

厚生労働省 平成 20 年度障害者保健福祉推進事業
(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る
国際比較に関する調査研究事業

報 告 書

平成 21 年 3 月

財団法人 日本障害者リハビリテーション協会

はじめに

わが国では、平成 18 年 4 月に障害者自立支援法が施行され、「障害者が地域で普通に暮らせる地域づくり」を進めることとし、3 障害の一元的な福祉サービスの実施、充実を図っていくこととなった。

しかしながら、今後の増加するサービス需要への的確な対応と併せて、障害の状況に応じた適切なサービス量の決定のための仕組みについて、見直し、検討が求められている。

そこで当協会では、今後の障害者自立支援法の検討等の参考に資するべく、厚生労働省の障害者保健福祉事業の補助を得て、欧米各国の障害者福祉サービスの内容、利用の仕組み等についてデータを収集し、比較分析を試みたものである。

時間的制約等から当初意図したものが十分達成されたものとはなっていないが、障害者福祉制度の改善等に少しでも参考となれば幸いである。

そして、本調査研究の企画や現地調査にご協力いただいた研究者の皆様には、厚く御礼を申し上げる次第である。

最後に、本報告書の作成に当たり、財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会の医療経済研究機構編「介護保険の被保険者・受給者の範囲に関する外国調査報告書」(平成 19 年 3 月)を参考とするとともに、引用させていただいたが、快くご承諾いただいた同機構に心から感謝の意を表する次第である。

平成 21 年 3 月

財団法人 日本障害者リハビリテーション協会
会長 金田 一郎

調査研究体制

【調査検討委員会】

- ◎植村 英晴 (日本社会事業大学 教授・社会事業研究所長)
寺島 彰 (浦和大学 総合福祉学部 学部長・教授)
大塚 晃 (上智大学 総合人間科学部社会福祉学科 教授)
(◎は委員長)

【各国調査員】

オランダ

後藤 猛 (Japan Euro Promotions (JEP) 代表)

ドイツ

曾我部 かおり (作業療法士)

フランス

大曾根 寛 (放送大学 教授)
永野 仁美 (東京大学大学院 法学政治学研究科博士課程)

スウェーデン

河東田 博 (立教大学コミュニティ福祉学部 教授／ウプサラ大学客員研究員)
ボーレグレンー松井 芳子 (ルンド大学)

デンマーク

松岡 洋子 (松岡事務所 代表／関西学院大学研究科研究員)

イギリス

ヘンダーソン 直子 (OT Department, St. Leonard's Community Hospital)

アメリカ (カリフォルニア州アラメダ郡)

稲垣 典子 (Asian Community Mental Health Services)

【事務局】

- 片石 修三 ((財)日本障害者リハビリテーション協会 常務理事)
野村 美佐子 ((財)日本障害者リハビリテーション協会 情報センター長)
村上 博行 ((財)日本障害者リハビリテーション協会 総務部 課長)
太田 順子 ((財)日本障害者リハビリテーション協会 情報センター)
鈴木 則子 ((財)日本障害者リハビリテーション協会 情報センター)

障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る 国際比較に関する調査研究

研究要旨

1. 目的

我が国では障害者基本法、障害者自立支援法に基づいて「障害者が地域で普通に暮らせる地域づくり」を進めるとともに、市町村を中心に3障害に一元的な福祉サービスの充実が図られている。また、福祉サービスの対象となる障害の範囲が広がるとともに、高齢化の進展等に伴って障害者数も着実に増加してきている。さらに、家族の機能や地域社会の変化に伴って福祉サービスに対するニーズも多様化してきている。一方、増大する福祉サービス需要に対する財源の確保や障害の状況、ニーズ等に応じて適正にサービスを提供する仕組み作りも求められている。

本報告書は、障害者が日常生活の利便を図るために利用する介護サービスをはじめとする福祉サービスのサービスメニューや利用の仕組みについて諸外国のデータを収集整理し、現状や課題を比較分析することにより、わが国の障害福祉サービスの利用に係る仕組み作り検討のための情報を提供することを目的としている。

2. 方法

調査対象国の研究を行っている研究者またはそれぞれの国に滞在し障害者福祉やリハビリテーションの専門家として働いている人に調査を依頼した。また、必要に応じて現地ヒアリング調査を行い、各国についての障害者福祉サービスの利用の仕組みに関する報告書の執筆を依頼した。

調査対象国は、ドイツ、オランダ、イギリス、スウェーデン、アメリカ(カリフォルニア州)、デンマーク、フランスの7カ国とした。

3. 結果の概要

障害者に対する介護サービスを提供する法制度

社会サービス法、社会保障法、社会福祉・家族法典として包括的理念を定めた基本法があり、この法律の下に障害者の介護サービス等が規定されている。なお、多くの国では同一の法の下に障害者と高齢者を分けることなく介護サービス等を提供する仕組みになっていた。

障害の定義、範囲、区分

障害の定義や範囲は、国によって、また、福祉サービスの対象者、各種手当や年金の給付対象者、特別支援教育や雇用就労施策の対象者によって定義、範囲、区分が異なっていた。なお、ドイツとフランスにおいては、身体障害、知的障害、精神障害等を

それぞれ 10 点刻みで点数化し、50 点以上を重度障害者として各種の障害給付、住宅サービスの対象とする。また、40 点以上を特別支援教育の対象とするなど汎用性のある障害認定方法をとっていた。さらに、ドイツとフランスは、重度障害者に障害があることを証明するカードを発行し、日本の障害者手帳とほぼ同様な制度をとっていた。

介護サービス等の運営主体

基本的には基礎自治体である市町村が運営主体であった。しかし、ドイツやオランダは、独立した団体である介護金庫等が、フランスでは障害者分野のみ県が運営上の責任を持っていた。

介護サービス等の給付の認定主体

介護サービス等の給付の認定主体は、多くの場合は市町村であった。しかし、ドイツやオランダなど介護保険制度を導入しているところは、介護金庫等の保険者が認定していた。さらに、フランスの場合は、県の障害者センターが支給の要否決定を行っていた。

介護サービス等の認定基準

多くの国では全国的なガイドラインを示し、各市町村で具体的な基準を作成していた。したがって、市町村の財政状況等により基準に差が見られるのが一般的であった。

介護サービス等の要否の判定方法

ドイツやオランダのように介護保険制度を導入している国では、保険者である介護金庫が行うが、その他の多くの国では市町村が実施していた。具体的には、市町村のソーシャルワーカーが医師の診断書などを参照しながら要否の判定を行い、判定結果を障害者に説明を行っていた。

介護サービス等の給付内容

各国によって名称は異なるがホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ、訪問看護、福祉機器貸与、住宅改造などニーズに応じた多様なサービスが給付されている。しかし、多くの場合はニーズアセスメントにより、給付内容は決定されている。

ケアマネジメントの実施

多くの国で地方自治体のソーシャルワーカー等を中心にケアマネジメントを実施していた。しかし、フランスでは障害者本人の主体性を尊重するために自分で生活計画を作り、専門家チームと協議する体制がとられていた。

利用者負担

多くの国で利用者の一部負担を求めたり、支給に上限を設けたりしていた。しかし、いずれの国でも所得に応じた減免措置を執っていた。

目次

はじめに	2
調査研究体制.....	3
研究要旨	4
目次	6
第1章 調査の概要	7
第2章 各国の障害者介護サービス.....	15
第1節 各国の主要調査項目の比較	15
第2節 オランダ	21
1. 障害者介護サービスに関する調査	22
2. モデルに関する調査	45
3. 障害児に関する調査	54
第3節 ドイツ	63
1. 障害者介護サービスに関する調査	64
2. モデルに関する調査	92
3. 障害児に関する調査	104
第4節 フランス	123
1. 障害者介護サービスに関する調査	124
2. モデルに関する調査	143
3. 障害児に関する調査	148
第5節 スウェーデン.....	171
1. 障害者介護サービスに関する調査	172
2. モデルに関する調査	189
3. 障害児に関する調査	199
第6節 デンマーク	219
1. 障害者介護サービスに関する調査	221
2. モデルに関する調査	248
3. 障害児に関する調査	258
第7節 イギリス	269
1. 障害者介護サービスに関する調査	270
2. モデルに関する調査	309
3. 障害児に関する調査	318
第8節 アメリカ合衆国カリフォルニア州アラメダ郡	339
1. 障害者介護サービスに関する調査	340
2. モデルに関する調査	355
3. 障害児に関する調査	360

第 1 章 調査の概要

(1) 調査名

障害者の福祉サービス利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業

(2) 目的

我が国では障害者自立支援法の理念である「障害者が地域で普通に暮らせる地域づくり」を進めており、3 障害一元的な福祉サービスの充実が図られてきている。

一方で、今後とも増大が見込まれるサービス需要に対応するための財源確保や障害の状況に応じて適正に提供するサービス量を決定する仕組みづくりが求められているが、今後の検討を進めるに当たっての十分な情報が得られていない状況にある。

そこで、本事業は、障害者が日常生活上の利便を図るために利用する介護サービスをはじめとする福祉サービスのサービスメニューや利用の仕組みについて、欧米等の諸外国のデータを収集し、現状や課題の比較・分析を行うことにより、我が国の障害福祉サービスの利用に係る仕組みづくりの検討のための有用な情報を提供することを目的とする。

(3) 調査実施期間

平成 20 年 7 月 1 日 から 平成 21 年 3 月 31 日

(4) 調査対象地区

ヨーロッパ(イギリス、フランス、ドイツ、オランダ、スウェーデン、デンマーク、ノルウェー)、アメリカ(各州)、カナダ、オセアニア(オーストラリア、ニュージーランド)より、専門家による検討委員会が、イギリス、フランス、ドイツ、オランダ、スウェーデン、デンマーク、アメリカ(カリフォルニア州)の 7 カ国を選定した。

(5) 調査方法

現地調査研究担当者に調査票を送付し、障害者に対するケアについて、「検討委員会が作成した 4 種類の障害モデルへの対応」と「介護要否判定方法」を中心としたレポートの作成を依頼した。

(6) 調査内容および調査結果の主要集計項目

A. 障害者介護サービスに関する調査

- ・障害の定義、範囲、区分（制度別）
- ・要介護者の定義、範囲、区分（制度別）
- ・制度の名称、根拠法
- ・運営主体
- ・制度の体系・相互の位置づけ
- ・加入対象者、加入者数
- ・給付内容
- ・障害者のみの付加給付
- ・ケアマネジメント
- ・給付対象者
- ・認定主体
- ・認定基準
- ・認定者数
- ・利用手続き、所管窓口
- ・要否判定方法
- ・利用者負担

先行研究

『介護保険の被保険者・受給者の範囲に関する外国調査報告書』

（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、平成 18 年度老人保健健康増進等事業研究報告書、2007 年 3 月）

B. モデルに関する調査

4 種類の障害モデル（視覚障害、頸髄損傷、知的障害、精神障害）への対応（相談・判定・サービス供給までの流れ）についての調査を行なった。

本調査は、同じような状態像の人へのサービスが具体的にイメージでき、かつ、各国間で比較できるようにとすることで設定した。

自治体の窓口、ソーシャルワーカー、モデルの障害に近い当事者などから具体的にお話を伺い、どのような介護サービスが受けられるのか、どういう手続きで申請して、どんな判定が出るのか、その基準や根拠が具体的にわかる資料として記述してもらえるように、各調査員に依頼した。

なお、介護サービスには、身体介護だけでなく、見守りや指導のようなサービスも含むとした。

提示したモデルは、次の通りである。

モデル 1:全盲

性別:男性

年齢:45 歳

家族:単身

視力:左右とも 0

病歴:糖尿病性網膜症のために失明

ADL:

食事、衣服の着脱、排泄、入浴など、介助など屋内の活動は、介助を必要としない。

IADL:

食事の準備、衣服の管理など、視力を使わなくても可能。銀行預金の管理など、視力を必要とする活動については、補助が必要。

移動能力:

通いなれた道であれば、単独で白杖を使用して移動可能。慣れない道は、介助者が必要。例えば、病院の通院などは、介助者が必要。

職業:なし。

社会活動:

地域の障害者団体の活動に従事している。活動は、ボランティアベースであり、定期的な収入はない。

モデル 2: 頸髄損傷

性別: 男性

年齢: 45 歳

家族: 単身 (24 時間介護を希望している)

障害程度:

C4 不全マヒ。頸から上は動くが、四肢は麻痺している。自発呼吸可能。人工呼吸器は必要としない。電動車いす使用。顎によりジョイスティックを用いて自力による運転可能。体幹麻痺もあり、ベルトで車椅子に固定している。

病歴: スポーツ事故により頸髄を損傷。

ADL: 食事、衣服の着脱、排泄、入浴など全介助。嚥下は、介助なしで可能。

IADL: 基本的に不能。

移動能力:

バリアフリーであれば、電動車いすにより単独の移動可能。安全性を確保するためには、移動時の見守りがある方が好ましい。

職業: なし。

社会活動:

地域の障害者団体の活動に従事している。活動は、ボランティアベースであり、定期的な収入はない。

モデル3:知的障害

年齢:男性 21 歳

家族:父 48 歳(会社員)、母 47 歳(パートタイム)、姉 23 歳(派遣会社)

地域:人口 20 万人の地方都市

障害名:広汎性発達障害(自閉症)、精神遅滞

経過:

小さい時より視線が合わない、どこかに行ってしまう、泣きやまないなどあり。3 歳になっても発語がなく、大学病院にて広汎性発達障害(自閉症)と診断される。特定の食べ物しか食べないなどこだわりがあり、ときどきパニックがあるなど子育てには困難が伴った 3 歳より療育センターに通い、環境やスケジュールの構造化により落ち着いた生活となる。学校は、近くの特別支援学校に通い高等部を卒業する。卒業後近くの作業所に通う。作業所が平成 19 年度より障害者自立支援法の多機能型事業所になり、その中の生活介護事業所に通う。作業については、農作業で野菜の生産を行う。主に、運搬や植栽、草取りなど単純作業に従事。生産物を販売することも行う。

療育手帳:4 歳で取得。重度。

年金:障害基礎年金 1 級(月額 88,000 円)

自己負担:生活介護及びホームヘルプ等月額 3,000 円

サービス:

生活介護事業所(平均月 20 日)

ホームヘルプサービス(身体介護、月 25 時間)

地域生活支援事業(移動支援、月 20 時間)

ショートステイ(月 5 日)

その他:

月に 1 回程度、市主催のボランティアによるダンス教室に通う。

モデル 4: 精神障害

性別: 男性

年齢: 40 歳代

家族: 単身

病歴: 統合失調症

幻聴、妄想等の病的体験を有しており、これに基づき病状は不安定である。
通院による精神療法、薬物療法を継続している(2週間に1度通院)。
衝動的な自傷行為につき注意が必要である。

ADL:

食事、衣服の着脱、排泄などの日常生活上の動作については、介助の必要なし。
(週1回(4時間)ホームヘルプサービスを利用している)。

IADL:

ガスは怖くて使用できない。(調理、入浴は1人ではできない)。
洗濯機に洗濯物を入れて動かすことはできるが、物干し竿に干すことができない。

移動能力:

駅のホームや道路の横断歩道、歩道橋などにおいて、電車・車などに飛び込めとの幻聴を有することがあるため、基本的には介助が必要。

職業: なし。

社会活動:

地域の障害者団体の活動に従事している。活動はボランティアベースであり、定期的な収入はない。

各モデルについては、次のことを留意点とした。

モデル1:

ガイドヘルパーは介護サービスとして提供されているか。

また、ガイドヘルパーはどのような場合に派遣されているか。病院や市役所に行くときなどに限定されているかどうか。

視覚障害者は要介護度が低く評価されることはないか。低く評価されていないとしたら、何か工夫をしているのか。

モデル2:

このモデルの場合、日本では24時間のパーソナルアシスタントの費用を行政機関が負担しているため、夜間でも介助者をそばにずっと待機させることもできる。対象国ではどのようなになっているか。(ずっと待機するのではなく、緊急時に駆けつけられる体制になっている・・・など。)

同じような制度がある場合はどのように手続きをするか。

モデル3、モデル4:

日本では、このモデルは、デイサービス、ホームヘルプ(家事援助)、ショートステイのサービスを行政機関から受けられる。対象国ではどうか。

C. 障害児に関する調査

各国の障害児に関する施設について概観するために、補足的に以下の項目を調査した。

a) 障害児施設の種別と数

どのような障害児施設があるか。(介護に限らない。)

b) 利用の条件

その施設を利用できるのはどのような障害児か。

c) 予算

施設の運営に使われる国または地上自治体の予算はいくらか。

(7) 調査結果の活用方法

専門家による検討委員会により、収集したデータの比較・分析を行い、我が国の障害福祉サービスの支給決定プロセスの仕組みの見直しに係る政策提言をまとめた調査研究報告書を作成する。

第2章 各国の障害者介護サービス

第1節 各国の主要調査項目の比較

各国の調査は、国ごとに「障害者介護サービスに関する調査」「モデルに関する調査」「障害児に関する調査」の3項目で構成されている。

ここでは、「障害者介護サービスに関する調査」の項目を表にまとめた。

各国の詳細については、第2節以降の各国の報告に展開している。

主要調査項目の比較 -1

調査国	日本	オランダ	ドイツ	フランス (障害者に対する制度のみ)
障害者に対する介護サービスを提供している制度の名称と根拠法	障害者自立支援法と介護保険法	特別医療介護保険法と社会支援保険法	社会法典第X I 編公的介護保険に規定。	障害補償給付(PCH)について社会福祉・家族法典L.245-1条からL.245-14条に規定
障害の定義、範囲、区分(制度別)	身体障害者:18歳以上で、視覚、聴覚、音声、言語、肢体不自由、心臓、腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸、HIVによる免疫機能において、永続する一定の障害があるもの。 知的障害者:厳密な定義はないが、おおむね18歳までに発症し、おおむねIQ70未満で適応行動に困難がある場合が該当する。 精神障害者:統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有し、社会生活に制限を受ける者。	障害とは、体力、感覚(器官)力、知力の悪化の結果として、通常の機能が限定され、この悪化が永続性を持つ恒久的なもの。障害には身体、知的、感覚器官があり、疾病疾患による限定には末期患者、認知症、精神疾病、心理社会的要因がある。	・障害とは、「その身体的機能、知的能力又は精神的能力が、その年齢の典型的な状態と比べ、6ヶ月以上にわたり逸脱する可能性が相当に高く、かつ、それゆえに社会生活への参加が制限されている状態」(SGB IX)。 ・障害の程度は20～100まで、10刻みに区分。重度障害者とは、障害程度が50以上の人。障害程度が30以上50未満で障害により適切な職に就けない場合も重度障害者と認定される。	1つまたは複数の身体・感覚器官・知能・認識・精神に関する機能の実質的永続的決定的悪化、多重障害、あるいは、健康上のトラブルを理由として、障害者が、その環境において被る活動の制限あるいは社会生活への参加の制約のすべて(社会福祉・家族法典L.114条)
要介護者の定義、範囲、区分(制度別)	65歳未満の障害者:障害者自立支援法 65歳以上および40歳以上65歳未満の特定疾病者:介護保険法 対象者は、障害等により介護を必要とするものであるが、身体障害者福祉法のみ、視覚、聴覚、音声、言語、肢体不自由、心臓、腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸、HIVによる免疫機能の障害に限定されており、障害の永続性が条件になる。 障害者自立支援法では、障害程度区分に基づき、介護保険法では、要介護認定により、利用できるサービス時間が異なる。	中央介護認定機関、児童介護事務所の認定を受け、特別医療介護保険法に基づく看護や介護が必要な人並びに各自治体の認定を得て社会支援法に基づく介護が必要となる人。制度の対象は特医法が重度の医療介護で、社支法は軽度程度の医療介護、福祉、住宅である。	介護保険による定義は「身体的、精神的、知的な疾患や障害により、日々繰り返される日常生活を送るにあたり著しくあるいは多大な量の支援が長期にわたり通常最低で6ヶ月間必要とされる者」。介護度は私的な世話人が世話をする時にかかる時間と、状態の2つの基準により3段階に区分。 その他の社会保障制度による要介護者の定義は各制度の規定に従う。	障害補償給付(PCH)の受給者:障害の結果、①生活の基本的活動を行うことが極めて困難である者、及び、②基本的活動の少なくとも2つを行うことに重大な困難がある者(社会福祉・家族法典Annexe2-5)
運営主体	障害者自立支援法:市町村が直接実施 介護保険法:市町村が保険者となって実施	特別医療保険法:介護事務所 社会支援法:各自治体	公的介護保険の保険者は介護金庫。法人:財政は別だが公的医療保険の各保険者が業務代行。	県: 県障害者センター(MDPH)が窓口となり、支給決定等を行う。
制度の体系・相互の位置づけ	上記。	寝たつきりなどの重度障害者や要介護者の医療介護と共生社会の中でできるだけ独立して機能できる可能性がある軽度障害者や要介護者の医療介護の一貫性を持たせることにある。	介護に関する給付は、主に介護保険が担うといえるが、その他の社会保障制度からも介護給付が補完。	技術的支援に関しては、疾病保険から支給されないものが障害補償給付(PCH)から支給される。
加入対象者、加入者数	障害者自立支援法:利用者数は、約7万人(H20年7月実績) 介護保険法:利用者数は、約162万人。	特別介護保険の利用者数は国民の3.6%にあたる588,000人(2008年1月)。給付サービスで一番多いのは指導サービスで20万人に達している。社会支援法の利用者実数は制度が開始されたばかりと各自治体によるので不確定。	一定所得以上の被用者や自営業者は公的保険の加入義務は免除。それ以外は強制加入。ただし公的医療保険の任意加入者の場合、民間介護保険に加入できる。国民の約90%が公的保険に加入。	無拠出制給付であり、加入の概念はない。(認定者数参照)
給付内容	障害者自立支援法:ホームヘルプ、重度訪問介護、行動援護、児童デイサービス、ショートステイ、重度障害者等包括支援、療養介護、生活介護、ケアホーム、夜間ケア、福祉用具給付 介護保険法:訪問介護、訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所、居宅介護支援、福祉用具貸与	特別医療介護保険:個人介護、看護、支援指導、活動促進指導、治療、滞在、介護程度パッケージ 社会支援法:家事家政の介助、住宅、車椅子か他の移動手段、交通手段、障害者用駐車カードと駐車場、福祉関係仕事、マントルケア人とボランティア、中毒者ケア、女性受け入れ施設、社会的受け入れ施設、公的精神保健ケア、家内暴力撲滅	[在宅]ホームヘルプ、デイ&ナイトケア、介護の不足を補う付加給付、無料の介護講習、代替介護、介助補助道具費用補助、テクニカルエイド補助資金、居住環境改良資金、介護者への社会保障 [施設]介護ホーム、短期入所介護施設	①人的支援、②技術的支援、③住宅・自動車の改修費支援・交通に係る超過費用、④特別・例外的負担、⑤動物による支援の5種類

第 1 節 各国の主要調査項目の比較

スウェーデン	デンマーク	イギリス	アメリカ (カリフォルニア州アラメダ郡)
<p>社会サービス法 (S o L) 一定の機能的な障害のある人々の援助とサービスに関する法律 (L A S S) アシスタンス補償法 (介護手当てに関する法律) (L S S)</p>	<p>社会サービス法</p>	<p>1990 年の国民保健サービスおよびコミュニティーケア法 (National Health Service and Community Care Act 1990) 等に基づく。</p>	<p>1. SOCIAL SECURITY ACT (社会保障法) ・SSDI (障害者年金) ・MEDICARE (高齢者公的医療保険) 2. MEDICAID (公的医療扶助。カリフォルニア州では MEDI-CAL と呼称) 3. SSI (生活保護) 4. IHSS (パーソナルアシスタントサービス)</p>
<p>L S S と L A S S で機能障害者を 3 つに区分。 「区分 1」発達遅滞者、自閉症または自閉症の症状を示す人々。 「区分 2」成人に達してからの外傷または身体的疾患に起因する脳障害により、重篤かつ恒久的な知的機能障害のある人々。 「区分 3」明らかに通常の高齢化にはよらない、他の恒久的な身体的または精神的機能障害のある人々。つまり、障害の程度が重く、日常の生活を送る上で著しい困難が見られるため、広範な援助とサービスを必要とする人々。</p>	<p>社会サービス法に定義はないが、給付対象の規定では、身体的機能障害・精神的機能障害に加えて、社会的問題をもつ人も含めている。障害の種別・程度による区分はしていない。「障害があるとは、人が身体的、精神的な障害があるために、他の市民と同じ生活をする上で保障が必要である状態」というのが政策上の理解である。</p>	<p>障害者とは、「日常生活を送ることを阻む重大で長期的な身体的、または精神的な障害を持つ人々。(障害者差別禁止法 The Disability Discrimination Act)」</p>	<p>アメリカ人障害者法 (連邦法) : (A) 主たる生活活動の 1 ないしそれ以上を実質的に制限する身体あるいは精神障害、(B) 上記の障害の過去の記録、(C) そのような障害を持つとみなされること。 ランターマン発達障害法 (カリフォルニア州法) : (1) 18 才未満で発生、(2) てんかん、(3) 自閉症、(4) 知的障害 I.Q 69 以下、(5) 脳性マヒ</p>
<p>S o L : 全年齢を対象。経済的・社会的保障がなされず、生活条件の平等も保障されず、地域社会生活への積極的な参加がしにくい人。 L S S ・ L A S S : 65 歳未満が対象。区分 1 ~ 3 に相当する全ての障害者。パーソナルアシスタンス制度のみ、週 20 時間未満の場合その費用を各市が負担し、週 20 時間以上の場合その費用を社会保険庁 (事務所) が負担する。</p>	<p>身体的・精神的機能障害、社会問題があることによって、何らかの保障を必要とする人すべてが要介護者である。具体的には、児童・若者、高齢者、在宅での長期療養者、機能障害者、アルコール中毒、麻薬乱用者、DV を受けた人、ホームレスなど。障害・ニーズの種別・程度による区分はなし。</p>	<p>介護サービスは、18 歳以上の成人を対象としたケアサービスへの公正なアクセス指針により、要介護者を緊急 (Critical)、重度 (Substantial)、中度 (Moderate)、軽度 (Low) に分類。</p>	<p>18 歳以上の介護の必要な人で、SSI (生活保護) と Medi-Cal を受給していれば、IHSS (パーソナルアシスタントサービス) が認定されることがある。要介護者の範囲、区分についての明確な規定は存在しない。</p>
<p>S o L ・ L S S は、各市。 L A S S は、社会保険庁。</p>	<p>コムーネ (市) に決定・実施責任がある。協議により、レギオナ (広域保健圏域) に移管する場合もある。</p>	<p>国民保健サービスとソーシャルケアサービスは保健省が管轄。ジョブセンタープラスは労働・年金省により運営されている。ソーシャルケアサービスの業務執行機関は地方自治体。</p>	<p>アラメダ郡社会福祉局在宅介護課 (医療以外の福祉)</p>
<p>S o L : 社会サービスや保健医療の大枠を定める総合立法。 L S S ・ L A S S : 補足法 上記法は、併用が可能。</p>	<p>社会サービス法に一元化されている。</p>	<p>上記。</p>	<p>上記。</p>
<p>定めなし。国籍を問わずに利用可。 S o L : 利用者数 43,800 人 (0 ~ 64 歳未満、2008 年 6 月)。 L S S ・ L A S S : 利用者数 45,800 人 (2007 年)。</p>	<p>保険方式ではないので加入の概念なし。デンマークに合法的に居住するすべての人が利用できる。</p>	<p>国民保健サービス、ソーシャルケアサービス、ジョブセンタープラスともに英国内の住民であれば利用できる。</p>	<p>MEDI-CAL : 子供のいる低所得者帯、高齢者、障害者が対象となり、受給者は 78,000 人。 IHSS : MEDI-CAL (公的医療扶助) と公的扶助の SSI (生活保護) の両方の受給者が対象となり、利用者数は、11,000 人 (2008 年 7 月現在)</p>
<p>S o L : ホームヘルプサービス、訪問看護、訪問リハビリ、日中活動、ショートケア・ショートステイ、夜間巡回サービス、緊急通報アラーム配布、移送サービス、福祉機器貸与、住宅改修手当、住宅付加手当、雪かきサービス。 L S S : 相談・個別援助、パーソナルアシスタンス、ガイドヘルプサービス、コンタクトパーソン、レスパイトサービス、ショートステイ、成人用特別住宅、日中活動。 L A S S : パーソナルアシスタンス。</p>	<p>在宅ケア、ショートステイ、在宅生活支援、リハビリテーション、パーソナルアシスタント (イェルパー) 制度、同行サービス、補助器具、住宅改造</p>	<p>国民保健サービスは、医療サービス (プライマリケア、二次的ケア、中間ケア、継続するケア、統合ケアなど) を提供している。 ソーシャルケアサービスは、介護を含む総合的な福祉サービスを提供している。 ジョブセンタープラスは、所得保障に関する給付等を行っている。</p>	<p>IHSS (パーソナルアシスタントサービス) : 最長月 /283 時間 メディカル : 在宅生活に必要な医療・介護サービス</p>

主要調査項目の比較 -2

調査国	日本	オランダ	ドイツ	フランス (障害者に対する制度のみ)
障害者のみの付加給付	行動援護、重度障害者等会話支援、福祉用具の給付。	特別医療保険法と社会支援法慢性病患者並びに障害者補償法、社会就労サービス法 (WSW) の給付や補助金	・精神障害、知的障害、認知症で医療保険医療サービス機構により認定された者、および認知症で要介護者に該当しない者への付加給付 ・障害者援護施設の入所者の施設利用料補助	障害補償給付 (PCH)、障害者を対象とする給付
ケアマネジメント	障害者自立支援法、介護保険とも、ケアマネジメントの手法を支援の基本にしている。	政府や自治体のケア政策と、各医療介護施設が出すケアマネジメント、各利用者を対象とするケアマネジメントがある。 ケアマネジメントの重要なことは、利用者が中心で、どこのどんな施設でも利用者苦情不平等委員会があることである	ケアマネージメントサービス (情報やアドバイスの提供、サービスの手配)、および MDK による介護プランの提案と定期的な再調査の実施。	まず、障害者本人が、生活計画 (projet de vie) を作成する。次いで、それを基に、MDPH 内に設置される学際チームが、障害者本人の意見を聴取し、話し合いを行い、障害者の補償ニーズの評価を行い、個別補償プランを作成する。最後に、同プランと障害者本人の意見書が障害者権利自立委員会 (CDAPH) に送られ、CDAPH が PCH の支給に関する決定を行う。
給付対象者	上記。	上記	最小保険加入期間が2年以上の被保険者で、要介護と認定された人。	上記
認定主体	市町村。 審査会、および医師の意見を反映させる。	特別医療保険法: 中央介護認定機関、 社会支援法: 市町村	医療保険医療サービス機構 (Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen: MDK)	障害者権利自立委員会 (CDAPH)
認定基準	障害者自立支援法: 介護の必要量 (6段階) に応じて認定。 介護保険法: 介護予防 (2段階) および介護の必要時間数 (5段階) に応じて認定。	特別医療保険法: 障害要介護程度区分認定申請書が認定標準プロトコール、 社会支援法: 各市町村が作成	「日常生活において一定の活動の遂行能力がどの程度制限されているか」が基準となる。SGB 11 編に従いガイドラインが作成。 12歳未満の子供は、別途認定基準あり。	①生活の基本的活動を行うことが極めて困難であること、②基本的活動の少なくとも2つを行うことに重大な困難があること (社会福祉・家族法典 Annexe2-5)。
認定者数	上記。	上記	2007年の処理申請者数は88万人、うち認定者数は63万人。	28,600人 (2007年12月) (従来型の第三者補足手当 (ACTP) の受給者 (118,000人) を含めると、合計で146,000人)
利用手続き、所管窓口	障害者自立支援法、介護保険法ともに、市町村窓口に申し込み。	特別医療介護保険法: 地域中央介護認定機関、 社会支援法: 各自治体の社会支援窓口	加入する疾病金庫内の受付窓口で、介護金庫に対して申請手続きを行う。	県障害者センター (MDPH) の窓口へ申込み
要否判定方法	障害者自立支援法、介護保険とも、市町村職員による生活調査と主治医の意見書をもとに、コンピュータによる一次判定、および、審査会による二次判定を実施して判定する。	特別医療介護保険法: 標準認定プロトコールによるもの、単純認定申請、複雑認定申請、 社会支援法: 各自治体または委任団体により異なる	医療保険医療サービス機構の判定チーム (医師、介護専門職等) が、申請者の自宅を訪問し実際の活動の遂行状況を審査する。 MDK 審査結果に基づき、介護金庫が要否を判定。	上記ケアマネジメントを参照
利用者負担	障害者自立支援法、介護保険ともに原則1割。 ただし、低所得者に対する軽減措置があり、低所得者はほとんど負担なし。	特別医療介護保険法も社会支援法も国が利用者負担基準を定めている。 低所得者に軽減措置。	要介護度別に設定された支給額を超える部分、施設介護のホテルコスト、施設介護の新築・改築費用のうち自治体の補助金上限額を超える部分は利用者負担	支給上限あり。 上限の枠内で、収入が2万4259.88ユーロ以下の者の自己負担率は0%、収入がこれを超える者の自己負担率は20%。 ただし、収入に、本人や配偶者の就労所得、成人障害者手当 (AAH) や障害年金等は含まれない。

第1節 各国の主要調査項目の比較

スウェーデン	デンマーク	イギリス	アメリカ(カリフォルニア州アラメダ郡)
<p>社会参加支援:ハビリテーション、リハビリテーション、補装具支給、手話等通訳サービス、カウンセリング・助言・個別相談、レクリエーション、交通サービス、自動車購入・改造サービス。</p> <p>就労支援:雇用助成金、保護雇用・就労移行機会の提供、公共部門での保護雇用、補助者付雇用、特別職業訓練所、仕事・日中活動提供。</p> <p>所得手当:傷病手当、労働災害手当、失業手当、活動/疾病補償、障害手当、病児・障害児介護手当、特別年金加算。</p>	<p>住宅提供、作業所・社会参加活動、必要経費保障、障害者年金(年金法)、就業支援(労働市場法)</p>	<p>国民保健サービスでは車椅子の提供、ソーシャルケアサービスでは障害者設備補助金などの提供、ジョブセンタープラスでは障害者生活手当、介助手当(Attendance Allowance)を給付している。</p> <p>非政府組織の自立生活基金は、障害者のみを対象としたシステムである。</p>	<p>控除はあるが、付加給付はない。</p>
<p>市の認定を行うLSS査定員などによりサービスの種類・量・内容などが決定される。</p>	<p>社会福祉部のソーシャルワーカーがニーズ・アセスメントからサービス・コーディネート、モニタリングまで行う。</p>	<p>ケアマネジャーが、情報の提供、スクリーニングの実施、ニーズの評価、ケアプランの作成、ケアプランの実行、モニター、レビューの7段階を通して、ケアマネジメントを行っている。</p>	<p>ランターマン発達障害者法に基づきRegional Centerによって発達障害と認定された時点で、ケアマネジャーが付き、地域で生活出来るように全面的に援助する。</p>
<p>S o L : ニーズのある機能障害者で、認定された者。</p> <p>L S S ・ L A S S : 区分1~3に相当する者。</p>	<p>基本的には、身体的・精神的機能障害者、社会的問題を抱える者でニーズを認められた者。サービスにより内容が若干異なる。</p>	<p>国民保健サービスは全国民を対象、ソーシャルケアサービスは、一般的に、最重度及び重度のニーズを持つ人が対象となる。</p>	<p>上記。</p>
<p>市の福祉担当区域事務所の査定員。医師、地区担当ソーシャルワーカー等の意見を参考にする。</p> <p>L A S S では社会保険事務所が認定。</p>	<p>コムーネの社会福祉部。サービスにより異なるが、基本的には社会福祉部のソーシャルワーカーが、関連の専門職、医師などと協議して認定する。</p>	<p>国民保健サービス:国民保健サービスが自ら認定</p> <p>ソーシャルケアサービス:地方自治体</p>	<p>アラメダ郡社会福祉局在宅介護課(要介護認定)</p>
<p>S o L : 市により異なる。</p> <p>L S S : パーソナルアシスタンス制度には大まかな基準がある。週20時間を超えると担当部署が移動。</p>	<p>ICFに則り、環境因子・個人因子を踏まえて「ニーズ」を評定する。基本情報(背景、機能障害)、日常生活、社会生活、余暇・労働、コミュニケーション、住宅、移動の7領域で評価する。ニーズの高低による区分はない。</p>	<p>・国民保健サービスのプライマリーケア、セカンドリーケアの利用に認定基準はない。ただし、継続医療ケアやNHSが助成するケアホームには認定基準が設定されている。</p> <p>・ソーシャルケアサービスは、最重度、重度、中度、軽度の枠組みを設定している。一般的には、最重度、重度を対象としている。</p>	<p>法的な基準はない。在宅介護を受けないと高度看護施設に行かなければならない状態の人。</p>
<p>上記。</p>	<p>サービス利用者数は、在宅ケア約3万人、在宅生活支援1.5万人、パーソナルアシスタント制度0.1万人、同行サービス0.5万人、作業所0.8万人、社会参加活動1.7万人、住宅提供1.7万人(恒久・一時)。</p>	<p>国民保健サービス:継続医療ケアの利用者78,369人(2008-9第1,2四半期)。ケアホーム利用者23,452人(2007年3月31日)。</p> <p>ソーシャルケアサービス:成人利用者175万人(2004-5)。18歳以上の在宅介護利用者259,000人(2005-6)。</p> <p>ジョブセンタープラス:障害者生活手当受給者260.9万人(2007年8月末)、介護手当受給者154.7万人(2008年5月)。</p>	<p>上記。</p>
<p>S o L ・ L S S : 市の福祉担当区域事務所に申請する。</p> <p>L A S S : 社会保険事務所に本人または市が申請する。</p>	<p>コムーネの社会福祉部に窓口が一本化されており、ここに申請する。各サービスの利用手続きも社会福祉部が窓口となる。</p>	<p>国民保健サービスの利用は近隣のかかりつけ医(GP)に登録、ソーシャルケアサービスの利用は地方自治体へ、ジョブセンタープラスの利用はジョブセンタープラスへ連絡する。</p>	<p>アラメダ郡社会福祉局在宅介護課</p>
<p>S o L : 査定員によるサービス必要性の有無と必要量のアセスメントが行われる。</p> <p>L S S : パーソナルアシスタンス制度の申請は、全て福祉担当区域事務所でなされる。</p> <p>L A S S : 本人あるいは市が社会保険事務所に申請し、同所の査定員が判定を行う。</p>	<p>各サービスの種類と量の判定は、専門職として経験が長いソーシャルワーカーが中心となり、複数の専門職・医師が関わって協議の上決定される。</p>	<p>ソーシャルケアサービスを受けられるかどうかの評価は、単一評価プロセス(Single Assessment Process)を使用し、ケアマネジャーもしくは作業療法士が対象者との会話から情報収集し、専門職として判定を下す。</p>	<p>医師の診断書をもとに、アラメダ郡社会福祉局在宅介護課のソーシャルワーカーが査定を行う。(パーソナルアシスタントサービスの認定)</p>
<p>S o L : 各市で決定。収入に応じた費用徴収を認む。最高負担額・最低保障額が導入されている。</p> <p>L S S : 原則無料。家賃・余暇費などは、市が実費徴収可能。</p>	<p>原則無料である。リハビリの一部、住宅提供の家賃は利用者負担である。</p>	<p>国民保健サービス:通院費、薬の処方、歯科、眼科、頭髪のサポートについて、一部を除いて利用者負担が発生する。</p> <p>ソーシャルケアサービス:コミュニティアラムシステム、家屋改造、デイセンターの利用、ショートステイの利用、ボランティアによる交通手段の利用、在宅介護、ケアホームの利用、食事の宅配サービスには利用者負担が発生する。</p>	<p>なし。</p>

第2節 オランダ

(オランダ王国)

Koninkrijk der Nederlanden

1. 障害者介護サービスに関する調査	22
2. モデルに関する調査	45
3. 障害児に関する調査	54
■添付資料.....	57
オランダ障害要介護程度区分認定申請書	

後藤 猛 (Japan Euro Promotions (JEP) 代表)

1. 障害者介護サービスに関する調査

(1) 障害の定義、範囲、区分

オランダでは、障害の定義、範囲、区分に関する法律規定はなく、保健福祉スポーツ省が時代に沿ってその定義の大原則を発表し、各専門機関がこの大原則にのっとり、各々が定義づけをしてきた。この定義に従い、医療介護保険法 (ZVW) や社会支援法 (Wmo) の障害者区分認定が行われてきた。この定義は、定義の境界すれすれにいる弱者を救済できるように、柔軟性を持たせていることが重要な特徴である。なお、「医療」と「介護」を同時にカバーしている制度については「医療介護」と記述する。

オランダ保健福祉スポーツ省が発表した「一般的な障害者」の定義づけは、以下の通りである。

「障害者とは、体力、感覚(器官)力、知力が悪化して、慢性的病に伏している人を指す。つまり、障害とは体力、感覚(器官)力、知力の悪化の結果として、通常の機能が限定され、この悪化が永続性を持つ恒久的なものであり、発展過程の個人的な能力さえもおびやかす。障害者は、比較的長い期間にわたりこの病に悩まされ、完全な回復も期待できなく、沈滞した慢性状態が特徴で、どうしようもない疾病疾患に悩まされている。」(2004年1月1日)¹⁾

出典：オランダ保健福祉スポーツ省 <http://www.minvws.nl/>

上記の定義に基づき、特別医療介護保険法 (AWBZ) 適用の程度区分認定をする中央医療介護認定機関 (CIZ) は、特別医療介護保険が適用される障害と疾病疾患、限定の定義を以下のように定めた。

障害・疾病疾患・限定の6つの区分(中央医療介護認定機関による定義)

区分1

【身体の疾病疾患による限定】

現実の身体的疾病疾患が原因で、慢性状態でそれが末期の状態に達している。慢性的疾病疾患により、全ての機能がこれ以上よくなると予測されたその状態が継続し、治療を継続することにより様態が回復に向かったり、現実にある限定がなくなるものでもない。これが、担当治療医師によっても確認できる。治療や回復につながるはずの医療行為(治療)や準医療行為(準治療)により、逆に悪化していく。

この疾病疾患の特徴は、身体障害の定義とは基本的に違う。身体の限定とは、この限定が神経系統や運動器官から来るのではなく、末期の状態では回復することがなく、これが終末へつながり、その期間がどれだけ続くのか正確な時間さえわからないことである。

【身体障害】

身体障害も身体の疾病疾患である。身体の限定が神経系統や運動器官から来るもので、末期の状態ではないが機能の回復が不可能で、機能回復の可能性は、治療医師がこれを判断する。

区分 2

【心理老人病的要因(認知症)の疾病疾患による限定】

心理老人病的要因(認知症)は、基本的に頭脳の疾病疾患や障害により起こる。その兆候は、特に思考能力、精神生活、知的判断、記憶能力に現れ、多くは機動性の喪失や社会的手際さの欠如と共に現れる。認知症とは、後天的な脳の疾病疾患で、数種の疾病疾患や症状の総称である。

区分 3

【精神の疾病疾患による限定】

精神的疾病疾患は、精神の限定と呼ばれる。なぜなら、1つまたは複数の疾病疾患が精神的要因から来ているからである。オランダでは知的障害も含め精神の限定を社会的障害と呼んでいる。

区分 4

【知的障害】

- ・軽度知的障害 IQ50 – 70
- ・中度知的障害 IQ35 – 50
- ・重度知的障害 IQ20 – 35
- ・最重度知的障害 <IQ20
- ・精神薄弱(程度が確定できない、知的テストが不可能)

区分 5

【感覚器官障害】

視覚障害と限定

1. 0(全く見えない)と 6 / 60(弱視力)
2. 見えるほうの目で 30%以下の視界
3. 視角が 10 度以下

聴覚・コミュニケーション障害

言語障害

区分 6

【心理社会的因子】

家族・家庭内問題、家族以外の対人関係問題、学校・職場の問題、社会的支援や経済的問題を持ち支援援助を必要とする市民。

(2) 要介護者の定義、範囲、区分(制度別)

中央医療介護認定機関(CIZ)または青少年介護事務所(Bureau Jeugdzorg.)の認定を受け、特別医療介護保険法(AWBZ)に基づく医療介護が必要な人(de zorgbehoefte van mensen)ならびに各市町村(自治体)の認定を得て社会支援法(Wmo)に基づく介助や介護が必要な人が要介護者になる。

中央医療介護認定機関の作成した特別医療介護保険法(AWBZ)の程度区分には、利用者がどれだけの医療介護を必要としているかを定めている。2007年7月1日よりスタートした医

療介護程度区分パッケージ(ZZP)サービスによると、特別医療介護保険法の要介護者とは、次の利用者を指す。

1. 身体の疾病疾患により機能を限定された利用者(医療介護の必要な利用者、末期患者)
2. 心理老人病的要因(認知症)の疾病疾患により機能を限定された利用者(心理社会的要因を持つ利用者)
3. 知的障害者
4. 身体障害者
5. 精神の疾病疾患により機能を限定された利用者
6. (軽度)知的障害者

出典：中央介護認定機関(CIZ)2008年
<http://www.ciz.nl>

(3) 制度の名称、根拠法

A. 根拠法について

障害者や要介護者を対象にした関連制度と根拠法は、次の a) ~ j) の通りである。

a) 精神科病院特別入院法 (De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen; Bopz)

強制入院を強いられる利用者を保護する法律で、利用者の意思に反して精神科施設に入院させられる場合に際しての利用者の権利について記している。保健福祉スポーツ省は、この法律に基づく政策である、1. 精神医療の強制入院と治療、2. 知的障害者の介護ケア、3. 老人精神病(認知症患者の介護ケア)の責務を負う。

b) 個別保健介護に関する職業法 (De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg; BIG)

個別保健介護の実践を行う医療介護提供者の質の管理を目的とする。医療介護を受ける利用者を悪質な医療介護提供者の素人的で怠慢な医療介護行為から守ることを目的とする。この法律では、医療介護提供者である薬剤師、医師、看護師、理学療法士、心理療法士、歯科医、助産師などが肩書きを使用する場合、これを登録しなければならないとしている。また、どの医療介護提供者が、どのような条件のもとに手術や注射などの医療行為ができるかも明記している。

c) 社会支援法 (De Wet maatschappelijke ondersteuning; Wmo)

人に頼らず、できるだけ長く独立して生活できることを達成するために要介護者や介護者を支援する法律であり、この共生社会に全ての市民が参加できることを目的としている。この法律は福祉法 (De Welzijnswet)、障害者補装具法 (De Wet voorzieningen gehandicapten; WVG) と特別医療介護保険法の一部を吸収し、2007年1月1日に発足した。社会支援法の責務と施策は市町村(自治体)に任されている。

d) 特別医療介護保険法 (De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; AWBZ)

オランダ語の直訳では「特別な疾病にかかる経費に関する一般法」である。特別な疾病と介護の経費負担リスクのための国民保険で、オランダに住み、または働く全ての人がある保険料を強制的に支払わされる代わりに、その恩恵を享受する権利を持つ。特別医療介護保険法には、一

般疾病保険で支払うことが不可能な高額な医療、長期にわたる在宅介護や、ナーシングホーム・障害者施設への入院など、利用者にとって、その支払いがほとんど不可能な医療介護費をカバーする目的がある。

e) 保健介護市場規制法 (De Wet marktordening gezondheidszorg; WMG)

目的は、医療介護における市場競争の活性化であり、利用者にとって重要な法律である。この法の下に医療介護提供者と保険会社は、市民への全ての情報の公開義務を持つ。医療介護提供者は、利用者が希望して特定の治療や病院、保険会社を選択できるように、利用者に提供する医療介護の価格、サービスの質、その他の特徴をできるだけ詳しく明確に示さなければならない。また、この法律は、全医療介護市場(保険会社、医療介護取引、医療介護認可)や医療介護市場の進展、医療介護の申し込みやその処理過程の監視をも管理している。医療介護の全ての価格は、この法律の下にある保健介護料金法 (Wtg) に定めてある。

f) 保健介護料金法 (De Wet tarieven gezondheidszorg; Wtg)

医療介護の全ての価格をここに定めている。

g) 医療介護施設許可法 (De Wet toelating zorginstellingen; WTZi)

2006年1月1日に施行され、政府や地方自治体の医療介護施設の収容能力や建物それ自体に対する関与を抑制し、責任を持てる医療介護施設がより自由に創造されることを目的としている。医療介護保険法 (ZVW) や特別医療介護保険法 (AWBZ) の履行には、医療介護施設の許可が必要であり、利用者の流れ次第で施設の改修などが必要となる。2008年1月1日から新たな病院を建てる場合は、許可性が廃止になり、2009年1月1日から長期医療介護用と精神保健介護用の建築規定も廃止された。

h) 医療契約法 (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst; WGBO)

患者と医療介護提供者の責任と義務を定めている。医療契約法の目的は、弱い立場になりやすい利用者の立場の強化にあり、そのため、1. 医療介護提供者が持つ情報への権利、2. 医療行為に対する許可、3. 医療書類の閲覧、4. 医療介護提供者の秘密保持義務、5. 医療行為中のプライバシーの厳守義務、6. 自己決定できない利用者の代理権を強調している。同時に、利用者の持てる権利と同じように、利用者が抱えている問題を医療介護提供者へより正確に明快に十分に示し説明する利用者義務をも明記している。正確な情報により、医療介護提供者は、迅速でよりよい診断ができ、よりよい医療と介護の提供ができる。利用者は可能な限り医療介護提供者へ協力し、その助言に従わなければならないとしている。

i). 慢性病患者と障害者の補償法 (De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten; Wtcg)

慢性病患者や障害者がその限定により通常以上の光熱を使用したりなどし、通常以上の経費が出た場合、それを補償するもので、特別出費の財政的調整の代わりにある。この法律は2009年1月1日に効力を発した。

j) 青少年保護法 (Wet op de Jeugdzorg)

親と子へ深刻な成長過程の問題やしつけ教育の問題を解決するために、全ての保護を施すことを目的としている。この目的の中には、児童知的保健介護（特別医療介護保険）や軽度障害児童介護（特別医療介護保険）も含まれる。

1968年にスタートした特別医療介護保険は時代に沿わなくなり、その組織や法律の簡素化とより有効な機能化と効率化、そして組織や作業の透明化が必要だと騒がれてきて、2003年に機能を重点に置いた保険として再出発した。それは医療介護の提供者（病院、各施設、主治医、専門医など）が予算を作成して国に提出し、特別医療介護保険の機能（医療と介護と指導援助など）を基に国がこれに応じて提供者へ申請された金額を支払ってきたこれまでとは違い、医療介護提供者（病院、各施設、主治医、専門医など）への支払いは、利用者がどれだけの量とタイプの医療介護を必要しているのかといった、利用者ごとに支払われる制度に変わった。

この機能集中型費用負担システムは、2003年に病院をはじめとする施設外介護に導入され組織や支払いが鮮明になり、2007年から医療介護費用負担システムが医療介護福祉施設内にも導入された。また、市民に密着した住民の住民による住民のための医療介護と福祉という要求が高まり、これまで市民から遠かった医療介護と福祉が国から利用者を中心とした住民のもとに戻って来て、社会支援法 (Wmo) の導入によって実施された。

社会支援法の実施の第一の理由は、これまでの特別医療介護保険の存続が資金不足で危機に侵されてきたことだ。個人ではとてもカバーできない事故や大病のリスクや長期にわたる高額な医療介護（ケア）をカバーするために作られたこの法律が高齢化が進むにつれ、高齢者のための医療介護保険のようになっていき、現在のように支払い不能の状況まで追い詰められてきた。そしてこれから20年後、団塊の世代が80歳になり、多くの国民が公的ケアを必要とするようになったときの財政出費を考えると、このままではいられない状況になってきた。

第二に、これまでの国のレベルで配慮が行き届かなかった国民の介護（ケア）、住まい、福祉を国民＝利用者が住んでいる自治体のレベルまで下げることにより、組織的にも距離的にも市民との温度差がなくなり、利用者にとって最高の条件で充実した介護（ケア）を提供できることがあげられる。また、利用者へのサービスを充実させることで、これまでのように「窓口が多すぎて、どこへ行けば適切な福祉援助や助言を受けられるかがわからない」など多くの苦情を撲滅し、医療介護と福祉サービスの全てが簡素化・集中化され、鮮明になることを目的とした。

第三に、これまでの複雑だった法律や官僚主義的な組織の改革と革新を行うために、社会支援法が必要であった。

特別医療介護保険法の使命は、時代にあったニュースに応じて守り抜かれ、長期にわたる医療介護を必要とする全ての脆弱な人々に質の高い医療介護を提供し、長い時間をかけ障害者や要介護者をケアをしていくことにある。

B. 制度の比較について

上記の関連制度と根拠法のうち、主要な法律である「特別医療介護保険法」と「社会支援法」の2つを取り上げ、その関係を見てみる。

a) 社会支援法と特別医療介護保険法の比較

2つの法律の比較を、図表1に記す。

図表 1 社会支援法と特別医療介護保険法の比較

	社会支援法 (Wmo)	特別医療介護保険法 (AWBZ)
対象	障害者、慢性疾病の者	障害者、慢性疾病の者
認定	市町村(自治体)の社会支援窓口	中央医療介護認定機関 (CIZ) 青少年介護事務所 (bureau Jeugdzorg)
自己負担	収入による	収入による
特別記載	AWBZ サービスの享受の有無	
範囲	準医療行為、介護、福祉、住まい	医療介護
給付内容	家事の介助、住宅、車椅子や他の移動手段、移動交通手段、障害者駐車許可書と駐車場、福祉作業(趣味クラブ、町内センター、公民館) マントルケア(注1)とボランティアの支援、中毒症ケア、女性受け入れ施設、社会福祉収容センター、公共の精神保健介護、家庭暴力撲滅	個人介護(PV)、看護(VP)、支援指導(OB)、活動促進指導(AB)、治療(BH)、滞在(VB) 支援指導や活性化指導への交通手段、松葉杖や車椅子などの看護補装具使用、手話通訳の世話、 医療不可欠介護の1年以上の継続滞在、AWBZ施設(注2)の滞在や継続滞在のケア、 例外的出産を含む出産前の介護、 先天性新陳代謝疾病、 国内予防接種プログラムに基づく接種
不服申立て	市長と助役の会へ抗議	中央医療介護認定機関(CIZ)の地域所長へ抗議

(注1) 介護が必要な利用者に、長期にわたる介護(ケア)が支援団体などからなされるのではなく、隣近所や家族、友人などが必要な介護(ケア)を行うこと。マントルケア提供者は、あくまでもボランティアで無償である。

(注2) AWBZ施設については、図表5を参照。

出典：オランダ保健福祉スポーツ省
<http://www.minvws.nl/>

b) 特別医療介護保険法か社会支援法かの判断

利用者の状況と適用される法律を図表2に記す。

図表 2 特別医療介護保険法か社会支援法かの判断

利用者の状況	特別医療介護保険法か社会支援法か
慢性の精神的問題や心理社会的因子がある	基本的に社会支援法が適用されるが、特別医療介護保険法の適用資格を持っている場合は適用されない。
特別医療介護保険法施設に入居している	基本的に社会支援法が適用される。特別医療介護保険の認定を受けた場合も同様である。しかし、その施設に入居していなかったり、独立して住んでる場合や入居待ちの場合は、その限りではない。この場合、長期の在宅での医療介護を通し、一時的に設備の利用やサービスを受ける。
一時的に設備の利用やサービスが必要	多くの場合、特別医療介護保険法に基づき、設備やサービスを借用できる。設備やサービスの必要性が26週間以内の場合は、社会支援法は適用されない。設備やサービスの必要性が26週間以上だが、必要性がそれほど長くない場合は、各市町村(自治体)と在宅介護団体との間で、どちらが設備やサービスを提供するかを取り決める。
車椅子が必要	特別医療介護保険法に基づく施設に入居していて医療介護を施設内で受けている場合、特別医療介護保険法に基づく車椅子の権利がある。医療介護を受けてない場合は、社会支援法に基づく車椅子の権利がある。

出典：オランダ保健福祉スポーツ省
<http://www.minvws.nl/>

(4) 運営主体

障害者と要介護者を対象としたオランダ医療介護保険の運営主体（責務者）は、大きく分けると医療介護事務所と各市町村（自治体）の2つからなる（図表3参照）。なお医療介護事務所についての詳細も下に記す。

図表3 医療介護保険の運営主体

開始年	法律・制度	運営主体
2006	医療介護保険法 (ZVW) (注1)	保険会社 (zorgverzekering)
1968	特別医療介護保険法 (AWBZ)	医療介護事務所 (zorgkantoor) 32ヶ所
2007	社会支援法 (Wmo)	各市町村(自治体) (gemeente) 441市町村
2009	慢性病患者と障害者の補償法 (Wtcg)	医療介護事務所 (zorgkantoor) 32ヶ所

(注1) 医療介護保険と補充保険が医療介護の経費をカバーする。医療介護保険は基礎国民保険で法的強制保険である。保健福祉スポーツ省はこの保険の基礎パッケージを作成している。この基礎パッケージから外れる治療は、補充保険でカバーしなければならず、これは任意保険になっている。任意保険パッケージの内容と保険料は、保険会社によって異なる。保健福祉スポーツ省は、この任意保険に一切関知しない。

出典：オランダ保健福祉スポーツ省
<http://www.minvws.nl/>

A. 特別医療介護保険と医療介護事務所

医療介護事務所 (zorgkantoor) は、全国 32ヶ所に事務所を持つ公益法人で、中央医療介護事務所 (1ヶ所) と地域医療介護事務所 (31ヶ所) からなる。各地域の医療介護事務所は特別医療介護保険法 (AWBZ) に基づく医療介護の実施に責任を持つ。各医療介護事務所は、利用者窓口、地域介護政策課、総務課の3部門を持つ。

「利用者窓口」は特別医療介護保険法に基づく医療介護に関する情報を提供し、申請者が保険に加入しているかどうかの確認を行うと共に、利用者負担金を支払っているかどうかの確認、利用者の経済状況の確認も行う。「地域介護政策課」は医療介護の実施を確実に速やかに行うための政策方針 (ケアプラン) を立て、利用者との間で契約を結び利用者の相談にのる。「総務課」は、利用者の正確な登録や事務手続きを行い、これを管理している。

利用者と政府の医療介護事務所や各市町村との対話は、テレビや新聞などのメディアを通して連日行われ、社会管理環境が整っている。介護事務所や各市町村は、利用者のために使命と責務を持ち、利用者に最適の医療介護を適正な価格で提供できる医療介護提供者を探さなければならない。

特別医療介護保険法に基づく医療介護認定の決定書は、利用者と利用者が属する医療介護事務所へ送られる。医療介護認定の決定書を受け取った医療介護事務所の役割は、利用者が持つ全ての医療介護サービスの権利を実際にそのまま受けられるようにすることである。そこで医療介護事務所は、利用者にとって医療介護提供者になる保険会社や団体と連絡を取る。利用者が個人帰属予算 (利用者自身へ医療介護を購入する予算が給付される) を望む場合は、利用者は医療介護事務所と連絡を取り、その旨を伝え、このアレンジをしてもらわなければならない。特別医療介護保険法による医療介護認定の決定は、どの機関に対しても強い拘束力を持ち、医療介護事務所から指定された医療介護提供者は、この認定の決定事項に従う義務を負っている。

B. 社会支援法と地方自治体

社会支援法(Wmo)に基づく介護認定決定は、依頼された介護認定機関から利用者が住んでいる市町村へ送られる。その介護認定の決定書を受け取った市町村は、利用者が持つ全ての介護サービスの権利を実際にそのまま受けられるようにする。介護サービスの内容は、国のガイドライン内で全て市町村の裁量に任せられている。利用者に対応するのは、各市町村の社会支援法の窓口であり、ケアプランに関して各市町村は、利用者や障害者協議会や高齢者団体などの利用者団体からの意見や希望を聞かなければならない。

(5) 制度の体系・相互関係

これまでの障害者と要介護者のため法律(福祉法、障害者補装具法、特別医療介護保険法の一部)を一本化し、特に長期にわたる介護のための社会支援法(Wmo)を作り、単純・明確化と共に一貫性を強調した新たな制度がスタートした。社会支援法は、市町村に軽度や重度の長期にわたる介護の実施とその責務を規定した。これまでの特別医療介護保険法は、重度で長期にわたる専門的医療介護と利用者毎の最適な(テーラー仕立て)医療介護の実施に責務を負うと規定した。また、この制度改正は医療介護供給者間のサービス向上のための自由競争を刺激することが目的であり、医療介護供給者は、利用者の希望を最優先させ、柔軟性を持ち利用者に合ったサービスの供給を目指すようにした。

特別医療介護保険法と社会支援法の相互関係は、寝たきりなどの重度障害者や要介護者の医療介護と共生社会の中で、軽重度障害者や要介護者ができるだけ独立して人に頼らず生活できる可能性を助成する医療介護の考えに一貫性を持たせることにあった。ここに、ボランティアやマントルケア、正確で詳しい利用者の情報、アドバイス、教育支援、日常茶飯事の介助と民間のお互いの支援や助け合いがなければ、この制度は成り立たないとした。

(6) 加入対象者、加入者

A. 特別医療介護保険

特別医療介護保険は強制保険であり、オランダに住んでいる者は、国籍を問わず源泉課税でこれを支払い加入者になる。オランダに住んでいなくともオランダで働いている者は、給与所得税を支払い加入者となっている。以上、特別医療介護保険の加入対象者は、オランダに住んでいる者、ならびにオランダ国外に住みオランダの給与所得税を支払っている者になる。しかし、例外もあるので常に保険会社団体(het College voor zorgverzekeringen ; CVZ)へ参照し確認すべきである。

B. 社会支援法

社会支援法に基づく介護は保険によるものではないため加入という形はとらず、オランダに住んでいる者は、国籍を問わずこれを利用できる。

(7) 給付内容

A. 特別医療介護保険法に基づくもの

特別医療介護保険による医療介護は「機能」という表現を使い、6種類の機能が給付される(図表4参照)。これを特別医療介護保険の6つの機能サービスと称する。なお、図表5には特別医療介護保険法に基づくサービス施設を列記する。

● マントルケアについて

介護が必要な利用者に、長期にわたる介護(ケア)が支援団体などからなされるのではなく、直接周りから、つまり社会的関係のある隣近所や家族、友人などが、通常の介護(ケア)を行う社会的関係者にとっては負担がかかるが障害者や要介護者にとっては必要な介護(ケア)を行うことである。マントルケア提供者は、あくまでもボランティアで無償である。

しかし、難病にかかった家族や障害者をケアする場合も、ケアを提供する側のQOL(Quality of Life, 生活の質)を考えてやらなければ、ケアしている人が次に病に倒れる可能性を持つ。

ここでマントルケア支援部隊が出てくる。マントルケア支援基地は自治体に必ず1つあり、小さな自治体ではこの枠を超えて連携協力しながら利用者の立場になり、マントルケアをする人々をサポートしている。この運営費は全て特別医療介護保険から出ていて、市町村経由でサポート提供者を支援している。州や自治体によっては、これに地方の予算を追加しているところもある。

マントルケア支援部隊は、マントルケア提供者の負担を軽減するためにボランティアを探し、組織し、マントルケアが必要な各家庭に送り込む。ボランティアは無償であるが、マントルケア提供者は、ほとんどの場合、ケアに関する資格を持っている。支援部隊は、資格のないボランティアに教育と教育の場を与え、ケアの質の向上にあたる。また、家族のケアのために、ボランティアとボランティアの勤務先との間に問題が起きないように、経済団体や、現実にマントルケア提供者の勤務先を訪れ、個人の事情やマントルケアに対する理解を深めてもらうためにいろいろな説明や交渉を行っている。オランダ医師会は、多くの医療行為を徹底した上質の教育でマントルケアに携わる人々に教育、訓練をし、ボランティアが安全に利用者の立場に立ったケアをできるようにしている。

このオランダ医師会の柔軟な対応は、オランダ経済に大きな貢献をしている。オランダの家族介護では、最高で週5日間の介護をし、年に2回は10日間ぐらいの自分だけの休暇を取り息抜きをし、新たな空気とエネルギーを得て次の活力にしている。このためにもマントルケア支援部隊は、重要な役割を果たしている。人口1,640万のオランダで100万人近くの家族、友人、隣り近所の人々が障害者や要介護者のマントルケアをしている。政府はこのマントルケアにより、「障害者や要介護者は、すぐにケアホームやナーシングホームに預けられることなく、これまでと同じ生活環境の中に長くいることができ、より長く独自の自立した生活習慣や環境、生き方を継続できる」としている。

図表4 特別医療介護保険の6つの機能(サービス)一覧

種類	サービス概要
1. 個人介護 (PV) Persoonlijk Verzorging	身体のカケアでシャワーを浴びる、洗身、衣服着脱、トイレへの移動介助、飲食の介助、コルセットや補助ストッキングの着脱の介護サービス
2. 看護 (VP) Verpleging	傷の手当て、薬の服用、注射、インシュリン注射の扱い方の指導、障害や病気とどう生きていくかのアドバイスや指導教育、硬膜外鎮痛、脊髄鎮痛、薬物・液体・流動食の静脈内投与、薬物の蒸気投与、酸素吸入器使用など専門化された看護治療サービス
3. 支援指導 (OB) Ondersteunende Begeliding (Algemeen)	認知症や精神的疾病疾患、知的障害などの利用者が日常の活動を自身でうまく統制できない活動を支援し指導すること。 意思の伝達や事務処理などの日常生活の介助でグループ支援指導の場合を OB-day と呼び、個人的支援指導の場合を OB-alg と呼ぶ。支援指導は、長期にわたる集中介護を行っている人、例えば病気のパートナーや障害を持った子供を介護している人への支援指導をも意味する。利用者は、限られた時間にその介護の一部か全部を支援してもらうことによって介護から開放されることが必要で、これにより、障害者中心の障害者のための介護が実現するとしている。
4. 活動促進指導 (AB) Activerende Begeleiding	買い物をするとか自立して住むとか、新しい経験を積むことを学び、個人的機能を改善させることが目的。身体的な面では、病気や障害といかに生きていくのかを学び、精神的には、例えば振る舞いや態度が変わるように話し合い、訓練、トレーニングを重ねる。活動促進指導の目的は、利用者が自立し自活できるように個人的機能を改善するところにある。活動促進指導は、グループで行う AB-day と個人的支援指導の AB-al の2通りがある。
5. 治療 (BH) Behandeling	脳卒中の発作のような兆候を回復させるためや悪化を防ぐための治療である。個人介護機能も含めて、治療のほかに最適な介護の供給が必要である。
6. 滞在 (VB) Verblijf	居宅、通所、入院(入所)を含む滞在とは、一時的にまたは長期に入院入所することで、週末など週(24時間×7日)の3日間のことなどを指す。長期とは、ケアホームやナーシングホームへ住むことである。これにはリハビリテーション期間の数週間や数ヶ月も含まれる。以前、滞在は24時間以上の完全介護のことだったが、利用者の自立自活をあくまでも重視した英語で言う「ハーフウェーハウス」になり、この定義の中にはデイケアも含むし、地域で見守りが同居していたり、見守りが近所にいる独立住宅での生活も含む。また、利用者が見守られている時間は、24時間、16時間、8時間、4時間、2時間とまちまちでもある。つまり、自宅でない場所で行われる介護や看護の全てを含む。部分的にでも1人で自活できなかつたり、施設への滞在が必要になったり、継続的に見守りが必要だったり、例えば喘息のように、前もって予測がつかないけれども決まった医療介護が必要なとき、自宅では必要な医療介護がどうしてもできないときに、長期だけでなく週末だけの入所も含めて、また一時的なものを含めてこれを入院入所という。
6c. 医療介護程度パッケージ (ZZP) Zorgzwaartepakket	医療介護が必要な利用者を、認知症などの要介護者、知的障害者、身体障害者、精神疾病者、(軽い)知的障害者ごとに分け、障害程度パッケージを作りその中に程度区分を設け、利用者がどのグループに属し、どのような(程度の)医療や介護を受けられるのかを明記した。医療介護程度パッケージごとに利用者ガイドブックが作られ、どのような施設で利用者がどのような機能サービスを受けられるのか、医療介護程度パッケージごとにこれを示した。

出典：オランダ保健福祉スポーツ省
<http://www.minvws.nl/>
 中央認定機関(CIZ)
<http://www.ciz.nl>
 をもとに作成

図表 5 特別医療介護保険のサービス施設

<ol style="list-style-type: none"> 1. ケアホーム 2. ナーシングホーム 3. 障害者施設 4. アールネム市の障害者の町“ヘット・ドルブ” 5. 監視付き一戸建てまたは住宅マンションを持つ地域施設 (RIBW's) 6. 精神科病院 7. 一般病院の精神科 (PAAZ'en) 8. 病院とその中のリハビリテーション施設
--

出典：オランダ保健福祉スポーツ省
<http://www.minvws.nl/>

B. 社会支援法に基づくもの

社会支援法は、図表 6 にある 9 つのサービスを提供している。自治体がこれらのサービスのどの領域に力を入れるかは、各自治体の環境と事情に合わせ独自に判断する。この法律の目的は、あくまでも市民がこの政策に積極的に参加することであって、政府は明確にこの法律が支援法であり、かつ市民の個人的責任を助成するものであるとしている。この点からも、各自治体が市民に対して援助、支援するサービス領域を透明にし、わかりやすくすることを義務づけている。

なお、図表 7 に住んでいる自治体で受けられる社会支援法の介護、福祉、住宅に関する給付サービスを記す。

図表 6 社会支援法に基づく 9 つの給付内容

給付項目	種／原語
1. 市町村内の社会的一貫性と住みやすさの推進	het bevorderen van sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten;
2. 成長期にある問題児の集中援助、非行予防としつけ、問題を持つ親への援助	op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met het opgroeien en ondersteuning van ouders met problemen met opvoeden;
3. 情報とアドバイスと市民援助の提供	het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. マントルケアをする人とボランティアの援助	het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. 社会のコミュニケーションへの参加推進と障害や慢性的精神の問題や心理社会的因子を持つ人々が独自に自立し、機能できるよう支援推進	het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en het bevorderen van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem;
6. 障害や慢性的精神の問題や心理社会的因子を持つ人々が独自に自立し、機能を維持するため、または社会コミュニケーションに参加するための施設援助	het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;
7. 虐待を受けた女性の受け入れ施設を含めた社会的受け入れ施設の提供	maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en huiselijk geweld
8. 公共の場における市民の精神保健ケアの推進	het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen
9. 中毒者政策の推進	het bevorderen van verslavingsbeleid

出典：オランダ保健福祉スポーツ省
<http://www.minvws.nl/>

図表7 社会支援法に基づく介護、福祉、住まいに関するサービス給付内容

給付項目	種類／原語
1. 家事家政の介助	hulp bij het huishouden
2. 住宅	woonvoorzieningen
3. 車椅子か他の移動手段	rolstoelen of andere verplaatsmiddele
4. 交通手段	vervoersvoorzieningen
5. 障害者用駐車カードと駐車場	gehandicaptenparkeerkaart en -parkeerplaats
6. 福祉関係仕事 (各種クラブ、町内会、公民館など)	welzijnswerk (zoals ondersteuning voor clubs, wijkcentra, dorpshuizen)
7. マントルケアとボランティア	ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers
8. 中毒者ケア	verslavingszorg
9. 女性受け入れ施設	vrouwenopvang
10. 社会的受け入れ施設	maatschappelijke opvang
11. 公的精神保健ケア	openbare geestelijke gezondheidszorg
12. 家内暴力撲滅	bestrijding van huiselijk geweld

出典：オランダ保健福祉スポーツ省
<http://www.minvws.nl/>

(8) 障害者のみの付加給付

障害者のみが受けられるのは、特別医療介護保険法と社会支援法(Wmo)、慢性病患者と障害者の補償法、社会就労サービス法(WSW)の給付や補助金のみで、他の給付は障害者でなくとも条件さえ整えば受けられる。

a) 社会参加支援への付加給付

特別医療介護保険法と社会支援法で述べた通りである。

b) 就労支援

社会就労サービス法に基づく就労である。これは就労障害者（独立して通常の就業ができない身体障害者、精神疾病者、知的障害者）へ、その障害の程度と限定に応じて、利用者に適した実際の就労を提供し、利用者は就労の成果として給与をもらう。ほとんどの場合、利用者は社会就労を行うと共に学校や研修所へ通っている。

社会就労サービス法の適用を受けられる条件は、1. 就労障害者で独立して通常の就業ができない、2. 時間や場所、作業テンポなどの適合が必要だったり、指導者の支援が必要な場合、3. 週に定まった何日かの就労ができること、4. 就労意欲があること、である。これのどれかが満足しない場合は、社会保険庁(UWV)と就職先を見つける他の可能性を探す。

社会就労サービス法の適用を受けるには認定が必要となる。認定のための6段階は次の通りである。

1. 社会保険庁の支部に行くか、インターネット(www.werk.nl)を通して認定応募用紙に記入し、社会就労サービス法の認定へ応募する。
2. 社会保険庁の支部から呼び出しがあり、1回目の面談をする。
3. 面談後、認定申込書に記載し、
4. 2回目の面談を受け、

5. 認定判断があり、
6. 認定決定が出される。

(認定が出されると)

1. スーパーマーケットやレストラン、または各種事務所で指導されながら就業する。
2. これが不可能な場合は、包装会社などの社会就労サービスの指定会社で働く。
3. 所得手当では、旧制度の就労不能保険法(WAO)と自営業者就労不能保険法(WAZ)があったが2004年に廃止され、社会労災保険である就労能力比例労働と所得に関する給付(WIA)に代わった。ただし、この法律は、障害者のみの付加給付ではない。

(9) ケアマネジメント

導入されているケアマネジメントは、政府や自治体のケア政策と、各医療介護施設が出すケアマネジメント、各利用者を対象とするケアマネジメントがある。なお、図表8に示すように医療介護の経営管理がケアマネジメントの中心にある。

図表8 ケアマネジメント(医療介護の経営管理)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 施設や現場の専門的戦略や方針の開発 2. 利用者の必要性にあった医療介護の調和 3. 在宅や施設のコンビのようなまったく違った介護提供者の介護プロセスの調和 4. 施設におけるケアプランの作成 5. 人事の組織化と計画 6. 財政管理計画 7. 業務遂行における役割と支援の認定 8. 変化する環境の最前線のマネジメント 9. 革新のためのチームや同僚に対する刺激方法 10. チームワークと共同作業の開発と進展 11. 同僚への指揮とコーチ 12. 自分にあった専門的処理の開発 13. 同僚との個人的影響効果の改善 14. 個人コーチの方法 |
|--|

出典：オランダ高等職業教育
<http://www.hbo.nl>

ケアマネジメントで重要なことは、利用者が中心で、どこのどのような施設でも利用者苦情不平委員会があることである。医療福祉施設には、必ず国が任命した有能なPVPと呼ばれる「利用者個人の信頼できる相談委員」がいて、利用者のいろいろな相談にのり、関係機関や団体、個人と対話を行い、問題を解決する。ここで問題が解決しない場合は、利用者に徹底的に耳を傾ける苦情不平委員会の設置が法律で定められており、そこへ訴える。

この一段上には、懲罰委員会がある。勿論、さらに上には裁判所があるわけだが、その前に厚生大臣直属の医療介護監督委員会がある。また、これ以外に数え切れないNGOや利用者を援助する独立した会や支援団体、消費者団体があり、これらの存在は、全て法律でしっかりと位置づけられ、その意見は国の政策さえ変更させる。

利用者の最大の味方は、利用者と国の高い敷居を外し、国民個人と政府や国が直接に対話を通して個々の小さな問題を解決可能にするため国会によって選ばれ、憲法で保証されている「ナショナルオンブズマン」である。オンブズマンは、大きな自治体や中小の自治体連合にもいて、国民の誰もが手紙やメール、電話で国や自治体に対する自己の考えを訴え、政策に対する不平不満や希望を述べることができる。オンブズマンの回答は、プロの調査官の調査を得て短期間で必ずもらえ、国民一人ひとり人が国や自治体の動きを個人的にウォッチできるようになっている。このナショナルオンブズマンの利用の仕方は、マスコミを通して国民の中に浸透している。人の生命と QOL (Quality of Life) を管理するための、社会文化計画委員会や社会経済委員会、応用科学研究所 (TNO) などの国の独立アドバイズ機関やジャーナリズムの役割も、オランダのケアマネジメントで重要な役割を果たしている。

(10) 給付対象者

A. 特別医療介護保険法による給付対象者

中央医療介護認定機関 (CIZ) または青少年介護事務所 (Bureau Jeugdzorg) の医療介護認定決定を受けてのみ、特別医療介護保険法による給付対象者になれる。2007 年の社会支援法 (Wmo) の導入により、特別医療介護保険法による給付対象者が以前と変わった。

2008 年 1 月の時点で 58 万 8 千人の子供から老人にいたるまでのオランダに住んでいる人が給付対象者であった。これは国民の 3.6% にあたる数字である。58 万 8 千人のうち、50 万人は現物給付を受け、7 万人は個人帰属予算を利用し、残りの 1 万 8 千人はこのコンビの給付を受けていた。給付対象者の中で一番多い機能サービスは指導サービスで 20 万人に達している。支援指導サービスへの認定が一番増しており、2005 年～2006 年までで 40% も増加した。(出典; オランダ保健福祉スポーツ省)

なお、図表 9 に特別医療介護保険法による給付対象者を記す。

図表 9 特別医療介護保険法による給付対象者

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 身体の疾病疾患による限定 SOM; Somatische ziekte/aandoening 2. 心理老人病的要因 (認知症) の疾病疾患による限定 PG; Psychogeriatrische ziekte/aandoening 3. 精神の疾病疾患による限定 PSY; Psychiatrische ziekte/aandoening 4. 身体障害 LG; Licahmelijke handicap 5. 知的障害 VG; Verstandelijke handicap 6. 感覚器官障害 ZG; Zintuiglijke handicap 7. 心理社会的因子 PS; Psychosociaal probleem |
|---|

出典: 中央医療介護認定機関 (CIZ)
<http://www.ciz.nl>

B. 社会支援法による給付対象者

自治体自体か自治体の指定する支援認定機関、例えば中央医療介護認定機関の支援認定決定を受けてのみ、社会支援法の給付対象者になれる。図表 10 は 2006 年～2007 年の社会支援法による給付対象者の一例である。給付対象者は自治体によりその判断が異なることと、実施施行されたばかりで、全体としての対象者数はまだ確認できてない。

図表 10 社会支援法による給付対象者の一例^(注) (2006年～2007年)

	2006年	2007年
軽度身体限定者	134	133
中度身体限定者	106	108
重度身体限定者	65	68

(注) 給付を受け公共交通機関を使用している重度、中度、軽度身体限定者の可動性実態。
全体平均を100とした場合の数値。

出典：中央医療介護認定機関(CIZ)

<http://www.ciz.nl>

(11) 認定主体

A. 特別医療保険法の認定主体

中央医療介護認定機関は、保健福祉スポーツ省の依頼により特別医療介護保険の医療介護認定を行う。保健福祉スポーツ大臣は、特別医療介護保険法の医療介護認定の実施にあたり、詳細な規定を中央医療介護認定機関に提示している。

1968年以來これまで81の地域認定機関がそれぞれ異なった医療介護認定基準を持って認定を行ってきたが、申請ならびに認定数の増大にしたがい認定の統一化と公正化が必要となり、中央医療介護認定機関が2005年1月1日に発足し、オランダ全土に共通の認定方法を導入して地域認定機関を吸収し、医療介護認定基準の統一を果たした。

オランダの医療は、ホームドクター(家庭医)制度であるので、基本的に住民は家庭医を通し本人や家族などがこの認定申請をする。中央医療介護認定機関は、2008年に年間100万件的認定処理を3千人の職員(内60名が医師でそのほとんどが認定士)で行った。認定の80%は、即日認定で家庭医からの直接間接の諸申請が即時に認定されている。認定の残り20%は、複雑なケースで数週間の時間を要する場合もある。

中央医療介護認定機関は、家庭医や専門医からの申請を再認定確認をせずに、抜き打ち検査の検証者を認定の現場へ送り検証させる。認定検討期間中も利用者に対するサービスは継続的に続けられ、必要なものはその場の判断で決まる。

中央医療介護認定機関と全国家庭医連盟は、より迅速で、より単純・明確化された、新たな認定システムを検討中である。

中央医療介護認定機関は公益法人で、認定が利用者全員に行きわたるよう全国を6つに区分し、49(北東オランダ6、東オランダ5、北西オランダ10、南西オランダ16、中央オランダ8、南東オランダ4)地域に中央医療介護認定機関支部を網羅させ、ここで3千人の多種多様のプロが働いている。ユトレヒト州ドゥリーベルヘン市にある本部には、1名の理事長と2名の理事がおり、全国49の業務運営サービスを管理している。また、地域の中央医療介護認定機関には各々の所長と地域マネジャー、チームリーダーがおり、地域の認定、作業手順、支援計画、福祉用具、施設の質などの管理を行い、地域での認定の決定に責任を持ち、それぞれの地域にあった施政方針や運営方針を決めている。

児童の認定に関しては、中央医療介護認定機関に代わり、青少年介護事務所(Bureau Jeugdzorg)がこれを行うが、その責務は中央医療介護認定機関にある。

B. 社会支援法の認定主体

各市町村(自治体)が認定主体になるが、実際の認定を中央医療介護認定機関や他の民間認定団体や会社へ任せることが多い。

(12) 認定基準

A. 特別医療介護保険法の認定基準

この認定基準は、統一された2つの方法がある。

1つは、オランダ障害要介護程度区分認定申請書²⁾(添付資料参照)により判定するもので、この判定はオランダ保健福祉スポーツ省の特別医療介護保険認定決定方針規則(Beleidsregels indecatiestelling AWBZ)³⁾に基づくものである。

2つ目は認定基準プロトコル(SIP/Standaard Indicatieprotocollen)を利用した認定である。これにより認定決定された数と割合を図表11に記す。

認定基準プロトコルの目的は、あくまでも医療介護認定申請が出される時点から、医療介護が実際に開始されるまでの時間をできるだけ短縮することである。そこで医療ソーシャルワーカーや看護師によって記載された認定基準プロトコルは、そのまま中央医療介護認定機関へ送られ、認定を決定する重要な参考資料として活用される。ほとんどの場合、認定基準プロトコルは中央医療介護認定機関内の専門家により一度だけ検証され、サービスが開始される。

利用者の医療介護認定が中央医療介護認定機関によって認められると、認定基準プロトコルは医療介護事務所へ送られ、医療介護事務所が指定する、または利用者が希望する医療介護提供者へ渡される。医療介護提供者は、この認定基準プロトコルに基づき利用者の医療介護を進める。医療介護の認定基準プロトコルが医療介護提供者によって忠実に活用されているか否かについては、中央医療介護認定機関が医療介護の現場にて、抜き打ち検査することで確認される。なお、認定有効期間は最高で5年である。

図表 11 全体の認定決定と認定基準プロトコルから認定決定された数と割合

	2005年	2006年	2007年
認定基準プロトコル(人)	40,647	101,610	131,320
全体の認定決定(人)	662,069	775,833	820,995
認定基準プロトコルの割合(%)	6.1	13.1	16.0

出典：中央医療介護認定機関(CIZ)
<http://www.ciz.nl>

B. 社会支援法の認定基準

認定基準は、すべて各市町村(自治体)に任せられている。

(13) 認定者数

A. 特別医療介護保険法の認定者数

図表 12 ～図表 14 に、特別医療介護保険の認定者総数とその内訳を記す。

図表 12 認定種類別の特別医療介護保険の認定者数(人)

認定の種類	2005年	2006年	2007年
身体の疾病疾患による限定(SOM)	412,379	479,494	525,393
身体の疾病疾患による限定(SOM) +心理老人病的要因(認知症)(PG)	31,118	43,025	39,093
身体の疾病疾患による限定(SOM) +心理社会的因子(PS)	37,801	38,943	19,656
知的障害(VG)	26,719	33,953	39,283
精神の疾病疾患による限定(PSY)	21,795	34,690	61,612
心理老人病的要因(認知症)(PG)	23,649	20,926	23,908
身体の疾病疾患による限定(SOM) +精神の疾病疾患による限定(PSY)	11,690	18,349	18,012
感覚器官障害(ZG)	9,560	17,330	16,183
心理社会的因子(PS)	8,389	10,629	7,740
精神の疾病疾患による限定(PSY) +知的障害(VG)	6,785	10,391	12,255
身体の疾病疾患による限定(SOM) +感覚器官障害(ZG)	4,721	8,262	7,993
身体の疾病疾患による限定(SOM) +知的障害(VG)	4,858	7,502	6,832
身体障害(LG)	3,580	4,151	4,669
その他	59,025	48,188	38,366
合計	662,069	775,833	820,995

出典：中央医療介護認定機関(CIZ)
<http://www.ciz.nl>

図表 13 年齢別の特別医療介護保険の認定者数数(人)(日常生活介護を除く)(注)

(年齢)	2005年	2006年	2007年
0～11歳	25,796	32,353	35,787
12～17歳	14,386	17,552	20,637
18～49歳	78,293	105,608	127,726
50～64歳	70,904	105,608	127,726
65～74歳	105,868	117,109	118,050
75～84歳	232,656	259,481	258,707
85歳以上	134,081	157,187	163,548
不明	85	33	35
合計	662,069	775,833	820,995

(注) 日常生活介護の給付は社会支援法で行われるようになった。

出典：中央医療介護認定機関(CIZ)
<http://www.ciz.nl>

図表 14 機能カテゴリーによる特別医療介護保険の最終認定決定者数(人)

機能カテゴリー	2005年	2006年	2007年
1. 個人介護(PV)のみ	83,537	88,938	116,646
2. 看護(VP)のみ	94,227	104,310	84,713
3. PV + VP	96,484	102,818	87,569
4. 治療(BH) (+ PV / VP)	1,659	2,434	2,899
5. 支援指導一般(OBA)のみ	28,503	30,480	28,832
6. OBA + (PV / VP / BH)	39,852	58,152	72,992
7. OBA + 支援指導デイケア(OBD) (+ PV / VP / BH)	17,628	26,437	40,347
8. OBDのみ	11,058	16,239	20,130
9. OBD + (PV / VP / BH)	28,503	30,480	28,832
10. 活動促進指導(AB) (+ PV / VP / BH / OBA / OBD)	44,663	57,658	54,121
11. 一時滞在(VBT) (クラス4より少ない場合 (+ PV / VP / BH / 支援指導(OB))	16,007	18,475	22,887
12. 滞在(+ PV / VP / BH / OB / AB)	200,409	225,833	1,200
13. 医療介護程度パッケージ(ZZP)	0	0	101,152
合計	662,069	775,853	820,995

出典：中央医療介護認定機関(CIZ)

<http://www.ciz.nl>

B. 社会支援法の認定者数

制度が始まったばかりであり、各自治体により認定基準が違うので、介護に関する社会支援法の認定者数は不明である。

(14) 利用手続き、所管窓口

A. 特別医療介護保険法の利用手続き、所管窓口

特別医療介護保険法の利用手続きは、所管窓口である最寄りの中央医療介護認定機関へ電話やメールで、または直接事務所を訪ねることで行われる。多くの場合は公益法人公共相談支援機関(MEE)⁴⁾(無料相談)を通し、利用者本人か家族から中央介護認定機関へ申請される。

申請が出されるとまず最初に、申請者が正しい住所に住んでいるかを最寄りの中央医療介護認定機関が確認する。申請は、申請書に必要事項を記入することで行われるが、利用者の許可がある場合に限り、家族や介護提供者、または他の方でも申請ができる(図表15参照)。なお、申請者に利用者本人か家族、病院や専門医、医療介護提供者が多いのは、利用者が長く特別医療介護保険を利用していることを物語っている。

図表 15 中央医療介護認定機関(CIZ)への申請手続きの割合(2007年度)

申請者	割合(%)
利用者本人か家族	17.5
利用者相談支援機関	2.6
地方自治体	0.6
家庭医	2.1
その他(申請代理人が不明)	24.9
病院や専門医	11.7
医療介護提供者	41.0
申請者の合計人数	956,532(人)

出典：中央医療介護認定機関(CIZ)2008年1月

B. 社会支援法の利用手続き、所管窓口

日常生活の支援援助や車椅子などの福祉用具の手配、住宅改修・改造に関する社会支援法に基づく介護サービスの申請の利用手続きは、各自治体(市町村)の役所の社会支援窓口で行われる。

(15)要否判定方法

A. 特別医療介護保険法の要否判定方法

認定基準に基づく要否判定方法は次の3つがある。

要否判定方法<1>

中央医療介護認定機関は、年間100万件の認定の処理決定を3千名の職員(内60名が医師で、そのほとんどが認定士)で行っている。認定の80%は即日認定で、家庭医や家庭医を通じた家族からの申請なので、それが即時に認定とされる。中央医療介護認定機関は、家庭医や他の医師と常に連絡交流しあい事情を知っているため再調査せずに、ランダムに抜き打ち検査する検証者を送る。

認定の残り20%は複雑なケースで、数週間の時間を要する。認定検討期間中も利用者に対するサービスは継続的に続けられ、必要なものはその場の判断で行われる。増え続ける医療介護認定にできるだけ早くどのような認定がくだるかかわかるように、中央医療介護認定機関は、在宅介護組織、ナーシングホームなどの医療介護供給者に対して、いくつかの簡単な認定をする責務を託した。

介護事務所から委任された医療介護供給者は、中央医療介護認定機関の作成した認定基準プロトコルをもとにこの責務を行う。認定基準プロトコルは、傷の手当てや薬の投与などの単純な看護行為の認定のために使われる。中央医療介護認定機関は、抜き打ちの検査判定により介護提供者の責務遂行を管理している。

要否判定方法<2><3>

2005年以降、要否判定方法は、1. 認定基準プロトコルによるもの、2. 単純認定申請、3. 複雑認定申請の3種類のみになった。認定基準プロトコルによる申請は、認定フィルターを通らずそのまま認定確定になるが、単純認定申請と複雑認定申請は、認定フィルターにかけられる。

単純認定申請は、基本的な記述に間違いがあるかどうかを確認したうえで確認サインが認定者からされ、認定確定になる。複雑認定申請は、始めてからその内容が確認され、そこで確認でき認められれば、認定が確定する。標準認定プロトコールと単純認定による確定には抜き打ち検査があり、そこで詳しく確認され、申請に間違いがある場合は認定確定が取り消される。

ここ数年の特別医療介護保険法の改正により、2005年～2007年まで平均して年間10%も増え続けてきた認定決定は、2006年～2007年の1年間を見ると3%に留まっている。特に65歳以上の認定決定の数はほとんど変わっていない。

社会支援法(Wmo)の導入で、2007年7月1日から施設外介護(intramurale)の認定給付方法も変わった。特別医療介護保険法の権利は、単なる機能サービスの給付でなく、機能サービスのパッケージである医療介護程度パッケージ(ZZP⁵⁾)になった。また、日常家庭介護(HV)は、特別医療介護保険法から社会支援法へ移り、特別医療介護保険の介護認定に入らず、これにより特別医療介護保険法の介護認定決定者の計算方法も変わった。

基準をどう運用するか認定基準の基になるオランダ保健福祉スポーツ省がまとめた「特別医療介護保険法認定決定方針規則2009年(Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009)」は、11章・合計173ページの書類で、これを基に中央医療介護認定機関が2008年12月18日に作成した「中央医療介護認定機関認定指針(CIZ Indicatielijzer)」は、10章・合計148ページに、その要否判定方法などが細かな字でびっしりと詰まっている。

B. 社会支援法の要否判定方法

社会支援法の要否判定方法は、各自治体により異なる。

(16) 利用者負担

人口1,650万人を抱える小国オランダ(九州とほぼ同じ面積)は、医療介護に年間500億ユーロ以上の予算を取っている。利用者負担は、今後増え続ける医療介護経費の将来をみると非常に重要なテーマである。

医療介護での利用者負担は、特別医療介護保険法と社会支援法(Wmo)の2つの場合がある。ただし、どの場合でも利用者負担額が収入、年齢、家族状況から中央医療介護事務所(zorgkantoor)が計算し出した「利用者最高負担額」を超えることはない。利用者の「利用者最高負担額」は、インターネットのサイトで国民の誰もが簡単にその金額を計算できる。2009年より特別医療介護保険法と社会支援法の利用者負担額の所得税からの控除案がなくなったが、特別医療介護保険法と社会支援法の医療介護利用者は、慢性病患者と障害者の補償法(Wtcg)の導入により、利用者負担額の割引きを得ることが可能になった。

入院入所医療介護(extramurale zorg)の場合は33%の割引きがあり、在宅医療介護(intramurale zorg)では、65歳以下の利用者に16%、65歳以上に8%の割引きが設定された。施設に住んでいる利用者の割引きは、2009年1月から請求書をもって清算され、在宅で医療介護サービスを受けている利用者のそれは2009年度の割引きを2010年の初めに一括して清算される。これも、2010年から請求書をもって清算される。

2010年1月1日から特別医療介護保険の指導サービスを受けている成人は、新たにこれに対して利用者負担をする。介護、看護、滞在の特別医療介護保険サービスには、すでに利用者負担規定が取り入れられている。

2009年7月1日から導入する計画だった個人の資産も利用者負担額の計算に入れる法案は消滅した。

出典：オランダ保健福祉スポーツ省

<http://www.minvws.nl/dossiers/wet-tegemoetkoming-chronisch-zieken-en-gehandicaptten-wtcg/korting-eigen-bijdrage-awbzwmo/default.asp>

A. 特別医療介護保険法の利用者負担

特別医療介護保険法の利用者負担には、特別医療介護保険施設に居住、滞在(一時的でも)している場合と在宅の2通りがある。

a) 施設居住滞在の利用者負担

18歳以上で特別医療介護保険施設に居住、滞在(一時的でも)している場合は、利用者負担が生じる。この利用者負担には、所得、家族状況、認定により低額と高額利用者負担がある。初めの6ヶ月間は低額利用者負担を支払い、その後は、状況により低額と高額利用者負担の判断がされる。

【独身で以下の状況にある場合は、低額利用者負担と判断される】

- ・特別医療介護保険施設での居住や滞在(一時的でも)が終了し、在宅介護の可能性がある場合
- ・継続する短期認定がある場合
- ・扶養給付手当を受けているか育英奨学資金を受けている子供の費用を支払っている場合

【既婚で以下の状況にある場合は、低額利用者負担者と判断される】

- ・本人またはパートナーに継続する短期認定がある場合
- ・パートナーが最初の1年目に病院やリハビリセンターまたは精神の疾病疾患による限定で入院していて、かつこれまでの経費を滞納していない場合
- ・本人またはパートナーの滞在が終了し、在宅介護に移行する可能性がある場合
- ・扶養給付手当を受けているか育英奨学資金を受けている子供の費用を支払っている場合

.....

低額利用者負担の年間利用者負担額は、利用者とパートナーの収入の12.5% (2007年度)で、月額最低限度が141.20ユーロ、最高限度が741.20ユーロである(2009年度)。

これ以外の利用者は、全て高額利用者負担になる。高額利用者負担の月額最高限度は、1,838.60ユーロである(2009年度)。最初の半年間に高額利用者負担をしてきた利用者は、その後も高額利用者負担を支払う。

出典：Startpagina

<http://www.hetcak.nl/smartsite.dws?id=58607>

Zorg met Verblijf

<http://www.hetcak.nl/smartsite.dws?id=58616>

Bereken uw lage eigen bijdrage

<http://www.hetcak.nl/smartsite.dws?id=61420>

b) 在宅介護の利用者負担

在宅介護は、利用者負担である。中央医療介護事務所が利用者の負担額を保健福祉スポーツ省の規定に沿って計算する。計算は、パソコンのモジュールを利用してできる利用者負担額は、家族構成、年齢(65歳以下・以上)、収入、4週間で受けた医療介護の時間によって定まるが、中央医療介護事務所が定めた最高利用者負担限度を超えることはない。基本は時間につき12.40ユーロが利用者負担になる。

c) 移動用補装具の利用者負担

移動用補装具の利用者負担は、個人帰属予算(PGB)と現物給付(ZIN)によって異なる。

個人帰属予算の場合は、利用者自身へ医療介護を購入する予算が給付される。給付されたお金の出費の責務は、地域医療介護事務所に対し利用者自身が負う。治療と長期滞在には、この予算は使えない。医療介護事務所は、利用者の個人帰属予算額を医療介護認定証書と利用者の収入状況によって決める。医療介護事務所は、最終決定の前に税務署に提示している利用者の収入を確認する。その後、医療介護事務所は利用者がいつから個人帰属予算を受けられるかを決め、それを文書で利用者へ知らせる。予算以上ものを購入した場合は、これを自己負担とする。

医療介護現物給付の場合は、利用者へ在宅介護団体やケアホーム、ナーシングホームや利用者の住まいを見守っている団体の人が、医療介護に必要な補助器具とか医療介護をどのように受けるかを決めに来る。医療介護現物給付を選択した場合、利用者ほどの医療介護提供者から医療介護現物給付を得たいかを定める(自由選択権)。どの医療介護提供者(在宅医療介護団体やケアホーム、ナーシングホームや利用者の住まいの見守りをしている団体)にそれを依頼するかを決め、医療介護認定証書を送る。希望する医療介護提供者がない場合、医療介護事務所が利用者が一番適した医療介護提供者を、利用者のために探す。

医療介護現物給付は、利用者のための在宅介護機関やケアホーム、ナーシングホームなどの施設利用であり、医療介護提供者から利用者へ提供される医療介護と補助器具である。ある移動用補装具の利用に、自己負担や節約負担を市町村から請求される場合もあるが、車椅子を自己負担することはない。

B. 社会支援法の利用者負担

自治体は利用者負担を定めて課すことができるが、国が利用者負担基準を定めているので新たに負担額を定める必要はない。自治体は行政法 450、第 4 条 1-2 の収入に応じた利用者負担最高額と利用者負担制度の平等に従わなければならない。収入による最高限度を下げることは自治体に一任されている。法定利用者負担最高額は社会支援法と特別医療介護保険法の合計額にも適応される。利用者の特別医療介護保険法の利用者負担最高額が社会支援法より優先し、利用者の特別医療介護保険法の利用者負担最高額が社会福祉法のそれよりも低い場合にその差額が自治体へ支払われる。図表 16 に国が定めている利用者負担の 4 グループについて記す。

図表 16 国が定めている利用者負担の 4 グループ

グループ	利用者負担最高額 ／ 4 週間(ユーロ)	所得境界(ユーロ)	超過収入の未払い割合(%)
未婚 65 歳以下	16.60	16,137	15
未婚 65 歳以上	16.60	14,162	15
既婚 65 歳以下	23.80	20,810	15
既婚 65 歳以上	23.80	19,837	15

出典：オランダ保健福祉スポーツ省
<http://www.minvws.nl/>

利用者負担はパートナー（パートナーがいる場合）の収入も含めてその合計が（社会的最低限度の生活扶助給付金を含め）社会的最低限度生活扶助給付額に20%上乗せした金額より低い場合は、利用者負担はない。これを超している場合は、超した金額に対して最高限度15%の利用者負担を支払う。ただし、個人帰属予算は、すでに収入などを考慮して計算した金額なので利用者負担がない。

C. 低所得者・障害者への配慮

18歳以上のオランダ人や永住権を持つなどのオランダ人と同等の資格を持ち、オランダに住んでいる者は、QOL (Quality of Life) の権利を持つ。そのためにオランダ国の住民は、市町村へ求職援助を求めなければならない。仕事が見つかるまでの間や就業できない状況にある場合、オランダ国の住民は、「福祉と労働に関する保険法」により各自治体に生活扶助給付金の請求ができ、自治体はこれに応えなければならない。これは、21歳～65歳までのオランダに住んでいる市民に適用される。なお、利用者の収入が生活扶助給付金に20%上乗せした金額より低いときは社会支援法の利用者負担は控除され、これより多いときは、その超した金額に対して最高限度15%の利用者負担が課せられる（実際の給付額は、社会雇用省のサイトに掲示してある）。

低所得者や障害で一部しか働けない障害者へは、その労働から得た収入の内容や失業手当、税控除、所持している資産などを見ながら最終給付金の額を定める。所得がまったくないとか障害のため完全に働けない場合は、これも資産を見たとうえで給付金額を決める。

障害者や要介護者は、特別医療介護保険や社会支援法に基づく医療介護を求める場合、収入や資産に関係なく中央医療介護認定機関や最寄りの市町村へこれを申請し、中央医療介護認定機関や自治体は、この申請を通常通り判断する。

出典：オランダ保健福祉スポーツ省
<http://www.minvws.nl/>

1. 障害者介護サービスに関する調査 脚注

- 1) オランダ政府の障害定義は、時と共に変わると同時に新たな言葉も適応されている。現在、「Handicap (障害)」、「Stoornis (疾病疾患)」、「Beperking (限定)」という言葉が、医療介護で使用されている。限定は障害と疾病疾患の結果であり、障害や疾病疾患には、一時的なものと慢性的なものがある。
- 2) オランダ障害要介護程度区分認定申請書は、次のサイトからダウンロードできる。
Aanvraagformulier AWBZ-zorg <http://www.ciz.nl/sf.mcgi?4545>
- 3) 特別医療介護保険認定決定方針規則 (Beleidsregels indicatiestelling AWBZ) : 中央医療介護認定機関は、オランダ保健福祉スポーツ省の特別医療介護保険認定見解指針にのっとり中央医療介護認定機関認定指針 (CIZ Indicatiewijzer) を作成した。
- 4) 公益法人公共相談支援機関 (MEE) は介護提供者やその他の全ての機関から独立し、利用者のためにのみ働く公的機関である。MEE のサービス利用の費用は税金で賄われている。事務所は全国各地へ点在し、介護を必要とする障害者や要介護者、不治の病に襲われた市民に、教育、医療厚生、居住、就労、社会施設、収入、移動手段、休暇など広範囲にわたり情報を提供している。また障害者や要介護者を介護している両親、家族、友人、隣人などにも広く適切な情報を提供し、共生社会を支援している。サービスはあくまでも利用者自身の選択が原則で、医療介護から法律相談まで、ここで働くプロが支援する。
- 5) 医療介護程度パッケージ (ZZP) とは、障害者や要介護者をグループ化し、認知症、知的障害者、身体障害者、精神限定者、(軽い)知的障害者などに別け、中央医療介護認定機関 (CIZ) が介護程度パッケージの中に程度と区分を設け、どの障害程度パッケージにも、利用者がどのグループに属し、どの機能サービスでどの程度の医療介護が受けられるのかを明記した。医療介護程度パッケージごとに利用者ガイドブックが作られ、どのような介護施設で、利用者がどのような介護を受けられるのか、介護(障害)程度パッケージごとに示した。

2. モデルに関する調査

(1)モデル 1 / 全盲の夫妻

* 夫婦(正式同姓)とも全盲で、女性へのインタビューをもとに構成。

1. 性別

私は女性で、夫は男性です。

2. 年齢

私は 35 歳で夫は 36 歳です。

3. 家族と住まい

パートナーと生活しています。小さな町に住んでいます。

4. 住居

町の中心部の一軒家でいろんな設備が揃った持ち家です。

5. 病歴

後天的な全盲です(2人とも)。

女性:8歳のときからだんだん視力が落ち、20歳でまったく見えなくなりました。

男性:23歳のときに事故に遭って全盲になりました。

6. 経済状態、収入源

女性:正規の仕事へ従事しており、そこから給与が支払われています。仕事は事務関係の仕事です。

男性:事故の後、就業不能保険(WAO)から給付金が出ています。

(数年前に2人乗り用自転車のチャンピオンになった。このときは自分でスポンサーを見つけ、財政面を全て自分で行った)

7. 利用している財政サービス、介護サービス

盲人のためにある特別医療介護保険(AWBZ)からの「基本パッケージ補装具給付サービス」を利用しています。例えば、ブライユ式点字タイプライター、各種朗読本などのCD-ROMレーザー器具、盲人用感知安全つえ、盲導犬、リハビリテーション、活動促進のトレーニング、ADL(日常生活活動)、コンピュータコース(授業)、補装具マスターコース(使い方の授業)などがそれです。ただ通常のパッケージサービスでなく、特別なものをもらいたい、してもらいたいときは、相当の忍耐が必要で、図々しく何度も訪ねないとダメです。そのような場合、ほとんど全てに、市役所の社会支援窓口や(と)家庭医の診断書、中央医療介護認定機関(CIZ)の特別な認定が必要です。

例えば、スポーツ用の(電動)車椅子は、基本パッケージ補装具給付サービスの中に入っています。この代わりに2人乗り用自転車がほしいと要求したら、それは問題だと市役所の社会支

援窓口が言うわけです。また盲導犬は、基本パッケージ補装具給付サービスの中に入っていますが、盲導犬の代わりに最新の GPS (衛星による全地球的測位システム) 盲人ナビシステム徒歩機器がほしいと言ったら、これも問題だと言うのです。ですから、今は GPS 盲人ナビシステム徒歩機器やマイレჯストーンソフトを個人帰属予算 (PGB) 規定の「PGB 補装具給付サービス視覚障害規格外給付サービスパッケージ」として利用しようとしているのです。革新された最新補装具は、これまでのものに比べるといろいろな新しい機能を持ち、効果的で便利で障害者にとって使いやすい。これを理解してもらおうが大変です。全ては、市役所の社会支援窓口に行き、相談して理解していただきます。

仕事のため、また職場で使用する補装具は、女性が UWV (被用者保険実施機関 = 社会保険庁) へ申請し取得している。女性はすでに UWV の認定登録をしているので、必要な補装具を新たに申請し取得することはそれほど難しくない。これらの補装具は、女性に個人的に帰属すると理解され、職場の雇用者が代わっても (転職する場合など)、女性は補装具を別の職場に持っていける。

女性は以前、職場へ公共交通機関を使い通っていた。そのときは作業療法士・活動インストラクターと相談し自宅と職場からバス停までの安全なルートを決めて通勤していた。しかし、このバスが廃止になり、通勤手段がタクシー (障害者用タクシー) に代わり、彼女はキロメートルにつき利用者負担が発生する UWV からのタクシー代給付に代わった。

8. 専門介護士の介護と特別な介助 (財政面も含めて)

日常生活介護 (HV) の洗濯、アイロンがけ、掃除給付サービスと、例えば銀行関係などのアレンジ、意思の伝達や事務処理などの日常生活支援指導 (OB) サービス給付を受けています。介護の受け方は、個人帰属予算を選択しました。しかし、支援者が来るまで待たなければいけないこともありました。このほかに「財団法人役立つ」¹⁾ の「一般介助サービス」のボランティアが 2 週に 1 回来て買い物をしてくれます。それ以前は、母が買い物をしてくれました。個人帰属予算と同時にマントルケアを十分に利用しています。例えば、庭の手入れや日常生活上の必要な簡単な大工仕事などは、マントルケアのボランティアの方がしてくれます。(市役所の社会支援窓口に行き相談してアレンジ: 社会支援法)

10. 機動性

盲人用感知安全つえ、盲導犬、GPS 盲人ナビシステム徒歩機器を利用しています。(市役所の社会支援窓口に行き相談してアレンジ: 社会支援法)

移動のためのアレンジは以下の通り。

- ・地域タクシー用のパスを利用、特別活動のための交通手段は、いろいろな組織によってアレンジされているのでこれを利用している。
- ・2005 年に (特別パスによる) 鉄道利用が廃止された。それ以来、違法で列車に乗っている。公共の交通機関を使用する場合は、パスポートを携帯しなければならないが、それを怠ったので訴えられたこともある。

11. 健康状態

良好

12. どのような介護サービスがあるか(受けられるか)知っていたか

いつもどんな権利があるか、私たちが勉強してます。でも探し当てるまでは長い時間がかかるときも多かった。全てこちらから探さねばならないのです。聞かなければ誰も教えてくれません。昔は可能性が、あちらこちらに分散してて、自分に合ったサービス給付を探すのに苦労しました。市役所が給付サービスを選択できるというのは、問題です。なぜなら、市町村によってサービスが違うのですから、市町村によって社会支援法の方針が違うのですから困ります。また、どの保険会社も独自のサービスや方針を持っているのも選択に困り、私たちにとって難しい。市町村や保険会社よりも私たち個人の状況が重要でしょう。どのような環境に住んでいるとか。どのようにして収入を得ているのとか。また、「患者の会」もあまりあてにはなりませんね。

今、私たちの権利の全てをわかりましたが、それは長い長い調査をした結果ですよ。

14. 必要なときに必要な支援を受けられたか

いいえ、多くの場合は支援が可能になるまで待たなければなりません。尋ねたことを中心に支援してくれるとか、それを活用できる世話をする人が必要です。通常の大人扱いでなく、ほとんどが感情を害するような子供扱いが多いのです。重要なことは、視覚障害者が1人で可能な限り何でもできるように義務づけ、激励することです。介護者は要介護者をちゃんと大人として障害のない人として接するべきです。全盲でも子供ではないのですから、そのへんの教育がボランティアやパートタイマーに必要です。

15. 介護支援と介護士や介助士の仕事は一致しているか

介護者はプロだが、ボランティアの場合は介護介助と実際行っていることが一致していないときがあります。

16. 医療介護や社会支援の法律をどう思うか

法律はほとんどよくかみ合っていないと思います。市町村、県、国の政策方針がバラバラだと思います。州を越えて移動するときのパスの使い方が複雑です。私たちは障害者の政策方針に大変興味を持っています。私たちは他のみんなと同じように、普通に可能な限り独立して生活しようとしてますが、そうするだけで1日が終わってしまいます。本当に大人扱いをしてほしいと思います。

日本へのアドバイスは、障害者の事務、財政、現実的な介護、介助支援窓口は、たった1つであり、唯一のデータベースでみんなが作業を行うことです。オランダでは窓口がやっと1つになりましたが、昔は大変でした。家庭医も専門医も介護事務所も保険会社もみんな同じデータを共有していれば、同じことを何度も聞かなくともよいと思います。また、勝手な判断をすることもないと思います。

17. 社会活動

なし

(2)モデル2 / 頸髄損傷

1. 性別

男性。

2. 年齢

57 歳。

3. 家族と住まい

村で妻と 2 人暮らし。

4. 住居

賃貸、一戸建て。

5. 病歴

後天的、4 年間、同類の障害、行動の変化、ときどき (短期) 記憶喪失、糖尿病、重度の心臓障害、多発神経炎 (昏睡状態後)。

6. 経済状態、収入源

給付金で生活、就業不能保険法 (WAO) による給付金。

7. 利用している財政サービス、介護サービス

(1) 社会支援法 (以前は障害者補装具給付法だった)

市町村の社会支援窓口で補装具を申し込む。補装具の種類は、寄りかけ座席付き三輪スクーター、改造車、タクシー券。

(2) 介護個人帰属予算 (PGB)

本人へ介護を購入する予算が給付される。給付されたお金の出費の責務は、地域の介護事務所に対し本人自身が負う。個人帰属予算 (PGB) の額は、介護認定証書と本人の収入、つまり就業不能保険法による給付金によって決まる (給付額は教えていただけませんでした)。

8. 専門介護士の介護と特別な介助 (財政面も含めて)

プロと友人の介護介助を受けています。

9. 財政面も含めて、どのような介護サービス (機能) を得ているか

中央医療介護認定機関から医療介護保険適用の認定を受け、以下の医療介護保険法と社会支援法の給付サービスを受けています。

(1) 個人介護 (PV)、日常生活活動 (ADL)、シャワー、洗身、衣服着脱、トイレへの移動介助。

(2) 看護 (VP)、薬の服用。

(3) 日常生活介護 (HV)、掃除、洗濯、料理、食事、買い物。

(4) 支援指導 (OB)、例えば銀行関係などのアレンジをしていただく。うまくいかない意思の伝達や事務処理などの日常生活の支援指導を受けている。

(5) 活動促進指導 (AB)。障害とどう生きていくのかを学び、1 日をどう過ごしていくかの指導を受けている。

10. 機動性

市役所の社会支援窓口へ行って相談し、寄りかかり座席付き三輪電気自動車と改造車の給付サービスを受け、自家用車に寄りかけ座席付き三輪電気自動車を小型エレベーターで積むことができるように車を改造してもらいました。

11. 健康状態

やっとなです。多くのことに障害を感じています。痛みがあちらこちらにあり気分がすぐれないときが多くあります。

12. どのような介護サービスがあるか(受けられるか)知っていたか

初めは知りませんでした。公共相談支援機関(MEE)に相談したところトレント州(住んでいる州)のMEEの方がいろいろと教え家内へ指導してくれました。ですから、家内は私にいろいろな可能性をたくさん教えてくれます。

13. あなたの権利は知っているか

初めはわかりませんでした。MEEに相談したり、このように実践していることで、だんだん多くのことがわかってきました。

14. 必要なときに必要な支援を受けられたか

家内からは受けています。でも、外からとなると難しいです。

15. 介護支援と介護士や介助士の仕事は一致しているか

介護士の家内が私の介護をしてくれて、個人帰属予算からもらうお金で家内へ介護費用を支払っているのです。仕事の一致も経済もよくいってます。

17. 社会活動

なし

(3) モデル 3 / 知的障害

1. 性別

男性。

3. 家族と住まい 4. 住居

アペルドールンという人口 10 万人の地方都市に、市から住宅賃貸給付金をもらい 1 人でマンション(3DK)を借りて住んでいる。

5. 病歴

生まれたときから軽度の知的障害。

6. 経済状態、収入源

給与をもらえる仕事に就業してない。17 歳以降、若年者障害手当 (Wajong) の給付を受けている。

7. 利用している財政サービス、介護サービス

アペルドールン市の住宅賃貸給付金。

アペルドールン市の経営する市銀行(スタット・バンク)より、これまで積み上げた借金の返済のための融資を受けている。

ボランティア財政後見人(オランダでは、全体の後見人、介護後見人、財政後見人の 3 通りの後見人がある)が家計簿を見てくれている。

財団法人障害者サービスセンターが(中央医療介護認定機関(CIZ)の認定に基づき)2×3 時間の医療介護保険の個人的指導(PB)サービスを受け、利用者負担部分を給付金の収入の中から支払っている。市の依頼で中央医療介護認定機関から社会支援法適用の認定を受け、社会支援法の給付サービスを受けている。

8a. 在宅介護

ありません。

8b. 専門介護士の介護と特別な介助(財政面も含めて)

外部から日常生活の支援指導を週 6 時間受けている。その他、家族がマントルケアをしている。

9. 財政面も含めて、どのような介護サービス(機能)を得ているか

市の依頼で中央医療介護認定機関から社会支援法適用の認定を受け、以下の社会支援法の給付サービスを受けている。

- ・個人的なケア(日常生活活動、入浴、シャワー、着替え、トイレ)などは、自分で行う、時に両親がチェックしに来る。
- ・家事は自分で行う(掃除や洗濯は自分で行う)。介助と管理は両親や市役所の社会支援指導員が行う。
- ・料理、食事、買い物について。食事は料理調達システム(大皿に食べるだけになった食べ物が用意され、配達される)を利用し、その経費は自分で負担している。

10. 機動性

自転車に乗っている。障害者用のタクシーバスのパスを持っているが、時間通り来たことがないので、ほとんど利用していない(オランダには障害者手帳というものはないが、障害者用のタクシーやバスのパスがあり、市役所の社会支援窓口申請するようになっている)。

11. 健康状態

よい。

12. どのような介護サービスがあるか(受けられるか)知っていたか

介護サービスを受けるのに、市役所の社会支援窓口へ行き相談し、説明や助けが必要だった。

14. 必要なときに必要な支援を受けられたか

はい。

15. 介護支援と介護士や介助士の仕事は一致しているか

両親と指導してくれる方が一体になり、どんな介護介助が必要かを記載してくれたので必要な介護介助が受けられる。受けられるべき介護介助とサービス財団からもらう介護介助は一致している。

17. 社会活動、日課

ボランティアで週3日間、町の中にある子供の農場で働いている。この農家は市の援助で経営され、市民に無料で開放されている。子供たちが鶏、牛、馬、豚、ウサギ、羊、ヤギ、モルモット、アヒル、ガチョウなどの家畜に触れたりして楽しめるところで、家畜の飼育を手伝ったりしたりして働いている(オランダのほとんどの市町村にこのような子供の農場が点在し、ほとんどが指導員つきの知的障害者のボランティアにより経営されている。これらのアレンジは知的障害者 NGO 団体が行い、そこへ社会支援法の活動支援の給付金が支払われている)。また、絵画クラブ(教室)とビリヤードクラブへ属していて、そこに通っている(オランダの自治体や病院などの公共、準公共施設、銀行などが知的障害者や精神科施設に入院している患者の絵画を半年ごとに交換するなどし、絵画や芸術作品を施設から有償で借りている)。週末は、両親のところで過ごす(オランダでは、障害があるなしに関係なく、18歳頃になると親元を離れ独立して一人で生活を営む習慣がある)。

(4) モデル 4 / 精神病ならび精神的疾病患者

*モデルは、A、B、C、の3名。

1. 性別 2. 年齢 3. 家族と住まい 4. 住居

A：25歳男性、一人暮らしで、年に1度(緊急性がない場合)精神科医が家に訪ねて来る。人口75万人のアムステルダム市。

B：36歳男性、監視付き(4時間)住宅である地域保護住宅施設(RIBW's)のマンションで一人で暮らしている。人口75万人のアムステルダム市。

C：62歳女性、監視付き(16時間)住宅である地域保護住宅施設(RIBW's)のマンションで一人で暮らしている。人口5万人の地方都市。

* RIBW'sの監視は、24、16、8、4時間に分かれている。

5. 病歴

3名とも施設へ強制入所させられたり、自分で入院したり、デイサービスやホームヘルプ、ショートステイなど、いろいろなサービスをこれまで受けてきた(詳しい事情、病名は本人からの聞き取りが不可能であった)。

6. 経済状態、収入源

A:25歳男性の収入源は、若年者障害保険手当(Wajong)の給付金。市からの住宅賃貸給付金。衣食住には、まったく困らない。ボランティアの財産管理後見人がいる。

B:36歳男性の収入源は、就労不能保険手当(WAO)の給付金。市からの住宅賃貸給付金。これまでの借金を返さなければならぬ財産管理後見人が返済計画を立てている。

C:62歳女性の収入源は、生活補助給付(Bijstand)の給付金。市からの住宅賃貸給付金。素晴らしい住環境で、衣料、食事にお金を払うと月200～300ユーロの小遣いが残るだけで、休暇でアジアにはいけないと愚痴。(職業なし)

2名の男性は、アムステルダムのNGO「ワーターフーフエル・噴水の丘」(運営資金は医療介護保険などから出ている)で日常活動をしていることが多い。250名の利用者がこのメンバーで、メンバーのために(市民ボランティアも支援者として多く参加)料理教室、絵画教室、日曜大工教室などを活動支援として行っている。そのノウハウで市役所や公共施設などで行われるパーティーへ出前サービスをしたり、高齢者や障害者の住宅の日曜大工仕事などを行ったりしている。また、この「NGO 噴水の丘」は、ランチレストランと地ビール工場を運営し、ここでもメンバーが指導を受けながら働いている。この2人はこれらの活動に参加しているが、ほとんどボランティア活動のため収入は日給5ユーロ前後で、生活扶助の給付金の削減の対象にもならないという。重要なことは、共生社会への参加にあると2名も自覚している。

7-1. 利用している介護サービス

中央医療介護認定機関から医療介護保険法と社会支援法の適用の認定を受け、以下の医療介護保険法と社会支援法の給付サービスを受けている。

【看護 (VP)】

2週に1回精神科の看護師が薬を持って来る。年に1回度精神科医が診療しに来る。

【日常生活介護 (HV)】

掃除、洗濯

【支援指導 (OB)】

銀行関係などのアレンジをしてもらう。うまくいかない意思の伝達や事務処理などの日常生活の支援指導を受けている。

【滞在 (VB)】

地域保護住宅 (RIBW's) の生活指導付きの住宅。

7-2. 利用している財政サービス

A: 25歳男性は、18歳以降も就業したことはなく、若年者障害保険手当 (Wajong) の給付金で生計を立てている。市役所の社会支援窓口を通して日常生活介護 (週1回)、介護事務所を通して看護、支援指導 (週1回) を受け、利用者負担は給付金から支払う。

B: 36歳男性は、以前仕事をしていたが、精神的疾病にかかり、職を失ったので前の就労不能保険手当 (WAO) の給付金で生計を立てている。市役所の社会支援窓口を通して日常生活介護 (3回)、介護事務所を通して看護、支援指導 (週3回) を受け、利用者負担は給付金から支払う。

C: 62歳女性は、疾病前に就業し、他の理由で自己退職したため、現在、生活補助給付 (Bijstand) の給付金で生活している。市役所の社会支援窓口を通して日常生活介護 (週4回)、介護事務所を通して看護、支援指導 (週4回) を受け、利用者負担はなし。

17. 社会活動

A: 気が向いたときに「噴水の丘」に行く。

B: 気が向いたとき「噴水の丘」に行く。

C: マントルケアで娘や妹と共にイベントへ参加するときもある。

2. モデルに関する調査 脚注

- 1) 「財団法人役立つ」(Stichting Stade) は、ユトレヒトの「一般介助サービス財団」(de Stichting Algemene Hulpdienst Utrecht) が母体となり 1994年に創立した。福祉関係のボランティアを募り、彼らを教育指導し、他の多くのボランティア組織などと協力しながら活動している。

3. 障害児に関する調査

保健福祉スポーツ省は、「平等待遇法」の解釈により、幼児、児童、高齢者に対する医療介護の専門性(専門知識など)が異なっても、年齢や性別、国籍、障害の種類や疾病疾患、限定の種類などにより医療介護の差別待遇を受けることがない、とした。また、公共部門のサービスの効率化のためにも障害者、要介護者という弱者への医療介護の一元化を実現し、いかなる障害を持った人も、共生社会では障害を持たない人と同等の権利を有し、オランダに住む身体、知的、感覚器官に障害や精神的疾病疾患、その他の心理社会的問題を持つ市民も障害のない市民と同様に可能な限り、一般的な通常の設備や施設、住環境の利用を希望しているとして、そのためにオランダ政府は、弱者に対する QOL (Quality of Life) の環境とインフラ作りをしていると言明した。

(1) 障害児施設の種別と数

「平等待遇法」の解釈により、私立の施設を除くと公的な障害児に対する特別障害施設はなく、通常の施設の一部になってる。また、オランダ中央統計局も障害児と限定した統計はないとした。図表 1 に通常の障害者の施設についてのデータを記す。

図表 1 通常の障害者の施設

	全体数	知的障害	身体障害	感覚器官障害	年
滞在・居住・デイケアセンター	73,515	62,111	4,731	1,099	(2004)
1人当たりの収容数(ベット数など)	169	127	20	9	(2005)
施設での看護滞在日数×1000	21,070	17,775	1,117	316	(2004)
ディーケアセンター合計日数×1000	6,638	5,131	779	29	(2004)

出典：CBS オランダ統計局

<http://www.cbs.nl/en-GB/menu/home/default.htm>

(2) 利用の条件

通常の施設の一部の障害児施設を使用する場合は、中央医療介護認定機関(CIZ)か、知的障害児の場合は青少年介護事務所(Bureau Jeugdzorg.)の認定が必要である。

【障害者介護の3通りの道】

- ・滞在と治療介護：看護や行動科学治療が知的、感覚障害、身体障害者へなされ、24時間介護で施設に滞在する。長期にわたる看護や介護を必要とし保護住宅に住んでいる知的障害者はこれに入る。
- ・治療なしの滞在看護：知的、感覚障害、身体障害者が治療なしで24時間介護で施設に滞在する。
- ・滞在なしの介護(在宅介護)：日中の活動はデイケアセンターで行われ、介護は利用者の家で行われる。

出典：CBS オランダ統計局

<http://www.cbs.nl/en-GB/menu/home/default.htm>

オランダ保健福祉スポーツ省

<http://www.minvws.nl/>

(3) 予算

施設運営に使われる予算を図表2に記す。

「平等待遇法」の解釈により、障害児に対する特別予算はなく、青少年医療介護は、オランダに住んでいる他の市民と同じように、社会支援法、特別医療介護保険、疾病給付保険で賄われている。

3歳～18歳までの身体および知的障害児を自宅で育てている人には、四半期ごとに206.24ユーロの補助金が出る(TOG(在宅障害児支援補助金法)2000)。この認定は、中央医療介護認定機関の責務において青少年介護事務所でされる。

出典：オランダ保健福祉スポーツ省
<http://www.minvws.nl/>

図表2 施設の運営に使われる国の予算

	全体数	知的 障害	身体 障害	感覚器 官障害	
施設数	179	135	21	9	(2004年)
施設での看護滞在日数×1000	21,070	17,775	1,117	316	
デイケアセンター合計日数×1000	6,638	5,131	779	29	
政府予算(単位:百万ユーロ)	4,594	3,785	301	130	
現実に保険会社へ支払われた金額	4,482	3,693	294	121	
差額	112	92	7	9	
施設数	169	127	20	9	(2005年)
政府予算(単位:百万ユーロ)	4,807	3,934	323	137	
現実に保険会社へ支払われた金額	4,763	3,905	319	129	
差額	44	29	5	7	

出典：CBS オランダ統計局
<http://www.cbs.nl/en-GB/menu/home/default.htm>

————— < 参考資料 > —————

● 参考ウェブサイト

- ・中央医療介護認定機関(CIZ) 2008 年
<http://www.ciz.nl>
- ・オランダ保健福祉スポーツ省
<http://www.minvws.nl/>
- ・CBS オランダ統計局
<http://www.cbs.nl/en-GB/menu/home/default.htm>
- ・Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO)
<http://www.minvws.nl/dossiers/wmo/default.asp>

● 参考文献

- ・Adresgids Maatschappelijk Welzijn 2008/2009. Bohn Stafleu van Loghum, 2009, 1134p.
- ・Maatschappelijkzorg. saw 3. 2008.
- ・Broepen boek gezondheidzorg
- ・Statistical year book
- ・Chronisch zieken en gezondheidzorg
- ・Handboek transmualezorg
- ・Gezondheid en zorg in cijfer 2008
- ・CIZ Trendrapportage
- ・Beleidsregels AWBZ 2009-
- ・CIZ Indicatielijzer 2009-

添付資料

オランダ障害要介護程度区分認定申請書

認定申請書		2007年1月版
中央医療介護認定機関の受理年月日		
添付の説明書をご覧いただきながら、漏れのないようにご記載ください。		
1. 個人データ		
出生名(苗字) (*1)	頭文字	
生年月日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> (登録した)同棲 <input type="checkbox"/> 寡婦(寡夫) (*2)	
該当者のみお答え下さい。: 同棲者のデータ		
出生名(苗字)	頭文字	
生年月日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
介護申請者の希望する苗字 (*3)	<input type="checkbox"/> 出生名(苗字) <input type="checkbox"/> 出生名(苗字) + 同棲者の苗字 <input type="checkbox"/> 同棲者の苗字 + 出生名(苗字)	
2. ホームドクター(家庭医)について		
苗字	頭文字	
電話番号	住所	
3. (医療介護コストに関する)保険会社		
保険に入っていますか?	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> いい	
保険会社の名称	保険証番号	
4. 自宅データ		
通りの名前	住所	住宅番号
郵便番号	住所	
電話番号	携帯番号	
電子メールアドレス		
仮住所 (*4)について - 該当者のみお答え下さい。		
居住開始年月日	居住終了年月日	
仮住まいの種類		
<input type="checkbox"/> 介護施設	施設の名称:	
<input type="checkbox"/> 個人のな関係	病棟:	部屋:
関係の種類:		
通りの名前	住所	住宅番号
郵便番号	住所	
電話番号	携帯番号	



5. 法的代理人(*5)はいますか?		<input type="checkbox"/> はい、項目6へ記入 <input type="checkbox"/> はい、以下に記入
出生名(苗字)	頭文字	住宅番号
通りの名前		
郵便番号	住所	
電話番号	携帯番号	
電子メールアドレス		
介護申請者との関係		
6. 住宅の種類		
<input type="checkbox"/> 家族用住宅	<input type="checkbox"/> 牽引される移動住宅	
<input type="checkbox"/> アパート/アパートマンション (エレベーター付き)	<input type="checkbox"/> 水上住宅	
<input type="checkbox"/> アパート/アパートマンション (エレベーターなし)	<input type="checkbox"/> ホームレス(*7)	
<input type="checkbox"/> 特別介護保険施設 (ケアホーム、ナースングホーム、指導付き一般住宅(*6))	<input type="checkbox"/> その他、主に:	
7. 生活環境		
<input type="checkbox"/> 一人暮らし		
<input type="checkbox"/> パートナーと同様(項目1で記載したパートナー)		
<input type="checkbox"/> 他の同居者と住んでいる(以下に記載)		
1. 出生名(苗字)	頭文字	
生年月日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
介護申請者との関係	頭文字	
2. 出生名(苗字)	頭文字	
生年月日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
介護申請者との関係	頭文字	
3. 出生名(苗字)	頭文字	
生年月日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
介護申請者との関係	頭文字	
4. 出生名(苗字)	頭文字	
生年月日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
介護申請者との関係	頭文字	
5. 出生名(苗字)	頭文字	
生年月日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
介護申請者との関係	頭文字	

8. 連絡できる人をお持ちですか？
はい、記入 はい、以下を記入

1番目の連絡員について	
苗字	頭文字
通りの名前	住所
郵便番号	住宅番号
電話番号	携帯番号
介護申請者との関係	
2番目の連絡員について	
苗字	頭文字
通りの名前	住所
郵便番号	住宅番号
電話番号	携帯番号
介護申請者との関係	

9. 郵便物のお届け先について

郵便物を送ることができるのはど の住所ですか？	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 1番目の連絡員 <input type="checkbox"/> 法的代理人 <input type="checkbox"/> 2番目の連絡員 <input type="checkbox"/> その他(以下を記入)
通りの名前	住所
郵便番号	住宅番号

10. 支援や生活介護用品、施設を申請する理由について
 申請のきっかけと、現在お困りになっていることは何ですか？

病氣、体の要請、不自由なことをあげてください。

特別医療介護保険法に基づく介護に関する質問
 (申請書の1ページにある説明を見てください。)

11. どのような援助や介護が必要ですか？

個人介護
活性化指導
介護指導
治療
看護
短期入所

短期入所を選択した場合、週に何日間利用したいですか？

1日 2日 3日 4日 5日 6日 7日

その他、何か必要なものがあれば、ご記入ください。

どのくらいの期間、介護が必要と
考えますか？

3ヶ月以内 3ヶ月から6ヶ月
6ヶ月から1年 1年以上
期限なし(永遠に) 不明

すでに介護を受けていますか？

はい、希望する開始時期：
はい、開始時期：

12. 希望する支援方法について

個人帰属予算(PGB) (*9)
現物支給(ZN)
 現物支給を選択した場合、どの機関に依頼しますか？

機関の名称

通りの名前

郵便番号

住所

住宅番号

社会支援法に関する質問

(申請書の1ページにある説明を見てください。)

13. 銀行口座番号、郵便為替銀行口座番号、市民サービス番号(BSN)/納税者番号(SOFI)	銀行口座番号	BSN/SOFI
14. 社会支援法の支援について、どのようなものが必要ですか？	<input type="checkbox"/> 家事家政に関する支援 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月から1年 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 期間なし(永久に) <input type="checkbox"/> 不明 希望する開始時期 <input type="checkbox"/> 希望サービス業者 その他、ご希望があれば記入してください。	
車椅子	<input type="checkbox"/> 手動式車椅子 <input type="checkbox"/> スポーツ用車椅子 <input type="checkbox"/> 手押しベーカー <input type="checkbox"/> 特注車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> その他: その他、ご希望があれば記入してください。	
移動手段(*10)	<input type="checkbox"/> 共同バス <input type="checkbox"/> 障害者用超小型車 <input type="checkbox"/> 無料レンタカー(バス) <input type="checkbox"/> 三輪用自転車 <input type="checkbox"/> 交通機関費用報酬 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> モーターで移動する車椅子 <input type="checkbox"/> 改造車 その他、ご希望があれば記入してください。	
住居設備・建築上の適応可能な住居	<input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 物置 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 敷居 <input type="checkbox"/> トイレ/個室 <input type="checkbox"/> その他: その他、ご希望があれば記入してください。	

14. 社会支援法の支援について、どのようなものが必要ですか？(続き)

住居設備:住居福祉用具

シャワー椅子 持ち上げリフト 浴室用リフト
 ホーターブルトイレ 風呂場の手すり シャワーのストレッチャー
 ジャワートイレ椅子 トイレ高さ調整機 その他:
 その他、ご希望があれば記入してください。

住居設備:その他

室内浄化 移動/家具備え付け費用
 その他、ご希望があれば記入してください。

そのほか必要なもの(*11)
 必要とする設備。備品等について、具体的に記述してください。



15. 医療介護・支援の有無(続き)
 皆様の医療介護申請の判定に、中央医療介護認定機関は、皆様を支援している方々の同意が必要です。そこでこの方々の氏名と電話番号を記載してください。

名前	電話番号	本人との関係
		<input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 家族、知人、隣人
		<input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 家族、知人、隣人
		<input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 家族、知人、隣人
		<input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 家族、知人、隣人

16. 福祉用具／設備施設の利用の有無
 現在、福祉用具／設備施設を利用していますか？
はい、以下に記入してください。
いいえ

17. 治療医の有無
 今現在、治療医がいますか？
はい、以下に記入してください。
いいえ

氏名(苗字)	頭文字
役職	
施設	
どのくらいの期間治療を受けていますか？	<input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上



15. 医療介護・支援の有無
 以下は必ずご記入ください。

今現在、有料の組織機関あるいは、専門組織の機関の介護を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい、組織/機関の名称： <input type="checkbox"/> はい、以下にお答えください。
今現在、他の(同居者、家族、隣人、友人)ボランティア援助を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい、以下にお答えください。

どのような理由で他から支援を受け、有料のあるいは専門の支援を受けていないで済んでいるのか、週に何時間、他の誰から支援を受けているかを以下に記載してください。

家事援助 買い物、食事の用意、掃除、洗濯	同居者	週に何時間
身体介護 洗身/シャワー、着替え、ベッドから車いす間の移乗、就床、起居動作、排泄、サポートストツキングの脱ぎ着	同居者	週に何時間
申請説明書に、より多くの例が記載されています。		
看護の援助 圧縮包装を巻く、注射、管を体内にいれたりまたは点液をする、傷の手当、排出の手伝い(カテーテル、洗腸)、注射器や管を通し薬を投与する、口/咽頭から吸引	同居者	週に何時間
申請説明書に、より多くの例が記載されています。		
援助指導 活動計画のサポート、日課の調整、決定の受け入れ、日課の構築、社会参加への準備、社会との交流や定期的な維持活動行動への推奨	同居者	週に何時間
見守り 誰かの援助なしには自宅で自立した生活ができないが、他の施設への入所ではなく、24時間休制で週の何日間か付き添いをしてもらっているという方について	同居者	週に何時間

以上の支援について、今後、何らかの変更があるとおもいますか？
はい、以下に説明してください。
いいえ

18. 中央医療介護認定機関は、詳しい情報をいただくため、もしよければ何方と連絡を取りたいと思います。どなたに連絡すればよろしいですか？

1番目の連絡人 2番目の連絡人
 法定代理人 その他、特に(以下に記載してください)

氏名(苗字)	頭文字	住所	電話番号
通りの名前		住所	
郵便番号			
電話番号			
介護申請者との関係			

19. 法的保護観察下にある方
現在、精神病院特別入院院に関する法など法的保護観察下にある場合は、これを記入してください。

保護観察 (OTS) 精神病院医療保護短期入院 (BS) 法廷被保護人
 法廷被金銭的後見 法廷被ケア後見 法廷被後見
 法廷被代理 意志に基づく法廷委任 条件付き免除の法廷委任
 暫定的・継続的委任の法廷委任 (RM) 予防拘禁 その他の矯正監視下

20. 通知が必要ですか？

いいえ、21に連んでください。 はい、以下に記載してください。
 どの言語の通知ですか？

該当する場合は

聴覚障害 視覚障害・二重障害

21. 国籍/特別滞在状況

国籍	<input type="checkbox"/> オランダ <input type="checkbox"/> その他、特に:
滞在状況	<input type="checkbox"/> 労働許可 <input type="checkbox"/> 一入 <input type="checkbox"/> 許容 <input type="checkbox"/> 永久

22. 申請処理に関する関係情報データ
認定委員が調査に必要とする関係情報データを お持ちの場合は、早速送ってください。
これにより、申請処理の遅れを防げます。

申請書類と一緒に補充資料の送付が必要ですか？

いいえ、項目23に連んでください。
 はい、どのデータを一緒に送るかについて、以下に記載してください。



23. この他に申請に際して重要なことがありますか？

提出された資料の取り扱い扱いは、中央医療介護認定機関のプライバシーポリシー規定の中で同意されている条項にあるように、間違いないでなく守ります。この規定により、この調査のために個人情報データを登録したものは、申請者及び他の誰でもが、中央医療介護認定機関により登録された個人情報データを閲覧し、希望すれば修正し、補充し、抹消する権利を持ちます。申請者が望めば、この権利を委任された人がこの権利を行使できます。

申請書類の宣言

<執筆者による注>

*1. 結婚した女性や同性愛者は相手の苗字の使用を本人の自由意志で決められるので、誤解や悪用を防ぐため日本と違い出生名を書くことが基本

*2. 社会福祉給付の関係で、該当者は寡婦(寡夫)の明記が必要

*3. 結婚や離婚などで本人の意思で苗字を変更することが可能。旧姓を名のかどうかは個人に任せられる。

*4. 市役所に登録している「現住所」ではなく、病氣などの理由で病院や施設に入院(入所)したり、家族や友人宅に住んでいる場所の住所

*5. 例えば、成年後見のような

*6. 精神病院の入院期間を出来だけ短くし、その退院者や知的障害者を一般住宅に住ませ(個人からグループまで多様)プロの指導員がその家や近所から住民の指導管理をする。

*7. 給付金で経済的理由のホームレスは殆どいなく、麻薬やアルコール常習者、精神病的問題保持者、賭博依存症者、虐待で家を出た女性などがそれで、社会網のようなNGOやNPOが国から運営資金を受けホームレスを滞在させたりケアを行い、ホームレスの現住所はNGOやNPOの施設になっている。

*8. 中央医療介護認定機関の認定を受け、現在、医療介護又は継続医療介護を受けているかどうか。

*9. 個人所属予算を選択した場合、その予算内で家族が介護する場合と介護提供者が介護する場合は二通りの二通りがあります。

*10. 社会福祉法によって支払われる移動手段の金額は、認定程度により公共の交通機関だけでなくタクシー代も含まれる

*11. 障害者が快適に暮らせるよう住居に段差がないか、充分な手すりがあるか、車椅子が充分通れるドアの広さを持っているか、台所や洗面所の台やいすが上下に作動するかなどを重要視する。

出生名(苗字)	頭文字
生年月日	
<p>1) ご自身や代理の方により提出された、医療介護と施設使用のため申請したデータ資料は正しく、間違いがありませんか？</p> <p>2) ご自身のホームドクターや他の治療者ご申請した認定に関し、必要なら中央医療介護認定機関に診察診断や試験結果などの医療データ書類を提出する許可を与えますか？</p> <p>3) 専門的(又はボランティア)で介護をしてくれている人々や施設に、申請した認定に関するデータ資料を頂いてもよいですか？中央医療介護認定機関は例えば現在行われている介護かどんなものを質問いたします。</p> <p>4) 中央医療介護認定機関は、ご自身の申請を判定するのに、重要な各種のデータ資料(ご自身の履歴書、健康に関する情報、ご自身の状態(何ができて/何ができないか)、住居と住環境、社会環境、現在受けている支援)を集めております。この情報による判定は、特別医療介護保険の医療介護認定と/や社会支援法の適用の参考になります。中央医療介護認定機関、特別医療介護保険の医療介護認定をする機関と/や社会支援法の参考資料を作成する自治体に、これらの個人情報情報を提供することを許可しますか？</p>	
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

所屬
もし中央医療介護認定機関にご自身の申請を取り扱う権限がない場合は、中央医療介護認可機関はご自身の申請を権限のある機関に送ります。

年月日	場所
署名:	

介護申請者以外の方の署名(委任又は法廷代理人)	
署名者の名前(活字体文字)	
電話番号	
介護申請者との関係	
署名:	
この申請書類に介護申請者が署名しない場合、その理由は？	
この申請と、ご希望の補充された情報の追加に関し、介護申請者と話ししましたか？	
<input type="checkbox"/> はい	
<input type="checkbox"/> いいえ、理由:	

この書類を最寄の中央医療介護認定機関送れます。この住所はウェブサイトwww.ciz.nlにあります。他の選択として郵便番号プログラム、postcodeprogrammaCIZにより地域の中央介護認定機関を選ぶことができます。郵便番号の数字から最も近い中央医療介護認定機関の場所がわかります。

第3節 ドイツ

(ドイツ連邦共和国)
Bundesrepublik Deutschland

1. 障害者介護サービスに関する調査	64
2. モデルに関する調査	92
3. 障害児に関する調査	104
■添付資料.....	112
1 / 社会法典第 11 編に基づく介護認定のアセスメントシート	
2 / 公的介護保険給付の申請書	

曾我部 かおり (作業療法士)

1. 障害者介護サービスに関する調査

(1) 障害の定義、範囲、区分(制度別)

A. 障害の定義

社会保障制度は、社会法典 (Sozialgesetzbuch ; SGB) に基づいており、SGB は、第 1 法典から第 12 法典まで細分化されている。障害の定義は、SGB 第 9 編「リハビリテーションと障害者参加 (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)」に明示されている。SGB 第 9 編 2 条によれば、障害とは「身体的機能、知的能力又は精神上的健康が、その年齢の標準的な状態と比べ、6 ヶ月以上にわたり逸脱する可能性が相当に高く、かつ、それゆえに社会生活への参加が制限されている状態」と定義されている。

障害の定義における「その年齢の標準的な状態からの逸脱」とは、同じ年齢において通常みられる身体的、知的、精神的な機能に欠損または制限があることとされている。その欠損または制限のために、社会生活への参加が不利な影響を受け、生活の 1 つ以上の領域に影響を与える場合に障害があると定義される。なお「6 ヶ月以上にわたり逸脱する可能性」については、一時的な不規則状態は障害とはみなされないが、個々のケースにおいてできるだけ速やかに対処すべき場合、例えば、子供がすでに障害を持っている場合や、あるいは障害を持つ可能性がある場合には、障害の定義が適応される。

B. 障害の区分

障害の程度は、10 から 100 まで、10 刻みで示される。なお障害程度が 50 以上で、かつ、合法的にドイツ国内に滞在し居住している人、または国内で就労している人は「重度障害者」と定義されている (SGB 第 9 編 2 条 2 項)。ただし、障害の程度が 30 以上 50 未満の障害者で障害のために適切な職に就けない場合には、連邦雇用機関が重度障害者と認定できるとされている (SGB 第 9 編 2 条)。

障害の有無や程度の認定は、連邦援護法 (Bundesversorgungsgesetz ; BVG) の所管官庁である州の援護局 (Versorgungsamt) が、同庁を所管する連邦保健・社会省の医療診断基準 (機能損傷と疾病のリスト) からなるガイドラインに従って判定し、重度障害者証明書の発行を行う。2007 年末現在、この人数は 691 万人おり、全人口の約 8% を占める (図表 1、2 参照)。

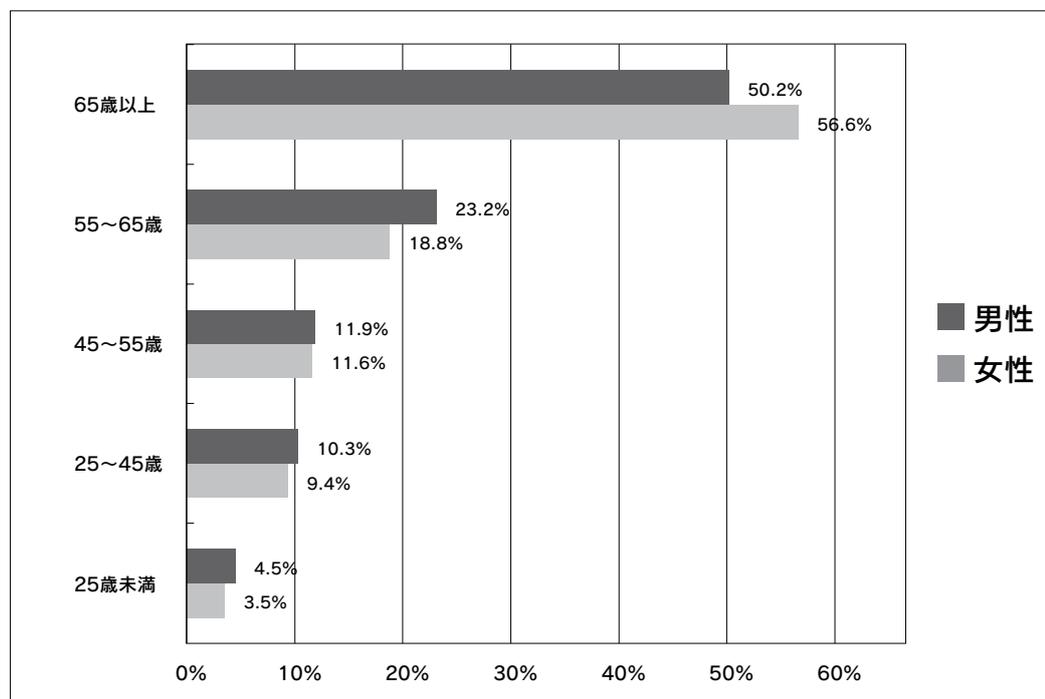
なお、上記の重度障害者に関する障害程度の認定は、SGB 第 9 編 2 条に書かれている特別な支援や権利 (公共交通機関の無償化など) に関して、および不利に対する税やその他の補償に際してのみ必要になる。「リハビリテーションと障害者参加」から障害者を対象に給付される各種サービスの対象者は、障害者の定義に該当する者であれば、その原因、障害程度を問わず対象となる (SGB 第 9 編 2 条)。ただし SGB 第 9 編は全体の統合性を図るものであるため、実際の給付を受ける際には、各実施主体 (図表 18 参照) がそれぞれ定める給付要件が適用される。

図表1 性・年齢別、重度障害者の人数(2007年12月31日現在)

性別	人数(人)
男性	3,587,250
女性	3,330,922
年齢	人数(人)
4歳未満	14,297
4～6歳未満	14,002
6～15歳未満	91,928
15～18歳未満	39,918
18～25歳未満	117,157
25～35歳未満	200,510
35～45歳未満	447,270
45～55歳未満	826,264
55～60歳未満	650,827
60～62歳未満	286,327
62～65歳未満	473,602
65歳以上	3,756,070
合計	6,918,172

出展：ドイツ連邦統計局 Sozialleistungen. Behinderte, Kriegsopfer. 2008

図表2 各年齢層に占める重度障害者の割合(2005年12月31日現在)



出展：ドイツ連邦統計局「社会保障 重度障害者 2005年」2007年をもとに作成。

(2) 要介護者の定義、範囲、区分(制度別)

A. 公的介護保険における要介護者の定義

社会法典(SGB)第11編14条(公的介護保険)によれば、要介護者とは、「身体的、知的、精神的な疾患や障害のために、日常生活において日常的かつ規則的に繰り返される活動を行うのに、継続的(最低6ヶ月)に、相当程度以上の援助が必要な者」としている。要介護者の定義における「疾患や障害」とは、(1)運動器官の喪失や麻痺、または機能障害 (2)内臓器官や感覚器の機能障害 (3)中枢神経系の機能障害(記憶力、自律神経、方向感覚)、内因性の精神疾患や神経症もしくは精神的障害などを指す。同じく、上記定義における「支援(援助)」とは、日常生活を営むうえでの介護を部分的に、または完全に引き受けることや、自分自身で日常生活を行えるように指導すること、または見守りをするることである。「日々繰り返される日常生活活動」については、図表3を参照。

図表3 日々繰り返される日常生活活動

領域	行為
身の回りの世話 (ボディケア)	洗体、シャワー、入浴、歯磨き、整髪、髭剃り、排泄
食事	一口で食べられるように準備すること、摂食
移動	ベッドからの起床～臥床、更衣、歩行、立位保持、階段昇降、 1人で住居や介護施設から外出すること
家事	買い物、料理、掃除、洗い物をする、衣服とベッドカバー類の洗濯と交換、部屋を暖房すること

出典：「連邦労働社会省 Social Security at a glance 2008 p-101, 1-16」

「医療保険の医療サービス機構中央本部(MDS), Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2006, p114-p127」をもとに作成。

B. 公的介護保険における要介護者の区分

要介護者は、時間(私的な介護者¹⁾が世話をするときにかかる時間)と状態の2つの基準により、3段階(1～3)の介護度に区分されている(図表4参照)。

図表4 介護度の区分

介護度	状態	私的な介護者が介護にあたる時間／1日あたり
介護度1	身の回りの世話、食事、移動について、少なくとも毎日1回、1あるいはそれ以上の生活領域において2つの行為以上の支援と、家事の世話で週に数回の支援が必要な人	90分以上、うち45分以上は基礎的ケア
介護度2	身の回りの世話、食事、移動について、少なくとも毎日3回、異なる時間帯での支援と、家事の世話で週に数回の支援が必要な人	3時間以上、うち2時間以上は基礎的ケア
介護度3	身の回りの世話、食事、移動について、24時間の支援(夜間を含む)と、家事の世話で週に数回の支援が必要な人	5時間以上、うち4時間以上は基礎的ケア

出典：連邦労働社会省 Social Security at a glance 2008, p-102,

C. 公的介護保険以外の社会制度における要介護者・介護区分の定義

SGB 第 12 編 (社会扶助) による定義は、基本的には SGB 第 11 編 (公的介護保険) と同じだが、それに加え「障害や病気による介護の必要性が 6 ヶ月未満の人、介護ニーズの少ない人、公的介護保険で定義される活動以外の活動に対して介護が必要な人」も要介護者とみなされる。

連邦援護法 (BVG) による定義は「軍事または市民サービスによる疾病、傷害が原因で、日々の生活において規則的に繰り返される日常的な作業について、介護が必要とされる者」とされている。介護度は 6 段階に区分されている。

SGB 第 7 編 (労災保険) による定義は「労働災害、職業病による障害が原因で、日常生活の広範囲において、日常的で定期的な不便が生じた者」とされている。要介護者の区分はなく、介護手当の上限額・下限額のみ定められている。

SGB 第 9 編 (リハビリテーションと障害者参加) による定義は、「身体的、精神的、心理的な病気や障害により、日常生活の多くに 6 ヶ月以上介護を要するもの」と定められている。要介護者の区分は定められていない。

なお、上記の各社会制度の詳細については、「(17) 公的介護保険以外の社会保障制度」を参照。

(3) 制度の名称、根拠法

ドイツの社会保障制度は社会法典 (SGB) に基づいており、SGB は、第 1 法典から第 12 法典まで細分化されている。介護保険法 (Pflegeversicherungsgesetz) は、第 5 番目の社会保障制度として SGB 第 11 編に編入された。制度の詳細については、SGB 第 11 編「公的介護保険；Soziale Pflegeversicherung」に定められている。

なお、実施の概要は以下の通りである。

- ・1994 年 5 月 26 日に介護保険法が公布
- ・1995 年 1 月 1 日より保険料 (保険料率は所得に対して 1.0%) の徴収開始
- ・1995 年 4 月 1 日より在宅介護給付が開始
- ・1996 年 7 月 1 日より施設介護給付が開始。保険料率は 1.7% に引上げ
- ・2008 年 7 月 1 日より保険料率 1.95% に引き上げ

参考；<http://de.wikipedia.org/wiki/Pflegeversicherungsgesetz>

(4) 運営主体

公的介護保険の保険者は、介護金庫 (Pflegekasse) である。「介護保険は医療保険に付き従う」の原則に従い、公的医療保険の各保険者 (疾病金庫；Krankenkasse) が介護金庫を設立し、疾病金庫の施設と人員を利用して介護金庫を運営している。ただし介護基金と疾病金庫は独立した法人格を有し、財政的には個別に運営されている。

(5) 制度の体系・相互の位置づけ

介護に関する給付は、主に公的介護保険が担うといえるが、労災保険、戦争被害者補償、社会扶助、「リハビリテーションと障害者参加」からも介護に関連する給付が補完・補強される。連邦地区疾病金庫連合会（AOK-Bundesverbund；Allgemeine Ortskrankenkasse-Bundesverbund／以下、AOKと記述する）担当者の話によると「もし、公的介護保険の給付を受けることができなかつたとしても、図表5の2～6のいずれかの機関から給付を受けることができる。どの機関から給付が受けられるかについては、障害、疾病の発生原因や、所得や資産、どの社会保険に加入しているかなど、個人の状況に応じて利用できる援助の種類が決まる」とのことである。

図表5に示した各保険機関のうち、介護現物給付あるいは介護現金給付が行われているのは、2. リハビリテーションと障害者参加、3. 労災保険、4. 戦争被害者補償、6. 社会扶助、である。

公的介護保険と、社会扶助における介護扶助との関係については、ドイツの場合、公的介護保険は部分補償と位置づけられており、公的介護保険から給付を受けられない場合や、公的介護保険ではカバーできない部分については、可能な限り介護扶助がカバーするとされている。

給付条件としては、公的介護保険よりも介護扶助のほうが緩和されている。例えば、公的介護保険の場合は、保険に加入してから2年以上経過していないと給付を受けることができないため、公的介護保険の給付要件を満たすまでの間は、介護扶助が必要なケアを補完する。あるいは公的介護保険の場合は、障害や病気による介護の必要性が6ヶ月以上でなければ給付を受けることができないが、介護の必要性が6ヶ月未満の人や、介護ニーズが少なく公的介護保険からは要介護者と判定されない人（介護度0の人）、または公的介護保険で定義される日常生活活動（図表3参照）以外の活動に対して介護が必要な人も、介護扶助では要介護者とみなされ給付を受けることができる（社会法典＜SGB＞第12編68条1項、第12編68条2項、第12編69条a）。

公的介護保険と「リハビリテーションと障害者参加」との関係については、それぞれSGB第9編8条3項とSGB第11編5条に規定されている。それによれば「リハビリテーションと障害者参加」における統合支援（図表17参照）が、公的介護保険の介護ニーズを軽減するのを助けるか、または深刻化を防ぐのを助ける場合は、以下の原則が適応される。

原則一“公的介護保険の前に統合支援の給付”SGB第9編8条3項、SGB第11編5条

統合支援は、さらに医学的リハビリテーション支援、職業的統合支援、社会的統合支援のカテゴリーに分類され、さらに、社会的統合支援には介護支援が含まれる（図表17参照）。

公的介護保険と公的介護保険以外の社会制度（労災保険、社会扶助など）との関係については、SGB第11編13条に規定されている。公的介護保険とその他の社会制度との優先関係について、まとめたものを図表6に示す。上記の各社会制度の詳細については、「(17)公的介護保険以外の社会保障制度」の項目を参照。

図表5 介護に関連する給付が受けられる社会制度(AOK ヒアリングにより作成)

保険機関	規定する法	窓口
1. 公的介護保険 Soziale Pflegeversicherung	SGB (社会法典) 第 11 編	疾病金庫 Krankenkasse
2. リハビリテーションと障害者参加 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	SGB 第 9 編	ジョイント・サービスセンター Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation in Baden-Württemberg
3. 労災保険 Gesetzliche Unfallversicherung	SGB 第 7 編	各労災保険組合
4. 戦争被害者補償 Soziale Entschädigung und Kriegsopferversorgung	連邦援護法 Bundesversorgungsgesetz (BVG (注))	援護局 Versorgungsamt
5. 児童・青少年援助 Kinder- und Jugendhilfe	SGB 第 8 編	青少年局 Jugendamt
6. 社会扶助 Sozialhilfe	SGB 第 12 編	社会扶助事務所 Sozialamt

(注) BVG は Bundesversorgungsgesetz の略(連邦援護法)

参考: 公的介護保険申請用紙「既に介護サービスをうけていますか」の項目を参照

図表6 公的介護保険とその他の社会制度との優先関係

優先関係	その他の社会制度
右記の給付は公的介護保険給付に優先する	<ul style="list-style-type: none"> ・法定労災保険に基づく介護の必要性を理由とする補償給付 ・法律によって規制されている労災援護 ・労災扶助に基づいて公的年金からの介護の必要性を理由とする補償給付 ・連邦戦争犠牲者等援護法と同法が準用されている諸法律による介護の必要性を理由とする補償給付 ・「リハビリテーションと障害者参加」における統合支援が公的介護保険の介護ニーズを軽減するのを助けるか、または深刻化を防ぐのを助ける場合は、原則—“公的介護保険の前に参加指向の給付”SGB 第 9 編 8 条 3 項、SGB 第 11 編 5 条が適応される
公的介護保険給付は右記の給付に優先する	<ul style="list-style-type: none"> ・戦争犠牲者等援助法および同法が準用されている諸法律による介護のための福祉手当給付に優先する ・公的介護保険給付は社会扶助法に優先する
右記の給付は公的介護保険給付に影響を受けない	児童・青少年援助(SGB 第 8 編)は、公的介護保険との関係において後位におかれず、すなわち給付において影響を受けない

出典: 田山輝明/フリードリッヒ・シュナップ「ドイツの社会保険システムにおける介護保険」1996年
連邦労働社会省 Rehabilitation and Participation of Disabled Persons (Law stated as of 1 January 2006)
をもとに作成。

(6) 加入対象者、加入者数

ドイツの場合、原則として医療保険と介護保険は一致していなければならないが、国民のほとんどが公的医療保険・公的介護保険に加入している。公的医療保険の加入者は、公的介護保険への加入義務があり、自動的に公的介護保険に加入することになる。同様に、民間医療保険の加入者は、民間介護保険に加入義務が課されている。すなわち、公的・民間ともに、加入している医療保険と同じ保険者(疾病金庫)の介護保険に自動的に加入することとなっている。

公的医療保険・公的介護保険の義務加入者対象者は図表7のように規定されている。義務加入者に該当しない人、すなわち一定所得以上の被用者や重度の障害者(図表8参照)は、公的医療保険・公的介護保険の加入義務は免除されており、任意で公的あるいは民間医療保険・民間介護保険に加入することができる。また、公的医療保険の任意加入者の場合は、公的介護保険の免除を申し込めば、民間介護保険に加入することができることとされている。

なお、一定所得以下の被扶養家族、被扶養家族ではないが所得が被保険者の水準に満たない人の場合は、公的医療保険・公的介護保険の保険料は免除される。また、民間介護保険から提供される給付は、公的介護保険と同等の給付が提供されなければならないとされている。

公的介護保険の加入者数を図表9に記す。

図表7 公的医療保険および公的介護保険の義務加入対象者

- ・一定の所得以下の被用者(注)
- ・国立および国が承認した大学の学生
- ・就労体験中あるいは第二の教育機会を受けている人
- ・就労していた時期の後半のほとんどを被保険者または被扶養者として公的保険に加入していた老齢年金受給者
- ・承認された作業所あるいは就労促進プログラムで働いている障害者
- ・連邦雇用局から給付を受けている失業者
- ・農民
- ・農業の家族従事者で、主たる職業が農業かつ15歳以上または訓練期間中の人
- ・農業引退者で、農家を子供に継承した後も農家に住み続ける権利を得た者
- ・芸術家保険法に定める芸術家および出版関連業の従事者

(注) 2008年度は年収48,150ユーロ以下の被用者は義務加入対象者とされている。

出典: 連邦労働社会省 Social security at a glance 2008, P-89 I-25

図表8 公的医療保険の任意加入対象者

- ・以前義務加入者であったが、加入資格が切れ、かつ一定の保険加入期間がある者
- ・重度の障害者(一定の要件あり)
- ・定められた最低期間、家族被扶養者として加入していたがその資格がなくなった者
- ・義務加入として定められた所得額を連続3年間超えて、さらにその翌年も超えている者

出典: 連邦労働社会省 Social security at a glance 2008, P-90 I-14

図表9 公的介護保険加入者(被保険者・被扶養者)数の推移

年	被保険者本人	被扶養者	被保険者数合計(千人)
1995	50,915	20,986	71,901
1996	51,095	21,169	72,263
1997	51,087	20,606	71,693
1998	50,600	20,760	71,360
1999	50,863	20,561	71,424
2000	50,948	20,371	71,319
2001	50,881	20,118	70,999
2002	50,881	19,904	70,785
2003	50,657	19,828	70,485
2004	50,554	19,778	70,332
2005	50,277	20,244	70,522
2006	50,316	20,018	70,333
2007	50,628	19,715	70,343

出典：連邦保健省

(7) 給付内容

給付の形態としては、現物給付、現金給付、現物給付と現金給付を同時に選択する(ミックス給付)がある。給付内容としては、ホームヘルプ、デイケア、ショートステイ、および介護者に対する社会保障などがある(図表 10、11 参照)。なお、これらの給付として提供されるサービスは、基礎介護および家事援助が中心となっており、医学的リハビリテーションは含まれない。

a) 在宅介護

在宅サービスとして、図表 10 のようなサービスがある。

図表 10 公的介護保険法に基づく在宅サービス一覧

サービス種類	内容
在宅介護 現物給付	要介護者の在宅生活を支援するサービス。更衣、整容、排泄、食事、移動、入浴の介助ほか、家事援助などが提供される。また症状に特化した援助として、カテーテルの挿入、浣腸、カミュレの交換、口腔および気管の分泌物の吸引などが提供される。
ショートステイ	在宅介護では十分な介護が得られない場合や、施設から在宅への移行期間(長期入院の後の退院後や在宅介護の利用準備中)などに一時的に利用されている。年 4 週間を上限に短期介護施設に滞在することができる。なお滞在中のホテルコスト(食費・家賃)については本人負担となる。
デイケア・ナイトケア	デイケアセンターやナイトケアセンターにおいて、日中あるいは夜間の介護サービスが提供される。在宅介護では十分な介護が得られないために、デイケアやナイトケアが利用される場合もある。 デイケアとホームヘルプを組み合わせる場合には、現物給付または現金給付は半額に減額される。なおホテルコスト(食費・家賃)については本人負担となる。
代替介護(家族以外)	私的な介護者が休暇や病気のために介護ができない場合、代替介護者の雇入れ費用として年間 4 週間を上限に「代替給付」を請求できる(代替休暇取得の条件として介護者は、少なくとも休暇取得開始日の 6 ヶ月以上前から要介護者の自宅で介護を行っていないなければならない)。 近い親族(1 親等～2 親等以内の親族、義理を含む)が代替介護を行う場合は、介護度に応じ代替給付金が支給される。さらに、近い親族が代替介護を行い、かつ介護により生じた必要経費として収入減少や交通費などを証明できる場合は、近い親族の必要不可欠な経費として、介護度に関係なく総額 1,432 ユーロを上限に給付を受けることができる。 代替介護者が、近い親族以外(例えばサービス事業者、あるいは 3 親等以上の親族、義理を含む)の場合は、介護度に関係なく年額一律 1,470 ユーロが支給される。
一般介護の不足を補うための付加給付	個人的状況により持続的かつ定期的な介護が難しいと判断された場合に支給され、日中または夜間の看護ケア、ショートステイ、特別な見守り、サービス事業者からのケアに限定して使うことができる。対象者は、高齢性認知症、精神障害、知的障害が含まれ、日常生活をする能力において非常に大きな制約を受けると MDK(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, 医療保険の医療サービス機構)により認定された人および、認知症の人で、公的介護保険の要介護者に該当しない人も対象となる。
介助補助道具費用補助	消耗品に指定された補助具(使い捨て手袋、ベッドシーツなど)に関する費用の補助。
テクニカルエイド補助資金	疾病または障害を理由とする疾病保険、または他の管轄権を有する給付担当機関による補助具の給付が受けられない場合に限り、要介護者はテクニカルエイド(介護用ベッド、車椅子など)の補助資金を請求する権利を有する。MDKが申請されたテクニカルエイドの必要性を審査し、必要性を認められた場合、費用の一部が補助される。
居住環境改良資金	在宅で介護を受けるために住宅改修が必要な場合で、その改修費を支払う資力がない場合に一定額を上限に改修費の一部が措置される。
無料の介護講習	介護する家族やボランティアの介護者等が、無料で介護講習を受けられる。介護専門職から受講者に対して、在宅での介護の軽減、改善に役立つ知識が教授される。受講者間での介護に対する情報・意見交換も行われる。

出典：連邦保健省 Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick (Stand: 1. Juli 2008)、厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究所(政策科学推進研究事業)「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成 19 年度総括・分担研究報告書 p6 をもとに作成。

図表 11 公的介護保険法に基づく介護者に対する社会保障

サービス種類	内 容
介護人への年金保険の支払い	私的な介護者は年金保険の義務被保険者となり、その年金保険料は介護金庫が負担する。この場合の保険料額は介護に従事する時間と介護の対象となる要介護者の介護度に応じて定められている。 ただし対象となる私的な介護者とは以下の場合に限る。 ・週に少なくとも 14 時間以上の介護活動を行っている。 ・週 30 時間以上の就労についていない。 ・年金を全額受け取る年齢に達していない。
介護期間中の介護者に対する失業保険の支払い	介護期間中の介護者に対する失業保険料が支給される。
介護期間中の介護者に対する公的医療保険、公的介護保険の補助金	介護期間中の介護者に対する公的医療保険・公的介護保険の保険料支払いの補助金が支給される。
介護休暇	家族が介護をする場合、介護者の権利として雇用主に 10 日から 6 ヶ月の無給の介護時間を申請することができる(ただし、雇用者が最低でも 15 人の労働者を雇用している場合に限る)。無給の介護期間中の介護者の年金保険・失業保険・公的医療保険・公的介護保険の各保険料は介護保険制度から支給される。

出典：連邦保健省 Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick (Stand: 1. Juli 2008)、厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究所(政策科学推進研究事業)「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成 19 年度総括・分担研究報告書 p6 をもとに作成。

b) 施設介護

施設介護では、基礎的、社会的なサービス、治療費に対する費用として、介護度に応じた金額が介護保険から給付される。なお介護度 3 の要介護者で MDK（医療保険の医療サービス機構、複数の疾病金庫が共同で設置した機関）から特に重度と判定された場合は、給付額が増額される(図表 15 参照)。

公的介護保険における「介護施設」の定義によると、「病人又は障害者の医学的な予防またはリハビリテーション、職業的または社会的統合、又は学校での訓練または養育をその主な目的とする施設や病院は介護施設には該当しない」と定められている(社会法典< SGB >第 11 編 71 条)。そのため障害者施設や病院は介護施設の給付対象施設から除外されている。ただし、障害者を対象とした援護施設(公的介護保険ではなく「リハビリテーションと障害者参加」などからの給付)に入所している要介護者については、施設利用料のうち基礎的ケア²⁾費用、社会的サービスの費用、治療費用の 10%(ただし、月額 256 ユーロを限度とする)が、公的介護保険から支払われる(SGB 第 11 編 43 条 a)。

介護保険基金は自ら介護を提供する機能を一般的に有さないため、その義務の履行のため介護施設に対し介護委託を行う。各介護保険基金は、その州連合会と契約を締結した介護施設に対してのみ介護の提供を認めることができる。公的介護保険の給付対象施設の概要について図表 12 に示す。

図表 12 公的介護保険における施設

施設の種類	施設の概要	利用者の主な状態像	介護サービス
介護ホーム Pflegeheim	入所者に対して常時の介護サービスを提供する施設。	障害児・障害者・高齢者が入所可能な施設。 中～高度の要介護者で長期の療養を必要とする高齢者が中心となっている。	施設職員(介護職員)により身体介護や家事援助が24時間体制で提供される。公的介護保険制度からはケアレベルに応じた基礎的ケアと社会的なサービスと治療費が給付される。食事代などホテルコストは利用者負担となる
短期介護施設 Kurzzeitpflege	入所者に対して常時の介護サービスを提供する施設。ただし利用上限は年間4週間と規定されている。	在宅介護だけでは十分な介護が得られない要介護者が在宅介護とショートステイを併用して利用する場合、あるいは急性期病院の退院後やリハビリテーション施設の退所後に在宅介護の準備期間が必要な場合などに一時的に利用されている。	介護ホームと同じ。
外部介護利用型居住 Betreutes Wohnen	入居者が外部のサービス事業者より必要な介護サービスを調達している。ホーム法 ^(注1) (Heimgesetz)の対象ではないため、設備等に関する基準は存在しない。	自立～軽度の要介護者が中心である。特に小規模形態の住居では、完全に自立しており、外部サービスを利用しない入居者と共同で居住する共同居住方式を採用している場合もある。	職員は常駐しておらず、入居者は必要に応じて外部の訪問介護サービスを利用している。外部介護利用型居住に係る公的介護保険の給付の内容は、サービス事業者の交通費の取扱いを除き、自宅における在宅介護に係る給付の内容と同様。

(注1) ホーム法(Heimgesetz)には、介護施設における介護の質を確保するための施策が規定されている。2002年1月に制定、2003年8月に施行。

出典；財団法人医療保険経済研究・社会保険福祉協会「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書」平成19年3月、連邦労働社会省 Social security at a glance 2008, P-104 1-105 をもとに作成。

c) 現金給付

「要介護者のケアニーズが私的な介護者により満たされる場合」は、現物給付の代わりに現金給付、またはミックス給付(現物と現金の給付を同時に受ける)を選ぶことができる。ここでいう「私的な介護者」とは、家族に限定されず、要介護者より必要だと指名されれば誰でもかまわないとされている。

現金給付は、要介護者本人に支払われ、そのうえで介護者へ謝礼として支払われることを意図している。しかし、支給された現金給付を受給者がどのように使おうと証明する必要はなく、必要な介護が確保されているか否かにより、給付が正当に利用されているかが判断される。現金給付の受給者に対して、家族等による適切な介護が確保されるよう、介護度が1または2の場合は半年に一度、介護度3の場合には4半期に一度、許可介護サービス事業者などの介護専門職による助言を受けなければならないとされている。この助言は家族等により行われる介護の質を確保するとともに、家族等の介護を支援するために行われるとされている。

現物給付と現金給付を同時に選択する(ミックス給付)の場合は、給付比率は介護を負担する割合により計算される。

(8) 障害者のみの付加給付

公的介護保険による障害者のみの付加給付は、「一般的介護の不足を補うための付加給付」(Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf)として給付されている。社会法典(SGB)第11編45条1～9項により、個人的状況により持続的かつ定期的な介護が難しいと判断された場合、基本的介護給付として月額最大100ユーロ(年額最大1,200ユーロ)、あるいは高度介護給付として月額最大200ユーロ(年額最大2,400ユーロ)まで給付が増額される。対象者は、高齢性認知症、精神障害、知的障害が含まれ、日常生活をする能力において非常に大きな制約を受けると、MDK(医療保険の医療サービス機構)より認定された人である。この付加給付は日中または夜間の看護ケア、ショートステイ、特別な見守り、サービス事業者からのケアに限定して使うことができる。

さらに、2008年7月1日より、日常生活動作(ADL)の遂行にかなりの支援を必要とする認知症の人々で、公的介護保険の要介護者に該当しない人(介護度0)に対しても、上記の付加給付および6ヶ月に一度の助言的な相談(advisory consultation)の権利が与えられるようになった。

(9) ケアマネジメント

2008年7月1日より、ケースマネジメント・アプローチとして、ケア・アドバイスサービスが開始された。ケア・アドバイスサービスでは、1つの情報源から可能な限り広範囲なサービスパッケージ、情報、アドバイスを提供することを目的に、施設の選択や、デイケアや宅配食事サービスの手配、あるいは、その他の個別のニーズに応じて作成された包括的なケア・アドバイスの提供を行っている。ケア・アドバイスサービスの導入を受けて、ドイツ各州はケア・アドバイスセンター、介護金庫と疾病金庫はケア・アドバイスオフィスの設置が義務付けられ、施設の整備が進められている。

ケア・アドバイスサービスとは別に、MDK(医療保険の医療サービス機構)による介護プランの作成も行われている。介護プランには、在宅介護が適切に確保されているか否か、予防とリハビリテーション措置、住居改修等に関してMDKの意見が示され、介護度の判定結果とともに介護金庫に提出される。介護プランについては定期的な再調査がなされている。

(10) 給付対象者(公的介護保険における給付対象者)

公的介護保険の給付は、MDK(医療保険の医療サービス機構)による審査に基づき要介護者に該当すると認められた者に対して行われる。要介護者と認められるのは、社会法典(SGB)第11編14条による要介護者の定義に該当する人すなわち「身体的、知的、精神的な疾患や障害のために、日常生活において日常的かつ規則的に繰り返される活動を行うのに、継続的(最低6ヶ月)に、相当程度以上の援助が必要な者」である。

その他の条件として、最小保険加入期間が2年以上の被保険者、すなわち、最低2年間保険料を支払い済みの人、あるいは扶養家族として最低2年間保険にカバーされていた人は、給付とサービスを利用できるとされている。

上記をまとめると、公的介護保険の給付対象者は以下となる

- ・要介護者の定義(SGB第11編14条)に該当し、要介護と認定された人
- ・最小保険加入期間が、2年以上の被保険者。

(11) 認定主体

公的介護保険の認定は、複数の疾病金庫が共同で設置した機関であるMDK(医療保険の医療サービス機構)が実施している。MDKは介護認定のほかに、サービス事業者のサービスの質の評価や、在宅介護が適切な方法で確保されているか否か、介護給付の種類・範囲および予防的リハビリテーション措置に関する個別の介護プランを提案している。

(12) 認定基準

A. 認定基準

認定基準は、「日常生活において一定の活動の遂行能力がどの程度制限されているか」が基準となる。判定の対象となる日常生活活動(図表3参照)は、4つの領域(ボディケア、食事、移動、家事)に分類され、さらに各領域は、具体的な「行為」に分類されている。要介護者の定義および介護度の区分に従い、上記に規定された各行為について、介護に必要な時間と頻度を査定し、要否および介護度が判定される。

認定基準について詳細に記載されたガイドラインは、社会法典(SGB)第11編(公的介護保険)に従い作成されている。また、要介護状態のメルマーク(Merkmale)³⁾として、移動、更衣と衛生、食事、排泄については、4段階の基準が定められている(0;介護認定の必要なし、1~3;要介護)。

12歳未満の子供の場合は、別途規定された認定基準に従い介護度が判定される。ガイドラインには、「健康な子供のケアに要する時間(分)年齢別、活動別」が提示されており、それと比較してどの程度ケアが必要かにより介護度が判定される。なお、乳児の場合は毎年、1歳~10歳の子供については1~2年毎に判定を行うとされている⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾。

B. 給付の種類と範囲・介護給付の原則

SGB 第 11 編 4 条 1 項によると「給付の種類や範囲は介護の必要性に応じて、家庭における介護が利用されるのか、あるいは施設などでの一時入所や完全入所による介護が利用されるかどうかにより決定される」とある。

自己決定権の行使により、公的介護保険の受給者は、在宅介護または施設介護のどちらかを自由に選択することができる。しかし、このことは自由選択権の行使により保険加入者の連帯社会に不当な負担がかからない範囲において適応される。例えば、もしも介護金庫が完全入所介護は不必要と判断し、それにもかかわらず申請者が入所を強く希望した場合、申請者の希望は受け入れられる。しかし、このようなケースの場合、施設介護給付ではなく、介護度に応じたホームヘルプ(現物給付額⁸⁾または現金給付額)が給付されることになる。

公的介護保険制度に申請される介護給付は、以下の基本原則に従う。

- ・予防とリハビリテーションは介護ケアに優先する。
- ・外来ケアは入所ケアに優先する。
- ・部分的入所ケアは完全入所ケアに優先する。
- ・公的介護保険制度は主に要介護者ができる限り長く家庭で生活し家族と過ごせるように援助するものである。

(13) 認定者数

申請者数および認定者数の推移は図表 13 の通りである。

図表 13 申請者数・認定者数の推移

年	年頭での未処理の申請数	当該年の申請数(注)	当該年の処理申請				年末での未処理数 内訳	認可比率 認定 / 合計 (%)
			合計	内訳				
				認定	否決	その他		
1995	—	2,132,330	1,924,589	1,519,845	383,074	21,670	207,741	79.0
1996	207,741	1,254,267	1,267,096	899,521	324,253	43,322	194,912	71.0
1997	194,912	924,591	968,327	685,298	245,497	37,532	151,176	70.8
1998	151,176	864,520	868,685	618,405	214,642	35,638	147,011	71.2
1999	147,011	898,182	877,641	637,912	209,608	30,121	167,552	72.7
2000	167,552	830,849	811,563	594,417	187,897	29,249	186,838	73.2
2001	186,838	836,618	805,681	588,563	186,053	31,065	217,775	73.1
2002	217,775	*756,184	822,951	604,479	188,755	29,717	*51,008	73.5
2003	151,008	808,055	814,110	595,045	190,005	28,882	144,953	73.1
2004	144,953	807,498	793,789	574,185	190,152	30,461	158,662	72.3
2005	158,662	810,117	822,895	590,036	198,051	34,808	145,884	71.7
2006	145,884	801,717	801,903	573,159	194,318	34,426	145,698	71.5
2007	145,698	906,990	888,084	633,679	215,556	38,849	164,604	71.4

(注) 1995 年度、審査を必要としない重度の介護が必要とみなされる約 600,000 人は介護度 2 に分類されている。

*: 修正集計による低位数を採用

出典: 連邦保健省

(14) 利用手続き、所管窓口

A. 利用手続き

介護サービスの利用に至る手続きとしては、被保険者が介護金庫へ給付申請をし、介護金庫から MDK（医療保険の医療サービス機構）に判定依頼をし、MDK による申請者宅への訪問判定を行い、要否判定、介護度の決定がなされる。

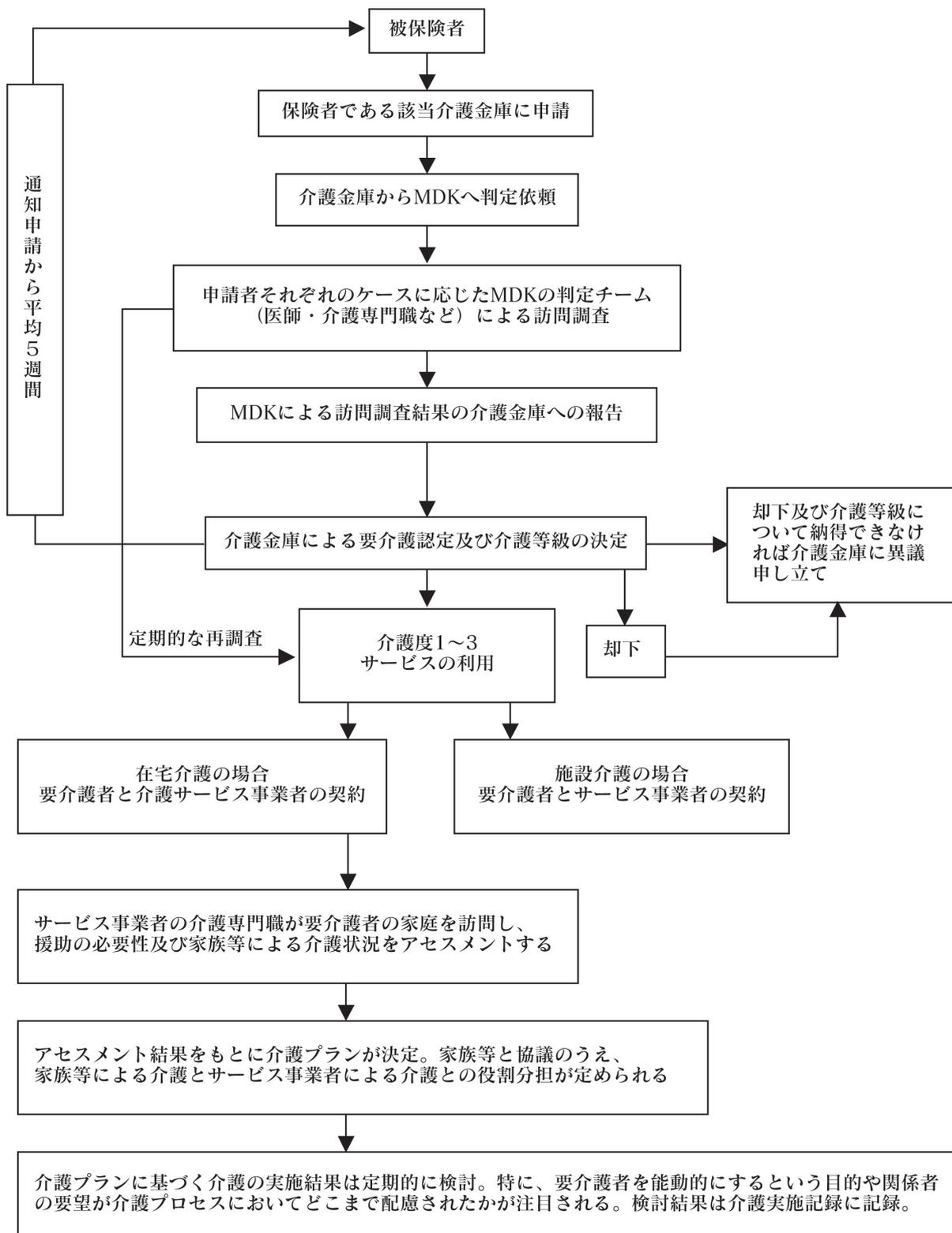
その後、具体的なサービス利用までの実施手順は、公的介護保険により提供される介護サービスの質を確保するために社会法典 (SGB) 第 11 編 80 条に基づき介護金庫の連合会とサービス事業者および介護施設開設者の団体との間で取り決められた基準において実施される。図表 14 に、公的介護保険の申請からサービス利用に至る手続きを示す。

申請から要介護認定の通知までの期間は、通常 4～6 週間とされ、5 週間で通知されるケースが最も多い。ただし、申請者が入院中の場合や、ホスピスやリハビリテーションクリニックに入所中の場合は、アセスメント期間は 1 週間に短縮される。要介護と認定された場合は、申請日までさかのぼりサービス（給付）が受けられる。もし仮に申請者が介護金庫の認定結果に異議がある場合は、介護金庫に対して異議申し立てができる。

B. 所管窓口

介護基金と疾病金庫は、独立した法人格を有し、財政的にも個別に運営されているが、独立した施設・人員を有するものではなく、各疾病金庫が介護金庫を設立し、その業務を代行している。このような理由から、実際には、申請者が加入する疾病金庫内に置かれた受付窓口で、介護金庫に対して公的介護保険の申請手続きを行う。

図表 14 公的介護保険の申請からサービス利用に至る手続き



出典：東京都議会「ドイツにおける高齢者ケア施策と公的介護保険制度」2000.8
 厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究所(政策科学推進研究事業)「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成19年度総括・分担研究報告書
 AOK ヒアリング

(15) 要否判定方法

要否判定、および介護度の決定は、疾病金庫が共同設置する専門審査機関である MDK (医療保険の医療サービス機構) による審査結果に基づき、保険者である介護金庫が決定する。MDK における審査は、医師、介護専門職など、申請者それぞれのケースに応じた判定チームが申請者の自宅を訪問し、実際の活動の遂行状況を判定基準に従って審査する。介護度を確定するためのアセスメントシート (ドイツ語) については下記「アセスメントシート」参照。日本語翻訳は、添付資料を参照。

「アセスメントシート」PDF ファイル(ドイツ語)

医療保険の医療サービス機構中央本部 (MDS)

「Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2006」, p114-p127

http://www.mds-ev.de/media/pdf/Begutachtungsrichtlinie_screen.pdf

(16) 利用者負担

A. 保険料

ドイツの公的介護保険は、保険料による賦課方式・全体的収支相償方式であり、各年度の保険料収入をもって各年度の給付の経費にあてており、原則として公的財政負担はない。保険料率は保険料算定基礎額の 1.95%⁹⁾ で、被用者の場合にはこれを労使折半で負担する。また、その総収入が基準金額 (2005 年で月額 345 ユーロ) 以下の場合、配偶者・児童については保険料が免除される。自営業者等の医療保険任意加入者、年金受給者は全額自己負担であり、失業手当の受給者については連邦雇用庁から保険料が支払われる (全額連邦負担)。なお子供がいない 23 歳以上の者に対しては 0.25% の付加保険料が課される。

B. 支給限度額、利用者負担額

サービス利用の際の利用者負担はないが、支給限度額が介護度に応じてサービスごとに給付額の上限 (図表 15 参照) が定められているため、介護報酬のうちこの上限を超える部分は要介護者 (利用者) の自己負担となる。また、施設におけるホテルコスト (食費、家賃) についても自己負担となるほか、投資的コスト (新築・改築費用) のうち自治体の補助金上限額を超える部分は利用者に賦課される。

介護報酬については、公的介護保険の給付としての介護サービスを行ったサービス事業者および介護ホーム開設者には、その対価として対象となる要介護者が属する介護金庫から介護報酬が支払われる。介護報酬の額は、サービス事業者または介護ホーム開設者と介護金庫等との間の合意に基づき定められる基準に従って算定される。

図表 15 公的介護保険の給付概要(2008年7月1日現在)

				介護度 1	介護度 2	介護度 3 ()は特に重度の場合
ホームヘルプ	現物給付	月額	2008年7月1日まで	384	921	1,432(1,918)
			2008年7月1日から	420	980	1,470(1,918)
			2010年1月1日から	440	1,040	1,510(1,918)
			2012年1月1日から	450	1,100	1,550(1,918)
	現金給付	月額	2008年7月1日まで	205	410	665
			2008年7月1日から	215	420	675
			2010年1月1日から	225	430	685
			2012年1月1日から	235	440	700
代替介護 (家族以外)	近い親族	年額	2008年7月1日まで	205 ^{*a}	410 ^{*a}	665 ^{*a}
			2008年7月1日から	215 ^{*a}	420 ^{*a}	675 ^{*a}
			2010年1月1日から	225 ^{*a}	430 ^{*a}	685 ^{*a}
			2012年1月1日から	235 ^{*a}	440 ^{*a}	700 ^{*a}
	それ以外	年額	2008年7月1日まで	1,432	1,432	1,432
			2008年7月1日から	1,470	1,470	1,470
			2010年1月1日から	1,510	1,510	1,510
			2012年1月1日から	1,550	1,550	1,550
ショートステイ	年額	2008年7月1日まで	1,432	1,432	1,432	
		2008年7月1日から	1,470	1,470	1,470	
		2010年1月1日から	1,510	1,510	1,510	
		2012年1月1日から	1,550	1,550	1,550	
デイケア・ナイトケア	月額	2008年7月1日まで	384	921	1,432	
		2008年7月1日から	420 ^{*b}	980 ^{*b}	1,470 ^{*b}	
		2010年1月1日から	440 ^{*b}	1,040 ^{*b}	1,510 ^{*b}	
		2012年1月1日から	450 ^{*b}	1,100 ^{*b}	1,550 ^{*b}	
一般的介護の不足を補うための付加給付	年間給付総額	2008年7月1日まで	460	460	460	
		2008年7月1日から	2,400 ^{*c}	2,400 ^{*c}	2,400 ^{*c}	
施設介護給付	総括的経費月額	2008年7月1日まで	1,023	1,279	1,432(1,688)	
		2008年7月1日から	1,023	1,279	1,470(1,750)	
		2010年1月1日から	1,023	1,279	1,510(1,825)	
		2012年1月1日から	1,023	1,279	1,550(1,918)	
障害者養護施設(入所)での介護			施設利用料の10%で、月256ユーロ以内			
介助補助道具費用補助	月額		必要経費月額31ユーロ			
テクニカルエイド補助資金			考慮の上に支払われた必要経費の90%で、それぞれの器具に対して25ユーロ以内			
居住環境改良資金			考慮の上の妥当な措置に対する2,557ユーロ			
介護人への年金保険の支払い	月額		131.87 ^{*d} [111.44]	263.74 ^{*d} [222.88]	395.61 ^{*d} [334.32]	
介護期間中の介護者に対する失業保険の支払い	月額	2008年7月1日から []は一部地域	8.20 [6.93]			
介護期間中の介護者に対する公的医療保険、公的介護保険の補助金	月額	2008年7月1日から	平均約140ユーロ			

単位:ユーロ

- *a: 近い親族の必要不可欠な経費(介護による収入減少、交通費など)が証明できる場合は、総額1,432ユーロまで給付を受けることができる。
- *b: デイケア(日中介護)を受けている場合も、現物給付の半額または現金給付の半額を要求することができる。
- *c: SGB第11編45条1～9項に基づき、個人的状況によって持続的かつ定期的な介護が難しいとされた場合、今後、年額最大1,200ユーロ(基礎総額)～2,400ユーロ(増額総額)の給付を承認する。
- *d: 介護人が週30時間以上の就労につかず、年金を全額受け取る年齢に達していない場合で、週に少なくとも14時間以上の介護活動を行っている場合。

出典: 連邦保健省 Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick (Stand: 1. Juli 2008)

(17) 公的介護保険以外の社会保障制度

AOK(連邦地区疾病金庫連合会)担当者の話によると「もし、公的介護保険の給付を受けることができなかったとしても、(図表5の)リハビリテーションと障害者参加、労災保険、戦争被害者補償、児童・青少年援助、社会扶助のいずれかの機関から給付を受けることができる」とある。そこで、ここでは介護に関する給付が受けられる公的介護保険以外の社会保障制度(リハビリテーションと障害者参加、労災保険、戦争被害者補償、児童・青少年援助、社会扶助)における、詳細について報告をする。

A. リハビリテーションと障害者参加(SGB第9編)

a) 要介護者の定義・区分

「リハビリテーションと障害者参加」からは、社会法典(SGB)第9編に定義された障害者¹⁰⁾を対象に、リハビリテーションや就労支援、社会参加のための支援などが行われている。そのうち介護支援における要介護者の定義は「身体的、精神的、心理的な病気や障害により、日常生活の多くに6ヶ月以上介護を要するもの」と定められている。なお要介護者の区分は定められていない。上記の定義における日常生活活動を図表16に示す。

図表16「リハビリテーションと障害者参加」における介護支援に規定される日常生活活動

領域	行為
身体介護	洗体、シャワー、入浴、歯磨き、整髪、髭剃り、排泄
食事	食事の準備、摂食
移動	自立した起床～臥床、更衣、歩行、立位、階段昇降、一人で外出すること
家事	買物、料理、清掃、食器洗浄、衣服寝具交換と洗濯、暖房
参加支援	付き添い、入院時の完全または部分的介護など

出典：日本障害者協議会政策委員会「障害の法的定義・認定に関する国際比較」2006/03

b) 給付内容

「リハビリテーションと障害者参加」における統合支援は、図表17の給付カテゴリーに分けられる(SGB第9編4条)。支援内容としてはリハビリテーション、義肢装具、補聴器、点字タイプライターなどの補助手段、障害児のためのデイケアまたは施設における教育支援、職業訓練、雇用関連活動支援、作業所における雇用支援、永久的な付き添い者の支援、介護支援など様々な支援が給付されている。介護支援を受けるための条件は公的介護保険による規定にある程度相当する。違いは、公的介護保険では3段階の介護等級があるが、「リハビリテーションと障害者参加」における介護支援では援助のレベルはない。

図表 17「リハビリテーションと障害者参加」(SGB 第9編)による統合支援の給付カテゴリー

SGB 第9編の給付カテゴリー		支援内容
統合支援 *個人予算 (personal budget)として現金またはバウチャーの形で受給できる	医学的リハビリテーション支援	・医科、歯科治療、薬剤等、理学療法、義肢など補装具の提供
	職業的統合支援	・障害児、障害者のためのデイケアまたは施設における教育支援、職業訓練、雇用関連活動支援、作業所における雇用支援
	社会的統合支援	・就学前児童(0歳～6歳)の早期教育 ・介護支援 ・永久的な付き添い者の支援 ・実用知識や技術の習得の支援 ・取り巻く環境とのコミュニケーション支援(補聴器、点字タイプライターなどの補助手段の提供) ・住宅の取得、改修、維持管理の支援 ・コミュニティや文化生活への参加支援 ・リハビリテーションスポーツの提供 ・レクリエーション施設 ・保護住宅(福祉作業所など)での自立生活の支援
重度障害者のための特別な条項	・重度障害者への特別な雇用保護条項 ・重度障害者パス ・公共交通機関の無償化	・公共交通機関の無償化・割引 ・特別の交通支援(公共交通機関やタクシーに頼れない人に対する移動支援)

下記文献 1) 2) 3) より作成

引用: 1) 連邦労働社会省 Rehabilitation and Participation of Disabled Persons (Law stated as of 1 January 2006), Section 13,

2) 森下昌浩「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」報告書「第5章ドイツにおける国と地の役割分担」p318, 平成18年12月26日

3) 連邦労働社会省 Social Security at a glance 2008, p-79

c) 給付形態

「リハビリテーションと障害者参加」における統合支援の給付形態は、個人予算 (personal budget) と呼ばれる。個人予算とは、「リハビリテーションと障害者参加」(SGB 第9編)に規定されている各社会制度機関から提供される様々なサービスを、現物給付の代わりにいわゆる個人予算として、現金またはバウチャー(チケット類)の形で受け取ることができる制度である。個人予算は、2001年7月に「リハビリテーションと障害者参加」がSGB 第9編に編入されたのを機に導入された。

2004年7月1日には、医療保険からの諸手当、公的介護保険による介護給付、労災保険による介護給付、社会扶助による介護サービスも個人予算における給付に組み込むべきであるという規則が設けられた。

2007年12月までは個人予算の試験期間とされ、サービスの認定は各社会制度機関側の判断事項とされていた(これは、任意の給付とも捉えられていた)。しかし2008年1月1日より、申請者の要望を補償する法的な資格が与えられ、どのようなサービスが必要なのか、どのサービス事業者と契約するのかが、障害者自身が自己判断し選択できるようになった。

d) 運営主体

個人予算の給付は図表 18 の各機関からなされる。

図表 18 「リハビリテーションと障害者参加」における実施主体

・公的医療保険
・連邦雇用機関
・労災保険事業者
・年金保険金庫、農業関係者年金金庫組合
・戦争年金事務所 (援護局 ;Versorgungsamt)
・児童福祉機関
・社会扶助機関
・公的介護保険事業者
・地域統合オフィス

出典：連邦労働社会省 The Multi-Provider Personal Budget Januar , 2009

このように実施主体が分立しているのは障害の発生原因が様々であり、それぞれ個々の事情に応じて各社会保険機関が実施するのが適当とされているからであり、SGB 第 9 編は統一的に障害者福祉に関して規定しているものの、その実施主体については個別に規定するものとなっている。

e) 給付対象者

給付の対象者は SGB 第 9 編に定義された障害者で、かつ他の社会保障制度からの支援を受けられない者、無収入、または低所得者が給付対象者となる (SGB 第 9 編 2 条)。

なお障害程度は、公共交通機関の無償化、不利に対する税やその他の補償に際してのみ必要であり、それ以外の統合支援については障害の程度に関係なく支援が受けられる。ただし、それぞれの支援についての給付要件は各実施主体の個別の規定による。

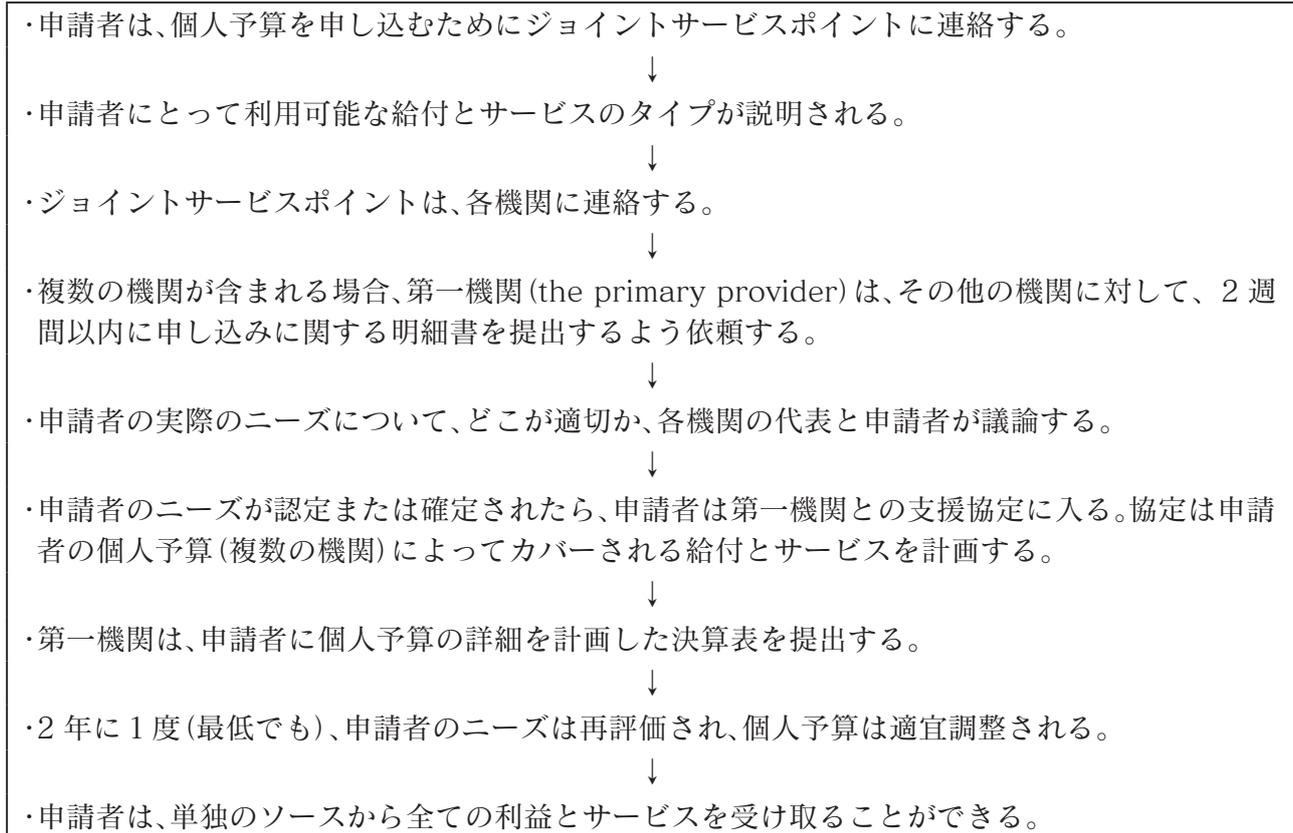
f) 認定基準

重度障害者の場合は障害証 (パス) により重度を証明する。同時に付加的な健康関連特性を証明する。審査は医療専門家によって行われる。ガイドラインはない。

g) 利用手続き、所管窓口

個人予算の申請から給付までの流れは、図表 19 の通りである。

図表 19 個人予算の申請から給付までの流れ



出典：連邦労働社会省 The Multi-Provider Personal Budget Januar, 2009

http://www.bmas.de/coremedia/generator/29992/persoenliches_budget_flyer_englisch.html

B. 労災保険(SGB 第7編)

a) 要介護者の定義・区分

労災保険における介護手当 (Pflegegeld) については、社会法典 (SGB) 第7編 44 条に規定されている。それによると、要介護者とは「労働災害、職業病により障害が原因で、日常生活の広範囲において、日常的で定期的な不便が生じた者」と定義されている。労働災害、職業病により障害が発生し、要介護状態になった場合、現金給付として介護手当 (Pflegegeld)、介護の要請、または療養施設での介護が許可される。

なお要介護者の区分はなく、介護手当の上限額と下限額のみが定められ、介護の様態や重度を勘案して、給付額が判定される。

b) 制度の名称、根拠法

ドイツの法定労災保険法は 1884 年に交付された。制度の詳細については、SGB 第7編 労災保険 (Gesetzliche Unfallversicherung) に定められており、職域組合、農業組合、公共部門職員組合の 3 つの部門から構成されている。

c) 給付内容

SGB 第7編 44 条によると、労働災害、職業病により障害が発生し、要介護状態になった場合、現金給付として介護手当が受給できる。支給額の判定については、保険者が介護の様態や重度を勘案して判定され、給付額は図表 20 のように定められている。

図表 20 労災保険による介護手当で給付額 (2008 年 1 月 1 日現在)

	旧西側	旧東側
介護手当 (月額) 下限額	297	257
介護手当 (月額) 上限額	1,186	1,029

単位;ユーロ

出典; EU MISSOC, Comparative Tables on Social Protection - Query, 2008 January, Germany をもとに作成。

C. 戦争被害者補償 (BVG 第 35 条)

a) 要介護者の定義・範囲・区分

戦争被害者補償による介護手当てに関しては、連邦援護法 (BVG) 第 35 条に規定されている。それによると、連邦援護法における要介護者とは「軍事または市民サービスによる疾病、傷害が原因で、日々の生活において規則的に繰り返される日常的な作業について、介護が必要とされる者」と定義されている。

介護度の区分については「日々の生活において、規則的に繰り返される日常的な作業について、かなりの範囲で他者の援助が永続的に必要であるほど身体が不自由である場合は、介護度 1」と定義されている。

永続的に病床にあるか、または永続的に並はずれた介護が必要であるほど健康障害が重い場合、それぞれの状態に応じて、そして介護の必要性の範囲を考慮のうえ、それぞれ介護度 2、3、4、5、6 に分類される。なお、盲人は介護度 3 以上、稼得能力のない脳障害者は第 1 段階以上と定められている。

b) 給付内容

現金給付として介護手当てが給付される。各介護度における給付額を、図 21 に示す。

ほかに盲人誘導手当てとして、盲導犬を維持するため、あるいは外部者による案内に要する補助金として旧西側/月額 142 ユーロ、旧東側/月額 125 ユーロが給付される (2007 年 7 月 1 日現在)。

図表 21 戦争被害者補償による介護手当て給付額 (2007 年 7 月 1 日現在)

介護度	旧西側	旧東側
介護度 1	263	232
介護度 2	450	397
介護度 3	638	562
介護度 4	820	723
介護度 5	1,066	940
介護度 6	1,311	1,156

単位;ユーロ

引用; 連邦保健省 Social Security at a glance 2008 p-138,p139

参考; 海外調査結果最終報告書「連邦援護法に拠る援護システム」平成 19 年 6 月, p4

Bundesversorgungsgesetz (BVG 第 35 条)、ドイツ連邦司法省 Bundesministerium der Justiz

http://bundesrecht.juris.de/bvg/_35.html

c) 給付対象者

介護手当では、戦争や重犯罪による障害が原因で、介護が必要になった者に対して給付される。

D. 児童・青少年援助(SGB 第 8 編)

児童・青少年援助は、SGB 第 8 編に基づく。児童・青少年援助では、青少年社会事業(Jugendsozialarbeit)として社会的なハンディキャップの補償や、個人的障害の克服のため多大な支援が認められる青少年に対する、社会教育的な支援が行われる。

E. 社会扶助(SGB 第 12 編)

ドイツの社会扶助は、一般的な扶助(生計扶助、高齢者扶助)と、付加的な扶助(医療、介護、障害、特別な社会的困難克服のための扶助)に分類される。付加的な扶助の給付要件については、所得や資産に関する制限はあるが、その基準は大幅に緩和され低所得者への対策とは区別された体系をとっている。

a) 要介護者の定義

社会扶助における要介護者の定義は、基本的には公的介護保険と同じだが、それに加えて、障害や病気による介護の必要性が6ヶ月未満の人、介護ニーズの少ない人、または公的介護保険で定義される活動(図表3参照)以外の活動に対して介護が必要な人も、要介護者とみなされる。

b) 給付内容

社会扶助からは、付加的扶助の一部として介護扶助が給付される。なお社会扶助の給付カテゴリーについては、図表 22 を参照。給付内容については、ホームヘルプ、デイ&ナイトケア、ショートステイ、施設給付、福祉用具などの給付がある(図表 23 参照)。

図表 22 社会扶助の給付カテゴリー

	給付カテゴリーおよび規定する法		備考
社会扶助	一般的な扶助	生計扶助 Assistance towards living expenses (Sections 27-40)	
		高齢者扶助 Needs-based pension supplement in old age and in the event of reduced earning capacity(Sections 41-46)	
		障害者基礎保障	
	付加的な扶助	医療扶助 Assistance towards healthcare (Sections 47-52)	
		介護扶助 Assistance towards nursing care (Sections 61-66)	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護保険の介護度 1 の評価基準に満たない人」「重度の介護が必要で介護保険の給付では不十分な人」「施設介護における食事や投資コスト」「介護保険にカバーされない人」などが、主に占めている。 ・介護扶助は、所得・資産に依拠する
		障害者のための統合扶助 Integration assistance for disabled persons (Sections 53-60)	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者の収入と資産による制限有 (SGB 第 12 編 92 条)。 ・障害者のための統合扶助は、「リハビリテーションと障害者参加」における「個人予算 (personal budget)」の一部として提供されている (SGB 第 12 編 57 条)。
		特別な社会的困難克服の為の扶助 Assistance in overcoming special social difficulties (Sections 67-69)	
		その他の生活環境による扶助 Assistance in other circumstances (Sections 70-74)	<ul style="list-style-type: none"> ・盲目者扶助 (assistance for the blind) (Section 72) 所得・資産に依拠しない ・老齢扶助 assistance for the elderly (Section 71)

出典；連邦労働社会省 Social Security at a glance 2008 p142,p145、森下昌浩「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」報告書“第 5 章ドイツにおける国と地方の役割分担”p325 平成 18 年 12 月 26 日をもとに作成。

図表 23 社会扶助による介護扶助の給付

給付の種類		給付額	
ホームヘルプ	現物給付	ニーズが満たされるまで給付される。	
	現金給付	介護保険と同額まで支給される。	
施設給付		介護保険で保障されていない人	・必要とされる、介護費用と宿泊費用の全額
		介護保険で保障されている人	・ホテルコスト(宿泊費、食費)、介護施設の投資コスト(新築・改築費用)のうち自治体の補助金上限額を超える分 ・介護保険の給付が限られているために、基本的ケア、社会的ケア、医療ケアに対する介護資金を供給するには十分でない場合、もし必要であるなら付加的給付も給付される
その他の給付		・ショートステイ、デイケア、ナイトケアの利用 ・福祉用具の給付	

出典：EU MISSOC, Comparative Tables on Social Protection - Query, 2008 January, Germany をもとに作成。

c) 給付対象者

社会扶助による介護扶助の給付対象者は、原則として公的介護保険と同様だが、追加して以下の人が対象となる。

- ・公的介護保険の被保険者以外
- ・公的介護保険の基準を満たさない被保険者
- ・公的介護保険の給付限度額が不十分なために付加的な給付を受けている被保険者

「公的介護保険の基準を満たさない被保険者」とは、例えば障害や病気による介護の必要があるが、それが6ヶ月未満の人、介護ニーズが少なく公的介護保険の要介護者に該当しない人、または公的介護保険で定められている活動(Activity)以外の活動に対して介護が必要な人に対しても社会扶助からの支援が認められる。

「公的介護保険の給付限度額が不十分なために付加的な給付を受けている被保険者」とは、例えば、最も重度の介護度でコストが大きい場合、または施設介護の場合に生じる費用(食事や宿泊コスト、施設の投資コスト)を支払うことができない場合などで、そのような場合も社会扶助から給付を受けることができる。

F. 公的医療保険(SGB 第 5 編)

公的医療保険からは、在宅看護ケア (Home nursing care) の費用として以下のものが給付されている (図表 24 参照)。在宅看護ケアは、入院期間や医学的治療支援を短期化し、予防することを助ける場合に給付される。

図表 24 在宅看護ケアの内容・費用

在宅看護ケアの種類	内 容	費 用
ホームケア	・基本的な看護や治療 ・家事援助	暦年の最初の 28 日間は日額コストの 10%、および 1 処方あたり 10 ユーロ。ただし小児は除く。
家事援助への補助金	・家事の代替費用への補助金 ・家事援助の費用に対する補助金など	実費の 10%、最低 5 ユーロ～最大 10 ユーロ。実費以上は不可。

出典; EU MISSOC, Comparative Tables on Social Protection - Query, 2008-January, Germany, II Health care をもとに作成。

1. 障害者介護サービスに関する調査 脚注

- 1) 私的な介護者とは家族に限定されず、要介護者に必要だと指名されればその関係は問わない。
- 2) 基礎的ケアは、身の回りの世話、食事、移動を指す。
- 3) 「要介護状態のメルマーク (Merkmale)」については、下記 PDF ファイル参照。
出典;医療保険の医療サービス機構中央本部 (MDS), 「Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2006」, p36-p39 D 3.3 Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens
http://www.mds-ev.de/media/pdf/Begutachtungsrichtlinie_screen.pdf
- 4) 「介護が必要な子供の評価の特徴」については、下記に詳細が説明されている。
D 4.0 / III. / 9. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung 「介護が必要な子供の評価の特徴」
出典;医療保険の医療サービス機構中央本部 (MDS), 「Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2006」, P56
- 5) 「同じ年齢の健康な子供と比べよりケアが必要か」については、下記図表に、健康な子供の世話をするとき、シャワー、歯磨き、整髪などそれぞれの活動に何分かかるかという基準が示されている。
図表; Pflegeaufwand eines gesunden Kindes in Minuten pro Tag「健康な子供の世話に要する時間 (分) 年齢別、活動別」
出典;医療保険の医療サービス機構中央本部 (MDS), 「Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2006」, P58 p59
- 6) E1「重度の障害を持った 12 歳以下の子供の、日常生活能力を確定するための特性」については、下記文献の P97 に、重度の障害を持つ子供の日常生活能力を判定するにあたり、健康な子供と比較するための 13 の項目 (Item) について説明されている。
E1; Besonderheiten zur Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei Kindern unter 12 Jahren 「重度の障害を持った 12 歳以下の子供の、日常生活能力を確定するための特性」
出典;医療保険の医療サービス機構中央本部 (MDS), 「Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2006」, P97
- 7) 「重度障害者の日常生活能力を確定するための段階的手続き」として、子供の日常生活活動能力が重度の障害者と認められるか、あるいは認められないかを、チャート式の段階的手続きにより判断する手順が下記の図表に示されている。
図表; Algorithmus zur Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz「重度障害者の日常生活能力を確定するための段階的手続き」

出典:医療保険の医療サービス機構中央本部(MDS)、「Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2006」, P104

上記、4)5)6)7) は全て下記 PDF ファイルより

http://www.mds-ev.de/media/pdf/Begutachtungsrichtlinie_screen.pdf

- 8) 「現物給付額」とは、その金額分の介護サービスがサービス事業者を介して支給されるという意味である。
- 9) 2008年7月1日に公的介護保険制度の構造改革案が施行され、給付は今後、2008年7月1日、2010年1月1日、2012年1月1日にわたり段階的に引き上げられる。代わりに保険料は2008年7月1日より0.25%引き上げられ、1.7%から1.95%(子供がいない人の場合1.95%から2.2%)に変更されている。
- 10) 障害とは「身体的機能、知的能力又は精神上の健康が、その年齢の標準的な状態と比べ、6ヶ月以上にわたり逸脱する可能性が相当に高く、かつ、それゆえに社会生活への参加が制限されている状態」をいう。

参考文献

- ・連邦労働社会省 Rehabilitation and Participation of Disabled Persons(Law stated as of 1 January 2006), Section 12, Section 10 ,Section 13, Section 48
- ・連邦労働社会省 Social Security at a glance 2008 , p-75, p89,p-103,p-107, p-142,p-145
- ・連邦労働社会省 The Multi-Provider Personal Budget Januar , 2009
http://www.bmas.de/coremedia/generator/29992/persoennesliches__budget__flyer__englisch.html
- ・連邦労働社会省, Material zur Information, Dezember 2006 , 68p
http://www.bmas.de/coremedia/generator/3078/property=pdf/bericht__persoennesliches__budget.pdf
- ・連邦保健省 Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick (Stand: 1. Juli 2008)
- ・連邦保健省 Ich bin abgesichert p36
- ・連邦保健省 The German Long-term Care System and Future Reform p10-p11
- ・社会法典 (Sozialgesetzbuch) http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_ix.htm
- ・MISSOC-Info 1/2008: Evolution of social protection in 2007 Germany
http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2008/01/2008_1_de_en.pdf
- ・EU MISSOC 2008年1月1日 現在
http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do
- ・Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB11) erhältlich als PDF auf
http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_xi.htm
- ・厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究所 (政策科学推進研究事業)「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成 19 年度総括・分担研究報告書 p15
- ・田山輝明／フリードリッヒ・シュナップ「ドイツの社会保険システムにおける介護保険」1996年 , p126,
- ・森下昌浩「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」報告書“第5章ドイツにおける国と地方の役割分担”p313, p316, p318,平成 18 年 12 月 26 日
- ・本沢巳代子「介護保険と低所得者対策－ドイツの介護保険給付と租税給付の関係を参考として」P98
- ・内閣府 共生社会政策統括官 海外調査結果最終報告書「犯罪被害者補償の手引き」平成 19 年
<http://www8.cao.go.jp/hanzai/report/h18of/index.html>
- ・田中耕太郎「ドイツにおける障害者施策の展開と介護保険」平成 15/8/26 山口県立大学社会福祉学部 (厚生労働省資料)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/08/s0826-2d.html>
- ・ベルリン日独センター広報誌「Japanisch-Deutsches Zentrum Berlin」2008年12月、85号
<http://www.jdzb.de/images/stories/newsletter//echo/echo85j.pdf>
- ・小林一久「ドイツにおける社会保障制度改革の現状」財務省財務総合政策研究所 フィナンシャル・レビュー, September—2006
http://www.mof.go.jp/f-review/r85/r85_113_134.pdf
- ・障害の法的定義・認定に関する国際比較 2006/03 (日本障害者協議会)
<http://www.jdnet.gr.jp/old/teigen.houkoku/index.htm>
- ・ジョイントサービスセンター
<http://www.gemeinsame-servicestelle.de/index.html>
- ・医療保険の医療サービス機構中央本部 「Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2006」 p114-p127

2. モデルに関する調査

(1) モデル 1 / 全盲

A. 評価から介護度判定まで

公的介護保険の認定の基準は、「日々繰り返される日常生活活動 (The normal, routine day-to-day activities)」(1. 障害者介護サービスに関する調査／図表 3 参照) について、私的な介助者¹⁾ が介護を行う場合に要する時間と頻度により介護度が判定される。認定基準として定義されている日常生活は、身の回りの世話、食事、移動、家事の 4 つの領域に分類されている。

モデル 1 の情報によると、食事、更衣、排泄、入浴など屋内の活動には介助を必要としないことから、アセスメントでは「身の回りの世話」および「食事」の領域については介助の必要性がないと判断されるが、「移動」の領域については「一人で住居や介護施設から外出すること」の行為項目で介助が必要であるといえる。また「家事」のカテゴリーについては「買い物」の行為項目で介助が必要といえる。

これらをまとめると、モデル 1 は家事には週に数回の介助が必要だが、身の回りの世話、食事、移動について 1 つの行為しか介助を必要としないため、介護度 1 の定義「身の回りの世話、食事、移動について、少なくとも毎日 1 回、1 あるいはそれ以上の生活領域において 2 つの行為以上の支援と、家事の世話で週に数回の支援が必要な人」を満たすことができないため、公的介護保険による給付対象者には該当しないと判定される。

B. 利用できるサービス内容について

原則としてドイツにおける公的介護保険とは、部分的な給付保険であるため、不足する介護ニーズは本人の自己負担、またはその他の社会制度から補完・補強される。モデル 1 が公的介護保険以外から介護サービスを利用できる制度として、社会扶助(社会法典< SGB >第 12 編)、「リハビリテーションと障害者参加」(SGB 第 9 編)からの給付があげられる。

a) 社会扶助による「盲目者扶助」

モデル 1 が、まず第一に申請すべきは社会扶助による盲目者扶助 (SGB 第 12 編 72 条 Blindenhilfe) であるといえる。盲目者扶助は、本人の収入や資産に関係なく受給権利があり、高額納税者であっても、低所得者であっても、視覚障害者なら公平にもらえるものである。盲目者扶助の規定は、各州 (Länder) により異なるが、ほとんどの州で、盲目者が必要とする特別なケアニーズを満たすための給付が認められている。盲目者扶助の狙いは、文化生活に参加するための同伴者や援助者、介護者が必要な場合の雇入れ費用にあてられることを意図しているが、その利用用途を証明することは義務付けられていない。しかし、その給付額は各州により異なり、2005 年ヘッセン州では月額 503 ユーロが支給されているのに対し、ニーダーザクセン州では給付額が廃止されてしまっている。州による給付格差が大きい現状がある。

b) リハビリテーションと障害者参加

「リハビリテーションと障害者参加」における給付対象者は、SGB 第 9 編に定義された障害者で、かつ、他の社会保障制度からの支援を受けられない者、無収入、または低所得者と規定されている (SGB 第 9 編 2 条)。また視覚障害者に関する規定の詳細は、「視覚障害者で眼鏡を使

用するが、両眼で近くを見たときに 30cm まで見える者、又は、遠くを見たときに両眼の視力が 0.3 以下の者」と定められている。モデル 1 は、全盲、無収入であり上記の定義に該当する。他の社会制度との兼ね合いについては、社会扶助による「盲目者扶助」を先に受給し、不足するニーズの部分を「リハビリテーションと障害者参加」に申請することになる。

申請手続きはサービスポイントセンターの窓口で行われる。申請に先立ち、重度障害者の場合は障害証(パス)により障害の重度、あるいは付加的な健康関連特性を証明する。

次にモデル 1 は、前述した「個人予算の申請から給付までの流れ」(1. 障害者介護サービスに関する調査/図表 19 参照) に従い、自分が希望するサービス内容を各機関の代表に伝える。第一機関(the primary provider)が決定されたら、第一機関とともにサービスプランの作成に参加する。サービスプランに従い個人予算(personal budget)は現金またはバウチャーの形で給付されるので、モデル 1 はサービス事業者と契約を行い、カイドヘルパーなどのサービスの契約を行う。プランの作成にあたってはモデルの意見や意思が反映されるように考慮され、プラン作成やサービス事業者の選択や契約にあたりサポートや援助が必要な場合は、ジョイントサービスセンターがその援助や相談を行う。最低でも 2 年に 1 度は、ニーズの再評価が行われ、個人予算は適宜調整される

モデル 1 の場合、個人予算の申請にあたり以下のようなサービスを希望できるだろう。

- ・銀行預金の管理など、日常生活を送るにあたり視力を必要とする活動の補助(介護支援として提供される)。
- ・通院時や買い物のガイドヘルプサービス(介護支援の参加支援として提供される)。
- ・充実した余暇時間を過ごせるように、地域活動への参加支援や、参加のための付き添いも行われる。モデル 1 が地域の障害者団体の活動に参加する際にも利用できる(コミュニティや文化生活への参加支援として提供される)。
- ・点字タイプライターなどの補助手段の提供(コミュニケーション支援として提供される)。
- ・点字の読み方を習得するための技術支援(実用知識や技術の習得支援として提供されている)。

参照: EU MISSOC, Comparative Tables on Social Protection - Query, 2008 January, Germany

(2) モデル 2 / 頸髄損傷

A. 評価から介護度判定まで

MDK(医療保険の医療サービス機構)の判定チームは、身の回りの世話、食事、移動、家事の各領域について、モデル 2 の自宅で実際の動作の遂行状況を観察し介護の必要性の有無、介護に要する時間(何分/日)と頻度(何回/日、何回/週)、どのような形の介護が必要なのか(ガイドやヒントで動作が可能なのか、見守りなのか、部分的または 100%の援助が必要なのか)などを評価する。評価では、プロではない介護者(私的な介護者が介護にあたる場合に、どのくらいの時間と頻度が必要かを想定して評価が行われる。最後に基礎的ケア(身の回りの世話、食事、移動)に必要な介護時間と、全領域(身の回りの世話、食事、移動、家事)に必要な介護時間の合計をそれぞれ算出する。

もしもモデル 2 に私的な介護者がいて、現金給付または現金・現物のミックス給付を申請する場合は、MDK の審査時に、私的な介護者により自宅介護が適切に確保されるか否かもあわせて審査される。

以下に、モデル2の評価の対象になると想定される行為について、評価基準に定められた領域ごとに述べる。

a) 身の回りの世話

「身の回りの世話」の領域でモデル2の評価対象となる行為は、シャワー、入浴、歯磨き、整髪、髭剃り、洗体(上半身、下半身、手・顔、全身を洗う)などである。さらに排泄については、排泄に伴う衣服の着脱、ストマのケアまたは尿パックの交換、あるいはオムツの交換などに要する時間と頻度が評価される。また浣腸が必要な場合は、排泄の介護時間として加算される。なお、入浴のように毎日ではなく、週に何回か必要な行為については、週あたりの必要な時間を1日あたりに換算してアセスメントシートに記載する。

b) 食事

一般に、「食事」の領域で評価される行為は「一口で食べられる状態まで準備すること」「経口摂取」「経管栄養」などである。一口で食べられる状態まで準備すれば一人で食べられるケースの場合には、一口で食べられる状態に準備するまでに必要な介護時間がアセスメントシートに記入される。経管栄養が必要なケースの場合には、その準備を含めた介護時間が記入される。モデル2の場合には、嚥下は介助なしで可能なので、経口摂取の介護に必要な時間として、一口で食べられる状態まで準備して、食べ物を口元まで運び、食べ終わるまでに必要な時間が評価される。

c) 移動

一般に「移動」の領域で評価される行為は、「ベッドからの起床～臥床(寝返りから起き上がりまで)」「歩行」「立位保持(トランスファー)」「階段昇降」「一人で外出し帰宅すること」「更衣」などである。モデル2の場合、寝返りや起き上がり、車椅子等へのトランスファー、一人で外出し帰宅すること、更衣に要する時間や頻度が評価対象となるだろう。「一人で外出し帰宅すること」については、安全性を確保のため電動車椅子での移動時に「見守り」があるほうが好ましいので、介助の形として「見守り」が必要であることをアセスメントシートに明記する。更衣については、全身の着衣と脱衣、それぞれに要する時間と頻度を評価する。

d) 家事

「家事」の領域でモデル2の評価対象となる行為は、買い物、料理、食器等の洗い物、掃除、洗濯、暖房である。家事については、週どのくらいの頻度で介護が必要なのか、かつ1日あたりに換算すると何分間の介護時間が必要なのかのをアセスメントシートに記載する。

.....

上記の全領域(身の回りの世話、食事、移動、家事)の介護時間の合計、および基礎的ケア(身の回りの世話、食事、移動)に要する介護時間と頻度を算出する。また、基礎的ケアについては、日中だけの介護が必要なのか、あるいは夜間の介護も必要なのかについても評価をする。この場合の日中とはAM6:00～PM22:00、夜間とはPM22:00～AM6:00と規定されている。

上記の評価基準に従うと、モデル2の場合、身の回りの世話、食事、移動について日中だけでなく夜間を含む介護が必要で、かつ家事の介護で週に数回の支援が必要な人に該当するといえる。介護時間については、介護度3の定義「全領域の介護時間が5時間以上、そのうち4時間以

上は基礎的ケア」に該当すると考えられる。以上から、モデル2の介護度は3に該当するといえる。

なお、モデル2が「一般的介護の不足を補う付加給付²⁾」の受給者に該当するか否かについては、「意識がはっきりしていて自分で何でも決められるため、日常生活における重度障害とはみなされず、付加給付は受けられない」というMDKの判断であった。

B 介護度の確定～サービスの利用まで (利用できるサービス内容について)

要介護者(介護度3)と認定されたモデル2は、介護基金に認可されたサービス事業者のいずれかと契約を結ぶ。契約を結んだサービス事業者の介護専門職がモデル2の自宅を訪問し、援助の必要性をアセスメントする。もしモデル2に私的な介護者がいる場合、私的な介護者による介護状況についてもアセスメントを行う。

アセスメント結果をもとにサービス事業者による介護プランが決定される。現金・現物のミックス給付の場合は、私的な介護者による介護と、サービス事業者による介護との役割分担が定められ、その割合により給付額が計算される。サービス事業者には、モデル2が属する介護金庫から介護報酬が支払われる。ただし、サービスごとに給付額が定められているため、給付額を超えた部分についてはモデル2が自己負担する。また、私的な介護者が介護する部分すなわち現金給付に関しては、モデル2に給付金が支払われ、モデル2から謝礼という形で私的な介護者へ報酬が支払われる。

給付内容については、介護度3と認定されれば、ホームヘルプサービスとして現物給付であれば月額1,470ユーロ分の介護サービスが、現金給付であれば月額675ユーロが支給される。ただし、現物給付の場合、月額1,470ユーロで具体的に月何時間のホームヘルプサービスが受けられるかについては、統一した規定はなく、地方、州、あるいはサービス事業者により料金が異なる。

デイケア・ナイトケア・ショートステイについては、在宅介護を補充する給付と位置付けられている。そのため、ホームヘルプサービスだけでは十分な介護が確保されないとMDKが判断した場合は、上記施設の利用が可能になる。MDKの見解によると、モデル2の場合、ホームヘルプサービスだけでは十分な介護が確保されないとみなされる可能性は高く、その場合はホームヘルプサービスとデイケア・ナイトケア・ショートステイを組み合わせることで、在宅生活が少しでも長く継続できるように支援が行われる。例えば日中は自宅で過ごし、夜間のみ施設に滞在するナイトケアを利用するプランがあげられる。その場合は、ホームヘルプサービス(現物給付の場合は月額1,470ユーロ、現金給付の場合は月額675ユーロ)に加え、ナイトケアとして月額1,470ユーロが支給される。あるいは日中はデイケアを利用し夜間は自宅で過ごす場合、すなわちデイケアとホームヘルプを組み合わせる場合は、デイケアとして月額1,470ユーロが支給されるがホームヘルプサービスは半額(現物給付の場合は735ユーロ、現金給付の場合は337.5ユーロ)に減額される。一方、ショートステイ(年4週を上限に利用可能)とデイケア・ナイトケアを組み合わせる場合、ショートステイの給付金額は介護度に関係なく年額1,470ユーロが支給される。なおデイケア・ナイトケア・ショートステイのいずれも、ホテルコスト(食費・家賃)については本人負担となる。

モデル2が夜間の介護者の待機を要望する場合は、サービス事業者との契約により月額1,470ユーロのホームヘルプサービスを超える部分に関しては、自己負担しなければならない

い。もし経済的に支払いができない場合は、社会扶助による介護扶助を申請し、支給対象者に該当すれば不足するニーズが介護扶助より補完される。

補助具については、電動車椅子の交換、あるいはリフトの設置などの必要性が考えられるが、これらの給付を先に申請すべき機関は公的医療保険であり、公的医療保険（あるいはケースによっては他の給付担当機関）により補助具の給付が受けられず、かつ MDK が申請されたテクニカルエイドの必要性を審査し必要性を認めた場合、公的介護保険よりテクニカルエイド補助資金として、必要費用の 90% で、それぞれの器具に対して 25 ユーロ以内が支給される。

住宅改修については、その費用を支払う資力がない場合に 2,557 ユーロを上限に改修の一部が公的介護保険から措置される。なお、消耗品に指定された補助具（使い捨ての手袋やベッドパットなど）については、必要経費として月額 31 ユーロが支給される。

C. その他の利用できるサービスについて

a) 無料の介護講習

私的な介護者が、無料で介護講習を受けられる。介護専門職から受講者に対して、在宅での介護の軽減、改善に役立つ知識が教授される。受講者間での介護に対する情報・意見交換も行われる。

b) 介護者への社会保障

もしも私的な介護者がモデル 2 の介護を行う場合は、介護者に対する社会保障として以下のようなサービスが受けられる。

【代替介護】

もし私的な介護者が休暇や病気のために介護ができなくなった場合は、代替介護者の雇入れ費用として年間 4 週間を上限に「代替給付」を請求できる（代替休暇取得の条件として、介護者は少なくとも休暇取得開始日の 6 ヶ月以上前から要介護者の自宅で介護を行っていない）。代替介護が近い親族（1 親等～2 親等以内の親族、義理を含む）によって行われる場合は、介護度に応じた代替給付が支給される（モデル 2 の場合は、介護度 3 なので年額 675 ユーロ）。さらに近い親族が代替介護を行い、かつ介護により生じた必要経費として収入減少や交通費などを証明できる場合は、必要経費として総額 1,432 ユーロを上限に給付を受けることができる。一方、代替介護者が、近い親族以外（例えばケア業者や 3 親等以上の親族）によって行われる場合は、介護度に関係なく年額一律 1,470 ユーロが支給される。

【年金保険】

私的な介護者は年金保険の義務被保険者となり、その年金保険料は介護金庫が負担する。モデル 2 の場合は介護度 3 なので、モデル 2 の介護に従事する介護者の場合は、月額 395.61 ユーロ（一部地域では 334.32 ユーロ）の年金保険料が介護金庫により負担される。ただし、年金保険料の手当ての対象となる私的な介護者とは以下の場合に限る。

- ・週に少なくとも 14 時間以上の介護活動を行っている。
- ・週 30 時間以上の就労についていない。
- ・年金を全額受け取る年齢に達していない。

【失業保険】

介護期間中の介護者に対する失業保険料として、介護度に関係なく一律月額 8.20 ユーロ（一部地域では、6.93 ユーロ）支給される（2008 年 7 月 1 日より支給開始）。

【公的医療保険・公的介護保険】

介護期間中の介護者に対する公的医療保険・公的介護保険の保険料の支払い補助金として、介護度に関係なく月額平均 140 ユーロ支給される（2008 年 7 月 1 日より支給開始）。

【介護休暇】

もしモデル 2 の家族が介護をする場合、介護者の権利として雇用主に 10 日から 6 ヶ月の無給の介護時間を申請することができる（ただし、雇用者が最低でも 15 人の労働者を雇用している場合に限る）。無給の介護期間中、介護者の年金保険・失業保険・公的医療保険・公的介護保険の各保険料は介護保険制度から支給される。

原則としてドイツにおける公的介護保険とは、部分的な給付保険であるため、不足する介護ニーズは本人の自己負担、またはその他の社会制度から補完・補強される。モデル 2 が介護サービスを利用できると考えられるのは、公的介護保険のほかに、社会扶助、労災保険、公的医療保険があげられる。

公的医療保険による給付が認められた場合は、社会法典 (SGB) 第 5 編 37 条により、ホームケア（基本的な看護・治療・家事援助）として、暦年の最初の 28 日間は日額コストの 10%、および 1 処方あたり 10 ユーロが給付される。または、家事援助への補助金（家事の代替費用への補助金・家事援助の費用に対する補助金）として、実費の 10%、最低 5 ユーロ～最大 10 ユーロまで給付される。

あるいは、モデル 2 の場合、障害の発生原因が「スポーツ事故」であるため、労災保険から給付が受けられる可能性がある。もし、給付が認められた場合は、介護手当てとして月額 295 ～ 1,186 ユーロ／旧西側 (257 ～ 1,029 ユーロ／旧東側) が支給される。

ただし労災保険は公的介護保険に優先するため (SGB 第 11 編 13 条)、労災保険による介護手当てを受給した場合は公的介護保険による給付内容も変わる可能性がある。なお、今回のヒアリングでは、モデル 2 は「労災保険からの介護給付は受けていない」という条件のもとに得た情報を報告している。

(3) モデル 3 / 知的障害

A. 評価から介護度判定まで

公的介護保険の認定の基準は、「日々繰り返される日常生活活動」について、私的な介護者が介護に行う場合に要する時間や頻度により介護度が判定される。認定基準として定義されている日常生活は、身の回りの世話、食事、移動、家事の 4 つの領域に分類されている。

モデル 3 の場合、「家事」の領域については、「買い物」や「料理」に支援が必要であるといえ、介護度 1 の定義のうち「家事の世話で週に数回の援助が必要」という条件を満たしているといえる。しかし、日常生活動作 (ADL) については、おそらくある程度の行為は自分で可能と考えられるので「身の回りの世話」と「食事」の領域については援助の必要性は認められず、「移動」の

領域における「一人で住居や介護施設から外出すること」の行為項目でのみ、見守りによる支援の必要性が検討されると考えられる。この時点で介護度1の定義のうち「身の回りの世話、食事、移動について、少なくとも毎日1回、1あるいはそれ以上の生活領域において2つの行為以上の支援が必要」という条件を満たすことができない。

以上から、モデル3は公的介護保険による給付対象者には該当しないと判定される。

B. 利用できるサービス内容について

原則としてドイツにおける公的介護保険とは、部分的な給付保険であるため、不足する介護ニーズは本人の自己負担、またはその他の社会制度から補完・補強される。モデル3が公的介護保険以外からサービスを利用できる機関として、社会扶助、「リハビリテーションと障害者参加」、児童・青少年援助からの給付があげられる。

a) リハビリテーションと障害者参加

「リハビリテーションと障害者参加」における給付対象者は、社会法典(SGB)第9編に定義された障害者で、かつ他の社会保障制度からの支援を受けられない者、無収入、または低所得者と規定されている(SGB第9編2条)。モデル3の場合は、自閉症、精神遅滞があり、かつ公的介護保険からの支援も受けられず、収入も障害基礎年金のみであるため、上記に定義される支援対象者に該当し、個人予算(personal budget)を受給することができる。

申請手続きはサービスポイントセンターの窓口で行われる。申請に先立ち、重度障害者の場合は障害証(パス)により重度を証明し、あるいは付加的な健康関連特性を証明する。次にモデル3は、前述した「個人予算の申請から給付までの流れ」(1. 障害者介護サービスに関する調査/図表19参照)に従い、自分が希望するサービス内容を各機関の代表に伝える。第一機関(the primary provider)が決定されたら、第一機関とともにサービスプランの作成に参加する。サービスプランに従い個人予算は現金またはバウチャーの形で給付されるので、モデル3は、サービス事業者と契約を行い、カイドヘルパーなどのサービスの契約を行う。プランの作成にあたってはモデル3の意見や意思が反映されるように考慮され、プラン作成やサービス事業者の選択や契約にあたりサポートや援助が必要な場合は、ジョイントサービスセンターがその援助や相談を行う。最低でも2年に1度は、ニーズの再評価が行われ、個人予算は適宜調整される。

モデル3の場合、個人予算の申請にあたり以下のようなサービスを希望できるだろう。

- ・充実した余暇時間を過ごせるように地域活動への参加支援や、参加のための付き添いも行われる。モデル3が市主催のボランティアによるダンス教室に通う際にも利用できる(コミュニティや文化生活への参加支援として提供される)。
- ・モデル3が希望するならば、リハビリテーションスポーツの提供が行われている。
- ・日常生活を送るにあたり必要なホームヘルプサービスの提供(介護支援として提供される)。
- ・通院や買い物など日常生活を送るにあたり必要なガイドヘルプサービス(介護支援の参加支援として提供される)。

日中の活動の場としては、「リハビリテーションと障害者参加」による就労支援施設である「保護付き作業所」の利用が考えられるだろう。保護付き作業所では、障害の種別や程度に関係なく、一般就労が困難な障害者が働くことができる。作業所の利用手続きは以下の通りである。

本人の申請に基づき、モデル3が作業所での労働活動が可能か否かについて作業所が判定を行う。作業所の判定に基づき連邦雇用庁および社会扶助の広域主体が費用の負担を承認した場合、作業所の利用が開始される。初めの3ヶ月間は導入期間、それに続く2年間は職業訓練課程とされ、その間にモデル3が作業所での就労を継続するべきか、一般労働市場への移行を進めるべきかの最終決定が行われる。

あるいは、モデル3の場合は21歳という年齢から若年者(16歳～28歳まで)を対象とした若年者職業訓練センターの利用が考えられるかもしれない。若年者職業訓練センターは16歳～28歳までの医学的、知的、教育的支援を要する若年者障害者を対象として、職場内訓練を受けることが不可能な人に対して、地域の企業とタイアップして基礎的な職業訓練を提供する施設である。

b) 社会扶助による介護扶助

もしモデル3のケアニーズが他の社会制度により満たされない場合、社会扶助による介護扶助の支給対象者に該当すると考えられる。その場合、不足するニーズが介護扶助より補完される。

(4) モデル4 / 精神障害

A. 評価から介護度判定まで

モデル4の場合、「家事」の領域では、「買い物」「料理」「洗濯」などの行為項目で支援が検討されるだろう。いずれも場合も「見守り」あるいは「ガイドやヒント」といった支援のパターンが必要であるといえ、家事に関しては週に数回の支援が必要という条件を満たすことができる。また、幻聴のため一人で安全に外出することができないので「移動」の領域における「一人で住居や介護施設から外出すること」の行為項目でも、見守りによる支援が必要であるといえる。しかしながら、食事、更衣、排泄などの日常生活動作(ADL)については介助の必要がないため、アセスメントでは「身の回りの世話」と「食事」の領域については、援助の必要がないと判断される。

上記をまとめると、モデル4は「家事」については週に数回の支援が必要な人に該当するが、「身の回りの世話」「食事」「移動」については、移動の領域の「一人で住居や介護施設から外出すること」の行為にのみ支援を要するため、「身の回りの世話、食事、移動について、少なくとも毎日1回、1あるいはそれ以上の生活領域において2つの行為以上の支援と、家事の世話で週に数回の支援が必要な人」という介護度1の定義を満たすことができない。

以上から、モデル4は公的介護保険による給付対象者には該当しないと判定される。

B. 利用できるサービス内容について

上記のように、公的介護保険の認定では日常生活活動(ADL)の遂行能力が審査される。そのためADLの多くが自立している障害者の場合、障害に起因する生活上の困難さがあっても公的介護保険からは要介護者と判定されないケースが多い。また、原則としてドイツにおける公的介護保険とは、部分的な給付保険であるため、不足する介護ニーズは本人の自己負担、またはその他の社会制度から補完・補強される。モデル4が公的介護保険以外からサービスを利用す

きる制度として、「リハビリテーションと障害者参加」、社会扶助からの給付があげられる。

a) リハビリテーションと障害者参加

「リハビリテーションと障害者参加」における給付対象者は、社会法典 (SGB) 第 9 編に定義された障害者で、かつ他の社会保障制度からの支援を受けられない者、無収入、または低所得者と規定されている (SGB 第 9 編 2 条)。モデル 4 は精神障害があり、公的介護保険からの支援も受けられず、かつ定期的な収入はないため、「リハビリテーションと障害者参加」による支援対象者に該当し、個人予算 (personal budget) を受給することができる。

申請手続きはサービスポイントセンターの窓口で行われる。申請に先立ち、重度障害者の場合は障害証 (パス) により重度を証明し、あるいは付加的な健康関連特性を証明する。次にモデル 4 は、前述した「個人予算の申請から給付までの流れ」(1. 障害者介護サービスに関する調査／図表 19 参照) に従い、自分が希望するサービス内容を各機関の代表に伝える。

モデル 4 の場合、個人予算の申請にあたり以下のようなサービスを希望できるだろう。

- ・調理や洗濯などの家事援助の提供 (介護支援として提供されている)。
- ・充実した余暇時間を過ごせるように、地域活動への参加支援や、参加のための付き添いも行われる。モデル 4 が地域の障害者団体の活動に参加する際にも利用できる (コミュニティや文化生活への参加支援として提供される)。
- ・通院や買い物など日常生活を送るにあたり必要なガイドヘルプサービス (介護支援の参加支援として提供される)。
- ・永久的な付き添い者の支援。

第一機関 (the primary provider) が決定されたら、第一機関とともにサービスプランの作成に参加する。サービスプランに従い個人予算は現金またはバウチャーの形で給付されるので、モデル 4 は、サービス事業者と契約を行い、カイドヘルパーなどのサービスの契約を行う。プランの作成にあたってはモデル 4 の意見や意思が反映されるように考慮され、プラン作成やサービス事業者の選択や契約にあたりサポートや援助が必要な場合は、ジョイントサービスセンターがその援助や相談を行う。最低でも 2 年に 1 度はニーズの再評価が行われ、個人予算は適宜調整される。

もしモデル 4 が希望するならば、日中の活動の場として、「保護付き作業所」、あるいは「授産施設 (Tagesfoerderungsstatt)」の利用が勧められるだろう。保護された福祉的意味合いにおける労働生活への参加が可能であると作業所が判断した場合は「保護付き作業所」が適応となり、作業所での活動が適応でないと判断された場合には社会福祉施設としての授産施設が適応となる。授産所と作業所は、同じ敷地内で経営主体も同一であることが多く、授産所から作業所へスムーズに移行できるように配慮されている。なお、費用に関しては、両施設とも「リハビリテーションと障害者参加」から給付される。

b) 社会扶助による介護扶助

もしモデル 4 のケアニーズが他の社会制度により満たされない場合、社会扶助による介護扶助の支給対象者に該当すると考えられる。その場合、不足するニーズが介護扶助より補完される。

■調査にあたって

ドイツにおけるモデル調査では、公的介護保険による給付対象者はモデル2のみであり、その他のモデルはいずれも「リハビリテーションと障害者参加」による給付対象者であった。そこで「公的介護保険」および「リハビリテーションと障害者参加」について申請からサービスの提供までの大枠の流れをまとめる。また、全モデルに共通する「障害程度の認定および公共交通機関の無償化の手続き」についてもあわせて付記する。

A. 公的介護保険の申請からサービスの提供まで

公的介護保険の申請手続きは、申請者が加入する公的医療保険の保険者である疾病金庫 (Krankenkasse) のオフィス内にある申請窓口で、介護金庫 (Pflegekasse) に対して申請手続きを行う (疾病金庫が公的介護保険の業務を代行しているため)。申請の条件として申請日の24ヶ月前より公的介護保険制度に加入 (または扶養家族として加入) していることが必要とされる。もし、申請者の加入期間が24ヶ月未満の場合は、公的介護保険の給付要件を満たすまでの間は、他の制度 (1. 障害者介護サービスに関する調査/図表5参照) から介護サービスが補完される。どの制度から介護サービスが補完されるかについては、個々のケースにより異なる。

申請に先立ち、申請者が公的介護保険以外からすでに介護サービスを受けているかどうかを窓口で確認される。もし申請者が就業中の傷害や疾病により介護が必要になった場合は、労災保険の介護手当を先に受給すべきである。あるいは、社会扶助から介護サービスを受けている場合は、公的介護保険の介護サービスでカバーしきれない分だけを社会扶助から補完すべきである。担当機関の振り分け、および介護サービスを過不足なく給付するために、申請時にどの機関から介護サービスを受けているかの報告が必要となる (なお、本モデルに関しては、他の制度からの介護給付は受けていないという前提で調査を行った)。

申請書には、かかりつけ医または専門医により作成された証明書 (介護が必要である旨を記載した証明書) を添付して提出する。申請後は、MDK (医療保険の医療サービス機構) へ判定依頼がなされる。申請者の個々の状況にあわせた判定チーム (MDKの医師や介護専門職) が、申請者宅へ訪問し、日常活動の遂行能力がいかに制限されているかについて審査を行う。MDKは、要否および介護度の判定を行うと同時に、在宅介護が適切に確保されるか否か、施設入所の必要性の有無、予防とリハビリテーション措置、住居改修などについてMDKの判断を示した「介護プラン」を介護金庫に提出する。

申請者は、在宅または施設介護のどちらかを自由に選択することができる。ただし、介護給付の基本原則、「外来ケアは入所ケアに優先」「部分的入所ケアは完全入所ケアに優先」により、もしもMDKの報告により介護金庫が完全入所介護は不必要と判断し、その一方で申請者が入所を強く希望した場合、申請者の希望は受け入れられるが、給付額については介護度に応じた在宅介護の現物給付額または現金給付額が給付される。

介護金庫はMDKの報告に基づき、要介護認定の決定を行い、その結果を申請者に通知する。申請から要介護認定の通知までの期間は、通常4～6週間とされるが、5週間で通知されるケースが最も多い。要介護と認定された場合は、申請日までさかのぼりサービスの給付が受けられる。もし仮に申請者が介護金庫の認定結果に異議がある場合は、介護金庫に対して異議申し立てができる。

B. 個人予算の申請からサービスの提供まで

「リハビリテーションと障害者参加」における統合支援には、個人予算 (personal budget) という給付制度がある。個人予算とは、公的医療保険、雇用保険、労災保険、年金保険、社会扶助、公的介護保険などから提供される様々なサービスを、現物給付の代わりに個人予算 (現金またはバウチャーの形) として受給できる制度である。個人予算は、受給者自身が、自分が必要なサービスを選び、どのサービス事業者と契約するかを自己決定し、自分自身のサービスプランをアレンジできるものとされている。

個人予算の申請から受給までの手続き

申請に先立ち、重度障害者の場合は障害証 (パス) により重度を証明し、あるいは付加的な健康関連特性を証明する必要がある。審査は医療専門家によって行われるがガイドラインはない (なお、個人予算は障害の程度に関係なく支給されるものであり、必ずしも重度障害者パスの提示が必要なわけではない)。モデルは、個人予算の申し込み窓口であるジョイントサービスポイントに連絡をする。ジョイントサービスポイントではモデルが利用可能な給付とサービスのタイプが説明される。次に、ジョイントサービスポイントは各機関に連絡をする。複数の機関が含まれる場合、第一機関 (the primary provider) は、その他の機関に対して、2 週間以内に申し込みに関する初回プランを提出するよう依頼する。その後、モデルの実際のニーズについて、どの機関が担当するのが適切か、各機関の代表とモデルが相談をする。モデルのニーズが認定または確定されたら、モデルは第一機関との支援協定に入る。協定では、モデルの個人予算 (複数の機関) によってカバーされる給付とサービスの内容が計画される。

第一機関は、モデルに個人予算の詳細を計画した最終プランを提出する。モデルは、現金またはバウチャーの形で個人予算を受け取り、サービス事業者から必要なサービスを購入する。ジョイントサービスセンターは 2 年に一度 (最低でも)、モデルのニーズを再評価し、個人予算は適宜調整される。

C. 障害程度の認定・公共交通機関の無償化の手続き

公共交通機関の無償化は、「リハビリテーションと障害者参加」の一環として給付されている。モデルが、重度障害者 (障害等級 50 以上) に認定され、かつ一定所得以下の場合、無償で公共交通機関を利用できるスタンプを、無料で取得できる。

手続きとしては、公共交通機関無償化の手続きを行う前に、障害程度の認定を受けなければならない。障害程度の認定は、連邦援護局の所管官庁である各州の援護局 (Versorgungsamt) に申請し審査を受ける。障害等級 50 以上と認定された場合は、重度障害者を証明するための障害証 (パス) が発行される。ただし、障害の程度が 30 以上 50 未満の者でも障害により適切な職に就けない場合には、連邦雇用機関より重度障害者とされる。

次に、公共交通機関無償化の手続きを行うために、戦争被害者オフィスに出向き、障害者パスに公共交通機関無償化のスタンプを押してもらおう。一定所得以上の場合、無料ではスタンプを取得できないが、年額 60 ユーロ、または 6 ヶ月間で 30 ユーロを支払うことで公共交通機関の無償化のスタンプが取得できる。もし、盲目者で付き添いを同伴する権限を許可されている場合は、付添い人も無料で公共交通機関を利用できる (これは長距離の旅行にも適用される)。この場合の、公共交通機関とは、ドイツ鉄道株式会社 (D-Bahn) とその子会社を指す。なお利用は普通電車に限られる。

2. モデルに関する調査 脚注

- 1) 私的な介護者とは家族に限定されず、要介護者に必要だと指名されればその関係は問わない。
- 2) 公的介護保険からのサービスを受けたうえで、個人的状況により持続的かつ定期的な介護が難しいと MDK により判断された場合は、「一般的介護の不足を補う付加給付」が給付される。この付加給付は、日中または夜間の看護ケア、ショートステイ、特別な見守り、サービス事業者からのケアに限定して使用することができる。

参考文献

Elftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB 第 12 編 72 条 Blindenhilfe,
http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_xii.htm

3. 障害児に関する調査

(1) 障害児施設の種別と数

介護を対象とした施設に限定せず、広義の意味で「障害児が利用できる施設」については図表1と図表2に概略をまとめた。前提としてドイツの場合、教育制度に関する規定は各州法により定められているため、幼稚園や特別支援学校の種別、形態、職員配置、施設基準などは州ごとに差異があり、図表1に示した形態以外でも、様々な組み合わせの幼稚園、学校が存在している。

0歳～6歳の障害児が利用できる主な施設として、デイケア施設や幼稚園があげられる。学齢期の場合は、特別支援学校、または普通学校（普通学校における統合クラス、普通学校への障害児の個別編入）があげられる。2005年ドイツ全国における公立特別支援学校の数は2,808校、私立特別支援学校の数は660校となっている（図表3参照）。なお、前述したように、特別支援学校の種別や形態は州ごとに異なるため、障害種別の特別支援学校の数も多くは州ごとの統計になっている。図表4は、メックレンブルク・フォアポメルン州（Mecklenburg-Vorpommern）の障害種別特別支援学校数（2003年）について示している。

青年期の場合は、就労支援の施設として「保護付き作業所」「若年者職業訓練センター」などがある（図表5参照）。「保護付き作業所」では、専門家による社会的、教育的、医学的支援が用意され、120人定員に1人以上のソーシャルワーカーまたは社会教育主事、専門医師、企業担当医師の配置が義務付けられている。「若年者職業訓練センター」では、医学的、知的、教育的な支援を要する若年障害者（16歳～25歳）を対象に地域の企業とタイアップして基礎的な職業訓練が提供されている。

(2) 利用の条件

3歳～6歳を対象とした幼稚園（普通の幼稚園、合同幼稚園、特殊幼稚園、統合幼稚園など）の場合には、特別なニーズのある子供であれば、どの幼稚園でも在籍することができる。実際には、どの幼稚園に通園するかは保護者が選択し、幼稚園職員と保護者の間で、子供のニーズに幼稚園が対応できるかなどの話し合いが行われ、入園が決定される。

学齢期の場合、障害の種別に応じた特別支援学校に在籍するか、あるいは普通学校（普通学校への障害児の個別編入、または普通学校における統合クラス）に在籍することになる。普通学校に在籍するためには、保護者が市町村窓口、あるいは在籍を希望する該当校に入学許可審査の申請を行う。申請後、障害児は該当校に仮入学し観察期間を過ごす。観察期間中に特別支援教育教員と普通学校教員は、子供の普通学校在籍が適しているか否かについて資料を作成し市町村に提出する。市町村は、提出された資料をもとに、普通学校の在籍が適しているか、あるいは特別支援学校の在籍が適しているかについて決定を行う。保護者が市町村の決定に不服がある場合には、異議申し立ての権利が認められている。

青年期の場合、保護付き作業所あるいは若年者職業訓練センターの利用があげられる。保護付き作業所の利用条件としては、保護された福祉的意味合いにおける労働生活活動が可能であ

ると作業所が判断し、「リハビリテーションと障害者参加」の給付主体が、費用負担を承認することとされている。若年者職業訓練センターの利用対象者は、16歳～25歳までの医学的、知的、教育的な支援を要する若年障害者とされている。

(3) 予算

a) 予算の状況

前述したように、公的介護保険制度の対象は、年齢・障害等による区別はなく、全ての年齢層（児童も含む）における要介護認定者が給付の対象となる。それゆえ公的介護保険において「障害児に対する予算」は別計上されていない。同じく、連邦政府国家予算全体においても「障害児への介護サービスに関する国家予算」は別計上されていない（連邦保健省ヒアリングにより確認）。

b) 施設の運営に使われる国または地方自治体の予算

介護を効率的に行うための介護体制の整備に責任を負うのは州とされている。そのため各州は、公的介護保険の対象となる介護施設に対して、介護施設整備費の助成金を支給している。介護施設整備計画、および助成措置の詳細は州法により定められ、介護施設整備費の助成金は、生活保護担当機関に生じた余剰をあてると規定されている。なお、施設運営費用については、施設介護の投資的コスト（新築・改築費用）のうち自治体の補助金上限額を超える部分、およびホテルコスト（食費、家賃）については利用者負担となっている。

なお、介護金庫は、自ら介護サービスを提供する機能を持たないため、介護施設（Pflegeeinrichtungen）に対し委託を行う。各介護金庫は、その州連合会とサービス提供を契約した介護施設に対してのみ介護の提供を認めている。

障害児教育における地方自治体の予算は、特殊教育教員給与および施設設備費に責任を負うのは州とされているため、州の財源によりこれらの費用が負担されている。児童・生徒の通学にかかる費用については、児童・生徒が在住する市町村が負担している。

図表 1 介護以外の障害児の施設(デイケア施設・学校・セラピーなどの施設)

年 齢	分 類	設備/施設 名称	施設の概要・対象児	その他 補足	
0 歳～3 歳	デイケア	ハイハイグループ Krabbelgruppe	障害児の両親と障害のない子供の両親が、自分たちの家や賃貸したスペースで、午前中に時間制で少人数の子供のグループを作り子供たちのケアをすること。このような民間活動に対して、しばしば地方自治体からの補助が出る。		
		保育ママ、パパ Tagesmütter, -väter	「保育ママ」または「保育パパ」とは、自宅にて時間制で小さな子供のケアを引き受けてくれるサービス。保育ママやパパは、保護者が自分たちで探すか、あるいは市や地域の公共機関から紹介してもらえる。		
		教育社会的な遊びの輪 Sozialpädagogische Spielkreise	「教育社会的な遊びの輪」は、ある規定に基づいた公共機関のサービスをベースに、現在、プレーメン地域などで存在している。		
		乳児託児所 Kinderkrippen	託児所は乳児のケアをする独立した施設であり、子供の看護や(障害の)支援をしている。対象年齢は通常3歳まで、デイケアサービスとして利用することが可能である。		
		年齢混合幼稚園 Altersgemischte Kindergärten	一部地域において、保育所に適している年齢の子供(乳児)と幼稚園に適している年齢の子供(幼児)と一緒に保育するという“ミックスコンセプト”が存在する。例えば、年齢混合グループを設けている幼稚園や、幼稚園の中に託児所行く年齢(0歳～3歳)の子供たちを対象としたグループを設置している場合など。		
3歳～小学校 まで	幼稚園 Kindergarten 満3歳以上就学 までの子どもが 対象	施設における デイケア institutional daycare / "Kindergarten"	普通の保育園、保育所、幼稚園の個別通園(KITA): Einzelintegration in Regelkindergarten oder Kindertagesstätte (KITA):	家の近くにある規定の幼稚園における障害児の受け入れや支援。	幼稚園や保育所で障害児のケアにかかる金額は、障害者のための統合手当の枠内で社会扶助として引き受けられる。その際には、かかった金額に対する両親の収入と家庭における貯蓄が考慮される。
		統合グループでの幼稚園: Integrative Gruppen in Regelkindergärten	障害のない子供たちが行く普通の幼稚園で、その区域に住んでいる多数の障害児が一緒に保育を受けている。		
		統合グループでの特殊幼稚園・保育園: Integrative Gruppen in Sonderkindergärten:	特殊(特別)幼稚園とは、障害児のための幼稚園が、障害のない児童に対しても開園している幼稚園のことをいう。		
		統合幼稚園: i ntegrative Kindergärten:	統合幼稚園は、一貫して全グループにおいて、障害児と障害のない子供を共通して支援することを理念としている。		
		合同幼稚園: AdditiveKindergärten:	特別幼稚園と規定の幼稚園が“一つの屋根の下”で2つの独立した施設として協力している。いろいろなグループが日常で出会える場が提供されている。		
		コーポレート幼稚園: Kooperative Kindergärten:	(近接している)特殊幼稚園と規定の幼稚園のグループ同士での提携。		
		特殊幼稚園: Sonderkindergärten:	特殊幼稚園では、主に社会教育的な支援が必要な子供が養育されている。		

年 齢	分 類	設備／施設 名称	施設の概要・対象児	その他 補足
0歳～学齢期	早期支援		<p>ドイツにおける早期支援とはいろいろな種類の援助の提案で、両親が子供の成長で悩んだり、成長妨害が見られたり、障害が見られる場合、支援を受けることができる。</p> <p>・早期支援は幼児から学齢期の子供に対する支援である。早期支援は小さな子供の身体的、精神的、心理的成長において支援が必要な場合に特に役に立つ。</p> <p>・早期支援所の従業員だけでなく、専門医、小児科医、理学療養士、作業訓練士、言語療法士、歩行訓練士、治療教育士、心理士などの専門家などが早期支援に含まれる。早期支援における医学的セラピーとは、理学療法、作業療法、運動療法や言語療法(言語と声のセラピー)の枠内で行われる対策・手段のことである。</p> <p>・早期支援の中で、在宅で行われる支援を補足する「両親と子供クラス」や「両親と子供の週末」などは特別なサービスである。両親と子供クラスは、最長で2週間にわたって行われる家族と専門家の間の対話を重視するコースのこと。</p>	金銭的な援助:保険組合の担当分野における医療的、心理療法的なサービス
学齢期だがまだ未就学	就学前教育	家や病院における授業 Haus- und Krankenhausunterricht	身体的なまたは精神的・心理的な疾病、行動が未熟だと思われる場合、長期間、または常に学校に行くことのできない子供に、ケースに応じて家や病院内で授業が行われる。この場合、子供が学校に行ける状態であるか定期的に検査される。	
		学童保育所 Schulgänzender Hort	学童保育所は、就学義務のある13歳未満の子供と青少年の教育のためにある。とりわけ、半日制の学校が終わった午後において、家族や学校の補足的なサービスが行われる。半日学校と学童保育は、教育的な1日サービスのコンビネーションを障害児に可能にする。その点に関しては全日制の学校の補助的な施設といえる。	
学齢期	学校	普通小学校または普通中学校(+特殊教育学校の教師)	子供の能力と学校側の編入の可能性に応じて、普通小学校や普通中学校での障害児の受け入れが実施されている。	
		Regular primary or secondary school (plus additional Special-School-Teachers)	・ドイツの各州では、障害を持った子供一人一人が普通学校の普通のクラスに通うことができるようになってきている。たいてい、このクラスに需要に応じて特別支援学校の先生による個別授業が併設されている。	
		普通学校における統合クラス "Integration-Classes" in regular schools	一人一人の子供の編入が実施される中、多くの州では、普通学校における統合クラスを設置している。個別編入と違う点は、特別教育が必要な多数の子供達がこの統合クラスに通っているところである。この統合クラスの割合はあらかじめ決められている。(例、18人は障害を持っていない子供たち、3人が障害児、など)	
		特別支援学校	<p>特別支援学校は一般学校や教育へ移行できるように子供の成長を支援する。</p> <p>特別支援学校の形態:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・盲学校 ・視覚障害学校 ・聾学校 ・難聴学校 ・言語障害学校 ・身体障害学校 ・学習困難学校 ・知的障害学校 ・行動障害学校 ・病弱学校 	
0歳～18歳	社会教育学センター		<p>社会教育学センターは開業医の診療所、セラピー、そして早期支援所を補う形で、学際的な支援や子供の障害、成長障害や障害が出る恐れのある子供に対する支援を行っている。社会教育学センターは専門的にも医療的にも、常に医師の監視下にある。早期支援所と違って、社会教育学センターでは、いろいろな年齢の子供や青少年が支援を受けることができる。</p>	

出典: www.familienratgeber.de, www.behindertenbeauftragte.de

図表 2 障害児が利用できる介護施設

施設の種類	説明
介護ホーム Pflegeheim	介護保険の給付対象施設。入所対象者は、中～高度の要介護者で長期の療養を必要とする者。障害児の利用も可能であるが、利用者の多くは高齢者が中心となっている。
短期介護施設 Kurzzeitpflege	介護保険の給付対象施設。短期介護施設ではショートステイ(利用上限は年間4週間)が実施される。障害児のみでなく、障害者、老人が利用可能。
一時入所型施設 Teilstationär	介護保険の給付対象施設。一時入所型施設ではデイケア・ナイトケアなどの部分介護が実施される。障害児のみでなく、障害者、老人が利用可能。
障害者援護施設 Behindertenwohnheim	障害者援護施設は入所者を障害者に限定した施設。障害児も入所対象者に含まれる。 「リハビリテーションと障害者参加」SGB 第9編の対象施設。ただし障害者援護施設に入所している公的介護保険の要介護者については、施設利用料のうち基礎的ケア費用、社会的サービスの費用、治療費用の10%(ただし、月額256ユーロを限度とする)が、公的介護保険から支払われる(SGB 第11編43条a)。

出典：財団法人医療保険経済研究・社会保険福祉協会「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書」平成19年3月、連邦労働社会省 Social security at a glance 2008, P-104 I-105 をもとに作成。

図表 3 特別支援学校数と生徒数(2005年)

学校種別	学校数	生徒数(%)
公立特別支援学校	2,808	349,793 (84.0)
私立特別支援学校	660	66,426 (16.0)

出典：連邦統計局 Fachserie 11, Reihe 1, 2006 and Sekretariat der Kultusministerkonferenz

図表 4 メックレンブルク・フォアポメルン州の障害種別特別支援学校数(2003年)

学校種別	学校数	種別	学校数
知的障害学校	10	複合的な特別支援学校(注)	27
行動障害学校	3	聾学校	1
学習困難学校	7	難聴学校	1
言語障害学校	5	病弱学校	1
肢体不自由学校	4	その他	6

(注) 複数の障害種別を対象とした特別支援学校

出典：http://tweety.helmaonline.com/meckvo.html

図表 5 青年期における就労支援の施設数、定員数(2008年1月現在)

施設種別	施設数	定員数(人)
保護付き作業所	671	68,000
若年者職業訓練センター	50	13,000

出典：連邦労働社会省 Social Security at a glance 2008, p80

■補足

(1)根拠となる法律・制度

社会法典(SGB)第11編によると、障害のある子供に関する権利として「子供に障害があり介護が必要な場合は、法的に介護サービスが受けられる権利がある」と定められている。またドイツの公的介護保険は、給付対象者に年齢・障害種類による区別はなく、要介護状態の者に対して介護が給付される制度のため¹⁾、障害児の介護サービスも主に公的介護保険制度から給付されているといえる。

しかしながら、公的介護保険は基礎的な部分を保障するものであり、また要介護判定の基準は主に日常生活活動の遂行度が考慮されるため、知的障害などを持つ障害児の場合、日常生活の援助が必要な状態にあっても要介護者に該当せず、公的介護保険から介護サービスが給付されないケースがしばしばある。このように障害児の介護ニーズが公的介護保険により十分に満たされない場合は、その他の社会保障制度により不足するニーズが補完される。公的介護保険とその他の社会制度の関係については、前述の「1. 障害者介護サービスに関する調査／(5)制度の体系・相互の位置づけ」を参照。

なお、参考資料として、2006年度、社会扶助(SGB第12編)における「介護扶助」を受給している子供(0歳～18歳)の数は、2,942人。社会扶助における「障害者のための統合扶助」を受給している子供(0歳～18歳)は、186,465人となっている(図表6参照)。

図表6 2006年度^(注1)、社会扶助における年齢別、施設内外別、扶助の種類別の受給者数^(注2)

扶助の種類	合計(人)	年齢区分(歳)			
		0～18	18～40	40～65	65以上
施設外					
SGB第12編5～9条 全体 ^(注3)	399,884	114,618	78,538	107,752	98,976
医療扶助 ^(注4)	50,322	3,458	7,086	14,892	24,886
障害者のための統合扶助	229,638	108,200	54,870	56,967	9,601
介護扶助	87,433	2,358	7,118	23,452	54,505
特別な社会的困難克服の扶助、その他の生活環境による扶助	53,841	1,465	11,912	19,181	21,283
施設内					
SGB第12編5～9条 全体 ^(注3)	739,854	85,151	177,362	218,895	258,446
医療扶助 ^(注4)	12,107	789	2,625	4,350	4,343
障害者のための統合扶助	444,418	84,249	166,540	172,840	20,789
介護扶助	20,789	598	4,044	38,969	232,072
特別な社会的困難克服の扶助、その他の生活環境による扶助	26,048	258	7,616	9,592	8,582
合計(施設内・外)					
SGB第12編5～9条 全体 ^(注3)	1,086,509	193,325	238,245	307,541	347,398
医療扶助 ^(注4)	61,106	4,194	9,527	18,734	28,651
障害者のための統合扶助	638,174	186,465	205,988	215,679	30,042
介護扶助	360,139	2,942	11,105	61,892	284,200
特別な社会的困難克服の扶助、その他の生活環境による扶助	77,288	1,712	18,922	28,077	28,577

(注1) プレーメン地域を除くドイツ。

(注2) 扶助の種類ごと、および施設の内外ごとに、複数の支援受給者について言及している。

(注3) 複数のカウントを含む。

(注4) 社会福祉事務所から直接提供された給付。

出典：ドイツ連邦統計局

Statistische Bundessamt Deutschland Start > Further Topics > Social benefits > Public assistance > Tables
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/EN/Content/Statistics/SocialBenefits/PublicAssistance/Tabellen/Content100/FuenftesNeuntesKapitelAlter,templateId=renderPrint.psml>

(2) 公的介護保険による介護サービスについて

SGB 第 11 編によると、介護とは、障害者が必要としている日常生活上の基礎的ケアや家事援助、維持費および必要経費等に対して支給される現物給付・現金給付を指す。給付の種類や範囲は、介護の必要性に応じ家庭において介護がされるのか、あるいは施設等での一時入所や完全入所による介護が利用されるかどうかによって決められる (SGB 第 11 編 4 条 1 項)。

どの形態の介護が、障害児に適用されるのかについては、生活の中心がどこにあるのか、そして誰が障害児の介護を行うのかにより判断される。障害児が主に家で生活し家族により介護される場合、家族 (両親) に代替手当として現金が支払われる。家族が病気や休暇をとるために介護できなくなった場合は「代替介護者の雇い入れ費用」として代替介護給付を請求することができる。障害児が部分的に、家と介護施設、または一時入所型ケア施設で介護を受ける場合は、部分的な介護手当が家族に支給される。その場合の支給金額は、家庭で家族が介護をする割合と、施設で介護を受ける割合によって決められる。

介護程度の区分に関して障害児に限定されたものではなく、SGB 第 11 編 15 条 に定められている介護区分が障害児にも適用される。しかし、要介護の認定基準については、12 歳未満の子供に対する認定基準が別途設定されており、同じ年齢の健康な子供と比べよりケアが必要かによって介護の必要性が判断される²⁾。要介護の判定の頻度については、乳児の場合は毎年、1 歳～10 歳までは 1 年～2 年毎に判定を行うとされている。

(3) 公的介護保険における障害児の施設

公的介護保険の給付対象となる介護施設に、障害児だけを対象にした施設は見当たらない。公的介護保険の給付対象施設である「入所型ケア施設」(pflegeheim/einrichtungen; ケアホーム) は、年齢による区別はなく、障害児・障害者・高齢者が入所可能な施設となっている。そのため障害を持つ子供 (障害児) は、これらの施設、または障害者擁護施設 (公的介護保険ではなく「リハビリテーションと障害者参加」により給付されている) を利用している。

公的介護保険における「介護施設」の定義によると、「病人または障害者の医学的な予防やリハビリテーション、職業的統合、社会的統合、学校での訓練や養育をその主な目的とする施設や病院は介護施設には該当しない」(SGB 第 11 編 71 条) と定められている。そのため、病院やリハビリテーション施設、障害者のための援護施設や作業所などは、公的介護保険の給付対象施設からは除外されている。ただし、障害者に対する妥協措置として、障害者擁護施設に入所する要介護者の介護費用、社会的ケアの費用、および看護費用として社会扶助法に基づいて合意された施設利用料の 10% (ただし、月額 256 ユーロを限度とする) は公的介護保険により支払われると規定されている (SGB 第 11 編 43 条 a)。

(4) 介護サービス利用の手続き

障害児が公的介護保険サービスを利用する場合も、基本的には成人や高齢者と同様の手続きをとる。ただし、障害児の場合は、両親、または同等の資格を有する者が申請手続きを行う。申請の条件として申請日の 24 ヶ月前より保護者が公的介護保険の被保険者であり、障害児はその扶養家族であることが必要とされる。さらに、申請書には小児科医により作成された証明書 (介護が必要である旨を記載した証明書) を添付して提出する。

3. 障害児に関する調査 脚注

- 1) 公的介護保険の給付対象者は、SGB 第 11 編 14 条において、身体的、知的、精神的な疾患や障害のために、日常生活において日常的かつ規則的に繰り返される行動を行うのに、継続的(最低 6 ヶ月)に、相当程度以上の援助が必要な者と定められている。
- 2) 小児の認定基準の詳細については、1. 障害者介護サービスに関する調査(12)認定基準の項の脚注、「4」介護が必要な子供の評価の特徴」「5」健康な子供の世話に要する時間(分)年齢別、活動別」「6」重度の障害を持った 12 歳以下の子供の、日常生活能力を確定するための特性」を参照。

参考文献

- ・田中耕太郎「ドイツにおける障害者施策の展開と介護保険」平成 15/8/26 山口県立大学(厚生労働省資料)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/08/s0826-2d.html>
- ・連邦保健省 Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick
(Stand: 1. Juli 2008)
- ・網野武博、春見静子、厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)、総合研究報告書「諸外国における保育制度の現状及び課題に関する研究」“Ⅲ, 3, ドイツ連邦共和国”
- ・Katja Kruse, K. (2005). Mein Kind ist behindert. Diese Hilfen gibt es. Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (Hrsg.). Düsseldorf. www.behinderte-kinder.de
- ・Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB 9) erhältlich als PDF auf www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de
- ・Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB 11) erhältlich als PDF auf www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de
- ・Michael K. (2007). Pflegegeldfibel. Erhältlich als PDF auf www.behinderte-kinder.de
- ・Ministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2008). Ratgeber für behinderte Menschen. Bonn. Erhältlich als PDF auf www.bmas.de

MDK: 評価日: 評価日:
 被保険者: 生年月日: 生年月日:
 2.3 介護上重要と思われる前歴(既往病歴)

過去4年の間に医学的リハビリテーションを受けましたか? はい いいえ
 どのような形で? 外来 入院
 どのような方法で 老年期医学的 症状に特化した方法(例) 神経医学的・整形外科的・心臓病的リハビリテーション)

3 評価者所見

3.1 一般状況の所見
 (食事の能力や状況)

3.2 骨格や筋肉の活動性を妨げる、内臓器官・感覚器官・神経系・精神系障害の理由となる記述

3.3 日常生活の活動性への影響*)
 移動 洗体・更衣 食事 排泄

*) 程度 0=活動を阻害するものは特になし
 1=外部からの援助なし、自発的行動又は補助的手段が必要
 2=外部介護活動への依存が必要
 3=自発的行動は不可能



MDK: 評価日: 評価日:
 被保険者: 生年月日: 生年月日:
 1.4 介護のための処置と範囲
 自宅での医学的介護(SGB 第5編 37条) なし

SGB 第11編により考慮された介護
 在宅介護 デイ&ナイトケア ショートステイ 施設介護

親族又は知人による介護

その他の社会保障制度による介護

被保険者は一人暮らしですか?

介護人	名前	郵便番号	町名	生年月日	電話	1週あたりの介護時間
A						
B						
C						
D						

2 介護上重要と思われる前歴と所見

2.1 介護上重要と思われる、在宅での観点と居住状況

2.2 その他の所見

MDK: 評価者: 評価日:
被保険者: 生年月日:

3.4 介護を理由付ける診断

ICD-10
ICD-10

それ以外の診断:

3.5 日常生活に支障をきたす重度の障害を持った人の選考・評価の確定について

重度の障害は以前と同じである はい いいえ
記憶能力障害、精神障害又は心理的障害がありますか? はい いいえ

	特に問題なし	問題あり
日常生活のオリエンテーリング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
推進力/作業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
記憶力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日中/夜間周期の把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
知覚と思考	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コミュニケーション/発話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
状況適応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会活動への参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

結果として、上記の表から一つの問題点が確定し、継続的に監督・看護が必要ですか?
「いいえ」の場合の理由



MDK: 評価日:
被保険者: 生年月日:
アセスメント

評価のために、日常生活能力にきたす支障が継続的かどうか、下記の活動障害の基準となる質問に答えて下さい:

	はい	いいえ
1. 居住範囲を離れることが制御できない。(逃走傾向にある)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 誤認、又は危険な状況を引き起こす。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 危険な対象、又は潜在的に危険な物質を不適切に扱う。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 誤認状況下で暴力的又は害による攻撃的な態度をとる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 前後関係のふさわしくない行動をとる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 自身の身体的・精神的な感情、又は必要性が認識できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 極度の心配又は鬱状態、治療に対する抵抗のために治療措置に対して必要な協力ができない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 記憶障害、判断能力の低下などの高度な知力(脳)障害のため、日常生活に支障をきたす。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 日中夜間周期の把握障害がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 自主的に1日の行動を構成し、始めることができない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 日常生活の状態の誤認、又は不適切な反応がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 興奮な不安定さ、又は制御不可能な感情的な行動をとる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 治療に対する抵抗があるため、大部分の時間において意気消沈、弱気、無力又は絶望感がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1~9の質問の範囲内での「はい」の数 _____個
10~13の質問の範囲内での「はい」の数 _____個

1~9の項目から少なくとも1つ以上問題点があり、それが継続的、定期的な障害である場合、日常生活能力に重度の障害があると査定されます。

結果:
社会法典第 11 編 45 条に基づいて申請者の日常生活能力は重度に障害されている。 はい いいえ
いつからですか? _____

MDK: 評価日: 被保険者: 生年月日: 4.2 食事

介護の種類	いいえ	介助の形			頻度	
		U	TÜ	VÜ	1日あたり	1日あたりの所要時間(分)
一口で食べられるように準備すること		U	TÜ	VÜ	B	A
摂食						
経口		U	TÜ	VÜ	B	A
チューブ栄養		U	TÜ	VÜ	B	A

身体介護に必要な時間の合計

上記の所要時間の合計は下記の遂行内容も含まれています。

遂行内容	病気に特化した処置内容	頻度	
		1日あたり	1日あたりの所要時間(分)
摂食	口腔と気管の分泌物吸引 気管切開に伴うカニューレの交換		

注釈



MDK: 評価日: 被保険者: 生年月日: 4 介護の必要性 4.1 ボディケア

介護の種類	いいえ	介助の形			頻度	
		U	TÜ	VÜ	1日あたり	1日あたりの所要時間(分)
洗体						
全身を洗う		U	TÜ	VÜ	B	A
上半身を洗う		U	TÜ	VÜ	B	A
下半身を洗う		U	TÜ	VÜ	B	A
手を洗う/顔を洗う		U	TÜ	VÜ	B	A
シャワー		U	TÜ	VÜ	B	A
入浴		U	TÜ	VÜ	B	A
歯磨き		U	TÜ	VÜ	B	A
整容		U	TÜ	VÜ	B	A
髭剃り		U	TÜ	VÜ	B	A
排便						
排尿		U	TÜ	VÜ	B	A
排便		U	TÜ	VÜ	B	A
衣服を整える		U	TÜ	VÜ	B	A
排便後のオムツ換え		U	TÜ	VÜ	B	A
排便後のオムツ換え		U	TÜ	VÜ	B	A
ナプキンを取り換える		U	TÜ	VÜ	B	A
尿パットの取り換え/空にする		U	TÜ	VÜ	B	A
ストマの取り換え/空にする		U	TÜ	VÜ	B	A

身体介護に必要な時間の合計

上記の所要時間の合計は下記の遂行内容も含まれています。

遂行内容	病気に特化した処置内容	頻度	
		1日あたり	1日あたりの所要時間(分)
洗体/シャワー/入浴	口腔と気管の分泌物吸引 皮膚にクリームを塗る 洗髪		
排便	使い捨てカテーテルの挿入		

注釈

凡例: U=援助 TÜ=部分的な援助 VÜ=100%の援助
B=見守り A=ガイド・ヒント

MDK:
被保険者:

評価日:
生年月日:

MDK:
被保険者:

評価日:
生年月日:

4.3 移動

介護の種類	いいえ	介助の形			頻度		1日あたりの所要時間(分)
		U	TÜ	VÜ	B	A	
ベッドからの起床～臥床							
寝返りから起き上がり							
更衣							
全身の着衣							
上半身/下半身の着衣							
全身の脱衣							
上半身/下半身の脱衣							
歩行							
立位保持(トランスファー)							
階段昇降							
一人で住居や介護施設から外出すること							
身体介護に必要な時間の合計							

□いいえ

□いいえ

□分



上記の所要時間の合計は下記の遂行内容も含まれています。

遂行内容	病気に特化した処置内容	頻度		1日あたりの所要時間(分)
		1日あたり	週あたり	
ベッドからの起床～臥床	病気に特化した処置内容 薬物性線維症の分泌物除去の措置、又はそれに着する病気の措置			
更衣	サポータカ 2 以上の弾性ソックスの着衣 サポータカ 2 以上の弾性ソックスの脱衣			

注釈

凡例: U=探助 TÜ=部分的な探助 VÜ=100%の探助
B=見守り A=ガイド・ヒント

4.4 家事援助

介護の種類	いいえ	頻度/週	指摘/所見
買い物			
料理			
掃除			
洗い物をする			
ベッドシーツや洋服の交換・洗濯			
部屋を暖房する			
1 週あたりの所要時間(時間)			

基礎的ケアの所要時間 □□ 時間 □□ 分(1日あたり)
家事援助の所要時間(週平均) □□ 時間 □□ 分(1日あたり)

4.5 介助の必要性について追加の注釈がありますか? □なし

MDK:
被保険者:

評価日:
生年月日:

診断日:
生年月日:

5 結果

5.1 前記の 4.1 以下の介護所要時間と介護の必要性の所見確定は一致しますか？

項目 4.1 から 4.4 までの所要時間合計 時間 分(週あたり) はい いいえ

介護人 氏名	週あたりの介護時間* (項目 4.1~4.4 まで)
A	
B	
C	
D	

*) 基準 1=14 時間以下 2=14 時間以上 21 時間以下
3=21 時間以上 28 時間以下 4=28 時間以上

5.2 社会法典第 11 編に基づいて、介護の必要性がありますか？

なし 介護度 1 介護度 2 介護度 3 より高度な介助が必要

いつからですか？ _____

理由づけ/注釈:



基礎介護の総合所要時間には以下の内容も含まれています。

遂行内容	病気に特化した処置内容	頻度		1日あたりの所要時間 (分)
		1日あたり	週あたり	
摂食	口腔と気管の分泌物吸引 気管切開に伴う、スピーキング カニューレと普通カニューレの交 換			
ベッドからの起床～臥床	塞栓性繊維症の分泌物除去の 措置、又はそれに準ずる病気の 措置			
更衣	サポート力 2 以上の弾性ソック スの着衣 サポート力 2 以上の弾性ソック スの脱衣			

5.3 下記の原因は介護の必要性を示唆していますか？ なし

事故 職業病/仕事上の事故 持病

5.4 自宅介護が適した方法であると証明できますか？ はい いいえ

5.5 入院による完全介護は必要ですか？ はい いいえ

MDK:
被保険者:

評価日:
生年月日:

5 結果

5.1 前記の 4.1 以下の介護所要時間と介護の必要性の所見確定は一致しますか？

項目 4.1 から 4.4 までの所要時間合計 時間 分(週あたり) はい いいえ

介護人 氏名	週あたりの介護時間* (項目 4.1~4.4 まで)
A	
B	
C	
D	

*) 基準 1=14 時間以下 2=14 時間以上 21 時間以下
3=21 時間以上 28 時間以下 4=28 時間以上

5.2 社会法典第 11 編に基づいて、介護の必要性がありますか？

なし 介護度 1 介護度 2 介護度 3 より高度な介助が必要

いつからですか？ _____

理由づけ/注釈:

基礎介護の総合所要時間には以下の内容も含まれています。

遂行内容	病気に特化した処置内容	頻度		1日あたりの 所要時間(分)
		1日あたり	週あたり	
洗体/シャワー/入浴	口腔と気管の分泌物吸引 皮膚にクリームを塗る			
排泄	洗腸 使い捨てカテーテルの挿入			

MDK: 診断日: _____
 被保険者: _____ 生年月日: _____

6 介護金庫／個人的介護プランへの助言:

6.1 予防的な措置／治療／医学的リハビリテーションへの給付 なし
 理学療法

作業療法

言語療法

医学的リハビリテーションの給付 外来 入院
 老人医学的
 病気に特化したもの(例えば神経医学的、整形外科的、心臓病的)

その他

6.2 介護用品の供給 なし



MDK: 診断日: _____
 被保険者: _____ 生年月日: _____

6.3 居住環境について、技術的援助と建築上の措置がありましたか? なし

6.4 介護状況の改善／変更はありましたか? なし

7 追加の助言／介護金庫への注釈

8 評価／再評価
 評価: _____

再評価の予約:

9 鑑定関係者
 MDK-医師
 MDK-介護専門スタッフ
 外部の鑑定者

2 / 公的介護保険給付の申請書

公的介護保険給付の申請書

ザクセンアンハルト州
AOK介護保険事務所
ヘルスケア金庫

被保険者の姓

郵便番号

住所

電話番号

生年月日

保険番号

※該当する項目に○をして下さい。

初めての申請

介護内容の変更(重度へ)

自宅介護サービス

療養施設でのサービス

介護時間の申請

銀行番号

銀行名

口座番号

口座所有者

給付希望を選んで○を記入して下さい。

現金給付

現金と現物、両方の給付

現物給付(利用されなかった物は介護資金として支給されます)

自宅介護の実施者について記入して下さい

介護者の氏名(現金給付、または現金現物給付)、生年月日

介護者住所(現金給付、または現金現物給付)

(介護を担当するしないにかかわらず)、親族の連絡可能な住所

療養施設での介護サービスについて

施設名

短期介護施設の名前

施設の住所

短期介護施設の住所

受け入れ日

短期介護の開始日

介護が必要な項目に○をして下さい。

食事

ボディケア

移動

その他

1995年1月1日より以下の介護保険に加入しています。
保険会社名:

私はすでに介護サービスを受けています。 はい いいえ

受けている場合は以下のいずれかに○をして下さい。

- 労災保険より
 社会扶助事務所
 その他の機関より(援護局、補助課)

担当医について

担当医の氏名

担当医の住所

あなたには、世話をしてくれる人がいますか？ はい いいえ

法的に任命された世話人の氏名と住所(世話人の身分証明書のコピーを添付すること)。

あなたには、あなたの委任状を管理してくれる人がいますか？ はい いいえ

委任された人物の名前と住所(委任状のコピーを添付すること)。

×

私は以下のことに同意します。

私の介護サービスの申請・審査に必要とみなされた場合、上記の担当医が作成した診断書、
所見、判定書を他者が閲覧することを認めます。

×

日付 被保険者署名 又は 法的代理人署名

私達の法的な課題のためには、社会法典第11編94条と社会法典第11編50条3項に基づいてあなたの
情報と協力を必要としています。またあなたの介護サービスの要望を検討するためには、あなたの明確
な協力が必要です。とりわけ、この申請書を完全に記入していただくことが大切です。

社会法典第10編76条に基づいて、あなたには医療鑑定書を他の社会保険給付担当者に伝達すること
に異議を唱える権利があります。

注釈、ザクセンアンハルト州 AOK保険事務所

日付 署名

以下は記載方法の説明になります

住所 住所を正しく記入しましたか？
電話番号 場合によっては問い合わせをする場合がありますので、円滑で迅速な対応ができるようにして下さい。親族の電話番号を記入してもかまいません。
初めての申請又は、障害度(重度)変更への申請 申請内容にチェックを付けて下さい。 ・初めての申請:1度目の介護レベル申請、又は ・介護内容の変更(重度へ):重度レベルへの申請
自宅介護を希望しますか、それとも療養施設による介護を希望しますか？申請欄にチェックを付けて下さい。
あなたの介護者は、雇用主に介護時間の申請をしましたか？ あなたの介護者は雇用主に10日から6ヶ月の無給の介護時間を申請することができます(ただし雇用主が最低でも15人の労働者を雇用している場合に限る)。この際、事前に書面にて雇用主に申請すること。あなたの介護者が雇用主に申請している場合、申請書にチェックをして下さい。
自宅での介護を選ぶ場合は、現金給付のための振込み先を正しく記入して下さい。 下の3つ給付形態から選ぶことができます。 <input type="checkbox"/> 現金給付 <input type="checkbox"/> 現金と現物両方の給付 <input type="checkbox"/> 現物給付 給付内容についての情報は、パンフレットかインターネット www.aok.de/sa の介護欄でみるができます。
・質問がある場合は親族の氏名と住所を提示して下さい。 ・現金給付の場合は介護者の氏名と住所を提示して下さい。 ・現金現物両方、又は現物給付の場合は介護者の氏名と住所、ならびに介護会社の名前と住所も提示して下さい。 ・療養施設での介護を選ぶ場合は、介護施設の名前と住所を提示して下さい。 ・病院退院後の短期介護を望む場合は、短期介護施設の名前と住所を提示して下さい。
介助が必要な場合 あなたはどのような分野で介助が必要ですか？ <input type="checkbox"/> 食事 例：一口で食べられるように準備すること、または摂食 <input type="checkbox"/> ボディケア 例：入浴、歯磨き、排泄処理 <input type="checkbox"/> 移動 例：更衣、歩行、階段の昇降 <input type="checkbox"/> その他 例：買い物、掃除、料理 少なくとも2つ以上の項目にチェックを入れてください。
保険加入期間 あなたの介護要望を検討するためには、あなたが一定の保険加入期間を満たしていることが条件です。昨年、健康保険又は介護保険に加入していることをこちらで法的に調査する義務があります。必要が生じれば、1995年1月1日からのあなたの介護金庫の資料を提示して下さい。
その他の介護サービスについて すでに他の制度より介護サービスを受けている場合。 1. 労災保険より [例えば、労働災害、職業病などの理由で] 2. 社会扶助事務所より [例えば、財政上の困窮などの理由で] 3. その他の場所 [例えば、戦争や暴力行為による負傷などの理由で戦争被害者保障から]
担当医について 健康保険の医療業務のためには、あなたのかかりつけ医、又は専門医の氏名・住所 ならびに証明書が必要です。
法的世話人について もしあなたに法的な世話人がいる場合、その人の名前と明確な住所を提示して下さい。そして世話人の身分証明書のコピーも添付して下さい。
代理人について あなたの要件を処理するために、委任状を授ける人がいますか？その代理人の名前と明確な住所を提示し、その委任状のコピーを添付して下さい。
署名 あなたの署名、又は全権を委任した人物の署名をしましたか？

漏れなく記入された介護申請書類を、AOK顧客センターに直接、又は郵送にて提出してください。
不明な点は下記の住所まで。

住所： ザクセンアンハルト州 AOK介護保険事務所
介護資格センター 35. 19
39084 マルクテブルク

第4節 フランス

(フランス共和国)
République française

1. 障害者介護サービスに関する調査	124
2. モデルに関する調査	143
3. 障害児に関する調査	148
■添付資料.....	158
1 / 生活計画	
2 / 補償給付又は補償手当更新申請書	
3 / 健康診断書	

永野 仁美 (東京大学大学院法学政治学研究科博士課程)
大曾根 寛 (放送大学教授)

1. 障害者介護サービスに関する調査

(1) 障害の定義、範囲、区分(制度別)

障害の定義は、社会福祉・家族法典 L.114 条にある。同条は、障害を「1 つ又は複数の身体・感覚器官・知能・認識・精神に関する機能の実質的永続的決定的悪化、重複障害 (polyhandicap) ¹⁾、あるいは、健康上のトラブルを理由として、障害者が、その環境において被る活動の制限あるいは社会生活への参加の制約のすべて」と定義している。

この定義は、2001 年に世界保健機関 (OMS ; Organisation Mondiale de la Santé / 英語では WHO) が採択した国際生活機能分類 (ICF) に着想を得たものと言われており、2005 年 2 月 11 日の「障害者の権利と機会の平等、参加、市民権に関する法律」(以下、2005 年法と記す) ²⁾ によって導入された。

なお、各制度の対象となる障害の範囲や程度は、それぞれの制度ごとに定められている。例えば、障害年金制度では、障害は労働・稼得能力の減退を意味し、労働・稼得能力が 3 分の 2 以上減退している場合に、障害年金の支給がある (補足情報：所得保障 (5) 支給対象者、受給者数 a) 障害年金 参照)。また、成人障害者手当 (AAH ; Allocation aux adultes handicapés) 制度では、障害は障害率で示され、障害率が 80% 以上である場合や、障害率が 50% 以上 80% 未満であり、かつ、一定の条件を満たす場合に、AAH の支給が認められる (補足情報：所得保障 (5) a) 及び (6) b) 参照)。さらに、障害補償給付 (PCH ; Prestation de compensation du handicap) 制度では、障害は、活動 (行為) の実現における困難のことを指す (「(2) 要介護者の定義、範囲、区分」及び「(12) 認定基準」参照)。

(2) 要介護者の定義、範囲、区分

障害補償給付 (PCH) は、以下の 2 つの類型に当てはまる者に支給される。第 1 に、障害の結果、生活の基本的活動 (行為) の 1 つを行うことが極めて困難である者、第 2 に、基本的活動 (行為) の少なくとも 2 つを行うことに重大な困難がある者、である (社会福祉・家族法典 Annexe2-5 1) (詳細は「(10) 給付対象者」「(12) 認定基準」を参照)。

PCH は、障害の種類や原因、年齢 ³⁾、在宅か施設入所か ⁴⁾ を問わず、以上のような困難を基準として認められる権利である。

(3) 制度の名称、根拠法

障害の結果生じる超過費用 (福祉サービスの利用や装具の購入等) を補償するものとして、障害補償給付 (PCH) の制度が用意されている。PCH は、社会福祉・家族法典 L.245-1 条～L.245-14 条に規定されている。

(参考)歴史的経緯

障害補償給付 (PCH) は、2000 年 11 月の破毀院判決 (原告の名前をとってペリュシュ判決と呼ばれる)⁵⁾ により喚起された障害者問題への関心の高まりの中で⁶⁾、2005 年法により創設された新しい給付である。

ペリュシュ判決は、風疹への罹患の有無に関する医師・検査機関の誤診のために先天性障害を持って生まれてきた子の医師・検査機関に対する損害賠償請求を認めたものであるが、これは、いわゆるロングフルライフ (Wrongful Life) 訴訟⁷⁾ を認めたもので、フランス社会に大きな衝撃を与えた。同判決への立法による対応として、まず、反ペリュシュ判決法が制定され⁸⁾、ペリュシュ判決の効果に終止符を打つと同時に、「全ての障害者は、その障害の原因に関わらず、国民集合体の連帯に対する権利を有する」ことが確認された。また、同時期に国会で審議されていた社会現代化法では、障害者は、機能障害の原因・性質、年齢、生活様式が何であれ障害の結果を補償される権利、そして、日常生活における基本的ニーズ全体をカバーできる最低所得保障への権利、を有することが確認された。前者の権利を具体化したものが、2005 年法によって創設された PCH である。

PCH は、従来型の第三者補足手当 (ACTP)⁹⁾ に代わるとものとして導入されたが、支給対象者は、PCH のほうが広い。

(4) 運営主体

障害補償給付 (PCH) の運営主体は県である。PCH に関する手続きは、各県に設置された県障害者センター (MDPH ; Maison départementale des personnes handicapées) で行われる。MDPH は、障害者の障害に関連する手続きを容易にするために、唯一の窓口として 2005 年法によって導入された機関であり¹⁰⁾、PCH の支給決定も、この MDPH 内に設置された障害者権利自立委員会 (CDAPH ; Commission des droits et de l' autonomie des personnes handicapées) (「(11) 認定主体」参照) で行われる。

他方、PCH にかかる予算は、全国自立連帯金庫 (CNSA ; Caisse nationale de solidarité pour l' autonomie) が負担する。同金庫は、2004 年 6 月 30 日の法律により創設された新しい公的機関であり、高齢者と障害者への支援の予算を負担する。

CNSA の財源の 1 つは、自立連帯負担金である。これは、高齢者・障害者の自立支援のための予算を捻出するために、CNSA の創設と同時に、上記 2004 年法により創設されたもので、それまで休日であった 1 日を労働日とし (この労働日は「連帯の日」と呼ばれる)、その日に生じた収益を自立連帯負担金として企業から徴収し、高齢者・障害者の自立支援費にあてるというものである。企業は、自立連帯分担金として、疾病保険の使用者負担保険料と同じ賦課基礎に 0.3% を乗じた額を納めなければならない (社会福祉・家族法典 L.14-10-4 条 1o)。

この自立連帯負担金により、2007 年には、22 億ユーロの収入が CNSA にもたらされ、5 億 3,000 万ユーロが、PCH のために支出された。

なお、CNSA の財源には、他に、一般社会拠出金 (CSG ; Contribution sociale généralisée) の 0.1% (10 億 8,000 万ユーロ)、年金金庫からの分担金 (6,450 万ユーロ)、高齢者にあてられる疾病保険予算からの移転分 (48 億ユーロ)、障害者にあてられる疾病保険予算からの移転分 (70 億ユーロ) がある (いずれも、2007 年の数値)¹¹⁾。

(5) 制度の体系・相互の位置づけ

a) 社会保障制度との関係

社会保障制度から同じ性格の給付がなされる場合、その給付の分だけ、障害補償給付(PCH)は減額される(社会福祉・家族法典 R.245-40 条)。例えば、カテゴリー 3 の障害年金を受給している場合(すなわち、第三者による介護を必要とする障害者に支給される第三者介護加算を受給している場合)、この加算分だけ、PCH の 1 つである人的支援の支給額は減額される。

その他、PCH の 1 つである技術的支援は、疾病保険の払戻対象製品・給付リスト(LPPR ; Liste de produits et prestations remboursables)に掲載されているもの(すなわち、疾病保険からの償還があるもの)については、疾病保険で償還されない部分について、費用の補償を行うこととしている(詳細は「(7) 給付内容 / B. 支給限度額 b) 技術的支援」を参照)。

b) 高齢を理由とする給付との関係

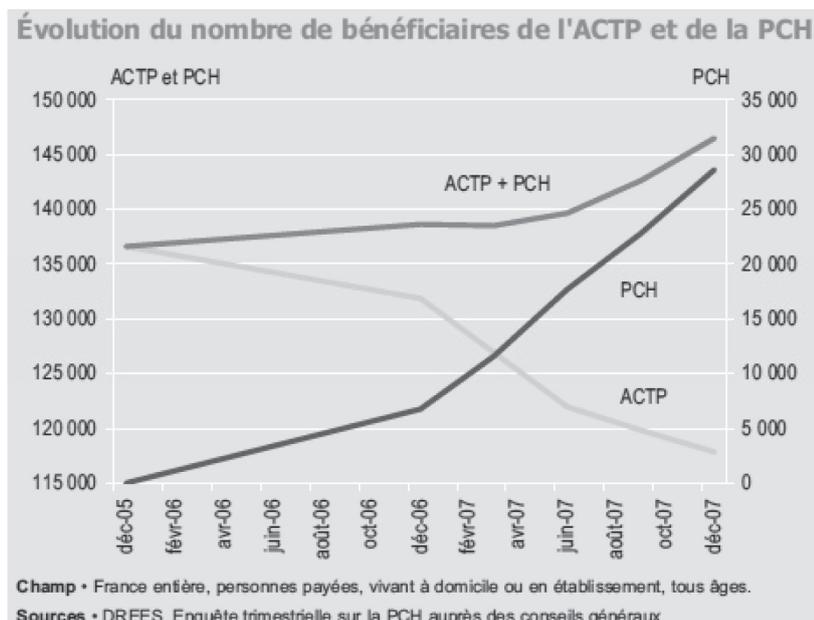
「(8) 障害者のみの付加給付」を参照のこと。

(6) 加入対象者、加入者数

障害補償給付(PCH)は、無拠出制の給付であり、社会保険の形態をとっていないため、加入の概念はない。

受給者数についてみれば、2007年12月には、2万8,600人がPCHを受給した。2007年6月の数値は1万7,700人であり、半年で1万人以上受給者が伸びたことになる。ただし、従来型の第三者補足手当(CTP)を受給している者も多く(11万8,000人¹²⁾、これを含めると、受給者は、14万6,000人に及ぶ(受給者の推移については、図表1を参照¹³⁾)。PCHのほうがCTPより支給対象者が広いため、合計数は増大しつつある(詳細は「(13) 認定者数」を参照のこと)。

図表 1 ACTP 及び PCH の受給者数の推移



(7) 給付内容

A. 給付の内容

給付には、a) 人的支援 (aides humaines)、b) 技術的支援 (aides techniques)、c) 住宅・自動車の改修費支援・交通にかかる超過費用 (aménagement du logement, du véhicule et surcoûts résultant du transport)、d) 特別・例外的負担 (charges spécifiques ou exceptionnelles)、e) 動物による支援 (aides animalières) の5種類がある。

a) 人的支援

人的支援は、生存のための基本的活動(行為)¹⁴⁾に第三者の支援、あるいは、定期的な訪問(surveillance)¹⁵⁾が必要な場合、さらには、職業活動や公選の職務の遂行に追加的費用¹⁶⁾がかかる場合に支給される(社会福祉・家族法典 L.245-4 条。以下、法典名は省略)¹⁷⁾。なお、職業活動や公選の職務の遂行にかかる追加費用に、労働ポストでの付き添いの費用 (frais liés à l'accompagnement de la personne sur son poste de travail) は含まれないとされる(R.245-6 条)。また、個別自立手当 (APA ; Allocation personnalisées d'autonomie, 高齢者の福祉サービスの利用を補償する金銭給付) では認められる家事支援(日常の用足し、食事の準備、掃除、選択、アイロン等)は、障害補償給付 (PCH) では負担されない。家事支援に対するニーズは、1ヶ月に30時間の範囲内で、県の社会扶助 (l'aide sociale départementale) によって負担される(ただし、所得制限あり)¹⁸⁾。

人的支援は、障害者の選択に基づき、直接雇用した1人又は複数の被用者(家族の場合もある)に直接報酬を支払うため、又は、承認された在宅支援サービスに利用料を支払うために使用される。障害者の状態が、必要不可欠な行為のほとんどについて支援を必要としている場合には、配偶者(事実婚、民事連帯契約 (PACS)¹⁹⁾を含む)や一親等の扶養義務者による介護にも、この人的支援が支給される点に特徴がある。(L.245-12 条 1・2 項、D.245-8 条)

b) 技術的支援

技術的支援は、障害者の活動の制限を補う器具 (instrument)、設備 (équipement)、そして、特別仕様の技術システムの購入・レンタルにかかる費用に対する支援である (D.245-10 条)。

2005年12月28日のアレテ(省令)²⁰⁾に記されたリスト (Annexe I-2)にあるもの、及び、疾病保険の払戻対象製品・給付リスト (LPPR)にあるものが、技術的支援で負担される²¹⁾。

技術的支援は、第1に、1つ又は複数の活動(行為)について障害者の自立を維持・改善する場合、第2に、障害者の安全を保障する場合、第3に、又は支援者の介入を容易にするために必要な手段を実施する場合、に支給される。また、技術的支援は、障害者の生活習慣や環境も考慮に入れた障害者のニーズに適合していること、また、そのニーズを満たすものであることが求められる²²⁾。

c) 住宅・自動車の改修費支援・交通にかかる超過費用

住宅に対する支援には、障害者の自立の維持・改善のために行われる住宅の改修やアクセシビリティの確保された住宅への引越しにかかる費用等が含まれる (D.245-14 条)。

住宅の改修は、日常生活で使用する場所(寝室、居間、台所、トイレ、浴室)だけでなく、場合によっては、就労活動や余暇に当てている部屋についても行われうる。また、必要な場合には、教育や育児を保障するための改修も行われうる。改修は、障害者の活動の制限に直接関係するニ

ーズに対応したものでなければならない。このニーズは、一時的なものであっても良いが、その場合には、活動の制限が少なくとも1年なければならない。両親が離婚(別居)している場合には、養育をしていない親の家の改修に対しても、障害補償給付(PCH)は支給される。また、施設入所している場合にも、1年間に30日以上自宅に戻る場合には、PCHの支給がある。住宅の改修が不可能な場合や、コストがかかりすぎる場合には、障害者は、アクセシビリティの確保された住宅への引越しを選択することができ、その引越しの費用が、PCHにより補償される²³⁾。

交通に対する支援としては、第1に、自動車(障害者自身が運転する車、又は、同乗する車)の改修費用への支援、第2に、又は交通にかかる超過費用に対する支援がある(D.245-18条)。後者の交通にかかる超過費用には、日常的に必要な交通費だけでなくバカンス(départ annuel en congés)にかかる費用も含まれるとされる(D.245-20条)。

d) 特別・例外的負担

特別負担には、障害に起因する恒久的・予見可能な費用で、他の項目でカバーされない費用が含まれる²⁴⁾。他方、例外的負担には、一時的な費用で、他の項目でカバーされない費用が含まれる²⁵⁾。(D.245-23条)

e) 動物による支援(盲導犬・介助犬)

動物による支援は、それが障害者の自立生活の維持・改善に貢献する場合に限り、認められる(D.245-24条)。盲導犬や介助犬にかかる費用の支給を受けるには、盲導犬・介助犬が、品質を保証された機関で、資格ある指導員によって訓練されていなければならない(L.245-3条5o)。

B. 支給限度額

それぞれの支給限度額を、以下に記す。

a) 人的支援

在宅支援者を直接雇用する場合、1時間11.57ユーロの支給がある。契約の締結方法²⁶⁾として委任方式(service mandataire)を利用する場合は、1時間12.73ユーロ、派遣方式(service prestataire)を利用する場合は、1時間17.19ユーロの支給となる(ただし、別途県議会が価格を定めている場合はこの限りではない)。家族支援者への報酬とする場合には、1ヶ月865.05ユーロの範囲内で、1時間3.36ユーロが支払われる(職業活動を全部又は一部停止している場合には、1時間5.05ユーロ)。図表2に、人的支援の種類及び単価を記しておく。

図表2 人的支援の種類及び単価

支援の種類		時間単価	上限(月額)
家族支援者(1)	就労しておらず、就労に いかなる影響もない者	3.36 €	865.05 €
家族支援者(2)	介護のために、就労活動 の全部又は一部を停止 している者	5.05 €	865.05 €
直接雇用	1人の被用者につき週 40時間まで	11.57 € (*)	被用者1人につき1,851.20 € (4.2人の被用者で7775.04 €)
委任方式	使用者としての事 務は非営利組織 (association)が行う。 障害者自身が、使用者。	12.73 €	9,165.06 € (30日の給付に対して)
派遣方式	非営利組織が全ての事 務を行い、非営利組織が 使用者。	17.19 €	12,376.08 € (30日の給付に対して)

(*) 直接雇用の場合、サービスを利用する障害者は労働契約上の使用者となる。この単価には、障害者が使用者として負担する社会保険料分も含まれている。

出典：MDPH77 作成資料(2009年2月現在)

b) 技術的支援

疾病保険の払戻対象製品・給付リスト(LPPR)に掲載されているものについては、疾病保険でカバーされない部分が、障害補償給付(PCH)により補償される。他方、LPPRに掲載されていないものについては、価格の75%までがPCHにより補償される。

技術的支援は、原則として3年間で3960ユーロまで支給される²⁷⁾。

c) 住宅・自動車の改修費支援・交通にかかる超過費用

住宅の改修費としては、10年間で最高1万ユーロ²⁸⁾が支給される。また、引越しの費用としては、10年間で3,000ユーロまでが支給される。

自動車の改修費としては、5年間で最高5,000ユーロ²⁹⁾が支給される。交通費の支援は、自家用車での移動については、1キロメートルにつき0.50ユーロの支給がある。他の交通手段の利用については、費用の75%までが障害補償給付(PCH)により補償される。上限は、5年間で5,000ユーロである。ただし、自宅と職場との間、及び、自宅と病院や社会福祉施設との間の移動を第三者に頼んでいる場合、あるいは、その距離が往復50キロメートル以上の場合には、上限は1万2,000ユーロに引き上げられる。

d) 特別・例外的負担

特別負担としては、費用の75%まで、1ヶ月最大100ユーロが、例外的負担としては、3年間で最大1,800ユーロが支給される。

e) 動物による支援(盲導犬・介助犬)

最大支援額は、5年の期間ごとに3,000ユーロ、あるいは、1ヶ月につき50ユーロである。

(8) 障害者のみの付加給付

障害補償給付（PCH）は障害者を対象とする給付である。高齢者に対しては、個別自立手当（APA、高齢者の福祉サービスの利用を補償する金銭給付）が支給されることとなっている。

(参考) 高齢者を対象とする給付との関係

障害補償給付（PCH）は、2008年の段階では、原則として、60歳前に支給申請がなされなければならない（社会福祉・家族法典 D.245-3 条 1 項）。60歳を超えると、一般的には、個別自立手当（APA）が支給されることになる。しかしながら、これには、一定の例外が認められている。

まず、60歳以上75歳未満の者で、60歳以前にPCHの支給基準を満たしていた者は、PCHの支給を申請することができる（D.245-3 条 1 項）。次に、第三者補足手当（ACTP）の受給者は、年齢制限なく（つまり、75歳以上でも）、PCHの支給を申請することができる（ただし、ACTPとPCHの併給は不可能）（D.245-3 条 2 項）。

また、60歳前にPCHの権利を獲得していた者は、60歳に達したとき、又は更新に際して、PCHの受給かAPAの受給かを選択することができる（L.245-9 条 1 項）。受給者が、選択を行わなかった場合には、PCHを選択したものとされる（L.245-9 条 2 項）。また、更新についての年齢上限は設定されていない。

(9) ケアマネジメント

ケアマネジメントは、県障害者センター（MDPH）内に設置された学際チーム（*équipe pluridisciplinaire*）³⁰が行う。学際チームは、障害者本人が作成した生活計画（*projet de vie*）（添付資料 1 参照）を基に、障害者本人の意見を聴取し、話し合いを行いつつ、障害者の持つ補償のニーズに関する評価を行い、個別補償プラン（*plan personnalisé de compensation*）を作成する。この個別補償プランに、上記の人的支援や技術的支援等の内容が書き込まれることとなる（最終的な支給内容の決定は「(15) 要否判定方法」参照）。

具体的な障害者のニーズの評価にあたっては、GEVA（*Guide d'ÉVALuation*、評価ガイド）が参照される（社会福祉・家族法典 L.146-8 条）³¹。GEVAには8つの側面が含まれており、これにより、障害者のおかれた状況全体を考慮することが可能とされている。8つの側面とは、1. 家族や社会的身分、収入に関する側面、財政的側面、2. 住居や生活環境に関する側面、3. 教育や職業に関する側面、4. 医学的側面、5. 心理学的側面、6. 活動（行為）や機能に関する側面、7. 実施されている支援に関する側面、8. 総合的観点から見た側面、である。特に、活動（行為）や機能に関する側面では、活動（行為）の遂行における困難の有無、実際に活動（行為）を実現している程度、活動（行為）の実現を容易にする要因、さらには、困難にする要因等が詳細に検討されることとなっている³²）。

(10) 給付対象者

障害補償給付（PCH）の給付対象者は、障害の結果、生活の基本的活動の1つを行うことが極めて困難である者、及び、基本的活動の少なくとも2つ³³）を行うことに重大な困難がある者、

である(社会福祉・家族法典 Annexe2-5 1)。

困難は、決定的なもの、又は、1年以上継続することが予測されるものでなければならないが、障害者の状態が安定している必要はない(Annexe2-5 1 (b))。

(11) 認定主体

障害補償給付(PCH)の支給決定は、県障害者センター(MDPH)内に設置された障害者権利自立委員会(CDAPH)が行う。

CDAPHは23名で構成され、委員には、県の代表、国の代表(医師を含む)、労使代表、障害者施設の運営機関の代表、障害者団体の代表等が含まれる。なお、委員の少なくとも3分の1は、障害者団体の代表でなければならない。(社会福祉・家族法典 L.241-5 条、R.241-24 条)

CDAPHは、PCHに限らず、各種社会給付(AAH(成人障害者手当)等)の支給決定や障害労働者認定等、障害者の権利に関するあらゆる決定を行う委員会である(L.241-6 条)。

(12) 認定基準

障害補償給付(PCH)の支給基準は、生活の基本的活動(行為)の1つを行うことが極めて困難であること、及び、基本的活動(行為)の少なくとも2つを行うことに重大な困難があること、である(社会福祉・家族法典 Annexe2-5 1)。

「極めて困難である」とは、自分の力ではある行為を全くできない場合を指し、「重大な困難がある」とは、ある行為を行うことが辛うじてできる、あるいは、通常よりも損なわれた方法でしかできない場合を言う。

困難の水準は、健康に問題のない同年齢の者の活動(行為)の実現を参照しつつ、障害者の機能上の能力、支援がない場合の能力を分析して決定される。さらに、決定に際しては、長期に進行し、困難を悪化させる症状(痛み、不快、疲労、緩慢等)も考慮される。(Annexe2-5 2)

(13) 認定者数

障害補償給付(PCH)の受給者数は、「(6) 加入対象者、加入者数」で示したように、2007年12月の段階で、2万8,600人であった³⁴⁾。従来型の第三者補足手当(ACTP)を受給している者(11万8,000人)を含めると、受給者は、14万6,000人に及ぶ(2006年12月末との比で+5.5%)。

上記のPCH受給者のうち、人的支援³⁵⁾の支払いを受けた者は、全体の88%であった。技術的支援を受けた者が4%、住宅又は自動車の改修のための支援を受けた者が10%、そして、特別・例外的負担に対する支援を受けた者が16%であった。

男女比について見ると、PCH受給者に占める男性の割合は48%、女性の割合は52%であった。また、年齢層別に見ると、45歳～59歳の者が全受給者の47%を占め、60歳以上の者の割合は12%であった³⁶⁾。

(14) 利用手続き、所管窓口

障害補償給付 (PCH) の申請は、県障害者センター (MDPH) の窓口に行く。MDPH で申請が受け付けられると、「(15) 要否判定方法」に記す手順で、PCH の支給が決定される (申請に際して必要な書類の書式については、添付資料 (1 / 生活計画、2 / 補償給付又は補償手当更新申請書、3 / 健康診断書) を参照のこと)。

(15) 要否判定方法

障害者本人が作成した生活計画 (projet de vie) を基に、県障害者センター (MDPH) 内に設置された学際チームが、障害者本人の意見を聴取し、話し合いを行いつつ、障害者の補償ニーズの評価を行い、個別補償プラン (plan personnalisé de compensation) を作成する (例えば、人的支援に必要な時間数が、ここに書き込まれる / ここまで、「(9) ケアマネジメント」と同じ)。

プランが確定すると、その内容が、本人又は法定代理人に通知され、プランに対する意見表明のために、本人又は法定代理人には 15 日間が与えられる。その後、同プランと意見書が障害者権利自立委員会 (CDAPH) に送られ、CDAPH が補償給付の支給に関する最終的な決定を行うこととなっている。

(16) 利用者負担額

障害補償給付 (PCH) の支給には、受給者の収入に応じて異なる負担率が課せられている。すなわち、収入が 2 万 4,259.88 ユーロ (2008 年 1 月 1 日現在) 以下の者の自己負担率は 0% であるが、収入がこれを超える者には、20% の自己負担率が課せられる (R.245-46 条、2005 年 12 月 28 日のアレテ 1 条³⁷⁾)。ただし、上記のように支給には上限があるため、自己負担率 0% の者でも、完全に自己負担がないわけではない。

なお、負担率の決定に際し考慮される所得には、以下のものは含まれない (L.245-6 条 2 項)。

- ・本人の就労所得
- ・労災被害者及びその被扶養者に支給される一時金や給付、終身年金
- ・一定の代替所得 (法令又は協約に基づく高齢・障害に対する給付)
- ・配偶者 (事実婚、民事連帯契約 (PACS) を含む)、同居し実際に支援を行っている家族支援者、両親 (同居の場合) の就労所得
- ・終身年金 (障害貯蓄契約や遺族年金 / 本人、又は、両親・法定代理人・祖父母・兄弟姉妹・子が本人のために設定したもの)
- ・固有の目的を有する一定の社会給付 (例: 家族給付、住宅手当、参入最低所得 (RMI: Revenu minimum d'insertion) 等)

加えて、PCH については、所得が増大した場合や受給者の遺産を相続した場合等に、他の社会扶助給付で行われるような「費用の返還」の対象にもならない (L.245-7 条 2・3 項)。

【低所得者への配慮】

上記のように、障害補償給付 (PCH) には支給上限があるため、自己負担率 0% の者でも完全に自己負担がないわけではない。そこで低所得者に対しては、PCH の支給に加え、各県の県障害者センター (MDPH) が管理運営する県補償基金 (FDC ; Fonds Départemental de

Compensation) より支援がなされることとなっている (L.146-5 条)。ただし、支給のルールは、各 FDC が決定するため、全国的に統一ではない。また、支援の額はケースにより異なる。

この県からの支援は、生活計画 (projet de vie) の内容が何であれ (電動車椅子の購入、バスルームの改修等)、計画の実現が金銭的に困難な者全てに提供される。

なお、市町村が、さらなる金銭的支援をすることもある³⁸⁾。

■補足情報(所得保障)

障害者に対する所得保障制度は、福祉サービスの利用料負担のあり方とも絡んで重要である。そこで、以下で、フランスにおける障害者所得保障制度について概観しておく。

(1) 制度名、準拠法

所得保障の制度としては、第 1 に、疾病保険から支給される障害年金³⁹⁾、第 2 に、障害年金の支給要件を満たさない障害率 80%以上の者に支給される成人障害者手当 (AAH)、そして、第 3 に、AAH を補足する自立生活加算 (MVA ; majoration pour la vie autonome) 及び所得補足手当 (complément de ressources) がある。障害年金が、保険料の拠出を前提とする社会保険給付であるのに対し、AAH 及びこれを補足する手当は、税を財源とする非拠出制の給付である。

障害年金は社会保障法典第 3 編第 4 部に、成人障害者手当 (AAH) 及び AAH を補足する手当は、社会保障法典第 8 編第 2 部及び社会福祉・家族法典第 2 編第 4 部第 4 章 (社会保障法典の規定への言及) に規定がある。

(2) 支援内容

a) 障害年金 (l'assurance invalidité) (社会保障法典第 3 編第 4 部)

フランスでは、障害は疾病の延長と見なされ、障害年金は、疾病保険制度から支給される。

年金額は、被保険者期間のうちで賃金の高かった 10 年⁴⁰⁾ の平均賃金を基に計算されるが、就労を継続しているか否か、第三者による介護が必要か否かによって異なっている。また、最低保障額がデクレ (政令) で設定されることとなっている。(社会保障法典 L.341-5 条、以下法典名は省略)⁴¹⁾

まず、就労が可能な者 (カテゴリー 1) には、被保険者期間のうちで最も賃金の高かった 10 年の平均賃金⁴²⁾ の 30% が支給される (L.341-4 条、R.341-4 条)。

次に、就労は不可能だが、第三者の介護を必要としない者 (カテゴリー 2) には、同平均賃金の 50% が支給される (L.341-4 条、R.341-5 条)。

最後に、就労が不可能で、かつ、第三者の介護を必要とする者 (カテゴリー 3) には、同平均賃金の 50% に加え、第三者介護加算として + 40% が支給される (L.341-4 条、R.341-6 条)。

就労所得が期待できない者についてはより高い額の年金が支給され、さらに、第三者による介護が必要な者には、それにかかる費用を考慮して加算がなされることとなっている。

b) 成人障害者手当(AAH)(社会保障法典第8編第2章)

他方で、障害年金の支給条件を満たさず、障害年金を受給できない者に対しては、成人障害者手当(AAH)が支給される。AAHは、国による障害者への最低所得保障の制度として性格づけられ、他の給付を補足して支給される点に特徴がある。

なお、サルコジ(Sarkozy)大統領は、2012年までにAAHの水準を25%引き上げることを掲げており、その第1段階として、2008年9月に3.9%の引き上げがなされたところである⁴³⁾。

AAHの月額、満額で652.60ユーロである(2009年1月1日現在)⁴⁴⁾。他の年金・手当や所得(上記、計算後の所得)がある場合には、満額のAAHとこれらの差額分が支給される(D.821-2条3項)。つまり、AAHと他の所得との合計が、AAHの額を超える場合には、超えた部分について、AAHが減額される。

なお、医療施設や福祉施設に入所して60日が経過すると、原則として、その月の1日からAAHの支給額は30%に減額される(L.821-6条1項、R.821-8条)。

また、AAH受給者という資格を利用して、将来契約(CA; Contrat d'avenir)や就業最低所得参入契約(CI-RMA; Contrat insertion - revenu d'activité)といった支援付労働契約を締結する場合には、使用者に支給される補助金の分だけ(=参入最低所得(RMI)の額)、AAHは減額される(L.821-7-2条)⁴⁵⁾。

c) 成人障害者手当(AAH)を補足する手当

以上のAAHに加えて、2005年法では、障害者の自立生活の促進を目的として、新たに2つの手当が導入された。1つめが、所得補足手当(complément de ressources)であり、もう1つが、自立生活加算(MVA)である⁴⁶⁾。

【所得補足手当(complément de ressources)】(L.821-1-1条)

1つめの所得補足手当は、働くことのできない障害者に支給されるもので、永続的な就労所得の不在を補う機能を持つ。月額は、179.31ユーロ(2009年1月1日現在)である。

所得補足手当とAAHとの合計は、831.91ユーロとなり、これが、働くことのできない障害者への所得保障として機能している。この額は、税等控除後の法定最低賃金(SMIC; Salaire minimum interprofessionnel de croissance)⁴⁷⁾月額の約80%に相当する。

【自立生活加算(MVA)】(L.821-1-2条)

他方、MVAは、働くことはできるが働いていない障害者の自立生活の促進を目的として支給されるものである。上記の所得補足手当との併給はできない。月額は、104.77ユーロ(2009年1月1日現在)である。

(3) 財源、保険料負担

a) 障害年金

障害年金は、保険料の拠出を前提として、疾病保険から支給される社会保険給付である。疾病保険は、使用者及び被用者が拠出する保険料を主たる財源としてきたが、1997年には、一般社会拠出金(CSG)が疾病保険財政に投入されることとなり、その後、CSGが医療財政に占める割合は増加してきている(租税代替化)。

2008年現在、保険料率は、使用者負担分が12.8%、被用者負担分が0.75%である⁴⁸⁾。

支出について見ると、2007年に一般制度から障害年金給付のために支払われた額は、43億9,780万ユーロであった⁴⁹⁾。他の制度から支給される障害年金もあるため、それらを含めると、障害年金として支給された額はより大きい。

b) 成人障害者手当(AAH)及びAAH補足手当

他方、AAH及びAAHを補足する手当は、保険料の拠出を前提としない無拠出制の給付である。支払いは、家族手当金庫(CAF; Caisse d'allocations familiales)が行う。CAFからは、家族政策に関連する給付と貧困対策(lutte contre précarité)に関連する給付とが支給されるが、前者が、社会保険料及び一般社会拠出金(CSG)を主たる財源とするのに対し、後者は、国や自治体からの分担金を財源とする。AAHは後者に属し、国が、全国家族手当金庫(CNAF; Caisse nationale d'allocations familiales)に対し、AAH及びその補足手当の支給分を出資する構造になっている。(社会保障法典L.821-5条)

2007年には、55億500万ユーロがAAHの支給にあてられた⁵⁰⁾。

(4) 運営主体

a) 障害年金

障害年金の運営主体は、疾病保険金庫である。疾病保険金庫は、国、地方圏及び県レベルの組織を有している。

b) 成人障害者手当(AAH)及びAAH補足手当

他方、AAH及びその補足手当は、県障害者センター(MDPH)内に設置された障害者権利自立委員会(CDAPH)が支給決定を行い、支払いは、家族手当金庫(CAF)が行うという構造になっている。

(5) 支給対象者(年齢・障害による区分)、受給者数

A. 支給対象者

a) 障害年金

障害年金は、支給が認められると、老齢年金の受給が開始されるまで支給される。支給要件等は、以下の通りである。

【支給要件】

障害年金で言うところの障害(invalidité)は、労働・稼得能力の減退として定義される。したがって、障害年金の支給には、労働・稼得能力の減退に関する条件が課せられている。支給条件は、稼得能力の減退に関する条件も含めて、以下の通りである。

- ・疾病保険の被保険者であること(L.341-1条)。
- ・私傷病の結果⁵¹⁾、労働・稼得能力が3分の2以上減退していること(L.341-1条、R.341-2条)。

- ・労働の停止又は障害の確認があった月の1日に12ヶ月以上の被保険者期間があること (L.341-2条、R.313-5条)。
- ・直前の12ヶ月に800時間の労働時間がある、又は、法定最低賃金(SMIC)の2,030倍にあたる賃金に課せられる保険料を納付していること(同上)。

社会保険給付であることから、労働の停止・障害の確認の時点において、一定の被保険者期間を持ち、保険料納入に関する条件を満たすことが求められている。そのため、障害年金による所得保障を得られるのは、被保険者資格を取得してから1年を経た後に障害を負った者に限られ、それ以前に障害を負った者は、保障の対象外となる。

【支給の停止・廃止】

障害年金は、一定の条件にあてはまると支給を停止・廃止される。

まず、障害年金受給者の稼得能力が50%以上となった場合には、支給が停止又は廃止される(L.341-13条、R.341-14条)。次に、障害年金と賃金の合計が、2四半期にわたり、労働の停止の前年における四半期ごとの平均賃金を超えた場合にも、支給の一部又は全部の停止がなされる(L.341-12条、R.341-15条1項)。さらに、年金と賃金以外の職業活動による所得⁵²⁾の合計が、1年につき単身で6,117.10ユーロ、世帯で8,469.86ユーロ(2008年1月1日現在)を超える場合にも、支給は廃止される(L.341-10条、R.341-16条、D.341-2条、L.341-6条⁵³⁾)。

なお、年金の支給が停止・廃止される場合であっても、再配置や職業再教育の観点から講習や研修等を受けている場合には、所得の多寡に関わらず、年金の50%までを受給し続けることができる(L.341-14条、R.341-18条)。

障害年金は、労働・稼得能力の減退に対する保障であるため、稼得能力が回復した場合には、支給の停止・廃止がある。

b) 成人障害者手当(AAH)

AAHの支給要件は、以下の通りである。

- ・20歳以上の成人⁵⁴⁾
ただし、家族手当の受給条件を満たさなくなった場合には、16歳以上20歳未満の者にも支給がある(R.821-1条)。
- ・障害率80%以上(D.821-1条1項)
ただし、障害率が50～80%の者であっても、1年以上にわたり雇用につけておらず、雇用へのアクセスが実質的に困難な者に対しては、支給がある(L.821-2条、D.821-1条2項)。

所得(等)要件は、以下の通りである。

- ・AAHと同額以上の高齢・障害を対象とする給付を受給していないこと
- ・AAHの12ヶ月分⁵⁵⁾を超える他の収入(ressources)を持っていないこと(L.821-3条1項、D.821-2条1項)

なお、この収入として考慮されるのは、フランス国内で受け取った課税所得、疾病・出産・労災の場合の傷病手当金(indemnités journalières)、及び、場合によっては、フランス国外で受け取った所得、国際機関から支払われた所得、である(R.532-3条1項)。これらに0.8の係数を掛けたものが、収入とされる(R.821-4条1項⁵⁶⁾)。また、カップルの場合には、カップルの所得が考慮される。

他方、障害者のために積み立てられた終身年金(1,830ユーロ未満, 2009年1月1日現在)、家族が介護した場合に補償給付(人的支援)により支払われる賃金、将来契約(CA)や就業最低所得参入契約(CI-RMA)の締結により生じた収入等は、この計算から排除される(R.821-4条2項以下)。

また、通常の労働市場での就労により得た所得も、その一部が控除される(L.821-3条2項)。就労による課税所得が、法定最低賃金(SMIC)の300倍未満のときは40%、300倍以上700倍未満のときは30%、700倍以上1,100倍未満のときは20%、1,100倍以上1,500倍未満のときには10%が差し引かれることになっている(D.821-9条⁵⁷⁾。

c) 成人障害者手当(AAH)を補足する自立支援手当

所得補足手当(complément de ressources)(L.821-1-1条)の支給要件は、下記の通りである。

- ・障害率80%以上
- ・労働能力が5%未満(D.821-4条)
- ・1年以上にわたり就労所得を得ておらず、就労活動をしていない(同上)
- ・独立した住居を持っている
- ・満額のAAH又は他の年金等を補足するAAHを受給している

ただし、医療施設や福祉施設に入所して60日が経過すると、原則として、支給は停止される(R.821-8条II)。

自立生活加算(MVA)(L.821-1-2条)の支給要件は、下記の通りである。

- ・障害率80%以上
- ・個別住宅支援を受ける独立した住居を持っている
- ・満額のAAH又は他の年金等を補足するAAHを受給している
- ・就労活動による所得を得ていない

ただし、自立生活加算(MVA)も所得補足手当と同様に、医療施設や福祉施設に入所して60日が経過すると、原則として、支給は停止される(R.821-8条II)。

B. 受給者数

a) 障害年金

2006年に、一般制度から障害年金を支給された者の数は、約58万人であった⁵⁸⁾。受給者のうち、カテゴリー1に属する者(就労可能)が全体の26%、カテゴリー2に属する者(就労不可能)が71%、そして、カテゴリー3に属する者(就労不可能かつ第三者による介護が必要)が3%を占めた。

2006年に新たに障害年金を受給し始めた者の数は、約7万5,000人であった。障害年金を受給する原因となった疾病原因の上位は、精神疾患、骨関節疾患、腫瘍で、それぞれ、全体の28.1%、23.8%、13.2%を占めた。精神疾患の中では、鬱性・反応性・神経症性のトラブルが第一の原因となっている。数にすると、1万2,902人であり、全体の17.4%を占めた。また、骨関節疾患の中では、脊椎及び椎間板の疾患が一番多く、数にして7,540人、全体の10.1%を占めた⁵⁹⁾。

b) 成人障害者手当(AAH)及び AAH 補足手当

他方、AAH の受給者は、81 万 2,991 人、所得補足手当の受給者は、5 万 1,992 人、自立生活加算(MVA)の受給者は、12 万 4,239 人であった(2007 年)⁶⁰⁾。

(6) 認定の実施主体と認定基準

a) 障害年金

障害年金の支給決定は、初級疾病保険金庫 (CPAM ; Caisse primaire d'assurance maladie) が行う (L.341-7 条)。

障害年金は、労働・稼働能力の 3 分の 2 以上の減退を支給要件の 1 つとしているが、このような障害の状態は、被保険者の残された労働能力、一般的状況、年齢、身体的精神的能力、及び、その適性や職業訓練を考慮して判定されることとなっている (L.341-3 条)。そして、そのうえで、1. 就労が可能な者(カテゴリー 1)、2. 就労が不可能な者(カテゴリー 2)、3. 就労が不可能で、かつ、通常の生活上の行為を行うのに第三者の介護を必要とする者(カテゴリー 3)に分類され、受給できる年金額が決まることとなっている (L.341-4 条) (補足情報: 所得保障(2) a) 及び(5) a) 参照)。

b) 成人障害者手当(AAH)及びその補足手当

他方、AAH やその補足手当については、障害者権利自立委員会 (CDAPH) が、その支給決定を行い、認定基準としては、障害者の機能障害及び不能 (incapacités) の評価のための基準 (社会福祉・家族法典 Annex2-4, 以下、評価基準と記す) が用いられる。

評価基準は、序文と障害の種類に対応した 8 つの章で構成されている (各章のタイトルは、下記の通り。すなわち、第 1 章: 知的障害及び行動困難、第 2 章: 精神障害、第 3 章: 聴覚障害、第 4 章: 言語障害、第 5 章: 視覚障害、第 6 章: 内部障害、第 7 章: 運動機能障害、第 8 章: 審美障害)。

評価基準は、機能障害、不能 (incapacité)、不利 (désavantage) の 3 つの側面から障害を判定することとしている。

第 1 の機能障害は、身体的精神的機能の喪失又は悪化を言い、損傷の側面に対応する。第 2 の不能は、機能障害に起因して生じる諸活動の実現能力の部分的又は全体的減退を言い、諸活動の制限という概念に対応する。第 3 の不利は、通常の社会的役割の遂行に制限がある、さらには、その遂行が不可能である状態を言う。不利は、機能障害を持ち、不能の状態に置かれた者と環境との間の相互作用の結果生じるものとされている。これら 3 つの側面は、緊密に結びついているが、他方で、それぞれの強さは、必ずしも比較できるものではなく、障害者ごとに大きく異なりうるものとされている。

以上の 3 つの側面から判定される障害の程度は、以下のような障害率の幅で示される。すなわち、軽度: 障害率 1 ~ 15%、中度: 障害率 20 ~ 40%、中重度 (important) : 障害率 50 ~ 75%、重度 (sévère ou majeure) : 障害率 80 ~ 90% である⁶¹⁾。障害率が 50% や 80% に達すると、AAH を含む様々な給付の受給が認められることになる。

なお、障害率 50% とは、社会生活における顕著な不自由を引き起こす中重度 (important) の障害を指す。障害は、生活の中で具体的に見つけられうるもので、社会生活の維持のために補い得るものであるが、それには、大きな努力と特別な補償が必要である状態を言う。さらに、自立については、日常生活の基本的行為において維持されている状態を言う。他方、障害率 80% は、

日常生活に重大な支障を引き起こし、個人の自立を侵害するような重大な障害を指す。障害者が、日常生活において自分ですべき活動(行為)を行うにあたり、全部又は一部について、支援もしくは監視を必要とする場合、あるいは、重大な困難がある場合には、障害率は80%に達しているとされる⁶²⁾。

1. 障害者介護サービスに関する調査 脚注

- 1) 重複障害(polyhandicap)は、重度の知的障害及び運動機能障害により、知覚や表現、関係構築の可能性及び自立が極めて制限されている状態を言う(社会福祉・家族法典D.312-83条を参照)。
- 2) Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JO n° 36 du 12 février 2005 p.2353.
- 3) 2008年4月の段階で、年齢要件(原則として60歳未満)があるが、この年齢要件は、法施行後5年以内に撤廃される予定である。(2005年法13条)
- 4) 医療施設や福祉施設に入所している場合の支給条件・支給額については、別途、デクレ(政令)で定められる。(L.245-11条)
- 5) Cass.Ass.plén.,17 nov.2000:Bulletin 2000 A. P. N° 9 p. 15.
- 6) 関心の高まりは、シラク(Chirac)元大統領が、自身の2期目の優先課題として障害者の問題を掲げたほどであった。http://www.elysee.fr/elysee/elysee.fr/francais/les_chantiers_prioritaires/les_chantiers_prioritaires.26693.html
- 7) ロングフルライフ(Wrongful Life)訴訟は、子が先天性障害を持って出生した場合に、「子自身が、医師の過失がなければ、障害を伴う自分の出生は回避できたはずである、と主張して提起する損害賠償請求訴訟」を言う。(丸山英二「アメリカにおける先天性障害児の出生と不法行為責任:Wrongful Birth訴訟とWrongful Life訴訟の近況」、唄孝一・石川稔編『家族と医療:その法学的考察』弘文堂(1995年)171頁)
- 8) ペリュシュ判決に終止符を打つための条文は、同じく国会で審議中であった「患者の権利と医療制度の質に関する2002年3月4日の法律」(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 p.4118)の第1編に挿入された。この第1編が、一般に「反ペリュシュ判決法」と呼ばれている。
- 9) 第三者補足手当(ACTP)は、生活の基本的部分について第三者の支援を必要とする者に支給される給付であった。(改正前社会福祉・家族法典L.245-1条)
- 10) 県障害者センター(MDPH)は、障害者にとっての唯一の窓口として、障害者及びその家族の受け入れ、支援、相談、情報提供といった活動を行う。また、市民に対し、障害に関する啓発活動も行う。
- 11) http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=70
- 12) 現在は、従来型の第三者補足手当(ACTP)を受給することも可能である。ただし、ACTPと障害補償給付(PCH)を同時に受給することはできず、ACTPの受給者は次第に減少している。
- 13) Drees,L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au décembre 2007(2007年12月の個別自立手当(APA)及び障害補償給付(PCH)),études et résultats no637,mai 2008.
- 14) 生存のための基本的活動(行為)としては、1.入浴、着衣、食事、排泄といった個人の行為、2.住宅内の移動(移動、歩行、階段の昇り下り、車椅子の操作)、又は、障害に関連し、障害者の立ち会いを必要とする手続きを行うための外出、3.社会生活への参加(外出、余暇・文化等にアクセスするためのコミュニケーション)があげられる。(Code du Handicap 2009(障害者法典2009年版),Daloz,2008,p.44.)
- 15) 定期的な訪問は、障害者の安全が危険にさらされないよう、障害者に気を配る(veiller)ことを指す。1つ又は複数の知的、精神的機能、認知機能の実質的、永続的、又は決定的な悪化により危険にさらされている者がこの対象となる。また、基本的行為の大部分についてのトータル支援、及び、治療や日常生活の運営への支援に対するニーズのために(ほぼ)恒常的に他者の存在を必要とする者も対象となる。(Code du Handicap 2009(障害者法典2009年版),op.cit.,p.44.)
- 16) 例えば、手話通訳者による支援等、コミュニケーションを保障するための支援が個々に含まれる。(Code du Handicap 2009(障害者法典2009年版),op.cit.,p.44.)
- 17) 人的支援は、噛み砕いて言えば、「介護サービスの利用にかかる費用に対する支援」である。
- 18) Code du Handicap 2009(障害者法典2009年版),op.cit.,p.44.
- 19) PACS(民事連帯契約)は、1999年11月15日の法律により創設された「異性又は同性の、成年に達した2人の自然人によって締結される契約」であり、法律婚をしていないカップルの共同生活を公認する意義を持つ。PACSを締結したカップルは、税制や社会保障制度、賃貸借において一定のメリットを享受することができる。(サビーヌ・マゾー＝ルヴヌール/大村敦志(訳)「個人主義と家族法」ジュリスト1205号(2001年)79-83頁)

- 20) 社会福祉・家族法典 L.245-3 条 2°、3°、4° 及び 5° に定める補償給付の諸要素の料金を定める 2005 年 12 月 28 日のアレテ(省令) (Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, JO n° 303 du 30 décembre 2005 p.20533)
- 21) 複数の同等の選択肢がある場合には、個別補償プランで最も安価なものが選ばれる。(Guide des personnes handicapées(édition 2008) (障害者ガイド 2008 年版), La documentation Française, 2008, pp.106-107.)
- 22) Code du Handicap 2009 (障害者法典 2009 年版), op.cit., pp.48・49.
- 23) ibid., pp107-108.
- 24) 例えば、栄養剤の購入や車椅子等の維持費。
- 25) 例えば、医療用ベッドの修理費。
- 26) 居宅サービスを利用する場合、契約の締結方法には、委任(mandataire)方式と派遣(prestataire)方式とがある。委任方式では、利用者、サービス提供団体又は市町村社会福祉センター(CCAS)、そして、ホームヘルパーの 3 者が関わる。この場合、利用者とホームヘルパーとの間で、利用者を使用者、ホームヘルパーを被用者とする労働契約が締結されるが、利用者は、ホームヘルパーの使用としての行為及び管理事務をサービス提供団体に委任する。そして、その委任に基づき、当該団体は、ホームヘルパーの使用としての義務を代行すると同時に、派遣するホームヘルパーを決定する。他方、派遣方式は、利用者が、サービス提供団体や CCAS とホームヘルパーの派遣契約を締結するものである。この契約に基づき、当該団体は、使用しているホームヘルパーを利用者に派遣する。(嵩さやか「フランスにおける社会福祉サービスと契約への規制」、岩村正彦編『福祉サービス契約の法的研究』信山社(2007 年)158-159 頁)
- 27) 支給額については、人的支援の場合を除き、Guide des personnes handicapées(édition 2008) (障害者ガイド 2008 年版), La documentation Française, 2008, pp.105-111 を参照した。
- 28) 住宅改修費が 1,500 ユーロまでは、費用の 100%、1,500 ユーロを超えると、費用の 50%が障害補償給付(PCH)により支給される。
- 29) 自動車の改修費が 1,500 ユーロまでは、費用の 100%、1,500 ユーロを超えると、費用の 75%が障害補償給付(PCH)により支給される。
- 30) 学際チームは、医師及び医療補助職、そして、心理学、ソーシャルワーク、学校及び大学教育、雇用及び職業訓練の分野の専門家で構成される。この学際的なチーム編成によって、障害者の要求が何であれ、また、障害の種類が何であれ、障害者の補償給付に対するニーズを評価することが可能になるとされている。(社会福祉・家族法典 R.146-27 条)
- 31) GEVA(評価ガイド)のモデルは、「社会福祉・家族法典 R.146-28 条に定められた、障害者の補償ニーズの評価ガイドに適用される基準及び目録に関する 2008 年 2 月 6 日のアレテ(省令)」(Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles, JORF n° 0106 du 6 mai 2008, p.7489)の Annexe2 で示されている。
- 32) これは、社会福祉・家族法典 Annexe2-5 3 が、障害者の補償ニーズの決定に際して、障害者本人が作成した生活計画の他に、以下のものを考慮することとしていることに対応する。すなわち、Annexe2-5 3 は、第 1 に、活動(行為)や参加を制限している要素として、機能障害や関連するトラブル、不能(incapacité)及び環境を、第 2 に、活動(行為)や参加を容易にしている要素として、障害者自身の能力(capacités, 潜在的能力・適性)、獲得能力(compétences, 過去の経験や獲得した知識)、環境(家族環境、社会的環境、文化的環境を含む)、そして、既に実施されているあらゆる種類の支援(人的支援、技術的支援、住宅の改修等)を考慮することとしている。
- 33) 障害補償給付(PCH)の支給に際し考慮される行為は、以下の 4 つに分類される。すなわち、1. 可動性(起立・歩行・住宅内の移動・外出等)、2. セルフケア(着衣・食事・排泄・入浴)、3. コミュニケーション(発話、聞く、見る、コミュニケーションツールの利用)、4. 一般的責務と要請(tâches et exigences générales)・他者との関係(時間の把握、空間の把握、安全の確保、他者との関係において行動を抑制できる)の 4 つである。(社会福祉・家族法典 Annexe2-5 1 (a))
- 34) 2007 年第 4 四半期について見ると、1 人当たりの平均支給額(月額)は、1,150 ユーロであった。
- 35) 人的支援の支給のあった介護時間の中では、家族介護によるものが 69%を占めた(支給総額の 29%)。その他については、派遣方式によるものが 10%、直接雇用によるものが 15%、委任方式によるものが 5%強であった。
- 36) Drees, L' allocation personnalisée d' autonomie et la prestation de compensation du handicap au décembre 2007 (2007 年 12 月の個別自立手当 (APA) 及び障害補償給付 (PCH)), études et résultats no637, mai 2008.
- 37) 社会福祉・家族法典 L.245-6 条に定められた負担率を決定する 2005 年 12 月 28 日のアレテ(省令) (Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les taux de prise en charge mentionnés à l'article L. 245-6 du code de l'action sociale et des familles, JORF n° 303 du 30 décembre 2005 p.20544)
- 38) セーヌ - エ - マルヌ(Seine et Marne)県障害者センター(MDPH77)での聞き取り調査(2009 年 2 月 27 日実施)により得た回答。

- 39) 本報告書では、被用者が加入する一般制度が提供する障害年金の概要を紹介する。
- 40) 被保険者期間が10年に満たない場合には、被保険者期間中の平均賃金。
- 41) 最低保障額は、月額258.10ユーロ(2008年1月1日現在)。
- 42) 保険料の計算の基礎になった賃金。
- 43) <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse/breves/aah-est-revalorisee-3-9-partir-ce-mois-septembre.html>.
- 44) 成人障害者手当(AAH)の引き上げは、「成人障害者手当及びその補足手当の引上げに関する2008年9月18日のデクレ(政令)」(Décret n° 2008-988 du 18 septembre 2008 relatif à la revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés et de ses compléments, JORF n° 0221 du 21 septembre 2008 p.14637)により行われた。
- 45) 成人障害者手当(AAH)を含む最低所得保障の受給者の雇用への復帰を促進することを目指す支援付き労働契約。将来契約(CA)(労働法典L.5134-35条以下)は、非営利企業や公的部門の使用者と締結できる原則2年の有期契約で、AAH受給者らのパートタイムでの就労を可能にするものである。使用者には、一定額の助成金(月額454.63ユーロ(=単身者に支払われる参入最低所得(RMI)の額:2009年1月1日現在)や社会保険料の使用負担分の免除等が認められる。他方、就業最低所得参入契約(CI-RMA)(労働法典L.5134-74以下)は、失業保険に加入している全使用者と締結できる契約で、契約形態としては、無期契約、6ヶ月以上の有期契約、派遣契約が認められている。AAH受給者らのパートタイム(週20時間以上)又はフルタイムでの就労を可能とし、使用者には、一定額の助成金(CAの場合と同額)が与えられる。なお、CA及びCI-RMAは、2010年1月より、「就業連帯所得を一般化し、参入政策の改革を行う2008年12月1日の法律」(Loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, JORF n° 0281 du 3 décembre 2008, p. 18424)が創設した「統一参入契約(contrat unique d'insertion)」制度に移行する。<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/>を参照。
- 46) これらは、従来のAAH補足手当(complément d'AAH)に代わるものと位置づけられている。
- 47) フランスの最低賃金には、全国の全被用者に一律に適用される法定最低賃金(SMIC, 全職域成長最低賃金(時間当たり最低賃金))と、産業別に労働協約で定められる協約最低賃金とがある。協約最低賃金は、協約の拡張適用により、当該産業の全ての被用者に適用される。また、SMICの改定等によって協約最低賃金がSMICを下回る場合は、SMICが保障される(高津洋平「第3章 フランスの最低賃金制度」『欧米諸国における最低賃金制度』JILPT資料シリーズNo.50(2008年)32-47頁)。SMICは、毎年7月1日に改定され、2008年7月改定後の時間当たりSMICは、8.71ユーロである。
- 48) 租税代替の過程で、被用者負担分は、6.8%から0.75%へと段階的に引き下げられた。(江口隆裕「医療保険制度と医療供給体制」藤井良治・塩野谷祐一『先進諸国の社会保障6 フランス』東京大学出版会(1999年)217-218頁)
- 49) Rapport d'activité Cnamts 2007(Cnamts(全国労働者疾病保険金庫)活動報告書2007年版), p.51.
- 50) Notre activité en 2007(Rapport annuel 2007)(我々の活動2007年版(年次報告書2007年版), CNAF, pp.40-43.
- 51) 労働災害・職業病に起因する障害は、労災補償制度により保障される(社会保障法典第4編)。なお、被保険者の故意に起因する障害に対しては、障害年金の支給はない(社会保障法典L.375-1条)。
- 52) 自営等による所得。
- 53) これらの数値よりも年金額のほうが大きい場合には、当該年金額が上限となる。(社会保障法典R.341-16条3項)
- 54) 60歳になると、原則として、成人障害者手当(AAH)に代えて老齢給付(avantage vieillesse)が支給される。しかし、本人の障害率や状態がAAHの支給を正当化する場合、老齢手当と満額のAAHの差額分が、差額手当としてCAF(家族手当金庫)から支給される(社会保障法典L.821-1条6項)。差額手当を受け取りたい場合には、県障害者センター(MDPH)に請求し、障害者権利自立委員会(CDAPH)の決定を受けなければならない。
- 55) 上限は、カップル(法律婚・事実婚・民事連帯契約(PACS))の場合は2倍となる。また、扶養すべき子供1人につき、この上限の0.5倍が加算される。(社会保障法典D.821-2条2項)
- 56) 「家族給付及び住宅手当の支給に際して考慮される収入に関する、社会保障法典を修正する2007年7月10日のデクレ(政令)」(Décret n° 2007-1080 du 10 juillet 2007 relatif aux ressources prises en compte pour les prestations familiales et les aides au logement et modifiant le code de la sécurité sociale, JORF n° 160 du 12 juillet 2007, p. 11802)3条により挿入。
- 57) 就労支援機関・サービス(ESAT; Etablissement et service d'aide par le travail)での就労に対し支払われる保障報酬(rémunération garantie)と成人障害者手当(AAH)の併給調整の方法:保障報酬は、ESATで働く障害者に対し、最低賃金の55~110%を保障するものである。保障報酬は、ESATが直接支払う部分と国からの助成による部分とから成り、ESATの最低負担分はSMIC(法定最低賃金)の5%、国の最高負担分はSMICの50%となっている。この保障報酬とAAHとの合計が、SMICの151.67時間分を超える場合には、超えた分につき、AAHの減額がなされる(社会保障法典D.821-5条1項)。この上限は、同居する配偶者がいる場合(事実婚、民事連帯契約(PACS)を含む)には+30%、扶養すべき子がいる場合には、子1人につき+15%となる

(社会保障法典 D.821-5 条 2 項)。ただし、この計算において考慮される保障報酬については、ESAT が直接支払う額に応じて、一定の控除がなされる。すなわち、ESAT が支払う額が、SMIC の 5%以上 10%未満の場合 3.5%、SMIC の 10%以上 15%未満の場合 4%、SMIC の 15%以上 20%未満の場合 4.5%、SMIC の 20%以上 50%以下の場合 5%の控除がある。以降の控除は、就労所得の場合と同じである (D.821-10 条)。

58) 一般制度以外の制度から障害年金を支給される者を含めると、受給者数は、より多くなる。

59) Les causes médicales de l'invalidité en 2006 (2006 年における障害の医学的原因), Points de repère no16, juillet 2008, l'Assurance Maladie Caisse Nationale, pp.1・2.

60) Le Compte social du handicap en 2007 (2007 年における障害関連の社会会計), études et résultats no677, février 2009, p.6.

61) 章ごとに、3 ないし 5 段階の区分が用意されている。通常、4 段階に区分される。

62) 障害率 100%は、例えば、植物状態や昏睡状態のような完全な不能の状態を指す。

2. モデルに関する調査

第2部では、モデルとして示された4つの事例において、フランスで、いかなるサービスが提供されるのかについて、具体的に紹介する。記述は、主として2009年2月27日にセーヌ-エ-マルヌ(Seine et Marne)県障害者センター(MDPH77)で行ったインタビュー調査に基づいている。インタビューに応じてくれたのは、下記の3名である。

●インタビュー参加者

- ・Christine DUPRE 所長
- ・René CAMELOT (調整の任を負う) 医師
- ・Céline TANNIER 在宅生活計画部 責任者

(1) モデル1 / 全盲

モデル1の男性は、全盲で、食事、衣服の着脱、排泄、入浴等の屋内の活動には、介助を必要としていない。しかし、銀行口座の管理等視力を必要とする活動については、支援が必要である。また、病院への通院や慣れない場所への移動について、支援者を必要としている。

このような場合、疾病保険制度及び障害補償給付(PCH)制度から、以下のような支援給付が提供される。

a) 人的支援

まず、人的支援として、月額578.50ユーロ(2008年9月1日現在)が支給される。重度の視覚障害及び聴覚障害以外のケースでは、個別具体的に、支援に必要な時間が見積もられる。しかし、重度の視覚障害及び聴覚障害の場合には、1ヶ月に人的支援として支給される額が決まっている(定額支給)。本件男性のような全盲(又は、通常の視力の20分の1)の場合には、1ヶ月につき50時間分(*)の人的支援が必要であるとされ、月額578.50ユーロが支給される。

本件男性が必要としている銀行預金の管理や慣れない場所への移動等に対する支援にかかる費用(介助費用)は、この定額支給によって補償される。なお、この定額支給分については、県議会による支援の有効性に関するコントロールは受けないこととなっている。

本件では、支援に必要な時間が1ヶ月につき50時間を超えることはないと予測されるが、仮に50時間を超える場合には、超えた時間分について、人的支援が追加して支給されることになる。

(*) 重度聴覚障害者の場合は、1ヶ月につき30時間分

b) 技術的支援

次に、銀行口座の管理を可能にする機器を購入する場合には、その購入にかかる費用が、技術的支援によって補償される。例えば、音声合成機器(synthèse vocale)、情報ツールの点字化又は音声化システムの購入にかかる費用が、ここに含まれる。また、これら機器やソフトウェアの利用方法に関する講習費用についても、支援が支給される。

ただし、技術的支援によって補償されるのは、これら機器の価格の75%までである。

C) 疾病保険による交通費負担

さらに、病院への通院にかかる費用については、疾病保険からの支給がある（利用者負担はない）。

d) その他

その他、モデル1の男性は、ニーズを示していないが、視覚障害者に適した住宅の確保のために住宅の改修を行う場合には、それにかかる費用の補償が障害補償給付（PCH）によって行われる。また、移動等のために、盲導犬を必要とする場合には、盲導犬にかかる費用についてもPCHから補償がなされる。

e) 所得保障について

モデル1の男性は、中途障害者であることから、障害年金の支給条件を満たしている可能性がある。仮に、障害年金の支給要件を満たしていれば、障害年金を支給される。他方、障害年金の支給要件を満たしていなければ、月額652.60ユーロの成人障害者手当（AAH）が支給されることになる。また、本件男性は、就労活動を行っていないことから、AAHを補足する所得補足手当（月額179.31ユーロ）又は自立生活加算（MVA）（月額104.77ユーロ）のいずれかを受給することもできる（働くことができるのか否かにより、所得補足手当の受給かMVAの受給かが決まる）。

AAH及びその補足手当の支給は、県障害者センター（MDPH）内の障害者権利自立委員会（CDAPH）によって決定され、家族手当金庫（CAF）により支払いがなされる。

(2) モデル2 / 頸髄損傷

モデル2の男性は、食事、衣服の着脱、排泄、入浴等について全介助を必要としている。また、移動に際しては、電動車椅子を利用している。バリアフリーであれば、電動車椅子で単独の移動も可能であるが、安全確保のために、移動時の見守りがあるほうが好ましい。

a) 人的支援

このケースでは、24時間体制の人的支援が、障害補償給付（PCH）の枠内で提供される。2005年法は、1日12時間の人的支援の提供を定めているが、例外的に、これを超える提供も認められることがある（ただし、24時間体制の人的支援の事例は、実際にはあまりない）。

本件では、24時間体制の人的支援の枠内で、食事や衣服の着脱等の介助、及び、移動時の見守り等の支援にかかる費用が補償される。

なお、人的支援は、図表1の中から選ぶことができる。

図表 1 人的支援の種類・単価(前掲)

支援の種類		時間単価	上限(月額)
家族支援者(1)	就労しておらず、就労にいか なる影響もない者	3.36 €	865.05 €
家族支援者(2)	介護のために、就労活動の全 部又は一部を停止している者	5.05 €	865.05 €
直接雇用	1人の被用者につき週40時 間まで	11.57 € (*)	被用者1人につき1,851.20 € (4.2人の被用者で7775.04 €)
委任方式	使用者としての事務は非営利 組織(association)が行う。 障害者自身が、使用者。	12.73 €	9,165.06 € (30日の給付に対して)
派遣方式	非営利組織が全ての事務を行 い、非営利組織が使用者。	17.19 €	12,376.08 € (30日の給付に対して)

(*) 直接雇用の場合、サービスを利用する障害者は労働契約上の使用者となる。この単価には、障害者が使用者として負担する社会保険料分も含まれている。

出典：MDPH77 作成資料(2009年2月現在)

b) 技術的支援

次に、男性は、電動車椅子を利用していることから、この購入にかかる費用が、技術的支援により補償される。また、モデル2の男性は、特にそのニーズを示していないが、仮に介護用ベッドを購入するのであれば、その購入にかかる費用についても、技術的支援から補償されうる。ただし、技術的支援により補償されるのは、価格の75%までである。

c) 電動車椅子の維持費に対する支援

さらに、電動車椅子や介護用ベッドの維持にかかる費用も、特別負担として障害補償給付(PCH)から補償されうる。

d) 住宅・自動車の改修費

その他、電動車椅子での屋内の移動を可能にするために、住宅の改修が必要な場合には、その改修費についても障害補償給付(PCH)からの補償がある。また、電動車椅子を乗せるために自動車の改修が必要な場合にも、PCHから補償がある。補償される割合は、改修にかかる費用により異なる(住宅改修費が、1,500ユーロまでの場合は費用の100%、1,500ユーロを超える場合は費用の50%。自動車の改修費が、1,500ユーロまでの場合は費用の100%、1,500ユーロを超える場合は費用の75%)。

e) 所得保障について

モデル2の男性は、中途障害者であることから、モデル1の男性と同様、障害年金の支給条件を満たしている可能性がある。仮に、障害年金の支給要件を満たしていれば、障害年金を支給される。他方、障害年金の支給要件を満たしていなければ、月額652.60ユーロの成人障害者手当(AAH)を受給することになる。また、このケースでは、働くことは不可能との認定を受ける蓋然性が高いことから、AAHを補足する手当として、所得補足手当(月額179.31ユーロ)を支給されることになろう。

AAH及びその補足手当の支給は、県障害者センター(MDPH)内の障害者権利自立委員会(CDAPH)によって決定され、家族手当金庫(CAF)により支払いがなされる。

(3) モデル 3 / 知的障害

モデル 3 の男性は、福祉的就労の場での就労が可能な状態にある。また、月に 25 時間の介助を必要としている。

a) 労働支援機関・サービス(ESAT)での就労

フランスでは、福祉的就労の場として、労働支援機関・サービス(ESAT ; Etablissement et service d'aide par le travail)が設置されている。ESAT は、労働法典ではなく、社会福祉・家族法典の規定に服する医療・社会福祉機関であり(社会福祉・家族法典 L.312-1 条 I 5 項)、障害者に対して、様々な職業活動を提供すると同時に、医療・福祉的、教育的支援を提供している(社会福祉・家族法典 L.344-2 条)。ESAT での労働は、通常の労働環境との対比で、保護された環境下での労働とされている。モデル 3 の男性は、福祉的就労の場での就労が可能な状態にあることから、障害者権利自立委員会(CDAPH)によって、障害労働者認定がなされ、ESAT での就労に向けた方向づけがなされる。

ESAT での就労にあたっては、両親と住んでいる自宅から ESAT へと通所することも可能であるが、仮に、より独立した生活を望むのであれば、ESAT に隣接するホームへの入所も可能である。その決定も、同じく CDAPH によってなされる。

b) 人的支援

他方、男性は、月に 25 時間の介助を必要としている。この介助にかかる費用については、障害補償給付(PCH)の人的支援の枠内で補償がある。人的支援は、上記モデル 2 のケースで示した図表 1 の中から選ぶことができるが、このケースでは、両親が家族支援者として介助を行う可能性が高い。両親が、介助のために就労活動の全部又は一部を停止している場合には、より高い額の補償がなされる。

フランスでは、家族による介助(身支度、着衣等)に対しても、PCH からの補償がある。

c) 所得保障

モデル 3 の男性は、成人障害者手当(AAH)と保障報酬とによって所得を保障される。

まず、労働支援機関・サービス(ESAT)で就労していることから、この就労に対する対価として保障報酬(rémunération garantie)を支払われる。保障報酬は、ESAT で働く障害者に対して、最低賃金の 55%から 110%を保障するものであり、ESAT が直接に支払う部分と、国からの助成による部分(ポストへの助成金)とで構成されている。ESAT の最低負担分は法定最低賃金(SMIC)の 5%であり、国の最高負担分は SMIC の 50%である。ESAT の負担分が、SMIC の 5%~20%の場合、国からの助成は 50%まで認められ、ESAT の負担分が SMIC の 20%を超えると、1%増えるごとに国からの助成が 50%~0.5%ずつ差し引かれることになる。(社会福祉・家族法典 R.243-6 条 1~3 項)

他方、男性は、障害者に対する最低所得保障給付たる AAH を受給することもできる(男性は、未成年時に障害を発症していることから、障害年金の受給の可能性はない)。AAH と保障報酬の間には、併給調整の仕組みが設けられており、AAH と保障報酬との合計が SMIC の 151.67 時間分を超える場合には、超えた分につき、AAH が減額されることとなっている(社会保障法典 D.821-5 条 1 項)(ただし、実際にこの上限を超えることは、ほとんどないと言われている)。なお、この計算において考慮される保障報酬については、ESAT が直接支払う額に応じて

一定の控除がなされる。ESAT が支払う額が、SMIC の 5%以上 10%未満の場合は 3.5%、SMIC の 10%以上 15%未満の場合は 4%、SMIC の 15%以上 20%未満の場合は 4.5%、SMIC の 20%以上 50%以下の場合は 5%の控除がある。また、以降の控除は、就労所得の場合と同じとされている (D.821-10 条)。わずかではあるが、就労インセンティブが損なわれることがないように、配慮がなされていると言える。

(4) モデル 4 / 精神障害

モデル 4 の男性は、統合失調症に起因する幻聴・妄想着等によって、生活に支障をきたす困難を抱えている。食事や衣服の着脱等の日常生活上の動作については介助の必要性はないが、幻聴・妄想着等のために、外出に際しては介助が必要な状態にある。また、ガスの利用が不可能で(調理・入浴が 1 人でできない)、洗濯物を干すこともできない状態にある。

a) 人的支援

本件男性に対しては、定期的な訪問、障害に関係する諸手続き、外出、社会生活への参加支援のために、障害補償給付(PCH)の枠内で、一定の人的支援の時間が認められる。PCH が支給される人的支援の時間については、個々の評価が必要だが、このケースでは、1 日につき約 3 ~ 4 時間が認められると予測される。人的支援の時間が決まると、上述のモデル 2 のケースで示した図表 1 の中から、支援のタイプを選択することができる。

b) 技術的支援・住宅の改修

次に、統合失調症に起因する幻聴・妄想着等のために、ガスの使用に強い恐怖を感じ、調理ができないことを解決するために、障害補償給付(PCH)の枠内で、ガスコンロを電磁調理器に変更する費用が補償される。はめ込み式の電磁調理器を購入する場合には、住宅の改修が必要となってくることから、PCH の住宅改修費の枠内で、費用の補償がなされる。他方、単に電子レンジを購入する場合には、技術的支援の枠内で、これにかかる費用が補償される。

住宅を改修する場合には、費用が 1,500 ユーロまでの場合は費用の 100%を、費用が 1,500 ユーロを超える場合には費用の 50%を補償される。支給上限は 10,000 ユーロである。他方、電子レンジを購入する場合には、費用の 75%までが補償される。

c) 社会生活支援サービスの利用

その他、モデル 4 の男性に対しては、精神障害者のフォローを専門とする社会生活支援サービスの利用が、障害者権利自立委員会(CDAPH)によって決定されうる。この社会生活支援サービスでは、余暇や支援、日常の付き添い等、様々なサポートが提供される。

d) 所得保障

男性の統合失調症の発症の時期は不明であるが、仮に、障害年金の支給要件を満たしていれば、障害年金の支給がある。障害年金の支給がなければ、月額 652.60 ユーロの成人障害者手当(AAH)が支給される。また、本ケースでは、統合失調症の急性期にある男性が働くことは不可能であるとの認定がなされる可能性が高いことから、月額 179.31 ユーロの所得保障手当が支給されることになろう。

3. 障害児に関する調査

フランスにおける障害児に関連する制度について、以下で紹介する。本節の記述は、主として「Code du Handicap 2009 (障害法典 2009 年版), Dalloz, 2008」を参照して作成した。同書からの引用については、特に明記しない。

(1) 障害児施設の種類、サービスの内容、及び、利用条件

フランスでは、主として障害の種類別に、障害児を受け入れる施設・サービスが設けられている(受入れの形態は、入所、半入所、通所、一時受入れ、救急対応、在宅サービス等、多様である)。以下、施設・サービスの種類とそこで提供されるサービスの内容、利用条件を確認していく。なお、フランスでは、障害児の受入れに際して、家族に対する支援も重視されている¹⁾。

A. 1956 年 3 月 9 日のデクレ(政令)²⁾ が規定する施設

まず、被保険者の治療のための民間療養予防施設の許可条件を定める 1946 年 8 月 20 日の修正デクレ(政令)を補完する 1956 年 3 月 9 日のデクレ(政令)が定める機関として、早期医療福祉活動センター(CAMSP)及び医療心理学教育センター(CMPP)がある。

a) CAMSP(早期医療福祉活動センター)(同デクレ(政令)附則 XXXII の 2)

早期医療福祉活動センター(CAMSP; Centres d'actions Médico-Sociale Précoce)は、6 歳未満の児童を受け入れる機関である。CAMSP は、運動機能、知能、感覚器官に障害を有する 6 歳未満の児童を受け入れ、児童の自然な環境における社会的教育的適応を保障する観点から、検診や通院治療、リハビリテーションを提供する。また、在宅支援も実施し、さらに、障害児の家族等に対する助言・支援活動も行う。

CAMSP が受け入れるのは、病院、家庭医、母子保護機関、学校、さらには、学校医によって CAMSP への入所を勧められた障害児である。児童の入所許可には、CAMSP の医師の合意が必要とされる。なお、提供されるケア(soins)は、無料である。

児童のケアは、学際チーム(医師、リハビリ指導員、看護師、心理学者、作業療法士、ソーシャルワーカー等)の介入によって行われる。場合によっては、幼児教育機関や 6 歳未満の児童を受け入れる施設・サービスとの連携により、サービスが提供される。

b) CMPP(医療心理学教育センター)(同デクレ(政令)附則 XXXII)

医療心理学教育センター(CMPP; Centres medico-psycho-pédagogiques)は、精神障害、精神運動障害、行動障害のために、学習に困難を抱える児童(場合に応じて 20 歳まで)を受け入れる機関である。CMPP では、精神保健上のトラブルの検診、教育支援、リハビリテーション、治療が提供される。CMPP の目的は、家庭環境での生活の維持や通常的环境での就学に困難を示す障害児の再適応、及び、そのような障害児の普通の家庭環境又は就学環境での生活の維持の 2 つにある。

CMPP は通所施設であり、個別の相談や、医師の責任下で行われる治療のための個別検討会又はグループ検討会が提供される。なお、これらの検討会は、両親との緊密な連携のもと、学際チーム(看護師、心理学者、ソーシャルワーカー、教育従事者、リハビリ指導員、作業療法士、言語

療法士)の協力を得て行われることとなっている。

CMPP への通所にかかる費用は、社会保険の指導医の合意を得た後に、疾病保険から支払われる (CMPP への通所にかかる交通費も含まれる)。ただし、障害者権利自立委員会 (CDAPH) の事前の合意が必要である。

B. 社会福祉・家族法典が規定する施設・サービス

次に、社会福祉・家族法典が規定する施設・サービスを確認する。

a) 知的障害児施設・サービス(社会福祉・家族法典 D.312-11 条以下)

まず、6歳～18歳の知的障害児を受け入れる機関として、医療教育施設 (IME ; Instituts médico-éducatif) がある (3歳以上20歳未満の障害児を受け入れることもある)。このIMEは、治療と同時に、教育活動を提供することを目的としている。

IME が受け入れるのは、知的障害を持つ児童、知的障害に人格障害や運動機能障害、感覚器官の障害、コミュニケーション障害が合併している児童、さらには、知的障害に慢性疾患 (施設での集団生活が可能ない疾患) が合併している児童である。各障害児のニーズに応じて、治療や特別教育活動が個別に決定される。

なお、IME には、以下のセクションが存在している。

- ・特別教育セクション: 学校教育や人格の発展、児童の社会化を保障
- ・初期職業訓練セクション: 知的障害を有する青少年が対象
- ・運動機能障害又は感覚器官障害を伴う知的障害児のためのセクション

また、IME により提供されるサービスには、以下のものがある。

- ・児童の家族や周囲の人々への支援
- ・治療、リハビリテーション
- ・医師による機能障害や障害の状況に関する定期的かつ一般的な監視
- ・知識の獲得や最良の文化的水準へのアクセスを可能にするための教育及び支援
- ・人格、コミュニケーション、社会化を発展させる活動

これら IME でのサービスは、学際チームによって保障される。

【IME に附属するサービス(特別教育在宅ケアサービス)】

IME は、IME に附属するサービスとして、特別教育在宅ケアサービス (SESSAD ; Services d'éducation spéciale et de soins à domicile) を設けることができる (なお、SESSAD は、独立したサービスとして設置することもできる)。SESSAD は、統合教育や社会的統合、自立の分野で障害児の支援を行うために、学校やその他の特別機関において、家族に対する介入 (助言や支援) を行う。

サービスの内容としては、以下のものがある。

- ・0歳児から6歳児のための早期支援。ここには、児童の家族や周囲の人々への助言及び支援、徹底的な検診、児童の初期の精神運動的発達に対する支援、そして、その後の集団生活への準備が含まれる
- ・統合教育、又は、自立獲得への支援。ここには、医学的、医療補助的、心理社会的、教育的な諸手段が全て含まれる。

SESSAD による介入は、児童のあらゆる生活の場や活動の場で実施される (自宅、保育所、学校等)。SESSAD は、包括的で一貫した支援を行うと同時に、学校や医療社会福祉セクター、家

族と連携して、必要なフォローを保障する。また、SESSAD は、小児精神保健セクター、病院サービス、母子保護機関、早期医療福祉活動センター(CAMSP)と緊密な関係を持ち、一定の必要な給付を行うために、これらの機関と協定を締結することもある。

b) 治療教育機関(ITEP)(D.321-59-1 条以下)

次に、統合教育や社会的統合に支障を生じさせる心理学的困難を有する 6 歳～ 18 歳の児童を受け入れる機関として、治療教育機関 (ITEP: Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques) がある。具体的には、その潜在的な知能や認識能力にもかかわらず、重度の心理学的困難により障害の状態に置かれている児童で、一時的に、又は状況に応じて、反動的に混乱の状態に陥っており、様々な組み合わせによる活動や個別の支援を必要とする児童が、ITEP で受け入れられる。ITEP への入所決定が検討されるのは、児童と接触する専門家やサービス(例えば、母子保護機関(PMI)、早期医療福祉活動センター(CAMSP)、支援ネットワーク、医療心理学教育センター(CMPP)、小児精神保健サービス、小児科医、小児精神科医)が、児童の心理学的困難の解決を事前にできなかった場合である。

ITEP で提供されるサービスには、以下のものがある。

- ・相互学際的な介入による児童の発達支援。この支援は、児童の自立促進を目的とする
- ・治療及びリハビリテーションの提供
- ・家族や社会との関係の維持促進
- ・生活の様々な分野への統合(特に、一般教育や職業教育への統合)。このために、ITEP は、学校や、通常又は適応した制度内に障害児を維持する活動、及び、それらへの受け入れ準備を行う
- ・行動障害の予防と発見、及び、障害児に適応した解決策の探求。これらは、権限を有する他の機関との連携で行われる

支援が終了した後も 3 年の範囲内で、一定期間フォローが行われる。

なお、ITEP では、相互学際的なチームが ITEP の使命を実施する。同チームは、精神医療チーム、国民教育機関・サービス、場合によっては、児童社会扶助サービスや青少年の法的保護サービスとの連携により相互学際的な介入を行いつつ、各児童の状況や成長の度合いに適応した個別の支援計画の枠内で、その活動を実行する。

c) 身体障害児施設・サービス(D.312-60 条以下)

運動機能に障害を持つ 6 歳～ 18 歳の児童を受け入れる機関として、運動機能障害児教育機関(IEM: Instituts d' éducation motrice) がある(3 歳以上 20 歳未満の障害児を受け入れることもある)。

IEM では、障害の程度や性質に応じて、以下のようなサービスが提供される。

- ・障害児の家族や周囲の人々への支援
- ・医学的監視、治療、マザリング療法、必要な機器の提供
- ・運動機能教育、又は、必要な機能リハビリテーション
- ・児童と周囲の人々との間の関係の発展。特に、移動やコミュニケーションの分野で、教育技術や対症療法を利用した個別戦略が実施される
- ・知識の獲得、最良の文化的水準へのアクセス、体育やスポーツのための教育や支援
- ・人格や社会的自立を発展させる特別教育活動

なお、IEMには、以下のセクションが存在する。

- ・特別教育セクション。このセクションでは、一時的又は永続的に特別教育サービスや在宅ケアでは対応できない障害児に対し、適応した教育を保障する。同セクションは、学校やその他の協定を締結した機関との連携により、活動を行うことも可能である
- ・初期職業訓練セクション。同セクションでは、国民教育省や農林水産省のプログラムに応じて、国が交付する資格 (diplômes) の1つに対する準備を行うことが可能である。必要な場合には、教育の進度の調整がなされる。
- ・運動機能障害の他にも障害 (視覚障害、聴覚障害、軽中度の知的障害、行動障害) を有する若年者のための教育セクション
- ・社会生活準備セクション。同セクションでは、重度の運動機能障害のために、保護された環境下における職業的参入を検討することも難しい青少年を受け入れる

【IEMに附属するサービス】

IEMでも、附属するサービスとして、医療教育施設 (IME) と同様の特別教育在宅ケアサービス (SESSAD) を設置することができる。IEMに附属するSESSADは、IMEに附属するSESSADとほぼ同じである (前述IEMの項目を参照)。

d) 重複障害児施設・サービス (D.312-83条以下)

複数の重度障害を持つ3歳～18歳まで (場合によっては20歳まで) の児童を受け入れる機関として、重度障害児機関 (IPEAP : Instituts pour enfants ou adolescents polyhandicapés) がある。なお、重複障害児とは、運動機能障害と重度の知的障害とをあわせ持ち、認知や表現、他者との関係の可能性、及び、自立が大きく制限されている児童のことを言う。このように定義される重複障害児が、IPEAPで引き受けられる。

重複障害児の支援には、医学的なフォロー、他者との関係やコミュニケーション手段の学習、さらには、感覚器官や運動機能、知能を呼び起こす能力の発展のために、専門的技術が必要である。

IPEAPによって提供されるサービスには、以下のものがある。

- ・障害児の家族や周囲の人々への支援。特に、機能障害や不能、及び、それらの結果を明らかにする作業、そして、他者との関係やコミュニケーション手段の学習に対する支援が行われる
- ・個別の戦略に応じた、潜在能力の覚醒と発展
- ・知識の獲得のための適応した教育
- ・潜在的な運動機能の改善と予防。特に、運動療法や精神運動療法といった適応した技術や技術的支援が利用される
- ・医学的監視、及び、治療
- ・人工装具等の適合に関する医学的・技術的監視
- ・最大限の自立を獲得する観点から行われる、日常生活における様々な活動に関する教育
- ・コミュニケーションを発展させる観点から必要な教育
- ・外の世界の発見
- ・人格や集団で生きる能力を見出し、発展させることを目的とする活動

【重複障害児施設に附属するサービス】

重複障害児施設は、附属するサービスとして、在宅ケア支援サービス (service de soins et d'aide à domicile) を設けることができる。その活動は、0歳～6歳の児童の早期引受け、及び、全ての児童を対象とする自立獲得支援に分類される。前者の児童の早期引受けには、児童の家族や周囲の人々への助言や支援、徹底した検診、児童の初期段階での精神運動的発展、そして、コミュニケーションの発展といった活動が含まれる。他方、後者の自立獲得支援には、医学的、医療補助的、心理社会的な諸手段が含まれる。

在宅ケア・支援サービスによるサービスの提供は、児童の生活や活動の様々な場所 (特に、在宅、保育園)、及び、サービスの場所で行われる。

在宅ケア支援サービスは、病院サービス、小児精神保健セクター、検診・診断サービス、早期医療福祉活動センター (CAMSP)、医療心理学教育センター (CMPP)、その他の特別教育施設・サービス、専門機関との緊密な関係のもとで実施される。一定の必要な給付のために、これらサービスや専門機関との間で、協定が締結されることもある。

e) 重度聴覚障害児施設・サービス(D.312-98条以下)

重度聴覚障害児施設 (Etablissements prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience auditive grave) は、3歳～18歳 (場合によっては20歳まで) の聴覚障害児に対し、その聴覚障害に適応した教育を保障する機関である。

具体的には、コミュニケーションに問題を抱える聴覚障害児で、医学的フォロー、コミュニケーション手段の学習、そして、学校での知識の獲得、職業訓練、及び、社会的自立へのアクセスのために、専門的な技術を必要とする聴覚障害児が、この施設の受入れ対象となる。重度聴覚障害児施設では、医師、看護師、社会心理学者からなる特別チームによるサービスが確保されなければならない。

提供されるサービスの内容は、以下の通りである。

- ・コミュニケーション手段の学習に関する障害児の家族及び周囲の人々への支援
- ・定期的一般的な障害の医学的監視
- ・人工装具の適合に関する医学的技術的監視
- ・聴覚障害者と周囲の人々との間のコミュニケーションの活性化と発展。これは、聴覚訓練、読唇術とその支援、話し言葉の学習と訂正、さらには、フランス語手話等を内容とする個別の戦略に応じて実施される
- ・知識及び最良の文化的水準の獲得のための教育と支援
- ・人格及び社会的参入を発展させるための活動

同施設は、通所施設としても、入所施設・半入所施設としても機能しうる。しかし、可能な限り、児童は自宅での家庭生活を送る。

重度聴覚障害児施設には、以下のセクションが用意されている

- ・特別教育セクション。同セクションでは、認知及びコミュニケーションに関する特別学習、さらに必要ならば、適応した進度での国民教育プログラムに対応した学校教育が提供される
- ・聴覚障害とその他の障害とを有する児童のための教育セクション。同セクションでは、治療、特別教育活動が行われる。個々のケースごとに、視覚障害や、人格障害、行動障害、知的障害、運動機能障害、その他が考慮され、障害に応じた活動が提供される
- ・聴覚障害の青少年のための理論的実践的初期職業訓練セクション。適応した進度により、特に、専門的な技術教育プログラムが提供される

【重度聴覚障害児施設に附属するサービス】

重度聴覚障害児施設は、附属するサービスとして、家族支援早期教育サービス (Services d'accompagnement familial et d'éducation précoce)、及び、家族教育統合教育支援サービス (Services de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) を創設することができる。

前者は、0歳～3歳の児童に対して、児童の家族や周囲の人々への助言や支援、徹底的な検診、人工装具の適合、児童のコミュニケーションの発達等のサービスを提供するものである。これらは、サービスの場でも、在宅でも提供される。他方、後者は、通常の学校で就学する3歳以上の児童、及び、そのような就学ができない3歳～6歳の児童に対して、家庭教育や統合教育への支援を提供するものである。

なお、一定の必要な給付のために、補聴器センター、ORL(検診・診断)サービス、早期医療福祉活動センター(CAMSP)、あるいは、専門機関との間で協定が締結されることがある。

f) 重度視覚障害児施設・サービス(D.312-111条以下)

重度視覚障害児施設 (Etablissements prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience visuelle grave ou de cécité) は、3歳～18歳(場合によっては20歳まで)の視覚障害児に対して、視覚障害に適応した教育的支援を提供する機関である。

視覚障害のために、医学的フォロー、障害の補償、そして、学校での知識の獲得及び職業訓練に関する特別な支援を必要とする児童が、ここでは受け入れられる。同施設の目的は、家庭への統合、社会的職業的統合を実現することにある。また、同施設では、特別教育者と連携しつつ働く学際チーム(医学、看護学、社会心理学)の協力が確保されなければならない。

提供されるサービスの内容は、以下の通りである。

- ・医学的監視。特に、視覚の状態(性質、重度、進行、場合によっては矯正)、児童の成長に対する影響、関連する機能障害について
- ・(交友)関係の活性化と発展。これは、1. 視覚障害を補う諸手段の発展、2. 視力に可能性がある場合には視覚機能の刺激及び発展、3. 対症療法的な技術の獲得(特に、移動、書き言葉によるコミュニケーション(点字、タイピング、手書き文字)、日々の活動に関して)、4. 各児童に適応した様々な技術的電子的機器の使い方の指導、によって実現される
- ・知識及び最良の文化的水準の獲得のための教育・支援
- ・児童の家族及び周囲の人々への支援
- ・人格の発展、社会的参入の容易化を目的とする活動

同施設・サービスは、通所施設としても、入所施設・半入所施設としても機能しうる。しかし、可能な限り、児童は自宅での家庭生活を送る。

同施設・サービスには、下記のセクションがある。

- ・特別教育セクション。同セクションは、児童に対する総体的支援を行う。また、家族と連携しつつ、一時的又は永続的に、自立獲得・統合教育支援サービス(下記)では引き受けられない児童に対し、適応した教育を保障する
- ・視覚障害とその他の重大な障害とをあわせ持つ若年者のための教育セクション。その他の重大な障害には、例えば、人格障害や行動障害、知的障害、運動機能障害、聴覚障害が含まれる。同セクションでは、障害に応じて、場合によっては、他の専門機関・サービスとの連携によって、治療活動や教育活動が提供される
- ・理論的実践的初期職業教育セクション。視覚障害のある青少年を対象として、適応した進度で、特に、専門技術教育プログラムを行う。

なお、その活動の一環として、特別教育セクションが、学校や他の機関に協力を要請する場合には、協定が締結される。

【重度視覚障害児施設附属するサービス】

重度視覚障害児施設は、附属するサービスとして、家族支援早期教育サービス (Services d'accompagnement familial et d'éducation précoce)、及び、自立獲得統合教育支援サービス (Services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) を創設することができる。

前者は、0歳～3歳の児童に対して、児童の家族や周囲の人々への助言や支援、徹底的な検診、児童の初期段階での精神運動的発展等のサービスを提供するものである。これらは、サービスの場でも、在宅でも提供される。他方、後者は、障害を補う手段、視覚機能を発展させる手段、対症療法的技術の学習手段、さらには、適応した教育支援を提供するものである。

一定の必要な給付のために、眼科学検診センター、早期医療福祉活動センター (CAMSP)、あるいは、専門機関との間で協定が締結されることもある。

g) 特別家族受入センター (D.321-41 条以下)

特別家族受入センター (Centre d'accueil familial spécialisé) は、障害児のための入所施設である。同センターの目的は、障害児に対して、周囲の人々との間で見い出せる環境を補足する心理学的、教育的、情緒的環境を提供することにある。同センターは、知的障害、運動機能障害、重度の視覚・聴覚障害、重複障害を持つ児童の受け入れについて承認を受けた機関、及び、治療教育機関 (ITEP)、医療心理学教育センター (CMPP)、早期医療福祉活動センター (CAMSP) によって、創設・管理運営される。

特別家族受入センターは、受入家族 (famille d'accueil) に対して、障害児の受け入れを依頼することもある。その場合には、同センターは、監督機関に対して、児童の受入を依頼した受入家族の名前と住所、そして、受入家族に受け入れられた児童の数を通知しなければならない。なお、受入家族の選択は、医学・教育チームの意見を聴取した上で、新たな環境におかれる児童の諸々の関係を観察した後、所長によって言いわたされることとなっている。その選択に際しては、可能な限り、児童の家庭環境についての意見や信条が考慮されなければならない。当該児童の受入家族での引受けについては、児童の両親は、センターに対して合意を与える。そして、センターは、障害児の実の家族と受入家族との間の関係について気を配ることとなっている。

C. CDAPH による施設・サービスの決定

障害児のニーズに適応した施設・サービスの指名は、障害者、その両親又は法定代理人からの申請を受けて、障害者権利自立委員会 (CDAPH) が行うことになっている (社会福祉・家族法典 L.241-6 条 I 2o)。この CDAPH の決定は、全ての施設・サービスにとって必要なものである。

CDAPH の決定には、理由が付されていなければならない。また、その決定は、定期的な見直しの対象にもなる (L.241-6 条 II)。加えて、CDAPH の決定は、調停の対象にもなる。

(3) 障害児を対象とする施設・サービスの数

障害児を対象とする施設・サービスの数は、下記の表の通りである³⁾(図表1参照)。上述の施設・サービスを網羅するものではないが、参考として示しておく。

図表1 障害児施設・サービスの数及び定員

施設の種類	2001年		2006年		増加率	
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
知的障害児施設	1,280	71,207	1,229	70,012	+2%	-2%
治療教育機関(ITEP)	342	15,617	362	14,962	+6%	-4%
重複障害児施設	159	4,387	189	5,030	+19%	+15%
身体障害児施設	123	7,363	131	7,352	+7%	-0.2%
視覚・聴覚障害児施設	149	9,661	134	8,409	-10%	-13%
障害児実験的施設 ⁴⁾	—	—	27	593	—	—
障害児一時受入施設 ⁵⁾	—	—	8	284	—	—
施設全体	1,981	108,235	2,080	106,642	+5%	-1%
特別教育在宅ケアサービス(SESSAD)	911	22,835	1,300	33,836	+43%	+48%

範囲：障害児のための医療社会福祉施設・サービス

出典：ES アンケート(2001)及びES アンケート(2006)、DARES

2006年12月31日の段階で、障害児を対象とする医療社会福祉施設内に、約10万7,000の定員が確保されている。他方、児童に対して通常の生活の場でのケアを提供する特別教育在宅ケアサービス(SESSAD)には、約3万4,000の定員が確保されている。SESSADにおける定員の増大は著しく、2001年から2006年の間に+48%の増員が見られている。

施設を利用している児童の多くは、両親と共に暮らしているか、あるいは週末を両親の家で過ごしており、定期的に両親と面会している。また、就学していない児童の数も、減少しており、6歳から15歳児全体の12%となっている。

■補足情報

(1)障害児教育手当(AEEH)

20歳未満の障害児を扶養する者に対しては、障害児教育手当(AEEH; Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)(2009年1月現在、月額124.54ユーロ)の支給がある(社会保障法典L.541-1条1項)。これは、障害児の教育やケアにかかる追加的費用の補償を目的とする給付である。

AEEHは、原則として、障害率が80%以上である障害児を扶養する者に支給されるが、障害率が50%以上80%未満の児童を扶養する者にも、以下の条件を満たす場合には支給が認められる。

- ・適応した措置や就学支援を必要とする状態にある場合
- ・適応教育機関に通っている、あるいは、教育在宅ケアサービスを受けている場合
- ・障害者権利自立委員会(CDAPH)により奨励されたケアを受けている場合

AEEHは、家族手当金庫(CAF)から支給される家族給付であり、義務教育終了年齢(16歳)まで支給される。義務教育の年齢を過ぎた後は、当該障害児が、租税等控除前の法定最低賃金の55%未満で働いている場合には、20歳まで支給される。なお、AEEHの支給決定は、障害者権利自立委員会(CDAPH)が行う。

AHHEは、子を実質的に常時扶養している者に支給される。子が、それぞれの親の元で交互に過ごしている場合、両親は、手当の受給者を指名しなければならない。

2007年におけるAEEH受給者は、15万2,545人であり、総額で約6億800万ユーロがAEEHとして支給された⁶⁾。

(2)AEEH 補足手当(Complément d'AEEH)

障害児が、その障害の性質や重度によって、特別の超過費用を必要とする場合、あるいは、頻繁な第三者による支援を必要とする場合には、障害児教育手当(AEEH)に加えて、AEEH 補足手当が支給される(社会保障法典L.541-1条2項)。その額は、必要な追加的費用の額や、必要な支援の程度に応じて異なっている(図表2参照)。

AEEH 補足手当の支給決定は、AEEHと同じく、障害者権利自立委員会(CDAPH)が行い、あわせて、当該児童の障害の性質・重度に応じた額(カテゴリー)の決定も行われる。額(カテゴリー)の決定にあたっては、両親の1人又は双方が、職業活動を縮小又は停止しているか、あるいは、職業活動を断念したか、どのぐらいの第三者介護の時間が必要か等が考慮される。

なお、2008年4月1日以降は、AEEH 補足手当に代えて、障害補償給付(PCH)の受給を選択することも可能となっている。

図表2 AEEH 補足手当の額、及び、1人親加算

カテゴリー区分	補足手当の額	1人親加算 ⁷⁾
カテゴリー1	93.41 €	-
カテゴリー2	252.98 €	50.60 €
カテゴリー3	358.06 €	70.06 €
カテゴリー4	554.88 €	221.84 €
カテゴリー5	709.16 €	284.12 €
カテゴリー6	1018.82 €	416.44 €

出典：La MDPH de Seine & Marne en PRATIQUE

(セーヌ - エ - マルヌ県障害者センターにおける実践), Janvier 2009, p20.

3. 障害児に関する調査 脚注

- 1) どのタイプの施設・サービスを利用する場合にも、児童の家族には、参加と情報提供の権利が認められている。したがって、施設・サービスは、障害児の家族に対して、定期的に(施設やサービスにより異なる。少なくとも3ヶ月又は6ヶ月に1回)、児童の成長の状況を詳細に伝えなければならない。また、両親には、毎年、児童の状況に関する完全な学際的報告書が提出される。全ての場合において(緊急時の治療について承認の署名をしていた場合にも)、両親は、親権に属する事項・決定について、訴訟を提起することができる。
- 2) Décret n° 56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.
- 3) Les structures pour enfants handicapés en 2006: un développement croissant des services à domicile (2006年における障害児のための施設・サービス: 在宅サービスの発展), Résultats de l'enquête ES 2006 no669, novembre 2008, p.2.
- 4) 新しい支援の形を促進するために創設された機関。
- 5) 主として、一時的なニーズに対応し、家族支援者を支援する機関。
- 6) Le Compte social du handicap en 2007 (2007年における障害関連の社会会計), études et résultats no677, février 2009, pp.3-6.
- 7) 1人親加算は、障害児を扶養している1人親が、就労活動を止めた、もしくは、減らした場合、又は、障害児のために第三者介護を利用している場合に支給される。

申請を行う成人又は未成年に関する確認-1

1-1 申請に関する確認
 MPDH への申請書類は、本確認書類及びその他の添付書類で構成されます。添付書類として MPDH に提出する予定のものに印をつけて下さい。
 障害児教育手当 (AEEH) 及びその補足手当の申請書。
 学校教育、訓練、あるいは、医療福祉施設又はサービスでのケアに関連する申請書。
 様々なカードの申請書。
 補償給付又は補償手当の更新のための申請書。
 成人障害者手当 (AHD) 及び所得補足手当の申請書。
 労働、雇用及び職業訓練に関連する申請書。
 成人向けの医療福祉施設又はサービスへの入所のための申請書。

MPDH 押印欄

2-1 申請を行う成人又は未成年に関する身元確認

申請書を行う成人本人又は申請書を行う未成年の保護者

女性 (未婚) 女性 (既婚) 男性 男性 女性 女性

旧姓: _____ 姓 (結婚後の姓): _____ 姓: _____

名: _____ 名: _____

生年月日: _____ 生年月日: _____

出生場所: _____ 県 _____ 出生場所: _____ 県 _____

市町村: _____ 市町村: _____

国: _____ 国: _____

国籍: フランス 国籍: フランス

EEE*又はスイス EEE*又はスイス

その他 その他

外国に居住している場合、フランスに入国した日付を記入して下さい: _____

社会保障番号又は MSA 番号: _____

*EU 及び欧州経済圏の加盟国は以下の通り: ドイツ、オーストリア、ベルギー、ブルガリア、キプロス、デンマーク、スペイン、エストニア、フィンランド、ギリシャ、ハンガリー、アイスランド、イタリア、ラトヴィア、リヒテンシュタイン、リトアニア、ルクセンブルク、マルタ、ノルウェー、オランダ、ポランド、ポルトガル、チェコ、ルーマニア、イギリス、スロヴァキア、スロヴェニア、スウェーデン。



申請を行う成人又は未成年に関する確認-2

3-1 法的保護下にある成人の場合
 法的保護は誰によって行われていますか? 家族の一員 機関 その他

後見人 保佐人 の連絡先:

姓: _____

名: _____

番地: _____ 通り: _____ 市町村: _____

郵便番号: _____ 市町村: _____

電話番号: _____ 携帯番号: _____

メールアドレス: _____

4-1 未成年の子の場合

▶ 父親: 姓: _____ 名: _____

住所: _____

郵便番号: _____ 市町村: _____

電話番号: _____ 携帯番号: _____

メールアドレス: _____

職業: _____

▶ 母親: 姓: _____ 名: _____

住所: _____

郵便番号: _____ 市町村: _____

電話番号: _____ 携帯番号: _____

メールアドレス: _____

職業: _____

▶ 親権の持ち主 (片親が持っている場合): _____

子供は親が交互に預かっていますか? はい いいえ

▶ その他の法定代理人又は児童社会扶助員 (référént ASE): _____

姓: _____ 名: _____

住所: _____

郵便番号: _____ 市町村: _____

電話番号: _____ 携帯番号: _____

メールアドレス: _____

職業: _____

申請を行う成人又は未成年に関する確認-5

10-社会的側面又は医療福祉の面の情報の提供ができる他の専門家又は組織（任意記入）

資格： _____
 氏名： _____
 住所： _____
 郵便番号： _____ 市町村： _____
 電話番号： _____ 携帯番号： _____
 メールアドレス： _____ @ _____

11-申請書の記入を手助けた者（任意記入）

この申請書は、誰かに手助けしてもらって作成しましたか？ はい いいえ

「はい」と回答した場合、それは以下の誰ですか； 親戚 介助者

その他、詳細： _____

希望する場合は、その連絡先もご記入下さい： _____

12-申請歴

CEDES に書類を提出したことがありますか？ はい いいえ 県名： _____

「はい」と回答した場合、CEDES の書類番号をご記入下さい： _____

COTOREP に書類を提出したことがありますか？ はい いいえ 県名： _____

「はい」と回答した場合、COTOREP の書類番号をご記入下さい： _____

SVA に書類を提出したことがありますか？ はい いいえ 県名： _____

「はい」と回答した場合、SVA の書類番号をご記入下さい： _____

MPDH に書類を提出したことがありますか？ はい いいえ 県名： _____

「はい」と回答した場合、MPDH の書類番号をご記入下さい： _____

13-申請場所及び日付

署名： 本人 法定代理人 _____ にて 日付： _____

不正あるいは真実と異なる内容を申請した場合、法によって厳正に処罰されます（刑法典 441-1 条）。
 情報処理、データファイルと人権に関する 1978 年 1 月 6 日の法律（法律番号 70-17）（修正版）が、本書の回答に
 適用されます。MPDH において、あなたに関するデータへのアクセスとデータの修正の権利を保障します。
 本書によって得られた回答はコンピュータで処理され、現行法を遵守した上で伝達されます

2 / 補償給付又は補償手当更新申請書

(資料2)

補償給付又は補償手当更新申請書

1-1 申請の確認

- 第三者補償手当 (ACTP) の更新手続き又は見直し
- 職業コスト補償手当 (ACFP) の更新手続き又は見直し
- 補償給付 (PC)

補償手当 (AC) 受給者である場合、補償給付 (PC) も申請することができます。

同時に2つの給付を申請すれば、障害者権利自立委員会による決定の後に、どちらかを選択する権利が確保できます。

どちらかを選ばなかった場合は、補償給付 (PC) が支払われます。

申請内容の詳細:

- 日常生活における人的支援 (成人の場合のみ)
- 技術的支援、機材又は特殊設備 (成人の場合のみ)
- 住宅の改修 (成人又は未成年)
- 車両の改修又は交通に係る超過費用 (成人又は未成年)
- 特別な又は例外的費用 (成人の場合のみ)
- 動物による支援 (成人の場合のみ)
- ニーズを明確にすることができないので、その特定のためにMPDの手助けを求める

2-1 申請を行う成人又は未成年の確認

旧姓: _____
 姓 (結婚後の姓): _____
 名: _____

社会保障番号: _____

(ある場合) 相互保険会社の名称及び住所: _____

 保険登録番号: _____

補償給付又は補償手当更新申請書-2

3-1 申請者の状況

- ▶ すでに第三者補償手当 (ACTP) を受給していますか?
 はい いいえ
- ▶ すでに職業コスト補償手当 (ACFP) を受給していますか?
 はい いいえ
- ▶ すでに障害児教育手当 (AEBEH) 又は旧 AES を受給していますか?
 はい いいえ
- ▶ 社会保障機関によって支払われる第三者加算 (MTP) を受給していますか?
 はい いいえ
- ▶ 外国に一回又は複数回滞在しますか?
 - 全体で年間 3 ヶ月以上 6 ヶ月以下の滞在 はい いいえ
 - 全体で年間 6 ヶ月以上の滞在 はい いいえ
 「はい」と回答した場合、外国での滞在が必要なのは:
 勉学の継続のため
 外国語を学ぶため
 職業訓練を完全なものにするため
- ▶ 60 歳以上である場合のみ回答して下さい; 働いていますか?
 はい いいえ
- ▶ 手当の自己負担率を決定するために、以下に収入額を申告して下さい:
 不動産収入、有価証券収入及び動産収入、その他の収益の総額: _____ ユーロ

上記の欄で申告の対象となるのは、申請を行った年の前年度の収入の総額である。
 収入の総額は、前年度の収入申告 (様式 2042) と同じものである。
 子のために補償給付を申請する場合、ご自分の収入、又は、配偶者と生活している場合 (法律婚、事実婚、PACS の場合) は世帯の収入を記入して下さい。



補償給付又は補償手当更新申請書-5

6-1 住宅の改修 (成人又は未成年)

申請の確認

- 新規の申請
- 再審査

申請の更新一期限日: ____ / ____ / ____
更新や再審査の場合は、MPDHのファイル番号を記入して下さい: _____

申請者の状況

障害者が子である場合、障害児教育手当 (AEEH) 及び旧 ABS を受給していますか?

- はい いいえ CDA (権利自立委員会) の返事待ち

「はい」と回答した場合、受給額は: _____ ユーロ

申請者の住宅 (主たる居所)

あなたは: 所有者

賃借人一家主の氏名: _____

宿所を提供してもらっている一宿所提供者の氏名: _____

宿所提供者との続柄 (親戚、子など) _____

住宅の改修を行ったことがありますか? はい いいえ

「はい」の場合、どのような改修ですか? _____

改修実施日: ____ / ____ / ____

あなた、又は子の障害と関連して、現在の住宅にどのような種類の改修が必要ですか?

現在の住宅を改修することが不可能で、アクセシビリティのより良い住宅への引越しを決めた場合、引越し費用の支援を必要としますか?

- はい いいえ



補償給付又は補償手当更新申請書-6

7-1 車両の改修又は交通に係る超過費用 (成人又は未成年)

申請の確認

- 新規の申請
- 再審査

申請の更新一期限日: ____ / ____ / ____
更新や再審査の場合は、MPDHのファイル番号を記入して下さい: _____

申請者の状況

障害者が子である場合、障害児教育手当 (AEEH) 及び旧 AES を受給していますか?

- はい いいえ CDA (権利自立委員会) の返事待ち

「はい」と回答した場合、受給額は: _____ ユーロ

車両

運転免許証を持っていますか? はい いいえ

改修する予定の車両を所有していますか? はい いいえ

「はい」と回答した場合、その車両は誰のものですか? _____

その車両を運転していますか? はい いいえ

車両の改修を行ったことがありますか? はい いいえ

「はい」と回答した場合、それはどのような改修ですか? _____

車両へのアクセシビリティのための改修

運転席の改修

回乗者のための改修

その他

いつからですか? ____ / ____ / ____

あなた又は子の障害に関連して、車両の新たな改修、又は、新車の改修を必要としますか?

- はい いいえ

「はい」と回答した場合、それはどのような改修ですか? _____

交通に係る超過費用

パカンスのための交通費を含め、定期的及び頻繁な移動により生じる交通に係る超過費用を支払っていますか? はい いいえ

「はい」と回答した場合、交通手段は? _____

個人車両 年間走行距離: _____

他の交通手段 (タクシー、特殊交通機関、公共交通機関など)

移動の理由は? 仕事 医療福祉施設への通所 その他

どのくらいの頻度ですか? _____

補償給付又は補償手当更新申請書-7

8-特別な又は例外的費用 (成人の場合のみ)

申請の確認

- 新規の申請
- 再審査
- 申請の更新-期限日: ____ / ____ / ____

更新や再審査の場合は、MPDH のファイル番号を記入して下さい: _____

申請者の状況

既出の項目では書かれなかった、障害に関連する特別な費用、例外的費用についてご記入下さい (例: 保険、電気車椅子の維持費、オムツ代、衣服のための出費など)



補償給付又は補償手当更新申請書-8

9-動物による支援 (成人の場合のみ)

申請の確認

- 新規の申請
 - 再審査
 - 申請の更新-期限日: ____ / ____ / ____
- 更新や再審査の場合は、MPDH のファイル番号を記入して下さい: _____

申請者の状況

盲導犬又は介助犬を有していますか? はい いいえ
 「はい」と回答した場合、犬をトレーニングした団体の名称は何ですか?

品質保証番号: _____
 犬を自宅に迎えたのはいつからですか? ____ / ____ / ____

「いいえ」と回答した場合、トレーニングを受けた犬を手配する団体に問い合わせたことありますか?

- はい いいえ
- 「はい」と回答した場合、犬を迎え入れる予定日はいつですか? ____ / ____ / ____

補償給付又は補償手当更新申請書-9

10-簡略手続き

簡略手続きにより、全員出席の権利自立委員会ではなく、同委員会の《出席者限定》委員会に本書類を提出することができます。出席者限定委員会は、委員の数は、全員出席の委員会より少ないですが、会議の回数、全員出席の委員会よりも多いのが特徴です。

従って、よく見受けられるケースの場合、迅速な処理が可能になります。同時に、学際チームの研究の質も振り下げたものとなります。しかし、申請をする際に面談するのは、権利自立委員会の委員ではありません。

本書類が簡略手続きの対象にならないよう、反対することができます。その場合は、以下の□欄にチェックをつけて下さい：

私は本書類が簡略手続きの対象となることに反対する。

11-申請場所及び日付

_____にて 日付：____/____/____

署名： 本人 法定代理人

不正あるいは真実と異なる内容を申請した場合、法によって厳正に処罰されます（刑法典 441 - 1 条）。
 情報処理、データファイルと人権に関する 1978 年 1 月 6 日の法律（法律番号 70 - 17）（修正版）が、本書類の回答に適用されます。MPDH において、あなたに関するデータへのアクセスとデータの修正の権利を保障します。
 本書類によって得られた回答はコンピュータで処理され、現行法を遵守した上で伝達されます。

補償給付又は補償手当更新申請書-9 裏

12-添付書類

申請書類の素早い処理を可能にするために、本書類に日付を記入し、以下の書類を添付して下さい：

▶ 必須書類（書類の申請全体に共通のもの）

- 医師の診断書、主治医による 3 ヶ月以内のもの
 - あなたがフランス人又は EEE*出身者である場合、以下のコピーを添付して下さい：
 - ナショナルアイデンティティ・カード
 - 又は、家族手帳
 - 又は、パスポート
 - 又は、出生証明書
 - EEE 外の国の出身者である場合： 有効な滞在許可証のコピー
 - 後見人又は保佐人がいる場合： 後見人又は保佐人の決定証明書 - 司法による保護
 - 住所証明書 (EDF-GDF の請求書、家賃の領収書など)
- ▶ 審査に必要な書類（本申請に固有のもの）
- 前年度の収入の申告
 - 第三者雇用証明書（場合に応じて）
 - 公運役職の証明書（場合に応じて）
 - 第三者加算 (MTP) の支給証明書（障害年金、老齢年金、労災年金）
 - 銀行口座証明書 (RIB) 又は郵便貯金口座証明書(RIP)

*EU 及び欧州経済領域の加盟国は以下の通り：ドイツ、オーストリア、ベルギー、ブルガリア、キプロス、デンマーク、スペイン、エストニア、フィンランド、ギリシャ、ハンガリー、アイスランド、アイルランド、イタリア、ラトヴィア、リヒテンシュタイン、リトアニア、ルクセンブルク、マルタ、ノルウェー、オランダ、ポーランド、ポルトガル、チェコ、ルーマニア、イギリス、スロヴァキア、スロヴェニア、スウェーデン。

3 / 健康診断書

(資料3)

MPDH-セーヌ＝マルヌ県

健康診断

書類番号

健康診断書
障害を持つ成人

拝啓

秘密保持のための封をした上で、この健康診断書を患者に渡して下さい。患者は、この健康診断書を申請書類に添付します。

県障害者センター (MPDH) の学際チームの医師らが、最中で書類を審査し、障害者権利自立委員会 (CDA) に公正な決定を提案できるように、患者に関係する欄に記入し、有用と判断した補足書類を添付して下さい。

学際チームの構成員は、障害者の機能障害及び無能力を評価するにあたり、評価基準を使用します。

機能障害とは、器官や機能が損傷を受けている状態を指します。

無能力とは、日常生活上の基礎的な行動・行為における能力の制限を意味します。

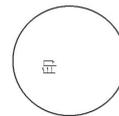
以上の2つの結果生じる社会的不利は、年齢や性別、社会文化的ファクターを勘案して普通だと思われている役割の実現が、制限又は禁止される状態を意味します。

評価基準には、機能障害の度合いに応じて、無能力の比率が決められています。なお、無能力は、機能的な能力及び日常生活における自立への影響という観点から評価されます。

MPDH の学際チームや CDA のメンバー、サービスマンに従事する者全員に、患者に対する守秘義務があります (刑法典 378 条)。

補足説明が必要な場合は、MPDH の学際チームの医師にお問い合わせ下さい。

敬具



戸籍
社会保険記録番号：
姓：
名：
住所：

身長：
体重：
本申請の理由となる主たる診断：
原因：
それ以下のものですか：
労働災害：
職業病：
現在の無能力に影響した病歴、手術歴、及び産婦人科系の病歴：
アルコール中毒
麻薬中毒
タバコ中毒



<p>障害の状況（患者に関係する欄にご記入下さい）</p> <p>知的障害及び・又は精神障害及び・又は行動の困難 （記憶障害、時間的空間的把握の困難、気分障害、警戒、情緒感情障害、行動障害など）：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>てんかんによる障害（最新のEEGの報告書を添付して下さい）</p> <p>タイプ： _____ 発作の頻度： _____</p> <p>関連する人格障害： _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>聴覚障害（機器なしのOD-OGオーディオグラム（聴力図）を添付して下さい）</p> <p>関連する障害（耳鳴り、めまいなど）： _____</p> <p>_____</p> <p>言語障害</p> <p>構音障害、失読症、失語症、発話障害など： _____</p> <p>発話障害の場合、コミュニケーションを取ることは可能ですか？ _____</p> <p>「はい」と回答した場合、それはどのように可能ですか？ _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>視覚障害（修正後の視力（片目ずつ、遠くから、近くから、両目の視野など）を記載した眼科の診断書を添付して下さい）</p> <p>視力の改善が可能 不可能</p> <p>医学的処置により 外科的処置により _____ に予定</p> <p>その他の神経眼科系の障害（無水晶体眼など）： _____</p> <p>_____</p> <p>心血管呼吸障害（補足検査の結果を添付して下さい：心電図、呼吸機能検査、血液ガス分析など）</p> <p>機能障害の兆候： _____</p> <p>心臓補助： _____</p> <p>呼吸器補助： _____</p> <p>移植： _____ 日付： _____ / _____ / _____ 耐性： _____</p> <p>消化機能障害（補足検査の結果を添付して下さい）</p> <p>嚥下障害、食事内容、腸機能障害、人工肛門、肝臓障害、膵臓障害など： _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



<p>排尿障害</p> <p>排出障害（尿閉、尿間/夜間失禁、ゾンズ、保護機器）： _____</p> <p>_____</p> <p>透析療法： □はい □いいえ 一週間の頻度： _____</p> <p>移植： □はい □いいえ 日付： _____ / _____ / _____ 耐性： _____</p> <p>代謝、酵素障害（補足検査の結果を添付して下さい）</p> <p>糖尿病の型、肥満、小人症、その他： _____</p> <p>_____</p> <p>免疫、造血障害（補足検査の結果を添付して下さい）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>健康全体と心理面への影響： _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>運動機能・移動機能障害（レントゲン写真やCTスキャンなどの結果を添付して下さい）</p> <p>疾患のある部位、障害の種類、また、関連する感覚障害の有無を詳しく記入して下さい：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>機器、技術的支援、耐性などを詳しく記入して下さい：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>審美上の障害</p> <p>社会生活や人間関係に影響する火傷の痕や傷跡、種類、部位： _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

障害の影響

自立

A：全てにおいて、通常、適切に一人できる
 B：部分的に1人で出来る。通常、適切にできるといふ程度にはいない。
 C：一人できない

A、B、又はC

首尾一貫性：会話する及び又は論理的、常識的な態度を取る
方向感覚：時間及び空間の把握
身支度：洗面、整髪など
着衣：着脱、身なり+調和
食事：準備された食事を食べる
排泄：排尿、排便を衛生的にできる
体位移動：起きる、寝る、座る
屋内移動：杖、歩行器、車椅子あり/なしで
屋外移動：玄関から交通手段を使わずに
通信：電話、呼び鈴、アラームなどの通信手段を使う
家事：家事、料理など

薬物療法

性質： _____

耐性（向精神薬、化学療法、免疫抑制剤の副作用を詳しく記入して下さい） _____

入院の頻度及び又は専門のリハビリテーションの必要性： _____

現在の職業ポストに就く能力・適性に対する障害の影響
 職業ポストの調整、労働時間、困難、異動、欠勤など： _____

労働医の氏名： _____
 適性カードのコピーを添付して下さい

_____にて
 日付： _____
 医師の署名（押印）： _____

第5節 スウェーデン

(スウェーデン王国)

Konungariket Sverige

1. 障害者介護サービスに関する調査	172
2. モデルに関する調査	189
3. 障害児に関する調査	199
■添付資料.....	210
1 / 介護サービスの申請から決定及び提供までの概ねの流れ	
2 / LSS 下での介護サービスの申請書	
3 / LSS の調査書	
4 / SoL の調査書	
5 / ホームヘルプサービスに関するガイドライン(マルメ市)	
6 / LASS(アシスタンス補償法) 査定のステップ	
7 / アシスタンス補償金の申請	

河東田 博 (立教大学コミュニティ福祉学部教授/ウプサラ大学客員研究員)
 ボーレグレンー松井 芳子 (ルンド大学)

1. 障害者介護サービスに関する調査

(1) 障害の定義、範囲、区分(制度別)

障害の定義、範囲、区分等は、概ね「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」¹⁾(LSS)に明示されているため、LSSを基に整理を行う。なお、LSSには「伝統的な障害観」(障害のある個人が社会的役割を果たせるように未整備な環境に介入することが必要だという考え方)があり、「特別なサービスの提供による環境改善・完全参加と平等」政策が進められてきたことを付記しておく。

スウェーデンの障害者は、法制度上「機能障害者」(personer med funktionsnedsättning)と呼ばれ、一般的にもこの名称が定着しつつある。LSSによると、機能障害者とは次のような人々を指し、それぞれ3つの区分に分けて援助とサービスを提供している。

区分 1: 発達遅滞者、自閉症または自閉症的症状を示す人々

区分 2: 成人に達してからの外傷または身体的疾患に起因する脳障害により、重篤かつ恒久的な知的機能障害のある人々

区分 3: 明らかに通常の高齢化にはよらない、他の恒久的な身体的または精神的機能障害のある人々。つまり、障害の程度が重く、日常生活を送る上で著しい困難さが見られるため、広範な援助とサービスを必要とする人々。

したがって、LSSは、全ての身体・知的・精神障害者に適用されていることが分かる。LSS以外に「(2) 要介護者の定義、範囲、区分」に示す(総合立法)社会サービス法(SoL)²⁾があるが、具体的な障害の定義・範囲・区分は見当たらない。したがって、障害者福祉サービスの基幹となる法制度はLSSと考えてよい。

もし介護サービス利用の申請があった場合には、申請者の申請内容をLSS査定員が査定し、必要なケアの種類・量・内容などが決定される。なお、その際、知能検査などは原則として行われていない。そのため、例えば、知的障害の場合、これまで、臨床場面ではグンナル・シリェーン(Gunnar Kylén)の定義(知的障害とは、思考プロセスの抽象レベルの発達が障害を受けたために、成人の一般的知的レベルよりも遅れているか滞っている状態のことをいう。したがって、知的障害とは、明らかに、記憶力が乏しく、思考プロセスの抽象レベルが低く、空間・時間・質・量・原因の構造化が単純かつ具体的で、行動の形態や思考操作が単純で、象徴的機能の抽象的レベルが低い状態のことをさしている³⁾)に基づき、Aレベル(重度: IQ10未満)・Bレベル(中度: IQ10~45)・Cレベル(軽度: IQ45~70)という3つの区分⁴⁾を用いられることが多かった(図表1参照)。また、研究レベルでは、国際比較のために、WHOの定義(精神遅滞とは、発達期間中に引き起こされ、適応行動に障害を伴う一般的知的機能が平均的レベル以下の状態をさす⁵⁾)に基づく最重度(IQ20以下)・重度(IQ20~35)・中度(IQ35~50)・軽度(IQ50~70)という4つの区分⁶⁾(IQ70~85を「境界線」とし、5区分が使われる場合もある⁷⁾)が用いられることが多かった(図表1参照)。古い資料だが、1982年当時の分布割合は軽度24%、中度34%、重度41%⁸⁾であった。

図表1 シリェーン(GK)モデルとWHOモデルとの関係⁹⁾

GK	A	B			C		
IQ	10	20	30	40	50	60	70
WHO	最重度		重度	中度		軽度	

出典：Abelin, P. m.fl., 2009, *Öka elevens kommunikation genom datorns möjligheter*.
ITiS i Kristianstad – Fröknegårdens Träningsskola

(2) 要介護者の定義、範囲、区分(制度別)

「(1) 障害の定義、範囲、区分」からも分かるように、「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS) で規定される全ての障害者が要介護者の対象者となる。では、福祉全般のサービスについて規定している社会サービス法(SoL)ではどうか。

SoLには、第1章第1条に目的が、第5章に要介護者の定義・範囲等が示されている。

第1章第1条の目的には、次のように記されている。

「社会サービスは、民主主義と連帯の観点から、国民の経済的・社会的保障、生活条件の平等及び地域社会生活への積極的な参加を促進するために提供されるべきである。また、社会サービスは、自己の及び社会的な責任に配慮しながら、個人的・社会的資質の向上と発達のために提供されるべきである。さらに、社会サービス活動は、個人の自己決定とプライバシーの尊重を基礎としてなされるべきである。」

同様に、第5章には、要介護(被援助)の対象者を次のように明示している。

「児童・青少年、高齢者、機能障害者、麻薬乱用者、長期療養者・高齢者・機能障害者の世話をしている親族、犯罪被害者」

また、第5章第7条の障害者の項には、次のように記されている。

「身体または精神的に障害のある人々は、地域社会の生活に参加をし、可能な限り普通に生活をする機会が与えられるべきである。」

以上のことから、SoLにおける要介護者とは「経済的・社会的保障がなされず、生活条件の平等も保障されず、地域社会生活への積極的な参加がしにくい人」で、具体的には「児童・青少年、高齢者、機能障害者、麻薬乱用者、長期療養者・高齢者・機能障害者の世話をしている親族、犯罪被害者」、つまり、社会サービスを必要とする人たちが全て要介護者の対象となっていることが分かる。

(3) 制度の名称、根拠法

社会サービス法(SoL)の下に数多くの障害者関連補足法が存在しているが、ここでは、SoLとともに、主要な2つの障害者福祉サービスに関する法律「一定の機能的な障害のある人々に

対する援助とサービスに関する法律」(LSS)とアシスタンス補償法(LASS)¹⁰⁾を取り上げ、その関係を見ていく。

SoLは、社会サービスを必要とする人々のための総合立法かつ基幹法で、地域生活支援に関わるあらゆるサービス(在宅介護、施設介護、現金給付等)が各自治体によって提供されることが明示されている。障害者に対しては、同法第5章第7条及び第8条でその詳細が明記されている。

LSSは障害者権利法とも言えるもので、全ての障害者に対する福祉サービス受給の権利とその具体策が明示されている。第7条及び第8条には特別な援助とサービスを受ける権利が、第9条から第13条には特別な援助やサービスの具体策が明示されている。特に第9条では、相談・個別援助、さらには、パーソナルアシスタント(ディスアビリティを補うために、障害者のニーズに応じて日常生活の代行を行う個別介護者のこと)等による具体的な特別な援助やサービスについて明示している。

LASSでは、パーソナルアシスタント制度に係る現金給付の取り扱い内容が示されている。具体的には、LSSで示されているパーソナルアシスタント費用については、週20時間を目安とし(第3条)、その利用が週20時間を超える場合、20時間までは各コミューン(市)から給付され(第19条)、それ以上の場合には社会保険庁(事務所)から給付される(第20条)旨の内容が記されている。

なお、保健医療サービスについては、保健医療法(HSL)¹¹⁾に基づき提供されており、2008年6月現在、24,850人の障害者が利用している。

(4) 運営主体

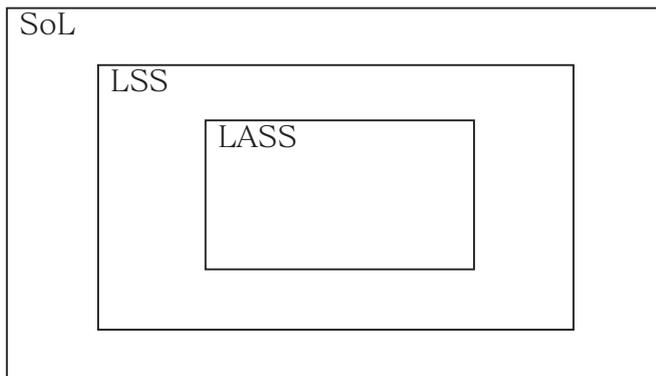
各法に基づくサービス提供の主体は、社会サービス法(SoL)及び「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS)が各コミューン、アシスタンス補償法(LASS)が各コミューンまたは社会保険庁(社会保険事務所)、保健医療法(HSL)についてはランズティング(landsting)となっている。ランズティングとは保健医療担当(ハビリテーション、リハビリテーション及び補助器具の貸与など)の県相当の組織であり、各コミューンと緊密に連携を取りながら保健医療の充実に努めている¹²⁾。なお、障害者を対象とした特別な住居・デイケア・サービス付き住居における保健医療、リハビリ、補助器具の貸与等についてはコミューンの責務であり、在宅訪問看護についてはランズティングとの合意のもとにコミューンが提供の主体となることのできるようなランズティングとコミューンとの相互協力がなされている¹³⁾。全国コミューン・ランズティング連合(Sveriges Kommuner och Lansting)を作り、緊密な相互協力体制を維持している。これとは別に、福祉・労働・教育・文化等の行政一般を担当しているレーン(県)、がある¹⁴⁾。ランズティング、レーン共に県相当の組織だが、両者の地理的区画は若干異なっている。

LSS第16条には、転居に関する内容が明示されており、各コミューンからの事前通達(6ヶ月間有効)があれば、どこのコミューンに転居しようとも同じ権利を保持し、同じ特別なサービスが受けられることになっている。なお、県民への情報提供・指導助言、コミューンへの指導助言等を行う権限をランズティングが持ち(第26条)、LSSの特別なサービスの全てを監督し、業務内容の調査・援助・評価・情報の提供・業務進展への働きかけを行う権限は社会庁(Socialstyrelsen)が持っている(第25条)。

(5) 制度の体系・相互の位置づけ

社会サービス法 (SoL) は、総合立法として社会サービスのあり方や大枠を定めている。SoL を補完・補強する補足法として「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS) やアシスタンス補償法 (LASS) などの特定の分野のサービス (LSS、LASS とともに障害者福祉サービス) に関する法律が策定されている。以上のことを図示すると図表 2 のようになる。

図表 2 SoL、LSS、LASS の相互関係



SoL はコミューンに大きな自由裁量を与える形で社会サービスに関する枠組みを規定している。また、ある一定の機能障害をもつ人には、SoL に加え、LSS の下での福祉サービスが提供される。したがって、障害者が介護サービスを受けるまでのプロセスは、抱える障害が LSS 対象の機能障害であるかどうかの振り分けから始まる。

なお、LSS 第 4 条で「本法律は、対象者が他の法律により得た諸権利を何ら侵害するものではない」と規定している。これは、LSS 対象者の場合、SoL と LSS は互いに排他的ではなく、LSS が適用されないニーズを SoL が対応するという形で、必要な支援・サービスが提供される。したがって、介護サービスは、LSS の下での介護サービスと SoL の下での介護サービスに大きく分けられる。

また、LSS の下での介護サービスの一つ、パーソナルアシスタンスについては、基本ニーズの介護に要する時間が週 20 時間を超える場合、LASS が適用される。

(6) 加入対象者、加入者数

保険制度では対応していないためこのような概念はなく、個人番号 (国籍の有無に関わらず 1 年以上の滞在許可証を持っている者が税務署 Skatteverket に住民登録をすると、自動的に取得できる。個人番号を取得後は社会保険も自動的に取得できる。手数料等はいかからず全て無料) を持っている者は、国籍を問わず利用できる。

(7) 給付内容

A. SoL に基づくもの

a) 在宅介護

社会サービス法 (SoL) には、図表 3 のような障害者に対する在宅介護サービスがある。

図表 3 SoL に基づく在宅サービス一覧

種類／原語	サービス概要
ホームヘルプサービス hemtjänst	在宅障害者等に対し、援助が必要と認定された場合、家事援助や対人介護などによって、自立生活を支援するサービス。
訪問看護 hemsjukvård	介護や看護が必要な人が自宅に住み続けられるように、地域看護師の責務において提供される。
訪問リハビリ hemrehabilitering	作業療法士等が訪問してリハビリを行うサービス。
日中活動 dagverksamhet	日中活動が必要な人を対象に、日中活動センターなどで受けるサービス。特別住宅の居住者も補完的サービスとして利用可能。
ショートケア・ ショートステイ korttidsvård och korttidsboende	短期間リハビリや在宅医療を特別住宅で受けるサービス。家族の負担軽減、入居待ちケア、退院後すぐの中間的利用のために利用される。短期のものをショートケア、やや期間の長いものをショートステイと言う。
夜間巡回サービス nattpatrull	夕方から夜間、朝にかけ、必要に応じ、主に対人介護的ケアを供給するサービス。
緊急通報アラーム配布 trygghetsalarm	在宅障害者等に対して支給される腕時計型などの緊急アラーム装置。呼出ボタンを押し、助けを求めるときのもの。
移送サービス färdtjänst	通常の公共交通機関が利用できない障害者等の移動を支援するサービス。タクシーの利用が多いが、特別車の利用もできる。
福祉機器貸与 hjälpmedel	日常生活が困難な人に、福祉機器を貸与することにより、本人の自立生活を支援するサービス。
住宅改修手当 bostads-anpassningsbidrag	自宅で自立生活を送るために必要な住宅改造の資金を給付する制度。例えば、段差をなくしたり、入口にスロープをつけたりするために利用される。
住宅付加手当 bostadstillägg	低所得者でも標準的な水準の住宅に住めるように、その収入に応じて家賃の一部が住宅手当として国から支給されるサービス。
雪かきサービス snöskottningsservice	雪深い地域で生活する障害者等に対して提供される社会サービスの一つ。

出典：医療経済研究機構『スウェーデン医療関連データ集 2004 年版』(2005)、
奥村芳孝『新・スウェーデンの高齢者福祉最前線』(2000)、
Svenska Kommuner och Landsting, *Care of the Elderly in Sweden Today 2005*、
河東田博『スウェーデンの知的しょうがい者とノーマライゼーション』(資料 2 LSS 訳) 2001 年 をもとに作成。

b) 施設介護

SoL には、障害者に対する施設介護サービスとして、特別住宅がある。各コミューンが管轄し、医療や介護、24 時間の支援が必要な人々が利用している。特別住宅には、障害者用グループホームも含まれる。

c) 現金給付

親族や親しい友人などが障害者を介護している場合、親族雇用（親族ヘルパー；anhörigvårdare）という制度がある。また、一人親が障害者を介護している場合も同じように適用される。基本的には親族ヘルパーをコミューンが雇用し、ヘルパーと同じ給料や手当を支払う形態である。今日、障害者の場合、介護を他人に委ねるパーソナルアシスタンス制度の利用が多くなってきている。

B. LSS、LASS に基づくもの

65 歳までの障害者には、「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS) に基づいて、SoL で提供されるサービス以外に、図表 4 のような特別サービスが提供される。

図表 4 LSS、LASS に基づく給付内容

給付項目	内容
相談・個別援助 rådgivning/stöd	専門的な技術に加え、機能障害に関する特別な知識を有するスタッフからの支援。
パーソナルアシスタンス ersonlig assistans	生活上多くの援助が必要な者に対する 1 人または複数の個別介助者援助。週 20 時間まではコミューンが、週 20 時間以上は社会保険事務所が給付。
ガイドヘルプサービス ledsagarservice	パーソナルアシスタンス制度を利用しない者に対する付き添いサービス。社会生活に参加するために必要な支援を提供。
コンタクトパーソン kontaktperson (KP)	主に知的障害者への相談・余暇等の個別援助サービス。友人のような存在で、社会との橋渡し役となる。KP には手当が支払われる。
レスパイトサービス avlösarservice	介護者の介護負担を軽減するために定期的あるいは一時的に利用できる在宅での介護サービス。終日利用できる。
ショートステイ korttidsvistelse	レクリエーション、気分転換、介護者の休息のために、ある特定の施設などで提供される短期滞在サービス。
延長学童保育 mer korttidstillsyn	通常の学童保育サービスでは給付されない 12 歳以上の学童に対して、授業前、放課後、休日に提供されるサービス。
児童青少年用特別住宅 familjehem m. fl.	親と同居困難な児童・青少年に対して、養育家庭または学童グループホームで生活できるサービス。ショートステイ利用も可能。
成人用特別住宅 vuen särskild bostad	グループホームを含む特別住宅、ケア付き住居で生活できるサービス。住宅法が適用され、一般国民と同じ住まいが提供されている。
日中活動 daglig verksamhet	就労可能な年齢にある人々で、職業を持たず学業にもついていない人々のための日中活動。LSS 区分 1 及び 2 に相当する者のみ。

出典：Socialstyrelsen Swedish disability policy; Measures under the Act Concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments(LSS)、

現代書館『スウェーデンの障害者政策－法律・報告書』、

Grunnewald, K. & Leczinsky, C., 2008, *Handikapplagen LSS*. Norstedts Juridik.

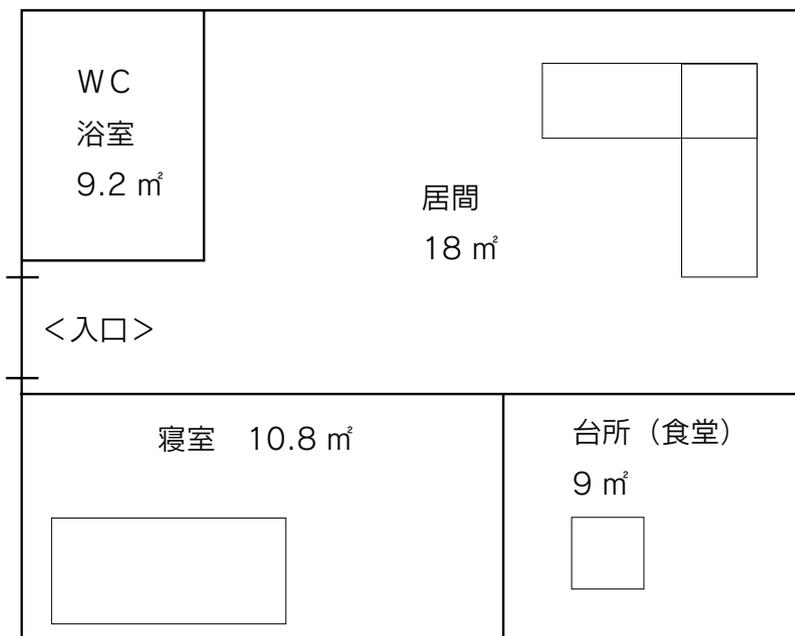
LSS 訳(ハンソン友子他訳)：河東田博『スウェーデンの知的しょうがい者とノーマライゼーション』2001 年(資料 2 として所収) をもとに作成。

児童・青少年用特別住宅は、20 歳まで利用できるが、その後は成人用特別住宅に移行する。成人用特別住宅には、65 歳まで入居することができる。65 歳以降は、原則として（基本的には障害者本人の意向が尊重される）高齢者用サービスハウス等に併設されているグループホーム等に移行する。

パーソナルアシスタントについては、その利用が週 20 時間を超える場合、アシスタンス補償法 (LASS) に基づき、コミュニンではなく社会保険事務所から給付される。個別管理の場合は現金給付されるため、用途が緩やかで、応用範囲も広く、自立生活者には自己決定可能なサービスとして歓迎されている。

なお、成人用特別住宅には障害者用グループホームが含まれており、様々なタイプのものを用意されている。例えば、1 人用住宅や 2 人用住宅を組み合わせてグループホームとしているものや、4 人用グループ (各自が広い占有空間を有す) などである。グループホームには原則として 24 時間介護の必要な重度の人たちが住んでおり、近年よほどのことがない限り、各自が機能的な広い空間 (40㎡前後のスペースに台所 (食堂)・居間・寝室・トイレ・浴室・WC を有する「家」的機能を持った住まいのことを指す) に住むことができるようになってきている (図表 5 参照)。

図表 5 「家」的機能を持ったグループホームの一室¹⁵⁾



出典; Bakk & Grunewald, 1993, *Omsorgsboken*. Liber.

(8) 障害者のみの付加給付

障害者のみの付加給付には、「社会参加支援」「就労支援」「所得保障」に関するものがあり、介護だけには限定されず、社会への参画、生活上の平等を考えた幅の広いものとなっている。

社会参加支援

保健医療法 (HSL)、「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS)、その他個別法令により、ハビリテーション (障害を負った機能の発達促進)、リハビリテーション (失われた機能の回復)、補装具の支給 (必要な期間無料で貸与)、手話等通訳サービス (異文化言語通訳にも使用可)、カウンセリング・助言・個別相談、レクリエーション (文化活動へのアクセス保障)、交通サービス (国内旅行の送迎サービスも可能)、自動車購入・改造サービス (児童の親にも給付) といった社会参加支援サービスが用意されている¹⁶⁾。

就労支援

障害者の就業支援は、賃金補助法、保護雇用法、社会サービス法 (SoL)、LSS 等に基づいてなされている¹⁷⁾。障害者の生活全般にわたる支援策は、LSS に集約されているため、以下 LSS を通して障害者雇用・労働政策がどのように考えられているのかを見ていくことにする¹⁸⁾。

LSS の中で雇用に関して触れているのは、第9条の10と第15条の4である。第9条の10には「就労可能な年齢にある人々で、職業をもたず学業にもついていない人々のための日中活動」と記されている。ここで対象となっているのは日中を有意義に過ごすための諸活動を行っている人たちで、生産性をそれほど重視せずに創作活動などを行って過ごしている人たちのことを指している。つまり、日中活動はデイ・アクティビティ・センターのような福祉施設のことを指している。また、第15条4にある「第1条に該当する人々が、職業や教育の機会を得られるように積極的に務めること」とあるが、この記述は保護的機能を持つ労働施設「サムハル (SAMHALL)」や一般企業で (何らかの支援を受けながらまたは可能な限り自力で) 働けるようになることを意味している。さらに、LSS 第7条、第9条には、「特別な援助とサービスを受ける権利」に関する規定が明記されている。第15条では、良い生活条件を保障するために、「公共の余暇および文化活動に参加できるように」するための自治体の役割にも言及している。

LSS に明記されている内容から分かることは、障害のある人には、一般の人と同じように良い社会生活を送るために、自治体から様々な特別な援助とサービスが提供されることになっており、その前提の下に「日中活動」(多くが重度・最重度の身体・知的障害者、重複障害者。2004年10月時点で24,100人¹⁹⁾)や「職業(雇用)」(職業安定法に基づく一般就労を目指す特別プログラム: 自営助成金・援助付雇用・雇用助成金・公的保護雇用等がある。約11万人が適用されている²⁰⁾)の機会が得られる。

所得保障

賃金補助法、SoL 等により、傷病手当 (傷病で労働能力が4分の1以下に低下した者。国民保険に加入し、就労所得が一定額以上の場合。被用者の場合、最初の14日間は雇用主から傷病賃金が支給される)、労働災害手当 (職場あるいは通勤途中の事故など労働環境に起因する全ての健康障害・労働災害が生じた場合に支給)、失業手当 (失業者)、活動/疾病補償 (傷病により労働低下が4分の1以下に低下し1年間続くことが予想される場合。19歳から支給。19～29歳には活動補償、30～64歳には疾病補償。給付は所得比例だが、低所得者は定額)、障害手当 (65歳前に障害や病気になり、要介護状態が1年以上続いている場合。19歳から64歳まで給付)、病児・障害児介護手当 (介護にあたる親が対象。子どもが障害のために少なくとも6ヶ月間特別ケアを必要とするか、相当の費用負担を伴う場合。子どもが19歳になるまで支給される)、特別年金加算 (介護のために6年以上就業できない状態が続いたために年金ポイントを確保できなかった年金者に支給) などの所得または所得加算が保障されている²¹⁾。また、これらの所得保障の対象者には子どものいる一人親対策も含まれており、長期にわたる対応の必要性とリスクの軽減、人間としての余裕を取り戻すために、半日労働+半日ケアを柱とする支援策が取られている。障害の有無に関わらず、社会生活を送る上で何らかのハンディを負っている人たちに対する幅の広い労働支援策の一つであることがわかる²²⁾。

(9) ケアマネジメント

社会サービス法 (SoL)、「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS)、アシスタンス補償法 (LASS)とも、ケアマネジメントの手法(申請、訪問調査、査定、プランニング、サービス実施、サービス評価、フィードバック)を支援の基本にしている(ケアマネジメントの流れは添付資料 1 を参照)。

(10) 給付対象者

社会サービス法 (SoL) に基づくサービスの給付対象者は、社会サービスを必要とする障害者である。最も申請の多いホームヘルプサービスは、SoL に基づいて認定手続きがなされる。

日常的に多くの障害者が求める特別なサービスは、「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS) に基づいて給付される。その際、「(1) 障害の定義、範囲、区分」で示した区分 1 ～ 3 で整理されている。なお、給付されるサービスにより給付対象者が次のように制限されている²³⁾。

LSS に準拠するもの

- ・パーソナルアシスタント: 65 歳以上の者は受給できない。65 歳以前に受けていた場合は、65 歳以降も引き続き受けることができるが、サービスを受ける時間数を 65 歳以降に増やすことはできない。
- ・ガイドヘルパー: パーソナルアシスタンス制度を受けていない人
- ・延長学童保育: 12 歳以上の学童で、通常の学童保育サービスの対象となっていない者。
- ・児童・青少年用特別住宅: 親と同居困難な児童・青少年(多くが学童)
- ・成人用特別住宅: 成人
- ・日中活動: 就労可能な年齢にある者。LSS 区分 1 及び 2 に相当する者。

LASS に準拠するもの

- ・パーソナルアシスタント雇用費用の補償(週 20 時間未満の利用はコミューンより、週 20 時間以上は社会保険事務所より給付): 65 歳未満の者。日常生活を送るために週 20 時間以上の個別介護を必要とする者。施設入所者及びグループホーム入居者は除く。

(11) 認定主体

介護サービスはコミューンの責任範疇である。コミューンはランスタイングや社会保険事務所と連携を取りながら、障害者への介護サービスの整備に務める。

また、「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS) 下の介護サービスであるパーソナルアシスタンスについては、一定の介護程度を超える場合、週 20 時間まではコミューンが負担し、残りの介護費用(アシスタンス補償金)はアシスタンス補償法 (LASS) に基づいて、社会保険事務所から支給される。したがって、そのケースでは、社会保険事務所が介護ニーズ及び、介護時間の査定を行う。

コミューン毎に組織は異なり、障害福祉課が単独で設けられているところもあれば、高齢者・障害者福祉課のように組織されているところもある。障害者への福祉サービスは社会サービス

法 (SoL) と LSS の下で提供され、高齢者への福祉サービスは SoL の下で提供されるので、このような組織体制のところもある。サービスの査定は対応する法律に基づいて行われる。申請に基づいて調査及び査定を行いサービスの認定に関する決定を下す査定員の名称もコミューンによって多少違いがあるが、SoL に基づいた査定を行う福祉サービス査定員²⁴⁾ と LSS に基づいた査定を行う LSS 査定員²⁵⁾ と呼ばれていることが多い²⁶⁾。

(12) 認定基準

査定にあたって、詳細な基準や判断の拠り所となる判定表のようなものはない。コミューンでガイドラインを設けている介護サービスもあるが、基本は社会サービス法 (SoL)、「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS) 及びアシスタンス補償法 (LASS) の規定である。法文をどのように解釈するかで、査定に違いが生じることもある。また、細かい査定基準を設けていないので、同一コミューン内でも査定員間で査定に違いが生じることがある。

LSS 査定員が査定の拠り所にしてしているのは、LSS 条文のほかに、下記のような LSS 策定時の政府刊行文献と、LSS 及び LASS の解説本である。

- ・Regeringens proposition (1993). *Stöd och service till vissa funktionshindrade*. 1992/93:159.
- ・Bergstrand, Bengt Olof (2007). *LSS och LASS – stöd och service till vissa funktionshindrade 2007*. Höganäs: Bokförlaget Kommunlitteratur AB.
- ・Norström, Carl & Thunved, Anders (2007). *Nya sociallagarna: med kommentarer, lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2007*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

また、LASS 査定で拠り所にしてしているのは、以下の文書である。

- ・判例資料
- ・社内回覧のインフォメーション文書
- ・ガイドンス

<http://forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/vgl0306.pdf>

なお、SoL には、コミューンが障害者の生活状況等を十分に把握すること、潜在的なニーズを掘り起こす訪問活動を通じて社会サービス活動に関する情報を提供することに努めなければならないことが明記されている (第 2 章)。一方、LSS には、「対象者が要求する場合にのみ提供される。対象者が 15 歳以下か明らかに自分で意思決定を下せない場合には、保護者や代理人・後見人・管財人が代わりに特別な援助やサービスを要求できる」(第 8 条) としている。

また、福祉・介護サービス (第 9 条の特別な援助やサービス、第 11 条の対象者以外の人への支払い、第 12 条の返済、第 16 条の事前通達、第 23 条の民間業務の許可、第 24 条の是正命令・認可取消) に対する判定結果に不服な場合は、行政裁判所に訴えることができるようになっている (第 27 条)。

(13) 認定者数

障害者の数については統計局による生活状況調査で把握されているが、2006年度の社会庁(Socialstyrelsen)の資料²⁷⁾でも、1996年～1999年の16～64歳の機能障害者数が生活状況調査の結果として示されている。この数値はこの10年間に多少変動があったと推測されるが、機能障害者数内訳を知る目安として図表6に示す。

図表6 16～64歳の機能障害者内訳(1996～1999年)

症状・機能	数(万人)
アレルギー	38.0
ぜんそく	27.0
糖尿病	8.5
支援の必要な人	4.5
心臓疾患	8.0
胃腸管系疾患	12.5
聴覚障害	43.5
視覚障害	2.5
乾癬	18.0
精神障害	15.0
身体障害	13.0
就労機能の減退	42.5
合計	233.0

出典: Socialstyrelsen, 2006, *Swedish disability policy – service and care for people with functional impairments.*

A. SoLに基づくもの

2008年6月30日時点の社会サービス法(SoL)による65歳未満機能障害者のサービス受給者数を、サービス別に図表7に示してある。なお、利用者総数は43,800人(複数サービス利用可)だった。

図表7 65歳未満機能障害者のサービス受給者数(2008年6月30日)

SoLに基づくサービス内容	数(人)
特別住宅	4,500
在宅ホームヘルプサービス	16,700
その他の在宅サービス	12,200
緊急通報アラーム配布	9,600
日中活動	5,100
ショートケア・ショートステイ	1,300
コンタクトパーソン・コンタクト家族	3,600
その他のサービス	3,400
(複数サービス利用可)	(対象:43,800)

出典: Socialstyrelsen, 2008, *Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – vård och omsorg den 30 juni 2008.*

B. LSS(一部 LASS)に基づくもの

「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律 (LSS) の各区分に基づく年度別 (2002 年～2007 年) LSS 認定者概数 (サービス受給者概数) は、図表 8 の通りで、区分 3 (2002 年の 8,900 人から 2007 年の 8,300 人へ) が減少傾向にあるものの、区分 1 (2002 年の 38,500 人から 2007 年の 46,800 人へ) 及び区分 2 (2002 年の 1,300 人から 2007 年の 1,700 人へ) は増加傾向にある。

サービス受給者数約 56,800 人の内訳を、性別、年齢構成別に記したものが図表 9 である。

図表 8 2002 年から 2007 年までの区分別 LSS 認定者概数 (サービス受給者概数)

区分	年度別 LSS 対象者数						
	2002 年		2003 年		-	2007 年	
	対象者数 (人)	割合 (%)	対象者数 (人)	割合 (%)		対象者数 (人)	割合 (%)
区分 1	38,500	79	40,900	79	-	46,800	82
区分 2	1,300	3	1,400	3	-	1,700	3
区分 3	8,900	18	9,200	18	-	8,300	15
合計	48,700	100	51,500	100	(2004-06 調査なし)	56,800	100

出典; Socialstyrelsen, 2008, *Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2007*.
Statistik socialtjänst 2008:2.

図表 9 LSS によるサービス受給者数 (人) (2007 年 10 月 1 日)

年齢構成	女 性	男 性	合 計
0～19 歳	5,631	9,348	14,979
20～44 歳	10,087	12,922	23,009
45～64 歳	6,689	8,028	14,717
65～79 歳	1,827	1,866	3,693
80 歳以上	248	183	431
合 計	24,482	32,347	56,829

1 つ以上のサービス受給者数。カウンセリング等個別援助は除く。

出典; Socialstyrelsen, 2008, *Personer med funktionsnedsättning- insatser enligt LSS år 2007*.
Statistik socialtjänst 2008:2.

2007年のLSS関連サービス受給者約56,800人が、どんなサービスを受けていたかを年齢構成別に示したものが図表10である。

2007年のLSS関連サービス受給者22歳以下の人が、どんなサービスを受けていたかを年齢構成別に示したものが図表11である。

アシスタンス補償法(LASS)のアシスタンス補償費を受けている人数は、2006年現在で合計15,183人となっている。その内訳を図表12に示してある。

なお、参考までに、図表13に2003年度～2007年度のコミュニティの支出額全体に占める障害者関連の支出(実額)を、図表14にコミュニティからのSoL関連施策給付額、LSS関連施策給付額の概要を示しておく。

図表10 LSS各サービス別受給者数(人)(複数サービス利用可 2007年10月1日)

サービス内容	0～22歳	23～64歳	65歳以上	合計
相談・個別援助	2,126	5,926	523	8,575
パーソナルアシスタント	767	2,267	317	3,341
ガイドヘルパー	3,889	4,808	966	9,663
コンタクトパーソン	3,281	13,227	1,494	18,002
レスパイトサービス	3,159	161	53	3,373
ショートステイ	8,805	1,263	53	10,121
延長学童保育	5,078	0	0	5,078
児童・青少年用特別住宅	1,269	23	0	1,292
成人用特別住宅	926	18,275	2,398	21,599
日中活動	2,152	23,914	922	26,988

出典；Socialstyrelsen, 2008, *Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2007*.
Statistik socialtjänst 2008:2.

図表11 LSS各サービス別受給者数(人)(22歳以下、複数サービス利用可 2007年10月1日)

サービス内容	0～6歳	7～12歳	13～22歳	合計
相談・個別援助	152	336	1,638	2,126
パーソナルアシスタント	96	213	458	767
ガイドヘルパー	24	491	3,374	3,889
コンタクトパーソン	5	115	3,161	3,281
レスパイトサービス	633	1,388	1,138	3,159
ショートステイ	527	2,468	5,810	8,805
延長学童保育	0	136	4,942	5,078
児童・青少年用特別住宅	17	101	1,151	1,269

出典；Socialstyrelsen, 2008, *Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2007*.
Statistik socialtjänst 2008:2.

図表 12 アシスタンス補償費年齢構成別受給者数(人)

年齢構成	女性	男性	合計
0～14歳	816	1,156	1,972
15～19歳	514	704	1,218
20～24歳	482	630	1,112
25～29歳	409	542	951
30～34歳	416	503	919
35～39歳	401	482	883
40～44歳	486	537	1,023
45～49歳	492	469	961
50～54歳	592	543	1,135
55～59歳	732	703	1,435
60～64歳	991	896	1,887
65歳以上	850	837	1,687
合計	7,181	8,002	15,183

出典; Försäkringskassan, 2007, *Social Insurance in Sweden 2006; On the fringe of Security*.

図表 13 2003年度～2007年度コミュン支出額全体に占める障害者関連の支出(実額)

支出内訳	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度
支出総額(10億SEK)	389.1	398.0	410.5	431.4	451.9
障害者関連支出(10億SEK)	38.0	40.1	42.4	45.0	48.1
比率(%)	9.8	10.1	10.3	10.4	10.6

出典; Sveriges officiella statistik, 2008, *Kommunernas hushållning med resurser 2007*.

図表 14 2007年度の市からの法令別関連施策給付額概要

分野	金額(10億SEK)	%
SoL・HSL 関連施策	7.6	15.8
・在宅サービス	4.4	9.1
ホームヘルプサービス	(3.0)	(6.2)
・特別住宅	3.2	6.7
LSS、LASS 関連施策	40.0	83.2
・ケア付き特別住宅	16.8	34.9
・パーソナルアシスタント	14.4	29.9
・他の事業(日中活動含)	8.8	18.3
野外活動	0.6	1.2
合計	48.1	100.0

(注) SoL:SoL、HSL:HSL

出典; Sveriges officiella statistik, 2008, *Kommunernas hushållning med resurser 2007*.

(14) 利用手続き、所管窓口

コミュニケーションの申請窓口には電話あるいは直接訪問して介護サービスの申請を行う（コミュニケーション毎に組織は異なり、障害福祉課が単独で設けられているところがあれば、高齢者・障害者福祉課のように組織されているところもある）。また、既に別な介護サービスを受けているなどで、担当の査定員がいる場合、直接その査定員に申請することもできる。申請したい介護サービスが何か分かっている場合は、その介護サービスを申請し、どんなサービスを申請したらよいか分からない場合は、何らかの介護サービスが必要だという申請の仕方もある。申請に際しては、医師の診断書を提出する。

なお、パーソナルアシスタンスについては、一定の介護程度を超える場合、週 20 時間まではコミュニケーションが負担し、残りの介護費用（アシスタンス補償金）はアシスタンス補償法（LASS）に基づいて社会保険事務所から支給されるが、社会保険事務所に直接本人が申請するか、コミュニケーションが本人に代わり申請する。

(15) 要否判定方法

社会サービス法（SoL）及び「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」（LSS）とも、担当査定員によるニーズ調査と医師の診断書をもとに、まずなされるのが、申請内容が LSS 対象の介護サービスなのかという振り分けである。申請内容が明らかに SoL の下での介護サービスであるとか、申請者²⁸⁾の抱える障害が明らかに LSS の対象ではない場合、申請は SoL 査定員のほうに回される。LSS 下の介護サービスを申請しているとか、障害が明らかに LSS の対象である、あるいはその判断が窓口ではつきかねる場合、申請は LSS 査定員のほうに回される。LSS の下での介護サービスを申請する場合、専用の申請書（添付資料 2 参照）に記入する。一方、SoL の介護サービスの申請には、記入する申請書はなく、口頭で申請し、SoL 査定員が調査書のほうに記録する。

査定員は申請者の自宅を訪問し、申請者から詳細を聞き、また申請者の生活状況を観察する。さらに査定に必要と判断された場合、関連機関から申請者に関する個人情報を入手することもある。その場合、事前に申請者の承諾を得た上で行われる。それは各種行政機関間、及び他の関連機関との間にも守秘義務があり、当人の承諾なくしてはその個人に関する情報を外に持ち出してはならないからである。もし、申請者が承諾しない場合、査定に必要な情報が集まらないので、介護サービスの必要性が判断できないという理由で、申請を却下することになる。

LSS 下の介護サービスについては、ニーズの査定の前にはまず、申請者が LSS の対象であるかどうかの査定が行われる。LSS の対象にならないという査定がなされた場合は、SoL の下での介護サービスの検討がなされる。

上述のプロセスで調査が行われ、収集した情報に基づいてニーズの査定が行われ、申請に対する決定が下される。査定段階で調査書（添付資料 3、4 参照、調査書の詳細についてはモデル 3 を参照のこと）が作成され、決定については決定書が作成され、申請者に通知される。介護サービスの提供が決定されると、サービス提供部門に決定内容が通達され、当該部門はそれに応じたサービスを提供する。介護サービスの提供は期限付きで決定されるので、査定員は、介護サービスの種類や状況などによって異なるが、一定期間をおいて介護サービスのフォローアップを行う。決定に対して納得が行かない場合、申請者はランスタイング（県）レベルの行政裁判所²⁹⁾に不服の申し立てをすることができる。

(16)利用者負担

社会サービス法 (SoL) に基づくサービス提供に対してはサービスによって利用者負担があるが、「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS) 及びアシスタンス補償法 (LASS) に基づくサービス提供に対して利用者負担はない。SoL が提供している特別住宅の利用料金はコミュニケーションによって異なり、利用者は家賃・食費と介護費の一部を負担する。ホームヘルプサービスの利用者負担もコミュニケーションによって異なるが、利用の頻度と利用者の収入レベルにより決定している³⁰⁾。なお、2002年7月より、SoL 第8章が改定され、第5条・第7条として次のような最高負担額・最低保障額が定められることになった。その結果、その範囲を超える利用者負担は求められないことになった。

- a) ホームヘルプサービス、日中活動費用、コミュニケーションの保健医療費は、合計で物価基礎額の48%を超えてはならない (SoL 第8章第5条)。
- b) 特別住宅など賃貸法が適用されない住居の場合、その家賃は物価基礎額の50%を超えてはならない (同法第8章第5条)。
- c) 上記を徴収するにあたっては、最低額を手元に残さなければならない。この最低額に含まれるのは、食費、衣服費、衛生品代、消耗品代、新聞・電話・電気代、テレビ権、家具・台所用品代、家庭保険料、旅費、余暇費、歯科費、外来診療・保健費、医薬品代である。単身者の最低額は物価基礎額の129.4%、同居している夫婦の場合は、一人当たり108.4%である。さらに、障害の程度により追加補助がある。これに住居費を加えた額が最低保証額になる (同法第8章第7条)。³¹⁾

この制度とともに、本人収入は1年間のみなし収入(年金や住宅手当、預貯金の利子収入などが含まれるが、財産や子どもの収入は加味されない)とし、夫婦の場合は世帯収入を半分にしたものが本人の収入(家賃についても折半したものが本人の支出)となるなど、本人負担可能額を決定する際に根拠とされる本人収入の定義も国として統一された³²⁾。

1. 障害者介護サービスに関する調査 脚注

- 1) Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, 1993:387. は今日まで SoL (2001:453) 等の成立を受け数多くの加筆・修正が行われてきているが、大筋は変わらないため、LSS 訳は、下記文献を利用した。ハンソン友子・河東田博(訳)「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律(LSS)」(資料2 222～229頁)河東田博『スウェーデンの知的しょうがい者とノーマライゼーション』(第3版第2刷)2001年
なお、LSS の区分1～3は、下記文献から引用した。
Socialstyrelsen, 2008, *Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2007*. Sveriges officiella statistik: Statistik socialtjänst 2008:2.
- 2) Socialtjänstlag, 2001:453.
- 3) Gunnar K., 1983, *The Intellect and Intellectual Handicaps*. Handikappinstitutet 5211, Bromma.
- 4) Bakk, A. & Grunewald, K., 2004, *Omsorgsboken*. Liber. (26頁)
- 5) WHO (World Health Organization), 1978, *Mental disorders – Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*. Geneva.
- 6) 前掲書(Bakk&Grunewald), 26頁。
- 7) 同上。
- 8) 同上、55頁。
- 9) Abelin, P., Ericson, M., Isling-Karlsson, K., Green, U. S. & W-Rannek, I., 2009, *Öka elevens kommunikation genom datorns möjligheter*. ITiS i Kristianstad – Fröknegårdens Träningskola

- 10) Lag om assistansersättning, 1993:389.
- 11) Hälso- och sjukvårdslag, 1982:763.
- 12) 下記 web サイト情報を参考にした。
<http://www.sweden.se> (The Swedish System of Government)
<http://www.skl.se>
http://sv.wikipedia.org/wiki/Sveriges_L
 なお、2009年1月1日から、スコーネ(南スウェーデンのランスタング)では、LSSの対象(第1及び第2カテゴリーのみ)で、LSSの支援・サービスである介護付き住宅あるいは日中活動プログラムを受けている場合、その人のハビリテーション・リハビリテーションはコミューンの管轄となった。
- 13) 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 平成18年度老人保健健康増進等事業による研究報告書『介護保険の被保険者・受給者の範囲に関する外国調査報告書』2007年3月。(147-148頁)
- 14) 前掲12による情報を参考にした。
- 15) Bakk, A. & Grunewald, K., 1993, *Omsorgsboken*. Liber. 241頁の図を修正の上、引用した。
- 16) 前掲書(医療経済研究機構、2007年)、168頁の表より引用・要約した。
- 17) 同上、171頁を参考にした。
- 18) 以下のパラグラフは、下記文献より引用した。
 河東田博「スウェーデンの障害者雇用・労働政策の実態と新差別禁止法」『季刊 福祉労働』121号、2008年、52頁。
- 19) 日本障害者リハビリテーション協会主催国際セミナー「知的障害者の自立、社会参加及び就労—スウェーデンから学ぶ」(2005年10月23日、於全社協・灘尾ホール)インガー・メスタトン(ヴェスタブロプラン・デイ・センター所長)の講演録より。
- 20) 同上国際セミナーのレイフ・アルム(サムハル社次長)の講演録より。
- 21) 前掲書(医療経済研究機構、2007年)、178頁の表より引用・要約した。
- 22) 前掲書(河東田、2008年)、51頁。
- 23) 以下のパラグラフに示したサービス内容は、前掲書(医療経済研究機構、2007年)、157頁の表、LSS第9条関連用語の邦訳(ハンソン友子・河東田博訳、河東田博「ノーマライゼーション理念の法的具体化をめざしたスウェーデンのLSS」四国学院大学論集第91号、1996年に所収)をもとに作成した。
 なお、次のような解釈の下に、下記の用語を使用した。
 ① LSS第9条第7項は、「12歳以上の学童を対象とした放課後や休暇中の家庭外における短期学童保育」となっている。通常の学童保育が12歳未満であることや説明にも類似の表現があることから「延長学童保育」と表記することにした。
 ② 「日中活動」は daglig verksamhet の直訳である。わが国のスウェーデン障害福祉研究者の間では「福祉的就労」に相当する用語として「日中活動」という邦訳が使われることが多い。したがって、先行研究の中で使われている「デイセンター」「日常活動サービス」という用語を本報告書では「日中活動」として統一表記することにした。」
- 24) (Biståndshandläggare)。SoLの下での福祉サービスの査定を行うので、ここでは便宜上、SoL 査定員とする。
- 25) LSShandläggare
- 26) 小規模なコミューンなどでは、一人の査定員が両種の査定を行う場合もある。
- 27) Socialstyrelsen, 2006, *Swedish disability policy – service and care for people with functional impairments*.
- 28) 障害者本人が申請するのが基本であるが、未成年であるとか、障害の種類あるいは程度によって申請が困難な障害者に代わって親や他の代理人が申請することもある。ここでいう申請者は、申請対象の障害者という意味合いで、今述べたようなケースの障害者も含む。
- 29) County Administrative Court (Länsrätt)
- 30) 前掲書(医療経済研究機構、2007年)、153頁より引用・要約した。
- 31) 前掲書(医療経済研究機構、2007年)、155頁より SoL 条文の翻訳を引用した。
- 32) 前掲書(医療経済研究機構、2007年)、155頁より引用・要約した。

2. モデルに関する調査

(1) モデル 1 / 全盲

LSS 査定

Bertil (便宜上、障害モデルに名前を付ける) が LSS 下での介護サービスを申請したと想定すると、まず、LSS 対象かどうかの査定が行われる。Bertil の機能障害はその種類からして LSS 区分 3 の障害者カテゴリーに関係するので、医師の診断書とあわせて、機能障害の性質と生活上の困難さなどから Bertil が第 3 カテゴリーに属するかどうかの査定が行われる。

LSS 区分 3 の障害者カテゴリーは査定の厳しいカテゴリーである。4 つの条件が法文に明記されており、それら全てを満たさなければならない。

1. 障害が**永続的・継続的**である、2. **重度**の障害である、3. それが日常生活に**相当程度の困難**をもたらす、4. それゆえ**広範囲にわたる**援助及びサービスを**必要**とする。

Bertil は身の回りのことや家事もある程度まで介助を必要としないので、上述の条件 3 及び 4 を満たすとは言えない。したがって、LSS の対象にはならないと査定する。

申請書類には機能障害についての記述のほか、どのような介護・支援・サービスを必要としているかについても記述する。これに医師の診断書が添付される。これらの情報から、LSS の対象にはならないと判断できる場合には、家庭訪問に SoL 査定員にも同行してもらい、SoL の下でどのような介護サービスが考えられるか検討してもらおう。LSS の介護サービスの申請は却下されるが、SoL に基づいてニーズの査定が行われ、それに応じて必要な介護サービスが提供されうることになる。

SoL 査定

Bertil のニーズを査定した結果、買い物サービス、通院時の付き添いサービス、セキュリティ警報機、ガイドヘルプサービスの 4 つの介護サービスが挙げられた。

【買い物サービス】

日常生活に必要な物品 (食品や日常雑貨) の買い出し。ホームヘルパーが行うが、Bertil 自身も希望があれば買い物に同行できる。コミュニオンが定めたガイドライン (添付資料 5) によると、このサービスは週 1 ~ 2 回提供される。Bertil はホームヘルプサービス部門と買い出しの曜日や時間、買い物方法などについて取り決めをする。基本的には毎週同じ曜日と時刻に買い出しが行われる。

【通院時の付き添いサービス】

ホームヘルプサービスとして提供される。

【セキュリティ警報機¹⁾】

ホームヘルプサービスとして提供される。緊急時あるいは予期せぬことが起こり助けを必要とする場合に備えるものである。

【ガイドヘルプサービス】

Bertil の余暇の時間を有意義に過ごすために、また余暇活動に参加できるように、ガイドヘルプサービスが提供される。例えば、街中へショッピングに出かけたり、喫茶に出かけたり、あるいはコンサートに出かけたりするときなどに利用できる。また、定期的な余暇活動などに参加していれば、その際に利用することもできる。

このサービスは1ヶ月当たりの時間数が障害当事者の希望や興味などから割り出され、許可される。不当に多い時間数にならないよう、また逆に少ない時間数で当事者の余暇活動が制限されることのないように、適度な時間数を査定する。例えば、ショッピングや喫茶に出かけたりする程度の利用であれば、週に2時間程度で充分と考えられるし、他にも興味があり、コンサートに出かけたり、他の余暇活動にも参加したいと希望していれば、その分上乗せした時間数を割り出すという具合である。時間数に関する規定はなく、査定基準となるのは、Bertil のニーズから見て、何が「適度」かを一般の市民に当てて検討することである。その際、低所得者層ではなく、一般の中間層の市民を考える。SoL では市民一人一人の「適度」な生活レベルの保障が謳われている。これがSoLでの介護サービスを査定する際の基準になっている。

ガイドヘルプサービスは無料で提供され、ガイドヘルパーにかかる諸費用はコミューンが負担する。ガイドヘルパーは領収書をガイドヘルプサービス業務の窓口に提出する。諸費用が高額な場合(150 クローナを超える場合)は、ガイドヘルパーは常に、ガイドヘルプサービス業務のスタッフに尋ねなければならない。

一方、ホームヘルプサービスから提供される介護サービスは利用者が利用料金を支払う。料金は利用者の収入額に応じて計算され、また介護サービスの種類によって収入に対する割合が異なる。しかし上限があり、総額で収入の6.8%までが利用者の負担で、それを超える分はコミューンが負担する。

Bertil が清掃サービスを必要とするか否かは、障害モデルの記述からは判断しかねるが、清掃が行き届かない部分が出てくるだろうと予想されるので、当人が希望すれば、このサービスの提供も考えられる。その場合、ホームヘルプサービスから提供される。

【視覚インストラクター】

視覚障害者が障害を克服して自立生活が送れるように、手助けをする。コミューンが提供するサービスであるが、サービスのニーズについて査定し決定を下す必要がない。また、費用はかからない。

自宅に必要な補助器具の検討や備え付け、そして利用の仕方をサポートしたり、室内・室外での移動訓練を指導したり、眼科訪問や図書館のトーキングブック利用の手助け、視覚障害に関するセミナーなどの情報提供などを行っている。

全盲者の話

提供される介護サービスはSoL 査定員が列挙したものと変わりはない。だが、SoL とLSS のどちらにもガイドヘルプサービスがあるが、その提供には違いが見られる。本調査で面接した査定員が勤務する区では、ガイドヘルプサービスはそれがSoLの下であってもLSSの下であっても違いが見られないように思われた。同一部門でサービス業務が行われ、共通のパンフレットが配布され、利用者の費用負担はどちらもない。しかし、視覚障害者の組織でオンブズマンを務める全盲者の話によると、コミューンによっては、SoL下でのガイドヘルプサービスには利用者の費用負担があり、中には全額負担のところもあるという。また、LSSのサービ

スでは利用者の意見・希望が反映できるシステムになっており、利用者が希望する人をガイドヘルパーにすることができるのに対し、SoLではコミューンが用意するガイドヘルパーで、しばしばホームヘルパーがガイドヘルパーを兼務している。

以上のような理由で、BertilにはLSSのガイドヘルプサービスを申請するように勧めるが、全盲で他には機能障害をもたない場合、LSS対象と査定されるのはたいへん難しいのが現状である。だが、LSSの適用を認めているコミューンもある。

ガイドヘルプサービスは視覚障害者にとっては当然必要なサービスであるから、視覚障害者の全国組織としては、LSSの下でのガイドヘルプサービスが視覚障害者にも適用されるよう、強く働きかけている。

SoLでは「適度」な生活レベルを保障することが謳われ、LSSでは「良い」生活状況を保障すると謳われている。しかし、現実には各コミューンの財政状況に大きく左右されており、LSSの下でのガイドヘルプサービスが許可されるかどうかはどれだけ財政に余力があるかに大きく影響されているということであった。

(2) モデル2 / 頸髄損傷

LSS 査定

Rudolf(便宜上、障害モデルに名前を付ける)の機能障害はその種類からしてLSS区分3の障害者カテゴリーに関係するので、医師の診断書とあわせて、機能障害の性質と生活上の困難さなどからRudolfが第3カテゴリーに属するかどうかの査定が行われる。Rudolfの状況は第3カテゴリーの4つの条件(モデル1参照)を全て満たすと判断されるので、LSS対象であると査定できる。したがって、Rudolfからの介護サービスの申請については、まずLSSに基づいてそのニーズの査定が行われる。

Rudolfは抱える機能障害ゆえに日常生活に相当な困難があり、かなりの介護が必要であるので、パーソナルアシスタンスを必要としていることは明らかである。パーソナルアシスタンスは基本的なニーズの介護に必要な時間が週20時間を超えると査定された場合、LASS(アシスタンス補償法)に基づいて社会保険事務所に介護全体の査定が委ねられる。そして、コミューンは初めの20時間の介護費用を負担し、残りはアシスタンス補償金が社会保険事務所から支払われる。

基本ニーズとは、身体の衛生、衣服の着脱、食事のことである。したがって基本ニーズはADLの項目よりも限定されている。これらのニーズを満たすのに必要な介護時間の査定をまず行う。Rudolfの場合、明らかに20時間を超えている。この時点で、LSS査定員が、あるいはRudolf自身が社会保険事務所にアシスタンス補償金の申請を行う。なお、基本ニーズには、アシスタンスを受ける人の特定の機能障害に関しての詳細な知識を要するかどうかということも含まれる。これは例えば、医療的な介護を施す上で特別な知識を要するので、誰でも介護にあたるわけにはいかないとか、意思疎通が難しく、その人物をよく知り、その人とのコミュニケーションの取り方を知り得ている(その人が送るシグナルを解釈できるなど)人が介護する必要があるなどである。

LASS 査定 (流れ図は添付資料 6 を参照のこと)

社会保険事務所は申請 (申請書は添付資料 7 を参照) を受けて、独自の査定 (便宜上、LASS 査定とする) を行う。つまり、LASS 査定員も家庭訪問を行い調査をするわけである。その際、医師の診断書と申請書も参考にする。Rudolf の場合、LASS に関わるだろうと思われるので、LSS 査定員は LASS 査定員と一緒に家庭訪問を行い、それぞれに査定が行われる。

LASS 査定員もまず、Rudolf が LSS の対象かどうかの査定を行う。Rudolf が障害カテゴリ 3 に属すると査定されると、続いてニーズの査定に進む。まず、基本的なニーズ (身体の衛生、衣服の着脱、食事) の査定である。

【身体の衛生】

身体の洗浄、排泄 (トイレ)。例えば、洗髪に介護が必要だが、体のほかの部分自分で洗うことができ、排泄にも介護が必要ないとすると、洗髪のニーズだけでは基本的なニーズの介護が必要とはみなさない。逆に排泄に介護が必要であるとか、身体の洗浄に介護が必要である場合には、洗髪の時間も基本的なニーズの介護の時間に加算される。

【衣服の着脱】

衣服の着脱の全行程を計算する。

【食事】

自分で食事を摂ることができる場合、食事のセッティング (テーブルに食事を用意するとか、食器の用意や片付けなど) の時間などは基本的なニーズの介護時間とはみなさない。この場合、食事に関しては計算しない。食事を口に運ぶのに介護が必要な場合は、食事全体の時間を基本的なニーズの介護時間とみなす。

【その他の個人的なニーズ】

基本的なニーズの査定からそれに必要な介護時間が 20 時間を超える場合、続いて、その他の個人的なニーズを満たすための介護の必要性の査定とそれにかかる時間の査定が行われる。その際、理学療法士が行った、主には ADL の判定結果も参考にされる。例えば、移動 (ベッドから車いすへの移動など)、家事、買い物、散歩、通院、あるいは余暇活動などである。介護者からの動的な介護を必要とする時間が計算される。しかし、見守りは動的な介護とはみなさない。Rudolf の場合、バリアフリーであれば電動車いすでの移動は自力でできるので、安全のため見守りが必要であるのは、介護時間に加算しないケースもありうる。だが、買い物に出かける場合、店までは移動に介護が必要でなくとも、買い物自体には介護を必要とするだろうから、移動の時間も加算する。

【夜間の介護】

深夜の介護体制は、利用者の深夜の状態によって変わってくるが、深夜の時間帯 8 時間は待機の介護者をつけるケースが多い。これは利用者の近くに待機し (たいてい、隣室に待機)、必要があるときに呼ばれて介護を施すものである。この場合、この 8 時間は動的な介護の時間とみなされず、4 時間ごとに 1 時間の介護時間として加算される。だが、例えば、利用者が深夜にトイレ介助や体の向きを変える介助が必要だとすると、その時間は動的な介護時間となる。したがって、深夜の待機時間はそれを差し引いた時間で計算される。

また、Rudolf は 24 時間介護を希望しているが、LASS 査定では、日中のどこかで動的な介護が発生しない空きのある時間があると判断されるという。したがって、介護時間は総計で 24 時間に満たないことになる。Rudolf はこの決定に不服の申し立てをすることができる。また、例えば計算上 30 分の空き時間が日中のところどころにあってもその時間だけ介護者が抜けてまた戻ってくるというのは非現実的である。その場合、LSS 査定員はその空き時間を埋めるパーソナルアシスタンスを許可し、その分はコミュニティが負担する形をとるかもしれない。

さらに、Rudolf のケースで考えるべきことは、介護の種類によっては、介護者 2 名体制が必要になるかもしれないことである。2 名体制を検討する前に例えばリフトなどの補助器具の設置が可能かどうかの検討がなされ、補助器具が取り付けられない場合に、2 名体制の査定が行われる。

Rudolf の場合、パーソナルアシスタンスがガイドヘルプサービスやホームヘルプサービスも兼ねることになる。

(3) モデル 3 / 知的障害

LSS 査定

Ivar (便宜上、障害モデルに名前を付ける) が LSS 対象であるかは医師の診断書をもって明らかで、LSS 区分 1 の障害者カテゴリーに属すると査定できる。したがって、Ivar と両親からの介護サービスの申請については、まず LSS に基づいてそのニーズの査定が行われる。

【グループホームあるいはショートステイ】

Ivar は親元に暮らし、両親が Ivar の介護をしている状況は申請書及び家庭訪問から把握できる。また、家庭訪問時の Ivar との面会で、Ivar の様子や人柄、また介護の様子などもある程度把握できる。Ivar が親元で暮らし続けるならば、Ivar にとっては時々親元を離れ違った環境で生活する体験の必要性と、両親にとっては介護の負担を軽減するために休息とリフレッシュの機会をもつ必要性とから、何らかの形の代行介護が必要であると見られる。しかし、その一方で、Ivar の年齢を考えると、親元から独立し、何らかの形の介護付き住宅で生活を始めることが妥当だと考えられる。Ivar には身の回りの介護が相当必要だと考えられ、したがって、介護付き住宅として、グループホームへの入居をまず提案するだろう。その際、Ivar は長く親元に暮らしてきているので、親元を離れて生活を始めるということに大きな不安を抱くかもしれないので、Ivar にグループホームがどういうところか見せるだろう。

Ivar が親元に残るのであれば、ショートステイサービスを提案し、月に 4 ～ 6 日の利用頻度を許可するだろう。

【日常活動プログラム】

Ivar には日常活動プログラムのニーズがあると判断される。想定ケースではすでに日常活動プログラムに参加しているので、Ivar に別な希望がないのであれば、継続する方向で考え、定期的なフォローアップを行う。

【ガイドヘルプサービス】

Ivar の年齢を考えると、親同伴でなく街に出かけたり、映画を観たりしたいのではないだろうか。親から離れ、自立した生活時間をもつことも大事なことであり、本人も望んでいるかもしれない。その手助けになるのがガイドヘルプサービスであるので、このサービスは間違いなく勧めているだろう。また、Ivar はダンス教室に定期的に通っており、ダンス教室への往復の付き添いにも利用することができる。

このサービスでは、月に利用できる時間数を査定して、サービスの許可を出すのであるが、利用者のニーズや興味、活動の度合いなどを考慮して適度な時間数を査定する。Ivar の場合、定期的に参加している余暇活動もあるので、それが週ベースの活動であると想定すると、月 20 時間ぐらいが適度ではないかと判断する。この時間数は不変ではなく、必要に応じて申請すればよく、LSS 査定員は新たに査定を行い、申請が妥当だと判断されれば、時間数が増加される。

ガイドヘルプサービスはグループホームに居住する人は基本的に利用できない。その場合、グループホームのスタッフがそのサービスを施す。したがって、Ivar がグループホームに居住することになれば、ガイドヘルプサービスの提供は打ち切ることになる。

サービスの利用が許可されると、ガイドヘルプサービス業務部門に通知され、Ivar はガイドヘルプサービスの列に置かれる。当該部門の責任者が Ivar と面接し、利用の目的や、興味のほか、ガイドヘルパーへの希望などを聞き、なるべくそれに沿った人物を探すように努める。適切な人物が見つかり、責任者、ガイドヘルパー候補と Ivar の 3 者で会い、良さそうであれば利用が開始される。利用の形態は Ivar 次第である。

ガイドヘルプサービスは無料で提供され、ガイドヘルパーにかかる諸費用はコミュニオンが負担する。利用者は自身にかかる費用だけを支払えばよい。ガイドヘルパーは領収書をガイドヘルプサービス業務の窓口に提出する。諸費用が高額な場合 (150 クロナを超える場合) は、ガイドヘルパーは常に、ガイドヘルプサービス業務のスタッフに尋ねなければならない。

【コンタクトパーソン】

コンタクトパーソンは、障害をもつ人と一緒に余暇活動に参加したり、障害をもつ人の日常生活への一般的なアドバイスを行う人で、その目的は、障害をもつ人と一緒に時間を過ごし、その人の余暇活動を手助けすることを通して、その人が障害ゆえに孤立するのを防ぐことにある。このサービスは重度の障害をもつ人の社会参加に貢献している。おおよそ月に 8 時間程度 (約 2 時間/週) を上述の活動内容にあてることが期待され、コンタクトパーソンには月単位で一定の報酬と一定の費用補償が支払われる²⁾。

コンタクトパーソンはガイドヘルパーとは違って、互いの家を訪ねることもできるし、電話での交流も可能で、友人同士のようなコンタクトの取り方になる。ガイドヘルパーは基本的に移動の付き添いと考えられる。

Ivar には一緒に何かをしたり、余暇活動に参加できる人がいることはたいへん有意義だと考えられるので、このサービスを勧めるだろう。

コンタクトパーソンが許可されると、該当業務部門にその決定が通達される。Ivar に合いそうな人物が見つかり、両者が会い、お互いを知る機会をもつ。いい関係が保てそうだと思われたら、LSS 査定員と両者は契約を結び、このサービスが開始される。

【個別支援計画】

LSS 下での支援サービスを一つでも受けている人は、本人の参加のもとで個別支援計画を作成することができる。これは LSS の支援サービス利用者が生活上何らかの目標をもち、その達成に向けて、受けている支援サービスをどのように有効に利用していくのがよいかなどを、組織的に考え取り組んでいくためのものである。その際、必要であれば、関連する機関とも連携を取り、本人在席のもとで、関係者がミーティングをもち、支援計画を作成する。

例えば、Ivar が何らかの支援を受けながら就労を希望しているとする。LSS 査定員は関係者、関連機関を呼び集め、Ivar とともに、可能性があるかどうか話し合うことができるだろう。何かがあるとなれば、それに向けてどのような取り組みが必要かなど、各関係部所が連携しながら、Ivar とともに考えていくことができるだろう。

これは直接の介護サービスではないが、上述したように、介護サービスも含めた支援計画の作成なので、本レポートで紹介することとした。

(4) モデル 4 / 精神障害

LSS 査定

Petter (便宜上、障害モデルに名前を付ける) が LSS 下での介護サービスを申請したと想定すると、まず、LSS 対象かどうかの査定が行われる。Petter の機能障害はその種類からして LSS 区分 3 の障害者カテゴリーに関係するので、医師の診断書とあわせて、機能障害の性質と生活上の困難さなどから Petter が第 3 カテゴリーに属するかどうかの査定が行われる。

Petter は基本的なニーズ(身体の衛生、衣服の着脱、食事)には介助を必要としないので、第 3 カテゴリーの 4 つの条件(モデル 1 を参照)の内、条件 3 及び 4 を満たすとは言えない。したがって、LSS の対象にはならないと査定する。

面接者が勤務する区では、精神障害者のケースは LSS 査定員が取り扱っている。したがって、Petter の場合、LSS の介護サービスの申請は却下されるが、継続して LSS 査定員が、今度は SoL(社会サービス法)に基づいてニーズの査定を行い、それに応じて必要な介護サービスが提供されうることになる。

SoL 査定

Petter のニーズを査定した結果、在宅生活支援³⁾、ガイドヘルプサービス、コンタクトパーソン、日常活動の 4 つの介護サービスが挙げられた。申請を受けて家庭訪問を行う際に、この 4 つの介護サービスを提案し、本人が利用を希望すれば、これらの介護サービスの提供を許可するだろう。

【在宅生活支援】

このサービスは、精神障害者が日常生活を組み立て、自立した良質な生活を営むことができるように、在宅での実用的な支援や、孤立しがちな生活パターンの改善や外部とのコンタクトの構築を手助けするものである。対象者は 18 ～ 65 歳の独立して生活をしている精神障害者である(例えば、親元ではなく、アパートを借りて一人暮らしをしているなど)。

Petter が希望するなら、在宅生活支援サービスのスタッフを伴って再度家庭訪問をすることも考えられる。その際には、Petter を担当することになるであろうスタッフを同伴するように

する。Petter のニーズによるが、大概のケースでは週に 1～3 日、中には週 5 日、サービスの提供を許可する。このサービスは、面接者が勤務する区では平日のみに提供されている。許可された範囲で、Petter とサービスのスタッフとの間で利用の仕方を決めていく。サービスは無料で提供される。サービス提供のフォローアップは 3 ヶ月を目処に行われる。

サービス内容は、在宅生活が上手く機能するように働きかけをすることで、掃除、洗濯、買い物などがなかなか始められない、またベッドに入ったまま 1 日の活動が始められないでいる利用者の後押しをしたり、時には何かを一緒に取り組んだりして、利用者が日常生活を組み立て、上手く営んでいける手助けをするものである。

在宅生活支援はホームヘルプサービスとは異なる。ホームヘルプサービスは身辺介護や家事の一部を代行するもので、Petter にはそのニーズは見られない。Petter は身の回りのことに介助を必要としないし、家事を執り行うこと自体に困難があるのではなく、取りかかるのに後押しが必要だろうと判断される。したがって、在宅生活支援が Petter に必要な支援だと査定する。

【ガイドヘルプサービス】

Petter は幻聴を有するので、安心して定期的に外出できるよう、あるいは余暇活動などに参加できるよう、ガイドヘルプサービスを許可するだろう（詳細はモデル 1 を参照のこと）。許可された月毎の時間数を Petter は自分のニーズに応じて利用できる。利用の際には Petter がガイドヘルパーに連絡を取る。サービス提供のフォローアップは利用者のニーズによって半年から 1 年を目処に設定されている。無料で提供される。

【コンタクトパーソン】

SoL の下でのコンタクトパーソンは社会との接触を確立するあるいは取り戻す必要のある人に提供される支援サービスで、社会との接触を確立する・取り戻すために目標を設定し、それに向けて一緒に取り組んでいくものである。精神障害をもつ人々には社会から孤立しがちで家にこもりがちになる傾向があるので、それを打破するために、外出する後押しをし、社会との接触を増やしていけるよう段階的に目標を設定し、例えば、一緒に近所を散歩することから始め、次の段階では外で喫茶をする、さらにはレストランで食事ができるようにするなど、コンタクトパーソンは利用者が社会との接触を確立する・取り戻すことを手助けする。

利用者のニーズと立てる目標によって、サービス提供のフォローアップのタイミングは変わってくるが、半年から 1 年を目処に設定されることが多い。無料で提供される。

目標を設定して社会との接触の確立あるいは回復を目指す目的を有するという点で、LSS の下でのコンタクトパーソン(モデル 3 参照)とは異なる。

【日常活動】

面接者が勤務する区には現在、精神障害者のための日常活動の場がない。査定員は Petter には日常活動の必要があると査定しているが、区から提供できるものがない。行政外で NPO による日常活動の場が提供されている。一部はマルメ市と協力して運営しており、そこへは査定員の利用許可(SoL に基づく決定)が必要となるが、それ以外は障害当事者が直接コンタクトを取ることになり、行政からの許可も必要ない。その一つがクラブハウス形式のファウンテンハウスである。Petter にはファウンテンハウスを勧めているだろう。また、その際、Petter のファウンテンハウスへの見学訪問を在宅生活支援の一環としてとらえ、スタッフが Petter に付き

添うのがいいと考えられる。

また、行政の業務として「出会いの場」⁴⁾ というのがある。面接者が勤務する区にも以前はあったが、数年前に止めている。これは住民一般に公開されているので、行政からの許可は必要ない。「出会いの場」業務を展開している区もあり、Petterが希望すればそこに出かけることもできる。その目的の一つは、同じ場を共有することを通して社会からの孤立を打破することである。そこでは様々なプログラムや行事が用意されている——食事作り、菓子作り、編み物、陶芸、体力づくり、ゲーム、遠足・見学訪問など、また、おしゃべりや喫茶、新聞を読みに来るなど、人が集まり、交流をもつ場として提供されている。

■調査にあたって

障害モデルを想定ケースとして査定員に提示し、どのような介護サービスが提供されるかを査定してもらった。まずLSS査定員1名に全4ケースを査定してもらい、LSS対象にならないケースについてはSoL査定員1名にその査定をお願いした。また、モデル2(計髄損傷)では、LASS査定員1名にも査定をお願いした。

LSS査定員及びSoL査定員は、南スウェーデン(スコーネ地方)にあるスウェーデン第3の都市マルメ市の某区に勤務、LASS査定員はスコーネ地方ルンド周辺地区(マルメ市の北郊外地区)の社会保険事務所⁵⁾に勤務。

各査定員に対するの面接調査を進める傍ら、モデルに近い障害をもつ当事者探しを進めた。結果、全盲の方1名から面接調査の協力を仰ぐことができたが、時間の関係で他の障害モデルについては協力者を探すことはできなかった。全盲の当事者は視覚障害者の組織でオンブズマンとして勤務している。

したがって、本調査の収集データは、各種査定員計3名及び障害当事者1名の総計4名との面接調査の記録、及び面接時に入手した資料とインターネットから取り出した資料である。なお、面接は協力者の了解を得て録音し、面接終了後、録音データを文書化した。入手した資料の中には実際のケースレポートも含まれているが、個人情報に関わる部分は全て架空のものに変更された形で受け取っている。

なお、スウェーデンでは、福祉サービスの整備はコミューンにその責任が置かれ、大きな自由裁量を与えられている。そのため、コミューン間でサービスの提供に差が生じているのが実態である。また、細かい査定基準を設けていないので、同一コミューン内でも査定員間で査定に違いが生じることがある。以上のことを踏まえて、調査結果は面接者が勤務するコミューンでの状況であることを明記しておく。

2. モデルに関する調査 脚注

- 1) これ自体が介護サービスとは言い難いが、種々の介護サービスを提供するホームヘルプサービスの業務に含まれるので、ここでも取り上げておく。
- 2) 面接者が勤務する区のあるマルメ市では、報酬515クローナ/月、費用補償475クローナ/月。
- 3) Housing support (boendestöd)
- 4) Träffpunkt
- 5) 社会保険事務所は国の管轄で、その業務単位はコミューン毎に設定されているわけではない。例えば、マルメ市の郊外地区では、幾つかの周辺コミューンにわたって一つの社会保険事務所がその業務を管轄している。だが、分署は概ね各コミューンに設置されており、市民は地元の事務所・分署を利用すればよい。また、各種社会保険の申請は社会保険処理センターに一旦一括して集められ、そこから各担当地区に回される。

3. 障害児に関する調査

(1) 障害児施設の種別と数(または利用人数)

A. SoL に基づく障害児(0～24歳)へのサービスと施設

図表1～4に、社会サービス法(SoL)及び保健医療法(HSL)に基づく各コミュニティから報告があった対象児童のサービス一覧(2007年10月1日付、一部9月付)を示す¹⁾。なお、後述する特別諸学校への在籍が24歳まで可能となっているため、障害児の範囲を0～24歳として報告する。

図表1 障害児向けサービス利用概数(全体、人)(2007年10月1日)

SoL 関連 サービス内容	0～19歳		20～24歳		計
	女	男	女	男	
特別住宅	16	22	25	48	111
ホームヘルプサービス	138	213	173	154	678
在宅日中生活援助	55	72	308	322	757
緊急通報アラーム配布	6	9	55	40	110
日中活動	12	8	74	82	176
ショートケア・ステイ	54	116	20	23	213
親族・在宅介護手当	35	49	16	29	129
コンタクトパーソン家族	172	220	116	91	599
その他のサービス	57	97	95	87	336

図表2 在宅障害児向けサービス利用数(人)(2007年10月1日)

SoL 関連 サービス内容	0～19歳		20～24歳		計
	女	男	女	男	
ホームヘルプサービス	138	213	173	154	678
在宅日中生活援助	53	68	284	309	714
緊急通報アラーム配布	6	9	55	40	110
日中活動	10	7	62	74	153
ショートケア・ステイ	53	112	18	14	197
親族・在宅介護手当	35	49	16	29	129
コンタクトパーソン家族	168	219	112	83	582
その他のサービス	54	83	58	50	245

図表3 特別住宅居住障害児向けサービス利用数(人)(2007年10月1日)

SoL 関連 サービス内容	0～19歳		20～24歳		計
	女	男	女	男	
ホームヘルプサービス	3	7	6	13	29
日中生活援助	1	1	5	1	8
日中活動	1	0	6	3	10
ショートケア・ステイ	0	1	0	6	7
コンタクトパーソン家族	0	0	3	3	6
その他のサービス	3	6	5	7	21

図表 4 その他の住宅居住障害児向けサービス利用数(人) (2007年10月1日)

SoL 関連 サービス内容	0～19歳		20～24歳		計
	女	男	女	男	
ホームヘルプサービス	9	4	5	3	21
在宅日中生活援助	1	3	19	12	35
日中活動	1	1	6	5	13
ショートケア・ステイ	1	3	2	3	8
親族・在宅介護手当	0	0	0	0	0
コンタクトパーソン家族	4	1	1	5	11
その他のサービス	0	8	32	30	70

図表 1～4 から、SoL の場合、障害児施設に相当するものは、特別住宅 (särskilda boendeformer)、日中活動 (dagverksamhet)、ショートケア・ショートステイ (korttidsvård/korttidsboende) であることが分かる。

特別住宅とは、SoL 第 5 章第 7 条に規定されているもので、身体、精神、または、その他の理由で重度の障害者が居住する住まいのことを指している。なお、最大でも 4 人と小規模のものが多く、設置数は不明である。

日中活動とは、日中住まいを離れて意義のある活動に従事する日中活動の場のことで、在宅のみならず特別住宅の居住者も補完的サービスとして利用可能なものを指す。なお、設置数は不明である。

ショートケア・ショートステイとは、短期間のリハビリや在宅医療を特別住宅で受けるサービスのことを指しており、家族の負担軽減、入居待ちケア、退院後すぐの中間的利用のために利用される。短期のものをショートケア、やや期間の長いものをショートステイと言う²⁾。なお、1～複数で参加していることが多いため設置数は不明である。

特別住宅に関連し、児童から成人に至るまで (0～64 歳) の特別住宅の形態とその割合を図表 5 に示しておく³⁾。0～24 歳までの障害児もこのタイプの特別住宅に居住していることになる。

図表 5 特別住宅の形態とその割合

特別住宅のタイプ	割合 (%)
1 室に複数のベッド	1
1 室のみ (台所・WC・浴室は共有)	5
1 室のみ (台所のみ共有)	14
1～1.5 室と占有の台所・WC・浴室	47
2 室と占有の台所・WC・浴室	28
3 室以上と占有の台所・WC・浴室	1
その他のタイプ	3

施設設置数は「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS) のサービスと重なり合う部分が相当あると思われるため、下記の「B. LSS に基づく障害児へのサービスと施設」で示す数から推測していただきたい。なお、スウェーデンの障害児用特別住宅は、LSS に基づく養育家庭と児童用グループホーム (特別住宅) からなっていることが多く、児童用グループホーム (特別住宅) のように 24 時間介護体制を取っている場合でもグー

ルプの人数は原則として最大4人までとされており、最低でも6人以上(利用者の障害の程度により加算されていく)の職員が配置されることになっている。

B. LSSに基づく障害児(0～22歳)へのサービスと施設

図表6に、LSSに基づく各コミュンから報告があった障害児が利用しているサービス一覧(2007年10月1日付)を示す⁴⁾。なお、LSSで児童認定されているのは22歳までのため、障害児の範囲を0～22歳として報告する。

図表6 LSSに基づく障害児用サービス利用一覧(2007年10月1日)

LSS サービス内容	0～6歳			7～12歳			13～22歳			合計		
	女	男	計	女	男	計	女	男	計	女	男	計
相談・個別援助	65	87	152	122	214	336	659	979	1,638	846	1,280	2,126
PA	45	51	96	79	134	213	187	271	458	311	456	767
LSサービス	9	15	24	176	315	491	1,320	2,054	3,374	1,505	2,384	3,889
KP	1	4	5	45	70	115	1,422	1,739	3,161	1,468	1,813	3,281
ALサービス	228	405	633	472	916	1,388	405	733	1,138	1,105	2,054	3,159
ショートステイ	217	310	527	863	1,605	2,468	2,345	3,465	5,810	3,425	5,380	8,805
延長学童保育	0	0	0	52	84	136	1,932	3,010	4,942	1,984	3,094	5,078
学童用特別住宅	10	7	17	21	80	101	422	729	1,151	453	816	1,269

PA:パーソナルアシスタンス

LSサービス:ガイドヘルプサービス

KP:コンタクトパーソン

ALサービス:レスパイトサービス

学童用特別住宅:児童・青少年用特別住宅

図表6から、LSSに基づく障害児施設に相当するのは、延長学童保育(Korttidstillsyn)、学童(児童・青少年)用特別住宅(養育家庭も含む/Boende i familiehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdomar)、の2種類であることが分かる。

延長学童保育とは、通常の学童保育サービスでは給付されない12歳以上の学童に対して、授業前、放課後、休日に提供されるサービスのことを指している。なお、1～複数で参加しているため設置数は不明である。

児童・青少年用特別住宅とは、親と同居困難な障害児童・青少年に対して、養育家庭または児童用グループホームで生活できるサービスのことを指している⁵⁾。ショートステイとしての利用も可能となっている。かつては児童養護施設としての位置づけがなされていたが、今日では一般家庭で養育を受ける養育家庭(familiehem)と家庭的な雰囲気を持つ小規模(集団規模が4人以下で児童用グループホームとも呼ばれている)の特別住宅(bostad med särskild service)で構成されている。なお、最大でも4人と小規模のものが多く、設置数は不明である。

C. 学校教育法⁶⁾に基づく障害児(0～24歳)へのサービスと施設

学校教育法に基づいて障害児も利用していると思われる施設は、就学前学校型活動(förskoleverksamhet)、学童援護活動(skolbarnsomsorg)、各種特別学校、その他の特別教育、である。統合保育・教育が推進されているため、就学前学校や通常学校(9年生基礎学校、高等学校)にも多くの障害児が数多く通っているが、障害児数の算出は困難である。

就学前学校型活動には、就学前学校(förskola、保育園 daghem、時間制グループ活動 deltidsgruppを含む)、家庭(保育ママ)保育(familjedaghem)、オープン就学前学校(öppen förskola)がある。オープン就学前学校とは、障害の有無に関わらず利用できる統合された就学

前学校または保育の場である。また、6歳になると、学校に慣れるために、全員就学前学校に通うことになっている。これは、教育委員会の責任で行われることになっている。障害児数の算出は困難なため、参考までに障害児も含めた就学前学校型活動の施設数・利用数⁷⁾を図表7に示す。

図表7 就学前学校型活動の施設数・利用数(障害児も含む)(2007年)

施設の種類	施設数	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	計(人)
就学前学校	9,716	11	49,326	88,217	92,057	93,954	91,441	1,591	344	416,941
家庭保育	—	0	3,590	5,869	5,932	5,469	4,728	—	—	25,588
オープン 就学前学校	455	(利用者数は不明)								

学童援護活動には、学童保育(fritidshem)、家庭学童保育(familjedaghem)、オープン学童保育活動(öppen fritidsverksamhet)、がある。オープン学童保育活動とは、障害の有無に関わらず利用できる統合された学童保育の場である。いずれも障害児数の算出は困難なため、参考までに障害児も含めた学童援護の施設数・利用数⁸⁾を図表8に示す。

図表8 学童援護の施設数・利用数(障害児も含む)(2007年)

施設の種類	施設数	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	計(人)
学童保育	4,426	808	79,407	79,344	74,281	64,519	22,932	8,838	4,434	338,989
家庭学童保育	—	—	649	534	428	335	183	116	54	2,299
オープン 学童保育	605	(利用者数は不明)								

なお、就学前学校型活動でも、学童援護活動でも、特別な援助を必要とする子どもは、特別な援助を要求することができる。その際、各コミュニティは、ランスタングのハビリテーションチームと共同で良いサービス(その子どもに合った活動、グループ構成、教育的支援、職員配置など)が提供できるように協議・検討を行うことになっている。

各種特別学校には、基礎特別学校(grundsärskola)、訓練学校(träningskola)、高等特別学校(gymnasiesärskola、職業教育 yrkesutbildning も含む)、(分離)特別学校(specialskola)がある。図表9には、2007年の特別諸学校の施設(学校)数・利用数⁹⁾を示してある。

基礎特別学校とは、9年制の義務教育課程で、原則として7～16歳の障害児が在籍しており、18歳まで在籍が可能となっている学校のことを指す。訓練学校とは、基礎特別学校と同様の位置づけにあり、比較的重度の障害児が通っている学校のことを指す。

高等特別学校とは、高校学校に相当する4年制課程の学校で、原則として17～20歳の障害青年が在籍しており、24歳まで在籍が可能となっている学校のことを指す。

(分離)特別学校とは、義務教育課程と高等部を持つ13年制の学校で、原則として7～20歳までの障害児が在籍しており、24歳まで在籍が可能である。上記特別諸学校が通常学校に敷地内統合されているのに対して、この(分離)特別学校は完全分離型の学校である。

その他の特別教育には、学校卒業後に教養を身に付けたり資格を得るためなどに通う国民高等学校(folkhögskolan)、就労をしながらも日中活動に参加していても週1回は無料で参加できる知的障害者向け特別成人学校(särvux)がある(図表10参照)。特別成人学校とは、基礎特

別学校レベル、訓練学校レベル、高等特別学校レベルに分けられている学校で、多くのコミュニケーションに配置されている。これらの教育支援活動は、スウェーデンの福祉サービスを側面的に支える重要な社会参加活動と位置付けられており、わが国でも今後積極的に検討する余地のあるサービスである。

図表 9 特別諸学校の施設(学校)数・利用数(2007年)

施設・学校の種類	施設・学校数	利用数(人)
基礎特別学校(訓練学校含)	722	13,884
高等特別学校	265	8,693
(分離)特別学校	8	514
視覚障害校	(1)	(10)
聴覚障害・言語障害校	(7)	(504)

図表 10 学校卒業後の施設(学校)数・利用数(2007年)

施設・学校の種類	施設・学校数	利用数(人)
国民高等学校 ¹⁰⁾		16,483
2007年秋期長期コース	—	(8,590)
2007年秋期短期コース他		(7,893)
特別成人学校(レベルの重複有)	222	4,990
基礎特別学校レベル	(7)	(504)
訓練学校レベル	(174)	(1,550)
高等特別学校レベル	(150)	(1,420)

D. HSL に基づく障害児(0～24歳)へのサービスと施設

HSLに基づき、各ランスタングは、ランスタング内に住む人たちに、平等に良い保健・医療サービスを提供しなければならないとされている(第2条)。また、障害のある人たちには、ハビリテーション、リハビリテーション、福祉機器を、さらには、通訳サービスを提供しなければならないことになっている(第3条b)。このうち、障害児施設に関わる機関は、ハビリテーションに限られているため、以下ハビリテーションに限定して報告をする。

ハビリテーションとは保健・医療的関わりによって障害児の新しい能力や可能性を発達させること¹¹⁾を意味しているが、各自治体では医療機関を中心に、何らかの組織的な対応を行い、様々な機能障害(例えば、知的障害、身体障害、自閉症、アスペルガー症候群、自閉的傾向のある人、視覚障害、聾、重複障害、ADHD等の発達障害)のある人たちに、理学療法、作業療法、特別教育、社会福祉、心理学、医療、看護的な働きかけを行っている¹²⁾。ストックホルムランスタングのように、21のハビリテーションセンターを設置し、ハビリテーションチームをもって組織的に対応しているところもある。

全国にどのような施設がどのくらいあるのかを把握するのは難しいが、社会庁が2003年に行った調査結果から、ハビリテーションを行っている医療機関の種別・設置数・割合¹³⁾を図表11として紹介する。

図表 11 ハビリテーションを行っている医療機関種別・設置数・割合 (2003 年)

医療機関種別	設置数	割合 (%)
子ども医療センター Barnmedicinsk klinik	20	10
児童精神医療センター Barnpsykiatrisk klinik	28	14
児童青少年ハビリテーションセンター Barn- och ungdomshabilitering	40	21
視覚障害センター Syncentral	28	14
聴覚障害センター Hörcentral	4	2
言語治療センター Logoped	18	9
聴覚障害支援センター Hörselvård	3	2
その他の医療機関	53	28
計	194	100

(2) 利用の条件

A. SoL に基づく障害児施設の利用条件

社会サービス法 (SoL) に基づく障害児施設に相当するのは、特別住宅、日中活動、ショートケア・ショートステイ、の 3 種類だが、いずれもニーズのある障害児で、認定された者が利用できる。

B. LSS に基づく障害児施設の利用条件

日常的に多くの障害児が求める特別なサービスは、「一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律」(LSS) に基づいて給付される。その際、「(1) 障害の定義、範囲、区分」で示した区分 1～3 で整理されている。LSS に基づく障害児施設に相当するのは、延長学童保育、児童・青少年用特別住宅 (養育家庭も含む)、の 2 種類だが、利用条件が次のように制限されている。

延長学童保育: 12 歳以上の学童で、通常の学童保育サービスの対象となっていない児童。

児童・青少年用特別住宅: 親と同居困難な児童・青少年 (多くが学童)。子どもや家庭の状況に応じて柔軟に利用されている。なお、養育家庭には、同じような年齢の子どもがいる家庭が望ましいとされている。

C. 学校教育法に基づく障害児施設の利用条件

性差、地理的・社会的・経済的等の理由の如何に関わらず、全ての子ども・青少年は、教育を受ける権利を有している (第 1 章第 2 条)。どの就学前学校、通常の基礎学校、基礎特別学校、訓練学校、高等特別学校、(分離) 特別学校へ行くかを決めるのは、本人または親族で、学校側は、本人が十分な教育が受けられるように学校をあげて支援しなければならない。公教育は全て無料で、学校教育を受けるための行き帰り、学校での介護・放課後の活動等は、公教育・教育生活の保障という観点から福祉サービスの併用で無料で行われることになっている (第 2 章)。したがって、就学前学校型活動、学童援護活動、各種特別学校、その他の特別教育に関わる施設設備等は、いずれもニーズのある障害児で、認定された者が利用できることになっている。

D. HSL に基づく障害児施設の利用条件

保健医療法(HSL)に基づく障害児施設に相当するのは、ハビリテーションセンターだが、いずれもニーズのある障害児で、認定された者が利用できることになっている。ただ、各ランスタイングによりハビリテーションセンターの設置の仕方はまちまちで、医療機関毎に独自の方法で対応しているところもある。したがって、各ランスタイングによって利用条件や質が若干異なっているのが実態だが、平等に良い保健・医療サービスを提供するために(HSL 第2条)、各ランスタイングの努力が続けられている。

(3) 予算

2008年度の国家総予算額は9,570億クローナで、2007年度は9,380億クローナであった。また、各領域毎に振り分けられる予算は、2008年度7,570億クローナ、2007年度7,692億クローナであった。そのうち、社会保障・保健医療に占める予算は2008年度1,676億クローナ・2007年度1,662億クローナ、教育に占める予算(研究費等も含む)は2008年度447億クローナ・2007年度422億クローナであった¹⁴⁾。これらの国家予算を参考にしながら、障害児施設(教育施設も含む)関連の予算を見ていくことにする。

A. SoL、および

B. LSS に基づく障害児へのサービス

(特別住宅、日中活動、ショートケア・ショートステイ、延長学童保育、学童用特別住宅等)関連予算の詳細を把握することができなかった。そこで、障害児サービス関連の予算は既出の図表(1. 障害者介護サービスに関する調査/図表13、14)に示した障害者全体の予算の中に組み込まれていると解釈し、参考資料として再掲することにした。再掲するのは、2003年度～2007年度のコミューンの支出額全体に占める障害者関連の支出(実額)(図表12)とコミュニティからのSoL関連施策給付額、LSS関連施策給付額の概要(図表13)である。

図表12 2003年度～2007年度コミュニティ支出額全体に占める障害者関連の支出(再掲)

支出内訳	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度
支出総額(10億SEK)	389.1	398.0	410.5	431.4	451.9
障害者関連支出(10億SEK)	38.0	40.1	42.4	45.0	48.1
比率(%)	9.8	10.1	10.3	10.4	10.6

出典: Sveriges officiella statistik, 2008, *Kommunernas hushållning med resurser 2007*.

図表 13 2007 年度のコミューンからの法令別関連施策給付額概要 (再掲)

分野	金額(10 億 SEK)	%
SoL・HSL 関連施策	7.6	15.8
・在宅サービス	4.4	9.1
ホームヘルプサービス	(3.0)	(6.2)
・特別住宅	3.2	6.7
LSS、LASS 関連施策	40.0	83.2
・ケア付き特別住宅	16.8	34.9
・パーソナルアシスタント	14.4	29.9
・他の事業(日中活動含)	8.8	18.3
野外活動	0.6	1.2
合計	48.1	100.0

(注) SoL:SoL、HSL:HSL

出典: Sveruges officiella statistik, 2008, *Kommunernas hushållning med resurser 2007*.

C. 学校教育法に基づく障害児へのサービスと施設に対する予算

就学前学校型活動(就学前学校・家庭保育・オープン就学前学校)、学童援護活動(学童保育・家庭学童保育・オープン学童保育活動)ともに障害児数の算出は困難なため、参考までに障害児も含めた就学前学校型活動の予算概要¹⁵⁾を図表 14 に示す。

各種特別学校については、2007 年度の各種特別学校に属する基礎特別学校(訓練学校も含む)、(分離)特別学校の予算概要¹⁶⁾を図表 15 に示す。なお、高等特別学校予算は高等学校予算に組み込まれているため、参考までに高等学校総予算額を示しておく。

図表 14 障害児も含めた就学前学校型活動・学童援護活動の予算概要

活動の種類	国家予算(SEK)	市予算(SEK)	(人件費 SEK)
就学前学校型活動・学童援護活動	58,584,957	—	—
就学前学校	44,616,904	37,934,636	(27,971,981)
家庭保育	2,605,658	2,226,315	(1,882,937)
学童保育・家庭学童保育	10,909,251	10,025,812	(7,282,548)
オープン就学前学校・学童保育	273,526	—	—

予算単位:千クローナ

図表 15 基礎特別学校(訓練学校も含む)、(分離)特別学校の予算概要(2007 年度)

活動の種類	国家予算	市予算	(人件費)
基礎特別学校(訓練学校も含む)	3,623,333	1,907,572	—
高等特別学校 (参考 高等学校総予算額)	32,541,908	27,109,521	(12,788,492)
(分離)特別学校	418,254	145,876	—

予算単位:千クローナ

その他の特別教育については、2007年度の特別成人学校の予算概要¹⁷⁾を図表16に示す。

図表16 特別成人学校の予算概要(2007年度)

活動の種類	国家予算	市予算	(人件費)
特別成人学校	不明	198,990	(115,826)

予算単位:千クローナ

D. HSLに基づく障害児へのサービスと施設に対する予算

ハビリテーションに要する国家予算、各コミュニティの予算は不明だが、南ストックホルム医療区の2001年度の調査によると、同医療区の各病院を訪れハビリテーションを利用した障害児にかかった費用は2,099万7,000クローナであった(図表17参照)。これは、南ストックホルム医療区の0～19歳の子どもたちが医療に費やした費用総額(4億2,114万7,000クローナ)の5%に相当する額であった¹⁸⁾。

図表17 南ストックホルム医療区の0～19歳児のハビリテーション費用(2001年)

費目	医療費(SEK)	割合(%)
ハビリテーション費	20,997,000	
(0～19歳児童の医療費総額)	421,147,000)	5.0

■補足

図表 18 にスウェーデンの入所施設入居者数年次推移¹⁹⁾が示されている。この入所施設入所者数は 1998 年当時の社会庁調査によるもののため 1999 年度、2000 年度の数值は予測値である。1997 年の特別病院・入所施設解体法²⁰⁾により 2000 年 1 月 1 日から入所施設は全廃された。具体的には、2000 年度の統計一覧から入所施設の項が全てなくなり、86 名の人たちは施設敷地跡の建物を利用して用意されたグループホームに措置替えになったり、地域のグループホームへと暫時移行していった。なお、1986 年に施行された精神発達遅滞者等特別援護法により児童施設への新規入所は認められなくなり、残っていた子どもたちも 1990 年 12 月 31 日をもって全員施設を去り、ある子どもは親元へ、ある子どもはこの子どもたちにあった特別住宅などに移っていった。

図表 18 スウェーデンの入所施設入居者数年次推移

年	入所施設入居者数(人)	
	成人施設	児童施設
1974	13,150	2,685
1983	9,504	712
1986		(受入停止)
1990	5,098	71
1992	3,640	
1993	2,500	
1994	2,083	
1995	1,785	
1996	1,269	
1997	959	
1998	717	
1999	631	
2000	86	

出典：1998 年社会庁 Meddelandeblad Nr/3/98

上記のことから、入所施設を中心とした障害児施設は、現在、スウェーデンには存在しない。代わりに存在しているのは、SoL (社会サービス法) や LSS (一定の機能的な障害のある人々に対する援助とサービスに関する法律) に基づく様々な種類の在宅サービスであり、障害児施設に相当すると思われるものを取り上げて調査結果を報告している。

3. 障害児に関する調査 脚注

- 1) 下記文献に基づき、調査者が一覧表化した。

Socialstyrelsen, 2008, Personer med funktionsnedsättning år 2007. Sveriges officiella statistik: Statistik socialtjänst 2008:8. (40 ~ 43 頁)

なお、統計の集約は、次の 3 つの方法で行われた (同上、9 ~ 10 頁)。

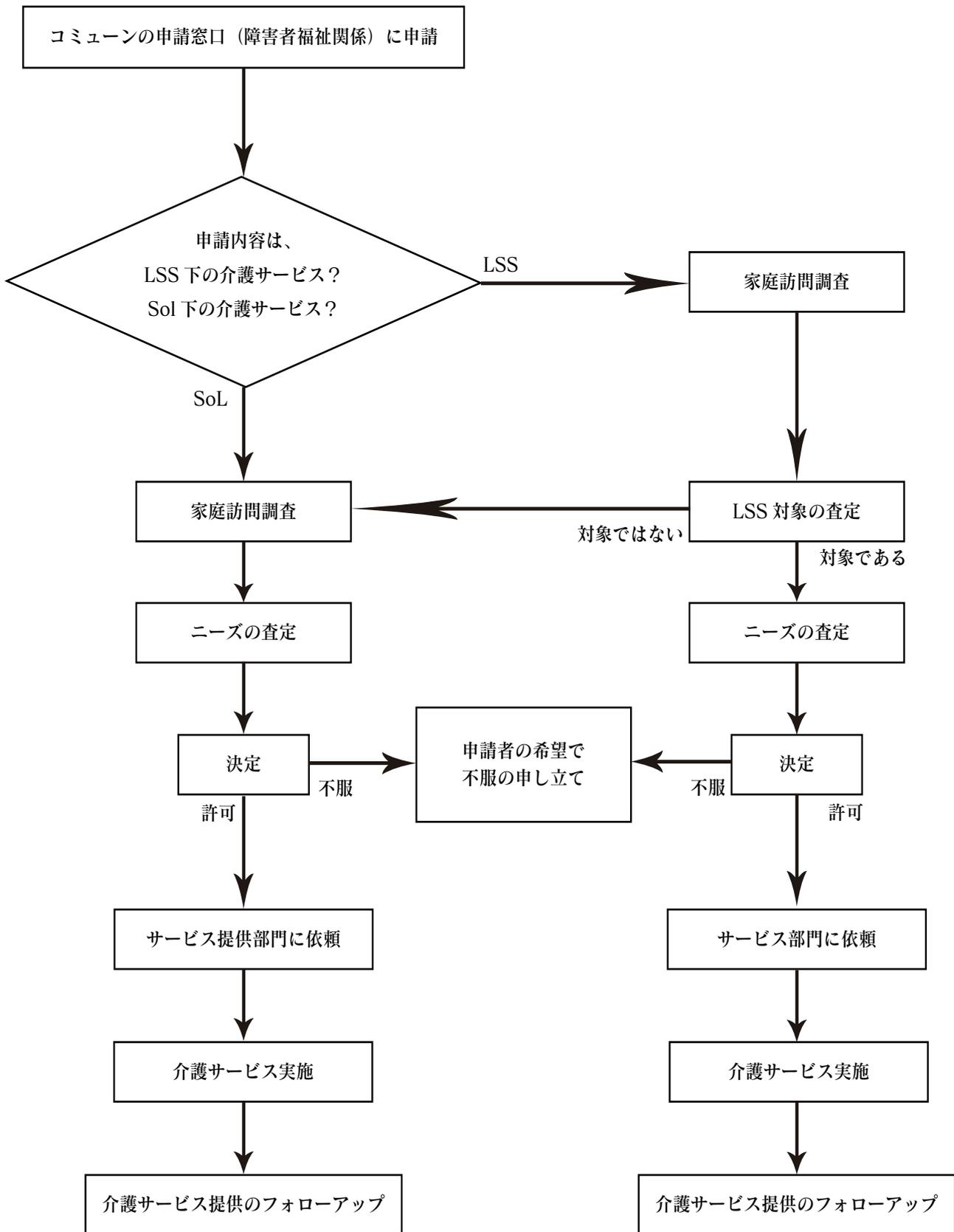
① 2007 年 10 月 1 日付でサービス受給者本人 (または親族) から報告があった SoL 関連の機能障害児向サービス

- ・特別住宅 (särskilda boendeformer)
- ・(個人宅で利用した) ホームヘルプサービス (hemtjänst i ordinärt) 利用数と時間
- ・在宅日中生活援助 (noendestöd)
- ・緊急通報アラーム配布 (trygghetslarm)
- ・日中活動 (dagverksamhet)
- ・ショートケア・ショートステイ (korttidsvård/korttidsboende)

- ・親族手当・在宅介護手当 (anhörigbidrag/hemvårdsbidrag)
 - ・コンタクトパーソン・コンタクト家族 (kontaktperson/kontaktfamilj)
 - ・その他のサービス (annat bistånd)
- ② 2007年10月1日付で各コミュニティから報告があった SoL 関連の機能障害児向サービス
- ・(個人宅で利用した)ホームヘルプサービスの運営形態 (regiform av hemtjänst i ordinärt)
 - ・特別住宅の運営形態 (regiform av särskilda boende)
 - ・特別住宅のタイプ (bostadstyp av särskilda boende)
 - ・身近な人(配偶者等)以外の人との特別住宅の共同利用 (boende som delade bostad med annan än maka/make/samboende/annan anhörig)
 - ・ショートケア・ショートステイの運営形態 (regiform av korttidsvård/korttidsboende)
 - ・24時間型ショートケア・ショートステイの運営形態 (regiform av boendedygn Ikorttidsvård/korttidsboende)
- ③ 2007年9月付でサービス受給者本人(または親族)から報告があった HSL 第18条関連の機能障害児向サービスで、各コミュニティから報告があったもの
- 2) 同上、16～17頁。
 - 3) 同上、20頁。
 - 4) 前掲書 (Socialstyrelsen, 2008:2)、56頁。
 - 5) 同上、16頁。
 - 6) Skollag, 1985:1100.
 - 7) Skolverket, 2008, *Sveriges officiella statistik om forskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning. Del 2* (Riksnivå), Skolverkets rapport 315。(24頁)
 - 8) 同上、24～25頁。
 - 9) 同上、87頁。
 - 10) Sveriges officiella statistik statistiska meddelanden, 2007, *Folkhögskolan vår- och höstterminen 2007*. Statistiska centralbyrån。(18頁)
 - 11) Handikapp&Habilitering, 2006, *Habilitering för barn med funktionsnedsättningar. Stockholms läns landsting*。(2頁)
 - 12) 同上、5頁。
 - 13) Socialstyrelsen, 2003, *Tillgång till habilitering och rehabilitering för barn och ungdomar med funktionshinder - en kartläggning*。(32頁)
 - 14) Regeringskansliet, 2008, *Vår pengar. Finansdepartementet*。(16頁)
 - 15) Skolverket, 2008, *Sveriges officiella statistik om forskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning - kostnader-rikesnivå. Del 3*, Skolverkets rapport 316。(18頁)
 - 16) 同上、(基礎特別学校:43頁、高等学校:46頁、(分離)特別学校:40頁)。
 - 17) 同上、60頁。
 - 18) Södra Stockholms sjukvårdsområde, 2001, *Hälsa- och Sjukvård för Barn och Ungdomar*
 - 19) 図表18は、1998年社会庁 Meddelandblad Nr/3/98による。この入所施設入所者数は1998年当時の社会庁調査によるもののため1999年度、2000年度の数値は予測値である(調査者の2000年9月の現地調査によると、この予測値は実数値とさほど変わらないことが確かめられている)。当時地方の2、3の入所施設にはまだ86名の人たちが入所していた。この86名は、地場産業の担い手として地元から必要とされていたり、高齢であったために、地元も施設側も入所施設解体に同意していないためだったという。入所施設完全解体までにはまだ多少時間がかかるものと思われるが、2000年度の統計一覧から入所施設の項が全てなくなり、86名の人たちは施設敷地跡の建物を利用して用意されたグループホームに措置替えになったり、地域のグループホームへと暫時移行していったりした。なお、1986年の新援護法により児童施設への新規入所は認められなくなった。
 - 20) Lag om avveckling av specialsjukhus och vårdhem, 1997:724.

■添付資料

1 / 介護サービスの申請から決定及び提供までの概ねの流れ



2 / LSS 下での介護サービスの申請書

支援・サービス申請書
一定の機能障害をもつ人々に対する援助とサービスに関する法律
(LSS)

個人情報

氏名	パーソナル番号
住所	電話番号
郵便番号	サービス提供管轄区

記述

機能障害:

あなたが必要とする援助、支援およびサービスについて記述してください:

さらに知りたい場合は下記の人物に問い合わせてください:

氏名:

電話番号:

LSS に基づいて次に記す支援・サービスを申請します：

- 9.2 パーソナルアシスタンスあるいはそのような支援への経済的援助
- 9.3 ガイドヘルプサービス
- 9.4 コンタクトパーソン
- 9.5 レスパイトサービス
- 9.6 ショートステイ
- 9.7 障害児(12歳以上)向け学童保育
- 9.8 児童向けファミリーホーム(寄宿家庭)あるいは支援付き住宅
- 9.9 成人対象の支援付き住宅
- 9.10 就労年齢層対象の日常活動プログラム(LSS 区分 1 及び 2 のみ)
- 10§ 個別支援計画
- 16§ 事前通知(申請者が他のコミュニンに居住している場合)

9.1 助言及び他の個別支援を申請する場合は、別の申請書で行ってください。管轄はラ
ンスティングの医療地区になります。

あなたはこれまでに LSS の支援を申請あるいは受けたことがありますか？

はい いいえ

「はい」と答えた方は、どこの区ないしはコミュニンか記入してください：

迅速な査定のために、医師の診断書を添付することが望ましいです。

署名

調査が行えるように、当局が私に関する個人情報を以下の関連機関から入手することに私は承諾します：	右の承諾は私が望む時にいつでも取り消すことができるということを了承しています。
---	---

同コミュニン内の他の行政区

はい

社会保険事務所

いいえ

医療機関

その他の行政機関：.....

以下に記す者が申請します：

はい

署名本人

いいえ

保護者

特別代理後見人

管理後見人

その他：

日付：	
署名	
名前を大文字で明確に	

保護者／特別代理後見人／管理後見人の住所及び電話番号

住所	
電話番号	

3 / LSS の調査書

調査書

2006-06-03

申請事由

LSS 第9条の5 家庭におけるレスパイトサービス

調査理由

背景

現在の状況

機能障害

基本的な介護ニーズ

現在継続中の支援サービス

近隣の環境

ネットワーク及び社会的なつながり

コミュニケーション

申請者に伝えた情報

査定内容

調査中に連絡と取った人物及び関連機関

決定の動機付け

日付

(署名不要)

4 / SoL の調査書

調査書

申請事由

SoL 第 11 章第 1 条に基づくケース

調査理由

背景

現在の状況

健康状態

ADL ステータス

現在継続中の支援サービス

近隣の環境

ネットワーク及び社会的なつながり

興味

申請者に伝えた情報

査定内容

決定の動機付け

日付

署名

5／ホームヘルプサービスに関するガイドライン(マルメ市)

清掃

ここに規定する清掃とは部屋全体の行き届いた清掃であり（掃除機をかけるだけでなく）、染みを拭き取るなどの継続して行われる掃除と混同しないこと。特に他に理由がなければ、清掃サービスは隔週に1回、清掃する広さは最大で2K家屋の規模とする。清掃用具はサービス利用者が用意する。

この提案は次のような考えに基づく：もし3週間に1回のペースで清掃サービスを行うとすると、各清掃がより大変になり、さらには、日があくので普段の簡易な掃除もより徹底して行わなければならない。

窓拭き

年間に2回とする。しかし、交通量の多い道路に面した家屋に住んでいる場合、利用者が希望すれば、柔軟に対応する。このサービスは1回毎に利用料が請求され、150 クロナ／回かかる。この料金は2K家屋の規模の窓拭きに対するもので、それ以上の規模の窓拭きを必要とする場合、追加料金がかかる（追加の部屋ごとに1回75 クロナ）。

買い物

週に1～2回とする。そこそこの品揃えであれば、近隣の店を利用することとする。利用者は買い物をどのように行い、誰が買い物をするかについて選ぶことができる。

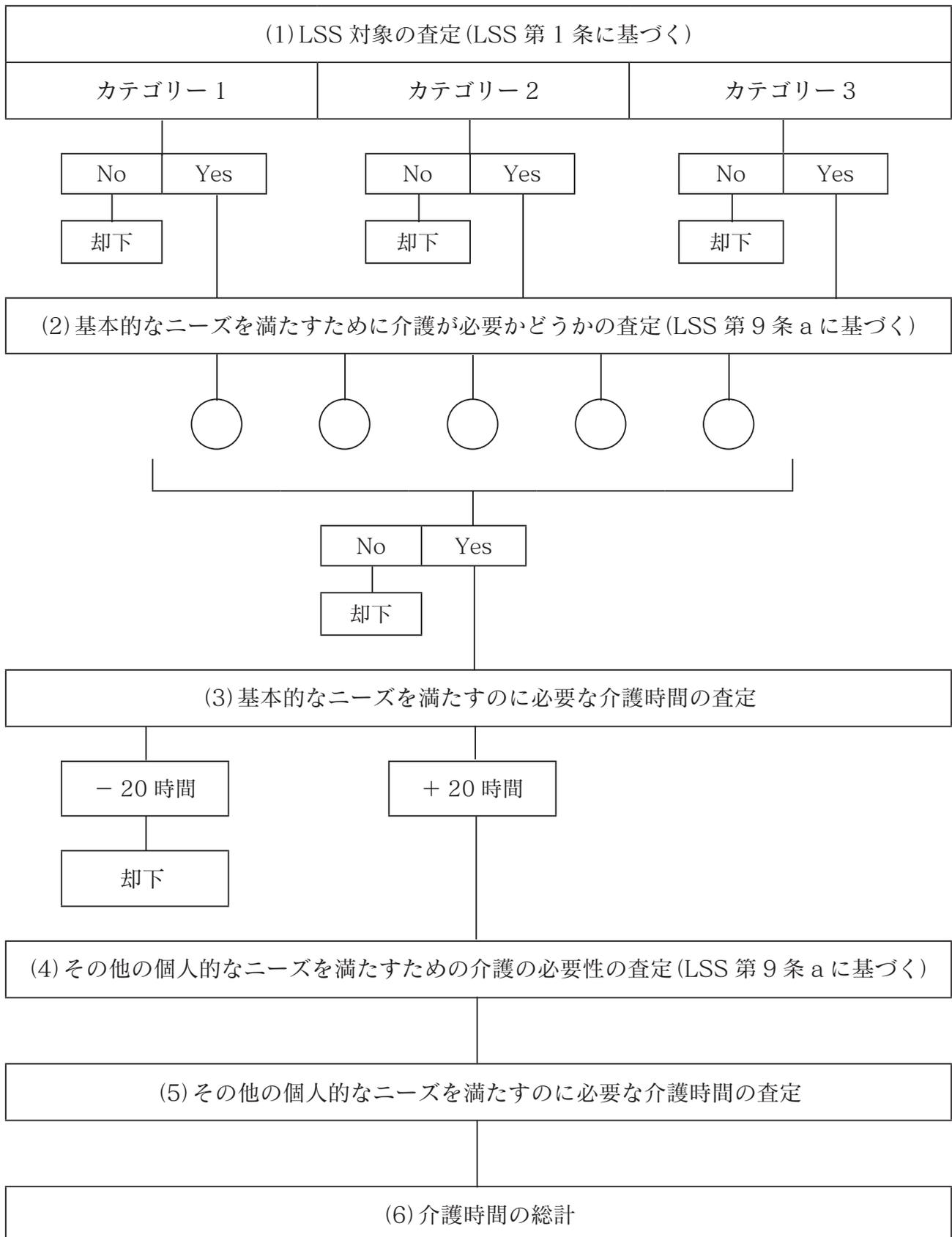
銀行及び郵便局の用事

支払いや現金の引き出しは第一に家族や親戚あるいは後見人が行うものとする。もしそれが可能でなければ、第2の可能性として、ホームヘルパーが代わりに行う。その際、支払いは郵便／銀行振替サービスを利用すること。

食事サービス

利用者は自宅での食事作りか食事配達のいずれかを選ぶことができる。

6 / LASS(アシスタンス補償法) 査定のステップ



7 / アシスタンス補償金の申請

もし記述内容が多くなる場合は、申請書に直接記入する代わりに別紙に書いてくださってもかまいません。

1. 個人情報

申請者の氏名		パーソナルナンバー
住所	郵便番号	
電話番号(自宅)	電話番号(職場)	携帯電話

2. あなたはどのくらいパーソナルアシスタンスが必要ですか？

私はパーソナルアシスタンス 時間/週 が次のように必要です。	X月X日から
-----------------------------------	--------

3. 現在あなたが利用しているパーソナル・アシスタンスはどのように手配しましたか？

現在、私はパーソナルアシスタンスを次のように手配している。		
<input type="checkbox"/> コミュニケーションのサービスを利用	<input type="checkbox"/> 協同組合形式のパーソナルアシスタンスを利用	<input type="checkbox"/> 私がパーソナルアシスタンスを雇用している
<input type="checkbox"/> その他の形でパーソナルアシスタンスを手配(例えば、民間のアシスタンス会社) _____		
アシスタンス会社名称、または協同組合の名称		
住所		
<input type="checkbox"/> 私は現在、パーソナルアシスタンスを利用していません。注: もし社会保険事務所から決定通知書を受け取る前にパーソナルアシスタンスを利用する必要性が生じた場合は、社会保険事務所に連絡しなければならない。		

4. どんな介護が必要ですか？

どんな介護が必要か詳しく書いて下さい。 1日、1週間、あるいは1ヶ月の様子を記述してください。	<input type="checkbox"/> 資料を添付します

5. その他の情報

	<input type="checkbox"/> 資料を添付します

6. 振込先の情報

<input type="checkbox"/> Nordea 銀行 振替口座	Nordea 銀行振替口座番号	<input type="checkbox"/> Nordea 銀行個人口座		
<input type="checkbox"/> 銀行振替口座	銀行振替口座番号	<input type="checkbox"/> 銀行口座	請求番号	口座番号
本人以外の場合は口座所有者の名前を書いて下さい。例えば、アシスタンス派遣事業所やコミュニオン。				

7. 署名

私は上記のことを全て正しく記載し、間違いがないことを証明します。もし上記の内容を変更する場合は、直ちに社会保険事務所に連絡いたします。 もし私が間違ったことを書いたり、必要事項を書いていなかったり、変更した内容を社会保険事務所に伝えなかった場合は、罰則が適用されることを承知しています。	
_____ 日時	_____ 署名

これらの情報は、社会保険事務所のコンピューターシステムで管理されています。社会保険事務所の個人登録に関する説明書を読んで下さい。

第6節 デンマーク

(デンマーク王国)
Kongeriget Danmark

1. 障害者介護サービスに関する調査	221
2. モデルに関する調査	248
3. 障害児に関する調査	258
■添付資料.....	264
1 / 面談リスト	
2 / 在宅ケア 判定質問表	

松岡 洋子 (松岡事務所代表 / 関西学院大学研究科研究員)

1. 障害者介護サービスに関する調査

(1) 障害の定義、範囲、区分(制度別)

A. 定義

障害者(児)に関する社会福祉サービスは、「社会サービス法 (lov om social service)」で一元的に規定されている。同法律において「障害者(児)」という章立てはなく、その定義を行う条項もない。

自治体でも、具体的な範囲の特定・区分を行っていない。

デンマークでは、障害の公式な定義はないとされている(障害者権利擁護センター、2006)。

そこで、障害者権利擁護センター(Center for Ligebehandling af Handicappede ; CLH)発行による「The Danish Disability Council (2006)」での定義と、「社会サービス法」にみられる表現から、デンマークにおける障害の定義を探っていく。

まず、「The Danish Disability Council (2006)」では、デンマークにおける「障害」の定義は、時代とともに変化するダイナミックなものであるので公式のものはないとしながらも、次のように定義している。

「障害がある (Being disabled) とは、人が身体的、精神的、知的な障害 (impairment) があるために、他の市民と同じ生活をするうえで保障が必要である、ということの意味する」(CLH、2006、11p、冊子資料)。

CLH (2006) には「障害の源泉」についての明確な記述がないので、「社会サービス法」を探ってみる。社会サービス法の目的を記述した部分「パート5 成人 第15章 目的 81条」に、「コムネ¹⁾ 議会は身体的・精神的機能能力の低下、特別な社会的問題のある成人のために特別な政策を先導しなければならない」という表現がある。この表現は、同法において繰り返し使われていることから、障害の源泉を「身体的・精神的な機能能力の低下 (nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne)」ととらえていることが理解できる。

デンマークにおける障害の概念、理念を理解するうえで注意すべきは、国連の定義などで行われていることが、机上の論理ではなく、法と政策に展開され、地方自治体において実践されている点であろう。その理念、理論の特徴は、以下に示す通りである。

- ・障害の定義は、国連定義に拠っている。
- ・環境基盤コンセプトに拠っている。よって、障害 (disability) をハンディキャップ (handicap) にしない環境整備 (物理的、精神的、知的) が必要である、とする。
- ・ICF (国際生活機能分類) を採用している。

参考: 国連による障害の定義とデンマーク障害者福祉の理念と理論

また、“国連の定義” (the United Nations Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for Disabled Persons) とは、以下の通りである。

「ハンディキャップという用語は、他の人々と同様に地域での生活に参加する機会が失われたり、制限されていることを意味する。これは、障害のある人と環境との間に起こる問題である。この用語の目的は、障害のある人々の参加を妨げるような、環境や社会での活動 (情報、コミュニケーション、教育) の不十分さに焦点を当てることである」。

次に、「デンマーク障害者政策の原則 (The Principles of Danish Disability Policy)」より、障害者福祉の理念と理論について述べる。

「ここで重要なのは、“ハンディキャップ (handicap)” と “障害 (disability)” を区別していることである。つまり、視力障害 (impaired vision)、聴力障害 (impaired hearing)、精神障害または認知障害 (mental or cognitive impairment) は直接に観察できる。しかし、いわゆるハンディキャップは人の外にあるものであり、個人の障害ではない。言い換えれば、ハンディキャップとは社会参加に限界があることである。そしてそれは、社会が障害のある人々のニーズや要求に適應していないからこそ起こる (個人の) 障害の一つの結果なのである。

障害とハンディキャップの区別は、環境に基盤を置く障害コンセプトに拠っている。

- ・障害 (disability) + バリア (barrier) = ハンディキャップ (handicap)
- ・障害 (disability) + 保障 (compensation) = 機会均等 (equal opportunities)

環境基盤コンセプトは、障害者福祉における焦点を「個人 (障害)」から「社会組織」へと移行させた。障害者政策は、診断やできないことの発見や修正というよりも、保障と環境の適合という問題へとその焦点を変化させている。そうすることによって、障害のある人々により広い可能性が広がるのである。

つまり、アクセスビリティも今日の障害者政策において非常に重要な役割を演じることになるのである。物理的な、知的な、精神的なアクセスビリティのすべての意味において。

よって、障害者福祉の基本理念は、「障害 (欠陥のある機能) を補って、同じ社会人として生活できるように保障していく」(CLH 談) ということである。

B. 範囲

「社会サービス法」では、「コムーネ議会は身体的・精神的機能能力の低下、特別な社会的問題のある成人のために特別な政策を先導しなければならない」と記述されており (パート 5 成人 第 15 章目的 81 条)、広範な対象設定がなされている。よって、ホームレスやDVを受けた女性なども、原因はどうかであれ、普通の市民と同様の生活をするのに困難がある人すべてを対象とし、社会のセーフティネットから落ちこぼれることがないように法設計されている。

ICF (国際生活機能分類) では「その特徴は障害理解の『一般化』である」「誰が障害者で誰が障害者でないかを定義するための閾値が存在しない (欧州委員会、2002、p.27)」とされている。

C. 区分

「手帳」の交付もなく、登録もなく、障害の程度による等級表 (インペアメントテーブル) の区別も存在しない。

「障害者福祉の基本理念に基づいて、一人ひとりを対象として、今ある能力と何がしたいかという希望によって (ニーズによって) 保障の内容を決めていくので、障害の区別はしていない」というのが CLH での説明であり、訪問した 3 つのコムーネ (オーフス市、バレルupp市、ドラウア市) でも同様であった。

実際のサービス提供について言えば、24 時間在宅ケアは、一般成人・高齢者・障害者に統合的に提供されている。しかし、イェルパー制度²⁾ (詳しくは「(7) 給付内容」を参照) は、知的障害者、精神障害者には実際のところ利用できず、同行サービスも精神障害者には利用できないなど、実質的な区別が結果的に存在するのは事実である。一人ひとりのニーズに着目してサービ

ス提供を考えたとき、同様の機能障害を持つ人のニーズは似通っており、似通ったニーズを持つ障害者が、似通ったサービスを利用するのは当然の結果であろう。

また、機能障害の程度によって等級に分ける区分も行っていない。それによって、サービス量が規定されることもない。機能障害 (impairment) ではなく、一人ひとりのニーズをアセスメントしてサービス提供を判定しているからである。この点は徹底しており、登録も行っていないので、統計によって数を把握することもできない。社会福祉部で質問しても「統計がないので、わからない」というのが共通した答えであった(障害者年金受給者数で推測することは可能)。

以下に、デンマークにおける障害区分の現状についてまとめる。

- ・法制度としては、1976年に福祉関連7法³⁾を統合しており、法制度の面からは障害の区別(身体障害、精神障害、知的障害)は行っていない。
- ・「一人ひとりのニーズをアセスメントし、サービス内容・量を決める」という方針である。障害の種別によってサービス内容は似通ってくるが、それは結果にすぎない。
- ・障害者の登録を行っていないので、実数を把握できる統計がない。

なお参考として、社会サービス法や地方自治体で使われている用語をピックアップし、日本における用語が意味するものと対比してみた(図表1参照)。

図表1 障害の範囲と区別に関連する表現の対比

日本における表現	デンマーク語での表現(社会サービス法・市の規則・市の書類)
身体障害者	Voksne med nedsat fysisk funktionsevne 身体的機能能力の低下がある成人 Fysisk invalidere 身体障害
精神障害者	Voksne med nedsat psykisk funktionsevne 精神的機能能力の低下がある成人 Psykisk invalideret 精神障害 Sindlidelser 精神障害
知的障害者	Udvikling nedsa 発達遅滞
アルコール中毒、麻薬中毒、DVを受けた人、ホームレス、その他	Voksne med sælig social problemer 特別な社会的問題をもつ成人

(2) 要介護者の定義、範囲、区分(制度別)

日本の介護保険における要介護者が意味するところから、デンマークのそれを類推すると以下ようになる。

社会サービス法では、「コムーネ議会は身体的・精神的機能能力の低下、特別な社会的問題のある成人のために特別な政策を先導しなければならない」と規定されている(パート5成人第15章目的81条)。

サービスの開始は、障害 (impairment) の存在ではなく、「ニーズがあること」が条件であるので(参考文献:田口、1999)、「身体的・精神的機能能力の低下、特別な社会的問題のあるために、

他の市民と同様の生活をするうえで何らかの保障が必要な人々」が要介護者の対象となる。

具体的には、児童・若者⁴⁾、高齢者、在宅での長期療養者、身体的機能障害者・精神的機能障害者、麻薬乱用者、アルコール中毒、DVを受けた人、ホームレス、などである。

障害・ニーズの種別・程度による区分は行っていない。「一人ひとりを見てニーズを判定するので、その必要はない」(CLH 談)のである。

(3) 制度の名称、根拠法

デンマークにおいては、医療・介護は租税によって賄われており、医療保険、介護保険は存在しない。

デンマークに合法的に居住する者を対象として、機能障害・社会的問題が原因で何らかの保障を必要とする人のために、あらゆる社会福祉サービスが「社会サービス法」に統合されている(図表 2 参照)。

図表 2 社会サービス法に統合されている主な給付内容

適用法令	主な給付内容
社会サービス法 (パート 5 成人)	在宅ケア(83 条) ショートステイ(84 条) 在宅生活支援(85 条) リハビリテーション(86 条) イェルパー制度(96 条) 同行サービス(97 条) 住宅提供(107 条、108 条) 保護作業所(103 条)、社会参加活動(104 条) 必要経費保障(100 条) 補助器具(パート 6、112 条)

なお参考として、以下に社会サービス法の構成について記す。9つのパートがあり、パート、章、条となっており、条項はサービス毎に立てられている。障害児・障害者に関する社会サービスは、それぞれ「パート 5 成人」「パート 4 児童・若者」に振り分けられている。

社会サービス法(lov om social service)

- パート 1 / 導入
- パート 2 / カウンセリング、知識の発展
- パート 3 / ユーザー・デモクラシー
- パート 4 / 児童・若者
- パート 5 / 成人
- パート 6 / 補助器具
- パート 7 / 強制執行と自己決定権に関する制限
- パート 8 / 行政事務など
- パート 9 / 財政、料金、保障など

以上

(4) 運営主体

社会サービスについての決定・提供責任は、コムーネ(市町村)にある(社会サービス法第2章3-4条)。

社会サービス法は中央政府がつくる枠組み法であり、これに準拠してコムーネにおいて具体的なサービス内容・質・量を決定し、運営を行う。一部については、コムーネとの協議を持って、広域保健圏域(レギオナ; regioner)が運営にあたることもある(同法5条)。住宅提供など、1つのコムーネでは運営が困難である場合や利用者が広域から集まってくる場合などは、コムーネとの協議のうえでレギオナが運営にあたることもある、ということである。

コムーネには、ニーズに応じた計画書、年次報告書、サービスについてのクオリティ・スタンダードを明らかにすることが義務づけられている。

(5) 制度の体系・相互の位置づけ

デンマークに合法的に住むすべての人に対しての社会サービスは、「社会サービス法」に一元化されている。一般成人、高齢者、障害者が統合的に利用する在宅ケア、ショートステイ、リハビリテーション、補助器具、住宅提供、主として障害者が利用することが多いイェルパー制度、同行サービスなどが、社会サービス法に一元化されているということである。

その他、障害児の教育については「学校法」、障害者年金については「年金法」、スコーネジョブ、フレックスジョブなどの就業に関しては「労働市場法」が根拠法となっている。

(6) 加入対象者、加入者数

デンマークにおいては、社会サービスを租税方式で運営しているため「加入」という概念は存在しない。デンマークに合法的に居住するすべての人が社会サービス法で規定するサービスを利用できる。サービス利用者数は「(13) 認定者数」で述べる。

また、障害者の登録とその数についてであるが、デンマークでは、障害者の登録は行われていない。CLH(障害者権利擁護センター)の返答も、コムーネ(市町村)の返答も、統計局での返答も同様であり、「登録はしておらず、そのような統計はない」とのことであった(ソーシャルワーカーは障害者の相談に応じ、記録を持っているのだから、不可能ではないと思うが、返答は同じであった)。

障害者年金受給者数が有力な参考データとなるが、受給者は24万人である(図表19参照)。しかし、65歳を過ぎると国民年金へと移行するので、65歳以上の障害者は含まれていない。

やや古いだが、田口(1999、68 p)によれば、身体障害者は10万~15万人で、一時的障害者と機能障害を持つ高齢者を含めると25万人とも言われている。知的障害者は1万5,000人、精神障害者は3万人である。

(7) 給付内容

「社会サービス法」では、介護・生活支援を必要とする人、障害のある成人に対して次のようなサービスが用意されている（図表 3 参照）。運営主体はコムーネ（市町村）であり、一部リハビリテーションを除いて、利用者負担はない。全体を図表 3 にまとめ、主なもの（A～E のサービス）について順次記述する。

図表 3 障害者が利用できる社会福祉サービス一覧

	社会福祉サービス	根拠法(注 1)	概要	給付対象	実際に多い対象者(注 2)
介護・生活支援	在宅ケア (A) Hjemplejen	83 条	家事支援、身体介護、看護を、24 時間体制で居宅に届ける。	一時的・恒久的に身体的・精神的機能能力が低下した人、特別な社会的問題を抱えた人で必要のある人	高齢者 障害者
	ショートステイ Aflastning	84 条	介護者レスパイト、本人のためのショートステイ (24 時間)。		高齢者 障害者
	在宅生活支援 (B) Bostøtte	85 条	在宅で介助、同行、トレーニングを通じて、自立生活に向けて生活構築を支援する (24 時間)。		知的障害者 精神障害者
	トレーニング、リハビリテーション Genoptraening	86 条	病後のリハビリテーションや機能低下を予防するトレーニングを行う。		
	イェルパー制度 (C) Hjælperordning (このサービスがない市もある)	96 条	障害者がイェルパーを雇用し、人件費が市から障害者に支払われて、障害者が労務・人件費管理と報告を行う。以上の管理業務ができることが条件。		重度身体障害者
	同行サービス (D) Ledsagordning	97 条	外出の付添サービス。市の雇用者が派遣され、月 15 時間まで。		身体障害者 知的障害者
住宅	高齢者住宅、障害者住宅	公営住宅法	障害者・高齢者の生活、アクセスバリエーションを配慮した公営賃貸住宅。	(コムーネの判定を受けた人)	高齢者 身体障害者
	補助器具 (E)	112 条	補助器具の無料貸与。	恒久的な身体的・精神的障害がある人	
住宅改造 (E)	116 条	自宅の住宅改造を市役所の専門家が本人と相談して行う。			

(注 1) 根拠法で法律名の記載のないものは「社会サービス法」である。

(注 2) 「実際に多い対象者」としたのは、「社会サービス法にも市のガイドスにも対象についての記載はない」からである。しかし、「結果的にこのような対象グループの利用が中心となる」というものである。

出典: Bekendtgørelse af lov om social service (LBK nr979 af 01/10/2008 Faeldende) より松岡作成

A. 在宅ケア(社会サービス法 83 条)

在宅 24 時間ケアは、社会サービス法 (83 条) に規定された、コムーネ (市町村) に提供義務があるサービスである。

社会サービス法 83 条

コムーネ議会は、

- 1) 身体介護
- 2) 在宅において必要な家事支援

を提供しなければならない。

2 項: 1 項に言う支援は、一時的あるいは恒久的な、身体あるいは精神の機能の障害、社会的問題によって上述のような活動ができない人に提供される。

3 項: 1 項に言う支援は、79 条に言う一般サービスとして提供されるものではない。

サービス内容

家事支援と身体介護、看護があり、以下のようなケアが 24 時間にわたって提供されている。

なお、2001 年より「自由選択 (frit valg)」が始まり、市の認可を受けた民間事業者も在宅ケアのサービス提供ができるようになった。利用者が、コムーネか民間事業者のいずれかを選ぶのである。実際には、民間事業者を選ぶのは利用者の 15% 前後である (松岡、2005)。

【家事援助】

掃除、洗濯、買い物、食事作り

【身体介護】

上・下半身の清拭、トイレ介助、オムツ交換、ベッドメイキング、ストッキングの着脱、衣服の着脱、食事介助、シャワー介助

【看護】

投薬管理、カテーテルの交換、注射、傷の手当、ストマの世話、ターミナルケア、精神障害の看護、認知症および糖尿病患者のケア

B. 在宅生活支援 (85 条)

社会サービス法では、自分の生活管理が困難な障害者に対して、介助、同行、トレーニングを中心としたサービスを保障している。コムーネの社会福祉教育士 (Socialpædagogik) の資格を持った専門職がサービス提供にあたる専門性の高いサービスである。現場では「Bosttøt (在宅生活支援)」と称しており、自宅であれ住宅提供 (Botilbud) であれ、住む場に関係なくサービスが提供される。

85 条に加え、102 条において、「どのような法規定においても提供されないサービス (behandling) を市は提供することができる」と規定している。利用者は全国で 243 人と少ない (図表 11 参照)。

社会サービス法 85 条

市議会は、身体または精神の重大な機能障害、特別な社会的問題のある成人に対して、支援とケア、スキル向上のトレーニングを提供しなければならない。

サービス内容

社会サービス法には、具体的な支援の内容は書かれていない。

以下は、コムーネへの面談で得た情報である。下記メニューは部分的に利用することもできるが、連続的に長時間提供される場合もある。自宅はもちろん、職員がつかない住宅提供 (Botilbud) に連続的に提供されることもある。住宅提供と在宅生活支援 (Bostøtte) を組み合わせれば、自立した生活環境 (居住環境・支援環境) を維持しながらも、仲間の近くに住んで施設に近い支援を受けることができる。

目的は、能力維持・トレーニングを通じて自宅で暮らすのと同様の自立生活が維持できるような支援することである。社会福祉教育士 (Socialpadagogik) の資格を持つ、知識・経験ともに豊かな専門職が支援を行う。

【コンタクト、支援など】

コンタクト、投薬確認・金銭管理の支援、介助。

【トレーニング】

毎日の日課づくり、毎日の生活トレーニング、身体衛生の指導、教育・行動プラン (料理が作れるように、など)、公共交通機関の利用・外出のトレーニング。

【投薬確認】

薬を処方どおり飲んでいるかどうかを確認したり、水を入れたり、薬を砕いたりして飲ませること。

【同行】 (1人で移動ができない精神障害者・知的障害者)

自宅を拠点とした移動支援・同行、旅行同伴。

C. イェルパー制度 (96 条)

イェルパー制度は 1978 年にオーフス市で始まった制度である。障害者が自分で選んだイェルパーを雇用して自分の生活を構築し、市が人件費を障害者に現金給付し、障害者がイェルパーに給料を支払う制度である。利用者には、自ら時間管理、労務管理、人権費管理を行う義務が生じる。

オーフス市は発祥の地であるだけに利用者が 210 人と多い。しかし、デンマーク全体で 1,179 人とそれほど多くなく、実施していないコムーネがあるのが実態である。発祥の地オーフスで調査を行ったため盛んに行われているような印象を与えるが、統計はそうではないことを示している (オーフスの人口はデンマーク全人口の 5.3% であるのに対して、イェルパー利用者は全国利用者の 17.8% である)。この事実は、このサービスを求めて住み移っていることを意味する。

オーフス市には約 210 人の利用者があり、30 ~ 40% が 1 日 24 時間の利用者である。なかには 1 日 30 時間の利用者もいる。このケースの場合、6 時間はイェルパー 2 人の支援を受けていることになる。時給 110 クローネとして予算を推計すると、オーフス市における 24 時間利用者のみで、3 億 3 千万円の保障がなされていることになる。

社会サービス法 96 条(現金給付として 95 条、96 条が位置づけられている)

コムーネ議会は、身体または精神の重大かつ恒久的な障害があり、特定の支援を必要とする人に対して、介護・見守り・同行の支援を得るための経費を保障しなければならない。

2 項：1 項に言う保障は、受給者が必要な援助を管理し、仕事に対しての日々の計画に責任を持つなど、支援に対して事務的に管理できる業務に対して支払われなければならない。

サービス内容

社会サービス法では、「イエルパーを雇用する人件費に対する現金給付保障」として規定されており、具体的なサービス内容は書かれていない。以下はコムーネ面談で得た情報である。

イエルパーが行う支援の内容は「介護・見守り・同行の支援」であり、24 時間イエルパーともなると、仕事場にも同行して、文字通り 24 時間支援を行う。イエルパーのリクルートはを自分で行う(新聞広告、インターネット募集など)が、オーフス市などの大都市では、専用の事務所があつて手助けしたり、イエルパーの緊急休業に際しては、代替の人を探してくれたりする。

【イエルパーの支援内容】

障害者のそばにいて、介助、家事支援などを行う。自宅に泊まり込み、仕事場にも同行する。レスピレーターなど医療器具の使用(医療的ケア)については研修を受ける。

【イエルパー制度センター】

イエルパーのリクルートを手伝ったり、急にイエルパーが休んだ場合などに代替を派遣する。

【利用する障害者本人の責任・義務】(www.aarhuskommune.dk/)

- ・月間ワークレポート、月間給料レポートの提出
- ・決められた時間内で、給料をコントロールする
- ・イエルパーの労働環境の健全と安全を守る(危険な設備がないように)
- ・労働環境のアセスメント
- ・必要な器具を使用することで事故を防ぐ(リフトなどの利用)
- ・イエルパーが危険なく働けるよう必要な研修とトレーニングを受ける
- ・事故報告書

D. 同行サービス(97 条、98 条)

外出など、移動が困難な障害者(18 歳～67 歳)は、月 15 時間の同行サービスを利用できることが 97 条で決められている。コムーネから派遣されるスタッフが同行するが、利用者の約 30%が自分で指定した人に同行してもらっている。利用者が同行者を指定する場合は、コムーネの審査が必要である。

なお、16 歳～18 歳の若者に対する同様のサービスは、社会サービス法 45 条(パート 4 児童・若者)で保障している。

98 条では、視覚・聴覚障害者(全盲かつ全聾)に対して、特別コンタクトパーソンという形で必要な支援を保障している(利用者、265 人、統計局資料 2008)。

社会サービス法 97 条

コムーネ議会は、身体または精神の重大な恒久的障害のために、1人で移動できない67歳以下の成人に対して、月15時間の同行を提供しなければならない。

サービス内容

次のような内容で、月に15時間までの同行サービスが受けられる。

- ・買い物、散歩
- ・映画、劇場
- ・医者、歯医者、美容院に行く
- ・家族・友人訪問
- ・スポーツを含む余暇活動
- ・仕事場への行き来

(細則)

- ・長期休暇のために使いたい場合は、6ヶ月(15時間×6ヶ月=90時間)まで貯めることができる。6ヶ月以上経過すると、消滅する。
- ・同行者が障害者自宅まで来る時間、帰る時間は同行時間に含まれない。
- ・移動中のバスが遅れるなど、行為時間が延長した場合は15時間にカウントされる。

同行者は、基本的には市から派遣される。もし、自分が雇用者となって同行者を雇いたい場合は、その旨を申請書に記入する。同行者雇用費用を現金の形で受け取る場合には、雇用者としての承認を自治体から得なければならない。

E. 補助器具(112条)、住宅改造(116条)

社会サービス法(112条)に規定されており、補助器具貸与サービスがよく整備されている。

- ・補助器具が障害を軽減すると判断されること
- ・補助器具が日常生活の困難を軽減すると認められること
- ・障害者が就労するために補助器具が必要と認められること

以上の条件の1つに該当すれば、コムーネより無料で貸与される。

担当は補助器具センターであり、どのような補助器具が必要であり、適しているかについてはOT(作業療法士)が相談に乗り、フィッティングを行って使用法も指導する。各コムーネは補助器具保管庫を持ち、常時数千種の補助器具を保管しているので最適なものがすぐに選べる。体型の変化や、障害の進行によって器具が合わなくなると新しいものに変更でき、古い器具は洗浄してリサイクルされる(松岡、2001)。

(8) 障害者のみの付加給付

障害者のみの付加給付は図表4の通りである。全体を図表にまとめ、主なもの(A～Eのサービス)について順次記述する。

図表4 障害者のみの付加給付一覧

	社会福祉サービス	根拠法(注1)	概要	給付対象
住宅提供	住宅提供(A) Ophold i boformer	108条	スタッフが常駐しない住宅と24時間常駐する住宅(グループホーム形式)がある。高齢者、障害者を一元化。	日常的に生活支援や介護、同行、治療を広範に必要とし、どこにもその解決がない人
	一時的住宅 Midlertidigt ophold i boformer	107条	障害者、高齢者が一時的に住むことができる住宅。	恒久的で重度の身体的・精神的障害、社会的問題があり必要のある人
就業余暇	保護作業所(B) Beskyttet beskæftigelse	103条	一般の仕事に就くことが困難な場合、支援員のサポートを受けながら働く場である。商品・作品を作り販売に結びつける場合が多い。	重度の身体的・精神的障害、社会的問題のために就業できない65歳以下の成人
	社会参加活動(B) Aktivitets-og Samværstilbud	104条	障害者が交流し、普通の生活を維持してその質を高めるための喫茶・余暇・クラブ活動の場。	重度の身体的・精神的障害、社会問題を抱える成人
財政支援	必要経費保障(C) Merudgift	100条	障害があることが原因で生じる必要経費が保障される。	恒久的な身体的・精神的障害のある18歳～65歳の成人、国民年金受給を遅らせている成人
	障害者年金(D) Fortidspension	年金法	障害があることで就業できない人に支給される年金。2003年より一元化された。	—
労働市場参加	フレックスジョブ(E) Fleksjob	労働市場法	障害者年金を受給していない障害者を雇用する会社に、国が賃金の一部を補助する制度。	—
	スコーネジョブ(E) Skaanejob		障害者年金を受給している障害者を雇用する会社に、コムーネが賃金の一部を補助する制度。	—

(注1) 根拠法で法律名の記載のないものは「社会サービス法」である。

出典: Bekendtgørelse af lov om social service、田口・1999、インタビューより松岡作成。

A. 住宅提供(社会サービス法 107 条、108 条)

スタッフが常駐しない住宅や常駐する住宅（いわゆる施設）などは、すべて「住宅提供 (botilbud)」として、「社会サービス法第 20 章／住宅提供 (botilbud)」にまとめられている。章内の構成は以下ようになり、障害者と関連するのは 107 条、108 条である。

社会サービス法第 20 章(住宅提供; Botilbud)

- (ア) 一時的な住宅提供
- (イ) 恒久的な住宅提供
- (ウ) 虐待を受けた女性のための一時的な住宅提供
- (エ) ホームレスのための一時的な住宅提供
- (オ) 賃貸法との無関係の規定

社会サービス法 108 条

コムーネ議会は、身体または精神の重大な障害によって、日々の生活や介護、ケア、治療、他の方法では支援できないような内容について、集中的な支援を必要とする人々に、滞在できる住宅を提供しなければならない。

2 項：1 項によって住宅提供を受けた人で、他市への居住を望む者は他市での居住が保障される。

3 項：2 項に言う権利は、障害者と世帯をともにする配偶者、同居者、登録されたパートナーにも保障される。障害者が、配偶者、同居者、登録されたパートナーとの同居を望めば可能である。また、本人が死亡しても残った配偶者・パートナーはその住居への居住継続を保障される。

サービス内容

住宅提供 (Botilbud) は、大きく「スタッフなし」のものと「スタッフ常駐」の 2 種に分けられる。

●オーフス市の障害者向け住宅提供の実際

住宅提供 (Botilbud)

1. グループホーム Bofælleskab

一人ひとりの住居が集合した共同居住のグループホーム。
スタッフはおらず、在宅生活支援 (Bostøtte) を受けながら生活する。

- 自閉症のためのグループホーム
- 知的障害者のためのグループホーム
- 身体障害者のためのグループホーム
- 拒食症のためのグループホーム

など

2. スタッフ駐在型住宅 Boform (仮に「支援型住宅」と名づける)

24 時間スタッフが配置された住宅である。いわゆる、施設。

* コムーネによって「Bofællesskab」「Boform」の用語の使い方が異なるので注意が必要である。

(費用)

平均家賃は、5,000～6,000 クローネで、限度額は6,300 クローネとされている。障害者年金だけでは不足する場合、住宅手当が支給される。その結果、手元には最低4,000 クローネ(約8万円)程度が残るよう、生活が保障されている。

B. 保護作業所(103条)と社会参加活動(104条)

一般の仕事に就くことが困難な場合、保護作業所(103条)を利用する。作業所の利用が困難な場合は、活動センター(104条)を利用することとなる。作業所は2006年まではアムト(県の管轄であったが、2007年(13のアムトが廃止され、5つの広域保健圏域レギオナへ)以降は市の管轄となった。作業所数と活動センターの利用者数は図表16の通りである。

C. 必要経費保障(100条)

障害があることが原因で余計な支出をしなければならない費用について、その保障を現金給付の形で行うものである。費用援助(Merudgift)であり、具体的には下記のような支出について使われる。

基本額は月に1,500 クローネである。薬代に500 クローネ、ヘルパーを雇うのに1,000 クローネなど自由に使うことができる。1,000 クローネのうち、500 クローネは決まった人に支払い、あとの500 クローネは隣人に依頼するなど、使い方は自由である。

(使い方の例)

- ・糖尿病の薬代
- ・手紙・新聞を読んでもくれるヘルパーを雇用する費用
- ・窓拭きなど、臨時でヘルパーを雇う費用

D. 障害者年金(年金法)

障害者のための年金(Førtidspension)は、就労しにくさの程度で3分類されていた。しかし2003年より一元化され、現在は古いものと新しいものが混在している。退職者向けには国民年金(Folkepesion)があるので、65歳を過ぎると国民年金へと移行する。

障害者年金は、26万人が受給している(2004年)。内訳は図表5参照。

障害者年金の種類(旧型)

【最上級障害者年金(højeste førtidspension)】

- ・身体障害、精神障害があり、就労できない状況にある成人が対象。
- ・単身の場合の基本額(年額)は166,740 クローネ(333万円)、夫婦の場合は1人141,720 クローネ(283万円)である。国民年金では、独身で111,924 クローネ(224万円)、夫婦の場合は1人81,984 クローネ(164万円)であるので、障害者が65歳になって早期年金から国民年金に移ると受給額が減ることとなる。

【中間障害者年金(Mellemste førtidspension)】

- ・労働能力が3分の2に低下した障害者を対象とした給付。

【増額標準障害者年金 (Almindelig og almindelig forhøjet førtidspension)】

・労働能力が3分の1に低下した障害者を対象とした給付。

障害者年金の種類(新型)

【新障害者年金 (Ny førtidspension)】

・2003年より導入された、上記3種を一元化した障害者年金。

図表5 障害者年金受給者数、財政支出、1人当たり平均額(2004年)

	最上級障害者年金	中間障害者年金	増額標準障害者年金	新障害者年金	合計
受給者数(人)	64,452	118,298	68,563	8,568	259,881
財政支出 (百万クローネ)	10,930		8,656	11,677	31,263
財政支出 (日本円換算(億円))	2,186		1,731	2,335	6,252
1人当たり平均 (日本円換算:万円)	119.6		252	2,725	240

出典: Statistisk aaborg 2005,184p, table 187

E. 就労支援(労働市場法)

コムーネに保護雇用や特別雇用の提供が義務づけられており、国(社会省)は報酬保障の規則をつくらなければならない、とされている。

フレックスジョブ

フレックスジョブ (fleksjob) は、障害者年金を受けていない障害者を雇用する会社に国が賃金の一部を補助する制度である。補助の割合は3分の1、2分の1、3分の2とさまざまである。1998年初期には、その制度を利用して2,700人の障害者が新しく職を得た。

スコーネジョブ

スコーネジョブ (skaanejob) は、障害者年金を受けている障害者を雇用する企業にコムーネが賃金の一部を補助する制度である。補助率は賃金の50%で、これによって1998年に5,000人の新たな障害者雇用が生まれた。

これら2つの制度によって雇用されている障害者のうち56%が公共部門で働き、44%が民間企業で働いている。(田口、1999)

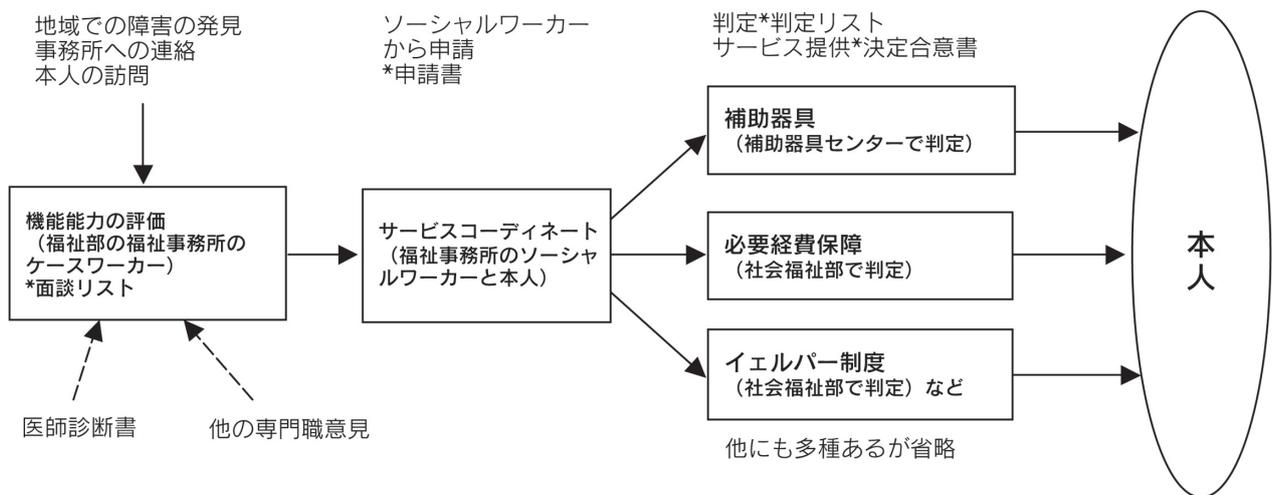
(9) ケアマネジメント

障害者に対して、社会サービス法に一元化された広範なサービスの全体をコーディネートしているのは、社会福祉部のソーシャルワーカーである。

福祉事務所には「ソーシャルワーカー (Social Rådgiver)」の資格を持ったケースワーカー (Sagsbehandler) がおり、コンタクトパーソンとして障害者本人について、「同世代の人と同じような生活ができるよう」障害者自身がサービスのネットワークを構築できるように支援する (サービスをコーディネートしていく)。モニタリングも行う。

図表 6 に申請から受給までの流れを記す。

図表 6 申請からサービス受給までの流れ



* その時点で使用する行政書類を示す。

障害者本人に自分の生活を構築できる能力が残っていれば、ケースワーカー⁵⁾が一貫して行う。社会福祉部に、それぞれのサービス担当者がいるので、本人・ケースワーカー・サービス担当者がともに話し合っ、サービス内容を決めていく。

障害が重度で意思を伝えにくい場合などは、自治体のケースワーカーは機能能力の評価は行うが、サービスコーディネートについては、本人の近くにおいて、よく事情を知っているグループホームの長や活動センターの長がコンタクトパーソンとして行う場合が多い。重度障害者に対するこうしたサービスコーディネーションのあり方は、全国的な傾向として広まっている (オーフス市)。

自治体職員 (ケースワーカー) によるソーシャルワークによって、障害者本人はサービス受給からもれたり、異なるサービスごとに異なる窓口を単独で訪問したりして、申請書を書いて、提出し…という苦勞から逃れることができる。

ケアマネジメントを介護給付 (在宅ケア) のみに限定すれば、在宅ケア (83 条) の判定を行う判定員 (visitor) が、機能能力・ニーズのアセスメント、サービスの種類・量の決定を行っている。

(10) 給付対象者

社会サービス法に基づく社会サービスの給付対象者は、ニーズのある機能障害者、社会的問題を抱える者であり、サービスは判定によってニーズを認められた者に給付される。なお、社会サービス法に規定される給付対象は、図表 7 の通りである。

図表 7 社会サービス法に規定される給付対象

サービスの種類	社会サービス法で規定される給付対象	備考
在宅ケア	身体的・精神的な機能障害、社会的問題によって、身体介護・家事ができない人(一時的・恒久的)。年齢制限なし。	
在宅生活支援	身体または精神の重大な機能障害、特別な社会的問題のある成人。年齢制限なし。	知的障害者、精神障害者(オーフス市では 725 人)が中心
イェルパー制度	身体または精神の重大かつ恒久的な障害があり、特定の支援を必要とする成人。	身体障害者が中心(事務管理責任があるため)
同行サービス	身体または精神の重大で恒久的な障害のために 1 人で移動できない 67 歳以下の成人。 (16 歳～ 18 歳の若者に対しては、社会サービス法 45 条を適用)	[例] ・身体障害を持つ成人(18 歳～ 67 歳)⇒オーフス市(16 歳～ 67 歳) ・全盲、または強度な視覚障害のある大人 ・知的障害のある成人 ・脳損傷を持つ成人 [除外条件] ・精神障害者 ・社会問題に起因する障害(薬物中毒、アルコール中毒など) ・イェルパー制度利用者 ・他の制度を利用している視聴覚障害者(全盲・全聾)
住宅提供	身体または精神の重大な障害によって、日々の生活や介護、ケア、治療、他の方法では支援できないような内容について、集中的な支援を必要とする人々。	精神障害者、知的障害者が 80%
保護作業所・社会参加活動	65 歳以下で、重度の身体的・精神的障害、社会的問題のために、労働市場において仕事を見つけること、続けることができない成人。社会参加活動には年齢制限なし。	
必要経費保障	恒久的な身体的・精神的障害のある 18 歳～ 65 歳の成人。 恒久的な身体的・精神的障害があり国民年金受給を遅らせている成人。	

出典: Bekendtgørelse af lov om social service, 3 市インタビューより松岡作成。

(11) 認定主体

コムーネ(市町村)の社会福祉部が中心となつて行う。

障害者のニーズアセスメントは「面談リスト」によって社会福祉部(Social Forvatning)のソーシャルワーカーが行い、上部の福祉コンサルタント(特別ソーシャルワーカー)がスーパーバイズにあたり、全体を調整している。

在宅ケア(83条)については、高齢者が中心の制度であり、部署(保健・ケア部)も異なることから、専門の判定員(visitor)が機能能力・ニーズをアセスメントし、要否を判定して、必要な種類のサービスとその量(時間・頻度)を決定する。要介護度の区分は行わない。

しかし在宅生活支援、イェルパー制度、同行サービスについては、基本的には社会福祉部のソーシャルワーカー(ケースワーカー、特別ソーシャルワーカー=コンサルタント)が、医師を含む関係の専門職と協議しながら認定についての責任を担う。

(12) 認定基準

要介護認定の基準は、障害(impariment)の程度ではなく、「環境を総合的にとらえて、何ができるか・できないか」「どのような希望があるか」を総合した“ニーズ”である。

「環境を総合的にとらえて、何ができるか・できないか」を判定するとは、環境因子、個人因子を評価に反映するということである。

高齢者領域においては、国際障害分類(ICIDH)ではなく国際生活機能分類(ICF)に依拠した制度設計を行っていることを確認しているが(松岡、2005)、今回の調査を通じて、障害者領域でも、環境因子、個人因子を評価に反映して「障害の源泉ではなく、ニーズによってサービスの要否・内容・量を決めている」ことを確認した。

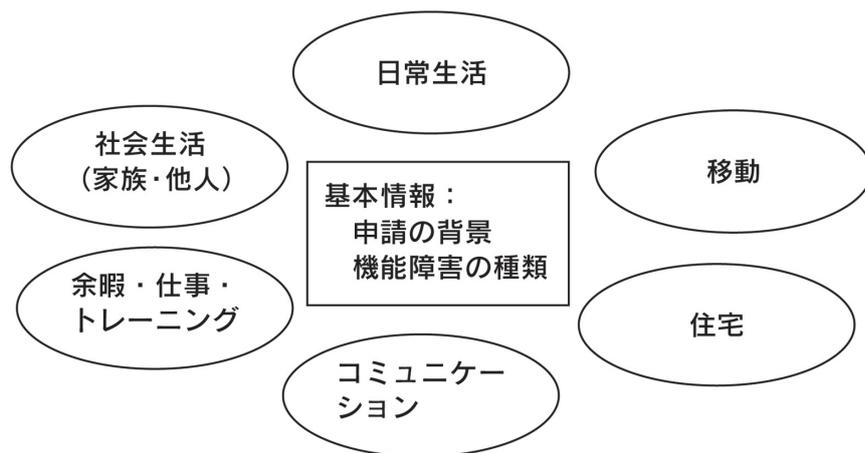
認定・測定の対象は“ニーズ”であり、標準化された基準や指標はない。この点については「(15)要否判定方法」で各サービスごとに詳述するとして、ここではどのような枠組みでニーズアセスメントが行われるかについて述べる。

障害者のニーズアセスメントにおける各市共通の評価基準として、以下の「7つの領域」が存在している(図表8)。この枠組みは、障害者が社会福祉部(福祉事務所)を訪れたときに、最初に行う「面談リスト(Samtalskeme)」(添付資料1参照)で具体的に展開されている。そして「環境を総合的にとらえたいうえでできるか、できないか」「できないなら、何に困っているのか?」という視点でアセスメントが行われる。情報の形態は、点数や4件法での選択などの定量的なものではなく、面談の結果は定性的なテキストの形で書き込まれる。

面談にあたるのは、ソーシャルワーカーの資格を持ち、アセスメントの経験・知見豊かな専門職である。また、ソーシャルワーカーの上にはコンサルタント(特別ソーシャルワーカー)がいて、判定に偏りがいいか、妥当性はあるかなどをチェックしている。

認定結果について不服がある場合は、所定の手続きをとって不服申し立てを行う(社会サービス法第30章)。

図表 8 「面談リスト」に見られるニーズアセスメントの枠組み



出典：Samtaleskema I Ballerup Kommune より松岡作成。

(13) 認定者数

障害者の数については、登録していないので数の把握が不可能であることを「(6) 加入対象者、加入者数」で述べた。ここでは、それぞれのサービス利用者数について記述する。

A. 在宅ケア(社会サービス法 83 条)

在宅ケアは、高齢者、一般、障害者に統合的に提供されており、利用者数の内訳は図表 9 の通りである。

64 歳以下の利用者が障害者であることが推察されるが、65 歳以上の中にも障害者は存在し、64 歳以下の中にも在宅での短期・長期療養者、ターミナル患者などがある。よって、正確な利用者数は把握できない。しかしながら、64 歳以下の在宅ケア利用者が 2 万 8 千人であることは、一つの目安になるであろう。

図表 9 在宅ケア利用者数(人)(2008 年)

年齢	身体介護のみ	家事支援のみ	両方	合計
0～64 歳	4,185	13,732	10,758	28,675
65～66 歳	598	1,986	1,699	4,283
67～79 歳	6,763	29,547	26,196	62,506
80 歳以上	9,170	39,724	62,528	111,422
合計	20,716	84,989	101,181	206,886

出典：デンマーク統計局、www.dst.dk/ VHT1

B. 在宅生活支援(85条)

社会サービス法 85 条と 102 条の利用者の内訳は、図表 10 のようになる。また、目的別の利用者数は、図表 11 のようになる。

図表 10 年齢別 85 条・102 条利用者数(人)

利用の目的	85 条利用者	102 条利用者
30 歳以下	3,043	44
30 ～ 39 歳	3,736	37
40 ～ 59 歳	6,685	22
60 ～ 66 歳	1,440	3
67 歳以上	555	—
年齢不詳	233	—
合計	15,692	243

出典; Statistiske efterretninger; Social forhold, sundhed og retsvesenm 2008:15 より松岡作成。

図表 11 利用の目的別 85 条・102 条利用者数(人)

利用の目的	85 条利用者	102 条利用者
精神障害(統合失調症)	3,440	9
知的障害(発達遅滞、自閉症)	3,226	36
身体障害	586	7
虐待、住宅の早期利用	225	1
その他(就業能力低下、社会的要因)	232	2
合計	15,629	243

出典; Statistiske efterretninger; Social forhold, sundhed og retsvesenm 2008:15 より松岡作成。

C. イェルパー制度利用者数(96条)

イェルパー制度の利用者は、図表 12 のようになる。

図表 12 イェルパー制度(96条)利用者数(人)

	合計
イェルパー制度利用者	1,179

出典; Statistiske efterretninger; Social forhold, sundhed og retsvesenm 2008:15 より松岡作成。

D. 同行サービスの利用者数(97 条)

同行サービスの利用者は、図表 13 のようになる。

図表 13 同行サービス利用者数(人)

	男性	女性	不明	合計
16～17 歳(45 条)	14	11	—	25
18 歳以上(97 条)	2,326	2,687	191	5,204
うち 3 項適用(注 1)	(686)	(839)	—	(1,525)
うち 5 項適用(注 2)	(39)	(49)	—	(88)

(注 1)3 項適用とは、障害者が同行者を指定して、人権費は市から同行者に支払われるもの。

(注 2)5 項適用とは、障害者が同行者を指定して、人権費は市から障害者に現金(個人予算)で支払われるもの。

出典; Statistiske efterretninger; Social forhold, sundhed og retsvesenm 2008:15 より松岡作成。

E 住宅提供の利用者数(108 条、107 条)

障害種別と年齢別の住宅提供の利用者数は、それぞれ図表 14、図表 15 のようになる。

図表 14 障害の種別別住宅提供(108 条、107 条)の利用者数(人)

	108 条(恒久住宅)			107 条(一時住宅)		
	24 時間	デイ	合計	24 時間	デイ	合計
身体障害	2,196	113	2,309	452	232	684
精神・知的	8,061	580	8,641	4,016	391	4,407
社会問題	125	22	147	757	67	824
	10,382	715	11,097	5,225	690	5,915

* 恒久住宅、一時住宅ともに、24 時間利用と日中利用があるのは、住宅に通所施設が併設されているものと推測できる。

出典; Statistiske efterretninger; Social Forhold, sundhed og Retsvaesen, 2008:15 より松岡作成

図表 15 年齢別住宅提供(108 条、107 条)の利用者数(人)

	108 条(恒久住宅)			107 条(一時住宅)		
	24 時間	デイ	合計	24 時間	デイ	合計
20 歳以下	148	10	158	557	29	586
20～29 歳	1,320	137	1,457	1,513	158	1,671
30～39 歳	1,823	174	1,997	1,044	169	1,213
40～59 歳	4,578	291	4,869	1,666	246	1,912
60～66 歳	1,127	67	1,194	262	55	317
67～74- 歳	644	27	671	120	18	138
75～79 歳	239	5	244	39		39
80～84 歳	242	4	246	17		17
85 歳以上	261	0	261	7		7
不明	—	—	—	—	15	15
合計	10,382	715	11,097	5,225	690	5,915

* 恒久住宅、一時住宅ともに、24 時間利用と日中利用があるのは、住宅に通所施設が併設されているものと推測できる。

出典; Statistiske efterretninger; Social Forhold, sundhed og Retsvaesen, 2008:15 より松岡作成)

F. 保護作業所(103条)、社会参加活動(104条)の利用者数

それぞれの利用者数は、図表 16 のようになる。

図表 16 保護作業所(103条)、活動センター(104条)の利用者数(人)

	保護作業訓練所(103条)	活動センター(104条)
精神障害者	1,519	6,385
知的障害者(自閉症含む)	5,732	6,708
身体障害者	475	1,495
薬物、アルコール中毒者	34	1,992
その他	316	804
合計	8,076	17,384

出典; Statistiske efterretninger; Social forhold, sundhed og retsvesenm 2008:15 より松岡作成

G. 必要経費保障(100条)の受給者数

必要経費保証の受給者数と給付総額は、図表 17 のようになる。

図表 17 必要経費保障(100条)受給者数と給付総額

	受給者数(人)	年間換算受給者数(人)	給付総額 百万クローネ(円)
障害児(親)への給付	34,696	19,620	915 (183億円)
成人障害者への給付	15,577	11,558	294 (59億円)
障害児の親の休業保障	15,556	5,912	849 (170億円)

出典; Statistiske efterretninger; Social Forhold, sundhed og Retsvaesen, 2008:15 より松岡作成。

H. 障害者年金受給者数(年金法)

国民年金・障害者年金の受給者数は図表 18 のようになる。

図表 18 年齢別国民年金・障害者年金受給者数(2008 年)

	国民年金など			障害者年金(早期年金)(注 1)			
	国民年金	通常早期年金	一時支援金	最高障害者年金	増加型通常障害者年金	中額障害者年金	新型障害者年金(注 2)
15～19 歳	0	0	0	0	0	0	860
20～29 歳	0	0	450	2,554	68	1,178	5,142
30～39 歳	0	0	1,131	7,418	1,290	5,822	8,587
40～49 歳	0	0	1,519	14,078	6,286	15,893	17,106
50～59 歳	0	0	1,716	20,247	14,996	31,685	25,441
60～64 歳	0	8	816	12,515	13,025	25,251	10,434
65～66 歳	111,602	1	9	143	216	336	52
67～69 歳	153,507	1	0	0	1	0	0
70～74 歳	210,657	3	0	0	2	3	0
75～79 歳	162,402	1	0	2	1	0	0
80～84 歳	121,071	1	0	0	1	0	0
85～89 歳	72,092	1	0	0	0	0	0
90～94 歳	28,212	0	0	0	0	0	0
95 歳以上	7,700	0	0	0	0	0	0
合計	867,243	16	5,641	56,957	35,886	80,168	67,622

(注 1) 最高障害者年金、増加型通常障害者年金、中額障害者年金、新型障害者年金が、障害者のための年金である。

(注 2) 障害者年金は労働能力に応じて 3 種に分けられていたが、2003 年より「新型障害者年金」に一元化された。

出典：デンマーク統計局 statbank.dk

(14) 利用手続き、所管窓口

利用手続きの窓口は、社会福祉部 (Social Forvaltning) の社会福祉事務所 (Social Centre) に一本化されている。ここを訪問すれば、担当のソーシャルワーカー (ケースワーカー) が決められ、サービスをコーディネートしてつないでいく。

在宅生活支援、同行サービス、イェルパー制度、必要経費保障などは、同じ部内の業務であるが、「在宅ケア」は部署が異なり、保健・ケア課 (Sundhed og omsorg) が担当していることが多い。就業支援 (雇用部)、障害者年金 (雇用部) も部署が異なる。しかし、社会福祉部が窓口となって申請書作成を支援し、申請にも同行する。

(15) 要否判定方法

「環境を総合的にとらえたうえで、何ができるか・できないか」「希望は何か」といった“ニーズ”を基本として、必要なサービスの種類と量が決定される。

こうした判定についての標準化された基準や指標はない。ニーズの存在・程度の判定・認定は、機能障害 (impairment) の認定と異なり、指標化・尺度化 (基準の設定) が困難である。ここではそれぞれのサービスメニューでどのように判定されるか記述するが、その前に「基準・根拠なし」で行われる判定がうまく機能している理由について考察を行った。

- ・**複数の専門職**が診断・認定に関わり、協議している (医師、精神科医、臨床心理士、福祉省の専門相談員 (VISO) など)
- ・判定に関わる専門職が同じ仕事を長年続けており、知識・情報・経験が蓄積されている。
- ・**平等の概念が異なっている**。「より多くを必要とする人に、より多くを提供する」ことを平等と捉えるデンマークの価値観のもとでは、客観的指標は不要である。「障害 (impairment) の程度に比例した量を提供することが平等」と捉える日本の文脈とは、指標に求める客観性・科学性の意味が異なる。
- ・**ICF (国際生活機能分類) を基盤**として (共通言語化の作業も進んでいる) 個人要因が考慮されており、「閾値が明確でないことは当然」というコンセンサスがある。

次に、サービスごとになされている要否判定 (判定の基準)、判定の結果形態について述べる。

A. 在宅ケア (社会サービス法 83 条)

a) 判定と基準

コムーネ (市町村) の専門の判定員 (Visitor) が申請者の機能能力評価をして、サービスの種類・量 (時間) を決定する。判定員は看護師や作業療法士の専門職バックグラウンドを持ち、この分野での経験が長い。

機能能力評価には「判定質問表 (Visitationsskeme)」を用いる (添付資料 2 参照)。評価内容は 7 領域からなり、各市でおおむね共通していて専門的評価がなされる。「できる／できない」の 2 件法、詳細な 4 件法などの違いや、各領域内で質問事項をどこまで細分化するかなどの違いがあるが、おおむね各市共通している (松岡、2005、166-183pp)。

1. 身体介護 (身体衛生・入浴、着脱衣、トイレ・オムツ、ベッドメイク)
2. 食事 (調理、食事、皿洗い)
3. 日常生活 (買い物、掃除、洗濯)
4. 活動 (趣味活動など)
5. 社会生活 (家族・友人などのソーシャルネットワーク)
6. 精神面 (一般、特殊)
7. 移動 (室内での歩行、一人外出、階段昇降、バランス、椅子からの立ち上がり、椅子からベッドへの移乗)
8. その他 (住宅の状況)

判定員は利用者の自宅を訪問して面談し、以上の項目について、「できる／できない」を評価する。さらに、医師の診断、生活歴、親族からの援助の可能性、住宅の状況などを踏まえながら、サービス内容と量を決めていく (機能レベルとサービスレベルを結びつける)。不明点があれば、家庭医やケースワーカー、家族に相談し、結論を出す。

「できる／できない」のチェック結果を点数化して (4 件法のコムーネもある)、利用時間の目安につなげる自治体もある。が、少数であるとの感触を持っている (調査者・松岡の専門である高齢者領域でも同じスキームの中で判定されるので、これまでの蓄積によってわかる)。

b) 判定結果

サービスの種類(項目)と量(時間・頻度)についての決定書に判定員がサインをし、本人に送る。この後、サービスが始まる。

サービス内容については、各市で「クオリティ・スタンダード」を明確化することが社会サービス法で義務づけられている(第25章)。パンフレットにして発行されており、インターネットでも見ることができる。よって「毎日の掃除」「フレキシブルな掃除」という用語がどのような掃除の内容を示すのかは明確に決められている。同時に、サービスメニューごとに所要時間が決められている。よって、利用するサービスの時間を加算すれば、週間の利用時間が自動的に計算できる。

結果は、判定員がサインをして本人に手紙で通知する。

【判定結果の例(高齢者の場合)】

- ・毎日の掃除:2週に1回(サービス提供:バトラー社⁶⁾)
- ・フレキシブルな掃除:2週に1回(サービス提供:バトラー社)

B. 在宅生活支援(85条)

a) 判定と基準

申請書に記入して、社会福祉事務所に提出する。記入にあたっては、家族やケースワーカーが手助けする。

機能能力評価は、あらゆる領域にわたって行われる。ケースワーカーは医師の診断書の発行を依頼することも多く、多くの専門職が評価と判定に関わる。

b) 判定結果

サービスの内容と頻度、時間(長さ)が決定される。

C. イェルパー制度(96条)

a) 判定と基準

申請書は、社会福祉事務所のケースワーカーに提出する。1日、1週間の行動計画を立て、それに基づいてイェルパーを雇用するので、申請の時点でこの計画を明らかにしなければならない。ケースワーカーとの協働作業で作られることもある。

ケースワーカーと在宅ケア課の判定員が申請者の自宅を訪問して、機能能力を評価し、ニーズの判定を行う。

「障害(impairment)ではなく、ニーズによって判定を行う。ニーズは一人ひとり異なるので標準ルール(基準)はない。」という点は、各コムーネで共通して強調された点である。

判定には次の人々が参加し、判定会議で認められる。(www.aarhuskommune.dk/)

- ・申請者(障害者)本人
- ・本人が選んだ人(一人、複数。イェルパーを選ぶ人もいる)
- ・本人のケースワーカー
- ・判定チーム
社会福祉部(福祉事務所)の成人障害者課の長
成人障害者運営課の長

保健・ケア部のコンサルタント(在宅ケア部門)
 その他必要と認められる人

判定会議は次のような内容で進められる。

- ・第一部
 - 参加者(上記)の紹介
 - 問題の紹介
 - 自宅内外における申請者の支援ニーズの説明
 - 参加者よりその他の情報
- ・第二部
 - 判定チームより細部についての質問
 - 可能性についての討議
 - 申請者より「最後の言葉」
- ・第三部
 - 判定チームの決定

b) 判定結果

1日当たりの利用時間と週当たりの利用時間が、決定書(イエルパー決定書)に記載される。縦に1日の時間、横に曜日を配した表に利用できる時間を記載し、具体的な形で結果を出す。(利用者にはイエルパーの人件費が支給されるが、判定結果は金銭の形では表現されない。デンマークにおける平均的な時間給である1時間100クローネが基準となる)

最終決定は、特別ソーシャルワーカー(ケースワーカーの調整・管理部門)がサインをして申請者に文書にして送る。申請者は内容を確認し、決定書にサインをして利用が始まる。決定書のコピーを社会福祉部と利用者が持つ。

D 同行サービス(97条)

a) 判定と基準

申請書(同行サービス申請書)には、以下の点を記入する。

- ・申請の理由
- ・希望する同行の内容
- ・同行者を自分で雇いたい旨

ほとんどの利用者が15時間以下の利用者である。必要だからと15時間以上になることはない(オーフス市)。

バレラップ市では、4週間以内の返事を約束している。拒否の場合は、手紙で知らせる。

b) 判定結果

同行の内容と時間が決定され知らされる。

E. 住宅提供(107 条、108 条)

a) 判定と基準

申請書(住宅提供申請書)に記入して、福祉事務所に提出する。

判定は、判定委員会にかけられる。バレラップ市の場合、以下の 5 名からなる委員会で話し合い、合否を判定する。月 1 回開かれている。人口 4 万 8 千人のバレラップ市の場合、月に 4、5 人の新しい入居を認可し、精神障害者は年間 10 人くらいであるとのことであった。

●住宅提供の判定審査委員会メンバー

- ・ケースワーカー(福祉事務所)のチームリーダー
- ・身体障害者向けケア付き住宅の代表
- ・知的障害者向けケア付き住宅の代表
- ・精神障害者向けケア付き住宅の代表
- ・市の福祉コンサルタント(全体統括者、組織上層部)

オーフス市の場合、入居を希望する障害者が多く、長い待機リストがある。これは、バレラップ市でも同様に、障害者の住宅に関する判定会議では、緊急度の高い人に優先して入居が許可されることがたびたびある。「知的障害者で身体が大きく、母と 2 人住まいで家が狭い」場合などは、優先される。

b) 判定結果

本人に文書の形で、知らされる。

(16)利用者負担

以上述べた社会サービスを利用するにあたって、サービスに対する利用者負担は原則としてない。しかし、以下のような例外がある。

【例外】

住宅提供、障害者住宅の家賃は居住者が負担する。

急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーションは無料であるが、予防型の通所リハビリテーションなどについては、一部料金を徴収するコムーネ(市町村)がある。グラデサクセ市では、月 185 クローネ(約 3,700 円)を支払って、週 2、3 回、3 ヶ月まで利用できる制度があった(松岡、2001、119)。

イェルパー制度におけるイェルパーの交通費などは障害者が払う。しかし、この費用は必要経費保障(Merudgift)として払い戻しされる。

同行サービスにおける本人・同行者の入場料・交通費は障害者本人が払う。

1. 障害者介護サービスに関する調査 脚注

- 1) コムーネはデンマークの基礎自治体のことで、日本の市町村に相当する。
- 2) イェルパー制度は、1978年にオーフス市で始まった。障害者が自分で選んだイェルパーを雇用して自分の生活を構築し、市が人件費を障害者に現金給付し、障害者がイェルパーに給料を支払う制度である。利用者には、自ら時間管理、労務管理、人権費管理を行う義務が生じる。在宅ケアのホームヘルパーと区別するために「イェルパー」と表記する。スウェーデンのパーソナルアシスタントに該当すると推測される。
- 3) 統合された7つの法律は、以下の通り。
 - ・簡易宿泊所および労働ホームその他の監督に関する法律
 - ・母子援護施設法
 - ・リハビリテーション法
 - ・公的扶助法
 - ・児童および青少年保護法
 - ・障害年金受給者および国民年金受給者の養護法
 - ・主婦の負担軽減およびホームヘルプに関する法律
- 4) 社会サービス法では、18歳までの若者について記述しているパート4は「Afsnit IV Børn og unge」と表記されている。日本の児童福祉法では、満18歳に満たない者を「児童」とし、そのうち、満1歳に満たない者を「乳児」、小学校入学の始期に達するまでの者を「幼児」、それ以上で満18歳に達するまでの者を「少年」としている。日本の「児童福祉法」との関連では、「Børn og unge」の訳語として「児童」でよいと考えられるが、この用語は一般的には学童期の者というニュアンスを持つ。そこで、「児童・若者」という用語をあてることとした。
- 5) オーフス市の場合、障害児を担当するケースワーカーは25人、障害者を担当するケースワーカーは30人いる（オーフス市の人口29万人）。
- 6) デンマークの在宅ケアでは公共による独占が長く続いたが、2001年より「自由選択 (Firt Valg)」が始められた。家事支援に限って、サービス提供者を公共以外の民間登録業者からも選べるようになった。しかし、高齢者領域の場合、民間を選ぶ人は少なく、85%がコムーネからの提供による（松岡、2005）。

2. モデルに関する調査

これまで、デンマークにおける社会福祉サービスの内容について述べてきたが、与えられた4モデルについて実際のサービス提供について記述する。

社会サービス法は「枠組み法」であり、サービスの質・内容・量については、コムーネ(市町村)に任せられている。コムーネによって異なるので、人口規模の異なる3市でインタビューした。以下、オーフス市(29万人)、バレラップ市(4.8万人)、ドラウア市(1.2万人)のインタビュー結果に基づき、おおむね各市で共通する部分を中心にまとめて、特に異なる部分については<補足事項>として記述した。

(1) モデル1 / 全盲(45歳)

A. 申請手続き

糖尿病による失明は徐々に進んでいくものであるから、45歳の段階ですでに病院と家庭医のコンタクトがあったはずである。よって、視力があるうちに病院の勧めにより、自分で市の福祉事務所(Social forvatning)にコンタクトしているはずである。担当のケースワーカー(sagshandler)が決められて、手続きが進められる。

B. 機能能力評価

面談リスト(Samtalskema / 添付資料1参照)の内容に沿って本人とケースワーカーが話し合い、本人の全体像を把握していく。面談リストは、本人とケースワーカーが面談しながら書き込むものであり、面談当日に向けて準備ができるよう事前に本人にこのリストを送っておき、当日話し合いながらケースワーカーが書き込む。この話し合いには、1時間半くらいかけられる。

面談リストの概要は以下の通りであり、その目的は「あなたの機能能力(funktionsevne)をトータルに描き出すことである」と面談リストに書かれている。現地インタビューでも、目的は「どのような助けを必要としているか? 何を望んでいるか?」であって、どのような障害(impairment)を持っているかということではないと強調された。

具体的には、以下のような各項目に対して、どのような状況であり、何ができ、何に困っているか、という視点で聞き取り(面談)がなされる。イエス・ノーでチェックしたり、量的尺度に置き換えたりすることなく、文章で書き込む。点数化はなされない。話し合いの結果、ケースワーカーが面談リストを完成し、本人に送り承認を得る。OKした時点で、サービス利用の申請手続きに入る。全体像を把握することで、どのような社会サービスが必要かを検討していく。

面談リスト(ICFのカテゴリーに準拠)項目 (添付資料1参照)

基本情報(氏名、住所、電話番号、家庭医、家族構成、背景、機能障害)
 日常生活
 社会生活(家族・その他との関係)
 余暇、仕事、教育
 コミュニケーション
 住宅
 移動
 その他

C. サービス内容、申請、判定

サービス内容は一人ひとりと話し合い、本人の希望を中心にケースワーカーとの話し合いによって決められ、そのサービスの担当部門に申請が行われる。申請後のサービス量の決定(判定)は、そのサービスを提供している部門で行われるので、サービス項目(給付内容)ごとに記述する。

糖尿病による視力低下(全盲)の場合、一般的に、以下のようなサービスが利用される。

【必要経費保障(Merudgift)】(社会サービス法 100 条)

障害があることが原因で生じる必要経費について、その保障を現金給付の形で行うもの。

基本額は月に 1,500 クロネであるが、糖尿病性網膜症による失明(全盲)の場合は、申請によって、以下のような軽費が認められる。

- ・糖尿病の薬代(例:500 クロネ)
- ・手紙・新聞を読んでもくれるヘルパーを雇用する費用(例:1,000 クロネ)
- ・窓拭きなど自分でできない作業について、臨時でヘルパーを雇う費用

(申請)

本人が、福祉事務所に申し込む。ケースワーカーが助けてくれる。

(判定)

薬代の額面は、医師の処方箋が根拠となる。

新聞を読んでもらうのに 1 日 20 分=月 10 時間。時間給 100 クロネ(専門性を伴わないデンマークの平均的時間給)で 1,000 クロネとなる。1,000 クロネのうち、500 クロネは決まった人に支払い、あとの 500 クロネは隣の人への新聞購読依頼など、自由に使える。

【補助器具】⇒保健・ケア部(Soundhed & Omsorg)の担当

補助器具は、無料で貸与される。

(申請・判定)

補助器具センターに申請して、理学療法士・作業療法士などの専門職が判定する。

全盲の場合、以下のような補助器具を無料貸与することが多い。

- ・PC(音声対応)
- ・杖
- ・盲導犬

【同行サービス (ledsagerdining)】(97 条)

月に 15 時間までのサービスが受けられる。サービス内容は、以下の通りである。

- ・買い物、散歩
- ・映画、劇場
- ・医者、歯科者、美容院に行く
- ・家族・友人訪問
- ・スポーツを含む余暇活動
- ・仕事場への行き来

(申請)

前章で記述した通りである。

(判定)

このケースの場合、通い慣れた道は自分で移動できるので、両親に会いに行くのは 1 人で行けるだろう。よって、映画・劇場に行くのに集中して利用するかもしれない。例えば、以下のような形で 15 時間の申請ができる。

- ・映画に月 2 回行って食事する = 8 時間
 - ・オペラに 3 ヶ月に 1 回行く = 3 時間 (1 ヶ月で 1 時間となる)
 - ・スキーに行くのに貯める = 6 時間
- 買い物に同行してほしいと思うなら、買い物に集中して申請することもできる。

【住宅提供】

これまで住んでいた住宅でよいだろう。

【就業支援⇒雇用課】

ケース説明書には「職業なし」との記述があるが、デンマークではこうしたケースの場合「働くべき」と考える (障害者年金は最後の手段である)。

ケースワーカーが中心となり、雇用事務所 (job centre) と協力して可能性を模索する。特に事務職をしていた人なら、秘書を雇って仕事を続けることができる。もしこのケースが、バスドライバーのように視力を必要とする仕事についていた人なら、可能性を探り高等教育を受ける機会をつくって労働市場に出られるように支援する。このケースの場合、視力低下は徐々に進んでいくので、能力に合わせた支援を受けながら働いているはずである。

<補足>

*バレルアップでの返答：もし、自分で金銭管理をできない場合は、在宅生活支援のサービスを申請できる (85 条)。

(2)モデル2 / 頸髄損傷

A. 申請手続き

このケースの場合、障害の原因となる事故に遭遇して入院し、その後退院してリハビリテーションを受けることとなる。このケースの場合、約6ヶ月のリハビリを受けるだろう。

病院退院時には、病院（レギオナ管轄）からコムーネ（市町村）の社会福祉部（Social Fovaltning）に連絡が入り、社会福祉センター（福祉事務所）のソーシャルワーカー（ケースワーカー）が中心となって在宅復帰の準備を始める（退院2ヶ月前に病院から連絡が入るのが基本）。

B. 機能能力評価

病院にいる時点から市（福祉事務所）のソーシャルワーカーが病院を訪ね、「どのようなサービスが必要か、受けたいか」の話し合いが本人との間で始まる。

面談リスト（添付資料1参照）を用いて機能能力を明らかにするが、イェルパー制度利用の可能性もあるので在宅ケアの判定員とともに、退院後生活する住宅を訪問するなどして評価を行う。

さらに、労働能力メソッド（arbejdsevnetode）によって労働可能性を探っていく。「障害者年金は最後の手段」と考える。

【評価からサービスコーディネートへ】

機能能力評価を終えて全体像を把握すると、次は、福祉事務所のソーシャルワーカーがサービスコーディネートを行い、「社会保障のネットワークを形成していく」（オーフス市）。それぞれのサービスによって担当課が異なるので、ケースワーカーは申請書作りや提出作業を助ける（図表1参照）。

図表1 各サービスと提供している担当課

福祉事務所 Social Forvaltningen	雇用センター（雇用課） job centre	保健・ケア部 Soundhed & Omsorg
必要経費保障 イェルパー制度 同行サービス	就業支援 障害者年金 15,000 クローネ／月	住宅改造・補助器具貸与（補助器具センター） 24時間在宅ケア

C. サービス内容、申請、判定

本人がどのような生活を望むか（自宅か他の住宅か、イェルパー制度か在宅ケアか）で、提供されるサービス内容は異なる。このケースのように体幹麻痺がある場合は、次のような福祉サービスが一般的である。

- ・在宅で補助器具を活用（自宅改造でも不可能な場合、バリアフリー住宅への引っ越しも検討）し、
- ・イェルパー制度を利用し、
- ・必要経費保障を受けて、
- ・働き続ける。

しかし、次のように 24 時間在宅ケアを望む人もいる。

自宅で暮らしたい ⇒ イェルパー制度 (96 条) hjaelperordning ⇒ (または) 24 時間在宅ケア (83 条) Hjemeplejen (または) 住宅提供 ⇒ Botilbud
--

【イェルパー制度】(96 条)

このケースの場合、時間管理・金銭管理ができるので、イェルパー制度が利用できる。

イェルパーは 24 時間 365 日障害者について、呼吸器の世話、身体介護、家事支援、仕事場での補佐などを行う。24 時間のイェルパー利用が認められている場合、4 人のイェルパーを自分で雇用しシフトを組む（オーフス市では 210 人がイェルパー制度を利用しており、30～40%が 24 時間の利用者である。30 時間の利用者もいる）。

(申請)

申請書類には、

- ・自分の希望を明確にして、
 - ・支援計画などを記入する
- ことが重要。福祉事務所に提出する。

(判定)

3 人の判定員による判定会議が開かれる。基準については明確な返答なし。

- ・福祉事務所所属のイェルパー制度の判定員
- ・高齢者領域の判定員 (在宅ケア)
- ・障害者領域の判定員 (在宅ケア)

判定において重視されるのは「どのような生活がしたいと望んでいるのか？ そのために、どれほどの支援が必要か？」という点である。「判定会議に本人とイェルパーが参加して、自らの希望を言うことが大事」だとのこと。

以下の内容で決定がなされ、文書で通知される。申請書はサインをして返送し、サービスが始まる。

- ・イェルパーを持てるかどうか？
- ・何時間雇用できるか？

【(または) 24 時間在宅ケア (Hjemepleje)】(83 条)

本人が、24 時間在宅ケアを選ぶ可能性もある (バレラップ市)。

ドラウア市の場合イェルパー制度がない。よって、在宅で暮らしたいなら、24 時間在宅ケアを利用することとなる、とのことであった。

これらの場合、手続きは在宅ケア (Hjemeplejen) の手続きにのっとなって行われる。

(申請)

申請をすると、判定員が自宅にやって来て、判定質問表を用いて機能能力評価を行う。

(判定)

判定員が判定を行う。

(判定結果)

次のような内容で、判定結果が通知される。

- ・朝の身支度／毎日
- ・朝食準備・介助／毎日
- ・午前のトイレ介助／毎日
- ・昼食準備・介助／毎日
- ・午後のトイレ介助／毎日
- ・夕食準備・介助／毎日
- ・就寝介助、トイレ介助／毎日
- ・シャワー／週2回
- ・掃除、洗濯／週1回
- ・緊急コールの利用

など

このようなケア内容だと、週25時間以上の利用となる。この時間は、ほぼマックス(上限)に近い。

【必要経費保障(Merudgift)】(100条)

イエルパーの同行に伴う交通費などが請求できる。

【補助器具】(112条)

次のような補助器具の貸与があるだろう。

- ・上下式電動車椅子
- ・在宅での移乗のためのリフト
- ・特殊コンピュータ

など

【同行サービス】(97条)

イエルパー制度を使わない場合、同行サービスが受けられる。

【住宅提供】(107条、108条)

24時間在宅ケアのサービスでも十分でなくなると、イエルパー制度に変更するか、スタッフが常駐する住宅(Botilbud)への入居が申請できる。

イエルパー制度を利用して、仕事をしていれば「閉じこもり」も起きないが、在宅で24時間在宅ケアを利用する場合、家の中に閉じこもりがちである。ケースワーカーの勧めで、ケア付き住宅への入居が検討されることもある。

<補足>

ドラウア市の場合、イエルパー制度がなく、若い障害者へのサービスが少ない。本人が「自宅に住みたい」ということであれば、リフトを付けたりして住宅改造が行われる。また、障害者にやさしい住宅の提供もある。

そして、24時間在宅ケアが提供される。その際の判定は、高齢者と同様の質問紙が使われる。実際に24時間在宅ケアを提供しても、限界のある場合が多いものである。あくまでも本人の意思を尊重しつつ、プライエム(プライエボーリ)への入居が検討されるかもしれない。

【就業】(労働市場法)

働きたいという意思があるなら、ケースワーカーは雇用課に連絡して、本人との面談を設定し、適切な職場を見つける。

しかし、実際には…職場復帰するが、6ヶ月であきらめて障害者年金をもらうようになる。1年すると再び勤労意欲が湧いてきて、再度職場復帰する、というパターンが多い(オーフス市談)。

(3) モデル 3 / 知的障害(21 歳)

A. 申請

知的障害者は児童のときに発見され、障害児から障害者へのサービス移行も18歳の時点で終了しているため、市のケースワーカーとは継続的に連絡をとっているはずである(「3. 障害児に関する調査」の項を参照)。

デンマークには療育手帳はなく、知的障害の程度による区分をしていない。保健師による乳児への自宅訪問が徹底しているため、比較的早い時点で発見される。よって、医師の所見などの基礎資料も蓄積されている。ケースワーカーとの相談の中で計画された各サービスについて申請が行われる。

B. 判定、サービス

20歳前後のこうしたケースの場合、「もう少し自宅にいたい」という希望が強いのが一般的である。このケースも自宅にいるようであるが、デンマークにおいては、将来的には自分で生活できるように、その基盤となる住宅についての検討へと導いていく。具体的には、将来住むとよいと考えられる住宅への「ならし居住」を始める。

- ・障害者年金を受けながら、
 - ・住宅(Botilbud)に住み、
 - ・作業所・活動センターに通って、できるだけ自立して生活する。
- というのが、一般的である。

【支援型住宅】(107条、108条)

オーフス市では、障害者向けの住宅を「Botilbud」と総称している。グループホーム(スタッフ駐在なし)と素ふあつ津駐在型住宅の2種類が用意されている。

家賃を支払って居住する、公営の賃貸住宅である。

●オーフス市の障害者向け住宅提供の実際(再掲)

住宅提供 (Botilbud)

1. グループホーム Bofælleskab

一人ひとりの住居が集合した共同居住のグループホーム。

スタッフはおらず、在宅生活支援 (Bostøtte) を受けながら生活する。

自閉症のためのグループホーム

知的障害者のためのグループホーム

身体障害者のためのグループホーム

拒食症のためのグループホーム

など

2. スタッフ駐在型住宅 Boform (仮に「支援型住宅」と名づける)

24 時間スタッフが配置された住宅である。いわゆる、施設。

* コムーネによって「Bofælleskab」「Boform」の用語の使い方が異なるので注意が必要である。

(費用)

平均家賃は、5,000 ～ 6,000 クローネで、限度額は 6,300 クローネとされている。障害者年金だけでは不足する場合、住宅手当が支給される。その結果、手元には最低 4,000 クローネ (約 8 万円) 程度が残るよう、生活が保障されている。

オーフス市の場合、入居を希望する障害者が多く、長い待機リストがあるのが現状である。これは、バレラップ市にも当てはまり、障害者の住宅に関する判定会議では、緊急度の高い人に優先して入居が許可されることもたびたびある。

(申請)

申請は申請書によってなされ、判定委員会にかけられて決定される。

【(または)在宅生活支援 (Bostøtte)】(社会サービス法 85 条)

自宅、あるいは職員がいない「住宅提供」で暮らす場合には、Bostøt (生活サポート) が受けられる。

Bostøtte は、下記のメニューが連続的に提供されて生活の全体を支える場合もあるが、毎日の生活トレーニングを集中的に提供するなど、部分的に利用される場合もある。

< Bostøtte の具体的内容:再掲 >

- ・毎日の日課づくり
- ・毎日の生活トレーニング
- ・投薬確認
- ・身体衛生の指導
- ・公共交通機関の利用・外出のトレーニング
- ・教育・行動プラン (料理が作れるように、など)

* イェルパー制度においては、利用者が雇用者となって労務管理・金銭管理をしなければならないので、精神障害者・知的障害者は利用できない。よって、生活支援にあたっては、Bostøt を利用する。

*知的障害者は、同行サービスを利用できる。

【同行サービス】(97条)

同行サービスを利用できる。

【就業支援、作業所】(労働市場法、社会サービス法 103条)

スコーネジョブで就業できるように支援するが、実際は作業所で作業することが多い。グループホームで自分の生活を構築し、作業所に通う。また、作業所での就業が困難な場合には、活動センターで社会参加する。

【社会参加活動】(104条)

活動センターも利用する。夜のクラブ、ネットカフェなど多様な活動センターがある。

(4)モデル4 / 精神障害

A. 申請手続き

オーフス市、バレラップ市ともに、「このケースの支援は非常に難しい」とのことであった。

基本的には、市の社会福祉部が中心となり、ソーシャルワーカーがついてサービスをコーディネートしていく。長く精神科クリニックに通っていると推察できるので、すでに福祉事務所と連絡もついているであろう。

B. 機能能力評価

このケースの場合、かなり重度であるので面談リストは使わない。「使えない」という判断である(オーフス市)。

精神障害の程度については、オーフス市では回復原理理論によるキャンバーウェル・ニーズ・アセスメント(Camberwell Assesment of need)を使用している。統合失調症の人を対象に、「何を必要としているか?」をチェックするものである。

- ・当人がどのように回復したいかを希望し、
- ・精神科医がどのようにサポートすればよいかを考えるもの。

C. サービス内容、判定

統合失調症の場合、「自宅で暮らしたい」という希望が強いのが一般的である。本人の希望を重視して、在宅生活を支えるためのサービスを整えていく。以下の社会サービスが中心となるであろう。

- ・24時間在宅ケア(配食、シャワー など)
- ・Bostøtte(在宅生活支援)による生活トレーニングなど(精神障害者は、イェルパー制度、同行サービスが使えない)
- ・障害者年金
- ・就労意欲があれば、保護作業所、ジョブトレーニングなど

【24 時間在宅ケア】(社会サービス法 83 条)

本人ができない家事に対して、次のようなサービスが提供される。高齢者に提供される在宅ケア (Hjempleje) と同じスキームの中で届けられる。しかし、ヘルパーとコミュニケーションがとれない場合は、生活サポートに重点が置かれる。

(申請、判定)

高齢者に対して使うのと同様の書式「判定質問表 (Visitationskema)」が使われる。専門の判定員 (看護師、作業療法士・理学療法士) が自宅を訪ねて、判定を行う。このケースの場合、ケースワーカーが本人の事情をよく知っているので同席するであろう。判定員の判定によって、例えば、サービス内容は以下ようになる。

- ・ガスが使えないので温かい食事がとれない⇒配食サービスの提供 (夕食) + 電子レンジを使い自分で温める。できない場合、ホームヘルパーがやってくる。
 - ・(昼食はサンドイッチを、自分で作れるだろう)
 - ・シャワーが使えない⇒ホームヘルパーによるシャワー/週 2 回
 - ・洗濯ものが干せない⇒洗濯/週 1 回
- など

【在宅生活支援 (Bostøtte)】(85 条)

「どのような生活をするか」についての目標を本人とケースワーカーが相談して決め、支援内容が決定される。このケースの場合、次のような支援が考えられる。

- ・投薬の確認 (週 2 回)
 - ・身体衛生の指導
 - ・食事を温めるトレーニング
 - ・皿洗いのトレーニング
 - ・全体的見守り
- など

【その他】

病状が不安定であることから、入院する可能性もあるだろう。退院後は、家庭医の処方薬をもらいながら、地域の精神科クリニックと社会福祉事務所が連携をとりながら、見守ることになる。

職員付き住宅 (Boform) に入る可能性があるかもしれない (デンマークにおいては、各住戸はかなり独立している。1LDK の住戸は外界とつながっているタイプもある。近すぎる人間関係がストレスの原因にならないような住宅を選ぶことは、ある程度可能である)。

バレラップ市では、こうした重度の精神障害者が病院から退院して地域に戻ってくるときに、いかに地域で受け皿を作るか、非常に難しい課題であり、必ずしもうまくいっているとは言えない、とのことであった。「大きな穴に落ち込んでいくような心配がある」と表現していた (バレラップ市福祉コンサルタント談)。

3. 障害児に関する調査

(1) 障害児に対する福祉サービスの準拠法、定義

「社会サービス法 パート 4」が児童・若者に関する条項であり、次のような構成になっている。障害児へのサービスはこの中に記述されている。

障害児の定義に関して特別な記載はないが、繰り返し使われる表現として、「**身体的または精神的機能の重大な障害、または重篤で慢性あるいは長期の疾病を患う 18 歳以下の児童**」という表現が用いられている。社会サービス法における「身体的または精神的機能の重大な障害、または重篤で慢性あるいは長期の疾病」とは、以下の通りである。

●社会サービス法 パート 4 児童・若者

6 章 一般条項(19 条)

7 章 児童のためのデイケア施設(20 条～ 32 条)

8 章 クラブ、他の社会・教育・余暇施設(33 条～ 36 条)

9 章 財政支援(37 条～ 43 条)

10 章 在宅ケアと同行(44 条～ 45 条)

11 章 児童と若者への特別支援(46 条～ 75 条)

12 章 18 歳～ 22 歳の若者への支援(76 条)

13 章 公的助成のない民間の児童ケア施設(77 条～ 78 条)

●社会サービス法 41 条

コムーネ議会は、身体的または精神的機能の障害、または慢性病・長期疾病をもつ 18 歳以下の児童が在宅生活をするために、余計にかかる費用をカバーしなければならない。余計なコストが、機能障害が原因で起こるものであることが条件である。

2 - 3 項 略

「身体的または精神的機能の障害、または慢性病・長期疾病をもつ 18 歳以下の児童(41 条)」の具体例(社会サービス法では具体的記述なし)

慢性病／ガン／胃腸病／ダウン症／自閉症／身体障害／脳性マヒ／言語障害／先天的に片手がない／パラダー・ウィリー症候群(Prader Willi syndrome)

(2) 障害児に対する社会サービスの申請・判定

A. 発見から診断

デンマークでは、すべての新生児に対して保健師の家庭訪問が 1 歳まで続けられる。よって、障害児は保健師によって発見されるケースが多い。保健師が疑問を持った場合は、訪問が 1 年以上続けられる。自閉症の場合は 2 歳～ 3 歳で明確になる場合が多く、保育園の保育士が気づ

き、福祉事務所に手紙で知らせてくる。

その後、自治体の小児科医が派遣されて診断される。オーフス市の場合、「児童・若者課(児童・家庭課)」に15人の小児科医がおり、担当(保育園・学校)が決められている。

B. 診断、判定

福祉事務所に連絡が入ると、ケースワーカーは次のような点についてアセスメントを行う。文章で記入していく。社会サービス法 50 条に明記されている。

アセスメントのポイント

- ・1人有的时候、どのような行動をするか
 - ・他の子供・大人とともにいるとき、どのように行動するか(発達と行動)
 - ・家庭ではどのような状態か
 - ・保育園・学校ではどのような状態か
 - ・余暇活動はどうか
- など

カンファレンスメンバー

次のようなメンバーでカンファレンスが持たれる。

- ・保育士
- ・小児科医
- ・親
- ・市の児童福祉コンサルタント(上層部)
- ・保健師(新生児のときに家庭訪問していた保健師)

カンファレンス内容

次のような討議内容でカンファレンスが持たれる。

- ・社会サービス法 41 条に該当する児童であるかどうか
- ・さらなるテスト(児童精神科)の必要性
- ・トレーニング、セラピーの必要性
- ・どの保育園に行くのがよいか

(3) 障害児に対するサービス提供、施設

社会福祉部の福祉事務所が窓口となり、家族(親)にケースワーカーがついてサービスをコーディネートしていく。

A. 保育園(デイケア施設)、学校

社会福祉部の「児童・若者課」にいる教育コンサルタント(Pædagogikkonsulent)と親が相談して、どのような保育園が適切かを保育時間(6時間がいいのかどうか)とともに決める。

オーフス市には400ヶ所の保育園があり、うち100ヶ所が障害児の受け入れ体制が整っている。デンマークでは、未就学児童に対して次のような保育園が用意されている。「デイケア施設=保育園」という捉え方をしている)

- ・乳児保育園(0歳～2歳) Vuggestue
- ・幼児保育園(3歳～6歳) Boornehave
- ・年齢統合保育園(0歳～6歳) Integrerede institution
- ・学童保育園(6歳～9歳) Fritidshjem

B. 学校

デンマークでは、「国民学校(1年～9年)」で日本の小学校と中学校の学童期にあたる教育を一貫して行う。障害児のためには、特別学校(養護学校)、国民学校(7歳～17歳)の特別クラスがある。

バレラップ市(人口4万7千人)には2つの特別学校があり、1つは自閉症の児童のみを受け入れている。

C. さまざまなショートステイ

週末などに、親のレスパイトを目的として利用することができる。さまざまなタイプがある。

施設でのショートステイ

- ・AD/HDのためのショートステイ
- ・身体障害児のためのショートステイ
- ・知的障害児のためのショートステイ

介護ファミリーでのショートステイ

一般家庭が市の研修を受けて、「介護ファミリー(plejefamilie)」として登録し、障害児を預かるサービスである。市民が介護ファミリーに応募し、市の講習を受けて市から給料をもらう。介護ファミリーセンターが、募集・教育・コーディネート業務を行う。

自宅に来てもらうショートステイ(Aflastningsordning, Barnepigeordning)

自宅に人が来てくれて、障害児の親が休養したり外出できるレスパイトサービスがある。障害児が0歳～11歳であれば、自宅で育児(幼稚園)サービスを受けることができる。

D. 24時間型住宅提供(施設)

家族とともに自宅で暮らすことが困難な児童に対しては、「24時間住める住宅提供」がある。「親元で暮らす」ことを勧めているので数は少なく、重度障害児が対象である。虐待を受けた児童など、社会的問題を抱える児童も対象となっている。

「施設」概念についての補足:

デンマークにおいては、「施設」の概念を否定し(1998年)、「どこにいても自宅と同じ」環境を提供することに努めている。よって、「ケア付き」「ケアなし」に関わらず、「住宅提供 Botilbud」という概念をとっている(Botilbudは、障害者領域特有の表現)。障害児の場合でも実質的な居住型施設を、「Ophold og botilbud(滞在場所と住宅提供)」「Døgnbotilbud for børn(児童のための24時間型の住宅提供)」という言葉で表現している。

オーフス市の場合(人口 29 万人)

12 歳～14 歳の児童、7 歳～14 歳の児童、14 歳～18 歳の社会的・情緒的・行動的に問題のある児童を住ませ、「児童がここでの生活に積極的に参加することで、社会生活への興味を持ち、スキルを発展させることができる」ように、生活をともにしている。

重度の介護を必要とする障害児のためには、2 ヶ所あり、合計 10 人が生活している。

バレラップ市の場合(人口 4 万 7 千人)

バレラップ市でも、昔は病院での療養を余儀なくされていた児童たちが「24 時間住める住宅提供 (Døgnbotilbud)」で生活している。週末には親元に帰ることが多い。

デンマークでは「Institution (施設)」という言葉も、行政の用語にも出てこない。また、24 時間型住宅では、各自個室を持って(あるものは 2 部屋の住戸)生活している。「施設」という言葉を使うことによる日本独特のイメージを回避するためにも、使用しない。

【リレバンスゴー (Lillevangsgård)】(児童・若者向け 24 時間型住宅)

- ・14 歳～17 歳
- ・(機能障害) 怒り、うつ、摂食障害、怒り
- ・(社会的問題) 内的行為障害、社会交流障害、自傷行為、両親の状況に起因する問題、性的虐待、虐待(暴力)

【バレラップ若者ペンション (Ballerup Ungdomspension)】(児童・若者向け 24 時間提供)

- ・14 歳～17 歳、18 歳～23 歳
- ・(機能障害) 身体介護が必要な障害児
- ・(社会的問題) 内的行為障害、外的行為障害、社会交流障害、両親の問題

【バレラップ市家族ケア】(児童・若者向け 24 時間型住宅)

- ・0 歳～17 歳
- ・(機能障害) 怒り、うつ、転換性障害、人格障害、摂食障害、ADHD、自閉症
- ・(社会的問題) 内的攻撃行為、自傷行為、両親の状況に起因する問題、性的虐待、虐待(暴力)

【CD 財団ハウス (Fonden Carpte Diem Huset)】(児童・若者向け 24 時間型住宅)

- ・3 歳～17 歳
- ・(機能障害) ADHD、自閉症

E. 必要経費保障 (Merudgift) (41 条)

「身体的または精神的機能の障害、または慢性病・長期疾病をもつ 18 歳以下の児童が在宅生活をするために余計にかかる費用」が、親に対して支払われる。受給者数は図表 1 の通り。

障害が原因で起こる必要経費への保障であるが、例えば次のような項目に対して支払われる(18 歳を過ぎると、必要経費保障は 100 条適用となる)。

- ・オムツ代
- ・薬代
- ・車のガソリン代(障害児の主たる長距離移動手段が車である場合など)
- ・補助器具に特殊な装置を付加する場合(市によって異なる)
- ・短時間労働について雇用者の同意が得られない場合、送り迎えの人を雇用する費用。

図表 1 障害児に関する必要経費保障・受給の実態

	2006年	2007年
受給者数(人)	32,383	34,696
1年換算の受給者数(人)(注1)	19,001	19,620
総額/百万クローネ (日本円:億円)(注2)	751 (150)	915 (183)

(注1)6ヶ月の利用が2名なら1年換算では1名と数える。

(注2)近年の平均をとり、1クローネ=20円として換算(2008年金融危機以降の円高のため、2008年時点で1クローネ=16円であるが、それまでは22円であった)

出典: Stiske Efterretninger :Sociale forhold, sundhed og retsven 2008:14 より松岡作成。

F. 親の給料減額保障(Tabt arbejdsfortjeneste)(42条)

障害児(18歳以下)を自宅で養育するにあたって、親が就業できない場合は給料が保障される。受給者数は図表2の通り。

図表 2 障害児に関する親への給料保障・受給の実態

	2006年	2007年
受給者数(人)	16,395	15,556
1年換算の受給者数(人)(注1)	7,198	5,912
総額/百万クローネ (日本円:億円)(注2)	907 (180)	849 (170)

(注1)6ヶ月の利用が2名なら1年換算では1名と数える。

(注2)近年の平均をとり、1クローネ=20円として換算(2008年金融危機以降の円高のため、2008年時点で1クローネ=16円であるが、それまでは22円であった)

出典: Stiske Efterretninger :Sociale forhold, sundhed og retsven 2008:14 より松岡作成。

G. 補助器具、住宅改造

補助器具が、市の補助器具センターから無料貸与される。補助器具センターの作業療法士が必要な補助器具を選定し、判定する。成長にしたがって、器具のサイズや機能が変化するが、前のものを変換して新しいものに交換してもらう。古いものは洗浄されて、次の利用者に使用される。

車椅子を自宅で利用できるようにするなど、住宅改造も申請できる。大きな市では、補助器具センターに「子供チーム」があって、自宅を訪問して判定する。

H. その他

親への教育

18歳になる前に、サービス移行(「パート4 児童・若者」から「パート5 成人」へ)についての情報提供・教育を行う。

例えば、障害児を対象としたサービスは18歳で停止される。その後、社会サービス法100条が適応される。41条は比較的ゆるいが、100条は厳しい。そのため親の準備が必要となるので、時間をかけて情報提供し教育していく。

(4) 予算

児童福祉の予算を、オーフス市を例にとって示すと以下のようなものである(図表3参照)。児童・若者・家族が統合されているので「児童福祉」のみの実額は把握できない。

図表3 オーフス市の社会福祉予算(2008年) 全体:486.8億円

	予算額(億円)	(%)
児童・若者・家族	183.7	37.7
成人障害者	167	34.3
精神障害者	61.7	12.7
特別な社会問題	39.4	8.1
事務	31.1	6.4
その他	3.9	0.8
合計	486.8	100.0

出典: VIRKSOMHEDSPLAN '08-'09, Århus Kommune

参考引用文献・資料

【一般文献】

- Bengtsson, S. (2008), *Danish Disability Policy*, Lecture for Central Ostrobothnia Culture Institute (Presented in Power-point material)
- Danmarks Statistik (2008), *Statistiske efterretninger; Social forhold, sundhed og retsvesen 2008:14*
- Danmarks Statistik (2008), *Statistiske efterretninger; Social forhold, sundhed og retsvesen 2008:15*
- 松岡洋子(2001)『老人ホームを超えて:21世紀高齢者福祉レポート』かもがわ出版
- 松岡洋子(2005)『デンマークの高齢者福祉と地域居住:最期まで住み切る住宅力・ケア力・地域力』新評論
- 松岡洋子(2007)「デンマークの地域居住に学ぶもの:認知症ケアと居住の側面から」『老年精神医学雑誌』18-2 (2007.2)、国立社会保障・人口問題研究所、178-185
- 松岡洋子(2008)「デンマークの高齢者住宅とケア政策」『海外社会保障研究』164、2008Autumn、54-64
- 長崎和則(2007)「障害程度区分の在り方:ICFの視点から考える」『精神障害とリハビリテーション』11(2)、2007.11、122-126
- OECD (2007) *Health at glance 2007*, OECD
- 大阪外国語大学デンマーク語・スウェーデン語研究室(2001)『スウェーデン・デンマーク福祉用語小事典』創元社
- 下垣 光(2006)「デンマークにおける障害者・高齢者福祉と地方自治体の行政改革」『海外社会保障研究』154、2006 Spring、60-69
- 田口繁夫(1999)「障害者福祉」、中村優一・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉 6:デンマーク、ノルウェー』旬報社、62-83pp
- 財務省(2005)『平成17年社会保障統計年鑑』
- Århus Kommune, "SS96 Hjelperhåndbogern"
- http://www.aarhuskommune.dk/portal/borger/handicap_psykiatri/handicap/hjaelper_og_ledsager/hjaelper

【国の広報冊子】

The Danish Disability Council (2006), *The Principle of Danish Disability Policy*,

【市の広報冊子】

Århus Kommune (2008), *VIRKSOMHEDSPLAN*

■ 添付資料

1 / 面談リスト

面談リスト Samtaleskema

日付:	Cpr 番号:
名前:	
基本情報 (すべて記入してください)	
市民の名前	
日付:	
Cpr 番号:	
結婚・同居者 : はい・いいえ _____	
同居の子供 : はい・いいえ _____	
年齢 : _____	
申請の背景は何ですか?	
どのような種類の機能障害がありますか?	
その他には?	



1. 日常生活

日常生活を自分でやるにあたって、問題がありますか?

もし問題がなければ、3番 (家族・その他の交流) に進んでください。
 身体介護をするにあたって、問題がありますか? どんな問題ですか?
 (例: 身体を洗う、入浴する、トイレに行く、衣服の着脱、ベッドでの起き上がりなど)

食事に関して、問題がありますか? どんな問題ですか?
 (例: 食事づくり、配膳、食べる・飲む、薬の管理、後片付けなど)

買物に関して、問題がありますか? どんな問題ですか? (移動ではない)
 (例: 計画、家事関連品・食べ物・衣服・大きなものを買う、支払い、コインや紙幣を使う、レシートを確認するなど)

経済に関して、問題がありますか? どんな問題ですか?
 (例: 銀行口座を維持し、請求書を払う)

毎日の生活の計画を自分自身で立てていくことに関して、問題がありますか? どんな問題
 ですか?
 (例: 作業に集中する、行動目標をつくる、一度に二つ以上のことをする)
 安心して毎日の生活を送る上で、問題がありますか?
 (例: 一人でいること、病気であること、暗闇の中にあることに対して)

その他には?

<p>2. 家族・他人との交流 家族やその他の人と一緒にいることに関して、問題はありますか？</p> <p>もし問題がなければ、4番（余暇、しごと）に進んでください。 子供・孫・同居人・パートナーの世話に関して、問題はありますか？どんな問題ですか？ （例：入浴、着脱衣、食事作りの世話など。遊び、リラクセス、コーチング。保育園、医院、町と一緒に行くなど。）</p> <p>世話をしてもらうことに関して、問題はありますか？どんな問題ですか？ （例：パートナー、子供、他の家族メンバー、友人、隣人など、毎日の生活を他人に援助やサポートをしてもらうことはできませんがその時、防衛したり、受け入れを示したりしますか？）</p> <p>他人と接触することに関して、問題はありますか？どんな問題ですか？ （例：能力を使ったり、他人と一緒にいたり、家族と生活をともにする可能性）</p> <p>その他には？</p>
--



<p>3. 余暇、労働、トレーニング 余暇、労働、トレーニングに関して、問題はありますか？</p> <p>もし問題がなければ、5番（コミュニケーション）に進んでください。 余暇活動に参加することに関して、問題はありますか？どんな問題ですか？ （例：可能性、限界、将来の希望）</p> <p>活動には興味がありますか？それとも、難しく可能性は低いですか？ （例：国内、国外で休暇をとるなど）</p> <p>仕事をすることやトレーニングをすることに関して、問題はありますか？どんな問題ですか？ （例：可能性、限界、将来の希望）</p> <p>ボランティア活動に参加することに関して、問題はありますか？どんな問題ですか？ （例：組織するような仕事、政策にかかわるような仕事）</p> <p>その他には？</p>
--

★資料1：面談リスト（デンマーク）

3

★資料1：面談リスト（デンマーク）

4

4. コミュニケーション	コミュニケーションに問題はありますか？
	もし問題がなければ、6番（住宅）に進んでください。
	一緒に話すこと（面談）に関して、問題はありますか？どんな問題ですか？ (例：話す、聞く、他人が言ったことを理解する、言われたことに注意を払うなど) 読み書きに関して、問題はありますか？どんな問題ですか？
	(例：読む、書く、読むだことを理解し注意を払うなど) 情報機器を使うことに関して、問題はありますか？どんな問題ですか？ (例：電話、eメール、コンピュータ、ラジオ、テレビなど)
	その他には？



5. 住宅	住宅の状態について問題はありますか？
	もし問題がなければ、7番（移動）に進んでください。
	家の中で動き回るのが問題がありますか？どんな問題ですか？ (例：各部屋のドア、庭、庭、から出る・入る、すべての部屋に行ける、台所・風呂・寝室が使えるなど)
	家の維持管理に関して、問題はありますか？どんな問題ですか？ (例：きれいに保つ、掃除をする、しつらいをする、修理をする、庭やベットの世話をする)
	家で活動することに関して、問題はありますか？どんな問題ですか？ (例：趣味活動、余暇活動、社会的交流)
	その他には？

6. 移動
移動の状態について問題がありますか？ もし問題がなければ、この質問を飛ばしても良い。
移動の手段に関して、問題がありますか？どんな問題ですか？ (例：自動車、公共交通、自転車)
戸外で動き回ることにに関して、問題がありますか？どんな問題ですか？ (例：近所、家族が住んでいるところ、森、散歩)
室内で動き回ることにに関して、問題がありますか？どんな問題ですか？ (例：家族・友人とともに、公共の建物で)
その他には？



機能能力の要約
1. 基本情報
2. 日常生活
3. 家族・他人とともにいる
4. 余暇、仕事、トレーニング
5. コミュニケーション
6. 住宅
7. 移動
8. その他

★資料1：面談リスト (デンマーク)

7

★資料1：面談リスト (デンマーク)

8

2 / 在宅ケア 判定質問表

A: 利用者の毎日の生活

	できるか?できないか?				その人にとっての意義?		注意事項
	利用者はどのように次の活動・操作ができますか?						利用者が述べたことを詳しく書く
	自分でできる	部分的にできる	自分でできない	適切でない	制限が生じない	制限が生じる	
仕事							
家族・友人へのコンタクト							
興味・趣味							
雇用							
身体の衛生							
毎日の家事							
住宅や庭の手入れ							
買物							
散歩							
希望と優先順位							
他に注意すること							

B1: 専門的アセスメント

活動	機能レベル					適切でない	メモー注意事項
	0	1	2	3	4		
食べる	0	1	2	3	4	/	
飲む	0	1	2	3	4	/	
入浴する	0	1	2	3	4	/	
身体を洗う	0	1	2	3	4	/	
身体介護	0	1	2	3	4	/	
衣服を着る、脱ぐ	0	1	2	3	4	/	
トイレに行く	0	1	2	3	4	/	
家の中で移動する(歩き回る)	0	1	2	3	4		
日々の買物	0	1	2	3	4		
食事を作る	0	1	2	3	4		
清掃する	0	1	2	3	4		
衣服・リネンの洗濯	0	1	2	3	4		
外出(戸外に出かける)	0	1	2	3	4		
公共交通を利用する	0	1	2	3	4		
移動する	0	1	2	3	4	/	
機能能力において病気の悪化を予防する	0	1	2	3	4		
毎日の活動を確かに行う	0	1	2	3	4	/	

B2: 精神的・身体的機能--利用者に、毎日の生活に制限を及ぼすような心理的・精神的機能障害がありますか?

精神的機能障害	はい		いいえ		
身体的機能障害	はい		いいえ		

第7節 イギリス

(グレート・ブリテンおよび北アイルランド連合王国)
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

1. 障害者介護サービスに関する調査	270
2. モデルに関する調査	309
3. 障害児に関する調査	318
■添付資料.....	325
1 / 単一評価プロセス (Single Assessment Process; SAP)	
2 / 「障害者生活手当」の申請内容	
3 / 「所得補助」「求職者手当」「就労不能給付」の申請内容	
4 / ドーセット・カウンティカウンシル全域 単一評価 総合査定	

本節では、イギリス全体を概観しながら、調査員が在住するドーセット・カウンティカウンシルを中心に述べる。

ヘンダーソン 直子 (OT Department, St. Leonard's Community Hospital)

1. 障害者介護サービスに関する調査

(1) 障害の定義、範囲、区分(制度別)

イギリス(UK)¹⁾では、障害者差別禁止法(Disability Discrimination Act; DDA)において障害者(Disabled Person)を「日常生活を送ることを阻む重大で長期的な身体的、または精神的な障害を持つ人々のこと」と定義している。

定義中の「重大で」というのは、“たいしたことではない(Minor)”や“ささいな(Trivial)”ということとは含まない。「長期的な」というのは、影響を及ぼしている障害がこれまでに12ヶ月以上続いた、もしくはこの先少なくとも12ヶ月以上続くと予想されることを指す。「日常生活」には、食事をする、体を洗う、歩く、買い物に行くなどが含まれる。「日常生活を送ることを阻む」というのは、移動能力、手の巧緻性、発話、聴力、視力や記憶力などの能力(障害者差別禁止法, DDA中にリストアップされている)などが阻害されていることを指す(放火癖があるとか、花粉症などの状態は除外されている)。

この定義に見合う障害を過去に持ったことのある人も、この制度に包含される。また、進行性の疾患を持った人も、重度に日常生活に支障をきたすようになると、この制度のもとにおいて障害者と定義される。

2005年障害者差別禁止法(DDA)の法改正では障害の定義が変更され、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)、ガンや多発性硬化症を持つ人々は、「日常生活に支障をきたすようになってから」ではなく、「診断が下された時点から」障害者の定義に含まれるとみなされるようになった。

精神障害の範囲については、以前は知的障害(Learning Disability)²⁾も精神障害に含まれると考えられていたが、2007年に精神保健法(Mental Health Act 2007)が改正され、精神障害の定義づけがなくなった。また「知的障害者は、異常な攻撃性や無責任な行動を取らない限り精神障害者とはみなされない」と変更されている。

なお、障害の度合いや範囲を分けるような法律はなく、障害者差別禁止法(DDA)では、障害者が障害のない人と同様の機会が与えられることを保障している。

(2) 要介護者の定義、範囲、区分(制度別)

「一見して明らかに障害があるとわかる人は誰でも、そのニーズの査定をしてもらう権利がある」と、1990年国民保健サービス及びコミュニティケア法(National Health Services and Community Care Act 1990)で規定している。しかし、ケアサービスを提供する必要があるかどうかは、地方自治体の社会サービス部がニーズのアセスメントを行い、その結果に基づいて決定をする。

アセスメントのプロセスで要介護者を決定するには、国のケア(介護)基準である「ケアサービスへの公正なアクセス：成人社会ケアの受給資格基準に関する指針」(Fair Access to Care

Services: Guidance on Eligibility Criteria for Adult Social Care) を利用する (対象は 18 歳以上)。

この指針では、対象者の自立性を脅かす危険性や、ニーズが満たされなかった場合に起こる結果を視野に入れ、「緊急 (Critical)」「重度 (Substantial)」「中度 (Moderate)」「軽度 (Low)」の 4 つのグループに段階分けがされている。一般的には「緊急」と「重度」のニーズのある人にサービスが提供されている。

「ケアサービスへの公正なアクセス指針」は、イギリス保健省 (Department of Health) により、地方自治体の社会サービス部が成人ソーシャルケア (Adult Social care) において公平で一貫した判断を下すことができるような枠組みを提供するために、1970 年、地方自治体社会サービス法 (Local Authority Social Services Act 1970) 第 7 条 1 項に基づいて 2002 年に作成された。

この指針では、地方自治体は対象者が社会サービス (ソーシャルケア) による地域ケアサービスを受けることができるかどうかの受給資格基準を、地方自治体の財原、地域住民の期待、そして地域の物価を鑑みて設定するべきである、とされている。また、病院から地域でのケアへの移行や、病院からの退院などを考慮し、その受給資格基準は NHS (National Health Service, 国民保健サービス) との同意を得たうえで決められるべきであり、その自治体内で、地方自治体レベルや国レベルの他の機関を通して一貫して用いられるべきである、とある。

つまり、この指針は要介護者を 4 段階に分けて定義しているが、どの段階の要介護者にサービスを提供するかどうかは、地方自治体によって決められるということである。

例えば、調査員の住むドーセット・カウンティカウンシル (イギリスの自治体の 1 つ) では、「緊急」と「重度」が対象とされている (ただし、サービスの受けられない「中度」と「軽度」と査定された人についても、他のしかるべき提供団体からサービスを受けるための支援や情報が提供される)。

ケアサービスへの公正なアクセス指針」による 4 段階の定義

1. 緊急(Critical)

- ・生命が脅かされる状態にある、もしくは将来そういった状態になる
- ・重大な健康の問題が発生した、もしくは将来発生する
- ・生命維持のために必要な環境のコントロールや選択肢を持たないか制限されている、もしくは将来そういった状態になる
- ・深刻な虐待やネグレクトが起こっている、もしくは将来起こる
- ・生命維持に必要な身辺処理や家事を含む日常生活活動が行えない、もしくは将来行えなくなる
- ・非常に重要な仕事や教育、学習活動への従事を持続させることができない、もしくは将来できなくなる
- ・非常に重要な社会的機能や関係を維持できない、もしくは将来できなくなる
- ・非常に重要な家族としての、または社会的役割や責任を維持できない、もしくは将来できなくなる

2. 重度(Substantial)

- ・生命維持のために必要な環境のコントロールや選択肢を部分的に持つのみである、もしくは将来そういった状態になる
- ・虐待やネグレクトが起こった、もしくは将来起こる
- ・生命維持に必要な身辺処理や家事を含む日常生活活動の大部分が行えない、もしくは将来行えなくなる
- ・仕事や教育、学習活動への従事を多くの局面で持続させることができない、もしくは将来できなくなる
- ・大部分の社会的機能や関係を維持できない、もしくは将来できなくなる
- ・大部分の家族としての、または社会的役割や責任を維持できない、もしくは将来できなくなる

3. 中度(Moderate)

- ・身辺処理や家事を含む日常生活活動のいくつかが行えない、もしくは将来行えなくなる
- ・仕事や教育、学習活動への従事をいくつかの局面で持続させることができない、もしくは将来できなくなる
- ・いくつかの社会的機能や関係を維持できない、もしくは将来できなくなる
- ・いくつかの家族としての、または社会的役割や責任を維持できない、もしくは将来できなくなる

4. 軽度(Low)

- ・身辺処理や家事を含む日常生活活動の 1 つか 2 つかが行えない、もしくは将来行えなくなる
- ・仕事や教育、学習活動への従事を 1 つか 2 つかの局面で持続させることができない、もしくは将来できなくなる
- ・1 つか 2 つかの社会的機能や関係を維持できない、もしくは将来できなくなる
- ・1 つか 2 つかの家族としての、または社会的役割や責任を維持できない、もしくは将来できなくなる

上記に関連して地方自治体は、一般的に身体障害、感覚障害、知的障害もしくは精神障害によって起こるニーズを持った成人(18歳以上)に対して、地域ケアサービスを提供する。この点で、そのようなサービスを提供する自治体の責任は、主に次の法令で規定されている。(図表1参照)。

図表1 地域ケアサービスにおける自治体の責任を規定する主な法律

1948年	国民援助法／National Assistance Act 1948.
1968年	保健サービス及び公共保健法／Health Services and Public Health Act 1968.
1970年	慢性疾患・障害者法／Chronically Sick and Disabled Persons Act 1970.
1977年	国民保健サービス法／National Health Service Act 1977.
1983年	精神保健法／Mental Health Act 1983.
1986年	障害者(サービス、協議、参画)法／Disabled Persons (Services, Consultation and Representation) Act 1986.

出典；(LAC (2002)13: Fair access to care services: guidance on eligibility criteria for adult social care)
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009653、

ケアサービスへの公正なアクセス:成人社会ケアの受給資格基準に関するガイダンス(佐藤久夫訳)

http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/ea/071124_sato_DH2002/index.html

(3) 制度の名称、根拠法

A. 成人向けサービスについて

イギリス(UK)では、NHS(国民保健サービス/医療を提供)、社会サービス(ソーシャルケア/福祉を提供)、ジョブセンタープラス(Jobcentre Plus/給付金や就労援助を提供)の大きく3つのサービス(制度)に分かれる。

a) NHS(国民保健サービス)

1946年国民保健サービス法(National Health Service Act 1946)に基づいて設立され、その後1990年国民保健サービス及びコミュニティケア法(National Health Service and Community Care Act 1990)、1999年保健法(Health Act 1999)によって変更が加えられた。予防やリハビリテーションを含む、包括的な医療サービスを提供する。

b) 社会サービス(ソーシャルケア)

社会サービス(介護だけではなく、広い意味での社会サービスを行う)は、当初は1948年国民援助法(National Assistance Act 1948)のもとに設置された。その義務は1970年地方自治体社会サービス法(Local Authorities Social Services Act 1970)によって地方自治体に置かれ、その範囲は1970年に慢性疾患及び障害者法(Chronically Sick and Disabled Persons Act 1970)によって拡大された。

また、1990年国民保健サービス及びコミュニティケア法では、

- ・地方自治体が在宅介護の包括的責任を持つ
- ・地方自治体は介護計画を作成する
- ・地方自治体は適正な在宅介護のサービスを受ける必要があると思われる人を評価しなければならない

- ・地方自治体は社会サービス部により提供される在宅介護サービスを調整しなければならない
- ・地方自治体は民間またはボランティアによる介護サービスを購入することによって、その発展を奨励・促進しなければならない
- ・地方自治体は苦情処理のシステムを設置しなければならない

といった内容が盛り込まれ、地方自治体の責任が明確になった。

また、ケアサービスのための直接現金支給については、1996年コミュニティケア(直接支払い)法(Community Care(Direct Payment)1996)で促進され、2003年には義務化されている。

c) ジョブセンタープラス

1909年に議案、職業紹介所設置法(Labour Exchange Bill)により形づくられ、1911年国民保険法(National Insurance Act 1911)により建設業やエンジニア、造船業といった限られた職業を対象に疾病や失業に対して補償するシステムがつくられた。1946年国民援助法により、その補償システムは全職業を対象に広げられた。2002年4月1日より、雇用サービスと給付金事務局が合併し、正式に労働・年金省(Department of Work and Pension)の執行機関として位置づけられた。

B. 子供向けサービスについて

18歳未満の者に対してのケアサービスについては、中央政府が決めた適性基準はなく、地方自治体は1989年児童法(Children Act 1989)に基づいて独自のサービスとそれに対する適性基準を作成することが求められている。

児童法では、特別なニーズを持った子供のための、適切なサービスとアドバイスの提供、必要な住居の提供、障害のインパクトを最小限に収めるためのサービスの提供、虐待の防止、非行防止、ファミリーセンター³⁾の設置を義務づけている。

(4) 運営主体

主に医療を提供するNHS(国民保健サービス)と福祉を提供する社会サービス(ソーシャルケア)は保健省(Department of Health)が管轄し、それぞれの業務執行機関は、NHSはNHS執行部(NHS Executive, 保健省の一部署)に、社会サービス(ソーシャルケア)は地方自治体の社会サービス部に置かれている。また給付金や就労援助を提供するジョブセンタープラスは、労働・年金省(Department for Work and Pension)により管轄・運営されている。

(5) 制度の体系・相互の位置づけ

前述の「(2) 要介護者の定義、範囲、区分(制度別)」と「(3) 制度の名称、根拠法」を参照。

(6) 加入対象者、加入者数

NHS(国民保健サービス)、社会サービス(ソーシャルケア)、ジョブセンタープラスともに加入する必要はない。イギリス(UK)国内の住民であれば利用できる。

(7) 給付内容

A. NHS から提供されるサービス

NHS(国民保健サービス)が提供するサービスには、プライマリケア(Primary Care)、二次的ケア(Secondary Care)、中間ケア(Intermediate Care)、継続するケア(Continuing Care)、統合ケア(Integrated Care)などがある。

これらには、医師による医療、薬剤サービス、地域の看護師等による保健サービス(訪問看護など)が含まれる。

a) プライマリケア(Primary Care)

地域に基盤を置いたケアを指し、人々が最初に受けることができるケアサービスであり、かかりつけ医(General Practitioner; GP)⁴⁾や歯科医、看護師、他の専門家たちなどが担当する。

プライマリケアによる主なサービスは図表2の通り。

図表2 プライマリケアに含まれるサービス

サービス	内容
診療所によるサービス	健康に関連する問題についてアドバイス、予防注射の接種、検査・治療、薬の処方や他の医療機関や自治体の社会サービス部への紹介などを行っている。
訪問看護サービス	自宅等で看護師による医療サービスを必要としている人を対象に提供される。サービス内容は、包帯の交換、注射、医療機器(吸入器、注射器やインシュリン値測定器具、褥瘡防止クッションなど)の提供・使用指導など。訪問看護は、診療所や病院、自治体の社会サービス部と密接に連携し、病院から退院した後のフォローアップなども行っている。

出典: Turner, A. Foster, M. Johnson, S. 2002. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Principles, Skills and Practice*. p.216.、*Primary care*
http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/DH_288 をもとに作成。

b) 二次的ケア(Secondary Care)

主に、病院を基盤としたケア(入院治療)、または理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、栄養士、手術担当医、義肢装具士、放射線技師、などを含む専門家によるケアのことを指す。二次的ケアを利用するためには、かかりつけ医(GP)や救急外来(Accident and Emergency Department)からの紹介状などが必要である。手術や移植、放射線治療、リハビリテーションなどが行われている。具体的なサービスは図表3の通り。

図表3 二次的ケアに含まれるサービス

サービス	内容
作業療法	身体もしくは精神的問題、健康・医療に関連する問題や知的障害を持った人たちが日常生活をより円滑に送れるように、日常生活や仕事に関連するアドバイスを提供したり、リハビリテーションを行ったり、日常生活活動を別の方法で実施できるかどうかを検討したり、他の専門家に紹介したりするなどして援助する。家屋の改造や福祉機器の提供なども行う。
理学療法	心肺機能、痛みなど身体的困難により生じた問題の解決を図る。理学療法士は対象者の移動能力を改善、より自立した生活が送れるように援助する。
言語療法	知的障害、脳血管障害、頭部外傷、神経学的障害などによる、言語・発話に問題のある人を対象に援助している。また摂食や嚥下に問題がある人への治療も行っている。
難聴のためのサービス	補聴器を無期限・無料で貸し出しをしている。また、補聴器の維持・管理も無料で行われている。
視覚に関するサービス	検眼士などが視力テストを行い、コンタクトレンズや眼鏡を調整する。また検眼士が眼病などを見つけた場合は、他の機関への紹介を行っている。
皮膚科でのサービス	がん治療や脱毛症の結果、頭髪を失った人に対してかつらや布の処方を行っている。
技師装具のサービス	人工の四肢や、体の一部をコントロールしたりするスプリントを提供している。リハビリテーションのアドバイスも行っている。

出典； Secondary care

<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Secondarycare/index.htm> をもとに作成。

c) 中間ケア (Intermediate Care)

プライマリケアのみのサポートでは不十分であるが、二次的ケアの必要性が認められない人のために、一時的に治療やリハビリテーションなどを提供する。

中間ケアチームは看護師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、地方自治体の社会サービス部から出張してきているケアマネジャー、リハビリテーションアシスタントなどの多職種から成り立つチームで、ケアプランに沿って患者さんの自宅等を訪問し、二次的ケアへの移行（入院治療）を防いだり、退院してきた患者さんがスムーズに元の生活に戻れるように援助をしたりする。

このサービスは最長6週間を目処に提供されるが、1～2週間で終了する人もいれば、骨折がなかなか治癒しないなどの理由で6週間以上提供される場合もある。

d) 継続するケア (Continuing Care)

病の急性期とリハビリテーションの時期を過ぎた（つまり慢性期の）患者さんのために提供されるケアのことである。一般的に病院以外でも継続される医療サービスを指すもので、病院のほか、ケアホーム、もしくは患者さんの自宅など、適切でさえあれば施設を問わず提供される。

この「継続するケア」を受けるための基準は、対象者が「連続して、もしくは頻繁に医療または専門分野を担当する看護師の介入を必要としている」ことである。NHSの多職種チームのスタッフが、行動面、認知面、心理的ニーズ、コミュニケーション、移動能力、摂食状態、排泄、皮膚

の状態、呼吸、薬物療法、意識状態、その他のケアニーズについて評価する。
このサービスには、図表4の2種類がある。

図表4 継続するケアによるサービス

サービス	内容
継続する保健ケア (Continuing Health Care)	NHS 単独により準備、提供、出資される医療ケアサービスのことである。提供される場所は問わず、例えば、もし対象者が看護付きケアホーム ⁵⁾ に入居している場合はその入居費と看護費を、もし対象者が24時間在宅介護を利用している場合はその費用をNHSが支払うことになる。
NHSが助成する(ケアホームにおける)看護サービス (NHS Funded Nursing Care)	2001年10月より始まったシステムである。看護付きケアホームの利用料は生活型ケアホームの利用料に看護(医療)の利用料を加えたものだが、NHS所属の登録看護師によって看護ケアを必要としていると認定されると、ケアホームの費用のうち、看護費はNHSにより支払われることになる(NHS Funded Nursing Care = NHS出資の看護ケア)。給付金は一律週当たり103.80ポンド(2008年4月) ⁶⁾ で、NHSからケアホームに直接支払われる。

出典; NHS *Funded Nursing Care in Nursing Homes What it means for you*
[http://www1.dorsetforyou.com/caring/Leaflets.nsf/-/468A56C4303DAFE680256B1300387F07/\\$FILE/NHS%20Funded%20Nursing%20Care%20in%20Nursing%20Homes%20-%20What%20it%20means%20for%20you.pdf](http://www1.dorsetforyou.com/caring/Leaflets.nsf/-/468A56C4303DAFE680256B1300387F07/$FILE/NHS%20Funded%20Nursing%20Care%20in%20Nursing%20Homes%20-%20What%20it%20means%20for%20you.pdf)

e)その他

前述のほか、以下のサービスがNHSより提供される。

- ・緊急時の医療対応(Emergency Care)
- ・薬の処方
- ・妊娠・出産の援助

2006 - 07年 NHS 予算は843億8,300万ポンドで、内訳は税金が76.2%、国民保険からの収入が18.4%、基本的収入(Capital Receipts)が0.2%、患者の自己負担が2.6%、利子などの収入が2.6%であった。2008 - 09年予算は国から925億ポンドである。

出典; Department of Health *Departmental Report 2006 Chapter3 P41*
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_4134613,
Budget 2008 Stability and opportunity: building a strong, sustainable future
http://www.hm-treasury.gov.uk/d/bud08_corrections.pdf

B. 自治体の社会サービス部から提供されるサービス

中央政府は基準や法律は提供するが、具体的な組織づくりや提供されるサービスは地方自治体に決定権がゆだねられているため、サービス内容は地方自治体で異なる。そこでドーセット・カウンティカウンシルの例を以下に記す。

ドーセット・カウンティカウンシルの社会サービス部は、18歳以上の成人を対象とした社会サービス(ソーシャルケア)を扱う「アダルト&コミュニティサービス(Adult and Community Services)」と、18歳未満を対象とした社会サービスを扱う「チルドレンズサービス(Children's Services)」に分かれる。

アダルト&コミュニティサービスでは成人のための健康やケアに関するサービス、商業基準(Trading Standards)、図書館の管理や成人のための学習の機会などの提供を行い、チルドレンズサービスでは学校の運営や、チャイルドケア、子供の保護、子供の養子縁組、障害や非行の問題がある子供のサポートなどを行う。

a) 在宅サービスについて

図表 5 と図表 6 に、ドーセット・カウンティカウンシルの社会サービス部により提供される在宅サービスを記す。対象者については、基本的に要介護高齢者と障害者(若年)の区別はない。

図表 5 在宅介護で提供される主なサービス(要介護者向け)

サービス	内容	対象
訪問介護	利用者の健康、衛生、安全性を保つために、起床・就寝の援助、清潔の維持、衣類の着脱、食べ物の準備、トイレに行くことなどの介助が行われる。家事や買い物は対象ではない。	ケアサービスへの公正なアクセス(FACS)の「緊急(Critical)と「重度(Substantial)」のニーズを持つ人。
福祉機器の貸し出し	福祉機器(室内トイレ、褥瘡防止マットレス・クッション、多機能ベッドなど)が無料で貸し出しされる。貸与される機器については、作業療法士の評価によって決定される。	FACSの「緊急」と「重度」のニーズを持つ人。
作業療法 (住宅改修を含む)	できるだけ自立して生活できるように、問題解決などが図られる。作業療法士は、トイレの移乗動作、ベッドからの起居動作、衣類の着脱、階段の使用、摂食動作、家への出入り、家の中の移動、入浴動作などの援助・指導を行う(住宅改修、福祉機器の提供を含む)。また、理学療法士や登録かかりつけ医等と協業することも含まれる。	FACSの「緊急」と「重度」のニーズを持つ人。障害者である場合が多い。なお、適正基準に見合えば、手すりなどの小さな改造(1,000ポンド以下)は無料となる。
家屋改善エージェンシー	高齢者や障害のある住宅所有者や賃借人に対して、家屋の修繕や改造に関してアドバイスやサポートを提供する。また必要な家屋改造のための資金が足りないときなどに、チャリティー団体からの援助を取り付けたりなどもする。	地方自治体やボランティア団体などの協力により成り立っているもので、FACSにある適正基準は適用せず、希望すればサービスを受けられる。
給食宅配サービス (Meals on Wheels)	1日に1回、冷凍食品を地域のコミュニティセンター等で温めたものを自宅に配送するという過程をとっている。より自立した人には冷凍食品をそのまま宅配し、利用者が自宅で温めるというケースもある。食事の宅配サービスのほとんどはWoman's Royal Voluntary Serviceというボランティア団体により提供され、ドーセットでは年間およそ300人の利用者に45,000食を宅配している。	FACSの「緊急」と「重度」のニーズを持ち、高齢のため、もしくは障害のために、自分で食事を準備できない人。

コミュニティアラームシステム(緊急通報)	一般的によく知られているのが緊急時連絡用ボタンで、利用者はボタンを押すことで助けをより早く呼ぶことができる。また、例えば煙やガス漏れなどを探知したり、薬を飲むように促したりもする。このシステムは24時間のオペレーターシステムにつながっている。	FACSの「緊急」と「重度」のニーズを持つ人。
コミュニティでの移動	公共交通機関をより簡単に利用できるようにする。地域によって利用できる交通手段の詳細は異なり、自宅の前で停まるバスや、僻地に住む人々のためのボランティアによる車の提供体制など、様々である。	移動能力が障害された人。
ナショナルバスパス	割引金額で利用できるバスチケットのこと。バスパスは地方自治体で申請できる。	イギリス国内に住んでおり、60歳以上、もしくは全盲、部分的に視覚が欠損している、聴覚障害がある、発話障害がある、歩行能力が重大で長期にわたり障害されている、腕がない、両腕の機能が長期にわたり障害されている、知的障害がある、薬物やアルコール類の誤使用を省く身体的障害のために運転免許の発行を拒否されることがあげられている。
直接支払い(Direct Payments)	地方自治体から利用者の銀行口座などに直接お金が振り込まれるシステム。地方自治体から介護サービスを受けるのではなく現金給付を受け、自分で介護サービスを購入する。このシステムを利用することで、自由に民間の介護エージェンシーと契約できる。	16歳以上で、この金銭の支払い方法に同意でき、金銭管理のできる者。地方自治体によっては、16歳以上の障害を持つ子供の養育者も含むとしている場合がある。

出典; *Health and social care*(Dorset)

<http://www.dorsetforyou.com/index.jsp?articleid=385020> をもとに作成。

図表 6 介護者に関連するサービス

サービス	内容	対象
介護者のためのサポートグループと組織	成人の介護者と、介護者の相互援助グループをサポートするためのチャリティー団体があり、ヘルプラインの設置や、秘密厳守のうえでの相談、介護に関する情報や介護の訓練の機会の提供、介護者のための休息時間の提供、他の組織への紹介などを行っている。	ドーセット・カウンティカウンスルに納税している介護者。このサポートグループを通してシッティングサービス ⁷⁾ を利用することができるが、その場合は、納税している介護者で18歳以上の者を対象としている。
成人介護者に対するサポート	社会サービス部が評価を実施し、その評価に基づいて、介護者のための休息期間の提供につなげたり、介護者のためのサポートグループを紹介したりする。	介護者は、週に15時間以上の定期的でかつ重要な介護を提供する人を指し、介護される側にとって在宅生活を維持するために欠かすことのできない者でなければならない。介護はボランティアとして提供されていることが基本である。
介護者のための休息期間の提供	介護者が数時間のシッティングサービスを利用することができる。また、要介護者がデイケアに通うことで、介護者に休息期間を提供する方法もある。必要であれば、デイケアに通うための移動手段(車の手配)も提供される。 さらに長い休息が必要な介護者のためには要介護者が生活型ケアホームや看護付きケアホームなどでショートステイを利用する方法もある。ショートステイは、ケアアシスタントが自宅に来て“住む”ことにより、介護者に代わって介護を提供する場合もある。	FACSの「緊急」と「重度」のニーズに見合い、さらに介護者(機会均等)法(Carers(Equal Opportunity)Act 2004)に基づいて、介護者が仕事を続けることや介護者としての訓練に参加することを希望しているかどうか、介護者の健康と安寧が満たされているかどうか、介護者がレジジャーのための時間を妥当に有しているかどうかを検討したうえで決定される。
若年介護者のためのサポート	若年介護者(18歳未満)のために、グループでのレクリエーション、カウンセリング、アドバイスなどを提供している。	若年介護者とは、家事や身辺処理などの実質的な援助をすることを求められていたり、医療的な援助、例えば、薬を管理したり、移乗を援助したり、要介護者を精神的にサポートしたりすることを行っている者である。
障害のある子供に対する支援	ピアカウンセリングなどのサポートグループの提供や、必要に応じてショートステイなどのサービスを提供する。	障害のある子供の養育者。

出典; Health and social care(Dorset)

<http://www.dorsetforyou.com/index.jsp?articleid=385020>,

Respite Care

<http://www.nhs.uk/Conditions/Respite-care/Pages/How-it-is-performed.aspx?url=Pages/What-is-it.aspx>,

Young Carers Projects

http://www.youngcarers.net/who_can_help_me/86/92 をもとに作成。

b) 施設サービスについて

ケアホームには、生活型ケアホーム (Residential Care Home) と看護付きケアホーム (Residential Home with Nursing Care) の2種類があり、ドーセット・カウンティカウンシルは、この両方を運営している。加えて、ケアや設備の質が一定の基準を満たした民間により運営されているケアホームと契約を結び、身体障害、知的障害、精神疾患もしくは薬物・アルコール依存の問題を抱えた人にサービスを提供している。対象者はケアホームに入居する前に慎重に評価され、ケアプランが作成されなければならない。

生活型ケアホームに入居する前には、まず、対象者がNHSにより提供される「継続する保健ケア」の適正基準に見合うかどうか検討することが推奨されている。生活型ケアホームでは食事とパーソナルケア(例えば、清潔保持やトイレの利用、就寝の準備など)に対する援助が行われ、看護付きケアホームでは、食事とパーソナルケアの援助に加えて、所属の看護師より医療を受けることができるようになっている。ケアホームに生活主体を移すことが必要かどうかの評価を受けるためには、地方自治体に申請をする。

利用者は入居6週間後にケアマネジャーからの再評価を受け、状況の確認が行われる。その後は1年ごとに再評価が実施され、ニーズの確認が行われる⁸⁾。

c) 精神障害者へのサービスについて

サービス提供に、精神・身体の線引きはない。

d) その他のサービスについて

登録してあるソーシャルワーカーが地域の警察と協業して、例えば虐待されている弱い立場にある成人(18歳以上の成人)を保護する。対象者は、障害や疾病のために、地域ケアの必要がある人、自己ケアの困難な人、または自己を著しい危険にさらしてしまう人などを含む。

地方自治体の社会サービス部の財源は、国、地方交付税と利用者負担からなる。利用者負担はおよそ20億ポンドで、予算の14%を占める。予算の使い方は地方自治体に任されており、2005 - 06年の社会サービス部の総予算は137億ポンドであった。

出典: *Funding Department of Health*

<http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Funding/index.htm>

C. ジョブセンタープラスで提供されるサービス

ジョブセンタープラスは、労働年齢にある人々を福祉援助から就労へ移行させること、また企業の欠員を埋めるなどの援助を行っている、労働・年金省 (Department of Work and Pension) の執行機関である。

a) 給付金に関するサービス

ジョブセンタープラスでは、失業者、低所得者、子育て中の者、退職者へのサポートのほか、介護者や疾病や障害を持つ人に対するサポートも行っている。

年金に関しては、退職を計画している人、すでに退職した人、雇用主、年金提供者・アドバイザーに対してサービスを提供している。また子育て中の養育者、障害を持った人や介護者に対しても給付金に対するアドバイスを行っている。

具体的なサービスは、以下の通り。

【年金給付】

現在、男性で 65 歳、女性で 60 歳以上を対象に年金の給付が行われている。1950 ～ 1955 年の間に生まれた女性の年金給付時期は 2010 年より 65 歳に引き上げられ、2024 ～ 2046 年の間には、年金給付の年齢が男女ともに 68 歳に引き上げられる予定である。基本の国民年金は現在のところ、週当たり 90.70 ポンドである。

労働・年金省からグレートブリテン Great Britain (北アイルランドを除いた連合王国) を対象とした 2007 - 08 年経費は 489 億 400 万ポンドで、2008 - 09 年には 500 億 500 万ポンドが計上されている。

出典: Table 4: Benefit expenditure, Great Britain, 1991/92 to 2010/11 (real terms, 2008/09 prices) (1-4, 18)
http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/Alltables_PBR2008_rounded.xls?x=1

【年金保障】

男女とも 60 歳以上、低所得者を対象に支払われる給付金。

【暖房対策スキーム (Warm Front Scheme)】

ある一定の給付金を受給している人に対して支払われる、家屋の暖房対策に対する給付金。

【寒冷手当 (Cold Weather Payment)】

低所得者で、気温が氷点下の日が 7 日以上続いた地域に住んでいる人を対象に、25 ポンドが支払われる。気温についての情報は地方気象台で得られる。

【冬季燃料手当 (Winter Fuel Payment)】

60 歳以上を対象に冬にかかる燃料に対する補助金制度。

労働・年金省からグレートブリテンを対象とした 2007 - 08 年経費は 21 億 3,800 万ポンド、2008 - 09 年予算は 26 億 6,800 万ポンドである。

出典: Table 4: Benefit expenditure, Great Britain, 1991/92 to 2010/11 (real terms, 2008/09 prices) (1-4, 18)
http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/Alltables_PBR2008_rounded.xls?x=1

【戦傷病者年金受給者のための医療費 (War Pensioners)】

戦傷病者年金受給者で、軍隊での勤務が原因で障害を負った場合、戦傷病者福利厚生サービスがアドバイスを提供、また医療費にかかる金額への援助を提供することがある。

【地域ケア手当 (Community Care Grants)】

対象は、低所得者や失業者のための補助金を得ている人、もしくは給付金の受給を 6 週間以内に始めるだろうと思われる人のうち、これまで住んでいたケアホームや施設を引越し、新たに自立した生活を始めようとしている人、地方自治体やボランティア団体の援助を受けながら新しい家に入居しようとしている人、病院やケアホームに行かずに自宅で生活を営もうとしている人、病気や家族関係などにより家族崩壊をきたす恐れがあるために援助を必要としている人、障害や疾病を抱えた人や刑務所などから一時釈放になった人の面倒をみている人、他者を訪ねていく、例えば親類の葬式などに出席するためなどの費用を必要としている人、に対して補助金が出される。

補助金の金額は個人の状況により異なる。貯金が単身で 500 ポンド以上ある場合などは、補助金は全額支払われないことがある。

【就労不能給付 (Incapacity Benefit; IB)】

年金受給年齢未満の、仕事に就くことができない人を対象に支払われる補助金。所得・資産審査 (Means Test) は必要とされていない。就労不能給付は 2008 年 10 月以降、新たに申請できなくなった。

労働・年金省からグレートブリテンを対象とした 2007 - 08 年経費は 68 億 700 万ポンド、2008 - 09 年予算は 63 億 4,100 万ポンドである。

出典: *Table 2: Benefit expenditure by Departmental Strategic Objective, Great Britain 1991/92 to 2010/11 (real terms, 2008/09 prices) (1-4, 18)*

http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/Alltables_PBR2008_rounded.xls?x=1

【雇用および生活補助手当 (Employment and Support Allowance)】

2008 年 10 月 27 日より始まった新しい給付金制度で、就労不能給付に代替するものである。以前より就労不能給付を受給していた者は適性に見合う限りそれを継続する。

対象者は法定の傷病手当が終了し、それを再度受け取ることができない者、自営業もしくは失業中、法定の妊産婦手当を受けていたが、疾病や障害のために仕事に復帰できていない者で年金受給年齢以下にある者のうち、4 日以上連続して疾病や障害が働く能力に影響を及ぼしている、連続した 7 日のうち 2 日もしくはそれ以上働くことができない、特別な治療を受けている者が対象である。16 歳～20 歳の間である場合、疾病や障害のために少なくとも 28 週にわたり仕事ができないでいるなどの場合に対象とされる。

この給付金を受給している人は、担当アドバイザー (Personal Adviser) との仕事に焦点を当てた面接 (Work-Focused-Interviews) などを通して、仕事に復帰することが求められている。疾病や障害のために労働する能力が阻害されている場合は、仕事に復帰することは求められず、より多くの金銭的援助がなされる。なお、就労は無理と判断された場合でも、受給者はボランティア活動に参加することができる。

この給付金は非課税である。労働・年金省からグレートブリテンを対象とした 2008 - 09 年予算は 1 億 9,900 万ポンド、所得別支給 (Income-Based) の場合は 2 億 2,400 万ポンドである。

出典: *Table 4: Benefit expenditure, Great Britain, 1991/92 to 2010/11 (real terms, 2008/09 prices) (1-4, 18)*

http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/Alltables_PBR2008_rounded.xls?x=1

【求職者手当 (Jobseeker's Allowance)】

就労していない人のための主となる給付金である。もし、利用者が就労していないか 16 時間以下の就労の場合、この対象となることがある。この対象となるには仕事をする能力があること、仕事ができる状態にあること、年金受給の年齢未満であることである。求職者手当は、国民保険制度 (National Insurance Scheme)⁹⁾ の支払いをしたことがある人が受給する利用者負担に基づく求職者手当 (Contribution-Based Jobseeker's Allowance) と、国民保険制度の支払いをしたことがない人で、利用者の収入と貯蓄を基準として給付される所得に基づく求職者手当 (Income-Based Jobseeker's Allowance) に分かれている。

労働・年金省からグレートブリテンを対象とした国民保険制度利用者のための求職者手当 (Contribution based) の場合、2007 - 08 年経費は 4 億 3,400 万ポンド、2008 - 09 年予算は 5 億 6,400 万ポンド、所得に基づく求職者手当 (Income based) の場合、2007 - 08 年経費は 18 億 4,800 万ポンド、2008 - 09 年予算は 20 億 6,700 万ポンドである。

出典; Table 4: Benefit expenditure, Great Britain, 1991/92 to 2010/11 (real terms, 2008/09 prices) (1-4, 18)
http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/Alltables_PBR2008_rounded.xls?x=1

【所得補助 (Income Support)】

これは低所得者に対するサポートである。所得・資産調査が行われる。

「失業者」としての登録をせずに受けられる補助金で、対象者が病気や障害を持っている場合、12 歳以下の子供の養育をする必要のあるひとり親、介護者や登録視覚障害者のうち、16 歳～59 歳の低所得者、週に 16 時間以下の労働時間で、フルタイムの学生ではなく、求職者手当を受け取っておらず、貯蓄が 16,000 ポンド未満の、国内在住の者が対象である (図表 7 参照)。

労働・年金省からグレートブリテンを対象とした 2007 - 08 年経費は 60 歳以下対象の所得補助は 90 億 7,900 万ポンド、2008 - 09 年予算は 80 億 3,200 万ポンドである。60 歳以上については、他の統計に含まれていて内訳が不明なため、明らかでない。

出典; Table 4: Benefit expenditure, Great Britain, 1991/92 to 2010/11 (real terms, 2008/09 prices) (1-4, 18)
http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/Alltables_PBR2008_rounded.xls?x=1

【テレビ権】

75 歳以上の人に対してはテレビ権の支払い義務が免除される。また、ケアホームに住んでいる場合や、利用者が視覚障害者である場合は、割引される。視覚障害者としての登録書のコピーをテレビ権を取り扱う機関に送ると半額に割引される。

労働・年金省からグレートブリテンを対象とした 2007 - 08 年経費は 5 億 2,600 万ポンド、2008 - 09 年予算は 5 億 2,800 万ポンドである。

出典; Table 2: Benefit expenditure by Departmental Strategic Objective, Great Britain 1991/92 to 2010/11 (real terms, 2008/09 prices) (1-4, 18)
http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/Alltables_PBR2008_rounded.xls?x=1

図表7 所得補助の週当たりのレート 単位:ポンド

基礎控除 (Personal Allowances)		
単身者 (Single Person)	25 歳未満	47.95
	25 歳以上	60.50
ひとり親 (Lone Parent)	18 歳未満	47.95
	18 歳以上	60.50
カップル (Couple)	2 人とも 18 歳以上	94.95
加算 (Premiums)		
年金受給者加算 (Pensioner Premium)	カップル	94.40
障害加算 (Disability Premium)	単身者	25.85
	カップル	36.85
追加障害加算 (Enhanced Disability Premium)	単身者	12.60
	カップル	18.15
重度障害加算 (Severe Disability Premium)	単身者	50.35
	カップル(1 人が対象者)	50.35
	カップル(2 人とも対象者)	100.70
介護者加算 (Carer's Premium)		27.75

出典: Disability alliance. Disability Rights Handbook. 33th edition. April 2008 - April 2009., 2008, をもとに作成。

b) 就労に関するプログラムやサービス

ジョブセンタープラスが提供する就労に関するプログラムやサービスは、次のようなものがある。

【就労支援 (Pathway to Work)】

低所得に関する給付金を受け取っている人を対象とした、仕事に復帰するための援助。

2007 - 08 年経費は 6,950 万ポンドであった。

出典: *Responsibilities for Contracted Employment Provision*

http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2008/res_acc/contracted-employment.pdf

【雇用ゾーン (Employment Zone)】

長期間にわたり失業状態にある、ある一定の地域に住む人々が仕事に復帰できるよう援助するサービスである。対象は 25 歳以上の過去 21 ヶ月中 18 ヶ月の間求職者手当を受給している者、18 歳～24 歳で求職者手当を 6 ヶ月以上受給し若年層のためのニューディール (New Deal for Young People) を利用したことのある者、過去 12 ヶ月の間に雇用ゾーンを利用したが最後まで修了せずに終わった者、が対象になる。

【薬物依存者に対する支援 (Progress2work)】

薬物の誤使用から回復しつつある人を対象とし、仕事を見つけたり、復職したりすることをサポートする。また住居や借金に関連する問題の解決の援助も行う。

【就労準備プログラム(Work Preparation Programme)】

失業や疾病が理由で長期間働いていない人を対象とするサービスである。どんな職種が合っているかを明らかにしたり、就労経験を積んだり、新しい知識・技能を身に付けたり、自信を回復させたりすることを目的としている。期間は6週～13週である。

2007 - 08 年経費は 1,070 万ポンドであった。

出典; *Responsibilities for Contracted Employment Provision*
http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2008/res_acc/contracted-employment.pdf

(8) 障害者のみの付加給付

A. NHS から提供される障害者のみのサービス

NHS(国民保健サービス)の利用者は「障害者」として分類されるのではなく、症状や疾患により分類されたため、「障害者のみを対象」という分類によるサービスは行われていない。しかし、車椅子があてはまると考えられるため、以下に記す。

【車椅子の提供】

車椅子クリニックにて、手動もしくは電動の、室内用、屋外用、両用の車椅子が提供される。提供の基準は、車椅子を頻繁に使用する必要がある、車椅子を長期間にわたり使用する必要がある、など。

B. 自治体の社会サービス部から提供される障害者のみのサービス

ドーセット・カウンティカウンスルでは、障害を持つ子供の養育者への援助の提供、障害を持つ人のための駐車場の確保や福祉機器の処方、知的障害者へのサポート、特別なニーズを持つ子供たちへのサポート、視聴覚障害者へのサービスを提供している。

図表 8 に障害者に関する主なサービスを、図表 9 に家屋改造費用の目安を記す。

図表 8 障害者に関する主なサービス

サービス	内容	対象
障害者用の駐車場の利用	全国で共通して展開されており、重度に歩行が困難な人が運転手もしくは同乗者として車を利用したときに、駐車場を無料、もしくは割引料金で利用できる。地方自治体に連絡をして申請する。	どの地域でも、ブルーバッジ (Blue Badge) ¹⁰ が必要。
ステッピングストーン	ドーセット内に住む人に、週 16 時間以下の就労につながる機会の提供を目的としており、趣味やレジャーの提供はこの限りにならない。ドーセット・カウンティカウンスルでは 2 つの喫茶店を運営しており、ここで実際の就労訓練を行っている。また、ジョブコーチと呼ばれるスタッフが、1 対 1 で大学や職場での必要な援助、通勤・通学方法の練習などを短期間、提供する。	知的障害、身体障害、感覚障害、精神障害のある人で、16 歳以上、男性で 65 歳以下、女性で 60 歳以下の知的障害を持つ人。

ワークステップ	民間の企業において週 16 時間以上の就労機会の提供を目的とし、就労援助担当者 (Vocational Services Officers) と呼ばれるスタッフが民間と利用者の橋渡しを行っている。また、ジョブコーチはステップングストーンと同様の役割をワークステップでも担っている。	障害者差別禁止法の障害者の定義に当てはまる人のうち、ある一定の給付金を受給している者。
知的障害者のためのデイセンター	日中時間帯のサービスとしてリソースセンターでは、個人のニーズを満たす、実際的な生活スキルを学ぶ、スポーツやレジャーなどのサービスを提供している。	FACS (ケアサービスへの公正なアクセス) の「緊急」と「重度」のニーズを持つ知的障害者。
学習するうえで特別なニーズを持つ子供たちのために	就学前は学習サポートシステムがあり、必要に応じて養育者と専門家(言語療法士、心理療法士、理学療法士など)は協業で子供のニーズを満たすためのプランを立てる。就学後は、専門の教育を受けた先生が子供のニーズに合うように教えていく。また、13 歳～19 歳の若年者のためにコネクションサービス (Connexions Service) というシステムがあり、軽度発達障害 (SEN) を持った人たちが社会に出るための準備の援助をする。より難しい問題を抱えた子供は必要に応じて地方自治体が交通手段を準備し、特別学校へ通うことになる。	知的障害者、視覚障害者など、学習するうえで特別なニーズを持つ子供たち。
成人プレイスメントスキーム	里親制度に似たものであるが、異なる点は、利用者が子供ではなく、成人 (18 歳以上) であること。プレイスメント提供者が 1 人～3 人の利用者に対して必要とされる介護やサポートを提供し、利用者は普通の自立した生活を提供者と共有することができる。	知的障害者 (利用者の 70% を占める)、薬物・アルコール依存者など、さまざま。
障害者施設補助金	障害を持った人が在宅にて、より自立した生活を送ることができるように設備・施設を改修 (家屋改造) するときに支払われる。1,000 ～ 30,000 ポンドまでの家屋改造に対して補助金を出す制度で、30,000 ポンドを超えた金額については、原則としてチャリティー団体などから援助を受けなければならない。	障害者として登録しているか、登録できること。ドーセット・カウンティカウンシルの適正基準は、FACS の「緊急」と「重度」のニーズを持つ場合である。作業療法士による評価に基づいて補助金担当者が審査し、資産審査も行われる (対象が 19 歳以下の場合、資産審査は行われない)。

出典; *Health and social care* (Dorset) <http://www.dorsetforyou.com/index.jsp?articleid=385020>、Vocational Services Workstep - Helping people with disabilities into work [http://www1.dorsetforyou.com/CARING/Leaflets.nsf/-/F7F5860DC68524E5802573F60031DDA9/\\$FILE/Workstep%20-%20Helping%20people%20with%20disabilities%20into%20work.pdf](http://www1.dorsetforyou.com/CARING/Leaflets.nsf/-/F7F5860DC68524E5802573F60031DDA9/$FILE/Workstep%20-%20Helping%20people%20with%20disabilities%20into%20work.pdf)、Disabled Facilities Grants - introduction http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/HomeAndHousingOptions/YourHome/DG_4000642 をもとに作成。

図表 9 頻繁に用いられる家屋改造の費用

種目	見積りの原価の幅	平均金額
階段昇降機(直線)	£ 1,500 – £ 3,000	£ 1,965
1 階トイレ	£ 947 – £ 12,500	£ 4,068
段差のないシャワー	£ 2,401 – £ 7,000	£ 4,143
床の持ち上げ	£ 4,500 – £ 12,000	£ 8,965
1 階建ての、天井固定のホイストにシャワールームとトイレを敷設したダブルベッド用の部屋を増築した場合	£ 20,000 – £ 50,000	£ 31,855

出典; *Reviewing the grant programme* P27

<http://www.communities.gov.uk/documents/housing/pdf/138553.pdf>

障害者施設補助金(Disabled Facilities Grants)について

2009 年経費は国から 1 億 5,600 万ポンドが自治体に給付されている。この給付金の利用の際、地方自治体は、その費用のうち 40%を自治体の費用から出さなければならないというルールがあるが、ある自治体は時に 40%以上を出資するなどしており、国全体で家屋改造のために一体いくらの金額が費やされたかを知ることにはかなり困難だとのことである。一件にかかる費用の平均はおよそ 6,000 ポンドである。

出典; 調査員が出席したトレーニングコース「Occupational Therapy – Learning Event – Adapting the Environment」より

C. ジョブセンター・プラスから提供される障害者のみのサービス

a) 給付金について

【障害者生活手当 (Disability Living Allowance)】

このサービスは、「ケア要素」と「移動要素」に分かれている。

「ケア要素」は、病や障害があるために自己管理に他者からの何らかの援助が必要な 65 歳以下の人が対象。例えば、清潔の維持、衣類の着脱、摂食、排泄、もしくはコミュニケーションについて援助を必要としている人、他者からの監督がなければ自己または他者を危険に陥れてしまう可能性のある人、人工透析中に他者の付き添いを必要としている人、16 歳以上で、食材があっても料理ができない人を対象としている。

「ケア要素」の評価は 3 段階に分かれており、低レートは週当たり 17.75 ポンドで、日常生活において監督を必要としている人、または料理ができない人、中レートは週当たり 44.85 ポンドで、日中において頻繁に自己管理について援助を必要としているか夜間のみ監督を必要としている人、もしくは人工透析の際に他者が付き添うことを必要としている人、高レートは 67.00 ポンドで、昼夜を通して援助や監督が必要な人を対象としている。

この給付金は、受給者に特に介護者が雇われていない場合や、一人暮らしの場合でも支払われる。

「移動要素」は、歩行が不可能もしくは事実上不可能な人、両足もしくは両下肢が欠損している人、100%視力欠損し 80%以上聴力が障害されていると評価され外出の際に他者からの援助を必要としている人、重度の行動障害があり上記「ケア要素」の高レートを受給している重度の精神障害を持った人、歩行することが生命に影響を及ぼしたり健康に重篤な障害をもたらす

人、見知らぬ土地を歩くのに他者からの監督を必要としている人を対象としている。

「移動要素」の評価は2段階に分かれており、低レートは週当たり17.75ポンドで、外を歩く際に他者からの監督を必要としている人、高レートは46.75ポンドで、より重度な歩行障害を持った人を対象としている。

利用者は「ケア要素」と「移動要素」のうち、どちらかのみを受給している場合もあれば、両方を受給している場合もある。

子供の「移動要素」受給の判断は、3歳の時点で歩行不能もしくは事実上歩行不能な場合、3歳の時点で100%視覚障害および80%以上聴覚障害があると評価された場合、子供が3歳の時点で重度の行動障害があり「ケア要素」の高レートを受給している重度の精神障害を持っている場合、5歳の時点で屋外を歩行するのにガイドや監督を必要としている場合に基づく。

申請者がこの給付金の適性に見合うかどうかは、ジョブセンタープラスに送られてきた申請書類を査定人(decision-maker)が見て判断する。この際に決定者が医師による診断書が必要になると判断した場合は、申請者は医師による検診を受けて提出することになる。

労働・年金省からグレートブリテンを対象とした給付に関する2007 - 08年経費は101億7,500万ポンド、2008 - 09年予算は105億1,400万ポンドである。

出典: Table 4: Benefit expenditure, Great Britain, 1991/92 to 2010/11 (real terms, 2008/09 prices) (1-4, 18)
http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/Alltables_PBR2008_rounded.xls?x=1

【介助手当 (Attendance Allowance)】

非課税の給付金で、65歳以上を対象としており、身体もしくは精神的障害のために自己管理に他者からの援助を必要としている人に支払われる。

介助手当は、身体的か精神的障害、もしくはその両方を持っている場合、障害が重度のため自己管理をするのに他者の援助を必要としている、申請をしたときに65歳以上である場合を対象としている。清潔の維持、衣類の着脱、摂食、排泄、もしくはコミュニケーションについて援助を必要としている人、他者からの監督がなければ自己または他者を危険に陥れてしまう可能性のある人、人工透析中に他者の付き添いを必要としている人などが対象となる。

介助手当の評価は2段階に分かれており、低レートは週当たり4.85ポンドで、日中において頻繁に自己管理について援助を必要としているか夜間のみ監督を必要としている人、もしくは人工透析の際に他者が付き添うことを必要としている人、高レートは週当たり67.00ポンドで、昼夜を通して援助や監督が必要な人を対象としている。給付問い合わせライン (Benefits Enquiry Line) に連絡をすれば、申請できる。

介助手当は被介護者のために特別に介護者が雇われていなくても給付の対象となる。

申請者がこの給付金の適性に見合うかどうかは、障害者生活手当と同様、ジョブセンタープラスに送られてきた申請書類を査定人が見て判断する。この際に査定人が医師による診断書が必要になると判断した場合は、申請者は医師による検診を受けて提出することになる。

労働・年金省からグレートブリテンを対象とした給付に関する2007 - 08年経費は45億8,600万ポンド、2008 - 09年予算は47億3,900万ポンドである。

出典: Table 4: Benefit expenditure, Great Britain, 1991/92 to 2010/11 (real terms, 2008/09 prices) (1-4, 18)
http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/Alltables_PBR2008_rounded.xls?x=1

【介護者手当 (Care's Allowance)】

介護者のための課税対象の補助金。対象は、16歳以上の少なくとも週に35時間以上を障害者生活手当や介助手当などを受給中の人の介護に費やしている人である。週に21時間以上就学をしている人、もしくは週当たりの収入がある一定の控除後、95ポンドを超える人は対象外である。

週当たりの基本レートは55.05ポンドであるが、他の給付金や国民年金などがあると、この基本レートは全額支払われないことがある。課税対象のため、受け取った給付金に対して税金を支払う必要がある。受給の介護者に独立していない子供がいる場合は、基本レートよりもさらに支払われることがある。給付問い合わせライン (Benefit Enquiry Line) 等に連絡をすると受けられる。

労働・年金省からグレートブリテンを対象とした2007 - 08年経費は13億1,000万ポンド、2008 - 09年予算は13億5,700万ポンドである。

出典; Table 4: Benefit expenditure, Great Britain, 1991/92 to 2010/11 (real terms, 2008/09 prices) (1-4, 18)
http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/Alltables_PBR2008_rounded.xls?x=1

b) 就労支援について

【障害者のためのニューディール (New Deal for Disabled People)】

様々な組織からの職業仲介人 (Job Brokers) のネットワークによりもたらされるプログラムで、職業仲介人が低所得や障害に関連した給付金を受給している人を対象に、利用者の状況や職業の好みなどを話し合いで決定しながら、就労を援助する。援助内容は、職業適性を明らかにしたり、履歴書の書き方を指導したり、面接の準備をしたり、職業訓練のニーズが明らかになれば、どうすればその訓練を受けられるかなどを援助し、対象者が就職して最初の6ヶ月までサポートをする。このプログラムは、実施している地域と実施していない地域とがある。

対象者は、就労不能給付 (Incapacity Benefit)、重度障害者手当 (Severe Disablement Allowance)、障害者割増 (所得補助、住宅給付金または自治体税給付金 / A Disability Premium (with Income Support, Housing Benefit or Council Tax Benefit))、障害者生活手当 (Disability Living Allowance)、失業補助金 (Unemployability Supplement) または就労不能国民保健控除 (National Insurance Credit for incapacity for work) のいずれかを受給している者である。

2007 - 08年経費は7,480万ポンドである。

出典; *Responsibilities for Contracted Employment Provision*
http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2008/res_acc/contracted-employment.pdf

【仕事へのアクセス (Access to Work)】

疾病や障害のために仕事をするのが困難になっている (例えば、車椅子を使用しているが、ドアが狭いため通り抜けられないなど) 場合の、職場へ通いやすくするためのアドバイスと補助金によるサポートサービスである。

2007 - 08年経費は7,580万ポンドである。

出典; *Responsibilities for Contracted Employment Provision*
http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2008/res_acc/contracted-employment.pdf

【職業紹介スキーム(Job Introduction Scheme)】

できるであろう仕事をするのに妨げになっている障害を持つ人に対する援助で、対象者の雇用主に、雇用が始まってからの最初の6週間、補助金を出すシステムである。

2008年に発表されたレポートでは、財源は100万ポンドである。

出典: *Welfare Form Green Paper* . P. 14

<http://www.afse.org.uk/events/2008/conference2008/docs/4B.ppt>

【ワークステップ(WORK STEP)】

障害を持った人が就職したり、仕事を継続したりするための援助を提供する。仕事の技能の発展・向上を図ること、訓練とサポートを通して発展と進歩の機会を持つこと、必要なときに必要な支持と励ましの提供をする。

2007 - 08年経費は6,670万ポンドである。

出典: *Responsibilities for Contracted Employment Provision*

http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2008/res_acc/contracted-employment.pdf

c) その他

【自立生活基金(Independent Living Funds)】

適性基準に見合う、イギリス(UK)国内に終身的に住む、重度の障害者を援助する非政府組織である。自立生活基金は、ケアホームへの入居費用ではなく、在宅介護者を雇う費用などを助成する。介護者は、同居する親戚・家族を含まない。

対象者は、少なくとも年間16,640ポンド(週当たり320ポンド)を自治体の社会サービス部から現金直接支払いで受け取っており、16歳以上64歳以下で、障害者生活手当のケア要素の高レートを受給している、貯蓄が22,250ポンドを超えない(家屋の価値を含まない。パートナーの貯蓄を含む)人を対象としている。自立生活基金は週あたり445ポンドを最高額として出資するが、自治体の社会サービス部および利用者負担額(Contribution)と自立生活基金の合計金額は、週あたり785ポンドを超えないものとする。

労働・年金省からグレートブリテンを対象とした2007 - 08年経費は3億1,100万ポンド、2008 - 09年予算は3億4,300万ポンドである。

出典: *Table 2: Benefit expenditure by Departmental Strategic Objective, Great Britain 1991/92 to 2010/11 (real terms, 2008/09 prices) (1-4,18)*

http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/Alltables_PBR2008_rounded.xls?x=1

D. チャリティー団体からのサービス

主なサービスとして、図表 10 のようなものがあげられる。

図表 10 チャリティー団体からのサービス

団体名	サービス内容
Hearing Dogs for Deaf People	聴覚が重度に障害されている 18 歳以上で、かつ犬の世話をすることができる人にガイド犬を提供する。
Blind Association (盲人協会)	16 歳以上で、重度の視覚障害を持ち、かつ犬の世話をすることができる人に盲導犬を提供する。
Supportdogs	自閉症の人をサポートする犬や、障害者のための介護犬を提供する。
Canine Partners	障害者のための介護犬を提供する。
Dogs for the Disabled	障害者のための介護犬を提供する。
British Red Cross (赤十字)	短期間の車椅子の貸し出しを行っている。

出典; *Hearing Dogs for Deaf People*

<http://www.hearingdogs.org.uk/>

RNIB

http://www.rnib.org.uk/xpedio/images/RNIBInternetLook/rnib_tagline.jpg

Supportdogs

<http://www.support-dogs.org.uk/>

Canine Partners

<http://www.caninepartners.co.uk/>

Dogs for the Disabled

<http://www.dogsforthedisabled.org/>

British Red Cross

<http://www.redcross.org.uk/index.asp?id=39992> をもとに作成。

(9) ケアマネジメント

ドーセット・カウンティカウンシルの場合、ケアマネジャーの介入が必要な人は、自治体に連絡すると評価などを受けることができ、担当のケアマネジャーが決められて介入が終了するまで、同一のケアマネジャーが利用者との接点を持つことになる。一旦ニーズが満たされると“ケース終了”とされ、利用者はケアマネジャーとの接点を失う。再度ケアマネジャーの介入が必要な場合は、自治体に連絡をする。

ケアマネジャーは、情報の提供、スクリーニングの実施、ニーズの評価、ケアプランの作成、ケアプランの実行、モニター、レビューの 7 段階を通して、ケアマネジメントを行っている。

(10) 給付対象者

A. NHS (国民医療サービス)

NHS の場合、全住民が対象。

B. 社会サービス (ソーシャルケア)

ドーセット・カウンティカウンシルの場合、FACS (ケアサービスへの公正なアクセス) の受給資格基準の「緊急 (Critical)」および「重度 (Substantial)」のニーズを持つ人が対象となる。

C. ジョブセンタープラス

ジョブセンタープラスの利用は、求職者などのために一般に公開されているが、給付金、就職サポートのシステムはそれぞれ対象が異なる。ジョブセンタープラスによるサービスの欄を参照。

(11) 認定主体

医療サービスの利用は NHS (国民保健サービス) により、社会サービスの利用は地方自治体の社会サービス部により決定され、ジョブセンタープラスを通して提供されるサービス (給付金や就労支援) を利用できるかどうかは、ジョブセンタープラスにより決定される。

(12) 認定基準

A. NHS (国民医療サービス) の認定基準

「プライマリケア」と「二次的ケア」は、病状に基づいてかかりつけ医 (GP) や専門医・専門職の診断により決定され、認定という過程をとっていない。

「継続する保健ケア (Continuing Health Care)」や「NHS が助成する (ケアホームにおける) 看護サービス (NHS Funded Nursing Care Home)」の認定基準は、「連続して、もしくは頻繁に医療または専門分野を担当する看護師の介入を必要としている」とされる。NHS の多職種チームのスタッフが、行動面、認知面、心理的ニーズ、コミュニケーション、移動能力、摂食状態、排泄、皮膚の状態、呼吸、薬物療法、意識状態、その他のケアニーズについて評価する。

a) 「継続する保健ケア」の認定基準

上記のうち、行動面、呼吸、薬物療法は「優先すべき問題 (Priority)」「重度 (Severe)」「高い (High)」「中等度 (Moderate)」「低度 (Low)」「なし (None)」の 6 段階で、意識状態は「優先すべき問題」「高い」「中等度」「低度」「なし」の 5 段階で、認知面、移動能力、摂食状態、皮膚の状態は「重度」「高い」「中等度」「低度」「なし」の 5 段階で、心理的ニーズ、コミュニケーション、排泄は「高い」「中等度」「低度」「なし」の 4 段階で評価される (図表 11 を参照)。

評価は、かかりつけ医 (GP) や専門医、看護師、他の医療専門職、ケアワーカーなどの多職種チームのスタッフが利用者进行评估した後、継続する保健ケア委員会 (CHC Panel) に「推薦書」を書いて、同委員会が給付の是非を決定する。

判定は、「優先すべき問題」を 1 つでも満たした場合、もしくは「重度」を 2 つ以上満たした場合、または「高い」や「中等度」の多くを満たし、評価者が必要と判断した場合には継続する保健ケアの適性に見合うとされ、利用者の、例えば在宅介護にかかる費用やケアホームの費用などが NHS により支払われることになる。

評価の視点は、どのような援助が必要とされているか、そのニーズがどの程度複雑なものか、その症状や状態がどの程度緊張した状態、もしくは予測できない状態にあるか——、適切な援助がなかった場合のリスクにより、「優先すべき問題」「重度」「高い」「中等度」「低度」の順で評価する。

b) 「NHS が助成する(ケアホームにおける)看護サービス」の認定基準

看護付きケアホームの利用費は、生活型ケアホームの利用費に看護(医療)の利用費を加えたものである。NHS の登録看護師によって認定されると、この看護の利用費は NHS により支払われることになる。

評価は、「利用者は看護付きケアホームで提供しているレベルでの看護ニーズを持つか」、「利用者は住居型の環境を必要としているか」の視点で判断される。看護ニーズは継続して必要とされるものでなければならず、例えば、一時的な包帯の取替えなどは含まれない。生活型ケアホームの利用者が看護を一時的に必要としている場合は、地域看護師によりサービスが提供される。

図表 11 継続する保健ケアを受けるための基準

ケアの領域 Care Domain	優先すべき 問題	重度	高い	中等度	低度	なし
行動面 Behaviour						
認知面 Cognition						
心理的ニーズ Psychological Needs						
コミュニケーション Communication						
移動能力 Mobility						
摂食状態(栄養) Nutrition – Food & Drink						
排泄 Continence						
皮膚の状態 Skin(including tissue viability)						
呼吸 Breathing						
薬物療法 Drug Therapies&Medication						
意識状態 Altered States of Consciousness						
その他のケアニーズ Other significant care need(see box above)						
Totals						

出典; *Decision-Support Tool for NHS Continuing Healthcare 20 September 2007*

http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliveringadultsocialcare/Continuingcare/DH_073912?IdcService=GET_FILE&dID=149112&Rendition=Web

B. 社会サービス(ソーシャルケア)の認定基準

FACS (ケアサービスへの公正なアクセス) により設定されている「緊急 (Critical)」「重度 (Substantial)」「中度 (Medium)」「低度 (Low)」の4つの枠組のうち(図表1参照)、ドーセット・カウンティカウンシル(地方自治体の1つ)では「緊急」と「重度」の2つを対象としている。

C. ジョブセンタープラス

ジョブセンタープラスの利用は求職者などのために一般に公開されているが、給付金、就職サポートのシステムはそれぞれ対象が異なる。「(7) 給付内容」の「C. ジョブセンタープラスで提供されるサービス」の欄を参照。生活補助手当や求職者手当などは、所得・資産審査を経たうえで給付される。

(13) 認定者数

A. NHS によるサービスの利用者数

「プライマリケア」と「二次的ケア」の利用には認定という過程をとっていないため、認定者数は不明である。

なお、2007 - 08年にプライマリケアを利用した人は延べ2億240万人、入院治療を受けた人は延べ1,400万人、また外来と救急外来を利用した人は述べ6,400万人である。

出典: *Qresearch report on trends in consultation rates in General Practices 1995-2008*

<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice/qresearch-report-on-trends-in-consultation-rates-in-general-practices-1995-2008>

「継続する保健ケア (Continuing Health Care)」の認定を受けてイギリス (UK) で補助金を受けている人は、2008 - 09年の第1四半期¹¹⁾(4 ~ 6月)では37,920人、第2四半期(7 ~ 9月)では40,449人である。

「NHSが助成する(ケアホームにおける)看護サービス (NHS Funded Nursing Care Home)」のイギリス (UK) での利用者は、2007年3月31日時点で123,452人である。

出典: *Continuing Care : Information for the general public*

http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliveringadultsocialcare/Continuingcare/DH_079285

Health Continuing Care

<http://www.theyworkforyou.com/wrans/?id=2009-01-20b.248339.h>

NHS Funded Nursing Care : Care Homes: Finance(12 July 2007 Column 1659W)

<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmhansrd/cm070712/text/70712w0016.htm>

B. 社会サービス(ソーシャルケア)の利用者数

およそ200万のケースが地方自治体の社会サービス部に依頼され、そのうち175万人の成人(18歳以上)が2004 - 05年の間に社会サービス部からのサービスを受給、18歳以上で2005 - 06年に介護サービス (Residential Care) を利用した人は25.9万人である。在宅介護の利用者数は38.6万人であった。

なお、イギリス(UK)で「障害者施設補助金(Disabled Facilities Grants)」(図表8参照)により補助金を得ている人は毎年3万人を超える。そのうち、70%は65歳以上の高齢者、25%は成人の就労年齢(受給者本人のため。また介護者・養育者である場合を含む)、5%が障害を持った19歳未満の若年者である。

出典; *Social Care : The state of social care in England 2007-08* P168
http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/SOSC08%20Report%2008_Web.pdf
DFG : *Reviewing the disabled facilities grant programme* P12
<http://www.communities.gov.uk/documents/housing/pdf/138553.pdf>

C. ジョブセンター・プラス

a) 給付金に関するサービス

この項目は、すべてグレートブリテン(Great Britain)のデータである。

- ・障害者生活手当(Disability Living Allowance):2007年8月末で2,930,030人が受給
- ・介助手当(Attendance Allowance):2008年5月時点で1,546,680人が受給
- ・介護者手当(Carer's Allowance):2008年8月時点で490,030人が受給
- ・就労不能給付(Incapacity Benefit):2008年5月時点で2,382,000人が受給
- ・所得補助(Income Support):2008年5月時点で2,102,260人が受給。

出典; *Disability Living Allowance Claimants, August 2007*
<http://www.neighbourhood.statistics.gov.uk/dissemination/instanceSelection.do?JSAllowed=true&Function=%24ph=61&CurrentPageId=61&step=2&datasetFamilyId=1355&instanceSelection=023616&Next.x=7&Next.y=9>
Attendance Allowance - cases in payment Caseload (Thousands) : Time Series by Gender of claimant
http://83.244.183.180/100pc/aa/ccdate/ccsex/a_carate_r_ccdate_c_ccsex.html
Carer's Allowance - cases in payment Caseload (Thousands) : Government Office region by Gender of claimant
http://83.244.183.180/100pc/ca/ccgor/ccsex/a_carate_r_ccgor_c_ccsex_aug08.html
Incapacity Benefit Caseload (Thousands) : Time Series by Gender of claimant
http://83.244.183.180/100pc/ib/ccdate/ccsex/a_carate_r_ccdate_c_ccsex.html
Income Support Caseload (Thousands) : Gender of claimant by Government Office region
http://83.244.183.180/100pc/is/ccsex/ccgor/a_carate_r_ccsex_c_ccgor_may08.html

b) 就労に関するサービス

この項目は、すべてイギリス(UK)のデータである。

- ・障害者のためのニューディール(New Deal for Disabled People):2001 - 08年8月までの間に271,180人が利用しており、これまでに189,410人が就労。2006 - 07年の間には60,940人が登録している。
- ・ワークへのアクセス(Access to Work):2006 - 07年の間に28,500人が利用。
- ・就職紹介スキーム(Job Introduction Scheme):2008年、1,100人が利用。
- ・ワークステップ(WORK STEP):2006 - 07年は12,800人を支援。
- ・Pathway to Work:2003年の開始から2007年10月まで694,410人が支援を受けた。
- ・就労準備プログラム(Work Preparation Programme):2006 - 07年には、8,100人がこのプログラムを開始。

出典; *New Deal for Disabled People*
http://83.244.183.180/new_deals/nddp/live/dp_j_i/i_jobyear/a_ccsex/a_stock_r_i_jobyear_c_a_ccsex_may08.html
Employment Schemes: Disabled(8 Oct 2007 : Column 144W)
<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmhansrd/cm071008/text/71008w0030.htm>
John Dumelow. *2008 Public consultation*
<http://www.kent.gov.uk/NR/rdonlyres/47A4655F-CA25-47F5-959C-34583AB4C0E2/13523/dwppresentation.pdf>
Pathways to Work for new and repeat incapacity benefits claimants: Evaluation synthesis report. P.12
<http://www.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2007-2008/rrep525.pdf>

(14) 利用手続き、所管窓口

A. NHS によるサービス

NHS からのサービスを希望する場合は、まず、自宅近くの診療所に登録をし、かかりつけ医 (GP) による診察を受け、かかりつけ医が必要な機関・部署に紹介するというシステムがとられている。

診療所に新規に登録するためには、診療所にある書類に記入し、登録する (登録内容については図表 12 参照)。診療所の既存の登録者数が多すぎるために新規登録を受け付けられない場合は登録を断られ、別の近隣の診療所を探さないといけないこともある。

登録資格は、イギリス (UK) 住民であることである。利用者が外国人で、所持されているビザが 6 ヶ月以下の場合は、登録はできるが、医療費を支払うことが求められる。

図表 12 NHS 登録時に質問される内容 (抜粋)

氏名、住所、電話番号、生年月日、NHS 番号等

イギリスにおける旧住所 旧住所での担当医の名前 / 旧住所での担当医の住所
 海外出身の場合 イギリスで最初にかかりつけ医 (GP) 登録をした住所
 以前イギリスに住んでいた場合 居住目的で初めてイギリスに来た日 / 出国日
 軍を退役する場合 入隊前の住所

5 歳未満の児童を登録する場合
 私は、上記児童が、裏面に記載されている医師により登録され、乳幼児健診を受けることを希望します。

主治医に薬の調剤や器具の手配をしてもらう必要がある場合 *
 私は、最も近い薬局から直線距離にして 1 マイル以上離れた所に住んでいます。
 私は、薬や器具を薬局から入手することが難しい、深刻な問題を抱えています。
 * すべての医師が薬の調剤を認められているわけではありません。

NHS 臓器提供者登録
 私は、死後、臓器が移植に使用される可能性がある者として、NHS 臓器提供者名簿に登録することを希望します。
 提供を希望する臓器に印をつけてください。
 腎臓 心臓 肝臓 角膜 肺 すい臓 身体のどの部分でも可

NHS 献血者登録
 私は、献血のために連絡を受け、これに応じる可能性がある者として、NHS 献血者名簿に登録することを希望します。
 過去 3 年以内に献血をしたことがある場合、ここに印をつけてください。

出典: *Family doctor services registration*

http://www.merton.ox.ac.uk/currentstudents/section_specific/NHS_GMS1.pdf

B. 社会サービス(ソーシャルケア)

地方自治体の社会サービス部からのサービスを希望する人は、地方自治体に連絡をすると利用者受付担当者(Client Reception Officer;CRO)につなげられる。そして利用者受付担当者が大まかに情報収集し、どの職種のスタッフが利用者の希望に見合うか判断し、必要に応じてケアマネジャーや作業療法士に連絡をする(ドーセット・カウンティカウンシルの場合、新規のサービス希望者は地方自治体の中央オフィスに電話連絡をすることで介入が開始される。書類による申請は受け付けていない)。

依頼の内容が、主に介護などに関するものであればケアマネジャーに、主に福祉機器や家屋改造などに関するものであれば作業療法士に、それぞれ連絡が取られる。必要に応じて、ケアマネジャーや作業療法士が利用者の自宅等を訪問し、単一評価プロセス(Single Assessment Process;SAP¹²) /添付資料1参照)を元にインタビューを実施して評価する。

利用者のニーズが明らかになった後、ケアプランを立てる。その際に大まかな貯蓄額も質問し、金銭援助についての情報提供を行い、利用者が財産審査を希望するかを確認しておく。ケアマネジャーが必要に応じて「財政審査と給付担当官(Financial Assessment and Benefits Officer ;FABO)」に所得・資産の評価(Means Test)を依頼し、FABOがケアマネジャーの立てたケアプランに見合うよう、利用者負担額と社会サービス部による補助金額を決定する。住宅改修に関しては作業療法士が障害者施設補助金担当者(Disabled Facility Grants Officer ;DFGO)に連絡し、DFGOが所得・資産審査を実施、利用者負担額と障害者施設補助金(DFG)からの金額を決定する。

C. ジョブセンター・プラスによるサービス

労働・年金省が、ほとんどの給付金に関してジョブセンタープラスを通して管理し、ある一定の給付金の新規申し込みや継続は電話やインターネットで受付がされている。

ジョブセンタープラスからのサービスを希望する人のうち、給付金の受給を希望する人はジョブセンタープラスのナショナルコールセンターに電話連絡(無料)をし、オペレーターに、国民保険制度番号(National Insurance Number)、家賃や住宅ローン、職歴や現在の就労状況および収入や貯蓄額についての詳細を告げる。書類申請ではなく、電話連絡により介入が開始されるようになっており、この電話でのインタビューはおよそ40分かかる。オペレーターは必要に応じて、担当アドバイザーによる面会をその電話連絡以降3~4日以内に設定し、利用者は担当アドバイザーから就労援助などについてのインタビューを受けることもある。添付資料2に「障害者生活手当」の申請内容を記す。

所得補助(Income Support)、求職者給付(Jobseeker's Allowance)、就労不能給付(Incapacity Benefit)の新規・継続利用者は、電話のほかインターネットでも受給を申請できる。就労を希望する人は、就労援助のためのナショナルコールセンターに電話連絡をするか、インターネット、もしくはジョブセンタープラス内のジョブポイントと呼ばれるタッチパネルコンピュータを利用して求職することができる。添付資料3にインターネットで申し込むための内容を記す。

障害者の就労希望者は、地域のジョブセンタープラスに電話してサービスを希望し、障害者雇用アドバイザー(Disability Employment Advisors)によるインタビューを予約してインタビューを受けることになる。

(15) 要否判定方法

自治体の社会サービス部からのサービスを受けられるかについては「単一評価プロセス (Single Assessment Process ; SAP)¹²⁾」を使用し、対象者がどのような援助を必要としているか、そのニーズが地方自治体の社会サービス部からの援助の対象になるかどうか決定される。

判定は、ケアマネジャーもしくは作業療法士による利用者中心の会話により行われる。その内容には、自分で何ができるか、もし他者からの援助があれば何ができるようになるか、どのようなニーズが満たされなければならないか、対象者がどんな援助を望んでいるか、もし介護者がすでに援助をしている場合は、その介護者は今の状況をどのように感じているか、対象者のニーズを満たすにはどういった方法が最善か、ということが含まれる。

また、介護者は別に介護者のための評価を受けることができる。介護者のための評価はケアマネジャーのインタビューにより行われ、介護者の健康、睡眠状況、介護内容、要介護者との関係、介護ニーズをどのように理解しているか、他の家族、仕事や従事していることへのプレッシャー、仕事復帰などについての情報、金銭的状况、実質的な援助のニーズ、住居の状況、余暇について、介護をするうえでの技能を持ち合わせているか、移動・移乗介護について不測の事態の場合のプラン、どのような援助があると良いかなどが情報収集される。必要に応じて、介護者のためのサポートグループなども紹介される。評価表は各自治体によって異なるので、インターネット上で得られたいくつかの情報のアドレスを以下に記す。

- ・Social Care to go to a new area in this section press the section menu buttons below
<http://www.carersnet.org.uk/socialservices/assessment.htm>
- ・Carers' Assessment Form (Surrey)
<http://www.carersnet.org.uk/assforms/careassessmentadults.pdf>
- ・Carer's Assessment Form (Barnet)
<http://www.barnet.gov.uk/carers-assessment-form-june08.pdf>

(16) 利用者負担

A. NHS で発生する利用者負担

NHS (国民保健サービス) では、病院などに通うための交通費、歯科、眼科、薬、頭髮のサポート (かつらや布) に対して、一部を除いて利用者負担が発生する。これら以外のサービスについて利用者負担は発生しない。

a) NHS を利用するための通院費について

以下の場合、NHS を利用するための交通費に対して補助や、交通手段が提供されるが、それ以外は自費でまかなう必要がある

【NHS の利用で補助金が出るケース】

- ・診察の時点で患者本人またはそのパートナー（配偶者や内縁関係を含む）が低所得者対象の給付金を受給している場合
- ・プライマリケア以外で実施される医療や歯科診察で、かかりつけ医（GP）、歯科医もしくは病院専門医から紹介された場合
- ・かかりつけ医（GP）もしくは歯科医からの紹介で、その診療が、その診療所以外の場所で別の日に行われなければならない場合
- ・生命にかかわるような重大な状況の場合は救急車を利用
- ・予約された治療・診療を受けるために病院に行く場合（主に二次的ケアの利用）に交通手段が確保できない、もしくは病院までが遠距離であり、医師、歯科医、助産師などが必要と判断した場合は、非緊急用傷病者運搬車が手配され、それを利用する。

b) 歯科の利用について

以下の場合には無料で歯科治療が行われるが、それ以外は利用者負担が発生する。

【歯科治療が無料になる対象者】

- ・18歳以下である、妊娠しているか、治療が始まった時点が出産後12ヶ月以内にある者
- ・病院内の歯科医による治療を受けている入院患者
- ・病院の歯科医（二次的ケア）による治療を受けている者
- ・低所得者対象の給付金を受給している者

【利用者が負担する歯科治療費】

上記（歯科治療が無料になる対象者）に該当しない者は治療費を支払う必要がある。歯科治療費は、Band1～3に分かれており、Band1は検診、診断、歯石取りなどが含まれ、16.20ポンドである。Band2はBand1の内容に加えて、詰め物や歯根治療、1～2本の抜歯などが含まれ、44.60ポンドである。Band3はBand1～2の内容に加えて、被せ物（Crown）、義歯やブリッジの治療を含み、198.00ポンドである。その他、緊急治療の場合は16.20ポンドである。

出典：NHS dental charges: what you should pay

<http://www.nhs.uk/AboutNHSservices/dentists/Documents/NHS%20Dental%20Charges.pdf>

c) 眼科の利用について

以下に該当しない者は、検眼や眼鏡などを自費でまかなわなければならない。

【視覚検査が無料になる対象者】

- ・16歳以下もしくは就学している18歳以下の者
- ・60歳もしくはそれ以上
- ・登録視覚障害者
- ・糖尿病や緑内障の診断を受けた者
- ・40歳以上で二等親以内の家族に緑内障の者がおり、医師や検眼士が罹患の危険にあると判断した者
- ・ある一定の給付金を受給している者

【眼鏡を購入するクーポンについて】

上記「視覚検査が無料になる対象者」に該当する者は、NHS より眼鏡を購入するためのクーポンが発行される。クーポンは必要とされている眼鏡の強度によって値段が変わり、CodeA は 35.50 ポンド、CodeB は 54.00 ポンド、CodeE は 61.40 ポンド、CodeF は 78.10 ポンドとなっている。このクーポンを民間の眼鏡店に持っていき購入するが、クーポンの値段より高い金額の眼鏡を購入したい場合は自費でその差額を補い購入することができる。

出典: *Are you paying with a GOS3 Optical Vouchers?*
<http://www.wantglasses.co.uk/nhs?contentId=26>

d) 薬の処方について

以下の者は無料で薬が処方される。それ以外は利用者負担が発生する。2008 年 4 月 1 日時点で、基本の薬の処方費はイングランド (England) で 7.10 ポンドであり、処方費除外に該当しない者は、処方薬を購入するときにこれを支払わなければならない

出典: *NHS Prescription Charges*
[http://www.politics.co.uk/briefings-guides/issue-briefs/health/nhs/nhs-prescription-services/nhs-prescription-charges-\\$366605.htm](http://www.politics.co.uk/briefings-guides/issue-briefs/health/nhs/nhs-prescription-services/nhs-prescription-charges-$366605.htm)

【無料で処方される対象者】

- ・60 歳以上の者
- ・16 歳以下もしくは 18 歳以下で就学中の者
- ・妊娠中の者
- ・過去 12 ヶ月以内に出産をした者で処方費除外の証明書を持つ者
- ・ある一定の健康状態にあり、処方費除外の証明書を持つ者
- ・単独での外出ができないなどの身体障害を持ち、それに対して処方費除外の証明書を持つ者
- ・戦傷病者年金受給者で障害があるとされている者
- ・NHS に入院中である者
- ・低所得に関連する給付金を受給している者

e) 頭髪のサポートについて

一部の者を除いて利用者負担が発生する。

【かつらや布の処方】

16 歳以下、もしくは就学している 18 歳以下の者、入院中の者、障害のためかつらや布の供給が受諾されており、医療費支払い免除になっている戦傷病者年金受給者には NHS から無料でかつらや布が給付される。

これに該当しない者は、処方されたかつらを購入する際に一定の金額を支払わなければならない。この金額は毎年 4 月に改定されるが、2006 - 2007 年では、カスタムメイドの人毛のかつらは 212.85 ポンド、人毛の部分かつらは 145.55 ポンド、規定サイズのモドアクリル繊維のかつらは 55.10 ポンドであった。ただし NHS ではアレルギーがない限り、人毛のかつらは処方されない。

出典: *Wigs and the NHS*
<http://www.alopeciaonline.org.uk/wigs/nhs.asp>

B. 社会サービス(ソーシャルケア)で発生する利用者負担

地方自治体の社会サービス部で提供されているサービスのうち、コミュニティーアラームシステム(緊急通報)、家屋改造、デイセンターの利用、ショートステイの利用、ボランティアによる交通手段の利用、在宅介護、ケアホームの利用、食事の宅配サービスには利用者負担が発生する。これら以外のサービスについて利用者負担は発生しない。

利用者負担がどの程度になるかどうかは、財政審査と給付担当官 (Financial Assessment and Benefit Officer ; FABO) が収入と貯蓄額に関する情報を収集するなどし、金銭関連評価 (Financial Assessment)、所得・資産審査を実施する (図表 13 参照)。

貯蓄が 22,250 ポンド以上ある者は、介護に関連するサービスは全て自費でまかなうこととされている。在宅介護利用の際は、持ち家の価値は財産に含まない。

なお現在、政府は、収入が週当たり、60 歳以下単身者で 107.94 ポンドを超えない者、60 歳以上単身者で 155.07 ポンドを超えない者、60 歳以下カップルで 164.75 ポンドを超えない者、60 歳以上カップルで 236.69 ポンドを超えない者は、在宅介護について利用者負担は発生しないとしている。

図表 13 利用者負担に関する評価に必要な書類・調査

	必要な書類・調査の内容
収入に関するもの	労働・年金省からの、退職年金、所得補助金、年金クレジット、障害者生活手当、介助手当や介護者手当、就労不能給付などを含む給付金に関する詳細を記した書類、個人年金の通知書、投資の年間配当金、その他収入関連の書類。
貯蓄に関するもの	住宅金融組合からの帳簿、銀行や郵便局などの帳簿、株式の証明書、養老保険の詳細、その他の貯蓄や投資の詳細について調査される。
出費に関するもの	過去 4 回分の水道・光熱費の請求書、住民税の請求書、電話 (携帯電話を含む) の証明書、過去 4 回分の個人で契約を結んだ在宅介護や家事手伝いの雇用に関する費用、過去 4 回分のコミュニティーアラームシステム (緊急通報) の請求書、車椅子、電動ベッド、リクライニングチェア、階段昇降機やホイスト器具に関する購入・維持・修理の証拠、利用者の健康状態によりかかった費用 (衣類、交通、洗濯代など特別にかかった費用)、NHS で処方されていない薬を購入するためにかかった費用の証拠などを調査する。

* 貯蓄と収入から、出費を差し引いたものを自由になる金額 (Disposable Income) とし、これが必要な在宅介護サービスを購入するために当てられるとみなされる。

出典: *Who pays?*

<http://www.dorsetforyou.com/index.jsp?articleid=369707>

a) 在宅サービスの利用者負担

【コミュニティーアラームシステム (緊急通報)】

週当たり 3.95 ポンドがかかる。FACS (ケアサービスへの公正なアクセス) の「緊急」と「重度」のニーズがあり、資産調査によりこの費用を支払う能力がないと判断された場合は、自治体により補助金が出される。

【家屋改造】

作業療法士より評価を受け、FACSの「緊急」と「重度」のニーズがあると判断された場合は、障害者施設補助金担当者(Disability Facility Grants Officer;DFGO)が所得・資産審査を実施し、利用者の貯蓄が22,250ポンド未満の場合は補助が受けられる。

障害者施設補助金(DFG)は、1,000ポンド～最高30,000ポンドまでの改造費に対して補助をする。改造費用が30,000ポンドを超えた場合は家屋改善エージェンシー(図表5参照)などが介入し、チャリティー団体などからの援助を探索する。(利用者がどの程度、費用を負担しているのかを調査するためDFGOに連絡を取ったが、架空の利用者に対して費用を算出することはできないとのことで、詳しい情報は得られなかった)

【デイセンター】

デイセンター内での食費と自分で交通手段を確保できない人に利用者負担が発生する。費用は日中の2コース(メインとデザート)の3.25ポンド～(プレーンビスケット)の0.20ポンドまで様々である。交通手段が確保できない人のためにはデイセンターよりバスが配送されるが(片道2.50ポンド)、所得・資産審査を経て自由になる金額がある場合、交通費と自由になる金額のうち低いほうを支払う必要がある。

【ショートステイ】

利用者の貯蓄が22,250ポンド以上の場合、全額利用者負担となる。利用者の貯蓄が22,250ポンド未満の場合は、週当たり130ポンドを負担金として支払う必要がある(ドーセット・カウンティカウンシルの場合)。

【ボランティアによる交通サポート】

利用する団体によって費用は異なるが、利用者は1マイルにつき0.25～0.35ポンドを支払う。利用は往復50マイルを超えないものとする。

【在宅介護】

介護者を雇用するには1時間当たり10～12ポンドかかるが、利用者の貯蓄が22,250ポンドを超える場合は、全額利用者負担となる。貯蓄が22,250ポンド未満の場合は、所得・資産調査を受け、自由になる金額がいくらあるかによって利用者負担額が決められる。自治体は、利用者負担額を含めて週当たり最高400ポンドまでを在宅介護提供の目安と考えており、それを超える場合は社会サービス委員会(Social Services Panel)というケアマネジャーレベルよりも上の“調査委員会”により、利用者負担額を含めて400ポンドを超える費用を自治体が支払うかどうかを検討される。基本的に、在宅介護とケアホームに入居した場合との両方を比較検討し、費用の安いほうが勧められることが多い。図表14～図表16に在宅介護の利用負担について記す。

しかし、対象者が65歳以下の場合、その不足分を「自立生活基金(Independent Living Funds)」という非政府組織と自治体とで出資し合い、対象者の在宅生活を援助することもある。これについて明確な線引きはなく、対象者や環境を含めて話し合いをしながら決定される。

図表 14 在宅介護の利用者負担の決定の仕方

<p>(A) 収入 - (B) 給付金 & 免除額 = 利用者負担額 (最大) (A) から (B) を引いたものが在宅介護の利用者負担額となる。</p>									
※ (A) 収入	(B) 給付金 & 免除額								
<ul style="list-style-type: none"> ・国の給付金 ・年金 ・保険料収入 ・家賃収入 ・離婚相手からの慰謝料収入 ・投資収入 ・タリフィンカム <p>タリフィンカムは、22,250 ~ 13,500 ポンドの間の 250 ポンド毎を 1 ポンドと数え、それを毎週の収入であると換算する。つまり、貯金が 22,000 ポンドある人は、13,500 ポンドとの差額 8,500 ポンドを 250 で割った数、つまり 34×1 ポンド = 34 ポンドを毎週の収入に加えることになる。貯蓄が 15,750 ポンドの人は、9 ポンドが週当たりの収入に加えられる。</p> <p>貯蓄が 22,250 ポンド以上ある場合は、在宅介護やケアホームにかかる費用は全額利用者負担である。</p> <p>※収入には、働いて得られた賃金、障害者のための税金控除もしくは仕事上の税金控除は含まれない。</p>	<p>所得補助 (年齢及び障害割増) に所得補助の 25% を加えたもの、つまり所得補助の 125% これは現在、</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>60 歳以下単身者</td> <td>107.94 ポンド</td> </tr> <tr> <td>60 歳以上単身者</td> <td>155.07 ポンド</td> </tr> <tr> <td>60 歳以下カップル</td> <td>164.75 ポンド</td> </tr> <tr> <td>60 歳以上カップル</td> <td>236.69 ポンド</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・強化障害割増 (注 1) ・介護者割増 (注 2) ・介護手当の低レートもしくは障害者生活手当のケア要素の中レート の 25% ・夜間の介護を利用していない場合の介助手当か障害者生活手当の夜間の要素 ・障害者生活手当の移動給付 / 移動要素 ・所得補助などを利用せずに支払われている住宅ローンの利息や家賃 ・住民税補助を受けずに支払われている住民税 ・戦争障害者や戦争未亡人年金のうち 10 ポンド ・戦争未亡人特別支払額 ・家のタイプにより通常よりも高くつく光熱費 ・障害に関連して生じた特別な出費。例えば、洗濯代、衣類や特別な医療 	60 歳以下単身者	107.94 ポンド	60 歳以上単身者	155.07 ポンド	60 歳以下カップル	164.75 ポンド	60 歳以上カップル	236.69 ポンド
60 歳以下単身者	107.94 ポンド								
60 歳以上単身者	155.07 ポンド								
60 歳以下カップル	164.75 ポンド								
60 歳以上カップル	236.69 ポンド								
<p>もし、カップルのうち 1 人が所得・資産審査を受けるのであれば、両方の評価を実施し、合計を 2 で割ったものを 1 人分と計算する。</p>									

(注 1) 強化障害割増 (Enhanced Disability Premium) は、資産調査を経たうえで 16 歳以上 60 歳未満の障害を持つ人に対して、所得補助 (年齢及び障害割増) に上乗せして支払われるもの。

(注 2) 介護者割増 (Carers Premium) は、介護者を対象に、所得補助に上乗せして支払われるもの。

出典; Dorset County Council's Adult and Community Services factsheet : Paying for non residential care services
[http://www1.dorsetforyou.com/CARING/Leaflets.nsf/-/5BACD2F74501430F80257003003BA4A2/\\$FILE/Paying%20for%20non%20residential%20care%20services.pdf](http://www1.dorsetforyou.com/CARING/Leaflets.nsf/-/5BACD2F74501430F80257003003BA4A2/$FILE/Paying%20for%20non%20residential%20care%20services.pdf)

図表 15 在宅介護の利用者負担額と自治体の補助金の関係を判りやすく示した例

週当たりの在宅介護の費用	利用者負担額	自治体の補助金	差額
252 ポンド	100 ポンド	152 ポンド	0 ポンド
600 ポンド (24 時間ケアで、夜間の具体的な援助は必要とされていない場合のおよその費用)	100 ポンド	300 ポンド	200 ポンド (ここでケアホームに入居したほうが安いかどうか検討される。対象者が在宅を希望した場合は社会サービス委員会という“調査委員会”で、この差額を自治体が出すか、自立生活基金が出資してくれるか、話し合いで決定される)

図表 16 在宅介護利用の利用者負担額決定の例

70 歳、自宅(住宅ローン払い済み)に単身在住、1 日に 3 回、1 回につき 1 時間の介護者からの介入が毎日必要。貯蓄は 15,750 ポンド。介護者を雇い入れる費用は 1 時間 12 ポンド×3 回×7 日=1 週間当たり 252 ポンドである。			
収入		手当と免除額	
国民年金	90.70 ポンド	収入の最低保障	155.07 ポンド
介助手当の低レート	44.85 ポンド	介助手当の 25%	11.21 ポンド
タリフインカム	9.00 ポンド	住民税(注 1)	4.00 ポンド
貯蓄保証金(Savings Credit)	19.71 ポンド		
収入合計	164.26 ポンド	支出合計	170.28 ポンド
この場合、支出が収入を超えるので、自由になる金額(Disposable Income)は 0 ポンドとみなされる。もし、この利用者の収入が支出を超えていれば、その差額が在宅介護を雇い入れる費用に当てられることになる。この場合の在宅介護の費用 252 ポンドは地方自治体より「直接支払い(Direct Payments)」を通して支払われることになる。			

(注 1) 本来は 15 ポンドのところ、住民税補助を 11 ポンド受けているので、4 ポンドのみの支払い

b) 施設サービスの利用者負担

【生活型ケアホーム(Residential Care Home)】

イングランド(England)での生活型ケアホームの平均費用は週当たりおよそ 564 ポンドである(2007 - 08 年)。利用者の貯蓄が 22,250 ポンドを超える場合は利用者が費用の全額を負担し、貯蓄が 22,250 ポンド未満で利用者が FACS の「緊急」と「重度」のニーズを持つ場合は、地方自治体から金銭の補助を受けることになる。

援助を受ける場合、所得・資産審査にて収入額を計算し、その収入額からお小遣い(Statutory Personal Allowance)として 21.15 ポンド(利用者が 65 歳以上の場合 5.45 ポンドをお小遣いに加えた合計 26.60 ポンド)を引いた金額を利用者負担(Contribution)という形で利用者が支払い、地方自治体は利用者負担だけでは生活型ケアホームの費用に満たない場合に差額を支払う。ただし、その合計金額は 463 ポンドまでである。

図表 17 ~ 図表 19 に、生活型ケアホームの利用者負担について記す。

出典; *Care Homes: Fees and Charges: Written answers. Tuesday, 10 February 2009*
<http://www.theyworkforyou.com/wrans/?id=2009-02-10b.253236.h>

【看護付きケアホーム(Residential Home with Nursing Care)】

イングランド (England) での看護付きケアホームの住居費の平均費用は週あたりおよそ 499 ポンドである (2007-2008 年)。これに加えて、NHS が助成する看護ケア (NHS funded nursing care) で、看護・医療費を支払っている。この NHS が助成する看護ケアは 2 段階に分かれており、2008 年 4 月からは一律スタンダードレートで週に 103.80 ポンドである。

なお、看護付きケアホームでは、生活型ケアホームと同様に、利用者の貯蓄が 22,250 ポンドを超える場合は利用者が住居費に当たる費用を全額負担し、貯蓄が 22,250 ポンド未満で FACS の「緊急」と「重度」のニーズに見合う場合は、地方自治体から金銭的補助を受けることができる。援助を受ける場合は、所得・資産審査にて収入額を計算し、その収入額からお小遣いとして 21.15 ポンド (利用者が 65 歳以上の場合は 5.45 ポンドをお小遣いに加えた合計 26.60 ポンド) 引いた金額を利用者負担額 (Contribution) という形で利用者が支払い、地方自治体は利用者の負担額が看護付きケアホームの住居費に満たない場合に、その差額を支払う。ただし、援助の合計金額は 463 ポンドまでである。

図表 17 と図表 20 に、看護付きケアホームの利用者負担について記す。

出典; Care Homes: Fees and Charges: Written answers. Tuesday, 10 February 2009
<http://www.theyworkforyou.com/wrans/?id=2009-02-10b.253236.h>

図表 17 ケアホーム(看護付きを含む)の利用者負担(貯蓄が 22,250 ポンド未満の場合)

(A) 収入 - (B) 個人で使える費用 = 利用者負担(最大)	
(A) 収入	(B) 法律で保障されている、個人で使える費用
<ul style="list-style-type: none"> ・国の給付金 ・年金 ・保険料収入 ・家賃収入 ・離婚相手からの慰謝料収入 ・投資収入 ・タリフィンカム(在宅介護の際に使用した計算方法と同じ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・お小遣い 21.15 ポンド ・貯蓄非課税資産 (Savings Disregards) (65 歳以上対象) 5.45 ポンド
<p>利用者がケアホームに終身的に入居した場合、持ち家の価値は初めの 12 週間は換算されないが、12 週間以降は貯蓄としてみなされるため、家売るなどしてケアホームへの費用にあてる必要があるとなってくる。家の売却を希望しない人は、その家を担保としてお金を借り入れるなどの方法もある。もし、その家に他の人が住んでおり、その人が配偶者・パートナー、60 歳以上の親戚もしくは障害を持った親戚、独立していない子供である場合は除外される。自治体は、ベーシックな機能を備えたケアホームへの補助を提供するため(つまり、費用の高いケアホームをまかなうために高い補助金は出ない)、利用者が自治体の補助金よりも高いケアホームへの入居を希望し、ケアマネジャーがそれに同意した場合は、利用者はその差額を捻出する必要がある。しかし「差額を埋める費用は利用者の貯蓄からではなく、他者(家族や第三者)から捻出されなければならない」というルールがあり、例えば、両親をやや質の良いケアホームに入居させたい家族が自分たちで費用を捻出できない場合、チャリティー団体に打診するなどして、資金調達に奔走することがある。</p>	

出典; Dorset County Council's Adult and Community Services factsheet: Care home provision for adults including charges (residential care and nursing care)
[http://www1.dorsetforyou.com/caring/Leaflets.nsf/-/197B631D4444BAED0025665E0034C075/\\$FILE/Care%20home%20provision%20for%20adults%20including%20charges.pdf](http://www1.dorsetforyou.com/caring/Leaflets.nsf/-/197B631D4444BAED0025665E0034C075/$FILE/Care%20home%20provision%20for%20adults%20including%20charges.pdf)

図表 18 生活型ケアホームの利用者負担額と自治体の補助金の関係を判りやすく示した例

生活型ケアホームの費用	利用者負担額	自治体の補助金	差額
400 ポンド	200 ポンド	200 ポンド	0 ポンド
500 ポンド	300 ポンド	163 ポンド	37 ポンド (これは家族やチャリティー団体など第三者により支払われなければならない)

図表 19 生活型ケアホーム利用の例

70歳、生活型ケアホームに入居して2週間目。入居費は週に400ポンド。貯蓄は15,750ポンド。	
収入	個人で使用できる金額
・国民年金 90.70 ポンド	お小遣い 21.15 ポンド
・介助手当低額 44.85 ポンド	貯蓄非課税資産 (Savings Disregards) 5.45 ポンド
・タリフインカム 9.00 ポンド	
・貯蓄保証金 19.71 ポンド	
収入合計 164.26 ポンド	個人用の金額合計 26.60 ポンド
収入合計から個人用の金額を引いた金額 137.66 ポンドが利用者負担としてケアホームの費用の一部に支払われる。地方自治体からは 262.34 ポンドが補助され、合計 400 ポンドが支払われる。ケアホームに入居して最初の4週間は介助手当は支払われるが、その後は給付が停止する。すると利用者負担額が減るので、その分を地方自治体が支払う必要がある。	

出典: *Charging for residential care*

http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Chargingandassessment/ChargingforSocialCare/DH_079505

Paying for services in a care home (residential care and nursing care)

[http://www1.dorsetforyou.com/CARING/Leaflets.nsf/-/D97D9594F17D19F3802571E80057B736/\\$FILE/Paying%20for%20services%20in%20a%20care%20home.pdf](http://www1.dorsetforyou.com/CARING/Leaflets.nsf/-/D97D9594F17D19F3802571E80057B736/$FILE/Paying%20for%20services%20in%20a%20care%20home.pdf)

図表 20 看護付きケアホーム利用者負担額と自治体の補助金の関係をわかりやすく示した例

看護付きケアホームの住居費	看護・医療費のための「NHSが助成する看護ケア」による補助	利用者負担額	自治体からの補助	足りない費用	看護付きケアホームが受け取る金額
400 ポンド	103.80 ポンド (スタンダードレート)	200 ポンド	200 ポンド	0 ポンド	503.80 ポンド
500 ポンド	142.80 ポンド (2007年より受給を開始した人で高レートが継続されている人)	300 ポンド	163 ポンド	37 ポンド (これは家族や第三者により支払われなければならない)	642.80 ポンド

C. ジョブセンタープラスで発生する利用者負担

ジョブセンタープラスの利用は無料である。

1. 障害者介護サービスに関する調査 脚注

- 1) 本調査では、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの4つの地域からなる「グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国 (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland)」をイギリス (UK) と表記し、北アイルランドを除いた3つの地域をグレートブリテン (Great Britain) と表記する。また、イングランドのみの調査の場合は、イングランド (England) と表記する。
- 2) イギリスでは知的障害を「Learning Disability」(直訳では学習障害) と記述するため、本書でも知的障害と訳している。知的障害とは、知性と社会性の著しい機能障害を含む心の発達の中断または不完全な状態を意味する(“learning disability” means a state of arrested or incomplete development of the mind which includes significant impairment of intelligence and social functioning.” – Mental Health Act 2000)。なお、学習障害は、聞く、話す、読む、書く、計算するなどの能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指し、知的発達に遅れはない。
- 3) ファミリーセンターとは、社会サービス、教育、訓練の要素をあわせ持つサービスで、例えば死別、離別や虐待、障害など特別なニーズを持つ子供やその養育者が対象とされている。
- 4) 事前にかかりつけ医 (GP) を登録し、その医師を受診した場合に、原則無料で保険医療サービスが受けられる。
- 5) ケアホームには、住居と身の回りの世話などの介護を提供するレジデンシャル・ケアホーム (Residential Care Home) と、さらに医療も同時に提供される看護 (医療) 付きレジデンシャル・ケアホーム (Residential Home with Nursing Care) の2種類がある。現在はすべてケアホームと呼ばれているが、生活型 (Residential) と看護付き (Nursing) の区分は残っているため、本書では、それぞれ区別する場合は「生活型ケアホーム」「看護付きケアホーム」と記述する。なお、看護付きケアホームには、登録看護師 (日本でいう正看護師) が常在している。
- 6) 2008年4月からは、それまでの2段階のレート (スタンダードレート 103.80 ポンド、高レート 142.80 ポンド) に変わって、一律 103.80 ポンドが支払われることになった。しかし、2007年の改定以降、高レートの 142.80 ポンドを受給していた人にはそのまま 142.80 ポンドが支払われることがある。
- 7) シッティングサービス (Sitting Service) は、常時介護者を必要としている要介護者を介護している介護者ために提供される。その介護者が外出などのため家を空ける場合、介護エージェンシーなどから介護者が数時間にわたり家に来て、介護者に代わり要介護者に介助を提供する。
- 8) 生活型ケアホームか看護付きケアホームかの評価は、「利用者は看護付きケアホームで提供しているレベルでの看護ニーズを持つか」、「利用者はケアホームの環境を必要としているか」の視点で判断される。看護ニーズは継続して必要とされるものでなければならず、例えば、一時的な包帯の交換などは含まれない。生活型のケアホームの利用者が看護を一時的に必要としている場合は、地域の看護師によりサービスが提供される。
- 9) 国民保険制度は、年金保険、医療保険、労災保険など各種社会保険全般を包括する制度である。
- 10) ブルーバッジは、障害者生活手当 (Disability Living Allowance) の高レートを受給している、戦傷病者年金の移動要素を受給している人に対しては自動的に発行される。政府から支給された障害者用の車を利用している、視覚障害者として登録されている、もしくは、両上肢に重篤な障害があるために駐車料金支払い機の利用が困難な場合や、2歳以下の障害を持った子供の親に対しても発行の対象となることがある。
- 11) NHS の年度は 4月開始、3月終了。
- 12) 単一評価プロセス (Single Assessment Process) は、利用者の見方、医療的背景、疾病の回避、身辺処理の方法や身体・精神機能などの情報をインタビューにより収集し、記入する書式で、社会サービス部および NHS で共通に用いることで、より良いケアサービスの提供を促進することを目的としている。

2. モデルに関する調査

それぞれのケースは

- (A) NHS から受けられるサービス
- (B) 自治体の社会サービス部から受けられるサービス
- (C) ジョブセンタープラスから受けられるサービス

の3つの視点で、イギリス(UK)で受けられるサービスを説明している(自治体の社会サービス部から受けられるサービスはドーセットが中心)。

調査方法は、NHS に関しては NHS 勤務の作業療法士からインタビュー、ソーシャルケアに関してはドーセット・カウンティカウンシルのケアマネジャーにインタビューを行った。ジョブセンタープラスからは協力が得られなかった。

(1) モデル 1 / 全盲

A. NHS から受けられるサービス(糖尿病の管理)

NHS (国民保健サービス) からは医療サービスが受けられる。このケースの場合、最寄りの診療所のかかりつけ医 (GP) より糖尿病のクリニックに紹介状が送られ、そこで糖尿病に関する治療・管理が行われる。このクリニックは主に糖尿病専門の看護師と専門医により運営されている。

必要と判断されれば、このケースは糖尿病のクリニックから足のクリニック (Foot Clinic) に依頼され、そこで手足治療師 (Chiropodist) からのサービスを受けることになる。

クリニックに通うために、このケースが交通手段を確保できない場合は、クリニックにより非緊急用傷病者運搬車が手配される¹⁾。

B. 自治体の社会サービス部から受けられるサービス(妥当な援助機関への橋渡し、視聴覚チームからの介入)

社会サービス部からは福祉 (ソーシャルケア) が提供される。このケースが「銀行に行くことができない」などの理由で自治体の社会サービス部に連絡をした場合、まず、このケースはクライアント受付担当官により簡単に事情を聞かれる。そしてケアマネジャーにつながれ、ケアマネジャーが単一評価プロセス (Single Assessment Process ; SAP) を利用して評価を行う。この評価を通して明らかにされた問題に対して、どういった介入が利用できるかをケースに伝える。

このケースが持つ問題、屋外での移動が困難であることと、収入がないことはケアサービスへの公正なアクセス (Fair Access to Care Services ; FACS) の「緊急 (Critical)」と「重度 (Substantial)」のニーズに合わないため、自治体の社会サービス部が直接援助を提供することはないと判断される。

介入策を以下に記す。

【屋外での移動について】

- ・感覚障害の専門家が所属するチーム (Sensory Loss Team) へ紹介状が行き、このチームにより移動訓練が実施される²⁾。
- ・チャリティー団体の紹介。ケースはいくつかのチャリティー団体を紹介される。自分で電話するなどの能力がある場合、ケースは自分でこれらに連絡をし、自分のケア関連の問題を解決することを求められる。チャリティー団体からは、歩行の付き添い、書類・手紙の処理、ちょっとした片づけなどに対して協力が得られる。また、ケースに十分な能力があると判断された場合、盲導犬の提供も検討される。
- ・給付金などに関する情報提供。ケースが得られるであろう給付金である障害者生活手当 (Disability Living Allowance; DLA) や障害者用バッジに関する情報提供がされ、必要であれば、書類記入のサポートが行われる。給付金を利用して、ガイドとなる人を雇うことも提案される。

【収入について】

収入がない場合は、ジョブセンタープラスの障害者雇用アドバイザーに連絡することを勧められる。

【その他】

このケースの場合、単一評価プロセス (SAP) で明らかにされるかもしれない問題 (娯楽、家事、買い物など) を補う費用は地方自治体からは出されないため、自費で掃除人を雇うか、チャリティー団体、家族、近隣の人々に頼ることになる。また、音で知らせる時計などの機器も必要であれば、自費で購入しなければならない。

C. ジョブセンタープラスから提供されるサービス (就労と給付金への援助)

ジョブセンタープラスからは、給付金、就労支援に関するサービスが提供される。以下に考えられるサービスを記す。

【就労に関するサービス】

障害者雇用アドバイザー (Disability Employment Adviser) により評価を受け、ケースが適しているであろうサポートを担当する部署につなげられる。

【給付金に関するサービス】

まず雇用および生活補助手当 (Employment and Support Allowance)、所得・資産審査 (Means Test) を実施後に、所得補助 (Income Support)、障害者生活手当 (Disability Living Allowance; DLA) の移動要素の低レート給付が検討される。

現在、視覚障害者は、障害者生活手当における移動要素の高レートを受給資格には含まれていないが、労働・年金省 (Department for Work and Pensions) が、視覚障害者への DLA における移動要素の高レートを 2011 年から支給できるように、適性資格を変更することを決定した、と発表した。

DLA では「歩行が困難、もしくは歩くことで息が上がる等」の場合に移動要素の高レートが支給されるが、視覚障害者は歩行自体には問題がないので、これまで高レートの適性基準に見合わないと言われてきた。これについて視覚障害者のチャリティー団体が、以前より DLA の不公平さを指摘してきており、これに政府が応えるという結果になったようである。

現在の段階では「2011 年の支給開始に向けて、適性基準を変更する」ことが明らかになっているだけで、具体的に適性基準をどのように変更するか、詳しくはこれから検討して決定される模様である。(2009 年 3 月 31 日現在)

出典; 18 March 2009 – Cash boost for 20,000 blind people
<http://www.dwp.gov.uk/mediacentre/pressreleases/2009/mar/drc128-180309.asp>

(2) モデル 2 / 頸髄損傷

A. NHS から提供されるサービス(このケースが入院先から退院する際に必要とされる介入と想定して作成する)

【自宅退院】

入院から地域への引き継ぎは病院内の看護スタッフからケースが登録している診療所のかかりつけ医 (GP) にされ、ケースが服用している現在の薬物のリストなどが連絡される。必要があれば、自宅患者を対象としている神経系疾患専門の看護師の介入も依頼される。医療サービスが必要な場合は、診療所のかかりつけ医 (GP) に診察が要求される。また、例えば褥瘡やカテーテル、尿パッドなどは NHS (国民保健サービス) の訪問看護 (District Nurses ; DN) により管理されるが、かかりつけ医 (GP) が必要と判断した場合は DN に訪問を要請し、介入が開始される。

【作業療法】

ケースが自身でできること、できないことを評価。生活をするのに、どういった援助が、何人の介護者が必要かどうか評価する。必要であれば、簡単な福祉機器の処方などを行う。

自宅退院するために病院用のベッドや移動式のホイストが必要な場合は、作業療法士が処方、配達を手配する。ケースがケアホームに退院する場合は、福祉機器はケアホームによって購入される。このケースは車椅子が必要なので、採寸などをし、書類を作成した後に医師によるサインをもらい、車椅子クリニックに依頼する。

【理学療法】

移動や移乗の方法の提案や訓練の提供をする。理学療法士は作業療法士と協業しながら、ケースが退院後どういった作業をしなければならないかを含めて評価し、治療にあたる。

B. ソーシャルケアから提供されるサービス(このケースが入院先から退院する際に必要とされる介入と想定して作成する)

まず、ケースは入院中から病院配属のケアマネジャーが担当となり、退院時に必要な介護などの調整等を行う。ケアマネジャーが単一評価プロセス (SAP) を利用してケースを評価する。このケースの場合、ニーズが FACS (ケアサービスへの公正なアクセス) の「緊急」に相当するので、自治体の社会サービス部からのサービス提供に妥当すると判断される。

解決されなければならない大きな問題は、在宅介護をどのように確保するか、住宅環境設定をケースのニーズに見合うようどのように変更するか、の2点である。在宅介護の確保については主にケアマネジャーが、住宅環境については主に作業療法士が取り組むことになる。

ケアマネジャーは、ケースが自宅退院をした際の必要な介護費用について検討する。必要な介護費用を仮に計算してみると、ケースはホイストを使用して移乗する必要があるため、その際には介護者が2人必要である。24時間介護 (Live in Carer, 週当たりおよそ600ポンド) とその他に、例えば朝と夜の2回に第2介護者 (週当たりおよそ180ポンド) が必要とされた場合、このケースが自宅退院する場合に週当たり780ポンド (仮定) がかかることとなる。ケースに22,250ポンド以上の貯金がある場合は、この在宅介護費用は全て自己負担となる。

次に、このケースが生活型ケアホームに入居した場合の入居費用が計算される。生活型ケアホームが在宅介護よりも安く利用できる場合、ケースに、まずは生活型ケアホームへ入居する用意があるかどうか尋ねられる。そのうえで、ケースが自宅退院を希望し、貯蓄が22,250ポンドに満たない場合は、費用をどのように確保するかが検討されなければならない。

ドーセット・カウンティカウンシルでは、利用者負担 (Contribution) を含めて週当たり最高400ポンドまでを在宅介護提供の目安と考えており、それを超える場合は社会サービス委員会 (Social Services Panel) というケアマネジャーレベルよりも上の“調査委員会”により、利用者負担を含めて400ポンドを超える費用を自治体が支払うかどうか検討される。対象者が65歳以下の場合、その不足分を「自立生活基金 (Independent Living Funds)」という非政府組織と自治体とで出資し合い、対象者の在宅生活を援助することもある。これについて明確な線引きはなく、対象者や環境を含めて話し合いをしながら決定される。

自治体の社会サービス部と自立生活基金 (可能であれば家族らも含む) が、共同で在宅介護の費用を負担する、と決定した場合、このケースは自宅退院を想定して自宅の家屋改造の過程に入る。この際に、作業療法士が必要な家屋改造を評価する。考えられる家屋改造は、トイレや浴室へのアクセス、天井固定のホイスト器具の設置、段差解消、電子環境制御 (Electric Environment Control) 等で、もし、階下にケースの寝室となり得る部屋がなければ、ダブルベッドが入る程度の部屋を増築する必要がある。その場合の改造費用は平均31,855ポンドかかる。家を引っ越したほうが安く上がる場合は、その方法も検討される。

次に家屋改造を行うために、障害者施設補助金 (Disabled Facilities Grants ; DFG) と呼ばれる制度に補助金を要請することになる。1,000 ~ 30,000ポンドまでの家屋改造に対して補助金を出す制度である。DFGは所得・資産審査を経たうえで、利用者がいくらかを負担しなければならないか決定する。30,000ポンドを超えた金額については、原則としてチャリティー団体などから援助を受けなければならない。

在宅介護と家屋改造も費用がまかなえると判断された場合、このケースは自宅退院できることになる。

C. ジョブセンタープラスから提供されるサービス(給付金への援助)

まず雇用および生活補助手当、所得・資産審査の実施後に所得補助金、障害者生活手当の移動要素の高レートおよびケア要素の高レートなどが検討される。

(3) モデル 3 / 知的障害

A. NHS から提供されるサービス(地域精神保健チームからのサポート)

地域精神保健チーム (Community Mental Health Team) からのサポートが考えられる。精神症状が安定せず、ケースが危険な状態にあると判断された場合には入院なども検討される。

B. ソーシャルケアから提供されるサービス(このケースの養育者が「ケースの世話をするのが大変だ」などの理由で社会サービス部に連絡をしたと想定して作成する)

まず、ケースもしくは養育者はクライアント受付担当者により簡単に事情を聞かれる。そして、ケアマネジャーにつながれ、ケアマネジャーが単一評価プロセス (SAP) を利用して評価を行う。このケースが持っている問題をどのように解決していくかをケースと養育者を交えて決定していく。

【身辺処理や食事の準備】

これに対する援助が家族から望めない場合 FACS (ケアサービスへの公正なアクセス) の「重度」のニーズに該当するため、自治体の社会サービス部からの介入が必要となる。家族がどの程度の援助を提供することができるか、家族と話し合いをしながら決定することになる。ケースや家族が介護者を雇い入れることを希望している場合は、その必要回数を話し合いで決定する。ケースの貯蓄が 22,250 ポンドに満たない場合 (恐らくこの場合はそうであろうと思われる)、所得・資産審査を経て利用者負担が決定され、自治体が金銭補助をすることになる。モデル 2 でも記述した通り、在宅介護の場合、自治体は費用の利用者負担 (contribution) も合わせて週当たり 400 ポンドを目安としており、在宅介護費用がそれよりもかかる場合、生活型ケアホームへの入居も選択肢として含まれるようになる。ちなみに 1 時間 12 ポンドの介護者を日に 4 回 (4 時間)、毎日雇った場合、かかる週当たりの費用は 336 ポンドで生活型ケアホームへの入居費よりは安くすむと見込まれる。

【家族負担が大きい場合】

家族が介護者としての評価を受けることになる。介護者が仕事を続けることや介護者としての訓練に参加することを希望しているかどうか、介護者の健康と安寧が満たされているかどうか、介護者がレジャーのための時間を妥当に有しているかの点と、この家族の援助がなくなった場合にどういった危険が起こるかという点を含めて考えられる。この場合、FACS の「重度」のニーズに該当するとされ、ケースには年間合計 8 週間のショートステイが提供される。費用はケースの貯蓄が 22,250 ポンドを超えない場合、ケースもしくは家族が 1 週間当たり 130 ポンドを負担し、生活型ケアホームに入居することになる。ドーセットには知的障害を対象と

した生活型ケアホーム (Residential Home) があり、それらのうちの1つを利用することになる。

【ケースが独立したい場合】

養育者がケースに独立してほしいと思っている場合も含む。

調査員が探した限り、現在のところ、公立のグループホームのような施設はなく、ケースは自費でアパートを借りるか、もしくは公営住宅への入居希望のリストに名前を載せるかが選択肢として考えられる。しかし、このケースの場合、家族がケースの独立を強制すればホームレスとして公営住宅や保護住宅へ優先的に入居できるが、そうならない限り公営住宅へ入居できる可能性は低い。知的障害者を対象とした住居かつリハビリテーション機能を持ちあわせている施設は国内にいくつかあるが、ドーセット内では見当たらず、ケースは家族と同居もしくは一人暮らし、またはケアホームといった極端な選択肢しかないようである。

ドーセット内には知的障害対象の生活型ケアホームがあるが、そこでどの程度リハビリテーションが実施されているかは不明である。

【娯楽時間を上手に過ごすことができない】

これは FACS の「緊急」と「重度」のニーズに合わないため、自治体の社会サービス部からサービスは提供されない。チャリティー団体などによりサポートを受けることが勧められる。

C. ジョブセンタープラスからの援助(就労や給付金に関するサポートを提供する)

【就労援助】

ケースが障害者雇用アドバイザーに連絡をし、担当者がケースに適したプログラムなどの利用も含めて必要な機関につなぐ。

【給付金援助】

障害者生活手当のケア要素の中レートもしくは高レートが、また移動要素の低レートが検討される。雇用サポート給付、所得補助金の利用も検討される。

(4) モデル 4 / 精神障害

A. NHS から提供されるサービス(地域精神保健チームからのサポート)

NHS (国民保健サービス) では、統合失調症の治療を薬物療法と、認知行動療法などの心理療法などで行っている。ケースが地域で生活している場合、地域精神保健チーム (Community Mental Health Teams ; CMHT) とかかわりを持ち、日常のサポートと治療の提供、できる限り可能な自立生活の奨励を行っている。CMHT はケアマネジャー、地域精神科看護師、薬剤師、カウンセラーや心理士、精神科医、作業療法士などで成り立っている。

CMHT の機能で補うことのできない急性の精神症状が起こった場合、危機解決チーム (Crisis Resolution Teams ; CRT) が介入することになる。この CRT の連絡先は利用者本人もしくは家族に知らされており、緊急時に危機介入が行われる。CRT が介入することで入院が防止できることが期待されている。

CRT の機能で補うことのできない、より重症で急性の精神症状が出現した場合、入院治療が必要になることがある。ケースが希望して、精神科医が同意した場合、入院することができる。また、ケース本人の健康のために最善だと思われる場合やケース本人もしくは周囲の人の安全を守るために最善だと思われる場合、精神保健法 (Mental Health Act 1983) 下において、強制保護される場合もある。

B. ソーシャルケアから提供されるサービス(食事の問題についての援助と、他の機関の紹介)

このケースが「風呂に入れたい」などの理由で社会サービス部に連絡をした場合、まず、このケースはクライアント受付担当者により簡単に事情を聞かれる。ケースはケアマネジャーにつながれ、単一評価プロセス (SAP) を利用して評価を行う。この評価を通して明らかにされた問題に対して、どういった介入が利用できるかをケースに伝える。

介入策を以下に記す。

【調理ができず、食事を確保できない】

FACS (ケアサービスへの公正なアクセス) の「重度」のニーズであると判断される。考えられる解決方法は、介護者を雇い入れる、食事の宅配サービスを利用する、ガスが使えるようにリハビリテーションをする、ガス台を使わずに食事を確保する (電子レンジの利用)、ガス台を電気調理器に変える等が考えられる。ケアマネジャーはケースと話し合いをして、お互いが合意する解決策を決定する。

【介護者を雇い入れる】

ケースの貯蓄が 22,250 ポンドを超える場合は、自己負担で介護者を雇う。貯蓄が 22,250 ポンドに満たない場合は、ケアマネジャーが財政審査と給付担当官 (Financial Assessment and Benefits Officer) に依頼し、所得・資産審査を経て負担額が決定され、自治体からの援助を受けながら介護者を雇い入れる。障害者生活手当の低レートが受給できれば、介護者を雇い入れる費用に当てることがも提案される。

【宅配サービスを利用する】

配食 (Meals on Wheels) の利用。ケースは 1 食 4 ポンドの負担。

【ガス台が使えるようにリハビリテーションをする、電子レンジを使った料理法を学ぶ】

ケアマネジャーが NHS の中間ケアチーム (Intermediate Care Team) に介入を依頼し、リハビリテーションが実施される。

【ガス台を電気調理器に変える】

ケアマネジャーが自治体の社会サービス部の作業療法士に依頼し、作業療法士が評価を実施する。この改造費用が 1,000 ポンド以下で実施できる場合は無料で提供される。1,000 ポンドを超える場合は、貯蓄が 22,250 ポンド以上の場合には全額自己負担で、22,250 ポンド未満の場合には障害者施設補助金担当者 (Disabled Facility Grants Officer) に依頼し、所得・資産審査を経て自己負担額が決定される。

【入浴ができない】

ドーセットの社会サービス部では、入浴ができないことは FACS の「緊急」と「重度」のニーズには当てはまらず、ケースは入浴せずに清拭により清潔を保てると見なされる。ケースがどうしても入浴を希望した場合は、ガスが使えるようにリハビリテーションをする、ガス給湯器を電気湯沸し器に変えることが考えられる。

【ガスが使えるようにリハビリテーションをする】

ケアマネジャーが NHS の中間ケアチームに介入を依頼し、リハビリテーションが実施される。

【ガス給湯器を電気湯沸し器に変える】

ニーズが適性基準に合わないため、このケースでは、ボランティア団体を通じて、こういった工事を請け負う業者を探すようアドバイスされる。

【屋外の移動が困難】

状況にもよるが、ケースの精神症状が安定していないため、ケアマネジャーが NHS の危機管理チーム (Crisis Team) に、幻聴をうまくコントロールできるように介入を依頼する。

ケアマネジャーはケースが屋外を移動できないために起こりうるリスクを評価する。このケースは無職ということで当てはまらないが、例えば、屋外を移動することが通勤のためで、それが障害されているのならば、ジョブセンタープラスの「仕事へのアクセス (Access to Work)」の利用を勧めることになる。この移動が、例えば、親戚に会いに行くためであるなど、重要な用件であれば、ボランティアによる交通サポートの利用が提案される。

【給付金の利用の提案】

障害者生活手当の低レートを受給すると、その給付金を、介護者を雇うために利用することを提案する。

【洗濯物が干せない】

これは FACS の「緊急」と「重度」のニーズを満たさないため、自治体からの介入は行われなない。これはケースが介護者を雇い入れるか、乾燥機を購入するか、家族や近隣の人に頼る必要がある。

C. ジョブセンタープラスからの援助(就労や給付金に関するサポートを提供する)

【就労援助】

ケースが障害者雇用アドバイザーに連絡をし、担当者より「仕事へのアクセス (Access to Work)」などの利用も含めて必要な機関につなぐ。

【給付金援助】

障害者生活手当のケア要素の低レート、移動要素の低レートが給付される。雇用および生活補助手当と所得補助の利用も検討される。

2. モデルに関する調査 脚注

- 1) 糖尿病のクリニックは医療機関で実施されることが多く、そこまでの交通手段を確保できない場合に非緊急用傷病者運搬車が手配される。手足治療師からのサービスは、利用者がクリニックに通うことができない場合、手足治療師が自宅訪問をして治療を行う。
- 2) 視聴覚障害の専門家が、対象者の状態、それが将来どのような影響をおよぼすか、などを含めたニーズを評価し、サポートを提供する。評価を希望する場合は、地方自治体に連絡する。

3. 障害児に関する調査

(1) 障害児施設の種別と数

新生児から16歳までの子供は、養育者に管理・監督と保護を提供する義務があるので、基本的に障害を持つ子供が利用する施設は自宅、普通学校とチャイルドケアで、養育者はできるだけ自宅で子供を養育することを奨励・サポートされる。これら以外の施設を以下に記す。

【チルドレンホーム(children's Home)】

身寄りのない子供を保護するためのレジデンシャルケア(Residential Care)と、障害を持つ子供の養育者に休息を与えることを目的とするレジデンシャルケアの機能を持つ。イギリスで1,958ヶ所あり、11,382人が利用できる(2006-07年)。2007年3月31日時点、民間運営は1,198ヶ所、6,005人分、自治体運営は628ヶ所、3,990人分、ボランティア団体運営は118ヶ所、1,228人分、NHS(国民保健サービス)運営は3ヶ所、20人分、その他による運営は11ヶ所、139人分とされている。

【特別学校(Special Schools)】

普通学校では提供できない特別なニーズを持つ子供たちのための学校である。イギリスでは993校の公立特別学校、72校の非公立特別学校(民間運営であるが政府により承認されている学校/2007-08年)のほかに、200校の民間運営の特別学校(2004年)があり、2007-08年には105万9,000人の子供が特別学校を利用した。

【宿制特別学校(Residential Special Schools)】

特別学校の機能と住居機能をあわせ持つ。2007年3月31日時点で、イギリスで民間運営は61校1,918人分、自治体運営は115校1,585人分、ボランティア団体運営28校853人分、その他による運営19校715人分、合計223校5,071人が利用できるとされている。

出典; *Children's Homes at 31 March 2000, England* (Department of Health)
<http://www.dcsf.gov.uk/rsgateway/DB/SBU/b000526/ch00findings.pdf>
Education and Training Statistics for the United Kingdom: 2008
[http://www.dcsf.gov.uk/rsgateway/DB/VOL/v000823/Special schools \(Everything Child Matters\)](http://www.dcsf.gov.uk/rsgateway/DB/VOL/v000823/Special%20schools%20(Everything%20Child%20Matters))
<http://www.everychildmatters.gov.uk/ete/agencies/specialschool/>

(2) 利用の条件

【チルドレンホームにおけるレスパイトケアの利用】

適性基準は地方自治体により異なる。子供のニーズと同時に介護提供者のニーズも評価され、その地方自治体の基準に合えばレスパイトサービスを利用することができる。

【特別学校】

障害を持つ子供はできる限り通常学校で就学できるようにされるが、養育者は子供を特別学校に通わせるように手配することもできる。子供の学校を選択する際に、その子供の年齢、能

力、技能、その特別なニーズに見合っているか、その子供が出席することで他の子供に悪影響を及ぼさないかどうか、子供をその学校に通わせることが自治体の資源利用に妥当であるかどうか等の観点から、養育者は自治体と話し合いをしながら決定する。

ある学校は身体障害を持つ子供が利用しやすく、ある別の学校は感覚障害や失読症を持つ子供へのスタッフが充実しているなど、学校により提供できるサービスが異なる。その他、学校を決定する際、地元のボランティア団体や養育者のための連携サービス (Parent Partnership Services : PPS)¹⁾ などに相談することもできる。

【宿制特別学校】

通常学校、もしくは他の特別学校でニーズが満たされない子供を対象とする。例として、ただ単純にニーズに見合う学校が自宅から遠方で通学できない子供や、行動障害を伴う重度の知的障害の子供、攻撃的行動や自傷行為がある子供、重度の言語障害を持つ子供などがあげられる。

(3) 予算

予算が不明なため、明らかにされている支出に関する統計を利用した。

・チルドレンホーム：2005 - 06 年の支出は、9 億 4309 万 8,000 ポンドであった。

出典： http://www.csci.org.uk/PDF/20080128_SOSC_2006_07_Appendices.pdf P163

・特別学校および宿制特別学校：義務教育の支出の中に包含されており、内訳は不明。義務教育の支出は、地方自治体と中央政府とをあわせて 2007 - 08 年で 453 億 9,100 万ポンドであった。

出典： *Education and Training Statistics for the United Kingdom: 2008*

<http://www.dcsf.gov.uk/rsgateway/DB/VOL/v000823/V01-2008.pdf>

3. 障害児に関する調査 脚注

- 1) PPS は、特別なニーズを持つ子供や若年者を持つ親や養育者に情報やアドバイス、サポートを提供する法定のサービスであり、養育者のための他の自治体や国の機関への橋渡しも行っている。地方自治体や子供のための保護団体 (Children's Trust) などと協力して、ボランティアを基本として成り立っている組織である。

■補足情報

A. 子供の養育・教育について

イギリスでは、義務教育は5歳～16歳が対象で、地域によっては3歳以上を対象に無料の保育所(託児所)を提供する場合があります。

養育者は、子供が18歳になるまで、管理・監督と保護を提供する義務を負う(つまり、養育者は子供を強制的に独立させることができない)。16歳以上の子供は、医療関係者がその子供が十分に理解していることを確認したうえで、自分の医療に関して決定権を持つことができる。一般的に、子供たちは16歳以上になるまで、常に養育者もしくはケアを提供する者の監督下に置かれていなければならないとされている。

つまり、子供の生誕から16歳まで、例えば養育者が働いている場合などで、養育者自身はその子供の面倒を見ることができない場合、養育者は子供のケアを提供する責任を負う。このケアをチャイルドケアと言う。

a) チャイルドケアの種類

働いている養育者等に代わって、子供のケアを提供するシステム。チャイルドケアは概ね有料であるが、養育者は税額控除を受けることができる。サービスの種類と提供される内容について、簡単に以下に記す。

【チルドレンセンター(Sure Start Children's Centres)】

5歳以下の子供を対象に初期の学習などを提供する。現在、イギリスには3,000ほどのチルドレンセンターがあり、これらは2010年までには3,500に増加する予定である。

【クレシュ(Creche)／託児所】

8歳以下の子供に、臨時のケアを提供する。

【トドラーグループ(Toddler Groups)／幼児グループ】

通常5歳以下の子供を持つ養育者が地域の他の養育者と定期的に会合を持つグループ。

【プレスクールとプレイグループ(Pre-school and Playgroups)／幼稚園と保育園】

通常5歳以下の子供に遊びの時間や早期教育の提供をする。

【デイナーサリー(Day Nurseries)】

新生児～4、5歳の子供に他のサービスと統合された早期教育を含むケアを提供する。

【学校外保育またはキッズクラブ(Out-of-School or Kids' Clubs)】

学童を対象に、学校時間外に遊びと学習の機会を提供する。

【チャイルドマインダー(Child Minders)／家庭的保育】

通常12歳以下の子供を対象に、チャイルドマインダー(少人数保育の専門家)個人の家で、子供の世話をする。下校時の迎えも含まれることがある。

【ナニー (Nannies) / ベビーシッター】

子供の自宅で子供の世話をする。

b) チャイルドケアの費用

イギリスにおける2歳以下のフルタイムの保育所の利用は、週当たり平均159ポンド(2008年)で、チャイルドマインダーの利用は、週当たり平均で144ポンドである。チャイルドケアを利用している場合の税金控除は週当たり平均、48.45ポンド(2008年)である。

出典: *CHILDCARE COSTS*(Childcare Information Line for parents)

http://www.daycaretrust.org.uk/mod.php?mod=userpage&menu=1003&page_id=111

Childcare costs in 2008(Childcare Information Line for parents)

http://www.daycaretrust.org.uk/mod.php?mod=userpage&menu=1003&page_id=354

B. 障害を持つ子供の介護や援助について**a) 障害を持つ子供の評価からケアプランまで**

障害を持つ子供は児童法(Children Act)のもとに、地方自治体の社会サービス部により評価を受けることになる。これは初期評価と、そして他の機関や専門職などによる、より徹底的な評価を含むコアアセスメント(Core Assessment)からなり、子供の健康状態、感情や社会的・行動的発達の評価を含む。

また「介護者として」の養育者について、家族全体の機能や安寧、住宅状況・雇用や金銭的状况などに関する評価も行われる。その評価を踏まえて、ケアプランが作成される。適性のある子供と家族が利用できる地方自治体からのサービスは、ショートブレイク、休暇期間の計画、在宅介護、福祉機器と住宅改修、ある一定の条件下での金銭的援助、レジャー施設利用の援助、洗濯の援助、公共交通機関の利用の際の割引やブルーバッジの提供などである。地方自治体が設定する適性に見合えば、養育者は直接支払い(Direct Payment)を通して地方自治体から補助金を受け、介護サービスなどを購入することができる。

b) チャイルドケアについて

障害を持つ持たないにかかわらず、前述したように、養育者は子供が18歳になるまで管理・監督と保護を提供する義務を負う。養育者は、その管理・監督と保護を提供できない場合にチャイルドケアを提供する責任があるという原理も共通している。

障害を持つ子供がチャイルドケアを利用する場合、養育者は、チャイルドケアの提供者が経験と知識を兼ね備えているかを吟味したうえで、どういったケアを利用するかを決定しなければならない。

障害者差別禁止法(Disability Discrimination Act)では、チャイルドケアの提供者は障害を持つ子供に対して差別をしてはならないとしている。チャイルドケアの提供者は、障害を持つ子供のために特別に職員を雇用しなければならないときなどに、増額した利用費の負担を利用者に求めることができる。

c) 障害を持つ子供への補助金

障害を持つ子供に対して、養育者が子供に代わって補助金を申請することができる。補助金は障害者生活手当 (Disability Living Allowance) でケア要素と移動要素に分かれている。金額はケア要素の高レートで 67.00 ポンド、移動要素の高レートで 46.75 ポンドである。養育者は条件に見合えば、介護手当 (Care's Allowance) を請求できる。

出典: *Benefits, tax credits and other financial help*
<http://www.cafamily.org.uk/pdfs/benefits.pdf>

d) 障害を持つ子供のケアに関与する専門職

かかりつけ医 (GP)、担当ワーカー (Key Worker)、小児科医 (Paediatrician)、子供の作業療法士、コミュニケーションサポートワーカー (Communication Support Worker / 学校や保育所などで教師と協業して、手話などでコミュニケーションの援助をする)、家庭訪問員 (Portage Home Visitor / 就学以前の子供に遊びやコミュニケーションなどを通して教育的援助を提供する)、特別な教育的ニーズ・コーディネーター (Special Educational Needs Co-ordinator ; SENCO / 保育所や学校などで、教育に関する特別な援助が必要な子供のための援助を提供する)、教育心理士等である。

医師や小児科医は NHS (国民保健サービス) から、子供の作業療法士は NHS と地方自治体の社会サービス部、コミュニケーションサポートワーカー、家庭訪問員、特別な教育的ニーズ・コーディネーター (SENCO)、教育心理士は地方自治体を通して、地元の学校から援助を仰ぐことができる。

＜参考資料＞

●参考ウェブサイト

(障害者介護サービスに関する調査)

- ・Definition of 'disability' under the Disability Discrimination Act (DDA)
http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/RightsAndObligations/DisabilityRights/DG_4001069
- ・LAC (2002)13: Fair access to care services: guidance on eligibility criteria for adult social care
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009653
- ・ケアサービスへの公正なアクセス: 成人社会ケアの受給資格基準に関するガイダンス
イギリス保健省 2002 年 (佐藤久夫・仮訳 2007)
http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/ea/071124_sato_DH2002/index.html
- ・Framework for the assessment of children in need and their families
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003256
- ・Health care (Department of Health)
<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/index.htm>
- ・Department of Health: Departmental Report 2006
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_4134613
- ・Budget 2008 : Stability and opportunity: building a strong, sustainable future
http://www.hm-treasury.gov.uk/bud_bud08_index.htm
- ・How we work at Dorset County Council
<http://www.dorsetforyou.com/index.jsp?articleid=3083>
- ・A parent's guide to direct payments
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007096

- *Reviewing the Disabled Facilities Grant Programme*
<http://www.communities.gov.uk/documents/housing/pdf/138553.pdf>
- *Respite care : How it is performed*
<http://www.nhs.uk/Conditions/Respite-care/Pages/How-it-is-performed.aspx?url=Pages/What-is-it.aspx>
- *NHS funded nursing care in nursing homes - what it means for you: a guide for people living in or going into nursing homes, their families and carers*
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002953
- *Assessments for NHS-funded nursing care*
http://alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=104
- *Health and social care (Dorset)*
<http://www.dorsetforyou.com/index.jsp?articleid=385020>
- *Funding (Department of Health)*
<http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Funding/index.htm>
- *Understanding the benefits system*
http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/BeginnersGuideToBenefits/DG_10021385
- *Responsibilities for Contracted Employment Provision*
http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2008/res_acc/contracted-employment.pdf
- *Public Expenditure Statistical Analyses 2008*
http://www.hm-treasury.gov.uk/pespub_pesa08.htm
- *No one written off: reforming welfare to reward responsibility*
<http://www.dwp.gov.uk/welfarereform/noonewrittenoff/>
- *Rebecca Sudworth and Mike Hope. Welfare Reform Green Paper: No-one written off: reforming welfare to reward responsibility Published 21st July 2008*
<http://www.afse.org.uk/events/2008/conference2008/docs/4B.ppt>
- *Bolton MBC Workstep Provision - Future Service Delivery Arrangements.*
<http://www.democracy.bolton.gov.uk/CMISWebPublic/Binary.ashx?Document=400>
- *Review Of Care Management In Scotland*
<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2002/03/10741/File-1>
- *Final versions of National Framework decision support tools.*
http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliveringadultsocialcare/Continuingcare/DH_073912
- *Care Homes: Finance (Written Answers for 12 July 2007)*
<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmhansrd/cm070712/text/70712w0016.htm>
- *Information for the general public*
http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliveringadultsocialcare/Continuingcare/DH_079285
- *Continuing Care: Written answers. Tuesday, 20 January 2009*
<http://www.theyworkforyou.com/wrans/?id=2009-01-20b.248339.h>
- *Care Homes: Fees and Charges: Written answers. Tuesday, 10 February 2009*
<http://www.theyworkforyou.com/wrans/?id=2009-02-10b.253236.h>
- *Qresearch report on trends in consultation rates in General Practices 1995-2008*
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice/qresearch-report-on-trends-in-consultation-rates-in-general-practices-1995-2008>
- *Department of Health: Departmental Report 2008*
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_084908
- *The State of Social Care in England 2007-08*
http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/SOSC08%20Report%2008_Web.pdf
- *Employment Schemes: Disabled (Written Answers for 08 October 2007)*
<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmhansrd/cm071008/text/71008w0030.htm>
- *John Dumelow. 2008 Public consultation: Helping people achieve their full potential: Improving Specialist Disability Employment Services*
<http://www.kent.gov.uk/NR/rdonlyres/47A4655F-CA25-47F5-959C-34583AB4C0E2/13523/dwppresentation.pdf>
- *NHS Family doctor services registration*
http://www.merton.ox.ac.uk/currentstudents/section_specific/NHS_GMS1.pdf

- ・Making a new or repeat claim (Jobcenter Plus)
<http://www.jobcentreplus.gov.uk/JCP/Customers/WorkingAgeBenefits/Howtoclaim/index.html>
- ・National service framework for older people
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003066
- ・Guidance and resources
http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Chargingandassessment/SingleAssessmentProcess/DH_079509
- ・Help with health costs
<http://www.nhs.uk/nhsengland/Healthcosts/Pages/Abouthealthcosts.aspx>
- ・Charging for residential care
http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Chargingandassessment/ChargingforSocialCare/DH_079505

(障害児に関する調査)

- ・Children's Homes at 31 March 2000, England (Department for Children, Schools and Families)
<http://www.dcsf.gov.uk/rsgateway/DB/SBU/b000526/>
- ・DCSF: Education and Training Statistics for the United Kingdom: 2008
<http://www.dcsf.gov.uk/rsgateway/DB/VOL/v000823/>
- ・Residential Special Schools, A Further Assessment of the Role, Scope, Benefits, and Costs
http://www.sersen.uk.net/docs/Residential07_1.doc
- ・Types of childcare
http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Childcare/DG_10037375
- ・Frequently Asked Questions : CHILDCARE COSTS
http://www.daycaretrust.org.uk/mod.php?mod=userpage&menu=1003&page_id=111
- ・Childcare costs in 2008
http://www.daycaretrust.org.uk/mod.php?mod=userpage&menu=1003&page_id=354
- ・Assessments under the Children Act
<http://www.nhs.uk/CarersDirect/guide/assessments/Pages/ChildrenActsassessments.aspx>
- ・Childcare for a disabled child
http://www.direct.gov.uk/en/CaringForSomeone/CaringForADisabledChild/DG_10027203
- ・Benefits, tax credits and other financial help
<http://www.cafamily.org.uk/pdfs/benefits.pdf>
- ・People involved in your disabled child's care
http://www.direct.gov.uk/en/CaringForSomeone/CaringForADisabledChild/DG_10027150

●参考文献

(障害者介護サービスに関する調査)

Disability alliance. *Disability Rights Handbook. 34th edition.* April 2009 - April 2010., Disability alliance, 2009, 290p.

Disability alliance. *Disability Rights Handbook. 33th edition.* April 2008 - April 2009., 2008, 288p.

Turner, A. Foster, M. Johnson, S. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Principles, Skills and Practice.* 2002, 688p.

(障害児に関する調査)

Great Britain Home Office. *Life in the United Kingdom: A Journey to Citizenship.* Stationery Office Books, 2004, 120p.

■添付資料

1 / 単一評価プロセス (Single Assessment Process; SAP)

ファクトシート 68 – 2008年3月19日

査定のタイプにはどのようなものがあるでしょうか？

■経歴に関する窓口査定

これは、皆様がこのサービスの申請のために初めて窓口を訪れるときに実施されますが、皆様自身で全ての項目に記入していただいで結構です。これは、皆様の名前、住所、かかりつけの医師、申請理由などの基本的な情報の収集に使用され、サービスや治療が提供できるかどうかを決定するのに、これだけで十分な場合もあります。また、これによって、皆様の状況についてさらに査定が必要かどうかを確認します。皆様はこのコピーを保存し、保健サービスあるいは社会サービスを申請する際にはいつでもそれを使用することができます。これをコンピュータに保存し、皆様の許可を得たうえで保健・社会サービスのスタッフがアクセスできるようにすることもあります。

さらにニーズ／リスクがありますか？

■総合査定

この査定では、皆様の健康と日常生活について、さらに詳しくさまざまな局面を検討し、皆様が経験している可能性がある問題や困難、また皆様と皆様の介護者を支援する方法の理解と、皆様への適切な保健サービスあるいは社会ケアサービスの提供に役立てます。総合査定に先立ち、皆様には 'Personal View of Your Needs' (ニーズに関する個人的見解) の記入用紙が配布される場合がありますが、これは皆様に、査定の際に皆様や皆様の介護者がどのようなことについて話し合いたいかを記す機会を提供します。

特別なスキルを備えた保健／ソーシャルケアワーカーによる査定は必要ですか？

これは全てのタイプの査定が必要な状況ですか？

■ケアプラン

これは、皆様のニーズに合わせて導入されたサービスや治療、危機管理計画、1週間の予定表をまとめたものです。皆様はこのコピーを受け取ります。

■専門家による査定あるいは詳しい査定

皆様には、熟練した専門家(理学療法士、看護師あるいは作業療法士など)の意見を必要とする特別なニーズがある場合があります。これらの専門家が、必要に応じて査定を実施します。

■見直し

実施されるケアプランは全て、サービスあるいは治療が確実に皆様のニーズに適したものであるようにするため、見直しをする日が設定されています。皆様はいつでも見直しを求めることができます。

*上記の図表はデボン市によるものだが、参考として掲載する。

出典; *Single Assessment Process (SAP) Factsheet 68 – 19 March 2008*

http://www.devon.gov.uk/fs68_sap_190308-2.pdf

2 / 「障害者生活手当」の申請内容

* 調査員がインターネットで給付金申し込みについて問い合わせ、返信されてきた質問を以下に記す。

Q1 代理申請

あなたは別の成人の代理としてこの申請書に記入することができますが、以下の条件の1つまたはそれ以上が当てはまる場合を除き、申請者本人による署名が必要です。あなたは誰か他の人の代理としてこの申請書に記入していますか？

(代理人の条件)

- ・社会保障制度から受け取る給付を扱う委任状を有している。
- ・裁判所より判断能力が十分でない方の保護のために任命された代理人である。
- ・スコットランドの法律に基づく、後見人、責任者である。
- ・英国労働年金省より任命され社会保障制度から受け取る給付と公文書を扱うことができる。

(本人の条件)

- ・精神または知的な障害があり、自分自身で処理することができない。
- ・障害または疾病が重度のため、自分自身でサインをすることができない。

Q2 あなたについて—あなたが誰か他の人の代理としてこの申請書に記入している場合は、あなた自身ではなく、申請者本人についてお答えください。

あなたについて

- ・称号
- ・姓
- ・その他の名前すべて(フルネームで)
- ・これまで知られていた、または現在使用している、その他の姓
- ・性別
- ・住所と郵便番号
- ・昼間連絡が取れるか、メッセージを残すことができる電話番号と、電話番号の種類(自宅、携帯電話、ファクスなど)
- ・生年月日
- ・国籍

居住について

- ・普段はイギリスに住んでいますか？
- ・過去12ヶ月の間に4週間以上海外に滞在したことがありますか？

Q3 疾病および障害

疾病および障害

あなたの疾病あるいは障害は何ですか？主な疾病と障害についてのみお答えください。あなたの疾病あるいは障害があなたにどのような影響を与えているかについて、後で、この申請書の中でお尋ねします。綴り方がわからない言葉があっても、心配しないでください。

錠剤、薬剤、その他の治療薬

これまで医師から受け取った処方箋のリストを印刷した控えがあれば、お送りください。申請書を提出される際に、送付方法をご説明いたします。あなたの疾病あるいは障害のために、何の薬剤、錠剤、またはその他の治療薬が処方されてきましたか？

腎臓透析

こちらで連絡が取れるように、あなたの透析を実施している病院について教えてください。あなたは腎臓透析を受けていますか？

Q4 あなたの状態—当てはまるすべての回答欄に印をつけてください。以下について当てはまる場合、教えてください。

全盲または弱視である。

盲ろうである。

補聴器をつけても聞こえの問題がある。

話し言葉を聞くのにも問題があり、他の人とうまくコミュニケーションが取れない。これは、聞くことや話すことに問題があるか、言語障害の可能性がある。

知的障害がある。

重度の知的障害と重度の行動障害がある。

精神障害がある。

両足を足首より上または足首で切断したか、生まれつき足がない。

まったく歩くことができない。

このリストにない、他の障害がある。

ホームヘルプ、食事の宅配、または障害者支援などのための査定を受けたことがありますか、あるいはケアプランや作業療法報告書を持っていますか？

屋外での歩行

屋外での歩行とは、起伏のある丘や坂ではなく、かなり水平な地面の歩行を意味します。

あなたは歩行するうえで身体的な問題がありますか？これには以下のような原因が考えられます。

- ・歩行により強い不快感あるいは息切れが生じる
- ・心臓病
- ・知的障害あるいは行動障害
- ・切断
- ・まひ
- ・生まれつき足がない
- ・体を支えてくれる人が必要
- ・立ち止まって錠剤を飲むことが必要
- ・息切れしやすい
- ・バランスや歩き方に問題がある
- ・その他

あなたは屋外にいるとき付き添いが必要ですか？

あなたは障害や薬の副作用が原因で、自分がよく知っているところでも、ときどき転んだりつまずいたりしますか？これは屋内でも屋外でも起こる可能性があります。

屋内での移動

あなたは屋内での移動に問題がありますか？いくつか例をあげます。椅子から立ち上がる、屋内を歩き回る、階段の昇降、車椅子の使用、車椅子から椅子等に移動する場合など。

誰かがあなたに屋内で移動するよう命じたり、促したりしなければなりませんか？

あなた自身の言葉で、屋内での移動に関する問題と必要な支援について説明してください。

あなたの屋内での移動を助けることを目的とした、自宅の改装方法や、使用機器について教えてください。あなたが機器を使用する際、誰かが手伝っているかどうかお答えください。

毎回の移動の支援に必要な時間は平均してどのくらいですか？

屋内での移動に支援が必要なのは週に何日間ですか？

1日に何回支援が必要ですか？

Q5 必要な支援

覚醒、起床および就寝

あなたは朝の起床や夜の就寝に問題がありますか？誰かが朝の起床や夜の就寝を命じたり、促したりする必要がある가요？

寝ているとき

あなたは寝ているときに問題がありますか？

排泄のニーズ

あなたは排泄に関して問題がありますか？誰かがあなたにトイレに行くよう命じたり、思い出させたり、促したりする必要がある가요？

体を洗うことと入浴

あなたは体を洗ったり、入浴したり、シャワーを浴びたり、身なりを整えたりすることに問題がありますか？誰かがあなたに、体を洗ったり、入浴したり、シャワーを浴びたりするよう命じたり、思い出させたり、促したりする必要がある가요？

着替え

あなたは衣服の着脱に問題がありますか？誰かがあなたに服を着たり脱いだりするよう命じたり、思い出させたり、促したりする必要がありますか？

料理

あなたが自分自身で3回の食事を料理する場合、疾病や障害が原因となる問題が生じますか？

飲食

あなたは食事の際、問題がありますか？誰かがあなたに、自分自身で食べたり飲んだりするよう命じたり、思い出させたり、促したりする必要がありますか？

服薬

あなたは薬物治療に関して問題がありますか？誰かがあなたに、服薬を命じたり、思い出させたり、促したりする必要がありますか？

監視者

あなたには誰か監視者が必要ですか？

失神、けいれん、あるいは発作

あなたは、めまいや失神、けいれん、発作、あるいはこれに似たことをおこすことがありますか？例)

- ・てんかん
- ・低血糖症
- ・意識・集中力の喪失
- ・意識状態の変化

精神保健

あなたは精神保健上の問題がありますか？

他の人とのコミュニケーション

あなたは他の人とのコミュニケーションに問題がありますか？

Q6 外出時に必要な支援

昼間あるいは夜間の外出時に支援が必要な場合についてそれぞれ教えてください。ここでは、外出時に必要な他の人による支援についてお答えください。昼間あるいは夜間の外出時に、あなたが必要とする支援が得られた場合、あなたがすること、またはするであろうことを教えてください。1週間に何日支援が必要ですか？1日に何回必要ですか？通常、毎回どのくらいの時間、支援が必要ですか？他の人によるどのような支援が必要ですか？

Q7 自宅で必要な支援

ここでは、自宅で必要な他の人による支援について教えてください。自宅で必要な支援が得られた場合、あなたがすること、またはするであろうことをお答えください。1週間に何日支援

が必要ですか？ 1日に何時間必要ですか？通常、毎回どのくらいの時間、支援が必要ですか？
他の人によるどのような支援が必要ですか？

Q8 その他の情報

あなた自身の言葉で、あなたの疾病あるいは障害が与える影響について、この申請書の他の部分に書けなかったことを説明してください。

Q9 病院および入所施設による介護

入院

あなたは現在入院中ですか？

過去6週間

あなたは過去6週間以内に、病院または入所施設を退院・退所しましたか？

Q10 問題の発生時期

あなたが回答なされた問題がいつから発生したのかを教えてください。移動の問題と日常生活における介護の問題が異なる日に発生したのであれば、それについてお答えください。できれば正確な日付を教えてください。ただし、思い出せない場合は、だいたいいつであったかをお答えください。移動に問題がある場合、それがいつから始まったかを教えてください。日常生活における介護の問題がある場合、それがいつから始まったかを教えてください。

連絡先

あなたの疾病や障害について教えてくれる人は誰か他にいますか？

医師および専門家

あなたにはかかりつけ医(GP)がいますか？あなたは過去12ヶ月の間に、疾病や障害のために病院の医師または専門家の診察を受けましたか？

同意

あなたの申請に関する情報を得るために、あなたのかかりつけ医(GP)やあなたに関わりのある人物または機関に、こちらから連絡をとることを希望する場合があります。これには、あなたの申請に関わる医療情報も含まれます。あなたは、私たちがそのような人物あるいは機関と連絡をとることに同意する必要はありません。しかし、そのような情報を私たちが入手することによってあなたが同意しない場合、あなたの申請に関して、あなたが受給資格の条件を満たすと納得できる十分な情報を私たちが入手できない可能性があります。雇用年金局あるいはあなたのかかりつけ医(GP)を含む医師、または国務大臣によって承認された機関の代理として医療サービスを提供している医師は、以下のことに対処するために必要な、医療情報を含むすべての情報を、いかなる人物あるいは機関にも請求することが許されており、その情報は医師や当局に提供されます。

- ・この給付金の申請
- ・この申請に関わるすべての要請またはその他の決定の見直し

あなたを知る人

このページは自由記入です。あなたのことや、あなたの疾病または障害があなたにどのような影響を与えているかを最もよく知っている人物による記述を得たいと考えています。最適なのは、あなたの治療や介護に最も深くかかわっている人物です。これは、この申請書にすでに記載されている人物である場合もあります。あなたが障害者の代理としてこの申請書に記入している場合は、あなたではなく、別の人物について詳細を教えてください。以下の内容を記入してください。

- ・称号
- ・姓
- ・その他すべての名前(フルネームで)
- ・住所／郵便番号

Q11 手当て、年金および税額控除

忘れないでください—あなたが誰か他の人のためにこの申請書に記入している場合は、申請者本人の手当てについてお答えください。あなたが現在これらの手当てのいずれかを受給している場合、あるいはこれらのいずれかについての通知を待っている場合、教えてください。障害者生活手当 (Disability Living Allowance) を、他の手当てとまとめて支給することも可能です

- ・州退職年金 (State Retirement Pension)
- ・遺族手当 (Bereavement Benefits)
- ・就労不能給付 (Incapacity Benefits)
- ・重度障害者手当 (Severe Disablement Allowance)
- ・介護手当 (Attendance Allowance)
- ・障害者生活手当 (Disability Living Allowance)
- ・労災障害給付 (Industrial Injuries Disablement) とともに支給される常時介護手当 (Constant Allowance)

過去 3 年間の障害者手当 (Disability Allowance) について

あなたが過去に申請したことがある障害者手当について知る必要があります。あなたが過去に申請した手当てについて教えてください。過去 3 年の間に、あなたがこれらの手当てのいずれかを受給していたが、現在は受給していない場合、あるいはこれらの手当てのいずれかを却下されたことがある場合は教えてください。

戦争年金について

あなたは戦争年金を受給していますか？あるいはこれに関する通知を待っているところですか？あなたの年金とあわせて受給している、あるいは通知を待っている、すべての補助金や手当てについても教えてください。

所得補助 (Income Support)、求職者手当 (Jobseekers allowance) または年金

あなたは所得補助、求職者手当または年金を受給しているか、あるいはこれらに関する通知を待っているところですか？

あなたの世帯の中で、所得補助、求職者手当または年金を受給している人、あるいはこれらに関する通知を待っている人は誰か他にいますか？

申請が認められた場合の支払いについて

通常、障害者生活手当は直接口座に入金されます。これはもっとも安全な支払い方法で、お金をいつ、どうやって受け取るかをあなたに選んでいただきます。銀行あるいは住宅金融組合がご利用いただけます。あなたの障害者生活手当は、4週間ごとに口座に入金されます。初回入金日と入金金額をお知らせします。初回以降、毎回の入金は、状況に変化がない限り、同じ金額となります。あなたの口座への入金金額が変わることがわかりましたらすぐにご連絡いたします。ご希望があれば、あなたに代わって定期的に障害者生活手当を取りに行くことを誰か他の人に頼むこともできます。この支援については、ご利用の銀行、住宅金融組合、また郵便局のカード勘定をお持ちの場合は郵便局にお問い合わせください。

3 / 「所得補助」「求職者手当」「就労不能給付」の申請内容

* 調査員がインターネット上で給付金申し込みのサイトに申請し、返信されてきた質問を以下に記す。

下記の書類をご用意いただくとよいでしょう。

- ・国民保険番号
- ・代理請求の場合、本人に関する詳細情報
- ・退職日など、雇用に関する詳細情報
- ・罹患日など、疾病に関する詳細情報

Q1 何か言語に関する要望がありますか？

Q2 この申請はあなた自身のためですか、それとも誰か他の人のためですか、または第三者として行っているのですか？

Q3 あなたに関する詳細情報

- ・称号
- ・姓
- ・生年月日
- ・国民保険番号
- ・性別
- ・国籍
- ・結婚歴

Q4 パートナーはいますか？パートナーとは、次のような人です。

- ・結婚相手または結婚しているかのように同居している相手
- ・同性婚の相手(シビルパートナー)または同性婚であるかのように同居している相手
- ・同世帯員
- ・一時的に同じ住所には居住していない人も含めます。

Q5 あなたには同居している20歳未満の扶養児童がいますか？つまり、あなたの世帯に永久に住んでいる、あなたに扶養責任がある児童はいますか？

Q6 あなたには現在職がありますか？給与の支払いは受けていますか、それとも受けていませんか？これまで一時解雇されたり、短期雇用となったり、一時的に休職になったりしたことがありますか？あなたのために常に用意されている仕事がありますか？

Q7 あなたは永久的に、老人ホーム、養護施設、あるいは入所施設に滞在していますか？

Q8 あなたはどの手当てを請求する資格があるかを確認するために、あなたの貯蓄に関する詳細情報が必要です。あなたのジョブセンタープラスによる手当て受給資格の有無は、貯蓄額の影響を受ける場合があります。これには以下のものが含まれます。

- ・天引き貯金
- ・一時金
- ・投資金
- ・不動産—あなたが住んでいる家を除く
- ・信託受益権
- ・管理されていない財産

4 / ドーセット・カウンティカウンスル全域 単一評価 総合査定

ドーセット・カウンティカウンスル全域 統一査定
総合査定

人口学的情報記入用紙(SS 0676)を添付してください。

査定の際には、その人物が自力でできること、利用できる支援または機器、そして必要な支援を検討してください。

病院ID:	社会サービス(SS)ID:
国民保健サービス(NHS)番号:	国民保険(NI)番号:
姓:	名:
生年月日: / /	生年月日: / /
査定日: / /	査定地:
経歴および現在の社会的状況:(生い立ち、家庭生活、職業、趣味および関心事、人間関係および支援ネットワーク、介護内容(公式/非公式)、扶養責任/扶養家族、および必要に応じ、人生における重要な出来事に関する詳細を含む。)	
専門家による査定が必要な場合具体的に記入: <input type="text"/>	
身体的健康状態:(現在および過去における、循環器、呼吸器、痛み、床ずれ、排便および排尿、予防接種状況、アレルギーなどの医療保健上の問題を含む。)	
(保健ケアに関する継続的な査定が必要かどうかを検討してください。)	
専門家による査定が必要な場合具体的に記入: <input type="text"/>	

この記入用紙は、ドーセット全域の保健・社会サービスにおいて使用することで同意を得ている。

SS 0631(03/08) K
DL 2629

名前: 生年月日: / /

精神的健康状態:(情緒的健康、気分および記憶力、方向感覚、理解力および行動上の問題を検討してください。(短期記憶障害はあるか、時間と場所の感覚はあるか、簡単な指示が理解できるか、簡単なことが思い出せるか。)精神医学的診断を受けているか、精神保健チームの支援を受けているか。)

(保健ケアに関する継続的な査定が必要かどうかを検討してください。)

専門家による査定が必要な場合具体的に記入:

薬物治療:(薬物治療がどのように実施されているか、処方されたとおりに服薬できる/しているか、誰が投薬指示を出すのか、誰が処方箋を受け取るのか、どの薬局を使用するのか、薬は配達されるのか、もしそうでなければ誰が薬局から受け取ってくるのか。服薬支援を使用しているか。)

専門家による査定が必要な場合具体的に記入:

専門家による査定が必要な場合は、地域の医薬品管理チームに連絡し、現在家庭で使用している薬について、薬品名、効力、服薬回数などを記載したリストを提供してください。

コミュニケーション能力:(視力、聴力、会話能力および筆記能力、機器の使用、電話、ケアライン、母国語、通訳や介護者が必要かどうかなど。コミュニケーション能力が、資産へのアクセス制限に影響を与えているかどうかを検討してください。)

専門家による査定が必要な場合具体的に記入:

名前: 生年月日: / /

運動・移動能力: (ベッド、椅子、風呂、トイレ、体重を支える能力、屋内および屋外の歩行、階段および段差、転倒の危険および転倒の経歴、利用できる機器あるいは必要な機器、交通手段など全ての移動。夜間のニースについても検討してください。)

専門家による査定が必要な場合具体的に記入:

日常生活の介護および健康で快適な生活の促進: (体を洗ったり、シャワーを浴びたり、入浴したりする能力および衣服を着る能力、歯や足のケア、肌のケア、性に関するニース、排泄およびその調節など。日常生活の介護および睡眠に関する現在の習慣。)

専門家による査定が必要な場合具体的に記入:

栄養および食事の準備: (特別食の必要性、好み、食物アレルギー、最近の食欲や体重の変化、食事を準備する能力、飲み物、現在の食習慣、嚥下能力、自力で食事ができるかどうかなど。推定体重あるいは実際の体重を記録してください。)

専門家による査定が必要な場合具体的に記入:

(栄養障害ユニバーサルスクリーニングツール(M.U.S.T.)による査定が必要かどうか検討してください。)



名前: 生年月日: / /

買い物・家事・ガーデニング: (地域の施設へのアクセス、家の手入れおよび家事などを含む。)

専門家による査定が必要な場合具体的に記入:

住宅: (アクセス、間取りおよび設備、持ち家が賃貸などの記述。部屋のタイプ、暖房器具、家主(わかっている場合)、不動産の状態、家の防犯および安全性。)

専門家による査定が必要な場合具体的に記入:

財政: (年金の受給方法、現金の供給方法、請求書の支払い方法。第三者(永続的な代理人や被指定人など)が関与しているのか。給付金に関するアドバイスが必要か。)

専門家による査定が必要な場合具体的に記入:

名前: <input style="width: 80%;" type="text"/>	生年月日: <input style="width: 60%;" type="text"/>
介護者の意見:	
介護者の査定が必要な介護者はいですか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
「はい」の場合、社会サービス部に照会しましたか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
査定に引き続き必要な措置（査定の行動および紹介先を含む）:	
被査定者は照会することについて知っていますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
同意書に署名を得ましたか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
追加コメント（被査定者、介護者、査定者、査定者／マネジャーのコメント）:	
被査定者: 私はこの査定に参加し、その措置に同意しました。 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
本用紙記入者氏名:	
署名:	
連絡先電話番号:	
マネジャーの署名（必要な場合）:	
	日付: <input style="width: 60%;" type="text"/>

第8節 アメリカ合衆国

(カリフォルニア州アラメダ郡)
United States of America

1. 障害者介護サービスに関する調査	340
2. モデルに関する調査	355
3. 障害児に関する調査	360
■添付資料.....	363
1 / 医師による査定書	
2 / IHSS 申請説明書 & 申請書	
3 / IHSS 用情報記載書	
4 / IHSS 所得適格審査-成人用	
5 / IHSS ニーズ査定-フェイスシート	
6 / 初回面接/スクリーニング	
7 / アラメダ郡社会福祉局 IHSS 初回査定ワークシート	

稲垣 典子 (Asian Community Mental Health Services)

1. 障害者介護サービスに関する調査

(1) 障害の定義、範囲、区分(制度別)

法律として明確に定義されているのは、次の「アメリカ障害者法」(「障害をもつアメリカ人法」ともいう)と「ランターマン発達障害者サービス法」の2つである。なお、日本にあるような区分や介護のための障害の定義は存在しない。

アメリカ障害者法(P.L. 101-336 Americans with Disabilities Act of 1990;ADA)

身体的・精神的な障害を理由とした差別を禁止した連邦法で、1990年に制定された。同法においては、障害とは以下の個人を指す。

- (A) 主たる生活活動の1ないしそれ以上を実質的に制限する身体あるいは精神障害
- (B) 上記の障害の過去の記録
- (C) そのような障害を持つとみなされること

(斉藤明子訳. 第3項定義. アメリカ障害者法【全訳】現代書館. 1991年, p.6.)

ランターマン発達障害者サービス法(Lanterman Developmental Disabilities Act)

セクション4500から始まるカルフォルニア州福祉・施設法(California Welfare and Institutions Code)で、発達障害があるカルフォルニア州の人が「地域で他の人たちと同じように生活するためにサービスとサポートを利用できる」権利とプログラムと実施を含む、自分の生活を選択する権利を定めたカリフォルニア州の法律である。1960年代に、障害と認定された子供と一緒に暮らしたい親が州を相手に裁判を起こしたことをきっかけに成立し、同法により障害児は親と同居できるようになった。

ランターマン発達障害者サービス法(以下、ランターマン法)第4512項(a)において、発達障害は次のように定義されている¹⁾。

「発達障害(Developmental Disability)とは、障害が18歳以前に始まり、継続または一生続くと見なされ、その障害を持つ人にとって重大な支障となることを意味する。教育長との協議により発達障害サービス局長によって定義されたように、この用語は、知的障害、脳性マヒ、てんかん、自閉症を含んでいる。またこの用語は知的障害に密接に関連していること、あるいは知的障害に対するサービスと同様のものを必要とすることが判明される日常生活に支障をきたす(disabling)状態を含んでいるが、本来、単に身体的であるその他の社会的に不利な(handicapping)状態は含んでいない。」

同法では、身体障害だけでは対象にならず、学習障害も含まれない。なお、上記の知的障害とは、IQ69以下を指す。

ランターマン法により、カリフォルニア州では21のリージョナルセンター(Regional Center)が設立された。リージョナルセンターは、障害の疑いのある子供・成人を同法の定義(上記)に基づき認定するNPOである。認定された障害者には、一生涯ケースマネージャーがつく。

サービスとサポートは、「メンタルヘルスサービス」、「発達障害者自身とその家族のカウンセリング」、「行動に関する訓練と行動修正プログラム」および「緊急事態・危機介入」を含む事例で定義されている。

(2) 要介護者の定義、範囲、区分(制度別)

範囲、区分については明確に存在しない。

アラメダ郡における IHSS (In-Home Supportive Services / パーソナルアシスタントサービス)²⁾ の認定は、医師の診断書をもとに、ソーシャルワーカーが査定を行う。

最初に医師が次のような項目でチェックする。

1. 診断名
2. 予後
3. 歩ける、歩行器の使用、杖の使用、車椅子の使用、寝たきり、体を動かすことの限界、物を取れるか、握れるか、持ち上げられるか、どのくらい立っていられるか、かがめられるか。
4. 認知の程度: 問題なし、軽い混乱、中ぐらいの混乱、重い混乱
5. メンタルの状態
6. 服薬管理: 問題なし、中ぐらいの管理、全然できない、不明
7. 視力: 問題なし、中ぐらい、全然見えない、不明
8. 聴力: 問題なし、中ぐらい、全然聞こえない、不明
9. 便と尿の管理: 問題なし、中ぐらいの管理、全然管理できない、不明
10. 移動: 問題無し、中ぐらいできる、全然できない、不明

次に、アラメダ郡社会福祉局の在宅介護査定人(大学の修士課程を終了し、10年以上の現場経験があり、さらに規定の訓練を受けたソーシャルワーカー)が、医師の診断、治療経過の報告書をもとに本人と面接し、次の項目で5段階の評価を行う。

1. 家事、2. 食事の準備、3. 食事の後片付け、4. 日常的な洗濯、5. 食料品の買い物、6. その他の買い物、7. 呼吸の介助、8. トイレ(排便・排尿)の介助、9. 食事の介助、10. 清拭、11. 着替え、12. 生理のケア、13. 歩行(移動)の介助、14. ベッドからの/ベッドへの移動、15. 入浴・口腔衛生・身だしなみの介助、16. 皮膚マッサージ、体位変換 など、17. 補装具セットの介助/援助、18. 医療機関への付き添い、19. 医療機関以外の必要な施設(市役所など)への付き添い、20. 医師以外の医療従事者によるサービス

(3) 制度の名称、根拠法

在宅生活を支援する制度として「IHSS (In-Home Supportive Services / パーソナルアシスタントサービス)」²⁾があるが、この制度を利用するには公的扶助である「メディケイド (Medicaid)」と「補足的保障所得 (Supplement Security Income ; SSI)」の受給資格を持つことが条件となる。また、公的扶助を受ける前に社会保障制度である「社会保障障害保険 (障害年金, Social Security Disability Insurance ; SSDI)」と「メディケア (Medicare)」によって生活と医療をカバーする体系をとっている。そこで、ここでは最初に受給が検討される社会保障制度から説明していく。

A. 社会保障法(Social Security Act)

社会保障法は、1929年の大恐慌のときに800近くあった民間の年金プログラムが破綻したことを受けて高齢者が立ち上がり、1935年に成立した。97%の労働者が加入し、受給の対象は、高齢者、障害者、遺族年金者(夫・妻・子供)。働いているときに、6.2%が給料から社会保障として引かれる。また、雇い主は6.2%を社会保障として支払う。自営業者は確定申告の際に12.4%を支払う。

障害者年金を受け取るためには、最低限10年間の加入期間が必要である。また、10年以上の結婚歴があれば、離婚した後でも配偶者の保険が使える。22歳未満で障害者になれば、親の年金を使って障害者年金を受け取ることができる。

a) 社会保障障害保険(障害年金)(Social Security Disability Insurance; SSDI)

1950年に社会保障法に組み入れられた制度で、継続して1年以上働けない人のための障害者年金制度である。10年以上、働いて社会保障費を支払っていた人に受給資格がある(専業主婦などで支払っていない場合は受給資格がない)。申請から受理まで半年かかる。

本当に働けないことを証明する必要がある、ソーシャルワーカーと医師が相談し、必要な書類を本人(当事者)と作成して申請を行う。

b) メディケア(Medicare)

1965年から社会保障法に組み入れられた制度で、連邦社会保障庁が所管する高齢者公的医療保険である。働いているときに年齢に関係なく1.45%を給料から差し引かれ、雇用主も1.45%を支払う(自営業者の場合は、確定申告の際に支払う)。

【メディケアの受給資格】

- ・米国市民と永住権のある人とその伴侶。また、離婚後も伴侶の資格を利用することも可能である。
- ・10年間以上、社会保障税を支払っていた。
- ・65歳以上である。
- ・腎臓機能障害がある。65歳以下で障害者になったときは、2年間自己負担である(腎臓機能障害は除く)。自分の資産を使い果たして貧困になる人も多い。

【メディケアの受給内容】

次のパートA～Dの4つから成っている

- ・パートA / 公的な掛け金は支払わない。入院費用を60日間保障するが、一生に60日間しか支払われない。入院中の医師の治療費(検査費等)20%は支払わなくてはならない。
- ・パートB / 公的な掛け金を毎月96ドル支払う。医療費用のうち入院、外来の20%は自己負担となる。眼科医と歯科医、聴力関係は支払われない(全額自己負担)。
- ・パートC / パートBの20%の自己負担分を補うためのもので、民間の保険を買い、月約100ドルを支払う。
- ・パートD / 高齢者が使う処方薬のための保険。毎月96ドル支払うことで、医者から処方された薬は全額パートDで負担される。毎年11月～12月末迄に各保険会社の提供する薬の品名を、各ケースマネジャーがパソコンで登録する仕組みである。保険会社が毎年、提供する薬品名を変えるので、利用者の薬品名を確認し、再登録する必要がある(登録されていないときは、後で調整を行う)。なお、貧困により保険料を支払えないときは、メディケイド(後述)が利用できる。つまり、各医療機関は費用を回収するために低所得者にメディケイドを必要とする。

B. メディケイド(Medicaid)／メディ・カル(Medi-Cal)

カリフォルニア州では、メディケイドのことをメディ・カルと呼んでいる。

連邦政府と州が50%ずつ負担する、子供のいる低所得世帯、妊婦、高齢者、障害者を対象とした公的医療扶助制度である。カリフォルニア州では、ヘルスサービス部が管轄する。

基本的に無料で医療サービスを受けられるが、すべての医者、クリニックおよび病院がメディ・カルを受け入れているわけではない。またメディ・カルとメディケアの両方から給付を受けている人もいる。

州のプログラムであり、受給者の資産が単身2,000ドル、夫婦で3,000ドル以下であり、医療費を払う。車椅子、ナーシングホーム等の費用も支払う。アラメダ郡では、2008年7月の時点で78,000人が受けている。3ヶ月ごとに書類が届き、必要事項を記入する。書類を提出しないと受給資格を失う。

C. 補足的保障所得(Supplement Security Income; SSI)

就労による自活が1年以上できない人だけに現金給付を行う公的扶助である。財源は、連邦政府と州で50%ずつ負担する。運営はアラメダ郡。

補足的保障所得(SS I)の対象となる人々の範囲は高齢者、視覚障害者、妊婦、18歳未満の子供、障害者を基本としている(何らかの事情により働けない人)。

住んでいる家、4,500ドル以下の車は含まれない。受給者の資産が単身2,000ドル、夫婦で3,000ドル以下であることが条件(ただし、持ち家がありメディ・カルを受給している人は、死後、持ち家は処分され、その代金はメディ・カルの費用として回収される)。

3ヶ月ごとに書類が届き、必要事項を記入する。書類を提出しないと受給資格を失う。

D. IHSS(In-Home Supportive Services / パーソナルアシスタントサービス)²⁾

在宅の高齢者、盲人または障害者に対して日常生活の介護と家事のサービスを提供するもので、在宅介護を受ければ安全に家で暮らすことができるが、そうでなければ高度看護施設(Skilled Nursing Facility ; SNF)に入所せざるを得ないと認定された人々に対してサービスを提供する。IHSSは、18歳以上の介護の必要な人で、補足的保障所得(SS I)とメディ・カル(Medi-Cal)を受給していなければ認定されない。

アラメダ郡におけるIHSSとメディ・カルの受給資格のある人の資産調査によると、単身者の資産は2,000ドル以内、夫婦で3,000ドル以内である。住んでいる家と4,500ドル以下の車は含まれない。

ただし例外として、重度の障害児がいる場合には、SSIやメディ・カルを受けていなくても親が再就職のための職業訓練を受けているときなどは、IHSSを受けられる。

なお、精神障害者の場合は、身体に重大な障害がない限り受けることは難しい。

(4) 運営主体

カリフォルニア州の社会福祉局が医療以外の福祉を所管している。アラメダ郡の住民の11.3%が社会福祉局のサービスを受けている。年間予算は278万ドルで、職員は2,400人である。

発達障害について州から委託を受けているのは、NPOである21カ所のリージョナルセンター (Regional Center) で、所管は発達障害局である。リージョナルセンターの詳細は、「(17) リージョナルセンター」で触れる。

精神障害者に関しては州の精神衛生局が管理する。5ヶ所の州立精神科病院の運営と58郡のメンタルヘルス部門を管理している。

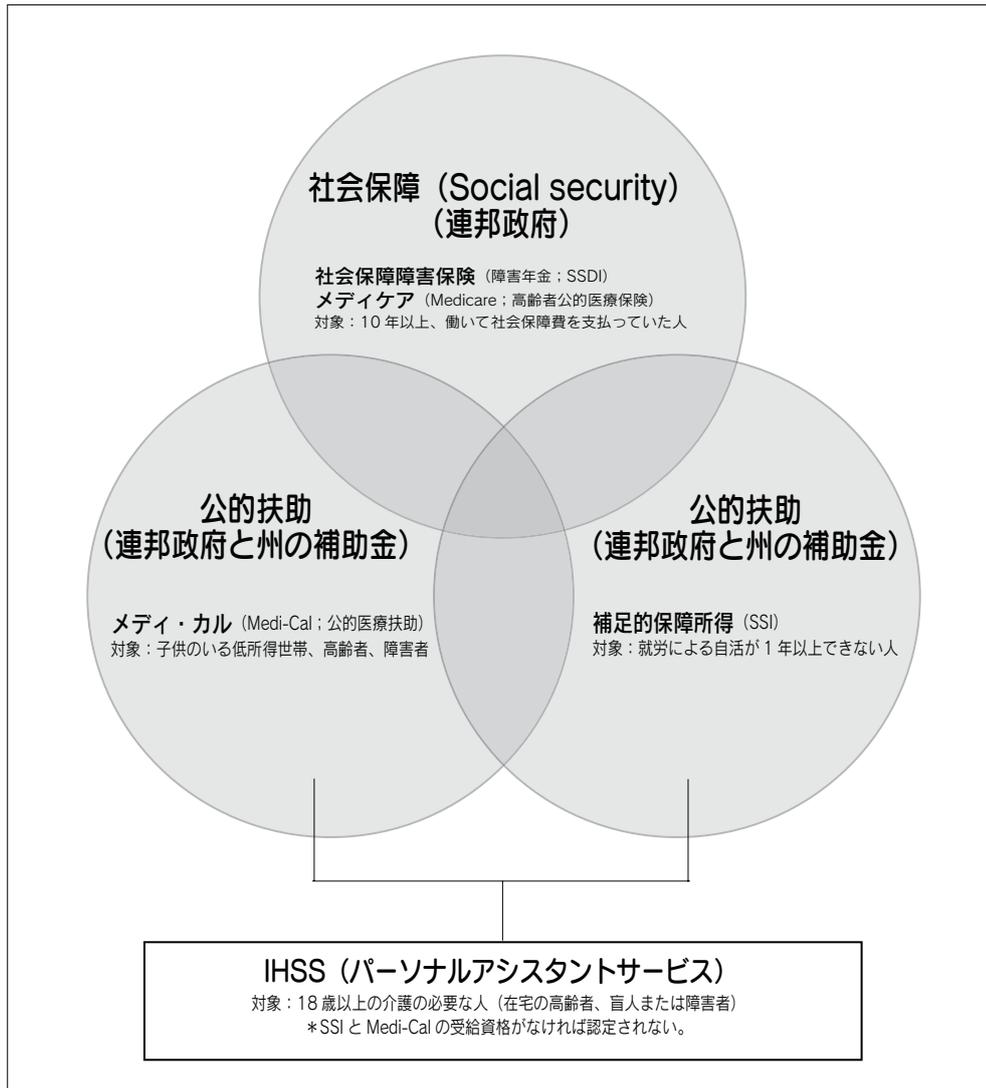
アラメダ郡のメンタルヘルス部門は、「アラメダ郡行動衛生ケアプログラム (Alameda County Behavioral Health Care Program)」と呼ばれる。アルコール中毒や薬物依存症もメンタルヘルス部門に含まれる。

アラメダ郡には「ジョン・ジョージ・パビリオン (John George Pavilion)」と呼ばれる郡立の精神科病院 (100床) しかない。72時間の保護入院の後は、病院付属の裁判所の裁判にて入院の延長が決められる (裁判のときは当事者に国選弁護人がつき、医師の診断書、ソーシャルワーカーの報告書、家族からの保護命令 Restraining order を出して、入院の延長を求めて判事に申請する) が、最長2週間となる。費用は税金でまかなわれる。裁判で民間会社 TELE CARE (株) の経営する3ヶ所の長期入院の病院へ転院する。入院の必要がないときは、家族やグループホーム、ホームレスシェルターに退院する。医療保険を持っている人は民間の総合病院の精神科が8ヶ所ある。

(5) 制度の体系・相互の位置づけ

制度体系は大きく社会保障と公的扶助に分かれ、IHSS (パーソナルアシスタントサービス) は、公的医療扶助のメディ・カル (Medi-Cal) と補足的保障所得 (SSI) の2つの公的扶助の受給者のみが受けられる (図表1参照)。社会保障のみの受給者はIHSSの対象外となる。なお、申請の際には所得制限と資産調査があり、資産は単身2,000ドル、夫婦で3,000ドル以下であることが条件となる。

図表1 制度の体系



(6) 加入対象者、加入者数

加入対象者は、前述「(3) 制度の名称、根拠法」を参照のこと。なお、在宅生活に必要な医療をカバーするメディ・カル(Medi-Cal)と、在宅介護をカバーするIHSS(パーソナルアシスタントサービス)の受給者数は、次の通りである。

加入者数／アラメダ郡(2008年7月8日現在)

メディ・カルの受給者	78,000人
IHSSの受給者	11,000人

(7) 給付内容

明確な法律に基づく給付は存在しない。低所得者を対象としたサービスとして、次のようなものがある。

A. IHSS (パーソナルアシスタントサービス)

補足的保障所得 (SSI) とメディ・カル (Medi-Cal) を持っている人のみ受給資格があり、在宅介護の部分をカバーする。毎月最長 283 時間 (1 日 9 時間) 分まで受けられる。

B. メディ・カル (Medi-Cal)

広い意味で在宅生活に必要な医療サービスをカバーする。高度看護施設 (Skilled Nursing Facility ; SNF) の費用も全額支払ってくれる。また医者への訪問、処方箋、入院、X線と検査、老人ホームでの介護、成人のデイサービス、歯の診療、緊急サービス、眼鏡、義肢装具、補聴器、医療機器、ホスピスケアなどのサービスをカバーする。

C. カル・ワーク (CalWORKs)³⁾

カリフォルニア州独自の制度である。1996 年に成立した連邦法により貧困家庭一時扶助は原則として生涯 5 年間しか受給できなくなった。その期限の切れる親を対象に就労援助訓練を行い、就労させることを目的とするプログラムである。介護職 (日本ではヘルパー 2 級程度) の訓練を行い、在宅介護のヘルパーとして登録される。カル・ワークを受けている間に、医療援助、フードスタンプ、保育料を支払って、就労に結びつける。訓練期間は 2 年間と決められている。

(8) 障害者のみの付加給付

障害者のみの付加給付はなく、以下のような各種控除がある。

貧困ライン (年収 1 万ドル程度) があり、これ以内の収入の人は税金が控除されるほか、24 時間電気等を使用する障害がある場合は、電気、ガス、電話会社で障害者の割引料金がある。電車、バスは 5 分の 1 くらいの割引料金で定期が購入できる。無料駐車場の利用もできる。

(9) ケアマネジメント (ケースマネジメント)

ランターマン法に基づき、リージョナルセンター (Regional Center) によって発達障害と認定された時点でケースマネジャーがつき、地域で生活できるように全面的な援助が行われる。金銭管理も家族ができないときは、リージョナルセンターが無料で行ってくれる。

精神障害者も重い状態であり、仕事も、家事もできないようなときは、ケースマネジャーがつく。そして、権利擁護もしてくれる。地域で生活できるよう全面的に援助する。

金銭管理のできない精神障害者に、無料でアラメダ郡の代理受取人プログラム (Alameda County Substitute Payee Program) がお金の管理をしてくれる。

高齢者も低所得者であれば、複雑な制度を利用するためにケースマネジャーがついて、権利擁護をしてくれる。

“One Point Responsibility” という方針で、担当者が決まったら、ケースマネジャーがその人を全面的にサポートするというシステムである。

(10) 給付対象者

要介護の高齢者と障害者は IHSS（パーソナルアシスタントサービス）を申請するときには、かかっている医師の申し込みの書類が必要である。IHSS のソーシャルワーカー（アラメダ郡社会福祉局の在宅介護査定人）が自宅に訪問して観察し、どれだけの介護時間が必要かを定める。在宅介護を提供しないと、高度看護施設 (Skilled Nursing Facility; SNF) に行く必要があると考えられるかどうか判断基準となる。また、本人が在宅を望み、医師が可能と判断した場合は、在宅介護になる。なお高度看護施設の費用は、大都市では最低、月 8,700 ドルかかり、ほとんどが税金の負担となる。

IHSS を受けるには厳しい資産調査と所得制限があるので、普通の人にとっては、条件的にも心理的にも使いにくい制度である。そのため、80% の高齢者は民間や NPO の紹介で自分や家族が面接して自費で介護者を雇っている。

(11) 認定主体

アラメダ郡の要介護認定は、アラメダ郡社会福祉局が所管する。IHSS のソーシャルワーカー（アラメダ郡社会福祉局の在宅介護査定人）⁴ が医師の診断、治療経過の報告書をもとに本人と面接・観察をしてから認定する。所得制限、資産調査がある。

(12) 認定基準

在宅介護を受けないと高度看護施設 (Skilled Nursing Facility; SNF) に行かなければならない状態であると考えられる人について、下記の項目について 5 段階にわたり審査する。

1. 家事、2. 食事の準備、3. 食事の後片付け、4. 日常的な洗濯、5. 食料品の買い物、6. その他の買い物、7. 呼吸の介助、8. トイレ（排便・排尿）の介助、9. 食事の介助、10. 清拭、11. 着替え、12. 生理のケア、13. 歩行（移動）の介助、14. ベッドからの／ベッドへの移動、15. 入浴・口腔衛生・身だしなみの介助、16. 皮膚マッサージ、体位変換 など、17. 補装具セットの介助／援助、18. 医療機関への付き添い、19. 医療機関以外の必要な施設（市役所など）への付き添い、20. 医師以外の医療従事者によるサービス

ソーシャルワーカーが当事者を観察して 1 ヶ月に何時間介護が必要かを認定する。認定時間に不満があるときは不服申し立て制度がある。

なお、IHSS が認定される最高時間は 283 時間（要介助者の在宅における機能的な能力状況に基づいて判定されるため、提供されるサービスや認められる時間量は異なってくる）で、どのようにパーソナルアシスタントサービスを利用するかは利用者（要介護者）の責任である。

(13) 認定者数

IHSS(パーソナルアシスタントサービス)／(2008年7月現在)

カリフォルニア州	416,043人
アラメダ郡	11,000人

【要介護認定】

医師よりリハビリをするようにPT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)のいる高度看護施設(Skilled Nursing Facility；SNF)に転院を勧められたとき。医師により要介護者が自宅で生活するのは無理と判断されたときに、高度看護施設へ行くように勧める。

アラメダ郡には77ヶ所の高度看護施設がある。毎月約8,700ドル(2人～3人が同じ部屋にいる)の費用がかかる。高齢者と障害者は高度看護施設に行くことを嫌がるようである。

(14) 利用手続き、所管窓口

本人または家族が社会福祉局に申請することになっているが、本人で申請方法を知っている人は少ない。医師やソーシャルワーカーが申し込み手続きを援助する。制度が複雑なため、ソーシャルワーカーや弁護士が書類の作成を請け負って、本人はサインのみということも多い。

書類は社会福祉局にもあるが、各病院、診療所、インターネット、NPOでも入手でき、家族にプログラムを勧めている。

(15) 要否判定方法

アラメダ郡におけるIHSS(パーソナルアシスタントサービス)の認定は、医師の診断書をもとに、アラメダ郡社会福祉局のソーシャルワーカーが査定を行う。

具体的には、次の手順で行われる(申請書等は添付資料1～7参照)。

IHSS 申請から利用までの流れ

1. 要介護が必要と思われたとき、本人、家族、ソーシャルワーカー、医師が認めたら診断名を含む書類を作成し、IHSSの申し込み用紙に書き込んで、アラメダ郡社会福祉局にインターネット、ファクス、または郵送する。



2. 社会福祉局は受給資格があるか調査する。また、医師の診断を含む書類が不備であると判断すると、社会福祉局が指定している医師に再診断を依頼する。IHSSの受給資格は、SSI(補足的保障所得)とメディ・カルを受けていることである。



3. 書類の審査が終了したら、社会福祉局のソーシャルワーカーが本人の面接のために訪問し面接をする。大体2～3時間くらいで、何ができないかを観察する。本人が説明できないことがあるため、ケースマネジャーが同席する。なぜならば、社会福祉局はどうやって時間を減らそうかと考えているので、ケースマネジャーが利用者(要介護者)の権利を擁護するためである。



4. 申し込み用紙と医師の診断書をそろえて、アラメダ郡社会福祉局に送る。



5. 社会福祉局が書類を見て、見立てをする(判定)。



<介護を受ける場合(例)>

6. CIL(Center for Independent Living;カリフォルニア州のNPOの1つ)は独自の介護者を登録している。また介護者の訓練もしている。利用者は自分と気の合う介護者を選ぶ。つまり、日系人であれば日系人の介護者が好まれる。食事の支度にあまり説明しなくてよいからである。しかし、現実には介護者になる人は移民が多いようである。また、介護者は家族でもよく、家族が登録されており、家族に在宅介護の費用が払われる。利用者が英語を話せないときは、家族がよいようである。娘であったり、嫁であることがある。時には、夫であり、息子の場合もあるが、娘や嫁が在宅介護をすることが多い。



<不服申し立てをする場合(例)>

6. 福祉局に控訴する。福祉局の7人のソーシャルワーカーの上に1人のスーパーバイザーがおり、ソーシャルワーカーの判定を弁護する⁵⁾。それでも不服の場合(スーパーバイザーの説明に納得できない場合はCILに連絡する(弁護士がつく)。また、無料の弁護士が相談にのり、公聴会、和解へと持ち込まれる。CILには要介護者自身である弁護士がおり、在宅介護について弁護してくれる。
* CILの弁護士により、最高の283時間/月をもらえたケースもある(1日9時間)



7. 月2回、本当に介護を受けられたかを確認するための書類がアラメダ郡社会福祉局より送られてくる(ヘルパーが本当に介護を行ったかを確認する)。利用者(要介護者)がこの書類にサインをする。



8. 介護料支払いの小切手が利用者(要介護者)に送られ、利用者がヘルパーに直接、手渡す。あくまでも利用者が介護者を雇っているという形態を保つためである。

(16)利用者負担

補足的保障所得 (SSI) とメディ・カル (Medi-Cal) を利用することになるため、利用者負担はなし。ただし、SSI とメディ・カルは所得制限と資産調査を受けてから支給が決まる。

なお、リージョナルセンター (Regional Center) のサービス (次項を参照) については、年収が 21 万ドル (税込み) の人は無料で受けられる。つまり、親の年収が税込み 21 万ドル以内であれば、障害児は無料でリージョナルセンターのサービスが受けられる。

(17)リージョナルセンター

カリフォルニア州は行政区として 58 の郡に分かれている。州には 21 ヶ所のリージョナルセンター (Regional Center, NPO) がある。リージョナルセンターとは発達障害者が地域社会で生活するために受給資格を認定する機関であり、サービスを必要とする人にケースマネジメントを行う機関である。

カリフォルニア州には発達障害と認定される人 (3 歳以上～成人) が 193,000 人いる。0 歳～3 歳の発達障害になるハイリスクの乳幼児が 29,000 人いる (2008 年時点)。年間予算は 4 億 3,000 万ドルである。地域社会で暮らしている発達障害者の 99% (232,12 人) の予算は 37 億 9,830 万 8,000 ドル。大規模施設 (居住、病院、学校などが集まった町のような施設) で暮らしている 2,449 人の予算は 6 億 6,932 万ドルである。

リージョナルセンター設立には、大学を卒業しても仕事のない人たちが、地域社会に根ざした多くの非営利団体 (Non-Profit Organization ; NPO) を立ち上げたという社会背景がある。2000 年には全労働者の 11% が NPO で働いている。アラメダ郡にあるバークレイ市で 1972 年に設立された NPO である CIL (Center for Independent Living) は、大学を卒業しても高度看護施設 (Skilled Nursing Facility ; SNF) に行くより選択がなかった身体障害者が地域で暮らせるように立ち上げた NPO である。CIL は独自に介護者を登録して、利用者 (要介護者) が意思決定をして、介護者にいつ、何をしてもらおうかを決めている。

リージョナルセンターにはケースマネジャーがおり、発達障害者と認定された要介護者を生涯にわたり面倒をみる。認定するには医師と心理博士があたる。利用者 (要介護者) に対して必要なサービスをコーディネートするが直接のサービスは提供せず、言語聴覚士等が必要であれば、CIL の登録者から紹介する。

なお、要介護者が大規模施設に行かず地域で暮らすために、リージョナルセンターでは以下のようなサービスをコーディネートしている。

1. 移動訓練
2. 看護
3. 行動訓練 (専門の心理学博士を自宅に派遣する)
4. 特別のデイケア
5. 必要な器具の給付 (声を発生する PC などの提供)
6. 移動 (利用者がバスなどの公共交通機関を利用できなければ移動を提供しているところを紹介し、その費用を支払う。グループホームが移動をミニバスによるパラトランジット⁶⁾で提供し、費用はリージョナルセンターに請求する)
7. 生活支援

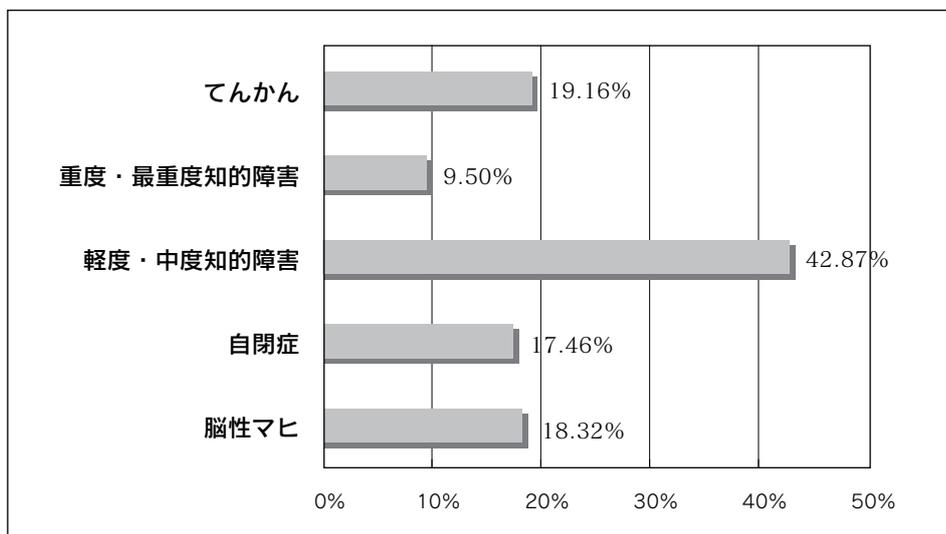
8. 一時休息(介護をしている家族が休息するための支援。ショートステイの費用を支払う。父母が離婚しており、母が週末は面倒をみられないときなどに利用する)
9. 障害児の一時保護など(里親など)
10. 特別育児ケア(重度の障害児が生まれ、親だけで対応できないときに提供される)
11. 自立生活のための訓練
12. 言語療法、カウンセリング
13. 遺伝検査(妊娠する前に遺伝検査が必要であれば、その費用を支払う)
14. デイプログラム(18歳以上を対象にした日中活動プログラム)
15. カウンセリング、精神療法
16. 特別の医療や歯・口腔内の治療費
17. 乳児サービス(0歳～3歳のハイリスクの子供に提供)

アラメダ郡とコントラコスタ郡を受け持っているのが、リージョナルセンター・イーストベイ (Regional Center of the East Bay ; RCEB) である。リージョナルセンター・イーストベイは、アジア系移民の場合は NPO のアジアンコミュニティ・メンタルヘルスサービス (Asian Community Mental Health Services) と委託契約している (1年ごとの更新)。ラテン系の場合は NPO の LA クリニカ (LA Clinica) と委託契約している。アジアンコミュニティ・メンタルヘルスサービスは、33人のケースマネジャーが960人の発達障害者のサービスを受け持っている。デイプログラムも週5日運営している。

なお、2007年には、14,090人がリージョナルセンター・イーストベイを利用した(0歳～3歳には、Early Start プログラムがある)。図表2に発達障害者の分類について記す。

出典: Performance Report for Regional Center of the East Bay, Spring 2008, RCEB

図表2 診断名による発達障害者の分類



出典: Performance Report for Regional Center of the East Bay, Spring 2008, RCEB

リージョナルセンターで認定を受けたら、一生涯サービスを受けられる。しかし、障害を持って生まれても、介護が受けられるわけではない。例えば、全盲の子供が生まれても、IHSS(パーソナルアシスタントサービス)は受けられない。

一方、てんかんがいつ起きかわからない子供の母が育児に疲れており、この子供が重い状態であるという事例では、ケースマネジャーがを申請して、月175時間のサービスを受けてい

る。そして、この子供は 17 歳であり、自分では何もできない状態である。このほか、レスパイトケア(介護をしている家族が休息するための支援)も受けている。

障害と認定されて、リージョナルセンターのサービスを受けられない人は大変苦勞する。例えば、知的障害のボーダーラインだと全盲であってもリージョナルセンターのケアを受けていないので、盲学校でも職員側が苦勞する。同じように、知的障害のボーダーラインは精神障害があってもリージョナルセンターのサービスは受けられない。

(18) グループホーム

21 歳になり本人が希望すると B / C Home (グループホーム) で暮らすことができる。

アジア系以外では 18 歳になると成人とみなし、親の家を出ていく習慣がある。そのため、家を出ても一人暮らしができない人はグループホームに入ることになる。発達障害者といえども例外ではない。グループホームで暮らし、週末になると親の家に遊びに行ったりする。

なお、アジア系は 18 歳を過ぎても親と同居し、本人も親も同居することを望む傾向があるため、あまり利用されていないようである。

a) グループホーム数

- ・アラメダ郡: 231 施設 (1,709 人受け入れ可能)
- ・コントラコスタ郡: 152 施設
- ・カリフォルニア州: 5,272 施設

b) 高齢者のグループホーム (65 歳以上)

- ・アラメダ郡: 372 施設 (7,518 人受け入れ可能)
- ・カリフォルニア州: 7,819 施設 (66,881 人受け入れ可能)

c) 発達障害者のグループホーム

サービスのレベルが 4 段階になっている。なお、レベル 1 のグループホームは費用が安く経営上成り立たないため、アラメダ郡には存在していない。

・レベル 1

問題行動がなく、セルフケアもできるが、1 人で暮らせない人である (バスに乗ったりはできるが、料理・洗濯などはできない)。8 畳くらいの広さの部屋であれば 2 人部屋になるが、ほとんどが個室である。だいたい、4 人～6 人くらいで 1 軒の家に暮らしている。見守りする人がすぐそばに 24 時間体制でいる。1 人でバスに乗ってデイプログラムに行ける。

・レベル 2

問題行動はほとんどなく、自立生活訓練の必要がある人で、セルフケアと見守りが必要である。自立生活訓練はリージョナルセンター・イーストベイ (Regional Center of the East Bay; RCEB) より、契約された専門職が提供する。昼間はデイプログラムに行く。移動 (パラトランジット) は提供されるが、費用はリージョナルセンター・イーストベイが支払う (ミニバスなどを利用)。どのようなサービスプランが必要かはケースマネジャーが利用者と相談して決める。

・レベル3

自立生活訓練が常に必要な人、移動に介助が必要である。自傷行為がある。昼間はデイプログラムに行っている。移動（パラトランジット）は提供される（ミニバス）。ヘルメットをかぶって、車椅子でデイプログラムに通ってくる。デイプログラムにも介助の人がいる。

・レベル4

A～Iまでの9段階がある（Iが一番重度）。利用者と職員の数が多くなる。つまり、4-Iが一番職員の数が多いということである。問題行動も多く、自立生活訓練も必要であり、働いている職員は専門職ではない。しかし、看護師や行動療法を行う人がコンサルタントとしてグループホームのサービスが提供できる体制になっている。自傷行為も常にあり、身体の介助も常に必要である。しかし、昼間はこのように重い人でも行けるデイプログラムに通う。

d) 精神障害者のグループホーム

アラメダ郡には20ヶ所ぐらいしかない。デイケアは1ヶ所だけである。送り迎えのミニバス（パラトランジット）がある。クラブハウスが5ヶ所ある。キッチンとトイレが共同の安いホテルに泊まっている。Section 8と呼ばれる連邦政府の低所得者用の援助を受けてアパートに暮らしている人もいる。

グループホームを運営しようとする人は最初に35時間の訓練を受ける。発達障害者のグループホームを運営するには、その分野の訓練を自己負担で受ける。その後、州の専門のソーシャルワーカーの面接を受けて、問題がなければ州にライセンスを申し込む。毎年監査がある。運営に問題があると、近所の人通報して、調べて、ライセンス停止となる場合もある。

IHSS（パーソナルアシスタントサービス）を受けないと高度看護施設（Skilled Nursing Facility；SNF）に入所、つまりナーシングホームに行かなければならないが、発達障害者、精神障害者、高齢者でグループホームに入居している人は、IHSSは受けられないという制度になっている。

1. 障害者介護サービスに関する調査 脚注

- 1) 下記 Web サイトより。
<http://www.dds.cahwnet.gov/Statutes/WICSectionView.cfm?Section=4500-4519.7.htm&anchor=4512>
4512. As used in this division:
(a) “Developmental disability” means a disability that originates before an individual attains age 18 years, continues, or can be expected to continue, indefinitely, and constitutes a substantial disability for that individual. As defined by the Director of Developmental Services, in consultation with the Superintendent of Public Instruction, this term shall include mental retardation, cerebral palsy, epilepsy, and autism. This term shall also include disabling conditions found to be closely related to mental retardation or to require treatment similar to that required for individuals with mental retardation, but shall not include other handicapping conditions that are solely physical in nature.
- 2) In-Home Supportive Services (IHSS) を日本語に訳すと「在宅支援サービス」となる。しかし IHSS は日本における在宅支援とは異なり、利用者（要介護者）が介護者を直接雇用するサービスであるため（認定された時間分の小切手が利用者に送られ、それを介護者に渡す）、本書では、IHSS を「パーソナルアシスタントサービス」と記述する。
- 3) CalWORKs (California Work Opportunity and Responsibility to Kids) の表記は、次の Web サイトを参照した。
<http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/PG85.htm>
- 4) 大学の修士課程を終了し、10 年以上の現場経験があり、さらに規定の訓練を受けたソーシャルワーカー。
- 5) 要否判定を行うソーシャルワーカーは 7 人で 1 組となり、年 1 回、1,100 人に対して 6 人のソーシャルワーカーで再査定を行っている。初回のインテークは残り 1 人で行い、1 ヶ月で 30 件の査定をしている。
- 6) バラトランジットサービスとは、相乗りのドア・ツー・ドアの旅客輸送サービスのこと。「アメリカ障害者法」に基づき、障害のために通常の公共交通機関ができない人向けに創設された。

2. モデルに関する調査

(1) モデル 1 / 全盲

Aさん(モデルの名前をAさんと記述する)は、18歳～40歳まで働いていて、勤労収入から天引きされる社会保障税を払ってきており、また現在、糖尿病性網膜症のために失明状態であるため、社会保障法(Social Security Act)に基づく社会保障障害保険(障害年金, SSDI)を月1,064ドル受給している。Aさんは、資産もなく、糖尿病治療費は高額になるため、高齢者、障害者と透析患者を対象とした公的な医療保険(メディケア; Medicare)のパートBに加入しているが、保険料(1ヶ月に96ドル)が支払えないので免除されており、また、メディ・カル(Medi-Cal)が適用される。メディ・カルに対して年間自己負担が450ドルはあるものの、それ以外の医療費は、薬物、救急車の移動を含め無料で提供される。

Aさんは、月800ドルの民間のアパートに入居しているが、連邦住宅局のSection 8(1974年住宅コミュニティー開発法)により家賃の3分の2を負担してもらっているため、自己負担は約280ドルである。電話、電気、ガス代は、電話、電気、ガス会社から低所得者向けのサービスがあり、例えば、電話は、月30通話までに制限されるが、月額料金は10ドルに減額される。

Aさんは、失明後、中途失明者のための自立生活訓練センターに通所して視覚障害者のための日常生活訓練や歩行訓練を受けた。その訓練費用はメディ・カルが自立生活訓練センターに実績に応じて支払ってくれるので本人の負担は無料であった。訓練のおかげで、日常生活は自分ですることができる。近所の買い物も、自分で行ける。

地域のサポートグループの集まりに週1回参加しているが、公的なガイドヘルプサービスはないので、パラトランジットを利用している。パラトランジットは、民間の企業が運営している送迎サービスで、本人は、片道3ドル払うが、通常料金との差額はアラメダ郡が税金で負担している。戸口からグループの場所まで送ってくれる。

また、月1回の病院への通院もパラトランジットを利用している。利用できるのは障害者のみである。自宅から通院する診療所の受付まで運転手が送り迎えをしてくれる。利用申請書に診断名を記入し、医師またはソーシャルワーカーのサインをもらい、申し込む。距離に応じて料金が設定されているが、タクシーよりも安い。

遠出を必要とする外出は、友人に車で送迎してもらったり、ボランティアを依頼したりする。ボランティアは、個人的にリストを用意していて電話をかけて可能かどうかを聞きながら調整する。また、銀行預金の管理等、視力が必要な活動などは、ライトハウス(NPOの1つ)の登録ボランティアに月2回、2時間ずつ来てもらっている。いろいろな生活上の相談には、CIL(Center for Independent Living; カリフォルニア州のNPOの1つ)の全盲の人のためのカウンセラーに相談している。

(2) モデル 2 / 頸髄損傷

Bさん(モデルの名前をBさんと記述する)は、重度の肢体不自由があり介護度が高い。通常は高度看護施設(Skilled Nursing Facility ; SNF)に入所するのが普通であるが、本人が強く在宅生活を望んでいるため、メディ・カル(Medi-Cal)の受給者が受けることのできるアラメダ郡のIHSS(パーソナルアシスタントサービス)を利用して在宅生活をしている。この制度は、障害者が介護者を雇用する形態をとる。ただし、利用費用として1時間10.45ドルかかり、月175時間が限度である。ただし、Bさんは最重度であるため、特別に283時間が認定されている。

IHSSを申請するには、医師による診断書が必要である。診断書は、当事者がナーシングホームに行かず、在宅を強く希望しており、医師も在宅で生活できると判断するという内容が書かれていなければならない。申請後、IHSSのソーシャルワーカー(アラメダ郡社会福祉局の在宅介護査定人)が自宅を訪問し、面接評価する。評価内容は次の20項目であり、5段階で査定される(添付資料7参照)。

1. 家事、2. 食事の準備、3. 食事の後片付け、4. 日常的な洗濯、5. 食料品の買い物、6. その他の買い物、7. 呼吸の介助、8. トイレ(排便・排尿)の介助、9. 食事の介助、10. 清拭、11. 着替え、12. 生理のケア、13. 歩行(移動)の介助、14. ベッドからの/ベッドへの移動、15. 入浴・口腔衛生・身だしなみの介助、16. 皮膚マッサージ、体位変換 など、17. 補装具セットの介助/援助、18. 医療機関への付き添い、19. 医療機関以外の必要な施設(市役所など)への付き添い、20. 医師以外の医療従事者によるサービス

ソーシャルワーカーが全ての項目について最も重度の段階の査定をすると、その報告書をもとに最長時間のIHSSのサービスが利用できる。

介護時間が決まると、ソーシャルワーカーは、どこの介護者を利用したいかを尋ねる。IHSS(アラメダ郡社会福祉局)でも登録されている介護者を紹介できるが、通常は、自分で自分が通っているNPOで登録されている介護者を雇いたいと申し出ることが多い。自分で介護者を探して利用する場合は、介護者の氏名と社会保障番号をIHSSに登録すると、月2回、介護者に対する(自己負担分除いた)介護料の支払いの小切手がBさんに送られてくる。介護料は、通常、最低賃金法に基づく額で、時給10.45ドルくらいである(2009年3月現在)。利用者(要介護者)は、それを使って介護者に賃金を支払う。

Bさんは、だいたい1日9時間の介護時間が割り当てられたので、NPOに連絡し、介護者を紹介してもらい、面接し、本人が気に入った人を採用し、いつ、何をしてもらうかを決めた。その介護者はNPOで介護について簡単な訓練を受けている。

Bさんは、現在6人の介護者を雇っている。1日9時間の介護時間では不足するので、もう1人の障害者と共同で4ベッドルームを借り、そのうち、2つのベッドルームを無料で学生に提供し、夜と土日は交替でいてもらっている。

住まいは連邦政府の住宅局のSection 8(1974年住宅コミュニティ開発法)により、3分の2は連邦政府が負担し、Bさん(要介護者)は収入の3分の1だけを支払う。この補助は応募制であり、審査に落ちれば認められない。ただし、一度認められれば、終生利用できる(麻薬の使用などがあれば、すぐに打ち切られる)。

(3) モデル 3 / 知的障害

Cさん(モデルの名前をCさんと記述する)は、生後11ヶ月の男子乳児の検診のとき、医師より自閉症の疑いがあるといわれた。医師に指示され、母親がリージョナルセンター・イーストベイ (Regional Center of East Bay; RCEB) に申請し、電話スクリーニングの結果、1歳近くなっても発語がないことを理由にサービスの対象として認められた。

リージョナルセンター・イーストベイは、アラメダ郡とコントラコスタ郡を担当するリージョナルセンター (Regional Center) である。リージョナルセンターとは、NPO 組織で、発達障害者(前述のランターマン法の定義に基づく発達障害者)が大規模施設に入所せずに、地域で暮らすために必要なサービスをコーディネートするが、直接のサービスは提供せず、必要に応じサービスを紹介する仕組みである。リージョナルセンター・イーストベイは州の発達障害局の管轄であり、州が委託契約をし、運営費用を負担している。ただし、親の医療保険など、活用できるものは全て活用するのが原則である。

コーディネートするサービスは、次の1～17である。

1. 移動訓練、2. 看護、3. 行動訓練 (専門の心理学博士を自宅に派遣する)、4. 特別のデイケア、5. 必要な器具の給付(声を発生するPCなどの提供)、6. 移動(利用者がバスなどの公共交通機関を利用できなければ移動を提供しているところを紹介し、その費用を支払う。グループホームが移動をミニバスによるパラトランジットで提供し、費用はリージョナルセンターに請求する)、7. 生活支援、8. 一時休息 (介護をしている家族が休息するための支援。ショートステイの費用を支払う。父母が離婚しており、母が週末は面倒をみられないときなどに利用する)、9. 障害児の一時保護など (里親など)、10. 特別育児ケア (重度の障害児が生まれ、親だけで対応できないときに提供される)、11. 自立生活のための訓練、12. 言語療法、カウンセリング、13. 遺伝検査(妊娠する前に遺伝検査が必要であれば、その費用を支払う)、14. デイプログラム(18歳以上を対象にした日中活動プログラム)、15. カウンセリング、精神療法、16. 特別の医療や歯・口腔内の治療費、17. 乳児サービス(0歳～3歳のハイリスクの子供に提供)

リージョナルセンターにはケースマネジャーがおり、発達障害者と認定された利用者を生涯にわたり、面倒をみる。発達障害の認定には医師と心理博士が担当する。カリフォルニア州は行政区として58の郡に分かれているが、21ヶ所のリージョナルセンターがある。ケアマネジャーは年に1回報告書を書く義務を負っている。

Cさんは、認定1ヶ月後からリージョナルセンター・イーストベイによる在宅訓練(理学療法)を開始した。訓練は、アセスメント (Assessment; 診断評価) に始まり、その後は理学療法士 (PT) が週1回家に来て、親の同席のもと筋肉の強化訓練などを実施した。また、理学療法士の指導で、親が毎日1時間子供に運動をさせたりした。6ヶ月後には、言語療法が始まり、やはり、言語聴覚士 (ST) が週1回家に来て訓練を実施した。

これらの費用は、リージョナルセンター・イーストベイがいったん理学療法士や言語聴覚士に全額支払い、後日、リージョナルセンター・イーストベイより、親の医療保険会社に費用の請求をする。保険会社は、親に対して子供の自閉症の状態を記入するように100ページ程度の書類の記入を求めている。

Cさんは、3歳になるまで自宅で言語療法を受けた。3歳になったときリージョナルセンター・イーストベイは再判定をし、発達段階の80%を満たしているかを判定するが、満たしていなかったため、サービスは継続された。

Cさんは、市町村教育委員会から障害児と認定されたので、3歳～22歳まで、地域の公立の保育園、小学校、中学校、高校に通学した。これらの学校は、全米障害児教育法 (Education for All Handicapped Children Act) で障害児の受け入れを拒否できないことになっている。もし、正当な理由があり公立学校で受け入れを拒否されたときは、私立学校に入学することもあるが、そのときは、市町村の教育委員会が授業料を支払う。

18歳になった時点で、親は養育責任から解放されるので、18歳になる半年前からケアマネジャーが補足的保障所得 (SSI) とメディ・カル (Medi-Cal) の申請をした。その結果、Cさんは、月870.00ドルのSSIを受給しており、それが、Cさんの収入になっている。

リージョナルセンターのケアマネジャーが、毎年1回、当事者、親と関係機関と会議を開いて、年間の個別支援計画を立てる。Cさんは、18歳になって、本人、ケアマネジャー、両親、関連機関と就労の可能性を検討したが、親元で暮らすことを希望したために、母親が介護をしている。ケアマネジャーは再三、「(18)グループホーム」参照)のグループホームに行くように勧めているが、親から離れられない状態である。

家庭では、突然家を飛び出したりするので、常時、見守りが必要である。移動も、母が付き添っている。SSIとメディ・カルの受給者が受けるIHSS (パーソナルアシスタントサービス) の制度を申請し、月95時間認められた。この判断は、日中、平日は日常活動プログラムとしてレベル4のデイプログラムに通所していることから、それ以外の時間分として1日3時間認められたものである。1日3時間の介護サービスの提供者としては、母が登録されている。

アラメダ郡社会福祉局には1,100人の対象者に対してソーシャルワーカーが7人しかいないので、年1回家庭訪問し、本人に会ってフォローアップするくらいしかしない。その際多くはケースマネジャーも同席する。社会福祉局は何とかしてサービスの時間を減らそうとするので、ケースマネジャーは、当事者と家族の権利擁護をする必要があるからである。

社会福祉局は介護サービスの内容と時間以外は介入しない。それ以外のサービスについてはケースマネジャーが調整する。ガイドヘルプサービスはない。

(4) モデル4 / 精神障害

Dさん(モデルの名前をDさんと記述する)は、統合失調症でジョン・ジョージ・パビリオン (John George Pavilion; 郡立の精神科病院で100床) に保護入院になり、72時間後に精神科病院に付属の裁判所で2週間の入院が決定された。2週間後に地域社会に戻るために、退院までにどのような形(家庭、ホームレスシェルター、グループホーム、安ホテルなど)で地域に戻すかが病院のケース会議で決定される。

Dさんは安ホテルに戻ることであり、同病院のマスター・ソーシャルワーカー(修士課程を修了している者)は、地域の精神科診療所に戻すために連絡をとった。それ以後は、精神科診療所

(NPO)のケースマネジャーがDさんを担当する。このケースマネジャーは、その後、Dさんが安定するまで、もし、安定しなければ終生フォローする。

精神科診療所は、過去の実績に基づき、アラメダ郡から年間の予算をもらっている。例えば、重度の精神障害者500人に対して、実績に応じて、ケースマネジャーは時給98ドル、医師は30分97ドルというように予算を請求する。

精神科診療所のインテークで診断名がつき、郡の行動衛生ケア部門 (Department of Behavioral Health Care) に連絡すると、クライアント番号がつけられる。ケースマネジャーの主な仕事は、再入院させないことで、安定してきたら、カウンティの就労プログラムへ参加させることもある。

Dさんのような場合、補足的保障所得 (SSI) とメディ・カル (Medi-Cal) を申請するが、申請書の記入は簡単ではないため、精神科に入院中は精神科診療所のケースマネジャーが申請する。

本人が申請できるが申請書に何を書くかコツがいるためである。しかし、すぐには受給できないので、一時金280ドルを半年間給付する一般扶助 (General Assistance) を申請することになる。一般扶助は貸与の制度で、SSI とメディ・カルが半年後に給付されたときには返済する。

精神障害者の場合、非常に重度の場合を除き IHSS (パーソナルアシスタントサービス) の対象にならない。Dさんは、現状では、IHSS を申請してもサービスを受けるのは難しい。ケアマネジャーはグループホームに住むことを提案しているが、本人がグループホームに住みたくない主張するため、ケアマネジャーは、単身で住める安いホテルを探したものである。

SSI は、在宅の場合970ドルであり、小切手が本人に届く。グループホームの場合は1,017ドルで、グループホームに小切手が送られる。本人には、日用品費として月105ドルの小切手が送られるが、額が少ないのでDさんはグループホームを希望しなかった。ホテル代は月550ドルであり、420ドル生活費が残り、食事は外食ですませるのでそちらを選択する人が多い。

ケアマネジャーは割引券 (パート¹⁾ は62.5%割引、バスは5分の1程度になる) などの申請をして、必要な生活費が少なくなるように支援している。本人が望めば精神障害者の通所施設のクラブハウスを紹介する。同行して気に入れば週5日通所でき、キッチンで皿洗いなど就労支援プログラムなどを提供している。また、昼食も1ドルで食べられるが、Dさんは希望しないので通所していない。

幻聴があるので、精神科医を定期受診しているが、ケースマネジャーは、診察日に同席して投薬治療の調整をしてもらう。精神障害者の場合、ガイドヘルプサービスは必要としていない。

ケースマネジャーは、定期的にDさんに来院してもらい、チェックリストに基づきアセスメントをする。精神科診療所に受診後1ヶ月以内に処遇計画 (Treatment Plan) を作成することが委託の義務となっている。本人のサイン、医師のサインが必要で、保存される。最長6ヶ月毎に更新する。

2. モデルに関する調査 脚注

- 1) パート (BART; Bay Area Rapid Transit) はサンフランシスコ市とイーストベイ各地 (サンフランシスコ郡、アラメダ郡、コントラコスタ郡、サンマテオ郡) をつなぐ高速鉄道システムである。駐車場やエレベーターはほとんどの駅に設置。障害者と子供は62.5%割引となる。

3. 障害児に関する調査

(1) 障害児施設の種別と数

地域の学校に通い、家庭で暮らすことが原則のため、障害児施設の種別と数は比較的少ない。

リージョナルセンター (Regional Center; 発達障害児が地域社会で生活できるように援助を行うプログラムのある事務局) が家庭で暮らす支援を行っているため、0歳～22歳の障害児の99%が家族か後見人と暮らしている。例えば、発達障害と認定された障害児がいる家族は、アフタースクールプログラム (After School Program; 学童保育) やレスパイトケア (Respite Care; 短期の在宅介護) が提供される。0歳～3歳の発達障害児のリスクのある子供の理学療法 (PT)、作業療法 (OT)、言語療法 (ST) 等の費用はリージョナルセンターが支払ってくれる。障害児と認定されると、送迎バスで自宅から学校まで通学を支援してくれる。しかし、地域で暮らせない子供は大規模の州立の施設に入所するが、そこで、いつも、地域に戻るための訓練を受ける。

大規模施設 (州立 / 5ヶ所)

地域で暮らせない障害児や障害者が暮らし、生活・娯楽施設や小・中・高等学校等が整い、町のように機能している。カリフォルニア州には次の5つの大規模施設がある。大人になったという理由で施設が変わることはない。

また、大規模施設に子供だけのサービスやプログラムはあり、普通の子供が生活するようにサービスやプログラムがある。

a) カリフォルニア州の5つの大規模施設 (発達障害センター)

Agnews Developmental Center	106人 (2008年9月)
Fairview Developmental Center	514人 (2008年10月)
Lanterman Developmental Center	512人 (2006年11月)
Porterville Developmental Center	632人 (2008年9月)
Sonoma Developmental Center	675人

出典: Developmental Centers Home Page
<http://www.dds.cahwnet.gov/DevCtrs/Home.cfm>

b) 運営概要 (2施設を例とする)

【Fairview Developmental Center】

24時間の高度の医療と看護を必要とする障害児 (者) のための施設である。カリフォルニア州の南のオレンジ郡にあり、設立は1959年。広さは752エーカーで、4,125人の入所が可能な施設である。1967年には2,700人が暮らしていた。2008年10月現在、514人が暮らし、職員数は1,500人。水泳プール、講演会場、図書館、小さい動物を飼う施設、作業場、レクリエーションをする施設があり、一つの町のような感じである。

プログラムは日常生活訓練、職業訓練、移動訓練 (モビリティ訓練)、レジャー、学校、社会生活訓練、コミュニケーション訓練を提供している。必要があれば、地域でも訓練する。例えば、地域の学校に通学したりして訓練する (大規模施設に暮らしながら、施設の近くの学校に通学して

訓練をする、という意味)。その後、この施設から地域に戻り、暮らせるようになるのが目標である。最低年1回のケース会議を通して、いかに早く地域に戻って生活できるかが話し合われる。

出典: Fairview Developmental Center
<http://www.dds.cahwnet.gov/Fairview/Index.cfm>

【Lanterman Developmental Center】

ロサンゼルス市から車で1時間くらいの所にある大規模施設。ベッド数は1,090床あるが、2006年11月時点で512人が暮らしている。職員数は1,382人。施設内の建物の数は86棟。毎年、入ってくる障害者は12人であり、出ていく障害者は27人である。

この施設の特徴は、重い知的障害者が主であること。この施設も24時間体制の医療、高度看護を提供している。広さは320エーカーである。年間予算(2006年7月～2007年6月)は1億1,175万162ドルである。

出典: 出典: Lanterman Developmental Center
<http://www.dds.cahwnet.gov/Lanterman/Index.cfm>

(2) 利用条件

地域で暮らせず、24時間の高度看護の必要があり、裁判で決められる。費用はその子供が住んでいたリージョナルセンター(Regional Center)が支払う。

大規模施設

障害児であり、高度看護が24時間必要であり、地域の教育機関で扱えない子供が対象である。大規模施設には24時間の看護体制があり、医師もいる。そのほかの専門職も月曜～金曜体制で対応できる。また、施設内に学校もあり、教師もおり、学ぶこともできる。レクリエーションとして泳ぐためのプールがあり、施設内では動物も飼っており、普通の生活ができる。

(3) 予算

カリフォルニア州には発達障害と認定される人(3歳以上～成人)が193,000人いる。0歳～3歳の発達障害になるハイリスクの乳幼児が29,000人いる。年間予算は4億3,000万ドルである。地域社会で暮らしている発達障害者の99%(23,212人)の予算は37億9,830万8,000ドル。

施設(大規模施設)で暮らしている2,620人の予算は7億7,579万2,000ドルである。職員数は7,337人である(2007年7月～2008年6月)。

————— < 参考資料 > —————

- ・『アメリカ障害者法【全訳】』（斎藤明子訳、現代書館）
- ・In-Home Supportive Services
<http://www.dds.ca.gov/SupportSvcs/IHSS.cfm>
- ・Regional Center of the East Bay <http://www.rceb.org/>
- ・Performance Report for Regional Center of the East Bay, Spring 2008, RCEB
- ・Developmental Centers Home Page
<http://www.dds.cahwnet.gov/DevCtrs/Home.cfm>
- ・Social Work with Older Adults THIRD EDITION, Kathleen McInnis-Dittrich
- ・THROUGH THE MAZE, Robin L. Goldfaden, Disability Rights Advocates
- ・American Social Welfare Policy A Pluralist Approach FIFTH EDITION, Howard Jacob Karger
David Stoesz
- ・The Preferred Resource for Senior Housing & Services Since 1992, Alternatives for Seniors

2 / IHSS 申請説明書 & 申請書

アラメダ (Alameda) 郡
社会福祉局
副局長
リンダ・クレッツ (Linda Kretz)

成人・高齢者福祉課
(Department of Adult and Aging Services)
IHSS ; In-Home Supportive Services
6955 Foothill Blvd., Third Floor
Oakland, Ca 94605-2409
510-577-1900
Lkretz@acgov.org
www.acgov.org/assistance

In-Home Supportive Services ; IHSS

申請説明書

- ◆IHSS を受けるには、メディ・カル (Medi-Cal) の加入資格を満たしていなければなりません。
- ◆すでにメディ・カルに加入している場合、あるいは最近メディ・カルへの加入を申請し、まだ結果が出ていない場合は、申請の手続きを開始するために以下の書類への記入が必要となります。

申請書 No. 1 : IHSS 申請書

- ◆メディ・カルに加入していない場合、申請の手続きを開始するために以下の書類への記入が必要となります。

申請書 No. 1 : IHSS 申請書 および

申請書 No. 2 : キャッシュエイド、フードスタンプ、および/またはメディカル申請書

・皆様が記入された申請書 No.1 および申請書 No.2 を当局にて受け取り後、メディ・カル申請書の PACKET をご郵送いたします。

- ◆メディ・カルの加入資格が認定されましたら、ソーシャルワーカーが皆様のお宅への家庭訪問の予定を組みます。ソーシャルワーカーは、皆様が在宅ケアを受ける資格があるかどうか、また皆様のご自宅で安全に過ごすためには、何時間のケアが必要であるかを決定します。

申請方法 :

- 電話 : 平日の午前 8 : 30 から正午までと午後 1 : 00 から 5 : 00 までは、510-577-1800 にお電話のうえ、担当者とお話してください。
- 郵便 : 510-577-1800 にお電話いただき、申請書を請求してください。必ず、ゆっくりと、そしてはっきりと話し、お名前とご住所を留守番電話に録音してください。
- 直接 : 平日の午前 8:30 から正午までと午後 1:00 から 5:00 までの間に、当局 (Eastmont Town Center 3 階) にお越しください。申請書をお受け取りいただくか、あるいは担当者との面接をお申し込みいただくことができます。

申請書No.1
サービス申請書

アラメダ (Alameda) 郡成人・高齢者福祉課
In-Home Supportive Services: IHSS申請書

名前: (ファーストネーム、ミドルネームのイニシャル、ラストネーム)		社会保障番号	生年月日	電話番号
自宅住所 (街路名、アパート番号、都市名、郵便番号)				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
結婚歴: <input type="checkbox"/> 独身 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 配偶者は、IHSSを申請していますか? はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 配偶者名 _____ 配偶者の社会保障番号 # _____				
SSIを受けていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	メディ・カルを受給していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (いいえの場合、申請書No.2も記入してください。)	言語	種族的出身	翻訳が必要ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
紹介者 (名前、関係、住所)				電話番号 # _____
緊急連絡先 (名前、関係、住所)				電話番号 # _____
収入	収入源 _____	収入源 _____	収入源 _____	
	金額 _____	金額 _____	金額 _____	
主治医 (名前、住所)				電話番号 # _____
申請者と同居しているのは誰ですか? _____				
定期的に家事を行うことができない健康状態ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
現在、病院、介護施設、リハビリテーションセンターに入院・入所していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合、IHSSが受けられるかどうかによって退院・退所が決まりますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつ退院・退所する予定ですか? _____ 最近、病院、介護施設、あるいはリハビリテーションセンターを退院・退所しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 末期状態にありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

郡記入欄

初回面接担当ソーシャルワーカー番号 # _____	会話言語 (記入してください。) _____ 優先事例 (回答欄に印をつけてください。) 1.2 <input type="checkbox"/>
担当任命日 _____	至急 <input type="checkbox"/> 事例番号 # _____
追跡記録 A B C (1つに○を付けてください。)	
実施日 _____	署名 _____

申請書No.1 IHSS App (2006年改訂)

申請書No.2

カリフォルニア州ー保健福祉局

カリフォルニア州社会福祉課
カリフォルニア州保健福祉課

キャッシュエイド、フードスタンプ、および/またはメディ・カル/州の郡医療サービスプログラム (STATE CMSP) 申請書

本申請書記入の前に、表紙をお読みください。回答欄が足りない場合は、本用紙の裏側にお書きください。

1. 名前:(ファーストネーム、ミドルネームのイニシャル、ラストネーム)	2. 社会保障番号	郡記入欄			
3. 旧姓またはその他の名前(ある場合)	2A. 生年月日(MM-DD-YYYY)	事例名			
4. 自宅住所: 番地 街路名	5. 郵送先住所(自宅住所と異なる場合)	事例番号			
都市名 州名 郵便番号	都市名 州名 郵便番号	受理日			
6. 電話番号: 自宅 () () () 勤務先 () () () 留守番電話 () () ()		申請の種類: キャッシュエイド(CA): <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> 難民キャッシュエイド(RCA) フードスタンプ(FS): <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再申請 <input type="checkbox"/> その他 メディ・カル(MC): <input type="checkbox"/> 州の郡医療サービス(CMSP): <input type="checkbox"/>			
7. 自宅住所は定住所ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 電話なし 定住所ではない場合、説明してください。:		ホームレス: フードスタンプ: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
8. ご家族のどなたかが、以下の支援を申請中ですか? キャッシュエイド <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ フードスタンプ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ メディ・カル <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 州の郡医療サービスプログラム <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ その他のプログラム <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、説明してください。:IHSS		キャッシュエイド: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> CW42 <input type="checkbox"/> 苦境のスクリーニング			
9. ご家族のどなたかが、メディ・カル(Medi-Cal)/州の郡医療サービス/メディケイド、ダイバージョンキャッシュサービスあるいはノンキャッシュサービスを含む支援または給付金を、請求したことや受給したことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、記入してください。: 支援/給付金の種類 受給日 利用者名 どこから受給しましたか?(郡/州/国)		民族: 人種: 母語: キャッシュエイド(CA)即時支給の必要性 <input type="checkbox"/> 否認/通知書(NOA)準備 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 優先支給 <input type="checkbox"/> 申請者が郡福祉課(CWD)にSAWS1の記入を要請 () (イニシャル)			
10. 法律により、民族、人種および母語の記録が義務付けられています。これは受給資格には影響しません。 A.民族 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> ヒスパニック系 <input type="checkbox"/> 黒人 <input type="checkbox"/> フィリピン人 <input type="checkbox"/> グアム人 <input type="checkbox"/> インド人 <input type="checkbox"/> アラスカ原住民 <input type="checkbox"/> アメリカインディアン <input type="checkbox"/> ラオス人 <input type="checkbox"/> カンボジア人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 韓国 <input type="checkbox"/> 中国人 <input type="checkbox"/> サモア人 <input type="checkbox"/> ベトナム人 <input type="checkbox"/> ハワイ人 <input type="checkbox"/> その他のアジアまたは太平洋諸島系(具体的に記入): B.母語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 広東語 <input type="checkbox"/> ラオ語 <input type="checkbox"/> タガログ語 <input type="checkbox"/> アメリカ手話 <input type="checkbox"/> スペイン語 <input type="checkbox"/> カンボジア語 <input type="checkbox"/> ベトナム語 <input type="checkbox"/> ロシア語 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入):		フードスタンプ(FS)優先サービス <input type="checkbox"/> 優先サービスに関する質問のすべてに回答していない <input type="checkbox"/> 優先サービスのためのスクリーニングを実施 実施日 () (イニシャル)			
11. ご家族の中に、移民あるいは出稼ぎ農場労働者はいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		フードサービス(FS)紹介先: <input type="checkbox"/> 優先サービスの手続き <input type="checkbox"/> 通常サービスの手続き <input type="checkbox"/> 郡福祉課(CWD)記録未梢 <input type="checkbox"/> メディ・カル適格者データベース セントラルデータベース(MEDS CDB)未梢 <input type="checkbox"/> 所得適格証明システム(IEVS)開始 <input type="checkbox"/> SAWS1および表紙のコピーを申請者に提供			
12. ご家族の中に、妊娠中の人はいいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、彼女は仮受給資格者証を取得しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		移行事例番号			
13. ご家族の中に、個人的に緊急状態にある人はいいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、当てはまる項目にチェックを付けてください。: <input type="checkbox"/> 緊急治療が必要 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 児童虐待 <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待 <input type="checkbox"/> 健康または安全を脅かすその他の緊急事態 説明してください。:		申請を受理した郡			
14. お子さんを含め、ご家族全員でどれだけの流動資産を所有していますか? <input type="checkbox"/> 現金、現金化されていない小切手または郵便為替 \$ _____ <input type="checkbox"/> 当座預金/普通預金または信用組合預金 \$ _____ <input type="checkbox"/> 信託証書、受取手形、株または債券 \$ _____ <input type="checkbox"/> その他(説明してください) \$ _____	17. 今月の家賃に含まれていない公共料金はいくらですか? \$ _____ 18. 立ち退き通知書や支払通知書または辞職勧告書を受け取っていますか? <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%; text-align: center;">はい</td><td style="width: 50%; text-align: center;">いいえ</td></tr></table> 電気・ガス・水道を止められたことがありますか、または止めるとの通告を受けていますか? 今後3日以内に食糧がなくなりますか? おむつなどの必須の衣類や防寒着が必要ですか? 食糧、衣類、医療ケア、その他の緊急物資を入手するための移動に支援が必要ですか?		はい	いいえ	郡
	はい	いいえ			
15. お子さんを含め、ご家族全員の今月の収入はいくらでしたか、あるいはいくらになる予定ですか? 日付 金額 日付 金額 _____ \$ _____ _____ \$ _____ _____ \$ _____ _____ \$ _____		居住郡(異なる場合)			
16. 今月の家賃または住宅ローンはいくらですか? \$ _____					
<p>・私は、表紙のコピーを受け取ったことを証明します。私は、受給資格者規則に従わなければならないこと、またその中の一部は、私への支援の提供が可能となる前に、実施を求められる場合があることを理解し、これに同意します。私は、私がこの申請書に記載した内容が、調査・確認される場合があることを理解します。</p> <p>・私は、フードスタンプを申請した場合、郡が私に優先サービスの権利について伝えたことを証明します。</p> <p>・私は、偽りの場合はアメリカ合衆国およびカリフォルニア州の法律に従い偽証罪の適用を受けることを了解し、この申請書に記した情報が真実であり、正確であり、かつ完全であることを宣言します。</p>					
19. 申請者または指定代理人による署名(あるいは文字以外の記号による署名)	発行日				
文字以外の記号による署名の証人あるいは通訳者の署名	発行日				

3 / IHSS 用情報記載書

カリフォルニア州 - 保健福祉局

カリフォルニア州社会福祉課

IHSS (IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES) 用情報記載書

注: IHSS受給資格の有無は、福祉・施設法セクション12300に従い、この記載書に記された情報により決定されます。

1. 申請者に関する情報		郡記入欄
名前(ファーストネーム、ミドルネーム、ラストネームの順)		
生年月日		
自宅住所	都市名	
郵便番号		
郵送先住所(異なる場合)	自宅電話番号 ()	
留守番電話番号 ()		
出生地	社会保障番号	
メディ・カル(Medi-Cal)カード番号		
あなたは: <input type="checkbox"/> 65歳以上ですか? <input type="checkbox"/> 障害がありますか? <input type="checkbox"/> 視覚障害がありますか? 結婚歴: <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 独身 (日付 / /) (日付 / /) (日付 / /) (日付 / /) 以下に記入してください: 配偶者あるいは親(両親)(18歳未満の場合)の名前 配偶者/親(両親)は: <input type="checkbox"/> 65歳以上ですか? <input type="checkbox"/> 障害がありますか? <input type="checkbox"/> 視覚障害がありますか? 配偶者/親(両親)の社会保障番号 配偶者/親(両親)の住所(申請者と異なる場合)		
2. あなたはカリフォルニアに住み続ける意思をもって住んでいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3. あなたはアメリカ合衆国の市民ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合、「項目4」へ) (A.) アメリカ合衆国の市民ではない場合、合法的に永住が認められていますか、あるいは合衆国内に滞在することは法律上許されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (B.) あなたの外国人登録番号は何番ですか? (C.) 保証人の名前は? (D.) 保証人の住所は?		
4. あなたの住居形態についてお答えください。 住居: <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 下宿 <input type="checkbox"/> 食事付下宿 <input type="checkbox"/> トレーラー/キャンピングカー <input type="checkbox"/> その他 居住形態: <input type="checkbox"/> 持家/購入予定 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 無償で居住 <input type="checkbox"/> 食事・介護付き 家主の名前 家賃、食事代、および/または住宅ローンの金額 毎月\$ 自宅住所 都市名 郵便番号		
5. 他の同世帯員はいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合、下に記入してください。)		
名前	関係	年齢

6. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、自宅以外に不動産を所有していますか？ (「はい」の場合、下に記入してください。あるいは、4ページの項目21に記入してください。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					郡記入欄
住所		都市名	郡名		
州名	郵便番号	区画番号			
査定額 \$	住宅ローン総額 \$	毎月の支払額 \$			
年間税額 \$	年間保険料 \$	年間査定額 \$			
不動産をどのように活用していますか？	賃貸として使用している場合、家賃の金額を記入してください。		毎月の支払額の中に税金は含まれていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
その他の不動産関連費用			毎月の支払額の中に保険料は含まれていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
7. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、車両(自動車、トラック、オートバイ、ボート、キャンピングカー)を所有していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合、下に記入してください。)					
メーカーおよび型	製造年	推定価格	使用目的に印をつける 仕事用 通院用		障害者向けに改造されていますか？
8. あなたの流動資産の価値をお答えください。(申請者が18歳未満の視覚障害児またはその他の障害児の場合、児童の扶養責任がある親(両親)の資産も含めてお答えください。あなたやあなたの肉親の葬儀費専用の資産を指摘してください。)					
流動資産	ない場合は チェック	所有者の下に金額を記入			葬儀費用に チェック
		本人	配偶者/親(両親)	共有	
手持ちの現金 および/または 自宅保管金		\$	\$	\$	
当座預金、普通		\$	\$	\$	
預金、信用組合信託資金		\$	\$	\$	
小切手または貸金庫内の現金		\$	\$	\$	
投資信託証券、住宅ローン抵当証券、不動産譲渡証券		\$	\$	\$	
個人退職年金(IRA)、譲渡性預金証書、市場金利連動型預金		\$	\$	\$	
その他(具体的に):		\$	\$	\$	
9. あなたやあなたの配偶者または親(両親)(申請者が18歳未満の場合)は、総額で\$2,000を超える価値のある私物や家財道具を所有していますか？(例 家具、衣類および宝石類)(追加記入欄が必要な場合、「項目21」に記入してください。) (「はい」の場合、下に記入してください。)(リハビリテーション機器・設備は除いてください。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
内容	現行市場価格		未払額		
A.	\$		\$		
B.	\$		\$		
C.	\$		\$		
10. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、生命保険に入っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合、下に記入してください。)					
契約者名	被保険者名	生命保険会社の名称および住所			
保険証券番号	額面保険金額合計	解約返戻金	保険加入日	保険証券を担保とした借金 はありますか？ 金額はいくらですか？	

11. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、葬儀基金、葬儀保険、葬儀信託に加入したり、墓地を購入したり、葬儀契約を結んだりしていますか？ □はい □いいえ					郡記入欄
各項目の契約者	各項目の名称	各項目の購入総額	各項目の未払金	会社/購入先の名称および住所	
			\$		
			\$		
12. あなたやあなたの配偶者または親(両親)(未成年者が申請している場合は、過去36ヶ月以内に、金銭を含む所有物を販売、譲渡、あるいは寄贈しましたか？(「はい」の場合、下に記入してください。) □はい □いいえ					
内容	受渡日	見積価格	受領額		
		\$	\$		
		\$	\$		
13. あなたやあなたの配偶者は雇用されていますか、あるいは自営業ですか？(「はい」の場合、下に記入してください。)(申請者が18歳未満の視覚障害児またはその他の障害児の場合、親(両親)の雇用についてもお答えください。) □はい □いいえ					
雇用者の名前		雇用者の住所			
職業		給与期間あたりの税込給与額 \$	支払回数は？		
自営業の場合、すべての通常必要な事業経費、元金の返済額あるいは債務、および個人所得税に関する証明書を添付してください。					
14. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、事業用機器の在庫あるいは原材料を所有していますか？(「はい」の場合、下に記入してください。) □はい □いいえ					
内容	目的	見積価格	受領額		
		\$	\$		
		\$	\$		
15. あなたが視覚障害者あるいはその他の障害者で就労している場合、視覚障害あるいはその他の障害を原因とする、仕事関連の経費は発生していますか？(「はい」の場合、下に記入してください。) □はい □いいえ					
職場への往復交通費 \$	仕事の準備に必要な品やサービスの費用	職務遂行に必要な品やサービスの費用 \$			
16. 毎月雇用先以外から受領している収入を記入してください。申請者が18歳未満の視覚障害児あるいはその他の障害児である場合、児童の扶養責任がある親(両親)の収入についてもお答えください。					
収入のタイプ	ない場合はチェック	毎月の受領額		請求番号	
		本人	配偶者/親(両親)		
A. 社会保障(退職、遺族、障害者保険)		\$	\$		
B. 寄付金		\$	\$		
C. 州障害者/失業保険		\$	\$		
D. 退役軍人年金/補償金		\$	\$		
E. 退役軍人局支援・介護/在宅手当		\$	\$		
F. 政府年金		\$	\$		
G. 民間および/または軍退職年金		\$	\$		
H. 離婚手当、養育費		\$	\$		
I. 家賃収入		\$	\$		
J. 利息、配当、使用料		\$	\$		
K. 鉄道退職年金		\$	\$		
L. 労災補償金		\$	\$		
M. 要扶養児童家庭扶助(AFDC)給付金		\$	\$		
N. その他(具体的に)		\$	\$		

17. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、「項目16.」に記載された支給先のいずれかから収入を得るための申請をしましたか、また、あなたは「項目16.」に記載された支給先のいずれかから収入を得られるようになりたいと思いますか？ (「はい」の場合、下に記入してください。)				郡記入欄 予想収入 証明方法: a. _____ b. _____ c. _____
□はい □いいえ				
収入のタイプ	申請場所	申請日	支給予定日	
18. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、過去3ヶ月以内に医療費の請求を受け、その費用をメディカル(Medi-Cal)が負担することを希望していますか？				現物収入 30-775, 11 証明方法: _____ _____ _____
□はい □いいえ				
19. (A.)あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、現金以外の寄贈品や、貸し家、食糧、衣類、その他の必需品の提供を受けていますか？ (B.)あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、労働に対する見返りとして現金以外の報酬を受け取っていますか？ ((A.)または(B.)が「はい」の場合、下に記入してください。)				保険料支払い 支払金額: \$ _____ 支払回収: _____ 証明方法: _____ _____ _____
□はい □いいえ				
提供された物品等	受領回数	現金相当額		
		\$		
		\$		
20. あなたやあなたの配偶者または親(両親)は、健康保険または入院保険(雇用主によって支払われている保険を含む)に加入していますか？(「はい」の場合、下に記入してください。)				証明方法: _____ _____ _____
□はい □いいえ				
保険業者(当てはまるものに印を付けてください。)		被保険者		
□メディケア(Medicare)(請求番号)				
□軍属健康医療計画(CHAMPS)				
□退役軍人局保険				
□カイザー(Kaiser)				
□ロス&ルース(Ross-Loos)				
□ブルーシールド(Blue Shield)				
□ブルークロス(Blue Cross)				
□先払い健康保険				
□保健維持機構(具体的に:)				
□その他の保険業者(具体的に:)				
21. 項目番号	追加情報(必要な場合、追加用紙を添付してください。)			SOC 310 証明 <input type="checkbox"/> 適格 <input type="checkbox"/> 不適格 理由(不適格の場合): _____ 社会サービスワーカー: _____ 日付: _____

あなたに当てはまるすべての項目を読み、回答したことを確認してください。署名の前に以下をよくお読みください。

私はここに署名し、私のすべての回答が、私が知る限り正確かつ真実であることを宣言します。

私は、私の収入、所有物、あるいは費用、あるいは私の世帯員の数、あるいは住所の変更があった場合、郡の社会福祉課に10日以内に伝えることに同意します。そして私は、私が受けとった「メディカル(Medi-Cal)責任チェックリスト」で説明されているその他すべての責任を負うことに同意します。

私は、自分の記述についての証明を求められる場合があること、しかし法律により、郡はそれらを秘密にする義務があることを理解します。

私は、郡の社会福祉課がとる措置に不満な場合、州の聴聞会を請求する権利があることを理解します。

私は、不動産の場合は6ヶ月以内に、そして個人財産の場合は3ヶ月以内に、過剰な資源を処分しなければならないこと、そして処分した財産の売却代金のうち、過剰分すべてを返金しなければならないことを理解します。

私は、IHSSの受給資格がある場合、私に支払い義務があるIHSSの負担金を支払えば、負担金なしのメディカルカードを支給されることを理解します。

私は、連邦および州の法律により、配偶者、未成年児童、あるいは永久かつ完全な障害児が生存していない場合、メディカル受給者の財産から、55歳以降に受給したメディカル給付金の全額を回収することが義務付けられていることを理解します。

私、署名者は、偽りの場合は偽証罪の適用を受けることを了解し、前述の内容が真実かつ正確であることを宣言します。			
申請者署名	日付	証人署名(申請者が文字以外の記号により署名した場合に必要)	日付
申請者代理人署名(関係:親、後見人、資産保全人)	日付	申請者の申請書記入を支援した者の署名	日付

4 / IHSS 所得適格審査－成人用

カリフォルニア州－保健福祉局

カリフォルニア州社会福祉課

IHSS所得適格審査－成人用

名前 _____ 事業番号 _____ 月/年 _____

受給者

配偶者

A. 高齢者、視覚障害またはその他の障害がある個人あるいは夫婦の所得 (配偶者が高齢者や視覚障害者、あるいはその他の障害者ではない場合、Bも記入してください。)		B. 高齢者、視覚障害者またはその他の障害がある個人と、高齢者、視覚障害者、またはその他の障害者ではない配偶者の所得	
	不労所得	勤労所得	
1. 不労所得 (リスト) (非課税所得は除く)			1. 相談者の配偶者の所得 \$ \$
a.	\$		2. 視覚障害やその他の障害がない児童への手当
b.	\$		a. 児童のニーズ \$ \$ \$
c.	\$		b. 児童の収入 \$ \$ \$
2. 不労所得合計 (A1aからA1cまで)	\$		c. 純ニーズ額 (a-b) \$ \$ \$
3. 所得控除	\$20		d. 手当合計 (B2cの和) \$
4. 純不労所得 (A2-A3)	\$		3. 不労所得残額 (B1-B2d) \$
5. 勤労所得 (非課税所得は除く)		\$	4. 児童のニーズ不足額 (B2dがB1不労所得よりも多い場合、差額を記入) \$
6. \$20控除未使用分 (A3がA2よりも多い場合、差額を記入)		\$	5. 勤労所得残額 (B1-B4) \$
7. 勤労所得控除		\$65	6. 配偶者の純所得 (B3+B5)
8. 控除額合計 (A6+A7)		\$	-- 以下の場合、A15の金額をCに記入
9. 勤労所得残額 (A5-A8)		\$	-- よりも多い場合、B7からB20までに記入
10. 純勤労所得 (A9×1/2)		\$	7. IHSS相談者の所得 (A2およびA5の金額) \$ \$
11. その他の勤労所得控除		\$	8. 夫婦の所得 (B3+B7不労所得、B5+B7勤労所得) \$ \$
12. 純勤労所得合計 (A10-A11)		\$	9. 所得控除 \$20
13. 利用可能な純所得の合計 (A4+A12)	\$		10. 純不労所得 (B8-B9) \$
14. SSI/SSP給付水準	\$		11. \$20控除未使用分 (B9がB8不労所得よりも多い場合、差額を記入) \$
15. IHSS負担金 (A13-A14)	\$		12. 勤労所得控除 \$65
			13. 控除額合計 (B11+B12) \$
			14. 勤労所得残額 (B8-B13) \$
			15. 純勤労所得 (B14×1/2) \$
			16. その他の勤労所得控除 \$
			17. 純勤労所得合計 (B15-B16) \$
			18. 利用可能な純所得の合計 (B10+B17) \$
			19. SSI/SSP夫婦対象給付水準 \$
			20. IHSS負担金 (B18-B19) \$
			C. 負担金 (A15またはB20のどちらか多い方の金額)** \$

**家族に視覚障害児あるいはその他の障害児もいる場合、C欄の負担金の支払いはありません。この金額を申請書SOC 294CのA9欄に記入してください。負担金は、SOC 294CのB16欄の金額になります。

ワーカー

日付

SOC 294A (3/02)

5 / IHSS ニーズ査定－フェイスシート

カリフォルニア州－保健福祉局

カリフォルニア州社会福祉課

IHSS; IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES ニーズ査定－フェイスシート

A. 受給者に関する情報

名前	事例番号	電話番号 ()	生年月日(月/日/年)	性別(どちらかに○) 男 女
住所(番地、街路名):		IHSS関連事例、名称および番号:		
都市名	州名	郵便番号		
ニーズに関する受給者の申し立て:		特別な指示:		
緊急連絡先/指示:		利用中の代替リソース(提供者とサービスの内容を記してください。)		
特別な事情/医療上の問題:				

B. 医療情報

診断/予後:	カルテ請求日:		
医師:	電話番号:	医師:	電話番号:
医師:	電話番号:	医師:	電話番号:

投薬/目的

1.	4.	7.
2.	5.	8.
3.	6.	9.

C. 他の同世帯員

名前	年齢	関係	IHSSの受給		在学/在職 時間数	受給者にIHSSを提供できない理由
			あり	なし		

コメント:

ワーカー:	電話番号 ()	地域事務所	日付
-------	-------------	-------	----

SOC 293A (11/99)

6 / 初回面接 / スクリーニング

初回面接 / スクリーニング		日付 _____	In-Home Supportive Services 6955 Foothill Blvd. Ste.300 Oakland, CA 94605 電話番号: (510)577-1800 ファクス番号: (510)577-1803 QICコード: 24552	
整理番号 # _____	支援タイプ _____	人口調査標準地域 _____	電話 <input type="checkbox"/>	郵便 <input type="checkbox"/>
家族単位支給 (FBU) _____	FAX <input type="checkbox"/>		予約なし <input type="checkbox"/>	
申請者氏名 (ラスト、ファースト、ミドルの順) _____			電話番号 _____	
自宅住所 _____				
生年月日 _____	年齢 _____	性別 _____	結婚歴 既婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 独身 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/>	種族的出身 _____
社会保障番号 # _____	SSI はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	メディ・カル (Medi-Cal) はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	母語 _____	翻訳が必要ですか? はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
収入 _____	収入源 金額 _____	収入源 金額 _____	収入源 金額 _____	住居形態 一戸建 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>
主治医 (名前・住所) _____			電話番号 _____	
緊急連絡先 (名前・関係・住所) _____			電話番号 _____	
紹介者 (名前・関係・住所) _____			電話番号 _____	
誰が申請者と同居していますか? _____				
申請者の医療上の問題は何か? _____				
申請者の自宅ではどのような支援が必要ですか? _____				
介護者の選択はしましたか? _____				
その他の情報 _____				
他のサービスへの紹介 成人保護サービス <input type="checkbox"/> 公後見人 <input type="checkbox"/> その他 _____ (虐待の報告) (資産保全者)				
担当ワーカー番号 # _____		担当任命日 _____		
作成者 ワーカー氏名 _____	ワーカー番号 # _____	プログラム _____		

斜線部分は当局記入欄

地域ベース長期介護 (CBLTC) 申請用紙 100.1 (2002年11月改訂)

7 / アラメダ郡社会福祉局 IHSS 初回査定ワークシート

アラメダ郡社会福祉局 IHSS初回査定ワークシート(1面)

A. 申請者情報		電子データシステム事例番号	生年月日	年齢	性別	家庭訪問日
名前					女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/>	
所在地住所			社会保障番号 #		紹介日	
都市名	郵便番号	電話番号	緊急連絡先/関係			
特別な指示:		B. 本人確認		電話番号 #		
家庭訪問時の在宅者:		確認先:	確認先:			
		名前:	名前:			
		番号:	番号:			
C. 障害の状態/社会的機能						
D. 医療情報						
他の健康保険請求番号 # _____						
診断名: _____						
主治医の名前			電話番号	医師の名前		電話番号
住所				住所		
薬/目的:						
E. リソース/地域の機関						
その他/コメント:		<input type="checkbox"/> 地域センター	<input type="checkbox"/> 食事の宅配	<input type="checkbox"/> 補足的保障所得 (SSI) レストラン手当		
		<input type="checkbox"/> 成人デイケア	<input type="checkbox"/> 集団給食			
		<input type="checkbox"/> 就学/就労プログラム	<input type="checkbox"/> パラトランジット			
		<input type="checkbox"/> 高齢者多目的サービスプログラム (MSSP) / リンケージ (Linkages)		申請者はIHSSの食事 手当を利用しますか? はい _____ いいえ _____		
		<input type="checkbox"/> 在宅保健局/ホスピス	<input type="checkbox"/> メディ・カル (Mei-Cal) 特例/時間延長プログラム			
			時間数/日 _____	開始日 _____		
F. 住居形態						
<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 一戸建	<input type="checkbox"/> 寝室数	<input type="checkbox"/> 家族の部屋	<input type="checkbox"/> 暖房器具	<input type="checkbox"/> 洗濯機	<input type="checkbox"/> 持家
<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> アパート	<input type="checkbox"/> 浴室数	<input type="checkbox"/> 庭	<input type="checkbox"/> 冷蔵庫	<input type="checkbox"/> 乾燥機	<input type="checkbox"/> 賃貸
<input type="checkbox"/> 介護者同居	<input type="checkbox"/> 移動住宅	<input type="checkbox"/> 居間		<input type="checkbox"/> 電子レンジ		<input type="checkbox"/> 他の人の家
<input type="checkbox"/> 家主/借家人	<input type="checkbox"/> ホテル	<input type="checkbox"/> 食堂				
<input type="checkbox"/> 食事付下宿	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 台所				
他の同世帯員 名前		生年月日	関係	IHSSの利用		コメント/その他の情報*
				あり	なし	

*他の同世帯員がIHSSの利用者である場合、その利用者の受給者番号を記入してください。

ワーカー署名: _____

ワーカー番号 # _____

日付: _____
申請用紙IHSS #72-1(2001年6月)

IHSS初回査定ワークシート(2面)

サービスの種類と機能状態	1日の時間数	1週間の回数	実施時間数	数合計	コメントと代替リソースの利用												
AA-家事 1 2 3 4 5																	
BB-食事の準備 1 2 3 4 5																	
CC-食事の後片付け 1 2 3 4 5																	
DD-日常的な洗濯 1 4 5																	
EE-食料品の買い物 1 3 5																	
FF-その他の買い物 1 3 5																	
HH-呼吸の介助 1 5																	
II-トイレ(排便・排尿)の介助 1 2 3 4 5																	
JJ-食事の介助 1 2 3 4 5																	
KK-清拭 1 2 3 4 5																	
LL-着替え 1 2 3 4 5																	
MM-生理のケア 1 2 3 4 5																	
NN-歩行(移動)の介助 1 2 3 4 5																	
OO-ベッドからの/ベッドへの移動 1 2 3 4 5																	
PP 入浴・口腔衛生・身だしなみの介助 1 2 3 4 5																	
QQ-皮膚マッサージ、体位変換 など																	
RR-補装具セットの介助/援助																	
SS-医療機関への付き添い																	
TT-医療機関以外の必要な施設(市役所など)への付き添い																	
YY-医師以外の医療従事者によるサービス サービスのタイプ:																	
WW-保護観察																	
<table border="1"> <tr> <td>記憶力</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>方向感覚</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>判断力</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </table>	記憶力	1	2	5	方向感覚	1	2	5	判断力	1	2	5	知能診断 _____ 自傷行為 _____ _____				
記憶力	1	2	5														
方向感覚	1	2	5														
判断力	1	2	5														
紹介先とその内容/提供された情報/必要な耐久性医療機器:																	
時間表郵送日: _____ 転送日/否認日: _____ 合計時間数 _____ /週																	
コメント:																	

追加コメントの記入には面接記録用紙56-5を使用してください。

申請用紙IHSS #72-I(2001年6月)

障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る 国際比較に関する調査研究事業

報 告 書

平成 21 年 3 月

財団法人 日本障害者リハビリテーション協会
〒162-0052 東京都新宿区戸山 1-22-1 (戸山サンライズ内)
TEL:03-5273-0796 FAX:03-5273-0615