

# ニュージーランドの介護制度に関する調査研究

国際長寿センター 澤田真帆

## 1. はじめに

ニュージーランドの高齢者（65歳以上）人口の割合は2024年時点で約17%だが、今後15年間で44%にまで増加すると見込まれている。現在、高齢者の大多数は自宅で介助なしで生活できており、全体的に良好な健康状態であると自己申告している一方で、85歳以上人口の約半数は在宅サービスを受けており、28%は施設サービスを受けているという実態がある。また、65歳以上人口の今後の増加に伴う医療需要の増加に対応することは困難と予測されている。

ニュージーランドの介護制度の基本構造について、Health New Zealand (Ministry of Health 傘下の政府機関) が介護制度の運営・資金提供をしており、2022年までは地区保健委員会 (DHB)<sup>1</sup>を通じてサービス提供が行われていたが、地区保健委員会のシステムを廃止し、Health New Zealand に置き換えた。当初は、地方自治体の意思決定の喪失を懸念していたが、Health New Zealand は過去12ヶ月にわたり、地方自治体の意思決定の権限を強化する取り組みを行い、Ageing Well National Team と Ageing Well Regional Leadership (地方自治体のリーダーシップ) 間のコミュニケーションは、共同運営グループと共同で策定された作業プログラムを通じて常に維持している。

ニュージーランドの高齢者が安全で適切かつ敬意あるケアを受けられるようにすることが Health New Zealand の重要な優先事項で、4つの地域 (Northern, Te Manawa Taki, Central | Te Ikaroa, Te Waipounamu) ごとに、国と地域の計画および地域におけるケアの提供を繋ぐ役割を果たしており、より多くの人々がより長く自宅で健康で自立した生活を送ることができるよう、高齢者ケアシステムの強化に取り組んでいる。また、施設サービスを必要とする人々に対しては、常に質の高いケアを提供し、ニーズに応えられるよう努めている。

介護サービスの対象は、65歳以上の高齢者または特定の障害を持つ人で、公的サービスを受けるには、NASC (Needs Assessment and Service Coordination) が、本人の身体的・認知的・社会的なニーズを総合的に評価し、必要なサービスのレベルを決定す

---

<sup>1</sup> 各地域 (地区) の公的医療サービス (病院、地域保健サービスなど) の計画、提供、資金提供を担う地方組織

る仕組みとなっている。サービスの種類は、在宅サービスと施設サービスとなっており、各サービスの内容は表 1 のとおりである。

表 1 ニュージーランドにおける介護サービスの種類

	種別	内容
在宅 サービス	パーソナルケア	ベッドからの起床、シャワー、着替え、薬の服用など
	家事サポート	掃除や食事の準備など
	介護者サポート	<ul style="list-style-type: none"> <li>同居人や毎日 4 時間以上介護している人への支援</li> <li>自宅の安全確保のための装備</li> </ul>
施設 サービス	老人ホーム	
	私立病院	
	認知症施設	

費用負担と補助について、在宅サービスは、①長期で介護施設に入所している、② Ministry of Disabled People が提供する障害支援サービス (DSS) の受給資格がある、③ ACC (Accident Compensation Corporation) <sup>2</sup> の対象となる怪我の治療の場合、を除き一部自己負担無料で、施設サービスは、Health New Zealand を経由して利用する場合は一部の費用が公的資金で賄われるが、経由しないまたは公的資金の受給資格がない場合は全額自己負担となる。施設サービスの受給に係る自己負担額は資産状況により決定されるが、国民年金制度があるため、現在の施設入所者の約 4 割が全額自己負担となっている。

これらを踏まえ、日本の介護制度との比較を表 2 に示した。

表 2 日本の介護制度との比較

	ニュージーランド	日本
制度運営	国	市町村
資金提供	国	国・都道府県・市町村・保険料
ニーズアセスメント・ サービス調整機関	NASC	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

<sup>2</sup> 自動車事故や労災事故など、事故の態様に関わらずすべての被害者に対して給付を行う事故補償制度

評価者 (プラン作成者)	看護師、作業療法士、理学療法士などの登録医療専門家	介護支援専門員
評価ツール	interRAI	基本情報、基本チェックリスト、その他市町村が定めるもの
判定基準	interRAI による判定結果に基づく定量・定性的判断	個別の必要性に基づく定性的判断
自己負担額 (判定方法)	一部または全額 (資産)	1～3 割 (所得)
サービス対象者	高齢者、特定の障害者	原則 65 歳以上で要介護 (支援) 認定者
プランの見直し	少なくとも年に 1 回	プラン作成時に定めた期間終了後

ニュージーランドでは、65 歳以上の加齢に伴う支援を必要とするすべての人のアセスメントにおいて、interRAI の使用が政府より義務付けられている点が特徴的である。interRAI は、35 カ国以上から集まった非営利の臨床医と研究者による共同ネットワークで、少なくとも 45 カ国で採用され利用可能となっている (図 1)。



図 1 interRAI 導入国マップ

interRAI は、臨床意思決定を支援するために、介入の成功を測定するためのエビデンスを提供するアウトプットの生成、政策提言を支援する統計データの抽出、中核的な評価要件を組み合わせることによる他の看護評価の必要性の排除が可能で、他のケア設定（急性期ケア、高齢者ケアなど）における他の interRAI 機器との相互運用性も兼ね備えている。ニュージーランドでは、主に高齢者ケアにおいて interRAI アセスメントを使用するライセンスを取得しており、ACC における急性期の症例評価にも使用されている。ニュージーランドで主に活用されているアセスメントの種類については、表 3 に示す。

表 3 主なアセスメントの種類

	対象	評価者
コンタクトアセスメント	複雑ではない疾病や症状を抱えている方	NASC
ホームケアアセスメント	施設への入居が必要かもしれないとされるような少し複雑や重い症状を持っている方	NASC
長期ケア施設アセスメント	施設入所している方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設のナース</li> <li>・施設に登録されている有資格者</li> </ul>
緩和ケアアセスメント	施設入所もしくは在宅介護を受けており、寿命が 6 カ月未満と診断されている方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ナースプラクティショナー</li> <li>・施設の有資格者</li> </ul>

アセスメントを実施するすべての評価者は、interRAI サービス（interRAI チーム）によるトレーニングを受けており、interRAI チームは、専門資格を有する臨床スタッフで構成されている。評価者の職種は、看護師、作業療法士、理学療法士等さまざまであるが、年次試験および監査プロセスを通じて評価ツールの使用能力を維持するための研修を受けることで統一化された質を担保している。

interRAI 導入の経緯について、導入前は、それぞれの地域が独自に質問項目を決めてアセスメントを行っていたため、評価者によって解釈が異なるというリスクもあっ

たうえ、紙ベースで管理していたため簡単にデータや情報の共有ができなかったという問題もあり、全国的に統一された制度にするため 2002 年に導入の検討を始めた。導入に当たり、コンタクトアセスメントとホームケアアセスメントは 2006 年に導入し、施設数が多い老人ホームにおいては、2012 年にパイロットを始めて 2015 年に全国展開となった。導入時の課題について、老人ホームでは 1 施設ごとの展開となったのだが、まず IT の問題があった（インフラが整っていなかった）ため、施設規模によって 1～2 台のノートパソコンを支給し、DHB がインフラの整備においてサポートを行った。また、人のマインドセット改革も必要で、皆変化を嫌うので、interRAI に統一化することの価値を示して説得していた。

interRAI 導入の成果について、個人レベルでは毎回アセスメントの結果がスコア化されるので効果を確認することができることや、国レベルでは interRAI のデータを研究に利活用しており、去年、ホームケアアセスメントを実施している場合の効果 (ROI) についての論文が発表され、実施した場合は年間約 50 万ドルの削減になり、実施していなかった場合は最大年間約 170 万ドルのコストアップになるという結論であった。

これらの制度的背景を踏まえて、本研究は、ニュージーランドの介護制度における理解を深めることで、日本の介護制度の改革の推進に貢献することを目的に実施する。

## 2. 調査内容

ニュージーランドの介護制度やそれに資する取組等の実態を把握するために、政府機関や高齢者ケアに関わる機関に、対面によるインタビュー調査を実施した。インタビュー調査期間は、2025 年 10 月 2 日（木）～2025 年 10 月 8 日（水）で、調査対象機関の詳細は表 4 のとおりである。

表 4 インタビュー調査対象機関

機関	概要
Minister for Seniors	Casey Costello
Ministry of Health	制度設計 担当部署：Family and Community Policy, Strategy and Policy Group
Health New Zealand	制度運営・資金提供

	担当部署：Ageing Well, Planning, Funding and Outcomes
Age Concern	65歳以上の方々とその友人・家族を支援する慈善団体で、尊厳、ウェルビーイング、公平性、尊重を促進し、高齢者のニーズに応える専門的な情報と支援サービスを提供する組織
Needs Assessment Service Co-ordination Association (NASCA)	非営利の法人団体であり、障害者やメンタルヘルスを持つ人々に対して評価、計画、資金提供、またはサービス調整を提供する組織を統括する機関
Care Coordination	65歳以上の方々が資金提供されたサービスへのアクセスを促進し、特定された健康関連の個人ケアおよび介護者支援のニーズに対応し、国の「Aging in Place」戦略に沿って自宅で安全に滞在できるよう支援する組織

### 3. 調査結果

各機関へのインタビュー調査で聞き取った内容に基づいて、ニュージーランドにおける「サービス利用の流れ」「interRAIを使用したニーズアセスメントの流れ」「地域資源によるヘルスプロモーションプログラムの展開」「高齢者ケアのベストプラクティスマodel」「現在の仕組みにおける問題点」「現在の仕組みの改善や高齢者人口の増加に向けた今後の方針」に分けて整理し、以下にまとめた。

#### ▶ サービス利用の流れ

かかりつけ医（GP）または本人・家族が介護サービスの必要性を感じた場合、地域のNASCへアクセスし、全国で統一化された評価ツールであるinterRAIを使用して、登録医療専門家が患者のニーズアセスメントを実施する。ニーズアセスメントの結果に基づき、評価者が患者に必要なサービス（インフォーマルサービスも含む）を選定し、支援プランを作成する。サービスプロバイダーとの情報共有は、interRAIアセスメントシステム（iAS）を通じて行い、サービス開始後の定期的な評価結果の記録も蓄積できる仕組みとなっている。

在宅・地域支援サービス（HCSS）は、現在、2つの異なるサービスおよび資金調達モデルを通じて提供されているが、登録医療専門家による監督がない従来の有償サービ

モデル（家事サポートとパーソナルケア）は、過去 10 年間で、登録医療専門家による監督のもと、個人中心の目標達成と自立を促進するリハビリテーション理念に基づいて提供される、修復的ケースミックス型一括資金調達モデルに徐々に置き換えられてきた。今後 24 か月以内にすべての地域がこのサービスモデルに移行すると予想されており、また、このモデルでは、効率的なサービスを提供し、患者がサービスを必要としなくなった場合は退院するようプロバイダーにインセンティブを与えることで、サービスごとの資金調達に比べてサービス支出の増加を大幅に削減できることが実証されている。

サービス導入後は、定期的なレビューが実施され、患者の状態が改善または悪化した場合にはパッケージが調整される。少なくとも年 1 回のレビューが義務付けられているが、臨床的に適切と判断された場合は、より頻繁に実施することもでき、interRAI を用いた再評価は、少なくとも 3 年に 1 回実施することとなっている。再評価の頻度を年 1 回に増やす試みもあるが、大きな資源の負担となることが懸念されている。

#### ➤ interRAI を使用したニーズアセスメントの流れ

NASC へのアクセスからニーズアセスメントの実施までの期間は、地区によって異なる場合があるが、緊急のニーズを持つ人々がサービスを待つことなく利用できるよう、すべての NASC で優先順位付けプロセスが実施されている。緊急の場合、在宅サービスであれば数日以内に提供できるが、評価者の数が限られているため、緊急性の低い（自宅での生活において安全性は確保されているがサポートがあればなお良い程度の）場合は、6～12 週間ほどかかる場合がある。

必要なアセスメントのレベルを判断するために、投薬歴、入院歴など、可能な限り多くの医療情報を収集したうえで患者の複雑性を把握し、状態に応じたアセスメントを実施する。複雑性が低いと判断した場合は、在宅サービスプロバイダーに紹介しサービスプロバイダーが評価を実施し、複雑性が高いと判断した場合は、NASC の評価者が自宅を訪問し収集された情報に基づいて interRAI を用いて評価を実施する。その結果、クリニカルアセスメントプロトコル（状態/能力の予後予測）とアウトカムスケール（リスクの特定）が出力され、個人の臨床的および社会的状態を要約することが可能になるため、それらに基づいたサポートプランを評価者が作成する流れとなる。地域によって提供できるサービスや利用できる資源が異なるため、利用するサービスおよび地域資源の選定は interRAI ではなく評価者が行う。

## ▶ 地域資源によるヘルスプロモーションプログラムの展開

フォーマルサービスの提供のみでなく、各地域の NPO 法人等が提供するヘルスプロモーションプログラムはさまざまあるが、ここでは、幅広いプログラムを提供している Age Concern の事例を紹介する。

Age Concern が提供するプログラムは、転倒予防教育、筋力・バランスクラス、運転者教育、車のない生活ワークショップ、身体活動グループ、高齢者向けの栄養コースやワークショップなどがあるが、各プログラムへの参加において、特に資格や条件はなく、入院しておらず、各プログラムの実施場所まで来られる人であれば良いとしている。参加者の多くはその地域に住んでいる 65 歳以上の人だが、中には 55 歳や 60 歳から参加する人もいる。男性の参加者は少ないので、男性に限定したプログラムや、男性の参加を促進するための料理教室をやっている地方の Age Concern もある。

参加者の募集については、各地の Age Concern の Web サイトや SNS、また他のソーシャルサービスを提供する団体と連携し情報提供している。ニュースレターの発信においては、地方のドクターや GP、コミュニティセンター、年金受給者であれば政府とも連携して行っている。

各プログラムの提供に係る費用について、プログラムの実施者はボランティアのピアリーダーになるため低コストなことと、会場の使用料は参加者からの寄付でカバーしており、ROI (return of investment) 調査の結果、1 ドル投資することによって 2 ドル 40 セントのリターンがあることが明らかになった。

## ▶ 高齢者ケアのベストプラクティスモデル

早期退院を支援するワイカト支援移送・加速リハビリテーション (START) サービス (2010 年開始) とカンタベリー地域リハビリテーション支援チーム (CREST) サービス (2011 年開始) は、各地域で開発されたベストプラクティスモデルである。どちらも学際的なチームと訓練を受けた支援員が、1 日最大 4 回の訪問でパーソナルケアと運動を提供するプログラムで、このプログラムは、入院期間の短縮だけでなく、高齢患者の 30 日以内の再入院率の低下と長期介護施設への入所減少も確認されている。

CREST は、看護師、作業療法士、理学療法士、支援員等で構成されたチームが、患者の目標達成と、負傷または病気後の自立回復を目指し、1 日最大 4 回、週 7 日、最大 6 週間の訪問を提供する。このチームは、既存の病院、地域医療、プライマリケアサービ

スに完全に統合されており、これらのサービスは、多くの場合、コミュニティサービスプロバイダー（非政府組織）によって提供されている。潜在的な参加者は、病院とプライマリケアを拠点とするチームが、簡単なアセスメントのもと特定し、サービスへの参加を促すとともに、コミュニティサービスプロバイダーの選択を支援する。この情報は、GP、CREST ケースマネージャー、そして必要に応じて高齢者向け精神科サービスに提供され、投薬の変更は、プライマリケアプロバイダーと地域の薬局に伝えられる。コミュニティサービスプロバイダーは、必要に応じて帰宅のための交通手段を提供し、CREST ケースマネージャーは退院日に在宅アセスメントを実施する。

#### ➤ 現在の仕組みにおける問題点

ニュージーランドの高齢者ケアの仕組みには、資金、人材、公平性、アクセス、インフラなど多岐にわたって重大な課題と問題が存在する。さらに、近年では、高齢者向け施設型ケア（ARC）の入居者の構成が変化し、認知症などのより複雑なニーズを持つ人々へのケアや、病院レベルのケアベッド数の増加が顕著になっている。2024/25年度には、約3万3,000人がARCに入居しており、さらに8万人の高齢者が自宅または地域社会での生活を支援するサービスを受けている実態を踏まえ、Health New Zealandは、2023年に、より持続可能で公平なケアを支援するための「Aged Care Funding and Service Models Review（高齢者ケアの資金調達とサービスモデルの見直し）」を開始した。このレビューにより特定された問題点は以下のとおりである。

- ・ARCとHCSSは資金不足に陥っている。
- ・高齢者介護部門への資金配分に使用されている資金調達モデルは、もはや目的に適合していない。
- ・介護サービスへのアクセスにおいて、重大な民族的不平等が存在する。
- ・高齢者介護部門は依然として深刻な人員不足に直面している。
- ・地方部および農村部では、高齢者介護の問題が深刻化している。

2010年、2019年、そして2024年に実施された独立調査でも、ARCの資金が不足していることが一貫して判明しており、プロバイダーは費用を賄うために追加料金を導入している。ニュージーランドでは、ARC施設の資金は、居住者からの資力調査に基づく拠出金と政府補助金に加え、高齢者向け居住介護（ARRC）協定で認められている居住者が支払う追加料金によって賄われているため、低所得者層にとって経済的な障壁とな

り、特に脆弱な立場にある人々にとって、医療へのアクセスの不平等を悪化させている。

➤ 現在の仕組みの改善や高齢者人口の増加に向けた今後の方針

レビュー開始以来、Health New Zealandは、サービス改善に向けたさまざまな措置を講じてきた。これには、新たな HCSS モデルの全国展開、ARC へのより公平な資金調達方法の検討の推進、退院支援と認知症ケアを支援するサービスへの投資などが含まれる。

Age Concernでは、特定の人種（先住民、移民）、特定の人たち（同性愛者）を対象としたサービスの提供や、銀行がない地域では、オンラインバンキングの利用サポートをしたり、デジタルリテラシーのプログラムを提供するなど、地域の特性に合ったサービス展開をしている。また、2021年にスタートした国連の「Decade of Healthy Aging（健康的に年を取る 10 年間）」というプログラムがあるが、彼らはその中でも agism（高齢者差別）を非常に大事なテーマとして捉えており、他の団体とも協力してキャンペーンを行い、高齢者差別を無くそうとしている。また、integrated care や age friendly な環境づくりなど、ニュージーランドのニーズに合わせた形で、国連の取り組みとリンクさせ、常に新しいことをやろうと検討している。問題は、資金調達と拡張性、エビデンスの検証で、現在の政権では ROI の説明力がないと資金調達がかなり厳しくなっている。

#### 4. 考察

上記のまとめを踏まえ、ニュージーランドの介護制度がうまく機能していると思われる点を考察する。

一点目は、アセスメントの一元化と専門性の確保で、ニュージーランドでは、高齢者の介護ニーズ評価において、評価項目・尺度が全国で統一されている interRAI の使用を義務化し、専門職による統一的なアセスメントができる仕組みとすることにより、医療・介護・生活支援のニーズを横断的に把握することができるだけでなく、地域や評価者間で評価基準のばらつきが生じにくくなり、サービス利用の可否・内容がアセスメント結果に基づき明確化されるといった運用が可能となっている。

二点目は、サービス提供とアセスメントの明確な分離で、アセスメントを担う主体とサービス提供主体が制度上分離されていることにより、サービス誘導を目的とした評

価の歪みが生じにくく、本人の状態像に基づいた支援内容の整理が可能となっていると考えられる。

三点目は、データ活用を前提とした評価プロセスで、interRAI を使用することでアセスメントデータの蓄積・共有が簡易に行えることで、患者の状態変化の経時的把握や、評価者およびサービスプロバイダー間での共通理解の形成、政府による制度モニタリングが可能になり、制度の運用を支える基盤となっている。一方で、資金・人材・サービスの不足といった深刻な課題もあることから、予防的介入の制度的位置づけが進んでおらず、地域ごとに展開されているヘルスプロモーションプログラムに依存している傾向が見られた。

## 5. 結論

デスクリサーチおよび現地インタビュー調査から明らかになったニュージーランドの介護制度の実態を、以下のとおり整理した。

- ・高齢者の介護ニーズは、専門職による統一的なアセスメントにより評価されている
- ・アセスメントとサービス提供が制度上分離されており、評価の客観性が担保されている
- ・ICT を活用したデータ蓄積・共有が、実務レベルで行われている
- ・在宅・地域でのケアを重視し、リハビリテーション理念に基づくサービスモデルへの転換が進んでいる
- ・一方で、資金不足、人材不足、アクセスの不平等といった構造的課題が継続して存在しており、予防段階への体系的介入は限定的となっている

ニュージーランドの制度から得られる最大の知見は、ニーズアセスメントに際して統一された評価ツールを用いて対象者の状態理解と予後予測を行ったうえでサービス提供に至っている点である。日本においても、ケアプラン作成にあたって専門職の判断を補完する意思決定支援ツールとして AI を活用することで、標準化された生活機能アセスメントと、経年データに基づく状態変化の可視化が可能となり、効果的なアプローチに接続するアセスメント体系の構築の必要性が示唆される。

## 6. 謝辞

本研究における現地調査を実施するにあたり、Minister for Seniorsをはじめ、多くの関係機関を紹介して下さった、Carers NZのCEO Laurie Hilsgen氏、並びにインタビュー調査に対応いただいた数多くの機関に、多忙な中、貴重な時間を割いて調査に協力いただけたことに感謝の意を表したい。

## 7. 引用・参考文献

- New Zealand Government HP, <https://www.govt.nz/>
- Ministry of Health HP, <https://www.health.govt.nz/>
- Health New Zealand HP, <https://info.health.nz/>
- interRAI HP, <https://www.interrai.co.nz/>
- New Zealand Needs Assessment Service Co-ordination Association HP, <https://www.nznasca.co.nz/>
- interRAI New Zealand Annual Report 2023/24, Health New Zealand, <https://www.interrai.co.nz/public/assets/Annual-Reports/interRAI-Annual-Report-2023-24.pdf>
- A review of aged care funding and service models, 16 January 2024, sapere, <https://srgexpert.com/wp-content/uploads/2024/04/A-review-of-aged-care-funding-and-service-models-2024.pdf>
- Health Status Report 2023 Report, February 2024, Health New Zealand, [https://www.tewhatauora.govt.nz/assets/Publications/Health-status-reports/HNZ-TWO-Health-Status-Report\\_FULL.pdf](https://www.tewhatauora.govt.nz/assets/Publications/Health-status-reports/HNZ-TWO-Health-Status-Report_FULL.pdf)
- Government Policy Statement on Health, 2024-2027, New Zealand Government
- New Zealand Health Plan Te Pae Waenga, 1 July 2024 - 30 June 2027, Health New Zealand
- Health Delivery Plan, July 2025 - June 2026, Health New Zealand