

V. ケアマネジメントおよびサービスに関する国際比較表 1. ケアマネジメントプロセス国際比較表 (松岡洋子)

国		ドイツ	イギリス		オランダ		
制度		介護保険	NHS(国)	社会サービス(自治体)	医療保険Zvw	介護保険Wlz	社会サービス法Wmo
動向		<ul style="list-style-type: none"> 介護保険は「部分保険」=ニーズの一部のみ。家族介護最良・強化 64%が「現金給付」(現物給付より低い) コンビ14% 介護保険(社会法典)=介護金庫、医療保険=疾病金庫、福祉=市町村と多岐にわたり、連携困難。 サービス提供者も多岐で連携・調整なし(病院、外来、在宅S、入所S、住居相談、ボランティアなど) 事業者は大手(カリタス、ディアコニ、AWO、独赤十字) ☆家庭医システムの強み。 ☆施設の質低い、不足。 ☆自己決定 ☆生活の質高めるのは本人。介護保険×(日本は超心配) 	<ul style="list-style-type: none"> 租税方式 (1948以来のNHSを守る！社会サービスは守れない) NHS(国)とSS(自治体)が分断。NHSではGPが中核役割。 重篤～重度に重点化されている。軽度者はボランティアに依存。 NHSは無料。介護はミーンズテスト。14,250£超えるとスライド制。23,250£超えると全額負担(キャップ制は2020年から)。 ☆予算削減が厳しく、「NHS守ったが自治体を守れなかった」 「自治体に サービスはない」(Liz)。 ☆健康増進、幸福増進のコミュニティづくりは自治体の責務(Liz)。 	<ul style="list-style-type: none"> オランダでは2015より、Zwv(医療保険、保険会社)、Wlz(介護保険、国)、Wmo(社会サービス、自治体)。 福祉国家から、参加型ネットワーク社会へ インフォーマル・ファースト「まず本人→家族→近隣→地域ボランティア」最後に公的サービス 自治体のソーシャルバイクチーム:気軽な相談窓口、窓口一本化と多職種チーム、ストレンクス&ウェルビーイング、T型プロフェッショナル、キッチンテーブル会議。 ヘルプ・セルフヘルプ、more happiness, Less care, 孤立化防止 			
ポイント		<ul style="list-style-type: none"> ☆2017年、鑑定ツール改定--6つのモジュール(認知症配慮) ☆GKV2012(介護保険における「入所に対する在宅優先」) ☆社会参加に重点>ケア、近所の助け合い重要(金庫+市町村) 	<ul style="list-style-type: none"> ☆「保健&ソシヤルケア法2012」で大変革。NHS地方分権と患者の選択権。 ☆PCT→CCGs「購入・提供分離」 ☆個人予算、タイルケア導入 	<ul style="list-style-type: none"> ☆「ケア法2014」で、ケアパッケージ瓦解。「Well-being」本人の選択・決定(パーソナライゼーション)重視。 ☆個人予算、タイルケア導入 ☆介護者の尊厳 	☆地域看護はZwvへ移行。	☆AWBZのコア(施設)部分をWlzへ。	☆広範な社会サービス(2007/家事支援、2015/デイサービス) ☆ソーシャルバイクチーム(SWT) ☆インフォーマルファーストの先鋭
ニーズ判定	JP介護保険に相当	介護保険。医療保険(リハビリテーション、訪問看護、家事援助、移動タクシー...いずれも一時のみ)	NHS継続的ヘルスケア(NHSCHC=NHS Continuing Health Care)	成人ソーシャルケア(Adult Social Care)	Zvw(回復の可能性あり)	Wlz(回復の可能性なし、施設中心・在宅も)	Wmo(家事支援、デイサービス、一部身体介護も)社会的ニーズ中心
	判定主体	MDK(医療メディカルサービス)	CCGs(Clinical commissioning group)	自治体ソーシャルワーカー	地域看護師(プロバイダー、レベル5)(病院・GPから地域看護師へ)	CIZ(全国に4カ所、医師、NS、S W、PTなどチーム、判定者390人、医師27人)複雑ケースはGPも	Wmo窓口(自治体職員)、ソーシャルバイクチーム。(Zvw,Wlz非該当者も)
	判定内容	<ul style="list-style-type: none"> ☆2017年、鑑定ツール改定--6つのモジュール(認知症配慮) 10モビリティ、15認知、15移動・精神、40セルフケア、20病気、15日常生活形成と社会的参加。 (以前のものは身体に焦点。認知機能・精神も身体と同様に評価) ☆自立の度合い=身体以外にもヘルプがどれほど必要か?どれくらい依存するか?見る。残る資源も見る。 	<ul style="list-style-type: none"> 12領域(行動、認知、会話、心理、栄養、排泄、皮膚、呼吸、薬物等) Checklist →62%フルアセスメント。 Fast trackもある。これらで認められないと自治体がSSアセス。 	<ul style="list-style-type: none"> ホリスティックアプローチ(身体ケア、飲食、意思決定、自宅管理、移動、文化・趣味、就労学習、地域と自宅での安全、活動の管理、親・介護者として、将来の住まいニーズ) 	<ul style="list-style-type: none"> 身体と健康:歩行・トイレ・身体ケア・服薬・失禁・栄養食事・皮膚・痛み・睡眠、住居と生活環境:住宅の衛生・改良・そ うじ、社会参加:デアクティビティ・日々の生活・外出・人的ネットワーク・自己効力感、精神面:うつ・恐怖感・混乱・せん妄・行動異常・自己の病気への対応→プラン 	7領域(社会的自立、精神、身体介護、運動機能、看護、問題行動)	「T型プロフェッショナル」「キッチンテーブル会議」でアセス・相談支援ボランティア紹介、サービス提供(家事支援、住宅改修・補助器具、移動(タクシー等)、ボランティアと介護者サポート、食料雑貨食事配達、公民館等地域の取組支援、リハビリ)
	判定の基準	<ul style="list-style-type: none"> ☆以前のは身体に焦点。認知機能・精神も身体と同様に評価。 ☆自立の度合い=身体以外にもヘルプがどれほど必要か?どれくらい依存するか?見る。残る資源も見る。 	各領域で判定し、優先(P)が一つ、重度(S)が二つ以上、高(H)・中(M)が複数であること。	支援ニーズ+経済ニーズ 支援N:2領域に困難あること、且Well-beingへの影響あること 経済N:23,250£超は不適	(地域看護師の采配強く、特に規定なし)	ロート状アセスメントで絞込み 永続的狀態・ニーズ(GP診断書) 24時間の監視必要 補足性(他法活用)	方針:「ヘルプ・セルフヘルプ」「More Happiness, Less Care」「孤立化防止」 優先順位:本人・家族⇒近隣・地域⇒ボランティア組織
	判定結果	5段階(給付上限額が決まる)	受給資格あり/なし	受給資格あり/なし(ランクづけ無)	必要なケアと時間・回数(病院・GPから回ってきて断ることもある)	7CIP(タイプ)に分ける(vv04軽度、vv05認知症、vv6身体、vv08重度、vv09リハ。プロファイル記述)	要認定のサービス(家事支援など)は「資格あり/なし」。無料のボランティア紹介。
	高齢者に占める受給者%		非常に狭き門(申請者の29%) (CCGs予算の4%)	9%(2005年15.4%より減少) 高所得層は自己負担、低は無料。	—	5%(高齢者15.5万人/312.2万)	—
ケアマネジメント	必要なケアの具体的内容・量と調整	<ul style="list-style-type: none"> ☆基本は本人・家族が決定。 ☆事業所が出すプラン&見積を相談修正して決定。 ☆介護支援センタ(PSP, Pflagestutzpunkt)→地域の介護相談インフラ(PWG 介護継続発展法2009で相談範囲拡大)2万に一つ ☆介護相談は介護金庫が提供(社会法典11-7a)60%自宅、16%PSP、11%介護金庫、3%民間保険のCOMPASS。病院でも退院管理の中で相談有 	<ul style="list-style-type: none"> ☆GP・地域看護師がプラン立ててサービス提供。 	<ul style="list-style-type: none"> ☆介護では、自治体のアセスに基づいて「Support plan」が作成される、とある。ボラ団体からのサービスも含めた計画。 	☆地域看護師(レベル5)がアセスメントしてプランを立て、担当者に渡す。	☆判定結果をケア事務所へ。本人、ケア事務所、プロバイダーで量などを協議。	☆ケアより社会的サポート ☆自治体直営/多くのボランティアがいる福祉組織などがサービスを提供
	ケアマネジャー	☆ケースマネジメントの請求権、方法は標準化されていない。	<ul style="list-style-type: none"> ☆ケアマネジャーはいない。 ☆障害者には自治体のケアMあり。 	☆ケアマネジャーはいない。ケア法2014にケアマネジメントの規定なし。	☆ケアマネジャーはいない(地域看護師が行う)	☆有給のケアマネジャーはいない。自分・家族・プロバイダーが決定。認知症ケースマネジャー、専門看護師(糖尿病、パーキンソン)いる。	☆SWTのT型プロがプランニング。
	予算コントロールシステム	☆もともと部分保険。	☆判定が厳しい=「狭き門」申請者の29%のみ。	☆ミーンズテストで所得別負担。生涯負担限度額(2020年～) ☆一定以上所得者は「自分で購入する」意識あり。	☆地域看護師は責任もって仕事。 ☆ケア事務所が制御。市場原理 ☆ケア事務所が抜き打ち監査。	☆地域看護師は責任もって仕事。 ☆ケア事務所が制御。市場原理 ☆ケア事務所が抜き打ち監査。	☆インフォーマルファースト ☆中央政府から交付金+地方税 ☆利用者一部負担金(応能、自治体による)。サービス価格も異なる
自立支援リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ☆リハは疾病金庫管轄下。医師の処方必要。 ☆2008介護継続発展法=介護金庫によるリハ認定を制限。 ☆2012介護転換法=リハ・予防の勧告可能に。リハニーズ判定標準化。0.3%(2013)から2.3%(2015)へ。 ☆病院によるMobile Riha 全国で12カ所。94%の介護ホームで予防的措置(記憶・方向感覚トレーニング) 	<ul style="list-style-type: none"> ☆リエイブルメント=早期退院、自宅で6-10週のチームリハ。 ☆自治体で行なうこともあり(Liz)。 	<ul style="list-style-type: none"> ☆リエイブルメント=早期退院、自宅で6-10週のチームリハ。 ☆自治体で行なうこともあり(Liz)。 	☆老年リハはZvw。在宅復帰後は、Zvw + Wmo ☆地域看護師が必要と気づけばOTと連携する。	☆Wlz:ロート状アセスで入口狭めるので、改善はまれ(CIZ)。	☆セラピストによるトレーニング、自主的・ボランティアによるアクティビティなど多様	
インフォーマル	<ul style="list-style-type: none"> ☆ボランティア活動さかん。 ☆福祉組織で56万の専門職に対して、50万ボラ活躍。 ☆マールブルグ市の先進事例 	<ul style="list-style-type: none"> ☆ボランティア活動さかんで多様。プランにも組み込まれ、軽度者では公的Sより優先されるほど。 	<ul style="list-style-type: none"> ☆マントルケア(インフォーマルケア)の国。 ☆ボランティア活動さかんで多様。自主ネットワーク重視。 	<ul style="list-style-type: none"> ☆3法の間で国民は「どこに相談していか」混乱状態。 			
課題	<ul style="list-style-type: none"> ☆リハ恩恵受けるのは介護金庫でありインセンティブ働かない ☆事業者の組んだSをそのまま受け入れる利用者あり× ☆在宅Sの連携不足で早期入所も。 ☆介護ホームの30%が過剰介護。 ☆介護ホーム自己負担は2千€超える。払えない時自治体扶助 	<ul style="list-style-type: none"> ☆医療と介護の分断で連携×。さまざまな機関が医療・検査・リハ・食事などで重複提供。 ☆社会サービスでは、サービス枯渇。重篤・重度に重点化され(87%の自治体)、軽度はボランティアに依存&民間市場の確立(37%)。 ☆社会サービスでは、生涯負担上限額の設定遅延 					