

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調査研究 報告書

一般財団法人 長寿社会開発センター  
国際長寿センター

# 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報告書

## 刊行にあたって

国際長寿センター（日本）：International Longevity Center-Japan（ILC-Japan）は、1990年に日本とアメリカの2国で設立されました。それ以来、フランス、英国、ドミニカ共和国、インド、南アフリカ、アルゼンチン、オランダ、イスラエル、シンガポール、チェコ共和国、ブラジル、中国、ドイツ、カナダ、オーストラリアの各国にセンターが誕生し、現在では17ヶ国に達しています。

国際長寿センターは、創設以来高齢者を社会の中の重要な主体として位置づけるポジティブな高齢者観に基づき「プロダクティブ・エイジング」を目指しています。高齢社会を迎えている各国においてこの考え方は広く国際的に定着し、我が国においても高齢者が活躍する地域が全国各所に見られます。

さらに私たちはこの流れをさらに定着させるために、国際比較研究を通して海外諸国のいきいきとした高齢者像を見出してきました。

本年度の、「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」ではとくに日本、ドイツ、オランダ、イギリスを訪問し、調査を行ってきた成果の上に立って、要介護認定からケアマネジメントに焦点を当てて高齢者が自立した生活を続けるための制度と高齢者自身による努力に関して報告、分析、考察、提言を行っています。

本報告書では、第I章から第V章では海外調査の報告を行い、第VI章は考察と日本への提言、第VII章は国内調査の報告としました。なお、「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への回答、仮想ケースを用いた質問への回答」およびドイツ、オランダ、イギリスにおけるインタビュー記録は国際長寿センターホームページ（<http://www.ilcjapan.org/study/index.html>）に収録しています。

この調査・研究の過程では国内・国外のさまざまな行政組織、介護提供組織、また海外各国の国際長寿センターのご協力をいただきました。

本研究にあたってご尽力いただいた調査研究委員の方々および調査にご協力くださった皆様に厚くお礼を申し上げます。

平成30（2018）年3月

国際長寿センター（日本）  
代表 水田邦雄

# 目 次

調査研究体制… 5

## 報告書サマリー… 6

### I. 調査・研究の背景と概要 (松岡洋子) … 19

1. 調査・研究の背景
2. 調査・研究の概要  
調査訪問先一覧… 22

### II. イギリス

1. 国の概要… 25
2. 要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策
  1. 概要と近年の動向 (松岡洋子) … 27
  2. NHSによる医療サービス (松岡洋子) … 27
  3. NHS 継続的ヘルスケア (NHS Continuing Healthcare、NHS CHC) とアセスメント (松岡洋子) … 30
  4. 自治体による社会サービス (松岡洋子) … 34
  5. パーソナライゼーションと個人予算、ダイレクトペイメント (松岡洋子) … 35
  6. 成人ソーシャルケアの種類と価格 (松岡洋子) … 37
  7. アセスメントと判定 (松岡洋子) … 38
  8. ケアマネジメントとサービス提供 (松岡洋子) … 41
  9. 自己負担 (松岡洋子) … 42
  10. 予防とリエイブルメント (松岡洋子) … 43
  11. 認知症の人の現状と支援体制 (中島民恵子) … 46
3. イギリスにおけるボランティア・セクターと地域でのケアマネジメント (渡邊大輔) … 49
4. ケアマネジメントの実際 仮想ケースから (鎌田大啓、沼田裕樹) … 59

### III. オランダ

1. 国の概要… 67
2. 要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策 (中島民恵子) … 69
  1. Wlz… 70
  2. Zvw… 74
  3. Wmo… 76
  4. 認知症の人の現状と支援体制… 77
3. ケアマネジメントに関する重要なトピックス (松岡洋子) … 80
4. ケアマネジメントの実際 仮想ケースから (鎌田大啓、沼田裕樹) … 89

### IV. ドイツ

1. 国の概要… 99
2. 要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策
  1. ドイツの介護にかかわる制度の近年の動向 (吉田恵子) … 101
  2. ドイツの介護認定とアセスメントの概要 (吉田恵子) … 103
  3. 在宅介護のサービス決定プロセス (吉田恵子) … 104
  4. 在宅要支援・要介護者のための予防と自立支援 (吉田恵子) … 107
  5. 結論 (吉田恵子) … 109
  6. 認知症の人の現状と支援体制 (中島民恵子) … 112
3. ドイツにおける高齢者の相談体制とケアマネジメントの実際～ヒアリング調査より～ (服部真治) … 115
4. ケアマネジメントの実際 仮想ケースから (鎌田大啓、沼田裕樹) … 128

## V. ケアマネジメントおよびサービスに関する国際比較表

1. ケアマネジメントプロセス国際比較表（松岡洋子）…135
2. サービスと（生活）支援（フォーマルとインフォーマル）の国際比較
  1. 「生活支援」という用語についての一考察…137
  2. 各国の身体介護、家事援助、生活支援一覧表…142

## VI. 調査のまとめと日本への示唆

1. 制度と施策まとめ（各国の高齢者ケアに係る発展経緯を比較して）（小野太一）…147
2. ケアマネジメントの考え方 海外と日本（沼田裕樹）…158
3. リハビリテーションの考え方 海外と日本（鎌田大啓）…162
4. （報告）地域リハビリテーション活動支援事業  
～愛知県春日井市の取り組み～（服部真治）…167
5. 報告の最後にあたって（松岡洋子）…174

## VII. 国内調査

1. プロダクティブ・エイジングと健康増進のための国内調査の概要  
第3波調査の概要、調査設計と回収状況（渡邊大輔）…179
2. プロダクティブ・エイジングと健康増進のための国内調査の分析  
—第3波調査における回答者の属性と、4年間の健康への縦断的影響の分析—  
（渡邊大輔）…189
3. 横浜インタビュー調査（澤岡詩野）…199

## 資料編

1. オランダ、イギリス資料…209
  2. 「地域での活動と健康に関する調査」調査票…265、単純集計表…278
- \* ドイツ、オランダ、イギリス インタビュー記録  
…（国際長寿センターHP <<http://www.ilc-japan.org/study/index.html>>）に収録
- \* 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  
…（国際長寿センターHP <<http://www.ilc-japan.org/study/index.html>>）に収録

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報告書  
調査研究体制

調査研究委員

松岡洋子（東京家政大学人文学部准教授） 調査研究主査  
小野太一（政策大学院大学教授）  
鎌田大啓（株式会社 TRAPE 代表取締役 大阪大学医学系研究科保健学専攻 招聘教員）  
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）  
澤岡詩野（ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員）  
中島民恵子（米国ラトガース大学非常勤講師）  
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（医療経済機構研究総務部次長）  
吉田恵子（東京医科歯科大学大学院非常勤講師）  
渡邊大輔（成蹊大学文学部現代社会学科准教授）

海外調査協力委員

Dr. Marieke A.E. van der Waal 国際長寿センター（オランダ） 事務局長  
Dr. Wilco Achterberg ライデン大学医学部教授  
Dr. Brian Beach 国際長寿センター（英国） 主任研究員

調査研究事務局：国際長寿センター（日本）

# 報告書サマリー

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

(凡例: (●) は「本文中の該当ページを参照されたい」の意味である。)

本調査研究では、イギリス、ドイツ、オランダを対象として、これまでの研究成果である「自立支援（平成 27 年度）」「地域のインフォーマル資源（平成 28 年度）」を踏まえつつ、介護保険の「要」と言われるケアマネジメントを対象として国際比較研究を行うことを目的としたものである。

調査国共通の背景と方向性を示し、その論拠となる各国のケアマネジメントについて要点をまとめ、日本への示唆・提言を要約する。

## 各国共通の方向性

### 1. 全体の方向性

各国ともに、高齢化に対して危機感を持ち、過去の価値観と枠組みを転換させるほどドラスティックな改革を断行している。オランダでは「福祉国家から参加型社会へ」の価値シフトが国民間で共有されているほどである。また、費用対効果を重視して制度のサステナビリティを強調していた。その方向性として共通するキーワードは、「自立（幸福）と社会参加」「地域」である。

「自立」については、「（できない事を）してあげる」ニーズ志向から自己決定に基づく「するを支える」支援がめざされているが、実践については各国に格差が見られた。

とくに近年の改革の方向性として興味深いのは、身体的自立だけではなく、人間存在の全体性を問う「尊厳」「ウェルビーイング（幸福）」を視野に入れ、自己決定に基づくホリスティックなアプローチを打ち出している点である。こうしたアプローチの場合、解は必ずしも制度的サービスにあるの

ではなく、地域資源や住民の互助、ボランティア活動によるものであったりする。さらに、医療者側からの「ソーシャル・プリスクリプション（社会的処方）」など、医療的治療のみによって解決をめざすのではなく、地域を含む社会的要素による改善を進める方向が医療者側からも提案される傾向が見られた。

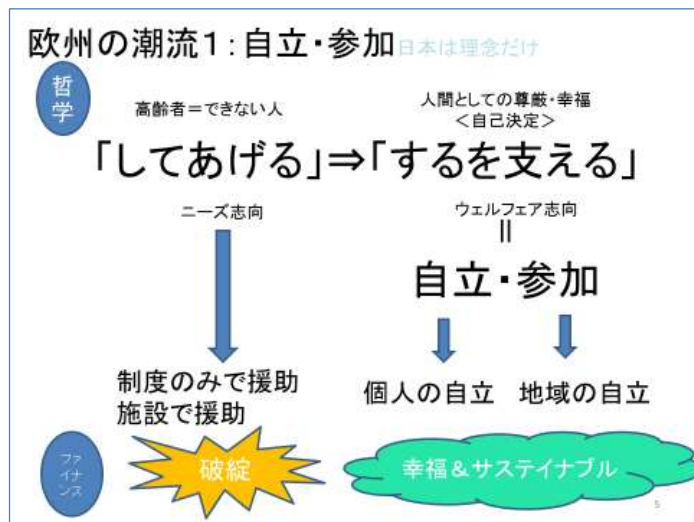


図 1

## 2. ケアマネジメントについて

ケアマネジメントの方向性として着目すべき点は、認定も含めて以下のとおりである。

- ① 公的機関における認定時（受給資格決定時）に、「回復できる/できない」のスクリーニングを厳密に行なって「回復可能者」と「回復困難者（永続的にケアが必要）」に分け、介護サービス利用を効率的・合理的にコントロールしている。
  - ◇ 「回復可能者」はリハビリによってリエイブルメントをめざす（より軽度な人は地域のインフォーマル資源を活用して予防を行なう）。
  - ◇ 「回復困難者」は制度で保障していく。
- ② 上記認定時の「回復困難者」に関する分類アウトカムは「介護の手間（ニーズの量）」によるレベル分けではなく、「ニーズの質」によって分け、内容がわかりやすい「プロフィール」として描き出されている。
- ③ ケアマネジメント（アセスメント～プラン～モニタリング、給付管理）を一貫して行なう専門・有給のケアマネジャーは存在せず、そのための給付も存在しない。公的認定ののち現場職員（サービス提供事業所）にリファーされ、個別ニーズに対応していく。ニーズは「プロフィール」として公的組織の専門官によって記述されているので現場対応がスムーズである。障害のある人・重度ニーズについてはこの限りではない。
- ④ 各国ともに、制度サービスを利用する前の、地域のインフォーマル資源活用（住民の互助、ボランティア組織など）が強く打ち出されている。
- ⑤ 全体的に早期介入による予防に力を注ぐ傾向にあり、そのためにも「敷居の低い相談窓口」が重視されている。
- ⑥ 「自立支援」を掲げながらも、生活や社会参加を意識したリハビリテーションは低調であり、その点、日本の優位性が確認された。
- ⑦ 年齢・障害の区別なく、本人の生活全体を視野に入れ、本人のストレングスや地域の互助、ボランティア活動をも含めて支援を構築していくオランダのソーシャルバイクチーム（●76）は、地域共生を指向する日本にとって「地域マネジメント」の視点から注目に値する。

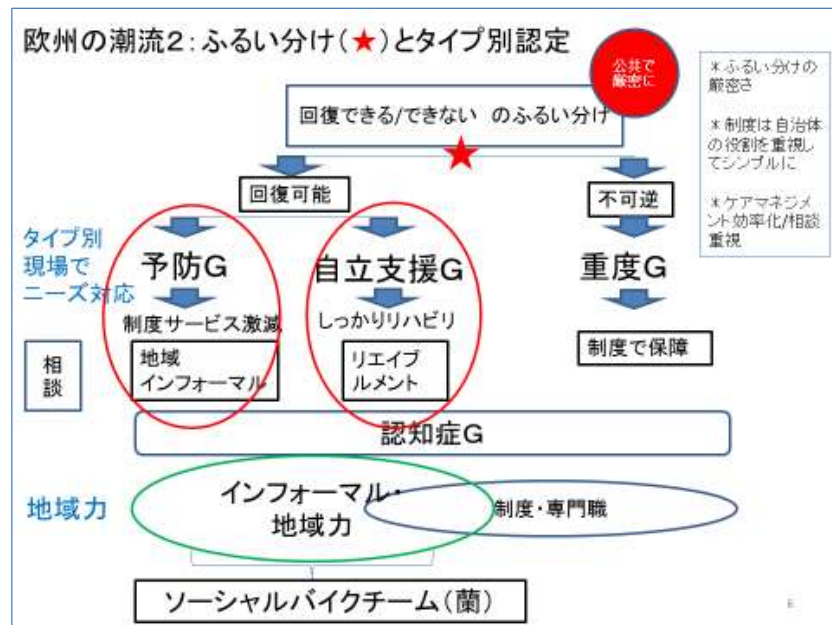


図 2

## 1. イギリス

### <背景>

- ▶ イギリスでは、租税方式によって医療は国の管轄の下に NHS(国民保健サービス)があり、介護等に関しては社会サービスとして自治体管轄で提供されてきた。
- ▶ 社会サービスは年代・障害の種別を超えて介護から虐待・就労支援まで広いニーズに対応するものであるが、高齢者については、2010 年からは 14% (約 11 億ポンド) の予算カットがあり、利用者は全高齢者の 15.3% (2005 年) から 9.3% (2016 年) へと低下するなど、一部の低所得者向けの残余的サービスの感がある。この変化は、次の大改革とシンクロしている。

### <自立と社会参加・地域：ケア法 2014 での大改革>

- ▶ 社会サービスは、1948 年の国民扶助法を含む幅広い既存法を廃止して、「ケア法 2014 (The Care Act 2014)」によって大きく近代化された。第 1 条に「ウェルビーイング原則」が謳われ、本人の自己決定を重んじ、地域資源も含めて自分でサービスを決めていく「パーソナライゼーション」がキーワードとなっている (個人予算やダイレクトペイメントも自己決定を実現する手段である)。これまでは自治体から「できないことをしてあげる」ケアパッケージが提供されていたが、自身のウェルビーイングにとって重要なことは自分で決める「自立と社会参加」を目指す改革である。
- ▶ 実際には、資産調査 (23,250 ポンド=約 349 万円超は自己負担) によって除外される層が多く、中・高所得者は「介護は自己購入するもの」という意識が一般化しつつある。
- ▶ 「自立」については、回復可能者に対してリエイブルメント (退院後や重篤化のあとや日常的なフレイル予防のために、機能低下を取り戻すリハビリ) が奨励され、NHS によるチームリハが行われている (自治体の社会サービスとしても提供されている)。
- ▶ 「ケア法 2014」では、予防、手軽な相談、ケア市場の構築、地域資源活用なども謳われ、多様なチャリティ団体が地域で多様なサービスを提供しており、有用な社会資源として位置づけられている。
- ▶ 医療者 (かかりつけ医) による「社会的処方 (Social Prescribing)」も進んでいる。これは医学的な処置ではなく、芸術・文化活動、自然とのふれあい、地域での交流など多様な社会活動を、社会的処方としての

### イギリス<自立・参加>

イギリス ケア法 2014 The Care Act 2014 大改正  
法の近代化: 1948年国民扶助法を含む幅広い既存法を廃止。

- ❖ **ウェルビーイング原則** (第1条) ホリスティックアプローチ  
⇒ パーソナライゼーション (自己選択とコントロール)  
⇒ 個人予算・ダイレクトペイメント
- ❖ ケアとサポートのニーズの**予防** (第2条)
- ❖ ヘルスケアとの統合 (第3条)
- ❖ **情報と助言**の提供 (第4条)
- ❖ 現在/将来ニーズに応え、**ケア市場**を構築 (魅力的サービス)
- ❖ **社会サービスは低所得者向け。中・高者は自分でS購入 (常識)。**

- 「できないことをしてあげる」ケアからの離脱。(英国自治体協会)
- 国はNHSは守ったが、社会サービスは守らなかった。(英国自治体協会)
- Well-beingはケア法の中核を成し、地方政府はWell-beingを促進しなければならない

図 3

紹介状（referral）を発行して促すものである。

#### <認定とケアマネジメント>

- ▶ 社会サービスの受給資格を決める認定は自治体で行なわれており、全国標準化をはかるために「ケア法 2014」によって詳細に見直された。認定では身体的・精神的側面に加えて経済的アセスメントがなされる。結果は、「受給資格あり/なし」のみでスコアやランキングシステムはなく、必要なサービスのアウトラインが描かれる。在宅ケアで 20%、施設で 45%が資産調査で「受給資格なし」と認定されている。
- ▶ 「ケア法 2014」にケアプランやケアマネジメントの規定はなく、そのプロセスは標準化されていない。
- ▶ 自治体がケアプランの第一責任者であり、自治体のソーシャルワーカーが「個別ニーズをベストに満たすサービスと提供事業者」を本人とともに決めて、事業者へとリファーする。よって、日本のようなケアマネジメントの全過程をこなすケアマネジャーはない。
- ▶ 個人予算の導入が約 6 割近く進んでいる事実からも、家族や団体、ソーシャルワーカーから支援を受けて、自分でサービスを選択・決定している人が増えている。障害者にはケースマネジャーがつく場合が多い。

### イギリス<認定アセスメント>

ケア法2014では、判定の全国標準化を目指した。

<アセスメント> 自治体にて

- 支援ニーズのアセスメント
  - 身体的・精神的障害や疾病が原因でニーズがあること。
  - 10領域のうち2領域以上の行為ができない。
  - その結果としてウェルビーイングに重大な影響を与えているらしいこと。
- 経済的アセス
  - £14,250(約200万円)無料、£14,250超 部分、£23,250超 全額(全資産含。該当者は在宅ケアで20%・施設で45%)
  - キャップ制(£72000・約1000万円)は2020年以降

<結果>

- 受給可/不可、スコアやランキングなく、ニーズに階層もなし。
- ケアプランは自治体の「ケアパッケージ」→本人の決定(個人予算など)

<アセスメント領域> 支援の要/不要、一日の回数をチェック

- ①栄養についての維持・管理(食べること、飲むこと、食事の用意)、②身体の衛生
- ③排便・排尿のマネジメント、④衣服をきちんと着れること、⑤自宅での安全性
- ⑥家事や自宅の維持管理、⑦家族や他の人との関係づくりや関係の維持
- ⑧労働、訓練、教育、ボランティア活動へのアクセスや参加
- ⑨地域で必要な施設やサービスの活用(公共交通、リクリエーション施設など)
- ⑩子供に対するケア責任の遂行

15

図 4

## 2. オランダ

<背景>

- ▶ 高齢者のケアに関する法律は医療保険法（保険会社）、介護保険法（国）、社会支援法（税方式）の三法で構成されている。（ ）内が保険者である。2015年に、1968年創設の介護保険（AWBZ）が廃止され、重度者についてはWlz（長期介護法、新・介護保険法）が新設され、他の訪問介護看護は医療保険（Zvw）に移行された。これに伴い自治体管轄の社会支援法（Wmo）の守備範囲は拡大し、現在「自立と社会参加」を目的とするWmoの下に、家事援助・デイサービスは自治体事業として展開されている。
- ▶ 同時に国をあげて「古典的な福祉国家から、市民が主体となる参加型ネットワーク社会」への移行が進められている。「まず本人ができることをし、次に家族・友人・隣人が、さらに地域ボランティアができることをし、公的サービスの利用はその後で」という考えが、国民、自治体職員、ケア提供事業者、政治家にまで浸透している。
- ▶ さまざまな生活課題を、まずは地域住民やボランティア組織によって解決していこうという流れのなかで自治体の役割がクローズアップされ各自治体で「ソーシャルワイクチーム（Sociaal Wijkteam : SWT）」が組織され、興味ある展開を見せている（76ページ）。

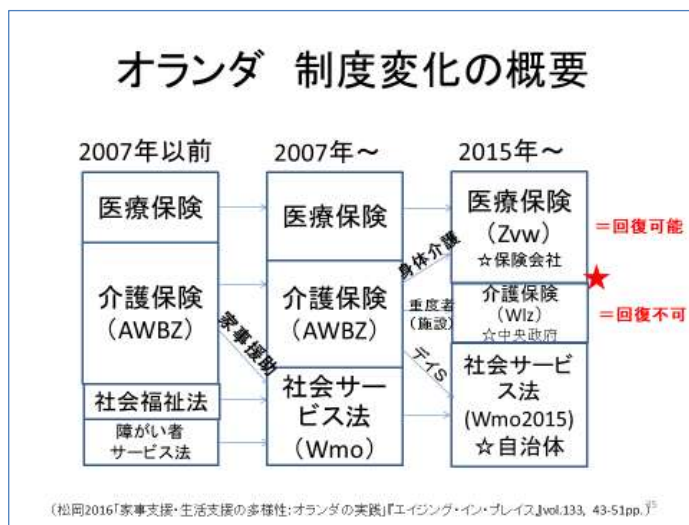


図5

<認定とケアマネジメント>

- ▶ オランダでは、Zvw と Wlz によって「回復可能/不可能」が明確に分断される。
- ▶ Wlz（長期介護法）の受給条件は「24時間の継続的な見守りが必要な状態にあるかどうか（回復不可能かどうか）」であり、医学的判断によって永続的なニーズであるかどうか判定される。対象は、旧 AWBZ における施設入居者に相当する高齢者、重度な身体・精神障がい者などである。認定は、公的機関 CIZ（Centraal Indicatieorgaan Zorg）で行なわれ、漏斗状アセスメントにより結果はニーズのタイプを示す7つのケアプロファイル（高齢者の場合）

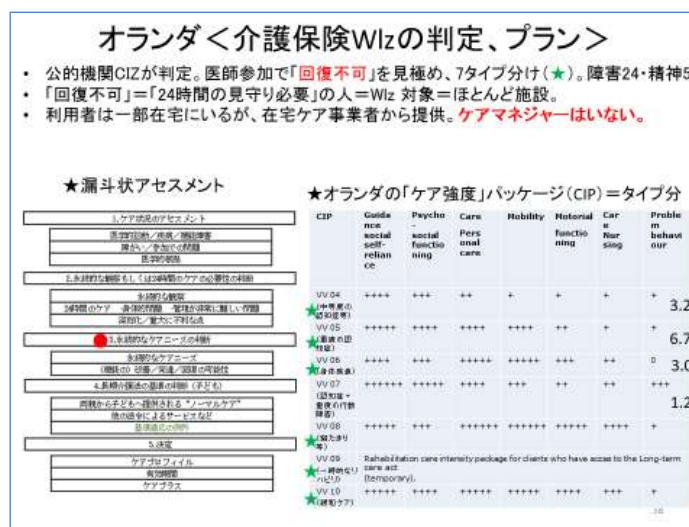


図6

に分けられる。ケアプロファイルは「介護の手間」を示すものではなく、ニーズや対象グループのプロフィールが記述されている。Wlz では重度の認知症のケースや、重度・複雑な特定疾病の場合には専門看護師によってケアマネジメントが提供されることがある。

- **Zvw**（医療保険法）の認定は、ケア提供組織の地域看護師（レベル 5）が行う。各組織が独自のアセスメントツールを用いて必要なサービスの種類・量・回数を決定し、具体的なプランまで落とし込む。よって、**専業・有給のケアマネジャーは存在しない**。保険会社より質と効率の視点から厳しく監査がある。看護師の**高い専門職倫理観**も手伝って、**モラルハザードは起きにくい**。

### オランダ<医療保険Zvwの判定>

地域看護師(レベル5)→  
福祉組織 Activite  
利用者:Zvw90%,Wlz10%

<アセスメント>

- ・ 在宅ケア事業所(民間)の地域看護師が行う。
- ・ 利用者は、病院、GPやSWTから。
- ・ 領域: 身体的ウェルビーイングと健康(歩行/移動、トイレ、着脱、シャワー、口腔ケア、ヘアケア、爪ケア、服薬、失禁、ストーマ、栄養、褥瘡、痛み、睡眠)、住居と生活環境(掃除、衛生)、ソーシャルコンタクト(日々の暮らし、アクティビティ、デイケア、子ども、ネットワーク: 介護者負担)、精神面(うつ、恐怖、自分の病気への対応)

<結果>

- ・ ケアの内容・量・回数。非該当も。(保険会社が効率を監視)

<プラン>

- ・ 地域看護師が行う。専業・有給の**ケアマネジャーはいない**。
- ・ 「できるだけ早く自立! がいつも念頭にある」(地域看護師)
- ・ リハビリのためにOT/PTにつなぐことも。SWTを紹介したりもする。




図 7

<自立・社会参加と地域：ソーシャルヴァイクチーム>

- 法律の大改正に伴う窓口の多元化に市民が混乱し、地方分権の進展も相まって 2013 年頃より各自治体で「ソーシャルヴァイクチーム」と称される「市民のよろず相談窓口」が開設されている。**Wmo** と若者法を背景に、市民の「自立と社会参加」を目指す。
- 「市民に近く、低い敷居」の相談窓口一本化、**多専門職によるジェネラリストアプローチ**（T型プロフェSSIONナル）、**早期発見と予防を狙っている**。かつてのように、「ニーズ存在」をそのまま「サービス提供」につなげるのではなく、**本人の力や地域資源に目を向け、本人のウェルビーイング（幸福）にとってより良い解決をともに探るアプローチ**であり、福祉国家からの**大転換**である。

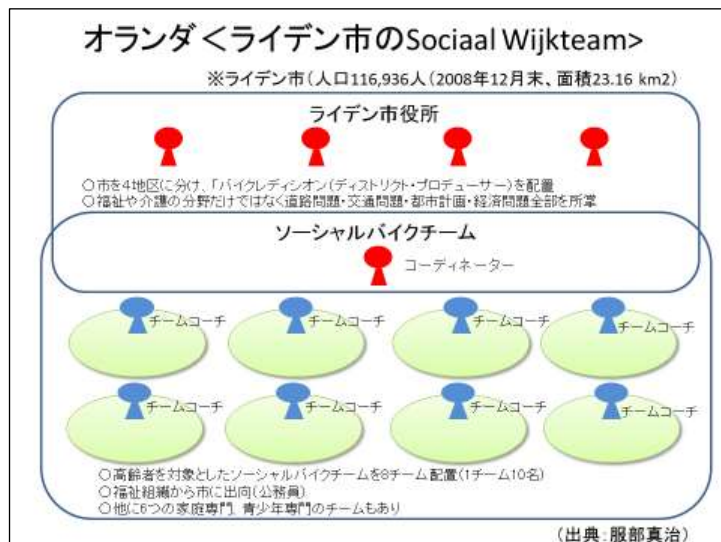


図 8

### 3. ドイツ

#### <背景>

- ドイツでは「家族の介護が一番」という価値観が根付き、施設よりも在宅、サービス利用よりも家族介護を優先する風潮がある。
- 2002年には「敷居の低いサービス」という有償ボランティアが奨励され、介護保険の給付は家族やボランティアによる介護・世話を補う位置づけで「部分保険」と称されている。実際に、家族への現金給付が全体の6割以上を占めている。
- 少子化や女性の就労率向上を受けて、2015年より介護保険を抜本的に改革する法律が施行されている。第一次介護強化法（2015年）では給付の拡大・柔軟化、第二次介護強化法（2016年）では自立性評価に力点をおいた新介護定義の導入、第三次介護強化法（2017年）では自立向上や地域づくりのため市町村の役割が強化されている。

#### <認定とケアマネジメント>

- ドイツ介護保険の保険者は疾病・介護金庫であり、サービス提供主体は大規模な宗教系・労働運動系等の非営利団体である。
- 認定は疾病・介護金庫への申請を通して公的機関であるMDK（疾病・介護金庫の中立的な助言・鑑定機関で各地域に拠点がある）が行う。他者の支援を必要とする状態が6ヶ月以上続いていることが要介護認定の要件である。
- 2017年1月より、給付の公平化、本人の自立性評価を目標として、介護鑑定的大幅な制度改革が行われた。「介護の手間」を測る評価から、「本人の能力と困難」

## ドイツの介護鑑定 2017年改定

- 2017年1月1日に介護鑑定の制度改定があった
- 日本も含め他国の鑑定も参考にして新しい鑑定のツールを開発
- 見直して精神的なまた認知上の事柄を身体的な障害と同等に扱う
- 以前は介護の手間（時間）を注視。今では介護の手間（時間）は何の役割も果たさない
- 本人に何ができるか、何ができないか、生活分野の活動上の自立度を見る
- それは6つのモジュールからなっている

#### <6つのモジュール：各生活分野が比重をかけて考慮される>

- 15% 認知能力、コミュニケーション能力、行動および精神保健面の問題
- 10% 運動能力
- 40% セルフケア（身体ケア、食事等）
- 20% 病気または治療関連要件への対処
- 15% 日常生活および社会生活の設計

図 9

## ドイツ介護保険の介護度と給付額（2017年1月以降）

（単位：ユーロ）

給付種類	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
現金給付（在宅）	-	316	545	728	901
現物給付（在宅）	-	689	1298	1612	1995
代替介護（年6回まで） （上段：近親者等、下段：その他の者）	-	474	817.50	1,092	1,351.50
負担軽減手当*（在宅、償還）	125	125	125	125	125
現物給付（入所）	125	770	1262	1775	2005
入所者（介護度2～5）負担定額* （ただし全国平均見直し）	-	580	580	580	580

\*負担軽減手当：日常生活能力に大きな支障のある人の家庭が、例えば有償ボランティアによる通所もしくは在宅の世話サービスを利用した際に、補償額と引き換えに最高125ユーロ/月まで償還を受けられる。支障内容は、認知症者の世帯（見守りなど）が中心だが、改革により最近では家事や買い物までバリエーションが広がっている。

\*入所者負担定額：ドイツではホームごと、および要介護度によって介護料金が異なる。これまでは要介護度が高いほど自己負担額が増える仕組みになっていたが、2017年から介護度2～5共通の上限が設けられた。対象は介護料金であり、食費・居住・投資費は対象外。

\*表に記載はないが、住宅改修などは2017年以降も存続。

26

図 10

に焦点を合わせて活動の自立度を測る評価への転換をはかるため、6つのモジュールを導入した。認知症を含めた精神面のニーズが身体面と同等に評価されるよう工夫がなされた。

- 2017年の改正によって、介護度は1〜5となった。これは認定者を拡大したのではなく、認知症を含めた精神面のニーズを踏まえたタイプ分けである。給付には現金給付と現物給付があり、介護度によって給付額が決まっている。サービス購入や有償ボランティアの支払いに使える負担軽減手当もある。
- 介護鑑定結果は疾病・介護金庫を経て、在宅介護事業者に送られる。そこで本人・家族を交えてニーズに応じたメニューが生まれ、見積もりが出される。部分保険であるため介護保険でこのメニュー全てをカバーすることはできず、見積もりが見直される。ドイツでも専業・有給のケアマネジャーは存在せず、在宅介護事業者が介護とそれ以外の分野（医療サービス、付き添い支援、配食など）の連携の要となっている。

<自立・社会参加と地域>

- 介護保険（2条）には、「可能な限り自立し、かつ自己決定して人間としての尊厳にかなう生活を送ることができるように要介護者を支援する」と謳われており、2017年の制度改正でもこの方向を支持する形で、「する」を支援するための自立性評価の変更が行われた。介護に対するリハビリテーションの優先も定められている（30条）が、思うように進んでいない。そんななか、2012年に要介護認定の中でMDKも要介護状態の予防・悪化防止・克服のためのリハビリテーションや予防策を、医師の処方や疾病金庫の同意もなく勧告できるようになった。勧告の割合は、少ないとはいえ0.7%（2013年）から2.3%（2015年）へと増加している。

- ドイツでは、国民の半数がクラブや教会での活動に参加しており、2002年には介護保険制度の一環として、有償ボランティアによる「敷居の低いサービス」が開始された。ボランティア活動は、社会参加の機会・就労への架け橋にもなり、地域で人々が世代を超えてつながる際の活力となる。「高齢者の生活をより良いものにするためには、市と民間事業者とボランティアが一体となって社会の課題に立ち向かうことが重要」というマールブルク市長の話には、家族介護を中心としつつ、民間事業者によるサービスや、地域に基盤をおいたボランティアなどによる助け合いが統合された形で進められるドイツの未来、その中で自治体のポジションの重要性が示唆されていた。

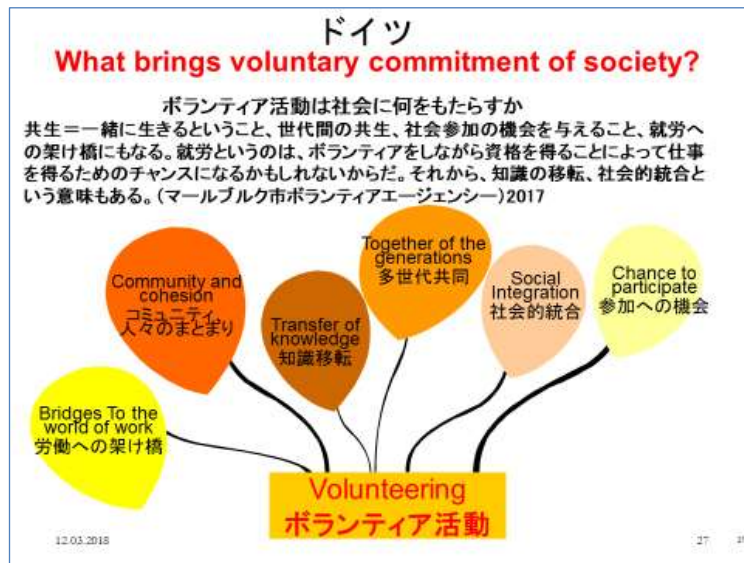


図 11

各国の専門職に、表 1 にあるような日本の要支援、要介護 1、要介護 2、要介護 3 に相当する仮想ケースを用いて、受けられるサービス・支援の可能性を尋ねた。各国ともに制度が異なり共通項を見出すのは困難でありリスクも伴う。各国の結果をまとめて、大胆に共通項を整理した。サービス利用プロセスは本文を参照ください。

1. 各国の特徴・固有性

- ① **イギリス**：ウェルビーイング原則を掲げる社会サービス（●34）担当者より「提示ケースはできないことに焦点をあてているので回答が困難」との反応が強かった。医療者からの趣味活動の奨め等もあり、制度外ではチャリティ団体による支援の多様さが伺えた。
- ② **オランダ**：医療保険と介護保険で「回復可能/不可能」を分けており、Wlz 利用はかろうじてケース 4（要介護 3 相当）からであった。「ソーシャルヴァイクチーム」による本人の力を活かしたインフォーマル・ファーストの支援や地域資源の活用が特徴的である。
- ③ **ドイツ**：医療サービスの巾が広いのに対して、介護保険利用は要件が厳しくケース 4 からであった。特定の市は相談・支援にも力を入れており（●123）、制度だけではなく地域資源にも繋がるよう地域での生活支援を目指して総合的に支援しようとしている。

(1) 共通する傾向

- ① **厳しいスクリーニング（「回復可能/不可能」）とサービスの効率化・重点化**
  - ◇ オランダは医療保険と介護保険で「回復可能/不可能」を分けており、ドイツでは認定要件が厳しい。介護保険は軽度者をカバーしておらず、重度者向け。
  - ◇ 医療ニーズは医療制度で対応し、デイサービスや家事援助など専門性を強く要求されない類型は制度外サービスへと移行しており、メリハリが明確である。
- ② **多様な地域資源（地域資源、ボランティアの活用）**
  - ◇ 制度的サービスに加えて、趣味・サークル活動への参加など制度外サービスの照会が多様に見られた。オランダでは「インフォーマル・ファースト」が原則であり、イギリスでは医療者による地域資源利用推薦（社会的処方●52 ページ）も見られた。
- ③ **敷居の低い相談窓口&支援（自治体）**
  - ◇ オランダの「ソーシャルヴァイクチーム」は「敷居の低い何でも相談窓口」であり、独でも情報提供や申請支援などの相談・支援に力を入れていた。
- ④ **地域へのゲートキーパーとしての GP（家庭医）**
  - ◇ 「健康上の課題は GP に相談」のイメージが強く、GP から各制度への繋ぎ、社会的活動も含めた紹介がなされる様は、GP が病院への繋ぎのみではなく、各種制度や多様な社会資源への繋ぎ役（●55 ページ）であることを示唆している。
- ⑤ **リハビリ誘導が少ない**
  - ◇ 各国ともに「自立」を掲げながらもリハビリ誘導が少なく、多くは医療の位置づけ。
  - ◇ イギリスでは、NHS によるセラピスト介入など、リエイブルメント（●29 ページ）を実践していた。生活機能を向上させて生きがいにつなげる内容かどうかは不明。
- ⑥ **「ケア提供」から「自立支援」**
  - ◇ 介護保険や社会サービスが利用できにくくなる中で、共通するのは、できないことをしてあげる「ケア提供」から、自己決定を伴い自己の幸福につながる「自立支援」を各国ともに目指している姿である。その基盤は各国ともに地域にあり、自治体が鍵を握り、中心は利用者である。

表1 各国で提供される在宅介護・生活支援サービスの例（可能性としての記述）

状態像		オランダ (介護はCIZ,社会サービスはソーシャルワイクチーム<SVT>がアセスメント)		ドイツ (サービスは自己選択。可能なサービスは「自治体,事業者アドバイス」欄)		イギリス (介護は自治体アセスメント後サービス受給資格・自己負担額決定)	
ケース1 (要支援程度)	○80歳女性 ○ADL自立だが掃除ややできない ○腰痛 ○服薬忘れ ○趣味の会は参加,最近外出減少	医療 ZVW	○OGP⇒PT,SWT ○地域看護師の服薬管理(機器) ○OGP助手訪問	医療	○服薬(警告システム) ○体を動かすコース情報提供も	医療 NHS	○一時的にセラピスト介入の可能性
		介護 WLZ	介護認定なし	介護	介護認定なし	社会サービス	○薬分類ボックスあり
		社会サービス WMO	○外出促進(ボラ,お茶の会,体操) ○近隣が調理買物,有料デイ	市,事業者アドバイス 保険外	○介護保険情報提供,住宅相談,法的代理情報提供,緊急時用ファイル,社会参加プログラム ○絨毯除去,配食サービス,清掃,服薬管理 ○近所の人が服薬管理	保険外	○(服薬)家族,近隣が電話。(コーラス)家族,友人,仲間が支援ジ
状態像		オランダ		ドイツ		イギリス	
ケース2 (要介護1程度)	○75歳男性,独居 ○1.5年前脳梗塞で右マヒ ○歩行は杖使用 ○着替え,洗髪一部介助 ○体操もすっかりなし	医療 ZVW	○シャワーは地域看護師。GP⇒PT	医療	○OGP,セラピスト ○期間限定家事援助(脳卒中の場合)	医療 NHS	○家族,仲間が趣味活動に促されるようアレンジ
		介護 WLZ	介護認定なし	介護	介護認定なし	社会サービス	○受給資格基準を満たした在宅ケア,デイ可能性 ○服薬管理:家族,近隣
		社会サービス WMO	○タクシー,有料デイ。家事支援可能性 ○福祉組織が高齢者のボラを勧める ○SVTは友人と一緒に活動を勧める	市,事業者アドバイス 保険外	○介護保険申請支援(介護度2の可能性)。介護・家事・負担軽減サービス,住居相談,代理人情報提供,緊急用ファイル提供。(ケース2,3,4共通) ○PT,重度障害証明申請。地域活動情報,疾病金庫に電動車いす申請,社会参加プログラム。歩行付き添い,シャワー椅子,手すり,トイレ座高,配食,清掃,洗濯,タクシー	保険外	○認知症の診断を受けた場合は認知症アドバイザーサービス(アルツハイマー協会に委任)
状態像		オランダ		ドイツ		イギリス	
ケース3 (要介護2程度)	○88歳女性,夫同居 ○膝の痛み,糖尿病服薬 ○入浴,移乗,掃除,洗濯,調理一部介助 ○家事で娘の負担大 ○立位可。	医療 ZVW	○OGPが相談を受付。地域看護師看視○在宅身体介護	医療	○OGP中心に医療,往診	医療 NHS	
		介護 WLZ	○認知症・24時間ケアならナーシングホーム入所申請	介護	痛みが強くなれば介護度3の可能性)	社会サービス	○受給資格可能性高い。在宅ケア,デイ,モニタリング可能性
		社会サービス WMO	○ボラ組織から家族代理ケア(家事はしない) ○デイの可能性	市,事業者アドバイス 保険外	○介護保険申請。娘を加え協議,認知症診断の必要性,訪問リハ。ペースト食,入浴・着衣介助,トイレ椅子,介護者と車いすで外出,認知症介護 ○(通院)教会組織等同伴者探す	保険外	○認知症と診断の場合は認知症アドバイザーサービス
状態像		オランダ		ドイツ		イギリス	
ケース4 (要介護3程度)	○80歳女性,夫と二人 ○糖尿病,慢性腎不全,変形性関節症,腰椎症。転倒多い ○夫が献身的に家事,介護	医療 ZVW	○身体介護/看護(ADL,トイレ,歩行,褥瘡,インスリン) ○OGP糖尿病管理 ○地域看護師訪問	医療	○在宅看護給付可能性あり ○レスパイト給付可能(夫の負担軽減) ○腎不全のため要介護認定または障害者パス所持の場合疾病金庫から通院タクシー代	医療 NHS	○プライマリ・ヘルスケアニーズの可能性。継続的ヘルスケア(CHC)アセス必要の可能性
		介護 WLZ	○入所が必要なら申請	介護	○介護度3の可能性	社会サービス	○受給資格基準を満たす可能性。夫も受給資格の可能性
		社会サービス WMO	○SWT経由の家事サポート可 ○家族介護者解放のためデイ	市,事業者アドバイス	○介護保険申請(介護度3の可能性)。息子を加え相談,夫の介護予防,デイケア,研修,理学療法,住居相談。風呂場改造,重度障害者証明申請,障害者車移送サービス申請。(歩行)車いす,認知症世話,(社会交流)世話人,(経済状態)社会福祉局,在宅看護	保険外	○認知症の診断あればアルツハイマー協会認知症アドバイザー

本研究より導き出される提言は、次のとおりである。

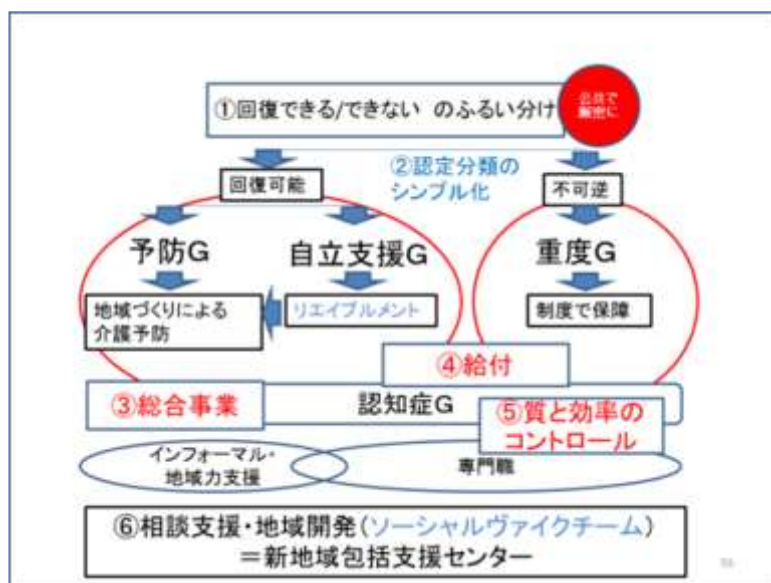


図 12

① 「回復可能/不可」のふり分け（認定でのスクリーニング）

- オランダでは、認定の初めの段階で高度に専門性の高い公的組織による「回復可能/回復困難」の見極めが行われており示唆に富んでいた。日本の介護保険においても、認定の初期においてこの見極めを行ない、「回復可能」には徹底したリエイブルメントを、「回復困難」には十分な介護保障を提供できるようなメリハリのある制度設計が求められるのではないかと。この場合、「回復可能/回復困難」の見極めの指標と主体について慎重な議論が必要とされる。

② 「ニーズの量」から「ニーズの質」によるプロフィール（タイプ）分類へ

- 「介護の手間（ニーズの量）」によるレベル分類から脱却し、認定分類のシンプル化を推し進めつつ、個々人のニーズが明らかになるような「ニーズの質」によるタイプ分類を目指してはどうか。
- 初期アセスメントの専門性を高める必要性が生まれるが、必要なニーズ内容を描出することで、現在日本に行われている複数回のアセスメントをシンプル化でき、現場でのアセスメント力を高め、迅速な対応を可能とするものになるのではないだろうか。

③ 市町村事業と給付の境界、地域での支え合い

- 「介護予防・生活支援総合事業」に関連して、自治体事業（総合事業）と給付の境界をどのように設定するかは重要な課題である。とくに、調査国では、医療ニーズと重度ニーズについては制度給付とし、家事援助・デイサービスは制度外とする方向にあった（イギリス：自己負担、オランダ：自治体事業）。
- ニーズの存在がそのまま制度利用に結びつくのではなく、自立支援や地域における解決を高める方向にある。日本においても、地域を基盤としたインフォーマルヘルプの比率を増しつつ専門的ケアのあり方について議論していく必要がある。

④ 介護保険における質と効率のコントロール(ケアマネジメントの効率化・専門化・中立化)

- 以上の文脈より、ケアマネジメントには地域資源を取り組んでいく力量が求められる。
- 日本では「公平中立」「効率」を含めた給付管理が介護支援専門員によって行われているが、調査対象国では別のシステムが存在していた（オランダ：保険会社との契約、ドイツ：現金給付では自己管理）。介護保険サービスの質と効率を高めるためにも、介護支援専門員の業務の多さ（困りごと相談、権利擁護）を整理する必要があるのではないか。
- 調査国では専業・有給のケアマネジャーはおらず、ケアマネジメントは現場（サービス提供事業所）の専門職が行っていた（障害のある方・重度の方を除く）。ケアマネジャーによる「マスタープラン」に事業所の「アクションプラン」を加える日本の二重構造は、ケアマネジメント本来の業務に専念するためにも、認定・分類のあり方とともにシンプル化できるのではないか。

⑤ 自立支援型リハビリテーション

- 調査対象国のリハビリテーションは医学モデルに立脚する色合いが強く、その取り組みは「これから取り組みたい」という低調なものであった。日本における自立支援型地域ケア会議、短期集中通所/訪問サービスにおける多職種との連携・協働の取組が進められていることは、地域間格差があるとはいえ世界的な優位にあると言える。今後も、さらなる普及と発展に期待したい。

⑥ 相談支援・地域開発（ソーシャルヴァイクチーム）＝地域マネジメント

- 早期発見・介入による介護予防を推進するためにも、相談しやすい窓口の設置は重要である。
- 「地域マネジメント」の重要性を提言したい。地域マネジメントとは、年齢・障害の別を超え、一人ひとりが地域で生きがいや幸福感を感じながら自立して生きていくことを支えることであるが、地域全体の専門職だけでなく、インフォーマルな資源にも目をやって不足する場合には資源開発をも含むマネジメントである。
- このヒントはオランダのソーシャルヴァイクチームにあり、地域共生ケアにつながるものである。



# I. 調査・研究の背景と概要

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

## 1. 調査・研究の背景

### 1. 介護保険制度の動向

介護保険は平成12年のスタートから18年が過ぎ、平成29年の制度改正では「医療・介護の連携」に加えて「地域共生社会の実現に向けた取り組み」の推進が謳われた。「地域包括ケアシステム」の進化に向けて新しい時代を迎えていると言える。

その背景には、団塊の世代が75歳になりきる2025年に向けて介護ニーズの増大があり、制度の安定性・持続可能性を確保しなければならないという制度設計者の危機感も見られる。そこで、ポイントとなっているのは以下のとおりである（「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告（案）」第156回社会保障審議会介護給付分科会資料）。

- ①地域包括ケアシステムの推進
- ②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現
- ③多様な人材の確保と生産性の向上
- ④介護サービスの適正化・重点化を通じて制度の安定性・持続可能性の確保

### 2. 自立支援・重度化予防に見る「尊厳」「自立支援」

とくに「自立支援・重度化防止」については、「高齢者介護・自立支援システム研究会（1994年）」「高齢者介護研究会（2003年）」において「尊厳の保持」と「自立支援」の具体的な手法として「予防」「リハビリテーション」の重要性が指摘されて以来、自立支援をめざす介護保険の重点項目として重視され続けている。近年では、「未来投資戦略2017」（平成29年6月9日閣議決定）において、自立支援における効果を厳しく問うことの重要性が指摘されている。効果を基本報酬に反映して、アウトカムを厳しく問うということである。文言だけの「自立支援」から、効果あるリハビリテーションをふるい分ける時代に突入していると言える。

また、介護予防は、「高齢が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）こと、要介護状態でも悪化をできる限り防ぐこと」と定義され、一次予防（社会参加促進）、二次予防（虚弱化を遅らせる）、三次予防（重度化を遅らせる）に分けられ、どの段階においても予防の重要性が確認されている。

### 3. 地域でつながる

一方で人々の絆が分断された今日の社会では、地域での絆の再生と「互助」が求められ、植木鉢モデルのなかでも制度サービスに豊かな実りをもたらす土壌であると表現されている。施設に解を求めるのではなく、エイジング・イン・プレイスによってその人なりの解を地域で求めるには土壌としての地域、あるいは地域での人々の絆やインフォーマルサポート、ボランティア活動が重要である。

また、「地域共生社会」を標榜する「＜地域包括ケア研究会＞－2040年に向けた挑戦－」（平成29年地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）では、「もう一つの予防」として「地域でつながる」意味について言及している。「地

域のつながりの中にいる自分」を自覚できた時、孤立感から解放され、地域を自分の居場所だと感じることができ、自己効力感や幸福感を感じられて自立への意欲も高まるのである。

#### 4. ケアマネジメの質の向上と公正中立性

このように、介護ニーズがメガ級に高まる超高齢の日本社会において、地域包括ケアを推進していくためのキーワードとして、「自立支援・重度化防止」「リハビリ」「地域」「効率化・重点化」「制度の安定性・持続可能性」などが浮かび上がる。

こうした背景を受けて本研究会では、平成 27 年度研究では「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」、平成 28 年度研究では「地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援」をテーマとして研究を行ってきた。

そこで、今年度は「自立支援」「地域のインフォーマル資源」を包括的・統合的に取り入れ活性化するためにも、介護保険の「要」と言われるケアマネジメントを対象として国際比較研究を行うこととした。

## 2. 調査・研究の概要

### 1. 調査研究の目的

ヨーロッパ諸国でも高齢化率は 20%に達しようとしている。そこで本研究では、介護 (Long-term Care) 政策におけるケアマネジメントに焦点をあて、アセスメントからプランニングを経てサービス提供に至るまで、どのような主体がどのような仕組みで今後の超高齢社会を乗り越えようとしているのか、その実態と背景にある統合的政策を明らかにして、日本への示唆を得ることを目的とした。

なかでも「自立支援型マネジメント」として、ケアマネジメントだけではなく自立支援リハビリテーションや地域資源の活用を含む統合的地域マネジメントというより広い視点をもって調査を行うこととした。対象は、介護予防に資する観点より、軽度者に絞り込んでいる。

対象国は、ドイツ、イギリス、オランダである。

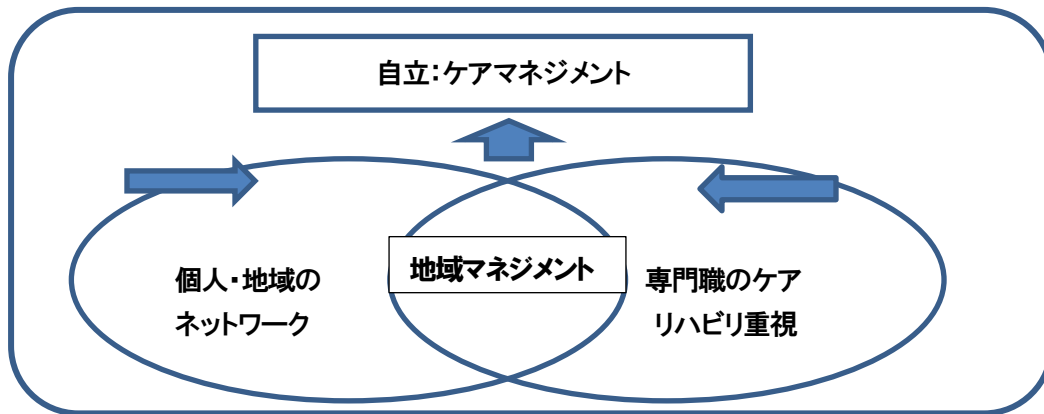
### 2. 調査課題と調査手法

上記目的を達成するために、次のような調査課題を設定した。

#### 【調査課題】

- ① 国策としての介護政策の最新動向  
高齢化が進展する中での、ヨーロッパ諸国の高齢者介護に関する最新動向を把握する。医療など近接領域との関係も捉える。
- ② 各国の介護認定 (判定)、ケアマネジメントとサービス提供・連携の基本的枠組み
  - ・ 介護認定 (判定：サービス受給の可否決定システム)
  - ・ アセスメント、プランニング、サービス提供の流れ (軽度な段階からの相談システムにも注目)
  - ・ 量・質・財政をコントロールするキーシステムとキーパーソン
  - ・ 生活支援・介護・看護・医療など各サービスの関係と連携
  - ・ インフォーマルサポート、ボランティア活動などの地域資源との関連
- ③ 「自立支援型マネジメント」の指針と実践
  - ・ リハビリテーションによる自立支援

- ・ 個人の自立と地域のネットワーク形成（インフォーマル資源の活用）
- ・ 統合的地域マネジメント



#### 【調査手法】

各国研究者・関係者へのデータリクエスト送付、現地訪問によるインタビューを調査の柱とした。本報告書の記述は主として以下に依っている。

##### ① データリクエスト

ドイツ・イギリス・オランダの研究者に質問事項を 2017 年 7 月に送付して回答していただいた。データリクエスト項目については、別冊「国際比較調査研究資料集」を参照。

##### ② 現地調査

- ・ 対象国を 2017 年 8 月 22 日～9 月 5 日に、対象国の自治体、政府機関、自治体関連機関、サービス事業所、NPO 法人などを訪問して、担当者にインタビューを行った。訪問先・面会者は 21 ページの通りである。現地訪問時に専門職への直接インタビューあるいは回答を送っていただく形で行なった。ケース要件については 58 ページ以下および「オランダ、イギリス資料」を参照。

##### ③ オープンデータ、論文などの各種文献

本報告書の執筆者は目次及び各論文の冒頭に記した。なお、イギリス、オランダ、ドイツの「ケアマネジメントの実際」「IV. 調査のまとめと日本への示唆 2. ケアマネジメントの考え方 海外と日本」「同 3. リハビリテーションの考え方 海外と日本」は佐藤孝臣研究委員が校閲を行った。

調査訪問先一覧（訪問順）

<ドイツ>

2017年8月23日

- ・ マールブルク市 (Stadt Marburg)  
BiP 相談センター (Beratungszentrum BiP & FD)  
(Beratungszentrum mit integriertem Pflegestützpunkt & Fach dienst , Advisory center with integrated care center & Specialist service)  
マールブルク Marburg 市相談センター  
Dr. Petra Engel 高齢者計画部門 stabsstelle Altenplanung  
マールブルク ボランティアセンター (Marburg Biedenkopf e.V. Freiwilligenagentur)  
Doris Heineck リーダー  
マールブルク市  
Dr. Thomas Spies マールブルク市長 (Oberbürgermeister)  
マールブルク=ビーデンコプフ郡自己決定と世話協会 (Verein für Selbstbestimmung Marburg - Biedenkopf e. Vund)  
Anna Stach 代表  
マールブルク=ビーデンコプフ郡アルツハイマー協会 (Alzheimer Gesellschaft Marburg - Biedenkopf e.V.)  
Annae Wächtershäuser  
マールブルク介護事務所 (Pflegeburo Maruburg)  
Dr. Petra Engel 高齢者計画部門 stabsstelle Altenplanung  
Ulrike Lux 住宅カウンセリングオフィス Fachstelle für Wohnberatung)  
Dieter Kurth 介護支援センター、介護相談 pflegeberatung  
Andrea Gockel ケアサポート拠点 Pflegestützpunkt 社会カウンセリング Sozialberatung
- ・ ディアコニー病院  
ヴェルダ移動訪問老年医療リハビリテーションチーム (Mobile Ambulante Geriatriische Rehabilitation, Diakonie-Krankenhaus Wehrda, Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH)  
Inga Fröhling 看護師 チームリーダー Team-Leitung  
Dr. Daniela Stöckmann 内科・リハビリ専門医 fachärztin für Innere Medizin und Rehabilitation  
PT1 名

2017年8月24日

- ・ 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事業所 Caritas Zentralstation Ost 2.  
Ljiljana Specht ケアマネジャー pflegedienstleiterin

2017年8月24日

- ・ AOK (総合地域医療保険ファンド) ラインラント/ハンブルク  
(Allgemeine Ortskrankenkasse Rheinland/Hamburg)  
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 politik-Gesundheitsökonomie-Kommunikation stabsbereichsleiter  
Jörg Artmann 保健政策長/保健医療 Referent Stabsbereich Gesundheitspolitik/gesundheitsökonomie  
Michael Kohl 看護審査スタッフ Examinierete Pflegefachkraft/ Pflegeberater

2017年8月25日

- ・ 全国健康保険協会医療サービス本部 (Medizinischer Dienst Des Spitzenverbandes Bund Der Krankenkassen (MDS))  
Bernhard Fleer 介護チームコンサルタント Fachberater team pflege  
Tatsuhiko Harigai 研修生

<オランダ>

2017年8月28日

- ・ライデン大学メディカルセンターLUMC、Topaz Revitel (リハビリクリニック)  
Dr. Wilco Achterberg ライデン大学医学部教授、Topaz Revitel アドバイザー

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

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
- ・サービスプロバイダー (Activite)  
Kim Oudshoorn 地域看護師

2017年8月30日

- ・ライデン市役所 (Leiden Gemeente)  
Lilja Perdijk 政策担当者

<イギリス>

2017年8月31日

- ・国際長寿センター (英国)  
Dr. Brian Beach 主任研究員
- ・チェルシー王立退役軍人病院 (Royal Hospital Chelsea)  
Deborah Sturdy 健康とウェルビーイング部長
- ・ボランティア組織 Open Age  
Helen Leech ディレクター  
Iqtadar Hasnain 副ディレクター  
Dona チームメンバー
- ・地方自治体協会 (Local Government Association)  
Liz Greer アドバイザー
- ・英国公衆衛生協会 (Public Health England, PHE)  
Charles Alessi シニアアドバイザー

2017年9月1日

- ・Open Doors London  
Paul Webley ビフレンディングサービス (友愛サービス) コーディネーター
- ・英国アルツハイマー協会 (Alzheimer's Society)  
Philippa Tree シニア国際オフィサー  
Janet Clarke 「サイドバイサイド」 マネジャー  
Amy Little GADAA リーダー  
Marta Arroyo Bello 認知症サポートワーカー

<日本>

2018年3月5日

- ・春日井市  
健康福祉部 部長 山口剛典  
地域福祉課 課長 神戸洋史  
地域包括ケア推進室 室長 吉村典子  
地域包括ケア推進室 主査 上野陽介  
春日井市地域包括支援センター高森台・石尾台 主任介護専門員 水野雄也  
医療法人社団喜峰会 法人管理部 地域包括ケア担当 次長 井戸尚則  
東海記念病院リハビリテーション部 地域包括サポートマネージャー理学療法士 後藤文彦  
東海記念病院リハビリテーション部 作業療法士 渡邊英弘



## II. イギリス

### 1. 国の概要

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

イギリス（グレートブリテン及び北アイルランド連合王国）は、元首エリザベス二世を元首に戴く立憲君主国である。イングランド（53.9 万人）、ウェールズ（3.1 万人）、北アイルランド（1.8 万人）、スコットランド（5.3 万人）からなる連合王国でもあり、スコットランドをはじめとして独立の機運もあり、スコットランドでは 2014 年 9 月には独立を問う住民投票が行われたところである。

イギリスの人口は 6450 万人である（2017 年）。高齢化率は 17.8%（2015 年）で、2050 年には 24.7%に上昇すると予測されている。

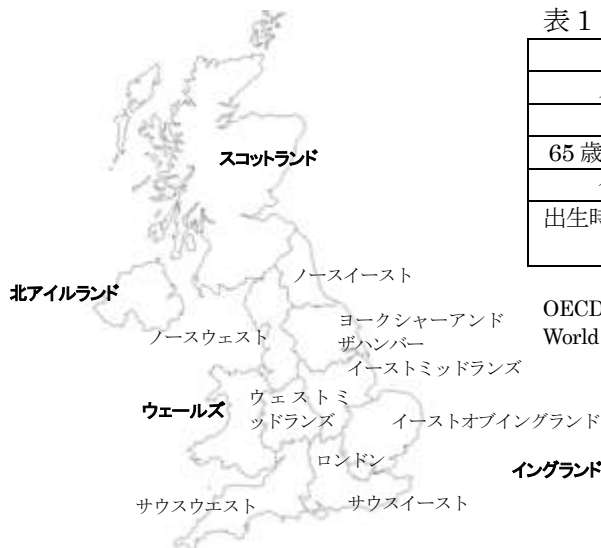


表 1

	時点	イギリス	日本
人口（百万人）	2017 年	65.5	126.5
高齢化（%）	2017 年	17.5	27.4
65 歳以上単独世帯の割合	2009 年	34.1	16.0
合計特殊出生率	2017 年	1.83	
出生時平均余命	男	2015 年	79.4
	女	2015 年	83.0
			86.8

（出典）総務省統計局（日本）

OECD Stat 2018 年 2 月 16 日最終閲覧

World Health Statistics 2016（世界保健統計 2016）

#### 1. 概要と自治体

国政は議員内閣制であり、下院（選挙によって議員が選出される）と上院（貴族などの終身議員からなる）から構成されている。

地方自治については、行政区が複雑である。まず Region があって、County（州）があり、その下に district がある。一つの District が City Council として基礎自治体の機能を果たすこともあれば、他の district とともに County Council として位置づけられることもあり、エリア毎に異なっていて複雑である。

例えば、イングランドには 9 つの Region とその下に 50 を超える county（州）がある。County には、人口集積の高い都市州（metropolitan county）とそうではない地方州（non-metropolitan county）がある。前者は 6 あり、そこに 36 の metropolitan district がある。マンチェスター市やリバプール市は district であり、マンチェスター市は大マンチェスター州に、リバプール市はマーシーサイド州にあり、ともに都市州である。

一方、人口規模の小さい地方州は 27 州あり、201 の district が属している。例えば、日本でもなじみのあるポーツマス市はロンドンの南の Surrey 州(13district, 地方州)の district の一つであり、基礎自治体として機能している。

## 2. 経済

一人当たり GDP (名目) は約 4 万 US ドルであり (2016 年、世界銀行)、日本 (22 位) を抜いて 21 位を記録している。経済成長率は 2008 年のリーマンショック後マイナスに転じた (2008 年-0.63%、2009 年-4.33%) が、2010 年には 1.92% に盛り返し、2017 年現在 2% を割り込んではいるといふものの好調な経済を維持している。

また近年大きなニュースとなったが、イギリスは 2016 年 7 月に国民投票で EU 離脱を決定した。これによってイギリスは大打撃を受けると多くの専門家が予測したが、それにもかかわらず、今のところ好景気を維持している。

フォーブスの「世界の有力企業ランキング」100 位には、14 位 : HSBC Holdings (金融)、66 位 Prudential (金融)、100 位 Glaxo Smith Kline (製薬) が入っている。

## 3. 政治と医療・保健政策

1979 年サッチャー (保守党) が政権を取り、1980 年代には公的支出が削減され、国営企業の民営化が進められた。British Telecom などの国営企業が民営化されただけでなく、社会住宅も市場に売り出されて、ホームレスの増加が社会問題として大きく取り上げられるようになった。これらの動きは「福祉国家の没落」と称され、イギリスの福祉はその姿を大きく変えた。医療の世界、NHS (国民保健サービス) にも市場競争の原理が取り入れられ、病院や看護師組織は PCT (Primary Care Trust) を作って、独立採算の下で効率化が求められるようになったのも、この時代である。現在、PCT は CCGs へと生まれ変わっている (次章にて詳述)。

その後、メイジャー首相 (保守党) の時代 (1990 年 11 月~1997 年) となるが、基本路線は引き継がれた。

1997 年 5 月に労働党ブレア政権が誕生すると、行き過ぎた市場化にブレーキをかけるべく「第三の道」が模索された。NHS に関しては、患者本位の医療、さらなる効率化を目指して、競争からパートナーシップによる連携促進などの内部改革が進められた。

ブラウン政権 (2007 年~、労働党)、キャメロン政権 (2010 年、労働・保守連立政権) を経て、2015 年 5 月にはキャメロンが保守党政権を樹立した。2016 年 6 月に EU 離脱が決定された後の 7 月、キャメロンの辞任を受けてメイ内閣 (保守党) が誕生している。

### <参考文献>

医療経済研究機構 (2018) 『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2015 年度版』

外務省 HP 「英国 (グレートブリテン及び北アイルランド連合王国)」 (2018 年 2 月 13 日最終閲覧)

## 2. 要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

### 1. 概要と近年の動向

イギリスでは、ベバリッジ報告（1942年）のあと、1948年に創設されたNHS(国民保健サービス)が70年にわたって医療制度の根幹となり、租税によって予防、公衆衛生、急性期医療からリハビリテーションまでを含む包括的なサービスを自己負担なく無料（議会が決定する例外あり）で提供してきた。その原則は患者第一主義であり、病気の診断と治療が目的であるが、予防や健康増進という領域でも役割が増している。高齢化と財源不足を前に、租税によってNHSサービスを無料で提供することは、福祉国家イギリスが崩すことができない誇りであり矜持でもあるかの感がある。

全ての国民は家庭医に登録し、プライマリー・ケアの中心たるGP（家庭医）は一人あたり3500人～5000人を担当しており、人口50万規模の市では約100人のGPが、看護師、保健専門職とともに地域の健康を保持している。「保健およびソーシャルケア法2012」によってNHSは大きくリフォームされ、地域に権限を持たせ本人中心の医療が模索されている。

一方、介護については、児童・障害者・高齢者を対象とする福祉サービスを構成する社会サービスとして、自治体の責任のもとに提供されている。NHSが無料であるのに対して、資産調査を経て自己負担を伴う。介護の領域では、「ケア法2014」が2015年4月から施行され、本人の選択・決定（プライバタイゼーション）に向けて等大きな変革が進められている。

本報告書は、介護に関するニーズアセスメントとそのアウトプット、ケアプランについて焦点を当てるものであるが、医療と介護の両側面から論じていきたい。

### 2. NHSによる医療サービス

#### 1) NHSの2012年大変革とCCGs

1948年に創設されたNHSは、「保健およびソーシャルケア法2012（Health and Social Care Act 2012, 2013年4月1日施行）」によって大きくリフォームされた。その構想は2010年6月の保健省白書「平等で優れた医療サービスを目指して：NHSの解放」によって示されており、目指すところは、NHSの中央集権を減じ、医師たちに保健サービスの運営（commissioning）に関わらせ、患者にさらなる選択権を与えることである。以下のような組織変革が行われた(Powel,2016)。

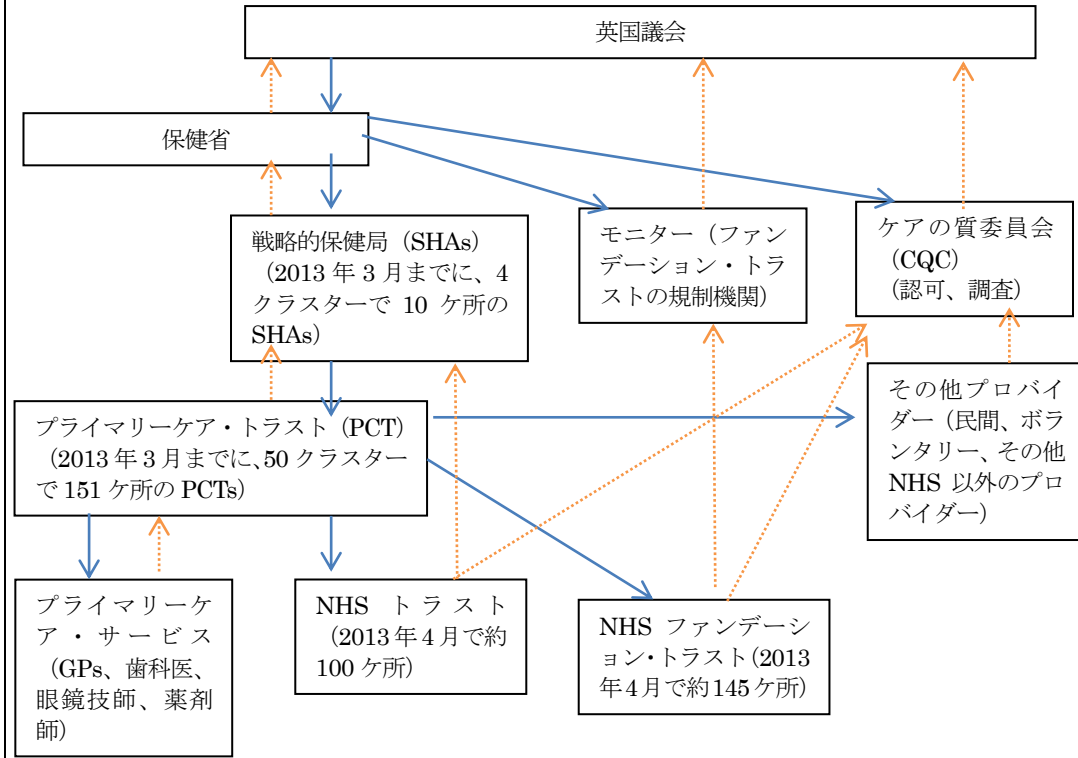
- NHS イングランドと CCGs に保健サービスの運営に関する法的責任を持たせる
- 地方自治体は新しい公衆衛生（public health）の責任を持つ
- 地方にヘルスウォッチ（local Healthwatch organization）を設置
- 戦略的保健局と PCT（Primary care trust）は廃止する

地方におけるNHSの予算管理、病院・GPからの医療サービスの購入・委託は、それまでNHSの地方支所ともいえるPCT（Primary care trust）が担っていた。これを、GP・専門医・看護師をメンバーとするCCGsへ任せた（図1）。

イングランドにおける NHS の体制変更 (出典: 下院図書館)

- 説明責任/認可
- ⇒ 財源/委託責任

2013 年 4 月以前の体制



2013 年 4 月以降の体制

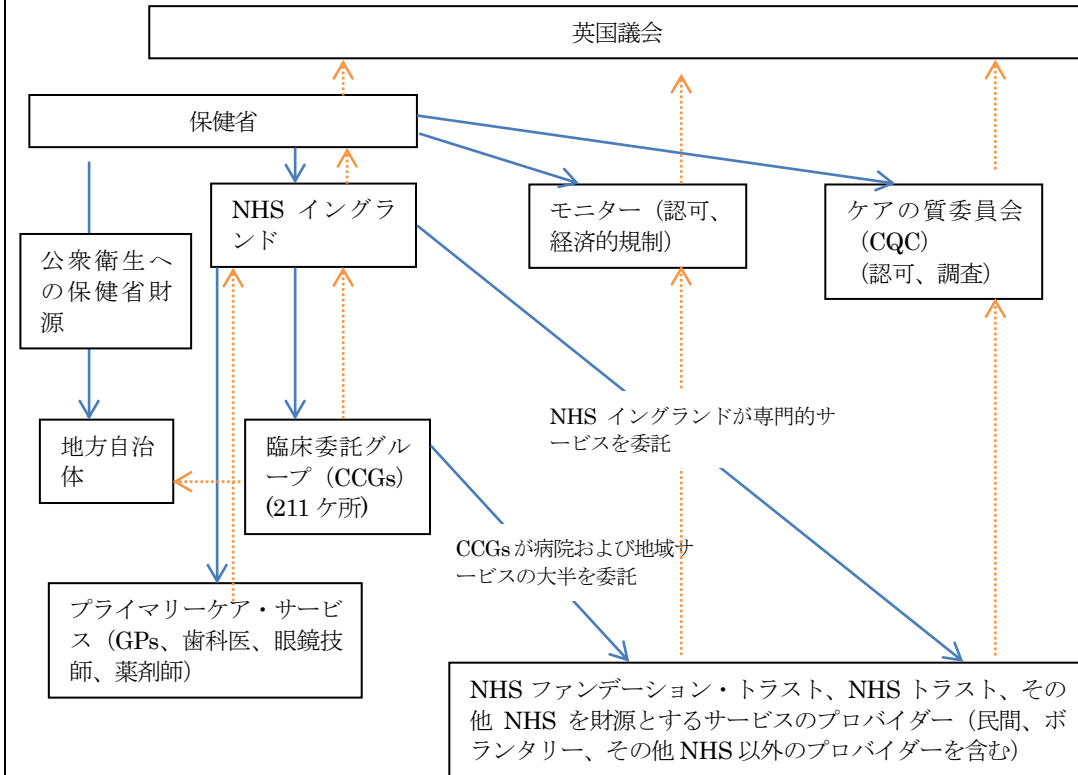


図1 イングランドにおける NHS の体制変更

従来の制度の問題として、地域の GP が患者に最適のサービスを提供するためには予算管理局としての PCT と交渉しなければならず手間がかかるものであった。改革によって、保健省は医師が中心的な役割を果たすことで予算の効率化を目指したことになる（自治体国際化協会、2012）。

医療およびソーシャルケア法 2012 では、医師による医療サービスの購入・委託（第 1 章）は CCGs が行うこととし、全国組織として「NHS サービス委託委員会(NHS Commissioning Board) を設置し、革新的な医療サービス提供を支援し、患者によるサービス提供者の選択（第 3、4 章）を謳い、医療サービスの質的向上と効率化、競争、費用の適正について監督する NHS 組織「モニター (Monitor)」を設置した。また、患者の声に耳を傾ける（第 5 章）ために各地方に「ヘルスウォッチ」を設置することとなった（自治体国際化協会、2012）。

## 2) NHS イングランドと CCGs、コミッショニング

医療およびソーシャルケア法 2012 によって設立された CCGs (Clinical Commissioning Groups) とは、前述のとおり GP・専門医・看護師などをメンバーとする地方組織である。弁護士や患者代表が含まれることもある。病院・GP から医療サービスを購入・委託し、住民に適切な医療サービスが提供されるように保障する法的責任を負っている (Powel, 2016)。この過程はコミッショニングと呼ばれ、保健省は「人々のニーズに合う保健およびケアサービス (health and care services) を効果的に提供されるように保障すること。ニーズアセスメント、優先順位付け、サービスの調達、サービス提供者の管理を含む、複雑で幅広い内容のプロセスである (2010 年 5 月 6 日、structure)」と定義している。

コミッショニングは最近になってなされるようになったものである。1991 年に「(サービスの) 購入者と提供者の分離」の必要が唱えられ、NHS はサービス提供に当たって独立したプロバイダーと契約する責任があるとされるようになった。

図 1 でわかるように、CCGs は NHS ファンデーション・トラストや NHS トラスト、NHS 財源による他のプロバイダー（民間組織、ボランティア組織、NHS を財源としないプロバイダーなど）から病院サービス、地域医療サービスを購入・委託する。実際には、トラストに所属する GP や地域看護師、OT・PT・ST などの専門職者が、病院をはじめ、診療所や保健センター、外来センター、救急医療センターにおいてサービスを提供している。

全国には 212 の CCGs があり、医師を中心として構成されている。CCGs 圏域は必ずしも自治体の行政エリアとは重ならない。法的責任を負っているのは以下のサービスであり、ほとんどの医療サービスが含まれる (Powel, 2016)。

- 救命救急医療 (例 A&E : Urgent and emergency care)
- 急を要しない病院医療 (例 : 外来患者サービス、急を要しない外科手術)
- 地域のヘルス・サービス (例 : 地域精神保健サービス、周産期・妊産婦、児童・高齢者のヘルスケア、リハビリテーション、保健訪問など)

保健省では、NHS 予算としてイングランド向けに年間 1150 億ポンド (約 17.25 兆円、1 ポンド=150 円として換算。2017 年 12 月時点) を充てており、そのうち 1000 億ポンド (15 兆円、87%) が NHS イングランドに割り振られている (2015/2016 年)。NHS 予算の約 9 割に当たり、残る 13% はイングランド公衆衛生協会、CQC (Care Quality Commission)、モニター、NICE (National Institute for Health and Care Excellence) などに向けられている (structure, 2016)。CQC は医療保健サービスから社会サービスまで幅広い範囲にわたって、

その質と安全性・効率が高いレベルで保たれるように事業者登録の管理、監査、利用者保護を行なっている。モニターは2016年4月1日より政府機関であるNHS改革組織の一部となり、医療保健サービス・社会サービスが利用者に適正に提供されているかモニタリングする組織である。NICEは医療・保健・社会サービス全般にわたって組織や実践者に研究成果に基づいた情報の提供、助言を行う国立の研究組織である。クオリティスタンダードの開発も行っている。

NHS イングランドに振り分けられた1000億ポンドのうち、692億ポンド（約10兆円、68.8%）が各地域のCCGsに充てられている（2015/16年）。残る297億ポンド（約4.5兆円、31.2%）は、NHS イングランドが直接コミショニングしている特別医療（稀有なガン、遺伝子障害、複雑な医療・手術に関する最先端医療、約15%）、プライマリー・ケア（約12%）、公衆衛生（0.9%）、軍人・犯罪者向けサービス分などである。

表1 イギリスにおけるヘルスケア予算（2015/16）

	億ポンド	人口（100万人）	一人当たり医療費予算（ポンド）
イングランド	115.1	53.9	2,137
北アイルランド	4.7	1.8	2,569
スコットランド	12.2	5.3	2,290
ウェールズ	6.6	3.1	2,141

（出典：HM Treasury: Public expenditure statistical analyses 2014  
The Structure of the NHS in England,2016）

### 3. NHS 継続的ヘルスケア（NHS Continuing Healthcare、NHS CHC）とアセスメント <NHS 継続的ヘルスケアとは>

ヘルスケアの中でも、介護に近いものとしてNHS 継続的ヘルスケアがある。NHS 継続的ヘルスケアとは、病院外の在宅やケアホーム、ホスピスにおいて、18歳以上の成人に対して（成人・子ども・若者）、既存のサービスだけではまかないきれない障害・事故・病気を原因として生じたニーズに対応するものである。NHS 財源により、NHS によってアレンジされる、継続して必要なヘルスケア・ニーズに対応するケアパッケージである。ニーズを発見すれば、自治体職員もCCGsに知らせなければならない（Guidance,6.79）。

この領域は、2013年4月1日よりCCGsとNHS サービス委託委員会の責任となった。「NHS 継続的ヘルスケア」と「NHS 財源によるナーシング・ケア」については、2007年の時点で国家的枠組み（National Framework）として、アセスメントと判定について決定がなされていた。この枠組みは、全イギリスにおいて、公正で一貫したアクセスができ、同等ニーズを持つ人が無料で同等の保健およびナーシング・ケアを受けられるようにしたものである。2009年には見直しが行われ、2013年4月に再度見直された（Lesphlet,2017）。

「ongoing health care needs」という言葉が使われているが、これは「改善の可能性が少なく進行（発達）していくニーズである」ことを意味し、改善の可能性があればリエイブルメントのコースに進む（図2）。

NHS 継続的ヘルスケア (NHS CHC) のプロセス  
フローチャート

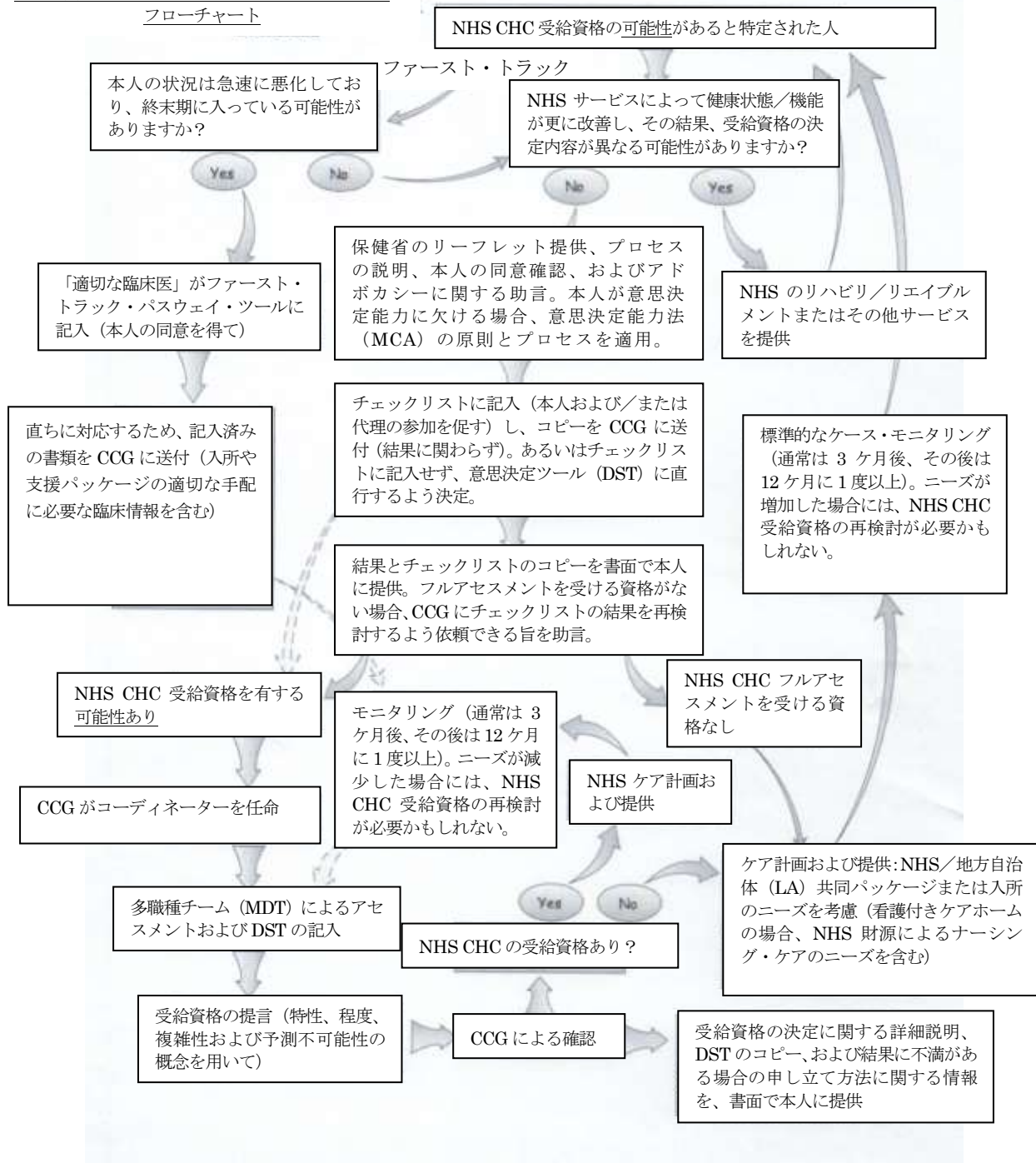


図 2 NHS 継続的ヘルスケア (NHS CHC) のプロセス

アセスメント過程については後述するが、CCGs によって最終的に「利用可 (eligible)」と認定されれば、プランが作成されてサービス提供が始まる。その内容は以下のとおりであり、NHS が費用を支払う (保健省リーフレット)。よって自己負担はなく無料である。

- 地域看護師や特別セラピスト (OT, PT) から提供されるヘルスケア
- 関連するソーシャルケア・ニーズに対応する、身体介護、家事援助、入浴・着脱衣・調理・買物のヘルプ
- ケアホームにおける費用 (食費、居住費を含む)

アセスメントの結果「利用不可」と認定されれば、CCGs は自治体の社会サービスに書類を送る。この場合は、資産調査（収入と資産）を経た上で、自己負担分を支払うこととなる。「不可」と認定されながらも、ヘルスケア・ニーズが幾分かあると認められていれば、自治体の社会サービスを利用しつつも、その相当部分を NHS が支払うことがある。これはケアの「共同パッケージ (joint package)」と呼ばれるものであり、「NHS 財源によるナーシング・ケア」に当たる。

全体のフローチャートは図 2 で示すとおりである。

#### <アセスメントの詳細>

アセスメントは、ニーズがありそうだという場合に受けることができる。まず、看護師、医師、他の保健専門職、ソーシャルワーカーによって、イニシャル・チェック・リストでスクリーニングが行われる。ここで、一定の基準に達したら、次の段階であるフルアセスメントに進む。フルアセスメントは多専門職チームによって行われ、それには保健専門職、現在関わっているケアのプロなども含まれる。ターミナル期や重症のケースで急を要する際には、医師が判断するファースト・トラックがある。

アセスメントは、CCGs の多職種チーム (MDT: Multidisciplinary Team) によって行われ、「プライマリーヘルス・ニーズのある/なし」が判断される。実務家のために「決定支援ツール (DST: Decision Support Tool)」が発行されているので、その内容からまとめる。

アセスメントは、次の 12 領域に対して行われる。

- ◇ 行動
- ◇ 認知 (理解)
- ◇ コミュニケーション
- ◇ 心理/情緒的ニーズ
- ◇ 移動
- ◇ 栄養 (食べ物、飲み物)
- ◇ 排泄
- ◇ 皮膚 (傷、化膿)
- ◇ 呼吸
- ◇ 薬物療法など ドラッグ・薬による兆候コントロール (symptom control)
- ◇ 変性意識状態 意識の変化状況
- ◇ 他の顕著なニーズ

アセスメントの際重要な指標となるのが、特性、複雑性、程度、予測不可能性の 4 項目である。特性とは、ニーズのタイプや特徴、また必要とするサービスも含めてそのニーズが個人に及ぼす影響を指す。複雑性とは、それぞれのニーズがどのように関連しあっているか、あるいは症状をみつつケア提供する際の技術的困難性である。程度とは、ニーズがどのような範囲に広がっていて重篤であるかということである。予測不可能性とは、ニーズの変化予測が困難で、適切なケアが提供されない場合におこるリスク予測が難しいということである。

また判定にあたっては「本人中心 (person-centered)」であることが重視されており、申請者が自分の希望や考えを伝えることが重要とされている。家族や友人も参加することができる。最終的に本人は、理由が書かれた決定文書のコピーを受け取る。

各領域についてニーズを詳細に見極め、ガイドラインに沿って 5 つのレベル、「ニーズなし (N)」、「低 (L: Low)」、「中 (M: Moderate)」、「高 (H: High)」、「重度 (S: Severe)」、「優先 (P: Priority)」を判定する (図 3)。

ガイドラインには、領域ごとにそれぞれのレベルの状態像が書かれており、これが全国標準化を助けることとなる。明確な判定が困難な場合はより高いレベルを選択し、その理由となるエビデンスを記入するなど、厳格に行うことが求められている。また、ニーズが上手く管理されているからといって過小評価しないこと、薬物治療によってニーズがコントロールされている場合は薬物療法の領域で反映するなど、細かいガイダンスが出されている。

### <ニーズ判定>

最終的なニーズ判定は以下によってなされ、CCGs に送られて、「受給資格あり/なし (eligibility)」は最終的に CCGs が決定する。

- ① 「P (優先)」が一つでもある。
- ② 「S (重度)」が2 領域以上である。
- ③ 複数の領域で「H (高)」または「M (中)」が示されている。

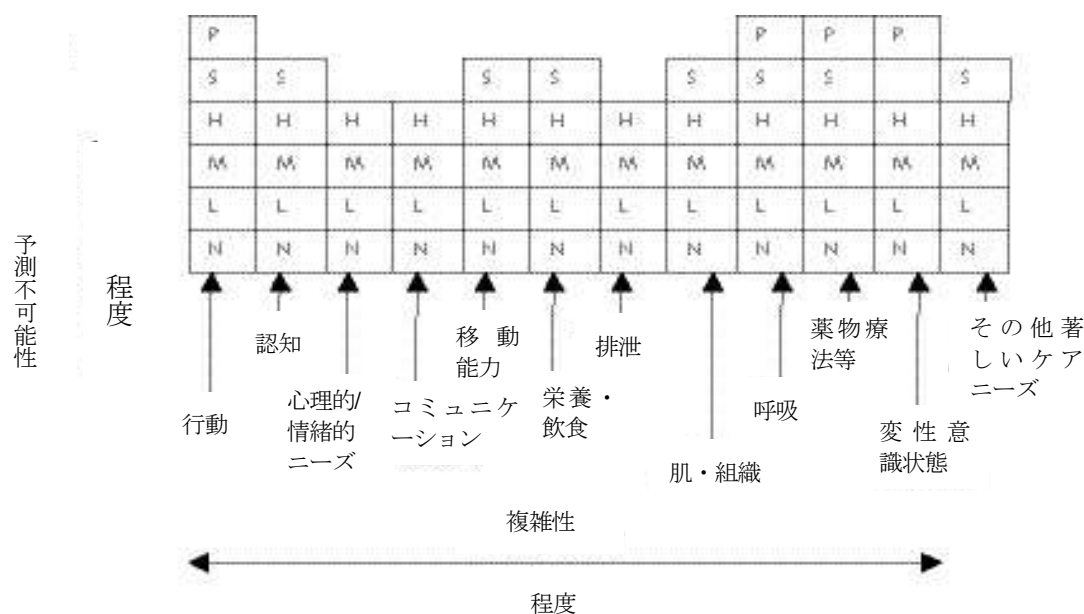


図3：各ケア領域におけるニーズのレベル分け

対象者に「プライマリーヘルス・ニーズなし」と判定する場合には、明確な利用を記述しなければならない。ニーズなしと判定されれば、NHS 継続的ヘルスケアを受給する資格はない。不満がある場合、申請者は CCGs に見直しを申し込む。誰もが、NHS、自治体、ケア事業者からのサービスについての不服申し立てができる。

判定は 28 日以内になされなければならない。しかし、多くの申請者が待たされていること、また地域によって格差があることが NAO (National Audit Office、国立監査局) によって報告されている (NAO,2017)。

モニタリングは 3 ヶ月後に行われ、その後一年に一回行われる。

### <利用者数>

同調査では、2015/16 年に新しく 12.4 万人がスクリーニングを受け、7.7 万人がフルアセスメントに進み、2.2 万人が「利用可」と認定された (無料)。ファースト・トラック利用は 8.3 万人で、7.9 万人が「利用可 (無料)」であった。「非該当」の判定は 5.9 万人であった。フルアセスメントにおいて「利用可」とされた人は、34%から 29%にダウンした (NAO,

2017)。また自治体によって大きく異なっており、人口 5 万人当たり 28 人から 356 人の開きがある。その予算規模は CCGs 全体の 4%に相当する (NAO, 2017)。

このように、NHS 継続的ヘルスケアは新規認定が約 10 万人と少なく、CCGs に占める予算規模も少なく、利用するにもかなり狭き門となっている。

2014 年 4 月 1 日より、個人予算、ダイレクトペイメントが導入されており、社会サービスと同様に患者本人の選択・決定の道が開かれている。

#### <NHS 財源によるナーシング・ケア>

法律によって、自治体は登録看護師によるケアを提供することはできない。ナーシングホーム（看護付きケアホーム）では登録看護師が雇用されており、NHS はナーシングホームに直接支払いを行う。これが、「NHS 財源によるナーシング・ケア」であり、通常のナーシング・ケアと同等のレートで支払いを行なっている (Leaphlet, 2017)。

「NHS 財源によるナーシング・ケア」を受けられるのは、ナーシング・ケアの提供を認められた登録ケアホームに居住している人、継続的 NHS ヘルスケアでは認定されていないが登録看護師のサービスを受けることを過去に認められた人である。

#### <アセスメントからプランニングへ>

「継続的ヘルスケア」では CCGs によって利用の可否が認定される。実際には、GP・看護師がプランを立ててサービス提供を行う。障害者など、複雑なニーズに対応する場合には、ケースマネジャーやケアマネジャーがいる (easy read)。

### 4. 自治体による社会サービス

#### 1) 社会サービス (Social Services)

NHS が提供するヘルスケアに対して、自治体が提供する福祉サービスは「社会サービス (Social Service)」と呼ばれ、高齢者に限らず、児童・成人・障害者などに対する普遍的で広範な領域にわたるサービスである。とくに、介護サービス等は「成人ソーシャルケア (Adult Social Care)」と称され、大きな部分を占めている。NHS とは異なり、利用にあたっては資産調査を経た上での自己負担がある。

- 高齢者（在宅ケア、デイセンター、レスパイトケア、ケアホーム、看護付きケアホーム、配食サービス、ランチクラブなど）
- 身体障害者、精神障害者、学習障害
- 児童（虐待、ケアホーム、里親、養子縁組）
- 薬物・アルコール依存症、若年犯罪者
- 家族支援

社会サービスは財政危機に瀕しており、65 歳以上の社会サービス受給者は、15.3% (2005 年) から 12.4% (2010) へ、2016 年には 9.1%まで減少した。2010 年から 2011 年にかけて、65 歳以上高齢者は 15.6%増えているにも関わらず、である (ILC-UK, 2016)。そして、高齢者対象の社会サービス予算は全体として 14%削減されており、これは、11 億ポンド (約 1650 億円) に相当する。

調査訪問中にも「改革を通して、NHS を守ったが、社会サービスは守れなかった」という声を聞いたが、自治体による社会サービスは想像を絶する財政逼迫に直面している。

## 2) 「ケア法 2014 (the Care Act 2014)」と「ウェルビーイング原則」

2014年「ケア法 2014 (the Care Act 2014)」が公布され、2015年4月より施行された。1942年のベバリッジ報告によって1948年にNHS制度が創設されたが、同時期に施行された「国民扶助法 (National Assistant Act)」を60年ぶりに改正したものである。

この新法で最も大きな改正点は、「ウェルビーイング (Wellbeing, 幸福) 原則」を法の冒頭で明記したことである (訪問、The Guardian, 2017)。新法は「自治体の一般責任」の記述から始まっており、第1条に「個人のウェルビーイングの促進」が置かれている。さらに「ケアとサポートのニーズを予防する (第2条)」「ヘルス・サービスとともにケアとサポートの統合を促進する (第3条)」「情報と助言の提供 (第4条)」と続く。改革のポイントは以下である (Lis)。

- ① ウェルビーイングの原則
- ② 個人予算、ダイレクトペイメント
- ③ アセスメントの全国標準化
- ④ 予防、ニーズの減少と遅延化
- ⑤ 介護者 (carer) への支援
- ⑥ 支払い方式の変更 (キャップ制、施行は2020年から)
- ⑦ 政府、チャリティ、利用者団体が途切れなく連携して支える

中心原則であるウェルビーイングは、個人によって異なるものである。そのため、効果があいまいなものになっているとの批判もある (ILC-UK, 2016)。「ケア法 2014」の第1条で、ウェルビーイングは次のような内容を含むと定義されている。

- ① 個人の尊厳
- ② 身体的・精神的健康と情緒的幸福感
- ③ 虐待やネグレクトからの保護
- ④ 毎日の暮らしにおいて個人が主体的に生きていること (ケア、サポートなど)
- ⑤ 仕事、教育、訓練、レクリレーションへの参加
- ⑥ 社会的・経済的に豊かな状況
- ⑦ 家庭内、家族における個人的な関係
- ⑧ 居住が安定していること
- ⑨ 個人の社会への貢献

市民のウェルビーイングを高め保障することは自治体の責任であり、自治体業務の中心となった。国民にとっては、「自分自身が自分の暮らしの中心にいて (person-centered)、自分で自分の暮らしをコントロールする」という認識を高めることが求められる。

この改正によって、自治体は地域資源によるサポートに期待できるのでコスト削減が予測できると評価した。しかし、44万から53万件の新しいアセスメントの発生、介護者の権利保障などが新たな業務として発生するとしているようである (The Guardian, 2017)。

## 5. パーソナライゼーションと個人予算、ダイレクトペイメント

「本人の選択 (choice) とコントロール (control)」は「ウェルビーイング」とともにケア法 2014の骨格を形成するキーワードである。そして、「サービスの決定において本人が選択し、あらゆる場面で本人が自分の生活を自分でコントロールすること」は、パーソナライゼーション (個別化) と称される (Duffy et. al, 2010, ILC-UK)。

これまでは、いわば行政が「1日3回の訪問介護 (朝、昼、夜)」のケアパッケージを提供

していた。これは「できないことをしてあげる」だけの問題除去型のサポートであった。しかし、プランニングにも本人が関わってパーソナライゼーションを実践していくために、自治体から認められた予算内において自分でケアが選べる「個人予算 (personal budget)」と、現金給付によって完全にケア購入を自己管理する「ダイレクトペイメント(direct payment)」が、モデル事業を経て導入された。

#### <個人予算>

自治体は、ケアニーズのアセスメントによって認定されたニーズに合った量を金額として個々人に割り当てる。これが個人予算である。行政手続きとしては、判定後に本人が個人予算を請求する形をとる。

個人予算を受けたあと、3つの方法がある (Guidance, 2017, 10.11)。

- 1：自治体が直接サービス (リエイブルメント、短期レスパイトサービスなど) を提供する。
- 2：ダイレクトペイメントで本人が必要なケアとサポートを購入する。
- 3：上記のコンビネーション方式。自治体がニーズに対応するダイレクトペイメントを給付し、ホームケアをアレンジする。

ケアプランは自治体から本人へと移行し、本人の選択・決定力が拡大している。

2012年3月の段階で、個人予算を使っていたのはコミュニティケア利用者の53% (43.2万人) で、2011年同期と比べて38%の増加であった (Adss,2012)。個人予算の導入は100%を目標にされていたが、ノーマン・ラム (ケアサービス大臣) は2012年に、2013年4月の目標を70%まで下げている。いずれにしろ、普及率は高い。個人予算をもらった人は予算よりも低い金額しか使わない傾向がある (自治体協会インタビュー)。

#### <ダイレクトペイメント>

個人予算 (認定されたニーズに合う予算) を現金で受け取り、住宅改造や補助器具、身体介護などのソーシャルケアを自分で購入していくものである。障害者の自立生活運動から生まれたもので、「1996年コミュニティケア (直接給付) 法」の中で1997年4月から実施された。2003年4月から自治体はケアサービスを受ける人にダイレクトペイメントを受ける権利があることを伝える義務が課されている (医療経済研究機構、2015)。

2012年時点において、スコットランドでダイレクトペイメントを受けたのは8%、ウェールズでは5%であった (Adss,2012)。それほど普及しているとは言えないが、その後の動向は不明である。

#### ■ダイレクトペイメントの実際

##### <例1> : Andrew の場合

Andrew はパーソナルアシスタント (PA) を選んでいた。自治体は包括契約 (Block Contract) を代理店と結び、週2回のサポートが提供されていた。アンドリューはいろいろな活動をしたり、仕事に就くことも考えてもっと柔軟にサポートの時間を使いたかった。

そこで、彼は他の代理店を使って自分でアレンジできるようにダイレクトペイメントを選んだ。アンドリューは同じケアワーカーのサポートを受けて、最もフィットする形でサポートを受けている。

自治体からの包括契約の費用は1時間13.5ポンドであった。しかし、柔軟なサポートのための費用は、他の人を雇うコストがかかるので1時間18.0ポンドである。よって、自治体は彼のダイレクトペイメントを週67.5ポンドから週90ポンドに引き上げた。ダイレクトペイメントによって、アンドリュースはよい結果を得ることができた。よって、自治体にとってはこの追加コストは将来のニーズ増加を遅らせる効果をもたらしているためリーズナブルと言える。自治体では、アンドリュースが望む時間をコミッションすることは自治体にとっても効果的であることに賛同している。

#### <例2>ジョージ (George) の場合

ジョージのニーズアセスメントに沿って、自治体はジョージに週135ポンドの個人予算をあてた。これは、ジョージのニーズに合致する時間13.5ポンドの包括契約レートによるものである。

ケアプランニングの過程で、隣人が最近トレーニングを受けてパーソナルアシスタントになったので、アレンジされたサービスの代わりにダイレクトペイメントを受けて、この人を雇いたいとの気持ちを表明した。自治体はこれを認め、彼は雇用主としての責任を理解した。ジョージは、時間9ポンドのレートに賛同して最低生活賃金 (living wage) を上回る支払いをしている。

自治体は、彼が満足するニーズに合うやり方に賛同している。最終の個人予算は週110ポンドであり、これは新しい時間レートを考慮したものであり雇用責任(保険など)に関する追加的扶助を含んでいる (Guidance 11.28)。

(出典 : Care and Support Statutory Guidance)

<https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance#first-contact-and-identifying-needs>

## 6. 成人ソーシャルケアの種類と価格

社会サービスは広範に及ぶが、高齢者などが自宅等で自立して暮らすためのニーズに応えるケアとサポートは「成人ソーシャルケア (adult social care)」と呼ばれている。ケア法 2014 第8条には、例として、ケアホームなどの住まい、自宅・地域でのケアとサポート、相談と他のソーシャルワーク、物と道具・設備、情報と助言・権利擁護、が挙げられている。リーズ市に具体例を見る。

<http://www.leeds.gov.uk/residents/Pages/Adult-Social-Care.aspx> (2017年12月20日最終閲覧)

### ① 自宅での自立した生活をサポート

- 福祉用具、住宅改修
- 自宅で暮らすためのケア&サポート★
  - ◇ 短期サポート (リエイブルメントサービス)
  - ◇ 中間的サポート (短期リハビリテーション : 成人ソーシャルケアと NHS による)
  - ◇ 長期サポート (NHS 継続的ヘルスケア)
  - ◇ 在宅ケア home care (入浴、排泄、衣服の着脱、起床就寝など。アセスメントで適格と認定されれば NHS から提供が受けられる)
- NHS 継続的ヘルスケア
- 日中のアクティビティ (ボランティアセンター、エイジUK、高齢者フォーラム)
- 配食サービス

### ② 住まい (シェルタードハウジング、エクストラ・ケア・ハウジング、ケアホーム、看護付きケアホ

- ーム、支援付き住宅など)
- ③ 介護者（家族、友人）のサポート
- ④ 精神保健サービス
- ⑤ 成人の虐待

<価格>

サービス価格は、各自治体で異なる。ホームケアについては、時間 18.1 ポンドが 2009 年時点での中央値である (Curtis,2009)。実際にある自治体では 11 ポンドで、別の自治体では 21 ポンドで事業所と契約しているなど、かなりな開きがある (松岡)。

表 2 は、2009 年のサービスパッケージの内容と価格を示している。352 事例の平均を挙げているが、これはサービス量が多い種類の例である (curtis,2009)。ケア法 2014 では、こうしたケアパッケージを止めて、自分のウェルビーイングにとっての意味のあるケアマネジメントを個人の選択・決定によって進めていこうとしている。

表 2 コミュニティケアパッケージ

サービス		価格	備考
ソーシャルケア	ホームケア	£ 181	
	デイケア	£ 35	
	プライベートケア	£ 439 (24 時間)	時間 £ 18.29 に相当
ヘルスケア	地域看護	£ 26	週 1 回の訪問
	OT	£ 24	月に 2-3 回の週当たり
	GP	£ 7.7	11.7 分
住居		£ 68	
生活費		£ 162	
ヘルス&ソーシャルケア費用の合計 (週)		£ 273	住居費、生活費は含まれていない。

(出典 : Curtis, L., 2009, Unit Costs of Health & Social Care, PSSRU)

7. アセスメントと判定 (Assessment & Eligibility Policy for Adults in need, London Borough of Barnet)

ケア法 2014 では、イギリス全土において同じニーズをもつ人が同等のサービスを受けられるよう、ソーシャルケアの受給資格アセスメントの標準化に力が入れられた。成人ソーシャルケアを利用する場合の流れ (図 3) に沿って説明する。

申請者はまず自治体の成人ソーシャルケア部門に申し込む。自治体では有資格のソーシャルワーカーが基本的に自宅を訪問して 1 対 1 でアセスメントを行なうが、国はネットや電話、セルフアセスメントも認めている。とくに、本人の選択とコントロールを重視する視点から各自治体ではセルフアセスメント・シートを用意し、本人の意見や希望を伝えやすくするために介護者との共同アセスメントも認めている (DR、Guidance, 2017)。

図 3 で注目したいのは、初回コンタクトのところで、「ニーズは地域のサービスやボランティアのサービスを活用したり、本人のストレンクス (強み) を支援したりすることによって満たすことができる。そのために、情報や助言が重要である」と書かれている点である。アセスメントを経て受給資格が判定され、ケアとサポートの計画が立てられる (自治体によるケアプランが減少していることは述べたとおりである)。

プロセス全体を通じて

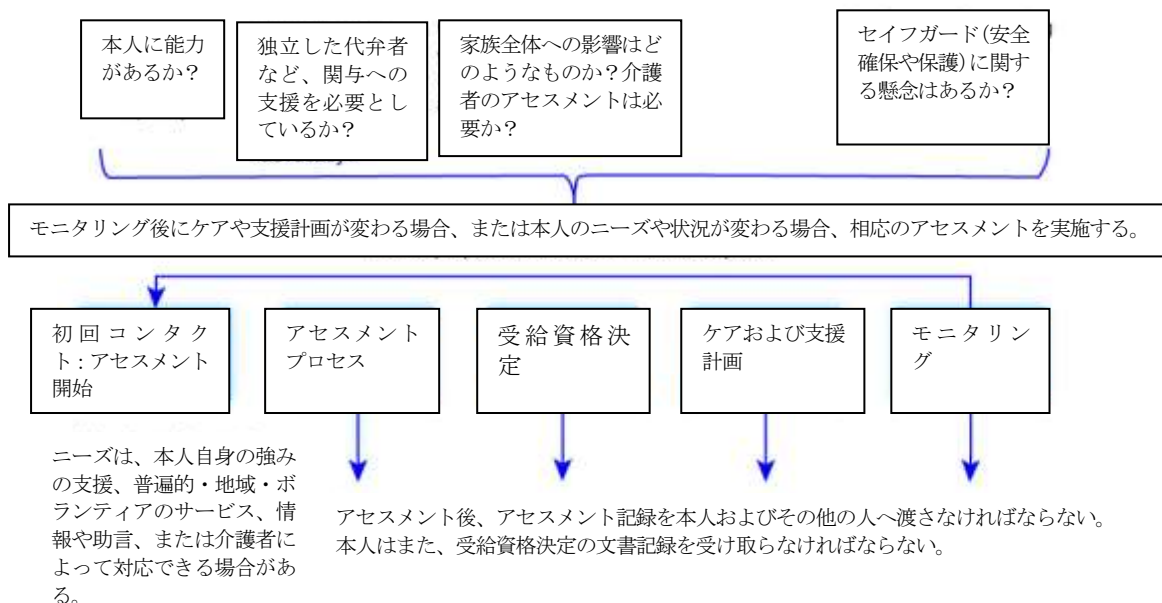


図3 社会サービス利用のプロセス (出典: Care and Support Statutory Guidance, <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>)

アセスメントでは、二つの決定がなされる。

- 1: 支援ニーズのアセスメント (どのような支援を必要としているのか)
- 2: 経済的アセスメント (資産状況からのアセスメント、自己負担額)

支援ニーズのアセスメントは次節の 10 の領域でなされ、受給資格決定は3つの側面で行なわれる (Care and support statutory Guidance, 2017)。

- 身体的・精神的障害や疾病が原因でニーズがあること
- その結果として、二つ以上の特定の領域 (5.5paragraph) の行為ができないこと
- その結果として、その人のウェルビーイングに重大な影響を与えているらしいこと (「重大な」とはどれほどであるかは、明確には記されていない)

スコアやランキングシステムはなく、ニーズの「階層 (hierarchy)」もない。基準に基づいて「受給資格あり/なし」が決定されるのみである (自治体協議会 DR)。

アセスメントで重要なのは、当事者がどんなニーズを持っているのか、自身の幸福を維持・向上するためにどんな結果 (outcome) を求めているのかを見極める (identify) ことである (Guidance, 2016, 6. 5)。個人を中心に置き (person-centered)、身体だけではなく、社会活動・教育・職業・人間関係・住まいも含めて全人的なアプローチ (holistic approach) を行なう。

<支援ニーズのアセスメント>

Derby 市の「セルフアセスメント票」を参照して、詳細を述べる。

アセスメントは次の 10 の領域について行われ、それぞれの領域で「支援が必要/不要」をチェックし、「1日に数回」「1日2回」「1日1回」「週に1-2回」などの頻度、介護者の可能

性も問う。できないことが日常生活やウェルビーイングに与える影響を問い、さらに「変えたいこと、できるようになりたいこと」も表出できるようにしている。

- ① 栄養についての維持・管理（食べること、飲むこと、食事の用意）
- ② 身体の衛生
- ③ 排便・排尿のマネジメント
- ④ 衣服をきちんと着られること
- ⑤ 自宅での安全性
- ⑥ 家事や自宅の維持管理
- ⑦ 家族や他の人との関係づくりや関係の維持
- ⑧ 労働、訓練、教育、ボランティア活動へのアクセスや参加
- ⑨ 地域で必要な施設やサービスの活用（公共交通、リクリエーション施設など）
- ⑩ 子供に対するケア責任の遂行

最初に、「あなたはどんな人？」「あなたにとって大切なこと」「あなたにとって『良い日』とは」「自分でできること」の質問があり、その人にとってのウェルビーイングを理解する上で重要な要素となっている。

アセスメント過程や結果はパソコンで記録するが、コンピュータ判定がなされることはない。むしろ ADL チェックよりも、本人にとって意味のある活動ができる/できないというアウトカム、本人のナラティブ（語り）やストレンクス・ベースのアプローチを重視する。

#### <経済的アセスメント>

社会サービスを受けるためには資産調査を受けなければならない。新全国基準が決められており、以下のとおりである。資産が 23,250 ポンド（約 349 万円。1 ポンド 150 円換算）以上あると「全額負担」であり、事実上の「受給資格なし」である。よって、自治体のサービスを利用したい場合は、自分で購入することとなる。資産調査で全額自費とされる人は、在宅ケアで 20%、施設で 45%である（ILC-UK, 2016）。

○家を含む全資産を対象として、

- |                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| 14,250 ポンド（約 213 万円）以下          | : 無料     |
| 14,250 ポンド～23,250 ポンド（約 349 万円） | : ある程度払う |
| 23,250 ポンド（約 349 万円）以上          | : 全額自費   |

○（キャップ制）ケアコストが 72,000 ポンド（約 1,080 万円）を超えるとそれ以上負担する必要がない（2015 年施行予定であったが、2020 年へ延期）。

#### ■コラム<ストレンクス・アプローチ>

ストレンクス・アプローチが重視されているが、その例を Guidance から紹介する。

40 歳のサリーは身体障害を持っている。ホームケア・パッケージを受けているが、多くの時間を一人で過ごし、働いたことはない。ホームケアのワーカーは、サリーが孤立と鬱に陥る危険を感じ、彼女にニーズアセスメントを受けるよう奨めた。

査定者は、「毎日の暮らしで、どんなことがやってみたい？」と尋ねると、「働きたいけど自信がない」と答えた。査定者は、サリーを地域のボランティア組織が運営している就労支援サービスにつなげた。

訓練と支援を経て、サリーはパートタイムの仕事を見つけた。サリーは家を出て同僚たちと交流して、自分をチームの価値ある存在だと感じている。彼女は、もはや孤立と鬱の危険にさらされていない。（Guidance 2017, 6.64）

## <判定>

ニーズアセスメントにおいて、ニーズがあり、二つ以上の領域で「できない(支援が必要)」があり、その障害・病気が本人のウェルビーイングに重大な影響を与えていることが確認できれば「受給資格あり」となる。

つまり、判定結果は「受給可/不可」で出される。スコアやランキングはなく、ニーズの階層もない。ニーズを満たすためのサービスや資源の提供を、アセスメントした自治体ソーシャルワーカーの上司が認めてサインをすれば、これが判定となる(自治体協会 DR)。経済要件で「受給不可」となった場合でも、領域ごとのアセスメントはなされているので、自治体に相談しつつサービスを自分で購入することとなる。

判定結果に不服がある場合は、自治体に苦情を申し立てることができる。地域のヘルスウォッチ(患者の利益代表機関)に持ち込むことができる。

## 8. ケアマネジメントとサービス提供

### <ケアマネジメント>

ケア法 2014 では、ケアプラン、ケアマネジメントについての規定はなく、「自治体は、**eligibility** の基準(第 13 条)に合致し、かつケアとサポートのニーズに対応した決定をしなければならない(第 18 条)」と記述されている。

また、同法では個人予算(26 条)が導入されており、個人に認められた予算内において本人がサービス内容を選択・決定できる。ダイレクト・ペイメント(31 条、32 条、33 条)では、サービスの購入を本人が完全に管理できることは、前述のとおりである。

よって、自治体はケアプランの第一責任者としてケアプランを作り、本人と相談してサービスをコーディネートする(ILC-UK,2016)。具体的には、ソーシャルワーカーが合意の得られた予算の範囲内で「個別ニーズをベストに満たすサービスと提供事業者」を本人とともに決めていく(自治体協会インタビュー)。

しかしながら、個人予算の導入が約 6 割近く進んでいる事実から、家族や団体、ソーシャルワーカーから支援を受けて(Derby, 2017)、自分でサービスを選択・決定している人が増えていることが理解できる。実際に、アセスメントはケア法 2014 によって詳細に標準化されたものの、サービスをマネジメントするプロセスは標準化されておらず、その呼称(コーディネーターなど)も内容も自治体によってまちまちである(ILC-UK,2016)。「Social Care Manager」という職種はあるが、これはソーシャルケア部門をマネジメントする上級職種である。

受給資格を認定された人すべてにつけられるような、インテークからアセスメント、プランニング、インターベンション(事業者調整)、モニタリング、おまけに給付管理までの全過程・全要素をこなす日本のケアマネジャー職はなく、各機能は分離されている。ケアプランはあるが、中立公正な立場の自治体のソーシャルワーカーが全人的・社会的な視点でかかわっている。「選択とコントロール」を自分でするべくセルフプランを立て、個人予算を自律的に使いこなしている人たちが増えているのがイギリスの現状である。ILC-UK によれば「イギリスにはケアマネジャーはいない」とのことであった。

力を入れているのは、パーソナライゼーション「本人の選択とコントロール」であり、そのために情報提供や助言が必要となる。これについては、自治体でも冊子を作って情報を提供し、オンラインでも探せるようになっている。全国的な「NHS choices」は NHS のサイトであるが、自治体提供の「ケア&サポート」も含まれており、地域を選んで閲覧すること

ができる。この内容には CQC による評価も掲載されており、信頼できるものである。

このように、1970 年代に大規模精神病院の閉鎖に伴って生まれたコミュニティケアが 1988 年のグリフィス報告、ケント州における統合モデルの挑戦を経て、1990 年「NHS サービスおよびコミュニティケア法」を生み出したイギリスではあるが、現在は自治体によってさまざまに取り組みられているようである。ちなみに、コミュニティケア法におけるケアマネジャーは自治体職員である。また、NHS と社会サービスの統合は永遠のテーマであるようにも思われる。

#### <サービス提供>

在宅ケア (home care) のサービスは、CQC の登録を受けた民間組織・NPO 組織で自治体から選ばれた事業者から提供される。

最初に主任ケアスタッフ (事業所) が利用者と話して、適正な量を鑑みながらケアをアレンジする。個人予算の場合は、自治体が直接利用者と話してどのように進めていくかを定める。ニーズが変わればサポートも変わり、必要がなくなれば終了する。

#### 9. 自己負担

各人は、自治体からニーズに合わせて個人予算を割り当てられる。そのうちのいくらかを自己負担するかについての基本的枠組みは以下のとおりである (再掲)。

○家を含む全資産を対象として、

14,250 ポンド (約 214 万円) 以下	: 無料
14,250 ポンド~23,250 ポンド (約 349 万円)	: ある程度払う
23,250 ポンド (約 349 万円) 以上	: 全額自費

○ (キャップ制) ケアコストが 72,000 ポンド (約 1,080 万円) を超えるとそれ以上負担する必要がない (2015 年施行予定であったが、2020 年へ延期)。

資産が 14,250 ポンド~23,250 ポンドの人については、国の規定に基づき、個人の所得と基本的な生活費を考慮して決められる。国の定めた最低生活保障 (Minimum Income Guarantee) は必ず守られる。年齢によって異なるが 62 歳以上高齢者 (独居) の場合、189 ポンド (約 28,000 円) である。介護者である場合、43.25 ポンドが加算される。

個人予算の中で支払い不要のもの (例外) もある (Somerset county council, 2017)。最初の 6 週間は無料の特別サービスを提供している自治体もある。

- 短期のリエイブルメント
- 無報酬の介護者が介護のためにサービスを受ける
- 精神保健法 1983 によってアフターケアサービスを受けている
- クロイツフェルト・ヤコブ病患者
- 継続的ヘルスケアを認定されて受けている
- 自治体からセイフガードの支援を受けている
- 危機にあり、一時的に支援している

#### <個人でのサービス購入>

資産が 23,250 ポンド以上の人は、ニーズの認定のある/なしに関わらず、多くが自分で自

自治体のサービスを購入したいと望んでいる。

認定されていないニーズに対しては、エキストラ・ケアを購入するか、個人予算に自費で補充することとなる。その際には、「チョイス」というネットの検索システムを使ったり、自治体に電話して事業所を自分で調べる。

資産が 23,250 ポンド以上の在宅生活者でケアニーズが認定されていれば、サービスのアレンジを自治体に依頼できる。その際にはアレンジ費用を支払う。これは、アレンジのためにかかる時間の費用、事業者との交渉や契約に要する費用が含まれる。

資産調査で全額負担とされる人は、在宅ケアで20%、施設で45%である (ILC-UK, 2016)。65 歳以上高齢者における社会サービスの利用率は、15.3% (2005 年)、12.4% (2010 年)、9.1% (2016 年) と減少している。ソーシャルケアは、もはや一般化された公共サービスからは遠い存在になっている。

#### ■個人予算と自己負担

(出典 : Barnet London Borough, 2017)

プリヤは 80 歳 (女性) で一人暮らしをしている。彼女の個人予算は週 16.44 ポンド (約 2,500 円) である。彼女はこれを時間 10.5 ポンドのホームケアを購入するのに使っている。

彼女の所得は週 304.9 ポンドである (国民年金、年金クレジット、同行扶助)。

彼女は障害に関連する費用として 35 ポンド支出している。これは、障害があるために特別に必要な暖房、特別食、階段の手すりの維持費である。彼女の最低保障所得は 194.5 ポンドである。

彼女が自分のホームケアに支払わなければならない額は、次のように計算する。

(所得 £ 304.9) - (最低所得保障 £ 194.5) - (障害関連費用 £ 35) = £ 75.4

プリヤは、ホームケアの個人予算 160.44 ポンド (週) に対して、75.4 ポンドを支払わなければならない。

#### 10. 予防とリエイブルメント

ケア法 2014 の 2 条では、「予防と、ニーズ発現を抑え遅らせること」が謳われている。

自治体は、市民のウェルビーイング向上のための良質な情報提供の義務があり、孤立や孤独を減らし、運動や活動を通して健康でアクティブな生活を送れるよう健康的な地域づくりや住民の関係づくりを促進する義務がある。これは、健康な人に対して健康期間を長くすることであり (予防)、できるだけ在宅で暮らせるよう脳卒中や転倒など特定のリスクグループに的を絞った働きかけも行う (ニーズの低減)。さらに、複雑なニーズを持つ人々に対しても自立を促進して悪化を遅らせる。

そのために焦点をあてているのは、本人ができること (強み) に働きかけるストレングス・アプローチに基づき、リハビリテーションやリエイブルメントによって退院後などに短期集中で働きかけて元の状態に戻していく。リエイブルメントとは、虚弱化や骨折による入院、状況の重篤化などによって、一時的に家事や生活行為の能力が低下していることに対して、短期集中のリハビリテーションなどで元の機能を取り戻すことを指している。日常生活の中で、フレイル状態に陥ることで家事ができにくくなったことに対して働きかけることも、施設入所の予防や遅延化もリエイブルメントに含められる。

リエイブルメントは、一般的には NHS によって提供されるが、自治体からも提供されている (自治体協議会インタビュー)。また、CCGs (NHS) と自治体のソーシャルケア部門が

協働すれば、NHS から特別予算が充てられる制度もある。

■コラム リエイブルメント

Leeds 市では、リエイブルメントを「自宅・地域での自立した生活を継続するために、自信を取り戻すサポート」と表現している。事故や病気、老化のためにこれまでできていたことができなくなる時に集中的に短期に行うサポートである。

調理や入浴などの日々の活動が困難になってくると、OT・PT による訓練、安全で自信がもてる他の方法を考える、アラーム設置、住宅改修、補助器具などの提供、家族などに支援を求める、チャリティや支援ネットワークを探すなど、さまざまな対策がある。大きくは、補助器具・住宅改修、短期集中の専門職チームによる短期集中のサポート、外出支援やコミュニティグループへの参加、地域のボランティアによるトレーニングへの参加や活動参加など、がある。目標を設定して、本人の気持ちを重視して進み具合を確認しながら進めるので、よい結果が生まれ、より少ない助けて自分自分をマネジメントできるようになる。

地域での助け合い、ボランティア活動、ボランタリーサービスもイギリスでは重要なテーマであり、活発に展開されている。ケア法 2014 でも触れており、この点については次章に譲る。

介護者 (carer) 支援についてもケア法 2014 の挑戦課題であるが、別の機会に譲ることとする。

<参考文献>

Health Ministry (2016) “Decision Support Tool for Continuing Healthcare”

Department of Health (2016.6)

<https://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/nhs-continuing-care.aspx>

(2017年11月22日最終閲覧)

Department of Health (2014) “What is NHS Continuing Healthcare? Easy read”

Department of Health (2013) “NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care: Public Information Leaflet”

NHS England (2014.9) “NHS Continuing Healthcare Prompt Care: Explaining the NHS Continuing Healthcare Process”

NHS England (2014) “Guide for Health and Social Care practitioners: Ensuring a consistent person-centered assessment”(2017/12/24 最終閲覧、ネットより)

Powell, T. (2016.3.10) “The structure of the NHS in England” House of Commons Library

National Audit Office (2017.7.5) “Investigation into NHS continuing healthcare funding”NAO

財団法人自治体国際化協会 (2012) 「ロンドン事務所マンズリートピック」2012年4月

<http://www.jlgec.org.uk/jp/information/monthly/nhs.pdf> (2017年12月20日最終閲覧)

竹内孝仁 (1996) 「イギリスのケアマネジメント」『リハビリテーション研究』88号

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted> (ケア法 2014、最終閲覧 1207/12/26)

London Borough of Barnet (2017) Assessment & Eligibility Policy for Adults in need

London Borough of Barnet (2017) Fairer Contributions: Contributing towards the cost of adults social care services: A guide for people living at home April 2017-18

Health and Social Care Information Center (2016) "Community Care Statistics: Social Services Activity, England, 2015-16"

<https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance#first-contact-and-identifying-needs> (Guidance: Care and support statutory guidance, 最終閲覧 2017/12/26)

ILC-UK (2016) "Planning tomorrow today"(ILC-UK 2016 年来日時のプレゼンテーション資料および質疑応答、2016 年 9 月〇日)

Duffy, S., Waters J., Glasby, J. (2010) Personalization and adult social care: future options for the reform of public services, *Policy and Politics*, vol.38, no.4, 493-508 pp.

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J. (2002), Self-management approaches of people with chronic conditions: a view, *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187 pp.

Roulstone, A., Morgan, H. (2009), Neo-Liberal Individualism or Self-Directed Support: Are We All Speaking the Same Language on Modernising Adult Social Care?, *Social Policy & Society*, 8-3, 333-345 pp.

Curtis, L. (2009), *Unit Costs of Health & Social Care*, University of Kent, 213pp.

WHO (2011) *Palliative Care for Older People: Better Practices*, Regional Office for Europe

Adass (2012) *the Association of Directors of Adult Social Services Annual survey*, adass

Somerset county council (2017) *Social Care (Adults and Health):How a financial contribution towards a personal budget is worked out*, <http://www.somerset.gov.uk/adult-social-care/>(最終閲覧 2017 年 12 月 20 日)

Barnet London Borough (2017) Fairer Contributions: Contributing towards the cost of adults social care services: guide for people living at home April 2017-18,

NAO (National Audit Office) (2017) *Investigation into NHS continuing healthcare funding*, Department of Health and NHS England

*Investigation into NHS CHC Funding*, 20170705, [caremanagementmatters.co.uk](http://caremanagementmatters.co.uk)。

## 11. 認知症の人の現状と支援体制

米国ラトガース大学非常勤講師 中島民恵子

認知症の人の現状や初期の認知症の人に対する支援を中心に訪問調査結果と文献を通して示す。

### 1) 認知症の人の現状

The Economist Intelligence Unit (2017) のレポートによると、2016年には110万人の認知症の人(全人口の約1.7%)がおり、2040年には190万人に達すると見込まれている。認知症の人、1人あたり1年間にかかる平均的なコストは、40,695ユーロと推計されている。44%がインフォーマルによるもの、39%が専門職による社会的ケア、16%が医療によるコストである。認知症の人の約60%が在宅ケアを受けて暮らしており、施設ケアを受けている人の約70%が認知症の人である(Alzheimer's Society 2016)。

### 2) 初期の認知症の人に対する支援

イングランド、スコットランド、北アイルランドでは認知症国家戦略が示されている。イングランドでは、2009年2月に認知症国家戦略として「認知症とともによく生きる：認知症国家戦略(Livingwell with dementia: a national strategy)」(Department of Health 2009)が示された。認知症の人とその介護者に対する情報提供や継続的な支援が17項目の中に掲げられている。ここでは、特に初期の認知症の人に対する支援について示す。

#### ① 認知症サポートワーカーによる支援<sup>1)</sup>

認知症の人が診断を受けた後につながる先として、認知症サポートワーカーによる支援がある。認知症サポートワーカーにつながる経路としては、メモリークリニックからの紹介がほとんどである。医師から診断に関するレターを受け取った認知症サポートワーカーが、本人およびその家族に連絡を入れる。自宅訪問の許可が得られた場合に、情報やアドバイスを提供している。訪問時には、認知症サポートワーカーから本人および家族に、本人の日常生活の実態、趣味、抱えている困難、経済状況、住居状況などについて質問する。主に、認知症の種類、地域で受けられるサービス内容、本人のニーズに応じたサービスについての情報が提供される(情報パックが手渡される)。また、将来的に本人の意思決定能力が低下した後の法的決定権のあり方など、将来に向けての計画を立てることも重視されている。

情報収集時に本人に身体的な支援ニーズが明らかになった時には、ソーシャルサービスを紹介する。特に複雑なケースの場合は、ソーシャルサービスのアセスメント時に本人の全体像が十分に把握されない可能性があるため、家族のサポーターとしてアセスメント会議に同席することもある。また、必要に応じて、適切なチャリティ団体などを紹介することもあり、その人にとってその時に最も適切と考えられるサービスや団体につなげる形がとられている。そのため、認知症サポートワーカーは日常的に様々な団体とのコミュニケーションを密にするように努めているとのことであった。

典型的な例としては、訪問の6か月後に見直しが行われる。認知症サポートワーカーは初期の段階での支援に重点を置いているが、診断後から終末期まで本人および家族と認知症サポートワーカーの関係は続く。ただし、継続的かつ定期的な訪問ではなく、個人個人のニーズに応じて対応する体制がとられている。なお、月1回のカフェ、週1回の脳活性化するため

の合唱クラブを運営しており、これらの活動を定期的にコンタクトがとれる機会として活かしている。

なお、認知症サポートワーカーの予算は CCG (Clinical Commissioning Group) から出されている。症状の悪化に応じてその都度、行き当たりばったりの対処では、特に進行性の病気である認知症の人のケアとしては不十分であり、認知症の人にとって初期の段階で自立を促すサービスの浸透の必要性が強調されていた。

## ② サイドバイサイド (Side by side) プログラム<sup>2)</sup>

アルツハイマー協会の担当者によると、2013 年に行われた研究調査で、60%の認知症の人が孤立した寂しい生活を送っていることが明らかになった。その1つの解決方法として、2015 年に立ち上げられた。現在、イギリス 55 か所で展開されている。サイドバイサイドの目的は以下通りである (Alzheimer's Society Website)。

- サイドバイサイドの目指すこと
  - ◇ 認知症の人が充実した生活を送れるようにすること
  - ◇ 孤立や孤独を減らすこと
  - ◇ 認知症の人がサービスや活動から外されないようにし、また地域で活動したり関わったりし続けられるようにすること
  - ◇ 認知症の人が自分のニーズや希望を叶えられるようにエンパワーすること
  - ◇ 認知症の人が自分の才能、強み、能力、そして仲間や地域に貢献できることを見つける支援を行うこと
  - ◇ 認知症の人向けの地域に根差したインフォーマルな支援ネットワークを構築・推進すること
  - ◇ 認知症の人と地域のボランティアを結び付け、支援と活動のネットワークを構築すること

サイドバイサイドにつながる経路としては、GP からよりもソーシャルサービスからの紹介が多い。最初に本人に認知症になる前にどういったことをしていたか、何が今で大切であるかなどの質問をし、自分の写真を載せた1枚のプロフィールを作成してもらっている。ボランティアにも同様のプロフィールを作ってもらい、マッチング時に活用される。ボランティアは警察の犯罪履歴のクリアランスを受ける必要がある。

毎週同じジムと一緒に通う場合もあるし、毎週違ったアクティビティ (ある週はチェアヨガ教室、ある週は一番お気に入りのティーショップに行く) を一緒に行く場合もある。このように、本人のニーズにそった柔軟なサービスが提供されている。サイドバイサイドを利用している認知症の人は、コミュニティ内のアクティビティに参加する機会が多くなっているという成果も出ているとのことであった。初期の認知症の人に寄り添いともに生活を充実させていく側面から、意義深いプログラムと考えられる。

### <注>

1) 訪問したアルツハイマー協会の担当者からは、認知症アドバイザー (Dementia Advisor) というタイトルは既に存在していないということであった。2016 年のアルツハイマー協会から出ているレポート (Alzheimer's Society (2016) Dementia advisers: A cost-effective approach to delivering integrated dementia care) では、様々なタイトルが存在しているが、一般的に認知症アドバイザーが使用されているとの記載がある (p7)。そのため、基本的に本稿で示す認知症サポートワーカーと認知症アドバイザーはほぼ同様と捉える。認知症アドバイザーについては中島民恵子 (2013) 「海外の認知症ケアをめ

ぐる国家戦略と専門職の動向」『認知症ケア事例ジャーナル』5:pp450-460 も参照されたい。

2) 類似のプログラムとして、ビフレンディング・サービスがある。ビフレンディング・サービスについては、中島民恵子「ボランティアによる認知症の人へのサービスについて –イギリスの例」国際長寿センター『平成 26 年度生涯現役社会づくりに関する活動の国際比較調査研究 報告書』pp.67-75 に詳しい。

<参考文献>

Alzheimer's Society Website Side by side.

[https://www.alzheimers.org.uk/info/20172/your\\_support\\_services/837/side\\_by\\_side](https://www.alzheimers.org.uk/info/20172/your_support_services/837/side_by_side) (2018 年 2 月 11 日最終閲覧)

Department of Health (2009) “Living well with dementia: A National Dementia Strategy” .

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/168221/dh\\_094052.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168221/dh_094052.pdf) (2018 年 2 月 11 日最終閲覧)

The Economist Intelligence Unit (2017) Assessing the socioeconomic impact of Alzheimer's in western Europe and Canada. Pp68-74

### 3. イギリスにおけるボランティア・セクターと地域でのケアマネジメント

成蹊大学文学部現代社会学科准教授 渡邊大輔

#### 1. ボランティア・セクターと緊縮財政下における再注目

イギリスにおける福祉を考えるうえで、その特徴の一つとしてボランティア・セクターによる福祉サービス提供充実と行政との連携があげられる。1979年に登場するサッチャー政権は、それまでの普遍的な社会保障制度を見直して市場原理の導入を目指し、資力調査などによる選別主義的な政策と就労促進政策、さらに NHS については効率化の導入による準市場的政策を導入する。だが、これは必ずしも成功したわけではなく、実際には社会保障支出は増大を続け、社会保障の水準も低下することとなる。

これに対して1997年からのブレア政権では、「第三の道」を理念に掲げ、従来の国民に直接サービスや現金を支給する「消極的な福祉」から、人びとが政治や経済、社会、文化に参加できるようにする権利を保障する「積極的な福祉」への移行を目標とする<sup>1)</sup>。具体的には、より積極的であり、かつインセンティブをもった就労支援策を導入し、また効率化を図るために準市場的政策をより積極的に進めて行く。さらに2010年からのキャメロン政権では、「ビック・ソサイエティ」を理念として標榜しつつ、国家だけでなく、企業やNGOによる福祉の提供を目指し、ボランティア・セクターの福祉供給における重要性を謳っている<sup>2), 3)</sup>。

このようなボランティア・セクターの重要性の強調は、医療・介護・ケア分野についても同様であり、主たるサービスは NHS や自治体によるコミュニティケアが提供するが、全国に支部を持つボランティア組織である CSV (community service volunteer) や高齢者福祉の活動に特化した Age UK が、サービスではフォローしきれない点まで様々な個別ニーズに対応している。このような姿勢はとくに、孤立者への支援や移民への支援などに現われており<sup>4)</sup>、高齢者も高齢者でない人もともに、高齢者への支援という形がかかわっている。すなわち、政府や行政が「対応できない」「対応しにくい」ニーズに対して、サード・セクターを通じて自由な時間がある非雇用層である高齢者らが対応する形態である。

この意味で、イギリスの高齢者の医療・介護に付随するボランティア活動は、サード・セクターによる残余的・個別的ニーズへの対応がその活動の場の中心となっているといえる<sup>5)</sup>。だがそれは単に緊縮財政下において福祉サービスを「安価な」ボランティア・セクターに移譲するというだけではない。前節においても述べられているように、2014年に施行されたケア法ではウェルビーイングの促進を中核的理念に置き、疾病のみに注目する医学的モデルから生活モデルへと理念の転換を図っている。このウェルビーイングの向上において、ボランティア・セクターが果たしうる役割は大きく、またそれは、ウェルビーイングの基盤となる健康増進にも資するものとなりうる。

そこで本節では、イギリスにおける高齢者を対象とした社会福祉におけるボランティア・セクターの可能性について、2017年9月に行ったヒアリング調査と、イングランド地方自治体協会からのデータリクエストへの回答、および、関係文献をもとに議論する。なお、イギリスにおける NGO 等のボランティア・セクターを、インフォーマルセクター、行政や営利企業とは異なるサード・セクター<sup>6)</sup>、あるいは非営利セクター<sup>7)</sup>と呼ぶ場合もあるが、本稿ではボランティア・セクターと呼ぶ

## 2. イギリスにおけるボランティア・セクターによるケアサービスの実践例

ここでは、ボランティア・セクターによるケアサービスの実践例として、3つのボランティア・セクターによる取り組みと、1つのボランティア・セクターを活用するスキームについて紹介する。

### 1) Open Age

Open Age は Open Age は 1993 年に設立された NGO であり、ロンドン中心部のケンジントンやウェストミンスターなどにおいて 50 歳以上の人への様々なアクティビティや社会サービスを提供している団体である<sup>8)</sup>。その目的は、孤立、孤独を防ぐこと、そして健康とウェルビーイングを増進することであり、おもな活動としては、①様々なアクティビティの提供、②リンクアップ・プログラム、③介護者へのレスパイトケアの提供、などが中心となる。現在は、自治体の保健センター (St. Chelsea Centre for Health & Wellbeing) 内に事務所とアクティビティスペースをおいている。

Open Age の第一の活動は高齢者へのアクティビティの提供であり、毎週、400 程度のさまざまなアクティビティを提供している。アクティビティは多岐にわたり、料理、ボッチャや水泳などのスポーツ、パソコンや iPad などの IT 機器の学習、ダンスや音楽、アート、健康増進や予防のための体操 (通常の体操やいすを使った体操、など様々なものがある)、あるいは時事問題や哲学の講座まで多種多様である。多くの活動は、無料であったり、参加費として 1~5 ポンド程度を徴収している (免除規定があるものもある)。これらの活動は、コミュニティ内の各所でおこなわれており、コミュニティセンターやレクリエーションセンター、教会、図書館、アクティビティセンターなどで行われている。これらの講座はチューターによって担われており、チューターには時給が支払われている。高額ではないもののチューターに時給が支払われていることは、ただその活動が好きなボランティアによって担われるのではなく、当該活動についての資格や経験を有した独立のプロによって担われていることで活動の質を担保するものとなっている。

第二の活動は、リンクアップ・プログラムである。この活動は、高齢者に個別訪問をおこない前述のアクティビティに参加する障壁を取り除くためのプログラムとなる。スタッフが個別訪問をおこない、1対1でその人のニーズや障壁 (たとえば公共交通機関での移動が難しい、何をやりたいかわからない、など) を聞き、前述の活動へとつなげるための支援を行う活動である。この活動をおこなっている Dona 氏は、心理学の学位をもち、サイコ・ダイナミクス・カウンセラー、クリニカル・マネージャー、スーパーバイザー・セラピストであった。とくに心理面の専門的資格とカウンセリング経験をもち、現在は戸別訪問をおこないながらニーズ把握や問題解決をおこなっている。なかには、電話グループというものもあり、外出が難しかったり、出る意欲がない人に電話をしてつながりをつくる活動も行っている。

この Open Age に参加する高齢者は、多くが自発的に参加している人であるが、市役所や GP、地区看護師からの紹介による人もいる。ただし、まだまだ地域において孤立した高齢者をカバーするには不十分な部分もあるとディレクターの Leech 氏は話している。

Open Age の収入源の多くは自治体 (Royal borough of Kensington & Chelsea など) からの助成金をえており、NHS の West London, Central London and H&F CCG から健康増進やウェルビーイングのために資金が提供されている (2015/16 年は NHS から約 10 万ポンド)<sup>9)</sup>。このほかに、寄附やトラスト、チャリティ・ファンドからの資金提供を受けている。CCG から資金は孤立予防とウェルビーイングの向上のための名目で資金が提供されてい

る。

## 2) Side by side (アルツハイマー協会・ランベス・サウスウオーク・オフィス)

日本と同様に認知症はイギリスでも非常に重大な問題となっている。別節でも議論しているように、イギリスは 2009 年に認知症国家戦略を策定し<sup>10</sup>、プライマリーケアにおける早期診断・早期支援や、介護者支援など多様な 17 の目標を打ち出している。しかし、実際には自治体の財政状況はひっ迫しており、治療や支援だけでなく、認知症フレンドリーなコミュニティ構築などが実際に行われているかは自治体ごとで大きな違いが起きている。堀が指摘しているように、認知症国家戦略はケアのコストの抑制と質の向上を両立させるための手段として構想されたが、ケアの質改善につながる一方で、コストが上昇する側面もある<sup>11</sup>。緊縮財政下において、必ずしも理念通りに動いてはいないようである。

そこで世界的な NGO であるアルツハイマー協会は、各地域で認知症の人に対して多様なサービスを提供している。ここでは同協会のランベス・サウスウオーク・オフィスにおいて行われている side by side プロジェクトに注目して、ボランティア・セクターによる認知症の人やその家族への支援について考察したい。なお、この side by side プロジェクトはイギリスのアルツハイマー協会が多くの地域で提供しているサービスである<sup>12</sup>。

side by side プロジェクトは、人間中心 (person centered) で認知症の人自身が何を欲しいのか自分で決めることができ、その要望を支援するためのボランティアと引き合わせ、ボランティアのサポートをえながら充実した生活を送ることを目標にするプロジェクトである。調査時点では、イギリスの 28 か所 (うち病院 2 か所を含む) において、789 名のボランティアが働いており、この時点で 588 名の認知症の人がサービスを利用している。また、このオフィスでは待機リストに 45 名の認知症の人が登録している。

Side by side におけるボランティアの役割は、利用者がやってみたい活動に参加することを支援することとなる。認知症を治したり予防するという医学的な発想ではなく、その人がやりたいことを支援するものであり、実行可能であればどのような支援でも行う非常に柔軟なプロジェクトとなっている。このプロジェクトでは、まずクライアントとなる認知症の人に写真入りの 1 ページのプロフィールページを作成してもらうことから始める。この作業はパーソンセンタード・ペーパーワークと呼ばれており、プロフィールページには自分とはだれか、何が今大切なのかを書いてもらい、自分の写真を貼り付ける。このプロフィールページは医療者の価値観をサポートするボランティアに示すものとなる。またボランティア自身も同様にこのプロフィールページを作成し、利用者とのマッチングなどに活用している。そのうえで、同プロジェクトのマネジャーがマッチングをおこない、実際のサービスを提供する。

このプロジェクトは支援内容が柔軟で、かつ、ボランティア個々人の資質に依っているサービスであるため、ボランティアのリクルーティングは非常に重要である。そこで、個別の面接や犯罪履歴のチェック、活動できる時間、扱える言語などを考慮して採用されている。とくにロンドンの西地区ではラテンアメリカのコミュニティがあることから、スペイン語を話せるボランティアの獲得が課題となっているという。ボランティアの年齢層は低く、25 歳未満の学生が多い。ランベスでは 30 名ほどの若い学生がボランティアをしているという。

認知症の人がこのサービスにアクセスする経路は、家族からの問い合わせがもっとも多く、次にソーシャルサービスによる紹介が多い。ソーシャルサービスによる紹介は、GP よりも多いという。

またプロジェクトは全国ボランティア組織協会 (National council of voluntary

organization、NCBO) がその評価、監査をおこなっている。

### 3) Opening Doors London (Age UK Camden)

よりマイノリティへのサービスを提供するボランティア・セクターの活動として、Opening Doors London がある<sup>19)</sup>。Opening Doors London はロンドン市カムデン地区にある Age UK Camden の傘下組織の一つであり、Age UK Camden 内で活動をおこなっている。10年ほど前に発足した活動であり、ハムステッド地区のゲイの男性を支援する活動として発足した。LGBT などの性的マイノリティは孤立したり孤独感を感じやすいため、月に1回一緒に時間を過ごすことを目的に集まったインフォーマルな社交グループがその発端となっている。その後、この活動は一気に人気となり、50歳以上の性的マイノリティに対する様々な支援をおこなっている。

Opening Doors London の有給スタッフは数名であり、エグゼクティブディレクターとフルタイムのビフレンディング担当者、パートタイムのボランティアリクルート担当、パートタイムの2名の職員、および、研修訓練担当と事務サポートがいる。このスタッフに加えて、120名のボランティアが活動をおこなっている。ボランティアはLGBTコミュニティの若い人が多く、LGBTの高齢者を支援したい、経験を聞きたいという人が多いという。40以上の様々なイベントをロンドンで提供しており、ランチクラブから、ティーダンスと呼ばれるお茶会など交流的なものから、フィットネスクラスやウォーキングといった健康活動、映画鑑賞のタベヤ博物館への訪問など文化活動も行われている。現在は、毎月1,400名ほどの参加者があり、「大成功」(ビフレンディング担当の Webley 氏) と評価している。

Opening Doors London への利用者のアクセス経路は多様である。NHS からの紹介は多いといい、GP や地区看護師から紹介されるという。また、ソーシャルワーカーによる紹介もおおい。しかし、「ソーシャルワーカーを目の前にしてオープンに、自分はゲイである、レズビアンである宣言できる人もできない人もいる」ため「ティーパーティーを開いてわれわれの仕事や活動の内容を説明してリーフレット置き」たり、啓蒙ツアーで全国の AgeUK を訪問し、精神障害を患う人も多いことからシェルタードハウジングなども訪問して、活動の周知や啓蒙活動に努めているという。

取り組みの一つとして、利用者がボランティアと友だちのような付き合いをしながら社会に参加するビフレンディング・サービス(隣人サービス)がある。このサービスの利用においては、Opening Doors London のビフレンディング担当者である Webley 氏が利用者を訪問し、本人との面接やアセスメントをおこなう。そのうえで、ボランティアとのマッチングをおこなう。ただし期間中にクライアントの健康状態が悪化していくこともあるため、人間関係の構築や支援などもビフレンディング担当者が行っている。またボランティアの研修も行っており、認知症や高齢者の健康、かかり方などについて事前に教育している。なお、ビフレンディング・サービスはもともと危機的な人への支援として立ち上がった取り組みだが、社会との関係を維持するという意味で予防的な意味も付加され始めているようである。

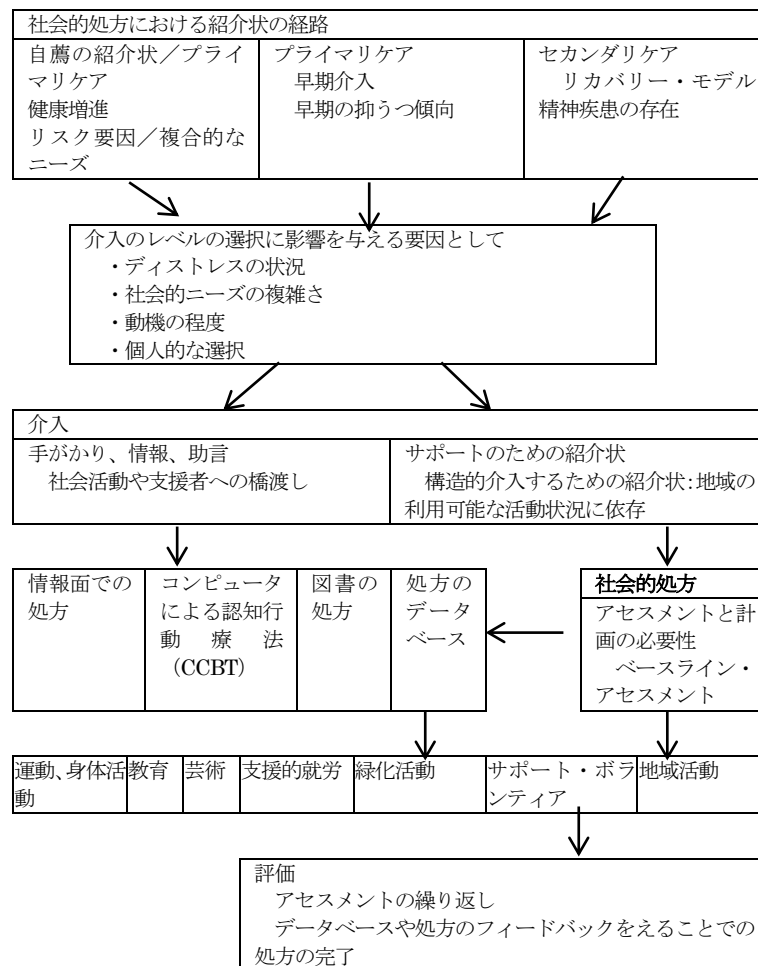
### 4) 社会的処方 social prescribing (医療専門職によるボランティア・セクターへの紹介)

最後に、具体的な団体による活動ではなく、ボランティア・セクターを重視した地域医療・介護・福祉のスキームである社会的処方 social prescribing, social prescription を考察したい。

イギリスでの通常の処方箋は、家庭医(GP)や専門医などの医療専門職が発行するものであり、利用者はその処方箋を受け取って薬剤やPT、OTなどによるリハビリテーションなど

を受けることができる。イギリスは NHS 制度があるため、処方箋には収入などによって発行手数料がかかる場合もあるが、処方箋はエビデンスに基づく医療 (EBM) を推進する観点から、1999 年に設置された国立医療技術評価機構 (NICE, The National Institute for Health and Clinical Excellence) が作成したガイドラインによって規定されている。処方箋は有料の場合もあるが、NHS 制度であるため処方自体は無料となる。

これに対して、社会的処方とは薬剤や医療的なりハビリテーションといった医学的な処置ではなく、美術館の訪問などの芸術・文化活動への参加、森林浴のような自然の鑑賞、地域でのビフレンディング・サービスの紹介など多岐にわたる社会活動への参加を、社会的処方としての紹介状 (referral) を発行して促すものである。もともとメンタルヘルス分野で先行する事例が行われており<sup>14</sup>、2000 年代半ば以降には高齢分野でも注目を集めるようになる。Friedli と Watson による精神的健康にたいする社会的処方の有効性についての検証では<sup>15</sup> 肯定的な評価をえている。近年では事例も多く紹介されるようになり、システマティック・レビューでは RCT をもちいた検証の報告は 1 件とわずかながらも、身体面、精神面など様々な点において肯定的な知見が積み重ねられている<sup>16, 17</sup>。



Source: Friedli, 2008, p.33 から作成

図 1 メンタルヘルスを事例とした社会的処方のケアパス

この社会的処方スキームは図1のようになる。まず紹介状を発行する前段階として、その必要性がある。これはリスク因子を抱えていることによる健康増進の必要性であったり、早期の抑うつ傾向が見られることによる早期介入の必要性であったり、よりレベルの高い精神疾患を抱えている場合であったりする。そのうえで、状態像や本人の選択を踏まえ、助言をおこなうか、社会的処方として紹介状を発行する。なお処方の際には基礎的なアセスメントをおこなう。そのうえで利用者は文化活動や学習、就労、ボランティア、コミュニティ活動など紹介された活動に参加し、その後に評価改めて改善が起きたかをチェックされる。

ポイントは次の2点があるといえるだろう。第一に、処方においては本人の意思や意欲を確認しておこなっていることである。これはかかりつけ医としての役割をもつGPであるため、長期的な関係を前提に可能となっているといえるだろう。第二に、介入となる処方をおこなう際には、助言と異なりアセスメントをおこなっていることである。社会的処方は医療専門職（その多くはGP）がおこなうことから、医療的なアセスメントは問題なく実施できる。第三に評価（下段の evaluation）があることである。GPが処方するのであり、処方後も当然ながら利用者はGPに通い続ける。そのため、もともとの状況とその後の状況の比較を行い、紹介状を書いたことによる影響をモニタリングし、フィードバックできるという点である。これは、GP制度というかかりつけ医が変わらず常に同じ人が対応しているという点で、通常の市役所などでの1回限りでの紹介とは異なり、その後のフォローを前提とできる点で優れている。

このような取り組みはイギリス全体で広がっており、医療現場とボランティア・セクターをつなぐ可能性をもつものとなっている。実際、2017年夏の調査のヒアリングにおいて、GPや地区看護師などによってボランティア・セクターが提供する活動へのGPによる紹介という経路は多くみられている。これらが社会的処方という形態をとったか、助言であったか不明であるが、GPを経由して活動に参加している人がかなりいたことは事実である。

なお、この社会的処方という取り組みは、良くも悪くも医師の権威によっている点は見逃してはならないだろう。本人にとって有益な社会活動につなげ、あるいは社会関係を創出・強化し、本人のウェルビーイングに資するという点では重要な取り組みであるが、「処方薬のようになっていく。その言葉自体が依存をつくり出す。自立を促さなければいけないのに社会的処方という言葉で依存をつくり出してしまっている。GP依存や、メディカルプロフェッショナルに依存してしまう。私もGPなので分かる。GPに言って承認をもらってから、やっと活動をするということではいけない」（Public Health EnglandのシニアアドバイザーであるAlessi氏）という側面もある。

この指摘を踏まえたうえで、社会的処方は医療的処置や高度な社会サービスを提供するほどではないものの、セルフケアを中心に健康増進や健康の維持・回復に努める際に、それを利用者一人一人の努力にゆだねるだけでなく、処方される社会的活動における関わり合いのなかでセルフケアを維持する仕組みであるといえよう。この意味で、セルフケアマネジメントを地域で行うための手法の一つと評価できる。

### 3. 地域ケアにおけるボランティア・セクターの活躍から見えてくること

#### 1) 生活レベルからのアセスメント

まずケアマネジメントにおけるアセスメントに注目したい。ボランティア・セクターによるアセスメントは、専門職やボランティアなど多様な人材が担っていた。

Open Ageでは、とくにリンクアップ・プログラムにおいて担当のDona氏はカウンセリ

ングの経験などを生かして利用者に話を聞き、その人に適合する活動プログラムへのマッチングをおこない、またその活動のための障壁を把握してその解決を目指していた。本人が抱える身体面、精神面、住環境や経済面、社会面などの多様な状況の把握をおこなうことは、まさに Dona 氏自身がアセスメントをおこなっていることに他ならぬ。

アルツハイマー協会が提供する Side by side では、認知症の程度は医師から提供されるが、それ以上に、プロフィールページの作成を通して、その人の意思や思い、価値観などを1ページに可視化し、その人がやりたいことを実現できるように何ができていて、何が周囲に存在しており、何が欠けているのか、を把握し、担当するボランティアとも共有していた。

LGBT に対するサービスである Opening Doors London では、カウンセラーやアドバイザーの経験を持つビフレンディング担当者がその人の生活に合わせたアセスメントをおこなっていた。とくに家庭を訪問した際には、掃除ができていないか、身だしなみが整っているかなどに注目し、その人の生活を浮かび上げながら必要な支援を考えていた。Opening Doors London ではアセスメントのチェックリストを用意しているわけではないが、必要であればボランティアによる支援を提供する「前」に環境面の問題などを解決し、ボランティアによるビフレンディング・サービスがうまくいきやすい環境を整えている。この役割を担っている Webley 氏は看護師の資格をもち、以前には在宅での終末期ケアに15年程度携わり、その後 AgeUK カムデンでもアドバイザーをおこなっていた背景をもつ。Opening Doors London はボランティア・セクターであり、公的な業務ではなくボランティアな業務として事業をおこなっているため資格が要件となっているわけではないが、経験ある人材がアセスメントをおこなっていた。

最後に、GP による社会的処方については、当然であるが GP が診療の際にその人の状態像やニーズを把握し、必要なサービスにつなげており、またフォローアップもおこなっている。ただしこの「ニーズ」は、医学的な対処ではなく、その人の選択に基づくものである点が重要であった。

これらを俯瞰すると、ボランティア・セクターの担当者は、定形的なチェックリストの有無は別として、その人が置かれた状況を把握し、その人がやりたいと思うことがやれていない状況を把握するためのアセスメントをおこなっていた。だからこそ、継続的で質の高いサービスを提供できていた。

ただし、これらの情報はあくまでも団体内のみで共有されているため、他の組織に移ったり、別の専門職とかかわる際には、そこでまた新たなアセスメントがおこなわれ重複するアセスメントが存在するだろう点は申し添えておきたい。

## 2) 医療専門職との連携

つぎにボランティア・セクターと医療専門職との連携について指摘したい。ボランティア・セクターはあくまでも民間団体であり、マネージャークラスは大学ないし大学院の学位とカウンセリングやコメディカルバックグラウンドを持つ人が多かったものの、ボランティアのほとんどは一般の人である。そのため、医療的あるいは福祉的なアセスメントをおこなうことはできず、ましてや処置をおこなうことはできない。そのため、大前提として医療ニーズや福祉ニーズが高い人は、専門的サービスを必要としており、ボランティア・セクターのサービスだけでは不十分であることである。ボランティア・セクターは重要であるが、健康リスクの高まる高齢期、とくに後期高齢期においては医療や福祉の専門職との連携が重要となる。

だがそれ以上に、この連携は利用者を活動に参加させる経路において重要となる。ボランティア・セクターの活動への経路は、ポスターやチラシ、インターネット等での広報による部分もあるが、一定の割合が GP や地区看護師、ソーシャルワーカーなどからの紹介によって参加している。このため、医療専門職とボランティア・セクターの連携は欠かすことができない。

ここで注目したい点は、ボランティア・セクターの各団体は積極的に自治体や NHS、CCG などの行政組織、あるいは家庭医や地域看護師などと積極的に連絡を取り「売り込み」を図っているということである。

Open Age の Dona 氏は「歴史的には GP が提案をして、こういうところがあるから行ってみませんか」と患者に勧める場合がある。つまり GP のところにわれわれはマーケティングの宣伝のための資料を運びこんでいて、それを渡してもらおうということだ。われわれ[注：Open Age]のメンバーが非常に情熱的でマーケティング営業してくれている。GP のところにメンバーが行って、『先生、これをみんなに広めるべきです』と宣伝をする」と述べている。また、アルツハイマー協会での Side by side プロジェクトを担当する Clarke 氏は、side by side にはソーシャルサービスからの紹介が多いことを説明したうえで、「ソーシャルサービスや GP のサービスに対して、われわれがマーケティング活動に非常に力を入れているのはこの理由からだ。認知症が、かなり進行した患者よりは新たに診断を受けたばかりの人のほうが side by side を有効利用できるということが分かっている。ただし、GP やソーシャルサービスからの紹介よりも、本人あるいは家族からの問い合わせの割合が一番高い」と述べている。

Opening Doors London のディレクターも次のように述べている。「専門家から直接 Open Doors London にコンタクトが来る。まずわれわれの活動を周知、啓蒙するために南ロンドンまで活動を拡大した際にさまざまなところで私たちのリーフレットやポスターを置いてもらえるように働き掛けた。これはシェルタードハウジングから地方自治体のオフィス、図書館、GP、警察署、そしてコミュニティセンターなどすべて網羅している」。

ボランティア・セクターは、ただ GP から社会活動や必要な利用者が送られてくるのではなく、ボランティア・セクターの理念に基づいて GP から医療専門職に自分たちの活動の「売り込み」をはかり、その重要性を認めさせるとともに、利用者確保している。

この背景には、各団体には何よりもまず理念とミッションがあり、そのミッションを達成するためにはただ待っていても利用者は来ず、こちらから利用者がある人のところへ、そして利用者をよく知っている医療専門職へと「売り込み」あるいは「働きかけ」をおこなっているということである。チラシなどの広報において、デザイン性に優れたものをつくっているが、これはまず手に取ってもらい関心を持ってもらうことが何よりも重要であるという点を踏まえてのものである。

#### 4. 日本への可能性

ここまでイギリスのボランティア・セクターによるサービス提供について、3 つの事例と 1 つのスキームをもとに考察した。最後に日本への示唆を簡単に述べたい。

第一に、本人の社会生活のためアセスメントは、必ずしも専門職がおこなわなければならないとは限らないということである。日本ではケアマネジャーがアセスメントをおこなうが、介護サービス「前」の状況のアセスメントは、各団体の経験豊かな担当者が十分におこなえるものであった。とくに本人の意思を大切にするという側面では、本人に近い立場であるからこそできるアセスメントがあったといえるだろう。またこれは、医療的、福祉的部分は

基本的に GP が見てくれるという前提がある点も重要である。

第二に、Open Age の活動にしても、アルツハイマー協会や Age UK の活動にしても、一見すると日本の社会福祉協議会がおこなっているものと対象や内容こそ若干の違いはあれど、決定的な違いはないように見える。しかし大きな違いがあるのは、その活動をおこなう際の行政や医療専門職との関係であった。イギリスのボランティア・セクターは、自ら掲げたミッションのために活動をしており、その活動を行政や医療専門職に伝え、売り込むことで、助成金を得て活動をおこなっていた。ただしこれは助成金に依存しているというよりは、自分たちのおこなっていることの重要性が認められた成果として助成金を受けている、と考えているだろう。Open Age はたしかに財政状況に占める補助金の比率が高いが、これは補助金を受けるために活動を開発してきたからであり、あるいはそのような補助金を行政側に設定させてきた成果である。GP やソーシャルワーカーへの働きかけ（活動の紹介やチラシをおかせてもらうこと）も同様であり、社会的処方においてその処方の選択肢となりうるために、活動をしっかりと宣伝していた。

医療や福祉現場においてボランティア・セクターと連携する際にしばしばいわれる点が、「医師は地域の活動をよく知らない」、という点である。イギリスの事例では、医師の知識不足を糾弾するだけでなく、団体側がいかに GP をはじめとした専門職に知ってもらい、重要な活動と認めてもらうかに多大な努力をおこなっていた点は日本の類似の活動を考えるうえで重要な点である。

本人を中心として健康増進や健康の維持を図るためには、ボランティア・セクターの果たすべき役割は大きい。そしてイギリスと同様に、日本にも多くのボランティア・セクターが存在し活動をおこなっている。これらといかに有機的に連携し、地域全体の包括ケアシステムを構築するか、イギリスの経験はその構築のためのヒントを与えてくれるものである。

#### <参考文献>

- 1) ギデンズ, A., (1999). 第3の道. (佐和隆光訳), 東京: 岩波書店.
- 2) Cabinet Office, (2010). Building the Big Society.  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/78979/building-big-society\\_0.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/78979/building-big-society_0.pdf) (2018年2月28日アクセス)
- 3) House of Commons Public Administration Select Committee, (2011) The Big Society: Seventeenth Report of Session 2010-12. Volume I.  
<https://publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmsselect/cmpubadm/902/902.pdf> (2018年2月28日アクセス)
- 4) Walker, A. C. H. Hennessey (eds.), (2004). Growing older, 1st edition. London: Open University Press.
- 5) 渡邊大輔, (2014), プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する日本・オランダ・イギリスの国際比較—高齢者による医療・介護・福祉分野のボランティアの背景, (国際長寿センター編), 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報告書. 26-31.

- 6) Third Sector Research Centre, (2013). Understanding the UK third sector: The work of the Third Sector Research Centre 2008-2013.  
<https://www.birmingham.ac.uk/generic/tsrc/documents/tsrc/reports/Understanding-the-UK-third-sector.pdf> (2018年2月28日アクセス)
- 7) 塚本一郎・柳澤敏勝・山岸秀雄編著, (2007). イギリス非営利セクターの挑戦: NPO・政府の戦略的パートナーシップ. 東京: ミネルヴァ書房.
- 8) Open Age. <https://www.openage.org.uk> (2018年2月28日アクセス)
- 9) Open Age, Annual Accounts and Trustees Report 2015-16,  
<http://caralife.com/wp-content/uploads/2017/06/Accounts-Annual-Report.pdf> (2018年2月28日アクセス)
- 10) Department of Health, (2009) Living well with dementia: A national Dementia Strategy.  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/168220/dh\\_094051.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168220/dh_094051.pdf) (2018年2月28日アクセス)
- 11) 堀真奈美, (2016), 政府はどこまで医療に介入するべきか: イギリス医療・介護政策と公私ミックスの展望, 京都: ミネルヴァ書房.
- 12) Alzheimer's Society, (2017). Side by Side  
[https://www.alzheimers.org.uk/info/20172/your\\_support\\_services/837/side\\_by\\_side](https://www.alzheimers.org.uk/info/20172/your_support_services/837/side_by_side) (2018年2月28日アクセス)
- 13) Opening Doors London, <http://openingdoorslondon.org.uk> (2018年2月28日アクセス)
- 14) Cohen, G. D., et al. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *Gerontologist*, 46(6), 726-734.
- 15) Friedli, L. et al., (2008) Social Prescribing for Mental Health: A Guide to Commissioning and Delivery. Care Services Improvement Partnership. North West Development Centre ,  
<https://www.centreforwelfareform.org/uploads/attachment/339/social-prescribing-for-mental-health.pdf> (2018年2月28日アクセス)
- 16) Bickerdike, et al. (2017). Social Prescribing: Less Rhetoric and More Reality. A Systematic Review of the Evidence. *Bmj Open*, 7(4).
- 17) Rempel, E. S., et al. (2017). Preparing the Prescription: A Review of the Aim and Measurement of Social Referral Programmes. *Bmj Open*, 7(10).

#### 4. ケアマネジメントの実際 仮想ケースから

株式会社 TRAPE 代表取締役 大阪大学医学系研究科保健学専攻 招聘教員  
鎌田大啓

一般社団法人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  
沼田裕樹

##### 1. ケースの設定

日本と海外各国の長期介護スキームや高齢支援のあり方、高齢者のエンパワメントを促進する方法を比較するために「ケース 1：虚弱化しつつある」「ケース 2：外出が困難になってきた」「ケース 3：1人暮らしが難しくなりつつある」「ケース 4：1人暮らしはやや難しい」の4つの仮想ケースを作成した。また、聴き取る項目については、「ケース 1」は①相談②サービス提供プロセス③モニタリングのプロセス、「ケース 2」「ケース 3」「ケース 4」は①サービス提供プロセス②モニタリングのプロセス③認知症がある場合という項目をそれぞれ把握した。イギリスにおいては、地方自治体協会アドバイザーの Liz Greer 氏に回答いただいた。(なお、ケース 1 は要支援程度、ケース 2 は要介護 1 程度、ケース 3 は要介護 3 程度、ケース 4 は要介護 3 程度を想定している。)

##### 2. イギリスの実際

###### ケース 1：虚弱化しつつある

年齢：80歳	性別：女性	経済状況：標準的
世帯	子どもはおらず、夫は5年前になくなった。	
支援が必要となった経過	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いわれた。その後服薬をしているが時々飲み忘れることがある。3年前に足が痺れて痛いので整形外科を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怖いので断った。最近、自宅にこもりがちである。現在サービスは利用していないが、周りの人に「昔は色々やってきたのに、最近だんだん出来なくなってきてきた」と、ぼつりと自分の状況を話している。	
日常生活・健康習慣	ゆっくりであれば身の回りのことは概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。	
社会生活	趣味のコーラスへの参加は月1回続けている。	

###### 1) 相談

相談の流れとしては、「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」と述べている。Liz Greer 氏にインタビューした際に、Aさんがどこと繋がる事ができるかは、最初にどこへ相談したかによって、その相談機関の人がどこと繋がっているかで変わってくるので一貫性がないかもしれないと言っている。その一方、アセスメントを行うのは自治体のみとのことである。また Liz Greer 氏は、アセスメントは、疾病の脊柱管狭窄症に関し、日常生活ではどのような支障があるか訊ねることから始まるとのことであった。

## 2) サービス提供プロセス

Liz Greer 氏の説明によると、サービス提供の申請、申し込みを受けて、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。また、このプロセスを経た上で、ニーズへ応えるためにサービスが検討するか、あるいは A さん自らヘルパーを利用／雇用するなどのバジェットを得るとのことであった。

生活課題の分析におけるアセスメントは、自ら行う場合・ソーシャルワーカーの場合・信頼できる担当者の場合という回答を得た。また、多職種とは必要な場合に限定して情報の共有をすることであった。

日本では、体をよくするというよりも、調理の細かい工程を分析して、立って行なっている事が困難であれば坐って行う提案をして調理という活動ができるようにしていく。それをリハビリ専門職が 3 ヶ月の短期で行うなどのことを行い、できる能力を伸ばしていくがイギリスではどのように取り組んでいるかを質問した。これに対して、Liz Greer 氏はインタビューの中で、過去においてこの事例のような症状の方がいたら、誰か料理ができる人を派遣することで料理してあげて、結局本人はまた調理ができるという状態が実現できないで依存する形になってしまっていたと思うと回答があった。自宅で身の回りのことができないとか、調理ができない、食べられないという問題抽出がなされ、それに対するディスカッションがされ、一時的にプロが入るということになるだろうと言っている。ここで言うプロは作業療法士が想定され、それは NHS から派遣される場合か、地方自治体の作業療法士が派遣される事が考えられる。この場合短期で最長 6 週間のサービスとなる。再び調理ができるようになる事が求められているのであれば、そのレベルまで自立することをサポートするのが派遣された作業療法士の役割となる。

薬の飲み忘れが時々発生していることについて、リマインダー・プロンプト・パーソンという薬を飲むことを思い出させるサービスがある。これは色々なやり方がある。家族・近所の人とその役割を担うこともあれば、電話をかけて思い出させることもある。また短期的にプロが介入する場合はその役割を担うこともできる。ソーシャルサービスとしては薬の分類をするボックスを提供することもあり、薬を飲んだか飲まないかを尋ねて思い起こさせることはできるが、薬を飲ませることはできない。

受給資格を決定した際のニーズが目標となり、それに対してサービスが設定され、その中で個別の支援を受ける。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については、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との回答を得た。ケアプランの見直しについては、3 ヶ月であり、その後 1 年に 1 度または必要に応じて頻繁に実施する。事業所への給付（報酬）については、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。また、公的資金による支援の受給資格が A さんにないと自治体が決定した場合、A さんは自費でサービス提供者に支払うことができる。

インタビューの際に、コーラスに前は行っていたが行けなくなったぞというソーシャルな問題について尊厳という面でも大事ではないかと質問したところ、Liz Greer 氏は家族や友人、あるいはそのコーラス仲間が付き添って参加するのがいいと思う、その方がコーラスに行けるようにアレンジするということになるとのことであった。

### 3) 提供されるサービスの例（可能性）

医療 NHS		ソーシャルサービス		保険外	
○アセスメントにより一時的にセラピスト介入の可能性あり。3か月後にレビュー。(L)	○OT 派遣可能性あり（ソーシャルサービスからの場合も）。(L)	○（調理について）アセスメントの段階で、ディスカッションがなされ、アウトカムとしては一時的に作業療法士が入るのではないか。(L)	○飲んだらわかるような薬を分類するボックスもある。ソーシャルケアは薬の投与はできない。リマインドすることはできる。(L)	○（薬の飲み忘れ）家族や近所の人が飲み忘れないようにする場合、電話をかけて思い出させることもある。(L)	○（コーラスグループへの復帰）家族や友人、あるいはそのコーラス仲間がするのがいいと思う。やはりその人が行けるようにヘルプをアレンジするということになる。それ以上は難しい。(L)

L=Liz Greer 氏（地方自治体協会）

### 4) モニタリングのプロセス

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について Liz Greer 氏は、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と述べている。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。しかしインタビューにおいて大きな変化が起きたときにはいつでもレビューが受けられるとも言っている。

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について、アセスメント担当者とサービス利用者が行うが、提供者がサービスを終了することは稀であるとのことである。

モニタリングは誰がいつまで行うかについては、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。

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 さんのニーズへ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と Liz Greer 氏から回答を得た。

### ケース 2：外出が困難になってきた

年齢：75歳	性別：男性	経済状況：標準的
世帯	ひとり暮らしで、妻は2年に他界している。子どもは他県に住んでいる長男がいるが、訪問は2ヶ月に1度程度	
支援が必要となった経過	1年半前に脳梗塞を発症したことにより右麻痺がある。	
日常生活・健康習慣	杖を使えば何とか外出できる。入浴時の着替え、洗髪などに一部介助が必要。	
社会生活	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	

### 1) サービス提供プロセス

Liz Greer 氏より B さんは、受給資格基準を満たす可能性が高いので何かしらのフォーマルサービスを利用することは可能だとの回答を得た。

Liz Greer 氏へのインタビューにおいて、アセスメントの資格がある事例だというコメントがあり、理由はニーズが必要であるように見えるからだともコメントがあった。

生活課題の分析、多職種との情報共有、サービス設定における合意形成、ケアプランの見直し、パーソナルバジェット等についてはケース 1 と同様である。

### 2) 可能性のあるサービス例

医療 NHS	ソーシャルサービス	保険外
○薬のリマーンダープロンプトサービス（家族や近所の人がボックスや電話を使用。(L)	○アセスメントにより受給資格基準を満たす可能性が高い。在宅ケア、デイサービスの可能性あり。デイは人気がない。このレベルではサービス提供者情報の提供となる。(L)	○認知症の診断を受けた場合は認知症アドバイザーサービス（アルツハイマー協会に委任。ロンドン・ウォルサムフォレスト区）(A) ○家族や仲間が趣味の活動に戻れるようにアレンジ。(L)

L=地方自治体協会、A=アルツハイマー協会

### 3) モニタリングのプロセス

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について Liz Greer 氏は、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と述べている。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。しかしインタビューにおいて大きな変化が起きたときにはいつでもレビューが受けられるとも言っている。

サービス終了判定、モニタリング、サービス終了についてはケース 1 と同様である。

### 4) 認知症がある場合

B 氏について「最近、外出して自分で支度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、サービス提供プロセス、モニタリングのプロセスはどのように変わってくるかについて、Liz Greer 氏は症状の重度によりけりであるが、通常は、認知機能に関する詳細アセスメントを GP または他の医療職を通じて紹介され、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。と回答している。

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」等を誰が担っているかについては、GP、専門的な慈善団体、専門的医療職であると回答している。

ケース3：1人暮らしが難しくなりつつある

年齢：88歳	性別：女性	経済状況：不明
世帯	夫と二人暮らし。近所に娘が住む。	
住居	二人暮らし	
支援が必要となった経過	2年前に変形性膝関節症と診断され、対処療法をしているが、痛みが強くなっている。 家事がほとんどできない状態になってきており、近所に住む娘が支えてきたが介護負担が大きくなってきている。また、糖尿病もある中、服薬コントロールをしている。	
日常生活・健康習慣	隣町に長女が住んでいる。仕事をしており、本人宅への訪問は、1週間に1度程度である。	
社会生活	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。	

1) サービス提供プロセス

Liz Greer氏より、Cさんは受給資格基準を満たす可能性が高いので何かしらのフォーマルサービスを利用することは可能だとの回答を得た。

生活課題の分析、多職種との情報共有、サービス設定における合意形成、ケアプランの見直し、パーソナルバジェット等についてはケース1、2と同様である。

2) 可能性のあるサービス例

ソーシャルサービス	保険外
○アセスメントにより受給資格基準を満たす可能性が高い。在宅ケア、デイサービスの可能性あり。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。(L)	○認知症の診断を受けた場合は認知症アドバイザーサービス(アルツハイマー協会に委任。ロンドン・ウォルサムフォレスト区)(A)

L=Liz(地方自治体協会) A=アルツハイマー協会

3) モニタリングのプロセス

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についてはケース2と同様である。

モニタリング内容については、自宅での状況に関することをより密に行うと可能性が高いとのことであった。

サービス終了判定、モニタリング、サービス終了についてはケース1、2と同様である。

4) 認知症がある場合

認知症がある場合についてはケース2と同様である。

#### ケース4：1人暮らしはやや難しい

年齢：80歳	性別：女性	経済状況：不明
世帯	夫と二人暮らし	
住居	二人暮らし	
支援が必要となった経過	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、両膝の変形性膝関節症、変形性膝腰椎症、	
日常生活・健康習慣	夫が家事全般や介護を献身的に行っている。	
社会生活	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。	

#### 1) サービス提供プロセス

Liz Greer氏よりDさんは、受給資格基準を満たす可能性が高いので何かしらのフォーマルサービスを利用することは可能である。また、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との回答を得た。

Liz Greer氏へのインタビューにおいて、アセスメントの資格がある事例だというコメントがあり、理由はニーズが必要であるように見えるからだともコメントがあった。

医療機関とはどのように連絡を取り、連絡するかについては、運動能力などで作業療法のアセスメントが必要かもしれないと回答している。

生活課題のアセスメントについてはケース1、2、3と同様である。

何を目標にするかについては、自宅でできるだけ自立した生活を長く続けることとする。また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については、受給資格のあるニーズへ応える最良の方法として、Dさんとサービス提供者が同意するとの回答を得た。ケアプランの見直しについては、3ヶ月であり、その後1年に1度または必要に応じた頻度で実施する。事業所への給付（報酬）については、自治体が直接支払うか、またはCさんがパーソナル・バジェットを使って支払う。また、公的資金による支援の受給資格がDさんにないと自治体が決定した場合、Dさんは自費でサービス提供者に支払うことができる。

#### 2) 可能性のあるサービス例

医療	NHS	保険外
○プライマリ・ヘルスケアニーズも有する可能性があり、継続的ヘルスケア（CHC）アセスメントが必要の可能性。 (L)	○受給資格基準を満たす可能性は高い。モニタリングをより密に行う可能性が高い。夫もケアラーとしてのニーズについて別個アセスメントを受ける資格があり、彼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。 (L)	○認知症の診断を受けた場合は認知症アドバイザーサービス（アルツハイマー協会に委任。ロンドン・ウォルサムフォレスト区）

L=地方自治体協会 A=アルツハイマー協会

#### 3) モニタリングのプロセス

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についてはケース2、3と同様である。

また、サービス終了判定、モニタリング、サービス終了についてはケース 1、2、3 と同様である。

#### 4) 認知症がある場合

認知症がある場合についてはケース 2、3 と同様である。

ただしケース 4 については、D さんの夫についてもケアラーとしての彼自身のニーズについて個別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との回答を得ている。

### 3. まとめ

イギリスにおける地方自治体が展開するケアアクトにおける中核的原則は「ウェルビーイング」に焦点が置かれている事である（病気になった人、困っている人だけでなく全市民の健康増進、ウェルビーイングの増進をする）。その中に 2 つの軸がある。1 つは、ケアニーズをできるだけ遅らせる。そしてもう 1 つはケアニーズをできるだけ減じることをしなくてはならないという事の 2 点である。つまり「自立支援」の考え方は最重要視されている。

相談において、サービス提供の土台となるアセスメントプロセスにおいてストロングベースアセスメントの視点を入れている。これはできないものに焦点を当てるのではなく、その方ができことに焦点を当てることを重要視するというものである。実際のアセスメント場面において最初に聴くのは例えば「あなたの体の不自由さがあなたの尊厳に、またあなたの肉体的な健康、精神的な健康、感情的な健康、それから日常動作にどのような支障がありますか」ということを聴くようである。また、仕事・教育・レクリエーション・ボランティア活動・投票に行く・教会へ行く・これまで関わったローカルグループへ引き続き行く際に支障はないかというような社会的・経済的な側面、家族・住環境などの環境的側面や個人的側面を包括した視点でアセスメントを行う事が重要だと考えているようである。ケア法において、アセスメントで重要な 2 大原則があるとしている。その 1 つとして、その人自身が自分のウェルビーイングに対して判断できるいい状態にいること、つまり専門家があなたのウェルビーイングはこうですよと言うのではなく、自分で決められる判断力があるという事を重要視していた。

サービス提供プロセスにおいて、計画を立てて行く際に重要な点は、専門家にとってベストな計画ではなく本人にとってそのニーズをベストに満たす計画であると認識していた。しかしケース 1 でインタビューしたところ「調理という生活行為に対するニーズの捉え方」についてイギリスでも生活行為力を向上させるという考え方を意識するようになってきているようであった。イギリスでは、過去誰か料理ができる人を派遣することで料理してあげ、結局本人はまた調理ができるという状態が実現できないで依存する形になってしまっていたという事であったが、現在は調理ができない、食べられないという問題抽出がなされ、それに対するディスカッションがされ、一時的にプロが入る可能性があるとのコメントを得た。インタビューの中で実際に行なっているという事例の紹介は聞けなかったため、イギリスにおいては生活行為を向上させる介入の仕方はこれからなのではないかとの印象を持った。イギリスでは、リハビリやリエイブルメントサービスが重要だと思っており、入院した人が退院して自宅に戻った時に、短期的にこのようなサービスを活用する事があるとのことであるが、生活期において活用するというのを聞くことはできなかった。

モニタリングのプロセスにおいては、サービスの評価は3か月および1年ごとの見直しと  
なっている。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、  
変更を行わないが、大きな変化が起きたときにはいつでもレビューが受けられるとも言っ  
ていた。モニタリングを誰がいつまで行うかについて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（評価）会議で検討される。

認知症がある場合においては、症状の重度によりけりであり、通常は認知機能に関する詳  
細アセスメントが、GP または他の医療職を通じて紹介され、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とのことであった。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、誰が担っているかについては、GP、専門的な慈善団体、専門的医療職が担っ  
ているようだ。注目すべき点は、介護者も介護される方と同等の権利を持つ（ケアラーにも  
個別のアセスメントを受ける資格がある）という考え方がケアアクトにおいて最も重要な部  
分であるとのコメントがあった。

イギリスの特徴として、福祉サービスにおいて予算カットという背景がある中で多くの自  
治体が今まで提供していたサービスを見直してしなければならない状況となっている。ケア  
法の全市民のウェルビーイングを確保しなければならないという考え方にに基づき地方自治体  
は柔軟に新たな福祉サービスを作り上げようとしている。

イギリスでは、ケース2~4の在宅ケアをサポートする仕組みの1つがデイサービスに行  
くことであった。しかし最近デイサービスは人気なくなっているとのことであり、その理  
由は、デイサービスは編み物、昔の音楽を聴く、昔のテレビ番組を見るなど非常にステレオ  
タイプなことしかしない事があげられている。今まではデイサービスしか選択肢がなかつた  
が、現在は、デイサービスに行かなくてもソーシャルライフを送る事ができ、他の選択肢が  
広がっているということもあり、デイサービスはオプションの1つとして提供されるので選  
ばない人が増えている。

### Ⅲ. オランダ

#### 1. 国の概要

オランダ王国は、ウィレム・アレキサンダー国王を元首に戴く立憲君主国である。

オランダの人口は約 1720 万人（2017 年）である。高齢化率は 18.5%（2017 年）で、2050 年には 26.5%に上昇すると予測されている。



表 2-1-1

	年	オランダ	日本	
人口（百万人）	2017	17.2	126.5	
高齢化（%）	2017	18.5	27.4	
65 歳以上単独世帯の割合	2009		16.0	
合計特殊出生率	2017	1.7 (2015)		
出生時平均余命	男	2015	79.9	80.5
	女	2015	83.2	86.8

（出典） EURO Stat, OECD Stat, UN World Population Ageing

#### 1) 概要と自治体

オランダは 1848 年以降、立憲君主制を採用している。

国会は、二院制を採用している。第一院 75 名、第二院 150 名に分かれて、議員内閣制を採用している。

地方自治については、オランダは 12 の州（provinces）に分かれており、各州はさらに地方自治体で構成される。州は日本の都道府県に相当し、地方自治体は日本の基礎自治体に相当する。

州の所轄業務は、「環境、治水、交通関係」などで、給水、交通、住宅、公共教育、厚生福祉、ヘルスケア、レクリエーション及び文化政策は、地方自治体の所轄になる。

#### 2) 経済

オランダ経済は 2014 年以降好調が続いており、2017 年通年の実質 GDP 成長率は 3.2%と 2007 年以降の 3%台を達成すると見込まれている。政府の財政支出拡大もあり、2018 年も 3.1%と引き続き同水準の成長が予測されている。

主要産業は、卸売・小売業、製造業、医療、社会福祉業である。

GDP（2016 年 10 月公表 IMF 数値）は 7,699 億ドル（2016 年）であり、一人当たり GDP（2016 年 10 月公表 IMF 数値）45,210 ドル（2016 年）である。

欧州債務危機の影響によって脆弱な経済成長率であったが、財政支出削減等により 2014 年からプラス成長（2016 年 1.7%、2017 年 1.6%見通し）となっている。なお、高水準で推移している失業率は、減少傾向（2016 年 6.7%、2017 年 6.5%見通し）である。

### 3) 政治と医療・保健政策

政治体制としては、首相はマルク・ルッテ（VVD）で、2017年3月15日に実施された下院選挙の結果、ルッテ首相率いる自由民主国民党（VVD）は議席数を減らしつつも他党を引き離して第一党の立場を維持した。他方、前連立与党の労働党は議席を大幅に減らして、歴史的敗北を喫した。

その後、連立組閣交渉を経て、2017年10月26日、自由民主国民党（VVD）、キリスト教民主同盟（CDA）、民主66党（D66）及びキリスト教連合（CU）の4党連立による第三次ルッテ内閣が成立した。同内閣の連立組閣交渉に要した日数は225日で、戦後最長記録を更新する結果となった。

GDPに占める医療費（health care goods and services）の割合は10.5%で、カナダに次ぐ8位(2016となっている)。

#### <参考文献>

公益財団法人特別区協議会『オランダ王国における基礎自治体の広域行政組織』

<https://www.tokyo-23city.or.jp/research/chousakai2/document/b4-S2-2.pdf>

JETRO オランダ 経済動向

[https://www.jetro.go.jp/world/europe/nl/basic\\_03.html](https://www.jetro.go.jp/world/europe/nl/basic_03.html)

外務省 オランダ情報基礎データ

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/netherlands/data.html>

OECD Data Health spending

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

## 2. ケアマネジメント関連制度と施策

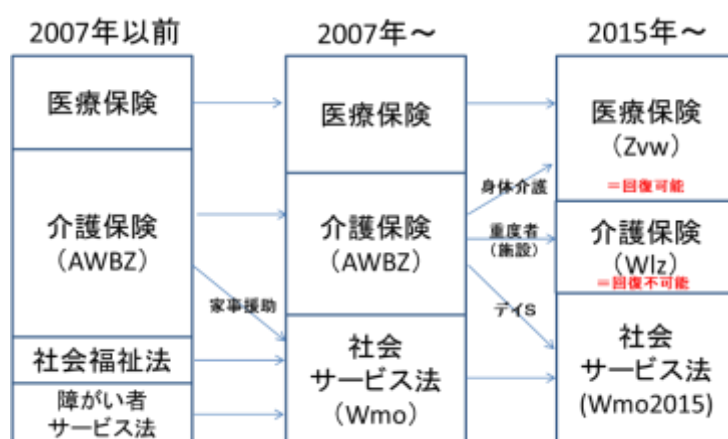
米国ラトガース大学非常勤講師 中島民恵子

本節では、訪問調査、データリクエストへの回答、文献の結果を通して、オランダにおける医療介護に関連する制度の概要を確認し、サービス利用の査定方法などについて示していく。

ケアに関する法律は、医療保険法 (Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet :Zvw)、社会支援法 (Social Support Act, Wet Maatschappelijke Ondersteuning :Wmo)、長期介護法 (The Long-Term Care Act, Wet Langdurige Zorg :Wlz)、青少年法 (Youth Act, Jeugdwet) の4本の柱によって構成されている。高齢者のケアに関連する法律は前者3つである。

オランダでは、医療費および介護費の増加と経済状況の低迷を主な背景として、近年、医療介護制度改革が進められている。表1は2007年以降の制度変化の概要を示した図である。主な改革として、2007年にWmoが施行され、長期療養・介護サービスをカバーしていた特別医療費保険 (The Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten :AWBZ) のうち、家事援助、移送支援、社会的交流などの生活支援が基礎自治体の事業へ移管された。また、2015年にはWlzが施行され、実質的にはAWBZを引き継ぐ形となったが、AWBZで提供されていたサービスのうち、医療と関連が強いサービスはZvwへ、生活支援に関連するサービスはさらにWmoへ移行され、Wlzで提供するサービス内容が絞られた<sup>1)</sup>。オランダの長期療養介護制度では、提供するサービスを「非常に大きなリスク (Catastrophic Risk)」に限定した長期療養・介護サービスとそれ以外のサービスを地方自治体によるサービスに担当させるという大規模な制度改革が行われたと指摘されている (大森 2015)。また、インフォーマル資源の活用・開発が進められており、ケアサービスが必要な場合には、まず「本人→家族→近隣や地域→ボランティア組織」の状況を検討し、それでも難しい場合にZvwやWlzにつなぐという方針がとられている。

表1 オランダ医療介護関連制度の変化の概要



出典：松岡 (2016)

## 1.Wlz（介護保険）

### 1) 概要

Wlzは強制加入の保険であり、被保険者は全ての居住者、オランダ国内で労働所得のある人である。Wlzの収入源は保険料（所得の9.65%）、利用者の自己負担、政府による補填で構成されている。対象者としては、継続的なモニタリングや24時間のケアを必要とする高齢者や障がい者（回復が不可能）が想定されており、重度認知症、重度の精神障がい、身体障がいの人などが当てはまる。

Wlzでは、ケアニーズがある市民は地域ケアオフィス（民間保険会社）、ケアプロバイダー、CIZと関わりを持つ。政府がWlzのサービスのカバー範囲を決定しており、被保険者のマネジメントやケアプロバイダーとの契約などは地域ケアオフィス（民間保険会社）が担っている。Wlzの対象となる「24時間の継続的な見守りが必要な状態にあるかどうか（回復不可能かどうか）」の判定は、ニーズアセスメントセンター（Centraal Indicatieorgaan Zorg:CIZ）が行っている。

### 2) CIZによる査定プロセス

#### ① CIZの概要

CIZの担当者によると、2016年は1年間に約195,000人の査定が行われ（そのうち、高齢者は約10万人）、約10%の人が非該当であった。非該当でその結果について本人が合意できない場合には、再査定を申請することが可能である。再申請をした約15%の人に受給が認められた。非該当である場合は、必要に応じてWlzとWmoへとつながり、査定結果に応じてサービスの利用が可能となる。

査定を行うアセッサーは2016年には390人（常勤換算）おり、医師（常勤換算で27名）、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士など様々なバックグラウンドの専門職が担っている。地域ごとに多職種チームを組んでおり、複雑なケースの場合に対応している。また、家庭医（GP）との連携が必要なケースもある。

#### ② アセスメントプロセス

アセスメントは家庭訪問をして行われる場合と申請者にオフィスに来てもらう場合がある。アセスメントの申し込みに成される場合は、既にケアプロバイダーが関与していることが多いため、アセスメントに必要な本人に関する情報は書類上で把握できるとのことであった。また、本人に関連する多くの関係者（インフォーマルな介護者、GP、セラピストなど）から情報を収集している。

申請者がWlzのサービスを受ける権利があるかどうかの査定には、漏斗状のアセスメントモデル（Assessment Funnel）が用いられており、表2のように5つのステップが用意されている。

ステップ1では、本人の原因疾患が確認される。医学的な根拠に基づいた正式な診断の情報が必要とされ、GPや医療専門職などからの提出が求められている。また、本人が抱える障害の状況を把握するために、スコアシステムが用いられている。7領域（社会的自立、心理社会的機能、身体介護、移動、運動機能、看護、行動障害）が設定されている。例えば、社会的自立（何をして1日を過ごすかを自分で決定する判断力）の場合は、「0：問題なし、1：他者による見守りや促しが必要、2：他者からの支援が必要、3：他者からの支援が常に必要」の4段階ある。認知症の人の多くは、社会的自立のスコアは2か3に該当する。

ステップ2では、永続的な観察もしくは24時間のケアが必要かどうか判断される。

ステップ3では、永続的なケアニーズがあるかどうか判断される。特に、本人の抱える障害に回復可能性があるかどうかは重要であり、回復可能性がある場合は、WmoやZvwを利用することになる。2と3の判断に該当するかはWlzが受給できるかによって非常に重要となる。

ステップ4では子どもに関する内容となり、高齢者については関係しない。

ステップ5では、最終決定がなされ、ケアプロファイル (zorgprofiel) が決められる。

表2 漏斗状のアセスメントモデル (Assessment Funnel)



出典：CIZ 訪問時に配布された PPT 資料による

### ③ アセスメント結果

高齢者のケアプロファイルは表3の通り7つのカテゴリーがあり、+が多くなるほど、ニーズが高くなる。VV04は比較的軽度の人、VV05は認知症の人、VV06は身体障害の人、VV07は認知症に加え重度の行動障害がある人、08は重度で複雑な身体障害がある人、VV09はリハビリテーションが必要な人、VV10は緩和ケアが必要な人を対象としたカテゴリーとなっている。VV09でリハビリテーションを受けられるのは最長6か月となっており(一時的)、この期間が終了すると基本的には他のケアプロファイルのどこかに当てはまることとなる。認知症に関連するカテゴリー(VV05とVV07)で全体の約50%を占めており、認知症の人が主な対象者であることが分かる。Wlzではケアマネジメントに関して、ケアマネジャー(ケースマネジャー)が原則的にはつかないが、重度の認知症の人のケアマネジメントにはつく場合がある。ただし、重度や複雑なケースの場合には、専門看護師(糖尿病専門看護師、パーキンソン専門看護師など)によって、ケアマネジメントが提供されることもある。また、基本的には地域ケアオフィスに窓口があり、そちらでのサポートが受けられる状況にある。

表3 ケアプロファイルの種類と実数（割合）

	社会的 自立	心理社会的 機能	身体 介護	移動	運動 機能	看護	行動 障害	2016年 実数（割合）
VV04	++++	+++	++	+	+	+	+	31,799 (20.5%)
VV05	+++++	++++	++++	++++	++	+	+	66,564 (42.8%)
VV06	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0	29,190 (18.8%)
VV07	+++++	+++++	++++	+++	++	++	+++	12,289 (7.9%)
VV08	+++++	+++	+++++	+++++	+++++	++++	+	2,432 (1.6%)
VV09	+++	++	+++	+++	++	++	0	880 (0.6%)
VV10	+++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+	296 (0.2%)

出典：CIZ 訪問時に配布された PPT 資料による。2016 年実数（割合）は CIZ（2017）<sup>2)</sup>

質問リストに対する回答から得られたスコアがアルゴリズムで処理され、ソフトウェアからスコアとアドバイスが示される。ただし、最終的な判断はアセッサーが行い、ケアプロファイルが示される。

次ページの表4はケアプロファイルの1例（VV04）であるが、非常に全般的な表現が使われており、具体的に必要なサービス内容や必要な時間数という内容は示されていない。本人が生活する上でどのような制約があり、どういった支援や助言などが必要であるかといった内容が記載されている。

最終的な結果は、本人、地域ケアオフィス、ケアプロバイダーに通知され、3者が具体的なサービス内容を協議する。3者の協議であると、本人とケアプロバイダーはケアを出来るだけ増やす方向に働きかけ、適切なサービス量にならないのではないかと疑問を感じるが、「地域ケアオフィスがケアプロバイダーのケア商品を購入する調達の役割を担っており、購入数を決めることができる。地域ケアオフィスが各ケアプロバイダーのパッケージ数や内容などの全体像を把握しており、最終的な決定権は地域ケアオフィスが持っている」とのことであった。なお、ケアプロファイルごとに基本的な予算の上限は決まっているが、CIZはそれらの予算とは独立した立場にあり、Wlzの法律に基づいて査定をしている。

#### ④ 利用サービス

CIZにおいてWlzの受給が認められた場合は、基本的には施設サービス(Nursing home)の利用となるが、要介護者本人が希望し、サービス提供が可能な場合は、在宅サービスのフルパッケージ(the Full Package at Home, Volledig Pakket Thuis :VPT)、在宅サービスのモジュールパッケージ(Modular Package at Home, Modulaire Pakket Thuis :MPT)、個人介護予算(Personal Care Budget, Persoonsgebonden budget :PGB)のいずれかを選ぶことが出来るとされている。個人介護予算では、予算の範囲内で受給者がサービスの選択を行うことが出来る。在宅ケアでは、パーソナルケア(Personal Daily Care:食事介助やトイレ介助などの身体介護)・パーソナルサポート(Persona Support:日常のスケジュール管理など)、看護(Nursing)、理学療法(Physiotherapy)治療(Treatment)、移送(Transportation)などが含まれる。

表 4 ケアプロフィール (ZPP 4 VV 集中的な指導と長期ケアで保護される生活)

<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>様々なADLの観点から、しばしば監督と刺激を必要とする。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。</p> <p>移動性の観点から、監督と刺激を必要とすることが多い。家の中では、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。</p> <p>慢性疾患のために、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がある。</p> <p>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。主に受動的な精神的な問題もある。</p> <p>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。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。</p> <p>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)。</p> <p>クライアントグループの例は次のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 中等度の認知症候群のクライアント</li> <li>- ナーシングホームでPG追加介護を受けている入居者</li> <li>- 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</li> <li>- 身体的ケアを受けていて、重度の感覚的制限(後年の難聴かいつ/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。</li> </ul>	<p><b>制約に関する平均スコア</b></p> <p>平均制限スコア</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>社会的持続性</li> <li>心理社会的/認知的</li> <li>ADL</li> <li>看護</li> <li>行動障がい</li> </ul> <p><b>精神疾患のタイプ</b></p> <p>受動的な性質</p> <p>能動的な性質</p> <p>該当なし</p> <p><b>助言範囲のタイプ</b></p> <p>安定化</p> <p>開発指向</p> <p>悪化に対する助言</p>
---	---

出典：CIZ 訪問時に配布された資料による。<sup>9)</sup>

## 2. Zvw (医療保険)

### 1) 概要

Zvw は治療サービスを中心とした短期の医療費をカバーする公的医療保険であり、オランダの居住者は強制加入である。2015年の改革で、長期療養サービスの中でも医療と関連が強いサービスである在宅看護・身体介護はZvwでカバーされることになった。在宅看護・身体介護のサービスを受給する権利があるかどうかは、先に見たCIZによる「要介護認定」のような独立したプロセスは無く、地域看護師(レベル5)が行う。保険会社より提出が求められる項目はあるが、アセスメントの基準は公的にルール化はされていない。そのため、それぞれのケア提供組織が独自のアセスメントツールを用いている。なお、データリクエストへの回答によると、2018年からはアセスメントを行うために特定の研修を受け、資格の取得が必要とされるとのことであった。

上記の通りZvwのサービス利用の決定において地域看護師が大きな役割を担うこととなり、査定を行うにあたり専門職として求められるべき明確な基準の明示が必要とされた。保健福祉スポーツ省(Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)による要請により、オランダ看護介護職協会(Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, V&VN)によって、下記のように6の標準フレームワーク(V&VN Web サイト)が示された。

#### ◇ Zvw アセスメントにおける看護師に求められる基準

- 1. ケアの査定と調整は、専門的な自律性に基づいて行われる。専門的な自律性は、利用者を中心とし、利用者の決定を保証するものである。
- 2. ケアの査定と調整は、学士資格または経験が豊かな看護師が行う。これらの専門職は、必要とされる能力(コンピテンシー)があることが期待できる。
- 3. ケア査定と調整は、本人の自分自身に関するマネジメント、自律、本人システムを高めることを目的としている。このようにして、看護師は、社会的なニーズに対応し、ケアの責任を担っている。
- 4. ケアの査定と調整に関する意思決定は、看護のプロセスに基づいて行われる。看護師が用いる方法は、臨床的な根拠に基づく。このプロセスには、質問、診断、プランの結果、介入、ケアの構成、実施および評価が含まれる。
- 5. レポートはV&VNガイドラインに準拠している。2011年以降、看護のレポート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る。
- 6. 看護のトランスファーは、ケアのトランスファーのためのV&VN基準に準拠している。この基準は、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る。

◇

### 2) 地域看護師による査定プロセス

Zvwのサービスの利用を希望する場合は直接、地域看護師に査定の依頼をすることも、GPや保健センターなどからの紹介によって地域看護師につながることも可能である。査定業務について保険会社へ許可をとる必要はないが、査定実施には保険会社に多くの書類を提出しなくてはならない。今回の調査で訪問したケアプロバイダーActiviteの概要と地域看護師によるアセスメントなどの詳細は次節(3. ケアマネジメントに関する重要なトピックス)を参照頂きたいが、ここではActiviteのカルテブック(アセスメントシートなどを含むファイル)に重点を置き説明する。

カルテブックには、本人に関する基本的情報(氏名、住所、契約している保険会社など)、家族の状況に関する情報(配偶者、子どもと孫の数、法定代理人、第1、第2のコンタクトパーソンの氏名と連絡先)、医療・ケア提供者に関する情報(家庭医や薬局などの連絡先)などを記載する項目がある。医療的な診断の状況とケアニーズに関連する項目(4領域)を記載する。ケアニーズに関連するアセスメントは、次の4領域に対して行われる。

- ◇ 領域1：身体的ウェルビーイングと健康
  - 移動/移動・身体ケア（着脱、シャワー、口腔ケア、ヘアケア、爪ケア）・服薬・失禁・栄養・皮膚（褥瘡）・痛み・睡眠
- ◇ 領域2：住居と生活環境
  - 住宅の衛生・改良・そうじ
- ◇ 領域3：社会参加（ソーシャルコンタクト）
  - デイアクティビティ・日々の生活・外出・人的ネットワーク・自己効力感
- ◇ 領域4：精神面の状況（幸福）
  - うつ・恐怖感・混乱・せん妄・行動障害・自己の病気への対応

各領域は項目が細分化されているが、基本的なアセスメントの構造として、1. シグナルと症状、2. 原因、3. 介護問題の有無、4. 目的（記述式）、5. 財源の項目が挙げられており、2～5については共通している。表5は1例として、領域1の栄養の内容を示している。

これらのアセスメント結果を踏まえて、どのサービスがどれだけの量・回数必要であるかの結論を示す形式となっている。非該当となる場合もある。

地域看護師の査定結果に基づき、看護師がケアプランを示すことになっており、ケアプランを作成する専業・有給のケアマネジャー（ケースマネジャー）は存在しない。ケアプランは本人の状況や変化に基づいて更新される。Activite では、ケア実施プラン（Activiteitplan Uitvoeren Zorg）という項目があり、見開き1ページの表形式でサービス内容（身体介護、看護、在宅医療専門看護など）、ケアレベル、時間帯、曜日、アクティビティ、必要時間、ケアのタイプなどが記載される。なお、カルテブックは本人の自宅に保管されており、査定内容を本人も読むことができる。認知症の症状がある場合、病名や記憶力が低下しているなどの記述に対して、本人がショックを受ける可能性もあるため、記入内容について配慮する場合もあるということであった。

表5 アセスメントの一例（Activite）

1. シグナルと症状	
栄養失調のリスク	<input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 栄養失調
肥満	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
食欲	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
水分摂取	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
ダイエット	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：（記入）_____
摂取の課題	<input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> におい <input type="checkbox"/> 味 <input type="checkbox"/> 食事を忘れる <input type="checkbox"/> その他（記入）_____
水分摂取の制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：量（記入）_____ 理由（記入）_____
摂取方法（システム）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> 鼻から <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 点滴
2. 原因	
<input type="checkbox"/> 健康に関連する行動	クライアントの自立性
<input type="checkbox"/> 環境	<input type="checkbox"/> 自立
<input type="checkbox"/> 心理的原因	<input type="checkbox"/> 一部自立
<input type="checkbox"/> 身体的・物的原因	<input type="checkbox"/> いいえ（依存）
3. 介護問題	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：内容（記入）_____	
4. 目的	
（記載欄）	
5. 財源	
<input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> 在宅医療専門看護（msvt） <input type="checkbox"/> WLZ <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> 該当しない/関係しない	
<input type="checkbox"/> その他：内容（記入）	

### 3. Wmo (社会サービス法)

2007年にWmoが施行され、基礎自治体は自立できない人々のサポートをする義務があり、障害者、高齢者等の社会参加に制限のある人々の自立と社会参加を促すサービスの提供が求められることとなった。市民にとって最も身近な基礎自治体がこれらのサービスを提供に責任を持つことにより、サービス利用者にとってよりよいサービス提供体制を築くとともに、同時に住民を巻き込んで、多様なニーズに対応できるような自立支援のサービス体制を構築することが目指された(廣瀬 2008)。2007年にはAWBZから家事援助、移送、食事の提供、生活援助などが基礎自治体の予算事業に移管された。2015年には、AWBZからデイサービスもWmoに移管された。

Wmoで提供されるサービスを受給する権利があるかどうかは、先に見たCIZによる「要介護認定」のような独立したプロセスは無く、基礎自治体が行う。基本的には、基礎自治体の職員または、ソーシャルワイクチーム(Sociaal Wijkteam :SWT)によって行われる。アセスメントの基準は公的にルール化はされていない。今年度の調査で明らかとなった具体的なソーシャルワイクチームにおける支援や経路などの詳細は次節(3. ケアマネジメントに関する重要なトピックス)を参照頂きたい。

なお、2015年の改正では、基礎自治体はWmoの利用者に対して、調査(Client Experience Survey, cliëntervaringsonderzoek : CEO)を実施し、公表することが義務付けられた。国のガイドラインでは、Wmoによるサポートのアクセシビリティや質など10項目が必須の調査項目として挙げられており、それに加えて、自治体では独自の調査項目を追加することができる(Age et al 2017)。

また、国際長寿センターオランダの事務局長によると、Wmoの予算は中央政府から各市町村に支給されるが、全ての基礎自治体で昨年、中央政府から得た予算と実際の出費を比較すると、出費のほうが少ない。各基礎自治体では非常に慎重にサービス提供を行った結果であるが、そのサービス提供の不十分さも国会で多く議論されており、次年度は見直しが進められて制限が緩和される方向で取り組まれるということであった。

#### 4. 認知症の人の現状と支援体制

認知症の人の現状、認知症関連施策および認知症ケースマネジャーの動向などについて、文献を通して示す。

##### 1) 認知症の人の現状

オランダ政府によると、2012年には約25万人の認知症の人がおり（全人口の約1.47%）、2040年には2倍の50万人に達すると見込まれている。認知症の人のコストは、約40億ユーロと推計されている（Government of the Netherlands web）。認知症の診断を受けてから死亡するまでの期間の平均を施設の利用者のコホートで分析した結果では、地域では平均で5年、その後施設で2年、合計7年と示されている（Koopmans et al 2003）。

##### 2) 認知症関連施策と認知症ケースマネジャーの動向

近年の認知症施策としては、①全国認知症プログラム（Landelijk Dementie Programma, 2004～2008年）、②認知症統合ケアプログラム（Programma Ketenzorg Dementie, 2008～2011年）、③認知症ケア基準の策定（Zorg-standaard Dementie, 2011～2013年）、④認知症デルタプラン（Deltaplan Dementie, 2013年～）が展開されている。このプランには、統合ケア推進とそれに向けた教育の充実、産学官連携による認知症に関する長期的な研究開発、認知症ケアポータルサイトの構築などが含まれている。

オランダにおいて、認知症初期、認知症の診断、診断後の在宅生活、施設入所ごとに制度が分かれているため、全体を通して関わる認知症ケースマネジャーの存在が重要となっている。実際に認知症ケースマネジャーによる支援に認知症の人とインフォーマルな介護者が満足しているとの調査結果が示されている（Minkman et al 2009）。一方で、認知症ケースマネジャーへのアクセスビリティの制限に関する課題（ウェイテイング）が存在しており、2016年に保健福祉スポーツ省が中心となり、会議が持たれた。認知症デルタプランでは、これらの課題の解決に向けて、2017年にケースマネジメントアクションプラン（Actieplan Casemanagement）に取り組んでいる（Deltaplan Dementia Web）。

認知症ケースマネジメントは主に各地域の認知症ケアネットワークによって取りまとめられている。これらのネットワークは地域の在宅ケア、施設ケア、家庭医、保健センターなどの提供者の正式なアライアンスである。これらのネットワークの目的は、その地域の認知症ケアの継続性や質の改善である。オランダ政府はケースマネジメントを促進しているが、どのようにケースマネジメントを設定するかについては自由度が高く、基準は示されていない（Peeters et al 2016）。2010年から2011年において70のうち13の認知症ケアネットワークに対して行われた調査（Peeters et al 2012）では、主に以下の2つの違い：①ケースマネジャーが関与し始める時期の違い（主な認知症の症状が出た場合に出来るだけ早く関与する場合と正式な診断が出てから関与する場合）、②ケースマネジャーの業務形態／ケアモデルの違い（認知症ケースマネジャーがその業務に特化している場合と地域看護師やソーシャルワーカーなどの業務を兼ねている場合）が示されている。①に関しては、初期の認知症の人の支援やコーディネートは家庭医が主に役割を担う必要があり、最初から認知症ケースマネジャーをつけることは非常に費用がかかり必要がないという議論もある。一方で、初期の認知症の人やその家族は今後に対する不安を多く抱えており、それらを早い段階から認知症に関する専門職が支援する必要性も挙げられている<sup>5)</sup>。様々な地域で認知症ケアマネジメントの

プログラムの開発が進められており、それらのプログラムに対する家族介護者の満足度、負担軽減、コスト比較などの研究が進められている (Minkman et al 2009, Macneil et al 2016)。

<注>

- 1) 制度の沿革については小野太一 (2017) 「医療・介護政策の沿革と概要」 国際長寿センター 『平成 28 年度高齢者の自立支援に向けて介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究 報告書』 pp.81-94 に詳しい。
- 2) 総数は 155,415 であり、AWBZ 時のカテゴリー (VV01~VV03) が残っているが表には記載していないため、割合を合計しても 100%にはならない。
- 3) 他のケアプロファイルの例のいくつかは、以下に掲載されている。  
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2018-01-01#BijlageA>
- 4) ソーシャルヴァイクチームについては服部真治 (2017) 「ライデン市における WMO の実際 ～ヒアリング調査より～」 国際長寿センター 『平成 28 年度高齢者の自立支援に向けて介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究 報告書』 pp.95-105 に詳しい。
- 5) これらの論点は、注 1 で示した小野太一 (2017) p85,86 にも医療保険会社、認知症患者支援団体の双方の意見としてもあげられている。

<参考文献>

Age Stinnsen, Erik van der Werff, Michiel Mollema. (2017) Cliëntervaringsonderzoek Wmo Gemeente Groningen 2016

<https://os-groningen.nl/wp-content/uploads/2017/09/ceo-wmo-2016-groningen.pdf> (2018 年 2 月 10 日最終閲覧)

CIZ (2017) Kwartaalrapportage CIZ 2016 Q4 t/m 2017 Q3 Indicatiestelling Wlz.

[https://www.ciz.nl/images/pdf/cijfers-en-feiten/Kwartaalrapportage\\_indicatiestelling\\_Wlz\\_Q3\\_2016\\_tm\\_Q2\\_2017\\_klein.pdf](https://www.ciz.nl/images/pdf/cijfers-en-feiten/Kwartaalrapportage_indicatiestelling_Wlz_Q3_2016_tm_Q2_2017_klein.pdf) (2018 年 2 月 4 日最終閲覧)

Deltaplan Dementia Web. Actieplan Casemanagement

<https://deltaplancementie.nl/nl/actieplan-casemanagement> (2018 年 2 月 12 日最終閲覧)

Government of the Netherlands web Dementia.

<https://www.government.nl/topics/dementia/tackling-dementia> (2018 年 2 月 8 日最終閲覧)

廣瀬真理子 (2008) 「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」 『海外社会保障研究』 No.162:pp 43-52

Koopmans RT, Ekkerink JL, van Weel C (2003) Survival to late dementia in Dutch nursing home patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51(2):pp184-187.

MacNeil Vroomen J, Bosmans JE, Eekhout I et al (2016) The Cost-Effectiveness of Two Forms of Case Management Compared to a Control Group for Persons with Dementia and Their Informal Caregivers from a Societal Perspective. PLoS One. 11(9):e0160908

松岡洋子 (2016) 「家事支援・生活支援の多様性：オランダの実践」『エイジング・イン・プレイス』 vol.133:pp43-51

Minkman MMN, Ligthart SA, Huijsman R. (2009) Integrated dementia care in the Netherlands: a multiple case study of case management programmes. Health Soc Care Community. 17(5):485-94.

大森正博 (2015) 「オランダの長期療養・介護制度改革」『健保連海外医療保障』 No.107: pp20-27

Peeters JM, de Lange J, van Asch I, et al. (2012) Landelijke evaluatie van casemanagement dementie. [National evaluation of case management dementia]. Utrecht: NIVEL/Trimbos institute

Peeters JM, Pot AM, de Lange J, et al. (2016) Does the organisational model of dementia case management make a difference in satisfaction with case management and caregiver burden? An evaluation study. BMC Geriatrics. 16

V&VN. Verpleegkundige Indicatiestelling: het normenkader

<https://mgz.venvn.nl/verpleegkundige-indicatiestelling> (2018年2月8日最終閲覧)

### 3. ケアマネジメントに関する重要なトピックス

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

#### 1. オランダ ソーシャルヴァイクチームの活動

オランダには「Mantelzorg (マントルケア)」という言葉がある。インフォーマルケアという意味であるが、医療保険や介護保険などの制度によるサービスの隙間を埋めるべく、まるでマントですっぽりとくるむように、家族や近隣、ボランティアによるサポートが整っている様子を示している。

現在オランダにおいては、行政からサービス提供事業者にいたるまで「自分でできることは自分で、家族でできることは家族で、近隣の助け合いも加えて、さらには地域のボランティア組織で。国の制度を利用するのは最後の最後」という「インフォーマル・ファースト」とも言える考え方が浸透している。2013年初頭、国王が国会におけるスピーチで「国家に頼る福祉国家から、参加型ネットワーク社会への変貌がこれからは重要である」と演説したが、その方向で動いている。

一方で行政の窓口が複数あり、医療保険、介護保険、社会サービス法など制度も分かれて市民は混乱しており、なんども同じ説明をしなければならない苛立ちもある。そうした中で相談の一元化、地域で活動するボランティア組織や NPO 法人、在宅ケアプロバイダーのネットワーク化などによって、ニーズへの対応をスムーズにするものとして「ソーシャルヴァイクチーム (Sociaal Wijkteam, SWT と略す)」が 2013 年頃より各市で作られるようになった。昨年度調査報告書にてまとめたところではあるが (平成 28 年度「高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究報告書」95-105 ページ)、その重要性に鑑みて再度、今回の訪問調査や文献研究の成果を加えて報告する。

各制度のアセスメント、プランニングについては前節にて記述したとおりである。本節では、現場では地域に密着したインフォーマルケアがどのような形でケアプランに入れ込まれ、自立に向けてのケアマネジメントが進められているのか訪問時のインタビューを中心にまとめる。自立支援に資するリハビリテーションについても触れる。

#### 2. ソーシャルヴァイクチームと Wmo

<ソーシャルヴァイクチームとは>

「ソーシャルヴァイクチーム (Sociaal Wijkteam、以下 SWT と略す)」は「社会福祉近隣チーム」と直訳され、「ヴァイク (wijk)」とは「近隣 (neighbor)」という意味である。「地域のさまざまな生活課題を解決するチーム」ということで、2013 年頃から自治体によって設置され始めた。2016 年現在で 9 割近い自治体に設置されている。

オランダの基礎自治体 (441) はヘメンテ (Gemeente) と呼ばれるが、この国では中央政府の負担を極小化しヘメンテへの分権化が進められている。介護保険 (AWBZ) が姿を消して社会サービス法 (Wmo) による自治体の管轄領域が増え、2015 年 1 月 1 日は「地方自治元年」とも言われている。生活の場に近く、市民や地域の力に働きかける SWT は地方自治の進展の歩みであるとも言える (movie, 2016)。

SWT は Wmo と若者法を対象領域としており、高齢化や障害、病気が原因で起こるさまざまな問題、貧困、就業、住宅から、ゴミ屋敷、DV、児童虐待まで、市民のありとあらゆる生

活上の課題について相談に応じる。市民にとっての「総合相談支援窓口」であり、「市民のよ  
ろず相談窓口」とも言える。しかし、SWT の設置は法で定められてはいない。

Wmo によって、市民はどのようなサポートを受けられるのであろうか。デンハーグ市と  
ライデン市の説明を見よう（各市の HP）。

（ライデン市の Wmo によるサポート）

- ◇ 介護者のサポート
- ◇ ボランティアによる支援
- ◇ 家事援助（掃除、買物、食事用意）
- ◇ 住宅改修
- ◇ 福祉機器（車いす、電動スクーター、運動機器など）
- ◇ 移動
- ◇ 個人に合わせたサポート
- ◇ アクティビティ
- ◇ 自宅のような設備
- ◇ シェルター（精神の障害、ホームレス、DV被害者）
- ◇ 金銭に関する支援
- ◇ 社会的きずなの醸成
- ◇ ソーシャルケアの提供（家事援助、補助器具、住宅改修など）
- ◇ 家族介護者、ボランティアのサポート
- ◇ 情報提供、アドバイス、利用者サポート
- ◇ 若者支援
- ◇ 障害者の社会参加の促進
- ◇ 公衆精神保健
- ◇ 中毒に関する政策の促進
- ◇ DV、虐待（高齢者、児童）

Wmo の対象者は、病気・障害・高齢によって日常生活に困難を感じている人々であり、  
同法の目的は「自立と社会参加」である。その領域は広く、ライデン市では「あなたが自分  
で解決できない問題は何でも」と表現しているくらいである。

ここで着目したいのは、市民へのホームページの説明でも「自分でできませんか？ならば、  
家族・友人・隣人などをお願いしてみましょう」とまず促し、「それがなければ、あなたの  
近くに支援組織がありますので、アプローチしましょう」と近くのボランティア組織などを  
案内する。そして「もちろん、市も支援します」と公的な支援を最後の最後に位置付けるの  
である。ハーグ市では、「ソーシャルマップ」を作ってネットで調べられるようにしている。

できるだけ自分自身の力や近隣の助け、ボランティア組織の支援を活用しながら「自分で  
行なう」ことを奨めているので、相談に乗ったり、ボランティアな支援と結び付けたりする  
支援が必要になる。SWT は、このような自分で解決策を見つけていく支援を行っているの  
である。よって、チームのスタッフは Wmo について知り尽くしていることとなる。

<相談と支援>

市民が相談する際には、電話をかける、近くの SWT を訪問する、ネットでフォーマット  
に記入するなどがある。

相談を受けると、相談者が自分自身で何ができるか、近隣の人々の助けは得られるかから  
始まって、専門職のヘルプはどの部分で必要かをチェックし、本人と一緒に考えて支援して  
いく。つまり、「どのような公的サービスが必要か」を念頭に置くのではなく、その人の困り  
ごとについて、本人の持てる力や地域で活用できる資源（近隣の助け、ボランティア、NPO

法人や福祉組織の制度外サービスなど)を活かしながら「どうすれば本人が幸せに生活できるか」の視点からアセスメントして支援していく。「本人の力や地域の資源に期待するストレングスモデル」であるということができる。

医療保険や介護保険による専門職のサポートが必要な部分については、家庭医に連絡したり、地域看護師につないでいく。また、解決策が見つからない場合も、相談者と一緒に探すというスタンスをとる。

本人ができること、近隣からの助けの有無などを最初に考える点はまさに「インフォーマル・ファースト」であるが、家族介護者に過重な負担がかからないように相談に乗っていくのも SWT の重要な仕事であり、介護者支援に力を入れている点にも着目したい。

### 3. ソーシャルヴァイクチームにおける支援と経路

<ねらい>

SWT が目指すところは、①普遍的アプローチ、②「市民に近く、低い敷居」、③多専門職アプローチ、④早期発見と予防、である (movisie, 2015)。

世代を超えて子どもから高齢者までを視野に入れ、年齢や障害の種別を超えて支援しており、貧困、就業、住居、身体障害、知的障害、精神障害、孤立、虚弱化の課題から家事援助まで、よろず相談的な包括性や、窓口の一本化を目指している。また、「市民に近く」は重要なテーマであり、敷居を低くして、市民にとってアクセスしやすく気軽に行ける窓口を目指している。加えて、チーム内に多くの専門職を置き、多様なニーズに的確に連携して対応できるようにしている。さらに、早期発見と予防の効果を狙っている。敷居を低くして気軽に相談してもらうことで早期発見でき、予防につながるのである。

<支援にあたるスタッフが共有している価値>

実際に SWT で働くのは、ソーシャルワークや高齢者支援に関する専門職であり、Wmo について知り尽くしている人々である。地域看護師や精神疾患や自閉症の専門家なども含まれているので、福祉から介護・看護にわたる幅広い相談を一か所で受けることができる。多くの窓口を訪問しても解決策が得られない場合、さまざまな窓口を訪ねて同じことを何度も話さなければならない。SWT はその解消を狙っている。また、市内を区分してエリアごとに配置されるので、スタッフは地域特性や住民の課題をよく知っている。例えば、ライデン市(人口 11 万人)の場合、市内を 8 地区に分けて地区毎にチームを配置している。

スタッフ構成として、「第一線ケア提供者」「第二線組織」「その他の関連組織」があげられる。「第一線ケア提供者」は市内にある在宅ケア事業所や自治体のソーシャルワーカーや地域看護師であり、ライデン市の場合こうした組織から優れた職員を集めている。「第二線組織」はより専門性の高い専門職能団体の職員である。精神保健や依存症ケアの専門職協会 GGZ、障害者の自立を支援する MEE などがこれにあたり、地域で支援にあたるこうした特定領域の専門職者の協力も得る。また、「その他の関連組織」には住宅協会や警察も含まれている。

最も注目したいのは「ゼロ線支援」であり、これが地域住民やボランティアに該当する。「ゼロ線」と最前線に位置づけ、制度に頼ることなく住民の助け合いで問題解決を図ろうという姿勢が伺われる。

また、アセスメントや支援にあたって重視されている価値は、T 型プロフェッショナル、インフォーマル・ファースト、ストレングス&ウェルビーイング・アプローチである。

T 型プロフェッショナルとは、専門職者でありながらも、市民目線で生活全体を見るホリ

スティックで広い視点をもつ専門職のことである。相談は多岐にわたり、貧困と無色、精神疾患、あるいは、身体的虚弱化と孤立など、複数の問題を抱える相談が多いため、連携するとはいえ専門領域に固定化されているのは問題解決がむずかしい。

また、ニーズをそのまま公的サービスに結びつけるのではなく、本人の力や地域資源にまずは目を向け、本人のウェルビーイング（幸福）にとって必要なものを探りともに考える価値観が重視されている。同時に、家族介護者に過重な負担かないように、ケアラー（介護者）支援にも力を入れている。

これらは、かつての「ニーズ存在」がそのまま「サービス提供」につながっていた福祉国家のあり方とは、180度の転換である。

#### <相談内容と社会資源>

SWTの相談内容は、8割が比較的シンプルなケースで、15%が複数の問題を抱える多問題世帯、残る5%が非常に難しいケースである（2016年ライデン市訪問；服部、2016）。

シンプルなケースの例として、本研究の仮想ケース1（日本の要支援1に相当）について考えてみる。ケース1の方がSWTに相談に来る可能性は大いにある。脊柱管狭窄症で腰痛があり、外出がままならなくなっている人に対しては、薬の飲み忘れなど地域看護師のサービスが必要ではあるが、人に会わなくなっているという社会的な側面については表1にあるような、ともに時間を過ごせる場やアクティビティを紹介して、参加を勧める。

家事援助が必要な場合は、基本的にはWmoからのサービス提供となるため、市役所（ライデン市）のWmoロケット（窓口）に申請して判定を受ける。補助器具や住宅改修についても同様の手続きである。Wmoの管轄下で行なわれているデイケアもあり、これにも判定が必要であり費用がかかる。こうしたWmoロケットへの紹介は、SWTや家庭医からなされることが多い。

Wmoには家族介護者の負担軽減というテーマもあり、ライデン市では「代理マントルケア」という制度を創設している。代理マントルケアは介護者宅を訪問して、ともにお茶を飲んだり散歩したりして息抜きの時間を過ごす。「旅行ホリデー」と称して要介護者も一緒に旅行をしたりして休息の時間をつくり出すものである。家族介護者の中には、過剰負担になっていることに気づいていない人が多く、家庭医などの協力を得て情報提供を活発に行っている。

費用負担についてであるが、SWTの相談と支援に関しては無料である。しかし、WmoやZvwから提供される家事援助やデイケアは所得に応じた自己負担が生じる。表1にあるようなボランティアやNPO法人が行っているものは無料で利用することができる。

表 1 地域における社会交流の場（ライデン市、2017 年訪問調査）

種類	内容
クラブ活動	手芸やスポーツなど、趣味を同じくする人の同好会。
コーヒーモーニング	朝の時間にコーヒーを飲みながら会話を楽しむ会で、自由に参加できる。
体操・運動	体操、ヨガ、ダンスなど、身体を動かす。転倒予防を目的にしたものもある。
デイケア	市が管轄する 2 種類のデイケア ①参加自由なもの＝判定不要 ・コーヒーモーニングなど ②Wmo のデイケア＝判定が必要 ・孤立化、行動症状など、複数の社会的問題がある人 ・軽度の認知症 *介護・看護が必要な重度認知症の人の Wlz/Zvw 管轄のデイケアもある。
マーチェ・サービス	マーチェとは「友達、仲間」の意味で、友達として自宅を訪問して話し相手になる、散歩同行、移民・難民にオランダ語を教える、薬物依存症やアルコール依存症の人を支える、精神疾患のある人と関係をつくって暮らしを支えるなどの活動を行う。
地域の食事会	ナーシングホームや高齢者住宅のレストランを利用して低額な料金（6 ユーロ前後）で食事を提供し、高齢者などが集える機会を創出。

表 1 の他にも、「して欲しい」と「できます」をマッチングする BUUV、シェアリングミールなど、地域にはさまざまなボランティア活動やそれらを組織する団体がある（平成 28 年度報告書、95-105 ページ）。インフォーマル支援の多様性については、「V. 2. サービスと（生活）支援（フォーマルとインフォーマル）国際比較表」を参照ください。

#### <紹介の経路：GP>

SWT へは市民が直接アクセスするというより、家庭医（GP）から紹介がなされるケースが増えている。ライデン市でのインタビューから興味深い内容を聞くことができた。

医療的ニーズがそれほど高くなく、外出しなくなっているというような社会性に関する問題を抱えたケースでは、GP は に相談することも奨める。ライデン市ではこれを良い傾向と捉え、本人のウェルビーイング向上の視点から、GP と SWT の連携をより強力に推進しようと目論んでいる。

朝のコーヒーを一緒に飲む「コーヒーモーニング」にもさまざまなタイプがあり、家庭医として活躍してきた 85 歳の男性が主催するものもある。また、講師を呼んできて話しを聞き、ディベートを行なう政治カフェなどもある。そこには、医療関係者は不在である。各自にあった交流の場があれば、参加することが楽しみになり、いきいきと輝くことができるはずである。このような場の効用をドクターが認めており、SWT との連携が始まっている。GP だけでなく、地域看護師も SWT を紹介する。

#### 4. ケアプロバイダー「Activite」の訪問看護師

Activite は訪問介護・看護サービスを提供する在宅ケア事業所（ケアプロバイダー）である。身体介護、看護、家事支援を提供している。本体はライデン市近辺に、ナーシングホームや高齢者住宅などの複合施設を 10 カ所運営している、大規模な福祉組織 Activite である。

訪れたのは拠点の一つで、住宅団地と融合する形で高齢者住宅がありその一角に在宅ケアの事務所があった。インタビューに答えてくださったのは、地域看護師 Kim Oudshoorn さん（看護師レベル 5）である。ちなみに、Activite のモットーは「よいケアのための協働（samen voor de beste zorg）」である。

### <概要>

提供するサービスは訪問介護・看護であるが、顧客の9割が医療保険（Zvw）利用者であり、1割がWlzの重度者である。Wmoの家事支援（自治体の認定）については、Activite Plusという別組織から提供している。

提供エリアはライダードルプ市<sup>1</sup>（人口2.7万人）全域とその近辺である。スタッフは、レベル5看護師<sup>2</sup>5名、レベル4看護師25名、レベル1, 2, 3看護師が数十人働いている。レベル1が家事支援、レベル2と3が身体介護を担う介護士であり、レベル3は医療的ケアの一部ができる。レベル4が看護短大卒の看護師、レベル5が学士資格の看護師である。

### <地域看護師の仕事：アセスメントとプラン>

Oudshoornさんは看護師として、傷の手当とターミナルケアを担当している。レベル5看護師であるので医療保険（Zvw）の利用の可否を含め、ケアの内容・量・回数を判定し（インディケーション）、組み立て（プラン）を行なう。GPや病院とのコーディネーション、連絡も重要な仕事である。レベル5の地域看護師がZvwの査定を行うようになったのは、2015年の法律改正後である。査定を行うためには、3日間の研修（社内）を受ける必要がある。

公平中立性が要求される査定をプロバイダーの看護師が行うことに疑問を感じるが、「査定者としての責任があるので正当性のない査定は行わない。妥当性を越えたケアを多く提供していると、医療保険会社から警告が出されるし、定期的に厳しい監査を受けている」との答えであった。

医療保険（Zvw）は医療的ニーズがあること、看護が必要であることが条件となるので、アセスメントは「医療的ケアが必要かどうか」がポイントとなる。そのため、本人にどういった問題があるかを尋ねるだけでなく、GPに電話して確認する。

保険会社との契約で、依頼を受けてから5日以内に訪問しなければならない。今晚から必要だということならば、今晚や明朝一番に訪問する。経験を積めば、電話だけでも予測ができることであった。また、第2節で述べているように基本はチェックリストにそって判定していくが、訪問してシャワー浴をしてもらって様子を観察すると全体像を判定できる、とのことであった。

### <どこから>

Activiteなどのプロバイダーを利用するには、基本的には直接依頼できる。しかし、よく利用される3つのルートがある。

- ① 病院：退院後に訪問介護・看護の必要が予想される場合、病院からプロバイダーのリストが提示され本人が選ぶこととなる。プロバイダーに連絡が入っても利用者が満員で断ることもあるため、その際には病院で相談に乗っていく。
- ② 家庭医：家庭医が往診した際、足のむくみに対して包帯の締め直しが必要な場合やターミナル期など、家庭医から訪問看護アレンジの依頼がくる。
- ③ SWT：SWTに相談したが、自助や地域の助け合いだけでは問題解決が難しく、医療的ニーズがある場合にはプロバイダーが紹介される。

### <連携>

利用者の9割が医療保険利用者であり、「医療ニーズがあること」が条件であるため、GPとの連携は欠かせない。

OTとの連携による自立支援も常に念頭に置き、「できるだけ自立できるように」と考えて

いる。Activite の場合、連携しているナーシングホーム組織の OT と連携している。GP から紹介を受けた方がすでに OT によるリハビリを受けている場合、契約関係がなくても連絡をとって、日常の変化や気づいた点について連絡を入れるようにしている。

また、アセスメントでは家族や友人関係、交流などの社会的側面についてもチェックするので、交流が少ないと判断した場合は、ボランティアを派遣して話し相手や散歩友達になってくれるようなマーチェ組織（友達ボランティア）の活用を奨める。SWT の出番であるが、この際 Oudshoorn さんが SWT に連絡をとるのではなく、できるだけ本人か家族が連絡を取るよう勧めている。本人の希望は自分自身で伝えるほうがいい、という考え方である。また、アドバイスしたり組織を紹介しても、実行に移さなければ「それは本人の責任」である。本人の選択と本人の責任の上に、制度は成り立っているのである。

## 5. リハビリテーション・クリニック<sup>3)</sup>「Topaz Revitel」 訪問

より長く在宅生活を続けるために、リハビリの効果を上げていくことはオランダ政府の方針にもなっている。これまでオランダでは、高齢者を対象としたリハビリの顕著な例を見聞してこなかった。しかし、今回「リハビリテーションプログラムを提供するホテル」とも言える「トパズ・リビテル (Topaz Revitel)<sup>4)</sup>」を視察することができた。

Wilco Achterberg 教授（老年医学）はライデン大学老年医学科の教授であり、老年医学の講義、老年医学専門医教育を担当している。その他にも、Topaz のナーシングホームでもリハビリテーションを実践施療している。

ライデンはスペインとの独立戦争の時に、市民がよく戦って降伏しなかった都市として、当時の総督からライデン大学を作ってもらった自由と自立の気風あふれる街である。ライデン駅の近くには「ライデン大学メディカルセンター (LUMC)」があるが、この会議室で話を聞いたのち、リビテルを訪ねた。LUMC の近辺は、医療関係の会社が集まってバイオメディカル地域となっている。

Topaz Revitel (リハビリ・クリニック) は、ライデン駅にほど近いビルの 2 フロアで運営されている。72 床のリハビリ強化型施設である。以前は同場所で、AWBZ (介護保険) 下で「ナーシングホームにおけるリハビリテーション」という位置づけで運営していた。しかし、利用者は「ここを出てもナーシングホーム入所になるのではないか」という気持ちでモチベーションが上がらず、期待どおりの成果が上がらなかった。

そこで、「ライデン大学付属病院に近いホテル」というコンセプトを取り入れ、医師と OT・PT のチームによるレベルの高いリハビリを提供する施設として再スタートすることとなった。身体介護などのローケア<sup>5)</sup> 提供が目的ではなく、リハビリによって確実に在宅復帰を目指す施設である。このことは裏返せば、在宅復帰が出来なければパフォーマンスが低いと見做され、保険会社との次年度の契約更新ができなくなるということを意味する。さらに言えば、報酬の高いサービス提供に切り替えたのである。

医療的リハビリは、かつては AWBZ の管轄であった。しかし現在は医療保険 (Zvw) 管轄であるため、Revitel は医療保険によって運営されている。医療報酬は、脳卒中とそれ以外、リハビリの施療時間、滞在日数、院内施療と院外施療などの組み合わせで 40 種類のパッケージがあり、保険会社に請求書を出すことになる。宿泊費・食費も含まれた固定価格方式である。Achterberg 教授をはじめ多くの医療関係者が、医療費用、ケア費用、宿泊費・食費の分割を望んでいるとのことであった、

医療保険では自己負担金の最高限度額が 395 ユーロと定められており、これを超えるとす

べて医療保険で支払われる。ここに来る患者は、それまでに様々な医療サービスを受けているため、Revitelでの費用は医療保険でカバーされ自己負担が生じることは稀である。

オランダには「ケアホテル」という類型があり、AWBZの「認定レベル9(リハビリ)」を対象として短期のリハビリによって状態の改善を目指す施設である。Revitelと比べると、ケアホテルもローレベルに属するとのことであった。

ケアホテルとは異なり、Revitelの対象者はあくまでも「リハビリによって回復可能で、在宅復帰できる患者(高齢者)」である。具体的には、大腿骨骨折や脳卒中が25%で、最も多いのが、心臓・肺の病気やがんなど、手術のあとで身体機能が低下して自宅に帰れない人(リハビリで回復可能)である。骨折等では80歳以上、脳卒中では70歳以上、手術後の機能低下では60歳以上が多い。隣がライデン大学病院であるので、臓器移植の患者も多い。またライデン大学は、女性特有の外陰部副痘(vulva vaccinola)の手術ができる唯一の病院であり、その患者の利用もある。

#### <Topaz Revitelの設備>

建物はかなりモダンで機能的で美しく、2フロアに72床のほか、PTルーム、トレーニング・ルーム、レストランなどがある。

トレーニング・ルームでは自転車漕ぎマシンがあり、ライデン中心街の景色が20種類楽しめるようになっている。訓練用キッチンもある。

各部屋はもともとホテルであった部屋を改装したものであり、壁紙がチューリップ畑の風景であったりして鮮やかな色使いがなされている。ベッドは医療用ベッドであり、バスルームは車いすやリフトが使えるようにドアも大きく広く拡張されている。リハビリの時間だけでなく、Revitelで過ごす24時間全てが訓練であり、食事(3食)は自室ではなく基本的にレストランでとる。ここには看護師の見守りもない。見守りが必要な人用には、食事も自室でできるような広い部屋があり、ここでは看護師などが詰めている。

#### <平均滞在日数と退院プロセス>

Revitelでの平均滞在日数は、脳卒中の場合60日、大腿骨骨折で25日、その他は50日である。保険会社が医療保険法に則って厳しくチェックするので日数は減少傾向にあり、多くが訪問リハと通院リハの外来利用である。Achterberg教授の調査では、院内の訓練用キッチンでのリハビリも良いが、在宅の住み慣れた環境で訓練したほうが25%治療を減少させて効率を上げることができるとの結果を得た。Revitelは駅に近く家賃も高いため、排泄等の基本行為は滞在中に徹底して学び、自宅のできる訓練は自宅で行なうようにしている。

Revitelの在宅復帰率は90%と高い。他の組織では約70%であり、復帰率が60%程度で低いと保険会社との契約更新ができなくなる。Achterberg教授は「我々の直接の顧客は保険会社である」と表現していた。

病院からの退院の際には退院支援の看護師がいて、リハビリの場の選択肢を3つぐらい本人と家族に提案する。人工骨頭などの置換手術を受けた人はリハビリを受けずに在宅に帰る場合が多い。しかし、心疾患・肺疾患などの重複疾病がある人はリハビリが必要となる。リハビリの場としては、Revitelのように在宅復帰を確実に目指すところ、ナーシングホームなどがある。在宅復帰が難しい場合、あるいは重度の認知症の場合は伝統的なナーシングホームが奨められる。Revitelは医療保険(Zvw)の管轄であるが、ナーシングホームでは介護保険(Wlz)下で施設の追加的サービスとして提供される。人数がある程度まとまらなければ

提供できないシステムになっている。この点について、「施設入所者でも、リハビリによる機能回復は可能である。これに対して Zvw のリハビリを適応させないのは間違っている」と Achterberg 教授は疑義を呈していた。

Revitel から在宅復帰する場合は市の Wmo サービスを利用することになるので、退院の際には支援を行う。Topaz の OT が患者の自宅に行き、段差の解消や階段リフトの必要性などをチェックし、申請書に書き込んで市の窓口を案内するなどの支援である。また、身体介護が必要な場合は、ケアプロバイダーの地域看護師につなぐ。Topaz の OT と Wmo 担当者、地域看護師の連携についてはまだまだ十分とは言えないが、ライデン市では「地域脳卒中コーディネーター」などを設けて連携改善に努めている。

<注>

- 1) ライデン市の郊外都市であり、人口は 2.7 万人。南ホラン州。
- 2) オランダでは看護師・介護士を全て看護師と称しレベルで分けている。看護師レベル 1 が家事支援、レベル 2 と 3 が身体介護を担う介護士であり、レベル 3 は一部医療的ケアができる。レベル 4 が看護短大卒の看護師、レベル 5 が学士資格の看護師である。
- 3) Topaz Revitel のコンセプトは「リハビリプログラムを提供するホテル」であるが、「リハビリ・クリニック」という用語が用いられていた。
- 4) Topaz はナーシングホームなどを運営する福祉組織であり、Revitel はリハビリテーションとホテルから合成した造語である。
- 5) Achterberg 教授は、介護を「ローケア」と呼び、OT・PT によるリハビリを「ハイケア」と称した。

<参考文献>

<https://gemeente.leiden.nl/themas/wmo/sociaal-wijkteam/> (ライデン市ソーシャルヴァイクチーム、2018 年 1 月 23 日最終閲覧)

<https://www.denhaag.nl/en/general/wat-is-de-wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo.htm> (デンハーグ市社会サービス法、2018 年 1 月 31 日最終閲覧)

Movisie (2015) 'stand van zaken na de decentralisaties' 「ソーシャルヴァイクチームの全貌：地方分権化後の現状 (2015 後期)」

([http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Sociale-wijkteams-in-beeld](http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Sociale-wijkteams-in-beeld))

#### 4. ケアマネジメントの実際 仮想ケースから

株式会社 TRAPE 代表取締役 大阪大学医学系研究科保健学専攻 招聘教員  
鎌田大啓  
一般社団法人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  
沼田裕樹

##### 1. ケースの設定

日本と海外各国の長期介護スキームや高齢支援のあり方、高齢者のエンパワメントを促進する方法を比較するために「ケース1：虚弱化しつつある」「ケース2：外出が困難になってきた」「ケース3：1人暮らしが難しくなりつつある」「ケース4：1人暮らしはやや難しい」の4つの仮想ケースを作成した。また、聴き取る項目については、「ケース1」は①相談②サービス提供プロセス③モニタリングのプロセス、「ケース2」「ケース3」「ケース4」は①サービス提供プロセス②モニタリングのプロセス③認知症がある場合という項目をそれぞれ把握した。オランダにおいては、地域看護師サービスプロバイダーActiveのKim Oudshoorn氏、ライデン大学医学部教授/Topaz Revitel アドバイザーのWilco Achterberg氏から回答をいただいた。また、ライデン市役所アドバイザーのLilja Perdijk氏、国際長寿センターオランダセンター事務局長のMrieke van del Waal氏からのインタビューも分析対象としている。

##### 2. オランダの実際

###### ケース1：虚弱化しつつある

年齢：80歳	性別：女性	経済状況：標準的
世帯	子どもはおらず、夫は5年前になくなった。	
支援が必要となった経過	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いわれた。その後服薬をしているが時々飲み忘れることがある。3年前に足が痺れて痛いので整形外科を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怖いので断った。最近、自宅にこもりがちである。現在サービスは利用していないが、周りの人に「昔は色々やってきたのに、最近だんだん出来なくてなってきた」と、ぽつりと自分の状況を話している。	
日常生活・健康習慣	ゆっくりであれば身の回りのことは概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。	
社会生活	趣味のコーラスへの参加は月1回続けている。	

###### 1) 相談

サービスプロバイダーActiveの地域看護師Kim Oudshoorn氏からAさんはGPに行くことになり、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。またAさんが趣味として行っている合唱団のメンバーや、家族や知人の力を借りる事もできるだろうとの回答を得た。その上でソーシャルチームは社会活動を見て、適切な昼間の活動を探すことができる。それはAさんにとって自発的な日常的な活動となり、創造的になって、彼女は同じ年齢の人々と接触することになるだろうと回答を得た。

ライデン大学医学部教授/Topaz Revitel アドバイザーのWilco Achterberg氏からは、まずGPの元を訪れるだろうと回答を得た。

ライデン市役所アドバイザーの Lilja Perdijk 氏は 2 つの重要ポイントを示唆している。その 1 つは、社会性については徐々に人に会わないようになってきている点で、それに対して 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とのことであった。もう 1 つは、薬を飲むのを時々忘れるという医療的な問題を持っている点であり、時間通りに薬を摂取するようにディストリクトナーズのヘルプが必要だということであった。

国際長寿センターオランダセンター事務局長の Mieke van del Waal 氏はすべての健康、医療の問題は必ず GP に行くか、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い、往診の際に自宅を見て改造もアドバイスもするだろうと述べた。それから市の窓口でコンタクトを取るようにとアドバイスする場合もあるし、ソーシャルヴァイクチームにコンタクトを取る事をアドバイスする場合もある。そして場合によっては 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とインタビューからコメントを得た。

## 2) サービス提供プロセス

Kim Oudshoorn 氏は、はじめにソーシャルチーム（自治体）が訪問して A さんの社会的状況において何が必要なかを確認する。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。また、デイケア（有料）、ボランティア紹介を行うであろうと回答を得た。

Wilco Achterberg 氏は市町村が展開する福祉サービスより掃除のサポートを受ける事ができるのではないかと回答であった。

Lilja Perdijk 氏によると市内には多くの福祉的なイベントや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。イベントやクラブ活動として例えば、コーヒーモーニング（申し込み不要で自由参加でコーヒーが飲める場が週 4 日開催されている。）、体操・運動の活動（ムーブメントアクティビティ：各自宅での転倒を予防することを目的）も各地区にある。また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）。またそれから転倒予防を目的にしたアクティビティもある。そしてオランダにはマーチェ（仲間）サービスというものがある。

オランダではリハビリの専門家が介入して調理や掃除などの生活行為力の向上を行うより単に家事サービスを提供するサポートが行なっている。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。

服薬は医療なので医療保険になる。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。薬をときどき飲み忘れることに対して、地域看護師が機器の提供を行う。

市には 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である。こちらは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である。もう 1 つは週に 3 回をぐらい通うことができる WMO が支払う査定が必要なデイケアもある。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。そこははっきりと分けられているとのコメントを得た。

Mieke van del Waal 氏は、A さんは調理と掃除が問題だと考える。掃除についてソーシ

シャルヴァイクチームは家事支援のアドバイスをする。WMO の法律下で提供する家事支援はプロの労働者が来てくれる。本人の自己負担金は所得に応じて額が変わってくる。市は複数の在宅ケアの組織と契約しているのでサービスプロバイダーは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 では支払われず、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事が多く、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とのことであった。ケース 1 が WMO の対象になるかどうかについて先ほどの Kim Oudshoorn 氏からのコメントを補足するような事をインタビュー時に聞いた。ソーシャルヴァイクチーム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こともするが、これは人によりさまざまだとのことであった。

A さんは、筋肉機能の弱化があるので GP が PT をアレンジするだろう。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と思われる。ソーシャルヴァイクチームはアドバイスのみを実施する。どちらの場合も電話をするのは、A さん自身であるとのことであった。また、専門家サービスだけの紹介でなく、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アドバイスもすると思われる。ソーシャルヴァイクチームとしては提案はするが、参加を強制するようなことはしない。

ケース 1 は調理ができなくなっていることが課題であるが、PT はエクササイズをするのみである。PT が訪問した場合に家の改造、カーペットを外したほうがいい、ベッドは上下に動くものに代えたほうがいいなどのアドバイスまではする。また、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場合もあるとのことであった。

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している。ソーシャルヴァイクチームは WMO のサービスの紹介、査定などを行いソーシャルワーカーを紹介する。

医療保険の部分は、チーム内の看護師が対応し、看護師として役割を果たしている。そして 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、看護師が A さん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のかと思ったときはそのことを GP に相談し、判断する。

おそらく A さんについては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、さまざまな専門性を持った人を派遣するであろう。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。

### 3) モニタリングのプロセス

Kim Oudshoorn 氏からは、GP からのサポーターは数ヶ月に一度、A さんを訪問すると回答している。

Mrieke van del Waal 氏からは理想的には 3 か月後くらいではないかとのコメントを得ている。

## ケース 2：外出が困難になってきた

年齢：75歳	性別：男性	経済状況：標準的
世帯	ひとり暮らしで、妻は2年に他界している。子どもは他県に住んでいる 長男がいるが、訪問は2ヶ月に1度程度	
支援が必要 となった経過	1年半前に脳梗塞を発症したことにより右麻痺がある。	
日常生活・ 健康習慣	杖を使えば何とか外出できる。入浴時の着替え、洗髪などに一部介助が必要。	
社会生活	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	

### 1) サービス提供プロセス

Kim Oudshoorn 氏によると、B さんは診察を受けて GP に自分の問題がどのようなものかを知らせる。その GP（または助手）は、B さん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。B さんはシャワーや服を脱ぐのに助けが必要である。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ということである。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。GP は現在の在宅ケアの地区看護師に B さんを紹介する。もう 1 つには、地区看護師は、社会的な分野でさらにサポートが必要だと見るだろう。地区看護師は再び査定をして、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。B さん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、B さんは 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 B さんが望むなら、デイケアに行くかもしれないし、ボランティアと外に出ることもできる。

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。これらはもちろんすべて、本人との協議を通して行われる。

Wilco Achterberg 氏は、B さんは最初に GP に相談に行き、清掃のサポートなどを受けることができるだろうと回答している。

Lilja Perdijk 氏は、B さんは地域看護師の医療的ケアが必要であると考え。シャワー、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。ピアソンメソッド(ボランティア奨励活動) というものがあり、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よと奨励する活動のことである。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ようという気持ちがある人だ。奨励されると動く。B さん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が、B さんのような人は自分の今までの知識と経験を使ってもらって喜びを得たいということがあるのではないかと考える。ライデン市の特色として知的労働者だった人が多く、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行ったりしているとのコメントを得た。

### 2) 認知症がある場合

Kim Oudshoorn 氏によると認知症があれば、GP の診察中にコンタクトパーソンが出席し、B さんの場合それは彼の息子になる。認知症の場合は、地区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 GP を通じて呼ばれる。これは地域の在宅ケア組織の地区看護師である。この地区看護師は、B さんの問題の場合、数ヶ月に一度 B さんを訪ねることになるだろう。B さんの記憶がどのようになっているのか、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 B さん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、B さんは活性化されるだろうと回答している。認知症であれば、適切なデイケア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と回答を得た。

### ケース 3：1 人暮らしが難しくなりつつある

年齢：88 歳	性別：女性	経済状況：不明
世帯	夫と二人暮らし。近所に娘が住む。	
住居	二人暮らし	
支援が必要となった経過	2 年前に変形性膝関節症と診断され、対処療法をしているが、痛みが強くなっている。 家事がほとんどできない状態になってきており、近所に住む娘が支えてきたが介護負担が大きくなってきている。また、糖尿病もある中、服薬コントロールをしている。	
日常生活・健康習慣	隣町に長女が住んでいる。仕事をしており、本人宅への訪問は、1 週間に 1 度程度である。	
社会生活	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必要な状況となっている。	

#### 1) サービス提供プロセス

Kim Oudshoorn 氏によると最初の協議はおそらく GP と行われ、その際自分で行くか、あるいは娘が GP と接触することもできる。相談を受けた GP は、娘が過負荷になっているためだにおそらく彼女に合うパーソナルケアを提供するだろうとのことであった。そして、査定については地区看護師が行い、パーソナルケアは在宅介護機関によって行われる。地区看護師は自宅で暮らし続けることがまだできるかどうかを観察する。1 日 24 時間のケアが必要な場合（転倒の危険のために）、C さんはナーシングホーム入所資格がある。

Wilco Achterberg 氏は最初に GP へ相談することから始まり、CIZ による査定を求めるとしている。そして提供されると想定されるサービスとしては、食事介助などの介護サービスやボランティアによる家事援助などであると回答している。

Lilja Perdijk 氏は、このケースでは娘にかなり負担がかかっていると考える。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（インフォーマルケア）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おり、娘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。そのため、市としては娘の過剰な負担を避けるための支援を検討する。具体的には市からマントルケア支援を提供する。さらにマントルケア者の代理の人（ボランティア組織）を時々送るということを行う。

このように介護者が介護の過剰負担の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 の言うことには耳を傾ける介護者が多いため、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おり、その1つとして GP の待合室にもパンフレットを置いてもらっているとインタビューで確認できた。

また、C さんへのサービスの提供については、デイケアの必要性が高く査定を受けるべき事例と思われる。なぜなら薬も忘れやすく毎日こういう状態であるので査定の対象である。しかしまず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を考える。その上でデイケアを検討することになり、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。

## 2) モニタリングのプロセス

Kim Oudshoorn 氏は、地区看護師は引き続き状況を観察し、開業医も引き続き状況を観察し、必要に応じて地区看護師にフィードバックを提供すると回答している。

また、Wilco Achterberg 氏も地区の看護担当が観察すると同様のことを述べている。

## 3) 認知症がある場合

Kim Oudshoorn 氏は、GP は娘が相談に出席するかどうか尋ねることになると述べている。また、C さんが認知症と診断された場合家庭の状況はさらに困難となり、C さんは自分自身を世話することはほとんどできずに致命的なことになるかもしれない。その1つであるトイレへの移動については手助けの必要があり、さらに認知症があれば一支援は問題なく行われる。このような中での自宅での生活はおそらく非常に危険であり、地区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し、ここで CIZ からの指示が必要になってくる。そして、地区看護師は一般開業医と一緒にこれを求めることになると回答している。

## ケース 4：1 人暮らしはやや難しい

年齢：80 歳	性別：女性	経済状況：不明
世帯	夫と二人暮らし	
住居	二人暮らし	
支援が必要となった経過	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、両膝の変形性膝関節症、変形性膝腰椎症、	
日常生活・健康習慣	夫が家事全般や介護を献身的に行っている。	
社会生活	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。	

## 1) サービス提供プロセス

Kim Oudshoorn 氏は、D さんは糖尿病のため、GP やその助手が関わっているはずであり介護開始のための査定会議をしてもらうために地区看護師に相談するであろうと述べる。

そして D さんはケアを開始するために在宅ケア組織に連絡する。地区看護師は、家族と面接を行って病歴を確認する。査定は D さんにとって必要なケアと看護を示すものとなる。

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どうか議論される。糖尿病については、GP 助手により血糖値コントロールなどの管理が行なわれる。介護者が過度の負担や健康上の問題がある場合、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評価する。

D さんが提供される可能性のあるサービスは、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）というサポートである。ケアのために必要な器具は、地区看護師が注文する。また、地区看護師は、どのケアが必要か、入院の必要性を観察し、必要なケアと D さんが健康保険に適應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 D さん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。

一方、ソーシャルチームは、介護者に負担がかかり健康に問題がある場合は、家事のサポートを提供するなどの在宅支援を行うことができる。ソーシャルチームはこのことを示すだけとしており、家族はどの家事組織にするかを選択することができる。なおインフォーマルの介護者を解放するために、D さんはデイケアの活動に行くこともできるなどの回答を得た。

Wilco Achterberg 氏は、最初に GP へ相談することから始まり、CIZ による査定を求めるとしている。D さんにとって効果的なケアをするため理学療法士、作業療法士などがアセスメントに関与するであろう。そして提供されると想定されるサービスとしては、トイレ介助などの身体介護などである。

## 2) モニタリングのプロセス

Kim Oudshoorn 氏によると、地区看護師は状況を観察し続け、家族と相談して訪問頻度を調整する。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。

また、Wilco Achterberg 氏も地区の看護担当が観察すると同様のことを述べている。

## 3) 認知症がある場合

Kim Oudshoorn 氏によると、認知症があれば一般開業医がケースマネジャーを要望することができる。ケースマネジャー（地域看護師）は、状況を観察し、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。認知症の場合は、多くインフォーマル介護者の支援が行われる。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。認知症を扱う際にインフォーマル介護者からの支援が少ない場合は、地区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。

## 3. まとめ

相談において、オランダでは最初の窓口は GP であることが回答・ヒアリングを通してわかった。そして、実際には GP 助手（看護師）が本人と会いニーズを聞くこととなるようである。GP は、そのニーズが医療的問題であると判断すれば地区看護師につなぐ。一方医療的問題はないが、社会的問題があると判断すればソーシャルヴァイクチームに相談がいく可能性があるとのことであった。GP から紹介を受けた地区看護師も再度査定をして、社会的側面のサポートが必要だと判断すれば、社会的側面と在宅支援のためにソーシャルヴァイク

チームに連絡することもある。ナーシングホームのケアが必要だと考えられるケース 3、4 においては GP への相談を経て CIZ の査定を受けることとなる。

サービス提供プロセスにおける医療的問題への解決策として、ケース 1 では「薬を飲み忘れる」ということがあげられており、地区看護師のサポートが必要であるということであった。また、理学療法士に自宅改修のアドバイスを求める可能性があるとのことであった。ケース 2 では、シャワーやお風呂の支援を看護師が行い、場合によっては理学療法士の訓練を受けることができるかもしれないと説明された。ケース 3 では、食事に課題があること、転倒の危険があること、そして薬の飲み忘れがあることなどの点より食事介助、デイケアの利用、さらに重度が進んだらナーシングホーム入所などのサービスが想定される。ケース 4 では、内科疾患加療中であり、GP と助手は既に関わっており地区看護師に介護開始のための相談がなされ、トイレ介助などの身体介護や褥瘡コントロール、インスリン注射などのサポートを行う可能性があるとのことであった。また、GP からの依頼で効果的なケアを行うために理学療法士や作業療法士がアセスメントに関与する可能性もある。そして、介護者の負担がある場合デイケアを利用するという選択肢を提示することもあるようだ。

社会的問題への解説策として、ケース 1 では、ソーシャルヴァイクチームが各地で開催されているイベント、クラブ活動を紹介している。またボランティアの紹介も行う（知人に週に数回料理をしてもらえないかの打診、一緒にショッピングに行くボランティアの提案など）。ケース 1 では「調理」「掃除」が課題だと捉えられ、これに対して家事支援のアドバイスを行う。オランダでは、リハビリの専門家が介入して「調理」「掃除」などの生活行為の向上を行うより単に家事サービスを提供するサポートが多いと思われた。ケース 2 では、できる行為が多く、何かやってみたいという気持ちがある人であるので、ソーシャルヴァイクチームは、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いう視点で提案をして行く。ケース 3 では、ボランティアによる家事援助も提案される。また、介護者の過剰負担を避けるための支援を市が実施する。具体的には市からインフォーマルケア（マントルケア）支援を行う。一方 GP へは、介護者が GP の言うことに耳を傾けるため代理マントルケアの情報提供を依頼しているとのことである。ケース 4 では、ソーシャルヴァイクチームは、介護者に負担がかかり、健康に問題がある場合は、家事のサポートを提供するなどの在宅支援を検討するらしい。

モニタリングのプロセスにおいて、理想的な頻度は 3 ヶ月であるとのことであった。数ヶ月に 1 回は自宅訪問をする。この際地区 GP や看護師が継続的に観察しているとのことであった。モニタリングの期間については、目安は明示されていないようであり、地区看護師など評価者の経験値にゆだねられているようであった。

認知症がある場合において、地区看護師がコンパクトパーソンと情報共有をした中で面談を行い、数ヶ月に 1 度自宅訪問を行う。認知症の初期の段階であれば、認知症患者のグループの情報（デイケア、アルツハイマーカフェなど）が提供される。地区看護師がケースマネジャーとして多くのインフォーマルの介護者支援を提供するが、それが実現困難な場合、在宅ケアの支援を多く受けられるようである。

オランダの特徴として、サービス提供体制としては大きく 2 つに別れている医療介護的側面においては、GP や地区看護師が中心に対応しているようであった。社会的側面においてはソーシャルヴァイクチームを中心に対応しているようであった。GP や地区看護師が様々な相談を受け、必要な機関を繋いでおり、これは日本でいうケアマネジャーの役割に似ている。その一方、社会的側面を支えるソーシャルヴァイクチームが日本のケアマネジメントが目指

している、インフォーマルケア・自立支援の考えと同様の活動をしていた。ソーシャルヴァイクチームの取り組みは始まったばかりであるため今後も注目していきたい。生活の困りごとを改善しようとする視点は日本と同様であるが、生活課題の要素に対してのアプローチを行うという視点は今回あまり聞けなかった。ほとんどのケースにおいてリハビリ専門職の活用が示唆されたが、機能向上に視点がおかれ、生活行為の再獲得を通して本人が前向きになる役割を担っているという報告はあまり聞けなかった。



## IV. ドイツ

### 1. 国の概要

ドイツは16の州からなる連邦共和制の国である。1949年に西ドイツ、東ドイツに分離したが1990年10月3日に東西両ドイツは統一された。

ドイツの人口は約8290万人である(2017年)。高齢化率は21.2%(2017年)で、2050年には31.0%に上昇すると予測されている。



図

	年	ドイツ	日本
人口(百万人)	2017	82.9	126.5
高齢化(%)	2017	21.2	27.4
65歳以上単独世帯の割合	2009		16.0
合計特殊出生率	2017	1.5	
出生時平均余命	男	2015	78.3
	女	2015	83.1
			86.8

(出典) Eurostat, OECD stat

#### 1) 概要と自治体

ドイツ連邦の下には13の州(land)と3つの州都市(Stadtland)がある。州は323の郡に分かれ、郡はさらに12311の市町村に分かれる。また、郡と市町村が合わせた機能を持つ郡格市が116存在する。州を構成するこれらの組織が地方公共団体である。

州(land)および地方公共団体を合わせた機能を持つ組織が都市州(Stadtstaat)であり、ハンブルグ、ブレーメン、ベルリンの3都市がこれにあたる。州(land)と州都市(Stadtstaat)を合わせて、16の州が存在する。

#### 2) 経済

ドイツは世界有数の先進工業国であるとともに貿易大国。GDPの規模では欧州内で第1位であり、主要産業は自動車、機械、化学・製薬、電子、食品、建設、光学、医療技術、環境技術、精密機械等である。

ドイツ連邦銀行(中央銀行)は2018年の実質GDP成長率を、2.5%と予測している。製造業が好調だったことにより、2017年は設備稼働率が上昇し、設備投資も増加しており、この傾向は2018年も継続すると見込んでいる。英国のEU離脱問題の影響は限定的な一方、好況による労働力不足のための賃金上昇、中国経済の減速、米国の保護主義政策が今後のリスク要因になるとみている。

2016年度の実質 GDP 成長率は 1.77 (%) であり、一人当たりの名目 GDP は、41,902 (ドル) (2016)である。

### 3) 政治と医療・保健政策

2016年、GDPに対する医療費 (the final consumption of health care goods and services ) の割合は、11.3%でアメリカ、スイスに続く3位である。

#### <参考>

財務総合政策研究所 「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」

[https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk079/zk079\\_05.pdf](https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk079/zk079_05.pdf)

JETRO 経済動向 ドイツ

[https://www.jetro.go.jp/world/europe/de/basic\\_03.html](https://www.jetro.go.jp/world/europe/de/basic_03.html)

OECD Data Health spending

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

## 2. 要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策

吉田恵子（東京医科歯科大学大学院非常勤講師）

ドイツはこの数年、社会介護保険導入以来最も抜本的な介護改革を実施している。本稿では、介護改革をはじめとする介護と関わる法制度の近年の動向、介護認定とアセスメント、サービス決定プロセス、予防・自立支援の概要を、文献調査と現地聞き取り調査の結果を交えながら記述していく。各テーマの記述においては、本調査の関心事である在宅介護における予防・リハビリテーションと自立支援がその中でどのように実施されているか、そして改革によりどのように変化しているのかに焦点を当てていく。

### 1. ドイツの介護にかかわる制度の近年の動向

[ドイツ介護保険における在宅介護と予防策の位置づけと介護改革]

1995年に発足したドイツの介護保険は、近親者や近所の人による在宅介護を事業者（特に入所施設）による介護に対して優先し支援する原則を持つ（社会法典 11 編 3 条）。身近な人による在宅介護に対し現金給付を与えることによりこれを推進しており、発足当時は約 6 割が、現在でも 5 割弱の受給者が現金給付を受け身近な人に介護されている（連邦保健省 Bundesgesundheitsministerium 2017）。これに加え、介護に対するリハビリテーションの優先も法で定められている（社会法典 11 編 31 条）。

しかし、少子高齢化にともなう労働力不足や女性の就労率の向上、労働の流動性の高まり、家族関係の変化などにより、家族による介護を維持するのが難しい環境になってきている。また介護保険導入後は、介護における市町村の影響力が弱まったこともあり、関係主体間の連携が弱く、地域での総合的な支援体制が十分に発展してこなかった（独連邦議会 Deutscher Bundestag 2017）。これは、介護供給の確保が主に保険者である介護金庫に委ねられたこと、およびサービスインフラ整備が主に市場原理下でなされてきたことに原因があるとされる（Landsberg, 2016）。さらに介護予防や要介護者のリハビリテーション利用も、社会介護保険とこれを管轄する公的医療保険との利害の不一致などから、思うように進んでいないとされる。

ドイツの制度のさらなる特徴として、要介護の定義が従来身体障害に焦点を当ててきたことから、知的・精神障害を持つ人が要介護認定を受けにくいということがあった。高齢化に伴い急増する認知症が介護保険の対象に含まれず、介護保険発足当初から改革の必要性が叫ばれていた。近年、要介護でなくても認知症であれば要介護度 0 として、有償ボランティア等による世話サービスを利用する可能性は開かれた。とはいえ週に数時間分ほどの給付でしかなく、主に介護者に時折休息を与える意味合いのものであった。

こういった状況下で、2015 年から介護保険を抜本的に改革する法律が段階的に施行された。介護強化法である。3 回に分けて施行された介護強化法では各々、次の点に主眼が置かれた（連邦保健省ホームページ 用語説明）。

◎第一次介護強化法（2015 年 1 月施行）：

- ・在宅の要介護者および介護する近親者を支援する給付を拡大・柔軟化
- ・要介護度が認められない認知症者へも現物給付の受給権を部分的に付与

◎第二次介護強化法（2016 年 1 月施行）：

- ・新しい要介護定義の導入（身体障害と知的・精神障害を同格化。2017年から）
- ・これに伴う新しい要介護認定の導入（介助に必要な合計時間から、日常生活における自立度と能力の評価へ移行）

◎第三次介護強化法（2017年1月施行）：

- ・介護における市町村の役割強化（ケアの確保、相談、追加的世話・負担軽減給付において）

なお、2017年1月以降の給付額は以下のとおりである。

表1 介護給付額（単位：ユーロ）

サービス	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
現金給付（在宅）月額	-	316	545	728	901
現物給付（在宅）月額	-	689	1.298	1.612	1.995
デイケア月額	-	689	1.298	1.612	1.995
現物給付（入所）月額	125	770	1.262	1.775	2.005
負担軽減手当（在宅、償還）月額	125	125	125	125	125R
代替介護年額	-	1.612	1.612	1.612	1.612
ショートステイ年額	-	1.612	1.612	1.612	1.612
介護用品月額	40	40	40	40	40
住居改良給付1回ごと	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
グループホーム追加給付月額	214	214	214	214	214

（出典：<https://rh.aok.de/inhalt/leistungen-der-pflegeversicherung/>）

#### [予防法]

OECDによる「図表でみる医療」（2014）によると、慢性病患者数や肥満率が著しく増加する一方、ドイツの医療費に対する予防への支出割合は近年停滞している。例えば2008年から2012年（3.3%）の間に微減している。同時に社会保険の各保険者および自治体の間の予防における協力体制の弱さも指摘されている。

2016年7月、長年にわたる議会での議論を経て予防法（Präventionsgesetz）が施行された。同法は、高齢者というよりも全年代を対象とする。具体的には、医療・介護保険の他、リハビリテーションとも関わる年金・障害保険を対象とする法律である。予防法によりこれら保険者の代表からなる全国予防会議（Nationale Präventionskonferenz）が発足し、これが全国予防戦略を継続的に作成していくことになった。全国予防戦略は連邦枠組み勧告と報告書から成る。勧告の実施に関しては、州レベルで各保険者と州当局との間で取り決めることになっている。

介護保険との関連では、連邦保健省のプレスリリース（2016年6月）の中では以下の2点が挙げられている。

- (1) 新しい要介護定義導入を前にし、社会介護保険中央連合会に要介護鑑定ガイドラインの変更を委託。これによりMDKによる鑑定時に予防策についての調査が義務化（連邦保健省 Bundesgesundheitsministerium 2016）。
- (2) 入所型介護施設の入所者が将来健康増進策にアクセスできるよう、社会介護保険に委託。そのために予算を与える。

(2)を受けた形で、社会法典11編5条1項3文で入所型介護施設における健康増進策の実施義務や予算についてを定めた。

## [介護予防]

連邦保健省はホームページ上の「介護における予防」の欄で、以下のように予防治法以外の現行施策をまとめて紹介している（2018年3月現在）。

◎国のアクションプラン「IN FORM 健康な食事と運動のためのドイツのイニシアチブ」

◎国の健康目標「健康に老いる」の策定（2012）：

合計13の目標に、要介護の予防と、介護家族の利害の考慮が含まれる

◎連邦医療啓蒙センターによる認知症ほか高齢者の健康に関わる情報提供

◎新しい要介護アセスメント：

アセスメントの中でリハビリテーションの必要性を体系的に把握し、要介護者個人の状況に合わせたリハビリテーション策や予防策を勧告

◎介護ホーム（＝入所介護施設）へのインセンティブ：

リハビリテーションに努力し介護度を下げられた介護ホームは、介護金庫から入所者一人当たり 2952 ユーロのボーナスを受けとる。ただし半年内に介護度が再び上がった場合は返金

◎疾病金庫への制裁：

疾病金庫が要介護者に医療上不可欠なリハビリテーション措置を適時に施さなかった場合は、介護金庫に補償金 3072 ユーロを払わなければならない

◎介護家族のための予防・リハビリテーション措置：

疾病金庫は介護家族の特別なニーズを顧慮せねばならない。例えば、距離を置きたい、新たな展望が必要といった場合、予防プログラムやリハビリテーションプログラムを要求できるようにする。この間要介護者は、認定ショートケア施設や、介護保険に認定されていなくても介護家族が利用するリハビリテーション施設でケアを受けられる

## 2. ドイツの介護認定とアセスメントの概要

介護保険の給付を受けるには、要介護認定が前提となる。日本のような年齢制限は無い。法律では、自立や能力に健康上の障害があり、そのために他人の支援を必要とする人が要介護者、と定義されている。またこの状態が6ヶ月以上続いてはじめて要介護とされる（連邦保健省）。従来は身体的障害に重きが置かれていたが、第二次介護強化法により2017年からは知的・精神的な障害も同等に扱われるようになった。これにより、一日平均90分以上（うち45分以上は日常生活動作において）他人の支援を必要とすることが条件であったことから要介護が認められなかった認知症者（要介護度0）が、給付体系に本格的に組み込まれるようになった。

新制度への移行にあたり、0度だった人は自動的に2度に、精神・知的障害を伴えば既存の要介護者の重度も2度ほど引き上げられた。身体的障害しか持たない要介護者の介護度は1度の引上げに留まった。全体としては、従来要介護度0～3度だったものが介護度1～5度となった。認知症者は自動的に介護度2～5へ、またこれまでの過酷事例は5に移行された（公的医療保険中央連合会 GKV-Spitzenverband 2017）。このように見ると給付対象範囲が拡大されたのは、身体的な障害を伴わない認知症と介護度1の部分となる。定義の見直しにより、介護保険を受給する要介護者の人数は、2017年の半年間だけで従来の年間の伸び幅を大きく上回っている（表2）。

表 2 介護保険受給者数の推移

	在宅受給者数	入所受給者数	合計
2014 年末	1818052	750884	2568936
2015 年末	1907095	758014	2665109
2016 年末	1974197	775004	2749201
2017 年 6 月末	2327799	776040	3103839

\* 介護金庫事業統計から抜粋。民間介護保険は含まない

介護度 1 はこれまで要介護と認められなかった軽めの身体障害を持つ人が対象である。しかしながらこの設立目的は、自立的な生活継続のための給付であり額も月 125 ユーロである。内容的には、家事支援サービスや介護者への支援や相談が想定されており、本格的な介護給付ではない。

ドイツでアセスメントを担当するのは、疾病・介護金庫のための中立的な助言・鑑定機関で、各地に拠点を置く MDK (メディカル・サービスとも。以下 MDK) である。被保険者が加入先の介護金庫に介護給付を申請すると、介護金庫が当該地域の MDK にアセスメントを依頼。MDK の鑑定員が要介護の度合いのアセスメントを原則本人の住居や施設を訪ねて実施することになっている。アセスメントを実施するのは主に看護・介護の専門職 (看護師および老年介護士) の職員である。アセスメントには 1 時間弱かかると、MDK のホームページには記載されている。アセスメントの詳細については本年度研究の「高齢者介護予防サービス国際調査研究\_ドイツインタビュー (<http://www.ilc-japan.org/study/index.html>)」を参照願いたい。

### 3. 在宅介護のサービス決定プロセス

[認定からサービス内容決定までの流れ]

標準化されたアセスメントの結果 0 から 100 の間の点数がつき、これに基づき要介護の程度が MDK により 1~5 の 5 段階の介護度で判断される。12.5~100 であれば要介護となる。この結果は MDK から各介護金庫に通知され、介護金庫から介護度と介護給付額についての決定が申請後 5 週間以内に本人に通知されることになっている。介護度の通知の他、状況改善のための補助具やリハビリテーションの勧告もなされる。結果に不服がある場合は 4 週間以内に介護金庫に申し立てることができる (社会法典 11 編)。

原則給付の種類もサービスメニューは本人が決定する。本人、また本人が判断できない場合は家族や法的後見人が、まず現金給付、現物給付、またコンビネーション給付から給付の種類を選ぶ。身近な人が介護を担う場合は現金給付を介護金庫に申請する。身近な人による適切な在宅介護が保証できないと鑑定員が判断した場合は、事業者による現物給付が指示されることもあるという (Marburg 市 Lux 氏)。在宅で介護サービスを利用する場合は現物給付となり、サービスメニューを決め事業者と契約を結ぶ。介護度毎の給付上限を超える費用は本人が負担する。コンビネーション給付というのは現物給付で給付上限額を使いきらなかった分を現金給付で受けられるというもので、現物給付されるサービスの内容については事業者と交渉し契約する。

[介護相談]

社会法典 11 編 (介護保険法) がサービス選択の際の相談先として定めているのは、介護・疾病金庫と介護支援センターである。介護支援センターとは、州の発案で地域の疾病・介護

金庫が共同で設立・運営する相談所である。市町村や自助グループが相談事業に参加することも可能である。

公的医療保険中央連合会（以下 GKV）の調査（2012）によれば、しかしながら最も多くの方が介護相談に趣くのがキリスト教系福祉団体（主にカリタス、ディアコニー）である。これに介護・疾病金庫、在宅介護事業者、市町村の相談機関、介護支援センターが続く。本調査では、カリタス・フランクフルトの在宅介護事業所の一つである東第2事業所に、インタビューおよびケーススタディへの協力をいただいた。この東第2事業所はカリタス・フランクフルトというキリスト教系の福祉団体に属する。母体組織では、高齢者向けに住居から介護保険の各種サービス、ボランティアによるサービスまで総合的相談にのる窓口を設置している。事業者と経営母体を同じくすることから中立的とはいえないものの（吉田 2017）、認知度、信頼度、総合性により、実質的に重要な役割を担っている<sup>33)</sup>。

さらに介護保険導入前介護を管轄していた市町村が引き続き、高齢者向け相談事業の枠内で、法定の介護相談の対象をはずれるニーズに応じている場合もある。調査協力をいただいた Marburg 市はその一例である（参照：本報告書「IV.3. ドイツにおける高齢者の相談体制とケアマネジメントの実際」）。その他の一例として、フランクフルト市はカリタス・フランクフルトによる介護予防のための「予防的自宅訪問（Präventative Hausbesuche）」というプロジェクトを助成している。予防が必要とみられる高齢者の住居にカリタスの介護・看護の専門職員が半年に2～3回赴き、生活状況を確認し、予防、自立支援、もしくは介護保険利用の準備のための助言をするというものだ。助言内容としては、転倒防止策の提案や、（有償）ボランティアによる家事支援グループや近所の在宅介護事業者などの紹介だ。家庭医や理学療法士ほか、他のテーマ（例：リビングウィル）の講演会に訪れる元気な高齢者や教会区のボランティア等と協力関係を結び、訪問すべき高齢者の紹介を受けている。

福祉団体と市町村の他に、家庭医の役割も言及しておくべきだろう。ドイツ人の約9割は家庭医を決めており、この割合は高齢になるほど高くなる。家庭医にはコーディネーション役が期待されており、介護保険をはじめ、各種サービスや措置の重要な案内役を担っている（ドイツ家庭医協会 Deutscher Hausärzteverband）。英国やオランダのような強制的制度ではないものの、ドイツ政府も家庭医制度を推進している。GKVの調査でも、介護相談やケースマネジメントの利用者の約半数が、家庭医から情報提供を受けたと答えている（GKV Spitzenverband 2012）。

身近な人から在宅介護を受ける現金給付受給者においてはまた、半年（介護度2、3）もしくは4半期毎（介護度4、5）に、介護の専門家による相談訪問を受けることが義務づけられている。在宅介護の質の確保、および在宅介護者への定期的手助けと介護の専門家による実用的な支援のためのもので、主に在宅介護事業者が請け負っている。ある調査によれば訪問相談時に在宅介護事業者は、介護に関する改善案や助言のほか、補助具や住宅改造、介護コース参加に関する助言も与えており、要介護者と介護者の両方の自立支援や予防に役立っているとみることができる（Büscher et al. 2010）。

#### [ケースマネジメント]

ドイツでは、社会福祉的な措置も含んだ総合的なケアプランとそのこれに必要な手続きの実施をケースマネジメントと呼んでいる。当人が希望すれば中長期的に継続的な相談にもなる。しかしこれは複合的なケースが対象とされており、GKVによればこれが必要なのは相談者6～7人に1人ほど、と見積られている（吉田 2017）。このケースマネジメントは、社

会福祉的措置と介護・医療サービスの両面から助言ができるようにと、自治体と保険者が共同で運営する介護支援センターが主に担うことが想定されている。調査に協力をいただいたマールブルク市の介護支援センターも、介護金庫と市が共同で相談を提供しており、複雑なケースを対象にケースマネジメントを実施していた。難しいケースにおいては、市と保険者以外の関与者（病院、アルツハイマー協会、ボランティアなど）も含めたケース・カンファレンスも実施していた。また普段から地域におけるネットワークの構築に努めているという。詳細は本報告書「IV.3. ドイツにおける高齢者の相談体制とケアマネジメントの実際」を参照にされたい。

[在宅介護事業者のケアプランおよびケアメニュー決定における役割]

要介護者が在宅現物給付の利用を決めた場合は、通常複数ある近隣の在宅事業者のうちからめばしい事業者を選び、連絡する。連絡をうけた事業者は、要介護者の自宅に赴き、ニーズに併せてメニューを組み、それに対し見積りを出す。カリタス・フランクフルトの在宅介護事業所・東第2事業所の管理者 Specht 氏によれば、この際に見積りが高すぎるといわれ何回かやり直すことが多い、という。サービス料金は項目ごとに費用負担者（主に介護金庫）との団体交渉で決まっていることから、見積り額を下げるとなると、サービス量を減らすしかなくなる（参照：カリタス・フランクフルトからの回答）。ドイツの介護保険は、部分保険制により、個人が金銭的余裕やニーズに基づいて給付範囲および内容を決めることからモラルハザードは抑止されるとされており（Rothgang 2005）、当証言はこれを裏付けている。個人の財力によって過小給付になる危険も、「必要なサービスを支払う能力が無い場合は、市町村が負担する義務がある。そのような場合に私達は市の当局で扶助を申請するよう働きかける」（Specht 氏）ので、原則的には無いといえる。

ケースマネジメントの適用範囲が限られているドイツでは、在宅分野においては実質的に在宅介護事業者が、介護とそれ以外の分野の連携の要になっているとみることができる。在宅介護事業者は、介護の他、医師の処方があれば医療保険が給付する在宅看護も提供している。また医療ニーズを認めれば、行きつけの家庭医に行くよう提案する。例えばケーススタディの第4例の場合、医療保険が疾病管理プログラムの枠内で推進する糖尿病研修に行くことを当人および家族に勧めるとしている。さらに、在宅介護において大きなシェアを持つカリタスやディアコニーといった有力福祉団体は、最近の介護改革により給付が拡大された有償ボランティアによる世話や、日常支援（通院、役所、買い物等への付き添い）、家事支援サービスといった事業も展開している（参照：データリクエスト カリタス東第2事業所からの回答「国際比較調査研究 資料集〈<http://www.ilcjournal.org/study/index.html>〉」）。生活または社会的なニーズも認めれば、利用者にそういったサービスの存在と保険適用の可能性を知らせ、連絡先や申請の仕方を教える。さらに配食サービスといった保険適用外のサービス事業者の紹介も行っている。これら仲介はサービスの一環として無料でなされている。カリタス内の複数の事業分野間でサービスを仲介しあっていると見ることもできる。しかし実際のところ、そういった直接的な利害の枠外でも、医療、役所、各種サービスとの繋ぎ役を買って出る。

カリタスでは、従業員の給与が同福祉団体に属する事業者に横断的に適用される労働協約（Tarifvertrag）に基づいて支払われていることから、民間営利の事業者と比べると料金が若干高めだ（Specht 氏）。同時にフランクフルトのような都市部においては事業者間の競争も激しい。継続的に状態を監視する日本のケアマネージャーに相当する機能が存在しない上に、

同業者間でのサービス競争もあり、在宅事業者が自ずとコーディネーション役を果たしているとみることができそうだ。

#### 4. 在宅要支援・要介護者のための予防と自立支援

[在宅介護事業者の 予防・自立支援における役割]

カリタスの見積もりフォーマット（参照：本報告書「資料編 オランダ、イギリス資料」）を見ても、リハビリテーションや予防的な措置というのは見当たらない。予防的措置の指示は原則家庭医が行い、これに疾病金庫が合意すれば給付となる。そういったことから介護在宅事業者はリハビリ的措置とは関わりがないという（Specht 氏）。ちなみに同見積もりフォーマットにあるサービス項目の種類は、原則州レベルで、費用負担者（主に介護金庫）とサービス提供者（例：カリタス）の間の団体交渉で決められ、他の事業者もほぼ同様である。

要介護者においては、しかしながら予防策を行っても恩恵をうけるのはどちらかといえば介護金庫になることなどから、疾病金庫は要介護者のリハビリテーションには消極的であった。そういったことから 2012 年より要介護認定の中で MDK も、補助具給付と合わせて、要介護を予防、克服、または悪化を防ぐために、リハビリテーション・予防策を勧告できるようになった。この場合通常必要な医師の処方も疾病金庫の同意も不要となる。この変更を受け、アセスメントを行う MDK 鑑定員にも研修が施された。これにより在宅での要介護認定数に対する予防策・リハビリテーション勧告の割合は 0.7%（2013）から 2.3%（2015）に増えた（吉田 2017）。この数について当時のグレーヘ連邦保健大臣は「方向性は正しいが、増加の余地はまだ大きい」と見解を述べている。2017 年以降は新しい要介護認定ガイドラインで定められた定義に基づき、リハビリテーション・予防策のニーズがさらに体系的に把握されるようになった（連邦保健省 2018）。ちなみに要介護鑑定ガイドラインには、高齢の要介護者向けの策として、医学的リハビリテーション、住宅改造、補助具、各種療法（理学療法や言語療法）、健康指導、予防策（運動、転倒予防、減量、食事、心理社会的健康の改善、中毒症対策のための教室への参加）が挙げられている。

ドイツの在宅では予防を全く考慮していないかのようにみえるが、介護のやり方自体は予防的であることを言及しておかねばならない。2017 年、介護福祉士・ホームヘルパーの資格を持ち、名古屋柳城短期大学で准教授として介護を教える大崎千秋氏がドイツの在宅介護を見学し「日本の介護の何倍もの時間をかけて、患者ができることは自分でさせている」と述べていた。これは「介護事業者に活性化させる介護（Aktivierende Pflege）が義務づけられているからである」と Specht 氏は説明する。例えば、介護士が患者の身体をベッド上で拭いてしまえば効率的だが、わざわざ洗面所やシャワー室に連れて行き、可能な範囲で自分で洗うようにさせている。時間はとてもかかる。時間をかけたからといって事業者の報酬が多くなるわけではないので、ジレンマだ。そのせいで倒産する事業者もある」と話す。効率的な介護を優先することは「許されていない。定期的に MDK による審査があり、活性化させる介護をしていないと点数を引かれる。他方、患者さんが元気になってくれること自体は嬉しい。実際に病気で寝たきりだった人が歩けるようになった例もある」とのことである。

MDK による事業者評価の結果はまたインターネットで公表もされる。活性化させる介護の法的根拠は社会法典 11 編の 2 条および 11 条にある。例えば 2 条には「支援は、要介護者の身体・知・精神力を再生または維持するように行われねばならない」とある。

在宅介護事業者はさらに、予防また自立支援目的で補助具や住宅改造を提案する義務を負う（Specht 氏）。絨毯の除去（ケーススタディー第 1 例）、手すり、シャワー用チェア、トイレ

レ椅子（第 3 例）、シャワーリフト、トイレ椅子、車椅子購入の提案、および介護者への夫への教育（第 4 例）は、この目的のためになされている。独居の人に対しては、レクリエーションや話し相手を行う有償ボランティア利用の提案が必ずなされており、社会参加も配慮している。

2017 年からまた、負担軽減手当（Entlastungsbetrag 。125 ユーロ）全要介護者が利用できるようになり、Specht 氏もケーススタディの全例に対し提案している。負担軽減手当は原則身体介護など従来現物給付されるサービス以外のサービスのための給付であり、例えば在宅または通所の世話サービスほか、家事支援や病院への付き添いなどに使える。同給付は、本格的な介護給付はなされない介護度 1 の軽度者も利用できる。申請手続き等の面倒が少なく使い勝手もよい。これによって施設入所を避け自宅に留まれるケースは増えた印象がある、と Specht 氏は語る。

#### [市町村の役割強化]

2015 年の連邦と州によるワーキンググループによる介護における市町村の役割強化に関する勧告が、第三次介護強化法で実施されることが決まった。

同勧告の目的は要介護者ができるだけ長く慣れ親しんだ環境に留まれるような社会空間を開発していくことにある。このために次の 4 つの分野において施策がなされることになった（連邦保健省 ホームページ）。

##### (1) 供給確保

その一つとして、新しい総合的な相談構造を試行する。モデルとなる市町村を最大で 60 選び、5 年間のモデルプロジェクトを実施。ここでは市町村が、介護相談、在宅介護者への訪問相談、介護者への介護コース実施を管轄・指揮する。また介護支援センター設立発案権、介護金庫から市町村への移行を 5 年の期限付きで試行する。

(2) 使いやすいサービス（niedrigschwellige Angebote）の構築・拡張への、市町村の参加の推進。

(3) 要介護者への相談への関係主体間の連携と、透明性の向上のための、州レベルでの枠組み合意。

(4) 高齢者向き住環境の推進（住形態の多様化；代替的住形態と手頃な高齢者向き住空間の提供）

また、介護金庫と市町村の支援・世話サービスの間の連携、および連邦・州・市町村間の連携を改善するために、全ての関係主体が既存サービスと費用に関するデータにアクセスできるようにする。そのためには新たな研究・調査を実施することが勧められる（連邦保健省 ホームページ。用語説明）。

ドイツ市町村連合は、市町村の介護における役割強化勧告発表後の 2016 年、介護政策に対する市町村の立場表明を発している（Deutscher Städte- und Gemeindebund 2016）。その中で、今後市町村が実施していくべきコンセプトや策が挙げられている。ここから、在宅介護推進と、自立支援、予防と関わる策を以下に抜粋する。

・ニーズに合った支援提供のために、小さめの区画の中での良く構造化されネットワーク化

された多様な種類の支援システム構築

- ・最重度になっても住める在宅介護および入所介護施設に代わる選択肢の整備。例：住居共同体、グループホーム、ケア付き住居、多世代の家など
- ・住居・住環境のバリアフリー化、家賃の適正化、および高齢者に適したインフラの構築（介護サービス、買い物、移動、余暇、地域市民のアイデンティティ強化）
- ・日常的な支援・介護ニーズに応えるために、市民活動の多様化を促進
- ・出会いの場の創造と近所関係の推進による社会的ネットワークを強化。例えば 多世代の家やファミリーセンターの開発
- ・予防や健康増進策における、公的保健機関および地域の非営利のスポーツクラブなどとの協力（参考例：2016年国際長寿センターが調査訪問した Arnsberg 市のスポーツリハビリテーションやクナイブ）
- ・高齢者支援と医療・介護の連携推進
- ・介護家族の負担軽減のためのプロジェクトの推進。例：近所間ネットワーク
- ・介護保険でカバーされない支援を含めた市町村による総合的で地域に密着した相談事業

## 5. 結論

介護保険の対象・給付範囲が日本などと比較すると制限されてきたこと、また介護政策における市町村の役割が弱かったこともありドイツでは、福祉団体や家庭医、また東欧からの住み込み家事労働者などが、制度の対象外にある要支援の高齢者への支援、相談、世話を担ってきたといえる。しかしながら、これらは当人が困難な状況になって初めて求めるものである。先回りした予防や日常的支援は、家庭医が処方または情報提供などをしない限りは提供が難しかった。

2017年から要介護定義の変更により、認知症者と軽度者にも介護保険の対象が広がった。併せて、要介護アセスメント時にリハビリテーションほか予防策の必要性の調査がMDK鑑定員に義務化され、従来必要だった疾病金庫の合意無しでも必要な予防策の実施が可能になった。これにより予防を必要とする人々へのアクセスと実施が容易になり、この枠内では予防が普及していくことが見込まれる。

自立支援においても、従来と比べ早い段階で家事をはじめとする日常生活支援を受けられるようになり、これまでと比べ自宅で自立した生活をしやすい環境となった。また、これにより要支援者が、家事支援をも提供する在宅介護事業者や福祉団体などと頻りに接触することになるので、インフォーマルながらもこれら専門職・機関から比較的総合的な助言や情報を得られることになる。

他方、事業者・福祉団体はサービス提供を業としていることから、当人が費用負担できる限りにおいて、過剰にサービスを提案する傾向があることは否めない。その上事業者は、活性化する介護や補助具・住宅改造提案といった一定の予防措置は義務づけられてはいるものの、リハビリテーション措置や健康増進策の提供義務はない。例えば要介護者の健康状態や生活の質の向上に役立つようなボランティア活動があったとしても、事業者と直接関わりのない、もしくは関わっていてもビジネスチャンスを損なうようなものを紹介することは考えにくい。

また、主に近親者だけに介護されている現金給付受給者においては、新たに要介護認定を申請したり、相談所に赴かない限りは、年に2回または4回の義務訪問相談で介護事業者と接触する他は外部との接触が無い。

さらには、介護度1に満たない人や、要支援または要介護であっても要介護鑑定を申請していない人に対する自立支援や積極的な介護予防策はこれまで複数の調査の中では見えてこなかった。

このような状況下で、第三次介護強化法で、介護相談や供給計画における市町村の役割を強化していくことが決議された。市町村には、相談および支援と供給体制作りにおいて、介護を、支援ボランティア、高齢者支援策、医療、社会福祉、住空間、都市計画と総合的に結びつけていくことが期待される。またこれまで実質在宅介護事業者に任せられてきた、現金給付受給者への相談訪問を、市町村が主導していくことも期待されている。一方で先駆的な市町村は、介護保険の対象から漏れてしまう要支援者への支援や広い意味での予防策を提供するための、総合的な体制づくりに既に着手し始めている。第三次介護強化法によりこれら取り組みが全ての市町村で強化・発展していくことが期待されている。

#### <注>

カトリック系福祉団体であるカリタスは、ドイツの6大有力福祉団体に属する。有力福祉団体は、医療、介護、高齢者・青少年、障害者、社会扶助といった重要な社会福祉部門のサービス提供者である（Backhaus-M, H. 2002. Wohlfahrtsverbände als Korporative Akteure. Bundeszentrale für politische Bildung. [www.bpb.de/apuz/25545/wohlfahrtsverbaende-als-korporative-akteure?p=all](http://www.bpb.de/apuz/25545/wohlfahrtsverbaende-als-korporative-akteure?p=all)）。連邦統計局によれば在宅での要介護者の約半数が、これら福祉団体に属する在宅事業者により介護サービスを受けている。特に介護分野ではプロテスタント系のディアコニーと共にカリタスのシェアが大きい。

#### <文献>

Bundesgesundheitsministerium. 2016. Die Pflegestärkungsgesetze - Hintergründe zu den Neuregelungen in der Pflege. 2017年3月に [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) からダウンロード

Bundesgesundheitsministerium. 2017. Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten.pdf)

Bundesgesundheitsministerium. 2018. Prävention in der Pflege.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/praevention-in-der-pflege.html>

Büscher A, Holle B, Emmert S, Fringer A. 2010. Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI, Eine empirische Bestandsaufnahme. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld..

Deutscher Bundestag. 2016. Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Drucksache 18/9518

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809518.pdf>

Gesetzliche Krankenversicherung-Spitzenverband (GKV Spitzenverband). 2012. Schriftenreihe

Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 10, Pflegeberatung. Berlin.

GKV Spitzenverband. 2017. Die Pflegereform 2017 - Überleitung von Pflegestufen zu Pflegegraden zum 1.1.2017 für die Hauptleistungsbereiche.

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/Pflegebegutachtung\\_2017\\_von\\_Pflegestufen\\_zu\\_Pflegegraden.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/Pflegebegutachtung_2017_von_Pflegestufen_zu_Pflegegraden.pdf)

Landsberg, G. 2016. Statement zur Pflegepolitik. Kommunale Senioren- und Pflegepolitik. Positionspapier des Deutschen Städte- und Gemeindebunds.

<https://www.dstgb.de/dstgb/Homepage/Publikationen/Positionspapiere/Kommunale%20Senioren-%20und%20Pflegepolitik/>

Rothgang H. Long Term Care Insurance in Germany. The World Bank, Asia and the Pacific Region, Human Development Sector, Working Paper Series. 2005-4: 59-83.

Verband der Ersatzkasse (vdek). 2016. Das dritte Pflegestärkungsgesetz..

[https://www.vdek.com/politik/gesetze\\_wahlperiode\\_18/pflegestaerkungsgesetz-psg-3.html](https://www.vdek.com/politik/gesetze_wahlperiode_18/pflegestaerkungsgesetz-psg-3.html)

吉田恵子 2017 年 「ドイツにおける介護相談およびケースマネジメント」『高齢者支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究報告書』 国際長寿センター

[http://www.ilcjournal.org/study/doc/all\\_1601.pdf](http://www.ilcjournal.org/study/doc/all_1601.pdf)

国際長寿センター 2016 年『地域のインフォーマルセクターによる 高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する 国際比較調査研究報告書』 資料編 海外インタビュー ドイツ 国際長寿センター

[http://www.ilcjournal.org/study/doc/2016\\_1\\_4.pdf](http://www.ilcjournal.org/study/doc/2016_1_4.pdf)

## 6. 認知症の人の現状と支援体制

米国ラトガース大学非常勤講師 中島民恵子

認知症の人の現状や介護保険改正などを含む認知症関連施策の動向について、訪問調査結果と文献を通して示す。

### 1) 認知症の人の現状

The Economist Intelligence Unit (2017) のレポートによると、2016年には170万人の認知症の人（全人口の約2.2%）がおり、2040年には230万人に達すると見込まれている。認知症の人、1人あたり1年間にかかる平均的なコストは、30,179ユーロと推計されている。医療コストは8%、社会的なケアコストは92%であり、社会的なケアコストのうち、60%がインフォーマルによるもの、32%が専門職によるものである。

ラインラント・ハンブルグ地域におけるケアレポートでは、2014年の死亡者の介護認定後の在宅と施設の利用者割合が認知症の有無別に示されている。要介護の状態になった時点で、認知症の症状のない人は、87.7%が在宅介護を利用から始まり、残りの11.8%の人が施設入所であった。次第に在宅介護の利用者の17.5%が施設入所に移り、72.3%が在宅に留まった。一方で、認知症の症状がある人は、75.3%が在宅介護を利用から始まり、残りの24.0%の人が施設入所であった。次第に在宅介護の利用者の48.4%が施設入所に移り、在宅に留まったのは38.8%であった。認知症の場合、最初の段階で既に施設入所の割合が高く、さらに在宅介護の約半分が施設入所に移行するという状況にあった。介護保険において在宅介護が優先されている状況においては、1つの課題として考えられている。

### 2) 認知症の人に関する施策の動向

ドイツでは、認知症国家戦略は示されていないが、バイエルン州やザールラント州などのいくつかの州では、認知症プランが独自に立てられている。また、2012年からAllianz für Menschen mit Demenz (Alliance for People with Dementia) が設立され、官民が協力して認知症の人の尊厳と質の高い医療や介護を提供することが目指されている(注1)。

ドイツにおける要介護認定(注2)では、身体的機能の低下に対する身体的介護が重視され、認知機能の低下に応じて必要な日常の世話(Betreuung)や見守り(Beaufsichtigung)が十分に考慮されてこなかった。そのため、認知症の人は身体的機能が低下した人と比較して、要介護等級を低く認定されることが多いという問題が存在していた。それに対して、認知症の人のための追加給付として、「世話及び(介護者の)負担軽減のための追加給付」を別途請求することができる(第45b条)とされ、請求の要件として、①徘徊、②危険な状況の誤認、③危険物の不適切な取扱い、④攻撃的な行動、⑤状況にそぐわない行動などが定められてきた(第45a条)。認知症の人を含む包括的な要介護認定の基準を定めることは2006年から検討されてきたが、ようやく、2015年の第2次介護強化法により、実現された。

新しい要介護認定では、身体的機能が低下した人、認知機能が低下した人および精神障害を有する人に対して同一の基準を定め、給付をより公平にすることが目的とされている。要介護度の判定のために、6分野に対応するモジュールと呼ばれる点数表が定められており、認知機能に関しては、モジュール2(認知能力及びコミュニケーション能力の分野)、モジュール3(行動及び心理症状の分野)のどちらか点数が高い方が反映される形となっている。

認知症の症状が具体的に把握されることにより、認知症の人への給付が改善されることとなった。

認知症の人に対するケースマネジャーの必要性は指摘されており、関連するパイロットプロジェクトは取り組まれているが、現時点では現実的にはほとんど提供されていない。(The Economist Intelligence Unit 2017)。なお、認知症の人に特化した仕組みではないが、2015年の介護保険改正に伴い、必要に応じてケアを必要とする本人または家族介護者は介護相談をすることができることとなった(第7a条)。介護相談では、主に看護のコンサルタントが個人々のニーズを分析し、本人や家族介護者とともにケアプランを作成するケースマネジメントが行われる。ラインラント・ハンブルグ地域では、157人の看護コンサルタントが存在し、2015年には13,000ケースの介護相談を受けている(AOK Rheinland/Hamburg 2016)。認知症の人の数値は示されていないが、認知症の人にも一定の割合で介護相談を受けていると考えられる。

また、認知症の人に大きく関連する制度として、1992年に制定された「世話制度(Rechtliche Betreuung)」があげられる。自己決定権の尊重を基本理念とし、判断能力が不十分となった高齢者や障害者の人権を保護するための制度である。日本の成年後見制度の該当する制度と言えるが、日本の場合「財産管理」に集中しがちである一方で、世話という言葉から想像できるように、財産管理はその一部であり、高齢者や障害者らの生活全般についての世話を行うことが、ドイツ世話法の大きな特徴と指摘されている(宮本 2016) また、行政・裁判所・世話人協会が密接に連携し、利用者にとって、分かりやすく利用しやすい世話制度を支えていることも指摘されている(認知症介護研究・研修センター 2011)。世話人は「名誉職世話人(ボランティア世話人)」と「職業世話人」とに分けられ、名誉職世話人は、被世話人の家族や地域市民のボランティアが引き受けるものである。制度的にも名誉職世話人が優先されており、訪問調査先の世話人協会でも名誉職世話人が主流であるとの話であった。

#### <注>

1) 制度変更および要介護認定の詳細は、主に渡辺富久子(2016)「ドイツにおける介護保険法の改正-認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更-」『外国の立法』268:pp38-89 および訪問調査記録(全国健康保険協会医療サービス本部(Medizinischer Dienst Des Spitzenverbandes Bund Der Krankenkassen(MDS)) Bernhard Fleer氏)に依拠している。

2) Alliance for People with Dementiaに関する具体的なアクションはFederal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth and Federal Ministry of Health (2014) Alliance for people with dementia The Fields of Action に詳しい。

#### <参考文献>

AOK Rheinland/Hamburg (2016) Pflege-Report 2016

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) Website. Rechtliche Betreuung

<https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/rechte-und-pflichten/angehoerige-und-betreuer/rechtliche-betreuung.html> (2018年2月10日最終閲覧)

宮本恭子 (2016) 「介護保険とともに高齢社会を支える成年後見制度の現状と課題-ドイツを参考に-」 社会医学研究. Vol.33(1): pp1-12

認知症介護研究・研修センター (2011) 「ドイツの認知症ケア動向Vドイツの認知症ケア」 pp1-16

The Economist Intelligence Unit (2017) Assessing the socioeconomic impact of Alzheimer's in western Europe and Canada. pp46-52

[https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/AssessingthesocioeconomicimpactofAlzheimer%E2%80%99sinwesternEuropeandCanada\\_0.pdf](https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/AssessingthesocioeconomicimpactofAlzheimer%E2%80%99sinwesternEuropeandCanada_0.pdf) (2018年2月10日最終閲覧)

### 3. ドイツにおける高齢者の相談体制とケアマネジメントの実際 ～ヒアリング調査より～

医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長 服部真治

#### 1. ドイツと日本の類似点

ドイツと我が国は類似点が多い。例えば、ドイツの合計特殊出生率は1975年以降、1.3付近を推移（直近は1.36（2011年））しており、一方で平均寿命は男性78.94歳、女性82.83歳（UN, World Population Prospects : The 2012 Revision）、高齢化率は2015年で21.2%（我が国は26.3%）と、少子高齢化が急速に進んでいる。多くの移民の存在（人口の12.8%がドイツ国外で出生（2013年））が人口減少を緩和しているが、生産年齢人口は減少し続けており、有子女性の就業率が69.2%にまで高まるなど、かつての「男性が家計を支え女性は専業主婦として数名の子供を育てる」という典型的なドイツの家庭のあり方も変化しつつあり、ドイツの公的介護保険の理念でもある「家族による介護<sup>2)</sup>」を維持することが難しい状況になってきている。

そこで、人口問題に関する戦略「Jedes Alter zählt（全ての世代に価値がある）」のもと、省庁横断的に対策が進められているが、そこで挙げられている6つの戦略の柱も我が国の政策と類似しており、高齢者の分野で言えば、その1つに「高齢者の自立した生活」が置かれ、高齢者の自立した生活における活動の推進、高齢者の社会参加の推進、健康長寿の支援などが謳われている。

また、ドイツの公的介護保険と日本の介護保険もその理念において類似点は多い。以下はドイツの社会法典第11編—公的介護保険と日本の介護保険法の総則の抜粋であるが、自立支援、尊厳の保持、在宅重視、効率的な給付、予防やリハビリテーション重視といった理念が同様に規定されている。

ドイツ 社会法典第11編—公的介護保険（抄）第1章 総則

第1条 公的介護保険

(1) 要介護状態となるリスクへの対策を社会的に講じるために、新しい独自の社会保険の柱として、公的介護保険の制度を創設する。…

第2条 自己決定

(1) 介護保険の給付は、要介護者が、支援を必要とする状態にあるにもかかわらず、可能な限り自立し、かつ、自己決定して、人間としての尊厳に適う生活を送ることができるように、要介護者を支援するものとする。…

第3条 在宅介護の優先

介護保険は、その給付により、要介護者が可能な限り長く在宅でいられるように、在宅介護並びに親族及び隣人の介護の意思を優先的に援助するものとする。部分施設介護及びショートステイの給付は、完全施設介護の給付に優先する。

第4条 給付の種類及び範囲

(1) 介護保険の給付は、身体的介護の措置、介護上の世話措置及び家事支援への需要に対する役務給付、現物給付、現金給付及び費用償還であって、この社会法典が定めるものとする。給付の種類及び範囲は、要介護状態の重度及び在宅介護、部分施設介護又は完全施設介

護の別に基づいて決定する。

(2) 在宅介護及び部分施設介護においては、介護保険の給付は、家族、隣人又は他のボランティアによる介護及び世話を補う。部分施設介護及び完全施設介護においては、要介護状態の種類及び重度に応じた介護供給のために必要な費用（介護費用）について、要介護者の負担が軽減されるが、宿泊及び食事に係る費用は、要介護者の自己負担とする。

(3) 介護金庫、介護事業者及び要介護者は、実効的かつ経済的に給付を行い、必要な範囲に限って給付を請求するよう、協力しなければならない。

第5条 [入所] 介護施設における予防給付並びに予防及び医学的リハビリの優先

(1) 介護金庫は、要介護状態の被保険者及び介護事業者の参加の下に、健康状態の改善並びに健康上の資源及び能力の強化のための提案を行い、その実施を援助することにより、公的介護保険の被保険者のために、第71条第2項に規定する入所介護施設において予防給付を行うものとする。

第6条 自己責任

(1) 被保険者は、健康を意識した生活、予防措置への早期の参加並びに治療及び医学的リハビリ給付の積極的な受給により、要介護状態の回避に貢献するものとする。

(2) 要介護者は、要介護状態の発生後、要介護状態の克服及び軽減並びに悪化の阻止のために、医学的リハビリ給付及び脳活性化介護を受けなければならない。

(渡辺富久子、「ドイツにおける介護保険法の改正 - 認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更 -」、  
国立国会図書館 調査及び立法考査局海外立法情報課) より筆者が一部修正

[http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo\\_10016374\\_po\\_02680004.pdf?contentNo=1](http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_10016374_po_02680004.pdf?contentNo=1)

日本 介護保険法 (抄)

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

(国民の努力及び義務)

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

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

## 2. 高齢者の健康（介護予防）、リハビリテーションのためのケアマネジメントの相違

一方で着目したいのが、高齢者の健康（介護予防）、リハビリテーションのためのケアマネジメントの相違である。法で「健康を意識した生活、予防措置への早期の参加並びに治療及び医学的リハビリ給付の積極的な受給」が求められているとしても、それぞれの高齢者がそのように健康を意識して生活し、早期に予防し、また積極的にリハビリを行うとは限らず、それが介護保険財政に悪影響を与えるのであれば、介護保険制度として我が国のケアマネジメントのように何かしらのマネジメント支援を行う必要性が高まると考えられる。しかし、そのケアマネジメントがドイツと我が国では決定的に異なる。

まず、ドイツの介護保険制度は2016年までの介護段階1が概ね日本の要介護3に該当するという日本と比較すれば中重度に寄ったもので、2017年以降の新たな要介護認定制度により認定される対象者が拡大したとは言っても、我が国の要支援者のようなADLが概ね自立しているもののIADLに一部介助が必要な状態像を保険事故（要介護認定）の対象にしておらず、そもそも介護保険制度には軽度者に対する早期での予防的給付自体が存在しない。また、要介護者についても、リハビリテーションを受けることは法で義務化され、複合的な課題を抱えたケースに対してケースマネジメントの仕組みは用意されているが、予防やリハビリテーションのためのケアマネジメントが用意されていない。

一方で、我が国の介護保険制度は平成17年改正で「予防重視型システム」を確立し、要支援者に対して、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員で構成する地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づいて介護予防を支援し、早期からの重度化防止、維持改善を目指している。さらに言えば、介護保険制度内に保険給付に加えて市町村が実施する介護予防事業を設け、認定を受ける以前の状態像から市町村の保健師や地域包括支援センターが関与してきた。要介護者についても、介護支援専門員がケアマネジメントを通じて支援を行うことに加えて、最近では地域ケア会議やリハビリテーションマネジメント加算、生活機能向上連携加算などにより、多職種、特にリハビリテーション専門職との連携を強化してきている。

この相違点については、まず、我が国の介護予防事業や介護予防給付が「手をかけすぎている」可能性はある。平成27年度に我が国は介護予防事業と介護予防給付の訪問介護、通所介護を介護予防・日常生活支援事業に統合再編したが、その改正の理由の一つに、介護予防事業や介護予防給付が想定していたような効果をもたらさなかったことがある。我が国において予防やリハビリテーションの強化が進められているとは言っても、それがエビデンスに基づく強固な施策かと言えば、特に費用対効果に関する研究成果はまだまだ乏しいと言わざるを得ない。たとえ専門職によるケアマネジメントが有効だとしても、その支援の効果が乏しいのであれば保険財政的にも得策ではない。

あるいは、ドイツの高齢者は市町村の保健施策などで十分に健康に関する知識や意識が高

まっており、我が国の高齢者と比較して高齢者が自身でセルフマネジメントできるのかもしれない。そもそも、他人の世話になるか否かの限界点がドイツと日本で異なる可能性もあり、また、自立心の強さ、社会参加を促す環境などに違いがあるのかもしれない。ただし、ドイツの高齢者の健康寿命が長いかというところではない。図 1 はラインラント/ハンブルクの AOK（総合地域医療保険ファンド）へのヒアリング時に提供を受けた 65 歳時余命および健康寿命の国際比較であるが、ドイツ (DEU) は、デンマーク (DNK)、スウェーデン (SWE)、ノルウェー (NOR) といった北欧諸国と比べて全余命中の健康寿命の割合は低い。

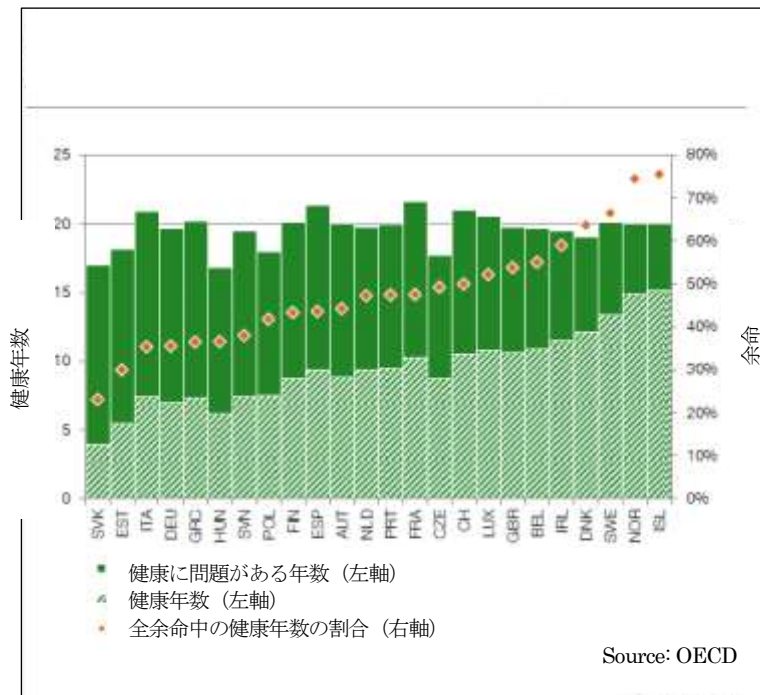


図 1 65 歳時余命および健康寿命国際比較 2013

あるいは、ドイツには公的介護保険外にケアマネジメントを代替する他の制度があり、公的介護保険で対応する必要がないのかもしれない。ドイツと日本の介護保険制度の給付の範囲や種類は当然、異なり、ドイツでは介護保険は介護度が認められて初めて関わるものとされ、予防や健康増進、リハビリテーションについては基本的に疾病金庫の範疇である。市町村にも住民の健康に対する責任はあるはずであり、何かしらのマネジメント支援がそれらで行われている可能性がある。ただし、リハビリテーションは疾病金庫がその費用負担をすることになるが、その結果、介護予防が図れたとしても、その恩恵は公的介護保険の保険者である介護金庫にもたらされることになるため、インセンティブは弱いという報告がある<sup>3)</sup>。

また、ドイツは、公的介護保険は介護金庫、公的医療保険は疾病金庫、介護扶助などの福祉は市町村と、保険者、措置の主体が異なる上に、サービス実施主体もボランティアなども含めて多様であり、その選択が被保険者やその家族に任されていることから、被保険者やその家族が効率的あるいは効果的なサービスの組み合わせを見出せるかと言えば難しく、そのことによる不適切な給付も少なくないという報告<sup>4)</sup>もある。付け加えれば、介護保険制度の導入によって、市町村の役割が低下してしまったという経緯もある。

なお、単純に制度設計だけで言えば、ドイツの介護保険制度における現物給付はそもそも保険給付だけではニーズの一部しか賄われない「部分保険」であり、また在宅要介護者の大

半が現物給付ではなく現金給付を選択し<sup>5)</sup>、その給付額は現物給付をさらに下回ることから、公的介護保険の制度設計自体が支出抑制的であり、「保険財政の管理の必要性がそれほど高くない」のかもしれない。我が国では、平成 29 年の介護保険法改正や介護報酬改定の柱として「高齢者の自立支援・重度化防止」が置かれ、保険者機能の強化のために財政的インセンティブが導入されるほど深刻な課題となっているが、その背景には制度自体の持続可能性が危ぶまれていることもあり、ドイツとは切迫感が全く異なるのかもしれない。

これらの仮説について、本稿では現場における実際を明らかにしたい。そのため、健康（介護予防）やリハビリテーションにおけるマネジメント支援を、ドイツの介護保険制度におけるケースマネジメントに限定せず、民間事業者による相談支援や要介護認定における鑑定も対象とし、さらに介護保険制度外での「相談」にまで視野を広げること、また、最近の制度改正によって「現場がどのように変わったのか」を確認することで検証する。

なお、筆者はドイツの介護保険制度が部分保険であり、また、日本の介護保険制度における要支援者、あるいは要介護者でも軽度の者が介護事故認定の対象とならないのであるなら、尚更、保険外の支援やサービスに関する相談体制が日本以上に必要になるのではないかと考えている。買い物や調理なども含めて生活に困りごとが出てくれば、要介護認定の有無に関わらずサービス利用のために民間事業者などにアクセスするであろうし、我が国のようにケアマネジャー（介護支援専門員）が制度上、置かれていなくても、医師や自治体、あるいは他制度による何らかの主体がケアマネジメントの機能を代替していなければおかしいと思うのである。

そこで、以下では要介護認定の鑑定について「全国健康保険協会医療サービス本部（MDS）」、介護金庫における介護給付と介護相談の実際については「ラインラント/ハンブルク総合地域医療保険ファンド（AOK）」、訪問リハビリテーション事業所の連携の実際は「ディアコニー病院ヴェルダ 移動訪問老年医療リハビリテーションチーム」、在宅介護事業者の連携、相談の実際は「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 事業所」、そして、PSP（介護支援センターPflegerstützpunkt）と市町村の実際については、PSPに加えて市独自に相談窓口（介護事務所）を設置し、かつその他の民間機関も一ヶ所にまとめて総合的な相談体制を構築しているマールブルク市の「BiP 相談センター及び統合ケアセンター」でのヒアリング調査によって得られた現場での情報を整理する。

### 3. 要介護認定の鑑定の実際「全国健康保険協会医療サービス本部（MDS）」

全国健康保険協会医療サービス本部（MDS）とは、要介護認定における州の鑑定組織である MDK の連邦上部組織であり、各 MDK が行う要介護認定の鑑定の質の均一化などを担っている。ドイツでは要介護認定を介護金庫に申請すると、介護金庫から MDK に鑑定を委託し MDK が鑑定を行う仕組みであり、後述するが鑑定士の役割は我が国の認定調査員よりもずっと大きいため、鑑定士の質を MDS が保証することとされている。

### MDS の役割（社会法典第 5 編の第 282 条第 2 項に基づく）

- |                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| →GKV-SV との相談：医学分野と介護分野 | →医療や組織的事項に関する医療サービスの調整および協働推進 |
| -外来／入院でのケア             | -共同業務                         |
| -NUB（新検査診療メソッド）        | -研修                           |
| -医療機器／福祉用具             | -報告／統計                        |
| -リハビリテーション             |                               |
| -介護の給付                 | →被保険者の相談                      |
| -歯科                    | -IgeL Monitor（情報サイト）          |
| -エビデンスに基づく医療           |                               |
| -イノベーション支援             |                               |

ドイツでは 2017 年 1 月 1 日に要介護認定の制度改正があった。これまでの要介護認定では、認知症など精神的もしくは認識上、あるいは知的な問題を抱える人の要介護度が低く評価される問題があったからである。その中で大きく変わったのが介護の必要度を測る尺度である。これまでは介護に必要な時間（衣服の着脱や洗身に何分かかかるか）を測っていたが、新たな尺度は自立度（本人に何ができて、何ができないか）であり、そのことにより予防やリハビリニーズの体系的な把握も可能となった。

＜6 つのモジュール：各生活分野が比重をかけて考慮される＞

- 15% 認知能力、コミュニケーション能力、行動および精神保健面の問題
- 10% 運動能力
- 40% セルフケア（身体ケア、食事等）
- 20% 病気または治療関連要件への対処
- 15% 日常生活および社会生活の設計

それぞれのモジュールでの自立度の評価は日本の要介護認定に類似している。自立、ほぼ自立、ほぼ要介助、要介助の 4 段階である。各モジュールで自立度に影響を及ぼす代表的な活動ごとに評価し、その生活行為の頻度や要する時間、住環境などの影響は評価に含めないのも同様である。

なお、日本では認定調査員の訪問による認定調査に加えて、主治医から意見書を入手し、その結果からコンピュータで一次判定を行ったうえで、さらに認定審査会で最終確定しているが、ドイツでは鑑定者が主治医の所見の他、アセスメントツールを用いて本人や家族、介護・看護職の所見も含めて考慮し、鑑定を行う。ドイツの要介護認定では鑑定を行うのは MDK の介護士や看護師であるが、場合によっては医師も参加する。特にリハビリテーションが必要かどうかの鑑定は必ず医師と合同で行っている。

また、2012 年以降、鑑定を行うのは、介護度に加えて補助具、住宅改修の必要性和予防やリハビリテーションに関する勧告であり、その勧告を受けた介護金庫はリハビリテーション事業所につなぐ義務が発生し、疾病金庫もリハビリテーションの費用を支払うことが義務と

なる。さらに、どのような給付が可能か、介護金庫の相談が受けられることなども合わせて通知する。

つまり、我が国では介護支援専門員がケアマネジメントで行っていることのうち、特に自立性に影響する環境や予防やリハビリテーションについての判断は要介護認定の中で行われているということである。なお、このような形に変更されたのは2016年1月1日以降、第二次介護強化法によって予防やリハビリテーションの優先度が高くなったことによる。第二次介護強化法では、鑑定者は予防的措置が自宅又は施設で提案できるか、一時的な予防的措置（例：転倒予防のためのグループへの参加）について助言ニーズがあるか否かについても意見を述べることとされた。

#### 4. 介護金庫における介護給付と介護相談の実際「ラインラント/ハンブルク総合地域医療保険ファンド（AOK）」

公的介護保険の保険者である介護金庫には、要介護認定者のための介護相談の部門がある。デュッセルドルフやハンブルク、ケルンを含む地域を担当するこのAOKには150名の相談員がおり、デュッセルドルフ（被保険者数20万人）に3名が配置されている。介護給付の適切な利用方法の他、市町村が行っている給付やインフォーマルサービスとの組み合わせなどの相談に乗っている。

表1 ドイツ介護保険の介護度と給付額（2017年1月以降）（単位：ユーロ）

サービス	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
現金給付（在宅）月額	-	316	545	728	901
現物給付（在宅）月額	-	689	1.298	1.612	1.995
デイケア 月額	-	689	1.298	1.612	1.995
現物給付（入所）月額	125	770	1.262	1.775	2.005
負担軽減手当（在宅、償還）月額	125	125	125	125	125R
代替介護 年額	-	1.612	1.612	1.612	1.612
ショートステイ 年額	-	1.612	1.612	1.612	1.612
介護用品 月額	40	40	40	40	40
住居改良給付 1回ごと	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
グループホーム追加給付 月額	214	214	214	214	214

出典：AOK ウェブサイト

(<https://rh.aok.de/inhalt/leistungen-der-pflegeversicherung/>)

表1はドイツの介護保険の介護度と給付額を整理したものである。新たな要介護認定制度において、介護度が5段階に増えたと言っても介護度1は大半の給付を受けることができない。介護度1からでも受給できる負担軽減手当は、家族が在宅介護事象者や有償ボランティアなどによる家事援助などを利用した際に、領収書と引き換えに最高125ユーロ/月まで償還を受けられるものである。負担軽減手当で償還している支援内容は、認知症者の世話（見守りなど）に加え、掃除や買い物までバリエーションが広がってきている。ドイツでは給付は基本的に身体介護に利用されており、家事援助に使うことも可能であるが介護金庫はそれこそ否定的で、家事援助には負担軽減手当を活用するよう薦めている。なぜなら、介護度2以上の鑑定が出るのは身体介護が必要だからであり、しかも介護保険の給付額はそれだけでは足りない水準で、家事援助を利用するための余裕はないからである。

施設入所については、ドイツでは3,500～4,500ユーロが必要であり、表1の給付額では現物給付でも不足する（食費・居住・投資費は対象外）。そのため、経済的な理由で施設入所

ができず、在宅を選ぶしかない場合も少なくない。重い認知症で在宅介護の場合は、賃金が安い東欧の外国人労働者を住み込みで雇い、介護をさせているのが実態である。

介護サービスの質は、介護事業者は1回20分の中で必要な介護を行って、慌てて帰るといふ姿であり、施設も配置されている介護職員が非常に少なく、質が低くなりがちである。そこで、ドイツでは家族介護が最高と位置付けられている。

予防やリハビリテーションに関しては、ドイツの要介護認定制度には更新の仕組みがなく、そもそも、一度、給付の権利を得れば本人も事業者も要介護度が下がることに得はないため、介護保険制度でそれを行うインセンティブがない。ドイツの公的介護保険において、予防やリハビリテーションのための専門職によるケアマネジメントが存在しない理由の1つがここにあると考えられる。ただし、在宅に戻るためのリハビリテーションを施設で行うことについては、本人が望むことであり、また、同じ介護度でも給付額が少なくなるため介護金庫にとっても望ましいことである。そこで、ドイツでは施設における在宅復帰のためのリハビリテーションについては推進されている。

なお、予防や健康増進に関わる相談機能については、患者と付き合いが長く社会環境をよく知るGP（家庭医）がその役割を果たしているとのことである。ドイツ人の約9割がGPを決めており、イギリスやオランダほどではなくても、GPが介護保険やその他の福祉制度のゲートキーパーになっているのであろう。換言すれば、日本において特に軽度者に対して多職種による介護予防ケアマネジメントが必要とされたのは、「日本でGP制度が確立していないこと」と「予防やリハビリテーションを介護保険制度に含めたこと」に依るのかもしれない。

#### 5. 訪問リハビリテーション事業所の連携の実例（「ディアコニー病院ヴェルダ 移動訪問老年医療リハビリテーションチーム」）

ドイツにおいて、リハビリテーションは疾病金庫の範疇であり、訪問リハビリテーションは通所が難しい患者が利用するものである。したがって、訪問リハビリテーションを受けている高齢者の多くは要介護度がついており、介護サービスを受給している。

ただし、訪問リハビリテーション事業所と介護保険の事業所との積極的な連携は行っておらず、他のサービス利用が必要と思う時には、患者にその利用の助言をする程度である。なお、非常に複雑なケースについては介護支援センターにケースマネジメントを依頼する。つまり、ドイツでケアマネジメントという仕組みが必須となっていない理由としては、日本とは医療と介護の境目が異なるとしても、訪問リハビリテーション事業所を含めたいずれかの事業者が必要と認識した時にケースマネジメントを担う介護支援センターに連絡するという連携ができていたのであれば、全員にケアマネジメントは必要ないと考えられているのかもしれない。

ちなみに、ドイツでも予防のためのグループでのトレーニングが集会所のようなところで行われているが、疾病金庫の一部はそういった活動への補助金を出しているとのことである。

#### 6. 在宅介護事業者の連携、相談の実例「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事業所」

カリタスはドイツの代表的なキリスト教福祉団体の1つである。フランクフルト支部の職員数は1700人。在宅介護のセンター4カ所の他、幼稚園や難民支援などを行っている。

ドイツでは、要介護度がついた被保険者が在宅介護サービスの利用をしたい場合は、近隣

の在宅介護事業者から一つを選び、その事業者が要介護者のニーズに応じたサービスメニューと見積りを作成し、被保険者と契約するという流れである。

ドイツの高齢者はできる限り介護サービスを利用しないことを選択しがちである。現金給付であるから手元に現金が残る方が良いからである。そこで、家族や近所の人に介護してもらって現金給付を受けている高齢者については、適切な介護を受けているかを確認することになっている。介護度 2 と 3 の人は半年に一回、介護度 4、5 の人は 3 か月ごとに訪問して確認することになっているが、その相談事業もカリタスで受託している。委託料は介護金庫が負担し、介護度 2、3 の場合は一回に 31 ユーロ、4、5 の場合は 33 ユーロである。

ドイツの公的介護保険は部分保険であるため、経済的な理由で本当に必要な介護サービスが足りない場合も少なくない。その場合は市が福祉的な措置（我が国で言えば生活保護のような措置も含む）を行うようにカリタスからつないでいる。その際のアセスメントは市のソーシャルワーカーが担っている。

また、フランクフルト市の独自事業で高齢者が要介護になる前に予防的に自宅訪問する事業があり、それを受託している。フランクフルト市の予防訪問の独自事業の課題は、まだ介護度がついていない高齢者を見つけることが難しいことである。そこで GP と日常的に連携し、そこからの連絡で訪問することも多い。

#### 7. PSP と市町村の実際（マールブルク市 BiP 相談センター及び統合ケアセンター（Beratungszentrum mit integriertem Pflegestützpunkt & Fach dienst））

連邦制国家であるドイツでは、基本的に州は国家として位置づけられる。つまり、ドイツにおいて自治体とは、州に属する「郡」「市町村（郡に属する市町村と属さない市町村（郡独立市）がある）」のことであり、市町村が実施すべき事務を定めるのは州である。したがって、外交や防衛、通貨などを除けば、連邦が制度の枠組みを法律（枠組み法）で規定し、州はその法律を実施するために州の実情に応じた実施法を規定し、そして、それを受けて市町村はさらに市町村の実情に応じて政策を設計する構造になっている。したがって、1995 年に介護保険制度が導入されたものの、その相談体制については制度に関する情報提供はいずれの市町村も行ってきたとはいえ、それ以外については必ずしも全国的に統一されてこなかった経緯がある。

その中で、介護継続発展法（Pflege-Weiterentwicklungsgesetz、PWG）などによって、2008 年以降、介護相談の範囲を広げ、新たに介護支援センター（Pflegestützpunkt、PSP）の展開による地域の介護相談インフラの構築や介護相談請求権の付与などが実施された。PSP は介護、医療、福祉等の各サービスの適切なコーディネーションを行うことを目的としたワンストップ窓口と位置付けられている。設置主体は介護金庫で、市町村または州との共同運営である。

ヒアリングを行ったマールブルク市は、ドイツ連邦共和国ヘッセン州中部マールブルク＝ビーデンコプフ郡の郡庁が所在する面積 124.5 平方キロメートル、人口 71,683 人、高齢者人口 11,174 人、高齢化率約 16%の町である（2011 年 5 月 9 日）。マールブルクにはプロテスタントが設立した総合大学の中で現存するものとしては最古のフィリップ大学マールブルクがあり、大学病院を除いても約 4,000 人の職員が勤務し、学生数も約 22,000 人と、大学関係者が多数勤め、学び、そして生活をする学園都市として知られる。



ドイツ憲法において、市町村は住民に基礎的な補償を与えなければならないという責任を負っている。この BiP もマールブルク市がその責任のもと介護保険制度開始後に設置したもので、図 2 のように BiP には公的機関である市の介護事務所（相談窓口）と PSP、民間機関である郡のアルツハイマー協会、郡のボランティアエージェンシー、マールブルク自己決定と世話協会（法的な後見人相談）の 5 つの主体が同居している。

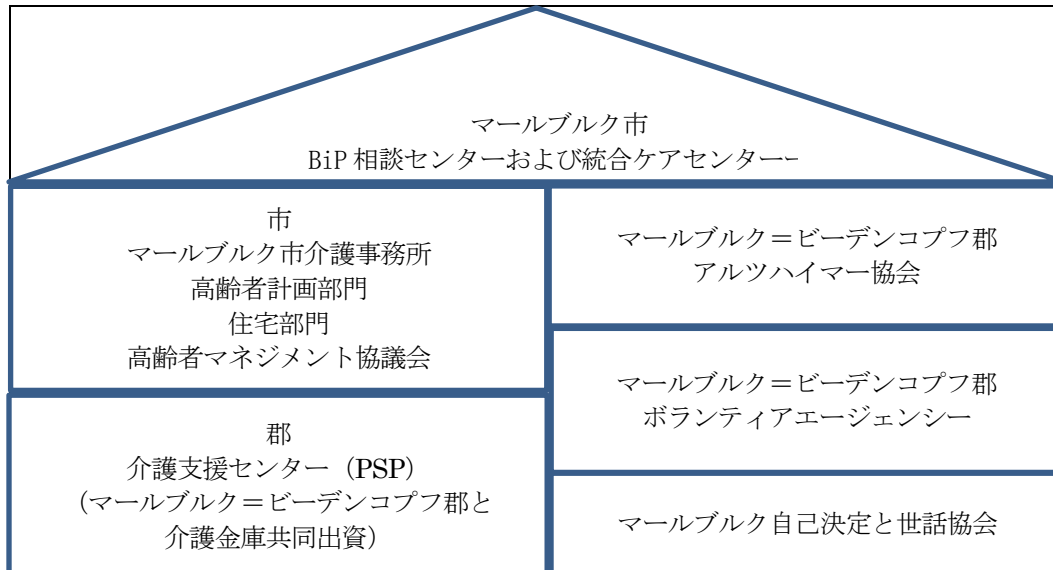


図 2 マールブルク市 BiP 相談センター及び統合ケアセンター

なお、日本においても市町村の一部が福祉センターなどに相談窓口を設け、社会福祉協議会、ボランティアセンター、シルバー人材センター、老人クラブ連合会などと同居させることなどは行われているが、外形上それほど相違はない。

しかしながら、これらの官民の主体の同居の目的が、家族やボランティアも含めた多様な主体が連携して支援する「ヘルプミックス」の実現にあり、また、それぞれが対等の関係で

あることを強調している点は日本と異なると言える。日本では要支援者や要介護者の場合、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が支援の担い手となるが、それらが行う個別ケースに対する支援について、それらと他の機関との対等の関係で連携を図ることを目的に同居させる例はあまり聞かない。しかし BiP では、公的機関と、認知症患者の支援を行っているアルツハイマー協会や、高齢者の社会参加を推進し、在宅での支援を行っているボランティアを知るボランティアエージェンシー、高齢者の意思決定を支える後見人のマッチングを担う自己決定と世話協会と同居していることのメリットが活かされている。とりわけ対等な関係が強調されているのは、ドイツにおける福祉の担い手が歴史的に民間福祉団体中心であることも理由の一つであるかもしれない。

市の介護事務所と PSP の両方を持つ市町村は非常に珍しいとのことである。介護事務所の設置は市町村の任意であったが、PSP は 2008 年に法的に設置が義務付けられたものである。したがって、一般的には PSP の設置により介護事務所を閉鎖ないし移行することになる。しかし、マールブルク市では市の介護事務所を残しつつ、2010 年に介護金庫と郡が共同で PSP を設置した。

マールブルク＝ビーデンコプフ郡の PSP は人口 23 万人に対して 1 センター、相談員 5 名体制である。郡の社会福祉の職員 2 名に加えて、介護金庫から社会保険の専門職員 1 名などが配置され、複合的な課題を抱えた要介護者のケースマネジメントなどを担っている。

介護事務所には元は大学病院で看護師をしており、介護相談員とケースマネジャーの資格を持つ者が従事している。業務内容としては、例えば医療との連携。退院支援や開業医と在宅介護対象者の連携、それらのケアに関する会議の運営などを行っている。また、まだ要介護認定を受けるには至らず、現時点では支援の必要がない方についても、将来の対する不安についての相談に応じている。また、もし助けが必要になったら自分で介護事務所や BiP に相談に行けるようにするために、同居するアルツハイマー協会と連携してネットワーク構築にも取り組んでいる。さらに、問題を抱えている人の自宅への訪問相談も行っている。

マールブルク市では、この類似した機能を持つ相談体制により、市民は市の介護事務所、市外に住む郡の住民は BiP という分類をしている。なお、ラインラントプファルツ州では人口 2 万人に 1 センター設置という基準であり、マールブルク市の相談体制についてはあくまでも事例の 1 つにすぎない。

相談にあたっては、事業者の選定に対して介護事務所や PSP は中立であり、本人ないし成年後見人、あるいは家族が全権委任を受けての決定である必要がある。そもそも、ドイツは介護金庫や介護保険とは無関係に介護サービスを発注することが可能であり、いずれにしても本人が決める。

## 8. ヒアリングから得られた現場の実際と限界

高齢者の健康（介護予防）、リハビリテーションのためのケアマネジメントに関するドイツと我が国との相違について、ヒアリング調査によって整理をしてきたが、その理由としては以下が挙げられることがわかった。

- ・我が国ではケアマネジャー（介護支援専門員）がケアマネジメントで行っていることのうち、特に自立性に影響する環境や予防やリハビリテーションについての判断は、ドイツは要介護認定の中で行っており、鑑定士が予防やリハビリテーションに関する勧告を担っている。

・ドイツの介護保険制度では、家事援助に関する給付は負担軽減手当を除いて推奨されておらず、身体介護はできるだけ使わない方が現金が残るという心理が働きがちで、また、要介護認定に更新の仕組みがなく、一度、給付の権利を得れば本人も事業者も介護度が下がることはないため、保険者である介護金庫が予防やリハビリテーションを行って状態の改善を図るインセンティブ自体が弱い。ただし、在宅に戻るためのリハビリテーションを施設で行うことについては、本人が望むことであり、また、同じ介護度でも給付額が少なくなるため介護金庫にとっても望ましいことである。そこで、ドイツでは施設における在宅復帰のためのリハビリテーションについては推進されている。

・予防や健康増進に関わる相談機能については、患者と付き合いが長く社会環境をよく知る GP（家庭医）がその役割を果たしている。

・全員にケアマネジメントを提供する仕組みが求められていない理由としては、それぞれ個別に事業所がサービスを給付していても、非常に複雑なケースについては各事業所から介護支援センターにいつでもケースマネジメントを依頼することができる事が挙げられる。したがって、それ以外のケースについては各事業所による相談支援で足りる。

・保険者が介護金庫であり、要介護度者については市町村とは別に介護相談を行う仕組みがある。

・予防や健康増進については疾病金庫の範疇であり、疾病金庫で給付や補助金が用意されている。

一方で、マールブルク市が独自に手厚い相談支援体制を構築していることから、それらの理由があるとしても、ドイツにおいてケアマネジメントが不要というわけではないこともわかった。またヒアリングの中でも、MDS の介護チームコンサルタント Bernhard Fleer 氏はドイツにおいてもケアマネジメントが必要と考えていると述べていた。政策としても、2016年7月の予防法（Präventionsgesetz）施行、2017年7月に成立、施行された「健康増進及び予防の強化のための法律（Gesetz zur Staerkung der Gesundheitsfoerderung und der Praevention）」とドイツにおいても予防の強化が続けられている。これらの影響については、今回のヒアリング調査でははっきりとわからなかったため、今後、更なる調査研究が必要である。

また、第三次介護強化法には、介護相談やインフラ整備における市町村の役割の強化が含まれている。これまでカリタスなどの在宅介護事業者に任せられてきた現金給付受給者への相談訪問についても、市町村が主導することも期待されている。さらに、これらの議論を受けて、ドイツ市町村連合は介護政策に対する市町村の立場表明を発している（Deutscher Städte- und Gemeindebund 2016）。その中で、今後市町村が実施していくべき施策が挙げられている。

・日常的な支援・介護ニーズに応えるために、市民活動の多様化を促進

・出会いの場の創造と近所関係の推進による社会的ネットワークを強化。例えば 多世代の家やファミリーセンターの開発

・予防や健康増進策における、公的保健機関および地域のスポーツクラブなどとの協力

・高齢者支援と医療・介護の連携推進

・介護保険でカバーされない支援を含めた市町村による総合的で地域に密着した相談事業  
これらの影響も、まさにこれから見えてくるものと思われる。市町村の相談支援体制の強化についても、さらに注目していかなければならない。

<注>

1) 小野太一：ドイツのインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する制度の概要 第1節国の概要と今後のビジョン，平成27年度地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較調査研究報告書，9-13，国際長寿センター，2016年

2) 高齢者世帯の家族との同居状況は、ドイツは単独世帯33.7%、夫婦のみ世帯57.3%、子と同居世帯1.3%であり、一方で日本はそれぞれ17.7%、38.5%、40.0%（2013）である。一方で、主な介護者の割合は半数以上が娘か息子、義理の子であり、4割弱が配偶者である（大半が女性）。ドイツでは子は同居しないが、別居していても子世帯は介護を担う。この点は日本との相違点である。

3) 吉田恵子：ドイツにおける介護相談およびケースマネジメント，平成28年度高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究報告書，214-223，国際長寿センター，2017年

4) Michell-Auli P. Pflegeberatung und Pflegestützpunkte, Eine neue Form der wohnortbezogenen Beratung und Versorgung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (eds.), Fokus Pflegeversicherung, Nach der Reform ist vor der Reform. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin. 2009

5) 認知症ではない者の場合、現金給付64%、現物給付8%、そのコンビネーション14%、施設介護14%であり、認知症がある者は、施設介護の割合が増え、現金給付35%、現物給付8%、そのコンビネーション12%、施設介護45%である。（AOK2014）

#### 4. ケアマネジメントの実際 仮想ケースから

株式会社 TRAPE 代表取締役 大阪大学医学系研究科保健学専攻 招聘教員  
鎌田大啓  
一般社団法人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  
沼田裕樹

##### 1. ケースの設定

日本と海外各国の長期介護スキームや高齢支援のあり方、高齢者のエンパワメントを促進する方法を比較するために「ケース1：虚弱化しつつある」「ケース2：外出が困難になってきた」「ケース3：1人暮らしが難しくなりつつある」「ケース4：1人暮らしはやや難しい」の4つの仮想ケースを作成した。また、聴き取る項目については、「ケース1」は①相談②サービス提供プロセス③モニタリングのプロセス、「ケース2」「ケース3」「ケース4」は①サービス提供プロセス②モニタリングのプロセス③認知症がある場合という項目をそれぞれ把握した。ドイツにおいては、AOK（総合地域医療保険ファンド）ラインラント/ハンブルクの政治・健康・コミュニケーション部エリアマネージャーChristoph J.Rupprecht氏、保健政策長/保険医療Jorg Artmann氏、看護審査スタッフPflegerberater Michael Kohl氏、そしてマールブルク市介護事務所のUlrike Lix氏、カリタスフランクフルト（在宅介護事業者）に回答いただいた。

##### 2. ドイツの実際

###### ケース1：虚弱化しつつある

年齢：80歳	性別：女性	経済状況：標準的
世帯	子どもはおらず、夫は5年前になくなった。	
支援が必要となった経過	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いわれた。その後服薬をしているが時々飲み忘れることがある。3年前に足が痺れて痛いので整形外科を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怖いので断った。最近、自宅にこもりがちである。現在サービスは利用していないが、周りの人に「昔は色々やってきたのに、最近だんだん出来なくなってきた」と、ぽつりと自分の状況を話している。	
日常生活・健康習慣	ゆっくりであれば身の回りのことは概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。	
社会生活	趣味のコーラスへの参加は月1回続けている。	

##### 1) 相談

AOK（総合地域医療保険ファンド）ラインラント/ハンブルクの政治・健康・コミュニケーション部エリアマネージャーChristoph J.Rupprecht氏によると、GPは患者と長い付き合いをしている場合が多く、患者の社会環境までよく知っていることがあるので、ドイツはGPが非常に重要な役割を果たしている。Aさんのポイントは薬を飲むのを忘れるということである。これは疾病金庫の枠内であり、社会的なコンタクトを作る努力をしている。疾病金庫にはケースマネージャーがいて、そのケースマネジメントの中で良いサポートの方法があるかどうかを検討する。たとえば薬を飲むのを警告するようなシステムを使う、遠隔医療の可能性を使う可能性などを検討すると回答を得た。

マールブルク市介護事務所の Ulrike Lix 氏は、介護保険に関する情報・地域活動に関する情報の提供を行なっている。また、将来のこととして緊急時の法的代理に関する情報、場合によっては後見人協会への相談を勧めている。そして将来の住居に関する希望を確認していると回答した。

## 2) サービス提供プロセス

Christoph J.Rupprecht 氏は 2 つの可能性があると述べている。まず 1 つは、薬の飲み忘れについて注意してくれる人が近所にいないかどうかということを知る。もしくは在宅の事業所に頼むかである。また、足に感覚がないことも注目する点であり、整形外科に自分の足で行けなくなったならタクシーの交通費を AOK が出すかどうかを検討するが介護度 4 に該当しない場合、または歩行に障害があることにより障害者の証明書が出ない場合は認められない。しかし、A さんにとって予防は大切な事なので疾病金庫のさまざまな体を動かすコースを紹介する。A さんには腰痛があるので、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。それは疾病金庫から補助金が出る。

コーラスに行くという活動は A さんにとってたいへん意義深いことであるが、これは介護金庫とはかかわりのないことであり、教会とか近所の人が担当するところである。しかしドイツでは、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という回答があった。カリタスフランクフルト（在宅介護事業者）は、「服薬が課題であり、介護・看護事業者による投薬」「転倒リスクがあるため絨毯の除去」「週 2 回の家事援助（清掃人の派遣）」「調理がしにくくなったため配食サービス導入」「外出が少なくなっている点からボランティアの派遣やアクティビティの提案」などが必要ではないかと考えていると回答を得た。

## 3) モニタリングのプロセス

Christoph J.Rupprecht 氏からは、昔は 1 年後に鑑定の見直しでチェックを行っていたが現在は行っていないと回答を得た。

### ケース 2：外出が困難になってきた

年齢：75歳	性別：男性	経済状況：標準的
世帯	ひとり暮らしで、妻は2年前に他界している。子どもは他県に住んでいる 長男がいるが、訪問は2ヶ月に1度程度	
支援が必要となった経過	1年半前に脳梗塞を発症したことにより右麻痺がある。	
日常生活・健康習慣	杖を使えば何とか外出できる。入浴時の着替え、洗髪などに一部介助が必要。	
社会生活	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	

## 1) サービス提供プロセス

B さん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。Christoph J.Rupprecht 氏は、B さんは脳卒中の結果疾病金庫によるリハビリテーションが必要になる。おそらく B さんは脳卒中のあと、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。そして、Bさんに生活リハビリを提供することはBさんが脳卒中であるので疾病金庫によってそのようなセラピーを受けることができる。ケース2は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という事だが、脳卒中であるため期間は限られているとのことであった。それで足りない場合は介護保険申請となる。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。問題は、Bさんはいろいろな能力があるので介護度をもらえるととても低いと考える。

Bさんのように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。そうすると近所の人が重要な役割を果たすことになる。また、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。

Ulrike Lix氏によるとマールブルク市介護事務所の場合では、介護保険に申請したとすると介護度2の可能性があるとし、介護サービス、家事援助、負担軽減サービス、理学療法など各種支援へのアクセスをサポートするとの回答を得た。そして、住居に関しては、介護金庫へ住居に関する補助金の情報と申請支援を行い、屋外移動・社会交流に関しては、重度障害者証明申請、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、「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の情報提供をする。またケース1と同様に、将来のこととして緊急時の法的代理に関する情報、場合によっては後見人協会への相談を勧めている。カリタスフランクフルト（在宅介護事業者）は、歩行については「付き添いを計画」、入浴については「シャワー用チェア、手すり設置」、トイレについては「補高便座やポータブルトイレの設置」、調理については「事前調理または配食サービス」、掃除・洗濯については「週1回の清掃人の派遣」、歩行については「外への付き添いを計画」、「外出の際のタクシー移動の手配」、社会交流について「ボランティア派遣や読書・おしゃべり・外出の場の提供」などのサービス提供が必要だと回答を得た。

## 2) モニタリングのプロセス

Christoph J.Rupprecht氏からは、昔は1年後に鑑定の見直しでチェックを行っていたが現在は行っていないと回答を得た。

### ケース3：1人暮らしが難しくなりつつある

年齢：88歳	性別：女性	経済状況：不明
世帯	夫と二人暮らし。近所に娘が住む。	
住居	二人暮らし	
支援が必要となった経過	2年前に変形性膝関節症と診断され、対処療法をしているが、痛みが強くなっている。 家事がほとんどできない状態になってきており、近所に住む娘が支えてきたが介護負担が大きくなってきている。また、糖尿病もある中、服薬コントロールをしている。	
日常生活・健康習慣	隣町に長女が住んでいる。仕事をしており、本人宅への訪問は、1週間に1度程度である。	
社会生活	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必要な状況となっている。	

### 1) サービス提供プロセス

Christoph J.Rupprecht 氏によると、Cさんは病気によって家事ができないということを想定される。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る家事ができる。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。

Cさんは糖尿病でもあり、日常生活に支障をきたす可能性がある。そうすると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なされているかということを確認することになり、疾病金庫に相談することとなるであろう。娘はときどき糖尿病の専門医へ付添いという負担が想定されるので、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AOKが聞かかもしれない。

それから、ドイツには家庭医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Cさん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Cさんが医師のところに行かなくてもいいということになる。

Ulrike Lix氏によると介護保険申請したとすると介護度3の可能性があるとし、介護サービス、家事援助、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など各種支援へのアクセスをサポートするとの回答を得た。住民の状況によって改造、将来のこととして緊急時の法的代理に関する情報、場合によっては後見人教会への相談を勧めている。カリタスフランクフルト（在宅介護事業者）は、健康管理について「ペースト食の、液状食品の提供」、入浴について「週2回のボディケア介助、着衣介助」、トイレについて「ポータブルトイレの導入」、外出について「車椅子貸出、使用」、家族介護のキャパシティについては「ボランティアの紹介」、社会交流については「車椅子の付き添い」のサービス提供が必要だと回答を得た。

### 2) モニタリングのプロセス

Christoph J.Rupprecht氏からは、昔は1年後に鑑定の見直しでチェックを行っていたが現在は行っていないと回答を得た。

### 3) 認知症がある場合

家族介護のキャパシティについては、家族の介護負担軽減するサポートを申し出る。

### ケース4：1人暮らしはやや難しい

年齢：80歳	性別：女性	経済状況：不明
世帯	夫と二人暮らし	
住居	二人暮らし	
支援が必要となった経過	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、両膝の変形性膝関節症、変形性膝腰椎症、	
日常生活・健康習慣	夫が家事全般や介護を献身的に行っている。	
社会生活	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。	

### 1) サービス提供プロセス

Christoph J.Rupprecht 氏によると、D さんは疾病金庫、介護金庫両方から給付が出る可能性がある。特に腎不全により、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、もしくは重度障害者のパスを持っているということである。介護においても何らかの介護度はもらえるだろう。ここで夫に非常に介護負担がある。D さんの場合、夫が病気になる可能性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 D さんは持つ権利があるということになる。また、D さんは糖尿病でもあるということで、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。

Ulrike Lix 氏によると、介護保険申請したとすると介護度 3 の可能性があるとし、介護サービス、家事援助、負担軽減サービス、息子を加えた相談・協議、夫の負担軽減（夫の介護予防）、理学療法など各種支援へのアクセスをサポートするとの回答を得た。住居相談、風呂場の改造、屋外移動・社会交流に関しては、重度障害者証明申請、障害者向け車移送サービスの申請の提案をする。将来のこととして報緊急時の法的代理に関する情報、場合によっては後見人協会への相談を勧めている。また夫の負担軽減のために「デイケアという選択肢も提案する。カリタスフランクフルト（在宅介護事業者）は、栄養状態について「飲む物を頻繁に与えるよう夫に研修をする」、歩行について「車いすを手配する」、入浴については「シャワーリフトを設置したり、介助を行う」、トイレについて「ポータブルトイレを設置」、家族介護のキャパシティについて「夫の（介護）資源を維持できるようにする」「夫への指導・研修の実施」、社会交流については「ボランティアの派遣」経済状態については「社会福祉局への繋ぎ」、「事業者による在宅看護の提供（包帯とりかえ、インスリン投与の糖尿病研修）」など必要だと回答を得た。

### 2) モニタリングのプロセス

Christoph J.Rupprecht 氏からは、昔は 1 年後に鑑定の見直しでチェックを行っていたが現在は行っていないと回答を得た。

### 3) 認知症がある場合

家族介護のキャパシティについては、家族の介護負担軽減するサポートを申し出る。

## 3. まとめ

相談において、インタビューから GP は患者と長い付き合いをしている場合が多く、患者の社会環境までよく知っていることがあるので、ドイツは GP が非常に重要な役割を果たしているという事でイギリス、オランダと同様の実態がみられた。

今回の仮想ケースをドイツの介護保険の適用となる可能性について聞いたところ、AOK はケース 2 とケース 4 の事例、マールブルク市の介護事務所はケース 2~4 との回答があった。そして、ケース 4 については AOK によると疾病金庫にも該当する可能性があるとのことであった。一方でケース 1 の事例については、薬の飲み忘れということが課題であるという視点があり、そしてその対応方法はイギリス、オランダと比べても似通っていた。しかし介護

保険ではなく疾病金庫からの予防サービス（さまざまな体を動かすコース）を紹介するということがイギリス、オランダと違い独自の考えで疾病金庫から予防サービスを行っているというところで特徴的であった。またケース 1 の事例について 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 AOK の担当者とは繋がることはないと言っており、もし AOK の担当者が関わるとしたら「ベッドから起きられない状態となった場合」に、ドイツの介護金庫の給付対象になるということであった。

サービス提供プロセスにおいて、リハビリテーションは疾病金庫において実施されており、ケース 2 の事例は脳卒中のあと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とのことであった。疾病金庫から介護金庫への移行の手順としては、リハビリテーションが終わる段階で MDK の担当者がやってきて介護が必要かどうかを見に来る。非常に迅速に行われる理想的なケースでは、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み、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。これは日本での在宅生活復帰へ向けての支援の流れと似ている。しかし、在宅生活復帰への取り組みの中でリハビリテーション職が生活行為を向上させる視点を持っているかどうかは分からなかった。

今回確認できたことは、ドイツのリハビリテーションは、身体の機能に集中していて趣味というところには注目しないというコメントがあり、ドイツでは生活行為を向上させる（IADL、社会参加を軸とした）リハビリテーションに対する意識が低いような印象を持った。

疾患があることにより疾病金庫から家事援助が受けられることもドイツの特徴である。住居に関してはケース 1 では将来の住居に関する希望を確認する。ケース 2 では自宅内の危険度を確認し、介護金庫への補助金申請の支援をする。その他のケースについても住居相談にのり、場合によっては改造することもある。その背景として、ドイツは元々家族介護が主流であり、施設に入らずに自宅にとどまりたいと思っている人が多いとのことも関連すると思われる、住居相談が 4 ケース共通に提供されるサービスの傾向のようであった。

モニタリングのプロセスにおいて、今回の回答とインタビューにおいて具体的な取り組みはほとんど聞くことができなかった。その中で MDK の鑑定のコメントでは、以前は 1 年後に鑑定の見直しでチェックを行っていたが現在は行っていないと回答があった。そこから考えるとドイツにおいて、モニタリングをどの期間で行うか統一されていないような印象を持った。

認知症がある場合において、認知症の家族の介護負担の軽減については意識しているようであるが、在宅介護よりも施設での介護を受ける場合が多いようである。その中で普通の家でどのように認知症の人にやさしい環境にできるかというテーマのモデルハウスが作られたとの話もあった。

ドイツの特徴として、社会的繋がりを作ることも疾病金庫の枠内となっており、「健康な近所の人というプロジェクト」がある。これは寂しい高齢者が多いということに対して近所間付き合い、助け合いを推進することが大切であると考えている。社会参加について疾病金庫だけでは解決できないので、一緒に料理をしたり歌ったり、世代を超えた付き合いなど新しいアイデアを生んでそれを実施しているところである。そして重要なことはどこにどのようなニーズがあるのかということをお AOK に伝えてもらい、最終的な目的は市町村と一緒に予防のためのネットワークを構築していくことであると疾病金庫では考えているとのことであった。これは日本における地域包括ケアシステムの考え方と似ているが、疾病金庫が中心

になって立ち上げ、地域づくりを疾病金庫で担っていることも非常に特徴的であると感じた。

また、自宅での生活の希望が多い中、病院から退院した際に在宅で介護できるような体制を整えていくことが大事であると考えている。具体的には、緊急事態に対して素早く対応すること、大変な事態が起きている時に即時にサービスが提供できることなどである。その中、介護金庫が作った施設があり4人の職員が何か起こった時に電話対応で相談に乗っている仕組みがあるようである。電話対応で難しい際は、それぞれの地域にいる職員が駆けつけるということもしているとのことであった。さらに、高齢者だけでなく、一般の被保険者向けの24時間電話サービスもあるということであった。地域で暮らすことに向けて、これまで以上に体制の整備を進めている取り組みであるようであり、我が国と同様の考えで展開しようとすることを確認できた。

## ケアマネジメントプロセス国際比較表



## 2. サービスと（生活）支援（フォーマルとインフォーマル）の国際比較

### 1. 「生活支援」という用語についての一考察

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

本稿は、「平成 27 年 地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較調査研究 報告書（補章 日本と海外の生活支援、1. 生活支援という用語への一考察）103～107 ページ」を、再掲したものである。

日本においては用語定義があいまいで同じ用語で示す内容が微妙に異なっていることが多い。また、調査対象国ではフォーマル（制度）・インフォーマル（近隣互助、ボランティアなど）を問わず、多様なサービスやサポートが存在している。そこで、自助・互助を考える上で、この点を把握しておくことが重要と考え再掲するものである。後掲の一覧表には、昨年度調査、今年度調査で新たに気づいたサービスやサポートを加えている。参照していただければ幸いである。

（平成 27 年度の記述再掲）

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

【表 1】在宅サービスの分類

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

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

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

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

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

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

## I. これまで使われてきたワーディングの整理

### (1) 「家事援助」「生活支援」仮定義

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

#### <仮定義>

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

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

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

① 介護保険における「訪問介護（生活援助）」

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

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

② 地域包括ケアにおける「生活支援」

地域包括ケアでは「生活支援の必要性」を次のように述べている。

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

そして、その内容として、次のものを挙げている。

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

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

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

③ 新しい介護予防・日常生活支援総合事業における「日常生活支援」

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

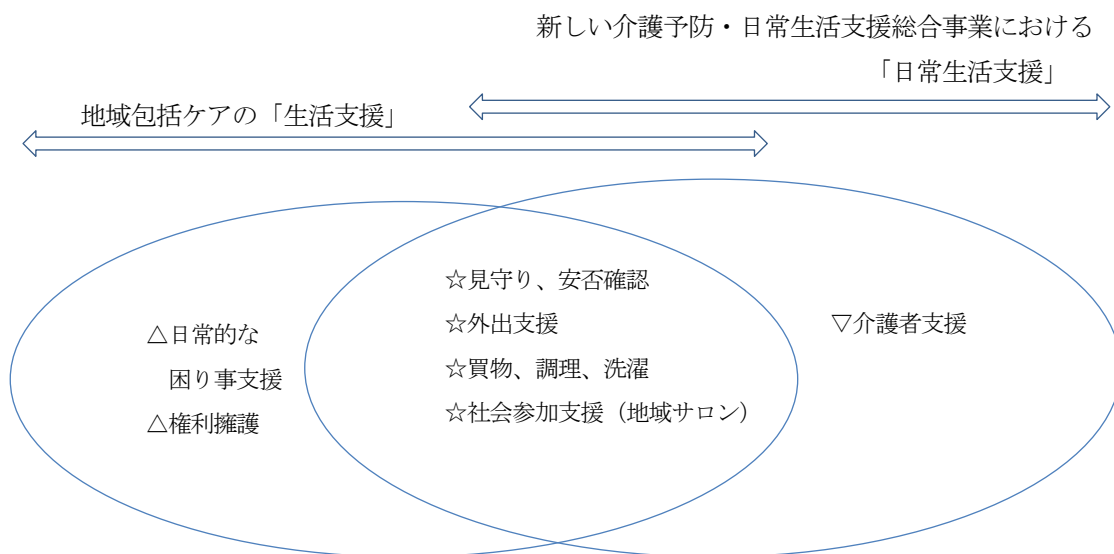
- 見守り、安否確認
- 外出支援
- 地域サロンの開催
- 買い物、調理、掃除などの家事支援
- 介護者支援

(3) それぞれの示す内容とその関係性

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

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

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



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

## II.本報告書における試案

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

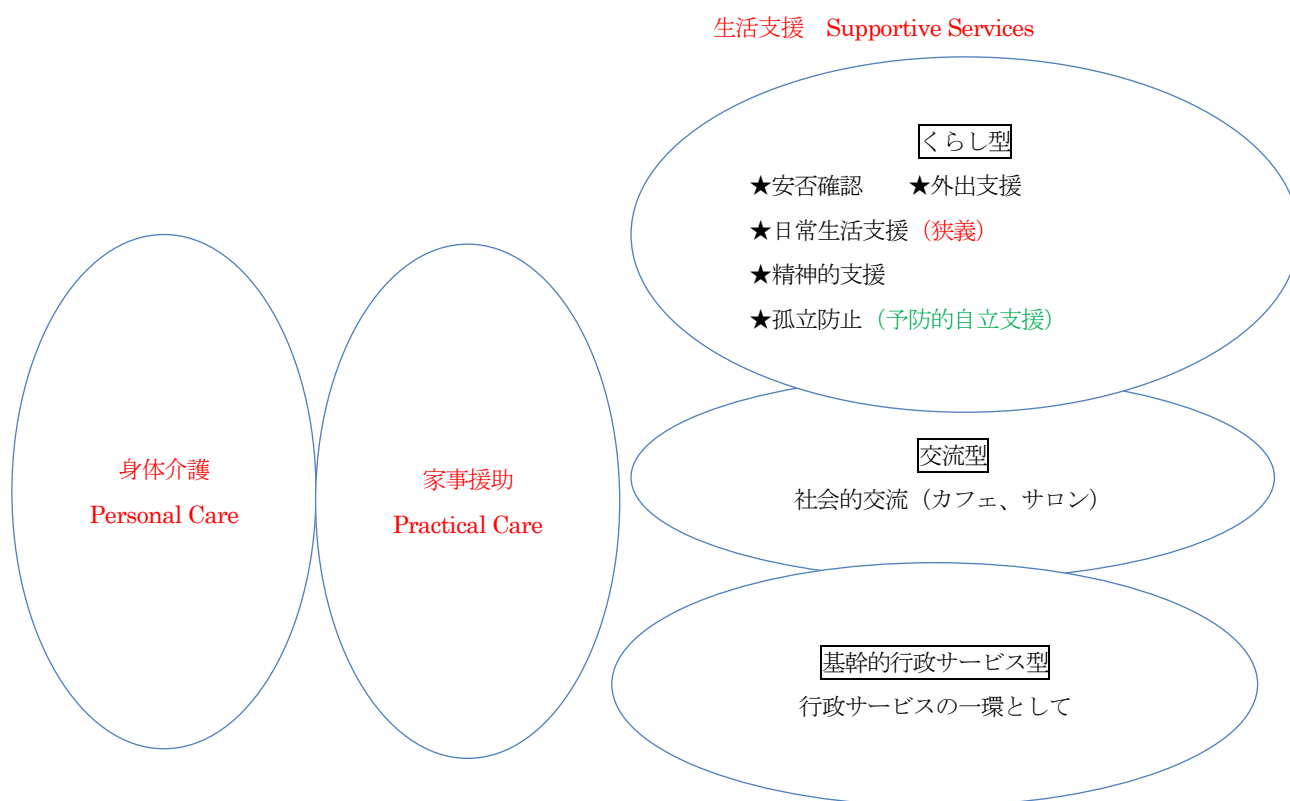
家族によって行われてきた「世話」の領域から、近隣住民の「助け合い」として存在してきたもの、国家によって規定された制度、自治体独自の行政サービスとして提供されているものまで多彩に存在する。

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

この試案は、＜身体介護＞＜家事援助＞＜生活支援＞という枠組みに沿っている。「一時的

な家事支援」という形を<生活支援>の中の「くらし型」の中に入れた。

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



【図 - 2】 身体介護、家事支援、生活支援

「各国の身体介護、家事援助、生活支援一覧表」

1

「各国の身体介護、家事援助、生活支援一覧表」

2

「各国の身体介護、家事援助、生活支援一覧表」

3

<調査記録略記>

- A. 平成 24 年度 (2012) プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する国際比較調査研究
- B. 平成 25 年度 (2013) 高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや高齢者の暮らしの国際比較研究
- B2. 同 インタビュー記録
- B3. 同 データリクエストへの回答
- C. 平成 25 年度 (2013) プロダクティブ・エイジング (生涯現役社会) の実現に向けた取り組みに関する国際比較研究
- D. 平成 26 年度 (2014) 生涯現役社会づくりに関する活動の国際比較調査研究
- E. 平成 27 年度 (2015) 地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較調査研究
- F. 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
- G. 同 インタビュー記録
- H. 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事業
- I. 同 インタビュー記録

(各報告書の全文は、<http://www.ilcjournal.org/study/index.html> に掲載)



## VI. 調査のまとめと日本への示唆

### 1. 制度と施策まとめ（各国の高齢者ケアに係る発展経緯を比較して）

政策研究大学院大学教授 小野太一

ここでは今回の調査対象となった英国、オランダ、ドイツにおける高齢者介護政策の展開から日本への示唆を得るため、まず日本の高齢者ケア政策の発展過程について大まかに6つの潮流があることを指摘する。次いで3か国の状況と我が国の状況を比較し、我が国が対応面において各国に先行、あるいは優位にあると思われる点を指摘し、最後に逆に各国の展開から得られる示唆を整理する。

#### 1. 日本の高齢者ケア政策の潮流（政策の大方向の整理）

我が国の高齢者ケア政策は2000年の介護保険の創設によりそれまでの社会福祉、医療保険の縦割りでの対応から、医療・介護双方を提供する一つの総合的なシステムとして発展を遂げている。2017年の制度改正では「地域共生社会」をうたい関連の法改正も行われるに至ったが、過去の法改正等における中心課題も、制度の発展につれ段階的に変化している。それらの課題はその時にすべて解決する、という性質のものではなく、その後も継続的に課題として取り上げられ続けているのであるが、一定の方針の下で課題解決に向けた施策が講じられ、効果が得られていることもまた事実である。

以下そうした政策課題を6点、時代を追って指摘して日本の高齢者ケアの現在地を確認し、各国の展開から得られる示唆を検討する準備とする。

##### 1) 施設→在宅と施設（1990年代～2000年代）

介護保険導入以前から高齢者ケアは社会福祉、医療保険の両者により対応されていたが、両者において高齢者の自宅におけるケアサービスの充実が本格的に開始されたのは、1980年代後半からと言えよう。1980年代において、高齢者ケアサービスの不足等を理由とする「社会的入院」が取り沙汰されるようになり、また救命後のリハビリテーションや在宅での介護サービスの整備の遅れ等を理由とした「寝たきり老人」が社会問題化した。

これに対応すべく、1990年度予算編成過程において策定された「高齢者保健福祉10か年戦略」（ゴールドプラン）においては、特養等の施設サービスのみならずホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイを「在宅三本柱」と銘打ち、その量的拡大が図られた。一方で医療保険の側では、適切なリハビリテーションの実施による家庭復帰を目指した1985年の老人保健施設の創設や、1992年の（老人）訪問看護の制度化が行われた<sup>1)</sup>。これらの1990年代の政策対応により、2000年の介護保険の開始に際し、在宅サービスが普遍的な給付内容の一つとして全国で施行される基盤が整えられた。

併せて1990年度よりゴールドプランの下で、在宅介護支援センターの整備が始まり、その機能は2006年度から地域包括支援センターに引き継がれるに至った。地域包括支援センターにおいては保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの三職種の配置が必須とされ、総合相談、権利擁護、介護予防、ケアマネジャー支援、介護予防ケアマネジメント等、保健、医療、福祉の垣根を超えた総合的な支援の中核拠点となることが目指された。

さらには 2014 年の制度改正において、特別養護老人ホームの新規入居者について、原則要介護 3 以上の中重度者に限定されるなど、施設サービスの対象者が重点化（重度者への絞り込み）が行われた。他方、サービス付き高齢者住宅の制度化（2011 年 10 月施行）など、自らが住み続けてきた家ではない、高齢者のケア・支援ニーズに適した形での「住まい」の普及も進んでいる。

## 2) 大規模、集権的、画一的→小規模、地域密着、地方分権、個人のニーズ（2000 年代）

介護保険創設時には、認知症高齢者グループホームを除き、現在の指定権者が都道府県となっているサービス類型のみが存在していたが、地域では「宅老所」等、生活に密着した地域で空き家等を活用し、比較的少数の高齢者が通い、時に宿泊サービスも提供するような、なじみの場での柔軟な形でのサービス提供が介護保険の枠外で展開されていた。2005 年の介護保険制度創設 5 年後の初めての本格的な見直しにおいて、「地域密着型サービス」が創設され、認知症をはじめとした様々な心身の状況にある高齢者に対し、なじみの身近な地域で小規模でより生活に密着した形でのサービスが制度化されるに至った。また、その指定監督権限が保険者である市町村とされ、2012 年の改正では市町村による公募・選考による指定が可能にされるなど、地方分権が進められるとともに、保険者としての市町村の負う責任は広がった。

さらに介護保険制度の下では老人福祉法時代の措置制度によるサービスの提供ではなく、利用者が自身でサービスを選択し、事業者と契約する形でサービスが提供されるようになった。これにより要介護度に応じた給付限度額の中で、自身や家族のニーズに合わせたサービスの組み合わせが可能となった。本人の心身の状況や家庭介護の状況等も踏まえ、最適なサービスのコーディネートや支援等のため、介護保険制度創設と同時にケアマネジャー（居宅介護支援専門員）も制度化された。

## 3) 介護→介護+予防（2000 年代）

介護保険制度の創設以来、その急速なコスト増が課題となった。これは国の財政への影響への懸念のみならず、第一号被保険者への保険料を賦課徴収する立場にある保険者である市町村にとっても重大な関心事となった。また給付限度額内のサービス利用が権利として与えられることになったため、時に本人に残存能力があったとしてもサービスの利用が可能となり、そのことが本人の残存能力の低下や要介護度の上昇につながるものが指摘されるに至った。こうした状況を踏まえ、同じ 2005 年の最初の制度改正において、軽度者である要支援への認定を 2 段階とするとともに、要支援者のサービスを介護予防サービスとし、要介護 1 以上の者へのサービスとは別体系とされた。

サービスメニューについても、例えば通所介護において筋力トレーニングや栄養改善、口腔機能向上等が加えられるなど、予防を重視する内容への転換が進められた。さらに地域支援事業が創設され、非該当ではあるが虚弱な状態にある者から軽度者への一貫した予防プログラムが、地域包括支援センターを中心に提供されるに至った。こうした予防を重視する姿勢はその後にも継続し、2014 年の制度改正の一環として、従前のハイリスク者を抽出して介護予防事業の対象とするという仕組みから、高齢者本人の機能回復に加え、地域づくりなど高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスが取れたアプローチができるような仕組みへと改められた（一般介護予防事業）。また同じ改正に合わせ、セラピストを中心とした専門職による予防のためのリハビリテーションが全国に普及される仕組み（地域リハビリテーション活動支援事業）も導入された。

#### 4) 医療と介護の分離→医療と介護の統合 (2010 年代)

介護保険制度の創設の一つの狙いが、医療と介護（高齢者福祉）の縦割りを是正し、両者の連携が取れたサービスとすることにあったが、実際の現場では両者の連携には様々な困難が伴った。入退院時、また在宅、施設等様々な連携の局面があるが、特に喀痰吸引や経管栄養・胃ろう等の医療ニーズを併せ持つ高齢者や、がん末期の患者をはじめとした看取りへの対応等をめぐり、様々な課題が提起された。そのため3年に一度、市町村の介護保険事業計画の見直し（保険料算定基準額の見直しを伴う）に併せて行われる累次の介護報酬改定、及び2年に一度行われている診療報酬改定において、例えばケアマネジャーによる入院時の病院等への情報提供や退院時の連携等を行った場合への介護報酬の加算を設ける等連携を促すインセンティブが設けられてきている。またサービス類型においても、地域支援事業における定期巡回・随時対応型訪問看護介護や看護小規模多機能型居宅介護等、医療・介護両方のニーズを併せ持つ者への柔軟なサービス提供を可能にする類型が設けられた。

さらに2014年の制度改正においては、地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、地域の医療機関、在宅療養支援病院・診療所、訪問看護事業所、介護サービス事業所等の関係機関が連携し、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供する体制の構築が促された。また他職種の規範的統合の下での協調的な環境を整えること等を目的とした地域ケア会議の実施も、すべての市町村での実施が努力義務化されるに至った。

#### 5) プロによるサービス→プロのサービスと支え合い (2010 年代)

介護保険制度の導入に際し強調されたことの一つに、家族介護への依存から外部の専門職の手による介護を促進することで、介護の質の向上を目指すことがあった。上記のゴールドプラン、新ゴールドプランによるサービスインフラの整備と、社会保険方式による財源の裏打ちによりサービスは急速に普及するに至ったが、一方において要介護認定データの分析を踏まえ、軽度認定者の多くは生活行為 (IADL) に困難がある一方で、身の回りの動作 (ADL) は自立していることが判明した。これらの生活行為によっては専門職の支援に依らずとも支えることが可能なものもあり、要支援者に対するホームヘルプサービスとデイサービスは保険給付から市町村事業である地域支援事業に移行されるに至った。NPO や民間事業者、地域のボランティアなど多様な担い手による多様なサービスによる支え合いが、地域の实情に応じた形で市町村ごとに行われる体制づくりが始められたが、そこでは独居高齢者の見守りや声掛け、ゴミ出し等の生活支援や交流サロン等の担い手として高齢者自身が積極的に参加することが奨励されている。このことは高齢者の孤立化防止、生きがい創出の契機にもなるものであり、介護保険財源を用いた生活支援コーディネーターの配置等、互助体制の支援も進められている。

#### 6) 必要なサービスの整備 (1990 年代) →包括ケア (2000 年代～2010 年代) →地域共生社会 (2010 年代)

以上1)～5)で整理したように、近年の我が国の高齢者保健医療福祉政策は、大まかにいうと1990年代におけるサービスインフラの量的な整備と介護保険創設に向けた準備、2000年の介護保険の創設と創設5年後の「予防重視のシステム」や「より個々のニーズに寄り添ったサービス」への転換、2010年代に入ってから多職種連携の重視、高齢者自身のサービスの

担い手への参画の推奨といった地域包括ケアシステムの確立を目指した流れの下で展開されてきた。

この流れは2010年代の半ばに入り、「地域共生型社会」の実現、という形で、高齢者を超えたすべての社会的な支援が必要な者への支援体制への普遍化が目指されるに進展した。2017年2月に厚生労働省の「地域共生型社会」実現本部決定において「地域課題の解決力の強化」「地域を基盤とする包括的支援の強化」「地域丸ごとのつながりの強化」「専門人材の機能強化・最大活用」が改革の骨格として謳われ、同年に介護保険法の改正と同時に社会福祉法が改正され、市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制づくり、福祉分野を横断した共通事項を記載した地域福祉計画の策定が努力義務化された。

市町村が構築する包括的支援体制の具体的内容としては、地域住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを支援するため、分野を超えた協働を進めていく（担い手の発掘も含む）などの「他人事を『我が事』に代えていくような働きかけをする機能」の創出や、『複合課題』『世帯』『とりあえず』に要約される地域住民の支援ニーズを「丸ごと受け止める場の整備」、及びそうした地域住民の主体的な取り組みを支援し、専門的な支援が必要な場合には適切な支援に結びつける「市町村による包括的な相談支援体制」の構築が掲げられている。

## 2. 諸外国の状況との比較

筆者は本年度の海外調査には残念ながら参加していないが、昨年度において、本年度も訪問したオランダの現地調査には参加した。また一昨年度も海外調査は参加しなかったが、ドイツに係る制度論の文献調査は行った。従って本年度調査の3か国に係る知見及び考察の深度には差があるため、ここではまずオランダの近年の展開との比較を上記を踏まえて記述し、次いでイギリス・ドイツでの展開から見える気付きの点を記述する。次いで3. では、これら3か国と日本の介護保険制度との制度の成り立ちから来る根本的な違いに由来する論点—制度創設期から継続して議論がなされている事項であり『宿題』とも評し得る点も含む—について記述したい。

### 1) オランダとの比較（昨28年度の報告書「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（国際長寿センター）」筆者担当部分(p117-9)を参考）

オランダの近年の政策展開を見ると、日本との類似性が多々ある。a) 高齢者介護保障が社会保険で運用されていること、b) 厳しい財政制約に晒されていること、c) 軽度者向けのサービスが自治体事業化され（オランダ：WMO、日本：介護予防・日常生活支援総合事業）ていること、d) 施設サービスの重点化が進められていること、e) 中間組織の活用が指向されていること、f) 自助→互助→共助→公助の発想の徹底を目指していること、g) 多職種協働が指向されていること、などである。

これらに関し、オランダにおいてはより徹底した取り組みが行われていることも多い。例えば財政制約の状況につき、国王の例年の議会演説において言及し、国民に対し古典的な福祉国家が参加型社会に進化している<sup>2)</sup>と訴えることで制度改正への理解を求めること、軽度者向けのサービスの自治体事業化についても、我が国の総合事業では「現行相当」といった形式で従前同様のサービスが継続している一方で、在宅での家事援助や社会参加についてはWMOでの事業やボランティアの活用が徹底していること、などである。

また昨年度の報告書でも地域看護師やソーシャルヴァイクチームの活躍について指摘して

いるが、本年の調査からはその点がさらに深掘され、情報として整理されている。地域看護師についていえば、ケアニーズのうち在宅看護や身体介護についての給付は医療保険(ZVW)からの給付であるが、その給付が行われるかどうかの査定、及びケアプランに該当するような「ケア実施プラン」の記載内容も調査されている。その査定に際しての中立性や、GP やセラピストとの連携に関しても、Activite のヒアリングから明らかになっている。またソーシャルヴァイクチームの GP との連携実態に関しても、ヒアリング調査から明らかになっている。

昨年の訪問調査の際にはあまり着目されなかった GP の果たす役割については、本年度の仮想ケースに係る回答・ヒアリングからより明確になっている。実際には看護師である GP 助手が本人からのニーズを聴取するようであるが、その結果を踏まえて地区看護師につなぎ、さらに社会的問題の解決が必要であればソーシャルヴァイクチームにつなぎなどの役割である。我が国において在宅医療・介護連携が進められており、また診療報酬においても「かかりつけ医」機能の強化を志向した改定が行われるなどしているが、クリニック（オフィス）自体がサービスへの直接の窓口になっているというよりは、ケアマネジャーにその機能を果たすことを期待しているという違いも見いだせる。こうした GP/家庭医/かかりつけ医の機能を理解する際には、オランダでは家庭医（hisarts）の制度が定着しており、患者は医療サービスを必要となった場合には、まず自分が登録している家庭医を受診しなければならず、家庭医はゲートキーパーの役割を果たしている（石田(2013)）ことを踏まえる必要がある。日本ではそうした「つなぎ」の役割は、行政や地区医師会が多職種連携の環境を整えた上で、医療機関とケアマネジャー等の間で行われると思われるが、1. 4) で指摘した医療と介護の連携を推進する方向性に関しては両国で同一のものが見いだせる。

他方、これも昨年の報告書で指摘された予防及びリハビリテーションについて、日本における回復期リハビリテーション病棟に類似した Topaz Revitel でのヒアリングの報告がなされている。在宅復帰に際しての退院支援に際しての OT の対応や、地域看護師、WMO 担当者等との連携の状況について、そこから知ることができた。また医療保険者との関係で在宅復帰を可能とするようリハビリテーションの成果を上げることに関するインセンティブが機能していることも理解できたが、他方予防サービスの提供へのインセンティブや、予防としてのリハビリテーションに関しては、今年度においても見いだせないところである<sup>3)</sup>。これらは依然として、我が国の介護保険、医療保険の制度構造から来る強みであり、1. 3) で整理した発展過程を踏まえた対応は他国に対しても十分発信できるものであるように考えられる。

## 2) イギリス・ドイツの展開からの気づきの点

### ① イギリスの展開

イギリスの近年の展開において注目すべき点は、ヒアリングにおける「改革を通じて、NHS を守ったが、社会サービスを守れなかった」という言葉に代表されよう。すなわち、1 つには 2012 年の医療及びソーシャルケア法の改正により設置された CCGs が中心的な役割を果たしている、NHS サービスにおいて提供される医療的側面を有する NHS 継続的ヘルスケアの運用、特に（対象者数は相当少ないものの）充実したアセスメントからニーズ判定、サービスの提供からモニタリングに至る一連の流れの確立である。2 点目は、社会サービスにおけるケア法 2014 の下での厳しい予算制約、及びその中での個人の選択とコントロールに力点をおいたケアサービスの提供である。3 点目としては、豊かな伝統に基づくボランティア

サービスの存在が挙げられる。以下いくつか気づきの点を述べる。

報告されているように、コミュニティケア利用者の半数以上が個人予算制（自治体から認められた予算内で自分でケアが選べる）を使っている（本報告書 35 ページ）。このことにより、行政が「できないことをしてあげる」問題除去型のサポートを提供することから、ダイレクトペイメントでの 2 つの例示（本報告書 35～36 ページ）のように、より個人のライフスタイルに即した形でのケアサービスの利用が指向されている。また個人のライフサイクルに即することは、アセスメントの段階で、利用者によるセルフアセスメント・シートの活用や介護者との協働アセスメントも認めることや、ソーシャルワーカーによる初回アセスメントの段階で、ニーズの満たし方として、（フォーマルなサービスではない）地域のサービスやボランティア活動を活用することに留まらず、本人のストレンクスを支援することで満たすことができるともされるなど、利用者がサービス利用を申請する段階から動機づけられている。

個人のライフサイクルに即することは我が国のケアマネジメントプロセスにおいても重要な要素とされている。また個人予算を受けた者は「予算よりも低い額しか使わない傾向がある」ことも、基準限度額と実際の利用額との乖離が存在している状況と類似しているが、両国の違いは、サービスの選択に際し、英国の場合には「中立公正な立場の自治体のソーシャルワーカーが全人的・社会的な視点で関わっている」一方で、我が国の場合ケアマネジャーが中心となって実施しているところに見出せる。65 歳以上高齢者におけるソーシャルケアの利用者割合が人口の 9.1%（2016）であり、しかも予算制約により減少傾向にあるため、逆に利用できる者に対しては自治体のソーシャルワーカーが懇切丁寧にかかわることができている面もあると思われるが、1. 2）で指摘した、個人のニーズに寄り添うという介護保険の政策の大きな流れを踏まえると、「できないことをできるようにする」ことへの着目よりも、個人の生活のウェルビーイングに着目しての評価とサービスのコーディネート（このことはその抽象性、個別性等により高いスキルが求められるものと思量される）を目指すことは、現状のシステムの下では例えば地域ケア会議における意見出しの際や、地域でマネジメントにあたる多数のケアマネジャーの力量のアップの目指すべき方向性等として、再確認すべきものと言えよう。

2 点目は予算制約の下での厳しい所得制限と自己負担である。もちろん運用に際しては国の定めた最低保証は守られるとはいえ、税方式を基本とするが故に、予算制約が課された場合所得再分配の観点からの集中的な資源の配分が行われざるを得ない。こうした厳しい自己負担制の背景には、後述する豊かなボランティア・セクターを支える文化が存在し、比較的貧困の状態にある者もなにかのサポートがある状況になりやすい、ということもあると思われる。他方においてこのことは、ボランティア・セクターによるサポートがどの程度国の中で普遍的に行われているか、イギリスにおける実態をよりつぶさに調査する必要があることも認識させる。同時に、我が国の社会保険方式の下で運用される介護保険における自己負担の在り方を考えた場合、「もはや一般化された公共サービスからは遠い存在になっている」（松岡）ような運用とはならず済んでいること、一方で高齢者層における所得や資産の状況の差の存在や、制度の持続可能性等、種々の論点を喚起するものであるといえよう。

3 点目はボランティア活動の自立性である。イギリスのボランティア・セクターは自ら掲げたミッションのために活動をしており、それを行政や医療専門職に伝え、売り込むことで助成金を得て活動している、という報告がある。「社会的処方」の概念が広がる<sup>4)</sup>中で、紹介を受けるため GP や社会サービス等紹介する側にその活動内容を周知する努力がなされて

いる。営業活動であり、ケアマネジャーに事業所が売り込みをかけることと類似している面もあると思われるが、それなしでは連携の阻害要因となり得る、連携すべき相手方の活動内容の認知や活動への信頼を確立する上では、直接のコミュニケーションが有効なのは言うまでもない。また背景には、ボランティア・セクターで活動を行う団体間で競争しなければならぬほど、その量が充実していることもあるのではないかと推量される。1. 5) で指摘したように、互助による支え合いを高年齢者自身の参加を奨励すること等を通じて促していく政策の方向性にある中で、現在は生活支援コーディネーターの配置等により地域における掘り起しが進められている状況にある。競争が働くほどボランティア・セクターのサービス供給資源が豊かな状況が一般的なものとなるにはまだ時間がかかると思われるが、ケア法 2014 が提起したような個人の選択とコントロールが尊重されるような形で地域において互助が提供される体制を目指していく上では、特定の団体が一つ提供主体として存在するからそれでよし、とするのではなく、団体間の切磋琢磨が生じるような環境の創出を目指した運用もまた、参考になるのではないかと考えられる。

## ② ドイツの展開

ドイツでの近年の新たな動きとしては、2015 年、2016 年、2017 年と 3 回に分かれて施行された介護強化法の展開が挙げられる。このうち 2015 年の第 1 次、2016 年の第 2 次改正までは、筆者が平成 27 年度の研究報告書を執筆している時点で情報があり、一定の評価もそこで行っているが、本年度のこの研究報告書で報告されている第 3 次改正までを踏まえてみても、当初より部分保険であるとの前提で制度設計がなされていること、及び後述する現金給付と家族介護に係る点を除くと、基本的に我が国で志向されている改革の方向性とそう大きく異ならないように見受けられる。

その一例としては、報告されている第 3 次介護強化法における市町村の役割の強化である。日本とは異なりドイツの介護保険の保険者は市町村ではなく、非営利公法人の医療保険の保険者である「疾病金庫」が、明確に会計を分けた形で「介護金庫」を設けている。第 3 次介護強化法では、「ケアの確保（新しい相談構造の試行、介護支援センター<sup>5)</sup> 設立発議権の介護金庫から市町村への移行）」「使いやすいサービスの構築・拡張への市町村の参加の開発と簡素化」「要介護者への相談への関与者間の連携と透明性の向上のための州レベルでの枠組み合意」「高齢者向き住環境の推進」の 4 点が挙げられていると報告されているが、それぞれ地域包括支援センターの設置推進、ボランティア等の参加促進も含めた介護予防・日常生活総合事業の展開、関係者間の連携の促進による地域包括ケアシステムの確立、高齢者向け住宅政策の促進、といったことに該当すると考えられる。もう一例を挙げると第 2 次介護強化法における新しい要介護認定（介護鑑定）のツールの策定と、予防やリハビリテーションを重視する姿勢である。前者については平成 27 年度の研究報告書で詳細に述べたように、介助にかかる時間での評価から、モビリティや認識・行動能力など 6 分野における自立性が測定され、総合評価されて決定されるようになるとともに、精神上又は又は認知上の事柄を身体的な障害と同等に扱うようになった。後者については、要介護度の評価・認定（鑑定）を行う者が予防やリハビリテーションに向けた提案を行うとともに、予防的措置が自宅又は施設で提案できるか、及び一時的な予防措置について助言ニーズがあるか否かについても意見を述べることとされている。

一方、第 1 次介護強化法で講じられた在宅介護者への支援を強化している点に関しては、日本との明確な対照をなす点である。この点はまとめて 3. で検討したい。

### 3. 介護保険の成り立ちから来る2つの論点への示唆

以上、日本の高齢者ケア政策の発展経緯における6つの方向性について概観し、次いで本年度の調査対象3か国の政策展開について簡単に整理した。

日本を含めた4か国を概観すると、いずれの国においても、予防重視の姿勢、医療と介護の連携・統合、日常生活能力が低下した者に対し自立を促すためのリハビリテーションや支援、地域における包括的なケアシステムの確立、市民の支え合いとボランティア活動の重視と奨励等、同様の志向が見受けられる。程度の差こそあれ人口の高齢化が進み、経済のグローバル化等を背景として財政上の制約が課せられる中で、国民に必要な支援を提供していくというミッションを果たすために講じられる施策は、それぞれの置かれた歴史や文化、社会経済構造や医療・福祉制度の成り立ち等に影響を受けるものの、そう異なるものではない。また英国におけるNHSサービスとソーシャルケアサービスの縦割りの問題が「永遠のテーマ」(松岡)とされていることに代表されるように、各国における課題についても、共通のものも多い。

他方、日本においては既に着手済みである課題が、各国においては未着手、あるいはまだ着手したばかり、というようなことも見受けられる。オランダの個所で指摘した、予防サービスの提供へのインセンティブや、予防としてのリハビリテーションについては、前者は英国(ケア法2014での位置づけ)やドイツ(第3次介護強化法の取組)等で開始されているが、保険者が自治体であり予防サービスの提供が自らが設定する介護保険料に直結するため労力を割くインセンティブが存在する日本とは、違ったアプローチでのプロモーションが模索される必要があるように思われる。またOT、PTなどのリハビリテーションの専門職がデイサービス等ソーシャルケア分野で行われる介護予防の取組みやケアプラン(各国ではケアマネジャーは存在しないが、特定の対象者に対しケアサービスのコーディネートを行うなにかしらの役割を担う者は存在する)等の指導を行い、サービスの質を向上するような取り組みは見られず、繰り返しになるが日本発のものとしての国際的発信が望まれるものと思われる。

その反対に、日本では高齢者ケア政策の発展過程において重要な論点となっており、未だ議論が続いているものの、他国においては問題としてそれほど取り上げられないものもある。ここでは、1.6)で整理した「地域共生社会」を今後わが国が目指していく上で重要と思われる、介護保険の制度設計とも関わる2つの課題を提起する。

#### 1) 被保険者・受給者の範囲

高齢者介護分野においては、社会保険方式による介護保険制度の導入から、地域包括支援センターの設置、地域包括ケアシステムの提唱と確立に向けた施策の展開といった一連の流れが展開されてきたが、「地域共生社会」の提唱は、これの他分野への「横展開」、すなわち、例えば障害を有する者やその家族、子育て中の家庭や生活困窮家庭に対し、必要な支援を保健・医療・福祉の垣根を越えて包括的に提供するという発想の普遍化を目指すものである。そのために2017年の介護保険法の改正では併せて社会福祉法が改正され、各市町村において地域福祉計画を策定することが努力義務化されるとともに、高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするための「共生型サービス」が位置付けられ、介護報酬上の整理もなされるに至った。

こうした「地域包括ケアシステム→地域共生社会」といった流れは、介護に係る仕組みが

年齢により区切られていない3か国においては、例えば貧困問題も視野に入れた対応などの内容の深化や、好事例の横展開等ということはさらに模索されるべき可能性がある一方で、対象となる人の範囲を広げていく、ということ自体は、制度論としては基本的にイシューにはならないものと思われる。イギリスのソーシャルケアガイドラインにおいても若年者の事例が採り上げられ、オランダのソーシャルヴァイクチームにおいては連携が確保される「T字型」の専門家の中に障害コンサルタントや青少年指導者が多く含まれている（昨年度の報告書参照）。またドイツの介護保険はそもそも年齢による区分を設けずに制度設計されていることはよく知られている。

この点は日本の介護保険が、1.1)で述べたように、未曾有の高齢化が予測される中で「社会的入院」や「寝たきり老人」など、高齢者医療や高齢者福祉における制度上の問題を解決することを契機に議論が始まり、制度が設計されたという沿革に規定される形で発展を遂げる一方、例えばオランダの例であれば、医療における国民皆保険が始まる前の段階で長期に係る療養等の生活上のリスクに対する強制保険として成立し、発展を遂げたなどの違いに依存する面もある。そうした発展経緯は良し悪しで議論するものでなく、違いを的確に認識したうえで、例えば今回の報告書からであればイギリス、ドイツ、オランダの実践から参考になる点を学び取るべきと思われる。この問題に関する我が国の議論は介護保険部会等で引き続き行われている。賛成・反対両者の意見とも首肯できる点があり、本稿で簡単に結論を出せるものではないが、「地域共生社会」を旗印に掲げての政策展開を志すのであれば、今後とも議論は避けて通れない課題であると考えられる。

## 2) 自助、互助との関係性

もう一点、「地域共生社会」の必要性を説明する上で欠かせないのが、自助、互助との関係性に係る問題である。

自助、に関しては、介護者支援をどのような形で行うかの問題と、利用者の自己決定にかかわる問題がある。前者に関しては今回の調査ではあまり論点としては掲げられていなかったが、現金給付の必要性の有無も含めた、介護者支援をどのように制度上扱うかの問題がある。ドイツにおける現金給付、及び一定の条件を満たすものに対する社会保険料の支援が行われていることは、介護保険部会の議論でも取り上げられていたが、第二次介護強化法においては介護保険料に係る支援額の増強と条件緩和が行われるに至った（平成27年度「地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較調査研究報告書（国際長寿センター）」筆者担当部分(p19-20)を参照）。また英国においては、報告されているNHSサービス及びソーシャルケア以外にも、所得保障制度の中で介護を保障することを目的に、要介護者に支給される2種類の給付及び介護者に支給される介護者手当があり<sup>6)</sup>、オランダでも、少額ではあり、かつ国レベルでの最高額の設定(50ユーロ/年)は2015年に廃止されたが、いくつかの自治体ではインフォーマルケアを提供する者に対する手当が支払われている<sup>7)</sup>。上記の被保険者・受給者の範囲の問題とともに介護保険制度創設期以来の議論となっている論点である。介護保険部会においても見直し議論のたびに提起されるが、現時点では否定的な議論が多く、今回の改正においても否定的なトーンで取りまとめが行われている。しかし、地域共生社会の議論の中で採り上げられる重要な対象事例としてダブルケアの問題が採り上げられており、デイサービスやショートステイ等によるレスパイトのメリットは享受されつつも、介護保険制度の中ではともすると直接の支援の対象としてはみなされにくかった家庭でのケアに係る労力をどのように社会的に評価し、支援して

いくつかの問題に向き合うことがダブルケアに関する提起が暗に示していると思われる。(オランダの WMO において、家族介護者の負担軽減が一つのテーマとなっており、ライデン市では「代理マントルケア」という制度が創設されていることは、報告書にあるとおりである。)

一方利用者の自己決定に関しては、イギリスにおいて個人予算制が導入されたことは記述したが、オランダにおいても、利用している者は多くはないようではあるが、在宅での介護について、現物給付だけではなく、個人勘定を用いてケアサービスを自ら購入するスタイルが導入されている(28年度報告書参照)。ドイツにおいては個人予算制や個人勘定のような仕組みは見当たらない(ただし現金給付は個人でのサービス購入にも用いられる)が、ケアスマネジメントは複雑なケース(6~7名に1人)に限られ、その他の者はまずは当人が決定し、判断できない場合は家族や法定後見人が行うこととされるなど、利用者サイドの自己決定が尊重される仕組みとなっていることが報告されている。上述したが、日本の要介護度毎の給付限度額を設定する仕組みは、措置制度のように行政がサービス内容を決めるものと比較すると自己決定の尊重がなされているが、他方において実際にはケアマネジャーに相当依存している。イギリスにおいては家族や団体、ソーシャルワーカーが、オランダにおいてはソーシャルヴァイクチームが自己決定を支援しており(平成28年度報告書参照)、第三者が本人の自己決定を支援する何らかの仕組みは存在しているが、その運用に係る姿勢や具体的な方法は、我が国のケアスマネジメントの在り方に対し重要な示唆を含んでいるものと思われる。

互助との関係では、ボランティア・セクターの行動様式が挙げられる。イギリスでの当該セクターの「自立」性については上述し、またドイツに関しては平成27年度「地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較調査研究報告書(国際長寿センター)」筆者担当部分、オランダに関しては平成28年度「高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究報告書(国際長寿センター)」において紹介しているが、いずれにおいてもそれらの活動主体の、政府の思惑とは別途の「自律」性が目に付く。ボランティア・セクターの活動はその字義が端的に表すように、ミッションを抱くに至る思いは様々なものがあれど本来的に自発的なものであり、自身が捉える社会的課題に関し、自律的に、政府の政策もむしろ利用する、という立場で活動を行うことが、人々の共感を呼び、事業の拡張や充実につながるものとする。他方日本では法律において、介護予防・日常生活総合事業において生活支援コーディネーターや協議体の設置等による生活支援体制の整備が位置付けられ、ボランティアを含む地域の社会資源の開発やネットワークの構築等を、介護保険財源から支出した上で全国的に展開されているが、このことは逆にいえば、こうした社会資源による生活支援体制を全国的に整備するためには法律に位置付けられる必要があるという、ボランティア・セクターの現状があることも意味する。

我が国は欧州諸国とは比較にならない速さで人口の高齢化が進み、それらの国々が時間をかけて社会の成熟とともに課題に対応してきたのとは異なり、急速な変革が成し遂げられなければならない状況にあったことは認識されるべきである。また日本でも社会福祉協議会をはじめ多くのボランティア・セクターの主体があり、それぞれに活動を行っていることは、地域包括ケアに係る厚生労働省が作成する様々な事例集を見ても明らかである。その上で、総合事業の下での生活支援体制の整備が、活動主体の自律性を育む方向で運用され、地域共生社会で謳われている「住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制」を築いていく上でもまた、3か国の実践は多くの示唆を与えるものとする。

<注>

- 1) 「社会的入院」の問題については、医療供給のサイドでも、1992年の医療法改正による「療養型病床群」の導入以降、介護保険における療養病床としての保険給付を経て、2017年の制度改革による「介護医療院」の創設に至るまで、療養環境を改善するための改正が重ねられてきた。
- 2) ここでの「福祉国家の参加型社会への進化」といった表現に代表される、例えば「福祉国家は時代にそぐわない」等の表現に関しては、それが独り歩きすることで、各国で行われている医療保障制度や公的年金、生活保護等の生活扶助、雇用保険や労災保険等などの労働者保護に係る施策などの社会保障政策自体に対して、過度に否定的なニュアンスでの受け止めに助長しか寝ないものと思われる。所得再分配や貧困の防止、格差の広がり防止や社会の安定等重要な機能への無理解や無関心から来る必要な負担の忌避等を肯定し、制度自体の持続可能性を毀損しかねないため、置かれた文脈に十分注意して理解するなど、慎重な配慮の必要があると考える。
- 3) ILC 事務局や CIZ 担当者等のコメントからも同様であった。
- 4) 報告では GP を経由しての社会活動への参加に関し「社会的処方という形態をとったか、助言であったかは不明であるが」と指摘されている（渡邊）ため「概念が広がる」と表現した。
- 5) 案内や相談、ケースマネジメントなど総合的なサービスを提供するもの。2008年3月に可決された「介護発展法」により創設。
- 6) 平部(2009)
- 7) Kroneman, et. al.(2016), pp.156-7

(参考文献)

- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016) 「The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition, 2016」
- 石田道彦(2013)「第10章 オランダ」、加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』、法律文化社
- 平部康子(2009)「第1章 イギリスの社会保障」、増田雅暢編著『世界の介護保障』（初版第2刷）、法律文化社

## 2. ケアマネジメントの考え方 海外と日本

一般社団法人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  
沼田裕樹

### 1. はじめに

日本において、2000年の介護保険法から「ケアマネジメント」という手法・技術が高齢者福祉分野に導入され、その「ケアマネジメント」を担うのは、介護支援専門員である。

介護支援専門員の役割は、「利用者の自立」を目的に置きつつ、利用者の地域での暮らしが継続できるよう支えることである。具体的な業務として、大きく分けると、1つは「ケアマネジメント技術」を使い、利用者の「自立」を念頭において生活を支える。2つ目は、保険制度を使い保険給付が発生するため、その「保険の給付管理（以下「給付管理」）」。そして、利用者が地域で暮らす中で発生する「様々な困り事」や「利用者の権利を守る」等、必要となっている「利用者への相談支援、その対応」も重要な業務である。

今回、日本の介護支援専門員とその業務および介護保険のケアマネジメントを踏まえつつ、調査した3か国のケアマネジメントや周辺の業務がどのように展開され、どのような専門職が関わっていたか等、インタビューやデータリクエストへの回答で把握できた内容を中心に記述する。

### 2. ケアマネジメント

ケアマネジメントは、「受付」「アセスメント」「ケアプランの作成」「モニタリング・評価」「再アセスメント」の工程を踏み、利用者を支える援助技術である。各工程について日本とイギリス、オランダ、ドイツの3か国の内容を記述する。

#### 1) 受付

受付にあたり、まず、最初の相談先として3か国とも共通している傾向は、家庭医への相談から始まる可能性が高いようである。更に共通するのは、全般的に「疾患があると、医療保険の範疇。様々な生活支援は、福祉サービスの範疇」という傾向である。高齢者の場合「医療の問題から生活上の課題が起りやすい」との状況が多く、最初の相談先として家庭医となることは理解できる点でもあった。

イギリスにおいては、最初の相談先として、家庭医、地元の自治体、慈善団体、専門的アドバイス機関等となっているようであると、地方自治体アドバイザー・Liz Greer氏のインタビューで確認した。そして、自治体に相談をした場合は、ケア及び支援のニーズについてアセスメントを受け、受給資格であるか査定していく流れである。

オランダでは、最初の相談先としては家庭医になる可能性が高いようである。今回の仮想ケースでのインタビュー、データリクエストへの回答等において、地域看護師のKim Oudshoorn氏、ライデン大学教授 Wiico Achterberg氏とも「家庭医への相談から始まる」と述べている。そして、家庭医と地域看護師が連携しており、事例により社会福祉サービスへ繋ぐか、医療保険へ繋ぐか検討する。医療保険の場合は地域看護師が査定してゆく流れである。社会福祉サービスについては、自治体への相談を進める或いは連絡をする形である。今回の調査で訪ねたライデン市の場合は、ソーシャルヴァイクチームという受付・対応の仕

組みがあり、ソーシャルヴァイクチームで受付した際は、対象者に対する支援の内容によって担当のソーシャルヴァイクチームが関わっていく。

ドイツにおいても、「家庭医は患者と付き合い長く社会環境をよく知るため、ドイツでは家庭医が重要な役割を果たす」とのコメントを総合地域医療保険ファンド組織・AOKのChristoph氏のインタビューから確認し、家庭医への最初の相談となる可能性が高い。

一方、日本の相談窓口は地方自治体や地域包括支援センターから始まる場合が多く、そこで得た情報を基に対象者等が、介護支援専門員が所属する事業所を選び、相談・受付となる。3か国との相違点は、日本においては「医師・医療の関与が低い可能性の中でも相談が開始される」「家庭医と違い、新たに対象者との関係作りを行いつつ、望む生き方や従前の生活の把握等、対象者の生き方の早急な理解が求められる」点が、3か国とは違う背景があるとの印象を感じた。

## 2) アセスメント

アセスメントについては、受給資格の決定後のサービス提供に際しての「アセスメント」について触れたい。イギリスでは、Liz Greer氏へのインタビューの中で日本のアセスメントについて「身体的なケアの方に重点が置かれている」「出来ないことに焦点を当てている」等のコメントを聞き、また「できるだけ長い間自立してもらい、できることに焦点をあてるのが重要」ともあった。

オランダでは、在宅での生活サポートを大きく分けると医療保険でのサポートと社会福祉サービスのサポートとなり、各々のアセスメントの内容について触れる。医療保険の方は、サービス提供事業所の地域看護師が担当することになり、所属する機関のアセスメントツールを使い、原則的な考え方は地域看護師の専門性を鑑み、地域看護師のアセスメント力に託しているとのことであった。一方、社会福祉サービスはソーシャルヴァイクチームがアセスメントするが、基本は本人が豊かになる視点や対象者の住む地域のサポーターの活用を踏まえた、アセスメントを実施している。

ドイツは、原則としてケアマネジメントが活用されていないため、アセスメントが必須ではなく、本人が内容を決定し、予算調整を事業所と行うスタイルである。その中であるが、医療保険でごく一部の対象者へケースマネジメントを実施していることをAOKラインラント/ハンブルグのChristoph J. Rupprecht氏等から聞いた。医療保険で介護相談を行うにあたり、「ケースマネジメントとして情報を把握する用紙」があり、その用紙を使い、身体状況をヒアリングし、回答者のコメントとしてサービス種別を記載する欄があるとのことであった。日本の場合、アセスメントに最低限必要な「把握する情報の内容」を定めている。また近年は、ケアマネジャーのアセスメント力に課題があるとの認識で、「アセスメント力の向上させる内容」「自立支援への意識を高める内容」等の視点でケアマネジャーの研修を見直している。その中、特に今回、感じたのは「アセスメントを身体・機能低下の視点から、生活全体の様子や出来ている機能への視点を変える必要性」、オランダの地域看護師にあった「アセスメント技術は上級の看護師が担当する形で、その上級の看護師を事業所が雇うことにより、アセスメント技術を担保する仕組み」等が、日本と違うシステムであり、重要な視点であると感じた。また、調査3国では、基本的に専業・有給のケアマネジャーがいないため、受給資格決定後のアセスメントは、利用者の生活に最も近いサービス提供事業所に委ねられており、日本と異なっていた。

### 3) ケアプランの作成

イギリスの Liz Greer 氏によるとケアプランについては、「会議を開いて、適格性のあるニーズが満たされているか、予算がパーソナルバジェット内であるかの合意をする」という点を含めケアプランが合意、作成される。ニーズに関して自治体も関与し、合意した中でプランが確定する。この流れで、社会福祉サービスではアセスメントミーティングが開催されるとのことであった。対象者本人、アセッサー、家族もしくは友人、或いはプロフェッショナルが参加するである。

また、英国アルツハイマー協会の Marta Arroyo Bello 氏は「合同アセスメントをリクエストすることがあり、複雑なケースの際で全体像がアセスメントの中で現れない場合など、家族のサポーターとして自分も出席している」とのことであった。

オランダで印象的であったのは、ライデン市のソーシャルヴァイクチームである。ソーシャルヴァイクチームは社会福祉サービスの中での支援機関で、対象者の査定では地域でのインフォーマルケアに目を向け、対象者の互助や共助にアプローチしながら、必要であればプロフェッショナルサービスの提供を提案している。

国際長寿センターオランダセンター事務局長 Mrieke van del Waal 氏からは「ケアを提供せず、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している」とあり、コーディネーションの方向性を組み立てている。

ドイツでは、医療保険におけるケースマネジメントの計画作成について、インタビューで聞いている。ケースマネジメント用のシートに「この対策が可能である」と記入し、そのコメントを必要な疾病金庫の内部関係者が見られ、計画作成に活かす仕組みを取っている。しかし、「個人情報保護の点で介護事業者は閲覧できない」「本人は閲覧でき、必要な人とシェアする場合、本人に書面での許可を得る」等の形で展開しているようである。

日本の介護保険の在宅ケアの場合、ケアプランの作成は大きく2つに分かれる。介護支援専門員が作成するケアプラン（居宅サービス計画）と、各サービス事業所で作成する個別サービス計画である。居宅サービス計画は、利用者の生活全体の方向性や目標、そしてサービス毎の役割分担を示す「マスタープラン」の位置づけ、個別サービス計画はサービス分野毎に提供する支援内容等を明確にする「アクションプラン」の位置づけという組みを取っている。3か国と比べ「丁寧且つ詳細な部分まで、ケアプランを作成する」思想と再認識した。

### 4) モニタリング

イギリスにおいては、Liz Greer 氏によると、概ね3か月後に評価があり—その後は毎年  
の評価となるが、大きな変化があればいつでも評価を受けられるとのことであった。

オランダでは、Kim Oudshoorn 氏から「モニタリング担当のアカウントマネージャーがおり、ケアの量の管理をしている」「家庭医の助手などは、数ヶ月に一度、訪問する」等のコメントを得ている。また、Mrieke van del Waal 氏は「理想的には3か月後くらいではないか」ともコメントしており、モニタリング時期の明確な設定はないようである。

ドイツでは、給付対象者となる査定の見直しについてインタビューで聞いている。AOK エリアマネージャー Christoph J. Rupprecht 氏は、査定の見直しについて「以前は、1年後に鑑定の見直しでチェックしたが現在は行っていない」とのことであった。

現在、日本ではモニタリングの見直しの時期について、要介護認定該当者を「1か月に1回」、要支援認定該当者を「3か月に1回」、その他の該当者等にも細かく義務付けている。オランダ・地域看護師やドイツ・看護師などのインタビューで印象に残ったのは、「高いレベ

ルの教育をした専門職が持つ、専門性のスキルに判断を委ねる」考え方があり、推察だがモニタリングに関しての見直しの時期も、各専門職に委ねているようであった。

### 3. 給付管理

日本の介護支援専門員の業務では、ケアマネジメントの他に重要な業務は「給付管理」である。今回の3か国では、イギリスは「パーソナルバジェット」の考え方で、ニーズの決定に自治体が参加する等のチェックは行うが、元々サービス量及び予算の管理は、対象者がしている。

オランダについては、介護保険については対象者が選んだ保険会社とプロバイダーの中で、給付と予算の管理が行われる。その一方、ライデン市のソーシャルヴァイクチームの場合の社会福祉サービスでは、査定や支援内容の提案を受けながら、サービスの量等が決定となっている。

ドイツでは、対象者が現金給付を選択すると対象者自身がサービス内容と予算の管理をし、現物給付であれば保険会社の管理となっている。

これら3か国の状況と日本の状況を顧みると、日本の介護支援専門員は、「専門性の高いケアマネジメントを行う専門職でありつつ、給付管理も行う」業務体制であることを再認識した。日本の場合「公平中立」や「効率性」等の点を含めた「給付管理」を介護支援専門員に託しているが、3か国を調査した中では、違う形で「給付管理」が実践されていた。

### 4. おわりに

今回、詳細には触れないが、日本の介護支援専門員の業務の実情は、上記の他に「日常生活での困り事」や「虐待防止、権利擁護支援」「施設、病院等への入退所支援」等、様々なことに関わっている場合が多い。3か国の「ケアマネジメント」と考察すると、様々な専門職等が幅広く対象者の支援に関わる考え方で進んでいるようであった。また、モニタリングが一例であるが、「ケアマネジメント」の中の各技術も日本は3か国より、頻度やレベルの高い内容を目指しているようである。これらの点を鑑みながら、日本のケアマネジメントや給付管理、その他の業務等を介護支援専門員が担うことについて、改めて考察することが大切であると考えられる。

### 3. リハビリテーションの考え方 海外と日本

株式会社 TRAPE 代表取締役 大阪大学医学系研究科保健学専攻 招聘教員  
鎌田大啓

今回「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事業」に参加した。

「ドイツ」「オランダ」「イギリス」3ヶ国の現状について視察し、仮装ケースについてインタビューしたことから、各国のリハビリテーションの現状を捉え、又それぞれの国のリハビリテーションに対する考え方についてまとめ、それらを日本の現状そして考え方と比べて考察を行う。

「介護予防」について日本では、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものであるとされている。これを達成するための以前の手法は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちで、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組が十分ではなかった。

この反省から、特に生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、日常生活の活動を高め、過程や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すことを重要視するようになった。

そして、これからの介護予防を実際に展開していくことを考えていく上で、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現することが重要であると言われている。その中において、リハビリテーション専門職は、自立支援型地域ケア会議に助言者として参加したり、短期集中通所/訪問型サービスにおいて生活行為の向上に取組んだり、社会参加を考える上で重要な住民運営の通いの場づくりに関わったり様々な場面で自立支援を軸とした介護予防への取組を実際に行っている。

#### 1. ドイツ

##### 1) 現状

ドイツでは、リハビリテーションは疾病金庫（医療保険）が適用されるということであった。MDS（全国健康保険協会医療サービス本部）でのインタビューにおいて、「（これまで）連邦保健省は、あまりにもリハビリテーションの請求するのが少ないということで批判を受けていた」とのことである。以前、医療的なリハビリテーションの割合は1%であったが、現在は州によって違うが、2~3%に伸びたということであった。

国をあげてリハビリテーションを推進する背景については、「要介護の人がリハビリテーションによってより良い状態になるのではないかということがあったからではないか。」と言っていたが、実際にリハビリテーションを行った事例のアウトカム調査はしていないとのことであった。

また、ディアゴニー病院移動訪問老年医療リハビリテーションチームへのインタビューにおいては、ドイツにある移動式リハビリは病院の一部でありドイツ全土で14箇所あるだけ

だということであった。症状が軽い場合は、通院でのリハビリテーション施設に行くか、GPに処方を出してもらい開業しているリハビリテーション専門職の診療所へいく（最大6回）。理学療法士は病院で働く人よりも診療所を開業している人の方が多い。今回視察をした移動式リハビリの事務所は病院退院後の比較的重度の方々を対象にしており、リハビリを提供する目的は、「退院後に自立した生活をするため」ということであった。移動式リハビリを受け入れる基準は、リハビリ能力がある人で、認知症が進んだ方はリハビリ能力がないと判断するということであった。リハビリは最大で45回提供されるが、そのうち5回は医師の見立て・社会福祉関係の相談であり、残り40回がリハビリ専門職の関わる時間であるとのことであった。

リハビリテーション専門職に求める役割について、MDS担当者は「多くの場合運動レベルの向上である。一方ADLや認知能力の向上もあるかもしれない」と言っていた。移動式リハビリ事務所の医師は「何ができるか・何が必要かを見ること、プログラム終了時には自分でできるように持っていくことである」と述べた。また、理学療法士は移動について、作業療法士はADL,IADLの向上のために療法を行い評価ツールとしてBarthel Indexを使用しているとのことであった。共通の業務として、家族の相談にのることもあるということであったが、介護サービス提供者とは困難事例でなければ連携をとることはないとのことであった。リハビリテーションの具体的なプログラムは医師が指示を出し、1週間に1回のチームミーティングでリハビリ専門職の意見を聞いて内容を修正するということであった。

## 2) 考え方

ドイツでは、リハビリテーションを行える方とそうでない方（認知症の進行した方）が明確に分けて考えられている。MDK担当者から「ドイツのリハビリテーションは、身体機能に集中していて、趣味というところには注目しない」というコメントに代表されるように生活モデルでなく、医学モデルが中心である。

仮想の4ケースを通して、日本における生活行為力をいかに上げていくかという介護予防の考え方について披露したが、イギリスやオランダとは違ってその概念が重要なことは知っており、その方向へ進みたいというような発言も見られなかった。また、介護予防リハビリテーションは市民の自主性に任されているとのことで、ほとんどの方が行わない現状であるという。そして疾病金庫が予防サービスを行っていることもドイツならではの特徴ではないだろうか。

## 2. オランダ

### 1) 現状

ライデン大学医学部教授で高齢者リハビリテーションを研究しているWilco Achterberg氏へのインタビューでは、「リハビリは医療保険から出され、オランダ国内には約200のナーシングホーム組織があり、その全てでリハビリを提供しているとのことであった。そして近年小さいナーシングホームは統合されて大型化が進んでおり、ナーシングホームを土台とするリハビリセンターは減少傾向にあるとのことであった。今回視察を行ったTopaz Revitelリハビリクリニックは、認知症の方はおらず、自己決定ができる方しか入れない。また多様な疾患の方々があり、自宅復帰率は90%以上とのことであった。オランダは民間保険会社が査定をする立場にあり、自宅復帰率が60%以上なければ保険料の支払いが拒否されてしまう現状であるという。また他のリハビリクリニックと入所期間の長さを比べられ指摘を受ける

とのことであった。ここでのリハビリ内容としては、自宅での生活をシミュレートするためにリハビリテーション室だけでなく1日中全ての生活にリハビリ的意味合いを持たせており、スタッフによるサポートはできるだけ少なくしているとのことであった。一方、皆が集っている生活の場である食堂では食事練習は行えず、作業療法士が食事練習専用の部屋で行うという矛盾が見られた。

国際長寿センターオランダセンター事務局長の Mrieke van del Waal 氏は、作業療法士の役割については、ゴール設定に大きな役割があると述べた。具体例として、「自宅復帰前に作業療法士が自宅へ行き自宅環境のアセスメントを行い、家族へアドバイスする」ということを示した。しかし、リハビリテーション・クリニックには多くの作業療法士がいるが、作業療法士の診療所はほとんどない（地域にいない）ので GP が作業療法士を紹介することはほとんどないということであった。そして、理学療法士は、筋力やバランスの向上を担うと言っていた。

CIZ 担当者は、「リハビリテーションはケアというより改善するためのものである」と述べた。

介護予防について、Wilco Achterberg 氏は「オランダではこういうものはない。」と発言した。

## 2) 考え方

仮定の4ケースのインタビューでは、オランダでは軽度ケースであっても住宅改造などのアドバイスは GP からの依頼で理学療法士などが向かうことがあるようである。介護予防の観点から調理や掃除が行いにくくなったというような生活課題が生じた際に、リハビリテーションによる生活行為力向上のアプローチを行うことはないとのことで、単に家事援助を行うというサポート方法をとるということであった。仮に理学療法士が訪問してもエクササイズをするのみである。しかし、デンマークの例などを出し、その重要性は認識しており、その方向へ向かっていきたいという回答は見られた。

## 3. イギリス

### 1) 現状

Dr.Charles Alessi は、インタビューで、「作業療法士はもっと使われるべきであるが数が少なく、あまり使われておらず価値が評価されていない存在である」そして「作業療法士は医学モデルであり、その中で活用は難しいと思う」と述べている。

設立後 325 年の歴史がある退役軍人用施設であるロイヤルホスピタル・チェルシーの施設長の Deborah Sturdy は「ここには作業療法士、理学療法士がいる。そしてここでは社会的なかわり合い、コミュニティに参加することを非常に重要視しており、入居している人には何かしらのコミュニティに参加してもらい郵便配達、庭仕事、お店で働いてもらうなど役割を担ってもらうようにしてあり、それ自体が作業療法になっている」と発言していた。また「ここに住んでいる人たちは寿命が長いと感じているがエビデンスで表現されておらずここ以外のところへ展開できていないことが課題である」と述べていた。

### 2) 考え方

地方自治体協会アドバイザーの Liz Greer 氏は、「ケア法におけるアセスメントの重要な軸は、各種活動・参加において生活行為の低下が対象者にとってどのようなインパクトを与

えているかである」と述べた。また「できないことに焦点を当てるのではなく、できることに焦点を当てるアプローチが大事だ」と考える。調理に生活課題があるという仮想のケースにおいて、以前であれば、誰かを派遣して終わりであったが、再びクッキングができるという自立までもっていくことをリハビリ専門職の役割とし、最長6週間のプログラムを提供する可能性に言及した。

#### 4. 考察

以上今回の視察、インタビューなどで知り得た各国の現状、考え方についてまとめたが、全体を通して現在日本が目指し地道に展開している自立支援を軸とした介護予防、生活行為の向上で対象者の可能性の追求を行い、対象者にとっての元の生活を獲得するような取り組みは見られなかった。基本的に医学モデルであり、リハビリテーション専門職の役割は心身機能の改善、ADLの向上にとどまることが多く見られた。

また、日本では自立支援型地域ケア会議や短期集中通所/訪問サービスにおいて多職種との連携・協働への取り組みが地道に積み上げられているが、今回視察をした各国では困難なケース以外でコミュニケーションを取ることはほとんどないということで、多職種で行うことは非常に限定的であった。

地域における予防の在り方についてイギリス、オランダではボランティア団体を始めとする様々な組織がその役割を担っているが、リハビリテーション専門職がそこに関わるという報告は見られなかった。しかし、各国のボランティア組織からは日本と同様の課題である、ボランティアの確保、男性は団体が設定した場に出てこない事が多いなどの発言も見られた。

この点に関してイギリスのアルツハイマー協会が行っているボランティアと認知症の方をマッチングするサービスである「サイドバイサイド」の考え方が参考になる。このサービスのマッチング条件は共通の趣味などそれぞれ個人の特性のマッチングである事が特徴的である。つまり、人の行動変容やあるべき方向へサポートする際には「アセスメント」の視点が重要であるという事である。この点で作業療法士の「ひと」「環境」「作業(活動)」を分析する視点は今後とても重要になってくると思われる。日本では、住民運営の通いの場づくりにリハビリテーション専門職が関与することが推奨されており、その課題を乗り越えていく際に専門職としての視点が活用していくということは日本が世界に先駆けて発信できる大きな特徴ではないだろうか。

各国ともに自立支援の重要性は共通認識であった。ただ「自立」の捉え方が文化的側面から異なっているようにも思えた。代表的な例として認知症が進むと自己決定ができないので自立は難しいが、そうでない限り人は自立しているという前提で物事が考えられているという点である。

オランダの国際長寿センターへのインタビューでは、日本における自立支援、介護予防、生活行為の向上のための努力について、リハビリテーションを重視するデンマークとともに、これから目指し向かっていくべき理想であると述べていた。またイギリスも同様であった。

これらを通して今回分かったことは、現在日本が抱えている地域包括ケアシステムというビジョン、そしてそれをさまざまな側面から具体的に展開しているリハビリテーション職は世界の最先端であるということである。そして、現在日本が軸としている自立支援、介護予防、生活行為力の向上などは一人の人のより良い生活人生を考える時にとても重要な要素である。地域包括ケアシステムの中で、リハビリテーション専門職はこれらの視点を持っているという点で軸として設定されている。

リハビリテーション専門職はこのことをさらに強く意識し、今後さらに地域に住んでいる住民の可能性の追求を行っていく事が求められる。そしてその成果、仕組みを世界へ発信をする役割があることを強く実感した。

## 4. (報告) 地域リハビリテーション活動支援事業

～愛知県春日井市の取り組み～

医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長 服部真治

### 1. 「健康」は誰が守るのか

「健康」は誰が守るのか。責任を負うのは誰か。第一義的にはもちろん本人である。地域包括ケアシステムを構築していくにあたって「四助」、すなわち、「自助（自己の能力を活用し自らが自らを支える）」を基本とし、それを支える「互助（地域における支え合い）」「共助（制度化された相互扶助）」「公助（公的なセーフティネット）」の四つの「助」の重層的な構造が必要であるとされているが、健康の維持はその中の「自助」に位置付けられる。

しかし、健康の維持が「自助」だからといって、それが全て「自己責任」で、高齢者本人に任せておけば良いということにはならない。その本人が十分に健康に対する知識を持ち合わせているとは限らないことに加えて、生活習慣に問題があるとしても、それがこれまでの生活によって積み重ねてきた生活であるが故に、そう簡単に変えられるようなものではない。そもそも、高齢者は加齢に伴い、徐々に視力や聴力等様々な機能の低下、病気による体調の不良等により生活に支障を生じ、家族や友人との死別等をきっかけに意欲が低下するなど、心身機能や生活環境が少しずつ変化する状況下であり、その変化にその都度、適切に対応する必要がある。また、その人の健康は、暮らす地域の環境やソーシャルキャピタルなどによって少なからず影響を受けることは言うまでもない。だから、国民の健康に対して、各国とも国として対応しなければならないのである。

一方、高齢化の進展によって、介護保険制度ないし高齢者福祉事業の財政面からも、高齢者の健康維持を推進することにより、増え続ける給付や歳出を抑制しなければならない状況にある。すなわち、「四助」で言えば「共助」や「公助」から、「自助」である介護予防を支援する、あるいは「互助」を支援、つまり健康に資する地域づくりを支援することで高齢者の健康維持を推進することの必要性が高まっている。

しかし、どこまで国や自治体、あるいは制度が関与するのか、どの状態像の段階でリハビリテーションを行うのかは国によって大きく異なる。我が国は非常に早い段階で、しかも健康施策だけでなく介護保険制度によって、「高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うもの」を介護予防と位置づけ、積極的に取り組む国である。

そこで本稿では、我が国で平成 27 年度から介護保険制度の介護予防・日常生活支援総合事業の 1 つとして導入された「地域リハビリテーション活動支援事業」を取り上げ、その中でも先進的な取り組みを行っている愛知県春日井市と、春日井市から事業を受託している医療法人社団喜峰会東海記念病院（病床数：199 床）のヒアリング調査から、その現状について報告する。

### 2. 地域リハビリテーション活動支援事業の概要

我が国において介護予防は、運動機能の低下や低栄養、口腔機能の低下などの予防から始まり、現在では ICF の観点により、高齢者自身の有する能力を見極め、積極的に活動や参加するよう働きかけ、高齢者自身が役に立っていると感じ、生きがいが持てるような支援が必要であると変化してきた。介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン<sup>1)</sup>では「リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよ

く働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指す」とされている。

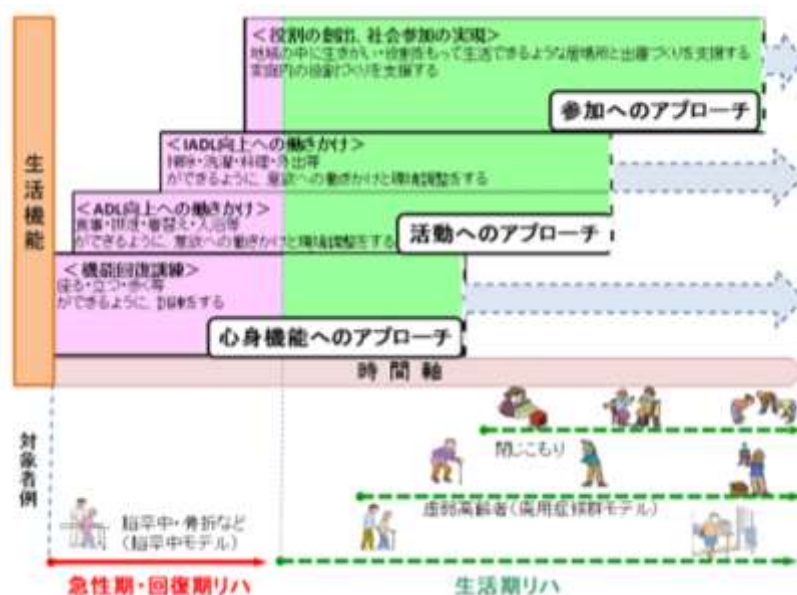


図1 高齢者リハビリテーションのイメージ

出典：厚生労働省資料

そこで、介護保険制度における介護予防・日常生活支援総合事業では、移動や起居動作能力等の基本動作能力は理学療法士、その他の ADL や IADL などの応用的動作能力や社会適応能力は作業療法士など、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士等のリハビリテーション専門職の関与が重視され、「地域リハビリテーション活動支援事業」が創設されることになった。



図2 地域リハビリテーション活動支援事業の概要

出典：厚生労働省資料

地域リハビリテーション活動支援事業とは、「地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する」事業である。実施内容としては、以下のような例が挙げられている。

- ・住民への介護予防に関する技術的助言
- ・介護職員等（介護サービス事業所に従事する者を含む）への介護予防に関する技術的助言
- ・地域ケア会議やサービス担当者会議におけるケアマネジメント支援

なお、地域リハビリテーション活動支援事業の具体的な実施内容については、保険者である市町村に委ねられている。それが地域を対象とした事業であるため、地域の実情に合わせる必要があるためである。

### 3. 愛知県春日井市の概要

愛知県春日井市は、名古屋市に隣接する人口 311,540 人、面積 92.78 平方キロメートルのベッドタウンである。平成 29 年 10 月 1 日現在で高齢者数は 78,334 人、高齢化率は 25.1% であるが、団塊世代が多く居住することから、今後さらに高齢化率が上昇することが見込まれている。



出典：春日井市提供資料

市内のリハビリテーションに関する主な資源としては、回復期リハビリテーション病棟が 4 か所 224 床、介護老人保健施設が 5 か所 511 床、訪問看護ステーションが 20 カ所、通所リハビリテーションが 5 カ所ある。

### 4. 春日井市の地域リハビリテーション活動支援事業による主な事業

春日井市で実施されている地域リハビリテーション活動支援事業は表のとおり 4 つの事業から構成されている。

表 1 春日井市の地域リハビリテーション活動支援事業

事業名	支援する専門職	事業概要
介護予防講師派遣事業	看護師、理学療法士、音楽療法士、かすがいいいきき体操指導者など	10名以上の団体に介護予防に関する講師を3ヶ月間派遣
療法士等派遣事業	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	新規事業
誤嚥予防セミナー	歯科医師、歯科衛生士、看護師	20名程度の高齢者又は介護者に誤嚥予防の講話と口腔体操の指導
誤嚥予防プログラム	歯科医師、歯科衛生士、看護師	地域の歯科医療機関で口腔機能の改善計画を作成し、個別プログラムを実施

出典：春日井市提供資料

そのうち、リハビリテーション専門職が関与しているのは介護予防講師派遣事業と療法士等派遣事業であり、療法士等派遣事業は平成 29 年 8 月から開始した新規事業である。

介護予防講師派遣事業は、介護予防・日常生活支援総合事業の中で、これまで事業者が担ってきた通所型サービスを多様化していくにあたり、住民主体のサービス（通所型サービス B）の立ち上げを支援することを目的に平成 27 年から実施されている事業である。地域の 10 名以上が参加する団体（任意団体可）を対象に、地域包括支援センターによるコーディネーターで登録されている専門職等が 3 ヶ月程度支援する事業で、これまでの派遣実績は、実施団体 45 団体、実施回数 371 回、参加実人数 1,094 名、参加延べ人数 6,159 名にもなる。

この事業で派遣される専門職は表 1 のとおりリハビリテーション専門職だけでなく、体操や気功、ヨーガ、脳トレなどの講師も含まれるが、東海記念病院はリハビリテーション専門職による独自事業である「さぼてんクラブ」をベースにリハビリテーション専門職を派遣している。団体の希望に応じて講師は選定されるが、東海記念病院は 45 団体のうち 14 団体を支援しており、専門知識を活かして運動教室の支援をするということに留まらず、これまで独自に行ってきた地域での経験を活かして、運動やおしゃべりなどを通じて地域のコミュニティを形成する支援までを行っている。ヒアリングではこの事業による支援によって立ち上がり、現在も活動を継続している「美濃町さぼてんクラブ」を視察したが、リハビリテーション専門職が理学療法等の専門知識を持つ者としてだけでなく、地域の支援者として住民に信頼されている様子がうかがえた。

## 5. 療法士等派遣事業

ADL は自立しているが、IADL の一部が行いにくくなっている要支援者等に対する介護相談については、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを通じて対応する。しかし、春日井市では、地域包括支援センターに配置される 3 職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）では、改善見込みの可能性を感じているにも関わらず本人が「潜在的に持っている力」を評価することが難しく、介護予防・日常生活支援総合事業の 1 つとして春日井市が立ち上げた短期集中型（C 型）の訪問型サービス、通所型サービスを活用すべきかどうかの判断もできなかった。地域包括支援センターが改善見込みに自信が持てなければ、本

人に自覚させることもできず、このままでは効果的な介護予防を実施できないなどの限界を感じていた。

そこで、地域における介護予防を強化するため、地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、療法士等が本人を評価し、地域包括支援センターに適切な助言を行うことで、本人の能力を活かした自立支援につなげる事業を行うことになった。

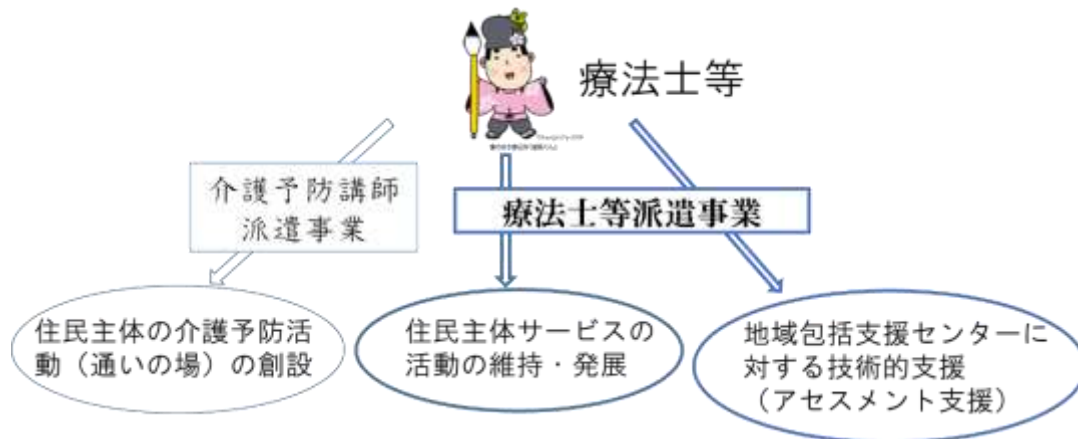


図3 療法士等派遣事業のイメージ

出典：春日井市提供資料

療法士等派遣事業は、地域包括支援センター支援事業と住民主体サービス等支援事業から構成される。地域包括支援センター支援事業とは、地域包括支援センターが新規の相談者の生活状況等を確認する家庭訪問の際に療法士等が同行し、相談者の身体機能の現状と改善見込みを評価し、評価内容を地域包括支援センターに報告するもので、この事業の柱となるものである。また、住民主体サービス等支援事業とは、住民主体サービスの活動の場に療法士等が訪問し、参加者の希望や状況に合わせた運動の紹介や現在の活動に対する助言などを行うものである。

本事業は、市町村が民間事業者（訪問看護事業所、訪問リハビリテーション事業所、介護老人保健施設、保険医療機関、その他療法士等を職員として配置する事業を運営する者）に委託することにより実施され、委託料は単価契約で1回当たり4,500円である（現在の登録事業者の内訳は以下のとおり）。

表2 療法士等派遣事業の登録施設

施設種別	事業所数
病院	3箇所
診療所（有床診療所含む）	2箇所
介護老人保健施設	1箇所
訪問看護ステーション	2箇所
通所リハビリテーション	1箇所

ヒアリングでは、実際に療法士等派遣事業を依頼した地域包括支援センター職員と、リハビリテーション専門職による評価<sup>2)</sup>に基づいて短期集中型サービスに取り組んだ要支援者本

人に話をうかがうことができたが、単にリハビリテーション専門職が介護予防ケアプラン作成の支援をするだけでなく、リハビリテーション専門職が直接自宅を訪問して本人の評価と動機づけを行ったことにより、本人が意欲を取り戻し、自身でも前向きにリハビリテーションに取り組んでいる姿が伺えた。その本人は当初のプランどおり、3ヶ月間の短期集中型サービスの利用を終え、今後は地域のサロンなどに参加しながらリハビリテーションを続けるという。仮にこの療法士等派遣事業がなければ、一般のデイサービスに通い続けていただろうとのことでもあり、改めて、介護とは一人の人間の生き方をも変えてしまうほど影響があることを思い知らされた。

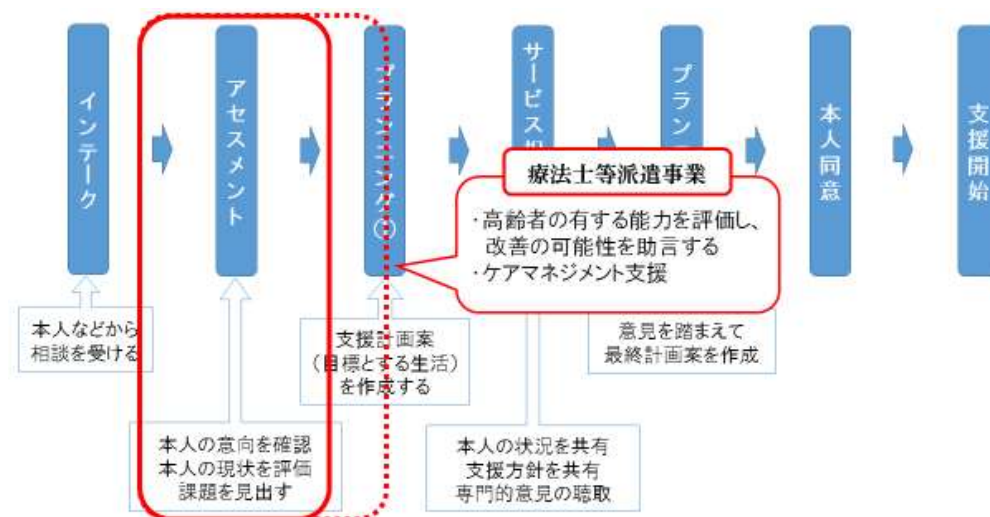


図4 介護予防ケアマネジメントの支援過程

出典：春日井市提供資料

事業開始以降、表3のとおり派遣回数も右肩上がりに伸びてきているが、これらの実績によって地域包括支援センターの意識が大きく変わり、各職員も、たとえ要支援状態になったとしてもまだまだ元気になれるという実感が持てるようになったという。

表3 療法士等派遣事業の派遣実績（12月31日時点）

	8月	9月	10月	11月	12月
派遣回数	2回	3回	3回	12回	12回

## 6. 総括

地域リハビリテーション活動支援事業は平成27年4月に創設されたばかりであり、また、そもそも地域リハビリテーション自体がリハビリテーション専門職にとっても新しい分野であるため、他の市町村ではその実施すら手つかずのところも多い。

そのような中、春日井市において、順調にリハビリテーション専門職の協力が得られているのは、春日井市内に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のグループ（春日井リハネット）が存在し、基盤があったことに加え、市（地域福祉課地域包括ケア推進室）の担当職員にリハビリテーションに関する深い理解があったことによると考えられる。その担当職員は春日井リハネットの月例会議に出席し、市が検討している療法士等派遣事業の構想を伝えるとと

もに、リハビリテーション専門職ができること、地域包括支援センターに伝えられることを半年程度かけて十分に意見交換し、事業目的に対してリハビリテーション専門職の専門性と効果を共通認識することができるよう努めた。なお、担当職員はその後も月例会議に出席し、リハ職と意見交換を続けている。多職種との連携に際し、事業の実施主体である市町村の役割は大きい、特に職員がいわゆるファシリテーター役として動くことができるかがカギとなるだろう。

リハビリテーション専門職が三次予防としてのリハビリテーションだけでなく、高齢者の自己信頼感の回復を支援する二次予防のためのリハビリテーションや、住民主体の活動を支援する一次予防のためのリハビリテーションにも力を発揮することを、実際の現場で目にするのができた。これらの取り組みが我が国全体に広がることを願うとともに、他国に向けても情報発信していきたい。

<注>

1) 厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」

[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088520\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088520_2.pdf)

2) 療法師等派遣事業で使用されるリハビリテーション評価表

[http://www.city.kasugai.lg.jp/\\_res/projects/default\\_project/\\_page\\_/001/001/968/hyoukahyou.docx](http://www.city.kasugai.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/001/968/hyoukahyou.docx)

リハビリテーション評価票			作成日 年 月 日		
対象者氏名		生年月日 (年齢)		年 月 日 ( 歳)	
住所	春日井市				
同行者					
本人・家族の希望					
健康状態 (疾患等)					
評価		現状	改善見込み		
	身体機能				
	ADL				
	I ADL				
必要な支援内容					
備考					

作成者 事業所名  
担当者氏名

## 5. 報告の最後にあたって

東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子

本報告書の「VI. 調査のまとめと日本への示唆」では、「1. 制度と施策まとめ」「2. ケアマネジメントの考え方 海外と日本」「3. リハビリテーションの考え方 海外と日本」では示唆に富む内容が的確にまとめられており、前節「4. (報告) 地域リハビリテーション活動支援事業 ～愛知県春日井市の取り組み～」では先進事例のひとつが紹介されているので、重複を避けつつ、本調査を横断的に眺めて重要と思われる点を最後にあたってまとめる。

### 1. 「回復可能/回復困難」を見る受給資格認定と分類アウトカムのシンプル化

今回の各調査対象国においては、介護保険や社会サービスを受けるにあたっての受給資格認定については、とくに「回復可能/回復困難」によってふり分けをしている点が示唆的であった。デンマーク（2016年調査）でも訪問介護・看護などの社会サービスを利用する前に「改善グループ」と「維持グループ」に分けて「リハビリ前置主義」を徹底している。ドイツの介護鑑定における自立性評価にもこの考え方は反映されている。

また、認定アセスメント後の分類は、「ニーズの量」から「ニーズの質」による分類へと変更されている（独：2016年、蘭：2015年）。「ニーズの量」による分類は日本における「介護の手間」による分類に似ており、ドイツでは「意味をなさない」との結論を得て6つのモジュールによる自立性評価によって自立支援に資する認定に切り替えた。オランダでも、各分類には「ケアプロファイル」としてニーズの内容が記述されている。

各国にはケアマネジメントを専業・有給で行なうケアマネジャー職は存在せず、受給資格認定の結果は現場（ケア提供事業所）へとリファーされる。公的で専門性の高い受給資格認定においてニーズ内容がある程度把握されており、サービス提供の方向性が示されている。よって、現場でマネジメントでき、利用者に近いがゆえにその変化にも速やかに現場判断で柔軟に対応できるのである。

受給資格認定に「回復可能/回復困難」視点を入れ込むことはリハビリテーションによる予防や自立支援促進の基盤となる。また、「ニーズの質」によるシンプルな分類である程度の方角性が示されていれば、現場では、本人に近いところでしか見えない生活の全体やストレス、地域の人間関係も含めたアセスメントができ、本人の幸福と自立に資するプランを立てやすくなる。

しかしながら、「回復可能/回復困難」を見極める際の指標尺度と、誰が行うのかという主体については難しい問題が多くあるであろう。

### 1) 介護保険における質と効率のコントロール（ケアマネジメントと関連して）

調査国の高齢化率は20%前後であるにも関わらず、「制度のサステナビリティ」を目指し、危機感をもって大胆な制度改革を進めている。その際のキーワードは、予算が不足する中であっても「質と効率」を厳重に守ろうとしていることである。この点について、日本における家事援助とデイサービスのあり方と、ケアマネジャーの給付管理について触れる。

日本においては現在、家事援助が訪問介護の50%を占めている。オランダでは介護保険の破綻を見越して、2007年に家事援助を介護保険(AWBZ)から切り離して自治体管轄のWmo

(社会支援法)へと移行した。予算は大きく削減されたが、全体の流れで言えば、不足を埋めたのがボランティア活動である。ボランティアを抱える福祉組織からは配食のデリバリーや大工仕事などの「ちょこっとお助け」的なボランティア活動が届けられている。また、「して欲しい」「できます」をインターネットでマッチングするシステムを、自治体と福祉組織の支援を受けて立ち上げる動きもある。イギリスでは家事援助は自己購入の対象であり、ここでもボランティアが活躍している。

オランダのデイサービスは2015年以降、Wmoによって運営されるようになった。ボランティアを活用することで「利用者も一緒に調理するようになった」「プログラムを地域の才能ある人が創意工夫してくれる」「いつも同じビンゴやコーラスであったが多種多様になった」など、予算削減されても地域住民の力を借りることで施設と地域がつながり、デイサービス自体が魅力あるものとなった(平成28年度調査、服部)。イギリスでは「デイサービスは画一的で魅力がない」と人気が低いため、魅力的なサービスが提供できるよう、民間市場に投げて競争させる市場構築の道が、ケア法2014で示されている(2017年自治体協会談)。

一方日本において、通所介護・通所リハは居宅サービス給付(額)の45%を占め、事業所数は計8.7万カ所に及んでいる(平成26年4月厚生労働省「介護給付実態調査」)。そればかりか、ケアプランの半数近くに通所介護(53.7%)・訪問介護(41.2%)が入れ込まれており、画一的な居宅サービス計画の問題が指摘され続けている(平成25年「居宅介護支援及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告」)。しかも、リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充が行われているとはいえ、自立支援に対する効果が厳しく問われることはない。

一方、オランダでは「自宅復帰率が60%程度なら保険会社との契約打ち切り」という強いコントロールが働く。「質と効率」は保険会社が最も重視する点であり、予算内での「質と効率」の厳格な遵守を監査している。また、イギリスでは資産調査による入口チェックが厳格で、ドイツでは部分保険であることなど、給付管理の実効性あるシステムが存在している。

日本では介護保険の質と効率のコントロールという観点で見ると、上記の自立支援に基本を置き「回復可能/回復困難」を判断するという仕組みが明確ではない。このために、ケアマネジャーの給付管理はあるが制度としての質と効率のコントロールの脆弱さは否めない。給付管理といっても「介護の手間(ニーズの量)」に基づく給付上限額を守ることであり、利用者第一主義を守り、自立とウェルビーイングを重視する価値観とはジレンマが生じる。そうでなくとも、ケアマネジャーは困りごと相談や家族関係の調整、権利擁護など業務の多さに悲鳴を上げている。「できない」をそのままサービスに結びつけるアセスメントではなく、生きてきた歴史や生活の全体、本人のストレングスも視野に入れてアセスメントし、地域の資源の活用や開発も含めて、その人の幸福や自立に資するプランで支援する職業とするためにも、別の制御システムを構築したりケアマネ業務の見直しを図ることが、ケアマネジャーがいない国からの示唆と考えられる。

## 2) 地域資源の開発と地域の再生

述べてきたように、調査国において共通するのは、制度を継続可能なものにするために「地域」にその解を求めている点である。

各国ともに、オランダではマントルケア、イギリスではチャリティ団体、ドイツでもボランティア活動が盛んで地域での支え合いがよくなされていた。しかしながら、戦後の福祉サービスの拡充に伴ってサービス利用が進むと、皆がフォーマルなサービスに頼るようになる

のでインフォーマルな支え合い（サービス、サポート）が廃れていく。高齢化の進展、担い手の不足、予算不足などから、世界的な潮流として、いま再びインフォーマルな支え合いに光が当てられているのである。これは「インフォーマライゼーション」と称されている。

日本においても、介護保険が始まってデイサービスの送迎車がまちなかを走るようになる。「町からお年寄りがいなくなった」と言われるようになった。総合事業は日本におけるインフォーマライゼーションと言える。この動きは「サービス切り」でも「住民への押し付け」でもなく、地域再生のチャンスである。

筆者は、本調査研究の研究委員である服部真治氏、鎌田大啓氏とともに北海道池田町（人口 6933 人）を訪問した（2017 年 12 月）。住民の方が毎週 20 人～30 人公民館に集まって、手作りゲームを楽しんだ後「ふまねっと体操」をして、茶菓とともにおしゃべりを楽しんでいた。社会福祉協議会の佐藤智彦氏が池田町とともに年月をかけて支援したが、現在は「サポーター」と呼ばれる住民が雰囲気づくりと全体運営を行なっている。生活支援コーディネーターは月に 1 回訪問するだけである。他の場所でも開きたいという声が上がると、サポーターが行ってスタートを支援する。フマネット健康教室は 11 か所、誰でも行けるサロンは 13 か所にまで広がっている（平成 28 年 1 月第 116 回 市町村職員を対象とするセミナー資料）。

福津市（福岡県、人口 6 万 138 万人）には研究委員の沼田裕樹氏とともに訪問させていただいた（2017 年 12 月）。この市では自治会、老人会、民生委員、商店会などに働きかけてミーティングを開き、街づくりについて話し合った。協議会づくりの下地である。15 回以上の会議を開く中で、「サンクス」という住民サロンが生まれ、デイサービスに代替するほどの機能を果たしている。

また、筆者は 2015 年より新宿区戸山ハイツ（都営住宅）において、住民の方々とともに「つどい場」づくりに取り組んでいる。この団地は高齢化率 52%を超え、団塊ジュニアが高齢期に入る 2040 年と同じ人口構成である。

団地での井戸端会議、アンケート悉皆調査、勉強会や料理会、1 年をかけたリーダー会議を経て、先日（2018 年 3 月）、新宿区「総合事業 B 型（通所）」の申請が認められた。住民の方々は問題意識を持ち、「何とかせねば」の意識が強く勉強熱心であった。しかし場所と金銭的な工面が難しかった。そこへ総合事業 B 型のチャンスが飛び込んできたのである。平均年齢 80 歳を超えるだろうと思われる集団である。

多くの方が地域暮らしについて不安を感じ、「何とかしたい」という気持ちも強いがなかなかサロンづくりなどのアクションにはつながらない。地域住民にはポテンシャルがあり、ちょっとした支援で総合事業 B 型が住民活動を活性化する引き金になっていく可能性を秘めている。

柳田国男は「美しい村とははじめから美しいのではなく、そこに住む人たちが、美しい村を作ろう美しい村を作ろうとして、初めて美しい村ができるのである」と詠んでいる。

### 3) 地域共生社会へ向けて

調査 3 国の介護保険、社会サービスは高齢者のみを対象としたものではなく、すべての世代を対象としている。

オランダのソーシャルヴァイクチーム（SWT）も、年齢・障害の種別を超えて、病気・障害・高齢によって日常生活に困難を感じている全市民を対象とする普遍性がある。暮らしのあらゆる課題を本人とともに地域の資源を活かしながら解決するチームである。地域共生社

会を目指す日本にとって非常に興味ある存在である。

日本においては、介護保険を利用している母が精神障害をもっている息子の世話をできなくなった場合など、福祉事務所において連携がなされている。また、多問題家族の問題も福祉事務所における連携によって解決されることが多い。介護保険利用者が生活保護を利用している場合は、ケアマネジャーが福祉事務所ケアワーカーと連携し、さらに複雑な場合は地域包括支援センターの主任ケアマネがサポートに入る形がとられている。

以上のような領域を超えた連携はそれなりになされているが、児童・障害・高齢の横展開についてはあまりの難しさにここで言及することができない。しかしながら、SWTから学ぶこととして、福祉の課題についても、本人の人生や暮らしに焦点をあてて、ストレングス・アプローチをし、地域資源による解決を本人とともにキッチン・テーブルに座って考えよう（キッチン・テーブル会議）という姿勢である。ゴミ屋敷化しつつある男性の問題解決を向い住む女性にも参加してもらって進める様子は、まさにコミュニティ・ソーシャルワークの発想であり、SWTのメンバーはソーシャルワーカーが中心となっている。ボランティア活用は「ゼロ線ケア」という言葉にも表れているが、地域資源を開発して競争するほどに増やしていくことも重要な課題となるであろう。

#### 4) 個人の自立、地域の自立、自治体の自立とプロダクティブ・エイジング

現在、日本の介護保険利用者のうちインフォーマルサービスを利用している利用者は36%で比較的多いようにも見える。しかし、家族支援サービス（10.1%）、紙おむつの支給、配食サービス（8.8%）など自治体による保険外サービスが中心で、ボランティアによるサロン活動はわずか1.3%である（平成25年）。今回の海外調査では、医療者が「社会的処方」という形で地域資源への誘導を行っており、ボランティア団体も熱心に営業マーケティング活動をしているとのことであった。それほどまでにインフォーマルなサービスが地域に育ち、当然のこととして利用されているのである。ケアマネジメントの視点からは、インフォーマルサービスを積極的にケアプランに入れたい、不足する場合は、地域の専門職とネットワークを組みながら資源の開発に関わっていくことが期待される。

オランダのSWTでも、インフォーマルサービスの利用を第一に据えて、本人とともに考えていくスタンスを大事にしている。ドイツでは、ボランティア活動をすることが地域での仕事や居場所をつくり出し、支援される側とする側の境界が消失していくと奨めていた。

自治体の役割の重要性も拡大しており、個人のウェルビーイングに関わる決定は暮らしに近く地域に近い自治体の支援が重要である。

地域社会の位置づけが拡大される中で、プロダクティブ・エイジングはますます重要なコンセプトであり、高齢者も他の世代とともに地域住民の一員として社会参加・貢献する場面が増える。ある時は支えるが、ある時は支えられることでウェルビーイングにつながっていくだろう。時間もあり、経験も豊かで地域での役割にアイデンティティを感じる層も多いであろうことから、年齢を超えて、障害の種別を超えて地域共生社会のけん引役になる可能性も大いにありうる。その様子は、本研究チームによる横浜調査でご確認いただきたい。

#### 5) 日本の介護保険の誇り

最後に、介護保険が始まって17年。日本が海外に自慢できる点も見えるようになってきた。

「NHSは守ったが、社会サービスは守れなかった」というイギリス自治体協会の方の発

言に見られるように、英国社会サービスは一部の低所得者向けサービスとして残余化されている状況で利用者は9%余りである。所得がある人は「社会サービスは自分で購入するもの」ということが常識化しているという。これに対して、日本の介護保険は保健制度の下、普遍的な位置づけである。イギリスのような窮状を知るにつけ、そうした状態を招かないためにも早めの対策が求められるのではないだろうか。

また、リハビリテーションは調査国では医学モデルに基づく色合いが濃く、「これから取り組みたい」という低調なものだった。日本における自立支援型地域ケア会議、短期集中通所訪問サービスにおける多職種連携・協働の取組が進められていることは、自治体間格差があるとはいうものの世界的に見ても優位にあり、これからの普及と発展がますます期待される。

実際に、前節「4. (報告) 地域リハビリテーション活動支援事業 ～愛知県春日井市の取り組み～」で報告されているように、地域リハビリテーション支援活動を活用し、自治体、地域包括支援センター、事業者が一体となって、これまでニーズを拾いきれなかった層にも働きかけて、新しい解決を構築することによって、本人にとっても生きがいに通じたり、地域の住民主体のサービス育成にも資するような展開にも大きな可能性があるのではないだろうか。

軽い読み物風のまとめとして、調査国で受けられるサービスがどのようなものなのか、利用者側からのイメージを伝えて終わりとした。

「骨折後、歩行機能がどんどん低下して歩行器による歩行がようやくである。閉じこもりがちになってしまった」男性 79 歳。各国の制度利用のイメージを描いてみると…

イギリスの社会サービスでは、「歩けないことは、あなたのウェルビーイングにとって重要な問題ですか？資産を含めて 23,250 ポンド（約 300 万円）以上の収入があれば、社会サービス利用はすべて自己負担となります。地域の資源も探してみましよう」という対応である。

社会サービスは、予算削減によって利用できるサービスが少なくなっており、資産調査の導入で全額自己負担層が増えている。そんな中、国としても民間事業者に競わせて「新しい市場」を作ろうという動きがある。古くから存在するチャリティ団体は豊富で、そうした不足を埋め、公にはないきめ細かなサービスを提供する上で重要な役割を果たしている（委託など）。

オランダでは、「ソーシャルヴァイクチームが相談に乗ります。あなたの近くに一緒に散歩してくれる人はいませんか？あなたが住んでいるエリアにはカフェモーニングがあります。日曜日の朝にぜひ出かけてみてください。」

オランダの介護保険（Wlz）は重度者対象で、一般的な訪問介護・看護は医療保険（Zvw）から提供される。社会支援法（Wmo）の下に各自治体ではソーシャルヴァイクチームが作られ、生活のさまざまな困りごとが相談できる窓口として機能し、本人の力や地域の資源を活用した解決を本人とともに模索して支援している。サービス提供事業者は、サービスの質と効果を保険会社から査定されるため、悪質な業者は淘汰される。事業統廃合が進んでいる。

ドイツでは「ご家族の介護が一番です。介護保険は部分保険ですし、ケアよりも社会参加を考えましょう。地域で楽しいことを見つけましょう。」

ドイツの道を選択すると、家族介護者の共倒れが起き、部分保険への不満が出る可能性がある。相談窓口が必要であり、社会参加が必要である。

日本はどのような未来を選択すべきであろうか？

## VII. 国内調査

### 1. プロダクティブ・エイジングと健康増進のための国内調査の概要

#### 第3波調査の概要、調査設計と回収状況

成蹊大学文学部現代社会学科准教授

渡邊大輔

#### 1. 調査の概要

最初に調査の概要を箇条書きで紹介する。詳細は2.にて詳しく述べる。

##### 1) 調査名

日本名：地域での活動と健康に関する調査

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

(略記：YLSP Wave3)

##### 2) 調査実施者、調査協力者

調査実施者：一般財団法人 長寿社会開発センター 国際長寿センター

調査協力者：横浜市健康福祉局

公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会

##### 3) 調査デザイン

前向きコホート調査。2017年度の第3波調査は、2013年のベースライン調査対象者に対して、2015年度の第2波調査につづく、2回目のフォローアップ調査となる。

##### 4) 調査対象および母集団、計画標本、抽出方法

調査はベースライン調査への回答者のうち、有効回答をしたもので、2017年8月時点において介護保険データにおいて「死亡」「転居」ではない3,764人とした。なお、調査票発送前の9月下旬に対象者1名から調査自体の申し出があり、この1名は上記の数に含めていない。

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

第3波調査の対象者（発送数）はそれぞれ①1,728人、②275人、③1,885人であった。

##### 5) 調査期間および回収率

元気づくりステーション事業、および、一般については、郵送調査を2017年10月19日（火）発送～11月末日に行った。返送期限は10月31日（火）とし、督促状を1回、10月26日（木）に発送した。また、よこはまシニアボランティアポイント事業を対象とした調査

は、調査票の印刷ミスがあったため、1週間遅れとなる10月26日(木)に発送し、返送期限は11月7日(火)、督促状1回は11月2日(木)に発送した。

第3波調査の各調査の有効回収数および有効回収率は、よこはまシニアボランティアポイント事業が1,463人、87.92%、元気づくりステーション事業が223人、84.39%、一般が1,394人、79.23%であった。

#### 6) 謝礼

調査名を入れたホイッスル式ライトボールペンを1本、調査票に同封して先渡しとした。このボールペンは14センチほどのやや短い形状をしており、両端についているキャップのうち、片方がホイッスル、もう片方がスイッチをスライドさせるとライトになるペンであった。

#### 7) 他のデータとの結合

調査票による回答だけでなく、すべての対象について介護保険データ(2011~2016年8月時点の情報)の提供を受け、結合をおこなった。また、よこはまシニアボランティアポイント事業については介護ボランティアとしての活動量の指標となるポイント付与回数(2011年~2013年の3年分)を得て、結合している。

#### 8) 倫理的配慮

調査にあたって、財団法人長寿社会開発センター研究倫理審査委員会の倫理審査を2013年9月、および、2016年7月に受け、以下の5項目について倫理上の配慮を順守することを名確認し、調査を認可されている。また、とくに(B)、(C)については、2013年11月に国際長寿センター、横浜市健康福祉局、かながわ福祉サービス振興会の三者による「覚書」を締結し、個人情報の保護のためのルールや役割分担を明確にした。

##### (A) 研究の対象となる個人に理解を求め、了承を得る方法

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

##### (B) 研究の対象となる個人の権利と個人情報保護の方法

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

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

また、アンケート調査に加えて、補足的な情報をえるためのインタビュー調査も行うが、これについても①個人情報の特定につながる情報を記載しないこと、②インタビューの録音にあたってはインフォーマントに趣旨および録音について説明した上で、インフォーマント

からの了承があった場合にのみ録音すること、③録音データは個人情報の特定につながる情報を削除したトランスクリプトを作成した後はデータを消去すること、とした。

### (C) 研究によって生ずるリスクと科学的な成果の総合的判断

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

以上の倫理的配慮とともに、調査協力者へは年間1回程度、簡易な調査結果の報告を2014年3月、2015年1月、2016年3月、2017年8月、に便りを発送し、調査への協力の謝意とその知見をフィードバックし、調査に協力することの意義を明示化する措置をとり、今後とも継続する。

## 2. 調査の目的

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

現在、日本では急速な高齢化に直面しているが、これは、単に高齢者の人口割合が増えただけでなく、現時点では団塊の世代が前期高齢期にあたることもあり、元気な高齢者の急増という側面がある<sup>1)</sup>。同時に、この総体的に多世代に比べて人口ボリュームの大きい層が、10年以内に健康リスクの大きくなる後期高齢期に入ることとなり、医療・介護ニーズの急速な増大が見込まれている。この状況に対して、高齢当事者の活用とともに、医療・介護ニーズの増大を予防するための介護予防が重要となっている。

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

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

## 3. 調査対象について

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

よこはまシニアボランティアポイント事業は、厚生労働省が高齢者の介護予防の取り組みとして市町村が実施することを認可した有償ボランティア制度である。この制度は、介護保険制度の枠組みにおいて行われているものであり、介護支援にかかわるボランティア活動を

行った高齢者に対して、実績に応じて換金可能なポイントを付与する制度である<sup>2)</sup>。横浜市でも2009年より同事業を行っており、2017年で7年が経過している。横浜市では、1回30分以上の活動で200ポイントが付与され、ポイントの付与回数の上限はないが年間8,000ポイントまでが換金対象となっている。介護ボランティアの受け入れ施設は、特別養護老人ホーム、グループホームなどの介護施設だけでなく、地域ケアプラザ、病院、子育て支援拠点、障害者支援分野受入施設など様々な対象に広がっている。同事業は『第6期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』（計画期間：平成27～29年）において地域社会で活躍・貢献できる場や機会づくりとマッチング支援の推進の中心的事業として位置付けられており<sup>2)</sup>、2014年度の登録者数10,556人（実績見込み数）を2017年度末には14,456人にすることが目標とされている。登録者はこの目標をはるかに超えて増加しており、2016年度末には15,000人の登録を超え、受け入れ機関は492か所となっている。2018年2月に報告された『第7期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』（計画期間：平成30～32年）の原案においても、ニーズ・ライフスタイルに合わせた社会参加・シニアの生きがい創出としてこの事業の拡充が規定されている<sup>4)</sup>。

元気づくりステーション事業は、『第5期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』（計画期間：平成24～26年）において、介護予防事業を従来の個別支援重視型から地域づくり型へと施策転換したことにともない、策定された事業である<sup>5)</sup>。元気づくりステーションは地域ごとに高齢者を中心とした概ね10人以上の自主グループであり、行政や地域包括支援センターと実施内容や役割、責任、経費分担などを規定した「協定書」を結ぶことで協働して活動を実施、継続することを目標としている。元気づくりステーション事業の活動内容は、介護予防に関連するものであるが、体操やウォーキング、料理、コーラス、ゲームなどグループごとに異なり幅広い。また活動頻度も週1回以上を目標としているが、月1回のステーションも多い。『第6期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』（計画期間：平成27～29年）において同事業は、介護予防取組の推進の中心的事業として位置づけられ、2014年度170グループ（実績見込み数）から2017年度末には378グループまで増やすことが目指された<sup>3)</sup>。実績値は2017年度の見込みで279グループとなっている。2018年2月に報告された『第7期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』（計画期間：平成30～32年）の原案において、元気づくりステーション事業は自立を支援するための介護予防ケアマネジメントの推進の施策として拡充が規定され、2020年度末で400グループへと増やすことが規定されている<sup>4)</sup>。

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

そのフォローアップ調査となる第2波調査では、ベースライン調査において有効回答をした3,945人のうち、2015年8月時点で転居、死亡ではない3,764人を対象とした。なお、第2は調査に回答していないものも対象となっている。

表1 調査の種類と母集団、計画標本

調査の種類	母集団	Wave3 発送数	Wave2 発送数	Wave1 計画標本 <sup>(**)</sup>
①よこはまシニア ボランティアポ イント事業事業	よこはまシニアボランティアポ イント事業登録者のうち 2012 年度に年間 10 回以上の活動実績がある人	1,680 人	1,728 人	1,900 人
②元気づくりステ ーション	横浜市 5 区 <sup>(*)</sup> で行われている元気づく りステーション事業に参加する 65 歳 以上の高齢者	269 人	275 人	309 人
③一般	横浜市 5 区に居住する 65 歳以上の高 齢者のうち要介護認定を受けていな い人	1,815 人 <sup>(***)</sup>	1,885 人	2,800 人
合計		3,764 人	3,888 人	5,000 人

(\*) 神奈川区、港南区、港北区、緑区、栄区 (\*\*\*) 事前の調査拒否者 1 名は除外している

#### 4. 調査票の設計と調査の実施

よこはまシニアボランティアポイント事業、元気づくりステーション事業を暴露群とし、一般を対照群として三者を縦断調査によって比較することが本調査の基本的なデザインとなる。ただし、よこはまシニアボランティアポイント事業、元気づくりステーション事業についてはそれぞれの活動内容や認知経路、および、今後の活動意欲について把握する必要がある。また、対照群となる一般についても、よこはまシニアボランティアポイント事業や元気づくりステーション事業自体の認知や今後の参加意欲などを把握する必要がある。そこで、調査票は 3 種類作成し、上記の設問を問う 1 ページ以外を同一の設問とした。

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

独立変数として、第一に活動状況を設定し、よこはまシニアボランティアポイント事業や元気づくりステーション事業での活動、また、それ以外のプロダクティブ・エイジングにかかわる活動について、町内会や老人クラブ、シルバー人材センター、ボランティア組織など 11 種類の組織での活動頻度、5 年以内の組織参加、お祭りへの参加度地域での活動状況を設定した。第 3 波調査からの新設項目としては、高齢期になっても新しい活動にチャレンジしたいと考えているかを把握するために、内閣府が行っている「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」を参考に、今後の活動参加希望を追加した<sup>5)</sup>。

第二に、基本的な独立変数として、社会経済的地位、社会関係資本、ネットワーク、健康への態度を設定し、それぞれ表 2 にある項目をもちいた。なお、健康への態度として SOC3-UTHS をもちいたが、これは、健康保持・ストレス対処能力である SOC (Sense of Coherence) の 3 項目短縮版である<sup>7)</sup>。また、第 3 波調査からは他者や制度から援助を受けることについての意識として被援助志向性尺度を追加している。なお同尺度は明確に確立されたものがないことと紙幅が限られていることから、高橋らの研究を参考にして指標を設定した<sup>8,9)</sup>。

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

表3 調査内容と調査項目案

調査の内容	調査項目	第3波調査設問 No	第2波調査設問 No
[従属変数]			
健康状態	健康度自己評価、基本チェックリスト、GDS 主観的幸福感 <sup>(*)</sup>	問13～14、問21～ 25、問41、問34	問13～14、問21～ 25、問38、問33
[独立変数1]			
活動状況	<ボラP>：シニアボランティアでの活動状況、活動場所 <sup>(*)</sup> 、 魅力 <sup>(*)</sup> 、現在は活動していない要因 <sup>(*)</sup> 、活動意欲 <元気S>：元気づくりステーションでの活動状況、かかわ り方 <sup>(*)</sup> 、 <sup>(**)</sup> 、現在は活動していない要因 <sup>(*)</sup> 、活動意欲 すべての調査：各種組織参加と活動頻度、2年以内の組織参 加、今後の活動参加希望 <sup>(**)</sup> 、地域での活動状況および地域 への意識	問6～12 問6～12 問31～33、問2～3	問6～12 問6～12 問31、問32、問2 ～3
[独立変数2]			
社会経済的地位	現職の従業上の地位および仕事、世帯年収	問47～50、問46	問45～50、問44
社会関係資本	一般的信頼、寛容性、SOC3-UTHS、被援助指向性尺度 <sup>(**)</sup>	問36、問37、問35、 問38	問35、問36、問34
ネットワーク	手段的サポート（授受）、情緒的サポート（授受）	問27～30	問27～30
健康への態度等	飲酒、喫煙、機器利用 <sup>(*)</sup>	問18～20、問4	問18～20、問4
[統制変数]			
	性別、生年 <sup>(**)</sup> 、婚姻状況、同居者数・同居子数、この住む場 所、健診受診、既往歴、持ち家の有無	問39、問40、問42、 問43～44、問15、 問16～17、問45	問37、問40～42、 問15、問16～17、問 43
[その他]			
	自治体の施策認知、ロコモティブシンドローム認知 <sup>(*)</sup>	問5、問26	問5、問26
[参考1]			
介護保険データ	要介護度、ポイント付与量を結合	横浜市から提供	横浜市から提供
[参考2] 第2波調			
査で削除した項目	近所の範囲、年齢、居住年数	—	—
[参考3]			
第3波調査で変更	新設：生年（Wave1より復活） <sup>(**)</sup> 、被援助指向性尺度 <sup>(**)</sup>	問40、問38	
した項目	削除：学歴、最長職 内容変更：自治体施策認知（一部削除）	問5	問39、問46、47

(\*) 第2波調査で新設した項目、(\*\*) 第3波調査で新設・復活した項目

調査票はベースライン調査、第2波調査と同様に、厚紙をもちい、視認性を高くするために濃い黒の印刷を行った。また、めくりやすいように調査票を意図的にずらした製本をした。目立つようにうすい青色の封筒をもちい、謝礼のホイッスル付ライトボールペン1本を前渡しとして調査票に同封して郵送した。なお、送信用に記念切手をもちい、回答者に気づいてもらいやすい工夫を行っている。

配布・回収方法は、郵送調査（郵送による送付、郵送による回収）であり、はがきによる督促状を1回送付した。事前に予告は行っていない。第3波調査とベースライン調査、第2波調査の発送日および回収メ切、最終表到着日を表3にまとめた。第3波調査ではシニアボランティアポイント事業対象者については印刷トラブルのため、調査票の発送が当初予定していた2017年10月19日（木）から1週間遅れての発送となった。ただし回収締切りや督促状の発送もあわせて1週間遅らせており、後述するように回収率には大きな影響は見られなかった。

表2 調査スケジュール、および、過去の調査スケジュール

	Wave3 調査 (2017年) (*)		Wave2 調査 (2015年)		Wave1 調査 (2013年)	
調査票発送日	10月19日(木)	0日	10月20日(火)	0日	10月17日(木)	0日
督促状発送日	10月26日(木)	7日	10月23日(金)	3日	10月24日(木)	7日
回収〆切	10月31日(火)	10日	10月27日(火)	7日	10月27日(火)	10日
最終票到着日	12月18日(月)	60日	12月22日(火)	62日	11月29日(金)	43日

(\*)シニアボランティアポイント事業については、調査票の印刷時にミスがあったため、いずれも1週間遅れ(調査票：10月26日、督促状11月2日、回収〆切11月7日)

## 5. 回収状況と有効回収率、脱落率

回収状況と有効回収率を表4に示した。パネル調査形式の第2波調査であるため回収率は高くなる傾向にあるが、もっとも回収率の低い一般で有効回収率は81.58%であり、事前通知なしの郵送調査であることを考慮すると、非常に高い回収率となった。よこはまシニアボランティアポイント事業については、ベースライン調査の前年に10時間以上活動しているというかなりアクティブな層を対象にしているという点を踏まえても、87.92% (参考：第2波調査は91.43%) の有効回収率という数字は前回に引き続き非常に高い数値であり、計画標本1,900人からみても有効回収率が77.16%となっている。また、元気づくりステーション事業参加者についても有効回収率は83.21% (参考：第2波調査は86.18%) と高く、計画標本からみても有効回収率が72.40%となっている。このように、第3波調査の回収率は、高齢者を対象とした2回目以降の訪問面接調査と同様かそれ以上の数値となっており、回収率という面においては高い信頼性を確保しているものと考えられる。

この高い回収率の要因は、ベースライン調査や第2波調査で想定した以下の要因と同じであると考えている。第一に、高齢期の活動への関心が高く、当事者の問題関心と調査内容が合致したと考えられる。第二に、調査票を読みやすくし、封筒の色などハード面の工夫を凝らすことで、手に取りやすく回答しやすくした点が指摘できる。また謝礼として同封したホイッスル付ライトボールペンについては、調査票末尾の自由記入欄などにおいて、ペンへの感謝の言及が散見され、対象となる高齢者にとって興味を引く謝礼であったようである。第三に、国際長寿センターと横浜市、かながわ福祉サービス振興会の共同調査であり、行政も参加している調査であることから不信感が緩和されたと考えている。加えて、第四に、ベースライン調査で一度回答した人を対象とした第二波調査であり、さらに、ベースライン調査後も定期的にお便り等で結果を知らせることで協力しやすい状況となっている調査であることも高い回収率をもたらしたものである。この回収率の高さと回収数の多さを次回以降も維持することが肝要であり、とくに対照群となる一般について高い回収率を維持することが望まれる。

表4：第3波調査（2017年）における調査票ごとの回収状況および有効回収率

	発送数	回収総数	本人による有効回答	除外票(*)	本人以外回答	回答拒否	住所不明	死亡(発送済)	回収率	有効回収率(**)	ベースライン調査計画標本からの有効回収率
②元気づくりステーション事業	269	227	223	1	3	0	1	0	84.39%	83.21%	72.40%
③一般	1,815	1,438	1,394	5	35	4	23	1	79.23%	77.83%	50.31%
総数	3,764	3,151	3,080	13	49	9	37	4	83.71%	82.64%	62.05%

(\*) 本人による回答としているものの、性別などが調査対象と一致しないため、本人以外による回答とみなして有効票から除外した票

(\*\*) 有効回収率、除外票を含まない本人による有効回答を計画標本から住所不明数および死亡を引いた数で除して計算した

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

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

(\*) 元気づくりステーション事業については集合調査のため総配布数を記載

(\*\*) 本人による回答としているものの、性別あるいは年齢が調査対象と一致しないため、本人以外による回答とみなして有効票から除外した票、または、他の調査との重複から除外した票の総数

(\*\*\*) 有効回収率は、除外票を含まない本人による有効回答を計画標本から住所不明数を引いた数で除して計算した

表6：第2波調査（2015年）における調査票ごとの回収状況および有効回収率

	発送数	回収総数	本人による有効回答	除外票(*)	本人以外回答	回答拒否	住所不明	死亡(発送済)	回収率	有効回収率(**)	ベースライン調査計画標本からの有効回収率
②元気づくりステーション事業	250	237	3	0	10	275	0	0	90.91%	86.18%	76.70%
③一般	1,576	1,537	24	5	10	1,885	1	0	83.61%	81.58%	55.03%
総数	3,427	3,352	35	6	34	3,888	2	1	88.14%	86.26%	67.05%

(\*) 本人による回答としているものの、性別などが調査対象と一致しないため、本人以外による回答とみなして有効票から除外した票

(\*\*) 有効回収率は、除外票を含まない本人による有効回答を計画標本から住所不明数および死亡を引いた数で除して計算した

パネル調査の第2回以降の調査において、データの信頼性をもたらす重要な指標は脱落率である。第3波調査は、第2波調査への回答の有無にかかわらず、ベースライン調査で有効回答であったもののうち死亡、転居等を除いた人を対象としている。これらを含めた脱落率をまとめたものが表7、図1となる。

広義の脱落は表1の「一度でも脱落あり」に示されており、①よこはまシニアボランティアポイント事業がもっとも低く20.9%、②元気づくりステーション事業が25.4%、③一般が35.3%であった。この数値は前述の通り死亡、転居などによる脱落を含んだものである。ただし、死亡数などは介護保険データより把握できており、死亡数については各群ともに2～3%にとどまっていることから、調査への非協力による脱落が要因となっている。

表7：ベースライン調査、第2波、第3波調査における調査票ごとの脱落率

	①よこはまシニアボラ ンティアポイント事業		②元気づくりス テーション事業		③一般		総数	
	1,2,3波すべて回答	1383	79.1%	209	74.6%	1252	64.7%	2844
1,2波のみ回答	195	11.1%	29	10.4%	285	14.7%	508	12.8%
1,3波のみ回答	78	5.3%	14	10.0%	140	13.4%	232	5.9%
1波のみ回答	93	4.5%	28	5.0%	259	7.2%	381	9.6%
(一度でも脱落あり*)	366	20.9%	71	25.4%	684	35.3%	1121	28.3%
総数	1749		280		1936		3965	

(\*) 「1,2波のみ回答」「1,3波のみ回答」「1波のみ回答」の合計値。なお、脱落理由には、死亡、転居、回答拒否（白紙での返送）、住所不明を含む

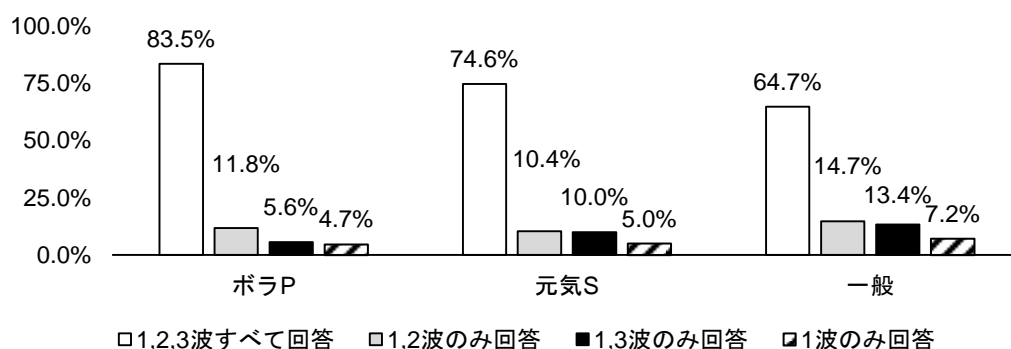


表7：ベースライン調査、第2波、第3波調査における回答状況

## 6. 分析方針、今後の調査計画

2. で述べたように、この調査の最大の目的は、プロダクティブ・エイジングを推進する事業の介護予防効果の検証にある。そこで、第3波調査（2017年調査）では、パネル調査データの知見を活かし、以下2つの分析を主におこなう。

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

さらに2年後に予定されている第4波調査（2019年を予定）においては、2017年時点での活動の有無や活動量が2年後の健康（介護認定、各種健康指標）にいかなる影響をおよぼすかを分析するとともに、そのような活動を継続できている要因についても分析する。

後述するように、ベースライン調査から第3波調査の4年間では、健康指標の変化はある程度起きているもののそれほど大きくない。そのため、今後も2年ごとに通算で7年（あるいはそれ以上の期間）の調査を予定する。

(参考文献)

- 1) 鈴木孝雄 (2011) 超高齢社会の基礎知識, 講談社.
- 2) 横浜市 (2013) 平成 23 年度 「ヨコハマいきいきポイント」実施報告書.  
<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu/syokai/volunteer/borapo/volunteer/23zishihoukokusyo.pdf> (2018/2/27)
- 3) 横浜市 (2015) 第 6 期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画.  
<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu/jourei/jigyokeikaku/dai6ki-keikaku/6ki-keikakusyo.pdf> (2018/2/27)
- 4) 横浜市 (2018) 第 7 期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画.  
<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu/jourei/jigyokeikaku/dai7ki-keikaku/7ki-keikakugenan.pdf> (2018/2/27)
- 5) 横浜市 (2012) 第 5 期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画.  
<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu/jourei/jigyokeikaku/dai5ki-keikaku/5keikakusyo.pdf> (2018/2/27)
- 6) 内閣府政策統括官 (共生社会政策担当) (2014) 平成 25 年度 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査結果 (全体版) . <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h25/sougou/zentai/index.html> (2018/2/27)
- 7) 戸ヶ里泰典 (2008) 大規模多目的一般住民調査向け東大健康社会学版 SOC3 項目スケール, 東京大学社会科学研究所 パネル調査プロジェクトディスカッションペーパーシリーズ, 4.
- 8) 高橋知也・小池高史・安藤孝敏 (2015) 独居高齢者は誰に援助を求めるか: 高齢者における被援助志向性と援助要請を行う対象との関連の検討から, 技術マネジメント研究, 14:23-31.
- 9) 高橋知也・安藤孝敏・小池高史(2015) 改訂版被援助志向性尺度の作成とその検討—独居高齢者に対する質問紙調査から, 日本社会心理学会第 79 回大会報告要旨,  
<http://www.myschedule.jp/jpa2015/img/figure/91052.pdf> (2018/2/27)

## 2. プロダクティブ・エイジングと健康増進のための国内調査の分析 —第3波調査における回答者の属性と、4年間の健康への縦断的影響の分析—

成蹊大学文学部現代社会学科准教授  
渡邊大輔

### 1. 本稿の目的

本稿の目的は、プロダクティブな活動に介護予防効果があるかを検証することにある。そこで、2013年、2015年、2017年の3回にわたって行われたパネル調査である「地域での活動と健康に関する調査」(YLSP)の個票データをもちいて、プロダクティブな活動への参加の有無と健康状態にいかなる関連があるかを4年間の変化から縦断的に分析する。プロダクティブな活動全般を扱うことは難しいため、本年度に調査を行ったよこはまシニアボランティアポイント事業におけるボランティアと元気づくりステーション事業での活動をプロダクティブな活動として操作的に設定して論じる。

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

第2波調査における報告書において、BL調査から2年間の影響を報告しているが<sup>1)</sup>、本稿はこの調査報告を踏まえ、さらに2年間を経た変化について報告するものとなる。

### 2. 三調査の回答者の属性

三調査は、いずれも異なる対象を調査対象としているため、回答者の属性は大きく異なっている。ベースライン調査(以下、BL調査と略記)時点では、ボラP、元気Sいずれも女性が77.6%、81.1%と8割前後であり、一般は52.8%であった。また、年齢についても元気Sの平均値がボラP、一般に比べて高かった。この傾向が第3波調査でも変わっていないかを把握するために、第3波調査までの性別の構成比の推移を表1に示した。表1からは、性別の構成比がすべての調査でほとんど変化していないことがわかる。とくにボラPについては、BL調査時と同様に、2013年12月末時点での横浜市の調査と数値がほぼ一致(同調査では、男性23.6%、女性76.4%)しており<sup>2)</sup>、現在のボランティアとして活動している人々の構成比を十分反映しているといえる。

BL調査から第3波調査の各調査における性別別年齢階級別の回答者数を図1、2に示した。一般については、2018年1月時点での横浜市の65歳以上人口は902,899人、男性が402,448人(45.6%)、女性が500,451人(55.4%)であり、女性の方が回答者の平均年齢が高いことから年齢効果によって回答率が低くなることを想定すると、性別構成比はおおむね一致していた。

次に、年齢構成比とそれぞれの平均年齢(各調査年の年齢)を図1~3、表1に示した。この図からは、ボラP、元気S、一般のいずれにおいても、調査ごとに加齢しているが性別構成にはそこまで大きな変化がないことがわかる。しかし、表2からわかるように、BL調査から第2波調査にかけては、各平均年齢がおおよそ2歳弱増え、標準偏差も大きく変化して

いないのに対して、第2波調査と第3波調査ではその上昇は1歳弱、標準偏差もやや小さくなっていることがわかる。第2波調査にくらべて第3波調査では85歳以上の脱落率が大きく、高齢層が相対的に縮小したことによる影響と考えられる。

これらの知見から、BL調査時点での代表制に大きな問題はなく、さらにBL調査から第3波調査への変化において、性別構成には大きな変化は起きておらず、性別に起因した脱落が起きていないこと、第2波調査から第3波調査にかけては年齢による脱落が見られたことが明らかとなった。

表1 調査年度別調査別性別の構成比

	BL調査 (2013年)			第2波調査 (2015年)			第3波調査 (2017年)		
	ボラP	元気S	一般	ボラP	元気S	一般	ボラP	元気S	一般
男性	22.3%	18.9%	47.2%	22.4%	19.0%	48.0%	21.4%	18.4%	46.5%
女性	77.7%	81.1%	52.8%	77.6%	81.0%	52.0%	78.6%	81.6%	53.5%

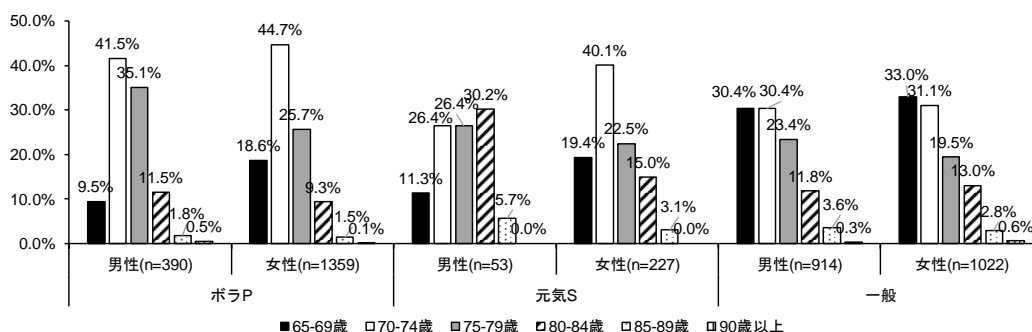


図1 BL調査時点 (2013年) での性別別の年齢階級構成比

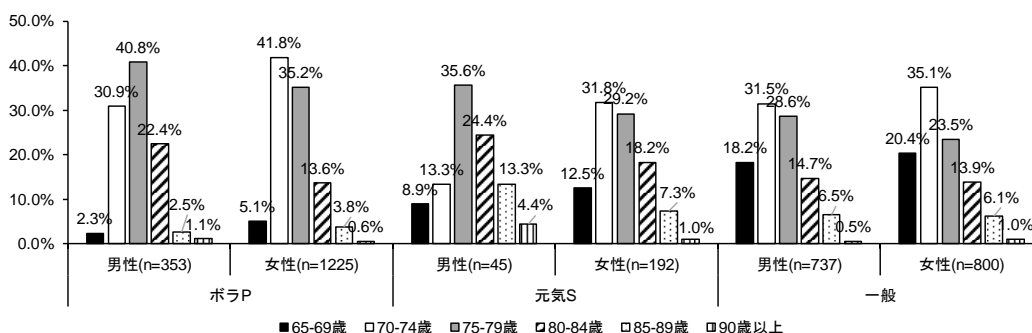


図2 第2波調査時点 (2015年) での性別別の年齢階級構成比

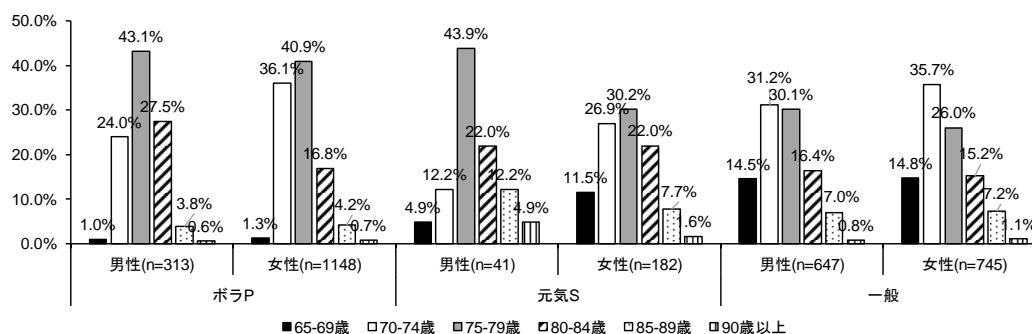


図3 第3波調査時点 (2017年) での性別別の年齢階級構成比

表 2 調査年別、調査別、性別別の年齢の記述統計

		BL 調査 (2013 年)			第 2 波調査 (2015 年)			第 3 波調査 (2017 年)		
		Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n
ボラ P	男性	74.9	4.4	391	76.7	4.2	353	77.4	4.1	313
	女性	73.6	4.5	1358	75.6	4.4	1225	76.4	4.3	1148
元気 S	男性	76.6	5.7	53	78.4	5.9	45	79.1	5.5	41
	女性	73.9	5.5	227	75.9	5.5	192	76.8	5.5	182
一般	男性	73.2	5.8	914	75.2	5.6	737	75.8	5.4	647
	女性	73.1	5.9	1022	74.8	5.7	800	75.4	5.5	745

Mean は平均値、SD は標準偏差

### 3. プロダクティブな活動を行うことの介護予防効果の可能性

本節では、プロダクティブな活動への参加から 4 年間を経た結果、健康にかかわる指標についてどのような変化が起きたかを検証し、プロダクティブな活動への参加がいかなる介護予防効果を持つのかを分析する。

BL 調査時点では対照群である一般は介護認定を受けおらず、身体的にも精神的にも著しい問題を抱えてはいない状態であり、また、ボラ P 群、元気 S 群も要介護認定を受けている人はごくわずかであった。すなわち、BL 調査時点では対象者のほとんどが自律的な生活を送っている状況であった。この BL 調査からどのように健康状態が変化するかを検証するため、本稿では、健康について以下の 3 つの指標から検証する。

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

まず、BL 調査から第 3 波調査までの間にどのような変化が起きたかをそれぞれ記述統計レベルで分析する。いずれも、2 変数間ないし 3 変数間のみの分析となる。

健康度自己評価については、「あなたの、現在の健康状態は、いかがですか」という設問に「とてもよい」「ややよい」と答え人を健康、「あまりよくない」「よくない」と答えた人を健康ではないと二値化した値をもちい、年齢階級ごとに調査ごとの年齢の変化を示した (図 4~6)。

図 3 からは健康を維持 (健康→健康) している層は、すべての年齢階級でボラ P や元気 S が一般に比べて高く、一般が低い。とくに BL 調査時点で 85 歳以上については、一般は 51.7% しか健康を維持していないが、ボラ P は 79.6%、元気 S は 75.9% といずれも高い値となっている。また、健康が向上した (健康ではない→健康) という比率は、元気 S が 13.8% と高い値となっている。元気 S に参加する 85 歳以上の人は、参加を通してこの 4 年間で健康観の向上が見られた人が 6 人に 1 人程度いたことがわかる。これはボラ P や一般に比べても高い数値であり、元気 S が 85 歳以上という高齢者の中でも高い年齢層に効果があると感じさせ

ていることがわかる。ただし、この値はBL調査から第2波調査ではサンプルサイズが9人のみであるが33.3%であったものであり、4年間の加齢によりやや数値が低くなっている点は指摘しておきたい。

健康が悪化した（健康→健康ではない）という比率は、各年齢階級でそれほど違いがないが、健康が悪いままである（健康ではない→健康ではない）人は一般が明確に多い傾向となっている。これはBL調査から第2波調査にかけてもみられた傾向であるが、4年間を経た第3波調査でも同様の傾向であった。

すなわち、記述レベルでは、よこはまシニアボランティアポイント事業や元気づくりステーション事業へのBL調査時点での参加は、4年後の健康の維持、向上に肯定的なものであるといえる。

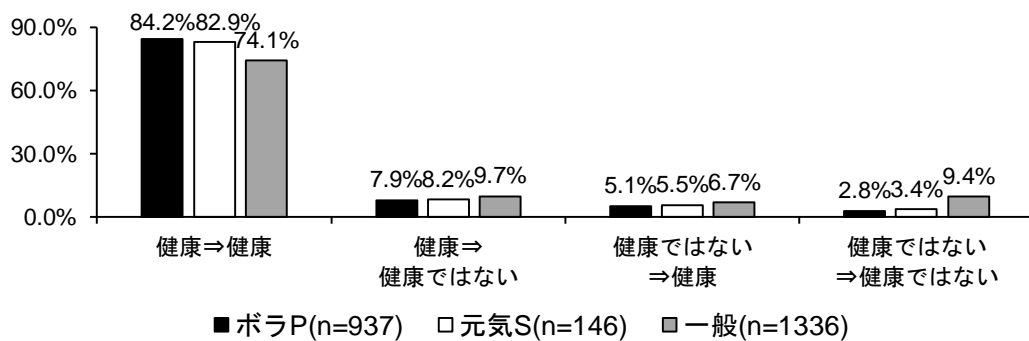


図4 65～74歳の4年間での健康度自己評価の変化の比率

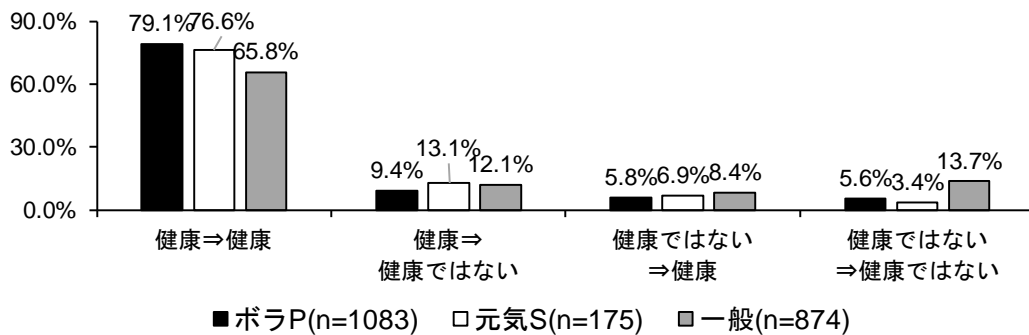


図5 75～84歳の4年間での健康度自己評価の変化の比率

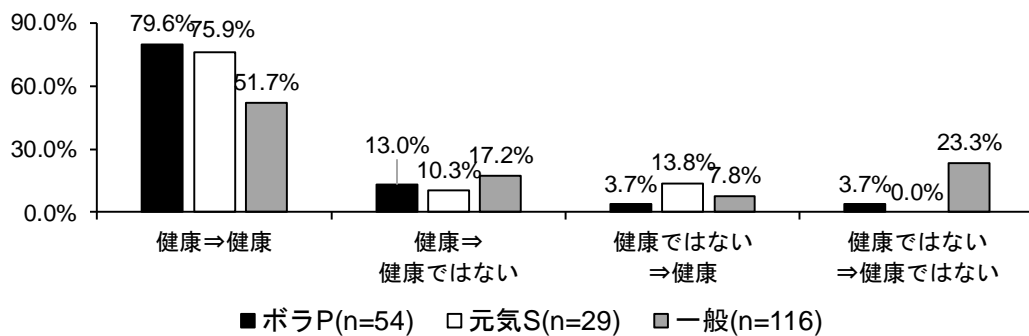


図6 85歳以上の4年間での健康度自己評価の変化の比率

さらに、全般的健康として健康度自己評価、精神的健康として GDS スコア、および、要介護度リスクとして基本チェックリストの得点の各変数について、3 時点での平均値および 95%信頼区間を示したものが図 7～9 である。GDS スコアおよび基本チェックリストの得点はカットオフポイントがあるが、ここではあえて変化を示すために連続量として扱っている。

図 7 からは、健康度自己評価（とてもよいを 4 点、よくないを 1 点とした）の平均値は、3 時点でボラ P と元気 S が一般に比べて高いこと、加齢にともなって緩やかに健康度が低下しているがボラ P、元気 S は信頼区間も重なっており大きな違いは見られないことがわかる。ただし一般は低いレベルで維持していると表現することもでき、加齢に伴って一般に近づいているともいえる。この点は、後述するように年齢を統制した分析を行うことで、ボラ P や元気 S への参加に介護予防効果があるか明らかにする必要がある。

図 8 は、老年期抑うつ病尺度である GDS スコア（15 点満点、点数が高いほうが抑うつ度が高い）の変化を示している。図 7 の健康度自己評価と同様にボラ P と元気 S が一般に比べて GDS スコアが低く精神的健康がよいこと、また、元気 S が BL 調査時点に比べて 2 年後にあたる第 2 波調査時には有意に GDS スコアが低くなっており、現在でも平均値としては 4 年前よりも GDS スコアが低い状況にあることがわかる。ボラ P も元気 S とほとんど同じ程度の数値で安定しており、精神的健康については、ボラ P や元気 S に BL 調査時に参加していた群の健康度が高いこと示唆されている。

図 9 は、介護リスクを判断するための基本チェックリスト（20 項目 20 点満点、点数が高いほうが介護リスクが高い）の平均点の変化を示している。BL 調査時点では 3 つのグループに大きな差はないが、第 2 波調査では、その増加の傾きに差がみられた。さらに第 3 波調査では、リスクが上昇傾向にある一般に比べて、ボラ P や元気 S は平均点が低い値にとどまっており、介護リスクについても両群は一般に比べてリスクが低いことが示唆されている。

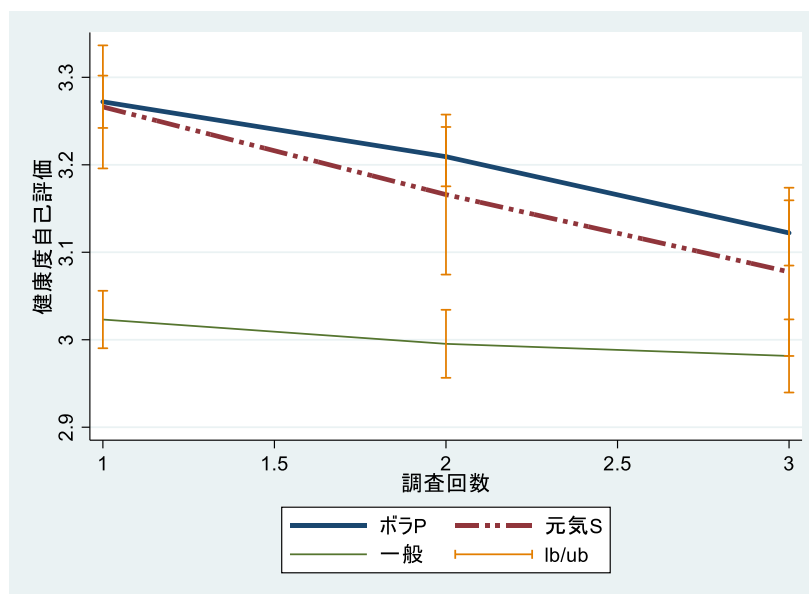


図 7 健康度自己評価（4 点満点、高いほうが健康がよい）の変化

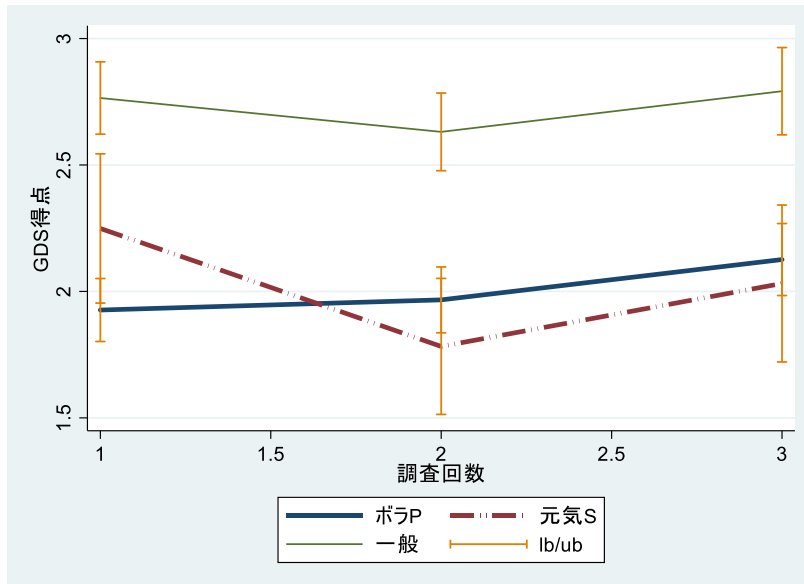


図 8 GDS スコア（15 点満点、高いほうが鬱度が高い）の変化

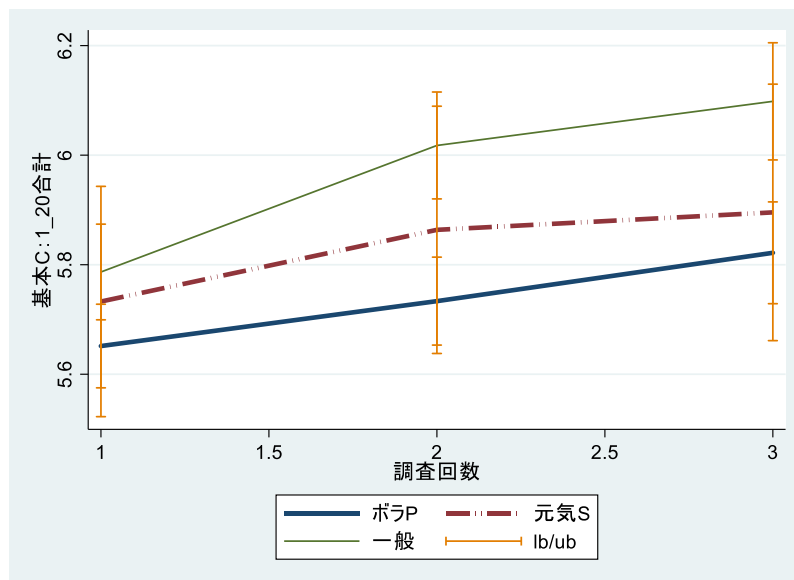


図 9 基本チェックリスト（20 点満点、高いほうが要介護度リスクが高い）の変化

以上より、記述統計レベルでは、ボラ P、元気 S いずれも、3 つの健康指標について一般に比べて高い値を維持していることがわかる。しかしこれらはいくまでも 2 時点間の比較にすぎない。そこで、一般を参照カテゴリとしてボラ P、元気 S を独立変数とし、性別、年齢、配偶者の有無を統制変数として投入したシンプルなパネルデータ分析を行う。

ここでは、健康度自己評価と GDS スコアをそれぞれ従属変数として分析し、プーリング回帰モデル (Pooling OLS)、固定効果モデル (Fixed Effect OLS)、ランダム効果モデル (Random Effect GLS)、および、時間に不変の変数が固定効果モデルで排除されるという点を踏まえ、アリソンのハイブリッドモデル (Hybrid Model) <sup>3)</sup> をもちいた。

健康度自己評価を従属変数とした分析結果が表 3 である。モデル選択として、まず、変量効果モデルとプーリング回帰モデル間での検定である Breusch and Pagan 検定をもちいて

モデル比較を行ったところ有意であり変量効果モデルが採択された ( $\text{Chi}^2$  (d.f.=1) = 1623.86,  $p > .000$ )。続いて、固定効果モデルと変量効果モデル間の検定である Hausman 検定をもちいてモデルの比較を行ったところ有意であり、固定効果モデルが採択された ( $\text{Chi}^2$  (d.f.=4) = 46.23;  $p > .000$ )。ここから、固定効果モデルが採択され、解釈の補助としてハイブリッドモデルをもちいることとなった。

表 3 健康度自己評価を従属変数としたパネルデータ分析の結果

変数	参照カテゴリ	Pooling OLS		Fixed Effect OLS		Random Effect GLS		Hybrid Model	
		Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.
ボラP	一般	.216 ***	.015			.225 ***	.020	.225 ***	.020
元気S	一般	.193 ***	.029			.202 ***	.038	.202 ***	.038
男性	女性	-.014	.016			-.024	.020	-.024	.020
年齢		-.015 ***	.001	-.008 †	.004	-.014 ***	.002	-.014 ***	.002
有配偶	無配偶	.015	.016	.016	.028	.018	.018	.022	.028
Wave2	Wave1	-.047 *	.017	-.068 ***	.013	-.057 ***	.013	-.057 ***	.013
Wave3	Wave1	-.101 ***	.018	-.144 ***	.014	-.125 ***	.013	-.125 ***	.013
切片		4.131 ***	.107	3.716 ***	.297	4.068 ***	.130	4.072 ***	.132
N. of Observation		9977		9977		9977		9977	
N. of groups				3945		3945		3945	
Adjusted R-Square		.033							
within R square				.019		.019		.018	
between R square				.002		.042		.042	
overall R square				.009		.034		.034	
sigma_u				.614		.484		.484	
sigma_c				.524		.524		.524	
rho				.579		.461		.461	
Wald Chi square						284.560 (df=7)		284.620 (df=8)	

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

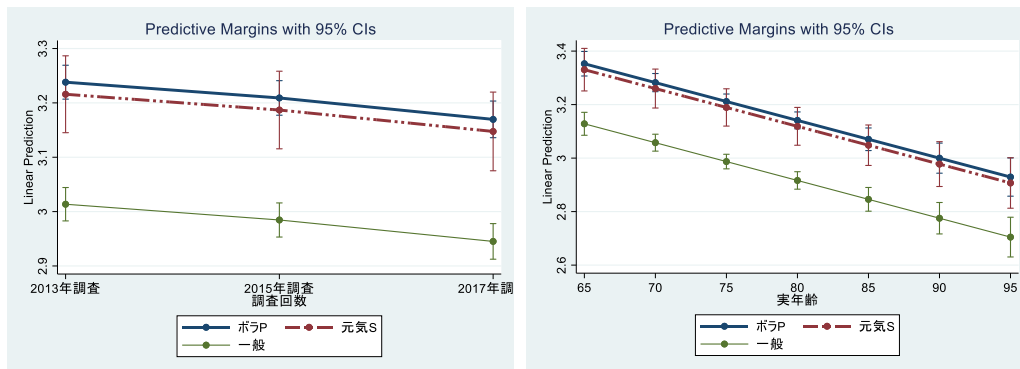


図 10 ハイブリッドモデルにおける各調査、年齢による健康度自己評価の推測値

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

これらの効果の程度を可視化するために、図 10 にはハイブリッドモデルにおける各調査

の経過、および、年齢を横軸にプロットし、その健康度への推測値を現した。ボラ P と元気 S の健康度に対する効果は類似しており、いずれもが効果を持つことが示されている。図 10 からは、ボラ P、元気 S は一般に比べておおよそ 15 歳程度おくらせて健康度自己評価の推測値が一般と同じになっていることがわかる。加齢のマクロレベルの効果は健康度を下げてゆくが、これらの取り組みの効果が大きいことがわかる。

なお、ボランティアへの参加を統制したモデルでの分析も行っているが（詳細は割愛）、独立変数の結果は同様であり、他のボランティアへの参加とは独立にボラ P や元気 S への参加が健康に対して 4 年という中期的な時間を経てもなお、効果を持っていたことが明らかとなった。

次に、GDS スコアを従属変数とした分析結果が表 4 である。モデル選択として、まず、変量効果モデルとプーリング回帰モデル間での検定である Breusch and Pagan 検定をもちいてモデル比較を行ったところ有意であり変量効果モデルが採択された (Chi2 (d.f.=1) = 2508.73; p > .000)。続いて、固定効果モデルと変量効果モデル間の検定である Hausman 検定をもちいてモデルの比較を行ったところ有意であり、固定効果モデルが採択された (Chi2 (d.f.=4) = 29.61; p > .000)。ここから、健康度自己評価を従属変数としたモデルと同様に、GDS スコアを従属変数としたモデルにおいても固定効果モデルが採択され、解釈の補助としてハイブリッドモデルをもちいることとなった。

表 4 GDS スコアを従属変数としたパネルデータ分析の結果

変数	参照 カテゴリ	Pooling OLS		Fixed Effectd OLS		Random Effectd GLS		Hybrid Model	
		Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.	Coef.	Std. Err.
ボラP	一般	-.754 ***	.062			-.776 ***	.085	.121	.163
元気S	一般	-.696 ***	.117			-.655 ***	.164	.779 ***	.085
男性	女性	.061	.065			.064	.078	.082	.079
年齢		.005	.006	-.004	.014	.006	.007	.005	.007
有配偶	無配偶	-.440 ***	.067	-.235 *	.098	-.374 ***	.070	-.262 *	.096
Wave2	Wave1	-.101	.069	.052	.052	-.011	.045	-.006	.046
Wave3	Wave1	.015	.073	.214 *	.071	.117 *	.052	.128 *	.053
切片		2.704 ***	.433	2.759 *	1.010	2.574 ***	.521	1.961 ***	.536
N. of Observation		8849		8849		9977		9977	
N. of groups				3803		3945		3945	
Adjusted R-Square		.023							
within R square				.005		.005		.005	
between R square				.001		.028		.028	
overall R square				.003		.023		.023	
sigma_u				2.525		2.195		2.195	
sigma_c				1.637		1.637		1.637	
rho				.704		.643		.643	
Wald Chi square						132.540 (df=7)		135.470 (df=8)	

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

表 4 からは、以下の点がわかる。第 1 に、健康度自己評価と同様に一般に比べてボラ P、元気 S の係数が有意に負である、すなわち、抑うつ度が低く、性別や年齢、配偶者の有無等をコントロールしてもなお、一般の人に比べて BL 調査時点でよこはまシニアボランティアポイント制度に参加している人、元気づくりステーション事業に参加している人は有意に精神的健康が高かった。第 2 に、時間の効果として調査年ごとのダミーを投入した結果、第 3 波 (Wave3) が BL 調査時 (Wave1) に比べていずれも有意であり、精神的健康はある程度

の時間を経て変化していることが示された。第3に配偶者の有無による精神的健康への効果は一貫して配偶者がいるほうが精神的健康がよい（抑うつ度が低い）効果が見られた。第2波調査時には時間の効果が見られなかったがあらためて調査をおこなうことで、緩やかにではあるが精神的健康が悪化していくなかで、ボラPや元気Sの取り組みが重要な効果を持つことが明らかとなっている。

また図11には、ハイブリッドモデルにおける各調査の経過、および、年齢を横軸にプロットし、その健康度への推測値を現した。ボラPと元気Sの健康度に対する効果は類似しており、いずれもが効果を持つことが示されている。

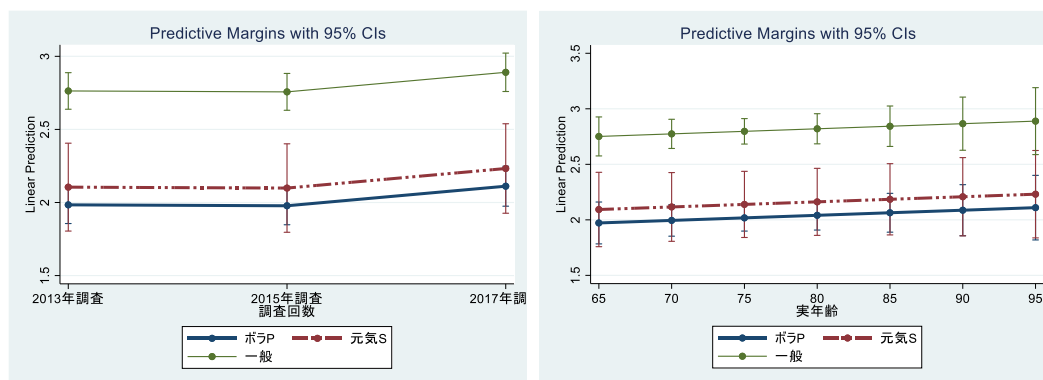


図11 ハイブリッドモデルにおける各調査、年齢によるGDSスコアの推測値

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

#### 4. 今後のプロダクティブ・エイジングの推進と介護予防に向けて

3節の分析において、よこはまシニアボランティアポイント事業と元気づくりステーション事業は異なるターゲットに対して介護予防効果をもつ可能性が強く示唆された。とくに固定効果モデルで有意な結果が得られたことから、個人レベルの観察されない異質性を統制してもなお、両事業への参加は健康度自己評価や抑うつに肯定的な影響をもっていた。なお、以前に分析したように、両事業は異なる対象が参加しているものであることから<sup>4)</sup>、これらの事業は多様な異なる高齢者に対して効果的な介護予防施策となっているといえよう。

なお、本分析は、BL調査時のボラP、元気Sへの参加の効果进行分析したものである。しかしボラP、元気Sから離脱したものは多い（ボラPは16.6%、元気Sは14.5%が第3波調査において「現在活動に参加していない」と回答している）。逆に、一般からこれらに参加したのも少数であるが存在している。このような活動の継続、中断をも考慮した分析をおこなっていく必要がある。そのうえでなお、BL調査時点での参加が中期的な効果を持つという点は政策的には重要であるといえよう。継続のためにもまず参加してもらうことから始める必要があるが、始めたことの実事だけでも全般的な健康度や精神的健康に対して、加齢効果を踏まえてなお肯定的な効果を持つことが明らかになった点が本稿の知見である。

#### 【参考文献】

- 1) 渡邊大輔 (2016) プロダクティブ・エイジングと健康増進のための国内調査の分析—回答者の属性と健康への縦断的影響の分析. 国際長寿センター編, 地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生

活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較報告書. 84-91.

2) 横浜市：平成 25 年度 「ヨコハマいきいきポイント」実施報告書

<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kourei/kyoutuu/syukai/volunteer/25zisshihoukokusyo.pdf> (2016/3/1)

3) Allison, P. D., (2009) Fixed Effects Regression Models, Thousand Oaks: Sage.

4) 渡邊大輔 (2014) プロダクティブ・エイジングと健康増進のための国内調査の分析—だれがプロダクティブな活動にかかわっているのか. 国際長寿センター編, プロダクティブエイジング (生涯現役社会) の実現に向けた取り組みにかんする国際比較報告書. 53-62.

### 3. 横浜インタビュー調査からみえてきたこと

：「プロダクティブに関わり続ける場創り」に求められる支援とは？

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員 澤岡詩野

#### 1. はじめに

これまで国際長寿センターでは、家庭外無償労働としてのボランティア活動などに着目し、オランダ・イギリス・日本において、プロダクティブ・エイジング（生涯現役社会）の実現に向けた取り組みに関する調査・研究を行ってきた。日本においては、神奈川県横浜市の介護予防施策である「よこはまシニアボランティアポイント事業（愛称「よこはまシニアボランティアポイント」）」に加え、「元気づくりステーション事業」で世話人として他者のために力を発揮する高齢者を対象にインタビュー調査を行い、超高齢社会の真ただ中にある日本で求められる「多様な関わり方を実現する地域社会の在り方」を検討してきた。

これまでの国内外の調査・研究から、地域の創り手として活躍する高齢者の裾野を広げていくためには、「ボランティアや地域貢献に対する意識の変化」を前提にした「段階的なアプローチの必要性」が示された。

「ボランティアや地域貢献活動に対する意識の変化」

ボランティアや地域貢献活動といえば、他者のために自分の生活を犠牲にして取り組むものという認識が強かった。子育て、障害者、高齢者関連施設でボランティアとして活動する高齢者の語りからは、健康づくりや楽しみ、自己の成長といった自身への効用が語られた。さらに、ストイックに滅私奉公で活動するのは後期高齢者で、そのように活動することを嫌い、楽しくマイペースに活動するのは団塊世代で多く見られた。

「段階的なアプローチの必要性」

活動への意識が変化するなかで、自己の楽しみだけではなく他者へのなんらかの力の発信、受け身ではなく主体的な参加を促すためには、地域活動やボランティア活動を全面に打ち出している誘い掛けには限界が見られた。シニア層に関心の高い健康づくりに加え、これならできそう、楽しそうというゆるやかな働きかけから始め、段階的に自主性を高めていくことが求められている。

同じ団体を追跡していくことで見えてきたのが、加齢と共に創り手としての活動を止めてしまう高齢者の存在であった。実際に「年齢」と「自立度（日常生活の動作を介助なしでできるか）」の変化を、全国の60歳以上の男女約6,000名を1987年から三年毎に約20年間追跡した「全国高齢者パネル調査」（東京都健康長寿医療センター・ミシガン大学共同研究）の結果、変化のパターンは男女で異なるものの、70歳半ばから多くの人の自立度が低下していくことが明らかにされている。少しずつ気力・体力が低下していくなかで、「活動を継続していくことの難しさを感じる高齢者や活動を止めてしまう高齢者も多く存在し、インタビュー調査からは「専門職の継続的な関与」の必要性が示された。

「専門職の継続的な関与の必要性」

調査対象となった元気づくりステーション事業では、段階的に自主性を高めていくために、保健師が地域でキーとなりそうな団体や人を探し出すと共に、孤立のリスクをもつ人々を見つけ出し、元気づくりステーションという場で双方をつなげていた。さらに、活動開

始後も、定まったやり方を押し付けず、丁寧に必要な情報や主体につなげることで、参加者とグループの自立を促していた。長期的な視点で高齢者の活動を考える際には、専門職やボランティアコーディネーターの継続的な支援が求められている。

2016年度には、「活動の継続」に焦点を当て、これまで調査を行った元気づくりステーション事業とよこはまシニアボランティアポイント事業登録者のうち、活動歴の長いステーションと登録者を対象に以下の課題をテーマとしたインタビュー調査を行った。

課題①セカンドライフにおいてようやく見出した関わり、「支え手」としての活動を止めてしまう、止めざるを得ない原因とは？

課題②可能な限りそれらの活動を継続していくために求められる支援の在り方とは？

ここから見えてきたのが以下の3つの重視すべき点であった。

#### 「継続を困難にする壁」

心身の虚弱化や配偶者の介護や死亡といった高齢期特有のライフイベントが、活動の継続を難しくする壁となっており、休会しがちになり、さらには止めてしまいそうな人に対し、活動を通じてのつながりや役割が、継続するための動機づけとなっている。

#### 「専門職の役割」

お互いに年を重ねていく高齢者同士のつながりには限界があると言わざるを得ない。ここに担当の保健師や看護師などの専門職が、グループが自主運営化した後も後方に控え、変化する高齢者の心身の状況に応じたサポートを行っていた。このことで要支援者の早期発見にもつなげており、地域包括ケアシステムのなかでも課題ともなっている元気なうちからの専門職とのつながりづくりとなっている。

#### 「価値観の違いを前提にした仕組みづくり」

団塊世代以降では、人のためといった貢献意識に基づくストイックな活動ではなく、自分の健康や楽しみのためにという意識を持ったマイペースな活動スタイルが重要であることが明らかになった。活動継続を支えるための仕組みを考えるうえでも、これを前提にすることが重要といえる。

これらの成果を基に2017年度は、「よこはまシニアボランティアポイント事業（愛称「よこはまシニアボランティアポイント」）」の登録者と受け入れ施設のボランティア担当職員、「元気づくりステーション事業」の世話役と専門職を対象にしたインタビュー調査から、「継続を支えるための具体的な仕組み」の在り方を検討する。なお、ボランティアポイントについては、これまでの様にボランティアの受け入れ体制が整った規模の大きな施設だけではなく、規模の小さな施設や、新たに受け入れ対象となった障がい者関連施設も対象とする。また、元気づくりステーションについては、本調査以前にインタビューを行ったステーションのなかで、活動年数の長いグループや後期高齢者の割合の多いグループを主な対象とする。このことで、本研究テーマへのよりリアリティある情報を得られることが期待される。

## 2. 「プロダクティブに関わり続ける場創り」を行う高齢者へのインタビュー調査の概要

### 1) 調査の対象となった事業の概要

本調査で対象とする神奈川県横浜市健康福祉局の2つの介護予防事業「よこはまシニアボランティアポイント事業」「元気づくりステーション事業」の概要を以下に記す。両事業で大きく異なるのが地域との関わりで、後者は前者にくらべて地域との接点や健康づくりの拠点として地域に定着していくことなど、「地域」を意図した取組といえる。

「よこはまシニアボランティアポイント事業」:

この事業は、高齢者が横浜市内の介護保険施設等でボランティアを行った場合に、「ポイント」が得られ、たまった「ポイント」に応じて換金できる仕組みとして2009年10月に開始されている。

高齢者本人の健康増進や介護予防、社会参加や地域貢献を通じた生きがいづくりをテーマとしており、ボランティア活動を通じて地域の新たな課題に気づき、その担い手として新たに活動を展開するきっかけとなることも期待されている。よこはまシニアボランティアポイント事業の登録者数は13,500名(2016年7月末現在)を超え、年々増加傾向にある。事業の運営管理は、横浜市の委託に基づき、かながわ福祉サービス振興会が担っている。近年、ボランティアポイントの受け入れ施設を、病院、地域の子育て支援拠点、精神障害者生活支援センターや障害者地域活動ホームなど、地域福祉全体に拡大しつつある。2016年1月現在、受け入れ施設は362か所で、活動内容は施設により異なるものの、利用者の話し相手、レクリエーションや行事の指導・補助、食事介助や整髪補助など、原則的には施設職員の補助的な内容に限定されている。

活動には「いつまでもアクティブに活動したい」「仲間を増やしたい」「社会に貢献したい」といった想いをもつ65歳以上の横浜市民であれば誰でも登録することができる。登録時には、同市がかながわ福祉サービス振興会と共に開催する研修会を受講することが義務付けられている。研修会は各区の公会堂などで行われ、当該事業の概要、実際の活動、ボランティアとして活躍するための心得などが3時間程度、説明される。終了後には、具体的に住んでいる区内にある受け入れ施設の紹介があり、参加者は登録後に、興味のある施設に連絡を取り、訪問したうえで活動先を決定する。その際に生じた疑問、活動時に直面する悩みや不安については、かながわ福祉サービス振興会が窓口となり、相談に応じている。実際の活動開始後のトレーニングは、基本的に受け入れ施設任せとなっており、外部の講習などを紹介する施設からボランティア間での教え合いに任せる施設まで存在する。小規模の施設では職員に余裕がないうえにボランティアも少なく、トレーニングを開催することが困難な現状もあり、2015年度からは市がフォローアップ研修を開始している。ここでは、「新しい知識の提供」と「活動休眠中の登録者へのキッカケづくり」を目的に、認知症サポーター養成研修に加え、受け入れ施設運営者からの事例紹介が行われている。

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



イメージキャラクター  
健康ほうし君

「元気づくりステーション事業」:

同局が、介護予防事業を従来の個別支援重視型から地域のつながりづくりなどを目的とした地域づくり型へと施策転換（図1参照）したなかで中心的な取組に位置付けられる。地域内のつながりを醸成することで互助・共助を引き出し、介護予防を行政と市民・地域の協働で進めることを目指し、2012年より事業が本格的にスタートした。この目的に賛同して登録した65歳以上で構成される10人以上のグループに対し、自治体が運営のサポートを行っている。具体的には、保健師や看護師などが活動に関わり、講師派遣や教材の提供、モチベーション維持のための体力測定、自主化に向けたリーダー育成などを行っている。

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

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

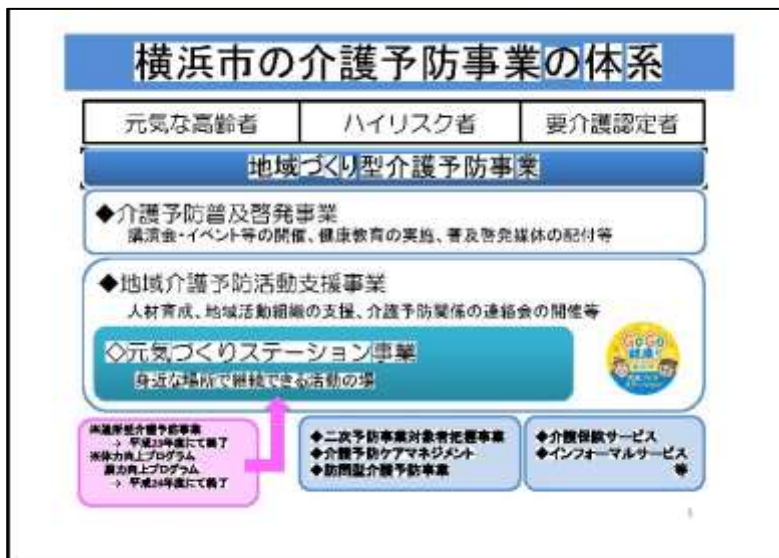


図1 横浜市介護予防事業における元気づくりステーション事業の位置づけ<sup>6)</sup>

2) 調査対象となった元気づくりステーショングループとよこはまシニアボランティアポイント事業登録施設

現在、よこはまシニアボランティアポイントの受け入れ施設は457か所（2017年9月）で、関わる高齢者の数も15000人を突破し、順調に増加している。元気づくりステーション

の数も 271 箇所、年々その数を増やしている。

事業開始からよこはまシニアボランティアポイントは 9 年、元気づくりステーションは 5 年が経過し、活動を開始するための仕組みは整いつつある。近年、新たな課題となりつつあるのが、継続に向けた仕組みづくりといえる。

本年度の調査・研究では、虚弱化しても活動を継続していくうえで求められる支援を明らかにするために、よこはまシニアボランティア制度については、これまでの様に受け入れ態勢の整った大規模施設だけではなく、中規模の施設も対象にいい、活動年数の長い高齢者にインタビュー調査を行った。当初は後期高齢者、活動回数が少なくなりつつある高齢者を対象とする予定であったが、依頼時に、「今はあまり活動をしていないから」と辞退されるケースが少なくなかった。結果、本調査の協力者は、比較的に関心を持って活動する高齢者が多くを占めることになった（表 1）。また、元気づくりステーションについては、活動年数を重ねることで見えてきた課題を明らかにするために、過去に調査を行ったグループから、活動年数が長い、後期高齢者の多い 3 グループを対象にインタビューを行った（表 2）。

インタビューは、対象者から調査への理解が得られたあと、研究の趣旨を説明し、最終的な承諾を得たうえで、協力者の負担を考慮しながら実施した。協力者によっては、2~3 名の複数でのグループインタビューや団体スタッフの同席を希望する人も存在し、希望に応じて対応した。

同時に、高齢者が担い手として活躍するために求められる支援を明らかにするために、よこはまシニアボランティアポイント事業受け入れ施設の担当者、ステーション事業を担当する保健師や専門職に対してインタビューを行った。

表 1 シニアボランティア受け入れ施設でのインタビュー調査の概要

調査日	活動の主な対象	調査対象・会場	調査協力者
2017/12/1	高齢者	「愛成苑」 (特別養護論陣ホーム)	ボランティア 2 名 担当職員・施設長
2017/12/8	障がい者	「サポートセンター連」 (デイサービス)	ボランティア 2 名 担当職員
2017/12/18	通院・入院患者	横浜市民病院 (総合病院)	ボランティア 1 名 担当職員
2018/1/8	高齢者	「還る家ともに」 (デイサービス)	ボランティア 1 名 施設長
2018/1/22	子ども	「いっぽ」 (子育て拠点)	ボランティア 1 名 施設長
2018/2/7	障がい者	「とつかわかば」 (中途障碍者地域活動センター)	ボランティア 2 名 担当職員

表 2 元気づくりステーションへのインタビュー調査の概要

調査日	前回調査	調査対象・会場	調査協力者
2018/2/15	2013 年度	港北区 「元気づくりステーション綱島」 (綱島中町自治会館)	世話役 3 名
2018/2/19	2015 年度	磯子区 「ふくろう会」 (洋光台地域ケアプラザ)	世話役 1 名 保健師
2018/2/22	2015 年度	磯子区 「お達者道場」 (滝頭地域ケアプラザ)	世話役 6 人 保健師

### 3. 高齢者の語りからみえてきたこと

#### 1) シニアボランティアポイント制度

##### プロダクティブに関わり続ける場としてのボラポ ポイント①

: 気負わず、できることをできる範囲で「自分のために」

ボランティアポイント制度がはじまる前からボランティアを行ってきた活動歴 10 年以上の人も存在

ボランティアを始めるまでは障がい者に関わりが無く、施設のボランティア募集の掲示板を見て「〇〇（現在、活動していること）ならできそう」と始めた人が少なくない

様々な活動先を選べるなかで自宅から近い処で活動する人が多く、電車で通ってきている人からは、そろそろ止めることを考えているとの声もあった

介護や配偶者との死別、自身の罹病から活動を休止した経験をもつ人も存在していた

- ・障がいをもつ人、介護を必要とする人に貢献したいという強い意志ではなく、これならできるかな、得意を活かせるかなという入り方から、関わる当事者への理解を深めている
  - ➡ガーデニング、木工、手芸、食事づくりの補助など、得意な事を活かせるかなという気軽さ、以前（もとおにぎり屋さんのパートなど）の経験から求められている事をイメージしやすい事で活動している
  - ➡中小規模な施設ということもあり、「やっではいけないこと」についての説明程度で、特別な研修は行われていないが、困った事。わからないことを施設の職員に気軽に聞ける体制ができている
  - ➡ある程度の活動範囲は決められているが、新たなプログラムを導入したり、工夫して施設で使う道具を使ったり、自由裁量が認められている
- ・ボランティアするのは自分のため、生活の一部になっている
  - ➡感謝をされて嬉しい気持ちになり、また来るために健康に気を付ける様にもなり、逆に感謝しているという言葉にある様に、自分のための活動と考えている
  - ➡月に 1~4 回、決まった時間に活動を行うことで、生活にメリハリがついていると回答した人も少なくなく、この日のあることが適度な刺激になっている
  - ➡やむおえない事情で活動を休止している期間も、道で会えば仲間が「いつでも待っているよ」と声をかけてくれて、活動を再開することで配偶者との死別から早くに立ち直れたという人もいる

##### プロダクティブに関わり続ける場としてのボラポ ポイント②

: 施設職員からの「声掛け」

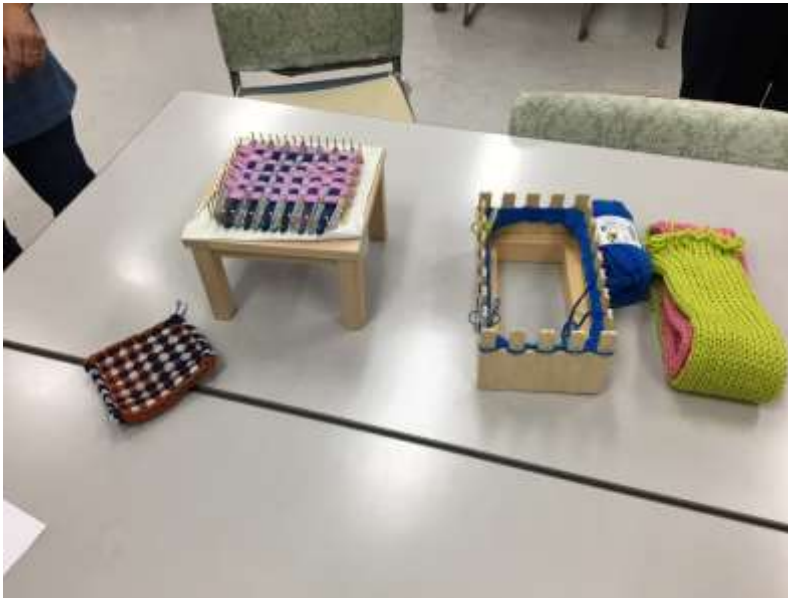
多くの受け入れ施設では、ボランティアへの感謝や交流を深める場として年 1 回程度の会食やお茶会を開催していた

この年 1 回の施設主催で行われる働きかけよりも、日常的な声かけや気遣い（ボランティアが帰る時に感謝を伝える、ジュースをさしいれる）が、ボランティアを継続するモチベーションにつながっていた

- ・職員のサポートではなく、ボランティアはパートナー
  - ➡お互いの得意なことや役割分担を明確にすることで、ボランティアにしかできないことややらなくてよい事が明確になり、継続へのモチベーション維持と不安感の解消につながっている
  - ➡職員に食事の介助を受けている利用者の横に座ったままほおっておかれている利用者へ

の対応など、職員ができないことをやっているパートナーとしての感謝が、日々の会話から伝えられている

- ➡ボランティアは業務を助けてくれるだけではなく、密室になりがちな施設に風を通してくれる重要な存在と職員が意識し、職員の働き方などへの意見を意味ある情報として聞いている
- ➡施設として、今の活動ができなくても変わらずに貴重な存在、違う負荷の少ない活動内容に変えたり、回数を減らすことで、可能な限り活躍して欲しいと考えている



「とつかわかば」でボランティアが試行錯誤しつつ作成した利用者の手芸器具  
(職員からの投げかけに、手に麻痺がある人でも編みやすい用具を作成)

## 2). 元気づくりステーション事業

### プロダクティブに関わり続ける場としてのステーション ポイント①

: 動くことが大変なメンバーへの「雰囲気づくり」

虚弱化、病気、認知症などで、体操についてこられない人も増えている

役割があると、負担感で辞めたいと考える人も少なくない

- ・間違っても平気、できる範囲で OK、出てくること自体が介護予防であり皆も元気を貰えているという雰囲気づくり
  - ➡間違っても、動きについてこられなくてもお互いにそれを笑いあえる雰囲気を、世話役さんが率先して声掛け、笑うなどしてつくっている
  - ➡(辞めたいという人に) できる範囲でできる事をやればそれが貴方にとって意味があり、大事なのは続ける事を伝えるのと同時に、開始・終了時の挨拶や懇談などの場でメンバーにも伝えている
- ・敢えて 80 代のメンバーから受付を募るグループも存在
  - ➡負担感を軽減するために複数の人をお願いをし、休んでも大丈夫な様な体制作り
- ・体操だけの活動から交流に力を入れるグループも
  - ➡仲間の存在がまた来たい、来てもいいという雰囲気につながることから、改めて互いに知り合う機会を創出

## プロダクティブに関わり続ける場としてのステーション ポイント②

：お休みしているメンバーへの「働きかけ」

ステーション参加者には、既に色々な活動をしているアクティブな人と、ここが重なる居場所となっている人が存在し、前者には他の活動が忙しいという理由で来なくなる人も少なくない

近年では、家族の介護、配偶者との死別、自身の罹病などの、不可抗力の理由で参加が困難になる人が増え始めている

- ・いつでも戻ってこられる雰囲気づくりをするグループも存在
  - ➡(けがでお休みしているメンバーに) お菓子を出す日に、世話役がお宅に持って行き、何となくつながりを意識してもらっている
  - ➡(介護でこられなくなっているメンバーに) 道で見かけた時には声掛けしていたら 1 年後に参加するようになったという話も聞かれ、プレッシャーにならない程度の距離感で声かけを行っている
- ・気付いた人、仲の良い人が自然発生的に電話をかける
  - ➡世話役などが訪問や電話をするとプレッシャーになると考え、仲間同士の気遣いに任せるグループも存在

## プロダクティブに関わり続ける場としてのステーション ポイント③

：高齢化しても大丈夫な「運営体制」

全体的に高齢化が進み、全員で当番を分担していたそれまでの運営を続けていくことが難しいグループも存在

世話役の交替が進まず、世話役自身がこれまでの様に全てを担うことが大変になっているグループも存在

ケアプラザ（地域包括ケアセンター）からの紹介で、虚弱化した人が新たにメンバーに加わることも増えている

担当の保健師や看護師自体が、虚弱化しつつあるグループの自主運営の在り方に悩んでいる事も少なくない

- ・小グループ単位で毎月の当番（講師のいない日のプログラムづくりや指導、受付、掃除）を担当し、小グループ内でそれぞれにできる事で役割分担
  - ➡小グループ内で体操指導が得意な人、新たなプログラムを仕入れてくる人、事務的なことが得意な人など、それぞれの体力や得意な事で運営を分担
- ・グループ内で全てを担うのではなく、継続のために、地域資源の力を借りての活動を維持
  - ➡近隣のステーションと連携し、グループメンバーの得意なこと（手話ダンス、百人一首、折り紙など）でお互いに講師として派遣し合っている
  - ➡町会や自治会と連携して、机を出したりしまったりの力仕事は町会の男性に依頼（調査対象のグループ以外の取組みから）
  - ➡（立ち上げから平均年齢は 70 歳後半）実質的なプログラム作りなどの運営は保険推進委員などの地域のボランティアに固定して、始まる前の挨拶やお茶出し、ラジオ体操のデモンストレーションなどできそうな事をお願いしている（調査対象のグループ以外の取組みから）

#### プロダクティブに関わり続ける場としてのステーション ポイント④

: 早期発見、次につなげる「仕組み」

- ・活動を続けていくうえで認知症の人を自然発生的にメンバーで支えるグループも存在
  - ➡認知症を発症したメンバーをそれまでと変わらずに受け入れつつ、異変を担当の保健師や看護師に情報共有する
  - ➡活動日の前日と当日の朝に確認の電話をかけて予定を確認したり、活動終了後に近くに住む人が一緒に帰ったり、メンバー間で試行錯誤しながら、気負いなくサポートする
  - ➡体操や会話などについてこられずに周囲のペースを乱してしまう人には、世話役などが横につき、適宜、フォローしている
- ・なんらかの異変を早期に発見する場、地域につながる場としてケアプランに組み込む保健師や看護師も少なくない
  - ➡世話役が気づいた事をケアプラザ（地域包括支援センター）に共有し、必要なサービスにつなげる
  - ➡保健師や看護師がケアの必要な高齢者を受け入れることができるグループと判断した場合は、公的サービスが担えないサービスを提供できる場として、ケアプランに組み込む例も見られ始めている  
(調査対象のグループ以外の取組みから)



磯子区「ふくろう会」の活動風景

近隣のステーションのメンバーが手話ダンスを指導

(他のステーションと連携し、お互いに得意なことで講師として出張)

#### 4. 「プロダクティブに関わり続ける場創り」に向けて

多くの人を経験するであろう、虚弱化していても、高齢になるほどに発症リスクの高まる認知症になっても、プロダクティブな関わりを可能な限り継続していくこと、社会的な自立を維持していくことは、言い換えれば虚弱化や介護の予防・抑制ともいえる。ここでいうプロダクティブとは、団体のリーダーや役職を引き受けて毎日の様に活動を行うことから、

月に数回程度でも、片付けを自発的に手伝ったり、孤立化している人に活動の情報を届けるといったちょっとした能動的な活動も含まれている。

本調査からは、これを支えるためのヒントがいくつか得られた。一つ目は、新たな知識を学ぶための研修、同じ活動に取り組む人同士の交流会や食事会などの場を設けること、専門職からの心身の状態に応じた活動の在り方へのアドバイスをを行うといったアプローチが有用であることが明らかになった。二つ目は、ボランティア活動先での施設職員や、元気づくりステーションのグループ内部での仲間といった、人とのつながりから生まれる気遣い合いや高齢者自身の有用感が、一つ目以上に、活動を止めようかと思っている人、家族の介護や自身の怪我・疾病などでしばらく休んでしまい戻ってきづらくなっている人には意味のあるサポートであることが示された。これらは、仕組みとして行われていることではなく、日常的な関係性のなかで生まれた自然発生的な行ためであった。例えば、炎天下に屋外の仕事をするボランティアに施設の担当職員から感謝の言葉と共にジュースの差し入れがあったことが、身体的に活動の継続に不安を感じた高齢者の気持ちを「自分がやらねば！、できる範囲で続けたい」と引き留めていた。また、お互いの私生活に踏み込み過ぎないことを良しとするグループで、ストレスになってしまいかねない電話ではなく、買い物やバス停で見かけた際の声掛けが行われており、それが再び、活動を再開するきっかけになっているという例もみられた。

上述した周囲からのアプローチ以上に重要なのは、個々人のプロダクティブの在り方に対する価値観を変えていく事といえる。日本の70代後半、80代で活動する高齢者には、滅私奉公で人のために働きすぎるほどの活動を行うことを良しとし、なんらかの問題でそれまでの活動を100%できなくなった際には完全に止めてしまうという価値観をもつ人が少なくない。周囲も、「虚弱化や認知症＝なにもできない」という視点から、それらの人を能動的な担い手ではなく受動的なお客さんと位置づけることが多くみられる。今後は、今回のインタビュー調査でみられた様に、ゆるやかに楽しく自分のために活動を行い、可能な限り、できることを探して活動を継続するという欧米でみられた活動スタイルを良しとする価値観に変えていくことが求められている。このためには、高齢者本人だけが頑張っても意味がなく、周囲もできることをできる範囲で継続していくことがお互いのためになるという視点から、そこに求められる支援の在り方を考えていくことが求められている。

また、元気づくりステーションに見られる様に、介護予防や健康づくりなどの自治体が主導する高齢者のグループ活動で求められる「自主化」の在り方を見直すことが喫緊の課題となっている。比較的元気なアクティブシニアを想定した時には、サポートを行う専門職が徐々に手を引いていくことが大前提といえるが、5年後を考えた時には、異変の早期発見などを目的に、再び1歩踏み込んだ継続にむけた介入も考えていく必要がある。グループ、場の状況に応じた「自主化」「自立化」の姿をしっかりと見定め、その時々に適した支援が求められている。

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、イギリス資料

1. オランダ資料

- ・ サービスプロバイダーActiVite 査定用履歴フォーム… 210

2. イギリス資料

- ・ NHS 継続的ヘルスケア：決定支援ツール… 225
- ・ ソーシャルケアアセスメントのアウトプット… 238

(以下の資料は、サービスプロバイダーActiVite の地域看護師 Kim Oudshoorn 氏より提供された)

・サービスプロバイダーActiVite 査定用履歴フォーム(1/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

一般的健康状態と注意事項	
視覚の問題	ない ある (記述)
器具	眼鏡 その他 (記述) レンズ 右 左
聴覚の問題	ない ある (記述)
器具	補聴器 右 左 その他 (記述)
アレルギー?	ない 不明 ある (記述)
その他	
喫煙	ない ある 日/週/月の数
飲酒	ない ある 日/週/月のグラス数
ドラッグ	ない ある 種類/量
感染リスク	
・2か月以内に外国の病院で治療を受けたか?	ない ある
・以前の外国の治療に関連している可能性があるか、あるいはすでに表れている慢性的な皮膚病変や感染症はあるか?	ない ある
・生きた豚や子牛と2ヶ月間職業的な接触をしているか、豚の養殖場にいたか?	ない ある
・感染症 (MRSA / BRMO) があるか?	ない ある
・化学療法を受ける	ない ある
結論 非該当 MRSA / BRMO 感染症あり 感染の危険性	
対応を取る はい、ケアを実施する活動計画を見ること	
リスクシグナルとケアの安全な提供	
リスク低 リスク高	
対応を取る はい、ケアを実施する活動計画を見ること	

## ActiVite 査定用履歴フォーム(2/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

## 領域 1 身体的ウェルビーイングと健康

1. シグナルと症状 (S) モビリティ				
	自立	指導により可能	一部介助	全介助
歩行/移動				
姿勢				
トイレ				
移乗				
移乗用補助具 階段リフト、滑り止め、アクティブリフト、パッシブリフト、該当しない関係しない、その他 ( )				
他の補助具 ローター、三角チェア、車いす、つえ、スクーター、上下可能なベッド、止まり木、該当しない関係しない、なし、その他 ( )				
転倒リスク 低い 高い				
これまでの転倒歴 ない あり (回数: 週/月)				
2. 原因・病因 (E)				
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因		クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)		
3. 介護上の問題 (P) 問題なし 問題あり (記述)				
4. 目的				
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容				

## ActiVite 査定用履歴フォーム(3/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

## 領域 1 身体的ウェルビーイングと健康

1. シグナルと症状 (S) モビリティ				
	自立	指導により可能	一部介助	全介助
服の着脱				
シャワー				
身体を洗う				
靴下を履く				
靴下を脱ぐ				
口腔ケア				
ヘアケア				
爪のケア				
その他				
2. 原因・病因 (E)				
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因	クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)			
3. 介護上の問題 (P) 問題なし 問題あり (記述)				
4. 目的				
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容				

ActiVite 査定用履歴フォーム(4/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

領域 1 身体的ウェルビーイングと健康

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
薬を服用しているか なし あり：自己管理、他者管理	
リスクがあるか 低い 高い	
服薬に必要な補助器具の利用 なし あり：薬の分配器 (Geneesmiddel distributiesysteem (GDS))、Medido(フィリップス製の薬管理機器)、その他 (記述)	
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因	クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)
3. 介護上の問題 (P) 問題なし 問題あり (記述)	
4. 目的	
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

## ActiVite 査定用履歴フォーム(5/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

## 領域 1 身体的ウェルビーイングと健康

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
失禁リスク	低い 高い 尿/便失禁： 医師の診断 (失禁のタイプ) (記入) 便 便秘 その他 (記入)
失禁支援の材料の利用	ない ある：材料名 提供者： (記入) 発注者：本人 マントルケア ActiVite
ツール	PO ポートブルトイレ 尿瓶 トイレの高さ調整器具 (toiletverhoger/Toilet ladder) その他 ( )
カテーテル	ない あり： (記入) 留置カテーテル 1 回用 SP カテーテル その他 (記入) 材料： (記入) サイズ： (記入)、バルーン
ストーマ	ない あり：種類 結腸ストーマ
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因	クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)
3. 介護上の問題 (P) 問題なし 問題あり (記述)	
4. 目的	
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> WMmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

## ActiVite 査定用履歴フォーム(6/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

## 領域 1 身体的ウェルビーイングと健康

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
栄養失調のリスク	低い 高い 栄養失調
肥満	なし あり
食欲	良い 普通 悪い
水分摂取	良い 普通 悪い
ダイエット	なし あり：(記入)
摂取の課題	飲み込み なし あり：におい 味 食事を忘れる その他 (記入)
水分摂取の制限	なし あり：量 (記入) 理由 (記入)
摂取方法 (システム)	なし あり：鼻から PEG 点滴
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因	クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)
3. 介護上の問題 (P) 問題なし 問題あり (記述)	
4. 目的	
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

## ActiVite 査定用履歴フォーム(7/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

## 領域 1 身体的ウェルビーイングと健康

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
褥瘡のリスク	低い 高い 褥瘡ができている部位 (記入) グレード1 グレード2 グレード3 グレード4
皮膚病、感染のリスク	低い 高い 皮膚病がある部位 (記入)
肌の状態	なし 高いリスク あり (記入) 乾燥 湿疹 その他 (記入)
傷	なし あり：場所 (記入)
包帯	なし あり：(記入)
摂取の課題	なし あり：(記入) 提供者：(記入) 発注者：本人 マントルケア ActiVite
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因	クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)
3. 介護上の問題 (P) 問題なし 問題あり (記述)	
4. 目的	
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

## ActiVite 査定用履歴フォーム(8/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

## 領域 1 身体的ウェルビーイングと健康

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
痛み	なし あり
皮膚病、感染のリスク	低い 高い 皮膚病がある部位 (記入)
痛みの種類	(記入)
痛みの緩和方法	(記入)
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因	クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)
3. 介護上の問題 (P) 問題なし 問題あり (記述)	
4. 目的	
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

ActiVite 査定用履歴フォーム(9/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

領域 1 身体的ウェルビーイングと健康

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
睡眠の課題	なし あり：理由 (記入)
倦怠感 (疲労感)	なし あり：理由 (記入)
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因	クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)
3. 介護上の問題 (P) 問題なし 問題あり (記述)	
4. 目的	
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

## ActiVite 査定用履歴フォーム(10/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

## 領域 2 : 住居と生活環境

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
住宅の中の不衛生な部分	あり なし：場所
住宅改良の必要	なし あり：理由
エントランス/ドアの開け閉め	自立 インフォーマルケア 鍵箱：家 その他（記入）
プライバシーについての訴え/リクエスト	
パーソナル・アラーム	利用なし あり：サプライヤー
ペット	いない いる：（記入） 世話：自立 インフォーマルケア 犬のお散歩サービス
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動環境 心理的原因 身体的原因	クライアント（身体）自立 はい 一部自立 いいえ（依存）
3. 介護上の問題 (P) 問題なし 問題あり（記述）	
4. 目的	
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

ActiVite 査定用履歴フォーム(11/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

領域 2 : 住居と生活環境

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
住宅のケア (掃除)	自立 部分的自立 インフォーマルケア 家事援助 (民間) 家事援助 (Wmo)
衛生	十分 家の中 バス 台所 食堂 不十分 家の中 バス 台所 食堂  その他、場所
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因	クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)
3. 介護上の問題 (P) 問題なし 問題あり (記述)	
4. 目的	
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

## ActiVite 査定用履歴フォーム(12/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

## 領域 3 : 参加

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
クライアントはデイアクティビティに満足していますか? はい いいえ	
日々の生活、趣味	
計画的アクティビティ	毎日 (内容) 週間 (内容) 月間 (内容) 年間 (内容)
デイケア	なし あり (記述)
外にでかけますか?	いいえ はい (内容) 自立 サポート付き インフォーマルケア 歩行器 電動スクーター タクシー 車いす その他
その他	
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因	クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)
3. 介護上の問題 (P)	
問題なし 問題あり (記述)	
4. 目的	
5. 財源	
<input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

ActiVite 査定用履歴フォーム(13/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

領域 3 : 参加

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
子どもはいますか?	いない いる (内容) 同居 別居
ネットワークはありますか?	ない ある (内容)
ケアラーの (過剰) 負担はありますか?	ない ある (内容)
自己効力感	ない ある (内容)
その他のシグナル/症状 (記述)	
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因	クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)
3. 介護上の問題 (P)	
問題なし 問題あり (記述)	
4. 目的	
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

ActiVite 査定用履歴フォーム(14/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

領域 4 精神面の状況 (幸福)

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
うつの危機的シグナル	低リスク 高リスク 医師によるうつ診断
環境/経験の問題	
恐怖感	ない ある (内容)
集中力の問題	ない ある (内容)
オリエンテーション	ない ある (内容) 時間 場所 人
記憶力/認知力	ない ある (内容) 短期 長期
コミュニケーション	ない ある (内容)
混乱	ない ある (内容)
(問題) 行動	ない ある (内容) 口頭 社会 身体 介護拒否
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動	クライアント (身体) 自立
環境	はい
心理的原因	一部自立
身体的原因	いいえ (依存)
3. 介護上の問題 (P)	
問題なし 問題あり (記述)	
4. 目的	
5. 財源	
<input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

ActiVite 査定用履歴フォーム(15/15)

一般クライアント	
クライアント氏名	
生年月日	クライアント番号
ActiVite のデータ	
記入者	
記入日	個人番号

領域 4 精神面の状況 (幸福)

1. シグナルと症状 (S) モビリティ	
自分の病気への対応 ない ある (内容)	
あなたの状況・病気があなたやあなたの環境にどのような影響を与えていますか? (記述)	
セルフマネジメントは難しいですか? いいえ はい (記述)	
2. 原因・病因 (E)	
健康に関連する行動 環境 心理的原因 身体的原因	クライアント (身体) 自立 はい 一部自立 いいえ (依存)
3. 介護上の問題 (P) 問題なし 問題あり (記述)	
4. 目的	
5. 財源 <input type="checkbox"/> 地域看護 <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> Wlz <input type="checkbox"/> Wmo <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> その他、内容	

(以下の資料は、地方自治体協会 (Local Government Association) Liz Greer アドバイザーより提供された)

## NHS 継続的ヘルスケア : 決定支援ツール

[www.lincolnshire.gov.uk/download/100662](http://www.lincolnshire.gov.uk/download/100662)

2016年6月(改定版)

タイトル：NHS 継続的ヘルスケア：決定支援ツール
著者：SCLGCP/ Social Care Policy / Strategic Policy, Finance and NHS Continuing Healthcare / 11120
本資料の目的：政策
出版日：2016年6月
対象読者： 医療サービス委託グループ (CCG)、NHS 委託委員会 (別名 NHS England)、看護部長、医長、救急ケア主任、GP、財務管理者、成人向けソーシャルサービス管理者、CCG の CE (最高責任者)、NHS トラストの CE、NHS England の CE、ケアトラストの CE、地方自治体の CE、NHS トラスト理事長
連絡先： NHS Continuing Healthcare Policy Team Quarry House Quarry Hill Leeds LS2 7UE

Open Government Licence (訳注：OGL。公共情報の民間利用を促進するためのライセンス) による条件の下、本資料に記載されている文章 (ロゴは除く) は、いかなる形態または媒体でも無料で再利用できる。本ライセンスは、以下より閲覧可能である。

[www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/](http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/)

© Crown copyright

gov.uk 向けに PDF 形式のみで出版。

[www.gov.uk/dh](http://www.gov.uk/dh)

目次  
エグゼクティブ・サマリー  
要約  
ユーザー向け注記  
プロセス  
プライマリ・ヘルス・ニーズの確立  
決定支援ツール

エグゼクティブ・サマリー

*NHS* 継続的ヘルスケアおよび *NHS* を財源とする *Nursing* (看護) ケアの全国的枠組みの適用で実務家を支援するため、この度「決定支援ツール (DST)」を作成した。

注記：

*NHS* 継続的ヘルスケアを受ける人々およびその家族やケアラーにとって、この資料ができるだけ明瞭かつ利用しやすくなるよう努めた。*NHS* 継続的ヘルスケアおよび本資料の特性により、専門教育を受けていない人にとってすぐにはわかりにくい言葉も使用されている。**DST** の使用者は、対象者およびそのケアラーや代理人 (同意が得られた場合) が記載内容を確実に理解し、それに合意するよう取り計らうこと。代弁者の支援を必要とする場合がある。

これらのツールはすべて電子媒体 (ワード文書) で提供されており、ページや枠は必要に応じて拡大できる。

これらは全国的なツールであり、内容のいかなる変更、追加または省略も行ってはならない点に留意することが重要である。ただし **CCG** は必要に応じて、自組織のロゴおよび追加的な患者 **ID** の詳細を加えることができる (例： *NHS* 番号の追加など)。

## 要約

決定支援ツール (DST) の目的は、全国的枠組みの適用を支援し、一貫性のある決定を行うよう情報を提供することである。

DST は、*NHS 継続的ヘルスケア (NHS CHC)* の全国的枠組み内のガイダンスと併せて使用すること。

CCG および NHS 委託委員会 (以下「委員会」) は、2013 年 4 月 1 日より NHS CHC への責任を有する。

委員会は、ある特定グループに属する人々 (例: 受刑者、軍人) への委託責任を有する。したがって委員会は、委託責任を有する対象グループについて、必要に応じて NHS CHC 委託の法定責任を有することとなる。ここには、ケースの調整、決定支援ツール記入の手配、関連事項の決定、適切なケアパッケージの手配、ケースマネジメントによる支援およびモニタリングの提供および保証、ならびに対象者のニーズ見直しが含まれる。ここにはまた、対象者が受給資格に関する上記の決定に異議を申し立てたい場合、同決定の見直しも含まれる。

委員会による決定の見直し申請が行われた場合は、当該見直しの実施にあたって、利害衝突を避けるために適切な措置を確実に講じなければならない。

CCG に紹介された場合は DST 全体を通じて、委員会にもまた責任が生じる (これらの限定された状況において)。

DST は、対象者の保健およびソーシャルケアのニーズならびに望ましいアウトカムに関する包括的な多分野のアセスメントに沿って、多職種チーム (MDT) が記入すること。DST は、それ自体がアセスメントという訳ではない。

アセスメントを実施する前に、DST 対象者の同意を得なければならない。対象者はまた、DST の記入に参加する十分な機会を与えられること。対象者は、希望すればケアラーまたは代弁者に、支援してもらうか代理を務めてもらう機会を与えられること。

DST では MDTs に対し、12 のケア領域に関する対象者のニーズを提示するよう求める。各領域はいくつかのレベルに分かれており、各レベルは丁寧に説明されている。各領域について MDTs は、対象者のニーズに最も近いレベルの説明を特定するよう求められる。

MDTs はその後、対象者が NHS 継続的ヘルスケアの受給資格を得るべきか否かについて、提言するよう求められる。ここでは、DST に記録されたニーズの範囲やレベル、またそれによって対象者にプライマリ・ヘルス・ニーズがあるか否かがどう影響されるか、について考慮すること。この中には、対象者が有するニーズの特性、程度、複雑性または予測不可能性への考慮が含まれること。対象者のニーズを満たすのに必要なケアの質や量によって、これらの特徴は、組み合わせられても単独であっても、プライマリ・ヘルス・ニーズを示す可能性がある。

DST の全項目が記入されなければならない。

これは要約である。ガイダンスノートを熟読し、また DST の記入者が *NHS 継続的ヘルスケア* および *NHS* を財源とする *Nursing* ケアの全国的枠組みを理解していることが、非常に重要である。

## ユーザー向け注記

### 基本原則

この決定支援ツール（DST）は、全国的枠組みの適用を支援し、またプライマリ・ヘルス・ニーズのアプローチに沿って一貫性のある決定を行うよう情報を提供すること。DSTは、全国的枠組みに関するガイダンスと併せて使用すること。実務家はDSTの使用開始前に、ガイダンスを熟知しておくこと。「プライマリ・ヘルス・ニーズ」があると言える対象者は、NHS 継続的ヘルスケアの受給資格を有する。対象者にプライマリ・ヘルス・ニーズがあるか否かの決定では、地方自治体（LA）規定の法的制限を考慮する。決定支援ツールを正しく使用することにより、対象者の受給資格に影響を及ぼす可能性があるすべてのニーズおよび状況が、この決定を行う際に考慮されるはずである。

決定支援ツールは、対象者の保健およびソーシャルケアのニーズならびに望ましいアウトカムに関する包括的な多分野のアセスメントに沿って、使用されること。多分野のアセスメントが最近行われた場合には、それを使用できるが、当該アセスメントが現在のニーズを正確に反映し続けているか確認するよう注意すべきである。このツールは、NHS 継続的ヘルスケアの受給資格に関して、一貫性がありエビデンスに基づく決定を促進するために、単一の実践的な様式でアセスメントの情報をまとめエビデンスを適用する手段である。

多職種によるニーズアセスメントは、NHS 継続的ヘルスケアのアセスメント結果に関わらず、医療サービス委託グループ（CCGs）およびLAs がケアニーズへ応える際にも役立つよう使用できる形式であること。アセスメントは、他の関連既存ガイダンスに従って実施し、専門および他の既存アセスメントを適宜活用すること。

DST の記入で参考となる多職種アセスメントは、対象者による認識および合意の下で実施され、また対象者はアセスメントへ参加する十分な機会を与えられること。対象者は、希望すればケアラー、家族、友人または代弁者に支援してもらるか代理を務めてもらう機会を与えられること。アセスメントのプロセスでは、対象者およびその人のニーズについて直接知る人を活用すること。

ツールの記入は、より幅広い法律や全国的な政策と、適宜矛盾しない形で実施すること。この中にはたとえば、終末期ケア戦略、持病に関する政策、Valuing People（訳注：学習障害への戦略）および2005年意思決定能力法が含まれる。

ツールは、受給資格判定プロセスを支援し、また対象者のニーズについて一貫性があり包括的な考慮を保証するものであるが、これは受給資格を直接判定できない。対象者の全体的なニーズのレベルが正しく判断され、適切な決定が行われるよう、すべてのケースで専門的な判断が必要とされる。

## プロセス

対象者が NHS 継続的ヘルスケアの詳細アセスメントへ紹介される（チェックリストの利用により、あるいはこれが個別ケースで使用されない場合は NHS 継続的ヘルスケアの詳細アセスメントへの直接的な紹介により）と、対象者の状況に関わらず、資金提供に関する決定が行われケアプランが合意されるまで、CCG がプロセス全体のコーディネートについて責任を有する。このコーディネート担当者（一人または複数）は、CCG が特定すること。コーディネーターは、CCG 職員でもよいし、お互いの合意によって外部団体の者であってもよい。

コーディネーターは、多職種チーム（MDT）の適切な構成員を特定し、DST を記入するために構成員たちと連絡調整を行うこと。この中には、対象者の具体的なニーズの程度および種類と、それらに最も近い DST での説明をできる限り一致させることが含まれる。このアプローチにより、ニーズの詳細な分析が構築され、受給資格に関する決定で参考となるエビデンスを提供することができる。

事前に対象者の同意が得られていない場合は、DST 記入プロセス開始前に得ること。対象者は、DST が記入されることを認識し、そのプロセスについて説明を受け（様々な団体間で個人情報などがどのように共有されるか、という説明を含む）、また自らのニーズについて自分の意見を十分表明できるよう支援されること。対象者は、プロセスの間いつでも同意を取り下げることができる、という点も言及すること。

対象者はできる限り、参加したり代理人を得たりするよう勧めること。家族や他の代弁者が参加できるよう、対象者とその代理人には、DST 記入について期間に余裕を持って事前に知らせること。対象者にとって、そのような手配が実際に難しい（例：入院中、健康上の問題で関係者に連絡を取るのが困難）場合、CCG は対象者の希望に沿って代わりに手配すること。

対象者（またはその代理人）の参加が実際に難しい、という特定の限られた状況においても、DST を記入する際、その人たちの意見を得て積極的に考慮すること。DST 記入者は、対象者（またはその代理人）が自らのニーズアセスメントへどのように貢献したか、また関わらなかった場合にはその理由を記録すること。

対象者が他に支援者や代理人を選ばなかった場合でも、同意が得られた場合には、家族からの意見や情報を考慮できる。

DST の記入は、対象者がプロセスを理解し、また自らの将来的なケアや支援について十分な情報を得た上で決定に参加できるよう、助言や情報を得られるように実施すること。あらゆる決定の理由は、わかりやすく明白に記録されること。

対象者の同意能力に懸念がある場合は、2005年意思決定能力法および関連の実施規則に従って能力を判定すること。アセスメントまたはDSTの記入者は特に、同法の5原則を意識すること。

能力の推定—あらゆる成人は、自らの決定を行う権利を有しており、意思決定能力を欠いていると立証されない限り、同能力を有するとみなされなければならない。

自らの意思決定で支援を受ける者 - 本人が自ら意思決定をできないと扱われる前に、あらゆる実質的な支援が提供されなければならない。

賢明でない決定 - 本人が、賢明でないと見られる可能性がある決定を行ったからといって、その決定を行う能力を欠いているとして扱われてはならない。

最善の利益—本法の下で、能力を欠く人のため、またはその人に代わって実施された行動または決定は、その人にとって最善の利益となるよう行われなければならない。

制限を最小限に抑えた選択肢 - 能力を欠く人のため、またはその人に代わって実施されたあらゆる事項は、その人の基本的権利や自由の制限が最小限となるようにすること。

能力の考慮は、決定事項の内容や時によって異なる点に留意しなければならない。つまり、ある特定の事項について決定能力に欠けるとみなされたからといって、その人がいかなる事項についても決定できない、とみなす理由にはしないこと。同様に、ある特定の日に特定の決定を行う能力に欠けていたからといって、その人が別の日に同様の決定を行う能力に欠けている、とみなす理由にはしないこと。

対象者が同意可否の意思決定能力に欠ける場合、NHS 継続的ヘルスケアの受給資格アセスメントを進めるか否かについて、「最善の利益」にかなう決定を行う（および記録する）こと。NHS 継続的ヘルスケア受給資格の可能性のある人は皆、受給資格を検討する機会を与えられる（全国的枠組みの第 48 から 51 段落を参照）という点について、この決定を行う者は留意すること。有効かつ適切な永続的代理人（福祉）がいる場合、または保護裁判所より福祉代理人が任命された場合を除き、意思決定能力に欠ける人に代わって第三者が NHS 継続的ヘルスケアのアセスメントへの同意またはその拒否を行うことはできない。意思決定能力法に従い、アセスメント完了へ最善の利益にかなう決定を行うこと（例：関連する第三者との協議に関して）。

対象者が自分の意見を表明することに著しい困難を抱えているからといって、それだけでその人の能力が欠けているという意味ではない、という事実を認識することが重要である。意思決定能力法および平等関連法に従い、適切な支援および調整を行うこと。

データ共有に関するしっかりとした手順を、組織内および組織間で確立することで、守秘義務を遵守しつつ、DST を記入するために必要なすべての情報が入手できるよう役立つ。

DST では、12 の「ケア領域」（ここには、他の 11 領域に当てはまらない「その他」のニーズ領域が含まれる）に基づいてニーズを描写することで、ニーズ主導型のアプローチを実務家に提供する。このツールは 3 部構成となっている。

- 第 1 部—個人情報
- 第 2 部—ケア領域
- 第 3 部—提言

すべての項目に記入すること。

記入済 DST（提言を含む）のコピーは、対象者（または適宜その代理人）へ渡すこと。その際、CCG による最終決定および同決定の理由も一緒に渡すこと。

各領域はさらに、ニーズレベルでの記述に分かれており、そのレベルは領域によって「ニーズなし（以下の表では N）」、「低（L）」、「中（M）」、「高（H）」、「重度（S）」および「優先（P）」となっている（図 1 を参照）。以下の表では、これらの領域全体を提示している。これらの詳細説明は、本資料で後述する、12 領域に関する記入用の表に提示されている。



DST に記載されている説明は、存在する可能性があるニーズの種類例である。これらは慎重に検討されているはずだが、すべての人々の状況について常に的確な説明を行っているとは限らない。MDT はまず、ニーズの程度および種類を判断し、それを与えられたスペース内に記録すること。説明は、対象者のニーズについて常に厳密な説明を行っているとは限らない。したがって、対象者のニーズレベルをどちらにするか迷う場合に MDT は、最も適切なレベルを決定するために、あらゆるエビデンスを考慮し、それに基づいて専門的な判断を行うこと。あらゆる関連エビデンスを考慮した後も、レベルの決定や合意が困難な場合、MDT は検討しているレベルのうち高い方を選択し、決定および意見の大きな相違点についてエビデンスを記録すること。対象者のニーズが 2 つのレベルの間である、と記録しないでいただきたい。適切なレベルに関する意見の相違が、対象者のニーズに関する推測や特定の状況の影響に関する一般的な憶測ではなく、入手可能なエビデンスに基づいていることが重要である。

領域レベルの表現を慎重に考慮し、また憶測を行わないことが重要である。対象者が「重度」と説明された状況であるということで、関連領域でのレベルも「重度」にすべき、というわけではない。その領域で対象者に最も近いニーズのレベルを選ぶこと（たとえば対象者に「重度」の学習障害があると説明されていることで、自動的に認知領域のレベルも「重度」にすべき、ということではない）。

状況が急速に悪化しており、終末期に入る可能性のある対象者については、高速プロセスを常に用いること。その他、比較的緩やかに悪化する状況の対象者で、したがってニーズが近い将来増加する可能性の高いことがある程度予測できる場合は、選択された領域レベルは現在のニーズに基づくが、変化する可能性が高いニーズについては、当該領域のエビデンス欄に記録し、提言でも考慮すること。この場合、（つまり悪化が実際に始まる前に）対象者が直ちに NHS 継続的ヘルスケアの受給資格を得るべきである、という決定も起こりうるし、そうでなくとも、対象者のニーズや受給資格取得の可能性について早期見直しを行う日程を決定することもありうる。起こりうる症状の進行に関する知識に基づく専門的な判断によって、どの選択肢かを定めること。

DST はニーズの記録であり、一つの状況によって多くの領域における別個のニーズが生じる可能性がある、という点に留意すること。たとえば認知障害のある人は、認知領域に比重が置かれ、その結果、他の領域にも関連ニーズを有する可能性がある。これらのニーズはすべて記録し、それぞれ個別に重みづけを行うこと。

領域の中には、ニーズが非常に大きいため「優先」レベル（これはプライマリ・ヘルス・ニーズを示す）に達しうる内容もあるが、すべての領域ではない。なぜならば、単独で受給資格ラインを超えることはないケア領域のニーズもある、と考えられるからである。これらの領域はむしろ、組み合わせられた際にプライマリ・ヘルス・ニーズとなりうる幅広いニーズの一部を成すのである。

各領域の中には、評価対象ニーズに関する入手可能なエビデンスに基づき、なぜ特定のレベルが適切なかの根拠を示すスペースがある。ニーズは、臨床的な専門知識を用い、適切で妥当性が確認されたアセスメントツールによる結果で適宜裏付けながら、測定可能な表現で説明することが重要である。

ニーズがやりくりされているからといって、当該ニーズを過小評価しないこと。上手に管理されているニーズであっても、それはやはりニーズである。ヘルスケア・ニーズを上手に管理することで、継続したニーズが恒久的に減少または消滅した場合のみ、NHS 継続的ヘルスケアの受給資格に影響を及ぼす。ただし DST を記入する際、この原則を反映させる異なる方法がある。たとえば、心理的または同様の介入が行動上の問題へ効果的に対応している場合、その支援が断たれたり利用不可となったりした場合における現在のニーズに関して考慮されるべきであり、またこれは「行動」領域で反映されるべきである。

この原則は、上手にコントロールされた身体的健康状態が、あたかも薬またはその他日常的ケアや支援がないかのように記録されるべき、というように適用されることを意図したものではない。たとえば、薬物治療を通じてニーズ（行動面であっても身体的健康ニーズであっても）が管理されている場合、これは「薬物療法等」の領域で反映するほうがより適切だろう。同様に、対象者が優れた排泄ケアを受けているために、失禁による皮膚状態の悪化が見られない場合、排泄ケアがあたかも提供されていないかのように「皮膚」の領域で重みづけを行うことは適切ではない。

対象者の特定ニーズが、DST であらかじめ定められた 11 のケア領域でカバーされないケースも考えられる。このような場合、アセスメント担当者は「その他著しいケアニーズ」という追加的な 12 番目の領域に、ニーズの程度および種類を判定および記録し、対象者がプライマリ・ヘルス・ニーズを有するか否かの決定で、この点を考慮する責任を有する。ニーズのレベルは、専門的な判断を用いた上で他の領域と同様の方法で重みづけを行い（つまり「低」から「重度」まで）、対象者がプライマリ・ヘルス・ニーズを有するか否かを決定する際に考慮すること。合意されたレベルは、他の領域で定められたレベルと一致していることが重要である。この領域は、受給資格の全体的な決定へ不適切な形で影響を及ぼすために使用してはならない。

## プライマリ・ヘルス・ニーズの確立

DST の最後に、選択したレベルの概要および対象者のニーズ要約、また受給資格有無に関する MDT の提言を記載する要約シートがある。以下の各ケースにおいて、NHS 継続的ヘルスケア受給資格有りという明確な提言が見込まれる。

「優先」ニーズが設けられている 4 領域のうちいずれかで、同レベルが示されている。

全領域のうち「重度」ニーズが合計 2 つ以上の指標で示されている。

以下が該当する場合。

1 つの領域で「重度」レベルが示されるとともに、複数の他の領域でもニーズが示されている。または、

複数の領域で、「高」および/または「中」レベルのニーズが示されている。

これはまた、ニーズの組み合わせによって、プライマリ・ヘルス・ニーズを示す可能性がある。したがって、受給資格の決定を行う際には慎重に検討する必要があり、また対象者がプライマリ・ヘルス・ニーズを有さないという決定の場合、明確な理由を記録しなければならない。

いかなる場合でも、NHS 継続的ヘルスケア受給資格付与の提言を行うべきか否かを決定する際、全体的なニーズ、異なるケア領域のニーズ間における相互作用およびリスクアセスメントからのエビデンスを考慮すること。各レベルの数を足してもう一つのレベルと同等に扱うことはできない。たとえば「中」レベル 2 つで「高」レベル 1 つとして扱う、ということとはできない。対象者がプライマリ・ヘルス・ニーズを有するか否かの判断は、当該者のニーズの特性、複雑性、程度および/または予測不可能性に関するエビデンスが示す内容に基づいて行わなければならない。

MDTs はプライマリ・ヘルス・ニーズに関する提言を行う際、地方自治体が有する責任の限界を考慮すること（*継続的ヘルスケアの全国的枠組み*第 X X X 段落を参照）。

すべての領域で「ニーズなし」と記録された場合、対象者に受給資格はない。すべての領域で「低」ニーズと記録された場合、受給資格を得る可能性は低い。ただし、「低」ニーズは全体像を増強し、必要なケアの継続性に影響を及ぼし、また他のニーズが対象者へ及ぼす影響を変える可能性があるため、すべての領域を記入すること。

コーディネーターは受給資格に関する MDT の提言（MDT メンバーが合意の上で署名）を含む DST の全項目が記入されているよう確認し、決定を行うためにこれを CCG へ送付すること。コーディネーターはまた対象者に対し、決定までのスケジュール（通常は 28 日以内）を通知すること。その際、緊急および/または暫定的な支援が必要

か否かも確認し、適宜それらが手配されるよう、CCG および地方自治体と連絡調整を行うこと。本件に関する対応の詳細は、全国的枠組みのガイダンスに示されている。

DST 対象者は、equality monitoring data form（平等モニタリング・データ様式）を記入すること。ただしチェックリストの段階ですでに記入している場合は除く。またこの記入は、対象者が同意した場合のみ行うこと。記入に支援が必要な場合、CCG コーディネーターが支援を手配すること。平等性に関するデータ処理に向けた CCG の関連手順に従い、コーディネーターはデータ様式を適切な場所へ送付すること。

## ソーシャルケアアセスメントのアウトプット

<http://www.derby.gov.uk/health-and-social-care/your-life-your-choice/support-from-adult-social-care/needs-assessment-by-social-services/#assessment>

## 成人向けソーシャルケアのアセスメント

私たちはすべての方に、家族や友人、近隣や地域の人たちの支援を得ながら自立した生活を送るよう奨励しています。しかし、これは常に可能なわけではありません。どのような支援が利用できるか、私たちより情報をご提供できます。

### 内容

- 自立した生活を送れるよう、支援をどのように受けられますか？
- 私のケアニーズについて、どのようにアセスメントを受けられますか？
- アセスメントはどのような内容ですか？
- 公的資金による支援の受給資格を得られたら、どうなりますか？
- 公的資金による支援の受給資格を得られなかったら、どうなりますか？
- 私の状況が変わったら、どうなりますか？
- 詳しい情報は、どこで見つかりますか？

### 自立した生活を送れるよう、支援をどのように受けられますか？

あなたがもしダービーにお住まいでしたら、自立した生活を送るのに役立つ情報、アドバイス、案内を私たちにご提供できます。将来の計画について、何をどのようにするのか決めるのに役立ちます。

私たちは支援やアドバイスをご提供できますが、あなたが他の方から支援を得られるように努力することも、とても重要です。この中には、家族、友人、近隣の人、あるいは地域のグループや団体などが含まれるでしょう。

まずご覧いただきたいのは、私たちのウェブサイトにある「自宅での自立生活」セクションです。ここでは、あなたが自立した生活を送るのに役立つ方法について、情報やアドバイスを掲載しています。

たとえば、ご自宅の中や周りで使える機器を買えるかもしれませんし、あるいは、地域の中で利用できる支援があるか調べるために、地域コーディネーター (LAC)へ連絡もできます。もしあなたがこれまで、ご希望の情報やアドバイスを得られていないようであれば、地域での解決策を探す支援を行えるソーシャルケアワーカーと、対面でお話しされたほうがよいかもしれません。私たちのソーシャルケアワーカーたちは、週を通じて様々な場所におります。詳細情報は、私たちのウェブサイトにある「トーキング・ポイント」をご覧ください。

### 私のケアニーズについて、どのようにアセスメントを受けられますか？

もしあなたがご自身で支援を見つけられなかったり、あるいは自立生活が難しくなってきたりしているようでしたら、私たちがお手伝いできるかもしれません。

市が資金提供している支援の受給資格があるかどうか、アセスメントを行うには、こちらまでご連絡ください。

アセスメントとは、あなたとソーシャルケアワーカーがアセスメント票を記入して、以下のことを行う、という意味です。

- あなたがどのような支援を必要としているのか、明らかにする。
- 公的資金による支援の受給資格があなたにあるか、決定する。

アセスメントから得られた情報を使って、2014年ケア法に基づく支援の受給資格があなたにあるか決定します。

ご自分で意見や希望を伝えるのが難しいと思われる場合には、アセスメントの際に家族、ケアラーまたはあなたのことをよくご存じの方へ同席してもらうようお願いすることが、とても重要です。もし助けてくれる人が誰もいなければ、あなたを支援する独立した代弁者を手配されてもよいです。

提供可能な支援を評価する際、すべての自治体が考慮する全国的なケアや支援ニーズのレベルがあります。支援の受給資格を得るには、以下の要件を満たす必要があります。

- あなたのニーズは、身体もしくは精神的な障害または病気によるもの、あるいはそれに関連するものである。
- あなたのニーズによって、以下に記す分野のうち2項目以上のアウトカムが達成できない。
- その結果、あなたのウェルビーイングに著しい影響を及ぼす、あるいは及ぼす可能性が高い。

私たちが評価する分野には、以下が含まれます。

- 食べること、飲むこと、食事の用意
- 身体ケア
- 着替え
- 家の安全な使用
- 家事や自宅の維持管理
- 家族や他の人との関係づくりや関係の維持
- 仕事、訓練、教育またはボランティア活動へのアクセスや参加
- 地域における必要な施設やサービスの利用（例：公共交通機関、娯楽施設）
- 子供のケア責任遂行

あなたとアセスメントを行う際、私たちはあなたのウェルビーイングや、あなたや家族にとって何が大切なのかを考慮します。また、あなたの状況が今後数か月間で悪化する可能性が高いか否かについて、考慮します。

支援の費用は、あなたがいくらか支払う必要があるかもしれません。あなたの支払い能力について、私たちが計算いたします。これは、あなたのケアニーズ・アセスメントの後で行われる、別の経済的アセスメントです。

あなたに23,250ポンドを超えた預金や資産がある場合、必要なケアの費用は全額自己負担となります。ケアニーズのアセスメントを要請することはできますが、公的資金による支援の受給資格はありません。

あなたの預金と資産が23,250ポンドを下回りましたら、またご連絡ください。あなたのアセスメントを再度行います。

### アセスメントはどのような内容ですか？

あなたと担当のソーシャルケアワーカーが「セルフアセスメント票」を使って、あなたのニーズや日々の生活で何を達成したいのかについて特定します。

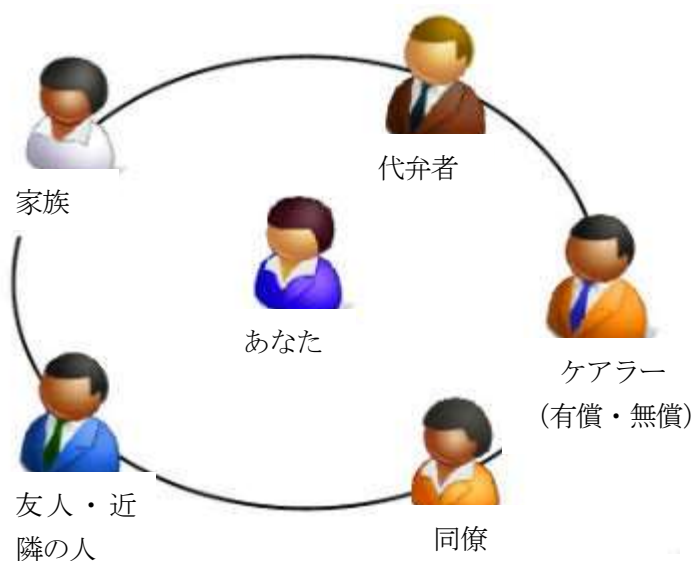
セルフアセスメントには、以下の質問が含まれます。

- あなた自身について教えてください。
- あなたにとって大切なことは何ですか？
- あなたにとって「良い日」とは、どのような日ですか？
- あなたにとって大切な人たちやグループは誰ですか？

- あなたがしたいことを手伝ってくれる人や友人は誰ですか？
- あなたがご自分でできることは何ですか？
- あなたが必要と思う支援は何ですか？それはなぜですか？
- あなたは何か病気にかかっていますか？
- どの分野で、あなたは支援を必要としていると思いますか？
- あなたが変えたい、または改善したいと思うことは何ですか？
- あなたができるようになりたいことは何ですか？
- あなたはどれくらいの頻度で支援を必要としていますか？
- あなたが必要としている支援のうち、ケアラーや家族の方が提供する意志があり実際に提供できるのは、どれくらいですか？
- あなたのウェルビーイングや自立にとってもっとも良いのは、どのような居住形態でしょうか？
- パーソナルバジェットを受給した場合、あなたはどのようにして支援計画を立てたいですか？ご自分で？あるいは他の人の支援を得て？

これらによって、「アウトカム」が決まります。

またアセスメントの際、友人、家族、または過去にあなたのお手伝いをされたケアラーの方々をお願いして同席してもらうのもよいでしょう。アセスメントで関わってもらえそうな方々の例は、以下の通りです。



あなたに無償でケアを提供しているケアラーの方もまた、独自の支援を受けられる可能性があります。詳細情報は、[ケアラー支援のページ](#)をご覧ください。

アセスメントが終わりましたら、記入済のアセスメント票コピーをお渡しします。

#### 公的資金による支援の受給資格を得られたら、どうなりますか？

公的資金による支援の受給資格を得られた場合、あなたが受ける支援に対してお支払いいただく必要のある金額—あなたのパーソナルバジェット—の概算をお知らせし、ご自身の支援

計画を立てていただくようご依頼します。この件で支援が必要な場合には、私たちがお手伝いします。

あなたのケアニーズへ応えるためのパーソナルバジェットの使い方については、こちらからご覧いただけます。

私たちの支援の受給資格を得られた場合、以下の点についてより多くの選択肢やコントロールが可能となります。

- 支援がどのように提供されるか。
- 誰がいつ支援するか。
- 

**公的資金による支援の受給資格を得られなかったら、どうなりますか？**

公的資金による支援の受給資格を得られなかった場合、代わりに支援を提供できそうな他の団体に関する情報やアドバイスを、担当のケアワーカーがお渡しします。

あなたの記入済アセスメントをお渡ししますので、他の団体からの支援を見つける際に役立ててください。

アセスメント結果に同意されない場合、再アセスメントを要請できます。

**私の状況が変わったり預金が 23,250 ポンド未満になったら、どうなりますか？**

状況が変わったり、または預金や資産が 23,250 ポンドを下回った場合には、また私たちにご連絡ください。アセスメントを見直します。

**詳しい情報は、どこで見つかりますか？**

詳細情報をご入り用の場合には、私たちにご連絡ください。

**ダウンロード**

- セルフアセスメント票 (ワード、668kb)
- Self-directed support (本人主導型支援) とパーソナルバジェット: お客様ガイド (pdf、906kb)
- 本人主導型支援とパーソナルバジェット: シンプルガイド (pdf、361kb)
- 成人向けソーシャルケアのアドバイスや支援を受けるためのシンプルガイド (pdf、364kb)
- 本人主導型支援とパーソナルバジェットのガイド (読みやすさアップ版) (pdf、989kb)
- あなたの人生、あなたの選択: ダービーであなたが必要なケアや支援を構築する 2016 年戦略 (pdf、653kb)
- 成人向けソーシャルケア: あなたの人生、あなたの選択戦略 (読みやすさアップ版) - 2014 年 11 月 (pdf、1,942kb)

連絡先詳細情報

- 住所等
- 地図

メール： [customerservices@derby.gov.uk](mailto:customerservices@derby.gov.uk)

*Adult social care*

*People Services*

*Derby City Council*

住所： *The Council House*

*Corporation Street*

*Derby*

*DE1 2FS*

電話： 01332 640777

**Minicom:** 01332 640666

## セルフアセスメント票

この様式は、あなたのニーズや、それがあなたのウェルビーイングへ及ぼす影響、また日々の生活であなたが達成したいことを特定するために、あなたと担当のソーシャルケアワーカーが使用します。これは、あなたの強みや能力、また地域で利用できる支援を特定するのに役立ちます。

この情報は、2014年のケアと支援に関する規則に定められている地方自治体からのケアや支援を受けられるかどうか、あなたのニーズに基づいて判断するのに使用されます。

支援を受けられる（受給資格がある）場合、市は、支援を購入するためにあなたへ提供されるパーソナルバジェットの金額を計算します。

支援の受給資格がある場合にお伝えする金額は、あくまでもあなたが利用可能な額の目安です。実際に提供されるパーソナルバジェットの金額は、支援計画を作成し、市がそれに同意した後でなければ分かりません。

また、支払い能力があると評価された場合、ソーシャルケアの支援費の一部をお支払いいただく可能性があります。これによって、あなたのパーソナルバジェットに対する市からの支払いが減額されます。23,250ポンドを超えた預金がある場合、ケアの費用は全額自己負担となります。

ご本人について：			
氏名：		呼び名：	
現住所：			
同居者数：			
あなたのご自宅へはどのように行けばよいですか？			
電話番号：			
携帯電話番号：			
メールアドレス：			
生年月日：		性別：	
民族：		宗教：	
主に使う言語：		NHS 番号：	
		DCC ID 番号：	
		NI 番号：	
居住形態：			
アセスメント実施日：			
この様式を、あなたは一人で記入していますか？    はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>			
「いいえ」の場合、どなたが支援していますか？またそれはなぜですか？			
GP 氏名：			
住所：			
電話番号：			
私たちがあなたの GP や他の専門職と情報を共有することに、同意しますか？ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>			
あなたの GP が私たちと情報を共有することに、同意しますか？    はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>			

以下の枠を使って、あなた自身について教えてください。

私について：

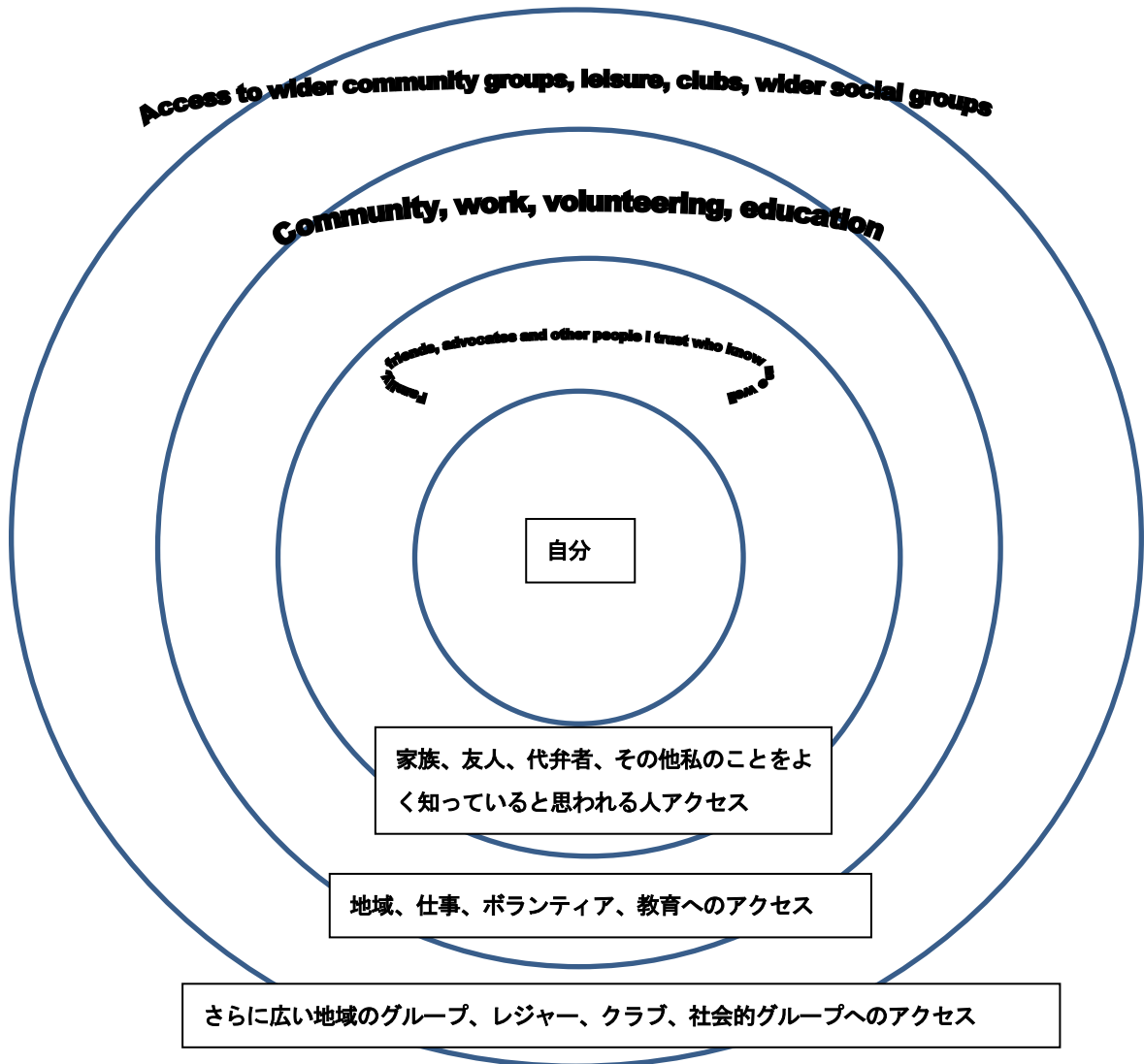
私にとって大切なこと：

私にとって「良い日」とは、このような日：

私の「支援の輪」

私は今、何ができるか？

図表を使って、あなたにとって大切な人たちやグループ、またあなたがしたいことを手伝ってくれる人や友人について、教えてください。



現在どなたかがあなたを支援している場合、その方が誰なのか、またその人たちが何について支援しているのか教えてください。

氏名・連絡先：

ケアラー：

私たちがケアラーの方とあなたのアセスメントを共有することに、同意しますか？

はい

いいえ

ケアラーはいません

近親者：

友人：

支援の輪：

緊急連絡先：

私を助けてくれる団体：

ソーシャルケアへ連絡した理由とあなたの状況の概要  
あなたがご自分でできることは何か、ご説明ください。

あなたが必要と思う支援は何か、それはなぜか、またそれがあなたのウェルビーイングにどのような影響を及ぼしているか、ご説明ください。

あなたが支援を必要ではないかと感じられる期間はどれくらいですか？

あなたは、自立しにくくなるような病気にかかっていますか？ はい  いいえ

あなたは継続的ヘルスケアでアセスメントを受けましたか？ はい  いいえ

あなたは薬を飲むのに支援を必要としていますか？ はい  いいえ

上の質問で1つでも「はい」の場合、その概要をご説明ください。

あなたが支援を必要ではないかと感じる項目について、ご記入ください。

### 1. 身体ケア

あなたは、ご自分の身体ケアで支援を必要としていますか？ はい  いいえ

私を変えたい・改善したいと思うこと、私ができるようになりたいこと

ここにはたとえば、入浴、シャワー浴、トイレの使用、髭剃り、着替え、整容、家の中での移動などが含まれます。

あなたはどれくらいの頻度で、ご自分の身体ケアで支援や声かけを必要としていますか？

- 1日に数回                       1日に2回  
 1日に1回                       1週間に1-2回

日中だけでなく夜間も支援が必要ですか？                       はい /  いいえ

支援には2人以上必要ですか？

夜間                       はい /  いいえ                      日中                       はい /  いいえ

あなたが必要としている支援のうち、ケアラーや家族の方が提供する意志があり実際に提供できるのは、どれくらいですか？

- すべて                       たくさん                       少しだけ                       まったくない

以下は、担当ワーカーやあなたを支援している方の意見を記入する欄です。

ニーズレベル評価：この欄は、ソーシャルケアワーカーが記入します。

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> あなたは、身体ケアのどれもご自分でできません。        |
| <input type="checkbox"/> あなたは、主要な身体ケアのうち1つ以上をご自分でできません。 |
| <input type="checkbox"/> あなたは、主要な身体ケアのすべてをご自分でできます。     |
| <input type="checkbox"/> あなたは、身体ケアの大半をご自分でできます。         |

## 2. 食べること、飲むこと

あなたは、食べたり飲んだりするのに支援を必要としていますか？ はい  いいえ

私を変えたい・改善したいと思うこと、私ができるようになりたいこと

ここにはたとえば、飲み物や食べ物を用意する能力、物を食べる能力、栄養的なニーズなどが含まれます。

あなたはどれくらいの頻度で、食べる、飲む、または食事の用意で支援を必要としていますか？

1日に数回  1日に1回

あなたが必要としている支援のうち、ケアラーや家族の方が提供する意志があり実際に提供できるのは、どれくらいですか？

すべて  たくさん  少しだけ  まったくない

以下は、担当ワーカーやあなたを支援している方の意見を記入する欄です。

ニーズレベル評価：この欄は、ソーシャルケアワーカーが記入します。

あなたは、支援なしでは病気になったり重度の低栄養となる可能性が高いです。

あなたは、支援なしでは健康的な食事を続けられないでしょう。

あなたは、支援なしでも健康的な食事を続けられるでしょう。

あなたは、支援なしでも大半において、ご自分の選んだ物を食べたり飲んだりできるよう。

### 3. 意思決定

あなたは、何かを決めるのに支援を必要としていますか？ はい  いいえ

私を変えたい・改善したいと思うこと、私ができるようになりたいこと

ここにはたとえば、コミュニケーションの方法、あなたの理解力向上、金銭管理、ご自分の要求を伝えることなどが含まれます。

あなたをご自分で決められること、決めるのにあなたが支援を必要だと思うこと、それを誰が支援してくれそうかについて教えてください。

あなたはどれくらいの頻度で、何かを決めるのに支援を必要としていますか？

1日に数回       1日に1-2回       1週間に2-3回

あなたが必要としている支援のうち、ケアラーや家族の方が提供する意志があり実際に提供できるのは、どれくらいですか？

すべて       たくさん       少しだけ       まったくない

以下は、担当ワーカーやあなたを支援している方の意見を記入する欄です。

ニーズレベル評価：この欄は、ソーシャルケアワーカーが記入します。

あなたは、支援なしではご自分の生活で選択やコントロールを行うことがまったくできないでしょう。

あなたは、支援なしではご自分の生活で部分的にしか選択やコントロールを行うことができないでしょう。

あなたは、支援なしでもご自分の生活の多くの面で選択やコントロールを行えるでしょう。

あなたは、支援なしでもご自分の生活の大半で選択やコントロールを行えるでしょう。

#### 4. 家事や自宅の維持管理

あなたは、家事やご自宅の維持管理で支援を必要としていますか？ はい  いいえ

私を変えたい・改善したいと思うこと、私ができるようになりたいこと

ここにはたとえば、どこに住むか、誰と住むか、どのような手当てをもらうか、どのような家事（例：買い物、掃除、洗濯）をあなたが難しいと感じるか、それを誰が支援するか、お金の管理を誰が支援するか、家の修繕を誰が行うかなどが含まれます。

あなたはどれくらいの頻度で、家事やご自宅の維持管理で支援を必要としていますか？

- 1日に数回                       1週間に数回  
 1週間に1-2回                       1週間に1回未満

あなたが必要としている支援のうち、ケアラーや家族の方が提供する意志があり実際に提供できるのは、どれくらいですか？

- すべて               たくさん               少しだけ               まったくない

以下は、担当ワーカーやあなたを支援している方の意見を記入する欄です。

ニーズレベル評価：この欄は、ソーシャルケアワーカーが記入します。

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> あなたは、支援なしでは家事をまったくできません。    |
| <input type="checkbox"/> あなたは、支援なしでは重要な家事を1つ以上できません。 |
| <input type="checkbox"/> あなたは、支援なしでも大半の家事をできます。      |
| <input type="checkbox"/> あなたは、支援なしでもほぼすべての家事をできます。   |

5. 地域への参加

あなたは、地域への参加で支援を必要としていますか？ はい  いいえ

私を変えたい・改善したいと思うこと、私ができるようになりたいこと

ここにはたとえば、移動能力（例：外出方法、公共交通機関の利用、あなたが好きな活動、あなたの文化、地域／文化／宗教グループへのアクセス、家族や友人を含む支援の輪の維持などが含まれます。

あなたはどれくらいの頻度で、地域への参加で支援を必要としていますか？

- 1日に数回                       1日に1-2回  
 1週間に数回                       1週間に1回以下

あなたが必要としている支援のうち、ケアラーや家族の方が提供する意志があり実際に提供できるのは、どれくらいですか？

- すべて               たくさん               少しだけ               まったくない

以下は、担当ワーカーやあなたを支援している方の意見を記入する欄です。

ニーズレベル評価：この欄は、ソーシャルケアワーカーが記入します。

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> あなたは、自力では重要な関係や社会活動から孤立するでしょう。        |
| <input type="checkbox"/> あなたは、自力では重要な関係や社会活動のうち少ししか維持できないでしょう。 |
| <input type="checkbox"/> あなたは、自力でも重要な関係や社会活動の多くを維持できるでしょう。     |
| <input type="checkbox"/> あなたは、自力でも重要な関係や社会活動の大半を維持できるでしょう。     |

## 6. 仕事や学習機会の獲得

この部分は、仕事や学習についてです。仕事には、あなたが選んだボランティア活動や有償の仕事などが含まれます。また学習の機会には、地域の大学やコミュニティセンター、その他あなたが選んだ学習の場が含まれます。

あなたは、仕事や学習の機会を得るのに支援を必要としていますか？ はい  いいえ

私を変えたい・改善したいと思うこと、私ができるようになりたいこと

ここにはたとえば、あなたがどのような仕事をしたいか、何を学びたいか、現在どのような教育を受けているかなどが含まれます。

あなたはどれくらいの頻度で、仕事や学習の機会を得るのに支援を必要としていますか？

1日に数回  1日に1回  1週間に1-2回

あなたが必要としている支援のうち、ケアラーや家族の方が提供する意志があり実際に提供できるのは、どれくらいですか？

すべて  たくさん  少しだけ  まったくない

以下は、担当ワーカーやあなたを支援している方の意見を記入する欄です。

ニーズレベル評価：この欄は、ソーシャルケアワーカーが記入します。

あなたは、自力ではご自分のスキルを使ったり向上させたりすることがまったくできないでしょう。

あなたは、自力ではご自分のスキルを使ったり向上させたりすることが少ししかできないでしょう。

あなたは、自力でご自分のスキルを使ったり向上させたりすることがかなりできるでしょう。

あなたは、自力でご自分のスキルを使ったり向上させたりすることが沢山できるでしょう。

7. 地域や自宅での安全

あなたは、地域やご自宅で安全に過ごすのに支援を必要としていますか？ はい  いいえ

私を変えたい・改善したいと思うこと、私ができるようになりたいこと

ここにはたとえば、ご自宅や地域で安全と感じられることや安全であること、あなたの体や精神面での健康、喫煙、薬物乱用、心のウェルビーイング（例：あなたが感じていること、ご自分や他の人を傷つけるリスク、反社会的行動）などが含まれます。

あなたはどれくらいの頻度で、ご自分の安全について支援を必要としていますか？

1日に数回             1週間に数回             1週間に1回以下  
日中だけでなく夜間も支援が必要ですか？             はい /  いいえ

支援には2人以上必要ですか？

夜間             はい /  いいえ            日中             はい /  いいえ

え  
あなたが必要としている支援のうち、ケアラーや家族の方が提供する意志があり実際に提供できるのは、どれくらいですか？

すべて             たくさん             少しだけ             まったくない

以下は、担当ワーカーやあなたを支援している方の意見を記入する欄です。

ニーズレベル評価：この欄は、ソーシャルケアワーカーが記入します。
<input type="checkbox"/> あなたは、支援なしでは虐待または危害の深刻なリスクがあります。
<input type="checkbox"/> あなたは、支援なしでは虐待または危害の著しいリスクがあります。
<input type="checkbox"/> 支援なしでは、虐待または危害のリスクが少しあります。
<input type="checkbox"/> 支援なしでも、虐待または危害のリスクはほとんどありません。

8. 自分の行動の管理

あなたは、ご自分の行動を管理するのに支援を必要としていますか？ はい  いいえ

私を変えたい・改善したいと思うこと、私ができるようになりたいこと

ここにはたとえば、あなたの行動や理解力不足によって発生するリスク、他の人に影響を及ぼすあなたの行動、あなたと他の人がどのように仲良くしているか、どのような関係があなたに役立っているか（薬や支援も含まれます）、あなたの精神的健康や心のウェルビーイングなどが含まれます。

あなたはどれくらいの頻度で、ご自分の行動を管理するのに支援を必要としていますか？

1日に数回                       1週間に数回                       1週間に1回以下

日中だけでなく夜間も支援が必要ですか？                       はい /  いいえ

支援には2人以上必要ですか？

夜間                       はい /  いいえ                      日中                       はい /  いいえ

あなたが必要としている支援のうち、ケアラーや家族の方が提供する意志があり実際に提供できるのは、どれくらいですか？

すべて                       たくさん                       少しだけ                       まったくない

以下は、担当ワーカーやあなたを支援している方の意見を記入する欄です。

ニーズレベル評価：この欄は、ソーシャルケアワーカーが記入します。

あなたは、支援なしではご自分の反応をまったくコントロールできないでしょう。

あなたは、支援なしではご自分の反応を部分的にしかコントロールできないでしょう。

あなたは普段、支援なしでもご自分の反応をコントロールできるでしょう。

あなたはほぼいつも、支援なしでもご自分の反応をコントロールできるでしょう。

9. 親やケアラーとしての役割

あなたは、子供や親など他の人をケアするのに支援を必要としていますか？

はい  いいえ

私を変えたい・改善したいと思うこと、私ができるようになりたいこと

ここにはたとえば、ケアラーとしての役割であなたがどのような支援を必要としているのか、あなたがケアしている人は誰なのか、その人たちがどのような支援を必要としているのかなどが含まれます。

あなたはどれくらいの頻度で、親やケアラーとして支援を必要としていますか？

1日に数回  1日に2回  
 1日に1回  1週間に1-2回

あなたが必要としている支援のうち、ケアラーや家族の方が提供する意志があり実際に提供できるのは、どれくらいですか？

すべて  たくさん  少しだけ  まったくない

以下は、担当ワーカーやあなたを支援している方の意見を記入する欄です。

ニーズレベル評価：この欄は、ソーシャルケアワーカーが記入します。

あなたは、支援なしでは家庭での役割をまったく果たせないでしょう。

あなたは、支援なしでは家庭での役割の多くを果たせないでしょう。

あなたは、支援なしでも家庭での役割の大半を果たせるでしょう。

あなたは、支援なしでも家庭での役割をほぼすべて果たせるでしょう。

## 10. ケアラー

あなたに無償で支援を提供しているケアラーはいますか？ はい  いいえ

この方は、家族でも親しい友人でもよいです。

もし無償のケアラーがいらっしゃる場合、このページはその方に記入してもらってください。  
ケアラーの方へ：この様式を記入された方に対して、あなたが提供する意志があり実際に提供できる支援やケアについて教えてください。提供される支援の中には、何かをするのを手伝うこと、何かをする際に声を掛けたり思い出させたりすること、または精神的な支援などが含まれます。

ケアを提供することで、あなたの生活にどのような影響がありますか？

- 日常生活にまったく問題なし。
- 日常生活にいくつか課題や影響が生じている。
- 日常生活に著しい課題や影響が生じている。
- 日常生活に深刻な影響が生じ、私の健康やウェルビーイングにも影響が及んでいる。

あなたはまた、ダービーシャー・ケアラー協会が現在行っている詳細なケアラー向けアセスメントを受けることができます。あなたが18歳未満の場合は、ヤングケアラー向けアセスメントを受けられます。ここではあなたのニーズや、ケアの役割があなたの生活へどのような影響を及ぼしているかについて、詳しく調査します。

ケアラー向けアセスメントを受けたことがありますか？  はい /  いいえ

「はい」の場合、それはいつですか？

「いいえ」の場合、もしアセスメントをご希望であれば、市のウェブサイトにあるケアラーのページで詳細情報をご覧ください。

<http://www.derby.gov.uk/health-and-social-care/carers/carers-support/>

別個のケアラー向けアセスメントをご希望でない場合、あなたとあなたが支援を提供している人は、この調査を合同アセスメントとして扱われたいですか？  はい /  いいえ



将来を考えると、あなたのウェルビーイングや自立にとって、どのような居住形態がもっとも良いと思いますか？1つ選んでください。

- 自宅で一人暮らし
- 友人と同居
- 家族と同居
- 支援付き住宅で生活
- その他

「その他」の場合、詳細をご記入ください。

あなたが上に挙げた住居へ引っ越す必要がある場合、その一番良いタイミングはいつですか？1つ選んでください。

- できるだけ早く
- 3-6 か月の間
- 6-12 か月の間
- 1-2 年の間
- 2 年後以降

上に挙げた住居を、あなたはどのように確保したいですか？1つ選んでください。

- 市または住宅協会から借りる
- 民間の大家から借りる
- ケア提供者から借りる
- 自分の家を買う—おそらく家族の支援を得て

「その他」の場合、詳細をご記入ください。

## アセスメント結論

この欄は、ソーシャルケアワーカーが記入します。

以下について詳細を記載します。

- 提案
- 受け入れがたいリスクおよび意見の相違
- 行動
- 提供されたアドバイス
- 専門家によるアセスメント
- 検討された指針
- 知的能力に関する考慮

この人には、2014年ケア法に基づく支援の受給資格がありますか？ はい  いいえ

- 当該成人のニーズは、身体もしくは精神的な障害または疾病によるもの、あるいはそれに関するものである。
- 上記ニーズの結果、当該成人は特定されたアウトカムのうち2項目以上が達成できない。
- 上記アウトカムを達成できない結果、当該成人のウェルビーイングに著しい影響を及ぼす、あるいは及ぼす可能性が高い。

専門家によるアセスメントが要請または実施されましたか？ はい  いいえ

「はい」の場合、詳細をご記入ください。

このアセスメントで浮上した課題によって、保健または住宅関連機関へ知らせたり紹介したりする必要がありますか？ はい  いいえ

支援／予防のために、地域や地域コーディネーター（LAC）とつなげる必要がありますか？ はい  いいえ

暫定的な支援は何か手配されましたか？ はい  いいえ

「はい」の場合、詳細をご記入ください。

地域ボランティアサービス（CVS）、「私は働きたい」、「成人学習サービス」、地域コーディネーター（LAC）または手当に関するアドバイスといった情報を渡す必要がありますか？ はい  いいえ

「はい」の場合、詳細をご記入ください。

### 支援計画作成オプション

パーソナルバジェットを受給した場合、あなたはどのようにしてご自分の支援計画を立てたいですか？

- 自分一人で
- 家族／支援の輪に手伝ってもらって
- 支援計画団体に手伝ってもらって
- 私のソーシャルケアワーカーに手伝ってもらって

### 様式の署名

あなたが必要としている支援、またあなたの家族、友人およびその他の人が提供する意志があり実際に提供できる支援について、ここに正直な意見が書かれていることに同意する、という旨を示すために、この様式へ署名をお願いいたします。

あなたの署名：	
ソーシャルケアワーカーの署名：	
ソーシャルケアワーカーの氏名と電話番号：	
ソーシャルケアマネジャーの署名：	
アセスメント実施日：	

ソーシャルケアワーカーの方へ：レビューの際は、新たな（NEW）様式を始めてください。  
この情報を共有することへの同意

提供された情報について、ダービー市は守秘義務を守り、1998 年データ保護法に従います。得られた情報は、私たちがあなたのニーズを調査し支援計画の作成をお手伝いするために使用します。その情報は、同じまたは類似の目的であなたと関わるかもしれない他の専門職と、共有される可能性があります。その中にはたとえば、独立した支援計画者、あなたの GP、地域看護師、地域看護師長、作業療法士などの専門職が含まれます。あなたに役立つと考えられる場合、またはあなたの健康やウェルビーイングを促進するために、情報は保健サービスと共有される可能性があります。また、保健やソーシャルケアサービス全般の計画改善に役立てるため、情報は匿名化された上で保健サービスと共有される可能性もあります。

**他の専門職とあなたの情報を共有してほしくない場合は、その旨を私たちにお知らせください。**

あなたが提供してくださる情報は、詐欺や公的資金の不正使用防止または法的要件のために、市の他部署と共有される可能性があります。また同様の目的で、監査委員会など他の公共機関と共有される可能性もあります。

We can give you this information in any other way, style or language that will help you access it. Please contact us on: 01332 64 Minicom: 01332 640666

Polish

Aby ułatwić Państwu dostęp do tych informacji, możemy je Państwu przekazać w innym formacie, stylu lub języku. Prosimy o kontakt: 01332 Tel. tekstowy: 01332 640666

Punjabi

ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਰੂਪ ਜਾਂ ਬੋਲੀ ਵਿੱਚ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਹੜੀ ਇਸ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੋਵੇ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਟੈਲੀਫੋਨ 01332 ਮਿਨੀਕਮ 01332 640666 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

Urdu

01332 یہ معلومات ہم آپ کو کسی دیگر ایسے طریقے یا انداز اور زبان میں بھیج سکتے ہیں جو اس تک رسائی میں آپ کی مدد کرے۔ براہ کرم 01332 640666 پر ہم سے رابطہ کریں۔



Derby City Council

Derby City Council The Council House Corporation Street Derby DE1 2FS  
www.derby.gov.uk

