

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

＜データリクエストへの回答＞

回答者 2

- I 住宅、介護、医療制度の概要
- 1 住宅制度
- (Q1-1) 高齢者の居住のための住宅や施設、制度 3
 - (Q1-2) Q1-1 のサービス提供 4
- 2 高齢者に対する介護制度
- (1) 介護サービスの対象者
- (Q2-1) 介護制度の対象者の定義や具体的な基準 7
 - (Q2-2) 対象者の決定、手続 11
 - (Q2-3) 対象者の決定、内容 13
- (2) 介護サービスの内容、提供方法
- (Q2-4) 介護制度に基づくサービス 14
 - ①掃除②洗濯③料理④買い物⑤ゴミ出し⑥見守り⑦通院の付添⑧外出時の同行
 - (Q2-5) 通所サービスの目的 20
 - (Q2-6) 介護サービスの提供の事業、主体 20
 - (Q2-7) 介護サービスのメニュー、介護と看護の区分 22
 - (Q2-8) 個人ごとの介護サービスの費用の基準 24
 - (Q2-9) 複数の職種がチームで訪問 24
- (3) サービスの調整
- (Q2-10) 個人に対するサービスの調整や給付の中心的な役割 25
 - (Q2-11) サービスの調整を行う者の業務範囲 26
 - (Q2-12) サービスの調整の方法 26
- 3 在宅介護と医療制度
- (Q3-1) 在宅医療の目的や役割 27
 - (Q3-2) 在宅医療と介護サービスの提供の連携 31
- II 医療・介護制度外の支援とその主体
- 1 支援活動の背景
- (Q4-1) 見守り/安否確認・ゴミ出し・電球交換・通院の介添え・社会的交流、組織 31
 - (Q4-2) ボランティアな高齢者支援の活動と国民性や思想的慣習的な背景 32
 - (Q4-3) 高齢者の生活支援、家族関係や近隣住民との関係についての課題 33
- 2 支援活動の状況
- (Q5-1) ボランティアな高齢者支援の活動例 34
 - (Q5-2) ボランティアな高齢者支援の対象者 35
 - (Q5-3) ボランティアな高齢者支援、医療制度や介護制度との役割分担 36
 - (Q5-4) ボランティアな高齢者支援の活動に対する行政からの財政的支援 36
 - (Q5-5) ボランティアな高齢者支援と高齢者の自立支援 37
- 3 ボランティアな活動の主体
- (Q5-6) ボランティアな高齢者支援の活動を行う主体 37
 - (Q5-7) ボランティアな活動を行う主体を増やすための政策 38
- III 介護予防
- 1 介護予防に関する制度
- (Q6-1) 「介護予防」を目的とした事業 39
 - (Q6-2) (Q6-1) で「ある」と回答した場合 介護予防の事業の実施主体、事業費 40
 - (Q6-3) (Q6-1) で「ある」と回答した場合 介護予防事業 41
 - (Q6-4) (Q6-1) で「ない」と回答した場合 健康状態の維持・改善につながるものとして評価されている事業 41
- IV 高齢者介護・ボランティアな高齢者支援・介護予防に関する課題と方向性
- (Q7-1) 制度の運営面課題 41
 - (Q7-2) 介護制度の財政負担を軽減するための改正 44
 - (Q7-3) サービスの内容についての課題 46
- (イギリス回答補足) 49

回答者：

■デンマーク

エイジル・ボル・ハンセン（デンマーク老年学協会、政府調査研究所准教授）

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

■オランダ

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

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

■イギリス

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

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

■フランス

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

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

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

■シンガポール

呉トレーナ（曹氏基金会〈ツァオ・ファウンデーション〉研究部長）

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

スザナ・コンコルド・ハーディング（シンガポール国際長寿センター理事）

Susana Concorde Harding, Director, ILC-Singapore

I 住宅、介護、医療制度の概要

1 住宅制度

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

デンマーク

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

オランダ

住宅協会

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

社会住宅及び民間セクターの住宅

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

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

イギリス

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

フランス

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

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

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

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

シンガポール

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

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

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

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

オランダ

住宅協会は以下の事項にも責任を担っている。

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

地域内での生活の質

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

住宅協会と市民社会団体間の協力

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

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

イギリス

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

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

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

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

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

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

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

フランス

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

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

シンガポール

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

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

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

（1）介護サービスの対象者

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

デンマーク

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

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

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

オランダ

介護

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

特別医療費保険（AWBZ）

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

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

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

財源

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

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

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

社会支援法（WMO）

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

WMO 内のパフォーマンス分野および高齢者福祉に関する例

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

介護の利用

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

イギリス

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

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

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

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

FACS のグループや受給資格要件には、以下の 4 種類がある。

重篤 (Critical) – 以下のような場合が該当する。

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

重度 (Substantial) – 以下のような場合が該当する。

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

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

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

中度 (Moderate) – 以下のような場合が該当する。

- ・身辺処理や家事のいくつかが行えない又は将来行えなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・就労、教育又は学習への関わりをいくつかの面で持続できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・社会的支援システムや関係のいくつかを維持できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・家族の及び他の社会的な役割や責任のいくつかを担えない又は将来担えなくなる恐れがある。

軽度 (Low) – 以下のような場合が該当する。

- ・身辺処理や家事で 1 つ～2 つが行えない又は将来行えなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・就労、教育又は学習への関わりを 1 つ～2 つの面で持続できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・社会的支援システムや関係の 1 つ～2 つを維持できない又は将来できなくなる恐れがある、及び／又は、
- ・家族の及び他の社会的な役割や責任の 1 つ～2 つを担えない又は将来担えなくなる恐れがある。

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

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

フランス

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

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

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

-患者のニーズに応じたケアプラン

-収入に応じた給付金

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

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

シンガポール

シンガポールには現在、介護制度を規定する法律はない。

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

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

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

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

（Q2-2）対象者の決定は、誰がどのような手続で行いますか。

デンマーク

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

オランダ

ケアの決定者および利用可能なケアパッケージ

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

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

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

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

イギリス

Q2-1 参照。

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

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

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

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

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

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

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

フランス

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

-在宅ケアサービスは、当該者のニーズに応じて提供される。

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

シンガポール

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

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

デンマーク

内容やサービス提供量による分類はない。

オランダ

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

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

介護の提供及びサービスの調整

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

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

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

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

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

イギリス

Q2-1 回答参照。

フランス

ケアを必要とするすべての高齢者が受給資格を有する。

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

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

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

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

（2）介護サービスの内容、提供方法

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

デンマーク

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

オランダ

介護

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

提供サービス

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

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

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

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

施設介護

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

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

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

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

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

施設外介護

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

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

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

ホスピス

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

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

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

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

WMO の中には、以下のサービスが含まれる。

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

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

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

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

イギリス

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

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

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

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

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

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

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

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

フランス

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

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

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

シンガポール

在宅ケア

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

・訪問医療

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

・訪問看護

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

・在宅緩和ケア

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

・配食

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

- ・付き添い／移送サービス

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

- ・追加（**ensuite**）サービス

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

通所サービス

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

- ・地域リハビリサービス

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

- ・認知症デイケアサービス

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

- ・社会的デイケアサービス

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

施設介護サービス

- ・地域病院

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

- ・慢性疾患用の病院

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

- ・ナーシングホーム

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

・入院型ホスピスケア

入院型ホスピスは、終末期患者へ疼痛管理及び手当を提供する。

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

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

・レスパイトケア

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

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

デンマーク

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

オランダ

Q2-4 回答 WMO の項参照。

イギリス

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

フランス

デイケアセンターの目的は、以下 2 点を両方とも保証することである。

-リハビリ、医療、看護。

-社会的交流、レクリエーション活動、身体的及び娯楽活動。

デイケアセンターの費用は、社会保障制度と個人からの支払いで賄われている。

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

シンガポール

Q2-4 回答参照。

（Q2-6）介護サービスの提供の事業は、どのような主体が行っていますか。

デンマーク

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

オランダ

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

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

イギリス

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

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

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

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

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

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

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

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

フランス

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

民間セクターの高齢者は個別化自立手当 (APA) を受け取ることができる。

在宅要介護高齢者への主なサービス提供者は以下のとおりである。

-一般医 (GPs)、専門医、病院 - コミュニティネットワーク

-家族介護者及び介護者への支援 (心理士、患者グループ、

-ケアセンター、外来病院、夜間見守り、ボランティア) 訪問看護、

-在宅ケア: ホームヘルプ、配食、モニタリング、地域アラームシステム

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

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

シンガポール

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

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

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

デンマーク

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

オランダ

Q2-4 回答参照。

看護スタッフ

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

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

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

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

ホームケアスタッフ

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

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

イギリス

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

フランス

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

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

シンガポール

介護サービスのメニューの中で、看護と介護は区別されていない。

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

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

デンマーク

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

オランダ

(AWBZ)

Q2-2 参照。

(WMO)

WMO に関する自治体の責任は以下の点を含む。

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

イギリス

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

フランス

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

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

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

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

これらの基準は政府によって定期的に改定される。

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

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

シンガポール

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

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

デンマーク

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

オランダ

Q2-4 回答 施設外介護参照。

イギリス

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

フランス

大半の場合、職員は別々に利用者を訪問する。

シンガポール

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

(3) サービスの調整

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

デンマーク

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

オランダ

Q2-3 回答参照 (AWBZ)。

Q2-6 回答参照 (WMO)。

イギリス

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

フランス

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

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

ルツハイマー計画ではこの点に対応している。

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

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

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

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

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

シンガポール

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

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

デンマーク

Q2-10 回答参照。

オランダ

Q2-4 回答参照。

イギリス

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

フランス

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

シンガポール

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

(Q2-12) サービスの調整はどのような方法で行いますか。

デンマーク

Q2-10 回答参照。

イギリス

Q2-4, Q2-10 回答参照。

フランス

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

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

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

シンガポール

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

3 在宅介護と医療制度

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

デンマーク

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

オランダ

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

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

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

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

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

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

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

急性期病院（年齢の境界なし）

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

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

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

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

イギリス

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

フランス

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

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

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

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

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

シンガポール

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

医療制度は以下のような財政・運営形態となっている。

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

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

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

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

デンマーク

通常は「いいえ」。

オランダ

AWBZ及びWMO

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

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

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

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

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

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

イギリス

理論上は「はい。」しかし実際にはあまり成功していない。Q3-1 参照。

フランス

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

シンガポール

連携は始まったばかりである。

II 医療・介護制度外の支援とその主体

1 支援活動の背景

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

デンマーク

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

オランダ

WMO。Q2-1, Q5-1 回答参照。

イギリス

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

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

フランス

このような団体の設立や活動に関する法律はない。

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

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

社会的交流は主に、ボランティアな団体が提供している。

シンガポール

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

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

デンマーク

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

オランダ

Q2-4 回答、Q5-1 回答参照。

イギリス

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

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

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

フランス

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

このような団体の大半は、高齢者以外も支援の対象としている。

シンガポール

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

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

デンマーク

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

オランダ

Q7-3 回答参照。

イギリス

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

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

フランス

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

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

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

シンガポール

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

2 支援活動の状況

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

デンマーク

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

オランダ

ボランティア活動

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

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

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

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

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

イギリス

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

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

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

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

フランス

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

シンガポール

Q2-5 回答参照。

(Q5-2) ボランタリーな高齢者支援の対象者は、どのような人でしょうか。

デンマーク

これに関する情報は見当たらない。

オランダ

Q5-1 回答参照。

イギリス

高齢者とその介護者。

フランス

自宅または施設で孤立している虚弱高齢者

シンガポール

Q2-3 回答参照。

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

デンマーク

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

オランダ

Q5-1 回答参照。

イギリス

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

フランス

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

シンガポール

Q2-10～Q2-12 回答参照。

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

デンマーク

自治体には、ボランタリーな活動へ資金援助を提供する義務がある。

オランダ

Q5-1 回答参照。

イギリス

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

フランス

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

シンガポール

行われている。

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

デンマーク

多くの場合、ゴールは孤独・孤立の防止または障害を補うことである。

オランダ

Q5-1 回答参照。

イギリス

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

フランス

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

シンガポール

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

3 ボランタリーな活動の主体

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

デンマーク

主体は全国的な社会的非営利団体である。

オランダ

Q2-1 回答参照。

イギリス

Q5-1 回答参照。

フランス

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

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

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

団体に属さずに、知り合いの高齢者と親しくしたりケアを提供している人もいる。

シンガポール

VWO 及び (VWO ほどではないが) 民間セクターの提供者。

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

デンマーク

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

オランダ

Q2-1 回答 WMO の項参照。

イギリス

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

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

フランス

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

シンガポール

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

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

Ⅲ 介護予防

1 介護予防に関する制度

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

デンマーク

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

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

オランダ

高齢者向け介護予防

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

イギリス

いいえ。イギリスではこのような全国または地域の社会保障プログラムはない。

フランス

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

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

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

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

なライフスタイルを促進しなければならない。

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

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

シンガポール

(Q6-1 から Q6-4 まで)

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

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

(Q6-2 = (Q6-1) で「ある」と回答した場合)

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

デンマーク

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

オランダ

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

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

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

フランス

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

シンガポール

Q6-1 への回答参照。

(Q6-3 = (Q6-1) で「ある」と回答した場合)

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

デンマーク

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

オランダ

Q6-2 への回答参照。

フランス

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

シンガポール

Q6-1 への回答参照。

(Q6-4 = (Q6-1) で「ない」と回答した場合)

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

イギリス

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

IV 高齢者介護・ボランティアな高齢者支援・介護予防に関する課題と方向性

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

デンマーク

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

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

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

オランダ

AWBZの問題点

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

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

イギリス

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

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

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

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

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

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

フランス

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

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

2001年以降、政府によっていくつかの計画が出された。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

シンガポール

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

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

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

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

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

デンマーク

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

オランダ

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

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

- ・高齢者介護、ボランティアな支援、介護予防：課題と方向性

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

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

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

イギリス

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

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

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

フランス

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

シンガポール

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

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

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

デンマーク

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

オランダ

市民社会

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

イギリス

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

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

フランス

課題となっているのは以下の点である。

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

シンガポール

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

<注：執筆者が同じであることからオランダについての記述は下記の報告書の引用も含んでいる>
Herbert Rolden & Marieke van der Waal (2012). Coordination of health care services in the Netherlands (オランダにおける医療・介護サービスの調整), 『医療・介護において共有すべき情報に関する研究』, 福祉未来研究所
Herbert Rolden & Marieke van der Waal (2012/2013). Organizations, information sharing, payment structures, and increasing health care expenditure (組織、情報共有、支払構造および増加する医療費), 『医療・介護連携において共有すべき情報に関する研究』, 福祉未来研究所

(イギリス 回答補足)

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

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

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

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

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