

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 2017  
(国際長寿センター)

ドイツインタビュー

2017年8月23日

- ・ マールブルク市 BiP 相談センター 2  
高齢者計画部門担当 2  
ボランティアセンターリーダー 4  
マールブルク市長 21  
マールブルク＝ビーデンコプフ郡自己決定と世話協会代表 23  
マールブルク＝ビーデンコプフ郡アルツハイマー協会 26  
介護支援センター 住宅カウンセリングオフィス担当、介護相談担当、社会カウンセリング担当 28
- ・ ディアコニー病院ヴェルダ 移動訪問老年医療リハビリテーションチーム 40  
チームリーダー、内科・リハビリ専門医、理学療法士

2017年8月24日

- ・ カリタス フランクフルト セントラルステーション東第2事業所 58  
ケアマネジャー
- ・ ラインラント/ハンブルク総合地域医療保険ファンド (AOK) 73  
政治・健康・コミュニケーション部エリアマネージャー、保健政策長/保健医療、  
看護審査スタッフ

2017年8月25日

- ・ 全国健康保険協会医療サービス本部(MDS) 106  
介護チームコンサルタント、研修生

インタビュアー：

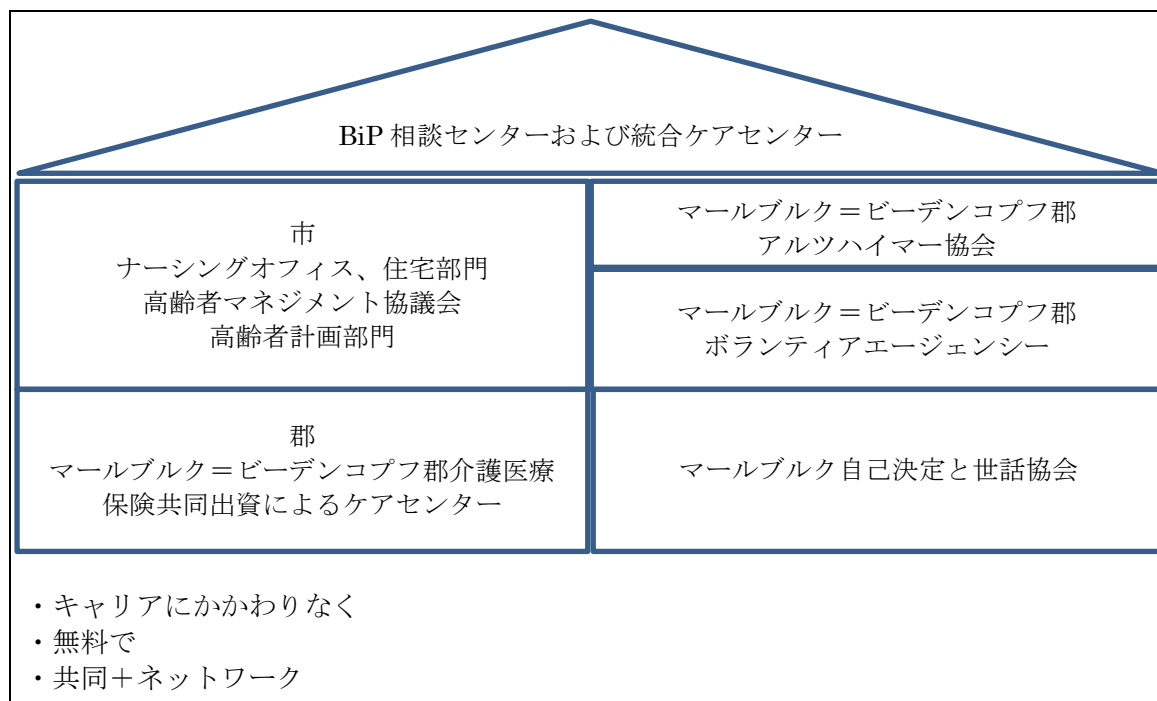
松岡洋子 (東京家政大学人文学部 准教授) 研究主査  
鎌田大啓 (株式会社 TRAPE 代表取締役、大阪府作業療法士作業療法推進活動部門代表)  
佐藤孝臣 (デイサービスセンター楽代表取締役、大分県作業療法協会副会長)  
沼田裕樹 (町田市介護サービスネットワーク理事、日本社会事業大学非常勤講師)  
服部真治 (医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長)  
吉田恵子 (東京医科歯科大学大学院非常勤講師)  
渡邊大輔 (成蹊大学文学部現代社会学科准教授)  
国際長寿センター (日本)

インタビュー記録文責：国際長寿センター (日本)

2017年8月23日 マールブルク市 BiP 相談センター (Beratungszentrum mit integriertem Pflegestützpunkt & Fach dienst)

Dr. Petra Engel 高齢者計画部門 stabsstelle Altenplanung 担当

<全体について>



これがこの組織の構造だ。私たちの組織の特徴をこの図によって表している。そしてマールブルク郡という部分が郡の公的な機関を表している。

ここは市町村の責任の下で運営されていて住民の基礎保証に責任を持っている。

これは憲法で定められている役割で、年齢やどのような負担をその人が抱えているかということに関わらず、全ての住民に基礎的な保障を与えなければならないという責任だ。これは道路の建設から、飲料水の提供、尊厳のある生活ということも含まれている。Ulrike Lux が後ほどその説明をする。ここはケースマネジメントも行っている。Andrea Gockel が今日の最後に説明する。

このセンターには、公的な機関とそうではない民間の機関があるが、すべて同等の地位になっている。

私たちはヘルプミックスということを行っている。それはボランティアも家族も含めて、さまざまな適性を持った人たちが集まって支援をすることだ。そのさまざまな範囲すべてがこの建物に含まれている。今日皆さんにお見せして話したい。

最初にボランティアエージェンシーから始める。これは市民参加的に支援していて、さまざま

な種類の職業の人たちの連携をすすめるということも行っている。

人探しから始まって、研修、そして必要な資格を与えることまでやっている。

Doris Heineck から、彼女の組織が何をしているか活動内容と役割について話す。そして、それだけではなく、そのボランティア（自主的な活動）というのとは何かということの本質についても話してもらおう。私たちもその意味について継続的に話し合いを行っている。

自主的な活動をしている人をヘルパーと呼んでいるが、ヘルパーレベルのひと、それから基礎的な資格を持ったひととどのように一緒に活動しているかということも皆さんに紹介したい。

次に紹介するのは世話協会で、後見人制度のようなかたちでサポートしている組織だ。活動内容を話すのは Dr. Anna Stach だ。これは協会という形で民間の組織、アソシエーションだ。

次に紹介するのがアルツハイマー協会だ。これはドイツだけでなく、ヨーロッパ全土にあり、Dr. Annae Wächtershäuser がその説明をする。

その後に市長 Dr. Thomas Spies が来る。市長は今回皆さんがここに来たことを光栄に思っている。

そして最後に自治体が公的に提供している相談所の専門家による相談所の活動内容と市民活動的なことをしている人たちの連携について話す。

それぞれの全ての組織が全ての組織と互いに連携している。個々の組織は自分の範囲の仕事を独自に行っているが、すべての組織がこの同じ建物のなかにあって非常に重要なことに関しては一緒に決断を下す。1カ月に1回重要なことを話し合うミーティングがある。

2017年8月23日

マールブルクボランティアセンター (Marburg Biedenkopf e.V. Freiwilligenagentur)

Doris Heineck ボランティアセンターリーダー

## マールブルクのボランティア活動: ボランティアエージェンシーの業務に関する発表

マールブルク=ビーデンコプフ郡ボランティアエージェンシー責任者  
ドリス・ハイネック  
2017年8月23日 日本グループのBIP訪問

24.11.2017

1

私はボランティアエージェンシーの責任者だ。協会組織になっている。

## 発表のポイント

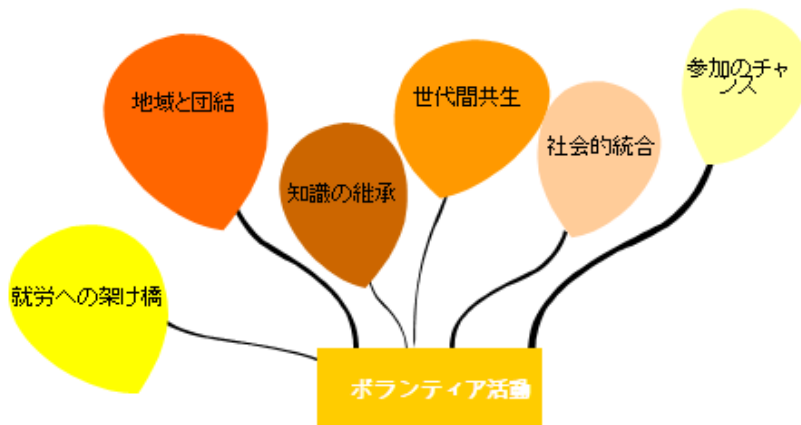
- 活動に関する概説
- 新たなボランティアの構造／ボランティア活動
- ボランティアエージェンシーの目的と任務
- シニアによるシニアのための活動

24.11.2017

2

最初に、ドイツのボランティア、また自主的な活動について、一般的な話をする。それから最近の変化とそれによって新しい構造が出来ているということ話す。そして私たちが何をやっているかということ、私たちの役割、そしてシニアがシニアのために行っている活動について話す。

## なぜ社会でボランティア活動を行うのか？



24.11.2017

3

自主活動がなぜ大切なのか。それは、一緒に生きるということ、世代間の共生、社会参加の機会を与えること、就労への架け橋にもなる。就労というのは、ボランティアをしながら資格を得ることによって仕事を得るためのチャンスになるかもしれないからだ。それから、知識の移転、社会的統合という意味もある。

## ボランティア調査

1999年より実施

- ボランティア調査は5年ごとに実施: 1999、2004、2009、2014年
- 代表性のある電話インタビュー調査: 2014年の回答者は28,000人
- ボランティア活動: 無償、自主的、慈善、公共、地域密着

24.11.2017

4

ドイツでは1999年以降、5年毎に自主的な市民活動についての調査が行われている。これは電話調査だ。1回のアンケートの際には調査対象者が1万7千人だった。前回には2万8千人になっている。

重要なのは、自主的な市民活動とは何かという定義だ。まず無償ということが大切だ。また自主

的であること、公共の幸せが目的であること、公的であること、共同で行うことも大切だ。

### ドイツでは誰がボランティア活動を行っているか？

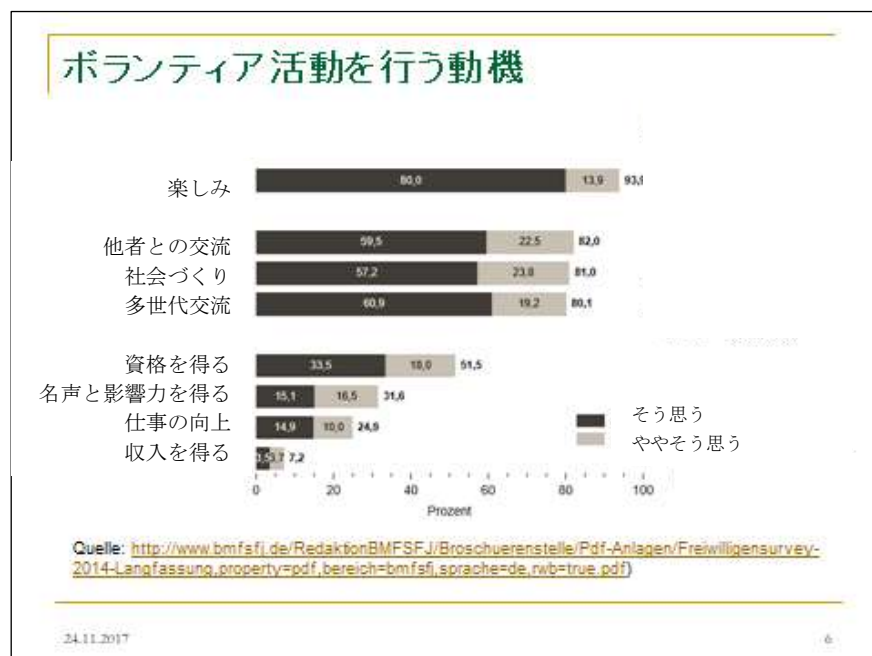
- ドイツ人の1/3以上が様々な形で関わっている
- 難民問題によって新たなボランティアが多数生まれた
- 調査によると、男性の45.7%および女性の41.5%が活動を行っている
- 男性の多くはクラブ(スポーツ)や協会(救援)で、女性の多くは教会や社会的施設で活動を行っている
- 高齢者(65歳以上)による活動が増加している

24.11.2017 5

ドイツ人の3分の1以上の人が何らかの自主的な活動を行っている。

(質問：宗教的な活動も入るか。)

入る。全ての分野だ。今ドイツでは難民が問題になっているが、それによってさまざまな活動が必要となった。それから最近は高齢者で活動をする人が増えている。これは非常に重要だ。



なぜそのような活動を行うかという動機だが、昔と比べて変わって来ている。今日では、そういう活動をする際には何らかの喜びあるいは楽しみが必要となっている。そして、他の人たちと一緒に活動したい、社会と一緒に共同で形成してきたいと考えている。さらに他の世代と何か一

緒にできるということも重要だ。それから、資格を得るということも大切だ。

## ボランティア調査: 他のデータ

- 活動の50%以上は、クラブや協会で行われる。他には個々のグループ、教会、州や地域の機関がある。(全国で約60万のクラブ、マールブルク=ビーデンコプフ郡で約2,000、マールブルク市で約850のクラブがある。)
- ボランティアの58%が週に約2時間活動、23%が週に3-5時間活動
- 短期の活動が増加中

24.11.2017

7

ドイツにおいてはボランティアの 50%はクラブか協会において活動している。ドイツ全土にはそのようなクラブや協会が 60 万ある。この地域全体においては 2 千、そしてマールブルク市だけで 850 ある。

このような昔ながらのクラブまたは協会も重要な単位になっているが、個々のグループでの活動というのもボランティアの重要な単位になってきている。

1 週間にどれくらいそのような活動をするかという、大体的場合は週に 2、3 時間だ。58%の人が 1 週間にだいたい 2 時間で、23%の人が週に 3~5 時間活動をしている。

私たちの所に活動をしたいと言ってくる人は大体週に 3 時間くらいを想定していることが多い。それから最近の傾向としてはプロジェクト形態で短期間やるような活動が多い。

## ボランティア活動開始のきっかけ (infratest)

- リーダー 42 %
- 友人／知人 35 %
- 自身の経験 29 %
- 家族 12 %
- プレス／ラジオ／テレビ 3 %
- 情報／連絡窓口 1999年は3%、2014年は10%

24.11.2017

8

どのように人材を集めるかということだが、個人と個人の関係で、一定のグループ内のリーダーシップのある人たちに声をかけることが多い。

ただこの何年間かで、私たちのようなエージェンシーに直接声をかけてくるケースが増えている。今はこれが10%位になっている。

(質問：グループのリーダーに声をかけるには、もともと地域が繋がっていないとできない。)

ここは田舎でお互いに知っている。「あなたもボランティアをやりませんか？」という感じだ。大きな町になると、匿名的になってくるので情報提供センターが必要になる。

(質問：日本ではミニコミ誌や市の広報もよく使われる。それはプレスに入るか。)

そうだ、その中に入る。ラジオ、TV というマスメディア的なものもあり、それらも含まれる。

## ボランティア活動における新たな構造の発展: 背景

- 価値観の変化
- 可動性の増大
- 「古い」社会的ネットワーク(例: 家族、教会、クラブ)の重要性が徐々に減少
- 個人化の増大
- 答え:  
新たな社会的ネットワークの創造

24.11.2017

9

いま、自主活動が新しい構造になってきたという話をしたが、活動がさらに必要になってきた理由を話す。

価値観の変化そして社会の個人化傾向、それから可動性が高まっていることがある。これは仕事のために非常に遠くに移動したりすることが増えているという意味だ。家族とか教会というものはだんだんに意味を失ってきている。日本も同じではないだろうか。それで新しいネットワークを作らなければならなくなっている。

## ボランティアエージェンシー: 解決策

- 情報、助言および仲介サービスによって、地域レベルでの市民参加を促進
- 人々の新たなつながりづくり
- 地域文化に新たな刺激を与える(優れた枠組みづくり、活動への招待、参加したくなるようなポジティブな雰囲気づくり)

24.11.2017

10

さまざまな解決策があるが、その一つがボランティアのエージェンシーだ。  
私たちの目的は、市民活動をしたい人に市町村のレベルで情報を与え、仲介をして支援をする

ことだ。それによって新しい人と人の結びつきが生まれ、新しい刺激を与える。特に地域文化への刺激だ。私たちはそのための枠組みを作っていきたい。そして、喜び、楽しみを得るためにポジティブな雰囲気を作り出すことだ。

大切なのは、強制ではないということだ。招待するという形であって、強制するのではない。

### マールブルク・ボランティアエージェンシーの概要

- 非営利団体  
マールブルグ市のボランタリー活動、  
地区で推進および強化
- この機関は、政治や宗教上で中立
- メンバーは個人会員が約20、団体会員が35(団体・協会・委員会)

24.11.2017

11

私たちの組織は 17 年前の 2001 年に設立された非営利の団体だ。政治的には全く中立的な組織だ。市からお金をもらうが、公的な機関ではない。

(質問：身分は公務員ではないということか。)

公務員ではない。そうすると私がどのようにしてお金を貰っているか不思議だと思われるかもしれない。私たちは活動のために何か財源確保をしなければならない。この団体を設立した時に私たちは独立的な存在でありたいという決断を下したからだ。

私たちの組織には、個人会員が 20 人、団体会員が 35 団体ある。市も郡もその団体の中に入っていて、それも複数の市が私たちの会員になっている。

1 年間に市がくれるのが 3 万ユーロで、郡もだいたい 3 万ユーロだ。それからヘッセン州から 1 万ユーロだ。これは州のために資格を与えるという仕事をしているからだ。それからヘッセン州からそれ以外のジェネレーションに関するプロジェクトで 3 万ユーロ貰っている。会員からのメンバー費は 5 千ユーロだ。

寄付もあるが、それほど多くない。というのも私たちの組織はメタレベルにおいて活動しているからだ。例えば子供のための保護の団体もあるが、そういうところは直接的な寄付の額が多い。

(質問：ここは市民活動の運営レベルの活動だから少く、寄付は具体的な個別プロジェクトに多く行くということか。)

そうだ。ここは個別活動の運営支援レベルということで、個々の活動を直接しているわけではない。私たちは構造づくりをしている。

## ボランティアエージェンシーの任務

- ボランティアからのアドバイス
- 団体への助言およびボランティア活用の取り組み
- ボランティアの資格養成
- ボランティアプロジェクト
- 持続可能な活動枠組みの構築
- 新たなボランティア文化に向けた広報

24.11.2017

12

私たちの役割だが、まず市民活動をしたいという人が私たちの所にやって来て、それを仲介する。また、ボランティアをしたいという人を探している組織またはイニシアティブの窓口になって相談に乗る。

その際にボランティアマネジメントの知識が必要になる。これはボランティアの人たちを活動させるために例えば、時々褒めるとか、感謝の気持ちを示すとか、そのようなマネジメントのノウハウだ。これを教えるということもする。

また、ボランティアの人たちの資格養成も行う。そして非常に多くのプロジェクトを運営している。

私たちはボランティア活動の持続可能な枠組みを作ろうとしているわけで、さまざまな広報活動を通して新しいボランティアの文化を広めようと努力している。

## ボランティアの活動分野

- 高齢者訪問サービス
- 高齢者ホームでのグループケア  
ボウリング、歌唱
- グリーン・レディー  
全般的な病院での支援
- 展覧会の監視
- 幼稚園、学校、宿題支援での連携
- 難民支援
- マールブルグ多世代の家での連携
- フェアトレード・ショップ、Marburger Tafel、文化施設での協力



24.11.2017

13

いまボランティアを斡旋するという話をした。

それは例えば、病院に紹介したり、高齢者のために訪問するというサービスを病院に提供したりするということだ。幼稚園や、特に学校の宿題の手伝いをするということもある。また文化面では、何かの展覧会があった時にその世話をする。それから、フェアトレードの店の仕事とか、貧しい人たちに食事を提供する場所があるが、そこで仕事をするということだ。

いま花束を見せているが、さまざまな色の花がある。それと同じように、いろいろなものを提供することによって、ボランティアの人たちが自分の興味のあることを探せるようになっている。

## オファーの例

### ケルベ・シニアネットワークでのボランティア・ヘルパー募集

高齢者の日常生活支援(例:訪問、買物、読み物、娯楽、工芸など)に関心のある方。

このボランティア活動に空き時間の一部を捧げたい、  
と申してください。ボランティアを私たちは探しています。  
活動の範囲や形態は個別に調整できます。

求められる資質: 社交性、思いやり、忍耐、落ち着き、  
信頼性、共感

時間: 週に約2時間

ボランティアの方が受けられる内容: 話し合いの場、  
経験の交流、更なる教育

14

ホームページや私たちの新聞で提供している内容を見ることができる。例えば、高齢者の訪問

サービスとそれに必要な資質、それに 1 週間に 2 時間かかるなどということが記載されている。

## ボランティアの資格養成

- 地域の教育機関と協同
- 社会・統合省による支援
- 目的: 資格付与を通じたボランティア支援
- ボランティアを認識する特別な形態



24.11.2017 15

それから、ボランティアをしてくれることに対して何を受けられるかということも書かれている。ボランティアのための支援とか、他の人と体験を語り合う場とか、さまざまな教育のプログラムだ。これは範囲が広いものだ。

## 資格コース: 高齢者付き添いボランティア



24.11.2017 16

そして、各ボランティア組織は広報の必要があるので広報担当者の仕事のノウハウ、それから会計係も必要なので会計技術も提供する。また、難民支援をしている人たちに対しては、あまりにも頑張らないように一定の所で止めるノウハウも提供する。他の人と仕事をする必要がある場合に話し合いの仕方、話の持っていくかたのノウハウも提供する。

私たちは単独で活動しているわけではなく他の組織と協力している。例えばドイツにはどの町にもある国民学校という市民のための教育講座と協力している。この写真は、高齢者のための付き添いサービスを行っている人たちで、話の仕方とか認知症の人の扱い方などを教える。

### 学校での参加促進プロジェクト： マールブルグのエミール・フォン・ベーリング学校にて

- 生徒によるボランティア活動、6か月
- 様々な慈善団体(自然保護から高齢者ケアまで)で週に2-3時間活動



24.11.2017

17

いま私たちが努力しているのは、若い人たちがボランティアをする動機付けを学校ですることだ。そして半年間、1週間に2、3時間ボランティア活動を行う。そこで社会的能力を得るわけだ。それによって最後に資格を与える。

### 近隣ネットワークの構築:マールブルグの例

STWVの決定(2009年):エイジングに関する分散的地区調査の実施

#### 調査の効果:2つのレベル

##### 統計結果

- 生活状況
- 日常的支援
- 統合も
- 関与

##### 調査の実施

##### 特定されたニーズ

例:情報、現地でのサービス、近隣の支援、会合、娯楽、文化

##### 調査から生まれる成果:

一方で地区におけるエイジングへの意識を高め、もう一方で新たなサービスや構造を作る

24.11.2017

18

## モデル・マールブルグ:ポトムアップの新たな地域づくり？

- コミットした市民は、何かを求めていたり何かが足りなかったりした際、それに対して行動を起こす(お互いに)
- 彼(女)らの新たなサービスは多くの場合、実際の自助(お互いのための)を超えたものとなる
- さらに彼(女)らは、自分たちのアイデアを実現するために協力者を探している
- 彼(女)らの取り組みには、それに献身できる人が必要
- バリアフリーの心地よい部屋(保管施設も)
- 財務基盤
- ボランティア向け保険
- 交流の仕組み、専門家によるアドバイス、資格

24.11.2017

19

## 高齢者計画・ボランティアエージェンシー部が以下によってプロセスを支援

- 設立および更なる取り組みに関するアドバイス
- 資金繰りの選択肢に関する情報
- 広報に関する支援
- 調整および計画の支援
- 地域イベントへの参加
- 様々な資格: 現地でも

24.11.2017

20

## 2011年より年次で提供される研修と交流

- 法的事項:ヒントと落とし穴
- 近隣支援の実践的コース:ボランティアを勝ち取りキープする、話し方、広報
- 取り組みの発表(ABC Cappel, Miteinander-Füreinander Marbach, リヒトシュベルク近隣マップ)
- プロジェクトの立ち上げと維持運営
- 高齢者付き添いボランティアコース:近隣や住民支援に関心のある人向け
- 私たちは近所の人で、私たちは参加する – 認知症の人を中心に
- 50+向けシンクタンク:ワークショップ、ヒント、ナラティブ・カフェ、午後の活動、散歩会
- なぜ私たちの活動は女性に? 男性は?

24.11.2017

21

それから近所間のネットワークをたとえばマールブルクで作ることだ。先ほど話しをした Petra Engel と協力していま行っている。

自分たちの住んでいる所でよりよく年齢を重ねるということを目的にしている活動だ。「よく年齢を重ねる」という資料がある。このために市がアンケート調査を行った。

そのアンケート調査には、アンケートそのもの以外にも目的があった。それは、どのように年齢を重ねて生活していくかを考える意識を高めるということと、それから自主的に市民活動をしたいという気持ちになってもらうということだった。

(質問:「困った時に相談に乗できる相手はいますか?」などと聞いているのか。)

例えば「高齢者になったらどこに住みたいですか、と聞く。大体の人は「自宅」と言う。それから、「公共交通の便は良いですか?」、「食料品店のある位置、場所を改善する必要がありますか?」などだ。重要な質問として、「この町で市民活動をしたいですか?」という質問がある。

実際に、このアンケート調査は市民達に刺激を与えることになって、例えばハイキンググループがそれによってできたり、高齢者の訪問サービスのグループができたりという動きが生まれた。

(質問:日本でも全く同じようなことを全国で聞いている。その際に健康状態も聞く。例えば片足を上げづらくなったかとか、1年間に転んだかなどだ。)

そういうテーマも質問の中にある。

大切なことは、高齢者といってもケアを提供するとか世話をするというのではなく、逆に高齢者たちが市民として社会参加するにはどうしたらいいのか、そのためにどのような資源があるのかというような見方をするということだ。支援センターは違う考え方から高齢者を見ているが、私たちの側からみればこの活動面が大切だ。

(質問：支援センターは見方が違うか。介護支援とのつながりは無いか。)

一緒に提供しているが、見方が違う。

(質問：ひとつのアンケートにはさまざまな項目が入っていて、各団体が必要な項目を見るというとか。)

アンケートのイニシアティブは市だ。市とこのエージェンシーとが協力しながら各団体の発展を支援している。

## 盛大な公開イベント

アクティブな市民のコミットメントに感謝  
各地区で取り組んでいる市民の素晴らしい活動について、一般市民に情報提供



ステージでの演奏  
近隣市民アクション 2014年



市場 2013年

24.11.2017 22

1年間に一回、ボランティア活動に刺激を与えるために、活動を皆の目に見える形で示す行事を行っている。それによって活動をしているということを皆に知らせて、新たに活動をする人を呼び込むという目的も持っている。

## 課題

- マールブルグ市の新たな役割(パートナーおよびサービス提供者として)、階層の変化、権力の放棄
- 取り組みやコミットメントは「稼働」されてはならない
- ただし公益のアクターとして重大
- コミットメントへのプレッシャーや搾取はなし
- 全体的な責任は公共部門/自治体に残る
- 共同責任やフルタイムのコミットメントなしにボランティアは成り立たない

## 解決策

- 取り組みについて自治体との継続的な話し合い
- *Altenplanung*とボランティアエージェンシーが、定期的な交流や研修を企画
- 他のパートナーと協力してボトムアップの近隣地域づくり
- 後援事業「MR近隣ネットワーク:助け合い」が新たな支援オプションを提供

24.11.2017

23

## 全世代のボランティアサービス

- 人々の変化を積極的に形成するための自治体の新たなプロジェクト実施を支援している
- 例: 新たに集まれる場所の構築、高齢者と若者のネットワーク

24.11.2017

24

## 条件

- 全年齢層(16歳以上)
- 6か月以上
- 週に10-15時間
- 同行および研修の機会
- 法定傷害保険/賠償責任
- 運営管理費

24.11.2017

25

それから全ての世代のためのボランティアサービスについて話す。これは、一般の場合よりも長い時間ボランティア活動を行う。1週間に10時間から15時間、1年間もしくは半年間にわたって特定のプロジェクトの世話をするという仕事だ。

## 地区のボランティア-ケルベ自治体の例

### 高齢世代を支えるシニアネットワークの構築



- このコンセプトは3本の柱に基づく
- 1. 日常生活支援(例:買物、昼食)
- 2. イベント(例:コンピューターのコースJung-Hilft Alt、シニア向け英語講座、レジャー活動、メモリーグループ、読書パーティー、ハイキング、編み物、情報イベント)
- 3. 訪問・ホームヘルプサービス

このプロジェクトは、地域の既存サービスを補完する役割

24.11.2017

26

そこで働いている人は活動のコーディネーションをする活動を行っている。マールブルク郡のひとつの地区だが6千人の人口の地区があって、そこに1週間に10時間働いている人がいて、高齢者のための買い物支援サービスを運営している。

そのほかにも記憶トレーニングなど、いろいろなサービスがある。

## まとめ

ボランティアは、活気ある民主主義の重要な要素

優れた条件や環境によって、関わりたいと思うようになる

ボランティア搾取の危険(例:コスト削減のため)

高齢者が有する資源を認識し、参加しやすくする

24.11.2017

27

駆け足だったが、私たちの目から見た重要な点を紹介した。

生き生きした民主主義にとって市民活動を自主的に行う人たちは重要な構成要素であるという考え方をもっている。そのためには枠組み作りが重要になる。そうしてやる気を得なければならぬ。

非常に危険な点としては、市や国がコストを節約するためにボランティアを酷使するとか利用するということがある。

マールブルク市 (Stadt Marburg)

Dr. Thomas Spies マールブルク市長 (Oberbürgermeister)

大学都市マールブルクによろこそいらっしやいました。

マールブルク市で行われている活動を見にわざわざ来て下さったことを非常に光栄に思っている。

こちらの BiP 相談センターは、マールブルク市と公共機関と民間の組織そしてボランティアの人達が一緒に働いている組織だ。その目的としては、高齢者の生活をより良いものにするように支援をすることだ。そして、特に高齢者に尊敬の念を持たなければいけない。ヨーロッパの間はその点において日本から学ぶことがたくさんあるかと思う。そういった尊敬の念を持つことは社会全体の課題になる。そういう課題があることから、このようなセンターを作った。

かなり長い間やっているが、長い間やっているうちに私たちにとってそういう考え方、このような組織は普通のことになってしまっているが、外から見ると特別なものであると時々気づいて驚く。ここのセンターは BiP と呼ばれている。皆さんが来て下さったことで、私たち政治をやっているものにとっても、この BiP の職員たち、またここで活躍している人たちがどれほど大切なことをしているかを見直すことができるので、それに対して皆さんに感謝したい。

特に Petra Engel を中心にこちらはチームで活動している。もちろんチームが無いと機能はしないが、逆にチームが機能するにはそれをうまく率いていく人がいないと不可能なことでもある。

来て下さって感謝しているので、皆さんが望んでいる情報を提供し、私たちの体験を共有し、私たちのできる範囲で支援させていただいたら嬉しく思う。私たちから刺激を皆様に与えることが出来たら嬉しく思う。逆に皆さんが来て下さることは私たちにとっても刺激になり、自分たちがやっている行動を見直して改めてそれを認識することが可能になる。

とくに認知症になってしまうと、高齢者の尊厳とか尊敬の念を持つことがヨーロッパでは難しくなっている。そういった意味でからアジアの皆さんの国から学べるものがあつたら嬉しいと思っている。皆さんが関心をもって下さったことに感謝する。

(質問:このようなセンターを運営する場合、市役所側に幅広く制度や活動が分かっている人を用意しなければならない。人材をどのように採用し、どのように養成しているか。)

例えば Petra Engel の場合は、一般の求人広告を出してそれで来た。日本と制度が違うだろうが大学卒がドイツでは非常に少ない。もちろん特別に指導的な管理職に関しては、専門的な知識を持った大学卒の人が必要でかつその分野の経験豊かな人が必要だ。

それで、募集してそれに対して応えてきて下さったという形だ。

それ以外にも、一般の行政の事務の人たちに、ここのボランティア活動の分野で働くための特別な教育も行った。

このセンターの特徴として、さまざまな組織が集まっている。さまざまな組織が独自の活動を

やっているということも、ここの組織をうまく運営できている理由だと思う。

それから、ドイツでは 40 年前から老年学が導入されて大学で教えるようになっている。これは修士レベルの資格だが、たとえばそういう勉強をしてきた人、それから社会科学また介護学を学んできた人たち、そういうことを大学で学んだ人たちが学際的な視点を持った人たちが人材として働いている。

(質問：日本の市役所の人たちはだいたい法律とか経済を学んでいる。)

もちろん市の本当の行政の部分は行政学を学んだ人が多い。例えば青少年保護の分野には 2 人の責任者がいるが 1 人は教育者で内容をよく理解できる人、もう 1 人は行政の専門家で行政出身者だ。2 つの分野の人が一緒にやっている、これが意味深いことだと思っている。

光栄であるということをもう一度お伝えしたい。実りある滞在になるように祈っている。それから、この町で素敵な体験をしてほしい。

2017年8月23日

マールブルク＝ビーデンコプフ郡自己決定と世話協会 (Verein für Selbstbestimmung Marburg  
- Biedenkopf e. Vund)

Anna Stach 代表

私は世話協会の代表者をしている。長い間、教育学の専門分野で仕事をしてきた。

世話サービスは社会において非常に重要な役割を担うようになってきている。ドイツでは自分のことを自分でできない人に対して特別なルールが適用される。それは障害者、精神的な障害、疾病を抱えている人だ。そういう人は法的な後見人を付けてもらうことが出来る。

私たちの協会ではボランティアでそういう人たちの世話をする気持ちのある人を探している。それで、さきほどのボランティアエージェンシーとの関係ができてくる。重要なのは、無償のボランティアだということだ。

そういう気持ちのある人に対して私たちは相談に乗り、またそれに必要な教育も施す。資格養成もボランティア養成プログラムの中に入っている。それで、先ほどのエージェンシーと協力し合っている。BiP という組織は互いに手を取りながら協力するという構造を持っているが、その一つになる。

この後見人に関する法律は 1992 年に施行されたものだ。民法の一部に後見人法がある。その法律によって後見人協会の役割、またそれぞれの後見人の役割を定めている。

(質問：国が作った協会か。)

そうではない。私たちは民間の組織だ。ただし、資金面では市、郡から資金援助を受けている。ただ、それは当然のことではなくて、政治の状況によってお金がいくら来るかは変わってしまう。

(質問：自治体ごとでも違うということか。)

そうだ。全国各地に私たちのような協会はあるが、市がお金を出せばその都市に協会はあるし、ない場合にはないということになる。

(質問：法律があるのに、協会がない地域があるということか。)

この法律には、そのような協会が何をしなければならないということは書かれているが、そこに必ずなければならない、または市がお金を出さなければならないということは書かれていない。要するに法律の穴だ。

(質問：ドイツでは有償の後見人の方が多いのか。)

原則的にボランティアが主流だ。特に高齢化ということがあり、できるだけボランティアによってそのような世話をすることが求められている。

特に、マールブルク市、ビーデンコプフ郡はボランティアの仕組みを助成する気持ちがあるの

で、まず後見人を指名するという手続きが必要となる。その手続きは、ボランティアも有償の職業的な人においても同じだ。

その手続きは一定のかたちで定められていて、そこに役所と簡易裁判所が関わってくる。このマールブルクの市と郡では役所としては保健局が担当している。郡と市では組織が違うが、ある人の世話が必要であるという状況になると、まず保健局の後見人担当者がその人の家に行って、その人に実際に支援が必要かどうかを確認する。その後に医学的な鑑定が行われ、その人のニーズを分析する。その後に簡易裁判所の裁判官が、実際に自分の目で必要かどうかニーズを確認する。役所、鑑定家、裁判官という三段階で最後に決断を下す。

(質問：鑑定家というのはどういう人か。)

専門医だ。

(質問：GPでなく、専門医か。)

専門医だ。本人がどのような問題を抱えているかによって、その分野の専門医が鑑定する。

(質問：相談はどうするか。)

特に医学的な判定では認知症に重点を置いて鑑定する。例えば問題を抱えた人を見ていた近所の人とか、その親族、家族の人達がまず簡易裁判所に行く。そして、書面で申請をして、そのあとにこちらの協会に話が来る。

簡易裁判所に行って何の手続きをしたらいいのかわからない人もいる。もし私たちの協会のことを知っていたら相談することが出来る。何を書けばいいのか、何を申請すればいいのかというようなことを相談に乗ることが出来る。

(質問：市民にはどのように広報しているか。)

PRしないといけない。多くの方は私たちのことを知っていて、そのような後見人が必要になった場合、または後見人として活動したいという場合は、一体何をしないといけないのか相談に来る。もちろん知らない人もいるので、広報活動をしなければいけない。

(質問：なぜそれほど知られているのか。)

知らない人も多いが、徐々に知られるようになって状況が良くなっている。というのも、連邦政府がこの分野でより活発に活動するようになってきたからだ。

(質問：市民貢献を必要とするような認知症の人が増えているからか。)

必要としている人が増えていることもあるし、知っている人も増えている。

(質問：日本だと浸透させるために専門職に教育をしている。そのような働きかけはあるか。)

もちろんソーシャルワーカーも勉強をすると後見人制度があることは自動的に知ることになるが、そのような広報活動はしていない。その日本の取り組みは面白い。

(質問：この市で受けている人は何人くらいか。)

私たちの所では一年間に 300 件の相談を受けていて、郡全体では 500 件だ。

(質問：相談を受けて、何人くらいが後見を受けるようになるか。)

その数はわからない。いま統計を取ろうと努力をしている。

(質問：感覚でいいが、ニーズと実際にボランティアに養成された成人後見の数はマッチしているか。つまり、ボランティアはたくさんいるが希望がなくて待機している人が多いか、逆にたくさん希望があるのにボランティアが足りていない状況か。)

やりたいという人は十分にいます。とくに家族の人がやりたいということで私たちの方に申し出てくる。私たちにとって残念なことは、そういうボランティアの人を養成して役所の方に紹介するが、役所が振り分けをするので、それがどうなっているかという情報は得られない。

一つ特に強調しておきたいのが、1992年にできたこの法律だが、特に本人の自己決定ということを経験した法律になっている。その前は自己決定ではなく、自己決定の反対で措置だった。特にそういう仕事をする人は本人の意思を非常に重視しなければいけない。それが非常に重要な役割になっている。

今日のインタビューについて名前とサインをしてほしい。誰と話したかということ記録しなければならない義務がある。

2017年8月23日 マールブルク＝ビーデンコプフ郡アルツハイマー協会 (Alzheimer Gesellschaft Marburg - Biedenkopf e.V.)

Annae Wächtershäuser

後見人が付くということは義務ではないが、すべての人が請求権を持っているのでそれを使う。そうしないといろいろなお金に関する判断ができない。その人がいないと施設に入ることもできない。

アルツハイマー協会は国際的な組織で世界中にある。ドイツにもあって 2000 年からこの郡にアルツハイマー協会がある。非営利団体で理事会があって、そこに 11 人の役員が仕事をしている。ただし事務局の方には 3 人の職員しかおらず、1 人は事務の仕事をしていて、もう 2 人はコーディネーターという仕事をしている。

私たちは事務局の方で市民に対するサービスを提供している。例えば、講演会や、情報提供や、支援や、研修を提供している。

この組織は非常に大きくなっていて現在 400 人の会員がいる。そして 200 人の無償ボランティアが私たちのために仕事をしてきている。

私たちの活動の目的は、認知症を患っている人達の代弁、代表をする組織として活動することになっている。

支援ネットワークを形成し、また認知症とは何かを市民に啓蒙する。それはメディアも使い、または講演会を催すことによって行う。それ以外にもいろいろある。アルツハイマーだけでなく認知症すべてを私たちは支援している。

もしそれ以外の介護ニーズがあったら、この相談センターの中の他の機関に回す。

どのようなものを提供しているかということでは、相談が重点だ。もし希望があれば、個々の家に行って相談を受ける。大体の人は匿名で相談をしたいので、そういう人は電話をしてくる。それから研修も行って、ボランティアがどのように認知症の人を扱ったらよいかという内容だ。それだけではなく、プロの介護関係の人達にも研修を行っている。

(質問: ボランティアの研修はコーディネーターが行っているのか。それとも外部から呼ぶか。)

私たちだ。ドイツの上位機関のアルツハイマー協会研修コンセプトを持っていて、それに基づいてやっている。対象は家族や、ボランティアのためということも多いが、バリテーションも教えたりする。もちろん特別なテーマの場合には専門家を呼んで話をしてもらうこともある。

(質問: 日本ではアルツハイマー病かレヴィー小体病かというような診断が大事だ。そういう時に医者と連携するか。)

直接のコンタクトではないが、GP は皆アルツハイマー協会を知っているので、「アルツハイマーが始まったな」と思ったらこういう所に相談するよと言ってくれる。そういうゲートキーパー的な意味で、GP は私たちに取って重要な役割を果たしてくれている。

それからもう一つの重要な活動として、家族のための話し合いの会が大切だ。日本もやっているだろうが、要するに家族で互いに悩みを話し合ったり、助言し合ったりする。

(質問：日本では介護の終わった人がグループを作っていることもある。会のリーダーはどのような人か。)

私たちの所でも同じようなことが起きている。そういう家族の人達が話し合いの会のリーダーになることもあるし、他の所からボランティアとしてそういう役をやってもいいという人が来ることもある。内部だけに任せておくと上手く回らない。それで外の人も運営するには必要だ。

それから一定の日の午後に、認知症の人達に楽しみを与える会をしている。一緒に歌ったりするような会だ。いろいろなところにあって全部で 11 の組織、グループがある。

それから、そういったサービスに車で連れていくサービスを付けることが重要だ。それもボランティアで行う。ただその人たちの実際にかかった経費は払う。

(質問：タクシーはダメか。)

それは高い。誰がコストを出すのか。私たちのサービスはお客さんにとってはタダだ。1 時間に 8 ユーロがドライブサービスをする人には与えられる。法律では無税で得られる金額が決まっているが、その範囲の金額だ。そこからガソリン代を出さなければならない。だから、お金持ちにはなれない。

それから、その認知症を持った人の家庭に行って家庭内の世話サービスも提供している。そのヘルパーは研修を受けた人達だ。そういう人達を送る。

(質問：その家事をする人達に対するお金の出所はどこか。)

家事サービスは利用者も 11 ユーロ払わなければいけない。それから午後に楽しみのサービスがあると言ったが、それも 22 ユーロかかる。それ以外のサービスはすべて利用者がお金を払う必要はない。

(質問：家庭内サービスは介護保険でカバーされているわけではないのか。)

家庭内サービスと言っても掃除などはしない。家庭内での世話ということで、介護保険とは区別している。例えば散歩に連れて行くとかだ。

(質問：そのようなサービスのニーズは多いか。それともたまに頼むものなのか。)

1 週間に 2 回とか人によってずいぶん違う。午前だけ、午後だけということもある。確かにニーズはある。1 週間に 1 回で、1 回 2、3 時間というのが平均的だ。

(質問：先ほどの、家庭内の世話だが、ボランティアエージェンシーと一緒にということか。)

確かに接触はしている。ただ、私たちは独立性が高い組織で、ボランティアエージェンシーで

はない。自分たち独自に研修も行っている。

(質問: ボランティアエージェンシーは先ほど無償を前提としていたと言っていた。そこで違うのか。)

そのとおりだ。先ほど言った二つのサービスに関しては有償で行っているという所がボランティアエージェンシーとは違う。それから介護支援というのもある。これは、介護をする家族の支援をする。それからカフェだ。本人であれ、家族であれ、ある一定の時間にあるところに集まって一緒にコーヒーを飲みながらおしゃべりができる。週に 4 か所で定期的に行われている。いつもあるわけではない。

(質問: 日本では認知症カフェという。一番の課題は継続性が無いということだ。お金はどこから来るか。)

寄付で賄っている。私たちは数年前に最初のカフェを始めて上手くいっているので、どんどん増えている。マールブルク市では市が財政の支援をしている。ただマールブルク市は特別だ。

(質問: 日本では地域によってはセンターの自助でやっている地域もある。日本で最近 2015 年から、認知症の人は早期発見が重要だということでアウトリーチをしていこうと役所がやり始めた。いつでも相談乗る窓口を開けつつ、疑わしい人がいたらアウトリーチをする。そういう機能はドイツにあるか。)

ここの担当者がそうだ。9月21日アルツハイマーの日があって、イベントがある。

<https://www.deutsche-alzheimer.de/termine/welt-alzheimertag.html>

(質問: 先ほど介護支援の内容として家族の支援を挙げたが、具体的に何をしているか。)

何か質問、疑問がある時に質問に答える担当者がいる。あとは、非常に負担を感じて精神的な問題を抱えているときに話を聞いてもらえる。要するに助言者でいつも支援してくれる担当者だ。

(質問: 例えば配偶者が認知症で外出できないようなときはどうか。)

それは別のサービスになる。

2017年8月23日

マールブルク介護事務所 (Pflegeburo Maruburg)

Dr. Petra Engel 高齢者計画部門 stabsstelle Altenplanung 担当

Ulrike Lux 住宅カウンセリングオフィス Fachstelle für Wohnberatung)担当

Dieter Kurth 介護支援センター、介護相談 pflegeberatung 担当

Andrea Gockel ケアサポート拠点 Pflegestützpunkt 社会カウンセリング Sozialberatung 担当

### (Petra Engel)

今日の最初にこの事務所全体の図を見せたが、今までのボランティア協会、アルツハイマー協会、後見人協会は民間の組織だ。これから、郡、市という公共の代表が話す。ケースマネジャーや、特に重要な部分についてそれぞれの担当者が話す。質問表をもらっているので重要な部分を答えていきたい。それから 1995 年から介護相談という分野がどのように発展してきたかということについても簡単に話す。

#### 相談センターへの質問

##### ■ケアプラン

アセスメント、ケアプランの作成/サービスの決定、相談員のアドバイス

1)アセスメントの開始 (どのような経過を経てアセスメントが開始されるか)

- ・アセスメント開始までのプロセス
- ・窓口はどこか
- ・ちょっと困ったときにどこに行くか (認知症かな? 買い物がないへん…)

##### ■アセスメントから生活支援/長期介護サービスの決定までのプロセス

- ・ケアプランはどの組織が作成を担当し、誰が決定するのか (原則本人)。
- ・本人が自分で決定する場合、ケアプランもしくはサービスの組合せについての決定を誰が支援するのか。
- ・ケアプランやその類いの支援は有料か?

\*プロセスの図を求める

##### ■アセスメントから生活支援/長期介護サービス決定の実際

- ・支援ニーズのアセスメントの土台と情報および結果判断の手順 (未質問) ?
- ・サービス内容決定まで
- ・本人/家族との話し合いはどのように行われるか。
- ・本人に何を聞くか、本人の (本人を取り巻く) 状況の何を確認するか
- ・医療ニーズ、リハビリテーション可能性判断方法
- ・地域インフォーマルサービスとの関係
- ・多職種連携はどのように行われるか
- ・ケアプラン実施の手順
- ・多職種会議など
- ・本人/家族への説明と意向確認
- ・医療ニーズ、リハビリテーションとの連携
- ・地域インフォーマルサービスとの連携
- ・相談員・ケアプラン作成担当者の資格、所属組織 (アセスメントは MDS)
- ・相談員・ケアプラン作成担当者の研修
- ・相談員・ケアプラン作成担当者の雇用形態、報酬形態、行動基準
- ・ケアプラン作りにおけるチーム (職種)、1人で決めるか
- ・相談・ケアプラン作成数 (一人あたり〇件/月)、1人あたり〇人担当
- ・ケアプランは自治体、保険者などからチェックを受けるか

■サービスの種類

- ・身体介護、生活支援、リハビリ、虚弱化予防・健康増進諸活動、地域インフォーマルサービス…
- ・現物支給の場合／現金支給の場合でもサービスを仲介するのか。

■モニタリング

- ・サービスの変更、終了、モニタリング
- ・サービスの変更、終了、モニタリング
- ・サービス終了判定はどのような場合に誰がどのように行うか
- ・サービス終了判定はどのような場合に誰がどのように行うか
- ・モニタリングは誰がいつまで行うか、観察頻度

ここにいる人々はマールブルク市の介護事務所の担当者で、私の直接の同僚ということになる。2000年からはマールブルク市でこの仕事をしている。実は1995年に介護保険が導入されたがその当時はまだ介護の相談所はあまりドイツになかった。すべての市町村にあったわけではない。当時は法的な義務はなかったが、このマールブルク市はそのような相談所を作ることが重要だという決断を下した。コストは全て市が自主的に受け持った。

重点は2つあって、介護と、住居だ。高齢者住居または障害者のための住居だ。

ドイツの介護保険は年齢で区切らずに子どもも青少年も障害を持った人を介護するが、介護保険の相談所業務は改善されてきて、最後に介護支援センターというものが誕生している。

そういうことで、この介護事務所と介護保険の介護支援センターの構造は違う。

皆さんから職員の資格に関して質問も出されているが、私は教育学を学んで、その後障害者及び高齢者の相談の分野で仕事をして経験を重ねてきた。特にマールブルク市はその人がどのような状況にあっても、社会参加をするということに重点を置いている。なので、高齢者であれ障害者であれすべてケアマネジメントも大切だが、それ以前に社会生活に参加するということに重点を置いている。だからその相談にも重点を置いている。それから住居も重要だ。たとえば住居に階段があったら社会参加は難しくなる。それで住居相談は非常に重要だ。

**(Kurth)**

私はマールブルクビーデンコプフ郡の介護支援センターで働いている。39年前から疾病金庫・介護金庫で仕事をしてきている。実は昔は介護事務所しかなかった。そのころは、こちらの介護事務所が素晴らしいので金庫の方からこちらに相談に行くといいということで人を送っていた。

介護保険が出来る前に、一人の職員が相談者として担当する人数が1000人の被保険者だった。1000人の被保険者に対して一人職員がいるということだ。

私たちのBiP相談センターには28人職員がいるが、現在相談員は5人しかいない。被保険者の数は以前からほとんど変わっていない。そういったことから、それぞれの被保険者がなかなかアクセスできない状況になっている。このような状況を政府が認識して介護支援センターを作ったということだ。

(質問：それはいつか。)

**(Kurth)**

法律に定められたのは 2008 年だ。マールブルクの支援センターはヘッセン州において二番目の設立で 2010 年にできた。州全部で 24 あり、昨年ヘッセン州最後の支援センターが設立された。この 24 というのは郡のセンターと大きな市の支援センターを加えた数だ。

それから、職員の資格だが、私たちの支援センターの中には 2 人マールブルクの郡の人が働いている。この 2 人は社会福祉の担当だ。私は介護金庫から介護の相談を受けるようにということとここでここに派遣されている。疾病金庫中央連合会が作っている資料に相談員はどのような資格がなければならないかということが書かれている。私は社会保険の専門職員という資格を持っていて、それに追加して介護相談員の資格も持っている。

**(Gockel)**

私は看護師だ。マールブルクの大学病院で長い間仕事をしていた。介護相談員の資格を持っていると同時に養成を受けてケースマネジメントのマネジャーの資格を持っている。

(質問：そのケースマネジャーの資格は国家資格か。)

**(Gockel)**

そうだ。認定された資格だ。

(質問：大学とか大学院で講義を受けるのか。)

**(Gockel)**

単科大学か一般の大学のどちらかに行かなければならない。私はフランクフルトの大学で介護相談員の資格を受けて、もうひとつのケースマネジャーの資格は基礎的な資格を持っている人を対象に行われるもので認定を受けた機関例えば専門学校において受けることが出来る資格だ。

**(Kurth)**

なぜ 2 つの違う職業の分野の人が仕事をしているかというと、介護の相談にはやはり社会福祉がつきものだからだ。

**(Gockel)**

いろいろなところとの提携に関しては、私たちはいろいろな病院と提携している。例えばある人から退院後どうしたらいいのかという相談を受けることもある。

それから同時にさまざまな広報活動をしている。それから開業医や在宅介護事業者とのネットワークを構築している。

そういうことから、私たちはかなり有名だ。そしてあらゆる医療関係者、医療に関わるセクターとともに介護会議も開いている。そのように集まって話し合うという場もある。

まだ要介護まで行かないような人達も相談に来る。例えば 80 歳の一人暮らしで、まだいろいろなことはできるがだんだん難しくなっている人が、まだヘルプは必要ないが今後どうなっ

ていくのだろうと考えて相談に来るということもある。そういう人から本格的な支援が必要な人の相談も受ける。

それから、私たちはいろいろな広報活動と共に、例えば絵の展覧会もする。展覧会のためにここに来てもらうことによって、支援センターや介護オフィスがここにあることを人々に知ってもらうという活動もしている。

(質問：この場所でやっているのか。)

**(Gockel)**

今も写真展をやっている。介護とは全く関係はないが、ここを知ることによってここに行けば助けを求められることを知る。

(質問：日本でもお祭りなどをやっている。)

**(Gockel)**

私たちは、本人に助けが必要になったら自分から相談所に向かうという能力を付けることを試みている。私たちはその際にネットワークということを非常に重視していて、先ほどのアルツハイマー協会の人とも、何か共通の問題が起きた場合はお互いに話し合っどうやっていくかということ相談し合う。

**(Kurth)**

重要なことは、支援を必要としている人が必要になった時にどこ行けばよいかということが分かっているということだ。それによってかなり安心できる。そのような体制を整えることを行っているわけだ。

**(Gockel)**

それから、問題を抱えている人の家に行くということも積極的に行っている。ある職員は1か月に300kmの車の走行距離があるくらいだ。家に行くというサービスあるが、多くの家族はマールブルク市内に住んでないことも多い。そうした人達が電話をしてきたときに、たとえば親がこういう状況になったときに何をすべきか、どのようなサービスがマールブルク市にあるかなど、それぞれの状況に合った情報をEメールまたは電話で提供するという行っている。

(質問：相談に来る人が明らかに介護保険の対象者で重い場合はこの担当者、重くなければこの担当者というような役割分担はあるか。)

**(Gockel)**

実は領域的な仕分けをしていて、マールブルク市の市民はこちら、郡の人は介護支援センターに行く。

(質問：介護の対象者でも市民はこちらで相談しているか。)

**(Gockel)**

そうだ。私はこのミーティングに来る前に相談に乗ってきたところだが、その人は要介護者の家族で、その親で要介護の人はすこし前に脳出血になって病院の中で現在リハビリを受けている。退院後に、おそらく介護ホームに行かなければいけないということになっていて、できれば自宅に住ませたいがどうすればいいかという相談だった。重要な違いというのは、介護支援センターは法律によって定められている義務があるということだ。相談を受けなければいけない担当者ということになる。こちらはそうではない。

(質問:要するに、マールブルク市民はプラスアルファのサービスを受けているということか。)

その通りだ。要するに、法律を作った際に既存でどのような仕組みがあるのかということ立法者は見なかったわけだ。

**(Kurth)**

マールブルク市は介護事務所を残している非常に珍しい市だ。例えばギーゼン市ではそういう事務所を閉じてしまった。

(質問:一般的に、市でも郡でも全部介護支援センターがやっているが、マールブルクはそこに介護事務所というものを過去に設置した経緯があり介護支援センターの上級版のような役割を果たしているということか。)

**(Gockel)**

シニアの相談所という形で残っている町は他にもあるが、ただ特徴として言うべき点は、私たちのように金庫から来た人と市町村の人が一緒に仕事をしているというのが特徴かと思う。

**(Kurth)**

私は疾病金庫または介護金庫の言語を話す人間だ。そこに長く仕事をしてきたからだ。それで、法律の文書をよく理解できる。

(質問:他の市では市町村の公務員だけか。)

**(Kurth)**

マールブルクの介護支援センターの特徴ではなく、介護支援センター全体の特徴として両方がいるということだ。

**(Gockel)**

まず連邦レベルの法律において、疾病金庫と郡または市と一緒に協力して介護支援センターを構成しなさいときまっている。ただし、それをどのように運営するかというのはそれぞれの州に任されている。

それで介護支援センターは州によってかなり事情が異なっている。たとえば、ラインラントプファルツ州では人口 2 万人に対してひとつの支援センターを作るというのが決まっている。それに対してここでは、人口 23 万人くらいいるが 1 つの介護支援センターしかない。それが分権主義、連邦主義だ。

(認定を受ける前のちょっと困ったという人達は他の州とか市では何も相談できないのか。)

**(Gockel)**

ほかに私たちと同じような仕事をしているセンターもあるが、介護支援センターとは法的な委託内容が違う。介護支援センターは介護保険法の委託を受けて支援しているが。それで非常にたいへんな記録作業がある。なにか相談を受けたら、何を相談したか、どれくらい相談して、どのような答えを出したかを記録しておく必要がある。それは統計にとられる。統計を取って支援センターの人数を今後どうしていくかという資料にすることも。その意味でもほかのセンターとは違うし、相談内容も簡単な相談から、複雑な記録をしなければならない長い相談や、ケースマネジメントもある。このケースマネジメントは非常に長期にわたる相談活動だ。

(日本のケースマネジャーはカンファレンスを一年に一回やってないと厳しい指導が入る。モニタリングは1カ月に一回だ。)

**(Gockel)**

ケースカンファレンスというものはある。アルツハイマー協会のヘルパーが参加することもある。そこでは定期的に内容を検討するというところを行う。もっと介護を良くするために話し合う。しかしそれは非常に複雑なケースのみだ。

(質問：1回カンファレンスがあつて特に変わらなければ、その後カンファレンスは行わないということか。)

**(Gockel)**

例えば状況が悪くなったりとか、今まであった支援が受けられなくなったり状況が変わった時は行われる。

**(Kurth)**

あとは複数の業者が関わっていたり、ボランティアの人、家族の人、複数の人が介護をしている場合はどのように役割分担をしていったらいいのか、時間的な分担などを話し合う場合にも使われる。

(質問：業者を選ぶ場合に基準はあるか。)

**(Gockel)**

実は私たちは無料で中立的な相談に乗っている。本人が決める。ただし、本人から頼まれれば私たちの方で選ぶ場合もある。

**(Kurth)**

それ以外のことはこちらで相談に乗るがサービスの提供者は原則本人が選ばなければいけない。どのような可能性があるかということは教えるが。他の可能性としては、法的な成年後見人が選ぶ、あるいは家族がいれば家族が全権委任のようなものを受けて選ぶということになる。

(質問：日本とはかなり違うようだ。)

**(Gockel)**

ここの全体の組織で重要なことはサービス業者に対して中立であることで、これが中核的な考え方だ。業者からお金を貰っていないので独立していて無料だ。それから互いに協力しあって連携を大切にする。

**(Gockel)**

それから業者の中には宗教団体だと思うが、自分たちが介護支援センターであるかのように振る舞っている所がある。実はそういうところは中立的ではない。自分たちの製品を売る。

(質問：先ほどの軽度の人のアプローチのときに、実際にその人は不安だということがあると思う。どう生きたいかとかどのくらい具体的などころまでアプローチしていくか。)

**(Gockel)**

特に家族というものがテーマになってくるかと思う。人によって、どこまで話を本人とするかというのは変わってくる。特に家族がいるかいないか、一人で生きているかいないかということですごく変わってくる。要するに家族との話し合いの中で決まってくる部分があるので、場合によっては次に家族を連れてきてくださいと言って第二の相談を設けることもある。

**(Gockel)**

それから重要なことはどのような相談の形態にするかというのは本人が決める。これが重要だ。

それから重要なことだがドイツは、介護金庫や介護保険と全く関係なく自分でそのような介護的なサービスを発注することが可能だ。その本人が雇用者という形になる。介護保険にも障害者のための様々な支援のプログラムもあり、保険でまとめて個人の予算とする制度だ。

どちらかという障害者のための法律で、その分野で応用されることが多い。ここでは予算の上では介護保険はあまり大きな役割を果たさないが、ただいろいろなものを結びつけてコンビネーションすることができる。それは本人が考えるのは難しいので相談が重要な役割を果たす。

(質問：給付関連の仕事になるか。)

**(Gockel)**

それからタイム管理もある。われわれは病院と非常に密に連携を取って仕事をしているが 65 歳以上の方は本人が希望すればタイム管理というものが受けられる。

(質問：センターのサービスか。病院か。)

**(Gockel)**

病院における社会福祉的な相談もしくは介護相談のどちらかということになる。

(質問：相談の最も早い時はどのくらいから始まるか。入院してすぐか。)

**(Gockel)**

入院した途端だ。

(質問：それがスタンダードか。)

**(Gockel)**

そうだ。

(質問：相談内容だが、アセスメントする時にフィジカル面とメンタリティを一緒に調査をしているのか。つまり、活動レベルで下がるということは、その前に気持ちに何かあったとか、原因を突き詰めるということは同時にやるか。)

**(Gockel)**

財政的な問題も考えられる。

(質問：あるいは環境面でただ単に階段だからできなくなっているので変えたらいいという場合もあるし、足の筋力が弱っているのもうすこし歩きましょうというトレーニングが必要かもしれない。)

**(Kurth)**

ドイツでは入院の前に在宅を優先するという原則があって、最初に話を良く聞いて何が問題なのかを認識しなければいけない。その際は本人に挑発する必要もあるかもしれない。というのは、高齢者は自分が病気で何かが出来なくなったことをなかなか認めないからだ。他の人の助けを受け入れるということの勇気が必要だ。

そして、家族の負担になりたくないということもある。ある若い女性が私のところに電話をかけてきた。父親が退院して、私の家に送ろうとしているが非常に感情的で困っているということだった。その際はまず興奮のレベルを鎮めて話を聞かなければいけない。

**(Gockel)**

そういう大変なケースもあるので私たち職員がスーパービジョンを受けるようなチャンスもある。

(質問：通常のケースではアセスメントは何回くらいやるか。一回だけなのか、2、3回なのか、それから一回当たりどれくらいの時間を想定しているか。)

**Kurth)**

それには定められた手続きがある。まず介護に関しては介護金庫に申請をしなければならない。次にMDKというメディカルサービス鑑定機関が登場して、鑑定の結果を作成するまでに25日の期間が与えられる。急性の場合は病院の書類の結果を見ながら判断することもある。普通の場合は鑑定人が本人の自宅を訪れて64の質問をする。それによって介護度が決まる。これに質問の内容が書かれている。これについての説明はインターネットにある。そして、最終的なその結

果を介護金庫が決定して通知をする。最終的に鑑定結果がどうなるか分からないので非常に不安定な期間がある。

(質問：最初の相談の時に 64 項目というのは多い。もうすこし簡易なアセスメントツールを使うことはないか。)

**(Kurth)**

誰かが私の所に相談してくるとする。大体見て分かるので、あなただったら介護金庫の方に申請する意味があるということを使う。申請をするということが決まった場合は、申請用紙を書くことを手伝って提出する。

この鑑定というのは身体的な鑑定だけではなく社会的な面も考慮される。

(質問：介護度が決まったら、サービスの組み合わせのようなモデルが示されて、自分で決めるということか。サービスのメニューが大体決められていないと高齢者は決められない。)

**(Kurth)**

まず本人が事業者を決める。そうすると事業者には介護給付のカタログというものがある。そのカタログでは、例えばその人は朝に非常に大々的な身だしなみの支援が必要か、または小規模の身だしなみの支援でいいのか、体を洗うサービスを付けた方が良いかということが組み合わせになっている。

(質問：要介護認定を受けてからこちらに来る人と受けないで来る人のどちらが多いか。)

**(Gockel)**

まだ鑑定してない人が多い。

**(Kurth)**

それから、そういう人たちの家族が相談に来る。

(質問：介護認定の無い人が来るときに、例えばそれ以上悪くならないためにどういうアプローチの方法が何かあるか。階段を変えろという話があったが、他に何かあるか。)

**(Gockel)**

在宅のリハビリの機関がある、要介護であるかどうかに関わりなく請求してもいいサービスなので、そういう可能性があるということはこちらで教える。

それから、要介護であってもなくても、買い物を代わりにやってくれるような人がいることで自立的な生活ができることがあるとすると、こちらのボランティアエージェンシーの人に繋げる。

(質問：たしかに介護保険は生活のごく一部だ。)

**(Gockel)**

それから介護金庫から住宅の改造の支援がある。例えば、バリアフリーにするとかスロープに

するとかだ。介護度 1 という非常に軽いタイプだが、それでも住居の改造の支援がフルで出る。それは出来るだけ自宅に留まれるようにするためだ。

(質問：鑑定を受けた人がたくさん相談に来ると思うが、鑑定を受けた人全体の何割ぐらいが介護支援センターを訪れるか。)

**(Gockel)**

MDK の鑑定員たちが鑑定した段階でこのような支援センターがあることを教える。ただ何パーセントかということそこまでは答えられない。

**(Kurth)**

私たちの郡には約 1 万人の要介護者がいる。1 万人いて、そのうち 4200 人を世話したので、だいたい 40% ぐらいの人が来ると言える。

(質問：最初にこちらに来るのはどの認定段階の人が多いか。)

**(Gockel)**

さまざまだ。というのも家の中で介護ではなく世話が必要な人もいるし、非常に重い人も来る。今はホームにいるけど自宅に戻りたいので支援してくれないかということもある。

それから最期を自宅で迎えたいという場合のためのサービスもドイツにはある。在宅特別専門パリアティブサービスといって、それは医療の保険で医師が処方すると使える。最後の最後まで緩和ケアを在宅で行うというユニットだ。そことも連携している。

(質問：現金給付と現物給付の、どちらの方が相談件数は多いか。)

**(Gockel)**

現金給付だ。大体の場合は、家族によって主に世話をされていて、そういう家族は、介護金庫には介護者というステータスで登録されている。その人たちは介護者として、社会保険の給付も受けている。障害保険も年金もそれから失業保険も介護休暇も受けられる。

(質問：他の自治体でも、こういう介護支援センターとボランティアのセンターがいっしょにあるということは多いか。それとも、これはマルブルクの特徴でこういう仕組みになっているのか。)

**(Gockel)**

これは特別な協力プロジェクトだ。

(質問：だからこそ要介護の認定受けない人も、ボランティアに繋ぐってことができていますが、他では難しいか。)

**(Gockel)**

要するにそういう一つの建物の中に、いろんな相談所を集めることで人々にとって良いことが

出来るという市の独自の判断だった。今日は 5 つの団体を紹介してきたが、ここには実はもっと他にもいろいろな相談を受けている団体がある。ここに常駐しているわけではなく、ある一定期間に一回、例えば 1 カ月に一回とか 1 週間に一回とか訪れる。

専門の相談所とか、視力の無い人とか、それから高齢者評議会っていうのががあるが、そこに高齢者特有の悩みを話せるような所もある。また自助グループも多く、もしくは非常に組織の規模が小さくて独自の事務所を持つお金が無い組織が使える部屋もある。

それから、私たちの支援センターにはもう一つの重要な役割として、苦情センターにもなっている。サービス事業者たとえば介護ホームに問題がある場合に、私たちのところに来ることができる。

そして、定期的に部屋を借りる組織の人たちも、私たちの常駐している例えば介護支援センターと密接な提携を結ぶことが出来る。

その相談所でどのような人達が相談をやっているかというと、ボランティアが相談員になったり、自助グループだったりする場合は病気の人達が同じ病気の人達の相談に乗ったり、そういうこともある。

2017年8月23日

ディアコニー病院ヴェルダ移動訪問老年医療リハビリテーションチーム (Mobile Ambulante Geriatrische Rehabilitation, Diakonie-Krankenhaus Wehrda, Deutscher Gemeinschafts - Diakonieverband GmbH)

Inga Fröhling 看護師 チームリーダーTeam-Leitung

Dr. Daniela Stöckmann 内科・リハビリ専門医 (fachärztin für Innere Medizin und Rehabilitation)

理学療法士

<看護師、医師>

(スライドで活動紹介)

これは20周年の記念のためのプレゼンテーションで、私たちの職員を見せるものだ。

- ・移動車。
- ・患者との写真。
- ・患者の家での訓練。リビングルームは狭いときは廊下に出てトレーニングをする。
- ・外にも行く。道路とかを安全な気持ちで動けるようにするためだ。
- ・ノバフォン(可聴音波マッサージ器)も使う。筋肉を柔らかくするために超音波で柔らかくするものだ。
- ・家事トレーニング。
- ・コンピュータを使う脳の訓練。
- ・言語障害で口の動き運動の訓練。
- ・特別な風呂。
- ・トイレは改造してある。
- ・車いすのようなものは運動能力、制御能力を促進するためだ。
- ・刺激を与えるアイスマッサージ。
- ・カードの絵が描いてあって、これを見て何か言わなければいけない。
- ・リフト。
- ・原則的に老人医学の専門だが時々若い患者もいる。
- ・マールブルクの家には狭い階段が多い。病院では幅が広いが、家は大変だ。
- ・近所の人にまた病院から帰って来たよという姿を見せている。
- ・ときどき、2人で対応することもある。
- ・住居の改造についてのアドバイスをしているところ。
- ・プランニングは週単位だ。
- ・事務担当のセクレタリー。

- ・チームでの打ち合わせ。
- ・20周年を記念して昔ここで仕事をしていた人も招待して新しいモデルの説明。
- ・20年前の写真。

(関連映像)



(以下 <https://www.dkh-wehrda.de/medizin/geriatrie/>より)



質問をいただいているのでその順番で話す。

#### 在宅リハビリ機関への質問リスト

##### 1. 退院後に自立した生活をするためのリハビリ

1.1 退院後に自立した生活をするためのリハビリを提供しているということだが、退院する高齢者は皆リハビリサービスを受けるのか。それとも対象が特定されるのか。特定されるのであれば、どんな基準に基づくのか。

1.2 提供するには医療保険による合意が必要かと思われるが、合意の基準は何か。内容や費用の枠組みはどのようなになっているのか。どの程度の割合で断れるのか。

1.3 在宅リハビリが実現するまでの流れ

1.4 財源はどうなっているか

1.5 ドイツでは原則医療保険がリハビリの主な財源を担っているが、介護保険や要介護認定と関わりはあるのか。

##### 2. リハビリ供給計画

2.1. リハビリ供給計画を医師が作成すると想定している。他の職種も計画作成に参加するか。

2.2. リハビリ計画の典型的なプロセス

3. 典型的なリハビリの内容

4. リハビリは実際誰（どの職種の人が）が給付するのか。

5. 住宅相談との提携

5.1 住居相談や看護・介護相談も提携している、という理解でよいか。住宅改造は介護保険などからも補助があると思うが、その手続きも支援するのか。また看護・介護相談としては実際何を行っているのか。その際他の（相談）機関とどのように提携しているのか。

5.2 他にどのような主体と連携することがあるか。

##### 6. 補助具

6.1 補助具の処方・提供も行っているとのこと。どのような枠組みで誰が処方し、どの保険でどの範囲で償還するのか。

6.2 患者をどのように支援しているのか（例えば申請など支援するか）。

7. 介護予防的リハビリを提供しているか。していればその概要を教えてください。

高齢患者の治療では複数のモデルがある。

例えば転倒したとか脳卒中とか急性の問題がある患者は、まず病院で治療を受けるが、主にそのような患者が私たちのところに来る。

問題が軽い場合は入院しないで通院のリハビリテーションで済む患者もいるわけだが、その人たちは私たちの対象ではない。通院のリハビリテーション施設に行くか、もしくは普通の開業医のところに行って処方箋を出してもらって理学療法士のところに行く。

（質問：理学療法士のところに行くのか。）

普通の GP に行ってリハビリが必要だということで処方してもらう。その処方してもらうことによって保険が下りて理学療法士の診療所に行く。そこで大体回数としては 6 回くらい理学療法を受ける。そのような方法もある。

(質問：理学療法士は自分で開業しているか。)

そうだ。言語療法士も作業療法士もそうだ。理学療法士は病院で働く人よりも診療所を持っている人の方が多い。高齢者だけを対象にしているのではなくて、スポーツをしている人、けがをしている人も扱う。

私たちのところは自宅に私たちが移動するという意味で移動式サービスという。非常に重い状態の重症の人たちを対象としている。リハビリテーション専門の病院ではあまり良い結果は得られないと予想される人たちで、多くの場合は多疾患を抱えている人だ。

その際に、例えば家族がいるということなど、なぜ自分の慣れ親しんだ環境に居なければいけないかという理由を持った人たちだ。

それから、例えば認知症の初期の段階の人たちも対象に入っている。

移動式リハビリテーションを受け入れる条件として、リハビリテーションの能力が無ければいけない。あまりにも認知症が進んで、私たちやセラピストがこれをして下さいと言っても理解できない人は、リハビリ能力がないということになる。

すべてのリハビリテーションは医療保険の疾病金庫が検査をする。さまざまなモデルがあると言ったが、私たちの移動式のリハビリテーションを受けるためには、私たちのモデルを使ってもいいかどうかを疾病金庫が判断する。

先ほど言った通院リハビリとの違いは、通院は 6 回分しか一度に出ないのに対して、こちらは 45 回分できるということだ。こちらは回数が多いので、その必要性が認められなければできないということになる。

その必要性というのは非常に症状が複雑であるということだ。いろいろな疾患を抱えているとか、多種の職業によるセラピーが必要であるということがある。それから、視覚能力の低い人の場合も自宅でないで困る。自宅の場合なら慣れているからできるという理由がある。あとは言語障害で家族による通訳が必要な場合だ。

実は、ここには移民の背景を持った人が多い。なぜかと言うとここにはチョコレートを作っている工場がある。イタリア人、トルコ系でドイツ語があまりできないとなると子供とか孫が通訳する。そういう人は病院よりも自宅の方がリハビリしやすい。

(質問：45 回の期間の目安は決まっているのか。)

45 回のうちの 5 回というのは医師による診察や私のような社会福祉関係者による相談も含んでいて、実はリハビリテーションは残りの 40 回ということになっている。月曜日から金曜日まであって、1 日に 1 回の人もあるし 2 回の人もある。3 ヶ月よりも長い時もある。だいたい 6 週間から 8 週間だ。



これが週の計画だ。まず一番左の列に患者の名前が書かれている。ただしデータ保護の関係からこの紙は裏返しになっている。ある人には今週毎日のアポイントメントがある。ときどき欠けている部分があるが、例えば孫の誕生日会とか医師とのアポイントなどがあるということだ。特に孫の誕生日会というのは感情面や、社会参加という意味でとても大切にしている。ここは病院とは違う所だ。病院では治療のことだけを考えていればいいが、こちらはそうではないので、私の方で生活も考慮する。

(質問：たとえば、体調が悪いから休むというようなこともあるか)

ある。大体的場合は退院したらそのまま継続するという形になるが、病院にもう 1 回再入院で中断することもある。1 ユニットは 45 分だ。

(質問：一人のセラピストは一日に何人位訪問するか)

みなパートタイムだが、4 人から 6 人だ、時々 10 人になる。移動に 30 分くらいかかることもある。ここから 30km の範囲が私たちの範囲だ。

(質問：対象エリアはマールブルク市内か。郡も入るか。)

郡を対象としている。ここの 2 人の職員はディアコニー病院の職員だ。病院から離れているが、病院は所属している機関だ。実はこの地域の移動式リハビリテーション機関が昔からあった。そこには 4 人働いていて、その内 2 人が理学療法士で 2 人が作業療法士だった。そうなるとう 1 人が病気で休むと大変なことになる。そういう状況があったので病院と一緒にした方が良かったことになった。このようなかたちにしたので、病院の職員が移動式リハビリテーションを助けることが出来る。

ドイツの移動式リハビリテーションのユニットのほとんどは病院の一部だ。全国に 14 しか高齢者対象の移動式サービスがない。

別に高齢者を対象としているわけではなく、それぞれの病気に合わせた移動式リハビリもあるが、それらは整形外科専門など病院の治療の一部で、たった4回のユニットしかない。

(質問：それは何か所くらいあるか。)

最近始まったばかりだ。まだ理論の段階だ。

(質問：日本には、週に1回セラピストが通うということはよくある。)

処方箋があればセラピスト診療所の人が患者の所に往診という形で行く。それは1週間に1回なので、それが今の話に相当するのではないか。その際は疾病金庫に申請する必要はなく、GPが処方すればそのまま受けられる。

(質問：疾病金庫に申請するのは誰が行ってどのような流れになるのか。)

2つ可能性がある。1つは、患者が病院で外科や内科にかかるか脳関係の病気を患っていて、そこで医師が処方箋を書く場合だ。

もう1つ、開業しているGPが処方するという可能性もある。かなり病気が重くて、集中的に患者のために何かをした方が良いと判断をした場合だ。

その申請書は5ページにわたる申請書で、そこにおいてなぜその患者が入院型ではなく移動式のリハビリテーションを受けるべきなのかその根拠、なぜ家でやった方がよいのかという根拠を明確にする。

先ほど言ったように、言語の問題、認知症など移動式の方が良いという理由だ。

(質問：先ほど、孫の誕生日を重視するという話があった。人生を重視しているのか比較的プラクティカルな側面を重視しているのか。エモーショナル重視かプラクティカル重視か。)

両方だ。たとえば、社会的参加もあるし、長い間入院していたら家族と離れていてうつになるというのも理由になる。

<理学療法士>

(質問：日本ではリハビリの専門職種は生活機能のできることを、できないことを見る。できないことはなぜできないのかという要素を分析して出来るようにするのがリハビリの重要な仕事であるとなっている。ドイツのリハビリもそういう側面があるか)

私たちも、この人はまず何が出来るか、そして生活するために何が必要なのかということ进行分析する。ADLだ。つまり在宅でいろいろな活動が出来るようにということだ。家の中の階段を上る、ベッドに入る、体を洗う、服を着るトレーニングもする。

作業療法士がやるが、場合によっては理学療法士がそれを支援したり逆に支援されたりもする。

(質問：リハビリの時間が足りない時にどう補うか。介護職とか家族にやってもらうというマネジメントも大事だと思う。)

そうだ。それから、家族だけではなく本人にも課題を出す。例えば、絵を書いて下さい、文章を書いて下さいと言う。それからリハビリテーションの全プログラムが終わった段階で、今後は一人になるけれどこれをやって下さいというかたちで、長期的に見てだんだんに能力を高めていくような課題を出すこともある。

それから、家族の相談に乗ることも非常に大切だ。というのも、特に脳卒中などで突然いろいろな能力を失ってしまう場合は、その家族達はとても不安だ。それに対して、こうしたらいいというアドバイスをすると非常に喜ばれる。

(質問：その際、それは本人と家族だけにアプローチするのか。例えば地域のメンバーとか介護職とか他職種とかにもアプローチするか。)

ほとんどの患者がやはり介護のサービスを受けている。だいたい朝早く在宅の介護事業者が来る。とくに難しい状況の場合は、こちらのリハビリテーションと介護との間で連携したり話し合ったりすることもある。そうでもない場合はそのような一緒に話したりとかする機会は無い。しかし、やはり患者の状況が良くなって行って介護がしやすくなるということで喜んでくれる。

<看護師、医師>

(質問：45回が終わった後のアフターフォローとか、その後に定期的に上手く動いているかどうかというチェックはここではしないか。)

セラピーの始まる最初の段階で医師がまず見る。最後にはリハビリの効果を見に行くという作業をして、その後に結果を報告書としてまとめて担当のGPに渡す。最終的にGPが患者とコンタクトをし続けるという形になる。

(質問：医師から医師への引継ぎはあるが、リハ職からリハ職への引継ぎは無い。たとえば、訪問が終わったら次は通院のリハビリテーションにつなぐということはあるか。)

私がアセスメントをする際には老人医学的なアセスメントを行うが、その結果をGPに報告する。モビリティということで移動の能力、ADL、それから認知機能、知的能力、感情、社会的な参加、リハビリした前と後でどれだけ改善したかということのアセスメントをする。

(質問：ADLだけではなくて、IADLは見ないか)

見る。モビリティのテストは理学療法士が行う。バーテルインデックスは作業療法士が行う。メンタルテストもする。それから6か月後に患者に電話する。そして同じ状況か良くなったかを聞く。

(質問：だれが電話をするか。)

自分だ。バーテルインデックスをもう一度評価する。持続可能性をみる。

(質問：もしそこで良くなっていなかったり課題が新たに出ていたらどうするか。)

疾病金庫が担当しているので、こちらの機関から自発的にそういうことを始めることができないしやっではいけない。何か出来事があったことによって病状が悪化することがあって、それによって複雑なケースだから移動式のリハビリテーションが必要だという診断が出ないといけない。

(質問：そうするとバーテルインデックスの結果は誰に渡すか。GPか。)

内部のクオリティ管理部門だ。内部の品質確保のためにやっている。それから外部の品質確保も行っている。コンピテンスセンター(適格性審査部門)という、私たちが提出すべき機関があって、そこで判断してもらおう。そこで学術的な判断をする。

(質問：その学術的な判断によって、また疾病金庫の正規のルートに乗ってここから行くことはあるか。)

これはドイツ全国規模で行われている品質管理だ。MDKが行っている。

(質問：せっかく重要な情報なので、バーテルインデックスを GP に伝えて、その後に活かした方が良いと思ったのだが。)

毎月 GP に行っているから問題はないと思う。とくに高齢者で重い人は GP と非常に密な関係にある。

(質問：この仕事ではないとしても、高齢者の虚弱化予防の意味で例えば高齢者活動センターのような所で、身体の動かし方や予防体操などの指導をするようなことはあるか。デンマークではあると思うが。)

そのようなグループのトレーニングはある。それはやはり集会所のようなところで行う。一部の疾病金庫はそういったことに対して補助金も出している。

それとは別にグループではなくて、個々にたとえば転倒予防が必要と思われる人の場合は、GP なり、どちらかという専門医の方が多いがやはり処方箋を書いて転倒予防のリハビリをすることがある。

(質問：国際比較で、デンマークは早い段階の予防的リハを一生懸命やっているがオランダはないうだった。そういう国際比較ではドイツはどちらに近いか。)

私たちは原則として病気になった患者の治療という形で仕事をしている。

とくに急性期病院はリハビリテーションを非常に早い段階で始めるようにはなっている。そういう意味で早くなっている。ただし、予防的なものに関しては、疾病金庫が資金援助をするという形で行っている。だから、患者は自主的に参加するという形になる。

(質問：するとオランダ寄りか。デンマークは政府を挙げて虚弱になるのを予防している。)

ドイツでもそれを促進したいという気持ちは皆あるが自主性に任されている。自主性に任せてしまうと、まだ元気のうちにはなかなかやらない。

それから補助具だが、私たちのところに専門店から貸してもらっている補助具がたくさんある。歩行具などの各種だ。私たちは自宅の方に行くので、持って行って使ってみる。それで上手くいけば、様子を見て医師が処方する。それから新しい製品が出ると、専門店が自ら貸してくれる。

例えばこれだ。半年前に入った。



それから施設でも介護職員の負担を軽減するリフトももちろんある。

家に合わないようなものを処方されることもある。風呂の浴槽に入るためのリフトの処方を受けた人がいるが、それが余りにも大きすぎてお風呂の水があふれた。

皆さんはマールブルクの市の支援センターにも行ったと思う。支援センターもあるし、それから様々な介護事業者ともコンタクトを取っている。

15年前から長くやっていてこの仕事をしているので、どういう支援が必要かということが私の方でわかったら、他の支援を与えられるところにコンタクトをとっていってもらいたいということもある。

それから重要なのは病院の中にあるソーシャルステーションだ。私はこのあたりにある病院全てのソーシャルステーションのソーシャルワーカーを知っている。病院の医師は頻繁に異動してしまうので医師は私たちのことを知らない。毎週行って自己紹介をしなければいけない。ただソーシャルステーションの人達は長く働いているので、私たちのことを知っていて医師に私たちを紹介してくれる。

(質問：必要なケアが分かったら回すということだが、どこに連絡するか。介護事業者か。)

マールブルクは特別な町で、視覚障害の人が多い町だ。なぜかという、視覚障害の人たちのための特別なジムナジウムがある。それで郡の中に視覚障害の人が多く、その相談に乗る特別な組織がある。患者が視覚障害を持っていたらそこに相談したらいい。

また、たとえば私の患者が非常に複雑なケースであった場合は私一人ではまかないきれないので、介護支援センターにケースマネジメントを頼むこともある。

(質問：例えば、リハ職なども含めて医療関係者が一緒に集まってカンファレンスをすることはあるか。)

ある。

(質問：それは具体的なケースについて行われているのか。情報交換か。)

具体的な症例についてだ。もともと私たちの扱っている人数がそれほど多くないことと、そのなかでもケースマネジメントが必要となるとかなり少ない。しかしそういうことが時々ある。

(質問：必要な事例は例えばどんなことか。)

患者に認知症が始まった場合は介護事業者とこちらの移動式リハビリテーションで互いに相手が何をしているか、そして自分達がどこのパートを受け持つべきかということが知りたくなってくるので、そういった場合にカンファレンスを持つ。

(平均的な利用者数は。)

1度に25人だ。

(質問：1度に25人を12人で対応しているとのことだが、その25人は大体埋まっているか空きはあるか。)

30人が上限だ。あまりないがウェイティングリストが必要なこともある。

(質問：このサービスの入口と出口を聞きたい。入口は重度の人が中心となるので病院が多いと思うが、出口はどうか。)

患者は原則的に病院から出てきて在宅になる。もともと介護ホームにいた人は、その介護ホームで私たちはリハビリをする。それから中間的な解決策というものがあって、すぐに家に戻らないで短期間のショートステイをする。施設で3、4週間だ。私たちはそこに移動式のリハビリテーションとして行く。

そのショートステイは結構ある。退院した後に、もし家族がいたとしても、家族がその人を扱うのにどうしたらいいのか分からない、あるいはバスルームを改造しなければいけないというような期間に、そこで世話をする。その人が家に戻ったら、私たちも患者と一緒に家に行って治療をする。

(質問：その時に家族も一緒に来て、共にやっていくということか。)

ショートステイを利用する場合は2つのケースがある。1つは、家族と一緒に来る。ずっと一

緒にいる訳ではないが学ぶ。あるいは集中的にそこで治療を行うことによって、あとで家族の支援が必要ないようにする。

その際に重要なのは、患者がどれだけ負荷に耐えられるかをみて、負荷に耐えられれば耐えられるほど集中的に治療を行ってその後あまり支援が要らないようにすることだ。

(質問：ショートステイで外から移動式リハが入ると、リハ病棟に転院するのとでメリットデメリットはどうか。)

移動式にするか入院式のリハビリテーションにするかという選択肢はある。ただし、私たちのほうが高いので、まず入院してリハビリテーションを受けて、ダメだったら移動式になる。私たちのほうは先ほど説明したように利用する根拠が必要だ。

(質問：たとえば脳卒中になってしまって、急性期から選択するまでの期間はどれ位か。発症してから何週間くらいで選択するか。)

病院に行った後すぐにこちらにくるか、入院型のリハビリテーションにいくか決める。

医師は、脳卒中の患者がいたらその人が退院する3、4日前までには移動式リハビリテーションが必要かどうかという処方箋を出す。こちらの移動式に決めれば、その3、4日間に疾病金庫で許可を出すという形だ。そしてこちらに来る。

脳を専門とした早期リハビリテーションの機関が病院の中にあるが、そこで最初のリハビリテーションを受けて、その後に3、4週間後に移動式リハビリテーションに来るというケースもある。

脳卒中患者が家に戻ってきたら今度は、家族がさまざまな種類のセラピストを家に呼ばなければならぬ。それは大変なことなので、疾病金庫の方で私たちの治療を受けることを認めてくれるということだ。

開業医もあまり往診をしてくれない。私たちのように頻繁に往診をするような人はいない。

(質問：先ほどのショートステイの施設だが、介護ホームの中にベッドがあるということか。)

そうだ。だいたいどの施設もそのために2、3部屋ある。

ただ、出口の話にもどると、そういう形で私たちがショートステイの間に治療をしても自宅に戻れない場合もあり、そういう場合は施設に残る。施設に行かなくても済むかもしれない最後のチャンスを与えているわけだ。

(質問：リハビリのプログラムは、病院のドクターが大枠を決めて、そしてこちらで細かく埋めていくという理解でいいか。)

プログラムはこちらで作る。申請に必要なものを病院の医者が用意して申請をするということだ。

私は病院からの報告書を受ける。そこで患者の家に自ら行って診断する。どのタイプのセラピ

ストが必要かということ判断して、まず一週間分のプランニングをする。そして 1 週間に 1 回、毎週チームミーティングをもつ。そして、セラピストの意見を聞きながら、もし最初の計画が上手くいかなかったら計画を修正する。それを毎週、毎週行って目的を新しく作り直す。それから毎朝ここにセラピストが 15 分集まる時間があって、毎日同じ患者に同じ人が行けるとは限らないので、あの患者がどうなったかという情報交換を行う。

(質問：日本では担当者が決まっている。)

セラピストがいろいろいる。PT は PT である特定の患者に決まっている。何曜日は PT で何曜日は作業療法士というかたちだ。

(質問：このサービスは疾病金庫を使わずに完全な自費で利用することはできるか。)

可能だ。例えば、こちらで長い間世話をされていて、今後も来てほしいということで、自分でお金も払うという人も時々いる。ただ、私たちにとっては簡単なことではない。というのは、新しい患者を優先しなければならないからだ。

■ (申請用紙)

Antrag auf Mobile Ambulante Geriatriische Rehabilitation Leistungen

(移動ケア高齢者リハビリテーションサービスのための申請)

1.患者

名字、名前

生年月日

被保険者の住所

被保険者番号

いつから入院・入所をしているか

いつから訪問リハビリを計画しているか

直ちに

急性期治療の退院

計画された策の詳細

2.リハビリ理由

2.1. (関連合併症)

4.現在持つ障害

4.1.現在のバーテルインデックス

ポイント	15	10	5	0
総合				
食べる				
移動				
自分を洗う				
トイレの使用				
風呂/シャワー				
立ち上がる/歩く				
階段をのぼる				
服の着脱				
排便				
排尿				
計				

急性期前の介護度 なし 1 2 3

無し

5.リハビリテーションのニーズ

活動や社会参加への複合的な障害があり、医師の監督下での集学的療法が求められます。外来療法では十分ではありません。

移動

ADL能力

栄養摂取

コミュニケーション

認識

感情

コメント：短いキーワードで総合的に（問題？）分野を記述。例えば：

栄養摂取：嚥下改善

認知：一日の（過ごし方の）構造化、方向感覚の再生、または注意力の改善

#### 6.リハビリテーション機能：現在あるもの

当事者は：

- 目覚めている      協力的      方向感覚良
- やる気がある      動機付けが可能      血液循環は安定
- リハビリテーションに耐えうる
- 骨折は訓練するには十分に安定
- 骨折は負荷に耐えうる

#### 7.リハビリテーションの目標

移動

- 姿勢変更/座位の安定性      ベッド/（車）椅子への移動
- 車椅子による移動      立位能力
- 歩行能力      補助具を使って
- 転倒リスクを減らす/排除する      補助具なし
- 特定の域内を歩く      階段を上る
- 痛みの軽減

ADL 能力

- ボディーケア（衛生）      部分的      全面的
- 着衣      部分的      全面的
- 洗身      部分的      全面的
- 食事
- 排泄
- トイレの使用
- IADL

認知

- 日常生活（に必要な）方向感覚の改善
- 神経精神的な部分的な能力障害の改善

コミュニケーション／嚥下障害

- コミュニケーションの改善
- 機械的補助具を使って
- 嚥下障害の改善
- 世話担当者を研修することで

感情

- 気分を明るく      疾病の克服
- 展望を持てるように      対立への対処

上位の目標

- 食事改善
- 住宅適応
- S 世話担当者の研修
- 社会ネットワーク強化

8.リハビリテーションのポジティブな予後予測

9.

現在使用している補助具:(該当する箇所の下線を引いてください)

利用可能:

車椅子/トイレチェア/補高便座/介護ベッド/抗褥瘡マットレス/手すり/リフト/バスリフト/シャワーチェア/圧迫ストッキング/杖/添え木/プロテーゼ/コルセット/松葉杖/四輪歩行器/三輪歩行補助器 / 4 点杖)

10.訪問リハビリテーションの割当基準

リハビリ対策中の基礎的生活保障を確保する

- 在宅生活の保証
- 介護供給
- 医療供給

リハビリテーション能力とポジティブなリハビリ予後予測には、患者の慣れ親しんだ継続的な住環境が必要である。患者は:

- 親族/世話担当者の存在とリハビリ促進の支援を必要とする
- 病気特有のあるいは障害に合わせて備え付けた住環境を必要とする
- 入院/外来/半入院でのリハビリの成功を日常生活に移すことができない

さらに、少なくとも次に挙げる障害の一つが存在する:

- 認識力に関わる精神的機能 (例えば、注意および集中力障害、認知症に関連した制限) が大幅に制限
- 行動に関わる性質 (例えば、不安、妄想、静止不能、ホスピタリズム) の精神的機能が大幅に制限
- 音声、話す、言語機能に重大な障害
- 見るおよび聞く機能に重大な障害  
(2、4、および5を参照)

…のために治療単位/治療日の費用負担を申請します。

MoGeRe の策は以下で実施されます:

- 患者の住居で
- まずは短期介護において
- 入所型介護施設で

必要なのは:(必要に応じてチェックしてください)

- 理学療法
- 作業療法
- リハビリテーション的な介護
- 言語療法/嚥下療法

- 心理学
- ソーシャルワーク
- 食事に関するカウンセリング

上記目標を達成するために

患者の利益のために、我々は迅速に費用負担に同意することを求めます。

日付

捺印/署名

- 申請用紙付属文書
- (申請者の同意の宣言)
- (可能であれば、病院のステッカーを使用)

名字、名前

通りと家の番号

郵便番号,住居地

生年月日

急性病院名

更なる治療の目的のために、入院治療の際に収集された治療に関する資料は、リハビリテーション施設に転送することを許可します。

この守秘義務の免除を、将来に向けいつでも撤回することができることを、承知しています。

私は、Diakonie-Krankenhaus Wehrda、Hebronberg 5、35041 Marburg のリハビリテーションチームによる訪問外来老人医療リハビリテーションの実施を申請します。

署名

■ (評価用紙)

査定用紙  
治療成功の最終評価



Diakonie-Krankenhaus Wehrda  
Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH

1.どこまでリハビリの目標を達成できたか？  
(リハビリテーションチーム/医師による評価)

	まったくない	少し	部分的に	大部分	完全に	目標ではなかった
1.身体の状態						
2. 移動						
3. コミュニケーション						
4. 認識能力						
5.精神的状態						
6.社会的状況						

2.全体的なリハビリスコアは：

	予想より とても良 い	予想より も良い	予想どお り	予想より 悪い	予想より とても悪 い
患者					
親族					
リハビリチ ーム/医師					

3.患者は日常生活をうまくやっているとされるか？

	とても良い	良い	満足	十分	悪い
患者					
親族					
リハビリチ ーム/医師					

4.補注：

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2017年8月24日

カリタス フランクフルト セントラルステーション東第2事業所 Caritas Zentralstation Ost 2.  
Ljiljana Specht ケアマネジャー-pflegedienstleiterin

ドイツは在宅が入所にできるだけ優先されるという原則がある。最近法律の改正があって、ますます在宅優先になっている。

今日は、連携、相談事業、補助具の提供について話す。またどのように職員と連絡を取って仕事を形成していくかということにも触れる。

私たちの団体はキリスト教福祉団体だ。フランクフルト支部のセンターはレーマー広場の近くにある。カリタスのフランクフルト支部の職員数は1700人だ。いろいろな業務がある。

まず、カリタスフランクフルトの事務管理をしている部門。それから幼稚園もある。子供と高齢者の世話を力を入れている。最近特に盛んなのは、難民に関わる仕事だ。

それからフランクフルト市の社会福祉の役所と連携関係を取って様々な仕事をしている。また、独自の介護入所施設も持っている。

在宅介護では4つのセンターがあってここはそのうちのセンターの一つだ。「東2」という名前だ。

それ以外にもさまざまな相談事業をおこなっている。女性のため、若い両親のため、または妊婦のため、難民のための相談所等がある。それ以外にも介護の分野で予防的な自宅訪問も行っている。これはフランクフルト市が財政的に援助をしていて、高齢者が要介護になる前に、ならないようにどうしたらいいのかという相談をする事業だ。

次に在宅介護の話に移る。4つ在宅のステーションのセンターで、要介護の人達を自宅において介護、看護、世話、そして生活環境を整えることを行っている。ドイツでは、ショートステイ、デイサービス、デイケアは入所型の施設が提供する。私たちのホームでも提供する。

私たち事業者は、介護金庫とサービスに関する契約を結んで、それによってサービスを提供している。例えばショートステイでは24時間世話をする人がいる体制を整えなければいけない、それから食事も提供しなければいけない。そういうことは在宅にはできない。入所の施設のみができる。

そしてその他のサービスとして、障害介護を担っている。これは、家族による介護を受けていて、私たちのサービスを使っている人の家族が休暇に出かけたり、病気になったりした場合に、その時だけ代わりに私たちが介護を受け持つという制度だ。これに関しては、一年間に1612ユーロを上限として給付が行われる。

ただ、本人が家にいるよりはその間のみ施設に入りたいという場合は、施設に行ってこの同じ額を施設介護に使うことも可能だ。

(質問：介護金庫との契約の内容はどのようなものか。働く人の質、資格、種類、サービスの量はどうか。例えばショートステイは全体で何泊か、訪問介護では何時間か、料金も含まれるか。)

非常に複雑な内容だ。疾病金庫、介護金庫、民間とも契約を結んでいる。

フライブルク市にあるカリタス本部が一手に疾病金庫との交渉を担っている。そのなかでまず、私たちの職員にいくらかかるのかという人件費を証明しなければならない。それに対して金庫側は、資格のある人を用意するようにと言ってくる。例えば、在宅看護に関しては、3年間の専門教育を受けた医療的な看護ができる看護職以外はやってはいけないということを決めている。

介護の方はすこし違う。もちろん看護師は介護もできるが、それ以外に特に専門教育を受けていなくても実地によって学んで研修、講習を受けた人でも介護は提供することはできる。

(質問：その研修時間はどれくらいか。)

資格を持っている人は3年間の教育を受けて試験に受ければどのような措置をやってもいいということになる。それ以外の人には20時間の講習を受ける。それ以外にもこのような事業所で経験を積む。その経験の長さは人によって違う。

(質問：事業所単位で、来た人の能力をみて採用するか。)

そうだ。管理レベルの職員がきめる。

それからメディカルサービス MDK の検査がある。1年間に1回 MDK の人たちが通知なく訪れて、無作為に8人~12人の患者を選んで、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ということを見に来る。

(質問：見に来るといのは、利用者にインタビューをするのか、文書記録をみるのか。)

現在、私たちは180人の患者を扱っている。そして、リストがあつて無作為に4、5番目毎に患者を選んでその家に行く。きちんと看護、介護されているかということについて私たちが満たさなければいけない条件に沿ってきちんと記録されているかということも検査して検査官がここに戻ってくる。そして、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リストがあり、その最後にそのサービスを行った人のサインがある。そのサインをした人の資質、資格を事務所に戻ってきて確認するという作業を行う。

それ以外に、コスト、経費に関する検査も行われ、給付に対してきちんとした請求が行われているかという検査もある。その結果をインターネットで公表してそれぞれの事業所に対して点数がつけられる。

(質問：点数は誰が付けるか。インターネットのサイトはどこか。)

MDK がつける。それ以外の所でも公表しているが、MDK のインターネットのサイトにおいてこの評価報告書全部が掲載されている。

これは、組織、看護内容、次に重要な点だが患者の満足度も載る。例えば、個々の職員がきちんと対応しているか、親切か、時間を守るかなどだ。高齢者はそのような面接を自宅やホームで受けて、その結果をまとめたものが報告書に反映される。そして最後に総合点がある。これは予告なしに毎年ある。

その際、私のような責任者はいつも事務所にいなければならない。しかし、予告なしなので、例えば休暇に出たら戻って来なければいけないということになる。

問題は、私たちは契約を結んだことによって様々な点を注意しながら仕事をしなければいけないが、一方でそのコストを賄うほど金庫からお金を貰えていないということがある。

私たちはどうしても、こういった条件の下ではコストを賄えるほどの条件で仕事をする事ができない。というのは、労働協約という公的に労働者の賃金を決める契約がドイツにあるが、カリタスはそれに基づいた賃金を払っているからだ。

そうしたことから、いつも金庫側と紛争になる。というのも、賃金は毎年上がっているのにその分は貰えていないということだ。それで対立してほとんど毎年のように調停機関に行って仲裁してもらおう。最近ここ何年間は私たちが勝っている。

(質問：調停機関は労働条件を見るのか。)

社会裁判所というものがある。

(質問：完全に中立な機関か。)

そうだ。その結果、だいたい金庫側が折れるということは無い。そうすると調停者が最終的に決めてしまう。その決定は守らなければいけないものだ。

(質問：評価についてだが、介護というサービスの性質上、本当は本人のことを考えれば本人ができることを伸ばそうとする方法のほうが良くても、手をかけて楽をさせた方が良い点がつくのではないか。本来あるべき理念とは違って自立をさせない方が評判が良いというようなことが日本によくある。評価が難しい。日本の場合は質をあまり評価できないという問題もある。)

その点は難しい。ドイツの状況を説明すると、まずできるだけ要介護者はサービスを使いたくないと思っている。というのも、在宅でサービスを受けている人はできるだけ介護をしている家族のために現金が残った方が良いので、サービスの量を節約したがる傾向がある。

また同時にドイツの介護保険は部分保険である。それで、例えば寝たきりの人のところに1日4回行くことが必要だとしても、そのお金は出ない。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。

ただし、本当に介護が必要なのに困っているのに年金があまりにも低すぎてお金が無いという場合には市の社会福祉事務所がこちらにやってくる。そして本当に必要かどうかということ調べる。

例を出す。硬化症の若い患者がいる。この人は40歳で硬化症が出てしまったが年金はままだも

らえないという状況にある。そしてホームには行きたくないということで在宅の看護、介護を受けている。この人は1日に4回どうしても介護が必要だが介護金庫からもらえるお金は1600ユーロだけだ。家事の支援も含めて1か月にこの患者に必要な金額は1万ユーロになる。というのも、食事も自分で食べることや飲むこともできないし、寝返りを打つこともできない。それで朝だけで3時間も介護の時間が必要になる。要するに8000ユーロ分の無理が出ている訳だ。そこを全額社会福祉事務所が出す。というのも、憲法によってドイツの場合は入所より在宅が優先されるからだ。

いま、難民が増えているが、介護もしくは看護が必要な人もいる。ただし、介護度が認められないので、そういう場合は社会福祉事務所からお金が出るということになる。私たちカリタスは、社会福祉事務所とも契約を結んでいるのでそういったサービスを提供することが可能だ。

(質問: そのような市の福祉在宅ケアの申請を出す時に、高額なので細かなアセスメントをしないと多分出せないと思う。それは専門職種がやるのか、役所がやるのか。)

社会福祉事務所のソーシャルワーカーだ。今の患者の例では、私たちのほうからこの患者はもっと給付が必要だという電話をする。そして社会福祉事務所のソーシャルワーカーとアポイントをとって、本人の部屋で会う。そして私たちが必要なことの説明をする。そして見積りを出す。見積りをその社会福祉事務所が契約として受け入れるか受け入れないかということになる。

(質問: そこでは、環境とか本人のアセスメント、またこちらで説明した見積りをもらってソーシャルワーカーが考えるということか。)

私たち自身は介護の専門家だ。

(質問: それは介護扶助のプロセスだと思う。8000ユーロ足りなくなるということだったが、全額もらえるのか。資産を使い切ってから始めてもらえるか。)

この人にはお金が無い。

(質問: 資産調査はどうか。)

もちろん不動産があったらまずそれを売らないとだめだ。この人の場合はや大体の人は家賃を払って住んでいて家賃も払えないという状況だ。

先ほどの検査の件だが、だいたい検査する項目は決まっている。耳の後ろは綺麗か、爪は綺麗か、褥瘡はないか、へその中はどうなっているか、糖尿病の人の場合に足はどうなっているか、そういう様々な項目が決まっている。

(質問: 専門職がやっているわけではないのか。)

MDK は専門職だ。

それから私たちは相談役、助言者役もしなければならない。これは契約で決まっていることだが、その患者に何かリスクがあるということを認めた場合は記録しなければならない。そういう相談に対し、私たちの職員がきちんと記録しなかったら検査の項目として 1 点引かれる。記録をしないということはいけないことになる。

(質問：検査の際に社会と繋がっているかどうかは見ないか。)

その社会的な参加、繋がりも検査項目の中に入っている。検査チェック項目全部で 72 ページにわたる。

聞く内容は私たちに知らされていないし、公的にも公表されていない。具体的に、どのように聞くか、聞き方のルールも知らされていない。なので、毎年私たちにとってはサプライズがある。

(質問：来てから終わるまで何時間くらいか。)

だいたい 2 日間かかる。8 人の患者とオフィスの検査と請求書の検査がある。私はこの仕事をして長いのでどういう資料をもとめられるかということも分かっている、もともと用意してあるので 1 日で済むこともある。

初めて私のようなポジションについてた人であれば時間がかかるだろう。しかしいくらきちんと準備しても質問カタログが変わっているかもしれないのでどうなるかは分からない。ストレスだ。

(質問：サプライズがあるというのは、どういうサプライズか。)

実は今年からまたルールが変わった。請求書を見せるということが今年から始まった。そういったことがあるというのは法律が変わったことから知っていたが、実際に何を証明しなければいけないかを私たちは知らなかったので戸惑った。

また、何人で来るかも分からない。2 人で来ることもあるし 6 人で来ることもある。来る時期も、ある年は 6 月にきてある年は 12 月に来る。彼らも私たちの悪い所を見つけようと思っているのでサプライズで来ないと意味がないのだろう。最悪の場合は罰金を払わなければいけない場合もある。

(質問：ここではないだろうが、検査で何か見つかって社会問題にあることはあるか。虐待が見つかったり、事業所の失策発覚の例があったら教えてほしい。)

カリタスはまだない。在宅介護は小規模なところもやっている。小さな民間の所がそういった非難を受けたことがある。よく非難を受けるのはどちらかというと施設だ。

(質問：さきほどの 40 歳の方は 1600 ユーロが金庫から出るけど 1 万ユーロこちらでかかるとのことだった。その額は事業者によって違うという理解でいいか。)

他の事業所がある患者の世話をしていたが、その事業所との関係が上手くいかなくなってその患者が私たちの所に来るというケースもある。そうするとまた新たに私たちの見積りを役所の方に出さなければならない。ただし、単にいくらということではなく、なぜこの金額になるのかということ専門的に証明しなければいけない。根拠付なければいけない。

最終的にどこの事業所を選ぶかというのは患者が決めることになるが、例えば、カリタス、ディアコニー、労働者の福祉団体という大きいところは労働協約に基づいた賃金を労働者に払っているので高くつく。それで、見積もりを複数の事業に請求したら民間のほうが安い。というのは民間の場合はそういった協約に基づかないマーケットの原則で賃金を払うことができるからだ。最低賃金しか払っていない。そうすると疾病金庫の契約の金額も安くなる。だから私たちのところにくる顧客は安いから来るのではなく、質が高いから来ると言える。

(質問：社会福祉事務所が全額出すのだから、受ける側からみると民間よりカリタスが良いとなるのではないか。)

ドイツの場合はいくら社会福祉事務所がお金を出すからといっても社会福祉事務所は事業者を決めてはいけない。これは医師でも介護事業者でも同じだが、すべて患者に選ぶ権利があるということが決まっている。もちろん患者は安い所を選ぶことができる。たとえばドイツの場合24時間介護を受けられる可能性もある。つまり安い外国の労働者を住み込みで雇う場合もあるが、彼はそれが嫌で、きちんとした質の介護を受けたいということで私たちの所に来た。

民間は最初安いかもしれないが、後からこれも必要だと言ってきて高くなる可能性もある。それから社会福祉事務所と私たちはフランクフルトにおいて非常に密接な協力関係にあることから、私たちがきちんとした質の介護を提供することも分かっているし、必要のあることとないことを見分けているということも分かってくれている。

(質問：日本の場合は一定程度金額がかかる人は施設のほうが安いとなってしまう。そこは昔からそうなのか、最近そうなって法律が変わったからこうなったのか。)

1995年に介護保険法が導入された。それ以来いつも在宅が優先されることが守られてきた。その上で、前回の法律改正によってその方針がもっと強調されるようになった。たしかに施設のほうが安い。

(質問：お金を出す役所側が嫌がるか。)

確かに社会事務局が施設に入れるように決断を下すようなこともあるだろう。しかしそうしたらこの患者は裁判所に訴えるだろう。

ただ、私は22年間ここで働いているが、社会福祉事務局から断られたことはない。ただ何か問題があるとしたら、患者自身が貯金のあることを黙っていたとか、そのようなケースだ。私たちの介護が当局に拒否されたことはない。

(質問：介護の品質は大事だと思う。専門職種の教育ではどのような視点で教育していて、どのようなことを重要視しているか。)

3年間の教育を受けた人はきちんと教育を受けているということになるが、それ以外の人たちにまず教えないといけないことは、身体介護と、移動能力＝モビリティ、家事の支援、または先ほど話に出た社会的な要素だ。

1年間に1回、今年の教育プログラムはどうするかを決める。たとえば病気を特定した介護・看護のテクニックを学んだりノウハウを学んだりというようなコースを提供するとかだ。それ以外に当然学ばなければいけないこととしては、持ち上げる技術、体位を変える技術、応急手当の仕方だ。この応急手当の仕方の教育は義務だ。疾病金庫からこのコースは2年間に1回提供しなさいと決まっている。義務の講座と本人達が選んで参加できる講座があり、それ以外にもチームでミーティングをもつということがあり、この患者にとって最も良い看護、介護とはなんだろうと話し合う。

それから、品質に関して委託を受けた専門家が、1年間に1回から2回、特に新しい職員が入ってきた場合はもう少し頻繁に行うが、その職員に付いて介護ツアーに行く。いろいろな患者を回ることをツアーと言っている。そこできちんと介護が行われているか、そして記録がきちんとつけられているかということをチェックする。

この専門家とはこの事業所の中の教育の資格を持った担当者だ。その資格を持たないと品質の検査ができない。

(質問：新人が入った時に1カ月とか行うか。定期的に行うか。)

人による。私たちにとっては重要だが、法律で決まったものではなく内部の品質の話だ。新しい職員が入った場合、その人がヘルパーレベルで3年間の教育を受けてない人であれば3か月に一回くらいだ。

私のような責任者レベルは介護士もしくは看護師の資格を持っている。品質の検査をするにはそれだけではなくさまざまな追加的な教育を受けていなければならない。それに加えて、毎年新しい技術を学んだり、契約に関する新しいテクニックを学んだりする教育コースがあるが、それにも出なければならない。

(質問：そのようなマネジメント教育は日本で欠けている。)

最近ドイツではいったん大学でそれを勉強できるようになったが、それは廃止されようとしている。というのも、私たちは看護師の資格をまず取ってから、その後で追加教育としてマネジメントの技術を学んだが、大学では逆に看護の経験がまったく無い人がそういうことを学ぶということになり、それでは意味が無いということだ。

ここのようなところで管理の仕事をするのは大変なことで、特にカリタスにおいてはきちんとそれぞれの事業所が経済的にうまく運営されていることを保証しなければいけないし、同時に患者、職員の世話もしなければならない。

たとえば私たちの経営が良くなければ本社の部長から叱責が来る。しかし、それは私たちのせいではなく、いま多くの患者が入院してお金が入ってこないということかもしれないのだが。

経営母体はカリタスという大きな団体だが、実はそれぞれの事業所は独立採算制で、自分たちで給与計算もやり、請求書の扱いも全てしている。例えばそれぞれの職員の日々のツアーを経済的に計画することも私たちはしなければならない。

(質問: サービスを受けるほうは良い事業所とそうではない事業所が違うということを知っているか。)

口コミで皆よく知っている。それから、ここに定着してから長いのでいろいろな病院や開業医との協力関係も非常に構築されている。これが私たちの強みになっている。新しくここで開業したら難しいだろう。

### 相談事業

ここは大きな事業所で、介護・看護両方扱っていて全部で 200 人の患者がいる。職員は 45 人だ。私たちの職種ではこれはかなり大きな規模だ。それ以外の仕事として、この 200 人の患者とは別に相談事業も行っている。この相談事業を受ける人は、だいたい家族とか、近所の人に介護をしてもらっている現金給付を受けている人だ。介護度 2 と 3 の人は半年に一回、介護相談を受けなければいけないということが決まっている。介護度 4、5 の人は 3 か月ごとだ。これは疾病金庫がお金を出していて、介護度 2 度、3 度の場合は一回に 31 ユーロ、4、5 の場合は 33 ユーロを私たちが受けることができる。

(質問: それはケアマネジメントと言えるのではないか。)

介護相談をするのは特定の資格が必要になるので、すべての職員できるわけではない。そのような相談訪問を一年間に約 700 件行っている。

(質問: いま 200 人の利用者がいて、それとは別に相談を行っているということか。)

現金給付をもらっている人で、このサービスを普段受けてない人が介護相談をうけなければいけない。コントロールのためだ。

(質問: その様式も保険が決めているか。)

金庫だ。

(質問: 金庫がやっているとするとアセスメントのときにどの補助具がいるということもあると思う。リハビリ職が関わることはあるか。)

リハビリ職はいない。

(質問：知識が無いと相談にのれないのではないか。)

それで特別な教育が必要だ。それから私たちは福祉用具業と密接に連携しているので、新しい何かの器械のモデルができれば紹介してもらっている。あとは、そういった補助具を買うのも申請して一部しかお金が出ないこともあるので、追加的な自己負担の部分がどうなるかも説明しなければいけない。だからいろいろなことを知ってなければならない。

そこで大切なのは、体を壊さないようにいま介護をしている人の負担をそれによってできるだけ軽減するということだ。

(質問：典型的には相談の場には誰がいるのか。カリタス、要介護者、家族か。)

介護度が2、3の場合は、本人がまだ元気なことがあるので、子どもが介護しているとしても子どもがいない状態で、検査する人＝助言者と本人だけということもある。ただ4、5となると、世話をしている人も後見人も必要な場合は呼ぶ。来ない場合もあるが、書面でこれとこれをしてくださいと私たちが伝えると、だいたいそのようにしてくれる。

患者一人あたり30分から45分の時間がかかる。その際にチェックするのは、爪が綺麗かとか、きちんとシャンプーされているかとか、新鮮な食べものがあるかなどだ。

(質問：この相談は基本的に在宅で行うのか。)

それは絶対だ。住居の環境を良くする措置が必要かどうかを見るためにかならず住居で行う。例えば車いすを使っている人が二階に住んでいたら車いすの意味がない。それ以外にも、例えばその時にリフトが必要でリフトを買ったという場合に、リフトの使い方を家族に教えるということも別にアポイントメントを取って行うこともある。1時間半の時間が与えられていて、疾病金庫から給付を受けることもできる。

(質問：それは相談業務を受ける人が教えに行くのか。)

この給付を受けて1時間半の家族研修をするためには事前に疾病金庫に話をして許可をもらってから提供しなければいけない。その際に指導した内容を記録する必要もある。その記録する内容もすべて決められている。それから家族だけではなく最近では24時間の住み込み介護人を置くような家も多いが、そのような人たちにも私たちは研修を提供する。

それから、普通のベッドをまだ使っているような人の場合、とくに重度の4とか5の人たちをどうやってベッドから起こすかという技術を追加的に教えるということもときどきしている。そうやることによってより長く家族介護が可能になるようにするためだ。

その場合に介護金庫は非常に快くお金を出してくる。というのも、できるだけ家族が介護する時間が長く伸びて欲しいからだ。家族に病気になってほしくないからだ。

3年間の教育を受けただけでなく、それに追加的な教育を受けた人でないとこのような指導や、補助具に関する相談には乗れない。その資格を持っている専門職は全ての事業者にいる訳ではない。こちらでは重要視しているし、また余裕があるのでそういった人の教育をしている。

## 予防訪問について

市から援助を受けている予防訪問という活動がある。それはカリタスの、私たちとは別の事業になる。というのは、こちらの在宅事業は介護度を得てから電話をしてくる所だからだ。

問題は、まだ要介護になっていない人がどこにいるのか、どのように探していいのか分からないということがある。私たちは医師に対してこのような活動をすることを宣言した。

GPからの連絡が多い。この活動は10年前からあってかなり有名になってきたので、割によく電話が鳴る。まだ要介護にはならない人、あるいは介護度の認定を受けたが2、3点分足りなくて介護判定が出ないが支援が必要な人はたくさんいる。そういう人が主な対象になっている。

カリタスの活動を知っている医師自身がこちらに電話してくることもあるし、医師が患者にこういうところがあるから電話をするといいと話して連絡してきたりもする。また、風呂に入りたいが、一人で入るのは怖いというような要望もある。そうすると疾病金庫から何の支援も出ないかもしれないが、自分のポケットマネーを使って払うようなサービスを私たちで請け負う。

こちらの事業所自体でもさまざまな相談事業をやっている。その相談というのは、介護する人の負担を軽減するためのあらゆることで、補助具のこともあり、時々デイケアサービスを使ったらどうかと勧めることもあり、介護をする人たち同士で話し合う場を設けてあるのでそれを使ったらどうかということも言うこともある。

それから、125ユーロの主に認知症の人達の世話をしている人のための給付があるが、それをどのように有効に使えるかという相談に乗ることもある。

(質問: 予防訪問はフランクフルト市が行っているということだが、フランクフルト市とカリタスの提携だけで行っているのか、フランクフルト市全体で行っている事業で一部カリタスが参加しているのか。)

カリタスだけがやっている。他にもそれをやろうとした小規模の事業者がいたが、フランクフルト市の支援を受けることができなかった。

(質問: フランクフルト市独自とのことだが、ドイツの大きい都市や先進都市でも予防的な家訪問をよくやっているのか。)

他の町ではあまりない。ミュンヘンに似たようなものがあるかもしれないというくらいあまり聞かない。というのもこれはたいへんな作業だ。個々の家に行って相談を受けるということもたいへんだし、いちいち市に申請して行ったことについて報奨を受けるために記録を残して提出しなければいけない。ただカリタスは介護の専門家を送って非常に評価が高く、うまくやっている。

(質問: なぜフランクフルト市でそれをやっているのか。)

市もやはりできるだけ予防をすれば要介護になる時期を遅らせることができるということが分かってきているからだ。

(質問:介護保険は市の管轄ではないので、市が直接は金銭的な恩恵を受けないのではないか。)  
そうだが、社会福祉事務局は市の局なので最終的には全ての人が恩恵を被ることになる。

(質問:要介護認定を受けた人がカリタスに来て、やはりあなたには例えば週に3回の訪問介護とか1回で良いとか、全体のコーディネートやプランニングはどのようにしているのか。何かパッケージのようなものがあるのか。)

その手順を説明する。

まず介護認定を受けて介護度を貰ったので相談をしたいという電話が来る。そこで、私たちは必ずその人の家に行く。

あるいは、もう一つよくあるケースはリハビリテーションのクリニックがこれからこういう患者を退院させるが、在宅になるとこういう支援が必要になるということを知らせてくる。

その後、本人の状況を見て、また希望を聞いて私たちの方から見積りを出す。ただその際に、私たちが見積ったものから変更をよく求められる。

というのは大体の人が想像しているよりもだいたい高いからだ。だいたい修正して、患者の希望に当てはまるまで直すという作業を行って、最終的に契約を結ぶという形になる。

見積書にはモジュールがあってモジュールごとに幾らというのが決まっている。



予定される介護サービス月額費

名前 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_ 60386 Frankfurt  
 通り \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

介護度 介護度 1  
 上限 現物  
 現物給付

負担軽減給付

LK	基本介護	APS-Nr.	0,0602 €	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Gesamt €
1.	1.身体介護 (小)	701	15,65 €								- €
2.	2.身体介護 (大)	702	22,27 €								- €
3.	3.身体介護 (特大)	703	28,29 €								- €
	ベッド介護 (起床/離床支援)	701/2/3 a	2,41 €								- €
	櫛で髪をとかす・髭剃り	701/2/3 b	3,01 €								- €
	排泄の簡易な支援	701/2/3 c	3,01 €								- €
4.	4.特別な体位変換措置	710	6,02 €								- €
5.	5.排泄の広範囲な支援	711	9,03 €								- €
6.	6.簡単な支援 — おやつ	712	6,02 €								- €
7.	7.広範囲の支援—主な食事	713	15,05 €								- €
8.	8.経腸栄養	714	9,03 €								- €
9.	9.起床・着床の支援	715	6,02 €								- €
10.	10.家を出る時 (外出する時) の支援	716	7,22 €								- €
11.	11.家の中での移動	717	7,22 €								- €
12.	12.活動への随行 (15分毎)	718	9,03 €								- €
	投資費用分 5.51%										- €
		5.51%	- €								- €
											Gesamt: - €

Nr.		1,61000 €	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Gesamt €
13	1 時間 家事サービス料 19.322€									- €
	13.家庭内サービス(5分毎=1)	len = 1)								- €
	買い物、洗い物・掃除・ミ捨て									- €
	洗濯、ベッドリネン交換									- €
	食事の準備									- €
	投資費用分 5.51%									- €
		5.51%	- €							- €
										Gesamt: - €

Nr.	その他		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Gesamt €
	負担軽減給付 (1時間)	33,36 €							+	- €
	1/1 定額交通費	6,00 €								- €
	介護的世話 (10分毎=1)	5,56 €								- €

介護金庫のための家庭訪問定額料金  
 19. 1/1 6時から 20時まで  
 20. 2/1 2/1 20時-6時、土日、祝祭日  
 20. 1/2 社会法典 5(公的医療保険給付)と組合せ  
 20. 2/2 社会法典 5(公的医療保険給付)と組合せ、土日祝、夜  
 家庭訪問定額料金 (集団住宅)  
 1/3 6時から 20時の間  
 2/3 20時から 6時まで、土曜日、日曜日、祝祭日  
 1/6 社会法典 5(公的医療保険給付)と組み合わせ  
 2/6 社会法典 5(公的医療保険給付)と組み合わせ、土日祝、夜  
 投資費用分 (重複無し)

	6,000 €	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Gesamt €
	6,00 €								- €
	12,00 €								- €
	3,00 €								- €
	6,00 €								- €
	2,00 €								- €
	4,00 €								- €
	1,00 €								- €
	2,00 €								- €
									Gesamt: - €

Investitionskostenanteil (ohne Verdopplung) - €

1 回きり インタビュー 53.64 ユーロ フォローアップ・インタビューおよび新しい介護度 17.88 ユーロ

日付、受給者
日付、介護事業者

サービスの合計  
 介護金庫の現金給付/助成金  
 顧客の支払い金額  
 社会法典 1 1 編 82 条による投資費用  
 コンビネーション給付の場合の残額  
 世話サービス  
 顧客および社会福祉事務局の支払い合計額

計算の基礎  
 小数点以下は四捨五入し、すべての合計額はセントで揃えます。

私はこの見積りに記載された内容をサービスに関する合意として認め、署名します

ドキュメントの種類

ドイツ社会法典 (SGB) 11 編 37 条 3 項に基づく相談実施証明

介護保険番号 (場合によっては、医療保険番号に相当)

マスの中に大文字で記入

姓  
名  
生年月日  
住所

- I. □年□月□日に被保険者 (の住居) において相談が実施されました。
- II. SGB37 条 4 項 106a 以下に基づき、相談を実施したことを、介護金庫または民間保険会社に対し証明する必要があります。しかし、相談において介護金庫や民間保険会社がみとめた内容を伝達するかどうかは任意であり、被保険者の同意が必要です。伝達の目的は、介護の質を保証するために、介護者へ定期的な援助と助言を提供することにあります。同意を拒否しても被保険者に不利益が生じることはありません。

介護の状況は、要介護者および介護者の観点から以下のように評価されます：

介護専門職員は相談で確認された介護の状況を以下のように判断します：

介護状況を改善するために以下の策を講じることを勧められます。例：介護コース、デイ・ナイトケア、利用しやすい世話サービス、介護・補助具、住宅改造、リハビリテーション、要介護の再鑑定：

- III. 要介護度 1 の基準をまだ満たしていない程度の介護を要する被保険者の世話環境を改善するため、およびその近親者の負担を軽減するために、以下の措置が勧められます (例：利用しやすい世話サービス、自助グループにコンタクト)。

被保険者の署名

介護事業者の署名と捺印  
介護事業者の IK

- IV. 被保険者が当該データの伝達に同意しなかったため、カーボンコピー上の所見は記録されません。

コピーは手渡されました

介護金庫/保険会社の住所

(質問: クライアントの予想よりだいたい高いというのは部分保険だからか。ショートステイは使えるか。)

保険給付の上限は絶対に使い切る。ショートステイは別枠だ。さっきも言ったようにショートステイは1年に1600ユーロで、それはまた別枠のサービスとして出る。在宅サービスではない。障害給付だ。それは部分入所と言われていてそれは施設にお金を払う。

モジュールは、例えばシャワーにおける介助だけを受けたいと希望すればシャワーだけになる。ただし、髪の毛をシャンプーしてほしい、それから櫛を通すという作業もしてほしい、それからドライヤーをかけてほしいとなるとそれは追加的なサービスになる。

(質問: モジュール表は保険で決められているサービスサービスの一覧か。保険外は別の書類か。)

保険とは関係なくこちらの提供するサービスに対する価格だ。サービスを足して行って例えばそれが500ユーロとする。そうするとこちらからの見積りが500ユーロになる。しかし本人の持っている介護度によって金庫から出るのは200ユーロだったり、300ユーロだったりということになる。ただ、この価格は勝手に決めているわけではなく、金庫の許可を得て決めている金額だ。

(質問: 保険適用の場合とそうでない場合に二重価格のようにはなっていないということか。)  
同じ単価だ。

(質問: 料金は本人自身で払うということか。)  
そうだ。

(質問: 足りない分は本人の自費になるということだが、今週は毎日ショートステイに行ったから在宅サービスは全く使わないということもあるか。)

そうだ。今週は本人がショートステイのほうを使ったからここの収入が無くなるということはあると思う。先ほど言った病院に入院したので、売り上げが減るというケースと同じだ。

<中断… (ケアマネジャー) 「いま、カリタスは何でも相談を受けられると思って難民のような人が相談に来た。ハンガリー語だった。ここにはハンガリー語ができる人がいてその人が2時間後に来ると言って一度帰ってもらった。」 >

(質問: 日本でも限度額自体は変わらない。)

患者自身に何が必要かを選んでもらって、本当に必要な部分の価格を払ってもらうということになる。ただ、一度決まったからと言ってそれがいつまでも続くわけではなくて、より多くのサービスが必要になることもあるし、逆に補助具を使うことによって元気になってあるサービスがいらなくなるということもある。

(質問：もし元気になった場合は介護認定が本当は下がるはずだ。しかし介護認定を変えないようなので、こちらからこの人は元気になったから介護認定を下げるべきだと言うことはあるか。)

状態が戻るということはない。新しく介護度に関する定義が変わったことによって今までの状態がプラス 1 になったり、プラス 2 になって、戻るということはその法律の枠内でやってはいけないということになっている。また MDK が一度決めた要介護度を重くなるなら別だが、軽くなったからと言ってもう一回テストするということはありえない。

(質問：そうすると、端的に言うとも一度例えば一番重い介護度 5 を受けたら、その人は一生その 5 をもっていることができるということか。)

そうだ。ただ、非常に稀だが介護金庫が、ある人が 10 年間も 5 だが本当だろうかということでも無作為的にテストをすることはある。例えば 5 だった人が急に歩けていたら戻ることはあると思う。もしくはより重い要介護度にしてほしいと申請して来たら、逆に元気だということが分かったという場合だ。それによって介護度が下がることもあり得るかもしれない。

しかし、現金給付を持っている人達に私たちの訪問相談によって出会うが、そこで私たちが観察する限り介護度が軽くなった人は見たことがない。

(質問：基本的に元気がならないということか。)

そういう手続きがないということだ。

(質問：MDK のアセスメントチェックシートではなく、ここで行うチェックシートがあればいいだけないか。)

そのようなものはない。要するに、患者の希望に沿ったサービスを提供するということになる。すでに大体の場合は介護度が決まっている。そこで、見積もりを出すための訪問を私自身がする。というのは専門職員でないと何が本当に必要かどうかという判断ができないからだ。それからそこで、この人はいつ頃どのような介護が必要になるかという判断をするのも専門職でないとなかなか難しいことだ。それからどの職員をこの人の担当にするかということも見なければならぬ。

そういったことからある患者がこちらに来た場合、受け入れの段階でそのような話し合いとか、補助具のアドバイス等すべて含めて短い場合で 3 時間かかってしまう。もっと時間がかかる場合は 4 時間以上だ。

(質問：この訪問のアセスメントは何人の人ができるか。)

45 人のうち 20 人が専門職だ。これはとても多い。いまドイツでは非常に介護士不足だが、良い人材が来てくれている。それから、ヘルパーレベルで資格を持っていないで入ってきた人もできるだけ高いレベルに引き上げるように教育を施している。また、カリタスは労働協約に基づいてある程度良い賃金を払っているので結構良い人達が集まってくれる。

2017年8月24日

AOK (総合地域医療保険ファンド) ラインラント/ハンブルク  
(Allgemeine Ortskrankenkasse Rheinland/Hamburg)

Christoph J. Rupprecht 政治・健康・コミュニケーション部 エリアマネージャー

Politik-Gesundheitsökonomie-Kommunikation stabsbereichsleiter

Jörg Artmann 保健政策長/保健医療 Referent Stabsbereich Gesundheitspolitik/  
Gesundheitsökonomie

Michael Kohl 看護審査スタッフ Examinierete Pflegefachkraft/ Pflegeberater

(Rupprecht) デュッセルドルフは非常に大きな日本のコミュニティがある。デュッセルドルフで日本人のために、例えば認知症とかそれ以外のテーマについて話したことがある。私はルプレヒトで、医療政策それから医療経済そして広報の責任者だ。10年前からこの仕事している。その前は連邦議会で仕事をしていた。

(Artmann) Rupprecht さんの部の政策部員だ。

(Michael Kohl) 2009年からAOKで介護の相談員をしている。要介護者の家に訪ねるという仕事だ。

(Rupprecht)

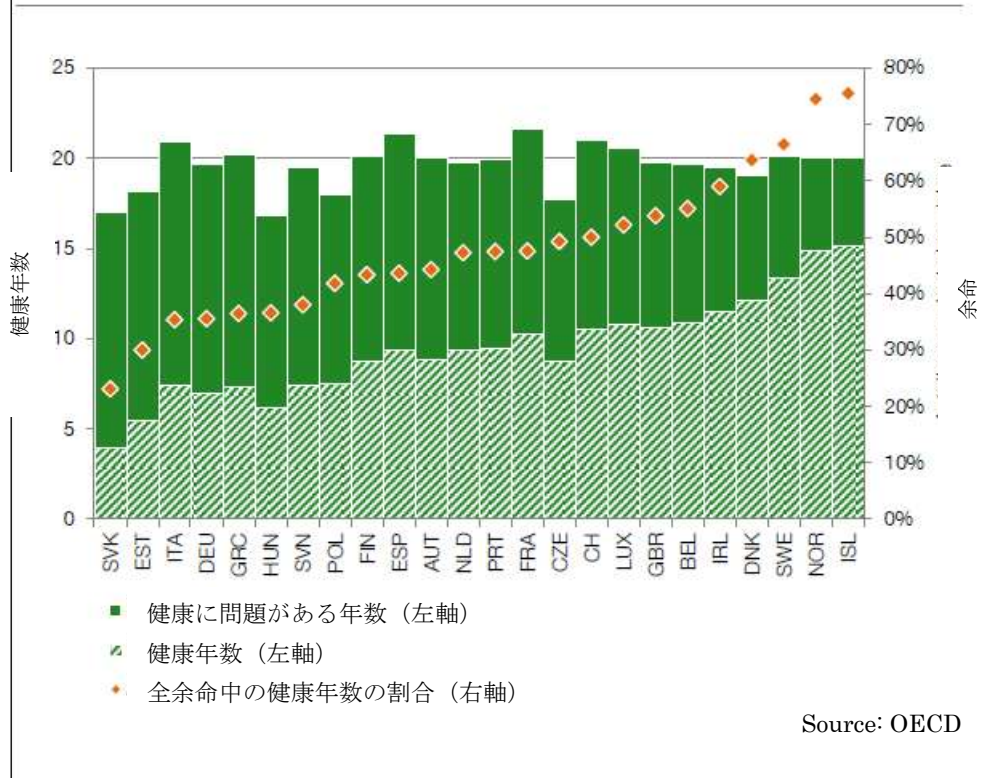
AOKの説明を最初にする。それから介護保険に関する私たちの一般的な制度についても情報を提供したい。そのあとにKohlさんから相談の話をしてもらう。

AOKは全国で2500万の被保険者を抱えている。われわれはデュッセルドルフ・ハンブルク・ケルンの範囲の地域を担当している。だいたい予算規模は120億ユーロ。それは全体の金額で、そのうち介護保険が占めるのは16億だ。

現在、公的医療保険の保険料率は14.6%で、介護保険の保険料率は2.55%だ。保険料率が決まっていることから、収入が多い人は多くの金額を払い、少ない人はそれなりにということになっている。

医療保険に入ると、自動的にAOKの介護金庫の被保険者になる。オランダでは、医療保険とは関係なく介護保険があるが、それとは違う。

65 歳時余命および健康寿命 国際比較 2013



Source: OECD

このグラフの DEU がドイツだ。

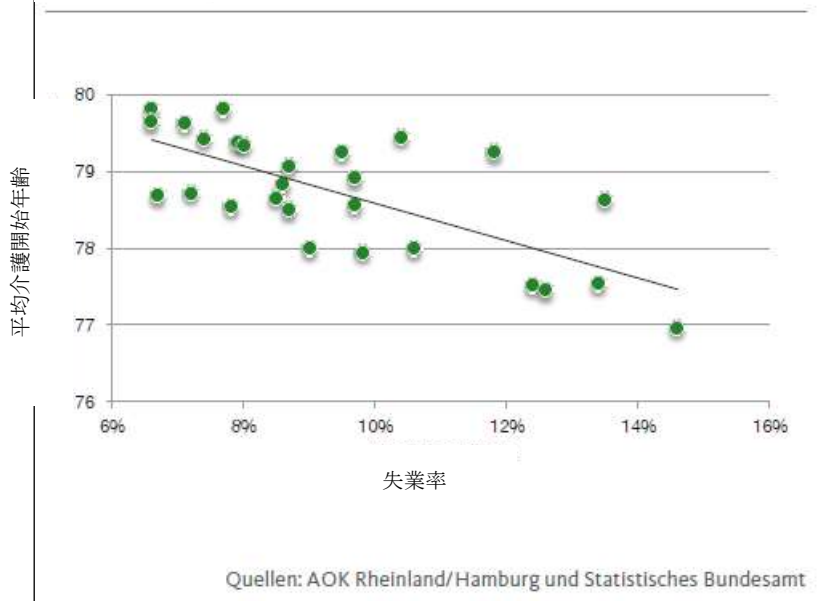
これは 65 歳時の余命と健康寿命で、65 歳以上の人たちがどれだけ健康に生きているかということを示している図だ。ドイツではかなり高齢になってから制限を受けた生活をしている。

デンマーク DNK、スウェーデン SWE、ノルウェー NOR といった北欧では制限を受けて生活しなければいけない高齢者の割合が少ない。

ということは、障害を持ちながら生活しなければいけない年月がドイツでは長いということで、改善の余地があるということになる。

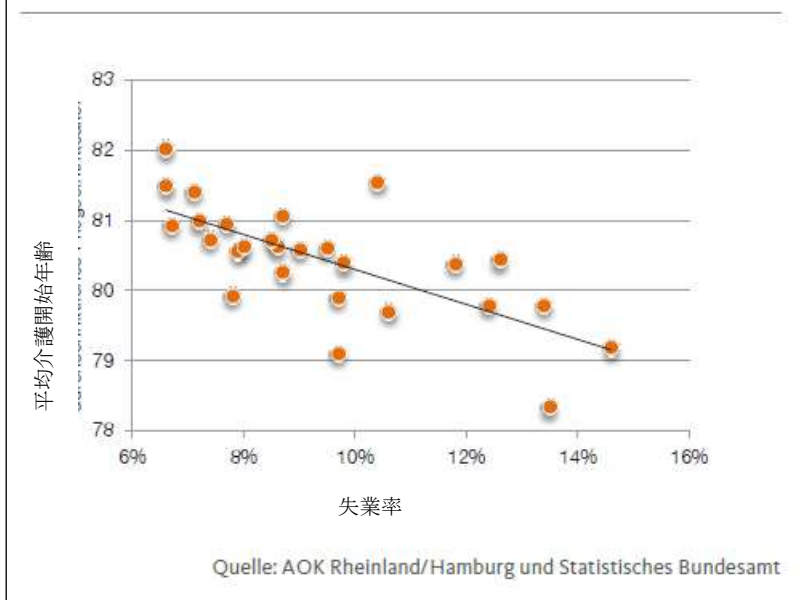
それで、予防とか、企業における健康増進措置がドイツでは重要な意味を持ち始めている。ドイツでは 67 歳まで現役で働くことが許されているが、例えばノルウェーでは 80 歳まで働いてもいい仕組みになっている。

介護開始年齢と失業率の関係、2014年



これは、年齢と失業との相関関係を表している。つまり、経済的、社会的によりリスクの大きい人は介護のリスクが高まるということを表している。社会経済的なことに非常に依存している。

認知症診断年齢と失業率の関係 2014年



それは認知症に関しても同じようなことが言える。これは AOK ラインラントの独自のデータを作って評価したものだ。

(質問：ポイントは何か？一個一個のポイントは。)

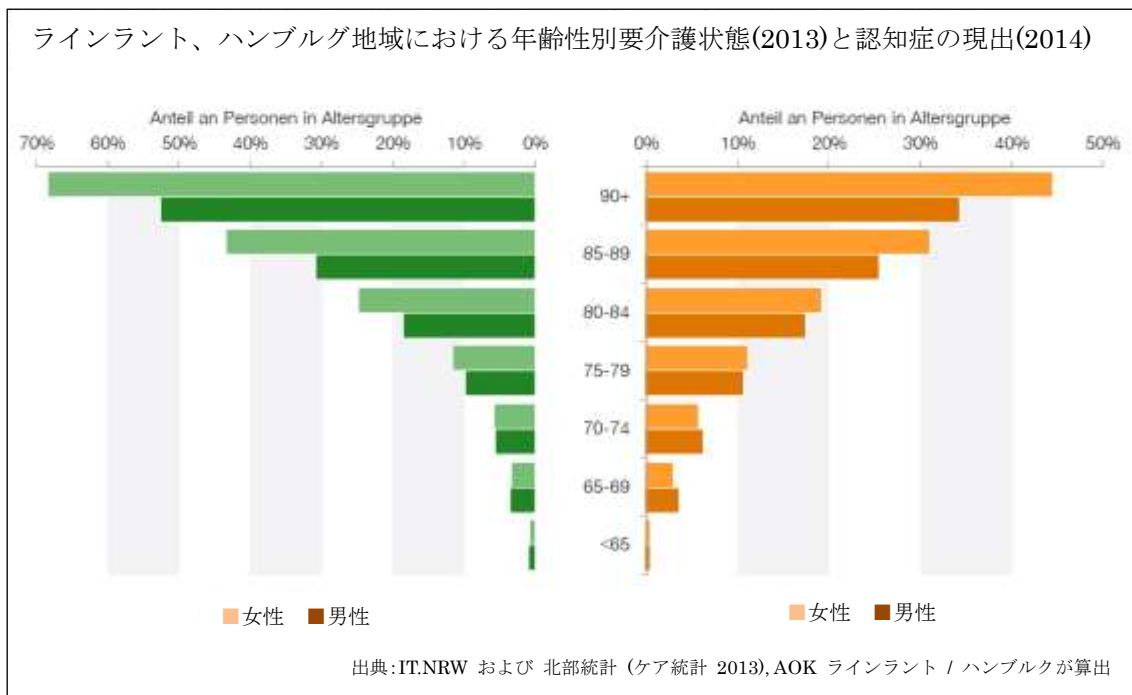
いろいろな地域だ。

(質問：ドイツの各地域と、失業率か。)

AOK ラインラントの地域内のさまざまな町を示している。失業率と発病との相関関係だ。

(質問：地域間格差が大きいようだ。)

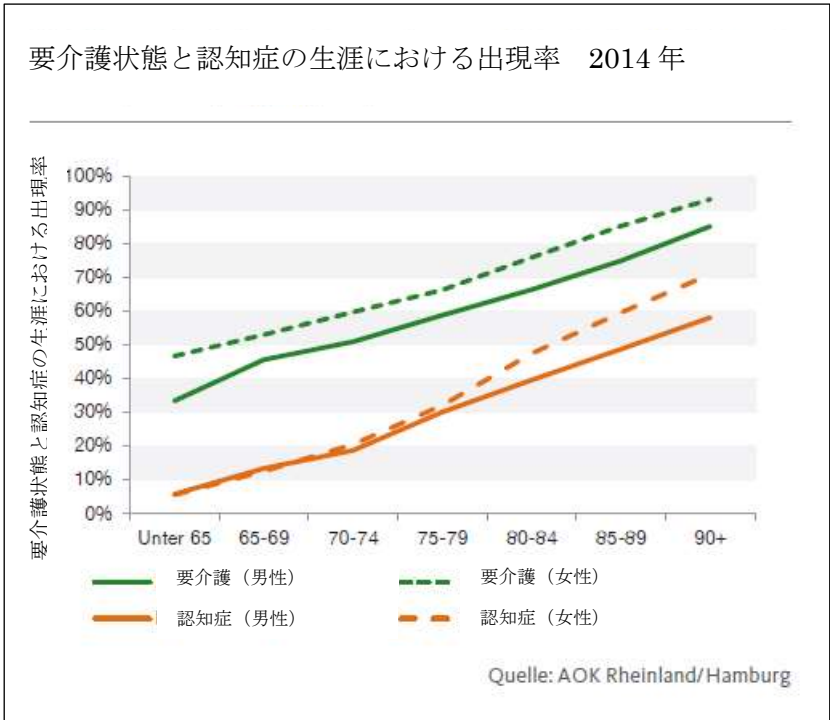
経済力が違うからだ。



これは女性と男性の差を表したもので、女性の方が発病するのがずいぶん遅いということが分かる。日本もそうか。

(質問：そうだが、差は縮まっている。)

ドイツでも少し小さくなっているし全体に高齢化している。それから社会的な変革も同時に起こっている。90年代に女性はほとんど主婦だったが、家計の状況をより良くするために男女とも働くことは現在当然になっている。また、タバコを吸うとかアルコールを飲むというリスクのある行為を女性もするようになってきているので徐々に5年後は変わっていくだろう。

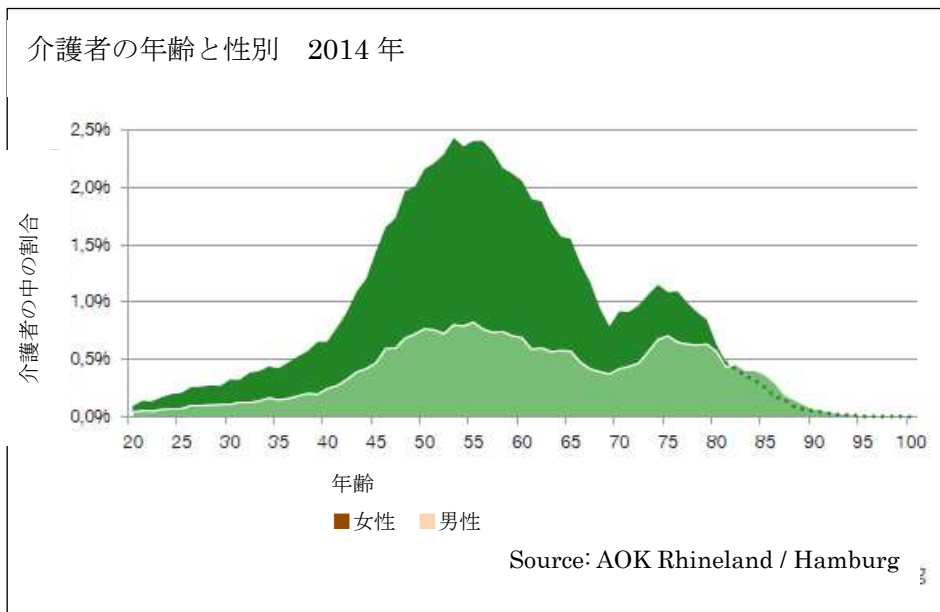


(質問：これは率か。)

緑は、医療介護を表している線で、下の 2 線が認知症ありで、点線が女性で、直線が男性。年齢グループごとにまとめてある。

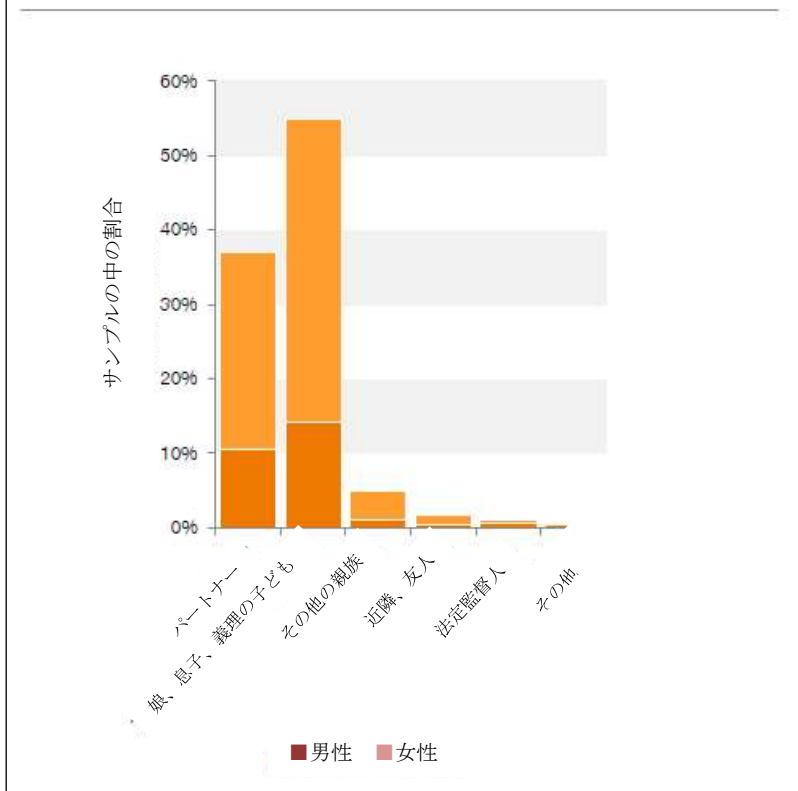
最初のグラフが 65 歳以下。2014 年に亡くなった人達を対象としている。たとえば 65 歳以下の男性の場合の認知症有病率は 5%だ。90 歳以上になるとそのグループの中での割合が高くなる。

この年に死んだ人で男性の 6 割ほどは認知症が発症した。



これは介護の負担を表している。下が年齢だ。

## 主たる介護者の、要介護者との関係と性別

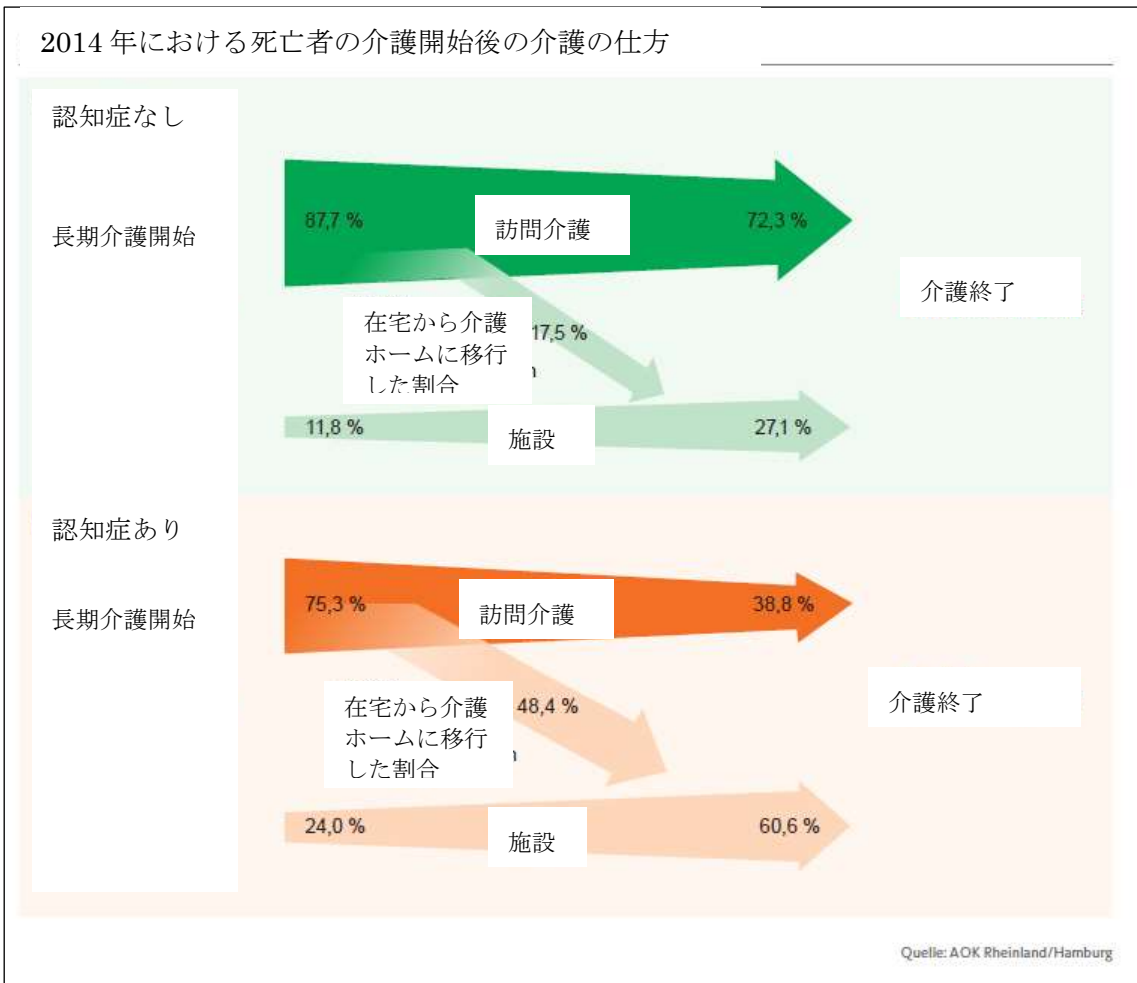


パートナー、自分や義理の父母の介護負担を表している。棒グラフの上が女性、下が男性。

(質問：確認だが、これは高齢者介護で、子どもへのケアは入っていないか。)

高齢者介護のみだ。主な負担は女性が担っている。ただ、女性も就労率が高まっていて、引越等ではほかの地域に移動しなければいけないということで、このような家族モデルはだんだん変わって来ている。

オランダのシステムとしては自己責任で負担を担うということだが、ドイツは家族が全体で担うモデルが主流だ。



上部は要介護で認知症を含んでいない。下が認知症だ。

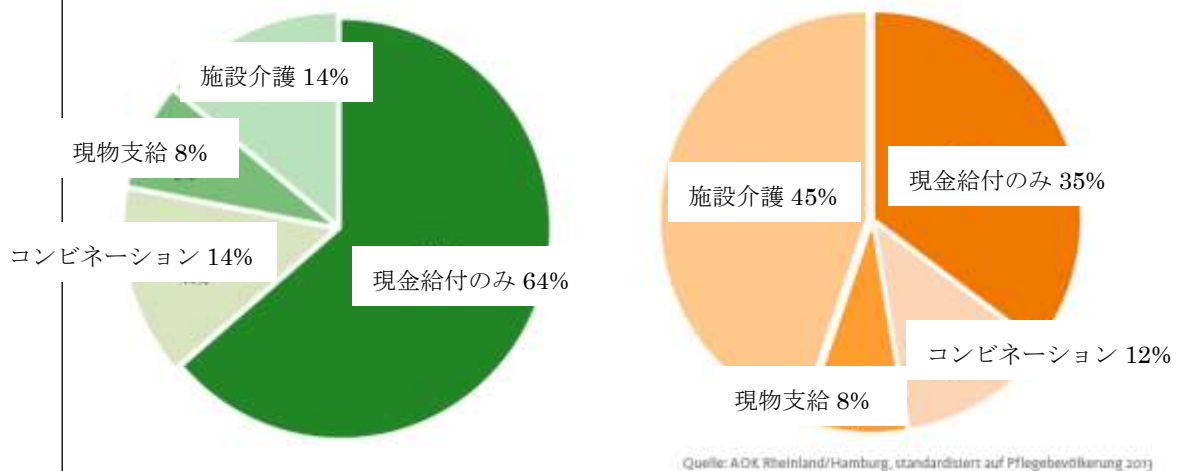
まず、認知症なしでは要介護が始まった段階で約 88%はまず在宅介護を始める。残り 11.8%が施設に入れる。だんだんに施設介護が増えて 70%以上が在宅に残る。

一方で認知症を見ると全く違う。最初の段階から、24%がホームに入ってしまう。そして、48%の人が施設の方に移る。その割合が非常に大きい。ここに社会の課題が隠されている。

(質問：一番右側の数字というのは亡くなった時か。)

2014年に亡くなった人だ。これは要介護の人もしくは認知症の人を介護する介護マネジメントがどうなっているかを表した図だ。

認知症ありと認知症なしの場合の介護アレンジメント, 31.12.2014



左の認知症なしの 64%の要介護の人が現金を貰って介護をしている。8%が現物。14%が入所。それからコンビネーションというのもある。14%がコンビネーションだ。

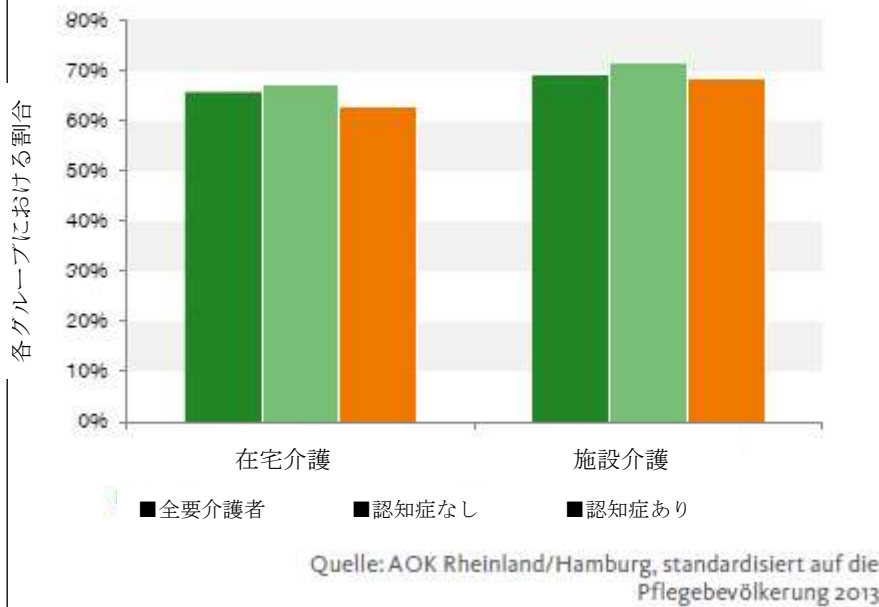
右が認知症あり。やはり入所が非常に大きな役割を果たしていることが分かる。どのような給付が選ばれるかということは随分違うということが分かる。

在宅で介護を受けている人全てが、125ユーロの負担軽減手当を受けている。それからショートステイ。これは介護する人が例えば休暇に出かけるという場合などだ。これは部分入所介護（デイケア）だ。日本ではどれくらいか。

(質問：サービスの三分の一だ。)

ドイツはそういうものを提供している施設が少ない。

5つ以上の服薬をしている人の割合。介護の種類別 2014年の四半期平均



これは入所と施設介護における投薬の差を表したものだ。施設が左で、中央が在宅で、要するに抗鬱剤とか、あとは精神鎮静剤とかそういったものを使う割合が非常に高い。とくに施設はとて高いことを表している。

(質問：これは認知症の人が多いからか。)

それは全部調整してある。要するに入所施設では、投薬の理想像とは違う像であるということを表している。

(質問：みなさんの感覚として、これはやはり投薬は多いと思うか。)

多いというわけではないが、適切ではない。要するに介護をする負担が施設で非常に大きいということを言いたい。以前は介護ホームとは長い時間晩年を過ごすところだったが最近は本当に死ぬ前の少しだけ過ごす場所が変わってきている。

本当はもっと詳しい調査だが、さわりのところだけ皆さんにお見せした。

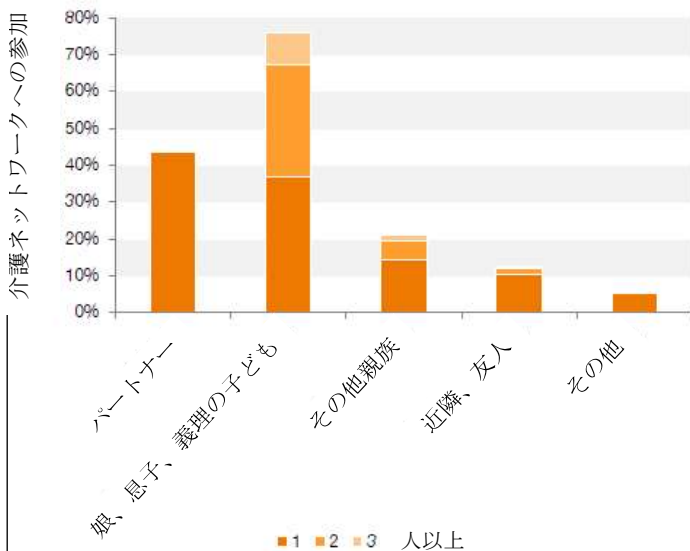
すべての在宅被介護者の中における介護負担軽減給付の利用率の増加、2007年から2014年



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg, standardisiert auf Pflegebevölkerung des entsprechenden beziehungsweise des vorangegangenen Jahres (2007, 2009, 2011, 2013)

これは何年、何年と書いてあるが一番右側がレスパイトケアの給付がどれだけかかっていたかということの推移を表している。

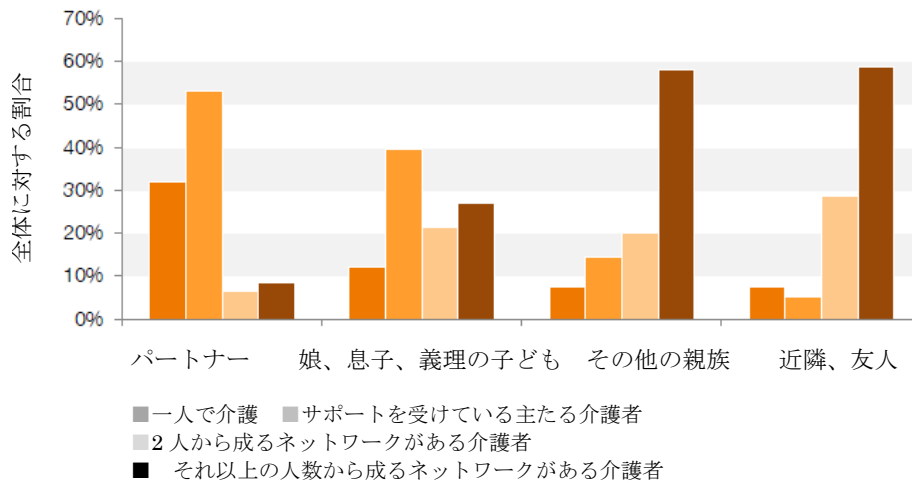
### 介護者属性別介護者数



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

誰が世話をすることであることを表している。

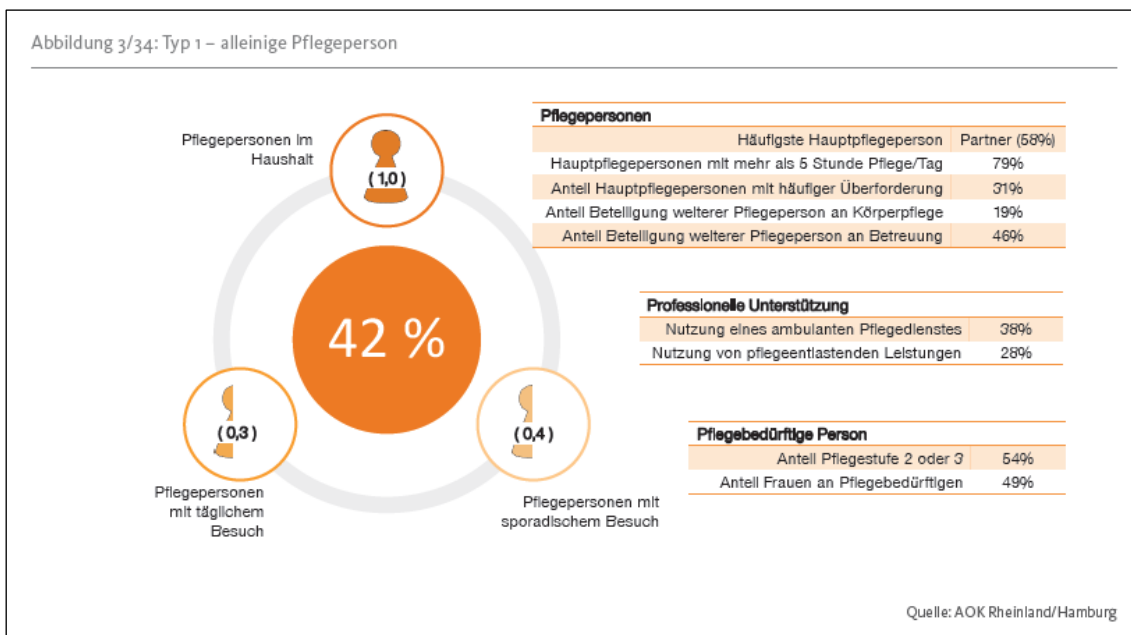
### 介護者属性別、ネットワークにおける役割



Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

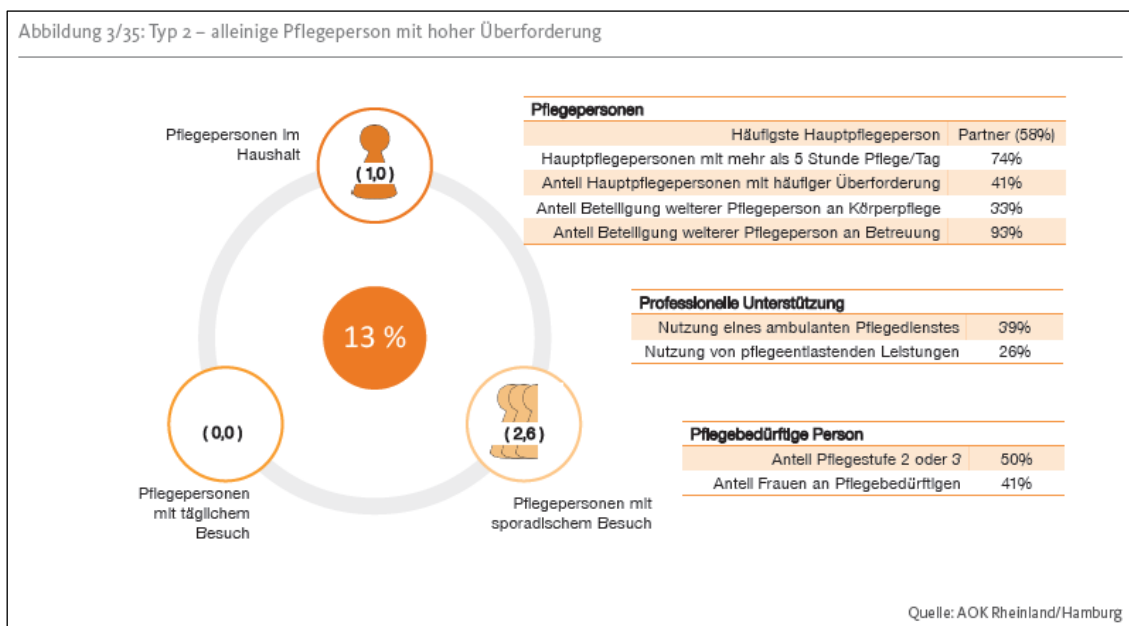
それからネットワークがあるか一人だけで介護をしているか。たとえば、パートナー、娘、義理の息子、義理の娘、近所・友だち。この近所・友だちがだんだん重要になってきている。

Abbildung 3/34: Typ 1 – alleinige Pflegeperson



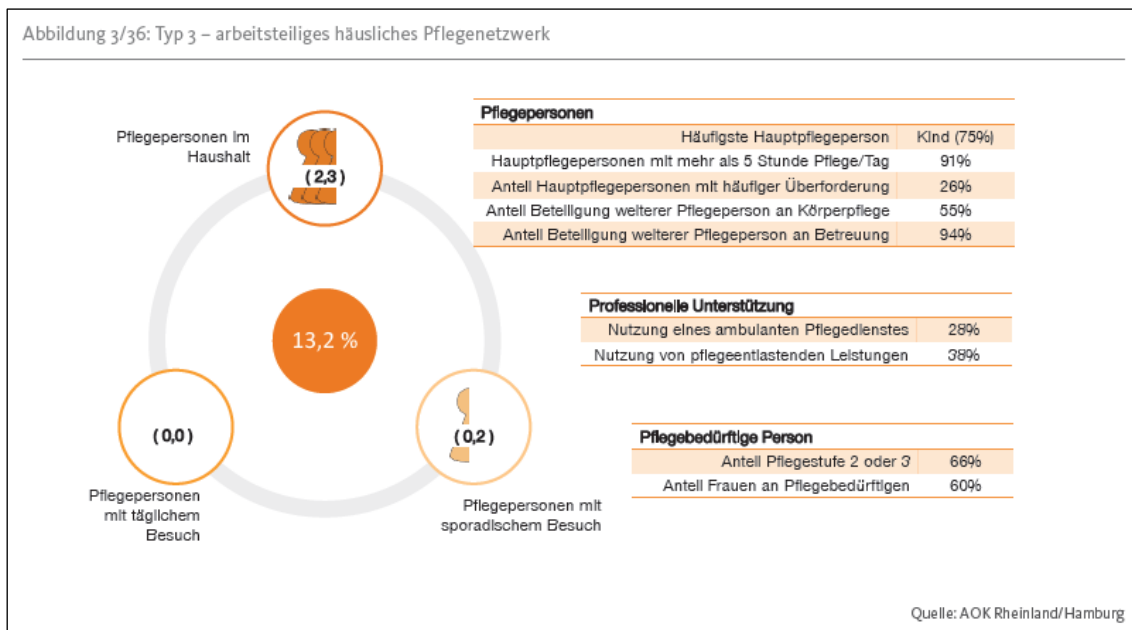
タイプ 1 - 単独介護者	42%
世帯内介護者数	1.0
毎日訪問する介護者	0.3
非定期的に訪問する介護者	0.4
<b>介護者</b>	
最も多い介護者 パートナー/子供	58% パートナー
主たる介護者が 1 日 5 時間以上介護	79%
負担過重と頻繁に感じる介護者	31%
身体介護をほかの介護者と分け合っている	19%
世話においてほかの介護者がいる	46%
<b>専門職のサポート</b>	
在宅介護サービス利用	38%
介護負担軽減給付利用	28%
<b>要介護者</b>	
要介護度が 2 か 3 の割合	54%
女性の要介護者	49%

Abbildung 3/35: Typ 2 – alleinige Pflegeperson mit hoher Überforderung



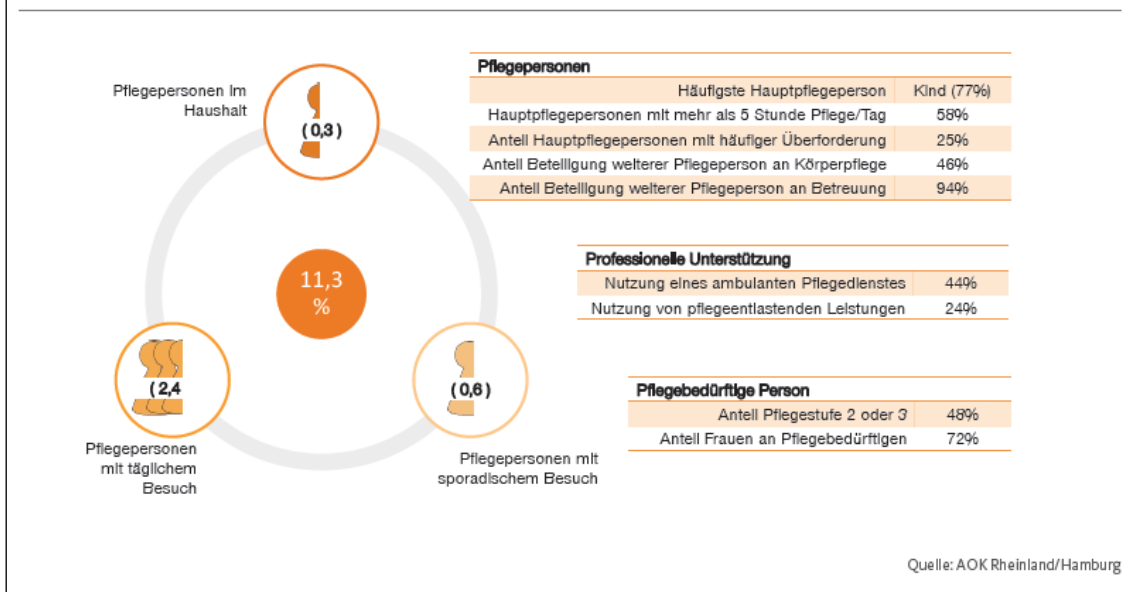
タイプ 2 - 頻繁に負担過重と感じる単独介護者 13%	
世帯内介護者数	1.0
毎日訪問する介護者	0.0
非定期に訪問する介護者	2.6
<b>介護者</b>	
最も多い介護者 パートナー/子供	58% パートナー
主たる介護者が1日5時間以上介護	74%
負担過重と頻繁に感じる介護者	41%
身体介護をほかの介護者と分け合っている	33%
世話においてほかの介護者がいる	93%
<b>専門職のサポート</b>	
在宅介護サービス利用	39%
介護負担軽減給付利用	26%
<b>要介護者</b>	
要介護度が2か3の割合	50%
女性の要介護者	41%

Abbildung 3/36: Typ 3 – arbeitsteiliges häusliches Pflegenetzwerk



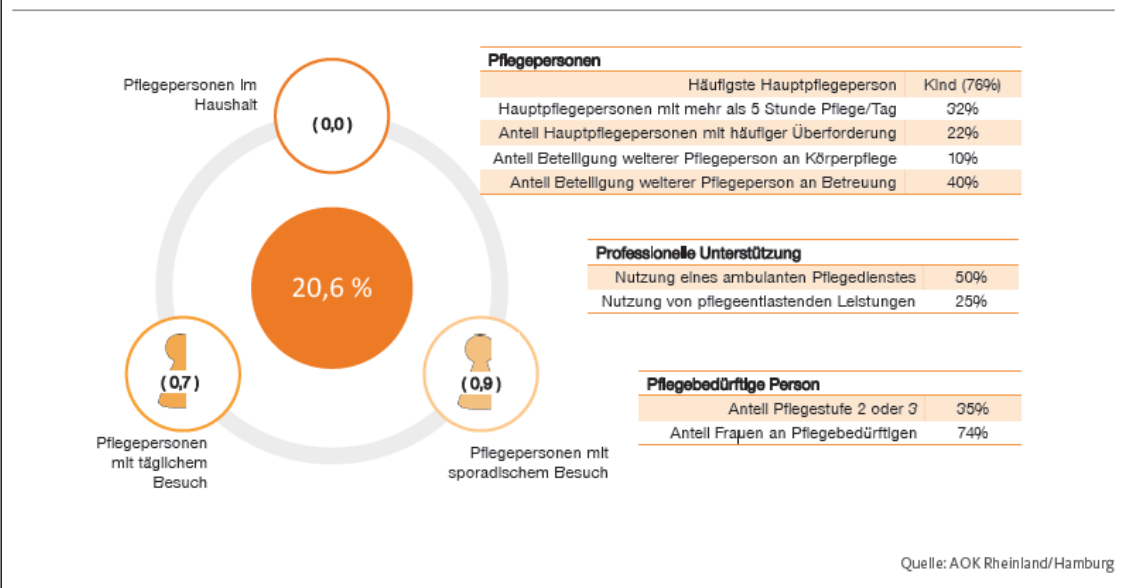
タイプ3 - 介護分担型 家庭内ネットワーク 13.2%	
世帯内介護者数	2.3
毎日訪問する介護者	0.0
非定期的に訪問する介護者	0.2
<b>介護者</b>	
最も多い介護者 パートナー/子供	75%子供
主たる介護者が1日5時間以上介護	91%
負担過重と頻繁に感じる介護者	26%
身体介護をほかの介護者と分け合っている	55%
世話においてほかの介護者がいる	94%
<b>専門職のサポート</b>	
在宅介護サービス利用	28%
介護負担軽減給付利用	38%
<b>要介護者</b>	
要介護度が2か3の割合	66%
女性の要介護者	60%

Abbildung 3/37: Typ 4 – arbeitsteiliges außerhäusliches Pflegenetzwerk



タイプ 4 - 介護分担型 家庭外ネットワーク 11.3%	
世帯内介護者数	0.3
毎日訪問する介護者	2.4
非定期的に訪問する介護者	0.6
<b>介護者</b>	
最も多い介護者 パートナー/子供	77% 子供
主たる介護者が1日5時間以上介護	58%
負担過重と頻繁に感じる介護者	25%
身体介護をほかの介護者と分け合っている	46%
世話においてほかの介護者がいる	94%
<b>専門職のサポート</b>	
在宅介護サービス利用	44%
介護負担軽減給付利用	24%
<b>要介護者</b>	
要介護度が2か3の割合	48%
女性の要介護者	72%

Abbildung 3/38: Typ 5 – professionelles Pflegenetzwerk



タイプ 5- 専門職介護ネットワーク ` 20.6%

世帯内介護者数	0.0
毎日訪問する介護者	0.7
非定期に訪問する介護者	0.9
<b>介護者</b>	
最も多い介護者 パートナー/子供	76% 子供
主たる介護者が1日5時間以上介護	32%
負担過重と頻繁に感じる介護者	22%
身体介護をほかの介護者と分け合っている	10%
世話においてほかの介護者がいる	40%
<b>専門職のサポート</b>	
在宅介護サービス利用	50%
介護負担軽減給付利用	25%
<b>要介護者</b>	
要介護度が2か3の割合	35%
女性の要介護者	74%

デンマークでは介護施設の新設をやめると決定した。私たちもオランダやデンマークの動きを注視している。

施設の中でも皆一緒に食事を作ったりピアノを弾いたりで人生を楽しんでいる。それを考えると、ホームはグループホームという形のほうに移っていかなければいけないということを表していると思う。ドイツでもその方向に動いているが、ドイツでは少し前までは一緒に料理をすることは衛生面から禁止されていた。

皆に聞くと施設には全く入りたくないと言っている。自宅にとどまっていたいと言う。

大切なことは、病院に入院して退院した後に個々に在宅で介護ができるような形にしていくことだ。

われわれの仕事には、家族介護の評価、それから認知症のサービス機関ということもある。まず介護家族の負担の軽減を目指している。

また緊急事態に対して素早く対応すること。何かたいへんな事態が起きた時にすぐにソリューションを提供することだ。

これらが AOK で提供しているサービスだ。

ここの介護金庫が作った施設がアーヘンにある。4人の職員が何か起こったときに電話対応で相談に乗っている。電話対応だけではダメな場合はそれぞれの地域にいる職員が駆けつけるということをしている。

たとえば週末には介護支援センターは何もしてくれない。迅速な対応ができない。

高齢者だけではなくて一般の被保険者向けの 24 時間電話サービスもあるが、それとは別個に作った。

それから認知症のためのモデルハウスがある。普通の家をどのように認知症の人にやさしい環境にできるかということを示している。たとえば青でマークを書いて対照的な色を使うとか、警告システム、支援システムとかいろいろな策がある。

大切なことは、このような工夫は安いものだが重要で誰でもできるということだ。それから eBay を使ってこの家のために古い家具を集めてきた。ここではさまざまな可能性を示している。

介護相談の部門で働いている職員数は 150 人だ。住民の近いところで相談を受けている。

(質問：その 150 人は全国か。)

こちらのラインラントとハンブルクだ。デュッセルドルフでは 3 人いて Michael Kohl が 3 人のうちの一人だ。20 万人に 3 人の相談員がついているということになるが、今は産休に入っている人もいたので 1 人だけだ。

将来的にはニーズが増えていくと思う。そしてどのような介護ニーズがあるのか尋ねていかなければならないだろう。

それから「健康な近所の人」というプロジェクトがある。近所付き合い、助け合いを私たちは推進していて、なぜそれが大切かという高齢者は寂しいことが多いからだ。

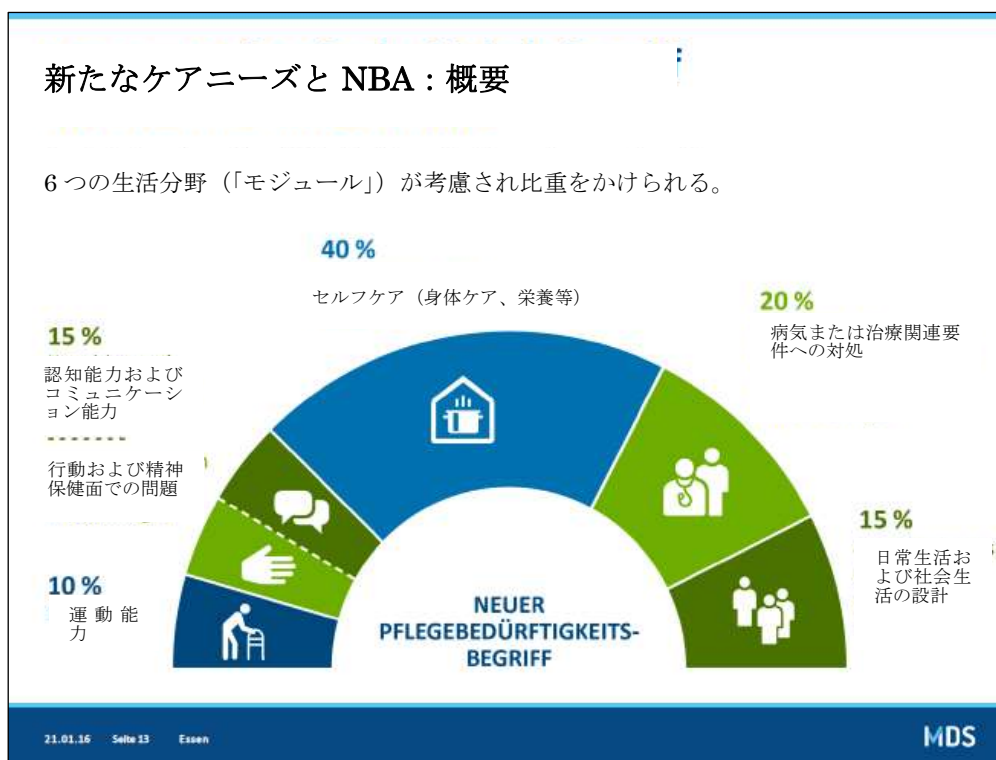
社会参加ということだが、それは疾病金庫だけでは何の解決もできない。一緒に料理をしたり歌ったり、世代を超えた付き合い、みんなでラジオ局をやっているところもある。新しいアイデアを生んでそれを実施していく。重要なのはどこにどのようなニーズがあるのかということをお私たちに伝えていくことだ。最終的な目的は市町村と一緒に予防のためのネットワークを構築していくことだ。

また、ある地域の介護ホームにおいては近所の人たちの健康増進のために体を動かすコースを展開している。そして今まであった介護施設をグループホーム化していくということをいま目的としている。そして在宅のような環境を整えていくということを考えている。

それから区域における環境インフラを整えていくということも重要だ。また一定の地域の家賃があまり上がらないようにするというのも大切だ。そうすると高齢者は住めなくなってしまう。

以上がプロローグだ。

1月1日から新しい要介護定義がドイツで施行された。



6つのモジュールを基準にして介護度を鑑定している。それぞれその比重が違う。以前もそう

だったがセルフケアという 40%の部分が一番重要だ。左の 15%の部分が改善された部分で認知症や精神的な障害を抱えた人たちの障害を非常に考慮するようになった。

それぞれのモジュールはこれだけではなく、その下位のさまざまな評価する項目がある。

MDK という組織が鑑定する。

1 番目が「運動能力」。ベッドの中において体位を変える。座っているときに安定して座っていられるか。椅子から椅子に座り直せるか。歩けるか。階段を上がれるか。それぞれの項目についてどうなっているかということを経験者がみる。一人でできるか、少し助けが必要、たくさん助けが必要、全介助ということが書かれている。

(質問：項目ごとに比重があるか、同じか。)

この中ではすべて同じ重みをもつ。最終的に総合得点を出すときにこのモジュールは 10%になる。

2 番目「認知能力およびコミュニケーション能力」と 3 番目の「行動および精神保健面での問題」モジュールは、認識能力、認知症、行動に異常があるかということだ。特に方向認識とかそういう認識ということが重視される。

2 と 3 はどちらか合計点がより多いほうが考慮され、少ないほうは考慮されない。

次の 4 番目の「セルフケア」モジュールが最も重要だ。これは服の着脱とか体を洗えるかなどということだ。機能の運動能力を見る。ピンセットを持たせてみる、足を握ることができるかとか、そういったことができるかどうかさせてみて判断する。

5 番目の「病気または治療関連要件への対処」モジュール。これは疾病の克服という部分だ。20%の比重。例えば服薬を自分でできるか、他の人に薬を分けてもらわなければならないか、インシュリンの注射に関してどこまで自律できるか。

個々にはさまざまな治療の項目が書かれているが、すべてを書く必要はなく関係する部分だけを記入して評価する。

6 番目の「日常生活および社会生活の設計」モジュール。日常生活の形成と社会的なコンタクト。睡眠時に安心して眠ることができる、落ち着きがないなどが項目として書かれている。

最後にそれぞれのモジュールに加重して点数をつける。そして測定値が出る。

12.5 点以下は何の給付も受けられない。12.5～27 は少し給付が出る。27～が本格的な給付になる。たとえば現金給付が出る。

少なくとも介護度 2 以上でないと給付はあまり本格的ではない。給付がないと在宅介護も入所介護も十分に受けることができないということになる。

## 介護給付額

サービス	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）月額	-	316 EUR	545 EUR	728 EUR	901 EUR
現物給付（在宅）月額	-	689 EUR	1.298 EUR	1.612 EUR	1.995 EUR
デイケア 月額	-	689 EUR	1.298 EUR	1.612 EUR	1.995 EUR
現物給付（入所）月額	125 EUR	770 EUR	1.262 EUR	1.775 EUR	2.005 EUR
負担軽減手当（在宅、償還）月額	125 EUR	125 EUR	125 EUR	125 EUR	125 EUR
代替介護 年額	-	1.612 EUR	1.612 EUR	1.612 EUR	1.612 EUR
ショートステイ 年額	-	1.612 EUR	1.612 EUR	1.612 EUR	1.612 EUR
介護用品 月額	40 EUR	40 EUR	40 EUR	40 EUR	40 EUR
住居改良給付 1 回ごと	4.000 EUR	4.000 EUR	4.000 EUR	4.000 EUR	4.000 EUR
グループホーム追加給付 月額	214 EUR	214 EUR	214 EUR	214 EUR	214 EUR

(<https://rh.aok.de/inhalt/leistungen-der-pflegeversicherung/>)

例えば介護度 2 になると現金給付も現物給付も可能になる。現金給付の 316 ユーロはパートナーや子どもが自分で介護した場合だ。

ただし、プロの在宅介護事業者を使うと 689 ユーロを使うことができる。これは上限だ。

半年ごとにより重くなった場合に新しい鑑定を求めることができる。あるいは医師によってアテストを受けることができる。

(質問：本人が求めた場合に再鑑定があるのか。)

本人か後見人が求めた場合だ。本当はいけないことだが施設が勝手に申請することがある。彼らはお金が欲しいからだ。

レスパイトでショートステイの金額もある。1 年間に 1612 ユーロがもらえる。

一般的にもらえる給付に加えて、デイケアのための部分入所の給付を受けることが可能になる。ただしデイケアの場所を探すのは本人がやらなければならない。

125 ユーロの負担軽減の給付は介護度 1 の人ももらえる。これは例えば散歩につれて行くとか、家事の支援を受けるなどを在宅事業者から受けるために使うことができる。先ほど近所間のプロジェクトがあると言ったが、その中で近所の人認知症の人のために世話をすると、その負担軽減給付から 1 時間いくらかという形でその近所の人に渡すことも可能だ。というのは、近所の人の方が事業者よりも付き合いが深いからだ。

(質問：近所の人に払った証明はどうするか。)

私自身がそのような人がいるかどうかを見なければならない。本人にお金を上げて本人から近所の人にお金を渡すという形になる。

これは法律で決まっている給付で AOK ラインラントがイニシアティブをとって施行された。

(質問：そういうケースは多いのか。)

ドイツでは掃除をしてくれるようなサービスや人を見つけるのはなかなか大変だ。それで私は相談者としてこのようなサービスを勧める。これはよく使われている。

(質問：基本的な給付で受けられるサービスに家事援助はないのか。)

掃除代で使うことは可能だが、私たちはそれを望まない。125ユーロの分から出すべきだ。

(質問：身体介護に使うべきだということか。)

その通りだ。例えば体全体を洗うのに22~25ユーロかかる。毎日洗ってもらったらそれだけでこのお金は無くなってしまう。

(質問：基本的な給付は身体介護に使って、ショートステイやデイケアを使うとその分得になるということか。)

そのとおりだ。

(質問：代替介護とショートステイは、2種類のショートステイがあるということか。)

1年間1600ユーロの代替介護は、何かができないという人が存在しないと給付がもらえない。それで、できないことをしてもらうために施設に頼む。1年分の額が足りない場合はショートステイの半分を使うことができる。

(質問：自分がバカンスに行くためでも使えるか。)

使える。

(質問：基本給付は身体介護に使うということだが、それは命を守ることを重視するということか。)

要介護度はもらえないが家事支援が重要だという人もいる。そういう人たちは要介護度をもらえない。しかし料理ができないと死んでしまう。そういう場合は市の福祉が手当てをする。

それで、皆さんからいただいた4つの仮想ケースは私にとっては非常に難しい。というのも、家事に関することばかり出てくるからだ。介護にかかわる重要な項目が出てこない。

それから、完全入所の金額がここに書かれているが、実際にはドイツの施設で1か月にかかるお金は3500~4500ユーロだ。入所に対する給付は足りない。

年金をもらっている人で年金を加えてもだいたいの場合は足りない。

それで在宅の人がたくさんいるが、なぜ在宅かというそれしか方法がないという人もいる。

そして介護施設を使おうとすると、子どもや家族の収入も問題になってきて、子どもたちに負担をかける危険もある。

(質問：在宅を選んだほうがサービスを多く受けられるのか。)

介護度 5 の場合に在宅で家族が世話をして 900 ユーロというのは高いようだが、非常にたいへんな仕事だ。

さらに認知症がひどい場合は 24 時間介護にもなる。あまりにも重い負担なので多くの人は東欧の外国人労働者を住み込ませて世話をさせるということを行っている。

(質問：現物を選んだ場合は施設と在宅のどちらが多く受けられるか。)

今日、在宅の事業者のところに行ってきたがそのようなところは時間給で非常に急いで介護をして帰っていく。1 回 20 分しかいなくて 25 ユーロをもらうというような感じで働いている。

施設のほうは非常に人員が少ない中でやっている所以品質が低くなりがちだ。もっとも質的に良い介護というのは子どもやパートナーによる介護だ。どのホームも良いホームなどない。これは私の意見だが…。ただ生活の質を高めようと努力をしている施設もある。

確かに在宅介護を金銭的に魅力的なものに制度を形成しなおしているということは確かだ。

家族の関係が良ければ家族介護が最高だ。

虐待の問題ももちろんある。

(質問：在宅で現金給付を選んでケアをしたときに、保険がきかない部分ときく部分を組み合わせることになると思うが割合はわかるか。)

本人の希望による。1 日に 1 回体を洗うか 2 回洗うでかなり金額が変わる。600 ユーロぐらいでは 1 回なら足りるかもしれないが 2 回では足りなくなってしまう。ただし 2 回がどうしても必要でそのように希望するなら、市に言って追加してもらうことは可能だ。

わたしたちの介護金庫の役目はお金を払うところまでで、その先はわからないし関心もない。

(質問：ぜいたくを言わなければ足りるように設定しているという感覚か。)

(一同爆笑) メルケルさんに聞いてほしい。

先ほど部分保険という話をしたが、とはいっても導入当初から比べて給付が増えていることは確かだ。だからあまりよくない部分保険からより良い部分保険になっていることは確かだ。

(質問：政府や金庫は今後も増やそうとしているか、そろそろ限界で介護予防などを考えるのか。)

介護保険はよい意味の投資だと思う。そういう意味から今後も拡張していくべきだと思うが、最終的にこの問題は介護保険だけの問題ではない。そのほかいろいろな保険もかかわってくるし、どのように年を取っていききたいか、社会を行くって行きたいかという問題ともかかわる。たとえば社会参加も重要だ。

例えば先ほどの話の続きだが、わたしは現金給付として 316 ユーロしかもらっていないという介護者もいたとして、施設の介護よりもずっと多くの介護をしているのに何でこれほど少ない

のかと言うこともある。

それは政治的な決定だ。

介護度が上がって重くなっていくと最終的に在宅と言っても一人で介護をすることが不可能になるということがこれを見るとよくわかると思う。そうなる何らかの、業者やほかの人の助けとか、負担を軽減するような給付を必要とするようになる。

(質問：在宅で現物給付を選ぶのはどのような場合か。)

大体の場合は家族がいない人だ。あるいは家族がいても介護をしようとしなかった場合だ。また、自分の妻に負担をかけたくないという人もいる。家族がいれば大体の場合は現金だ。

それから 4000 ユーロの住居改良の給付がある。たとえばシャワールームに体を支えるような手すりを付ける。それからドアの間口を広げる。

認知症の患者の場合は外に行けないような窓構造にする。

そしてまた状況が悪化したら新たにもう一度住居改良の給付を受けることができる。

(質問：2回までか。)

3回でも大丈夫だ。たとえば最初に体が悪くなってそのあと認知症になって、さらに認知症が重くなったら3回だ。

(質問：それは同じ介護度内での判定か。)

自分自身が悪化したと思えば悪化だ。新たな項目の点数が増えた場合とかだ。

住居に関してはデュッセルドルフ市と提携して仕事をしていて、設計者がいてその人のうちに行って風呂をどのように改造できるかという提案をしてくれる。そして私たちが最終的に OK を出す。できるだけ私たちはそのような提案に対して寛容に対応するようにしている。

在宅事業者は2つの給付にかかわっている。1つは介護でもう1つは医療保険の看護だ。たとえば血圧を測るとか血糖値を測るとかというのは医療保険からになる。

介護のほうはあまり問題ないが、看護のほうに私たちは金庫として気をつけなければならない。たとえば、1日に5回投薬が必要だとなるとそれだけでも1500ユーロかかってしまう。その処方をするのはGPだが、GPは本当の状況がわかっていなくて適当に処方をするところがあるからだ。たとえば誰も投薬をすることができる人がいないのにそのような処方を出して、事業者も喜んでそれをやったことにするということになる。

(質問：現在の介護度よりも改善するように事業者に要請するということはないか。)

私自身は望むけれどもそうしたら介護事業者のお金が減る。

(質問：本人にとってはいいことではないか。)

しかし事業者にはよくない。だから事業者にはそれは頼めない。また本人自身ももらった給付は既得権なのであきらめるということはしたくない。

実は昔は 1 年後に鑑定の見直しでチェックに行っていたがいまはやっていない。もちろん非常にまれだが正直な人がいて、自分は体の調子が良くなってきたと言ってくる人がいる。そういう人たちに私は本当によくなったのですかと何回も聞く。というのも、彼らは年を取っていくのでいずれ調子が悪くなるからだ。

私たちにとっては特に施設で、よりリハビリテーションのさまざまなオファーをしてほしいと願っている。オランダでは一度施設に入っても元気になって戻るということがあるがドイツでは一方通行だ。

(質問：日本では要介護度が一度決まっても事業所や本人が努力をして要介護度が下がっていくことが好ましいことだと理解されている。)

1200 ユーロから 700 ユーロになってしまうのでなかなかそのようなことはなかった。以前は施設の中でより軽くなると報酬をもらえるというインセンティブがあった時期もあったがそれを利用する人は全くいなかった。

(質問：社会参加も大切だという話だった。またお金の問題ではなく本人が良くなって社会参加をして人生を充実させることなのでリハビリを入れようという考えはないか。)

今回の改革によってドイツにおいてもよりアクティブに生活をしていくようなかたちに介護をしていく、その人の自立性を高めていくようなことを重要視するということが法律において初めて定められた。リハビリや健康増進をしてやっていくべきだということが新しく定められたところだ。

重要なことは年を取ってから何が生きる喜びなのかということにつける。

(質問：その喜びを得るための理想と現実のギャップをどう埋めるかということで、いま日本ではリハビリ専門家が能力を発揮している。)

あと、本人がどこに住んでいるか、どこに住みたいかによってどのようなサービスがあるかに依存するということがある。その市町村がどのような環境か、たとえば歩行補助具があれば外に出られるのか。

田舎に住んでいると 1 日に 3 回しかバスが走っていなかったりするので大きな問題だ。

バリアフリーの路面電車があるかどうかということもある。昔は乳母車にとってのバリアフリーが大きな問題だったが、最近は車いすとか歩行器だ。

<仮想 4 ケースについて>

脳卒中のケース 2 はもしかしたら要介護になるかもしれない。

(質問：それはどのような条件か。)

半身まひでモビリティに問題があるかもしれない。それからモジュール 6 番のセルフケアで特に洗うという問題。一つの腕だけでは薬をうまく飲むことができないかもしれない。そういった根拠から鑑定をするべきではないかと私は助言する。

私にとって大切なのはデュッセルドルフ市の給付ではなく AOK からの給付を提供できるかどうかということに集中している。

実はデュッセルドルフにおいても市との協力によって介護支援センターを作るというような予定があった。一緒に協力して仕事をしているのでデュッセルドルフ市に対してこのような給付を与えたらいいのではないかということは言える。ただ、与えるべきだという断言はできない。

(ケース 1)

ケース 1 に関して重要なのは薬を飲むのを忘れるということだ。認知症ではない。

2 つの可能性があって、近所にそのようなことを注意してくれる人がいないかどうかということを知り、もしくは在宅の事業所に頼むかだ。1 週間に 1 回服薬の順番を決めて箱に入れるという作業をする。あるいはもう少し物忘れがひどくなったら 1 日に 2 回来てもらおう。それから足に感覚がないと書いてあるが、もし整形外科に自分の足で行けなくなったらタクシーの交通費を AOK が出してあげられるかどうかを考える。しかしそのためには介護度 4 がなければならぬ。もしくは障害者の証明書が必要だ。ただしその際に特別に歩行に障害があることの証明がなければならない。

もう一つの可能性は疾病金庫でケースマネジャーという人がいるが、そのケースマネジメントの中で何かいい方法がないかということを考える。たとえば薬を飲むのを警告するようなシステムを使う。遠隔医療の可能性も考える。

最後の、歌を歌いに行くということはたいへんいいことだと思う。ただしこれは介護金庫とはかわりのないことだ。教会とか近所の人の担当だ。

しかしそれは大事なことだと考えているので近所間のプロジェクトを立ち上げた。

(質問：金庫としては行かないが応援はしているということか。)

それに関しての相談も受けている。しかし介護金庫の相談員として介護度のある人にはいろいろな支援はできるがそれがないとあまりいろいろなことができない。

もちろん自主的に誰かを助けることはできるが私一人で世界を救うことはできない。

デュッセルドルフにはセンタープラスという機関があるがそこは日本語や外国語のコースなどさまざまなものを提供している。そこに人々が集まってネットワークを作る。たとえばそのようなサービスがあると皆さんに教えることはある。あと、家がゴミだらけの人、社会的なコンタ

クトのない人、うつの人が相談に来たとしたらこのような集いの場があるということは言う。

ケース 1 は予防が大切なので疾病金庫のさまざまな体を動かすコースとかかかわってくる。AOK は地域に根差した金庫という名前がついている。なのでさまざまなネットワークがある。それを使って情報を流していくこと、また逆に情報を入れるということをしている。

(質問：このすべてのケースは介護保険が適用になる可能性はまずないという理解でいいか。)

2 と 4 はもしかすると可能性がある。

1 は疾病金庫の枠内だ。社会的なコンタクトを作ることを私たちも努力している。2 は腕がどのくらい使えるかということによる。2 の場合に疾病金庫の枠内で家事援助を得ることが可能かもしれない。ただし期間は限られている。これは脳卒中だからだ。

4 はどちらの保険からも給付が出る可能性がある。特に腎不全によって。その際に透析に通わなければならないが、疾病金庫の枠内でタクシーなど交通費を払うことが可能になる。ここで大切なのは MDK からすでに要介護の認定が出ているかどうかだ。もしくは重度障害者のパスを持っているかどうかだ。

(質問：4 は洗身がだめで、要介護認定は出そうに思うがどうか。)

何らかの介護度はもらえるだろう。

これらのケースの意図を知りたい。家事に関することがいろいろと書かれているが、そのような場合に日本では介護認定は出るのか。

(質問：対象になっている。)

たとえばコーラスに行けない場合に誰かが手伝うという給付が出るか。

(質問：コーラスは、指定事業所のデイサービスで歌うのであれば出ると言える。)

単に家にいて一人で生活している場合は出ないということか。

(質問：ケース 1 でコーラスを入れたのは人物像、生活像イメージの説明のためだ。)

社会参加をしているということが言いたいのか。

(質問：そうだ。)

そうすると、これができるということは介護度を得るためにはマイナスだ。聞きたいのは、そのような余暇の楽しみができなくなったら日本はできるようにするために何かしらの支援を介護保険内でするのかということだ。何か給付を与えるか。

(質問：リハビリ給付になる。)

そういう意味では私たちとそれほど変わらない。ただし考え方の違いとしては、どちらかというとドイツではリハビリテーションは身体の機能に集中しているので趣味というところには注目しない。

(質問：ケース1のポイントは「ゆっくりならできる」というところだ。)

介護鑑定では重要だ。昔は何ができないかということに重視していたが、最近はまだ何ができるかということが重要だ。

例えば腰痛だとする。そうするとそれをできるだけ軽くするような運動コースに参加することができる。それに疾病金庫から補助金が出ている。ヨガもある。ただそうすると予防、健康増進の枠内なので医療保険の範囲となる。

(質問：運動以外に調理がしにくくなったということがある。日本では座ってするとか、休憩を取りながらするとかやり方を変えるような指導をしながらできることを増やして行く。)

ケース2のように脳卒中になったらそのようなセラピーを受けることができる。しかしこれも疾病金庫だ。

(質問：日本では介護予防のためのリハビリという考え方があって、できるうちに早めにリハビリをする。介護保険には介護給付と予防給付と2種類ある。)

健康のための予防は疾病金庫から出る。予防はイコール介護予防につながるものだ。介護度が認められて初めて介護保険が関わる。もしこの女性がAOKの窓口を訪れて腰痛がひどいとか歩くのが難しいと相談をしても、疾病金庫に送られてしまうだろう。私は会うことはない。出会うとしたらこの人がもうベッドから起きられないとなって初めて出会うだろう。

4つ目のケースの一つの側面について話したい。ここで夫に非常に介護負担がある。このケースの場合、夫が病気になってしまうことがあるかもしれない。そうしたらこれは障害給付を受ける典型的なケースかと思う。夫の役割に代わる人をこの女性は持つ権利があるということになる。また、この人は糖尿病でもあるということで、そうすると疾病金庫から在宅看護の給付を受けられる可能性はある。何かの疾病を患った後にその結果が障害をもたらしている場合は疾病金庫になる。健康増進にかかわることも疾病金庫の担当になる。

また2つ目の卒中のケースだが、この人は麻痺によって移動能力、セルフケアにおいて問題がある。麻痺によって髪の毛が洗えないとか、服の着脱が難しいということになればこれは典型的な在宅の現物介護給付のよい例だと思う。家族もいない。ただし問題は、この人はいろいろな能力があるので介護度をもらえらるとしてもとても低い。

この人は脳卒中の結果リハビリテーションに関するセラピストの助けが必要になるので、それで足りない場合は介護保険申請になる。

おそらくこの人は脳卒中のあとにかなり長い期間疾病金庫からリハビリテーションの給付を受けることができるだろう。手順としては、そのリハビリテーションが終わる段階で MDK の人がやってきて介護が必要かどうかを見に来るだろう。このケースが非常に重要であれば MDK の人にも聞いてみたらどうか。非常に迅速に行われる理想的なケースでは、まだリハビリテーションの入院中に MDK が来る。そうすると申請等の事務手続きを本人がしなくても済む。そのあと実際の鑑定が自宅で行われてかなり早い段階で給付が始まるのが理想的だ。

それから息子が別の町に住んでいるというのはドイツでも典型的だ。例えばミュンヘンで働いているかもしれない。そうするとデュッセルドルフに来ることはできない。そうすると近所の人が必要な役割を果たすことになる。

そうすると家族がやってくれないのでその分をサービス事業者に頼まなければいけなくなる。

3つ目のケース。この人は自分の病気によって家事ができないということを想定している。そうするとやはり疾病金庫の給付になる。ただし娘が近くにいて家事ができる。痛みがもっと悪化した場合は要介護認定をすすめることになるだろう。

この人は糖尿病でもある。そうすると日常生活に支障をきたす。すると介護認定において考慮してもらえるチャンスが増える。疼痛管理や健康管理が実際になされているかということをチェックしようと私たちは思うだろう。そうすると、疾病金庫に相談することを求めるようになるだろう。

それからこのケースではおそらく娘はときどき糖尿病の専門医に連れて行かなければならないということになるだろう。または近所付き合いの中や教会組織の中で医師への付き添いができる人が近所にいないのかということも聞くかもしれない。

それから、ドイツには GP を中心とする医療というモデルがある。そのモデルの枠内で GP がその人に往診することが義務付けられるかもしれない。その場合は本人が医師のところに行かなくてもいいということになる。

在宅の場合日本では看護師や医師が在宅看護介護にかかわることは多いか。

(質問：ある程度ある。)

たとえばオランダやイギリスでは看護師の役割が非常に大きい。看護師は自分で注射や投薬の指示をすることもできる。日本でもできるか。

(質問：日本ではできない。看護師はまだ医師のサポートが中心だ。)

デンマークでも看護師を中心とした在宅チームが非常に活躍している。それも、看護師だけではなくセラピストも参加した多業種チームが在宅で活躍するということがあつて、ドイツもいまそれを評価しようと考えているが、まだそれはあまり存在しない。

ドイツの強みとしては GP が非常に重要な役割を果たしていて、患者と長い付き合いをしてい

る場合が多く、それで患者の社会環境までよく知っているということがある。

私自身の体験から話すが、このモデルでは GP がより多くの分野を引き受けてくれることが大切だ。そのためには GP 自身がさまざまな分野をカバーできなければならない。現在の状況では、たとえば GP は脳関係の病気を患者が持っている場合は身を引いてしまう。そうなるとこのモデルはなかなかうまくいかない。だから将来はもっと多職種のチーム、または診療所にさまざまな分野の専門医が 1 か所に集まって診療していくような診療所が必要になってくると思う。

それから、ドイツではまだ老人医学という専門科目が定着してから日が浅い。高齢者には特別な医療が必要であるという考え方自体がドイツではそれほど発展していない。

(質問：GP は認知症もすぐに手放してしまうか。)

その通りだ。それで、専門病院で認知症という診断がなされることが多い。そうなると間違っただ判断をすることが多い。それから間違っただ投薬をしたり、あまり水分を取らないことによって患者が攻撃的になったりすることがあるが、それを間違っただ判断して脳神経科に回すというケースがよくある。

それから、アルツハイマーかそれ以外の脳出血による認知症かを間違えることもある。

また、改善する必要があるのは、ホームの中で病状が悪化した場合に施設の負担が多くなりすぎて、施設はすぐに病院に送ってしまう傾向がある。GP が来てくれれば問題が解決されるようなケースがよくある。特に終末期に多い。

4 つ目のケースについては十分お話しした。疾病金庫からももらえる可能性があるし、介護金庫においても高い介護度がもらえる可能性があると思う。

私の意見だが、寿命が長くなり就労期間も長くなっている。それとともに仕事をしている段階である一定期間休みを取って自分の両親の介護をすることに使うということも必要になってくるかと思う。

(質問：さきほど近所のプロジェクトという話が出た。詳しく説明してほしい。)

その概要をまとめたものがある。

## Über das Projekt プロジェクトについて



**Hermann Gröhe, 連邦保健大臣**

生き生きとした近所づきあいは、特に高齢者や要介護者にとって重要なサポートとなります。廊下や通りでのおしゃべりしたり、スーパーマーケットへ一緒に行ったり、定期的に連絡をとりあうといった小さなことが、生きることを容易にし、生き甲斐になります。したがって、私は、AOK ラインランド/ハンブルクによるパイロットプロジェクト「健全な近所づきあい」へのイニシアチブを、多く人が真似することを非常に期待しています。



**Günter Waltermann, AOK Rheinland / Hamburg CEO**

社会的接触、参加、関与はすべての人にとって重要です。生活の質はこれにより大きく変わってきます。ソーシャルネットワークは、あらゆる年齢の活動を促進し、個人の満足感に貢献します。生き生きとした近所づきあいは健康にプラスの効果をもたらし、その意味で健康を促進します。一般に、65歳以上のほぼ1/3の人が、現在の住居地で40年以上暮らしています。これによる親密さが、若い転入者を含むすべての隣人にとって近所支援の原則を発見する機会となります。

Nachbarschaftsnetze zu entdecken.

## 近隣プロジェクトの例



**デュイスブルク**  
隣人で健康な食事を一緒に料理

ノンキルヘン・フルイン：  
若者と高齢者がクリエイティブワークショップで出会う



**デュッセルドルフ**  
宿題の手助け、午後の遊び、ヨガのクラス

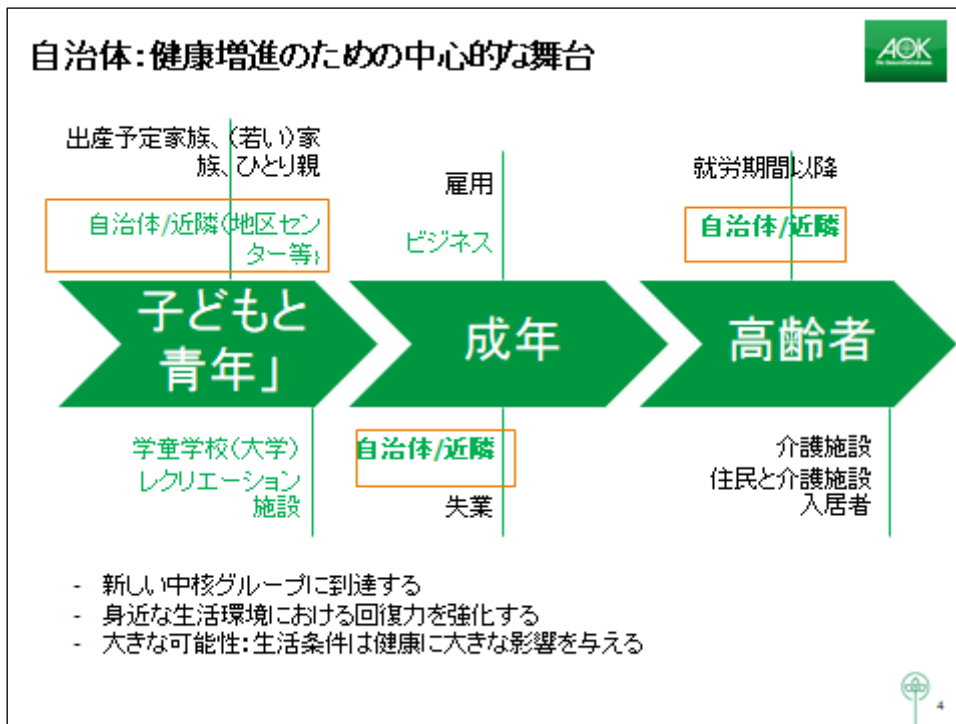
メンヒェングラードバッハ  
共同余暇活動 シニアによるシニアのための活動



**ゾーリンゲン**  
共通のハーブ園は多世代の出会いをもたらす

キュルテン  
通院や買い物などの日常生活における同伴と支援





企業、学校での健康増進策に関して財政支援をしている。それと同時に近所における健康増進に関しても財政補助をすることも可能だ。

市町村の役割は重要である。生活の質を高めるとか、健康や医療に関する情報交換の場としても近所の関係も非常に重要だ。

(質問:介護支援センターの制度的な位置づけを知りたい。また、AOKはどのような方針か。)

法律で決まっていやらなければいけないことなのだが、それのかわりに何かを行って補うことは可能だ。センタープラスという相談所があって、それで私たちは補っている。この支援センターという考え方は当時の保健大臣がオランダから導入したものだ。介護においてドイツではあまり市町村が重要な役割を果たしていない。それで強化策として行った。実際に作ってみても人が来なかったら全く意味がない。なので大切なのはこちらからアプローチするタイプの相談所だ。また、いままではいろいろな相談所に行かなければいけなかったが、1か所で済むということだ。

1か月に1回センタープラスで私たちはデュッセルドルフ市と認知症や給付の利用の方法などさまざまなテーマについて話し合う。話し合いの結果を発表して、そこに市民を呼んで意見を聞く。

(質問:市役所とAOKとさまざまな団体が集まる会議か。)

そうさまざまな大きな団体が集まる。地区カフェというものだ。テーマとしては、今回は予防、全権委任とリビングウィルをテーマにした講演だ。人々が興味のあるような講演をする。

(その場合の地区はどのくらいの範囲か。)

2万人ぐらいの地域だ。各地区で連続的に行う。ドイツの市の中の区の行政単位だ。

デュッセルドルフ市が作っているパンフレット「デュッセルドルフライフ」に、高齢者の対するすべてのサービスをまとめてある。これにはボランティアも含んでいる。例えば配食サービスとかデイケアもある。コーラスもある。ネット上で見ることもできる。

(質問：日本では介護保険の保険者が地方自治体だ。)

それはオランダに似ている。

今日の最初に統計を示したが、「Pflege-Report der AOK Rheinland/Hamburg 2016 (AOK ラインラント/ハンブルク介護レポート 2016)」にすべて載っている。

それから介護家族のための非常にいいパンフレット「Pflegen schritt für schritt (介護ステップバイステップ)」も作っている。

介護相談は非常に構造化されたものだ。ケースマネジメントで情報を把握するための用紙がある。どのようなニーズがあるか、どのような策を実施したか書かれている。アンケート用紙とケースマネジメント計画だ。

しかしケースマネジメントを受けられる人は少ない。本当に必要な人だけだ。

(質問：住宅改修などの付加給付の様式もあるか。)

申請書はある。例えば階段をバリアフリーにするとかの住宅改造には3つの理由が必要だ。介護度1以上、介護者の負担があまりにも重いこと、その措置を講じることによって要介護者の状況を維持できるかどうかということだ。

いままで入浴してきた代わりにシャワーだけを使う構造にすることもある。

(質問：認定を受けたら見に行つて様式はないけれども実施するということか。)

例えば浴槽に入れない人がいるとすると、まず本人の家に行く。その際に申請書も持っていき、必要であれば一緒に書く。

(質問：先ほど市の人と一緒にいくという話だったが。)

それは私たちが市に頼んでいるということだ。ゴミの山に住んでいる人のように大きな問題がある場合だが、MDKに介護度の申請をするが4週間かかる。だからデュッセルドルフ市に電話をする。そうすると市はおそらく後見人を指定するための手続きを始める。

本当が一番いいのは若いうちから住居を改良しておくことだ。

後見人はさまざまな手続きを行う。これが市とこちらの相談所の協力関係の例だ。

以前は実は高齢者の世話は介護も含めて市町村の役割だった。介護保険が始まったことによってそれをしなくなってしまった。そしてまた改革によって市町村が介護とかかわりを深めてきている。私自身はその傾向を歓迎している。というのは市役所とかかわりが深い事柄が多い。たとえば、車いすで町の中を動けるようにするというのは市の役割だ。住居や道路などを担当する。

(質問: GP にかかるときに、GP が家に訪問したり GP のところまで行く交通費を支給したり、近所の人に付き添ってもらふことがあるとのことだが、それぞれどのような場合か。)

GP とは特別な契約があつて、その契約のなかでどの病気においてはどのような行為をしなければならないと決められている。インセンティブを与えるように GP にとっての報酬もつく。これで当てはまる場合に往診となる。当てはまらない場合は行かない。

(質問: ケアプラン (Versorgungsplan) のシートをいただいたが、このようなサービスが必要だというようなプランニングを相談員がするのか。)

どのような策を行うか記入する箇所があり、私から事務員に渡してコンピュータにインプットして必要な人が見られるようにする。

(質問: 介護事業者も見るとか。)

見ない。疾病金庫の内部だけだ。個人情報保護の観点から、個々の介護事業者にかかわらないことに関しては情報を提供してはならない。だから共有するということはない。事業者にかかわる部分は私から話すことがあるかもしれないが情報は共有しない。

(質問: 何のために使っているのか。事業者はそれに拘束されるのではないか。)

計画を作るためだ。こちらのケースマネジメントは 1 つの事業者用ではない。さまざまな処置とかかわってきてさまざまな業者やサービスユニットにかかわってくる。

(質問: 日本では各事業所をケアマネジメントが拘束する。それはさまざまやっていることをまとめている表か。)

私はアドバイスをするだけだ。判断するのは本人で本人が判断できなければ後見人が判断する。

(質問: 本人に渡すか。)

本人は見ることができる。本人は私と相談するかもしれないがそれ以外の関係者もここにかかわってくるかもしれない。その場合にあなたの情報をほかの人とシェアしてもいいという確認書面ももらう。

2017年8月25日

全国健康保険協会医療サービス本部 (Medizinischer Dienst Des Spitzenverbandes Bund Der Krankenkassen (MDS))

Bernhard Fleer 介護チームコンサルタント Fachberater team pflege

Tatsuhiko Harigai 研修生

<Fleer>

ここはMDSという組織で、MDKメディカルサービスがドイツには15あるがその上位の組織になる。1つの州に1つMDKがあるが、ここノルドラインヴェストファーレン州は大きな地域なので2つに分かれていてMDKは2つある。

私はMDSのシニアコンサルタントだ。2017年1月1日から介護鑑定が変わった。変える際の鑑定のプロジェクトリーダーをしていた。

<Harigai>





ドイツの社会保険制度は 19 世紀にすでに形成されていて、1863 年に当時は公的医療保険が始まり、現在は公的医療保険として知られている。それから直訳で事故保険、日本でいうと労災/傷害保険にあたるものがある。また年金保険があり、この 3 つが 19 世紀にすでに成立していた。

20 世紀に入ってから失業保険が 4 番目に現れて、1995 年に一番若い介護保険が社会法典第 11 編介護法という形で施行された。



注目してもらいたいのが社会保険の支出で、2010年から2015年までの支出で5つの柱を縦にしている。一番下が健康保険、次が労災保険で、年金保険、失業保険で一番上が介護保険の支出額だ。2015年度では健康保険が2119億ユーロの支出で、1ユーロ130円のレートで換算すると27兆5470億円になる。全体の約38%になる。それに対して介護保険は2015年の段階では289億ユーロの支出で3兆7570億円だった。5%程度の割合だ。

**社会保険－2017年財源**

→総所得

-課税対象の所得

- LSt (KiSt / SolZ) 所得税 (「教会税」と「連帯付加税」)

-社会保険支払い対象給与

- KV (健康保険) [14.6+%] (AG (雇用主) : 7.3% / AN (労働者) : 7.3% + 1.1% 追加保険料率)
- PV (介護保険) [2.55+%] (AG: 1.275% / AN: 1.275% + 0.25%割増し保険料\*)
- RV (年金保険) [18.7%] (AG: 9.35% / AN: 9.35%)
- AV (失業保険) [3.0%] (AG: 1.5% / AN: 1.5%)

\* 23歳以上で子どものない被保険者

社会保険の財源だが、今年の場合では、総所得をもとにして課税対象額を求め、そこから所得額を算出して払う形になる。これはドイツの特徴だが所得税額に対して教会税及び旧西ドイツでは連帯付加税もかかっている。所得に対して4種類の保険料率を決めている。

基本的にはすべて労使折半だが健康保険と介護保険は特徴がある。健康保険は14.6%プラスで、雇用主が7.3%と定められているが労働者には7.3%以外に、現在は疾病金庫それぞれが独自で決められるが平均1.1%の追加保険料率というものを取ることが可能だ。

介護保険の場合は2.55%となっていて雇用主側は1.275%に決まっているが労働者はそれに加えて23歳以上で子どもがいなかった場合はさらに0.25%追加される。

そのほか年金保険は18.7%、失業保険が3%で、これらは労使折半だ。

## ドイツ連邦共和国 2016 年統計

### 人口

約 8,220 万人

### 被保険者（公的医療保険）

約 7,140 万人

人口の 87%

25. August 2017

Seite 5

MDS & MDR - Bereich Pflege

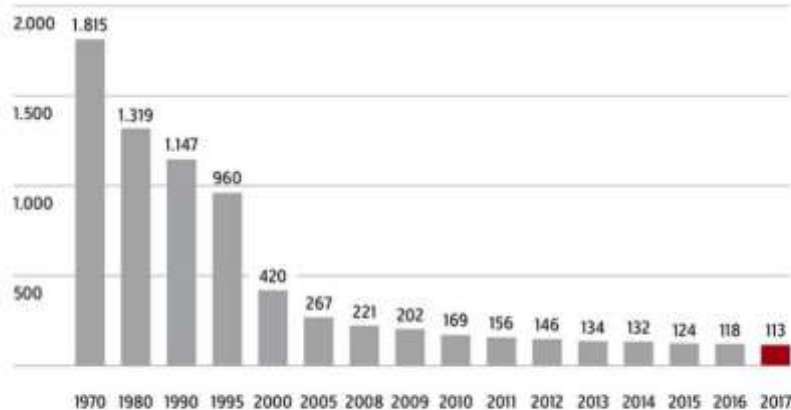
MDS

ドイツ連邦共和国は 2016 年の段階で人口はおおよそ 8220 万人、そのうち公的健康保険の被保険者は 7140 万人ぐらいでドイツの人口の 87%の人が加入している。

疾病金庫は現在 113 あるがもともとは全く違う形だった。以前は大手企業などにそれぞれ疾病金庫を設けられるという形だったので、それぞれ孤立していたものをここ数年でかなり合併してきている。

## 疾病金庫（公的医療保険者）の数（2017 年 1 月 1 日現在）

Quelle: GKV-Spitzenverband



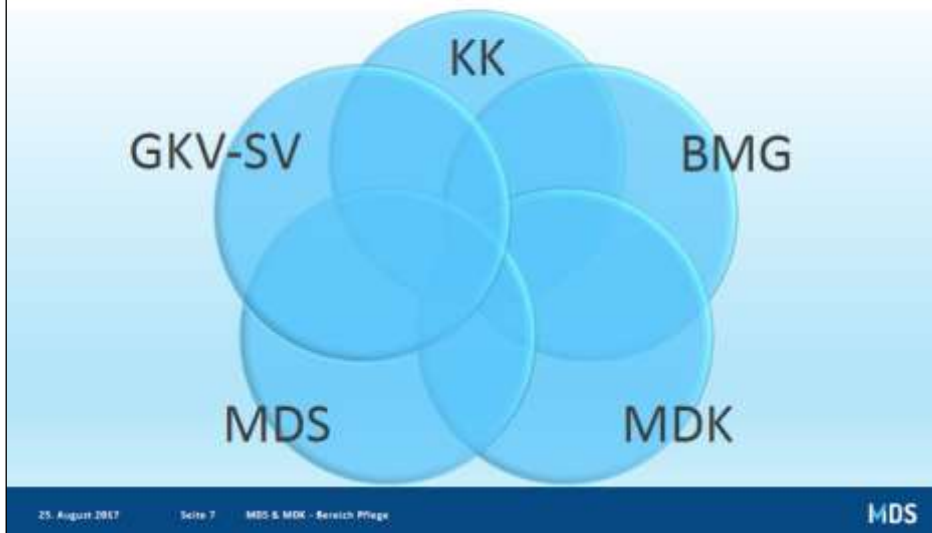
25. August 2017

Seite 6

MDS & MDR - Bereich Pflege

MDS

## 被保険者から見た機関とアドボカシー



次に、被保険者から見てどのような機関があるのかということだ。

まず KK（疾病金庫）がある。

次に BMG（連邦保健省）でいわゆる厚生省だ。保険制度を所管している。

GKV-SV（疾病金庫中央連合会）は疾病金庫の代表の役割を果たしている。厚生省との交渉を行ったり医療保険制度の改革に携わっている。MDS はその傘下にあつて、日本語では全国健康保険協会医療サービスとなる。

MDK は冒頭にも話しが 16 の州の中にある現場の医療サービス機構だ。

GKV-SV と BMG と MDS のあいだで、医師と被保険者が一緒になって GBA（ドイツ連邦合同委員会）というものがあるが、そこで医療制度の規制を行っている。

簡単に言うと MDS は審査機関で、MDK も査定や確定、介護では鑑定を行っている。基本的には被保険者のために地域の格差をなくして統一させるという趣旨で動いている。

## ドイツ連邦共和国における医療サービス



→15のMDK

-MDK ベルリン・ブランデンブルク

-MDK 北部

-シュレースヴィヒ=ホルシュタイン

-ハンブルグ

-ノルトライン=ヴェストファーレン

-MDK ノルトライン

-MDK ウェストファーレン=リッペ

→MDS e. V.

25. August 2017

Seite 8

MDS & MDK - Bereich Pflege

MDS

ドイツの医療サービスの現状をドイツ地図上にまとめてある。ドイツは 16 州あるが、MDK は 15 ある。ベルリンとブランデンブルグ州は 1 つになっていて、ハンブルグとシュレースヴィヒ=ホルシュタイン州も一緒になっている。逆にノルトライン=ウェストファーレン州は 2 つに分けている。

## MDS の役割（社会法典第 5 編の第 282 条第 2 項に基づく）

→GKV-SV との相談：医学分野と介護分野

- 外来／入院でのケア
- NUB（新検査診療メソッド）
- 医療機器／福祉用具
- リハビリテーション
- 介護の給付
- 歯科
- エビデンスに基づく医療
- イノベーション支援

→医療や組織的事項に関する医療サービスの調整および協働推進

- 共同業務
- 研修
- 報告／統計

→被保険者の相談

- IgeL Monitor（情報サイト）

25. August 2017

Seite 9

MDS & MDK - Bereich Pflege

MDS

MDS の役割について話す。社会法典第 5 編の 282 条が基礎となっている。その中で定められているのは、まず GKV-SV と相談するという役割で、それは大きく医学分野と介護分野に分か

れる。たとえば、入院医療や外来診療の品質について、現在の項目外の新しい診療について、インプラントなど医療機器について扱い、福祉用具の品目のアップデートという作業も行われている。また、リハビリテーション、セラピーの両方に関して、それから介護の給付について、歯科について、またエビデンスに基づく医療でこの中には医薬品も入っている。さらに開発イノベーションに携わることがある。

それ以外に MDK との共同の業務の実行など調整業務、大きくなってきているが研修プログラム、報告と統計の分野も行っている。

ここ 5 年ほど行っているのが、被保険者に対するサービスである相談業務だ。

検査項目という部分についての話だが、医師のところに行った場合に通常健康保険でカバーできるものが多いはずだが、それ以外の項目を勧められることもある。一般診療でも歯医者でもこのような検査項目がいくつか紹介されて、現状は患者がその場で判断しなければならないという難しい状況がある。

それで、それに関する情報サイトを設けようということになった。現在は HP も独自で運営していて、被保険者が直接アクセスして、中はカタログのようになっているので病院であまり言われなかった説明を読むことができる。そこには効能についても書かれている。勧められたものほどの程度意味があるのかという批評も行っている。

(質問：エビデンスベースドメディスン (EBM) やイノベーションや医療情報提供は独自の施策としてやっているのか、中央の団体からの指示や委託としてやっているのか。)

基本的には独自で行うものだが、GKV-SV の方針と合わせている部分が多い。EBM に関しては専門的な知識が必要な内容になるが、MDS でも専門家がいるのでこちらでも担当している。

## MDS 全国研修

- 研修プログラム
  - プレゼンツゼミナール (教室でのセミナー) (入門/集中研修)
  - ファフゼミナール
  - 特別ゼミナール
    - 認知症と関連の老年学的諸相
    - 介護における暴力
  - 追加ゼミナール
  - 新たなアセスメントツール
- MD キャンパス
  - E ラーニング (教材&オンラインレクチャー)
  - ウェビナー (オンラインセミナー)
  - 専門的教育 (資格取得向け)
  - 認知症ケアマッピング



DMS の研修の部分を紹介する。基本的には4種類のセミナーをだいたい130回行っている。そのうちのプレゼンツゼミナール (Präsenzseminare) というのは医師でも介護士でも就職して1年か1年半以内に参加しなければいけない研修プログラムだ。そこでは専門的な、準備段階も兼ねた内容を教える。

ファフゼミナール (Fachseminare) は医師向けあるいは介護士向けの専門的なセミナーで、入門の後に行う研修だ。

特別ゼミナールは特殊な内容を選んで医師も介護士も両方のグループに応用でき、それ以外の職員たちにも参加してもらえる。特にコミュニケーションに関するテーマなどを取り上げている。その中で今年も行っているのが認知症とジェロントロジーの諸相や、介護における暴力というテーマも取り上げている。

特に去年の2016年には第2次介護強化法が成立し2017年1月1日から施行された。これに伴って新しい鑑定手段を教えるためのチームリーダー対象のセミナーをおこなった。そのチームリーダーからMDKの全員に広めるための研修だ。

また現在はMDキャンパスというインターネットを通してのオンライン研修を始めている。1つはEラーニングで今は主に教材と、オンラインレクチャーというものを提供しているプラットフォームだ。それ以外にウェビナー (webinar)、つまりオンラインセミナーということで研修も進めていけると思う。さらに資格を取得する研修プログラムもあって、例えば認知症ケアマッピング (DCM) の資格を取得できる講座も設けている。

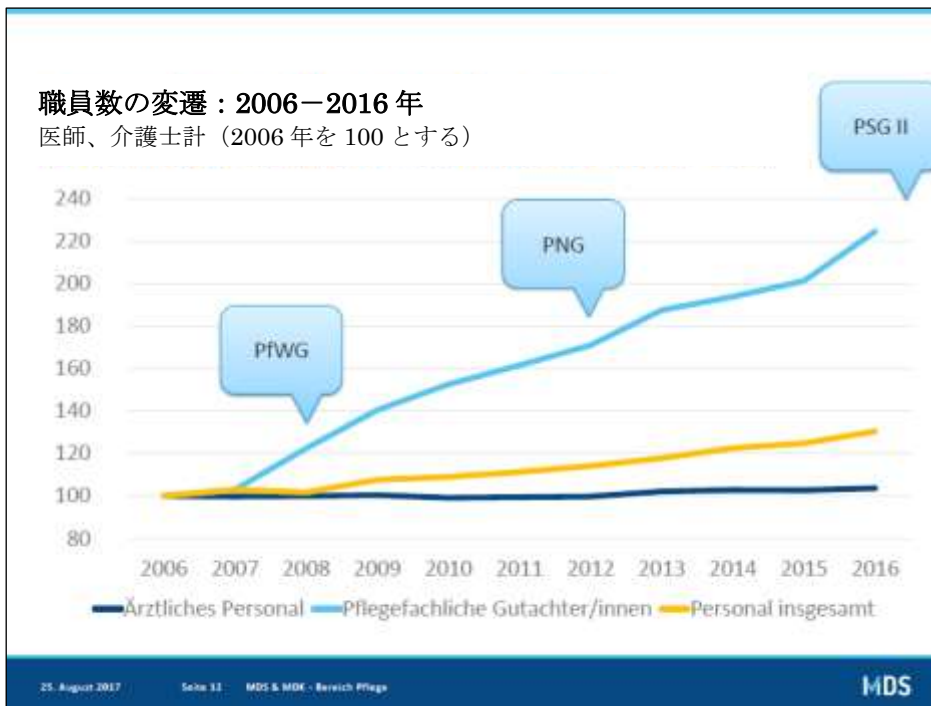
### MDKに関する数字と基本情報

- 1990年1月1日より開始 (社会法典第5編の施行後)
- 8,000人以上の従業員
  - 2,000人以上が医師
  - 社会法典第5編による公的医療保険
- 2,600人以上の介護士
  - 社会法典第11編による社会的介護保険

医療サービス職員  
(2016年末現在)

職業	割合 (%)
Personen der Wirtschaftskassen	16.4%
Berufshilfen	8.5%
Arztberufe (sonstige)	11.4%
Arztberufe	5.7%
Arztberufe (sonstige)	11.4%
Pflegeberufe	13.2%
Arztberufe	5.7%
Gesundheitliche Fachberufe	32.2%

23. August 2017    Seite 11    MDS & MDK - Bereich Pflege    MDS



次に MDK についての数字をいくつか示す。MDK の前身の歴史は 1934 年まで過去にさかのぼることができるが、現在の MDK は MDS と同じように 1990 年から社会法典第 5 編の施行とともに始まっている。

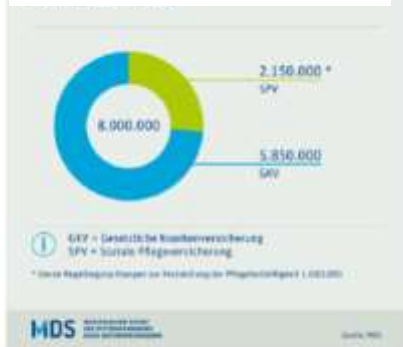
2016 年末の統計では、MDK には 8000 人以上の従業員がいて、そのうち 2000 人が医師で、2300 人が介護士だ。

従業員数の変遷は、2006 年から 2016 年の間に一番上が介護士、一番下の線が医師を示している。中央が全体の従業員数の動きだ。介護士が 2007 年から急激に伸びていて 2016 年には 2007 年に対して 2 倍になっている。この背景には 2008 年に介護持続的発展法が施行されたことで、それぞれの介護施設に行ってそれぞれの一人一人を鑑定しなおさなければならなかったということがある。

2012 年には介護法が改正されて、それが影響を及ぼしている。2017 年には第 2 次介護強化法の影響も出るだろう。

## MDK の活動 (社会法典第 5 編第 275 条)

GKV (公的医療保険) と SPV (社会介護保険)  
に関する MDK の被保険者向け相談とアセスメント (2015 年)



→相談

→鑑定

- 就業不能の検査
- リハビリテーション
- 福祉用具
- 医療事故
- 介護
  - 要介護認定
  - 品質検査

MDK の業務について紹介する。法律は社会法典第 5 編の 275 条がもとになっている。大きく分けると相談と鑑定に分かれる。特に鑑定の中では就業不能の検査、それからリハビリについての鑑定、福祉用具についての鑑定、医療事故の鑑定、要介護認定と介護施設の品質検査を行う。

数字でいうと 2015 年の段階だが、総合的には 800 万件が行われた。そのうち介護の部分は 215 万件で、要介護認定は 161 万件ほど行っている。

(その数字は相談も含んでいるか。)

この 800 万件は被保険者に対する相談も含んでいる。

## 要介護に関する統計（2015年）

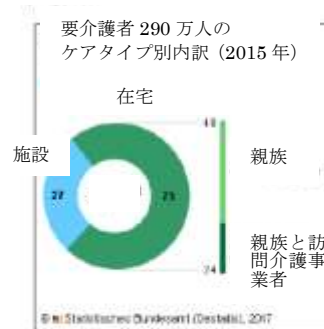
→要介護者：290万（うち64%が女性）（83%が65歳以上）

-在宅：208万（73%）〔69.2万人が訪問介護利用〕

-訪問介護事業所数：13,300以上（従業員数：35万5,600人以上）

-介護ホーム入居者：78.3万（27%）

-介護ホーム数：13,600（従業員数：73万人以上）



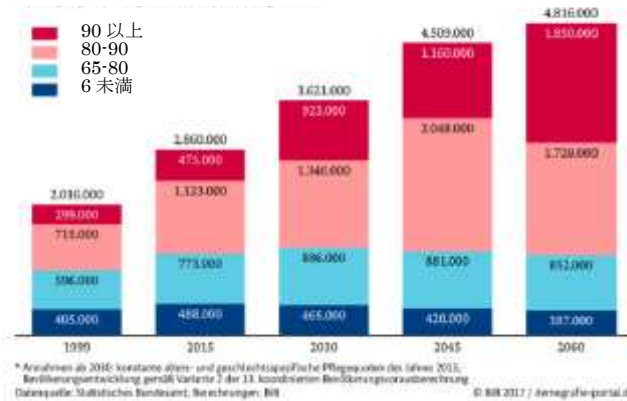
要介護者についての2015年の統計では、要介護者が290万人いてそのうち64%が女性だ。また83%が65歳以上という形だ。そのうちの208万人が在宅介護を受けていて、69万2千人が訪問介護サービスを受けている。

訪問介護サービス事業所はだいたい1万3千300以上あるということで、35万5千人以上が採用されている。

それに対して78万3千人（27%）が介護ホームで全面的にケアを受けている。ドイツではおよそ1万3千600件の介護ホームがあって73万人以上の人たちが働いている。

## 要介護者予測：2030／2045／2060年

年齢群別 要介護者数（単位：1,000人）



23. August 2017

Seite 15 MDS & MDK - Bereich Pflege

MDS

要介護者の今後の予測だが、現在は290万人ぐらいだが今後15年単位で先を見ると2030年45年60年に総合的にはどんどん増えていくだろう。最後には少し落ち着くとみている。

## 看護・介護専門職—鑑定者



23. August 2017

Seite 16 MDS & MDK - Bereich Pflege

MDS

介護士は、審査員として現場に行って一人一人を訪ねて認識してそれをもとに鑑定して採点をする。その結果を鑑定書で示すことになる。

(その場合の介護士はナースも含まれるか、介護の専門家か。)

ナースも含まれている。場合によって医師も参加することがある。特にリハビリテーションが必要かどうかの鑑定は合同で行う。

(セラピストも入るか。)

それは別だ。

(1 件の鑑定にどのくらいの時間がかかるか。)

ラップトップを用いてほしい 55 分だ。それ以外に移動時間と処理の時間がかかる。処理は 25 分ぐらいだ。

(一番遠いところでどのくらい移動するか。)

州によって変わってくる。たとえば旧東ドイツのメクレンブルク＝フォアポンメルン州では、1 日に 100 キロから 200 キロ走ることもよくある。ふつうは 1 日にほしい 5 件鑑定する。

2017年8月25日

全国健康保険協会医療サービス本部 (Medizinischer Dienst Des Spitzenverbandes Bund Der Krankenkassen (MDS))

Bernhard Fleer 介護チームコンサルタント Fachberater team pflege



2017年1月1日に、ドイツでは介護の鑑定に関して制度改正があった。

その背景にあるのはそれまでの要介護の定義が良くないと批判をされていたことがある。なぜかというと、身体的な障害ばかりに焦点を当てていて例えば認知症などの精神的もしくは認識上の、また知的な問題がある人たちの要介護度が低く評価されるという問題があったからだ。

## 新たな評価ガイドラインの基本

- 社会法典 11 篇 (ケアのコンセプト)
- Klaus Wingenfeld / Andreas Büscher / Barbara Gansweid: 新たなアセスメントー長期介護の判定アセスメント, Bielefeld, Münster 2008
- 従来のガイドラインテキスト
- Manual Practicality Study (2015)

## 新たな評価の理念



© MDS: Claudia Thoelen

そういった背景から MDS、MDK、介護の専門家たちが集まって新しい鑑定のツールを開発した。その際にヨーロッパのほかの国でどのように鑑定が行われているかも参考にした。その中には日本も含まれている。

見直しの目的は精神的なまた認知上のことを身体的な障害と同等に扱うということで、それに

合ったシステムを開発した。

その法的根拠は社会法典社会法典の 11 編に定められている。その法律にはどのように鑑定をすべきかが書かれていて、具体的には 6 つのモジュールに分かれている。このように行うことが法律で定められている。

(提出資料)

「Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegedeburftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches」

(長期ケアの必要性判断のための GKV-Spitzenverband のガイドライン。社会コードブック)

[https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17\\_BRi\\_Pflege.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17_BRi_Pflege.pdf)

こちらにその概要が書かれている。これは鑑定者のために詳細が書かれている鑑定のためのガイドラインだ。この新しい鑑定について検討する際に 1 年間の開発期間を設けた。さまざまな専門家グループに分けて開発した。子どもの鑑定用と大人用がある。

われわれは全国組織の MDS としてそれぞれの地域の MDK が同じ基準に基づいて鑑定を行うことを保証しなければならない。

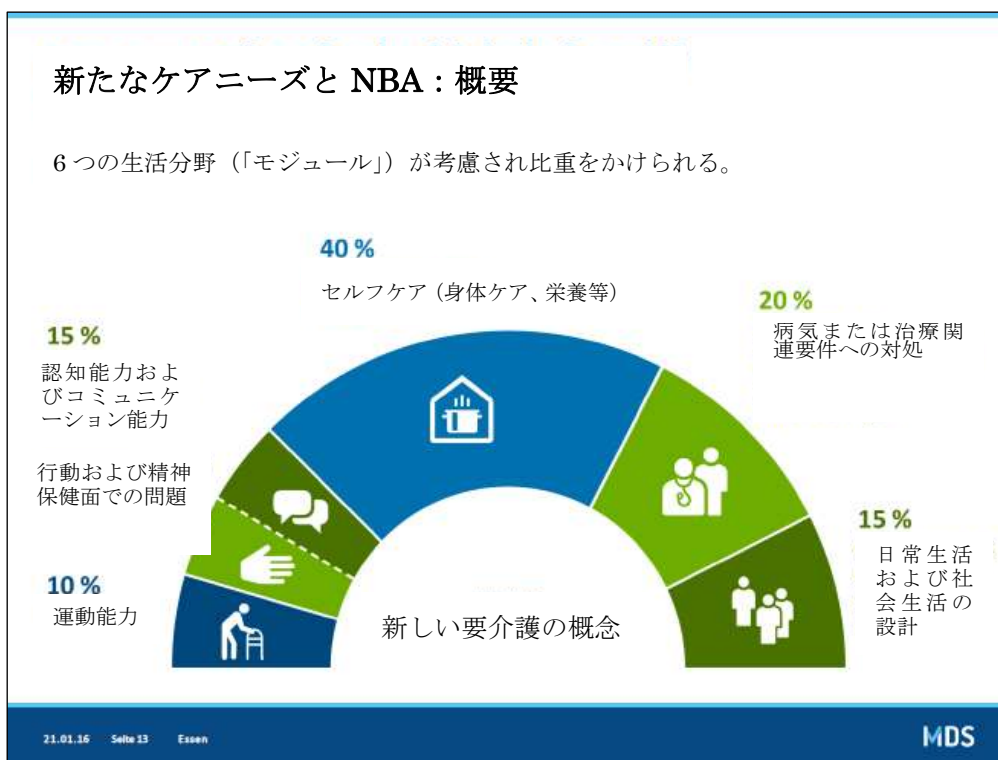
鑑定の評価の仕方は非常に複雑なものだ。それは数学の教授に検査をしてもらってコンピュータのプログラムによって提供されている。鑑定家はみなラップトップをもって鑑定に出かける。

### 長期介護の新たな基準は・・・

- 活動実施または生活分野の設計での自立度
- 基本的なケア活動だけでなく、基本的なライフスタイルの全関連分野における人的支援への依存
- 新たな尺度は自立度であり、支援に必要な時間の量ではなくなった
- 資源指向のアプローチによってまた、予防やリハビリニーズの体系的な把握も可能となる

何が変わったかという、2016 年までは介護に何分間かかるかということに注視していた。

その際に体の弱い人たちを対象に服の着脱や体を洗うなどにどれくらい時間がかかるかということを見てきた。批判されたのは、それが果たして正しい測定の仕方なのかということだった。



新しいシステムは 6 つのモジュールからなっている。わたしが本人や家族にどのようなことを見るのかということを中心に説明する場合、その本人にまだ何ができるか、もう何ができないかということに集約できる。時間ということは何の役割も果たさなくなった。

新しい要介護の中心にあるのが自立の力だ。新しい要介護の基準になるのはまず生活分野のさまざまな活動の実施における自立の度合いだ。生活分野というのは 6 つのモジュールに対応する分野だ。

6 つのモジュールがある中で、一番右の日常生活/家事に関することと自宅の外での社会活動は評価対象ではなく情報として示される。

6 つのモジュールは家の中と家の外で行う活動を対象としている。そこで焦点となるのが、その活動の際にほかの人の手助けを必要とするかということだ。それはあらゆる生活に重要な分野を対象として、いままでドイツで中心であった身体的な基礎介護（身体介護）以外のものも重視される。

また、鑑定の際に重要になるのが本人に残っている資質、それからできなくなってしまった事柄が重要だ。

## 現在のアセスメントツール

### 4 Pflegebedürftigkeit

#### 4.1 Körperpflege

支援の必要性 (m)	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		U	TU	VU	B	A	Tag	Woche	
全身の洗浄 (GK)		U	TU	VU	B	A			
上半身の洗浄 (OK)		U	TU	VU	B	A			
Waschen		U	TU	VU	B	A			

### 新たなアセスメントツール

#### (NBA)

0=自立  
1=ほぼ自立  
2=ほぼ要介助  
3=要介助

4.1 vorbereiten Oberkörper waschen	0	1	2	3
4.1 上半身の洗浄 reinigung, Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 整髪、デンタルケア、義歯洗浄、髭剃り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 陰部の洗浄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ここに新しいものと古いものを比較してある。古いのが上だ。

1つ目の項目が全身を洗う、2つ目が上半身を洗う。その次に書かれている U というのが支援、TU が部分的支援、VU が完全に支援、B が監視のもとに、A が指導の下にという意味だ。

次に書かれているのが頻度で、1日当たりまた1週間当たりだ。そのあとに1日当たりにかかる時間が書かれている。これは何分という形で表現される。例えばある人が1週間に1回シャワーを浴びてその時間が20分だとすると、20分を7で割るという形になる。

## 自立度の評価

0 = 自立

本人は通常、当該活動を自立して行える。

1 = ほぼ自立

本人は、当該活動の大半を自立して行える。

2 = ほぼ要介助

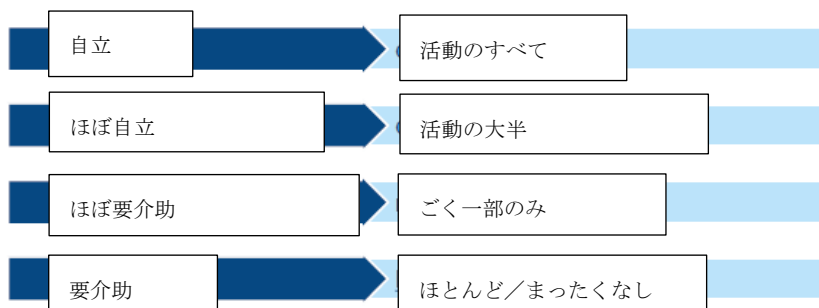
本人は、当該活動のごく一部しか自立して行えない。

3 = 要介助

原則として本人は、当該活動を一部でさえも自立して実施またはコントロールできない。

## 自立度

本人が実施できる度合いは・・・



...durchführen

新しいシステムではそのようなやり方はまったく使われない。

その際に使うのが 0～3 の数で、0 が自立、1 がだいたいにおいて自立、2 がだいたいにおいて自立していない、3 が自立していないを表す。

例として、1 番上にあるのが上半身を洗う、2 番目が髪をとかす、歯を磨く、ひげをそる、入

れ歯を洗うという項目がある。鑑定者は、それを行うのに何分かかるということではなく、一人でできるか、一人でできずに人の助けを必要とするかということ予測する。

(質問：極論だが1時間かけて服を脱げるのは自立か。)

鑑定家は時間については見ない。ただし、1時間はかかりすぎなので、時間は見ないことになっているし自分ではできると思っているかもしれないが自立しているとは判断されないとと思う。

これは服を着るという例だが、定義の説明は「Tシャツ、ブラウス、アンダーシャツ、パジャマの着脱」。自立しているのは「完全に一人でできる場合」。だいたいにおいて自立しているという項目は、「自分でできるがほかの人が服を本人に渡した場合、着られたかどうか誰かがチェックしてくれる場合」である。だいたいにおいて自立していないという場合は、「おおかたほかの人が行う場合」となっている。例えば頭にかぶせてあげるなどの場合だ。その際にどのくらいほかの人に依存するかを見る。しかし見るのは時間ではない。

Tシャツを着る際に1時間かかったらそれは普通ではないのでさらに詳しく見ることになる。一人でできても、手は通せても頭を通すことができなければほかの人の助けを借りることになる。本人が非常に苦しんで行うことはない。

自立しているかどうかを判断するためにわれわれはかなり研修を行った。

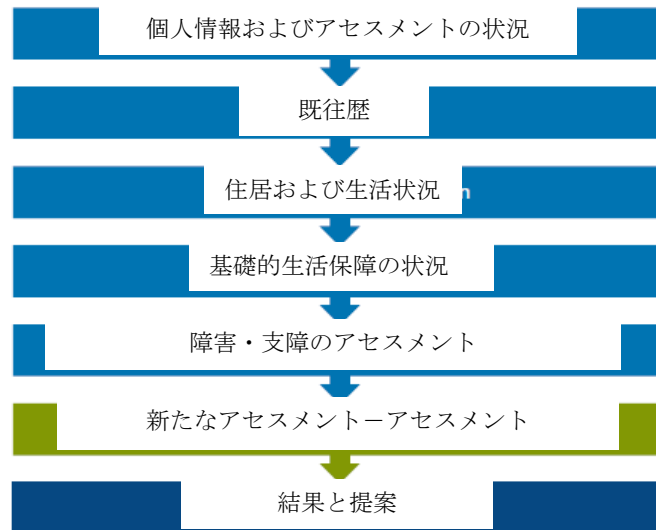
これまでの経験では、鑑定員たちは実際にうまくやることができている。一人でできる、全くできないということは鑑定しやすいので、最初はそこを見ていく。そのあとで2、3の中間の、おおむね自立している／していないを見る。定義の説明を見ると、2、3に多くの説明がある。

われわれは最初の段階で集中的に研修を行って、そしてケーススタディで個々のケースを見ていくようにした。

(質問：鑑定の際に、例えばひげをそるなどをやってもらうのか。)

ひげをそる必要はない。鑑定者は非鑑定者にすべての行為を実際にやってもらう必要はない。

## NBA は評価プロセスの一部



## 以下の点は関係ない

- ・各活動が実際に発生するか否か
- ・頻度／要する時間
- ・困難の要素
- ・具体的な住環境の状況

## 自立度又は能力の健康上の障害の判定

→鑑定者はケアニーズを判定する際、構造的な既往歴および所見を把握した後に、アセスメントツールを用いて、患者自身、親類、介護・看護職およびその他専門機関（例：主治医）による所見および既往症に関する情報をも考慮しなければならない。

## 活動および生活分野のアセスメント

- アセスメントの焦点は、誰もが毎日関わっている活動および生活分野である。ある人がある活動を実施する際の支障というのは、その人がそれを行いたいと思っている、という前提の下で判定される。
- 判定は、本人が日常生活で当該活動を行わない（行わなくなる）場合にも行われる。
- その場合たとえば、階段を昇る能力は、本人のアパートが1階にあって屋内に階段がなくても判定される。

## 実施方法

- 自立度は、各（生活）分野（モジュール）で別個に把握される。
- 各生活分野から、自立度に影響を及ぼす代表的な活動が抜粋される。
- 各基準は、ガイドラインに定められた通り個別に評価される。
- モジュール間の必然的なつながりによって、重複箇所ができることは避けられない。
- 基本的に、自立／スキルの障害が一時的（6 か月未満）またはまばら（週に 1 度未満）である場合には考慮しない。

## 鑑定者による判定

- 大半のモジュールで、各生活分野において本質的な活動を本人が自立して実施できる度合いは、専門職が評価しなければならない。
- モジュール 2「認知能力およびコミュニケーション能力」の判定では、その能力の有無をみる。
- モジュール 3「行動および精神面での問題」は、人的支援を必要とする状況の発生頻度をみる。
- モジュール 5 は、支援の頻度をみる。

鑑定のプロセスについて皆さんからの質問があったので答える。

だいたいの場合には、なぜ要介護判定を申請したのかという質問で鑑定が始まる。この質問への答えには非常に多くの情報が含まれている。その情報の多くを評価に使うことができる。問診の結果を使うわけだ。それが評価ツールの基礎になる。つまり、鑑定の際にここの質問を全部聞く

必要はない。

例えば、毎朝顔を洗う場所を見せてくださいと頼む。そうして本人と一緒に行く。その際に本人がどのように動くかを見ることができる。それからどれだけ方向感覚があるかを見ることがもできる。このように話をしながら多くの情報を得ることになる。

最初の段階で本人のパーソナルな情報と状況に関してわかるのでそれをコンピュータの中に情報として入れることができる。

そして体の調子を聞き、家に階段があるかなど住居、生活における環境を聞く。そのあと、ケアの状況、だれが世話をしてくれるのかを聞く。

そのあとに所見を書くが、それは身体的また認識上の状態という要素からなっている。

この部分が新しい鑑定の基礎になっている。それらの情報を最終的にまとめてどのような介護度になるか、補助具、またリハビリテーションに関して勧告すべきことがあるかどうか、また、例えばバスルームをバリアフリーにする必要があるかどうかなど住居に改良の必要があるかどうか鑑定する。

そのあとで疾病金庫から要介護に関する通知を得る。そこには介護度も書かれている。そしてそこに資料として、鑑定の結果が完全な形で添付される。

## 自立度の評価

### 0 = 自立

本人は通常、当該活動を自立して行える。

- 実施するのが困難であったり時間を要したり、あるいは補助具を用いてのみ可能という場合もある。
- 本人が人的支援を必要としない、という点が重要。
- 一時的または時々しか起きない障害は、考慮されない。

## 自立度の評価

### 1 = ほぼ自立

本人は当該活動の大半を自立して行える。

- 介護者の負担はわずか、またさほどでもない
- 物を用意／使えるように置く
- 声かけ
- 意思決定の支援
- 活動の一部代行

1:

## 自立度の評価

### 2 = ほぼ要介助

本人は、当該活動のごく一部しか自立して行えない。

- ただし資源は有り、本人は参加可能。
- 活動中は、継続的な誘導または入念な動機付けによる支援が必要。
- 行動の一部は代行必要。
- 物を用意し使えるように置いたり、繰り返し声かけしたり、部分的に支援するだけでは足りない。

## 自立度の評価

### 3=要介助

本人は通常、当該活動を一部でさえも自立して実施またはコントロールできない。

- 資源はほとんどまたは全くない。
- 動機づけ、誘導、継続的な見守りでは不十分。
- 介護者が当該活動のすべてまたは大半を、本人に代わって行わなければならない。

新しい鑑定は新しい理念に基づいている。自立に関する定義というものがある。自立しているから自立していないまで 4 段階に分かれている。自立しているというのは完全にその活動が一人でできる場合、自立していないというのはできない場合だ。だいたいにおいて自立しているというのはその活動が大部分において自立してできる場合。だいたいにおいて自立していないというのは大部分において自立していない場合。ただしこの定義だけでは個々の項目を判断するには足りない。

そういうことから一般に当てはまる定義と各項目に関する説明がある。それぞれの項目においてどのような場合に自立しているということなのかが説明されている。

例として、「食べ物を口の大きさに合わせて調整する、また飲み物を適切な量だけ飲む」という項目がある。これは、口に合わせたかたまりに切ること、飲み物もその量だけ注ぎ込むことという定義だ。

そのあとに説明がある。サンドイッチのパンを小さく分けること、果物やそれ以外の食べ物を口の大きさに合わせた大きさに食べる。例えば肉を小さく切ること、ジャガイモであれば押しつぶすこと、またそれ以外の食べ物に関してもペースト状にすること。飲み物のボトルの栓を空けてボトルからまたはポットからグラスに注ぐこと等々と書かれている。

そのあとに自立とは何かということが書かれている。ここで説明されたアクティビティをほかの人の助けを借りずに実行することができるのが自立だ。ただし補助具を使えば完全にひとりでもできる場合も自立していることになる。

おおかたにおいて自立しているということの一つの説明は、時々、たとえばボトルを開ける時や硬い食べ物を切るとき人の助けが必要であるというものである。

おおかたにおいて自立していないというのは、このアクティビティを少ししか自立した形でできないということになって、例えばサンドウィッチを切りはするけれども口に合った大きさにすることはできない、または水をグラスに注ぎはするけれどもその際によく水をこぼしてしまうというような場合だ。

自立していないというのは、この活動を一人でできない場合もしくはできたとしても最小限にしかできない場合だ。

モジュールの 2 と 3 を除いてすべての項目がこのような形になっている。

それから、実際に本人が行わない活動であっても評価はする。例えば家に階段がない人であっても階段を上ることができるかどうかは評価する。

またその活動がどれくらい頻繁に行われるか、またどれくらい時間がかかるかということも見ない。以前は体重も考慮されたがもう重要ではない。

以前は住環境も重要だったが、住環境は改良の勧告に関しては重要な役割を果たすが鑑定では役割を果たさなくなった。

(質問：要介護認定のポイントには使わないのか。)

点数、鑑定結果には関係しない。例えば、シャワーがあるがバリアフリーではない場合などは認定に付属する勧告には反映される。

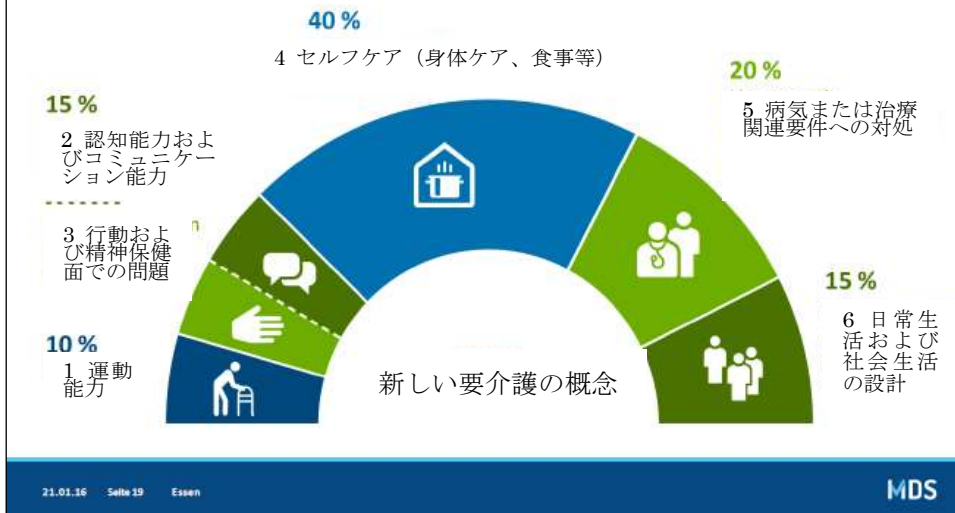
(質問：改修したらシャワーを使えるならそれは自立か。)

そうだ。例えばシャワーが外にあって、そこまで行くためには 3 段の階段を上らなければいけないのでシャワーを使えないという事情があっても、その事情は鑑定の場合には鑑定のポイントの上では考慮されない。通常の状態においてシャワーが使えるかどうかを見る。

それから住居の中を動けるかということを見るが、それは 8 メートルぐらいの範囲で動けるかどうかを見る。それができれば自立しているということになる。

## NBA のモジュール：概要

6つの生活分野（「モジュール」）が考慮され比重をかけられる。



この図に6つのモジュールがある。それぞれに比重がある。

10%がモビリティ（運動能力）。心理的なものがモジュール2、3だ。認識上またコミュニケーションにおける能力がモジュール2。モジュール3は行動における心理的な問題だ。このモジュール3は鑑定員がその鑑定の状況下においてはだいたいにおいて認めることができないものだ。例えばどのくらいの頻度で攻撃的になるか、落ち着きを失うかというようなことだ。不安を感じた後にまた落ち着きを取り戻すことができるかどうかだ。この3において重要なのはほかの人の助けを必要とするかということになる。例えば不安になっても一人で解決できればそれは判定の基準にならないということになる。

## NBA

### モジュール1：運動能力

	自立	ほぼ自立	ほぼ要介助	要介助
4.1.1 寝返り	0	1	2	3
4.1.2 座位の保持	0	1	2	3
4.1.3 移動	0	1	2	3
4.1.4 住居内の歩行	0	1	2	3
4.1.5 階段昇降	0	1	2	3

25.08.2017 Seite 20 Essen MDS

### モジュール1：運動能力（比重：10%）

障害の重度	点数モジュール	尺度モジュール	介護度用の加重後点数
無	0-1	0	0
軽	2-3	1	2,5
中	4-5	2	5
重	6-9	3	7,5
最重	10-15	4	10

25.08.2017 Seite 21 Essen MDS

## 寝返り

→ベッド上で異なる体位をとったり寝返りを行ったり臥位から起き上がることができる。

**-自立:**

-補助具を用い一人で体位変換できる者も含む（起き上がりの補助具、ベッドサイドの部品、縄梯子、電動で調整可能なベッド）

**-ほぼ自立:**

-たとえば補助具を得たり手を貸してもらえば 体位変換を行える。

**-ほぼ要介助:**

-体位変換への支援に少ししか参加できない（例：背を丸める、ベッドフレームをしっかり持つ、声掛け（たとえば「胸の前で腕を組んで頭を胸の方向にもって行ってください」）に応じるなど）

**-要介助:**

-本人は体位変換に、ほとんどまたは全く参加できない。

## 座位の保持

→ベッド、椅子または肘掛け椅子で、背筋を伸ばして座る。

**-自立:**

-支えがない状態で座っていて時折姿勢を正さなければならない場合、あるいは肘掛けのある椅子のみで座位を保てる場合でも、自立である。

**-ほぼ自立:**

-短時間（例：食事時間中、入浴中）のみ自分で座位を保てる。それ以上は、座位の修正に人的支援が必要である。

**-ほぼ要介助:**

-上体機能が制限されているため、背もたれや脇のサポートがあっても座位を保てない。また食事や入浴中でも、姿勢の修正に人的支援が必要である。

**-要介助:**

-自ら座位を保てない。上体や頭部をコントロールできないため、ベッド上または体位変換用椅子の上で横たえることしかできない。

モジュール 1 のモビリティについてだが、そこでは体力、バランス、持久力が対象だ。ただしどの方向に歩くかというような能力は問われない。ということで認識（コグニティブ）に関する能力の喪失ということはここでは評価されないということになる。モジュール 1 は唯一身体

だけを注視したものだ。ほかのモジュールはすべて身体と精神的な両方の側面が評価される。

(質問：麻痺とか拘縮はどうか。)

ドイツでも評価される。モジュールの 1 と 4 で。例えば階段を上るときに誰かの支援が必要だとか、本人が不安でほかの人の支援を必要とする可能性があるかということがある。階段は一人で登れるけれども背景に誰かが必要である場合だ。つまり転倒への不安があり、自分で活動が一人でできるけれども安全のために誰かの存在が必要という場合はおおかたにおいて自立しているということになる。

(質問：日本では麻痺があるか、拘縮があるかを見る場合は実際にやってもらって体が動くかどうか確認する。こちらでは生活の中で見るということか。)

たとえばトイレについていくという形で動きは見る。例えば小さな階段を持って行って上らせるというようなことはしない。

大方において自立していないというのは、階段をその人が登る場合に転倒する可能性があるから後ろに誰かが必ずいなければいけないような場合になる。

身体衛生ケアの部分は 40%だ。その際には認識能力と身体能力の両方が必要になる。身体的に自分を洗う能力があるか、また顔から洗ってほかのところに移るといった洗う順番を守れるか。または髭剃りをうまく扱えるか。

20%の 5 つ目のモジュールは、疾病またはセラピーにかかわって要求される活動が自分で克服できるかだ。その例としては、服薬、医師のところやセラピーの場所に行くことができるかということがある。そこでは医師のところに行く頻度とか、薬を飲む頻度とかは考慮されず、1 人でそれをできるかということ注視する。

6 つ目のモジュールは 15%で日常生活の形成と社会的な接触だ。1 日の計画ができるとか、電話ができるとか、人と約束や申し合わせができるかだ。休憩、睡眠の要素がこのモジュールにあって、そこには一人で落ち着いて眠ることができるか、またベッドから一人で起きて出ていくことができるかということも含まれる。ということで、身体的なことだけではなく精神的なことも見るということになる。

そういうことから夜にトイレに起きる際に誰かの助けが必要だということも考慮されるし、また夜にその人を落ち着かせるために人の助けが必要だという場合も評価される。

いくつかこれまで例を挙げてきたが、これは一つ目のモジュールということで認識能力は問われない。これが私たちの基準（クライテリア）だ。

例えば、階段を上るといった作業が最初に失われる能力で、ベッドで体位を変えるということが最後に失われる能力ということになる。そしてそれぞれについて自立から自立していないまでポイントが付く。

最終的にモジュールごとに比重を変えて総合点になる。この比重をかけるという作業がないと質問の数が自動的に比重になってしまう。

モジュール 2 : 認知能力およびコミュニケーション能力				
	能力が :			
	あり/健常	ほぼあり	あまりなし	なし
4.2.1 身近な人の認識	0	1	2	3
4.2.2 場所の感覚	0	1	2	3
4.2.3 時間の感覚	0	1	2	3
4.2.4 重要な出来事または観察の記憶	0	1	2	3
4.2.5 日常的多段階行為	0	1	2	3
4.2.6 日常生活における決定	0	1	2	3
4.2.7 事実および情報の理解	0	1	2	3
4.2.8 リスクおよび危険の認識	0	1	2	3
4.2.9 基本的なニーズの伝達	0	1	2	3
4.2.10 要求事項の理解	0	1	2	3
4.2.11 会話への参加	0	1	2	3

25.08.2017 Seite 24 Essen MDS

### モジュール 2 : 認知能力およびコミュニケーション能力

→ 2.1 から 2.8 に関するアセスメントは、認知機能および活動のみに関する事項である。ここで判定されるのは、認識、決定およびコントロール等に関する面のみであり、運動機能ではない。

→ コミュニケーションに関する基準 2.9 から 2.11 は、聴覚、言語および言語障害の影響も考慮する。

→ 自立度（4 段階の尺度）と同様の段階が、この分野でも適用される。異なるのは、ここで判定されるのが活動ではなく知的機能であるという点である。

→ 過去に自立していた成人が当該能力を喪失したか、またはその訓練をこれまで受けていないかについては、アセスメントに関係ない。

25.08.2017 Seite 25 Essen MDS

## モジュール 2 : 認知能力およびコミュニケーション能力

### → 0 =能力あり、健常

- 能力は (ほぼ) 完全。

### → 1 =ほぼ能力あり

- 能力はほぼある (大半の時、大半の状況で) が、一貫してあるわけではない。高度またはより複雑な要件に対処するのは困難。

### → 2 =低能力

- 能力に著しい障害は見られるが、認識はできる。しょっちゅうまたは多くの状況で困難を抱える。簡単な要件のみで対処可能。資源はあり。

### → 3 = 能力なし

- 能力はなし、または非常に限られている (非常に稀)。

## 身近な人の認識

→身近な人を認識する能力。つまり、日常的に直接コンタクトのある人。

- この中にはたとえば、家族や近所の人が含まれるが、訪問や施設での介護職も含まれる。

## 身近な人の認識

### 一能力あり：

-身近な人を即座に認識できる。

### 一ほぼ能力あり：

-たとえば会話で長時間接した後のみで知り合いを認識できる。また毎日ではないが知り合いを認識することが難しいことが定期的にかかる。

### 一低能力：

-身近な人を稀にしか認識できない、またはその日の調子によりけり。つまり、能力は時によって大きく変動する。

### 一能力なし：

-家族も認識できない、または例外的に認識可能。

これが2つ目のモジュールになる。認識能力だ。11の基準がある。ここは自立の能力ではなく、その能力があるかないかを見る。

日常的な状況においてかかわっている人がだれかということを知ることができるか、場所と時間の感覚、重要な出来事を思い出せるか、それはライフヒストリーだ。それから日常生活における決断ができるかということも含まれている。

情報や状況を理解できるか、リスクを認識できるか。最後の3つは痛みや空腹などの人間の欲求を人に伝えることができるか、また人から要求されたことを理解できるか、また話に加わることができるか。最後の3つは認識能力だけではなく耳が聞こえるかということも評価される。また話すことができるか、手話の通訳が必要かもふくむ。

### モジュール3：行動および精神面での問題

どの程度の頻度で介護者の介入・支援が必要か？	まったく ない、また は非常に 稀	稀：2週間 に1-3回	頻繁：1週間 に2回以上だ が毎日ではな い	毎日
4.3.1 運動における行動の異常性	0	1	3	5
4.3.2 夜間の不穏	0	1	3	5
4.3.3 自傷行為	0	1	3	5
4.3.4 器物損壊	0	1	3	5
4.3.5 他者への暴力	0	1	3	5
4.3.6 暴言	0	1	3	5
4.3.7 その他介護に関する不穏な発言	0	1	3	5
4.3.8 介護またはその他支援の拒否	0	1	3	5
4.3.9 妄想	0	1	3	5
4.3.10 不安	0	1	3	5
4.3.11 抑うつ	0	1	3	5
4.3.12 社会的に不適切な行動	0	1	3	5
4.3.13 その他介護に関する不適切な行動	0	1	3	5

25.08.2017 Seite 29 Essen

MDS

### モジュール3：行動および精神面での問題

→他のモジュールと異なり、ここでの基準は網羅的に定義されておらず、例示されている。

→決定的な要素は、当該行動によって人的支援が必要なのか、必要であればどの程度の頻度なのか、という点である。

→異なる行動が組み合わせられる際、当該事象は1度のみ記録される。たとえば抑うつによる夜間の不穏に関するアセスメントは、4.3.2または4.3.10のどちらかで記録される。

25.08.2017 Seite 30 Essen

MDS

## 夜間の不穏

- この意味は、夜間の徘徊または不穏、昼夜逆転（夜間に活動的で日中に睡眠）である。
- この睡眠と覚醒のサイクルをコントロールする（例：ベッドに戻り落ち着かせる）のに、人的支援がどの程度の頻度で必要かを評価することが重要。
- 睡眠障害（夜に寝入る、また夜間に起きる等）は問わない。
- 夜間におけるその他の支援（例：起床、夜間頻尿、体位変換）は、4.6.2のみで考慮される。

3

## モジュール 2 または 3（比重：15%）

モジュール 2 または 3 から最も高い加重後の点数が、全体の点数に組み込まれる。

モジュールと比重：	障害の重度				
	無	軽	中	重	最重
認知能力およびコミュニケーション能力	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33
行動および精神面での問題	0	1-2	3-4	5-6	7-65
モジュール 2 またはモジュール 3 からの最高値（15%）	0	3,75	7,5	11,25	15

3つ目のモジュールは、行動における問題だ。鑑定の現場ではなかなか評価できない。原則的に家族に話してもらうことになる。どのくらい頻繁に介護する人がその状況に介入する必要があるかということを知る。

夜に落ち着きがなくなる、物を壊す、攻撃的な行動、妄想、不安、うつで動く気力がなくなるということがどのくらいの頻度で現れるかということを見る。

これはいくつかの段階に分かれている。まったくない、非常にまれ、まれである（2週間のうちに1回から3回）、頻繁に（1週間に2回以上。ただし毎日ではない）、最高点が毎日だ。

（質問：ここはポイントが大きいうだ。5点満点になる）

しかし比重は小さい。モジュール3では7点から65点まで得られる。モジュール2は17～33点だが比重をかけた後では最高点で15点になる。実はここではモジュールの2かあるいは3のどちらかが評価される。というのは、比重をかけた後により高いほうのモジュールを評価するということになる。点数は3.75、7.5、11.25、15にしかならない。これはなぜかという、認知症の人の評価があまりにも重くならないようにするためだ。というのも認識能力の損失というものは1以外のすべてのモジュールに反映されている。

モジュール4：セルフケア（比重：40%）				
	自立	ほぼ自立	ほぼ要介助	要介助
4.4.1 上半身前面の洗浄	0	1	2	3
4.4.2 頭部のケア	0	1	2	3
4.4.3 陰部の洗浄	0	1	2	3
4.4.4 洗髪を含むシャワー浴および入浴	0	1	2	3
4.4.5 上衣の着脱	0	1	2	3
4.4.6 下衣の着脱	0	1	2	3
4.4.7 食物を口に入れやすいよう準備、飲物の注ぎ	0	1	2	3
4.4.8 食べること	0	3	6	9
4.4.9 飲むこと	0	2	4	6
4.4.10 トイレまたはポータブルトイレの使用	0	2	4	6
4.4.11 尿失禁の始末ならびに留置カテーテルおよび人工膀胱の取り扱い	0	1	2	3
4.4.12 便失禁の始末および人工肛門の取り扱い	0	1	2	3

## 上半身前面の洗浄

→手、顔、首、腕、わきの下および胸部の洗浄と乾燥

-自立:

-人的支援なしに当該活動を行える。

-ほぼ自立:

-石鹸やタオルなどの必要アイテムを準備してもらえば自立して当該活動を行える、または声かけもしくは部分的介助が必要(例:わきの下や胸部)。

-ほぼ要介助:

-わずかな部分でのみ自立して当該活動を行える(例:手や顔だけ洗う)、または詳細な誘導が必要。

-要介助:

-当該活動に、まったくまたはほとんど参加できない。

## 非経口栄養または経管栄養

→非経口栄養(例:ポート)や胃ろう、経腸栄養(PEG/PEJ)

-自立:他人の支援なしで実施

	自立して供給	支援を得て供給		
		毎日でもなく、恒常的でもない	経口栄養に加えて毎日実施	全面的またはほぼ全面的に実施
4.4.13 非経口栄養または経管栄養	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3

4つ目のモジュールはセルフケアの部分のモジュールだ。ここはまた自立の話になる。上半身を洗う、陰部を洗う、服の着脱、トイレを使う。食べ物に関しては3倍の重要度がある。飲み物は2倍だ。トイレも2倍。身体的なニーズにかかわっているので特別に考慮されている。そ

して、身体的と認識能力の両方の側面にかかわることだ。話をすることができても、十分に食べること飲むことができない場合はその分評価される。

モジュール 5 : 病気への対処 (20%)					
	以下に関する病気または治療関連要件や負担への自立的対処		支援の頻度 (数字を入力)		
	非該当	自立	1日当たり	1週間当たり	1か月当たり
4.5.1 投薬					
4.5.2 注射					
4.5.3 静脈注射 (ポート)					
4.5.4 痰吸引および酸素投与					
4.5.5 薬の塗布ならびに冷却および温熱					
4.5.6 体の状態の測定および分析					
4.5.9 人工肛門のケア					
4.5.10 使い捨てカテーテルの定期的な使用および 便通促進					
4.5.11 自宅における治療措置					
4.5.12 自宅における時間集約的および技術集約的な措置					
4.5.13 通院					
4.5.14 他の医療施設または治療施設への訪問 (3時間以下)					
4.5.15 他の医療施設または治療施設への訪問 (3時間超)					

25.08.2017 Seite 36 Essen MDS

Modul 5: Umgang mit Krankheit (20 Prozent)					
モジュール 5 : 病気への対処 (20%)					
	不要	自立	ほぼ自立	ほぼ要介助	要介助
		十分な栄養 摂取	1日に1回以上 上声かけ/ 誘導が必要。	通常1日に 数回誘導/ 見守りが必 要。	常に誘導/ 見守りが必 要。
4.5.16 食事療法または病気もしくは治療に関する行動規範の遵守	0	0	1	2	3

25.08.2017 Seite 37 Essen MDS

## ケアに関する情報－モジュール 5

- このモジュールでは、まず必要とされる面が記録される。
- すべての医療措置が、その特性や頻度に応じて記録されるべきである。これは一時的なもの、つまり 6 か月未満であり評価に含まれないものであっても同様である。

## モジュール 5：病気への対処

- 本人が実際に当該活動を行えるか否かを評価。
- 行えない場合、他社の支援が必要な頻度を記録する（1 日／1 週間／1 か月に何回か）。
- 人的支援が介護者によるものなのか、専門的な介護職によるものなのかは問わない。また、社会法典第 5 編の第 37 条 2 項により定められ請求される内容か否かも問わない。

## 投薬

- 経口薬、点眼薬、点耳薬、座薬および経皮吸収パッチ。
- 援助の程度は、週1度のディスペンサーに入れての医薬品提供から、1日数回の1回ごとの提供までである。
- 投薬が行われる場合は、医薬品の提供行為は別途考慮されない。

## モジュール5の計算 4.5.1 から 4.5.7

以下に関する病気または治療 関連要件や負担への対処	非 当	該 自立	支援の頻度 (数字を 入力)		
			1 日 当 たり	1 週 間 た り	1 か 月 当 たり
4.5.1 投薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3		
4.5.2 注射	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			1
4.5.3 静脈内投与 (ポート) の供給	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.4 吸引と酸素	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	
4.5.5 塗布、冷却、温熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			2
4.5.6 身体状態の測定と解釈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
4.5.7 身体補助具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4		
計			7	6	3

## 5.12 から 5.15 の点数

### 5.12 :

時間および技術集約的な措置が毎日行われている場合のみ、60 点。

### 5.13 と 5.14:

→毎週行われる各措置 4.3 点

→毎月行われる各措置 1 点

### 5.12 と 5.15 :

→毎週行われる各措置 8.6 点

→毎月行われる各措置 2 点

5.12 から 5.15 の  
点数

以下に関する病気または治療関連要件への  
対処と負担

支援の頻度  
(数字を入力)

	非 該 当	自 立	1日 当 た り	非 該 当	自 立
4.5.12 自宅における時間集約的および技術集約的な措置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.13 通院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			1
4.5.14 他の医療施設または治療施設への訪問 (3時間以下)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		2	
4.5.15 他の医療施設または治療施設への訪問 (3時間超)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			1

= 11,6

0~4.3 未満=0 点

4.3~8.6 未満=1 点

8.6~12.9 未満=2 点

12.9~60 未満=3 点

60 以上=6 点

5つ目のモジュール。これは治療にかかわることだ。評価システムの中でもっとも複雑なものになる。投薬、服薬、注射、たんの吸引、酸素の供給、包帯をかえる、傷の手当、医師を尋ねる、時間や技術の要求度の高い手当で例えば透析。もちろん本人がそのような手当てにかかわっていない場合は何のポイントもつかない。またそのような手当はかかわってきていても本人が一人でできる場合は何の点数も与えられない。1日、1週間、1か月という単位で評価される。

原則的にすべてのモジュールにかかわることだが、1週間に1回よりも頻度が少ない出来事に関しては、基本的に評価されない。また、継続的ではないことは評価されない。継続的というのは6か月だ。

誰かが急性の疾患のために病院に入っていて、そこから退院した場合、例えば腕の骨折で自分の体を洗うことができないというときは何のポイントも得られない。6か月で治ってしまうからだ。

### モジュール 5 の計算

5.1 - 5.7	2 点	
5.8 - 5.11		3 点
5.12 - 5.15		2 点
<u>5.16</u>	<u>0 点</u>	
	7 点	

0 点：加重後点数=0  
1 点：加重後点数=5  
2～3 点：加重後点数=10  
4～5 点：加重後点数=15  
6～15 点：加重後点数=20

24.05.2016Seite 46BerlinMDS

モジュールの 5 は 3 つの部分に分かれている。自宅で技術の要求度の高いものが必要な場合はより多くのポイントが与えられる。詳しい説明は割愛する。

個々のポイントが与えられて、そのあとに中間的な点数付けが行われる。そのあとに比重をかけたポイントが付く。これはモジュールの 5 に対してだ。そして最終的な比重をかけたポイントが最後につく。

特にこのモジュール 5 は子どもにとって重要だ。というのは、子どもの場合は治療が大きな比重を占めるからだ。

## モジュール 6：日常生活および社会生活の設計（15%）

	自立	ほぼ自立	ほぼ要介助	要介助
4.6.1 一日の流れの設計および変化への適応	0	1	2	3
4.6.2 休息および睡眠	0	1	2	3
4.6.3 アクティビティ	0	1	2	3
4.6.4 将来に向けた計画づくり	0	1	2	3
4.6.5 身近な人とのインタラクティブ	0	1	2	3
4.6.6 身近でない人との関係をケア	0	1	2	3

### 休息および睡眠

#### -自立：

人的支援なしに、当該活動を行える。

#### -ほぼ自立：

起床時やベッドへ行く際に、人的支援が必要（例：移動、起床時や就寝時の声かけ、寝室の消灯）。夜間の睡眠は通常、平静であるが、起きて支援を必要とすることが時折ある。

#### -ほぼ要介助：

日常的に、不眠の問題や夜間の不穏が見られ、その大半は本人のみで対応ができない。したがって日常的に夜間の就寝時、睡眠への儀式的行為や落ち着かせる話などが必要。ほぼ要介助の中にはまた、重度の運動機能障害によって、睡眠を継続させるために夜間の支援（例：体位変換、排泄介助）が日常的に必要な者も含む。

#### -要介助：

睡眠 - 覚醒のサイクルがない。ここに含まれるのは、動けるが老年精神学的疾患を有する者や、まったく活動を行わない者（例：昏睡状態）、一晩当たり人的支援を3回以上要する者などである。

最後にモジュールの 6。日常生活の形成と社会接触。評価は、自立～自立していないになる。

1日の形成、休憩する、眠る、活動する。将来に向けた計画をする。直接にコンタクトのある人とのインタラクション。直接的な関係のない人とのコンタクト、例えば電話を使えるか。これは専門情報に入っていることで最後に使うものだ。

## その他の関連情報収集

以下は要介護度のアセスメントには含まれないが、更に支援計画を立てる際に利用できる。

### 家の外での活動

- 例：一人でアパートや住居を出る
- 住居や施設の外を一人で動く
- 公共交通機関を利用したり車に乗ったりする

### 家事

- 例：日常的な買い物
- 簡単な調理
- 整理整頓および掃除
- 金銭および役所関連事への対応

## 評価システムの概要

- 介護度は、個々の点数の合計ではなく加重後の点数の合計から出される。
- モジュール1から6によって、5段階の障害重度が示される。
- 各分野には加重後点数が割り当てられる。
- モジュールの加重後点数を足して合計点数を得る。点数の範囲は0から100までであり、これが介護度を示す。介護度1は12.5点からである。

## 評価システム

→アセスメントガイドラインの要件：透明性があり分かりやすい文章による評価システム

→課題は、後出スライドに示す通り。

## 評価システムの概要

モジュールと比重	自立度や能力の障害の重度					モジュールにおける個々の合計点数および加重後の点数
	無	軽	中	重	最重	
モジュール 1 (10%)	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	モジュール 1 の合計点数 モジュール 1 の加重後点数
	0	2,5	5	7,5	10	
モジュール 2	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	モジュール 2 の合計点数
モジュール 3	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	モジュール 3 の合計点数
最高値 モジュール 2 またはモジュール 3 (15%)	0	3,75	7,5	11,25	15	モジュール 2 および 3 の加重後点数
モジュール 4 (40%)	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	モジュール 4 の合計点数
	0	10	20	30	40	モジュール 4 の加重後点数
モジュール 5 (20%)	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	モジュール 5 の合計点数
	0	5	10	15	20	モジュール 5 の加重後点数
モジュール 6 (15%)	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 15	モジュール 6 の合計点数
	0	3,75	7,5	11,25	15	モジュール 6 の加重後点数

個々のポイントに比重をかけてまとめ、モジュールごとに見てわかることは、全くない、軽い、最も重いまでに分けることができる。

## 予防とリハビリテーション

→2016年1月1日以降、第二次介護強化法により、予防やリハビリテーションの優先度が更に高くなる。

→鑑定者は、予防やリハビリテーションに向けた提案を行う。リハビリテーションのニーズは、全国統一の手順（最適化されたアセスメント基準）に基づいて、すべてのMDKにおける介護アセスメントで判定される。

→鑑定者はまた、予防的措置が自宅または施設で提案できるか、および一次的な予防的措置（例：転倒予防のためのグループへの参加）について助言ニーズがあるか否かについても、意見を述べる。

## ガイドライン文章 成人/児童

→成人と児童のアセスメントのガイドラインの文章を一冊にまとめた

→異なった書式での鑑定

→内容上の重点が異なる

→両分野の内容は調整

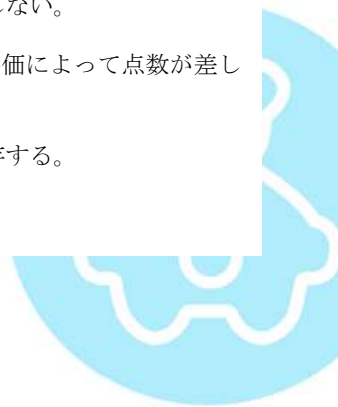
## NBAに基づく児童のアセスメント

- NBAの基準は、児童と成人で広い範囲にわたり同様に定められている。アセスメントガイドラインに記された説明に基づいて評価される。 }
- ガイドラインは、各年齢層の児童が送る日常的世界に基づいている。
- ある年齢に達してはじめて審査する必要がある基準は、ガイドラインの中で示されている。



## 児童全般のアセスメント

- 実際の依存度が記録される。依存度が、年齢相応か否か、あるいは健康上の障害の結果なのかは問わない。
- 鑑定者は、発達の度合いが年齢相応か否かは決定しない。
- 発達の早い児童について、ある活動に関する高い評価によって点数が差し引くことはやめる。
- 年齢相応の計算は、電子データ処理技術を使い保存する。



## 18 か月以下の児童のアセスメント

→18 か月以下の児童の介護度は、同じ障害がある年上の児童や成人よりも高くなる。これにより、乳幼児の評価を頻繁に行わなくてよくなる。

→モジュール 1 (運動能力)、2 (認知能力およびコミュニケーション能力)、6 (日常生活および社会生活の設計)、7 および 8 (家の外での活動および家事) は評価しない。

## 18 か月以下の児童のアセスメント

→モジュール 3 (行動および精神保健面での問題) および 5 (病気または治療関連要件への対処) は、年齢を問わず評価する。

→モジュール 4 (セルフケア) は、以下の質問に置き換える。  
「食事に関することで、特別で多くの支援を要するような 深刻な摂食時の問題がありますか？」

## 新アセスメントの準備

1. 新たなアセスメントガイドラインを発表。
  2. 1./2. Quarter 2016 : ガイドラインのヒアリング、決定および承認。
  3. 同時に、新たなアセスメント用ソフトウェアを開発、テストおよび導入。
  4. 2016 年半ばより、鑑定員へ研修実施。
  5. 並行して、ターゲットグループに特化した情報資料作成。
  6. MDK では、アセスメント量の増加への対応策を開始予定。
- これらすべての準備において MDK は介護金庫やその他関係者と密に協力する。

25.08.2017 Seite 60 Essen

MDS

### <質問>

(質問：家事とか外の活動は評価に使わないけれど聞くということだった。)

これは介護相談の時に重要な情報になる。なぜ評価に入らないかということ、認識能力と体の能力はすでに評価において鑑定されているからだ。ただし家事の支援の給付が介護保険にはあるので情報として提供する。

(質問：日本の要介護認定は要介護度を定めるために存在している。介護度が決まると次はケアマネジャーがさらに細かいことを聞くという 2 段階方式だ。ドイツで、このようなサービスが必要だということまで示されるなら日本のケアマネジャーの役割もしているということになる。)

ただし、こちらでは補助具、リハビリテーション、住居の改造についての勧告があると言ったが、それはその際に望むかと聞く。本人がいらないと言ったら勧告はしない。

明確に勧告として書かれているのは補助具、リハビリテーション、住居の改造だが、それ以外にどのような給付が可能かということが通知には書かれている。また、疾病金庫の相談を受けられるということも書かれている。

疾病金庫は相談のために本人の家に行く必要があるということになる。そしてある人が在宅介護事業所のサービスを使うと決めた場合は、その事業所が助言を行う義務がある。

(質問：基本的な上限額で行われることと加算などほかの制度で行われることを分けると、住宅

改修などは加算でリハビリは医療なのでそれは希望があれば伝えるという位置づけか。)

たしかにリハビリテーションは疾病金庫からだがこちらの評価の際に医師の意見も交えて勧告をする。その勧告を受けて本人が了解したら、普通は疾病金庫に申請をしてそれから得なければならないが、勧告が書かれていることによって申請をする必要がない。疾病金庫は支払いが義務になる。これは補助具にも当てはまる。

(質問：処方になるのか。)

この鑑定においてさまざまな評価の上で必然性が認められたわけで処方のようなものだ。もちろん患者は自分の担当の GP のところに行って処方を書いてもらうこともできる。

(質問：リハビリテーション事業所に直接連絡して使うことができるということか。)

本人が連絡するのではなく、介護金庫がオーガナイズする必要がある。介護金庫は義務付けられている。というのは、連邦保健省があまりにもリハビリテーションを請求するのが少ないということで批判を受けていた。このような形で多く実現するようにした。これはただし介護度のある人に対してということになる。

(質問：実際にどのくらいの人が使っているか。統計はあるか。)

現在の統計結果は差し上げられないがだいたいの数はわかる。この数字は介護鑑定の中におけるものだ。ここで言っているのは医療的なリハビリテーションで個々のリハビリテーションは含んでいない。

以前はその割合は 1%だった。医師、看護師、介護士で資格を持った鑑定員に集中的にトレーニングをした。それで、州によって違うが 2%~3%に伸びた。州ごとの%割に均一だ。

(質問：それはどのようなトレーニングか。)

リハビリテーションの重要性を伝えるとともに、最終的に数学的な計算処理が必要にはなるが、どのように決断を行うかという手順を教えた。過去 4 年間にリハビリを受けたか、日常生活にかかわるリハビリであるかどうか、精神的身体的にリハビリを受ける能力があるかたとえば入院施設に行くことができるかということも見る。

(質問：鑑定の項目でできるできないというところがあったが、リハビリを受けるとできるようになるという予後予測の視点で、だからリハビリをやろうという教育もしているか。)

実際に本人が体を洗って見せる必要はないが全体の評価の結果からそれぞれの鑑定員が導き出すということを行う。

(質問：医療の注射の質問をしているがドイツの介護保険では看護はないのではないかと。何に使うのか。)

その人の全体像を得るためだ。それが疾病金庫担当であるとかということではない。子供の場合特に大切だ。子どもの場合はとくにモジュール 5 で人の支援を必要とすることが非常に多くある。それで比重も高い。たんの吸引が必要になるような病気は子どもの場合モジュール 5 の部分が重要になる。

(質問：日本式にケアの必要度が上がると介護度が上がるという考えではないわけだ。)

社会保険第 5 編の疾病金庫の給付だ。この鑑定は疾病金庫の給付とはかかわらないが、薬を飲むという活動においてどれだけ自立しているかということを見る。

(質問：鑑定の中でわかったこと、たとえば処方薬を飲んでいないということ、鑑定書で GP に連絡するとかということはないか。)

それを見ることはできる。鑑定書に情報として添付されるから。

(質問：GP や介護事業者も見ることができるか。)

本人が OK であれば見ることができる。

(質問：普通は見せるものなのか。)

そういう人もいるかもしれないが、ここで重要なのは一人で薬を飲むことができない人がいたらそれを支援する人が必要で、その支援する人が来てくれるようにオーガナイズすることだ。

(質問：介護で支援するか。)

そうではない。その場合はそれを持って GP のところで薬を飲む際に助けが必要であると伝えて、最終的に在宅看護の支援をオーガナイズするということになる。

(質問：GP に持っていくのは本人が行かなければ介護事業者か。)

家族とか介護事業者だ。誰か GP に伝える人が必要になる。在宅看護が必要だと伝えて医者から処方をもろうという形になる。

(質問：オーガナイズは誰かがしなければいけないがそのための統一的なプロトコルはないということか。)

誰がどのようにオーガナイズするべきだということはその通知には書かれていない。

(質問：鑑定通知書の書式は公開されているか。)

先ほどの本の中に入っている。それは疾病金庫ごとに違うが基本的な内容は同じだ。介護度、リハビリ、補助具、住居環境の改造についての勧告だ。それからそのような勧告があったら本人に連絡を取るということも義務付けられている。

(質問：日本式に言うとアセスメントシートの様式を国が作っていて、それを各事業者が使っていてケアマネジャーがいる。それは要らないということか。)

私自身はドイツにおいてもケースマネジメントが必要だと思っている。鑑定書には基本的なことは書いてあったとしてもそれをどのように実施するかということとはかかれていない。ということとは誰かが世話をしなければいけないということになる。たとえば AOK による介護相談等々によって多くのことが実施されているのが現状だ。

(質問：今回ドイツでは介護度が 1 から 5 になったが、この人は 1 だとかの相場感はだいたい共有されているのか。コンピュータ判定で意外な結果が出ることもあるか。納得のいく結果が出ているか。)

信頼性 (リアイラビリティ) ということになるかと思うが、それに関してこれを実際に実施する前に研究をした。そして複数の鑑定員に調査をしてリアイラビリティの高いものになっていることがわかっている。

自立度が境界的なケースは差が出てくるかもしれないが、大体の場合は鑑定員たちがたとえば自立について同じ判断が出るようになっている。

(質問：先ほどリハビリの場合は医師も参加するということがあったが、それは医師が鑑定員として行くということか。医師はコストが高いと思うが。)

最初に本人の病状の資料を見る。その資料を見たときに包括的なまたは複合的に医学的なニーズがある人の場合には医師を送る。まれではあるが医師が鑑定をすることもある。看護師または介護士の鑑定員と一緒にいくことになる。ただし、看護師や介護士が安いから鑑定に送るというわけではなくて、この分野ではこのほうがふさわしい鑑定者だからだ。

(質問：認知症もその病状に含まれるか。軽度の病気はどうか。)

医師が行くのはまれだ。理学療法士役割の範囲だけの場合は医師のサインは必要ではない。医学的な複合的な入院施設におけるリハビリなどのリハビリテーションの場合はそれを勧告する際に医師のサインが必要だ。

(質問：その場合の PT の役割は身体機能のアップということか。生活のレベルアップという考えは入るか。)

複合的ではない、理学療法士だけのような個々のリハビリに関しては、もし勧告があったとしても疾病金庫が独自に判断できる。ただし複合的なリハビリの場合は鑑定書が申請書になり、疾病金庫の裁量の余地がなくなる。

(質問：複合的なリハビリとは何か。)

理学療法ではなく複数のプロの支援によるリハビリテーションが必要で、たとえば入院の複合的な施設に入ることが必要になる場合だ。

(質問：複数とは理学療法士、作業療法士などか。)

そういうものはドイツでは必ず医師の処方が必要だ。

(質問：鑑定の依頼は介護金庫から来るのか。個人から直接来るのか。)

鑑定の申請はまず介護金庫に出される。介護金庫から MDK に委託が来る。

(質問：それで介護金庫に返すのか。)

そうだ。介護金庫から通知という形で被保険者に返す。

(質問：先ほど給付の可能性も通知に添付されるということだったが、その給付とは訪問介護とかリハとかデイとかショートステイという理解でいいか。)

まず、本人がどのような給付を望むかということを書き申請書に書く。この申請または委託のきっかけというところがある。ここには本人の希望を書くところがあって、たとえば現金給付、在宅介護の現物給付、部分入所（ショートステイ）、現物と現金のコンビネーションなどを選ぶことができる。それが非常に強く反映されるということになる。

(質問：いったん鑑定結果が出て介護度が決まって本人の病気がよくなった、リハビリの効果が出て元気になって介護度が軽くなったというケースはあるか。あまりないか。)

その調査はしていない。実際にリハビリを勧告してその結果がどうなったかというデータは介護金庫から連邦保健省に提出するべきものだが私たちはまだその結果を見て調査をするということはない。

(質問：印象ではどうか。)

私自身の印象としてはリハビリの結果自立能力が高まるということはあると思うが定量化することはできない。また施設に入らないで自宅にいることによって運動能力がよりよくなることもありうると思う。

(質問：リハビリ利用が1%で少ないのもっと入れようとしている背景は何か。)

おそらく政治的な背景があって、要介護の人がリハビリによってより良い状態になる人がいるのではないかということがあったからだろう。また州ごとにそのようなリハビリをするという勧告をする率に差があったからより統一していくという考え方もあっただろう。

(質問：その時にセラピストにはどのような役割を求めているか。運動だけか。)

もちろん多くの場合はモビリティの向上ということだと思う。ただし認識能力の面でもあるかもしれない。もしかしたら目的は具体的で細かいことかもしれない。たとえば運動能力を高めることによってベッドから自分で起き上がれるようになるということかもしれない。

(質問: さきほどの鑑定の際の、できないとできるにすることをセラピストに求めているところもあるか。)

最終的にリハビリが終了した後にそれを行った機関から報告がある。それはこちらの判定そのものではないが、再び鑑定をしたらその結果がわかるだろう。

(質問: 鑑定をする人は何人ぐらいいるか。)

先ほど総合的に2600人と言ったがその中で何人が鑑定員で何人が品質検査を行っているかという事はわからない。ただし第2次の法律の施行段階において今まで品質の作業を行っていた人たちも人員不足により鑑定の手助けに回っていて、現状もそれが続いている。だから2600人の担当ははっきりと分かれていない状態だ。正確な人数は把握していない。

(質問: 鑑定する人は不足気味か。)

現状は不足気味だ。

(質問: 鑑定を教える人はどのような教育で教える立場になっているか。)

長年の経験があるということ、介護学を学んできたことで、講師側は特に介護士に限らず医師も含めて適切な人が講演する。

(質問: 鑑定で家族も同席することもあるということだったが、一人暮らしが増えていると思う。その際はどのような工夫を鑑定者はしているか。)

一人暮らしの人の難しさは、誰が本人の状況を把握して申請をするかということになるが、身内でなければ親友や遠くの家族などが気づいて助けが必要だと申し出る。あるいは本当に孤立している場合は、たとえば健康局が近所からの様子がおかしいとの情報を得たうえで調べると家の中が荒れているということから助けが必要だと判断して申請を行うことがありうる。こちらでも問題として大きくなっているととらえている。

自分の経験では鑑定に行っても子どもや身内が同席する場合に感じるのが、かなりその人たちが介護を行っているということを経験している。

(質問: 鑑定者がみて、最終的に訪問看護がいるとカリハビリ、住宅改修がいるとなると思うが、それはアセスメントの項目からシステムティックに助言が決まるものなのか。)

そういうことはない。新しい鑑定を始めてから1年もたっていない。

現在、給付の種類についてはないが調査をしていることがある。それは、特定の疾病を持つ

ている人がどのような介護度を得るかということだ。



© MDS; Claudia Thoelen

ご清聴ありがとうございました。

MDS