

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 2017
(国際長寿センター)

オランダインタビュー

2017年8月29日

- ・国際長寿センターオランダセンター 事務局長 2
- ・ライデン大学医学部教授、Topaz Revitel アドバイザー 8
- ・CIZ (長期介護法<Wlz>認定機関) 政策アドバイザー、医療アドバイザー 17
 - ZZZ 4 VV 集中的な指導と長期ケアで保護される生活 (2014年) 29
- ・サービスプロバイダー (Activite) 地域看護師 34

2017年8月30日

- ・国際長寿センターオランダセンター 事務局長 40
- ・ライデン市役所 アドバイザー 45

インタビュアー：

松岡洋子 (東京家政大学人文学部 准教授) 研究主査

鎌田大啓 (株式会社 TRAPE 代表取締役、大阪府作業療法士作業療法推進活動部門代表)

佐藤孝臣 (デイサービスセンター楽代表取締役、大分県作業療法協会副会長)

中島民恵子 (米国ラトガース大学非常勤講師)

沼田裕樹 (町田市介護サービスネットワーク理事、日本社会事業大学非常勤講師)

服部真治 (医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長)

渡邊大輔 (成蹊大学文学部現代社会学科准教授)

国際長寿センター (日本)

インタビュー記録文責：国際長寿センター (日本)

2017年8月29日

国際長寿センターオランダセンター (International Longevity Center the Netherlands)

Mrieke van del Waal 事務局長

オランダでは今年3月の総選挙後も旧連合政権内閣が継続しているが、このところ経済状況がいいので長期ケアに関して予算を増やすことが決定している。今回の選挙で11~12の政党が議員を出している。参加した政党は30以上あった。自由民主党が第1党になって、極右政党は第2位になった。ほかの政党はこの政党との連立を望んでいないので内閣に入ることはない。第3党以下の政党はリベラルなキリスト教系の政党や民主主義的な政党、保守的なキリスト教系政党なので第1党とあわせて4つの政党で連立の交渉を続けている。今回の政権はキリスト教系の少し保守的な民主主義系ということになるのではないか。

新しい内閣は9月にできる見通しだが、おそらく旧内閣が進めていた内容を継続するだろう。そして経済の好況が継続することを期待している。そうすればもっと可能性が出てくる。

この数年間はかなりの予算カットが行われていたが、急に多くの予算が用意されることになった。

この長期ケアの予算削減でナーシングホームへのアクセスが非常に難しくなった。またケアホームは次々に閉鎖されている。

その結果いまだのようなことになっているかという、ナーシングホームはベッド数が減少していて高齢者は今までよりもずっと長く独立して在宅でいなければならないということになった。そしてこの2、3年顕著な現象としてはより多くの人々が病院の救急部門に転倒のために来るといえることが増えている。

予算削減に反対する人たちはこの転倒の件数が多いことを見て、これはナーシングホームのベッド数減少とケアホーム閉鎖の結果であると論じている。しかし政府側は、それとは関係なく人口が高齢化しているために筋肉が弱くなって転倒するわけで、これは高齢者数の増によると言っている。

どちらの見解が正しいかはまだ学術的にわかっていない。このような議論が今オランダで行われている。

今お話ししたようにケアホームは閉鎖され、ナーシングホームはベッド数が減っているが、労働に関する社会問題としては低資格の労働者たちが多く職場を失った。ナーシングホームはより高資格の看護師やアシスタントナースを主に雇用するが、2、3年前までは不況で失業者も多かったために労働者の確保に問題はなかった。しかし看護師やアシスタントナースを雇用すると低教育の労働者よりも給与が非常に高くなる。ナーシングホームへの予算減少により多くのナーシングホームは経済的に運営が非常に厳しくなっている。

昨年はナーシングホームにおけるケアの質の問題と予算不足について多くの討論がなされた。

それで旧内閣はナーシングホームに対して予算を拡張するというので少し予算を増やした。

ところが、最近是不況から脱しているためにナーシングホームで働くことに人気がなくなってしまった。それでいまだのようしてナーシングホームに人を確保するかということが課題となっている。以前解雇された低資格の労働者をまた呼び戻そうというアイデアが出たが、そのような人々はすでに自分の職場を見つけている。

これが大きなトレンドで、この 2、3 年で不況から好景気になると全体の課題も大きくシフトしている。

(質問：WMO に大きな変化はないか。)

このようにナーシングホームのベッド数が減りケアホームが閉鎖されていくと今度は市町村がしなければならない仕事が多くなる。高齢者の数も増え、年齢も上昇しているということで、市町村が担当しなければならないケアの内容が増加した。

ナーシングホームのベッド数が減りケアホームが閉鎖され市町村が高齢者ケアを担当することになったが各市町村は最初から予算の割り振りに慎重であって、ケアを受ける受給者の一人ひとりに対して自治体から人が出かけて事情を判定評価してケア提供時間などが査定された。

WMO は家事支援が主な内容で身体介護は医療保険が担当する。WMO は市町村が担当するが国会の中で議論の対象となっている。例えば WMO が家事支援の提供や補助機器、家の改修を市町村が担当するが、その全体の額は限定されているので各市町村は非常に慎重で、その十分さ不十分さについて国会で多く議論されている。

苦情も非常に多く上がっていて、例えば今まで 4 時間の家事支援を受けていた人が、市の新しい査定を受けて週に 1 時間しか受けられないということもある。市としては本人ができることがこれだけあるので本人はこれが出来るはずだという判定になる。

デンマークでは、本人がもう掃除機が使えない人にロボット掃除機はここで買えると紹介するというヘルプをしている。デンマークではそのようにやっているが、オランダは今のところそうではなくて 4 時間の家事支援が 1 時間になったというだけだ。本人にリエイブルメントもしないしロボット掃除機はここで買えるという紹介もしない。

これには多くの抗議が出されているし各市議会でもかなり討論が行われている。各市町村政府としては WMO が新しいかたちなので予算が余るのか足りないのかわからないので慎重に節約型の支援をしている。

WMO の予算は中央政府から各市町村に支給されるが、昨年国から来た予算と実際の出費を見ると出費のほうが少なかった。これはすべての市町村でいえることだ。

そして国会で討論があって、地方政府は 1 年かなり厳しくやってみて予算的にまだ余裕があるということで今年から少し家事ヘルプの時間なども増やしていて、最初の年ほどの極端な減少という形ではないようになってきた。

このようにまた予算があるから家事支援を増やすという方向に行っているが、個人的にはそれだけ余った部分はたとえば掃除の仕方をやりやすいように学ぶとか、本人のリエイブルメントに

予算を費やすとか、ロボット掃除機を買う支援などに使うほうが良いと思う。個人的には残念に思う。

全体的にいま議論されているのは、支援時間が少なくなったという問題ではなく、予算が足りないという問題でもなく、孤立化（ロンリーネス）である。高齢者ケアホームを閉鎖したために高齢者はもっと孤立化しているのではないかと考えられている。

孤立化というものは学術的に様々なものがある。ひとつは情緒的（エモーショナル）な孤立化で、例えば夫あるいは妻を失ったために今までのような幸福感がなくなってしまう。自分のプライベートなことを話し合う人がいなくなったからだ。もう一つが社会的（ソーシャル）な孤立化で、これは自分の家にずっと住んでいてほかの人と会わないというようなものだ。

実際に高齢者にどのような孤立化かと聞くと、多くの場合情緒的な孤立化だと答える。ところが政策的には人のある場所に集めることしか考えていない。それは社会的孤立化の解決策であって情緒的な孤立化の支援にはならない。

高齢者ケアホームに入っているにもかかわらず孤独だという苦情は出ていた。なぜなら、人々が感じている孤立感は情緒的なものだったからだ。

（質問：日本ではよくロンリーネスとアイソレーションにわけている。いまのソーシャルロンリーネスはアイソレーションだと思う。孤立化は感覚の問題だから個人の問題で、アイソレーションを考えなければならないと言われる。オランダの場合は同じロンリーネスという言葉を使って、それを2つに分けているのか。）

オランダでも福祉においてまずアイソレーション、つまり社会的な孤立化を解決することに集中している。集合住宅でも改修をしたりあるいは新しく建てる時にはかならずミーティングルームを作るといことが行われている。各市町村ではそのミーティングルームでボランティアを市が募る有給スタッフを雇ってそこでアクティビティをするというようなことが行われている。

WMOの中には市町村が人々の社会参加を奨励するという内容が入っている。つまり日本でもアイソレーション、オランダの社会的孤立化の解決が含まれている。各市町村ではアクティビティを行うクラブ活動も奨励していて、たとえばウォーキングクラブなどを奨励することによって社会的孤立化は改善する方向に向かっている。

このような大きな動向がオランダでは起こっている。

皆さんが今日訪問する予定の **Wilco Achterberg** 教授はライデン大学メディカルセンターの老人病科の医師でもあり、またリハビリセンターの医師でもある。この両者とも医療保険法によって支払われている。

オランダの病棟はすべて急性期疾患を対象にしている。入院日数はどんどん減少される傾向が続いていて、人々は早い段階でリハビリセンターに移される。リハビリテーションクリニックは独立した組織の場合もあれば、ナーシングホームの一つの棟になっている場合もある。ナースン

グホームに付属している場合も予算の出どころは医療保険だ。

ズウォレ（Zwolle）市にある病院では一番上にリハビリテーションクリニックを持っている。これは病院の所有ではなく大手のナーシングホームグループがそのリハビリテーションクリニックを所有している。病院の建物なので病院に家賃を払っている。このようなケースもある。病院から退院してそのままエレベーターでリハビリクリニックに入る。とてもスマートだ（笑）。オランダではリハビリクリニックの競争が激しい。顧客獲得という意味でも非常にスマートだ。

（質問：そのクリニックは入院か、自宅から通うのか。）

リハビリクリニックはみな入院型で、通常平均して 2 か月から 3 か月滞在する。最長 6 か月で非常に長い人は 9 か月だ。

（質問：リハビリ病棟の競争が激しいのはなぜか。）

まず、急性疾患の時には病院に行くわけだが、オランダ国民はみな自由に選ぶことができる。さらにオランダ人はナーシングホームも自由に選ぶことができる。それで人々は、近くて便利のところ、口コミで評判のいいところや、ナースが親切だとか自分で気に入ったところ、食べ物おいしいなどさまざまな理由で選ぶ。

オランダの病院やナーシングホームなどはすべて独立した非営利法人になっていて国営ではない。それで収入はすべて再投資することが義務化されている。

そのズウォレ市のリハビリクリニックはいろいろな意味で顧客も多く、病院から近いので財政的にも余裕があり、とても高級感がある雰囲気投資することができる。それでさらに人気が出ることになる。

（質問：リハビリクリニックは数が多く供給されているのか。）

ナーシングホームのベッド数は国からの予算によって決められている。今のところベッド数は増やせない。リハビリクリニックも顧客が多いからといって勝手にベッドを増やすことはできない。毎年、医療介護機関、病院もリハビリセンターもナーシングホームも政府の予算提供機関と話し合っ決めて決めるという形だ。

プライベートのクリニックもあって、これは国の医療保険に頼らず患者本人が支払うということだ。ここのベッド数は自由に増やすことができる。

また皆さんが行く予定の CIZ は査定をしている非常に重要な機関だ。この査定によってはじめてナーシングホームなどに入ることができる。この CIZ は長期ケア法の管轄下にある。ふるい分けにおける漏斗状のシステムについて話すだろう。看護師が現在査定しているプロセスの話もきくといいだろう。

皆さんの訪問は、Activite の地域看護師インタビューも予定されている。Activite は大手のナ

ーシングホームのグループ法人で、ナーシングホームはこのような館内の入居者もいるが在宅看護も提供していて、これは本来ナーシングホームで受けるべきナーシングケアを訪問で行うことだ。これも医療保険の範囲だ。

(質問: ドイツで見えてきた課題がある。高齢者が生活をしていくときに自分で責任をもって生きていくということと、他の人が支援すべきだということとが国によって違いがある。日本では高齢者は自分で決められないので専門職が早い段階からサポートするべきだという考え方をもちつつなかなかうまくできないのが実態だ。ドイツの場合は予防をほとんどしないし、介護保険も現金をあげてあとは自分で決めてくださいという制度だ。オランダから見て日本とドイツの姿をどう思うか。オランダはどうか。)

文化の違いだと思う。ヨーロッパはアジアに比べると個人の独立性という考え方がある。その度合いは国によって少々バリエーションがあるが国を超えてフランスでもイギリスでもデンマークでもヨーロッパではアジアよりも個人の独立性が強い。

ただヨーロッパの中をさらに見ると、北と南では違いがあって南に行けば行くほど家族との、また社会とのつながりが強くなるのもっとお互いに助け合いを期待する。

ヨーロッパでも第 2 次大戦前までは親が年を取ると引き取って一緒に住むのが普通だった。いまはそういう人は非常に少ないのが現状だ。

予防とリエイブルメントに関しては、公的に提供できるが強制しない。個人の自由選択を必ず残しておく。もし強制化するとたいへんな抗議が起こると思う。

予防プログラムではよい教育と情報発信をすることだ。高齢者ケアではないが、子どもの予防接種のプログラムでは選択は親の自由だ。教育的な情報発信のおかげで 96%は親が予防接種を選んでサービスを受けている。無料だ。しかし予防接種をすると少し体調を崩すこともあるので自分の子どもには受けさせたくないという親もいる。このように、提供するけれども決めるのは自由というかたちだ。

私は公衆衛生の専門家なので子どもにはこのように予防をしっかり普及させているのになぜ高齢者にはそれができないのだろうといつも思う。

(質問: 先ほどのお話のようにパートナーを失って孤立感を感じている人がいると、日本では子どもが面倒をみればいいのだがそれができなければしたら専門職がかかわるということになるが、WMO の中では専門職がケアをするということが生まれつつあるのか。)

WMO では孤立化へのプログラムを提供しているとうたっているが基本的にはクラブなどによるソーシャルロンリーネス対応だ。苦しんでいる人の多くはうつで、普通は家庭医に行く。家庭医が話をして少し良くなるとか、あるいはアメリカではアルコール中毒患者の AA (Alcoholics Anonymous) という組織があるが、そのようなトーキンググループに紹介することもある。

(質問：そのようなグループは誰が組織しているか。)

民間の場合もあるし、医療保険で資金を出している精神病医療機関が提供している場合もあるし、ボランティアでお互いにピアコーチングをしている場合もある。アメリカの AA はボランティアだ。

社会的孤立化は WMO でコーヒーミーティングやウォーキンググループやトランプゲームなどいろいろな人と会う機会をつくっている。これはエモーショナルな孤立化とは違うが。

(質問：エモーショナルな孤立化でうつになって、専門職につないだほうがいいのかあるいは近所の人と話し合ったらいいのではないかという見極めはだれがするか。)

オランダではゲートキーパーは家庭医だ。医療保険法で支払われるようなケアはかならず家庭医が判定する。精神医療の場合も医療保険の範囲なので紹介をする。

(質問：ソーシャルヴァイクチームはどうか。)

ソーシャルヴァイクチームは精神医療専門の看護師を紹介できる。精神科医はかならず家庭医の紹介が必要だ。

2017年8月29日

Wilco Achterberg ライデン大学医学部教授、Topaz Revitel (リハビリクリニック) アドバイザー

(ライデン大学メディカルセンターLUMC 会議室)

ライデンはスペインに降伏しなかったので当時の総督から1572年に大学をプレゼントとして与えられた。ライデン大学のモットーは、「自由の城塞」で発言の自由と科学の自由を重要視して設立された。

第2次世界大戦の時のドイツ占領軍はユダヤ人の大学教員をすべて追放するように命令したが、ライデン大学の教授陣はそれを拒絶した。それが11月26日で、今でも自由を守る日ということで大切に記念されている。

ライデン大学では専門分野として老年医学科 (elderly care medicine) を持っており、オランダでこの専門医の教育はアムステルダム大学、ナイメーヘン大学、ライデン大学で受けることができる。

私はライデン大学の老年医学の教授で医学生に老年医学を教えている。これは重要で、すべての医師が高齢者について知る必要がある。また老年医学専門医にも教えている。またナーシングホーム組織のためにも働いている。研究としては認知症におけるQOLと老人病の患者のリハビリテーションをテーマとしている。

私は多くの高齢者が特定のプログラムを行うことによって機能を向上させることができると確信している。われわれはナーシングホームでリハビリテーションを行っている。これは長期慢性疾患を持った人のケアとは非常に異なっている。

例えば腰の骨折やひび (hip fracture) はオランダでは非常に多い。予後については過去30年間、オランダでもアメリカでもヨーロッパでも全く進歩していない。もし効果的なリハビリを開発することができればより長く在宅生活を続けることができる。これはオランダ政府の方針であると同時に人々の願いでもある。

われわれが研究をするときにはつねに各種専門家が集まって行う。ヒップフラクチャーの研究でもそのように行う。OTの役割はゴールのセッティングで非常に重要、社会的な状況判断はソーシャルワーカーの活躍が必要で、力とかバランスではPTが必要だ。そしてわかっていることは、ヒップフラクチャーが起きた患者の2分の1が再び転倒するのを非常に恐れるので、その恐れを乗り越えるためには精神科医あるいは心理学的なヘルプが必要だ。

みな高齢なのでさまざまな医療的疾患を持っているのでメディカルマネジメントもさらに必要になる。このような視点をもって我々は研究を進めている。

(Topaz Revitel (ケアプロバイダーTopaz 運営のリハビリテーションクリニック) 見学)

(質問：ケアホテルとの違いは。)

ケアホテルのケアのケアはローケア（パーソナルケア等）だ。Revitel はリハビリテーションプログラム付きのホテルのようなものだ。

もともとこのビルはホテルと学校とビジネスのテナントのために作られた。Revitel は2つのナーシングホームに合計72ベッドでリハビリセンターを運営していた。しかしそれは満足できなかった。患者はナーシングホームのリハビリセンターに行くともう自分の家に帰れなくなつた、ここを出てもナーシングホームに入るのではないかという気持ちがあつて、われわれも問題があると感じていた。

それでTopazのCEOが、病院のそばのホテルではどうかと考えた。LUMCはアカデミックホスピタルなので教育もするし研究も行う。私も近くであれば教育も研究もできる。それで我々はホテルの72室を借りた。ここではローケアは提供せずにハイケア（PTOT医師のチームのケア。リハビリで在宅復帰をゴールとする）のみ提供する。

- ・ 所長の部屋
- ・ PT ルーム、PT ルームは大小いくつかある
- ・ グループリハビリ用の部屋
- ・ 階段の訓練
- ・ トレーニング中のルーム

自転車の練習（歴史的なライデンの中心街を走る 20か所に行くことができる モーターバイクにも乗れる 冬の情景にもなる 畑も行ける ペダルの抵抗も変えられる 漕がないと画面が止まる ブレーキも使える だいたいほとんどのリハビリセンターにある 種類があるがこのタイプが一番多く使われている どのくらい力が入っているか見ることができる 疲労度をはかるボークスコアや心拍数も必要に応じて測る)

- ・ PT はフルタイム職員
- ・ 青のシャツはOTPT、赤いシャツはナース、黒いシャツは施設部、白いのは医師
- ・ レストラン

リハビリは療法士の部屋だけで行われるのではなく、一日中のすべてのことがセラピー的な意味がある。だから部屋に食事の宅配はしない。レストランまで来なければならない。手伝いは可能な限り少なくして日々の生活の練習をする。

- ・ OT の調理室
- ・ ドクターのステーション
- ・ スタンダードルーム

もともとホテルの部屋だ。カーペットを取ってスムーズな床にした。ベッドは病院用のものに変えた。アラームも付けた。しかしそれほど大きくは変えていない。一番大きな違いはバスルームだ。ドアは大きい。オランダでは本人が動けない場合には患者用のリフトを使う。

シャワーの周りにはサポートと椅子がついている。必要ない患者の場合は取り外す。2~3 部屋は軽いリハビリの患者用でほとんど普通のホテルと同じだ。2 人部屋もある。たとえば奥さんが腰を骨折していて夫の体は元気だが認知症がある場合は家に一人でいられないので奥さんといっしょに来る。

- ・全員が 3 食をレストランに行って食事をとる。レストランには看護師がいない。しかしストロークの後に見守りが必要な患者もいる。ヘルプが必要な人もいる。そういう人専用のリビンググループレストランがある。ここには常にナース、ST が詰めている。OT も必要に応じてくる。
- ・ここは 2 フロアーで合計 72 ベッドだ。
- ・自己負担金はない。医療の査定を受ければ入れる。駅に近くレンタル料も高いので財政的にはたいへんだ。できるだけケアを効率的にしないとやっていけない。だから、ハイケアの患者に限定しているのは予算をたくさんとれるからだ。
- ・LUMC の近くには医療関係の会社が集まってバイオメディカル地域になっている社会的研究 (social research) 機関もある。
- ・講義室

(LUMC 会議室)

(質問 : Topas Revitel の患者は卒中の人が多いか。)

自傷 (Auto Trauma) でたとえば腰の骨折あるいはひびもいる、脳卒中は 4 分の 1、一番多いのはその他だ。その他の中にはクロニカルディストラクティブディシーズで例えば肺の病気、手術の後などがあり、最近増えているのが腫瘍などで、がんの治療は改善されてきているのががんの治療を受けた後で体が弱っていて家に帰れないという人たちだ。

それから特別な外陰部副痘 (vulva vaccinola) 患者で、これは女性の vagina の lips に問題がある病気だ。これの手術をする病院はオランダでライデン大学だけだ。この傷の手当は非常に複雑だ。ライデン大学ではその専門の看護師を院内で訓練するコースも提供している。椅子も特殊なものだ。

脳卒中 (ストローク) のリハビリテーションはエビデンスベースによってもっとも正統性を持つことのできるリハビリテーションだ。

(質問 : 一番多いのは整形疾患か。)

一番多いのはその他で、例えば心臓病とか、手術の後とか、その他もろもろだ。次がストロークになる。

腰人口置換術など電動器整形外科手術 (electric orthopedic surgery) を受けた患者はリハビリには行かずにほとんどは直接家に帰る。ただその患者の中で家に帰れない重複疾患 (comorbidity) がある場合はリハビリセンターに行く。

(質問：リハビリクリニックでは保険でカバーされる範囲はどのくらいか。)

その前は長期ケア法 AWBZ だったが、医療的リハビリは 4 年前から医療保健法の管轄だ。査定されると誰でも利用できる。オランダでは医療の自己負担金の最高額が決められていて年に 390 ユーロぐらいだ。GP に行っても 390 ユーロまでは自己負担を払って、それ以上になるとすべて医療保険で支払われる。リハビリクリニックに来るような人はすでにこれを払っている。

WMO の自己負担金はこれとは別にある。Wlz も自己負担金がある。リハビリセンターから家に帰ったら WMO のヘルプが必要で、そこで自己負担金がかかる。ほとんどの場合、自分の家を改造する必要が生じ、またいままで必要のなかったヘルプが必要になる。

(質問：ホテルコストはどうか。)

このタイプのリハビリが必要な患者は一人当たりいくらという固定価格が決まっている。その中に宿泊費や食費も含まれている。

医療提供者からすると、患者は家にいても食事はするわけで、食事代も宿泊代も払わないからわれわれは厳しいのだと強く声が上がっている。

昔から一つのパッケージになっていた長期ケアも分けるという方向に進んでいて、メディカルケア、普通のケア、リビングを分けるべきだという声が上がっている。

おそらく 10 年後には分割されるという流れになるだろう。

(質問：医療保険の中に部屋代も食事代もすべて入っているのか。)

いまはすべて医療保険法で払われるので食事代も滞在費も滞在期間は払う必要はない。

(質問：滞在期間はどのくらいか。保険支払いの上限は。)

非常に複雑だ。まず何日滞在するかという要素、またセラピーを提供する時間という要素があり、また 2 種類の患者がいる。卒中ストロークの患者とそれ以外の患者だ。卒中の患者はセラピーの量が非常に多い。

滞在は 2 日から 12 日、12 日から 24 日に分かれる。

セラピーの時間でまた金額が違う。1 週間に 4 時間必要な人、6 時間の人というように分ける。

こうしてコンビネーション表を作る。

これがクリニカルセラピーだがさらに複雑なことに、アンビュランス (外来) セラピーが加わり、24 時間セラピー、10 時間セラピーがある。

これらの違いによって 40 種類の違ったケアパッケージが作られる。それで医療保険に出す請求書は 40 種類となる。

これを診断取り扱い (diagnose handling) コンビネーションと呼んでいる。メニューカードのようなものだ。レシピを選んでいくと全体のメニューコンビネーションの値段が出てくる。

しかし問題がある。切断 (amputation) 患者は非常に滞在期間が長いし多くのセラピーが必

要だ。この人たちについては平均 1 万 3000 ユーロの赤字になる。利益性のある患者と損失性のある患者がいる。

正直に言うと、2 日後に退院予定だが、その 1 日前に退院してくださいと言う患者もいる。

私はよいシステムであるとは思っていない。診断内容によってリハビリを行っているのはオランダが世界で唯一の国だ。それで非常に財政の流れが複雑になっている。さらに事務処理が非常に多くなってそこでも出費がなされてしまう。そういう財政上の理由で残念ながら PT に 1 日 2 回セラピーを行ってはいけなと言わざるを得ないこともある。

現場は厳しく複雑である。

(質問：糖尿病の患者も多いか。)

割合は多い。

(質問：何歳ぐらいの人が多いか。)

外傷の場合は 80 歳以上、卒中の患者は 70 歳以上、そのほかは 60 歳以上が大きな割合を占めている。特にここは大学病院の近くなので臓器移植の患者も多い。50 歳代の人もいるが身体的年齢では 80 歳以上という人が多い印象だ。

(質問：認知症の人はリハビリできないのでいないと考えていいか。)

ここには来ない。認知症の方は伝統的なナーシングホームのほうが適切だ。

(質問：なぜ適切と思うか。)

ここは自立していて自己選択ができる人ばかりだ。あのような大きなホテルのようなところに入れられたら認知症の方は迷子になる。認知症の人は少数グループでリビングルームで過ごすのがよいが、病院では自分の場所がわからなくなる。

(質問：認知症の家族が入院を希望しても受け入れられないか。ソーシャルワーカーが別のところを紹介するか。)

普通は病院を退院するときにはアドバイスを専門のナースがいて、本人と家族にだいたい 3 つぐらいのリハビリセンターの選択肢を提供する。家族が、Revitel に入りたいということもあるが、認知症があるので Revitel は適切ではないとアドバイスをします。

こちらの組織でもケースを見て担当者がかなり厳しい条件で受け入れるか受け入れないかを決めていかなければならない。リハビリをした後に自宅に帰れるという人のみを受け入れていて、ただ行くところがないからという理由でリハビリセンターで受け入れることはしない。本人があまりに弱っていて多くのセラピーができないという場合も受け入れない。

なぜかという、医療保険会社のチェックが非常に厳しくてリハビリセンターに入った後に家

に帰ることが条件になっている。60%だけの患者がリハビリ後に家に帰らないという状況があったらわれわれのサービスを購入してくれないようになる。われわれの直接的な顧客は医療保険会社だ。会社はほかのリハビリセンターと比較して、こちらとは契約しませんということになる。また、同じリハビリセンターなのになぜそちらは滞在が長いのかという厳しい管理をしている。

(質問：ケアを買うのは保険会社か。)

その通りだ。オランダでは三角形の組織になっている。

一角に患者がいて、患者は別の角のプロバイダーからよいケアが欲しいと思っている。

もう一つの角には保険会社があって患者をヘルプして支払いをするが、こちらはもっともよいケアを買ったのでこちらに行ってくださいと患者に指定する。バリューベースドヘルスケアといって、医療保険に出費される1ユーロごとに最もよいケアを提供するところを保険会社は指定する。

(質問：認知症の人はここではなくナーシングホームのリハビリに入るといことで、保険が別になるのか。)

ナーシングホームに行ってもし家に帰れない場合はリハビリ予算を得られない。その質問は重要な課題に触れている。

こういう考え方は誤っていると我々は思っている。リハビリというのは本来、家に帰るのが目的ではなく本人の機能がよりよくなるということだ。家に帰らなくてもより良い機能になればそれはリハビリなので、リハビリとして払わないという方針は間違っていると思う。

(質問：認知症の人がナーシングホームのリハビリに入るといことは、認知症の人に有効なりハビリが提供されていて、それが一般的なことなのか。)

そうではない。Revitelは本来ナーシングホームベースの老年医学のリハビリテーションから始まっている。これは特別なものですべての人に適切なわけではない。

次にメディカルスペシャリストリハビリテーションというものがある。これには子どもも対象になるし背骨の(spinal)けがもある。これはずっと複雑なりハビリだ。

両方とも現在では在宅に戻ることが目標になっている。

これらに当てはまらないグループがある。急性の病気は持っていないが家には帰らないだろうというグループだ。ここに認知症の患者が入る。もしこのような急性の疾患がない認知症の患者のリハビリを構築することができれば在宅で長く生活することが可能になると私は思っている。これは機能低下を予防し遅らせることとリハビリとの中間のエリアだ。本当はこのようなケアが認知症の患者に必要ながオランダではそれを提供するプログラムはない。

(質問：Revitelのライバルは何か所ぐらいあるのか。)

まず、オランダ国内には200ほどのナーシングホーム組織がある。ここではみなりハビリテ

ーションを提供している。近年ずっと続いている傾向としては小さな介護提供組織は合併が進んでいるので数はどんどん減少し大型化が進んでいる。

例えばライデン市内に 5 年前には 6 か所のナーシングホームベースの老年医療リハビリがあった。今は 3 か所に減少している。

(質問：組織が減ってもケアの提供規模は変わらないか。)

ベッド数には変わりはない。

(質問：2つのリハビリの平均滞在期間は。)

卒中は平均 60 日、電動器整形外科手術や腰の手術の後は 25 日、その他は 50 日。しかし保険会社は医療保険法でかなり厳しくチェックするので滞在に数は減少傾向を見せている。昨年はその前年よりも平均滞在日数は減少した。さらにメディカルスペシャリストでも同じことが言える。多くの場合は外来の治療になる。

同じような傾向が老年医療リハビリにも入ってくると思う。ほかの国に比べるとオランダのリハビリ滞在期間は長いほうだ。

先ほど OT によって自宅で料理をするキッチンがあった。しかし実は自分の自宅で練習をするのが一番良い。だから外来、つまり人々が自分の家に住んでいてここに通院するか OT などの療法士が訪問して訓練するほうがずっと良いと私は考えている。

われわれはリハビリテーションが行われた期間のケアニーズについて調査した。それで、人々が在宅でホームケアを受けながら落ち着いてリハビリをしたほうが 4 分の 1 リハビリや療法を減少させることができるという結果が出た。

いまはリハビリセンターに泊まってリハビリをしているが、そこで最も基本的に重要なことを学んで、家でもできることは家ですることができると考えている。

(質問：こちらでは 60 日リハビリするということだが、日本では回復期病院というものがあって身体的な機能改善と日常生活 ADL の向上に結び付くように 180 日じっくりやる。特に脳卒中後の人で若い人もいる。)

例えばアメリカではメディケイドで 14 日だ。その回復期病院に行ってみたいものだ。

(質問：家でできることは家でやって、リハビリセンターでしかできないことをやるべきだということだが、リハビリセンターでしかできないことはどのようなことか。)

状況次第ということもある。まず一人住まいの人でトイレに行けない場合、トイレに行けるかどうかという点は重要だ。計画的にケアを提供できるような場合、たとえば何時にこのケアをすとか療法をすとかは家で十分できるはずだ。

それから重複疾患の視点からメディカルスーパービジョンが必要かどうかということもある。例えば腰のひびとか切断、心臓疾患、肺疾患だ。

日本ではストロークの場合入院日数はどのくらいか。

(質問：2週間ぐらいだ。)

それはとても長い。

(質問：さらに回復期90日、老健に1年半となる。)

それは大問題ではないか。オランダでは脳卒中の患者は5日で長すぎるぐらいだ。病院に長くいるのは非常に危険な腰のひび(ヒップフラクチャー)でも5日がせいぜいだ。

オランダの病院ではほとんどの患者に、24時間以内に立ち上がってベッドから出るように言っている。歩かないと健康な人でも筋肉がどんどん弱ってしまう。

(質問：日本でも気づいていて、そのような方向に向かっている病院もある。)

お金をもっと少なく使って患者ももっとハッピーになると思う。

(質問：家族は病院に入れたがる。)

それはそうだろうと思う。

(質問：介護保険との役割分担が日本とイメージが違うようだ。日本は相当重度の人だけが特養に入る。それで病院が長期に利用される面がある。)

回復期病院は保険で支払われるのか。セラピーが提供されるか。

(質問：医療保険だ。ホテル代とホテルコストは自己負担だ。部屋代がかからない4人部屋もある)

そのようなところを訪問してみたいものだ。

(質問：多床室はオランダにはないのか。)

ナーシングホームは多くて2人部屋だ。昔は4人部屋もあったが今はない。病院は4人部屋もある。オランダの場合は個室の自己負担というものはない。医療上の必要に応じて個室になる。

(質問：リハビリは家に帰れる人のみで、6割以上が家に帰るということだったが、家に帰るときのWMOサービスなどのコーディネーションは誰がしているか。)

7割以上が家に帰るところが多く、われわれのところは9割だ。

具体的にどうしているかというかならず、TopazのOTがクライアントの自宅に行って階段リフトが必要だとかを見る。そしてこちらがかわりに市役所に申し込むのではなく、家族にこのようなことが必要でここに行けば申し込めるということを案内する。多くの場合、市役所に申し込みやすいようにこちらで書き込んでおいてこれを持って市役所に申し込んでくださいとア

ドバイスをする。

それからホームケア組織の在宅看護の地域ナースも支援をする。

(質問: Topaz の OT と市の担当者とディストリクトナースは情報共有をするか。それぞれのどこかがコンタクトを持っていればそれでいいとの考えか。)

いまはコーディネーションについて理想的な話をした。しかし実際はコミュニケーション、コーディネーションは理想的な形とはほど遠い。

脳卒中の場合ははっきりしていいほうだ。まだまだ改善の余地があるが、地域ストロークコーディネーターという役割が確立している。

患者から見るといろいろなプロバイダーがあって、窓口もいろいろあり、保険もいろいろあり、とても複雑で患者の頭痛のタネになっている。

残念ながら、オランダの医療保険は介護保険も本人に非常に理解力があって、特に子どもに医師や弁護士がいるとありとあらゆるベネフィットを得ることができる。しかし社会的な階級が低い人や知的に理解力が乏しい人は自分の行くべき道を得られなくて損をする。このようなシステムになっている。

(質問: Topaz のようなナーシングホームの組織が医療保険下のサービスを提供するには特別な許可が必要か。)

リハビリは医療保険の下で行われるので長期介護とは違うので別の認定が必要だ。認定を出すのは医療保険会社が行う。クオリティステートメントとかセラピストの数とか要求される基準を満たさなければならない。

(質問: ナーシングホームでリハビリを提供する場合は Wlz でカバーされるか。)

そうだ。ナーシングホームの追加サービスのものなのであまり多くはなされていない。昔ナーシングホームに 400 人いたとして、たとえばあるナーシングホームは年間 2 人だけがリハビリ療法を受けるということも許されていた。いまは人数がまとまらないと提供できない。2 人だけというところは保険では認められない。

(質問: Revitel は固有名詞か普通のオランダ語か。)

オランダ語の普通名詞ではない。リハビリテーションとホテルをつけた造語でユニークな固有名詞だ。

2017年8月29日

CIZ (長期介護法<Wlz>認定機関)

RonaBoamann 政策アドバイザー

Heike Engelen 医療アドバイザー



Ciz の査定のやり方、さまざまな数字、また日本とオランダの違いも話していきたい。

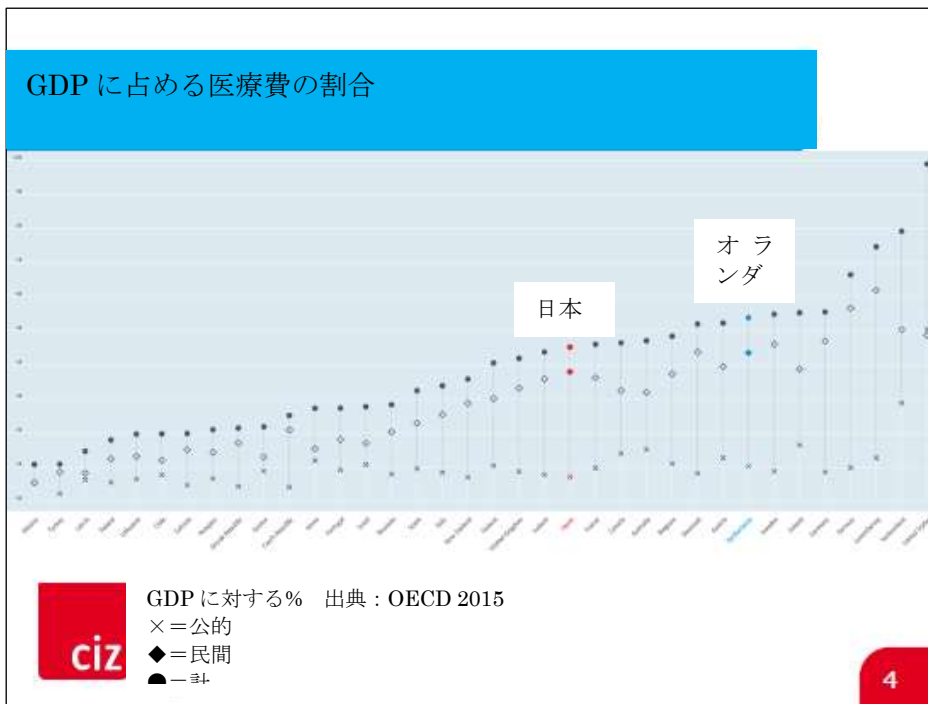
Characteristics 特性

| | オランダ |
|-----------------------|------------|
| 面積 (km ²) | 41,543 |
| 人口 | 17,104,799 |
| 高齢化率 (65歳以上%) | 17.3 |
| 医師数 (1,000人当たり) | 3.3 |
| 病床数 (1,000人当たり) | 4.7 |
| 一人当たり医療費 (米ドル) | 5131 |

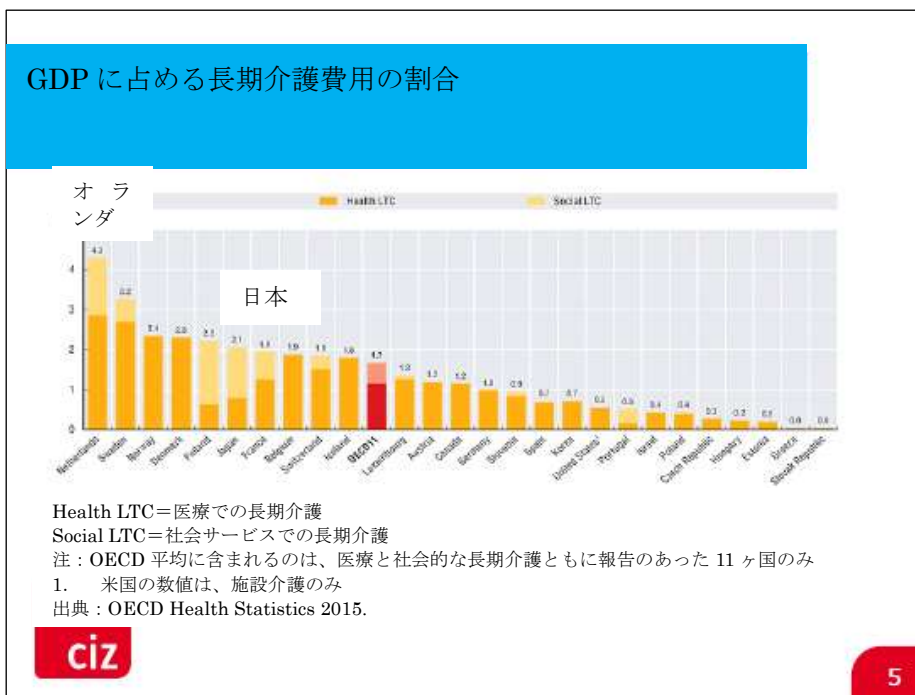
ciz

2

オランダは小さな国だが人口は多く 1700 万人だ。高齢者率は 17%で日本より低い。ところが病院のベッド数はオランダで 1000 人当たり 4.7 で、日本は 13.3 なので非常に多いが目立つ。オランダの一人当たりの医療コストは 5131 ユーロだ。



GDP に対する医療コストの割合は OECD によるとオランダのほうが高い。



長期ケア費用の割合はオランダが世界 1 で日本は 6 位だ。

長期介護受給者



出典：OECD Health Statistics 2015.

ciz

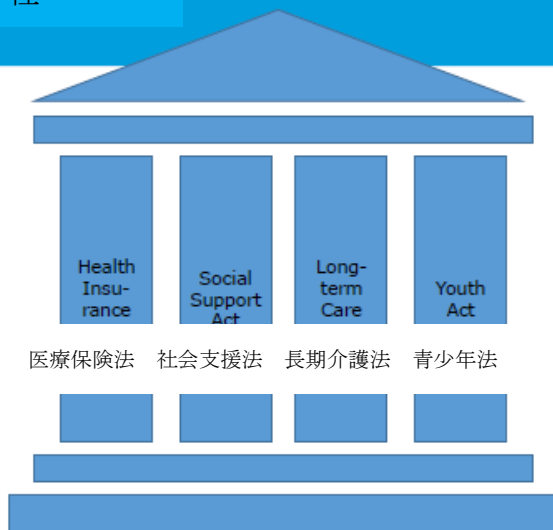
6

長期ケアを受け始める高齢者は 65 歳から 79 歳の間ぐらいだ。長期ケアを受けている人は若者に多い。多くは精神障害か身体障害かのどちらかである。日本はこの割合が非常に小さい。

(質問：日本ではその範囲は福祉が担当している。)

確かにどの数値を採用するかで変わってくる。

4つの柱



ciz

3

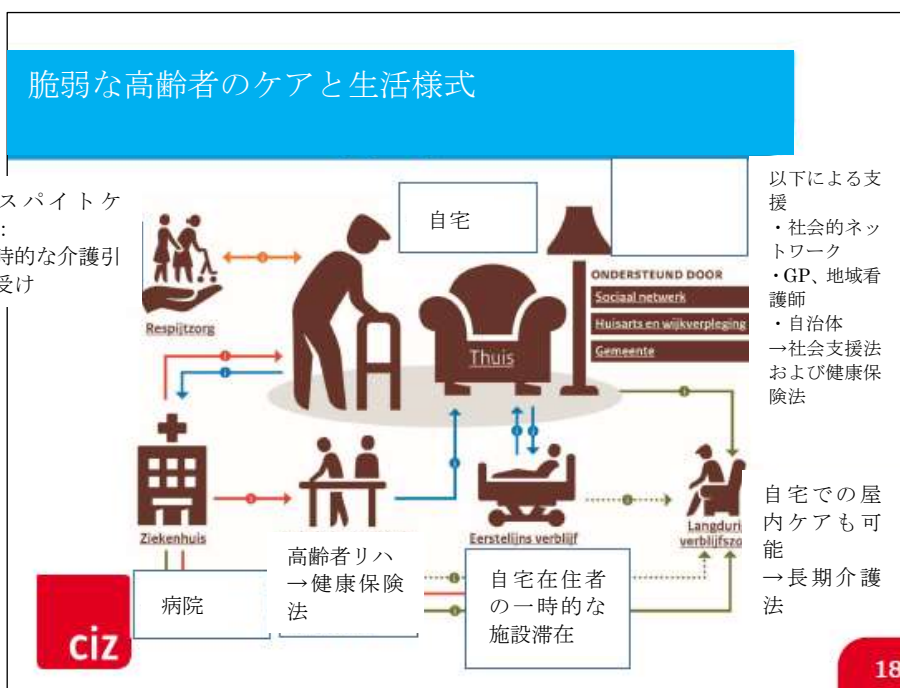
オランダではケアについての法律は 4 本の柱がある。まず、医療保険法。これは民間の保険会社を管轄する法律である。また社会的支援法がある。これと青少年法は地方自治体が担当する。

そして長期介護法 Wlz がある。これは国の法律で、CIZ もその一部を担当している。

査定を誰がするのか、どのような資格を持った人が行うかということだが、医療保険法の場合は GP あるいは看護師あるいは病院の医療専門職 (medical specialist) が行う。市町村が提供する医療的ケアの査定は市町村が雇用あるいは提携している GP や看護師や医療専門職が行う。



この4つの法律があるので市民にとってはどこに頼んだらいいのかわか混乱することがよくある。このように漂っている気分になる人もいる。



これはオランダの高齢者ケアを非常によく表現している。

在宅ケアは医療を含めてすべて医療保険法が行う。地域看護師、ソーシャルワーカーがサービスを提供する。場合によっては病院に行く。それから老年リハビリがある。この過程で医療ケアを受けることもある。GPの往診だけでは難しい場合にはナーシングホームにショートステイをする。どれほど在宅ケアをしても自宅では難しいとなると長期のナーシングホームに入る。

ショートステイは一時的なものだ。ナーシングホームに入って人生の残りすべてケアが必要だと CIZ が査定したらナーシングホームに入れる。入れるかどうかだけを CIZ が査定する。

長期介護法

Financed by:

財源

1. 所得に基づく保険料 (9.65%)
2. 所得に基づく自己負担額
3. 政府

ciz 9

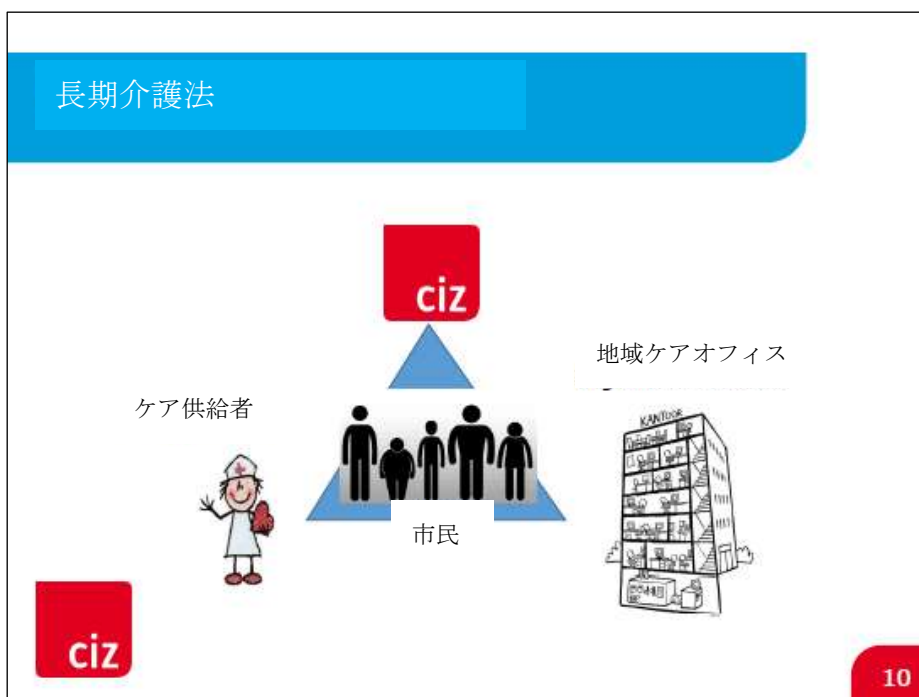
長期介護の収入源は所得に基づく保険料だ。自己負担金もある。いつも足りない (笑)。足りない場合は政府が負担する。各省庁ともに歳出増加傾向なのでいかに下げるかが大きな課題だ。

長期介護法

- 民間医療保険会社が実施
→圏域ケアオフィス
- カバーされる範囲は政府が決定
- すべての所得税納付者に義務付け

ciz 7

Wlz の具体的な業務は民間保険会社が行う。保険会社はこの Wlz のためのスペースを持っていて地域ケアオフィスと呼ばれている。Wlz のカバー範囲は政府が決める。そして所得税を払う人は必ず義務的に保険料を払わなければならない。



CIZ はどのような位置にあるかを示す。

ケアニーズがある市民は地域ケアオフィス、ケアプロバイダー、CIZ に関する。

The slide features a blue header with the text '長期介護法' (Long-term Care Law). Below the header is a list of services provided by CIZ. At the bottom left is a red square with 'ciz' and at the bottom right is a red square with the number '8'. The background of the slide shows a blurred indoor setting.

- ナーシングホームまたは精神障害者用ホームに入所
- 日常的な身体ケア（例：シャワー浴、着衣、排泄、食事など）
- 個別支援（例：家事や日課の学習など）
- 看護
- 理学療法、心理的支援など
- 治療
- デイケア送迎

Wlz の査定を受けるとナーシングホームに長期滞在することができる。理由はいろいろで身体的な、あるいは認知上の問題などさまざま。さらに、Wlz で受けることができるサービスを入所しないで自宅で受けることも可能だ。この選択肢が与えられている。

日々の身体ケア、個別支援、看護、理学療法士、心理療法士などのサポート、治療、デイケア、医療機関への移送コストも払われる。

CIZ はケアが必要な時の査定センターだ。

(質問：Wlz は在宅でも受けられるとのことだが、それは個人予算の場合だけか。)

本人がナーシングホームの査定を受けている場合、事業所がナーシングホーム的ケアを提供すると Wlz の地域オフィスに請求書を出すことができる。本人としてはそのような形で受けることも可能だし、個人予算という制度もある。本人から見ると両方ありうる。

CIZ の査定を受けた人は住む場所がナーシングホームでも在宅でもその保険の適用はできる。

(質問：個人予算で例えば隣人にシャワーを手伝ってもらった場合お金を渡すことはできるか。)

個人予算は 2 種類ある。プロのプロバイダーに依頼するときと近所の人や自分の娘とかに頼むときだ。後者は 20 ユーロだとするとプロに頼むときは 2 倍になる。

(質問：施設と現金給付と現物給付の使われている割合は。)

個人予算はこちらで管轄していないのでわからないがたぶん少ないと思う。まず、本人がお金を管理できる人で、人と契約できる人でなければならない。入所しているか在宅かという割合もここでは管轄していないのでわからない。ドイツや日本のシステムとは違うがいい制度だと思っている。自分が受けるケアを自分が決める選択の自由がある。一部不正使用する人がいるので問題はあことはあるが。

(質問：日本では認められていない。)

不正使用を解決するためにスウェーデンやノルウェーでは現金ではなくてバウチャーシステムにしている。このやり方はよいと思う。

(質問：医療行為は医療保険と介護保険で重複すると思うが、なぜ分けているのか。)

保健省の方針だ (笑)。定義上は、医療保険法は治療して回復するというものをゴールにしている。長期介護のほうは、治療は無理だが医療ケアが必要な場合だ。

(質問：両方同時に使えるか。)

同じ人が長期ケアの査定を受けていてナーシングホームに入っていて、ナーシングホームから病院に入院して手術が必要になったらこの場合は治療が目的なのでその部分は医療保険になる。

本人が在宅で看護などの支援が必要だという場合で、ナーシングケアの査定を受けていない場

合は医療保険とソーシャルサポートで受けることができる。長期ケアの査定をもらっている人はWMOからのパーソナルサポートやガイダンスはもらえない。パーソナルケアは長期ケア。家の改修などは両方が使える。病院に行った際のコストは医療保険から払われる。

確かに治療できない治療と治療できる治療というのは不自然な定義で、特に子どもは成長するので治療できないと言われていてもできるかもしれない。子どもに治療できない治療をするというのも医師としては難しいことだ。



2016年に20万件の査定を行った。査定担当者は390人いる。医師が27人。すべては国民保健省が払う。10%は長期ケアの必要はないという判定が出された。不満で合意できない場合が時々ある。その場合の苦情を申し立てる。10%のうち15%は再査定で査定が与えられた。

(質問：すると1人の査定者が年間500人ぐらい認定することになるか。)

アセスメントは家庭訪問をして行う。そうではなくオフィスにきてもらってアセスメントをすることもある。その時には介護者と会わないこともある。

アセスメントの申し込みが来るときは多くの場合ケアプロバイダーが関与しているので本人の情報はかなり書類上で見ることができる。同時に多くの関係者に電話して確認する。認定者は390人いるが毎日アセスメントをするだけではなく医師とのディスカッションなどほかの仕事も多くある。390人はフルタイム換算なので実人数ではない。

高齢者長期介護（2017年1月1日）

長期介護法が適用される高齢者の数：155,415

これは長期介護を受ける総人口の53.5%にあたる

2016年のアセスメント数：102,706

ciz

13

高齢者について話を進める。長期ケアを受けている人の50%以上が高齢者だ。高齢者のアセスメント業務は2016年の数字で10万人以上だ。

業務に携わる専門職

- 医学的診断：医師
- ニーズアセスメント：様々な経歴を有する**査定者**（経歴の例：看護、ソーシャルワーク、理学療法、作業療法など）
 - 査定者には、学士以上の教育が求められる。
- **多職種チーム**：社会医学や上級査定者は医師。問題が複数あるケースなど、複雑な状況を対象。
- **ケア提供者、セラピストまたは医師からの情報**

ciz



17

どのような専門家が査定者なのかということだが、医師、それからさまざまなバックグラウンドを持っている人がいる。看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士もいる。地域ごとにチームを組んでいて、複雑な場合にはGPと連携を組んで話し合いの結果決定する。患者情報はインフォーマル介護者、ケアプロバイダー、GP、セラピスト、医療専門職などから多くを収集する。

オランダには老年医療の専門職がいる。それはいわゆる老年医学者（geriatrician）と非常に似ている。

アセスメントと決定

クライアントが長期介護法の適用対象となるか否かを決定するために、以下のツールを使用する。

- 漏斗状のアセスメント（アセスメントファネル）
- 調査票：登録 CIZ が WHO の ICD（国際疾病分類）および ICF（国際生活機能分類）に従う場合
- Logarithm（アルゴリズム）に基づく割当

受給資格のあるクライアントは、ケア強度パッケージと共に決定を受け取る。受給期間は生涯である。



14

クライアントが長期介護サービスを受ける権利があるかどうかを査定するためにはツールを使っておこなう。漏斗状のアセスメントパネルだ。まず質問リストがある。

長期介護のケア強度パッケージ

クライアントのプロフィールに基づく 36 のケア強度パッケージ（CIP）からの選択

- 7：高齢者ケア
- 5：精神医療
- 24：障害者ケア

アルゴリズムに基づく割当

アルゴリズムは査定者に CIP を提案

査定者は異なる CIP を選べるが、理由付けが必要である
ケアの量はすでに決められている



16

最終的にはそのクライアントにどのようなケアパッケージを受ける権利があるかを判定する。得点を集めて行って合計点で決める。スコアはアルゴリズムで処理されてケアパッケージのアド

バイスが出てくる。



漏斗状と呼んでいて 5 つのステップがある。最終決定はクライアントが長期ケアの権利があるかどうかということだ。

クライアントから長期ケアのサービスを受けたいとの依頼があった時にはまず情報が必要だ。疾患とかハンディキャップとか病状というような医療的な理由がなければ長期ケア法の対象にはならない。正式な診断が必要で、GP や医療専門職やセラピストから提出される。ICD とか ICF のような国際分類システムを使う。これが重要だ。

たとえば、膝が痛くて歩くのが難しいので長期ケアを受けたくても、それだけでは十分ではない。機能不全とか疾患とか何らかの医療的な診断が必要になる。

オランダではスコアシステムを使っている。

患者の原因疾患を確認する、身体疾患なのか精神疾患なのか知的疾患なのか老年病の疾患なのか。次にハンディキャップとかディスアビリティ。この 2 つを見て次にスコアシステムがある。

さまざまな機能不全があり、例えばオリエンテーション不全、行動上の不全などだ。

このスコアシステムでは 0~3 点まで 4 段階ある。0 は問題ない人、1 は 1 週間の間で時々支援が必要な人、2 は機能不全があるために頻繁に 1 日 1 回から 2 回支援が必要、3 は行動上の問題などがあって継続的な支援が必要、というようにハンディキャップの 4 段階に分けている。

例えば障害になると社会的な自立、つまり 1 日何をして過ごすか自分で決めることができる判断力が失われていく。自分でできるのか、支援が必要なのか、誰かに代わりにやってもらう必要があるのかという 3 つの段階がある。これも 1~4 点まで点数を割り振っている。0 の人は問題ない、1 はほかの人からの何らかのサポートガイダンスが必要、2 はほかの人のヘルプがないとできない、3 は常にほかの人のサポートが必要。社会的自立を考えると認知症の方などがこの

対象になる。認知症の方は多くの場合スコア 2 から 3 になる。このように自分で自分の面倒を見られますかとわれわれは 3 番目に質問する。

このように様々なカテゴリーがある。これが第 1 のステップだ。最初の医療的な診断は客観性を確保するために必要だ。

そして判断をする。判断すべきことは、継続的な観察が必要かどうか、あるいは 1 日 24 時間のケアが必要かどうかだ。例えば認識上の障害がある場合や重度な身体障害がある場合には 24 時間ヘルプが必要だ。

常にインフォーマルケアの家族、ケアプロバイダーの誰かが常時いる必要があるという段階かどうか、24 時間のケアあるいは観察が必要かどうかということについては、具体的にそのような必要がある人は例えば行動に異常があって本人や他人に対して危険である可能性があるという人だ。これにイエスかどうか長期介護法にとって非常に重要なカテゴリーになる。これと、ステップ 3 の判断とがコンビネーションで重視される。ケアニーズが大きいと判断できるからだ。しかも恒久的に必要かどうか、そしてこの障害は回復する可能性がないということだ。回復できる可能性がある場合は WMO と医療保険に行かなければならない。

ステップ 4 は子どもの場合だ。子どものケアは親がするので、まず親が子供にするケア（フォーマルケア）をみる。例えば 2 歳児の場合、親がパーソナルケアをする。病気を持っていて長期介護を受けていても治療の可能性がある場合には医療保険法でカバーされる。この治療の可能性も確認する。子どもで重度の身体疾患がある場合は医療保険法の対象になる。クライテリアの中にはいくつか例外項目がある。精神障害知的障害の場合だ。これは子どもに限らない。

また例外としては恒久的にヤングアダルトのメンタルケアが必要な場合、一時的に長期ケアの法律の対象になることがあるがこの割合は非常に少ない。この例外規定は高齢者の場合にはない。

そして最終的に決定がなされ、ケア重度が決められる。

長期ケア法では一生涯というのが有効期間だ。そして、われわれは地域ケアオフィスに指示を出していて、パッケージで記された時間よりもっと多い時間のケアが必要かどうか確認するようにしている。この人にはこのようなパッケージが出されているが実際にそれで十分かどうか調査するよという指示を少数の人のみだが地域ケアオフィスに対して付ける。

具体的にどのような形で行われるかという、クライアントは多くの場合地域ケアオフィスに呼ばれてそこに面接に行く。そしてこのパッケージで十分かどうかを判断する作業が行われる。

(質問：ケアニーズのことでと障害の重度のことはどのような関係になっているか。)

この CIZ のケア重度はケアのニーズを表していて、具体的に何がどれだけ必要かということには記されていない。パッケージの中にはどういうヘルプが必要かということは書かれている。しかしそれぞれの必要なヘルプを何時間すべきだという内容は書かれていない。

(質問：つまりニーズのタイプが書かれているということか。)

そうだ。プロフィールだ。

(質問：どのようなレベルまで書かれているのか。たとえば入浴支援が必要とか、月に何回かショートステイが必要、デイサービスが必要などと書かれているのか。)

非常に全般的な(ジェネラル)表現だ。まず、ディスオーダーとリミテーションの説明がある。これがあるケースの具体例だ。この対象者は高齢者で、初めて長期ケア法の申請をしてそれを受けることになった人のパッケージの表現の例だ。

ZZP 4 VV 集中的な指導と長期ケアで保護される生活 (2014年)

このクライアントグループは、保護された環境で幅広い注意を払い、集中的な助言が行なわれる。理由はさまざまである。

クライアントは、コミュニケーション、意思決定、タスクの実行など、自立の多くの側面を考慮したケアを必要とする。彼らはほとんど社会的生活に参加することはない。

クライアントは思考と記憶、方向感覚と集中に関する多くの制限があるので、すべての心理社会的/認知機能に関する支援、監督または助言を必要とする。

さまざまなADLの観点から、クライアントはしばしば監督と刺激を必要とする。クライアントには、若干の介護、洗濯および衣類のサポートが必要となる制限がある。

移動性の観点から、クライアントは監督と刺激を必要とすることが多い。家の中では、クライアントはある程度自信を持って動くことができる。家の外での移動のためには、一般的に介助が必要である。

慢性疾患のために、クライアントは、日常的に看護師の注意を必要とする脆弱な健康状態の可能性もある。

これらのクライアントは、時には支援、監督、助言が必要な行動上の問題を抱えている可能性がある。これらのクライアントには主に受動的な精神的な問題もある。

助言の目標のタイプは、しばしば、悪化に対する助言にもかかわってくるが、安定化でもある。クライアントは、1日のさまざまなときに、ケアの構造的なニーズを持っている。近くでケアを提供しなければならない。制限のパターンはゆっくりから早くに変化する。

このクライアントプロフィールの主要な根拠は、主に精神医学的疾患または体性疾患である(下記の例を参照)。

クライアントグループの例は次のとおり。

- 中等度の認知症候群のクライアント
- 養護老人ホームでPG追加介護を受けている入居者
- 年齢のために、永続的な精神医学的問題の上にケアニーズが加わったクライアント

既存の永久精神医学的問題の上に必要な

- 身体的ケアを受けていて、重度の感覚的制限(後年の難聴および/または失明)のために追加の指導を必要とする必要がある人。

平均制限スコア

| Category | Score |
|-----------|-------|
| 社会的持続性 | ~0.5 |
| 心理社会的/認知的 | ~1.0 |
| ADL | ~1.5 |
| 看護 | ~2.0 |
| 行動問題 | ~2.5 |

精神疾患のタイプ

| Type | Percentage |
|--------|------------|
| 受動的な性質 | ~15% |
| 能動的な性質 | ~85% |
| N.A. | 0% |

助言範囲のタイプ

| Type | Percentage |
|------|------------|
| 安定化 | ~35% |
| 開発志向 | ~65% |

悪化時のガイダンス

高齢者に提供するケアは7種類ある。

ソフトウェアが使われて計算プログラムによってスコアが出てくるが、アドバイスもそのソフトが出す。これはあくまでアドバイスで最終的な判断は査定担当者が行う。コンピュータで自動的な出したものが絶対ではなく最終的に人間が判定する。

高齢者のケア強度パッケージ (CIP) : 強度尺度

| CIP | ガイダンス 会的自立 | 心理社会的 能 | 機ケア 身体介護 | 移動 | 運動機能 | ケア 看護 | 問題 行動 |
|------|--------------------------------------|------------|-------------|-------|-------|----------|----------|
| VV04 | ++++ | +++ | ++ | + | + | + | + |
| VV05 | +++++ | ++++ | ++++ | ++++ | ++ | + | + |
| VV06 | ++++ | +++ | +++++ | +++++ | +++ | ++ | 0 |
| VV07 | +++++ | +++++ | ++++ | +++ | ++ | ++ | +++ |
| VV08 | +++++ | +++ | +++++ | +++++ | +++++ | ++++ | + |
| VV09 | 長期介護法適用のクライアント向けリハビリケア集中型パッケージ (一時的) | | | | | | |
| VV10 | +++++ | ++++ | +++++ | +++++ | ++++ | +++ | + |

 16

これは、高齢者用のケアパッケージのインテンシティの度合いだ。

05 は特に認知症の方を対象にしたカテゴリーだ。06 は身体疾患対象。07 は認知症プラス重度の行動障害の場合だ。08 は重度で複雑な身体疾患を持っている場合で多くのナーシングケアが必要。パーソナルケアが多くなっている。モビリティにも支援が必要。運動器ファンクションに問題が大きい。09 はリハビリが必要な人。10 は緩和ケア。

先ほど言ったそれぞれの0点から3点の得点を入力して各カテゴリーに振り分けられる。

(質問：前に見たことがあるが09が理解できなかった。ケアの必要が少ないようだ。)

この表は2007年のスコアで当時はAWB Zという法律があった。Wlzは2015年以降だ。09はリハビリで、それでケアの量は少ない。特にPT、OTが重要になる。機能をアクティベーションするというよりもできるようにするということだ。この09でリハビリを受けるのは最長6か月だ。この期間が終わると必ずほかの重度のどこかに当てはまる人が09だ。

(質問：医療保険でカバーできるように思えるが。)

そのような声があったために、現在では老年リハビリテーションは医療保険でカバーされるようになっている。

高齢者のリハビリには 2 種類ある。老年リハビリは医療保険になった。そのあと家に帰って医療保険と WMO の対象となる。

ただ 09 をなくすことはできない。長期ケア法のリハビリは、どこかほかのカテゴリーに入っているが 6 か月リハビリセンターにいるという人で、それが終わると家に帰るかナーシングホームに行ってほかのカテゴリーに入る人だ。

(質問：リハビリがうまくいって改善したら卒業することはあるか。)

その可能性はあるが非常にまれだ。入り口でクライアントは長期ケアのクライテリアの範囲かどうかかなり厳しく見る。それが主要な判定内容になっているので回復して必要なくなるということはあることはあるがほとんどない。

(質問：日本では要介護度が上がるとだんだんケアの時間が増えていく。そうではなくケアのタイプを表しているか)

ケアのプロファイルだ。

具体的にケアパッケージが決まると、査定結果とどのようなケアが必要なのかという情報が本人と地域ケアオフィス、ケアプロバイダーに連絡する。この三者が協議検討して、パーソナルケアは週に何日何時間、ナースはどのぐらい必要かなどを決める。アセスメントでは提供するケアの時間は重要ではない。

(質問：CIZ の査定の段階では介護費用はわからないということか。)

保険の予算に関しては我々にはわからない。パッケージごとに最高予算は決まっている。しかし、先ほど例外の話をしたが、特殊なニーズがあった場合には記された予算を超える支援を受けることができる。

(質問：日本ではケア重度が決まるとケアコストの上限は決まる。)

それはドイツと似ている。査定を受けると重度に応じて予算が割り当てられる。CIZ は予算のことは考えない組織だ。法律およびクライテリアに基づいている。

(質問：本人とプロバイダーはケアを増やす方向に行くのでうまくいかないのではないか。2：1 で地域ケアオフィスは少数派になるのではないか。)

決定権は地域ケアオフィスが持っている。地域ケアオフィスの予算内で行う。具体的にはケアプロバイダーのケア商品を地域ケアオフィスが購入する調達部の役割となる。例えばあるプロバイダーが今年にはパッケージ 06、07、08 の合計 30 パッケージを担当した、来年も担当したいと言っても、地域ケアオフィスは他のプロバイダーについてもわかっていて全体像が見えるのでどれだけのパッケージがあるか、どの会社にもどれだけ割り当てるかを判断する。この地域には地域ケアオフィスとプロバイダーが複数あるので複雑な関係になっている。このあたりのことはわれ

われの専門ではないが、そのような関係があるということは知っている。

| 高齢者のケア強度パッケージ（CIP）：強度尺度 | | |
|-------------------------|---------|-----|
| ケアパッケージ(2017年1月1日現在) | | % |
| VV01 | 1.236 | 1 |
| VV02 | 3.764 | 2 |
| VV03 | 6.994 | 5 |
| VV04 | 31.793 | 20 |
| VV05 | 66.558 | 43 |
| VV06 | 29.182 | 19 |
| VV07 | 12.281 | 8 |
| VV08 | 2.425 | 2 |
| VV09b | 879 | 1 |
| VV10 | 295 | 0 |
| Totaal | 155.415 | 100 |

 16

最後のシートは、ケースの数と%だ。今では CIZ は 1～5 の査定はしないが、今までの人の 2015 年以前の権利は残っている。認知上の問題を持つ人が主な対象者であることがよくわかる。

(質問：ケアマネジャーがつくのは認知症の重度の人と聞いたが。)

認知症ケースマネジャーがいる。ケアマネジャーとは呼ばないが、糖尿病専門看護師、パーキンソン専門看護師もいる。この人たちは患者のケアマネジメントを行う。

(質問：長期介護ではケアマネジャーは付くのか。)

いいえ。自分です。あるいは家族がする。ケアプロバイダーも患者のガイダンスとかシステムを使えるようにサポートをする。有給のケアマネジャーは付かない。地域ケアオフィスには窓口があって担当者もいる。その人にこのようなアセスメントを受けたが家にいたほうがいいのか、どこかいいナーシングホームがあるか教えてほしいという形でサポートが行われる。

ありがとうございます



人は誰もが有意義な自分自身の人生を必要としている、と信じています

18

2017年8月29日

サービスプロバイダー (Activite)

Kim Oudshoorn 地域看護師

私は地域看護師 (wijkverpleegkundige) としてライダードルフというこの町を担当している。看護師としてケアを提供していて訪問看護が仕事である。具体的には傷の手当とターミナルケアである。さらに査定も行う。GP や病院などとコーディネーション、連絡も行う。

Activite ライダードルフ支所はこの周辺をカバーしている組織である。ケアを提供しているプロバイダーであって、パーソナルケア、看護、家事支援を提供する。このすべての業務は査定をもとにして行う。この査定とパーソナルケアと看護は地域看護師が行う。

(質問：査定もしているということだが医療保険の看護を行っていると同時に Wlz の査定も行うということか、どのような制度に基づいているか。)

医療保険に基づいた査定を行う。そして Wlz の対象者は CIZ が査定する。

(質問：Wlz の利用者はいるか。)

査定は、地域看護師は医療保険法に基づいて行うが、クライアントの中には Wlz のクライアントもいて、パッケージの中で必要な看護支援を提供する。

(質問：医療保険と介護保険の利用者の割合はどうか。)

私の個人的なクライアントで見ると 90%が医療保険のクライアントで、10%が Wlz のクライアントだ。10%というのはほかのところと比べると多いほうだ。なぜかというと Wlz の査定を受けると本人や家族の希望はふつうナースィングホームに入所したいということになるからだ。

(質問：全体の利用者は何名か。)

看護師なので全体の顧客数はわからない。自分の顧客の数ははっきりとは言いにくい。というのはクライアントの中には私が担当して査定をするために 1 回だけ行く場合もある。だからクライアントを一人ひとり数えていかなければならないことになる。

(質問：看護師スタッフは何名か。)

ライダードルフ支所では看護師が 20 人から 30 人。その中には隣町のラインドルフを担当している人も入っている。

(質問：看護師は 5 つのレベルがあると聞いている。その割合は。)

レベル 1 が家事支援、2 がパーソナルケア、3 は介護士だが少し医療的なことができる、4 はオランダの MBO (看護短大卒) で、レベル 5 は学士の資格になる。

看護師と言ったのはレベル 5 と 4 を指して言った。これを合わせて 20 人から 30 人という意味だ。そのうち 5 人がレベル 5 で残りがレベル 4 だ。そのほかにレベル 1、2、3 は数十人いる。

(質問：家事支援も提供していると聞いたがそれは市の WMO 予算からか。)

そうだ。家事支援は市の制度だ。これは別の組織の担当になっていて **Activite Plus** という名前だ。

(質問：医療保険の査定のプロセスはどのようなものか。誰が行っていて、アセスメントのポイントは何か。)

クライアントが支援を求めるのに 3 種類の可能性がある。

入院中の人は退院後のケアが必要だ。その時は病院からこの **Activite** に連絡が来る。「この人は退院後自宅に戻るが誰もいないので家に行ってもどのようなヘルプが必要か見てください」という連絡だ。

(質問：たくさんある訪問看護ステーションの一つとして病院が選ぶのではなく査定ができるから指名されるということか。)

ほとんどの介護提供組織は査定ができる立場の人を雇用している。正式には最終的にクライアントが選ぶことになる。病院では退院前に、「あなたは家に帰ってたいへんなので訪問看護のヘルプが必要だと思う。こういう組織があるがどれにしますか。こちらがあなたにはいいと思うが、自分で選んでください」という話をする。

場合によってはこちらの手がいっぱいであれば断る。それで、病院の人がまた本人に「ここは満員なのでほかのどれにしますか」と聞く場合もある。

次の可能性は GP だ。GP が往診をして、その患者の足がむくんでいるので包帯を巻いて締めなければならないような場合に **Activite** に連絡してきて、「この人を訪問して訪問看護をアレンジしてください」という電話が来る。

(質問：市のソーシャルヴァイクチームに相談があつて、この人は医療保険でみなければならないというときは GP を通してここに来るのか直接ここに来るのか。)

ソーシャルヴァイクチームから直接連絡が来るのが第 3 の可能性だ。基本的には誰でも申し込むことができる。たとえば私は訪問看護師としてよく出かけるが、出先で「あなたは訪問看護師ね。うちのとなりのおばあちゃんがたいへんだからみてくれない」という形で本人に会うことになって申し込みが行われることもある。

誰でも申し込めるが査定してケアを提供するためには、医療的ニーズがあり看護が必要だという条件が医療保険では必要だ。

(質問：医療的ニーズがあるかどうかは GP が判定するのか。それとも訪問看護師ができるのか。)

いま 3 つのケースの話をしたが、たとえ医師がたくさんいる病院であっても本人に在宅看護が必要かどうかを判断するのは地域看護師だ。

(質問：それはたいへんな仕事だ。)

とてもうれしく思っている。いい仕事だ。しかし責任は大きい。却下して断らなければならないことがあるのでそこは厳しい。そこで苦勞する。

(質問：保険会社の許可はどうなるのか。)

基本的に保険会社の許可を取る必要はないが、相当の書類を提出しなければならない。査定業務自体に多くの書類の事務処理があって保険会社に提出する必要がある。しかしケースごとに保険会社の許可を取る必要はない。

(質問：定期的に監査は入るか。)

定期的に保険会社の監査が入る。その時には抜き打ちでケースを見て、正しい査定をしているか、査定した通りとびぬけて多くのケアは提供していないか、どういうケアを具体的に提供したかの記録も見る。

(質問：日本では訪問看護ステーションの人が査定をすると、儲けるためにいくらでも増やせし利用者もサービスをたくさん受けられてうれしいということになると批判される。こちらではどうか。)

そういうことはない。われわれは査定をするものとして責任を任されているので、何か誤った査定をしたら自分が責任を取るということをよくわかっている。そのような正統性のない査定をすることはしない。

(質問：資格をはく奪されるなどということになるか。)

ケアは申告すればすべてもらえるわけではない。さまざまな医療保険と契約しているので、それぞれの医療保険の会社は非常に細かく見ている。だから妥当性を超えたケアを多く提供すれば警告が来たり、これ以上は払えないという連絡が来たりする。契約関係があるためにそのような心配されているようなことは起こらない。

(質問：アセスメントについて。どのようなポイントをアセスするか。)

申し込みが来ると、行く前に実際に医療的ケアが必要かどうかをまず判定する。やり方はいろいろあるが例えば、GP に電話して確認することや、本人に電話をしてどういう問題があるのかを聞く。

保険会社との契約で 5 日以内に訪問しなければならないということになっている。例えば今日電話をしてきて、すぐに今晚でも必要だという人の場合、今晚が無理であれば明日行く。

経験を積んでくると電話だけでだいたいどのくらい必要かということがわかってくるので仮プランを作れるぐらいになる。しかし、具体的に提供する看護の時間などを査定するには訪問をする。

(質問：チェックシートのようなものはあるか。)

ファイル (Dossier) をお見せする。ケアの受給者はみなカルテブックを持っている。まず事実の情報で、名前、住所、契約している保険会社、担当の家庭医、家族とのコンタクト、診断の内容などだ。看護師が健康状態のパターンを質問する。それらを書き込んでいって査定をする。査定内容のリストがあって、どういうケアを週に何回するのかなどが書きやすいようになっている。例えば、パーソナルケアが必要な人に週何回必要かなどだ。レベルもそれぞれのケアの内容ごとに1から5まであり、週に何日などを書き込めるようになっている。

(質問：アセスメントをするときに、できることとできないことを詳しくチェックするか。)

私のやり方だが、私は看護師なのでパーソナルケアでもなんでもケアできるので査定をするために訪問した時にシャワーなどその場ですぐやってもら。やってみたら本人ができることとできないことがわかるので聞く必要がない。そうして書類に書き込んでいく。

(質問：その時に、少しこうしたらできるのに、という事柄はどのようにマネジメントするか。)

本人が肺の疾患を持っている場合は調子のいい時と悪い時とずいぶん差がある。そのような場合はいい時と悪い時の状況を聞いて平均を査定の中に入れるようにする。

できるだけ早く自立できるようにというのがいつも頭にあるので、私は看護師でOTではないが、自分が知っていることがあればできるだけ自立ができるようになるようにアドバイスをする。

(質問：OTにつないだり協働することはあるか。)

よくOTと連携する。ここと連携しているナーシングホーム組織があってそこにはOTが勤務しているのでそのOTチームとはよく連絡している。

(質問：ボランティアと一緒に外に出たほうがうまくいくというようなときはボランティアにつなぐか。)

査定をするときに、医療的査定が終わった後の最後の会話の時にその人の厚生的な生活状況、つまり友達がいるとか趣味はなにかというような質問をして、コンタクトがほとんどないのであれば友達ボランティアなどいろいろあるのでそれがいいだろうと書き込む。

(質問：アセスメントのシートはActivite独自のものか。保険会社が作ったものか。)

知りたい内容は保険会社から出されているが、それ以外にも介護提供組織では独自のものを作っている。このファイルはActivite独自のものだ。

(質問：OTと連携するとのことだが、情報共有を含めてどのように連携するのか。)

電話で連絡する。すでに家庭医から紹介されて患者がOTに行ったことがある場合は、こちらと契約していないところでも連絡する。情報はたくさんあるが、私の立場で重要だと思われることを相手のOTに口頭で伝える。

(質問：ボランティアが必要と思われるときはソーシャルヴァイクチームにも連絡するか。)

わたしは直接ソーシャルヴァイクチームに連絡しないようにしている。できるだけ本人かインフォーマルケアをしている家族がするようにしている。わたしが患者のことをほかの人に伝えるのは、いろいろな法律もあって問題もある。本人が言いたいことを言ったほうがよい。

(質問：OTにつなぐときに「こうやったらこれができる」と利用者に伝えるか。メリットを伝えて提案しているか。)

査定が終わると、それを看護とか介護の部門に渡して、担当者が決まるとその人がケアの量を増やすか減らすか時機を見ながら判断する。医療看護以外のアドバイスについては、たとえば肺が悪いのにヘビースモーカーであるという場合は看護師の仕事ではないかもしれないが本人のためなので減らしたほうがよいということはもちろん言う。食事についても自分ができるアドバイスはする。

(質問：日本ではオランダのモデルは玉ねぎモデルや全人的モデルで、本人を中心にいてさまざまな必要なケアをトータルでコーディネートすると言われている。それは理念であって実際はやられていないのか。)

これはただの理想ではなく本当のことだ。玉ねぎモデル、全人的モデルは実際に行われている。

(質問：アドバイスはするが結局は本人次第か。)

本人の選択と本人の責任が非常に重要視されている。アドバイスをしたけれど最後は本人の決定だということも書類の中には加える。

(質問：日本の場合は友達がいらない一人暮らしの人は社会的に問題になることもあって、ケアマネジャーが社会資源につなげる助言とか引き合わせとかをする。助言をしても誰ともつながらなくてもそれは本人任せか。)

オランダではそこまでしない。アドバイスはするし紹介はするが、本人が連絡をしてやろうとしなければ本人の責任だ。

しかし、例えばそのような社会性が非常に劣ってしまった人で、傷があるのに非常に不潔な家に住んでいた、傷の手当も拒否したというようなときはその状況をGPに伝える。そこまではする。

(質問:クライアントで認知症の人が増えていると思うが査定において認知症は考慮されるか。)

あらかじめ GP から、この人は認知症であると連絡が来ることがほとんどだ。

このファイルはクライアントの家においてある。査定内容はクライアントが読むことができる。ただ病名や症状、記憶力がない、忘れやすいなどと書くとクライアントが読んでショックを受けると困るので書かないこともある。

記録はクライアントのところに残すので重要なページは写真を撮っておく。

(質問:査定をするのはどのような資格の人か。)

オランダでは医療保険を使うこのような査定をできるのは看護師レベル 5 だけだ。ほかの療法士はできない。

大卒で学士資格のレベル 5 になって勤務を始めると社内訓練がある。午後 3 日間だ。

(質問:モニタリングはするか。)

それを行う担当をアカウントマネジャーと呼んでいる。本人のところにはいろいろな人が行くが、責任をもって窓口となり一番多く行く人が決まっている。実際にはほかの人が行ってもアカウントマネジャーがケアの量を上げるべきか下げるべきか常に見ている。

(質問:査定から落ちた人にはどのように紹介などをするか。)

最初に申請した人がだれか次第だ。本人から電話が来た場合は、このような結果になったと必ず GP に連絡する。

医療保険法でサービスを提供できるほどの疾患ではないと判断したので査定では訪問看護師は来ない、パーソナルケアもないという場合でも、本人としては問題があるから来ている。本人ができるようならば GP やソーシャルヴァイクチームに連絡するように言う。

本人ができないような場合は私が直接 GP に連絡する。ときどきはソーシャルヴァイクチームにもこの人をみてあげてくださいと連絡する。

2017年8月29日、30日

国際長寿センターオランダセンター (International Longevity Center the Netherlands)

Mrieke van del Waal 事務局長

(質問：オランダは医療保険と介護保険 Wlz と社会サービスが Wmo が並列している。問題が出た時にどのサービスを使ったらいいのかあるいはボランティアを活用してヘルプをもらったらいいのかというスクリーニングの部分を知りたい。日本にはケアマネジャーという仕組みがあるがオランダには同様のものはないようだ。具体的に聞いたほうがいいので、特に軽度の人を中心に聞く。)

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、すでに地域ナースなどのケアを受けている場合にはナース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、医療的な支援もナース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、重度の慢性病患者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は何が必要か、家の改造もコーディネーションを行う。

このケース 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ようにもアドバイスする。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する。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いま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と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だ。

(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 が弱くならないような訓練をすると思う。

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があるので参加したらいいと思うというような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下がっ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を 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。

もちろんよいナースや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。減少した部分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ないという考えか。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良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、ナースを送る必要があるとか判断して適任者を送る。

この人にはたぶんナースが送られると思う。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ナース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る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た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カーにならない。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。

2017年8月30日

ライデン市役所 (Leiden Gemeente)

Lilja Perdijk アドバイザー

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すこ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おいていて、設定した時間にビ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AWVZ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AWVZ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。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なに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る」と言って、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いかない場合もある。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ができる。いっしょに車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第3の人だ。最初は近隣の人に週1回夕食を持って行ってあげてくださいなどができると思うが、この人は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。ソーシャルワイクチームは、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。さらに重度が進んだらナーシングホームということもある。