

いたカナダのヘルスシステムが、様々なサービスや福祉制度を統合し、ケースマネジメントの調整機能によって、利用者本位の供給システムを確立しようという流れの中から生まれたものであった。

このように、北米では、1970年代初頭に、すでにケアコーディネーションやプライマリケア医師によるケースマネジメントなどがケアシステムの包括化や一本化に不可欠の機能であるという認識を一般化させつつあった。

ところで、Triageプログラムの生みの親で、モデル事業の責任者でもあったJ. クイン (Joan Quinn) 博士は1978年、下院の高齢者ケアに関する公聴会で証言し、下院が高齢者対策委員会を創設するうえで大切なことは何かと問われて、次のように答弁している。

『この国の現在の医療保障制度や医療財政はパッチワーク的な寄せ集めの状態にあるので、医療サービスがどんなに幅広い種類と機能を持っていたとしても、それらはバラバラに分裂し、ほとんど何の統一性も方向性もない。

一方、国民は仮に、サービス費用を支払う能力があったとしても、どこにどんなサービスがあって、それらをどう利用したらいいのかを知らない。だから、豊富なサービスや雑多な保障プランがかえって、イライラや欲求不満を生み出す原因になってしまう。このような米国の状況は、“システムなきシステム”と呼ぶべきもので、高齢者のQOLはもちろんのこと、誰のためにもならない。我々のTriageプログラムは、こうした“システム”とは一線を画し、多様なサービスや保険プラン、福祉制度などをケースマネジメントによって一本化するものである^(注16)』と。

この証言は連邦政府がソーシャルHMOの開発を決めるひとつの重要な根拠になった。一方、Triageプログラムの目的は、この証言の中にたくさん含まれているが、その主なものをあげると、次の点にある。

- (1) 高齢者への、(a) 施設ケア、(b) 外来通院、(c) 在宅ケア、のそれぞれを調整するためにケースマネジャー（またはPCP（プライマリケア医師））を唯一の窓口とした一本化システムを確立する。
- (2) 地域単位の予防プログラムを推進する——例えば、児童の予防接種、ガンを含む早期検診、女性専門検診、生活習慣の改善指導プログラム、地域住民への啓蒙教育など——。
- (3) 在宅介護・生活支援（パーソナルケアとホームヘルプ）の拡充
- (4) コミュニティ・サービス（インフォーマル・サポートを含む）を統合した“地域サポートの統合一本化体制”を確立する。
- (5) 公的、私的共に費用保障（保険プラン）や福祉手当給付プログラムなどが、すべてのサービス分野をカバーするよう改良する。
- (6) ケースマネジメントやゲートキーパーが医療費の効率化に貢献することや利用の適正化に有効であることなどを、学術的に実証する。特に次のようなテーマについては重点検証する。

④入院利用率及び入院医療費の低下

^(注16) The need for a national Policy, Joan Quinn; Testimony before Select Committee on Aging…… U. S. Government Printing Office, P. 67.

- ⑥ 疾病発症率（罹患率）の低下
 - ⑦ 障害者の発生率及び障害の進行の低下（減速）
 - ⑧ 利用者の満足度向上
 - ⑨ 在宅ケア利用者の自立性向上
- (7) 費用給付の制限（減額）や自己負担額を増加することで、利用の適正化やコストの削減を行うという手法は採用しないこと。
- (8) そのかわり、徹底した『ケアの必要性』にもとづいて、サービスを利用するシステムを確立する——必要性の基準と評価手法の開発促進——。

<Triageプログラムの内容>

[1] 利用対象者／給付資格

プログラムの開始当初は、次のいずれか1つに該当する人が利用可能であった。

- ① 60歳以上
- ② メディケア加入者
- ③ 郡部山村・農村地域に住む住民

その後、次のような州民も給付対象者として加えられた。

- ④ 独り暮らしの未亡人
- ⑤ 独り暮らしの重症患者（心身共に）
- ⑥ 施設収容が必要な重度障害者
- ⑦ 自己負担額を支払えない人

モデル事業実施期間、約7年半の間に、プログラムを利用した人は約2,700人で、彼らの平均年齢は78歳であった。また、独り暮らしの未亡人、重度障害の高齢者、費用が支払えない人が大半であった。

[2] 給付サービスの種類:

プログラムが給付対象とするサービスの主なものは次のとおりである。

- ① 訪問介護（メディケア認定のホームケア・エイドによる介護パーソナルケアを含む）
- ② 訪問看護（RN及びLPNの訪問）
- ③ 医師の往診（プライマリケア医、専門医共）
- ④ 精神心理カウンセリング
（SW、精神心理セラピスト、精神科医によるコンサルテーション）
- ⑤ 移送（車イス専用タクシーなどを含む）
- ⑥ 宅配給食（栄養指導付）
- ⑦ 在宅薬剤療法（TPN、EN、Chimo-Therapy、Anti-Biotics、TENSなど）

- h 家事・雑用補助（ホームヘルパーとハウスキーパーの訪問）
- ① 医療用品・材料、及びDME^(注17)
- ① PT、OT、ST（在宅訪問及び通院外来デイケアを含む）
- ① 家計・収支バランスの専門コンサルティング
（会計士や保険会社のファイナンシャルプランナー、ブローカーなど）
- ① ナーシングホーム入所費用（但し、必要性が認められた場合のみ）
- ① 栄養士／薬剤師のコンサルテーション
- ① ファミリー・セラピストのカウンセリング

これらのサービスは、ケア・コーディネーターまたはPCP（プライマリケア医師）のケースマネジメントを通してのみ利用可能である。なお、コーディネーターはプログラムのスタッフ（州の職員）が専任することを基本とし、独立開業や病院・企業／団体勤務のケアコーディネーターと契約する場合もある。また、プライマリケア医の指定についてはまず、利用者のかかりつけ医か、家庭医／内科専門医を第一優先とし、適任者が見つからない場合のみ、プログラム側が選ぶことにした。

一方、プログラムと契約するサービス提供者は、a～nのすべての分野をあわせて、当初は約300組織／団体であったが、翌年の1975年には倍の約600まで増加した。例えば、e移送について見ると、1974年のスタート当初は、デイケア・センターの送迎バスと、ごく一部のタクシー会社が協力しただけだったので、プログラムの利用者が送迎や移送を頼んでも長時間待たされるのが常識で、不満が多かった。しかし翌年には民間の高齢者送迎専門会社やリムジン配車サービス組織、及び米国赤十字社が、“ボランティアとしての協力と参加”を申し出たので、待ち時間は大きく改善され、一方、利用が増えたにもかかわらず移送費用は増えなかった。

その他、年々、病院勤務のナースやPT、栄養士、薬剤師などの協力体制も強化され、プログラムはスタートから2年で、病院や開業医（グループ・プラクティスを含む）などの医療提供システムを完全に包み込むまで進んだ。

^(注17) DME : Duable Medical Equipment の略。車椅子や酸素ボンベなどの耐久性医療用器材を総称する。

[3] プログラムの財政:

このプロジェクトは、社会保障法の1972年修正条項にもとづく“メディケア保障免責分野及び免責ルールの開発予算”から配分を受けている。この予算は主に、①メディケア利用者の自己負担（定額・定率共）に関する新しい仕組みの開発、②給付期間、給付額、給付サービスの種類と量などについて、限度を超えた場合のルールづくり、③スキルド・ナーシングの基準改正、などを目的としていた。

そこで、当プログラムに対しては、①自己負担の新しいルール、②限度を超えた場合のルールを開発することを目的として予算が交付された。このため、プログラムはスタートから5ヶ年間（1974年～1979年）について、②のサービス分野や利用量、利用期間、請求額などをモニタリングすることに力を入れ、その後2年半（1979年～1981年）では、①の新しい自己負担ルールを導入することで、利用傾向がどのように変化するかを検証した。

[4] プロジェクトの成果:

当プログラム利用者への給付額やサービスの利用傾向について、プロジェクトでは一般のメディケア加入者とを比較するという方法によって実情を検討した。両利用者（患者）をモニタリングした結果、次のことが明らかになった。

- ① Triageプログラムの利用者は、ナーシングホームの利用が少なく、在宅ケアと急性期入院医療サービスの利用が非常に多い。これは、ゲートキーパーとしてのプライマリケア医師（PCP）やケアコーディネーターが、入院の必要性をきちんと判断したうえで病院入院を手配し、退院後のサービスはナーシングホーム（施設収容）より在宅ケアを優先したことによるものだと判断される。
- ② 一方、コーディネーターやゲートキーパーを利用しない一般のメディケア加入者は、Triage利用者よりも在宅ケアや入院医療の利用量が小さく、そのかわり、ナーシングホームの利用が極端に多い。つまり、施設ケアへの依存が強かった。
- ③ しかし、利用者1人当りの給付総額は両者共、ほとんど同額で推移した。
- ④ これらの追跡結果から次のことが結論づけられた。
 - Ⓐ ケアコーディネーションまたはゲートキーパーの機能は、サービスの利用量（または給付総額）を減らすことなく、利用するサービスの種類やタイミングを適正化することにある。
 - Ⓑ 利用調整や必要性の判断など、いわゆる利用審査とモニタリングは継続性と首尾一貫性が求められる。——TriageではケアコーディネーターがPSRO^(注18)のスタッフと共同でサービス利用実態をモニタリングした——。

(注18) PSRO；専門標準審査機構（Professional Standards Review Organization）
1972年、メディケア・メディケードの給付審査とサービスの質確保を目的として、州ごとに1つの非営利民間組織を創設。医師や看護師などの専門スタッフが自らの医療活動を評価審査することが特徴。

- ㊦一般メディケア加入者のナーシングホーム利用が突出しているのは、生活支援サービス（ヘルパーやハウスキーパーなど）を利用するために必要な情報や知識が少なく、在宅ケアへの入口（アクセス）が閉ざされていることに大きな原因がある。
- ㊧こうしたアクセスの悪さは、Triage利用者の場合、プライマリケア医やケアコーディネーターが情報を供給し利用者を啓蒙することで改善されている。生活支援サービス組織との連携や、ヘルパーと共同した利用者教育などを実施することによって。

ところで、前述したプロジェクト責任者のJ.クイン(Joan Quinn)の総括報告書^(注19)によると、当プログラムの成果は主に次の点にある、とされる。

- (A) コストコントロールに有効なLTCプログラムはケア・コーディネーションに代表される“仲介調整モデル（ブローカーモデル）(Brokerage Model)”が最も適切だと結論づけられる。
- (B) 重症・重度障害者に対して、医療・介護・福祉を包括一本化して提供すれば、その提供総コストは、従来型の提供スタイル……すなわち首尾一貫性を欠く勝手気ままな提供と利用……の総コストよりも低く抑えることができる。
- (C) コミュニティ・サービス組織（例えばヘルパー派遣や宅配給食、移送サービス組織など）はブローカーモデルの“仲介調整機関（Broker）”として有効であることが実証され、他のプログラムやサービスシステムにおいても実現可能であり、転用可能であることも証明された。
- (D) 総じて、LTCシステムの有効性は、コミュニティにサービスの仲介及び利用調整機能が常設され、利用の道筋が首尾一貫した1つの光線のようにはっきりと見える構造を持つことができるか否かにかかっている。

④ CVP: チェルシー・ビレッジ・プログラム

—公的助成による民間病院併設型LTCホームケア・開発—

(The Chelsea-Village Program / St. Vincent's Hospital and Medical Center of New York)

これは、市町村の保健局が、民間病院のLTC開発を助成し、病院併設タイプのLTCホームケア・プログラムを推進するというプロジェクト形態であり、自治体の公的補助金や地域コミュニティからの私的な寄付金によって支えられる。

ニューヨーク市の非営利宗教法人、セント・ヴィンセント病院医療センターは、早くから地域医療部門 (Department of Community Medicine) を創設し、地域住民の健康管理と予防検診に力を入れ、在宅生活者への継続的なフォロー支援サービスを拡充していた。

1973年、ニューヨーク市保健局は、こうした病院のコミュニティケア・サービスを評価した上で、セント・ヴィンセント病院の在宅支援活動に公的補助金を交付すると共に、ニ

^(注19) Triage: A Long Term Care Study, J. Quinn, 1985/ Presentation Paper at the National Conference of the Alliance for Care.

ニューヨーク市内のナーシングホーム生活者や長期入院患者／高齢者収容施設入所者などを、自宅または地域の一般住宅へ戻すプロジェクトの拠点病院に指定した。そこで、当院では、開放母体であるシスター・ヴィンセント・デュ・ポール慈善修道女会を軸に、民間企業や地域住民などから寄付金をつのると共に、当院の職員からも寄付を集め、市の補助金と合わせて、プロジェクトの運営資金を確保した。プロジェクトでは、まず第1に、病院の常勤医師（ハウスクター）と地域の開業医（専門医／一般医共）がケースマネジメントを軸にチーム体制を取り、彼らの指示によって看護、SW、PT、ハウスキーパー、ホームヘルスエイド、送迎バス運転手などがチームケアを結成する。次に、病院のケースマネージャーがサービス計画やモニタリング活動を通して、利用の調整やコストの適正化を図る、という構造を持っていた。（図E参照）

〈プログラムの対象者〉

当プロジェクトは施設ケア患者（病院やナーシングホームなど）をできるかぎり自宅へ戻すことが大きな目的であり、当院のプログラムでは主に次のような人々を利用対象とした。

- ①ナーシングホームに1年以上入所している者。
- ②高齢者専用施設、例えばフォスターケアホームやケアハウスなどの入所生活者。
- ③ホームレス（簡易宿泊施設（ボーディングハウスなど）を利用している者も含む）。
- ④当院の入院患者で、入院生活が60日以上継続中の者。
- ⑤当院以外の入院患者で、入院生活が60日以上続いており、本人が退院を希望している者。
- ⑥メディケア／メディケードの加入者で、州が指名した者。
- ⑦コミュニティ・サポート組織やボランティア団体などから指名された者。
- ⑧当院と連携しているグループ・プラクティス（IPAを含む）から送り込まれた者。
- ⑨地域の教会・牧師が指名した者。

このように、当プログラムの利用者は、高齢者や施設の入所者だけに限らず、地域内の貧困ホームレス層や、施設収容が長期に及んでいるためにQOLが低下し、人としての尊厳や自立心が失われている地域住民も対象になっている。また、地域の支援団体、教会・牧師、開業医などの、いわばコミュニティの核になる集団や人物が利用対象者を選ぶという形も採用している。

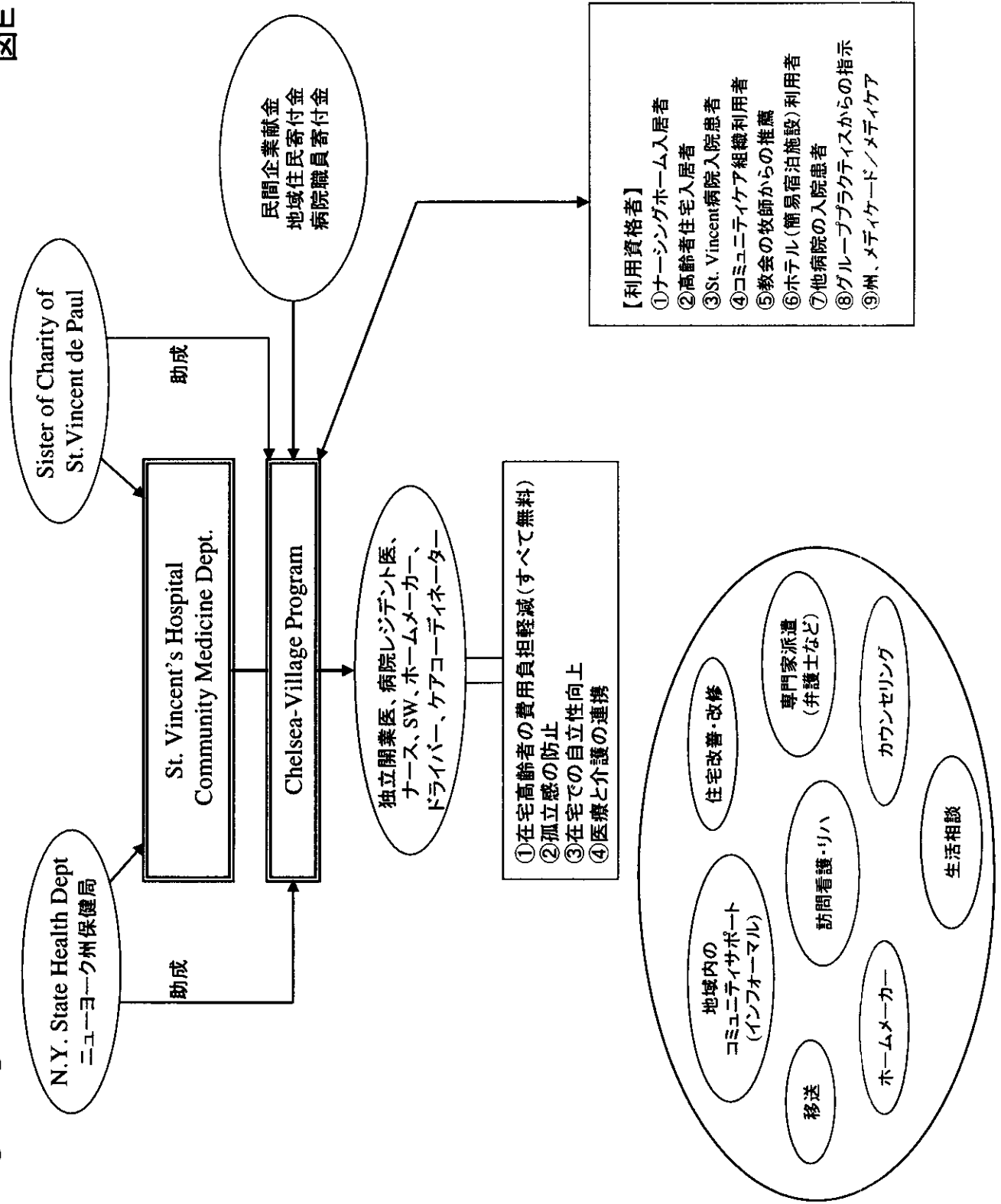
〈サービスの提供目的と種類〉

CVPプログラムは、在宅生活者、特に病弱で寝たきり状態の人々が、引き続き在宅療養生活を続けるうえで障害になるものを取り除くこともひとつの大きな目的であり、“施設から在宅へ”の誘導と共に、在宅生活者の持続性やQOLの向上がポイントになっている。従って、次のような手法やルールによってサービスが供給された。

- (I) 本人の自己負担を軽くするために、病院（入院・外来）、ナーシングホーム、在宅介護・ホームケア、レスパイトケアの主なサービスはすべて無料とし、公的補助金や住民の寄付金で費用をカバーする。

Chelsea-Village Program

図E



- (2) 公的福祉プログラムの申請、資格取得のための書類作成、適用条件や資格に対する交渉と調整活動などを支えるSWサービスは、完全無料とする。
- (3) 本人の孤独感や地域での孤立状態をやわらげる精神心理セラピスト／カウンセラーの訪問も無料とする。…サイコ・セラピスト、ファミリー・セラピストなど…
- (4) 地域の催事、パーティー及びサークル活動への引率（介護ヘルパー）と送迎バスを基本サービスに含む（一部自己負担あり）
- (5) 自宅で自立した生活を維持するPT、OT、STなどの訪問リハビリテーション（有料）
- (6) 住居・部屋の改修計画と快適な住環境への改善サービス（有料）
- (7) 利用者の生活習慣改善（ライフスタイル改善）に力を入れる。…アルコール依存症・薬物中毒患者専用プログラム、薬剤と栄養管理指導プログラムなど
- (8) 地元の開業医による定期的な訪問サービス（問診やコンサルティング）
- (9) ケアプランに基づく訪問看護
- (10) ケアプランに基づくホームケアエイド、ハウスキーパー・サービス
- (11) ケースマネジャー（またはケア・コーディネーター）の調整サービス
（(9) (10) (11) は無料、基本サービスに含まれる）

〈プログラムを支えるスタッフ〉

当プログラムはもともと、ニューヨーク・マンハッタン地区のチェルシーからグリニッチビレッジに至る地域で診療していた二人の開業医と、セント・ヴィンセント慈善修道女会の1人の看護婦、それに地区担当の市のソーシャルワーカーの合計、4人が心温まるケアを地元の高齢者に提供しようと思い立って、1970年にボランティア活動を開始したものであり、73年に市の補助金が交付されて、LTCホームケアの開発プロジェクトという役割を持ってからは、彼ら4人が有給の常勤スタッフとして、プログラムの管理運営に当たった。

市の助成金は2年間で打ち切られたが、企業や市民の寄付、慈善修道女会の基金などにささえられて、プログラムそのものは1987年に、当院併設型からコミュニティ運営型へと移行する。70年～75年の間に、医療や介護の専門サービスを拡充したプログラムは、その後、地域のインフォーマル・サービスや専門家（弁護士や会計士、心理学者など）も加えて、マンハッタン地区では最もすぐれたLTCホームケア・プログラムへと進化した。なお、病院併設型のプログラム開始当初から活動していた4人に加えて2人のSWと1人の看護師の（共に当院のスタッフ）合計7人が、コミュニティ運営型CVPプログラムを支えている。

〈プログラムを受けた高齢者たち〉

病院併設プログラムとしての期間、1972年～1987年までの間に、当プログラムは1517名の高齢者にサービスを提供した。在宅サービスは延べ1万8千回を数え、その大半が訪問看護とPTサービスであった。

一方、利用者の平均年齢は83才で、約1340名（全体の2/3）が女性であった。また、利用者全体の約60%が独り暮らしで、在宅療養者の主な疾病名は別表①のとおりであった。

別表①: チェルシー・ビレッジLTCプログラムの主疾患

主疾患名		該当者
1 整形外科	(a)関節炎	153
	(b)骨折	103
	(c)椎間板ヘルニア	4
	(d)骨部パジェット病	11
	(e)切断	31
	(f)その他	70
		小計 372 名 (25%)
2 神経系疾患	(a)心臓発作	96
	(b)パーキンソン病	20
	(c)脊髄性マヒ	4
	(d)脊髄腫瘍	2
	(e)多発性硬化症	14
	(f)末梢神経症	2
	(g)その他	38
	小計 176 (12%)	
3 臨床機能障害	(a)COPO	98
	(b)心疾患	139
	(c)慢性アルコール中毒	20
	(d)肝硬変	3
	(e)肥満	14
	(f)貧血症	3
	(g)末梢血管障害	31
	(h)虚弱	184
	(i)盲目	22
	(j)肺ガン	21
	(k)乳ガン	11
	(l)消化器系ガン	18
	(m)前立腺ガン	20
その他	109	
	小計 693 (46%)	

主疾患名		該当者
4 精神機能障害	(a)痴呆	113
	(b)精神遅延	8
	(c)精神異常	17
	(d)情緒不安定	14
	(e)その他	31
	小計 183 (12%)	
5 その他 上記以外の疾患	28 (2%)	
6 寝たきりでない患者	63 (4%)	
	合計 ##### 名 (100%)	

出典: Long Term Health Care: Providing a Spectrum of Services to the Aged / P.W. BRICKNER, MD. Chelsea Village Program 14 years Report.

プログラム運営 14 年間を通してみると、CVPプログラムは、虚弱で生活習慣病をかかえる高齢者と痴呆及びリハビリテーションのニーズが高い患者などを主な対象者としてきた。

また、別表②が示すように、当院併設プログラムでありながら、当院の退院患者がプログラムを利用した比率は、全利用者の 46%程度であり、言い換えると、当プログラム利用者の半数以上が、当院にて関連しない地域組織からの送り込みや依頼によって利用しているということだ。このことから、当 LTC ホームケアプログラムが、1987 年以降、当院の手を離れて、コミュニティ全体のプログラムへと進化したことが適正であったと言えるだろう。

別表②： プログラムへの送り込み機関／利用者はどこから依頼されたか？

利用者を送り込む組織	利用者全体に占める比率 (%)
① セツルメント・ハウス	5.9
② コミュニティサービス(訪問看護・在宅サービス会社含む)	17.9
③ 州・市町村の保健局／福祉事務所	4.8
④ 教会・牧師／信者の団体	2.5
⑤ 地域住民(知人友人を含む個人)	20.0
⑥ ホテルの支配人(簡易宿泊施設を含む)	0.5
⑦ セント・ヴィンセント病院(当院在宅ケア部門／常勤医)	46.4
⑧ 当院以外の病院	2.0
	合計 100 %

出典：別表①に同じ
 Long Term Health Care: Providing a Spectrum of Services to the Aged / P.W. BRICKNER, MD.
 Chelsea Village Program 14 years Report.

4] パーソナルケア(介護・生活支援)の専門スタッフ

—Para-Professional Workers—

在宅ケアやLTCプログラムは一般的に、その多くの部分を“パーソナルケア(介護・生活支援)”に依存している。

一方、パーソナルケアは医師が承認したケアプランにもとづいて提供し、看護師がサービスやスタッフの管理監督責任を持つ。従って、パーソナルケア・スタッフは、患者はもちろんのこと、ナースや医療専門スタッフとの密接な信頼関係を保つことが重要な任務のひとつとしてあげられている。

米国ではパーソナルケア・スタッフを“パラ・プロフェッショナル・ワーカー(Para-Professional Workers)と呼び、①ホームヘルス・エイド(Home Health Aide)、②パーソナルケア・ワーカー(Personal Care Worker)、③ホームメーカー(Homemaker)、④ハウスキーパー(Housekeeper)、⑤コア・サービスワーカー(Chore Service worker)、⑥ホームアテンダント(Home Attendant)などが含まれている。

これらの介護・生活支援専門スタッフはケアプランを実施するうえで、最も重要な役割を担う場合が多い。しかし、患者の身体に直接触れることができるのは、①ホームヘルスエイド、②パーソナルケア・ワーカーだけである。

患者の衣・食・住にかかわる日常的な家事や雑務を主な業務とする③～⑥は、訪問ナースやSW、PTなどの医療スタッフと共同し、医療と介護・生活支援を1つの統合的なサービス群と考えることで、パーソナルケア・サービスは安全性や有効性を確保することができるのだ、というのが米国の一般的な認識である。従って、パーソナルケアは、医師やナース、SWやセラピストたちの目と耳であり、医療スタッフが単独で在宅訪問サービスを提供しても決して得られないような、『注意深さと継続性^(注 20)』に支えられた在宅ケアの質を確保することができる、とされる。

(I) パーソナルケア発展の歴史：

米国における訪問看護のはじまりは、ニューヨーク市マンハッタン東地区に住む貧困移民や新生児をかかえる母子家庭などを対象に、当地区在住の看護師、リリアン・ウォルド(Lillian Wald)が、1890年～1900年初めにかけて訪問看護システムを創設した頃までさかのぼることができる。彼女の訪問看護活動をうけて、ニューヨーク市家庭局は1900年に在宅ケアの専門スタッフを公務員として初めて採用し、貧困者処遇改善委員会の小規模プログラムとして訪問看護サービスを公認した。このプログラムは1903年になって、新たに4名の女性職員を採用し、病気の母子家庭を対象とする介護や日常生活支援活動を付け加えた。彼女たちは当時、“派遣主婦(Visiting Housewife)”とか、“派遣掃除婦(Visiting Cleaner)”と呼ばれ、住宅の修理や改良の手伝い、家族に対するハウスキーピングの技能訓練や、介助の技術指導などを任務とした。これが米国で最初のパーソナルケア・サービスであった。その後、1923年にフィラデルフィア市のユダヤ人福祉協会が正式にホームメ

(注 20) Homemaker Services and Social Welfare: National Council for Homemaker Services.

ーカーと呼称するまで、家事手伝いや介護支援などのサービスは組織化されなかった。

連邦政府が公式に、ハウスキーピングを公認の職種と認定したのは、大恐慌のまただ中にあった1930年で、これは連邦労働開発局(Works Progress Administration (WAP))による失業対策/雇用促進策が背景となっていた。この政策によって1940年代には約4万人のホームメーカーが活動するまでに拡大した。しかし、第二時大戦によって彼らの活動は急速に減少する。スタッフが再び増えはじめるのは、1947年にニューヨーク市のモンテフィオーレ病院が米国で初めて、病院併設型のホームケアプログラムを実施したときからである。

ところで、ホームメーカーをはじめとするパーソナルケアの専門団体は、1939年に組織化された『ホームメーカー・サービス国民会議(National Committee on Homemaker Service)』がきっかけとなり、2年後の1941年に『全米ホームメーカー・サービス協議会(National Council for Homemaker Services)』を創設したことによって、本格的な活動を開始する。当協議会は、①ホームメーカーの技術・技能向上、②ホームメーカーの機能及び業務確立、③人材の育成を柱にしていたが、1960年にホームメーカーの職業規定や業務活動に関する米国で最初のガイドラインを公表する。その後、ホームメーカーの質的向上をはかるために、人材教育・研修プログラムを開発したり、パーソナルケア全体のサービス・ガイドラインを設定するなどの活動を支えてきたが、1986年に当協議会は『全米ホスピス・ホームケア財団(National Foundation for Hospice and Home Care)』と改称し、高齢者ケアやLTCサービスを中心にすえた専門団体へ飛躍する。

こうしたホームメーカー専門団体の活動に支えられて、米国のパーソナルケアは着実にヘルスシステムの中で市民権を得てゆく。そして、1965年のメディケア創設時には、パーソナルケア・スタッフとしての“ホームケア・エイド”が給付対象として含まれるまでに成長した。(別表④参照)

(2) パーソナルケアスタッフの種類と機能

パーソナルケアスタッフ(Para-Professional Staffs)には次のように呼ばれる人々が含まれる。

(a) ホームヘルス・エイド: (Home Health Aide)

パーソナルケアの基本訓練プログラム^(注21)を修得し看護師の監督にもとづいて、特定の患者ケア・サービスを提供する人材で、主にホームケア会社の常勤形態をとるが、独立開業オフィスを持ち、自営の場合もある。メディケア・メディケードのパーソナルケア保障ではメディケード・プログラム及び、メディケア・プログラムの認定をうけたホームケア・エイドによるサービスのみを給付対象としている。また、唯一、患者の身体に触れることを許されたスタッフでもある。

(注21) 各州または連邦が認定する教育カリキュラムで履修期間は各州によって異なるが6ヶ月～3ヶ月が一般的である。

別表④ Paraprofessional Worker の歴史

年	事 項
1890年～ 1900年初頭	・米国初の訪問看護システム創設（マンハッタン東部でリリアン・ウォルド・ナースが開始）→移民、女性、母親と子どもの在宅患者への訪問看護・生活支援。
1903年	・ニューヨーク市家庭局。貧困者処遇改善委員会を設立 州の4人の看護婦による訪問看護、住宅改善・修理、介護及び生活支援の技術指導（Visiting Housewife, Visiting Cleaner と呼称）。 訪問対象は病気の母子家庭のみ。
1930年	・連邦労働開発局(WPA)「Housekeeping」を公認職種とする。 Housekeeping Aide が大恐慌による離散家庭、破産者への支援。
1939年	・ホームメーカー・サービス国民会議の設立 (National Committee on Homemaker Services) ホームメーカーの技術、概念設定、ホームメーカー育成の計画立案、ニーズ調査 cf. 1960年、ホームメーカーのガイドライン確立（公認）
1941年	・全米ホームメーカーサービス協議会設立（非営利民間財団） cf. 1986年、全米ホスピス／ホームケア財団へと改組。
1947年	・モンテオーレ病院(NY)、初の病院併設ホームケアプログラムを開始。 ホームメーカー、ハウスキーピングの提供
1960年	・ホームメーカーの職業限定、及び教育プログラム確立
1965年	・メディケア、ホームケアエイドを給付対象とする
1974年	・ソーシャル HMO の開発決定。ホームメーカーサービス給付
1981年	・パラプロフェッショナルのスタンダード設立 (全米ホームメーカーサービス協議会)
1986年	・介護及び生活支援の包括的な提供システムを開発（OBRA 1986）
1994年	・メディケア認定、ホームケアエイド数約60万人

(b) パーソナル・ケアワーカー：(Personal Care Worker)

パーソナルケアの特別訓練プログラムを修得し、看護師の監視のもとに、

- ①患者個人の衛生状態（清潔に保つ）管理
- ②着衣着脱補助
- ③食物摂取介助
- ④患者の保健衛生にかかわる日常的家事補助

を提供する人材で、主にメディケードの給付対象となるスタッフである。主としてホームケア会社の常勤職員としての形をとるが、独立開業オフィスを持って自営形態をとる場合もある。日本の介護福祉士に相当する。

(c) ホームメーカー：(Homemaker)

全米ホスピス・ホームケア協議会^(注22)の認定試験に合格し、在宅療養患者／ねたきり患者、介護・生活支援を担う肉親や知人のいない患者などに対して、看護師の監督下で専門的介助や支援を行う人材である。前述の(a)ホームケア・エイド、(b)パーソナルケア・ワーカーとの相違点は、既存の公的保障／福祉プログラムの給付対象にはなっていないが、専門団体の認定を受けなければ活動できないという点、また、民間長期ケア保険やソーシャルHMOのような包括保障プランでは給付対象になっている点などをあげることができる。

このように、ホームメーカーは民間システムの中で競争原理と自由な活動、スタッフの自立性によって支えられる専門人材だと言える。

(d) ハウスキーパー／コア・サービスワーカー：(Housekeeper)

国や州、または民間の専門団体が実施するパーソナルケアの訓練プログラムを修得しなくても活動できる人材で、いわゆる家政婦である。従って提供するサービスは、掃除・洗たく、食事の準備、家事全般とそれに付帯する雑務である。ハウスキーパーは、ホームケア会社に常勤雇用されることが少なく、多くはパートタイマーである。

このように米国のパーソナルケア・スタッフはそれぞれの役割や機能が明確に設定されており、州や民間専門団体が業務基準を設定し、州認定の教育・訓練プログラムに合格した人材のみ活動可能であるという体制によって、人材の水準や利用者からの信頼性を確保している。(別表⑤参照)

(注22) 民間非営利専門団体

別表⑤ Paraprofessional の種類と業務比較

種類		ホームヘルス エイド	パーソナルケア ワーカー	ホームメーカー	ハウスキーパー コア・サービスワーカー
項目	認定機関	メディケア・ メディケード OAA, SSBG	メディケード SSBG	全米ホスピス/ ホームケア協議会	なし
項目	費用保障	メディケア・ メディケード 州助成基金	メディケード	ソーシャル HMO その他 LTC 保険 HMO プログラム	自費
項目	開業形態	在宅エージェンシー常勤 独立オフィス	在宅エージェンシー常勤 独立オフィス 病院常勤	全米ホスピス/ ホームケア協議会委託組織 独立開業	パートタイマー
業務 内容	①医療補助	○	△	×	×
	②パーソナルケア	×	○	×	×
	③雑仕事	×	△	○	○
項目	業務基準	州	州	全米ホスピス/ ホームケア協議会	特別になし
項目	教育・訓練 プログラム	州認定機関	同左	同上	なし

出典： Long-Term Health Care :
 Providing a Spectrum of Services to the Aged :
 Phillip W. Brickner, MD

第3章 埼玉県下の介護保険施設における介護報酬改正前後の経営変化等に関する緊急調査の結果

1 はじめに

平成15年4月より、介護報酬が改定された。今回の改正は、第2期介護保険事業計画期間の介護サービスの増大とこの増大に伴う保険財政への財政的圧迫、近年の賃金・物価の下落傾向、介護保険施行後の介護事業者の経営実態を踏まえ、保険料の上昇幅をできる限り抑制する方向で行われた。介護保険財政そのものが当初予定よりも緊迫しているという状況において、限られた財源を有効に活用するために、制度設立の理念と今後の介護のあるべき姿の実現に向けて、効率化・適正化と平行して、本当に必要なものに介護報酬を重点的に配分していくという方向性が打ち出された。具体的には、在宅重視と自立支援の観点から、要介護状態になることや要介護度の上昇を予防し、要介護度の軽減を図るとともに、要介護状態になっても、できる限り自立した在宅生活を継続することができるような見直しが行われた。また施設入所になっても、在宅生活に近い形で生活し、将来的には在宅に復帰できるようにし、個々の利用者のニーズに対応した満足度の高いサービスの提供が行われるようサービスの質の向上に重点を置いた見直しが行われた。これらの一連の見直しは、在宅シフト、サービスの質の向上を政策誘導的に行うことを意図している。

具体的な見直し内容としては以下の通りである。

- (1) 居宅介護支援の業務の実態を踏まえ、利用者の要介護度に応じた評価を廃止し、居宅介護支援の単価を一律とし、全体的に居宅介護支援の単価が引き上げられた。
- (2) 居宅介護支援の質の向上を図る必要性が高まっていることから、4つ以上の種類の居宅サービスを定めた居宅サービス計画を作成する場合に加算を導入し、①居宅サービス計画を利用者に交付しない、②少なくとも月1回、利用者の居宅を訪問しない、③少なくとも3ヶ月に1回居宅サービス計画の実施状況の把握の結果を記録しない、④要介護認定や要介護認定の更新があった場合等において、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、居宅サービス計画の内容について担当者から意見を求めない場合には、減額措置を設けられた。
- (3) 居宅介護支援に1単位の単価にかかる地域差（訪問介護等と同様）を導入された。
- (4) 訪問介護の複合型を廃止した。また、訪問介護の家事援助を生活援助に名称を改めるとともに、自立支援、在宅生活支援の観点から重点的に短時間のサービス提供や生活援助が評価された。
- (5) 居宅サービス計画上に位置づけられていることを前提に、通院等のために乗車・降車の介助を行った場合の算定が新設された。
- (6) 要介護者の在宅生活を支援し、利用者の利便性の向上や家族介護者の負担の軽減を図るため、6～8時間の利用時間を超えてサービスを提供する場合や入浴サービス等を評価された。
- (7) 退所（退院）後6ヶ月以内の利用者に対して具体的なリハビリテーション計画に基づいてADLの自立性の向上を目的としたリハビリテーションを行った場合に加算が新設された。

- (8) 通所リハビリテーションにおいて、個別のリハビリテーションを行った場合の加算が新設された。
- (9) 居宅療養管理指導については、従来1ヶ月に1回で算定していた報酬を、月2回を上限としてほぼ2分の1とし、きめ細かく個別的な指導管理の充実が図られた。
- (10) 訪問看護では緊急時訪問看護加算が大幅に減額された。
- (11) 痴呆対応型共同生活介護では、一定の要件を満たした場合に夜間ケア加算が新設された。
- (12) 介護老人福祉施設の施設サービス費としては、ユニットケアの場合の小規模生活単位型介護福祉施設サービス費が新設され、従来型よりも高く設定された。
- (13) 従来型の介護老人福祉施設の施設サービス費は、全体的に減額され、特に要介護度1や2の減額率が高く設定された。
- (14) 介護老人保健施設においては、入所者の介護度の改善と在宅復帰を進める観点から、個別的なりハビリテーション計画に基づくリハビリテーションを評価したが、全体的に減額された。
- (15) 介護療養型医療施設では、長期にわたる療養の必要性が高く、要介護度の高い者の入院を評価することとし、療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ)(看護配置6:1/介護配置4:1の場合)では要介護1と2の減額率が高く、要介護4と5については、従来よりも高い介護報酬となった。
- (16) 介護療養型医療施設では、介護保険適用病床と医療保険適用病床の機能分化を図るとともに、介護保険と医療保険制度の狭間で患者の受け入れ先がなくなることを防ぐために、要介護4または5で、常時頻回の喀痰吸引を実施している状態など常時医師による医学的管理が必要な状態にあるものに対して、療養上の適切な処置と医学的管理を行った場合に重度療養管理が新設された。
- (17) 同じく介護療養型医療施設では、集団的なりハビリテーションだけではなく、個別的なりハビリテーションを行っている場合に加算されるようになった。また、病棟等でADLの自立等を目的としたリハビリテーションを行った場合にはADL加算が新設された。
- (18) 施設入所(入院)者の在宅復帰を促進するものとして、退所(退院)前連携加算が新設された。

以上が、今回の介護報酬改定の主要な部分である。明らかに在宅シフトの方向性が打ち出されているが、このような介護報酬改定に対して、現場である介護保険施設はどのような状況把握を行い、どのように考えているかを明らかにする必要がある。介護報酬改定は次の3年目を目指して、平成15年4月から動き始めているのである。そのような点を明らかにするために、本研究では、介護報酬改定に伴う意識調査を実施することとした。

2 調査の目的

介護保険制度の創設から3年目を迎え介護報酬等の改正が行われる介護保険施設の経営意識、介護報酬改正等による変化を把握するとともに、改正後の介護保険施設の動向を考察することを目的とした。

3 調査の方法

埼玉県老人福祉施設協議会、埼玉県老人保健施設協会、埼玉県介護療養型医療施設研究会の協力を得て、埼玉県下の介護保険施設（介護老人福祉施設 169 施設、介護老人保健施設 89 施設、介護療養型医療施設 42 施設）総数 300 に対して、調査票を郵送記入方式によって調査を実施し、回答を得た。有効回答数は 98 であった（回答率 32.7%）。ただし、2 調査票については、返送が期日を大幅に遅れたため、単純集計には含めていない。

調査票は、大きく介護報酬改正に関わる設問と経営意識に関する設問とで構成されている。

4 調査の結果 I - 単純集計 -

(1) 種別

回答施設の種別内訳は、介護福祉施設 58 施設 (60.4%)、介護保健施設 29 施設 (30.2%)、介護療養型医療施設 9 施設 (9.4%) であった。

表1-1 施設種別

	度数	有効パーセント
介護福祉施設	58	60.4
介護保健施設	29	30.2
介護療養型医療施設	9	9.4
合計	96	100.0

(2) 経営主体

経営主体は、66 施設 (68.8%) と7割近くが社会福祉法人であった。医療法人は介護保健施設と介護療養型医療施設であるが 25 施設 (26.0%) であった。

表1-2 経営主体

	度数	有効パーセント
社会福祉法人	66	68.8
地方公共団体・一部事務組合(公立)	2	2.1
医療法人	25	26.0
その他法人	3	3.1
合計	96	100.0

(3) 開設年数

開設年数は、「0～5年」が一番多く37施設(38.5%)、次いで「6～10年」の26施設(27.1%)であった。介護保険制度前後にできた施設が多かった。

表1-3 開設年数

	度数	有効パーセント
0～5年	37	38.5
6～10年	26	27.1
11～15年	13	13.5
16～20年	5	5.2
21～25年	7	7.3
26年以上	8	8.3
合計	96	100.0

(4) 併設施設

併設施設の有無については、居宅指定支援事業者が一番多く72施設(75.0%)、次いで入所生活介護62施設(64.6%)、通所介護58施設(60.4%)の順であった。その他はケアハウスや養護老人ホーム等であった。

表1-4 併設施設ありの状況

	あり	併設率
介護老人福祉施設	16	16.7
介護老人保健施設	6	6.3
介護療養型医療施設	6	6.3
指定居宅サービス事業者(訪問介護)	35	36.5
指定居宅サービス事業者(訪問看護)	18	18.8
指定居宅サービス事業者(訪問入浴介護)	3	3.1
指定居宅サービス事業者(訪問リハビリテーション)	7	7.3
指定居宅サービス事業者(居宅療養管理指導)	6	6.3
指定居宅サービス事業者(通所介護)	58	60.4
指定居宅サービス事業者(通所リハビリテーション)	31	32.3
指定居宅サービス事業者(福祉用具貸与)	5	5.2
指定居宅サービス事業者(短期入所生活介護)	62	64.6
指定居宅サービス事業者(短期入所療養介護)	30	31.3
指定居宅サービス事業者(痴呆対応型共同生活介護)	4	4.2
指定居宅サービス事業者(特定施設入所者生活介護)	2	2.1
指定居宅支援事業者(在宅介護支援センター等)	72	75.0
その他	8	8.3

(5) 人員配置

人員配置は、介護老人福祉施設が多かったので、「介護福祉施設3:1」が57施設(60.6%)と多かった。次いで介護保健施設の「介護保健施設3:1」が27施設(28.7%)であった。