

るときに、両親が申請できるサービスである。大部分のグループホームは、週末や2-3週間知的障害者が滞在できるような場所を確保している。一部の両親は子どもを里親に預ける。

(5) 学校

オランダの教育システムは、障害のある子どもの教育と障害のない子どもの教育の2つに分類されている。障害のある子どもの学校は「特殊教育学校」と呼ばれ、軽度知的障害児の学校と重度知的障害児の学校とがある。最近では障害児が通常の学校に通うこともできるようになっている。現段階では大部分のDown症候群の子どもは、普通学級に通っている。特殊教育学校から派遣された専門家が普通学級を支援し、学校間を移動する特殊教育の教師が、普通学級に通っている知的障害児を支援する。

(6) 施設数

オランダには34,000人を収容する140の居住施設と18,500人を収容する大人のための675の小規模グループホーム（多くで一施設24名まで）がある（Beltman, 2000）。未だに両親と生活している人々（大人）の数についての情報は、限られている。

オランダ（全部で13の州がある）の3つの州では、1995年時点で2,573名が自宅で生活していた。この3つの州は最も人口が少ない所であった。従って全国では少なくとも15,000人が家庭生活をしていると予想される。コミュニティホームで生活しているか、自立生活をしている人の数については信頼できる情報はない。

約49,400名の軽度又は中等度知的障害者が存在する。大部分は家庭で両親と生活し、成人後はグループホーム、コミュニティホームまたは一種の自立生活へ移行する。

小児期は大部分が軽度知的障害の学校に通う。1998年にはこれらの学校には40,426名の生徒が通っていた。一部の子ども達は普通学級に通う。

成人期になると彼らは職を持つ（支援付きもしくはそれ以外）か、または失業のどちらかとなる。わずかな人数は知的障害者のデイセンターに通う。

48,000人前後は重度知的障害者で、彼らの大部分は大人になるまで両親と共に自宅で生活する。大部分は学校に通う。重度知的障害児のための学校は103校あり、総数9,229名の生徒を教えている。ほとんどの子どもは知的障害児のデイセンターには行っていない。最近では重度知的障害児のための学校と知的障害児のためのデイセンターが、より緊密な協力関係を持ち、統合への過程を歩み始めている。ここに最重度知的障害児も含まれる。

大部分の施設（居住施設と地域の施設）は空き待ちリストがある状態なので、もし子どもが成人したら、両親は適切な居住施設を見つけなければという問題に直面する。大部分の重度知的障害者は昼間デイセンターに通っている。

おおよそ11,000人が最重度知的障害者であり、そのうち約9,000人が重度重複障害児・者に分類される。小児期はほとんどが家庭で過ごす。わずかな人数が特別な学校に通う。

1,500人前後の重度重複障害児は、多職種連携体制で教育と治療が提供されるデイセンターに通う。

成人期にはほとんどの両親が、未だに子ども達のために居住環境が整えられた場所を、強制的に探させられていると感じている。わずかな人数であるが増え続けている人数の両親が、協力して子ども達のために家を購入している。もし彼らが個人年金を得られれば、必要と感じている専門的な支援を購入できる。

個人支援費を使って、両親は子ども達の家を買い始めた。彼らは子ども達に、彼らが必要と信じている形のケアを、必要と信じている量だけ与えたいと望んでいる (Baarfeld & Zommerplaag, 2002)。

更に新しいシステムでは知的障害児が里親の所へ行けるようになったことである。この形のケアはまだ里親への支払いが十分ではない。大部分の里親は、以前に知的障害者施設で専門家として働いていた人たちである。

VI. AWBZの最近の動向 (2007年の改定を前にして)

AWBZは2003年と2007年に大きく変革した。2000年以降の様子を以下に紹介する。

1. 知的障害 (PMDを含む) へのサービス内容

まず居住サービスについてであるが、

(1) 居住施設は、主として重度の障害者に対し、生活全般のケア、種々の治療や訓練 (心理治療、理学療法、作業療法) など、

発達を促進するサービスを提供する。在宅の障害者を対象として、ショートステイ、24時間以内のナイトケア・デイケア、ホームケアも提供している。

居住施設は、かつて平均して300~400人規模であったが、縮小の方針が採られ、2007年現在ではほとんどが下記のグループホーム等に移行している。

(2) デイサービスセンターは、児童・成人の2種類に分かれ、平均して、居住施設利用者よりも自立度の高い人が多く、自立を促進するプログラムが、提供されている。

(3) グループホーム (ホステル) は、地域内の一般住宅で、4~6人が共同生活をしながら支援を受けている。年齢に応じ、児童から高齢者まで利用できるサービスである。日中はデイケアセンターや保護雇用のサービスを受けている。心理士、ソーシャルワーカー等による専門的なサービスも提供される。

(4) レスピットケアホームは、在宅の障害者に対する家族支援のプログラムで、1人につき月7日間利用できることとなっている。

2. ホームケアについて

1980年より、AWBZの対象となっている。高齢者に対する一般介護から妊産婦への介護、助言、児童の精神的ケア、さらに専門的カウンセリング等が活動の範囲に含まれている。

障害者に対しては1990年代に入り、地域に基盤を置いたサービスプログラムの一環として、積極的に推進されるようになった。設定されているホームケアの条件や人的資源 (訪

問看護師やホームヘルパー)、さらには重度の心身障害児のケアには時間がかかり過ぎるし、保護者への助言など専門性が要求されること等から、かつては対象から除外されがちであったが、徐々に改善の方向にある。

3. 本人直接給付制度

本人中心のサービス提供の考えから、導入されたものである。1996年から一部を現金給付とし、残りの給付は現物給付の形式で実施された。特色は、本人のニーズに基づいたサービスを、直接得ることが可能となる点にある。給付対象者は、AWBZでカバーされているサービス受給者で、在宅生活者となっている。この部分を中心に2007年1月1日より制度が大きく変更されたので、その概要を以下に紹介する。

4. 制度改革の推移と現況

この「AWBZ」というシステムの近代化、見直しが進んだのは、2003年以降である。その究極の目的は、このシステムを独立化させ充実したものにし、あわせて利用者の社会への統合や参加を促していこうとする点にある。

1990年代前半までは、拠出金がエージェンシーからプロバイダー、事業所に一括して支給されていた。その反省と見直しのもとに、個々のニーズに合わせた、より個別的なサービス提供に切り替えようというものである。

(1) サービス利用の対象者

サービス利用対象者は主として、次の4つのグループに分類される。第1番目(a)は、知的、身体的障害をもつ人々、第2番目(b)

が慢性の精神障害をもつ人々。3番目(c)が高齢者。そして最後の(d)として、新たに加わったのが介護予防で、障害を予防したり、障害のリスクを予防するためのケアや治療である。

(2) サービス利用の手続き

このサービスの対象としての認定を受けるためには、まず心理治療士や医師によるdiagnosis、診断が必要である。その診断に基づいて、indication、症状の判定・認定が下される。

そのIndication-process、つまり機能に基づく症状の診断・評価の内容を紹介すると、下記のとおりである。

(イ) Indication-process

まず最初に家族によるサポート、主としてケア面のサポートの評価。例えば自宅に住んでいる人で、掃除ができないとすると、そういう面でのケアの必要性を判断する。

次に特別なニーズをもった人たちで、体調の維持のために必要なパーソナルケアの面で、どの程度できるかどうか。

3番目は看護師によるケアの必要度。もちろん医師の診断が基にあるわけだが、看護師によるケア(Nursing Care)の必要度で、慢性疾患を中心にケアの程度を評価する。

4番目が日々の構造化された生活の中でのガイダンス。デイケアセンターなどで、どのようにしたらもう少し自立した生活ができるか、あるいは何か職業につくことができるかといった面の評価である。

さらにアクティビティガイダンス(Activity Guidance)。障害者の中には、日々

をどう過ごしたらいいか分からないような人もいる。どのような活動を取り入れていったら、より自立した生活ができるかというガイダンスである。

最後に医療を日々要する人たちもいる。この点もこのIndication-processの中に入っている。

(ロ) Aspect

indicationのパート2として、Aspectと称しているが、どのような日々の生活条件下で暮らしをしているのか、様子を把握する。

この評定は、より具体的なサービスの時間と内容を決定していくために大事な審査内容である。

1番目が、どのくらいの時間サポートやケアを必要とするか、それはどのくらいの頻度と長さで必要か。

2番目がそのようなサービスを必要とする期間はどのくらいか。1週間なのか1ヶ月なのか、1年間続ける必要があるのか。

次が専門知識のレベルで、ケアをする人の専門知識や経験がどのくらい必要なのかという部分である。

(ハ) Guidance

次がどんなタイプのガイダンスが必要か。重い障害者が1人で生活している場合には、1対1のケアが必要だし、グループホームに住んでいる時には、1対4とか1対5のケアでよいということになる。

次に、かつては当たり前のことと考えられていたことが、新しいシステムの導入後指摘されるようになった問題が存在する。家族や周囲の人たちとの結びつきが、少なくなった

という問題である。もう1度、家族や周囲の人たちにどのような環境を整え直してもらえるか、どのような条件を与えてもらえるかの問題である。

最後が、住環境への適確な適応、バリアフリーの住環境が挙げられる。

(ニ) 予算Budget

このように、diagnosisの上にindication、そしてAspectというプロセスがあって、それぞれの障害者の具体的なニーズが明らかになっていく。

そして次の段階として、障害者各個人に、予算Budgetを保険という形で提供していく手順がある。2003年までは供給者（プロバイダー）は、予算を各区分ごとのキャパシティーに基づいて受け取っていた。

ところが2003年の改正後は、段階的に、各個人に対して下された診断や区分、機能やアスペクトといったものに基づいて決定された予算を、受け取ることになった。クライアント・ベースド・バジェット（client based budget）、あるいはクライアント・センタード・バジェット（client centered budget）といい、利用者中心のあるいは利用者に基づいた予算支給の考えである。

5. 2003年改正後の利用者側の変化

この2003年の改正によって、どのような変化が利用者にかかったのか。利用者側から見た新しい変化としては、まず利用者がプロバイダーを自由に選べるという、「選択肢」が広がったことが挙げられる。

2番目には、当初予期していなかった変化が起きている。新しい動きの一例として、利

用者が自分の権利として受け取る資金を互いに持ち寄って、新しいタイプの活動をスタートさせるといった動きが増えている。例えば、障害者の親が集まって、資金を寄せ集めて、新しいタイプのグループホームを作るといった動き等である。

一方、サービスを提供する側も色々な刺激を受け、新しいタイプのサービスを独創的に始める動きが各方面で見られている。

4番目に、これも新しい動きで、利用者が基金を設け、新しい機関を作る。例えばお金をどのように使っていくかといった経済面の相談事業を新たに始める。障害者用の家屋の売買・賃貸等に関するハウジング・エージェンシーのようなものを、設立したりする動き等である。

全体的に言えるのは、この2003年の改正によって、より利用者のニーズに基づいたサービスが、展開されるようになったということである。

6. サービス提供側の変化

プロバイダーにとって、どのような新しい変化が起きているのか、もう少し詳しくみておく。

まず第1に、意識に関わる変化である。今までは自動的にというか、余り努力しなくても利用者を獲得できていたのが、この新しいシステムになってからは、より利用者のニーズに合わせた。利用者中心のサービスを行わなければ、利用者を得られないという競争状態が生まれてきている。

そこでプロバイダー側では、新しいタイプのサービス提供をはかるといった動きがでてきている。

かつてはプロバイダー別の専門領域がはっきりしていた。老人福祉施設とか、精神障害専門の施設とかに、分かれていたのである。その垣根を乗り越えられるようになったために、例えば老人介護施設が精神障害とか、知的障害の人たちの世話もできるという流動性が生まれてきている。

また、プロバイダーたちも独自のPR活動をし、マーケティング活動をしないと、利用者の獲得ができないという状況が生じてきている。

4番目には、プロバイダーにとって非常に厳しい状況といえるのが、かつては年度初めに自動的に予算がつけられていたのが、そうではなくなった。サービス提供の成果に対する評価に基づいて、予算執行されるように変化しているからである。

7. 新しい制度での課題

次に新しいシステムが、どのような新しい課題をもたらしたかについても言及しておく。

利用者中心のサービスへの転換に伴ない、今までよりも独創性・創造性が高まってきた点は、高く評価される。しかし一方では新たな問題も出てきている。

2005年に中央政府は、供給の主体と責任を、地方自治体、市町村に移すことを決意した。

2006年にこのプロセスが示され、実行は2007年の第1週からとなった。

プロバイダーにとってショックだったのは、市町村がプロバイダーたちにどのようなサービスを提供できるか、どのような質のサ

ービスを、どれくらいの価格で提供できるかといった、入札制度のようなシステムを導入したことである。

家を建てる時に、いろんな住宅メーカーに見積もりを出してもらい、その品質とコストのバランスを検討するのと、全く同じある。市町村側はプロバイダーたちに見積もりを出させる。どのようなサービスを提供できるのか。その予算はいくらか。そしてその中で1番低価格のプロバイダーを選ぶという、まさに入札システムを取り入れたわけである。

今まで施設側は、質の点ばかりを意識してきたが、こういう競争時代になると、質の確保は当たり前で、価格も安くしなければならぬというコスト意識が生まれてきている。

具体的な例を挙げると、Nursing Careの時間給は、40ユーロであるのに対して、家庭でのサポートは、1時間当たり20ユーロである。ユーロを円に換算するとNursing Careの時間給40ユーロがだいたい6,000円ぐらい。それに対してハウスサポートケアの方は、20ユーロでだいたい3,000円ぐらいになる。

この入札システムが導入されたことにより、清掃会社が同じサービスを10とか15ユーロでできるといった見積もりを提出してくる。

こういった価格の競争になると、資格のない人たちがサービスに参入してくるといった現象が起きてきており、倫理上の問題が新たに浮上しつつある。

2番目の新しい課題としては、利用者が払う負担金が以前より増えたという点である。その一方で、予算支給に対する行政側からの

規制が強まっている。

また集中的なケアにはセカンドオピニオンが必要という点が挙げられる。例えば深刻な問題行動を起こす人たちに対して、1つのindicationだけでは足りない、1つの診断基準にあてはまらないというような問題が派生してきている。

8. セカンド・オピニオン機関 (CCE) の役割

そこでセカンドオピニオンを担当する専門機関が、1990年代に設立された。「Centre for Consultation & Expertise (CCE) 相談と専門のためのセンター」というもので、オランダ国内の5つの地方センターと、もう一つナショナルセンターが1ヶ所ある。

スタートしたのは1990年代である。当時ひどい行動障害をもつ子どもに対する不適切なケアの問題を親たちが指摘し、社会問題になった。その対応策として、このセンターの必要性が指摘されスタートしたのである。

その具体的な背景には、次のような実態が挙げられる。

サービス提供団体の中には、組織として強固な所もあれば、弱体なものもある。強固な団体には専門知識をもったプロがおり、知識の集積もある。しかし、逆にそういうものがない弱小の団体もある。専門知識をもった、しっかりした団体が、1週間に何時間といった形で、専門家のない弱小の団体に派遣されて援助をする。そういうシステムである。

これがもたらした大きな可能性は、そのような専門家たちが一同に集まり、新しい治療

法とか新しいセラピー法を考え出す。それも例えばアムステルダムで始まったものがロッテルダムにも普及し、いろいろな展開を見せるといった大きな可能性も生まれてきているのである。

このシステムが、効果を示し、普及してきたことから、最初は行動上の問題をもつ人を対象にして始まったCCEにおけるコンサルテーションの対象を広げて、2003年には、多種類の障害をもつ重症心身障害の人たちのためのサービスに拡大した。

例えば知的障害に聴覚障害、視覚障害を重複してもっている障害者は、特別なガイダンスが必要だし、療育のための特別なセラピーも必要だということから、多種類の専門家が動員され、その人のための特別なプログラムを作っていた。

そこでの成功を受けて、2005年にはそれを慢性の精神障害をもつ人々のサービスにも拡大し、さらに老人で精神障害をもつ人たちにまで広げるようになった。

こうして、セカンドオピニオンの助言を求めるといふ、このCCEを中心とした活動が、実りの大きい効果のあるものだといふ共通認識が浸透していった。

このように、最初に述べたindicationや評価・認定だけでは十分ではない。セカンドオピニオンが必要で、それによってよりサービスが充実するという結果が生まれてきている。それから普通の治療やケアだけでは十分でない人に対しては、集中的なものが必要だということも、だんだんと分かってきた。

セカンドオピニオンについて補足してお

く。例えば、次のようなコンサルテーションのプロセスを踏んでいく。

・まずコンサルタントが重度の問題行動をもった人たちの診断をする。環境条件を検討するというか、認定・査定する。また自傷行為のような重篤な問題行動を起こす障害のある人には、1対1のケアといった決定を行っていく。特別な通所のプログラムを考える。問題が非常に特別な場合には、どのような専門知識が必要かという点を特定していく。

そういった判定に基づいて、コンサルタントはどのような集中的なセラピーケアが必要かというアドバイスを、保険会社に対して行う。それによって特別な予算が組まれる。こういったセカンドオピニオンに関わるコンサルタントは、非常に重い責任があることが理解できるであろう。

9. まとめ

- 最後に、AWBZの最近の動きをまとめると、
- ・利用者にとっては、より利用者中心のサービス・ケアへと移行した。
 - ・プロバイダーにとっては、すべての区分・カテゴリーの障害者に対するケアを提供する可能性が生じた。
 - ・専門家にとっては、自分たちの知識や経験を新しい創造的な方法で使うことができるようになった。
 - ・セカンドオピニオンとしての役割を任されるCCEというコンサルテーションセンターは、その任務が非常に重いものであることから、彼らは客観性を常に維持しなければならないし、高潔さを保たなければならない、ということである。

以上、オランダの特別医療保険制度（AWBZ）の歴史的経過と知的障害者（重症心身障害児・者を含む）に関わる認定手続きおよびサービス内容の概要を報告した。障害程度区分とそれに基づく新しいサービス・パッケージについては、2007年1月第1週からスタートしたばかりであり、次年度の報告書で紹介する予定である。

引用・参考文献

1. 矢野聡：大森正博：「オランダの社会福祉；中村優一・一番ヶ瀬康子編集「世界の社会福祉（ドイツ、オランダ）」，P321～362 旬報社 2000年
2. 岩崎正子：「福祉サービスの発展に向けて—日蘭の障害者福祉・教育の共同研究ノートより—」日蘭学会会誌，第22巻第1号，p47～68，1997年
3. 曾根翠・末光茂：「オランダの介護保険制度とPMD」独立行政法人福祉医療機構（高齢者・障害者福祉基金）助成「重症心身障害児（者）の支援体制のあり方に関する調査研究事業」報告書，p107-115，2006年
4. A.A.J. Millenaar：「オランダの公的保険による障害認定の仕組みについて—再判定やセカンドオピニオンなどを含めて—」川崎医療福祉大学臨時特別授業，2006.12.25

「障害者自立支援法下での重症心身障害児等に対する
施設サービスの効果的な在り方に関する研究」総括研究報告書

編集責任者 澤野 邦彦（日本重症児福祉協会理事）

発行日 平成19年3月30日

発行 社団法人 日本重症児福祉協会
〒162-0051 東京都新宿区西早稲田 2-2-8
電話 03-3204-2202 FAX 03-3204-2205

制作 (株) 藤 印刷
〒102-0072 東京都千代田区飯田橋 2-13-1
電話 03-3262-8641 (代) FAX 03-3262-8643