

7. ケアプラン作成の際に、どのような種類のサービスをどのくらいの量ケアプランに組み込むかをどうやって決めていますか？
 - a. ガイドラインを使っていますか？講習会で得た知識？今までの経験？
 - b. 利用者やその家族がサービスを選び決める際に、どのような支援をしますか？利用できるサービス量によって、あなたの介護支援専門員としての役割が変わってきたり、制約されたりすることはありますか？もしあれば、どのように？
8. 利用者の状態が悪化した場合の入院先の確保、介護施設の入所先の確保は容易ですか？また、ショートステイ先の確保は容易ですか？
9. 利用者のニーズを理解し、尊重しようとするとき、何が妨げになりますか？また何が手助けになりますか？
10. 【主治医との連携】利用者のケアに関して、どのくらいの頻度で主治医と連絡をとりますか？
 - a. 利用者のケアに関して、定期的に主治医に伝え、逆に主治医から連絡を受け取る情報がありますか？
 - b. 主治医に連絡をとろうとするのは、どのようなときですか？
 - c. 逆に主治医があなたに連絡をとろうとするのは、どのようなときですか？
11. 【退院時計画作成者との連携】利用者のケアに関して、どのくらいの頻度で病院の退院時計画作成者と連絡をとりますか？
 - a. 病院の退院時計画作成者は、どのような手助けを必要としていると思いますか？病院の退院時計画作成者と、どのような情報交換をしますか？
12. 利用者のニーズが、ご自分の専門以外の分野であると判断した場合、どうされますか？
13. 現在の介護保険制度下で利用できるサービスでは、利用者のニーズを満たすことができないと感じたことはありますか？もしあれば、それはときにはどうしますか？
14. あなたの担当の利用者の状態が変化し、他の介護支援専門員に紹介する方が現在のニーズをより満たし得るの判断したとき、他の介護支援専門員に紹介しますか？
15. 担当の利用者が入院したときにどうやって入院したことを知りますか？病院から連絡がきますか？家族から？
16. 介護保険導入後、介護サービスはどのように変わったと思いますか？
17. 介護支援専門員としての仕事に満足していますか？（例：給料、外部からの圧力、仕事負担、ストレスなど） また、介護支援専門員としての裁量の範囲（自由度）はどのくらいありますか？
18. 何が変われば、あなたの今の仕事に対する満足度が上がると思いますか？
19. 仕事の効率が改善する余地はあると思いますか？

(2) 介護サービス利用者

1. どなたかと同居されていますか？（もし一人暮らしならば、近くに家族が住んでいるかを聞く）
2. ここに住んで何年くらいですか？
3. 最近の健康状態についてお伺いします
 - a. 最近、健康状態が変わったことがありましたか？例えば、持病が悪化したなど。
 - b. 最近、入院しましたか？何のための入院でしたか？
4. 日常生活のことについてお伺いします。
 - a. どうやって_____を行っていますか？その際、何かお困りのことがありますか？
例えば、一人で行うのが難しい、痛みなどでできない、一人で行うのが怖い、長時間かかるなど。
 - b. _____を行うのに、誰かの介護を受けていますか？ 誰が介護してくれていますか？どのくらいの頻度で介護を受けていますか？
 - c. 必要なときに介護を受けることに関して、何か困ったことや心配ことがありますか？

	介護の必要性を感じる。その理由。	介護を受けている。誰から。どのくらいの頻度で。	介護を受ける時の心配・困難。
身体介護（衣服の着脱、寝起き、入浴）			
家事援助（料理、買い物、掃除、洗濯）			
あなたにとって特別なこと（例：植木やペットの世話）			
孤独感・退屈感に対応すること			
病院・医院への移動手段の手配			
医療以外の目的で外出するときの移動手段の手配（例：教会へ行く）			
自宅改造（例：浴室に手すりをつける）、歩行器などの手配			
精神・心理面での支援			
医学的管理（例：服薬の管理）			
介護者の負担の軽減（ショートステイなどを考慮）			

5. あなたが介護を受けている_____は、介護保険で支払われていますか？

6. 担当の介護支援専門員*についてお聞きします。（*役場の〇〇さん、在宅介護支援センターの保健師さん、など聞き方を工夫する）
- どうやって介護支援専門員を選びましたか？
 - 名前をご存知ですか？
 - 必要なときにどうやって介護支援専門員に連絡するかご存知ですか？
 - 介護支援専門員は、あなたが必要なサービスについて話そうとしたときに、あなたの意見や気持ちを聞いてくれましたか？
7. サービスを受け始めたころ、特に問題なくサービスが開始されましたか？
8. 介護保険のサービス以外のサービスを受けることは考えたことがありますか？介護保険のサービス以外のサービスを受けようとするときに、何が妨げになりますか？
9. サービスを受けていて、どうですか？ 信頼できますか？ 丁寧な対応ですか？ あなたが頼んだことをきちんとしてくれますか？
10. 介護保険の（一割の）利用者負担についてどう思いますか？ 受けているサービスは、利用者負担に見合うと思いますか？ もし、利用者負担がもっと少なかったら介護サービスをもっと利用すると思いますか？
- 医療保険の負担についてどう思いますか？（金額は？ 円） 医療保険の利用時負担のためにも、介護保険の利用を制限していますか？
11. 介護サービスを受けた際、とてもよかったこと、もしくはとても嫌な思いをしたことがありますか？
12. 介護保険で、十分なサービスが受けられていると思いますか？もし不十分なら、どんなサービスをどのくらい受けたいと思いますか？
13. 介護をされているご家族はいかがお過ごしですか？ 家族の介護疲れに対して介護支援専門員がきちんと対処していると思いますか？
14. あなたの主治医に、介護支援専門員のことを話したことがありますか？また、あなたの主治医が介護支援専門員のことを聞いたことがありますか？
15. 最期の質問です。介護保険から受けているサービスの質を全体として評価すると（例えば、5段階評価など）どのように評価されますか？ 何がうまく行っていて、何がうまく行っていないですか？

(3) 退院時計画作成者

1. 職種は何ですか？
2. どのくらいの期間、退院時計画作成に関わっていますか？ 兼業の場合、退院時計画作成にかかる時間配分は、全業務時間の何%くらいですか？
3. 退院時計画作成の際、具体的にはどのようなことをされていますか？（例：入院してどのくらいで退院時計画をはじめますか？ 誰が計画作成に関わりますか？）
また、関わるべき患者をどのように選んでいますか？ それは退院する患者のどの程度の割合ですか？
4. 退院後の行き先として、在宅を選ぶか、施設を選ぶかはどうやって決めますか？
5. あなたが担当になった患者さんが介護保険を受けているかどうか、担当の介護支援専門員がいるかどうか、ご存知ですか？
6. もしまだ介護保険を受けていないなら、給付を受ける手続きを手助けしますか？ どのようにしますか？
7. 患者さんが入院する前に居宅サービスを受けていた場合、そのケアプランをご覧になりましたか？
8. 介護保険のサービスのうち、どのようなサービスが早期退院に結びつくと思いますか？
9. 介護支援専門員との連携はどうですか？ どのようにしていますか？（病院に来てもらう、電話など） 何回くらい？
10. よく連絡をとる介護支援専門員がいますか？ 退院直後のケアを専門にしている介護支援専門員はいますか？
11. 何が早期退院を妨げていると思いますか？
12. 施設への入所待ちは多いですか？ また、それにどう対応していますか？

1. 3 アメリカにおける Social HMO

1.3.1 はじめに

介護の社会化をめざして、2000年4月に介護保険が施行されてから、在宅サービスへのアクセスは大きく改善した。しかし、改善すべき課題も表面化しており、まず医療と介護の連携強化の要として導入されたケアマネジャーが、事務作業に追われ、本来のケアマネジメント業務が行えていない点があげられる。2つめに、施設サービスは待機者待ちの状態が悪化したことがある。そして、3つめとして、現実に提供されている介護サービスが、どの程度、患者の多角的なニーズ（医療面、社会面、介護者支援、財政面・法的側面、終末期へのサポート）を満たしたものになっているか、評価がなされていないことがあげられる。

アメリカでは Medicare の対象者に在宅介護サービスを給付する Social Health Maintenance Organization (Social HMO) が 1985 年からモデル事業として開始され、1996 年には医療とより統合された形態に改められた。Social HMO の研究において中心的な役割を果たしてきたのが、Brandeis 大学の Schneider Institute for Health Policy である。本研究は、介護ニーズの適切な対応方法や医療と介護の連携強化に関する政策提言を行うための Brandeis 大学との共同研究である。

本章では、まず、Social HMO のモデル事業が生まれた背景とその歴史をふまえてどのようなモデルであるかを説明し、次に Social HMO におけるサービスを詳しく述べ、さらに Social HMO からの教訓について述べる。最後に、Medicare から Social HMO への支払方法について説明する。

1.3.2 Social Health Maintenance Organization (Social HMO) とは

Social Health Maintenance Organization (Social HMO) は、Medicare¹の対象者に在宅介護サービスを給付するモデル事業として1984年のDEFRA (Deficit Reduction Act) で議会から承認された。1985年から実際のサービス提供を開始し、1996年には医療とより統合された形態に改められた。

Social HMO モデル事業の特徴は、同事業を選択し、給付条件に該当する全ての Medicare 受給者に対して、プライマリーケア・急性期医療・長期ケア（介護）の統合モデルの構築をめざすところにある。すなわち、身体・認知機能障害の基準に該当すれば、Medicare が法定給付するサービス（医療サービス）の範囲を拡大した“expanded care”（介護サービスを中心として、予防医学的ケアや精神心理面でのサポートを含めた総合的ケア：以下、介護サービスと略する）が提供される。その目的は、身体能力の低下を予防し、在宅で独立して過ごせる期間を延ばすことにある。ケアの統合のカギを握るのは、ケアマネジメントである。

Social HMO は、アメリカ議会及び Medicare を管轄する HCFA/CMS (Health Care Financing Administration /2001年より Center for Medicare and Medicaid Services に名称変更) の観点からは、いくつかある長期ケアモデル事業（ナーシングホームの代替プログラム）の一つである。これらの事業の目的は、コストのかかるナーシングホームへの入所を予防、もしくは可能な限り先に延ばすことにある。Medicare の給付は、急性期ケアは病院、亜急性期ケアに限られているので、長期ケアは管轄外である。だが、亜急性期のケアのためにナーシングホームに入所している患者を無理やり在宅に帰して、病院に再入院すると Medicare としてはコストがかかるので、適切な亜急性期ケアを提供することによるコスト削減が課題となる。この点において、Social HMO はあくまでも医療の延長上に介護サービスをとらえるモデルである。

他の長期ケアモデル事業との違いは、Program for All inclusive Care for the Elderly (PACE)などが、特定の患者層（ナーシングホーム認定基準を満たした患者で Medicaid²受給者）を対象とするのに対して、Social HMO は身体・認知機能能力に障害のあるすべての高齢者を対象にする。提供するケアの種類としては、PACE は、デイケアセンター中心なのに対して、Social HMO は広範囲のケアを提供する。医療と介護サービスの統合の観点からは、連携強化（ゆるやかな統合）をめざし、患者の選択の幅を最大限に尊重しようとするモデルである。Social HMO のモデル事業には4つの事業体が参加しているが、この報告書では、そのうちの Kaiser Permanente³の Senior Advantage II に焦点をあてて、詳細を報告する。

¹ 政府が管掌する公的医療保険。65歳以上の高齢者と一部障害者を対象とする公的医療保険。

² 低所得者層を対象にした、連邦政府・州政府による医療扶助プログラムで、州政府が運営する。

³ アメリカで最大級の規模を誇る HMO (Health Maintenance Organization) で、西海岸を中心に展開している。

1.3.3 Medicare (メディケア)

(1) Medicare とは

政府が管掌する公的医療保険で、65歳以上の高齢者と一部障害者を対象とする。入院医療費を給付する Part A と、外来医療費（但し、現在は薬剤費は給付対象外）と医師への報酬などを給付する Part B からなる。Part A は強制加入、Part B は任意加入であるが、ほとんどの高齢者は加入している。通常、Medicare では受診する医療機関に対する制限はなく、医師への支払は出来高払いであり、病院に対する支払は DRG-PPS による件数払いである。

(2) Medicare + Choice (マネジドケア型保険)

政府が管掌する公的医療保険で、65歳以上の高齢者と一部障害者を対象とする。入院医療費を給付する Part A と、外来医療費（但し、現在は薬剤費は給付対象外）と医師への報酬などを給付する Part B からなる。Part A は強制加入、Part B は任意加入であるが、ほとんどの高齢者は加入している。通常、Medicare では受診する医療機関に対する制限はなく、医師への支払は出来高払いであり、病院に対する支払は DRG-PPS による件数払いである。

(3) Social HMO と Medicare + Choice の違い

Medicare+Choice (M+C) に、“Social services” (介護サービス) を追加したものが、Social HMO である。この報告書では、Kaiser Permanente の Social HMO プランである Senior Advantage II に焦点をあてているので、同じ Kaiser Permanente の M+C プランである Senior Advantage と比較してみる。以下の表Ⅲ-1 に、①通常の Medicare、②M+C plan (Kaiser Permanente, Senior Advantage plan)、③Social HMO (Kaiser Permanente, Senior Advantage II) の違いを、給付と負担に関して比較して示す。②Senior Advantage よりも、③Senior Advantage II の方が、薬剤給付が充実しており、それが介護サービスの給付よりも、Social HMO の保険商品としての価値を高めている (Social HMO においては薬剤給付が当初から義務付けられている)。なお、(2)および(3)に加入するためには、Medicare A、B にともに加入している必要がある。

表Ⅲ－１ 負担と給付の比較

	①通常の Medicare	②Kaiser Permanente Senior Advantage	③Kaiser Permanente Senior Advantage II
保険料	Medicare Part B の保険料として毎月\$58.70	同左 追加保険料毎月\$104	同左 追加保険料毎月\$215
入院治療（急性期治療）	Medicare 患者を受け入れる病院などどこでもよい。自己負担は、1 日目に免責額として\$840、2-60 日は無料、61-90 日は、1 日につき\$210、91-150 日は1 日につき\$420	保険者のネットワーク内の病院に行かなければならない。患者の自己負担は、1 回の入院につき、\$200	保険者のネットワーク内の病院に行かなければならない。患者の自己負担は、1 回の入院につき、\$200
ナーシングホーム（亜急性期医療のみ）	各給付期間* 100 日まで。先行する（最低3 日間の）入院が必要。自己負担は、1 -20 日は無料、21-100 日は1 日につき\$105	各給付期間 100 日まで。先行する入院は必要なし。患者の自己負担なし。	各給付期間 100 日まで。先行する入院は必要なし。患者の自己負担なし。
外来	毎回 20%の自己負担	毎回\$15 の自己負担	毎回\$15 の自己負担
救急	毎回 20%の自己負担	毎回\$50 の自己負担	毎回\$50 の自己負担
医療器具（車椅子、自宅酸素療法）	免責額として毎年\$100、その後かかった費用の 20%を自己負担	かかった費用の 20%の自己負担	かかった費用の 20%の自己負担
処方箋の必要な薬	全額自己負担	免責額として毎年\$250、その後かかった費用の 70%を自己負担	generic 薬(\$10)、ブランド薬(\$25) (30 日毎の自己負担額)
乳癌健診	20%の自己負担	無料	無料
大腸・直腸癌検診	20%の自己負担	\$0-50 の自己負担	\$0-50 の自己負担
眼鏡	全額自己負担	無料(2 年に一度)	無料(2 年に一度)
補聴器	全額自己負担	全額自己負担	無料(3 年に一度)
介護サービス	給付なし	給付なし	在宅身体介護、家事援助、デイケア、respite care、短期の施設ケア、病院・医院への移動、緊急時アラーム、宅配食事サービス、医療器具等、

* 退院後 60 日までを 1 給付期間とする。これを越えると、新たな「給付期間」となる。

(資料) Senior Advantage、Senior Advantage II

1.3.4 Social HMO におけるサービス

(1) サービス概要

SHMO が提供するサービスには大別して3種類あり、(1) “Expanded care” (介護サービス)、(2) Medicare-covered medical service (Medicare 給付の医療)、(3) HMO ancillary service (HMO としての付加的給付：処方箋の必要な薬、予防医学的サービス) がある (表Ⅲ-2)。“Expanded care” (介護サービス) はさらに、(a) 在宅ケア、(b) 施設ケア、(c) ケアマネジメントの3種類に分類することができる。

表Ⅲ-2 Social HMO におけるサービス

“Expanded care” (介護サービス)	在宅ケア	身体介護、家事援助、病院・診療所への移動、デイケア、服薬管理、食事の宅配など
	施設ケア	Medicare が給付しない分の短期施設ケア(ナーシングホーム、老人ホームなどにおけるショートステイ)
	ケアマネジメント	スクリーニング、医療機関への紹介、包括的なアセスメント・ケアプラン作成、ケアの統合、終末期医療への対応
Medicare-covered medical service (Medicare 給付の医療)		入院治療(病院、亜急性期ナーシングホーム)、在宅治療(訪問看護、理学療法、作業療法、ホスピスケア)
HMO ancillary service (HMO としての付加的給付：処方箋の必要な薬、予防医学的サービス)		薬剤、予防医学的サービス、眼鏡、補聴器など

表Ⅲ-3 Expanded care (介護サービス) の給付内容

給付されるサービス	在宅身体介護、家事援助、デイケア、ショートステイ、短期の施設ケア、病院・医院への移動、緊急時アラーム、宅配食事サービス、医療器具等
給付上限	年間 \$12,000 まで(1ヶ月\$1,000 まで)
ケアマネジメント	無料
在宅ケア	1ヶ月\$1,000 まで(Kaiser Permanente は月\$800 まで支払う。サービス受給者の自己負担は\$200 が上限)
施設ケア(ナーシングホーム・老人ホームにおけるショートステイ)	Medicare が給付しない分のナーシングホーム・老人ホームにおけるショートステイ。Kaiser Permanente は1回のエピソード(各給付期間)で14日間まで、かかった費用の80%を支払う。サービス受給者が残りの20%を自己負担

(2) Expanded care (介護サービス) 利用状況

Kaiser Permanente, Senior Advantage II の 2002 年分のサービス内容を表Ⅲ-4 に示す。年間平均加入者数は 4,316 人、1,354 人が NHC を満たし、918 人が Expanded care service (介護サービス) を利用した。

表Ⅲ-4 介護サービス利用状況の詳細

Routine services (サービス内容)	No of units (延べ件数)	No of patients (利用者 実人数)	% of total patients (利用者人数 全体に占める%)	Total cost for 2002 (2000 年度の 年間総コスト)	% of total cost (総コストに 占める%)	Cost per unit (1 件当た りの単価)	Cost per patient (一人あた りのコスト)
Personal care 身体介護(衣服の着脱、寝起き、入浴)	77,340	544	59.3 %	\$ 1,453,332	43.9 %	\$19 / hour	\$2,672
Medication management 服薬の管理	196	6	0.7 %	\$ 6,144	0.2 %	\$31 / case	\$1,024
Shift care for 8 to 12 hours overnight 連続ケア(夜間)	66	11	1.2 %	\$ 7,326	0.2 %	\$111 / shift	\$666
Shift care for 24 hour live-in 連続ケア(終日)	435	25	2.7 %	\$ 77,400	2.3 %	\$180 / shift	\$3,096
Homemaker 家事援助(料理、買い物、掃除、洗濯)	44,500	446	48.6 %	\$ 671,400	20.3 %	\$15 / hour	\$1,505
Nursing visit 訪問看護	821	66	7.2 %	\$ 48,720	1.5 %	\$60 / visit	\$738
Day care デイケア	2,205	36	3.9 %	\$ 116,781	3.5 %	\$53 / day	\$3,244
Wheelchair or taxi transportation 病院・診療所へのタクシーでの移動	985	83	9.0 %	\$ 19,280	0.6 %	\$20/one-way trip	\$232
Medical car by radio assist 病院・診療所への医療車での移動	466	60	6.5 %	\$ 10,252	0.3 %	\$22/one-way trip	\$171
Wheelchair van by Metro West 車椅子専用車による移動	1,193	199	21.7 %	\$ 38,176	1.2 %	\$32/one-way trip	\$192
Member reimbursement * 現金での償還	832	-	-	\$ 289,126	8.7 %	-	-
Electronic monitor install 電動モニター初期設定(緊急通報装置、遠隔モニターなど)	156	154	16.8 %	\$ 9,360	0.3 %	\$60 / case	\$60
Electronic monitor (monthly) 電動モニター(1ヶ月使用料)	3,962	461	50.2%	\$ 138,540	4.2 %	\$35 / case	\$300
Equipment purchase 介護補助具購入	657	327	35.6 %	\$ 60,733	1.8 %	\$92/ case	\$186
Equipment rental 介護補助具レンタル(1ヶ月使用料)	96	22	2.4 %	\$ 2,721	0.1 %	\$28/ month	\$124
Intermediate care facility (養護ホーム)短期入所	2,266	194	21.1 %	\$ 260,590	7.9 %	\$115/day	\$1,343
Out of home in a RCF ** (老人ホーム)短期入所	400	16	1.7 %	\$ 44,676	1.4 %	\$112 /day	\$2,792
Others その他	-	-	-	\$ 53,771	1.6 %	-	-
Total 合計	-	918	100.0 %	\$ 3,308,329	100.0 %	-	-

* 様々なサービスごとに現金給付の範囲が決まっています、自己負担したサービスの一部が保険から支払われる

** RCF: residential care facility (assisted living, foster house)

(3) Medicare-covered medical service (医療サービス：急性期、亜急性期) における在宅ケアにおける利用件数

Kaiser Permanente, Senior Advantage II における 2002 年の Medicare が給付する在宅医療サービス⁴ の利用件数を表Ⅲ-5 に示す。単位は人口 1000 人あたりのサービス件数。

表Ⅲ-5 Medicare が給付する在宅ケアの利用件数

	1998	2000	2002
訪問看護	681	725	391
理学療法	348	439	348
作業療法	55	106	93
言語療法	31	46	37
ソーシャルワーク	22	34	22
ヘルパー	103	143	114
ホスピス	700	941	1291

⁴ Medicare は、在宅ケアにおいても、急性期・亜急性期のみを給付し、慢性期の在宅ケアを給付しない。

(4) Social HMO におけるケアマネジメント

日本では要介護度の認定と、ケアプランの作成・サービスのコーディネート・モニタリングに分かれ、後者を一般にケアマネジメントと呼んでいる。しかし、Social HMO では、加入者の中からケアの必要な人のスクリーニングし、ケアプランの作成、ケアの提供、医療を含めたサービスの調整、終末期ケアの支援までを含めて、広範な業務が含まれる。もともと医療保険における給付の拡大であるので、特に医療と関わりが多いこと、および認定業務までも行っていることが日本との相違である。

表Ⅲ-6 Social HMO におけるケアマネジメント

Population screening (ルーチンとしてのスクリーニング)	Social HMO に加入した時点で、その後は定期的に自己申告の Self-report Health Status Form を使ってスクリーニングする。医療面、心理・行動面、社会面、身体能力面において、リスクを持つ患者を同定する。
Clinical screening (医療の場でのスクリーニング)	医療従事者が、様々な場(プライマリーケア、専門医療、在宅医療、介護施設、救急医療、さらに終末期医療)で、リスクを持つ患者を同定できるように、スクリーニングのためのツールを準備。例えば、退院時などに、重点的にフォローする必要な患者を同定。
Referral (紹介)	リスクを持つと同定された患者を、プライマリーケア医、専門医、ケアマネジャーに紹介する。
Comprehensive assessment and planning (包括的なアセスメント+ケアプラン作成)	担当のケアマネジャーが決まり、必要に応じて包括的アセスメントを行ない、医療・介護の必要性を判断し、患者の意向を聞いた上で、ケアプランをたてる。
Integration of care (ケアの統合)	ケアマネジャーと急性期・慢性期医療提供者及び介護提供者が、患者の医療情報を共有し、要介護者に特有なニーズ(例えば、プライマリーケア、介護、患者教育)を把握し、各提供者が必要な部分のケアを提供する。退院時計画作成者などを上手に利用して、医療と介護の間をつなぐ。
End-of-life coordination (終末期医療への対応)	従来のホスピスカアに比べて、より長期間 ⁵ 、より広範囲の症状に対して、家族介護者へのサポートを含めたサービスを提供。

⁵ Medicare は余命 6 ヶ月という診断がつかなければ給付されない。

(5) Expanded care (介護サービス) の給付基準

Expanded care (介護サービス) を受けるには、Nursing Home Certifiability Criteria (ナーシングホーム認定基準) を満たす必要があり、Social HMO に加入し、\$ 215 を追加的に払っていても、基準を満たさなければ、給付を受けられない。基準を満たしているかどうかの判断は、ケアマネジャーが各患者の家を訪問して行う。表Ⅲ-7の項目の少なくとも一つを満たす必要がある。

表Ⅲ-7：ナーシングホーム認定基準

項目	基準
Mobility (移動)	他人の介助なしには家の中で動けない
Cognitive functioning (認知能力)	自分ひとりでは日常生活上の判断が適切にできず、他人による保護・観察が必要
Toileting (排泄)	排泄に他人の介助が必要
Bowel/bladder control (排便排尿管理)	尿カテーテルやストーマの管理で他人の介助が必要
Medication & prescribed procedure (服薬/処置の管理)	毎日他人の介助が必要
Feeding (食事)	普通の食事、経管栄養、経静脈栄養において、他人の介助が必要
Danger to self or others (暴力性)	攻撃的・暴力的で特別の配慮が必要
Maintaining bodily functions (寝たきり度)	寝たきりで常に誰かの介助が必要(体位交換など)

ナーシングホーム認定基準は、あまり細かく規定されておらず、3ヶ月ごとに基準を満たしているかどうか評価し直すことになっている。Medicareを管轄するCMSの観点からいうと、アメリカのナーシングホームはあくまで医療の延長で亜急性期の部分に重点がおかれている。つまり、必ずしもdisabilityが固定化してしまっているわけではない可逆的な症状を対象にしているため、細かな基準を設けてもあまり意味がないために、3ヶ月ごとに評価しなおすことになっている。ナーシングホーム認定基準は、各州が設定しているナーシングホーム入所の適応基準⁶とほぼ同じと考えてよい。ただし、実際にナーシングホームに入った患者特性と、介護サービスを受けている患者特性を比べると、結果的には、ナーシングホームに入った患者の方がより虚弱である。

なお、ナーシングホーム認定基準は、明確な客観的指標があるわけではなく、「裁量の余地」がある。また、誰がお金を払うかで違う。全額自己負担の場合は、受け入れるかどうかは各ナーシングホーム次第である。Medicaidの対象になる場合、各州が独自に定めるナーシングホーム認定基準を満たす必要があるが、行政による裁量の余地がある。ナーシングホームの基準を満たしているかどうかを判断するのは州政府の職員ではなく、病院やナーシングホー

⁶ ナーシングホーム入所の適応基準は、州によっても違うし、年々変化する。

ムのソーシャルワーカーがアセスメントしてそれを州に報告するという形をとる州が多い。マサチューセッツ州の場合は、「3つのADLで介助が必要でかつ薬剤管理などが必要な場合」が基本的基準だが、ケースバイケースで判断し、家族介護者のいない患者は家に帰すわけにいかない等の理由で、入所を認めることもある（州の監察官からの私信）。又、ナーシングホーム側のマーケティングの観点からは、「病院からのプレッシャー」もあり、Medicareが払ってくれる患者はとりたい。しかし一方で、いったんMedicareの患者をとってしまうと（Medicareが払うのは亜急性期のみなので）、全額自己負担の時期が無く、そのままMedicaidになるとその格段に低い料金が適用されるためナーシングホームとしては困る。それでも患者を獲得するために病院との関係を大事にする必要あり、とりあえず受け入れるケースが多い。

Kaiser Permanente, Senior Advantage II の場合、2002年の年間平均加入者数は4,316人である、そのうち1,354人がナーシングホーム認定基準を満たし、918人が介護サービスを利用した（表Ⅲ-8）。NHの入所基準は、メディケア受給者の5-7%が満たすとされ、それに比べると、Social HMO加入者が、介護必要度の高い集団であることがわかる。HCFA's 1998 Health Outcome Surveyの結果（表Ⅲ-9）でも、1) 80才以上の高齢者の割合が多い、2) 身体能力低下例が多い、ことがわかる。

表Ⅲ-8 Social HMO の加入者数、サービス利用者数

	1-3月	4-6月	7-9月	10-12月	年平均
Social HMO 加入者	4234	4302	4360	4367	4316
ナーシングホーム認定基準を満たす患者	1340	1375	1352	1349	1354
介護サービスを実際受けている患者	902	945	916	910	918
ケアマネジメントだけを受けている患者	675	659	601	605	635
上記2者の合計	1577	1604	1517	1515	1553
プラン加入者人数全体に対するナーシングホーム認定基準を満たす患者の割合	32%	32%	31%	31%	31%
プラン加入者人数全体に対する介護サービスを受けている患者の割合	21%	22%	21%	21%	21%
ナーシングホーム認定基準を満たす人数全体に対する、実際に介護サービスを受けている患者の割合	67%	69%	68%	67%	68%
ナーシングホーム認定基準を満たす人数全体に対する、介護サービスを受けていない患者の割合	33%	31%	32%	33%	32%

表Ⅲ－9：HCFA's 1998 Health Outcome Survey の結果

	KP-SAll	オレゴン州の M+C の平均
加入者の特性		
• 75-79 才の割合	21%	23%
• 80 才以上の割合	46%	28%
• 健康状態があまり良くない、もしくは、良くないと答えた割合	38%	28%
• 1年前と比べた健康状態が悪化したと答えた割合	28%	21%
• ADL:歩行困難	47	37
• ADL:入浴困難	24	15
• ADL:着衣困難	18	12
SF-36 physical summary score (95%CI)	37.2-38.6	39.5-40.9
SF-36 mental summary score (95%CI)	51.4-52.2	52.5-53.4

(6) Expanded care (介護サービス) 未利用者について

表Ⅲ－10 に、ナーシングホーム認定基準を満たす加入者のうち、3分の1程度は実際に介護サービスを受けていない理由を示す。最もよく見られる理由は、家族介護者がいることであり、その次に、Medicare 在宅医療サービス⁷によりすでにニーズが満たされていることがあげられる。その他の理由としては、ホームヘルパーの問題（ヘルパーとあわない、過去に来たヘルパーで嫌な思いをした、ヘルパーが信頼できない、ヘルパーと話す言語が異なる、他人に家の中に入ってほしくない、ヘルパーの来る時間に合わせて予定を調整することに負担感を感じる）、コストの問題（Medicaid の受給の対象になるほどではない程度の低所得者にとっては自己負担額に対する負担感が大きい）、病院や診療所への移動サービスにおける不満（運転手が短い距離のサービスを嫌がったり、要介護者の介助に不慣れであったり、余分な金額を要求したり）、デイケアセンターの問題（重症の痴呆患者を受け入れるだけのスタッフや設備が整っていなかったり、逆に整っているところは金額が高すぎて時々しか利用できない）などがある。

⁷ Medicare にさえ加入していれば、誰でも受給できるサービスである。コストは Kaiser's Medicare benefits の一部に計上され、Social HMO のコストには計上れない。

表Ⅲ－10 ナーシングホーム認定基準を満たしながら
実際に介護サービスを受けていない理由

	1-3月	4-6月	7-9月	10-12月	年平均
ナーシングホーム認定基準を満たす者	1340	1375	1352	1349	1354
ナーシングホーム認定基準を満たしながら、 介護サービスを受けていない者	438 (33%)	430 (31%)	436 (32%)	439 (32%)	436 (32%)
理由					
家族介護者がいる	167 (38%)	163 (38%)	155 (36%)	148 (34%)	158 (36%)
Medicare が給付する在宅ケアで介 護ニーズが満たされている	27 (6%)	25 (6%)	25 (6%)	26 (6%)	26 (6%)
その他	230 (56%)	234 (56%)	233 (59%)	241 (60%)	235 (58%)

1.3.5 Social HMO からの教訓

介護ニーズの適切な対応方法や医療と介護の連携強化に関する Social HMO からの教訓として、(1)介護ニーズのスクリーニングの重要性、(2)サービス内容・給付内容の多様性、(3)医療診療記録（カルテ）にも介護ニーズを記載することの重要性、(4)患者の特性（社会的状況なども含めた個別の状態）に合わせたケアマネジメントの重要性、がある。

(1) 介護ニーズのスクリーニングの重要性

スクリーニングするによって、介護、医療の両方にとって、提供するサービスの質を改善し、連絡をスムーズにできる。コスト削減が期待できるのは、Medicare が支払う急性期医療のコストであり、介護サービスのコストが直接削減できるかどうかはわからない。医療関係者（プライマリーケア、専門医、在宅医療、介護施設、救急医療、さらに終末期医療）に対する教育・研修が不可欠で、先行投資の必要性がある。

(2) サービス内容・給付内容の多様性

Social HMO における介護サービスでは、「早期退院を促し、再入院を予防するために、在宅ケアの充実が欠かせない」という理由から、ホームヘルパー、医療器具はもちろんのこと、病院・診療所への移動、緊急通報装置、住宅改造コストなども給付の対象になる。

(3) 医療診療記録（カルテ）にも介護ニーズについて記載することの重要性

ケアマネジメントの一環として、医師および看護師にとって必要な介護の情報を提供することが推奨されている。その際、職種によって必要とする情報は違うことに配慮し（例えば、医師は「患者が在宅ケアを受けているかどうか」という大まかな情報を必要とし、看護師は「在宅ケアの頻度、ADL はどうか、状態の変化はないかどうか」という具体的な情報を必要とする）、情報過多にならないように注意する。また、ケアプランと診療計画の連携・情報の共有が推奨されており、連絡票などの記録類についても共通のフォーマットを決めておくと思疎通が図りやすくなる。医療提供者と介護提供者が、ともに経験を積み、協力関係を築くまでには時間がかかることを自覚し、相互にできることとできないことの見極めが重要である。また、限界を感じたら他職種に紹介しあう柔軟性も必要である。

(4) 患者の特性(社会的状況なども含めて個別の状態)に合わせたケアマネジメントの重要性

限られた人的・時間的資源の中で効率よくケアマネジメントを行うには、各ケースの特性、つまり、患者の重症度、症状安定度、急変時対応の必要性、サービスの範囲、自己決定度(利用者自身がどの程度自分で決めることができるのか。自己決定度が大きければ、自分で調整できるので、統合の必要性は少なくて済む)等に応じて、関わり方を変える必要がある。例えば、軽症な患者(ホームヘルパーに身の回りの世話をしてもらっただけで十分な場合など)には、電話で連絡をとる。中程度のケアマネジメントが必要な患者(例えば、中程度の慢性心不全があり身体機能の面で介護が必要ではあるが、家族の介護がある程度期待できる場合)には、実際訪問するのは3ヶ月に1回程度でよく、訪問と訪問の間は電話で連絡をとる。毎月訪問が必要なのは、例えば、コントロール不良の糖尿病があり、身体機能の面で介護が必要で、家族の介護があまり期待できない場合などである。すべての該当者に対して、毎月の訪問を強制すると、必要のない人にもケアマネジメントの時間が割かれることになり、そこには無駄が生じていることになる。最も大事なことは、すべての人に、「常に連絡がとれる状態」を用意することで、医師、患者、在宅ケア業者を連携する“single point of contact”(ここに連絡すれば常に何らかの情報が得られる場所、連絡可能な電話窓口)の構築が有効である。その上で、本当に毎月訪問が必要な患者は誰なのかを見極める。また、利用者や家族介護者に対する教育、介護者へのサポートも必要である。

1.3.6 Medicare から Social HMO への支払方法

(1) 現在の支払い方法

一般の HMO には通常の出来高払いの Medicare の 95% が支払われているのに対して、Social HMO には、通常の出来高払いの Medicare に対する「一人当たり補正後平均費用」(AAPCC: adjusted average per capita cost) と同じ支払い率が適応されている。基本額は、Medicare+Choice (M+C) の 95% である(性別、年齢、施設ケアかどうかで違う)が、身体・認知機能に障害のある要介護高齢者に対して、障害度に応じてリスク調整された高い支払い率を適応している(表Ⅲ-11 の「Social HMO, ナーシングホーム認定基準を満たし在宅でケアを受ける」の項目(***)。その代わりに、表Ⅲ-11 に示されているように、「Social HMO 加入者のうち、ナーシングホーム認定基準を満たさない、非 Medicaid 受給者(**)」と「M+C 加入者のうち、非 Medicaid 受給者(*)」を比べると、各年齢・性別ごとに若干、(**) グループの方が低い。つまり、介護の必要のない Social HMO 加入者に対しては、M+C プラン加入者よりも低い支払い率が適応されている。言い換えると、要介護高齢者と介護の必要のない高齢者の保険料をプールすることにより、要介護高齢者に対して介護サービスを提供するための財源を確保している。この支払方法では、小規模プランや一人当たり補正後平均費用の低い地域では、プールする規模が小さいために、Social HMO としてプランを維持することは難しい。なお、Kaiser Permanente は、保険料の高い選択肢 (Social HMO=Senior Advantage II) と保険料の低い選択肢 (Senior Advantage = 通常の M+C) の間で、リスクプーリングして同じ財源の範囲で運営している。

表Ⅲ-11 性、年齢、施設ケアかどうかによるリスク調整率

			すべての高齢者	M+C 加入者	Social HMO 加入者	
			施設ケア	Medicaid 非受給者*	ナーシングホーム認定基準を満たさない、Medicaid 非受給者 (**)	ナーシングホーム認定基準を満たし在宅でケアを受ける (***)
Part A	男性	85+	2.25	1.35	1.14	2.88
		80-84	2.25	1.20	1.08	2.88
		75-79	2.25	1.05	0.98	2.88
		70-74	2.25	0.85	0.81	2.88
		65-69	1.75	0.65	0.61	2.88
Part A	女性	85+	2.10	1.20	0.91	2.88
		80-84	2.10	1.05	0.90	2.88
		75-79	2.10	0.85	0.76	2.88
		70-74	1.80	0.70	0.65	2.88
		65-69	1.45	0.55	0.51	2.88
Part B	男性	85+	1.95	1.15	0.97	2.49
		80-84	1.95	1.15	1.06	2.49
		75-79	1.95	1.10	1.05	2.49
		70-74	1.80	0.95	0.92	2.49
		65-69	1.60	0.80	0.77	2.49
Part B	女性	85+	1.65	1.00	0.87	1.79
		80-84	1.65	0.95	0.88	1.79
		75-79	1.65	0.95	0.91	1.79
		70-74	1.65	0.85	0.83	1.79
		65-69	1.50	0.70	0.68	1.79