

海外の高齢者

介護・地域支援情報

ドイツ・オランダ・イギリス・デンマーク・アメリカ・オーストラリア

“してあげる介護”から

“もとの生活を取りもどす支援”へ

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。その後、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、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16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役割を果たす存在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。私たちはこの流れをさらに定着させ進めるために、国際比較調査・研究、また国内の調査・研究を通していきいきとした高齢者像を見出してきました。

このような基本的なコンセプトの上に乗って、私たちは2012年の、主にオランダ、イギリス、デンマーク、ドイツの現地視察で見たものは、地域の中でいきいきと活動する高齢者の姿であり、また高齢者自身の力に依拠して高齢者とともに作る自立支援型のしくみと実践でした。

本報告書では、一連の海外調査の成果を主要なトピックに沿ってあらためて整理し、高齢者一人ひとりが社会の中の主人公として生活していくという願いを込めています。とりわけ、高齢者支援の入り口である「要介護認定」とケアマネジメントプロセスに関する考え方が調査対象諸国と日本では大きな違いが見られ、そこに海外の自立支援の視座を明確に見ることができることから第1章では海外の要介護認定とケアマネジメントを特集しています。そして第2章では「してあげる」から「できることを支える」という考え方に転換している高齢者支援のあり方の諸相を詳述しています。

日本においてこれまで多くの場合、海外諸国のケアサービスを学びそれを日本のサービスに取り入れるという意味の国際比較が行われてきました。本書においては公的サービスの追加について海外諸国に学ぶという観点よりも、日本の制度がよりいっそう高齢者の自立に資して活力のある社会に貢献できるよう、そのための理念と手法に関する参考資料の提出を主眼としました。広く関係者のご参考になれば幸いです。

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き本報告をにご執筆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。

なお、本冊子に関わる各年度の報告は以下の国際長寿センター（日本）のホームページに掲載されています。あわせてご覧いただければ幸いです。

<http://www.ilc-japan.org/study/>

刊行にあたって	P.2
---------	-----

01 特集 海外の要介護認定とケアマネジメント

1) 要支援者に対する支援に関する考察（服部真治）	P.4
補論：「生活支援とは」	P.21
2) 要介護認定とケアマネジメントに関する考察（小野太一）	P.28

02 海外各国の高齢者介護・地域支援と日本への示唆

[総論]	
1) 高齢者支援に関する基本的な理念（松岡洋子）	P.38
[個別テーマ]	
2) リエイブルメント（鎌田大啓）	P.47
3) 地域づくりと生活支援に関わる自治体・専門職・住民の意識（都築 晃）	P.54
4) ケアマネジメントプロセス 海外と日本（沼田裕樹）	P.60
5) 高齢者支援組織のマネジメント（吉田俊之）	P.75
6) ICT 利用と生産性の向上（吉田俊之）	P.82
7) 認知症の人への支援（中島民恵子）	P.92
8) 社会的処方と地域資源の開発（石坂俊輔）	P.98
9) 参加型ネットワーク社会で「高齢の住民ボランティア」が活躍する意味（澤岡詩野）	P.104
10) ケアサービス提供事業所への検査体制について（中島民恵子・大上真一・福原真美子）	P.111
11) 海外におけるベストプラクティス（渡邊大輔）	P.116
12) 在宅介護ヘシフトし続けるドイツ介護保険（吉田恵子）	P.121

03 資料編

1) 各国の高齢者支援の原則	P.132
2) 海外の長期介護制度と地域サービス制度の概要	P.135
3) 高齢者介護・支援の流れ	P.136
4) 日本と海外の公的介護関係制度一覧	P.141
5) 日本と海外の近年の政策の動向	P.143
6) ケアマネジメントプロセス国際比較一覧	P.144

*オランダのヘルスケアに関する法律名称は、「ZVW (Zorgverzekeringswet: 医療保険法)」「WLZ (Wet langdurige zorg: 介護保険法)」「WMO (Wet maatschappelijke ondersteuning: 社会支援法)」で統一した。「WLZ」については正確な訳語は「介護法」であるが、わかりやすく伝えるために「介護保険法」とした。

*「well-being」は、イギリスの「ケア法 2014」によれば「個人の尊厳、身体的・精神的健康および社会的・情緒的に良い状態、日常生活のコントロール、労働・教育・社会貢献等への参加など」を含む広範なものである。その統合的な語感をダイレクトに伝えるために英語表記のままとした。

1) 要支援者に対する支援に関する考察

服部 真治 (医療経済研究機構 主席研究員)



本稿では、要支援状態の者に対する支援のあり方について、日独蘭英4か国の制度や実態の比較を行った。

我が国では、要支援者に対しては特に状態の維持改善を目指すものとされているが、一般的に介護保険制度は症状が固定した者を対象に保険給付を行うものであり、介護保険制度を採用する蘭独とも要支援者については保険給付の対象としていない。保険制度の原理上、一度得た保険給付の権利を失わせるような支援は難しく、各国とも医療保険や市町村事業の対象としている。

近年、我が国でも、予防給付から介護予防・日常生活支援総合事業への移行や、生活支援体制整備事業の創設、地域ケア会議の推進など、蘭独英と類似の制度へと改正されつつある。しかし、一部の市町村を除いて、あまり機能していない。我が国でも地域共生社会の構築が求められているように、利用者家族を含む、地域の多様な主体との協働（コ・プロダクション）が1つのカギと考えられる。

1. はじめに

筆者は地域包括ケアシステムを研究の対象とし、現在は、介護保険制度における要支援者以下の状態（いわゆるフレイル状態等）の高齢者を対象としたケアの研究に注力している。国際長寿センターの国際比較研究会においても、特に介護保険制度における介護予防・日常生活支援総合事業や生活支援体制整備事業に関する示唆を得るために、海外諸国の制度や現状の調査研究を行ってきた。その結果、介護保険制度を採用す

る各国では要支援者レベルはそもそも保険制度の対象外であり、地方自治体が予算事業によって対応していること、しかも行政は自らが主体となるのではなく、チャリティなど地域の様々な主体の活動を間接的に支援することが主な役割であり、それが合理的とされていることなどを知った。また、行政は全てを地域に委ねるのではなく、リエイブルメント（reablement=再びできるようにする）を前置とし、リハビリテーション専門職を中心としたマネジメントにより、できる限り本人の力を活かそうとしていることも知った。

そこで本稿では、軽度者に対する支援にフォーカス

し、我が国と海外諸国の制度や現状を比較、整理しながら、今後の示唆を得ることを試みる。

2. 要支援状態とは

まず、本稿の対象となる要支援者の状態を確認したい。介護保険法（以下、法）第7条第2項によれば、要支援状態とは、「身体上若しくは精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上の障害があるために厚生労働省令で定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、支援の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（要支援状態区分）のいずれかに該当するもの」とされている。一方、「要介護状態」は、「身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（要介護状態区分）のいずれかに該当するもの（要支援状態に該当するものを除く。）」とされている。つまり、要支援状態とは「常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれる状態」か「日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態」であり、介護保険制度において一般にイメージされる「常時介護を要すると見込まれる状態」ではないということである。

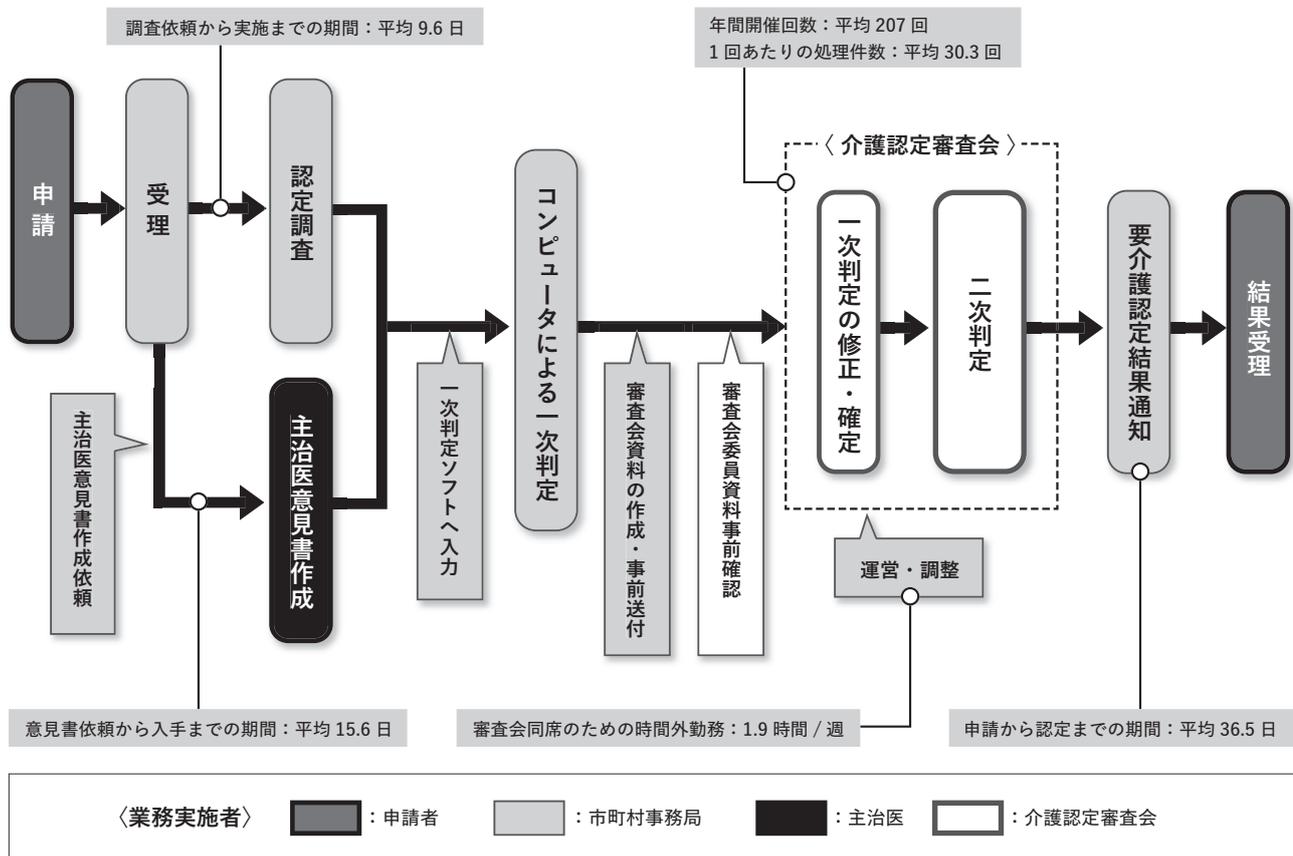
また、ここで「厚生労働省令で定める期間」であるが、原則6ヶ月間とされ、更新認定で状態が安定していると認められる場合は最長48ヶ月間まで延長される。なお、有効期間が設けられている理由は必ずしも悪化による給付量の増に対応するためではない。むしろ、法第2条で「保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」とされているように、保険給付によって状態を軽減し、要支援・要介護状態区分が軽度に変更されることを期待している。特に要支援状態では定義のとおり、要支援状態区分が軽度に変更されること、さらには非該当（あるいは更新しない）になることが前提であるためである。有効期間はこのように定められている。

なお、要介護認定を行うのは市町村が設置する介護認定審査会である。市町村は、職員に被保険者の心身の状況や置かれている環境等を調査させるとともに、主治医に疾病又は負傷の状況等について意見を求める。その調査結果と主治医意見書に基づくコンピューター判定の結果（一次判定）を原案として、介護認定審査会が特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で決定（二次判定）を行う流れである（**図表1**）。

3. 要介護1と要支援2は何が違うのか

要介護認定は、要支援であれば「支援の必要の程度」、要介護であれば「介護の必要の程度」によって区分される。そして要介護状態区分（要支援状態区分）は**図表2**のとおり、介護の「手間」を表す要介護認定等基準時間によって区分されている。ただし、要支援2と要介護1の要介護認定等基準時間は32～50分と同じ基準時間である。つまり、法の

図表1 要介護認定事務の流れと日数



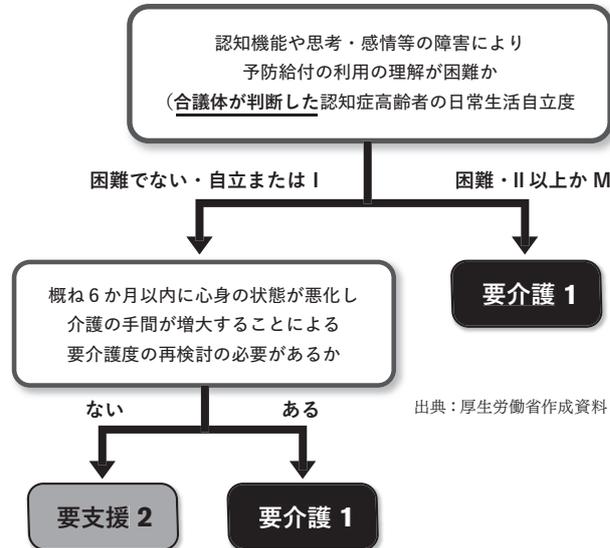
出典（事務処理日数）：認定支援ネットワーク（H26.4～H26.12 後送分）
 出典（その他）：平成 25 年要介護認定業務の実施方法に関する調査研究
 出典：厚生労働省作成資料

図表2 要介護度別要介護認定等基準時間と区分支給限度基準額

要介護度	要介護認定等基準時間	区分支給限度基準額
要支援1	25～32分	50,320円
要支援2	32～50分のうち、要支援状態にある者	105,310円
要介護1	32～50分のうち、要支援状態にある者	167,650円
要介護2	50～70分	197,050円
要介護3	70～90分	270,480円
要介護4	90～110分	309,380円
要介護5	110分以上	362,170円

出典：筆者作成

図表 3 要支援2と要介護1の判定（状態の維持・改善可能性に関する審査判定）



定義における「支援」と「介護」に時間の違いはない。**図表 3** のとおり、介護認定審査会における二次判定にて、状態の維持・改善可能性に関する審査判定を行い、疾病や外傷等により心身の状態が安定せず、短時間で要介護状態等の再評価が必要な状態の者や、認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお予防給付等の利用に係る適切な理解が困難である状態の者は、予防給付等の適切な利用が見込まれないことから要介護 1 と判定され、それ以外の者が要支援 2 と判定される。

つまり、要支援 2 と判定された者は、要介護 1 と同じ「介護(支援)の必要の程度」であるが、状態の維持・改善可能性があると見込まれた者である。その違いは身の回りの動作 (ADL)、生活行為 (IADL) の自立で比較すると確認できる。**図表 4** のとおり、要支援 2 で ADL に支援が必要な者はほとんどいない。買い物などの IADL に支援が必要な者である。

そして IADL のみの支援となれば、それは単にヘルパーが買い物や調理を代行すればいい、ということにはならない。例えば、買い物という生活行為は自宅を出て、

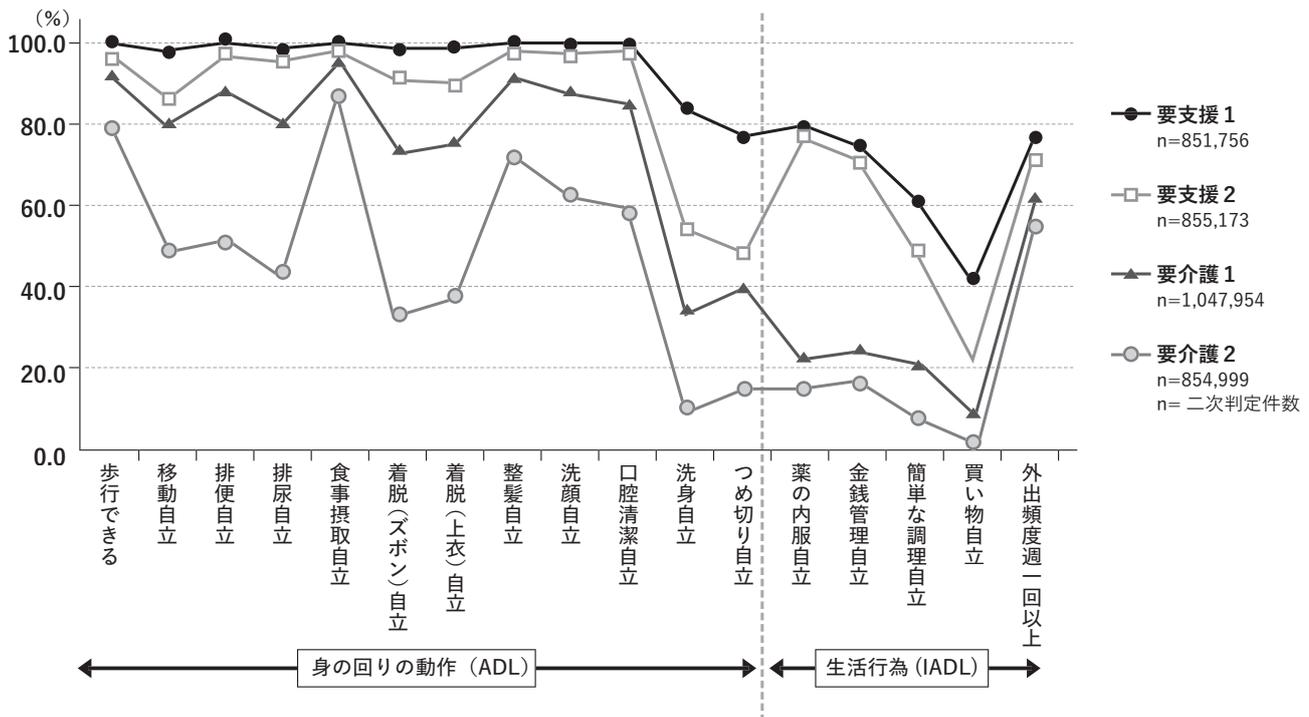
商店で買い物をし、自宅に戻るといった行為の集合であるが、要支援の状態ではそれらの行為が全くできないという高齢者はまずいない。商店までは行ける、自分の目で見て買い物もできる。しかし、重たい買い物袋を持って自宅に帰ることはできない、といった部分的な支援が必要な状態なのである。では、その場合の支援は誰が行うべきであろうか。朝のゴミ出しだけができないとしたら、その支援は誰が行うべきであろうか。特に要支援者の半数は、活動量の低下を起因とする廃用症候群がその認定理由である。ヘルパーによる代替はさらにその要支援者の活動量の低下を助長することになりかねず、その支援は一筋縄ではいかない。

4. 要支援状態の者はオランダやドイツの介護保険制度の対象者になり得るか

オランダの高齢者ケアは現在、医療保険法 (Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet: ZVW)、社会支援法 (Social Support Act, Wet Maatschappelijke

図表 4 要支援 1～要介護 2 認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※平成 23 年度要介護認定における認定調査結果(出典：認定支援ネットワーク(平成 24 年 2 月 15 日集計時点))

Ondersteuning : WMO)、介護保険法 (The Long-Term Care Act, Wet Langdurige Zorg : WLZ) に基づいて行われている (P.136、下図表)。

このうち、WLZ が長期の介護費用をカバーする強制加入の公的介護保険である。その対象者はかつての制度 (AWBZ) との比較から「コアAWBZ」とも称されるが、回復が不可能で、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害者に限定されており、重度認知症、重度の精神障がい、身体障がいの人などが対象である。したがって、我が国の要支援者および要介護 1-2 程度の者はオランダでは介護保険 WLZ の対象にはならず、医療や介護、リハビリが必要

であれば ZVW を利用しつつ、家事援助や生活支援は WMO を利用することになる。

一方、ドイツの介護鑑定には回復可能性の有無の判定はないが、大半の給付を受けることができないという性格の介護度 1 を除けばドイツの介護度は 4 段階であり、日本の要介護 2 ないし 3 以上の状態でなければ認定はされない。鑑定に有効期間が設定されないことから、少なくとも回復が見込まれる要支援者を含んだ制度設計にはなっていないと言える。

以上、日本、オランダ、ドイツの要介護認定制度を整理すると、図表 5 のとおりである。

図表5 日本、オランダ、ドイツの要介護認定制度

	日本：介護保険	オランダ：長期介護保険 (WLZ)	ドイツ：公的介護保険
判定機関	・保険者(市町村) 介護認定審査会	・CIZ ※保険者は保険会社 アセッサー(390名)	・保険者(介護金庫) MDK
概要	<ul style="list-style-type: none"> ・7段階認定 ・要介護1～2/要介護1～5 ・介護予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業の対象者を含む軽度から中重度までを対象に、区分支給限度額を認定 ・コンピュータ判定(一次判定)後、審査会で二次判定 ・要介護2と要介護1の振り分け時のみ、「状態の維持・改善可能性」を判定 ・認定有効期間あり(6ヶ月～36ヶ月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・7種類判定 ・VV04～VV10 ・回復が不可能で、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害者のみ ・ケアプロファイルを判定(身体疾患、認知症重度行動障害、重度身体疾患、リハビリが必要、認知ケアなどタイプ別判定) ・認定有効期間なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・5段階鑑定 ・介護度1～介護度5 ・介護度1は月125€の負担軽減手当のみ、介護度2～5も部分給付(必要な給付の5～6割程度) ・介護度1を除き、中重度者を対象に給付額(現金給付月額、現物給付月額等)を鑑定 ・リハビリテーション、予防策の勧告可(ただし、勧告の割合は0.7%) ・認定有効期間なし(ただし、現金給付受給者はモニタリングのため、半年(介護度2、3)ないし四半期(介護度4、5)毎に相談訪問)
評価軸	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定等基準時間(介護の手間) ・行為区分毎の時間の合計 食事/排泄/移動/清潔保持/間接/BPSD関連/機能訓練/医療関連/認知症加算 	漏斗状のアセスメントモデル <ul style="list-style-type: none"> ・ケア状況 ・永続的な観察もしくは24時間のケアの必要性(なければ非該当) ・永続的なケアニーズ(改善/発達/回復の可能性があれば非該当) 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活における自立度と能力(本人に何ができるか、できないか) ※かつては介護の手間だったが、改正

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書の一部改変

5. 要支援者は「状態の改善」を果たしているか

要支援者の状態は認定調査結果からADL(身の回りの動作)はほぼ自立しているが、買い物などのIADL(日常生活行為)の一部に支援が必要な状態であった。また、特に要支援2については、コンピューターによる一次判定によって要介護1相当と判定された後に、二次判定で少なくとも半年以内に悪化することはないと確認された者であった。では、実際に要支援者の状態は軽減しているのであろうか。

図表6は介護保険制度内でリハビリテーションを提供するサービス(訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション)事業所を対象に実施した要介護度別終了者率の調査結果である。要支援者であっても終了者率はわずか1.2%～4.9%に過ぎないことがわかる。

図表7は同じ調査で、さらに通所リハビリテーションの終了者の終了理由を調べたものであるが、ADLやIADLの改善、疾病予防などの自己管理方法の習得を理由とするものはごく少なく、最も多い終了理由は入院、次が入所であった。

このことは、介護報酬改定の効果検証及び調査研

図表 6 医療系サービスの要介護度別終了者率

		終了者合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス	訪問看護	881	28	43	102	160	150	170	239
		2.6	0.1	0.1	0.3	0.5	0.4	0.5	0.7
		3.8%	3.3%	2.2%	2.7%	3.3%	4.0%	4.5%	5.3%
	訪問リハ	803	38	82	120	174	141	135	113
		2.2	0.1	0.2	0.3	0.5	0.4	0.4	0.3
		4.0%	4.9%	4.0%	4.0%	3.8%	3.8%	4.2%	3.9%
	通所リハ	615	33	59	136	174	107	76	34
		2.1	0.1	0.2	0.5	0.6	0.4	0.3	0.1
		2.2%	1.2%	1.2%	2.1%	2.6%	2.8%	3.3%	3.2%

上段は終了者数(人)、中段は1事業所あたりの平均終了者数(人)、下段は終了者率

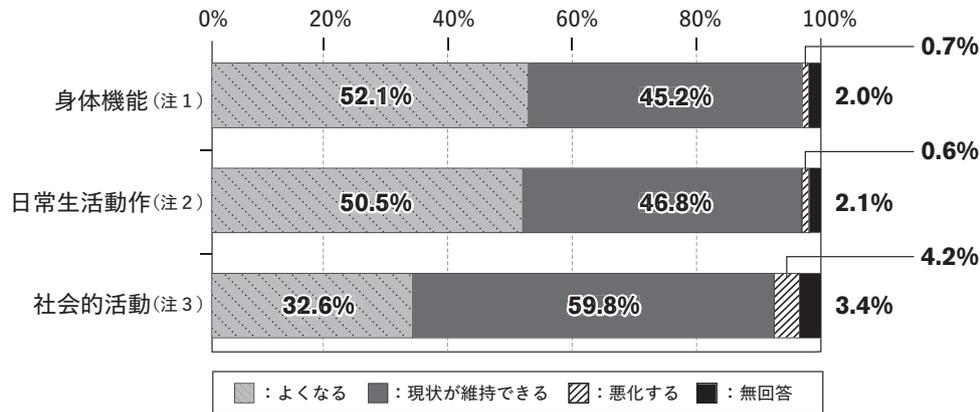
出典：平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「要支援者・要介護者のIADL等に関する状態像とサービス利用内容に関する調査研究事業査」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

図表 7 通所リハビリテーションの要介護度別終了理由

		合計	A DLが改善したため	A DLが改善したため	拘縮予防などの自己管理方法が習得できたため	支給限度額の範囲において、他のサービス利用を優先するため	医療保険のリハに移行したため	病の発症等により、入院したため	施設等に入所のため	その他
全体		601 100.0	19 3.2	6 1.0	3 0.5	32 5.3	12 2.0	207 34.4	148 24.6	174 29.0
要介護度	要支援1	33 100.0	1 3.0	2 6.1	0 0.0	3 9.1	1 3.0	9 27.3	5 15.2	12 36.4
	要支援2	58 100.0	7 12.1	1 1.7	2 3.4	4 6.9	1 1.7	15 25.9	6 10.3	22 37.9
	要介護1	132 100.0	5 3.8	2 1.5	0 0.0	9 6.8	3 2.3	50 37.9	25 18.9	38 28.8
	要介護2	167 100.0	6 3.6	1 0.6	1 0.6	8 4.8	5 3.0	48 28.7	51 30.5	47 28.1
	要介護3	103 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.0	1 1.0	38 36.9	31 30.1	32 31.1
	要介護4	74 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	7 9.5	1 1.4	33 44.6	19 25.7	14 18.9
	要介護5	34 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	14 41.2	11 32.4	9 26.5

出典：平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「要支援者・要介護者のIADL等に関する状態像とサービス利用内容に関する調査研究事業査」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

図表 8 本人回答：リハビリによる変化の見通し (n=2,786)

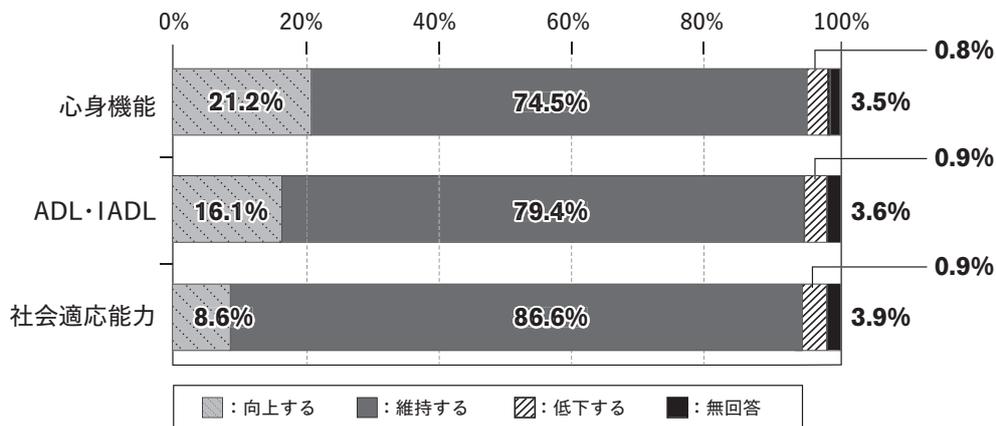


注1) 設問全文は「リハビリを受けることで、あなたの「身体機能（麻痺や関節の動きなど）」はどのようになると思っていますか。

注2) 「リハビリを受けることで、「日常生活を送る上での動作（移動、食事、排泄、入浴、着替えなど）」はどのようになると思っていますか。

注3) 「リハビリを受けることで、「病気やけがになる前に行っていた社会的活動（趣味活動や仕事をするなど）」はどのようになると思っていますか。

図表 9 リハビリ職員回答：リハビリによる変化の見通し (n=3,415)



注) 設問文は「あなたからみたリハビリの実際の効果」

出典：厚生労働省平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業」報告書

究のために実施されたりハビリテーションに対する利用者
とリハビリテーション専門職との間の効果に対する認識
の乖離の調査結果（図表 8、9）でも確認できる。身体
機能や日常生活動作、社会参加に対してリハビリテー
ションがもたらす変化について、利用者の半数強は改
善を期待している一方、リハビリテーション専門職の大
半は向上するのではなく維持する見通しとしており、両
者の見通しには大きな乖離がある。

6. 要支援者が「状態の改善」を 果たせない理由

なぜ、このような現状になっているのだろうか。海外
諸国との比較のために現状から考えてみたい。

まず、我が国の介護保険制度において、介護事業
者が利用者を回復することのインセンティブは一部の加
算を除いて組み込まれていない。むしろ、介護事業者
にとって、それは顧客の流出を意味し、新規顧客を獲
得する営業コストの発生を意味する。我が国は要介護
状態区分を介護の手間で図っていることから、要介護
状態区分が悪化するほど手間が増え、介護サービスの
報酬が上がるのが自然と考えられており、それを反映
した報酬体系である。そのため、経営的には「状態の改
善」は売上の減少を意味し、さらに、要介護状態区分が
改善すれば区分支給限度基準額が低くなるため、報酬
単価だけでなく利用回数の上限も少なくなる。なお、厚
生労働省の平成 29 年介護サービス施設・事業所調査
（図表 10）によれば、平成 29 年 10 月 1 日現在、営利法
人が経営している介護事業所は、訪問介護で 66.2%、
訪問看護ステーションで 49.6%、通所介護で 48.5%、

地域密着型通所介護で 75.3%である。特に営利法人で
は、経営を度外視した事業運営を行うことは難しく、状
態の改善を前提としたビジネスモデルを取りにくい面が
ある。

逆に言えば、利益の最大化のためには、いかに出席
率や継続率を上げるか、さらには利用回数を上げるか
を考えることが合理的である。特に我が国の通所介護
は、今では創意工夫を凝らした多種多様なサービスが
提供されるようになっているが、必ずしも「自立支援」
を目的にしているとは思えないようなサービスも提供さ
れていることは否めない。例えば筆者は、出席率や利
用回数を上げるためにスタンプカードを配布し、一定
回数を達成するとプレゼントをする事業所を知ってい
る。「維持」のために通い続けること、通う回数を増や
すことを促しているという理由であるが、保険給付でそ
こまですることについては議論があるだろう。

加えて、利用者や家族も、利用できるサービスや回
数の減少は必ずしも望んでいない場合がある。まず、
介護サービスを利用し続けなければ、状態が落ちるの
ではないかという不安を抱くという話はしばしば聞くと
ころである。また、医療と異なり介護サービスは利用に
際し苦痛が伴わず、特に訪問介護や通所介護といった
家事負担を軽減するサービスについては、仮に状態が
改善したとしても利用したいというニーズが残ることもあ
る。となれば、状態の悪化を願う利用者はいないとし
ても、サービスの提供量が維持されれば良いと考える
利用者や家族も少なくないと考えられる。もちろん、家
事負担の軽減は短期的には望むことであったとしても、
そのことでさらに活動量が低下し、さらに状態が悪化
することのリスクを考える者は少ない。また、それが無
駄な給付であっても続けていけば結果的に介護保険料

図表 10 開設（経営）主体別事業所数の構成割合

(単位：%)

平成 29 年 10 月 1 日現在

	総 数	地 方 公 共 団 体	独 立 行 政 法 人	日 本 赤 十 字 社 ・ 社 会 保 険 関 係 団 体 ・	社 会 福 祉 法 人 1)	医 療 法 人	社 団 ・ 財 団 法 人	協 同 組 合	営 利 法 人 (会 社)	特 定 非 営 利 活 動 法 人 (N P O)	そ の 他
●居宅サービス事業所											
(訪問系)											
訪問介護	100.0	0.3	…	18.2	6.2	1.4	2.3	66.2	5.0	0.4	
訪問入浴介護	100.0	0.1	…	34.8	1.9	0.6	0.6	61.6	0.4	-	
訪問看護ステーション	100.0	2.1	2.0	6.7	27.3	8.2	1.9	49.6	1.6	0.6	
(通所系)											
通所介護	100.0	0.5	…	38.8	8.3	0.6	1.6	48.5	1.6	0.1	
通所リハビリテーション	100.0	2.7	1.3	8.3	77.3	2.7	…	0.1	…	7.6	
介護老人保健施設	100.0	3.5	2.0	16.2	74.3	3.1	…	-	…	0.9	
医療施設	100.0	2.0	0.7	1.4	80.0	2.3	…	0.1	…	13.5	
(その他)											
短期入所生活介護	100.0	1.7	…	83.4	3.5	0.1	0.4	10.3	0.4	0.2	
短期入所療養介護	100.0	3.8	1.6	11.9	77.6	2.9	…	-	…	2.1	
介護老人保健施設	100.0	3.5	1.8	15.3	75.3	3.1	…	-	…	1.0	
医療施設	100.0	4.9	1.1	0.5	85.3	2.3	…	-	…	6.0	
特定施設入居者生活介護	100.0	0.8	…	23.8	6.2	0.6	0.4	67.4	0.4	0.6	
福祉用具貸与	100.0	0.0	…	2.3	1.3	0.4	1.5	93.5	0.7	0.3	
特定福祉用具販売	100.0	-	…	1.8	1.0	0.4	1.5	94.5	0.7	0.3	
●地域密着型サービス事業所											
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	100.0	-	…	30.6	17.1	2.0	3.4	45.0	1.5	0.4	
夜間対応型訪問介護	100.0	0.6	…	36.7	8.9	2.2	2.8	46.7	2.2	-	
地域密着型通所介護	100.0	0.3	…	11.7	3.9	0.9	1.1	75.3	6.3	0.5	
認知症対応型通所介護	100.0	0.3	…	44.3	11.9	0.9	1.4	35.3	5.7	0.2	
小規模多機能型居宅介護	100.0	0.1	…	31.9	12.8	0.7	2.1	46.1	5.9	0.4	
認知症対応型共同生活介護	100.0	0.1	…	24.4	16.5	0.4	0.6	53.6	4.3	0.2	
地域密着型特定施設入居者生活介護	100.0	-	…	31.2	16.4	0.7	0.7	48.3	2.4	0.3	
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	100.0	-	…	18.1	20.3	4.9	3.2	50.1	3.4	-	
地域密着型介護老人福祉施設	100.0	4.1	-	95.9	・	・	・	・	・	-	
●介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	100.0	24.5	…	55.2	13.6	3.4	1.1	1.5	0.6	0.3	
●居宅介護支援事業所	100.0	0.8	…	25.1	16.0	2.4	2.2	49.9	3.2	0.6	

注：訪問看護ステーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護及び地域密着型介護老人福祉施設については、開設主体であり、それ以外は、経営主体である。

1)「社会福祉法人」には社会福祉協議会を含む。

出所：厚生労働省 平成 29 年介護サービス施設・事業所調査

の上昇を招くが、利用者本人が市町村の介護保険料の上昇抑制を理由に改善を目指すことはあまり考えられない。

7. オランダの WMO

このような日本の現状を考えると、オランダが WLZ (介護保険) の対象者を 24 時間のケアが必要で回復可能性がない者に絞り込んだこと、かつての AWBZ から家事援助やデイサービスを WMO (自治体管轄の社会支援法) に移管したことが参考になる。

すなわち、オランダも我が国と同様、中央政府から基礎自治体への地方分権が進められているが、このような要支援レベルの回復可能な者に対するサービスは全国一律の保険制度ではなく、基礎自治体の責任で提供するのが合理的と判断しているということである。WMO によって基礎自治体は、①高齢者の虚弱の要因分析を行い、②地域で活動する NPO やサービス事業者等のネットワークを組織化し、かつ、③これらのサービスへのニーズに対応する体制の構築を進める責任を負うことになった。それはまさに、我が国が 2014 年度の法改正で、二次予防事業を廃止するなど従前の介護予防事業を見直し、かつ予防給付のうち予防訪問介護と予防通所介護を介護予防・日常生活支援総合事業に移行したことに符合する。我が国ではオランダやイギリスのような厳しい予算カットはなかったとはいえ、全市町村が一定の予算制約の下、基礎自治体の責任で自立支援を強化することになっており、愛知県豊明市のように成果を上げる自治体の姿¹⁾も見えてきた。

オランダもかつての AWBZ による保険制度においては「権利ベースのアプローチ (rights-based approach)」

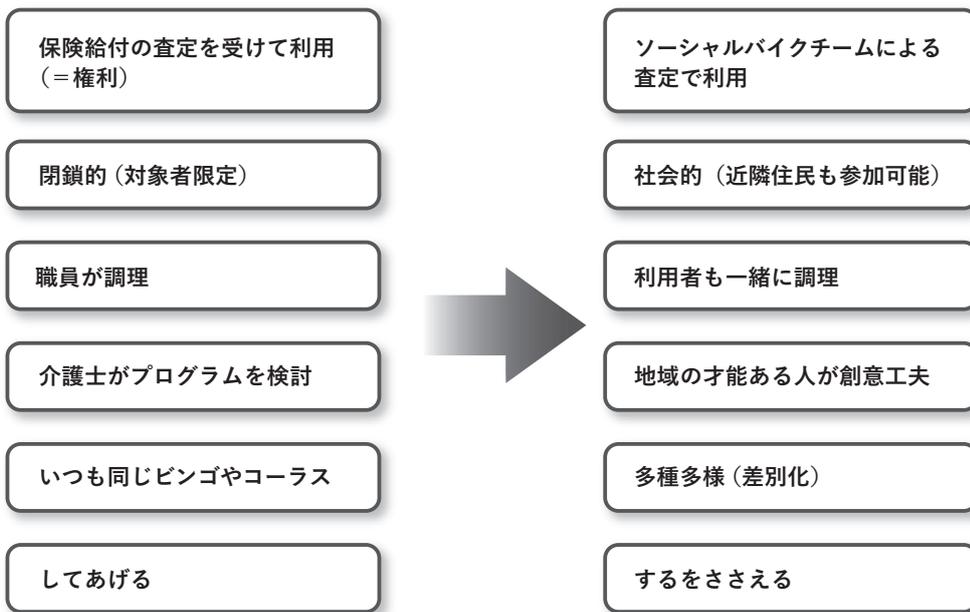
であって、「ニーズがあれば介護サービスを受給する権利がある」という考え方であった。しかし、その結果として AWBZ の利用者と給付費は膨れ上がり、制度創設時から比較すれば、利用者は実に 15 倍、給付費は 22 倍にまで至った。WMO ではその反省から、予算制約の中での「提供ベースのアプローチ (provision-based approach)」に置き換えられている。軽度者については、これまで介護保険制度において保障されていた権利を失ったという面はあるが、介護事業者へのヒアリングでもそれを問題視する声はなく、サービスの質の向上をもたらしていると受け止められていた。

図表 11 は、筆者がまとめたオランダのデイサービスの変化である。これまでは対象者が限定され、同じプログラムを繰り返していたものが、近隣住民も利用できるように変化し、利用者も一緒に食事を作るようになり、ボランティアの数もずっと増え、地域の才能ある人がプログラムの作成、実施に関わるようになった。何より、「できないことをしてあげる」サービスから、「利用者がすることを支える」自立支援型のサービスに変化している。

サービスの提供者が競い合う状況は我が国と同様であるが、厳しい予算制約下で限られたパイを争う環境に変えることで、自立支援に転換することに成功したのである。となれば、我が国も介護予防・日常生活支援総合事業の上限を引き下げる政策を採れば、要支援者についてはオランダのような変化をもたらせると言えるだろうか。

筆者は、オランダの改革において、財政的に厳しいキャップをはめること以上に注目すべき点は、基礎自治体が WMO において重くなった責任を果たそうとしていることにあると考える。なぜなら、単に財政が健全化すればよいのなら、我が国の一部の自治体が介護予防・日常生活支援総合事業に移行する際に行った「単

図表 11 WMO によるオランダのデイサービスの変化



出典：筆者作成

価引き下げ」などでも、その目的は達成できるからである。オランダでデイサービスが自立支援に向かったのは、財政以外の理由もある。

そこで注目すべき点がソーシャル・ヴァイクチーム（社会福祉地域チーム Sociaal Wijkteam: SWT）である。WMO では、特に家事援助やデイサービス、補助器具や住宅改修などコストのかかる支援の必要性は基礎自治体が判断するが、これまでの AWBZ で現場を持っていなかった自治体職員が個別支援を担うことは難しい。そこで形態は自治体ごとに様々であるが、地域の福祉組織などで十分に経験を積んだソーシャルワ-

ーカー、地域看護師、精神疾患の専門家など複数の専門職が連携して地域の様々な生活課題に関する相談を受け、解決する SWT を組成することにし、今では9割以上の基礎自治体で展開されている。

ここで、基礎自治体が新たに SWT を組成することにした場合に、自治体の方針などの共有をどのように図っていったのかを見てみたい。例えば、Lelystad 市では8万人の人口で15人の専門職で構成される SWT を4チーム設置していた。また、その専門職は市の職員ではなく、地域の福祉組織の職員がいわば出向している形である。さらに、Lelystad 市の SWT の場合は、

家事援助などにとどまらず、借金問題の相談や孤立防止、地域の資源開発まで幅広く担当している。つまり、幅広い相談や対応を担う、実に60人もの新たな職員を抱えることになれば、各職員の意識共有を図るだけでも、そう容易ではない。そこで、WijkMeeting（地域ミーティング）と呼ばれる地域レベルでの会議を定期的に行い、個別事例の対応手法などを議論し、確認している。そのような個別事例の検討を重ねれば、単に安価なサービスは選ばれず、最適なサービスが選択されるようになっていくと考えられる。つまり、デイサービスが自立支援に向かったのは、そうしなければ SWT に選ばれないからではないだろうか。

もし、この推察が正しければ、介護予防・日常生活支援総合事業等の地域支援事業の実施において、厚生労働省が地域ケア個別会議の開催を推奨していることに符合する。Lelystad市のSWTにはビルドアップワーカーと呼ばれる資源開発の担当者が置かれているが、それも生活支援コーディネーターと類似している。

8. イギリスのコミッションング

イギリスは介護保険制度を採用していないため、保険制度特有の権利性とは無関係であるが、厳しい財政制約もあって回復可能な者についてはリエイブルメントサービスを提供するようになった。その中で、本稿で特に注目したいのが「コミッションング」という概念である。

直訳すれば、「委託」「委任」であるが、英国内閣府の2010年グリーンペーパー（政府政策提案書）²⁾によれば、コミッションングとは、「地域住民のニーズを把握し、適切なアウトカム（成果の実現）を設計し、達成するサイクルである。サービスは公共、民間、あ

るいは市民社会のどの部門が供給してもよい。」と説明されている。我が国でいえば、いわゆるPDCAサイクルに類似しているだろう。そして、コミッションング・サイクルには次のような段階が含まれるとしている。

- (1) ニーズのアセスメント
- (2) 優先すべきニーズとアウトカムの識別
- (3) これらのアウトカムを達成するための仕様の設計
- (4) この仕様に適合する供給者への委託
- (5) アウトカム実現のためのマネジメント
- (6) モニタリング、見直し、そして将来のコミッションングに役立てるサービス提供からの学習

また、この(1)～(6)のような活動を行う主体を「コミッショナー」と呼ぶが、コミッショナーは基礎自治体に限らないという。同ペーパーでは、「コミッショナーは、多くの場合、サービス供給者や市民とパートナーシップをもちつつ公共機関が担うが、私的予算や参加型予算といった仕組みと共に、多くのサービス分野で個人や地域コミュニティがコミッショナーとしてますます強力な役割を果たすようになっており、市民社会団体がこのプロセスを促進し支援する役割を果たしている。」としている。

厳しい財政赤字の対策としてリエイブルメントを置くならば、まさに「再びできるようにする」ことによって社会サービスを必要としない状態になることがアウトカムの一つになる。Wigan カウンシルでは The Deal と名付けられた改革によってリエイブルメント・サービスを導入し、利用者の65%をケアパッケージが不要な状態にまで回復させ、コミュニティの中で活動的な生活

図表 12 オランダ・イギリスの制度、組織と日本との比較

オランダ・イギリス	日本	コメント
Welzijn (蘭) (Lelystad 市の福祉組織)	地域包括支援センター(委託) + 社協 + 国保診療所	岩手県金ヶ崎町の保健福祉センター+診療所などが類似(医師がセンター長兼所長)。日常的に医師と保健師、福祉職が情報交換。
SWT (蘭) (自治体によって機能は異なる)	地域包括支援センター + 地域ケア会議 + 生活支援コーディネーター + 民生委員	秋田県小坂町の地域包括支援センター(人口5,000人の町に13名のスタッフ。生活支援コーディネーターも所属する)などが類似
リンクワーカー、 ケアナビゲーター(英)	社協 CSW + 生活支援コーディネーター	Wigan カウンシルの地域資源開発は、愛知県豊明市の生活支援体制整備事業、保険外サービス開発に類似。
リエイブルメント チーム(英)	通所型サービス C (短期集中予防サービス)	新規の要支援者は基本的に通所型サービス C が利用されている愛知県豊明市や大阪府寝屋川市、山口県防府市などがイギリスに類似。

出典：筆者作成

が送れるようにした。それにより、2011年から2015年の4年間で2,500万ポンドの歳出削減を果たしているが、その際、まさに福祉組織や専門職とアウトカムなどを改める、また、市民と生活習慣を改善する「Deal=協定」を結んでいる。

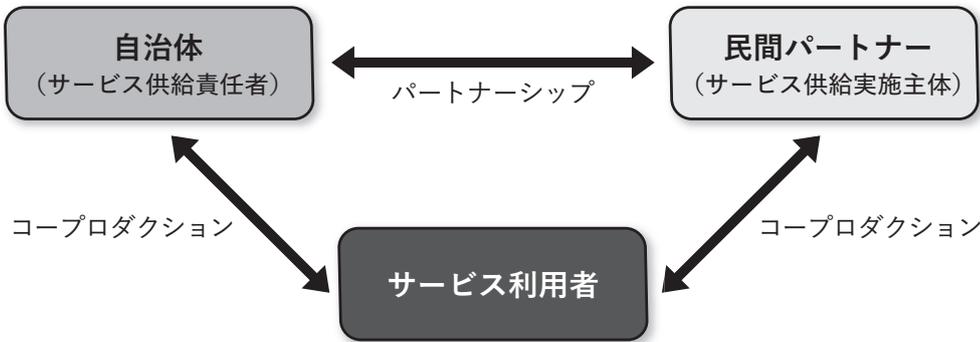
かつてはWigan カウンシルでも、ソーシャルワーカーはケアパッケージやサービス内容の紹介、施設入所の案内などサービスに繋ぐことが仕事であると考えており、コミュニティ組織やチャリティなどのボランティア・セクターを活用するケースも限定されていた。また、健康上の問題、あるいは、サービスを必要とすることの予防、それから、そのサービスを必要とすることができるだけ遅らせるというようなフォーカスも限定的で、well-being や QOL など、その人自身が自分の生活のことをどう感じているのかへの焦点はなかったという。それを基礎自治体の仕事は well-being の促進、コミュニティ

づくりであると明確にし、一方で、ソーシャルワーカーにはソーシャル・サービスのニーズだけでなくその人を見ること、まずはリエイブルメント・サービスの活用を考えること、ヘルス専門職との連携、コミュニティに存在する多様な資源の活用などを求めた。これほどの大きな変更であるから、協定を求める必要があったのであろう。新たなパートナーシップの構築によるコミッションングである。

9. 多様な主体、利用者といかに協働するか

我が国も要支援者に限定すれば、既に制度は整っている。図表 12 は、オランダ、イギリスの制度・組織と類似している日本の制度、組織、事例を大枠で整理し

図表 13 協働の 2 種



出典：北大路信郷「作戦ロジック・モデルの作成と活用～社会的インパクト評価用ロジック・モデルとの違いを踏まえて～」評価クォーターリー（2018）

たものである。

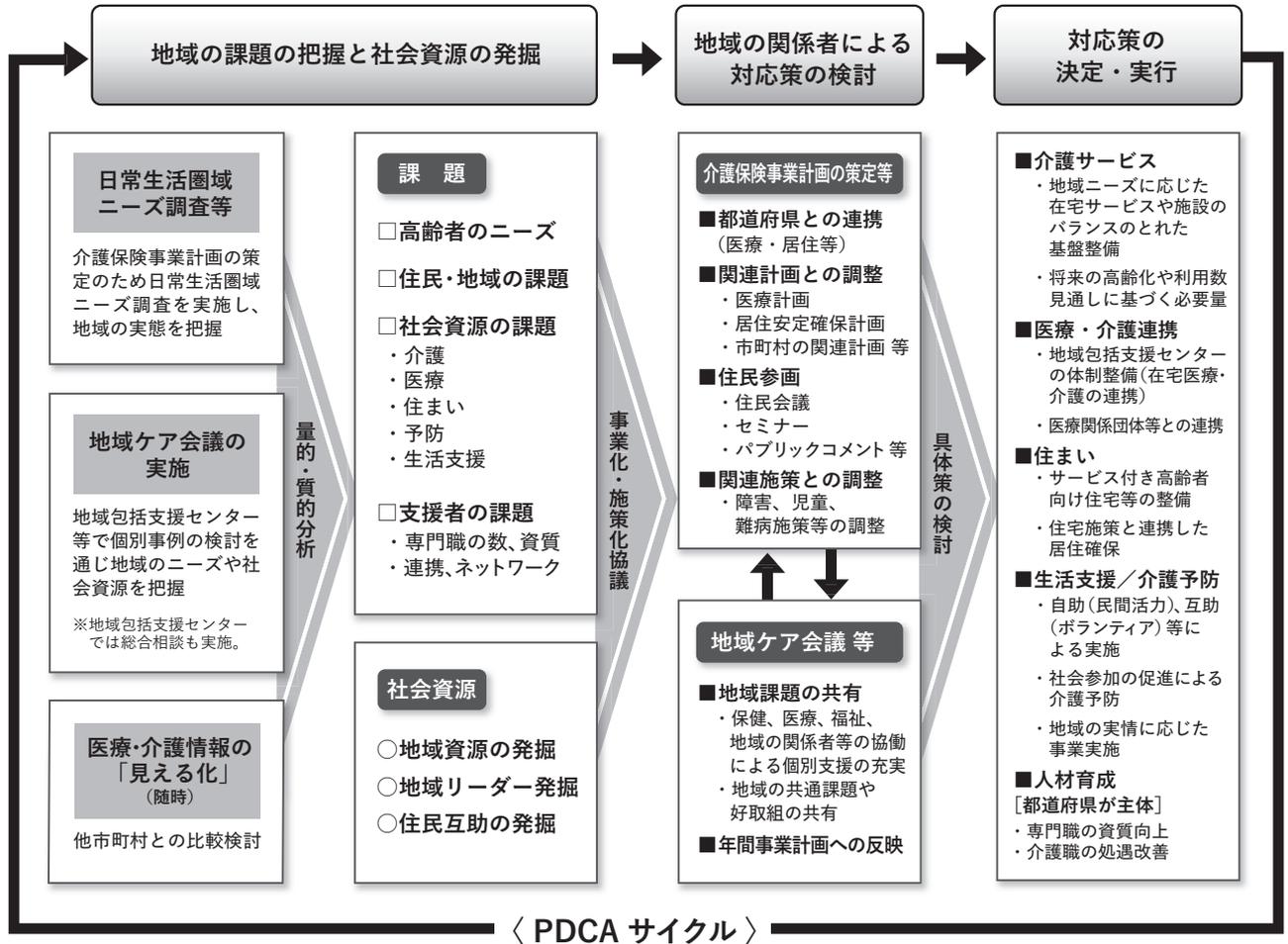
すなわち、オランダにおける保険給付から事業への移行は介護予防・日常生活支援総合事業に該当し、Lelystad 市の SWT の設置と地域での会議の開催、ビルドアップワーカーは、それぞれ地域包括支援センターと地域ケア個別会議、生活支援コーディネーターに該当する。また、イギリスにおける Wigan カウンシルの The Deal に代表されるコミッションングはやはり地域ケア個別会議や生活支援体制整備事業などを通じた新たな官民のパートナーシップであり、リエイブルメント・サービスは通所型サービス C に酷似している。

しかし、制度は整っているといっても、市町村がいわゆるコミッショナーの役割を果たしているとは言い難い。地域包括支援センターも委託が 8 割近くとなり、生活支援コーディネーターも同様である。北大路 (2015)³⁾ が、「行政が当初計画したサービスを確実に提供し、目的達成を確かなものにするためには、代理人に対して詳細な仕様を示しこれを着実に実行することを要求したくなる。しかし仕様が詳細であるほど、民間代理人の創意工夫が生まれにくくなり、民間のマネ

ジメント能力を生かした費用対効果の向上が難しくなる。逆に民間代理人に丸投げするようであれば、当初のサービス目的の達成が危うくなる恐れもある。」と述べているように、委託した事業の管理は非常に難しい。例えば、地域包括支援センターを例に挙げれば、一度、ある法人に委託すれば、その自治体において地域包括支援センターの競争状態は失われ、また委託した以上、自治体の担当職員は削減されることになり、ノウハウも失われる。新たに委託可能な法人が手を上げない限り競争状態は回復しないから、競争による質の向上も望めないことになる。中には、自法人の経営の都合を優先したケアマネジメントを実施するなど、自治体の意向に沿わないセンターも存在するが、代わりに受託可能な法人が地域に存在しなければ、自治体はだからといってどうにもできないと聞く。

また、状態の改善に至るには利用者や家族の意思、努力、協力が不可欠である。彼らと協働「コ・プロダクション」することも、このアウトカムにおいては極めて重要である。図表 13 はそれらの関係を図示したものである。

図表 14 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）



出典：厚生労働省作成資料

10. おわりに

要支援者に対する支援に注目して我が国やオランダ、ドイツ、イギリスの制度や現状を比較、整理してきたが、保険制度で状態の改善、給付量の減を目指すことは原理的に難しい面があり、オランダ等では保険制度の対象外であることを確認した。また、それらの国々では要支援者レベルの高齢者の支援を自治体が事業で担っ

ているが、オランダで SWT が活用されているとおり、あるいはイギリスでコミッションング・サイクルと呼ばれるサイクルが重要視されているとおり、地域の多様な主体との協働がそのカギを握ることを確認した。なお、我が国でも、そのためのツールとして地域ケア会議等が用意されており、図表 14 のとおり、地域包括ケアシステムの構築のプロセスの概念図も示されている。

我が国では、平成 29 年 5 月 26 日に成立した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部

を改正する法律」以降、財政的インセンティブの付与など高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に向けた保険者機能の強化が図られるとともに、地域共生社会の実現に向けて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作りなどが進められている。

ここで地域共生社会とは、「制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つ

ながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会（平成29年2月7日 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部資料）」である。

つまり、制度面では、海外諸国と同じ方向に我が国も向かっている。今後、さらに制度の縦割りも改善が図られていくことであろう。となれば、その実現の成否はやはり自治体次第ということになる。制度は単なる道具に過ぎない。道具に使われるのではなく、使いこなす自治体になれるか否かが鍵である。

【注】

- 1) 服部真治「地域包括ケアに関する日本への示唆ー自立支援は可能かー」『平成30年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業 多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較調査研究報告書』199-220, 国際長寿センター, 2019年
- 2) 英国内閣府「コミッションの近代化：公共サービス供給における慈善団体、社会的企業、共済、協同組合の役割拡大」（2010）
- 3) 北大路信郷「府省におけるプログラム評価活用の可能性、意義と課題」評価クオーターリー（2015）

【参考文献】

- i) 厚生労働省ホームページ「要介護認定」令和元年12月28日参照
- ii) 吉田恵子「ドイツ」『平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業』日本介護専門員協会
- iii) Burmann, S. (2019) Die neuen Pflegeberatungs- Richtlinien und die Folgen für den Pflegeberatungs-Alltag. AOK-Bundesverband.
<https://kda.de/wp-content/uploads/2019/04/AG-1-Die-neuen-Pflegeberatungsrichtlinien-Simone-Burmann.pdf> (downloaded October 12., 2019)
- iv) 吉田恵子「要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策」『平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 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』国際長寿センター
- v) 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年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 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
- vi) 服部真治「オランダ」『平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業』日本介護専門員協会
- vii) 中島民恵子「要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策」『平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 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』国際長寿センター
- viii) 大阪府高齢者住まいの質の向上に関する検討部会「平成29年度 サービス付き高齢者向け住宅等におけるケアプラン点検推進等事業 報告書」大阪府

補論：「生活支援」とは

服部 真治（医療経済研究機構 主席研究員）



本補論は、介護保険制度における「生活支援」「日常生活支援」「生活援助」といった類似の用語の意味や運用を整理したものである。

ヨーロッパ諸国では「生活支援」は「主に社会保障制度外で提供され、家事援助以外の生活上の支援」を意味するが、我が国における地域包括ケアシステムの定義では、「生活支援」は家事援助も含む概念である（「広義の生活支援」）。また、訪問介護における「生活援助」は家事援助と同義であるが、介護予防・日常生活支援総合事業における「日常生活支援」は、要支援者に対する訪問介護や通所介護をベースとした事業にも関わらず、「広義の生活支援」に拡大している。ただし、これまでの経緯等から、市町村が事業を直接実施する場合、事業者等に委託（指定）する場合は「家事援助」の範囲に限定される。

なお、要介護者に対する「広義の生活支援」は、現時点では制度の対象外のみであり、今後の課題である。

1. ヨーロッパ諸国における「生活支援」の定義

生活支援コーディネーターの「生活支援」と、介護予防・日常生活支援総合事業の「日常生活支援」、あるいは訪問介護における「生活援助」など、「生活支援」については類似した用語が用いられている。この小論は、それぞれの意味を整理するものである。

まず、主なヨーロッパ諸国における在宅サービスの分類を紹介する。大きく「医療・看護」「介護（身体介護）」「家事援助」「生活支援」の4つに区分され、「医療・看護」は「medical care、nursing care」、「介護（身体介護）」は「personal care」、「家事援助」は「practical care」「house keeping」「housework assistance」、「生活支援」は「Supportive services」と呼ばれている（図表1）。

また、「看護」「介護」「家事援助」については、これらの国では基本的に社会保障制度で提供されてきた

が²⁾、「生活支援」については、松岡が「くらし型」「交流型」「福祉サービス型」と分類したサービスの大半がインフォーマルあるいは福祉組織によって提供されてきたものである（図表2）。したがって、「生活支援」とは、主に社会保障制度外で提供される家事援助以外の生活上の支援と定義づけることができる。

2. 地域包括ケアシステムの構成要素における「生活支援」

我が国における「生活支援」の整理として、地域包括ケア研究会³⁾における定義を確認しておく。地域包括ケア研究会は、地域包括ケアシステムを「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供でき

図表 1 在宅サービスの分類

	看護	介護（身体介護）	家事援助	生活支援
	Nursing care	Personal care	Practical care Housework assistance House keeping	Supportive services
代表的な行為	Nursing care ・ 血圧測定 ・ 服薬管理 ・ 外用薬の塗布 ・ 傷の手当（褥瘡処理・予防） ・ 吸引・排たん ・ 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 ・ 経管栄養の管理、吸入、点滴、中心静脈栄養の管理 ・ 気管カニューレの交換、気管切開患者への管理指導 ・ 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 ・ 食事療法の指導 ・ 注射	・ 食事介助 ・ 排泄介助 ・ 入浴介助 ・ 清拭、身体整容 ・ 体位交換 ・ 移乗・移動介助 ・ 外出介助 ・ 起床・就寝介助 ・ 服薬介助（準備と確認） ・ 自立生活支援のための見守りの援助 ・ 健康チェック、環境整備、相談援助、情報収集・提供、記録	・ そうじ ・ 洗濯 ・ 買物 ・ 一般的な調理、配下膳 ・ ベッドメイク、衣類の整理 ・ 薬の受取	・ 安否確認 ・ 緊急時対応 ・ 生活相談 ・ 一時的家事支援 ・ 電球交換など
		ADL に対応	IADL に対応	

出典：松岡洋子「エイジング・イン・プレースと高齢者住宅：日本とデンマークの実証的比較研究」新評論（2011）

るような地域での体制」と定義し、その構成要素として「介護」「医療」「介護予防」「生活支援」「住まい」の5つを掲げている。

そして、「生活支援」の定義については、平成 24 年度の報告書において、「一般的に、生活支援といえは、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の多様なサービスが考えられる」「生活支援の中には、食事の準備など、サービス化（外部市場化）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。

つまり、地域包括ケアシステムにおける「生活支援」とは「家事援助」も含む広い概念であり、主なヨーロッパ諸国における「家事援助」と「生活支援」を合わせ

て、「生活支援（ここでは、「広義の生活支援」とする。）」と呼んでいることがわかる。

3. 訪問介護における「生活援助」

訪問介護における「生活援助」であるが、厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（老計第 10 号）」において、「身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。」とされ、示されている行為は図表 1 の家事援助の分類と一致している。また、平成 12 年当初の通知では「家事援助」としていたとこ

図表 2 各国の身体介護、家事援助、生活支援一覧表

身 体 介 護 (在 宅)	訪 問 型	食事介助	く ら し 型	安否確認	見守り・安否確認
		入浴介助			電話による安否確認
		排泄介助		外 出 支 援	移動支援（その場所まで連れて行く）
		清拭			病院・市役所への付添（説明）
		身体整容		日 常 生 活 支 援 (日 常 的 な 困 り ご と 支 援)	ゴミ出し
		衣服着脱			一時的な家事支援
		体位交換			手紙や電話の音読・代筆（異文化交 流・通訳・翻訳含む）
		服薬介助（準備と確認）			簡単な修理・手入れ（家・道具）
		起床・就寝介助			犬の散歩
		リラックス、ストレッチ			認知症者の見守り
家 事 援 助	訪 問 型	掃除	生 活 支 援	精 神 的 支 援	話し相手（友愛訪問）
		洗濯			散歩同行
		買物			家族支援
		調理 (あたためのみも含む)		孤 立 防 止 (自 立 支 援)	臨終の付添い
		配下膳（片づけ）			グリーフケア
		ベッドメイク		引っぱり出し支援（孤立防止）	
				ネットワーク・コーチング	
	家計自己管理支援				
	自助グループ（クライアントグループ含む）				
	交 流 型	社 会 的 交 流	活動センター（公共が場を提供）		
			趣味、教養アクティビティ		
			屋外アクティビティ（体操、ガーデニング、遠足）		
			認知症カフェ		
	福 祉 サ ー ビ ス 型	福 祉 サ ー ビ ス 型	各種カフェ（PCカフェも）		
			起業・就労支援		
			アラーム及び緊急時対応		
			配食サービス		
			予防訪問		
			住宅改修		
			補助器具		
	移動支援（タクシー券付与）				
	移動支援（マイクロバス同乗、運転。路線バス同乗支援）				
	各種相談				
	預貯金管理・契約代理（権利擁護）				

出典：一般財団法人長寿社会開発センター 国際長寿センター「平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業：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」p.109-110、(2016) より、松岡洋子氏作成資料を一部抜粋

ろ、平成 15 年に「生活援助」に名称変更した経緯もある。

つまり、訪問介護における「生活援助」は、主なヨーロッパ諸国における「家事援助」と同義である。また、地域包括ケアシステムの 5 つの要素のうち、「生活援助（家事援助）」は訪問介護の一類型である以上、「介護」に含まれるが、「生活支援（広義の生活支援）」にも含まれていると言える。この点は留意が必要であろう。

4. 介護予防・日常生活支援総合事業における「日常生活支援」、「生活支援」

介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」)における「日常生活支援」においては、総合事業のガイドライン⁴⁾において、「要支援者等の多様な生活支援

○「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（老計第10号）」より、生活援助の区分を抜粋

2-0 サービス準備等

サービス準備は、家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。

2-0-1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色等のチェック

2-0-2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整等

2-0-3 相談援助、情報収集・提供

2-0-4 サービスの提供後の記録等

2-1 掃除

○居室内やトイレ、卓上等の清掃 ○ゴミ出し ○準備・後片づけ

2-2 洗濯

○洗濯機または手洗いによる洗濯 ○洗濯物の乾燥（物干し）
○洗濯物の取り入れと収納 ○アイロンがけ

2-3 ベッドメイク

○利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等

2-4 衣類の整理・被服の補修

○衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）
○被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）

2-5 一般的な調理、配下膳

○配膳、後片づけのみ
○一般的な調理

2-6 買い物・薬の受け取り

○日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）
○薬の受け取り

【筆者注】以下は身体介護に分類されている。

- 特段の専門的配慮をもって行う調理
例：流動食の調理
- 自立生活支援のための見守りの支援（自立支援、ADL 向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等
例：一緒に手助けしながら行う調理
入浴、行為等の見守り
自立を促すための声かけ 等

ニーズについて、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を、市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参画するような多様なサービスを総合的に提供可能な仕組みと説明しているように、訪問介護

における「生活援助」を含み、それよりも広い多様なサービスを指していて、地域包括ケア研究会における概念と同義の「広義の生活支援」と言える。また、ガイドライン内においては、単に「生活支援」あるいは「生活支援サービス」という用語も使われているが、特に区別されずに使われており、いずれも「広義の生活支援」

図表3 介護予防・生活支援サービス事業

事業	内容
訪問型サービス (第1号訪問事業)(法第115条の45第1項第1号イ)	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス (第1号通所事業)(同号ロ)	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス (第1号生活支援事業)(同号ハ)	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)(同号ニ)	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

出典：平成27年6月5日厚生労働省老健局長通知(老発0605第5号)「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」

を指している。

また、総合事業は、要支援者及び事業対象者に対して必要な支援を行う「介護予防・生活支援サービス事業」と住民主体の介護予防活動の育成及び支援等を行う「一般介護予防事業」から構成され、さらに介護予防・生活支援サービス事業は図表3のとおり4つの事業からなる。

訪問型サービス、通所型サービスの内容に示される「日常生活上の支援」や、その他の生活支援サービスの「生活支援」は、総合事業の目的で確認したように「生活援助(家事援助)」に限定されるわけではない。「広義の生活支援」である。

そもそも総合事業は、介護保険法施行規則第140条の62の3第2項において、「市町村が、法第百十五条の四十五第一項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業を実施する際には、補助その他の支援を通じて、地域の人材や社会資源の活用を図るよう努めるものとする。」とされているように、住民主体の多様な支援の活用を重視している。そこで、総合事業のガイドラインで、「市町村において、住民主体の支援をその自主性・自発性といった性格を損なうことなく効果的に総合事業の中で実施することができるよう、市町村が訪問型サービス、通所型サービス及び生活支援サービスを提供する者に対して補助(助成)する方法も可能

とする」とし、補助(助成)を実施する事業(訪問型、通所型サービスB)を位置づけるとともに、その内容については、地域支援事業実施要綱において「主に住民ボランティア等、住民主体の自主活動として行う生活援助等の多様な支援」として、「生活援助(家事援助)」の範囲を超えた電球交換も例示された。もとより、住民主体の支援とは自主的な活動であり、これまでも「広義の生活支援」の主要な担い手であった。そこで、補助の対象経費や額等についても、「市町村がその裁量により対象とすることを可能とする」とされ、あえて、「住民主体の自主的な取組や活動を阻害しないよう、実施主体の活動内容については、過去に国庫補助金等から一般財源化された事業も含めて実施を妨げるものではない」とも強調されている。つまり、補助(助成)を実施する事業である訪問型、通所型サービスBについては、「広義の生活支援」であることはもちろん、その活動内容については制限がなく、広い活動内容のうち、市町村の裁量によって補助金の額が決まるということになる。

なお、「地域支援事業実施要綱⁵⁾」において、①「旧介護予防訪問介護等との整合性の観点から、訪問型サービス及び通所型サービスのサービス内容は、保健・医療の専門職により提供される3～6か月の短期間で行われるサービスを除いて、旧介護予防訪問介護等の

図表4 訪問型サービスや通所型サービスの内容ごとの実施方法

(例)		直接実施	委託	指定事業者によるサービス提供	補助
生活支援サービス事業 介護予防・	①現行の介護予防訪問介護等に相当するサービス	—※	—※	○	—
	②緩和した基準による生活支援、ミニデイサービス（訪問型・通所型サービスA）	△	○	○	△
	③ボランティアなどによる生活支援、通いの場（訪問型・通所型サービスB）	△	△	—	○
	④保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス（従来の2次予防事業に相当）（訪問型・通所型サービスC）	○	○	—	—
予一般介護	介護予防に資する住民主体の通いの場づくり			/	○

※ 市町村が実施する場合も、原則第1号事業支給費の支給により実施する。(注) △は、一般的なケースとしては考えていないが、このような形式をとることも可能。
 出典：平成27年6月5日厚生労働省老健局長通知（老発0605第5号）「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」

サービス内容の範囲内で実施するものとする。」とされていること、②過去に国庫補助金等から一般財源化された事業⁶⁾（外出支援サービス事業、寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業、軽度生活援助事業、訪問理美容サービス事業等）は地域支援事業としては実施できないとされていることに留意する必要がある。つまり、図表4のうち、補助以外の方法（直接実施、委託、指定事業者によるサービス提供）の場合は、訪問型サービスC、通所型サービスCを除いて「生活援助」以外の「広義の生活支援」は実施できないとされているということである。特に指定の方法で実施する場合は、「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案についてのQ&A【9月30日版】第2問8においても、大掃除や家具の移動などの「生活援助」以外の「生活支援」は実施できないと示されている。

また、外出支援サービス事業が一般財源化されていることに関連して、訪問型サービスDも、①通院等をする場合における送迎前後の付き添い支援、②通所型サービスや一般介護予防事業における送迎を別主体が

実施する場合に限定されている。

さらに、その他の生活支援サービスについても、要支援者等の地域における自立した日常生活の支援のための事業であって、訪問型サービスや通所型サービスと一体的に行われる場合に効果があると認められるものとされ、具体的には、以下のサービスに限定されている。このうち(c)については様々な可能性があるとも思えるが、厚労省からも具体的な事例は示されておらず、このタイプの活用は広がっていない。

- (a) 栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者に対する見守りとともにを行う配食等
- (b) 定期的な安否確認及び緊急時の対応、住民ボランティア等が行う訪問による見守り
- (c) その他、訪問型サービス及び通所型サービスの一体的提供等地域における自立した日常生活の支援に資するサービスとして市町村が定める生活支援

5. 要介護者に対する「生活支援」

このように整理すると、要介護者に対する「広義の生活支援」が「取り残されている」ことに気づく。要支援者のみに限定して支援しているNPOやボランティアなど考えづらく、むしろ要介護者も多数含まれると考えられるが、総合事業の対象者は要支援者と事業対象者に限定されている。2021年4月から、「補助事業（B型・D型）を介護給付を受ける前から継続的に利用する要介護者」も対象にする制度改正が行われたが、要件が非常に厳しく大きなインパクトはない。要介護者については、現状では、いわゆる横出しサービス（市町村特別給付）や一般会計でのその他の財源等での対応とならざるを得ない。

さらに制度的に見れば、地域包括ケアシステムの5つの要素のうち、要支援者に対する予防訪問介護と予防通所介護は「介護」から「介護予防」と「生活支援」に移行したと整理できるため、「生活援助（家事援助）」が「介護」にも「生活支援」にも含まれるという重複は要支援者については解消されたが、要介護者に対する「生活援助（家事援助）」は重複したままである。要介護者に対する「生活支援」をどうするのか。総合事業の対象者を要介護1、2の要介護者まで拡大することも検討されているが、要介護3以上については検討の俎上にも上がっておらず、そもそも連続的な要介護認定制度の中で、なぜそこで要介護2と3で区分できるのかの説明も難しい。我が国の介護保険制度において、大きな検討課題の1つとして残されたものである。

【注】

- 1) この小論は筆者による「「生活支援」という概念をめぐって」（地域支援事業における生活支援コーディネーター協議体の進め方に関する調査研究事業報告書、59-65、特定非営利活動法人 全国コミュニティライフサポートセンター、2017年）を改変したものである。
- 2) 国際長寿センター「平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 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」（2016）
- 3) 地域包括ケア研究会については、三菱UFJリサーチ & コンサルティング株式会社「平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント（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）」（2016）などを参照
- 4) 平成27年6月5日厚生労働省老健局長通知（老発0605第5号）「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」
- 5) 平成28年5月27日厚生労働省老健局長通知（老発0527第3号）「「地域支援事業の実施について」の一部改正について」
- 6) 「介護予防・地域支え合い事業における一般財源化された事業について」（平成23年10月21日事務連絡）に掲載した生きがい活動支援通所事業、緊急通報体制等整備事業、外出支援サービス事業、寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業、軽度生活援助事業、訪問理美容サービス事業、日常生活用具給付等事業、高齢者に関する介護知識・技術等普及促進事業、福祉用具・住宅改修研修事業、福祉用具・住宅改修活用広域支援事業、サービス事業者振興事業、高齢者自身の取り組み支援事業及び高齢者訪問支援活動推進事業。なお、高齢者に関する介護知識・技術等普及促進事業、福祉用具・住宅改修研修事業、福祉用具・住宅改修活用広域支援事業、サービス事業者振興事業、高齢者自身の取り組み支援事業及び高齢者訪問支援活動推進事業については、指定都市（平成18年度以降に指定都市へ移行した自治体も含む。）では一般財源化されているため実施不可であるが、指定都市を除く市町村は実施可能。）

2) 要介護認定とケアマネジメントに関する考察

小野 太一 (政策大学院大学教授)



我々執筆者は、超高齢化社会における高齢者支援の在り方について、海外各国での実践を学んできた。それぞれがその興味関心に応じた側面に着目し、各年の報告書においてそれを反映してきたが、筆者は主に各国の制度の「建て方」に関し研究を行った。主に社会保険か税かで区分けされる財政の在り方に始まり、制度の対象範囲、要介護認定、ケアマネジメント、給付の構造、事業者規制等、制度を構成する各要素とそれぞれの関連がどのようなものとなっており、それらが全体として制度の性格をどのようなものになっているか、といった点である。そうした関心から、ここでは介護保険制度の肝であり、かつ制度創設後大幅な見直しがなされていない要介護認定制度を中心に、我々がこの間対象としてきた国々のうち社会保険方式を採用するドイツとオランダの制度の「建て方」に関し整理を行い、「ケアプロフィールと科学的介護」及び『選択の自由』の範囲とケアマネジャーの存在」の2点に関し、示唆を得た。

1. ドイツ介護保険法

(1) 議論の前提

1995年4月から導入されたドイツの介護保険制度の特徴として、被保険者が年齢で区別されていない点に続きまず指摘されるのが、近親者の介護力への依存が強い(その分、介護手当や社会保険料負担等の支援も厚い)「部分保険」(Teilkaskoversicherung)としての性質である^{1) i)}。一般に日本の介護保険制度の方が給付範囲が広いとされている^{2) ii) iii)}。制度が異なるため国ごとの単純な比較は困難だが、2012年において日本とドイツでは65歳以上一人当たり費用がドイツは日本の2/3弱とする研究がある^{3) iv)}。

また押さえておくべきは、介護保険からの「給付額」と、事業者の収入である「介護報酬」とは別物であるということである。介護保険からの「給付額」⁴⁾は、現物給付の場合にサービス類型ごとに、要介護度ごとに

定められることを基本とする。しかしながら、「部分保険」であるため、それだけでサービス提供に必要な費用が賄えるわけではない。その差額は介護保険の給付対象外で基本的に自己負担である。日本の制度のような保険給付に対する定率あるいは定額の一部負担はないものの、給付を超える部分は自身で負担しなければならない。この部分は資産等一定の要件を満たす場合には福祉制度である社会扶助の給付対象となるが、その「給付額+自己負担ないし社会扶助給付」の合計が「介護報酬」である。「介護報酬」の決定に、保険者である介護金庫とサービス事業者(あるいは関連団体)だけでなく、社会扶助の給付主体等の費用負担者も参画する^{5) v)}のはそうした理由からである。

(2) 要介護認定の概要

ドイツの介護保険法上^{6) vi)}、要介護者は「健康上の理由により自立性または能力に障害があるために、他人の支援を必要と」し、「身体障害、認知症若しくは

精神障害又は健康上の理由による他者への負担若しくは困難を自立的に補償又は克服できない者」であり、6月以上の継続が予想される者とされている。申請者は介護金庫に申請し、MDK（疾病金庫メディカルサービス、医師がその役割を担う）が判定を行う。認定は運動能力、認知能力及びコミュニケーション能力、行動及び心理症状、日常動作、病気又は治療への対処、日常生活及び社会生活（の設計）の6つのモジュールにおけるいくつかの基準ごとに点数化し、モジュール間の重みづけを踏まえて算出した総合点数ごとに、要介護度1から5の五段階で評価される⁷⁾。ただし最軽度である要介護度1においては、介護相談や介護補助具の支給、日常生活援助等に用いることができる負担軽減手当など限られた給付のみが受けられる。

認定を受けた後のサービス利用に際し、日本のケアマネジャーにあたる職種はない。介護金庫が自治体と共同して設立する地域の支援センターにおいて介護相談を受け、助言を行う。ただし2016年の調査によると利用したのは要介護者の29%であったとされている^{8)vii)}。

認定期間に関し、法は「調査は、適切な期間において繰り返されなければならない」と規定している⁹⁾が、日本の要介護認定のように特定の期限が一律にあらかじめ定められてはいない。

ドイツにおいては、「給付限度額」のように、すべての在宅サービスの利用料を定める総枠のようなものはない¹⁰⁾。ただし、在宅介護の現物給付（ホームヘルパー）と介護手当の間には、現物給付の額を総枠とした代替性¹¹⁾があり、また相互補完的な代替介護（介護者のレスパイトのため介護者以外の者が介護を行う）とショートステイも、双方の限度額を融通して使うことが可能である。

(3) 要介護認定が利用者及び事業主にとって持つ意味

介護保険制度において利用できる給付の「組み合わ

せ」について、日本の介護保険では要介護度ごとの「給付限度額」が設けられ、在宅サービスの場合その枠内で利用するサービスを組み合わせ、利用日時やサービス提供者の選択についても、（利用可能性の問題はあるが）利用者自身が決定することとなっている。他方ドイツでは上述のように、サービス類型を横断した「総枠」ないし「予算」のようなものはない。それぞれのサービスや給付の量、また類似したサービスや給付の量という面では「給付限度額」のように機能しているが、違う種類のサービスを含めて「総枠」とはされていない。在宅介護（ホームヘルパー）については現金給付との代替性があり、現金と現物のコンビネーション給付もあるが、特に現金給付で賄う介護者が近親者の場合、近親であるがゆえに、現金給付の「額」とサービス量の比例関係は、事業者によるものより限定的な可能性がある。また在宅介護優先の原則（介護手当・コンビネーション、あるいは代替介護も含む）の下¹²⁾、「部分施設介護」としてのデイサービスは、「総枠」の縛りがなくとも利用は低調である。さらに訪問看護等が介護保険の給付の対象ではないことから、日本の要介護認定がもたらす、認定を受けることで一定のサービス利用に関する「総枠予算」を与えられるような効果は薄い。

これらの状況、また日本のような定期的な更新が想定されていないことを踏まえると、日本の制度において、要介護度が決定あるいは変更されることにより、利用者の「使えるサービスの量」が異なるインパクトは、ドイツの制度下においては比較的限定的であることが想像される¹³⁾。他方ドイツの事業者にとっては、一旦受け入れた利用者の要介護度が「下がる」決定がなされた場合には、サービスによっては介護保険からの給付額が下がることになるが、そもそも「下がる」決定がなされる可能性が、特定の認定期間があらかじめ一律に定められておらずすべての利用者に対して定期的に生じる

制度にはなっていないという違いがある。さらには、給付種別の受給者数で圧倒的に多いのが介護手当（現金給付）であり¹⁴⁾、そもそも事業者への影響が政策議論において与えるウエイトも相対的には高くない可能性がある。

こうした性質の違いを踏まえた考察は最後に行うとして、次にオランダの介護保険法（WLZ）における要介護認定について簡単に整理する。

2. オランダ介護保険法（WLZ）

(1) 議論の前提^{15) viii) ix)}

オランダの高齢者介護は、介護保険法（WLZ）のほか、訪問看護等は医療保険法（ZVW）、家事援助等の生活支援は社会支援法（WMO）により担われている。

介護保険法（WLZ）は1967年に創設された特別医療費保障法（AWBZ）をその前身に持つ。これは当時国民全員を医療保険に強制加入させていなかった同国において、重大な医療リスクについて強制加入の制度を設けたものであった。

特徴の一つとしては、ドイツ、日本と比べた給付の高さが挙げられる^{16) x)}。OECDの定義による介護費用の対GDP比（2017年）で見ると、採り上げられている29か国においてオランダは最大である^{17) xi)}。EU（2016）においては、オランダの介護システムはデンマークやスウェーデンと同じく、「フォーマルケアへの高い公的財政支出、穏当な現金給付、インフォーマルケアの利用は低く支援は多い」国に分類されており^{18) xii)}、介護に関してはドイツのような保守的な福祉レジームと比べるとより社会民主主義的福祉レジームに近い傾向があると指摘がある^{19) xiii)}。よってドイツのような「部分保険」といった性質はない。2007年の社会支援法（WMO）の

創設、また2015年の医療保険法（ZVW）への一部サービスの移管、またAWBZのWLZへの衣替えの背景にも、給付の高騰があった。

また、上述のように高齢者介護に係る制度も3つに分立しており、サービスの利用に係る鑑定やサービスの利用、給付についても、基本的に制度毎に決定される。このうち介護保険法（WLZ）の給付体系は大きく施設給付と在宅給付に分かれ、在宅給付は在宅での完全パッケージ（VPT）（一つの事業者からサービス提供）、在宅での組合せパッケージ（MPT（複数の介護提供者によるサービス））、現金給付（個人予算（PGB））の3通りにまた区分され、さらにMPTとPGBの組み合わせも可能である。要介護認定と同様の制度があるのは介護保険法（WLZ）であり、以下は介護保険法について焦点をあてる。オランダにおいては、介護保険利用の高齢者は施設入所レベルの最重度者であり、その数も約15万人と限られる。一方で、介護保険利用には至らない中度者・軽度者は医療保険を利用して訪問介護等を受けている。本稿ではこうした実態を踏まえたうえで、介護保険に焦点をあてて論じる。

(2) 要介護認定の概要

介護保険法（WLZ）の給付対象となる者は、常時の看視あるいは24時間のケアが必要な者に絞り込まれている。認定に必要なアセスメントは全国で4か所にあるニーズアセスメントセンター（CIZ）が行う。アセスメントは5段階からなる漏斗状のモデルが当てはめられる。そこでは、本人の原因疾患、常時看視又は24時間のケアの必要性、回復可能性を含む永続的なケアニーズの判断等が考慮されることになる。認定の有効期間はない^{20) xiv)}。高齢者介護に係る認定は6つ²¹⁾の「ケアプロフィール」のどれに属するかの判定となる²²⁾。数字の大きさと支援の必要量が必ずしも直線的に比例

しているものではなく、生活上の制約や、支援や助言の必要性の種類により、言わば障害のタイプ分けのようなものがなされている。

認定の結果は、CIZ から保険者であるケアオフィス^{23) xv)}、本人、及び事業者へ通知される。サービスの種類(施設、在宅(現物/現金等))は、ケアオフィスと本人との話し合いによって決められる。ケアマネジャーにあたる者はいない。事業者はケアオフィスと契約することで現物給付の対象となり、その給付額は国家ケア庁(National Care Authority)が定める上限価格の範囲内で契約により定められている²⁴⁾。本人が利用しようとする現物給付やインフォーマルケア(現金給付を使つての支払いも可)が、責任をもって本人を安全な状況に導くか、利用しようとするサービスの費用が施設サービスの費用を超えないか、本人や関係者がサービスの組み合わせや事業者の管理を行う能力があるか、といった点に関し、事業者と本人の話し合いを踏まえてケアオフィスにより判断される²⁵⁾。社会保険制度であり、サービスの受給は権利とされている²⁶⁾。またケアプロフィールに基づき提供されるサービスの内容は事業者と本人の間で決定され²⁷⁾、内容に関して合意できない際にのみケアオフィスは介入する²⁸⁾、最終的な決定権はケアオフィスが有する²⁹⁾。現金給付の用途に関しては本人が書面で提示する義務を負い^{30) xvii)}、また濫用を防ぐため、政府機関である社会保険銀行(SVB)が管理する。

給付に対する利用者の自己負担は上下限ありの所得に応じた金額となっている。自己負担の額はドイツ等に比べて相当低い^{31) xviii)}。なお現物給付と現金給付の給付水準の差は平均して約75%程度とされており、ドイツと比較すると現金給付を選択する者の割合は相当低く(2015年においてドイツは49%である一方、オランダは2014年において4%)、現金給付が周遍的な役割

しか果たしていない、との指摘がある³²⁾。

(3) 要介護認定が利用者及び事業主にとって持つ意味

オランダの要介護認定によって与えられる「ケアプロフィール」は、それに応じた給付の額こそプロフィールごとに異なるものの、日本やドイツのような直線的な「レベル」を示すものではない。また、一定の場合を除き期限は設けられておらず、そのプロフィールが続くことになる。回復可能性のある場合にはそもそも対象とならず、医療保険やWMOを利用することとなる³³⁾。日本と同様に社会保険給付としての「権利」としての意味合いがあるとはいえ、施設か在宅か、また在宅を選択する際の給付形態の選択に際して保険者が決定に関与する。こうした仕組みは、「権利」としての要介護度ごとの「枠」が与えられたら、基本的にケアマネジャーと本人、事業者でサービス内容を決定する我が国と比べ、利用者本人にとっての制約が比較的大きいと考える³⁴⁾。また現金給付の用途に関する説明責任や、社会保険銀行(SVB)による出納管理などはドイツにおいては制度化されておらず、ここでも管理の度合いが強い。施設か在宅か、個人予算を含むかなどの選択や、説明責任を負いつつも本人が事業者を決定できるという意味で選択の自由はあるオランダの仕組みではあるが、さらに自己負担額が所得に応じたものとされ、サービスの利用量に応じたものになっていないことなどを考え併せると、利用者がケアマネジャーの助言を受けつつ事業者との契約でサービスの提供を受け、サービス量に応じた支払いを行うという、ある意味市場原理に近い日本の制度の下でのサービス利用よりも、より管理的な色彩が強いように思われる。

また「ケアプロフィール」は、CIZによるアセスメントにおいて得られた情報を元に、保険者による給付水準を定める効果を持つのみならず、必要なケアのタイプま

で類型化して提示し、事業者、本人のサービス内容の決定の参考資料として提示するものであり、要介護認定の段階でのアセスメントと、ケアマネジメントによるサービス利用が切り離されている日本やドイツの制度³⁵⁾と比べると、要介護認定プロセスとサービス提供段階との関係性が強いと表現することが可能である。特に、在宅介護（ホームヘルパー、現金給付、組み合わせ）がいずれにせよ優先されるドイツと異なり、サービス類型の組み合わせの自由度が高い日本と比較した場合、サービス内容の客観性の担保に関し、ケアマネジャーの中立性に依存する我が国の制度に比べて、第三者の評価の影響の度合いが高いものとなる可能性があると評することもできよう³⁶⁾。

3. 日本への示唆

以上のように同じ社会保険制度を基礎とし、保険料負担者の受給権を確立するため客観的指標に基づき介護の必要度を判定する要介護認定の仕組みを導入しているドイツ、オランダ、日本を比較してみると、要介護認定制度の持つ、利用者のサービス利用に際して行使できる自由、権利に与える影響や、事業者に与える影響において、異なった点多々あることが理解できる。

日本の介護保険制度の導入に際しては、ドイツで先行した介護保険制度が高い関心を集めた。要介護認定について、オランダを参照基準としてドイツと日本の要介護認定プロセスと給付選択プロセスとの「切り離し度」を見ると、「ケアプロフィール」ではなく「要介護度」という点数表示での受給権を付与する点で、同様に高いものがあると考えられる。給付選択プロセスにおける保険者の関与の度合いの低さも踏まえれば、そもそも日本の介護保険制度導入の背景の一つであった「措

置制度からの脱却」—すなわち「費用管理者（である行政）が、サービスの内容まで決定する」ことへの批判—については、行政と保険者という違いはあるものの、ドイツの方がオランダ型よりも達成されているということは可能であろう。であれば、ドイツの方がより参考となるか、ということ、そもそもの「部分保険」という発想が日本にはないという大きな違いがある。措置制度からの脱却に加え、日本が介護保険制度を導入した背景には、既に老人福祉、老人保健制度の下で提供されていた水準のサービスについて、制度間の不整合を排し、超高齢化社会においても継続的に行うため、給付と負担の関係がより明確な新たな社会保険制度を導入したという意図があった一方、ドイツの介護保険制度の導入の大きな背景としては、そもそも一般的な介護リスクを保障する仕組みは相当限られたものであり、自費負担に耐えられなければ租税を財源とした社会扶助に依存しなければならないという状況を改善し、要介護リスクを普遍的制度で受け止めつつ、社会扶助支出も抑制するという意図があったため、「部分保険」という発想が受け入れられた³⁷⁾。そうした成り立ちが、ドイツの政策の方向性として、（保険料の引き上げを行いながら）徐々に給付対象を拡大する方向での改革を行うという近年の動きにつながっていると言えよう。また近親者による介護に係る考え方の違いから、現金給付という選択肢が日本では制度上ない一方、ドイツでは介護保険の主な給付といっても過言ではない状況にあるなども、相当に異なる。

給付範囲、及びそれに派生する要介護認定が利用者にもたらす権利の幅や広さという点では、オランダ型の方が日本の制度の考え方に比較的近いと考えられる。現金給付（個人予算）という選択肢はあるものの周延的な役割しか果たしておらず、現物給付が中心であることも類似している。周知の家事支援等のサービスを社会

支援法 (WMO) を創設することで市町村事業とするなどの改革の指向性においても、日本と類似する点がある。しかしながら要介護認定制度についてみると、費用負担者による管理やケアプロフィールによる給付内容への影響を予定する仕組みなど、本人にとっての自由を制約する度合いが高いといった仕掛けがあるが、年齢制限のない制度とはいえ OECD データに見る給付費の対 GDP 比で見ると高さ、また保険料率の高さ³⁸⁾などの点は、集計されているサービスと制度との精度の高い突合が必要となるものの、何かしらの構造上の違いの可能性も示唆する。

とはいえ、両国の制度の観察からは、幾つかの示唆も得られるように思われる。服部 (2020) が指摘する、認定の有効期間がない一方で回復可能性がある者を対象外とすることや、(その裏返し) 状況の固定を前提とすることで様々な無駄やディスインセンティブが解消される可能性があることはその一例だが、それ以外に 2 点、ここで指摘したい。

(1) ケアプロフィールと科学的介護

これも服部 (2020) が指摘するように、日本の要介護認定制度において、認定時の自宅訪問でのアセスメント、また主治医の意見書の内容がケアマネジメントに活かされることはほとんどない。他方、オランダの「ケアプロフィール」は、CIZ によるアセスメントの結果を踏まえて提示されるものであり、どういった給付形態が望ましいかを保険者 (ケアオフィス) が考慮する際、また事業者と本人がサービス内容を話し合う上での参考資料として機能している。「ケアプロフィール」を提示する仕組みの下でも、上述のように、どの程度望ましい—本人のケアの観点、及び費用抑制の観点の両方—サービスとなっているかは運用に委ねられる面もある。また、現行 6 類型とされているプロフィール自体の

精度の問題もあろう。だが、日本の仕組みにおいて、認定時のアセスメントや主治医意見書から得られた情報が活かされずに、再度のケアマネジャーによるアセスメントが行われるのは二度手間であるという側面もある。また、特に主治医の意見がケアプランに影響を及ぼすとは限らないことは、貴重な情報を活かしきれていない可能性があるとの指摘も可能であろう。勿論、そもそも今のアセスメントや主治医意見書は、認定後のサービス利用の参考にするという発想の下で設計されていない。また、オランダのように GP 制度が機能しており、医療系サービスをどの制度でカバーしているかも異なる国とは違う事情にある日本での制度化にはまだ検討すべき余地もあると思われるが、認定に係る収集される情報を見直す前提で、「ケアプロフィール」のようなものが提示されたうえで、それと作成するケアプラン、またサービス提供が統合的なものとなっているかどうかを確認する作業ができることで、ケアプランやサービス提供のアカウントビリティが高まる可能性を秘めていると思われる。

そこで期待されるのが、科学的介護である。LIFE (旧 CHASE・VISIT) において、ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等の利用者の状態に係るデータが時系列で収集され、それが認定時のアセスメントや主治医意見書のデータを含む既存の介護 DB と紐づくことにより、受けたサービスの種類や量等により、要介護認定の段階でどういった状況にあった者の ADL 等に関わる項目がどのように変化したかの解析ができるようになる可能性がある。特に症状が固定された方について、そうしたデータを蓄積することにより、介護サービスを受ける前の要介護認定の段階での心身の状況に基づき、相応しいサービスがどういったものとなるか、またそれによりどういった予後となるかの見透しが利きやすくなる可能性があると考えられる。それらの蓄積を凝縮したものを、サー

ビス利用を開始する際に「ケアプロフィール」として提示することができれば、より有効かつ効率的なプランニングやサービスの提供、またケアマネジメントの省力化に資する可能性があると思われる。

(2)「選択の自由」の範囲とケアマネジャーの存在

次に「選択の自由」の範囲と、ケアマネジャーについて考える。

ドイツにおいては、要介護認定を受け、要介護度が決定した際に一定の「権利」は与えられるが、在宅介護（ホームヘルパー、現金給付、コンビネーション）優先の原則があるなど、利用を希望できるサービスの選択肢の幅がそもそも狭い。また給付水準も日本と比べ高くなく、給付内で受けられるサービスの量の限界も低い。

またオランダにおいては、要介護認定を受けた後与えられる「権利」の行使に際し、施設・在宅の別や在宅の中での給付の形式の選択に際しては、保険者が関与する余地がある。またその後の具体的なサービスの内容や利用頻度などは事業者と協議の上本人が決定できるが、現金給付（個人勘定）を選択した場合には受けるサービスの内容に関し本人が説明責任を負う仕組みとなっている。また給付範囲も、医療保険（ZVW）の給付や社会支援法（WMO）の基礎自治体事業に一部移行し、以前よりは幅の狭いものとなっている。

さらにケアマネジメントに関して、ドイツにおいては地域の支援センターで助言を行うが利用は高い頻度とは言えず、オランダでは個人勘定の場合には非営利組織の支援を得つつ、自身で事業者と相談して決めることが原則となっている。

このように考えると、日本の制度における、現金給付という選択肢がない以外での「選択の自由」の広さと、その行使の容易さが理解できる。要介護認定を受け、

介護度が決定すると同時に、要介護度に応じた一定額の「枠」が「権利」として与えられ、事業者と契約して、その「枠」の範囲であれば自身の希望する種類のサービスが、希望する頻度、また、時間や定員の問題がクリアできれば希望する事業者から受けることができる。また選択の自由の行使に際しては、ケアマネジメントを専門とする職種の担当者が、基本的にすべての申請者に対して支援を行う。

選択の自由の尊重は、かつての措置制度が受給者本人の意思と自己決定権の尊重に欠けたことへの反省の上に立ち、介護保険制度の構想の根本的な考え方の一つとして位置づけられた。また、「枠」の範囲内での選択の自由がもたらす不要なサービス利用の可能性に関しては、ケアマネジメントによる適正な選択が促されるとともに、オランダと異なりサービス利用に比例した給付に対する一部負担という制度設計が抑制している面もあると考える。さらに、情報の非対称を埋め、本人や家族の立場に立ち、個々の心身の状態や生活環境に配慮して最適なケアプランを編成し、さらにサービス利用の過程でもフォローアップを行い、顔の見える相談役として機能するという、日本のケアマネジメントのシステムのメリットは多々ある。他方、ケアマネジメントの中立性に関しては制度創設当初からの懸念もあり、保険者の事業としてのケアプラン点検や、介護報酬上も同一事業所からのサービス利用に関する減算措置等も講じられている。上記で述べた「科学的介護」の上に成立する「ケアプロフィール」の提示も、そうした懸念に応えるための一つの手段となり得るが、今後の要介護認定制度をはじめとして、制度設計の根本的な在り方を考える上では、こうした「選択の範囲の広さと容易さ」という性格に係る認識も深めることが求められると考える。

上記以外にも、例えばドイツでいえば、低い給付水準から徐々に範囲を充実させ、保険料負担もそれに見合う形で引上げる、一方でオランダで言えば、高い給付水準の実現のため高い保険料負担を課しつつ、給付の抑制に関し大胆な制度改正を実施するといった、給付と負担のバランスの確保に関する一貫した姿勢といった点、さらには（現金給付と引き換えにあるが）家族介護者に対するドイツの手厚い支援や、オランダのWMOの下での基礎自治体による互助活動の活性化など、両国の実践には、要介護認定を離れても、我が

国の文脈に落とし込んだうえでなおも参考にすべき点は多々ある。そうした気づきは、国際比較を丁寧、かつ継続的に行い、しかも複数国を見ることで浮き彫りになることも多い。本稿では社会保険制度で高齢者介護制度を運用する2か国しか見ていないが、税方式の国でも、例えばイギリス等におけるリエイブルメント概念に基づくサービス提供や、社会的処方の実践など見るべき点は多いように思われる。こうした営みの継続の重要性を最後に指摘したい。

<追記>

本稿は令和2年度医療経済研究機構指定課題助成「諸外国の要介護認定に関する研究」の成果の一部である。また執筆に際しては、吉田恵子氏（ドイツ、東京医科歯科大学非常勤講師）、Josanne Huijig氏（Leiden Academy、オランダ）及びFons Hopman氏（Zorginstituut Nederland、オランダ）に貴重な情報と助言を頂戴した。ここに謝意を表したい。なお一部のオランダ語の文献の参照は機械翻訳に基づく。

【注】

- 1) ドイツ医療保障制度に関する研究会編(2019), pp. 90-91。
- 2) 例えば Ikegami(2019)、増田(2008)等。
- 3) Campbell et al. (2016)。ただしここでは比較のため、日本について医療保険で対象とされている3か月以上の入院費用を含め、他方訪問看護と居宅療養指導管理を除外する処理が行われており、純粋な「介護保険」の給付範囲とは異なる(p.48)。
- 4) 国が法で定める「給付額」は「上限額」であることに留意。
- 5) 松本(2007), pp. 149-153。
- 6) 法第14条第1項。この段落での介護保険法の日本語訳は渡辺(2016)による。
- 7) かつては介護の手間を見るものであったが、2017年施行の第2次介護強化法により、要介護者が保持する自立性または能力に着目したものとなった。ただし、同時に従来と比較して軽度の状態でも給付を受給できるようになり、2016年と比較して2017年は介護保険の受給者及び給付費支出とも増加していることは留意すべきである(ドイツ医療保障制度に関する研究会編(2019), p. 105及び同編(2019), pp.196-197)。
- 8) ドイツ医療保障制度に関する研究会編(2019), p. 95。そう多くの者が相談していない理由としては、情報不足、信頼の不足、センターの設置数の不足、アウトリーチ不足といったことが指摘されている(Gori and Luppi(2019))。
- 9) 法第15条第1項。日本語訳は脚注6参照。
- 10) かつては、介護現物給付(ホームヘルパー)又は介護手当を受け、かつ部分入所介護(デイケア又はナイトケア)を利用し、合計で上限を超えた場合には、超えた分の部分入所介護について自己負担となるとされていた(松本(2007), p.10)が、2015年施行の第1次介護強化法で改正され、介護現物給付又は介護手当はそのまま、部分入所介護の給付を受けられるとされた(ドイツ医療保障制度に関する研究会編(2019), p. 104)。

- 11) ただし介護手当を選択する場合の給付額は低く算定される。
- 12) 渡辺 (2016), p.41。
- 13) さらには施設サービスの場合、同じ入所施設における要介護者の負担が、要介護度に関わらず同一の額になるような法改正がなされており (渡辺 (2016), p.47)、施設サービス利用者に限れば、自己負担の側面でもそのインパクトは限定的であると言える。
- 14) ドイツ医療保障制度に関する研究会編 (2019), p.96。
- 15) 以下オランダの記述に関し特に参照先を示していないものについては、小野 (2017) 及び中島 (2018) に基づく。
- 16) Alders and Schut(2020)。
- 17) 3.7%。なお日本は 1.8%、ドイツは 1.5%、OECD 平均は 1.7% (OECD(2019), Figure 11.28)。ただし若年者について切り分けていないことに注意。
- 18) European Commission(2016), pp173-174。なおドイツは「フォーマルケアへの財政支出は中程度、現金給付は穏当、インフォーマルケアへの利用は高く、支援も高い」と分類されている。
- 19) Da Roit and Gori(2019)。
- 20) 服部 (2020)。ただし回復期の治療 (restorative treatment) が必要となるケアプロフィールに関しては 6 か月とされる。
- 21) かつては終末期ケアが必要な者を対象としたカテゴリーが存在していたが、2018 年 1 月より特段の認定手続きなく介護保険の給付が受けられることとなった (<https://www.ciz.nl/nieuws/palliatief-terminale-zorg-eenvoudiger-te-regelen-in-2018>、2021 年 2 月 25 日最終アクセス)。
- 22) 詳細は中島 (2018)、服部 (2020) を参照。
- 23) 圏域ごとの最大手の医療保険者が保険者の業務を担っている (大森 (2015), p.172)。
- 24) Zorginstituut Nederland の Fons Hopman 氏からの情報 (2020 年 10 月)。
- 25) 同上。
- 26) 同上。
- 27) 現金給付の利用者においては自身でサービスのコーディネートをする必要がある。ケアマネジャーのような存在はないが、政府の規制と一部の財源補助の下で、PerSaldo という民間非営利機関が、情報提供、手続き支援等を行っている (Gori and Luppi(2019))。
- 28) 脚注 24 と同じ。
- 29) 中島 (2018), p.72。
- 30) Gori and Morciano(2019)。
- 31) Kroneman, et.al. (2016), p.89。
- 32) Gori and Morciano(2019)。
- 33) 中島 (2018), p.71。
- 34) ただし、制約の高さと、結果においてどの程度の水準のサービスが享受できるかは別の議論であることに留意。
- 35) ドイツの要介護認定の結果の通知においては、要介護度以外に、「リハビリ前置」の考え方に基づき、予防やリハビリの措置の必要性や具体的内容等について盛り込まれることとなっている (法第 18 条 (6) C 渡辺 (2016), P.11)。その意味では要介護認定とサービス利用が明確に切り離されているとは言い難いが、ここでは 3 か国の介護保険の対象となるサービスについて比較する趣旨である。
- 36) 脚注 34 と同様、こうした「ケアプロフィールの参照」が実際にサービス内容が客観的に適切なものとなっているかどうかの担保は、保険者の事業者に対する監督に委ねられる面があることに留意する必要。
- 37) 松本 (2007), pp. 29-49、を参照。
- 38) 給与の 9.65% (Kroneman, et.al. (2016), p.78)。とはいえ、オランダは上述の European Commission のレポート (2016) での分類において北欧福祉国家と同じカテゴリーに分類されるなど、比較的寛大な給付を前提とした制度を運営してきた経緯があり、給付と負担のバランスに見合った高負担を国民が負っているにすぎない、という見方も成り立ち得る。

【参考文献】

- i) ドイツ医療保障制度に関する研究会編(2019)、第4章 ドイツ介護保険制度の概要と制度改革、医療経済研究機構『ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2018年度版』、pp.89-109
- ii) Ikegami, Naoki(2019), “Financing Long-term Care: Lessons From Japan”, 『International Journal of Health Policy and Management』、8(8)、pp.462-466
- iii) 増田雅暢(2008)、日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察、増田雅暢編『世界の介護保障』、pp.189-207、法律文化社
- iv) Campbell, John, et. al.(2016), “How different countries allocate long-term care resources to older users: a comparative snapshot”, Gori, Cristiano, et. al., eds., “Long-Term Care Reforms in OECD Countries”, pp.47-115、Policy Press
- v) 松本勝明(2007), 『ドイツ社会保障論III 一介護保険一』、信山社
- vi) 渡辺富久子(2016)、ドイツにおける介護保険法の改正 一認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更一、国立国会図書館調査及び立法考査局『外国の立法』 Vol.268, pp. 38-89
- vii) Gori, Cristiano and Luppi, Matteo(2019), “Regulating the delivery of cash-for-care payments across Europe”, 『Social Policy and Administration』、Vol.53, pp. 567-578
- viii) 小野太一(2017), 2. 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』、pp.81-94
- ix) 中島民恵子(2018), 2. ケアマネジメント関連制度と施策、国際長寿センター『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』、pp.69-76
- x) Alders, Peter and Schut, Frederik(2020), “Financing Long-term Care: The Role of Culture and Social Norms – Comment on “Financing Long-term Care: Lessons From Japan””, 『International Journal of Health Policy and Management』、9(4)、pp.179-181
- xi) OECD(2019), “Health at a Glance 2019”
- xii) European Commission(2016), “Joint Report in Health care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability Volume 1”
- xiii) Da Roit, Barbara and Gori, Cristiano(2019), “Editorial – The transformation of cash-for-care schemes in European long-term care policies”, 『Social Policy and Administration』、Vol.53, pp. 515-518
- xiv) 服部真治(2020)、オランダ、ドイツの要介護認定と日本への示唆、国際長寿センター『令和元年度 軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究報告書』、pp. 186-199
- xv) 大森正博(2015)、第13章 オランダの医療・介護制度、介護保険白書編集委員会編、『介護保険白書』、本の泉社
- xvi) Gori, Cristiano and Morciano, Marcello(2019), “Cash-for-care payments in Europe: Changes in resource allocation”, 『Social Policy and Administration』、Vol.53, pp. 537-550
- xvii) Kroneman, Madelon, et.al.(2016), “The Netherlands, health system review”, Health Systems in Transition, 2016: 18(2): 1-239.

総論

1) 高齢者支援に関する基本的な理念

松岡 洋子 (東京家政大学 人文学部教育福祉学科 准教授)



本研究の対象国では、ヘルスケアを継続可能なものとするため、戦後福祉国家のパラダイムを転換するほどの大改革が進められている。理念の方向性は、「できないこと(ニーズ)」から「できること・したいこと(アセット)」へ、「サービス提供原則」から「Well-being 原則」へ、「専門職解決」から「地域解決」へ、である。ニーズや課題だけではなく、個人やコミュニティがもつポジティブな能力(アセット)に焦点をあて、一人ひとりを主人公として地域を巻き込みつつ、健康や well-being (幸福)を高めていこうというのが、その主眼である。近年注目を浴びる「アセットベースト・アプローチ」「パーソンセンタード・アプローチ」の概念と重複している。こうしたパラダイム転換によって、支援のあり方も大きく変容している。ケアマネジメント、リエイブルメント、社会的処方などの取組みを、各国の挑戦の概要とともに伝える。

1. 背景

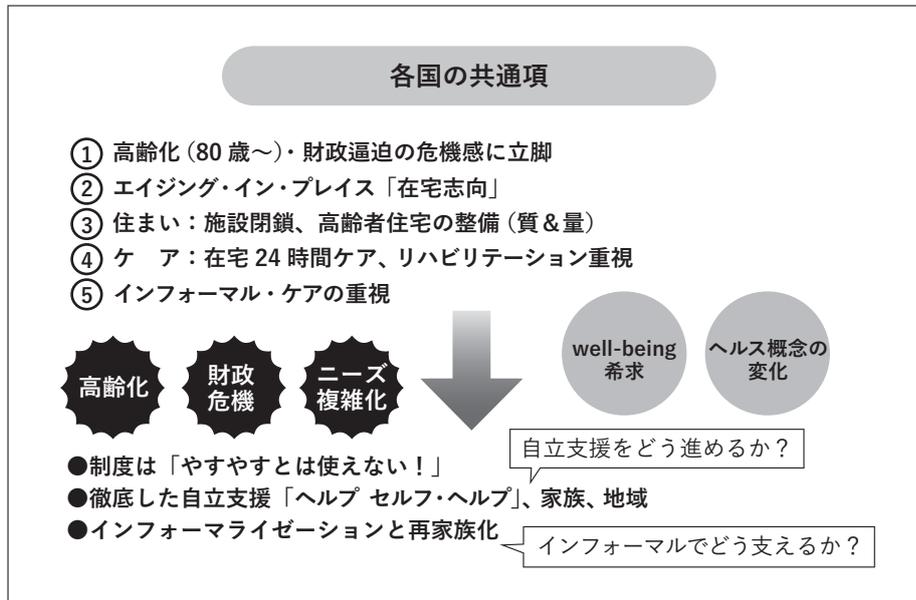
欧州を中心とする対象諸国では、少子高齢化、戦後のベビーブーマーの高齢化、人材不足に対して強烈的な危機意識を持ち、制度のサステナビリティを確実にするための制度改革を大胆に進めている。その背景には、人口問題だけではなく、疾病構造の変化や人々の意識の変化も存在している(図表1)。

病気の主流は感染症ではなく、慢性疾患へと移行している。高齢者だけでなく、多くの人々が「病気とともに生きる」時代である。また、アルコール依存症、自殺、肥満など、精神保健や生活習慣など日々の暮らしに原

因をもつ健康問題が増えてきており、これまでの医療とは異なるアプローチが求められるようになった。オランダの Huber (2011) は誰もが疾病とともに生きていかなければならない時代に WHO の健康定義はそぐわないとして、健康を「社会的、身体的、情緒的な課題について、適応しセルフマネジメントする能力」として再定義している。本人が自分の暮らしの中心にいて生きがいを持ちながら、レジリエンスを発揮して生きていく姿を「健康」と捉えており、この「ポジティブヘルス」の考え方は世界で共感を呼んでいる。

人々の意識も変化しており、「できないこと」に対して専門職がサービスを提供すれば事足りる時代ではない。人々は一人ひとり異なる well-being の重要さに気づいて、

図表1



出典：筆者作成

「自分自身の人生を自分で考えながら生きていきたい」という気持ちを強めている。万人共通の喜びや楽しみを追求する Hedonic Well-being から、その人にとって大切な意味のある Eudaimonic Well-being への転換である。「専門職は支える人で、利用者は支えられる人」というパターンリスティックなサービス提供では問題解決できないことに、多くの人々が気づき始めたのである。

2. 基本的な理念

(1) 「サービス提供原則」から「Well-being 原則」へ
(「アセットベースト・アプローチ」「パーソンセンタード・アプローチ」)

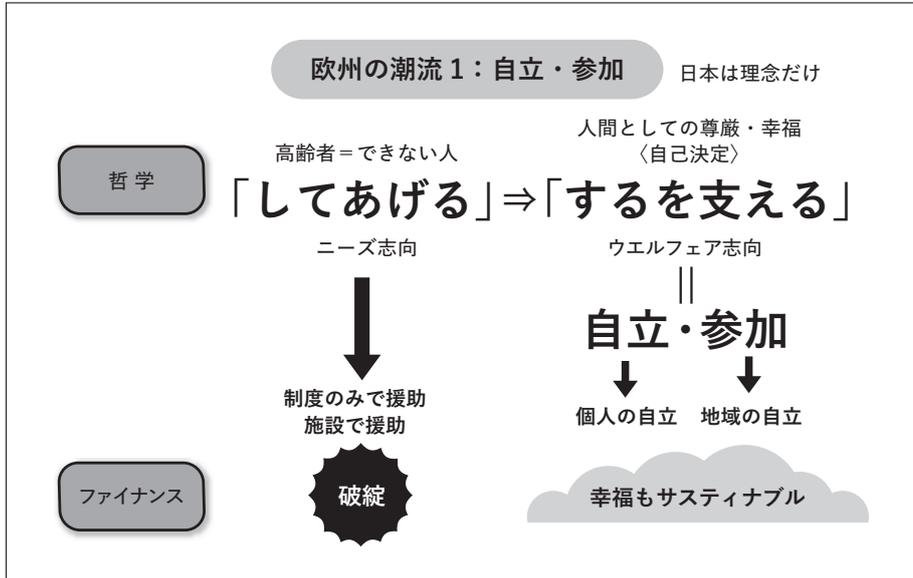
社会の変化を背景に、「できないこと」に対するサービス提供から「できること」「したいこと」の支援へと、戦後の福祉国家のパラダイムは大きく転換している。

「できないこと」へのサービス提供はその人の依存を高めて、ニーズの増大を招く。これは、本人の well-being、つまり、生きることの意味や喜びの向上につながるばかりか、制度破綻を招く(Garven et al., 2016) (図表2)。well-being という言葉は、「Health and well-being」と並列して使用されることが多い。ヘルスが身体面であるのに対して、well-being は精神面・社会面に関連し、個々人が「自分の生活を主導していく」先にある幸福感や生きる意味・喜びという意味が含まれている。

「できないこと(ニーズ)」ではなく、「できること(アセット)」「したいこと」「本人にとって重要なこと」を対話によって引き出し、地域を巻き込みつつ、その人の well-being を高めていこうというのが各国の共通した理念である。

これは、近年注目を浴びている「アセットベースト・アプローチ」の考え方にも一致する。このアプローチでは、「できないこと」に対してサービス提供する福祉国

図表 2



出典：筆者作成

家のやり方では限界があるとして、個人やコミュニティがもつポジティブな能力（アセット）の活用と、健康や well-being の向上を強調する。専門職の見立てや価値観は脇において、本人がしたいことに沿って支援し自信を取り戻そうという「パーソンセンタード・アプローチ」とも重なる部分が多い。

イギリスでは、2015 年、ベバレッジ報告（1942 年）以来の大改正で「ケア法 2014」を施行したが、その第 1 条には「Well-being 原則」が掲げられている。専門職からの医療・看護・介護ニーズだけでなく、社会的ニーズや生きる意味なども含めて本人の well-being を包括的に捉えてサポートしていこうという方向である。オーストラリアでも、「My Aged Care Act 2015」によって個人の自立性を最大限に引き出し、個人の強味、能力、ウェルネスに焦点をあてて、「doing for してあげる」から「doing with 一緒にする」ケアを進めている。

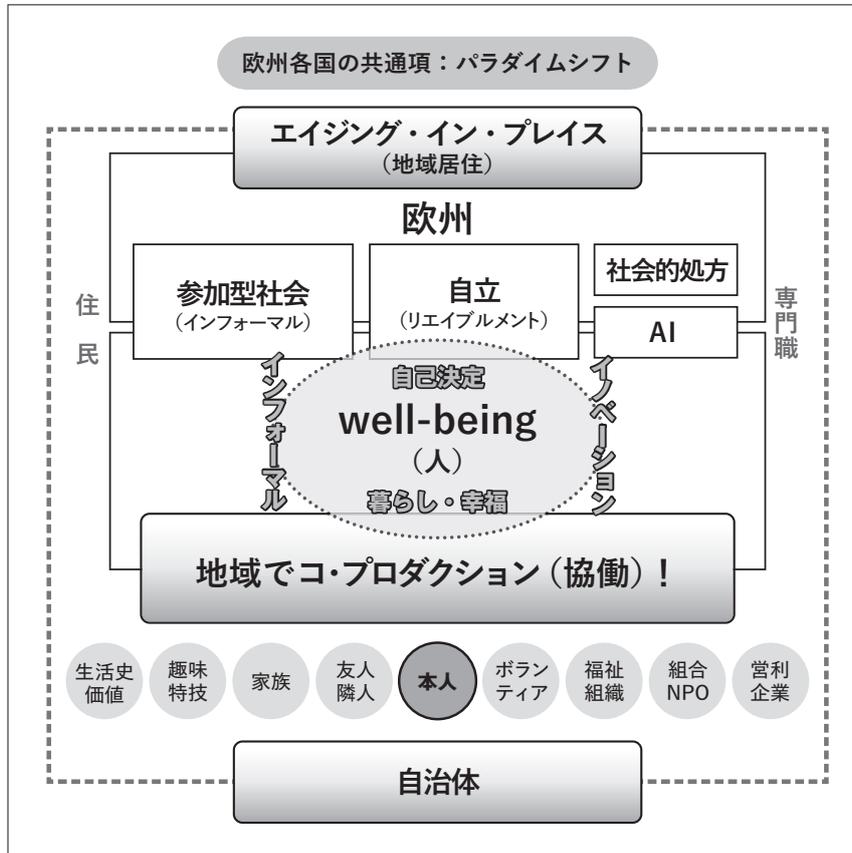
(2) 「専門職解決」から「地域解決」へ

戦後の福祉国家では「できないこと」に目を向けて制度設計し、それが公共の仕事であった。「できないこと（ニーズ）」から「できること（アセット）」への視点転換は、「専門職サービス」ではなく、「人」と「地域」を支援の中心に据えることを意味する。

「人」の well-being に目を向けた時、見えてくるのは「カフェでビールが飲みたい」「買物に行って、自分で商品を選びたい」など、ごくありふれた日常の生活風景である。専門職のサービスは専門化されて限られているため、生活の全体が見えないことが多く、専門職だけでは解決できないことが多い。「Well-being 原則」による支援では、隣人や友人やボランティアなどの地域の資源を厚くすることで「地域解決」できる課題が多いのである。

また、疾病構造やニーズ構造の変化に伴って、支援の対象は教育・住宅・雇用・仕事も含めた広い領域にまたがっており、専門職だけではなく、ボランティアや既存の制度も含めて地域一体となって取り組んでいく

図表 3



出典：筆者作成

必要が生まれている。

オランダでは、支援の相談にやってくる人に自治体が組織するソーシャル・ヴァイクチーム（社会福祉地域チーム）が問いかけを行う。

「あなたは何かができますか？友人知人は？地域のボランティアは？それが無い場合に、はじめて医療保険・介護保険が使えます」と。本人は自分の well-being を最もよく知る存在であり、その本人を問題解決の主体とする時、支援のあり方は大きく変わる。その人の日常をよく知る家族・友人や地域のボランティアが、専門職とつながりながら、コ・プロダクション（協働）していく時代なのである。

(3) 「人」と「地域」が中心の福祉と「コ・プロダクション」

「専門職解決」から「地域解決」へ。各国で起こっ

ているパラダイムシフトは、「人」の well-being を実現し、「地域」での支え合いを醸成してゆたかなアセットを育てていこうというものである。その結果として、公的サービスの膨張が抑えられる。

医療者も地域に関心を示し、公的サービスを提供する介護提供事業所も同様である。

医療者は、薬の処方や専門医療への紹介だけではなく、地域のアセットにつなげることによって患者の健康や well-being 向上を目指す「社会的処方」を始めている。また、健康は貧困・教育・雇用・住宅などと密接な関係にあるので、治療や薬の処方をするだけではなく、地域を歩き、地域住民の暮らしに触れて、関係部署とコ・プロダクション（協働）していくことの重要性を認識し、そのような行動に努めている（図表 3）。

まさに地域の時代であり、地域にゆたかな資源が必

要とされている。こうした地域の資源は従来あったにも関わらず、タテ割りのために、あるいは専門職組織の抱え込みのために、バラバラにあるいは重複して活動していた。それらを乗り越え、医療・介護・地域が対等なパートナーとして協働することが目指されている。

(4) 自立と社会参加、主役、力を持つ人

こうしたパラダイムシフトの中心にいるのは「人」である。「できないことに悩む人」ではなく、自立する力を持ち、能力があり、自分の well-being やウェルネスに向かって歩いていこうとする人である。「できないこと」について制度に依存する人ではなく、自分の人生に責任を持つ人なのである。

パラダイムシフトと呼ぶにふさわしい変革に通底する価値は、その人を「力ある人」と見る人間観と、「自立と社会参加」を目指す社会観である。

「人」と「地域」を中心とした新しい社会では、支援のあり方も大きく変容する。

3. 着目したい施策

調査対象国では、制度のサステナビリティを堅持するために改革を断行し、成果を挙げていた。具体的施策をまとめる。

(1) 「機能改善の可能性」見極めによる

サービスの重点化とケアマネジメント

まず、人々の「できる」に焦点をあてて well-being を高める支援においては、ニーズ認定の初期において「機能改善の可能性」を見極めることの重要性が挙げられる。改善可能性がある場合はリエイブルメント等を提

供して、well-being に満ちた暮らしを支えることで介護サービスの抑制へと導いている。もちろん、改善可能性が低い人に対しては、自立的環境を整えた上での介護提供も保障している(図表4)。

次に認定の手法とアウトプットである。ドイツでは2017年に、「介護の手間」から自立性評価へと介護鑑定基準を改正している。オランダの介護保険でも「介護の手間」によるレベル分けではなく、個々の生活状況やニーズに着目する「ケアプロファイル」の形でアウトプットし、査定時に必要な支援内容を示唆する工夫をしている。ケアプロファイルは、高齢者や精神障害者、身体障害者など6領域に分けられており、それぞれに複数のケアプロファイルがあり、全体で33となっている。「できる」「したい」に基づいた Well-being 原則の支援を貫くには、要介護認定方法も変化が求められるのである。

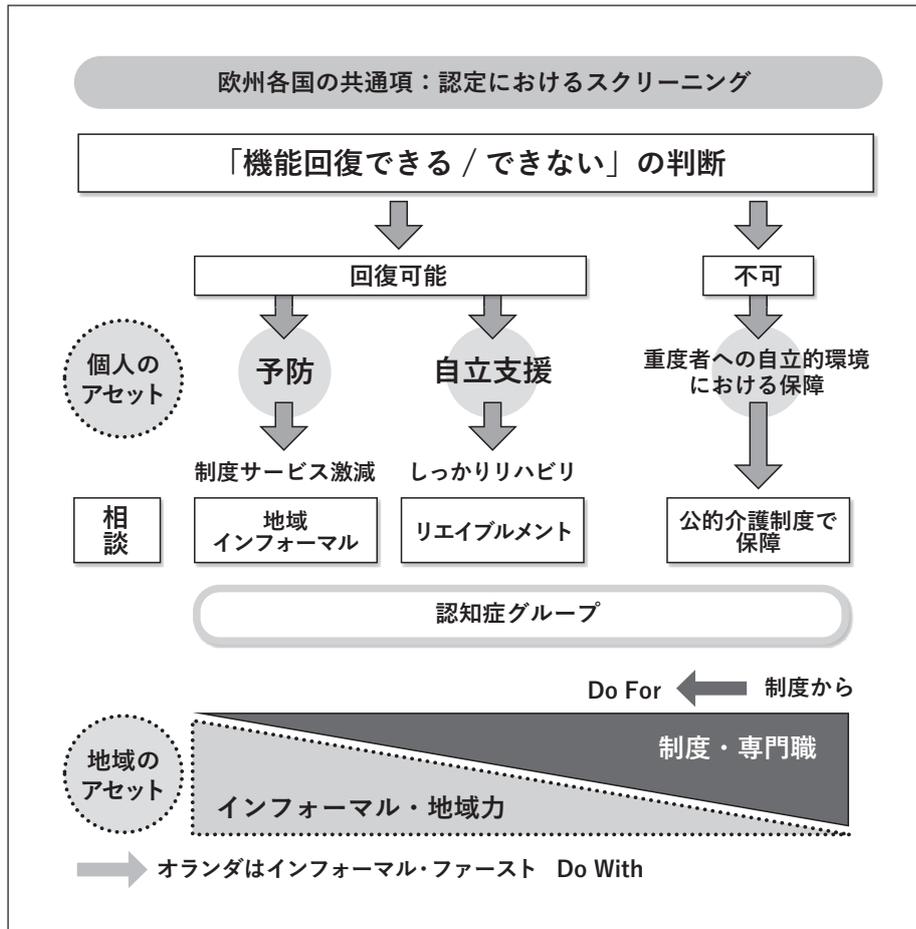
次に、公的サービスの絞り込みである。オランダでは、膨張しすぎた旧介護保険を見直し、2007年に家事支援を、2015年にはデイ・アクティビティを社会支援法(WMO)へと移行して市町村管轄とした。イギリスでも家事支援はボランティア・セクターに任せ、身体介護などの社会サービスについては所得要件を厳しくして受給対象の絞り込みを行っている。

公共の仕事は、できないことに対してサービス提供することのみではない。地域を育てつつ人々の well-being を高めることであり、その結果としてサービス供給量が減少している例が多い。

(2) リエイブルメント

リエイブルメント・サービスとは、日常生活の中での機能低下に対して、あるいは病院退院後の在宅復帰の際に、具体的な目標を定めて、期間限定で集中して行う日常生活機能の回復訓練である。とくに前者の場合、

図表 4



出典：筆者作成

機能改善可能性のアセスメントが必須要件となる。

また、身体機能の改善のみを目指すのではなく、本人がしたいことに沿って支援し自信を取り戻すこと、地域の資源を活用してその人なりの well-being をめざすことがコア要素となっている。

イギリスにおいては、その実践過程はまさに「ヘルス(国)とケア(自治体)の統合」であり、両者の統合が進められている大マンチェスター地域では独自の統合チームを組織してユニークな展開がなされている。また、

デンマークでも、2015年に社会サービス法を改正して、「介護の前のリハビリ」を義務付け、人々の well-being 向上ばかりでなく、在宅ケア削減という実質的効果を上げている。

(3) 社会的処方

医師は治療をして処方箋を書いて薬を処方する。社会的処方とは、地域の資源に目を向けて「地域サービス(芸術や歌のクラスなどの活動を含む)へつなげるこ

とにより、患者の健康や well-being、福祉向上]をはかろうとするものである。

とくに注目したいのは、社会的処方とは患者にとってのオルタナティブを提供するだけでなく、コミュニティとプロフェッショナルとのパートナーシップを強化する働きがある点である (South, J. et al., 2008)。

社会的処方を推進するためには、医療者がその必要性に気づいて一人ひとりの well-being や地域に目を向けること、地域にゆたかな資源があること、さらにその資源につなげる機能が重要である。英国の NHS (国民保健サービス) では、社会的処方を医療サービスと同様に普及させていこうという方針を掲げており、リンクワーカー、ケアナビゲーター、コミュニティ・ナビゲーターなどさまざまな職種が整備されつつある。GP を経ずに直接相談できるソーシャルプリスクライバーも存在している。

社会的処方は、地域資源の活用を進めるオランダでも注目を浴びており、家庭医を中心としてソーシャル・ヴァイクチームとの連携の中で地域ケアに取り入れられている。

(4) ゆたかな地域のアセットとコ・プロダクション

「できないこと」ではなく「できること」に着目して、地域とともに一人ひとりの well-being を高めていく支援を展開するには、地域にゆたかな資源が存在していることが必須である。また、その資源を地域住民とともに作る過程が「地域づくり」「まちづくり」であり、地域に暮らす人々の絆の強化へとつながる。

福祉国家の時代には、公共から立派な施設が提供された。しかしながら「自立と社会参加」の時代には、例えば地域住民が地元商店と協力して買物しやすいまちづくりを進める、高齢者の移動支援をボランティアが

行うなど、地域の資源が多彩に開発されていく。

また、ゆたかな地域資源の存在に加えて、イギリスではチャリティ団体が、オランダでは福祉組織が専門職と対等なパートナーとして協働する「コ・プロダクション」を進める上で重要な役割を果たしている。

4. 各国の概要

(1) オランダ

(人口 1,740 万人、高齢化率 19.6%、2019 年)

オランダのヘルスケアは、医療保険法 (ZVW)、介護保険法 (WLZ)、社会支援法 (WMO)、若者法 (Jeugdwet) で成り立っている。2006 年には医療保険に市場原理を導入し、2015 年には権利意識による利用のために膨張しすぎた旧介護保険 (ABWZ) をスリム化するなど、「自立と社会参加」に基盤を置いたヘルスケア改革に大鉦をふるっている。

旧介護保険からは、家事援助 (2007 年)、デイ・アクティビティ (2015 年) 等が自治体管轄の社会支援法へと移行され、新介護保険では、その対象が施設入所レベルの重度者へと絞り込まれた。自治体の責務は重くなり、各自治体には相談窓口「ソーシャル・ヴァイクチーム」が設けられた。相談者に対して「あなたは何ができますか？ 家族・友人は？ 地域のボランティアは？」と問いかけ、医療保険・介護保険などの制度的サービスは最後の手段としてというよりもむしろ、インフォーマル資源の補完として位置付けられている。

一連の改革の狙いは、人々を「自分の暮らしに責任を持つ主体」として位置づけ、徹底して「できること」に焦点をあて、地域の資源を活用しながら、「Well-being 原則」で一人ひとりの幸福を実現する支援である。こ

これらの実践は、「WMOの強化によって、WLZを抑え込む」ことにつながるのである。

地域には、専門職がボランティア活動をコーディネートすることによって生活課題を解決する「福祉組織」が豊かに存在し、権利擁護から生活支援まで、人々の well-being にあふれる日常生活をサポートしている。また、ソーシャル・ヴァイクチームではボランティアを含む地域の協働を進めている。

(2) デンマーク

(人口 580 万人、高齢化率 20.1%、2019 年)

デンマークでは租税方式によって、広域保健圏域（県が統合したもの）が医療を、自治体が介護（社会サービス）を提供している。定期巡回型の 24 時間在宅ケアが、非常によく整備された国である。

2013 年、「在宅介護の未来」という報告書が出され、在宅ケアが「ニーズをサービスに直結させる」古い福祉国家型のものであるとして、パラダイムシフトの必要性がアピールされた。2015 年には社会サービス法が改正され、介護サービス提供の前にアセスメントを行い、機能改善の可能性がある改善グループにはリハビリを義務付けた。これはリエイブルメントと呼ばれ、「以前のように犬を連れて散歩したい」などの日常生活を目標として短期集中のリハビリを行うものである。その結果、介護サービスが不要な状態まで改善する高齢者が増え、在宅ケア利用率は 65 歳以上高齢者の 17% (2011 年) から 11% (2017 年) まで減少している。この時、改善が難しいとされるグループには、自立的環境における必要な介護が保障された。

デンマークでは 2015 年尊厳政策により全地域にボランティア・センターが設置されるなどボランティア活動の振興にも力が注がれている。

(3) イギリス

(人口 6,643 万人、高齢化率 18.3%、2018 年)

イギリスでは租税方式によって、医療は国民保健サービス (National Health Service : NHS) として国から、介護はソーシャルサービスとして自治体から提供されている。

2018 年、NHS は今後 10 年の長期ビジョンを発表し、「ヘルスケアの中心にいるのは本人であり、決して専門職ではない。プライマリー・ケアをより地域に密着した形で提供し、医療と介護の統合を進めて、病院への入院を回避する」という方針を打ち出した。

ソーシャルサービスでは 2015 年に、1948 年以來の大改正である「ケア法 2014」が施行され、第一条に「Well-being 原則」が掲げられた。かつては、ニーズがあれば介護サービスが提供されたが、今後は、一人ひとりの well-being をアセスメントし、就労や教育、余暇、社会への貢献も含めて、包括的な支援が目指されている。そのためには、個人やコミュニティの資源を活用しつつ、地域のさまざまな組織・団体とも協働していくことの重要性が指摘されている。

イギリスでは、医療者も地域への関心を高めており、地域資源を活用して個人の well-being を高める社会的処方、NHS の持続可能性に寄与するものとして期待されている。また、リエイブルメントは「国の医療と自治体の介護の統合」という意義もあり、両者の統合が進められている大マンチェスター地域の自治体で積極的な事例が見られる。医療的ニーズのみではなく社会的ニーズの重要性や地域の意義が認識され、地域一体となった「コ・プロダクション」が開始されている。

(4) オーストラリア

(人口 2,536 万人、高齢化率 15.9%、2019 年)

オーストラリアは連邦政府、6州と2つの特別区、地方自治体の3層構造で成り立ち、高齢者介護は連邦政府がルールを作り、州が管理をし、自治体でサービス提供している。

2015年7月より「My Aged Care Act 2015」によって、自立性を最大限に引き出し、個人の強み、能力、ウェルネスに焦点をあてて、「doing for してあげる」から「doing with 一緒にする」ケアを進めている。

生活課題が生じた高齢者はまず My Aged Care に登録してスクリーニングを受け、軽度者は基本的評価 RAS (Regional Assessment Service)、中重度者はより詳細な医学的評価を含む ACAT (Aged Care Assessment Team) のアセスメントを受ける。スクリーニングでリエイブルメントの可/不可を評価し、本人の目標を達成するために、利用者と専門職が協力してサポートプランを作成する。この過程を通じて重視されるのが本人のウェルネスであり、「人々の自立および自律を最大化する援助」が目指されている。

オーストラリアではコミュニティ・センターや公民館が多く、「ウェルネスやリエイブルメントはコミュニティで実現される」という理念に基づいて、助成金、中間支援団体も充実している。身体介護等の在宅サービスは民営化の途上にあり、移送サービス等も市や NGO 組織から多彩に提供され、今後ますますボランティアの活躍が期待されている。

(5) ドイツ

(人口 8,229 万人、高齢化率 21.7%、2018 年)

ドイツでは、「家族の介護が一番」という価値観があり、介護保険は家族介護の部分を補うという意味で「部分保険」の位置づけとなっている。

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、介護鑑定的大幅な改定が行われた。「介護の手間」を測る評価から「本人の能力と困難」に焦点を合わせて活動の自立度を測る評価への転換である。

介護保険法(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要介護者を支援する」と謳われており、2017年の改正では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)。

ドイツではボランティア活動が盛んであり、2002年、介護保険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。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置いたボランティアによる助け合いを統合するための模索が続けられている。(詳しくは、吉田恵子氏による第2章12節を参照されたい)

【参考文献】

- i) Garven, F., Mclean, J., Pattoni, L. (2016). Asset-Based Approaches: Their rise, role and reality, GB: Dunedin Academic Press.
- ii) Huber, M., Knottnerus, J., et al., (2011) 'How should we define health?', "BMJ", 343-d4163
- iii) South, J., Higgins T. J, Woodal, J., Thite, S. M., (2008), Can social prescribing provide the missing link ?, Primary Health Care Research & Development, 9, pp.310-318

2) リエイブルメント

鎌田 大啓

(株式会社 TRAPE 代表取締役 / CWD (Chief Well-being Designer) /
大阪大学医学系研究科保健学専攻招聘教員)



リエイブルメント・サービスは、イギリスで始まったサービスで、いったん心身に問題が生じた高齢者などが「元の生活を取り戻す」ためのリハビリテーション専門職を中心とするチームが短期集中で支援するサービスであり、その基調となる考え方は「well-being」である。

チームでは OT が主導的な役割を果たし、医療的な課題のある人以外には全人的なアセスメントが行われる。チームは専門職の混成チームで、情報交換のミーティングは随時行われ、本人の変化に伴ってケアプランは柔軟に見直される。

「元の生活を取り戻す」ことが目標であることから、地域との連携に重点が置かれ、本人のサービス終了後の地域参加も共に考えていく。

実施している自治体では、評価も行われ、高い回収率、地域への参加率が示されている。

またリエイブルメントはイギリス以外にもデンマーク、オーストラリアでも注目されており、実践が積み重ねられている。

1. 背景

リエイブルメント・サービスは、心身に問題が生じた高齢者などが「元の生活を取り戻す」ためにリハビリテーション専門職を中心としたチームが短期集中で支援するサービスである。

このサービスが注目を集めるのは2つの意味合いがある。

まず、いったん支援が必要な状態になっても個々の高齢者がその後も well-being な状態を保つためである。つまり生活の質の確保でありその内容は、機能的能力と自律性、自信と自尊心につながるエンパワメント、コミュニケーションと社会的関与、コミュニティの大切なメンバーであるという感覚をもつなどである。

そしてもう1つの意味合いはケアシステム、公衆衛生

の持続可能性の確保である。

以下ではイギリスにおけるリエイブルメントについてみていきたい。

イギリスのケアの源流は「well-being」にある。

イギリスでは2000年に政府によって策定された「全国高齢者サービス・フレームワーク」(National Service Framework for Older People)においてパーソンセンタード・ケアなどとともに、不必要な長期入院・入所を回避するための地域ケアを重視する「中間ケア」がすでに強調されている。そこでは「健康と well-being」がつねに同列に扱われている。そこでは「効果的な治療とリハビリテーションを含む包括的ケアプランをうむ包括的アセスメントに基づいて提供され」「自立を最大化し、患者/ユーザーが在宅を続ける/とりもどす」ことが原則となっている。

そして、2014年に改正された Care Act (ケア法)の

第1条が「個人の well-being の促進」という項から始まり、その流れは一層強調されるようになっていく。

また、英国保健省の「well-being：ヘルスポリシーにとって重要な理由（Well-being：Why it matters to health policy）」では、well-being の定義を「気分が良くなり、機能が良好であることを意味する」としている。また well-being の要素は「個人の人生経験において満足度（自己評価）、前向きな感情（hedonic 快楽的な幸せ）、有意義性（eudaimonic 努力による幸せ）などの側面や十分な食料、身体的健康、教育、安全性などの側面を含む、基本的な人間のニーズと権利に関する仮定に基づいている」と記載している。イギリスの施策はこれらの要素をいかに国民1人1人において実現させていくかが大きなポイントとなっている。

リエイブルメント・サービスは、以前より国民保健サービス（NHS）と自治体によるソーシャル・サービスの両方から提供される改善の可能性のある対象者向けの無料サービスであった。この両者の統合という近年の大きな流れの中で、本人の可能性を見出し、対象者が自身にとって意味のある well-being な日常生活を取り戻すために自信とスキルを手に入れる事をサポートするサービスとして改めて重要視され、現在イギリスで奨励され、多くの地域で広がっている。

2. リエイブルメントを含む 中間ケアの重要ポイント

このように重要視されているリエイブルメントを含む中間ケアの品質の標準化のために英国国立医療技術評価機構（NICE）のリエイブルメント・サービスについてのガイドラインには重要ポイントがまとめられている（図表1）。

この中では特に、本人の意欲に依拠すべきこと、アセスメントにより効果が見込まれる対象者にはサービス提供以前にリエイブルメント・サービスを検討すべきこと、目標を明確にして本人の社会的な復帰を目指すことが強調されている。

なお、ケアの目標は、定期的に見直し、様々な組織のスタッフが協力して、統合された形で業務を展開する（合同での会議や研修を繰り返し、多職種チームワークを重要視する）。

進め方の方法は全国一律ではない。サービスの提供主体も、地方自治体あるいは NHS が実施する場合も委託する場合もあり、またこの両者の統合チームが責任を持っている場合もある。なお、予防によってケア供給ニーズを減らしていくということは2014年のケア法によって自治体の法的義務（Statutory）となっている。サービスは基本的に自宅に訪問して行われるが、病院・施設で行われることもある。

また、医療サービスとして行われる一般的なリハビリテーションとの違いは、リエイブルメントにおいては医療を担う NHS と自治体が責任を持つソーシャル・サービスが協働し統合された計画の下で進めることが推奨されている点、本人の身体機能のみならず日常生活の維持と社会的な活動維持を重視している点である。

現地インタビュー（リディア・フィンチ氏 リエイブルメント運営管理者 ロンドン ベクスレーカウンシル）ではリハビリテーションとリエイブルメントの違いについて「相違は、多職種、住民側などコミュニティ側が関わるのがリエイブルメントで、セラピストのみが関わるのがリハビリテーションだ。リハビリテーションはよりメディカルの方に関連していて、リエイブルメントは本人が人生で何をどのようにしたいのかという部分を含む」としていた。

図表1 リエイブルメントを含む中間ケア

1. 自立支援	本人の達成したいこと、潜在力、動機付けになるものを見つけて自信をつける。 本人が着替えや食事などでたいへんであっても自動的に介入しない
2. 連携	かかりつけ医師、リハビリサービス、ボランティアなどの連携チームでコミュニケーション、 情報共有を促す仕組みを作る
3. 支援対象者	在宅で日常生活が徐々に困難になっている人や、入院リスクがある、または入院中で自 立度回復のために支援を必要としている人
4. サービスを提供する場合	アセスメントを行い、リエイブルメントによって自立度向上ができそうな人には第一の選 択肢としてリエイブルメントを行う。在宅ケアをすでに受けている人にも再アセスメント プロセスの一環としてリエイブルメントを検討する
5. 目標の明確化と社会活動の促進	本人の well-being、願いを考慮して具体的で測定可能なアウトカムを設定する。 社会的活動や楽しみの活動への参加は合理的な目標である

(英国国立医療技術評価機構(NICE)のガイドライン Intermediate care including reablement より要約抜粋)

3. リエイブルメント・チーム

リエイブルメント・サービスはチームで行われるので、チームのスキルとリエイブルメントの原則に関する深い理解が、リエイブルメントを成功させるための鍵とされている。

リエイブルメント・サービスの提供にあたってはリハビリテーション専門職が大きな役割を果たしている。その中でも OT の役割が目目される(図表 2)。イギリスの OT は従来ソーシャル・サービスの中では機器利用などを中心とした業務を行っていたが、リエイブルメント・サービスでは以前に増して大きな役割を担っている。下に述べる大マンチェスター ウィガンカウンシルでも OT が市のリエイブルメント・チームのリーダーを務め、必要に応じて GP、PT、栄養士などと連携しながらサポートワーカー(介護士)の指導に当たっていた。

リエイブルメント・サービスの具体的なプロセス

(大マンチェスター ウィガンカウンシル(人口約30万人)のリエイブルメントチームリーダーの発言)

(1) リエイブルメント・サービスの考え方

・従来、専門職は対象者がサービスを求めてきたら「あなたはこのサービスを受けることができますよ」という言い方をし、サービスを提供することに終始していた。故にコミュニティ組織やチャリティ、ボランティア・セクターを活用すること、医療と一緒に取り組むこと、予防へのフォーカスなどは限定されていた。一方リエイブルメントでは逆に、well-being や、QOL、その人自身が自分の生活のことをどう感じているのか、どのような生活を目指すのかをまず考えるのでサービス提供を第一に提供するようなことはしない

(2) リエイブルメント・サービスの位置づけ

・予防へのアプローチは自治体の法的義務(Statutory)であるとされており、その最重要な手段としてリエイブルメント・サービスは位置づけられている

・複雑なニーズ、医療課題を持った人以外は全員がエイブルメント・チームによるアセスメントを受ける。原則はまずリエイブルメント・サービスから始まり、高齢者の可能性を向上させる、改善させるを目指し、

図表 2 リエイブルメントの役割と原則

<p>リエイブルメント・チームは、多くの場合、リエイブルメント・アセッサー（評価者）、リエイブルメント・サポートワーカー、作業療法士で構成される。ただし、一部の地域では、理学療法などの他の分野も含まれる場合がある。</p>	
<p>リエイブルメント・アセッサー</p>	<p>リエイブルメント・アセッサーつまり作業療法士は、日常生活動作のすべての側面で個人のベースラインを測定する評価プロセスを実行する。その後、病院や自宅でサービスを利用する人と一緒にサポートプランを作成し、達成すべき成果を特定する。</p>
<p>作業療法士</p>	<p>研究と実践からのエビデンスは、最も成功したリエイブルメント・チームが作業療法の貢献があることを示唆している。作業療法士を巻き込むための決まった方法はない。彼らはさまざまな方法でリエイブルメント・チームに貢献することができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リエイブルメント・ワーカーのトレーナーとして ・リエイブルメント・サービス提供前後の査定人として ・リエイブルメント・チームのマネジャーとして <p>作業療法士はリエイブルメントチームの一部ではない場合もあるが、彼らの専門知識にリエイブルメント・ワーカーが簡単にアクセスできるように同じチームに配置されることもある。</p>

Role and principles of reablement Published February 2020 <https://www.scie.org.uk/reablement/what-is/principles-of-reablement>

結果としてケアパッケージのニーズを減らしていく

- ・この取り組みは、もう介護サービスは提供していないという意味ではなく、自分がしたいコミュニティ活動をするのが楽しくできるのであれば、本人も well-being な状態となり結果的に介護者の世話になる部分も大きく減らすことができるということである
- ・毎月 200 名を受け入れており、病院から紹介される場合が 7 割、コミュニティからが 3 割となっている
- ・脳卒中の場合などでは、病院でのリハビリ後にリエイブルメントに来ることもある

(3) リエイブルメント・チーム

- ・チーム構成は地域医療とソーシャル・サービスのジョイントチームで、公務員である
- ・チームは全体で約 80 名、OT・PT が 15 名。栄養士もいる。PT と栄養士は常駐ではない。他はリエイブルメントのトレーニングを受けたリエイブルメント・ワーカー（介護職）。男性は 6 名のみ

(4) アセスメント/ケア計画

- ・アセスメントは OT 中心で自宅で行う
(PT、ソーシャルワーカー、病院、コミュニティもかわる場合もある)
- ・アセスメントはメンタル、フィジカル、ソーシャル、well-being を含めた全体的（ホリスティック）なものである
- ・対象者のケア計画において、チームリーダーは対象者と多くの時間を割いて対話し、対象者が真に希望することや、望むこと/必要なケアが何か、どのようにケアを提供してほしいかについて理解するよう努める
- ・従来は「何が問題ですか」「何に困っていますか」と対象者に聞いていた。しかし、新しい会話はそうではなく、「何ができるのか」「どんな才能があるのか、何をもっと積み上げていけるのか」、「人生にとって何が重要なのか」を考える
- ・認知症でも重症でない限りは受け入れる

(5) サービス提供

- ・トレーニング内容は、機器使用テクニック、能力向上、階段使用方法、コミュニティ内移動（モビリティ）など
- ・必要に応じて買い物同行なども行う。リエイブルメント・ワーカーは服薬サポートの訓練も受けている
- ・リエイブルメント提供事務所では多種多様な会議が頻回に行われている
- ・2週間毎に、多職種によるフォーマルなレビュー会議が行われ、その討議内容によって対象者のケアプランおよびニーズは定期的に見直される
- ・その他にもデイリー・ミーティング、ウィークリー・ミーティングを実施する。デイリー・ミーティングは短期的な目標に関して、ウィークリー・ミーティングは長期的なプランニングに関して討議する
- ・日常的に同じ事務所のスタッフ同士は頻繁に小さなミーティングを持っている
- ・地域看護師や、PT などの医療サイドの専門職と一緒に統合的なサービスも提供している
- ・リエイブルメント・サービスは最長6週間で、それ以前に終わることもある
- ・サービス期間の6週間内で、コミュニティのアクティビティに対象者を結び付ける。例えば、ある高齢の女性は毎日介護者が来て洋服を着せてもらって食事を作ってもらっていたが、地域の刺しゅうのクラスに参加するようになった。今まではこのようなことはなかった
- ・アクティビティやコミュニティに、もっと人々がつながることを目指しているが、そのためにはコミュニティでどういうものが利用可能であるのかソーシャルワーカーや OT が理解していなくてはならない。そこにギャップがあれば作っていかなくてはならない
- ・ソーシャルワーカー・OT は、コミュニティのパートナーと密接に仕事をすることになりコミュニティをよく知るようになった

- ・サービスが終わったところで、今後長期間の介護サービスが必要か否かを判断し、必要があればソーシャルケア・チームに紹介する

4. 効果

以下に海外文献と英国インタビューからリエイブルメント・サービスの効果についてまとめる。

英国国立医療技術評価機構の『リエイブルメントの潜在力を最大化させる (Maximising the potential of reablement)』では以下のような調査例を紹介している。

リエイブルメントは、対象者の独立性を向上させ、在宅生活能力を延長し、ケア時間の必要性を削減する。最良の結果では、リエイブルメント・ユーザーの最大63%が6～12週間後にサービスを必要としなくなり、26%が在宅ケア時間の要件を減らしている。

イギリスでの研究では、同じ期間に従来の在宅ケアを使用したグループと比較して、健康関連の生活の質 (EQ-5D を使用) で、通常の在宅ケアを使用している人で43%が通常の活動を実行できなかったのと比較して、リエイブルメントの対象者は23%であった。

オーストラリアのランダム化比較試験は、3か月および12か月のフォローアップで、リエイブルメント・グループが在宅ケアグループよりもパーソナルケアを必要とする可能性が大幅に低いことを発見した (3か月: 44.3% 対 16.8%; 12月: 47.2パーセント対 20.3パーセント)。

また、国際長寿センターの海外インタビューでは訪問先の責任者から以下の報告があった。

・大マンチェスター ウィガンカウンシル

2018年、病院、コミュニティチームから2,224件の紹介を受け、リエイブルメントが終わった後、リエイブルメント・サービスを受けた方の72.78%がフォーマルケアが不必要となった。これにより、予算的にはかなりの

節約になった。

・大マンチェスター ロッチデールカウンシル

2017年～2018年において、リエイブルメント・サービスを使った方は1,373人でリエイブルメント改善率は79%であった。2018年～2019年では、1,405人が利用しており、リエイブルメント改善率は81.2%であった。

・ロンドン マートンカウンシル

2018年、552のサービス対象者がリエイブルメントに紹介され、72%の対象者は自立となり、リエイブルメントの終了時には長期介護ニーズが無くなった。また28%の利用差のケアパッケージが縮小され、2人介護から1人介護に移行するか4回訪問が1～2回訪問になり長期介護ニーズが減った。

・ロンドン ベクスリーカウンシル

サービス対象者の67.5%が、自立状態または軽度の支援ニーズのみでリエイブルメントを終了した。

「ロックウッド虚弱スコア(Rockwood Clinical Frailty Score)」において、リエイブルメントの終了時には、クライアントの56.6%で虚弱スコアが改善した。また、ダブルハンド(介助に2人を要する)からシングルハンド(介助を1人で行う)のケアパッケージへ移行し、61%の対象者はダブルハンドからシングルハンドのケアへと、ケアニーズが低下した。

5. イギリス以外の国の リエイブルメント・サービス

(1) デンマーク

デンマークでは2013年に「在宅ケア委員会報告書：未来の在宅ケア」がまとめられた。この報告書では、高齢者が増え、税収の増加が見込めない未来に向けて「機能回復が可能かどうか」を見極め、可能な人には「介護の前にリハビリ」を提供することが推奨された。

「在宅ケア委員会報告書：未来の在宅ケア」 での提言

- ① 予防に力を入れる
- ② 在宅ケアにおけるリハビリの充実
(介護の前のリハビリ)
- ③ 重度要介護者の保障
- ④ ITの導入
- ⑤ ボランティア活動の活性化

これに基づき、2015年に社会サービス法の改正によって上記の内容が法制化された(83条)。②が実質的にリエイブルメントに当たる。

まず、「改善の可能性がある」と判定された人の自宅へ家庭リハビリ・チーム(OTと看護師、介護士)が派遣され、本人の状況と家屋環境のアセスメントがなされる。そして、本人の希望を軸に具体的な生活の目標を立てること(person-centered)、そして、モチベーションを高く保ちつつ、「できた!」ことに喜びを感じながら進めるアプローチが導入される。まさに、本人のwell-beingに軸を置いたリエイブルメントと言える。

「リエイブルメント」には、骨折や脳卒中による退院後の回復を図るものと、日常生活の中での機能低下を防止するものの2つがある。退院後の回復期リハビリは以前から行われているが、日常生活における機能低下防止のリエイブルメントにも、近年かなり力が注がれている。

ある市では、介護サービス申請をした人をアセスメントすると、80%が改善可能と判定され、そのうち60%がリエイブルメントによって改善することができた。これは、申請者の約半数(48%)がリエイブルメントを終えて(卒業して)改善し、介護サービスを使う必要がなくなった、ということである。

(松岡洋子先生のご教示による)

(2) オーストラリア

2011年の生産性委員会調査報告「Caring for Older Australians (高齢オーストラリア人のケア)」において、オーストラリア国内外のリエイブルメントに関する研究を引用しながら、「リエイブルメントまたは回復に向けた在宅支援プログラムは、『本人のために何かをしてあげる』のではなく、本人が『それを自分で行う』のを支援するためのプログラムであり、これらは在宅ケアや他の高齢者ケアサービスのニーズを遅らせたり減らしたりできる、というエビデンスが出てきている」と言及された。さらに、ビクトリア州や西オーストラリアでの実践の成果を踏まえて、リエイブルメントはオーストラリアにおいて重要なアプローチとして考えられるようになり、

パイロット事業の促進や実践が広がっている。

「My Aged Care アセスメントマニュアル 2018」ではリエイブルメントを、「機能損失に適応したり、または活動を再開する自信や能力を取り戻したりする、といった本人の具体的な目標または望まれるアウトカムに的を絞った、期間を限定した介入」と定義している。オーストラリアの介護制度において利用者がリエイブルメント・サービスを受けることが適切だと考えた場合、利用者はリエイブルメント・サービスを提供する高齢者ケアサービス提供者にアクセスすることで、短期で集中した支援を受けることができる。リエイブルメント・チームは看護師、PT、OTといった職種の人々で構成され、必要なサービスを提供している。

(中島民恵子先生のご教示による)

【参考文献】

- i) National Service Framework for Older People
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198033/National_Service_Framework_for_Older_People.pdf
- ii) Wellbeing: Why it matters to health policy
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/277566/Narrative__January_2014_.pdf
- iii) Intermediate care including reablement
 NICE guideline [NG74]Published: 22 September 2017
<https://www.nice.org.uk/guidance/NG74>
- iv) Maximising the potential of reablement
<https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide49/research.asp>
 3. What happened as a result of the practice?
- v) 平成 30 年度「多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較調査研究 報告書」(2018) 国際長寿センター
- vi) 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」(2017) 国際長寿センター

3) 地域づくりと生活支援に関わる自治体・専門職・住民の意識

都築 晃 (藤田医科大学地域包括ケア中核センター／藤田医科大学保健衛生学部リハビリテーション学科講師)



ここでは「地域づくりと生活支援の視点」から、専門職・住民・自治体の意識がどのように変化しているかについて示す。その中から日本への示唆を考える。

2018年と2019年に国際長寿センターの国際比較調査のために視察した国々に共通することは、軽度者への支援や生活の困難さを抱える住民に「困ったらサービスを使う」といった「サービスありき」の選択はされていないということである。医療や福祉の専門家によるサービスは一時的であり、目標到達すれば終了することを目指し、地域資源（地域組織や互助活動など）による支援を受け、自分でできることまで過剰に依存しない。すなわち「自立した自分らしい暮らしが尊重されている。

さらに、諸国の価値観について、「自治体」、「専門職」、「住民」のそれぞれに着目してふりかえり、日本への示唆を考えたい。

1. 自治体による地域の支援者や住民への働きかけ、人材育成

(1) 「介護サービスを受ける権利がある」という考え方から、自立支援型に転換（オランダ）

オランダでは2007年にWMO(Wet Maatschappelijke Ondersteuning, 社会支援法)が施行され、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となっている。WMO移管にあわせ家事援助予算が30%削減され、互助や介護共同組合などインフォーマル資源の活用や開発が進められている。ケアサービスが必要な場合でも、まずWMOにて「本人→家族→近隣地域→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サービスとしての家事援助やデイサービス、さらにZVW(医療保険)やWLZ(介護保険)サービスの利用となる。在宅看護や身体介護のケアプランは、地域看護師の査定にもとづき、ケアプロ

バイダー看護師が個別計画を作成する。

オランダは中央政府から基礎自治体への分権化として、WMOによるケアや社会参加の機会の構築等に関わる責任が基礎自治体に移管された。これにより基礎自治体は、高齢者の虚弱の要因分析、地域で活動するNPOやサービス事業者等のネットワーク組織化、サービスニーズと地域資源の対応体制の構築をおこなっている。オランダもかつては、「介護サービスを受ける権利がある」という考え方であり、結果として給付が膨れ上がった。この反省からWMOでは「自立と社会参加」を理念に掲げた制度設計がなされている。

例えば、「利用者が限定的・閉鎖的」なデイサービスが、「近隣住民が参加・利用できる場所」にかわったことで、調理担当が職員からボランティアや利用者になり、介護プログラムは地域の支援者からアイデアが生まれ、いつも同じメニューの提供から多様な支援に変化した。つまり、「してあげる」サービスから「するを支える」自立支援型のデイサービスに変化している。

オランダのライデン市(人口約11万)では市を4区にわけ地区のニーズと資源(活動)を把握評価し、補助金にて柔軟かつ幅広く支援している。自治体により設置される「ソーシャル・ヴァイクチーム(SWT)」は、それぞれの町の実情にあわせ様々な形態がある。対象は高齢者・子供・青少年・精神的問題など多様である。目的は問題発生早期発見と予防、包括的対応、多専門職アプローチとケア、市民に近く低い敷居と自立助長などである。ソーシャルワーカー、地域看護師、精神疾患の専門家などの専門職や障害コンサルタントなど地域の高齢者支援組織からの出向者が所属し、T字型人材といわれる「深い専門性と幅広いソーシャルワーク力」が求められる。SWTの支援方針は「してあげる」ではなく「するを支える」である。これにより専門職や市役所職員の価値観が変わり、インフォーマルケア提供者が過重負担になっていないかも重視している。していることは要介護認定のような「評価」ではなく、「キッチンテーブルでの会話」と呼ばれる。自分で何ができるか、近所の人々の助けは得られるか、専門職の支援はどの部分が必要か、など対話のなかで確認される。また個別ケースへの介入だけでなく地域全体を俯瞰し、それが解決すべき地域課題であれば「地域としての解決」にむけて何ができるかを考えている。相談窓口では、互助のつながり形成、互助メンバーへの参加、専門職支援などにつなぐ。

SWTの地域マネジャーは「これをしてほしい」という提案はしない。対話の中で本人が「したい」と思うように会話することを重視し、目標設定は本人の意思を尊重している。利用者本人に対しても、積極的な社会参加を促している。外出先では本人の意思を尊重しつつ「誘惑」するようにしている。まずは地域の集いに夫婦ふたりで出席し、その後新しく友人ができて、その友人との会話が楽しくなり、だんだんひとりで集いに行けるようになるといった形である。

自治体はウェブサイトの構築なども支援している。ライデン市のウェブサイト活用例では、ボランティア活動組織「ビューフ」があげられる。「サポートしたいこと」と「サポートしてほしいこと」をweb上でマッチングし、近所の生活支援をWMOからの一部補助にて運営している。利用者はあるときは提供者にもなる仕組みである。人口13万のハーレム市では年間1万件のマッチング実績がある。「シェアリングミール」もweb利用による料理提供者と利用者のマッチングである。

(2)「社会的交流と活動」の価値観共有を重視

(デンマーク)

デンマークでは、2015年に「尊厳政策」が打ち出され、「活動的な毎日」をふまえて社会的ネットワークの強化を市民の主体的活動によって進めようとしている。自治体と市民がともに作り、政府が認証すれば市のボランティアプール金が支給される。これにより市民が主体的にボランティア活動を考える機会となる。5つの指向性があり、市民協働、「活動的な毎日」の推進、市民の立場にたつ、社会的ネットワーク強化(孤立防止)、質との調和、である。

利用者の「自己決定」によってリハビリテーション専門職による「リエイブルメント」や、日常生活に基盤を置く「ヘルプ・セルフヘルプ(自助を支援する=自立支援)」が、自治体職員から市民にいたるまで徹底され、説明や対話の際にも浸透している。

「活動センター」での社会的交流が非常に盛んで、ボランティア中心に運営され、介護予防の視点から意義ある存在である。ここでは高齢者の身体・精神・社会的機能低下を予防する観点で「社会的交流」をもって「活動」を継続することが最善の予防と考えられている。この背景には、地域の専門職による事例カンファレンスを通して情報を共有しながら切磋琢磨し、市民との対話と説明への努力をしていること、市民のボラン

ティア意識や価値観などの要素があげられる。ボランティア活動に参加する市民が多いが、公共セクターの専門職がボランティアを指導育成し、地域に展開する形は未整備のようである。

(3) 自治体によるサービス担い手創出と支援

(オーストラリア)

オーストラリアでは「My Aged Care Act 2015」によって、「してあげる」ではなく「一緒にする」ケアを進めている。well-beingを統合した上位概念として「ウェルネス」という用語が使用されている。コミュニティ・センターや公民館、地域活動や住民主体メニューが多く、個人の強みに焦点をあてて、コミュニティのなかで実現してゆく方向性である。

自治体では、シニアフェスティバルを開催しており、昼食会、ダンス、ガーデニング、外出プログラムなどが10日間にもわたり行われる。ボランティアを尊敬し、かつ募集する機会でもあり「高齢者の活動の気づきを持っていただく機会になり、自分たちが参加しようとする糸口になってほしい」との願いが担当者にはある。豪国自治体によるボランティアサービスは、ボランティアの存在と活動に敬意を払い、新たな担い手を発掘し、かつ利用者からのフィードバックを公開し、自己効力感を得る仕組みはよく考えられている。

オンカパリンガ市がすすめる「コミュニティ・デベロップメント・モデル」は、地方自治体の強みを生かして、住民が信頼できる「必要なもの」や「必要な情報」を得られる機会を重視し提供している。具体的には「コミュニティ・センター」や「公民館」の庭で、ボランティアが植物や、野菜等を育て、収穫物をキッチンで一緒に料理し、高齢者に健康的な食生活を教えるプログラムがある。高齢者の男性向けプログラムなどもある。市の組織全体で、700人近くのボランティアが在籍する。高齢・障害部門だけで200人近くのボランティアがいる。

例えば、自分で犬の散歩をできない人のためにボランティアが犬を外に連れ出す。「社会的なつながりが、何よりも人生において大切だ」と考えられている。

ノース・シドニー市では直接サービスを展開せず、クロウズネストセンターへ共同経営といった形で委託している。送迎サービス、買い物支援や外出や交流支援をしている。ちょっとした困りごとなどの支援は、ボランティアを広げたり、仕組みをサポートしている。サービスギャップを埋めることを充実させたいと考えている。電球を換えたり、ゴミを出すことが困難な場合に、代わりにやってもらうと非常に助かることの一部はボランティアのハンディマンサービス（軽作業サービス）のような形でカバーしているが、もっと充実させたいと自治体は考えている。

ボランティアの募集、組織化・管理・意欲継続、住民への社会とのつながりへの価値観醸成、ちょっとした困りごとへの協力で豊かに暮らせることへの住民理解促進など、時間も手間もかかることを自治体の業務として担当が付き、予算がついている。

(4) 多様な関係者がともに学ぶ：人材育成に自治体、

地域資源、専門職が協力・連携（イギリス）

イギリスでは、ヘルス、ケア、コミュニティ、が協働することが重視されている。医療者は社会的な側面（コミュニティ）への着目を高めている。健康は、疾病管理や予防だけでなく、教育・雇用・幸福感・住宅・地域とのつながりなどに関連しており、自治体との連携は必須であると見る医師もいる。このように多くの組織や団体と一体となる「コ・プロダクション」が開始されている。たとえばロッチデールカウンシルでは自治体や専門職に加え、民間企業も住民も参加する「One Rochdale」を構成し、ここでは正しいところへ適切なタイミングで結び付ける役割を重視している。医療側からの入り口としては、GP診療所には「リンクワーカー」が存在して、GPとともに

社会的処方への入り口となっている。生活課題やフレイルについては、「コミュニティコネクター」が市内に8人いて、道標の役割を担っており地域に入って本人の希望や変化にともなって適切な活動や組織につなげていく。

人材育成に街全体で力を入れている例は「セルフケア・デベロップメント・トレーニング・グループ」である。参加者には、プライマリケア、ソーシャルケア、コミュニティケア、ボランティアの50人が入っている。ケア改革のために、自治体関係者、医療、介護、福祉、コミュニティ、ボランティア関係者などを、一緒に教育しているところに特徴がある。

(5) 近隣諸国からの学びを得た今後の自治体政策や

取り組みが注目される国（ドイツ）

ドイツでは要介護認定をされると介護度が下がることはなく、予防やリハビリテーションのインセンティブが働きにくい。予防や健康増進について、普段からGPが個人の健康状態を管理し、財源も介護ではなく疾病金庫から給付される。よって、自治体による住民への働きかけや人材育成は今後の課題としてとらえられている。今後市町村が実施していくべき施策の中に、以下のことがあげられている。

日常的な支援ニーズに応える市民活動の多様化の促進、出会いの場の創造、互助の推進と社会的ネットワークの強化、予防や健康増進策における公的機関とスポーツクラブの協力、地域での相談事業などである。これらは日本においても十分にできていない分野もあり、欧州や近隣諸国のどのような部分を参考にして施策を展開するのか注目される場所である。

2. 専門職の意識や価値観

(1) 専門職による「予防訪問」評価と

「手を出しすぎない」支援（デンマーク）

専門職による早期発見と適正化に関するアセスメントを行い、限られた専門職サービスを効果的に提供する仕組みの良い例はデンマークである。デンマークは世界に先駆け脱施設化をとまなうコミュニティケア政策を採用した国の一つである。65歳以上の17%が在宅24時間ケアを受けており、日本における要介護認定者すべてが在宅ケアを受けているような割合である。20年前より、75歳以上の高齢者（2016年から80歳に繰り上げ）には法律で規定し全員に「予防訪問」が行われてきた。虚弱者を評価発見するだけでなく、「活動的な毎日」が送れるように支援する。在宅介護を提供するSSH（社会福祉保健ヘルパー）と、SSA（社会福祉保健アシスタント）がいる。SSHは家事援助・身体介護・基本的活動援助を行い、SSAは看護の一部、リハビリテーション補助などより高度な仕事を行う。リエイブルメントについては、家庭セラピストチームが毎週家庭訪問し、評価した結果を週に1回チェックする。自分でできることが増えると、SSH（ヘルパー）に伝え、手を出さず範囲を減らし見守るなど、機能維持と向上、自立を目指した暮らしが支援される。

(2) GPや地域看護師などがニーズを評価しサービスの調整をする（オランダ、オーストラリア、イギリス）

オランダでは、家事援助や社会参加の側面は「ソーシャル・ヴァイクチーム（SWT）」によって、評価と調整がなされ、SWTと医療者は連携している。GPに所属する看護師が、本人からのニーズを聴取し、結果を地区看護師と共有する。社会的問題の解決が必要であればSWTにつなぐことを行っている。GPそのものが地域サービスや支援への入り口になっている。また、認知症ケースマネジャーが専門医や家庭医、看護師などの専門職連携にとどまらず、インフォーマルの担い手とのマッチングまで行うといった重要な役割を担っている。

サービスプロバイダーに所属する専門職が高齢者の社会参加の程度を評価する国は、オーストラリアである。オーストラリアにおいて、全国規模の評価者でありサービスプロバイダーでもある ACNA では、通常業務として社会参加を確認しており、「コミュニティの中に積極的に参加しているか」、「やりたいと思っていることをやっているか」といったことを利用者本人と話し、もしそうでなければ、「どうすれば参加していけるのか」、を話し合っている。

イギリスにおいては、ソーシャルサービスの提供を求める際に、ソーシャルワーカーが利用者の自己決定を支援している。「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 well-being に着目して、アセスメントと地域支援の調整を目指している。初回アセスメントの段階で、地域のインフォーマルサービスやボランティア活動を活用するだけでなく、本人のストレングスを支援することで満たされるニーズにも着目するなど、利用者のサービス申請段階から動機づけられている。

日本では、地域包括支援センターやケアマネジャーが迅速に地域資源につなげる位置付けや役割を担うため欧州各国の流れや共有プロセスは学ぶところである。また、「地域ケア個別会議」において、多くのケアマネジャーやサービス提供者や専門職が、「自立支援」の意識を持つことが望まれる。英国のように個人の生活の well-being に着目して、本人には「何ができるか」などストレングスを伸ばすケアマネジメントの考えかたも重要である。

3. 住民のボランティア意識や 介護者支援の価値観

ボランティア活動の自立性

イギリスではボランティア・セクター自身が行政や医

療専門職に積極的に提案を行い助成金を得ている。ボランティア活動の質や量が充実した地域や都市部では団体間の切磋琢磨が生じることで、個人の選択が尊重され、高齢者自身の参加がより促される。

互助においては、イギリス、ドイツ、オランダのいずれにおいても、活動主体の「自立」性が目立つ。ボランティア・セクターの活動は自発的に社会的課題を捉え、自立的に動き、政府の政策を利用する、という立場で活動することも、人々の共感を呼び、事業拡大や充実につながっているとも考えられる。日本では法律にて生活支援コーディネーターや協議体の設置が位置付けられ、ボランティアを含めた地域資源創出やネットワーク構築を介護保険財源で支出している。それだけの危機的な状況が日本にあるとも言える。総合事業における生活支援体制の整備において、活動主体である住民の自立性を育む方向で運用され、「住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制」を築いていくために、欧州の諸国の「自立」は多くの示唆に富む。

優れた地域資源や団体があったとしても、そこに参加する人物や仲間がいるかどうかでその後はまったく異なる。オーストラリアの Hub は、住民主体から生まれた住民相互の活動として、政府から多額の補助金を獲得した成功モデルの一つである。何よりもメンバーを大切に会員同士がつながっており、近隣で多様な 6 人の友人を作る・つながるという仕組みである。そしてそこからさらにさまざまなサービスにつなげていく仕組みである。たとえば、交流センターや、送迎サービス、家事支援、病院への紹介などのサービスにつながるように支援し合う仕組みである。

4. 日本への示唆

日本では自治体が介護保険の保険者である。そのた

め、総合事業など予防サービスの提供やインフォーマル資源の利用も含めた多様な暮らしかたの展開自体が、自治体が設定する介護保険料に直結するので、自治体の関わりにはインセンティブが働きやすい。また軽度者へのサービスの質向上や地域資源の利用を含む「その人らしい暮らし」をマネジメントする専門職として、日本にはケアマネジャーや地域包括支援センターなどが存在する点は、価値があると考えられる。一方、ケアマネジャー等の公正中立性の担保が難しく、自己の所属法人が提供する「サービス」利用への無言圧力や誘導など、特有課題を抱えている。

決定権限をもつ自治体は、その価値観や制度が利用住民や専門職に大きく影響する。オランダやイギリスにおいては「サービス提供ありき」ではなく、「本人ができることはなにか」「本人の望む暮らしや生活を取り戻すこと」が、考え方の根底にある。日本においては、風呂に入れない、掃除やゴミ捨てができない状態を、自治体の窓口職員や地域包括支援センターの専門職が聞けば、その多くが「介護保険サービスの提供」にてデイサービスやヘルパー利用が最初に提案されている。自治体や専門職側の価値観の変化が重要である。

多様な立場の違いを超えて「個人の望む普通の暮らしを取り戻す」ことをイメージしやすいのは「事例」を通じた学びである。「事例を共有できる場面」は地域ケア会議である。同時に住民側も「困ったらサービス利用」という価値観から意識を改革し、「地域資源」や「住民互助」で豊かに自分らしく暮らせることを知るこ

と大切である。

一方で、「多様な地域資源の把握」は、専門職にとって難しい。そこで「生活支援コーディネーター」が地域資源と個人と専門職をつなげる役割となる。個人が地域資源を個別に日常的に利用できるように、社会福祉協議会や地域包括支援センターと情報共有し、専門職に伝える重要な役割となる。

また「生活支援」を担う人材確保が重要となる。地域の住民には「生活の一部だけ困っている人」が多くいること、を共有する。住民でもできることが多くあることを知る機会と、住民自身が手を差し伸べる側になる教育機会を設けることが必要となる。支援者教育と同時に、モチベーションの維持向上も重要となる。初めての支援に挑戦し、感謝され、役に立てたという経験はやりがいにつながり、将来の自分を想像する教育にもつながる。「住民互助」の担い手については、有償や無償型、NPOや互助団体や自治会主動、習いごとの仲間や友人関係など、姿形も多様にあるが、組織や活動の継続性や新規立ち上げを支援する制度や、資金管理など海外には多くの示唆に富む事例がある。欧州諸国と大きく異なる日本特有の課題は「少子化」である。国外からの労働者流入や移民受け入れもある欧州の国々と異なり、限られた専門職に持続的に専門性を発揮してもらうためにも、住民側の意識や価値観、組織や支援構造の変化へのアプローチも必要となってくる。

【参考文献】

- i) 「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」(2016) 国際長寿センター
- ii) 「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」(2017) 国際長寿センター
- iii) 「平成 30 年度 多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する研究事業報告書」(2018) 国際長寿センター
- iv) 「令和元年度 軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究報告書」(2019) 国際長寿センター

4) ケアマネジメントプロセス 海外と日本

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)



本稿では、オランダ、ドイツ、イギリス、オーストラリアにおける「ケアマネジメント」の調査内容についてまとめ、論じる。オランダ「医療保険・介護保険・社会福祉サービスの3制度を通じた展開」、ドイツ「ケースマネジメントの今後の展開」、イギリス「NHSを中心としつつ、ヘルスケア、リエイブルメントへの新たな展開」、オーストラリア「Webシステムを活用するマイ・エイジド・ケアの展開」等、各国それぞれの特徴、多様な形でのケアマネジメントが繰り広げられていた。その中において、「地域資源、アセットを中心とした支援の展開」「利用者の暮らしぶりに着目し、元の生活へ戻ることをゴールとする」等が、各国共通の目指す方向性であった。従前からある「問題への対処、手当等のアプローチ」から、「地域資源、住民参加、元の生活への復帰等を目指すアプローチ」へのパラダイムシフトが進んでおり、わが国にとって参考且つ大変重要な取り組み、展開であった。

1. はじめに

本稿はこれまでの海外調査で取り組まれている「ケアマネジメント」の調査内容についてまとめ、どのような「ケアマネジメント」が行われているかについて整理し、わが国の「ケアマネジメント」への示唆となる視点について論じる。

また、これまでの「海外のケアマネジメント」に関する海外調査について、わが国のケアマネジメントの担い手「介護支援専門員」の一部に対し、研修を通じ報告する機会を得た。研修後に行ったアンケート調査から、介護支援専門員が感じた点等もまとめ、明示する。

2. 各国の「ケアマネジメント」

わが国の「ケアマネジメント」は、利用者の自立支援を目指し、高齢者の地域生活を支えている。ケアマネジメントは、「受付、相談」「アセスメント」「ケアプラン作成」「モニタリング」等の流れで行われる。また、高齢者が地域で暮らす中で生じる「困り事」等への支援も担う。

このようなわが国の「ケアマネジメント」に対して、これまでに調査したオランダ、ドイツ、イギリス、オーストラリアについて海外ではどのようなプロセスで「ケアマネジメント」が行われているか各国の状況を提示する。

(1) オランダ

オランダは、1960年代から高齢者介護を保険 AWBZ (長期ケア保険) で支える取り組みをしていた国である。

その後、医療介護関連制度の改革により、2007年に介護保険から家事援助が切り離され、2015年から身体介護やデイサービス等を切り離している（p.136、下図表）。これらの変遷を経て、オランダにて介護保険で提供される高齢者介護サービスは、施設サービス及び施設入所レベルの重度者対象のサービスへ絞り込まれている。わが国の介護保険の中で網羅されているサービスが、オランダにおいてはWLZ（介護保険法）、ZVW（医療保険法）、WMO（社会支援法）の3つの制度に渡り提供されている。

ケアマネジメントにおける、受付、相談等については、何らかの支援を受けようとする際、最初の相談先として、家庭医等が考えられる。また、社会福祉サービスの機能として、ソーシャル・ヴァイクチーム（以下、SWT）が設けられており、SWTが最初の相談先を担うこともある。ZVWによるサービス提供においては、家庭医と地域看護師が連携を図り、支援をしている。また、過去のヒアリングによれば地域看護師は「必要性があれば、SWTへ連絡を取る」とのことで、対象者の状況、必要性などにより、SWTとも連携を取るようである。

市町村で実施するWMOでのサービス提供では、SWTが相談、そしてアセスメント等を担っている。なお、SWTは、直訳すると「社会福祉近隣チーム」という意味で、ソーシャルワーカー、看護師、精神科領域の専門家等の複数の専門職が連携し、様々な地域生活の課題の解決を目的とし、2013年頃から設置され始めている（図表1）。

アセスメント、ケアプラン作成等、ケアマネジメントの中心業務については、前述の3つの制度にわかれ、高齢者介護のサービスが提供されている。各制度におけるアセスメント、ケアプラン等の展開は、次のとおり

である。

ZVWにて、「在宅看護」や「(わが国の訪問介護における)身体介護」等にあたるサービスをカバーしている。そして、サービスを受給する権利(サービスの種類、量)の査定は、ケアプロバイダー(わが国でいう「介護サービス事業所」)等に所属する地域看護師(レベル5)が行う。アセスメントの基準は、オランダ看護介護協会がガイドラインを示しており、2018年からはアセスメントに関する研修を受け、資格の取得が必要になっている。ZVWの査定の希望は、直接、ケアプロバイダーへの依頼か家庭医等を経由して行う。アセスメントとケアプランは、ケアプロバイダーの地域看護師が行う。これは、わが国では「個別サービス計画」にあたるものであり、サービス内容、時間帯、曜日、必要時間、ケアのタイプ等が記載される。

WLZでは、基本的に施設サービスになるため、そのサービス内容は「パッケージ」化された現物給付での提供が大半であるが、在宅での暮らしを希望する利用者もいる。

査定のプロセスは、漏斗状のアセスメントモデルを用いて質問し、その回答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。さらに最終判断をアセッサーが行い、ケアプロファイルが示される。その査定結果がケアオフィスに通知され、本人とともに施設・在宅(現物/現金)の別が協議される。ケアプロバイダーの決定にはケアオフィスが相談にのり、在宅での生活を希望する場合、ケアオフィスは具体的なサービス内容を決定する。ケアプラン(個別サービス計画)は、ケアプロバイダーが作成する。

一方、WMOについては、SWTが利用の窓口となり地域生活における課題を解決しながら、支援に関わっ

図表1 ソーシャル・ヴァイクチームの概要

直近では87%の基礎自治体が設置している。32大都市(G32)においては96%が設置。一方で小規模な自治体においては12%がSWTを設置していない。G32では1都市に平均8のSWTがある
その目的としては「より重大な問題の発生の予防(46%)」「複合的な問題への包括的な対応(46%)」「問題の発生の予防(45%)」「よりよいケア、支援(43%)」「市民の自立の助長(43%)」などが挙げられる
多くのSWTは幅広く包括的なチームをもって支援に係るすべての要望に応えることとしているが、同様に幅広く包括的なチームではあるものの複雑あるいは複合的問題に特化して対応しているものもしばしみられる
さまざまな職種からなるが、ソーシャルワーカーを含む場合が84%。以下WMOコンサルタント(83%)、障害コンサルタント(81%)、地域看護師(58%)、青少年指導者(46%)等
74%においてT字型人材(自らの深い専門性に加え、幅広い分野の知見を有してソーシャルワークができる者)が存在

出典：「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」P38 図表10「SWTの概要」(2019) 一般社団法人日本介護支援専門員協会



写真：オランダソーシャルヴァイクチーム・オフィス(室内・外観)

ている。市町村で実施するWMOのサービス提供では、SWTが査定を行うこともある。

以上、オランダにおける高齢者介護、ケアマネジメントの展開であるが、わが国の介護支援専門員に相当する専門の職種はいない。

(2) ドイツ

わが国は「ドイツの介護保険をモデル」とし、介護保険を検討したと言われているが、居宅介護支援事業所に相当するような仕組みはなく、そのため、介護支援専門員に相当する専門職もない。また、ドイツの介護保険の認定の幅が狭く、日本の要介護認定に当てはめたとすると、主に要介護2～3程度からが対象となる。

そして原則、要介護者自らが「給付の内容を選ぶ」展開であり、更に「サービス提供を直接受ける現物給付より、現金給付を選択する割合が高い」状況である。現金給付を受けると、「家族や隣人が介護にあたる」こととなり、在宅サービスを受けているうちの6割超が「現金給付を選択」し、プロバイダーのサービス提供より、家族・隣人からのサービス提供が多い形となる。

このような中、わが国のケアマネジメントに近いと思われる概念をドイツでは「ケースマネジメント」と呼んでおり、現物給付を選択した場合に利用できる。公的医療保険中央連合会による介護相談ガイドライン(2018年施行)によれば、ケースマネジメントとは包括的で個人に合わせた介護相談を意味し、これを要介護の被保険者に希望に応じて提供することは、ドイツの介護保険の保険者である介護金庫によって義務とされている。ケースマネジメントの内容は、連邦保健省のホームページによると、次のとおりであるが、調査の時点では、プロバイダーが上記の役割を担っている状況であった。

- ・要介護者とその家族への給付・サービスについての相談
- ・申請書ほか各種手続きの形式的な処理
- ・MDKなどによる介護鑑定(認定)およびリハビリテーション勧告の請求権についての説明
- ・要介護者および介護の関与者全員と共同でのケアプランの作成、
- ・ケアプランに必要な策への誘導、実施への支援、ニーズの変化に対応するための提案

ケアプランについてであるが、介護相談ガイドラインによれば、個別の必要性に応じて、介護だけではなく、

福祉給付、健康増進・予防・治療・リハビリテーションといった医療的支援、介護的支援、社会福祉の支援も含まれている。また、医療保険法、年金保険法、青少年支援法、リハビリテーション・障害者社会参加法、社会扶助法の給付も関わってくる。

要介護認定があれば介護相談の請求権を持つが、モニタリング等も含む中長期的なケアプランの請求には、介護度2以上であることが必要である。ちなみに本格的な介護サービスを使えるのも介護度2以上からである。そして、ドイツの介護保険においては、要介護者が給付・サービスを自ら選ぶことが原則になっており、介護相談の請求権は全介護者が持つ。このような中、サービス提供事業者からサービスを受ける際(現物給付)の自己選択について、支援が必要である。また、現金給付についても、定額の介護手当以外にある様々な社会資源の利用は助言がなければ上手く利用できず、支援が必要と思われる。

以上、ドイツの場合、日本の要介護認定にあたる「鑑定結果」を基に、利用者各自がサービスを選択、購入し、サービスの提供を受ける形であり、ケアプラン作成は必須でないが、希望する場合、ケアプランの作成支援が受けられる仕組みとしている。一部の地域では、保険者である介護金庫と地域自治体が共同で運営する「介護支援センター」にケースマネジメント業務が委託され、介護金庫あるいは地域自治体に所属する介護相談員(ケースマネージャー)が担当者となる。

この「介護支援センター」は、日本の地域包括支援センターがモデルになったと言われており、機能の一部が類似し、この機関がケアマネジメントの機能を担っているともいえる。しかし、ドイツでは多くが「ケアマネジメントを活用せず、サービスを利用している」ため、「ケースマネジメントの件数」「介護相談員の配置数」等は、



写真：ドイツ・マークブルク市「BIP」にて
左「ケースマネジャーとオフィス」中・右「BIP 室内、外観」

日本に比較すると非常に少ない。連邦保健省の調査(2017年)によれば、介護支援センターは全国で452、介護相談員は1センターあたり2名の配置で、全体で約900名にすぎず、日本の地域包括支援センターの設置数や介護支援専門員の従事者数と大きくかけ離れている。また、前述のとおり、わが国の介護支援専門員に相当する、専門の職種は存在していない(写真参照)。

(3) イギリス

イギリスは、いわゆる「介護保険制度」にあたる仕組みはなく、大きくは医療関連サービスの「国民保健サービス(NHS)」、「ケア法2014(the Care Act 2014)」,そして、「ケア法2014」に謳われる「予防とニーズ発見を抑え遅らせる」との考えから進められている「リエイブ

ルメント・サービス」等を中心に、展開されている。具体的な高齢者介護サービスとしては、重度者対応の継続的ヘルスケア、自治体が提供するソーシャルサービス等が展開されているが、幅広い対象者を支援する、ソーシャルサービスを中心に記述する。

(ソーシャルサービスの内容)

- ・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

(自己負担)

○ソーシャルサービスの自己負担

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。

- ・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。

- ・個人予算の中で例外的に無料のものもある (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。例えば以下のサービスである。
 - 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る
 - 自治体からセーフガードの支援を受ける
 - 危機の際の一時的支援

なお、認定されないニーズに対しては、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ソーシャル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。もはや普遍的な公共サービスからは遠い存在である。

○ ソーシャルサービスの支援プロセス

2014年「ケア法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(Well-being, 幸福)原則」を法の冒頭で明記したことである。新法は「自治体の一般責任」の記述から始まり、第1条に「個人のwell-being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。

- ・ Well-being の原則
- ・ 個人予算、ダイレクトペイメント
- ・ アセスメントの全国標準化
- ・ 予防、ニーズの減少と遅延化
- ・ 介護者(carer)への支援
- ・ 支払い方式の変更(キャップ制、施行は2020年から)
- ・ 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

「ケア法2014」の第1条で、well-beingは次のような内容を含むと定義されている。

- ・ 個人の尊厳
- ・ 身体的・精神的健康と情緒的幸福感

- ・ 虐待やネグレクトからの保護
- ・ 毎日の暮らしにおいて個人が主体的に生きること(ケア、サポートなど)
- ・ 仕事、教育、訓練、レクリレーションへの参加
- ・ 社会的・経済的に豊かな状況
- ・ 家庭内、家族における個人的な関係
- ・ 居住が安定していること
- ・ 個人の社会への貢献

市民のwell-being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が、アセスメント数の増加、介護者の権利保障などが発生する。

○ パーソナライゼーションと個人予算 (パーソナルバジェット)、ダイレクトペイメント

本人の選択とコントロールは「well-being」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、パーソナライゼーション(個別化。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)が強調されている。

これまでは、例えば「1日3回の訪問介護(朝、昼、夜)」のようなケアパッケージを提供していた。これば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（パーソナルバジェット）」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」が、モデル事業を経て導入された。

①個人予算（パーソナルバジェット）

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に割り当てる。これが個人予算（パーソナルバジェット）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、サービスの利用には以下の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主導へと移行し、本人の選択・決定力が拡大している。

②ダイレクトペイメント

個人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、「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。

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%であったが、2016年-2017年には65歳以上の身体的サポート対象者ではパーソナルバジェットおよびダイレクトペイメント利用者は9割以上に上っている。

なお、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（国際長寿センターによる自治体協会インタビュー 2017年8月）。

○ リエイブルメント・サービス

① 概要

- ・医療およびソーシャルサービスでのパーソンセンタード（本人中心の）・アプローチであり、利用者が自分にとって大切な活動や仕事を行うために必要なスキルを学ぶ、あるいは学び直す事を支援する。
- ・従来の在宅ケアアプローチでは、他の人（支援者）が利用者のために何かを行っていたが、このアプローチにおけるサービスの重点は、利用者自身がそれをできるようにする。
- ・人々の自立、well-beingを促進するプログラムを実施する。
- ・身体能力、社会的能力（地域社会との繋がり・役割）を大切にし、対話を重視し対象者にとって意味のある日常を取り戻すために「自信」「能力」「スキル」を向上させる。
- ・最大6週間、無料、訪問型で目標を定期的に見直し、様々な組織のスタッフが協力して、統合された形で業務を展開する（合同での会議や研修および多職種チー

- ムワーク) サービス。
- ・サービス提供主体は、地方自治体あるいは NHS である。
- ・作業療法士はリエイブルメントチームを主導し、中心的なチームメンバーとして携わる。
- ・作業療法士は、複雑なケースにおいて、専門的技術や知識を提供する。作業療法士によるスーパービジョンは、役割遂行に対するリエイブルメント職員の自信と相関があると言われている。
- ・ソーシャルワーカーが人をアセスメント（評価）するとき、ソーシャルケアのニーズだけではなく、本人が必要とするニーズ全てを見るようにする。
- ・実施方法については地方自治体に任せられているが、ケアパッケージのニーズを減らしていく、予防していくということは法的義務 (Statutory) である。調査で訪問したウィガンカウンシルではケアサービスの前にまず最初にリエイブルメント・サービスが検討されていた (P.83 写真参照)。
- ・初回訪問で行うこと
 - ①リスクアセスメントの実施、②サービスの説明、③能力とニーズを評価、④目標に同意の確認、⑤必要な機器や福祉用具の特定
- ・サービス開始時、利用者のケア計画において、チームリーダーは利用者とは多くの時間を割いて、利用者が真に希望することや、望む/必要なケアが何か、どのようにケアを提供してほしいかについて理解するよう努める。
- ・リエイブルメントチームでは週 2 回、多職種によるフォーマルなレビュー会議が行われる。

- ・利用者のケアプランおよびニーズは定期的に見直される。

② 効果

- ・在宅で行われるリエイブルメント・プログラム（作業療法士によるスーパービジョンの下でホームヘルパーが行う ADL 実施訓練）期間中、自己申告による ADL 能力は全体として、時間と共に有意に改善していることがわかった。
- ・またフォローアップでの測定（範囲：310 - 592 日）でも能力が維持されていることがわかった。
- ・作業療法が主導する（ただし多機関による）18 歳以上の成人向けリエイブルメント・サービス利用者のうち、63%はさらなる支援ニーズが特定されない状態でサービスを終了した。
- ・リエイブルメントはまた、サービス利用者と親しい人（例：パートナー、親族）の well-being や QOL 向上にもつなげることができる。

③ サービスの流れ

申請からサービス提供に至る流れ、およびサービス概要、財源、利用者負担の概要は P.138 を参照されたい。近年はリエイブルメント・サービスが注目されている。

イギリスでは伝統的に公費で医療・介護を賄い、ソーシャルサービスは地方自治体がアセスメントを行っている。近年は福祉予算削減の動きが続いていて、重度以上の要介護高齢者にサービスが限定される場合が多い。このためボランティア活動がサービスの不足を補っている傾向がある。利用者負担のために現在住んでい



写真：イギリス ウィガンカウンシル 「リエイブルメント・サービス」のプレゼンテーション

る自宅を売却せざるを得ない高齢者もいる。

なお、イギリスにおいてもわが国の介護支援専門員に相当する専門の職種は存在せず、ケアマネジメントが展開されている。

(4) オーストラリア

オーストラリアは、高齢者施設でのケアを重点においた施策から始まったが、改革を経て在宅ケアに重点が置かれた施策へ移行している。近年の大きな改革では、2015年に導入された「マイ・エイジド・ケア (My Aged Care)」制度が挙げられる。マイ・エイジド・ケアの導入により、連邦政府の管理のもと、高齢者福祉サービスの窓口は一本化されており、「オーストラリア全州の住民」「要介護状態の軽度から重度者」等であれば、マイ・エイジド・ケアが受付窓口となる。マイ・エイジド・ケアの利用は、Webを使う仕組みとなっており、Web上で手続きをし、基本情報が登録される(電話登録も可)。具体的には、生活課題等が生じ支援を希望する際は、「マイ・エイジド・ケアへ登録」、その後、「マイ・エイジド・ケアによる電話での簡易アセスメント(スクリーニング)を受ける」こととなる。

さらに簡易アセスメントの結果を通じた振り分けを経て、「地域アセスメントサービス (RAS)」「高齢者ケアアセスメントチーム (ACAT)」のいずれかに紹介され、より詳細なアセスメントを受ける流れとなっている。簡易アセスメントの結果により、「軽度レベル」と振り分けられ「地域アセスメントサービス」のアセスメントを受けると、「在宅支援プログラム (CHSP)」を利用することとなる。一方、「中重度レベル」と振り分けられ「高齢者ケアアセスメントチーム」のアセスメントを受けると、「在宅ケアパッケージプログラム (HCPP)」あるいは「施設高齢者ケア」「移行期高齢者ケア」を利用することとなる。(P.139 参照)。

ケアマネジメントの特徴は、「地域アセスメントサービス」「高齢者ケアアセスメントチーム」の役割が大きい点である。

提供されるサービスの考え方として、軽度レベルの高齢者に対しては在宅支援プログラム (CHSP) における、「在宅での自立生活の継続」を目指した支援が提供される。具体的には、「参加支援」「生活支援」「パーソナルケア」等、幅広く設定され、自宅や地域における支援が提供され、特に、ウェルネス、リエイブルメント



写真：左・中 クロウズネストセンター（高齢者サービス機関）外観／右 クロウズネストセンター職員によるプレゼンテーション

アプローチ、回復ケアに焦点が当てられている。複雑、複数のケアニーズ等のより高度な支援が必要な高齢者向け・在宅ケアパッケージプログラム（HCPP）については、自宅で生活し続けるため、認可されたサービス提供事業者によってコーディネートされたケアパッケージの支援が提供される。しかし、すぐさま利用できるわけではなく、待機リストに載り、順番が来た段階で通知され、ケアパッケージの支援を受けることとなる。支援を提供する事業者の選択は、高齢者ケアアセスメントチーム（ACAT）と本人が、本人のニーズ、希望、地域を確認し合いながら進めていく。その一方で、特に本人から事業者の希望がない場合は、マイ・エイジド・ケアのサイトに「ケアパッケージ希望者情報」として掲載をし、その情報をサービス提供事業者が確認し、サービス事業者から、直接、利用者本人に連絡を取る方法も、仕組みとして設けられている。そして、「ケアパッケージ」であるが、「在宅ケアレベル1から4」の4段階に設定され、支給限度額も設けられている。このように、サービスのマネジメントは、選ばれたサービス提供事

業者が利用者と協議し、直接サービスのマネジメントを担っている。そして、「消費者主導の原則」の考え方がある中、本人のパッケージ資金の使い方を含め、本人と共に決定していくことが求められている（図表2）。

モニタリングについては、軽度者の場合はケア提供に関わる組織の個々の専門職が行い、高度な支援のためのケアパッケージを提供している場合は、ケアパッケージを提供する「サービスチームの長」にあたるケアマネジャーが行う。そして、サービス提供事業者は「提供する支援により、良い結果へ達成する」ことを目指す。

以上が、オーストラリアにおけるケアマネジメントであるが、わが国の介護支援専門員に相当する、専門の職種は存在せず、ケアマネジメントが展開されている。

4. 考察

(1) 各国のケアマネジメントからの示唆

支援を受けるファーストステップとしての「受付や相談」

図表 2 既存のアプローチとウェルネス・アプローチの比較

現状（依存）のアプローチ	ウェルネス・アプローチ
<ul style="list-style-type: none"> ・人のためにしてあげる ・役割を引き取る／なくす ・衰えてきている能力の支援 ・管理する ・身体的・心理的衰えに注目する ・地域から孤立させる可能性 ・自信を失う ・病気／依存の循環をもたらす 	<ul style="list-style-type: none"> ・「一緒に行く（doing with）と「してあげる（doing for）のバランスをうまくとる ・クライアントが困難を伴うことだけでなく、何ができるか、何をしたいかを特定する。 ・日常生活での活動に困難を伴うクライアントが徐々にできることを増やせるよう励ます ・役割を支える、つまり「個人の役割を尊重するということ」 ・能力を増やし、自己管理を行い、衰えを補う ・自信をつける ・自律性を保ち、尊重する ・再びできるようになることや機能を維持することに注目し、失われた機能の影響を最小限にする ・現在実施されているサービスの妥当性について確認する。 ・地域との繋がりを支援する。

出典：Western Australia's Wellness Approach Community Home Care(pp 12-13) <http://www.careconsultancy.com.au/wp-content/uploads/2012/05/Wellness-Approach-Info-Booklet.pdf> より Australian Government Department of Social Services が作成

であるが、軽度者においては、各国、様々な工夫をし、体制を組んでいた。

オランダ、ドイツ、イギリス、オーストラリア各国のケアマネジメントを調査比較すると、高齢者ケアの支援・サービスの種類及びその量については、いずれの国においても、「利用者が自己決定している」「必要な時や場面に応じて、自治体や専門職が、利用者の希望に応え、相談・支援する」等のスタンスが貫かれていることがわかる。そして、利用者本人が自己決定した支援の内容・プランを通じ、また、利用者本人が購入した支援・サービスの内容が提供される仕組みが敷かれている。この考え方は、我が国でも同様で、仕組みが構築されると認識しているが、「利用者本人が能動的である」「支援内容を決定するプロセスについて、その意味合いや効果を専門職側も意識している」等の点は、わが国には一層の努力が必要な印象を感じている。

また、各国とも、社会保障制度の歴史の長さ按比例し、様々な制度改正の変遷を経て、「地域重視」「回復の可能性の追求」「自己選択の重視」等をアップデー

トしているような実態であった。わが国においても、「概念」「制度等のシステム」「専門職、住民」などの変革を踏まえ、「ケアマネジメントのアップデート」等が、今後求められてくると考える。

(2) まとめにかえて

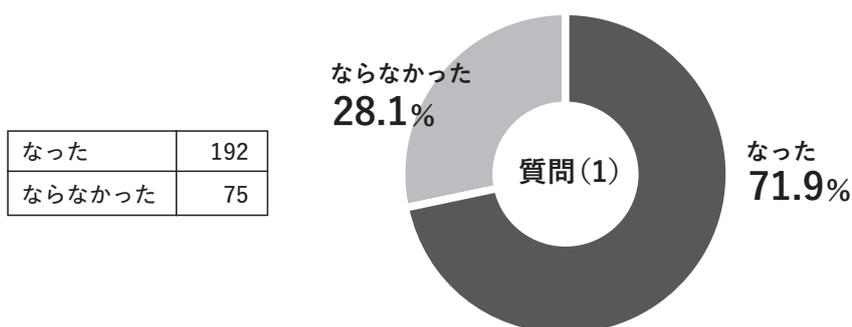
今回の「海外のケアマネジメント」について、わが国の「ケアマネジメント実践者」である介護支援専門員へ、各国の実情を伝え、今後の参考、活用に繋げることが、わが国の「ケアマネジメント」の変革や発展に重要ではないかと、筆者は考えている。その中、東京都内の研修で「海外のケアマネジメント」をテーマに報告する機会を得た。その場で行ったアンケートから介護支援専門員の感想やコメントを本稿の最後に示したい。

「ヨーロッパのケアマネジメントに興味をもったか?」、「自分のケアマネジメントに取り入れてみたいと思ったものはあったか?」の2点とその回答に対する理由を自由記述できた。

「ヨーロッパのケアマネジメントに興味をもったか?」

図表 3：町田市ケアマネジャー連絡会研修（2020 年 11 月）アンケート（n = 267）

質問（1） ヨーロッパのケアマネジメントに興味や関心を持つようになったか？



の質問に対しては、過半数を半数を大きく超える 71.9% が「関心を持つようになった」と答えている（図表 3）。最も多い理由のキーワードは、オランダの「SWT」であった。SWT の「インフォーマルケアファーストの支援の考え方」「多職種連携のモデル」「地域重視」「幸福度の追求」等の視点に感化され、共感し、示唆と感じたとのコメントが多い印象であった（図表 4）。

次に「自分のケアマネジメントに取り入れてみたいと思ったものはあったか？」という質問については、半数強の 57.7% が「あった」と回答している（図表 5）。その中、「オランダ・ライデン市の SWT の査定の考え方」に関する反響が大きく、具体的には「ケアの優先順位」「本人がハッピーになるため必要な支援を考える」等に、感銘を受けているようであった（図表 6）。

最後に、本稿で紹介した「海外のケアマネジメント」と、一部であるが日本のケアマネジメントの担い手・介

護支援専門員からのコメント等を踏まえ、申し上げる。

「海外のケアマネジメント」においては、「地域重視」「適切な効率化」「地域資源ベースのアプローチ」「リエイブルメント・もとの生活を取り戻す」等を重視し、各地域の高齢者を支え、社会とつながる支援を提供していることが、共通項としてみられた。これらは、具体的な手順や方法等は検討が大きく必要であるが、共通する「理念」「進め方」等、わが国は改めて意識、導入を検討すべきと考えている。

その一方で、わが国においては、介護支援専門員が「ケアマネジメント」を展開している中、海外で共通する方向性を介護支援専門員に伝え、これからのケアマネジメントについて考えるきっかけにすることは有効ではないだろうか。

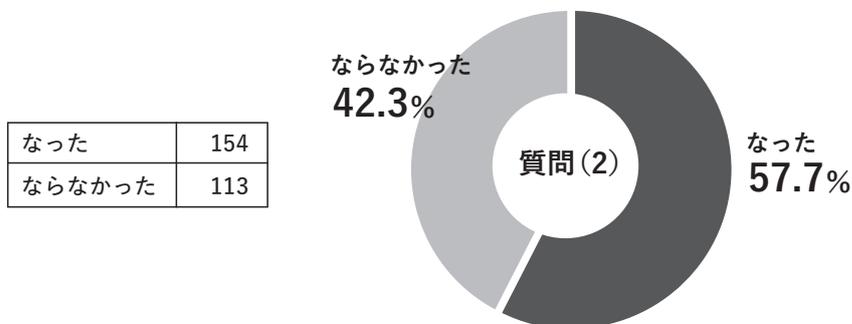
介護保険制度が生まれ、20 年。国内の様々な先駆的、前衛的なモデルが紹介され、各地域で工夫をこら

図表 4：「質問（1）に対する、その理由」回答

ヨーロッパのケアマネジメントに興味や関心を持つようになった理由（一部抜粋）
・ライデン市の WMO 実施体制で介護のみにとどまらないソーシャルワークの力量のある人材がいて社会全体の問題に向き合える体制や、チーム力によるケアマネジャーの孤立化防止がケア方針に示されている考え方に賛同。
・介護保険に求める部分の基本的な考え方に違いがあると感じた。介護保険の介入の前にやれることは全部やる、というスタンスがヨーロッパの国民にも理解されて最後の砦としてケア組織が介入。自立への意識が日本とは全く違うと思う。日本では早期に介入するケースも多く、手厚い、と感じるかも知れないが無駄、過剰なサービスの温床にもなり得る。視点が広がりました。
・本人が出来ない時はまずインフォーマル、ボランティア、家族という視点をしっかりと持ち、ケアが重度ならフォーマルを利用し、皆がハッピーにできるかを見ること。

図表 5：町田市ケアマネジャー連絡会研修（2020年11月）アンケート（n = 267）

質問（2） 自分のケアマネジメントに取り入れてみたいと思ったものはあったか？



図表 6：「質問（2）に対する、具体的な内容」の回答

自分のケアマネジメントに取り入れてみたいと思ったものは具体的には何か（一部抜粋）
・利用者が依存的でなくサービス利用に対しても自分で選択肢し、サービスを使えるように説明をしたい。また地中で支えていけるようなサポートづくりをプランに取り入れたい。
・本人がハッピーになるためには何が必要かというアセスメント。緊急性や介護者の負担軽減などに囚われがちですが、『幸せ』の視点を忘れないようにしたいと思いました)
・自身でも行っているつもりであるが、家族の意向ではなく本人の意思の尊重が必要と思った。また、自立支援ということで IADL 向上教室に繋げて卒業を心掛けて支援しているが、さらに考える 機会となった。

し「地域包括ケアシステム」が発展してきている。しかしながら、その発展を上回るスピードの高齢化、虐待、「8050」等の様々な課題を抱えた事例への対応となってきた。介護支援専門員を始めとするフィールドワークの専門職が、複雑かつ多岐にわたる活躍が求められ、その結果、各専門職に大きな疲弊感が漂っている印象を感じてならない。

単純に「海外のケアマネジメント」を模倣することは難しく且つ適切でないと考えている。しかしながら、「海外のケアマネジメント」の中で行われている取り組みが、わ

が国の介護支援専門員にとって、「今後のヒント」や「あるべき姿の再確認」等となり、またそれにより、モチベーションの向上に寄与することになるのではないかと、筆者は考えている。介護支援専門員へ、新たな支援の手法、概念、システムを教示することにより、ケアマネジメントの技術の発展、それにより地域で暮らす高齢者の支援や生活に反映され、利用者が意欲的になり、そして、利用者を支える介護支援専門員が更に前向きになり、地域の協働が発展することを切に願っている。

【引用文献】

1) 「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」(2019) 一般社団法人日本介護支援専門員協会

【参考文献】

- i) 「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研究調査 報告書」(2016) 国際長寿センター
- ii) 小磯 明著 (2017) 「イギリスの認知症国家戦略」 有限会社同時代社
- iii) 「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」(2018) 国際長寿センター
- iv) 「平成 30 年度 多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較調査研究 報告書」(2019) 国際長寿センター
- v) 「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」(2020) 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
- vi) 「令和元年度 軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究 報告書」(2020) 国際長寿センター
- vii) 山崎摩耶著「世界はチャレンジにあふれている - 高齢者ケアをめぐるヨーロッパ&中国紀行」(2020) 株式会社日本医療企画

5) 高齢者支援組織のマネジメント

吉田 俊之 (NTT データ経営研究所情報未来イノベーション本部 / 産業戦略ユニット ユニット長)



個人の寿命が延伸していくなかで、高齢者の抱える介護ニーズも三大介護を中心とした身体介助や日常的な生活行為の介助ばかりではなくなっている。

オランダにおける福祉や介護の事業評価の仕組みには、ボランティア側の価値観を取り入れる工夫がなされており、ボランティアが提供する価値を認識し、大切にしている。

また、オランダやイギリスの非営利団体は、地域住民の困りごとを担う、いわばワンストップの相談窓口の役割を地域の中で果たしている。地域住民が気付いたちょっとした困りごとを伝えることができるワンストップ型の窓口機能が強くないと言われるわが国においては、こういった諸外国の取組が参考になる。

1. 問題意識

わが国の介護業界がこれから目の当たりにする問題は、超高齢化・生産年齢人口減少社会といった人口構造の変化が与える影響ばかりではない。90歳を超える高齢者が普通にどこでも見受けられる社会がもたらす影響にも備える必要がある。近年、在宅の高齢者の要介護認定の認定調査において「特記事項」の記載が多くなっている。従来の調査事項のみでは複雑なニーズを捉えきれず、在宅での生活に必要な重要なニーズや気づきを「特記事項」に記録するような事例が増えているからと考えられる。このことから高齢者のニーズが新たに変化しはじめていることがわかる。とりわけ、90歳に近い高齢者あるいは100歳を超えるような高齢者では、手助けしてくれる夫が要介護状態になった、娘も80歳で要介護状態になり入所した、その結果、介護してくれる人がいなくなったといった事例が散見する

ようになった。つまり、加齢に伴う「本人の変化」ばかりでなく、長寿に伴う「周りの変化」が高齢者の安心した生活を脅かしつつある。

また、高齢者本人が、自分が困っていると気が付けない、あるいは、発信できない状況に陥っていることもある。そのため、これから高齢者を支援する組織は、問題解決型のサービスやケアを提供するだけでなく、こういった問題を発見する機能や相談窓口機能を地域レベルで発揮し、地域課題のマネジメントに貢献していくことが求められる。本節では、オランダの2つの福祉団体 (Surplus と Coloriet) の例から、地域課題と向き合うこれからの高齢者支援組織にとってのヒントを紹介する。

2. オランダにおける事例紹介

(1) 福祉財団 Surplus

① 法人種別と事業概要等

Surplus は公益性の高いサービスを提供する財団 (stichting) で、公益法人格を有する ANBI 機関として登録されているため、贈与税や相続税は発生しないなど税制上の優遇措置を受けている。寄付者も一定の控除を受け取ることができる。主な収入源は自主事業の売上、地方自治体等からの委託、寄付等に依存する。主な事業は福祉、介護、生活支援、地域との繋がりづくりの提供である。対象も高齢者から若者まで幅広い。介護の事業をみると、施設や住まい系サービスでは、特別養護老人ホームや居宅介護センター、サービス付き住居やケアホテルの運営をおこなう。また、自治体の在宅支援を受託し、サービス提供を担うなどしている。

② 組織構造

上位に監査委員会を設置し、取締役会が事業が適正に進められているか監視している。監査委員会のメンバーには市長や病院長あるいは大学教授など公益に資する立場の者が委員を務めている。監査委員会の下に取締役会があり法人経営を担当している。

③ ミッションやビジョン

顧客と一緒に、社会的なネットワークのサポートを受けながら、本人がまだ自身でできることを確認することを大切にしている。特別なケアやサポートを必要とするすべての人に設備を提供し、必要に応じて専門的な設備を使うと宣言している。また、人生のあらゆる段階においてすべての人々のために尽くすことをモットーにしている。そして、意識的に顧客に近づきコミュニケーションを図るとしている。

④ 従業員等

Surplus では約 3,000 人の従業員を雇用し、2,000

人以上のボランティアが顧客のために活動している。ブラバント (Brabant) 州の西地区と中央地区で約 100 万人の住民にサービスを届けている。

⑤ その他のガバナンス方法

年次報告書を作成し、毎年公開している。内容は組織運営体制や財務諸表のほか、主要な取組内容や外部環境変化のリスクに対する将来的な対応などを掲載している。品質の維持向上のために、第三者機関に調査を依頼し、2 年に 1 度の評価を受けている。また、その結果を公開している。保健省などによる衛生管理や感染予防等の調査報告、視察訪問の結果を公開している。

⑥ 地域の困りごと集約のマネジメント、マウリツホフ (Mauritshof) 住宅団地

Surplus が運営するマウリツホフ住宅団地は「ケアを必要としている住民が安心して住め、ケアも受けやすい地域にしたい」という思いのもとで開発が進められた。この一角で、地域の住民やボランティア、専門家あるいは団体が集まる近隣の集会所のような役目を果たす「地域ハウス (Huis van de Wijk)」という拠点を運営している。

この地域ハウスは立ち寄れば誰もが喜んで迎え入れてもらえる。地域の高齢者だけでなく、若者も、働き盛りの住民も集える。施設の入所者やサービスの利用者のみが使用する専用スペースではない。入り口に立てば、スタッフが「こんにちは、よくいらしたわね」と声をかけてくれる。誰でも足を踏み入れてよい。Surplus が住民の立ち寄りを積極的に促す理由は、単に地域交流の機会を提供し地域活性化に貢献したいという思いばかりではない。地域で起こっている困りごとや気づきを集めたいという明確な意図がある。「隣の人がちょっ

と気になるのよ、なにかケアがいるかもしれないわ]、「ここ2、3日見かけてないし、変なおいもする、私はどうしたらいいのかしら]、「最近、友達が亡くなって私自身が寂しい、おしゃべり相手がいないかしら] こういった何気ない不安や困りごとを持ち寄ることのできる拠点となり、適切なケアやサポートにいち早く繋げていきたいと考えている。

この場所にはヴァイクシスター（地域看護師）を中心に、ソーシャルワーカーや自治体からの役員、公団住宅の職員がいる。そして、ボランティアの人たちが常時出入りしている。彼らはサービスやサポートの提供も担うが、彼らが言う「弱い人たち」を見つけ、困りごとのシグナルをキャッチする役割を担い、ヴァイクシスターに情報を集める。ヴァイクシスター達の評価の切り口は「目の前の高齢者は自分で何ができるか」から始まる。医療ニーズの把握だけでなく、住環境の不備に原因がないかまで分析する。そして必要に応じてマントルケア（家族や近隣による継続的なケア）や家庭医に繋ぐ。ときには、理学療法士などのリハビリテーション専門職などに繋ぐこともある。

(2) Coloriet

① 法人種別と事業概要等

Coloriet も Surplus と同様に、リハビリテーションを含む公益性の高い医療サービスや介護サービスなどを提供する財団で、公益法人格を有する。主な事業は医療、リハビリテーション、介護そして社会福祉等の提供である。対象は患者のほか、ケアニーズを有する高齢者が想定される。医療の事業をみると、リハビリテーション、地域看護、認知症向けデイケアなどを提供している。またアドバイザー業務などにも力を入れている。

② 組織構造

上位に評議委員会を設置し、取締役会に経営を付託しつつ適正に進められているか監視している。別に監査役会を設置し、品質安全委員会委員長、クライアント評議会、監査委員会委員長、メンバー監査委員長などで構成されている。監査役会のメンバーはホームページで一般公開され誰でも閲覧できる。

③ ミッションやビジョン

医療従事者、家族、介護者そしてボランティアを含め、それぞれの大切な人生と一緒に彩ることをミッションとしている。また、人生はあなたのもの、と表現し、患者やケアを必要とする者が可能な限り自分でできるように支援することをビジョンとして描いている。

④ 従業員等

1,000人以上の従業員を擁し、フレヴォランド（Flevoland）州で最大規模を誇る。経営者は労働者と労働協定を結び雇用条件を公開し、必要に応じて協議を積み重ねている。「柔軟な働き方を許容し、複数の異なる勤務を提案する」とミッションにあるように、労働者の人生の彩りを妨げないように組織的に取り組んでいる。

⑤ その他のガバナンス方法

役員報酬の設定方針を公開し、報酬を財務諸表に明記することを宣言している。

中長期的な事業計画を策定し、ミッションや戦略、あるいは焦点を当てるべき論点を整理し公開している。監査役会による年次報告書を公開し、監査役員会や監査委員会で議論された内容を閲覧できるようにしている。

⑥ 短期集中型のハビリテーション付き短期入所施設

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理療法士、栄養士、医師そして看護師が常駐し治療に当たっている。入所者のうち、90%は自宅に復帰できている。アプローチの基本はチームケアであり、多職種が連携して最適な治療を提供している。看護師は療養指導ができる教育を受けている。なお、日本の病院で算定する疾患別リハビリテーションや介護老人保健施設におけるリハビリテーションにかかる基準と異なり、中央政府や支払者である保険会社から専門職の人員配置にかかる基準は提示されない。

3. 地域課題に向き合える 高齢者支援組織づくりのヒント (日本への示唆)

(1) ボランティアの視点を活用し、高齢福祉事業の質向上を促す第三者機関の評価

① 視点

近年、わが国の介護サービスあるいは生活支援の担い手として、地域住民がボランティアとして参加するケースが全国的に増えている。実際、介護予防推進と関連させ、住民の介護支援ボランティア活動を評価する仕組みを導入する自治体も増えている。また、国は、高齢者の雇用促進という観点から、直接介助以外の間接業務に従事する介護助手の導入を進めている。ボランティアも介護助手も施設等の人員基準の対象に含まれず活動に規制もないことから、ある意味で自由な立場といえる。それゆえに、彼らがより利用者の立場から意見やアイデアを述べてくれることも多く、ボランティアを長く受け入れる施設では、彼らの意見を取り入れ、利用者が本当に必要とするサービスを新たに創造したり、従来の業務にちょっとした工夫を加えるなどして、サー

ビスやケアの質の向上に役立っている。

② 日本の現状

わが国にも組織ガバナンスの支援として、高齢者福祉サービス事業所等を対象とした第三者評価事業はある。オランダの取組と同様に、組織方針や組織の運営管理などの評価項目のほか、ボランティアを受け入れる基本姿勢や体制、研修の有無を確認する項目も含む。しかし、評価調査者の資格は評価能力を担保する要件で構成され、3年以上の組織運営管理業務の経験、福祉、医療、保健分野の有資格者（あるいは学識者）であること、指定の養成研修の受講歴が求められる。しかしながら、現在のところ、ボランティアの立場や価値観を踏まえて高齢者福祉サービス事業所等の経営や事業を評価する要件とはなっていない。

③ 海外事例からの学び

オランダは成熟した市民社会のモデルと言われるとおり、多くの市民が若い年齢よりボランタリーな活動に従事する文化を持ち、地域福祉においてもボランティアが重要な役割を担う。例えば、Surplusのような大規模な福祉財団が公開する活動報告には、ボランティアの活動環境や、ボランティア向けの研修内容等を自己評価する項目が設定してある。このように、オランダにおける福祉や介護の事業評価の仕組みにはボランティア側の価値観を取り入れる工夫がなされており、ボランティアが提供する価値を認識し、大切にしていることがよくわかる。

今後、わが国において、介護支援ボランティアや介護助手の活用を推進するならば、オランダの第三者評価を例として、第三者評価の調査員の資質としてボランティアの立場を新たに加える、という考え方は有用と考える。

図表1 地域の福祉や介護、医療等を担う地域団体の例（大規模法人）

項目／法人名		Surplus	Coloriet
①サービスを提供する主な地域		ブラバント西地区・中央地区 (人口 100 万人)	フレヴォランド州全域 (人口 42 万人)
②法人種別		財団 (公益法人格を有する地域団体)	財団 (公益法人格を有する地域団体)
③税制優遇		あり (ANBI 認証取得済)	あり (ANBI 認証取得済)
④従業員数とボランティア数		従業員: 3,000 人以上 ボランティア: 2,000 人以上	従業員: 1,200 人以上 ボランティア: 600 人以上
⑤ 主 な 事 業	社会福祉	○	○
	介護	○ (ケア付き住居、ケアホテルを含む)	○
	生活支援	○	-
	地域の繋がり支援	○	-
	リハビリテーション	-	○
	医療	-	○ (地域看護、認知症デイを含む)
⑥ 主 な 収 入 源	自主事業	○	○
	自治体等の委託	○	○
	寄付	○	○
⑦組織ガバナンスの主な特徴		1) 監査委員会を設置し取締役会の経営を監視 2) 市長、病院長、大学教授など地域代表や学識経験者等を含んだ監査委員の構成	1) 評議委員会を設置し取締役に経営を付託 2) 監査役会の設置 3) クライアントで構成する評議会の設置 →取締役会へ助言できる。 4) 地域企業で構成する協議会の設置
⑧ミッションやビジョンの特徴		顧客と一緒にあって、社会的なネットワークのサポートを受けながらも本人がまだ自身でできることを確認すること、を大切にしている。また、意識的に顧客に近づきコミュニケーションを図るようにしている。	「人生はあなたのもの」という考えを基本に持ち、医療従事者、家族、介護者そしてボランティアを含め、「それぞれの大切な人生と一緒に彩ること (giving color to valuable life together)」をミッションとしている。

出典：国際長寿センターによる現地訪問調査より筆者作成

(2) 地域住民やボランティアに対する積極的な情報発信や法人運営への巻き込み

① 視点

地域包括ケアシステム概念においては、互助は、近隣住民が自分で融通できる時間や労力を資源として互いに持ち寄り助け合うことを意味し、これからの重要

課題である包括的な支え合いを実現するための基礎的な地域資源になる。互助による活動の代表例でいえば、ご近所同士の見守り支援や介護予防サービス等の担い手になることなどがあるが、今回は、互助活動を通じて、住民が地域マネジメントの検討に参画する視点を取り上げたい。例えば、地域住民が、自身が住まう日常生

活圏域における介護サービス提供体制やサービスのあり方の検討に関与していく、といったものである。

② 日本の現状

国は介護サービス事業者と地域住民とが介護サービス等のあり方を検討できる場を制度的に設けている。例えば、地域密着型サービスの義務の一つに運営推進会議の開催があるが、その構成員のルールは、住民が参加できるように意図的に設計されている。また、平成 29 年の社会福祉法人制度改革以来、すべての社会福祉法人は評議会を設置しているが、その構成員は、「社会福祉法人の適正な運営に必要な識見を有する者」から選出することになっている。具体的には、自治会の代表者や民生委員、地区社協役員、あるいはボランティアの活動者などが想定される。このように、地域の実情をよく知る地域住民等が地域の社会福祉法人の運営に関与するようになれば、実情に応じた地域福祉を効果的に展開できるようになるため、この取組は更なる普及が望まれている。

しかし、現在のところ、地域住民やボランティアが介護サービス事業者（所）の運営に参加できる機会は限られ、株式会社が設置する訪問介護事業所や通所介護事業所などの居宅サービス事業所の運営に地域住民等が参画できる仕組みはない。訪問介護や通所介護は介護保険サービスの給付実績の大部分を占めることを考慮すると、特に、株式会社立の居宅サービスの介護事業所の運営に住民等の意見を反映できる仕組みづくりは重要となる。

また、わが国における介護サービス提供事業者が、住民やボランティアに向けた情報戦略を策定しているケースは少ない。

③ 海外事例からの学び

事例に挙げたオランダの 2 法人は公益団体であり、

税制上の優遇措置を受けるほど優秀なガバナンスを敷いている。いずれも監査委員会の設置や監査報告、内部告発者の取扱方針、顧客や従業員等の個人情報の取扱、保健省などによる衛生管理や感染予防等の調査報告、視察訪問の結果公開など様々な情報を公開しているが、特に、地域住民と地域のボランティアに向け積極的に情報を発信している。また、Surplus が受ける品質評価の第三者機関のメンバーにはボランティア代表が参加している。

オランダでは、良質なサービスやケアを提供する上で地域住民の理解とボランティアの存在が欠かせないと考えている証左ともいえる。オランダの取組は、今後、居宅サービスの介護事業者と地域住民あるいはボランティアが、地域のサービス提供体制やサービスのあり方を協働して検討できる場づくりの一案として参考になる。

(3) 地域レベルでちょっとした困りごとを収集するマネジメント機能

① 視点

個人の寿命が延伸していくなかで、高齢者の抱える介護ニーズも三大介護を中心とした身体介助や日常的な生活行為の介助ばかりではなくなっている。近所のひとり暮らし高齢者を近くのスーパーで見かけなくなったからと、たまに家を覗いてみるとゴミ屋敷化していた、といったケースがある。また、これまでは老老世帯といえは高齢夫婦を指していたが、近年では、90 歳の親と 70 歳の息子・娘が同居する老老世帯も目立つようになっている。しかも双方が要介護であったということをつまみ訪れた友人が気づいた、ということも起こっている。

長寿化に伴って高齢者が遭遇する新しい困りごとを本人や家族自らが発見できない、あるいは適切に発信できない状態に陥っているケースがあり、むしろ、地

域に暮らす近隣の人（あるいは、単なる通りすがりの人）が異変に気づいてくれる場合が増えつつある。「あれ、おかしいな?」といった普段とは違う違和感を近隣住民に覚えたとき、私たちはどこへ知らせるべきだろうか。今後、近隣住民の困りごとやちょっとした変化を見逃さず知らせる先の拠点が地域に必要なになる。

② 日本の現状

日本全国には、介護サービス事業所や特別養護老人ホームといった数多くの地域資源が存在するが、その本来業務として、地域の相談を受け付ける機能を持っているわけではない。日常生活圏域にはおおむね1か所の割合で地域包括支援センターが設置されて相談でき、必要に応じて適切な機関を紹介してもらえる場合もあるが、扱う問題は地域の高齢者に関する気づきや困りごとが中心になる。現在のところ、地域の誰かに対し、手を差し伸べたほうがいいと気づいたとしても、そのことを気軽に情報提供できるワンストップの相談窓口は地域にほとんどない。

介護保険制度にはケアマネジャーが存在するので、高齢者が介護保険サービスを利用している場合であれば、担当のケアマネジャーが担当利用者の異変をいち早く察知することができるだろう。しかし、その本来業務として、地域に出向き介護サービスを受給していない高齢者の困りごとを見出すという役割までは担っていない。このように、わが国はサービス提供体制が充実しているのに、介護や福祉のサービスを提供する拠点は地域に多く存在するが、地域内で気づいた困りごとや、ちょっとした違和感を伝えていく場所がほとんどない。

③ 海外事例からの学び

Surplus が展開する「地域ハウス」という施設サービスは、共有スペースなど敷地の一部を地域のために開

放している。そして、誰もが相談できる「窓口」機能と適切なケアやサービスに「繋ぐ」機能を提供している。例えば、「隣の人がちょっと気になるのよ、なにかケアがいるかもしれないわ」、「ここ2、3日見かけてないし、変なおいもする、私はどうしたらいいのかしら」、「最近、友達が亡くなって私自身が寂しい、おしゃべり相手がないかしら」、といった何気ない不安や困りごとを持ち寄ることのできる拠点として地域に定着している。そして、地域ハウスには保健医療と社会ケアの専門職に加え、インフォーマルケアを担うボランティアが常駐し、地域や住民の困りごとを漏らさずキャッチする体制を整えている。キャッチしたシグナルを分析し、適切な資源に繋げ、問題の収束を図る役目にはヴァイクシスター（地域看護師）が就いている。

地域の困りごと窓口機能の例はイギリスにもある。例えば、ロンドンの Bromley Third Sector Enterprise (BTSE) という非営利団体は、ICT を活用して Single Point of Access (SPA) という地域の困りごとを収集する相談窓口機能サービスを提供している。病気ではないが精神的に生きづらさを感じたり落ち込んだりした住民が、SPA に電話やメール等で相談する。メンタルヘルスへの対応ばかりでなく、落ち込んだ結果として生じる生活上の困りごとにも相談できる。SPA のアドバイザーはデータベース化された地域資源と相談内容を踏まえ、相談者を適切な社会ケアや GP、インフォーマルのサポートに繋ぐ、というサービスである。

オランダの Surplus やロンドンの BTSE は、地域住民の困りごとを担う、いわばワンストップの相談窓口の役割を地域の中で果たしている。地域住民が気付いたちょっとした困りごとを伝えることができるワンストップ型の窓口機能が強くないと言われるわが国においては、こういった諸外国の取組が参考になる。

6) ICT利用と生産性の向上

吉田 俊之 (NTT データ経営研究所情報未来イノベーション本部 / 産業戦略ユニット ユニット長)



この項では日本、イギリス、そしてオーストラリアにおける高齢者ケア分野での ICT 活用状況を生産性向上の観点から取り上げた。高齢社会の進展に対応するように、いずれの国もテクノロジーの活用とその普及を政策課題に位置づけている。一方、ICT の活用や普及を目指すテーマは国ごとに異なる。人口が減少していく日本の場合、人口が増加する見込みのイギリスやオーストラリアと異なり、介護職員の負担軽減や業務効率といった介護サービス提供者のメリットに力点が置かれている。

1. 問題意識

日本では、高齢者ケアの現場で介護ロボットや ICT の導入が進んでいる。2017 年 10 月、政府は ICT・介護ロボット機器の開発支援分野を 6 分野 13 項目に分けている。具体的には、移乗介護、移動支援、排泄支援、見守り・コミュニケーション、入浴支援、介護業務支援の各分野がある。さらに細かく分類を見ると、例えば移動支援は屋内・屋外で用いる機器や、装着するタイプなどがある。見守り・コミュニケーションについても、生活支援として高齢者とのコミュニケーションにロボット技術を用いたものが入っている。この 6 分野 13 項目のうち、センシング技術を用いた機器開発は排泄支援の分野でも進んでいるが、ICT の主流は見守り・コミュニケーション分野である。この介護ロボットや ICT 機器の活用意義は、介護現場の生産性向上に貢献するという観点から、介護職員の負担軽減を目的としていることが多い。本節では、イギリスとオースト

ラリアの高齢者ケアの分野における生産性向上の捉え方や ICT の活用を参考に、介護分野における ICT の新しい活用方法を考える機会とする。

2. 日本と諸外国における将来人口推計の特徴と生産性向上の重要性

厚生労働省は日本の 2025 年の介護需給ギャップは約 38 万人と推計し、経済産業省も 2035 年時点で 79 万人の需給ギャップが生じると試算している。将来の深刻な課題と認識するには十分に大きい値だが、先進国の中でもわが国の介護需給ギャップは解消のしにくさが際立つ。それは、高齢社会だけでなく人口減少社会でもあるからだ。ここでは日本と同じく高齢化するイギリスとオーストラリアを例にとり、将来の人口推計に着目し、改めてわが国の将来人口の特徴を確認したい。

高齢者ケアの在り方に影響を及ぼす高齢化率をみると、現在、日本の高齢化率は 28% を超え、超高齢社会の状態にある。一方、イギリスの高齢化率は約

図表1 日本、英国、豪州の人口並びに高齢化率

	人口(万人)			高齢化率(%)		
	2018年(推計)	2065年(推計)	増減率	2018年(推計)	2065年(推計)	増減率
日本	12,644	8,808	-30%	28.1	38.4	37%
英国	6,644	7,527	13%	18.6	26.2	41%
豪州	2,503	4,866	92%	15.6	20.5	30%

出典：日本 社会保障人口問題研究所、英国 Office for National Statistics、豪州 Australian Bureau of Statistics 各国のデータに基づき著者作成

19%、オーストラリアの場合は約16%であり、いずれの国も高齢化社会の段階にある(図表1)。

将来の高齢化率を比較すると、2065年時点における日本の高齢化率は38%に到達すると見込まれる。イギリスは約26%程度にとどまる見通しである。今後45年をかけてもイギリスの高齢化率は日本の現在の高齢化率を上回ることはないという見通しになる。オーストラリアの高齢化の進みは更に遅く、約21%にとどまると予測される。ただし、これからの25年のうちに85歳以上人口は2倍になるとの見通しもあることから、高齢者介護システムの持続可能性に関するオーストラリア政府の問題意識は決して低くない。高齢者ケアにおける生産性向上が課題だと認識している。

他方、介護人材量に影響するそれぞれの国の人口推計はどうであろうか。日本の人口は直近で減少傾向であり、将来においても減少し続ける人口減少社会であることはよく知られている。2065年時点では約8800万人まで減少し続ける見通しだ。一方、イギリスやオーストラリアの人口は現在も増加傾向にあり、日本と真逆のトレンドをたどっている。オーストラリアはこの100年でおおよそ5倍に増加し2500万人(2018年)に到達した。人口成長は止まらず2065年には4866万人に到達するとも予測されている。イギリスも同様に現在の約6700万人から2065年には7500万人を超えると予測される。両国とも人口を押し上げてきた要因のひとつは移民流入

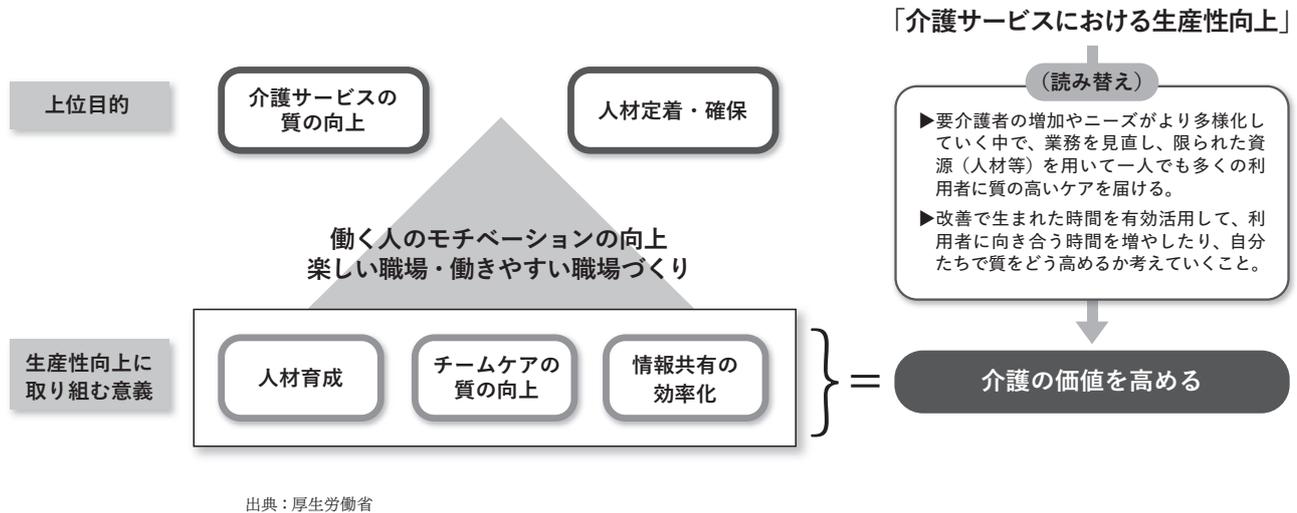
であり、今後も移民流入の影響は続く想定されている。例えば、オーストラリアでは、近年の人口増加に対する自然増の寄与は36.8%である一方、移民流入の寄与が63.2%と自然増の寄与を上回るという報道がある。イギリスにおいては、出生率が死亡率を上回り続けるとの見通しもあり、人口の自然増も期待される。このように、イギリスやオーストラリアでは、介護人材の供給問題は、日本ほど深刻に考えられていない。

3. 日本、イギリスおよびオーストラリアの高齢者ケア分野における生産性の捉え方

(1) 日本における介護分野の生産性の捉え方

生産性を捉える視座には、政策レベルやサービス提供者の法人レベル、現場レベル、そして個人のレベルなど様々あるだろう。その中で、わが国の取組ではまず介護現場のレベルに着目した議論から開始されている。2018年には厚生労働省が介護分野における生産性向上のガイドラインを初めて公開し、介護サービスの生産性向上の捉え方を示した。それまで「生産性向上」という言葉を介護現場で使う機会はほとんどなかったことから、生産性を向上する意義やその目的、公的介護保険制度の理念などの視点から幅広く議論が展開された。その結果、このガイドラインでは、生産性向上

図表 2 介護の分野における生産性向上の捉え方



の上位目的として、「介護サービスの質の向上」と「人材の定着・確保」を設定している（図表 2）。

また、介護サービスにおける生産性向上を、「要介護者の増加やニーズの多様化の中で業務を見直し、限られた資源を用いて一人でも多くの利用者に質の高いケアを届けること」、あるいは、「改善で生まれた時間を有効活用して利用者に向き合う時間を増やしたり、自分たちで質をどのように高めていくか考えていくこと」と読み替え、その結果として、介護の価値が高まるという好循環を描いている。生産性向上の概念は、特に、同一規格のモノを大量生産する時代に発展した歴史を持つこともあって、モノづくりの世界の話というイメージがある。また、具体的な取組は、例えば、オペレーションの画一化や人員削減という印象もある。しかし、介護分野では、高齢者が有する多様なニーズに合わせて介護職員がケアやサービスを工夫しなければならない。

究極の対人サービスといえ、画一化されたサービスを大量生産する仕組みは必ずしも有効とはいえない。そのため、ガイドラインでは、人材育成やチームケアの質の向上といった人づくりに焦点が当てられている。この人づくりと情報共有の効率化を加えて、生産性向上に取り組む意義としている。

2021年には厚生労働省は新たに「介護現場における生産性向上の取組を支援・促進する手引き」を公開した。この手引きでは介護現場の生産性向上の解釈をさらに一歩進めている。「これまでのようにケアやサービスの質を保ち、利用者にサービスを提供する力を高めるだけでなく、経験のない事例であっても特有のニーズに気づき、そのニーズに応じたケアやサービスを創り出すことができるよう備える」必要があると述べている。介護現場は、介護職員がこれまで以上に専門性をもって創造的に創意工夫しやすい場に進化することが求められている。

(2) イギリスにおける高齢者向けケアの生産性の実情

イギリスの国家統計局 (Office for National Statistics) は、公共による成人のソーシャルサービスの生産性を定量的に計測し、公開している。生産性の定義は一般的な関係式である「産出量／投入量」を用いている。投入量には、成人の社会ケアに必要とした労働、中間に消費した商品等、自治体が独立セクターのプロバイダーから購入した成人向けサービス、そして、ケア提供に地方自治体が必要とした資本を含む。産出量は直接計測できる活動とそうでない活動があり、調整して計算される。対象となる活動には提供された公共サービスの成人向け社会ケアを用い、例えば、住宅、介護、デイケア、紹介・評価などを含む。2015年度以降からは、自立を最大化する短期ケアを含む。また、2015年以降はサービスの品質を調整した場合に産出量の伸びがどのように変化するかわかるようにしている。この質調整には、成人のソーシャルサービス調査 (The Personal Social Services Adult Social Care Survey) からのデータを使用している。この調査はすべての利用者の全数調査ではない。また、主に公共サービスによる長期ケア等に限って品質を測定している。そのため、調整結果の解釈には注意する必要があるが、少なくとも、産出量をサービスの質で調整することで、QOLに影響する可能性のある成人のソーシャルサービス以外の要因の影響を制御し、その結果、成人のソーシャルサービスが利用者のニーズをどの程度満たしたかを測定することを可能にしている。このようにイギリスでは公共サービスによる高齢者向けサービスの生産性を定量的に評価している。

では、公共による高齢者向けソーシャルサービスの

生産性は高まっているのか。1996 / 1997年度の生産性を100としたとき、直近の2017 / 2018年度の生産性の水準はおよそ80程度にとどまり、2000年前後を境としてその生産性は低下している (図表3)。

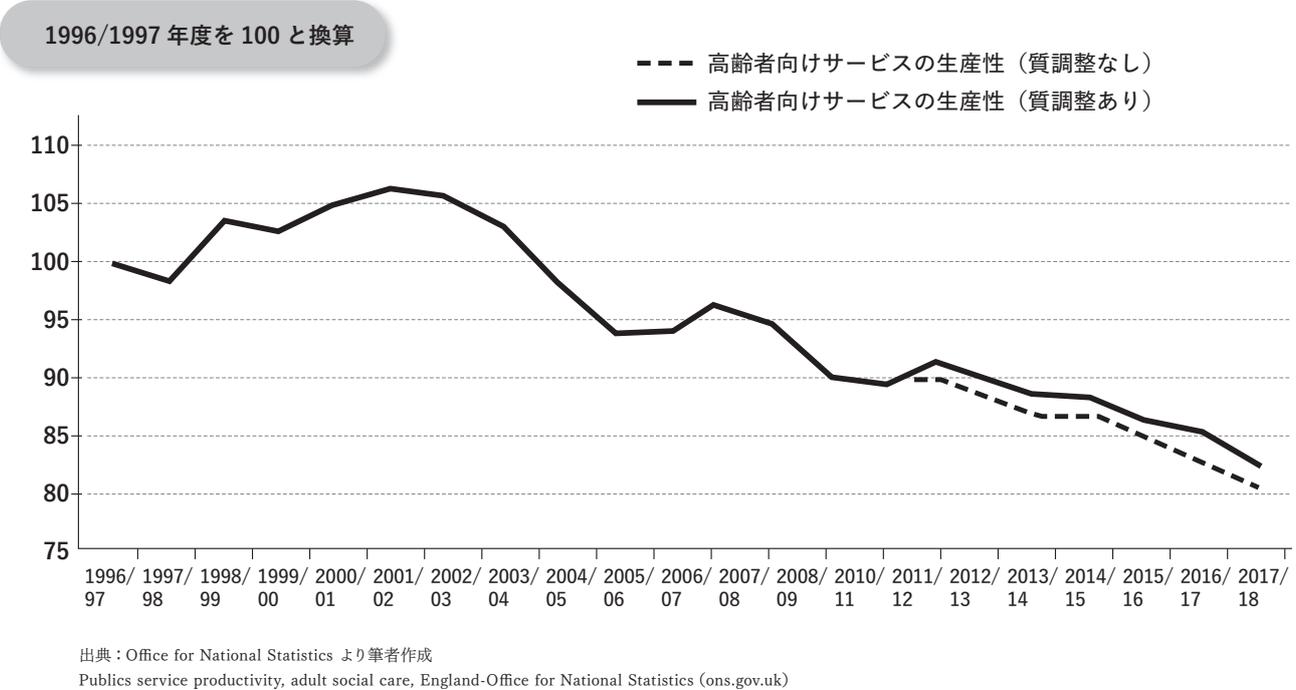
NHS や自治体による一連の医療／ソーシャルサービスの改革が成果を上げているとは言い難い状況をうかがい知ることができる。とはいえ、ケアの質で産出量を調整した場合は、そうでない場合と比較し、生産性の数値が高まる傾向にある。サービスプロセスの改善によってケアの質を高め、結果として、生産性を高めた可能性を表しているかもしれない。

(3) オーストラリアにおける高齢者向けケアに関する生産性の捉え方

オーストラリアでは高齢者ケアのあり方について、生産性の観点からも議論されてきた。中央政府の生産性委員会¹⁾は2011年に「Caring for Older Australians」というレポートを公開している。将来の介護需要の伸びと高齢者介護システムの持続可能性に関する懸念²⁾を示すとともに、同委員会は、このまま非効率な高齢者介護システムを継続するとシステムの緊張を高めると指摘し、多くの提案を提示した。その報告を受け、連邦政府は2012年5月には、同委員会のレポートへの対応方針を発表し、高齢者介護サービス体系の抜本的な見直しに着手した。近年では、軽度のケアニーズを有する住民が利用する在宅のサービス強化を推し進めている。

生産性委員会は、高齢者ケアについて政策レベルで成果を分析するフレームワークを公開している。そこでは高齢者ケア政策の成果を公平性、効果性、そして効

図表3 イギリスの高齢者向けサービスの生産性の推移



率性の観点から評価している（図表4）。

4. 高齢者ケア分野における デジタル化に対する主な期待

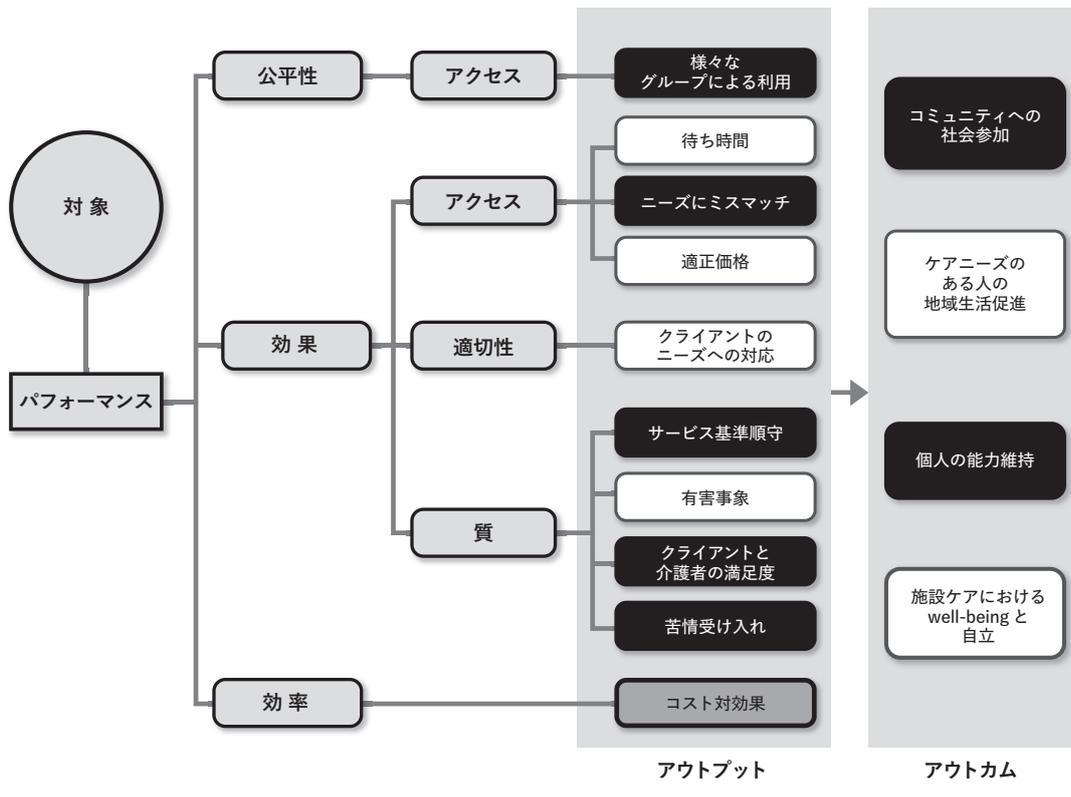
(1) わが国の介護分野におけるデジタル化への主な期待：業務効率化と連携促進

介護分野の生産性向上の取組は様々にある。そのうち、ICTの活用により成果が期待される取組は「業務の明確化と役割分担（テクノロジーの活用）」と「情報共有の工夫」が該当する。特にわが国ではICTを活用した業務の効率化や連携促進が期待されている。これまでに国はまず、居宅サービス事業所においてICT機器やソフトウェアを導入する手引きや、介護情報を安全に連携するためのガイドライン、情報連携の標準仕

様を公開するなどして、ICT機器や介護ソフトの普及に力を入れ、記録業務の効率化と負担軽減を推し進めている。

また、介護現場でテクノロジーを活用しようという動きが活発化する背景には、介護職員が感じる過度の身体的あるいは心理的な負担感が問題視された経緯も見逃せない。ICTは特に夜間における高齢者の「見守り」機能として活用が期待されている。近年では、2018年及び2021年に介護報酬改定において、ICTを用いる見守り支援機器を活用した場合に高齢者施設の人員配置の基準が緩和された。ICTを用いた夜間見守りには一定の効果があると考えられている。また、およそ50種類の見守り支援の商品が販売されており、この規模は介護ロボット・ICT機器の種類全体の約34%と、最も多くを占める（図表5）。

図表 4 オーストラリアの高齢者介護システムにおける生産性分析の概念



〈記号の意味〉

Text 多くの最新データで測定値は比較可能であり完成している

Text 多くの最新データですくなくとも一つの測定値は比較可能であり完成している

Text 多くの最新データで測定値が比較不可能および/あるいは完成していない

Text データおよび/あるいは測定値は確立されていない

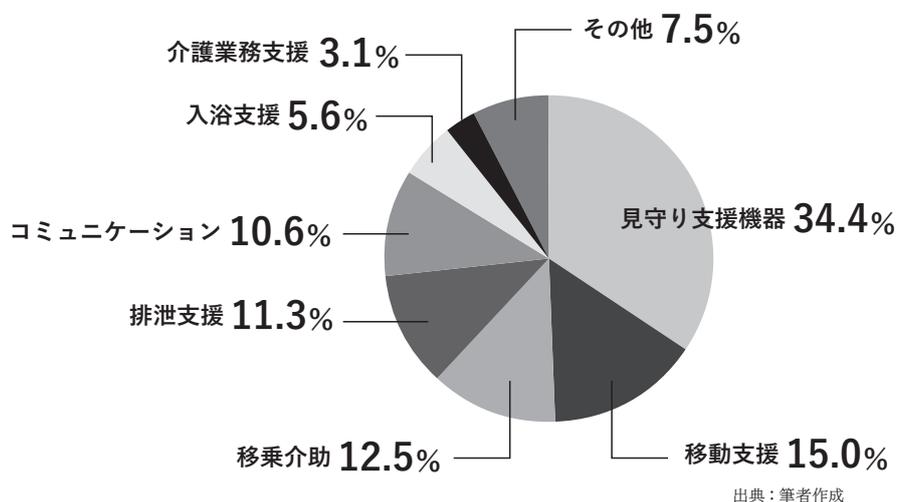
出典：Australian Government Productivity Commission の資料より筆者作成

このように、日本における介護分野のデジタル化の流れは大きく2つあり、一つは文書量削減を通じた業務効率を目的とした介護記録ソフトを普及させる流れであり、もう一方は、介護職員の負担軽減を目的としたICTを活用した見守り支援機器の普及を目指した流れである。

(2) イギリスの医療福祉分野におけるデジタル化への主な期待：情報共有とペーパーレス

NHSは2020年をターゲットイヤーとして、医療とケアの世界が情報とテクノロジーを利用し、個別化されたヘルスケアを実現するという政策方針「Personalized Health and Care 2020」を示してきた。高齢者向けのソーシャルサービスや介護の分野でITを活用する契機となったのは、2015年に施行した安全性と品質に関する法律「The Safety and Quality Act」の影響が大きい。この法律により地域コミッショナーやサービス提供者は住民の健康や社会的ケアに関する情報を共有する義

図表5 日本における介護ロボット・ICT 機器の種類別割合



務が生じ、病院と地域の診療所あるいはケア事業者等が互いに遠隔地においても効率よく情報共有するシステムを構築する必要性が高まった。さらに、NHS イングランドがデジタル化に向けたロードマップ「Local Digital Roadmaps」の作成を各地域に要請したことで、医療とケアの情報をITで結び付けるシステムの実装準備が具体的に進められている。「Personalized Health and Care 2020」ではデジタル化に取り組むいくつかの領域が設定しているが、そのうちの1つに「紙を使わない paper-free」医療と社会的ケアのシステムの実現がある。そのため、特に大規模のチャリティや福祉団体ではすでに高齢者のケア記録のデジタル化が進み、日本の介護サービス事業所によく見かける「ケア記録ファイルでいっぱいの書棚」は姿を消しつつある。また近年では、孤独を感じる高齢者に新しい友人づくりを支援する befriending service などでも ICT が活用され始めている。イギリスにおけるデジタル化は情報共有を目的としてい

るため、ICT の活用分野は介護現場の記録作業の効率化のほかに、地域コミュニティで困っている高齢者を適切なチャリティや団体に迅速に繋ぐマッチングにも活用されている。例えば、ロンドンのプロムリーカウンシルにある非営利団体 Bromley Third Sector Enterprise (BTSE) は、精神的に活力のない軽度のメンタルヘルスの問題を抱える住民や、初期の心理的行動的ストレスを抱えている成人を対象とした電話相談により、状態に応じて適切な地域チャリティ等に紹介する Single Point Access というサービスを提供している。いわゆるワンストップ型の相談窓口である。この BTSE は地域の CCG (Clinical Commissioning Group; 臨床委託グループ) の予算を活用したプログラムであり、地域のチャリティ等 6 団体が共同設立した非営利団体である。BTSE は一日およそ 300 件の相談件数に対応しているが、適切なチャリティに効率的に繋げるために ICT システムを構築している。データベースには、本人の許可

を得た住民の個人情報、相談内容やチャリティのサービス情報等が格納されている。電話オペレーターは標準化された質問フローに沿って短時間でニーズを聞き出し、マッチングのフローに沿って適切な団体に繋ぐ。住民とのコミュニケーションは電話というアナログな方法を採用しつつ、適切なサービスに繋ぐマッチングプロセスに ICT を導入し、作業効率を高めている。住民にとって、自分の状態像に適した「チャリティを探す旅」に出る必要はなく、省力・省時間のメリットは大きい。

また、イングランドに広く拠点を持つチャリティ団体の Carers UK は、家族介護など「お金を支払われていない」ケアラー（介護者）に対する支援として、専門的なアドバイス・情報・サポートの提供や、ケアラー同士を繋ぐ活動などを提供している。イギリスでは雇用されていないケアラーの孤立が問題視されており、彼らをサポートするニーズが高まっている。この団体の会員数は約 2 万 8 千人で 88% が現役のケアラーで構成される。Carers UK は、ホームページを通じて、小冊子などをデジタルコンテンツ化し会員に対し情報発信するなど、役所やチャリティ団体を訪問する手間なく情報にアクセスできる支援を展開している。ケアラーの多くは自分の時間を確保しにくい状況にあり、情報を得るための訪問時間などは省きたいニーズがあるという。また、ケアラー同士でピアコミュニケーションができるウェブ上の場を用意し、ケアラーが自由に書き込み、心のつらさを吐露しあうことや、うまくいく介護の工夫を交換できる機会を提供している。Carers UK の訓練されたスタッフはこのコミュニケーションや書き込みを注意深く観察し、孤立している状態や自殺や他傷の可能性があるかと判断すれば、本人の訴えを待つことなく本人に声掛けしている。

イギリスの高齢福祉分野では ICT を用いた情報連携

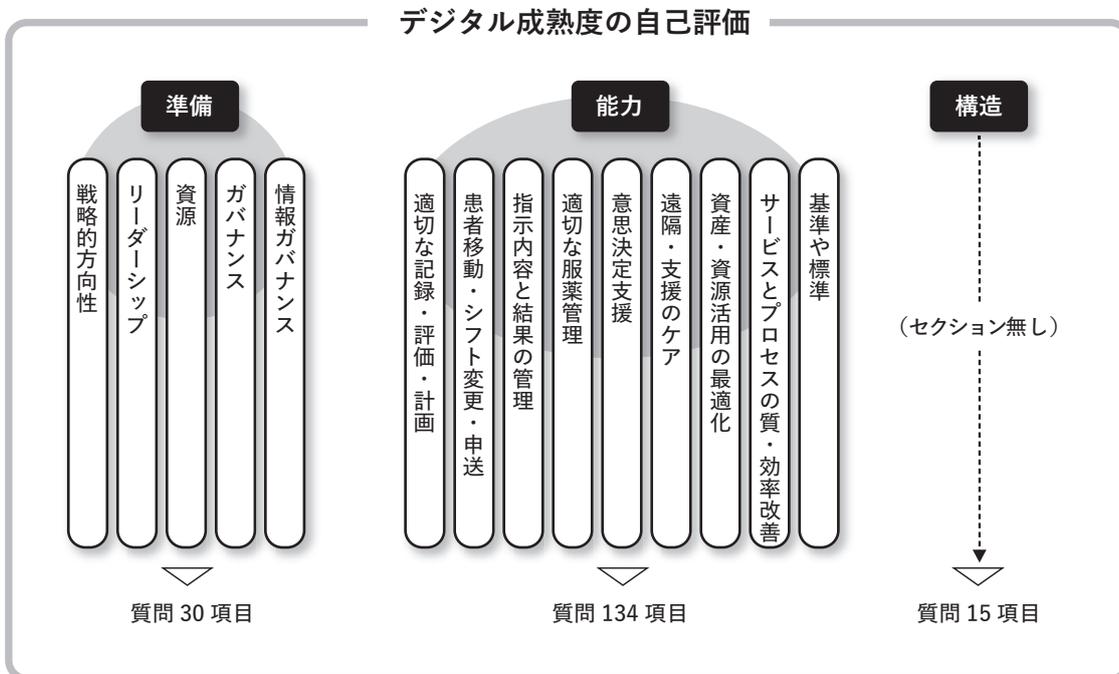
が進んでいるが、政府として進捗を管理しやすいサポートがいくつかある。その中でも、デジタル化の習熟度を自己評価できるアセスメントツールを公開している(図表 6)。

アセスメントツールは「準備」「能力」「構造」の 3 種の上位項目と、「戦略的方向性」や「適切な記録・評価・計画」など下位 14 項目で構成される。合計でおよそ 180 項目の質問が用意されており、介護サービス事業者等はこの設問に回答することによって、自組織のデジタル習熟度が一目でわかるようになっている。

(3) オーストラリアの高齢者ケアにおけるデジタル化への主な期待：ケアへのアクセス改善

オーストラリアの生産性委員会は、イギリス政府のレポートから「ケアとサポートシステムを使用する人々は、テクノロジーがどのケアを選択するかを決定し、生活の質を向上させるのに役立つことをますます期待するようになり、ケアとサポートセクターはこれらのイノベーションを活用するために位置付けられる必要がある」と引用するかたちで、オーストラリアの高齢者もケアとテクノロジーの発展を利用し、より自立した状態を保ち長く社会に参加することを望むだろうと推測し、ケアとテクノロジーを組み合わせた発展の必要を指摘している。とりわけ、高齢介護サービスに関する情報等へのアクセスの難しさが問題と考え、「連邦政府は、オーストラリア・シニアゲートウェイ・エージェンシーを設立し、情報、ニーズ評価、ケアの調整、介護者紹介サービスを提供できるようにすべき」と提案した。生産性委員会のこの提案に対し、連邦政府は 2013 年に My Aged care ウェブサイトを立ち上げ、明確で信頼性の高い情報を発信していくこと、そして、高齢者がこのシステムを通じて自身が求めるサービスや情報によりナビゲートされやすく

図表 6 デジタル習熟度の自己評価フレーム



出所：NHS England の公開資料より一部改変し筆者作成

していきたい、と回答している。

5. 日本の介護分野で ICT 活用を推進するヒント

本節では日本、イギリス、そしてオーストラリアにおける高齢者分野での ICT 活用状況を、生産性向上の観点から取り上げた。高齢社会の進展に対応するように、いずれの国もテクノロジーの活用とその普及を政策課題に位置づけている。一方、ICT の活用や普及を目指すテーマは国ごとに異なるようである。人口が減少していく日本の場合、人口が増加する見込みのイギリスやオーストラリアと異なり、介護職員の負担軽減や業務効率といった介護サービス提供者のメリットに力点が置

かれている。イギリスではケアやサービスを受ける高齢者の立場に立ったメリットを訴求し、孤独や孤立の解消といったアウトカムの改善を掲げデジタル化を推進している。また、地域の高齢者がワンストップで相談しやすい地域連携体制構築の試みに ICT を活用し、予算を付けるなど、高齢者が安心して暮らせる地域づくりにテクノロジーを生かそうとしている。さらに、日本では見かけないサービスのひとつとして、賃金を得ていないケアラーの心をケアするサービスと ICT を組み合わせたチャリティの取組があげられる。オーストラリアでは、介護サービスや関連情報へのアクセスの公平性を担保する目的で ICT が活用されている。日本でも高齢者等の介護情報等へのアクセスの公平性を担保する機能を制度に組み込んでいる。その最たる例はケアマネジャーの存在である。利用者を個別で担当し、情報提

供とサービスの検討からケアプランの作成まで支援するなど、情報の非対称の解消に向けた対策は世界の中でも非常に手厚い方だろう。また、ICTとの関連でいえば都道府県単位で公開される介護サービス情報の公表制度がある。しかしながら、高齢者ケアの生産性を分析する枠組みの中に、アクセスの公平性を明確に位置付けている点は日本にはなく、オーストラリアの特徴といえる。以上のことを踏まえ、日本の介護分野で生産性を高めるのに参考となる方策として、2つ提示したい。

(1) 介護サービス事業所におけるデジタルの習熟度がわかるチェックリストの開発

ある程度の介護サービス量を提供している介護サービス事業所では、請求業務が煩雑になるため、ほとんどの場合はICTで請求できる介護記録ソフトを活用している。しかし、ケア記録、情報共有そして請求業務を一気通貫できるまでシステム化できている事業所は多くない。業務効率化や情報共有のしやすさを目指すならば、そういった多機能の介護記録ソフトの導入は避けられない。さらに今後は、介護記録ソフト等と国が進める科学的介護情報システム「LIFE」との連動も始まる。高度にICTを活用することになるので、単に介護記録ソフトの取扱説明書を読めば済むというレベルではなくなる。こういった場合はデジタル化の習熟を見える化することが着実な導入に効果を発揮する。イギリスでは、およそ180項目の設問に答えていくことで事業所のデジタル化の進捗を自己評価できるようにしている。介護サービス事業所はその設問を通じて、「何を達成していく必要があるか」がわかる仕掛けになっている

。こういった取組は、介護分野においてICTの活用の普及を目指す日本にとってもとても参考になる方策といえる。

(2) 地域高齢者のニーズと介護事業所を効率よくマッチングする地域協働型システムの開発

高齢者等が介護保険サービスを利用している場合、その利用者の状況は担当のケアマネジャーが把握している。また、必要なサービスの提案もその担当ケアマネジャーからなされることが一般的である。しかしながら、一人のケアマネジャーに介護サービス事業所の特徴や得意技まで掌握するよう期待するには限界がある。さらに総合事業では事業が多様化しているが、その情報を効率よく、かつケアマネジャー等に負担なく共有できるインフラの整備は立ち遅れている。地域で展開される総合事業をケアマネジャーが知らないケースも少なくない。そのようななかで、困りごとを抱える多くの高齢者と多様な地域資源を適切にマッチングするには、ICTの活用が大いに貢献するだろう。イギリスの例では、複数のチャリティが一つの公益団体を設立し、高齢者の相談窓口を一本化し、必要なチャリティに繋ぐシステムを試みている。日本では、これまでは作業負担の大きさがあって、そういった発想は「理想」にとどまり、実現しにくいところがあった。しかし、これからICTをしっかりと活用できるようになれば、例えば、地域の介護サービス事業者(所)が公益社団法人を設立し、その法人が、地域の高齢者全体の相談窓口機能とマッチング機能を提供する、といった将来像も描くことが可能になってくるだろう。

【注】

1) Australian Government Productivity Commission

2) オーストラリア政府の高齢者介護への支出は、2010年から2050年の期間にGDPの0.8から1.8パーセントに増加すると2010年の世代間報告書で予測されている。

7) 認知症の人への支援

中島 民恵子（日本福祉大学福祉経営学部准教授）



国内外で認知症の人をめぐる様々な取り組みが進められている。認知症の人と一言でいっても、初期の段階から終末期の段階まであり、個性が高く支援の方法も多様である。本書の「－“してあげる介護”から“もとの生活をとりもどす支援”へ－」という視点に基づき、認知症の人の身近なコミュニティにおけるボランティアとの関わりの重要性に注目した。特に本稿では、イギリスで認知症の人の生活支援を担う福祉団体へのインタビューの結果を中心に関連文献も含めた形で、初期の認知症の人への支援の可能性を概観した。チャリティ組織による、個々の認知症の人のこれまでの馴染みや趣味など楽しみを見出す個性の高い関わりが持たれていた。日本における認知症の人のボランティアは比較的、施設訪問などの集団での取り組みが多いが、認知症の人とボランティアの相互が個々に持つ力を活かし、楽しみやwell-beingを重視した個性の高い取り組みが今後より重要になっていくと考えられた。

1. 認知症の人の現状と政策の動向

イギリスの Care Policy and Evaluation Centre(2019) のレポートによると、2019 年には約 88 万 5 千人が認知症と推計され、2040 年には約 160 万人に達すると見込まれている。認知症の人にかかるコストは、2019 年は約 347 億ポンド (£34.7 billion) と示されており、45% が専門職による社会的ケア、40% がインフォーマルによるもの、14% が医療によるコストである。2024 年には、専門職による社会的ケアが 48% になると推計されている。

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 (Living well with dementia: a national strategy)」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。また、認知症国家戦略に掲げている内容を推進するために、

「実行するためのプラン (Implementation Plan)」が発表され、2014 年までの 5 年間で集中改革の期間と定め 17 項目をどう進めるかなどが具体的に示された。認知症国家戦略の中には、認知症の人へのサービスをより豊かにしていくために、様々な主体によるサービス提供の重要性も示され、ボランティア・セクターもその 1 つとしてあげられている。

2012 年には当時のキャメロン首相が、認知症に関する政策 (Prime Minister's Challenge on Dementia) を発表し、①保健・介護の改善の促進、②認知症フレンドリー・コミュニティづくり、③認知症研究の進展の 3 つを主要分野として掲げた。さらに、2015 年には認知症に関する政策 2020 (Prime Minister's challenge on dementia 2020) を発表し、早期診断と診断後のサポートの充実、認知症フレンドリー・コミュニティの更なる促進、研究の更なる促進等を掲げている。

2. 認知症フレンドリー・コミュニティ (Dementia Friendly Community : DFC) づくりの動き

先に示した、認知症国家戦略を促進するため 2010 年に認知症アクション・アライアンス (Dementia Action Alliance : DAA) が設立された。DAA はイギリス内の非営利組織、医療機関、社会的ケアの提供組織、行政機関、企業、大学や研究機関等を含む組織から構成されるアライアンスである。DAA におけるアルツハイマー協会 (Alzheimer's Society) が果たす役割は大きく、各地域における多様な業種の各関係者の連携を促しながら DFC の構築に向けた取り組みが推進されている。

認知症に関する政策以降、DFC の活動がより推進されることとなった。粟田 (2017) の報告によると DFC とは「認知症の人々が力づけられ (empower)、自信をもち (feel confident)、尊重され (respected)、包摂され (included)、本人にとって意味のある活動に参加し貢献することができるコミュニティ」であり、そこには、「そのような共通目標に向かって活動する個人、場所、組織 (公的、民間、ボランティア)、団体、バーチャルなコミュニティも含まれる」とされている。DFC の代表的な取り組みの 1 つとして、2014 年に始まった Dementia

Friends があり、認知症の人がコミュニティに住み続けられるためのより良い環境づくりに取り組んでいる。

3. チャリティ組織による実践

(1) 認知症ビフレンディング・サービス

(Dementia Befriending Service : Age UK Camden)

認知症ビフレンディング・サービスは、コミュニティの中に認知症で孤立している人たちがおり、その人たちに向けたサービスが必要であるという認識のもと、AgeUK カムデンに以前勤務していた認知症のアドボケート担当者による提案から生まれたサービスである。家族、友人、他のサービスからのサポートが無い、もしくは少ない認知症の人が優先的に利用できる。そのため、独り暮らしであることが利用者を選定する際の適正基準の一つとなっているが、家族と同居していても必ずしも良い関係ではない人や、パートナーが病気を抱えている人等、独り暮らしでなくとも特別な事情がある場合には、認知症ビフレンディング・サービスを受けることができる。

このサービスでは認知症ビフレンダーが定期的な訪問をし、孤独の解消、本人の関心やスキルの維持、地域コミュニティとのつながりの維持をサポートしている。訪問時には、一緒に散歩をしたり、地元のカフェへ行ったり、美術館やギャラリーなど興味のあるところに一緒に行ったり、クロスワードやボードゲーム等を一緒にしたり、大切な思い出を語り合ったり、お茶を飲みながらおしゃべりをする等、利用者のニーズにあわせたサポートが行われている。また、活動を始める自信をつけたり、コミュニティへ参加したり、追加的なサポートへアクセスすることもサポートしている。

利用者は認知症の初期から中期の段階の人が多い。認知症ビフレンディング・サービスは認知症の症状が深刻になってきた場合にサービスが提供できなくなることもあるが、認知症ビフレンダーの中には利用者が亡くなるまで付き添う人もいる。実際に 2014 年の調査時にインタビューに応じてくれたボランティアの男性は、これまで 2 名の利用者が亡くなるまで身近な存在として

関わる経験をしていた。

認知症ビフレンダーが定期的に訪問することにより、社会的な関係が構築され、利用者が持つスキルの維持につながっている。例えば、認知症ビフレンダーが訪問する際に、利用者が「お茶を入れる」ということにおいても、そのプロセスには様々な動作を伴うことになる。小さなことでもそれらを継続していくことが、認知症の進行を少しでも遅らせることにつながっている。

利用者が自分の声を聴いてくれる人がいると実感できることが非常に重要であり、認知症ビフレンダーはその役割を果たしている。介護者の訪問が夕方にあったとしても、夕食を差し出したら行ってしまうことや、入浴支援の訪問があっても、入浴支援をするだけで終わってしまうというように、なかなか自分の声を聴いてもらえる機会がないと感じている人が多い。そのような状況において、認知症ビフレンダーが定期的に訪問し、利用者向き合って話す存在となっている。例えば、深刻ではないが家族の問題があり、息子の苦情を娘には言えない、娘の苦情を息子には言えないという時に認知症ビフレンダーが本人の声にゆっくりと向き合う聞き役になっている。なお、認知症ビフレンジング・サービスの9名の認知症ビフレンダーを対象に2013年から2014年にかけて行われた質的調査では、認知症ビフレンダーが利用者自身をサービスの中心に据えて利用者の幸せと個別性に重点をおいた活動をしていることや、認知症ビフレンダーの活動が利用者の社会とのつながりや生きがいといった人間の持つ基本的ニーズを満たしていること等が示されている（Greenwood 2014）。

また、成果は認知症の人だけでなく、認知症ビフレン

ダーであるボランティア側にも生まれていることが、ボランティア自身からも語られた。非常に豊かな経験をしてきた利用者と一緒に過ごし、話を聞くことで多くのことを学び、この活動をきっかけにアルツハイマー協会の活動にも関わるようになったことが示された。具体的な認知症ビフレンダーの活動例は下記の通りである。

活動例①

57歳の女性。人と関わる活動を希望し認知症ビフレンダーの活動が始まった当初から関わっている。認知症の人とのこれまで関わりとしては、母が認知症であった。認知症ビフレンダーとなって5年間、同じ認知症の女性を担当している。主な活動としては、毎週、火曜日の朝10時から午後1時までを一緒に過ごしている。最初の時間は、利用者が彼女の1週間のできごとを教えてくれるところから始まる。典型的なスケジュールとしては、スーパーマーケットに行く（薬局に行くこともある）。その後、カフェでケーキとカプチーノを頼んで過ごす。その他には、クリニックの予約や美容院と一緒に行く等、その時のニーズに応じている。最初の頃は、利用者の家族のこと等、ライフストーリーを良く聞いていた。利用者が若いころに買っていたストッキングのブランドの名前が出たら、リサーチして、買って分かち合うなどもあった。また、iPadを使ってその人の好きな映画、映画スターや歌等を一緒に歌うこともあった。利用者が入院した時も、定期的な訪

問を続けることができた。最近、手のマッサージをトレーニングで学び、利用者に行っている。

(2) サイドバイサイド

(Side by side : Alzheimer's Society)

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サイドバイサイドが2015年に立ち上げられた。2017年の調査時にはイギリス55か所で展開されていた。南ロンドンランベスカウンシルでのインタビュー調査内容から取り組みを見ていきたい。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(ワンページプロフィール)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。

ボランティアの主な役割は、認知症の本人がやってみたい活動に参加することを実現する支援を行うことである。そのため、人によって活動内容は異なる。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)を一緒に行う場合もある。日中のみならず、夜間や週末に支援を提供する場合もある。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。

また、支援の提供側のボランティアにおいても、良い効果がみられている。具体的には、2016年のアウト

カムとして、サイドバイサイドのボランティア活動を他の人に勧めるという人が 66%、アルツハイマー協会への寄付を始めた人、あるいは以前から寄付していたがその額を増やしたという人が 19%。アルツハイマー協会の他の取り組みや活動のボランティアを続けることにした人が 18%いるなどである。具体的なサイドバイサイドの活動例は下記の通りである。

活動例②

Rさんが最初に認知症の診断を受けたときに昔からの知り合いや、友人とのコンタクトを失ってしまった。しかしこのサービスを利用するようになってから再度コンタクトするようになった。また、ボランティアのEさんのサポートを得ながらコミュニティに積極的に出掛けるようになり、新たな知り合い、友人などが生まれた。マッチングが行われてからすでに約 18カ月が経過しており、2人はよく散歩に出掛ける。Rさんは元美術教師であり、芸術家としても才能のある人だ。それで、Rさんは美術教師時代の話もよくされ、とても朗らかな人でいつもここにこしている。長い付き合いとなったため、RさんとEさんとの間には強い絆が生まれている。

活動例③

BさんとボランティアAさんがマッチングされてから約 18カ月経つ。2人の共通点の一つは、BさんとAさんの父親がともにバルバドス島出身だということだ。Aさんの父親はもう亡くなっていたが、存命ならBさんとほぼ同じくらいの年齢である。Aさんは社会的でおしゃべりが好きだが、

Bさんは寡黙で自分の意見を言う自信がないという人だった。しかし、このサイドバイサイドを利用してから自信が持てるようになり、自身でコンピューターコースのことを調べ、コースを受講している。2人はBさんが所属しているコミュニティークラブ（認知症の人のためのクラブではないが、さまざまなアクティビティが用意されている）や日帰り旅行に出掛けたり、ランチを一緒に食べたり、踊りに行ったりしている。Bさんの娘は、このサービスを使うようになってから短期的な記憶の状況が改善されつつあると気が付いたとのことであった。

4. まとめ

本稿では主に認知症ビフレンディング・サービス、サイドバイサイドの事例を通して、ボランティアによる認知症の人への取り組みを把握した。本人とボランティアとの具体的な活動内容から、定期的かつ長期的な関わりを通して、認知症の人の自己決定の積み重ねを支えていることが明らかとなった。訪問時の支援もその人のその時に必要なニーズに応えるものであり、利用者との関係性を丁寧に築いている状況も明らかとなった。特にボランティアの人たちが認知症の初期や中期の人たちと関わる中で、これまでに親しみ楽しんできた活動を可能な限り継続し、豊かで質の高い生活を送るサポートにつながっていることが確認できた。さらに、利用者のみでなく、ボランティア自身がこのサービスに関わることを通して、ポジティブな影響を受けていることも分かった。双方が活動から成果を享受できていることが、サー

ビスの継続を支える大きな力となっていると考えられた。

今後、日本において高齢単身世帯の数もさらに増えていくことが見込まれている中(内閣府 2020)、家族や友人のサポートを受けづらく、孤立しやすい認知症の人たちが増えていく可能性がある。また現在、認知症ゆえに、これまで慣れ親しんできた習慣、外出、社会的な活動等を制限せざるを得ない状況となり、それらの活動を継続できない人が多い現状があると考えられる。これらの活動は介護保険等で提供されるサービスだけではもちろん提供することは難しく、多様な主

体によるサポートによって充実を図っていくことが可能となる。日本においても地域に根差した形でこのようなサポート体制を構築していくことができれば、多様な主体による認知症の人への支援の輪を広げていくことができるのではないだろうか。日本における認知症の人のためのボランティアは比較的、施設訪問などの集団での取り組みが多いが、認知症の人とボランティアの相互が個々に持つ力を活かし、楽しみや well-being を重視した個別性の高い取り組みが今後より重要になっていくと考えられた。

【イギリスの認知症施策関連資料】

- 1) Department of Health (2009) “Living well with dementia: A National Dementia Strategy”.
- 2) Department of Health (2009) “Living Well With Dementia: A National Dementia Strategy - Implementation Plan”
- 3) Department of Health (2012) Prime Minister’s challenge on dementia
- 4) Department of Health (2015) Prime Minister’s challenge on dementia 2020

【参考文献】

- i) 粟田 主一 (2017) 「Dementia Friendly Community の理念と世界の動き」『老年精神医学雑誌』28:458 - 465
- ii) Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science (2019) Projections of older people living with dementia and costs of dementia care in the United Kingdom, 2019–2040.
<https://www.lse.ac.uk/cpec/assets/documents/cpec-working-paper-5.pdf>
- iii) Diane E Greenwood (2014) A Contribution Towards Understanding Ways of Working with Older Adults.
<http://go.warwic.ac.jp/wrap/63950> (最終アクセス: 2021/8/8)
- iv) 内閣府 (2020) 高齢者の状況及び高齢社会対策の実施状況. 令和 2 年度版高齢社会白書

8) 社会的処方と地域資源の開発

石坂 俊輔 (医療法人社団石坂脳神経外科副院長)



身体的、精神的、社会的健康を含む包括的な健康として well-being の概念が認識され、医療的介入のみでは解決できない健康問題に介入する手法として社会的処方が英国から始まった。また社会的処方は健康の向上のみならず、地域の医療資源の持続可能性へも寄与する可能性が示唆されている。本稿では社会的処方の概要を簡潔に紹介するとともに、英国ロンドンの医療機関における取り組みの例を紹介する。また社会的処方における処方の選択肢として既存の地域資源を組み合わせ新たな価値を生み出す Asset based approach についても簡単に述べたい。

1. はじめに

英国で始まった社会的処方 (Social prescribing) は、身体的 / 精神的疾病のみならず、その背後にある健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health) に対してさまざまな支援やインフォーマルな地域資源につなげ予防、健康増進、well-being の向上を目指すアプローチである。

また医療介護費の削減や GP (General practitioner; 家庭医) の負担軽減にもつながることが示唆され、英国における医療ケアシステムの持続可能性に寄与することが期待されている。さらには社会的処方に関する新たな国立アカデミーの創設が決定され、国家的なプロジェクトとなっている。

社会的処方：新しい国立アカデミーの発足

(国民健康サービス (NHS) 2019 年 10 月 23 日)

医療ケアと同様に NHS で社会的処方をあらゆる患者が受けられるようにする、という大望の実現に向けて、国立アカデミー設立の取り組みが始まる。社会的処方は、地域サービス (芸術や歌のクラスなどの活動を含む) へつなげることにより、患者の健康や well-being、福祉向上に役立つ。The National Academy for Social Prescribing (社会的処方国立アカデミー) では、以下に取り組む予定である。

- ・全国の患者が利用できる社会的処方の質や範囲を標準化する

- ・エビデンスの構築や推進によって、社会的処方への利点に関する認知を向上させる
- ・ベストプラクティスを展開および共有し、新たなモデルや財源を検討する
- ・医療分野、住宅分野、地方政府および芸術・文化・スポーツ団体のパートナーたちをまとめ、社会的処方への役割最大化を図る
- ・部門を横断した研修や認定の展開に重点を置く

Social prescribing: new national academy set up
<https://www.gov.uk/government/news/social-prescribing-new-national-academy-set-up>

2. 英国における社会的処方への解釈と位置づけ

NHS England の「社会的処方とコミュニティベースト・アプローチ」において社会的処方は以下のように説明されている。

社会的処方とコミュニティベースト・アプローチ サマリーガイド (NHS England)

社会的処方によって、すべての地域機関が人々をリンクワーカーへ紹介できます。

社会的処方では、利用者本人とリンクワーカーが共同で物事を決めたり、または個別化されたケアや支援計画を立てたりします。その決定や計画を通じて特定された、本人にとって大切なことについて、リンクワーカーは時間と焦点を絞った対応を提供します。リンクワーカーは、実際のな

支援や精神的な支援に向けて、コミュニティのグループや機関に人々をつなぎます。

リンクワーカーは地域のパートナーたちと連携し、コミュニティのグループがアクセスしやすくなり持続できるよう支援したり、人々が新しいグループを始められるよう手助けを行ったりします。

社会的処方は特に、以下の人々を含む幅広い人々を対象としています。

- ・長期的な病気が1つ以上ある人
- ・メンタルヘルスで支援を必要としている人
- ・孤独だったり孤立していたりする人
- ・well-being に影響を及ぼす複雑な社会的ニーズがある人

社会的処方が上手く機能している場合、人々はさまざまな地域機関から地域の社会的処方リンクワーカーへ、簡単に紹介してもらえます。このような機関にはたとえば GP、地方自治体、薬局、多職種チーム、病院の退院支援チーム、医療関連職、消防、警察、就労支援センター、社会的ケアサービス、住宅協会、そしてボランティア・コミュニティ・社会的企業 (VCSE) 組織などが含まれます。本人自身による紹介も奨励されます。社会的処方は、地域の他のアプローチ (例: Active signposting (積極的な案内) など) を補足しています。

社会的処方は、人々の多様な健康および well-being のアウトカムに好影響をもたらすことができる、というエビデンスが出てきています。たとえば生活の質 (QOL) や精神的 well-being の改善などが挙げられます⁽²⁾。社会的処方の効果について、さらに強力な体系的なエビデンスが必要ではありますが⁽³⁾、社会的処方のスキームは、

GP 受診を含む NHS サービスの利用減につながる可能性があります⁽⁴⁾。GP の 59%は、社会的処方⁽⁵⁾が自分たちの業務負担軽減に役立つことができる、と考えられています⁽⁵⁾。

(2) Dayson, C. and Bashir, N. (2014), The social and economic impact of the Rotherham Social Prescribing Pilot. Sheffield: Sheffield Hallam University:

<https://www4.shu.ac.uk/research/cresr/sites/shu.ac.uk/files/social-economic-impact-rotherham.pdf>

(3) Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P.M., et. Al. (2017), Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence, BMJ Open 2017;7:e013384. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013384

(4) Polley, M. et al. (2017), A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. London: University of Westminster

(5) RCGP (2018). Spotlight on the 10 high impact actions.

<https://www.rcgp.org.uk/about-us/news/2018/may/rcgp-calls-on-government-to-facilitate-social-prescribing-for-all-practices.aspx>

(アクセス日: 2018 年 6 月 2 日)

Social prescribing and community-based approach
Summary guide P7

(<https://www.england.nhs.uk/publication/social-prescribing-and-community-based-support-summary-guide/>)

つまり社会的処方は人々の well-being の向上のみならず、GP の負担軽減や救急受診を減らし医療ケアの持続可能性を担保するという効果も期待されている¹⁾。

社会的処方において中心的な役割を担うのはリンクワーカーである。英国では非医療職が担っていることが多いようである。特別な資格があるわけではないが、求められる職務レベルは多様で、高いコミュニケーション能力と地域や組織へのコミットメントが求められる。医療職からの紹介により患者の well-being を対話などによりアセスメントし、地域資源につながる事が主な職務であるが、時によって地域資源の開発、地域コミュ

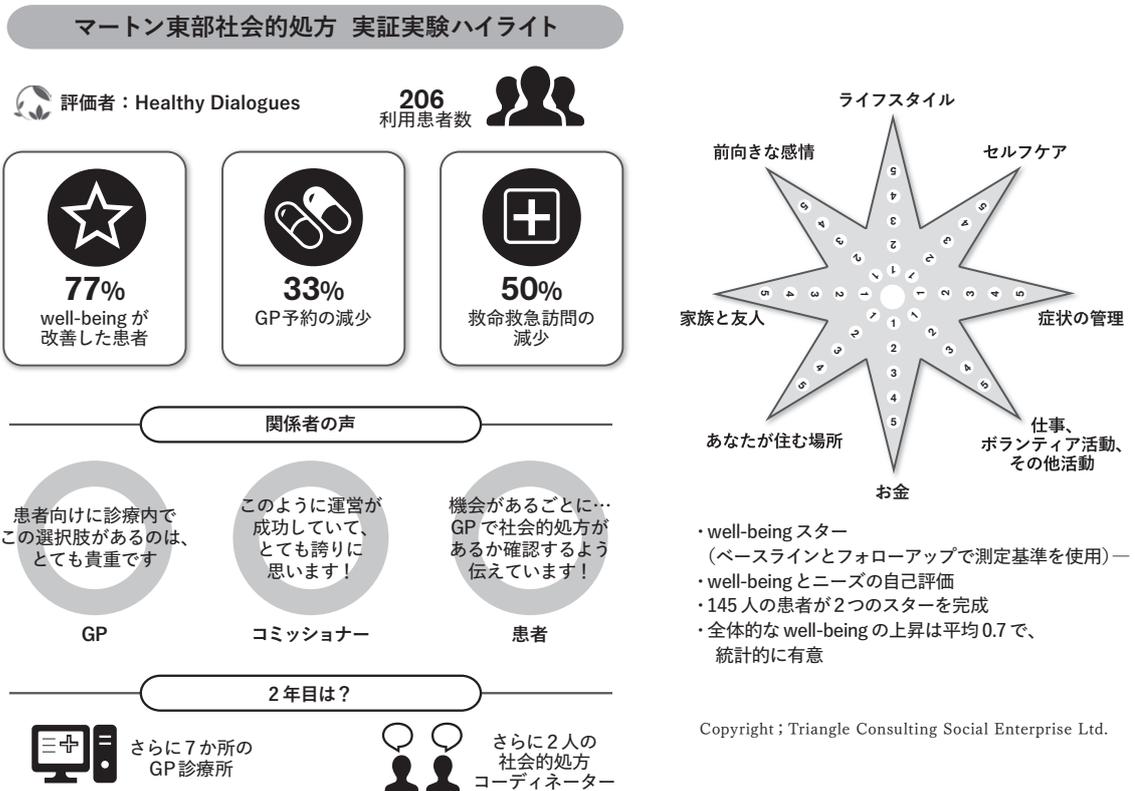
ニティ/団体の設立にも積極的に関わる。GP など地域のプライマリケアから相談を受けたリンクワーカーは、患者と『対話』を通してニーズを把握し、経済的問題であれば行政の窓口、家庭内の人間関係が問題であれば関係づくりのサポート、孤立しているのであれば地域の個人的嗜好に沿ったサークル紹介などといった個別の対応を取る。医療的解決が必要な問題であれば GP に再度紹介し直す事もある。リンクワーカーの職務内容の詳細については 2019 年度『軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際調査比較研究』にて紹介しているので参考にされたい。

3. ロンドン マートンカウンシルの社会的処方の例

ロンドン南西部に位置するマートンカウンシルのネルソンヘルスケアセンター (Nelson Healthcare Center (NHC)) における取り組みについて紹介する。ロンドンマートンカウンシルでは 2016 年から社会的処方の実践が始まった。2016 年は高齢者のみへのサービスであったが、2017 年には東マートン地区の 2 つの GP クリニックに一人のリンクワーカーが配属され、社会的処方の効果の実証実験が行われた。この実証実験では 1 年で 206 名の患者が登録し、そのうち 77% の well-being の向上 (Wellbeing star によるスコア評価で 0.7 点の増加で有意差あり)、33% の GP 受診率の抑制、50% の救急受診の抑制を達成した。これを受け 2018 年には東マートン地区の 9 つの GP クリニックに 2 名のリンクワーカーが配属された (図表 1)。2018 年 7 月から 2019 年 6 月の 1 年間で 950 回の社会的処方によるアポイントメントがあり、内 522 回 (55%) が 1 回の面談で終了、428 回 (45%) がフォローアップのアポイントメントであった。

NHC に来院した患者は、まず施設内にあるカフェ

図表1 マートン地区社会的処方の実証実験結果

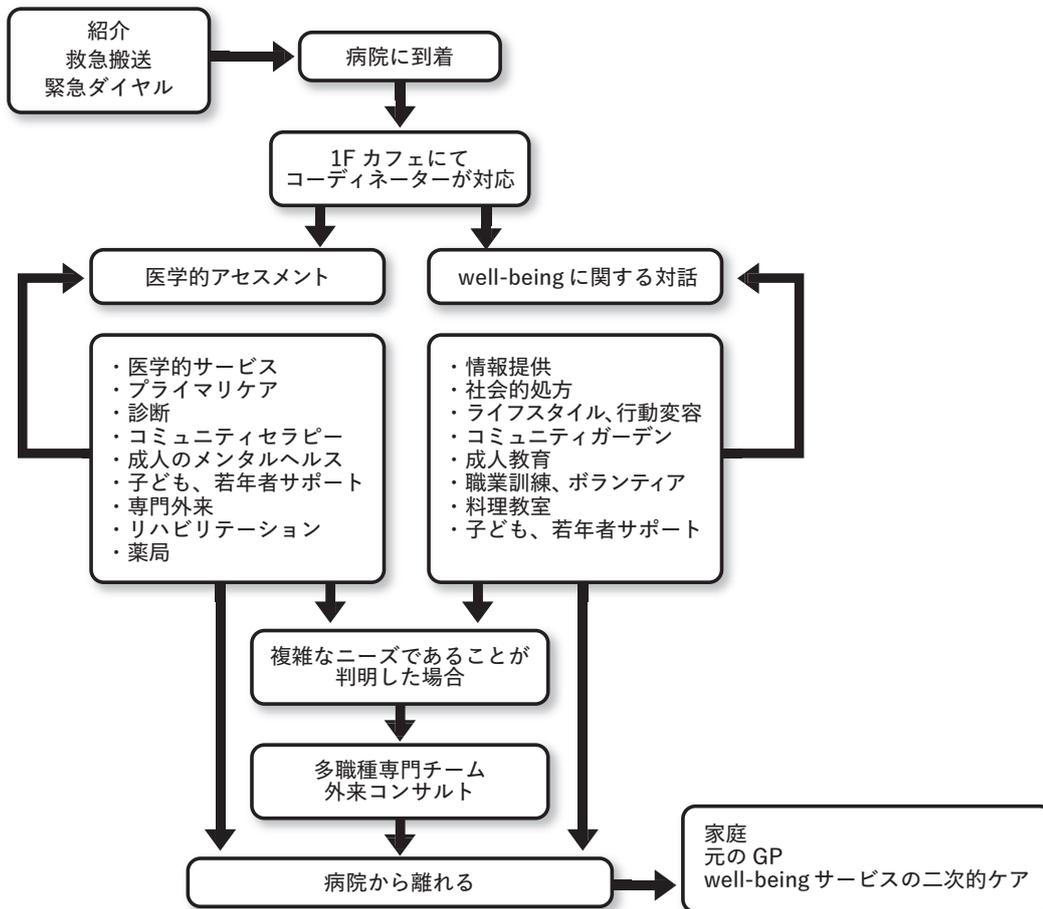


でコーディネーターから医学的・臨床的アセスメント (Clinical Assessment) と well-being のための対話 (well-being Conversation) を受けることになっている。その後必要に応じて診療サービス (Clinical service (GP による診察、診断のための検査、メンタルヘルス、リハビリテーション、薬局など)) や well-being サービス (様々な制度や支援に関する情報提供、社会的処方、ボランティア、コミュニティガーデン、小児 / 青年期のメンタルサポートなど)、もしくはその両方に振り分けられる。その後、必要であれば再度カフェでコーディネーター

との対話を繰り返すというサイクルを回していく (図表 2)。

最終的に問題解決した患者は地域のかかりつけの GP に返される (図表 2)。診療サービス (Clinical service) のアセスメントは全体評価迅速調査 (Holistic assessment rapid investigation (HARI)) というチームによって行われる。HARI は高度実践看護師 (Advanced nurse practitioners) が中心となり、GP、作業療法士、理学療法士、薬剤師などから構成される医学的多職種連携チームである。

図表 2 ネルソンヘルスケアセンターにおける患者の流れ



出典：Dr.Doug Hing, Clinical Director, East Merton Model of Health & Wellbeing 提供 “Wilson Health & Wellbeing Campus The Philosophy” スライド資料を筆者が翻訳

～地域資源の開発～

社会的処方本邦でも注目され始め、様々な報告がなされている。澤 / 堀田らは医療の限界を認識し健康の社会的決定要因を取り入れた考え方の重要性、患者自身が定義する問題に対応する姿勢やコミュニケーション能力の重要性、地域住民や行政及びまちづくり関係者との視点の共有の重要性を説いているⁱ⁾。英国と日本では文化的背景、医療介護制度、特にプライマリケアの仕組み、診療報酬のインセンティブが異なるため、そのまま日本の制度に当てはめることは困難であ

るⁱⁱ⁾。しかしながら、人々の生活の質や well-being の向上において地域コミュニティとの関わりが重要な要素であることには変わりはない。英国ではその人の well-being に必要と思われるコミュニティ(地域資源)が存在しない場合、新たにコミュニティを創造するためにリンクワーカーが人々をつなぎ合わせる場を創出することがある。また孤立を解消するコミュニティ開発に特化した組織が存在する。視察を行ったロッチデールカウンシルの HMR Circle などであるⁱⁱⁱ⁾。地域資源の開発とはインフラやサークルなどの団体設立のみならず、その本質は信頼に基づく人間関係、つまり社会関係資本

(Social capital) の醸成をも指す。英国視察において現場のリンクワーカーが強調していたのは最大の地域資源 (Asset) は『人』ということであった。地域の学生、NPO/NGO など社会課題に取り組む人々、子育て世代、高齢者、様々なコミュニティが繋がり、医療者が一市民として市民活動に参加することで社会関係資本 (Social capital) が自然と育まれていく。つまり社会的処方に取り組むにあたって最も重要なことは良好な関係を築くための『対話』であり、英国のリンクワーカーからも『非公式』な対話 (informal chatting) から始めることが強調されていた。医療従事者やリンクワーカーが医療現場の

外に出て住民と丁寧に『対話』し地域に眠っている資源を再発見することが大切である。本邦においてもすでに存在する資源をつなぎ合わせたり、再度デザインすることで新たな地域資源の価値を高めることができると考えられ^{iv)}、既存の資源を利用した Asset based approach として英国においても重要性が認識されている。そして対話するために大前提となるのは一人一人の well-being を目指すというビジョンの共有であり、ここでも行政、医療機関、市民など立場を超えた対話の場づくりを地道に行うことが必要不可欠である。

【参考文献】

- i) 澤憲明ら 英国における社会的処方 ジェネラリスト教育コンソーシアム (consortium vol.10)
http://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_1st_02.pdf
- ii) 西岡大輔ら 医療機関における患者の社会的リスクへの対応：social prescribing の動向を参考にした課題整理
http://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_6th_02.pdf
- iii) 2019 年度『軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際調査比較研究』
- iv) 社会的処方白書 一般社団法人オレンジクロス

9) 参加型ネットワーク社会で「高齢の住民ボランティア」が活躍する意味

澤岡 詩野 ((公財)ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員)



本稿では、諸外国に先駆けて転換をはかるオランダやイギリスで生活支援を担う福祉団体と、そこでボランティアとして活躍する高齢者へのインタビューの結果から、高齢の住民がボランティアとして活躍する意味を概観した。

この結果、福祉団体からは、「孤立防止」や「社会的自立」を実現する手段としてボランティア活動が語られた。高齢の住民ボランティアからは、活動を通じ、楽しみや喜びや有用感を得るだけでなく、主体的に生き方を選び取るための自助や社会生活の再構築につながっていることを現す語りも多く聴かれた。

高齢化の進展、ひとり暮らしの増加に加え、新型コロナウイルスの感染拡大の影響で様々な課題を抱える人が地域社会には増えていくなかで、「やってあげる」ことを前提にした福祉国家はなりたたなくなっている。生活の場である地域で高齢の住民がボランティア活動をすることが「孤立防止」や「社会的自立」を促すという視点を自治体や公的機関や住民も共有し、「参加型ネットワーク社会」へと舵をきることが求められている。

1. 「参加型ネットワーク社会」の実現にむけた伏線

日本をはじめとする多くの国では、「してくれること」「やってあげること」を前提に社会の仕組みがつくられてきた。近年ではこうした「福祉国家」から、国民みなでつくりあげる「参加型ネットワーク社会」への転換を進める国が増えつつある。例えば、2013年に国王が「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」を宣言したオランダは、国による医療保険や介護保険などの制度ありきではなく、家族や近隣、ボランティア組織によるインフォーマルサポートを前提にした社会へと変貌しつつある。オランダの隣国イギリスでも、女王が移民や休職中の人など多様な背景のボラ

ンティアをお茶会に招待して国民の意識に働きかけるなどのアクションもあり、この動きが加速しつつある。

この「参加型ネットワーク社会」へのドラスティックな価値変換を可能にした背景として、豊かな高齢期のライフスタイルとしてひとり暮らしが定着していること、住民一人ひとりが自立した生活を可能な限り続けるための場として地域社会を捉えていることが考えられる。後述する「プロダクティブ・エイジングの実現に向けた取り組みに関する国際比較調査・研究」においても、地域福祉分野でボランティアとして活躍するひとり暮らし高齢者から、地域に関わること、可能な範囲でボランティア活動を行うことが、自助につながるという意識が語られていた。

実際に高齢者がそれまでの経験や知識を活かして地域の課題を解決していくことは、高齢者自身にとっては

安心して豊かに歳を重ねていくための「プロダクティブ・エイジング」の実現につながる事が考えられる。同時に、高齢化の進展と共になんらかの手助けを必要とする人が地域が増えていくなかで、高齢層を中心にした住民がボランティアとして活躍することは、地域社会全体を住みよい場としていく相乗効果が期待される。

調査チームでは、2014年から2019年まで、ボランティア先進国ともいわれるオランダとイギリスを訪れ、地域福祉分野で高齢のボランティアが活動する意味、活動への参加、活動を促進・継続する要因についてインタビュー調査（先述した「プロダクティブ・エイジング」の実現に向けた取り組みに関する国際比較調査・研究）を行ってきた。短期間の限られた地域や対象者へのインタビュー調査からオランダやイギリスの全体像を捉えることに限界はあるものの、共通するコンセプトが訪問を重ねるごとに見えている。具体的には、調査時期や対象によって使われる言葉はことなるが、「well-being」「リエイブルメント」「社会的処方」が挙げられる。2014年の調査時にはこれらの言葉が積極的に語られることは僅かであったが、改めてこの当時のインタビュー記録を読み返してみると、これらに通じるキーセンテンスが見えてくる。

ここからは、調査をスタートした時点から協力を頂いている福祉団体、オランダでは「Radius」と「Humanitas」、イギリスでは「Age UK Camden」と「CSV (Community Service Volunteers)」の運営者と、高齢の住民ボランティアへのインタビューを振り返っていく。団体の規模などの数字は当時のままで、団体のありようやボランティア活動を行う高齢者の現状も現在とは異なることが考えられる。ここで注目すべきは、国家として「参加型ネットワーク社会」にむけて本格始動

して間もない時期にも関わらず、既にコンセプトを内包する動きをみせる福祉団体や高齢のボランティアの姿であるといえる。

2. 福祉団体にとって「住民ボランティア」とは？

まずは、福祉団体のディレクターやボランティア・コーディネーターといった運営者のへのインタビューから、活動における住民ボランティア、特に高齢の住民ボランティアの位置づけをみていく。なお、インタビューに協力いただいた団体は、自治体などとの協働のパートナーとして活動する、オランダやイギリスのなかでも規模の大きな福祉団体といえる。

(1) オランダ「Radius」

二つの自治体（ライデンとウフストヘースト）で、70人の専門的なスタッフと700人のボランティアが7,000人の利用者に対して多様な在宅福祉ケアに関するサービス提供と高齢者を対象としたボランティア機関を運営する団体。

自治体から提供されたリストにある在宅の75歳以上住民にインタビューを行い、ニーズを引き出し、買い物や通院の移送サービス、配食や緊急通報などの福祉サービスに結びつけている。

高齢の住民を中心とするボランティアは福祉サービスの提供者として活躍する他に、75歳以上の住民から ニーズを引き出すインタビューアとしても活動している。

団体では福祉サービスを社会との接点とも位置付けており、サービスの利用者によっては、社会参加を促す働きかけの一環としてボランティア・スタッフに勧誘することもある。

運営資金は、自治体からのWMO委託金が約半分、その他は福祉サービスの利用者からの負担で賄われている。多くの活動がボランティアによって支えられているため、生活支援サービスがかなり安価に提供されている。

(2) オランダ「Humanitas」

本拠地をアムステルダムに置く全国組織で、7,300人以上の専門的なスタッフ、13,000人以上のトレーニングを受けたボランティアが700のプロジェクトで52,000人以上の人々にサービスを提供している。

この団体では、グリーフケア、家計管理（家計簿のつけ方）、バディプロジェクト（友愛訪問、孤独対策）、親への養育支援、離婚家庭の子ども支援など、子どもから高齢者までを対象にした8つのプロジェクトを展開している。加えて、孤立化した人の社会とのつながりを回復させることを目的とした「ネットワークコーチング」という取り組みも行っている。これらの活動の根底にあるのは「自立を促すこと」といえる。家計管理でいえば、ボランティアは家計簿をつけてあげるのではなく、自分で家計簿をつけられるように期限を決めて支援を行っている。

個人のプライバシーに深く関わる活動の性質上、ボランティアには元社会福祉士、元ソーシャルワーカーな

どの福祉分野の一線を退いた専門職が多くを占めている。さらに団体独自のトレーニングの受講が義務付けられるほか、秘密保持を含む契約を締結してから活動が開始されている。長期的にボランティアを行っている人のなかには、コーディネーターとして新たなプロジェクトの提案し、助成金の確保からボランティアの勧誘、マネジメントを行う人も存在している。

(3) イギリス「Age UK Camden」

高齢者を対象にしたサービスや情報提供、自治体や政府への提言などを行う慈善団体。Age UKとして全英で170あまりの団体が活動するなかで、Age UK Camdenはロンドンで最大規模の団体といえる。60人の専従スタッフ（パートタイマーも含む）と260人（1週間に2時間以上活動する人）のボランティアが活躍しており、ガーディアン（新聞社）など、地元企業からのボランティアも積極的に受け入れている。

「社会から排除されない」ことをミッションにかかげ、社会的に孤立した人へのサポート「Good neighbours schemes」（ボランティアが友となり、話を聞くサービス）、在宅の認知症の人へのサポート「Dementia services」（ボランティアが訪問し、話を聞いたり、情報を提供するサービス）、コンピュータートレーニング、コンサルティングなどのサービスを提供している。コンピュータートレーニングは、社会とつながり続ける手段、社会生活を維持する手段として、コンピューターやインターネットを定着させることを目的にしており、初期の認知症の人にも、コンピュータートレーニングの受講を推奨して

いる。コンピューターの得意な障がいをもつ人がコンピュータートレーニングの先生として活躍するなど、コーディネーターが適性に応じた活動に丁寧に結びつけている。

ボランティアには推薦者が必要であり、犯罪歴のチェック（警察から情報が得られる）に加え、団体の理念を理解すること、ボランティアとしての約束事、関わるプロジェクトに関する知識といったトレーニングを課している。この様に活動する際のハードルを高くすることで、長く継続して活動してくれる人、住民としてのプロ意識の高いボランティア人材を集めることを可能にしている。

活動資金は自治体などにプロジェクトを提案して資金を獲得する場合もあるが、費用対効果やPRに力を注ぐことで企業や個人からの寄付も多く獲得している。

(4) イギリス

「CSV (Community Service Volunteers)」

若者のボランティア活動促進に取り組んできた団体であったが、高齢者の孤独死に端を發した政府のコミュニティ活動推進に向けた勧告をきっかけに高齢者を対象とした取り組み「RSVP (Retired and Senior Volunteer Programme)」を開始。

現在は、高齢の住民ボランティアが、電話で高齢者の話し相手をする「in touch」、高齢者の自宅を訪問して話し相手や庭の手入れなどの身の回りの支援、様々なソーシャルケアに関する情報提供・利用支援、孤立防止を目的とした社会交流のための活動、小学校で児

童への補習や手芸などで途上国への支援などに取り組んでいる。

高い専門性をもつ CSV の専従スタッフ数名を中心にこれらのサービス提供が行われているが、実際に高齢のボランティアを動かすのは、養成講習を受けた高齢者（ボランティアオーガナイザー）といえる。オーガナイザーが寄り添う事で、高齢のボランティアの身体能力が低下しても他の活動に移行することで、社会的役割を維持することを可能にしている。

「in touch」はカムデンカウンシルからの資金援助によってなりたっているが、自治体の担当者は、行政が提供するよりも質が高く、安価にサービス提供が行えると評価している。

3. 高齢の住民にとって

「ボランティア活動」とは？

次に、上述した福祉団体でボランティアとして活躍する高齢の住民へのインタビューから、活動する意義をみていく。なお、インタビュー対象者の選定は各団体に依頼した。ここで驚いたことは、うつ症状や身体の障がいを持つ人、失業して休職中の人など、支援を受ける側に位置付けられることの多い人がインタビュー会場に現れたことである。視覚障がいをもつ女性からは、点字のパソコンを使って会議の際の議事録を作成するだけではなく、評議員として運営にもアドバイスを言っている話が聴かれた。また、失業してうつ気味な男性は、ボランティア活動が人とのコミュニケーションの訓練になるだけではなく、求職活動の際のプラスのポイントになるとの説明がされた。両者の語りからも、日本とはか

なり異なるボランティアのあり方がみえてくる。ここからは、「活動することになった経緯」「活動の仕方」を概観したうえで、「活動することの意義」をみていく。

(1) 活動することになった経緯

早期退職や定年退職を機に、人と交じり合いたい、アクティブに動く姿を子どもや孫に見せ続けていたい、仕事ではなく自分のスキルを活かして地域に貢献したいという意識からボランティア活動を探し始める人が多くみられた。

近所に団体の福祉サービス利用者がいたり、活動を眼にして知っていたことに加え、自治体の資金提供で出された新聞の募集広告や非営利セクターが運営するWEBサイトを検索して団体のドアを叩いた人が少なくなかった。ボランティアを増やすことに自治体も積極的に、オランダでは定年退職者を招待した市長主催のパーティで、地域の団体がリクルートを行うという試みも行われていた。

活動を探し始めた段階では、インターネットや新聞の募集広告でなんらかのイメージをもっているものの、「何をやりたい」が明確でない人が多くみられた。実際にどんな活動をするかは、団体のボランティア・コーディネーターとの面接で決めていた。移民としての経験や外国語を喋れること、LGBTの当事者であるということが、活動を決定する材料にもなっていた。

専門性の高いサービス提供や、ボランティアのコーディネーターなど、特定の能力が求められるものについては、ボランティア同士の口コミや、既に活動しているコーディネーターのネットワークから適任者を発掘してくる例が多く聞かれた。団体や活動の内容によっては、推薦者を求めたり犯罪歴を警察にチェックしたり、トレーニングを義務付けるところもあったが、ボランティアも

それに違和感をもっていない様子であった。

(2) 活動の仕方

活動時間は週2回程度(5～10時間)、多くても週20時間で、別居の孫の面倒をみることやほかの活動などとのバランスを取りながら、気軽に無理なく、自由意思で活動できることを大原則にしている人が多くみられた。

1年以上同じチームで活動していても、ボランティア同士で活動以外の交流に発展することは少なく、ライフスタイルの中で、ボランティア活動と余暇や家族と過ごす時間を分けて考えている人が少なくなかった。

1回の活動時間は短く、頻度も多いとはいえないが、ひとりの人に長い期間かかわるボランティアが多く存在していた。認知症の高齢者宅を訪問して話し相手をするボランティアからは、数年にわたって決まった曜日に訪問し、亡くなる際には、親族よりも近い近所として寄り添ったという話が聴かれた。また75歳以上の高齢者宅に電話をかけるボランティアからは、同じ人に長期間、定期的に関わることで、ちょっとした変化に気付き、早い段階で他のサービスにつなげることができたという話が聴かれた。

実際にボランティアを始める際には、団体の目指す理念、ボランティアとしての約束事、個々の活動に求められる知識についてのトレーニングが行われていた。活動の内容によって差はあるが、プロではないが、「しっかりと訓練を受けた近所の人」という認識をもつようにプログラムが組み立てられていた。団体によっては、より質の高いトレーニングを提供するために、積極的に外部機関との連携をはかったり、e-ラーニングのシステム開発を行うところもあった。ボランティアからは、これらを負担に感じるのではなく、自信をもって活動するこ

とができたなど、不安軽減や安心につながるという語りが聴かれた。

さらに高齢のボランティアから、ボランティアとして活躍するためのコーディネーターの重要性が語られていた。コーディネーターにより、活動を開始した後も、問題や悩みを丁寧にくみ取り、活動にあっていない場合は他をすすめるなどのフォローが継続して行われていた。ボランティアをリクルートしてくるから、活動の決定、必要に応じてトレーニングを勧めるなどの高い能力と責任が求められるため、専従の団体職員が担うことが多いなかで、コーディネーター役をボランティアが担う団体も存在していた。

ボランティアが活動を長く継続する条件として、ボランティアとコーディネーターがお互いに不満や問題を伝え合うことの重要性が双方から聴かれた。さらにコーディネーターからは、「ボランティアは我々の気づけない兆しに気づける目であり、耳である」との言葉が語られ、専従スタッフとボランティアは対等であることが強調されていた。

(3) 活動することの意義

ボランティア活動を通じて得る報酬として、お金ではない、楽しい、感謝や満足されることから得られる喜びや幸せが多くの人から語られた。同時に、自分の人生、生き方についての学びに関する語りも聴かれた。また、生活支援の活動に関わるなかで、潜在的なサービス利用者として、どんなサービスがあるのかを知ることができたという回答も聞かれた。

多くのボランティアが、「できる事をできる範囲で、可能な限り続けていきたい」という気持ちをもっていた。実際に、心筋梗塞の後遺症でそれまでの活動の継続が困難になった女性は、コーディネーターの働きかけで、

戸別訪問から電話をかける活動に、電話をかける場所を事務所から自宅になどと、持続可能なあり方に活動を変化させていた。ただし、自身がサービスを受ける側になった際にそのサービスを利用するかの質問に対しては、意見が分かっていた。

先に記したように、インタビュー対象者には、障がいを持ち、福祉サービスを受ける人も存在していた。この人々からは、サービスを受けつつも、できる範囲で自己の能力を活かし、他者に喜ばれたいという気持ちが語られていた。高齢者ではないが、母子家庭で生活保護を受給している女性が、地域のコミュニティ・センターのサロンのホステス役としてボランティア活動をした結果、企業への就職につながったという話も聴かれた。障がいや年齢に関係なく、ボランティア活動を通じて社会とのつながりや、自助を促す循環がうまれていることがみえてくる。

4. 日本が取り入れるべき「ポイント」

「参加型ネットワーク社会」へと大きく転換しつつあるオランダやイギリスでは、ひとり暮らしの人の話し相手を通じた孤立防止から配偶者と死別した女性の家計管理を通じた自立支援まで、多様な生活支援が住民ボランティアの手で行われていた。なかには、住民を活動とマッチングするボランティア・コーディネーターや、新規のプロジェクトの立案からボランティアの募集などのマネジメントを担うボランティアも存在していた。

ボランティアとして活躍する高齢者にも、「役に立ちたい」という想いはあっても具体的に「何をやりたい」が明確ではない人から、当該分野での豊富な経験や資格を有する人まで存在していた。これらの高齢の住民

ボランティアの多くは、週1回、月に数回程度、できる範囲で、できることを楽しく、細く長く続けるといった、あくまで自己のライフスタイルを維持することを最優先にして活動を行っていた。活動を通じ、楽しみや喜びや有用感を得るだけでなく、主体的に生き方を選び取るための自助や社会生活の再構築につながっていることを現す語りも多く聴かれた。

福祉サービスの提供者としてボランティアが活躍する団体でも同じことが聞かれ、「孤立防止」や「社会的自立」を実現する手段としてボランティア活動が語られていた。このため、うつ症状や身体的な障がいを持つ人や失業中の人、福祉サービスを利用する人も能力を活かして活動していた。この循環をうみだしているのは、丁寧に想いを聴き取り、活動に結びつけるコーディネーターであるといえる。大きな団体では、有給のスタッフが専任のコーディネーターとして働いており、活動開始後も、困りごと、向き・不向き、不向きであれば新たな活動の紹介、必要な専門的な知識を学ぶ場やトレーニングの紹介など、継続してフォローする体制が取られていた。

日本でも社会福祉協議会や市民活動センターなどが、ボランティアのコーディネートを行っているが、具体的に「何をやりたい」が明確でない人を想定し、ニーズを丁寧に引き出し、継続してフォローする例はほとん

どみられない。介護予防という視点で地域でのボランティアを位置付けた取り組みは地域包括支援センターや一部の自治体で行われている。しかし、ボランティア活動の範囲が限定的であったり、多くの場合、コーディネーター自身が忙しすぎて、丁寧なフォローを行うことが難しい状況にある。さらに、先に記したオランダやイギリスとの最も大きな違いは、生活の場である地域で高齢の住民がボランティア活動をすることが「孤立防止」や「社会的自立」を促すという、「社会的処方」に通じる視点が希薄なことであるといえる。

高齢化の進展、ひとり暮らしの増加に加え、新型コロナウイルスの感染拡大で1年あまり活動や交流が止まった後遺症で様々な課題を抱える人が地域社会には増えていくことが考えられる。これまで地域活動やボランティア活動をしていた比較的に元気な高齢者のなかにも、活動する力や気力が低下してしまった人も少なくないことが考えられる。この状況のなかで求められているのが、できることを引き出し、地域の力としてつなげていく「社会的処方」ではないだろうか。今こそ自治体や公的機関は、課題を抱える人に寄り添い、できることを引き出す「住民のプロ」である住民ボランティアと共に、「参加型ネットワーク社会」の実現という共通のミッションに向かって舵をきるときではないだろうか。

【参考文献】

- i) 「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」(2016) 国際長寿センター
- ii) 「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」(2017) 国際長寿センター
- iii) 「平成30年度 多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する研究事業報告書」(2018) 国際長寿センター
- iv) 「令和元年度 軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究報告書」(2019) 国際長寿センター

10) ケアサービス提供事業所への検査体制について

中島 民恵子 (日本福祉大学福祉経営学部准教授) 大上 真一・福原 真美子 (国際長寿センター)



海外におけるケアの質の確保・向上のための取り組みのうち、本稿ではオランダ、ドイツ、イギリス、オーストラリアにおけるケアサービス提供事業者の検査体制を概観した。各国で介護保険者、専門検査機関などが高齢者ケア基準を策定し、それに沿ってケアサービス提供事業者に対する検査が行われていた。政府系の単一専門機関や保険会社が安全指標やケア標準指標などに基づいてケアサービス提供事業者への検査を実施している。ドイツ、イギリスでは事前通告なしで行われ、結果をシンプルなランク付けなどで誰でも見やすいように公表されていた。また、検査にあたっては、利用者への聞き取り(利用者宅訪問も含め)を重視されており、利用者の視点に立った質の確保・向上が目指されていた。

1. イギリス

イギリスでは社会的ケアの提供が自治体の責任であることから、社会的ケアの質の確保への検査・評価については、主に①自治体向け検査・評価と②サービス提供事業者向け検査・評価の仕組みが存在している。①自治体向け検査・評価では、アウトカム指標枠組みである成人ソーシャルケアアウトカムフレームワーク(Adult Social Care Outcomes Framework: ASCOF)が導入されている。ASCOFはNHS(医療)と公衆衛生(予防)とケア(介護)と合わせ3分野の共通指標を用いた評価により、総合的な地域ケアシステム作りが目標とされている(近藤 2013)。

②サービス提供事業者検査・評価を行うのは、主にケアの質委員会(Care Quality Commission: CQC)

であり、それ以外に患者や利用者団体による検査・評価が行われている。CQCは、一般医療、精神科医療、社会的ケア事業者等の医療福祉に関わる全ての事業者について、登録、監査とモニタリング、格付け評価と公表、是正措置等の関与を一貫して行う、サービス提供事業者の質保証を中核的に担う機関である(長澤 2020)。

図表1のようにCQCの5つの主要な質問が示されており、サービス提供事業者はオンラインでデータを原則年1回は更新しなくてはならない。検査の実施は通常、施設には事前通知なし、在宅ケア関連の事業者には訪問業務を考慮して直前(48時間前)の事前通知のもと行われている。検査チームの多くには、臨床医や薬剤師などの専門家が含まれる。結果は秀(Outstanding)、良(Good)、改善が必要(Requires improvement)、不十分(Inadequate)の4段階であり、

図表1 CQC の 5 つの主要な質問 (Key Lines of Enquiry)

項目	内容
安全性	虐待や回避可能な危害から保護されている
効果	ケア、治療、サポートは良好な結果を達成し、生活の質の維持に役立ち、利用可能な最高の証拠に基づいている
対応のよさ	スタッフは、思いやり、優しさ、尊厳、敬意をもって顧客を包み、治療する
ニーズ対応	サービスは、顧客のニーズを満たすように編成されている
管理	組織のリーダーシップ、管理、およびガバナンスは、個々のニーズに基づいた質の高いケアを提供し、学習と革新を促進し、オープンで公正な文化を促進するようになっている

結果は事業者の確認を得て、CQC による Web サイトへの公表および各サービス提供事業者から公開される。

また、患者や社会的ケアを受ける利用者の声を代弁するためにヘルスウォッチ (Healthwatch England) がイングランド内の地方自治体に設置されており、全体を統合する Healthwatch England とともにサービス提供事業者の質の改善に向けた働きかけをしている。2018 年のロンドン ランベスカウンシルへのインタビュー調査では、CQC より改善が必要な点について質問を受けることもある一方で、コミッショナーと連携して社会的ケアで問題が報告された場合、利用者の家族に対してアンケート調査の権限があることが語られた。家族の声から事業者の問題点がより明確にあがってくることで、質の改善に活かされている。このような当事者を中心とした活動も活発である。

2. ドイツ

ドイツでは長期介護保険法が導入されており、質については長期介護保険法に質の保証規定が示されている。在宅ケアサービス提供事業者は、各機関で

独自の内部品質保証を行う義務があり、医療介護金庫 (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: MDK) は要件が満たされているかどうかを検査する役割を担っている。MDK は医療保険者が州単位で協働設置する監査や認定等の専門業務を担う機関であり、医療保険に限らず介護保険の要介護認定や検査等も行っている。

在宅サービスを含む非居住施設の品質検査は、4 つの品質領域をカバーする 49 の基準 (1. 介護サービス - 17 の基準、2. 医学的に規定された介護サービス - 10 の基準、3. サービスの提供と組織 - 10 の基準、4. 顧客インタビュー - 12 の基準) に基づいて行われ、これらの項目のうちの 37 項目は、公開されているサービスのスコアを通知するための透明性基準として使用されている。透明性の基準は、MDK による検査の一般的なガイドラインから取られた項目と質問、最も重要な利害関係者である契約保有者 / ケアプロバイダー、MDK および介護金庫によって合意された項目と質問に基づいている。

検査の実施は原則年 1 回で事前通知なしで行われる。2017 年のカリタス (ドイツの代表的なキリスト教系福祉組織) へのインタビュー調査では、予告なしの検

査であるため責任者は休暇をとっていても戻り対応する必要があり、検査時にはその場で無作為に利用者を選択した上で、自宅への訪問を通して適切なサービス提供が行われているか確認されることが語られていた。検査は、資格のあるコミュニティワーカー、登録看護師、および管理従業員で構成されるチームによって実行される。検査の結果に基づいてスコアが与えられ、スコアの範囲は1(優秀)から5(不十分)である。これらの検査のスコアと結果は、一般消費者向けのケアガイド Web サイトに要約レポートとして公開されている。

3. オランダ

オランダの医療保険法(ZVW)では、大きな枠組みとして、国は保険者(保険会社)をモニタリングし、保険者は優良事業者を選定してサービスを購入する仕組みとなっている。そのため、保険者はケアサービス提供事業者をチェックしてその購入の是非を決める(在宅復帰率が低いと契約解除もある)。利用者は年に1回保険会社を自由に変更することができるため、保険者、ケアサービス提供事業者は質・給付管理において競争下にある。この側面からも質と効率のコントロールが厳しく行われている状況と考えられる。

医療保険法(ZVW)または介護保険法(WLZ)に該当するケアサービス提供事業者は、「医療の質、苦情および紛争に関する法律(WKKGZ)」「医療従事者法(BIG)」「ケアプロバイダー(認定)法(WTZI)」等

されている要件を満たすことが求められている。ケアの確保については、ケアサービス提供事業者には、適切、効果的、効率的、患者中心のニーズに基づいたポリシーを確立することが求められており、体系的なモニタリングと年次報告を含む品質システムを導入しなければならない。年次報告書はオランダヘルスケア監察局(Health Care Inspectorate: IGZ)へ提出が義務付けられており、年次報告書および進行中の監視プロセスで発生した苦情はIGZによるさらなる調査につながる可能性がある。

2007年に開始されたレスポンシブルケアの品質フレームワーク(The Quality Framework for Responsible Care: QFRC)は看護と介護分野で使用されている。QFRCは1. ケア/ライフプラン、2. コミュニケーションと情報、3. 身体の健康、4. ケアの安全性、5. 国内および生活条件、6. 参加と自治、7. 精神的な幸福、8. 生活環境の安全、9. 十分で有能な人材、10. 一貫性のあるケアの10の領域(テーマ)で構成されている。本フレームワークは在宅ケアの消費者品質指標(CQI - Home Care)の基礎となっている。CQIの一部はケアサービス提供事業者自身で測定されるが、一部は独立機関によって測定されることとなっている。結果はWEBサイトに公開される。なお、オランダには、医療提供者向けの品質保証スキームがいくつかあり、制度の特定の品質要件を満たすケア提供者は、その品質マークを表示できる。

また、社会支援法(WMO)は地方自治体が責任を持つことから、各自治体で質の確保・改善のためにさまざまな取り組みが行われている。例えばWMOスー

図表2 高齢者ケアの質の基準

基準 1. 利用者の尊厳と選択 (Consumer dignity and choice)
基準 2. 消費者との継続的な評価と計画 (Ongoing assessment and planning with consumers)
基準 3. パーソナルケアとクリニカルケア (Personal care and clinical care)
基準 4. 日常生活のためのサービスとサポート (Services and supports for daily living)
基準 5. 組織のサービス環境 (Organisation's service environment)
基準 6. フィードバックと苦情 (Feedback and complaints)
基準 7. 人事 (Human resources)
標準 8. 組織ガバナンス (Organisational governance)

パーバイザー (WMO Toezichtskader、地域ケア・福祉専門家。オランダ公衆衛生協会員が就任するケースが多い) に任せているケース、複数の自治体が協定を結んでガイドラインを作っているケース、ヘルスケア監察局と密接に協働しているケースなどである。

4. オーストラリア

高齢者ケアの質と安全の委員会 (Aged Care Quality and Safety Commission、ACQSC) により、高齢者ケアサービスの認定、質のレビュー、モニタリングおよび苦情処理が監督されている。それと同時に、ACQSC ではサービス提供者に対して情報と教育を提供している。これらは、高齢者ケアの質と安全の委員会法 2018 に基づいて制定された、「高齢者ケアの質と安全の委員会 2018」に従って行われている。ケアサービス提供事業者は、2019 年 7 月より新しい高齢者ケアの質の基準に準拠することが求められている。高齢者の質の基準は、図表 2 の通りである。基準の最初に、「利用者の尊厳と選択」が示されており、利用者が自律的に行動し、

選択し、地域社会への参加の重要性が強調されている。

すべての高齢者施設は政府による資金を受けるために、認定基準を満たす必要がある。2019 年 7 月より、政府より資金を得ている高齢者施設はすべて、質の指標データを収集し、保健省に提出することが求められることとなった。また、利用者権利擁護のサービスとしては、高齢者擁護ネットワーク (Older Person Advocacy Network) などにより提供されている。

連邦在宅支援プログラム (CHSP) サービスおよび、短期回復ケアを在宅で提供する柔軟なケアサービスでは、自己評価および立ち入り検査が行われる。自己評価は期待以上 (Exceeding)、期待通り (Meeting)、発展中 (Developing) の 3 段階の尺度で行うこととされている。立ち入り検査は少なくとも 3 年に 1 度行われ、事前に日時が通知される。検査の際に利用者またはその指定された代表者が検査員 (品質アセッサー) と会うことを求めた場合、ケアサービス提供事業者は、品質アセッサーと利用者が個別に会えるよう支援するために、あらゆる合理的な措置を講じなければならないとされている。

(参考) 各国のケアサービス事業所検査のまとめ

	評価主体	データ収集	指標	調査方法	結果利用法	利用者・消費者の参加
イギリス NHS (医療) サービス…継続ケアサービス含む ソーシャルサービス (税)	CQC (ケアの質委員会)で行う。機関登録受付も	CQC Insight (CQCが情報収集)	・安全性、効果的、対応のよさ、ニーズ対応、管理	年1回 施設事前通知なし 在宅ケア48時間前 (訪問業務を考慮)	CQCが情報公開 プロバイダーは自ら 揭示義務あり 自治体も結果を参考にする (委託解除の場合もある)	ヘルスウォッチ (利用者団体)
ドイツ 介護保険	介護金庫 (保険者)	ストラクチャー、プロセス、アウトカム 事務所調査、利用者自宅調査	介護金庫指標49の基準 「活性化介護」が行われていなければ減点	年1回 事前通知なし	インターネットで調査報告書公表	世話人 (後見人) 利用者が約120万人
オランダ 介護保険 地域サービス (税)	ケアオフィス (保険会社)	ストラクチャー、プロセス、アウトカム	保険会社との契約で、一定の質の提供義務あり。リハビリ後に何人、在宅に戻れたかなどの数字も含む	抜き打ち検査。正しい査定かを、特に多くのケアを提供していないか、提供したケア記録点検	保険会社がサービスを購入しない/支払わないこともある。妥当性を越えたケアを多く提供すれば警告、またこれ以上は払えないという連絡が来る	プロバイダーには利用者審議会の設置義務がある
オーストラリア My Aged Care (税) …長期介護サービス、地域サービス含む	Aged Care Quality and Safety Commission、ACQSC (独立機関)	政府より資金を得ている高齢者施設はすべて、質の指標データを収集し、保健省に提出することが求められる	高齢者ケアの質基準 (スタンダード) による	少なくとも3年に1回。通常は予告あり。問題ありと考えられるところは抜き打ち。利用者聞き取りも	調査結果はACQSCのHPに全文公開。問題指摘された事業所は改善方法とスケジュール提出義務	高齢者アドボカシーネットワーク

図表1、2 及び参考の出典：各審査機関ホームページ、国際長寿センター国際比較調査 (2012～2019)

【参考文献】

- i) 一連の国際長寿センターの調査報告書
- ii) 近藤 克則 (2013) 日英の高齢者の健康と健康格差の国際比較研究 平成24年度 研究報告書
- iii) 長澤紀美子 (2020) 「イギリスの社会的ケアに係る自治体評価と事業者評価の動向—ケアの質の合意及びアカウンタビリティのメカニズムの視点から—」『高知県立大学紀要 社会福祉学部編』69, 15-29.

11) 海外におけるベストプラクティス

渡邊 大輔 (成蹊大学文学部現代社会学科教授)



本節では、2つの海外事例を通して、自立支援を志向した実践のポイントを紹介する。オランダ・Lelystad市におけるソーシャル・ヴァイクチームは、その人が抱える問題を多職種が協働で把握しなおし、問題解決となる公的サービスや民間サービス、地域団体へとつなぐことで、生活課題への対応をはかり地域社会への包摂を目指していた。

イギリス Wiganカウンシルでは、リエイブルメントの理念を踏まえた実践をおこなうことで、これ以上の虚弱化を 방지、心身機能の回復を早期に、かつ、予防的におこなうとともに、機能回復の前後から地域に包摂されるよう、多様な主体との協働をおこなっていた。処方箋付き福祉や社会的処方、医師の権威をもちいた対応とはいえ、医師自らが医学モデルを離れ生活モデルのアプローチに意義を感じる実践であった。

両事例は、財源不足への対応や費用対効果の強調という面をもつが、自治体、専門職、民間団体、地域住民、家族、そして本人のいずれもが互いを支える責任をもつ参加型社会における新しい連帯を構築するためのヒントがある。

1. 海外におけるベストプラクティス

本節の目的は、自立支援を志向した公私ミックスのための海外における自治体の実践のポイントをまとめ、それらのポイントを踏まえて今後の自治体が担うべき役割とは何かを議論することにある。本調査プロジェクトでは、デンマーク、イギリス、オランダ、ドイツにおける複数の自治体の取り組みについて詳細な聞き取り調査および資料分析をおこなってきた。本節では、それらのなかでも、今後の自治体における自立支援を志向した介護・福祉サービス提供のあり方を構想するための知見を踏まえ、新しい参加型社会の構築に向けた自治体のあり方について考察する。

具体的には、オランダ Lelystad市でのソーシャル・ヴァイクチーム (sociale wijkteam、以下 SWT) の取り組み、イギリス Wigan カウンシルにおける“The Deal”について、簡潔にそのポイントについてまとめたうえで、議論する。とくに本節では、高齢者の虚弱化予防、多様な意味での自立支援を可能にするための各セクター間の協働と連携、ひいてはそのことによる連帯のあり方について分析するために、自治体、医療・看護・介護・福祉専門職、民間(民間団体や企業など)、地域住民、当事者本人のそれぞれの役割や社会的期待について考察する。

(1) オランダ・Lelystad市：SWTによる 問題解決フレームの確立

オランダ Lelystad 市はアムステルダム近郊の 8 万人規模の中規模の基礎自治体である。Lelystad には 4 つの SWT があり¹⁾、それぞれおよそ 2 万人程度の地区を、各チーム 15 人のスタッフが担当している。

SWT の役割は複数あるが、地域において多様な困難を抱えた人を支援することを目的とし、医療保険法 (ZVW) や介護保険法 (WLZ) ではなく社会支援法 (WMO) の枠内のサービスにつなげ、あるいは WMO 外のサービスを提供する専門機関や地域団体につなげること、そのための相談支援をおこなうことにある。

Lelystad 市の SWT は多様な活動をおこなっている。4 地区それぞれの 15 名の専門職は、地域内の各福祉組織から派遣されており (パートタイムでの勤務者も多い)。SWT 業務にかかわる給与は Lelystad 市が負担)、ソーシャルワーカー、地域看護師、精神保健局 (GGZ) や知的障害者組織のスタッフ、参画コーチ、地域資源開発をおこなうビルドアップワーカーなどが在籍している。市の WMO 部局から SWT へ支援要請をおこなうことも多く、交通手段の確保、在宅支援、住宅改修、デイケア、家事支援など主として在宅で困難を抱える人の医療や介護ではない生活支援をおこなっている。また、WMO の対象外で多い相談支援として、借金問題を抱えた人の支援や、孤立防止などをおこなっている。ある SWT は、地域住民や地域をよく知るプロフェッショナルと地域ミーティングを開催し、地域課題の共有やその解決方法を模索している。SWT にはビルドアップワーカーと呼ばれる地域資源開発をおこなう担当者もいる。たとえば、理学療法士や作業療法士と連携して散歩コースを開発し、さらに散歩サークルをつくり、SWT に相談にきた孤立や運動不足の問題を抱えた人をサークルにつなぐといった地域資源開発をおこなっている。

別の地区では、家庭医がドア 1 枚を隔てて SWT と同じ建物にいることから、家庭医と常時連携しており、

家庭医が非常に簡易な処方箋の形態をとって SWT などにつなぐ処方箋付き福祉などの取り組みも導入されている。ただしこのような SWT と家庭医の連携は、まだ端緒にすぎたばかりである。

SWT の運営資金は年度単位で基本的に市が全額を支払っている。年度会計であり資金の繰り越し等ではない。資金を提供しているため計画の承認および監督、監査の権限を市がもっているが、ある程度裁量権がある資金もあり、部分的には包括委託的な要素をもつ。

このような SWT の活動は、日本における地域包括支援センターとも類似するよう見える。対象者の年齢制限がなく全世代を対象としていること、活動領域が多様である点は異なる。その上で、WMO の枠外の「制度化していない」サービスへの接続や、そのサービス自体の開発をおこなっていること、また SWT は多様な専門職による相談支援によってその後サービス提供者に「つなぐ」ことが業務であり、自らサービス提供をおこなうわけではない点は、地域包括支援センターのもつ相談支援、介護支援サービスの情報提供・総合調整機能と共通している。

この Lelystad 市のどこがベストプラクティスというべきポイントだろうか。それは、SWT が地域の相談窓口となって、多様な資源を有機的に連携させつつ、地域全体で多様な困難を抱えた人々の生活を支えようとしている点にある。その際、それぞれの役割分担は以下のようになっているといえる。なお自治体が原則として資金を提供することで、SWT や福祉組織がそこまで資金確保に注力していない点は、後述するイギリスとは異なる点である。

オランダでは市民は隣人として支援し、またボランティアとして多くの人々が活躍している。オランダは EU 内でも高いボランティア参加率で知られており、ボランティアは完全に無償である。このような高い参加意識

図表 1 : Lelystad 市における自立支援に対する各主体の責任範囲

主体	責任範囲
自治体	SWT への資金の提供、計画の承認、事業の監査（質の管理は途上） WMO サービスパッケージの設定、財源の確保（サービス提供は委託）
家庭医	医療や生活問題のゲートキーパー。プライマリケアの提供、処方箋付き福祉などによる SWT や地域活動への紹介
SWT	生活に困難を抱えた人の相談支援、情報提供
民間（福祉組織）	実際の生活支援などのサービス提供（WMO の枠内、枠外双方）
市民、地域団体	隣人としての支援。情報の提供、および、ボランティアとして参加。サークル活動など自主的な市民活動の実施

出典：筆者作成

に支えられているシステムである点も見逃せない（図表 1）。

(2) イギリス Wigan カウンシル：The Deal と予防のための地域協働ネットワークの構築

イギリスの大マンチェスターの一部である Wigan カウンシルにおける The Deal は、この 4 年間におこなわれた Wigan カウンシルでの改革である。正式には The Deal for Adult Social Care and Wellbeing（成人向け社会的ケアと well-being のためのディール）と呼ばれている²⁾。

イギリスは国による医療制度である NHS と、自治体による福祉であるソーシャルサービスが分断されており、とくに後者は緊縮財政下で削減が進められている。しかし、NHS とソーシャルサービスは重複する部分や関連する部分も多く、連携や統合が必要であるという問題意識があった。また 2014 年のケア法改正によって、予防の重視、アウトカムとしての well-being、そしてサービスへのアクセスの改善とケアに関する自己決定権が定められた。

そのなかで、Wigan カウンシルにおける The Deal は、人々や家族の well-being を改善するために、人々や地

域が連携した取り組みをおこなうことで、大幅なソーシャルサービスにおける資金の節約を可能にするための改革的な取り組みである。Wigan カウンシルはこの取り組みによってアウトカムを改善しつつ、2011/12 年度以降で 9,000 万ポンドの節約を果たした。The Deal という名前にあるように、かかわる専門職種や協働する団体と新たなディール（取り引き）を結びなおし、新しい取り組みをおこなう。相手が既存のやり方を踏襲し続けた場合はディールは結べないため、辞めてもらうことを徹底している。

The Deal の内容は多岐にわたるが、ここではリエイブルメント・サービスに注目したい。Wigan カウンシルでは、事故や疾病等で虚弱化しつつある人の虚弱化予防として、在宅での短期集中プログラムであるリエイブルメント・サービスを提供している。Wigan カウンシルでは、とくに退院後のサポートを必要とする人々への 6 週間のプログラムを提供している。月におよそ 200 人がサービスを利用しており、そのうち 72.8% もの人がその後のケアサービスが不要となっている。このサービスは 3 チーム、計 82 人のサポートワーカーによって担われており、うち 15 名が作業療法士である（2019 年時点）。このリエイブルメント・サービスでは住宅改修や器具の

図表 2：Wigan カウンシルにおける自立支援に対する各主体の責任範囲

主体	責任範囲
自治体	ソーシャルサービスについての資金確保、計画策定、事業監査 リエイブルメント・チームの設立とサービス提供、リンクワーカーの雇用 ※ NHS の CCG から一定のファンドあり グレートマンチェスターでの自治体間の連携、情報共有
NHS – CCG	GP への包括委託契約の実施、監督 リエイブルメント・サービスへのファンドを通しての支援
家庭医	プライマリケアの提供 社会的処方を提供し、リンクワーカーを通じて患者を地域に接続
病院	重篤な患者への医療提供。 リエイブルメント・チームと情報共有をし、退院を支援
民間（チャリティー、企業）	実際の生活支援などのサービスの提供
市民、地域団体	隣人としての支援。情報の提供、および、ボランティアとして参加。 チャリティーへの寄付。サークル活動など自主的な市民活動の実施

出典：筆者作成

貸付、自宅での生活継続を可能にするための技術支援も行っている。

リエイブルメント・サービスは、作業療法士によって主導されており、サービス提供者への教育も担っている。これは、ケアパッケージの現状を評価するソーシャルワーカーに比べて、予防効果を踏まえた生活の将来像を見据えた支援策を構想できるためである。なお、6週間のリエイブルメント・サービス後に改善が見られなかった場合や、もともと改善が見込めない場合には、利用者はパーソナル・バジェットを受け取りソーシャルワーカーが支援を継続することとなる。

さらに在宅支援として、ナーシングホームのような施設ではなく支援付き住宅を建設した。人々が自分の地域とのつながりを維持しながら豊かで意義のある充実した生活を送り well-being を高め、地域での生活継続につなげている。

このほかに注目すべき点は、地域サービスと医療の協働、そして地域資源との協働である。前者については、Wigan カウンシルは家庭医の診療所に 20 人のリンクワーカー(link worker)を設置している。リンクワーカーは Wigan カウンシルが雇用しており（他の自治体では CCG が雇っている場合もある）、患者が孤立せず

自立的に社会との接点を保てるよう多様な地域資源に つながり役割を果たしている。家庭医は社会的処方を行 行することもあり、地域の多様な主体を巻き込んでの 予防的な対応と地域への包摂を実践している。

Wigan カウンシルの取り組みは、自治体主導による 予防のための地域協働ネットワークの構築をおこなって おり、その背景には徹底した合理主義的で費用対効果 を重視したアプローチをおこなっている点に特徴があ る。またそのなかで、地域での生活継続に焦点を置い たリエイブルメント・サービスに非常に積極的に取り組 み、作業療法士がアセスメントや目標設定、プラン作 成における主導的な役割を果たしている。さらに、社 会的処方とその中心となるリンクワーカーの存在によっ て、医療との連携も可能にしている（図表 2）。

(3) 2 つのベストプラクティスの相違点

2 つの事例の共通点は、自立支援のために自治体が 単独でサービスを提供するわけでも、専門職が中心に なって高度なサービスを提供するだけでなく、多様な 主体の協力関係を構築し、それぞれの強みや資源を活 かしながら自立支援のための取り組みを実施している 点にある。利用者も地域住民も、自立支援のための重

要な主体として位置付けており、それを単なる理念として終わらせず、実際の仕組みに落とし込んで実践している点がベストプラクティスたる所以である。

だが両者にも違いもある。Lelystad 市の仕組みではボランティアなどの地域住民の果たす役割が非常に大きく、SWT による多様な問題への相談援助体制を整え、ボランティアらが提供する様々な地域資源に利用者をつなげる点を重視している。これはボランティアの伝統および規模が大きいオランダだからこそその仕組みである。

これに対して、Wigan カウンシルの事例は何よりも費用対効果を重視し、外部資源の導入においてもその視点は徹底している。これは、ソーシャルサービスへの厳しい財政削減がおこなわれているイギリスにおいて政策的にやむをえない対応である。また、作業療法士が主導的な役割を果たしている点にも特徴がある。

2. 新しい参加型社会と自立支援

人々の自立とは、十全な心身機能を維持した状態というだけでなく、互いに支え合う相互依存のあり方によって両者が自立しているような状態をも、広く「自立」とみなすことができる。そうであるのであれば、自立支援をおこなうための地域包括ケアの構築は、国家や社会に負担をかけない個人というネオリベラリズム的な個人による社会とはまったく異なる、他者と共存する地域共生社会として構想することが可能である。そしてこの

ような社会は、医療モデルではなく生活モデルによる支援と整合的である。生活モデルとは、治療によって解決しない困難を抱えている人々にとって、その人の well-being や生活の質を向上させるために、治療よりも多様なアプローチによる生活改善を模索するほうが有効であると考えられるアプローチである。

紹介した2つの事例は、財源不足への対応という消極的な背景や、費用対効果の強調という福祉マインドとは異なる側面をもつものもあるが、本人の心身機能を回復するだけでなく、本人にとって可能な生活を取り戻し、社会に包摂されるべく地域社会との連携を模索し、またそのための地域社会構築をおこなおうとしている。これは、地域社会において互いが互いの目指すべき生活のあり方を支えてゆく相互依存的な社会の創出に寄与する可能性がある。今後目指すべき参加型社会とは、自立した個人だけが参加する社会ではなく、個々人が互いを支える相互依存的なあり方によって参加する新しい形での参加型社会と、そのような相互依存を可能にする自立支援こそが重要となるのではないだろうか。自治体、専門職、民間団体、地域住民、家族、そして本人のいずれもが互いを支える責任 (responsibility) をもっている。異なる他者を他者として排除するのではなく、他者だからこそ互いを支えるという個別的な連帯の積み重ねこそが、社会的包摂を志向する参加型社会における新しい連帯である。

Lelystad 市と Wigan カウンシルの事例は、参加型社会における新しい連帯を構築するためのヒントが詰まっている事例である。

【参考文献】

i) Sociaal Wijkteam: Welzijn Lelystad.

<https://www.welzijnlelystad.nl/welzijn-in-de-wijk/wmo-ondersteuning-sociaal-wijkteam/> (2021年3月1日アクセス)

ii) The Deal: Wigan Council. <https://www.wigan.gov.uk/Council/The-Deal/index.aspx> (2021年3月1日アクセス)

12) 在宅介護へシフトし続けるドイツ介護保険

— 増えないデイケア利用の謎を追って

吉田 恵子 (東京医科歯科大学非常勤講師)



本稿では、在宅でのインフォーマル介護を促進するような給付方式を重視しているドイツの状況を、給付費の改革と実際の利用状況から述べる。

日本の状況と比較してみると、在宅介護が重視されているにもかかわらず、さほどデイケア利用は増えていない。この謎を追ってみると、以下の理由があることが分かった。

- ・ドイツ介護保険は部分保険であり、デイケアであっても自己負担は大きい
- ・施設の質について高い評価が得られていない

という実情が明らかとなった。

ただし、近年の在宅給付体制の強化によって 必要な在宅サービスが使われることが増える傾向にある。また新しい形態の居住型サービスの需要・供給が増し、従来型入所介護の比重が軽減している。

1. はじめに

ドイツの介護保険の主目的は、要介護者ができるだけ長く自宅にとどまれるよう、近親者や近所の人による在宅介護を優先して支援することである。また、完全入所介護に対しては、部分入所(デイ・ナイトケア)とショートステイが優先される(社会法典 11 編 3 条)。

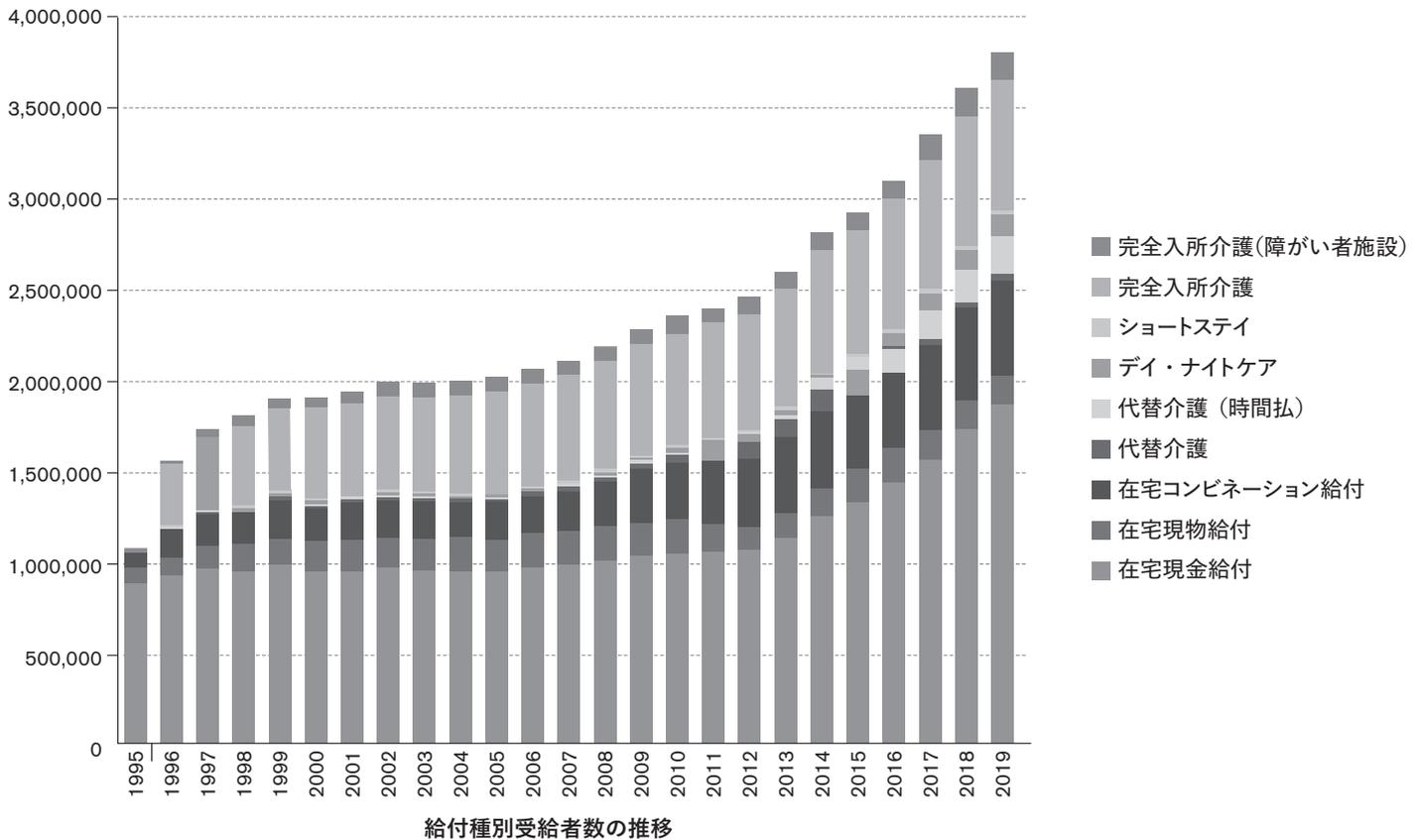
1995 年の介護保険導入以来、介護保険は在宅でのインフォーマル介護を促進するような給付方式により、この方針を貫いてきた。そして度重なる改革で各種在宅介護給付は、上限額が引き上げられ、内容・使い勝手も向上した。その結果、個々の在宅介護給付を組み合わせた場合の上限の合計額も、完全入所介護(日本の特別養護老人ホームでの介護に当たる)のそれを

大きく上回るまでになった。こうした給付体系の変化により、近年完全入所介護に対し在宅介護を選択する人の割合は増えており、また在宅介護給付を駆使し施設介護に近い住・介護形態を提供する傾向、「介護の在宅化」も強まっている。

*「介護の在宅化」について書くにあたっては、ドイツの社会介護保険の大手保険者である Barmer が 2019 年に発行した、Rothgang/Müller による介護レポート: 介護の在宅化 ("Ambulantisierung der Pflege") を主要参考文献とした。

同報告書では、まず在宅介護に焦点を置きドイツの給付体制と利用状況を概観する。その際特に、継続的在宅介護に対する基本となる給付に追加して使える在宅給付(デイケア、ショートステイなど)の拡大と利用状況に注目する。さらに、それらの利用が増加するも、

図表1 給付方式・主要給付種別受給者の推移



出典：Bundesgesundheitsministerium

さほど大きくは増えていない実態を考察する。次に完全入所介護が、在宅介護給付を駆使した新しい住・介護形態に取って代わられる「介護の在宅化」傾向を描く。最終章では、在宅介護優先政策の、受給行動・構造への影響をまとめる。

2. 給付体制と利用状況の変遷

(1) 給付方式・主な給付種別の利用状況の変遷

在宅介護は、現金、現物、また現金と現物のコンビネーションという方式を通じて給付されている。

図表1では、連邦保健省が公表するデータに基づき、

給付方式・主要給付種別に受給者数の変遷を示した。

図表2は2021年1月時点での給付方式・種別の給付(上限)額一覧である。

図表1によれば、現金給付を受給し主に在宅でインフォーマル介護を受ける人の割合は、介護保険導入時(1996年)は5割を超していたがその後減少傾向が続き2012年には43.9%まで落ち込む。しかしその後増加が続いており2019年には49.5%まで回復した。絶対数は、要介護者の増加もあり、2倍に増えた*。

*同統計には、重複カウントしている、という注釈がある。追加利用が可能な介護給付(例:部分入所介護)を利用した場合、追加給付受給者も現金給付受給者としてもカウントされていることになる。また各年の合計数(例:2019年380万人)には、

図表 2 給付方式・種別の給付（上限）額一覧

単位：ユーロ

主な介護給付種類	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
在宅介護（現金、月）	-	316	545	728	901
在宅介護（現物、月上限）	-	689	1298	1612	1995
+デイ・ナイトケア（現物、月上限）	-	689	1298	1612	1995
+ショートステイ（現物、年上限）	-	1612	1612	1612	1612
+代替介護（現物・償還、年上限）	-	472/1612	817,5/1612	1092/1612	1351.5/1612
+負担軽減手当（現物・償還、月上限）	125				
+住宅改修補助（一回の上限）	4000				
+補助具（現物、月上限）	40				
+グループホーム補助（月）	214				
+グループホーム設立補助（設立時）	2500				
入所介護（現物、月上限）	125	770	1262	1775	2005

出典：Bundesgesundheitsministerium

現金・現物・コンビネーション受給者数に加え、少数ながらも追加的介護給付の受給者数も重複して含まれている。一方、負担軽減手当しか受けられない介護度 1 の要介護者が含まれていない。ちなみに 2019 年の合計受給者数は 400 万人とされている。

在宅で現物給付だけを受給する人の数は、2007 年まで増加傾向が続いた後減少に転じ、4%（2019 年）という少数派に留まっている。絶対数も増えていない。一方現物と現金を組合せたコンビネーション給付は増減を繰り返しながら 1995 年の 7.7% から 2019 年の 13.5% まで増えた。絶対数は約 6 倍となった。

こうしたインフォーマル介護中心の受給状況は、各種介護者の介護時間の統計にも反映されている。この統計によれば、介護にかかる合計時間の 71.2% は主要介護者が、17% は友人、親戚、近所の人、ボランティアが担っている。事業者は 8.2% のみである（Räker/Schwinger/Klauber）。関係者の話では、一人きりでなく、複数人で 1 人の要介護者を介護するケースが増えてい

る。

完全入所介護の受給者の割合は、2007 年まで 3 割程度にまで増え続け、その後減少に転じる。2019 年は 22.8% であった（障害者の完全入所受給者 3.6% を含む）。ただし要介護者数の増加により絶対数は増加してきている。

Rothgang/Müller は、一連の改革、特に第二次介護強化法（Zweite Pflegestärkungsgesetz. 略して PSG 2. 2016 年～）により、在宅介護、特に現金給付受給者に対する給付が大きく改善されたことが、これら利用状況に大きな影響を与えていると分析する。

(2) 主な追加的在宅介護給付の給付体制と利用状況の変遷

在宅介護受給者は、月毎に定額もしくは上限額まで払われる継続的介護に対する現金または現物給付に加えて、部分入所介護（デイ・ナイトケア）、ショートステイ、障害介護（介護者の支障時また休暇時の代替介護）

を追加受給 することができる (図表 2)。

中でも利用が増えているのが障害介護と部分入所介護である (図表 1)。各々、保険導入直後 (1997 年) の 0.2% から 6.6% (絶対数で 62 倍)、0.3% から 2.9% (絶対数で 22 倍) に増えた。この背景には、給付額だけでなく、内容・条件が改善されてきていることがある (Rothgang/Müller)。

例えば部分入所介護は当初、受給者が継続的介護に加えて受給すると、継続介護の給付額が減額された。この制限が時と共に緩和されていき、第一次介護強化法 (略して PSG.1。2015 年施行) により、部分入所介護を利用しても、毎月の現物給付および現金給付額も満額支払われるようになった。

障害介護においても、部分入所介護を利用できる最長期間が 4 週間から 6 週間 (場合によってはそれ以上も可) に延び、待機期間は 12 ヶ月から 6 ヶ月に短縮された。また当初は主要介護者の休暇中は支払われなかった継続介護に対する現金給付も、現在は原則 50% 支払われるようになった (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung)。さらに 2017 年からは 1 日 8 時間未満の代替介護は (時間割の障害介護)、介護者の休暇期間としてはカウントされなくなり、それによって現金給付も満額支払われるようになった。

PSG 1 はまた、ショートステイ利用者にも、年 4 週間までは、半額ではあるが現金給付を受けながらも利用することを可能にした。しかしショートステイの利用者の割合は 0.7% 前後で停滞。絶対数もほとんど伸びていない。この背景については後述する。

(3) その他の追加的な在宅給付の拡大と柔軟化

PSG. 1 により、それまで日常生活能力に制限のある

人 (主に認知症) だけが追加的に受けることができた世話サービスに対する負担軽減手当が、全ての在宅の要介護者が追加受給できるようになった。また使途も家事支援をはじめとした日常生活支援一般に広がってきている。現在では、部分入所介護およびショートステイの自己負担分 (居住費・食費・投資費など) の支払いにも利用できる。また PSG.2 により 2017 年に新設された介護度 1 の軽度者は、介護給付は原則受けられず負担軽減手当しか受けられないが、ただし負担軽減手当を在宅介護サービスの支払いに使うことはできる。

PSG. 1 はまた住宅改修の上限額を改修一回あたり 2557 ユーロから 4000 ユーロへと大きく引き上げた。

さらには、新しい形の在宅介護を促進するため、グループホームもしくは介護住居共同体 (グループホームとほぼ同義語) に住む要介護者には 2013 年から月々の補助 (214 ユーロ) が与えられるようになった。自ら住居共同体の設立に出資した要介護者に対しては、設立補助 (2500 ユーロ) も与えられる。

また異なった給付種間で、部分的またはフルに転用する可能性も拡大してきている。例えばショートステイと障害介護の間で (PSG.1)、また継続的な現物介護給付の世話・家事支援サービスへの転用 (介護方向転換法。略して PNG) などである。

これらの介護以外のサービスの給付の利用も近年増加している

(Rothgang/Müller, Bundesgesundheitsministerium)。

(4) 追加的な在宅給付の利用例と利用控えの考察

〈デイケア利用が大きく増えない謎を追って〉

上述したように追加的な在宅介護給付として部分入所介護の利用数が伸びている。ちなみに実際利用

されているのは主にデイケアであり、部分入所介護はデイケアとほぼ同意語として使われている (Rothgang/Müller)。

2018年、在宅要介護者のうち5.6%が部分入所介護を利用した。2010年までは2%にも満たなかった。部分入所介護を提供する施設数も1999年から2017年までに約3倍、定員数は約5倍となった (Rothgang/Müller)。とはいえ、全ての在宅介護受給者が受給権を持つことを考えると、思いのほか利用が少ない感もある。一般に介護保険の部分保険の原則が、モラルハザードひいては支出を抑えているとされており (Rothgang)、この観点から、重めの自己負担、また現金給付の減額が利用を抑えていることが考えられる。Räker/Schwinger/Klauberの調査によれば、在宅介護給付の自己負担の3~5割程度を主要介護者が負担している。これら主要介護者の4割超が無職、約3割がパートタイム勤務である。さらに東部の一州 (Sachsen) だけを対象とした調査ではあるが、主要介護者の4割以上の収入が月1000ユーロ以下で、5人に1人が生活・将来に不安を感じていると答え (Barmer)、経済的に余裕のない介護者が少なくないことが窺われる。そうすると自己負担や現金給付の減額を伴う介護給付は、必要に迫られないと利用しないであろう。こういった背景をふまえて経済的な観点から以下実例を考察していく。

部分入所介護においては、保険給付の対象となるのが介護サービスの部分だけであり、居住費、食費、投資費は全額自己負担となる。図表3はフランクフルト市のあるデイケア施設の料金表である。

要介護度3の受給者が部分入所介護給付を満額まで使うと仮定すると、月18日まで利用できる。その際食費、居住費、投資費により発生する自己負担分は

564ユーロとなる。在宅介護受給者の大半を占めることから、ここでは現金受給者のケースを想定する。例えば介護度3の場合の現金給付額は545ユーロである。介護者が自己負担を全額負担すると想定し、現金給付額からこれを差し引くとマイナスとなり、現金給付による収入を失う。たとえ月4日だけ利用したとしても自己負担は125ユーロにもなり、手元に残る額は420ユーロに減る。

ショートステイ (同じ施設が提供) を利用すると、自己負担がさらに重くなる上に現金給付も減額される。例えば4日連続の利用で自己負担は185ユーロ (介護度3)。またショートステイを利用すると、通常の継続介護に対する現金給付 (545ユーロ) から、利用した4日のうち初日と最終日を除いた2日分に対し日割額の50%分である24.26ユーロが引かれる。総じて受給者、ひいてはその介護者の手元には335.74ユーロしか残らない計算となる。その上給付上限額 (1612ユーロ) は1ヶ月ではなく、1年間に対するものなので、いずれにせよ頻繁には使えない。

追加的在宅介護給付の中で最も利用数が多い障害介護は、これらと比べ金銭的損失が少ない。近親者や友人にプライベートで、もしくは在宅介護事業者に訪問介護の形で代替介護を依頼すれば、一定範囲まで自己負担無しで給付が受けられる。従来は1日単位でしか利用することができなかったが、2017年からは時間単位での利用が可能になった。具体的には、介護を8時間以上依頼すると、終日休んだことになり、この日に対する継続介護の現金給付は半額しか支払われないというルールがある。しかし、8時間未満であれば時間単位でのみ休んだことになり、現金給付を満額受け取れる。連邦保健省の統計 (図表1) をみると、

図表3 フランクフルト市のあるデイケア施設の料金表

〈施設Xのデイケア料金例〉

* 単位はユーロ

	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
介護サービス(日)	63.97	67.11	70.22	73.38	76.51
保険給付上限(月)	0	689	1298	1612	1995
食費(日)	7.14	7.14	7.14	7.14	7.14
居住費(日)	7.14	7.14	7.14	7.14	7.14
投資費(日)	17.04	17.04	17.04	17.04	17.04

〈施設Xのショートステイ料金例〉

* 単位はユーロ

	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
介護サービス(日)	54.08	68.83	85.01	101.87	109.43
保険給付上限(月)	0	1612+3224(ショート+代替介護)			
食費(日)	11.36	11.36	11.36	11.36	11.36
居住費(日)	17.03	17.03	17.03	17.03	17.03
投資費(日)	17.95	17.95	17.95	17.95	17.95

出典: Der vdek-Pflegelotse

www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Pflegelotse.html

2017年、1日単位で障害介護を利用する人が大きく減った。半面、時間単位で利用する人が大きく増え、2019年には1日単位利用の10倍を超えるまでとなった。ただし、特に長期間となると代替してくれる介護者を見つけることが難しい、という調査結果もあり(Barmer)、金銭的な損失を唯一の理由とみることはできない。

Räker/Schwinger/Klauberによる調査では、事業者による介護サービスを利用しない主な理由(複数回答可)としては「必要がない(5割前後)」「他人に介護されたくない(約3~5割)」といったことが挙げられている。自己負担や現金給付の減収といった金銭的理由

を挙げた人は2割に満たない。実際、介護者の介護度が重くなればなるほど、また認知症を伴っていれば、自己負担を伴っても追加的給付の利用が増える。さらに、他の調査ではあるが、2015年には事業者による介護サービスを金銭的理由から使わない人は2割を優に超えており、この面では給付が改善され、利用したければ利用できるようになってきていることを示唆している(Räker/Schwinger/Klauber)。

ショートステイおよびデイケアは、供給体制にも問題がある。利用したくても、満員で希望日に利用できない、サービスを提供する施設が近くにない、といったことが

まればないからだ。デイケア施設の総定員数はそれでも1999年から2017の間に5倍に増え66,500となり、その後も増え続けている。他方ショートステイの総定員数は99,000から86,000へ減少した(Rothgang/Müller)。ドイツではショートステイもデイケアも完全入所介護施設により提供されていることが多いが、特にショートステイを提供する経営上の魅力は乏しいという。そういったことから完全入所用の定員を部分的にショートステイに割り当てる試みを行う州・市町村もある。施設はそれでも、これを完全入所用に使ってしまう傾向があるという(Brettschneider)。

3. 介護の在宅化

(1) 不人気な完全入所介護施設

1.(1)で述べたように、一時は完全入所介護を選択する受給者が3割程度まで増えたが、現在は2割程度に留まっている。以下その背景を、金銭面と質面において考察する。

①金銭面：

ドイツの介護給付額は2008年まで物価調整が行われなかった。その結果、特に料金が安い完全入所介護の自己負担が重くなっていった。Haunによれば2019年第4四半期の自己負担額の全国平均は1958ユーロであった。自己負担を要介護者が自ら支払えない場合は、社会扶助運営者より扶助を得ることもできるが、資産の大部分を使い切った後のことになる。

2008年以降は不定期に給付額が引き上げられるようになったものの、完全入所介護給付額の伸びは在宅介護の給付額の伸びと比べ小さい。

さらに完全入所介護は介護サービス内容を選択することはできず、受けるサービス内容に関わらず要介護

度ごとに決められた定額を支払う。それに対し(現物)在宅介護は、継続的に受けるサービス内容を選べる上に、部分入所、ショートステイ、障害介護、在宅看護、住宅改修、グループホーム補助を上乗せし、さらに医療保険の在宅看護とも組み合わせることが可能である。理論上は完全入所介護に対する2倍以上の額の給付が可能である(Rothgang/Müller)。

②質：

そもそも入所介護施設は人気がない。連邦教育研究省が公表する世論調査によるとドイツ人のほぼ9割が在宅介護を望んでいる。また約半分の人はサービス付き高齢者住居での介護を想像できる、とする。介護施設での介護を想像できるとするのは、1/3である(Bundesministerium für Bildung und Forschung)。日常的にも「介護ホームにだけは入りたくない」という台詞をよく耳にする。理由としては、自己決定する自由がない、することがない、孤独、尊厳ある扱いを受けられない、などである。

質も問題視されている。特に職員数が少なすぎ、十分に介護・世話がなされていない、といったことがよく聞かれる。実際のところ、ドイツには法定の人員配置というものがない。事業者の代表と保険者の代表が州レベルで標準値は決めるが、最終的にはこれを基に個々の施設が保険者と交渉して人員配置を決める。ある介護関係者からは、ドイツには実質上人員配置は無い、という発言も聞いた。実際100人規模の介護施設で、通常夜間2人体制のところ、1人が欠勤したため1人で対応するようなこともあるという。

また職員の質も低下しているとされる。フルタイム職員および介護専門職の割合が年々減ってきているのである。フルタイム職員の割合は、1999年の46%から2017年28.9%に減った。介護専門職(看護師・介護士の資格者)の割合も減少傾向にある。在宅介護事

業所においては46.1%（フルタイム計算49.7%。2017年）であるのに対し完全入所介護施設において30.4%（フルタイム計算34.4%。2017年）でしかない。介護に関わる職員における専門職員の割合も48.8%であった（Rothgang/Müller）。専門職員率においては完全入所介護施設には50%という基準があるが、これを下回っていることから多くの施設は空床があっても新規に入所者を受け入れられない状況にあるといわれる。

こういったことから、基本的な介護に手一杯で、それ以外の支援に手が回らないことが多いとされる。入所者の世話や活性化を強化するため2015年から世話専門の有償ボランティアの職員が完全・部分入所施設に置かれることになった。これで世話は改善されたとされるが、認知症などへの専門的な対応が十分になされていない施設は少なくないとされる。例えば大手介護金庫AOK(WIDO)の調べでは、日常生活能力に制限のある入所者（例えば認知症）のうち40.6%に抗精神病薬が与えられている。

(2) 新しい形態の在宅介護

完全入所介護施設が人気がない中、最近では在宅介護給付を使い介護サービスを提供する住居が増えてきている。サービス付き高齢者住宅や、グループホームもしくは住居共同体といわれるものである。これらは、複数の在宅介護給付を組み合わせて要介護の住人に提供している。

継続的在宅介護に対する現物給付の上限額だけでも、完全入所介護への給付上限とほぼ同額であるのに、追加的在宅介護との組合せにより給付（額）をさらに増やせる。例えばこれら住居の運営者は、継続介護への現物給付を使って朝晩の基本的な介護を提供し、

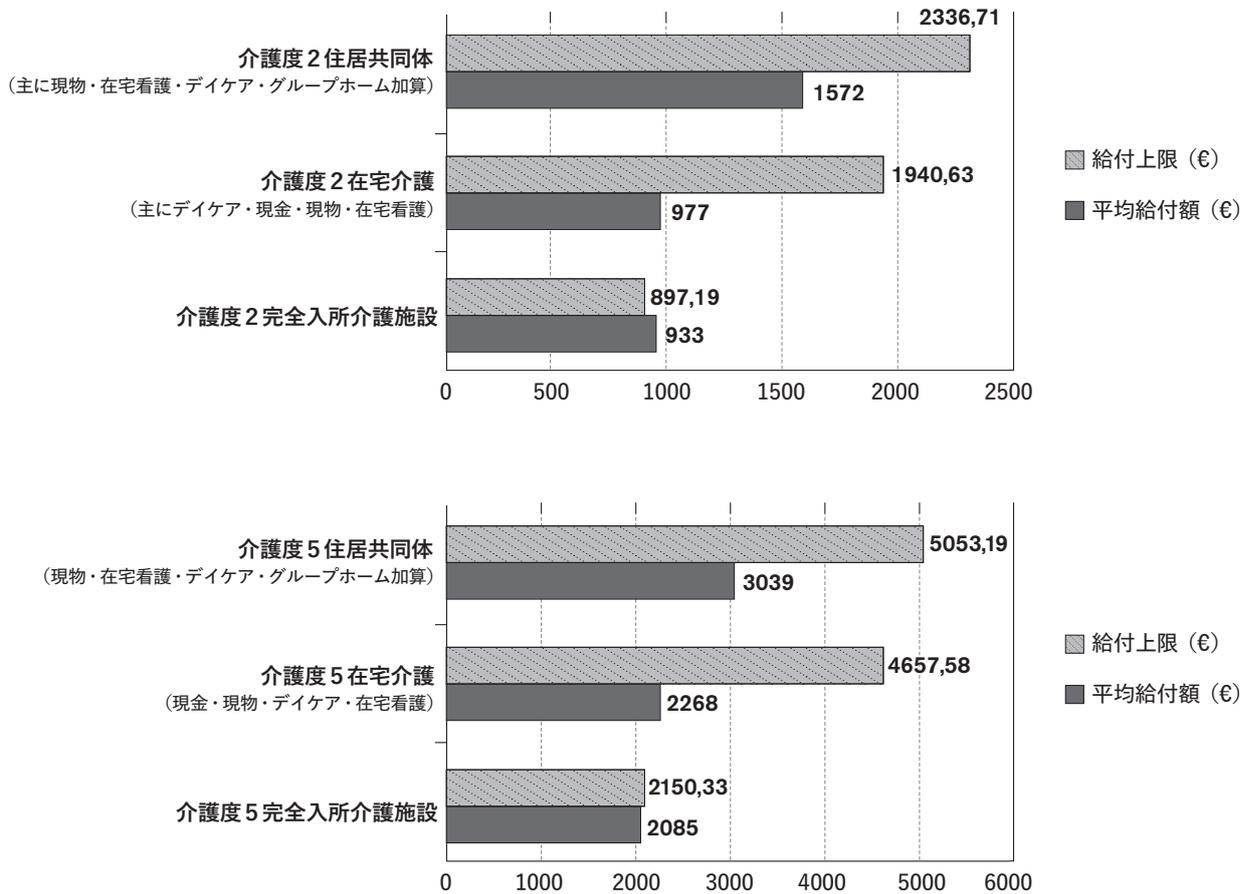
昼間は追加的介護給付としてデイケアを提供している。グループホームにおいては、継続的な介護に対する現物給付上限額では足りない場合のみデイケアの追加給付が認められるという制限はあるものの、それでも完全入所介護施設より多くのサービスを提供している（Rothgang/Müller）。

Rothgang/Müllerによれば、サービス付き高齢者住宅は全国に数千、グループホームの数は約4000と推計され、増加傾向にある。これら施設の平均定員数を基に、要介護認定を受けている利用者数を控えめに推計すると、2017年の時点でサービス付き高齢者住宅の方は約15万人、グループホーム（住居共同体も含むことを想定）の方は3.1万人となる。これを合計すると、同年の現物・現金・コンビネーション給付を受ける在宅受給者数は合計約219万人に対し、約8%ほどである。

図表4（Rothgang/Müllerのデータを基に作成）では、2018年各セッティングにおいて、介護度2と介護度5の場合に介護給付を最大限使った場合の最高額と実際の平均給付額（括弧内）を示した。

例えば介護度2の場合、完全入所介護施設は897.19（933）ユーロ、現物での在宅介護給付1940.63（977）ユーロ、介護住居共同体（グループホーム）は2336.71（1572）ユーロである。介護度5になると、完全入所介護施設は2150.33（2085）ユーロ、在宅介護給付4657.58（2268）ユーロ、介護住居共同体（グループホーム）5053.19（3039）ユーロである。在宅で現物給付を受けても2倍以上、最大の給付が受けられる。介護住居共同体となると理論上は2.5倍相当の給付が受けられる。括弧内の実際に利用された平均額が少ないのは、追加的給付につきものの自己負担（居住費、食費、投資費など）や、現金給付の減額措置などによ

図表4 介護度2および介護度5の場合に介護給付を最大限使った場合の最高額と実際の平均給付額



(括弧内は実際に利用された給付種。給付額順)

出典：Rotgang/Müller

り気軽には利用できないことがあるとみられる。

給付額に加え、Rotgang/Müller は、介護の質を、完全入所介護と比較している。そして完全入所介護に対しこれら新しい形態の在宅介護に優位性はないという結果を示し、この点からは複数の在宅介護給付の組合せによる高い介護費用は正当化されない、と結論づける。

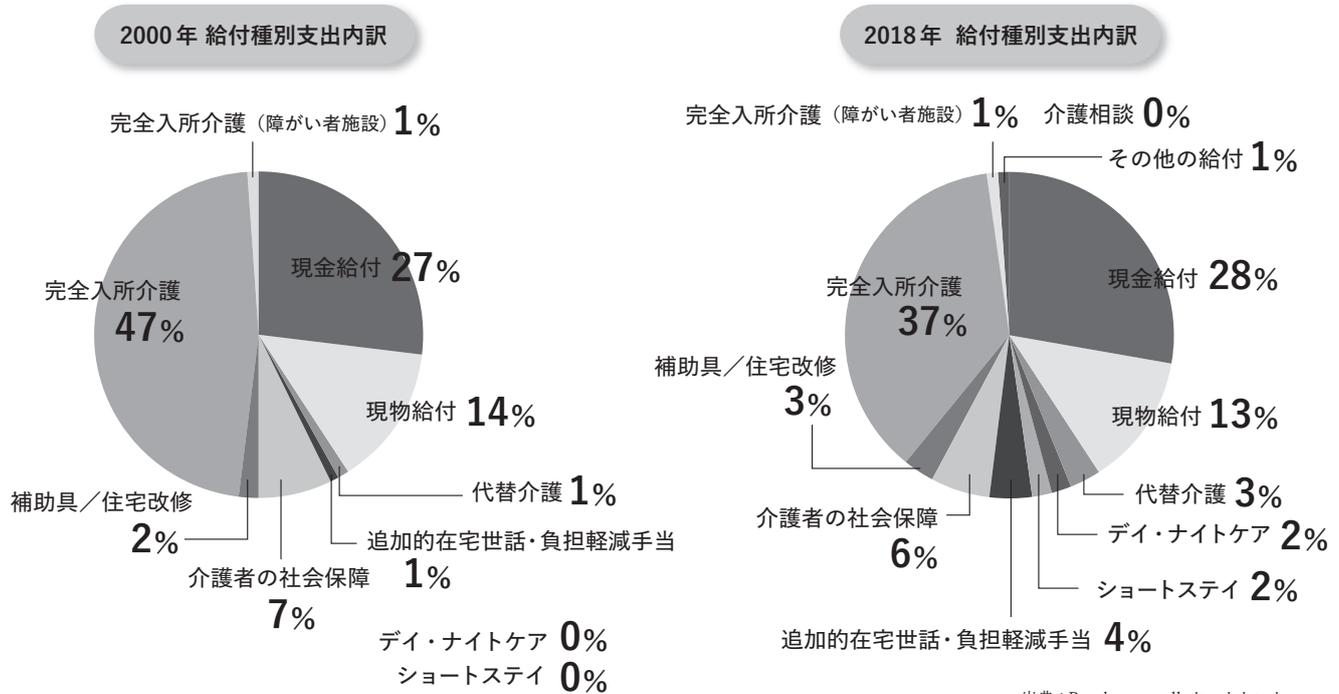
他方、生活・住居の質や自由度は高いとみられている。公的医療保険中央連合会 (GKV-Spitzenverband) による新しい住形態のモデルプロジェクトに関する調査結

果によれば、8割以上の要介護者が、新しい住形態での介護、世話、自己決定、個々人に合った生活様式に満足を示している。ただし、家族や近所の人・共同生活者との交流を難しいと感じる要介護者が5割弱おり、今後の課題とされている。

(3) 支出における、入所介護から在宅介護へのシフト

以上のような給付構造の変化により、この何年か在宅給付への支出が早い速度で伸びている。2000年から2018年までに、入所介護給付支出の伸びが74.7億

図表 5 給付種別支出内訳



から 143.2 億ユーロだったのに対し、在宅介護支出の伸びは 80 億から 226.3 億ユーロであった (Rothgang/Müller)。その結果 2000 年の完全入所は 30%の受給者に対し支出は 47%だったのが、2018 年は 24%の受給者に対し 37%の支出と、完全入所に集中していた財源が、優先されるべき在宅へシフトしてきている (図表 5)。

4. 結論

ドイツでは、複数の調査において国民の大多数が在宅介護を望んでいるという結果がでていいる。この国民の希望、および法定の目的に沿う形で介護保険は、この何年か在宅給付を拡大し、使い勝手もよくなってきた。

その結果、完全入所介護を上回る勢いで在宅介護サービスの利用が増えている。またグループホームなど新しい住形態では、各種在宅介護給付を包括的に利用しながら、完全入所介護施設同様に、もしくはそれ以上のサービスが提供されるようになってきている。

その半面、比較的安価な現金給付を受けながらのインフォーマル介護中心の介護構造は変わらない。必要時には追加的に障害介護や部分入所介護などの現物給付を利用するものの、絶対数も割合も多くはない。(現物の)在宅給付を利用した新しい住・介護形態を利用・希望する人も増えてはいる。しかしながら推計によると、これら利用者の割合は在宅介護受給者の 1 割にも満たない。また、新しい住・介護形態利用における自己負担は完全入所施設と同等または時にそれ以上であり、しかし自己負担に扶助を受けることが難しい

とされることから、このままでは利用できる所得層も限られてくるだろう。

事業者による在宅介護サービス（例：デイ・ケア、ショートステイ）を利用しない理由を調査すると、必要を感じないという回答が、金銭的負担を理由とする回答を大きく上回る。実際のところ、介護負担が重くなれば、自己負担を伴っても追加的介護サービスの利用は増える。部分保険の原則によりモラルハザードを抑制しつつも、近年の在宅給付体制の強化によって必要なサービスは使われる傾向が強まった、とみなすことができよう。

ただし、大多数ではないにせよ、介護を負担と感じ、

現行以上の支援を望む介護者は少なくない。しかし完全入所介護は、質が疑われ、また自己負担も重い。そのため保険給付の枠外で、完全入所介護の自己負担額より多少少ない額を個人で払い、東欧などからの外国人労働者に住み込みで介護を依頼する介護家族も少なくない（Räker/Schwinger/Klauberによれば8%）。Räker/Schwinger/Klauberは、介護給付は改善されたが、まだその恩恵を必要とする全ての人に適切に届いていない、と結論づける。解決策として、地域包括的なネットワークやケースマネジメントのさらなる強化や、在宅・入所の枠を超えたニーズに則した給付制度の導入（Rothgang/Müller）などが提言されている。

【参考文献】

- i) Barmer (2018) Pflegende Angehörige. Deutschlands größter Pflegedienst ist erschöpft. Pressemitteilung. <https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/sachsen/aktuelles/pflege-angehoerigenpflege-gesundheit-171912>, Downloaded on 21, January 2021.
- ii) Bundesministerium für Bildung & Forschung. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/wie-moechten-die-deutschen-im-alter-gepflegt-werden-ein-interview-7003.php>, Downloaded on 21, January 2021.
- iii) Brettschneider, A. (2020) Die Rolle der Kommunen: Ziele, Handlungsfelder und Gestaltungsmöglichkeiten kommunaler Pflegepolitik. In: Jacobs K., Kuhlmeier A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (eds) Pflege-Report 2019. Springer, Berlin, Heidelberg.
- iv) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Erste Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 01. Januar 1995. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf. Downloaded on 26. January 2021. Downloaded on 22. January 2021.
- v) GKV-Spitzenverband. Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/pflege_modellprojekte_45f.jsp. Downloaded on 07. February. 2021.
- vi) Haun, D. (2020) Pflegefinanzierung in regionaler Perspektive: Ergebnisse eines Vier-Länder-Vergleichs zu den Selbstkosten der stationären Langzeitpflege In:(ed. Jacobs K. et al.) Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Springer Open. <https://www.springer.com/de/book/9783662613610>. Downloaded on 22. January 2021.
- vii) Räker, M. Schwinger, A. Klauber, J. (2020) Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In:(ed. Jacobs K. et al.) Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Springer Open. <https://www.springer.com/de/book/9783662613610>. Downloaded on 22. January 2021.
- viii) Rothgang H. (2005) Long-term care in Germany. In Reforming Health Social Security Proceeding of an International Seminar: June 2005. Tokyo. Washington: The World Bank East Asia and Pacific Region Human Development Sector Unit; 2005:84–98 [Working Paper Series, No. 2005-4].
- ix) Rothgang, H. Müller, R. (2019) Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Berlin. <https://www.barmer.de/blob/215396/a68d16384f26a09f598f05c9be4ca76a/data/barmer-pflegereport-2019.pdf>. Downloaded on 11. August 2020.

1) 各国の高齢者支援の原則

1. オランダ

オランダ国王演説（2013年9月 オランダ国会）抜粋

ネットワーク化と情報化が進んで今日の社会において、人々は過去よりも自分を主張するようになり、自立していることは否定できない現実です。これは、財政赤字を削減する必要性と相まって、古典的な福祉国家が徐々に、かつ着実に参加型社会に進化していることを意味します。能力を有する人は、自身とその周囲の人々の生活に責任を持つことを求められます。

（中略）

参加型社会への移行は、私たちの社会保障制度と長期ケア（介護）制度において顕著なものとなります。これらの分野では特に、古典的な戦後型の福祉国家が生み出した仕組みは、現在のままでは持続が不可能であり、かつ人々の期待にもはや応えるものとなっていないと言えます。今日の世界では、人々は自身で選択をし、自身の生活を管理し、お互いの助け合いをしたいと考えています。介護や社会サービスが人々に密着して、かつ一貫した形で組織されることが、こうした流れに即していると考えられます。

出典：<https://www.royal-house.nl/documents/speeches/2013/09/17/speech-from-the-throne-2013>

（訳：政策研究大学院大学教授 小野太一）

2. ドイツ

ドイツ 社会法典第 11 編—公的介護保険 抜粋

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。

3. イギリス

ケア法第1条

1. 個人の well-being 促進

- (1) 個人について本条の職務を行使する際、地方自治体の一般的義務は、当該個人の well-being を促進することである。
- (2) 個人に関する「well-being」は、以下いずれかに関する当該個人の well-being を意味する。
 - (a) 個人の尊厳（当該個人に対する敬意を持った処遇を含む）
 - (b) 身体的および精神的健康ならびに情緒的 well-being
 - (c) 虐待やネグレクトからの保護
 - (d) 当該個人による日常生活のコントロール（当該個人に提供されるケアおよび支援の内容および提供方法を含む）
 - (e) 労働、教育、訓練または娯楽活動への参加
 - (f) 社会的および経済的 well-being
 - (g) 同居、家族および人間関係
 - (h) 住居の適合性
 - (i) 当該個人による社会貢献

出典：Care Act 2014（2014 ケア法）より抜粋

4. オーストラリア

高齢者ケアとは何か？

2.2 高齢者ケアとは、加齢による個人の身体的、医学的、心理的、文化的および社会的ニーズに応じて、高齢者をサポートするためのさまざまなサービスのことである。

2.3 高齢者ケアの目的は、高齢者が日々の活動に取り組むことを支援し、可能な場所でコミュニティとのつながりを維持できるようにすることである。これらのサービスの意図するアウトカムは、高齢者が自立を維持する、在宅を続けるためのサポートを受ける、または施設介護においてニーズに応えるサービスを受けるということである。

2.4 ほとんどの（Most）高齢者介護は、家族、友人、地域社会、そしてボランティアによって提供されるインフォーマルなものである。いくらかの（Some）ケアは、個人用に作られ支払われるフォーマルサービスとして提供される。その他のフォーマルなサービスは政府が資金提供している。

オーストラリアの高齢者介護システムの性格

2.5 高齢者介護システムにおける政府の主な役割は、高齢者介護サービスの規制と資金提供である。近年、高齢者介護政策は、政府の支援だけに頼るのではなく、個人が自分自身で計画し提供するよう奨励する方向に向かっている。政府が資金提供する高齢者介護のほとんどは、在宅支援、在宅介護パッケージ、または在宅介護の3種類のうちの1つである。

出典：WHAT IS AGED CARE?, Department of Health, Australian Government
<https://agedcare.health.gov.au/legislated-review-of-aged-care-2017-report>
（「高齢者ケアとはなにか」 オーストラリア保健省）

5. デンマーク

「在宅ケア委員会報告書(2013年):
未来の在宅ケア」での提言

- ① 予防に力を入れる
- ② 在宅ケアにおけるリハビリの充実(介護の前のリハビリ)
- ③ 重度要介護者の保障
- ④ ITの導入
- ⑤ ボランティア活動の活性化

〈社会サービス法改正(2015年)〉

・83条「市は、身体介護・家事援助・食事サービスを在宅で提供しなければならない」

第2項：上記サービスは一時的・永久的な障がいによってこれらのことが自分でできない人に提供される。

第3項：上記サービスのニーズをアセスメントする前に83条aによって機能改善し援助を減らすことができるかどうかをアセスメントしなければならない

・83条a このリハビリによって機能改善でき、援助の必要性を減じることができると判断されるなら、短期・期限限定のリハビリをしなければならない。

(抄訳：松岡洋子)

2) 海外の長期介護制度と 地域サービス制度の概要

ドイツの介護保険は軽度化を前提としない制度で、オランダも介護保険(WLZ)は、回復困難、維持の人へのサービスである。イギリスには介護保険がないがNHS 継続ケアが長期ケアサービスに近く、終末期に近い人が主な対象である。

オランダでは地域の公的サービスはWMOと医療保険、介護保険で役割を分担し(WMOは地域インフォーマルサービス促進も含む)、ドイツでもコミュニティサービスと介護保険は役割が違う。イギリスではソーシャルサービスが地域公的サービスを担うがチャリティ組織に依存する割合が高い。

一方日本の介護保険はカバーする対象が非常に広いことが海外と比較した場合の特異な点である。

海外の長期ケア制度

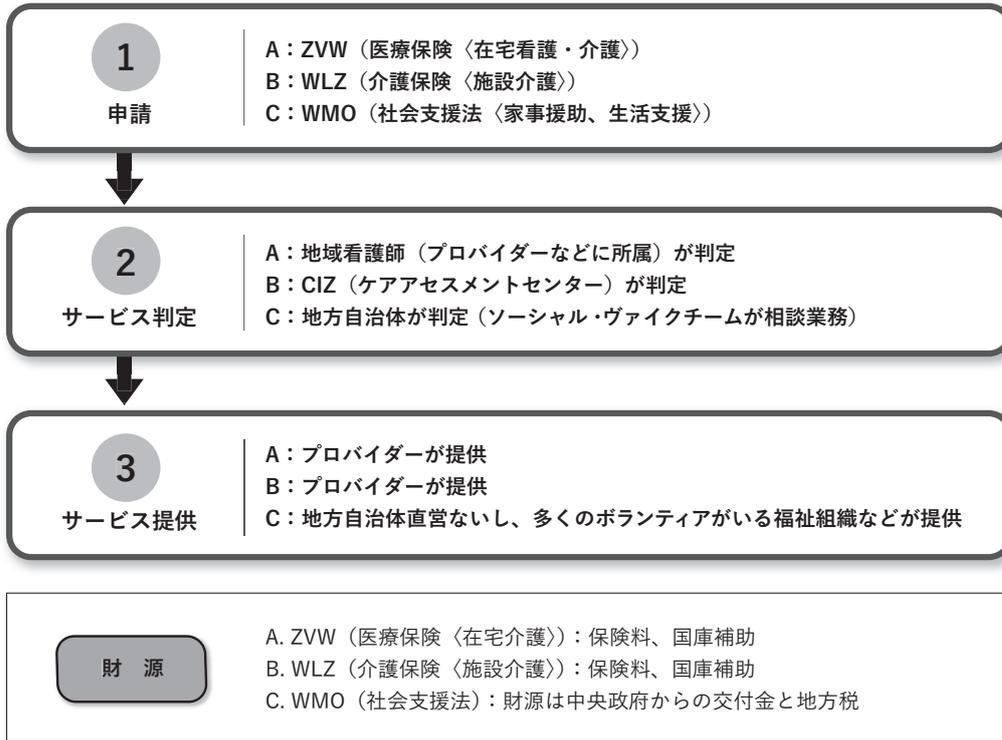
	日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア
介護保険(回復困難、維持)	介護保険	WLZ (介護保険)	介護保険	NHS 継続ケア	マイエイジドケア *軽度者は 地域在宅支援アセスメント
地域サービス(回復可能)		WMO (地域サービス)		ソーシャル サービス	

出典：国際長寿センター作成

3) 高齢者介護・支援の流れ

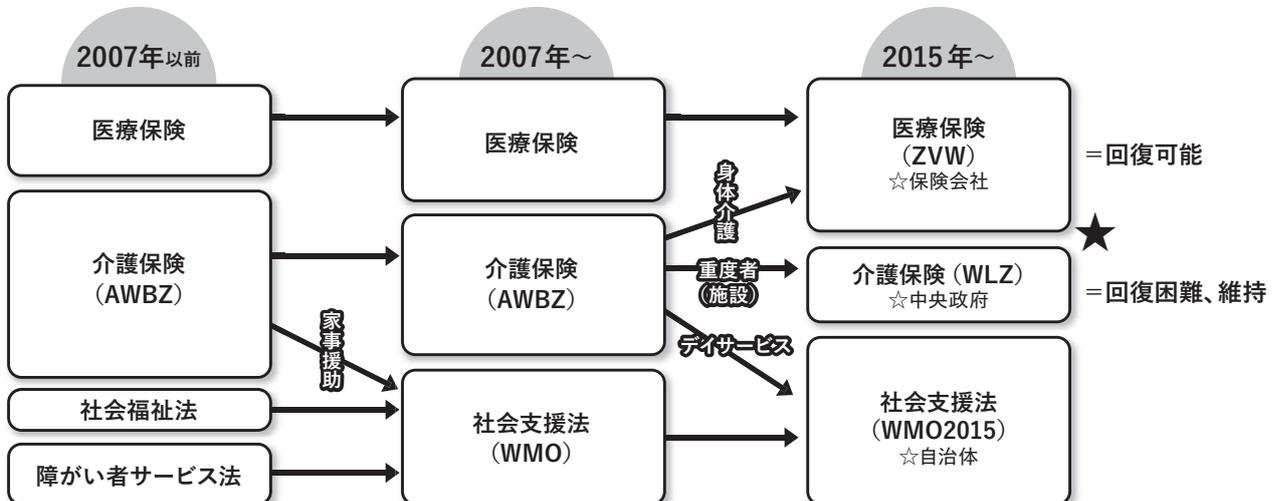
1. オランダ

オランダの介護サービスの流れ（本人・家族・知人友人・ボランティア組織からの支援が得られない場合）



出典：「平成 30 年度ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書（一般社団法人 日本介護支援専門員協会〈国際長寿センター協力〉）

オランダ医療介護関連制度の変化の概要

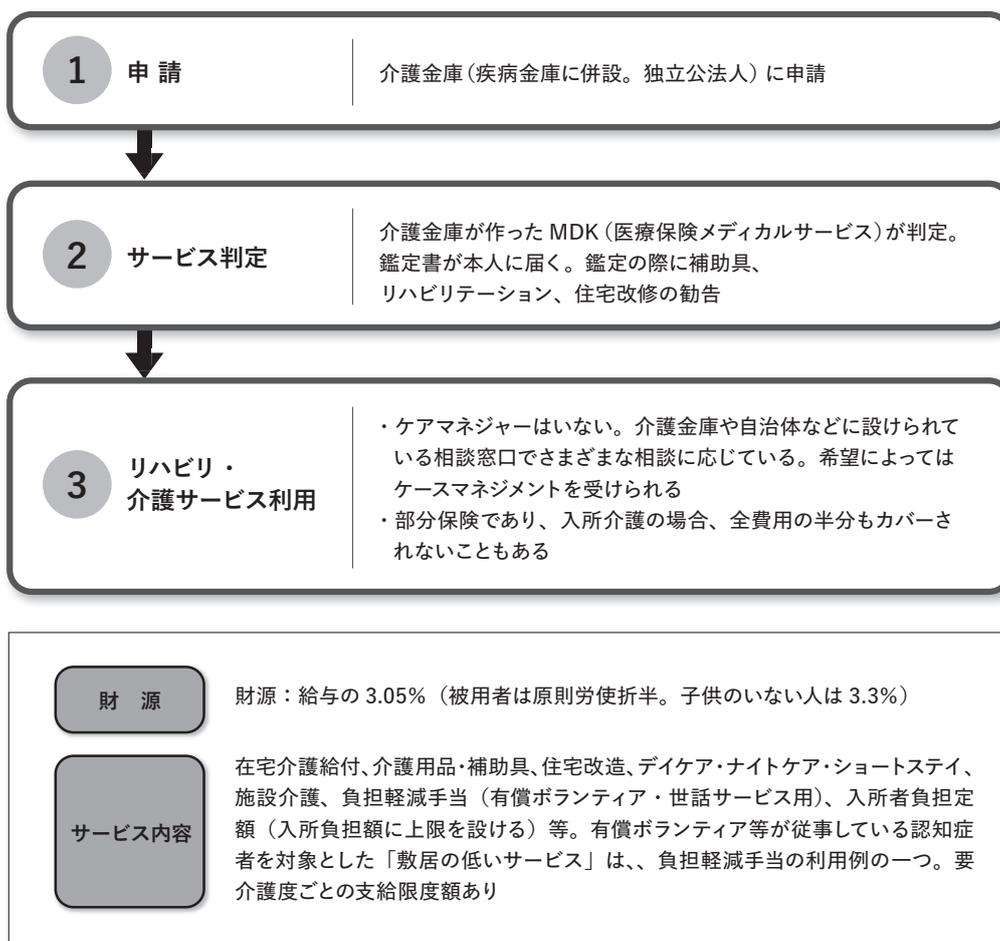


2008年：2000施設のうち800を在宅制度へ

出典：松岡 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.133,43-51pp.

2. ドイツ

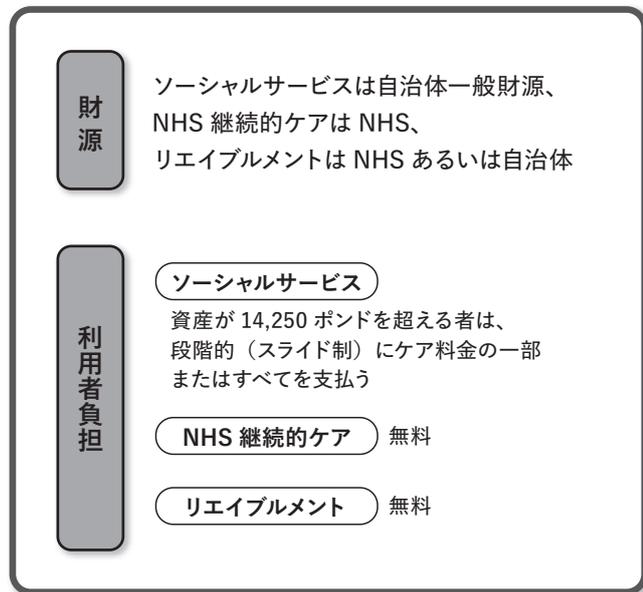
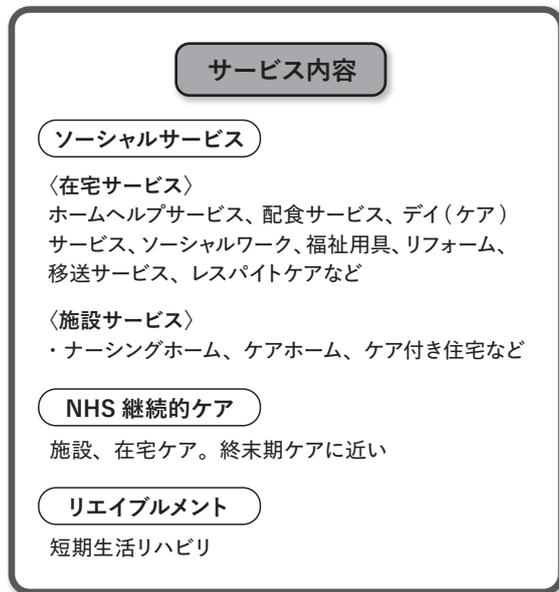
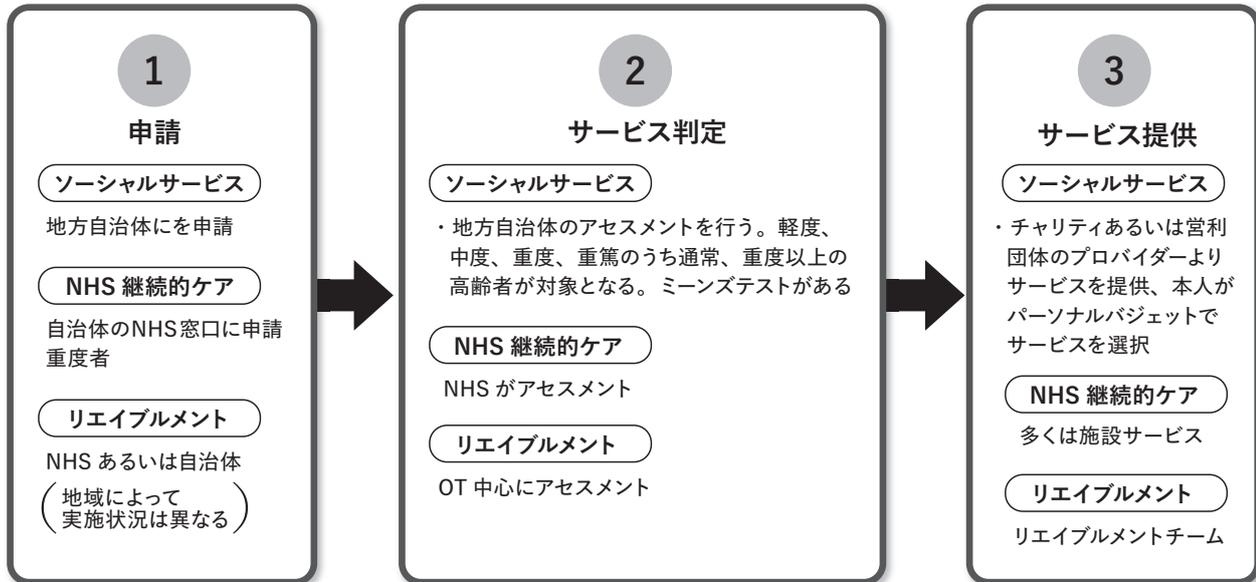
ドイツの介護サービスの流れ



出典：吉田恵子(2018), 第3章海外諸国におけるケアマネジメント機能に関する国際比較調査 4. ドイツ, 「平成 30 年度ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書 (一般社団法人 日本介護支援専門員協会 (国際長寿センター協力))

3. イギリス

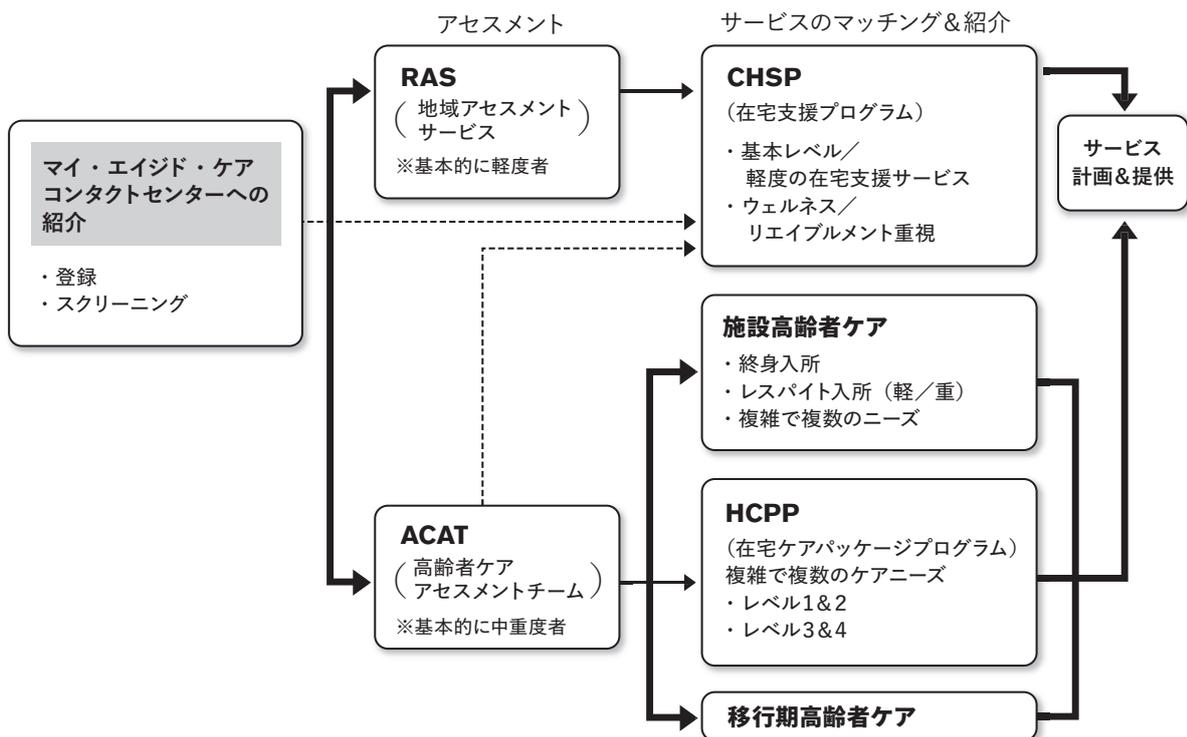
イギリスの介護サービスの流れ



出典：鎌田大啓(2018), 第3章 海外諸国におけるケアマネジメント機能に関する国際比較調査 5. イギリス, 「平成30年度 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書(一般社団法人 日本介護支援専門員協会〈国際長寿センター協力〉)

4. オーストラリア

「マイ・エイジド・ケア」制度利用時の介護サービスの流れ

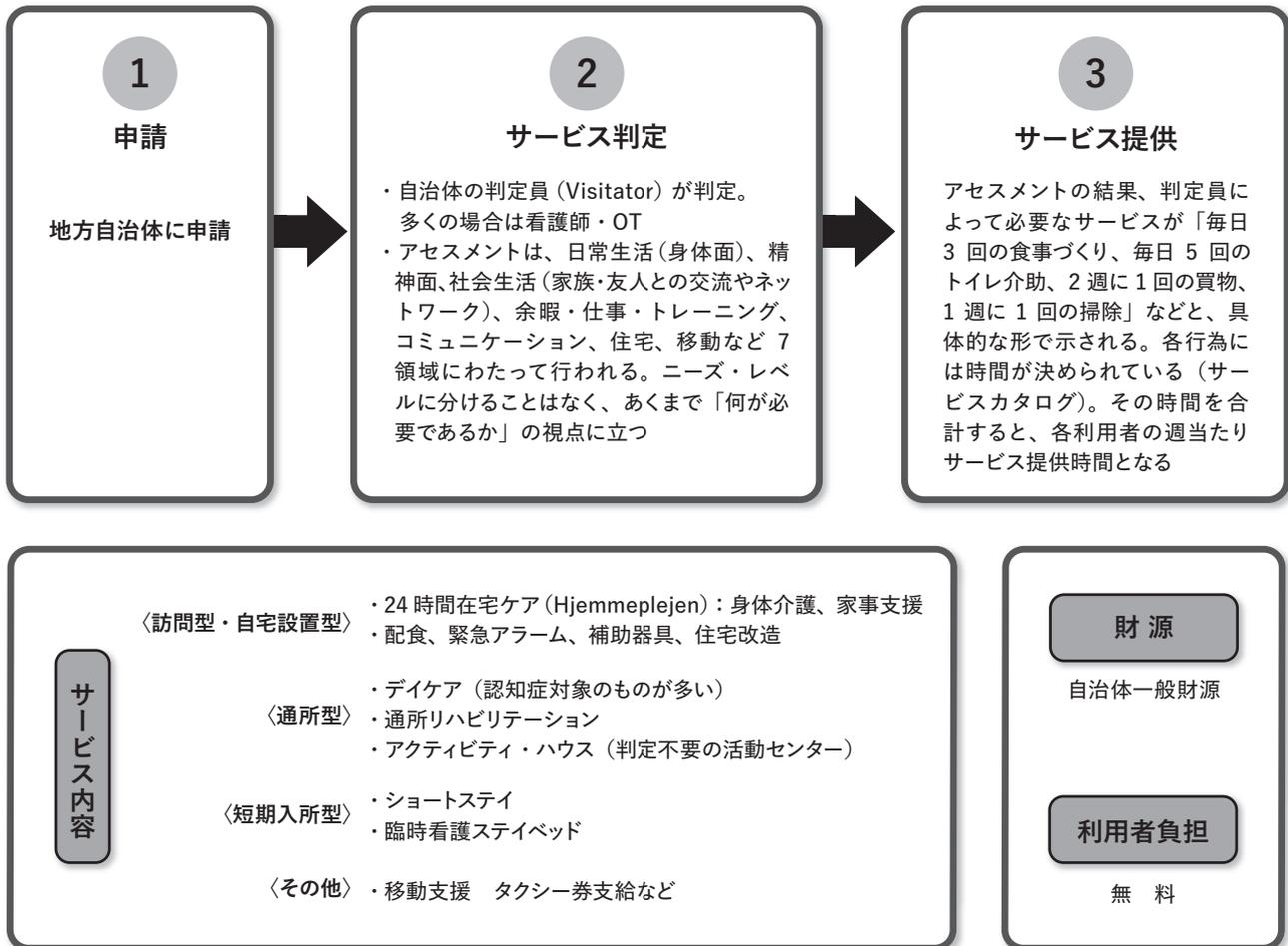


出典：中島民恵子(2018)，第3章 海外諸国におけるケアマネジメント機能に関する国際比較調査 6. オーストラリア，

「平成30年度 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書
(一般社団法人 日本介護支援専門員協会〈国際長寿センター協力〉)

5. デンマーク

デンマークの介護サービスの流れ



出典：松岡洋子 (2017) , II . デンマークにおける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 2. 高齢者の介護政策、「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)

4) 日本と海外の公的介護関係制度一覧

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア	アメリカ
長期介護制度 高齢者支援	介護保険	①介護保険法： WLZ（主に施設） ②医療保険法： ZVW（地域看護） ③社会支援法： WMO	介護保険（リハビリと一部の介護は医療保険）	ソーシャルサービス（リハビリと一部の介護は医療制度 NHS）	マイ・エイジド・ケア	メディケイド（医療・介護扶助）
制度 GP	—	あり	あり	あり	あり	保険会社によって異なる
（各国介護保険法等より） 制度の基本理念	共同連帯、国民は健康保持増進に努める	自立と社会参加	コミュニティ、家族による支援の補足保険	well-being（尊厳、健康、安全、主体性、社会参加…の全体）	自立を原則とした最低保障を原則とする	国民皆保険制度なし
（介護制度 （保険者）	介護保険（市町村等）	①国（9保険会社グループが運営） ②保険会社 ③自治体が租税で運営（財源は国）	介護保険（介護金庫）	税方式自治体ソーシャルサービス	原則、一般財源	メディケイド
対象者 給付	40-64歳特定疾病、65歳+要介護・要支援者	全年齢層（障害者含む）	全年齢層（障害者含む）	全年齢層（障害者含む）	高齢者	子供、妊婦、高齢者、障害者など
公費の割合、 制度への税、	税・公費 50%	①国庫補助 15%程度 ②国庫補助 7% ③基本的に全額国庫から	0%（全額保険料）	100%	100%	100%

○日本には GP 制度がないことが特徴である

○介護保険理念では、ドイツは家族の役割を明記しており、部分的な「補足」の位置付け、オーストラリアでは「最低保証」のサービス提供を明記している

○オーストラリアと日本が、高齢者のみを対象とする制度になっている。他の国では対象年齢が広く、また障害保険の役割も担っている

○公的介護保険のあるオランダ、ドイツとの比較では、日本の公費割合は非常に高い

出典：「平成 30 年度 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書（2019），一般社団法人 日本介護支援専門員協会（国際長寿センター協力）

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス ソーシャルサービス	オーストラリア	アメリカ
経済的 利用者の 負担	合計所得金額 によって利用者 負担割合1割 ～3割	①収入、資産、年 齢、家族構成、 利用額で変動。 2018年より収 入の1割以内に ②契約した医療 パッケージによ り異なる。385 ユーロまで自己 負担 ③2019年より 一律月額17.5 ユーロ	なし (部分保険のため) *例:1か月施設入 居費は約3500～ 4500ユーロで施 設現物支給は125 ～2005ユーロ	ミーンズテスト(資 産調査)あり。不 動産を含む全資 産が14250ポ ンド以下 無料 ～ある程度支払 い～ 23250ポンド以 上全額自費	施設ケアにミ ーンズテストあり	ミーンズテスト (資産調査)あり。 州によって異なる。 収入、家族数、 妊娠、障害、年齢 等によって決まる
相談 支援	地域包括支援セ ンター(介護保険)	相談はWMO窓 口、次にソシヤ ルヴァイクチ ームが訪問して話 し合い GP	相談センター 少数だが増加中	市の窓口。GP。 リエイブルメント (再びできるように する)サービス 増加中	マイ・エイジド・ ケア窓口 GP	州のメディケイド・ エージェンシー
判定	要支援2段階、 要介護5段階。 給付限度額設 定	①高齢者の場合、 判定機関が7種 類判定。身体疾 患、認知症重度 行動障害、重度 身体疾患、リハ ビリが必要、緩和 ケアなどタイプ別 判定 ②プロバイダーの 地域看護師が判定 ③市が必要サー ビス決定	鑑定機関が5段階 鑑定。結果は推奨 される給付形態等 も記入されて本人 に通知 リハビリ推奨等も	市が判定	マイ・エイジド・ ケア 中・重度者は ACATが判定 軽度者はRAS 判定	州が判定
サー ビス 購入	給付限度額に 応じて本人と ともにケアマネ ジャーがサービ ス決定支援	①判定結果、ケ アオフィス推薦を 勘案し、本人が サービス購入 (ケアマネジャーは いない) ②プロバイダー の地域看護師が ケアプラン作成	鑑定結果をもとに 各自がサービス購 入(現金給付6割 以上)。 (ケアマネジャーは いない)	各自が(市のサー ビス供給能力、 本人支払い能力 に応じて)サービ ス購入。 (ケアマネジャー はいない)	本人が探して 申し込む	本人が探して 申し込む

- 介護保険のない国ではミーンズテストがあり、国によって違うが介護扶助の性格も帯びる
- 相談支援では各国ともGPの役割が大きい
- 介護保険制度のあるオランダ、ドイツの判定ではケアの方向性も示される
- 各国ともに日本型のケアマネジャーはいない。(認知症、パーキンソン病の場合に看護師がケースマネジャーとなる場合はある)

出典:「平成30年度 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書(2019),
一般社団法人 日本介護支援専門員協会(国際長寿センター協力)

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス ソーシャルサービス	オーストラリア	アメリカ
介護サービス利用者 (65歳以上)	(要介護認定者) 第1号被保険者の18.8% H27(2018) * 2010年は16.5%	65歳以上の13.0%(2017年) * 2010年は19.5% ①②の総計	65歳以上の15.6%(2017年) * 2010年は11.9%	65歳以上の9.1%(2016年) * 2010年は12.4% (松岡)	65歳以上の13.9%(2017年) * 2010年は14.1%	メディケイドカバー率 国民の17.2% * 2010年は10.0%
デイサービス	介護保険給付費の12.7%(2017年) 年間集計受給者数では居宅サービス全体の38.1%(2017)	デイサービスはWMO下にて、ボランティア活用が多い	デイケア施設少ない。 レスパイトケアあり	無料サービスはほぼなくなっている。制度外へ	レスパイトケアあり	デイケア等は対象外。一部の州でメディケイドの対象としているところもある
平均在院日数 (急性期)	16.9日(2019)	5.0日(2019)	7.5日(2018)	6.2日(2019)	4.6日(2018)	5.5日(2018)

- 近年は日本とドイツを除いて介護サービス利用者割合は減少している。(ドイツの場合は介護保険料2割増の影響で利用者が増えている)
 ○デイサービス・デイケアの量は日本が際立って多い
 ○平均在院日数は日本が際立って多い

出典：「平成30年度 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業」報告書(2019)、
 一般社団法人 日本介護支援専門員協会(国際長寿センター協力)

5) 日本と海外の近年の政策の動向

日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア	アメリカ
自己負担漸増 総合事業 医療介護連携 地域共生	2013年頃よりソーシャルヴァイクチームが以下の順で支援を検討 ・自分でできないか⇒近隣/家族でできないか⇒ボランティアでできないか⇒サービス検討へ 2007年WMO法(介護保険と地域サービスの分離。家事援助の補助器具は自治体責任へ)	活性化するための介護 Aktivierende Pflege(本人の力を最大限生かす)が原則 2017年より全施設に有償ボランティア配置。 2015年より入所を遅らせるための負担軽減手当 Entlastungsbetrag.	リエイブルメントサービス拡大 ケア法2014でwell-beingを目指すホリスティックアプローチ採用(身体だけではなく個人の総合的な幸福度、充実した生活確保を目指す)	高齢者ケアは変化しつつある。それは、本人の尊厳を尊重し、自立を支える方法で、高齢者の幸福とケアの提供をよりよく支援するシステムへと進化している 消費者の選択と管理への関心が高まっている	オバマケアのメディケイド拡大で子どもも含まれるようになり、FPL 138%未満ならメディケイド対象にする方向。2018年11月現在35州

- 各国ともに近年は自立支援(アセットベースアプローチ、リエイブルメント)の方向に急速に向かっている

出典：厚生労働省 介護保険事業状況報告, OECD stat., 国際長寿センター報告書

6) ケアマネジメントプロセス国際比較一覧

国	ドイツ	イギリス		
制度	介護保険	NHS (国)	ソーシャルサービス (自治体)	
動向	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険は「部分保険」= ニーズの一部のみ。家族介護最良・強化 ・64%が「現金給付」(現物給付より低い) コンビ14% ・介護保険(社会法典)= 介護金庫、医療保険= 疾病金庫、福祉= 市町村と多岐にわたり、連携困難 ・サービス提供者も多岐で連携・調整なし(病院、外来、在宅サービス、入所サービス、住居相談、ボランティアなど) ・事業者は大手(カリタス、ディアコニ、AWO、独赤十字) ☆家庭医システムの強み ☆施設の質低い、不足 ☆自己決定 ☆生活の質高めるのは本人 	<ul style="list-style-type: none"> ・租税方式(1948 以来の NHS を守る! ソーシャルサービスはサービス減) ・NHS (国) とソーシャルサービス (自治体) が分断。NHS では GP が中核役割 ・重篤 ~ 重度に重点化されている。軽度者はボランティアに依存 ・NHS は無料。介護はミーンズテストで 14,250£ 超えるとスライド制 23,250£ 超えると全額負担 (キャップ制は 2020 年から) ☆予算削減が厳しく、「NHS 守ったが自治体を守れなかった」 「自治体に サービスはない」(インタビュー) ☆健康増進、幸福増進のコミュニティづくりは自治体の責務(インタビュー) 		
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ☆2017 年、鑑定ツール改定 -6 つのモジュール (認知症配慮) ・GKV2012 (介護保険における「入所に対する在宅優先」) ☆社会参加に重点 > ケア。近所の助け合い重要 (金庫 + 市町村) 	<ul style="list-style-type: none"> ☆「保健 & ソーシャルケア法 2012」で大変革。NHS 地方分権と患者の選択権。 ☆PCT → CCGs「購入・提供分離」 ☆個人予算、ダイレクトペイメント導入 	<ul style="list-style-type: none"> ☆「ケア法 2014」で、ケアパッケージ瓦解。「well-being」本人の選択・決定 (パーソナライゼーション) 重視 ☆個人予算、ダイレクトペイメント導入 ☆介護者の尊厳 	
ニーズ判定	日本の介護保険に相当	介護保険。医療保険 (リハビリテーション、訪問看護、家事援助、移動タクシー... いずれも一時のみ)	NHS 継続的ヘルスケア (NHSCHC=NHS Continuing Health Care)	成人ソーシャルケア (Adult Social Care)
	判定主体	MDK (医療メディカルサービス)	CCGs (Clinical commissioning group)	自治体ソーシャルワーカー
	判定内容	<ul style="list-style-type: none"> ☆2017 年、鑑定ツール改定 -- 6 つのモジュール (認知症配慮) 10 モビリティ、15 認知、精神、40 セルフケア、20 病気への対処、15 日常生活形成と社会的参加 (以前のものは身体に焦点。認知機能・精神も身体と同様に評価) ☆自立の度合い = 身体以外にもヘルプがどれほど必要か、どれくらい依存するかを見る。残る資源も見る 	<ul style="list-style-type: none"> 12 領域 (行動、認知、会話、心理、栄養、排泄、皮膚、呼吸、薬物等) Checklist → 62% フルアセスメント。Fast track もある。これらで認められないと自治体がソーシャルサービスをアセスメント 	<ul style="list-style-type: none"> ホリスティックアプローチ (身体ケア、飲食、意思決定、自宅管理、移動、文化・趣味、就労学習、地域と自宅での安全、活動の管理、親・介護者として、将来の住まいニーズ)
	判定の基準	<ul style="list-style-type: none"> ☆以前のは身体に焦点。認知機能・精神も身体と同様に評価 ☆自立の度合い = 身体以外にもヘルプがどれほど必要か? どれくらい 依存するか? 見る。残る資源も見る 	<ul style="list-style-type: none"> 各領域で判定し、優先 (P) が一つ、重度 (S) が二つ以上、高 (H)・中 (M) が複数であること 	<ul style="list-style-type: none"> 支援ニーズ + 経済ニーズ 支援ニーズ : 2 領域に困難あること、且つ well-being への影響あること 経済ニーズ : 23,250£ 超は不適
	判定結果	5 段階 (給付上限額が決まる)	受給資格あり / なし	受給資格あり / なし (ランクづけ無)
	高齢者に占める受給者%		非常に狭き門 (申請者の 29%) (CCGs 予算の 4%)	9% (2005 年 15.4% より減少) 高所得層は自己負担、低は無料。
ケアマネジメント	必要なケアの具体的内容・量と調整	<ul style="list-style-type: none"> ☆基本は本人・家族が決定 ☆事業所が出すプラン & 見積を相談修正して決定 ・介護支援センター (PSP/Pflegestutzpunkt) = 地域の介護相談インフラ (PWG 介護継続発展法 2009 で相談範囲拡大) 2 万に一つ ・介護相談は介護金庫が提供 (社会法典 11-7a) 60% 自宅、16% 地域センター、11% 介護金庫、3% 民間保険の COMPASS。病院でも退院管理の中で相談有 	<ul style="list-style-type: none"> ・GP・地域看護師がプラン立ててサービス提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護では、自治体のアセスに基づいて「Support plan」が作成される、とある。ボラ団体からのサービスも含めた計画
	ケアマネジャー	☆ケースマネジメントの請求権、方法は標準化されていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーはいない ・障害者には自治体のケアマネジャーあり 	☆ケアマネジャーはいない。ケア法 2014 にケアマネジメントの規定なしあり
	予算コントロールシステム	☆もともと部分保険	☆判定が厳しい = 「狭き門」申請者の 29% のみ	<ul style="list-style-type: none"> ☆ミーンズテストで所得別負担。生涯負担限度額 (2020 年~) ☆一定以上所得者は「自分で購入する」意識あり
自立支援 リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ・リハは疾病金庫管轄下。医師の処方必要 ・2008 介護継続発展法 = 介護金庫によるリハ認定を制限。2012 介護転換法 = リハ・予防の勧告可能に。リハニーズ判定標準化。0.3% (2013) から 2.3% (2015) へ ☆病院による Mobile Riha 全国で 12 か所。94% の介護ホームで予防的措置 (記憶・方向感覚トレーニング) 	<ul style="list-style-type: none"> ・リエイブルメント = 早期退院、自宅で 6-10 週のチームリハ ☆自治体で行うこともあり (インタビュー) 	<ul style="list-style-type: none"> ・リエイブルメント = 早期退院、自宅で 6-10 週のチームリハ ☆自治体で行うこともあり (インタビュー) 	
インフォーマル	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア活動さかん ・福祉組織で 56 万の専門職に対して、50 万ボラ活躍 ☆マールブルグ市の先進事例 	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア活動さかんで多様 ケアプランにも組み込まれ、軽度者では公的サービスより優先されるほど 		
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・リハ恩恵受けるのは介護金庫でありインセンティブ働かない ・事業者の組んだサービスをそのまま受け入れる利用者あり ・在宅サービスの連携不足で早期入所も ・介護ホームの 30% が過剰介護 ・介護ホーム自己負担は 2 千 € 超える。払えない時自治体扶助 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療と介護の分断で連携なし。さまざまな機関が医療・検査・リハ・食事などで重複提供 ・ソーシャルサービスでは、サービス枯渇。重篤・重度に重点化され (87% の自治体)、軽度はボランティアに依存 & 民間市場の確立 (37%) ・ソーシャルサービスでは、生涯負担上限額の設定遅延 		

オランダ		
医療保険 ZVW	介護保険 WLZ	社会支援法 WMO
<ul style="list-style-type: none"> ・オランダでは 2015 より、ZVW(医療保険、保険会社)、WLZ(介護保険、国)、WMO (ソーシャルサービス、自治体) ・福祉国家から、参加型ネットワーク社会へ ・インフォーマル・ファースト「まず本人→家族→近隣→地域ボランティア」最後に公的サービス ・自治体のソーシャルバイクチーム：気軽な相談窓口、窓口一本化と多職種チーム、ストレンクス& well-being、T型プロフェッショナル、キッチンテーブル会議 ・ヘルプ・セルフヘルプ、more happiness, Less care, 孤立化防止 		
☆地域看護は ZVW へ移行 (2015 年より)	☆ AWBZ のコア (施設) 部分を WLZ へ (2015 年より)	☆「自立と社会参加」 ☆広範なソーシャルサービス (2007/ 家事支援、2015/ デイサービス) ☆ソーシャルヴァイクチーム (SWT) ☆インフォーマルファーストの先鋭
ZVW (回復の可能性あり、訪問介護・看護)	WLZ (回復困難 / 維持、施設中心・在宅も)	WMO (家事支援、デイサービス、一部身体介護も) 社会的ニーズ中心で、WLZ 非該当者など
地域看護師 (プロバイダー、レベル 5) (病院・GP から地域看護師へ)	CIZ (全国に 4カ所、医師、NS、SW,PT などチーム、判定者 390 人、医師 27 人) 複雑ケースは GP も	WMO 窓口 (自治体職員)、SWT (ZVW, WLZ 非該当者も)
身体と健康：歩行・トイレ・身体ケア・服薬・失禁・栄養食事・皮膚・痛み・睡眠、住居と生活環境：住宅の衛生・改良・そうじ、社会参加：ダイアクティビティ・日々の生活・外出・人的ネットワーク・自己効力感、精神面：うつ・恐怖感・混乱・せん妄・行動異常・自己の病気への対応→ケアプラン	7 領域 (社会的自立、精神、身体介護、運動機能、看護、問題行動等)	「T 型プロフェッショナル」「キッチンテーブル会議」でアセスメント・相談支援 ボランティア紹介、サービス提供 (家事支援、住宅改修・補助器具、移動 (タクシー等)、ボランティアと介護者サポート、食料雑貨食事配達、公民館等地域の取組支援、リハビリ)
(地域看護師の采配強く、特に規定なし)	ロート状アセスメントで絞込み 永続的状态・ニーズ (GP 診断書) 24 時間の監視必要 補足性 (他法活用)	方針：「ヘルプ・セルフヘルプ」 「More Happiness, Less Care」「孤立化防止」 優先順位：本人・家族→近隣・地域 ⇒ボランティア組織
必要なケアと時間・回数 (病院・GP から回ってきて断ることもある)	7CIP (タイプ) に分ける (vv04 軽度、vv05 認知症、vv06 身体、vv07 認知症と重度行動障害、vv08 重度、vv09 リハ等。プロフィール記述 ☆判定結果は期限なし (一生涯)	要認定のサービス (家事支援など) は「資格あり / なし」。無料のボランティア紹介
—	5% (高齢者 15.5 万人 / 312.2 万)	—
☆地域看護師 (レベル 5) がアセスメントしてケアプランを立て、担当者に渡す。	☆判定結果をケア事務所へ。本人、ケア事務所が、本人とともに現物給付 (施設・在宅)、現金給付を決定。ケア事務所はプロバイダー決定の相談にもなる	☆ケアより社会的サポート ☆自治体直営 / 多くのボランティアがいる福祉組織などがサービスを提供
☆ケアマネジャーはいない (地域看護師が行う)	☆有給のケアマネジャーはいない。本人・家族・プロバイダーが決定。認知症ケースマネジャー、専門看護師 (糖尿病、パーキンソン) いる	☆ SWT の T 型プロがプランニング。
☆地域看護師は責任をもって仕事。	☆ケア事務所が、予算配分し抜き打ち監査	☆インフォーマルファースト ☆中央政府から交付金+地方税☆利用者一部負担金 (応能、自治体による)。サービス価格も異なる
☆老年リハは ZVW。在宅復帰後は、ZVW + WMO ☆地域看護師が必要と気づけば OT と連携する	☆ WLZ：ロート状アセスで入口狭めるので、改善はまれ (CIZ)	☆セラピストによるトレーニング、自主的・ボランティアによるアクティビティなど多様
<ul style="list-style-type: none"> ・マントルケア (インフォーマルケア) の国。 ・ボランティア活動さかんで多様。自主ネットワーク重視 		
<ul style="list-style-type: none"> ・3 法の間で国民は「どこに相談すればよいか」混乱状態 		



国際長寿センター (ILC=International Longevity Center) は、
少子高齢化に伴う諸問題を国際的・学際的な視点で調査研究し、
広く広報・啓発および政策提言を行うことを目的としています。
現在までに米国、日本、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、カナダ、オーストラリアの世界 16 ヶ国に設立され、
ILC グローバル・アライアンスとして、研究やシンポジウム開催等の共同事業、
また各国独自の活動にも精力的に取り組んでいます。
この ILC グローバル・アライアンスは、老年学の世界的権威であり、ILC の創設者である
ロバート・バトラー博士によって提唱されました。
日本では、その志に賛同した民間企業の熱意と、厚生省 (当時) の指導の下、
3 年間の準備期間を経て 1990 年 11 月に ILC-Japan が誕生しました。
以来、ILC-Japan はプロダクティブ・エイジング*の理念のもとに、
数々の調査研究に取り組むとともに、広報・啓発活動にも力を入れてまいりました。
ILC-Japan は、国際的な情報プラットフォームをめざし、すべての世代が支え合い、
いきいきと生活できる豊かな高齢社会の実現にむけて、
さらに積極的な取り組みを進めています。

*プロダクティブ・エイジング

ロバート・バトラー ILC 米国センター元理事長が提唱した概念。
「高齢者を社会の弱者や差別の対象としてとらえるのではなく、
すべての人が老いてこそますます社会にとって必要な存在としてあり続けること」

海外の高齢者 介護・地域支援情報

2021年10月1日発行

発行 一般財団法人長寿社会開発センター
国際長寿センター〈日本〉(ILC-Japan)

〒105-8446 東京都港区西新橋 3-3-1 KDX 西新橋ビル 6 階
TEL : 03-5470-6767 FAX : 03-5470-6763
E-mail : ilcjapan@mba.sphere.ne.jp URL : <http://www.ilcjapan.org>

編集 : アドバンスクリエイト株式会社
デザイン : Ludoviko design
印刷 : (有) ダイキ

禁無断転載

