

# オランダの社会的ケアとアクティヴ・シティズンシップ

田川 佳代子

## はじめに

オランダでは、教育、健康、司法、統合、内務に至る多くの省庁で、アクティヴ・シティズンシップを推進する政策が行われている。地方政府、市民社会、公共サービス団体の組織においても、アクティヴ・シティズンシップの構想は広まっている (Tonkens 2011)。健康と社会的ケアの分野では、2007年に「社会支援法」(Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo, Social Support Act) が施行された<sup>1)</sup>。それはアクティヴ・シティズンシップの構想が際立つ法制度である (Tonkens 2011: 45)。

アクティヴ・シティズンシップは、従来の「地位」として保障されるべき権利・資質とは異なる、自らの責任で参加し行動する「実践」としての市民像 (吉田 2011: 63) の形成を政策に組み入れる構想といえる。

2015年改正「社会支援法」(Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Wmo2015, Social Support Act) の第1の目的は、個々の人々ができる限り長い期間自宅で自立した生活を送り、社会に参加することができるようにしていくことである (Netherlands Report 2015: 4)。

「社会支援法」WMO の中心的ねらいは、参加の推進である。特に、地元コミュニティ、市民組織のメンバーや家族構成員が、家族やコミュニティの社会的ケアに対する責任を負うことが明記される。自立生活と社会参加の推進を到達目標とする法律の中核に、アクティヴ・シティズンの理想、すなわち、自分自身と他者に対する個々人の責任が据えられた。

オランダの介護保険と言われてきた「特別医療費補償法」(Algemene wet bijzondere ziektekosten, Awbz, Exceptional Medical Expenses Act) は2015年1月1日付で廃止となった。「特別医療費補償法」AWBZ の権利をもつ資格者は、2015年改正「社会支援法」(Wet maatschappelijke

ondersteuning 2015, Wmo2015, Social Support Act)、「青少年法」(Jeugdwet, Youth Act)、「健康保険法」(Zorgverzekeringswet, Zvw, Health Insurance Act) に移行した。それ以外の長期介護を必要とする対象をカバーする新たな法律として、「長期介護法」(Wet langdurige zorg, Wlz, Long-term Care Act) が制定された (Netherlands Report 2015)。

1968年に制定された「特別医療費補償法」AWBZ は個人の法的資格・権利の付与について言及し、その堅固な法的枠組みに個人の資格・権利をしっかりと据えるものであった。他方、「社会支援法」WMO は、サービスに対する個人の資格・権利の付与には言及せず、個別の患者にサービスを保証するものではない。配分する財源を設けたものであって、法的枠組みにある個人の権利としては脆弱なものに変更となった。

WMO は、地方政府の責任で行われる。AWBZ の一部から WMO へのケア・サービスの移行は、国から地方への権限委譲でもある。地方政府は個別の患者に対するサービスの保証に言及することなく、「アクティヴ」である施策を示さなければならない。患者が何を受け、何を受けないかは、利用できる費用面と財源を配分する地方政府の優先順位による (Tonkens 2011: 56)。

Tonkens (2011: 56) によれば、アクティヴ・シティズンシップの構想は、この権利の縮小の結果生じるギャップを埋め合わせるために前面に置かれた。インフォーマル・ケアやボランティアの働きは、このギャップのマイナス面を緩和し、補完する役割を担うことが期待される。WMO の政策の真のねらいは、近い将来に有償ケアを提供できなくなると予想されるところに介護者やボランティアによる責任ある参加を進めることにある。

この権利の実質的な縮小が、ほとんど市民の抵抗なしに受け入れられた (Tonkens 2011: 56)。オランダの患者

運動は、1960年代後半以降、発言力と選択を強め、シティズンシップの共和主義的（リパブリカン）、自由主義的政策を成功裡に進めた。政府にとって費用削減と管理の問題を解決するにあたり、市民の「舵取り」に委ねることが1つの有力な方法としてあがった。共同体主義に掲げられる責任ある参加は、WMOを主導する動機である。アクティヴ・シティズンシップは、共同体主義のケアの提供だけでなく、フォーマル・インフォーマルなケアを市民の手によって整備、管理することを構想する。自律的な「舵をとる」市民が、患者運動に携わる市民の自己像により適合した。また個人化した社会で、社会的結束を高める共同体主義も市民にはアピールした（Tonkens 2011: 61-2）。

他方、参加に失敗した人々の存在がある。彼らにはアウトリーチのプログラムが必要とされる。市民により責任を負うことを求める傍ら、市民から責任を失くす干渉主義もある。アクティヴ・シティズンシップの言説にみられる義務化と脱義務化の緊張関係（Tonkens 2011: 61-2）が指摘される。

吉田（2013: 13）は、教育が形成する市民像について、サービスの「受益者」としてではなく、権利とともに責任をもつ「市民」として、また良識ある「地位・資格としてのシティズンシップ」から、コミュニティへ能動的に参加する「実践・実質としてのシティズンシップ」へと変容していく市民像と政策の方向性を指摘している。

そして「第三の道」で提示された「市民」像、自律的で能動的なシティズンシップ像は、権利に伴う「責任」、行政依存から「参加・パートナーシップ」、そして市民活動・「コミュニティ」の重視によって、ネオリベリズム（市場万能主義）を批判しつつも、従来の「福祉国家」（「古い」社会民主主義）の限界を超えようとした（吉田 2011: 63）と述べられる。

本稿では、まず、オランダの医療・介護と福祉の政策改革について文献・資料を通して把握し、その上で、社会的ケア政策の改革に組み込まれたアクティヴ・シティズンシップの構想について調べる。オランダの社会的ケアに関係する市民団体、医療・介護、福祉の関係機関、地区チームの関係者を訪問し話を聞いた（2015年11月）。収集した情報を基に調べ、市民の組織、ネットワーク、専門職、自治体、民間事業所による協働の取組みについて明らかにする。オランダの社会的ケアとアクティヴ・シティズンシップの検討を通して、日本の地域包括ケア政策をクリティカルに捉え返すことのできる視点を導きだそうと考える。

## 1. オランダの医療・介護と福祉政策の改革

2015年1月1日付で、「長期介護法」（Wet langdurige zorg, Wlz, The Chronic / Long-term Care Act）が、「特別医療費補償法」（Algemene wet bijzondere ziektekosten, Awbz, The Exceptional Medical Expenses Act）に取って代わった。「長期介護法」WLZは、要介護高齢者や重度の精神障がい者、身体障がい者に、高度な介護を提供することを目的とする制度である。

認定を行う独立機関、「ケア判定センター」（Centrum indicatiestellingz zorg, Ciz, The Care Needs Assessment Centre）が、介護を受ける資格があるかないかを決定する。基本的要件は、本人が常時介護や見守りを必要とするか否かである。すべての要件を満たせば、「ケア判定センター」CIZは、「長期介護法」WLZのもとで介護認定の判定を行い、長期介護の受給資格の決定を通知する。ナーシングホーム、障がい者ケア施設、メンタルヘルス・ケアセンター等、高齢者、障がい者、精神疾患等の対象となる者の介護付き居住施設が含まれる（Ministry of Health, Welfare and Sport オランダ健康福祉スポーツ省）。

オランダ政府は政策改革の必要性を次のように述べている（Netherlands Report 2015: 3）。

第1に、「特別医療費補償法」AWBZは社会保険方式によるものであり、病院や施設における療養を基本に、例外的なリスクの医療・介護費をカバーする制度としてつくられた<sup>2)</sup>。年月が経ちあらゆる種類の医療・介護費用がAWBZの保険でカバーされるよう付加された<sup>3)</sup>。政府の改革のねらいは、AWBZには入っていない概念（個別の希望、能力、ニーズ）を、「長期介護法」WLZ、「健康保険法」（ZVW）、「社会支援法」WMO2015、「青少年法」（Jeugdwet, Youth Act）に組み込んで、医療・介護を提供するよう変えることにある。

第2に、AWBZのもとで長期介護は施設入所に偏重し、介護付き施設への入所が増え続けた。AWBZで当初意図された目的（例外的で、療養費部分の高額なもの<sup>4)</sup>）からはかなりそれたものとなった。新たな政策の目的は、これを変えることにある。支援の目的は、人々がより長く自宅で生活を継続できるようにすることである。状況に応じ、自分でできること、あるいは社会的ネットワークからの支援でできることを決め、必要に応じ自治体の支援や保険による介護事業者の支援を得る体制を築くことである。

第3に、1968年にAWBZが施行されて以来、AWBZのもとで介護を受ける人々の数も増え、財政負担も増加した。1968年ではAWBZのもとで介護を受ける人々の

数は全人口の0.6%で見積もられた。2012年にはAWBZのもとで介護を受ける資格を付与された人々の数は、全人口の5%に達した。2015年の長期介護政策の改革の目的は、体制の結束・連帯と社会におけるもっとも脆弱な人々に対するケアとサポートを確実にすることである(Netherlands Report 2015: 3)。

AWBZは、一定の収入以下の者が自動的に入る「健康保険法」ZFW<sup>5)</sup>でカバーする医療サービスの付加、特別補償であった。ソーシャルワーカーからの支援といった福祉サービスは含まれないが、1950年代以降から政府が助成をしてきた。AWBZの法律の枠組みは、社会的ケアを主たる枠組みとしていた。社会的ケアは高齢者や障がい者といった脆弱な集団への広範なケアや支援サービスを意味する。AWBZは患者を法的に資格のあるサービス受給者として安定した地位に置いてきたが、それが見直しとなった(Tonkens 2011: 46)。

WLZは、上述の政策改革の必要性とともに、次の4つの原理に基づき創設された。

- (1) 生活の質：新たな制度の原点は、障害よりも人々の能力(capabilities)に焦点をあてる。
- (2) 互いに世話すること：誰かが支援を必要とする時、支援の提供には、その人自身の個人的ネットワークと資力を始めにおく。
- (3) 自らを支える資力のない人に対する介護と社会的支援は必要に応じて提供される。
- (4) 介護、扶助、見守りが不変的に必要と判定された人は、WLZのもとで介護に対する資格が与えられる(Netherlands Report 2015: 3)。

4つの原理に基づき対象となる集団ごとに、WMO2015、ZVW、青少年法、WLZの4つのいずれかの法制度に移行された。

AWBZと同様に、WLZは社会保障制度の一部である。オランダの全住民が自動的に保険に入る。オランダで働く非住民も自動的に保険に入る。保険の財源は、保険料によって賄われる。同法は、一日24時間、常時の介護や見守りを必要とする高齢者や重度障がい者に対して長期介護を補償する。重度の認知症高齢者や身体障がい者、精神障がい者を含む。同法は施設と在宅、両方の介護に適用される。現物給付が本来の趣旨に沿うものであるが、個人予算、その両者の組み合わせでも認められる。ケア・ニーズ・アセスメントをもとに認定される(Netherlands Report 2015: 4)。

オランダでは、社会支援法、長期介護法、少年法、健康保険法の4種類の「個人介護予算」(Persoonsgebonden budget: Pgb, Personal Care Budget)がある。障害や病気

が理由でサポートを必要とする人々は、個人予算を組んで、どのケアが必要か、誰にケアしてもらうのか、利用にあたり自分で決められる。自治体は、審査して条件にあえば、「個人介護予算」PGBを認める。規定の上限額までサポート・サービスの支払いに充てられる。PGBは個人の口座に送金されるのではなく、オランダ社会保険銀行(Sociale verzekeringsbank: Svb)が管理し、介護事業者の請求に対して支払われる。自治体は、提供するサポートに係る費用の自己負担の支払いを請求する。この負担金は、中央管理庁(Centraal administratiekantoor: Cak, Central Administrative Office)が管轄する(Ministry of Health, Welfare and Sport オランダ健康福祉スポーツ省)。

「社会支援法」WMO2015の第1の目的は、個々の人々ができる限り長く自宅で自立した生活を送り、社会に参加することができるようにしていくことである。同法の施行および方針の策定の責任は自治体にあるという点で、WLZとは異なる。さらに、WMO2015は、社会保険ではなく、オランダの福祉法制の一部である。WMO2015に該当する支援の例は、参加のための支援、自立生活のための支援、家事、掃除の支援、インフォーマル・ケアに対する支援である(Netherlands Report 2015: 4)。

なお、WMO2015におけるこの種のケアに対する権利は、一定の要件下で規定されるものであるが、自治体はどのように法律を実施するかを選択する裁量的な権限をもつ。あらかじめ申請する規定が明記されているものではない。意図としては、ケアやサポートを提供する方法を自治体が「目的に合わせあつらえる」ことが認められている。

さらに、ケアやサポートを受けるとき、自治体は個人の全体的状況を再調査する。自治体は、個人の自立生活と社会参加を可能にするために、個人の社会的ネットワークや既存の共通に利用できる用意が十分かどうか、どの程度であるのかについて評価する。これらの生活状況が自治体で検討される。クライアントは同意しなければ、その決定に対し上訴することができる(Netherlands Report 2015: 4)。

「青少年法」(Jeugdwet, Youth Act)には、精神障がい者のためのあらゆるケア、メンタルヘルスケア、子育てサポート、18歳以下の子どもに提供される社会的支援が移行した。以前AWBZに該当した障がい児や若い人々のケアに対する権利資格の大部分は、青少年法に移行された。またZVWのものとの青少年に関連したケアの権利資格、旧WMO(自治体によって提供される社会支援とケア)は青少年法に移行となった。WLZやZVWによつ

て補償されるケアは、青少年法には含まない。青少年法の実施は自治体にある。青少年法の目的は、WMO2015の目的に一致する。子どもの年齢や発達の水準に応じて、自立、自己信頼、社会参加に向け健康、安全に成長することができるようにすることである (Netherlands Report 2015: 5)。

AWBZ の廃止とともに、「健康保険法」ZVW のケア・バスケットに移行した主なケア給付としては次のものがある。感覚障害に関連するケア、地区看護サービス、地区看護サービスに対する「個人介護予算」PGB、2、3年の治療、集中院内メンタルヘルスケアである。地区看護サービスは、1つの法のもとにすべての地区看護サービスを束ねるためZVWに移行となった (Netherlands Report 2015: 2)。

地区看護師の支援によって、できるだけ長く自宅で生活する。ZVWの下、民間保険会社が、退院後の在宅介護に対する責任をもつ。地区看護師は、ケアをアレンジする責任がある。介護ニーズを評価し、介護計画をクライアントと一緒に作る。在宅介護と個人介護は標準的なケアパッケージにより給付される (Ministry of Health, Welfare and Sport オランダ健康福祉スポーツ省)。

コミュニティを基盤とする地区看護師の主な業務はケアの提供である。これは自治体と連携し、クライアントのケア・ニーズをコーディネートすることが含まれる。地区看護師は、地域を基盤とした支援を医療・介護の立場から提供する。また、福祉と住宅に関わる問題の支援も行う。アクセス、コンタクト、連携のため、窓口の1本化を整備する (Ministry of Health, Welfare and Sport オランダ健康福祉スポーツ省)。

オランダの地方自治体は、「社会支援法」WMO2015により、住民が自宅でできるだけ長く生活することができるための支援を行うことが義務づけられ、在宅で様々なサポートを提供することが可能となっている (Ministry of Health, Welfare and Sport オランダ健康福祉スポーツ省)。

地方自治体は、自ら必要とする介護や支援を自発的に整えられない人々を支援する義務がある。在宅における社会支援サービスには、コーチング、交流、日中活動、インフォーマルな介護者の一時的なレスパイト、精神疾患をもつ人々の収容施設への一時的な措置、家庭内虐待の被害者への緊急避難的な場所の確保が提供される。

個別の状況に応じて適切な支援が行われるよう、自治体に支援を要請すると、自治体はその人の個人状況についての情報を収集し、分析する (Ministry of Health, Welfare and Sport オランダ健康福祉スポーツ省)。

すべての自治体は、それぞれのやり方でサポートに対するアクセスを整備する。自治体によっては「社会支援デスク」(Wmo-loket)を配置するところがあれば、多くの自治体は「社会的地区チーム」(Social wijkteams)を配置している。「社会的地区チーム」は、援助の必要に応じて問い合わせることができるチームである。「社会的地区チーム」の役割は自治体によって異なるが、保健師、コミュニティワーカー、ソーシャルワーカー、WMOのコンサルタントやアドバイザー、家庭医や地区看護師の医療職や福祉事業者が、一緒に地域で、住民とともに、病気や障がい、自立生活に係る諸問題の実践的な解決を担うものである (Ministry of Health, Welfare and Sport オランダ健康福祉スポーツ省)。

このことに関連して、2015年11月に、オランダ、ナイメーヘン (Nijmegen)で行われる、患者やクライアント、市民の組織、また医療・介護、福祉関係機関を訪問し、実際の取組みについて話を伺った。それらの情報を整理しながら、改めてオランダにおける社会的ケアとアクティブ・シティズンシップについて調べ考察を行う。

## 2. 患者、クライアント、市民の組織

### 「患者とクライアントの組織」(‘Zorgbelang’)

オランダにおける「患者とクライアントの組織」(‘Zorgbelang’)のヘルダーラント州 (Gelderland) とユトレヒト州 (Utrecht) のシニア・アドバイザー、Ms. Joke Stoffelen から説明を受けた<sup>6)</sup>(2015年11月9日) (写真1、参照)。「患者とクライアントの組織」(‘Zorgbelang’)は、ナショナル、リージョナル、ローカル、3つのレベルで活動する。12の州に「患者とクライアントの組織」(‘Zorgbelang’)があり、ヘルダーラント州とユトレヒト州には475の団体が存在する。

「患者とクライアントの組織」の使命として、(1)医療・介護政策、福祉機関、政府の政策、民間保険会社に影響をもち主導すること、(2)患者、クライアント、市民は、自ら望む生活を送るために、自らの視点で自らの生活に対するコントロールをもてるようにすること、(3)エンパワメントを推進すること、(4)セルフ・アドボカシーを推進すること、(5)参加を推進すること、が掲げられている。

「患者とクライアントの組織」‘Zorgbelang’は、知的障がい、身体障がい、精神障がいをもつ人々、高齢者、若者、移民、他文化をもつ人々、そして医療・介護、福祉サービスを利用する人々の組織である。

「患者とクライアントの組織」‘Zorgbelang’のアイデンティティは、(1)患者の視点を中心に据えること、患者の経験、願い、ニーズを中心に置くこと、(2)ローカル、

リージョナルなレベルにおける患者とクライアント組織のネットワークの形成、(3)政府、医療・介護保険者、介護事業者や福祉の提供者や施設からは独立していること、(4)仕事、介護、余暇、教育、福祉、関係、社会的ネットワークを統合する視点を有することにある。

この組織の仕事は、医療・介護、福祉、施設、健康保険、サービスの質に関する、(1)情報提供、(2)収集、(3)質の向上である。患者やクライアントの知識、すなわち、経験、選好、ニーズ、兆候や苦情、妨げとなっているものの明確化も含まれる。(1)個別支援、(2)リージョナル・プロジェクトとサポート、(3)関連組織への支援活動を通してなされる。この組織への参加レベルと参加者の役割は、表1のように考えられている。

表1

参加のレベル	参加者の役割
1. 情報	受け手
2. 貢献	助言者
3. コンサルテーション	考える人、検討する人
4. 決定と意思決定への参加	決定者
5. 共創と責任	パートナー

(1)「情報」の参加レベルは、「受け手」としての役割である。(2)「貢献」の参加レベルは、「助言者」としての役割である。(3)「コンサルテーション」の参加レベルは、「考える人、検討する人」の役割である。(4)「決定と意思決定への参加」レベルは、「決定者」としての役割である。(5)「共創と責任」の参加レベルは、「パートナー」としての役割である。

「患者とクライアントの組織」のリージョナルな参加の事例には、(1)WMOの顧問グループの支援（個別、またはグループ）、(2)市民発案（イニシアティブ）の支援、(3)地域を基盤としたケア、(4)自立したクライアントの支援／社会的領域の相談援助、(5)特定集団に配慮したデイケア（例として、インドネシア出身の人々のデイケア）、(6)デイケアに関する国のガイドラインの開発がある。

ナイメーヘン（Nijmegen）の事例では、「利用者の経験のリージョナル・プラットフォーム」（Regional platform users experiences）というものがある。これは(1)WMO顧問グループ、(2)クライアント組織、(3)長期入所施設の患者/クライアント顧問グループ、(4)クライアントの顧問グループによって構成される地域の協働である。「患者とクライアントの組織」の役割として、協働の創出が重要視されている。

若者のケアは、地方政府が責任を負う。(1)参加の形態

は、若者、両親、両者が一緒に参加する形態、(2)施設での参加、(3)施設の性的虐待被害者のピア・グループ、(4)リサーチへの参加がある。

### 「自らによる方向決定（self-direction）センター」 （‘Zelfregie centrum Nijmegen’）

「自らによる方向決定（self-direction）センター」（‘Zelfregie centrum Nijmegen’）は、ナイメーヘンにあり、身体的、精神的、心理的な障がいをもつ人々を対象とする機関である。他に5つの団体とパートナーシップを組む。身体的、感覚的制約がある人々のための‘WIG’、メンタル面で制約がある人々のための‘De Kentering’、中等度の知的障害がある人々のための‘Nijmegen Onderling Sterk’、18歳以上の学習障害をもつ人々のための‘Trias Nijmegen’、障害をもつすべての人々のための‘BWN’と連携を組む。所長は、Mr. Jos Kersten、上述した「利用者経験のリージョナル・プラットフォーム」（Regional platform users experiences）の委員長でもある。

セルフ・マネジメントが機関のビジョンであり、ミッションでもある。それは次のように説明される。

- (1) 自分の人生に対するコントロールに関するすべてのものを含める。セルフ・マネジメントは、自分自身の選択する能力、自分自身の人生をどのようにするかを自立的に決める能力と考えられる。自分自身の選択が中心にくる。
- (2) 自己理解は自らの方向性を決めるために重要と考えられる。自分がやりたいことは何か、自分ができるとは何か、限界や弱さは何か、これらの問いに答えていくことを求める。
- (3) 「自分で方向性を決めること」は、何でも1人でするということではなく、自分自身のネットワークや専門職、そのことに詳しい経験をもつ人に支援を求めることができるということ、そして、援助や助けを得る機会が用意されているということを知ることである。
- (4) 実践における自己の方向性は、自分の強さと弱さ、限界と可能性のバランスを見出すことである。自己の方向性を高めることは、自信や自らを助ける能力を引き出すことでもある。また、独立独行の力と、人の助けを借りて行う力の双方を養うことでもある。
- (5) 参加ということについて、人生で自己のコントロールができれば、1人でも、また人から助けを得ても、よりよく自らを助けることができる。自らをより助けることができれば、社会生活においてもより良い参加が可能となる。

以上が、「自らによる方向決定 (self-direction) センター」のビジョン、ミッションである。

コーチング担当の Ms. Annemieke van der Gronden から、実際にどのように支援を行うのかパワーポイントによる説明を受けた (2015年11月9日) (写真1、参照)。

参加者は、どの方向に進みたいのか、コーチングを受けられることができる。コーチは、「何を欲しているか」「何を必要としているか」「誰が助けられるか」「これをどう扱うか」「最初のステップは何か」問いを投げかける。参加者は問いに向き合い、段階を通して理解を深め、自らの方向を決めることができるようになっていく。自分自身が何を欲し、どのようにそれを達成したいと思っているか、描いた夢をより具体的なものにしていく。例としては、「何をした時に誇りに感じるか」、「それをやり遂げるにあたって用いるスキルは何か」等の問いを通して、助言を得ていく。

参加者が自らの方向を決めることのできる力量を高める。自らが動くことによって、願いをかなえ、問題を解決し、自らの状況を変える。それを他者と一緒に、あるいは助けを得ながら進める。この機関は、その一歩踏み出すことを可能にするためにある。このセンターで行われたトレーニング、コーチング、ワークショップの参加者は、2014年191人、2015年351人、増加傾向にある。

#### 「オーデンセの家」(‘Odensehuis Gelderse Vallei e.o.’)

「オーデンセの家」は、記憶の低下を経験している人や、軽度の認知症の人たちにとってそれまでと変わらない日常的な出会いと必要な情報が提供される場所としてつくられた。認知症の診断時にはそれほど特別な世話や専門職の介護を必要としない場合でも、認知症と診断を告げられ、それにどう向き合っていけばよいのか支援を必要とする。「オーデンセの家」は、本人やその介護者

の疑問やニーズに応え、それまでの生活を維持することができる日常の「ミーティング」の場所として、2012年にワーヘニンゲンの、認知症の人の介護に関わる住民によって始められた。そこは認知症の人ができる限り普通に、社会に参加し、必要な情報が提供され、支えられ、仲間に出会い、会話を交わし、日常をとりもどし、エンパワーされ、抑圧から解放されることのできる場所として存在する。現在、「オーデンセの家」はオランダに12か所ある。

「オーデンセの家」は軽度の認知症をもつ人々とその介護者のための自発的な出会いの場とされる。コーディネーターの Ms. Louisa Bosker は、ここは「デイ・サービスではない」と明確に述べた (2015年11月10日)。強調したのは、「オーデンセの家」が、専門職や事業者が提供するサービスではなく、住民の主体的な活動として行われるものであるということである。人々の日常的な出会い、交流、協働、それへ参加する機会により、個人の人々の尊厳や誇り、アイデンティティが承認され、尊重される経験に結びついている。

「オーデンセの家」では個人の自由にしたいことを選択することができる。リビングでは、人々が集い、会話を交わし、音楽大学の学生がギターを演奏し皆で歌を歌ったりする。ダイニング・キッチンでは、ひとつの大きな食卓を家族、コーディネーター、ボランティアとともに囲み、食事をする。パン、ハム、チーズ、バター、ジャム、サラダ、果物、飲み物が用意される。ソファベッドで横たわって休むことのできる部屋や、絵や作品を制作する創作活動の部屋もある。建物の外に出れば植物庭園が隣接し、散歩を楽しむことができる。

「オーデンセの家」は、休息、暖かさ、活気、尊重、安全、統合、心地よさ、そして熱心なインフォーマル・ケア、それが住民の意志によって創り出される場所である。「私たちはメディカル・ケアではなくソーシャル・ケアを提供している」、「病をみるのではなくその人を見る」とコーディネーター Ms. Louisa Bosker は語った。「オーデンセの家」が提供するケアの質、それは専門職や事業者によって提供されるものではなく、市民によって創り出されるものであるからこそ価値があると認識する市民の感覚がある。市民は、社会的ケアについて、専門職や事業者よりも、市民に信頼、信用をおいている。写真2は「オーデンセの家」の壁に飾られているポスターである。

「オーデンセの家」の目標は、WMOの目的を包含する。人々の自立と自尊心を高め、エンパワメントや解放、社会参加を促す。インフォーマルなヘルスケア提供者を支



写真1 Ms. Annemieke van der Gronden (右) と Ms. Joke Stoffelen (左) ‘Zelfregie centrum Nijmegen’ にて

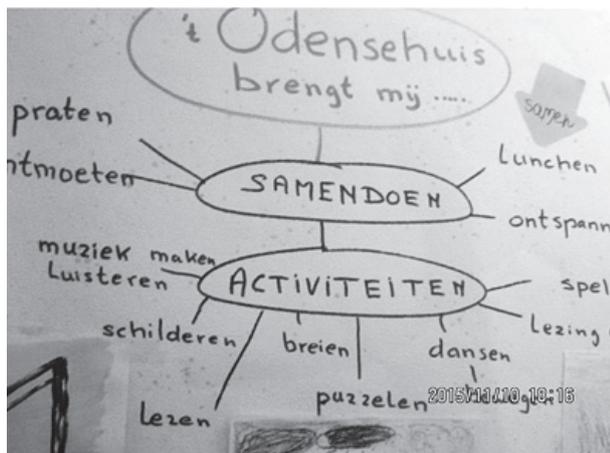


写真2 「オーデンセの家」の理念と活動を皆で描いたポスター

え、状況への対処能力を高める。「オーデンセの家」は2015年に国から資金の提供を受ける検討に入ったが、基本的に民間の寄付やスポンサーシップによって支援されている。2015年からワーヘニンゲン自治体のWMOの事業者として参入する（ODENSEHUIS Gelderse Vallei e.o, Jaarverslag 2015）。

### 「社会的助言」(‘Maatadvies’)

「社会的助言」(‘Maatadvies’)は、住まい、健康、ウェルビーイング、介護の人間らしい要素を大切にする社会をめざす組織である。政府、自治体、地域、住民、専門職、民間保険会社、事業者等、約70の団体組織がメンバーとなっている。「社会的助言」(‘Maatadvies’)組織の上級アドバイザーで、オランダの医療・介護、福祉やソーシャルワークのコーディネーターであるMs. Els Bremerに話を聞いた(2015年11月11日)(写真3、参照)。自治体、住宅協会、福祉・介護機関や教育などの社会団体の重要なファシリテーターの役割を担う。

政府と社会との関係を根本的に変化させる政策改革により、政府はこれまで負ってきた役割を退き、市民に任せる。市民は自ら行い、一緒にやっていくことが期待されている。そのことは社会の大半の人々の間ではそれほど問題ではない。共通の問題をもつ市民どうしで解決に向け行動する能動的な市民がいる。その一方で、自立や参加が難しい弱い立場の人々や集団がいる。オランダ社会で残されたこの集団の保証を確実にすることが、市民、団体、政府にとっての課題である。

医療・介護、福祉の連携において役割を担い、「一緒にする」協働を創り出すことがまさに課題とされる。よい対話を重ね、対等なパートナー関係を築き、よりよい解決を求め、互いを頼りにする。「社会的助言」(‘Maatadvies’)でよく用いられる「転換」(‘De Kanteling’)の言葉の本質には「共創」があると考えられる。「共創」はマイクロ、

メゾ、マクロ・レベルで展開する。クライアントの市民とマイクロなレベルで共創する。ボランティアの市民と共創する。専門職と共創する。ネットワークの同僚と共創する。組織的マネジメントにおいて共創する。共創にある相互依存を正しく認識することにより、共創は可能になると考えられる。

「ひっくりかえらずに、転換する」(maatadvies.net/home)、国は、自治体に仕事を委譲し、多くのことを社会に委ねることになる。この「転換」の過程では、とりわけ、住宅、福祉や介護、教育において、過去に期待された養育とは異なる役割が期待されている。すなわち、文化を変えるという役割が、市民、労働者、管理者、統治者に求められている。市民から能動的にもたらされる実践手法でつくるために「社会的助言」(‘Maatadvies’)は、これらの文化の変更に関わる組織や自治体を支援する。

「社会的助言」(‘Maatadvies’)は、住まい、福祉、医療・介護、地方自治体のクロス・セクション・プロジェクト、協働作業のエキスパートである。「転換」・移行のマネジメント、革新の過程における企画とマネジメント、戦略上のコーチングとトレーニング、協働関係のマネジメントの支援を提供する。

Ms. Els Bremerは、「ネットワーク100」の委員長でもある。「ネットワーク100」は、困難を抱える高齢者のケアの質に関心をもつ市民団体である。自立・独立を高め、ケアの必要性を減らし、権利侵害にあたるケアや処遇を失くすことに関わる。認知障害や認知症への取組みも行われる。組織間の調整の改善、集い、プロジェクト研究を進める。

「ネットワーク100」は、次のことを重視する。人々のもつ力、自らの環境にある資源に価値を置く。クライアントの拒否権、行為を差し止める権利を重んじる。できるだけ、自分らしく独立、自立して生活する。高齢者にイニシアティブを残す。高齢者自身の発案、主導性を大切にする。高齢者自身の領域に深い関心をもつ。ケアのあらゆるレベルで、知識やスキルを高める。複雑なものも、高齢者自身で責任をもってできる状況にする。倫理と経験と共感に基づいて働く。認知症ケア、認知症ケアパスを作成し、情報提供を行う。小さな変化によって大きな変化を実現する。協働、学び、自己啓発を探索する。

### 「スウォン・シニアネットワーク・ナイメーヘン」 (‘Swon het seniorennetwerk Nijmegen’)

ナイメーヘン自治体の基本的な福祉のインフラストラクチャーは「W4」と呼ばれる。「タンデム福祉」

(‘Tamdem Welzijn’), 「ニム・ソーシャル・ワーク」(‘Nim Social Work’), 「インター・ローカル」(‘The Inter-Local’), 「スウォン・シニアネットワーク」(‘Swon Senior Network’) である。「スウォン」SWONは4つの機関「W4」の1つである。

SWONの本部事務所がある建物には、「タンデム福祉」、「MEE Geldersepoort」と事務所の受付、カフェテリア、会議室、専門知識を共有する。高齢者のケアに関心のある市民団体「ネットワーク100」と連携をしている。

「スウォン」SWONのミッションは、高齢者の対処能力を提案していくことである。高齢者は自らの住まいや福祉・介護について調整することができるというビジョンをもって次の方法でサポートする。すなわち、

- ・高齢者とその介護者の疑問やニーズをみたらす。
- ・アクセスできる親しみやすい方法で、高齢者に情報を提供し助言する。
- ・「敢えて頼む」やり方で高齢住民を支え、互助により助けたり、助けられたりする。
- ・高齢者が相互に出会い、喚起しあいながら個人的ネットワークを築く。
- ・高齢者とその介護者に（実用的な）サービスを提供する。
- ・高齢者が他者に積極的に関わる機会を提供する。彼らの能力に見合う方法で、彼ら自身の人生を豊かにする。
- ・自らの信念を共に有する他の専門職やボランティア組織と協働する。

Ms. Conny van der Aalsvoort ダイバーシティ政策担当から話を聞いた（2015年11月11日）。SWONでは、専門職、ボランティア、研修生が働く。同僚制、関与、協働を大切にする。多文化共生の学位を持つソーシャルワーカーの役割には、異なる文化社会的背景を持つ人々の存在とその人々への配慮だけでなく、様々な立場の存在、専門職と非専門職、専門職と市民、専門職と専門職の対話にも関心が注がれる。

Mr. Rob Hermens 住宅コーディネーターは、「意識的な居住」(‘Bewust Wonen’) プロジェクトを企画・実施している。高齢者が住まいで安全に、安心して暮らすためのアイデアを紹介する。カーペットで躓く事故の防止、ディナーで灯す蝋燭による火災を防ぐための代替品、傾斜のある階段の上に住む高齢者に手すりの設置、火災報知器の設置、段差の解消、すべり止め等、自宅で安全に過ごすための商品を紹介する。

住まいの修繕費用は、政府の支出ではなく、自ら賄う必要が生じている。自分の家の状況をよく知っても

らい、どうしたら転ばないで済むのか、転倒防止によって、どのくらい医療・介護の費用を減らすことができるか、考える機会を提供する。①カーペットに注意を、②トイレ、浴室に手すりを、③火災報知器を、④いいライトを、⑤新技術、タブレットで、窓の開閉、ヒーターのスイッチの入切を確認できるものなど、ナイメーヘン自治体は、これを進めるための支出をする。住宅協会も、住宅改修を働きかける。90%の高齢者が自宅に住み、10%の高齢者が施設に入所している。

SWONは、後述する「社会的地区チーム」と共同企画にかかわる。

### 老年学雑誌“Gerōn”編集長 Max de Coole

Mr. Max de Cooleは、“Gerōn”という老年学の広範な内容を取り扱う雑誌の編集長を務める老年学研究者である。前職はSWONの所長をしていた。ナイメーヘンにおける関係諸機関の訪問に関するコーディネートは、彼と彼の妻 Ms. Anke de Coole-Feenstraによるものである（写真3、4、5、参照）。

彼に、2007年に導入され、2015年に改正されたWMOについて意見を聞いた（2017年7月19日）。この法律の主たる目的は、国家政府に代り、地方政府がより多くの責任をもつことにある。政策権限の地方政府への分権である。WMOには家事援助、デイケア、青少年ケア、様々な集団に対するソーシャルワークなど、多くのサービスが含まれる。

「社会的助言」(‘Maatadvies’) で繰り返し用いられる「転換」(‘De Kanteling’) について尋ねた。彼によれば、‘De Kanteling’は、問題の見方に大きな変化があることを強調するとき用いられる。政策権限の分権だけでなく、市民の役割や支援する組織の間の協働という文化の「変更」の意味が含まれている。‘De Kanteling’は、問題を捉え、行動を起こす際に「ひっくり返す」ことを意味する。市民と一緒に始めること、市民自身の責任が法律の条文に明記され、彼や彼女自身の可能性、その家族、その他の身近な接触のある人びとと始めることが記された。それは政策立案者が市民と国家の役割をどうみているかを表すものである。以前の我々であれば福祉国家を口にしたが、今の政策立案者は参加社会を口にしている。

最も重要なのは訪問先の「キッチン・テーブルでの対話」である。そこでソーシャルワーカーは真の問題が何かを発見し、クライアントと本人の私的な支援システムが彼や彼女自身を助けるのにどのくらい隔りがあるかをみる。自宅でのインテーク後、多職種（看護師、家庭医、ソーシャルワーカー）が「地区チーム」(‘wijkteam’, team in the neighborhood) で何をすべきか話し合う。



写真3 Ms. Els Bremer (左) と Mr. Max de Coole (右)

「地区チーム」(‘wijkteam’)は、統合的な新たな援助実践を導入する取組みである。WMOへの移行は、同時に変更された異なる他法とやっつけていかなければならず、他法との調整は複雑である。WMOは地方政府の所管だが、他法は国の所管である。しばしば調整がうまくいかず失敗する。そうすると法律の狭間に陥る人びとが現れる。地方政府は正しい方法で複雑な状況を扱う知識を常に持つわけではない。専門職は新たな方法による教育を必要としている。だが統合ケアは新たな官僚制を創り出すとも言われる。

社会的ケアに対する権利は、施設で生活する選択を除いては、地方政府、コミュニティに移行した。もし仮に、24時間の援助を必要とするか、ナーシングホームで生活する選択をするならば、WLZによる保障、財政的支援、社会的援助が提供される。病院における医療と社会的援助、関連サービスはZVWが関係する。市民やクライアント、患者組織は、この移行について批判的であり、同時に肯定的でもある。大半の人々はより財政的統制が要ると考えている。施設経費の削減も必要と考え、そのこととつながっていると理解している。多くの人はこの変化のなかで地方政府がより担うことについて賛成である。地方政府の判断がポイントだと考えている。オランダのケア体制の大きな移行は、資本主義や自由主義に対する対抗ではなく、すべての市民が自分自身の責任をもつということの強調は、まさに自由主義的な観点であると考えられている。だがもう一つの観点からは、ローカルな統合されたケアに対する必要性和選択にある社会的な観点は自由主義的な観点と葛藤にあると考えられている。



写真4 老年学雑誌“Geron”



写真5 Mr. Max de Coole (左) と Ms. Anke de Coole-Feenstra (右)

### 3. 専門職、自治体、介護事業所

#### 「社会的地区チーム」(Sociaal wijk team, SWT, Social Neighbourhood Team)

ワール川を北上したところに位置する地区ヴィスヴェルト (Visveld) にあるコミュニティ・センター、「アメニティハートスター」(Voorzieninghart De Ster) に設けられていた「社会的地区チーム」SWTを訪問した(2015年11月12日)(写真6、参照)。

コミュニティ・センターの建物には、地域の人々にとって生涯を通して関係するあらゆる施設機能が備わっている。プレイグループ、保育園、体育館、課外(放課後)保育、保健センター、学校、若者と家族のためのセンター、小児科、妊婦健診と体操教室、劇場、音楽室、ゲーム室、ダンス、ヨガ、登山フレーム、ソフトマットを備えるルーム、ジム、ミーティングスペース、工芸品作成室、社会的地区チームの事務所、図書スペース、カフェ、そして建物正面玄関前の広場はグラウンドとなっている。このコミュニティ・センターを囲むように商店

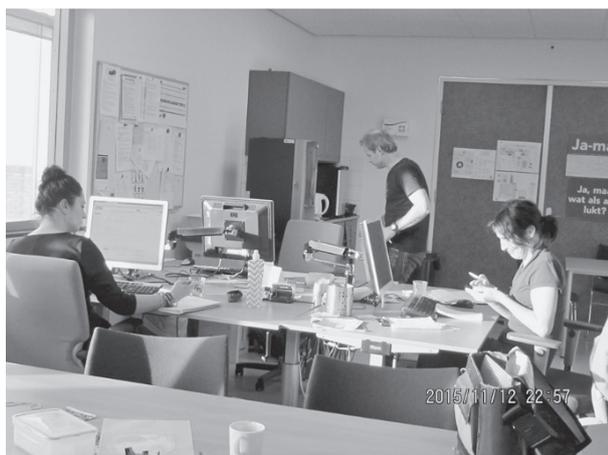


写真6 「社会的地区チーム」

があり、分譲、賃貸の一戸建て住宅、集合住宅が建てられている。

ソーシャルワーカーの Mr. Paul Rikken は、「ニム・ソーシャル・ワーク」(‘Nim Social Work’) から「社会的地区チーム」SWT に派遣されている。NIM ソーシャルワークは120人程のソーシャルワーカーを雇用する機関で、「W4」と称されるナイメーヘンにおける福祉のインフラストラクチャーの1つである。ナイメーヘン自治体には、10か所の「社会的地区チーム」SWT が設置されている。合言葉は、「必要なことをやろう」(“Gewoon doen wat no dig is.” “Just do what need is.”) である。

「社会的地区チーム」SWT は、医療・介護や福祉の異なる組織から担当者が派遣され、多職種による協働を行う地域の窓口機関であり、電話相談、訪問相談、多職種協働による計画作成、個人ネットワークの支援、協働に携わる。

地区看護師(ヘルス・センターから派遣)、ソーシャルワーカー、青少年ワーカー、建築関係者、高齢者アドバイザー、そして自治体が協働する。ケースによって異なるチームを編成してあたる。

SWT は、住民の自宅を訪問し、「キッチン・テーブルでの話し合い」を通して計画を立てる。できることは何か、本人が希望する支援者は誰かを尋ね、その人々で個人の支援ネットワークを形成する。家族や知り合い以外に、ボランティアが入るところはどこか、専門的な援助が必要とされているか検討する。必要ならば、SWT の担当者が介護や援助をアレンジする。その際、ソーシャルワーカーは、家族マップ、ジェノグラム、エコマップを活用して、ネットワークの形成を助け、家族の支援を行う。専門的なケアとして、例えば、子どもの支援、カウンセリング、デイケアが必要となれば、自治体が契約を交わした多くの事業者からサービスを選ぶことができる。



写真7 シンボルマーク

写真6, 7は、SWT の事務所の様子とシンボルマークである。シンボルマークは、紺色で描かれた中心の円はクライアントを表す。次の青緑色の円はネットワーク、友人、人々を表している。そして次の外側のピンク色の円がボランティア、インフォーマル・ネットワーク、そして一番外側の緑の円が専門職を表す。まずは、個人のネットワークの活用が最初に来て、その次に本人が希望する身近な人々による支援、その次にインフォーマル・ケア、最後にフォーマル・サービスという意味が表されている。

#### 「テルミオン」(‘Thermion’)

ヴィスヴェルト地区を南に下ると、レント(Lent)という地区になり、そこにある「テルミオン」(‘Thermion’) は、医療、福祉、住まいに関する様々なサービスを1つ屋根の下で提供するセンターである(写真8、参照)。先の「社会的地区チーム」SWT の事務所の移転先として予定されている。以前はランプ工場として使われていた歴史的な建造物であるが、ナイメーヘン市が購入し、リニューアルした。建物の正面は子どもの遊具が設置され、玄関を入ると広いロビーで座りながら情報の交換ができる。

家庭医、歯科・小児歯科、薬局、理学療法、生活情報センター、スピーチセラピー、心理士によるトレーニング、産科、児童・思春期の心理療法、看護、運動療法、管理栄養指導、足治療・足病学、外来リハビリテーション、作業療法がある。家庭医と連携した地区看護師、ZZG のケア・グループ等のチームで仕事をする部屋が設けられている。

ハン応用科学大学(Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, HAN University of Applied Sciences)、ナイメーヘン自治体、ナイメーヘン・ラットバウト大学(Radboud Universiteit Nijmegen) 医療センターと提携し、研究、訓練、教育が



写真8 「テルミオン」ヘルスセンター

行われる。

#### 地区看護師チーム：ZZG 介護グループ

ZZG は、ヘルデラント州、グルスベーク（Groesbeek）自治体にある介護事業所である。前述した「テルミオン」においても、ヘルスケア事業者として関わる。

ZZG の「高齢者在宅介護」部門の上級看護師で、第一線のコーチでもある Mr. Fred Wolters から資料をもとに説明を受けた（2015年11月9日）。

政策方針の第1は、できるだけ長く住み慣れた自宅を過ごせるようにすることである。第2は、(1)自立・自助、(2)共に支え合う、そして(3)（市民の）参加である。

目的は、高齢者ができる限り、安全に、生活の質を伴った状態で住み慣れた自宅や近隣で過ごすことができるようにすることである。次は地区看護の実践方針である。

- (1) ケア・アセスメントによって脆弱さの兆候を早期に発見する。状況の悪化を未然に防ぎ、リスクの予防を行う。
- (2) ケースマネジメント、多職種連携、コミュニケーションと協働により、専門職による先を見越した事前対策、プロアクティブなケアを進める。
- (3) 何か生じた時の対応、リ・アクティブなケアでは、看護師によるトリアージ、緊急性の度合いの振り分け、必要に応じた医師の訪問診療が行われる。
- (4) 地区看護師チームにおけるジェネラリスト（さまざまな専門分野にも対応できる知識を持ち1人の患者の症状全体を統括して広く見られる）看護師としての研修を行う。知識には、糖尿病、COPD 肺疾患、腫瘍学、末期ケア、心臓・血管破裂を含む。
- (5) トリアージ（患者の重症度に基づく治療の優先度の決定、選択）と軽微な傷病（軽微な傷、乾燥眼、泌尿器管の感染症）の研修を行う。

早期の兆候、脆弱な高齢者の発見または検査においては、次の手順に従う。

- (1) 家庭医による75歳以上の患者ファイルのスクリーニングの実施を行い、判定の結果によって、「明らかに脆弱である」「脆弱が疑われる」場合には、「地区看護師の家庭訪問による簡便なケア・アセスメント」が行われる。「脆弱さはみられない」場合は、何も行わない。
- (2) 「地区看護師による家庭訪問による簡便なケア・アセスメント」では、構造化されたアセスメントを行う。そこには日常動作の自立度、自らによる方向性の決定、認知について、複合的な疾病、多薬剤、鬱、インフォーマル介護者の負担等を調べる。
- (3) 家庭医または地区看護師による脆弱性の判定をする。「脆弱かつ複合的」の場合はケースマネジメントと在宅介護、「脆弱」の場合は、ケースマネジメントとモニタリング、「脆弱でない」の場合は何も行わない。

ケースマネジメントは、次のように行われる。

- (1) 学士号をもつ高度な職業訓練を受けた地区看護師によって行われる。
- (2) ケースをコーディネートし、ケアの調整に責任をもつ。
- (3) 患者を支援する。
- (4) 多くの専門分野にまたがる多職種によるコンサルテーションを確実にする。
- (5) 多職種によるケアプランを実施する。

地区看護師チームについて、次のように説明された。

- (1) すべての地域および地区は、地区看護チームがある。
- (2) チームは地区看護師（高度職業教育を受けた看護師）と地区看護師のアシスタント（中等度の職業訓練を受けた看護師）からなる。
- (3) 地区看護師チームは患者の自宅を訪問する。
- (4) 地区の家庭医と緊密な連携をとる。
- (5) 地区の福祉機関と緊密な連携をとる。特に、ボランティア関係の連携をする。
- (6) 社会的なインフラ・ストラクチャ（例として、スポーツ・クラブ、理学療法等）の知識をもつ。

すべての患者は、家庭医、即ち地区医師と契約をし、かかりつけ医をもっている。1つの地区（wijk/district）で、3,000人程の市民を想定する。そこに地区看護師が配置される。

#### ZZG 回復期リハビリテーション・センター

ZZG 介護グループの回復期リハビリテーション・セ

ンター (Herstelhotel, Rehabilitation center/hotel) の所長 Ms. Christa Nollen を尋ねた (2015年11月9日)。短期リハビリテーションを中心に行われ、利用者の80%は自宅に復帰する。それ以外ではナーシングホームに移る人もいる。コミュニティ・ケア (在宅ケア) とナーシング・ケア (施設ケア) の中間に位置づけられる。自宅生活ができる健康状態まで回復してから在宅における介護へ移行支援をする。家族介護の状況や在宅でのリスクも見極め、入院、術後、回復、退院の一連の支援を行う。ケースマネジャー、医師、看護師による多職種連携による意思疎通をはかり、カンファレンスには家族も同席し、多くの関係者による協働体制をつくる。そこでは支援体制や処遇の内容だけでなく、経済的負担についての相談も行われる。

専門職は、クライアントのネットワークを活用するが、その支援体制にある利害のバランスを調整し、組織の質に関心を払い、配慮をしながら進める。医師はケア・チームを主導する。ケースマネジャーはその過程を促進し、その過程やそれぞれの境界を見極めて進める。クライアント・グループは責任ある集団としてみなされ、小規模なケア・チームとともにやっていくための計画がつけられる。

「クライアント・ファースト」という時には、クライアント自身によるイノベーションという意味が含まれる。クライアントは自分で考える余地を必要とする。イノベーションは中央から働きかけてくるのではなく、その過程をともに携わり、促し、新たな考えに至る過程をともにする人々との協働から生まれる。専門職のスペースやバランスには限界があり自由ではないが、自分の境界をオープンにすることで、人は変わりうる。それを公

正ではないと言う人はいないと熱心に語られた。

### ZZG 長期ケア施設

ZZG 長期ケア施設の管理責任者である Mr. Jos de Jong から説明を聞いた (2015年11月9日)。長期ケア施設は、ナーシングホーム (Verpleeghuis)、介護付き住宅、その混合型がある。ナーシングホームの方が、介護付き住宅よりも、重度の介護を必要とする入所者が多い。ナーシングホームは基本的に個室であるが、一部、二人用の部屋もある。ナーシングホームは、住まいとケアを一体的に提供する施設であるが、今後はこうした施設はつくりたくない。住宅協会 (Housing cooperation) が建てた建物を、ZZG のような介護事業者が借り上げ、介護の必要な人が入居する仕組みへと転換されてきている。介護事業者は介護を提供し、住宅設備については住宅協会が扱う。

介護付き住宅のフロアと居室の間取りの平面図 (写真9, 10) によると、1フロアに2つのユニットが設けられ、定員は16人である。1つのユニットで最大8人が受け入れられる。居室には寝室、リビングルーム、洗面所からなる個室と、8人に対して1つのパブリックな空間が用意されている。居室の賃貸料は月額€680である。日中は8人に対して2人の介護員がつく。夜間は2フロアの32人に対して2人の介護員での対応となる。より入所者の状況を把握することができるように、小さなチームによって支援を行っている。

バタフライ・エリア (Butterfly area) は、思い出を回想することができるエリアとしてつくられている。慣れ親しんだ過去の生活空間を再現し、高齢者にとって心地の良い居場所を整えることによって、医療や薬剤への依存を抑制する取組みの1つとされる。



写真9 ZYG 介護付き住宅のフロア平面図

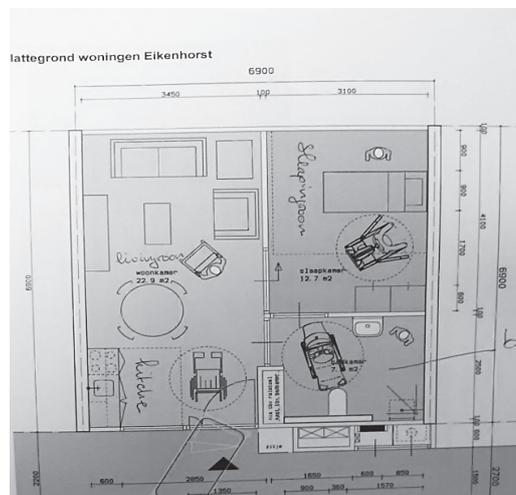


写真10 ZYG 介護付き住宅居室の間取り平面図

## まとめ

WMO は、すべての基礎自治体がそれぞれのやり方で実施することができる「フレームワークの法律」である Rolden (2013: 137)。社会的ケア政策に組み込まれる市民像は、サービスの「受益者」というよりも、権利とともに義務を果たし責任を引き受ける「市民」の姿である。AWBZ から WMO への移行は、「地位・資格としてのシティズンシップ」から、コミュニティへ能動的に参加する「実践・実質としてのシティズンシップ」へと変容する市民像を組み込んだ社会的ケア政策の構想を表すものといえる。

自律的で能動的なシティズンシップ像は、権利から責任を強調し、行政への依存ではなく参加とパートナーシップによる協働の創出が課題とされる。市民活動とコミュニティの重視によって、かつての「福祉国家」の限界を克服しようとする、その転換点において「舵取り」を担う市民の様々なレベルにおけるネットワークの広がり存在する。

アクティヴ・シティズンシップから取り残された人々、参加に失敗した人々に対する取組みについては、アウトリーチのプログラムが必要とされる<sup>7)</sup>。市民がより多くの責任を担う一方で、オランダ社会で参加から取り残された人々の支援は課題となる。

国から地方自治体へ、国から社会へ、国から市民へ分権が進められる一方、他方で市民と行政、市民と専門職の関係がより自律的であること、また社会的ケア政策において市民の選択と発言力が高められることが重要である。

オランダの社会的ケアとアクティヴ・シティズンシップを映し出す切り子面の集積を通して、日本における社会的ケアを振り返り、次の2点について指摘し、まとめとしたい。

- (1) WMO は自治体が責任をもって実施するものであるが、その窓口として多くの自治体が、「社会的地区チーム」(SWT) を設置している。チームのスタッフは、それぞれ専門職を雇用する機関から派遣されて形成される。日本では、地域包括支援センターなど、自治体から民間事業者に事業を委託する形態が多く、職員の雇用や勤務の形態は事業所の判断に委ねられることが多い。専門性の確保、事業そのものに対する自治体のコントロール、事業の目的の到達を考慮するならば、オランダの仕組みの方が市民にとってより質の高い事業として提供されると考える。
- (2) オランダでは、政府は費用削減と管理の問題を解

決するにあたり、市民の「舵取り」に委ね、市民組織、専門職、自治体、民間事業所の協働を創り出すことを課題にすることができた。日本の介護保険制度は給付と負担が連動する仕組みであり、介護保険事業計画の策定には市民の参画が規定されているものの、オランダのように、市民の「舵取り」や協働の創出ということにはならず、ポリティカル・パワーにおける市民の発言力と選択は、オランダのように影響力をもつものとはなっていない。むしろ、ケアに関する諸問題も個人化され、階層性のある専門職の議論に委ねられ、また行政の技術的な処理に委ねられ、社会的にとらえかえされることなく国民の議論から遠ざかるものとなっている。「社会的なもの」に携わるソーシャルワークの独自の貢献による下支えが課題である。

## 謝辞

オランダと日本で関係者の皆様にお世話になりました。特に CIF The Netherlands の Mr. Max de Coole、Ms. Anke de Coole-Feenstra ご夫妻のコーディネートによってナイメーヘン、グレースバーグの関係者の皆様方と出会い話を伺うことができました。心よりお礼申し上げます。

## 注

- 1) 分権化政策の下、自治体を中心になって自立支援のサービス体制を築くことをめざす法律として施行された (廣瀬 2008: 49)。
- 2) オランダにおける社会的ケアに対する法的権利は「特別医療費補償法」AWBZ に据えられてきた。AWBZ は1968年に健康と社会ケアに関する法律として導入された。長期に医療や介護を必要とする人々を過度の費用負担から保護することを目的とした強制加入保険であった。加入者はオランダ居住者、および支払給与税対象者すべてである。年齢や障がい種別による区別はなく、給付されるサービスは、1年以上の治療・リハビリテーション、予防接種、介護サービスなどで、長期入院、ナーシングホームや高齢者ホーム、身体・精神障がい者施設でのケア、在宅ケア等をカバーした (大森 2006, 2011; 堀田 2012)。
- 3) 同制度が給付の対象とする範囲は、1年の療養期間の期限を超えた場合の入院にかかる療養の給付 (精神病院や心理療法による病院も含む)、ナーシングホームおよびサナトリウムケアの給付、身体障害および精神障害者施設、十字協会の行う諸活動—ホームケア、予防医学および学童保健など—、外来の精神ケア、妊娠中絶診療、児童医療施設、身体障害児のデイケア、介護ホームのデイケア、等であった (廣瀬 1989: 78)。
- 4) AWBZ が1968年1月に実施された時は、療養費部分の高額なもの、病院の長期療養費、ナーシングホームの療養費等々にかかる医療費部分を補填する目的で設けられた (廣瀬 1989: 78)。
- 5) 1941年のドイツ軍占領下で、オランダに強制健康保険制度 (Ziekenfondswet, ZFW, the Health Fund Law) が導入された。1964年に健康保険法 (ZFW) が、複雑に拡大した健康保険分野の法をまとめて制定されたが、同法の目的は、一定の収入以下の者に対して、保険制度を通じて医療の現物給付を提供できるようにすることであった (廣瀬 1989: 53)。所得制限が設けられ、制度の

目的が相対的に所得の低い者を保険制度でカバーすることにあつた(廣瀬 1989: 54)。

- 6) パワーポイントと配布資料 Joke Stoffelen, 'Zorgbelang Patient and client organization in the Netherlands' (November 9, 2015) による。  
7) オランダのアウトリーチワークについては、別稿で扱った。田川佳代子 (2016) 「オランダのアムステルダムにおけるアウトリーチワーク」『社会福祉研究』18, 1-8.

## 文献

- Chronic Care Act (WLZ), Nursing homes and residential care, [https://www.government.nl/topics/nursing-homes-and-residential-care/contents/chronic-care-act-wlz]
- 廣瀬真理子 (1989) 「III オランダの所得保障制度」『オランダの社会福祉—全国社会福祉協議会・オランダ社会福祉研究委員会報告—』33-64.
- 廣瀬真理子 (1989) 「IV オランダの医療保障制度」『オランダの社会福祉—全国社会福祉協議会・オランダ社会福祉研究委員会報告—』65-91.
- 廣瀬真理子 (2008) 「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」『海外社会保障研究』No. 162 国立社会保障・人口問題研究所, 43-52.
- 堀田聡子 (2012) 「ケア従事者確保に向けた諸課題—オランダの経験から—」『季刊・社会保障研究』Vol. 47, No. 4, 382-400.
- Maatadvies. [http://www.maatadvies.net/home/]
- Ministry of Health, Welfare and Sport オランダ健康福祉スポーツ省 Nursing homes and residential care. [https://www.government.nl/topics/nursing-homes-and-residential-care/documents]
- Netherlands Report 2015 (1 July 2014 to 30 June 2015) European Code of Social Security, 1-32. [https://rm.coe.int/168059945c]
- ODENSEHUIS Gelderse Vallei e.o. Jaarverslag 2015 Een bevlogen en bewogen jaar [http://www.odensehuisgelderland.nl/wp-content/uploads/2012/12/JAARVERSLAG-2015-LB-def.pdf]
- 大森正博 (1996) 「オランダの社会保障制度と制度改革の考え方」『海外社会保障情報』117号, 社会保障研究所, 14-27.
- 大森正博 (1998) 「オランダの医療制度改革と「規制された競争」」『医療と社会』Vol. 7, No. 4, 99-129.
- 大森正博 (2000) 「II 医療・介護制度改革」編集委員会代表仲村優一・一番ヶ瀬康子『世界の社会福祉8 ドイツ・オランダ』旬報社, 334-362.
- 大森正博 (2006) 「オランダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No. 156, 75-90.
- 大森正博 (2011) 「オランダの介護保障制度」『レファレンス』国立国会図書館調査及び立法考査局, 3, 51-73.
- Rolden, Herbert (2013) The Dutch health care system: Basic features, coordination and transferal issues, and future policy reforms, Leyden Academy on vitality and ageing. 「医療・介護連携において共有すべき情報に関する研究」2013年度報告書 平成25年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業 第4部, 129-147.
- Tonkens, Evelien (2011) The embrace of responsibility: Citizenship and governance of social care in the Netherlands, Edited by Janet Newman and Evelien Tonkens, *Participation, Responsibility and Choice: Summoning the Active Citizen in Western European Welfare States*, Amsterdam Unoversity Press, 45-65. [http://hdl.handle.net/11245/1.364615]
- 矢野聡 (2000) 「I オランダの社会福祉の特徴」編集委員会代表仲村優一・一番ヶ瀬康子『世界の社会福祉8 ドイツ・オランダ』旬報社, 323-333.
- 吉田正純 (2011) 「「実践・実質」としてのシティズンシップ教育への転換: 総合的な学習と生涯学習を架橋する論理」『京大学生涯教育学・図書館情報学研究』10, 61-73. [http://hdl.handle.net/2433/139414]
- 吉田正純 (2013) 「〈論文〉「第三の道」以後のシティズンシップと生涯学習の再編」『京大学生涯教育フィールド研究』1, 13-21. [http://hdl.handle.net/2433/174244]