§ 83, § 86.2
干す/乾燥	10		§ 83, § 86.2
取り入れ/しまう	10		§ 83, § 86.2
3 品物			
配達	1	民間事業者が提供	§ 83, § 86.2
注文	10	買ったものは配達される	§ 83, § 86.2
所定のところに置く	5	一般には配達員によって	§ 83, § 86.2

		行われる	
4 食べもの			
調理+切る、片付け、洗い物、 生ごみ (最大1日1回)	18	温める/サービス/服薬 管理を含めて提供。包丁に 油を差し、片付け、洗い物、 ゴミ入れを空にする	§ 83, § 86.2
飲食の介助	10	1人あるいは2人、本人だ けの場合も	§ 83, § 86.2
食事サービス	1	民間事業者が提供	§ 83, § 86.2
食事+薬	10	温める/サービス/服薬 管理を含めて提供	§ 83, § 86.2
5 薬			
服薬	5		
6 身体介護			
食事、着衣、トイレ、移動、 ベッドメイキング	30		§ 83, § 86.2
軽介護、着衣、トイレ、移動	20		§ 83, § 86.2
トイレ (移動含む)	10		§ 83, § 86.2
位置/逆転	10		§ 83, § 86.2
2人で移動	5		§ 83, § 86.2
7 心理/社会			
日常生活の構造と文脈 (訳 注: 生活上の作業手順を示す)	5		§ 83, § 86.2
社会的関係 (訳注: 社会活動 参加支援)	10	ガイダンス、サポート、社 会活動/関係づくりへの 参加を勧める	§ 83, § 86.2
8 リハビリテーション			
屋内外の運動	10	「毎日のよい生活」の臨時 給付	§ 86.2
1 毎日のよい生活 (訳注: ト レーニング)	15		§ 86.2
2 毎日のよい生活	30		§ 86.2
3 毎日のよい生活	45		§ 86.2
9 看護サービス			
投薬 隔週	20		§ 138 su
投薬 3週に1回	25		§ 138 su
他			

Q2: Q1 で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。

Q3: 介護保険や自治体の社会支援 (税) ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、Aさんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか? ある場合、具体的な内容を教えてください。

<ヒューマンケア>

(質問: Aのケースを見て、ボランティアの方とかがサポートする可能性はかなり考えられるか)

・訪問の友、エルダーセイエン、赤十字とかボランティアセンターに連絡をして、訪問の友に来てもらったらいいかもしれない。それから今始まったのは、訪問の犬というのをやっている。犬をタクシーに乗せていく。犬好きな人が多くとても人気があるそうだ。

Q4: A さんに対するサービス提供は、予防的な観点もしくは自立支援の観点は重視されますか？

<ヒューマンケア>

(質問: 長距離歩けないが、リハビリ的なサービスはあるか)

・判定委員がこの人はトレーニングの必要があると判定したら、自治体の OT と一緒にこのヘルパーと一緒に行ってトレーニングに入る。これは OT がトレーニング計画を立てる。これが 2 ヶ月間のトレーニング計画で、2 ヶ月経った後またコントロールして、どれぐらい効果があったか結果を見て、また次の 2 ヶ月のトレーニング計画を立てる。

Q5: A さんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。

<ヒューマンケア>

(質問: あとは家族が同居していて、例えば娘さんがいて本人をサポートできるという場合でもサービスは別に変わらないか)

・2 つのやり方がある。ひとつは、息子家族と一緒に住んでいる場合、嫁がケアをしてくれる場合は、その嫁は自治体に雇われて職員となってケアをする。給料は、専門職ではない人の給料と同じ時給になる。「自分で決めた職員、スタッフ」という。

・あるいは、例えばお風呂に入れるのにヘルプがいるけれど、専門技術を身に付けてない人には重すぎるという場合は、やっぱり自治体のほうが民間社に頼んで専門スタッフが外から入ってくる。その嫁さんがいても。

Q6: A さんの経済状況が良い/悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。

<ヒューマンケア>

(質問: 問 6 に関係するが、お金持っている人はおそらく自治体の無料サービスだけではなく、自分でお金を払って追加的に民間からサービスを買うのは考えられるか)。

・このケースのこのレベルではいないだろう。

(質問: ケースをちょっと離れて、例えばお金があるから自治体が判定した以上に使いたいというような客はいるか)

・いる。

(質問: 何パーセントぐらいの売上を占めているか)

・2.5 パーセントぐらい。地域による。お金持ちが多い地域は多い。

2) 仮想ケース 2 : B 夫人 (身体自立度が軽度、軽度～中程度の認知症あり)

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

(参考) BarthelIndex 75 点

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

【質問項目】

Q1 : B さんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量 (時間や給付費用額) およびサービス内容について教えてください。

<ヒューマンケア>

- ・毎日ヘルパーのサービスが必要。毎日同じヘルパーが来る。同じような状態の 85 歳の男性のクライアントがいる。彼のところに 1 日に 5 回こちらから行っています。すべてに關しての援助をしている。
- ・1 回あたりは 15 分から 1 時間半。
- ・1 時間半というのは、入浴させて、男性だからヒゲを剃るとかする。そういうので 1 時間半掛かる。身だしなみを整える。
- ・洗濯もするし、それから買い物はヘルパーがリストを書いてそれでさっき言った会社に出す。1 日 5 回行く中で、身体的な介護と、買い物、洗濯も含めて行われる。

<ファクセ判定委員>

- ・軽度の認知症だが、一人で住める人だと思う。時々失禁があるということだがこれはおむつをすることによって解決する。それで、ホームヘルパーが何度も来なくてもいいかもしれない。日に 2 回ホームヘルパーを送る。朝 (ケース 1 と同じ) と夜の就寝前にベッドに入れる。食事は自分でできるようだ。ただ、掃除とか洗濯とか買い物にサポートがいるようだ。買い物はだいたい 1 週間に 1 回持ってきてくれるスーパーマーケットに電話で注文する。自分でできない場合はホームヘルパーがやってくれる。日に 2 回でほとんどが身体介助。

・徘徊して家に帰れなくなるということが何度も起こったらもしかしたら彼女は一人で在宅ができないという評価をすることがある。

(質問：ケース 2 もに配食サービスを入れるか)

・自分で調理できなければ配食サービスがあったほうがいい。この人は軽い認知症ということで自治体の認知症コンサルタントが家庭訪問をするだろう。

Q2：Q1 で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。

Q3：介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、Bさんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。

<ヒューマンケア>

(質問：特に認知症の方用のサービスというのはいくつかあるか)

・パーソナライズなので、認知症の人というサービスはない。基本的なことは、要するに同じヘルパーが来ることというのが非常に重要。

(質問：日本では認知症のキャンペーンが行われているが、デンマークでは認知症のことはよく知られているか)

・はい。テレビでキャンペーンをやっている。社会保険省がやっていると思う。

Q4：Bさんに対するサービス提供は、認知症であることへの観点は重視されますか？

<ヒューマンケア>

(質問：徘徊の場合は日本では地域で放送をしたりするが、デンマークではどうか)

・普通は、近くにいる人が分かる、なにかウロウロしているのが、その人を助けて自治体か警察に電話をする。まずどこの誰かが分からないということで連絡をする。

・デンマークは全員が住基番号、背番号を持っている。高齢者は、認知症になってもその背番号は一生身に付けてきたことだから言える。その背番号を言うと、今現在どこに住んでいるか分かる。

Q5：Bさんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。

Q6：Bさんの経済状況が良い／悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。

(質問：この場合、自治体の公的なサービスの他に、何かサービスを自腹で購入するという余地はあるか)

・家族がそれを望むかどうか。たぶん家族と一緒に散歩に連れて行ってくれと頼むかもしれない。判定の外で。

(質問：その場合支払いはどういうことになるか)

・まずその額だが、例えばひと月に数回だけというような場合は高い。それで1日に何回もというエクストラヘルプサービスがほしいという人は無料にすることもあり、非常に額が少ない。というのはもうヘルパーが行っているのだから、ちょっとついでにやっただけというので、あんまりお金が掛からない。

・車で移動しているヘルパーたちが、例えば9時から15時の間仕事をする。日勤で。その間に3時間は移動の時間に使うが、その移動の途中にそのエクストラサービスがほしいと言ったクライアントがいるとしたら、その時間はどこに行っても支払われるので、彼女としてはそのサービスで行ってあげても全然自分の懐は痛くはない。請求は請求書を送る。ただ、認知症の人には送らない。捨てられるので。家族に送る。

3) 仮想ケース3：Cさん(身体自立度が中度、認知症なし)

仮想ケース内容

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

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

(参考) BarthelIndex 40点

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

【質問項目】

Q1：Cさんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量(時間や給付費用額)およびサービス内容について教えてください。

<ヒューマンケア>

・トイレのインデックスが5ということはトイレに行けるか。

(行ける、でも助けが必要)

・家事支援、身体支援が必要。フルサービスということで1日に4回は行く。それから掃除もする。買い物は、左手が使えるということは、電話ができる。認知症もない。

・ドアは自分でか、左手で。

(開けられると思っていい)

・洗濯もこちらです。だから、洗濯、掃除のサービスとなる。入浴も支援がいるだろう。それとトイレ、身だしなみ。1日4回来て、毎日。

・時間的には、入浴はたぶん30分で済む。この人は左手が使えるわけで、車椅子に座っていても。だから30分で済む。それから服を着るのも自分でできる。ただ夜ベッドに入る時のヘルプは15分ぐらいいる。4回行っても時間はわりに短い。クライアントによっては、ストッキングを履かせに行く、5分で済むクライアントもいる。

・それから薬をあげる。

(朝は何をするか)

・食事。朝食を作ってサービスして、洋服に着替えて、それから昼食の準備を朝にする。準備と言っても塗るだけだけど。それからあとトイレに行って、入浴の世話。

・判定というのは、4、5人の判定委員がいて、行くときは一人で家庭訪問をする。だから、判定の結果がまちまちだ。その人によって違う。だから、同じ状態でも、サービスは違う。それをその自治体に言うのがこの民間のヘルパーの仕事にもなる。この人はこのサービスでは不足なのでもっと時間を長くするべきではないかというように。

・洗濯だが、ヘルパーがする場合もあり、洗濯機があればヘルパーがするが、洗濯機がないところは会社に頼む。クリーニング会社がシーツとか大きいものは取りに来る。

・高齢者はもうたびたび来なくてもいいという人が多い。どうしてかと言うと、ヘルパーが来る、訪問看護師が来る、買い物の配達に来る、で、クリーニング屋が来たら、もう1日中人が出入りして落ち着かないというので嫌う高齢者もいる。

<ファクセ判定委員>

・この人はいろいろなことに助けが必要だが、在宅はできると思う。1日に5回サービスを入れてみる。これはやってみてもう少し必要であればもっと入れるかもしれない。一人でどうしても在宅できないようだったら、ショートステイに入ってもらおうという可能性もある。このショートステイにいる間にこの人は在宅が可能であるか、可能でないからプライエボリーに移ったほうがいいのかという観察をすることもある。この人の場合そういうことをショートステイでする。

(質問：ケース3に買い物サービスは使わないか)

・使う。たぶんこの人は配食サービスも受けたほうがいいのかも。ある高齢者はそういう配食サービスはらない、そのかわりにスーパーマーケットなどで作ってあるものを買いたいという人もいる。

- ・もしかしたらこの人は補助機器も必要かもしれないし、ちょっとした改築をしたほうがいいのかもしいかなということでも自治体のOTが家庭訪問をすることもある。
- ・私たちは家庭訪問をよくする。特に高齢者が退院してくるときには状態が非常に変わったのでいままでと同じ家に住めないのではないかとということで家の状態をみる。

Q2：Q1 で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。

Q3：介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、Cさんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。

(質問：エクストラサービスがあり得るかどうか)

・判定委員会が時間を定めてくる。こちらではその人のところにそれよりか長くいなさいと言っている。それがエクストラのサービスになると思う。

(質問：それは、この場合は短時間滞在という決定になるだろうがやることだけやってパッと帰るのではなく、少しお年寄りの相手をするということか)

・そうだ。それがエクストラサービス。

(質問：話し相手という意味では、ボランティアでもそういうことをする組織があるか)

・「訪問の友」は話し相手だ。

・ボランティアで重要なことは、ボランティアはホームヘルパーの代わりになってはいけないということだ。それを強く認識していなければいけない。

Q4：Cさんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。

Q5：Cさんの経済状況が良い／悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。

2. 仮想3 ケースについて オランダ

<ライデン市>

(回答にあたっての説明)

・社会支援法 (Wmo)

基本法=Wmo 第4条

以下の領域における人々の(自立や参加での)限界を補う。

a)家事の遂行、適切な住宅

この場合、例えば以下のような支援が提供されることとなる。

家事支援(掃除、皿洗い等)

住宅改修(リフト、玄関前の階段除去、浴槽からシャワーへの改修)

b)屋内での移動

この場合、例えば以下のような支援が提供されることとなる。

車いす

スクーター

c)地域内での外出

この場合、例えば以下のような支援が提供されることとなる。

“Vervoersvergoeding”(交通費手当)、タクシーで移動できるためのカードや予算

d)社会的活動

この場合、例えば以下のような支援が提供されることとなる。

スポーツ用車いす、スポーツやクラブ活動参加用の追加交通費手当

Verordening en Besluit = Local Regulation (地方の規則)

私達は人々の問題への解決策を探している(サービス/機器を探しているのではない)。

AWBZ (特別医療費保険)

介護(有資格者による更衣、入浴、整容等の介助)

家事援助、デイケア

ヘルスケア(看護師による投薬、注射、包帯処置等)

社会支援法(Wmo)の一般的な利用開始ポイント

利用開始ポイントは、当事者(及び彼(女)らの社会的ネットワーク内等)の可能性/能力

私達は2つの異なる方法でサービス(の大半)を提供する。

現物支給(Council(自治体)がアレンジした機器/サービス)または現金支給(=個人予算。

当事者が自分で機器/サービスをアレンジするための現金を支給)。

上記2つの選択は、利用者が行う(制限・例外あり)。

私達は Barthel や MMSE ではなく ICF を使っている。

スクーター、交通費手当、家事援助については利用者からの自己負担を求めている。負担は利用者の所得及び当該サービスのコストに基づいている（添付資料参照）。

<Radius>

・3つのケースでは要介護度が平均以上、平均の人だがライデン市では平均以下の人でホームはお金がかかりすぎるとい人がかなり多い。

・質問だが、ほとんどのケースで感情面（エモーショナルサイド）の前提が欠けていると思った。ここに書かれていることはほとんどが医学的テクニカル的な説明であって、この人はどこから来たのか？病院から来たのか家族が連れてきたのか？自分で来たのか？そういう前提もないし、いろいろなことをクライアントに質問しなければならないと思うが、それも健康上の質問だけであるここに出ているのは。そうではなく感情面情緒面で、もしかしたらその人は認知症が始まっているのかもしれない、うち病もあるかもしれない。例えば自分でいろんなことができてきた人が、いきなり出来ない状況に陥った時にその人はうつ病になったりとか感情面でいろいろなニーズとか出てくると思う。なのでそういう人たちを介護するケアするといときは、単に薬を上げるといことだけがケアではない。その人の感情であるとか、何を思っているのか悲しいことがあるのか、つらいことがあるのかそういうことも全部含めてケアである。このことが気になったので質問した。

・実践的な状況で働いている立場から見ると、バーセルインデックスは身体だけで、一人一人を見ていくときにはどういう性格なのか、どういう知識を持っているのかということも関係してくると思う。クライアントの中には、われわれがサポートしたときにありがとうとやさしく受け止めてくれる人もいるし、すごく頑固でなかなか融通が利かない助ける側としてもすごくたいへんなクライアントもいる。なので人間としての全体的に、単なる病状だとかそういう医学的なこと臨床的なことだけではなくて様々な側面から見ていく必要がある。

1) 仮想ケース 1 : A 夫人（身体自立度が軽度、認知症なし）

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

（参考）Barthel Index 65 点

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

⑨便コントロール：5点 ⑩尿コントロール：5点

【質問項目】

Q1：Aさんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。

<p><ライデン市></p> <p>私達は利用者宅へ訪問し、会話の中で、利用者自身に関する情報・医学的状态・問題・Wmoに関する希望等の情報を収集する。</p> <p>a) 地方での交通費手当(Wmo):</p> <p>条件：歩行距離が 800m 未満、公共交通機関がない</p> <p>b) スクーター（移動用スクーター）（Wmo):</p> <p>条件：歩行距離が 200m 未満、自転車や公共交通機関がない</p> <p>c) 交通費手当（全国）</p>
<p><Radius></p> <p>・この方は在宅介護。ソーシャルワークが必要。ボランティアで、車でいろいろなところに異動するサービスでショッピングなど。また別の会社が家事のホームケアサービスを提供する必要があると思う。それから我々が提供できるミールサービスとアラミングサービスも必要になってくるかもしれない。われわれはホームケアサービスはできない。</p> <p>・他のことは全部われわれでできるができないことがある。クライアントの家の家事とか清掃、それから看護師がやるような仕事、傷口のガーゼを替えたり排せつのサポートなどをする組織がある。これは別の組織でタウズショーという。実際にサービスを提供している。GPも我々が担当できないサポートをする。</p> <p>・以前は歩行器も保険で提供されていたが、いまはクライアントが自分で負担して購入する。価格は自転車を買うぐらいでそれほど高くはない。</p> <p>・WMO ソーシャルサポート法から家事援助を行い、看護や GP のことは AWBZ 健康保険からとなる。コストのほとんどは GP と看護師にかかり、残りがわれわれだ。</p>
<p><ActiVite></p> <p>・この人の介護の内容は、まず評価センター（CIZ）からの承認が必要。AWBZ の場合はこのセンターの承認が必要だ。この仮想ケース 1 の場合は、家事援助として週 1 回ぐらい、各 2 時間から 3 時間ぐらいのヘルプが必要になってくるのではないかと思う。</p> <p>・それからさらに買い物世話、助けなども必要かもしれない。この国には大きなスーパーマーケットがあって、インターネットを使って注文もできる。それを手助けして買い物をすることもある。あるいは Radius のような組織だと、ショッピングバスというサービスを提供しているのでそういうバスの利用をして実際にスーパーに行って買い物をする。</p> <p>・一人で暮らしているようなので孤独に陥らないようにボランティアが行って話し相手になる。</p> <p>・タクシーを使ってわれわれが提供しているサービスレジデンス、情報や食事などを提供しているところだが、こういうところに来て時間を過ごす。</p> <p>・ここの組織のメンバーが実際に彼女の家に行ってたたとえば電球が壊れてしまった取り替えな</p>

ければならないという手助けをする、

・AWBZからの提供ということでパーソナルケアの提供も考えられる、これは週7日間必要になる、この人はちょっと失禁があるので排泄に関する手助けということでパーソナルケアが必要になるかもしれない。

・このクライアントにかかるコストの財源は、AWBZから出る部分とWMOから出る部分と両方ある。この人の収入がいくらかはわからないが、収入によって変わってくる。中央管理事務局（CAK）がクライアントがいくら負担すべきかを知らせてくれる。オランダ国民はみな税金を払ってきている、何年間払ってきたか全部ここに記録されている。今後お金のある人であればますます自己負担額は増えていくだろう。今年から初めて収入のカテゴリーの中に貯蓄額も含まれるようになった。また今年から導入された方法として、そのクライアントがホームに入らなければならなくなったとして、自分の持ち家があるとその持家の価値もその人の資産の中に組み込まれてそれで計算され負担額が決まっていくという方法が導入された。

・この人の家族が少しでも介護ができるということであればもっとそれをやらしてもらわなければいけない。今後はますます政府の新しいビジョンに基づいて家族の介入がもっと必要になることになる。

<Topaz>

・Radiusから、バスで行く買い物、清掃、窓掃除、ベッド整頓清掃などが提供されるだろう。これはWMOのサービスである。料金は、家の大きさ、本人が掃除ができるかどうか、使っている部屋がいくつあるかなどによって変わってくる。週に3~6時間ほど頼むことになるだろう。また、歩行器（ウォーキングフレーム）も利用できる。これはAWBZでカバーされる。

Q2：Q1で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。

<ライデン市>

上記参照

Q3：介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、Aさんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。

<ライデン市>

可能性あり。「買い物サービス」Radius等

<Radius>

・この人はそれほどお金がたくさんあるということではないと思う。以前だったら月に50ユーロぐらいだった負担額が今後増えるだろう。200ユーロぐらいになると思う。自分で負担するが子供が負担しなければならないことになる。母親の面倒を見なければという責任を持っている子どもであれば、当然金銭的にもサポートすると思う。

・以前よりコストはどんどん高くなっている。クライアントが負担する保険額も上がっていく。

・ミールサービス、バスを利用したときも多少の負担はクライアントにある。それらは1つずつ見ればそれほど高くない額だが、合計すると負担額は高くなる。それでクライアントは貯金をつぶしていくとか、限られた収入の大半はそういうところに使われていくと思う。家事援助に使われる予算はトータルケアの25%までという上限が決められている。それ以下であれば市のWMOから予算が出るが、クライアント自身も負担しなければならないので、そういう意味でも負担額が増えていくと思う。例えば週に3時間のサポートをわれわれから受けると週に20ユーロかかってくる。月に80ユーロは自分で負担しなければならない。

・我々の組織で働いているソーシャルワーカーは、クライアントが持っているネットワークを重視する。クライアント自身が負担するというのではなくてさまざまな、お隣、ともだち、家族、もちろん我々のボランティアもそうだがありとあらゆるネットワークにサポートを頼みましょうと言っている。クライアントが思っているよりも実はサポートがあるので一緒に模索する。

<Topaz>

・24時間ケアが必要というような場合はプロが担当することになるが、ボランティアは多くいる。Radius以外にもHumanitasにもActiViteにもボランティアバンクがある。このTOPAZにもいる。このひとたちはTOPAZの施設で活動している。小さな市町村では自治体自身でボランティア派遣業務をしている。教会にもボランティアはいる。ボランティアはお茶を飲んで話し相手になったり、買い物に行きあげたりということをする。また書類作成や電気代の支払いなども行う。

Q4: Aさんに対するサービス提供は、予防的な観点もしくは自立支援の観点は重視されますか？

<ライデン市>

Aさんは自立している。

<Radius>

・家族がいる場合、たとえば娘がいたり息子がいたりすると、その人たちは昼間は仕事をしているかもしれないが、父母祖や父母を介護することができるような状況である場合には、ソーシャルワーカーとかボランティアとか、ミールサービスは必要ないと思う。ただアラミングシステムは必要ではないか。これは家族がいろいろやっていることを前提にして申し上げた。

・ソーシャルワーカーが家族に刺激を与える必要がある場合もある。例えば子供が5人いるという場合で高齢者の母を世話しているのが娘であったとする。そういうクライアントに会うときには家族に会って話を聞いてみて、まずスケジュールを組むようにする。一番母の世話をしているのが娘だとしたらその娘さんとそれ以外の娘息子のスケジュールを聞きながら世話の分担をするようにする。ただしそれは簡単なことではない。それぞれの状況もあるし、我々と家族と一緒に成長していかなければならないということもある。

(質問：家族がいるときにサービスの制限はあるか)

・われわれのクライアントの半分は75歳以上だ。そういう人たちに対してサービスを提供して

いるのでわれわれがあっている人たちは仮説の状況と違う。実際に家族がいて介護している場合は公共のサービスがそもそもいない。自分たちでやっている。我々のクライアントはボランティアやソーシャルワーカーが必要な人たちである。

(質問：サービスの決定者は?)

・時にはクライアント、時には娘。あるいはソーシャルワーカーが決める。医師が決める場合もある。WMOからのサービスの場合はたとえば月曜の10時に電話がかかってくるサービスがほしいということであれば11時にはサービスを提供することができる。評価が必要ないからである。例外で家事援助の場合は評価が必要になってくる。AWBZから出るサービスは評価が必要となる。

(質問：同じ家に修理などできる息子がいる場合にはサービス提供は拒否されるか?)

・以前はそういう場合も行って直してあげていた。いまはクライアントに本当にそれをわれわれがやる必要があるか聞く。息子の住んでいる場所にもよるが。
・本当に変化している。この2, 3年オランダのすべての組織や政府は、高齢者に対してもっといろいろしなければならない、もっと働かねばならない、もっとトライしなければならないと言っている。それは必ずしもいつも敬意をもって丁寧に言われているわけではなくはっきり言われている。

(質問：その変化は毎年少しずつか最近急にか?)

・以前は政府がやってあげ過ぎていてオランダ病と言われていた。90年代から政府はコストがどんどん上がっていくのはわかっていた。2004年から少しずつ変化があった。この2年ぐらいで大きな変化があった。アメリカからの影響もある。

<Topaz>

・アラームが設置されることはあるが予防のサービスと言えるようなものは少ない。GPの判断によって、PTが必要な場合にクライアントの家を見に行くということはある。

Q5：Aさんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。

<ライデン市>

はい、可能性が高い。例えば交通手段に関して誰かがAさんをどこかに連れて行ってくれるならば問題はないはずで、Council（自治体）が補償したり解決法を見つける理由はない。

<Radius>

・さまざまな予防を行っている。もちろんクライアントの可動性を高めるという運動であるとか、社会に参加するということ、友達との交流であるとか隣人との交流。たとえばひとつ具体的な例を挙げると、夫を失ってしまって未亡人になった人がいる。その人は落ち込んでしまって、ひどいときにはうつ病になってしまう。そうすると抗うつ剤を飲むことになる。そういう

人たちに対して未亡人になった経験者をボランティアとして送る。そうするとその人たちと話すことによって、自身が今度は自分がボランティアになろうとする。こういうことで自分家の中から出て自分を助けるだけでなく他の人も助けることができる。60歳ほどの人がボランティアとして70人ぐらいいるが、そういう人たちも自分のボランティア活動を通じて実は予防になっている。その人たちは薬を飲んでいたりかもしれないが、飲まなくても大丈夫だ。外に出ている時間がたくさんあって人と交流している時間もたくさんある。そういうことで我々が行っていることすべてが予防になると思っている。

・歩行器も骨折を予防するいい方法になっている。これを利用することで非常にコスト効率のいい予防となる。股間骨折、足の骨折が減っている。

・何千というクライアントがムービンググループという活動に参加している。たとえば歩行が困難な女性が歩いているときに歩いていて石に躓いて転んで大たい骨の骨折やさまざまな骨折をすることがあるが、ムービンググループに参加していることによって常にさまざまな動きをしているので、石に躓いてもそのまま転ぶのではなく自分を救うことができる。それによってけがの機会が減っていく。これも予防の一つである。

・昨年ルールを変えた。いまでは家族によるケアを求めている。今後ますます家族がケアをすることになる。介護者への現金給付は年に250ユーロがクライアント（利用者）に支払われるので、クライアントがそれを誰に支払うかを決めることになる。

Q6：Aさんの経済状況が良い／悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。

<ライデン市>

所得に応じたスクーターへの自己負担（添付資料参照）。

<Radius>

・あるていどお金がある人裕福な人たちは金銭的に余裕があるということで、我々からももう少し自分で負担してくださいという。さまざまなサービスを要求するかもしれないが、ある程度のことは自分たちでやるように、たとえば自分たちでレストランにも行けるし、家の清掃でも掃除人を雇うこともできる。それは自分で負担させる。ただソーシャルワークは我々ができることで、お金を持っている人でずっと孤独に暮らしてきた人がいきなり家に家政婦を入れたりするのを嫌がることもある。そういう人たちのところにソーシャルワーカーが行っているいろんなアドバイスをしてあげる。それはゆっくりとプロセスを作りながら家政婦のサポートが得られるように一緒にサポートしてあげるといことはしているけれどそれ以外のことはお金の人は自分たちでアレンジをしてもらおうということになる。

・Aさんの経済的状況が悪化したときにサービスが変わるかということは難しい質問だが、この人の経済状況がよくなった場合はサービスアパートメントといわれる、様々なサービスが提供されてくるアパートメントに住むことができる可能性が高くなる。これはお金がかかる。1か月1000ユーロぐらい出さなければならぬ。付き添いの人が付いたり看護師のサービスが付いたりいろいろなサービスが付随してくる住居だ。

・しかし逆に経済状況が悪くなった場合は通常の老人ホームとか施設に入るのはないかと思う。

状況がよくなった場合は自分でさまざまなサポートサービスを購入することになると思う。自分で負担することによって家事の援助とか、ミールサービスもかなり質のいいものになるのではないか。経済状況が悪化するときは我々のような組織に頼ることになる。自分の負担は少なくともサポートを得ることができる。私たちの提供するミールサービスが一番安い。

・所得によって支払う額は違う。以前は行われていて一度やめていたが、また貯金や家、ヨットなどの資産も考慮するようになっている。1年に1回申告する。2年前の申告によって収入が判断される。

2) 仮想ケース2：B夫人（身体自立度が軽度、軽度～中程度の認知症あり）

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

（参考）BarthelIndex 75点

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

【質問項目】

Q1：Bさんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。

<ライデン市>

介護／家事援助(AWBZの介護・カウンセリング)

ケアアセスメントセンター(CIZ)を通じた指示（食事、整容、入浴、移動、更衣、排泄）

「認知症」専門相談（保険）

家事援助（Wmoの家事援助）

条件：身体的または精神的な理由により家事が行えないこと。

<Radius>

- ・この人は自宅に住んでいるが自分の家のトイレがわからないのは軽度認知症ではない。トイレや整容も問題になる。この人は在宅介護が無理という状況に陥ってきているのではないか。施設に入るか否かの瀬戸際にいる人だ。
- ・この人は精神科医の診察が必要となってくるので、まず我々の組織からソーシャルワーカーを訪問させる。そして実際にこの方と会って問題点を明確にしていく。そのあと精神科医の所にこの人を移して診察してもらって診断を得る。これをしているときに同時進行で我々の組織から家事援助のサービス、ミールサービス、アラミングサービス、そしてデイケアサービスも提供する。デイケアは週3日間、こちらから朝バスで彼女のところに迎えに行き、1日デイケアセンターで過ごしてもらうことになる。こういうことをすることによって彼女の生活にルーティンをつけて行かなければならない。デイケアセンターに行かない日はボランティアが訪問したりソーシャルサービスが行ったり掃除担当が行ったりすることによって1週間の生活にきちんとリズムをつけて行くということになると思う。
- ・デイケアセンターに行ってもらうのが週に3日間、1日あたり朝から夕方まで8時間で、合計週に24時間をセンターで過ごすということになる。この方はトイレの場所もあやふやで食べるのも問題が出てくるということであれば、それに対するサポートも必要だ。整容も問題であればヘルパーが彼女の家に行って7日間毎日援助をしてあげるということになる。しかしこの方は自分に認知障害があるということをもしかしたら自覚していないかもしれない。そういう方の多くはいきなり赤の他人が家に来てトイレの世話とか整容をするというのは嫌がる場合もある。そのためのスペシャルケアナースと呼ばれる看護師がいるが、おそらくそういう人が毎日1時間なり行ってグルーミングの世話をすることが必要かもしれない。その人と一定の信頼感を高めていくことによって援助を受けやすくなる。整容には毎日欠かさず行かなければいけないし、その人は朝行って世話をした帰った後もトイレに行けるようにトイレのサインを大きなものをつけてあげるかあるいはトイレに行かなくても用が足せるようなものを用意してあげるとかする工夫が必要になるかもしれない。
- ・そういった身体の手入れだけではなく、遠いところに住んでいるということだが子どもたちが遠くからでもできることがある。たとえば電話をする、お母さんに毎朝あるいは決まった時間に1日に何回か、「おかあさん今日は〇〇さんが来る日よ」とか「きょうはデイケアに行く日でしょ」とか思い出させるために定期的に電話をしてもらう。ただ思い出させるだけではなく娘と話す機会をつくることも非常に重要。
- ・しかしこういったサービスを彼女に提供することによって、状況がよくなることを願うが、おそらくこれだけでは期待できないのではないか。というのはこの人は認知症がかなり進め始めているということであり、その一方で動くことに関しては大丈夫だ。ということは家がどこだったか忘れてしまう状況にありながらどんどん歩き続けてしまうかもしれない。そうするとますます迷ってしまう。結果的に警察が見つけてどうしようということになる。最終的には介護施設に行くことになるのではないだろうか。
- ・この人が自宅に住み続けた場合、デイケアセンターに行くコストあるいはさまざまな特別なサポート、援助を提供した場合のコスト、それからもちろん精神科医に行かなければならないのでそのコスト、そういったコストがある。つまりわれわれが提供するサービスのコストだけ

ではなく、在宅サポートの全部のコストを合計していかなければいけない。家にいる方が施設に入るより断然安いわけだが、だいたい年間3万から4万ユーロかかると計算できる。スペシャルサポート、医師の診断なども含むとこれ以上になる可能性が高い。

・しかしここで考えなければならないのはコストだけではない。その人自身にかかってくる危険度。そのひとによって周りの人がもしかしたら傷ついてしまう危険もある。それだけではなく自身が安心できなければならない。そういったことを全部考えてどういったサービスが必要か、ケアセンターに行った方がいいのかということを決めていく必要があると思う。

・ケース2で一つ残っていることがある。我々の提供しているサポートサービスがもう一つある。ユーザーが電気代だとかいろいろな支払いをしなければならないが、そのときの手助けもしている。支払いが滞ってしまったり、誰に何を払うかわからなくなってしまうということがあると大変なことになるので。

・全体にかかるコストの25%がWMOから出てくるもの、のこりの75%はAWBZから出てくる。この方の場合はいケアセンターと精神科医の診療診察、身体介護はAWBZから出てくる。ミール、ソーシャルワーカー、アラームサービス、バスはWMOから出る。

<ActiVite>

・認知症のケースなので、この方は週3回認知症通所センターに行くのがいいのではないかと思う。ただしここに行くためには医師からこの人は認知症であるという診断を受けていなければならない。認知症通所センターか、もしくはデイケアセンターに行くことも可能ではないかと思う。しかし認知症であれば理想的なのは前者だ。これはAWBZの財源で上限が週3日。彼女はまたパーソナルケアも必要。これはトイレに行くことは自分でできる人なのでたとえばiPadを使ってケアラーと実際に話をして連絡を取ったりすることも可能なので一週間毎日パーソナルケアを必要とすることはないかもしれない。あるいは週に1回か2回、認知症用のケースマネージャーが実際に彼女の家を訪れるか、あるいは認知症通所センターでケースマネージャーにあって話をするというのも必要かもしれない。

・それから家事援助は週に1回3時間必要だと思う。それから認知症通所センターに行かない日は食事をするためにレジデンスのほうに行って食事をとってもらおう。もちろんRadiusのような組織は食事を作ったものを配達して自宅で食べることも可能だ。しかし電子レンジに入れて温める手間がかかるので、それを認知症の彼女は忘れてしまうかもしれない。だから理想的にはレジデンスに行ってそこで食事をとるのがよい。

・ケース1と同じく収入額によって自分の負担額は変わる。家族がいてもこの人は認知症でそれほど家族が負担する部分は多くないと思う。しかしこの人がエクストラで、たとえばレストランで食事をしたいとかバトラーを雇いたいとかそういうことは自分で負担しなければならない。

・先ほどお見せしたリスクに関する質問票、これはケース1、2、3全部に関して重要なことだ。なぜならこれはクライアントだけではなく、家族一人ひとりにとってどんなリスクがあるのかということをおおらかじめわかっておくというのは非常に重要だからだ。それに応じてケースバイケースでの介護の提供方法がわかるからである。

(質問：ケース2の認知症のケースはナーシングホームに入るのがいいのか、あるいはこのまま在宅で生活していいのか)

・要介護の度合で、カテゴリーが10あって、1と2は絶対にナーシングホームとかの施設に入れない、3と4は微妙なところで、3は今年だったらはいれるが来年からダメだ。4になるとおそらく半分の方はダメ、半分は入れるかもしれないがダメかもしれない。これは新しく政府が打ち出しているビジョンに基づいてこういった変化が起きている。なので我々にとっては非常に大きな懸念点となっている。というのは、政府のビジョンで3と4がダメとなってしまうと、この人たちが2か月後にはかなり症状が悪化するということがあり、そうすると道路に出て歩き回ったりとか、そういう非常に危険なことが起こってしまう。

・iPadを使ってクライアントとやり取りをするようなイニシアティブはここでしかやっていないが、こういう活動は今後非常に重要なことになってくる。

<Topaz>

・在宅で大丈夫だ。Radiusによる移送サービスとパーソナルケアということになるだろう。ベッドの整頓、清掃、シャワー、投薬管理などになる。パーソナルケアの必要度は0から8に分かれている。0なら週に0~1.9時間、1だと1.9~3.9時間で、最大は週に24時間である。パーソナルケアを行うためには看護師免許はいらないが、5種類の資格がある。資格の1であれば拭くことができ、2は洗うことができるという具合でできることが増えていく。この5種類の資格の上に看護師の免許があるという制度である。

・パーソナルバジェットを利用する方法もある。この場合は自分でケアの組織を選ぶことになる。

認知症がある場合のプロセスは、まず診断があってその後ケースマネージャーが必要となる。これは認知症についての資格を持つ看護師である。

・また、認知症用のデイケアセンターに行くことになる。最近、体を動かすことで認知症が進まないという報告がある。デイケアセンターで、ジムやダンスや散歩をすることになるだろう。これには送迎がついて温かい食事が出る。

Q2：Q1で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。

<ライデン市>

AWBZ/Wmo

Q3：介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、Bさんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。

<Radius>

・2つの可能性が考えられる。この方はアルツハイマー病で人の日常生活を大きく揺るがす病気なので、オランダ政府が予算削減ということでケアに関する予算もだいぶ削減してきているが、この人たちはあまりにも状況が悪く非常に立場が弱くなるのでそう簡単に削減はできないのではないかと思う。しかしもし削減されてしまって、たとえば **Radius** のような組織がこういった人たちのためのサービスが十分にできない状況に陥った時には、**Radius** が運営するデイケアセンターに週3回行ってもらう。そのほかにはどうするかというと、ボランティアの人を送る。しかし通常のボランティアでは当然十分なケアはできないと思う。アルツハイマー病の人のためのトレーニングを受けた人でないといけないと思う。同じ人が必ずその人の所に行くというのは、毎回同じ人が来ないとあなた誰ということになってしまうからだ。同じ人が行ったとしてもあなた誰ですかと言われる可能性がある。そういうときにも対応できるようなトレーニングを受けたボランティアが行く。

・ここで大事なステートメントとして言っておきたいが、オランダの政府はアルツハイマーの人たちをそのまま、しっかりとケアができないような状況に陥るような予算の削減をしないと期待している。

・たとえば研究所ではデジタル上のソーシャルメディアを使った介護の方法を模索して開発中である。私自身も実際に見たことがある。ある女性の家にデジタルソーシャルメディアが設置されている。冷蔵庫にコンピュータに接続されているデバイスがあって、彼女が冷蔵庫を開けると開けっ放しにしてしまう。そうするとあなたは冷蔵庫がドアを閉めないんですかと言う。そうすると彼女は閉め忘れたわということで冷蔵庫を閉めると、そういった様々な方法が模索されている。たとえば夜いきなりその人が起きて外出したり歩き始めてしまうと、彼女がベッドから出るとベッドにアラームシステムが取り付けられてあって、その人がベッドから出たということアラームが気付いて自動的にアラーム会社に連絡を取ってヘルパーを呼ぶとか、その女性に電話していま夜ですよ寝てくださいと言う。またクッキングについてもデバイスが付いているとか様々な方法がオランダでは存在している。ただ高齢者なのでコンピュータに慣れていない人もいる。いきなり冷蔵庫がしゃべりだすと慣れない人にとっては怖いかも。個々の状況に合わせて考えていかなければならない。しかしこれから10年後を考えた場合に普通に使われているかもしれない。

Q4: Bさんに対するサービス提供は、認知症であることへの観点は重視されますか？

<ライデン市>

はい。Wmo: 家事援助では、以下の A,B2 種類が提供される。A=主に身体的なバリアがある, B=主に精神的な問題がある。上記はそれぞれ異なる (資格を有する) 人が支援を行う。

<Radius>

・認知症の人用の違いというのはそのケアを提供する人が、認知症の人のための介護ができるようなトレーニングを受けている点だと思う。ソーシャルワークの人たちやデイケアに携わっている人たちも認知症の人のためのサービス、そのために必要なスキルのトレーニングを受けている。それだけではなくバスの送り迎えをしているボランティアも認知症のためのトレーニ

ングを受けていなければならない。例えば送った時にその人の自宅の前で鍵がない、カギはどこなのという状況も生まれる、その時にどう対応するか、あるいは入れ歯がなくなったときにバスのボランティアがこちらに連絡してきて入れ歯をみんなで探さなければならない、そういうときの対応の仕方もしかるべきトレーニングを受けないとできない。認知症の人のニーズも一人一人違うし必要とするケアも違ってくるわけで、その違いに対応できるトレーニングを受けた人でなければいけない。

・ケアの予算はカットしているけれども、認知症についてはオランダの国全体で注目している分野で、皆が心配している。そういうこともあってか認知症の人に対応していくための必要なスキルであるとか、システムの改善向上であるとかがいま多くみられる。AWBZ から認知症を診断する費用が出ているが、このコストは削減されていないと思う。診断は以前に比べて簡単に速やかにできるようになってきている。なので、身体の障害や病気に比べるとむしろ認知症の方が予算削減はそれほどされていない。状況は改善されてきている。皆が注目している病気ということもあってか、もっと改善していこうという意気込みがある。その一つの例としてアルツハイマーカフェが各地に出てきている。

・それからケースマネージャーという人がいる。これは、いろいろな町がさらに地区に分かれるが、各地区にケースマネージャーがいる。医師、看護師、ソーシャルワーカーである場合がある。そういう人たちが関係先全部のコミュニケーションのかなめとなって、コミュニケーションを速やかにスムーズに行っていくためのコーディネーター的役割を持つ。認知症の人のためのケースマネージャーになるためのトレーニングを受けた人だけがなれる。少なくとも看護師の資格を持っている人、ソーシャルワーカーの資格を持っている人そういったプロフェッショナルの資格を持っていることが最低条件。ライデン市内に 10 人いる。

・以前よりも診断の方法が進んできたので認知症の発見が早くなってきた。以前、たとえば 20 年前だとかなり認知症が進んできた時点でたとえば 80 歳になってからようやく認知症という診断が下りたが、いまではかなり若い時期に診断が出る。たとえば娘さんがしっかりした人であればあえてケースマネージャーは必要ない、その人がケースマネージャー役をやってくれるので、認知症になった人が全員ケースマネージャーが必要とは限らない。

Q5 : B さんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。

<ライデン市>

はい。可能性が高い。

<Radius>

・我々としては家族、ボランティア、友人、隣人とわれわれプロフェッショナルと一堂に会してチームとして考えていく。まずプロフェッショナルが家族に会って、スケジュールを組む。その時にだれが何をやるかということを決めていく。その前に一番考えていかなければならないのはサービスを受けるユーザーにとってベストな形は何かということをもとにしてそのうえ

でまず家族に、あなた方はどんなことができますかと聞く。そのあとでプロフェッショナルに対しても何を提供できるかというふうに考えていく。

・5の答えは、ゼロまでサポートのレベルを落とす可能性があると思う。例えばその人にたくさん子供がいた場合、子どもがかなりサポートをする状況があればゼロにする可能性もある。今現在このような状況はたくさんあると思う。私自身、きょうだいがいるので、親の面倒は皆でみている。プロフェッショナルから提供されるサービスは一切もらっていない。なので、子どもがいるということであれば半分ぐらいまでサービスの提供の度合いを下げていくということはまったく問題ではないと思う。デイケアの使用は一日だけとか、ミールサービスはいらない、家事援助もなし、アラームシステムは必要かもしれない。医療に関するものはもちろん必要。最高でも1万ユーロぐらいのサービスでOKではないか。実際に同じ町に娘息子が住んでいるということであれば、金銭的にもプロフェッショナルのサービスもゼロでOKという状況に実際にいる人たちもたくさんいると思う。

Q6：Bさんの経済状況が良い/悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。

<ライデン市>

AWBZ 及び Wmo 家事支援への自己負担（同じ規則）。

<Radius>

大きな問題だが、認知症の場合はたとえば貯金がたくさんあるような人であれば、民間のサービスを購入することができると思う。認知症の患者を介護するための教育を受けているナースを1人2人雇って、同じ人が毎回世話をしてくれるということになるとおもう。民間のホームケアサービスということになりますと、スキルのレベルも高く決まった人がすべてやってくれる。常時家の中に来る人は1人2人。しかし助成金を受けているような組織からヘルパーが来るということになると買い物をする人と清掃をする人は変わって毎回来る人が変わる。あるいはその人が病気や休暇でまったく別の人が来る。認知症の人にとってはそれは非常に大きな重荷になる。

・お金がある人たちはもっと自分のニーズに合ったヘルパーを雇うことができる。それによってリスクが低くなる。しかしお金がない人はなかなか自分に合ったヘルパーが来るわけではないので、それに伴ったリスクも高くなっていく。我々の管轄地域の Oegstgeest というところはライデンに比べてリスクが高くなっている。ユーザーのリスクというよりも、ユーザーである認知症の人の夫であるとか妻であるとかそういう人たちにかかってくる負担が非常に高くなる。その夫や妻が負担に負けてしまって燃え尽き症候群になってしまう状況が多くなる。

3) 仮想ケース3：Cさん（身体自立度が中度、認知症なし）

仮想ケース内容

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

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

(参考) BarthelIndex 40点

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

【質問項目】

Q1 : Cさんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量(時間や給付費用額)およびサービス内容について教えてください。

<ライデン市>

上記回答組み合わせのすべてプラス、住宅改修の可能性あり(理由:車いすでの生活、片麻痺)。

<Radius>

・これはあまり複雑なケースではない。Cさんは頭の働きは大丈夫だということで、彼が望むのであればわれわれが運営するデイケアセンターに週1回あるいは2回来てもらっていいのではないかと。1回でもいいように思う。社交をする機会を与えるということ、そしてみんなと一緒に体を使うこと。特にこの人は手が不自由だということなので手を使うようなアクティビティを他の人と一緒にするという機会を与える意味でデイケアセンターがよい。

・この人は身体に障害があるが、麻痺していても立てないとは限らない。立てればできることの範囲は広がる。1日2時間パーソナルサポートをするためのヘルパーが彼の所に行って毎日なので週14時間のサポートを提供する。プラス1日あるいは2日デイケアセンターに行ってもらおう。たとえばその人に朝グルーミングを手伝うとかお風呂とか、動くことができないということなので身の回りの世話をする。

・この方は頭の機能は大丈夫だということで、ホームケアのサポートの提供で十分ではないかと思う。場合によってはソーシャルワーカーもいらないのではないかと思う。一応スーパーバイズをするということで、家事援助を提供している人が監督をするとかあるいはコンピュータを使って子どもが近くにいなかったとしてもiPadなどを使って交流することはできるだろうし、子どもがコンピュータを使ってお父さんの毎日の生活を管理することも可能だと思う。頭が大丈夫ということは自分で全部決めて今日は家にいたい、今日は出て行って活動に参

加したいとか決められるのでそういう意味では問題なくいくのではないか。

・年間にかかるコストは1万5千から2万ユーロになると思う。3分の2あるいはそれ以上がAWBZから出てきて、3分の1あるいはそれ以下がWMO。デイケアがAWBZから出ている。

<ActiVite>

・パーソナルケアは1日に3回から4回必要になってくる。朝起きたあとの整容や着衣の手伝い、服薬が必要な場合にはその手伝い、左手しか動かないということなのでそれらが必要になってくる。それから1週間に1回ディストリクトナースの訪問でその人のリスクに関して評価をしてもらわないといけないと思う。これはもしかしたらiPadを使ってディストリクトナースがクライアントとやり取りをするということも可能性として考えられる。それからさらに週に2回2時間から3時間家事の援助のサービスの提供。それからショッピングサービスもこの人にとっては非常にいいことだと思う。ボランティアもしくは誰かと一緒に買い物に行く、ちゃんと外出をするという機会を彼に与えるのはとてもいいことだと思う。それから生理学療法、これは我々の組織が用意するのではなくて彼のGPが用意しなければならないことである。本人は体に障害があるので、たとえば戸棚が高すぎるとか彼が住みやすいように間取りを変えることも必要になるかもしれない。それからディストリクトナースを通じてその人が住む町の教会などでボランティアを派遣する組織があるが、そういうところからボランティアを送ってもらうような準備をする。もちろんここの組織にもインフォーマルケアという部門があるので、そこを通じてボランティアの派遣をすることもできる。それから彼が外出したり、遠足に行ったり、あるいはアクティビティに参加するときの手助けも必要になるが、この方は家族が近くにいるということなので、家族の介入がもっと必要になるかもしれない。しかし彼のパーソナルケアに関しては、やはり専門家プロフェッショナルがやるのが一番理想出来ではないかと思う。家族がやるのは負担が重すぎると思う。この方がお金に余裕があるのであれば、エクストラで考えられるケアに関しては自分が負担しなければならない。

(質問：要介護のカテゴリーを見直す頻度は?)

・我々の従業員が実際にクライアントの世話を携わっているので、彼女たちがかならず悪化のサインを見つけなければならない。3か月に1回ぐらいだ。しかしそれはインフォーマルな評価であって、正式な評価は最低年1回必ず我々の従業員が評価をしなければいけないというものがある。ただCIZという先ほどお話しした組織がやらなければいけない評価は1年とか5年に1回とかだ。

・だからこそディストリクトナースが非常に重要になってくる。もちろん隣人とか友人の方々もみんながそういうサインをいち早く気付いてそして連絡する。もちろんそういった組織に連絡して、この人の認知症の重度が悪化しているようですと言ったからといってすぐにその人に何らかの対応をしてくれるかどうかはわからない。でも我々がかならずそういうサインに気づいてそして電話をしたりドアをたたいていくことは非常に重要だと思う。

・まず家族に、患者に対してあなたは何かできるのですかということ聞いてそれで介護の内容を決めていく。

<TOPAZ>

・TOPAZにもあるが、リハビリセンターの特別プログラムに参加することになるだろう。リハビリテーションについては今年の1月1日から国民健康保険ZVWが適用されている。以前はAWBZの範囲内だった。TOPAZではライデン駅の近くにリハビリテーションホテルを作っている。

リハビリテーション以外については、ケース1、ケース2で述べたことと同じである。

Q2：Q1で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。

Q3：介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、Cさんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。

<Radius>

・もしこの人が電動車いすを使う可能性があれば負担額は高くなると思う。それから家事援助のサービスを使うとしたら負担額が増えることもある。だからヘルパーが行く時間を少し減らしてコストを削減することも考えられると思う。ボランティアにしてもらうのを買物だけにするとか、買い物に行くときや病院に行くときのサポートだけに限ることもあるかもしれない。この人は貯金があるかもしれないのでそういう場合には負担額が増えても大丈夫ではないか。あるいはもっとほかの人、隣人とか、友達であるとか、そういう人たちにサポートしてもらうよう奨励していく、あるいはその人にコンピュータの使い方、スカイプなどの使い方を覚えてもらう。あるいは逆にこの人は娘さんがいれば娘さんの方から我々の方にリクエストをしてももらうこともできる。うちの父親にスカイプの使い方を教えてほしいという要請があれば我々の方からスカイプの使い方を教えることができる。それによって娘さんとの交流もたやすくなっていくのではないか。電気スクーターも自分専用のもではなく、誰かほかの人と共有する形になると思う。タクシーを使うとお金がかかることになって自分で外出する機会が減少するのではないか。自分の負担額が大きくなるということだ。

・非常にポジティブな仮説だが、もしこの人に近くに息子や娘がいれば整容も食事も大丈夫で、外出した時に外での活動の手助けをするということだけでお金はほとんどかからない。

唯一必要なのはアラームシステムでしょう。これも4番の質問の答えになると思う。

・あるいはプロフェッショナルに提供してもらうサービスを半分に減らすということもある。もし家族が仕事をしているのであれば夕方来て父親をベッドに入れて、つぎの日の食事も作っておいて次の日に食べられるようにしておく。そうすると朝介護士が来てグルーミングとか身の回りの世話をするだけなのでプロがやるところが半分そして家族が半分という状況になる。

(質問：家族のサポートが受けられる高齢者はどのぐらいいるか)

・ライデン市に住んでいる 75 歳以上の高齢者数が 7 千 5 百人いる。そのうちの半分が Ruidius のユーザーになっている。残り半分はおそらくお金があるからわれわれのような組織のサービスはいらないか、子どもがたくさんいて面倒を見てもらっているか、あるいはサービスがいらない人たち。お金がなければいほど、娘とか娘が近くに住んで面倒を見るケースが高くなる。

・このケースに限らずどのケールでも同じだが、お金がたくさんあればいい保険に入ってその保険によって、年を取ってきたときにいろいろな問題に対処できるようにするという事になるのではないか。こういうことはこれからどんどん出てくる新しい状況である。民間保険だ。

・これから施設に入居していく人で貯金が銀行にかなりお金がある人はかなり多額を施設に入居するときに払わなければならないということになっている。しかし逆にお金がない人は最小限の金額だけ払えばいいということなので、施設に入居する場合にお金があるから逆に差別されるという状況がある。

<TOPAZ>

ボランティアが幅広く対応できる。

Q4 : C さんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。

<TOPAZ>

家族がいれば AWBZ と WMO のサービスともに公的に負担してもらえる部分が少なくなる。

Q5 : C さんの経済状況が良い／悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。

<TOPAZ>

上に同じである。

3. 仮想3ケースについて イギリス

<サービスプロバイダー チャリティ>

- ・まずミセス A の仮想ケースから話をしていきたい。そのまえに重要なことが 2 つあるということ話す。ケアが必要な人のアセスメントをする、そのアセスメントの段階で重要なことの 1 つ目は所得、収入。その人の収入によって受けられるケアのレベルが決まってくるので非常に重要。2 点目としては誰でもコミュニティケアアセスメントというこの評価を受ける権利を持っている。その人が住んでいるところのローカルガバメント地方自治体のしかるべき部門の担当者がその人の家に行って実際にその人のニーズは何かということより全体的な観点から評価をしていく。しかしここで問題になるのはこのアセスメントには時間がかかるということだ。ケアが必要でケアの申請をしてからアセスメントを受けて結論が出るまでにかなり時間がかかってしまう。
- ・実際に申請者の自宅に訪問してアセスメントを行う人はアセスメントオフィサーと呼ばれる人で、自治体の公務員である。

<サービスプロバイダー 民間>

- ・我々は民間企業。チャリティ団体ではない。ソーシャルサービスと契約をしているわけだが、このソーシャルサービスは地方自治体の部門である。われわれは地方自治体と契約をしている。
- ・フェア・アクセス・トゥ・ケア（ケアに対する公平なアクセス）という概念を知っているだろうか。この国ではソーシャルケアが必要な人々にアセスメントをすることになっている。これはフェア・アクセス・トゥ・ケアという原則に基づくもので、それには 4 つのレベルがある。
- ・ロー（低）、モデレート（中）、サブスタンシャル（重）、クリティカル（危機的）で、自治体はそれぞれにどのレベルのサービスを提供するのかわることができるようになっている。
- ・この国ではどのレベルのケアを提供すべきなのかに関して議論（ディベート）がある、またサービスをユニバーサルなものにすべきかどうかということに関しても議論がある。現状としてはサービスは自治体次第でそれぞれ違いがある。
- ・この 10 年、サービスには非常にお金がかかるようになってきたことから、ソーシャルサービスもその影響を受けていて、モデレートなサービスというと一般的なハウスワーク（家事）と買い物のサービスとかになるのだが、そういうサービスも提供が少なくなっている。場合によってはパーソナルケアの一環として実際的なサービスを受けられる場合もあるが一般的には少なくなっている。
- ・個人がどのようなサービスを必要としているのかということの評価するわけだが、それに基づいて自治体がプロバイダーとケアの契約をするという形になっている。
- ・以前は自治体が個人が受けられるサービスに関して決めていた。かなり規定的な（プレスク립ティブ）なサービスだった。これは、タイム・アンド・タスクというが、たとえば自治体がサービスプロバイダーに朝 30 分のサービスを提供するように指示して、その個人の方が起きて洋服を着てそしてトイレに行って食事の用意までしてあげるような規定的なサービスの提供の仕方だった。自治体はそのサービスに対して支払うという形をとっていた。
- ・ユーザー側の支払いに関してはその個人の財政的なポジションによって決まっている。年間 2

万3千ポンド以上の収入がある人は全額負担ということになる。それ以下であれば自治体が代わりに負担して提供されるサービスに対してお金を払う。

・この数年、考え方が変わってきた。以前は自治体が個人の受けられるサービスを決めて自治体が購入するというやり方をしていたが、これがあまり好まれなくなってきて現在は個人に予算を渡すやりかたもあるという形になった。そしてその個人が自分の受けるサービスを購入できるようになった。どのようなタイプのサービスを個人が受けるかというのは、予算を渡された個人がプロバイダーと交渉するという形になった。

・以前はソーシャルワーカーが我々サービス提供者にこういうサービスをこの人に提供するよと言ってきたのだが、今はユーザーが予算を持って我々と交渉をして、そしてどんなサービスを受けるのかを決める。われわれサービス提供側は個人が達成したい成果アウトカムを助けるという形になる。

・ただ、このアウトカムベースのサービスは大多数の自治体でまだ実行はされていないという状態である。なので個人予算を持つサービスの購入提供はまだ発達していない段階である。

・アセスメントは地方自治体のソーシャルワーカーが行うことになる。そしてソーシャルワーカーが個人を見て、何ができるのか、どのくらいの自立の程度か、それは項目としては食事の用意、買い物、ベッドに一人で入れるか、身だしなみができるか、そういうことのアセスメントを行う。ただアセスメントのプロセスは我々が関与する前の段階で行われて、そこで決まったことがわれわれに報告されるという形なので、どのようにアセスメントをしているのかなぜそのようなサービスが必要と判断したのかという部分までは我々は知りえない。

・地方自治体によってアセスメントの方法が違い、地方自治体にどのくらい資金力があるかということも関係する。それで、かならずしもこういうケースの人が普遍的にこういうサービスを受けるといえるには言い切れない。大体は同じにはなってくるとは思うが。

<ディストリクトナース>

・こちらは病院ではない。コミュニティベースのサービスを提供している。患者は自宅にいるということになる。病院のように見えるかもしれないがそうではなくここになる施設はリハビリ施設。卒中を患った方のリハビリ、脳の疾患を患った方のリハビリが行われている。

・我々は2つの大きな病院とともに取り組んでいる。一つがUCLH、イングランドで最も成功している病院。これらの病院はたくさんの病床をもっていて、我々が担当している部分は退院する人のサポートで、健康に暮らしていけるようにサポートする。また、安全により早く退院するためのサポートを行っている。

・我々はコミュニティの中でサービスを提供しているが、そのコミュニティにはディストリクトナースがいてその人が患者のケアをする。そして患者がより安全により元気に自宅で暮らせるようにサービスをする。

・資料を用意してきたのでそれを一通り説明する。そのうちの一つがけがのマネジメント、けがの管理。高齢者が衰弱している人が多いということで、皮膚もけがをしやすくなっている。そういう人たちのけがの悪化を防ぐ、そして治癒を早くするためのサポートをする。過去には

そういう人たちは長期入院をしていたがいまはコミュニティでけがの治癒を図っている。たとえば包帯を換えたり、褥瘡の予防、そういうサポートをしている。これがサービスの大きな部分で、もう一つのサービスは薬、特にインシュリンの管理。

- ・患者の多くが認知障害、認知症の場合があるので我々のナースが正しく患者が薬を飲んでいいのか、またインシュリンを投与しているのかということを確認している。我々のナーシングサービスは 24 時間 365 日である。

- ・PEG ライン、ID などかつては病院でおこなわれていたようなことはいまではコミュニティで行われている。

- ・最近のサービスとしてはいわゆるホスピタルアットホーム（自宅における病院）というサービスを行っている。これも病院を助けることになっている。つまり、ハイスキルなナースが患者に付き添って自宅に行って 5 日間自宅でサービスを提供する。だから前は 10 日間入院して自宅に戻っていたような患者が 5 日間だけ病院にいて、そのあと 5 日間家に戻ってハイスキルなナースのサービスを受けるということだ。

- ・患者の多くがそのような形で早期に自宅に戻っていくということになるが、いわゆる臨床的なサポートが終わっても自宅でのソーシャルケアのニーズは継続的に残る。これは個人のニーズということになるがたとえば服を着たり食事としたりトイレに行ったり買い物をしたりということで、そちらのほうもソーシャルサービスが行うこともあれば我々のほうでサービスを提供することもある。ケアリンクというサービスを提供する組織を持っている。

- ・それから、患者が家に戻ってしまうと医療的な責任は GP にある。それで我々は GP と一緒になって包括的統合的なサービスも提供している。

- ・あと、カムデンではうまくいっているが、2つの病院がコミュニティ、メンタルヘルス、ソーシャルサービスが統合的な形で仕事を行っている、これが非常にうまくいっていてこれを我々はコンプレックスケアプログラム（複合ケアプログラム）と呼んでいる。

- ・私のチームにはナースとセラピストがいるが、チームのスタッフが GP と一緒になって患者の健康状態が悪くなっていないかどうか、ソーシャルケアのニーズはどういうものなのかということを早期にみてニーズをアセスメントする。そういうことによって衰退悪化予防に努める、つまり患者が家でよりヘルシーに、そして患者をサービスが取り巻くような形で自宅で健康な状態でいられる状況を作り出している。

- ・このようなケースの場合に何が起きるかという、まず GP から我々に紹介が来る。それで我々が入っていく形になる。それで包括的な形でその患者がどのようなサービスを受ける必要があるのかというアクションプランを立てる。それは患者にベストなサポートを提供するためのアクションプランということになる。ということで我々のサービスであったりあるいはメンタルヘルスのサービスであったり、ソーシャルケアだったりあと私のほうのスタッフの臨床医と GP が相談をしてこの患者のベストな臨床的な方法は何かについて合意をしていく。

- ・我々のところのユニークなサービスとしては学際チーム（MDP）というものがある。これは GP が主導して行う 1 週間に 1 度のミーティングである。GP、ヘルスケア、ソーシャルケアのプロ、それからメンタルヘルス関係者、ボランティアコーディネーター、2つの病院の高齢者ケアコンサルタント（部長医）が一緒になって患者のケアについて会議を行う。患者の同意が

必要で、認知障害がある場合は患者のケアラーの合意をもらっての会議ということになる。

- ・入退院を繰り返す患者は一般的には入院しているときにより病気が進む。そしてより混乱してしまう。ということは自治体にとってのコストがかかるということになる。患者は自宅にいるほうがより安全でより健康的だ。だから患者にとってもソーシャルケアのコスト的にも安く上がる。

- ・他のサービスとしては自宅にいる患者のサポートサービスだが、これを迅速対応サービスとって GP もしくは病院の誰かあるいは私のチームの誰かが患者を訪問して、様子がよくないとすぐに病院に送るのではなくまずアセスメントを要請して行う。そうして迅速に対応していく。

- ・私のチームのナースやセラピストが実際にアセスメントを行うが、そこでこの患者が自宅でより健康的に暮らしていくためにはもう少しこのような追加サービスが必要ではないかというアセスメントを行っていく。その結果、たとえば私のチームのナースの訪問回数を増やしたりセラピストの訪問回数を増やしたりする。すぐに病院に送る代わりにそういうことをする。

- ・あるいはもう少しパーソナルケアが必要ではないかということ、のサポートがうまくいっていない場合には介護の方法を変えるサポートも行っている。

- ・迅速対応サービスの対象になるのは主に床ずれのある人ということになる。転倒するとこのような問題を抱える人が多くなる。月曜から金曜まで 9時から 3時まで無料サービスで 24 時間転倒を予防するプログラムがある。またアセスメントをしてやはり病院に入院することが必要であれば入院しなければならないケースも出てくるが、まずはそれで対応してアセスメントをする。

- ・最後に申しあげるサービスは長期状態管理（ロングタームコンディションマネジメント）で、24 時間体制で入院してリハビリをするサービスも行っている。ロングタームコンディションというのは長期にわたる症状を持っている人ということで、糖尿病の患者や心疾患の患者、慢性閉塞肺疾患（COPD）の患者にどういった対処をしていくのかという、ナース、セラピストの対応である。これは病院のコンサルタントと相談をしながらナースと一緒に患者へのサポートを行っている。

- ・リハビリは卒中の患者のリハビリ、脳疾患のリハビリがある。医療（medical）モデルではなく健康回復（therapeutic）モデルである。ユニバーシティカレッジの超緊急卒中（hyper-acute stroke）ユニットと連携している。専門的な卒中のユニットでイングランドにおいて非常に成功している取組みである。われわれはそこにリハビリを提供する形で参加している。リハビリをコミュニティで行うという役割を担っている。これを我々はステップダウン（step down）と呼んでいる。そしてできるだけすべてのものをステップダウンさせていこうという理念で我々は動いている。つまり患者に教育を行い、患者が自分で自分を助けられる、自助できるように。

- ・ただ我々のサービスは急性期の患者の病院とタイアップする形での包括サービスなのでときにはステップダウンではなくステップアップして病院に患者を入院させなければならないこともある。

- ・われわれは受け入れる（inreach）、出ていく（outreach）両方の活動を行っているがステップアップの場合は我々のチームのナースが病院側に患者を引き渡す、必要な情報を渡したりい

ろいろな引き継ぎをしてステップアップをしていく。また逆にステップダウンの場合、退院する人がコミュニティに入っていく場合はやはり我々のナースが病院側と一緒にいろいろな情報を渡していくということをやっている。

<RSVP>

・これはあくまでも仮想ケースということで、実際にはその都度考慮すべき点としてその本人の精神的な状況、その人の文化も重要な点であると思う。

・ここロンドンでは多くの高齢者の人々は戦争もあって、学校にあまり行けなかった人もいて英語も普通のレベルまで話すことができず読み書きもできない人たちも少なくない。

・ここで提供しているサービスの一つは情報提供で、今話した前提は非常に重要。情報を与えるにしても英語をあまり読めない人に英語で書いてある説明を渡しても意味がない。あるいは目の不自由な方に読まなければならない媒体を通じて情報を提供するという方法は意味がない。

・私の役割はネットワーキングである。その中で情報を提供していくということ、それから本人のニーズに合わせて必要であれば他のサービスの人たちに紹介をすること、あるいはボランティアと高齢者本人の間の連絡係になってボランティアにその人の世話をしてもらう、あるいは私が直接その人にボランティアになりませんかと話してボランティア活動に参加してもらう、そういうことをしている。その人のニーズであるとかその人の状況に合わせて行っていく。

1) 仮想ケース 1 : A 夫人 (身体自立度が軽度、認知症なし)

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

(参考) Barthel Index 65 点

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

【質問項目】

Q1 : A さんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量 (時間や給付費用額) およびサービス内容について教えてください。

<サービスプロバイダー チャリティ>

- ・この場合の A さんの例では、A さんは 5 つの点で問題があると思う。
- ・1 つ目は彼女が住んでいる家。この家をもっと容易に住めるようにどこかを変えていかなければいけない。
- ・2 つ目は買い物に行くのもちょっと困難であるということ。
- ・3 つ目はいろいろなところに出かけていくときにこの人に交通手段がないということ。
- ・4 つ目は失禁
- ・これだけ 4 つの問題があるということであればおそらくこの方は孤独でなのではないかと考えられる。
- ・この 5 つをすべて包含した形でアセスメントを行っていく。
- ・実際のアセスメントが終わった時点で様々なサービスが提供されることになる。もし最初の問題点として彼女の家そのもの、たとえば玄関の段を取り除かなければいけないとか階段に手すりが必要とか、あるいは階段の上り下りができないという状況であれば階段の横に設置される椅子で移動できるリフトを設置しなければならないということが出てくるので何が必要なのかということのアセスメントしなければいけない。それをアセスメントするのは作業療法士で、この人が実際に家の状況を見て手すりが必要だとか決めていく。
- ・そしてさらにそのあと、そのコストはだれが負担するのかというアセスメントになっていく。その人が低所得者であれば公的な援助があるのでコストはカバーできる。しかしその人が一定のレベルの所得がある、あるいは貯金がある程度あればそれもアセスメントの中に入っていく。それでその人の負担額は決まっていく。
- ・それから 2 番目の失禁の問題、GP が実際に彼女の失禁の状態を診療してみて処方箋を書くとかあるいは理学療法士を紹介して、失禁に効くいろいろな運動があるのでその運動を理学療法士にやってもらうとかあるいは必要であれば手術ということ GP が決めていく。GP にかかるコストは無料。
- ・3 つ目のショッピング、これは社会的なケアという分類に入っていくので責任を持っているのは地方自治体。そこから民間のサービス事業者を経てサービスを提供するということになる。コミュニティケアアセスメントでは買い物についてどれくらいできるのかあるいは外出するときどのような移動手段が必要なのか、それから社会的なニーズ、そういったことも全部含めてアセスメントを行っていく。その時にこの人は長期ケアが必要になるのか、そうならばどのぐらいのレベルのケアが必要なのかということもアセスメントの中に入ってくる。その人がアセスメントの項目すべてについて必要となった場合にはその人が優先的にサービスを受けられるという結果になる。そしてケアにかかる金額がいくらなのかそしてだれがどこまで負担していかなければいけないのかということもここで審査していく。
- ・4 番目の問題、認知症がない場合にはパーソナルバジェットという形で直接現金を給付してそれを自分でケアを提供する組織に連絡して自分のケアを組織するという方法もある。あるいは自分ではできない場合、組織にアレンジメントそのものを委託してアレンジしてもらうこともできる。アセスメントの中にはその人に子供がいるのかどうか、子供がいた場合には一緒に住んでいなくても電話でお子さんとお話をしてその人たちがどのぐらい母親のケアに関与してい

るかということを知ってそれもアセスメントの中に入れていく。

・それから実際にケアを提供するさまざまな機関があるがそのタイプはその人が住んでいる場所によってかなり変わってくる。場所によっては民間が運営しているサービス提供組織だけしかないというところもある、ボランティア組織もあるところもある。それから地方自治体が委託して実際のサービスの提供を任されているという機関も少なくない。たとえば買い物で自分でできないという方々のためにボランティアが代わって買い物をするというような組織もある。そういう機関の多くはカウンシルから仕事を委託されていて、実際にお金を払っているのは地方自治体で、それに代わってサービスを提供している。あるいはボランティアのエージェンシーではなくて民間の会社がそういうサービスを提供している場合もある。それは自治体に関係ない民間の会社もあるし、地方の政府から委託されてサービスを提供している会社もある。

・以前のデイサービスは独りぼっちになってしまう人のために特に提供するというサービスで、地方政府が自ら運営していたサービスだったがそれはほとんど見当たらない。財政困難の緊縮政策の結果ほとんどそういうサービスがなくなっている。

(質問：NHSは無料として、ほかのサービスはどれくらいお金がかかるか)

・Aさんがどこまで負担するかというのは、この人の経済状態が変わってくる。たとえばこの人は貯金があって、その貯金の合計額が2千ポンドを超えた場合には超えた100ポンドごとに彼女の負担しなければならないレベルがかわってくる。さらにこの人が年金受給者であって非常によい年金の場合、基本的な年金額にプラスアルファでこの人はもらっているわけから、それも計算に入ってくる。それも段階的に負担額が決まってくる。しかし残念なのは実際にこの人が自分で負担しなくて自治体からサービスが受けられるということになったとしてもあまりにも待ち時間が長いこともある。たとえばこの人はすでに80歳だが階段の上り下りができなくてリフトが必要だと言う場合、しかしリフトの取り付けが1年後ということになると通常は家族が買ってくれる。なので、それが一つの問題。それから重大な問題は場所によってかなりまちまちだということだ。国全体の均一的なポリシーというものがないのでそれがもう一つの問題になってくる。

・この国は非常に大きな問題として、ヘルスケアと言われているサービスとソーシャルケアと呼ばれるサービスの違いがあまりにもありすぎる。たとえばカナダではどちらも同じ扱いになる。この仮想ケース2の場合は認知症がある程度あるということで、そうなるそれが進んでいった場合にはおそらくナーシングケアを受けなければならないということになると思うが、そうするとヘルスケアの位置づけになる。最初の在宅の時はソーシャルケアになる、そしてそれが進んでいくとレジデンシャルケアになるということで、その人がどこに行きケアを受けるかということによって、管轄しているケアサービスがヘルスなのかソーシャルなのか、ヘルスだったら無償なのでラッキーだが、ソーシャルケアの位置づけになったらその人の貯金や収入が全部反映するのでそこでの差が大きいことが問題だ。

(質問：パーソナルバジェットはどういう人が使うか)

・このパーソナルバジェットは、高齢者だけではなく18歳以上の障害を持つ、身体障害、心身

障害、何らかの障害を持つ人に対して給付されるものだ。この人たちが何らかのパーソナルケアというものを在宅で受けなければいけないと審査された人が受けられる給付金だ。たとえばアセスメントしなければいけない時に、ローカルオーソリティのコミュニケアアセスメントチームの担当者が実際にその人の家に行ってその人がパーソナルケアで何が必要なのかを見に来る。たとえば毎朝起きたときに歯を磨いたりシャワーを浴びたりをするのが自分でできない人のためにパーソナルケアの人が来たら何分かかかるのか、15分ですむのか1時間かかるのかそれはその人の障害の度合いによって違ってくる。そして今度は、かかる時間の1週間当たりの合計を出す。いま正確に1時間いくらかわからないが、仮に1時間10ポンドなら10ポンドとして計算していく。これだけ必要だということでお金をその人に給付していく。そしてそのお金をもらった本人がサービス提供機関に連絡して実際にアレンジメントをしてそしてサービスを受けるということになる。パーソナルバジェットを給付してもらうためにはそれ専用の銀行口座を開かなければならない。それからサービスを提供する機関だが、政府にケアを提供する機関であるという登録をしていなければならない。個人であった場合はフリーランスであっても介護をするという登録をしている人でなければならない。

<サービスプロバイダー 民間>

・私自身が毎日のケアで高齢者に向き合っているわけではないが、一般的にサービスユーザーの大多数はたとえば朝30分起きたときの手伝い、ランチ時間に30分、夕方に30分という形のサービスを受けている。食事の用意から、実際に食べることのパーソナルケアということになる。

・このAさんについては1週間に1時間から2時間以上のサービスを受けているとしたら驚きである。サービスユーザーが払わなければならないお金、払わなくてもいいお金は、所得に応じて払うので、その金額と我々が地方自治体から払ってもらうお金とイコールにならないということになる。もしかしたら全額払っているかもしれないしまったく払っていないかもしれない。

(質問：アウトカム志向でサービスを提供するというところで自立をどれくらい達成できたか評価するという話があった。この効果測定は具体的にはどういうイメージか)

・確立された測定方法や指標というものはたくさんはない。私自身はこのバーテル指数を知らないが、たとえばあるタスク、食事を用意するというタスクをとると、まったくできないというレベルから、少し助けるとできる、あるいはうまく励ますとできると、助けの程度もいろいろある。サービスを提供する中で援助なしに食事ができるようになるかどうかというのが最終的なアウトカムで、それに向かってどのくらい進展しているか、これが一つの測定になるかと思う。それからアウトカムの成果があいまいなものもある。たとえばヘルスの向上と言ってもあいまいな感じがする。具体的には入院回数が減ったとか、転倒回数がどれくらいになったかということによって測定していけるかと思う。ただあまり確立されたものはない。

(質問：アウトカムを測定するということが、そのアウトカムの結果を、サービスの質を図るために自治体に報告する義務があるか)

・それは我々の意図しているところではあるが、まだ実際にはそれは起きていない。ただ、サービスユーザーが自立をしてきた、それで今までよりは少ないサービスでいいのではないかと
いうようなときはもちろん我々のほうから自治体のほうに報告する。逆にこの人はもっとサー
ビスが必要なのではないかととなると、我々のほうから自治体に報告するという事はしている。
また、高齢者が衰弱してきたとなると我々から自治体に報告して自治体がまた再評価するとい
うことを行っている。いまは定期的な頻度としては6か月に1度あるいは1年に1度という形
での自治体の評価だが、我々が気づいたらそこで報告してそこで臨時に再評価をすることはあ
る。

<ディストリクトナース>

・お金はよくわからない。
・我々はカムデンケアラーズ、カムデンボランティアと密接の仕事をしている。ケース1の方
は身体的なヘルス、メンタルヘルスのニーズがあればたとえば買い物の手伝いをしたり友達が
いない人には話し相手になってもらったり、刺激を与えるということで、この場合はボランテ
ィアとの連携ということになるかもしれない。カムデンケアラーズとかボランティアは無料サ
ービスになる。
・軽度な失禁があるということなのでGPに我々が連絡をして失禁のアセスメントを受けるよう
にアレンジをする。ただもちろん本人にこれは問題ですかと確認してからのことになる。

Q2: Q1 で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。

<サーボイスプロバイダー 民間>

・問2: この国の在宅ケアサービスの大多数は我々のような民間企業によって提供されているの
が現状である。かつては地方自治体が行っていたがそれは今ではまれになっている。

Q3: 介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サー
ビスが不足する場合、Aさんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等はあ
りますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。

<サービスプロバイダー チャリティ>

・それから社会に入っていけない、人とうまく生活できないという人のためのサービスもボラ
ンティアでやっているところもあれば、地方自治体が自分の部門で地方政府が運営するサービ
スの提供する場合もある。
・たとえば都市に住んでいる人たちは、イギリスにはいろんな人種が住んでいるので人種ごと
にコミュニティができています。たとえばユダヤ人のコミュニティは非常に素晴らしくて彼らは
デイケアセンターとかケアサービスとかユダヤ人用に作っている。運営も自分たちでしている。
うまくいっているケースである。
・さまざまなコミュニティがある。バングラデッシュのコミュニティとか。ただアフリカ人の
コミュニティではお金もなく彼らは企画運営にあまり長けていないようでサービス提供組織
があったとしてもあまりうまくいっていない。あるいは少ないということがある。

<サービスプロバイダー 民間>

・問3：介護保険はこの国にはない。主に国家からの財源によって賄われる。たくさんのボランティア組織がある。彼らは主に追加的なサポートを行っている。たとえば話し相手になってあげるとか車を運転して教会に連れていくとかそういうサービスを行っている。在宅のケアやサポートは我々のような民間企業が提供している。

(質問：3つのケースの人たちはRSVPなどのボランティア組織からも何らかのサポートを受けていると思うが、ほとんどのケアが必要な人はボランティア組織のサポートを受けているのか。受けている人は比較的少ないのか)

・それは地方自治体がどのようにボランティア組織を発達開発させているのかにもよると思う。サービスを受ける個人の好みもある。高齢者のボランティア組織ということではエイジUKが大きなチャリティ団体だ。各地にオフィスがあって、受けようと思えばサービスは利用可能である。ただ地方自治体が高齢者にこういうボランティア組織があってこういうサービスが受けられると導いていくしていくかどうか、それは自治体による。

Q4:Aさんに対するサービス提供は、予防的な観点もしくは自立支援の観点は重視されますか？

<サービスプロバイダー チャリティ>

・4番目の質問は予防についてで、非常に興味深い質問だと思う。Aさんに関していえばこの人はすでにある特定のサービスが必要とされているという状況にもう陥っているのでここでの予防という意味では手遅れかもしれない。本当に予防という話をするときは国レベルの政府と地方政府、みんなが一緒になって予防という形での方法を模索してそして推し進めていかなければいけないことだと思う。たとえば私は60歳以上で、無償で電車バスといった交通機関を利用することができる。そういうことをすることによって高齢者が自由に外に出でいけるような状況を作っていく、それが孤独に陥らないための予防だと思う。あるいはスポーツ施設、ロンドンの中にあるスポーツ施設だとその多くは高齢者用に割引があったりたとえば水泳が無料であったりする。

・Aさんのことに戻ると、この方はすでにケアの必要性があるのでここでの段階の予防というのはここから介護施設に行かないようにするための予防ということになる。あくまでも自宅で介護を受けられるという状況が続けることが彼女自身にとっても非常にメリットの高いことであるし、同時に自治体にとってもそれはいいことである。コスト削減ということになるので。ケア提供機関は非常にたくさんあるので、どこを選ぶかということは問題になってくるかもしれない。

<サービスプロバイダー 民間>

・問4：いま提供されるサービスのアウトカムは成果指向型ということになっている。つまり、高齢者の自立を支援できるサービスはなんであるのか、高齢者の自立を達成していくために有効なサービスは何なのかという形になっている。以前は人々にサービスしてもその効果を測定するということがあまりなかったがいまはどれだけ依存を減らしていけるか自立を支援できるかということが測定の基準になっている。

Q5：Aさんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。

<サービスプロバイダー チャリティ>

・質問5について、どんなサービスをAさんが利用可能性があるかということだが、そのサービス自体には違いがないと思う。しかしこの方に友人であるとか家族がいて、そういう方々が定期的にこの方の世話をしているということであれば、その介護を与えているケアラーのためのレスパイトケアを提供するということになるのではないかと思う。このレスパイトケアだが、これも場所によってどのようなレスパイトケアがあるかは変わってくる。たとえば例としてこの方の家族か、友人かもしれないが、買い物を何時もしてくれている、あるいは毎日いろいろなところに行くときに送り迎えをしてくれている、ほとんど毎日その人が世話をしている状況になると、その人がホリデーに旅行に行くというときにレスパイトケアを提供することは可能ではないかと思う。

・この国においては子供たちに強制的に親の面倒を見なさいという権利はこの国の政府にはない。あくまでもそれは子供の自由な意思で介護するかどうかを決めなければならない。

・最後の質問、この人の経済状態。これはどこの場所でも同じだと思うが、もしAさんが裕福であれば自分が必要なサービスを、必要な時に自分がもつめる人から受けるということが出来る。しかしあまりお金がないという場合は本質的にはその人に必要な時に必要なケアをあたえるということが前提にはなっているが、現実はそうはいかない。

(質問：問5でサービス自体に変更がないとのことだったが、ということは家族が面倒を見られるか見られないかによって給付を受けることができるサービスが減らされることはないという理解でいいか)

・それはこの人が一人で住んでいるからだ。

(質問：一緒に住んでいる場合はどうか)

・サービスそのものは変わらないといっても、たとえばいろいろなサービスがあるので、このAさんは買い物はできないということでお隣さんがずっと彼女の買い物をしてあげるとする。その場合はこの人がやってくれるという間はおそらくこちらで提供するサービスの中に買い物ははいらない。しかしお隣さんがもうやらないといったときはそこで買い物サービスを提供することが可能になる。あるいはこれからも買い物をしてあげるけど、来週はホリデーに行くのでできないというときは先ほど言ったようにレスパイトケアのサービスが提供される。

<サービスプロバイダー 民間>

・問5：家族の支援を受けられるかどうかということには確かにアセスメントの中にあるが、個人が受けられるサービスに変更はない。

<ディストリクトナース>

(質問：家族がいてもいなくてもサービスは変わらないか)

・家族がいるかどうかは関係ない。ただし家族が近くに住んでいるときはケアニーズに参加するという場合はある。実際は介護者の多くは家族であったりする。しかし一方で家族は遠方に

しか住んでいないということもあるので、われわれがアセスするときは患者だけを見る。家族は見ない。介護者が家族であれば我々は介護者のほうのヘルスも注意する。ケアラズケアだ。

Q6 : A さんの経済状況が良い／悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。

<サービスプロバイダー 民間>

・問 6 : 受けられるサービスの資格の変更はないが経済的な状況によって負担額には差が出てくる。この国のヘルスケアは無料だが、ソーシャルケアは有料。ただスコットランドはソーシャルケアも無料。

2) 仮想ケース 2 : B 夫人 (身体自立度が軽度、軽度～中程度の認知症あり)

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

(参考) BarthelIndex 75 点

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

【質問項目】

Q1 : B さんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量 (時間や給付費用額) およびサービス内容について教えてください。

<サービスプロバイダー チャリティ>

・2 番目の人は認知症が進んでいるということなので、まず GP のところに行ってそのアセスメントをしてもらう。GP の診断によってコンサルタントと呼ばれるドクター、つまり高齢者専門医に紹介されて、そしてその人が最終的に診断してどんな介護ケアが必要なのかということを決定する。一番理想的なドクターは老年精神医が一番いい。しかし多くの場合はいわゆるソーシャルコミュニティケアアセスメントの人が実際に見て社会的な観点でアセスメントしていく、そしてそれと同時にコンサルタントが医学的な観点でどういうニーズがあるか、たとえば失禁という問題があった場合に、通常の人が失禁、あるいは認知症の人が失禁ではレベルがか

なり違って来る。なので認知症が進んでいる人の失禁ということであればこの人はレジデンシャルケアに移される可能性が強くなって来る。そうするとここでは薬の投与とか医学的介入が必要ないのであれば全部ソーシャルケアの中に入って行くと思うし、一方で投薬などの医学的な介入が必要であれば NHS が運営しているナーシングホームに入る可能性が強くなって来る。それと同時に国が運営しているボランティア組織というものもある。とくにメディカルな観点でソサエティがあるアルツハイマー病の人たちがやっているソサエティ、そういったところでも彼らがデイセンターを運営していたりあるいはアルツハイマー病を患っている家族のためのサポートを提供している。

<サービスプロバイダー 民間>

・認知症の人の必要とするサービスのニーズは、認知症のない人より大きくなるのではないかと。しかし認知症だからこのサービスを受けられるという形にはなっていない。それからテレケアにかかわっているが、これはテクノロジーを使ってのケア、たとえば認知症の人のベッドにセンサーをつけておくとか、その人がベッドから離れて一定時間たっても戻ってこなければ中央で管理しているところにセンサーが連絡する。あるいはその人が家を出て戻ってこないとなると連絡が行くというシステムである。

問 2、3、4 への答えは同じ。

<ディストリクトナース>

・この患者はパーソナルケアサポートを受けることになる。つまりソーシャルケアのほうのサポートである。これは認知症の治療を受けているということ想定してのことである。ナースが自宅に出向いて助ける形である。尿失禁があるということでこちらも治療を受ける。テレケア、テレホームも提供されるだろう。いろいろなデバイスを有効に使うプロジェクトだ。これは、薬を飲むように言ったり、認知症の人であればその人が慣れ親しんだ声、たとえば娘さんの声で、どこかに行こうとしているときにどこに行くのと声をかけるやり方とか、デバイスを活用できないかというプロジェクトだ。

(質問：ケース 1 で予防のプログラムはあるか)

・コミュニティに PT がいるので問題があればそれに対するセラピーを行うということも考えられる。いずれにしてもステップダウン、セルフケアというのが我々の行っていることのビジョンである。患者自身ができるだけ達成できるように支える。

・認知症に関しては残念ながらイギリスでは認知症への対応サービスというものがあまり提供されていないという状況である。カムデンは今認知症への新しい戦略を立てているところである。というのは、あまりいい道筋 (pass way) が確立されていないのである。

・小規模にはメンタルヘルス、フィジカルヘルスに対応するいろいろなやり方を行っているが、コミュニティに監督者 (matron) がいて、我々のほうのメンタルヘルス専門のナースもいるので一緒になってメンタルヘルス全体に対処している。その中に認知症も含まれているという形である。メンタルヘルスというと認知症だけではなく精神分裂症とかほかの疾患も含まれているがその中で対応している。あと心理的な問題を抱えている患者もいるので、その人たちがき

ちゃんと決められた薬を飲んでいるかどうか、規則遵守（compliance）の部分への介入サービスもある。認知症についてトレーニングを受けているのはメンタルナースである。

Q2：Q1 で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。

Q3：介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、Bさんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。

Q4：Bさんに対するサービス提供は、認知症であることへの観点は重視されますか？

Q5：Bさんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。

Q6：Bさんの経済状況が良い／悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。

3) 仮想ケース 3：Cさん（身体自立度が中度、認知症なし）

仮想ケース内容

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

（参考）BarthelIndex 40点

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

【質問項目】

Q1：Cさんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。

＜サービスプロバイダー チャリティ＞

・この例は非常に興味深い例だと思う。この人の収入が平均以上ということなので、通常身体に何らかの障害が出てしまうということになると普通 GP に行って病院に行くということになる、それは全部 NHS なので無償。

・NHS で提供される理学療法というものもあるがこれは通常非常に短期間、障害が起こってしまっただけのリハビリということで非常に短期間だけ療法が施されるがその後もその療法を受けたいということであれば、この人はある程度の所得もあるので自己負担でそれをやるのが可能だと思う。それから彼が住んでいる家の回収も自己負担で OK かなと思う。しかし平均以上と言っても平均をほんの少ししか上回っていないということで、こういった家の回収とかも自己負担が難しいということであればコミュニティケアアセスメントのオフィサーを呼んで評価をしてもらうことは可能。そこでさらにそこから理学療法士に紹介してもらって理学療法士から家の改修などについて評価をもらって決定してもらおうと、しかしこの人は認知症がないのである程度お金もあるということでしたら、改修とかソーシャルサービスで身体的にできないところを補足的にできるようにしてもらうサービスを提供してもらうことになると思う。お金があれば自己負担でいろいろなサービスをより受けられることになると思う。自己負担しないということになると待ち時間も長くなるし、サービスのレベルもまちまちになるので自己負担するといういろいろな意味でベターな点が多い。

＜サービスプロバイダー 民間＞

・このようなケースの方はトイレのサポートが必要ではないかと思う。それで1日に3回から4回の訪問サービスを受けることになるのではないかと。それはソーシャルサービスで、自治体にもよるが、自治体によっては最低の訪問時間を15分にしているところもあれば30分のところもある。この人の場合は朝起きたときに1時間、ランチタイムに30分、そして夕方に30分、またベッドタイムに30分が典型的な感じだと思う。

＜ディストリクトナース＞

・卒中の患者で病院に入院していたということだ。ここには卒中の専門ユニットがあるのでそこに入院していて、自宅に戻るための我々としてはリハビリの部分のサポートをすることになると思う。

・ヘルスのセラピストそれからパーソナルケアサポートで、それらはソーシャルサービスになる。カムデン区では統合的で包括的なシステムができていますので患者のニーズが分かれば包括的なシステムの中で対応できる。

・ケース3の場合は経済的なステータスには関係ない。NHS からソーシャルケアというのは無料で提供されているので。その人の裕福さをアセスメントするのはその人が施設に行く場合あるいは継続ケアに行く場合になる。継続ケアというのは1日24時間ケアを続けていかなければならないというケース。たいがい障害の場合だ。そのような場合に患者がどのぐらいのお

金を持っているか家の資産価値がどのくらいかを言うことの評価が行われる。

Q2：Q1で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。

Q3：介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、Cさんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。

Q4：Cさんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。

Q5：Cさんの経済状況が良い／悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。

データリクエストへの回答

1. オランダからの回答… 9 7
2. イギリスからの回答… 1 0 4

1. オランダからの回答

超高齢社会を迎えている日本ではますます高齢者が社会の中で力を発揮することが求められています。高齢者の就労がさらに進むことも必要ですが、地域において高齢者による社会貢献をさらに進めること、とくに高齢者が高齢者をささえる活動が重要であると言えます。そしてこのように高齢者が社会参加をすることが自身の健康にもよい効果を及ぼすと思われます。

以上の問題意識により、貴国におけるボランティア組織、高齢者のボランティア活動の現状、経験などについてうかがいます。

1. ボランティア団体の性格

1)どのような団体でボランティアが多く働いていますか。どのように分類できますか。

オランダ人はとても積極的にボランティア活動に携わっており、2013年には15歳以上人口の49%がボランティア活動を行っている。2012年は50%であった。35-45歳の年齢層が最も積極的にボランティア活動を行っており、それは主に、自分の子供たちに関する活動（学校やスポーツクラブ等）である。退職後の人々も多くのボランティア活動を行っているが、65-75歳の年齢層では若干減少がみられており、2012年には53%であったのが、2013年には48%となっている。このような減少がなぜ起きているのかは不明である。55-65歳の年齢層もまた、ボランティア活動を多く行っている（48%）。高齢ボランティア（55歳以上）は主に、医療・介護・福祉の分野で活動を行っており、学校やスポーツクラブでの活動は比較的少ない。

ボランティアの60%は、高等教育（応用科学または学術レベル）を受けている。オランダでは、ボランティア活動が広く一般的に行われている。したがって、高学歴の人のほうが（パーセントのレベルで見ると）低学歴の人よりもボランティア活動を行っているかのように見えるが、絶対数で見ると、低学歴のボランティアのほうが多い。

出典：Movisieによるボランティアに関する報告書(2010)、統計局 2014.

ボランティア活動の例：

非営利の取り組み：環境整備（清掃）の日、近隣地域の日、森を支援する日

非営利団体：Vereniging De Zonnebloem（ひまわり協会：看護師や医師等のボランティアと協力し、障害者・慢性疾患のある人・高齢者の外出や休暇旅行を支援する。ボランティアはそこでケアを行う（1-2週間程度）。）

医療：

病院：診察室への患者誘導または病院内の施設情報提供（訪問者または入院患者等へ）、見舞客が患者へ持ってきた花の水替え、入院患者用の図書施設等

介護：

ナーシングホームや老人ホーム：活動の企画、紅茶やコーヒーの提供、視覚障害者への新聞読み聞かせ、活動への入居者誘導

福祉：

亡命希望者または外国人労働者向けの語学教室、孤立した人々の自宅訪問、ホームレス支援等

学校（父母による支援）：昼食時の支援、小さな児童への読解や算数の能力向上支援、スポーツ活動前後の支援等

スポーツクラブ（例：サッカー、ホッケー等）：コーチ、審判、売店でのコーヒー・紅茶・スナック類等の提供・販売。利益はクラブのユニフォームや練習道具等の購入に使われる。

教会：教会では多くのボランティアが、教会を活性化する活動や、病気であったり死を迎えつつある教会メンバーを支援する（自宅訪問、はがきの送付等）活動に携わっている

2)それらのボランティア団体には認定資格が必要ですか。団体は、その資格を取得したり認定されることで優遇措置(税が安くなる、公共施設を安価に使える等)がありますか。

ボランティア活動の種類や資金の有無にもよるが、ボランティアは一人当たり年間 1,500 ユーロまで報酬を非課税で受け取ることができる。しかしこのような額を受け取れるボランティアは少数である。大半の場合、医療や介護分野で活動するボランティアは、クリスマスの前に感謝の品（食べ物の詰め合わせ）を受け取ったり、他のボランティアとディナーや外出をしたりする。学校・福祉分野・スポーツクラブ・教会のボランティアには通常、そのようなものはない。

福祉分野では、地方自治体がボランティア活動の主な責任を担っており、その好例が Radius である。地方自治体がボランティア活動を立ち上げる際に役立つ全国計画がある。

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/vrijwilligerswerk/regels-voor-vrijwilligers-en-vrijwilligersorganisaties>

地方自治体はたとえば、月々の手当（経済的支援）を受給している無職者に対して、手当と引き換えにボランティア活動を行うよう要請することができる。

政府または専門（フォーマルな）機関が関わる際には、ボランティア活動を行うのに安全な環境を保証するために、労働安全の規則が考慮されなければならない。

あらゆるボランティア活動では、セクハラ防止に関する規則が適用される。

ボランティア活動に関する認定制度は存在しない。

オランダでは誰でもボランティア活動を行える。弱者（高齢者・児童）と関わる場合や、ボランティアと支援を受ける側の人との関係が「密接」な場合は通常、当該ボランティア候補が実際の活動を始める前に、品行方正である旨の証明を求められる。このような証明は、前科がない者へ自治体が提供できる。

3)認定資格を得る際に必要な要件にはどのようなものがありますか。

質に関する全国基準リストのようなものがあり、ボランティア団体はその基準を満たすと、当該団体（Radius または医療・介護・福祉団体）は、優良ボランティア団体またはボランティアを大切に
する優良団体であるという認証を受けられ、これは 4 年間有効である。このリストはオランダのボランティア団体協会である *Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk* (www.nov.nl) が作成している。この協会の目的は、①中央政府と対話し、組合のような機能（ボランティアの「権利」やニーズを守る）を有するロビー団体としての役割及び②ボランティア活動に関する地域団体への助言（安全、質等）の 2 点である。

4)中央政府や自治体はボランティアが多く働いている団体に助成はしていますか。どのような範囲、額の助成ですか。(例:事業費のみ、管理費もふくむ、人件費もふくむ等)

地方政府は、ボランティアを提供する団体や、ボランティアと要支援者を仲介する団体に支払いを行うことができ、これらの活動の多くは助成されている。支払われる費用は様々であり、事業費のみの場合もあれば、あらゆる費用をカバーすることもある。

病院・介護団体・学校等は助成を受けない。

ひまわり協会 (Zonnebloem) のような協会は、ファンドレイジング (訳注：寄付集めやイベント等による資金調達) を通じて資金を得ており、これによってボランティアの費用をカバーすることがある。たとえばボランティアが病気の人の休暇旅行に付き添う際、交通費・宿泊費・食費はこのような資金で賄われる。

5)統一した基礎教育や定期的なスキルアッププログラムなどはありますか。また、質の高いコーディネーターやボランティアの表彰を行うなど個々人の活動を評価したり、事例を集めてベストプラクティスをまとめる取り組みが行われていますか。

ボランティアの研修プログラムを行う団体が、アムステルダムにある。主な内容は、会話の方法や、ボランティアが行ってよいこと／行ってはならないこと、ボランティアが専門職の支援をいつ求めなければならないか等に関するものである。Radius もまた、ボランティアへの研修を行うことができる。

アムステルダムの例は、右記を参照：<http://www.vca.nu/> (訳注：英語版は <http://vca.nu/english/>)

6)以上のような教育、評価は団体に対しても同様の取り組みが行われていますか。

ボランティアとの関わりが多い団体で、ボランティアや職員に研修を行う全国団体がいくつかある。www.wmovisie.nl (訳注：英語版は <https://www.wmovisie.com/>) を参照。

7)一般的にそのような団体で有給職員とボランティアの割合はどうですか。有給職員の給与水準は全国平均と比べてどのくらいですか。社会的にはどのように評価されていますか。

介護：場所によりけり。1：5 (有給職員 5 人に対してボランティア 1 人) の事もあるが、デイケアセンターだと 5：1 となることもある。

病院のような医療施設：1%未満

学校：状況によりけり。読解能力向上プログラムでは、2 人の親が 1 人の専門職を援助する可能性あり。ジムでも同様。

したがって、かなりばらつきがある。

ボランティア活動は高く評価されており、私たちの社会ではとても普通に行っていることである。

ボランティアの大半は無償 (実費のみカバー)。また、ボランティア活動は仕事の合間に行ったり、あるいは定年後の人や主婦が行うものである。それ自体が仕事としては捉えられていない。

2.ボランティアによる介護、社会サービスの提供

1)ボランティアによる高齢者対象のサービスはどのような範囲で行われていますか。公的なサービスとボランティアによるサービスの連携、棲み分けはどのように行われていますか。身体介護、家事援助(料理、掃除、洗濯等)、生活支援(買物、送迎、改修・修理、見守り、社会的交流等)のそれぞれについて記述してください。

また、地域で、ボランティア団体から提供されるサービスについて分かりやすく示されている情報はありますか。また、公的なサービスとボランティアによるサービス提供の棲み分けや連携の在り方について検討された資料や報告書などがあればご紹介ください。

多くのボランティアが高齢者へサービスを提供しており、そのボランティアは近所の人であったり、教会の人であったり、ボランティア団体の人であったりする。したがって、サービスの調整は状況によりけりである。ボランティアと要支援者の関係が近い（近所の人や教会の人）場合には、調整は行われない。ボランティア団体や福祉団体に関わる場合や、病院・高齢者介護施設・学校・スポーツクラブ等においては、調整が行われる。

在宅の高齢者介護に関して見ると、WMOのケアが適用される人については、専門的訓練を受けた専門職が行うべきこと（身体介護・看護・場合によっては清掃）とボランティアが行ってよいこと（買い物・輸送・修理等）が、WMOの法律で規定されている。

WMOが適用されない人には、ボランティアが清掃や介護を行うことができるが、大半の場合、これらは家族が行う。

ナーシングホームや病院でも、法律によって専門職が行うべきことが規定されている。これらの施設でボランティアが通常行うことについては、前述した通りである。

2)地域の中で、高齢者を対象としたサービスを行っているボランティア団体間あるいはそのような団体と地方自治体間の調整役となる団体・個人はありますか。ある場合はどのような人(団体、行政)がどのような調整をしていますか。

最近では、「The joined future agenda on informal care and support（インフォーマルケア及び支援に関する未来の共通アジェンダ）」と呼ばれる政策文書が書かれている。このアジェンダは保健省の要請に基づいたもので、知識センターMantelzorgによる支援ならびに Movisie ([wwWmovisie.nl](http://www.wmovisie.nl)) と Vilans (www.vilans.nl)との協力によって作成された。これは更なる知識を得るためだけのものであり、何かを仲介するものではない。

私たちが知る限りでは、地方自治体とボランティア団体の間で調整は見られない。

3)ボランティアによるサービスを利用した場合の利用料(自己負担額)はどのくらいの金額ですか。公的サービスに同様のサービスがある場合は違う額ですか。

いくつかの例は前述した通りである。ボランティア活動によりけりで、無償のものから提供した支援の全額(1500ユーロ-)、またサービス提供にあたる実費の支払い(ひまわり協会等)や、誰かにアイスクリームを買った場合の実費支払というケースもある。通常は、サービスを受けた人がボランティアやボランティアの実費(交通費等)に対して支払いを行うことはない。

4)ボランティア団体から提供されるサービスの質を評価する仕組み・基準はありますか。

この件については既に回答済みである。www.nov.nl (訳注:英語版は <http://www.nov.nl/english>) では、ボランティアやボランティア団体が行った業務を評価するため、質に関するシステムを立ち上げようとしている。

5)ボランティアがサービスに関わるうえで、怪我や事故に対する保険やサポートを行うプログラムはありますか。

ボランティアに関わるすべての団体は通常、ボランティア活動中のリスクをカバーする保険に加入している。

スポーツクラブ等で活動するボランティアについては、クラブによって保険の加入状況が異なる。個々のボランティア（近所の人を支援する者や学校での活動に関わる親たち）は保険に加入していない。家具の損傷などが起こった際には、支援を求めた者の保険でカバーされる。

3.介護予防施策とボランティア活動

1)国レベルあるいは地方自治体レベルで高齢者対象の介護予防施策(preventive long-term care services, screening, counseling, falls prevention campaign, lifestyle recommendations (proper nutrition etc., exercise...))について、その大綱やガイドライン、根拠法はどのようなものがありますか。

全国的な予防プログラムがあり、保健機関と医療・介護施設、研究者、研究所を結び付ける取り組みを行っている。

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/nationaal-programma-preventie>
また中央政府はどの保健的介入で費用対効果が高いかを解明するため研究プログラムを実施している。

<http://www.allesisgezondheid.nl/>

<http://loketgezondleven.nl/interventies/>

オランダにはまた保健に関する法律があり、この法律の第5条では、高齢者介護及び在宅介護で保健活動が組み込まれる必要性が説明されている。すべての自治体は、サービスを提供するために地域の保健所へ支払いを行っている。

2)具体的に、地域ではどのような介護予防を主たる目的としたプログラムが行われていますか。

www.wehelpen.nl : この取り組みでは、ボランティア活動を行いたい人と、支援を求めている人（例：犬の散歩、庭の手入れ等）のマッチングを図っている。ここではボランティアに関する質の管理はされていない。ウェブ上で申し込みを行う。

<http://www.stadsdorpzuid.nl/> : 皆様は StadsdorpZuid を訪問されたことと思う。これは、高齢者が住み慣れた地域で自宅にてできるだけ長く生活できるよう支援する取り組みである。

自治体では、保健所が転倒予防、栄養指導、料理教室、移動能力維持向上のプログラムを提供していることが多い。このようなプログラムは、ボランティア団体または在宅介護団体が実施することもある。

3)介護予防施策に高齢者の社会参加、ボランティア活動などが含まれていますか。

はい。

たとえば以下の点に基づいて国や自治体は判断してボランティア活動を推奨していますか。

- ① ボランティア活動は自身の介護予防に効果がある はい。
- ② 高齢者による高齢者対象のボランティア活動はボランティアをする側と受ける側双方の介護予防に効果がある はい。

www.volksgezondheidenzorg.info

4.ボランティアと認知症の人々

1)認知症の人々に対して、ボランティアはどのような支援やサービスを提供していますか。

在宅：家族の外出（買い物、美容室、家族訪問）時に認知症の人をケアすることによる、家族・夫・妻への支援。（同居親族がいない場合には）調理・買い物・通院同行・金銭管理・衣服の購入といった支援

も行うことがある。

施設：散歩、新しい衣服の購入等。

2)認知症の人々への支援を行うにあたり、ボランティアの研修プログラムはありますか。もしあるならば、詳細を記載してください。

他の多くの国と同様、オランダにもアルツハイマー・カフェがある。またデンマークの Odense ハウスのような場所もあり、そこでは親族や関心のあるボランティア（近所の人等）へ研修を行っている。Radius のような団体もまた、研修を行っている。

3)ボランティアに認知症の症状が出てきた際、どのようにしてその方はボランティア活動を続けますか。

ボランティアが認知症になりつつあると誰がそれに気づくかによりけりである。誰も気づかなければ、ボランティアは活動を継続できる。

認知症になった人は通常、ボランティア活動を辞めていくが、新たな例（www.dementalent.nl）も出てきている。この団体は認知症を有するボランティアと活動を行っている。有給職員 1 名と認知症を有するボランティア 24 名が、森のメンテナンスを行っている。ただし私から見るとこれは、デイケア活動に分類されるべきと考える。

5.ボランティア活動の奨励など

1)高齢者に地域でボランティアとして活躍してもらうための奨励策はどんなものがありますか。（たとえば以下のような行政、福祉機関、医療機関などによる奨励策）

<http://hetvrijwilligersnetwerk.nl/> ボランティア・ネットワーク

http://www.windesheim.nl/~media/files/windesheim/research%20publications/111005_communities_van_en_voor_ouderen_een_wereld_van_kansen.pdf 高齢者にとってのチャンスに関する報告

-ボランティア個人へのインセンティブ制度はありますか。どのようなものですか。

大半の場合、ボランティア活動を行うインセンティブ（動機）は、ボランティア自身が自分の時間で社会に役立つ何かをしたいという思いである。

www.wehelpen.nl は数少ない例外のひとつである。ここでボランティア活動を行うとポイントがもらえ、自身がボランティアを必要とするようになった際には、そのポイントを使ってボランティアの支援を得ることができる。

-ボランティアポイント制度(ボランティア活動時間に応じてポイントを付与してそれを現金化、あるいはバウチャーとして使用できる)に類するインセンティブはありますか。

上記参照。

-ボランティア活動に対して何らかの対価あるいは経費実費の支払いが行われることがありますか。支払いがあるとしたらどのくらいの金額ですか。

上記の情報参照。実費が支払われる場合もある。

-ボランティア活動が多く行われているサービス提供団体や施設へのインセンティブ制度はありますか。どのようなものですか。

いいえ。

2)現在、貴国におけるボランティア活動は十分に活発であると思いますか。十分に活発である場合、どのような理由で活発化してきたと考えますか。活発ではない場合、どうしたらより活発になると思いますか。

ご存知の通り、オランダは多くのボランティアが活動する国であり、それは、できる活動も必要とされる活動も沢山あるからである。地方自治体ではボランティアの量を増やそうと取り組んでいる。

6.資料、データについて

1)高齢者の就業意欲・社会参加・ボランティア活動について、公的な調査、統計あるいはわかりやすい資料はありますか。あれば概要と入手方法を教えてください。

- ほぼすべてオランダ語であることをお詫びする。ボランティア活動に関するもう一つの例は www.ouderenfonds.nl (訳注: 英語版は <https://www.ouderenfonds.nl/onze-organisatie/english/>) である)

2)介護、社会サービスを受給するためにどういう手続きが必要か、その手続きの流れを利用する側にとってわかりやすく示した当事者や家族向けのパンフレットなどはありますか。一般的なものを紹介してください。

<http://www.dezorgverandertmee.nl/>

この例では、自治体が在宅でのボランティアを手配する。通常は福祉団体の仲介によって行われ、WMO法に基づいて手配される。

www.hoeverandertmijnzorg.nl

このウェブサイトは、利用者と専門職が協力して作成したもので、高齢者ケアをカバーする法律の変更を説明している。

www.regelhulp.nl

このウェブサイトでは、ボランティアによる支援を必要とする場合にどこへ行ったり電話したりすべきかについて、案内している。通常は、ここから福祉団体や Radius のようなボランティア団体へつながっていく。

3)貴国では企業などで退職前に、退職後の生活に関する情報提供やアドバイスを行う退職準備プログラムを提供していますか。

はい、主に大規模な多国籍または全国規模の企業で提供されている。

また、行政は、退職後の準備プログラムを個別の企業や団体が作成するためのガイドラインや作成支援のための資料を用意していますか。積極的にには行っていない。

どのようなものがあるかわかりやすい資料を紹介してください。

<http://www.pensioeninzicht.nl/>

このウェブサイトでは、退職後に何をしたらよいか等に関するアイデアを退職目前の人達に提供する研修の情報を提供している。

International Longevity Center-The Netherlands

2. イギリスからの回答

1. ボランティア団体の性格

1) どのような団体でボランティアが多く働いていますか。どのように分類できますか。

ボランティアは多くの部門で働いているが、大抵はチャリティ団体（訳注：NPO/NGOに相当）である。

2) それらのボランティア団体には認定資格が必要ですか。団体は、その資格を取得したり認定されることで優遇措置（税が安くなる、公共施設を安価に使える等）がありますか。

特定の基準を満たしたチャリティ団体は認定を受け、認定されている旨を公表できる。認定団体は、収入や利益に対する減税措置を受けることができるほか、既に収入から税が支払われた分（例：銀行の利子、Gift Aid の寄付金）については税の払い戻しを請求できる。（訳注：Gift Aid の詳細は <http://www.news-digest.co.uk/news/features/japan-earthquake/giftaid.html> を参照）

上記の減税措置や還付請求ができるようになる前に、当該チャリティ団体はまず、税金の目的で英国歳入税関庁（HMRC）にて正式に認められる必要がある。

3) 認定資格を得る際に必要な要件にはどのようなものがありますか。

（訳注：この質問への以下の回答は、チャリティ団体としての申請を行う者への情報提供ページから <http://www.hmrc.gov.uk/charities/complete-form-cha1.htm#1>）

団体は資格を得るために、以下の要件を満たさなければならない。

1. 公益目的（charitable purposes）のみで設立されていること
2. 管轄区域の条件を満たすこと
3. 登録の条件を満たすこと
4. 経営管理の条件を満たすこと

上記条件についての説明は、以下のとおりである。

公益目的のみで設立されていること

この条件を満たすために当該団体は、自らがイギリス法（the law of England and Wales）におけるチャリティの定義を満たす旨を示すことができなければならない。そのために当該団体は、公益目的のみで設立されなければならない。つまり運営規約（団体の設立文書）で、当該団体の目的をイギリス法における慈善（charitable）のみに限定し、また公益をもたらさなければならない、ということである。当該団体の活動がイギリス法で慈善とみなされるかどうかについて不明な場合、チャリティ委員会のウェブサイトで詳細が説明されている。後述のリンクを参照。

（訳注：リンク先は <https://www.gov.uk/government/organisations/charity-commission>）。

イングランド及びウェールズのチャリティ委員会で既に登録されているチャリティ団体は、自動的にこの条件を満たすこととなる。イングランド及びウェールズの他団体も、資格要件を満たしている可能性はあるが、上記定義を満たしていることを明示する必要がある。

イングランド及びウェールズ以外の団体は、上記定義を満たすことを明示する必要がある。当該団体が

イングランドまたはウェールズに拠点を置いている場合、実際には、イギリス法の下でチャリティ委員会からチャリティ団体として認められる旨を明示しなければならない。

管轄区域の条件

この条件を満たすために、当該団体は英国、EU のその他の国、アイスランドまたはノルウェーに拠点を置かなければならない。

登録の条件

この条件を満たすために当該団体は、拠点のある国で法的に義務付けられている場合、イングランド及びウェールズのチャリティ委員会と同様または類似の機能を果たす規制機関に登録されていなければならない。

当該団体が拠点のある国で規制機関への登録が義務付けられている場合、この書式（訳注：英国でのチャリティ団体としての HMRC 申請書のこと）を記入する前にまずその登録を行わなければならない。登録の必要性有無が不明の場合、規制機関に連絡して確認すること。

イングランド及びウェールズの主要規制機関は、イングランド・ウェールズ・チャリティ委員会 (Charity Commission for England and Wales) である。スコットランドでは、スコットランド・チャリティ規制局 (Office of the Scottish Charity Regulator) である。

経営管理の条件

この条件を満たすために当該団体は、資金や減税措置から得られた利益を確実に公益目的のみで使用する人々によって運営されなければならない。

租税に関する当該団体の代表権限者が誰なのか、またその者が行える権限の範囲を、HMRC へ伝える必要がある。

団体の中で配置しなければならない役割が 2 つある。つまり、「権限を有する職員 ('authorised official') と「責任者 ('responsible persons') 」である。

権限を有する職員 (The Authorised Official)

これは、当該団体内で税務に関して HMRC が対応を行う権限を有する、と団体から連絡があった者であり、必要に応じてこの者は納税申告書を提出する。払い戻しを申請できるのは、当該団体でこの者のみである。当該団体に関して何か質問がある場合、HMRC はこの者に連絡する。ただし HMRC が連絡した際、対応者が確実にいるよう、団体は希望すればこの権限を有する職員を 2 名配置できる。

責任者 (The responsible persons)

これは当該団体の運営に法的な責任を負う者となっており、以下の者を含む。

- 理事 (trustees)
- 取締役 (directors) (当該団体が企業の場合)
- その他、当該団体の管理職を担う者 (例：財務担当者、企業の総務部長、会計監査役)

責任者には 2-4 名を任命する必要がある。

責任者は上記の「権限を有する職員」であってもよいが、その場合、この者以外で 2 名以上を責任者と

して任命し、最低限、権限を有する者が1名と責任者が2名いるようにする必要がある。この ChA1 フォームを記入する者（「申請者」）は、責任者の一人あるいは権限を有する職員でなければならない。権限を有する職員及び責任者は皆、当該団体の「管理者（manager）」であり、当該団体がチャリティの減税措置を受ける資格を得るのに「ふさわしい人物」でなければならない。管理者達はこの様式を記入する前に、HMRC の適任者ガイダンスを読むこととなっている。このガイダンスの中には、当該管理者が適任者であることを裏付けるためのモデル宣言案が含まれる。このモデル宣言案を使用する義務はないが、当該団体は HMRC から要請された場合、当該人物が適任者であると実証する適切な確認を行ったことを明示できなければならない。

組織外部者の役割配分

当該団体はまた、団体に代わって行動する外部の者を任命することもできる。これは義務ではないが、当該団体は希望すれば以下の者を任命できる。

名義人（A nominee）

これは当該団体外部の個人または団体で、当該団体が自らに代わって GiftAid や他の税金払い戻し申請の提出を行う権限を与えた者である。名義人は、当該団体のために申請のみを行うこともできるし、あるいは申請と払い戻しの受け取りを行うこともできる。名義人はまた、代行者（Agent）としての役割も務めることが可能である。

回収代行者（A collection agency）

これは、多数の GiftAid 払い戻しを HMRC に申請しており、HMRC に回収代行者として認識されている名義人である。当該団体が回収代行者を使用する場合、名義人に関してと同様、その旨を申請様式に詳しく示す必要がある。ただし、回収代行者に関する銀行の詳細情報は、HMRC がすでに把握しているため、当該団体からの提供は不要である。

代行者（An agent）

これは、会計士または弁護士等、当該団体外部の個人または団体であり、当該団体の税務に関して HMRC と情報を交換する権限を与えられた者である。代行者は当該団体に代わって、払い戻し申請や納税申告書を提出できる。また代行者は名義人であってもよい。当該団体に代わって業務を行う代行者は、様式 64-8 を用いてその権限を裏付ける必要がある。

4) 中央政府や自治体はボランティアが多く働いている団体に助成はしていますか。どのような範囲、額の助成ですか。（例：事業費のみ、管理費もふくむ、人件費もふくむ等）

はい。

政府の助成金や補助金のうちボランティア部門が占める割合は 4.4%である。

中央政府が調達した物品やサービスの 5.6%は、ボランティア部門が提供したものである。

地方自治体が調達した物品やサービスの 9.0%は、ボランティア部門が提供したものである。

詳細は

<http://data.ncvo.org.uk/a/almanac13/what-is-the-voluntary-sectors-share-of-government-grant-and-procurement-spending/>を参照。

5) 組織内のキーパーソンであるコーディネーターやボランティアに対する、統一した基礎教育や定期的なスキルアッププログラムなどがありますか。また、質の高いコーディネーターやボランティアの表彰を行うなど各々人の活

動を評価したり、事例を集めてベストプラクティスをまとめる取り組みが行われていますか。

多くの様々な養成プログラムが存在する。有名なものの例は以下の通りである。

-Volunteering England によるボランティアの入門研修及び養成

-Volunteer Now による公認研修プログラムの開発

ボランティアの表彰制度も数多く存在する。

(訳注：以下のリストは (http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_volunteer_awards) から)

- 希望の炎賞 (The Flame of Hope Awards) : 英国癌研究基金研究所 (Cancer Research UK) が、癌の早期対応を支援するために尽力した優れたボランティアの功績を表彰するもので、毎年実施される。<http://www.cancerresearchuk.org/support-us/volunteer/celebrating-our-volunteers>
- vInspired は、イングランドの団体でボランティア活動を 10、50 または 100 時間行った人たちを表彰するプログラムで、vInspired が提供している。
- スコットランド・ボランティア開発機構 (Volunteer Development Scotland) による MV 賞 (MV Awards) は、定められた時間数のボランティア活動を行った若者に与えられる。
- ウェールズでは、定められた最低時間数以上のボランティア活動を行った若者にミレニアム・ボランティア賞 (Millennium Volunteers awards) が与えられる。このプログラムは全国的な若者ボランティアの取り組み「GwirVol」が運営しており、主にウェールズ政府が資金を提供している 18。
- ボランティアへの女王賞 (The Queen's Award for Voluntary Service) は、ボランティアグループを表彰する名誉ある賞である 19。
- ボランティア活動を支援するチャリティ団体「Volunteering England」は、継続教育及び高等教育 (further and higher education) の学生を対象として「Volunteering England 金賞 (Volunteering England's Gold Awards)」を運営している。賞は Volunteering England のガイドラインに基づいて、学術機関が授与する。
- ウェールズ・ボランタリー活動協議会 (Wales Council for Voluntary Action) が運営するウェールズ・ボランティア年間最優秀賞 (The Wales Volunteer of the Year Award) では、様々なカテゴリーの賞が設けられている 20。
- 癌の影響を受けている人々へ支援や助言を提供する中心的なチャリティ団体 Tenovus は 2011 年 7 月 7 日、カーディフ城で第 1 回ボランティア賞の表彰式を行った。ここでは Tenovus の価値観に基づいて組織全体のボランティアが行った貢献が表彰された。優勝者は、ペンブロークのポーリン・コール (Pauline Cole) 氏であった 21。
- マクミラン・ボランティア賞 (The Macmillan Volunteer Award) は、癌の影響を受けている人々の生活を改善しているボランティアを表彰するものである 22。
- マンチェスター大学は 2010 年、地域奉仕・ボランティア年間最優秀賞 (Community Service and Volunteer of the Year Awards) のプログラムを開始しており、これは「恵まれないグループまたは地域」のために取り組む学生や職員を表彰するものである 23。
- 大英博物館が授与するマーシュ・トラスト賞 (The Marsh Trust Award) は、「市民と所蔵品とのふれあい作りに向けて博物館や美術館で働くボランティアが行っている優れた実践や画期的な方法を表彰する」ものである 24。

- *キャッスルレー区議会 (Castlereagh Borough Council) - 2012年にボランティア区長賞 (Mayor's Awards for Volunteering) が始まり、これは区内の地域持続発展でボランティア活動が担う重要な役割を表彰するものである。この賞では、成人ボランティア・若者ボランティア・創造的芸術に取り組んだ人・地域のつながり及び文化の多様性作りに取り組んだ人・善良な市民・ボランティアの発展を支援するボランティアグループが表彰される。

<http://www.castlereagh.gov.uk>

6) 以上のような教育、評価は団体に対しても同様の取り組みが行われていますか。

いいえ。

7) 一般的にそのような団体で有給職員とボランティアの割合はどうか。有給職員の給与水準は全国平均と比べてどのくらいですか。社会的にはどのように評価されていますか。

組織ごとで大きく異なる。

チャリティ団体で勤務する有給職員の給与は、一般的に他の組織と比較して低いが、生活するには十分過ぎるほどである。チャリティ団体の上層部にいる人たちの多くは、その専門性に対してかなりの額を得ている。

2. ボランティアによる介護、社会サービスの提供

1) ボランティアによる高齢者対象のサービスはどのような範囲で行われていますか。公的なサービスとボランティアによるサービスの連携、棲み分けはどのように行われていますか。身体介護、家事援助(料理、掃除、洗濯等)、生活支援(買物、送迎、改修・修理、見守り、社会的交流等)のそれぞれについて記述してください。また、地域で、ボランティア団体から提供されるサービスについて分かりやすく示されている情報はありますか。また、公的なサービスとボランティアによるサービス提供の棲み分けや連携の在り方について検討された資料や報告書などがあればご紹介します。

英国では、高齢者を対象としたサービス提供団体が数多く存在する。

(例：Royal Voluntary Service, Age UK, Independent age 等)

身体介護

ケア・ニーズ・アセスメントの結果次第で、地方自治体から提供されるものがある。

家事援助

公的セクター(自治体)や地元にある他の団体から提供される家事援助があり、そこでは受給資格があれば配食サービスを受けることもできる。

生活支援

行政からは提供されないが、ボランティアによるサービスはある。

ケアの選択肢に関する情報は、インターネットや電話で入手可能である。

電話サービス（無料）： Age UK Advice （0800 169 65 65）

詳細は <http://www.ageuk.org.uk/home-and-care/help-at-home/finding-help-at-home/> を参照。

2) 地域の中で、高齢者を対象としたサービスを行っているボランティア団体間あるいはそのような団体と地方自治体間の調整役となる団体・個人はありますか。ある場合はどのような人（団体、行政）がどのような調整をしていますか。

はい。Age UK では、政府やボランティアによる関連支援サービスについて情報を得られるヘルプラインを設けている。

地方自治体（中央政府とは別に）や一般医（GP）もまた、様々な団体の調整役を担っている。

3) ボランティアによるサービスを利用した場合の利用料（自己負担額）はどのくらいの金額ですか。公的サービスに同様のサービスがある場合は違う額ですか。

ボランティアによるサービスも公的セクターのサービスも無料である。ただし高齢者を対象とした多くのサービスでは、民間のケア提供事業者を活用するという選択肢もあり、これらは有料で、そこで働くのは有給職員である。

4) ボランティア団体から提供されるサービスの質を評価する仕組み・基準はありますか。

はい。

現在使用されている質の基準は、130 種類以上にのぼる。しかし研究によると、最も普及している質の基準（例：PQASSO、Investors in People）であっても、あまり使われておらず、たとえば利用者満足度調査・サービス評価・苦情モニタリングなど、この部門で質の向上に用いられる他の幅広い方法のほうが比較的多く使われている。

5) ボランティアがサービスに関わるうえで、怪我や事故に対する保険やサポートを行うプログラムはありますか。

はい。個々の団体が独自で保険に加入する。

3. 介護予防施策とボランティア活動

1) 国レベルあるいは地方自治体レベルで高齢者対象の介護予防施策 (preventive long-term care services, screening, counseling, falls prevention campaign, lifestyle recommendations (proper nutrition etc., exercise...)) について、その大綱やガイドライン、根拠法はどのようなものがありますか。

様々なガイドラインがあり、これらは一般医（GP）や自治体サービス、また Age UK のような高齢者サービスを通じて行き渡っている。

その多くは英国国立医療技術評価機構（NICE – the National Institute for Clinical Excellence）からのものであり、医師向けの指針を定めている。

詳細は <http://www.nice.org.uk/guidance/cg161> を参照。

2) 具体的に、地域ではどのような介護予防を主たる目的としたプログラムが行われていますか。

地域によって様々である。

3) 介護予防施策に高齢者の社会参加、ボランティア活動などが含まれていますか。たとえばボランティア活動は自身の介護予防に効果がある、あるいは高齢者による高齢者対象のボランティア活動はボランティアをする側と受ける側双方の介護予防に効果があると国や自治体は判断してボランティア活動を推奨していますか。

政府はこの分野でいくつかの取り組みを行っており、以下のガイダンスを発表した。

高齢者の登用と就労継続の取り組み改善

2014年6月13日に発表された「より充実した就労生活:行動枠組み (Fuller Working Lives: a framework for action)」では、より長期間働くことによって、個人・企業・社会・経済へどのように利益をもたらせるかを説明している。ここでは、人々がより充実した就労生活を送れるよう支援するためにとる新たな行動を数多く提示している。

年金大臣は2014年7月14日、ロス・アルトマン氏 (Dr Ros Altmann、大英帝国勲章) を高齢就労者のビジネス・チャンピオン (企業での取り組み推進者) として任命した、と発表した。同氏の役割は、時代遅れな認識を改めさせ、ビジネス界で高齢就労者の活用を推進するよう訴えていくことである。

50代でも60代前半でも、あるいは希望すれば公的年金受給開始年齢を超えても働き続けられるようにする (Enabling people to stay in work) ことは、人々が高齢になっても経済的・健康的・社会的なウェルビーイングを支えるのに役立つ。年金システムを確実に持続できるよう、経済組織・使用者・個人が取り組んでいくことが大切である。例えば以下のような取り組みが挙げられる。

- 平均的な所得者が10年早く退職して貯金を使い始めると、自ら積み立てた年金基金額 (pension pot) は1/3以上小さいものとなり、またその少ない額をより長期の退職期間に拡散させることとなる。
- 40代と50歳から公的年金受給開始年齢までの人達の間に見られる雇用レベルの差が半減していれば、2013年における英国の国内総生産 (GDP) は180億ポンド増加していたはずである。
- 今後10年間で、16 - 49歳の人口が70万減少する一方で、50歳から公的年金受給開始年齢の人口は370万増加する。

公的年金受給開始年齢について、まず2020年までに66歳へ、そして2028年までに67歳へ引き上げることで、労働者と退職者間の割合のバランスを維持しやすくなるだろう。

また我々は、デフォルトの定年制 (default retirement age) を撤廃した。これにより大半の場合、使用者は被雇用者に対して、65歳になったからという理由だけで退職を強制することができなくなった。

人々が公的年金受給開始年齢まで、あるいは希望するならばそれ以降も働き続けられる機会を改善するよう、我々は企業を支援している。我々は、高齢就労者のマネジメント支援に関するガイダンスや事例「エイジ・ポジティブ (Age Positive)」を発表した。

より充実した就労生活及び、高齢就労者のビジネス・チャンピオンに関する詳細は、fuller.workinglives@dwp.gsi.gov.uk まで連絡すること。

高齢者のオンライン・アクセス支援

我々はデジタル化が進行する世界で暮らしており、サービス提供から社会的交流に至るまですべてのものが変化している。

雇用年金省 (DWP) の「デジタル戦略」 ('Digital strategy') は、人々が好んで使う質の高いデジタル

サービスを同省がどのように提供するかを提示している。

情報やサービスのオンライン化が進む中、高齢者が取り残されず、またデジタル化への適応能力によって自立度向上を十分図れるよう、我々は取り組む必要がある。と同時に我々は、サービスをオンラインでアクセスできない人々に対して、引き続きサービスを保証していく。

高齢者デーのお祝い

毎年10月1日は国連の国際高齢者デーであり、この日に合わせて英国でも高齢者デーが設けられている。我々は、人々がこの日に関わりまた祝福するよう奨励している。

高齢者デーの目的は、高齢者が社会や経済にもたらす功績や貢献を国中で称賛することである。この取り組みを通じて、否定的な態度や時代遅れの固定観念を変え始められることが望まれる。

高齢者向けの地域サービス改善：「リンクエイジ・プラス（LinkAge Plus）」

雇用年金省（DWP）は他の政府機関・地方自治体・関係団体と協力して、8つの「リンクエイジ・プラス（LinkAge Plus）」試験的事業を通じて、高齢者へのサービス改善の取り組みを行った。この試験的事業では、高齢者への地域サービスを改善する方法が検討されており、その中には、対面・電話・電子媒体または印刷媒体など多くの接点を通じたあらゆるサービスへのアクセス提供が含まれていた。

試験的事業が行われた場所は、デヴォン、ゲーツヘッド、グロスタシャー、ランカシャー、リーズ、ノッティンガムシャー、サルフォード、タワー・ハムレッツである。各事業について、我々は評価報告書とともに高齢者へのサービスを改善するためのガイダンスや優れた実践を発表した。

長期的な社会的孤立のリスクが最も高い高齢者が活動的であり続けるための支援

年金大臣は2010年11月23日、長期的な社会的孤立のリスクが最も高い高齢者を支援するために、政府が100万ポンド提供すると発表した。その目的は、該当する人々が退職後、活動的で自立し、社会と前向きに関わり続けるよう支援することである。

地域サービスを通じてより質の高い生活を高齢者に提供するための地方自治体支援：「エイジング・ウェル（Aging Well）」

雇用年金省は「エイジング・ウェル（Aging Well）」プログラムを委託し、自治体協議会（Local Government Association（LGA））と協力して実施した。このプログラムは2年間の事業であり、2012年3月に終了した。プログラム当初、そしてプログラム終了後に受け継がれた取り組みの目的は、現在及び将来における高齢者のニーズに応えるための地域サービスを通じて、より質の高い生活を高齢者に提供するよう、地方自治体を支援することである。

福祉改革情報ツールキット

福祉改革情報ツールキット（welfare reform communications toolkit）は、雇用年金省がどのようにして福祉制度を変えているかについての説明に役立っており、以下の内容をカバーしている。

- 何を変更しているのか
- なぜ変更を行っているのか
- いつ変更を行うのか

政府の協力者

英国高齢化助言フォーラム（UK Advisory Forum on Ageing）

雇用年金省と保健省が、英国高齢化助言フォーラム（UK Advisory Forum on Ageing）の共同議長を務

める。このグループには、高齢者と関わる団体の代表、高齢者団体の地域代表者、分権政府（Devolved nations）、官僚、高齢者自身が集まっている。

このフォーラムの役割は、高齢者の自立・健康・ウェルビーイングを改善するとともに、高齢社会のチャンスや課題に対応することである。

地域の代表との協力

我々は諸団体に対して、以下の点における地域での協力を奨励している。

- 中央政府が注意を向ける必要のある共通テーマの特定
- 高齢者に影響を及ぼす地域での課題に関する方向づけやリーダーシップの提供
- 地域における優れた実践の普及支援

多世代の結集

世代間の更なる理解や尊重を促進するために、我々は人々の結集に向けて他の団体と協力している。協力団体の例は以下のとおりである。

- ベス・ジョンソン財団世代間交流実践センター（Beth Johnson Foundation Centre for Intergenerational Practice）：多世代の結集に関する総合的な情報やガイダンスを提供しており、その内容としてはたとえば、スコットランドやウェールズの世代間交流実践センターなど関連ホームページへのリンクや、世代間プロジェクトの要覧などが挙げられる。
- 英国青少年協議会（The National Youth Agency）：この団体では、5つの事例を掲載した「ユースの活動と関わり：世代間関係の構築（Youth Action and Engagement: building intergenerational relationships）」を公表している。
- エイジ・アクション同盟（Age Action Alliance）：高齢者（特に弱い立場にいたり排除されたりしている者）の生活を改善する実践的行動を展開するために、あらゆる部門から集まり協力している500を超える団体の自律的なパートナーシップ。

高齢者の生活改善に向けた他国及び国際機関との協力

高齢社会における高齢者の生活向上を支援するため、我々は他国及び国際機関と協力している。

その中には以下への署名が含まれる。

- 高齢化に関するマドリッド国際行動計画（‘Madrid international plan of action on ageing’）：高齢化社会の課題やチャンスへ対応するのに必要な変化をもたらすために、政府が合意した10項目の義務を提示したもの。
- アクティブ・エイジング及び世代間連帯に向けた欧州年の宣言：未来への道（‘Declaration on the European year for active ageing and solidarity between generations: the way forward’）：アクティブ・エイジング及び世代間の連帯をいかにして実現するかに関する指針が含まれる。

本件に関しては、中心的なチャリティ団体である Age UK が多くの取り組みを行っている。

詳細は以下を参照。

http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/Evidence_Review_Engagement_with_Older_People.pdf?dtrk=true

4. ボランティアと認知症の人々

1) 認知症の人々に対して、ボランティアはどのような支援やサービスを提供していますか。

多くのボランティア団体が、認知症の人々へ支援を提供しており、その内容は、日常的な作業の支援から、一緒に時間を過ごすだけのものや社会的支援など、幅広いものとなっている。

2) 認知症の人々への支援を行うにあたり、ボランティアの研修プログラムはありますか。もしあるならば、詳細を記載してください。

アルツハイマー病協会 (The Alzheimer's society) が、認知症の人々と働く人へ研修を行っており、その内容は様々である。詳細は

<http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents.php?categoryID=200293> を参照。

3) ボランティアに認知症の症状が出てきた際、どのようにしてその方はボランティア活動を続けますか。

一般医 (GP) の所に行って診察を受ける。

5. ボランティア活動の奨励など

1) 高齢者に地域でボランティアとして活躍してもらうための奨励策はどんなものがありますか。(たとえば以下のような行政、福祉機関、医療機関などによる奨励策)

Age UK では、高齢者が地域と関わることを奨励している。

- ボランティア個人へのインセンティブ制度はありますか。どのようなものですか。

様々な賞については、上記参照。

エディンバラ公賞 (The Duke of Edinburgh Award)

(訳注：以下の説明文は、http://en.wikipedia.org/wiki/Duke_of_Edinburgh's_Award から)

エディンバラ公賞プログラムは完了までに 1-4 年かかり、参加者が 25 歳の誕生日を迎えるまでに完了しなければならない。毎年約 30 万人が参加する。プログラムは 3 つのレベルで構成されており、参加者は完了レベルによって、銅・銀・金のエディンバラ公賞が得られる。

参加者は成人リーダーの支援を得ながら、以下の各分野で目標を選んだり定めたりする。

ボランティア活動 (Volunteering)：個人または地域へ奉仕活動を行う

身体活動 (Physical)：スポーツ、ダンスまたはフィットネス活動分野での改善

スキル (Skill)：実践的・社会的スキルや個人的な関心の育成

探検 (Expedition)：英国内外における冒険の旅の計画・準備／訓練・実施

金賞を得るために、参加者は上記のほかに 5 つ目の「居住 (residential)」部門における活動を行わなければならない。これは、自宅から離れて共同で生活や仕事を行うものである。

受賞するために、参加者は各分野で最低基準時間以上活動を行い、選択された活動に関して知識を有する者によるモニタリング及び評価を受けなければならない。レベルが上がるにつれ、参加者に求められる時間や活動は増える。銅では 3-6 か月、銀では 6-9 か月、金では 12-18 か月である。参加者は、エディンバラ公賞プログラムの期間を通して、定期的な活動や賞へのコミットメントを示すことが義務付けられており、これは通常、週に 1 時間程度である。

- ボランティアポイント制度(ボランティア活動時間に応じてポイントを付与してそれを現金化、あるいはバウチャーとして使用できる)に類するインセンティブはありますか。

- ボランティア活動に対して何らかの対価あるいは経費実費の支払いが行われることがありますか。支払いがあるとしたらどのくらいの金額ですか。

ボランティアの定義は、その業務に対して支払いが行われないということであるが、実費の支払いを受ける可能性はある。ただしそれは組織間で異なる。

- ボランティア活動が多く行われているサービス提供団体や施設へのインセンティブ制度はありますか。どのようなものですか。

政府の助成金があるかもしれない。

2) 現在、貴国におけるボランティア活動は十分に活発であると思いますか。十分に活発である場合、どのような理由で活発化してきたと考えますか。活発ではない場合、どうしたらより活発になると思いますか。

若年者にとっては、エディンバラ公賞(ボランティア活動への参加)や学生地域活動(Student Community Action)などのプログラムといったように、活動を促進する良い機会があると思う。しかし、成人のボランティア活動がさらに促進されるとよいと思う。もちろん多くの成人がすでにボランティア活動に関わっているが、さらにできることがある。

促進方法の例は、以下のとおりである。

-ボランティア活動をできるように休暇を与える(例:金曜日の午後)

-ボランティア活動を行った者へ減税措置を行う

-現在失業中の者が、何らかのボランティア活動に参加することを奨励する。この活動を失業手当の給付条件にすることもできるかもしれない。

6. 資料、データについて

1) 以下について公的な調査、統計あるいはわかりやすい資料はありますか。あれば概要と入手方法を教えてください。

- 高齢者の就業意欲、就業実態

国家統計局 (Office of National Statistics) による情報は、[ここ](#)を参照。

- 高齢者の社会参加への意欲と参加実態

<http://www.google.co.uk/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ons.gov.uk%2Fons%2Frel%2Fsocial-trends-rd%2Fsocial-trends%2Fsocial-trends-41%2Flifestyles-chapter.pdf&ei=AmAlVNaYK-qX7Qb-9oHoBQ&usg=AFQjCNFH5CDKBOxDPwNCOH9h6MmIw3-nQ&bvm=bv.76247554,d.ZGU>

<http://www.google.co.uk/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCw>

QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ons.gov.uk%2Fons%2Frel%2Fsocial-trends-rd%2Fsocial-trends%2Fsocial-trends-39%2Fchapter-13.pdf&ei=AmAlVNaYK-qX7Qb-9oHoBQ&usg=AFQjCNGNwyVac35TFDcEaLq58APEmgwfGw&bvm=bv.76247554,d.ZGU

- 高齢者のボランティア活動への参加意欲と参加実態

<http://www.google.co.uk/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDcQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.eurofound.europa.eu%2Fpubdocs%2F2011%2F34%2Fen%2F1%2FEF1134EN.pdf&ei=RGAlVK3wIdDW7Qacy4HQAaw&usg=AFQjCNGyi7r6dX-60dxBH4RVzOWbecWRNw&bvm=bv.76247554,d.ZGU>

2) 介護、社会サービスを受給するためにどういう手続きが必要か、その手続きの流れを利用する側にとってわかりやすく示した当事者や家族向けのパンフレットなどはありますか。一般的なものを紹介してください。

Age UK が作成した以下のページを参照。

<http://www.ageuk.org.uk/home-and-care/help-at-home/finding-help-at-home/>

3) 貴国では企業などで退職前に、退職後の生活に関する情報提供やアドバイスを行う退職準備プログラムを提供していますか。また、行政は、退職後の準備プログラムを個別の企業や団体が作成するためのガイドラインや作成支援のための資料を用意していますか。どのようなものがあるかわかりやすい資料を紹介してください。

企業が提供する内容は、もちろん企業ごとに異なるが、概していえばそれほど多くのガイダンスを提供しているわけではない。

政府は高齢期の金銭管理を支援するために、直接積立年金の者に対してガイダンス保証を導入している。しかし現在の計画では、退職時に個人が受けられるガイダンスは 30 分のみである。

International Longevity Center-UK

データリクエストへの回答

1. 質問項目… 1 1 7
2. ドイツ回答… 1 1 9
3. デンマーク回答… 1 3 2

1. 質問項目

I ボランティア団体による高齢者に対する生活支援

(意識)

Q1-1 国民のボランティア活動に対する参加意欲について、参考になるような統計や調査があれば教えてください。

Q1-2 ボランティア活動は、文字通り「自発的な」活動ですが、国や地方政府が、ボランティア団体の設立やボランティア活動への参加を促すような啓発やキャンペーンを行ったりしていますか。行っている場合、その効果をどのように評価していますか。

(活動)

Q1-3 ボランティア団体が実施している生活支援のうち、代表的なものを教えてください。

Q1-4 高齢者をケアする家族に対し、何らかのサポートを行う活動はありますか（相談、精神的ケア、グリーンケア等）

Q1-5 ボランティア活動の主な担い手は、主にどのような人たちですか。（仕事をリタイヤした元気な高齢者、求職中の者など）

Q1-6 ボランティア活動に参加するきっかけとして、主にどのようなことが考えられますか。（友人から誘われた、ボランティア団体からの勧誘など）

Q1-7 ボランティア活動に従事する人たちは、完全に無報酬でしょうか。それとも、交通費や少額の謝礼をボランティア団体や利用者から受けとることもあるのでしょうか。ある場合、それはどの程度の金額でしょうか。

Q1-8 ボランティア団体による生活支援を利用する高齢者はどのような人たちでしょうか。

Q1-9 介護制度、医療制度からの給付とボランティア団体が実施する生活支援が相互に連携して提供されるような調整は行われていますか。行われている場合、それはだれの役割ですか。（行政機関との関係）

Q1-10 国又は地方政府は、ボランティア団体の設立や活動を支援するための政策（助成金の支給、税の優遇など）を実施していますか。

Q1-11 ボランティア団体が実施する生活支援は、法制度に基づくものや地方政府からの委託事業のような公的な活動がメインでしょうか。それとも、団体独自の活動がメインでしょうか。

Q1-12 国や地方政府は、ボランティア団体を福祉サービスの提供者の1つとして重視する立場をとっていますか。それとも、国や地方政府による事業の補完的な位置付けとみていますか。

II 認知症への対応について

(概況)

Q2-1 現在の認知症の人の人数や将来推計があれば、教えてください。

Q2-2 認知症の人に対する政策の国の方針はどのようなものでしょう。文書化されたビジョンやプランはありますか。

Q2-3 認知症に関する普及啓発として、国、地方政府、民間団体はどのような活動を行っていますか。

(認知症の人へのケアや生活支援)

Q2-4 介護制度や医療制度からの給付、ボランティア団体による生活支援の中で、認知症に着目したものありますか。

Q2-5 認知症の人への生活支援に関し、ボランティアに対する教育プログラムはありますか。ある場合、そのプログラムの内容は、各ボランティア団体が独自に決めているのでしょうか。それとも普及している標準的なものがあるのでしょうか。

Q2-6 実態として、認知症の人に対する入院医療や投薬は重視されていますか。また、認知症の人に対するケアやサポートの手法として、医療的ケア以外で効果的と考えられているものがあれば、教えてください。

Q2-7 比較的若い時期に認知症になった人に対する特別な公的サービスやボランティア団体のサポートはありますか。特に、就労に関してサポートをする制度や活動があれば教えてください。

Q2-8 認知症の人たち自身が加入する団体はありますか。ある場合、それはどのようなエリア

単位で設立されていますか。また、主な活動としてどのようなものがありますか。 P12
Q2-9 前問の団体に対して、国又は地方政府は、活動費の助成など何らかの支援を行っていますか。

(認知症の人の家族へのサポート・家族の活動)

Q2-10 認知症の人の家族に対し、公的な制度又はボランティア団体の活動として、どのようなサポートが行われていますか。

Q2-11 認知症の人の家族が加入する団体はありますか。ある場合、それはどのようなエリア単位で設立されていますか。また、主な活動としてどのようなものがありますか。

Q2-12 前問の団体に対して、国又は地方政府は、活動費の助成など何らかの支援を行っていますか。

III その他

介護制度、ボランティア団体の活動、認知症ケアに関し、政策の見直しや国内で課題になっていることなど、最近の動向について教えてください。

<参考>

【日本の概況】

1 高齢者に対する生活支援について

介護保険法は、社会保険方式により、基礎自治体が保険者となり、介護を必要とする高齢者に対して、施設サービス、在宅サービスの両面から様々な給付を行っています。これらの介護サービスは、主に、一定の基準を満たす非営利の民間福祉団体が提供者となっています。また、介護保険法では、こうした給付のほかに、市町村（基礎自治体）が行う高齢者への生活支援もカバーしています。生活支援の提供は、非営利の福祉団体が基礎自治体から委託を受けて実施しています。

2014年に介護保険法が改正され、これまで非営利の福祉団体に委託していた生活支援に加えて、ボランティア団体による生活支援の活動に対して助成金を支給できる仕組みを導入しました。その狙いの一つに、財政支出の伸びを押さえつつ、生活支援を充実させることがあります。基礎自治体は、2017年3月末までの間に、この新しい制度に対応する必要があります。

2 ボランティア活動について

政府の意識調査によると、ボランティアに参加したいと考える国民は33.5%ですが、実際に参加している国民は24.6%とギャップがあります。一方で、44.1%が参加できない/したくないと答えています。日本でも生活支援を実施しているボランティア団体はありますが、ボランティア活動の活発さや活動内容には団体間や地域間で差があります。

基礎自治体は、新しい介護保険法に対応するため、ボランティア活動の活性化や相互の協力関係を構築することが求められています。しかし、ボランティア活動が活発でない地域やこれまでボランティア団体の連携が不十分だった基礎自治体では、特に対応に苦慮しています。厚生労働省の調査によると、57.7%の基礎自治体は、実施期限の2017年3月末まで準備に要すると回答しています。

3 認知症に関する施策について

高齢化が進むことにより、認知症の高齢者が増加することが予想されます。日本では、2012年時点で65歳以上の高齢者の7人に1人が認知症と推計されていますが、2025年には同じく5人に1人まで増加すると推計されています。このため、政府は、従来の認知症に関するプランを見直し、2015年1月に「認知症施策推進総合戦略」を作成しました。

この戦略の基本的思想は、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」ことです。政策の柱は、①認知症に関する普及啓発、②容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④介護者への支援、⑤ハード・ソフト両面からの暮らしやすい地域づくり、⑥診断、治療、介護モデル等に関する研究開発、⑦認知症の人やその家族の視点の重視の7つです。

日本の現状としては、認知症の人へのケアとして、精神科の医療機関への入院も有力な選択肢

2. ドイツ回答

医療、介護ジャーナリスト（ドイツ在住） 吉田恵子, PhD, Health Policy

国際長寿センター

（インタビューの中で具体的な回答が得られているものについては「インタビュー参照」としてある）

I ボランティア団体による高齢者に対する生活支援

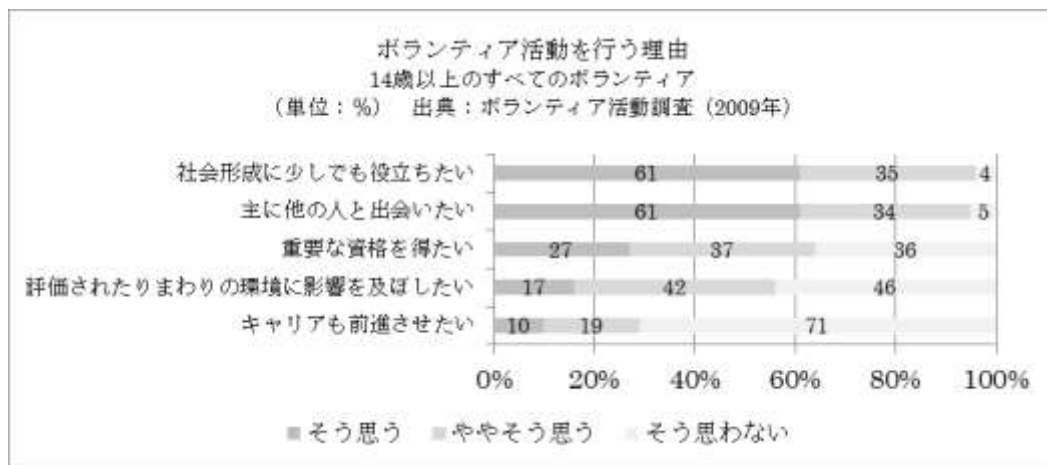
Q1-1 国民のボランティア活動に対する参加意欲について、参考になるような統計や調査があれば教えてください。

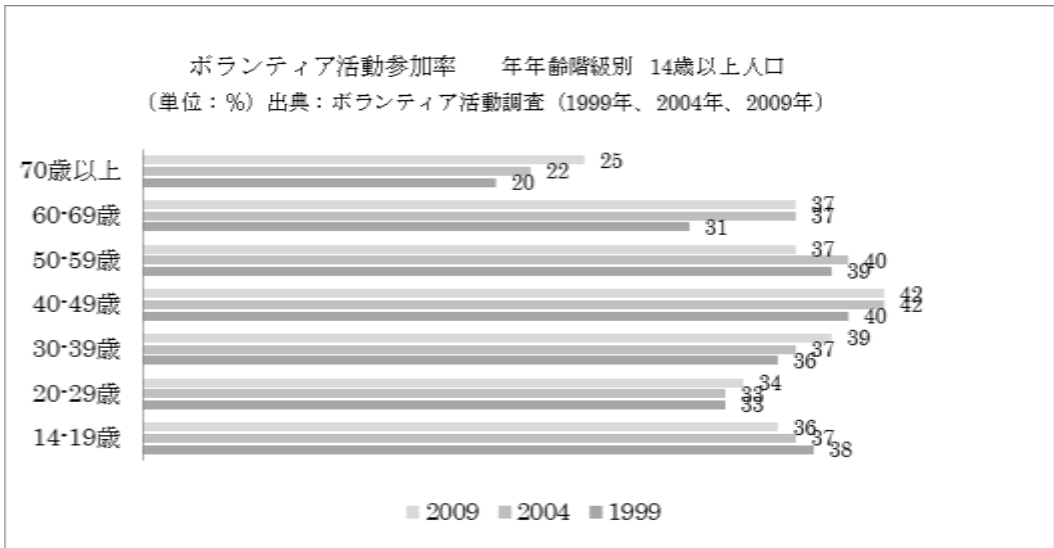
●連邦家庭高齢者女性青少年省(Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend) が行う Freiwilligensurvey (ボランティア・サーベイ)。5年毎に実施。2015年末頃に2014年版が公表される予定。現在入手可能なのは2009年版。

(<http://www.dza.de/forschung/fws/publikationen.html>)

(<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Monitor-Engagement-Nr-2-englisch.property=pdf.bereich=bmfsfj.sprache=de.rwb=true.pdf>)

●Volunteering in Germany 1999 – 2004 – 2009 Results of the Representative Survey on Volunteering and Civic Engagement には以下のデータがある。





分野ごとのボランティア活動：全年齢層（14歳以上）と65歳以上高齢者（2009）
(単位：%、複数回答)

非常に大規模な分野
● スポーツ・運動 10.1%/6.4%

大規模な分野
● 学校・幼稚園 6.9%/1.5%
● 教会・宗教 6.9%/7.0%
● 社会福祉 5.2%/6.8%
● 文化・音楽 5.2%/4.7%
● レジャー・社会生活 4.6%/4.4%

中規模な分野
● 消防団・救助サービス 3.1%/0.6%
● 環境保護・動物保護 2.8%/3.1%
● 政治・政治的アドボカシー 2.7%/2.5%
● 青年・教育 2.6%/1.0%
● 健康 2.2%/2.7%
● 地域での市民参加 1.9%/2.1%
● 専門的アドボカシー 1.8%/1.1%

小規模な分野
● 司法関係/犯罪問題 0.7%/0.3%

出典：

ボランティア活動調査 (1999、2004、2009)

<http://www.dza.de/forschung/fws/publikationen.html>

http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Monitor-Engagement-Nr-2-englisch_properly=pdf.bereich=bmfsfj.sprache=de.rwb=true.pdf

●介護の質センター（Zentrum für Qualität in der Pflege。略してZQP）による2012-2013年の調査「Spektrum und Konzepte ehrenamtlicher Helfer im deutschen Gesundheits- und Pflegesystem（ドイツ医療・介護制度におけるボランティアによる支援の範囲とコンセプト）。どのような種類のボランティアとその促進プログラムがあるか、ということを含めて

いる。以下文中では ZQP①と表記。

<http://www.zqp.de/upload/content.000/id00160/attachment00.pdf>

●ZQP による「Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix（介護供給ミックスにおけるボランティア活動）」（2013 年 11 月）には介護におけるボランティア活動の役割・意義を分析し、今後どのように発展すべきか示唆をしている。介護に特化し、制度、構造、現状の描写、および各種統計値も集められている。文中では ZQP②と表記。

<http://zqp.de/upload/content.000/id00367/attachment00.pdf>

Q1-2 ボランティア活動は、文字通り「自発的な」活動ですが、国や地方政府が、ボランティア団体の設立やボランティア活動への参加を促すような啓発やキャンペーンを行ったりしていますか。行っている場合、その効果をどのように評価していますか。

●連邦政府（関係各省）が音頭をとり、特に 2000 年からボランティアの支援を強化している。支援は、大きく分けると、継続的な促進策と、単発的なモデルプロジェクトから成る。特に連邦家庭省を中心とした活動（例：多世代ハウス、近所間支援と福祉サービス（認知症者世話サービスのインフラ整備も含まれている）、欧州および国際的なボランティア年等）が目立つ。市場原理では資金繰りが難しいサービスを提供している非営利団体に対しては、政府から公的補助も与えている。

●連邦政府は「ボランティア活動と参画のためのナショナルフォーラム（Nationale Forum für Engagement und Partizipation；300 人を超える専門家から成る）」を発足し、報告書を作成させ、持続可能な市民活動促進のための法制の契機とした。2011 年の時点では、学校、過疎地域、介護、ハイブリッド組織の 4 つのテーマにおいてボランティア活動促進に必要な議論等を行っている。

●2009 年から連邦政府は、政権毎に、学術的報告書を提出させることにしている。同報告書は、既存の政治上、法上、社会上の枠組みを把握し、その中で政治や市民社会の主体らに実施可能な行動勧告を与えるもの。

●以下、ボランティア促進を推進する主なプラットフォーム。

・連邦市民ボランティア活動ネットワーク (Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement。略して BBE)：市民社会、国、産業界間の情報交換の場であり、議会、政府、社会の相談窓口でもある。連邦家庭省の支援を受けている。

・市民社会の道しるべ (Wegweiser Bürgergesellschaft)：市民社会、市民ボランティア、市民参加に関する、ニュース、実践に役立つヒント、データベース、活動の可能性、キャンペーンや催しのコツなどの情報を提供する財団。連邦内務省の支援を受ける。

・ボランティア・エージェンシーの連邦研究会 (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e.V. (bagfa))：ドイツにある約 400 のボランティア・エージェンシーの専門連合会および上位団体。地域のボランティア・エージェンシーの全国ネットワークであり、ボランティア機関の利益代弁機関でもある。

・全国アクション・ウィーク「市民ボランティア活動 (Bürgerschaftliches Engagement)」：

2004年から毎年特定期間、BBEのコーディネーションの下、社会一般に向けに市民ボランティア活動のイメージキャンペーンと、全国の様々なイベントを開催している。

- ・ドイツでボランティア(Engagiert in Deutschland)：市民ボランティア活動をするための情報・コミュニケーション・プラットフォーム。ボランティア・サービス形態やドイツボランティア賞に関する情報、ニュース、プロジェクトの例などの情報が入手できる。
- ・欧州ボランティア活動年 2011：欧州理事会の決議で欧州規模で様々な催しが実施された。
- ・国際ボランティア活動年 2001(国連)：連邦家庭省が中心となり様々な活動をコーディネートした。結果、ドイツの政治および社会のボランティア活動についての関心が高まった。
- ・連邦議会の調査委員会(Enquetekommission)「市民ボランティア活動の将来(Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements)」：ボランティア活動の現況把握と促進策を練る。
- ・連邦議会・市民ボランティア活動小委員会(Unterausschuss Bürgerschaftliches Engagement)：2002～2005年に現政権下で上述の調査委員会での決議の実施や法制に必要な作業を行う。
- ・連邦および州政治教育センター(Bundes- und Landeszentralen für politische Bildung)：市民運動や、クラブ、団体活動に関心をもつ市民への情報提供。セミナーや能力向上のためのイベントなども開催。

出典：ZQP①

Q1-3 ボランティア団体が実施している生活支援のうち代表的なものを教えてください。

- ボランティアによる訪問・付き添いサービス(在宅者および施設入所者向けの両方有り)：なかでも「グリーン・レディーズ&ジェントルメン(Grüne Damen und Herren)」およびホスピスが代表的。運営者は多種多様。

前者の活動内容は主に、病院、老人・介護ホーム、その他の通所施設を訪ね、家族から支援を得られない要支援者の話し相手、本の朗読、外出および買い物支援。介護・看護を担当する事業者および家族の代替ではなく、彼らの負担軽減また当人の社会環境を拡充することが目的。看護・介護的な作業を課してはならない。米国の「ピンク・レディー」を見本に、キリスト教系福祉団体が中心となり普及させた。全国で1万人以上のボランティアがいる。医療・介護分野における生活支援ボランティアの先駆的なモデル。ホスピスは不治の重病人の生活の質を高めるための活動。ボランティアの数は約8万人を数え、病院、老人・介護ホーム、患者の自宅を訪ね、患者本人およびその家族の願いに応じた活動を行う。ここには看取りも含まれる。これらボランティアは非営利団体に属し、その運営責任者により必要な研修を受けた上で活動している。公的保険の適用対象となる。

出典 ZQP①

- 追加的世話サービス：主に認知症者のため、およびその介護家族の負担を軽減するために、当初ドイツの介護保険の給付および介護事業者の提供サービスの枠内になかった見守り等サービスを指す。2002年に導入され、段階的に給付が改善されていった。現在では世話のニーズに応じ、要介護認定がなくても日常生活に著しく支障があることが認められると、原則一ヶ月に104、または208ユーロまでの償還が受けられる。

主な追加的世話サービスの一つである「敷居の低い世話サービス(Niedrigschwellige

Betreuungsleistungen)」は、(主に有償) ボランティアによる世話サービスである。保険の給付対象となるのは一般に、認可ボランティアグループによる世話サービスだ。ボランティアグループが認可を受けるためには、その運営責任者が、看護師等の資格を持ち、ボランティアを指導・支援することができ、ボランティアに 30 時間の養成コース他、活動に必要な研修を施す等の条件を満たしていなければならない (NRW 州の場合。他州にも類似のルール有)。グループの認可に関する規則は州が管轄している。世話サービスのインフラ整備の資金繰りや、補助の仕方も、州によって異なっている。例えば NRW 州内では同サービス・グループの運営は自己採算制だが、補助を出している州もある。サービス・グループ数の全国統計は無いようだが、第 5 回介護保険報告書 (2011) によれば、バイエルン州(2014 年現在の人口 1264 万人)には 340 のグループがあった。保険給付額の枠内で受給者は、週数回、数時間程度、在宅または通所にての見守りなどが受けられる。

追加的世話サービスへの給付はこれ以外に、ショートステイや部分入所、家事支援にも利用することができる。

出典 ZQP①、連邦保健省 HP、NRW 州利用しやすい要介護者支援世話サービス提供規則

- 法定世話人 (Rechtliche Betreuer) : 全国各地に計約 800 のボランティア団体が存在する(出典 カリタス HP <http://kath-betreuungsvereine.de>)。ドイツでは財産、契約、医療に関する判断および行政手続きを、精神障害等のため自らこなすことができず、かつ家族や近しい人に頼めない人のために、区裁判所が、地域の世話団体のボランティアまたは職員を法定世話人に指名する。例えばカリタスやディアコニーといった国内大手福祉団体がこれを運営している。裁判所は、家族→ボランティア→プロフェッショナルの優先順位で、世話人を指名する (カリタスのホームページにはしかしながら 2014 年付けで国からの資金が不足していることから活動を停止すると宣言している)。

Q1-4 高齢者をケアする家族に対し、何らかのサポートを行う活動はありますか (相談、精神的ケア、グリーンケア等)

- 公的介護保険の枠内の支援 : 在宅ケアに対する現金・現物給付、住宅改造補助、障害介護 (Verhinderungspflege: 介護者が休憩をとるために一定期間事業者または知り合いに介護を有償で委託した場合、一定額まで償還を受けられる制度)、介護者 (家族およびボランティア) のための介護コースほか様々な情報提供、追加的世話サービス (上述) など。
- 在宅ホスピスサービスの枠内で、グリーンケアやレスパイトケアも提供 (公的医療保険から給付あり)
- 介護のお供 (Pflegebegleiter) : 介護保険中央連合会のモデルプロジェクト。研修を受け介護ガイドとなったボランティアは、無償で介護家族の相談にのる。支援の対象は要介護者でなく、あくまで介護または世話をする家族の心理。介護のお供は介護者の負担が軽減されるよう、話を聞き、そのためのサービスを仲介する。
- 介護支援センター (Pflegestützpunkt 介護保険、市町村 (時には非営利団体も?)、が単独もしくは共同で運営) : 介護支援センターでは、介護、医療、社会福祉関連の給付・サービスについて相談することができる。州が同種の相談所の整備方針を決めるため、州毎に様子は異なる

る。介護支援センター設置の際には公的補助を介護保険から受けられるが、その際自助グループやボランティア団体や個人を持続可能な形で活用する体制に対しては、追加的補助の上乗せが可能だ。受給者が適切なサービスを選択できるように助言をするのが目的であり、どちらかというと法のおよび制度的観点からの相談であり、医療的および介護学的な見地からの助言はほとんど受けられない、と何人かの専門家から伺っている。

公的な相談所以外にも、様々な民間（キリスト教・労働団体系の福祉団体など）の相談所がある。

Q1-5 ボランティア活動の主な担い手は、主にどのような人たちですか。（仕事をリタイアした元気な高齢者、求職中の者など）

●介護分野のボランティアにおいて多いのは、高齢者、女性、高学歴者、物質的にも標準的に保証されている人、非都市部または郊外の住民。

出典 ボランティア・サーベイおよび ZQP

（インタビュー参照）

Q1-6 ボランティア活動に参加するきっかけとして、主にどのようなことが考えられますか。（友人から誘われた、ボランティア団体からの勧誘など）

（インタビュー参照）

Q1-7 ボランティア活動に従事する人たちは、完全に無報酬でしょうか。それとも、交通費や少額の謝礼をボランティア団体や利用者から受け取ることもあるのでしょうか。ある場合、それはどの程度の金額でしょうか。

●介護保険からの償還がある追加的世話サービスは有償。金額は地域によって異なるが、最低賃金（時給 9.40）より低い、と聞く。バーデン・ヴュルテンブルク州アルツハイマー協会はある公表資料において、11 ユーロ（午後 3 時間、複数人数を一度に世話する場合。対する利用者は 8 ユーロ/時間。2013 年）を推奨している。

●訪問ホスピスは原則無償（交通費など経費は出る模様）

●市民ボランティアのほとんどは無償。

（インタビュー参照）

Q1-8 ボランティア団体による生活支援を利用する高齢者は、どのような人たちでしょうか。（インタビュー参照）

Q1-9 介護制度、医療制度からの給付とボランティア団体が実施する生活支援が相互に連携して提供されるような調整は行われていますか。行われている場合、それはだれの役割ですか。

（インタビュー参照）

Q1-10 国又は地方政府は、ボランティア団体の設立や活動を支援するための政策（助成金の支給、税の優遇など）を実施していますか。

●公的介護保険は、2008年介護発展法(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)施行以来、介護ボランティアの整備を助成している。特に認知症者のためのボランティア活動の拡充に焦点が置かれている。認知症者のためのケア構造・構想の発展を目的に、利用しやすい世話-負担軽減サービス(niedrigschwelliges Betreuungs- und Entlastungsgebot)事業の整備・拡充とその他の新しい世話サービス・モデル事業に対し、年2500万ユーロ、助成されることになっている(社会法典11編45c条)。また一般的世話ニーズが著しく高い人(≒認知症者)とその家族のための自助構造の発展のためにも、その助成に、保険料(被保険者1人当たり0.10ユーロ)があてられている(社会法典11編45d条。2013年介護新展開法(Pflege-Neuausrichtungsgesetz)において導入)。

助成の条件や内容については公的介護保険中央連合会等が決める。具体的な実施は州政府に任される。45c条の補助の方はさらに、州や市町村の支援策を補足するもの、と位置づけられ、これら自治体が当該目的のための助成をする際に公的介護保険が同額だけ補助をする形をとっている。

その結果、ボランティアおよび自助構造の促進・助成を積極的に行っている州(例えばNRWやバイエルン州)もあれば、消極的な州もある。また州によって同補助の用途は異なる。第5回介護保険報告書(2011)によれば、例えば45c条の補助をバイエルン州は主に利用しやすい世話サービス(Q1-3参照)を提供する団体・グループの補助に使い、NRW州は認知症サービスセンターの整備に使っている。

出典 連邦保健省 HP

(www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Pflegeversicherung_im_Ueberblick_2015.pdf; 2011 第5回介護保険報告書; 社会法典11編)

●ドイツでは一般に非営利団体の収益は非課税。

Q1-11 ボランティア団体が実施する生活支援は、法制度に基づくものや地方政府からの委託事業のような公的な活動がメインでしょうか。それとも、団体独自の活動がメインでしょうか。(インタビュー参照)

Q1-12 国や地方政府は、ボランティア団体を福祉サービスの提供者の1つとして重視する立場をとっていますか。それとも、国や地方政府による事業の補完的な位置付けとみていますか。

●「介護分野においては何年も前から市民ボランティアの促進は、連邦政府の人口動態戦略およびボランティア戦略の中で目標とされている…。ボランティアの支援者は、介護者が過度な負担を負う在宅介護を安定化に導くことに貢献することが理想である。」(出典 ZQP)

●「良質でニーズに応じた世話または介護は、国だけで確保できるものではない。そのため連邦政府の見地から…、家族、社会ネットワークおよびボランティア活動の中での自主的な活動を支援することが重要だ」。(出典：連邦内務省。上記人口動態戦略に当たると思われる資料)

●介護改革(Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012)では…特に日常的能力に制限のある人々のために、給付請求権を柔軟化…家族の負担軽減といった改善を計画している。(そのための世話および介護構造の拡充において、家族と事業者による介護(または世話)提供に加え、ボランティア活動は重要な役割を果たす」。(出典：連邦内務省。上記人口動態戦略に当たると思われる資料)

- 「市町村の福祉・介護計画の担当者は介護におけるボランティアの促進を前向きに評価しており、これはまた、ボランティアが市町村の介護サービス構造の一つの制度的構成要素として確立することに、現実的なチャンスがあると考えている、とみることができる」

出典：ZQP 2013②

II 認知症への対応について

Q2-1 現在の認知症の人の人数や将来推計があれば、教えてください。

- 欧州における認知症の患者数

アルツハイマー・ヨーロッパによると、2012年現在でドイツには認知症の人が1,572,104人と推計される。これは総人口81,990,837人の1.92%にあたる。総人口に占める認知症の人の割合は、EU平均の1.55%より若干高い。以下の表では、30-59歳の人および60歳以上からは5歳階級別に、認知症の人の推計を示している。

年齢階級	認知症の人(男性)	認知症の人(女性)	合計
30 - 59	28,656	15,745	44,401
60 - 64	4,740	22,149	26,889
65 - 69	37,007	30,784	67,792
70 - 74	70,514	96,980	167,494
75 - 79	113,093	156,392	269,485
80 - 84	128,627	228,221	356,848
85 - 89	93,540	285,604	379,143
90 - 94	34,516	176,903	211,419
95+	6,443	42,190	48,633
合計	517,136	1,054,968	1,572,104

一連の疫学研究から、認知症の人（精神科医の研究者によって特定された人々）の50%以上が診断を受けていないことが明らかとなった。

<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Germany>

Q2-2 認知症の人に対する政策の国の方針はどのようなものでしょう。文書化されたビジョンやプランはありますか。

- 前政権時に、連邦政府によるいくつかの研究、モデルプロジェクト、介護改革が実施されていた。（例：Leuchtturm Projekt, Zukunftwerkstatt, Allianz mit Menschen mit Demenz, Pflege-Neuausrichtungsgesetz）

- 現政権においては2014年9月に、連邦保健省および連邦家庭大臣が「共同で認知症者のために（Gemeinsam für Menschen mit Demenz）」というアジェンダに署名をした。同アジェンダの主要な点として以下が挙げられ、医療・介護の各中央連合会、自治体、学术界とともに具体的な施策を進めていく意図を表明した。

(1) 介護強化法(Pflegestärkungsgesetz)：2015年1月から施行の同法（改革第一弾）により認知症者に対する給付が本格化した。主に身体的障害に重点をおいてきた要介護の定義を抜本的に見直し、認知症が本格的に考慮されることになる改革第二弾（介護強化法 II）も、2017年から施行される予定。

(2) 地域におけるネットワーク：自治体行政の他、非営利団体、多世代ハウス、医師をはじめ

とする関係各主体による 500 地域でのネットワークの形成・強化を助成および支援。

(3) 世の意識を高める：タブーの打ち破る ため、政府は「認知症者のためのアライアンス」を呼びかけている。(出典：連邦家庭省による冊子「共同で認知症者のために (Gemeinsam für Menschen mit Demenz)」)

(<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/National-Dementia-Strategies-diagnosis-treatment-and-research/Germany>)

Q2-3 認知症に関する普及啓発として、国、地方政府、民間団体はどのような活動を行っていますか。

(インタビュー参照)

Q2-4 介護制度や医療制度からの給付、ボランティア団体による生活支援の中で、認知症に着目したものがありますか。

介護制度：

●Niedrigschwellige Betreuung 敷居の低い世話 (上述)：社会法典 11 編 45b 条に規定。原則、話し相手、見守り、医者への付き添い、娯楽など。在宅と通所があり。ただし最近の介護改革によって、身体障害の要介護者へ、また家事などへ、適用可能範囲が拡大された。ただし、まだ事業者が少なく供給過小の地域もあるという。

●在宅介護 (現物および現金の両給付において) の場合、各要介護度 (ただし要介護度 3 は除く) の給付額が、認知症の方が高めに設定されている。

●Wohngruppe (グループホーム)：主に認知症者を対象とした在宅介護サービス形態であり、介護保険から給付もある。

●他にも、家族への介護コースなどの枠内で、地域ごとに異なる給付がある可能性があり (例：ヘッセン州では家族が専門家に相談できる認知症コースなるものがあり、介護保険から償還がある)

●認知症の人およびその介護者のケア・支援をカバーする国の政策

認知症の人がケアや支援を受ける場所

以下の表では認知症の人の推計数を、自宅・様々な種類の介護施設・病院・精神科の施設ごとにまとめている。

居住場所	はい／ いいえ	推計数／追加情報
自宅 (独居)	はい	一般的に、認知症の人のうち 2/3 は自宅に住んでいると言われている。そのうち独居の割合は低い (大半は初期の認知症)。
自宅 (親族または親しい友人と同居)	はい	大半は、介護者であるパートナーや家族と同居。訪問サービスを受けている者もいる。
自宅 (認知症のある他の人との同居)	はい	この 10 年間で、特別な「認知症の人向け集合住宅 (Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz)」が発展した (特にベルリンとブランデンブルグで)。以下の定義を参照。
一般的な／ (認知症に) 特化しない居住施設	はい	
認知症専用の居住施設	はい	
一般的な／ (認知症に) 特化しない) ナー	はい	自宅に住まない人の大半は、ナーシングホーム (Altenpflegeheime) で生活している。ホームの大半は認知症

シングホーム		に特化されたものではなく、認知症のある人もない人もケアしている。認知症向けの特別ユニットを設けるナーシングホームが増えている（Hausgemeinschaften と呼ばれる所もある）。
認知症専用のナーシングホーム	はい	
病院または特別病棟	はい	病院で生活する認知症の人は少数である。
精神科の施設	はい	精神科の施設で生活する認知症の人は少数である。

(<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/National-policies-covering-the-care-and-support-of-people-with-dementia-and-their-carers/Germany>)

Q2-5 認知症の人への生活支援に関し、ボランティアに対する教育プログラムはありますか。ある場合、そのプログラムの内容は、各ボランティア団体が独自に決めているのでしょうか。それとも普及している標準的なものがあるのでしょうか。

●上述 **Niedrigschwellige Betreuung** を介護保険の給付対象とする条件の一つとして、世話を提供するグループの運営者（看護師、老人介護士など）が、ボランティアに研修および支援を与えることが義務づけられている。NRW州の場合、教育プログラム内容の骨子は州法によりは決まっているが、具体的な内容は各教育責任者（団体の運営者など）に任されていると、複数の運営者から聞いている。

Q2-6 実態として、認知症の人に対する入院医療や投薬は重視されていますか。また、認知症の人に対するケアやサポートの手法として、医療的ケア以外で効果的と考えられているものがあれば、教えてください。

●ドイツの公的介護保険の原則として、入所に対し在宅介護の優先が謳われている。一般に対症療法としての投薬は批判的に論じられる傾向があるが（連邦保健省のサイトには「できるだけ少量、必要不可欠な時だけ使用するようにとある）、介護施設ではよく使われている、とも言われている。連邦保健省は「苦痛の緩和および生活の質の改善には投薬療法は重要ではない。（認知症という）診断を克服するためには、心理療法が有意味である」「残された能力の訓練と自己の感情の強化」を促す療法が勧められている。

(<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/demenz/krankheitsbild-verlauf.html>)

●独アルツハイマー協会は、ウェブサイト上で、以下を最も重要な非薬物療法として挙げている： 行動療法、認識訓練(cognitive training)、現実見当識訓練法、回想法、自己維持療法 (self maintenance therapy)、芸術療法（音楽、美術など）、バリデーション療法。

出典：<https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet06.pdf>

●独神経変性疾患センター等による「独メモリークリニックの質の特徴」という、全国の認知症を専門とする医療施設を対象とした調査プロジェクトの結果によれば、これら施設のうち 9 割以上が認知症治療に薬物療法を提供している。これと比較し、薬物を使わない心理社会的介入を行っている施設は大幅に少ない（56%が認識訓練、50%が運動、42%が作業療法）。同調査によれば、診断法および薬物療法は、関係各学会が作成した認知症診療のガイドラインとされている”S3 Leitlinie Demenz” に従い標準化が進んでいるが、それ以外の面では施設間の差が大きい (Lueke S, Kehr wieder N, Fleßsa S: Qualitätsmerkmale deutscher Memory-Kliniken. Der Nervenarzt 2012, 83:1178-1189)。

Q2-7 比較的若い時期に認知症になった人に対する特別な公的サービスやボランティア団

体のサポートはありますか。特に、就労に関してサポートをする制度や活動があれば教えてください。

●若年性認知症の人および様々な種類の認知症の人

若年性認知症の人にとって、自分たちにあったサービスを見つけるのは困難である。なぜならば、サービスの大半は 65 歳以上の人を念頭にデザインされているからである。同様のことが、前頭側頭型認知症の人にも言える。

(<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Social-support-systems/Germany>)

Q2-8 認知症の人たち自身が加入する団体はありますか。ある場合、それはどのようなエリア単位で設立されていますか。また、主な活動としてどのようなものがありますか。

●以下の独アルツハイマー協会のサイトに、地域の（初期・軽度の）認知症者のための活動グループがリストアップされている。活動内容は主にワークショップや軽いスポーツやレクリエーションを一緒に行うサークル活動が主流。

(<https://www.deutsche-alzheimer.de/menschen-mit-demenz/gruppen-fuer-menschen-mit-demenz.html>)

●例えば NRW 州の大きな市としては、デュッセルドルフに絵画教室（家族も対象）が、ケルンにはワークショップが、ドルトムントにはセミナー、自助的ワークショップ、余暇活動サークルがある。アルツハイマー協会がなんらかの形で関与しているケースが多い。

Q2-9 前問の団体に対して、国又は地方政府は、活動費の助成など何らかの支援を行っていますか。

●非営利団体に対する税の優遇措置。

Q2-10 認知症の人の家族に対し、公的な制度又はボランティア団体の活動として、どのようなサポートが行われていますか。

●上記 Q2-4 参照

Q2-11 認知症の人の家族が加入する団体はありますか。ある場合、それはどのようなエリア単位で設立されていますか。また、主な活動としてどのようなものがありますか。

●アルツハイマー協会

●例えば NRW 州は、認知症をはじめとしテーマごとに各地の自助グループ活動のコーディネーションを管轄し、各地に連絡窓口を作り、仲介をしている。以下のサイトでは例えば「認知症」をクリックすると各地の窓口の連絡先が表示され、そこで情報提供を受けられるようになっている。Demenz（認知症）をクリックすると、「当事者」、「家族」、「当事者・家族」、「トルコ語を話す家族・当事者」と分類され、郡・市ごとにグループが表示される。

(<http://www.koskon.de/adressen/selbsthilfegruppen.html>)

●上記 Q2-8 の認知症者のためのグループの一部は認知症ではない人の支援を得た一種の自助グループでもある。そしてその一部は家族も対象としている。多くのグループにおいては、アルツハイマー協会が、各種他組織（市、カリタスなど各種福祉団体）と協力しながら、関与している。

●フランクフルト市の患者家族の自助グループの一例: Hilfe für Demenzkranke und ihre

“Angehörige(認知症者とその家族への支援)”

2012年、認知症者とともに市内の有力非営利ボランティア団体“Bürgerinitiative”が「支援型自助」というコンセプトに基づいて発足した活動。(元)認知症者の家族自らがアンバサダーを務め、定期的に各地区にバスで赴き、バスの中で当地区の認知症者およびその家族に情報提供をしたり相談に乗ったりする。同活動はプロジェクトとして民間財団の支援等を受けてきている(現在も受けているか不明)。

Q2-12 前問の団体に対して、国又は地方政府は、活動費の助成など何らかの支援を行っていますか。

- 前述したよう(Q1-10)、患者およびその家族の自助グループ(連絡窓口や相談所機能も含む)の活動に対し州・自治体は、介護保険を通して補助をすることができる。それ以前からもドイツでは医療という枠内で、地域また分野によっては患者の自助グループへの公的支援という形で、何らかの形で支援が行われてきている。

(出典: Selbsthilfe e.V. Selbsthilfe-Kontaktstelle Frankfurt. 2010. Auf die Menschen kommt es an)

- プロジェクトという形で、国、自治体、民間団体が追加的補助を与えていることもある。
- 国内で最も著名な(介護する家族)自助グループはアルツハイマー協会である。独アルツハイマー協会のサイトで公表されている2014年の収入内訳である。疾病金庫からの自助助成という収入項目がある。大手の各疾病金庫(AOK連邦連合会、BarmerGEK他)が特定のプロジェクトに対し金銭的および物的支援をしているのに加え、疾病金庫の合同での助成金が、「相談」セミナーとグループリーダーのトレーニングに使われた、と報告されている。

会費	56.439
寄付	273.380
遺産	32.500
連邦予算	362.401
疾病金庫からの自助助成	67.135
財団への補助	37.413
情報資料の販売	71.875
財産管理(利子)	8.040
その他(謝礼、罰金、賞金)	23.450
積立金から	178.192
合計	1.110.830

出典: www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/finanzierung/finanzbericht-2014.html

III その他

介護制度、ボランティア団体の活動、認知症ケアに関し、政策の見直しや国内で課題になっていることなど、最近の動向について教えてください。

- 連邦政府は「続・人口動態戦略」(2015)の中で、今後の少子高齢化対策の一つとして「福祉および社会的な結束の促進」を挙げている。介護およびボランティアに関しては、以下のテーマ分野と各具体策(関係する対策だけを抜粋)を内容としている。

- ・共同体としての家族(具体策の一つに「家族・介護・職業両立改善法」が挙げられている)
- ・高齢者の自律的生活(「アクションプログラム・多世代の家」「高齢者向け改装の支援」「関係各者向けの手引書『バリアフリー建築ガイドライン』」)

・包摂的な社会

・市民参加（「地域における社会参加の体系的な発展を目的に大手財団と協力し『社会参加型都市』というネットワークプログラムをスタート」、「市民参加が地域社会へ与える刺激、およびこの成功要件についての報告書『第二編・人口動態の変遷と市民参加』」）

・健康増進と、疾病時、要介護時に備えた、また認知症者のための未来型ヘルスケア（『介護強化法』第一弾および第二弾（要介護定義と、これに応じた要介護認定手続きの見直し）、「ニーズに応じた満遍なくアクセスしやすい医療供給確保のための『医療・供給強化法』」）

出典: Bundesministerium des Innen (連邦内務省). 2013. Jedes Alter zählt. Demografiestrategie der Bundesregierung.

(<http://www.alzheimer-europe.org/News/Policy-watch/Wednesday-12-August-2015-German-Alzheimer-Society-welcomes-new-care-reform>)

●以下は独アルツハイマー協会のプレスリリースからの抜粋である

・2015年11月13日 連邦議会、介護強化法を議決。独アルツハイマー協会は介護改革を歓迎するも、認知症患者に対する姿勢の変化を望む：…新しい要介護の定義により、将来身体的障害だけではなく、認識およびコミュニケーション能力、行動様式、精神的問題、これにより認知症者特有の介護ニーズが考慮されるようになる。…独アルツハイマー協会会長は「…新しい法律によっても自動的に、人手ひいては認知症者の（ケア）ためにより多くの時間がもたらされるわけではない。認知症者にとって最も大切なのは（彼らをケアする）より多くの時間であり、我々はそのために政治に働きかけていきたい」。

・2015年9月18日 世界アルツハイマーの日に寄せての合同プレスリリース： 認知症予防策および総合的治療コンセプトの必要性、老人介護士資格の撤廃（≒不足する介護士・看護師の仕事の魅力を増すなどの目的でこれらを一つに統合しようとする動き）により人手不足が一層助長されることへの懸念、介護改革により**新しい要介護定義**が実現することに対する歓迎の意、**（急性）病院における認知症者への特別な対応の必要性**他。

・2015年5月11日 認知症介護の条件改善の必要性：…介護者がその任務を果たすためにはさらなる支援を必要としている。これは、要介護者（の世話）に十分に時間をかけることができないうでいる介護士・看護師はもちろんのこと、介護する家族にも当てはまる。…そのため（介護する家族のために）に**要介護の新定義**の早期実現を求める…。

・2015年2月9日 独アルツハイマー協会の新しいパンフレット・トルコ語版の初期認知症者への助言：…移民国であるドイツでは、**移民も高齢化**している。65歳以上は150万人を数え、うち10,8万人が認知症である。移民向けの認知症についての情報や相談は、まだ**散発的にしか提供**されていない…。

(<http://www.alzheimer-europe.org/News/Policy-watch/Wednesday-12-August-2015-German-Alzheimer-Society-welcomes-new-care-reform>)

3. デンマーク回答

注) デンマークについては、今回の設問は 2013 年度研究「平成 25 年度プロダクティブ・エイジング（生涯現役社会）の実現に向けた取り組みに関する国際比較研究」時のデータリクエストと一部重複した設問になるので変更がある部分のみの回答である。2013 年度研究の際のデータリクエストへの回答は以下を参照。
<http://www.ilc-japan.org/study/index.html>

➤ 1. ボランティア団体による高齢者への生活支援サービス

➤ (ボランティア活動への関与に対する考え方)

➤ デンマークでは全体的に、ボランティア活動に対する支援も参加もレベルが高い。国際的に比較すると、デンマークを含む北欧諸国のボランティア部門はスポーツやレジャー分野において活発であり、活動全体の大部分を占めている。他方ドイツなどの国では、活動の大半は社会的ケアおよびヘルスケアで占められる。ボランティア活動の参加率が高い理由としては、協会（association）の文化による影響がとりわけ大きい。デンマークでは、小さな協会が比較的多く存在しており、人々はそこで無償の支援を提供し、すなわちその名の通りボランティアな活動を行うようになるのである。

ボランティア活動参加に関する最新の全国調査（2013 年）によると、人口の 35%が活動に参加していた。さらに 21%は、ボランティア活動に現在参加していないが過去に参加経験がある。全体としてデンマーク人口の 2/3 が、過去または現在においてボランティア活動に参加していた（いる）。残りの 1/3 はボランティア活動の経験がないが、そのうち 13%は声をかけられれば参加してみたい、と回答している。全体として見ると、ボランティア活動について経験も関心もないのは、成人人口のうち 20%のみである（Fridberg et al, 2014）。

➤ (公共キャンペーン)

デンマーク政府は特に 1980 年代以降、ボランティア部門がより重要な資源および社会的アクターとなれる、と積極的に支援している。ボランティアサービスは、ともすれば大規模となる公共福祉制度の補足的な役割として捉えられている。ただし、特にその内在的な柔軟性および究極的に公共制度と異なるアプローチにより、これらは社会にとって非常に重要な貢献として見られている。そして時間とともにボランティア部門はまた、かつて福祉国家が担っていた中核的な福祉活動にもより多く関わるようになった。

ボランティア活動を支援し、また市民のボランティア活動参加を向上させるため、多くの公共キャンペーンが立ち上げられた。たとえば政治課題としてボランティア活動の優先順位を上げ、ボランティア部門と公共部門との協力を改善するため、2011 年に「ボランティアおよび公共部門の協調に向けた憲章（Charter for samspil mellem den frivillige verden og det offentlige）」が導入された。また 2009-2010 年には、「成功への近道：すべてボランティア（自発的）に（Skyd genvej til succes. Det er helt frivilligt）」キャンペーンが始まった。このキャンペーンが目指していたのは、ボランティアになることで得られる専門的・個人的・キャリア上での利点を強調して、より多くの若者がボランティア活動に関わるようになることであった（<http://heltefrivilligt.dk/om-kampagnen/>）。

大小企業もまた、減給なしで就労時間のうち月に 4 時間ボランティア活動に参加する時間を提

供することで、従業員による積極的なボランティア活動を後押しすることができる。たとえばある自治体では、職員のボランティア活動を奨励してきており、その活動の中にはたとえば、孤立した高齢者への訪問サービスや、生徒の宿題を支援する活動、ジムのインストラクターとしての活動などが含まれる。

➤ (評価)

政府および議会は長年、ボランティア活動の貢献や効果の記録・測定に関心を寄せており、特に2000年代中頃以降、ボランティア協会／団体の新たな評価制度を強化・支援するよう努めている。たとえば、ボランティア活動センター（Center for Voluntary Work）と共同で、記録に関するハンドブックが出版された（Frederiksen and Hjørring, 2009）。

ボランティア活動センターではまた、自己評価のガイダンスも提供しており、そこでは個々の団体が自らの取り組みやその効果について、体系的に評価できる。焦点となるのは、価値・文化・利用者および公共部門との関係・コミュニケーション・課題などである（<http://www.frivillighed.dk/Webnodes/da/Web/Public/Publikationer/Pjecer+om+frivilligt+arbejde/Selvaluering>）。

外部評価は、たとえば「ボランティア活動開発基金（Udviklingspulje til frivilligt socialt arbejde）」の下で、2003－2006年にボランティア活動支援のために行われた公共事業などに関連して行われており、そこでは26のプロジェクトに関する評価が実施された（Larsen, 2006）。同基金が目指していたのは、新たな社会事業創造の支援、ボランティアの数の増加、新たな組織形態の展開および、ボランティア活動の質向上である。評価では、プロジェクトがこれらの目標を組み込みの中に含めているかどうか、またその目標を達成する経過を調査するために、アンケートおよびインタビューの方法を用いた（Larsen, 2006）。

➤ (ボランティア活動参加者)

前述した通り、2013年現在でデンマーク人口の35%がボランティア活動に携わっており、この割合は2004年とほぼ変わらない。経時的な変化を見ると、若年層で参加率が低下している一方で、高齢層で参加率が増加している。ボランティアの大半は、自らが会員となっている協会を通じて組織的な活動に参加している（Fridberg et al, 2014）。

これまでは、男性の方が女性よりもボランティア活動へ積極的に参加していたが、この傾向は変わりつつあるようだ。その理由としては、ボランティア活動の多くがスポーツであり、これは男性がより活発に関わる内容である（例：少年サッカーチームのコーチ等）ことが挙げられる。男性はまた住宅関連のプロジェクトにも、より積極的に関わっている。他方、女性は社会的なテーマや教育分野でより活発であり、彼女たちの関わりは増加傾向にあるようだ（既出文献）。

最も積極的なのは30－49歳であり、もっとも活動レベルが低いのが16－29歳である。文化に関するボランティア活動を見ると、参加は年齢とともに高くなっている。他方、中年層で最も参加が活発なのは、スポーツに関する活動である。社会事業に関しては、高齢層が最も活発であり、66歳以上人口の8%が社会事業でのボランティア活動経験（過去または現在）がある（既出文献）。

西洋以外からの移民によるボランティア参加率は21%であり、全人口の35%と比較すると低くなっている。社会的・政治的・国際的なボランティア事業に関してのみ、参加率は移民の特性を問わず同レベルである（既出文献）。

また、教育水準とボランティア活動参加の相関度が増加傾向にあり、教育水準が高くボランティ

ア活動に参加している人の数が増えている。ボランティア活動参加率は、低学歴の人では 26% だが、高学歴の人では 51%である。ボランティア活動で教育水準の重要性が最も顕著に見られるのは文化・教育分野に関するものであり、高学歴者が大半を占めている。低学歴の人々は特に、スポーツ関連の活動で占める割合が低い。最後に、労働市場に参加している人はボランティア活動にもまた参加する傾向が見られる。また政治や宗教に関心を持つ人も、ボランティア活動に参加する傾向にある（既出文献）。

高齢者に特化して分析を行った結果、65 歳以上人口のボランティア活動参加率は 2004 年以降上昇している。しかしこの傾向は主に、この年齢層の教育および所得水準が全体的に上がっていることで説明でき、同様の傾向は社会全体で見られる。したがって、全体的および高齢者の参加率上昇は、人口全体の教育・所得レベル向上との関係が大きい可能性がある。この 20 年間取り組まれてきたキャンペーンは、低学歴の人のボランティア活動参加率を向上させていないようである。この結果から、ボランティア活動の参加を促進するには、ボランティアへの参加意識を変えるとともに、再分配の政策も検討すべきであることが示唆される。65 歳以上人口の分析ではまた、社会的ネットワークが既に大きい人ほどボランティア活動に携わる可能性が高いことが示されている。とりわけ多く的人是、ネットワーク内から直接声をかけられてボランティア活動へ参加している。デンマークの高齢者は、ボランティア活動への参加に対する好感度が他の年齢層と同じくらい、あるいはより高いことが示されているが、特に健康上の理由で参加に制限が見られるようである（Frederiksen and Qvist, 2015）。

➤ (報酬)

どれくらいの数の活動が有償または無償の職員で実施されているかは、その活動が地域レベルで行われているのか、あるいは国レベルの活動なのかに依るところが大きい。地方・地域レベルの協会では、80%が全く無償のボランティア職員を活用している。ボランティア活動全体の 91%は無償ボランティアによるものであり、給与はコスト全体の 7%を占めるのみである。全国組織では、賃金が支出の 18%を占めており、業務全体の 51%がボランティアによって実施されている（Boje et al, 2006a; Boje et al, 2006b）。

ボランティアの人たちは、移動・電話・インターネットに関する費用を補うために、税の控除を活用できる。

➤ (ボランティア教育)

ボランティアの教育に関する要件はないが、近年では多くの養成講座が開かれるようになった。このような教育は、協会／団体自体・関係省庁・コンサルタント・教育機関・研究者が重視している。

政府が「ボランティア教育基金（Uddannelsespuljen for frivillige）」に資金を提供したことによっても、この点がより重視されるようになった。様々な教育の取り組みでは、フォーマルおよびインフォーマルな能力強化を目指しているようである。ボランティア活動に関するフォーマルな能力は、たとえば大学の修士課程（例：公民や社会的企業等の分野に関する教育）など正規の教育システムでボランティア活動を取り上げることで支えられている。インフォーマルな能力は通常、団体や専門職ネットワークが提供する短期講習を通じて習得される。このような講習では、記録や評価など具体的なスキルに重点を置いている。

➤ 活動

協会／団体の活動を見ると、その大半（50%以上）は文化およびスポーツである。また 10%は労働市場内の活動となっている。労働時間を見ると、地域協会で最も多いのはスポーツ関連で、最も少ないのは教育、環境および自然、政治、労働市場関連のボランティア活動である。

高齢者を特に重視したボランティア活動は補足的なサービスという特徴を持つ傾向があり、特に社会的孤立の問題に重点を置いている。高齢者およびその親族を代表する全国組織「エルドラ・セエン（Ældresagen）」は、そのようなサービスやボランティア研修の体系化で中心的な存在である。このような活動でのボランティアには、高齢者も若年者も含まれる。「高齢者の助け合い（Ældre hjælper Ældre）」と呼ばれるネットワークは、高齢者団体 6 か所が協力して運営しており、そこではたとえば、高齢者による高齢者へのボランティア活動を全国的に体系化している。

全体的に見ると活動は、世代間交流（例：地元の学校や幼稚園と）、訪問サービス、司法面での支援、認知症の人の家族を対象とした息抜き支援、家事、移動支援、介護施設でのボランティア、買い物、ホスピスまたは病院、シニアカウンセリング、電話見守りネットワーク（表 1 参照）などの社会的支援から成る。また活動の中には、ノルディックウォークやチェアエクササイズなどの身体的な運動の企画も含まれる。

エルドラ・セエンやデンマーク高齢者協会（Ældremobilisering）などの全国的なボランティア団体ではまた、地域におけるプロジェクトの立ち上げや司法・管理業務の支援も行っている。これらの活動は主に虚弱高齢者の支援を意図したものであるが、比較的健常な高齢者も社会的な関わりを持ち続けて後の社会的孤立を予防するための、重要な方法としても捉えられている。

高齢者協会が実施している 307 の高齢者向けプロジェクトに関して 2012 年に行われた調査によると、利用者の大半は 70－89 歳である。これらのプロジェクトが目指しているのは、社会的孤立の予防、身体的運動への更なる参加、安心感の向上、または家事全般の支援であった（表 2 参照）。

表 2：プロジェクトの内訳（高齢者協会）

訪問サービス	17.2
チェアエクササイズ	14.0
買い物	11.4
移動支援サービス	10.0
家事支援	9.7
電話での安否確認	8.8
会食	8.8
運動の仲間	7.8
散歩・自転車・ノルディックウォーク	7.5
回想法	4.6

N=307. 出典：Ældre hjælper Ældre - En gevinst for samfundet og deltagerne, 2012.

また、独立系サービス提供者の多くは非営利で運営されており、したがってボランティア団体と

して捉えることができる。これらは自治組織であり、主に公共部門との契約の下で運営されている（例：介護施設サービスの提供）。これらの団体については、本報告ではこれ以上触れない。

➤ **（ボランティアサービスの利用者）**

ボランティア活動の利用者に関する全国的な統計は存在しない。前述した高齢者協会の 2012 年調査によると、活動を利用する人の大半は 70－89 歳であった。これらの人々が利用を開始するきっかけとなった主な理由は、友人（40%）、地元の新聞等による広告（25%）、在宅ケアサービス（16%）、家族（13%）、近所の人（13%）、または自治体の予防サービスなどである。利用者の 79%はサービスを利用することで生活の質が向上した、また 41%は健康状態が良くなったと回答している。興味深いことに、ボランティアサービスを提供している人々もまた、生活の質が向上（66%）したり健康状態がよくなった（15%）と回答しており、活動のアウトカムはサービス利用者だけでなく提供者にも現れることが示されている。

➤ **（ボランティアによるインフォーマル介護者への支援）**

家族介護者はボランティア団体から支援を受けることができ、たとえばカウンセリング、息抜き支援、司法関連情報、インフォーマル介護者向けの交流会などが挙げられる。これらの活動は、エルドラ・セエン、高齢者協会、アルツハイマー協会、赤十字訪問サービスなどが実施している（認知症に関しては次項も参照）。

➤ **（コーディネーション）**

自治体では、地域のボランティア団体／協会の連絡窓口担当者を雇用することができ、この者はボランティア・コーディネーター（frivillighedskoordinator）の役割を担う。また地域のボランティア活動は、ボランティアセンターを通じて体系化されることもあり、このようなセンターでは、新たなボランティアの取り組みを支援したり地域のボランティア活動の調整を行ったりする。このようなボランティアセンターは、自治体 98 か所のうち 50 か所にあり、大半の場合、ボランティア団体を支援する職員を 1 名以上雇用している。自治体はまた、地域のボランティア団体の代表として位置付けられるボランティア協議会を設立することもある。自治体の代表者もまた、この協議会の席に並ぶことがある。

表 1：虚弱高齢者向けのサービスおよび主な提供者

	高齢者向けサービス	デンマーク				
		公共サービスとして提供	個別または協会／団体がボランティアサービスとして提供	市場サービスが提供	家族が提供	
在宅・訪問サービス	日常生活支援	配食	x			
		掃除	X		x	
		洗濯	X		X	
		買い物			x	
		安否確認	X		x	
		ゴミ出し	X			
		電球の交換	(x)			X
		外出時の同行（例：病院、銀行等）				X
		読み書き・電話連絡時の支援		x		X
		緊急警報の設置				X
		移動支援（タクシー料金の負担）				X
		移動支援（バスでの送迎）	X			
		移動支援（車いす貸与）	x			
		軽微な住宅の修理・改修		x	x	X

	QOL向上	訪問、話し相手		x		
		電話での話し相手・安否確認		x		
		終末期患者への寄り添い		x		
		在宅でのアニマルセラピー		x		
		翻訳・通訳		x		
福祉	社会的交流	活動センターでの運動・余暇活動	X	x		
		会食	x		x	
その他サービス						

➤ (政府機関との関係)

ボランティア団体／協会にとって、98 の自治体は最も重要なパートナーであり、また事業の資金提供者でもある。法の第 18 節に従って、地方自治体がボランティア団体／協会と協力するのを支援するために、国は毎年支払いを行っており、その金額は 2013 年で 1 億 5,580 万クローネであった。自治体は法の下で、社会的なボランティア団体／協会と協力することが義務付けられており、その目的のために毎年資金を割り当てなければならない。2013 年に自治体は合計で 8,000 万クローネを費やしており、これは第 18 節を通じた支援を除く額である。平均して見ると、各自治体は 120 万クローネを支払っていた。支援対象となっている活動の大半は、高齢者に重点を置いている。自治体は 2013 年、合計 5,542 のボランティア活動に財政的な支援を行っており、うち 35% は高齢者向けのものである。自治体はまた、事務所の施設に関する支援提供、事務補助探し、コンサルティングなどによっても、ボランティア活動を支援できる。

1. 認知症対策

➤ (概要)

デンマークでは現在、全人口 560 万のうち 8 万 4,000 人が認知症患者であると推計されている。患者のうち 2,400 人は 65 歳未満である。また、患者数の合計は 2040 年までに 16 万 4,000 人に増加すると推計される (Alzheimer's Disease International, 2009)。ただし認知症はデンマークでも過小診断されがちである。デンマークの一次医療 (primary sector) における診断過程に関する調査では、診断が正しいのはケース全体の 86% であると結論づけられた。特にアルツハイマー病は過小診断されやすいようである。評価ではまた、二次医療 (secondary sector) における診断の質がより低い (51%) ことが分かった (Phung et al, 2007; Phung et al 2009; Phung et al, 2010)。

国の政策に関して見ると、デンマーク認知症戦略 (The Danish Dementia Strategy) が 2011 - 2014 年に実施されている。この戦略には 14 の具体的な勧告が含まれており、その中には、家族介護者の日中息抜き支援を開発・改善するために、ボランティア団体と自治体がパートナーシップを構築することが挙げられている。

2015 年の夏、政府は新たな全国的戦略を提案した。この戦略は、利用者・親族・政府の三者が協力して展開し、特にインフォーマル介護者をこれまで以上に支援することを目指している。2016 年開始の全国的戦略に向け、画期的なプロジェクトを実施してエビデンスを収集するために 6 つの自治体選ばれた。

公的な取り組みやボランティア団体の多くは、認知症に関する社会的認知向上を重視している。たとえば政府は2007年に、デンマーク認知症研究所(Dansk Center for Demens)を設立した。研究所は認知症に関する研究実施に加え、教育や知識普及にも携わっている。同研究所はまた、新たに設立された認知症連合(Demensalliancen)にエビデンスや知識面で貢献している。この連合は、介護職・看護職・アルツハイマー病患者およびその家族を代表する連合会や利益団体が共同で立ち上げたものである。この連合が目指すのは、認知症や新たな解決策に関する社会的認知の向上である。具体的には、以下5点に重点を置いた新たな実証プロジェクトを開始した。

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

2. 認知症患者およびその親族のケアおよび生活支援

➤ (公的な支援)

認知症患者には、多くの標準的な公共サービスや手当がある。そこにはたとえば、在宅ケア、住宅改修、デイケア、介護施設、ケア付き住宅、交通サービス、移動支援などが含まれる。また、歯科ケア、食事、失禁、転倒、褥瘡予防、疼痛管理にも重点を置いている。各自治体がそれぞれで質の基準を定めており、したがって具体的に何をどれだけ提供するかを決めている。

大半の自治体ではまた、認知症コーディネーターと呼ばれる者を通じて特別な支援も提供している。コーディネーターは認知症の専門的な知識を有しており、高齢者やその親族が疑問を持っていたり支援を必要としている際に対応する者である。自治体内で利用可能なサービスについても、情報提供を行うことができる。

また就労中で認知症となり、年金受給申請をできる人々への支援もある。ただし、認知症になってもより長く働き続けられたり、雇用者にその可能性について情報を提供するための取り組みは、特になされていない。

特に重視されているのは、インフォーマル介護者や家族への心理社会的な悪影響である。したがって、DAISY(デンマーク・アルツハイマー介入研究(Danish Alzheimer Intervention Study))と呼ばれる介入では、新たに認知症の診断を受けた人やその家族に対する心理社会的支援の改善を目指してきた。評価では、体系化されたガイダンスによって、家族がインフォーマル介護者としての役割を遂行する能力が向上することが示された(<http://socialstyrelsen.dk/aeldre/demens/radgivningsmodellen/>)。ランダム化比較研究では、このようなサービス提供による費用対効果はない一方、QOLへの影響は更なる調査が必要である、と結論づけた(Sogaard et al, 2014)。

またデンマークでは、公立のメモリークリニックが5か所設立された。ここは紹介制となっており、二次・三次の多職種外来サービスを提供している。クリニックでは、認知障害や認知症の患者に対して診断評価や治療を行っており、サービスの一環として患者や親族に講習を行っている。たとえばコペンハーゲン・メモリークリニックでは初期アルツハイマー病患者に対し、神経心理学者が講習を行っており、その内容は認知機能の維持や認知障害をカバーするテクニックな

どである。また家族介護者には多職種スタッフが、週1回×3セッションからなる講習を年に4回行い、症状や治療、法的な問題や社会的サービス、ケアや日常生活上の問題などに関して情報を提供している。

➤ (ボランティアによる支援)

ボランティア団体は、認知症高齢者やその家族に対して多くの支援サービスを提供している。そこにはたとえば、認知症教育への参加・デイケア・家族介護者のサポートグループ・在宅での研修・認知症カフェ・余暇活動の企画・カウンセリングなどが含まれる。ボランティア団体は、前述した通り公共部門より資金を得ている。

ODA モデルは 2006 年に開発されたプログラムであり、これは認知症患者やその親族への支援に関して自治体・民間提供事業者・ボランティア団体の協力を促し、そのための具体的なツールを提供することを目指している。ODA プロジェクトでは、様々な関係者による連携の発展・調整に向けて多くの具体的なツールが作成され、またボランティア団体のように様々な関係者をターゲットとした。

(<http://socialstyrelsen.dk/aeldre/demens/tvaersektorielt-samarbejde/oda-modellen>)

ボランティア団体は、自組織のボランティア研修に関して自ら決定を行う。エルドラ・セエンのような団体では、認知症患者と関わるボランティア活動もカバーする大規模な教育プログラムがある。

➤ (意思決定)

エルドラ・セエンやアルツハイマー協会などのボランティア団体はともに、認知症患者を対象としたボランティアの支援を提供している。このようなボランティアは、患者がたとえば役所や医者へ行って人と会う際に同行したりする。ボランティアは認知症高齢者の意思決定を支援するのである。私が知る限り、認知症患者が活動を主導する団体は存在しない。

在宅ケアでは、高齢者は民間営利企業からサービスを受ける選択もできる。これらのサービスはすべて自治体が支払うものであり、また自治体のアセスメント担当者は高齢者に対し、公的または民間営利事業者による様々な選択肢について情報を提供しなければならない。しかし、認知症患者も含めて選択は高齢者が行わなければならない。ただし家族がそれを支援することはできる。認知症患者が特に電話セールスの標的になっている、と親族から報告が多数寄せられている。この問題を防ぐ手段の一つとして、電話番号をリストから外す手続きを行うという対応が挙げられる。大半の企業ではまた、高齢者が認知症であると伝えられれば請求権の放棄に承諾してくれる。このほかには、認知症患者を特別に保護する法律は存在しない。現在のところ、たとえば認知症患者が医療職による処置を拒んだ際、親族が多くの場合その処置を許可できるようにすべきか、検討が行われている。その背景として、これまでに認知症や重度の認知障害を有する若者や高齢者が、救命効果のある医療介入を拒んで死亡した、という多くのケースが存在する。

➤ (薬や代替的方法の使用)

認知症治療における抗精神病薬の使用は、2004 年以降減少している。2000 年には認知症患者の 31% に処方されていたが、2012 年にはその割合が 20% に減少した。同時期に抗うつ薬を処方されている認知症患者の割合は、42% から 54% に増加した。このような展開は、抗精神病薬使用に反対する公的声明での警告に関係しているようである (Nørgaard et al, 2015)。音楽療法な

ど代替的な方法が広まってきており、効果も見られるようである。

➤ 参考資料

- Alzheimer's Disease International (2009) World Alzheimer Report. ADI: London.
- Boje, Thomas; Fridberg, Torben og Ibsen, Bjarne (2006): Den frivillige sektor i Danmark - omfang og betydning. København: Socialforskningsinstituttet, rapport 06:19.
- Boje, T. og Ibsen, B. (2006): Frivillighed og nonprofit i Danmark - omfang, organisation, økonomi og beskæftigelse. København: Socialforskningsinstituttet, rapport 06:18Frivillighed blandt ældre: aktiv aldring i civilsamfundet?
- Frederiksen, M. and Hjære, M. (2009) Viden & Virkning - en håndbog om dokumentation af frivilligt socialt arbejde, Center for Frivilligt arbejde.
- Frederiksen, M. og Qvist, H. (2015) Frivillighed blandt ældre: aktiv aldring i civilsamfundet? In Jensen, P. and Rostgaard, T. (eds.) Det aldrende samfund : Udfordringer og nye muligheder. Frydenlund Academic, 2015. (Ældre og Samfund, Vol. 1).
- Fridberg, T. Henriksen, L. S. and Qvist, H-P. (2014) Udviklingen i Frivilligt arbejde 2004-2012. SFI, Copenhagen.
- Larsen, M. (2006) Udviklingens veje og vildveje Evaluering af 26 projekter under Udviklingspulje til frivilligt socialt arbejde 2003- 2006, Center for frivilligt arbejde.
- Nørgaard A, Jensen-Dahm C, Gasse C, Hansen HV, Waldemar G. Time trends in antipsychotic drug use in patients with dementia: A nationwide study. Journal of Alzheimer's Disease. September 2015 [Epub ahead of print].
- Phung TK, Andersen BB, Høgh P, Kessing LV, Mortensen PB, Waldemar G. Validity of dementia diagnoses in the Danish hospital registers. Dement Geriatr Cogn Disord 2007;24(3):220-8
- Phung TK, Andersen BB, Kessing LV, Mortensen PB, Waldemar G. Diagnostic evaluation of dementia in the secondary health care sector. Dement Geriatr Cogn Disord 2009;27(6):534-42
- Phung TK, Waltoft BL, Kessing LV, Mortensen PB, Waldemar G. Time Trend in Diagnosing Dementia in Secondary Care. Dement Geriatr Cogn Disord 2010 Feb 11;29(2):146-53.

平成 28 年度 高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較
調査研究

データリクエストへの回答

1. デンマーク回答… 1 4 2

2. オランダ回答… 1 5 3

1. デンマーク回答

高齢者が地域で自立生活を継続できるための支援—デンマークからの報告

KORA - Danish Institute for Local and Regional Government Research

(デンマーク地方政府研究所)

教授 Tine Rostgaard

A: 国レベルの動向

介護での変化は特に、在宅ケア (home care) サービスにおける「Reablement」(Re=「再び」、able=「できる」、ment=名詞形) に関するものである。デンマークで実践されている Reablement 政策では、高齢期のニーズや虚弱状態に対し、以前の「受け身型 (passive)」介護から離れたアプローチをとっている。Reablement は英国やオーストラリアでも実践されている (Aspinal et al, 2015) が、全国レベルで最も広く適用されているのはデンマークである。ホームケアワーカー (home care workers) が作業療法士と密に連携して提供する社会的ケアの補足または代替サービスを通じて、高齢者ができるだけ支援から自立し、その結果 QOL が向上するとともに公的資源を節約できることを目指している。したがって Reablement はまた長期的な在宅支援の提供というこれまでの実践からも離れたものとなる。

2015年1月以降、すべての地方自治体は高齢者ケアの一環として Reablement を提供する義務が課された (Lov nr. 1524 27/12/2014) とともに、地域での実践の参考となる模範的な Reablement モデルが開発された (Socialstyrelsen, 2014)。

介入の焦点となるのは能力 (capacities) であり、その中には精神的および社会的な能力も含まれるが、特に身体的な能力が重視される。Reablement とは、「その人が、自分の考えている自立し充実した生活にある程度沿った形で、自らの機能的能力の回復、改善、または維持を行った結果」である (Socialstyrelsen, 2013, p. 5)。

更に具体的に述べると、Reablement は通常、短期的な介入 (3週間~12週間) で高齢者の自宅にて行われており、そこでは能力の回復または維持に向けて日常的な機能の訓練が重視される。これは、従来の在宅ケアの補足として提供されるが、在宅ケアにとって代わるサービスとして実施される方が多い。主に重点を置かれる分野は、高齢者の着替え・階段昇降・入浴 (washing) ・調理における機能回復支援である。しかし、さらに包括的なアプローチをとる例もあり、たとえばデンマークでは、身体的能力だけでなく社会的な能力も重視される。Reablement では多職種のアプローチをとっており、社会的ケアワーカー (social care workers) と作業療法士が密に協力している。これは目的志向のアプローチであり、理想としてすべての介入は、ケアワーカー (care workers) ではなく高齢者にとって重要なアウトカムに基づいて行われる。

Reablement 提供の理由は多くの場合、高齢者の QOL 向上の視点から語られており、自立度の回復やケアからの自立に焦点が当てられているが、もちろんコスト削減の可能性にも関係して

いる。たとえばデンマークでは、通常は長期的な在宅ケアサービスを申請する高齢者のうち 80% が、上記サービスの代わりに短期的な **Reablement** の介入を受けている。ここの自治体では、介入後の自立に関して成功率 60%を見込んでいる、との報告がある。

また予防的な自宅訪問に関しても、政策変更が行われた。高齢者を対象に毎年行われる予防的な自宅訪問という、確立されたエビデンスに基づいた政策がある。この予防訪問は、何度かのランダム化比較試験によって、費用対効果の高さや死亡率減少の効果が証明された後に導入されている（例：Vass et al, 2002）。上記の費用対効果は、入院やナーシングホームへの入居リスク軽減によるものである。これまでこの訪問は 75 歳以上の人に行われていたが、健康状態が全体的に改善したことにより、2015 年に対象年齢が引き上げられた。ただし 65 歳以上で健康状態が悪かったり他にもニーズがあると考えられる人はこの訪問の対象となる。

デンマークでは引き続きアクティブエイジングが重視されており、その一環として、いかにして人々がアクティブでい続けられるようにするかが重視されている。**Reablement** はこの戦略の大きな要素であるが、他にも公的に行われている取り組みとして、自治体が企画および全額資金負担を行うデイセンターが挙げられる。そこでは人々が身体的および社会的な活動に参加できる。

孤立についても重視されているが、公的な介入としてはそれほどでもなく、これは市民社会による活動の一環として捉えられている。孤立対策は数々のボランティア団体が実施しており、その多くは公的資金の支援を得ている。一つの例として、全国キャンペーン「孤立防止全国キャンペーン（National campaign against loneliness、Folkebevægelsen mod ensomhed、<http://modensomhed.dk/>）」が挙げられ、ここでは孤立の問題や、それが生涯にわたって人々に及ぼす影響について取り上げている。孤立防止の活動の中には、たとえば一緒に集まって夕食を共にする全国的なイベントがあり、そこでは人々が街頭でテーブルをセットしたり知らない人を夕食に招いたりしている。

おそらく全体としてより意義深いのは、2007 年の構造改革である。この改革では、病院からの退院後における高齢者ケアの責任が地方自治体に課されることとなった。その結果、社会的サービスでも疾病予防や治療の視点が重視されるようになり、また医療部門で使われる質の測定方法が社会的サービスでも用いられるようになった。

B: 高齢者支援サービスの基本

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

Ageing in place 政策の結果、ホームヘルプ（home help）がコミュニティケアの主要な柱の一つとして捉えられている。社会サービス法（Social Service Act）では「身体介護およびサー

ビス (Personal care and services)」がカバーされると謳われているが、日常的には「ホームヘルプサービス (hjemmehjælp)」という言葉が使われる。ここには家事支援 (help with housekeeping) および身体介護 (personal care) が含まれる。つまり、清掃、洗濯、ベッドメイキング、および時に買い物などの IADL、ならびに排泄、着替え、入浴、整髪などさまざまな ADL の支援である。精神的な介入も、ホームヘルプで提供されることがある。たとえば配偶者を亡くしたりそのほか人生の危機に立たされた高齢者を、ホームヘルパー (home helper) が慰める時間を設けることもある。

現在では 65 歳以上人口のうち在宅ケアサービスを利用しているのは 14% であり、これは 2008 年の 18% から減少している (表 1 参照)。このような減少の理由の一つは、健康状態の改善であるが、主な理由は Reablement への移行である。Reablement では最も良いケースの場合、高齢者の機能改善がみられる。あるいはサービスがあまり魅力的なものでなくなり、サービスを申請する高齢者の数が少なくなるということもある。全国的な評価がまだ実施されていないため、何とも言い難い。

表 1 ホームヘルプを利用する高齢者の割合：

デンマークの 65 歳以上および 80 歳以上人口、2008-2012 年

	2008	2009	2010	2001	2012
65+	18	18	16	15	14
80+	43	43	41	39	37

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

在宅ケアサービスの利用資格は、収入や資産ではなくニーズのみに基づいて判断される。原則として高齢者個人のアセスメントが行われ、パートナーや配偶者の資源は考慮されないが、家事の清掃は、可能であればパートナーや配偶者が実施することが期待されている。成人した子供の資源も考慮されない。ニーズアセスメントは、そのニーズが身体的であっても認知的であっても同様である。

在宅ケアのアセスメントは、地方自治体の介護担当部署を通じて行われる。このアセスメントを実施するのは、専門的な研修を受けたケア評価者 (care assessor) であり、その多くは看護師またはホームヘルパー出身者である。この評価者が最終的な判断を行う。評価者は同僚や上司と相談できるが、決定内容は地域の財源ではなく高齢者のニーズに沿って行われることが求められている。アセスメントは訪問または電話で行われる。

大半の自治体ではニーズアセスメントに、共通の包括的アセスメントシステムである「共通言語 Fælles sprog (Common Language)」を使用している。これは、機能的能力や利用可能なサービスを分類する標準化されたシステムである。このシステムによってニーズをコード化でき、またこれは、ケア評価者やケア提供者など様々な関係者にとって全体的な概念枠組みの役割を果たすのである。さらにこのシステムは統計指標の作成ツールでもあり、地方行政レベルで使えるとともに、自治体間のベンチマーク評価にも活用できる。Common Language はかつて、ケア

ニーズの評価を標準化するとして批判を受けていた。つまり、個別のケアニーズを考慮せず、複雑なニーズを特定することができないものとして批判されていたのである。

第 III 版の Common Language は、2017 年に全国で実施されることとなっている。そこには機能的な能力および健康状態が 5 段階で示されており、また原因の記述やサービス介入での利用者の目標設定を行うようになっている。上記のレベルは、0 が「制限がまったく／ほとんどない」、1 が「制限がいくらかある」、3 が「制限が中程度ある」、4 が「制限が大いにある」、5 が「完全に制限されている」である。健康や機能的な能力は、「機能制限」、「栄養面でのニーズ」、「皮膚科的ニーズ」、「呼吸機能」、「痛みと感覚」、「休息と睡眠」、「移動能力」、「コミュニケーション」、「心理社会的ニーズ」、「認知機能」、「尿および便の排泄」という全体的な分野の中で考慮される。最初に使用されるフォームでは、利用者の「日常生活」（以下の表 A 参照）を評価し、さらに具体的な機能を以下の表 B で評価する。表 E では、実際のサービス介入が記録される。

表 A. 市民の日常生活

日常的活動 ↓	回答選 択肢 →	実施度				実施上の制限 有無		コメント
		実施	一部 実施	実施せ ず	非該当	なし	あり	
就労／学習								
家族や友人とのコンタクト								
趣味								
食事								
衛生管理								
日常的な家事								
家や庭のメンテナンス								
買い物								
外出								
希望と優先順位（注：以下より抜粋。 英文は Wants & priorities http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/re-source/jiritsu/hikaku-h20/denmark.html#kou0401 ）								
その他								

表 B1. 科学的評価

活動	機能レベル	非該当	備考
食べる			
飲む			
入浴			
体を洗う			
身体ケア			
着替え			
排泄			
屋内移動			
買い物			
調理			
清掃			
洗濯			
屋外移動			
公共交通機関の使用			
移動			

疾病／機能低下の予防			
生活リズムの継続			
B2. 精神的／身体的状況：日常生活を制限する精神／身体障害の有無			
精神障害	はい		いいえ
身体障害	はい		いいえ
目標	X 解決	X 改善	X 維持 X 軽減／支援

表 E. 分野一覧

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

ケア評価者が全体的なニーズを検討するものの、現在では Reablement への変更に伴い、提供されるべきサービスの種類や量に関する実際の決定は、現場の職員が高齢者宅に訪問してニーズや希望をさらに理解した上で行うことが多い。この職員は、作業療法士の支援を得ながら高齢者と目標や希望を話し合い、その上で実際のサービス提供や介入期間を決定する。したがって高齢者の改善状況によって、サービス提供が延長されたり中止されることもある。

ナーシングホームの利用について見ると、デンマークでは 2 種類のナーシングホームがある。これは 1987 年の高齢者・障害者住宅法 (Act on Housing for Older and Disabled People) によるもので、同法の施行以降、共同生活施設 (=ベッド共有型の施設) である従来のナーシングホームの建設が禁止されている。同法ができて以降、従来のナーシングホームであるプライエム (plejehjem) は、いわゆるナーシングホーム施設であるプライエボーリ (plejeboliger) へ徐々に代わられるようになった。プライエボーリでは個別の居住ユニットがあり、各高齢者専用

の簡易キッチン、居間、寝室、およびバスルームが整備されているほか、共有スペースにもアクセスできる。このような施設は、従来のナーシングホームが改築されている場合もあるし、新築の場合もある。

このような2種類のナーシングホームは原則として、同じような24時間サービスを、同じようなニーズの人々へ提供しているが、入居者の法的な地位やサービス提供の選択肢に違いがある。従来のナーシングホームは、あらゆるサービスを行う施設として設立されている一方、新しい形態のナーシングホームでは、入居者は清掃や配食（food delivery）などのサービスを購入するか否か選択できる居住者（tenant）という位置づけである。施設ではまた、認知症の人にもサービスを提供し、多くの場合、より静かな雰囲気を提供するために離れたセクションを設けている。

ナーシングホーム・サービス用のアセスメントは、前述した在宅ケアのアセスメントと同様の方法で行われる。このアセスメントでは、パートナーや配偶者がナーシングホームへ一緒に入居して同居継続ができるための考慮もできる。入居資格は、収入や資産ではなくニーズに基づいている。ナーシングホームへの入居は、当事者の日常生活機能が著しく制限されている場合、または認知症である場合のみ可能である。デンマークでは、65歳以上人口の約4%がナーシングホームにおり、合計4万人である。Reablementは（まだ）ナーシングホームでは適用されていない。

C: 高齢者の在宅生活を支えるサービス

7-1) ~7-4) への回答表（全国データ） Y=はい、N=いいえ

サービス		サービス有無 Q7-1	制度 (F) / インフォーマル (I) Q7-2 民間のボランティア団体。インフォーマルなケアラーには、そのような業務に関わったりまとめたりするフォーマルな責任はないが、たとえば配偶者/パートナーの身体介護やおそらく移動手段などがある程度提供	% Q7-3	高齢者のみ? Q7-4
訪問看護		Y	F	100	N
デイサービス		Y	F	100	N
ショートステイ		Y	F	100	N
訪問リハビリテーション		Y	F	100	N
通所リハビリテーション		Y	F	100	N
訪問身体介護	食事介助	Y	F	100	N
	入浴介助	Y	F	100	N
	排泄介助	Y	F	100	N
	清拭	Y	F	100	N
	身体整容	Y	F	100	N
	衣服着脱	Y	F	100	N
	体位交換	Y	F	100	N
	移乗、移動介助	Y	F	100	N

		服薬介助（準備と確認）	Y	F	100	N	
		リラックス、ストレッチ	N				
家事援助	訪問型	そうじ	Y	F	100	N	
		洗濯	Y	F	100	N	
		買物	Y/N 多くの場合、オンライン・ショッピングでの支援が提供される。	F		100	N
		調理	Y/N 多くの場合、配食の注文支援が提供される。	F		100	N
		配下膳（片づけ）	Y	F		100	N
		ベッドメイク	Y	F		100	N
		生活支援	安否確認	見守り・安否確認	Y	F	100
電話による安否確認	Y			P	100	N	
外出支援	移動支援（その場所まで連れて行く）		Y	F	100	N	
	病院・市役所への付添い（話を聞く）		N				
くらし型	日常生活支援（日常的な困りごと支援）		ゴミ出し	Y	F	100	N
			一時的な家事支援	Y	F	10	N
			手紙や電話の音読・代筆	N			
			簡単な修理,手入れ（家,道具）	N			
			犬の散歩	N			
			認知症者の見守り	N			
精神的支援	話し相手（友愛訪問）		話し相手（友愛訪問）	Y	P	100	N
			散歩同行	N			
			家族支援	N			
			臨終の付添い	Y	P	100	N
	グリーフケア		N				
孤立防止（自立支援）	ひっぱり出し支援（孤立防止）		ネットワーク・コーチング	Y	P	100	N
			自助グループ	Y	P	?	
交流型	社会参加支援（カフェ、サロン）		活動センター（公共が場を提供）	Y	F	100	N
			趣味・教養アクティビティ	Y	F	100	N
			屋外アクティビティ（体操、ガーデニング）	Y	F/P		
			認知症カフェ	Y	F/P	?	N
			各種カフェ（PCカフェなど）	Y	F/P	?	N
		起業・就労支援	N				
基幹サービス	福祉サービス	アラーム及び緊急時対応	Y	F	100	N	
		配食サービス	Y	F	100	N	
		予防訪問	Y	F	100	N	
		住宅改修（たとえば転倒予防や移動能力支援（手すり等）のみ。）	Y	F	100	N	
		補助器具	Y	F	100	N	
		移動支援（タクシー券付与）	N				
		移動支援（マイクロバス同乗）	Y	F	100	N	
		各種相談（?）					
		預貯金管理・契約代理（権利擁護）	Y	F	100	N	
		介護者支援	Y	F	100	N	

上記サービスの中で、在宅ケアおよびナーシングホーム・サービスの中核となるのは、もちろん基本的なニーズへの対応（身体介護、家事（domestic chore）、宿泊施設、安心感等）である。しかし自立や自律に関して、Reablementの介入では前述したように、これらが在宅ケアの背景にある中心的な考えとなっており、これらの目標を念頭に提供されている。それ以外のサービス

は概して、高齢者が配偶者・パートナー・家族・友人に依存せず自律や自立を実現するよう、個別ベースで提供されている。

このように書くと聞こえは良いが、実際に、サービス提供による自律や自立の実現可否を決定づけるのは、サービス基準である。たとえば、交通機関サービスの待ち時間が長いかどうか、といったことが挙げられる。したがって、地域のサービスレベルや予算削減によって、実際の自律や自立の実現レベルが左右されるのである。高齢者介護は地域の予算で賄われている。予算は国で管理されており、全自治体を代表する組織（デンマークコムーネ協会＝KL）が中央政府とともに地方税のレベルを決定している。地方税に加えて包括的補助金（block grant）もあり、これは全国の税金を均一にするため比較的裕福な自治体から貧しい自治体へ再分配されるものである。最後に、高齢者は提供された大半のサービスに対して支払いを行っているが、在宅ケアと訪問看護は例外的に無料で提供されている。利用者の費用自己負担に関する全国レベルの規則はなく、各自治体が独自のレベルを決めている。しかしナーシングホームへの支払いでは、高齢者が住居やサービスへの支払い後も個人消費に十分な金額が残るよう保障しなければならない。デンマークに合計 40 年居住する者は皆、公的年金の受給資格があり、この年金支給額はナーシングホームでの生活を賄うのに十分であるが、高齢者にはそれほどの金額は残らない。民間営利のナーシングホームの多くは、さらに高価格を設定できる。

全国レベルでのサービス基準はない。各自治体がニーズへの対応を保障し、品質宣言（quality declaration）を公表しなければならず、そこで利用可能な介護サービスについて地域住民に詳しく情報提供を行う。この宣言の多くはかなり詳細な内容となっており、期待度の調整手段としての役割を担っている。たとえば、掃除の標準的な時間（多くの場合、1 週間または 2 週間に 30 分）やベッドリネンの交換回数などについて情報が提供される。

公的な評価者（public assessor）はケアマネジャーの役割を担い、サービスが公平かつ効果的に提供されるよう、アセスメント、計画、サービス提供、モニタリング、および再アセスメントを行う（アセスメントの手順は上記参照）。ケア評価者（care assessor）の選択肢はない。また、高齢者の利益を代表する独立したケアマネジャーの制度もない。実際のケアプランには、ニーズの詳細、資源、介入計画が含まれるが、上記 Reablement の箇所で述べたように、実際のサービス提供は、ホームケアラー（home carer）の初回訪問後に決定される。新たなアセスメントは理想的には 3 か月以内に行われるべきだが、多くの場合は実施されていない。ただし Reablement では継続してアセスメントが行われる。ナーシングホームでも再アセスメントが定期的に行われるべきだが、その頻度は明示されていない。

在宅ケア事業者は、自由に選ぶことができる。2003 年の事業者自由選択法（law on Free choice of provider、Frit valg af leverandør）によって各自治体は、2 ヶ所以上の在宅ケア事業者の選択肢を利用者に保障する義務が課され、基本的に、公共と営利の事業者の選択肢を利用者に提供する準市場を導入することとなった。利用者が公共の事業者を選んでも営利の事業者を選んでも、サービスパッケージは同一であり、同じアセスメント手順で行われ利用者の費用自己負担はない。ただし営利事業者を選んだ場合のみ、利用者は事業者から補足的なサービスを購入できる。この

点について自治体は、競争的に不利であると主張している。全体として、営利事業者は同じ金額の中で同じ基本的なサービスを提供しなければならないが、他の面、たとえばコミュニケーション、顧客との関係、提供時間、職員の継続性等、手順の面でより良いサービスを試みることはできる。在宅ケア利用者の約 1/3 が民間営利事業者を選択していた。

自由選択法はナーシングホームには適用されないため、地方自治体には、これらのサービスを外注したり事業者の選択肢を提供したりする義務はない。ただしこれらの取り組みを行うことはできる。利用者への選択肢を通じたナーシングホーム・サービスの市場化はその代わり、2007年1月に制定された独立ナーシングホーム法（Law on Independent Nursing Homes、Lov om friplejeboliger）によって促進された。同法の目的は、ナーシングホーム・ケア利用者への選択肢を増やすこと、および様々な事業者間の競争を通じてサービス提供のバリエーションを増やすことである。その中には、ナーシングホーム事業者が提供できる追加サービス購入の可能性も含まれる。ナーシングホーム事業者は、価値に基づいた財団や非営利団体、営利団体、自治体などさまざまである。

高齢者がサービス事業者を選ぶ際、競争の原則が大きく当てはまる。在宅ケアサービス事業者の自由選択について見ると、社会サービス法の現規則下で、地方自治体は営利事業者の運営を奨励するよう法的に義務付けられている。適切な営利事業者がケアを提供する機会を保障するために、地方自治体は、事業者が満たさなければならない品質基準を決定および公表することが義務付けられている。現規則の下で地方自治体は、以下2つのモデルのうち1つを用いて、事業者の自由選択や民間営利事業者へのアクセスを可能にできる。

入札による競争（Udbudsmodellen）：自由競争法に基づく「入札による競争」のモデルでは、地方自治体が1か所以上のサービス地域または自治体全体で、1種類以上の在宅ケアサービスへの入札を募集する。社会サービス法では競争入札のプロセスに従い、地方自治体が2か所以上の適任事業者と契約を結び、また価格に基づいて最高の条件を提供する事業者と契約を結ぶよう義務付けている。自治体の事業者も入札に参加できるが、事業者として継続できるのは、上記プロセスで選ばれるような入札を自治体が行った場合のみである。つまり自治体事業者は、より条件の良い入札を行った民間営利事業者に負けてサービス提供者としての役割を譲るリスクを冒しかねないのである。この「入札による競争」のモデルでは、価格面での競争環境が生まれる。つまり、入札を行う事業者が自ら価格を設定するのである。入札プロセスで2か所以上の事業者が見つからなかった場合、以下の「承認による競争」モデルが代わりに用いられなければならない。これは最も多く使われるモデルである。

承認による競争（Godkendelsesmodellen）：「入札による競争」のモデルは、地方自治体にとっては魅力に欠けるものかもしれない。というのは、このモデルでは自治体がサービス提供から除外されるリスクを冒すからである。代替策として、自由選択法の中で「承認による競争」のモデルが使える。「承認による競争」は2013年まで、最も多く使われるモデルであった。地方自治体が「承認」モデルを選択した場合、自治体は民間営利の身体介護（personal care）および生活援助（practical assistance）事業者が満たすべき価格および品質要件を決定および公表する。

自治体が設定した価格は、介護サービス提供における実際の平均価格を反映し、価格の中には事務管理費、賃料、給料等が含まれなければならない。このモデルの下、地方自治体は価格および質の要件を満たしたすべての民間営利事業者を承認し、これらの事業者と契約を結ぶ義務がある。要件を満たし地方自治体と契約を結んだ民間営利事業者は、自治体事業者と同じ条件で運営することとなるが、上記 4.1.3 で述べた通り、民間営利事業者のみが、有料の追加サービスを提供できる。

身体介護と生活援助の両方で提供の承認を得たいかどうかは、個々の営利事業者が決められる。営利事業者が、どちらかまたは両方のサービス提供で承認を得ると、すべての市民にサービスを提供しなければならず、たとえば高所得の市民のみへのサービス提供といったように利用者を選ぶことはできない。

回復期または慢性期のリハビリテーションサービスは、2007年の構造改革以降、自治体サービスの一環となった。上記の様々なサービスが提供され、またアセスメント、計画、事業者の関与、および価格設定は、高齢者のニーズ（例：認知症の有無）に関わらず同様の方法で行われる。サービスは通常、ホームケアワーカー（home care workers）、訪問看護師、および作業療法士が協力して提供する。

サービスの量は、前述した品質宣言（quality declaration）で地域でのサービスレベルが特定されているため、その適用を通じて地域でコントロールされている。この宣言によって、利用者やその家族だけでなく、評価者や現場職員にもサービスの基準が知らされるのである。全国レベルでみると、サービスの量は予算を通じて間接的にコントロールされている。特に Reablement はコスト削減が期待されている。

効果測定は、全国レベルでも地域レベルでも行われていない。しかし、特に Reablement では、高齢者がケアから自立できるかという意味で、どのような効果をもたらすか非常に重視されている。また、最も効果的な事業者へボーナスを提供するという制度もない。

D: 専門職とその役割

高齢者が病院から退院し、自宅で社会的・医療的ケアを必要とする際、その者を訪問する可能性が最も高いのは、訪問看護師、ホームケアラー（home carer）、および作業療法士であり、これらの職員はすべて多職種の Reablement チームのメンバーである。ホームケアラーは日常的に高齢者を訪問し、日常的な家事（daily chore）を支援したり、時に簡単な医療処置（例：服薬、注射）を行うこともある。訪問看護師も必要に応じて、日常的に訪問する。

Reablement チームは定期的集まって多職種のケース会議（case conference）を開き、利用者について検討したり、業務の全体的な調整を行ったりする。この会議は法で定められたものではないが、法では自治体が上記の Reablement サービスを提供することが義務付けられている。地域全体の課題について話し合う会議はない。

さまざまな専門職の資格は、教育制度や認証制度によって付与される。医師（læge）は大学

教育を 6 年受け、一般またはより専門的な医学に関する分野で資格を得る。看護師 (sygeplejerske) は 3 年半の教育を受け、一般的な看護実務、倫理、コミュニケーション、分析を学ぶ。

ケアワーカー (care workers) は大半の場合、社会的ケアおよび保健ヘルパー (social care and health helper、SOSU-hjælper) または、社会的ケアおよび保健アシスタント (social care and health assistant、SOSU-assistent) である。

SOSU ヘルパーになるための教育プログラムは 19 ヶ月となっており、生活援助を重点的に学ぶ。19 ヶ月の中には 20 週間の入門基礎コースが含まれ、残りの期間は、実習と学校での学習の組み合わせである。たとえば学校は 3 学期制で合計 24 週、そして実習が 2 回にわたって合計 31 週行われる。

もうひとつの SOSU アシスタントになるための養成プログラムは 20 ヶ月かかり、ここでは身体介護の提供が重点的に行われる。これはヘルパー教育を基礎として、そこからの積み上げという形で行われる。養成プログラムの内容は、実習と学校での学習の組み合わせであり、学校は 4 学期で合計 32 週、実習が 3 回で合計 48 週行われる。

学生は教育を受けている期間、給料を支払われる。2 つの教育課程では、更なる研修への動機づけや人員確保の問題へ対応するために、かなりの期間を現場実習に充てている。ケア教育は他分野の教育との整備も行われており、たとえば看護師、ソーシャルワーカー、社会教育者 (social educationist) などキャリアアップのステップとして活用できる。

目標としているのは、ケアに従事する者がすべて、最低限 SOSU ヘルパーの基礎的な資格プログラムを受講していることである。

作業療法士 (ergoterapeut) の学位を持つ者は、総合医療、児童保健、老人保健、精神保健、産業保健、および公衆衛生分野で働ける。教育期間は 3 年半である。

インターンレベルで雇用されている病院医師の平均給与は、56,500 クローネ (2016 年 12 月 17 日現在、1 クローネ=16.56 円) である。SOSU アシスタントは 31,500 クローネ、SOSU ヘルパーは 29,000 クローネ、作業療法士は 34,500 クローネ、看護師は 36,000 クローネである。上記金額は、税引き前の月給である。(http://www.fldnet.dk/statistik)

2. オランダ回答

国際長寿センター（オランダ） 事務局長
マリエケ・ヴァン・デル・ワール

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

はい。長期介護は大きく変わった。

2015 年 1 月 1 日に AWBZ の大改革が行われ、この制度は WLZ と WMO に移管した（以下の説明を参照）。2015 年以前は、全国的な介護保険制度として AWBZ（オランダ特別医療費保険法）があった。AWBZ は、基本的なケアニーズを自ら満たせない人々へケアを提供するために設けられた。ケアニーズ発生の原因として、身体・老年精神・他の精神疾患、または精神・身体・感覚障害などが考えられる。AWBZ での支出の大半は、認知/身体/機能障害の有無にかかわらず（虚弱）高齢者に充てられ、ケアは利用者の自宅または利用者が住む入所施設で提供されていた。病院では、介護は提供されていない。病院で何らかのケアが提供される場合の財源は健康保険法（ZVW）である。AWBZ は被雇用者および政府からの支払いによって賄われていた。

2015年1月1日より、AWBZは長期介護法（WLZ）に再編された。WLZは、上記の人々へ施設介護（例：ナーシングホーム）を提供するために設けられている。施設介護は重度の要介護高齢者（判定結果が5以上。漏斗状にニーズを絞り込んでいく判定プロセス〔funneling process〕については、Rolden and Van der Waal 2012（<http://ifwj.org/e/wp-content/uploads/2012/07/Dutch-cure-and-care-Feb.-2012-F.pdf>）を参照）のみが利用できる。判定結果が5未満の場合は、在宅ケアを受けることとなる。看護師が利用者宅で提供するケアは、ZVW（傷の手当、身体介護、注射、セルフケアの教育、高齢者向けリハビリ）へ移管される。また自宅での家事援助（掃除）は、社会支援法（WMO）へ移管される。WMO の目的は、生活援助（例：掃除の支援）を提供したり、参加を促したり、重度の人へ福祉用具（例：車いすや電動スクーター）を提供したりすることである。地方自治体がフォーマルな社会支援（WMO）の責任を担っている。

オランダでは、課税所得のある15歳以上の市民はすべて、所得に応じてWLZに拠出しなければならない（2015/2016/2017年は所得の9.65%で、上限は年間5,000ユーロ強）。また長期介護とWMOサービスでは、所得に応じて利用者負担金が求められる。

介護予防（例：健康向上策、転倒予防、孤立防止策、社会参加推進策）に関しては、施設内ではWLZ、施設外では地方自治体の責任となっている。特に WMO では、孤立防止や社会参加推進を重視している。健康向上策にはあまり重きが置かれていない（これは健康増進法の一部である。この法は地方自治体が責任を担っているが、多くの自治体では、高齢者の健康向上や転倒防止に向けたプログラムがまったくない状況である。

回復期および維持期のリハビリテーションは ZVW の管轄下であり、オランダではかなり整備されている。ナーシングホームやリハビリ診療所では、高齢者に特化したリハビリ病棟（例：脳梗塞、転倒、心不全等の患者）を設けている。リハビリ病棟での平均在院期間は3-6ヶ月だが、9ヶ月まで延長できる。高齢者が自宅に戻ると、理学療法

が利用できる(ZVW)ほか、必要に応じて社会的支援や看護サービスなども受けられる。

B: Basic Information on Services to Support Older People

2.

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

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

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

高齢者またはその家族は通常、家庭医(GP)と相談後に判定への申請を行う。家庭医は特定の訓練を受けた看護師を紹介し、この看護師はスクリーニングを行う他、必要なケアのレベルを評価する判定を行うことができる。家庭医の紹介が無くても、看護師に連絡を取ることが可能であるし、また地方自治体が看護師を紹介することもできる。

WLZ 法の下にある施設ケアでは、スクリーニングの結果(判定レベル案)がケア判定センター(CIZ, Rolden and Van der Waal 2012 も参照)に送られる。施設が関連費用を確実に得られるよう、そこで公式に承認が行われる。

- ナーシングホームでの高齢者向けリハビリおよび短期の回復期ケア(すべて ZVW)でも、同様の手続きが行われる。
- 在宅看護: 上記の看護師がスクリーニングを行い、必要な看護サービスの量を判定できる。ケアへの支払いを保証するために、ZVW が公式に承認する。
- WMO のケア(例: 掃除): 看護師または地方自治体職員による判定が必要。地方自治体がケアレベルを決定し、公式な承認を行う。
- 福祉用具や住宅改修については、申請者が地方自治体に連絡する。自治体が専門家を派遣して評価を行い、その報告に基づいて自治体が決定および承認を行う。

スクリーニングやレベル判定を行える看護師(有資格看護師)は、ナーシングホームの職員であったり、あるいは家庭医センターや在宅ケア事業者の職員であったりする。

地方自治体でスクリーニングやレベル判定を行える職員は、特に資格を必要としない。

2-4) 上記サービスは、どのような領域・項目をチェックし、その結果、どのようなレベルに分けられますか。

上記の通り、在宅看護サービスについて WLZ または ZVW からの財源を利用したい者は皆、各人のケアニーズを評価する漏斗状のアセスメントモデルに沿ったプロセスを経る。以下に記した Rolden en Van der Waal 2012 の報告によるモデルを参照(IFWJ のウェブサイトを参照)。

以下がステップである。

1. 看護師が書式に記入し、ケアの必要性に十分な根拠があるかどうか評価する。その根拠は主に 2 点あり、6 つの部分に分けられる。

2. 2つの根拠とはつまり、(1)身体、老年精神または他の精神的疾患/制限および、(2)精神、身体または感覚障害である。機能障害は0-3で点数付けされる。
 0. 問題なし/他者からの支援は不要。
 1. 問題あり/支援、見守りまたは助言が時々必要。
 2. 問題あり/支援、見守りまたは助言が頻繁に必要。
 3. 問題あり/支援、見守りまたは助言が絶えず必要。
3. 障害や参加での問題もまた、0-3で点数付けされる。
 0. 自分で活動を行える/他者からの支援は不要。
 1. 自分で活動を行える/他者による見守りまたは促しが必要。
 2. 辛うじて活動を行える/他者からの支援が必要。
 3. 自分で活動を行えない/他者が代わりに行う必要あり。
4. 環境は主に3つの要因によって規定される。
 - ・他の介護施設やインフォーマルな介護者(家族、近所の人および友人がインフォーマルな介護者とみなされる)が提供するケアの種類や規模。
 - ・他の介護施設やインフォーマルな介護者の健康、負担および将来的なケアの可能性。
 - ・当事者の現在の生活状況、自宅・周辺環境・生活行動で考えられる問題、および考えられる当事者の引っ越しへのニーズ/希望。
5. これらは、利用者がすでに生活・保健・医療・労働・教育分野の法令を通じて利用できる支援内容である。
6. 患者のケアの状況は周辺環境の中におけるその人の全体像(clear picture)として説明される。
7. 次のステップで看護師は、治療、リハビリまたは学習を通じて、ケアの状況での問題を解決するために、既存の資源があるのか、それが十分なのか、あるいは新たな解決策があるのかを検討する。体に傷をつける可能性がある(例:手術)場合、治療は実施できない。これらの解決策に加え、WLZ、ZVWまたはWMOからのケアより優先して利用者の状況を改善できる可能性が他にあるかもしれない(以下のポイント8、9、10を参照)。
8. ノーマルケアは、パートナー、両親、子供、または他の同居者が「日常的(normal basis)」に相互に提供すると考えられるケアである。これらの同居者への過度な負担の可能性は考慮される。
9. その人がケアを必要としている場合、どのような種類のケアが必要で、どこでそれを提供すべきかについて決定が行われる。その決定に基づき、提供されるケアの財源となる法律が決まる。
10. 一般的なサービス提供について法の規定はなく、たとえば買い物サービスや育児支援施設などの利用者ニーズの解決策を提供できる。これらは多くの場合、ボランティア団体やボランティアが手配している。
11. 提供されるサービスの種類、規模、期間および条件に関するケアニーズの判断、ならびに住む場所に関する決定。
12. ここでは、自発的なインフォーマル介護者による補完的ケアの機会を評価するほか、この人たちが将来的に提供する意思があり、また提供できるケアについて評価する。
13. ケアの総ニーズからインフォーマルに提供されるケアを差し引いて、最終的に必要なケア(純ニーズ)が定められる。そこで示された利用者のケアが、保護や治療のための生活環境または常時の見守りを必要とするようであれば、長期入所の判定となる。

ケアは主に6つのカテゴリーに分けられる。つまり、(1)身体介護、(2)看護サービス、(3)(日々の活動支援の)カウンセリング(個別またはグループ)、(4)治療(個別またはグループ)、(5)長期入所、(6)短期入所である。長期

入所の判定がない場合、ケアニーズは異なるレベルによって定められる。

長期入所ケアが必要な利用者は、「ケア強度パッケージ(ZZP)」と呼ばれるもので分類される。利用者を受け入れる長期保健機関(ナーシングホームなど)は、利用者の ZZP レベルに基づいて WLZ より報酬額を受け取る。



ZZP は、利用者それぞれの状況に合ったケアの総合的なパッケージであり、その内容は生活、看護サービス、治療および日中活動に関するものである。異なる種類のケア向けに、さまざまな ZZP の等級がある。高齢者ケアにおいて、ZZP は7つの要素に沿って等級が分けられている。符号は概ね、0=非該当、+=見守り/促し、++++=支援、+++++=すべて代行、というように解釈できる。ZZP のレベル 9 と 10 は、特定の利用者グループへの短期的なケアに適用され、レベル 9 はリハビリ利用者であり、10 は自宅ではもう生活できない終末期利用者への緩和ケアである。

ZZP の高齢者ケア

ZZP	カウンセリング		ケア			看護サービス	問題行動
	社会的自立	心理社会的機能	身体介護	移動	運動機能		
1	+	0	+	+	0	0	0
2	+++	+	++	+	+	+	0
3	++++	++	++++	+++	++	+	0
4	++++	+++	++	+	+	+	+
5	+++++	++++	++++	++++	++	+	+
6	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0
7	+++++	+++++	++++	+++	++	++	+++
8	+++++	+++	+++++	+++++	+++++	++++	+

9	+++	++	+++	+++	++	++	0
10	+++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+

2015年の改革以前は、ZZP1から10までがナーシングホームまたは高齢者ケアホームで生活できた。しかし2015年には、ZZP4以上のみがナーシングホームに入居できることとなり、高齢者ケアホームは閉鎖された。2016年以降は、ZZP5以上の人のみがナーシングホームを利用できる。認知症の人の多くは、ZZP5とZZP7の判定を受けている。

2-5) 上記サービスはニーズレベルに応じて、利用できるサービス（施設サービスも含めて）の種類や量に差を設けていますか？それは、どのような差ですか？

漏斗状のアセスメントプロセスや、WLZ および ZVW に関する判定によって施設サービスは異なる。WMO に関しては、提供される支援や器具のレベルや種類が地域によって異なる。各地方自治体がどのような支援をどの程度提供するか(レベルの例:1週間に提供する掃除の時間数)独自で決定する権利を有する。

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

上記の通り、有資格の看護師が指針に沿ってアセスメントを行うことができる。漏斗状プロセスが終了し判定が出る(またはケアのレベルが示される)と、当該看護師は利用者に代わり、関連団体に連絡する。関連団体の中には、法令に沿って支払いに責任を持つ機関も含まれる。

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

いいえ。上記の漏斗状プロセスを参照。認知症の利用者が施設ケアを必要としている場合、ZZP5 および 7 の判定を受ける。

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

高齢者のリハビリに関して見ると、特定の高齢者リハビリ病棟のあるナーシングホームや高齢者病棟のあるリハビリ病院へ紹介するのは、病院の可能性がある。病院では同様の漏斗状プロセスが行われる。高齢者リハビリサービスの判定が出た場合、施設での高齢者リハビリが最大9ヶ月提供される(上記参照)。ZZPの判定は不要。提供されるサービスは、住宅、ケア、治療、薬、療法(理学療法、言語療法など)、飲食である。

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

上記参照:漏斗状プロセスはない。地方自治体がサービスを提供する必要がある。多くの場合、重視されている

のは孤立防止や社会参加推進である。サービスのレベルや提供に関して、全国で統一されたスクリーニング・プロセスの様式はない。各自治体が独自の基準やスクリーニングの様式を設けている。

人々(親戚・友人・近所の人の助けを借りる場合もあり)は自分でサービスを申し込むことができる(自治体のWMO事務所に連絡する必要あり)。

C: 高齢者の在宅生活を支えるサービス

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

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

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

サービスは、フォーマルとインフォーマルシステム(ボランティア)の両方が提供することもある。その場合はf/iとして記している。

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

インフォーマルシステムがサービスを提供する場合、その多くは近所の人によるものである(例:庭の手入れの手伝いやゴミ出し)。このような支援は、当事者が自分で近所の人に依頼しており、当事者に代わって依頼を行うインフォーマルシステムはない。以下の表でいくつかの欄に0%と記したのは、そのためである。

< 7-1) ~7-4) 記入用紙 >

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

x National data

サービス		サービス有無 Q7-1	制度(F)/インフォーマル(I) Q7-2	% Q7-3	高齢者のみ? Q7-4
訪問看護		y	f	100	n
デイサービス		y	f	100	n
ショートステイ		y	f	100	n
訪問リハビリテーション		y	f	100	n
通所リハビリテーション		y	f	100	n
訪問 身体 介護	食事介助	y	f	100	n
	入浴介助	y	f	100	n
	排泄介助	y	f	100	n
	清拭	y	f	100	n
	身体整容	N	-(i)	-	-
	衣服着脱	y	f	100	n
	体位交換	y	f	100	n
	移乗、移動介助	y	f	100	n
	服薬介助(準備と確認)	y	f	100	n
	リラックス、ストレッチ	n	-(i)	-	-

家事援助	訪問型	そうじ	y	f	100	n	
		洗濯	y	f/i	100	n	
		買物	y	i	0	n	
		調理	y	i	0	n	
		配下膳(片づけ)	y	i	0	n	
		ベッドメイク	y	f	100	n	
生活支援	くらし型	安否確認	見守り・安否確認	y	f	100	n
			電話による安否確認	y	f	100	n
		外出支援	移動支援(その場所まで連れて行く)	y	f/i	75%	n
			病院・市役所への付添い(話を聞く)	y	i	0	-
		日常生活支援(日常的な困りごと支援)	ゴミ出し	y	i	0	n
			一時的な家事支援	y	f/i	50	n
			手紙や電話の音読・代筆	y	i	0	n
			簡単な修理,手入れ(家,道具)	y	i	0	n
			犬の散歩	y	i	0	n
			認知症者の見守り	y	f/i	100	y
		精神的支援	話し相手(友愛訪問)	y	i	0	n
			散歩同行	y	i	0	n
			家族支援	y	f/i	100	n
			臨終の付添い	y	f/i	100	n
			グリーフケア	y	f/i	100	n
	孤立防止(自立支援)	ひっぱり出し支援(孤立防止)	-	-	-	-	
		ネットワーク・コーチング	y	f/i	100	n	
		自助グループ	y	i	50	n	
	交流型	社会参加支援(カフェ、サロン)	活動センター(公共が場を提供)	y	f/i	100	n
			趣味・教養アクティビティ	y	i	100	n
			屋外アクティビティ(体操、ガーデニング)	y	i	0	n
			認知症カフェ	y	i	30	y
			各種カフェ(PCカフェなど)	y	i	30	n
			起業・就労支援	y	f	100	n
	基幹サービス	福祉サービス	アラーム及び緊急時対応	y	f	100	n
			配食サービス	y	f	40	n
			予防訪問	y	i	30	y
			住宅改修(たとえば転倒予防や移動能力支援(手すり等)のみ。)	y	f	40	n
			補助器具	y	f	40	n
			移動支援(タクシー券付与)	y	f	100	n
移動支援(マイクロバス同乗)			y	f	50	n	
各種相談(?)			y	f	100	n	
預貯金管理・契約代理(権利擁護)			y	f	100	n	
介護者支援			y	f/i	100	n	

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

AWBZ の改革は、コストの増大ならびに、インフォーマルケア、自立および自律に関する新しい考えによって始められた。したがって、自治体が提供または促進するサービス(ボランティア、友人、近所の人々が支援できるように)の大半は、自立や自律を促すために設けられている。最も成功をおさめているのは、ナーシングホームを利用できる ZP レベルの引き上げを、在宅での身体介護サービス利用の可能性増大と組み合わせて行ったことである。

7-6) 国や自治体において、介護・看護などに関する予算(提供量の限度)があつて、それに

基づいてサービス提供されていると思います。基本的に、予算のコントロールはどのようなシステムで行われていますか？この質問の対象が広すぎる場合には、「訪問介護・訪問看護」「リハビリ」「家事援助（洗濯・掃除・買い物など）」に分けて教えてください。

はい。長期介護および看護サービスは、国の政府、保険会社（在宅での身体介護）および自治体（WMO）の予算に基づいている。予算は毎年作成され、その後は保健省（WLZ）、保険会社（ZVW）および自治体（WMO）がコントロールする。

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

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

看護師がケアニーズのレベル（ZVW）のアセスメントを行い、自治体が家事支援（WMO）のアセスメントを行う。多くの場合、ソーシャルヴァイクチーム（social neighborhood team: 精神保健、福祉、警察など様々な専門職からなるチーム）の人が自治体レベルで関わっている。このチームの人は、自らが直接支援を行う事もできるし、あるいは他の専門職、インフォーマルケアや福祉サービスなどへ紹介を行うこともできる。この近隣社会チームは、掃除などの家事支援には関わらない。このチームはケアプランに基づいて、サービスをどれくらいの期間提供するか（またはできるか）を独自に決定する。

掃除に関しては、利用者宅で掃除などを週に何時間提供するか、自治体が決定する。

ZVW に関しては、ケアを提供する看護師のグループが自らプランニング、サービス提供、モニタリング、再アセスメントを行う。

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

看護サービスについては、利用者が自分の希望するケア提供事業者を選ぶことができ、選択された事業者の看護師がケアプランを作成する。どの看護師がケアプランを作成するかは選べない。

自治体やソーシャルヴァイクチームについては、選択できない。

8-3) 具体的なケアプランを立てるにあたってのアセスメント（とくに高齢者）の領域・項目と評価法を教えてください。

オランダでは、まずアセスメント（上記の漏斗状プロセスを参照）を行い、その後実際のケアプランを作成する。アセスメントで集められたデータは、ケアプラン作成で活用される。

利用者の精神／身体状況に応じて、ケアプランに利用者の希望が組み込まれる。たとえば利用者が週に何回シャワーを浴びたいか、あるいは活動を行いたいかなどである。

ケアプランは生活の質（QOL）に基づいており、4つの領域からなる。

- 1) 身体的なウェルビーイング(安全、医療、推進と保護、身体介護、飲食)
- 2) 精神的なウェルビーイング(尊重、支援、アイデンティティ、宗教、習慣)
- 3) 居住環境(住宅は安全で、我が家と感じられるようであればならない)
- 4) 参加(個人の関心を満たす魅力的な日中プログラム、趣味や社会生活、社会とつながり続けられなければならない)

利用者は、ケアプランに署名するよう求められる(強制ではない)。

8-4) ケアプランにはどのような内容が記入され、プランはどのような形で提示されますか？

8.3を参照。

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

これも前述した通り。利用者の状況が悪化または改善した場合、ケアプランは変更される。法律によって、ケアプランは年に1回見直されることとなっている。

ケアプランの変更は、施設または在宅で責任者となっている看護師が行う。

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

アセスメントおよびケアニーズ判定が行われた後は、ケア提供事業者がケアプランを作成する。

どのナーシングホームでケア(施設介護)を受けるかについては、長い待機リストのために利用者の選択肢は限られる場合がある。在宅ケアについては、ケア(看護サービス)を提供できるさまざまな会社/団体があり、利用者は自分で事業者を選ぶことができる。掃除サービスについては、利用者が住む自治体や、自治体が事業者と交わす契約(通常は、1時間当たりのサービス費用について)によりけりである。利用者は、契約事業者のリストから選択できる。

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

8.6を参照。

生活援助や家事支援については、自治体がサービスの質をチェックする。

ナーシングホームには、食品機関、医療調査官、消防署などが、定期的に抜き打ちで訪問し、質や指針の順守をチェックする。

施設介護も提供する事業者勤務し在宅での身体介護を提供する看護師には、ナーシングホームと同様の規則が適用される。ケアプランやファイルは、医療検査官がチェックする。

自営や在宅ケア事業者勤務し在宅身体介護を提供する看護師は保険会社がケアの質をチェックする。

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

ど」大まかに何%の構成でしょうか？

ZVW の看護サービス:利用者負担(co-payment)なし。ZVW 利用全体の年間自己負担額(deductible)385 ユーロのみである。オランダ市民が医療を間違った形で使ったり利用しすぎたりしないよう、様々な医療サービスに対して上記のような強制的な自己負担が課せられる。保険料を下げるために、利用者は自発的にこの自己負担を増額できる。

時間当たりの報酬額は、利用者には知らされない。価格は看護提供事業者と保険会社との交渉で設定され、契約によって異なる。私を知る所では、1時間あたり約50ユーロ(価格の幅あり)である。

生活援助や家事支援(Wmo)については、自治体が提供事業者と交渉する。支援やサービスの種類によって、1時間あたり約15~26ユーロが支払われる。これらの金額もまた、利用者には知らされない。

利用者負担はあり、そのレベルは、年齢、同居者数、所得、資産、4週間ごとの支援量によって異なる。利用者負担額の計算方法については、国の政府が作成したツールがある。たとえば私が計算したところ、ある人が既婚者で退職しており、所得が5万ユーロ(年金)、資産が5万ユーロの場合、4週間で最大356ユーロの支払いとなる。支払い額は、提供されたサービス費用より高くなってはならない。

ナーシングホームでの生活(WLZ)にも利用者負担が発生し、これもまた、年齢、同居者数、所得、資産に基づいて金額が定められる。利用者負担額の計算方法については、国の政府が作成したツールがある。

施設は1人1日当たりの計算で報酬を受け取っており金額は1日あたり131~271ユーロとさまざまである。

9. リハビリテーションサービスのプランとサービス提供

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

病院または家庭医が、ナーシングホーム(高齢者リハビリ専門病棟)またはリハビリ病院の高齢者リハビリサービスを紹介する。ケア・パッケージはZVW法によって支払われ、そこには入所/入院、治療、飲食代などが含まれる。アセスメントは、紹介後にリハビリ提供場所で行われる。

利用者負担なし。ZVW利用全体の年間自己負担額385ユーロのみである。

1日当たりの価格は、紹介を行った病院、保険会社およびリハビリ病棟での交渉で設定される。支払われている金額については1日あたり約250~275ユーロ。

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

これはすべてWmoおよび健康増進法の一環であり、自治体またはこれらの業務実施のために予算を得た団体が行う。利用者負担なし。自治体住民は無料でサービスを利用できる。

アセスメントは多くの場合、ソーシャルヴァイクチームまたは福祉団体が行う。

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

多くの場合、連携して行われる。状況や、何／誰が関わっているのかによって異なる。

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

いいえ。認知症のある人も同様である。

13. 効果測定と報奨、サービス量のコントロール

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

目標、予算、合意、交渉、法の変更。最初の部分を参照。

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

いいえ。私たちが測定するのは、利用者が施設やリハビリ病棟にどれくらいの期間滞在するのか(またその人たちの回復程度)あるいはケアを受けながらどれくらいの期間在宅生活を送るかということのみである。

13-3) もしも、効果測定の結果、介護ニーズが低くなったり、サービスが必要なくなったりして効果を上げた場合、報奨制度はありますか？また、「効果を上げよう」とインセンティブが働くような制度設計の工夫はありますか？計画も含めて教えてください。

いいえ。

D：専門職とその役割

14. 専門職の連携

14-1) 利用者（クライアント）が病院から退院して在宅復帰する場合を考えてください。利用者の近くにおいて利用者情報をよく把握し、専門職間連携の中心となるのは一般的にどのような立場の人ですか？その人は、連携をうまく運ぶためにどのようなことをしていますか？

退院後は家庭医が責任者である。ケアが必要な際は多くの場合、看護師が利用者と緊密に業務を行い、家庭医と連携する。

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

はい。これはMDOと呼ばれており、家庭医、看護師、および場合によって薬剤師や理学療法士による多職種での検討が行われる。これは法で規定されたものではないが、質の高いケアを提供する成功例として捉えられている。

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

いいえ、このような取り組みはあまり見られない。あることはあるが、それは自治体自体、または近隣地域やそこで働く専門職による取り組みである。日本の例に近いのは、ソーシャルヴァイクチームである。

15. 専門職の資格

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

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

医師または家庭医は、MD または家庭医として勤務するために公式な試験に受かる必要がある。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士も同様である。

仮想ケースへの回答

1. デンマーク ファクセ市からの回答 1…166
2. デンマーク ファクセ市からの回答 2…172
3. オランダ Aedes - Actiz からの回答…177
4. 国際長寿センター（オランダ）からの回答…180

1. デンマーク ファクセ市からの回答 1

ファクセ自治体保健センター リハビリリーダー

Case 1: 脳卒中モデル (A さん)

(1) 基本情報

年齢: 66	性別: 女性	経済状態: コミュニティにおいて平均的
家庭	夫は2年前に死亡。娘は遠くに住んで働いており、Aさんを月に1回ほど訪れる。	
住居	リハビリ病院から退院後、Aさんは自宅に戻り、一人で暮らす予定(アパートメントの1階)。	
どのようにケアを必要とし始めたか	Aさんは脳卒中を起こし、4ヶ月前に入院。左側の麻痺により、リハビリ病院に転院。リハビリのおかげで、室内では自分で歩けるようになった。とはいえ、屋外では歩行が不安定となり、左手はしびれており、自分で料理をすることは難しい。彼女は3日後に退院予定。	
日常生活、健康習慣	Aさんは食事に塩味を好んでいた。以前は高血圧のために医者を訪れていた。しかし、血圧が一時的に下がっていたことから、しばらくの間、医師にはかかっておらず、状態に関する彼女の意識は下がっている。ここ3年、定期健診を受けていない。	
社会生活	脳卒中の前、Aさんはスーパーのデリ部門で働いていた。彼女が機能のある一定のレベルまで回復して家での生活を安定させた際には、障害を持つ孫を助けられるよう、仕事に戻りたいと思っている。	

(2) 支援

Q1: Aさんに対してどのような目標を設定しますか？

(目標: _____ まで _____ 以内(継続期間))

Aさんとのインタビューと観察を通して、理学療法士と作業療法士は、どのようなタスクについて彼女が引き続き行うことが難しいかを調べ、そこからリハビリの目標を設定する。

全体として、左腕と左手がどの程度使用できるのかを調べる必要があると、私は見ている。そこにさらなる活動の可能性があるのであれば、トレーニングは続けられるべきである。進捗について定期的に評価されなくてはならない。完全な、あるいは支える手として、手が使用できる前に進歩が止まれば、Aさんが完全には機能しない手の代替として補助器具を必要とすることが現実となりうるため、その場合は補助器具を提供する作業療法士に連絡を取る。

ウリアス包帯、電気治療、ブラッシングは、麻痺した四肢に始める、私たちが行うトレーニングの例である。

もうひとつの目標は、歩行機能と起立機能である。彼女はおそらく職場で立っているためだ。

進歩がある限り、職場に戻りたい神経疾患住民をトレーニングする機会がある。

ここでも、完全な歩行機能を戻すことができない場合には、歩行補助器具が現実となりえる。

神経疾患住民はしばしば、週に2回のトレーニングを受ける。

トレーニングは個別トレーニングとして始まり、可能になればグループトレーニングに移行する。個別トレーニングは、住民が日々動いている状況においてどのようにこなすことができるのかを観察する必要があるれば、住民の自宅で行うこともできる。どのくらいの期間、住民が私たちのもとでトレーニングをするのかは非常に異なる。2週間から1年半まであり得る。

Q2: 彼女のケアプランはどのように展開しますか？プロセスを説明してください。

(誰がケアプランを展開させますか？どのようにプランは展開させられますか(プロセス)？)

評価してトレーニングを展開させるのは理学療法士と作業療法士。

進展を評価するためにはさまざまなテストや評価スキーマが用いられる。

理学療法士と作業療法士は、どのトレーニングをどれほど必要としているのかを判断する際、協力者の評価も考慮に入れる。

Q3: どのようなサービス(フォーマル及びインフォーマル)を彼女は受けられますか？ボリューム(例えば時間数や金額)とサービス内容を説明してください。どういった種類のシステムのもとで、これらのサービスは提供されますか？(サービスの名前、ボリューム、内容、金額/料金)

トレーニング(週に2回、1回1時間の個別、あるいは1時間半のグループトレーニング)のほかに住民は以下のことを受けられる:

住民が個人衛生への援助やその他のホームケアサービスを必要とする場合、自宅で住民のトレーニングを行うリハビリチームからの援助。

さらなるトレーニングの可能性がない場合、ホームケアからの援助。この援助は個人衛生、掃除、温かい食事、洗濯などである。

補助器具への援助。例えば、歩行器、車椅子、片手で行えるキッチン用具(例えばAさんの片手がしびれているように)。

トレーニング、恒久的な在宅援助、補助器具はデンマークでは無料。

トレーニングが病院から紹介された場合、トレーニングまでの交通は無料。

トレーニングがコムーネの判断によるものであれば、Aさんは自分で交通を何とかする。

Q4: 誰がAさんのサポートに参加し、彼らはどのように協力しますか? (例えば専門家、ボランティア、民間企業のスタッフ) (関係する人々のリスト/どのように協力するか)

個人衛生や掃除など、Aさんが自宅における援助を必要としている場合は、住民自身が自宅で可能な限り多くのことをできるようにトレーニングを支援するリハビリチームと私たちは協力する。

(独自の作業療法士を有する)リハビリチームの参加者、トレーニング部門の作業療法士、看護師、(在宅援助などを認める)審査官と、週に1回のミーティングがある。このミーティングで、住民の到達程度が話され、トレーニングと援助がどのように続けられるかが決められる。

リハビリチームは住民ひとりに対して約2ヶ月という期間限定。

ボランティアは関係していない。

{ドアなどの}開閉を担当するボランティアがいるトレーニング場所はある。そこで、トレーニングに通っていた住民が、トレーニング部門におけるトレーニングを終えた後に、トレーニングを続けることができる。

Faxeコムーネでは、脳損傷コーディネーター、作業療法士、職業センターと審査の職員が参加する脳損傷フォーラムがある。このフォーラムにおいて、複雑な経過を抱える神経疾患住民について、そして労働市場に戻りたいAさんのような住民についても、再び仕事に戻れるようにするにはどのように最善の援助できるか、話される。

Aさんに認知的転帰があった場合、私たちは脳損傷コーディネーター、そして特別教育情報センター(VISP)に連絡を取る。VISPでは、必要に応じて、神経精神科医や、言語療法士などがある。

Q5: Aさんが自立できるよう動機づけるために、どのような努力がなされましたか?

(彼女の自立を促す方針/指針)

トレーニングの動機づけは、彼女が何を再びできるようになりたいか、住民と話すことに関係している。私たちはそこを出発点とし、彼女が何をできるのか、何を積み上げていくか、何を再びできるようになりたいか、彼女が挙げたことにつねに焦点を当てている。

大きな計り知れない目標は、到達がより容易となる小さな副次的目標に分けられる。

また、住民がトレーニングに参加することを動機づける、いくつかのトレーニング道具もある。例えば、パネルトレーニング。

Case 2: 衰弱モデル (B さん)

(1) 基本情報

年齢: 80	性別: 女性	経済状態: コミュニティにおいて平均的
家庭	B さんは献身的な夫と住んでいる。子供はいない。	
住居	家 (一戸建て) を所有している。	
どのようにケアを必要とし始めたか	B さんは 2014 年に右膝の置換手術、2015 年に左膝の置換手術を受けた。脚の筋力低下により、疲れ果てるまで動き回っていると、膝の痛みを経験する。このため、夫は全ての家事とケアに専念している。活動レベルの低下は、筋力低下をもたらし、そのことはまた、彼女が活動に参加する気をそぐ。最近では、彼女は家に閉じこもりがちである。	
日常生活、健康習慣	B さんはほとんどの ADL をゆっくりと行うことはできるが、最近では夫の助けがないと、ときどき失敗する。先月には、尿意を感じてから素早く動くことができないために、次第に尿失禁を経験している。彼女は現在、どのようなサービスも受けていないが、定期的に主治医を訪れ、「かつてはたくさんのことをしてきたのに、今はだんだんと、それらができなくなっています」と状況を伝えている。	
社会生活	手術以前、B さんはコーラスクラブ (彼女の趣味) に参加しており、月に 1 度、シニアセンターのカフェで調理スタッフとしてボランティアをしていた。今は何もしていない。何にも参加する気にならない。	

(2) 支援

Q1: A さんに対してどのような目標を設定しますか? (目標: _____ まで _____ 以内 (継続期間))

B さんとのインタビューによって、彼女がトレーニングする動機づけが何かを見出す。彼女の内面の願いは何なのか、何ができるようにになりたいのか—彼女の目標。その後、副次的目標をたて、つねに B さんの目標について話をする (モチベーション)。

B さんの最大目標は、再びコーラスに参加できることかもしれない。そのため、彼女が再びコーラスに参加できるようにトレーニングされるべきことは何か、副次的目標を立てることが現実的である。副次的目標は次のようなものが考えられる: コーラスが行われている建物に出かける (バス、タクシー、運転できる男性?)

コーラスが行われている場所に入る (ここで歩行機能が訓練できる)

失禁の問題が、彼女がコーラスに参加しようとしめない原因かもしれない。これをトレーニングするため、以下の副次的目標がトレーニングできる。

- 座位から立ち上がる
- トイレまでの距離を歩くことができる
- 便座の前で向きを変える
- 便座に座る
- ズボンを下ろす
- ズボン上げる
- 便座から立ち上がる 等々

そしてさらに、骨盤底をトレーニングする。

目標をより小さな副次的目標に分けることで、トレーニングが予測できる。

つねにモチベーションを維持するために、B さんのトレーニングに関係する全員が目標について話し、トレーニングを目標、このケースではコーラスに参加することに関連付けることが重要である。

同様に、彼女のカフェでのボランティア活動をトレーニングのモチベーションとして使うことが可能である。B さんが再びボランティア活動を行うために、どういった副次的目標をトレーニングすることが必要か。B さんとのモチベーションに関する対話が、トレーニングが成功するかどうかのカギとなる。

Q2: 彼女のケアプランはどのように展開しますか? プロセスを説明してください。
(誰がケアプランを展開させますか? どのようにプランは展開させられますか (プロセス)?)

計画は、トレーニングがどのように進んでいるか、定期的にテスト/評価されることで展開される。このケースでは、計画を展開させるのは理学療法士で、B さんと協力して新たな副次的目標が建てられる。

Q3: どのようなサービス (フォーマル及びインフォーマル) を彼女は受けられますか? ボリューム (例え

ば時間数や金額)とサービス内容を説明してください。こういった種類のシステムのもとで、これらのサービスは提供されますか？(サービスの名前、ボリューム、内容、金額/料金)

トレーニング部門では、Bさんは3ヶ月間、週に2回のトレーニングを受けることができる。それまでに目標が達成されれば、3ヶ月が過ぎなくとも、トレーニングは終了する。理学療法士が目標は4ヶ月で達成されうると判断すれば、追加で1か月のトレーニングが認められる。トレーニングは個別、そして/あるいはグループとなる。グループトレーニングでは仲間がトレーニングのモチベーションを高めることができる。トレーニングは、トレーニングマシンのトレーニング、例えばパネルトレーニングといった体を動かす遊びを含む。パネルトレーニングはやる気を引き出すのに非常に優れている。さらに、自宅使用のためにモニターを用いたトレーニングを提供することができる。ここでは、理学療法士が、Bさんがどの程度、自宅でトレーニングを行い、トレーニングがうまくいっているかを見守る。

Aさんのケースと同様に、Bさんにこの援助が認められるなら、私たちはリハビリチームと協力する。トレーニングは無料。Bさんが病院から紹介された場合、交通は無料。Bさんがコムーネの判断によって紹介された場合、自分で交通を何とかする。

Q4: 誰がBさんのサポートに参加し、彼らはどのように協力しますか？(例えば専門家、ボランティア、民間企業のスタッフ)(関係する人々のリスト/どのように協力するか)

Bさんをトレーニングする理学療法士が主となる。Bさんがリハビリチームから一時的な援助を受ける場合、リハビリチームの評価は、Bさんがどのように、どういったトレーニングを続けるかという理学療法士の決定に関係する。トレーニングに参加するボランティアや民間企業はない。Aさんと同様に、私たちが提供するトレーニングが終了した後、民間が行っているトレーニングクラスを続けることを提案されることがある。Bさんが任意のトレーニングに行く最初の数回、Bさんがその提案に安心できるように、私たちはついていくことができる。

Q5: Bさんが自立できるよう動機づけるために、どのような努力がなされましたか？(彼女の自立を促す方針/指針)

Bさんの目標。彼女は再び何をできるようになりたいのか。そしてつねに、Bさんに対してこれらの目標を表現する。

Case 3: 認知症（アルツハイマー）モデル（Cさん）

(1) 基本情報

年齢: 85	性別: 男性	経済状態: コミュニティにおいて平均的
家庭	Cさんは7年前に妻が死んでから、一人で暮らしている。そのため（ひとりで暮らすため）に努力しており、またそのことを誇りに感じている。彼の長男は遠くに住んで働いているが、2ヶ月に1度の割合で訪ねている。	
住居	Cさんは家（一戸建て）を所有しており、そこに一人で暮らしている。	
どのようにケアを必要とし始めたか	Cさんは身体機能に関しては、比較的自立している。彼は自分のやり方で、家を掃除し、衣類を洗濯している。自分で歩くこともできるが、向きを変える時に足が不安定となり、しばしば（重大なものではないが）転倒を経験している。自分で食べることはできるが、ほとんど料理できない。大抵の場合、調理済みの食事を購入している。認知症の症状は最近、現われている。「私はときどき戸惑うんだ。これまでできていたことがもうできなくなるのではないかと怖い」と彼は述べている。	
日常生活、健康習慣	Cさんは、コミュニケーションは上手に取ることができるが、例えば財布や入れ歯を置き忘れたり、物忘れといった、日々の生活に困難を抱えている。最近では、彼自身の考えと記憶のギャップに苦しみ気に病むことから、長男や隣人に電話をかけるようになった。また、財布を置き忘れたことから、隣人にお金を借りることによってトラブルになったこともある。	
社会生活	Cさんは長い間、陶芸クラブのメンバーであった。しかし最近では、その活動に参加しない傾向にある。長い間、妻と家で暮らしていたことから、可能な限り長くそこにいたいと望んでいる。	

(2) 支援

Q1: Cさんに対してどのような目標を設定しますか？
 （目標： _____ まで _____ 以内（継続期間））

Cさんは点灯を避けるためにトレーニングを提供される。

Cさんはおそらくトレーニングの目標を設定するのは難しいだろうが、転倒することから、Cさんには点灯を避けるためにトレーニング練習を提供することが明らかであろう。

Cさんが心理的にグループで行える場合、それが提供されるだろうが、そうでなければ個別トレーニングとなる。トレーニングは、トレーニング用具、パネルトレーニング、そして歩行トレーニング、階段トレーニング、そして屋外でさまざまな接地面において行われる。

Q2: 彼のケアプランはどのように展開しますか？プロセスを説明してください。
 （誰がケアプランを展開させますか？どのようにプランは展開させられますか（プロセス）？）

トレーニングを評価し、修正するのは理学療法士である。

Q3: どのようなサービス（フォーマル及びインフォーマル）を彼は受けられますか？ボリューム（例えば時間数や金額）とサービス内容を説明してください。どういった種類のシステムのもとで、これらのサービスは提供されますか？
 （サービスの名前、ボリューム、内容、金額/料金）

Cさんは週に2回のトレーニングを、最大3ヶ月提供される。
 トレーニングは無料。
 トレーニングを紹介したのが病院の場合、交通は無料。
 Cさんがコムーネの審査によって紹介された場合、自分で交通をアレンジして支払いを行う。

Q4: 誰がCさんのサポートに参加し、彼らはどのように協力しますか？（例えば専門家、ボランティア、民間企業のスタッフ）（関係する人々のリスト/どのように協力するか）

トレーニングの外に、例えば以下のような援助を進められるように、認知症コンサルタントに連絡することが適切であろう。

非常呼び出し一転倒したときに

さまざまな記憶補助器具

認知症デイセンターの滞在一息子や隣人の負担を軽減するために

電子支払に関する多様な可能性、財布にそれほど多くの現金を持たずにすむように

ホームヘルプ

Q5: Cさんが自立できるよう動機づけるために、どのような努力がなされましたか？

(彼女の自立を促す方針／指針)

アルツハイマーであるならば、どういった目標が定められたのかを覚えていられないことから、Cさんの目標を設定することは難しいだろう。

2. デンマーク ファクセ市からの回答 2

ファクセ自治体保健センター リハビリリーダーによる作業療法士、理学療法士への聞き取り

脳卒中

1. 不全失語症のケース

男性の例。脳卒中の後遺症として知られる肺炎で入院。

一般的な体力やスタミナの低下、バランスの低下、さらに不全失語症が見られ、病院から退院して Grøndal センターへ。退院時に得たリハビリ計画(一般的に身体的レベルを上げることに焦点を当てている)と嚥下機能のトレーニングは絶えず修正される。

1 回目の検査において:

—姿勢/動き、特に体幹や首に焦点をあてて。

—座位

—機能、感度、可動性、顔、口、舌の評価

食事状況の観察:テレビを見ながら食事(そのため首が伸び、あまり容易に曲がらない首)、集中力、食べることに焦点を合わせることが低下しており、身体を左側にかたむけている。

座位を調整。テレビを消すことで食べることへの注意力が増した。

これは嚥下機能を著しく向上させたが、彼は引き続き、ときどき間違っただけで飲み込んでいます。

体幹のコントロールと安定性、座っているときのバランスをトレーニング。住民はスタッフと一緒に自分でトレーニングを行った。多少の顔や舌の練習も。

Grøndal センターで滞在後、住民はケアセンターに移される。現在は、間違っただけで飲み込むことなく一般食を食べることができるが、引き続き、集中力を持続させ、食べることに集中し、また良い座位を保つのに助けを必要としている。

ケース 2.

女性、80 歳。以前の脳卒中の後、後遺症のある配偶者と一緒に、高齢者に優しいテラスハウスに居住。診断:脳出血 K さんの例

作業療法士の記述:

病院で入院後、3月22日にリハビリセンターである Grøndal センターに入所。6月末に退所して自宅へ。その後、Kさんが個人衛生や着替えなど、自分のことは自分でできるようになるまで、自宅でのリハビリが行われた。引き続き、掃除、寝具の取り替え、洗濯物を干すことには援助を必要としている。配偶者が食事の準備を手伝っている(調理済みの夕食を購入)。Kさんは体力、スタミナ、協調を向上させる観点から、引き続き神経疾患グループでのトレーニングに通っている。

当初は左腕と左手に緊張増加、また運動失調や感覚障害が見られた。さらに、とてもふらつき、複視があり、すぐに疲れる。Kさんは左腕と左脚がどこにあるのかを感じる事が難しい。

作業療法

全体的な目標:

Kさんが再び主なADL機能を行えるように、緊張と感覚を正常化すること。

副次的目標:

左手がドライバーを持ったり、ズボンをあげたり、ボタンを留めたり、また車椅子のブレーキの開閉ができるように、細かな協調を向上させる。

リハビリには次のことが取り入れられた。

—緊張と運動失調を軽減し、また効果的に感覚を正常化する観点から、ブラッシングと優しい関節の圧迫。

—効果的に、筋緊張や筋肉痛のため、首や肩にリラックスさせるキネシオテープ

—個人衛生や着替えのトレーニング、Kさんは早くに上達し、自分で複数の機能をきちんとできる

—感覚能力調査は、指の位置感覚がなくなっていることを示しており、Kさんに微細運動の課題を行うことを困難とする。

—低下した位置感覚を補完するという観点からの、視覚を用いた機能トレーニング(例えば、風船やボールのゲーム、杖の練習、MTTの練習、お手玉を投げる事、手のトレーニング、特定の手の練習など)

—効果的に、張り詰めた感覚や腕全体の緊張を和らげる観点から、電気刺激

Kさんは3月22日から6月30日まで、Grøndalセンターに24時間滞在であった。滞在中、彼女は週に2回、1回45分の作業療法を受けた。また理学療法も週に2回受けた。彼女の疲れやすさから、トレーニングは4日間に分けられた。退所後、彼女は週に2回トレーニングをしていたが、これは休暇期間であったため、理学療法士あるいは作業療法士のもとで行われた。トレーニングによっては、患者移動や自宅内外における歩行機能をフォローするという観点から、自宅トレーニングもあった。Kさんは8月8日から週に2回、1回1.5時間の神経疾患グループを開始した。Kさんは、夫も数年前の脳卒中から歩行困難であるため、車椅子を入手する。Kさんの歩行機能は引き続き、ふらつき／不安定さがあり、夫は彼女をフォロー／支えることができない。

理学療法士の記述:

患者は2016年3月初めに橋に出血する。13日間、病院の神経科に入院し、そこからリハビリ及びレスパイト場所としてGrøndalセンターにやって来る。

彼女は機能が低下している。左側に部分的な麻痺、複視(片目に眼帯をつけている)、正中線のずれや低下したバランス。彼女は左側の上肢と下肢に不随意運動がある。ベッドにおいて自分で体の向きを変えることができるが、起き上がったり、ベッドの脇に座るには助けを必要とする。立っている機能はあるものの、歩行機能はない。車椅子利用者であり、助けをかりて移動し(一種の「立っている塔」であり、移動途中で座ることができるのに機械的な補助はなく、自分で立ち上がれなくてはならない)、常に介護士がいる。

彼女は、ADLや介護状況において、また日々の活動で左手が使えるように、介護士と作業療法士に指導されている。作業療法的トレーニングを週に2回受けている。ウリアス包帯が日に3回あてられ、1回約20分、厚い包帯をつけて横になる。これは腕と脚の緊張を和らげる目的である。

私たちは日々の活動に焦点を当てており、つねにトレーニングが考えられている。

中心線のコントロールと、座っている状態と立っている状態両方のバランスを考慮して私たちは働いており、彼女は lite gait で歩行トレーニングを行っている。Kさんはリハビリ及びレスパイト場所として合計3ヶ月半滞在し、目標と計画は絶えず変更され、起こる進捗に合わせられる。

Kさんが自宅へ戻ると、彼女は歩行器を用いて自分で歩く。四点杖でもなんとかできるが、彼女はそれでは落ち着かず、ひとりでは外出する勇気がない。彼女は朝のケアと風呂の関してはずいぶん自分でできるようになり、食事にも意欲的である。彼女は自宅で朝のケア、食事、掃除、洗濯をサポートしてくれるリハビリ的在宅ケアの援助を受けている。彼女には自宅で助けてくれる配偶者がいるが、彼自身も何年も前に血栓を起こしており、すべてのことを行うことはできず、奥さんからの助けに慣れていた。

彼女は引き続き週に2回のトレーニングに来ており、それは途中で、屋外での動きに焦点を当て、自宅でのトレーニングに変更される。在宅ケアがKさんも自分で何とかできる。そのため全ての在宅ケアを辞去し、床の掃除と寝具の交換のみの援助となっている。買い物と料理は自分たちで行っており、リハビリ的在宅ケアからは、現在終了している。どの程度、彼らが引き続きリハビリ的在宅ケアを受けるかははっきりとしていない。

Kさんはまだ神経疾患グループに週に2回トレーニングに来ており、到達した機能レベルと、日々の自立を維持できるよう、安定させることに焦点が当てられている。

経過途中で私たちが設定した目標の例。

- Kさんが再び歩けるようになることを望む。(長期目標)
- 自分で立てるようになること、椅子からベッドに自分で動けるようになることを望む。
- 左側上肢の障害があっても、自分で体を洗える。
- 自分でトイレに行ける。
- 歩行器と1-2名の支えで歩ける。
- 室内外とも杖で歩ける。
- 補助器具なしで歩ける。
- 支えなしに車の乗り降りができる。
- 自宅で日々のことを自分でできる。しかし、配偶者の支えと助けのもと。

ケース 3.

酸素に依存している慢性閉塞性肺疾患を患う78歳の女性。

目標は、捕獲棒なく、床から物を拾えること、屋外で服を干せること。

女性は Senior Fitness Test がテストされた(腕と脚の力、可動性、歩行距離、バランス)。

女性は例えばパネル遊びでトレーニングを行った。写真は、最初は支えを必要としているものの、最終的には女性はずかむことなくトレーニングができ、歩行器は酸素ボンベにのみ使われている進展を示している。

慢性閉塞性肺疾患(COLD)による低下した身体機能。パネルトレーニング(いくつかのパネルを並べ、パネルに光る色に応じて踏みつけるといったトレーニング)



女性は床から物を拾うという目標を達成し、また物干し台に服を干すという目標も達成した。しかし、湿度のある冷たい天気のため、残念ながら外で服を干すことはうまくいかなかった。

トレーニングの終わりに、女性は『体を鍛え、日々を容易に』という本と、練習用にゴムバンドをもらった。

この種の住民はほとんどの場合、動画を用いたトレーニングといった在宅トレーニングと組み合わせて、週に2回、私たちのところでトレーニングをする。

リハビリ期間は最長で24週となるが、ほとんどの場合は約12週である。

住民のモチベーションをあげるため、私たちは以下に焦点を当てている：

- ・日々の活動
- ・日常を組み立てるように住民に動機づけを行う
- ・住民がトレーニングに参加することに焦点を当てる
- ・住民が自身の自宅での練習をこなせるように焦点を当てる
- ・リハビリが終わった後にも続けられるようなトレーニングサービスを見つけることを手伝う。

＊上記回答への口頭説明

<3 ケースについての質問への回答、「動機付けについて」>

・市民の動機づけ：

まず日常で高齢者が何をしたいのか、たとえば池に行ってカモに餌をあげたい、ソックスを自分ひとりではけるようになりたいという具体的なことを聞く。それで、ではそれができるようにしましょうと目標を決める。

・ある人は KOL の患者で呼吸器をつけていた。トレーニングを始めたときは歩行器につかまらなと立てなかった。ある期間を経ると自分ひとりで立てるようになった。ロータも歩くのに使うのではなくて呼吸器を置いておく台車として使うようになった。その期間はまちまちで3週間から6ヶ月を要する人もいる。

・期間は3ヶ月が普通の期間で、それでもなお機能が低下している、しかし上昇する可能性があるという場合、は延ばす。

・もう一つよく使うのは、体力をつけて日常生活を楽にするということだ。トレーニングを終わってビデオと本と負荷をかけるゴムをもらって帰宅する。

・高齢者にいつも、週に平均2回保健センターにトレーニングに来るが、そのほかに自宅で自分のトレーニングをすることを特にすすめる。

・ほかに画像トレーニングというものがある。クライアントが自宅でコンピュータの画面を見ながらトレーニングをし

て、トレーニング中セラピストはそれを見られないが、ユーザーがどのようにトレーニングをしたか結果はセラピストがパソコンで見ることができる。

・以上のようなやり方で動機付けている。

<3 ケースについての質問への回答、「嚥下障害のあるクライアントについて」>

・嚥下障害のあるクライアントに対するホームヘルパー、在宅介護班とクライアントに関するパンフレットがある。座るポジション、食物の内容、飲み物の内容、福祉機器、口腔衛生が載っている。

・卒中で倒れた患者が来た場合、マップを用意してある。まずテストをする。その内容をセラピストがつける。毎日の日誌に毎日何をやったか、どこまでできたかをクライアントが本人が自分でつけて行く。目標や日誌はセラピストが助けながら本人が書く。

・卒中で倒れたが状態がよくなって最後には在宅サービスのヘルパーがいなくなったという女性もいる。

・そのようなトレーニングをするときの専門職の協力について。まずリハビリテーションチームというものがある。これは在宅介護のスタッフで SSA が作業療法士と協力して家庭に行き、家庭でのトレーニングをする。1 週間に 1 回、訪問看護師、判定員、理学療法士、リハチームの 4 者が集まって一人のクライアントに関してミーティングを持つ。

3. オランダ Aedes – Actiz からの回答

ケア・住宅事業者団体 Aedes-Actiz アドバイザー

ケース 1 脳卒中モデル

①基本情報

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

②支援

<p>Q1：Aさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標。_____以内に）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自宅で自立した生活を継続する。 <p>Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 神経科医または老年病専門医がケアプランを作成。 ● 一般開業医（GP）や看護師が付随的支援を提供。 <p>Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 住宅改修（Wmo、社会支援法（Social Support Act）） ● 作業療法（作業療法士 OT）（医療保険）、週に2時間？ ● 理学療法（PT）（医療保険）（週に2時間？） ● 配食（自治体によって一部または全額カバー、社会支援法）、週に3回 ● 栄養士（医療保険） ● 言語療法（ST）（週に1時間？） ● ソーシャル・レストラン（コミュニティ・レストラン）（患者の自己負担だが安価）、週に2回 ● 家事支援（社会支援法）、週に8時間？ ● 在宅ケア（長期介護法（Long-term Care Act））、週に8時間？ <p>Q4：Aさんの支援にどういった関係者（専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等）が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。（支援に関わる関係者/連携のありかた）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 看護師、家庭医、作業療法士が関わる。また理学療法士、言語聴覚療法士および調理のボランティアが関わる可能性もあり。 <p>Q5：Aさんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。（本人のモチベーション向上のための方針）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 住宅改修および、調理／食事の入手での何らかの支援。 ● Aさん自身がボランティア活動を行える可能性がある。福祉職または高齢アドバイザー／ボランティアが、Aさんの活動を支援できるだろう。
--

ケース2 虚弱モデル

①基本情報

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

②支援

<p>Q1：Bさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標。_____以内に）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 過去に参加していた活動の再開。 ● できるだけ活動的な生活の継続。 <p>Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 家庭医と看護師。 <p>Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 作業療法士/理学療法士：Bさんの身体的状況改善に向けて（医療保険） ● 福祉センターまたは高齢者団体での転倒防止講座受講（社会支援法） ● 住宅改修（社会支援法または自己負担） ● 家事支援：夫の家事負担軽減（社会支援法） ● ボランティア/友人 Buddy：Bさんの活動参加へ同行、コーラスクラブへの再参加支援 <p>Q4：Bさんの支援にどういった関係者（専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等）が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。（支援に関わる関係者/連携のありかた）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ケースマネジャーが、関係するすべての専門職やボランティアをコーディネートすることがある。 <p>Q5：Bさんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。（本人のモチベーション向上のための方針）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 転倒防止講座を受講し、活動的な生活の継続を奨励（スポーツ、クラブ活動参加等）。

ケース3 アルツハイマー型認知症モデル

①基本情報

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

②支援

<p>Q1：Cさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標。_____以内に）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自宅での生活をできるだけ長く継続でき、また人生を楽しめるような支援の実施。 ● できる限り心身の健康を維持する支援の実施。 <p>Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症カウンセラーが、老年病専門医／神経科医とともにケアプランを作成。 <p>Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 作業療法士/理学療法士：Cさんの身体的状況改善に向けて（医療保険） ● デイケア（医療保険）、週に3-5日 ● 記憶訓練（社会支援法） ● 住宅改修の可能性あり（社会支援法または自己負担） ● 家事支援（社会支援法） ● 配食（自治体によって一部または全額カバー、社会支援法） ● Cさんを訪問し一緒に何か活動できるボランティア／友人 Buddy <p>Q4：Cさんの支援にどういった関係者（専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等）が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。（支援に関わる関係者/連携のありかた）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症カウンセラーまたはケースマネジャーがコーディネート。 <p>Q5：Cさんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。（本人のモチベーション向上のための方針）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cさんが活動的な生活を維持したり、好きなことができるような支援。

4. 国際長寿センター（オランダ）からの回答

国際長寿センター（オランダ） 事務局長

マリエケ・ヴァン・デル・ワール

ケース 1 脳卒中モデル

①基本情報

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

②支援

<p>Q1：Aさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標。_____以内に） 重視されるのは自己管理についてであり、期間はAさんの脳梗塞からの回復状況に左右される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 目標1：3ヶ月以内に屋内で自立生活を送れるようになる（ADL含む）。 ● 目標2：3ヶ月以内に調理がきちんとできるようになる。 ● 目標3：6ヶ月以内に1人で外を歩けるようになる。 ● 目標4：6ヶ月以内に外へ歩いて出かけ、日常的な買い物ができるようになる。 ● 長期目標：就労再開。 <p>Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス） （退院後に）実際のリハビリがどこで行われるかによって異なる。場所としては、自宅、外来診療（デイクリニック）、地域の理学療法士（PT）が勤務する診療所が考えられる。 はじめに、Aさんが退院後にリハビリ病院が通知（退院証明書（hospital discharge letter））を書いて一般開業医（GP）へ送付し、患者には理学療法士宛の書状を渡す。この書状では、回復状況、リハビリの進捗状況、Aさんの習得速度、Aさんの訓練実施頻度などの見解が述べられる。通知にはまた、デイクリニックの神経科医訪問や、家庭医/理学療法士等による進捗状況のモニタリングに関する情報も含まれる。 病院のデイクリニックでリハビリが継続される場合、病院の理学療法士がケアプランを作成する。地域でリハビリが行われる場合、理学療法士（自分で選択した、または他者から勧められた理学療法士）がケアプランを作成する。ケアプランはAさんとの面接の中で作成され、その内容は、Aさんの目標および、達成・回復可能なレベルに関するリハビリ病院からの通知に基づく。</p> <p>Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金）</p> <p>医療的処置：Aさんは病院での治療が始まると385ユーロの自己負担金（Risk fee）を支払うこととなる（ただしAさんにはおそらく、脳梗塞以前すでに医療費がかなりかかっており、Risk feeは支払済みの可能性が高い）。</p> <p>家庭医：フォーマルで、通院できる回数の制限はない。385ユーロのRisk fee適用外。</p> <p>地域／自宅での理学療法士：フォーマルで、Aさんが基本的な保険にのみ加入している場合には、最初の20回分についてはAさんの自己負担となる。21回目以降については基本保険から支払われ、この時点からRisk feeが適用される。Aさんがもし追加の保険に加入している場合であれば、最初の20回分はそこから支払われる。</p> <p>神経科医・スキャン等：基本保険から支払われる。Aさんの回復状況によって、必要とされる通院やスキャンの回数が左右される。</p>
--

言語療法士:基本保険でカバーされる(制限なし)。Risk fee が適用される。

その他すべての療法士は基本保険でカバーされる(制限なし)。前述した通り、まず患者は Risk fee を支払う。これが支払われた後、基本保険が治療をカバーする。

フォーマルサービス(例:家の掃除、シャワー浴介助等):看護師は基本保険で支払われる。家の掃除等は WMO で支払われる。所得によって、少額の自己負担が発生する可能性がある。

民間サービス:全額自己負担。夜間の支援が必要と感じた場合、そのサービスへの指示がなければ、自分で同サービスを手配できる。

インフォーマルサービス:ボランティア等。本人の希望やボランティアを見つけられる可能性によって異なる(例:一緒に散歩する、調理の支援等)。費用は発生しない。

Q4: A さんの支援にどういった関係者(専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等)が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。(支援に関わる関係者/連携のありかた)

リハビリ病院、神経科医、リハビリテーション医療専門職、薬剤師、家庭医、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語療法士(ST)、栄養療法士、心理士、ソーシャルワーカー、看護師、清掃提供者

フォーマルな専門職は、クリニック内外で MDO を用いてコミュニケーションをとる。これは多職種チームによる協議の場であり、専門職たちが A さんや A さんの進捗状況について議論する。MDO は連携手段として設けられている。MDO は病院で設けられる(病院内の専門職のみで構成)こともあれば、地域で設けられる(A さんに関わる専門職で構成され、家庭医が主導し招集する)こともある。

民間企業・ボランティア・清掃提供者は MDO には関わらない。

Q5: A さんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。
(本人のモチベーション向上のための方針)

主な取り組みは、A さんが自分を信じ、自分の回復力を信じることである。

回復レベルは、脳梗塞後のダメージの度合いによって異なる。

医療補助員や家庭医向けの臨床ガイドラインがある。これらはすべて、治療の視点から書かれている。

方針は特にない。

ケース 2 虚弱モデル

①基本情報

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

②支援

<p>Q1：Bさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標。_____以内に） 目標は、Bさん（およびおそらくBさんの夫）と一緒に設定すべき。 Bさんと話す中で、Bさんが今もやりたいこと、達成したいこと、努力したいと思える範囲を明確にすべき。 可能性として考えられる目標は、以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 尿失禁への療法（そうでなければ、結果としておむつ使用）：通常は6回のセッション。 ● 歩行能力を向上し転倒を防止するための理学療法：進捗状況に応じて実施し、継続すべき（週1回以上で7回以上セッションを実施した上で、今後の計画を作成）。 ● Bさんが自身の気分について話す（軽度の鬱の可能性あり）ための、ソーシャルワーカー、心理士、または心理学の訓練を受けた看護師による心理療法：7回以上セッションを実施した上で今後の計画を作成。 ● おそらくBさんの夫の身体的負担（入浴介助）を軽減するためのADL支援：3ヶ月以上で、可能性としては週3回となるだろう。 ● 歩行器または杖の購入アドバイス。 ● Bさんには、ナーシングホームへの入居指示は出ない。 <p>Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス） Bさんは自宅に住んでいるため、療法やADLに関するケアプランは家庭医が作成する。家庭医が療法士を紹介し、療法士がフォローアップを家庭医に戻す。 Bさんが複数の療法士を必要としている場合、家庭医はBさんのケースをMDO（Aさんの欄を参照）に出すことができる。</p> <p>Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金） 上記参照。 すべて医療保険法で支払われる。理学療法士（PT）：Bさんは、追加の医療保険に加入していない限り、最初の20回分は費用を自己負担しなければならない。 また、385ユーロの自己負担金（Risk fee）も適用される。 インフォーマルケア：ボランティア。Bさん自身または家庭医の主導によって、ボランティアを手配できる福祉団体へ紹介。 民間企業（どのような法律、保険法、またはWMO、ZVW、WLZからも支払われないケアサービスの提供事業者）を利用する必要はない。</p> <p>Q4：Bさんの支援にどういった関係者（専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等）が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。（支援に関わる関係者/連携のありかた） Q1とQ2参照。</p>
--

Bさんのケースが深刻だった場合、MDOを設けられる。そうでなければ、すべての専門職が家庭医にフィードバックを送る。家庭医は時々Bさんを訪問して、フォローアップを行う。Bさんの状態が著しく悪化し、ケアの量を増やす際には、家庭医が決定する。

Q5：Bさんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。

(本人のモチベーション向上のための方針)

主な取り組みは、Bさんが自分を信じ、自分の回復力を信じることである。

回復レベルは、Bさんが訓練を実施する能力に左右される。

虚弱高齢者の処遇や対応方法について、医療補助員、看護師および家庭医向けのガイドラインがある。

ケース3 アルツハイマー型認知症モデル

①基本情報

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

②支援

Q1：Cさんのケースの場合、どのような支援目標を立てますか。（支援目標。_____以内に）

目標は、Cさんおよび息子と一緒に設定する必要がある。
 Cさんは自宅に住み続けたいのか？住み続けたいならば、Cさんの希望を叶えるために何が必要か？
 目標の可能性として、看護師または看護助手が毎日または週に何度か訪問し、Cさんを見守ることが考えられる。
 もう一つの目標は、配食によるきちんとした食事（温かい食事）である。
 また、おそらくボランティアあるいは近所の人から（サンドウィッチなどの）冷たい食事（ための材料を借りる）支援を得られるだろう。
 理学療法で転倒予防および筋肉増量を図る。7回以上のセッション。その後（必要に応じて）フォローアップの計画を作成。
 自宅からの送迎付きの、認知症の人向けデイケアを週に何度か利用。
 平日の生活リズムを整えるために、紙またはデジタルカレンダーによる支援。
 歩行器または杖を購入する支援およびアドバイス。
 装着型の緊急通報ボタン（独居のため）。
 目標は、Cさんが死亡またはナーシングホームへ入居するまで継続。

Q2：ケアプランの作成はどのようなプロセスで行われますか。（ケアプラン作成者/作成プロセス）

主導者はCさんおよび息子である。可能性として最も高いのは、Cさんや息子が家庭医または地域看護師に連絡するという流れである。家庭医または地域看護師はCさんに連絡をとり、問題の特定を図る。通常は、地域看護師と家庭医がケアプランを検討し、一緒にプランを作成する。

Q3：どのような種類のサービス（フォーマル/インフォーマル含め）を受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。それらのサービスはどの制度に基づいて提供されますか。（想定されるサービス…量・内容・給付費/料金）

Q1 参照。
 AさんとBさんの理学療法士に関する記述参照：追加の医療保険に加入していない限り、最初の20回分は費用を自己負担しなければならない。
 看護師と家庭医はZVWで支払われる。
 デイケアと移送サービスはWMOで支払われる。

Q4：Cさんの支援にどういった関係者（専門職、ボランティア、民間企業のスタッフ等）が関わり、どのような連携のもと支援が行われますか。（支援に関わる関係者/連携のありかた）

Q1 参照。

看護師と家庭医は直接やりとりする。理学療法士は家庭医へ、メールまたは書状で進捗状況を伝える。

デイケアセンター：Cさんがより多くのケアを必要とする場合、またはより困難な状況となっている場合、センターから地域看護師または家庭医へ連絡する可能性がある。

Q5：Cさんご自身の自立モチベーション向上のためにどのような方法や工夫を行いますか。

(本人のモチベーション向上のための方針)

方針は、WMO や WLZ で記載されており、そこには、デイケアセンター、ボランティア、配食、緊急通報ボタンをいつ勧めるか、また GPS がいつ必要か、といった事項が含まれる。

平成 29 年度
高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての
国際比較調査研究

1. データリクエストへの回答

1) 海外の研究者・ケア関係者へのデータリクエスト p 1 8 7

<ドイツからの回答について> p 1 8 9

<オランダからの回答>

2) Wilco Achterberg ライデン大学医学部教授 p 1 8 9

3) Mrieke van del Waal 国際長寿センターオランダセンター事務局長 p 1 9 2

<イギリスからの回答>

4) Liz Greer 地方自治体協会アドバイザー p 1 9 7

1) 2017年度 海外の研究者・ケア関係者へのデータリクエスト

1. 要介護認定（介護重度判定）に関する質問

1. 長期ケアに関する要介護度認定（介護重度判定） （ここでは、評価（アセスメント）と最終的な認定についてお聞きします）
1) 認定（判定）・評価の根拠(法)
2) 高齢者は要介護認定をどのようなルートを通じて求めるか ・在宅の場合／入院中の場合。ちょっと困ったときにどこに行くか（認知症かな？買い物がたいへん… ・相談窓口 ・申請窓口
3) 最終的認定は誰（機関、担当者）が行うか ・要支援レベルの場合 ・軽度の場合 ・重度の場合
4) 認定の根拠となる評価基準 ・どのような領域について、どのように評価するか（領域例：身体状況、ADL・IADL、認知症、社会交流、精神・行動障害、医療状況など、評価例：できる1点、一部介助2点、全介助3点など） ・とくに評価では、身体状況をみるのか、介護の必要度をみるのか ・環境因子、個人因子をどの程度重要視するのか ・上のように数量的に評価しない場合、どのようにしているか ・コンピュータ導入の場合の評価・認定方法 ・医療に関わる判断 誰がどのようにおこなうか ・訪問調査（誰がどのように）か、書類による申請か 訪問調査時に、家族の同席（コメント）が可能か？また、認知症や本人のプライドを鑑み、「本人への調査終了後、別室で家族のみへ聞き取りを行うような配慮をしているが、そのような配慮を行っているか？ *認定基準表（アセスメントシート）を提供してください。受給額、量の詳細（家族対象も）
6) 上記評価を受け認定プロセスで配慮される項目 ・本人の意向確認方法、本人に何を聞くか、本人（を取り巻く）状況の何を確認するか ・本人への説明内容 ・医療ニーズ、リハビリ可能性 ・地域インフォーマルサービスとの関係 ・家族介護力との関係 ・認定にコンピュータ導入の場合の内容とプロセス ・認知症の場合はどのように判断するか。診断には医師からの診断書等が必要か
7) 評価するのは誰（機関・担当者）か ・職種、所属組織 ・雇用形態、報酬形態 ・チーム制かひとりで決めるか
8) 最終的な認定結果のアウトプットはどのような形で出されるか ・必要な介護の量のレベル分けはどのようにするか 日本では、判定審査会から「サービス提供の内容」についての意見を申し添える。 ・介護費用給付額と自己負担額の両方を教えてください。 ・具体的なサービスの種類と量（サービスの量を示す単位は？時間、金額、…） ・認定結果に不満がある際の対応は。 ・介護費用については、様々な負担軽減（負担軽減の例：「障害手帳→介護保険への移行時（時限有）」「低所得者」「災害を受けた際の費用免除、軽減」等）があるか。
9) 認定において何を目的とするのか（理念） ・ニーズに合わせ適正に介護サービスが提供されることをめざす ・地域間格差をなくす ・サービス提供の量を適正にコントロールする など
*以上の全プロセスの図示をお願いします。

2. 長期ケアのプランニングに関する質問

サービス決定とモニタリングのプロセス

<p>2. 長期ケアのプランニング（アセスメント、ケアプランの作成/サービスの決定、相談員のアドバイス）</p>
<p>1) アセスメントの開始（どのような経過を経てアセスメントが開始されるか）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント開始までのプロセス ・窓口はどこか ・ちょっと困ったときにどこに行くか（認知症かもしれない？買い物がたいへん…） ・MCI の人を早期に発見するために組織的な訪問やスクリーニングは行われているか。その結果はどのように要介護認定プロセスに反映されるか。
<p>2) アセスメントから生活支援/長期介護サービスの決定までのプロセス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン作成担当者が高齢者と協議（ケアプラン担当者がある場合）か、判定機関がプロバイダーを高齢者に知らせて高齢者がプロバイダーに連絡するか、認定を受けて（相談窓口で高齢者が行き）自分でサービスを探すか。 （以上のプロセスで具体的に誰が、どのように動くか） ・ケアプラン作成支援、相談はどのような機関・組織が行うか、有料か。 ・認知症の症状がある場合、ケアプラン作成において、配慮される内容はあるか。ある場合、ガイドライン等によって、国単位もしくは自治体単位で規定され、共有されているか。 *以上のプロセスの図示をお願いします。 ・サービスの終了をイメージした初期の合意形成をどのように築いているのか。
<p>3) アセスメントから生活支援/長期介護サービス決定の実際</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントの際の基本的な方針 ・アセスメントの際に収集する情報 ・アセスメント結果を判断する手順 <ul style="list-style-type: none"> -本人の意向確認方法、本人に何を聞くか、本人と本人を取り巻く状況の何を確認するか -本人/家族との話し合い -目標設定の具体的レベル -医療ニーズ、リハビリテーション可能性判断方法 -介護サービスの選択基準 -介護サービス事業所の選択基準 -地域インフォーマルサービスとの関係 -多職種の連携はどのように行われるか *課題検討用紙/アセスメント基準表を求める ・ケアプラン作成の詳細（*計画表を求める） ・ケアプラン実施の手順 <ul style="list-style-type: none"> -多職種会議など -本人/家族への説明と意向確認（認知症の症状により、本人の意向確認が難しい場合は、どのような方法、配慮がとられているか。） -医療ニーズ、リハビリテーションとの連携 -地域インフォーマルサービスとの連携 ・アセスメント/ケアプラン作成担当者の資格、所属組織 ・アセスメント/ケアプラン作成担当者の研修 ・アセスメント/ケアプラン作成担当者の雇用形態、報酬形態、行動基準 ・アセスメント/ケアプラン作りにおけるチーム（職種）、1人で決めるか ・アセスメント/ケアプラン作成数（一人あたり〇件/月）、1人あたり〇人担当 ・アセスメント/ケアプランは自治体、保険者などからチェックを受けるか
<p>4) サービスの種類</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの種類（身体介護、生活支援、リハビリ、虚弱化予防・健康増進諸活動、地域インフォーマルサービス…） ・現物支給の場合/現金支給の場合 ・MCI の人が優先的に利用できるサービスや支援の視点はあるか。あるとしたら、どのような内容か。 ・認知症の人のみが利用できるサービス、認知症の人の自立を促すために取り組まれている支援、共通の支援方針等はあるか。 ・特に独居で認知症の症状がある場合、在宅での暮らしが困難となり、施設へ移行する必要がある場合、誰がどのように判断するのか。
<p>3. サービスの変更、終了、モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの変更・修正はどのような場合に誰がどのように行うか ・サービス終了判定はどのような場合に誰がどのように行うか ・モニタリングを行っているか ・モニタリングは誰がいつまで行うか、観察頻度

<ドイツからの回答について>

ドイツからの回答については、「先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究 ドイツインタビュー」に収録している介護鑑定関係は全国健康保険協会医療サービス本部 (Medizinischer Dienst Des Spitzenverbandes Bund Der Krankenkassen (MDS)) の Tatsuhiko Harigai 氏、Bernhard Fleer 氏へのインタビュー、またサービス提供プロセスはカリタスフランクフルトの Ljiljana Specht 氏へのインタビューを参照。

<オランダからの回答>

2) Wilco Achterberg ライデン大学医学部教授、Topaz Revitel アドバイザー

Questions: ILC-Japan Data Request 2017

要介護認定（介護重度判定）に関する質問

1. 要介護認定（介護重度判定）に関する質問

(1) 認定（判定）・評価の根拠

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/t/toegang-tot-wlz-zorg>

ここでは、アセスメントおよび決定が独立機関（ケア判定センター（CIZ））によって行われることが示されている。

老年精神医学または身体上の理由による機能的依存または恒常的な（1日 24 時間）見守りが必要な状態であることが条件。

(2) 高齢者は要介護認定をどのようなルートを通じて求めるか

本人が自宅に住んでいる場合、申請が提出された後に CIZ が患者を訪問する。本人が申請の責任を負う。GP は医療的な部分のみ記入。病院では退院支援を行う特別な看護師が様式を記入しており、CIZ が病院へ患者を訪問することは殆どない。

これは長期介護のニーズに関する内容である。ソーシャルケアの申請は、記入後に自治体へ送付されなければならない。

長期介護の申請様式は、以下より閲覧可能。

https://www.ciz.nl/images/pdf/formulieren/Aanvraagformulier_CIZ_langdurige_zorg_invulbaar.pdf

(3) 最終的認定は誰（機関、担当者）が行うか

長期介護については、CIZ が最終決定を行う。ソーシャルケアについては、自治体が行う。アセスメント担当者も決定を行う。決定へ異議を申し立てることができる。

(4) 認定の根拠となる評価基準

アセスメントに関する調査は、以下より閲覧可能。

https://vng.nl/files/vng/201506_wlz_afwegingskader_zin_ciz_etc.pdf

アセスメントは以下の領域に関して実施される。

認知、身体、ADL、見当識、行動、心理

・とくに評価では、身体状況をみるのか、介護の必要度をみるのか

必要な支援に重点が置かれる。

・環境因子、個人因子をどの程度重要視するのか

個人因子が考慮されるが、背景的な因子は考慮しないと規定されている。

・上のように数量的に評価しない場合、どのようにしているか

最終的に、アルゴリズムで規定された内容よりもアセスメント担当者が個人的な経験に基づいて他の決定を行うケースが、全体の 30% であることが示されている。

・コンピュータ導入の場合の評価・認定方法

アルゴリズムがあるものの、主要な位置付けではない。

・医療に関わる判断 誰がどのように行うか

CIZ に医療アドバイザーがいる。

・訪問調査（誰がどのように）か、書類による申請か

訪問調査時に、家族の同席（コメント）が可能か？また、認知症や本人のプライドを鑑み、「本人への調査終了後、別室で家族のみへ聞き取りを行うような配慮をしているが、そのような配慮を行っているか？

多くの場合、家族が参加する。特に認知症患者の場合。

・ MCI の人用の認定手段はあるか

そのようなものはない。

(6) 上記評価を受け認定プロセスで配慮される項目

患者は自分の希望について訊かれる。たとえばケアの本質的な点について、機関に委ねるか、あるいは自分で計画するか（「パーソン・センター・バジェット」に申請可能）など。

(7) 評価するのは誰（機関・担当者）か

・ 職種、所属組織

大半の場合、看護師。

・ 雇用形態、報酬形態

CIZ の職員。

・ チーム制かひとりで決めるか

一人。

・ 認知症の場合にはどのように特定するか。

医師の診断書が必要。

(8) 最終的な認定結果のアウトプットはどのような形で出されるか

申請者には、あるケアを受ける権利およびそのケアを受ける手順について通知が行く。他にアドバイスはない。これは単にケアへの切符である。

・ 介護費用給付額と自己負担額の両方を教えてください。

大半のケアサービスでは、少額の免責がある（年間で約 300 ユーロが上限）。

・ 介護費用については、様々な負担軽減があるか。

自己負担は、ほとんどまたはまったくない。

・ 認定結果に不満がある場合の対応は。

異議申し立てができ、当該ケースは再評価される。

(9) 認定において何を目的とするのか（理念）

・ ニーズに合わせて適正に介護サービスが提供されることをめざす

これが最も重要。

長期介護の計画に関する質問

2. 長期介護計画

(1) アセスメントの開始（どのような経過を経てアセスメントが開始されるか）

まず、これは GP の業務である。問題が深刻化した場合には、高齢者ケアの医師によるアセスメントを要請したり、または老年医学的なアセスメントのために病院へ行くことができる（例：メモリークリニック、転倒対応のクリニック）。日常的な問題の細かな解決、特に社会的な内容の場合、高齢者は地元自治体の Wmo に行く。

(2) アセスメントから生活支援/長期介護サービスの決定までのプロセス

・ ケアプラン作成支援、相談はどのような機関・組織が行うか、有料か。

ケアプランは、高齢者ケアの医師または GP が作成し、これは無料である。これはまだオランダではあまり実施されていない。長期介護では、高齢者ケアの医師がケアチーム（看護師、心理士）とともにケアプランを作成する。

・ 認知症の症状がある場合、ケアプラン作成において、配慮される内容はあるか。ある場合ガイドライン等によって、国単位もしくは自治体単位で規定され、共有されているか。

意思決定能力の問題は、対応されるべきである。

(3) アセスメントから生活支援/長期介護サービス決定の実際

・ ゴール設定の詳細。典型的なゴール例はどのようなものか。日本では例えば「週に一回友達とお茶を飲ながらおしゃべりをするために喫茶店に行く」ということである。

これはオランダでも同様である。

・ ケアプラン作成の詳細

以下は、長期介護で最も利用されているケアプランに関するウェブサイトである。

https://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/modellen-zorgleefplan/item/zorgleefplan-act_iz.html

・ ケアプラン実施の手順

- 多職種会議など

ケアプランが評価される多職種会議がある。

-本人/家族への説明と意向確認

患者または家族は、会議に参加することもあれば後日知らされることもある。患者または家族は、ケアプランに署名しなければならない。

-医療ニーズ、リハビリテーションとの連携

ナーシングホームでは、高齢者ケアの医師が参加する。認知症患者の場合、心理士も参加する。

-介護サービスの選択基準

患者の希望、ケアニーズ、特に際立った問題行動などのニーズ。

- ケアプラン訂正の頻度

6週間以内にケアプランを作成し、年に2回以上評価しなければならない。

**-認知症の症状により、本人の意向確認が難しい場合は、どのような方法、配慮がとられているか
家族が訊かれる。**

・ アセスメント/ケアプラン作成担当者の資格

看護師、医師および心理士。

・ アセスメント/ケアプラン作りにおけるチーム（職種）、1人で決めるか

チーム：ナーシングホームで意見の相違がみられる場合、高齢者ケアの医師が決定する。

・ アセスメント/ケアプラン作成数（一人あたり〇件/月）、1人あたり〇人担当

看護師：3～6。

・ アセスメント/ケアプランは自治体、保険者などからチェックを受けるか

ケアプランが患者または家族と議論されたものであるかどうか、検査官が時々確認する。

モニタリング

2. サービスの変更、終了、モニタリング

・ サービスの変更・修正はどのような場合に誰がどのように行うか

判定を変更すべきかどうかの確認は、サービス提供者の責任である。提供者はその後、判定の変更をCIZに要請する。

・ サービス終了判定はどのような場合に誰がどのように行うか

サービス提供者。

・ モニタリングを行っているか。モニタリングは誰がいつまで行うか、観察頻度

非常に稀だが、保険者が行う可能性はある。

1. 要介護認定（介護重度判定）に関する質問

1) 認定（判定）・評価の根拠

法的根拠は3点：Zvw、WMO および WLZ である。

WLZ のアセスメントでは全国的枠組み（漏斗状のアセスメント）がある。

Zvw のアセスメントは地域看護師が行う。枠組みは存在するが、必要なケアの時間数や種類は看護師が決める。

WMO のアセスメントは、ソーシャルケアチームが行う。

2) 高齢者は要介護認定をどのようなルートを通じて求めるか

・在宅の場合／入院中の場合。

在宅での認定は、ニーズによりけり。大半の場合、GP がどの経路（WMO、WLZ または Zvw）を辿るか助言する。

病院では、退院移行担当の看護師が専門医と協議して、どの経路（WMO、Zvw または WLZ）を辿る必要があるか決める。

・ちょっと困ったときにどこに行くか（認知症かな？買い物がないへん）

オランダ：WMO

- ・相談の場所 自宅
- ・申請の場所 自宅

3) 最終的認定は誰（機関、担当者）が行うか

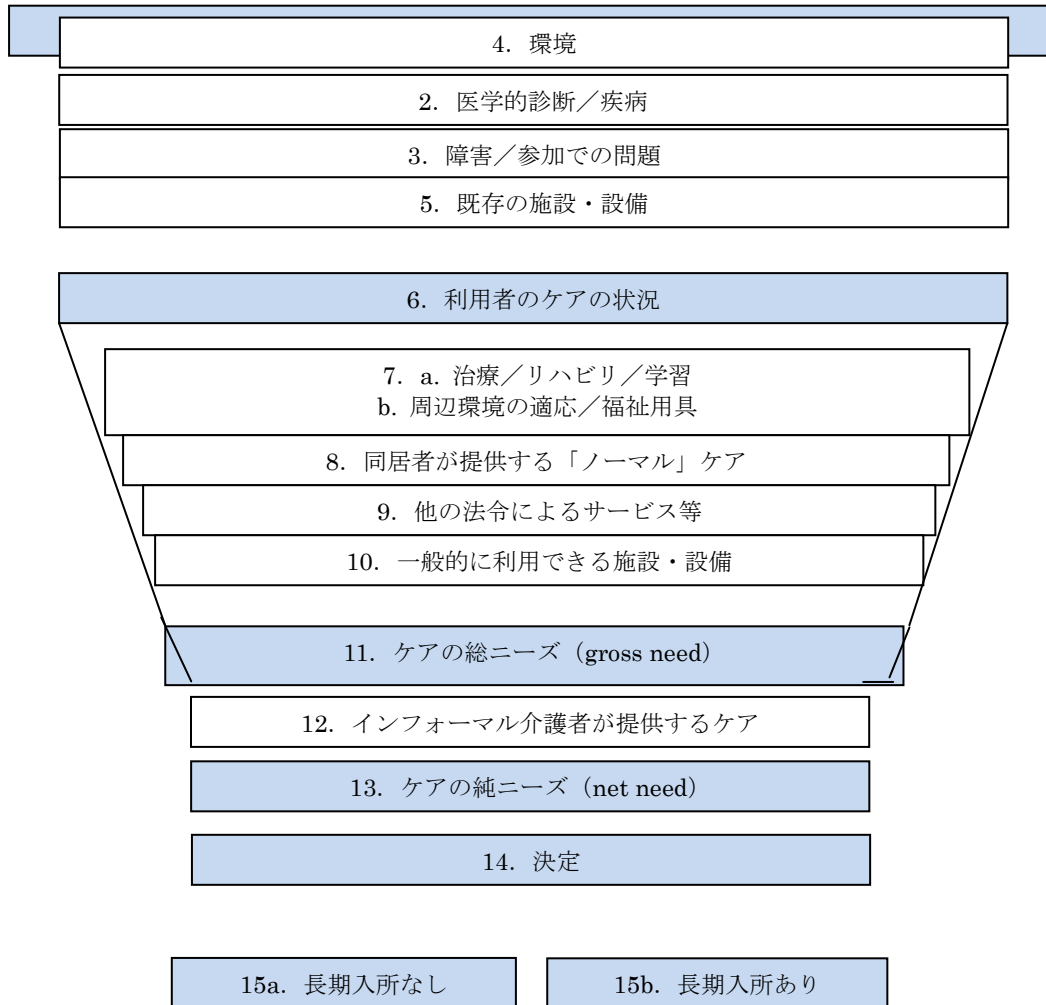
・要支援レベルの場合

・軽度の場合

・重度の場合

これはすべて、利用者のケアニーズや希望によりけり。利用者のケアニーズおよび希望が中心的な問題。利用可能な法律ではない。

4) 認定の根拠となる評価基準



WLZ の漏斗状アセスメント

- ・とくに評価では、身体状況をみるのか、介護の必要度をみるのか
- ・環境因子、個人因子をどの程度重要視するのか

WMOs では、利用者を支援する意志のある配偶者、友人、近隣の者などがいるかどうかを把握することが重要である。これはアセスメントの主要な部分である。

Zvw のケアアセスメントは、看護師が行う。基準を示したシートがあり、看護師は自らの知識と当該基準を基にアセスメントを行う。看護師は訓練を受けており、2018 年からはアセスメントを行うのに資格が必要となる（特定の研修）。

- ・上のように数值的に評価しない場合、どのようにしているか

上記参照。ケアプランには、看護師の注記が記載される。このケアプランは記入されなければならない。保険会社はケアプランを要請できる。

- ・コンピュータ導入の場合の評価・認定方法

たとえば「オマハ」プログラムが導入されている。これは利用可能なプログラムの一つであり、非常によく利用されている。これはデジタル登録システムであり、アセスメントでも役立つ。

<http://www.omahasystem.org/>

- ・医療に関わる判断 誰がどのように

利用者は在宅なのか、病院に入院中なのか、ナーシングホームに入居中なのか？といった状況によりけり。在宅では、GP と看護師が Zvw の主な専門職を務める。

WMO では、看護師はソーシャルケアチームの他のメンバーを巻き込むこともできる（例：精神保健専門職、ソーシャルワーカーなど）。

・訪問調査（誰がどのように）か、書類による申請か

→訪問調査時に、家族の同席（コメント）が可能か？また、認知症や本人のプライドを鑑み、「本人への調査終了後、別室で家族のみへ聞き取りを行うような配慮をしているが、そのような配慮を行っているか
利用者が在宅の場合、アセスメントは自宅で行われる。家族は同席でき、アセスメントでとても重要な役割を担う。利用者（家族にとっての父／母など）のウェルビーイングのために、家族はどのような貢献を行えるか。家族はまた、習慣や癖、気質についてもより詳細な情報を提供できる（認知症の利用者にとって特に重要）。

・MCI の人用の認定手段はあるか

認知症または MCI の特定（診断）は、常に医師（MD）または GP が行う。看護師は MCI を特定できるが、診断を行うことはできない。

*認定基準表（アセスメントシート）を求める。受給額、量の詳細（家族対象も）

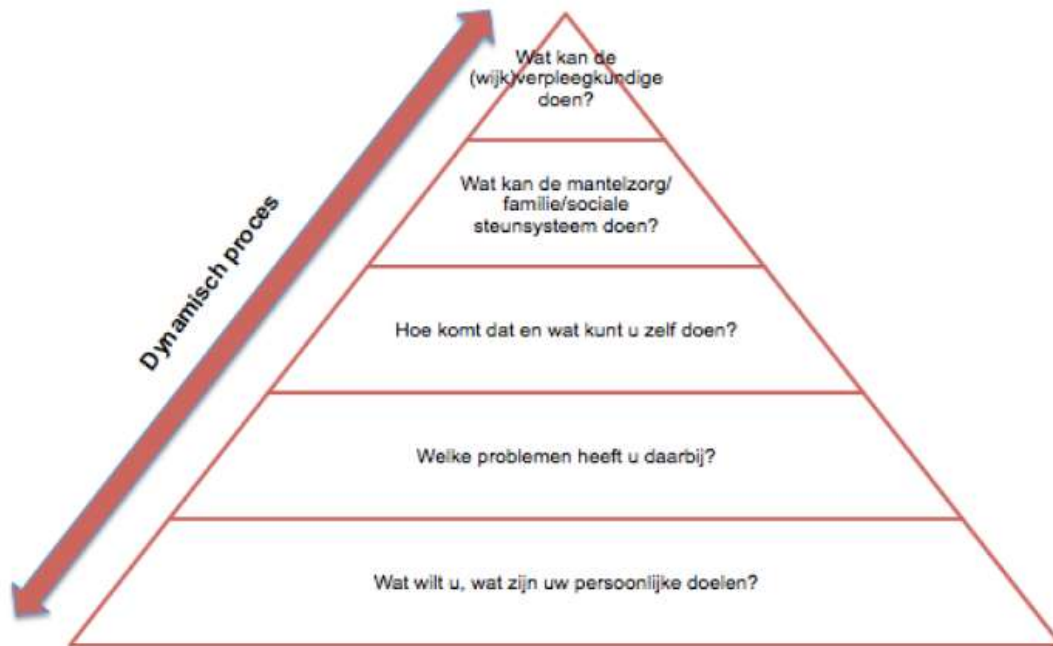
看護師の基準（ZwW アセスメント）

標準フレームワークは、看護師が外部看護とケアを指導し、整理する際に満たさなければならない要件を記述しています。標準フレームワークは、クライアントと政府に明快さを提供し、専門家、ケア提供者、健康保険会社を指導します。標準フレームワークでは、看護表示の実施と配達されるケアの組織化のための 6 つの基準が開発されている。

標準フレームワークは、次の 6 つの標準で構成されています。

- 1.ケアの適応と組織化は、専門的自律性に基づいて行われる。プロフェッショナルな自律性は、顧客オリエンテーションと独立した決定を保証します。
- 2.ケアの表示と編成は、学士または熟練した看護師が行います。これらの専門家は、必要なコンピテンシーを持つことが期待できます。
- 3.ケアの表示と整理は、クライアント自身の管理と自給自足とクライアントシステムを強化することを目的としています。このようにして、看護師は、責任を持ってケアを実施するための社会的ニーズに対応しています。
- 4.ケアの表示と整理に関する意思決定は、看護過程に基づいて行われる。看護師がこれに使用する方法は、臨床的な推論です。このプロセスは、質問の明確化、診断、結果および介入の計画、ケアの構成、実施および評価からなる。
- 5.レポートは V&VN ガイドライン(My V&UN の無料ログインアカウントが必要)に準拠しています。2011 年以降、看護報告の目的と構成要素について議論するガイドラインが作成されています。報告書に添付されている概要図も参照してください。
- 6.看護移転は、ケアの移転のための V&VN 基準に準拠しています。この規格は、必要に応じて「ホット・トランスファー」の選択肢と組み合わせて、最大 27 の項目に関する情報で構成されています

6) 上記評価を受け認定プロセスで配慮される項目



Figuur 2. Stappen in de verkenning van zelfredzaamheid van cliënt en cliëntsysteem

下から順に：

あなたが望む事は何ですか？あなたの個人的な目標は何ですか？

あなたが目標を達成するのに問題となるのは何ですか？

なぜそれが問題であり、あなた自身は何ができますか？

インフォーマルな介護者（家族、友人）は、どのようにしてあなたを支えることができますか？

看護師はあなたに何をできますか？

[file:///U:/20140701%20Normen%20verpleegkundige%20indicatiestelling%20\(1\).pdf](file:///U:/20140701%20Normen%20verpleegkundige%20indicatiestelling%20(1).pdf)

18 ページ

- ・ 本人の意向確認方法、本人に何を聞くか、本人（を取り巻く）状況の何を確認するか
- ・ 本人への説明内容
- ・ 医療ニーズ、リハビリ可能性
- ・ 地域インフォーマルサービスとの関係
- ・ 家族介護力との関係
- ・ 認定にコンピュータ導入の場合の内容とプロセス
- ・ 認知症の場合はどのように判断するか。診断には医師からの診断書等が必要か

看護師は iPad（タブレット）を使って業務を行う。上記はすべて質問される。

7) 評価するのは誰（機関・担当者）か

- ・ 職種、所属組織
- ・ 雇用形態、報酬形態
- ・ チーム制かひとりで決めるか

上記参照。

GP または MD が認知症の診断を行わなければならない。看護師は診断を行うことができない。

8) 最終的な認定のアウトプット

ケアプラン

・必要な介護の量のレベル分け

→日本では、判定審査会から「サービス提供の内容」についての意見を申し添える（利用者へであるが、実質はケアマネジャーへ）仕組みがあるが、そのような取組があるか
いいえ。看護師はケアニーズのレベルを示すのみ。保険者が支払う。

・介護費用の額給付額

わからないため、提供不可。

・自己負担額等

自己負担は税金支払い／割引であり、所得によりけり。

長期ケアのプランニングに関する質問

判定はケア判定センター（CIZ）。

<イギリスからの回答>

4) Liz Greer 地方自治体協会アドバイザー

要介護認定（介護重度判定）に関する質問

「認定」は、イングランドで用いられているプロセスではない。受給資格の決定は通常、有資格のソーシャルワーカーが地域レベルで行い、その後、受給資格のあるニーズを満たすための資源提供を承諾した上司（一人または複数）が署名する。受給資格は、全国を受給資格枠組みで定められ、これは法律に記されている。したがって唯一の要件は、支援の受給可否を決定する際に、この枠組みが公平性かつ一貫性をもって適用されていることである。スコアやランキングシステムは無く、またニーズの「階層」も無い。受給資格の決定は、障害または病気が本人のウェルビーイングへ及ぼす影響に基づいており、これは一人ひとり異なる。

認定プロセス

4) 認定の根拠となる評価基準

・どのような領域について、どのように評価するか（領域例：身体状況、ADL・IADL、認知症、社会交流、精神・行動障害、医療状況など、評価例：できる1点、一部介助2点、全介助3点など）
病気または障害がウェルビーイングのアウトカムに及ぼす影響。

・環境因子、個人因子をどの程度重要視するのか

これらは、アセスメントで考慮されるアウトカムの一部である。

・上のように数量的に評価しない場合、どのようにしているか

→日本では「特記事項」という調査員の「経験値」「主観的情報」等を審査に反映するようにしているが、どうしているか？ また、審査会や保険者も「特記事項」等をかなり意識しているが、審査・判定時は何か配慮しているか

大半の自治体では今もアセスメント票を使用しており、通常は電子的に記録される。これらは徐々に、よりアウトカム・ベースになっていたり個別化されるようになってきている。たとえば、ADLチェックリストよりも、会話モデルや強み/資源ベースのアプローチを用いるようになってきている。多くの自治体には現在、本人が自分で記入できるセルフアセスメント票がある。

・コンピュータ導入の場合の評価・認定方法

アセスメントの記録、地域および全国的な計画に向けた実績・コストおよび質のデータ作成。

・医療に関わる判断 誰がどのように

→日本（多くの実態）では、医療ニーズが高い事例については、それに対応する判定チーム（医師は勿論、看護師等他医療職がいる審査会が担当する）が担当する配慮をする場合が多いが、そのような配慮があるか
同じ。

・訪問調査（誰がどのように）か

はい。本人がセルフアセスメントを行う場合は別だが、その場合でも通常は自宅訪問を受ける

・書類による申請か

紙での「申請」はない。ただし本人がセルフアセスメントを行う場合は別。アセスメントを受けるには、「ニーズの出現」があればよいため、大半の人はアセスメント（サービスではなくとも）を受ける資格を有するだろう。

→訪問調査時に、家族の同席が可能か

はい。アセスメントを受ける本人が同意すれば。（あるいはサービス利用者が希望すれば、他の人でも参加できる。）

・家族はコメントできるか

はい、その人たちは貢献できる。

・また、日本では認知症や本人のプライドを鑑み、「本人への調査終了後、別室で家族のみへ聞き取りを行うような配慮をしているが、そのような配慮を行っているか

これは、アセスメントを受ける本人、または本人の能力が欠けている場合には本人の利益のために行動する人の同意を得て行われる。ケア法に基づき、（家族ではなく）ケアラーは別途個別のアセスメントを受けることができる。

・MCI の人用の認定手段はあるか

医療職（例：GP）からのインプット。

*認定基準表（アセスメントシート）を求める

添付資料参照。（意味がよく分からない）

6) 上記評価を受け認定プロセスで配慮される項目

これらはすべて、アセスメントプロセスの中で考慮される。

- ・認定にコンピュータ導入の場合の内容とプロセス
コンピューターは受給資格を決定せず、人間の判断で行う。

7) 評価するのは誰（機関・担当者）か

- ・チーム制かひとりで決めるか

はい、またその人の直属上司（一人または複数）。

- ・認知症であるとの判断。医師の書面、診断が必要か

紹介が必要。または GP もしくは他の医療職からのインプット。

(8) 最終的な認定結果のアウトプットはどのような形で出されるか

すべての関係者が合意したアセスメントおよびケアプラン。受給資格がない場合、その理由およびニーズ悪化の際に行うことを説明した書状。

- ・必要な介護の量のレベル分けはどのようにするか

ケアニーズの「レベル」は無い。本人に受給資格があるかないかのどちらかである。ただしウェルビーイングへの影響によって、受給資格のあるニーズと無いニーズは存在する。

- ・介護費用給付額

添付資料参照。

- ・自己負担はあるか

はい。

- ・認定結果に不満がある際の対応

再アセスメントを要請できる。自治体に苦情を申し立てることができる。自治体での苦情を監督する全国機関へ苦情を申し立てることができる。地域のヘルスウォッチ団体（訳注：患者の利益代表機関）に持ちかけることができる。

長期ケアのプランニングに関する質問

注記：イングランドにおける long-term care（長期介護）のプロセスは、別紙の4ケースへの回答で述べたとおりである。

サービス決定プロセス

1) アセスメントの開始（どのような経過を経てアセスメントが開始されるか）

- ・アセスメント開始までのプロセス

他者または自らによる紹介

- ・窓口はどこか

自治体：成人向けソーシャルケア

- ・ちょっと困ったときにどこに行くか（認知症かもしれない？買い物がたいへん…）

別紙の仮想ケース1と同様。または自治体。

2) アセスメントから生活支援/長期介護サービスの決定までのプロセス

- ・ケアケアプラン作成担当者が高齢者と協議（ケアプラン担当者がある）か。

はい。

判定機関がプロバイダーを高齢者に知らせて高齢者がプロバイダーに連絡するか

いいえ。選択肢は常に検討される。

認定を受けて（相談窓口へ高齢者が行き）自分でサービスを探すか

様々な選択肢を検討するための情報を与えられたり、オンラインで探したりすることがある。サービス提供者を訪れたり提供者が本人を訪問したりするかもしれないが、相談事務所には行かない。

- ・ケアプラン作成支援、相談はどのような機関・組織が行うか、有料か

ソーシャルワーカーとサービス提供者またはブローカー（もしケアラーを直接雇用する場合）。現在は無料だが、ケアを全額自己負担している人は、今後費用が課される可能性あり。

- ・認知症の症状がある場合、ケアプラン作成において、配慮される内容はあるか。ある場合、ガイドライン等によって、国単位もしくは自治体単位で規定され、共有されているか

個別化されなければならないが、実践/基準に関するアドバイスやガイダンスを提供する多くの全国組織や政府が存在する。

3) アセスメントから生活支援/長期介護サービス決定の実際

・アセスメントの際に収集する情報

ケア法でカバー。

・アセスメント結果を判断する手順

ケア法でカバー。

-本人の意向確認方法 本人/家族との話し合い

はい。

-地域インフォーマルサービスとの関係

はい。

- ゴール設定の詳細

別紙4 ケースへの回答参照。

・多職種協働はどのように行われるか

ケア法でカバー。

アセスメント基準表を求める

ケア法でカバー：様式は様々。

・ケアプラン作成の詳細

ケア法でカバー：様式は様々。

・ケアプランの実施プロセス

多職種会議

必要に応じて。

本人と家族への情報提供、意思確認

はい。

医療、リハビリ提供機関との連携

はい。

介護サービスの選択基準

合意を得たパーソナル・バジェットの範囲内で個別ニーズへ応える最良の提供者（複数の場合もあり）。

サービス提供機関を選ぶ際の基準

必要に応じて支援を得ながら本人が選択。

・ケアプランの見直し期間

3 か月。その後は1年に1度。

・認知症の症状により、本人の意向確認ができづらい場合は、どのような方法、配慮がとられているか

独立した擁護者を利用可能。

・アセスメント/ケアプラン作成担当者の資格、所属組織

通常は有資格のソーシャルワーカー。看護師またはOTの場合もあり。

・アセスメント/ケアプラン作成担当者の研修

資格用研修プラス継続的な専門能力開発（専門職登録の要件）。

・アセスメント/ケアプラン作成担当者の雇用形態、報酬形態、行動基準

全国的に合意された条件

・アセスメント/ケアプラン作りにおけるチーム（職種）、1人で決めるか

上記のケース参照。

・アセスメント/ケアプランは自治体、保険者などからチェックを受けるか

主に内部でチェック（例：ケースファイル監査またはピア・レビューを通じて）、アセスメント実施数などに関するデータは全国的に収集、必要に応じて外部監査を実施することもある。

4. サービスの種類

・認知症の人のみが利用できるサービス、認知症の人の自立を促すために取り組まれている支援、共通の支援方針等はあるか

はい。ただし、それが何かはよくわからない。

特に独居で認知症の症状がある場合、在宅での暮らしが困難となり、施設へ移行する必要性がある場合、誰がどのように判断するのか

これはアセスメントのプロセスを通じて判断され、複数の専門職や家族が関わる可能性が高い。擁護者も利用可能である。

モニタリングのプロセス

別紙4 ケースへの回答参照。

資料：

- ・ケアアクトガイダンス

<https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>

- ・セルフアセスメントフォーム

https://www.sutton.gov.uk/downloads/file/2137/self_assessment_form_for_adults

- ・ケアアセスメントと適格性（判定プロセスも）

<https://www.scie.org.uk/care-act-2014/assessment-and-eligibility/>

仮想4 ケースへの回答

- 1) 海外の研究者・ケア関係者への仮想4 ケースと質問 p 202

<ドイツからの回答>

- 2) AOK (総合地域医療保険ファンド) ラインラント/ハンブルク
(インタビューより) p 210

Christoph J. Rupprecht 政治・健康・コミュニケーション部エリアマネージャー

Jörg Artmann 保健政策長/保健医療

Michael Kohl 看護審査スタッフ

- 3) Ulrike Lux マールブルク市介護事務所 p 214

- 4) Ljiljana Specht カリタス フランクフルト セントラルステーション
東第2 ケアマネージャー p 216

<オランダからの回答>

- 5) Kim Oudshoorn 地域看護師サービスプロバイダーActivite p 217

- 6) Wilco Achterberg ライデン大学医学部教授 p 221

- 7) Lilja Perdijk ライデン市役所アドバイザー (インタビューより) p 224

- 8) Mrieke van del Waal 国際長寿センターオランダセンター事務局長 (インタビューより) p 229

<イギリスからの回答>

- 9) Liz Greer 地方自治体協会アドバイザー p 233

1. 海外の研究者・ケア関係者への仮想4ケースと質問

1) (ケース1) 虚弱化しつつある

ケース1 (日本の要支援相当)	
<p>Aさんは80歳の女性である。子どもはおらず、夫は5年前に亡くなった。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。</p> <p>5年前にめまいがするので循環器内科に行ったところ高血圧と言われた。その後服薬をしているがときどき飲み忘れることがある。3年前に足がしびれて痛いので整形外科で受診したところ脊柱管狭窄症と言われた。手術もできると言われたがこわいので断った。最近、自宅に閉じこもりがちである。ゆっくりであれば身の回りのことはおおむね自分で行うことができるが、調理や掃除などがしにくくなってきた。現在、サービスは利用していないが、周りの人に「昔は色々やっていたのに、最近だんだん出来なくなってきた」と、ぼつりと自分の状況を話している。</p> <p>趣味のコーラスへの参加は月に1回続けている。</p>	

		できる	一部介助	全介助	備考
健康	筋力低下				
	栄養状態	△			将来的には課題となりうる
	口腔・嚥下	○			
ADL	寝返り	○			
	起き上がり	○			
	移乗	○			
	歩行	○			
	食事	○			
	入浴	○			
	排泄	○			
	調理、	△			
IADL	そうじ	△			棚ふけるが、床拭けない。
	洗濯	○			
	移動	○			
	外出	○			
	電話利用	○			
	金銭管理	○			
	服薬管理	○			
コミュニケーション	意思伝達できる	○			
家族介護力	別居・同居・近居含め	なし			
社会交流	趣味の会などを行っている。そこそこ有。				
経済状況	普通				
医学的状況	脊柱管狭窄症、高血圧				

<参考>

一般的な要支援

- ADL 自立
- 腰が痛い(脊柱管狭窄症の発症期、血圧高いなど)。
- 棚など座って拭けるが、かがんで床掃除できない。
- 趣味の会などは行っている。

ケース1. についての質問

相談	<p>1. 相談</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Aさんが相談する場合どこに相談するか ・ 誰が対応するか（職務、資格） ・ その相談を受けた人（機関）は身体介護、生活支援、リハビリ、虚弱化予防・健康増進諸活動、地域インフォーマルサービスとどのようにつながっているか <p>☆サービス提供から離れる「心理的サポート」や「認知症等からの判断力低下等の際、付き添いや同行等のサポート」等は、誰が担っているか。</p>
サービス提供プロセス	<p>2. サービス提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 何らかのフォーマル、インフォーマルサービスを紹介するか ・ 生活課題の分析などのアセスメントは誰が実施するのか ・ アセスメントを職場内外で共有する方法にはどのようなものがあるのか ・ サービス提供の申請、申し込みは誰がどのようにするか ・ サービス提供にあたってどのような手続き、審査、話し合いがあるか ・ その際に医療機関とはどのように連絡を取り、連携するか ・ 実際に想定されるサービス内容、サービス提供期間 ・ 何を目標にするか ・ サービスの終了をイメージした初期の合意形成をどのように築いているのか ・ 事業所への給付（報酬） ・ 本人の自己負担額
モニタリングのプロセス	<p>3. サービスの変更、終了、モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービスの変更・修正はどのような場合に誰がどのように行うか ・ サービス終了判定はどのような場合に誰がどのように行うか ・ モニタリングを行っているか ・ モニタリングは誰がいつまで行うか、観察頻度

2) (ケース2) 外出が困難になってきた

ケース2 (日本の要介護1相当)

B氏は75歳で自宅でのひとり暮らしの男性である。妻は2年前に他界している。1年半前に脳梗塞を発症したことにより、右麻痺がある。杖を使えば何とか外出できる。入浴時の着がえ、洗髪などに一部介助が必要である。

以前は近所の公園で仲間たちと体操をしていたがすっかり行かなくなってしまった。

子どもは他県に住んでいる長男がいるが、訪問は2か月に1度程度である。経済状態もその地域で標準的である。

		できる	一部介助	全介助	備考
健康	筋力低下				備考あり
	栄養状態				
	口腔・嚥下				
ADL	寝返り	○			
	起き上がり	○			
	移乗	○			
	歩行	△			杖使ったの外出できる。
	食事	○			
	入浴		○		
	排泄	○			住宅改修でできるかも
IADL	調理、	○			
	そうじ	○			
	洗濯	○			
	移動		○		
	外出		○		公共交通での外出できない。車に乗れるが運転できない。
	電話利用	○			
	金銭管理	○			
	服薬管理	○			
コミュニケーション	意思伝達できる	○			
認知症	なし。オプションで軽度～中度				
介護力	別居・同居・近居含め	あり	少しあり	なし○	
社会交流	ほとんどない				
経済状況	普通				
医学的状況	脳梗塞のマヒなど。通院。				

<参考>

一般的な要介護

○杖を使ってなんとか外出できる。公共交通使ったの外出はできない。車運転できない。

○何とか独り暮らしできるか？

○趣味の会など行っていない

☆ヘルパー中心で生活の困りごとをスポットで。デイは少ない。(スーパーの配達頼んでヘルパーはそうじで週○回)

ケース2. についての質問

サービス提供プロセス	<p>1. 想定されるサービス提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・B氏のような状況の場合、一般的に何らかのフォーマル、インフォーマルサービスを受けているか ・サービス提供の申請、申し込みは誰がどのようにするか ・サービス提供にあたってどのような手続き、審査、話し合いがなされるか ・その際に医療機関とはどのように連絡を取り、連携するか ・そのサービスを提供している人（機関）は身体介護、生活支援、リハビリ、虚弱化予防・健康増進諸活動、地域インフォーマルサービスとどのようにつながっているか ・何を目標にするか ・生活課題の分析などのアセスメントは誰が実施するのか ・アセスメントを職場内外で共有する方法にはどのようなものがあるのか ・実際に想定されるサービス内容、サービス提供期間 ・事業所への給付（報酬） ・本人の自己負担額
モニタリングのプロセス	<p>2. サービスの変更、終了、モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの変更・修正はどのような場合に誰がどのように行うか ・サービス終了判定はどのような場合に誰がどのように行うか ・モニタリングを行っているか ・モニタリングは誰がいつまで行うか、観察頻度
認知症がある場合	<p>1. このB氏について「最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった。」というような認知症の症状が出てきた場合に、上記の質問への回答はどのように変わってくるか</p> <p>☆サービス提供から離れる「心理的サポート」や「認知症等からの判断力低下等の際、付き添いや同行等のサポート」等は、誰が担っているか</p>

3) (ケース3) 1人暮らしが難しくなりつつある

ケース3 (日本の要介護2相当)

Cさんは88歳の女性で自宅で夫と二人暮らしである。2年前に変形性膝関節症と診断され、医師に通って対処療法をしているが痛みがだんだんひどくなってきた。家事がほとんどできない状態になってきており、近所に住んでいる娘がCさんを支えてきたが介護負担が大きくなってきている。また糖尿病もあるが服薬でコントロールしている。本人は自宅での生活の継続を希望しているが、日常生活の多くに介助が必要な状況となっている。
子どもは隣町に住んでいる長女がいるが、仕事をしており、訪問は1週間に1度程度である。

		できる	一部介助	全介助	備考
健康	筋力低下				あり
	栄養状態				普通
	口腔・嚥下				歯が少なく、咀嚼悪く丸飲み
ADL	寝返り	○			
	起き上がり	○			
	移乗		○		
	歩行	○			つかまれば可
	食事	○			
	入浴 今の家で入れる		○		
	排泄			トイレに移動介助	
IADL	調理、		○		体を動かすのが困難
	そうじ		○		
	洗濯		○		
	移動		○		
	外出		○		外に出にくい。シニアカー使えない。
	電話利用	○			
	金銭管理	○			
	服薬管理	○			
コミュニケーション	意思伝達できる	○			
認知症	なし。オプションで軽度～中度				
家族介護力	別居・同居・近居	あり	少しあり ○	なし	
社会交流	外に出にくいので交流も減る				
経済状況	普通				
医学的状況	糖尿				

<参考>

一般的な要介護2

- 一人暮らしが難しくなる。身体動かすのが困難。
- 立位で待てる。支えあれば歩ける人も。車いすの人もある。(要介護1では車いす貸与なし)
- パーキンソンのOFFの時、がん末期など。
- 内臓疾患二つ以上で、病气原因の障害が多くなる。(要介護1までは生活不活発原因が多い)
- ☆デイでリハ(週2回)。ヘルパー週3-4回+配食。
- ★オプション質問:認知症(中度)あるとどうなるか?

ケース 3. についての質問

サービス提供プロセス	<p>1. 想定されるサービス提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・C 氏のような状況の場合、一般的に何らかのフォーマル、インフォーマルサービスを受けているか ・サービス提供の申請、申し込みは誰がどのようにするか ・サービス提供にあたってどのような手続き、審査、話し合いがなされたか ・その際に医療機関とはどのように連絡を取り、連携したか ・そのサービスを提供している人（機関）は身体介護、生活支援、リハビリ、虚弱化予防・健康増進諸活動、地域インフォーマルサービスとどのようにつながっているか <ul style="list-style-type: none"> ・何を目標にするか ・生活課題の分析などのアセスメントは誰が実施するのか ・アセスメントを職場内外で共有する方法にはどのようなものがあるのか ・実際に想定されるサービス内容、サービス提供期間 ・事業所への給付（報酬） ・本人の自己負担額
モニタリングのプロセス	<p>2. サービスの変更、終了、モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの変更・修正はどのような場合に誰がどのように行うか ・サービス終了判定はどのような場合に誰がどのように行うか ・モニタリングを行っているか ・モニタリングは誰がいつまで行うか、観察頻度
認知症がある場合	<p>3. この C 氏について「最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった。」というような認知症の症状が出てきた場合に、上記の質問への回答はどのように変わってくるか</p> <p>☆サービス提供から離れる「心理的サポート」や「認知症等からの判断力低下等の際、付き添いや同行等のサポート」等は、誰が担っているか</p>

4) (ケース4) 1人暮らしはやや難しい

ケース4 (日本の要介護3相当)

Dさんは80歳の女性。いまは夫と二人暮らしである。夫が家事全般や介護を献身的に行っている。15年前に糖尿病を発症し症状は徐々に悪化し現在、慢性腎不全(週3日血液透析中)、糖尿病性腎症、高血圧症等を患っている。高齢であることに加え、両膝の変形性関節症、変形性腰椎症、骨粗鬆症のため、その負担も出てきている状態。家の中で転ぶことも増え、外出も少なくなってきた。別居の長男は、月1回程度訪問している。

		できる	一部介助	全介助	備考
健康?	筋力低下				
	栄養状態				
	口腔・嚥下		○		マヒのため嚥下できない。
ADL	寝返り			○	
	起き上がり			○	
	移乗		◎	△	
	歩行				立位で待てない。一人歩行難しい。
	食事	△	○		座位取れる
	入浴			○	
	排泄			○△	トイレ介助必要
IADL	調理、			○	
	そうじ			○	
	洗濯			○	
	移動			○	
	外出		△	○	シート出てくる車椅子なら自分で移乗可
	電話利用	○			
	金銭管理	○			
	服薬管理	○			
コミュニケーション	意思伝達できる		意思疎通やや困難		
認知症	なし。オプションで軽度～中度				
介護力	少しあり				
社会交流	家族が連れ出してくれる時のみ				
経済状況	普通				
医学的状況	褥瘡、浮腫(座っているので)が多い。心臓も弱っている(動かないので)。糖尿病も管理が難しい(訪問看護が必要)。				

<参考>

一般的な要介護3

- 座位は取れるが立位保持できない。要介護3になると、車いす利用が多い。
- 座位はとれるので、食事は自分でできる/補助器具でできる。
- 外出機会が減り、デイ利用が多くなる。
- 独居むずかしい(認知症なしだと身体悪く、ベッドにいる時間が長い状況)
- ☆生活全体の支えが必要。ヘルパー3ヶ所組み合わせたりする。デイで社会交流。
- ☆ベッドの時間増え、座位中心で動けないので訪問リハ必要かも(立位訓練含め)

ケース4. についての質問

サービス提供プロセス	<p>1. 想定されるサービス提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Dさんのような状況の場合、一般的に何らかのフォーマル、インフォーマルサービスを受けているか (受けている場合) ・サービス提供の申請、申し込みは誰がどのようにするか ・サービス提供にあたってどのような手続き、審査、話し合いがなされたか ・その際に医療機関とはどのように連絡を取り、連携したか ・そのサービスを提供している人(機関)は身体介護、生活支援、リハビリ、虚弱化予防・健康増進諸活動、地域インフォーマルサービスとどのようにつながっているか ・何を目標にするか ・生活課題の分析などのアセスメントは誰が実施するのか ・アセスメントを職場内外で共有する方法にはどのようなものがあるのか ・実際に想定されるサービス内容、サービス提供期間 ・事業所への給付(報酬) ・本人の自己負担額
モニタリングのプロセス	<p>2. サービスの変更、終了、モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの変更・修正はどのような場合に誰がどのように行うか ・サービス終了判定はどのような場合に誰がどのように行うか ・モニタリングを行っているか ・モニタリングは誰がいつまで行うか、観察頻度
認知症がある場合	<p>3. このDさんについて「最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった。」というような認知症の症状が出てきた場合に、上記の質問への回答はどのように変わってくるか</p>

2. AOK (総合地域医療保険ファンド) ラインラント/ハンブルク

Christoph J. Rupprecht 政治・健康・コミュニケーション部エリアマネージャー
Jörg Artmann 保健政策長/保健医療
Michael Kohl 看護審査スタッフ

<2017年8月24日インタビューより 部分収録>

(ケース1)

ケース1に関して重要なのは薬を飲むのを忘れるというところだ。認知症ではない。2つの可能性があって、近所にそのようなことを注意してくれる人がいないかどうかということを知り、もしくは在宅の事業所に頼むかだ。1週間に1回服薬の順番を決めて箱に入れるという作業をする。あるいはもう少し物忘れがひどくなったら1日に2回来てもらう。それから足に感覚がないと書いてあるが、もし整形外科に自分の足で行けなくなったらタクシーの交通費をAOKが出してあげられるかどうかを考える。しかしそのためには介護度4がなければならない。もしくは障害者の証明書が必要だ。ただしその際に特別に歩行に障害があることの証明がなければならない。

もう一つの可能性は疾病金庫でケースマネジャーという人がいるが、そのケースマネジメントの中で何かいい方法がないかということを考える。たとえば薬を飲むのを警告するようなシステムを使う。遠隔医療の可能性も考える。

最後の、歌を歌いに行くということはたいへんいいことだと思う。ただしこれは介護金庫とはかかわりのないことだ。教会とか近所の人の担当だ。

しかしそれは大事なことだと考えているので近所間のプロジェクトを立ち上げた。

(質問：金庫としては行かないが応援はしているということか。)

それに関しての相談も受けている。しかし介護金庫の相談員として介護度のある人にはいろいろな支援はできるがそれがないとあまりいろいろなことができない。

もちろん自主的に誰かを助けることはできるが私一人で世界を救うことはできない。

デュッセルドルフにはセンタープラスという機関があるがそこは日本語や外国語のコースなどさまざまなものを提供している。そこに人々が集まってネットワークを作る。たとえばそのようなサービスがあると皆さんに教えることはある。あと、家がゴミだらけの人、社会的なコンタクトのない人、うつの人が相談に来たとしたらこのような集いの場があるということはある。

ケース1は予防が大切なので疾病金庫のさまざまな体を動かすコースとかかかわってくる。AOKは地域に根差した金庫という名前がついている。なのでさまざまなネットワークがある。それを使って情報を流していくこと、また逆に情報を入れるということをしている。

(質問：このすべてのケースは介護保険が適用になる可能性はまずないという理解でいいか。)

2と4はもしかすると可能性がある。

1は疾病金庫の枠内だ。社会的なコンタクトを作ることを私たちも努力している。2は腕がどのくらい使えるかということによる。2の場合に疾病金庫の枠内で家事援助を得ることが可能かもしれない。ただし期間は限られている。これは脳卒中だからだ。

4はどちらの保険からも給付が出る可能性がある。特に腎不全によって。その際に透析に通わなければならないが、疾病金庫の枠内でタクシーなど交通費を払うことが可能になる。ここで大切なのはMDKからすでに要介護の認定が出ているかどうかだ。もしくは重度障害者のパスを持っているかどうかだ。

(質問：4は洗身がだめで、要介護認定は出そうに思うがどうか。)

何らかの介護度はもらえるだろう。

これらのケースの意図を知りたい。家事に関することがいろいろと書かれているが、そのような場合に日本では介護認定は出るのか。

(質問：対象になっている。)

たとえばコーラスに行けない場合に誰かが手伝うという給付が出るか。

(質問：コーラスは、指定事業所のデイサービスで歌うのであれば出ると言える。)

単に家にいて一人で生活している場合は出ないということか。

(質問：ケース1でコーラスを入れたのは人物像、生活像イメージの説明のためだ。)

社会参加をしているということが言いたいのか。

(質問：そうだ。)

そうすると、これができるということは介護度を得るためにはマイナスだ。聞きたいのは、そのような余暇の楽しみができなくなったら日本はできるようにするために何かしらの支援を介護保険内でするのかということだ。何か給付を与えるか。

(質問：リハビリ給付になる。)

そういう意味では私たちとそれほど変わらない。ただし考え方の違いとしては、どちらかというドイツではリハビリテーションは身体の機能に集中しているので趣味というところには注目しない。

(質問：ケース1のポイントは「ゆっくりならできる」というところだ。)

介護鑑定では重要だ。昔は何ができないかということを中心としていたが、最近はまだ何ができるかということが重要だ。

例えば腰痛だとする。そうするとそれをできるだけ軽くするような運動コースに参加することができる。それに疾病金庫から補助金が出ている。ヨガもある。ただそうすると予防、健康増進の枠内なので医療保険の範囲となる。

(質問：運動以外に調理がしにくくなったということがある。日本では座ってするとか、休憩を取りながらするとかやり方を変えるような指導をしながらできることを増やして行く。)

ケース 2 のように脳卒中になったらそのようなセラピーを受けることができる。しかしこれも疾病金庫だ。

(質問：日本では介護予防のためのリハビリという考え方があって、できるうちに早めにリハビリをする。介護保険には介護給付と予防給付と 2 種類ある。)

健康のための予防は疾病金庫から出る。予防はイコール介護予防につながるものだ。介護度が認められて初めて介護保険が関わる。もしこの女性が AOK の窓口を訪れて腰痛がひどいとか歩くのが難しいと相談をしても、疾病金庫に送られてしまうだろう。私は会うことはない。出会うとしたらこの人がもうベッドから起きられなくなって初めて出会うだろう。

4 つ目のケースの一つの側面について話したい。ここで夫に非常に介護負担がある。このケースの場合、夫が病気になってしまうことがあるかもしれない。そうしたらこれは障害給付を受ける典型的なケースかと思う。夫の役割に代わる人をこの女性は持つ権利があるということになる。また、この人は糖尿病でもあるということで、そうすると疾病金庫から在宅看護の給付を受けられる可能性はある。何かの疾病を患った後にその結果が障害をもたらしている場合は疾病金庫になる。健康増進にかかわることも疾病金庫の担当になる。

また 2 つ目の卒中のケースだが、この人は麻痺によって移動能力、セルフケアにおいて問題がある。麻痺によって髪の毛が洗えないとか、服の着脱が難しいということになればこれは典型的な在宅の現物介護給付のよい例だと思う。家族もいない。ただし問題は、この人はいろいろな能力があるので介護度をもらえるとしてもとても低い。

この人は脳卒中の結果リハビリテーションに関するセラピストの助けが必要になるので、それで足りない場合は介護保険申請になる。

おそらくこの人は脳卒中のあとにかなり長い期間疾病金庫からリハビリテーションの給付を受けることができるだろう。手順としては、そのリハビリテーションが終わる段階で MDK の人がやってきて介護が必要かどうかを見に来るだろう。このケースが非常に重要であれば MDK の人にも聞いてみたらどうか。非常に迅速に行われる理想的なケースでは、まだリハビリテーションの入院中に MDK が来る。そうすると申請等の事務手続きを本人がしなくても済む。そのあと実際の鑑定が自宅で行われてかなり早い段階で給付が始まるのが理想的だ。

それから息子が別の町に住んでいるというのはドイツでも典型的だ。例えばミュンヘンで働いているかもしれない。そうするとデュッセルドルフに来ることはできない。そうすると近所の人が重要な役割を果たすことになる。そうすると家族がやってくれないのでその分をサービス事業者に頼まなければいけなくなる。

3つ目のケース。この人は自分の病気によって家事ができないということを想定している。そうするとやはり疾病金庫の給付になる。ただし娘が近くにいて家事ができる。痛みがもっと悪化した場合は要介護認定をすすめることになるだろう。

この人は糖尿病でもある。日常生活に支障をきたすようであれば、介護認定において考慮してもらえるチャンスが増える。疼痛管理や健康管理が実際にできているかをチェックしよう私たちは思うだろう。そうすると、疾病金庫に相談することを求めるようになるだろう。

それからこのケースではおそらく娘はときどき糖尿病の専門医に連れて行かなければならないだろう。または近所付き合いの中や教会組織の中で医師への付き添いができる人が近所にいないのかということも聞くかもしれない。

それから、ドイツにはGPを中心とする医療というモデルがある。そのモデルの枠内でGPがその人に往診することが義務付けられるかもしれない。その場合は本人が医師のところに行かなくてもいいということになる。

3. Ulrike Lux マールブルク市介護事務所

	介護	住居	将来への備え/ 後見人	その他: 屋外移動、社会交流
ケース 1 要支援 日本	介護保険に関する情報提供。 介護度 1 に関して ¹⁾ 。	将来の住居に関する希望を明確化。 バリアフリーの住居、ケア付き高齢者住居など	緊急時の法的代理に関する情報提供。場合によっては後見人協会への相談を勧める。緊急時用ファイル ²⁾ の提供	高齢者のための地域活動に関する情報 (例「散歩の会」 ³⁾ 、 「尊厳のある社会参加」 ⁴⁾)
ケース 2 要介護 1 日本	介護保険申請 (介護度 2 の可能性 ⁵⁾ 。 各種支援へのアクセス時を支援: 介護 ⁶⁾ 、家事、負担軽減サービス、理学療法 (医師に処方してもらう)	希望により住居相談: 自宅に残ることを希望する場合、屋内にある障害や危険をチェック。介護金庫への補助金の情報と申請支援	緊急時の法的代理に関する情報提供。場合によっては後見人協会への相談を勧める。緊急時用ファイルの提供	重度障害者証明 ⁷⁾ の申請。 高齢者のための地域活動に関する情報 (例「散歩の会」)。電動スクーターまたは電動車いすを疾病金庫に申請 ⁸⁾ ? 「尊厳のある社会参加」 障害者や低所得者向け新プログラム
ケース 3 要介護 2 日本	介護保険申請 (介護度 3 の可能性)。 各種支援実施に向けた支援: 介護、家事、負担軽減サービス、娘を加えた相談・協議、認知症診断の必要性、訪問在宅高齢者リハビリテーション	住居相談。場合によっては改造	緊急時の法的代理に関する情報提供。場合によっては後見人協会への相談を勧める。緊急時用ファイルの提供	緊急時の法的代理に関する情報提供。場合によっては後見人協会への相談を勧める。緊急時用ファイルの提供
ケース 4 要介護 3 日本	介護保険申請 (介護度 3 の可能性)。 各種支援実施に向け支援: 介護、家事、負担軽減サービス、息子を加えての相談・協議・夫の負担軽減 (夫の介護予防)・理学療法 (医師が処方)	住居相談。風呂場の改造	緊急時の法的代理に関する情報提供。場合によっては後見人協会への相談を勧める。緊急時用ファイルの提供	重度障害者証明の申請。 障害者向け車移送サービスの申請。(介護保険を使い、夫の負担軽減のために) デイケア?

要介護以外に以下の点を明確化する。

- 介護者はどのような負担軽減が必要か。
- 介護者は自分のための活動 (趣味・スポーツを) をする時間と可能性があるか。
- 家族内で (役割に関する) 争いがあるか。
- 将来、どのように住むことを希望するか。
- 必要になったら誰が法的代理を引受けるか。
- どのような社会との交流を望むか。
- 屋内での移動がどれほど重要か。

可能な給付と支援に関する情報

申請支援

各窓口の紹介

(他に付き添いが誰もいない場合など、減多にないが) 現場への立ち会い

例: MDK によるアセスメント。家族や近所の人がいらない場合

- 1) 例えば、いつ頃から介護度 1 が適用になるのか、など。
- 2) 緊急時に救急医や救急隊にとって必要な医療関連情報や連絡先が書かれたファイル。予め本人が記載しておく。マールブルク市が市民に配布。
- 3) 目的は社会との交流および運動させるため。
- 4) 障害者や低所得者向けの市の新しいプログラム
- 5) 服の着脱、洗髪、歩行が困難であるということから。MDK による鑑定に向け、本人のほか、家族や近所の人など本人の状況をよく知る人の準備を助ける。当日立ち会う人が誰も見つからない場合は、Lux 相談員自らが立ち会うこともある。ただしできるだけ当事者たちに自ら立ち向かわせる。
- 6) 在宅介護事業者に連絡
- 7) 介護保険とともに重度障害者証明を申請するようにしている。認可されると公共交通機関など各種チケットが割引になったりと外出しやすくなる。マールブルク市（市独自のサービス）からも、私的な用事（趣味や買い物。医療機関への移送は疾病金庫が管轄）に使える車での移送サービスチケットを月 12 枚受給できる。建物の入り口ではなく、自宅のドアまでの移動支援が受けられる。
- 8) 例えば買い物などに 1 人で移動できるように。

情報提供者: Ulrike Lux, Pflegebüro / Fachstelle für Wohnberatung, Magistrat der
Universitätsstadt Marburg

4. Ljiljana Specht カリタス フランクフルト セントラルステーション東第2 ケアマネジャー

ケース 1

服薬 毎日、介護・看護事業者による投薬
精神社会的な世話・アクティビティ
健康管理 絨毯を除去 転倒の危険のため
配食サービス注文
週2回、清掃人を注文

ケース 2

歩行 付き添いを計画
入浴 シャワー用チェア、手すり
トイレ 便座を高めに設置/トイレ椅子
調理 事前調理または配食サービス
掃除 週1回清掃人
洗濯 週1回支援
歩行 外への付き添い
外出 タクシー移動を手配
社会交流 世話サービス、読書・おしゃべり、外出

ケース 3

健康管理 ペースト食、液状食品、宇宙飛行士のような
入浴 週2回 ボディケア介助、週5回身体介護(小)・着衣介助
トイレ トイレ椅子
外出 介護者と車椅子
家族介護のキャパシティ 介護的世話および認知症の世話の提供を申し出る
社会交流 車いすを使い付き添い

ケース 4

栄養状態 飲む物を頻繁に与えるよう夫に研修
歩行 車いす
入浴 シャワーリフト、介助
トイレ トイレ椅子
認知症 認知症世話
家族介護のキャパシティ 夫の(介護)資源を維持できるよう、夫への指導・研修が必要
社会交流 世話人
経済状態 社会福祉局
医療コンディション 事業者による在宅看護、包帯とりかえ、インスリン投与の糖尿病研修

<オランダからの回答>

5. Kim Oudshoorn サービスプロバイダーActivite 地域看護師

(質問)

1. 相談

- 1)この人は、まずどこにアクセスして相談しますか？
- 2)その後、サービスを受ける（受けない場合も含めて）まで、どのようなプロセスをたどりますか？

2. サービス提供

- 1)この人は、どのようなフォーマルなサービス、インフォーマルな支援が受けられると思いますか？（病院や家庭医による医療行為については記述の必要ありません）
- 2)その際、誰/組織がニーズ・アセスメントをして、誰/組織がサービス/支援内容を決めますか？

3. モニタリング

- 1)継続観察（モニタリング）は誰がどのようにしますか？

ケース 1

相談

1. AさんはGPに行くことになる。彼女が趣味としてやっている合唱団のメンバーや、家族や知人を通じて行くことができるだろう。

AさんはおそらくGP助手（看護師。GP診療所）に会って、GP助手はAさんを在宅支援の申請ができるソーシャルチーム（自治体）に送ることができる。

ソーシャルチームはまた、社会活動を見て、適切な昼間の活動を探すことができる。

彼女の場合、これは自発的な日常的な活動になる。ここで彼女は創造的になることができ、彼女は同じ年齢の人々と接触することになる。

サービス提供

1. まず、ソーシャルチーム（自治体）が訪問してAさんの社会的状況にどのようなものが必要なのかを見る。

彼女が希望すれば、おそらくデイケアに行くことができる。査定は不要だが、多くは有料である。ソーシャルチームがこれを行う。

さらに、ソーシャルチームは彼女をボランティア組織に登録することによって、ボランティアからのサポートを受けられるようにする。これは、たとえば、彼女が昼間のアクティビティを（あわただしいので）好まないような場合に可能だ。

2. ソーシャルチーム（自治体）は、Aさんと一緒に、ニーズに照らしてどのサービスがこれに最も合っているかを調べる。

モニタリング

1. GPからのサポーターは数ヶ月に一度、夫人を訪問する。これは、Aさんが高齢であるためだ。忘れやすく、身体的に問題もある。

ケース 2

相談

1.彼は、診察をけて GP に自分の問題がどのようなものかを伝える。その GP (または助手) は、彼を必要な機関に紹介する。

このようにして、在宅ケアのサポートをする。彼はシャワーや服を脱ぐのに助けが必要だ。ケアの面接で、看護師は査定を行い、どのようなサポートが必要かを示す。

もしすでにケアを受けていれば、問題が起きた 6 ヶ月後ごとにケアの評価が行われる。このことによって、より多くのサポートが必要かどうかを明らかにする。

この人に認知症があれば、GP の診察中にコンタクトパーソンが出席する。彼の場合、それは彼の息子になるだろう。

こうしてまずは、彼の GP への最初の相談後、GP は現在の在宅ケアの地域看護師に彼を紹介する。

次に、地域看護師は、社会的な分野でさらにサポートが必要だと判断するだろう。彼女は再び査定をして、社会的側面と在宅支援のためにソーシャルチームに連絡する。そして、在宅でどのような家事支援を受けることが必要かを見ていく。

彼は地域のタクシー給付を得て、もう少し外に出て友人と再び活動をすることができる。これがうまくいかないとなると、彼は GP からの紹介で理学療法士と訓練することができるかもしれない。

もし彼が望むなら、デイに行くかもしれない。

また、例えばボランティアと外出することができる。

認知症の場合は、地域看護師との面談の際にコンタクトパーソンが必要であり、ソーシャルチームが適切な情報を入手することになる。

認知症であれば、ケースマネジャーが一般開業医を通じて呼ばれる。これは地域の在宅ケア組織の地域看護師である。この地域看護師は、数ヶ月に一度彼を訪問することになるだろう。彼と彼の記憶がどのようにになっているのか、そしてサポートが必要かどうかを確認する。

昼間の活動に関しては、認知症の診断を受けた彼は同様の認知症患者のグループのところに行く。認知症の初期の段階であれば、彼は活性化される。

サービス提供

1.質問 1 ですすでに述べたように、彼は、社会チーム、在宅支援、地域タクシー、デイケア、ボランティアを利用する。認知症であれば、適切なデイのアクティビティや、息子と一緒にアルツハイマーカフェ (介護者と認知症の人々のための会合、ここで人々はお互いに会い、情報を与えられる) に行くことができる。

2.地域看護師は、どのようなパーソナルケアと看護が必要かを決定する。ソーシャルチームはどのような社会的サポートが必要かを判断する。もちろんこれはすべて、本人との協議を通して行われる。

ケース 3

相談

1.最初の協議はおそらく GP と行われる。自分で行くか、あるいは娘が GP と接触することもできる。

認知症の場合、GP は娘が相談に出席するかどうか尋ねることになる。

2.GP はおそらく彼女に合うパーソナルケアを提供する。特に、娘が過負荷になっているためだ。

地域看護師が来て査定をする。パーソナルケアは在宅介護機関によって行われる。地域看護師が社会的側面のためにソーシャルチームに来るように求める。地域看護師はまた、自宅で暮らし続けることがまだできるかどうかを監視する。1日24時間のケアが必要な場合（転倒の危険のために）、彼女はナーシングホーム入所資格がある。

彼女が認知症と診断された場合、家庭の状況はさらに困難になる。彼女は自分自身を世話することはほとんどできず、致命的なことになるかもしれない。

彼女は現時点ではトイレへの移動に手助けが必要である。それに認知症があれば、支援は問題なく行われる。

このような状況では、自宅での生活はおそらく非常に危険であり、地域看護師はナーシングホームの資格があるかどうかを本人や家族を見て確認する。ここで CIZ からの指示が必要になる。地域看護師は一般開業医と一緒にこれを求めることになる。

モニタリング

1.地域看護師は引き続き状況を監視する。開業医も引き続き状況を監視し、必要に応じて地域看護師にフィードバックを提供する。

ケース 4

相談

1.彼女は糖尿病があるので、GP やその助手をすでに知っているはずだ。彼女は介護開始のための査定会議をしてもらうために地域看護師に連絡する。

2.GP 助手が診療する。血糖値に関してコントロールを続ける。彼女はケアを開始するために在宅ケア組織に連絡する。地域看護師は、家族と面接を行って病歴を確認する。査定は、彼女にとって必要なケアと看護を示す。介護者がこの支援を提供することができるか、または在宅ケアが望まれるかが議論される。GP 助手との相談は、彼女の糖尿病の設定についても行われる。

ソーシャルチームは、家事サポートを利用できるかどうかを知るために社会的状況を見ることを求めることもできる。これは、介護者が過度の負担や健康上の問題がある場合にのみ可能である。

認知症があれば一般開業医がケースマネジャー（地域看護師）を要望することができる。ケースマネジャーは、状況を監視し、認知症に対処する際にインフォーマルの介護者支援を提供する。

サービス提供

1. 彼女は、パーソナルケアおよび看護（ADL、トイレの歩行、褥瘡のコントロール、およびおそらく必要なインスリンを注射する）を受ける。ケアのために必要な器具は、地域看護師が注文する。

介護者に負担がかかったり、健康に問題がある場合は、ソーシャルチームによって家事のサポートを利用することができる。インフォーマルの介護者を解放するために、彼女はデイの活動に行くことができる。

認知症の場合は、インフォーマル介護者の支援が多く行われる。これが実現可能でない場合、在宅ケアは、食事の準備や提供など、より多くのサポートを提供することができる。インフォーマル介護者からの支援が少ない場合は、地域看護師がケースマネジャーとして手配することができる。

2. GP と一緒に GP 助手が、彼女の糖尿病をコントロールする。

地域看護師は、入院の必要性を監視し、必要なケアと、彼女が健康保険に適応できることを示すこともある。入院が必要な場合は、GP と一緒に CIZ（アセスメントセンター）に請求する。そこは入所の指示を出すことができる。家族は彼女が入るナーシングホームの選択をすることができる。インフォーマル介護者は、健康上の問題がないならここに入ることはできない。

ソーシャルチームは在宅支援を行うことができる。ソーシャルチームはこれを示すだけであり、家族はどの家事組織にするかを選択することができる。

モニタリング

1. 地域看護師は状況を監視し続け、訪問頻度を確認する。これについては家族と相談する。さらに、ケアは 6 ヶ月ごとに評価され、調整が必要な場合は介入することができる。

6. Wilco Achterberg ライデン大学医学部教授、Topaz Revitel アドバイザー

ケース 1

相談

- 1) この人は、まずどこにアクセスして相談しますか？
⇒GP
- 2) その後、サービスを受ける（受けない場合も含めて）まで、どのようなプロセスをたどりますか？
⇒ホームヘルプや家の清掃などを担当する自治体部署に送られる。

サービス提供

- 1) この人は、どのようなフォーマルなサービス、インフォーマルな支援が受けられると思いますか？（病院や家庭医による医療行為については記述の必要ありません）
⇒家の清掃のみであると考え。配食サービスも受けられるかもしれないが、全額自己負担。
- 2) その際、誰/組織がニーズ・アセスメントをして、誰/組織がサービス/支援内容を決めますか？
⇒ケアニーズのアセスメントを行う組織は CIZ。

モニタリング

- 1) 継続観察（モニタリング）は誰がどのようにしますか？
⇒GP。多くの GP では現在、フォローアップやモニタリングを担当する特別な看護師がいる。

ケース 2

相談

- 1) この人は、まずどこにアクセスして相談しますか？
⇒GP
- 2) その後、サービスを受ける（受けない場合も含めて）まで、どのようなプロセスをたどりますか？
⇒CIZ によるアセスメント

サービス提供

- 1) この人は、どのようなフォーマルなサービス、インフォーマルな支援が受けられると思いますか？（病院や家庭医による医療行為については記述の必要ありません）
⇒自治体（時にボランティア）による在宅ケア、配食、家の清掃、社会的サービス
- 2) その際、誰/組織がニーズ・アセスメントをして、誰/組織がサービス/支援内容を決めますか？
⇒CIZ

3. モニタリング

1) 継続観察（モニタリング）は誰がどのようにしますか？

⇒在宅ケアの看護師

ケース 3

相談

1) この人は、まずどこにアクセスして相談しますか？

⇒GP

2) その後、サービスを受ける（受けない場合も含めて）まで、どのようなプロセスをたどりますか？

⇒CIZによるアセスメント

サービス提供

1) この人は、どのようなフォーマルなサービス、インフォーマルな支援が受けられると思いますか？

⇒在宅ケア。ここには看護ケアや配食が含まれる。ボランティア／家事。

2) その際、誰/組織がニーズ・アセスメントをして、誰/組織がサービス/支援内容を決めますか？

⇒CIZ

3. モニタリング

1) 継続観察（モニタリング）は誰がどのようにしますか？

⇒在宅ケアの看護師

ケース 4

4. (Case 4) Being somewhat difficult to live at home

相談

1) この人は、まずどこにアクセスして相談しますか？

⇒GP

2) その後、サービスを受ける（受けない場合も含めて）まで、どのようなプロセスをたどりますか？

⇒CIZによるアセスメント。おそらく GP は高齢者ケアの医師に相談する（あるいはすべきである）。このアセスメントでは多くの場合、理学療法士や作業療法士も組み込まれる。

サービス提供

1) この人は、どのようなフォーマルなサービス、インフォーマルな支援が受けられると思いますか？

⇒看護を含む在宅ケア。患者が排泄介助を要する場合、問題あり。

2) その際、誰/組織がニーズ・アセスメントをして、誰/組織がサービス/支援内容を決めますか？

⇒CIZ または高齢者ケアの医師。

モニタリング

1) 継続観察（モニタリング）は誰がどのようにしますか？

⇒在宅ケアの看護師

7. Lilja Perdijk ライデン市役所 政策アドバイザー

<2017年8月30日インタビューより 部分収録>

ケース1について

この人は医療的な問題を持っている。薬を飲むのを時々忘れる。まず時間通りに薬を摂取するようにディストリクトナースのヘルプが必要だと思う。

もう一つ、社会性についてはだんだん人に会わないようになっているのでほかの高齢者と会うように場を紹介するのはソーシャルヴァイクチームの仕事だ。

もしGPが医療的な問題はないが社会性に問題があると判断した場合はGPからソーシャルヴァイクチームに相談が行く場合がある。GPとソーシャルヴァイクチームの連携だが、始まったばかりでまだ慣れていない段階だ。うまくいっているところもあればまだ少し潤滑油が必要なところもある。

市内には多くの福祉的なイベントとかクラブ活動がいろいろあるのでそこに行くように勧める。オランダにはマーチェ（maatje=友達、仲間）サービスというものがあって、ボランティアの中には若い人も多くはボランティアも高齢者だ。その活動は活発で本人のところに行って友達のようになることもある。

（質問：イベントやクラブ活動は具体的な活動はどのようなものがあるか。）

例えば、コーヒーモーニングで、これは申し込む必要はない。気が向いたら行けば皆と一緒に座ってコーヒーが飲める。週に4日ある。

それから体操の活動も各地区にある。

デイケアに近いものも近所のあちこちにある。散歩の日があったりビンゴをしたり映画の日があったりする。

それから転倒予防を目的にしたアクティビティもあって多くの場合先ほどの体操の活動のある日は各自宅での転倒を予防することを目的にして行うこともある。

（質問：転倒予防のアクティビティは誰が行っているか。）

これをやっているのはRadiusで、ボランティアを中心とした福祉組織だ。

（質問：それらのマーチェ活動や福祉イベントを誰が紹介するのか。GPか、ソーシャルヴァイクチームか。）

一般的なルートは、本人に問題が出てきたときに、GPが医療ではなくソーシャルな面で支援が必要だと考えたらソーシャルヴァイクチームに連絡し、ソーシャルヴァイクチームがその人を担当して、この人にはこのアクティビティがいいだろうと思うと紹介する。

（質問：日本では調理とか掃除ができなくなった人には2つ方法があって、1つは単に家事サービスを提供する、もう1つはOTなどが入って家事ができるようにする。いま家事ができるようにする支援が重要だと言われている。オランダではどうか。）

その 2 つの考え方は私もよく知っている。オランダはまだ前者の方でサービスを提供している。デンマークではトレーニングをする方に重点を置いていることもよく知られている。オランダもそちらに行きたいという意図はあるが移行するには改善の余地がまだまだあるのが現状だ。デンマークではロレータを使って電車に乗る練習も提供しているし、階段の上り下りの仕方も提供している。オランダもそちらの方向に行きたいとは考えていて、いま少しずつ始まっている。例えば PT が階段の上り下りの練習をするようなことは少しずつ始まっている。

(質問：服薬の管理は医療保険で訪問看護師が来るのか、Wmo から来るのか。)

服薬は医療なので医療保険になる。

(質問：薬の飲み忘れぐらいでも医療の範囲か。)

そうだ。医療の範囲になる。

(質問：日本では飲み忘れぐらいで訪問看護ステーションから行くことはない。ヘルパーが行く。)

オランダでは服薬したときの責任はどこにあるかを考える。医学の背景がない人は責任をとれないという意味で地域看護師、看護師、介護士など責任がある人しかできない。

(質問：ケース 1 で Wmo のサービスを使うことはあるか。)

Wmo からは掃除サービスを受けることができる。

(質問：その際の判定は誰がするか。)

ソーシャルヴァイクチームとそれから GP が紹介できる。WMO ロケット (raket=窓口) は家事支援の時間とか必要性を判定すると同時に補助器具の貸し出しも行っている。ソーシャルヴァイクチームはこの人にはこれだけ必要だろうという依頼を出すことはできるが、家事支援の場合は必ず Wmo ロケットが最終的に決定する。Wmo ロケットは決定して指示を出す、発注する組織になる。

ソーシャルヴァイクチームは先ほど言ったアクティビティなどは Wmo ロケットを通さず直接紹介できる。

(質問：ケース 1 は薬をときどき飲み忘れる程度なので近所の人に頼むようなことはないか。)

それはしない。実は私の祖母はときどき服薬を忘れる。祖母に対しては担当の地域看護師が器械をうちに置いていて、設定した時間にピープが鳴って器械がテーブルの上に薬を吐き出す。祖母は薬が出てきたので飲む。このような器械の力を使っている。

(質問：先ほどデイケアの話があった。散歩とかビンゴとかということだった。どのくらいあるのか。)

私はときどき見学に行くが、2 人の人が指導員としていた。そのうちに 5 人のクライアントが外に行きたいと言い出した。5 人連れていくには最低 2 人ぐらいいるので、各デイケア組織はど

うやってそれを解決するか、ボランティアをもっと増やして行きたい人を連れて行ってもらうとか模索中だ。

(質問：このデイケアの利用は Wmo の判定は必要か。)

市では2種類のデイケアがある。1つは誰でも入って行って参加できるもので、先ほどのコーヒーモーニングもこの種類だ。もう1つ、最高で一人週に3回ぐらいの Wmo が支払う査定が必要なデイケアもある。

(質問：後者はかつての AWBZ 制度でやっていたデイケアが形を変えたものか。)

そうだ。以前 AWBZ が提供していたデイケアプログラムが市町村の管轄になった。

(質問：前者は地域のボランティアが主体か。)

そうだ。特に医療的な資格保持者はほとんどおらず一緒に楽しい時を過ごすというかたちだ。

(質問：そちらのほうが安くていいのではないか。)

市としてはいかに安くするかというよりもいかに本人たちにとって良くするかという考え方をしている。査定を受けたデイケアは例えば週に2日と決められて、それに拘束されているので今週は3回行きたいと思っても駄目だし、今週は1回でいいのにも思っても迎えが来て行かなければならない。自由に行けるところは自分の気分のまま行けるので使っている人にとってはこちらのほうがいいという人も多い。

(質問：強制的というのは医療的観点が入っているということか。)

あまりはっきりとはまだ線を引けていない。どれが医療保険でどれが Wlz でどれが Wmo かとはっきりとは線を引けない。Wmo の方向としてはソーシャルだ。認知症が重度なので閉鎖した居間のような形でデイケアが必要な人は基本的には Wlz あるいは医療保険で賄われる。どのぐらいの重度かによって違う。

介護と看護が必要な方は基本的には医療保険と Wlz になる。それ以外を市の Wmo で行う。ここについてははっきりと線を引くことができる。

(質問：Wmo の査定が必要な人はどのぐらいの人か。)

Wmo の予算でデイケアを提供しているがその人々は例えば、社会的な問題を多く持っていて、行動異常がある人とか孤立化が非常に進んでいて何か解決が必要な人、特に軽度認知症があるので孤立化している人などが対象となる。

(質問：Wmo のデイサービスは医療を提供されないか。)

Wmo が提供しているデイケアは多くはソーシャルワーカーが担当している。しかし来る人は医療保険や Wlz の人も一緒に入っている。近所の人でぶらっと来る人もいる。

そのような場所はケア付き住宅にあって、住んでいるほとんどの人は何らかの査定を持っている。重度の人は来てはいけないということもない。来る人はさまざまだ。来ている人が時間にな

ったら誰か呼びに来て PT に行く時間ですよと呼ばれていたりする。だから、ソーシャルワーカーがやっているがある人には医療のパッケージがついていて必要な時にそれを受ける。何か線を引いてこの範囲の人ばかりが集まるということではない。

(質問：医療保険のデイは週に何回か。)

人による。軽い人は1日で十分だと本人も専門家も思えば1日だ。人によっては2日、3日となる。毎日デイケアが必要な人もいる。このような人は Wlz の査定を受けるようなタイプの人たちだ。

ケース 2 について

この人も地域看護師の医療的ケアが必要だ。シャワーとか風呂も看護師が支援する。ソーシャルヴァイクチームはこの人の運動量を増やすために本人の友達や近所の人に何か運動できる活動ができないかとみていく。

ピアソン (Pearson) 活動というものがあって、これはボランティア活動などを行っている福祉組織などが高齢者にもっとボランティアをしましょうと奨励する活動のことだ。対象者は、身体的にそれができる人で本人も何かやってみたいという気持ちがある人だ。奨励されると動く。

この方はボランティアで何かしませんかと言ってもしれないと思う。私が個人的に知っている 85 歳で生涯 GP として活躍してきた人がいる。今でも友達と一緒にコーヒーモーニングカフェを経営して責任者をしている。その人は「あのお年寄りのところにちょっと行ってく」と言っていて、自分は年寄りとは思っていない。そういう人も知っている。

特にこのように GP として活躍してきた人は自分の今までの知識と経験を使ってもらうことで自分も喜びを得たいということがある。

特にライデンは知的労働者だった人が多いので、退職した人で自主的に政治カフェを運営してそこでディベートをやったり講師を呼んできて講演会をやったりしている。

(質問：看護、介護は誰がしているか。)

オランダでは看護師がレベル 1~5 まであって、1 は家事ヘルプで、2 ぐらいからパーソナルケアをすることができる。通常 2 と 3 ぐらいが単純なパーソナルケア、風呂とかシャワーサービスを行っている。4 と 5 のレベルの人はたとえばシャワーサービスでも認知症を持っているとかほかの病気を持っているとか複雑な場合に多く行う。

(質問：杖などの補助器具も Wmo か。)

先ほど補助器の貸し出しもやっていると話した通りだ。

(質問：Wmo ロケットが判定するか。)

Wmo ロケットは 3 つの業務を行う。家事支援、補助器具の貸し出し、家の改造だ。階段リフトも Wmo ロケットが担当する。

ケース 3 について

このケースでは娘にかなり負担がかかっている。市のほうからはマントルケア（インフォーマルケア=Mantel zorg）の支援を提供している。

さらに市はボランティア組織を支援していて、マントルケア提供者の代理の人を時々送るということによって娘はその日はケアから解放されるようにする。これは過剰な負担になることを避けるためだ。多くの場合、このような娘などの家族は自分がマントルケアをしているという意識がなく当然のことをやっていると思っているので、本人が過剰負担になっていることに気がつかない場合が多い。

このように自分で認識がないということがあるので市としては GP に情報提供を活発にしている。GP の言うことは聞くので GP からこの代理マントルケアという制度があるということを知らせるようにしている。GP の待合室にもパンフレットを置いてもらっている。

（質問：これは Wmo とは違う市の独自施策か。）

Wmo の中に含まれている。ライデンではなくて多くの市町村でこのようなボランティアを活用したサービスを提供している。

（質問：具体的にこの代理マントルケアの人は何をやっているか。）

家事はしない。家事は Wmo ロケットで家事支援の査定を受けてプロの家事支援者が行う。代理マントルケアでは一緒に楽しい時を過ごす。一緒にお茶を飲んだり散歩をしたりということだ。また、ケア受給者たちを組織した旅行ホリデイというものもある。そこに家族が行く場合も行かない場合もある。そのようなボランティアがいるので自分も無料でホリデイを楽しむことができる。一緒に車いすを押したりボートの上でお茶を飲んだり話し相手になったりという仕事だ。

（質問：1、2、3 のケースのなかでデイケアを勧めるケースはどれか。）

デイケアが必要という査定を受けるべき人はケース 3 の人だ。最初は近隣の人が週 1 回夕食を持って行くなどができると思うが、この人は服薬も忘れやすく毎日こういう状態であるとすればデイケアの査定を受けることができると思う。

（質問：すぐにデイケアに行くのではなく順番を踏むということか。）

そうだ。ソーシャルヴァイクチームは、まず、こちらではキッチンテーブルでの話し合い（keukentafelgesprek）というが、そのような話し合いをする。そして、マントルケアでできないか、ボランティア組織でできないかと話し合っていて、それでも本人が危険でケアする人も危険な場合はデイケアなどということになる。さらに重度になったらナーシングホームということもある。

8. Mrieke van del Waal 国際長寿センターオランダセンター 事務局長

＜2017年8月30日インタビューより 部分収録＞

ケース1について

(質問：この状態の人はまずどこに行くか。)

まず家庭医のところに行く。まさにゲートキーパーだ。すべての健康、医療の問題は必ず家庭医に行く。この人はまだほかのケアは全く受けていないのでゼロからの出発でGPに行くが、すでに地域看護師などのケアを受けている場合には看護師に言えば例えばパーソナルケアのアレンジの手伝いをする。

医療も、医療的な支援も看護師はまず家庭医にアポを取ってくださいという。

ケースマネジャーはオランダにもいる。しかしケースマネジャーは唯一認知症の患者の場合のみだ。

(質問：その人はどこにいるか。)

市の職員の場合もあれば、独立したフリーランサーで市町村が一時雇用する場合、ナーシングホームに所属している人もいる。市町村によって違う。クライアントが自宅にいる場合は通常は医療保険法によって払われる。そうではなく市のWmoの延長のような形で市がケースマネジャーを提供する場合もある。そこはグレーなエリアだ。しかし、重度の慢性病の人のためのケースマネジャーはいない。

各病院には、糖尿病専門看護師、パーキンソン病専門看護師という専門看護師がいる。これはすべて医療保険法によって払われる。

認知症ケアマネジャーは、本人に何が必要かを判断するとともに、家の改造のコーディネーションも行う。

ケース1の人はまずGPに行く。あるいはGPが往診する。スマートなGPであればPTのところに行くように言うだろう。そして往診の際に自宅を見て改造もアドバイスするだろう。それから市の窓口でコンタクトを取るようにもアドバイスするだろう。あるいはソーシャルヴァイクチームにコンタクトを取ることもアドバイスする。そしてソーシャルヴァイクチームはその女性を訪問してさらにサポートを受けるように連絡する。

場合によってはGPがソーシャルヴァイクチームに直接連絡することもある。

(質問：ソーシャルヴァイクチームが訪問してから、どのようなプロセスを経てサービスがアレンジされるか。)

この人のADLを見てみると調理と掃除が問題だ。掃除についてソーシャルヴァイクチームは家事支援のアドバイスを。家事支援はプロの労働者が来てくれるが、これは各市町村がWmoの法律下で提供する。本人の自己負担金は所得に応じて額が変わってくる。

(質問：市の家事支援はどの組織が担当するか。)

具体的には在宅介護組織から家事支援の業務を市が契約で買う形になる。市がこの人の家事支援分を払う。本人は市に所定の自己負担金を払う。

(質問：サービスプロバイダーは本人が選ばなければいけないか。)

市は複数の在宅ケアの組織と契約しているのでその中から本人は選ぶことができる。そのリストに載っていない組織には Wmo からは支払われない。自己負担になる。

自己負担金は市のサービスを使ってもかなり高いので高額所得者、お金持ちは、多くの場合近所の人や知り合いに頼んでキャッシュで払う。自己負担金と同じかそのほうが安い場合もある。高齢になって事務ができない人は高額所得者でも市の Wmo のサービスで家事支援を頼む人が多い。個人的に頼むとなるとその人の労働の税金も払うことになるのでやっかいなことも起こる。

(質問：ケース 1 の場合、だれが Wmo の査定をするか。このぐらいならサービスは市からは提供されないということはないか。)

査定は市の組織であるソーシャルヴァイクチームが行う。つまり地方政府が行って家事ヘルプを提供する。

以前は全国の組織が管轄していたので市町村が違ってもほぼ同じサービスだったが、Wmo になって市町村が判断することになったので同じ状態の人でも家事ヘルプを週に何時間受けられるかというのは住んでいる市町村によって差がある。

ほとんどのオランダ人はそのことを知らない。昔は同じだったので、新しい制度に変わった今でも昔と同じようにどこでも同じサービスだと信じている。

(質問：ソーシャルヴァイクチームは家事支援以外にボランティアグループを紹介するかトレーニングにつなぐようなことはあるか。)

ソーシャルヴァイクチームの内容もさまざま、よいソーシャルヴァイクチームでは近所の人で知っている人はいないか本人に聞いて、その知人に料理を週に 1 回か 2 回やってくれませんか頼むようなこともするし、ショッピングと一緒にいくボランティアサービスをアレンジするところまで行くだろう。ただこれはさまざま。

(質問：シェアリングミール (近所の人が余分に作った食事を提供) にもつなぐか。)

これはソーシャルヴァイクチームの質もあるし、どれだけ忙しいかにもよるが、忙しいソーシャルヴァイクチームでは近所でいろいろと聞いているとたいへんなので食事宅配サービスをアレンジする形になると思う。

(質問：予防関係で、体を動かすようなことは入らないか。)

筋肉機能の弱化があるので GP が PT をアレンジする。もししていなければソーシャルヴァイクチームが PT に行くようにクライアントにアドバイスするだろう。ソーシャルヴァイクチームはアドバイスだけだ。どちらの場合も電話をするのはクライアント自身だ。そして PT によって筋力が低下しないための訓練が行われると思う。

ソーシャルヴァイクチームは、ボランティアによるウォーキンググループへの参加を促すアドバイスもするだろう。ただ、連絡してあげるのではなく自分でこうしたらいいのではないですか、という形だ。ソーシャルヴァイクチームは、行かなければならないと言ってはいけない。

(質問：作業療法士ではなく理学療法士がメインか。)

病院からリハビリテーションクリニックに行って家に帰るという場合、リハビリテーションクリニックには多くの OT が勤務している。だから OT が家を見に行く。しかし一般の市民の住宅地には OT の診療所はほとんどない。地域にいないので GP は OT に紹介をすることはない。

病院やナーシングホームでは OT は活用されている。ただ、日々の生活の中では OT へのアクセスはない。オランダではもっと OT を活用できると私は確信している。

(質問：筋力低下がテーマでこれによって調理ができなくなっている。この生活課題の解決のためにこのようにしたらもう一度できるようになるという見立ても PT が訪問した時にやるのか。)

PT も見立てはできるとは思うが、OT ではないのでそれはしないだろう。PT はエクササイズをするだけだ。PT が訪問した場合には家の改造のアドバイスとか、カーペットを外したほうがいいとか、ベッドは上下に動くものに代えたほうがいいとかそこまではする。狭い意味での予防だ。私は逆のほうがいいと思う。

もっと進んでパーソナルケアが必要な場合、ナースや看護師が来てこう変えたほうがいいとアドバイスすると思うが、プロトコルには入っていないので人によって違う。

だれでも高齢化によって機能は低下して、それをカバーするために器具を投入したりヘルプを投入したりしているが、トレーニングによって低下した機能をすこし上げることができる。また下がるだろうが。その少し上げることが PT がやっているが私はもっとできることがあると思っている。

もちろんよい看護師や PT はこのようなことを考えてアドバイスとか指導できると思うが、これは全体的には普及している考え方ではない。低下した機能を人の力でサポートするというのが一般的な考え方だ。

(質問：日本では仕組みとして、軽度の段階から高齢者の全体をコーディネートすることが必要ではないかと考えている。オランダではそれはいらぬという考えか。ソーシャルヴァイクチームは医療も生活もみているということか。)

ソーシャルヴァイクチームはケアを提供しないが、コーディネーターとして一種のケースマネジャーの役割を果たす。

(質問：ソーシャルヴァイクチームには責任はないが、不足していると思ったら医療とか介護のアドバイスを提供しているということか。)

ソーシャルヴァイクチームは WMO のサービスは紹介できるし査定もできる。ソーシャルワーカーなら紹介できる。

医療保険の部分は、チーム内に看護師がいれば看護師としてできる。Wlzのナーシングホームに入ることもできる。正式には医療保険とWlzを活用できるのは医師なので、実際にどうするかというと、看護師がこの人に医療が必要あるいはナーシングホームに入ったほうがいいと思ったときはそのことをGPに相談する。そしてGPがサインするということになる。

(質問：日本では一人のケアマネジャーが見ることになっている。こちらでは一人では対応できないのでチームになったのか。)

ソーシャルヴァイクチームは高齢者専門ではない。幼児から児童、青少年、家庭の問題、様々な障害の問題も支援している。クライアントがソーシャルヴァイクチームに連絡をすると電話を受けた人はチームの中で誰を送ったらいいかということ判断する。例えば精神科医療の担当を送るとか、看護師を送る必要があるとか判断して適任者を送る。

この人にはたぶん看護師が送られると思う。家族に問題があったりメンタルな問題があったりすると看護師ではなくもっとマルチな対応のできる人を送るだろう。チームにはさまざまな専門家がいたので相談しながら進める。クライアントからすればフロントオフィスは一人だがバックオフィスにはチームが控えている。

ふつうはチームに持ち帰ってディスカッションをして何が必要か検討する。最初に訪問した人が継続してケースマネジャー的にこれをするというアレンジをする。

ソーシャルヴァイクチームにはさまざまな専門家が集まっていて、精神医療、ナース、車いすなどの機器をよく知っている人も、ソーシャルワーカーも、借金の問題にアドバイスできる人もいるのでそれぞれの視点からよいアドバイスを決めていく。だからチームになっている。

(質問：ソーシャルヴァイクチームは継続的なモニタリングをするか。)

理想的には3か月後にまた来ますというのがいいだろう。具体的には市役所で確認してほしい。

(質問：軽度な人はWmoで身体介護を提供することはあるか。)

身体介護は看護師や介護士が行うのでWmoではなく医療保険だが、クライアント側では法律の違いは理解されていない。

(質問：Wlzから在宅ケアを届けるという可能性もあるか。)

Wlzはナーシングホームだけだ。あるいは在宅の場合でWlzのパーソナルバジェットを使う場合だ。そうでない場合はすべて医療保険だ。

パーソナルケアは医療なのかWmoなのかという大きな議論があった。双方から激しくロビー活動が行われ、最終的には大臣の権限で決められた。

(質問：GPはかなり制度の知識がないとゲートキーパーにならない。GPへの説明、情報共有はかなり行われるのか。)

おそらく地域ごとに情報提供の場はあると思うが具体的にはわからない。

9) Liz Greer 地方自治体協会アドバイザー

1. (ケース 1) 虚弱化しつつある

<p>相談</p>	<p>1. 相談</p> <p>・ Aさんが相談する場合どこに相談するか Aさんは、地元の自治体、コミュニティセンター、GP、地元や全国レベルの慈善団体、図書館、専門的アドバイス機関に行けるだろう。ただし現在では、アセスメントを行うのは自治体のみ。</p> <p>・ 誰が対応するか（職務、資格） 様々。Aさんが必要なのがアドバイスや情報のみであれば、ボランティアまたは上記サービスのうちどこでも有償スタッフが提供する可能性あり。また「ケア・ナビゲーター」や「ヘルス・チャンピオン」に紹介される場合もあり、この人たちは、フォーマルなケアや支援サービスを必ずしも必要としなくても、彼女のウェルビーイング向上を支援できる。</p> <p>・ その相談を受けた人（機関）は身体介護、生活支援、リハビリ、虚弱化予防・健康増進諸活動、地域インフォーマルサービスとどのようにつながっているのか Aさんが最初にどこへアプローチしたかによって、様々であり、また一貫性がないかもしれない。</p> <p>・ サービス提供から離れる「心理的サポート」や「認知症等からの判断力低下等の際、付き添いや同行等のサポート」等は、誰が担っているか GP、専門的な慈善団体、専門的な医療職。</p>
<p>サービス提供プロセス</p>	<p>2. サービス提供</p> <p>・ 何らかのフォーマル、インフォーマルサービスを紹介するか Aさんは、自分で申請するか他者から紹介されて、ケアおよび支援ニーズのアセスメントを受ける必要がある。サービスは、ケア法の下でAさんに<u>受給資格が認められた場合のみ</u>提供される。</p> <p>・ 生活課題の分析などのアセスメントは誰が実施するのか このようなケースの多くで、Aさんは自らのアセスメントを行うか、またはソーシャルワーカーもしくは他の信頼できる担当者によるアセスメントを受けることができる。</p> <p>・ アセスメントを職場内外で共有する方法にはどのようなものがあるのか これらは明白な同意があった場合のみ共有され、通常は多職種チームの中で行われるが、必要な場合に限られる。同意したAさんと家族もまた、コピーを受け取る。</p> <p>・ サービス提供の申請、申し込みは誰がどのようにするか 受給資格のあるニーズ（サービスではなく）について決定がなされ、その後、これらのニーズへ応えるのに十分とされるパーソナル・バジェットを、自治体が割り当てる。このプロセスを経てのみ、ニーズへ応えるために考えられるサービスが検討されるか、あるいはAさんは自らのケアをまとめるための（例：ヘルパーを利用／雇用する）バジェットを得る。</p> <p>・ サービス提供にあたってどのような手続き、審査、話し合いがあるか ニーズへ応えるためのバジェットは通常、ソーシャルワーカーとその上司が承諾する必要あり。複雑／高額なバジェットは、更に上層部の決定者グループによる承諾が必要かもしれない。</p> <p>・ その際に医療機関とはどのように連絡を取り、連携するか 様々。常に明白な同意を伴う。</p> <p>・ 実際に想定されるサービス内容、サービス提供期間 ほどの程度か このニーズレベルでは、成人向けソーシャルケアでのケース・カンファレンスはあまり行われない。アセスメントは通常、1対1で行われるが、Aさんの同意があった場合のみ、意見を提供したり参加したりするよう他の人を招くことができる。別個で提供者候補との会議が設けられる可能性がある。ケース・カンファレンスが行われる可能性が高いのは、多数の異なる専門職が関わっておりケアの崩壊リスクがあったり、複数の複雑なニーズがあったり、または本人に意思決定能力が欠けているかもしくは病院から退院しても自宅に戻れない可能性がある場合である。罰則は無い。サービス利用者およびケアラーは常に、自らに関する議論に関わるべきである。能力が欠けている人は、独立した擁護者を得る資格がある。</p> <p>・ 何を目標にするか</p>

	<p>Aさんは、受給資格のあるニーズのみ（この決定が行われた後でサービスが決定する）について、ケースバイケースで個別の支援を受ける。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの終了をイメージした初期の合意形成をどのように築いているのか これらはケアプランで見るような内容と似ている。これらは、受給資格のあるニーズへ応える最良の方法として、Aさんとサービス提供者が同意する。 ・ケアプランの見直し 3か月。その後1年に1度または必要に応じてより頻繁に実施。 ・事業所への給付（報酬）は自治体が直接支払うか、またはAさんがパーソナル・バジェットを使って支払うか。 公的資金による支援の受給資格がAさんがないと自治体が決定した場合、Aさんは自費で提供者に支払うことができる。 ・本人の自己負担額 Aさんは、同意した額を提供者へ直接支払う。
<p>モニタリングのプロセス</p>	<p>3. サービスの変更、終了、モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの変更・修正はどのような場合に誰がどのように行うか、サービス終了判定はどのような場合に誰がどのように行うか アセスメント担当者、サービス利用者および提供者は通常、3か月および1年ごとの見直しで合意する。サービス提供者は通常、協議が必要ない細かな調整が合意された場合を除き、変更を行わない。適切なモニタリングおよび報告のレベルは、安全とウェルビーイングを維持しつつできるだけ立ち入らない方向で合意され、したがって個々の状況によって様々である。 ・サービス終了判定はどのような場合に誰がどのように行うか アセスメント担当者とサービス利用者。提供者がサービスを終了することは稀である。 ・モニタリングは誰がいつまで行うか、観察頻度 モニタリングは、サービス利用者からのフィードバックと併せて、アセスメント担当者とサービス提供者が協力して行う。提供されているケアや支援の質をチェックするために、自治体または他の者が訪問する可能性もある。モニタリングは通常、レビュー会議で検討される。 <p>Aさんまたは擁護者の関与および同意なしには何も終了しない。また、終了もしくは提供者に欠陥があった場合に、自治体はAさんのニーズに応える他の方法を整えなければならないという法的義務がある。</p>

2. (ケース2) 外出が困難になってきた

サービス提供プロセス	<p>1. 想定されるサービス提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・B氏のような状況の場合、一般的に何らかのフォーマル、インフォーマルサービスを受けているか 受給資格基準を満たす可能性が高いため、はい。 ・サービス提供の申請、申し込みは誰がどのようにするか 上記のケース1と同様。 ・サービス提供にあたってどのような手続き、審査、話し合いがなされるか ケース1と同様－受給資格のアセスメント。 ・その際に医療機関とはどのように連絡を取り、連携するか ケース1と同様。 ・そのサービスを提供している人(機関)は身体介護、生活支援、リハビリ、虚弱化予防・健康増進諸活動、地域インフォーマルサービスとどのようにつながっているか これは様々である為、このレベルのつながりでは提供者の選択について情報を提供する。 ・何を目標にするか ケース1と同様。 ・生活課題の分析などのアセスメントは誰が実施するのか 有資格のソーシャルワーカーまたは類似の専門職。 ・アセスメントを職場内外で共有する方法にはどのようなものがあるのか ケース1と同様。 ・ケースカンファレンス ケース1と同様。 ・ケアプランの見直し ケース1と同様。 ・実際に想定されるサービス内容、サービス提供期間 ケース1と同様。 ・事業所への給付(報酬) ケース1と同様。 ・本人の自己負担額 ケース1と同様。
モニタリングのプロセス	<p>2. サービスの変更、終了、モニタリング</p> <p>すべてケース1と同様。</p>
認知症がある場合	<p>1. このB氏について「最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった。」というような認知症の症状が出てきた場合に、上記の質問への回答はどのように変わってくるか</p> <p>症状の重度によりけり。通常は、認知機能に関する詳細アセスメントが、GPへまたは他の医療職を通じて紹介される。軽度から中度の認知症を有する多くの人は、自宅で生活するために支援を受けている。</p> <p>★サービス提供から離れる「心理的サポート」や「認知症等からの判断力低下等の際、付き添いや同行等のサポート」等は、誰が担っているか</p> <p>ケース1と同様。</p>

3. (ケース3) 1人暮らしが難しくなりつつある

サービス提供プロセス	<p>1. 想定されるサービス提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・C氏のような状況の場合、一般的に何らかのフォーマル、インフォーマルサービスを受けているか 受給資格基準を満たす可能性が高いため、はい。 ・サービス提供の申請、申し込みは誰がどのようにするか ケース1と同様。 ・サービス提供にあたってどのような手続き、審査、話し合いがなされたか ケース1と同様。 ・その際に医療機関とはどのように連絡を取り、連携したか ケース1と同様。 ・そのサービスを提供している人(機関)は身体介護、生活支援、リハビリ、虚弱化予防・健康増進諸活動、地域インフォーマルサービスとどのようにつながっているか ケース1と同様。 ・何を目標にするか ケース1と同様。 ・生活課題の分析などのアセスメントは誰が実施するのか 有資格のソーシャルワーカーまたは類似の専門職。 ・アセスメントを職場内外で共有する方法にはどのようなものがあるのか ケース1と同様。 ・ケースカンファレンス ケース1と同様。 ・ケアプランの見直し ケース1と同様。 ・実際に想定されるサービス内容、サービス提供期間 ケース1と同様-1年に1度見直し。 ・事業所への給付(報酬) ケース1と同様。 ・本人の自己負担 ケース1と同様。
モニタリングのプロセス	<p>2. サービスの変更、終了、モニタリング</p> <p>すべてケース1と同様-自宅での状況に関するモニタリングをより密に行う可能性が高い。</p>
認知症がある場合	<p>3. このC氏について「最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった。」というような認知症の症状が出てきた場合に、上記の質問への回答はどのように変わってくるか</p> <p>☆サービス提供から離れる「心理的サポート」や「認知症等からの判断力低下等の際、付き添いや同行等のサポート」等は、誰が担っているか</p> <p>ケース2と同様。</p>

4. (ケース4) 1人暮らしはやや難しい

<p>サービス提供プロセス</p>	<p>1. 想定されるサービス提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Dさんのような状況の場合、一般的に何らかのフォーマル、インフォーマルサービスを受けているか 受給資格基準を満たす可能性は高いが、プライマリ・ヘルスケアニーズも有する可能性があるため、継続的ヘルスケア（CHC）（異なるプロセス）のアセスメントを必要とするかもしれない。 ・サービス提供の申請、申し込みは誰がどのようにするか ケース1と同様—またはCHCアセスメント。 ・情報提供、相談のオプション ケース1と同様。 ・サービス提供にあたってどのような手続き、審査、話し合いがなされたか ケース1と同様—またはCHCアセスメント。 ・その際に医療機関とはどのように連絡を取り、連携したか ケース1と同様。専門職アセスメント（例：運動能力や洗浄などで作業療法が必要かもしれない） ・そのサービスを提供している人（機関）は身体介護、生活支援、リハビリ、虚弱化予防・健康増進諸活動、地域インフォーマルサービスとどのようにつながっているか ケース1と同様。 ・何を目標にするか 個別ベースで合意されるが、全般的に、自宅でできるだけ自立した生活を出来るだけ長く続けること。 ・生活課題の分析などのアセスメントは誰が実施するのか 有資格のソーシャルワーカーまたは専門的な医療職。 ・アセスメントを職場内外で共有する方法にはどのようなものがあるのか ケース1と同様。 ・実際に想定されるサービス内容、サービス提供期間 ケース1と同様。 ・ケースカンファレンス ケース1と同様。 ・ケアプランの見直し ケース1と同様。 ・事業所への給付（報酬） ケース1と同様。 ・本人の自己負担額 ケース1と同様。
<p>モニタリングのプロセス</p>	<p>1. サービスの変更、終了、モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ケース1と同様—モニタリングを密に行う可能性が非常に高い。 ・サービス終了判定はどのような場合に誰がどのように行うか ケース1と同様。 ・モニタリングを行っているか、モニタリングは誰がいつまで行うか、観察頻度 ケース1と同様。
<p>認知症がある場合</p>	<p>2. このDさんについて「最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった。」というような認知症の症状が出てきた場合に、上記の質問への回答はどのように変わってくるか</p> <p>ケース2と同様。</p>
	<p>注記：Dさんの夫もまた、ケアラーとしての彼自身のニーズについて別個のアセスメントを受ける資格があり、彼自身がケアや支援の受給資格を得られる可能性も非常に高い。</p>

平成 29 年度
先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助
も含めたサービスの仕組みに関する国際比較調査研究
資料集

平成 30 年 3 月

一般財団法人 長寿社会開発センター
国際長寿センター
〒105-8446 東京都港区西新橋 3-3-1
KDX 西新橋ビル
Tel.03-5470-6767 Fax.03-5470-6768
禁無断転載