

平成 30 年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや
質に関する指標のあり方に関する調査研究事業 報告書

平成 31 年 3 月

一般社団法人日本介護支援専門員協会

はじめに

これまで「ケアマネジメントの公正中立」については、様々な場面で議論がなされ、現場の実践事例においても不適切なケースに対しては、運営基準や介護報酬で対策がとられてきました。

また介護支援専門員研修のカリキュラムの見直しも行われましたが、未だに不適切な事例の報告があり、その対策は十分とは言い難い状況であり、現状の議論だけではなく、多様な考え方を含めて検討する必要性がありました。

本調査研究事業においては、より幅広く視野を広げるため、海外（欧州やオーストラリア等）の政策や論文などから制度や取組の内容を収集し、指標の有無、観点、実施方法等を分析し、効果が期待できる取組等について、我が国の制度や取組み、国民性との比較検証を行い、ケアマネジメントの公正中立の確保をするための取組とケアマネジメントの質の指標の導入に向けた課題や方法を検討いたしました。

上記の検討結果については、明確な指標の策定までには至りませんでした。国内の介護支援専門員へのインタビューを含め、得られた知見により、今後の検討課題の整理ができたのではないかと考えております。

本事業の実施にあたり、検討委員会委員長をお務めいただいた大阪大学医学系研究科保健学専攻教授福井小紀子先生はじめ、委員会委員、ワーキンググループの皆様及び一般財団法人長寿社会開発センターを含め、ご協力いただいた関係者の皆様に心から御礼申し上げます。

平成 31 年 3 月

一般社団法人日本介護支援専門員協会
会長 柴口 里則

目次

第1章 事業概要	5
I. 事業目的	7
II. 事業実施体制	7
1. 検討委員会およびワーキンググループの設定	7
2. 会議の開催	10
3. 調査の実施	12
第2章 国内におけるケアマネジメント機能に関する調査	13
I. 調査の概要	15
II. ヒアリングにおける意見	17
第3章 海外諸国におけるケアマネジメント機能に関する国際比較調査	19
I. 調査の概要	21
II. 各国の高齢化および高齢者支援一覧	22
III. オランダ	27
1. 高齢者支援の原則、サービス・支援の流れ	27
2. 財源、サービス/支援内容、利用者負担の概要	29
3. ケアマネジメント機能の比較	42
4. 資格/教育/キャリア	51
5. ケアマネジメント機能における公正中立の確保、サービス選択支援、監査/評価	53
6. オランダのまとめ	54
IV. ドイツ	57
1. 高齢者支援の原則、サービス・支援の流れ	57
2. 財源、サービス/支援内容、利用者負担の概要	64
3. ケアマネジメント機能の比較	68
4. 資格/教育/キャリア	82
5. ケアマネジメント機能における公正中立の確保、サービス選択支援、監査/評価	84
6. ドイツのまとめ	89
V. イギリス	92
1. 高齢者支援の原則、サービス・支援の流れ	92
2. 財源、サービス/支援内容、利用者負担の概要	94
3. ケアマネジメント機能の比較	110
4. 資格/教育/キャリア	117
5. ケアマネジメント機能における公正中立の確保、サービス選択支援、監査/評価	122
6. イギリスのまとめ	124

VI. オーストラリア	127
1. 高齢者支援の原則、サービス・支援の流れ	127
2. 財源、サービス/支援内容、利用者負担の概要	132
3. ケアマネジメント機能の比較	139
4. 資格/教育/キャリア	153
5. ケアマネジメント機能における公正中立の確保、サービス選択支援、監査/評価	154
6. オーストラリアのまとめ	155
VII. <参考国> アメリカ	157
1. 高齢者支援の原則、サービス・支援の流れ	157
2. 財源、サービス/支援内容、利用者負担の概要	158
3. ケアマネジメント機能の比較	166
4. 資格/教育/キャリア	167
5. ケアマネジメント機能における公正中立の確保、サービス選択支援、監査/評価	168
6. アメリカのまとめ	169
第4章 本調査から得られた知見とまとめ	171
I. 各国の高齢化の状況のまとめと知見	173
II. 本調査から得られた知見	179
III. 考察	182
調査資料	187
I. 国内調査資料	189
II. 海外調査資料	204
本報告書全体にかかわる参考資料	209
執筆分担	210

第 1 章 事業概要

第1章 事業概要

I.事業目的

社会保障審議会介護給付費分科会の「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告」を踏まえ、介護支援専門員の公正中立の指標のあり方についての調査及び研究を行う。

これまで「ケアマネジメントの公正中立」については、様々な場面で議論がなされ、サービスの選定時における偏った事業所の斡旋、または適切なアセスメントをしない、利用者の選択の権利を無視するようなケアマネジメント等の不適切な事例に対しては、運営基準や介護報酬で対策がとられてきた。また介護支援専門員研修のカリキュラムの見直しも行われたが、未だに不適切な事例の報告があり、その成果は当協会が行った平成29年度の独自調査の結果からも一定の効果は見られるものの十分とはいえない状況であり、現状の議論だけではなく、多様な考え方を含めて検討する必要がある。

そこで、より幅広く視野を広げるため、海外（北米やヨーロッパ等）の政策や論文などから制度や取組の内容を収集し、指標の有無、観点、実施方法等を分析し、効果が期待できる取組等について、我が国の制度や取組み、国民性との比較検証を行い、ケアマネジメントの公正中立の確保をするための取組とケアマネジメントの質の指標の導入に向けた課題や方法を検討し、報告書を作成する。

II.事業実施体制

1. 検討委員会およびワーキンググループの設定

1) 委員会委員名簿

(1) 委員（敬称略、五十音順、◎は委員長、所属等は就任当時）

	氏名	所属
	いしやま れいこ 石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻 教授
	おかだ しんいち 岡田 進一	一般社団法人日本ケアマネジメント学会 理事 大阪市立大学大学院 生活科学研究科 教授
	なかしま たえこ 中島 民恵子	日本福祉大学 福祉経営学部 医療・福祉マネジメント学科 准教授
	ぬまた ひろき 沼田 裕樹	一般社団法人町田市介護サービスネットワーク 町田市介護人材開発センター 理事
	はっとり しんじ 服部 真治	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 主任研究員
◎	ふくい さきこ 福井 小紀子	大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 教授

(2) オブザーバー (敬称略)

氏名	所属
えんどう ゆきや 遠藤 征也	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 施設管理室長 老健局振興課併任
かわべ しょういち 川部 勝一	厚生労働省老健局振興課 課長補佐
ますだ たけし 増田 岳史	厚生労働省老健局振興課 人材研修係長
すぎうら やすとも 杉浦 康友	厚生労働省老健局振興課 人材研修係

(3) 事務局

氏名	所属
さいくさ ひでき 七種 秀樹	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
かきうち たつや 垣内 達也	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
ささき けいた 佐々木 啓太	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事

2) ワーキンググループ委員名簿

(1) 委員（敬称略、五十音順、◎は座長、所属等は就任当時）

	氏名	所属
	おおがみ しんいち 大上 真一	一般財団法人長寿社会開発センター 国際室 国際長寿センター 室長
	かまた ともひろ 鎌田 大啓	株式会社TRAPE 代表取締役
	なかしま たえこ 中島 民恵子	日本福祉大学 福祉経営学部 医療・福祉マネジメント学科 准教授
	ぬまた ひろき 沼田 裕樹	一般社団法人町田市介護サービスネットワーク 町田市介護人材開発センター 理事
◎	はっとり しんじ 服部 真治	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 主任研究員
	よしだ けいこ 吉田 恵子	東京医科歯科大学大学院非常勤講師

(2) オブザーバー（敬称略）

	氏名	所属
	えんどう ゆきや 遠藤 征也	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 施設管理室長 老健局振興課併任
	かわべ しょういち 川部 勝一	厚生労働省老健局振興課 課長補佐
	ますだ たけし 増田 岳史	厚生労働省老健局振興課 人材研修係長
	すぎうら やすとも 杉浦 康友	厚生労働省老健局振興課 人材研修係

(3) 事務局

	氏名	所属
	さいくさ ひでき 七種 秀樹	一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長
	かきうち たつや 垣内 達也	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
	ささき けいた 佐々木 啓太	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事

(4) 協力

国際長寿センター（ILC-Japan）

国際長寿センターグローバルアライアンス

2. 会議の開催

以下の日程で、委員会並びにワーキンググループを開催した。

第1回 委員会	日時	平成30年8月13日(月) 10:00-13:00
	場所	フクラシア東京ステーション 6階E会議室
	内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 挨拶 2. 事業概要について <ul style="list-style-type: none"> ・調査対象国の確認 ・調査する項目等の整理 ・事業の方向性 3. 事業進行スケジュールについて 4. 今後の予定について
第1回 ワーキング グループ	日時	平成30年8月20日(月) 13:00-16:00
	場所	フクラシア東京ステーション 6階C会議室
	内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 挨拶 2. 事業概要について <ul style="list-style-type: none"> ・調査対象国の確認 ・調査する項目等の整理 ・事業の方向性 3. 事業進行スケジュールについて 4. 今後の予定について
第2回 ワーキング グループ	日時	平成30年10月1日(月) 10:00-12:00
	場所	フクラシア東京ステーション 6階G会議室
	内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 挨拶 2. 調査票(案)について 3. グループインタビュー内容 4. 今後の予定について
第2回 委員会	日時	平成30年10月15日(月) 10:00-13:00
	場所	フクラシア東京ステーション 6階C会議室
	内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 挨拶 2. グループインタビューについて 3. 調査票について 4. 今後の予定について
第3回 ワーキング グループ	日時	平成30年12月3日(月) 10:00-13:00
	場所	フクラシア東京ステーション 6階G会議室
	内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 挨拶 2. 調査結果の分析 3. 文献レビューについて 4. 報告書の方向性

第3回 委員会	日時	平成30年12月10日（月）10:00-13:00
	場所	フクラシア東京ステーション 6階G会議室
	内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 挨拶 2. 調査結果の分析 3. 文献レビューについて 4. 報告書の方向性
第4回 ワーキング グループ	日時	平成31年1月9日（水）10:00-13:00
	場所	フクラシア八重洲（東京）3階F会議室
	内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 挨拶 2. 調査の進捗状況 3. 報告書について <ol style="list-style-type: none"> 1) 第2章 <ul style="list-style-type: none"> ・各国の状況の突合せ ・介護支援専門員に関する記載について 2) 第3章 <ul style="list-style-type: none"> ・考察（ワーキンググループからの意見）の案 4. その他
第5回 ワーキング グループ	日時	平成31年2月9日（土）10:00-13:00
	場所	フクラシア八重洲（東京）3階F会議室
	内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 挨拶 2. 調査の進捗状況 3. 報告書について <ol style="list-style-type: none"> 1) 第2章 <ul style="list-style-type: none"> ・各国の状況の突合せ ・介護支援専門員に関する記載について 2) 第3章 <ul style="list-style-type: none"> ・考察（ワーキンググループからの意見）の案 4. その他
第4回 委員会	日時	平成31年2月23日（土）15:00-18:00
	場所	フクラシア東京ステーション 6階A会議室
	内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 挨拶 2. 報告書について <ol style="list-style-type: none"> 1) 第2章 <ul style="list-style-type: none"> ・各国の状況の突合せ ・介護支援専門員に関する記載について 2) 第3章 <ul style="list-style-type: none"> ・考察（ワーキンググループからの意見）の案 3. その他

3. 調査の実施

1) 国内におけるケアマネジメント機能に関する調査

平成 30 年 9 月

2) 海外諸国におけるケアマネジメント機能に関する国際比較調査

平成 30 年 9 月 ～11 月

第2章 国内におけるケアマネジメント機能 に関する調査

第2章 国内におけるケアマネジメント機能に関する調査

I. 調査の概要

1. 目的

海外の制度や取組の内容を収集し、指標の有無、実施方法等を分析し、効果が期待できる取組等について我が国の制度や取組みとの比較検証を行い、ケアマネジメントの公正中立の確保をするための取組みとケアマネジメントの質の指標の導入に向けた課題や方法の検討にあたり、国内の介護支援専門員を対象にその業務範囲や課題について整理を行うことを目的とした。

2. 調査方法

1) 日程

- ・平成30年9月

2) 会場

- ・M市商工会議所

3) 対象

- ・地域包括支援センター、所属の介護支援専門員 合計10名

4) アンケート調査

ケアマネジメント機能の段階を、段階1インテーク、段階2アセスメント、段階3ケアプランの策定・チームケア、段階4ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等、段階5その他周辺業務に分けて、ヒアリング調査の直前に業務が行われている状況を調査した。

状態像は以下の7つに分けて、多くの要支援、要介護者像を網羅できるようにした。

- (1) 「重度障害 事例（身体機能重度、認知症なし、配偶者あり ※配偶者・軽度の要介護認定者）」
- (2) 「重度障害 事例（身体機能重度、認知症なし、配偶者なし ※配偶者・軽度の要介護認定者）」
- (3) 「重度障害 事例（重度・認知症、配偶者なし）」
- (4) 「重度障害 事例（急性期・認知症なし、独居「骨折・1～3ヶ月程度 支援事例）」
- (5) 「中度軽度 事例（ADL概ね自立、認知症、独居）」
- (6) 「中度軽度 事例（ADL概ね自立、認知症なし独居）」
- (7) 「軽度・要支援 事例（健康施策／情報の提供、紹介の仕方など／相談支援を含む ※配偶者・軽度の要介護認定者）」

5) ヒアリング調査

(1) 背景

我が国におけるケアマネジメントについて、現任で実務にあたっている介護支援専門員からのグループインタビュー方式を用い、詳細かつ具体的な情報収集を行い、日本の高齢者を支援するにあたり「公正中立性の考え方、捉え方」「ケアマネジメントを発端に行われる、ソーシャルワークを通じた公正中立性や高齢者支援」等の実態や課題を把握するため、ヒアリングを実施した。また、ヒアリングの質問項目にあたっては、「独居者」「家族同居」「認知症の有無」「支援の頻度」「制度外サービスの活用」等、質問の内容を詳細に整理した質問を行い、事例毎に実施される具体的なケアマネジメント及び必要な生活支援等の実態をヒアリングしている。

(2) 概要

- ・ケアマネジメントの実態や課題の把握、そして、ケアマネジメントを通じたソーシャルワークの動きをなるべく詳細に理解することを鑑み、ケアマネジメントに関わった事例についてインタビューするため、要介護状態区分の主に要介護1から要介護5まで担当する、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員、介護支援専門員へのヒアリングを実施した。
- ・また、「介護支援専門員への支援機能」の役割を担いつつ、要介護状態区分の要支援1、2のケアプランの作成を行っている、地域包括支援センターに所属する主任介護支援専門員へのヒアリングも実施している。
- ・よって、「要介護者中心のケアマネジメントを行う、居宅介護支援所属の主任介護支援専門員、介護支援専門員のグループ」と「要支援者中心のケアマネジメントを行い、介護支援専門員の支援を実施する地域包括支援センター所属の主任介護支援専門員のグループ」という、2つのグループについて、それぞれのグループ毎に、ヒアリングを実施した。
- ・人口約40万人の地域で、100事業所程の居宅介護支援事業所ケアプランの作成に携わり、また、地域包括支援センターが10か所以上設置されてもいる、一定数の事業所数がある地域の首都圏のM市を選択し、M市内の「居宅介護支援事業所から5名、地域包括支援センターから5名、計10名」の主任介護支援専門員及び介護支援専門員のヒアリングを実施した。
- ・ヒアリングにあたっては、事前に質問項目を送付し、現在かかわっている或いは以前にかかわった事例等を通じ、具体的にどのような支援をしているか、各介護支援専門員がインタビュー前に、通常の業務の内容を振り返り、整理した上でヒアリングを実施した。
- ・質問項目に対する回答を確認しながら、それに付随する実際のケアマネジメント業務、取り組みについてのヒアリングをしつつ、ヒアリングの最後の段階で「介護支援専門員として、日ごろから公正中立性について、どのようなことを意識しているか？」と尋ね、各介護支援専門員が「公正中立性」について、「どのように考えているか」コメントを得た。

Ⅱ. ヒアリングにおける意見

- ・公正中立性という観点の中、「利用者の権利擁護」を意識している介護支援専門員のコメントが多く、印象的であった。ある主任介護支援専門員は、「時間的な制約などがある中、全ての利用者へ、通常のケアマネジメントの業務を超えた“個別対応の生活支援”に、どの利用者へも均等に援助するよう心がけている」とのコメントもあった。
- ・また、「公正中立性」という質問を投げかけた中、「地域の中で、事業所の紹介する際、均等に事業所の紹介を利用者に行う」という共通の認識が、事業所、行政等の中で、地域に定着しているというコメントを得た。特定の事業所への紹介が「集中することを避ける」という配慮が、働いている中での共通認識のように思われる。
- ・全体的に通常のケアマネジメントプロセスの業務を超えた、個別の生活支援（手続きの立ち合い、受診同行及び必要な支援等）を担っている場合が多く、利用者が「地域生活の中で起きる、予想外の困りごとへの支援」や「利用者の選択や権利を守るための立ち合い、同席の支援」等に、介護支援専門員が重要な役割を担っている実態があるといえる。
- ・公正中立性のテーマに関連し、「ケアマネジメント」或いは「居宅介護支援事業所」「地域包括支援センター」等の適切な業務の評価は、どのような仕組みがあるか各介護支援専門員に質問すると、評価を受ける場面としては、実地指導になるとの回答を得た。そのため、ケアマネジメントのサービスや利用者支援に関する内容の評価について、「どのような評価システムがあるか？」と再度、焦点を絞った質問を行ったが、サービスや支援の内容を強く意識した評価システムの有無については、明確な回答は得られなかった。
- ・また、「サービスや支援の内容等の評価」について質問すると、「給付の適正について、力を入れている」との回答もあり、これらヒアリングからの印象から、介護支援専門員の多くが「給付管理業務」に対して、強く意識させられ、また、その負担も大きくなっている印象でもあった。
- ・利用者が地域で暮らす中、適切なアセスメントを実施した上でも、想定していなかった出来事（体調不良、急な排泄、家族の体調・都合などによる突発的な日常生活支援）に関しての身体面、生活面の支援に、介護支援専門員が関わることも場合もあるという頻度は多くないが実施しているという意見もあった。
- ・ヒアリング調査全体では、ケアマネジメントを適切に行い「介護支援専門員が直接、携わらないで利用者の生活が組み立てられるよう、社会資源を活用し支援している」とのコメントが多く聞かれ、利用者の地域生活の実践、継続について、ケアマネジメントが進化し、利用者の希望を叶え自立支援を意識しているという意見が多かった。

*アンケート調査の結果は本報告書の「調査資料」「1. 国内調査資料」に掲載している。

*国内調査から得られた知見は本報告書の「第4章 本調査から得られた知見とまとめ」「Ⅱ. 国内ヒアリング調査から得られた知見」に記載している。

第3章 海外諸国におけるケアマネジメント
機能に関する国際比較調査

第3章 海外諸国におけるケアマネジメント機能に関する国際比較調査

I. 調査の概要

1. 目的

- ・海外の制度や取組の内容を収集し、指標の有無、実施方法等を分析し、効果が期待できる取組等について我が国の制度や取組みとの比較検証を行い、ケアマネジメントの公正中立の確保をするための取組みとケアマネジメントの質の指標の導入に向けた課題や方法を検討することを目的とした。

2. 調査項目、方法

1) 文献調査

各国報告の執筆担当者が該当国の文献を調査した。国際長寿センター（日本）からの海外情報も活用している。

2) アンケート調査

国内アンケート調査の内容に準じて、ケアマネジメント機能の段階を、段階1 インターク、段階2 アセスメント、段階3 ケアプランの策定・チームケア、段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等、段階5 その他周辺業務に分けて、その業務が行われている状況を調査した。

状態像は、より海外から回答を得やすいように国内調査よりも簡略化を行い、以下の4つに分類した。

- (1) 「身体機能、認知機能に障害がある。在宅生活は継続している」
(おおむねいずれの国でも長期介護制度が適用されるケースを想定している)
- (2) 「骨折による急性期」
(海外ではリハビリテーションは主によっているため医療制度による対応を想定している)
- (3) 「ADL はおおむね自立だが IADL に問題がある」
(要支援段階の支援の回答を想定している)
- (4) 「日常生活にほぼ支障はないがフレイル状態に近づいている」
(予防についての回答を想定している)

3. アンケート調査の日程、方法

- ・平成30年9月～11月にメールにて質問票を送付して回答を求めた

4. アンケート調査の対象

- ・国際長寿センターオランダセンター、イギリスセンター、オーストラリアセンター
- ・ドイツについてはワーキンググループの吉田恵子委員に依頼した

*本調査の質問票は本報告書の「調査資料」「2. 海外調査資料」に記載している。また各国からの回答はそれぞれの国の第3章「ケアマネジメント機能の比較」の項に記載している。

II. 各国の高齢化および高齢者支援一覧

国のすがた

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア	アメリカ
人口(百万人) 2015 Oecd.Stat 2050	126.6 107.4	16.9 17.6	80.7 74.5	64.7 75.4	36.1 48.6	321.4 399.8
高齢化率 (2017)	27.7	18.5	21.2	18.1	15.4	15.5
一人当たり GDP(2017) (2010) (USドル)	38428.1 38532.0	48,223.2 25,921.1	44469.9 23718.7	39720.4 27982.4	53799.9 21669.4	59531.7 36449.9
国民負担率 (対国民所得比)(%)2015	42.6	52.0	53.2	46.5	63.7	33.3
消費税、付加価値税 (%)2018	8	21	19	20	10	州により税率の異なる 小売売上税
財政収支 2018(対 GDP)(%)	-3.7	1.3	2.1	-0.6	-0.2	-4.7
政府債務残高 2018(対 GDP)(%)	238	53	60	87	40	109

介護関係制度（1）

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア	アメリカ
高齢者 支援長期 介護制度	介護保険	主に施設: 介護保険 WLZ(医療保 険:ZVW) 地域支援: 社会サービ スWMO	介護保険(リ ハビリと一部 の介護は医 療保険)	ソーシャル サービス(リ ハビリと一部 の介護は医 療制度 NHS)	高齢者ケアプ ログラム	メディケイド
GP 制度	—	あり	あり	あり	あり	保険会社によ って異なる
制度の 基本理念	共同連帯、 国民は健康 保持増進に 努める	自助、社会 参加を相互 支援する	コミュニティ、 家族による 支援の補足	ウェルビーイ ング(尊厳、 健康、安全、 主体性、社 会参加…の 全体)	自立を原則と した最低保障 を原則とする	国民皆保険 制度なし
介護制度 (保険者)	介護保険 (市町村等)	①介護保険 (国が保険 者。9 保険 会社に委 託) ②自治体の 社会サービ ス(財源は 国)	介護保険 (介護金庫)	税方式。自 治体ソーシ ャルサービ ス	原則、一般財 源	メディケイド
被保険者、 支援対象 者	40-64 歳、 65 歳+の 2 段階	全国民 (②は強制 保険)	20 歳以上	全国民	高齢者	低所得者用 (介護扶助)
給付 対象者	40-64 歳特 定疾病、65 歳+要介護・ 要支援者	全年齢層 (障害含む)	全年齢層 (障害含む)	全年齢層 (障害含む)	高齢者	子供、妊婦、 高齢者、 障害者など

介護関係制度（２）

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア	アメリカ
制度への税、公費の割合	税・公費 50%	①は国庫補助 15%程度 ②は基本的に全額国庫から	0% (全額保険料)	100%	100%	100%
保険料率	保険者により異なる。 月額 5,300 円 ~ 5,500 円程度が多い	介護保険：所得の 9.65% income tax (上限あり) (医療保険は自分で支払い上限を設定。保険会社によって保険料は違う。例：月上限 385 ユーロ、保険料 124 ユーロ)	2019 年から 3.05% (被用者の場合労使折半) (医療保険 14.6%。これに追加保険料が上乗せになる)	—	—	—
経済的アセスメント、利用者負担	合計所得金額によって利用者負担割合 1 割 ~ 3 割	① 収入、資産、年齢、家族構成、利用額で変動。2018 年より収入の 1 割以内に ② 2019 年より一律月額 17.5 ユーロ	なし (部分保険のため) * 例：1 か月施設入居費は約 3500 ~ 4500 ユーロで施設現物支給は 125 ~ 2005 ユーロ	ミーンズテスト (資産調査) あり。 不動産を含む全資産が 14250 ポンド以下 無料 ~ ある程度支払い ~ 23250 ポンド以上全額自費	施設ケアにミーンズテストあり	ミーンズテスト (資産調査) あり。 州によって異なる。収入、家族数、妊娠、障害、年齢等によって決まる
相談支援	地域包括支援センター (介護保険) * すぐにサービス志向	まず相談は WMO 窓口、次にソーシャルヴァイクチームが訪問して話し合い	相談センター増加中	市の窓口。リエイブルメント (再びできるようにする) サービス増加中	My Aged Care	州のメディケイド・エージェンシー
判定者	要支援 2 段階、要介護 5 段階。給付限度額設定	① 判定機関が 7 種類判定。身体疾患、認知症、重度行動障害、重度身体疾患、リハビリが必要、緩和ケアなどタイプ別判定 ② 市が必要サービス決定	鑑定機関が 5 段階鑑定。結果は推奨される給付形態等も記入されて本人に通知	市が判定	My Aged Care	州が判定

介護関係制度（3）

	日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア	アメリカ
サービス購入	給付限度額に応じてケアマネジャーがサービス決定支援	①判定結果、ケアオフィスを推薦を勘案し、本人がサービス購入（ケアマネジャーはいない）	鑑定結果をもとに各自がサービス購入（現金給付6割以上）。（ケアマネジャーはいない）	各自が（市のサービス供給能力、本人支払い能力に応じて）サービス購入。（ケアマネジャーはいない）	本人が探して申し込む	本人が探して申し込む
介護サービス利用者（65歳以上）	（要介護認定者）第1号被保険者 17.8% H27(2015) *2010年は16.5%	65歳以上の13.3%(2015年) *2010年は19.5% ***	65歳以上の13.6%(2016年) *2010年は11.9% ***	65歳以上の9.1%(2016年) *2010年は12.4% (松岡)	65歳以上の12.0%(2016年) *2010年は14.1%*** (20%)**	医療/介護利用者の21%
デイサービス	介護保険給付費の約3割	デイサービスはボランティア活用が多い	デイケア施設少ない。レスパイトケアあり	無料サービスはほぼなくなっている。制度外へ	レスパイトケアあり	デイケア等は対象外。一部の州でメディケイドの対象としているところもある。
平均在院日数（急性期）*	16.3 (2016)	5.0 (2016)	7.5 (2016)	6.0 (2016)	4.2 (2015)	5.5 (2015)

近年の動向

日本	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア	アメリカ
自己負担漸増 総合事業 医療介護連携 地域共生	WMO2015 でソーシャルヴァイクチーム 以下の順で支援を検討 ・自分でできないか⇒近隣/ 家族でできないか⇒ボランティアでできないか⇒サービス検討へ 2007 年 WMO 法(介護保険と地域サービスの分離。地域サービスは自治体責任へ)	活性化するための介護 Aktivierende Pflege(本人の力を最大限生かす)が原則。 2017 年より全施設に有償ボランティア配置。 2015 年より入所を遅らせるための負担軽減手当 Entlastungsbetrag。	リエイブルメントサービス拡大 ケア法 2014 でウェルビーイングを目指すホリスティックアプローチ採用 (身体だけではなく個人の総合的な幸福度、充実した生活確保を目指す)	高齢者ケアは変化しつつある。それは、本人の尊厳を尊重し、自立を支える方法で、高齢者の幸福とケアの提供をよりよく支援するシステムへと進化している。消費者の選択と管理への関心が高まっている。*	オバマケアのメディケイド拡大で子どものいない健常者も含むようになり、FPL 138%未満ならメディケイド対象にする方向。 2018 年 11 月現在 35 州。

出典：財務省、統計局、Agedcaredata / agedcare、Eurostat、IMF、OECD、Worldbank、松岡洋子
(国際長寿センター報告書)

Ⅲ. オランダ

1. 高齢者支援の原則、サービス・支援の流れ

1) 高齢者支援の原則

オランダ国王演説（2013年）抜粋

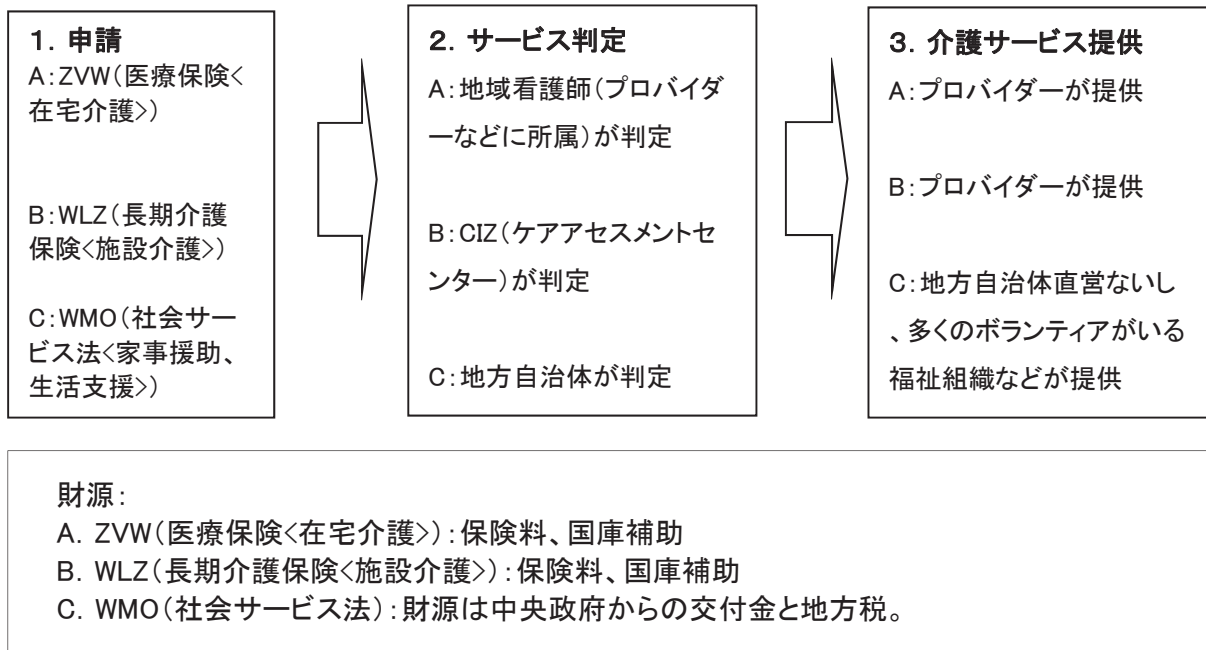
ネットワーク化と情報化が進んで今日の社会において、人々は過去よりも自分を主張するようになり、自立していることは否定できない現実です。これは、財政赤字を削減する必要性と相まって、古典的な福祉国家が徐々に、かつ着実に参加型社会に進化していることを意味します。能力を有する人は、自身とその周囲の人々の生活に責任を持つことを求められます。

（中略）

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

（訳：政策研究大学院大学教授 小野太一）

2) サービス・支援の流れ



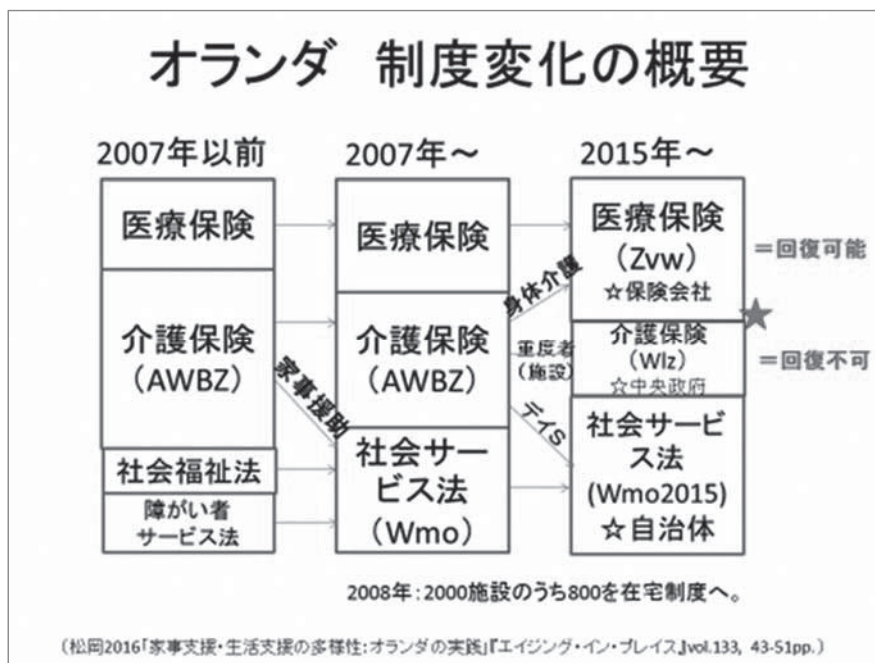
図表1 オランダの介護サービスの流れ

2. 財源、サービス／支援内容、利用者負担の概要

1) オランダの高齢者ケアの概要

オランダの高齢者ケアは、医療保険法 (Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet :ZVW)、社会支援法 (Social Support Act, Wet Maatschappelijke Ondersteuning :WMO)、長期介護法 (The Long-Term Care Act, Wet Langdurige Zorg :WLZ) に基づいて行われている。

オランダでは、医療費、介護費の増加と経済状況の低迷を主な背景として、近年、医療介護関連制度の改革が進められている。図表 1 は 2007 年以降の医療介護関連制度の変化の概要を示している。



図表 2 オランダ医療介護関連制度の変化の概要

まず、2007年にWMOが施行され、それまで長期療養・介護サービスをカバーしていた特別医療費保険 (The Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: AWBZ) のうち、家事援助、移送支援、社会的交流などの生活支援がWMOに移管された。

そして、2015年にはWLZが施行され、AWBZで提供されていたサービスのうち、在宅看護、身体介護などの医療系サービスはZVWに、デイサービス等の生活支援に関連するサービスはWMOに移管した。なお、当初の案では、身体介護についてもWMOに移管するという案であったが、プロバイダー等の反対によりWLZに残ったという経緯がある。

また、WMOへの移管に合わせて家事援助予算が30%削減されたこともあり、互助組織や介護協同組合等のインフォーマル資源の活用・開発が進められており、ケアサービスが必要な場合には、まずWMOにて「本人→家族→近隣や地域→ボランティア組織」の状況を検討し、それでも難しい場合に家事援助やデイサービス、さらにZVWやWLZにつなぐという方針がとられている。

なお、ZVW、WLZ の保険者は国だが、保険運営は民間保険会社に委託されている。国民は自ら保険会社を選択して保険料を支払い、保険会社から給付を受けるという仕組みである。2014年時点で、オランダ全国で 26 の保険会社があるが、4つの企業グループがそれぞれで 13% から 32%、合計で 90%のシェアを占めている。コマーシャルベースの株式会社もあれば、利益を追求しない共済組合のような形態もある。保険会社は競合しているが、政府は基礎パッケージを規定しており、基礎パッケージの保険内容はどこの保険会社も全く同じである。しかし、保険料は各保険会社で自由に決定することができる。例えば、保険会社は全ての医療機関と契約する義務はないので、特定の医療機関に絞り込むことで価格交渉し、保険料を下げるができる。また、基礎パッケージに付加するエキストラパッケージは保険会社によって様々な保険商品が用意されている。例えば、理学療法を多く使いたい人は、理学療法を含むエキストラパッケージを比較し、自身のニーズを見たすエキストラパッケージを用意する保険会社を選ぶことになる。

以下では、ZVW、WLZ、WMO それぞれについて、財源、サービス／支援内容、利用者負担の概要を示す。

2) ZVW (医療保険)

(1) 概要

ZVW は短期の医療費をカバーする強制加入の公的医療保険である。

オランダでは、在宅看護・身体介護は ZVW がカバーする。サービスを受給する権利（サービスの種類、量）の査定は、ケアプロバイダーなどに所属する地域看護師（レベル 5）が行う。

アセスメントの基準は保健福祉スポーツ省（Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport）による要請により、オランダ看護介護職協会（Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, V&VN）がフレームワークやガイドラインを示している。なお、2018 年からはアセスメントに関する研修を受け、資格の取得が必要とされることになった。

(2) 地域看護師による査定プロセス

ZVW のサービスの利用を希望する場合は、直接、地域看護師に査定を依頼するか、GP や保健センターなどからの紹介を受けて地域看護師に依頼する。

ケアニーズに関連するアセスメントは、図表3のとおり、「身体的ウェルビーイングと健康」、「住居と生活環境」「社会参加」「精神面の状況（幸福）」の4領域に対して行われる。

<ul style="list-style-type: none">・領域1：身体的ウェルビーイングと健康 移動・身体ケア（着脱、シャワー、口腔ケア、ヘアケア、爪ケア）・服薬・失禁・栄養・皮膚（褥瘡）・痛み・睡眠・領域2：住居と生活環境 住宅の衛生・改良・そうじ・領域3：社会参加（ソーシャルコンタクト） デイアクティビティ・日々の生活・外出・人的ネットワーク・自己効力感・領域4：精神面の状況（幸福） うつ・恐怖感・混乱・せん妄・行動障害・自己の病気への対応

図表3 ZVWのアセスメント領域

(3) ケアプラン作成

ケアプランは、地域看護師の査定結果に基づいてケアプロバイダーの看護師が作成する。日本で言えば、いわゆる個別サービス計画であり、サービス内容（身体介護、看護、在宅医療専門看護など）、ケアレベル、時間帯、曜日、アクティビティ、必要時間、ケアのタイプなどが記載される。したがって、オランダでは在宅看護、身体介護等の利用において、日本のような専業・有給のケアマネジャーは存在しない。

(4) 利用者負担

利用者負担として年385ユーロの免責があるが、それ以上の自己負担はない。免責額は任意で年500ユーロまで増やすことができ、その分、保険料が下がる。

3) WLZ（介護保険）

(1) 概要

WLZは長期の介護費用をカバーする強制加入の公的介護保険である。その対象者はかつての制度との比較から「コアAWBZ」とも称されるが、回復が不可能で、継続的なモニタリングや24時間のケアを必要とする高齢者や障害者に限定されており、利用者数はオランダ全体で34万人程である。

WLZがカバーするサービスは基本的に施設サービス（Nursing home）であり、高齢者住宅に住み、外付けでケアを受ける場合など、本人が希望し、サービス提供が可能な場合は、在宅サービスのフルパッケージ（the Full Package at Home, Volledig Pakket Thuis:

VPT)、在宅サービスのモジュールパッケージ (Modular Package at Home, Modulaire Pakket Thuis: MPT)、個人介護予算 (Personal Care Budget, Persoonsgebonden budget: PGB) のいずれかを選ぶこともできる。ただし、PGB を選択する割合は Wlz の 1 割弱で、大半が現物給付である。

PGB では、予算の範囲内で受給者がサービスの選択を行うことができる。在宅サービスでは、パーソナルケア (Personal Daily Care: 食事介助やトイレ介助などの身体介護)・パーソナルサポート (Persona Support: 日常のスケジュール管理など)、看護 (Nursing)、理学療法 (Physiotherapy) 治療 (Treatment)、移送 (Transportation) などが含まれる。

Wlz の対象となる「24 時間の継続的な見守りが必要な状態にあるかどうか (回復不可能かどうか)」の判定は、全国 4 か所に設置されるニーズアセスメントセンター (Centraal Indicatieorgaan Zorg: CIZ) が行う。

(2) CIZ による査定プロセス

①CIZ の概要

査定を行うアセッサーは常勤換算で 390 人おり、医師 (常勤換算で 27 名)、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士など様々なバックグラウンドの専門職が担っている (2016 年)。地域ごとに多職種チームを組んでおり、複雑なケースの場合に対応している。

1 年間に約 195,000 人の査定が行われ (そのうち高齢者は約 10 万人)、約 10% の人が非該当と判定される (2016 年)。非該当の結果について本人が納得できない場合には、再査定の申請が可能である。非該当である場合は、必要に応じて WMO につなげる。

②査定 (アセスメント) プロセス

査定は家庭もしくはオフィスで行われる。査定を申し込む際には、既にケアプロバイダーが関与していることが多い。基本情報はケアプロバイダーのほか、関係者 (インフォーマルな介護者、GP、セラピストなど) から収集する。

査定には、漏斗状のアセスメントモデル (Assessment Funnel) が用いられており、図表 4 のように 5 つのステップを経て決定される。



図表 4 漏斗状のアセスメントモデル (Assessment Funnel)

ステップ 1 では、本人の原因疾患や障害の状況を確認する。医学的診断の情報は GP や医療専門職などから提出され、障害の状況の把握には 7 領域（社会的自立、心理社会的機能、身体介護、移動、運動機能、看護、行動障害）からなるスコアシステムが用いられている。例えば、社会的自立（何をして 1 日を過ごすかを自分で決定する判断力）の場合は、「0：問題なし、1：他者による見守りや促しが必要、2：他者からの支援が必要、3：他者からの支援が常に必要」の 3 段階である。

ステップ 2 では、永続的な観察もしくは 24 時間のケアが必要かどうかを判断する。

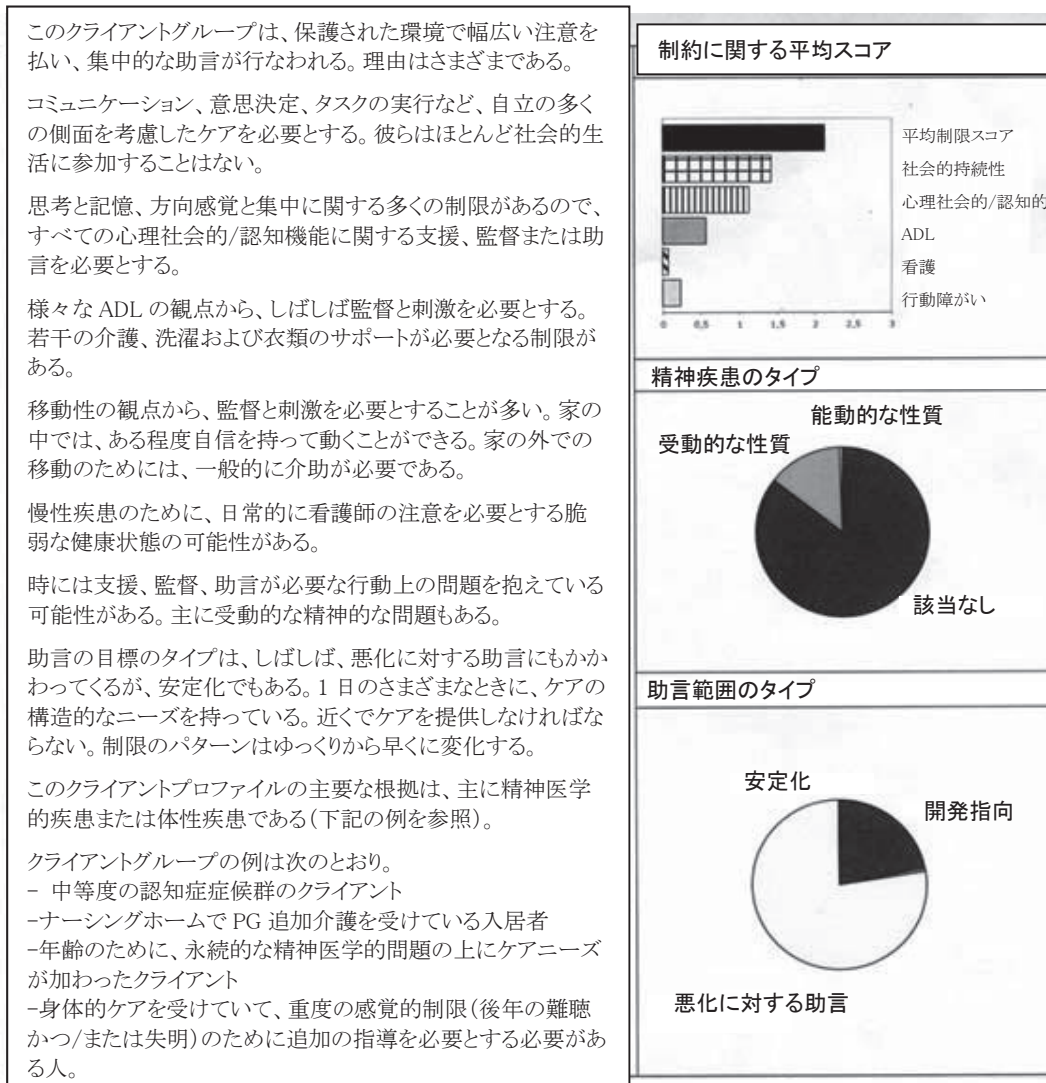
ステップ 3 では、永続的なケアニーズがあるかどうか判断される。特に、本人の抱える障害に回復可能性があるかどうか重要であり、回復可能性がある場合は、WLZ を受給することはできない。

ステップ 4 は子どもに関する内容である。

ステップ 5 で最終決定がなされ、ケアプロフィール (zorgprofiel) が決められる。

③ 査定結果

質問リストに対する回答から得られたスコアがアルゴリズムで処理され、ソフトウェアからスコアとアドバイスが示される。ただし、最終的な判断はアセッサーが行い、ケアプロフィールが示される。なお、オランダの査定は日本のように要介護度を判定し、区分支給限度額を決めるものではない。また、具体的に必要なサービス内容や時間数でもなく、本人が生活する上でどのような制約があり、どのような支援や助言が必要か示される。



図表 5 ケアプロフィールの例 (ZPP 4 VV 集中的な指導と長期ケアで保護される生活)

ケアプロフィールは、図表 5 のとおり 7 つのカテゴリがある。VV04 は比較的軽度の人、VV05 は認知症の人、VV06 は身体障害の人、VV07 は認知症に加え重度の行動障害がある人、08 は重度で複雑な身体障害がある人、VV09 はリハビリテーションが必要な人、VV10 は緩和ケアが必要な人を対象としたカテゴリである。

なお、VV09 でリハビリテーションを受けられるのは最長 6 か月となっており (一時的)、この期間が終了すると基本的には他のケアプロフィールのいずれかに移る。

	社会的自立	心理社会的機能	身体介護	移動	運動機能	看護	行動障害	2016年 実数 (割合)
VV04	++++	+++	++	+	+	+	+	31,799 (20.5%)
VV05	+++++	++++	++++	++++	++	+	+	66,564 (42.8%)
VV06	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0	29,190 (18.8%)
VV07	+++++	+++++	++++	+++	++	++	+++	12,289 (7.9%)
VV08	+++++	+++	+++++	+++++	+++++	++++	+	2,432 (1.6%)
VV09	+++	++	+++	+++	++	++	0	880 (0.6%)
VV10	+++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+	296 (0.2%)

図表6 ケアプロファイルの種類と実数 (割合)

(3) ケアプラン作成

査定結果は、本人、12の州に置かれた31の地域ケアオフィス、ケアプロバイダーに通知され、3者が具体的なサービス内容を協議する。ケアプロバイダーのサービスを購入する役割は保険会社の地域ケアオフィスが担っており、サービスの量は地域ケアオフィスが決定する。

ZVWと同様、ケアプロバイダーがケアプラン（個別サービス計画）を作成する。したがって、オランダでは回復可能性がない者の施設サービス（在宅サービス）の利用においても、日本のような専業・有給のケアマネジャーは存在しない。

ケアプランに記入される事項は法定である。必要な医療サービスや医薬品のみならず、利用者の例えば食事の好みや日中の活動、シャワーの回数、ボランティアの支援の下での外出回数など、利用者の生活の質にかかわる事項も記入することとされている。さらに、生活の質の確保をベースとしたうえで、以下の4点の内容を含む。

- ・身体の健全性 (physical wellbeing) - 安全、医療サービス、健康増進及び保護、身体ケア、飲食
- ・精神の健全性 (mental wellbeing) - 敬意、支援、自己認識、宗教、慣習
- ・生活の環境 (living circumstances) - 住まいは安全で (自身の) 家のようなべき
- ・参加 (participation) - 個人の興味、趣味、社交生活を満たす魅力的な日中プログラムに参加できるように、また社会とのつながりを持ち続けられるようにすべき

図表7 ケアプランに記入される事項

ただし、慢性疾患を複数抱える高齢者のようなケースは、GPがケアのコーディネーションを行う。また、ほとんどのケアが他の専門職（地域看護師、理学療法士、作業療法士、その他の医療専門職）により提供される場合には、それらの専門職の者がコーディネーションを行う場合もある。特にコーディネーションが困難な場合、例えば1) 複数のケア提供者が存在する場合、2) 特定の患者が有する複数の疾患ごとのプロトコルに矛盾がある場合、3) 利用者のコンプライアンス能力に問題がある場合などにおいては、(地域) 看護師がケースマネジャーと指定され、利用者や家族等を支援する場合もある。

また、オランダでは、認知症の初期症状の対応、診断、在宅ケア、施設ケアの制度がそれぞれ分かれているため、各地域で、在宅ケアプロバイダー、施設ケアプロバイダー、GP、保健センターなどによる認知症ケアネットワークが構築されており、認知症ケースマネジャーが配置されている。そこで、重度の認知症者は認知症ケースマネジャーがつく場合がある。また、専門看護師（糖尿病専門看護師、パーキンソン専門看護師など）によってケアマネジメントが提供されることもある。認知症ケースマネジャーはZVWから報酬を得ている。ケースマネジャーの多くは看護またはメンタルヘルスケアの知識がある者。ケースマネジャーは個人で仕事をしているか、あるいはケースマネジャーの団体や在宅ケアの団体で勤務している。

(4) 利用者負担

政府が計算方法を示しており、年齢、世帯員数、所得、資産により利用料が決定される。

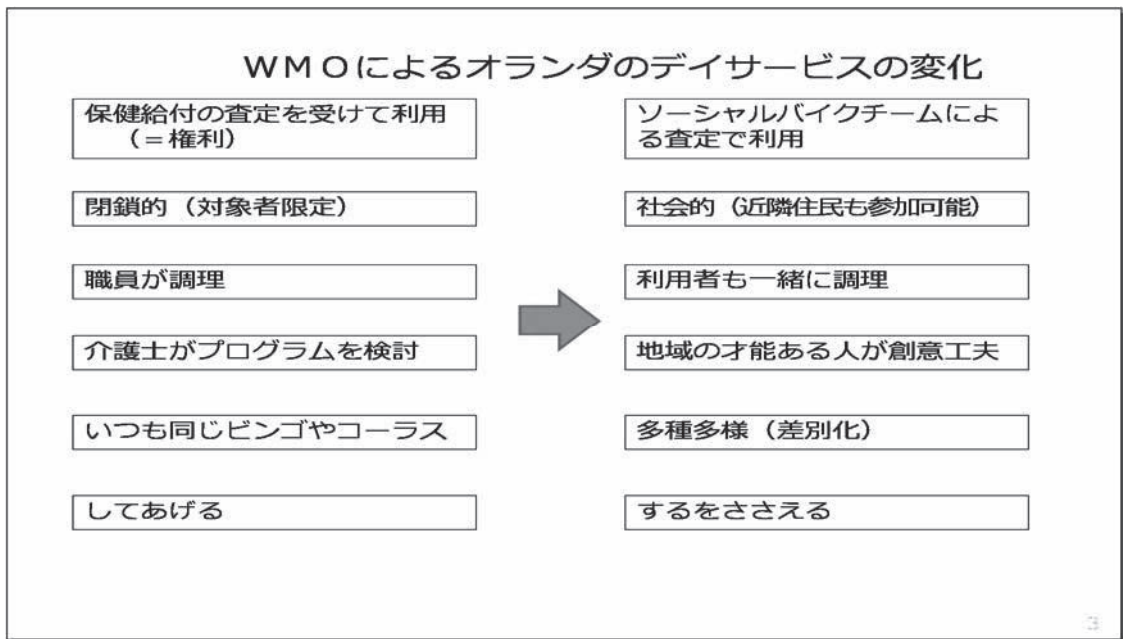
4) WMO (社会サービス法)

(1) 概要

オランダにおいても、中央政府から基礎自治体（ヘメンテ）への分権化が進められており、WMOによって、ケアや社会参加の機会の構築等に係る責任が基礎自治体に移管された。それを受け、基礎自治体は、①高齢者の虚弱の要因分析を行い、②地域で活動するNPOやサービス事業者等のネットワークを組織化し、かつ、③これらのサービスへのニーズに対応する体制の構築を進めている。

かつてのAWBZによる保険制度では、「権利ベースのアプローチ (rights-based approach)」であった。すなわち、「ニーズがあれば介護サービスを受給する権利がある」という考え方である。その結果としてAWBZの利用者と給付費は膨れ上がり、制度創設時から比較すれば、利用者は実に15倍、給付費は22倍にまでに至った。その反省から、WMOでは「提供ベースのアプローチ (provision-based approach)」に置き換えられている。これまで介護保険制度において保障されていた権利を失ったという面はあるが、一方で、サービスの質の向上をもたらしていると受け止められている。

例えばデイサービスであれば、他よりも優れたサービスを実施しなければ選択されないようになったことから、これまでは対象者が限定され、プログラムも同じものを繰り返していたものが、近隣住民も利用できるように変化し、利用者も一緒に食事を作るようになり、ボランティアの数もずっと増え、地域の才能ある人がプログラムの作成、実施に関わるようになった。何より、「できないことをしてあげる」デイサービスから、「利用者がすることを支える」自立支援型のデイサービスに変化している。



図表8 WMOによるオランダのデイサービスの変化

WMOによるサービスは、家事援助、移送、食事の提供、生活支援、デイサービスなどである(図表9.は、ライデン市のWMOサービスの例)。

- ・介護者支援
- ・ボランティアによる支援
- ・家事援助(掃除、買物、食事用意)
- ・住宅改修
- ・福祉機器(車いす、電動スクーター、運動機器など)
- ・移動
- ・個人に合わせたサポート
- ・アクティビティ
- ・自宅のような設備
- ・シェルター(精神の障害、ホームレス、DV被害者)
- ・金銭に関する支援
- ・社会的きずなの醸成
- ・情報提供、アドバイス、利用者サポート
- ・若者支援
- ・障害者の社会参加の促進
- ・公衆精神保健
- ・中毒に関する政策の促進
- ・DV、虐待(高齢者、児童)
- ・デイサービス

図表9 ライデン市のWMOサービス

(2) ソーシャルヴァイクチーム

WMOは予算に基づく基礎自治体の事業であり、その査定は自治体職員ないしソーシャルヴァイクチーム (Sociaal Wijkteam: SWT) が行う。家事援助やデイサービス、補助器具や住宅改修などコストのかかる支援が必要な場合は、役所のWMO窓口申請して判定を受ける。こうしたWMO窓口への紹介は、SWTやGPからされることが多い。

SWTとは、直訳すれば社会福祉近隣チームという意味である。ソーシャルワーカー、地域看護師、精神疾患の専門家など複数の専門職が連携して地域の様々な生活課題を解決することを目的に2013年頃から設置され始め、2016年現在で約9割の自治体に設置されている。

SWTは、WMOで設置が規定されているわけではなく、また、統一された定義があるものでもないため、各市町村で実状に応じて様々な形態で設置されているが、オランダ市町村連盟によるアンケート調査によるとSWTの概要は以下の通りである。なお、2015年の改革は、高齢者だけではなく、子ども・青少年、精神医療についての改革をも含むものであった。したがってSWTの対象者も幅広い年齢層となっている。

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

図表 10 SWT の概要

SWTの基本姿勢は、①普遍的アプローチ、②「市民に近く、低い敷居」、③多専門職アプローチ、④早期発見と予防である。また、高齢化や障害、病気が原因で起こるさまざまな問題、貧困、就業、住宅から、身体障害、知的障害、精神障害、孤立、虚弱化、ゴミ屋敷、DV、児童虐待まで、市民のありとあらゆる生活上の課題について相談に応じる「総合相談支援窓口」として、窓口の一本化が目指されている。敷居を低くし、アクセスしやすい窓口とすることで、現時点で明確な生活課題を抱えていない市民にも気軽に相談できるよう促し、早期発見と予防の効果を狙っている。なお、市民が SWT に相談する手段としては、電話、近隣の SWT への訪問、インターネットなどがある。

相談は、いわゆる「要介護認定」のような医学的観点も含めた介護の必要度の客観的評価ではなく、しばしば「キッチンテーブルでの会話 (keukentafelgesprek)」と呼ばれるように、自分自身で何ができるか、近隣の人々の助けは得られるか、専門職のヘルプはどの部分で必要かが確認される。なお、医療保険や長期介護保険によるサービスが必要な場合は GP や地域看護師につながれ、また、GP が患者の社会的孤立などに気付いた場合には逆に SWT につなぐ（社会的処方）関係性ができつつある。

アセスメントや支援にあたって重視されている価値は、T型プロフェッショナル、インフォーマルファースト、ストレングス&ウェルビーイング・アプローチである。T型プロフェッショナルとは、専門職でありながらも、市民目線で生活全体を見るホリスティックで広い視点をもつ専門職のことである。相談は多岐にわたり、貧困、無職、精神疾患、あるいは、身体的虚弱化と孤立など、複数の問題を抱える相談が多いため、専門領域に固定化されているとは問題解決がむずかしいからである。

オランダ〈SWT ソーシャル・ヴァイクチーム〉
Sociaal Wijkteam

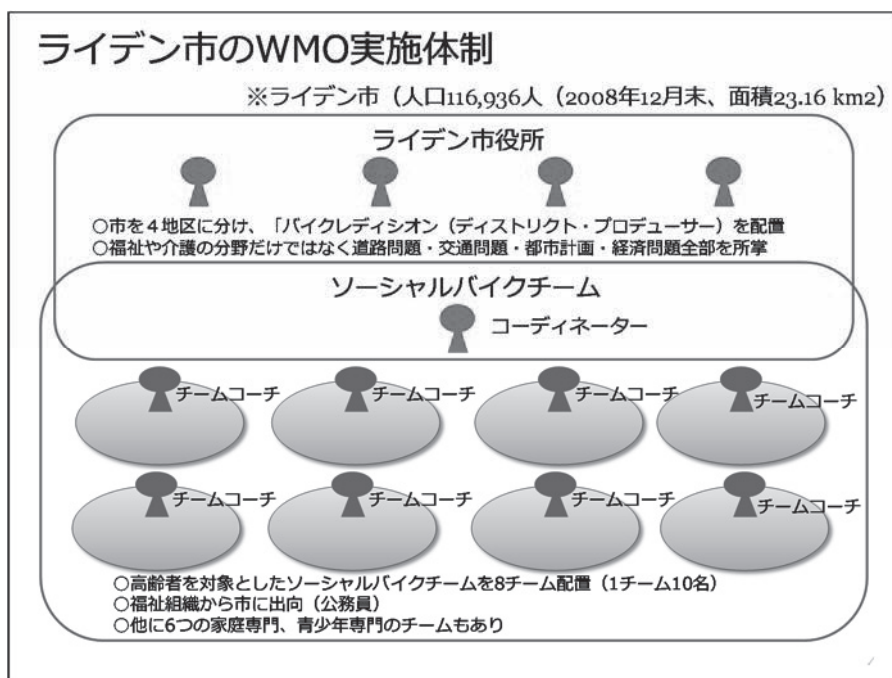
- **機能**
 - 「よろず相談窓口」(普遍的:高齢者・障害者・児童・精神、貧困・依存症・DV・虐待、..)
 - 査定、ケアプラン作成、ケア提供者のコーディネーション、新サービス開発
 - 法的根拠はない。Wmo(自立・参加、)・若者法が対象領域。
- **チームメンバーの資格**
 - ソーシャルワーカー、看護師、精神保健など
 - 専門知識+ジェネラルな生活視点で支援できる(T-Professional)
- **支援の方針**
 - 社会的ニーズ>医療的ニーズ (キッチンテーブル・ミーティング)
 - 「More Happiness, Less Care.」「ヘルプ・セルフヘルプ」「孤立防止」
- **インフォーマル資源の活用・開発**
 - 本人⇒家族⇒近所、地域⇒ボランティア組織(難しい場合は医療保険/介護保険につなぐ)
 - 家族介護者支援にも力を入れる。

図表 11 オランダのソーシャルヴァイクチーム

SWT の実際は自治体によって異なるため、以下、ライデン市の場合を紹介する。

ライデン市の SWT は、査定、新規のケアプラン作成、ケア提供者のコーディネーション、新サービス開発等、さまざまな機能を持っている。ライデン市には 2016 年時点で、1 チーム 10 名の SWT が 8 つ設置され、他に 6 つの家庭専門、青少年専門のチームがある。さらに当面の間、それを管轄するコーディネーターを市役所に 1 名配置している。

スタッフは、元は高齢者アドバイス組織や、ボランティアコーディネーション組織などの職員であり、そこからの出向という形で公務員として雇用されている。各チームの立ち上げにあたっては、最初に市がチームコーチを選択して指名し、チームコーチが中心になって、さまざまな介護福祉組織のスタッフからふさわしい人材を集めてきてチームを形成している。



図表 12 ライデン市の WMO 実施体制

SWT が支援するケースのうち、8割程度は単純なケースで、複数の問題が世帯の中にある場合が 15%、残りの 5% は非常に重度なケースである。単純なケースでは担当したクライアントの問題をスタッフ一人で解決するが、複雑な場合はチームと相談する。さらに複雑なケースではチーム全体の 10 人のミーティングであたるという体制である。

(3) 利用者負担

SWTの相談と支援に関しては無料であるが、家事援助やデイケアは所得に応じた自己負担が生じる。利用者は年齢、世帯員数、所得、資産、1月（4週間）毎のサービス量等によって決定される利用料を支払う。その額は政府により計算方法が示されており、例えば、結婚している引退者で5万ユーロの年金額、5万ユーロの資産を保有する者は、4週間で385ユーロ支払うこととされている。ただし支払額がサービスのコストを上回ることはない。なお、体操教室や茶話会のような介護予防サービスに関する利用料はかからない。

3. ケアマネジメント機能の比較

段階1 サービス提供開始にあたっての相談業務				
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている
項目 1-1：提供サービスを検討するにあたって、介護保険制度、ソーシャルサービスの説明	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GP、SWT、保険会社	<u>制度</u> ZVW <u>担当者</u> まず治療。 病院内の退院担当看護師が、退院前に介護やソーシャルサービスを説明できる	<u>制度</u> ZVW と社会福祉 <u>担当者</u> GP、地域看護師（ベッドへ／からの移動、シャワー、着衣）、社会福祉（ボランティアによる食料品の買い物や調理等の支援）	<u>制度</u> ZVW、WMO、福祉団体 <u>担当者</u> GP、SWT が把握に努め、対応する。可能性が高いのは、ボランティア、活動クラブ、サポート（歩行器のアドバイス）、おそらく車いすの手配、トイレやシャワーの小規模改修
質問：制度説明の際に特定のサービス機関などを利することなく本人中心の考え方をどのように具体化しているか	<u>回答</u> 専門職と利用者間の話し合い	<u>回答</u> 退院前に話し合いはほとんど行われない。 利用者は、担当看護師が必要な手配を行ってくれること、自宅に帰れること、またはナーシングホームへ移ることに非常に満足している。	<u>回答</u> 各専門職によりけり。 利用者は、地域看護の提供事業者を選べることもある。 利用者は、どれくらいのボランティアサービスを希望／必要としているか、自分で選べる。	<u>回答</u> 機器または支援について、利用者は選択できる。ガイドラインはない。
項目 1-2：要介護認定後のサービス提供にあたってのサービス事業者の紹介、援助	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GP、SWT、保険会社	<u>制度</u> ZVW 病院では骨折の診療ガイドラインに基づいて、医師が患者と治療オプションについて話し合える。 退院担当看護師は、自宅で必要なケアについて決める。自宅では、地域看護師と GP が必要な事を決める。	<u>制度</u> ZVW <u>担当者</u> 地域看護師	<u>制度</u> WMO <u>担当者</u> SWT のメンバー、または福祉団体のソーシャルワーカー

		<u>担当者</u> 医師、退院担当看護師、GP、地域看護師		
質問：医療以外の長期介護、ソーシャルサービスの選択を誰がどのように判断しているのか	<u>回答</u> ケアが必要な場合、ZVWであれば地域看護師、WMOであればSWT、本人が福祉団体に連絡してきた場合には当該福祉団体。対応方法は対話。	<u>回答</u> 退院担当看護師が、退院後に自宅で必要なケアを決める。 自宅では、地域看護師とGPが必要な事を決める。利用者が自分で決める機会はあまりない。 ケアへの支払いはZVWおよび／またはWMOから。	<u>回答</u> 地域看護師。 SWTの一員であり、医療以外のケアのレベルを同僚と一緒に評価する。利用者との対話。	<u>回答</u> SWT、福祉団体のソーシャルワーカー。利用者との対話。
項目 1-3：公的な制度以外の社会資源（ボランティアサービス、地域サークル等の情報提供、紹介	<u>制度</u> なし <u>担当者</u> 可能性として、アパートの管理人、教会のボランティア、隣人、救世軍が考えられる。			
質問：その際に本人自身による選択、本人のウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか（自立支援）	<u>回答</u> 専門職以外による支援の場合、アドバイスやインフォーマルケアとしてとらえられる。選択肢の確保は、支援を行う意思のある人のスキルによりけり。			
項目 1-4：長期介護、ソーシャルサービス以外の制度、機関等への紹介、利用援助	<u>制度</u> なし <u>担当者</u> 市民は誰でもアドバイスを提供できる。 自治体では多くの場合、75歳以上の人の自宅を訪問するシニアボランティアがいる。ただしこの多くは、福祉団体の取り組みである。	<u>制度</u> ZVW <u>担当者</u> GP、地域看護師または病院がアドバイスを提供できる。	<u>制度</u> なし <u>担当者</u> 市民は誰でもアドバイスを提供できる。 自治体では多くの場合、75歳以上の人の自宅を訪問するシニアボランティアがいる。ただしこの多くは、福祉団体の取り組みである。	
質問：特定のサービス機関などに偏ることなく本人中心の考え方をどのように具体化しているか（公平性）	<u>回答</u> インフォーマルケアに関するガイドラインはない。			

段階2 サービス提供にあたってのアセスメント				
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている
項目 2-1：サービスを検討するにあたっての面接の実施（自宅等への訪問）	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GP、地域看護師または GP 助手	<u>制度</u> ZVW の後 WMO <u>担当者</u> 退院担当看護師 退院後は地域看護師および GP	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GP 助手、地域看護師、SWT	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GP 助手、地域看護師、SWT、福祉団体
質問：サービスを検討するにあたっての情報収集は誰がどのような方法やタイミングで行っているのか	<u>回答</u> 上記参照。 予約面接後、自宅訪問（状況観察）。 GP または GP 助手による予約後、WMO サービスへの紹介が可能。	<u>回答</u> 上記参照。 予約面接後、自宅訪問（状況観察）。 GP または GP 助手による予約後、WMO サービスへの紹介が可能。	<u>回答</u> 上記参照。 予約面接後、自宅訪問（状況観察）。 GP または GP 助手による予約後、WMO サービスへの紹介が可能。	
項目 2-2：サービスを検討するにあたってのアセスメントの実施	<u>制度</u> ZVW <u>担当者</u> 地域看護師がアセスメントを実施。	<u>制度</u> ZVW <u>担当者</u> 地域看護師がアセスメントを実施。	<u>制度</u> ZVW <u>担当者</u> 地域看護師がアセスメントを実施。	<u>制度</u> ZVW/WMO <u>担当者</u> 地域看護師が、身体介護のアセスメントを実施。 SWT の他の専門職は、住宅改修またはボランティア、デイサービスのアセスメントを行える。
質問：サービスを検討するにあたってのアセスメントにおいて、ウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか（自立支援）	<u>回答</u> 利用者との面接に基づく：本人にどれだけリエイブルメントの意思や、心身の健康改善に取り組む意思があるか？	<u>回答</u> 利用者との面接に基づく：本人にどれだけリエイブルメントや怪我からの回復意思があるか？	<u>回答</u> 利用者との面接に基づく：本人にどれだけリエイブルメントの意思や、支援を受ける意思、または自立し続ける意思があるか？	
項目 2-3：支援の必要性の確認	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> 地域看護師	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> 地域看護師、理学療法士（PT）および GP	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> 地域看護師および／または、住宅改修専門職	
質問：援助の必要性の判断は誰が、どのような基準をもって実施しているのか	<u>回答</u> 専門職のスキル。ガイドラインはない。	<u>回答</u> 専門職のスキル。	<u>回答</u> 専門職のスキル。ガイドラインはない。	

段階3 ケアプランの策定、チームケア				
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている
項目 3-1：サービス種別及び事業所の選択	<u>制度</u> ZVW、WMO、自費 <u>担当者</u> 上記参照。自費サービスの場合、利用者が自己管理。	<u>制度</u> ZVW、WMO、自費 <u>担当者</u> 上記参照。自費サービスの場合、利用者が自己管理。	<u>制度</u> ZVW、WMO、自費 <u>担当者</u> 上記参照。 自費サービスの場合、利用者が自己管理。	
質問：サービス種別及び事業所の選択において誰が情報提供しているか。その際に公正性はどのように確保されているのか	<u>回答</u> 情報提供者は、非営利団体、営利団体(例:車いす提供事業者)またはインターネット。公正性に基づいてはいない(漏斗状のアセスメントはない)。公正性は、ニーズおよびサービスの利用可能性に基づく。	<u>回答</u> 情報提供者は、非営利団体、営利団体(例:車いす提供事業者)またはインターネット。公正性に基づいてはいない(漏斗状のアセスメントはない)。公正性は、ニーズおよびサービスの利用可能性に基づく。	<u>回答</u> 情報提供者は、非営利団体、営利団体(例:車いす提供事業者)またはインターネット。公正性に基づいてはいない(漏斗状のアセスメントはない)。公正性は、ニーズおよびサービスの利用可能性に基づく。	
項目 3-2：サービス事業所への事前調整、紹介、情報提供等	<u>制度</u> ZVW、WMO、自費 <u>担当者</u> 地域看護師、GP 助手、ソーシャルワーカー、または営利団体の職員	<u>制度</u> ZVW、WMO、自費 <u>担当者</u> 退院担当看護師、地域看護師、GP 助手、PT、または営利団体の職員	<u>制度</u> ZVW、WMO、自費 <u>担当者</u> 地域看護師、GP 助手、ソーシャルワーカー、ボランティアコーディネーター、または営利団体の職員	
質問：サービス事業所への事前調整においてウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか(自立支援)	<u>回答</u> 利用者および近親者の目標によりけり。これは地域看護師の在宅ケア計画に記されることがある。	<u>回答</u> 利用者および近親者の目標によりけり。これは地域看護師の在宅ケア計画に記されることがある。	<u>回答</u> 利用者および近親者の目標によりけり。これは地域看護師の在宅ケア計画に記されることがある。	<u>回答</u> 利用者および近親者の目標によりけり。これは地域看護師、ソーシャルワーカーまたはPTの在宅ケア計画に記されることがある。
項目 3-3：ケアプラン原案作成、交付等	<u>制度</u> 項目 3-2 参照			
質問：課題や目標、サービス内容においてウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか(自立支援)	<u>回答</u> 利用者および近親者の目標によりけり。これは地域看護師の在宅ケア計画に記されることがある。	<u>回答</u> 利用者および近親者の目標によりけり。これは地域看護師および/またはPTの在宅ケア計画に記されることがある。	<u>回答</u> 利用者および近親者の目標によりけり。これは地域看護師および/またはPTの在宅ケア計画に記されることがある。	<u>回答</u> 利用者および近親者の目標によりけり。これは地域看護師および/またはPTまたはソーシャルワーカーの在宅ケア計画に記されることがある。

<p>項目 3-4：サービス担当者会議の実施</p>	<p><u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GPを含む SWT</p>	<p><u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GPを含む SWT PT</p>	<p><u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GPを含む SWT／ または PT</p>	<p><u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GPを含む SWT、および／またはPTまたはソーシャルワーカー</p>
<p>質問：他の機関との連絡調整において自立支援に向けて誰がどのように調整しているのか</p>	<p><u>回答</u> GP または地域看護師。 認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わる ことができる。</p>	<p><u>回答</u> GP または地域看護師</p>	<p><u>回答</u> GP または地域看護師</p>	<p><u>回答</u> GP または地域看護師。 認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わる ことができる。</p>

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等				
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている
項目 4-1:モニタリング (サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況のチェック)	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> 担当の地域看護師。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> 担当の地域看護師および/または PT	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> 担当の地域看護師および/または PT、またはボランティアコーディネーターまたはソーシャルワーカー。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> 担当の地域看護師および/または PT、またはボランティアコーディネーターまたはソーシャルワーカー。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。
質問:支援の実施や頻度について、誰がどのように評価しているか(ウェルビーイング確保、リエイブルメント実施の視点で)	<u>回答</u> 利用者の改善状況または状態に基づく。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。	<u>回答</u> 利用者の改善状況または状態に基づく。	<u>回答</u> 利用者の改善状況または状態に基づく。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。	<u>回答</u> 利用者の改善状況または状態に基づく。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。
項目 4-2:すでに実施されているサービスの変更、調整	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GP、地域看護師、PT または、利用者のウェルビーイングやリエイブルメントで担当部分を担う他の専門職。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GP、地域看護師、PT または、利用者のウェルビーイングやリエイブルメントで担当部分を担う他の専門職。	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GP、地域看護師、PT または、利用者のウェルビーイングやリエイブルメントで担当部分を担う他の専門職。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。	<u>制度</u> ZVW、WMO <u>担当者</u> GP、地域看護師、PT または、利用者のウェルビーイングやリエイブルメントで担当部分を担う他の専門職。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。
質問:サービス変更時には誰が、どのような理由で行っているのか	<u>回答</u> 各専門職が、利用者と一緒に決める。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。	<u>回答</u> 各専門職が、利用者と一緒に決める。	<u>回答</u> 各専門職が、利用者と一緒に決める。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。	<u>回答</u> 各専門職が、利用者と一緒に決める。認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。

<p>項目 4-3: 支援計画 記録の作成</p>	<p><u>制度</u> ZVW、WMO</p> <p><u>担当者</u> すべての専門職には、独自の記録やシステムがある。これらのシステムはお互いやり取りすることもあるが、そのようなケースは多くない。 認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。</p>	<p><u>制度</u> ZVW、WMO</p> <p><u>担当者</u> すべての専門職には、独自の記録やシステムがある。これらのシステムはお互いやり取りすることもあるが、そのようなケースは多くない。</p>	<p><u>制度</u> ZVW、WMO</p> <p><u>担当者</u> すべての専門職には、独自の記録やシステムがある。これらのシステムはお互いやり取りすることもあるが、そのようなケースは多くない。 認知症の場合、認知症ケアマネジャーが関わるができる。</p>
<p>質問：記録の活用 (公正性の確保やウェルビーイング確保、リエイブルメント実施にむけて)</p>	<p><u>回答</u> ZVW からの支払いを受けるには、記録が必要である。 WMO でも記録が求められる。 公正性の確保については、特にない。利用者の目標に基づいて、必要なサービスが提供される。</p>		
<p>(質問) 支援ケアプランに対する評価は誰が、どのような基準で行っているのか (QOL 向上、GP 訪問回数減など)</p>	<p><u>回答</u> ZVW については、保険会社が記録のサンプルを求めることができる。重大事故の場合には、調査官も特定の記録を求めることができる。 GP、地域看護師、PT および/または他の療法士の訪問回数が記録される。 ケアの質に関する質問はなし。</p>		

5. その他 周辺業務

(以下、制度上は日本の介護支援専門員の責任業務ではないが事実上サービスが行われている事項)

	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。認知症なし、配偶者あり	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。認知症なし、配偶者なし	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。認知症あり、配偶者なし	骨折による急性期認知症なし、独居	ADLはおおむね自立だがIADLに問題がある認知症あり、独居	ADLはおおむね自立だがIADLに問題がある認知症なし、独居	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている。配偶者は軽度の障害がある
以下の枠内に貴国では誰が主に行っているかをご記入ください。							
5-1 住宅改修への支援	台所、風呂、トイレ、または階段昇降機について：自治体または建物所有者の職員で、ニーズを評価しそれを改修に落とし込む特定のスキルがある人。介護用ベッドや車いす等の貸与または販売を行う店舗の職員。		介護用ベッドや車いす等の貸与または販売を行う店舗の職員。	同右。	ケアマネジャー(日本でいうサービス提供責任者)も支援できる。	台所、風呂、トイレ、または階段昇降機について：自治体または建物所有者の職員で、ニーズを評価しそれを改修に落とし込む特定のスキルがある人。介護用ベッドや車いす等の貸与または販売を行う店舗の職員。	
すべてのケースで、地域看護師がコーディネートできるが、支援は地域看護師の業務範囲外である。							
5-2 GP、ホームドクターへの情報提供、受診支援	ZVWまたはWMOから支払われる、地域看護師および/またはPTまたは他の専門療法士	ZVWまたはWMOから支払われる、地域看護師および/またはPTまたは他の専門療法士、およびケアマネジャー	ZVWまたはWMOから支払われる、地域看護師および/またはPTまたは他の専門療法士	ZVWまたはWMOから支払われる、地域看護師および/またはPTまたは他の専門療法士、およびケアマネジャー	ZVWまたはWMOから支払われる、地域看護師および/またはPTまたは他の専門療法士、およびケアマネジャー	ZVWまたはWMOから支払われる、地域看護師および/またはPTまたは他の専門療法士	
5-3 病院への情報提供、カンファレンス出席(入退院時)	GP	GP	GP	GP	GP	GP	GP
5-4 障がい分野に関する利用手続き支援	ZVWに関する主な申請は、GPが行う。ZVWに関する申請は、地域看護師が行う。	同左。ケアマネジャーが看護師の場合、その人も申請を行える。	ZVWに関する主な申請は、GPが行う。ZVWに関する申請は、地域看護師が行う。	同左。ケアマネジャーが看護師の場合、その人も申請を行える。	ZVWに関する主な申請は、GPが行う。ZVWに関する申請は、地域看護師が行う。	ZVWに関する主な申請は、GPが行う。ZVWに関する申請は、地域看護師が行う。	

5-5 公的扶助に関する支援や利用手続き	多くの場合、ソーシャルワーカーだが、ボランティアコーディネーターまたは地域看護師も可能。	多くの場合、ソーシャルワーカーだが、ボランティアコーディネーター、地域看護師またはケアマネジャーも可能。	多くの場合、ソーシャルワーカーだが、ボランティアコーディネーターまたは地域看護師も可能。	多くの場合、ソーシャルワーカーだが、ボランティアコーディネーター、地域看護師またはケアマネジャーも可能。	多くの場合、ソーシャルワーカーだが、ボランティアコーディネーターまたは地域看護師も可能。
5-6 民間サービス、ボランティアによるサービス等の手続き支援	利用者本人、配偶者、ソーシャルワーカー、ボランティアコーディネーターまたは地域看護師	利用者本人、ソーシャルワーカー、ボランティアコーディネーターまたは地域看護師	利用者本人、家族、ソーシャルワーカー、ボランティアコーディネーター、地域看護師またはケアマネジャー	利用者本人、ソーシャルワーカー、ボランティアコーディネーターまたは地域看護師	利用者本人、ソーシャルワーカー、ボランティアコーディネーター、ボランティアコーディネーター、地域看護師またはケアマネジャー
5-7 住居に関する支援や利用手続き支援	SWTの担当者				
5-8 公共料金等の支払い等への対処、アドバイス	SWTの担当者またはボランティア				
5-9 消費トラブルに対する支援	多額の負債がなければ非営利の専門職				
5-10 訪問時に対象者の支援（至急必要なものの買い物、着替え）を行う	ボランティア				

4. 資格/教育/キャリア

1) 介護職、看護職

オランダでは、1997年に介護職と看護職の資格制度が一元化され、介護職から看護職へとキャリアアップできる段階別の資格制度が導入された。レベル1、2、3が介護職、レベル4と5が看護師に該当する。

レベル1の介護職は、利用者宅、ケアホーム、ナーシングホームで食事の準備や他の家事支援を行うことができる。

レベル2の介護職はベッドへ／からの移動や衣服着脱、シャワー浴、入浴等、身体介護も提供することができる。

レベル3のスタッフはスケジュール作成、個別化された家事及び介護計画の作成、報告作成をすることができる。

レベル4の看護師は、中等職業教育（MBO）学校での最高レベルを修了した者である。看護計画の策定や身体及び心理社会的看護を提供することができる。

レベル5の看護師は、高等職業教育（HBO）機関での受講や訓練を実施後に看護の学士号を取得した者である。レベル4と5の看護師の主な違いは、レベル5の看護師は調整やマネジメントを中心に学習し、具体的な科学的知見を実践に移すことができる点である。なお、看護の学士で学ぶ学生は、老年医学・小児科・精神医学・病院ケア及び「社会的看護（予防、ワクチン接種、健康アドバイスに関するもの）」を専攻できる。レベル5の看護師は上級看護実践の修士号を取得後、ナース・プラクティショナー（Nurse practitioner, NP）になることもできる。NPは外来診察所で診断や薬を処方することができる。NPは多くの場合、一般医のそばで働いており、主に慢性疾患の人を対象としている。

また、レベル4と5の看護師はともに、修士号を取得後に専門看護師（nursing specialist）となれる。専門看護師は、患者の治療（例：注射、薬の処方）を行ったり、より独立した形で仕事を行う権限を有する。BIGに関する法の中で、専門看護師には5つの専門分野（予防、急性期、集中、慢性、メンタルケア）が保護されている。

2) ソーシャルワーカー

オランダにおいてソーシャルワーカーという名称の中にはいくつかの職種が含まれている。

- ・社会文化ワーカー（Sociaal-Cultureel Werker）MBO レベル4
- ・社会福祉サービス提供者（Sociaal-Maatschappelijk Dienstverlener）MBO レベル4
- ・社会財務サービス Sociaal Financiële Dienstverlening）HBO 準学士

- ・ ケアソーシャルワーク (Sociaal Werk in de Zorg) HBO 準学士
- ・ ソーシャルワーク (Social Work) HBO レベル
- ・ 社会法務サービス (Sociaal Juridische Dienstverlening) HBO レベル

なお、近年の「福祉国家」から「参加型社会」への変革と、専門職個人での対応からチームによる対応への変化により、ソーシャルワーカーの役割は「脱専門職化 de-specialization」に向かっているとも言われている。

3) 専門職の倫理、説明責任

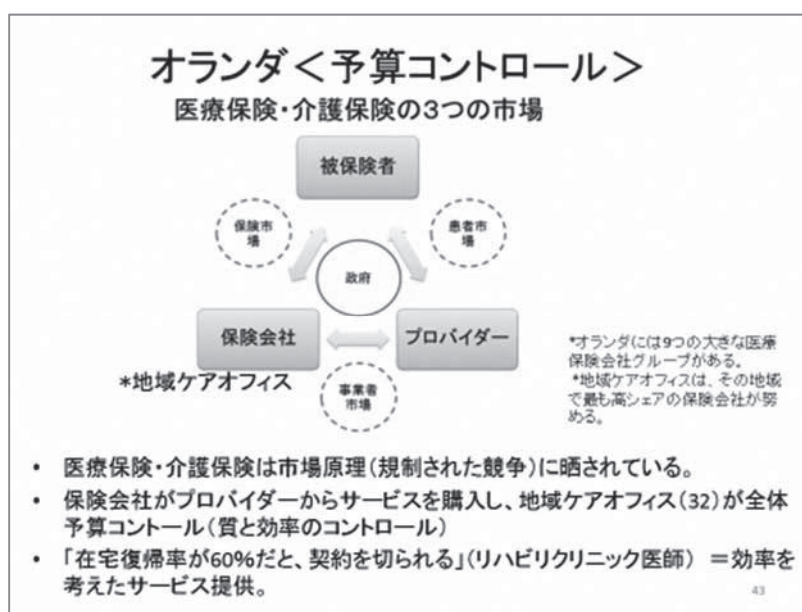
専門職が加入する団体が科学的研究の結果や原理研究の証拠に基づいて自ら規則を定めている。団体ではまた、倫理や説明責任の規定を独自で設けている。専門職がこれらの規定に従わなかった場合には、当該専門職として働く有資格者の公式リストから外される可能性がある。

5. ケアマネジメント機能における公正中立の確保、サービス選択支援、監査／評価

日本の各種介護保険サービスが、その性質から ZVW、WLZ、WMO の 3 つの制度に区分され、提供されるオランダではあるが、それでも、それら全体をマネジメントする職種は存在しない。オランダでケアプランとはプロバイダーで作成される個別サービス計画であり、ケアマネジャーとは言わばサービス提供責任者のことである。

また、ZVW、WLZ においてプロバイダーを選択するのはあくまでも本人であり、サービスの選択における「公正・中立の確保」という課題自体が存在しない。さらに、WMO においては SWT がサービス選択を支援するが、どのプロバイダーを選択するかを支援するのではなく、そもそもサービス選択の優先順位として、まずは本人・家族、次に近隣・地域、さらにボランティア組織、それでも難しければ家事援助やデイサービス等とされており、予防やエンパワーメントを支援するために設置されている。家事援助やデイサービスの利用の可否も予算制約のもと自治体が決定するものであり、WMO は日本の総合事業とコンセプトにおいて類似する点が多く、SWT も地域包括支援センターや生活支援コーディネーターなどの機能と重なる点があるが、給付管理業務がない点が全く異なる。

なお、プロバイダーのサービスの質の確保については、オランダは以下の 3 つの市場で市場原理を機能させることによって担保している。被保険者は「保険市場」において保険会社を選択するため、保険会社は「事業者市場」において、効果的効率的な給付を行うプロバイダーと契約しようとする。プロバイダーは保険会社と被保険者に選ばれるよう、やはり効果的効率的な給付を行おうとするので、被保険者は「患者市場」においてプロバイダーを自由に選ぶが、悪質なプロバイダーと契約している保険会社は保険料が高いため、保険会社ごと乗り換えてしまうのである。



図表 10 オランダ〈予算コントロール〉医療保険・介護保険の3つの市場

6. オランダのまとめ

- ・オランダでは、日本における訪問看護、身体介護は医療保険（ZVW）がカバーし、施設は長期介護保険（WLZ）がカバーし、それ以外の家事援助、デイサービス、福祉用具等は市町村の事業（WMO）がカバーしている。
- ・それぞれの査定は、ZVW は地域保健師が決定、WMZ は CIZ の査定のもと地域ケアオフィスが最終決定、WMO は SWT の支援のもと自治体が決定する。
- ・ZVW、WMZ のケアプラン（個別サービス計画に相当）は、プロバイダーのケアマネジャー（サービス提供責任者に相当）が作成する。そこでは、アセスメントからモニタリングまで日本と類似したプロセスでケアマネジメントが行われており、その質は保険会社の厳しい監査を受ける。
- ・WMO は SWT が支援するが、まずは本人・家族、次に近隣・地域、さらにボランティア組織、それでも難しければ家事援助やデイサービス等という順でサービスが選択される。家事援助やデイサービスの利用の可否も予算制約のもと自治体が決定する。
- ・それらをトータルにマネジメントする日本の介護支援専門員に相当する職種は存在しない。なお、複数の慢性疾患を有する場合などは GP が調整を担い、複数のケア提供者の調整が必要な場合は地域看護師がマネジメントを行う場合がある。なお、認知機能低下者については、特にオランダは制度が分化しているため、ZVW に認知症ケースマネジャーが置かれ、マネジメントを行う。
- ・疾病に関する相談は日常的に GP が受けており、社会サービスに関する相談はあらゆる生活上の課題について相談に応じる「総合相談支援窓口」として SWT が設置され、また、各種福祉団体も相談に応じている。日本において介護支援専門員が事実上、実施しているソーシャルワーク的な周辺業務については、一部を SWT が担い、在宅医療介護連携については GP や地域保健師、PT など、インフォーマルサービスについてはソーシャルワーカーやボランティアコーディネーターなどが担っている。

- ・ 自立支援については、専門職は働きかけるが最終的には本人次第とされている。ただし、WLZ の査定において回復可能性のある者はそもそも対象にならず、また、WMO においては「権利ベースのアプローチ」から「提供ベースのアプローチ」に置き換わり、まずは本人ができることを生かすことが最優先されることから、制度的に自立支援が促されるように改正されたと言える。
- ・ 以上から、オランダでは、「偏った事業所の斡旋」「適切なアセスメントをしない」「利用者の権利を無視するようなケアマネジメント」といった、ケアマネジメントにおける「公正中立性の確保」という課題自体が構造的に生じない。

【参考資料】

国際長寿センター 『平成 30 年度多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する研究事業報告書』

国際長寿センター 『平成 29 年度 先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究事業報告書』

Speech from the Throne 2013 Speech | 17-09-2013

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

Innovating Long-Term Care for Older People

https://hsr.mumc.maastrichtuniversity.nl/sites/intranet.mumc.maastrichtuniversity.nl/files/hsr_mumc_maastrichtuniversity_nl/public_news_events/e-book_dissertatie_theresa_thoma_without_ch_6_due_to_publishing.pdf

Healthcare in the Netherlands

<https://www.government.nl/binaries/government/documents/leaflets/2016/02/09/healthcare-in-the-netherlands/healthcare-in-the-netherlands.pdf>

Opleiding sociaal werk

<https://www.youchooz.nl/werkvelden/sociaal-werk-opleiding-sociaal-werk>

Dat vak dat je leerde, dat is niet meer: Hoe maatschappelijk werkers in Nederland denken over de-professionalisering

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691457.2017.1399255>

評価機関 Keurmerk のホームページ

<http://www.keurmerknederland.com/>

オランダ全般

介護保険制度の持続可能性：オランダ・ドイツからの示唆

http://report.jbaudit.go.jp/effort_study_mag/2018_sw.pdf

Health system review, Netherlands

https://guusschrijvers.nl/wp-content/uploads/2016/12/HIT_Netherlands.pdf

IV. ドイツ

1. 高齢者支援の原則、サービス・支援の流れ

1) 高齢者支援の原則

ドイツ 社会法典第 11 編—公的介護保険 抜粋

第 1 条 公的介護保険

(1) 要介護状態となるリスクへの対策を社会的に講じるために、新しい独自の社会保険の柱として、公的介護保険の制度を創設する。…

第 2 条 自己決定

(1) 介護保険の給付は、要介護者が、支援を必要とする状態にあるにもかかわらず、可能な限り自立し、かつ、自己決定して、人間としての尊厳に適う生活を送ることができるように、要介護者を支援するものとする。…

第 3 条 在宅介護の優先

介護保険は、その給付により、要介護者が可能な限り長く在宅でいられるように、在宅介護並びに親族及び隣人の介護の意思を優先的に援助するものとする。部分施設介護及びショートステイの給付は、完全施設介護の給付に優先する。

第 4 条 給付の種類及び範囲

(1) 介護保険の給付は、身体的介護の措置、介護上の世話措置及び家事支援への需要に対する役務給付、現物給付、現金給付及び費用償還であって、この社会法典が定めるものとする。給付の種類及び範囲は、要介護状態の重度及び在宅介護、部分施設介護又は完全施設介護の別に基づいて決定する。

(2) 在宅介護及び部分施設介護においては、介護保険の給付は、家族、隣人又は他のボランティアによる介護及び世話を補う。部分施設介護及び完全施設介護においては、要介護状態の種類及び重度に応じた介護供給のために必要な費用（介護費用）について、要介護者の負担が軽減されるが、宿泊及び食事に係る費用は、要介護者の自己負担とする。

(3) 介護金庫、介護事業者及び要介護者は、実効的かつ経済的に給付を行い、必要な範囲に限り給付を請求するよう、協力しなければならない。

第 5 条 [入所] 介護施設における予防給付並びに予防及び医学的リハビリの優先

(1) 介護金庫は、要介護状態の被保険者及び介護事業者の参加の下に、健康状態の改善並びに健康上の資源及び能力の強化のための提案を行い、その実施を援助することにより、公的介護保険の被保険者のために、第 71 条第 2 項に規定する入所介護施設において予防給付を行うものとする。…

第 6 条 自己責任

(1) 被保険者は、健康を意識した生活、予防措置への早期の参加並びに治療及び医学的リハビリ給付の積極的な受給により、要介護状態の回避に貢献するものとする。

(2) 要介護者は、要介護状態の発生後、要介護状態の克服及び軽減並びに悪化の阻止のために、医学的リハビリ給付及び脳活性化介護を受けなければならない。

(国立国会図書館 渡邊富久子訳)

1995年、高齢化が進む中要介護へのリスクに対する5つ目の社会保険として、ドイツで介護保険が導入された。

社会保険制度型の介護保険を持つ日本も導入時に参考としたとされるが、ドイツの社会保障の原則の一つである補完性原則や、これに基づく家族よる在宅の優先および部分保険原則、社会扶助制度や医療保険との関係など、制度設計における考え方に明確な違いも見られる。これらはまたドイツと日本のケアマネジメントの発展および、目的・重点の相違にも繋がることから、第一項でまずドイツの社会保障と介護保険制度の考え方を概観したい。

(1) 補完性原則と介護保険

ドイツでは、病気や失業、老いといった個人では克服できないリスクや困窮時に対する社会保障のあり方を形成する3つの原則がある。(社会)保険原則、社会福祉原則、援護原則である。介護保険は、公的医療保険や公的年金保険とともに保険原則に相当し、原則支出は保険料によって賄われている。社会扶助(生活保護)は社会福祉原則に相当し、税財源である。

これに加え、個人の社会保障をどの社会単位が責任をもつのかを決める原則がある。補完性(Subsidiarität)の原則である。これはキリスト教カトリックの社会倫理に由来する考え方であり、「より小さな単位が優先」される。具体的には例えば、家族または民間および非営利団体による支援が国・自治体の支援に優先されることを意味する。(Schmid 2012)

要介護のリスクに対する社会保障である介護保険でも、この補完性の原則が重要な役割を果たす。

設立当初から公的財源の支出に制限を設ける意図の下、介護保険給付は部分保険として設計されている。ニーズを全般的にカバーすることになっている公的医療保険とは異なり、在宅介護であろうと入所介護であろうと保険給付上限が介護ニーズを万遍なくカバーすることは想定されていない。介護支出全体で介護保険が負担する率は40%、個人が35%、自治体などによる公費は約10%である(Braeseke et al. 2015)。自己負担、および家族をはじめとする社会・地域のネットワークがないとニーズは賄いきれないことが見てとれる。家族などによる支援が無い上に、事業者によるサービスに対する費用を払う財力が無いとなっではじめて、補完性原則に基づき、市町村が所管する社会扶助がこれを補う。さらに社会扶助を受けるには、本人はもちろん、子供を含む家族の財力も査定される(Gerlinger/Röber. 2012)。

また、事業者による在宅介護もしくは入所型施設介護の現物給付に並び、家族等の身内での介護に対する現金給付がある。このような枠組みの中で、所得が高くない要介護者の多く

は、自己負担が伴う事業者のサービス、すなわち現物給付を避け、現金給付を受けての身内による在宅介護を選ぶ傾向が強い。さらに世話が必要だがしてくれる家族がない、もしくは世話になりたくない要介護者は、金銭的余裕があればサービス付き高齢者用住宅に住みながら在宅介護サービスを受けるであろう。

入所介護施設は生活の質といった面から人気は低く、一般に最後の手段とよく言われている。その上利用者の自己負担も非常に重い。ドイツの年金生活者にとっての主な収入源は公的年金であるが、公的年金の代替率は48%。連邦政府によれば年金受給者の48%の公的年金は月800ユーロ以下だ(2016年)。女性にあつてはこの率が68%にもなる。対する入所介護施設の自己負担は全国平均で1772ユーロ、ホテルコスト等を除いた介護費用だけをみても593ユーロだった(2018年。代替金庫連合)。ちなみにドイツの介護保険は介護費用分だけしか償還せず、ホテルコストおよび投資費用は収入に関わらず全額自己負担だ。在宅介護への償還上限額もほとんど同じであることから、施設入所の経済的インセンティブは少ない。

もしも本人が希望するようなことがあれば、社会扶助で自己負担を補いながら介護施設に入ることも可能だが、前述のように家をはじめとする財産を切り崩し、加えて場合によっては子供も含む家族も財政支援をした上でのこととなる。たとえ家族が入所を希望したとしても、自らの所得が低ければ自己負担分を賄うのは容易ではない(Bundesministerium für Familie. 2016)。所得が多くない家族にとっては、介護のために労働時間を短縮し、介護保険から現金給付を得る方が損失が少ないという結果になる。

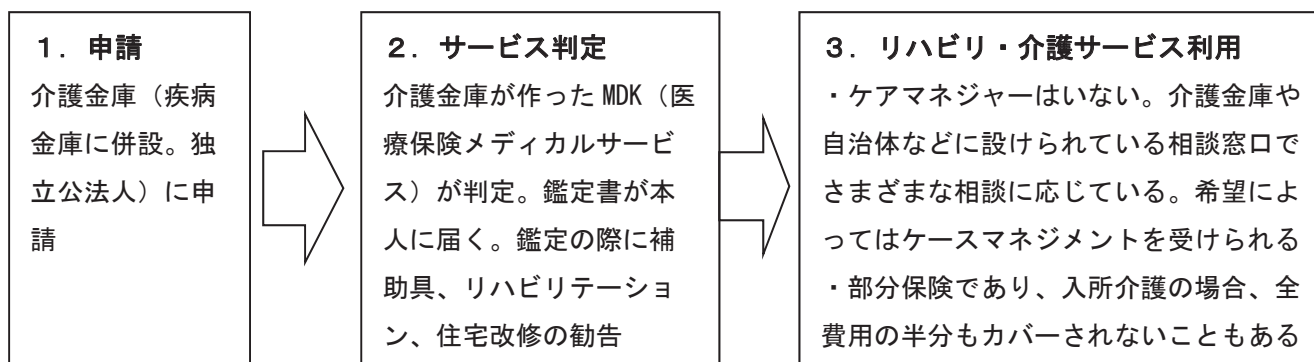
半面、機会費用が高くつくほどの収入がある子供の多くは、在宅であれ入所であれ親の介護を事業者に頼むだろう。実際、介護を引受けるために自らの就労を短縮また中止する確率は所得が低い家族の方が所得の高い家族よりも高いという報告がある(Bundesministerium für Familie. 2016)。入所介護施設よりも多少安くつくことから、現金給付を流用するなどしながら東欧出身の出稼ぎの家事労働者を住み込みで雇い介護・世話を頼む家族も増えている。こちらもしかして自己負担は決して少なくないことから、一定以上の所得のある家族でないと利用できないとされる。

こういったことから受給者の約半数が現金給付を選び家族等による介護を受けており、その割合は近年ほぼ変わっていない。

図表1 社会介護保険 給付・介護の種類ごとの受給者数 2017年平均 出典：連邦保健省

給付の種類	受給者介護度					合計数
	1	2	3	4	5	
介護現物給付		72,321	44,061	26,769	12,031	155,182
介護現金手当		870,589	446,656	182,178	67,046	1,566,489
現金と現物の組合せ		212,232	154,236	73,708	28,992	489,168
デイおよびナイトケア		22,450	35,979	27,067	7,688	93,183
介護者を代替する在宅ケア		12,320	10,491	7,499	1,194	31,504
ショートステイ		9,272	9,287	5,491	1,925	25,974
短時間の介護者代替ケア		56,747	53,344	33,391	17,963	181,445
在宅合計（複数回カウントも含む）		1,255,931	754,054	356,103	136,839	2,502,925
完全入所介護	2,341	140,291	216,718	220,580	131,996	711,926
完全入所介護（障害者施設）		62,625	35,559	19,965	8,402	126,552
入所合計	2,341	202,916	252,277	240,545	140,398	838,478
総計（複数回カウントも含む）	2,341	1,458,847	1,006,331	596,648	277,237	3,341,403

2) ドイツの介護サービスの利用の流れ



財源：給与の3.05%（被用者は原則労使折半。子供のいない人は3.3%）

サービス内容

在宅介護給付、介護用品・補助具、住宅改造、デイケア・ナイトケア・ショートステイ、施設介護、負担軽減手当（有償ボランティア・世話サービス用）、入所者負担定額（入所負担額に上限を設ける）等。有償ボランティア等が従事している認知症者を対象とした「敷居の低いサービス」は、負担軽減手当の利用例の一つ。要介護度ごとの支給限度額あり

図表2 ドイツの介護サービスの流れ

3) 介護保険の概要

- ・介護保険は 1995 年施行された。連邦保健省が所管しており、介護金庫（医療保険者である疾病金庫の別組織）が運営主体である。年齢による制限はない。保険料によって運営し、国庫負担はない。
- ・サービスの実施は、主に民間の非営利団体。宗教系、中小福祉団体系、労働団体系等。サービス提供機関は州が認可。管理者の資格要件や従事者への研修は州で定める。

図表 3 介護保険の介護度と給付額（2017 年 1 月以降）（単位：ユーロ）

給付種類	介護度 1	介護度 2	介護度 3	介護度 4	介護度 5
現金給付（在宅）		316	545	728	901
現物給付（在宅）		689	1298	1612	1995
代替介護（年 6 週まで） （上段：近親者等、下段：その他のもの）		474	817.50	1,092	1,351.50
		1,612			
負担軽減手当*（在宅、償還）	125				
現物給付（入所）	125	770	1262	1775	2005
入所者（介護度 2～5）負担定額* （全国平均見通し）		580			

*負担軽減手当：日常生活能力に大きな支障のある人の家族が、例えば有償ボランティアによる通所もしくは在宅の世話サービスを利用した際に、領収書と引き換えに最高 125 ユーロ/月まで償還を受けられる。支援内容は、認知症者の世話（見守りなど）が中心だが、改革により最近では家事や買い物までバリエーションが広がってきている。

*入所者負担定額：ドイツではホームごと、および要介護度によって介護料金が異なる。これまでは要介護度が高いほど自己負担額が増える仕組みになっていたが、2017 年から介護度 2～5 共通の上限が設けられた。対象は介護料金であり、食費・居住・投資費は対象外。

*表以外に住宅改造手当もある。

2017 年におけるドイツの介護鑑定の改定

鑑定者は医療・看護・介護専門職で、本人からの依頼により MDS が調査する。

- ・2015 年～2019 年に保険料が 2.05%から 3.05%に増え、給付もそれに伴って拡大した
- ・2017 年 1 月 1 日に介護鑑定の制度改定があった
- ・日本も含め他国の鑑定も参考にして新しい鑑定のツールを開発
- ・見直して精神的なまた認知上の事柄を身体的な障害と同等に扱う
- ・以前は介護の手間（時間）を重視。今では介護の手間（時間）は何の役割も果たさない
- ・本人に何が出来るか、何ができないか、生活分野の活動上の自立度を見る
- ・6つのモジュールからなっている

< 6つのモジュール：各生活分野が比重をかけて考慮される >

15% 認知能力、コミュニケーション能力、行動および精神保健面の問題

10% 運動能力

40% セルフケア（身体ケア、食事等）

20% 病気または治療関連要件への対処

15% 日常生活および社会生活の設計

2. 財源、サービス／支援内容、利用者負担の概要

1) 従来の介護保険制度を超えた要介護者・要支援者支援の必要性

上記のように家族介護を基盤にしてきたドイツの介護制度であったが、少子高齢化にともなう労働力不足や女性の就労率の向上、労働の流動性の高まり、家族関係の変化などにより、家族による介護を維持するのが難しい環境になってきている。また介護保険導入後は、介護における市町村の影響力が弱まったこともあり、関係主体間の連携が弱く、地域での総合的な高齢者支援体制が十分に発展してこなかった（独連邦議会 Deutscher Bundestag 2017）。これは、介護供給の確保が主に保険者である介護金庫に委ねられたこと、およびサービスインフラ整備が主に市場原理下でなされてきたことに原因があるとされる（Landsberg. 2016）。ケアマネジメントを含む介護相談事業も、主に介護金庫に任されてきた。

日本と比較するとドイツの介護保険は中重度者に主眼がおかれ、予防策も出遅れている（服部 2017）。また前述したよう介護保険の現物給付は全人的な介護・世話は保証しないこともあり、さらには現金給付という促進剤も手伝い家族介護が中心的役割を果たしてきた。介護の社会化を目指し発足した日本の介護保険とは出発点が異なっている。

家族介護に頼れなくなる中で従来の介護制度を維持するために、先に連邦政府の依頼により高齢者レポートを作成した有識者たちは、市町村には生活の質を共同体の中で実現するという新たな役割を、また国にも新たな補完性原則を求めている。新しい補完性の解釈では、家族だけでなく、近所、知り合い、ボランティアを含めた「小生活圏 (kleiner Lebenskreis)」が自己運営や世話の責任単位とされる。従来の補完性原則であれば国はこの小生活圏に責任を負わせ、それが不可能な時だけ支援すればよい、としたりするが、その有効な形成にも責任を負うべき、とされる。

在宅介護優先の方針は変えず、小生活圏で家族、近所、知り合い、ボランティア、および事業者による在宅での混合介護アレンジメントの体系的な促進が構想されている。その際、介護金庫ではなく市町村がこれを可能にするためのケースマネジメントを管轄すべきとする。また小生活圏の責任範囲は、介護だけではなく、予防・健康増進・緩和ケアも含む医療、住居、モビリティ、各種（ボランティア）活動にもおよぶ（Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen & Jugend 2017）。ケースマネジメントの目的も、サービスの組合せに留まらず、地域の住宅・社会空間計画なども視野に入れた、小生活圏の共同体による高齢者の世話の実現と解釈できる。

2017年には介護における市町村の役割強化を意図した第三次介護強化法が発効になった。ここでは介護相談の整備が主要課題として位置づけられた。同法施行に際し 当時の連邦保健大臣グレーヘ氏は、介護における地域の役割強化を以下のように強調した。「私たちは支援が要介護者とその家族の個人的ニーズによりよく適合したものなるようしていく。そのためには相談事業の改善が必要だ。相談事業は地域で行われるものだ。第三次介護強化法により私たちは、地域での相談を拡張し、介護給付と市町村が高齢者へ提供するサービスの噛み合わせを改良していく」（連邦保健省 HP）。

またドイツの在宅介護の給付内容は基本的に、要介護者および家族ほか身内が決める。しかし入所に対する在宅優先原則の下、過去何回かの介護改革により主に在宅介護の負担軽減および支援のための給付が拡大・多様化され、給付・サービスの選択が難しくなっている。各種支援措置の利用を促すためにも、利用者向け相談事業の強化が急務になっている。第三次介護強化法では、今後5年かけて60のモデル市またはモデル郡でのワンストップサービス型の総合的な介護相談構造の整備とその評価が実施されることになった。さらにこれまで介護金庫が音頭をとってきた地域の介護相談機関である介護支援センターの設立も、今後5年の時限付きで適度に出資を行う限りにおいては市町村がイニシアチブをとることができるようになった。

試行期間だけでも5年と先は長い、既に総合的な支援体制の整備に着手している市町村もある。例えばドイツ中部に位置するマールブルク市は、介護保険の中で定められている相談機関である介護支援センター以外に、市の介護事務所（住宅ほか包括的相談）、民間機関であるアルツハイマー協会（認知症者への相談）、郡のボランティアエージェンシー（社会参加推進・日常支援）、後見人制度支援機関（相談、後見人ボランティアの仲介）を同居させ複数の支援機能を連携させていた（服部 2017）。またケルン市ほか複数の市町村で、要介護や社会扶助受給に満たない要支援者を対象とした予防的相談事業も実施するようになってきている。ただし予防の目的は、社会参加促進や家事支援などにより施設入所を防ぐことが主であり、介護予防や健康増進に対する積極策はまだ少ない印象がある。

2) 医療と介護のインターフェース

診療は医師の治療の自由原則の下、医師の判断で行われる。介護は要介護認定があれば介護度に応じた範囲で給付・サービスを要介護者が自由に選べる。しかし介護と医療のインターフェースにおいては、医療保険の保険者である疾病金庫の許可が必要なことが多い。

要介護の定義は「健康上の理由により自立性もしくは各種能力の障害を持ち、そのために他人の支援を必要とする人々（…）要介護は、少なくとも6ヶ月継続することが見込まれ、また少なくとも15条で定められた重度でなければならない」とされている（社会法典第11編14条）。半年以下およびそれ以上でもある程度の自立性を失わない疾病であれば医療保険の対象となる。退院後などに短期的に自立支援が必要な場合は、医療保険の財源で、家事支援も含めた在宅看護、施設における短期入所の利用することになる。このような介護的なサービスであっても医師による処方に加え、各疾病金庫の許可が必要となる。

リハビリテーションも年金受給者の場合は通常医療保険が所管し、介護事業者ではなくそれ専用の機関が提供する。介護保険法では、介護に対する予防およびリハビリテーションの優先を定め、また要介護であっても悪化等を防ぐためにリハビリテーションを実施するべき、とされている（社会法典第11編5条）。しかし介護保険はリハビリテーションの独自財源を持たないため、要介護者であっても医師の処方に加え、疾病金庫の許可を得、それ専門の機関に赴くことになる。疾病金庫にとってはしかし、要介護者もしくはその可能性がある人の場合、費用の多くを最終的に別財源の介護保険が負担することを見込めることから、リハビリテーションを許可する動機は弱い。加えて介護金庫と異なり疾病金庫間には保険料率をめぐる競争がある。保険料率を低くおさえるために医師の処方に反しリハビリテーションを拒否することも少なくなく、社会的に問題視もされている。

このような背景もあり、2012年より要介護鑑定機関であるMDKが、要介護鑑定时にリハビリテーション・予防策を勧告できるようになった。要介護鑑定时にMDKの勧告があれば通常必要な疾病金庫の同意がなくても本人が希望すればリハビリテーションを利用できるようになった。この変更を受け、アセスメントを行うMDK鑑定員にも研修が施された。これにより在宅での要介護認定数に対するリハビリテーション・予防策の勧告の割合は0.7%

(2013)から2.3%(2015)に増えた。2017年以降は新しい要介護認定ガイドラインで定められた定義に基づき、リハビリテーション・予防策のニーズがさらに体系的に把握されるようになり、今後さらなる増加が期待されている(連邦保健省2018)。ただし財源は依然として疾病金庫にあることから、根本的な問題解決にならないという批判もある。

予防の方には、まだ入所介護施設の予防策に限られてはいるが、予防法(2016年)により介護保険に独自予算が与えられるようになった。

3) ドイツにおけるケースマネジメント

日本におけるケアマネジメントに近いと思われる概念をドイツではケースマネジメント（ドイツ語：Fall-Management）と呼ぶ。公的医療保険中央連合会による介護相談ガイドライン（Pflegeberatungs-Richtlinien, 2018年施行）によれば、ケースマネジメントとは包括的で個人に合わせた介護相談を意味する。ケースマネジメントを要介護の被保険者に希望に応じて提供することは、各介護金庫の義務である。ケースマネジメントの内容は、連邦保健省はホームページによると、以下となる。

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

またケアプランであるが、これは介護相談ガイドラインによれば、個別の必要性に応じて、介護だけではなく、福祉給付、健康増進・予防・治療・リハビリテーションといった医療的支援、介護的支援、社会福祉的支援も含む。医療保険法、年金保険法、青少年支援法、リハビリテーション・障害者社会参加法、社会扶助法の給付も関わってくる。要介護認定があれば介護相談の請求権を持つが、モニタリング等も含む中長期的なケアプランの請求には、介護度2以上であることが必要である。ちなみに本格的な介護サービスを使えるのも介護度2以上からである。

介護相談の所管は介護金庫である。介護金庫は他の認可されている中立的な相談機関に相談を委託することもできる。これは州のイニシアチブの下で介護および疾病金庫が自治体とともに運営する、各地の介護支援センターとなる。

日本とは異なりまたドイツの介護保険においては、要介護者が給付・サービスを自ら選ぶことが原則になっている（社会法典第11編2条）。介護相談の請求権は全要介護者が持つものの、完全入所型の施設介護を選ぶと選択の余地はほとんどない。自己決定の際に最も支援が必要になるのは、事業者のサービスを利用する在宅の現物給付の受給者であろう。また現金受給者であっても受けられるのは定額の介護手当だけではなく、様々な支援があり、これを助言無しで上手く使いこなすのは難しい。介護手当に加え、負担軽減手当（日常支援、世話サービス、家事支援、介護者支援などに利用可）や、住宅改修への補助（4000ユーロまで）、補助具、代替介護（短期入所など）を追加的に利用でき、また現物給付（事業者からの介護サービス）を組み合わせるコンビネーション給付という選択肢もある。

3. ケアマネジメント機能の比較

1) 質問と回答

段階1 サービス提供開始にあたっての相談業務					
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている	補足説明
項目 1-1: 提供サービスを検討するにあたって、介護保険制度、ソーシャルサービスの説明	<p><u>制度</u> 要介護認定があれば¹⁾ 介護保険による任意の介護相談。介護金庫は被保険者に、介護給付（鑑定）申請後 2 週間以内に、介護相談の提供を申し出ることになっている。</p> <p><u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター（多くの場合自治体+介護金庫）などの介護相談員。なお要介護認定がなくても、大手福祉団体や自治体で相談が受けられることもある。家庭医や病院が介護保険利用を勧めることもある</p>	<p><u>制度</u> 医療保険</p> <p><u>担当</u> 急性症例（介護保険適用には少なくとも 6 ヶ月以上）は、介護相談の範疇ではない。独居などで家族が十分に支援できない場合は家庭医や入院先の病院の医師が在宅看護（治療的看護の他、身体介護や家事支援も含む）を処方。通常在宅介護事業者が在宅看護も提供する</p>	<p><u>制度</u> 要介護認定があれば²⁾ 介護保険による任意の介護相談。介護金庫は被保険者に、介護給付（鑑定）申請後 2 週間以内に、介護相談の提供を申し出ることになっている。2017 年より身体的障害に重きを置く要介護定義が変更になり、身体的な障害はあまり無い認知症患者の多くが（推計約 50 万人）新たに要介護（介護度 2）となった。</p> <p><u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター（多くの場合自治体+介護金庫）などの介護相談員。なお要介護認定がなくても、大手福祉団体や自治体で相談は受けられることもある。家庭医や病院が介護保険利用を勧めることもある</p>	<p><u>制度</u> 要介護が認められなければ介護相談の請求権は無い。最軽度の介護度 1 は「自立性が少し失われている」と定義され主に身体的な障害（例：脳卒中のため麻痺が残るなどし、移動・運動能力に制限がある）のため日常生活に多少支障がある場合。ただし要介護に至らない人も含め、自立に向け、情報提供・相談を積極的に提供する自治体もある。介護支援センターでも要介護認定が無い人に対しても介護・福祉制度一般の相談を受け付けている模様。また大手福祉団体も独自に高齢者向けに無料相談を提供。</p> <p><u>担当</u> ソーシャルワーカーや社会教育者など（例：マルブルク市）。</p>	例えばケルン市は、75 歳以上の全市民を対象に、各大手福祉団体の職員による予防的家庭訪問を実施。訪問員はそこで当人の希望に沿い、自助に必要な支援・情報提供（住居・介護・金銭・家事・社会参加・役所手続き）を援助する。社会的に孤立していたり比較的困窮しているが、社会扶助も要介護認定も受けられない人を特にターゲットにする

				健康増進や予防は一般に公的医療保険の範疇	
質問:制度説明の際に特定のサービス機関などを利することなく本人中心の考え方をどのように具体化しているか	介護相談員は特定のサービス・事業者ではなく、様々な複数のサービス・事業者を知らせ、当人の自己決定を支援すべきことが介護保険ガイドラインで定められている	事業者は原則当人が選択。退院管理を義務づけられている病院や疾病金庫に相談可能	介護相談員は特定のサービス・事業者ではなく、様々な複数のサービス・事業者を知らせ、当人の自己決定を支援すべきことが介護保険ガイドラインで定められている	社会福祉サービスを総合的に提供する各大手福祉団体は高齢者向けに相談事業も行う。相談員はソーシャルワーカーや介護士・看護師等が多い。相談の際は、団体内の事業者を紹介する傾向があり、公正性に問題があるとの指摘も。自治体はその点は中立的だが、介護分野の相談にはあまり利用されてこなかった ³⁾ 。また自治外が各種福祉団体に相談事業を委託するケースもあり。	
項目 1-2: 要介護認定後のサービス提供にあたってのサービス事業者の紹介、援助	<u>制度</u> 介護保険における任意の介護相談 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター(多くの場合自治体+介護金庫)などの介護相談員		<u>制度</u> 介護保険における任意の介護相談 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター(多くの場合自治体+介護金庫)などの介護相談員		
質問:医療以外の長期介護、ソーシャルサービスの選択を誰がどのように判断しているのか	当人(家族・後見人)		当人(家族・後見人)		

項目 1-3: 公的な制度以外の社会資源(ボランティアサービス、地域サークル等の情報提供、紹介)	<p><u>制度</u> 多くの場合自治体の相談所が中心。介護相談員も自治体と連携するなどし当側面を考慮すべきことになっている</p> <p><u>担当</u> 自治体の相談員や介護相談員(例: マールブルク市)</p>		<p><u>制度</u> 多くの場合自治体の相談所が中心。介護相談員も自治体と連携するなどし当側面を考慮すべきことになっている</p> <p><u>担当</u> 自治体の相談員や介護相談員(例: マールブルク市)</p>	<p><u>制度</u> 自治体や自治体の委託を受けた大手福祉団体など</p> <p><u>担当者</u> ソーシャルワーカーなど</p>	
質問: その際に本人自身による選択、本人のウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか(自立支援)	* 最終ページを参照		* 最終ページを参照		
項目 1-4: 長期介護、ソーシャルサービス以外の制度、機関等への紹介、利用援助	?				
質問: 特定のサービス機関などに偏ることなく本人中心の考え方をどのように具体化しているか(公平性)?					

- 1) 認定結果が出ていなくても、要介護鑑定申請中であれば支援の必要性が認められる者も含む
- 2) 認定結果が出ていなくても、要介護鑑定申請中であれば支援の必要性が認められる者も含む
- 3) 出典: Gesetzliche Krankenversicherung-Spitzenverband (GKV). Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 10. GKV-Spitzenverband. Berlin. 2012.

段階2 サービス提供にあたってのアセスメント			
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある
項目 2-1: サービスを検討するにあたっての面接の実施（自宅等への訪問）	<u>制度</u> 要介護認定があれば ⁴⁾ 介護保険による任意の介護相談 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター（多くの場合自治体+介護金庫）などの介護相談員。なお要介護認定がなくても、大手福祉団体や自治体でも相談は受けられることも		<u>制度</u> 要介護認定があれば ⁵⁾ 介護保険による任意の介護相談 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター（多くの場合自治体+介護金庫）などの介護相談員。なお要介護認定がなくても、大手福祉団体や自治体でも相談は受けられることも
質問：サービスを検討するにあたっての情報収集は誰がどのような方法やタイミングで行っているのか？			
項目 2-2: サービスを検討するにあたってのアセスメントの実施	<u>制度</u> 介護保険の要介護鑑定 <u>担当</u> MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) の鑑定員 ⁶⁾ が申請者の自宅等でアセスメントを実施		<u>制度</u> 介護保険の要介護鑑定 <u>担当</u> MDK の鑑定員 ⁷⁾ が申請者の自宅等でアセスメントを実施
質問：サービスを検討するにあたってのアセスメントにおいて、ウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか（自立支援）	<u>制度</u> 介護保険の要介護鑑定 <u>担当</u> MDK の鑑定員 ⁸⁾ が、必要性和効果の見通しを認めれば自立性の促進・維持策を勧告 ⁹⁾		<u>制度</u> 介護保険の要介護鑑定 <u>担当</u> MDK の鑑定員 ⁸⁾ が、必要性和効果の見通しを認めれば自立性の促進・維持策を勧告 ¹⁰⁾
項目 2-3: 支援の必要性の確認	<u>制度</u> MDK による要介護鑑定と、介護金庫によるその認定		<u>制度</u> MDK による要介護鑑定と、介護金庫によるその認定
質問：援助の必要性の判断は誰が、どのような基準をもって実施しているのか	介護金庫（実質 MDK 鑑定員）が全国統一基準である鑑定ガイドラインを基に要介護および支援の必要度を判断。鑑定では自立度に焦点が当てられる。		介護金庫（実質 MDK 鑑定員）が全国統一基準である鑑定ガイドラインを基に要介護および支援の必要度を判断。鑑定では自立度に焦点が当てられる。

4) 認定結果が出ていなくても、要介護鑑定申請中であれば支援の必要性が認められる者も含む

5) 認定結果が出ていなくても、要介護鑑定申請中であれば支援の必要性が認められる者も含む

6) 大抵は鑑定員になるための特別な教育を受けた看護師・老年介護士

7) 大抵は鑑定員になるための特別な教育を受けた看護師・老年介護士

8) 大抵は鑑定員になるための特別な教育を受けた看護師・老年介護士

9) 介護金庫は、MDK の勧告に基づき請求権を与えられた当人が合意すれば、直接リハビリテーションをその費用負担者に申請できる（リハビリテーションは医療保険など他の社会保険が費用負担をするので、通常医師の処方および当該社会保険者の合意が必要）。最終ページに詳細を記入。

10) 大抵は鑑定員になるための特別な教育を受けた看護師・老年介護士

段階3 ケアプランの策定、チームケア				
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADL はおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている
項目 3-1：サービス種別及び事業所の選択	<u>制度</u> 介護保険における任意で無料の介護相談。 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター(多くの場合自治体+介護金庫)などの介護相談員。介護保険制度外ではあるが大手福祉団体に相談に行く人も多い	介護保険の対象外	<u>制度</u> 介護保険における任意で無料の介護相談。 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター(多くの場合自治体+介護金庫)などの介護相談員。介護保険制度外ではあるが大手福祉団体に相談に行く人も多い	介護保険の対象外
質問：サービス種別及び事業所の選択において誰が情報提供しているか。その際に公正性はどうのように確保されているのか	介護相談員は特定のサービス・事業者ではなく、様々な複数のサービス・事業者を勧め、当人の自己決定を支援せねばならない。他方、大手福祉団体に相談すると、自ずと団体内の事業者を勧めるので公正性が疑問視される		介護相談員は特定のサービス・事業者ではなく、様々な複数のサービス・事業者を勧め、当人の自己決定を支援せねばならない。他方、大手福祉団体に相談すると、自ずと団体内の事業者を勧めるので公正性が疑問視される	
項目 3-2：サービス事業所への事前調整、紹介、情報提供等	<u>制度</u> 介護保険における任意で無料の介護相談 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター(多くの場合自治体+介護金庫)などの介護相談員。介護保険制度外ではあるが大手福祉団体に相談に行く人も多い		<u>制度</u> 介護保険における任意で無料の介護相談。 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター(多くの場合自治体+介護金庫)などの介護相談員。介護保険制度外ではあるが大手福祉団体に相談に行く人も多い	
質問：サービス事業所への事前調整においてウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか(自立支援)				
項目 3-3：ケアプラン原案作成、交付等	<u>制度</u> ケアプランの作成は介護相談(任意)の構成要素の一つ。介護度2以上はケアプランへの請求権を持つ <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター(多くの場合自治体+介護金庫)などの介護相談員		<u>制度</u> ケアプランの作成は介護相談(任意)の構成要素の一つ。介護度2以上はケアプランへの請求権を持つ <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター(多くの場合自治体+介護金庫)などの介護相談員	

質問：課題や目標、サービス内容においてウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか（自立支援）	介護相談では個人のニーズに合わせ、目標と策を当人と共に立てる（リハビリ、予防策、補助具、家事ほか日常支援、社会参加も含）。希望があれば手続きや事業者への連絡も支援 ¹¹⁾		介護相談では個人のニーズに合わせ、目標と策を当人と共に立てる（リハビリ、予防策、補助具、家事ほか日常支援、社会参加も含）。希望があれば手続きや事業者への連絡も支援 ¹²⁾	
項目 3-4：サービス担当者会議の実施	<u>制度</u> 介護相談員は地域のケア・世話の提供者や相談所と密に連携すべき、とされている ¹³⁾ 。例えばマルブルク市では複雑な症例では分野を超えた会議を実施していた		<u>制度</u> 介護相談員は地域のケア・世話の提供者や相談所と密に連携すべき、とされている ¹⁴⁾ 。例えばマルブルク市では複雑な症例では分野を超えた会議を実施していた	
質問：他の機関との連絡調整で自立支援に向け誰がどのように調整しているか	当人（家族・後見人）、介護相談員。制度外だが介護事業者も		当人（家族・後見人）、介護相談員。制度外だが介護事業者も	

11) 介護金庫は、MDK の勧告に基づき請求権を与えられた当人が合意すれば、直接リハビリテーションをその費用負担者に申請できる。（リハビリテーションは医療保険など他の社会保険が費用負担をするので、通常医師の処方および当該社会保険者の合意が必要）。最終ページに詳細を記入

12) 出典：Pflegerberatungs-Richtlinie（介護相談ガイドライン）

13) 出典：Pflegerberatungs-Richtlinie（介護相談ガイドライン）

14) 出典：Pflegerberatungs-Richtlinie（介護相談ガイドライン）

15) 出典：Pflegerberatungs-Richtlinie（介護相談ガイドライン）

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等				
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている
項目 4-1：モニタリング（サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況のチェック）	<u>制度</u> モニタリングはケアプランの一部であり、ゆえに介護相談（任意）の構成要素の一つ。 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター（多くの場合自治体+介護金庫）などの介護相談員		<u>制度</u> モニタリングはケアプランの一部であり、ゆえに介護相談（任意）の構成要素の一つ。 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター（多くの場合自治体+介護金庫）などの介護相談員	
質問：支援の実施や頻度について、誰がどのように評価しているか（ウェルビーイング確保、リエイブルメントの視点で）	介護相談員は、計画された支援の実施確認をすることになっている。目標達成度について当人に尋ねることにもなっている。		介護相談員は、計画された支援の実施確認をすることになっている。目標達成度について当人に尋ねることにもなっている。	
項目 4-2：すでに実施されているサービスの変更、調整	<u>制度</u> モニタリング・プランの調整はケアプランの一部であり、ゆえに介護相談（任意）の構成要素の一つ。 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター（多くの場合自治体+介護金庫）などの介護相談員		<u>制度</u> モニタリング・プランの調整はケアプランの一部であり、ゆえに介護相談（任意）の構成要素の一つ。 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター（多くの場合自治体+介護金庫）などの介護相談員	
質問：サービス変更時には誰が、どのような理由で行っているのか	ケアプラン実施の中で、ニーズが変更したり、目標が達成できない場合は介護相談員が当人と申し合わせしサービス変更。またケアプランは期限付きだが、当人の希望で再度行うことも可。重度化した場合は、在宅介護事業者や訪問相談員 ¹⁵⁾ が申請やサービス・支援の追加変更の音頭をとることも多い		ケアプラン実施の中で、ニーズが変更したり、目標が達成できない場合は介護相談員が当人と申し合わせしサービス変更。またケアプランは期限付きだが、当人の希望で再度行うことも可。重度化した場合は、在宅介護事業者や訪問相談員 ¹⁶⁾ が申請やサービス・支援の追加変更の音頭をとることも多い	
項目 4-3：支援計画記録の作成	<u>制度</u> 介護相談員はケアプランにおいてニーズ、合意した目標・支援策、支援提供者等を記録することになっている。 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター（多くの場合自治体+介護金庫）などの介護相談員		<u>制度</u> 介護相談員はケアプランにおいてニーズ、合意した目標・支援策、支援提供者等を記録することになっている。 <u>担当</u> 介護金庫他、介護支援センター（多くの場合自治体+介護金庫）などの介護相談員	

質問：記録の活用 (公正性の確保やウェルビーイング確保、リエイブルメント実施にむけて)	複雑なケースはケアプラン終了後、関与者による事例反省会の開催、プロセス評価、そしてその記録が望まれている。将来のケアプランに役立てることなどが目的		複雑なケースはケアプラン終了後、関与者による事例反省会の開催、プロセス評価、そしてその記録が望まれている。将来のケアプランに役立てることなどが目的	
(質問) 支援ケアプランに対する評価は誰が、どのような基準で行っているのか (QOL 向上、GP 訪問回数減など)	介護相談員間あるいはスーパービジョンなどの形で提供した介護相談を (自己?) 評価。評価内容は例えば当人の満足度、ネットワーク利用、情報収集方法など。また 3 年毎に公的医療保険中央連合会は連邦保健省に調査報告することにもなっている。		介護相談員間あるいはスーパービジョンなどの形で提供した介護相談を (自己?) 評価。評価内容は例えば当人の満足度、ネットワーク利用、情報収集方法など。また 3 年毎に公的医療保険中央連合会は連邦保健省に調査報告することにもなっている。	

- 16) 吉田恵子 (2016) 「ドイツにおける介護相談およびケースマネジメント」『国際長寿センター 平成 28 年度高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究報告書』
http://www.ilc-japan.org/study/doc/all_1601.pdf
- 17) 吉田恵子 (2016) 「ドイツにおける介護相談およびケースマネジメント」『国際長寿センター 平成 28 年度高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究報告書』
http://www.ilc-japan.org/study/doc/all_1601.pdf

5. その他周辺業務 (以下、制度上は日本のケアマネジャーの責任業務ではないが事実上サービスが行われている事項)							
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。 <u>認知症なし、配偶者あり</u>	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。 <u>認知症なし、配偶者なし</u>	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。 <u>認知症あり、配偶者なし</u>	骨折による急性期 <u>認知症なし、独居</u>	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある <u>認知症あり、独居</u>	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある <u>認知症なし、独居</u>	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている。配偶者は軽度の障害がある
以下の枠内に貴国では誰が主に行っているかをご記入ください。							
5-1 住宅改修への支援	介護保険適用の場合は介護相談員。介護保険不適用の場合も自治体等が無料相談を提供することも			介護保険および介護相談は適用されないが、多くの州では住宅改修の相談を各種公的機関や福祉団体が実施している	介護保険適用の場合は介護相談員。介護保険不適用の場合も自治体等が無料相談を提供することも		介護保険は適用されないが、多くの州で住宅改修の相談を各種公的機関や福祉団体が実施
5-2 GP、ホームドクターへの情報提供、受信支援	主に当人（家族）						
5-3 病院への情報提供、カンファレンス出席（入退院時）	主に当人（家族）、場合によっては介護相談員				主に当人。不可能なら家族。場合によっては介護相談員	主に当人（家族）、場合によっては介護相談員	
5-4 障がい分野に関する利用手続き支援	介護保険適用の場合は介護相談員（任意）				介護保険適用の場合は介護相談員（任意）		
5-5 公的扶助に関する支援や利用手続き	介護保険適用の場合は介護相談員（任意）	介護保険適用の場合は介護相談員			介護保険適用の場合は介護相談員（任意）		
5-6 民間サービス、ボランティアによるサービス等の手続き支援	介護保険適用の場合は介護相談員（任意）	介護保険適用の場合は介護相談員			介護保険適用の場合は介護相談員（任意）		場合によっては自治体や自治体からの委託機関が支援

5-7 住居に関する支援や利用手続き支援	存在すれば地域のボランティア					
5-8 公共料金等の支払い等への対処、アドバイス	主に当人(家族・後見人)	主に当人。不可能なら家族・後見人		主に当人。不可能なら家族・後見人	主に当人(家族・後見人)	
5-9 消費トラブルに対する支援	主に当人(家族・後見人)	主に当人。不可能なら家族・後見人		主に当人。不可能なら家族・後見人	主に当人(家族・後見人)	
5-10 訪問時に対象者の支援(至急必要なものの買い物、着替え)を行う						

2) ケアマネジメント機能の比較表について

総じて、表にある1～4の支援項目のほとんどは、介護保険制度の中の介護相談に含まれる。要介護認定者は皆この介護相談、すなわちケースマネジメントの請求権を持ち、さらに介護度2以上はモニタリングを含む中長期的なケアプランの請求権も持つことから、希望すればドイツの要介護者もケアマネジメントに類似したサービスを受けられるということになる。ただし要介護者の範囲がドイツは日本より狭い。ドイツの介護度2は旧来の介護保険制度(2016年末まで)の要介護度1にあたり、日本の制度でいえば要介護2または3以上に相当するといわれる。

2017年からは要介護定義が新しくなり、精神的障害は身体障害を同格に扱われるようになった。これにより、旧定義において認知症と診断されるが日常生活動作に支障がほぼないことで要介護度0に分類されていた人々の介護度が、自動的に2度分引き上がった。すなわち「身体と認知機能に障害がある」また「主にIADLに問題がある」ケースの大部分、もしくは一部に介護度2以上が認められるようになった。希望すればケアプランを含む継続的なケースマネジメント、すなわち日本のケアマネジメントに近いものを利用できるようになったことになる(社会法典第11編7a条)。

またその他の支援項目であるが、住宅改修は介護保険から給付があり、相談や手続きへの支援も介護相談また市町村その他の相談所で受けられる。社会福祉給付(障害者支援や公的扶助)やボランティアによるサービスへの仲介は通常市町村およびその広域連合の管轄であり、また介護相談の範囲でもある。住居に関する支援という項目は、修理や庭の手入れな

どを指すのであれば、その種のボランティアが常駐する地域は少なくなく、(地域にあれば)地域のボランティア・センターなどが仲介、場合によっては介護支援センターも紹介してくれるだろう。ただし金銭・財産に関わる手続きはドイツでは原則本人、本人に能力がない場合は任意後見人(主に身内)もしくは法定後見人(主にボランティア)が行うことになっている。

また買い物支援や診療所への同行は、介護保険給付の日常支援の枠内で在宅介護事業者(福祉団体または民間)など指定事業者に頼むことができる。要介護認定があればこれら日常支援サービスを使った場合、月額125ユーロ(負担軽減手当)まで償還を受けられる。同表では言及されていないものの、この負担軽減手当はまた介護者のためのレスパイトケア目的で使われることにもなっている。同目的でよく利用されているサービスとしては、有償ボランティア等による認知症者向け世話サービスが挙げられる。またホームドクターまたは病院への情報提供という項目があるが、医療と介護の間の情報共有というのはドイツでは一般にまだ大きな課題とされている。例えば入所型介護施設では、情報伝達どころか入所者が各自の家庭医を訪ねる際に誰が付き添う責任があるかということがよく問題になる。これは後見人の任務の範囲でもない。ヘッセン州においては数年前にこの件が裁判で争われ、施設側の責任とする判決が下された。全国の実状は不明である。

「骨折による急性期」というケースは、介護保険ではなく医療保険の対象になる。例えば病院に入院するケースを想定しよう。その場合は病院で、看護師を中心とした多職種による退院管理およびアセスメントが行われ、必要かつ改善の見込みがあると認められた場合は入所または通院、在宅でのリハビリテーション、さらに自宅での自立した生活が難しい場合は家事支援を含む在宅看護の処方が医師から出されるであろう。ちなみに在宅看護は通常在宅介護も提供する事業者によって提供されるが、前者は後者と異なり期限が短期に限られている。期間を過ぎても在宅看護の必要な場合は、新たに医師の処方が必要になる。骨折が長期的な障害に繋がる場合は退院管理の中で介護保険の要介護鑑定の手筈がとられるだろう。しかしながらもともと退院管理は医療的性格が濃く、それゆえ期限も範囲も限られていると聞く。また処方が更新されなくても患者側に家事支援をはじめとするサービスへのニーズがあれば、在宅事業者はこれを有料で継続することを提案するだろう。大手福祉団体に属する事業者であれば、受給チャンスについてはサービス提供のチャンスの如何では、介護保険、障害者支援、社会扶助の受給に繋ぐことを試みるだろう。

「日常生活にほぼ支障がないフレイル」な高齢者は、ドイツでは要介護認定を受けられないことから、介護保険のケースマネジメントにも医療保険の対象にもならないだろう。同居

者ほか近所に手を貸してくれるような人がいれば問題ないだろう。また市町村の高齢者支援の相談所や介護支援センターにわざわざ足を運ぶような活動的な高齢者であれば、介護保険以外の各種支援策についての情報を得、利用もできる。さらにドイツでは、強制ではないものの高齢者の9割以上がかかりつけの家庭医を持つ（出典：ドイツ家庭医協会）。加えて公的医療保険では外来診療に自己負担が無いこともあり、所得にかかわらず高齢者が開業医に行きやすい環境にある。家庭医の主な役割はコーディネーション役とされ、介護にまつわるサービスや手続きについての情報なども必要に応じて提供しているようだ。家庭医からの助言がきっかけとなり要介護鑑定および介護相談を受ける人も少なくない。糖尿病や心臓疾患など特定の慢性病患者において家庭医は、疾病管理プログラムなどの中で二次・三次予防的役割も果たしている。とはいえ、医療保険からのみ診療報酬を得ている家庭医と介護との連携はまだ一般に弱いとされる。こういった事情もあり、社会扶助や障害者支援といった既存のセーフティネットで掬いきれない高齢者は支援の方法があってもなかなかアクセスできない。

先進的な市町村は、町づくり策と絡め近所間の助け合い体制や高齢者の居場所の創設を強化している。近所および特定の住区画内に、要介護認定が無くても困ったら気軽に赴ける場所に相談所を置くような試みも増えている。相談員は筆者のこれまでの経験では、有資格のソーシャルワーカー、もしくはソーシャルワーカーでなくても自治体と提携関係を結ぶ大手福祉団体に属するその種の経験のある職員などだった。ドイツの大手福祉団体は、団体内の事業者を通じて介護ほか社会福祉関連各種サービスを総合的に提供しているので、各相談者が使えるようなサービスや給付（例：家事支援、日常支援、認知症者の世話）に自前で繋ぐことができる。また市町村やその住区画から委託がある場合においては、地域または近所間のボランティアによる支援やアクティビティにも繋いでいた。

ただしこういった試みが行われているのはまだ一部の市町村、また市町村の中でも一部の区画でしかない。先進的な住区画に住むことを考えるどころか、各種支援の存在すらも知らない独居高齢者は取り残される。そういった人々に積極的にアプローチする予防的な家庭訪問相談事業を手がける市町村もある。例えばケルン市は、自立支援を必要とするものの社会扶助や介護保険の受給要件には達していない高齢者をターゲットに定め、各大手福祉団体に委託し予防的家庭訪問を実施している。

主要な目的は、各種支援・活動についての情報提供に並び、市の金銭的な補助により早期に家事支援サービス等を提供することで、自宅で自立した生活をできる期間を延ばすことにある。社会扶助を管轄する市町村はこうするとその支出を節減できる。独居の人が要介護と

なると入所介護を余儀なくされることが多いが、他方上述のように入所施設の自己負担分を自ら払いつづけられる人はそう多くはなく、市町村が負担しなければならない。他方、これらの相談事業では、身体的な予防といった側面は弱い印象がある。この主な理由には、予防は市町村ではなく疾病金庫の管轄であることがあるだろう。そうであれば疾病金庫が予防策を講じればよいのでは、という疑問も湧くが、リハビリテーション同様に要介護者が増えたとしても費用の多くを負担するのは別財源の介護保険であることから、経済的インセンティブがあまりない。さらに日本などと比較すると予防は自己責任と考える向きが強い。例えばドイツでは予防接種やスクリーニングも組織的に行われることはほとんどなく、自主性に任されている。

2017年要介護の範囲が、精神的・心理的な障害とともに軽度者に対しても広げられた。「介護度1」である。介護保険における介護度1の定義は「自立性に少しだけ支障がある人」であるが、これは同表の「フレイル」の範疇には当たらないだろう。脳卒中や脊髄の病気で、運動・移動能力にそれほど大きくはない障害がある人、という例が説明としてよく挙げられている。ある疾病金庫の相談員は、浴槽に入れない、買い物や掃除に困難があるといった独居の高齢者を典型例として挙げていた。介護度1は定期的な介護サービスおよび現金給付の請求権は持たない。しかしバリアフリーにするための住居の改修費の補助（4000ユーロまで）、歩行補助器などの補助具の支給、さらに負担軽減手当で日常支援サービス（月125ユーロまで）には請求権をもち、これらを利用しながら家での生活を続けることが想定されている。介護度1はまた介護相談の請求権を持つので、ニーズに応じた給付・サービスの提案を受けられるであろうし、必要があれば申請手続きの支援なども受けられることになっている。ただし中長期的なケアプランを含むケースマネジメントへの請求権は持たない。他方、日常支援サービスを利用すれば（殊に在宅介護事業者）、困った場合、非公式ではあるが介護・看護事情にある程度通じた相談者を得られることにもなる。実際、在宅介護事業者はしばしば厳しい競争関係にあることもあり、顧客が困っていれば情報提供などはサービスとして行っている様子だ。また自立支援によりできるだけ在宅介護期間を延ばしたいという気持ちも働く。昨年の国際長寿センターの調査では補助具や住宅改修の手続きなども無料で支援していることがわかった（IILC 2017）。特に在宅介護サービス市場のシェアの約半分を占める大手福祉団体（利用者数ベース。連邦民間介護福祉事業者連合会の発表値を基礎に著者が概算）は、団体内で介護・医療ほか高齢者支援に関わる各種サービス、時にはボランティア活動までも包括的に提供していることから、仲介する動機も持つ。

3) コメント

ドイツの介護保険制度は家族等による身内の介護を優先しており、結果、介護保険受給者の約半数は現金を受給し在宅介護を受けている。また1/4は完全入所介護である。要介護者の過半数は、ケアプランやその実施という意味においてはケースマネジメント機能を必要としない、と理解もできる。

むしろ受給者の約半分を占める身内による在宅介護を維持するとう目標達成ためには、身内による介護の維持、およびその質を確保の方が重要である。

結局ドイツの介護相談・ケースマネジメントの最終目的は、ケアプランの経済性や効率化、公正さもさることながら、家族もしくは小生活圏による在宅介護を中心とする体制の維持に繋がる介護給付・支援をできるだけ多くの人に利用してもらうことにあるといえるだろう。

そもそも介護財源を握り介護相談を所管してきた介護金庫には、部分保険と金庫間競争が無いという条件の下では、介護支出を削減する必要もないし、することもできない。加えて、疾病金庫の加入者が自動的に同じ組織の介護金庫にも加入するので、顧客獲得のために相談サービスを強化するといったインセンティブも無さそうである。要介護や重度化を防ぐことに経済的なインセンティブを持つのは、どちらかといえば本人の支払い能力を超える介護費用を最終的に負担せねばならない市町村である。高齢者の生活の質を高めるという政治的な動機もある。また、地域の事情を理解し、ボランティアを含め各セクターを調整しながらネットワークを形成・活用できるのも市町村であろう。例えば連邦政府の「高齢者レポート」を作成した有識者たちも、ケースマネジメントの所管を介護金庫から市町村に移管することを提言している(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017)。

4. 資格/教育/キャリア

1) 介護相談員

介護相談の質を保証するために、介護相談員の資質が社会法典、および介護相談ガイドラインで定められている。また公的医療保険中央連合会は、必要な介護相談員の数・資格・研修についての勧告を出している（2008 および 2018 年）。看護・介護専門職、ソーシャルワーカー、自治体の社会保険専門職といった関連した職業経験をもつ資格者でなければならず、これに加え介護相談の追加教育を受けていることが求められる。追加教育は介護学（100 時間）、ケースマネジメント（170 時間）、法律（130 時間）、実習（9 日間）から成る。

なお、介護相談員の規模については以下が参考になる。

- ・介護相談では、主に看護のコンサルタントが個人々のニーズを分析し、本人や家族介護者とともにケアプランを作成するケースマネジメントが行われる。ラインラント・ハンブルグ地域では、157 人の看護コンサルタントが存在している（AOK Rheinland/Hamburg 2016）（AOK ラインラント・ハンブルグの管轄はノルトライン・ウェストファーレン州とハンブルグ市、人口は約 2000 万人）。
- ・デュッセルドルフやハンブルク、ケルンを含む地域を担当するこの AOK には 150 名の相談員がおり、デュッセルドルフ（人口約 62 万人）に 3 名が配置されている。
- ・連邦政府の統計によると 2013 年末の時点で全国での介護支援センター PSP の数は 432 だった。1 カ所の相談員数はフルタイム計算で平均 2 人とされる。。また 16 のうち 2 州は PSP を持たない。

（以上、AOK Rheinland/Hamburg (2016) Pflege-Report 2016、吉田恵子、『国際長寿センター 平成 29 年度先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究 報告書』「要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策」所収）

2) ソーシャルワーカー

ドイツにはソーシャルワーカーとソーシャル教育ワーカーがある。ともに社会問題の予防、対処解決に取り組むが、ソーシャル教育ワーカーは子供、青年、家族との協力が中心で、ソーシャルワーカーの業務はソーシャル教育ワーカーの仕事よりも広い。ソーシャルワーカーは、移住者、社会的再統合、職業的再統合などの分野にも業務が及ぶ。以前は共同学位があったが現在はそれぞれ別の学位がある。

職場は、青年の家、児童ホーム、高齢者ホーム、青少年福祉事務所、家族および中毒アドバイスセンター、自助グループなどがある。

ソーシャルワークを行うためにはソーシャルワークまたは社会科学の学士号または修士号レベルの高等教育資格が必要である。学生は学習プログラムの一環として職業現場で働くことが義務付けられている。管理職に昇格希望者は修士号が必要となる。

学士号の取得後、各州の管轄機関に州認定の申請を行う。

Occupational profile and tasks, Social education workers and social workers
<https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/en/social-education-workers.php>

3) 看護師（老年介護士もこれに準じる）

(1) 看護教育

- ・ 中等学校の修了（10年間の一般教育）後、3年間の職業訓練（2100時間の理論、2500時間の監督付き実習）
- ・ 国家試験：口頭、筆記および実技試験

(2) より高度な教育

- ・ トレーニングコース（例 研修生のためのメンター、ICU ナース、麻酔ナース、手術室ナース）
- ・ 選択した分野での理論と実務に関する2年間の追加トレーニング
- ・ 連邦法に基づく国家試験：口頭、筆記および実技試験

Nursing Education in Germany,
https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/neurologie/pdf_downloads/ANIM2013/ANIM2013_Cassier-Woidasky.pdf

5. ケアマネジメント機能における公正・中立の確保、サービス選択支援、監査/評価

1) 介護相談の中立性の確保とサービス支援選択

前述のようにドイツの介護保険では要介護者が給付・サービスを自ら選ぶことが原則になっている。例えば、施設介護にするか在宅介護にするか、どの事業者にするか、在宅の場合は現金給付と現物給付の比率など、また在宅介護事業者が提案する介護のケアメニューも契約の中で原則として本人が選択する。介護保険の給付上限は大抵ニーズを部分的にしかカバーせず、上限を超えると自己負担となるので、本人およびその介護者は上手に選ぶ必要があるし、その動機付けもある。一方、年々介護給付の種類が増え複雑化しており、全体を見て選択することを難しくしており、選択支援強化の必要性が強まってきている。

給付・サービスの選択にあたり要介護者の支援の責任を負うのは介護保険である。部分保険の原則と保険料率をめぐる金庫間競争が無いことで、給付抑制への動機を持たないという制度設計により、ドイツの保険者は中立的な位置づけとなっている。選択支援策の一つとして介護金庫州連合会は、被保険者が地域の認可事業者のサービスとその費用、および利用可能性を比較できるようなリストをインターネット上で公表することになっている。このリストにはMDKが各事業所に対し行う質審査の結果も含まれる（社会法典11編7条3項）。

また要介護者は皆、給付・サービスの選択にあたり無料介護相談の請求権を持つ。本格的に介護給付を受けられる介護度2以上であれば、介護相談員によるケアプランも請求できる。ここにはモニタリングも含まれる。これら請求権の行使はしかし義務ではなく個人で決定する。介護金庫は、個人に合わせた相談と世話に対応できるよう、相談員の質と量を揃えることになっている（社会法典11編7a条3項）。また地域における総合的相談事業の要とされる介護支援センター（Pflegestützpunkt）をはじめとし各介護相談所にも相談の中立・独立性の確保が求められている（社会法典11編7a条1項ほか）。

相談の中立・独立性および本人の自己決定については、各介護相談所と相談員に拘束性を持つ介護相談ガイドライン1.5の相談の心得（要約）の中で、以下のように定められている。

- ・相談は相互（相談員と相談者）の合意に基づいて行われる。
- ・中立的で独立的。介護相談員は私益や、特定の支援サービスを請求するような方向に影響を与えてはならない。
- ・自己決定の考慮と強化。相談の請求権を持つ者および希望があればその家族、その他の者が、異なった運営者による様々なサービスから、ニーズに合わせ本人に最適な給付・サービスを組み合わせられるようにすべきである。

- ・既存の資源とニーズに照準を合わせる。
- ・分かりやすく。各自の言語理解力に見合った表現方法での相談が求められる。異なる言語もしくは簡単な言葉で書かれた資料を示唆するか、翻訳・通訳を手助けしてくれる人を相談時に居てもらえるように相談者に頼む。
- ・ライフヒストリーや文化的背景を考慮。

ドイツにもこのような規定はあるものの日本とは異なり、介護事業者は主に民間の事業者であり、もともと費用負担者である介護金庫とも、市町村と介護金庫が運営する介護支援センターとも強い利害関係というものはない。ドイツでは本人が給付・サービスを選ぶので、介護相談の任務自体も、自己決定、自立支援と、介護者である身内の負担軽減とされている。身内もしくは小生活圏内での介護体制を維持していくために、介護保険をはじめとする給付・サービスを知ってもらい、各自最善の形で選択・利用してもらうために介護相談が促進されている。実際ドイツでは既に身内の介護者の半分は他の身内と介護を分担し、これに友人や近所の人に加わることも少なくない (Bundesministerium für Familie 2017)。ケースマネジメントにおける最大の課題は、中立性や公正さということよりも、質の良い支援を多くの人に利用してもらえる体制を構築していくことにあるといえるだろう。

2) 介護相談の品質保証・評価

介護相談の質を保証するために、介護相談員の資質が社会法典および介護相談ガイドラインで定められている。看護・介護専門職、ソーシャルワーカー、社会保険専門職といった関連した職業経験をもつ資格者でなければならず、これに加え介護相談の追加教育を受けていることが求められる。追加教育は介護学 (100 時間)、ケースマネジメント (170 時間)、法律 (130 時間)、実習 (9 日間) から成る。

こういった専門性に加え、協力的、思い遣り、人への敬意があり、コミュニケーションをとろうとする姿勢といった人としての能力・姿勢も求められる (介護相談ガイドライン4)。

介護相談員は、自らが行った相談を、他の介護相談員との症例検討会や、スーパービジョンなどで、相談者の満足度やネットワーク利用などについて評価を行うことになっている。改善・変更が必要であることが明らかになった場合は相談プロセスを適正化せねばならない (介護相談ガイドライン3)。

介護相談の運営者はまた、介護相談ガイドラインの基準遵守の下での相談プロセスを構造化していくことが介護ガイドラインで求められている。

3) コメント

ドイツのケースマネジメントにおいては、部分保険の介護保険制度の下で、本人の自己決定の支援という立場が徹底されている。本人も介護する身内も限られた給付額の中で良い選択をしたいという動機を持つ。介護相談を担当する介護金庫や介護支援センターはサービス提供者と利害関係が無いことから、相談の中立・公正さを保つことは難しくないだろう。

懸念されるのはむしろ、近年在宅介護の負担軽減のために給付を多様化したものの、専門知識を持つ相談者無しには上手く利用されきれないことだろう。また要介護の範囲が比較的狭いことから、要介護認定には満たない軽度者の割合が多い。彼らは介護相談を受ける権利がない上に、それをカバーする市町村の相談体制もまだ整っていないことから、何の支援も受けられず、たとえ受けられたとしてもそれにアクセスしない人が少なくない。放置しておく気がついた時は要介護になっており、本人も、また本人が支払えない場合費用負担義務のある市町村も望まない施設入所しかなす術がなくなるということになりかねない。

他方、何かしらのサービスや支援（例えば負担軽減手当を使った家事支援）を受けたことがきっかけとなり、手軽さから看護・介護サービス事業者やこれが属する大手福祉団体に相談する人は多い。公的サービスの手が届きにくい領域でこれら事業者やこれら団体が助言や支援を与えているということはプラスの側面だが、中立・公正といった点では多少問題がある。サービスを提供しすぎる傾向も指摘されている（吉田 2016）。

医療と介護の保険者が別であること、介護金庫が介護相談を所管であること、ボランティアによるサービスや社会福祉サービスは市町村の所管であること、さらにそれらをまとめる権限が州にも市町村にも無かったことなどが、分野横断的なケースマネジメントを提供する体制の整備を阻んできた。在宅で介護する家族がまだいるうちは、ドイツの介護制度は機能するだろう。しかしこれが難しくなるとみられる近い将来、体制維持のためにさらに手厚い個々のニーズに沿った支援が必要になるとされる。家族もしくは新たに構想される小生活圏での在宅介護支援のための地域に密着した市町村によるケースマネジメント体制を整備することが急務のように見える。

4) ケアの質を確保するための取組み

専門職の倫理、説明責任等の規定

連邦法である社会法典 11 編(7条ほか)、公的医療保険中央連合会による介護相談ガイドライン (Pflegeberatungs-Richtlinie)

- 社会法典 11 編 7 条では介護金庫の啓蒙および情報提供義務を定めている。一項には「介護金庫は、健康で要介護を予防する生活について啓蒙・案内することにより被保険者の自己責任を支援しなければならない」とある。2 項には、要介護に関わる質問や介護給付やその他の支援についての給付を被保険者やその家族等に分かりやすいように情報提供し、MDK による介護鑑定および特別な予防・リハビリテーション勧告についての知らせを受ける権利および無料介護相談への請求権があることを説明する義務が定められている。また要介護者の選択権行使のために、要介護者の住む地区の介護事業者や日常支援サービス事業者を比較するためのリスト（最新のサービス・価格を掲載）の提供義務もある。
- 社会法典 11 編 7 条によればまた、開業医、病院、リハビリテーション・予防施設、および社会扶助運営者は、被保険者の要介護が発現したり、それを確認したら、本人の合意を得、迅速に介護金庫に知らせなければならない。
- 介護相談ガイドライン（略称）の正式名称は「社会法典 11 編 7a 条に基づく統一的介護相談実施のための公的医療保険中央連合会のガイドライン（Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI）」である。この名が示すようにここでは介護相談のための統一的な基準と原則が定められている。前文にはその目的として、社会扶助や福祉支援へのアクセスの改善、要介護者の自己決定権の強化、要介護者とその身内の介護における支援、各種相談者・相談機関の消費者・サービス志向の確保が挙げられている。

検査の実情

メディカルサービス（MDK）による介護事業者の検査は年に 1 回行われる。その際には MDK の担当者が事前通知なく事務所を訪れて無作為に患者を選んで利用者の自宅を訪問し、適応する資格を持った人が適切なサービスを提供しているかを調べる。それぞれの患者の自宅にはどのような行為を行ったかという記録がある。看護、介護が満たさなければならない条件に沿って行われ、それが記録されているかどうかを見る。さらにそのサービスを行った専門職の資質、資格を確認する。それ以外に、コスト、経費に関する検査も行われる。

その結果によって事業所に対して点数がつけられ、インターネットで評価報告書として公表している。そこには、組織、看護・介護内容、個々の職員がきちんと対応しているか、親切か、時間を守るかなど患者の満足度も載る。

検査の際に介護事業者の責任者は事務所にいなければならない。予告なしの検査なので責任者は休暇をとっていても戻って来なければならない。

介護事業者が活性化にとって効果の薄いサービスを提供することはドイツでは考えにくい。

まず、ドイツでは要介護者はできるだけサービスを使いたくないと思っている。ドイツの介護保険は部分保険なので、サービスを受けている人はできるだけサービスの量を節約しようとする。問題は、必要なほど介護を提供できないという現状があるということだ。

また、「効率的な」介護を優先することは許されていない。MDK 検査では「活性化する」介護をしていないと点数を引かれる。活性化する介護の法的根拠は社会法典 11 編の 2 条および 11 条にあり、2 条には「支援は、要介護者の身体・知・精神力を再生または維持するように行われねばならない」とある。

(2017 年国際長寿センター海外調査 フランクフルトカリタス責任者インタビューより)

6. ドイツのまとめ

- ・ドイツには主に身体介護、家事支援ほか日常支援、補助具、施設ケアをカバーする介護保険制度がある。介護保険の給付は、「家族、隣人、または他のボランティアによる介護及び世話を補う」とされており、部分保険である。

- ・相談支援

介護金庫の相談員（主にソーシャルワーカーや、看護師・老年介護士、社会保険専門職員）が相談支援を行っているがその人数は少ない。また、在宅介護事業者などのプロバイダーに相談する人も多い。GPが介護相談の利用を勧めることもある。

- ・鑑定

疾病・介護金庫の独立鑑定機関であるMDK（医療保険メディカルサービス）が、本人に何ができるか、何ができないか、生活分野の活動上の自立度を見て5段階で鑑定する。鑑定の際に補助具、リハビリテーション、住宅改修の勧告も行われる。

- ・ケースマネジメント、ケアプラン

従来は重度で複雑な（介護保険だけでなく社会福祉給付も必要など）ニーズの利用者だけが対象だったが、最近の法改正で介護度2以上の要介護者は、ケースマネジメントとケアプラン作成を請求できるようになった。ケースマネジメントおよびケアプランは当人の希望があってはじめて実施される。介護金庫および介護支援センターの介護相談員が担当することになっている。2017年、最大シェアを持つ疾病金庫であるAOK（ただしラインラント・ハンブルクのみ）においては、主に看護コンサルタント（人口約2000万人のラインラント・ハンブルグ地域に157人の看護コンサルタントが存在〈2015年〉）がケアプランを作成していた。また介護支援センターの数の方は、2013年、ノルトライン・ヴェストファーレン州（ラインラント地域を含む）のは要介護者10万人当りおよそ10か所であった。

- ・サービスプラン

利用者が介護保険による給付額を前提としてサービスプロバイダーを決め、プロバイダーは見積りを提示し利用者が決定する。ドイツの介護保険は部分保険のため自己負担額が多く、利用者はサービス量を慎重に検討する。

- ・モニタリング

現金受給者には、身内による在宅介護の質のモニタリングが義務づけられており、多くの場合プロバイダーの専門職が受託して行っている。介護相談のモニタリングは上記のケースマネジメントに含まれる。

- ・プロバイダーのサービスの質

MDKが独自のガイドラインを使用してプロバイダーの抜き打ち検査を行い、結果を公表する。

- ・自立支援

リハビリテーション（医療保険管轄）や予防策は要介護鑑定の際にMDK鑑定員がニーズの審査と勧告を行う。希望があれば介護相談員が予防・健康増進の情報を提供する。近年は自治体による住民のネットワーク形成事業のための努力が進められている。

- ・以上により、ドイツにおいては部分保険の給付も使いながら利用者がケアを組み立てる形をとっており、ケアマネジメントプロセスにおいてサービス選択における公平公正という課題はさほど生じない。ケアマネジメントプロセス全般の助言、提案という意味では、介護金庫、介護支援センターほか、自治体、在宅介護事業者、社会福祉団体の相談所、サービスプロバイダー、および専門職によって担われている。

【参考文献】

Braeseke, G et al. 2015. Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft: Endbericht, RWI Projektberichte, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) u. a., Essen u. a.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2017. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichts.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2016. Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune- Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften.

https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf

(downloaded in January 2019)

Gerlinger, T/ Röber, M. 2012. Die Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Bundeszentrale für politische Bildung. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72804/ziele-und-wirkungen-der-pflegeversicherung> (downloaded in January 2019).

Rothgang H. Long Term Care Insurance in Germany. The World Bank, Asia and the Pacific Region, Human Development Sector, Working Paper Series. 2005-4: 59-83.

Schmid J 2012. Der Sozialstaat in der Bundesrepublik. Recht und Organisation. Bundeszentrale für politische Bildung. <http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138799/der-sozialstaat-in-der-bundesrepublik-recht-und-organisation> (downloaded in January 2019).

服部真治 2017年 「ドイツにおける高齢者の相談体制とケアマネジメントの実際〜ヒアリング調査より〜」 『先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めた サービスの仕組みに関する調査研究 報告書』 長寿社会開発センター・国際長寿センター http://www.ilc.japan.org/study/doc/b_2017p1.pdf

吉田恵子 2016年 「ドイツにおける介護相談 およびケースマネジメント」 『高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての 国際比較調査研究 報告書』 長寿社会開発センター・国際長寿センター http://www.ilc.japan.org/study/doc/all_1601.pdf

V. イギリス

1. 高齢者支援の原則、サービス・支援の流れ

1) 高齢者支援の原則

NHSは何を行うのか？

すべての人が自分の健康とウェルビーイングをさらにコントロールでき、また思いやりがあり包括的で改善し続ける質の高い医療やケアサービスによって、より長く健康な暮らしを送れるような支援を受けていただきたいと望んでいる。

(National Health Service=NHS)

ケア法第1条

1. 個人のウェルビーイング促進

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

(2014年ケア法)

上記のように、イギリスにおける高齢者支援および介護の原則はウェルビーイングである。

ウェルビーイングは多岐にわたる概念で、人生満足感・幸福感、有意義感、身体的健康、十分な教育、安全性など、個人の経験と社会の中の個人双方の範囲を含んでいる。

ウェルビーイングとは何か？

ウェルビーイングの定義：なぜ健康（Health）政策にとってウェルビーイングが重要なのかという意味は、気分が良好になり、機能が良好であることを意味し、個人の人生に対する経験、そして生活環境を社会規範や社会的価値と対照させることを含む。

ウェルビーイングは二つの次元で存在する。

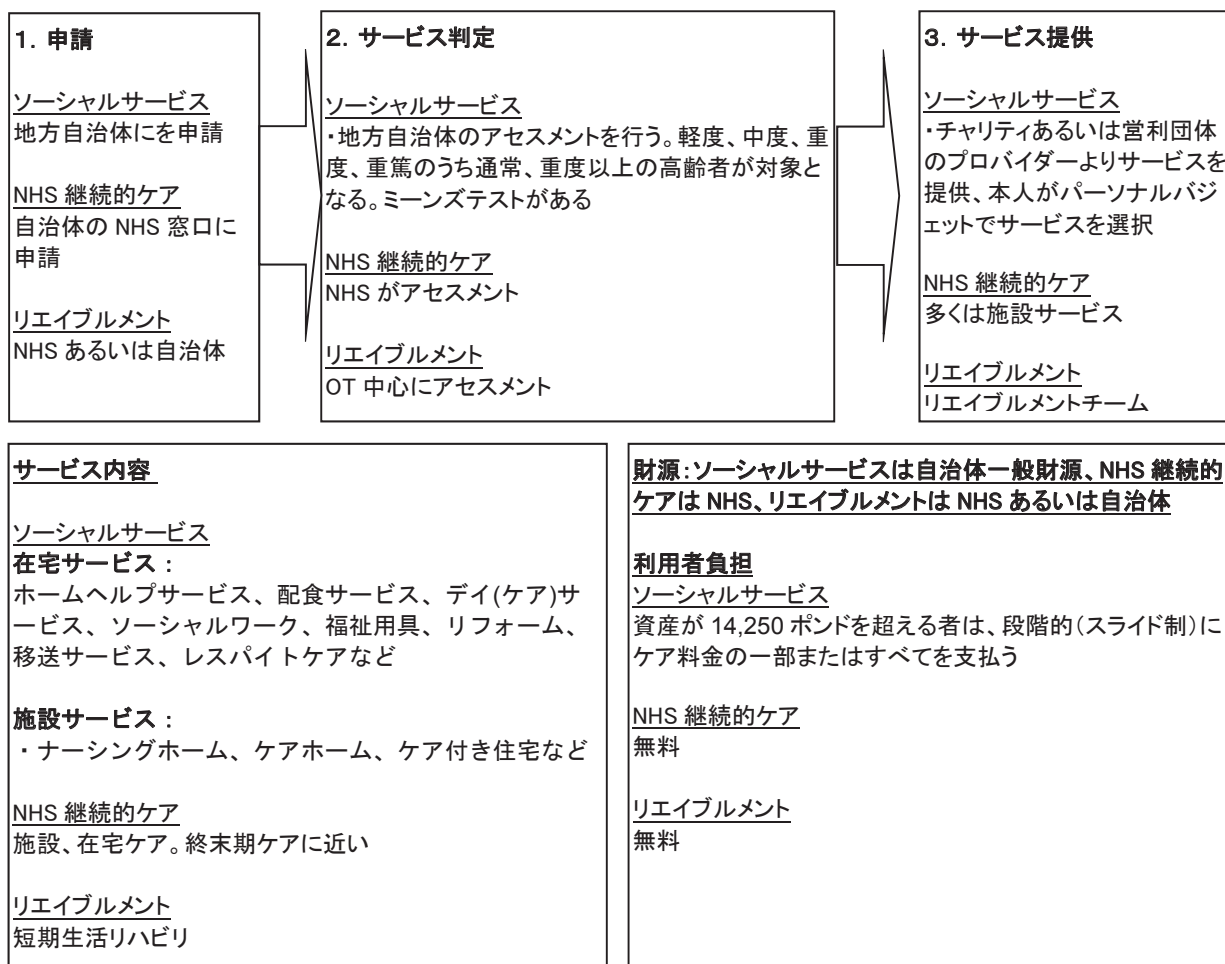
主観的ウェルビーイング（または個人的ウェルビーイング）は、人々が自分自身のウェルビーイングについてどのように考え、感じているかを直接尋ねるものであり、人生の満足度（自己評価）、前向きな感情（hedonic 快楽的な幸せ）、人生が有意義か（eudaimonic 努力による幸せ）などの側面を含む。

客観的ウェルビーイングは、十分な食料、身体的健康、教育、安全性などの側面を含む、基本的な人間のニーズと権利に関する仮定に基づいている。客観的ウェルビーイングは自己報告を通じて（例：特定の健康状態にあるかどうかを尋ねる）あるいはより客観的な方法（死亡率や平均余命など）を通じて測定できる。

「Wellbeing Why it matters to health policy」英国保健省

2) サービスの流れ

申請からサービス提供に至る流れ、およびサービス概要、財源、利用者負担の概要は以下のとおりである。近年はリエイブルメントサービスが注目されている。



図表1 イギリスのサービスの流れ

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

2. 財源、サービス／支援内容、利用者負担の概要

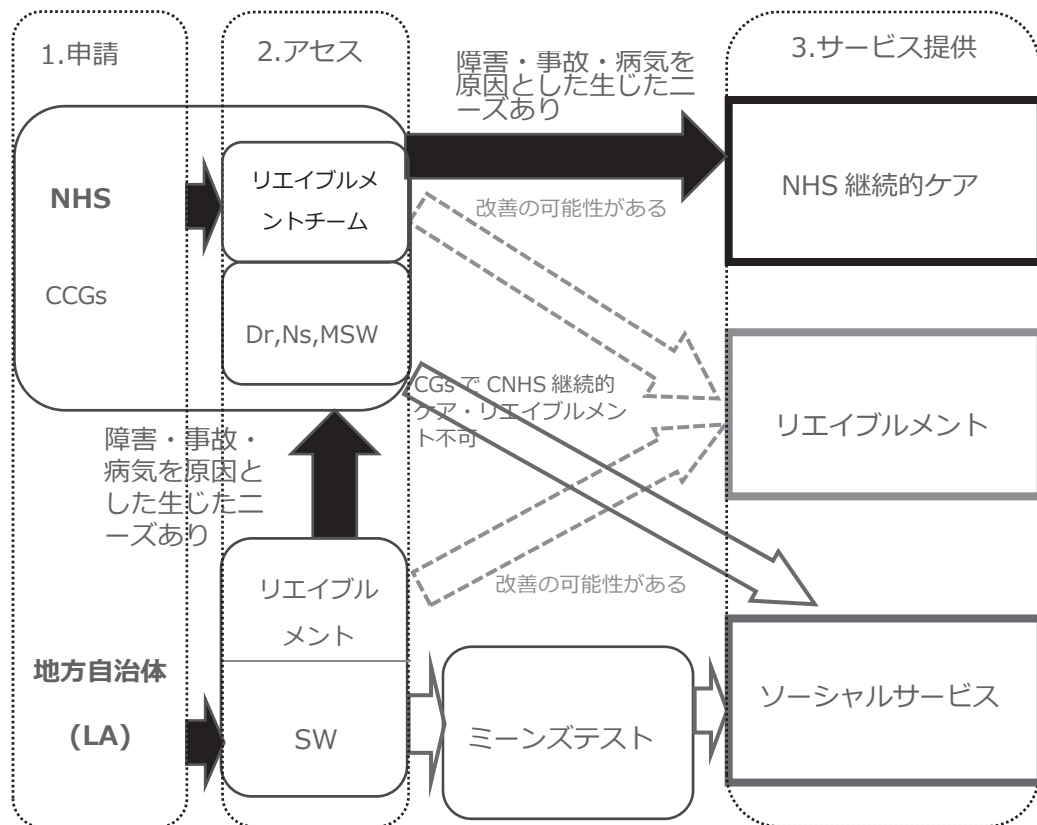
1) 概要

イギリスにおいて高齢者支援および介護サービスは、国民医療サービス（NHS）が提供する医療関連のサービスと児童・障害者・高齢者を対象とする自治体が行う社会サービスがある。

NHSは1948年に創設され、それ以来、予防、公衆衛生、急性期医療からリハビリテーションまでを含む幅広い医療サービスを自己負担なく租税で賄われて無料（例外あり）で提供している。NHSのサービスの中には、高齢者支援および介護サービスに近いものとしてNHSサービスの一部であるNHS継続的ヘルスケアがある。NHS継続的ヘルスケアとは、病院外の在宅やケアホーム、ホスピスにおいて、18歳以上の成人に対して既存のサービスだけではまかないきれない障害・事故・病気を原因として生じたニーズに対応するものである。

一方社会サービスはNHSが無料であるのに対して、資産調査を経て自己負担を伴う。社会サービスについては「ケア法2014」が2015年4月から施行され、本人の選択・決定重視に向けて変革が進められている。

さらに、NHSと地方自治体（LA: Local Authority）の役割、本人の状態像（改善の可能性の有無）などを含めて整理すると以下の構造となっている。



図表2 イギリスの介護サービスの構造

2) 財源

(1) NHS

NHS の財源は約 8 割が一般税収、約 2 割が国民保健 (National Insurance:健康保険と年金が一体となっている) で、患者負担による収入は 1.1%に過ぎない。処方、歯科治療および眼鏡の使用料の患者負担は 1950 年代初頭から導入されている。

NHS には、医療およびソーシャルケア法 2012 によって設立された CCGs (Clinical Commissioning Groups、GP・専門医・看護師などをメンバーとして地方組織) がある。ここには弁護士や患者代表が含まれることもある。CCGs は病院・GP から医療サービスを購入・委託し、住民に適切な医療サービスが提供されるように保障する法的責任を負っている。

CCGs は NHS ファンデーション・トラストや NHS トラスト、NHS 財源による他のプロバイダー (民間組織、ボランティア組織、NHS を財源としないプロバイダーなど) から病院サービス、地域医療サービスを購入して委託する。実際には、トラストに所属する GP や地域看護師、OT・PT・ST などの専門職が、病院をはじめ、診療所や保健センター、外来センター、救急医療センターにおいてサービスを提供している。全国には 212 の CCGs があり、圏域は必ずしも自治体の行政エリアとは重ならない。

(2) 社会サービス

地方自治体の社会サービスの財源は、中央政府からの補助金と地方税 (カウンスル・タックス=所有・賃貸を問わず住宅占有者に評価額によって課税) と利用者負担金である。中央政府からの補助金は一般財源である。また、リエイブルメントサービスなどを NHS と共同で行う場合は NHS からも収入がある。社会サービスは財政危機に瀕しており、65 歳以上の社会サービス受給者は、15.3% (2005 年) から 12.4% (2010) へ、2016 年には 9.1%まで減少した。

医療費および社会サービスの成人ケア支出の内訳は以下のとおりである (2016-2017 年データ)。

- ・ NHS 支出 1199 億ポンド (そのうち、ソーシャルケア分 15 億ポンド)
- ・ 自治体によるケア 204 億ポンド (そのうち、自治体の支出 148 億ポンド、利用者負担 27 億ポンド、NHS より 26 億ポンド、その他 3 億ポンド)

追加のソーシャルケア資金 (2016/17 から 2019/20)

政府は最高 3%の議会税を引き上げることによって、社会福祉指針を進めることができるようにする柔軟性の向上を発表した。

効率的なケアを目指す「ベターケアファンド」は、2017/18 と 2019/20 の間に約 44 億ポンドの追加のソーシャルケア基金を用意した。2017/18 年に地方自治体に 2 億 4000 万ポンド、2018 年/ 19 年に 1 億 5000 万ポンドを提供するアダルトソーシャルケア支援補助金が提供された。また、NHS の冬のプレッシャーを和らげるためのソーシャルケアパッケージ用の追加の 2 億 4,000 万ポンドが用意された。合計で、地方自治体は、2017/18 から 2019/20 の期間にわたって、約 964 億ポンドの成人向けソーシャルケア資金を利用することができる。

3) サービス/支援内容

(1) NHS のサービス内容

NHS が法的責任を負っているのは以下のサービスであり、ほとんどの医療サービスが含まれる。

- ・救命救急医療
- ・急を要しない病院医療
- ・地域のヘルス・サービス

(例：地域精神保健サービス、周産期・妊産婦、児童・高齢者のヘルスケア、リハビリテーション、保健訪問など)

(2) ソーシャルサービスの内容

- ・高齢者（在宅ケア、デイセンター、レスパイトケア、ケアホーム、看護付きケアホーム、配食サービス、ランチクラブなど）
- ・身体障害者、精神障害者、学習障害
- ・児童（虐待、ケアホーム、里親、養子縁組）
- ・薬物・アルコール依存症、若年犯罪者
- ・家族支援

4) 自己負担

(1) ソーシャルサービスの自己負担

各人は、自治体からニーズに合わせて個人予算を割り当てられる。そのうちのいくらを自己負担するかについての基本的枠組みは以下のとおりである。

- ・家を含む全資産を対象として、

14,250 ポンド（約 214 万円）以下	：	無料
14,250 ポンド～23,250 ポンド（約 349 万円）	：	ある程度払う
23,250 ポンド（約 349 万円）以上	：	全額自費

- ・ (キャップ制) ケアコストが 72,000 ポンド (約 1,080 万円) を超えるとそれ以上負担する必要がない (2015 年施行予定であったが、2020 年へ延期)。
- ・ 資産が 14,250 ポンド~23,250 ポンドの人については、国の規定に基づき、個人の所得と基本的な生活費を考慮して決められる。国の定めた最低生活保障 (Minimum Income Guarantee) は必ず守られる。年齢によって異なるが 62 歳以上高齢者 (独居) の場合、189 ポンド (約 28,000 円) である。介護者である場合、43.25 ポンドが加算される。
- ・ 個人予算の中で例外的に無料のものもある (Somerset county council, 2017)。最初の 6 週間は無料の特別サービスを提供している自治体もある。例えば以下のサービスである。
 - 短期のリエイブルメント
 - 無報酬の介護者が介護のためにサービスを受ける
 - 精神保健法 1983 によってアフターケアサービスを受ける
 - クロイツフェルト・ヤコブ病患者
 - 継続的ヘルスケアを認定されて受ける
 - 自治体からセーフガードの支援を受ける
 - 危機の際の一時的支援

認定されないニーズに対しては、自費で補充することとなる。その際には、「チョイス」というネットの検索システムを使ったり、自治体に電話して事業所を自分で調べる。

資産が 23,250 ポンド以上の在宅生活者でケアニーズが認定されていれば、サービスのアレンジを自治体に依頼できる。その際にはアレンジ費用を支払う。これは、アレンジのためにかかる時間の費用、事業者との交渉や契約に要する費用が含まれる。

資産調査で全額負担とされる人は、在宅ケアで 20%、施設で 45% である (ILC-UK, 2016)。65 歳以上高齢者における社会サービスの利用率は、15.3% (2005 年)、12.4% (2010 年)、9.1% (2016 年) と減少している。ソーシャルケアは、もはや普遍的な公共サービスからは遠い存在である。

5) 支援プロセス

(1) NHS 継続的ケアサービス (NHS Continuing Healthcare、NHS CHC) の支援プロセス

①NHS 継続的ヘルスケアとは

ヘルスケアの中でも、介護に近いものとして NHS 継続的ヘルスケアがある。NHS 継続的ヘルスケアとは、病院外の在宅やケアホーム、ホスピスにおいて、18 歳以上の成人に対して (成人・子ども・若者)、既存のサービスだけではまかないきれない障害・事故・病気を原因として生じたニーズに対応するものである。NHS 財源により、NHS によってアレンジされる、継続して必要なヘルスケア・ニーズに対応するケアパッケージである。これは、2013 年 4 月 1 日より CCGs と NHS サービス委託委員会の責任となった。対象像は「改善の可能性が少なく進行 (発達) していくニーズ」であり、改善の可能性があればリエイブルメントのコースに進む。

②アセスメント

アセスメントにあたっては、まず看護師、医師、他の保健専門職、ソーシャルワーカーによってスクリーニングが行われる。ここで、一定の基準に達したら、次の段階であるフルアセスメントに進む。フルアセスメントは多専門職チームによって行われ、それには保健専門職、現在関わっているケアの専門職なども含まれる。ターミナル期や重度のケースで急を要する際には、医師が判断するファースト・トラックという仕組みもある。

アセスメントは、CCGs の多職種チーム (MDT: Multidisciplinary Team) によって行われ、「プライマリーヘルス・ニーズのある/なし」が判断される。実務のために「決定支援ツール (DST: Decision Support Tool)」が発行されている。

アセスメントは、次の 12 領域に対して行われる。

・行動/認知 (理解) /コミュニケーション/心理/情緒的ニーズ/移動/栄養 (食べ物、飲み物) /排泄/皮膚 (傷、化膿) /呼吸/薬物療法など ドラッグ・薬による兆候コントロール (symptom control) /変性意識状態 意識の変化状況/他の顕著なニーズ

アセスメントの際重要な指標となるのが、「特性」「複雑性」「程度」「予測不可能性」の 4 項目である。

「特性」とは、ニーズのタイプや特徴、また必要とするサービスも含めてそのニーズが個人に及ぼす影響を指す。

「複雑性」とは、それぞれのニーズがどのように関連しあっているか、あるいはケアを提供する際の技術的困難性である。

「程度」とは、ニーズがどのような範囲に広がっていて重篤であるかということである。

「予測不可能性」とは、ニーズの変化予測が困難で、適切なケアが提供されない場合におけるリスク予測が難しいということである。

また判定にあたっては「本人中心 (person-centered)」であることが重視されており、申請者が自分の希望や考えを伝えることが重要とされている。家族や友人も参加することができる。最終的に本人は、理由が書かれた決定文書のコピーを受け取る。

各領域についてニーズを詳細に見極め、ガイドラインに沿って5つのレベル、「ニーズなし (N)」、「低 (L : Low)」、「中 (M: Moderate)」、「高 (H: High)」、「重度 (S: Severe)」、「優先 (P: Priority)」を判定する。ガイドラインには、領域ごとにそれぞれのレベルの状態像が書かれている。

モニタリングは3ヶ月後に行われ、その後一年に一回行われる。

(2) ソーシャルサービスの支援プロセス

2014年「ケア法 2014 (the Care Act 2014)」が公布され、2015年4月より施行された。1942年のベバリッジ報告によって1948年にNHS制度が創設されたが、同時期に施行された「国民扶助法 (National Assistant Act)」を60年ぶりに改正したものである。

この新法で最も大きな改正点は、「ウェルビーイング (Wellbeing, 幸福) 原則」を法の冒頭で明記したことである。新法は「自治体の一般責任」の記述から始まっており、第1条に「個人のウェルビーイングの促進」が置かれている。さらに「ケアとサポートのニーズを予防する (第2条)」「ヘルスサービスとともにケアとサポートの統合を促進する (第3条)」「情報と助言の提供 (第4条)」と続く。改革のポイントは以下である。

- ・ ウェルビーイングの原則
- ・ 個人予算、ダイレクトペイメント
- ・ アセスメントの全国標準化
- ・ 予防、ニーズの減少と遅延化
- ・ 介護者 (carer) への支援
- ・ 支払い方式の変更 (キャップ制、施行は2020年から)
- ・ 政府、チャリティ、利用者団体が途切れなく連携して支える

「ケア法 2014」の第1条で、ウェルビーイングは次のような内容を含むと定義されている。

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

市民のウェルビーイングを高め保障することは自治体の責任であり、自治体業務の中心となった。国民にとっては、「自分自身が自分の暮らしの中心にいて（person-centered）、自分で自分の暮らしをコントロールする」という認識を高めることが求められる。

この改正によって、自治体は地域資源によるサポートに期待できるのでコスト削減が予測できるが、アセスメント数の増加、介護者の権利保障などが発生する。

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

「本人の選択とコントロールは「ウェルビーイング」とともにケア法 2014 の骨格を形成するキーワードである。そして、パーソナライゼーション（個別化。サービスの決定において本人が選択し、あらゆる場面で本人が自分の生活を自分でコントロールすること）が強調されている。

これまでは、例えば「1日3回の訪問介護（朝、昼、夜）」ののようなケアパッケージを提供していた。これは「できないことをしてあげる」だけの問題除去型のサポートであった。しかし、プランニングにも本人が関わってパーソナライゼーションを実践していくために、自治体から認められた予算内において自分でケアが選べる「個人予算（パーソナルバジェット）」と、現金給付によって完全にケア購入を自己管理する「ダイレクトペイメント」が、モデル事業を経て導入された。

①個人予算（パーソナルバジェット）

自治体は、ケアニーズのアセスメントによって認定されたニーズに合った量を金額として個々に割り当てる。これが個人予算（パーソナルバジェット）である。行政手続きとしては、判定後に本人が個人予算を請求する形をとる。

個人予算を受けたあと、3つの方法がある（Guidance, 2017、10. 11）。

- 1：自治体が直接サービス（リエイブルメント、短期レスパイトサービスなど）を提供する。
- 2：ダイレクトペイメントで本人が必要なケアとサポートを購入する。
- 3：上記のコンビネーション方式。自治体がニーズに対応するダイレクトペイメントを給付し、ホームケアをアレンジする。

ケアプランは自治体から本人主導へと移行し、本人の選択・決定力が拡大している。

②ダイレクトペイメント

個人予算（認定されたニーズに合う予算）を現金で受け取り、住宅改造や補助器具、身体介護などのソーシャルケアを自分で購入していくものである。障害者の自立生活運動から生まれ、「1996年コミュニティケア（直接給付）法」の中で1997年4月から実施された。

2012年時点において、スコットランドでダイレクトペイメントを受けたのは8%、ウェールズでは5%であったが、2016年-2017年には65歳以上の身体的サポート対象者ではパーソナルバジェットおよびダイレクトペイメント利用者は9割以上に上っている。

なお、個人予算をもらった人は予算よりも低い金額しか使わない傾向がある（国際長寿センターによる自治体協会インタビュー 2017年8月）。

（4）リエイブルメントサービス

①概要

- ・医療および社会的ケアでのパーソンセンタード（本人中心の）・アプローチであり、利用者が自分にとって大切な活動や仕事を行うために必要なスキルを学ぶ、あるいは学び直す事を支援する。
- ・従来の在宅ケアアプローチでは、他の人（支援者）が利用者のために何かを行っていたが、このアプローチにおけるサービスの重点は、利用者自身がそれをできるようにする。
- ・人々の自立、ウェルビーイングを促進するプログラムを実施する。
- ・身体能力、社会的能力（地域社会との繋がり・役割）を大切にし、対話を重視し対象者にとって意味のある日常を取り戻すために「自信」「能力」「スキル」を向上させる。
- ・最大6週間、無料、訪問型で目標を定期的に見直し、様々な組織のスタッフが協力して、統合された形で業務を展開する（合同での会議や研修および多職種チームワーク）サービス。
- ・サービス提供主体は、地方自治体あるいはNHSである。
- ・作業療法士はリエイブルメントチームを主導し、中心的なチームメンバーとして携わる。

- ・作業療法士は、複雑なケースで、専門的技術や知識を提供する。作業療法士によるスーパービジョンは、役割遂行に対するリエイブルメント職員の自信と相関があるとされている。
- ・ソーシャルワーカーが人をアセスメント（評価）するとき、ソーシャルケアのニーズだけではなく、本人が必要とするニーズ全てを見るようにする。
- ・進め方の方法については地方自治体に任せられているが、ケアパッケージのニーズを減らしていく、予防していくということは Statutory（法的義務）である。後述のウィガン市ではケアサービスの前にまず最初にリエイブルメントサービスが検討される。
- ・初回訪問で行うこと
 - i. リスクアセスメントの実施、
 - ii. サービスの説明、
 - iii. 能力とニーズを評価、
 - iv. 目標に同意の確認、
 - v. 必要な機器や福祉用具の特定
- ・サービス開始時、利用者のケア計画において、チームリーダーは利用者と多くの時間を割いて、利用者が真に希望することや、望む／必要なケアが何か、どのようにケアを提供してほしいかについて理解するよう努める。
- ・リエイブルメントチームでは週2回、多職種によるフォーマルなレビュー会議が行われる。
- ・利用者のケアプランおよびニーズは定期的に見直される。

②効果

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

③費用対効果

リエイブルメントは、医療および社会的ケアにおけるサービス利用者のアウトカム改善で、高い費用対効果が示されている。

- ・ Glendinning らの研究（2010）では、健康関連の QOL において、医療と社会的ケアの両方が考慮された場合、リエイブルメントは 99% の確率で（また社会的ケアの費用のみが含まれる場合にはほぼ 100% の確率で）費用対効果が高いことがわかった。
- ・ Lewin らの研究（2013）では、リエイブルメントサービスを受けた人は従来の在宅ケアサービスを受けた人と比べると、その後 3 年間あらゆる種類の在宅ケアサービスの利用率が低く、また身体介護サービスは 5 年近く利用率が低いことがわかった。
- ・ ノーフォーク自治体が提供する在宅ケア・リエイブルメントプログラム利用者のうち 23% は、さらなる支援を必要としない状態でサービスを終了した。より長期のケアを継続する人たちへのケア提供時間は 90% 減少した（Allen and Glasby 2010）。
- ・ グラスゴーにおけるリエイブルメントサービスのアウトカム（181 名のサービス利用者に基づく）では、サービス利用者がリエイブルメントを完了した場合、同サービスの提供による継続的な在宅ケアサービス提供の削減目標を達成し超過した。削減目標は 30% だったが、分析によると 51.5% の削減が示された（Joint Improvement Team 2014）。
- ・ 北アイルランでは、2014 年には 4,750 名の高齢者がリエイブルメントの恩恵を受けたと報告されている。このプログラムでは、利用者が自宅で自立した生活を送れるよう支援しており、45% が法定サービスを必要とせずサービスを終了できた（Health and Social Care Board 2014）。
- ・ ウェールズでは、リエイブルメントサービスを受けた人の 70% 以上が、さらなる継続的支援を必要としなかった。これによって、サービス利用者だけでなく地方自治体や地域保健局への効果も示された（Social Services Improvement Agency 2013）。

■事例「グレーター・マンチェスターのウィガン自治体—The Deal」の試み

—自治体への権限移譲およびリエイブルメントサービスを軸としたサービスの変革 背景

中央政府から地方自治体に提供される資金は厳しくカットされてきており自治体は大きな危機感を持っていた。その中で、サービスに依存するタイミングを遅らせる、あるいはサービス依存を予防するという点を重点として、人々のウェルビーイングのニーズに対処することを法的な義務とした Care Act（介護法）が 2014 年に制定された。これによって地方自治体は今までのような自治体主導のプロセスからの変革を求められた。

ウィガン自治体が属しているグレーター・マンチェスター（マンチェスター地区広域連合）への中央政府からの権限移譲の一環として、NHS とソーシャルケアの予算は 2016 年 4 月より統合の方向で運営されることになった。

それを受けて、ウィガンでは、全く新しい医療とソーシャルサービスを統合したアプローチとして自治体と住民、また自治体と専門職の間の役割に関する契約である「The Deal」を始めた。これは自治体とそこに暮らす人々との新しい関係づくりである。

The Deal の特徴

住民の長期的な健康やウェルビーイングは、自治体と住民が協力することで初めて保証される。自治体は「住民が健康的なライフスタイルを送れるよう手伝う」、住民は「自分の健康や wellbeing を自分で管理し責任を持つ」必要がある。

また、ケアニーズだけではなく生活全体を向上させるためにスタッフ、地方自治体職員もコミットし、ケア専門職は全員自治体と専門職間の The Deal にサインをしなくてはならない。同時にコミュニティ組織などさまざまな関係者とパートナーシップを持って行う必要がある。

図表3 The Deal の導入前と導入後の変化

The Deal 前夜	The Deal 導入後
<ul style="list-style-type: none"> • ソーシャルワーカー、OT が会いに行つて「何が問題ですか」、「何に困っていますか」「何ができないの」と聞いていた。 • 評価/支援では、高齢者がソーシャルサービスを求めてくると、ソーシャルワーカーは、「こういうケアパッケージがありますよ」「介護者があなたの所に行きますよ」「デイセンターがこういうふうに行きますよ、ここに行くことができますよ」あるいは「もう施設に入りますか」というような言い方であった。 • コミュニティ組織とか、チャリティとか、ボランティアセクターを活用することも限定的だった。 • NHS と一緒になって取り組むということも限定されていた。 • 健康上の問題、あるいは、サービスを必要とするものの予防、サービス利用をできるだけ遅らせることへのフォーカスも限定されていた。 • wellbeing、QOL や、本人が自分の生活のことをどう感じているのかへの焦点はおそらくなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> • 予防、健康な生活スタイルをできるだけ長くするためのよりよいコミュニティサービスを作るために、コミュニティ組織に委託（コミッショニング）をした。 • 一般の人のヘルプニーズを減らしていくためにテクノロジーにも投資した。 • ソーシャルワーカーや作業療法士(以下 OT)に投資し、ケアパッケージを提供前に健康を向上させる OT 中心のリエイブルメントサービスが生まれた。 • 「何ができるのか」「どのような才能があるのか」「積み上げていけるものは何か」という会話をを行うようになった。 • 家族の役割についても聞く。あなたの人生、生活にとって何が重要なのかということを考えるようになった。 • コミュニティに多くのアクティビティ、つながりが存在しなくてはならず、コミュニティとともに仕事をするようになった。 • カウンシルの中に「リンクワーカー」「ケアナビゲーター」のようなコミュニティを知っている人そしてコミュニティにおける活動を活発にする新しい職種を作った。

(国際長寿センター2018年8月調査による)

(5) 注目すべき動向

①NHS とソーシャルサービスの統合、社会的処方

イギリスでは、医療（全国 NHS）とソーシャルサービス（地方自治体）は、別々に成り立っている。スコットランド、ウェールズ、北アイルランドでは一定の裁量権が認められて医療とソーシャルサービスのシステムは独自の判断も含めて進められている。この地方分権と権限移譲はイングランドの中でも各地で実施され始めているが、大規模な形ではグレーター・マンチェスター（マンチェスター地域広域自治体）で1年半前に始まった試みが全英から注目されている。ここでは予算も今後統合していこうという方向性で進んでいる。

長い年月にわたり、グレーター・マンチェスター内の10の地方自治体が集まって地方自治の実績を積み重ねてきた事により、中央政府もグレーター・マンチェスターと会話をする機運となってきた。2013年に年初めてグレーター・マンチェスターとしての地域戦略が発表され、イングランドにおけるナショナル・ガバメントとの間で最初の権限移譲合意（地方分権合意）が締結された。

この統合によって、ケアサービスへのアクセスのバリアを取り除き、同時にウェルビーイングの向上にも利点があると考えられている。そこでは単にヘルスケアを提供するだけではなく、雇用へのアクセス、よい住宅へのアクセス、レジャーの施設、文化的なサービスへのアクセスも含み、より幸福であり健康であるということ（ウェルビーイング）に焦点が当てられている

コミュニティでの取り組みをしている人々の参加がと社会的処方という形で GP も関わるということが大きな変化である。そのプロセスにおいてたくさんの学びやトレーニングが生まれた。

グレーター・マンチェスター内のマンチェスター市は12の地域に区切られている。その各地区でリーダーたちがミーティングを持つ。これは住民、ソーシャルケア、ボランティアセクター、医療、看護などの代表者からなり、そこに住む人々にとってどのようなサービスがよいかということ協定する。そして、今までさまざま異なるサービスが結び付くようになり、より効率が上がり、人々にとっての利点が出てきている。



図表4 グレーター・マンチェスターのアプローチプロセス

これまで医療とケアが分断化していて、どのようなナビゲーションでこのシステムの中を
通っていけばいいのかが分からないことが多々あった。また、今までは、医師、看護師、ヘル
スケア専門家が「こういうことをすれば健康にいい」「タバコを吸わないで」「お酒は控えて」
「ヘルシーな食品を食べて」「たくさん運動して」とレクチャーをしていた。このアプローチ
では多くの人が反応しない。そこで、人々の行動変容のためにパーソン・コミュニティ中心
のアプローチを進めている。

②グレーター・マンチェスターのアプローチプロセス（図表4）の解説

i. 「自分にとって重要なことに耳を傾ける」

医師やソーシャルワーカーなどの専門家は、伝統的には何が間違っているかを分析し、それ
を直すというやり方であった。医療的な症状、疾患であれば治療をするということだが、特に
健康寿命の短い人たちにとっては必要なケアとサポートはいわゆる医学的な治療ではない。

誰かにもっとヘルシーな行動や活動をしなさいと言われても、その人が孤立してうつ症状
で家も出たがらなくなるとそれを実行することはない。それで、その人の声に耳を傾け、
その人の人生、生活にとって何が重要なのかということを知るという段階から始まる。それ
は個々の人によってそれぞれに違い、パーソン・センタード・ケアと言われている。

グレーター・マンチェスターのスタッフトレーニングでは、こういうサービスをしなさい
というオファーをするのではなく、コンサルテーションを行う時にその人の声、その人にと

って何が重要であるのかということ聞き出すトレーニングをしている。それがパーソン・センタード・サポートプランにつながっていく。そのプランは、その人を取り巻くすべての状況を見ていくということになる。医学的な治療とか処方もその中に含まれるが、その人の社会的な環境、そしてより健康な生活を送っていくために何が必要で、どのようなサポートが必要かということを含めたプランになる。

ii. 「薬を超えた解決策」

典型的な GP の仕事はおおむね4つのオプションがある。まず一つには薬の処方。次は専門医への紹介。3番目は問題がはっきりしない場合は血液検査とか検査に患者を送る。GP によると、臨床的な薬は必要ないような患者が増えている。それで、この社会的処方はそのような患者に対して、家族、友人、コミュニティなどの人々からのサポートを処方することを意味する。そういう場合は患者をリンクワーカーとかケアナビゲーターに紹介することができるようになった。この人々が、地域のアクティビティのリーダーになる。その人たちが患者と一緒に非臨床的な部分での生活設計を一緒に作っていく。いままでの法的なサービスの中ではこのようなタイプのサポートは含まれていなかった。これまでチャリティなどが担当してきた分野であり、孤立や孤独を解決するための経済、社会的なコネクションを重視している。もっと外に出てアクティブになるということも含まれる。これには、スポーツクラブに行く、水泳をする、サイクリングをする、ウォーキングクラブに入る、ガーデニングをするということも含まれる。

またメンタルな面でのサポートが必要な人がより多くなっている。特に高齢者の孤立、孤独が大きな問題になってきている。社会的につながりを持たないことによって、うつになりみじめな気持ちになることで、それが肉体的な健康にも影響を及ぼしてくる。だからここでは、人々をつなげていくソリューションということになる。例えば、朝のコーヒーを一緒に飲むような所に出て行くとか、人々が一緒になる機会を設けている。重要なことは、その個人の関心や個人がやりたいと思うことはなにかということである。

これは2つの利点がある。まず、本人の健康とウェルビーイングが回復し向上する。それが往々にして臨床的にも情緒的にも良いアウトカムを生む。2番目の利点はサービスを使う率の減少である。イングランドのいくつかの大学の調査によると、このような社会的処方をすることによって、医療とケアを利用する率が25%減ったという結果もある。つまり緊急サービスやヘルスケアにお金をかける前にコミュニティに安上がりする方法があるということだ。

それで、社会的処方のスキームのために権限移譲によってもたらされた変革用の資金をこれに使っている。将来的には医療、ケアにかかるお金を節約できると期待している。

iii. 「自分自身でサポートを設計する」

患者の中には肉体的、精神的に重度の障害を抱えている人たちがいる。その人たちは24時間ケアが必要なので多くは施設に入ることになっていた。今はパーソナルバジェットというプログラムがあり、その人たちが自宅で暮らすためにどのサポートが必要かということを見ず見る。以前は施設ケアに使われていたお金を、個人が自分で使えるようになった。

たとえばそのお金で自宅にエレベーターをつけるとか、自分を持ち上げてくれる機器や装置に使うこともできるし、その人が信頼している介護者に来てもらって自宅での生活を助けてもらうこともできる。あるいは車いす購入費に使う、外出する時の交通のサポートにも使える。それがまたその人の社会生活を助けることにもなる。自分で予算管理をするのは複雑すぎるという人は家族やエージェンシーにやってもらうこともできる。

社会的処方と同様にこのような形態をとることによってその個人の健康とウェルビーイングが向上しコストは15%減るという結果が出ている。

この社会的な処方やパーソナルバジェットがうまくいくためには強いコミュニティグループやNGOの体制が必要である。

iv. 「自分の地域の強みに気づく」

医療とケアに関するグレーター・マンチェスターではNGOやボランティア組織は1万6000ある。それが年間2万1000人の支援を行っている。ボランティアとかコミュニティのセクターが大きな貢献をしている。

3. ケアマネジメント機能の比較

段階1 サービス提供開始にあたっての相談業務					
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている	補足説明
上記4ケースに関する英国での重要な注記	このケースは、状況から見ると、社会的ケア制度からケアを受ける典型例である。ただし、社会的ケア制度からのケアは地方自治体（local authorities, LAs）が提供しており、受給資格は3点の条件に基づいている ¹⁾ 。	急性期の症状のみケアが必要で、他のケアは不要な場合は、NHS 継続的ケア ²⁾ を通じてサービスを提供される可能性あり。これは社会的ケア（LTC）制度の一部ではない。	回答は、左の1つ目のグループ（身体／認知障害）と同様。	このような人たちはかなり自立しているため、社会的ケアの受給資格要件を満たす可能性が低い。ただしケア法 ³⁾ に基づいて、アセスメントを受ける資格はある。	
	英国の社会的ケアでは、ミーンズテスト（資力調査）が行われる。在宅ケアの受給資格が得られるのは、貯金や資産（住宅は除く）が一定額（イングランドでは 23,250 ポンド、ウェールズでは 24,000 ポンド、スコットランドでは 27,250 ポンド、北アイルランドでは 23,250 ポンド）未満の人である。この資産があつて LA が資金を提供しているケアの受給資格がない人も含めて、誰でも LA によるケアニーズのアセスメントを受けることができる。またケアの資源等を特定するのに、LA から支援を受ける権利もある。ただし実際には、ケアの支払いを自己負担する人たちの大半は、自分でケアを管理している。				
項目 1-1：提供サービスを検討するにあたって、介護保険制度、ソーシャルサービスの説明	<u>制度</u> 全国的な社会的ケア制度があり、これは源泉所得から引かれる国民保険および、ミーンズテストと支払い能力に基づく個々の支払いで賄われている。これは英国全体の制度であり、サービス料金も全国一律である。	ここには2つの潜在的なシナリオがあるので何が起こるかを説明することは困難である。高齢者が骨折して、その後の回復に関連して継続的なケアを必要とする場合、彼らはおそらく6週間の		上記の通り、LAを通じたケアサービスの受給資格をこのグループが得られる可能性は低い。ただし、もしこの人たちが LA にアプローチしてケアの支援やアセスメントを求めた場合には、このような情報を得る可能性が高い。	
質問：制度説明の際に特定のサービス機関などを利することなく本人中心の考え方をどのように	<u>回答：</u> 各ケアプランは、アセスメントで特定されたニーズに基づき作成される。	readment / step down パッケージを受け取るだろう。その後、NHS から他の例と同じソー			

具体化しているか		シヤルケアシステムに移行する。			
項目 1-2: 要介護認定後のサービス提供にあたってのサービス事業者の紹介、援助	<u>制度</u> 場所によっては地方自治体の幅広いサービスがあり、また地方自治体との契約を通じてケアを提供する民間のケア事業者もある。 自分でケア事業者を探して個人的に契約を結ぶ方法を選ぶ人もいる。	しかし、以前から彼らが急性の状態を持っていて自宅でケアを受けていたならば、NHS 継続ケアのケースと考えられるかもしれない。どちらの場合も、GP や社会的処方が必要な。そこでは CCG の学際的チームを必要とするだろう。			
質問: 医療以外の長期介護、ソーシャルサービスの選択を誰がどのように判断しているのか	<u>回答:</u> LA のアセスメントで特定されたニーズ、または個人の選択を通じて行われる。				
項目 1-3: 公的な制度以外の社会資源 (ボランティアサービス、地域サークル等の情報提供、紹介)	<u>制度</u> サービスを提供している慈善団体もあるが、これらは通常、アセスメントで特定されたニーズを通じて提供されており、また多くの場合、LA と契約している。 サービスは委託され、また国の検査制度に従うよう求められている。				「ケアナビゲーター」および「リンクワーカー」は比較的新しい役割であり、この点を促進するためにいくつかの場所に存在する。(リンクワーカーは通常、社会的処方と関連している。)
質問: その際に本人自身による選択、本人のウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか (自立支援)	<u>回答:</u> 個々のケアプランは、個別アセスメントで特定されたニーズに基づいて作成される。				

<p>項目 1-4：長期介護、ソーシャルサービス以外の制度、機関等への紹介、利用援助</p>	<p><u>制度</u> これは断片的である。ある地域では、個人予算を使ってニーズに最も合うサービスを評価でき、これらのサービスは様々な提供者によるものである。また限定的ではあるが、適切なサービスや最適な提供者の選択を支援するサービスもある</p>				<p>個人予算は「パーソナルバジェット」と呼ばれている。これは、人々が自らの社会的ケアに使える資金である。</p>
<p>質問：特定のサービス機関などに偏ることなく本人中心の考え方をどのように具体化しているか（公平性）</p>	<p><u>回答：</u> できるだけ選択や個人のエンパワーメントを促進する、という国の考えに向けた大きな動きがある。社会は選択肢やオプションを求めている。私たちは徐々に、賢い消費者社会となっているため、利用者はこれを求めている。</p>				<p>本人中心の考え方がパーソナルバジェットの精神である。</p>

1) <https://www.scie.org.uk/care-act-2014/assessment-and-eligibility/eligibility/criteria-adults-care.asp>

2) <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/money-work-and-benefits/nhs-continuing-healthcare/>

3) <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>

段階2 サービス提供にあたってのアセスメント				
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADL はおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている
項目 2-1: サービスを検討するにあたっての面接の実施（自宅等への訪問）	<u>制度</u> ソーシャルサービス <u>担当者:</u> ソーシャルワーカー			
質問: サービスを検討するにあたっての情報収集は誰がどのような方法やタイミングで行っているのか				
項目 2-2: サービスを検討するにあたってのアセスメントの実施	<u>制度</u> ソーシャルサービス <u>担当者:</u> ソーシャルワーカーがアセスメントを行うが、看護師または作業療法士 (OT) が関わることもある。	<u>制度</u> 前述のとおり、このグループは社会的ケア制度ではなく NHS が対応し、そこでは独自のアセスメントの枠組みや利用資格要件が設けられている。		
質問: サービスを検討するにあたってのアセスメントにおいて、ウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか（自立支援）				
項目 2-3: 支援の必要性の確認	<u>制度</u> 制度全体がミーンズテストの対象となっており、LA がアセスメントを実施する。			
質問: 援助の必要性の判断は誰が、どのような基準をもって実施しているのか				

段階3 ケアプランの策定、チームケア					
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だがIADLに問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている	補足説明
項目3-1:サービス種別及び事業所の選択	<u>担当者:</u> ソーシャルワーカー				社会的ケアでは、ソーシャルワーカーがゲートキーパーの役割を担っており、利用者と適切で利用可能なサービスをつないでいる。
質問: サービス種別及び事業所の選択において誰が情報提供しているか。その際に公正性はどのように確保されているのか					
項目3-2:サービス事業所への事前調整、紹介、情報提供等					
質問: サービス事業所への事前調整においてウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか(自立支援)					
項目3-3:ケアプラン原案作成、交付等	<u>担当者:</u> 本人作成が推奨される	<u>担当者:</u> 本人作成が推奨される			
質問: 課題や目標、サービス内容においてウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか(自立支援)					
項目3-4:サービス担当者会議の実施	<u>制度</u> ソーシャルサービス				
質問: 他の機関との連絡調整において自立支援に向けて誰がどのように調整しているのか					

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等					
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だがIADLに問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている	補足説明
項目 4-1：モニタリング（サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況のチェック）	<u>制度</u> ソーシャルケア	<u>制度</u> NHS			
質問：支援の実施や頻度について、誰がどのように評価しているか（ウェルビーイング確保、リエイブルメント実施の視点で）	<u>回答</u> ： サポートプランは6～8週間後に見直され、その後少なくとも12か月ごとに見直される。	<u>回答</u> ： 状況によって違うが年に1回はレビューを行うことになっている*			
項目 4-2：すでに実施されているサービスの変更、調整	<u>制度</u> ソーシャルサービス				
質問：サービス変更時には誰が、どのような理由で行っているのか					
項目 4-3：支援計画記録の作成	<u>制度</u> ソーシャルサービス				
質問：記録の活用（公正性の確保やウェルビーイング確保、リエイブルメント実施にむけて）					
（質問）支援ケアプランに対する評価は誰が、どのような基準で行っているのか（QOL向上、GP訪問回数減など）					

* (NHS Personalised care and support planning handbook)

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/practcl-del-care-support-planning.pdf>

5. その他 周辺業務 (以下、制度上は日本のケアマネジャーの責任業務ではないが事実上サービスが行われている事項)							
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。 <u>認知症なし、配偶者あり</u>	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。 <u>認知症なし、配偶者なし</u>	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。 <u>認知症あり、配偶者なし</u>	骨折による急性期 <u>認知症なし、独居</u>	ADL はおおむね自立だが IADL に問題がある <u>認知症あり、独居</u>	ADL はおおむね自立だが IADL に問題がある <u>認知症なし、独居</u>	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている。配偶者は軽度の障害がある
5-1 住宅改修への支援	LA には住宅改修用にいくらかの資金があり、住宅改修ニーズの Assessment は誰でも要請できる。OT がこれを行う可能性が高い。			このケースは医療制度から始まっているため、他のケースとは異なる。この場合、退院時に OT が関わる可能性が高い。			
5-2 GP、ホームドクターへの情報提供、受信支援	誰も行わない。						
5-3 病院への情報提供、カンファレンス出席(入退院時)	ソーシャルワーカーがこれを提供すべきだが、やらない可能性もある。						
5-4 障がい分野に関する利用手続き支援	これはソーシャルワーカーの役割の一部である。						
5-5 公的扶助に関する支援や利用手続き							
5-6 民間サービス、ボランティアによるサービス等の手続き支援							
5-7 住居に関する支援や利用手続き支援							
5-8 公共料金等の支払い等への対処、アドバイス	特に誰も行わない。						
5-9 消費トラブルに対する支援	誰も行わない。						
5-10 訪問時に対象者の支援(至急必要なものの買い物、着替え)を行う	ケアパッケージの一環として、ケアワーカーが行う。						

4. 資格/教育/キャリア

1) GP

(1) 業務内容/待遇

GPによるサービスは、NHSと契約を結んでいる独立的な経営のGPによって提供される。

病院にいる医師はNHSから給料を払われているが、GPの場合はNHSと結ぶ独立的な契約によって支払いが行われる。この制度によってGPは多くの自由裁量権を持っている。ほとんどのGPは自分の診療所の建物を所有している。多くのGPの診療所では、しばしば高い資格を持った看護師がいる。例えば修士号を持っていて薬を処方できる看護師がいる。また、薬剤師、アシスタント、事務部門の人もある。提供するサービスは以下のとおりである。

- ・プライマリーケア
- ・慢性疾患の継続的ケア
- ・母子保健
- ・予防：予防接種、子宮頸がん検診、避妊等を含む
- ・第1段階の診断サービス - 血液検査、X線検査、スキャン等のオーダー
- ・必要に応じて病院への紹介
- ・追加的サービスは委員会と交渉（例：抗凝血剤使用の患者モニタリング、関節内注射）
また、追加的な業務として以下がある。
- ・看護師の支援
- ・プライマリヘルスケアチーム会議への参加（地域看護師、ソーシャルワーカー、精神保健支援ワーカー等とともに）
- ・月次会議 - 教育、手順の検討、重要事案等

(2) 質と成果の枠組み (QOF)

パフォーマンスペイメント制が2003年に導入された。これは事業総収入の約20%に相当する。特定の目標があつて、それを達成するポイント制だ。プロセスの目標、またアウトカム目標の両方がある。目標の80%に達しないと支払いはなされない。

(3) 教育/資格

研修・養成

大学医学部 - 5年

基礎研修 - 2年間、主に病院で（GPで4か月行うこともあり）

GP 専門研修 - 3年間（病院で2年、診療所で1年）

試験：MRCGP（メンバーシップ・オブ・ロイヤル・カレッジ・GP）。専門研修3年目に受験。

筆記と模擬患者の実技試験

（Kath Checkland マンチェスター大学保健政策・プライマリケア教授提供資料）

2) 看護師

(1) 業務内容／待遇

働く場所（成人看護の場合）

<成人看護のほかにコミュニティヘルス看護、小児看護、障害者看護、メンタルヘルス看護、保健訪問もある>

- ・病棟、外来患者部門、専門部門
- ・地域社会（例：患者自宅、診療所、GP、看護センター、ナーシングホーム）
- ・刑務所
- ・警察
- ・ボランティアまたは民間部門

成人看護師は、作業療法士、薬剤師、放射線技師、そして医療助手を含むチームの中で働く場合が多い。また、患者の家族や介護者と密接に連携する。

(2) 教育／資格

大学で看護学を専攻する。

看護学位見習い（Nursing degree apprenticeships）として働きながら資格を取ることもできる。この場合は働きながら4年間学ぶことになる。

看護師として登録されたのちにさらに経験とトレーニングを重ねることによって以下の例のような役割を担うこともできる。

①一般診療看護 General practice nurse 部門

- ・ Senior practice nurse / nurse practitioner（医師の治療の後を引き継いでさまざまな看護を行う。経験のある看護師がコンサルティング技術やアセスメント技術などのトレーニングを受ける）
- ・ Advanced nurse practitioner（処方、紹介が可能。処方資格と大学院レベルの教育）

②地域看護 District nurse 部門

- ・ District nurse（医療アセスメント、モニタリング等を行う。複数の専門看護資格を持ち、追加トレーニングを受ける）

3) ソーシャルワーカー

(1) 業務内容／待遇

ソーシャルワーカーの日々の仕事は、人々のニーズ、強み、望みを評価し、個人や家族と直接やりとりして問題を解決し、サポートを組織し、他のサービスや機関への推薦や紹介を行い、詳細な記録を取る。

ソーシャルワーカーが対処する問題は、社会的または感情的な不利益、差別、貧困またはトラウマにしばしば起因するものである。ソーシャルワーカーは、人々の生活に影響するより大きな全体像を認識し、人権が尊重され保護されるより平等で公正な社会のために働く。

ソーシャルワーカーによる高齢者支援の例

独立したチーム内のソーシャルケアアセスメント担当者として、病院、地域保健チーム、個人、そしてその家族からの紹介についてアセスメントを実施する。この役割の仕事は非常に速いペースであり、短期間の介入と予防の仕事を含み、長期の介入は計画的ケアチームによって完了される。これにより、長期的なソーシャルケア支援の必要性を予防、軽減、および遅らせるすべてのチャンスを確実にすることができる。

ソーシャルワーカーは、ケアとサポートを必要とする成人とその介護者が希望する結果を達成し、自立した生活を送れるようにするために、さまざまなアセットの強さベースの評価と介入を行う。

これには、本人と介護チームとで、最も価値のある個別のケアとサポートプランを立てることも含まれる。ソーシャルワーカーは本人が危害から安全であることを確実にし、危害または虐待が確認された場合にはその人の安全を確実にし、そして関連する安全保護の問い合わせを引き受ける。

(2) 教育／資格

①Bachelor' s level: Baccalaureate social work degree (BSW)

大学卒レベル：バカロレアソーシャルワーク学位(BSW)

②Master' s level: Master' s degree in social work (MSW)

大学院レベル：ソーシャルワーク専攻修士学位(MSW)

③Advanced Generalist: MSW plus two years non-clinical supervised social work experience

アドバンストジェネラリスト：ソーシャルワーク専攻修士学位(MSW)に追加して2年の非

臨床ソーシャルワーク指導の経験

④Clinical: MSW plus two years direct clinical supervised social work experience
クリニカル: ソーシャルワーク専攻修士学位(MSW)に追加して2年の臨床ソーシャルワーク指導の経験

*2018年5月現在でイングランドの登録ソーシャルワーカーは96,571人である。

4) コーディネーターの役割を担う職種としての「リンクワーカー」、「ケアナビゲーター」など

(1) 業務内容/待遇

① GPによる社会的処方発展

イギリスでは社会的処方が英国内で発展している。そこではサービスはプライマリケア専門家と「社会的機会」の間の橋渡しをするための「ナビゲーター」が必要となる。社会的処方の中で臨床的ではない適切な社会資源を提案する役割を果たすのが多くの場合リンクワーカーと呼ばれる人々である。しかしこの役割はまだ十分に確立されておらず、ナビゲーションの役割における明確な社会的合意、必要なスキル、属性およびトレーニングの要件、キャリア構造などについて議論が重ねられている。介護ナビゲーションを提供する人々の名称については確定しておらず、以下のようにさまざまに呼ばれる

ヘルスおよびソーシャルナビゲーター/社会的処方員/リンクワーカー/コミュニティコネクター/非臨床ナビゲーター/ケアコーディネーター/地域ナビゲーター/ストロークナビゲーター/認知症プライマリケアナビゲーター

ナビゲーターが機能している場所は以下のとおりである。

緊急治療センター/GP/コミュニティのさまざまな部門/専門病院病棟(例:脳卒中ユニット)/病院やプライマリケアの学際的チーム

②地域における実情

(2018年8月、国際長寿センターによるウィガン市(Wigan Council)インタビューより)

ウィガン市では、ウェルビーイングのために地域のアクティビティにもっと人々がつながる必要があると考えた。それには、コミュニティでどのようなものが利用可能であるのかということをソーシャルワーカーやOTが理解していなくてはならない。

こうして、コミュニティのパートナーがわれわれ地方自治体と同じぐらい重要であり、新しい仕事を作らなくてはならないということになった。つまり、コミュニティを知っている人、コミュニティ内の資源ニーズと供給のギャップが何かを知っている人、そしてコミュニティにおける活動を刺激できるような人で以下の職種だ。

- ・リンクワーカー：GP 診療所を訪れる人がコミュニティ活動につながることで生活意欲を回復することができるようにチャリティ団体あるいはコミュニティ活動へのナビゲーションを行う。病院のリンクワーカーもいる。
- ・コミュニティナレッジワーカー、コミュニティコネクター：コミュニティの知識の豊富な人をコミュニティナレッジワーカーと呼んでいる。またコミュニティコネクターは実際に人々をコミュニティの活動に連れて行く。

(2) 教育／資格

コーディネーター役を担う職種については資格制度がまだ十分に対応できていないが、ソーシャルワーカーに準じたキャリアパスウェイを明確にするべきであるとの議論が始まっている段階である。

5. ケアマネジメント機能における公正中立の確保、サービス選択支援、監査/評価

イギリスのソーシャルケアでは、日本のケアマネジャーにそのまま相当する職種はない。

地方自治体はソーシャルケアの受給資格について決定するが、これは自治体の査定によって本人の必要とするケアと支援の一部または全部の代金を支払うことに同意することを意味する。ケアプランは本人主導で作成され、サービス事業者を選択するのは本人である。これによって、自治体はサービス選択にあたって責任は持っておらず、構造的にサービス決定における「公平・中立の確保」という課題は生まれない。

医療、介護の質の確保については大きな役割はケア品質委員会（CQC）が担っている。医療保健サービスから社会サービスまで幅広い範囲にわたって、その質と安全性・効率が高いレベルで保たれるように事業者登録の管理、監査、利用者保護を規制する。この委員会は、保健省の外局である。

また、下表のように多くの機関が関わっている。

図表5 地域ケア品質システムにおいてキーとなる役割（地方自治体協会（LGA））

プロバイダー（サービスを提供する）	コミッショナー（サービスを委託する）
<p>例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・NHS ファウンデーショントラスト（自治体内） ・NHS trusts NHS トラスト（TDA 傘下） ・プライマリケア（GP 等） ・地方自治体 ・民間、ボランティア機関 ・ソーシャルエンタープライズ 	<p>例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・NHS イングランド ・クリニカルコミッショニンググループ（CCGs 地域医療/ケア機関） ・地方自治体 ・個人予算/個人ヘルス予算または自分自身のお金を使用している個人
<p>主要な活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・効果的なガバナンスと意思決定 ・品質保証プロセスの実施 ・患者連絡グループとの協力（ヘルスウォッチ、と患者アドバイザー連絡サービス PALS を含む）、および効果的な顧客フィードバックの維持 ・透明性と選択を増やし、改善のためのドライバーとして使用するための質の高いデータの収集と公開 	<p>主要な活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の人々と協力して地域のサービスを計画する ・高品質の持続可能なサービスの委託 ・契約のモニタリング ・自主的な適格認定 ・個人のニーズを満たすためのサービスの購入（合意されたケアプラン内）

レギュレーター（規定/取締りを行う）	プランニング、アドバイザー（計画を立案、諮問する）
<p>例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケア品質委員会（ ・児童教育・サービス事務所（Ofsted、児童へのサービスを監査） ・モニター（Monitor、ファウンデーション・トラスト内の監査部門） ・トラスト開発局（TDA、ファウンデーション・トラスト以外の監査部門） 	<p>例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルス・ウェルビーイング理事会（自治体内ヘルス・ケア関係者フォーラム） ・ヘルスウォッチ（患者・利用者団体。CQCと連携） ・概要とセキュリティ委員会（自治体内チェック機関） ・セーフガード理事会（児童保護） ・品質監視グループ（ヘルス/ケアの質のリスクに関するガイダンスを発行）
<p>主要な活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・登録 ・検査 ・指針の執行 ・パフォーマンスの監視 	<p>主要な活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者やユーザーへの声かけ ・公的説明責任の確保 ・アウトカムと患者の経験を精査する - ポリシーとサービスの設計に影響を与える ・介護サービスの質に関するエビデンスの検討 ・保護（セーフガード）計画の策定と見直し ・リスクと懸念の特定と拡大

6. イギリスのまとめ

- ・高齢者支援・長期介護は税金で賄われており、その仕組みは以下の3つに分かれる。
 - 医療はNHS（＝国）が担う。リハビリテーション、終末期など重度の場合に主に施設ケアを対象にした継続的ケアサービスも含む
 - 地域支援はソーシャルサービス（自治体）が担う。身体介護、レスパイトケア、ケアホーム、福祉用具、配食サービスなどを含む。ミーンズテストがあり、約350万円の資産があれば全額自己負担となるため低所得者の利用が多い。自治体によって異なるが、近年は中～重度の場合のみサービスが提供されることが多い。
- *近年は医療、ソーシャルサービスの両方から提供される短期集中生活リハビリテーションであるリエイブルメントサービスが増えている。

・相談支援

GP および GP 診療所内の相談担当者がまず身体の状態について相談に応じる、また自治体のソーシャルサービス窓口、Age UK などのチャリティがそれぞれ相談に応じている。

・ソーシャルサービスのアセスメント、サービスプラン

自治体専門職チーム（ソーシャルワーカー、GP、看護師、療法士等）と利用者が話し合い、「個人のウェルビーイングの促進」のために利用者が申請するニーズと生活目標の内容を検討して個人予算（パーソナルバジェット）として支給額を決定する。このプロセスの中で、利用者自身がサービスプランを作成することが推奨される。それが困難な場合には自治体が相談に乗り、さらに困難なケースでは自治体への委任も認められている。

・サポート・ケアプラン

個人予算により本人が決定したプランに基づいてサービスプロバイダーを利用者が決定する。したがって給付管理の責任は本人となる。

・モニタリング

自治体のソーシャルサービスの専門職チームが行う。

・サービスの質

CQC（ケアの質委員会）はそのガイドラインに沿って監査を行っている、また利用者団体など多くの機関が向上に努めている。

- ・ 自立支援

社会的処方（GP）、リエイブルメントサービス（OT 中心）によって回復可能な利用者については生活リハビリテーションと社会参加が進められている。地域によってはソーシャルサービスの査定以前にリエイブルメントサービスが適用される。

また、多くの地域でボランティア中心の自立支援のためのネットワーク作りが進められ、高齢者の参加が促されている。

- ・ 以上から、イギリスのソーシャルケアでは個人予算による自己決定が推奨されており、ケアマネジメントプロセスにおける公正中立という課題は原則として生じない。個人予算のコントロールが不可能なケースでは利用者の委任により自治体が代行する場合もある。

【イギリス参考資料】

- NHS, What does NHS England do?
<https://www.england.nhs.uk/about/about-nhs-england/>
- Care Act 2014
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>
- Wellbeing Why it matters to health policy 英国保健省
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/277566/Narrative__January_2014_.pdf
- 松岡洋子、「要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策」、『平成 29 年度 先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究 報告書』国際長寿センター
- ILC-UK (2016) “Planning tomorrow today” (ILC-UK2016 年来日時におけるプレゼンテーション資料)
- Health and Social Care Information Center (2016) “Community Care Statistics: Social Services Activity, England, 2015-16”
<https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance#first-contact-and-identifying-needs>
- Kingsfund, How the NHS is funded
<https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded>
- National Audit Office, Adult social care at a glance
<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2018/07/Adult-social-care-at-a-glance.pdf>
- UK parliament, Adult Social Care Funding
<https://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-7903>
- A short history of social care funding
<https://prezi.com/oqlz7qaal4ik/a-short-history-of-social-care-funding/>
- NHS, Care after a hospital stay
<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/care-after-a-hospital-stay/>
- NHS, Care after illness or hospital discharge (reablement)
<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/care-after-a-hospital-stay/care-after-illness-or-hospital-discharge-reablement/>
- National Audit Office, Adult social care at a glance,
<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2018/07/Adult-social-care-at-a-glance.pdf>
- Wigan Council, Personal budgets and direct payments
<https://www.wigan.gov.uk/Resident/Health-Social-Care/Adults/will-i-have-to-pay/personal-budget.aspx>
- NHS, Social care and support guide <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/help-from-social-services-and-charities/getting-a-needs-assessment/>
- NHS, Home adaptations
<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/care-services-equipment-and-care-homes/home-adaptations/>
- Adult Social Care: Choice Framework
Social Care Policy & Legislation Branch
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/199865/Adult_social_care_choice_fwork_draft_APRIL_2013_DH_template_FINAL.pdf
- Derby City Council, Support plans
<https://www.derby.gov.uk/health-and-social-care/your-life-your-choice/support-from-adult-social-care/support-plans/>
- NHS, A practice guide for service users, carers and professionals
http://www.sssft.nhs.uk/images/Policies/Care_Planning_Policy/Writing_Good_Care_Plans_SSSFT_PDF.pdf
- Kingsfund, Key challenges facing the adult social care sector in England
<https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-12/Key-challenges-facing-the-adult-social-care-sector-in-England.pdf>
- NHS, Adult nurse NHS
<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing>
- British Association of Social Workers, What do social workers do?
<https://www.basw.co.uk/resources/become-social-worker/what-do-social-workers-do/>
- NHS, Care Navigation: A Competency Framework
https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Care%20Navigation%20Competency%20Framework_Final.pdf
- hcpc, Standards of conduct, performance and ethics
<https://www.hcpc-uk.org/standards/standards-of-conduct-performance-and-ethics/>
- HCPC - Health and Care Professions Council - Statistics <https://www.hpc-uk.org/aboutregistration/theregister/stats/>
- Local Government Association (LGA)
Health and Care Quality Systems in practice A guide for local leaders 2015
<https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/health-and-care-quality-s-16a.pdf>

VI. オーストラリア

1. 高齢者支援の原則、サービス・支援の流れ

(1) 高齢者支援の原則

高齢者ケアとは何か？

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

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

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

オーストラリアの高齢者介護システムの性格

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

(「高齢者ケアとはなにか」 オーストラリア保健省)

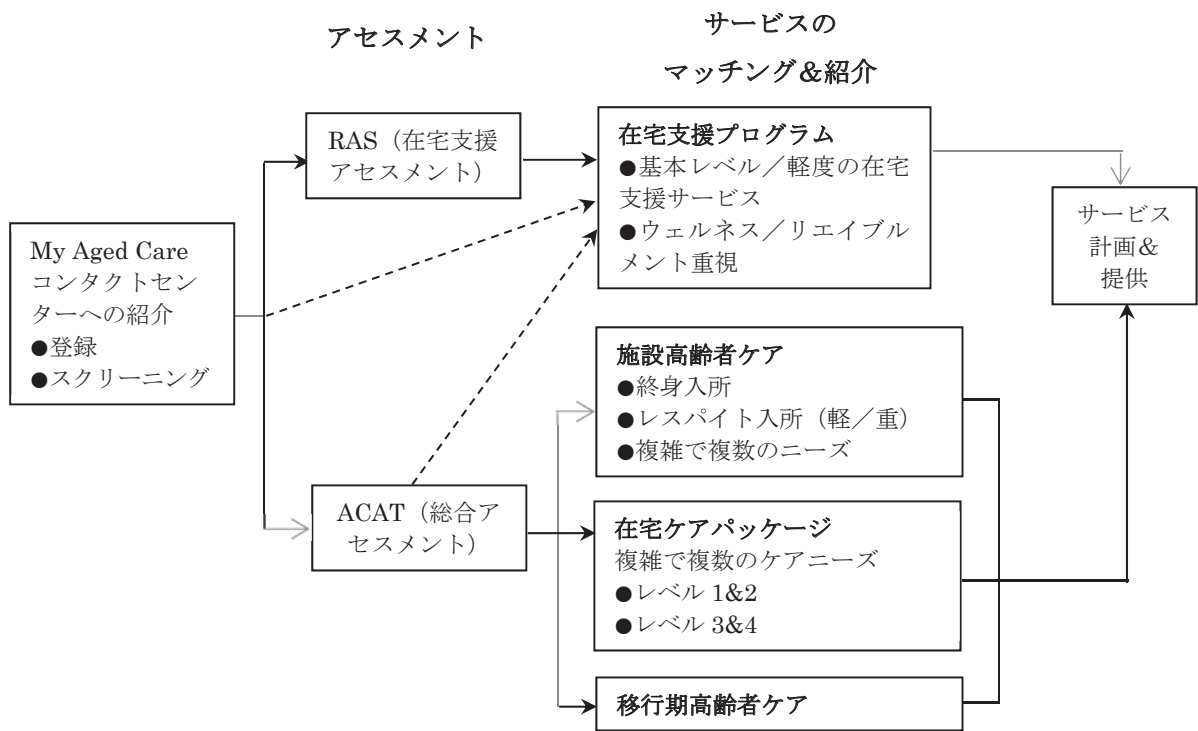
(2) 高齢者ケアシステムの概要

オーストラリアの高齢者ケアシステムは、支援がないと自宅で生活できなくなった 65 歳以上のオーストラリア人（オーストラリア原住民は 50 歳以上）のニーズに応えるものである。ケアは、本人の自宅、地域および高齢者介護施設（ナーシングホーム）で、様々な提供者によって行われており、オーストラリア政府がシステムの主な資金提供および規制機関となっている。高齢者ケアサービスの政府支出総額は、2014–2015 年で約 158 億ドルとなっており、このうち約 95%がオーストラリア政府より提供されている。The Aged Care Act 1997（1997 年高齢者ケア法、以下「ケア法」）および関連の Aged Care Principles（高齢者ケア原則）が、高齢者ケアの財源および規制に関する法的枠組みを定めている。しかしサービスは、ケア法以外の契約を通じても提供されている。オーストラリア政府の保健省（DoH）が、ケア法の運営責任を担っている。

2015 年に高齢者ケア制度改革が実行された。高齢者ケア制度の変更では、消費者主導のケアへの移行が重要視されている。これは人々がより幅広い選択肢を得られ、ケアがニーズに基づき行われることを意味している。多くの人々が自立したまま自宅で生活し、より長く家族や地域と繋がってみたいと願っており、それらを実現に結び付けていくために、在宅支援やホームケアパッケージへの投資が進められてきた¹⁾。

2015 年の 7 月より、「My Aged Care（マイ・エイジド・ケア）」制度が導入された。これにより連邦政府の管理のもと、すべての高齢者福祉サービス（aged care services）の窓口が「My Aged Care」に一本化された。オーストラリアのどの州に住んでいても、症状が軽度でも重度でも、受付窓口は「My Aged Care」であり、一度登録すると、基本情報は保存・共有され、必要に応じて変更・更新される。サービスを利用したい場合、「My Aged Care」を通して、アセスメントを受け、認定結果に基づき、サービスが利用できる。

サービスは大きく 2 つのプログラムで構成されており、軽度レベルの利用者向けの連邦在宅支援プログラム（Commonwealth Home Support Program、以下、CHSP）を利用する場合には、Regional Assessment Services（以下、RAS）によるアセスメントを受け、中重度レベルの利用者向けの連邦在宅地域ケアプログラム（Home Care Packages Program、以下、HCPP）、施設ケア（Residential Aged Care）、移行期ケア（Transitional Aged Care）を利用する場合には、Aged Care and Assessment Teams（以下、ACAT）によるアセスメントを受ける（図表 1 参照）²⁾。どちらのプログラムが適しているかについては、「My Aged Care」との電話による簡易アセスメント（スクリーニング）を通して判断される（図表 1 参照）³⁾。



図表1 My Aged Care アセスメントとサービス紹介の経路

My Aged Care コンタクトセンターがまず紹介を受け、登録を行うほか、RAS または ACAT がケアニーズを判定するためのアセスメントの前に、利用者のスクリーニングを行う。RAS は、軽度な支援サービス向けの連邦在宅支援プログラムへ紹介するための利用者アセスメントを行う。

一方 ACAT は、より複雑で複数のケアニーズがある利用者のアセスメントを行い、この対象となるのは施設高齢者ケア、在宅ケアパッケージ、移行期高齢者ケア、また連邦在宅支援プログラムに基づく軽度レベルのサービスの場合もある。

紹介の後、すべての経路は利用者の支援計画へとつながり、そこにはサービス計画と提供が含まれる。

図表2 簡易アセスメントの質問例

<ul style="list-style-type: none"> ✓ どんなサービス、サポートを受けたいですか？ ✓ 現在、他に福祉ケア Aged Care サービスを受けていますか？ ✓ 他に何か政府からの援助を受けていますか？ ✓ 買い物は一人で行けますか？ ✓ 荷物を持つのは大変ですか？ ✓ 歩く際、歩行具（Walking Aids=杖や歩行器など）を使っていますか？ ✓ 薬局に自分で薬を取りに行くことができますか？ ✓ 家事をする際、どこか体に不自由はありますか？ ✓ 生活をする上で、なにか困る動作はありますか？ ✓ シャワーの際、介助は必要ですか？ ✓ 一人暮らしをする上で、健康上の問題はありますか？ ✓ がんによる痛みはありますか？ ✓ 今どんな病気をお持ちですか？（具体的に） ✓ 過去 12 カ月の間、転んだことはありますか？ ✓ 体重の減少はありますか？ ✓ 孤独を感じたり、寂しく思う事がありますか？
--

（出典）在豪邦人コミュニティサポート（2018）

オーストラリア全国で、RAS を受託する組織はいくつかあり、RAS アセッサー（評価者）はそこで雇用されている。個々のアセッサーは特定の地域に配属され、移動を最小限に抑えている。アセッサーたちはそれぞれ独立して業務を行っているが、これらの組織を通じて RAS チームの一員でもある。オーストラリアの州のひとつであるヴィクトリア州では、RAS アセッサーは保健または関連分野における第3期教育（中等教育以降の教育）修了の資格が義務付けられている。その他の地域では、キャンベラ・インスティテュート・オブ・テクノロジー（CIT）がオーストラリア政府から委託され、National Screening and Assessment Form（以下、NSAF）の使用に関するアセッサーの研修を実施している（それ以前の資格は不要）⁴⁾。

ACAT は通常、医師、看護師、ソーシャルワーカーや他の医療・ケアの専門職が構成メンバーとなったチームである。利用者の自宅へ訪問するか、入院中には病院へ訪問して、アセスメントを行っている⁵⁾。

RAS と ACAT のアセスメントのプロセスは以下の通りである 6)。

図表3 高齢者ケアアセスメントのワークフォース (RAS, ACAT)



2. 財源、サービス／支援内容、利用者負担の概要

1) ケアサービスの種類⁷⁾

ケア法の下で補助金の対象となるケアは、Care at home（在宅ケア）、Residential care（施設ケア）およびFlexible care（柔軟なケア）である。（ケア法に定められた枠組みの下ではなく）提供者との資金提供協定を通じて行われるケアには、Home support（在宅支援）と Indigenous flexible care（原住民向け柔軟なケア）が含まれる。

(1) 在宅ケア

CHSP では、高齢者へ初歩的な在宅支援を提供するほか、ケアラーが息抜きをできるよう、計画的なレスパイト活動を提供している。CHSP サービスは、自宅または地域で提供されており、社会的支援、移送、家事援助、身体介護、家のメンテナンス、住宅改修、看護、食事、医療関連サービスが含まれる。利用者はサービス費用の一部を支払い（金額は提供者によって様々である）、また CHSP 提供者は助成契約を通じて、オーストラリア政府から資金を受け取りっている。CHSP は 2015 年 7 月に、連邦在宅地域ケアプログラム（Commonwealth Home and Community Care、以下、HACC）programme および 3 つの他のプログラムが合併して作られた。CHSP は、西オーストラリア州を除いたすべての州および準州で運営されている。西オーストラリア州では HACC プログラムが引き続き、高齢者および若年の障害者へ基本的な支援サービスを提供している。

一方、HCPP では、自宅で生活し続けるためにより高度の支援が必要な高齢者向けに、認可された在宅ケア提供者による、コーディネートされたケアパッケージが提供されている。HCPP では、高齢者が（高齢者ケア施設へ入居するのではなく）自宅で生活し続けられるよう支援し、また継続的な介護や支援サービスおよび臨床ケアを提供している。サービスパッケージは、消費者主導ケア（Consumer Directed Care、以下、CDC）の原則に沿って、各利用者のニーズに合わせて提供される。CDC によって、利用者がケアやサービスを選ぶ際、選択肢が広がり柔軟性も高まる。その中には、自身のパッケージ資金の使用方法に関する発言権も含まれる。

図表 4 の通り、在宅ケアレベル 1（基本的なケアニーズがある人の支援）から在宅ケアレベル 4（高度のケアニーズがある人の支援）まで、4 つのレベルがある。レベルが高いほど、パッケージでの支給額が高くなる。4 つのレベルに分かれており、政府による支払い金額が異なっている⁸⁾。提供者は HCPP 利用者に、最大で単身者基礎老齢年金の 17.5%（2016 年では 2 週間あたり 139.58 ドルに相当）を請求できる。年金を部分的に受給している人や自己資金で生活している退職者にも、収入テストに基づいて支払い（Income Tested Care Fee）が求められる（ただし年次および生涯を通じた上限が適用される）。

現在の HCPP の課題としては、National prioritisation queue（国の優先順位付け待ち行列）が 2018 年 3 月時点で合計 108,456 人となっている点があげられる。そのうち、80%以上がパッケージレベル 3 もしくは 4 の認定を受けている。長い待機期間のせいで認定されたレベルの HCPP にアクセスできないということは、結果的に病院への入院や介護施設への入居の増加を引き起こすことが指摘されている。

図表 4 パッケージレベルと支払い額

パッケージレベル	ケアサービスが必要な人々のニーズ	オーストラリア政府による年間のおおむねの*支払い額
1	基礎的なケアニーズ (Basic care needs)	\$8,000 (64 万円)
2	軽度なケアニーズ (Low-level care needs)	\$14,500 (116 万円)
3	中度のケアニーズ (Intermediate care needs)	\$32,500 (260 万円)
4	重度のケアニーズ (High-level care needs)	\$49,000 (392 万円)

* 年毎に政府の最大の支払い額は増加する。個々人の支払いについては、収入に応じたケア費用 (income-tested care fee) の支払いが求められるかによる

*円は 1 ドル 80 円で計算している

(出典) Australian Government Department of Health. (2018)

(2) 施設ケア

施設高齢者ケアは、高齢者ケアホームにて長期またはレスパイト（短期）で提供される。自宅で提供可能な範囲を超えたケアを必要とする人を対象としている。サービスには、身体介護、住居、支援サービス（例：洗濯、食事）、看護および関連医療サービスが含まれる。

利用の流れとしては、ACAT のアセスメントを受け、施設ケアの対象となる場合、利用資格の認定通知書が届く。利用者は出来るだけ施設へ訪問し、自分の希望にあう施設へ申し込みを行い（何か所でも）、空きがあり次第、入所できる⁹⁾。

利用者の個人負担としては、日額基本料金 (basic daily fee) が設定されており、単身者基礎老齢年金の 85% である。2018 年 9 月より、単身者基礎老齢年金額は 2 週間で 834.40 ドルとなっており、日額基本料金 (2018 年 9 月 20 日から 2019 年 3 月 19 日まで) は、1 日当たり 50.66 ドルまたは 2 週間で 709.24 ドルと設定されている¹⁰⁾。この金額は、老齢年金の受給額によってスライドし、同様のルールは、配偶者がいる人にも当てはまる。収入や資産の評価に基づいて、ミーンズテストによる収入に応じたケア費用を支払う入居者もいる。居住費については、オーストラリア政府が全額または一部を支払う入居者もいるが、支払い能力のある人は、高齢者ケアホームと合意した居住費（旧称「Bond (ボンド、保証金)」）を支払わなければならない。

(3) 柔軟なケア

柔軟なケアでは、主流の在宅や施設ケアサービスとは異なるケアのアプローチを必要とする高齢者のニーズに応えるものである。ケア法の下では、以下の4種類の柔軟なケアが提供されている。また、柔軟なケアはケア法の枠組み外で運営される助成金を通じて、オーストラリア原住民にも提供されている。The National Aboriginal and Torres Strait Islander Flexible Aged Care Programme (NATSIFAC、全国アボリジニおよびトレス海峡諸島民向け柔軟な高齢者ケアプログラム)では、農村地域や僻地のオーストラリア原住民を対象に、文化的に適切な施設および在宅ケアを提供するためのサービスに資金を出している。

図表5 柔軟なケアの概要

ケア	概要
Transition Care (移行期ケア)	オーストラリア政府ならびに州および準州政府が共同で資金を出しており、退院後に最長12週間、ケアやリハビリテーションを提供。目的は、高齢者が早すぎる段階で施設入居するよりも自宅に戻れるようにすること。
Short-Term Restorative Care (STRC、短期回復ケア)	目的は移行期ケアと似ているが、対象者が異なっており、入院ではなく機能が低下した高齢者が利用可能。STRCでは最長8週間、サービスパッケージが提供され、本人のウェルビーイングや自宅での生活能力向上を目指す。STRCは、オーストラリア政府が補助金を出している。
Multi-Purpose Service (MPS、多目的サービス)	小さな農村地域や僻地で医療と高齢者ケアの統合サービスが提供される。MPSでは、オーストラリアと州または準州政府の資金をプールして、単体の病院や高齢者ケアホームを支援できない地域でサービスを提供している。
Innovative Care Program (画期的なケアプログラム)	画期的な在宅ケアプログラムの試験的事業のうち、規制免除を受けた少数の場所で構成。個々のケア受給者がそこを去ると、その場所はなくなり、このプログラムの下で他の新たな場所が割り振られることはない。これらの場所は、オーストラリア政府が補助金を出している。

(出典) Alex Grove (2016)をもとに作成

(4) 支援プログラム

オーストラリア政府では、高齢者ケアの直接的な補助金提供に加え、特別なニーズのある高齢者ケア利用者や高齢者ケアスタッフおよび提供者を支援する数々のプログラムにも資金を出している。ケア法の下では、特別なニーズがあると特定されているグループが9つあります。その中には例えば、オーストラリア原住民、文化的・言語的に多様な (CALD) 背景を持つ人々、性的マイノリティー (LGBTI)、退役軍人、および農村地域や僻地に住む人々が含まれる。

また、多くの認知症の利用者がケアを利用している。在宅ケア提供者は、中度から重度の認知障害がある利用者を対象に、Dementia and Cognition Supplement（認知症および認知補足金）を受け取る。施設ケア提供者への資金提供では、各利用者のニーズを考慮しており、その中には認知症に関わるニーズも含まれている。施設ケア提供者は、認知症の重度行動・心理症状がある入居者のケアに役立つアドバイスを、Severe Behaviour Response Teams（重度行動症状対応チーム）として知られるモバイル臨床チームに要請できる。

さらに、高齢者ケアの利用者は、National Aged Care Advocacy Programme（NACAP、全国高齢者ケアアドボカシープログラム）およびCommunity Visitors Scheme（CVS、地域訪問者プログラム）を通じて、直接支援を受けることができる。オーストラリア政府は現在、9か所のNACAP組織に資金を出し、利用者が高齢者ケアについて決定するのを支援したり、消費者の権利について利用者や提供者に情報を提供したり、高齢者ケアで問題を抱えている利用者を擁護したりしている。CVSでは、在宅や施設に住む社会的に孤立した高齢者ケア利用者を訪問するボランティアを採用、養成および支援するために、地域団体へ資金を提供している。

2) CHCPの主要なコンセプト¹¹⁾

高齢者ケア制度改革で導入されたCHCPでは特に、ウェルネス（Wellness）、リエイブルメント（Reablement）、回復ケア（Restorative Care）に焦点が当てられている。3つの概要は表6の通りである。利用者の自立をより育めるように、“してあげる（doing for）”から“～一緒に行う（doing with）”への考えた方のシフトが求められている。

図表6 ウェルネス・リエイブルメント・回復ケアの概要

	概要
ウェルネス	支援の評価、計画、実施を伴うアプローチのことで、個人の強み、能力そして目標の上に築くものである。また日々の生活の中で自立度を向上させ、自宅で安全に生活する上でのリスクを減らすような行動を奨励するものである。
リエイブルメント	失われた機能に適応したり活動を再開するための自信や能力を取り戻すために特定の目標や期待するアウトカムに向けて行う期間限定の介入である。
回復ケア	機能低下後の機能回復や改善または回避可能なケガを防ぐために行われるような、ヘルスワーカーによるエビデンスベースの介入を伴う。

図表7 ウェルネスと関連するアプローチのまとめ

アプローチの特徴	ウェルネス	リエイブルメント	回復ケア
自立と自律を最大限にすることを目的とする	はい	はい	はい。加えて健康やウェルビーイングを維持または改善することも目的とする。
ストレンクス（強さ）ベースド	はい	はい	はい
支援のタイプ	CHSP サービスタイプ全般	特定の機能消失に適応できるように支援することを目的とする	特定の機能欠損に対応するための支援を目的とする。 臨床評価に基づく
支援期間	継続	期間限定	期間限定
ヘルススタッフの関与	いいえ	いいえ	はい
標的集団	全 CHSP 参加者	日常の活動を継続したい CHSP 参加者が対象で、期間限定の支援により自立度の向上が達成される	機能低下後に機能回復が図れる CHSP 参加者 限定期間内で機能回復を図ることに熱心なクライアント

特に、ウェルネスの考え方が重要視されているため、以下に考え方について補足したい。ウェルネスの根本的な考え方（フィロソフィー）としては、フレイルティや慢性疾患、障がいなどがあっても一般的に人は身体的、社会的、そして心理的ウェルビーイングを向上させたい、できる限り自立して生活したいという欲求や能力を持っているという前提に基づいている。ウェルネスのフィロソフィーではすべての活動が連邦在宅支援プログラムの下、行われている。ウェルネス・アプローチでは、人々と連携する方法を伝えるためにウェルネス・フィロソフィーを利用している。そのため個人の自立性や自律性を最大限にするために個人やその介護者を巻き込んで行われる。このアプローチには支援の評価、計画、実施が含まれ、個人の強み、能力、目標の上に築くものである。そして問題や障壁に対して創造的に取り組み、日々の生活の中で自立度を向上させ、自宅で安全に生活する上でのリスクを減らすような行動を奨励するものである。

個人が自分で、もしくは少しの助けで課題や活動をこなすことが可能でそれにより満足度が向上する場合には、先にしめした通り、“一緒に行う (doing with)” アプローチを用い、“してあげる (doing for)” ことは避けるべきと考えられている。このことは支援のニーズが一時的である、度合いやタイプが徐々に変動する、もしくは現在進行形である、などに関わらず、すべての評価やサービスの提供を支える考え方である。

図表8 既存のアプローチとウェルネス・アプローチの比較

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

(出典) Western Australia' s Wellness Approach to Community Home Care (pp12-13)

<http://www.careassess.com.au/wp-content/uploads/2012/05/Wellness-Approach-Info-Booklet.pdf> より

Australian Government Department of Social Services が作成

3) サービスの支援プロセス

RAS によるアセスメントに基づいて、アセッサーとクライアントが協力してサポートプランが作成される（サポートプランニングとは、目標を設定し、優先順位を設け、戦略を立てるためのプロセスのことである）。サポートプランニングのプロセスにはウェルネス・アプローチが用いられ、アセッサーは以下を追及していく。

- ・ クライアント（ともしくは介護者）が支援を求めている理由、クライアントが解決したいと願う懸案分野、クライアントが達成したいと考えているアウトカムについて理解を深める
- ・ クライアントが可能な限り自宅で自立して生活できるよう支援する
- ・ クライアントの権利、尊厳、主導権を守るような敬意を表した方法で支援を提供する
- ・ 選択肢を提供し、クライアントができる限りスキルや能力を取り戻すことができるよう励ますことに重点を置く
- ・ 正式に連邦から資金が出ているものやその他利用可能なサービス、または社会・地域・家族関係により提供されている非公式のサービスなどをクライアントが希望する場所で受けることにより達成できるような解決策や戦略を考える

サポートプランは国家スクリーニング評価フォーム（National Screening and Assessment Form）の一部であり、クライアントとの話し合いのアウトカムの詳細が書かれており、どのようなサポートが適切かを決定するために使用される。評価者は他にもクライアントが現在利用しているサービスも考慮し、それらのサービスがこれからも必要であるかどうかについても検討する。

クライアントはアセッサーから CHSP サービスプロバイダーの紹介を受けることができる。サービスプロバイダーは マイ・エイジド・ケア・サービスプロバイダーポータル（My Aged Care Service Provider Portal）を通じて紹介を受けるが、そこでクライアントの記録、アセスメント情報、サポートプランなどにアクセスすることができる。もしクライアントが短期の標的介入により効果が出ると見込まれた場合にはアセッサーはその人を短期リエイブルメントサービスの一環として CHSP に紹介することができる。より複雑なニーズがある人は短期ケースマネジメントを通じて様々なサービスを受けることができる。

サポートプランはクライアントと RAS で計画されていくが、CHSP のクライアントが良いアウトカムを達成するためにはサービスプロバイダーがそのプロセスとサポートプランの重要性を理解することが大切である。アセスメントと共にサポートプランニングは継続的なプロセスであり、その人の状況や目標が変わる度に再検討される。プロバイダーは日々のクライアントとの関わりを通じて得られる情報を基に、必要があれば RAS に再調査を行うよう依頼することが期待されている。

望ましい個人のアウトカムが達成されることを確かなものとするためには、アセスメント、サポートプランニングそしてサービス提供の間に明確な繋がりが必要とされる。特にアセスメント/サポートプランニングがサービスプロバイダーとは独立して行われる CHSP で重要とされている。

3. ケアマネジメント機能の比較

段階1 サービス提供開始にあたっての相談業務					
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だがIADLに問題がある	日常生活にはほぼ支障はないがフレイルに近づいている	補足説明
項目 1-1：提供サービスを検討するにあたって、介護保険制度、ソーシャルサービスの説明	<p>制度： My Aged Care（登録されたサービスが対象） https://www.myagedcare.gov.au/</p> <p>担当者： Regional Assessment Service (RAS、地域アセスメントサービス)：自宅での自立継続に向けた軽度の支援が対象。または、Aged Care Assessment Team (ACAT、高齢者ケアアセスメントチーム)：より複雑なニーズが対象。</p>	<p>制度： My Aged Care、または Post-acute care (PAC、急性期後ケア) サービス、または Hospital in the Home (HITH、在宅病院)、または service referral (サービス紹介) への案内</p> <p>担当者： RAS または ACAT のアセスメント担当者、あるいは退院計画に関わる病院スタッフ</p>	<p>制度： My Aged Care（登録されたサービスが対象）</p> <p>担当者： RAS または ACAT のアセスメント担当者</p>	<p>サービス提供事業者は誰でも My Aged Care への登録申請を行える。事業者はポータルで、自分たちのサービスを説明する小さなスペースが与えられる。</p> <p>PAC または HITH は、安全でタイムリーな自宅への退院を保証するために、地域で短期的に提供される支援オプションである。内容は州や Territory 間で異なり、以下に例を2点挙げる。 Victoria https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/rehabilitation-complex-care/health-independence-program/short-term-supports 西オーストラリア州 http://www.health.wa.gov.au/healthyathome/hith/</p>	
質問：制度説明の際に特定のサービス機関などを利することなく本人中心の考え方をどのように具体化しているか	<p>回答： RAS のアセスメント担当者（上記参照）は National Screening and Assessment Form (NSAF、全国スクリーニング・アセスメントフォーム) を記入し、その後、利用者の目標を強調した支援計画が作成される。ACAT のアセスメントでは、Comprehensive Assessment Tool (CAT、総合アセスメントツール) が用いられる。</p>	<p>回答： PAC または HITH へ referring (紹介) する場合、これは病院の退院計画担当者が有する知識である。GP (かかりつけ医) が関わる可能性あり。さもないければ、以下に記載する My Aged Care 制度に適合。</p>	<p>回答： RAS のアセスメント担当者（上記参照）は National Screening and Assessment Form (NSAF、全国スクリーニング・アセスメントフォーム) を記入し、その後、利用者の目標を強調した支援計画が作成される。ACAT のアセスメントでは、Comprehensive Assessment Tool (CAT、総合アセスメントツール) が用いられる。</p>		

<p>項目 1-2：要介護認定後のサービス提供にあたってのサービス事業者の紹介、援助</p>	<p><u>制度：</u> My Aged Care（登録されたサービスが対象）</p> <p><u>担当者：</u> RAS または ACAT のアセスメント担当者</p>	<p><u>制度：</u> My Aged Care、または Post-acute care (PAC、急性期後ケア) サービス、または Hospital in the Home (HITH、在宅病院)、または service referral (サービス紹介) への案内</p> <p><u>担当者：</u> RAS または ACAT のアセスメント担当者、あるいは退院計画に関わる病院スタッフ</p>	<p><u>制度：</u> My Aged Care（登録されたサービスが対象）</p> <p><u>担当者：</u> RAS または ACAT のアセスメント担当者</p>	<p>Referral（紹介）を受ける方法は3通りある（補足説明の列を参照）。</p> <p>RAS のアセスメント担当者が利用者に対し、過去に特定のサービスを利用したか、またそれを再び利用したいか尋ねる。その後当該サービスへの紹介が直接行われる。</p> <p>利用者および／または家族へコードが渡される。その際、ニーズに応えられる地域内のサービス提供事業者に関する情報も与えられる。利用者はその後、これらの事業者を自分で調べて、渡されたコードを使い事業者へ直接連絡できる。その紹介は後に、ポータルから外される。</p> <p>利用者が事業者にこだわらない場合、紹介はポータルに登録されているすべてのサービス提供事業者に配信される。その紹介をどれだけ早く受けるかは、事業者次第。</p>
<p>質問：医療以外の長期介護、ソーシャルサービスの選択を誰がどのように判断しているのか</p>	<p><u>回答：</u> RAS のアセスメント担当者は NSAF を記入し、支援計画を作成し、そして必要な他のサービスへの紹介を記載する。総合アセスメントが必要な場合は、ACAT がこれを記入し、情報はその後、My Aged Care ポータルにアップロードされる。</p>	<p><u>回答：</u> PAC へ紹介する場合、これは病院の退院計画担当者が有する知識である。HITH プログラムの利用者は、自宅で（病院を拠点とするスタッフから）ケアを受けるが、引き続き入院患者としてとらえられる。GP が関わる可能性あり。さもなければ、My Aged Care 制度に適合。</p>	<p><u>回答：</u> 身体／認知障害による。</p>	
<p>項目 1-3：公的な制度以外の社会資源（ボランティアサービス、地域サークル等）の情報提供、紹介</p>	<p><u>制度：</u> My Aged Care（登録されたサービスが対象）</p> <p>地方自治体が地域の関連情報を提供する可能性あり。</p> <p><u>担当者：</u> RAS または ACAT のアセスメント担当者</p>	<p><u>制度：</u> 病院システム（私立および公立）- 救急部門または急性期入院部門</p> <p><u>担当者：</u> 治療スタッフ。ただし、高齢者および／または家族</p>	<p><u>制度：</u> My Aged Care（登録されたサービスが対象）</p> <p>地方自治体が地域の関連情報を提供する可能性あり。</p> <p><u>担当者：</u> RAS または ACAT のアセスメント</p>	<p>ボランティアサービスや地域グループに関するあらゆる提供者（特定された文化のグループや計画活動グループを含む）は、My Aged Care で Preferred provider（優先プロバイダー）として登録できる。さもなければサービスの知識により</p>

	<p>認知障害がある人やコミュニケーションが制限される他の障害がある人には、家族または他に信頼できる人が本人の代理となる権限を得られる。</p> <p>RAS のアセスメントでは、NSAF が使われる。 https://agedcare.health.gov.au/program-services/my-aged-care/national-screening-and-assessment-form</p>	<p>に尋ねられた場合のみ、情報を提供。</p>	<p>担当者</p>	<p>けり。 オーストラリアの州のひとつであるヴィクトリア州では、RAS のアセスメント担当者は保健または関連分野における第3期教育（中等教育以降の教育）修了の資格が義務付けられている。その他の地域では、キャンベラ・インスティテュート・オブ・テクノロジー（CIT）がオーストラリア政府から委託され、NSAF 使用に関するアセスメント担当者の研修を実施している。</p>
<p>質問：その際に本人自身による選択、本人のウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか（自立支援）</p>	<p>この様式にはウェルネスとリエイブルメントの視点が組み込まれており、ケアの社会的側面が含まれている。アセスメントに基づいて作成された支援計画には、自立や社会的つながりを促進する利用者の目標が含まれる。ACAT が使用する CAT でもまた、ウェルネスとリエイブルメントの視点が組み込まれている。</p>	<p>回答： 特にないが、高齢者の希望に沿ったものとなる。</p>	<p>回答： 身体／認知障害による。</p>	<p>ウェルネスとリエイブルメント（高齢者との協働）は現在、自立支援を保証するため、地域のあらゆる高齢者ケアサービスで義務付けられている。 https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/06_2015/good_practice_guide_version_web_accessible.pdf</p>
<p>項目 1-4：長期介護、ソーシャルサービス以外の制度、機関等への紹介、利用援助</p>	<p>この項目の回答は、上記の項目 1-3 を参照。</p>			
<p>質問：特定のサービス機関などに偏ることなく本人中心の考え方をどのように具体化しているか(公平性)</p>				

段階2 サービス提供にあたってのアセスメント					
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だがIADLに問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている	補足説明
項目 2-1：サービスを検討するにあたっての面接の実施（自宅等への訪問）	<u>制度：</u> My Aged Care <u>担当者：</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者	<u>制度：</u> PAC または HITH または サービス紹介への案内 <u>担当者：</u> 退院計画担当の病院スタッフだが、患者の自宅は訪問しない	<u>制度：</u> My Aged Care <u>担当者：</u> RAS のアセスメント担当者	<u>制度：</u> My Aged Care <u>担当者：</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者	
質問：サービスを検討するにあたっての情報収集は誰がどのような方法やタイミングで行っているのか	<u>回答：</u> RAS (NSAF) または ACAT (CAT) のアセスメントが行われる。これは単発のアセスメントであり、紹介から1-2週間以内に本人の自宅で行われる。	<u>回答：</u> 患者が退院前の入院中に、サービスが決められる。サービスの例として、看護、身体介護、掃除、買い物、PTが挙げられる。	<u>回答：</u> RAS (NSAF) または ACAT (CAT) のアセスメントが行われる。これは単発のアセスメントであり、紹介から1-2週間以内に本人の自宅で行われる。	<u>回答：</u> RAS (NSAF) のアセスメントが行われる。これは単発のアセスメントであり、紹介から1-2週間以内に本人の自宅で行われる。ACAT のアセスメントも単発のアセスメントで、本人の自宅で行われるが、待機リストがはるかに長い可能性あり（一般的に6週間から6か月程度）。	RAS のアセスメントは通常、1時間程度かかる。他方 ACAT のアセスメントには2時間充てられている。
項目 2-2：サービスを検討するにあたってのアセスメントの実施	<u>制度：</u> My Aged Care <u>担当者：</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者	<u>制度：</u> PAC または HITH または サービス紹介への案内 <u>担当者：</u> 退院計画担当の病院スタッフ	<u>制度：</u> My Aged Care <u>担当者：</u> RAS のアセスメント担当者	<u>制度：</u> My Aged Care <u>担当者：</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者	
質問：サービスを検討するにあたってのアセスメントにおいて、ウェル	<u>回答：</u> RAS と ACAT で使用される NSAF および CAT フォーム	<u>回答：</u> 特にないが、高齢者の希望に沿ったものとなる。	<u>回答：</u> RAS で使用される NSAF では、ウェルネスとリエイブ	<u>回答：</u> RAS と ACAT で使用される NSAF および CAT フォーム	

<p>ビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか (自立支援)</p>	<p>では、ウェルネスとリエイブルメントの視点が組み込まれておりケアの社会的側面が含まれている。アセスメントに基づいて作成された支援/ケア計画には自立や社会的つながりを促進する利用者の目標が含まれる。</p>		<p>ルメントの視点が組み込まれており、ケアの社会的側面が含まれている。アセスメントに基づいて作成された支援計画には、自立や社会的つながりを促進する利用者の目標が含まれる。</p>	<p>では、ウェルネスとリエイブルメントの視点が組み込まれており、ケアの社会的側面が含まれている。アセスメントに基づいて作成された支援/ケア計画には自立や社会的つながりを促進する利用者の目標が含まれる。</p>	
<p>項目 2-3 : 支援の必要性の確認</p>	<p><u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者</p>	<p><u>制度:</u> PAC または HITH または サービス紹介への案内 <u>担当者:</u> 退院計画担当の病院スタッフ</p>	<p><u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> RAS のアセスメント担当者</p>	<p><u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者</p>	<p>本人のケアニーズが比較的高いと評価された場合、ケアパッケージの待機リストに載せられる。 本人のケアニーズが高いと見なされた場合、ケアパッケージが割り当てられる。ただし待機リストが長い可能性あり。本人はその間、より軽度のパッケージ(利用可能であれば)を受けるか、または CHSP サービスを利用できる。</p>
<p>質問: 援助の必要性の判断は誰が、どのような基準をもって実施しているのか</p>	<p><u>回答:</u> My Aged Care の電話相談員が予備的なアセスメントを行い、RAS または ACAT のアセスメントが必要か否かを判断する。その後 RAS または ACAT のアセスメント担当者が初期アセスメントを行い、必要な支援レベルを判断する。 軽度の支援が必要な場合、Commonwealth Home Support Program (CHSP、連邦在宅支援プログラム) が割り当てられ、このプログラムの待</p>	<p><u>回答:</u> PAC の受給要件は、自宅での支援に限られていること、また安全でタイムリーな退院ができるよう短期的な地域ベースの支援を必要としていると判断されたことである。 急性期での入院前に本人がサービスをすでに利用していた場合、それらのサービスは退院後に再開されると見込まれる。</p>	<p><u>回答:</u> My Aged Care の電話相談員が予備的なアセスメントを行い、RAS または ACAT のアセスメントが必要か否かを判断する。その後 RAS のアセスメント担当者が初期アセスメントを行い、必要な支援レベルを判断する。このような状態の人たちの場合、CHSP のサービスとなる確率が高い。</p>	<p><u>回答:</u> My Aged Care の電話相談員が予備的なアセスメントを行い、RAS または ACAT のアセスメントが必要か否かを判断する。その後 RAS または ACAT のアセスメント担当者が初期アセスメントを行い、必要な支援レベルを判断する。 軽度の支援が必要な場合、Commonwealth Home Support Program (CHSP、連邦在宅支援プログラム) が割り当てられ、このプログラムの待</p>	<p>CHSP レベルのケアは、継続的または短期的な支援オプションを通じた初歩的なケアである。ケアパッケージには 4 レベルある。 レベル 1 : 基本的なケアニ</p>

	<p>機期間は約 2 週間である。 より高度な支援が必要な場合は、Packaged Care (ケアパッケージ) プログラムが割り当てられ、この待機期間は最長 6 か月である。</p>			<p>機期間は約 2 週間である。 より高度な支援が必要な場合は、Packaged Care (ケアパッケージ) プログラムが割り当てられ、この待機期間は最長 6 か月である。</p>	<p>ーズ (年 8,250 ドル提供) レベル 2 : 軽度のケアニーズ (年 15,000 ドル提供) レベル 3 : 中度のケアニーズ (年 33,000 ドル提供) レベル 4 : 重度のケアニーズ (年 50,250 ドル提供) 認知症の人の介護者は、Dementia Supplement (認知症補足手当) を受給できる可能性あり。</p>
--	--	--	--	--	---

段階3 ケアプランの策定、チームケア					
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だがIADLに問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている	補足説明
項目3-1: サービス種別及び事業所の選択	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者	<u>制度:</u> PAC または HITH または サービス紹介への案内 <u>担当者:</u> 退院計画担当の病院スタッフ	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> RAS のアセスメント担当者	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者	
質問: サービス種別及び事業所の選択において誰が情報を提供しているか。その際に公正性はどのように確保されているのか	<u>回答:</u> 必要なサービスの種類は、RAS または ACAT のアセスメント担当者が決める。紹介情報はウェブサイトアップロードされる(個別の紹介またはケアパッケージ用の紹介として)。これらの紹介はその後、(公平性を保証した上で) 項目1-2で述べた3つの方法のうち1つを用いて進める。	<u>回答:</u> 病院スタッフが、利用者のニーズおよびPAC/HITHを通じて提供するサービスを検討する。利用者が他のサービスや管轄地域外のサービスを希望する場合は、紹介が My Aged Care ポータルにアップロードされる。	<u>回答:</u> 必要なサービスの種類は、RAS または ACAT のアセスメント担当者が決める。紹介情報はウェブサイトアップロードされる(個別の紹介またはケアパッケージ用の紹介として)。これらの紹介はその後、(公平性を保証した上で) 項目1-2で述べた3つの方法のうち1つを用いて進められる。		
項目3-2: サービス事業所への事前調整、紹介、情報提供等	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者	<u>制度:</u> PAC または HITH または サービス紹介への案内 <u>担当者:</u>	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> RAS のアセスメント担当者	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者	

<p>質問:サービス事業所への事前調整においてウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか(自立支援)</p>	<p><u>回答:</u> 支援計画 (RAS または ACAT のアセスメント担当者が作成) は、My Aged Care にアップロードされ、すべての登録サービス提供事業者が見られるようにする。支援計画は、ウェルネスとリエイブルメントの視点を通じて、高齢者や家族のキーパーソンと共同で作成される。 https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/06_2015/good_practice_guide_version_web_accessible_pdf.pdf</p>	<p><u>回答:</u> 急性期部門より本人のGP(かかりつけ医)および地域のサービス提供事業者へ、退院サマリーが提供される。</p>	<p><u>回答:</u> 支援計画 (RAS または ACAT のアセスメント担当者が作成) は、My Aged Care にアップロードされ、すべての登録サービス提供事業者が見られるようにする。支援計画は、ウェルネスとリエイブルメントの視点を通じて、高齢者や家族のキーパーソンと共同で作成される。</p>		
<p>項目 3-3 : ケアプラン原案作成、交付等</p>	<p><u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者</p>	<p><u>制度:</u> PAC または HITH または サービス紹介への案内 <u>担当者:</u> PAC、HITH または サービス案内で紹介を受けたサービス提供事業者</p>	<p><u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> RAS のアセスメント担当者</p>	<p><u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者</p>	<p>ケアパッケージのサービス開始時に、Home Care Agreement (在宅ケア契約) へ署名する。</p> <p>この契約には、提供されるサービスの内容、提供者および費用の詳細が記載される。 https://www.myagedcare.gov.au/help-home/home-care-packages/home-care-agreement</p>

<p>質問:課題や目標、サービス内容においてウェルビーイング確保、リエイブルメント実施はどのようになされているか(自立支援)</p>	<p><u>回答:</u> ウェルネスとリエイブルメントの視点 (Good Practice Guide (優れた実践ガイド) - 上記リンク参照 - を通じて) は、あらゆるケア(支援)計画に適用される。ケア計画が高齢者や家族のニーズや希望にしっかりと応えられるようにするための目標設定は、極めて重要な要素である。</p>	<p><u>回答:</u> ウェルネスとリエイブルメントの視点 (Good Practice Guide (優れた実践ガイド) - 上記リンク参照 - を通じて) は、あらゆるケア(支援)計画に適用される。ケア計画が高齢者や家族のニーズや希望にしっかりと応えられるようにするための目標設定は、極めて重要な要素である。</p>	<p><u>回答:</u> ウェルネスとリエイブルメントの視点 (Good Practice Guide (優れた実践ガイド) - 上記リンク参照 - を通じて) は、あらゆるケア(支援)計画に適用される。ケア計画が高齢者や家族のニーズや希望にしっかりと応えられるようにするための目標設定は、極めて重要な要素である。</p>		
<p>項目 3-4 : サービス担当者会議の実施</p>	<p><u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケアマネジャー</p>	<p><u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> PAC、HITH または CHSP プログラムを利用し始めると、サービスコーディネーターはいない。</p>	<p><u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> CHSP サービスの利用者には、コーディネーターはいない。</p>	<p><u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケアマネジャー</p>	
<p>質問:他の機関との連絡調整について自立支援に向けて誰がどのように調整しているのか</p>	<p><u>回答:</u> ケアパッケージでの担当ケアマネジャーが、サービスを調整する。</p>	<p><u>回答:</u> 紹介が行われると、病院の退院スタッフは関わりを終え、制度は My Aged Care に移行する。</p>	<p><u>回答:</u> CHSP 利用者には、サービスを調整する担当者はいない。ケア計画のあらゆる変更は、My Aged Care ポータルに記録され、あらゆる関連サービス提供事業者が見直す。</p>	<p><u>回答:</u> ケアパッケージでの担当ケアマネジャーが、サービスを調整する。</p>	

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等					
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中	骨折による急性期	ADLはおおむね自立だが IADL に問題がある	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている	補足説明
項目 4-1: モニタリング (サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況のチェック)	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケア提供に関わる個々の health professionals (保健専門職) (CHSP の場合) またはケアマネジャー (ケアパッケージの場合)	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケア提供に関わる個々の保健専門職	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケア提供に関わる個々の保健専門職	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケア提供に関わる個々の保健専門職 (CHSP の場合) またはケアマネジャー (ケアパッケージの場合)	サービスへの支払いは、CHSP の場合、本人が利用料を支払う。 ケアパッケージの場合、パッケージのレベルに応じて利用者金額が割り当てられる。利用者は、通知書交付から 56 日以内に提供事業者を決める。高齢者にはまた、利用開始時に収入審査が義務付けられており以下が求められる。日額基本料金の支払い収入審査に応じたケア費用の支払い
質問: 支援の実施や頻度について、誰がどのように評価しているか (ウェルビーイング確保、リエイブルメント実施の視点で)	<u>回答:</u> 再アセスメントは 12 か月ごとに行われ、現在のケアニーズが十分満たされているか確認する。ケアニーズが変わった場合、以下 3 つの選択肢がある。追加サービスを受けるために再アセスメントを要請する。既存の提供事業者へ支払い、追加サービスを受ける。他のサービス提供事業者へ支払い、追加サービスを受ける。	<u>回答:</u> 再アセスメントは 12 か月ごとに行われ、現在のケアニーズが十分満たされているか確認する。ケアニーズが変わった場合、以下 3 つの選択肢がある。追加サービスを受けるために再アセスメントを要請する。既存の提供事業者へ支払い、追加サービスを受ける。他のサービス提供事業者へ支払い、追加サービスを受ける。	<u>回答:</u> 再アセスメントは 12 か月ごとに行われ、現在のケアニーズが十分満たされているか確認する。ケアニーズが変わった場合、以下 3 つの選択肢がある。追加サービスを受けるために再アセスメントを要請する。既存の提供事業者へ支払い、追加サービスを受ける。他のサービス提供事業者へ支払い、追加サービスを受ける。		
項目 4-2:すでに実施されているサービスの変更、調整	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケア提供に関わる個々の保健専門職 (CHSP の場合) またはケアマネジャー (ケアパッケージの場合)	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケア提供に関わる個々の保健専門職	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケア提供に関わる個々の保健専門職	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケア提供に関わる個々の保健専門職 (CHSP の場合) またはケアマネジャー (ケアパッケージの場合)	
質問: サービス変更時には誰が、どのような理由で行っているのか	<u>回答:</u> 高齢者のケアに関わるあらゆるサービス提供事業者または保健専門職、あるいは本人や家族も、サービス	<u>回答:</u> 高齢者のケアに関わるあらゆるサービス提供事業者または保健専門職、あるいは	<u>回答:</u> 高齢者のケアに関わるあらゆるサービス提供事業者または保健専門職、あるいは本人や家族も、サービスの変更や追加を要請できる。		

	の変更や追加を要請できる。 変更や追加の理由にはたとえば、健康状態やニーズの変化、サービスへの不満、不適切なサービスなどが含まれる。	本人や家族もサービスの変更や追加を要請できる。変更や追加の理由にはたとえば、健康状態やニーズの変化、サービスへの不満、不適切なサービスなどが含まれる。	変更や追加の理由にはたとえば、健康状態やニーズの変化、サービスへの不満、不適切なサービスなどが含まれる。	
項目 4-3: 支援計画記録の作成	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケア提供に関わる個々の保健専門職 (CHSPの場合) またはケアマネジャー (ケアパッケージの場合)	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケア提供に関わる個々の保健専門職	<u>制度:</u> My Aged Care <u>担当者:</u> ケア提供に関わる個々の保健専門職 (CHSPの場合) またはケアマネジャー (ケアパッケージの場合)	
質問: 記録の活用 (公正性の確保やウェルビーイング確保、リエイブルメント実施にむけて)	<u>回答:</u> CHSPサービスでは、支援計画に関するすべての記録が My Aged Care ポータルにアップロードされ、他のあらゆる登録提供事業者が見られるようになっている。 ケアパッケージの場合、当該利用者のパッケージを担当するケアマネジャーが記録を管理する。			
(質問) 支援ケアプランに対する評価は誰が、どのような基準で行っているのか(QOL向上、GP訪問回数減など)	<u>回答:</u> 個々の保健専門職ケア計画評価が整備されている (例: ソーシャルワークまたはPTの場所別アセスメント)。 より広範な組織的な測定データ (例: 入院率) は、個々のサービス提供事業者が収集する。			

5. その他 周辺業務 (以下、制度上は日本のケアマネジャーの責任業務ではないが事実上サービスが行われている事項)							
	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。 認知症なし、配偶者あり	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。認知症なし、配偶者なし	身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中。認知症あり、配偶者なし	骨折による急性期認知症なし、独居	ADLはおむね自立だがIADLに問題がある認知症あり、独居	ADLはおむね自立だがIADLに問題がある認知症なし、独居	日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている。配偶者は軽度の障害がある
5-1 住宅改修への支援	作業療法士 (OT)						
5-2 GP、ホームドクターへ情報提供、受診支援	個々のサービス提供者 (CHSP を通じて) またはケアマネジャー/ソーシャルワーカー (ケアパッケージを通じて)						
5-3 病院への情報提供、カンファレンス出席 (入退院時)	入院前に利用者のケアに関わっていたサービス提供者いくつかの地域看護団体では、急性期/リハビリ病院システムの中にリエゾン看護師を配置している。能力と意思があれば、配偶者が関わる可能性あり	入院前に利用者のケアに関わっていたサービス提供者 いくつかの地域看護団体では、急性期/リハビリ病院システムの中にリエゾン看護師を配置している。					
5-4 障がい分野に関する利用手続き支援	ケアマネジャーおよび/またはソーシャルワーカー能力と意思があれば、配偶者が関わる可能性あり	ケアマネジャーおよび/またはソーシャルワーカー					
5-5 公的扶助に関する支援や利用手続き	ケアマネジャーおよび/またはソーシャルワーカー能力と意思があれば、配偶者が関わる可能性あり	ケアマネジャーおよび/またはソーシャルワーカー					
5-6 民間サービス、ボランティアによるサービス等の手続き支援	民間サービスへの申請は、個人や家族が行う。 ケアマネジャーおよび/またはソーシャルワーカーは、ボランティア団体に関する支援を行う可能性あり。						
5-7 住居に関する支援や利用手続き支援	ケアマネジャーおよび/またはソーシャルワーカー能力と意思があれば、配偶者が関わる可能性あり	ケアマネジャーおよび/またはソーシャルワーカー					
5-8 公共料金等の支払い等への対処、アドバイス	ケアマネジャーおよび/またはソーシャルワーカー能力と意思があれば、配偶者が関わる可能性あり	ケアマネジャーおよび/またはソーシャルワーカー					
5-9 消費トラブルに対する支援	ケアマネジャーおよび/またはソーシャルワーカー能力と意思があれば、配偶者が関わる可能性あり	ケアマネジャーおよび/またはソーシャルワーカー					
5-10 訪問時に対象者の支援 (至急必要なものの買い物、着替え) を行う	介護職						

※以上の回答に対しての追加質問とそれに対する返答は以下の通りである。

質問：項目 3-3 について：「ADL はおおむね自立だが IADL に問題がある」では「RAS アセッサー」であるが、「身体機能、認知機能に障害あり。在宅生活は継続中」と「日常生活にほぼ支障はないがフレイルに近づいている」では「ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセッサー」となっている。「ADL はおおむね自立だが IADL に問題がある」でも回答は「ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセッサー」であるか？ そうでない場合、なぜ回答が異なるか？

回答：要介護者には、トリアージ（優先順位付け）のプロセスが実施される。ニーズが軽度の場合、RAS アセスメントで十分である。より複雑なニーズでは、最初のRAS アセスメントに続いてACATへの紹介が行われるか、あるいはACATへ直接紹介される。いただいたカテゴリーを区別するよう試み、軽度のADL障害といくつかのIADL障害がある人は、RAS アセスメントのみ必要である可能性が高いと考える。あとの2つのカテゴリーでは、RASのみ必要な可能性もあるが、ケアニーズのレベルによってACATも必要かもしれない。

【共通の質問事項とその回答】

個々の要支援者・要介護者にケースマネジャーが置かれる場合はどのような場合ですか、どのような職種が担当しますか。その人はどのような組織に所属していますか。

ケアマネジャーは、ACAT でのアセスメントによってケアパッケージのレベル 1 から 4 までの対象となった人を担当する。これらのパッケージは、比較的高度なケアを必要とする人々を対象としている。ケアマネジャーは、保健または関連分野における第 3 期教育（中等教育以降の教育）修了の資格を有する。またそれぞれの職能団体（例：オーストラリア理学療法協会）に所属している可能性がある。多くは、医療関連専門職（特にソーシャルワーカー）であり、ケアマネジャーは地域で利用者にケアパッケージを提供するあらゆる団体に勤務している。すべての保健専門職は、Australian Health Practitioner Regulation Agency（AHPRA、オーストラリア医療関係者規制機関、<https://www.ahpra.gov.au/>）に登録されなければならない。

健康施策・介護予防（虚弱化予防）は誰がどのように行っていますか（国全体、自治体単位）
健康増進および予防活動は通常、地域保健センター、地方自治体、GP または様々な協会
（例：Heart Foundation（心臓財団）：<https://www.heartfoundation.org.au/>、Cancer
Council（癌協議会）<https://www.cancer.org.au/>）を通じて行われる。

専門職の倫理、説明責任等は誰によってどのように規定されているか

医療関係者の職業倫理および説明責任は、AHPRA（<https://www.ahpra.gov.au/>）によって定められている。その内容にはたとえば、職能開発活動、医療関係者および他の専門職に関する苦情または犯罪行為に関する情報保持が含まれる。個々の保健専門職を代表する協会が、行動規範や業務範囲の詳細を定める。

高齢者の個々の機能障害への対応以外に、ホリスティックアプローチの観点でウェルビーイングの向上とリエイブルメント確保のためにどのようなアセスメントが行われますか。（運動を進める、地域のグループを紹介など具体的に）。その結果にもとづく支援、紹介がだれによってどのように行われ、どのように具体化されますか。

上記回答にあるウェルネスやリエイブルメントに関する記述の通り、現在では自立やウェルビーイングを促進するために、すべてのアセスメントでholistic（総体的）なアプローチを組み入れなければならない。The Living Well at Home: CHSP Good Practice Guide（自宅で上手に暮らす：CHSPの優れた実践ガイド）

https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/06_2015/good_practice_guide_version_web_accessible.pdf では、高齢者や家族と密に協力しながらその人たちのニーズや希望に沿って、このアプローチが奨励されるようにしている。

4. 資格/教育/キャリア

1) 看護師

オーストラリアの看護制度は英国に準じており、看護師免許は一部の診断・医療行為を行う Nurse Practitioner (NP)、Registered Nurse (RN、日本の正看護師)、Enrolled Nurse (EN、日本の准看護師)、Assistant in Nursing (AIN、日本の看護助手) である。NP は一定の看護師経験と修士相応の教育が必要とされる¹²⁾。なお、RN と EN の分類はオーストラリアが多民族・多文化社会であることと関連していることが指摘されている¹³⁾。RN の登録は、オーストラリアの認証制度によって認められている大学での看護師養成教育を修了することで可能となるが、主に海外の教育機関で看護師資格を取得し、臨床での勤務の経験を積んだ人が看護師として登録する場合は原則的に EN となる。

2) ソーシャルワーカー

ソーシャルワーカーは国家資格ではないが、ソーシャルワーカー協会 (Australian Association of Social Workers : 以下 AASW) が認可 (accredited) する大学で学士号 (あるいは修士号) を取得した者がソーシャルワーカーとなる認定証明書 (Qualification) を得ることができる。ソーシャルワーク教育については、AASW の「オーストラリアソーシャルワーク教育と認定規準」(2008) に詳細が規定されている。そのため、州によって養成教育の違いはほとんどなく、教育の標準化・同質化が図られている。例えば、ソーシャルワーク実習は 140 日 (1 日 7 時間)、980 時間以上、最低 2 ヶ所で実習、1 ヶ所の実習期間は 40 日以上と決まっている¹⁴⁾。

5. ケアマネジメント機能における公正中立の確保、サービス選択支援、監査/評価教育

高齢者ケアの質と安全の委員会 (Aged Care Quality and Safety Commission、ACQSC) により、高齢者ケアサービスの認定、質のレビュー、モニタリングおよび苦情処理が監督されている。それと同時に、ACQSC ではサービス提供者に対して情報と教育を提供している。これらは、高齢者ケアの質と安全の委員会法 2018 に基づいて制定された、「高齢者ケアの質と安全の委員会 2018」に従って、行われている。サービス提供者は、2019年7月から新しい高齢者ケアの質の基準に準拠することが求められている。高齢者の質の基準の新旧の基準は、表9の通りである¹⁵⁾。基準の最初に、「利用者の尊厳と選択」が示されており、利用者が自律的に行動し、選択し、地域社会への参加の重要性が強調されている。

すべての高齢者施設は政府による資金を受けるために、認定基準を満たす必要がある。また、ケアの質の確保のために、質の指標プログラムが2016年1月から導入されている。なお、2019年7月より、政府より資金を得ている高齢者施設はすべて、質の指標データを収集し、保健省に提出することが求められることとなった。事業所における継続的改善を促す取り組みも進められており、自己評価のプロセスを通して、事業所事体が自らの改善課題を抽出して改善に取り組むことが求められている¹⁶⁾。また、利用者権利擁護のサービスとしては、高齢者擁護ネットワーク (Older Person Advocacy Network) などにより提供されている。

図表9 高齢者ケアの質の基準

旧基準	新基準
基準1. マネジメントシステム、人的資源、組織の向上 (Management systems, staffing and organisational development)	基準1. 利用者の尊厳と選択 (Consumer dignity and choice)
基準2. ヘルス・パーソナルケア (Health and personal care)	基準2. 消費者との継続的な評価と計画 (ongoing assessment and planning with consumers)
基準3. 入居者のライフスタイル (Care recipient lifestyle)	基準3. パーソナルケアとクリニカルケア (Personal care and clinical care)
基準4. 物理的環境と安全システム (Physical environment and safe systems)	基準4. 日常生活のためのサービスとサポート (Services and supports for daily living)
	基準5. 組織のサービス環境 (Organisation's service environment)
	基準6. フィードバックと苦情 (Feedback and complaints)
	基準7. 人事 (Human resources)
	標準8. 組織ガバナンス (Organisational governance)

6. オーストラリアのまとめ

- 高齢者ケアサービスについては、2015年からすべての高齢者福祉のアセスメントとサービス紹介については全国統一登録システムである My Aged Care に一本化された。これは軽度の場合と中重度の場合ではプログラムが異なっている。
- 相談支援
My Aged Care コンタクトセンターが対応している。
- アセスメントと認定
軽度の場合には地域アセスメントサービスのアセッサーによって自宅での自立継続に向けたアセスメントが行われる。中重度の場合は多職種専門職チームである高齢者アセスメントチームによってアセスメントが行われる。
- サービスプラン
軽度の場合は地域アセスメントサービスの査定者と利用者利用者が話し合い、利用者の目標を強調したサポートプランをともに作成する。そこには必要なサービスへの紹介も記載される（地域内でニーズに応えられるプロバイダー情報が与えられ、利用者は自分で調べて選定する）。また、My Aged Care ポータルにもアップロードされる。
中重度者の場合は高度な支援のためのケアパッケージを提供する組織のケアマネジャー（プロバイダー内の専門職）の支援を受けながら、基本的に適切なサービス内容を利用者が決定する。消費者主導ケアの原則に沿って自身のパッケージ資金の使用方法も含めて本人の意思が尊重される。
なお、ソーシャルワーク的な周辺業務はソーシャルワーカーあるいは上記のケアマネジャーが対応している。
- モニタリング
軽度の場合はケア提供に関わっている組織の個々の専門職が行う。高度な支援のためのケアパッケージを提供している場合はケアマネジャーが行う。
- サービスの質
高齢者ケアの質と安全の委員会（Aged Care Quality and Safety Commission、ACQSC）により、高齢者ケアサービスの認定、質のレビュー、モニタリングおよび苦情処理が監督されている。
- 自立支援
CHCP ではウェルネス・モデルを基盤にしており、リエイブルメント、回復ケアにも取り組んでいる。利用者の自立をより育めるように、“してあげる（doing for）” から“～一緒に行う（doing with）” への考えた方のシフトが進められている。
- 以上から、オーストラリアでは日本のケアマネジャーに相当する職種は存在しない。また消費者主導ケアの原則に沿ってサービス決定、プロバイダー決定が行われている。

【注】

- 1) Australian Government Department of Social Services. (2015) Living well at home: CHSP Good Practice Guide.
https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/06_2015/good_practice_guide_version_web_accessible_pdf.pdf (2019年2月14日最終アクセス)
- 2) <https://www.health.nsw.gov.au/agedcare/pages/default.aspx> (2019年2月4日最終アクセス)
- 3) 在豪邦人コミュニティーサポート (2018) 『JASIC オーストラリアの高齢者在宅ケアガイド』
http://jasic.org.au/site/wp-content/uploads/JASIC_HomeCareGuide2018.pdf
- 4) 質問票の回答者による情報提供をもとに記載。
- 5) Ausutralian Government. Five steps to entry into an aged care home
https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/02_2017/5_steps_to_entry_into_an_aged_care_home.pdf (2019年2月4日最終アクセス)
- 6) Aged Care Assessment Workforce (RAS and ACAT)
<https://agedcare.health.gov.au/programs/my-aged-care/aged-care-assessment-workforce-ras-and-acat-my-aged-care-system-and-process-overview>
- 7) Alex Grove (2016) Aged Care: a quick guide
https://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/library/prspub/4894104/upload_binary/4894104.pdf
- 8) Australian Government Department of Health. (2018)
Home Care Packages Program Data Report 3rd Quater 2017-2018.
https://gen-agedcaredata.gov.au/www_aihngen/media/Home_care_report/HCP-Data-Report-2017%E2%80%933rd-Qtr.pdf (2019年2月18日最終アクセス)
- 9) Ausutralian Government. Five steps to entry into an aged care home
https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/02_2017/5_steps_to_entry_into_an_aged_care_home.pdf (2019年2月4日最終アクセス)
- 10) My Aged Care. Basic daily fee for aged care homes. <https://www.myagedcare.gov.au/costs/aged-care-homes-costs-explained/aged-care-home-basic-daily-fee> (2019年2月16日最終アクセス)
- 11) Australian Government Department of Social Services. (2015) Living well at home: CHSP Good Practice Guide.
https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/06_2015/good_practice_guide_version_web_accessible_pdf.pdf (2019年2月14日最終アクセス)
- 12) 杉野美礼(2018)「オーストラリアの看護教育事情」『園田学園女子大学論文集』 52. pp117-123
- 13) 鈴木清史(2015)「オーストラリアの看護師養成教育：大学課程化と登録制度の特徴」『アジア研究』10, pp. 57-66
- 14) 森恭子(2010)オーストラリアのソーシャルワーカー認定資格制度及び福祉従事者の現状と課題. 文教大学紀要. pp151-157
<file:///C:/Users/kikut/Downloads/BKK0000699.pdf>
- 15) Aged Care Quality and Safety Commission. New Standards.
<https://www.agedcarequality.gov.au/providers/standards> (2019年3月1日最終アクセス)
- 16) 長澤紀美子 (2007) 「介護の質の規制に関するシステムの検討－国際的動向とオーストラリアの認証システム－」『介護サービス事業者における経営品質のあり方に関する調査研究事業』 pp. 143-167

【資料】

- ・WHAT IS AGED CARE?, Department of Health, Australian Government, Legislated Review of Aged Care 2017
<https://agedcare.health.gov.au/legislated-review-of-aged-care-2017-report>

Ⅶ. <参考国>アメリカ

1. 高齢者支援の原則、サービス・支援の流れ

障害のある人や高齢者を含むすべてのアメリカ人は、彼らの貢献を大切にするコミュニティに参加しながら、彼らが必要とする支援を得て自宅で暮らしを営むべきである。

これらの目標を達成するために、米国保健社会福祉省（The U.S. Department of Health and Human Services (HHS)）は2012年にコミュニティ生活局（Administration for Community Living (ACL)）を作った。

ACLは、州、地方、民族団体、非営利団体、企業、および家族と協力して、高齢者および年齢を問わず障害を持つ人々、そしてその家族と介護者の自立、ウェルビーイング、および健康を最大限に高めるための単一の機関として機能する。（「使命と戦略プラン」コミュニティ生活局）

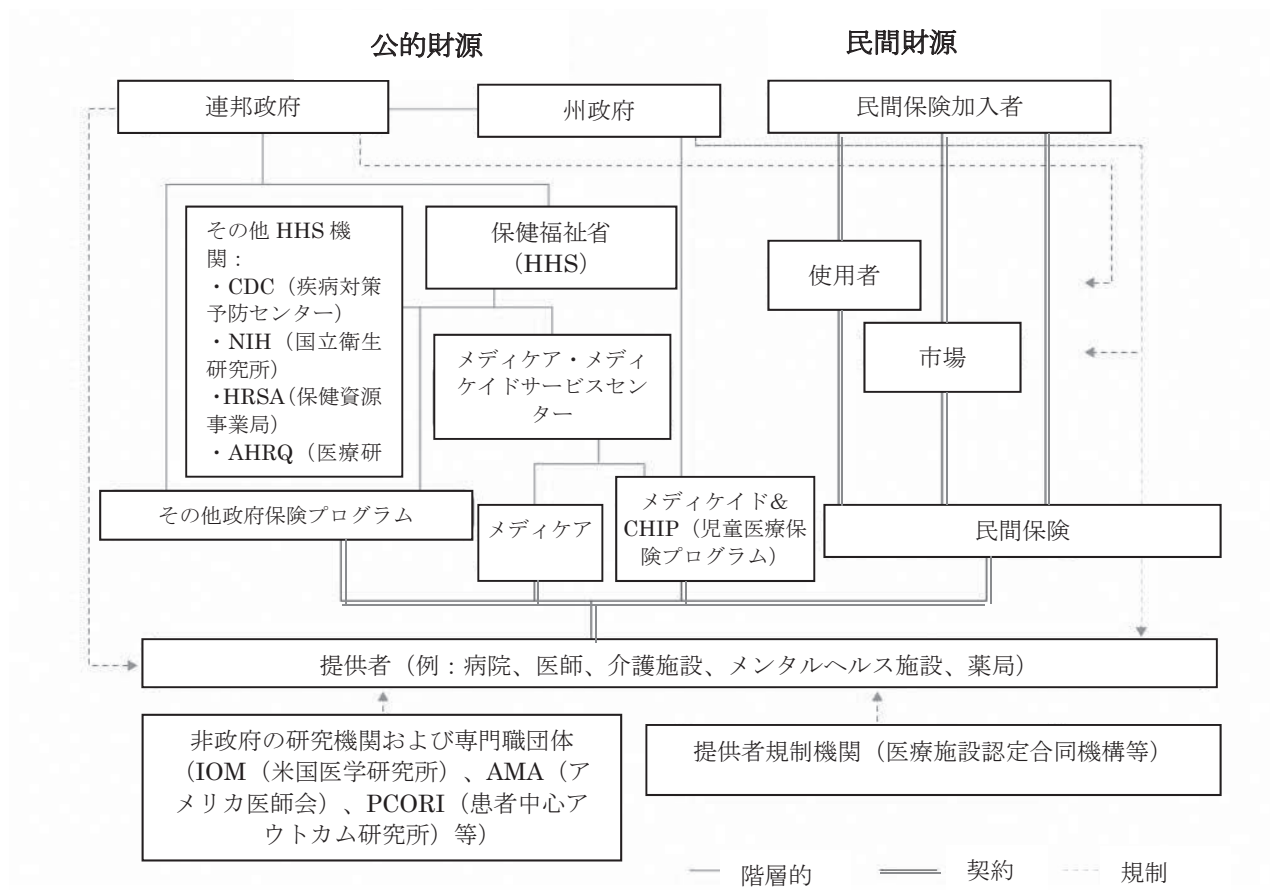
*アメリカでは、コミュニティに貢献しつつ在宅を続けることが望ましいと考えられている。自立とウェルビーイングのためのケアにあたっては、州、地方、民族団体、非営利団体、企業、および家族という幅広い層と協力して行うこととなっている。（アメリカコミュニティ生活局 ACLの傘下に高齢局（Administration on Aging (AoA)）がある）

2. 財源、サービス/支援内容、利用者負担の概要

1) アメリカの医療介護システムの概要

下はアメリカにおけるケアシステムの全体像である。アメリカにおいては民間保険の役割が大きく、公的保険は部分的な役割を果たしている。

アメリカにおける医療システムの体制



Organization of the Health system in the United States, The Commonwealth Fund

図表1 アメリカにおける医療システムの体制

2) メディケイド

アメリカでは公的な介護保険制度は存在していない。高齢者が介護サービスを必要とする場合、メディケア (Medicare) の一部、メディケイド (Medicaid)、民間長期介護保険によってカバーされるが、利用については諸条件があり、全ての国民はカバーされていない。

メディケアは公的年金受給者や身体障害者を対象とした医療保険である。病院退院後に医学的にケアが必要な場合には、メディケア Part A (病院保険) により専門看護ケアやリハビリテーションを行うナーシングホーム (Skilled Nursing Facility) でのケアが提供される。ただし、受給開始後 20 日間は自己負担がないが、21 日から 100 日まで 1 日当たり \$170.50 の自己負担があり、101 日以降は全額自己負担となる¹⁾。

メディケイド (Medicaid) は低所得者を対象とした医療保険である。ただし、医療のみではなく介護サービスを最も広い範囲でカバーしている。メディケイド受給のためにはミーンズテストを受ける必要があり、利用者が資産を保有している場合は資産を使い切ることが求められる。サービスの要件は連邦政府によって示されているが、州ごとに裁量が認められているため、メディケイドの適用条件やサービス内容の提供範囲等は州によって異なる²⁾。いくつかの州では家族介護者を対象とした支援プログラムや家族介護者へ支払が可能な州もある³⁾。メディケイドでは、州が医療・ケア費用をケア提供機関に支払い、連邦政府が一定割合を州に払い戻すしくみである。

以下では、ニューヨーク州を例に介護を必要とする人が介護プログラムを受ける条件やサービス内容等についてみていきたい⁴⁾。ニューヨーク州では、介護を必要とする人々へ充実したプログラムを提供している。メディケイドのサービスは、施設ケアと地域ケアサービスの2種類に分けられる。施設ケアは、ナーシングホームまたはアシステッド・リビング (ケア付き住宅) で提供されるが、メディケイドから支援を受けている利用者の大半は、アシステッド・リビングではなくナーシングホームを利用している。地域ケアサービスには、従来の身体介護や在宅医療のほか、Medicaid managed long term care (メディケイドのマネージドケア型介護)、およびメンタルヘルスでの成人向けデイケアが含まれている。施設ケア、地域ケアサービスともに、日常生活動作 (入浴や他のパーソナルケア) や日常業務、買い物などで手伝いを必要としている人、また自宅から出られなかったり家族介護者がいなかったりする人を支援するためのサービスである。介護プログラムでは、Affordable Care Act (医療保険制度改革法) によって定められたメディケイドの他のプログラムとは異なる資格基準が適用されている。なお、受給資格の評価は郡の担当事務所が行い、本人のニーズに基づき、またケア提供者への連絡を通して、介護が必要かどうかを判断する。

(1) 介護サービスの受給条件

①次に挙げるカテゴリーのうち1つ以上に当てはまる必要がある。

- ・65歳以上であること
- ・障害があり、社会保障局から補足的支援を受ける資格があるか、または既に受けていること
- ・盲目の診断を受けていること

②所得制限

一人暮らしの場合、申請者の所得（給料、公的年金給付、他の年金、退役軍人給付、SSI（補足的保障所得）給付、IRA（個人退職口座）など）は、月に825ドル以下でなければならない（夫婦で要介護の場合には、1世帯あたり1,209ドル）。なお、個人的ニーズ控除が月に50ドル認められており、介護サービスを受けている場合、この金額は総所得の計算に含まれない。

③資産制限（免除VS利用可能）

メディケイドでは、資産を Exempt（免除）と Available（利用可能）の2種類に分けている。免除資産は、この規定のみで使われており、この資産を所有していても、申請者が給付を断られることはない。免除の対象として挙げられていない資産は、メディケイド給付を受ける前に現金化して、ナーシングホームケアの費用に充てる必要がある。ニューヨーク州では5年前までさかのぼり、公正な市場価格を下回って資産を売却したり、他の人に資産を移したり、お金や財産を譲ったりした人にはペナルティが課される。なお、申請者の免除資産に含まれる内容としては、以下が示されている。

- 一人暮らしの場合、15,150ドル以下の現金／免除外資産。月の初めに資産が制限を超えた場合、申請者の方はその月を通じて受給資格がない。結婚していて2人ともナーシングホームに入居している場合、夫婦の資産控除は22,200ドルである。
- 本人が自宅へ戻る予定である、あるいは配偶者、21歳未満の子どもまたは障害者の方がその家に住んでいる場合、家1つ分（上限は858,000ドル）は免除される。施設入居者が、それまで免除されていた家を売却した場合、そこで得たお金は計算の対象となる資産である。そのため、その方が売却して得たお金を使い切って、計算の対象となる資源が再び上限未満となるまで、メディケイドの受給資格はなくなる。
- 車1台（資産額は特に定められていない）

- iv. 取り消し不可能な葬儀信託（金額は特に定められていない）
- v. 生命保険：額面価格が1,500ドル以内
- vi. 家財道具や身の回り品：宝石、家具、家宝など

④配偶者に関する規則

地域に住む配偶者は、夫婦の一人または両方が所有する免除外の資源を最大123,600ドルまで持ち続けることができる。地域に住む配偶者の資産が下限の74,820ドルに満たなかった場合、この下限額に届くまで、施設に入居しているパートナー分の資産を持ち続けることができる。地域に住む配偶者の貧困化保護として、地域に住む配偶者の月額所得が3,090ドル未満の場合、施設に入居しているパートナーの所得の一部を持ち続けることができる。地域に住む配偶者の方は、月額最大3,090ドルまで持ち続けることができる。なお、受給者の状態像は多くの州で「ナーシングホームレベル」とされており、身体に重度の障害がある場合が想定されている。

3) 財源および費用

2017年のデータでは、医療保険は雇用者によってカバーされている割合は49%、メディケイドが21%、メディケアが14%である。保険に加入していない人たちも9%存在している⁵⁾。2015年の国民医療費は、民間保険でカバーされている割合が33.4%、メディケイドが20.2%、メディケアが17%であった⁶⁾。

また、少し古いデータになってしまうが、2007年の支払者別の介護サービス支出額は、メディケイドが1,131億ドル（48.5%）、メディケアが522億ドル（22.4%）、自己負担が413億ドル（17.7%）、民間保険が153億ドル（6.6%）となっている。

先に示した、メディケアがカバーするナーシングホームの21日から100日までの自己負担額は年々、上昇している状況である。全額自己負担となった場合、ナーシングホームの月額料金（個室）は約7,500ドル（調査での全米の中央値）と高額であり、都市部になればさらに上昇する⁷⁾（図表2）。ただし、長期にナーシングホームを利用する場合は自己負担額が膨大なため、州政府による資産の確認を受けてメディケイド受給者となる場合が多く、在所者の62.9%を占める。

図表2 ナーシングホームの月額コスト

	相部屋コスト (中央値)	相部屋 コスト幅	個室コスト (中央値)	個室 コスト幅
全米	\$6,600	\$2,700-\$36,750	\$7,500	\$3,030-\$36,750
ニューヨーク州	\$10,830	\$6,000-\$32,400	\$11,220	\$6,780-\$32,400
マンハッタン	\$15,000	\$10,950-\$32,400	\$15,000	\$10,950-\$32,400
ブルックリン	\$12,000	\$9,000-\$16,650	\$12,750	\$9,000-\$17,100
クィーンズ	\$11,880	\$9,060-\$15,000	\$12,570	\$9,450-\$16,500
ブロンクス	\$12,390	\$9,900-\$19,500	\$12,600	\$9,600-\$21,000
スタテンアイランド	\$9,750	\$8,550-\$15,690	\$9,750	\$9,750-\$15,690

出典：Genworth ‘Cost of Care Survey 2015 より作成

*ナーシングホームの月額コストの計算は、Genworth の調査（1日の費用）を×30日間で計算

*Genworth の調査では平均値は示されていないため中央値を用いている。エリアごとのサンプルサイズは調査内に含まれておらず、不明である。

4) サービス/支援内容

州によってサービスは異なるが、多くの州でメディケイドがカバーしている在宅ケアサービスは、以下のサービスである⁸⁾。

- ・在宅医療（Home Health Care）
- ・パーソナルケア（Home Care / Personal Care）
ADL、IADLを支えるための支援。例えば、入浴、食事、移動支援等。
- ・家事援助（Homemaker Services）
家事全般の支援。例えば、掃除、洗濯、食品の買い物、食事の準備等。
- ・家族介護者への支援（Family and Caregiver Support）
- ・医療補助具や用品（Medical Equipment and Supplies）
- ・緊急時の応答サービス（Personal Emergency Response Services）
- ・移動支援（Transportation Assistance）
- ・ホスピスケア（Hospice Care）

5) Medicaid Managed Long Term Care（メディケイドのマネージドケア型介護、MLTC）

ここでは、ニューヨーク州のMLTCの概要と支援プロセスについて確認したい。MLTCプランでは、長期的な健康問題や障害のある人へ、サービスや支援を提供する支援が行われる。これらの保険会社が用意するプランは、メディケイドのマネージドケア型介護を提供するにあたり、ニューヨーク州保健部から承認を受けている。プランでは、メディケイドの在宅ケアや他の介護給付を提供される。各プランは、独自の在宅ケア事業者や専門職、その他提供者のグループで構成されている。このグループが、プランの提供者ネットワークであり、プラン加入後は、そのプラン内の提供者からサービスを受けなければならない。

サービスを受ける際に、本人中心の Plan of Care（ケア計画）が作成される。本人はケア計画策定において積極的な役割を担うことが求められている。本人には担当のケアマネジャーがつき、独自のニーズに応えるケア計画作成にあたっての支援が受けられる。なお、プランは以下の通り大きく3種類ある。

- MLTC Medicaid Plan（MLTC メディケイドプラン）
- Medicaid Advantage Plus（メディケイド・アドバンテージプラス）
- Program for All-Inclusive Care for the Elderly（PACE、高齢者包括ケアプログラム）

（1）プラン対象者

以下に当てはまる場合、プランに加入しなければならない。

- メディケイドとメディケアの両方を利用している
- 在宅ケア、成人向け日中ヘルスケア、その他介護サービスを、120日（4か月）を超えて必要としている
- 21歳以上である

既に在宅ケアを利用している場合でも、ある期日までにプランへ加入するよう通知する手紙が、New York Medicaid Choice（ニューヨークメディケイドチョイス）から来ている場合、プランに加入しなければならない。本人が選ぶプランがケアサービスを引き継ぎ、サービスの承認が行われる。本人がプランを選ばない場合には、メディケイドプログラムが、あなたの区や郡にある MLTC メディケイドプランのうち一つを割り当てることになっている。なお、在宅ケアや他の介護サービスの利用資格が本人にある限り、プランがサービスを承認しなければならない。希望のプランは本人が決定し、プランの変更はいつでも要請できる。

（2）プランで受けられるサービス

すべてのプランでは、メディケイド在宅ケアと他の地域介護サービスを提供している。プランの中には、メディケアサービスも提供するものもある。その中には医師への通院、病院ケア、薬局およびその他医療関連サービスが含まれる。メディケアの医療サービスをカバーするプランに加入した場合、プランの医師やその他提供者からケアを受けなければならない。プランから受けるサービスの内容は、本人が選ぶプランのタイプによって異なる。

MLTC メディケイドプランで提供されるサービスの例は、以下の通りである。

- ・在宅ヘルスサービス : 看護師、ホームヘルスエイド、理学療法士
- ・身体介護・生活援助 : 入浴、更衣、買い物
- ・成人向け日中ヘルスケア
- ・社会的デイケア
- ・ナーシングホームケア
- ・専門医療・聴覚、歯科、視力、足病、理学療法
- ・その他サービス : 配食、個人用救急応答、予約した通院のための移送

具体的なプランのイメージを掴むために3人のプランメンバーによる説明が示されている。

①MLTC メディケイドプラン

「私は、医師や他のメディケアサービスを何も変えたくなかったので、MLTC メディケイドプランを選びました。私のプランは、在宅ケアとその他介護サービスに特化していて、メディケアとは切り離されています。ですから、プライマリケアの医師に診てもらったり、他のメディケアサービスが必要な場合、私は今もメディケアカードを使っています。」

MLTC メディケイドプランでは、プランのメンバーとして、本人はご自由にメディケアやメディケア・アドバンテージの医師または、プランでカバーされない他のサービス提供者を使い続けることができる。

②メディケイド・アドバンテージプラスプラン

「私は一つのプランからすべてのケアを受けるのが好きなため、メディケイド・アドバンテージプラスを選びました。私のプランは、メディケイドとメディケアの両方を運営しています。現在私が利用している医師、病院、在宅ケア事業者は皆、同じプランに所属しています。」
この場合は、プランのメディケアプロダクトにも加入しなければならない。プランの中からプライマリケアの医師（PCP）を選ぶ必要がある。

③高齢者包括ケアプログラム（PACE）

「私は自宅で一人になりたくなかったので、PACE を選びました。このプランの成人向けデイセンターを利用できるからです。私はそこで、他のプランメンバーと日中過ごすことができます。私の医師やケアチームもデイセンターにいらっしやるので、ヘルスサービスもそこで受けます。」

PACE へ加入するには、55 歳以上でなければならない、PACE のヘルスサービスはチームで提供され、そこには医師、看護師、ソーシャルワーカーなどが含まれている。

(3) プランメンバーとしての利用者の権利と責任

プランのメンバーとして、本人には以下を含む権利がある。

- ・健康問題や障害の支援や予防を行うサービスへ、タイムリーにアクセスする
- ・必要なサービスを、どこで、いつ、どのようにプラン内外から受けるか、知らされる
- ・自分のケアに関して、十分な情報に基づいて同意できるよう、必要な情報を知らされる
- ・自分のヘルスケアに関する決定に参加する（治療を拒否する権利も含まれます）
- ・性別、人種、健康状態、肌の色、年齢、国籍、性的指向、婚姻状態または宗教に関わらず、ケアを受ける
- ・自分の診療記録や治療時のプライバシー
- ・自分の診療記録を入手する、また記録の変更や修正を依頼する
- ・敬意と尊厳を持った対応を受ける
- ・強制、統制、便宜または報復の方法として、いかなる拘束や隔離もされない

一方で、プランのメンバーとしての本人の責任として、常に、以下のことを行うよう求められている。

- ・対象サービスでは、プラン内の提供者を利用する
- ・対象サービスを使う前に、ケアマネジャーまたはケアチームから承認を得る
- ・自分のケアニーズや懸念をプランに伝える
- ・遠くへ行ったり地域を離れる際には、プランへ知らせる
- ・ある程度収入がある場合、メディケイド給付を受けるために追加料金（Spend down(取り崩し)とも呼ばれます）を支払わなければならない人もいます。プランメンバーとして、あなたにはその金額をプランに支払う責任がある。

なお、ケア計画やサービスについて懸念がある場合には、プランを提供している保険会社のケアマネジャーに相談する。それでも苦情の結果に不満が残る場合には、公的機関であるニューヨークメディケイドチョイスに連絡を入れることとされている。カウンセラーがプランに連絡し、問題解決の支援に取り組むこととなっている。また、使えるべきと考えるサービスを、プランが拒否したり減らしたり終了した場合、不服を申し立てることができる。プランでは、本人のサービスニーズを見直して、決定内容が書面で通知される。それでも満足いかない場合には、Fair Hearing（公正な審理）を要請できる。公正な審理を要請すると、メディケイドプログラムが本人の主張を聞き、決定を行う。

3. ケアマネジメント機能の比較

段階1 サービス提供開始にあたっての相談業務

相談については、健康保険マーケットプレイス (Health Insurance Marketplace) で相談することができる。健康保険マーケットプレイスは州ベースの場合も、州は連邦主導の場合もある。メディケアとメディケイドについても相談できる。ここでは公的機関が認定する個人や小規模経営のナビゲーターが相談に応じる⁹⁾。

段階2 サービス提供にあたってのアセスメント

地域メディケイド事務所にて、ケアニーズレベル (ADL) がどの程度かおよび収入・資産の状況の両面のアセスメントが行われる。

パーソナルケアサービスの機能アセスメントを実施する職員の教育、経験および研修レベルは、州によって様々である。アセッサーに求められる資格は、学士号のない職員 (例: 研修を受けたケースマネジャー) から老年医学の経験を有する登録看護師まで幅広い。アセスメント実施職員にはソーシャルワークの修士号を義務付ける郡もある¹⁰⁾。

段階3 ケアプランの策定、チームケア

基本的に Department of Health では、アセスメントが終了するとその結果の説明書とプロバイダーのリストを利用者に送付する。そして相談があれば相談にも乗るというスタンスがとられている。マネージドケアの場合は保険会社のリストが提供され、利用者は保険会社を選ぶ。保険会社の相談員であるケアマネジャーは契約ケアプロバイダー一覧を示して利用者はプロバイダーを選択する。ケアプランはメディケイドの範囲内で作成される。

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等

ケアプロバイダーがサービスを提供し、記録は保管され州当局に提出する。

4. 資格/教育/キャリア

1) 看護師

アメリカの看護の種類は、Advanced Parctice Registered Nurse (APNR、高度実践看護師) Registered Nurse (RN、日本の正看護師)、Licensed Pracitice Nurse (LPN、日本の准看護師) が主である。APNR の中に、Nurse Practitioner (NP、ナースプラクティショナー)、Clinical Nurse Specialist (CNS、クリニカルナーススペシャリスト)、Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA、麻酔専門看護師)、Certified Nurse Midwife (CNM、看護助産師) が含まれている。NP になるには、看護師として現場経験を得たうえで修士課程に進むことが理想とされている¹¹⁾。

2) ソーシャルワーカー

ソーシャルワークの資格は、主に学士号 (Bachelor' s degree) によるもの、修士号 (Master' s Degree)、クリニカルソーシャルワーク (Clinical Social Worker) がある。多くの州では、Association of Social Work Boards (ASWB、ソーシャルワーク協会) による試験に合格することをソーシャルワーカーとしての条件としているが、いくつかの州では追加で独自の試験を課している¹²⁾。

5. ケアマネジメント機能における公正中立の確保、サービス選択支援、監査/評価

1) ニューヨーク州におけるサービスの質の確保のための取組み

(1) ニューヨーク州における品質測定と結果の公表

ニューヨーク州保健局は1994年からクオリティ保証報告要件 (Quality Assurance Reporting Requirements , QARR) を実施している。これは、主に国家クオリティ保証委員会 (NCQA) によって確立された品質の尺度に基づく公的報告システムである。QARR 用のデータは、マネージドケアプランとプロバイダーが毎年提出する。州はケアの品質を測定して、すべての NYS マネージドケアプランのヘルスプランの品質評価を公表する。

(2) メディケイド検査総合オフィス

メディケイド検査総合オフィス (Office of Medicaid Inspector General, OMIG) は、メディケイドのプロバイダーおよび利用者の調査、レビューを実施して適用法および規制を遵守していることを確認する。OMIG は、詐欺、虐待、違法または不適切な行為を行った個人または団体に対して民事上および行政上の執行措置を求める権限を持っている。

(3) 州長期介護オンブズマン事務所

ニューヨーク州ではオンブズマン制度を採用している。州の中の長期介護施設に何百人もの認定オンブズマンが割り当てられ、多くのオンブズマンは自分が担当する施設に連絡先情報を掲載している。オンブズマンへの連絡先一覧は HP でも公開している。

6. アメリカのまとめ

- ・ 公的な介護保険制度が存在しておらず、医療・介護扶助に類する低所得者の高齢者、障害者を対象としたメディケイドを通してケアサービスが提供されている。利用者の状態像は多くの州で「ナーシングホームレベル」とされており、重度の障害を持つ場合に限定される。サービスは、医療・看護、身体介護・生活援助、デイケア、ナーシングホームケア、配食、救急、移送など多岐にわたる。
- ・ 相談支援
州のメディケイド事務所が相談に応じる。連邦政府または州が支援し民間が運営し各種保険相談に応じる Market Place と呼ばれる機関が全米にある。
- ・ アセスメントと認定
州のメディケイド事務所がアセスメントと認定を行う。
- ・ サービスプラン
メディケイドにおいてもメディケア（医療保険制度）と同様にマネージドケアが普及している。このため、メディケイドの認定を得た利用者は、プラン（保険会社）を選び、その提携しているサービスプロバイダーのうちから自らのプロバイダーを選定する。
- ・ モニタリング
各プロバイダー、保険会社が行い、サービスの提供状況は州のメディケイド事務所への報告義務がある。
- ・ サービスの質
州は、クオリティ保証報告要件（Quality Assurance Reporting Requirements , QARR）に基いてプロバイダーからの報告を審査し結果を公表する。また、オンブズマン制度が幅広く普及しており利用者からの苦情に対応する。
- ・ 自立支援
メディケイドにおいて、利用者は「健康問題や障害の支援や予防を行うサービスへタイムリーにアクセスすること」が求められ、また可能な場合は社会的デイケアでのアクティビティへの参加も求められる。
- ・ 以上のように、アメリカのメディケイドは医療・介護扶助に類するものであり、またサービスプロバイダーの選定は利用者が行うことから、サービス決定における公正公平という課題は生じない。

【注】

- 1) U.S. Department of Health and Human Services. Your Medicare Coverage
<https://www.medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-snf-care> (2月4日最終アクセス)
- 2) U.S. Department of Health and Human Services. <https://longtermcare.acl.gov/medicare-medicaid-more/medicaid/index.html> (2月4日最終アクセス)
- 3) The Commonwealth Fund. The U.S. Health Care System.
https://international.commonwealthfund.org/countries/united_states/ (2月4日最終アクセス)
- 4) Senior Planning. New York Medicaid Long Term Care Eligibility
<https://www.seniorplanning.org/long-term-care-medicaid-eligibility/new-york/> (2月4日最終アクセス)
- 5) Hery Kaiser Family Foundation. Health Insurance Coverage of the Total Population
<https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>
- 6) The National Health Expenditure Accounts (NHEA) Centers for Medicare & Medicaid Services
<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical.html>
- 7) Genworth ‘Cost of Care Survey (2015) (2019年2月5日アクセス)
https://www.genworth.com/dam/Americas/US/PDFs/Consumer/corporate/130568_040115_gnw.pdf
https://www.genworth.com/dam/Americas/US/PDFs/Consumer/corporate/cost-of-care/118928NY_040115_gnw.pdf (New York) (2019年2月5日アクセス)
- 8) Paying for Senior Care. Medicaid’s Home Care Benefits
<https://www.payingforseniorcare.com/medicaid-waivers/home-care.html> (2019年2月7日アクセス)
- 9) Mailloux C and Halesy E. (2018) Patient Navigators as Essential Members of the Healthcare Team: A Review of the Literature
https://www.scitechnol.com/peer-review/patient-navigators-as-essential-members-of-the-healthcare-team-a-review-of-the-literature-hk8x.php?article_id=7457
- 10) Susan M. Tucker and Marshall E. Kelley (2011) Functional Assessment Processes for Medicaid. Personal Care Services.
http://www.thescanfoundation.org/sites/default/files/TSF_CLASS_TA_No_7_Medicaid_Assessment_Process_FINAL.pdf
- 11) レイデンマン美智子 (2016) アメリカにおける NP と CNS の役割と責任」日本小児看護学会誌 Vol 25.No3 pp116-120 https://www.jstage.jst.go.jp/article/jschn/25/3/25_116/_pdf/-char/ja (最終アクセス 2019年2月19日)
- 12) Social Worker Licence Map <https://socialworkklicensemap.com/become-a-social-worker/>

【出典】

- Mission & Strategic Plan, U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Community Living, U.S. Department of Health and Human Services.
<https://acl.gov/about-acl>
- The U.S. Health Care System, Organization of the Health system in the United States, The Commonwealth Fund.
https://international.commonwealthfund.org/countries/united_states/
- Statewide Executive Summary of Managed Care in New York State 2017
https://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/reports/docs/executive_summary/executive_summary.pdf
- Core Services
<https://www.ny.gov/agencies/office-medicaid-inspector-general>
- Office of the State Long Term Care Ombudsman
<https://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm>

第4章 本調査から得られた知見とまとめ

第4章 本調査から得られた知見、考察、提言

1. 各国ケアマネジメント機能の比較と知見

本調査研究事業では、日本の介護支援専門員が担っている機能（以下、ケアマネジメント機能）について、調査対象各国において、誰がどのような制度で実施しているのかを文献調査、アンケート調査にて明らかにすることを試みた。

アンケート調査については、まず、状態像別にケアマネジメント機能の段階を、段階1「インテーク」、段階2「アセスメント」、段階3「ケアプランの策定・チームケア」、段階4「ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等」、段階5「その他周辺業務」に分け、その業務が行われている状況を介護支援専門員に対してアンケートにて確認した上で、海外調査用の調査票を作成した。その際、日本の介護保険制度が、要介護状態に至った者に対する介護給付に加えて、いわゆる介護予防を目的に要支援者に対する予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業を含むこと、海外の医療、介護、福祉制度とカバーする範囲が異なることから、状態像を以下の4つに分類して調査を行った。

- ①「身体機能、認知機能に障害がある。在宅生活は継続している」
（おおむねいずれの国でも長期介護制度が適用されるケースを想定している）
- ②「骨折による急性期」
（主に医療制度による対応を想定している）
- ③「ADLはおおむね自立だがIADLに問題がある」
（要支援段階の支援の回答を想定している）
- ④「日常生活にほぼ支障はないがフレイル状態に近づいている」
（予防についての回答を想定している）

以下では、ケアマネジメント機能の段階ごとに調査対象各国と日本を比較しつつ、本調査にて得られた知見をまとめる。

1) インテーク

ここでは、ケアプラン作成のためのインテークに留まらず、相談対応全般について確認している。前提として留意すべきことは、オランダ、ドイツ、イギリス、オーストラリアの4国とも、長期介護が必要とされる者の範囲が狭いことである。オランダにおいては、今や長期介護保険の対象者は回復可能性のない24時間ケアが必要な者に限定されており、ドイツもまた、要介護認定が特に認知症の評価の強化を主眼に3段階から5段階に拡充されたとはいえ、日本における要介護2ないし3程度以上の状態が対象である。イギリスのソーシャルサービスも財政制約もあって概ね重度以上の者が対象であるし、オーストラリアはMy Aged Careに一本化されているが、軽度レベル向けのCHSP、中重度向けのHCPP、施設ケアなどと区分され、アセスメントの段階からRASとACATに分けられる。

したがって、本調査が日本のケアマネジメント機能を各国と比較するものである以上、比較対象は複数の制度になる。特に、ADLが自立しているがIADLに一部支援が必要な要支援者レベル、ないしそれ以上のレベルでも、対象国では制度として家事援助やデイサービスを提供すること自体がないことに留意が必要である。なぜなら、サービスの提供がない以上、サービス選択の公正中立といった問題自体が生じ得ないからである。なお、日本でもフレイル予防の段階においては本人やコミュニティがその担い手の中心になるが、各国では日本よりもその範囲が広いと考えると理解しやすい。そういった状態像の者に対して相談支援を含むインテーク機能を果たしているのは、日常的に医療面での相談機能を果たしているGPや社会参加を促す地域のコーディネーター役などであるが、日本でも、全ての高齢者に該当するとは言えないが、かかりつけ医や社会福祉協議会、民生委員などが同様の役割を果たしている場合がある。

また、各国とも自立支援の強化と介護サービスの効率化を進めており、その切迫度や制度改正のスピードは日本を大きく上回る。長期介護の対象者を絞り込みつつも、要介護状態に至る以前の段階における相談支援の充実が進められ、特にイギリスやオーストラリアにおける「社会的処方」「リエイブルメント」重視は、我が国の介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）のB型やC型（短期集中サービス）と共通点が多い。なお、その担い手も、OTやリンクワーカー、SWTと多様であるが、我が国でも、総合事業には保健師、PT、OTからNPO、住民など多様な主体が関わっている。

以下はそれらを踏まえてインテーク時でのケアマネジメント業務をまとめたものである。なお、複数制度にまたがる国では全てを網羅していない。詳細は各国のページを参照されたい。

段階1 インテーク				
日本の介護支援専門員業務	オランダ (ZVW、WMO)	ドイツ	イギリス (ソーシャルサービス)	オーストラリア
受付面接	ZVW	要介護度がつけば、介護金庫他、介護支援センター（多くの場合自治体+介護金庫）などの介護相談員。なお要介護度がなくても、大手福祉団体や自治体でも相談は受けられることもある。	ソーシャルサービスの対象者に該当すれば、本人が自治体窓口申請する。その前にGP、チャリティなどに相談するが多い。	My Aged Care（オンラインシステム）で本人が申請。 Regional Assessment Service (RAS、地域アセスメントサービス)：自宅での自立継続に向けた軽度の支援が対象。または、Aged Care Assessment Team (ACAT、高齢者ケアアセスメントチーム)：より複雑なニーズが対象。
制度説明	GP、地域看護師が行う			
要介護認定申請	WMO			
重要事項説明	本人が自治体窓口申請する。			
契約の締結	その前にGPに相談する場合も多い。			
個人情報使用同意	申請前にまずSWTの窓口			
ケアプラン作成の説明	(各自治体が設置する多職種による窓口)に相談するのが原則である。			
居宅サービス計画 届出書				
判断能力の確認				
成年後見申立て提案 ※事例により				
各種減免制度の申請				
市町村制度の案内と申請補助				
障害者総合支援法の紹介				

2) アセスメント

我が国においても、本来はセルフマネジメントが可能な制度であり、制度上の介護支援専門員の位置づけはあくまでも本人のケアプラン作成の「支援」を行う者ではあるが、実態としては要介護認定とケアプラン作成におけるアセスメントが分かれており、要介護認定時の調査票を参考にしつつも、ケアプラン作成時には改めて介護支援専門員によるアセスメントが行われていると整理できる。

しかし各国では、長期介護の対象者が絞り込まれていることもあり、要介護認定（鑑定、査定）の仕組み自体がアセスメントの機能を持ち、ケアの方向性が概ね決定される場合が多い。したがって、以下の表は日本における要介護認定の仕組みを含むものになっている。

なお、ドイツは介護保険制度だけではニーズがカバーされない部分保険制度であり、また在宅サービス利用者の大半が現金給付を選択し、本人がサービスの選択を行うことが前提である。つまり、要介護鑑定とは別に、サービス選択のために別途、専門職がアセスメントを行うという概念がない。また、要介護認定によって区分支給限度額が決定され、その範囲内で利用者の選択により給付を受けるという日本の仕組みはドイツに近いが、ドイツでも、認定に合わせて補助具や住宅改修、リハビリテーションを勧告する仕組みが導入された。

段階2 アセスメント				
	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア
アセスメントの実施	ZVW 地域看護師が行う	要介護鑑定で行う。	自治体のソーシャルワーカーが行う。看護師、療法士などのチームでアセスメントを行う場合もある。	My Aged Care の電話相談員が予備的なアセスメントを行い、RAS または ACAT のアセスメントが必要か否かを判断する。
アセスメントの結果説明と目標設定に向けた面接	WMO	MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)		ニーズのレベルによって、RAS または ACAT のアセスメント担当者が行う。
要介護認定調査表の請求	SWT が訪問して	の鑑定員が申請者の自宅等でアセスメントを実施		
主治医意見書の請求	「本人にできないか」⇒「家族近隣			
アセスメントシート（記録）の作成	でできないか」⇒「ボランティアが			
課題抽出	できないか」の順で話し合い、それ			
要介護認定結果の確認	でもできない場合は社会サービス申請となる。			
負担限度額認定証或いは各種負担軽減該当の確認				

3) ケアプランの策定

各国とも鑑定を受けて、プロバイダーを選択するのはあくまでも利用者本人であり、個別のサービスの提供時においては、個別サービス計画が作成されるが、その作成は提供者が行うものであって、日本のような第三者としての介護支援専門員は存在しない。

ただしドイツでは、保険者である介護金庫がサービス選択の支援を行う責任を負うことと

され、介護金庫はプロバイダーのリストやMDKによる質の審査の結果を公表している。また、介護度2以上であれば、介護金庫や市町村と介護金庫が共同で設置する介護支援センターにて、希望により無料で介護相談を受けられる仕組みが導入されており、介護支援センターは我が国の地域包括支援センターに類似した機能を持ち、介護相談の機能の中には給付やプロバイダー選択の支援も含まれている。なお、ドイツは要介護認定の範囲が中重度に限定され、また保険給付だけではニーズを賄いきれない部分保険であり、かつ在宅では現金給付を選択するため、本人も家族も限られた給付の中で効果的なサービスを選択したいという動機があることに留意する必要がある。

ソーシャルサービスであるイギリスにおけるケアプラン作成も、利用するサービスの種類や量を決定するのであって、プロバイダーは本人が決定する。オーストラリアでも、CHCPの場合はアセッサがサポートプランをともに作成し、HCPPの場合はパッケージを提供する団体に配置されているケアマネジャーの支援を受けながら、基本的に適切なサービス内容を利用者が決定する。

また、オランダのWMOではSWTが支援するが、まずは本人・家族、次に近隣・地域、さらにボランティア組織、それでも難しければ家事援助やデイサービス等という順でサービスが選択される。なお、家事援助やデイサービスの利用の可否自体が、WMOへ移行により予算制約のもと自治体が決定するものとなったため、権利性が失われている。

段階3 ケアプランの策定				
	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア
サービス事業所への事前調整	ZVW 地域看護師が行う。	介護支援センターによる無料の介護相談の制度がある。	本人と自治体によってケアプランが作成される。本人主導で自己決定の原則で作成されることが推奨される。	RASまたはACATのアセスメント担当者が作成する。プランはMy Aged Careにアップロードされ、すべての登録サービス提供者が見られる。
サービス担当者会議 開催準備				
※医療系サービス導入の際主治医へ意見紹介	WMO コストがかかるサービスは、自治体の社会サービス担当が提供サービスの範囲を査定し、本人がプロバイダーを決定する。	介護相談員は特定のサービス・事業者ではなく、様々なサービス・事業者を勧め、本人の自己決定を支援する。	また、リエイブルメントサービスが推奨される場合が多い。	ウェルネスとリエイブルメントの視点で、高齢者や家族のキーパーソンと共同で作成される。
ケアプラン原案作成				
サービス担当者会議実施				
ケアプランの確定				
ケアプランの交付				
サービス担当者会議欠席者への対応				
※上記サービス担当者会議関連業務の実施				
個別サービス計画の収受				

4) ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等

近年は特に本人の「自己選択」が重視され、各国とも現金給付を選択することができるが、だからこそ提供されるケアが効果的であったかどうかの確認が重要である。現金給付が主体のドイツにおいても何をしても良いというわけではなく、半年ないし4半期に一度、利用状況の確認が入る。

また、サービスの質の確保については国、自治体あるいは委託を受けた保険会社が直接責任を負っているため、各国とも非常に厳しい指導監査が実施されている。このこともあって、サービス選択時の「公正・公平」は各国では特に課題とは認識されていない。

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等				
	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア
サービス利用票の作成と交付	ZVW 地域看護師が行う。 WMO 担当ソーシャルワーカーが行う。 サービスプロバイダーは記録が求められる。	介護相談を利用していれば、モニタリング・プランの調整はそ の中で行う。	モニタリングは定期的に自治体のソーシャルケア担当者によっておこなわれる。サービスプロバイダーは記録が求められる。	各プロバイダーが行う。 再アセスメントは12か月ごとに行われ、ケアニーズに変化がないか確認する。
サービス提供表の作成				
サービス中止等の連絡				
サービス変更、内容の調整等				
初期モニタリング				
モニタリング				
再検討				
目標に対する評価				
サービス実績取り纏				
給付管理票、給付明細書の作成と国保連への提出				
保険請求ミスへの対応				
区分変更の申請				

5) 周辺業務

各国とも、ケアマネジメント業務として挙げた周辺業務は「それぞれの担当者が行う」ものである。特に、退院支援などの医療介護連携を担うのはGPや地域看護師など医療職であり、日本の介護支援専門員の広い業務範囲を担う専門職は存在しなかった。ただし、相談のみに限定すれば、オランダでは社会サービスに関する相談はあらゆる生活上の課題について相談に応じる「総合相談支援窓口」として SWT が設置されており、オーストラリアでも高齢者支援制度を My Aged Care に一本化したことにより、全ての相談を受け付けている。

なお、各国とも本人が相談支援でのアドバイス、要介護認定（鑑定、査定）の結果、支払い能力を参考としながら自己決定を行うことを大前提としているので、そもそも相談支援の需要自体が日本よりも低い。例えば、ドイツでは介護金庫の相談員が相談支援を行っているが、

その人数は日本の地域包括支援センター職員や介護支援専門員の人数と比較すればはるかに少ない。

なお、認知症などの場合の意思決定支援、パーキンソン病、糖尿病、複数の慢性疾患を有する場合などに医療的な支援を目的としたケースマネジャーを置く場合はあるが、それを担うのもそれぞれの専門職である。その所属は自治体とは限らず、イギリスでは自治体に代わってチャリティが充実しており、アルツハイマー協会などの存在感が非常に大きい。

周辺業務				
	オランダ	ドイツ	イギリス	オーストラリア
居宅介護支援経過記録の作成	それぞれの担当者が行う。住宅改修の支援は自治体または建物所有者。GPへの情報提供は地域看護師または療法士。病院への情報提供はGP。公的扶助支援はソーシャルワーカーなど。	ホームドクター、病院への情報提供は主に本人。障害分野、公的扶助、ボランティアサービスについては介護保険適用の場合は介護相談員(任意)。	それぞれの担当者が行う。住宅改修はOT主導、福祉用具はアセスメント時に考慮される、生活困窮対応はソーシャルワーカー…。	ケアパッケージを通じて、ケアマネジャーが行う。住宅改修はOT。生活扶助はケアマネジャーやソーシャルワーカーまたは家族が行う。
住宅改修への支援				
特定福祉用具販売の申請				
苦情、事故等への対応				
要介護認定調査支援				
受診同行				
要介護認定調査の同席				
住宅事情の問題への対象				
生活困窮への対応				
公共料金等の滞納				
消費者トラブル				
生活支援				
家族のことの相談				

2. 国内ヒアリング調査から得られた知見

1) はじめに

日本において、「ケアマネジメント」という手法は、2000年の介護保険法施行と同時に高齢者福祉分野に導入された。その「ケアマネジメント」は、日本では介護支援専門員が担い手の専門職として位置づけられ、多くの介護支援専門員が介護保険制度の理念に基づき、利用者の多重・複雑化した課題について、最善の支援を行ってきた。

ケアマネジメントについて、「自立支援」や「重度化防止」、そして「インフォーマルサービスを含めた、様々な資源の活用」等の取組において、十分に力を発揮できていないといった指摘がある。しかしその一方で、介護支援専門員の関わりについて、利用者から高い評価を受けている調査結果もある。

今回、文献レビューを通じたケアマネジメントの国際比較を実施すると同時に、介護支援専門員に対してM市においてヒアリング調査を実施したので、その結果を踏まえ、日本のケアマネジメント及び介護支援専門員の現状を整理する。

2) ヒアリング調査の結果内容

- ・介護保険制度の施行以来多くの介護支援専門員は、介護保険の理念にある「利用者本位」「利用者擁護」の視点に基づき、利用者の生活を守りつつ、適切な自立支援、地域生活を指すという「公正中立性」な立場に向け、日々、業務に取り組んでいる印象があった。
- ・しかしながら、実際の業務の評価についてヒアリングを行うと、主に業務の手順、給付の適正等を確認する「実地指導」を過剰に意識していたり、業務の中で比率が高く負担が大きい「給付管理」のことに意識が向きがちであった。そして、実際の支援では、利用者と一緒に考えて同行や付き添い等を行う等、利用者と行動している「ソーシャルワーク的な援助」に関する部分のコメントが少なくなり、様々な場面で「利用者へ、直接の支援をしている」実態のアピールが弱くなる印象も感じた。
- ・インタビュー前の質問票を通じ、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、両事業所の介護支援専門員が、ケアマネジメントプロセスの業務に留まらず、利用者が生じた「地域で暮らす中での困り事」「権利を擁護するための諸手続き」「適切な保健、医療を受けるための橋渡し」等の様々な対応、支援についての多岐にわたる役割を担っていることが再確認できた。特に地域包括支援センターにおいては、元々の総合相談窓口の機能から、多岐に渡る地域の高齢者への支援や相談等を実施、実践しており、このような支援における関りが、地域生活の継続に大きく寄与していることを強く意識してゆく必要があるとも、考える。

- ・質の指標のあり方については、居宅介護支援事業所から「ケアマネジメント関係の書類の相互確認」や「担当者以外によるモニタリングの実施」など、個人作業になりがちな業務に対して、他者の見解を入れて向上を図るなど工夫している意見が出ており、事業所における独自のOJTを含む教育システムやケアマネジメント支援の質の担保についての取り組みが進んできている事が伺える。
- ・また、地域における「公正中立性」についても、単純に「特定のサービス事業所に、サービスの提供を集中させない」「サービスの提供を過剰にしない」等の限られた範囲の「公正中立性」を意識してしまっている印象があった。これはM市だけの問題として捉えるのではなく、何をもって「公正中立性」を担保するかについて、各地域での議論、コンセンサスが必要ではないかと考える。

3) まとめ

海外のケアマネジメントとの比較の中で、そもそもの「高齢者への支援のとらえ方」、それを踏まえた各国のシステムを考えると、わが国の場合、他国と違い「様々な場面において、細やかな働きかけを介護支援専門員が行い、それにより、高齢者の自立支援や地域生活の継続などに一定の役割を果たしてきた」ように考える。介護保険制度の施行当初より、これまでのケアマネジメントの経験の積み重ねにより、社会資源を活用し地域生活の継続を目指す取り組みは進化してきていると、介護支援専門員へのヒアリングを通じ感じている。

しかし、今回の文献レビューを通じ、わが国は他国から学ぶ点もあると認識している。その一つは、当人のエンパワーメントを促進する考え方や当事者自身が決めるのが前提でアドバイスや任意でケアプランの作成に携わる等の点を、わが国は改めて意識、参考とし、これらの考えを、今以上に広げてゆくことが重要であると考え。具体的な点では、イギリスのパーソナルバジェットの取組のように、当人が予算を把握し、併せてダイレクトペイントにあるような、当人が直接、サービス事業所を選択、交渉することも、当事者の「セルフマネジメントの意識の向上」及び「自立支援の促進」等を広めるにあたり、重要な取組と考える。

また、利用者に関わる専門職の役割分担のあり方について、わが国は再検討してゆくことが大切であると考え。介護支援専門員のヒアリングを通じて、前述の通り、介護支援専門員がマネジメントを行い、社会資源を活用した中、利用者への支援を進化させている。しかし、他国とケアマネジメントの業務、支援の調査等を比較してみると、日本の介護支援専門員が行っている業務が非常に多岐に渡っており、そして他国では、1人の専門職が様々な業務・役割を担う形での支援のスタイルは実施しておらず、1専門職の介護支援専門員が、多岐に渡る業務を引き続き担っていることが把握できた。

今回のヒアリングにおいて、10名の介護支援専門員に日常の介護支援専門員の役割、業務についてインタビューしたが、多くの介護支援専門員から「業務の中で、給付管理業務の時間的負担が大きい」とのコメントを得た。他国では、例えばオランダやドイツで、現物給付等で介護保険からサービスの提供をうける場合において、保険会社と契約し利用する形で進めると、保険会社が「給付管理」「サービスの調整」等を行っており、当人の相談に乗る等の業務にあたるソーシャルワーカーに、給付管理業務の負担は発生しない。また今回、M市でのヒアリングにおいて介護支援専門員の業務を確認し、その業務の内容を他国にリクエストクエスチョンし、得た回答をみると、例えば、他国のソーシャルワーカーが関わる業務等とわが国の介護支援専門員の業務を比較してみると、他国のソーシャルワーカーと同等もしくはそれ以上の当人への支援を日本の介護支援専門員は行っているように思われる。仮に、他国で2人の専門職が担う役割、業務を介護支援専門員が1人で担っていると仮説を立て比較した場合、わが国の介護支援専門員の支援の内容は、他国よりも幅広く、かつ丁寧な関わりや業務、支援等を行っていると考える。このような中、現在の介護支援専門員の努力を評価しつつ、その役割、業務の範囲について、利用者やその家族の関わりについて、改めて考察する段階にきているのではないだろうか。前項で述べたが、介護支援専門員にインタビューすると「給付管理」の業務に意識が働きがちであるが、更に深く利用者への関りの本質を問うと、様々な支援を行う「ソーシャルワーカー」としての役割が意識され、今後ますます大切な役割になると思われる。

今回の比較で、当事者が自主的にサービス事業所を選び、それを促進するシステムの構築が、他国においては「公正中立性の確保」と認識しているようであった。その点においては、わが国においても、事業所自身による業務評価や監査や実地指導システム、利用者がサービスを管理、評価できるよう、現在の介護サービスの情報の公表の仕組みについてはまだ検討すべき必要性が確認された。このように、利用者の「主体性」を重んじ、それに対して適切な情報提供や主体性を促進する働きかけが、「自立支援」「公正中立性の確保」等の更なる向上に発展するのではないかと考えつつ、これらの促進や専門的・専門性のあるサポート役という新たな機能、役割を加味した、介護支援専門員の活躍が必要と考える。

3. 考察

1) 海外における公正中立について

ケアマネジメントの公正中立に関して、介護保険制度の導入の有無や医療保険と介護保険を連動させる政策展開を行っているか否か、という観点から、それぞれ特徴の異なる代表的な5か国（オランダ、ドイツ、イギリス、オーストラリア、アメリカ）を選定し、これら5か国の制度や担い手や役割について調査を行った。

結果、いずれの国においても、介護サービスの種類と量の決定は、必要に応じて自治体や専門職が利用者から相談を受けつつ、利用者が自己決定していることが明らかにされた。そして、利用者が自己決定したケアプランに則ってサービスが実際に提供される仕組みが敷かれており、我が国のケアマネジメントにおける本人や家族の同意を得る方法と大きな違いはないが、我が国では介護支援専門員が利用者に丁寧に選択出来るサービス種別等を提供しているのに対し、海外では利用者自らが専門職への相談を能動的に行っている状況であった。

今後は、諸外国の制度的対応を参考にし、利用者による介護サービスの自己選択を、より一層周知徹底し、推進していくことが重要と考えられた。そして、ケアマネジメントの公正中立の議論を、介護支援専門員によるケアプラン策定時の特定のサービス提供事業者の選定、といった狭義の内容とするのではなく、本人の自立を促す支援の実現や本人の望む生活をかなえることを目的として、中立的かつ公正な助言・提案を専門職としてどのように提供していくか、そのために介護支援専門員がどのように役割を果たしていくか、という本来的な広義のあり方に論点を集中させていくことが重要であると考えられた。

2) 海外における質的評価について

5か国の調査結果、すべての国において、サービスの質の評価については、市場原理に委ねられると同時に、国や保険会社等の支払い側による監査の仕組みが導入されている実態が明らかになった。すなわち、利用されるサービスは、種別ごとに同種のサービスを提供する事業所のなかから利用者が自己選択する仕組みが敷かれており、この結果として、事業所が選ばれ、事業所の取捨選択が起こり、淘汰される事業所が出ている状況となっていた。また、支払い側による監査については、国や保険会社による査定の基準が、ガイドラインや標準化された質評価指標といった形で活用されていた。

このことから、我が国においても、サービスの質の評価についても検討が必要である。

また、質の評価を考える際に混同されやすいのがケアマネジメントの質と各サービスの質であることも委員会で課題提起された。今回調査した5か国では、包括的なケアマネジメントの担い手がおらず、サービス選択は利用者により行われるため、ケアマネジメントの質を考えるという発想自体が起こらず、かつサービスの質は市場原理に任されていた。

一方、我が国では、介護支援専門員によるケアマネジメントの質の評価が課題視されているが、例えば、ケアプラン上で計画された各サービスの質が担保されていなければ、ケア全体の質が担保されなくなってしまうといった事態が起こりうるため、今後は、これらの質を分けて論じていくことが必要と考えられた。すなわち、現状では、介護支援専門員の評価イコール介護サービス全体の評価という考え方のもとにケアマネジメントの課題が指摘されている状況であるが、今後は、介護支援専門員に求められる「質」は、全体統括・全体調整を行うとともに、ケアマネジメントに特化して論じられていくべきであること、そして、個々の介護サービスの質については、例えば、医療の質評価で用いられているような外部の評価機構の設置や諸外国で導入されているような標準化された質指標の活用なども一つの対応策となると考えられた。

さらに、ケアマネジメントの質を考える際には、先進国（WHO や EU 諸国では、）では数多くの研究が実施されてケアマネジメントの有用性について実証され、ケアマネジメントを行う者への信頼はゆるぎないものとなっている状況を鑑みると、我が国においても、今後は、ケアマネジメントの質と利用者のアウトカムとの関連性について調べる研究を重ね、その有用性についての研究知見を集積し、利用者の状態像に応じた適切・効果的なケアプランを類型別に打ち出していくことも重要ではないかと考えられた。

3) 我が国の介護支援専門員の業務の広さ

今回調査した5か国と比べて、我が国の介護支援専門員に求められる業務範囲は広範にわたっている実態が明らかになった。すなわち、我が国の介護支援専門員は、要支援1, 2のような軽度者から、要介護3～5といった中重度者まで、すべての状態の人を対象とし、それぞれの対象の生活全体を支えるために必要と考える支援を、介護や医療や障害といった制度を超えて、本人の自立を促す支援を最適提供している状況であり、このことは本事業で行った国内調査でも確認された。すなわち、我が国の介護支援専門員は、介護的側面だけでなく、医療的側面、家族介護力、家庭の経済力、地域資源の醸成のレベル（各地の地域包括ケアシステムの成熟度）などを総合的に把握・判断・対応して、ケアマネジメントを実施している実態であった。

一方、今回調査した5カ国では、軽度者へのケアマネジメント機能は自治体が担う、もしくは公的保険制度では軽度者の支援はカバーしないという実態であり、中重度者に対しては、医療的なニーズをもつ者がほとんどとなるため、看護師や医師が、その専門性からケアマネジメントの中核的な役割を担っていた。言い換えれば、自立度や利用者の状態に応じて相談支援を含む支援の担当機関・担当者が明確に役割分担されていた。

このように、我が国の介護支援専門員が担う“トータルライフサポートマネジャー”的な役割は、今回調査した5カ国においては誰も担っていない状況であった。

一方、多くの利用者とその家族の抱える問題は、多岐にわたり複雑化している実態を鑑みると、このような制度横断的な役割は、利用者単位では、その対象の療養生活を包括的に支えるというニーズを満たすためには不可欠と言える。また、地域単位で考えても、介護支援専門員が実践している制度横断的なこの対応は、地域包括ケアシステムを各地で醸成していくために不可欠な要素であると考えられ、日本の介護支援専門員が担っているこの役割は、我が国の特異性かつ利点、良さ、強みと捉えられる。

このため、将来的には、現行で介護支援専門員が担っているこれらの対応については、政策立案者や保険者および関係職種間で、制度を超えて、この広範な役割を介護支援専門員が担うことの是非や評価、他職種や保険者である自治体ほどの部分を担うのかについての役割分担の在り方の議論を重ね、十分に関係者間で合意形成しつつ、対象の生活や命を支えるために横断的で不可欠な支援として、この部分の役割を果たす専門職のあり方とそこへの評価が検討されていくことが必要であると考えられた。

4) 介護支援専門員への教育および住民への普及啓発の必要性

今回調査した5カ国では、ケアマネジメント機能を果たす専門職に対する教育期間が日本と比べて格段に長いことが明らかにされた。

また、介護人材も財政も有限であることから、介護支援専門員が効率的かつ効果的なサービスの利用調整の中核として更なる専門性を発揮する必要があることを踏まえ、今後も介護支援専門員の側の教育体制の整備・構築、そして本来的に専門職として果たすべき役割認識の涵養と技術の向上をさらに強化していくことも重要と考えられた。

また、人口構造が大きく変わり、ケアの受け手が増えて、かつケア提供者が減少するなか、人材的にも財政的にも提供可能なサービスは有限であることから、このことを介護サービスのユーザーとなる住民全体に対して啓発していくことも不可欠であると考えられた。そして、介護サービス利用者を含めた住民全体で、この有限性への理解を進めつつ、介護保険料の支払いを含む財政運用のあり方や人的資源の発掘や効果的な活用の方策を含めて、地域づくり（＝地域包括ケアシステムの構築）を行うのは自らだ、という当事者意識をはぐくんでいくことも重要と考えられた。

さらに、介護保険の理念立ち返り、国民の努力及び義務を再度認識することが肝要である。昨今、アドバンスケアプランニング（ACP）や人生会議という言葉で注目を集めている「自己の生き方、過ごし方を自らの価値観や意思を基に、きちんと思考し決定できる」ことを住民個々が認識し実行していけるような機運を各地域で高めていく（規範的統合）ことも、質の高いケアマネジメントを普及・展開していくうえで不可欠と考えられた。

5) 海外との制度改革のスピード感を調べて

今回調査した5か国ではいずれも日本と同様に、高齢化が進み、社会保障政策に関する財政的な厳しさを有するという共通事情を持っており、介護サービスの提供を引き締める方向で直近数年において大幅な政策展開を行っていた。このことから、我が国においても、目前に迫る人口激減かつ超高齢社会の到来を見越して、早急に、1から4で述べたような、利用者による介護サービスの自己決定の推進（市場原理の活用）、質の確保策としての外部評価機構の設置や標準化された質指標の導入、介護支援専門員への教育の強化と住民の普及啓発、そして、諸外国のような保険者機能の強化など、スピード感をもって対応していくことが重要であると考えられた。

參考資料

1. 国内調査資料

ケアマネジメント機能 ①「重度障害 事例（身体機能重度、認知症なし、配偶者あり
※配偶者・軽度の要介護認定者）」

①の事例について、担当することになり、関わる中で「やらなければ、ならない」と感じ、「対処するであろう事柄」にチェックを入れて下さい。

注：「対処」とは、「原則的には、ケアマネジャーとして対応するに迷うかもしれないが、状況的に“関わる”ことが必須”で、緊急・臨時・限定的に“対応する”と思う」事柄を指します。

↓ チェック数/協力者数

段階1 インテーク 業務・サポート内容	包括	居宅	計
受付面接、判断能力の確認	5/5	5/5	10/10
制度説明	5/5	5/5	10/10
要介護認定申請の援助	5/5	5/5	10/10
社会資源の紹介（複数選択可）、情報提供	5/5	5/5	10/10
他制度、他機関等への紹介、利用援助	5/5	4/5	9/10

段階2 アセスメント 業務・サポート内容	包括	居宅	計
面接の実施（自宅、入院先等への訪問）	5/5	5/5	10/10
アセスメントの実施	5/5	5/5	10/10

段階3 ケアプランの策定、チームケア 業務・サポート内容	包括	居宅	計
サービス種別及び事業所の選択	4/5	5/5	9/10
サービス事業所への事前調整、情報提供等	5/5	5/5	10/10
ケアプラン原案作成、交付等	5/5	5/5	10/10
サービス担当者会議の実施	5/5	5/5	10/10

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等 業務・サポート内容	包括	居宅	計
モニタリング（サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況の評価等）	5/5	5/5	10/10
サービス変更、調整等	5/5	5/5	10/10
記録の作成	5/5	5/5	10/10

段階5 その他 周辺業務	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
住宅改修への支援	5/5	5/5	10/10
受診支援（在宅時及び在宅系施設利用時）	4/5	1/5	5/10
医療機関に対し、情報交換、提供（在宅時）	5/5	5/5	10/10
医療機関への情報提供、カンファレンス出席（入退院時）	5/5	5/5	10/10
保健所の制度活用の確認、手続き等の支援	5/5	4/5	9/10
障がい制度の手続き、制度活用、相談支援専門員との連携	5/5	3/5	8/10
生活困窮への対応（生活保護制度の紹介、手続き等の同行、ケースワーカーとの連携等）	5/5	2/5	7/10
調査、手続き等への同席（例：要介護認定調査等）	5/5	5/5	10/10
住まいに関して、引越し、公営住宅申込の紹介、減免申請等への対処、手続きの際の立ち合いや同行等	5/5	3/5	8/10
消費トラブル問題に利用者が関わらないような働きかけ（情報提供、アドバイス）等	5/5	4/5	9/10
生活支援（訪問介護や、介護保険制度、行政の制度等で対応できない事柄等への、対処） ※訪問時の緊急での介護・サポート（例：失禁等で、直接、介護をするような対処、日常生活品がなく買い物にゆく・・・等）	4/5	5/5	9/10
サービス利用中の体調不良等への対応（例：救急搬送への同乗等）	4/5	4/5	8/10
近隣住民・協力者との協働、調整（見守りの依頼等）	5/5	4/5	9/10
近隣住民から情報提供をうける、トラブル等の対処	5/5	4/5	9/10
虐待事例について（虐待防止等への情報収集等）	5/5	5/5	10/10
特養ホーム入所への、書類作成、申請等の支援	5/5	5/5	10/10
医療機関の紹介	5/5	5/5	10/10
受診、入院に際し、申込（受診、入院）書類の手続きへの対処、説明（例：医師、看護師からの説明等）への立ち合い（対処） ※通用介助以外の受診支援	5/5	4/5	9/10
利用者家族に対する介護離職の視点	4/5	4/5	8/10
人生の最終段階における意思決定支援（ACP、エンディングノート）	3/5	4/5	7/10

ケアマネジメント機能 ②「重度障害 事例（身体機能重度、認知症なし、配偶者なし
※配偶者・軽度の要介護認定者）」

②の事例について、担当することになり、関わる中で「やらなければ、ならない」と感じ、「対処するであろう事柄」にチェックを入れて下さい。

注：「対処」とは、「原則的には、ケアマネジャーとして対応するに迷うかもしれないが、状況的に“関わる”ことが必須”で、緊急・臨時・限定的に“対応する”と思う」事柄を指します。

↓ チェック数/協力者数

段階1 インテーク	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
受付面接、判断能力の確認	5/5	5/5	10/10
制度説明	5/5	5/5	10/10
要介護認定申請の援助	5/5	5/5	10/10
社会資源の紹介（複数選択可）、情報提供	5/5	5/5	10/10
他制度、他機関等への紹介、利用援助	5/5	4/5	9/10

段階2 アセスメント	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
面接の実施（自宅、入院先等への訪問）	5/5	5/5	10/10
アセスメントの実施	5/5	5/5	10/10

段階3 ケアプランの策定、チームケア	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
サービス種別及び事業所の選択	5/5	5/5	10/10
サービス事業所への事前調整、情報提供等	5/5	5/5	10/10
ケアプラン原案作成、交付等	5/5	5/5	10/10
サービス担当者会議の実施	5/5	5/5	10/10

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
モニタリング（サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況の評価等）	5/5	5/5	10/10
サービス変更、調整等	5/5	5/5	10/10
記録の作成	5/5	5/5	10/10

段階5 その他 周辺業務	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
住宅改修への支援	5/5	5/5	10/10
受診支援（在宅時及び在宅系施設利用時）	5/5	5/5	10/10
医療機関に対し、情報交換、提供（在宅時）	5/5	5/5	10/10
医療機関への情報提供、カンファレンス出席（入退院時）	5/5	5/5	10/10
保健所の制度活用の確認、手続き等の支援	5/5	4/5	9/10
障がい制度の手続き、制度活用、相談支援専門員との連携	5/5	4/5	9/10
生活困窮への対応（生活保護制度の紹介、手続き等の同行、ケースワーカーとの連携等）	5/5	4/5	9/10
調査、手続き等への同席（例：要介護認定調査等）	5/5	5/5	10/10
民間サービス等の紹介、手続きの際の立ち合い等	5/5	5/5	10/10
住まいに関して、引越し、公営住宅申込の紹介、減免申請等への対処、手続きの際の立ち合いや同行等	5/5	5/5	10/10
公共料金等の滞納、支払い等への対処	5/5	4/5	9/10
消費トラブル問題に利用者が関わらないような働きかけ（情報提供、アドバイス）等	5/5	5/5	10/10
生活支援（訪問介護や、介護保険制度、行政の制度等で対応できない事柄等への、対処） ※訪問時の緊急での介護・サポート（例：失禁等で、直接、介護をするような対処、日常生活品がなく買い物にゆく・・・等）	5/5	5/5	10/10
公共、民間サービスの中止連絡（例；新聞を止める等）	5/5	5/5	10/10
サービス利用中の体調不良等への対応（例：救急搬送への同乗等）	5/5	5/5	10/10
近隣住民・協力者との協働、調整（見守りの依頼等）	5/5	5/5	10/10
近隣住民から情報提供をうける、トラブル等の対処	5/5	5/5	10/10
虐待事例について（虐待防止等への情報収集等）	5/5	4/5	9/10
特養ホーム入所への、書類作成、申請等の支援	5/5	5/5	10/10
特養ホーム入所後の自宅の整理（荷物処分、住居の明け渡し・処分等の立ち合い／対処）	5/5	3/5	8/10
医療機関の紹介	5/5	5/5	10/10
受診、入院に際し、申込（受診、入院）書類の手続きへの対処、説明（例：医師、看護師からの説明等）への立ち合い（対処） ※通用介助以外の受診支援	5/5	5/5	10/10
利用者家族に対する介護離職の視点	3/5	5/5	8/10
人生の最終段階における意思決定支援（ACP、エンディングノート）	3/5	5/5	8/10

ケアマネジメント機能 ③「重度障害 事例（重度・認知症、配偶者なし）」

③の事例について、担当することになり、関わる中で「やらなければ、ならない」と感じ、「対処するであろう事柄」にチェックを入れて下さい。

注：「対処」とは、「原則的には、ケアマネジャーとして対応するに迷うかもしれないが、状況的に“関わる”ことが必須”で、緊急・臨時・限定的に“対応する”と思う」事柄を指します。

↓ チェック数／協力者数

段階1 インテーク 業務・サポート内容	包括	居宅	計
受付面接、判断能力の確認	4/4	5/5	9/9
制度説明	4/4	5/5	9/9
要介護認定申請の援助	4/4	5/5	9/9
社会資源の紹介（複数選択可）、情報提供	4/4	5/5	9/9
他制度、他機関等への紹介、利用援助	4/4	5/5	9/9

段階2 アセスメント 業務・サポート内容	包括	居宅	計
面接の実施（自宅、入院先等への訪問）	4/4	5/5	9/9
アセスメントの実施	4/4	5/5	9/9

段階3 ケアプランの策定、チームケア 業務・サポート内容	包括	居宅	計
サービス種別及び事業所の選択	4/4	5/5	9/9
サービス事業所への事前調整、情報提供等	4/4	5/5	9/9
ケアプラン原案作成、交付等	4/4	5/5	9/9
サービス担当者会議の実施	4/4	5/5	9/9

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等 業務・サポート内容	包括	居宅	計
モニタリング（サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況の評価等）	4/4	5/5	9/9
サービス変更、調整等	4/4	5/5	9/9
記録の作成	4/4	5/5	9/9

段階5 その他 周辺業務	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
住宅改修への支援	4/4	5/5	9/9
受診支援（在宅時及び在宅系施設利用時）	4/4	5/5	9/9
医療機関に対し、情報交換、提供（在宅時）	4/4	5/5	9/9
医療機関への情報提供、カンファレンス出席（入退院時）	4/4	5/5	9/9
保健所の制度活用の確認、手続き等の支援	4/4	5/5	9/9
障がい制度の手続き、制度活用、相談支援専門員との連携	4/4	5/5	9/9
生活困窮への対応（生活保護制度の紹介、手続き等の同行、ケースワーカーとの連携等）	4/4	5/5	9/9
調査、手続き等への同席（例：要介護認定調査等）	4/4	5/5	9/9
民間サービス等の紹介、手続きの際の立ち合い等	4/4	4/5	9/8
住まいに関して、引越し、公営住宅申込の紹介、減免申請等への対処、手続きの際の立ち合いや同行等	4/4	5/5	9/9
公共料金等の滞納、支払い等への対処	4/4	5/5	9/9
消費トラブル問題に利用者が関わらないような働きかけ（情報提供、アドバイス）等	4/4	5/5	9/9
生活支援（訪問介護や、介護保険制度、行政の制度等で対応できない事柄等への、対処） ※訪問時の緊急での介護・サポート（例：失禁等で、直接、介護をするような対処、日常生活品がなく買い物にゆく・・・等）	4/4	5/5	9/9
公共、民間サービスの中止連絡（例；新聞を止める等）	4/4	5/5	9/9
サービス利用中の体調不良等への対応（例：救急搬送への同乗等）	4/4	5/5	9/9
近隣住民・協力者との協働、調整（見守りの依頼等）	4/4	4/5	9/8
近隣住民から情報提供をうける、トラブル等の対処	4/4	5/5	9/9
虐待事例について（虐待防止等への情報収集等）	4/4	5/5	9/9
特養ホーム入所への、書類作成、申請等の支援	4/4	5/5	9/9
特養ホーム入所後の自宅の整理（荷物処分、住居の明け渡し・処分等の立ち合い／対処）	4/4	3/5	7/9
医療機関の紹介	4/4	5/5	9/9
受診、入院に際し、申込（受診、入院）書類の手続きへの対処、説明（例：医師、看護師からの説明等）への立ち合い（対処） ※通用介助以外の受診支援	4/4	4/5	8/9
利用者家族に対する介護離職の視点	3/4	4/5	7/9
人生の最終段階における意思決定支援（ACP、エンディングノート）	3/4	3/5	6/9

ケアマネジメント機能 ④「重度障害 事例（急性期・認知症なし、独居
「骨折・1～3ヶ月程度 支援事例）」

④の事例について、担当することになり、関わる中で「やらなければ、ならない」と感じ、「対処するであろう事柄」にチェックを入れて下さい。

注：「対処」とは、「原則的には、ケアマネジャーとして対応するに迷うかもしれないが、状況的に“関わる”ことが必須”で、緊急・臨時・限定的に“対応する”と思う」事柄を指します。

↓ チェック数/協力者数

段階1 インテーク	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
受付面接、判断能力の確認	5/5	3/3	8/8
制度説明	5/5	3/3	8/8
要介護認定申請の援助	5/5	3/3	8/8
社会資源の紹介（複数選択可）、情報提供	5/5	3/3	8/8
他制度、他機関等への紹介、利用援助	5/5	3/3	8/8

段階2 アセスメント	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
面接の実施（自宅、入院先等への訪問）	5/5	3/3	8/8
アセスメントの実施	5/5	3/3	8/8

段階3 ケアプランの策定、チームケア	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
サービス種別及び事業所の選択	5/5	3/3	8/8
サービス事業所への事前調整、情報提供等	5/5	3/3	8/8
ケアプラン原案作成、交付等	5/5	3/3	8/8
サービス担当者会議の実施	5/5	3/3	8/8

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
モニタリング（サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況の評価等）	5/5	3/3	8/8
サービス変更、調整等	5/5	3/3	8/8
記録の作成	5/5	3/3	8/8

段階5 その他 周辺業務	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
住宅改修への支援	5/5	3/3	8/8
障がい制度の手続き、制度活用、相談支援専門員との連携	5/5	1/3	6/8
生活支援（訪問介護や、介護保険制度、行政の制度等で対応できない事柄等への、対処） ※訪問時の緊急での介護・サポート	5/5	2/3	7/8
近隣住民・協力者との協働、調整（見守りの依頼等）	5/5	2/3	7/8
近隣住民から情報提供をうける、トラブル等の対処	5/5	3/3	8/8
医療機関の紹介	5/5	3/3	8/8
受診に際し、申込書類の手続きへの対処、説明（例：医師、看護師からの説明等）への立ち合い（対処） ※通用介助以外の受診支援	5/5	2/3	7/8
利用者家族に対する介護離職の視点	3/5	0/3	3/8
人生の最終段階における意思決定支援（ACP、エンディングノート）	3/5	2/3	5/8

ケアマネジメント機能 ⑤「中度軽度 事例（ADL 概ね自立、認知症、独居）」

⑤の事例について、担当することになり、関わる中で「やらなければ、ならない」と感じ、「対処するであろう事柄」にチェックを入れて下さい。

注：「対処」とは、「原則的には、ケアマネジャーとして対応するに迷うかもしれないが、状況的に“関わる”ことが必須”で、緊急・臨時・限定的に“対応する”と思う」事柄を指します。

↓ チェック数／協力者数

段階1 インテーク	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
受付面接、判断能力の確認	5/5	3/3	8/8
制度説明	5/5	3/3	8/8
要介護認定申請の援助	5/5	3/3	8/8
社会資源の紹介（複数選択可）、情報提供	5/5	3/3	8/8
他制度、他機関等への紹介、利用援助	5/5	3/3	8/8

段階2 アセスメント	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
面接の実施（自宅、入院先等への訪問）	5/5	3/3	8/8
アセスメントの実施	5/5	3/3	8/8

段階3 ケアプランの策定、チームケア	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
サービス種別及び事業所の選択	5/5	3/3	8/8
サービス事業所への事前調整、情報提供等	5/5	3/3	8/8
ケアプラン原案作成、交付等	5/5	3/3	8/8
サービス担当者会議の実施	5/5	3/3	8/8

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
モニタリング（サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況の評価等）	5/5	3/3	8/8
サービス変更、調整等	5/5	3/3	8/8
記録の作成	5/5	3/3	8/8

段階5 その他 周辺業務	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
住宅改修への支援	5/5	2/3	7/8
受診支援（在宅時及び在宅系施設利用時）	5/5	2/3	7/8
医療機関に対し、情報交換、提供（在宅時）	5/5	3/3	8/8
医療機関への情報提供、カンファレンス出席（入退院時）	5/5	3/3	8/8
保健所の制度活用の確認、手続き等の支援	5/5	1/3	6/8
障がい制度の手続き、制度活用、相談支援専門員との連携	5/5	1/3	6/8
生活困窮への対応（生活保護制度の紹介、手続き等の同行、ケースワーカーとの連携等）	5/5	2/3	7/8
調査、手続き等への同席（例：要介護認定調査等）	5/5	2/3	7/8
民間サービス等の紹介、手続きの際の立ち合い等	5/5	3/3	8/8
住まいに関して、引越し、公営住宅申込の紹介、減免申請等への対処、手続きの際の立ち合いや同行等	5/5	1/3	6/8
公共料金等の滞納、支払い等への対処	5/5	2/3	7/8
消費トラブル問題に利用者が関わらないような働きかけ（情報提供、地域包括との連携）等	5/5	3/3	8/8
生活支援（訪問介護や、介護保険制度、行政の制度等で対応できない事柄等への、対処） ※訪問時の緊急での介護・サポート（例：失禁等で、直接、介護をするような対処、日常生活品がなく買い物にゆく・・・等）	5/5	2/3	7/8
公共、民間サービスの中止連絡（例：新聞を止める等）	5/5	2/3	7/8
サービス利用中の体調不良等への対応（例：救急搬送への同乗等）	5/5	2/3	7/8
近隣住民・協力者との協働、調整（見守りの依頼等）	5/5	2/3	7/8
近隣住民から情報提供をうける、トラブル等の対処	5/5	3/3	8/8
虐待事例について（虐待防止等への情報収集等）	5/5	3/3	8/8
特養ホーム入所への、書類作成、申請等の支援	5/5	1/3	6/8
特養ホーム入所後の自宅の整理（荷物処分、住居の明け渡し・処分等の立ち合い／対処）	5/5	1/3	6/8
医療機関の紹介	5/5	3/3	8/8
受診、入院に際し、申込（受診、入院）書類の手続きへの対処、説明（例：医師、看護師からの説明等）への立ち合い（対処） ※通用介助以外の受診支援	5/5	1/3	6/8
利用者家族に対する介護離職の視点	4/5	0/3	4/8
人生の最終段階における意思決定支援（ACP、エンディングノート）	4/5	1/3	5/8

ケアマネジメント機能 ⑥「中度軽度事例（ADL 概ね自立、認知症なし独居）」

⑥の事例（別紙も参照）について、担当することになり、関わる中で「やらなければ、ならない」と感じ、「対処するであろう事柄」にチェックを入れて下さい。

注：「対処」とは、「原則的には、ケアマネジャーとして対応するに迷うかもしれないが、状況的に“関わる”ことが必須”で、緊急・臨時・限定的に“対応する”と思う」事柄を指します。

↓ チェック数/協力者数

段階1 インテーク	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
受付面接、判断能力の確認	5/5	3/3	8/8
制度説明	5/5	3/3	8/8
要介護認定申請の援助	5/5	3/3	8/8
社会資源の紹介（複数選択可）、情報提供	5/5	3/3	8/8
他制度、他機関等への紹介、利用援助	5/5	2/3	7/8

段階2 アセスメント	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
面接の実施（自宅、入院先等への訪問）	5/5	3/3	8/8
アセスメントの実施	5/5	3/3	8/8

段階3 ケアプランの策定、チームケア	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
サービス種別及び事業所の選択	5/5	3/3	8/8
サービス事業所への事前調整、情報提供等	5/5	3/3	8/8
ケアプラン原案作成、交付等	5/5	3/3	8/8
サービス担当者会議の実施	5/5	3/3	8/8

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
モニタリング（サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況の評価等）	5/5	3/3	8/8
サービス変更、調整等	5/5	3/3	8/8
記録の作成	5/5	3/3	8/8

段階5 その他 周辺業務	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
住宅改修への支援	5/5	2/3	7/8
医療機関に対し、情報交換、提供（在宅時）	5/5	3/3	8/8
医療機関への情報提供、カンファレンス出席（入退院時）	5/5	3/3	8/8
保健所の制度活用の確認、手続き等の支援	5/5	1/3	6/8
障がい制度の手続き、制度活用、相談支援専門員との連携	5/5	1/3	6/8
住まいに関して、引越し、公営住宅申込の紹介、減免申請等への対処、手続きの際の立ち合いや同行等	5/5	2/3	7/8
消費トラブル問題に利用者が関わらないような働きかけ（情報提供、アドバイス）等	5/5	2/3	7/8
生活支援（訪問介護や、介護保険制度、行政の制度等で対応できない事柄等への、対処） ※訪問時の緊急での介護・サポート（例：直接、介護をするような対処、日常生活品がなく買い物にゆく・・・等）	4/5	2/3	7/8
サービス利用中の体調不良等への対応（例：救急搬送への同乗等）	5/5	2/3	7/8
近隣住民・協力者との協働、調整（見守りの依頼等）	5/5	2/3	7/8
近隣住民から情報提供をうける、トラブル等の対処	5/5	3/3	8/8
特養ホーム入所後の自宅の整理（荷物処分、住居の明け渡し・処分等の立ち合い／対処）	5/5	1/3	6/8
医療機関の紹介	5/5	3/3	8/8
受診、入院に際し、申込（受診、入院）書類の手続きへの対処、説明（例：医師、看護師からの説明等）への立ち合い（対処） ※通用介助以外の受診支援	5/5	1/3	6/8
利用者家族に対する介護離職の視点	4/5	0/3	4/8
人生の最終段階における意思決定支援（ACP、エンディングノート）	4/5	0/3	4/8

ケアマネジメント機能 ⑦「軽度・要支援 事例（健康施策／情報の提供、紹介の仕方など／相談支援を含む ※配偶者・軽度の要介護認定者）」

⑦の事例（別紙も参照）について、担当することになり、関わる中で「やらなければ、ならない」と感じ、「対処するであろう事柄」にチェックを入れて下さい。

注：「対処」とは、「原則的には、ケアマネジャーとして対応するに迷うかもしれないが、状況的に“関わる”ことが必須”で、緊急・臨時・限定的に“対応する”と思う」事柄を指します。

↓ チェック数／協力者数

段階1 インテーク	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
受付面接、判断能力の確認	5/5	3/3	8/8
制度説明	5/5	3/3	8/8
要介護認定申請の援助	5/5	3/3	8/8
社会資源の紹介（複数選択可）、情報提供	5/5	3/3	8/8
他制度、他機関等への紹介、利用援助	5/5	2/3	7/8

段階2 アセスメント	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
面接の実施（自宅、入院先等への訪問）	5/5	3/3	8/8
アセスメントの実施	5/5	3/3	8/8

段階3 ケアプランの策定、チームケア	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
サービス種別及び事業所の選択	5/5	3/3	8/8
サービス事業所への事前調整、情報提供等	5/5	3/3	8/8
ケアプラン原案作成、交付等	5/5	3/3	8/8
サービス担当者会議の実施	5/5	3/3	8/8

段階4 ケアプランに基づく支援の実施、モニタリング等	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
モニタリング（サービスの提供状況の把握、目標の進捗状況の評価等）	5/5	3/3	8/8
サービス変更、調整等	5/5	3/3	8/8
記録の作成	5/5	3/3	8/8

段階5 その他 周辺業務	包括	居宅	計
業務・サポート内容			
住宅改修への支援	5/5	3/3	8/8
受診支援（在宅時及び在宅系施設利用時）	5/5	1/3	6/8
医療機関に対し、情報交換、提供（在宅時）	5/5	3/3	8/8
医療機関への情報提供、カンファレンス出席（入退院時）	5/5	3/3	8/8
保健所の制度活用の確認、手続き等の支援	5/5	1/3	6/8
障がい制度の手続き、制度活用、相談支援専門員との連携	4/5	1/3	5/8
生活困窮への対応（生活保護制度の紹介、手続き等の同行、ケースワーカーとの連携等）	5/5	1/3	6/8
調査、手続き等への同席（例：要介護認定調査等）	4/5	3/3	7/8
民間サービス等の紹介、手続きの際の立ち合い等	5/5	2/3	7/8
住まいに関して、引越し、公営住宅申込の紹介、減免申請等への対処、手続きの際の立ち合いや同行等	5/5	2/3	7/8
公共料金等の滞納、支払い等への対処	4/5	1/3	5/8
消費トラブル問題に利用者が関わらないような働きかけ（情報提供、アドバイス）等	5/5	3/3	8/8
生活支援（訪問介護や、介護保険制度、行政の制度等で対応できない事柄等への、対処） ※訪問時の緊急での介護・サポート（例：失禁等で、直接、介護をするような対処、日常生活品がなく買い物にゆく・・・等）	4/5	2/3	6/8
公共、民間サービスの中止連絡（例；新聞を止める等）	3/5	2/3	5/8
サービス利用中の体調不良等への対応（例：救急搬送への同乗等）	5/5	2/3	7/8
近隣住民・協力者との協働、調整（見守りの依頼等）	5/5	2/3	7/8
近隣住民から情報提供をうける、トラブル等の対処	5/5	2/3	7/8
虐待事例について（虐待防止等への情報収集等）	5/5	3/3	8/8
医療機関の紹介	5/5	3/3	8/8
受診、入院に際し、申込（受診、入院）書類の手続きへの対処、説明（例：医師、看護師からの説明等）への立ち合い（対処） ※通用介助以外の受診支援	4/5	1/3	5/8
利用者家族に対する介護離職の視点	3/5	1/3	4/8
人生の最終段階における意思決定支援（ACP、エンディングノート）	4/5	1/3	5/8

M市のグループインタビューにおける主な発言（平成30年9月）

○客観的評価（リスクマネジメント）について

[地域包括支援センター]

- ・ 実地指導で客観的評価についての訓練を受けている
- ・ 給付の部分での把握は集中減算に関する対応
- ・ サービスの把握は、同行してモニターを変える、事例検討
- ・ 手順（プロセス）の把握
- ・ 自分のファイルを別の人に見せる（内部監査的な意味合い）
- ・ 管理者は利用者（ケース）を持たずに初回訪問にすべて同行

[居宅介護支援事業所]

- ・ モニタリングの際に利用者（担当者）をシャッフルして訪問する
- ・ ケースファイルを交換して確認する（記録の取り方等を確認、チェック、勉強する）
- ・ 毎日、終礼をして異変があった利用者の情報を共有する
- ・ 初回の契約時に管理者が同行訪問する
- ・ グループLINEを作って共有する
- ・ 年末年始、土日も交代で出勤しているため、データは誰もが見られるようする
- ・ 利用者等から電話がかかってきたときには電話を受けた者が記録を入れる。担当以外の介護支援専門員も利用者の状況等を把握する（その際に前回の記録も見ておく）
- ・ 業務管理簿を各自作って管理者に提出

○公正中立について

[地域包括支援センター]

- ・ 公正中立は何をもって示せるかわからない。心がけて、バランスよくしていこうとはしている。
- ・ 公正中立を目に見える形で示すのはむづかしい
- ・ バランスよく振ることは意識している（意識せざるをえない）。反面、デメリットになることもある
- ・ 利用者から（事業者、サービスの）指定を受けることも多い
- ・ 居宅への紹介リストを作っている（いつ何人、紹介したかわかるようになっている）

[居宅介護支援事業所]

- ・ 事業者を平均的に紹介するように心がけている
- ・ 自然に（無意識に）偏らないようにやっているが、そもそも利用者に合うものを考えてやっている
- ・ 利用者のためにベストな事業者を紹介すべきではないか
- ・ 2～3事業者を紹介する際、メリットデメリット、良さを紹介する
- ・ 利用者（および利用者家族から）「お任せします」と言われることもあり困る
- ・ 提案時には根拠を示す
- ・ 簡単にサービスをつなぐのではなく、理由や背景などを丁寧に説明する
- ・ お任せしますといわれた場合には記録に「一任された」と明記し、かつ選定理由も明確にする
- ・ 今回の事例①～⑦（調査項目、業務内容・サポート内容）の内容を、すべての利用者にできるか自問している

2. 海外調査資料

(海外への質問票)

(Questionnaire)

Scenario: A certification process is completed under the long-term care insurance system, then the service preparation starts.

Step 1: Consultation at the beginning of service provision					
	Have physical/cognitive impairments but manage to live at home	Have acute condition due to a broken bone	Have few problems with ADL but some difficulties in IADL	Mostly independent but becoming frail	Additional information
	<p>In the “Item” cells below, please provide information on relevant systems (e.g., long-term care insurance system (name of the system), names of social service programs by municipalities), organizations in charge (e.g., name of the national or local department/institute, service provider), and professions/people in charge. (If there is any difference depending on whether the person has dementia or whether the person has a spouse, please also add a note). In the “Question” cells, please provide brief answers. We would also appreciate if you could share relevant references (e.g., URLs of the documents).</p>				
Item 1-1: Provide information on the long-term care insurance system and social services as they start discussing services to be provided.	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	
Question: When providing information on the system, how do they ensure the person-centered approach rather than focusing on specific service organizations?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	
Item 1-2: Introduce and help the individual choose service providers after the certification of care needs.	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	
Question: Who make choices on which non-medical long-term care and social services to use, and how do they do it?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	
Item 1-3: Provide information on or introduce social resources other than public systems (e.g., volunteer services, local groups, etc.)	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	
Question: When playing this role, how do they ensure the individual’s own choices, wellbeing and reablement (support for independence)?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	
Item 1-4: Introduce or assist the individual in using systems and organizations other than long-term care and social services.	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	
Question: How do they ensure the person-centered approach rather than focusing on specific service organizations (fairness)?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	

Step 2: Assessment for service provision					
	Have physical/cognitive impairments but manage to live at home	Have acute condition due to a broken bone	Have few problems with ADL but some difficulties in IADL	Mostly independent but becoming frail	Additional information
	<p>In the "Item" cells below, please provide information on relevant systems (e.g., long-term care insurance system (name of the system), names of social service programs by municipalities), organizations in charge (e.g., name of the national or local department/institute, service provider), and professions/people in charge. (If there is any difference depending on whether the person has dementia or whether the person has a spouse, please also add a note.).</p> <p>In the "Question" cells, please provide brief answers. We would also appreciate if you could share relevant references (e.g., URLs of the documents).</p>				
Item 2-1: Conduct interviews to discuss services to use (visiting the individual's home)	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	
	<u>Those in charge:</u>	<u>Those in charge:</u>	<u>Those in charge:</u>	<u>Those in charge:</u>	
Question: For the discussion on services, who collects information and how, when?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	
Item 2-2: Conduct assessment to discuss services to use.	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	
	<u>Those in charge:</u>	<u>Those in charge:</u>	<u>Those in charge:</u>	<u>Those in charge:</u>	
Question: When conducting the assessment to explore services, how do they ensure the individual's wellbeing and reablement (support for independence)?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	
Item 2-3: Check the necessity of support.	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	
	<u>Those in charge:</u>	<u>Those in charge:</u>	<u>Those in charge:</u>	<u>Those in charge:</u>	
Question: Who determines the necessity of support based on what standards?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	

Step 3: Development of a care plan, team care					
	Have physical/ cognitive impairments but manage to live at home	Have acute condition due to a broken bone	Have few problems with ADL but some difficulties in IADL	Mostly independent but becoming frail	Additional information
<p>In the "Item" cells below, please provide information on relevant systems (e.g., long-term care insurance system (name of the system), names of social service programs by municipalities), organizations in charge (e.g., name of the national or local department/institute, service provider), and professions/people in charge. (If there is any difference depending on whether the person has dementia or whether the person has a spouse, please also add a note.).</p> <p>In the "Question" cells, please provide brief answers. We would also appreciate if you could share relevant references (e.g., URLs of the documents).</p>					
Item 3-1: Select the types of services and provider organizations.	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	
	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	
Question: When selecting the types of services and provider organizations, who provide relevant information? When doing this, how is the fairness ensured?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	
Item 3-2: Pre-coordinate with, introduce, and provide information to service providers.	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	
	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	
Question: When pre-coordinating with service providers, how do they ensure the individual's wellbeing and reablement (support for independence)?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	
Item 3-3: Prepare a draft care plan and issue a final plan.	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	
	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	
Question: How is the individual's wellbeing and reablement (support for independence) incorporated in the goals and services in the plan?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	
Item 3-4: Conduct case conferences.	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	<u>System:</u>	
	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	<u>Those _____ in charge:</u>	
Question: Who coordinates services among different organizations in order to promote the individual's independence and how?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	

Step 4: Implementation of support based on the care plan, monitoring, etc.					
	Have physical/ cognitive impairments but manage to live at home	Have acute condition due to a broken bone	Have few problems with ADL but some difficulties in IADL	Mostly independent but becoming frail	Additional information
<p>In the "Item" cells below, please provide information on relevant systems (e.g., long-term care insurance system (name of the system), names of social service programs by municipalities), organizations in charge (e.g., name of the national or local department/institute, service provider), and professions/people in charge. (If there is any difference depending on whether the person has dementia or whether the person has a spouse, please also add a note.).</p> <p>In the "Question" cells, please provide brief answers. We would also appreciate if you could share relevant references (e.g., URLs of the documents).</p>					
Item 4-1: Conduct monitoring (checking service provision and progress toward the goals)	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	
Question: How do they evaluate the implementation and frequency of support (in terms of ensuring wellbeing and reablement)?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	
Item 4-2: Change and coordinate the services being implemented	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	
Question: Who changes services and for what reasons?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	
Item 4-3: Prepare records on support plans	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	<u>System:</u> <u>Those in charge:</u>	
Question: How are the records used (in order to ensure fairness, wellbeing and reablement)?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	
(Question): Who evaluates care plans based on what standards (e.g., improvement of QOL, the number of visits by GP, etc.)?	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	<u>Answer:</u>	

Step 5: Other functions (Under the existing system, care managers in Japan are not responsible for the items below. Yet, they often provide these services.)							
	Have physical/cognitive impairments. Continue to live at home. <u>Without dementia, with spouse.</u>	Have physical/cognitive impairments. Continue to live at home. <u>Without dementia, without spouse.</u>	Have physical/cognitive impairments. Continue to live at home. <u>With dementia, without spouse.</u>	Have acute condition due to a broken bone <u>Without dementia, live alone</u>	Have few problems with ADL but some difficulties in IADL <u>With dementia, live alone</u>	Have few problems with ADL but some difficulties in IADL <u>Without dementia, live alone</u>	Mostly independent but becoming frail Spouse has mild disabilities
In the cells below, please describe who mainly play each of these roles in your country.							
5-1 Assist in home modification.							
5-2 Provide information to GPs and assist the individual in consulting with his/her GP.				---			---
5-3 Provide information to hospitals, attend conferences (for admission and discharge).							
5-4 Assist in application for benefits/services in the disability field.							---
5-5 Assist in application for public assistance.				---			---
5-6 Assist in application for services by private and voluntary organizations.							
5-7 Assist in housing and relevant application.							
5-8 Assist in and provide advice on payment of public services (e.g., utilities).				---			---
5-9 Assist in consumer affairs.							
5-10 Assist in daily activities when visiting the individual (e.g., buying goods that are urgently needed, changing clothes, etc.).							---

本報告書全体にかかわる参考資料

平成 28 年度 高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究

松岡洋子（東京家政大学人文学部准教授） 2017

平成 27 年度 地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者に関する国際比較調査研究

白川泰之（東北大学公共政策大学院法学研究科教授） 2016

平成 26 年度生涯現役社会づくりに関する活動の国際比較調査研究

鈴木隆雄（国立長寿医療研究センター研究所 所長） 2015

平成 25 年度プロダクティブ・エイジング（生涯現役社会）の実現に向けた取り組みに関する国際比較研究報告書

鈴木隆雄（国立長寿医療研究センター研究所 所長） 2014

平成 25 年度高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや高齢者の暮らしの国際比較研究報告書

松岡洋子（東京家政大学人文学部 講師） 2014

平成 24 年度プロダクティブ・エイジングと健康増進に関する国際比較調査研究報告書

鈴木隆雄（国立長寿医療研究センター研究所 所長） 2013

執筆分担

第3章 海外諸国におけるケアマネジメント機能に関する国際比較調査

各国の状況

各国の高齢化および高齢者支援のまとめ

1. オランダ (服部真治／各国報告コーディネート：大上真一)
2. ドイツ (吉田恵子／各国報告コーディネート：大上真一)
3. イギリス (鎌田大啓)
4. オーストラリア (中島民恵子／各国報告コーディネート：大上真一)
5. <参考国>アメリカ (中島民恵子／各国報告コーディネート：大上真一)

第4章 本調査から得られた知見、考察

1. 各国の高齢化の状況のまとめと知見 (服部真治)
2. 本調査から得られた知見 (沼田裕樹)
3. 考察 (福井小紀子)

ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや 質に関する指標のあり方に関する調査研究事業報告書

この事業は、平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)により実施したものです。

平成 31 年 3 月発行

発行 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
会長 柴口 里則

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町 1-11 金子ビル 2 階
TEL: 03-3518-0777 FAX: 03-3518-0778
URL: <http://www.jcma.or.jp>

禁無断転載

