

医療や施設ケアはあやういLTCサービスへと、たやすく変化する。そして、病院や施設ケアの発展の歴史は見方を変えると、実はこうした危険から遠ざけるべきなのに遠ざかれないというディレンマの歴史であったとも言える。

しかし、高齢者に対するネガティブな風潮があるかぎり、施設ケアへの期待はなくならないし、病院や職員が閉鎖と隔離の危険な落とし穴に落ちる可能性も減らない。

これに対し、高齢者へのポジティブな反応は、高齢者の尊厳を失わないLTCサービスやマネジメント手法を促進する。その代表例がLTCホームケアである。

## 2) LTCホームケアの定義:

LTCホームケアの定義は1つではない。インターネットによって、世界中の研究論文や情報がたやすく手に入る今日では、それを検索することで、定義に接近できても、“これが正しい定義だ”とは簡単に断定しにくい。例えば、WHOの『LTC国際提言 (International Long Term Care Initiative) 1999年』は次のように規定している。

『LTCとは、医療と社会システムの統合体で、①インフォーマル・ケア（家族・友人知人、近隣住民による介護支援）、②フォーマル・ケア（医師・看護師、SW・その他の専門スタッフ・サービス）、③伝統的介護スタッフとボランティア・サービス（ホームメーカー、ハウスキーパー、ホームヘルパー、ホームケア・エイドなど）を供給する。LTCの目的は、自立生活を長期間維持できない人に、最大限の自立と最高のQOLを保障することである。したがって、個人の価値観、趣向、肉体的／精神的な分野のケアニーズなどに敬意を持って対処することは、LTCの基本機能である。一方、“LTCホームケア”は、LTCの目的を達成するために、身体的または精神的医療サービスとリハビリテーションおよび、経済的／社会的／法律的なサポート・サービスを提供する。また、家族や友人・知人、近隣の住民などを含む本人への協力者をサポートするサービス（例えば、協力者の支援活動を支える安全管理、介護訓練、レスパイトケアなどに関する情報提供と援助）も、LTCホームケアの基本サービスである』

一方、米国のLTCホームケアについてみると、メディケアやマネジドケアなどの保険者は次のように規定している。

『LTCホームケアは、自宅生活中の高齢者に対して、看護師と医師及びソーシャルワーカーが統合的なチーム体制をとり、在宅高齢者の、①健康全般、②肉体的／精神的及び生活上の安全性、③安定性を維持する専門活動である。

LTCホームケアの基本サービスは通常、

- ④ スキルド・ナーシング（24時間看護体制：Skilled Nursing）
- ⑤ インターメディアット・ケア（回復期から慢性期へ至るケア：Intermediate Care）
- ⑥ パーソナルケア（介護・生活支援：Personal Care）
- ⑦ スーパーバイザリー・ケア（監視・管理・追跡：Supervisory Care）

である。また、ソーシャルワーカーは上記⑥パーソナルケア分野に関する、サービス提供者（ホームメーカーなど）の選定とサービスの手配に責任を持つ。LTCホームケアの目標は、高齢者ができる限り長期間にわたって在宅生活を続けられるように、専門的な協力・

支援サービスを継続供給することにある』。

### 3) LTCホームケアの機能：

LTCホームケアは、ほとんどのサービスが自宅で個別に提供されるが、集合的なコミュニティ・サービス（例えば、デイケアやレスパイトケア、インフォーマル・サポートなど）を併用することもある。またフォーマル・ケアとインフォーマル・ケアが併用される。

フォーマル・ケアとは、サービスそのものを提供する人（または組織）の公私は問わないが、運営母体と財源が国や市町村などによって支えられているサービスをいう。このサービスは通常、伝統的な専門スタッフ（医師、看護師、ソーシャルワーカー、栄養士、薬剤師など）と補助支援スタッフ（ヘルパー、エイドなどのパーソナルケア・ワーカー）によって供給される。

一方、インフォーマル・ケアとは、家族・親戚、近隣住民、友人知人、個人／組織ボランティアなどが提供するケアサービスを言う。

そこで、これらフォーマル／インフォーマルを含むLTCホームケア・サービスの種類をあげると、主に次のようなものがある。<sup>(注5)</sup>

#### <主なLTCホームケア・サービス>

①	分析評価・モニタリング・再評価
②	健康予防／増進
③	疾病予防
④	機能障害の進行遅延（ADL リスクマネジメント）
⑤	医師・看護師による医療
⑥	宅配給食／集団給食（Meals on Wheels）
⑦	パーソナルケア（食事・入浴及び一般介助、etc.）
⑧	家事支援（清掃、洗濯、買物手伝、etc.）
⑨	障害者（車イス生活者）に対応するための住宅改造
⑩	コミュニティ・サービスへの委託と連携マネジメント
⑪	コミュニティ・リハビリテーション（訪問／施設PT, OT, ST）
⑫	医療用在宅器材、補助装置（補聴器、歩行器、杖、etc.）
⑬	在宅医薬品／薬剤療法（TPN、EN、抗ガン、抗生物質、etc.）
⑭	薬剤情報提供／薬剤カウンセリング
⑮	オルタナティブ・メディシン（民間伝承療法を含む）
⑯	特定サポート（失禁、痴呆、アルコール依存、薬物乱用、その他の精神障害、etc. 特別のケアニーズに応える支援サービス）
⑰	レスパイトケア（自宅／施設、個人／集団）
⑱	パリアティブケア（ペイン・マネジメント、在宅／通院ホスピスケア）
⑲	本人、家族、インフォーマルケア提供者への情報提供
⑳	カウンセリング及び精神心理サポート
㉑	アートセラピーと情緒安定化のためのサポート

<sup>(注5)</sup> 出典：Home Based Long-Term Care / WHO Report of WHO Study Group

⑳	コミュニティ／社会参加の促進（課外活動とインフォーマル・ネットワークの活用）
㉑	ボランティア活動の利用と本人・家族の活動参加促進
㉒	効果的な課外活動／レクリエーションへの参加
㉓	スポーツ／運動への参加。フィットネス・ウェルネス・サービス
㉔	患者・家族教育・訓練
㉕	インフォーマル／フォーマル提供者の教育訓練
㉖	家族・知人友人などの支援協力者へのサポート（活動前・中・後ともに）
㉗	移送・移動サポート
㉘	法律相談／日常生活カウンセリング（遺産、トラブル、生活上のリスク、etc.）
㉙	家計・資産運用などの経済的な助言。相続税対策など

また、上記のように利用者や家族、地域の協力者に直接関わる医療・社会サービスの他に、次のような間接分野もLTCホームケアが供給すべきだとされる。<sup>(注6)</sup>

㉑	食料・水・燃料を簡単に手に入れる体制（インフラの整備）
㉒	公衆衛生／下水道設備の整備
㉓	避難所と収入最低保障プログラム
㉔	自宅と地域間、病院や施設間のケアの連続性を確保する体制（情報システムなど）
㉕	政策立案及び計画や管理に必要な情報システムを支える患者データの収集体制
㉖	監督・監視及び指揮体制の開発（オンブズマン制度）
㉗	サポート技法の開発
㉘	追跡・評価、フィードバック・マネジメント

<sup>(注6)</sup> 上に同じ

#### 4) LTCホームケア開発のポイント

WHOの研究グループが、1999年に行ったLTCホームケア実態調査によると、<sup>(注7)</sup> LTCホームケアの機能やサービス種類は、各国の次のような要素または水準によって、差が生じていると述べている、という。

##### <LTCホームケアの内容を左右する要素>

①	政治・経済活動の実状と文化の水準
②	人口統計と人種・民族構成
③	伝染病・感染症の流行パターン（AIDSなど）
④	都市と農村の生活水準（衣食住）格差
⑤	家族構成の変化のスピード
⑥	女性の地位と役割の程度
⑦	インフラ設備（病院など）の拡充水準

一方、LTCホームケアの開発と育成については、各国の医療・介護・福祉政策と高齢者への処遇策が、施設サービスから在宅、コミュニティ・サービスへと転換する方向にあって、政策が次のようなことを目的としている場合に活発であると、レポートしている。

##### <LTCホームケア開発のテーマ>

①	費用の効率化と低減化の持続
②	利用アクセスの拡大／全国民への保障
③	質の高いサービスの確保
④	質の高い医師・看護師・SW、及びその他の専門スタッフ（栄養士など）の確保
⑤	介護を支える家族と地域インフォーマル・ネットワークへの支援

このようにLTCホームケアは、単に医療や介護・パーソナルケア及び福祉・インフォーマル・サービスなどをプログラムとして開発するだけでは有効性を発揮しない。WHOのレポートが指摘するように、ホームケアを長期間支える様々な背景要素、例えば高齢者の経済力や介護家族の直面する問題への助言サポート体制、流行性疾患や健康意識水準、などを適正に分析評価しておかないと、適正なLTCホームケア・プログラムを開発することはできない。

また、何のためにLTCホームケアを開発するのか、例えば、コストコントロールのためか、あるいは高齢者のQOL向上のためかなど、明確な目的を設定することによってプログラムの内容を確定すべきだとも報告している。

<sup>(注7)</sup> 出典：Home Based Long-Term Care / WHO Report of WHO Study Group

### 3]LTCホームケアの開発プロジェクト

#### 1)LTCホームケア開発の背景:

米国のLTC（長期ケア）は、メディケア・メディケードがナーシングホームの入所費用を保障しはじめて以来、『施設ケア』を中心としていた。しかし、1983年にPPS/D RGが導入されて、病院入院患者の早期退院が進み、一方で高齢者のQOLやLTCサービスの質向上を求める声が大きくなると、ナーシングホームよりも在宅やコミュニティケアを見直す動きが拡大し、入院医療の代替機能としてホームヘルスが普及しはじめる。

当初のホームヘルスは、訪問看護や訪問リハビリテーションのような伝統的医療スタッフの訪問サービスと、TPN/EN、抗ガン剤/抗生物質製剤療法のようなハイテク在宅医療サービスが混合するものであった。そして90年代に入ると、介護・生活支援（パーソナルケア）や健康予防とフィットネス、バリアティブケア（在宅ホスピスプログラムなど）などの幅広い在宅サービスが普及してゆく。これは施設ケアの給付額が1980年代から今日に至る時間の中で大きく減少したことでもわかる。例えば、1980年代にメディケアとメディケードを合計した給付総額は約608億ドル〔うち、メディケアは350億ドルでメディケードは258億ドル〕で、ナーシングホーム（SNFとICF）への給付総額は約260億ドルを占め、全体の43%であった。<sup>(注8)</sup> このときのホームヘルス給付総額は、わずかに3.5億ドルで全体の0.6%にしか過ぎない。ところが1998年の給付水準を見ると、給付総額、約3,861億ドル<sup>(注9)</sup>に占めるナーシングホームの給付額は、メディケアが257億ドル、メディケードが862億ドルの合計1,119億ドルで全体の約29%にまで圧縮している。ちなみにホームケアへの給付はメディケアとメディケードの合計、約401億ドルで、給付総額の約10.4%を占めている。<sup>(注10)</sup> これは、メディケードが90年代に入って、ナーシングホームの利用を減らし、在宅ケアへの移行を促進する政策に転じたことが、ひとつの要因になっている。ナーシングホームを中心とする施設ケアの利用がどんどん増えてゆく80年代の中で、州はメディケート予算（給付額）の増加に悩んでいた。実際、州予算全体の中でメディケード給付総額が占める割合は、90年代に入ると、大半の州で約50%の水準にまで達していた。そこで、連邦政府は、メディケア・メディケード・プログラムの効率化をめざす『税の均衡に関する包括法（COBRA）』を採用し、施設ケアから在宅ケアへのシフト転換を図る。また、慢性疾患をかかえる高齢者への在宅ケアを『LTCホームヘルス（Long-Term Home Health Care）』によって支える政策を打ち出す。

このように、米国が90年代に入って、高齢者ケアの方向を在宅ケア、それもLTCホームケアへと政策誘導できた背景には、主に次のようなことがあったと思われる。1つは、70年代～80年代に数多く試みられた、LTCホームケア・プロジェクトによって、ケース・マネジメント/ケア・コーディネーションを中心とする在宅サービスの効果的な利用体制

(注8) 出典：1990 HCFA Statistics / HCFA Office of Financial Management

(注9) 国民総医療費 11,491億ドルの33.6%。また3,861億ドルのうちメディケアは2,160億ドルで、メディケードは1,701億ドルである。

(注10) 出典：1999 HCFA Statistics：メディケアのホームケア給付総額は234億ドル（10.8%）でメディケードは167億ドル（9.8%）

が整っていたということである。もう1つは、長年問題を指摘されながらも、あまり積極的に取り組んでこなかった施設ケアの閉鎖性、特にナーシングホーム入所者に対する非人間的な処遇が、90年代のキーワードである“ケアの質”、“ノーマリゼーション”、“アカウントビリティ”などの高まりによって批判的になり、人々が在宅ケアを改めて見直しはじめたということもある。そして、70年代に取り組まれたLTCホームケア・プロジェクトでは、高齢者が自宅で、自立と尊厳のある日常生活を長く維持するための様々な手法やサービスが開発されていた。

## 2) 開発プロジェクトと公的助成プログラム:

1970年代にスタートしたLTCホームケアの開発は、州や市が運営する公的プロジェクトから、民間病院や市民NPOなどの私的組織を拠点とするものまで、様々な形で進められた。プロジェクトは主に、次のような目的を持っていた。

1つは、長期ケア(LTC)を施設から在宅やコミュニティの場へと転換し、ホームケアサービスとその保障プランを拡充することである。2つめは、プライマリケア(医)ケア・コーディネーション(またはコミュニティ・ケースマネジメント)によるサービスの振り分けと調整を軸に、LTCの包括的なネットワーク体制を確立することである。そして3つめには、新しいタイプの費用給付方法やLTCサービスの利用審査(UR:Utilization Re-view)手法を開発し、メディケア・メディケードを含む公的福祉プログラムの予算を削減するという点にあった。

そこで、これらの目的に向かって、70年代の開発プロジェクトは、次のような手法やシステムの拡充に焦点が絞られた。

- (1) サービスの利用調整と振り分け ⇨ ゲートキーパーや、プライマリケア・ケースマネジメントの拡充。
- (2) 入院・退院の必要性判定基準開発。
- (3) 早期退院計画(Early Discharge Planning)の普及拡大。
- (4) 予防・健康管理、及び生活スタイルの改善を重視したライフケア・サポートプログラムの開発  
⇨ 宅配給食と栄養指導プログラム、フィットネスプログラムなどの開発。
- (5) インフォーマル・サポートの多様化。
- (6) ボランティア・プログラムと育成カリキュラムの拡充。
- (7) コミュニティ・サービスのネットワーク化  
⇨ コミュニティを軸にしたサービスと保障プランの包括化。  
(メディケードの機能改革)
- (8) メディケア・メディケードの定額給付方式開発。  
(のち、ソーシャルHMO開発へ受け継がれる)
- (9) 医療・介護とライフケアを包括するサービスと保障プランの統合化。

このように、米国では、1970年代というかなり早い時期に、すでに高齢者ケア/LTC

を、施設から在宅やコミュニティへとシフト転換する政策を進め、そのための開発プロジェクトや公的助成プログラムに力を入れていた。

例えば、図Aは70年代のLTCホームケア開発を支えた様々な機能を図にしたものであるが、これを参考にすると、70年代の開発は次のような仕組みを持っていた。

すなわち、図Aの[I]に示す規定や公的助成プログラムを新設し、[II]で囲んだ4つのサービス分野…(A) LTCホームケア・プログラム、(B) パラプロフェッショナル、(C) インフォーマル・サポート、(D) ライフケア・ハウス…の開発を目的としたプロジェクト（つまり[III]の枠内の①～⑤）を法的または財政的に支えることで、

- ① ケアコーディネーション（またはコーディネーター）
- ② プライマリケア、ケースマネジメント（またはケースマネジャー）

を主なマネジメント手法とするLTCホームケアの包括ネットワークを確立する、という構図である。

そこで、[III]の①～⑤に示すプロジェクトやモデル事業はそれぞれのテーマを持っていた。

例えば、①LTHHCPは、ニューヨーク州のメディケードを在宅・コミュニティケア優遇保障プランへ転換することで、州の社会保障・福祉予算を効果的に抑え込もうというテーマを持つのに対し、②AHCCCSや、③Triageは、同じ州のプロジェクトでもメディケードや公的福祉プログラムの新しい給付方法と審査手法（UR）を開発するというテーマをもっていた。

また、④ONLOKや、⑤CHELSEAは市民NPOや民間病院を母体とする公的助成金交付プロジェクトで、主に次のようなテーマを課せられていた。

- ① ケアコーディネーションの確立
- ② ホームケアの包括的な提供体制確立
- ③ 施設ケアの適正化 ⇄ 入院前審査（プレ・アドミッション）と退院計画の拡充
- ④ 予防と健康管理、生活スタイルの改善などを軸とするライフケア・サービスの拡充
- ⑤ インフォーマル・サポートの多様化

一方、こうしたプロジェクトへの公的助成/補助金・福祉手当交付制度は、別表③に示すように、社会保障法やOAAを根拠法として、その多くが1965年頃に創設されている。（別表③参照）

ただ、これらはメディケア・メディケードが病院やナーシングホームへの給付を中心に行っていたことでもわかるとおり、もともとは主に施設ケア、それも急性期医療への助成を目的としていた。そして、LTCホームケアへの助成はOAAが部分的に補てんするという形をとっていた。また、別表③の⑥VAP…退役軍人や、⑦CCODA…独り暮らしの高齢者、などのように、特定の状況にある特定の高齢者だけを助成するプログラムもあった。

一方、1970年代に入ってから新設された助成プログラム、例えば別表③の⑧SSI（個人向け現金給付：生活保護手当）や、⑨SSBG（事業者向け補助金：社会サービス群育成のための報償金）などは、はじめからその目的が、LTCホームケアの育成や、施設から在宅・コミュニティケアへの誘導にあった。

## 公的保障・助成プログラム

	基金	運営	利用対象者	サービスの保障分野	給付・助成の方法	本人負担	特性
①メイケア (1965年)	社会保障税 保険料 連邦予算 (HCFA)	連邦 (F)	高・障	Phy. HPL NH. H. C.	保険機能 CCODAに よる助成金	20% 定額	高齢者 急性医療 保険
②メイケアド (1965年)	連邦予算 州予算	州 (S)	貧・母子・障	ナースホーム ホームケア (急性医療)	LTCホームケア プロジェクト のみ助成	なし (薬一部負 担)	貧困者 ナースホーム 保障
③SSI メイケア7条項16修 正 (1972年)	連邦基金 州基金	S	在宅 高・負・保	LTCホームケア LTC施設 (-50\$減額 給付)	対象者への 現金給付	N/A	現金給付
④OAA OAA法 (1965年)	連邦予算	S 連邦OAA局	在宅 非メイケア 高・貧	LTC ホームケアのみ	LTCサービス 提供者への 助成のみ	なし	包括コミュニティ とネットワーク助成
⑤SSBG 社会保障法修正	社会サービスプロ グラム基金 (連邦) 社会サービス基金 (連邦)	S	在宅 非メイケア 高・貧	LTC ホームケアのみ	サービス提供者へ の助成のみ	なし	在宅の貧 弱者救済
⑥VAP VA法 (1965年)	連邦VA予算	F	VAのみ	急性→慢性 施設→在宅 すべて保障	包括プログラム LTCプロジェクト 提供者への 診療報酬	なし (薬一部負 担)	退役軍人のみ
⑦CCODA (1965年)	HCFA メイケア基金	F	LTC プロジェクト	LTC ホームケアのみ	プロジェクト への助成	N/A	メイケアの LTC補完
⑧AOA (1965年)	連邦予算 メイケア基金	F	LTC プロジェクト	LTCホームケア コミュニティサービス	LTC プロジェクト への助成	N/A	HCFAの LTC専門局
⑨DHUD (1981年)	連邦予算 1981年 OBRA法予 算	F	マイケア 在宅入居者	ライフケア 在宅サービス	入居費・頭金の 助成・融資 マイケア在宅 建設助成金	N/A	マイケアハウジング への助成
⑩ACTION (1965年)	連邦予算 (OAA及びDVSA)	F	ボランティア組織 ボランティア本人	インフォーマル サポート	ボランティア への費用給付 コミュニティプログラム 助成金	N/A	高齢者 ボランティア

③SSI : Supplemental Security Income

④OAA : The Older American Act of 1965

⑤SSBG : Social Service Block Grant

⑥VAP : Veterans Administration Program

⑦CCODA : Community Care Organization for Dependent Adults

⑧AOA : The Administration on Aging

⑨DHUD : (Federal)Department of Housing and Urban Development

⑩ACTION : Federal Agency Supporting Retired Senior Volunteer Program



③SSIでは、受給者がナーシングホームに入所した場合、SSI給付金（生活保護手当）を減額給付するというルールによって、在宅ケアへ誘導している。

また、⑨DHUD（連邦住宅、都市開発局）のように、省庁予算の配分構造を施設から在宅・コミュニティケア重視へと転換するという方向が1980年代に加速したことで、LTCホームケア開発の重要省庁になって行くというケースもある。すなわちDHUDはもともと、病院やナーシングホームの建設と整備拡充に予算を重点配分してきたが、1981年のOBRA法を根拠に80年代以降はデイケア・センターや高齢者集合住宅（Congregate Housing）など、いわゆるライフケア・ハウスの建設と拡充のために集中配分しはじめる。

更に、1965年創設の④OAAや⑧AOAなどについても、1970年代に入ると、修正条項や特記事項を付加することによって、ケア・コーディネーションや退院計画、デイケア・レスパイトケア・プログラムなどへの助成がしやすくなり、施設中心の法律や政策が、LTCホームケアや高齢者のQOL向上に焦点をあてたものへと転換してゆく。

一方、民間医療保険、特にHMOなどでは、ケースマネジメントや入院前審査（プレ・アドミッション）、退院計画などがサービスとコストの効率化に役立つことに早くから気づいていた。こうした民間プランは、90年代になると、図Aの[iv]に示すマネジドケア（MCO）を形成してゆくが、MCOは例えば、メディケア・リスクプラス（俗称パートC）<sup>(注11)</sup>やメディケード包括定額給付プラン<sup>(注12)</sup>などの支払いを代行する『インターメディアリー（Intermediary）』として、ケアコーディネーションやプライマリケア、ケースマネジメントなどの開発と育成に力を入れることで、LTCに一役買っている。

更に、MCOの母体である企業や市民NPO、宗教団体などは、図Aの[v]に示すボランティアやインフォーマル、サービスの育成に力を入れるという形で、LTCコミュニティケアへの後方支援を行っている。

もっとも、MCOは、予防検診（主に乳ガン、子宮ガン、生活習慣病など）、栄養指導、ライフスタイル改善教育プログラム、高齢者フィットネス・ウェルネスなどを給付保障することによって、入院医療（施設ケア）を減らすインセンティブがあるので、間接的だが在宅ケアの後押しする機能をもつプランでもある。

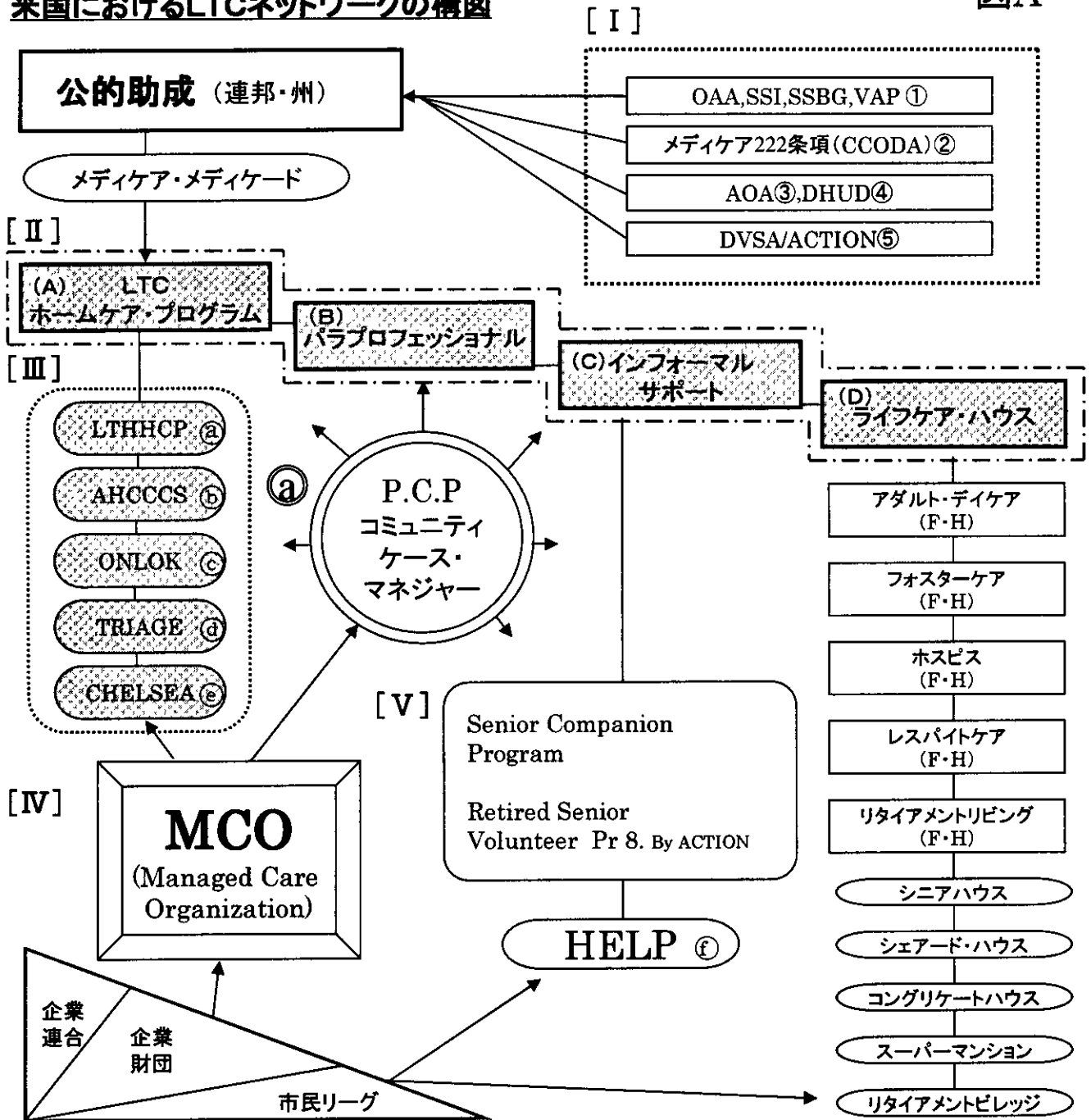
このように、1970年代に始まった米国のLTCホームケア開発は、まずはじめに、予算や補助金を施設から在宅へと配分転換する法律やプログラムを整え、次に、“施設から在宅、コミュニティへ”というような基本方針を決めて開発分野を絞り込み、公私の両方から精選したモデル事業/開発プロジェクトを具体的に進める、という形を持っていた。開発プロジェクトは主に、その目的を、図Aの①に示す、プライマリケア医（PCP）/コミュニティ、ケースマネジャーによるサービスの振り分けと調整の推進、及びサービスの提供と保障を包括するLTCホームケア、ネットワークの形成に設定した。そこで、図Aの[III]で囲んだプロジェクト（②～⑤）が大切な役割を果たした。

<sup>(注11)</sup> 病院費用は1日（1件当たり）定額給付、医師・通院外来費用はPMPM（1人当たり1ヶ月当り定額）のマネジドケア・プラン

<sup>(注12)</sup> プライマリケア医によるケースマネジメントを必ず利用させることによって、サービスとコストの効率化をはかるプラン。医師への支払いはRVS方式。

米国におけるLTCネットワークの構図

図A



- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① OAA :Older American Act<br/>SSI :Supplemental Security Income<br/>SSBG :Social Services Block Grant<br/>VAP :Veterans Administration Program</p> <p>② CCODA :Community Care Organization for Dependent Adults</p> <p>③ AOA :Administration On Aging</p> <p>④ DHUD :(Federal)Department of Housing and Urban Development</p> <p>⑤ DVSA :Domestic Volunteer Service Act<br/>ACTION:Federal Agency Supporting Retired Senior Volunteer Program</p> | <p>④ LTHHCP :Long-Term Health Care Program</p> <p>⑤ AHCCCS :Arizona Health Care Cost Containment Systems</p> <p>⑥ ONLOK :On Lok Senior Health Services</p> <p>⑦ TRIAGE :Triage Program in Connecticut</p> <p>⑧ CHELSEA:Chelsea Village Program</p> <p>⑨ HELP :Homebound Elderly Linked With Peers</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 3) 開発プロジェクトの内容：

#### ①LTHHCP：壁のないナーシングホーム、プラン：

ーニューヨーク州メディケードのLTCホームケア、プログラムー

(The Nursing-home Without Walls …New York State’s Long-Term Home Health Care Program)

1970年代初め、ニューヨーク州選出の上院議員、ロンバルディ (Tarky Lombardi, JR.) は、州のメディケードが慢性疾患や長期ケア (LTC) を保障できるようなものへと転換する方法を模索していた。彼は、病院やナーシングホームにいる高齢者が、長い入院生活によって尊厳を失い、自立の気持ちも萎えてしまっているのに、メディケードや州の福祉プログラムは、これを助長するように施設ケアを重点保障している、これでは、高齢者の社会復帰を妨害する張本人は州政府 (メディケード) だと言わざるをえない、と批判していた。彼は様々な人々との対話や議論を重ね、次のような結論に達した。

『ナーシングホームや病院入院医療に依存している多くの高齢者を自宅や地域社会へ呼び戻すためには、在宅サービス、コミュニティ、サポートを増やすことが大切だが、同時に、施設を利用するよりも、自宅で在宅ケアや地域支援を受けた方が、メディケードや州の福祉プログラムで優遇保障という仕組みをつくるのが重要だ。そうすれば、病院やナーシングホームと自宅・コミュニティとの間に立ち塞がる“依存”の壁を取り壊すことができるのではないか』と。

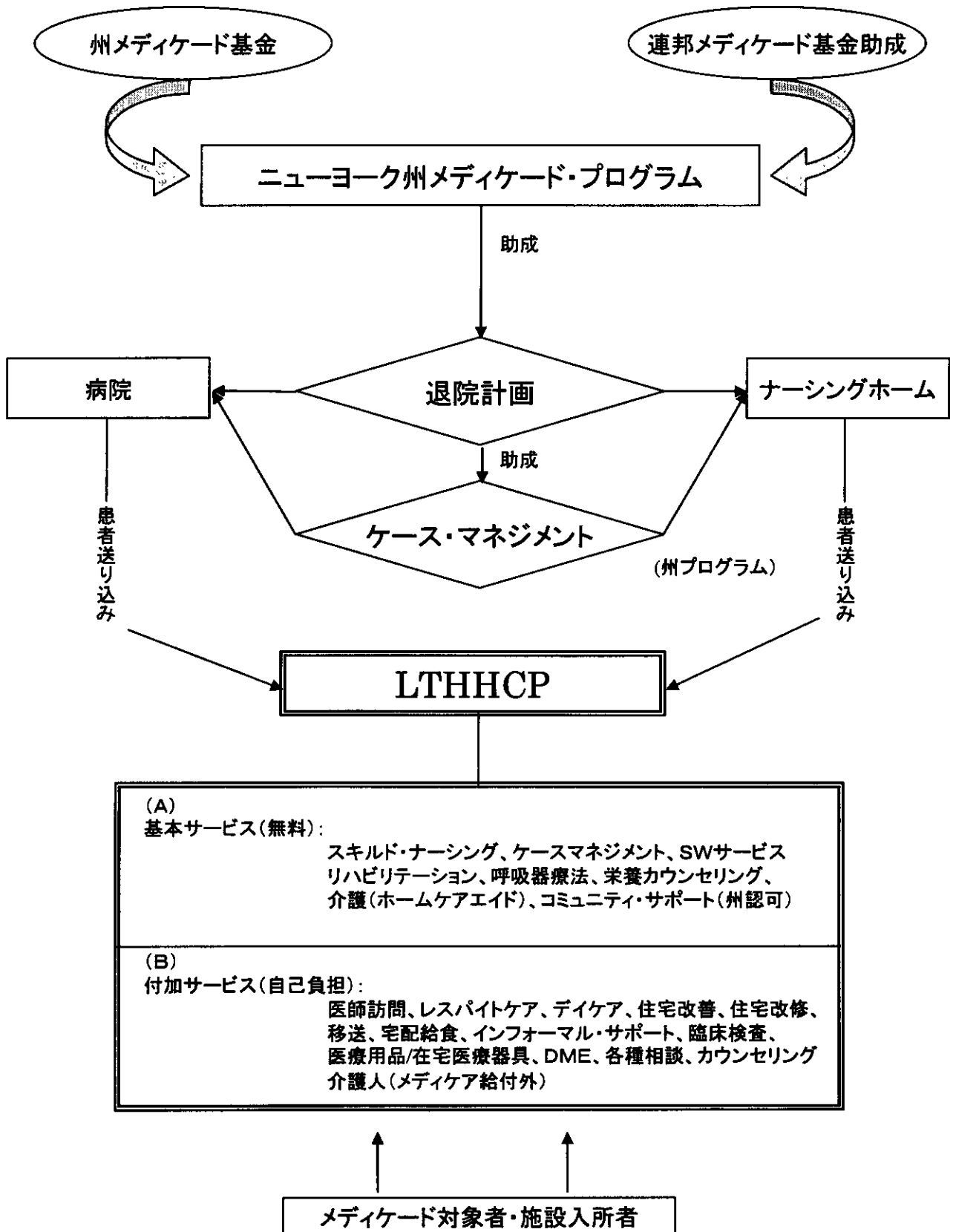
1977年、ロンバルディ上院議員は仲間の州議員たちと組んで、この結論を図Bに示すような構図で具体化し、州法として議会の賛成を得た。これは、州知事カレイ (Hugh Carey) によって承認され、連邦HCFAもこの州法にもとづくサービスをメディケードが保障するために、社会保障法の免責特記条項を適用した。

こうして、長い間、ロンバルディたちが検討してきたLTCホームケアへのメディケード給付や、施設から在宅への誘導策は、LTHHCP (ニューヨーク州メディケードLTCホームケア、プログラム) として実を結んだ。

彼らの考え方は俗に、“壁のないナーシングホーム (The Nursing Home Without Walls)” と呼ばれるが、特別の仕組みがあるわけではない。むしろ、彼らの構想はオーソドックスで、ごく普通の手法によって支えられる。つまり、

- ① 病院やナーシングホームに入所する必要があるのかどうかを、科学的かつ合理的に評価判定する仕組みをつくり (施設ケアの必要性基準)
- ② 不必要な入院入所、ムダな施設サービスを減らす。(入院入所の削減)
- ③ それによって浮いた施設ケア予算を使い、在宅訪問サービスやケアコーディネーション (ケアマネジャー) などを増やせば、(州予算の配分転換)
- ④ サービスの選択肢が広がると共に、利用の調整や振り分けによる効率化も進む。(サービス利用の適正化)
- ⑤ すると、病院やナーシングホームに入っている人が自宅へ戻って在宅ケアを受けたとしても、不安を感じないし、負担すべき費用も低く抑えることができるので、施設と自宅 (または地域) との間に立ちはだかつていた『依存』の壁は無理しなくても自然

壁のないナーシング・ホームプラン(New York State's LTHHCP)



に崩れてゆく（自立とQOLの回復）。

というもので、基本的には、利用者や地域住民への前向きな善意を土台にした構想である。ただ、彼のこうした発想は、なかなか日の目を見なかった。なぜなら、“壁のないナーシングホーム”には確かに、夢とビジョンがあり、高齢者ケアの理想像も理解しうるが、これを実現するためには、入院医療やナーシングホームの利用を減らす必要があったので、マルチホスピタルやナーシングホーム・チェーン（例えば、ヒューマナやビバリー、エンタープライズなど）の利害と激しく対立することになるからである。

そこで、ロンバルディたちは、これらの医療ビジネスグループの反発を抑え込むために、ある種のキャンペーンを展開する。これは、日本にも紹介されたことのある『ナーシングホームの光と影』のようなネガティブ・キャンペーンの形を取った、例えば入所者の悲惨な生活や職員の非人道的な対応などにスポットをあてて集中攻撃すると共に、施設経営者は高齢者や病人の弱みにつけ込んで利益をあげる悪い者だというイメージを固定化するなどである。

さて、このプログラムには、大きく3つの特徴がある。それらは、

- (1) 受給資格判定にもとづく給付 (Entitlement)
- (2) 給付の永続性 (Providing Permanently)
- (3) 公的保障 (Paid by Government)

である。また主に、次のような手法やルールがプログラムを支えていた。

#### ①受給資格ルールと資格判定

- Ⓐ 受給資格はまず第一に、メディケードと同じ貧困水準にある州民で、次に、自宅で自立した生活が困難なために、どうしても、病院やナーシングホームでの入所サービスが必要だと判定された人を対象とする。例えば、介護家族がいない人、独居者、ADLが施設収容レベルにあるメディケード受給者など。
- Ⓑ 医学的・臨床的に入院医療を必要としているが、本人が在宅ケアを希望し、しかも在宅サービス費用の一部を自己負担できる州民。つまり、メディケードの貧困水準より上で、経済的に豊かな州民でも、自己負担分を支払えば、このプログラムを利用して、自宅での療養生活が可能だということだ。

#### ②退院計画（ケアプラン）

病院やナーシングホームの入院入所については、入院前審査（Pre-Admission）や入院の必要性基準にもとづいて、受給者全員を評価判定する。これによって入院（入所）が必要だと判定された受給者全員に、退院計画（ケアプラン）を義務付ける。一方、すでに長期間入院（入所）中のメディケード受給者に対しては、全員に『早期退院計画（Early Discharge Planning）』を実施する。

#### ③ ケースマネジメント

ケースマネジメントは、1日24時間、365日提供できる体制を確立し、受給者はいつでも自由に利用できる。ケースマネジャーは、州や市町村の公務員と、民間の専門スタッフ

(ソーシャルワーカー、看護師、独立開業ケア、コーディネーターなど)の両方を活用する。但し、公私別に次のような役割分担を行うことで、ケースマネジメントの多様化をはかる。

④ 公務員ケースマネジャーの役割：

- ① プログラムの給付額水準や維持管理コストの追跡と監視。
- ② プログラム全体のモニタリング…主にサービスの有効性と効率の追跡。
- ③ 訪問サービスの利用審査（UR）
- ④ 在宅サービス社会（Home Health Agency）の機能評価と業務監視  
（サービス会社へのモニタリングとアセスメント）

⑤ 民間ケースマネジャーの役割：

- ① 医療・介護・ライフケアニーズの評価
- ② 在宅サービスの利用計画作成（ケアプラン）
- ③ サービスの種類と利用回数の設定
- ④ サービス業者の選定（業者のプロファイル作成）
- ⑤ 実施サービスのモニタリングと評価
- ⑥ 受給者への相談・カウンセリング業務
- ⑦ 専門情報の提供（医療からライフケアまでの幅広い情報を収集しておく）
- ⑧ 受給者・家族への啓蒙と教育

**④ 給付額の水準：**

受給者一人当たり年間給付額は、？ 本人の（主）疾病名とADLのレベル、？ 精神障害の程度、？ 自宅の住環境、？ コミュニティ・サービスの量などに応じて、それぞれ一人一人の金額を設定し、毎年1回見直す。

また、給付額は上限を設定し、本人がもし、病院やナーシングホームに入った場合に必要施設ケア費用総額の75%までとする。これは、施設ケアコストの25%に相当する部分が、室料や食事サービスコストだという分析にもとづくもので、在宅ケアの利用が前提である当プログラムでは、室料などをのぞく75%が、理論的な『ケアコスト』だと考えられるからである。

**⑤ 給付対象となるサービス：**

当プログラムの給付対象サービスは、全額無料・自己負担なしの“基本サービス”（図Bの(A)参照）と、一部自己負担ありの“付加サービス”（図Bの(B)参照）による二階建て構造になっている。

“基本サービス”は訪問看護、訪問リハビリテーション、SW/栄養士などの専門指導を主体とする医療専門サービスとケースマネジメント、及びホームヘルパーの介護支援などのように、主として専門スタッフの訪問活動である。

一方、“付加サービス”は、プライマリケア医/専門医の往診、デイケア/レスパイトケア、受給者の移送、宅配供給（集団給食を含む）、住居の改修、在宅用器材（DME）などに加

え、弁護士・会計士の専門相談、外来臨床検査、インフォーマル・サポートなどが含まれる。

## ② ONLOK:オンロク・シニアヘルス・サービス

—NPOを母体とした高齢者ケアの包括サービスプログラム—

(ONLOK Senior Health Service Program)

ONLOKは、サンフランシスコ市のチャイナタウンと、それに隣接するブロードウェイ・ノースビーチ地区を拠点とする中国系アメリカ人の非営利市民組織である。

創設は1966年で、はじめのうちはデイケア/レスパイトを中心に高齢者への在宅支援サービスをインフォーマルな形で提供していた。しかし、1972年からは、連邦と州のLTC公的助成金を受けて、LTC在宅ケア・プログラムの開発プロジェクトをスタートした。

ONLOKは中国語で、“やすらかでしあわせな住居”の意味を持つ。

ONLOK組織化のきっかけになったのは中国系の二世・三世たちである。つまり、チャイナタウン周辺で生活する中国系移民の一世たちが、市民権を持たず英語も十分ではないために、日常生活や医療・福祉サービスの利用において不公平な扱いを受け、しかも白人優位のコミュニティ・サービスからも排除されるのが一般的であるという実情に対して、日頃から疑問や不満を抱いていた二世・三世たちがなんとかしようとして立ち上がり、自分たちの英語力や市民であることの権利を活用して一世たちを助ける、という小さな善意とボランティア活動から始まった。

当時、この国の大統領はケネディ暗殺の後を受けたジョンソン大統領で、彼は不安や混乱の中で、“グレート・ソサエティ”の再建を訴え、メディケアやOAAを含む一連の社会福祉政策を進めていた。チャイナタウンの移民の子たち(二世・三世)はこうした時代の風や、弱者・少数民族保護策に後押しされながら、民族のアイデンティティとしての『ONLOK』をキーワードに、北カリフォルニア地域でも有数の市民ボランティア組織へと成長させてゆく。

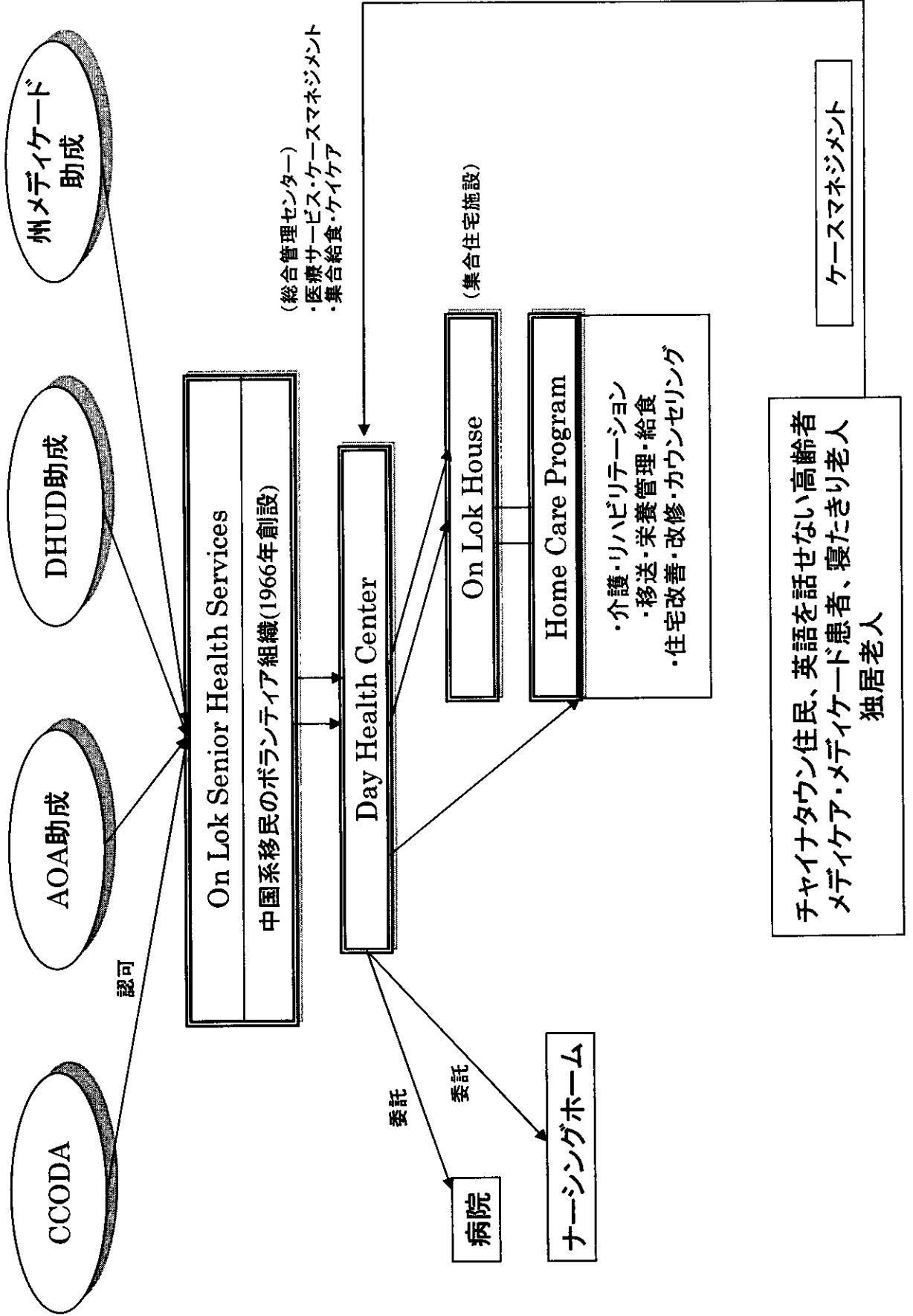
このような民族や言語・文化を母体とするサポート活動はもともと、白人やヨーロッパ文化圏からの移住者たちが得意としてきた方法だったが、60年代には、スペイン語系(中南米)やキューバからの亡命者を含むカリブ海諸島系、そしてONLOKのようなアジア系などへと広がってゆく。

一方、第二次大戦中に、ソルトレークやアリゾナ砂漠の収容所へ幽閉され、ほとんど全ての財産を奪われた日系コミュニティは、敗戦民族として、中国系とは比べものにならないくらい不公正で差別的な処遇を受けながらも、反発せずにただひたすら目立たないようにひっそりと暮らしてきた。しかし、ロスアンゼルスやサンフランシスコのように、日系コミュニティが比較的大きな街では、日系一世をサポートする二世や三世たちの組織が60年代に創設され、送迎バスと集合給食、デイケア、一世専用ケア付きマンションなどの運営母体へと成長してゆく。

さて、1966年創設のONLOKは当初、中国系移民のために、通訳や公共サービス、医療福祉プログラムの利用相談などを行っていたが、1970年に入ると、メディケアやOAAの長期在宅ケアモデル事業に指定され、州や市の補助金によって、図Cに示す包括的なコ

# On Lok Senior Health Services

図C





コミュニティ・サポート体制を確立してゆく。そして、今日では、サンフランシスコ/北カリフォルニア（ベイエリア）一帯の高齢者や在宅ケア利用者へのサポートシステムとして大きな役割を果たしている。

ところで、ONLOKがLTCホームケアの包括的サポート体制を確立してゆく過程は大きく、次の3つの段階に分けられる。第1段階は、1972年～1975年で、『メディケード給付に支えられたデイケアの開発』で、第2段階の1975年～1980年には、『DHUD<sup>(注13)</sup>の助成金による高齢者ライフケアハウス』の建設、そして第3段階の1980年～1985年は、『CCODA<sup>(注14)</sup>に基づく包括的LTCホームケア・プログラム』拡充、というように、それぞれの開発段階が公的助成策によって支えられながら、各開発段階毎に1つのシステムやプログラムを拡充している。

#### [第1段階 (1972～1975年) : メディケード給付デイケア]

ONLOKは創設と同時に、デイケア/レスパイトサービスを提供しているが、それは、ブロードウェイ地区にある1軒のナイトクラブがスーパーマーケットに改装される機会をとらえ、新しい店の店頭で『デイセンター』をオープンしたことからはじまっている。このデイセンターはスタッフや運営資金が充分ではなかったため、毎日オープンできなかった。一方、HCFAの一局で、1966年創設のAOA（連邦高齢者管理局：Administration On Aging）はもともと高齢者の急性期医療や病院・ナーシングホームの拡充と管理を中心としていたが、1970年代に入ると、LTCホームケアやケア・コーディネーションなどへの助成に力を入れ始める。そして、1972年AOAはONLOKのデイセンターを拡充するために補助金交付を開始する。この資金は、ONLOKのデイセンターが独自の運営計画を立てて継続的にデイケア/レスパイトケアを提供する運営費用として活用すると共に、常勤有給スタッフを固定的に確保するための人件費としても使われた。

AOA補助金によって、ONLOKのデイケアは発展し、カリフォルニア州政府は、ONLOKのデイケア/レスパイトケアをメディケードの給付サービスとして認可した。

#### [第2段階 (1975～1980年) : 高齢者ライフケアハウス]

デイケアの拡充によって、在宅療養生活者へのコミュニティ・サービスが日常化した。今度は、高齢者が安心して住み生活できる場所（家）が少ないという問題にONLOKは直面する。そこで、ONLOKは1975年に、虚弱高齢者向けの集合住宅：『ONLOKハウス』の建設計画を立てた。建設資金は中国系コミュニティや宗教団体、市民組織などの寄付と、DHUD（連邦住宅・都市開発局：Department of Housing and Urban Development）のライフケアハウス建設助成金によって支えられた。

『ONLOKハウス』は1980年秋に完成も、それと同時に入居が始まり、ONLOKは文字通り、“安らかでしあわせな住居”を確立してゆく。

#### [第3段階 (1980～1985年) : 包括的LTCホームケア・プログラム]

<sup>(注13)</sup> DHUD: Department of Housing and Urban Development (連邦住宅・都市開発局)

<sup>(注14)</sup> CCODA: Community Care Organization for Dependent Adults: 扶養成人のためのコミュニティケア組織育成法

ONLOKは1980年代に入ると、これまでに拡充してきたデイケア/レスパイトやライフケアハウスを含む、様々な高齢者サービスやホームケアプログラムを包括し、1つの組織（ONLOK）が統合的にサービス利用を調整したり、質を管理することができるようなシステムを検討しはじめる。

ONLOKは多様なLTCサービスを確立し成長してきたが一方で、利用者が必要性にもとづいて、効率よくサービスを利用するようなマネジメント体制に欠けていた。

そこで、サービスが拡充し、利用者も中国系移民だけではなく、北カリフォルニア帯の一般市民にまで拡大してゆくと、プログラムは不必要なサービス利用が目立ちはじめ、一方でサービスの質も気がかりになっていた。

1980年、連邦政府はCCODA（扶養成人のためのコミュニティケア組織育成法：Community Care Organization for Dependent Adults）にもとづいて、LTCサービスの包括的な提供体制を開発するプロジェクトをスタートさせ、ONLOKをひとつのモデル事業として指定した。

このプロジェクトの主な課題は、医師（専門医）、病院、ナーシングホーム及びデイケアとソーシャルサービスを、1つの組織が統合的に管理するケアシステムの本一化と、こうしたケアシステムに有効な支払方法を開発することであった。そこで、ONLOKはまず、医療が必要な独居高齢者や入院患者に対しては、どのような状態でも全員が必ずONLOKデイヘルスセンター（デイケア）へ通所することを義務付けた（ゲートキーパーシステム）。従って、訪問スタッフが自宅を訪れて介護・介助するのではなく、デイヘルスセンターにすべてのサービスを併設するという形で、LTCホームケアを提供することにした。一方、医療・福祉・介護などのサービスについては、④社会福祉サービスと⑤介護・支援/パーソナルサポートサービスの利用を④:⑤=1:1の比率で均衡させ、総費用の水準をモニタリングした。

1980年から1984年までの第1次モデル事業では、毎年180人の利用者に限定し、メディケア・メディケードが全ての費用を給付保障した。また、モデル事業の最終年度、1984年には、メディケード資格をより豊かな利用者（つまり州の貧困水準より上で経済力のある人）を対象に、一部自己負担によるサービスの利用実験を行い、自己負担なしの利用者と総費用（LTCホームケア総コスト）の比較を行った。その結果、メディケア・メディケードから全額給付をうけ、自己負担しなかった利用者（180名）は、一部自己負担の利用者よりも、サービスの種類が多く、幅広くサービスを利用していること、しかし、総コストは、自己負担してサービスを利用している人々と、ほとんど同じ水準にあることが判明した。

これは、自己負担ありの利用者の方が、サービスを冷静に選択し、必要なものを必要な量だけ利用するからだと言える。従って、自己負担なしでLTCサービスを利用する場合には、サービスの必要性判定や適正なサービス量と種類を設定する（ケア）マネジメントが重要だとも言える。

一方、メディケード資格外の豊かな利用者に対してはプログラム利用の場合に、自己負担が必要であると告知したら、約30%の利用者がモデル事業への参加を拒否した。これらの結果から、ONLOKのモデル事業では、

(1) 包括的LTCホームケア・プログラムは必要性の判定とケアマネジメントを確立する

ことによって、総費用の効率化を可能にする。

- (2) LTCホームケアやコミュニティ・サービスは、それらが包括され、1つのプログラムとして統合的に利用できるような一本化の機能を持てば、利用者は自己負担を払っても利用すると分析された。そして、プログラムがケースマネジメントによって包括一本化されることのメリットが評価された。

### ③ Triage: 3分野統合プログラム

—コネティカット州の医療・介護・福祉包括一本化プロジェクト—  
(The Triage Program in Connecticut)

これは、コネティカット州が直接、管理運営する公的開発事業で、ハートフォード市を中心とする7大都市のLTCサービスや公的福祉プログラム（主にメディケード）、及びそれらに関連する制度や政策などを統合一本化（one-stop）することによって、LTCサービスとその費用のムダ使いを改善しようという試みである。

プロジェクトは主に、連邦厚生省や同省の高齢者管理局（AOA）、扶養成人のためのコミュニティケア開発機構（CCODA）などからの補助金やメディケード予算によって運営された。他方、学術的な研究目的もあったので、国立医療サービス研究センター（NC HSR）の研究開発基金からも助成を受けた。

プロジェクトは1974年にスタートし、1981年にいったん中断する。しかし、連邦政府がこのプロジェクトの発想——3分野（いわゆる医療、介護、福祉）（TRI-）の集合状態（-AGE）に支えられたLTCシステムがサービスとコストの適正化をもたらす——からヒントを得て、ソーシャルHMOの開発促進を決定し、1984年にこのプロジェクトをモデル事業のひとつとして指定したことから、Triageプログラムは再び活動を開始する。

Triageの基本構造は図Dに示すとおりである。すなわち、図Dの[1]、医療、[2]、介護・生活支援、[3]、福祉の3つの分野に関わる雑多なサービスを、(A)のケアコーディネーション（またはPCPケースマネジメント）によって選別し、利用調整することで、コーディネーター（またはPCP<sup>(注15)</sup>）を唯一の窓口とするゲートキーパーの機能や利用の道筋の一本化を図る、という形である。このような、ケアコーディネーションを軸に、様々な分野のサービスやシステムを包括し、サービスとコストの適正化を図るというTriageの発想は、今日のヘルスシステムにおいて、すでにごく普通の構図になっているのだが、その原点がこのプロジェクトにあった。

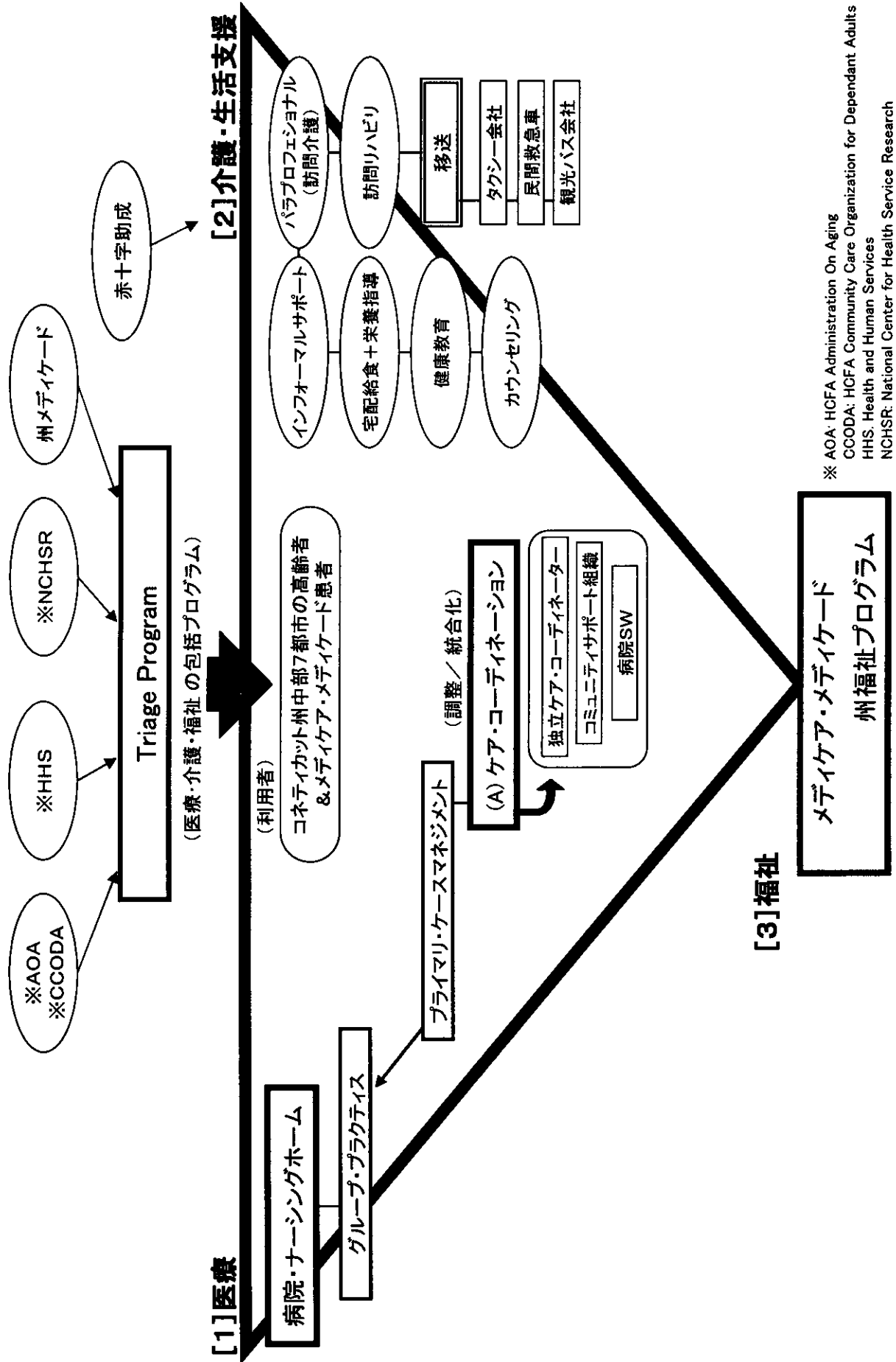
一方、同じ年の1974年には、カナダ・オンタリオ州の州都、トロント市でも、市のソーシャルワーカーが公的ケースマネジャーになって、LTCサービスや福祉プログラムの利用調整を行い、施設ケアから在宅ケアへの移行を促進する、“トロント広域市街地区ホームケア・プログラム（Metropolitan TORONTO Home Care Program）”がスタートしている。

これは、当時、高齢者のQOL向上にとって、病院（入院）やナーシングホームのような施設ケアがあまり適切ではないという風潮を受けて、施設から在宅への転換をめざして

(注15) PCP：プライマリケア医師のことで、彼らが医療、介護、福祉の各サービスについて利用者のゲートキーパーとなって効率よく利用をコントロールする手法。

# Triage Program in Connecticut

図D



※ AOA: HCFA Administration On Aging  
 CCODA: HCFA Community Care Organization for Dependent Adults  
 HHS: Health and Human Services  
 NCHSR: National Center for Health Service Research