

ニュージーランド高齢者介護におけるサービスと自己負担

松 岡 博 幸*

Services and Co-payments of Long-term Care for the Elderly in New Zealand

Hiroyuki Matsuoka

New Zealand's public long-term care services for the elderly are financed by tax revenues of central government like other social security services such as medical care and public pension. In this article, long-term care means long-term non-medical care, for example, bathing and cooking, and related medical care including nurse visits.

These services are divided into two categories : facilities services and community care. Facilities services are provided in public and private geriatric hospitals or rest homes. Community care is delivered to the elderly in their homes. Excluding related medical care, community care consists of personal care and home support services. Community care services include bathing, clothing, toileting and so on. Home support services include cleaning, cooking, shopping and others.

When old people need these public services, a particular group of practitioners, geriatrician, nurse, physical therapist, occupational therapist, assesses their needs and co-ordinates the services. Simultaneously, they have to accept income-asset tests. That is to say, they have to partly pay for their services according to the amount of their income and the monetary value of their assets. This co-payment is adopted to facilities services and home support services. Personal services are free.

There are a number of measures set in place to assure the quality of these services. For instance, national standards of the services and advocacy agencies which deal with aged people's complaints.

I. はじめに

この論文では、介護という用語と長期ケアという用語を使い分けている。それは、定義の問題ではあるが、例えば、わが国の介護保険が提供するサービスは、日本語でいういわゆる「介護」、即ち、入浴・排泄介助などの身体介護や家事関係の生活支援といった非医療的なものだけではなく、在宅サービスの訪問看護のように医療関連部分も含んでいるからである。したがって、介護保険が提供するサービスは、いわゆる「介護」サービスというより、介護を含んだ「長期ケア」(long-term care)といった方が分かり易い。実際のところ、ニュージーランドでも長期ケアという言葉が使われているし、わが国においても関連するサービスは、英語に直せば長期ケアであるという言及がみられる(医療経済研究機構 [2001], 35 頁)。

そこで、タイトルに「介護」という言葉を用いているが、以下、言葉の混乱を避けるため、長期ケアという用語を用い、ニュージーランドの長期ケアには、非医療的ないわゆる「介護」にあ

* 経営工学科

たる高齢者向けの「障害サポートサービス」(disability support services)と関連する医療部分を含むと理解することにする。

なお、ここでいう障害サポートサービスとは、高齢者だけではなく、若中年層を含む障害者全体を公的に支援するサービスのことである。わが国でいう公的サービスを受ける要介護高齢者は、ニュージーランドでは、障害サポートサービスを受ける高齢障害者ということになる。この障害サポートサービスは、国が主体となり国税を財源としている。

Ⅱ. 具体的な長期ケアサービス

最初に、高齢者長期ケアサービスの中身を見ることとする。

特定のサービスを公的に賄うか、私的な負担に任せるかという問題とそのサービスを公的機関で提供するか、民間の機関で提供するかという問題は別問題である。サービス提供は民間で行い、その費用を公的に税で賄う方法もある。ニュージーランドでサービスがどのような形で提供されているかで分けると、

- ① 公立及び民間の長期療養病院 (long-stay hospitals, 例えば、ナーシングホーム) における公的負担及び自己負担による施設サービス
 - ② 民間の老人ホーム (rest homes) における公的負担、自己負担に基づく施設サービス
 - ③ 在宅での公的負担、自己負担によるサービス(home-care services)
- がある。

これに加えて、特に在宅における

- ④ 家族や友人による無償のサービス
- もあることを忘れてはならないだろう。

例えば、アルツハイマー型痴呆に罹っている人が3万8,000人いる中で、その70%は家族によるケアであるという (New Zealand Health and Hospital [1996], p.7)。

最初に、①、②の施設サービスについてみると、老人ホームの場合、高齢者1人当たり週15時間までの看護サービス、一方、老人病院の場合、24時間体制の看護(入居者・看護師比率は5対1)という説明がある(例えば、Butler [1998], p.49)。近年、全体的には、公立病院によるサービス提供が削減され、民間によるサービスの提供が著しく増大している (Statistics New Zealand [1998], p.166)。例えば、1984年から1994年にかけて、長期療養病院のベッドの提供が、公立から(1,540床へ1,434床の減少)民間へ(5,715床へ1,396床の増加)シフトしている。また、私立の老人ホームベッドの急増もみられ、その結果、今や、長期療養型施設(長期療養病院、老人ホーム)ケアの多くが、民間部門によって提供されている (Ashton [2000], p.75)。

これに関連して次のような言及がみられることを指摘しておきたい。

「供給過剰であるために、私立老人病院やレストホームには低ADL(筆者注:日常生活動作, Activities of Daily Living)の入所者の割合が高くなり、高齢者の住宅替わりをしている側面もある」(西村 [2000], 368頁)。

民間供給者といっても様々である。オーナー経営の小規模な施設もあれば、非営利の宗教・福祉関連のホームもある。また、大規模な、多くの敷地を持つ営利供給者もいる。

一方、在宅サービスについては、公的な機関と民間の両方によって供給されている。地域医療サービス(例えば、地域看護)に加え、これらのサービスには、着替え、入浴、食事の手助けなど身体介護関係のサービス (personal care services) とショッピング、食事の準備、洗濯といった

生活支援関係のサービス (household support services) とがある。

これ以外にも、高齢者が自宅で生活し続けることができるよう提供されるサービスがある。例えば、非営利組織 (しばしばボランティア) によって提供されるお話し相手サービス (“be-friending”)、や移送、芝刈り、買い物、家の維持への補助といったサービスである。

自宅で生活している障害者に関する 1996 年調査では、65 歳以上の 43% が何らかの非医療的なケアを必要としていると報告している。興味深いことに、その内、90.6% は、ニーズが十分満たされていると考えており、2.3% だけが満たされていないと感じているという (Ashton [2000], p.76)。

Ⅲ. ニーズアセスメント

施設や在宅に関して、自己負担ではなく、公的に賄われるサービスの利用に当たっては、専門医らによるニーズの評価 (assessment, アセスメント) があり、それに基づきサービス計画の作成 (service co-ordination) が行われる。

この点、次のような説明があるので取り上げておきたい。

「このサービスは、電話帖で、最寄の公立病院関連のコミュニティ・ヘルス・サービス局 (Community Health Services) にコンタクトするだけで、65 歳以上でなんらかの障害のある人であれば誰でも利用できる。最初のコンタクトは、あなたのかかりつけの医者を通してか、あるいは直接することができる。適切なケアの専門家によるチームが、2～3 日の内にケアの必要度を判定し、必要とされれば、サービスを決定し、アレンジする」 (Jamieson [1998], p.60)。

具体的には、アセスメントチームは、老年科医、看護師、精神科医、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカーなどによって構成される。このチームは、高齢者及びその介護者の医学的、身体的、社会的、精神的ニーズに関する包括的なアセスメントを行う。このアセスメント項目には注意が必要であろう。というのは、高齢者の身体的、精神的機能障害面だけではなく、社会的アセスメント (家族状況、住居状況など) も行われるからである。

特に施設ケアが必要とされる場合、SNL (Support Needs Level) が用いられる。ここでケアのレベル (level of care) とは、高齢者のニーズを満たすために必要とされる施設のタイプ (type of facility) を表すと一般に説明されている。例えば、下のように、SNL 1, SNL 2 は在宅ケアレベル、SNL 5 では病院ケアレベルということになる。また、特定の施設が提供可能なケアレベルを表すときステージ (Stage) という用語が使われる。それぞれのステージで、SNL の各レベルのどの程度の人数を安全に介護することができるかが決められ、その地域の行政機関によってそれぞれの施設に一定の入居可能者数が割り振られる。例えば、ある老人ホームは、SNL 5 までの要ケア高齢者の受け入れを可能とするステージ II の施設であるという言い方をする。

SNL とステージは次の関係になっている。

ステージ I (SNL1+2): 最小限のケアが必要とされる場合。要ケア高齢者は、通常、在宅でサービスを受ける。

ステージ II (SNL3-5): 移動の際などより多くのケアが必要とされる場合。

ステージ III (SNL3-5): 痴呆を患う高齢者など特別なケアを必要とする場合。

病院 (SNL5): フルタイムのケアを必要とする場合。

重症病院 (SNL5): 精神的な、そして重度の高齢者にフルタイムのケアが必要とされる場合。

このように分類はされているが、実態はもちろん様々である。

例えば、通常在宅レベルの SNL 2 の高齢者が施設にいる場合もある。また、通常、ステージⅡ老人ホームといった場合、在宅で対処できない高齢者に対してそれほど高くないレベルのケアを提供する施設であるが、痴呆を患う SNL 4 の高齢者を引き受ける特別痴呆ケア棟を有するステージⅡ老人ホームという施設もある。また、ステージⅢ老人ホームには、特別な、強い監視を必要とする痴呆の高齢者が入所する。この施設では、職員の陣容はより整っており、痴呆関連のトレーニングを積んだ職員がいなければならない。

病院は、SNL 5 の高齢者だけを引き受ける。また、最後の重症病院 (High-dependency psychogeriatric continuing hospital) では、通常の老人病院やステージⅢ老人ホームでは対処できない高齢者を引き受ける。

なおこれらの施設は、タイプ別の認可制になっている。特定地域についての調査では (Madas and North [2000], p.105), 全高齢者施設の 69% が単独のライセンスを有しており、その内、55% が通常の老人ホーム、7% が老人病院、4.4% が重症病院、2% がステージⅢ老人ホームであった。残り 31% の施設は、複数のライセンスを持っている。18% は普通の老人ホームと老人病院の併設、4.4% は普通の老人ホームとステージⅢ老人ホームの併設、7% は普通の老人ホーム、ステージⅢ老人ホーム、老人病院の併設である。

実際のところ、一般に、老人ホームの場合、病院に比べて、自宅を出て入居する者が多く、一方、病院の場合、他の病院からの転院や老人ホームからの入院 (居) が多いという 1 つの報告がある (Butler [1999], p.427)。したがって、基本的には、要ケア度や医療の必要度に応じて、軽い高齢者から、自宅でのケア→老人ホームでのケア→病院でのケア・治療という順になるといえる。

IV. 利用者負担

1. 施設ケアをめぐる利用者負担

以上のような在宅サービスや施設サービスに関して、ニュージーランドでは、利用者の直接の負担はどのようになっているのであろうか。この点、以下に述べるようにかなり示唆的である。

ニュージーランドの高齢者長期ケアサービスは、公的な補助金と私的な負担の組み合わせによって賄われている。

高齢者が公的な給付を受ける際、具体的には、病院や老人ホームに自費ではなく公的補助金で入居する場合、あるいは、在宅介護では、生活支援に関する公的サービスを受ける際には、労働・所得局 (Work and Income New Zealand) が行う資力調査 (所得・資産) を受けなければならない。

そこで、一定以上の資力があれば、それに応じて、自己負担をしなければならず、一般に、ケアのレベルとコストが増大するにつれ自己負担額も増大する。

1993 年以前、政府補助金を得るための所得・資産調査は、老人ホーム入居者だけに適用されていた。すなわち、民間病院でのケアは、所得調査に基づき、また、公立病院での長期療養ケアは、無料で提供されていた。このシステムでは、より低いコストの老人ホームケアではなく、より費用のかかる病院利用を促進することになる。そこで、1993 年 7 月より、所得・資産調査が、65 歳以上の人々が利用するあらゆる長期療養施設入所に適用されることになった。補助金を受ける際に認められる利用者の資産保有限度額は、過去何度か引き上げられてきていが、
現在、

- ① 扶養者無し, 1 人の場合, 1 万 5,000 ドルまで
- ② 夫婦ともに要ケアの場合, 3 万ドルまで
- ③ 夫婦の内1人が要ケアである場合, 4 万 5,000 ドル(この場合, 自宅は免除される)までである。

この「資産」として具体的に含まれるのは,

- ① 現金, 預金
- ② 投資信託, 株式
- ③ 他人に貸した現金
- ④ 1人で生活している場合, 自宅, 家財, 自家用車

といったものであり,

- ① 夫婦のどちらかや子が家で生活している場合, その自宅, 家財, 自家用車
- ② 洋服や宝石といった私物
- ③ 前払いの葬儀費用(1 万ドルまで)

といったものは含んでいない。

上記限度額を上回る資産を有する高齢者は, 最高週 636 ドル支払わなければならない。言葉を換えれば, 資産限度額にいたって初めて, 公的な給付を受けることができる。すなわち, 家であろうと土地であろうとこれらの資産限度額を上回っている限り, それらを売ってまでも支払額を工面しなければならないことになる。

限度額を下回る資産しか持たない高齢者や資産が限度額を下回った場合, その補助金レベルは, 費用と入居者のあらゆる源泉からの総所得との差額となる。この場合, 要ケアではない配偶者の所得も所得調査の対象に含まれる。ただ配偶者が働いている場合,

- ① 子がいない場合や子1人の場合, 2 万 8,927 ドル
- ② 子が2人の場合, 3 万 2,740 ドル
- ③ 子が3人以上の場合, 3 万 6,553 ドル

までは控除される。なお, 先にあげた 636 ドルという数字は, 料金の最高額が導入された年, 特別痴呆棟介護のため政府が支払った平均価格に基づいている。より低いレベルのケアに関する自己負担額はこれより少ない。施設ケアを受けている高齢者の 1/2 から 1/3 が, 満額のあるいは部分的な補助金を受けている(Ashton [2000], p.78)。このように, 施設ケアに関する私的負担のほとんど全ては, 個人的な所得, 貯蓄, 資産の売却から来ている。

この点, 同じような制度を持つイギリスの場合, ケアの費用支払いのため, 年間, 3 万 6,000 人の高齢者が自宅を売ることを余儀なくされているという。

ニュージーランドでは, 施設ケアに, 1995 年で, 4 億 7,300 万ドルの公的資金がかかっているが, 公的資金だけで賄った場合, この額は, 概ね 7 億ドルとなる。即ち, 資産・所得調査を止めた場合, 公的資金が新たに 5 割近く必要になる。ただ, ニュージーランドの場合, ケアの費用のためにどの程度の数の家が売られているかに関するデータはない(Davey [1998], pp.18-19 参照)。

なお, 個人保険や自宅資産の貸出しといった形は, そのような商品が実際開発され, 市場で売り出す試みも行われてはいるが, 今のところ, ニュージーランドでは事実上ほとんど存在しないという。

2. 在宅ケアをめぐる利用者負担

政府は, 幅広い在宅ケアサービスへ部分的に, あるいは全部に補助金を出しており, サービスの受給

資格とレベルは、ニーズアセスメントによって決められる。

全ての高齢者に無料で提供されるサービスには、情報サービス、訪問看護、身体ケア、日常活動への支援、介護者支援といったものがある。ただ、家事関係の生活支援サービスには、所得調査がある。自己負担額は、1時間12ドルまでである。生活支援サービスには、このような自己負担があるものの、コミュニティ・サービス・カード (Community Services Card) を保有していれば自己負担はなくなる。このカードは、全体の29% (1997年) が持っている政府発行の低所得者向けカードである。

このようにみると、低所得者以外については、身体ケア関係と生活支援関係のサービスとに給付率で差をつけていることになる。また、国は、部分的に器具、住宅改修、特殊自動車に財政支援をしている。これらの公的なサービスに加え、公的に支援されないいくつかのコミュニティサポートサービスがケアの必要な人々に対して無料で提供されている。これらのサービスの主要な財源は、宝くじ交付金評議会 (Lottery Grants Board) からのものであり、非営利組織に給与、管理費、あるいはボランティアが負担する費用の償還、のための資金を提供している。

このように、在宅の身体ケアサービスには自己負担はないが、在宅でも生活支援関係のサービスに所得調査がある。一方、施設サービスには、所得に加えて資産の調査もあり、このような負担方式の背後にある考えは、在宅サービスへの高い公的補助金により、在宅での自立を支援することである。ただ、異なるタイプの在宅サービスへ異なる受給資格基準が適用されるので、これは複雑であり、統合化を阻むものである。また、施設サービスについては、あらゆる形態の施設ケアへ所得・資産調査が拡大されたことにより、施設ケア間の明かな不公平感を取り除かれている。

ただ、この点、別の意味の不公平感が国民の間に残っている。例えば、施設ケアに関して、65歳以上の高齢者にだけ資力調査がある点である。同じ障害者でも、若中年層の障害者の場合、負担無しに同じサービスの資格を得る。また、資力調査により、資産保有限度額が決まっているが、既に述べたように、その額は、結婚している人とそうでない人とでは異なる。具体的にいえば、例えば、自宅でも、単身の場合、資力調査の対象となるが、夫婦の場合、一方だけが施設ケアを望むのであれば、その自宅は資力調査の対象からはずされる。

もっとも、私立の老人病院、老人ホームの場合、公的な給付を受けず、全額自己負担で入居 (院) するのであれば、入所に当たっての事前のアセスメントや資力調査はない。

V. 質及び安全性の確保

ケアの市場が競争的であれば、リーゾナブルなケアの質を維持するよう供給者にプレッシャーを与えることもできる。ニュージーランドの施設も多くの入居者を引きつけようと様々な努力をしている。

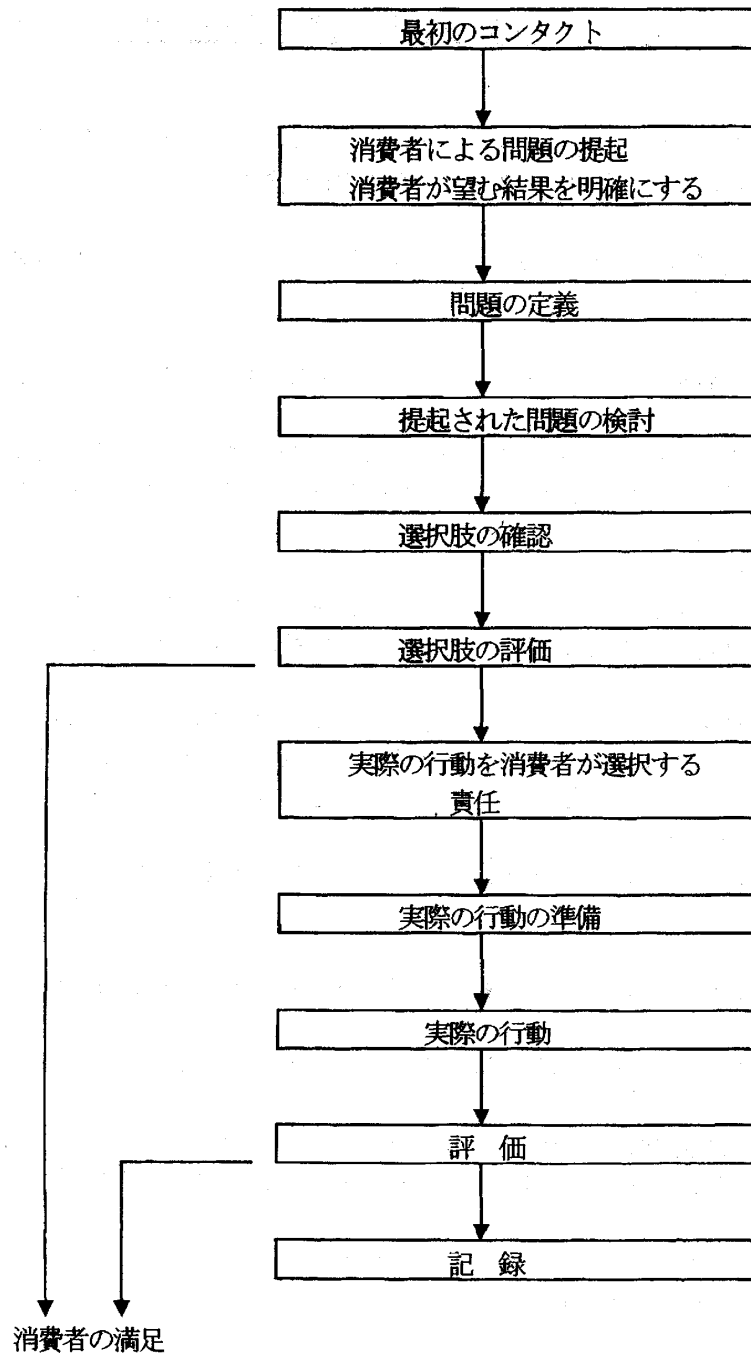
また、多くの人々は、サービス基準に関する医療・障害委員 (Health and Disability Commissioner) の役割を知るようになっており、そのことがまたより高い質のサービスを供給するという業者への圧力にもなっている。ニュージーランドでは、1994年の医療・障害委員法 (Health and Disability Commissioner Act) により、サービス利用者の権利として、10項目が定められている (表1)。ケアを受ける高齢者もこの法律によってカバーされる。また、苦情処理についても、利用者をサポートする機関を設置し、利用者中心の苦情処理プロセスを定める試みが行われている (図1)。この場合、利用者によって規約違反ではないかとの提起が行われ、最初、利用者とサービス提供者の間で話し合いが行われる。その際、サービス提供者とは独立した全国に10ある機関 (advocacy services) が利用者をサポートする。重大なケースについては、医療・障害委員局が調査し、懲戒

表1 保健・障害サービスに関する消費者の権利規約（保健・障害委員局，1977年）

-
- 権利1： 敬意
あなたは常に敬意を持って処遇されるべきである。これには、個人のプライバシーの権利並びにあなたの文化、価値及び信条の尊重が含まれる。
- 権利2： 公正な処遇
だれもあなたを差別したり、望まないことを強要したり、なんらかの手段で利用したりしてはいけない。
- 権利3： 尊厳と自立
サービスは、尊厳ある自立した生活を営むため、あなたを支援すべきである。
- 権利4： 適切な標準
あなたは、ケアとスキルで処遇され、あなたのニーズを反映したサービスを受ける権利を有している。あなたをケアする人すべてが、あなたのために一緒に頑張って働くべきである。
- 権利5： コミュニケーション
あなたは、あなたが必要とするどんな方法でも、情報を知らされ、説明され、受け取る権利がある。必要で実用的なときは、通訳が利用可能であるべきである。
- 権利6： 情報
あなたは、容態を説明され、あなたの選択にどのようなものがあるか告げられる権利を有する。これには、どのくらい待たねばならないか、予想されるコスト、便益、副作用を含む。あなたは、十分に知らされるようどんな質問もできる。
- 権利7： あなた自身による決定
決定するのはあなたである。いつでもノーとあるいは気が変わったということができる。
- 権利8： 支援
あなたは、ほとんどの環境で、あなたをサポートする誰かを得る権利を有する。
- 権利9： 教育と研究
これらの権利のすべては、教育と研究に参加するときにも適用される。
- 権利10： 苦情
苦情を言うのは問題ない。あなたの苦情はサービスを改善するのに役立つ。苦情を出すのは容易でなければならないし、それが処遇方法に不利な影響を与えてはいけない。
-

出所：Wealleans [1997], p.13.

図1 苦情処理の流れ



出所：Wealleans [1997], p.14.

などのため専門機関に任せる。

このように、医療・障害委員の役割には5つある。

- ① 消費者権利の尊重と遵守を促進する
- ② 消費者の権利に関する声明や報告書を出す
- ③ 医療・障害サービスに関する消費者権利規約のいかなる違反も調査する
- ④ 消費者の権利に関して保健大臣や他の機関に勧告する
- ⑤ 苦情処理の仲介

このようにケアの質に関しては、次の方法でその確保を考えることができる。

- ① 法律によって
- ② 全国的な基準によって
- ③ 行政機関とのサービス契約によって
- ④ オーナーによる質の保証によって
- ⑤ 外部からの認定 (external accreditation) によって

である。

VI. 結 び

ニュージーランドでは、高齢者が障害サポートサービスを含んだ公的な長期ケアサービスを利用しようとする際には、国はニーズの評価を行い、また、どの程度その高齢者が所得や資産を保有しているかを調べる。特に、高齢者向けの障害サポートサービスの利用者には、その所得や資産に応じて利用料金を負担することが求められる。

公的な長期ケアサービスを求める高齢者全体に適用されるこのような所得・資産調査（資力調査：ミーンズテスト, means test）はわが国では行われていない。もちろん、わが国においても、公的介護の必要な高齢者については、一定の要介護度の認定に基づき、施設サービスや在宅サービスのようなサービスが、自治体運営の介護保険を通して提供されている。しかしながら、わが国の場合、利用者負担は、サービス料金の1割だけである。したがって、資産調査の後、一定額までその資産がなくなるまでは公的な給付を認めないニュージーランドの方式はかなり過激に映る。

ただ、わが国においても、在宅で介護するより、施設サービスの方に割安感があり（自宅の場合、家賃などを自分で払わなければならない）、その割安感が施設志向をもたらせている一因ではないかとの意見がある。そこで、施設サービスの場合、施設に寝泊りするのだから、その部分（ホテルコスト）を利用者に負担させてはという案が出されている。問題は、そのような利用者が負担する資金を利用者がどのように工面するかという点にある

参考文献

医療経済研究機構（2001）『医療白書』，日本医療企画。

西村万里子(2000)「高齢者福祉」(中村優一，一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉，オーストラリア・ニュージーランド⑩』，旬報社，360～390頁)。

- 松岡博幸 (2001a) 「ニュージーランドの経済的・社会的変化と高齢者介護施策」 (『介護福祉研究』, 中国四国介護福祉学会誌, 第9巻, 第1号, 28~36頁)。
- 松岡博幸 (2001b) 「ニュージーランドの政府間関係と高齢者政策」 (『福井工業大学研究紀要』, 第二部, 31号, 49~58頁)。
- 松岡博幸 (2002a) 「ニュージーランドにおける高齢者介護施策の展開」 (『大洋州経済』, 大洋州経済学会誌, 第10号, 63~81頁)。
- 松岡博幸 (2002b) 「ニュージーランドにおける高齢者介護制度の改革」 (『福井工業大学研究紀要』, 第二部, 32号, 53~62頁)。
- 松岡博幸 (2002c) 「ニュージーランドにおける行財政改革と高齢者介護施策の展開」 (『介護福祉研究』, 中国四国介護福祉学会誌, 第10巻, 第1号, 17~23頁)。
- 松岡博幸 (2002d) 「ニュージーランドにおける高齢者介護サービス」 (『ニュージーランド研究』, ニュージーランド学会誌, 第9巻, 1~10頁)。
- 三原博光 (2000) 「ドイツにおける高齢者福祉の実状」 (第8回日本介護福祉学会大会プログラム・抄録集), 78~79頁。
- Ashton, Tony (2000), "New Zealand: Long-Term Care in a Decade of Change.", Health Affairs, Vol.19, No.3, pp.72-85.
- Butler, R.(1999), et al, "The health of elderly residents in long term care institutions in New Zealand ", New Zealand Medical Journal, November, pp.427-429.
- Davey, J.A.(1998), "Inheritance, Housing Wealth and Social Policy - Some Intergenerational Issues.", Social Policy Journal of New Zealand, Issue.10, June, pp.16-27.
- Dyson, Ruth(2000), Address to South Auckland Health Providers, 09 October.
- Extra(2002), Dementia, Wed, 27, February.
- Green, G. (2000), "Elder abuse - more common than reported", New Zealand Medical Journal, Vol.113, p.65.
- Jamieson, Bill (1998), The Realities of Retirement, Shoal Bay Press.
- Madas, E. and North, N.(2000), "Management challenges faced by managers of New Zealand long-term care facilities", Australian Health Review, pp.100-113.
- Manchester, A.(1998), "Putting the needs of residents first", Nursing New Zealand, July, pp.14-15.
- Ministry of Health (2000), Health Expenditure Trends in New Zealand.
- New Zealand Health and Hospital (1996), Sep/Oct, p.7.
- New Zealand Treasury (2002), Financial Statements of the Government of New Zealand for the Year Ended 30 June 2001.
- Schofield, V.(1997), "Complex decision-making as a rite of passage: decision on a move from home to residential care", Social Work Review, September, pp.9-12.
- Statistics New Zealand (1998), New Zealand Official Yearbook.
- Statistics New Zealand (2002), Disability Counts (2001) - Reference Reports.
- Wealleans, N.(1997), "Consumer rights and empowerment under the Health and Disability Commissioner Act (1994)", Social Work Review, September, pp.13-15.

(平成14年11月19日受理)