

介護保険法におけるサービス給付 決定過程と利用者の権利

石橋 敏 郎

- I. はじめに
- II. 介護サービスを考えるうえでの基本的視点
 - 1. 十分な情報を受ける権利, 処遇過程に参加し希望を述べる権利, 簡便な方法で苦情処理や不服申し立てが利用できる権利
 - 2. サービスの質の保障
 - (1) 社会福祉サービス基準の不備
 - (2) 施設サービスに対する「サービス評価事業」
 - (3) 在宅サービスの基準
 - 3. 保健・医療・福祉の連携の基本的視点
- III. 介護保険制度における介護等級認定
 - 1. 介護保険法案の内容
 - 2. 介護等級認定をめぐる問題
- IV. ケア・マネジメント
 - 1. ケア・マネジメントの意味, ケアプラン作成
 - 2. ケア・マネジメントにおける問題点
 - 3. ケア・マネジメントにおける保健・医療・福祉の連携の課題
 - (1) ケアマネージャー
 - (2) 共通認識の欠如
- V. 苦情処理システム, 不服申し立て, 行政訴訟
- VI. おわりに

I. はじめに

平成9（1997）年1月20日に招集された第140回通常国会に介護保険法案が提出されようとしている。要介護高齢者が激増し、しかも介護期間の長期化、介護の重度化など今日の高齢者介護問題は以前のそれとは質的にも量的にも大きく異なったものとなってきている。しかし、わが国の高齢化は世界に例を見ないスピードで急速に進展してきたために、国民の意識や介護に関する社会システムがこれに対応できないまま現在を迎えてしまったという感が強い。いまや高齢者介護は、だれもがかなり高い確率で遭遇する社会的事故であり、この問題を私的扶養の範囲内に閉じ込めておくことは不可能なことである。かつて医療がそうであったように、高齢者介護が普遍的な社会的事故と認識されるようになると、これを社会的なケアで支えなくてはならないとする主張が起こってくる。介護保険法はこうした「介護の社会化」の展開のうえに、これまでの断片的な介護対策ではどうみても不十分であるという認識のもとに、わが国の医療・福祉制度の総合的見直しという基本目標をもって登場してくることになるのである。

介護保険法は、社会保険方式による新しい介護システムを構築しようとするものであるが、老人保健福祉審議会の最終答申でも分かるように、保険者、受給者、保険料徴収者、利用者負担、事業者負担、介護手当など多くの点で問題を残しており、しかもドイツ介護保険法が20年近くの審議を経て成立したことと比較して、あまりにも性急すぎるという批判もあちこちで受けている。しかし、介護をめぐるさまざまな悲劇を耳にするとき、もはやそのような猶予は許されないという主張も無理からぬところであろう。平成8（1996）年8月、熊本県保険医協会が実施した要援護老人在宅介護実態調査(対象158世帯)によれば、介護している家族のうち62.6%が「心身の疲労・負担」を訴えており、あと「自分の時間がもてない」(43.6%)、「睡眠不足」(31.6%)と続いている⁽¹⁾。

介護保険法は、これまでの福祉関係法とは違って、いくつかの点で発想の転換を図っている。その代表的なものは、これまでのサービス提供側の都合を優先していたのをやめ、高齢者自身の選択による利用者本位のサービスを提供しようとしていることであろう。それが最も端的に現れるのは、要介護認定手続きからケア・マネジメントにいたるサービス給付決定過程の部分である。したがって、

本論文では、高齢者の自己決定権の尊重という視点に立ちながら、介護保険法案では高齢者の希望に適切かつ個々のニーズにあったサービスを提供する仕組みがどのように準備されているのか、サービス給付決定過程における保健・医療・福祉の連携はどのようにして保たれているのかという問題に限定して論じることにした。

(1) 熊本県保険医協会「在宅介護調査」（平成8（1996）年8月）。現在報告書作成中。

II. 介護サービスを考えるうえでの基本的視点

1. 十分な情報を受ける権利，処遇過程に参加し希望を述べる権利，簡便な方法で苦情処理や不服申立てが利用できる権利

老人保健福祉審議会報告書「高齢者介護保険制度の創設について」（平成8（1996）年4月22日）は、「高齢者自身の希望を尊重し，その人らしい，自立した質の高い生活が送れること」が介護保険制度の基本的目標であるとしたうえで，具体的項目として，①高齢者介護に対する社会的支援，②高齢者自身による選択（ケア・マネジメントの確立），③在宅介護の重視，④予防・リハビリテーションの充実，⑤総合的・一体的・効率的なサービスの提供，⑥市民の幅広い参加と民間活力の活用，⑦社会連帯による支え合い，⑧安定的かつ効率的な事業運営と地域性の配慮をあげている。

報告書に用いられている「人生の最後まで人間としての尊厳を全うできる介護」および「高齢者自身の選択」という用語は，おおむね欧米でいわれている「自己決定（self-determination）」、「手続きへの参加（participation）」および「権利性の強化（empowerment）」⁽¹⁾ を表していると考えてよいであろう。そこでまず，介護保険を利用者の権利の面から見る場合の視点・指標について最初に述べておかななくてはならない。一般的に言って，社会福祉サービスのあり方を論ずるに当たっては，①生存権保障の原則，②生活保障における国の責任，③十分な情報提供とサービス決定過程への参加，④サービスへの容易なアクセス，⑤要保障者のニーズにあったサービスの提供と利用の簡便性，⑥サービスの質の保障，⑦簡便な方

法により苦情処理や不服申立てが利用できること，⑧サービスの総合性（保健・医療・福祉の連携），⑨公私の適切な役割分担，⑩適正な負担や負担の公平性，⑪行財政に対する住民の参加とコントロール等の視点からの考察が必要とされる⁽²⁾。

まず，利用者は十分な情報を提供される権利がある。わが国の社会福祉制度は非常に複雑なために，国民にはどういう制度があるのかも，自分がその要件に該当するのかも分からないことが多い。介護サービスにおいても，分かりやすい形で十分な情報が利用者または家族に提供されることが受給権保障のスタートである。次に，要介護認定，アセスメントによるニーズ判定過程，ケアプラン作成過程，ケアプラン見直し過程など申請から給付までの全過程において可能なかぎり参加し，希望を述べることができなくてはならない（処遇過程に参加する権利）。そのうえで，本人，または本人ができない場合は本人の利益のために判断してくれる権利擁護者（advocate）が，サービスの種類，内容，利用方法を選択することになる。もし，サービスの決定や内容に不満がある場合には，サービス提供機関内部と外部にそれを迅速に救済する仕組みが整えられていなくてはならない⁽³⁾。

2. サービスの質の保障

(1) 社会福祉サービス基準の不備

介護サービスも含めて，現在，社会福祉サービスの最重要課題の一つに，設備基準ではなくサービスの最低基準を設定することと処遇過程における受給者の権利をいかに確保するかという問題がある。アメリカでも1970年代から，入所者の虐待をはじめとするナーシングホームでの悲惨な実態が告発され，連邦レベルでも，1974年，保健教育福祉省の規則の形で施設サービスの基準が設定され，さらに，処遇についてあらかじめ知らされる権利やプライバシーの権利等の保障手続きが施設管理者に義務づけられることになった。

これに比し，わが国の社会福祉サービスの基準については以下のような問題点がある。第一に，「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営に関

する基準」（昭和41（1966）年，厚生省令19）でもわかるように，これはあくまでも施設の構造設備および職員の配置基準であって，施設で提供されるサービスの内容についてはほとんど定められていないことである。第二に，身障者施設基準や在宅サービスに関しては省令ではなく通達の形をとっているなど，立法形式がまちまちで，最低基準性がないと思われるものがあることである。第三に，「施設から在宅へ」という最近の動きにもかかわらず，在宅サービスについてはまったくといっていいほどサービスの基準が設定されていないことである⁽⁴⁾。

今後，社会福祉サービスの基準を設定する必要があるが，その際には，およそ次のような項目が含まれていなくてはいないと考える。①施設・在宅ケアの基本原則，②個々の基準の性格（最低基準かそれとも将来にわたり期待される最適基準か），③サービス利用者の処遇過程での権利，④施設・在宅各サービスごとの細かな基準，⑤基準に実効性をもたせるための遵守義務と監督規定，⑥苦情処置手続き。また，現行法上は，施設設置者には基準遵守義務がおわされているが（老福法17条2項，児福法45条2項），この基準に合致するサービスを受ける権利は要援護者にはなく，反射的利益にとどまるとされている。しかし，サービスの基準は単なる行政指導の準則ではなく，一定の範囲でその基準にそったサービスを受ける権利を保障するものと考えべきであろう。そのためにも，こうした基準は，省令ではなく法律形式で規定されるのが望ましい⁽⁵⁾。

（2）施設サービスに対する「サービス評価事業」

平成5（1993）年度より，12の府県で先行的に「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」が実施された。今回のサービス評価は，具体的には，日常生活援助サービス（食事，入浴，排泄，利用者の自由選択等），専門的サービス（看護・介護，リハビリ等），地域連携（協力医療機関，地域福祉等），施設設備環境，運営管理（職員研修，記録，プライバシー，処遇計画等）といったように施設サービスのほぼ全般にわたってサービスの内容を，A，B，C，Dの四段階でサービス評価委員会が評価するものである。

この際の基本理念は次の三つである。

①自己決定 施設利用者は，選択可能なサービスの内容を事前に知らされ，自ら

の決定により開始されたサービスを評価する権利を有する。ただし、何らかの理由で利用者が自ら決定できない場合は、個人を尊重した個別的ケアが家族または第三者によって選択される。

- ② 残存能力の活用 サービスは、利用者の残存能力に着目して、自立を援助・促進する目的で提供される。
- ③ 生活の継続性 サービスの提供に当たっては、利用者の生活を制限することは必要最小限にし、家庭的雰囲気重視すべきである。いかなるサービスも、利用者の生活の継続性を尊重しなければならない。

サービス評価事業は、第三者の評価を受けることによってサービスの質の向上と職員の資質の向上を第一の目的としているようであるが、しかし、施設サービスの最低基準あるいは最適基準を設定する上でも重要な指針を提供するものである。こうした試みの積み重ねにより社会福祉サービスの基準が、利用者にとってより明確でわかりやすい形で設定される必要がある⁽⁶⁾。

(3) 在宅サービスの基準

在宅サービスの基準については、在宅という性格上あてはまらないものを除いて、原則として施設サービスの基準と同等のものが保障されなければならないと考える⁽⁷⁾。しかし、施設サービスと違い、在宅サービスの基準を定める場合には一層の困難がつきまとう。第一に、施設サービスは要援護老人の生活全体をカバーしているのに対して、在宅は生活の一部をカバーしているため、本人の意向や、家族の介護能力や家族の意見も関係してくることである⁽⁸⁾。第二に、施設サービスは要援護状態が比較的似通った老人を対象とするが、在宅サービスを受けようとする老人は痴呆、ねたきりから虚弱老人まで個人差が大きく、しかも、これに応じてホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ、給食サービス、入浴サービス、訪問指導、日常生活用具の給付等サービスの種類が相当違っており、そのうえ、サービスの中身も家事援助から介護まで広範にわたっており、そこに一定の基準を設けるとなるとかなりの困難が予想されることである⁽⁹⁾。しかし、デイサービスやショートステイのような基礎的なサービスについて市町

村ごとに著しい格差が見られるのは好ましくない。一定の要援護状態に対して最低このようなサービスが必要であろうと意味での基準の設定は可能であろう。この基準の設定は、要援護状態を類型化し、それに対して要保障の程度（緊急度）に基づいてどのようなサービスをどの程度与えるかの判断に基づいてなされることになる。

3. 保健・医療・福祉の連携の基本的視点

「連携」とはどのような状態を指すのかの議論はおくとして⁽¹⁰⁾、保健・医療・福祉の連携が必要な理由としては次のようなことが言われている⁽¹¹⁾。

①ノーマライゼーションの思想

障害者や高齢者が住み慣れた自宅や地域で生活したいと願うならばそれが可能になり、そうした社会がノーマルであるとする思想が根底に流れている。すなわち、自宅や地域での生活を可能にするには保健・医療・福祉それぞれの面から異種のサービスが総合的に提供されなければならないことになる。

②財政的理由

現在、どの国においても医療費を初めとして費用の抑制が国家的な課題となっている。サービスの無駄や重複を避け、効率的な運用をはかるためには保健・医療・福祉の分野に有機的な連携が保たれていなくてはならないであろう。

③総合的ケア、連携による相乗効果、利用者への配慮

別々の制度や機関からサービスが断片的・不定期的に与えられるのでは効果はさほど期待できない。社会的資源が限られているのであればなおさらそれらのサービスを連携させて最大の効果をめざすことが必要であろう。また、高齢者ケアを一つの側面からとらえるのではなく、その人の生活の全体像をとらえて多方面からのケアがなされなくてはならない。

④施設と在宅の公平性

病院や老人福祉施設では手厚いサービスが受けられるのに、在宅にいる高齢者はそうでないとなれば公平性の点で問題がある。在宅にいる高齢者にも十分なサービスが与えられるためには、保健・医療・福祉の連携は必須のものとなる。

保健・医療・福祉の連携が叫ばれて久しいがいまだにその実現ができていないことについてはいくつかの理由があった。まず、福祉サービスの提供組織が縦割りであること、責任主体・実施主体が国・県・市町村とで錯綜していたことである。この点については以下のような改革が行われてきた。

i). 従来、特別養護老人ホーム等の施設サービスは都道府県の責任で、ホームヘルパー等の在宅サービスは市町村の責任で実施するとなっていたので、利用者にとっては、相談・申請手続きの窓口がどこなのかわからないといった問題や、行政にとっては、実施機関相互の連携が取れないなどの問題が早くから指摘されてきた。そのため、平成2(1990)年6月、「老人福祉法等の一部を改正する法律」(いわゆる福祉八法改正)により、平成5(1993)年4月1日より、老人福祉サービスと身体障害者福祉サービスの措置権が都道府県から市町村へと移譲されるという改革が行われた。

ii). 保健サービスに関しては、平成6(1994)年6月、「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律」によってそれまでの「保健所法」が「地域保健法」と改称され、同時に母子保健サービスの市町村への移譲、市町村保健センターの法定化、国庫補助規定の創設等が規定された。すなわち、保健と福祉の連携が市町村という同じレベルで連携する基盤が確立されたのである⁽¹²⁾。これにともない、すでに、市町村への権限移譲により業務が減少した県の福祉事務所と保健所の統合を進める動きが出始めている。例えば、岡山県、広島県のように、「保健所長は医師でなくてはならない」という要件と、「福祉職員は専任でなくてはならない」という要件を職員の兼務という形でクリアーして、福祉事務所と保健所を統合した総合福祉保健センターを設置しているところもある。

この結果、少なくとも、連携を阻んでいた制度的な問題(事務配分が一元化されていない)が、保健と福祉については市町村に権限を一元化するという方法で解決されたといえる。問題は、医療との連携である。医療については、連携の基盤さえ整っていないのではないかという問題提起がなされうるであろう。理由は、第一にわが国の医療は自由開業医制度を基本にして発展してきたことである⁽¹³⁾。そのため、採算のとれない保健事業、救急医療、僻地医療は公的医療機関が主として担ってきたという歴史がある。第二に、医療ではサービスの必要度、適切さといったものに対する基準が明確でないことである。医療行為の範囲と量

については全面的に医師の裁量に任せられており、医療費政策はもっぱら支払い方法や診療報酬点数の操作によって行われてきた⁽¹⁴⁾。医療のニーズを社会的に評価するということをしてこなかったのが、同じような症状でも医療機関によって診療行為の量に著しい差が出るのが度々あった。当該者に対する介護の必要度、介護サービスの適正量がある程度指数化していこうとしている介護福祉の分野とサービスの基準がほとんどない医療の分野とで連携を図ろうとしても、そこにはおのずと限界が存することになるだろう。医療の基準としては、医療法21条1号に基づく厚生省告示により、昭和25（1950）年9月に完全看護、完全給食及び完全寝具設備の基準、昭和33（1958）年の看護・給食及び寝具設備の基準等があるが、いずれも基準看護の類別や看護要員の配置基準であって、看護の内容、範囲、程度などサービスの基準について述べたものではない⁽¹⁵⁾。しかし、医療機関においても平成9（1997）年度から「第三者医療機能評価事業」（財団法人日本医療機能評価機構）が実施されることになっており、その中で、「医療の受け手である患者のニーズを踏まえつつ、質の良い医療を効率的に提供していくためには、組織体としての医療機関の機能の一層の充実・向上が図られる必要がある。」と述べられているところからみると、これからは何らかの形で医療サービスの適正基準というものが考えられてくるのではないかと思われる⁽¹⁶⁾。また、要介護高齢者の増加や医療機関の過剰傾向を反映して、今後は、介護保険の創設をみこして50床までの小規模病院において、医師の配置基準を緩和し、療養型病床群とは別の長期療養施設としての位置付けをもつ「小規模療養型施設」を設けようとする動きが見られている⁽¹⁷⁾。こうなればなおさら医療と福祉の連携が不可欠であり、その前提となる医療サービスの基準化も徐々に推進されて行くのではないかと思われる。

しかし、これまで保健・医療・福祉の連携を妨げてきた最大の要因は、やはり利用者自身の自己決定権の尊重という考え方が希薄だったことではないかと考えられる。つまり、単一のサービスメニューを提示して、これを利用するかどうかを尋ねるのでは、利用者としては「利用する」か「利用しない」とどちらかの答えしかないのであって、そこでは連携という発想そのものが出てこない。少なくともいくつかの複数のメニューが準備され、それを利用者が選択できるような仕組みが整えられて初めて、本人の希望を聞き、それができるだけ実現できるよう

にサービスを組み合わせて行くという観点（連携）が生まれてくることになる。これが連携の基本的な視点であろう。

- (1) 河野正輝「イギリスの介護保障とわが国介護保険の権利義務関係」（社会保障法11号，平成8（1996）年5月，153頁）
- (2) 荒木誠之編『生活保障論』（法律文化社，平成8（1996）年4月，176頁）
- (3) 行政手続法（平成6（1994）年10月施行）では，社会福祉法は適用を除外されており（老福法12条の2），新たに「措置を解除する場合には，あらかじめ解除の理由を説明するとともに，その意見を聴かなくてはならない。」（老福法12条）などの部分的規定が挿入されるにとどまっている。
- (4) 河野正輝『社会福祉の権利構造』（有斐閣，平成3（1991）年，135頁）
- (5) 河野正輝「在宅ケアにおける質と基準」（ジュリスト増刊『高齢社会と在宅ケア』，有斐閣，平成5（1993）年，99頁）
- (6) 特集「社会福祉サービスの評価を考える－高齢者のケアサービスを中心に」（月刊福祉，平成8（1997）年1月号）
- (7) 全国社会福祉協議会「特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準」（平成5（1993）年）
- (8) 高齢者介護・自立支援システム研究会報告書（平成6（1995）年12月）は，この点につき，ニーズが高いにもかかわらず，本人や家族が利用を拒絶しているときには，自己決定になじまず，行政機関が利用を確保するような仕組みが必要であると述べている。
- (9) 平成7年3月に在宅サービスに関する評価事業の基準が発表されたが，施設サービスに用いられた評価票とはかなり違ったものになっている。全国社会福祉協議会「高齢者在宅福祉サービス事業」（平成7（1995）年）
- (10) 特集「保健・医療・福祉の連携への模索」のなかの「座談会：保健・医療・福祉の連携を阻むもの」（月刊福祉平成4（1992）年3月号）
- (11) 大本圭野「医療と福祉の連携について－生活者の立場から」（第23回社会保障研究所シンポジウム「医療と福祉の連携」，季刊社会保障研究25巻1号，平成元（1989）年6月，20頁）
- (12) 青山英康「地域保健法をめぐる保健と医療と福祉」（週刊社会保障1818号，平成5（1994）年12月，22頁）
- (13) 大道久「医療の再編と自治体」（週刊社会保障1818号，平成5（1994）年12月，46頁）

- (14) 大道久「介護保障と医療」（週刊社会保障1776号，平成5（1994）年2月，46頁）
- (15) 河野正輝「医療・福祉の連携に応ずる看護・介護基準の課題」（週刊社会保障1770号，平成4（1993）年12月，30頁）
- (16) 大道久「病院機能評価と医療」（週刊社会保障1823号，平成6（1995）年1月，46頁）
- (17) 大道久「医療と介護のための小規模施設」（週刊社会保障1873号，平成7（1996）年1月，50頁），同「次期医療法改正にみる医療の姿」（週刊社会保障1897号，平成7（1996）年7月，46頁）

Ⅲ. 介護保険制度における介護等級認定

1. 介護保険法案の内容

[目的]

介護保険法はその1条の中で、「この法律は、加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり入浴，排せつ，食事等の介護，機能訓練，看護及び療養上の管理その他の医療等を要する者等がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう，必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため，国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け，…もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」と述べている。

[保険者]

市町村及び特別区（3条）。ただし，都道府県は，市町村の介護保険の財政の安定化に資するために財政安定化基金を設け，一定の事由により市町村の介護保険の財政に不足が生じた場合に資金の交付又は貸付けを行うものとする（147条）。

[要介護状態]

要介護状態とは、「身体上又は精神上的の障害があるために，入浴，排せつ，食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について，厚生省令で定める期間にわたり継続して，常時介護を要すると見込まれる状態であって，その介護の必要の程度に応じて厚生省令で定める区分（要介護状態区分）のいずれかに該当するものをいう。」となっている（7条）。さらに2項では，「要介護状態にな

るおそれがある状態とは、身体上又は精神上的の障害があるために、… 日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、要介護状態以外の状態をいう。」として、こういう状態にある者を「要支援者」とよんでいる。

〔要介護者，要支援者〕

要介護者とは、①要介護状態にある65歳以上の者、②要介護状態にある40歳以上65歳未満の者であって、その要介護状態の原因である身体上又は精神上的の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの(特定疾病)によって生じたものであるものをいう(7条3項)。要支援者とは、①要介護状態となるおそれがある状態にある65歳以上の者、②要介護状態となるおそれがある状態にある40歳以上65歳未満の者であって、その要介護状態となるおそれがある状態の原因である身体上又は精神上的の障害が特定疾病によって生じたものであるものを指す(同4項)。

〔被保険者〕

市町村の区域内に住所を有する65歳以上の者(第1号被保険者)。市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者(第2号被保険者)(9条)。

〔介護給付，予防給付〕

介護保険制度大綱によれば、対象となるサービスは、在宅の場合、ホームヘルプサービス、デイサービス、リハビリテーションサービス、ショートステイ、訪問看護サービス、福祉用具サービス、痴呆性老人向けグループホーム、住宅改修サービス、訪問入浴サービス、医学的管理等サービス、有料老人ホーム・ケアハウス等における介護サービス、ケア・マネジメントサービスの12種類となっていた。法案においては、「居宅サービス」とは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、福祉用具貸与をいい、ケアプラン作成については「居宅介護支援」という表現を使っている(7条18項)。「施設サービス」には、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービスおよび施設サービス計画(ケアプラン)が含まれる。介護給付の種類は、居宅介護サービス費の支給、特例居宅介護サービス費の支給、居宅介護福祉用具購入費の支給、居宅介護住宅改修費の支給、居宅介護サービス計画費の支給、特例居宅介護サー

ビス計画費の支給，施設介護サービス費の支給，特例施設介護サービス費の支給，高額介護サービス費の支給である（40条）。要支援者に与えられる「予防給付」の種類は，居宅支援サービス費の支給，特例居宅支援サービス費の支給，居宅支援福祉用具購入費の支給，居宅支援住宅改修費の支給，居宅支援サービス計画費の支給，特例居宅支援サービス計画費の支給，高額居宅支援サービス費の支給である（52条）。このほか，要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資する保険給付として条例で定めるものがある（市町村特別給付，18条3項）。被保険者は，自己の選定に基づいて（選択権）居宅サービス事業者を指定し，被保険者証を提示してサービスを受ける（41条3項）。市町村は，居宅要介護被保険者が，指定居宅サービスを受けたときは，居宅サービス費を支給するが（41条1項），市町村は，給付の限度額において，直接，指定居宅サービス事業者に支払うことができる（41条6項）ようになっているので，実際には現物給付と同じことになる。居宅介護サービス費の額は，厚生大臣が定める基準により算定した費用の9割（1割自己負担）である（41条4項）。

2. 要介護認定をめぐる問題

問題はどのような要介護者にどのようなサービスが与えられるかということであろう。ドイツ介護保険法（1994年制定，1995年4月在宅サービス開始，1996年7月施設サービス開始）の場合，介護保険の対象となる要介護状態は，身体的・精神的疾病または障害のために日常生活を営むうえで定期的な援助の必要な状態が6カ月以上継続している場合をいい，一定の行動を助ける回数を基準にこれを以下の3段階に区分している。

- ①介護等級Ⅰ（かなりの要介護状態） 1日1回以上身体介護または食事・行動介助に属する援助を2つ以上必要とし，加えて家事援助についても週に数回援助を必要と必要としているもの（表1）。具体的には，家族が要介護者のために行う援助時間が週平均で，1日1時間30分以上になる場合であり，しかも，家事援助より身体介護が多い場合である（1994.11.7判定指針4.1.1）⁽¹⁾。

- ②介護等級Ⅱ（重度の要介護状態） 1日3回以上異なる時間帯に援助を必要とするもの。
- ③介護等級Ⅲ（最重度の要介護状態） 身体の手入れ，食物摂取，移動に関して毎日24時間の援助を要し，家事援助にも週何回かを要するもの。そしてそれぞれの等級毎に給付額が定められている(表2)。

表1 ドイツ介護保険における介護サービス給付の内容

(以下の内容の介護や自立のための援助)

衛 生	食 事	行 動	家 事
1. 洗 顔	8. 食べやすく調理	10. 起床と就寝	16. 買 い 物
2. シ ャ ワ ー	9. 食 事 介 助	11. 着 替 え	17. 料 理
3. 入 浴		12. 歩 行	18. 掃 除
4. 歯 みがき		13. 起 立	19. 食 器 洗 い
5. 整 髪		14. 階 段 の 昇 降	20. 洗 濯 房
6. ひげそり		15. 外 出 と 帰 宅	21. 暖 房
7. 排 泄			

表2 ドイツ介護保険における介護保険の給付内容（月額）

介護等級	介護頻度	在 宅 介 護		施設介護 1996年 7月1日～
		介護サービス	介護手当	
1 級	1日1回介護が必要	750マルク	400マルク	2800マルク
2 級	1日3回介護が必要	1800マルク	800マルク	
3 級	24時間の介護が必要	2800マルク	1300マルク	
特 別	末期ガンの患者など	3750マルク		3300マルク

(ドイツの生活感覚からいうと1マルク100円ほど)

高橋理枝「ドイツ公的介護保険はじまる」
(The Community Care, 1995. 7)より

これに対してわが国の場合，要介護認定基準調査票(試案)による調査の結果から，介護者の身体的負担度や精神的負担感の要素も加味して以下のような6段階に整理されている(表3)。

表3 要介護度分類

	施 設	在 宅
要介護度Ⅰ	タイプ1	タイプ1
要介護度Ⅱ	タイプ2, 4	タイプ2
要介護度Ⅲ	タイプ3, 5, 7	タイプ3
要介護度Ⅳ	タイプ6, 8, 9	タイプ4
要介護度Ⅴ	タイプ10, 11	タイプ5, 6
要介護度Ⅵ	タイプ12, 13, 14	タイプ7, 8

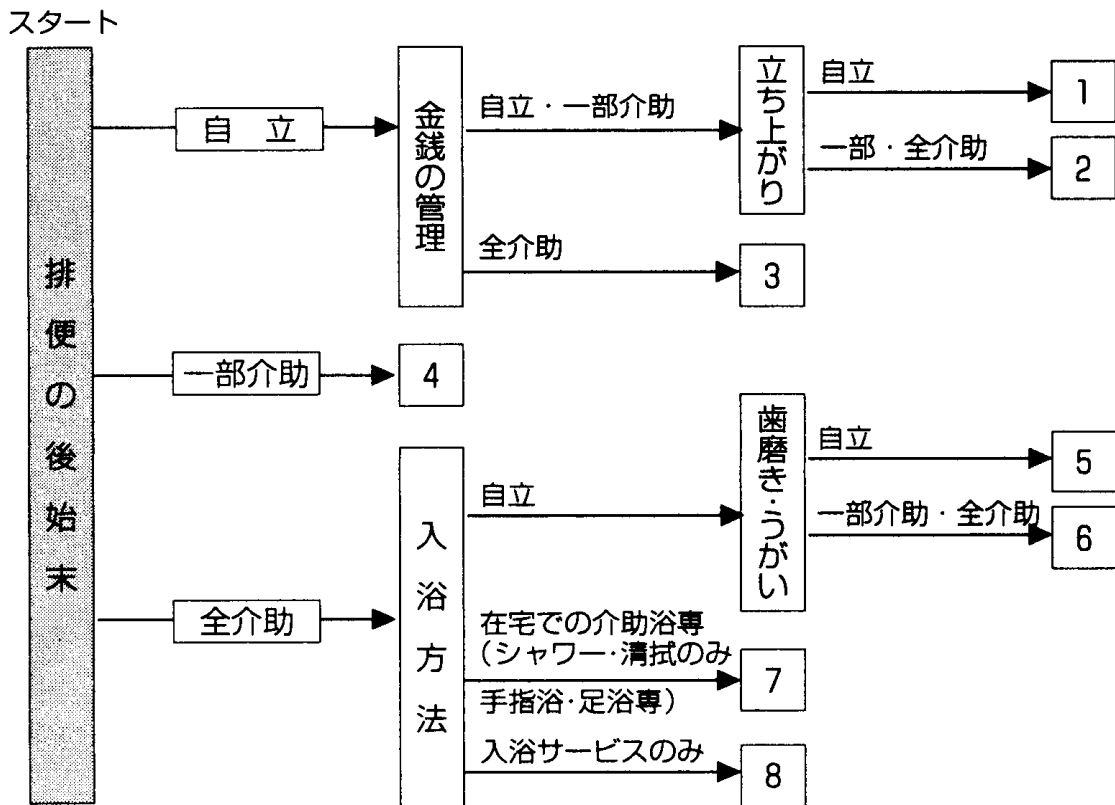
注：タイプとは別添の要介護認定基準試案の質問票から導き出せる高齢者のタイプ。

以下、図表については、老人保健福祉審議会「高齢者介護保険制度の創設について」（平8（1996）年4月）に添付されている参考資料から引用したものである。

この場合、タイプというのは、「排便の後始末」から始まる一連の質問によって導き出された要介護高齢者のタイプをさしている（図4、在宅の例）。これに痴呆度を組み合わせて、要介護分類ごとの高齢者の状態像を示したものが表5である。

(図4) 要介護認定基準試案〔在宅版〕

「排便の後始末」から該当する答えの矢印に従ってタイプを選定してください。



例)

Aさん
 排便の後始末 (自立) → 金銭の管理 (自立) → 立ち上がり (全介助)
 … タイプ 2

Bさん
 排便の後始末 (一部介助)
 … タイプ 4

Cさん
 排便の後始末 (全介助) → 入浴方法 (自立) →
 歯磨き・うがい (自立)
 … タイプ 5

(表5) 要介護度分類毎の高齢者の状態像（概観）

要介護度	I	II	III	IV	V	VI
高齢者の状態像	食事・排泄・着脱のいずれも概ね自立しているが、生活管理能力が低下するため、時々支援を要する。	食事・排泄・着脱のいずれも概ね自立しているが、一部介助・支援を要する。	食事・着脱はなんとか自分でできるが、排泄は介護者の一部介助を要する。	食事・排泄・着脱のいずれにも介護者の一部介助を要する。	身体状態は様々であるが、重度の痴呆症状を呈しており、食事・排泄・着脱のいずれにも介護者の全面的な介助を要する。	寝返りをうつことができない寝たきりの状態であり、食事・排泄・着脱のいずれにも介護者の全面的な介助を要し、1日中ベッドの上で過ごす。
寝返り	自分でできる	自分でできる	自分でできる	自分でできる	自分でできる	自分でできない
排泄	概ね自分でできる	なんとか自分でできる	一部介助を要する	一部介助を要する	介助を要する	介助を要する
着脱	概ね自分でできる	なんとか自分でできる	なんとか自分でできる	一部介助を要する	介助を要する	介助を要する
摂食	概ね自分でできる	なんとか自分でできる	なんとか自分でできる	なんとか自分でできる	介助を要する	介助を要する
入浴	概ね自分でできる	一部介助を要する	一部介助を要する	一部介助を要する	介助を要する	介助を要する
調理	時々支援を要する	一部支援を要する	一部支援を要する	困難	困難	困難
掃除	時々支援を要する	一部支援を要する	一部支援を要する	困難	困難	困難
障害度	J, A1を中心とした状態像。	A1, A2を中心とした状態像。	A1, A2, B1を中心とした状態像。	B1, B2, C1を中心とした状態像。	状態像は様々である(A1~C1)。	C2を中心とした状態像。
日常生活自立度判定基準との関連性	なし、あるいは痴呆状態のI。	なし、あるいは痴呆状態のI, II。	約7割の人が痴呆状態であり、II, IIIが中心	痴呆状態は様々である(なし~III)。	ほとんどが痴呆状態であり、III, IVが中心。	痴呆状態は様々である(なし~IV)。

この要介護認定基準をめぐってはいくつかの問題点も指摘できよう。

①この基準の根拠となった全国19地域の調査に使われた要介護認定試案は、在宅サービスでは、「排便の後始末が自分でできるか、介助が必要か」という区分に始まって、排便が自立と答えた者には、次に「金銭の管理」、「立ち上がり」、排便の後始末に介助が必要と答えた者には、「入浴方法」、「歯磨き」という要件を満たしているかでタイプを判断している。この方法は、「シンプルな分類で実用的」という評価の反面、「排便後の後始末が一部介助でも痴呆のため問題行動がある場合もあるのでタイプ選定と現実があわないことがある」とか、「自立度の身体的・精神的度合を判断するのはどの視点に立つかによって随分違う」というような問題点も指摘されている。

②介護保険の対象となる要介護度には上限と下限がおかれている。ドイツでも、介護等級Ⅰに当たらないと判断された場合には、無償の家族介護によるか、それとも全額自己負担によるサービスの購入か、または社会扶助にたよるという従来の方法をとるしかないとされている。わが国の基準は、最も軽いとされる要介護度Ⅰでも、身体行動、食事、入浴が「概ね自分ででき」、調理や掃除が「時々支援を要する」となっており、表現上はドイツのそれよりも下限は広がっているような印象を受ける。しかし、「概ね自分でできる」や「時々援助」という語句の解釈によっては要介護度ゼロとの認定が多くなることもありうる。

さらに問題なのは上限の方であろう。報道によれば、わが国では、費用の目安として、要介護Ⅰが月額5万円程度、以下、Ⅱが13万円から15万円、Ⅲが13万円から15万円、Ⅳが20万円、Ⅴが18万円から25万円、Ⅵが26万円から29万円と試算されている⁽²⁾。ドイツでも実際に必要な介護サービスの費用が介護保険によって全部カバーされているわけではなく、要介護Ⅰで約60%、Ⅱでは30~40%、Ⅲでは12~40%しかカバーされていないとの報告もなされている⁽³⁾。特に重度介護者の場合の給付額の不足が目立っており⁽⁴⁾、ドイツ介護保険は「基礎的保障」をしているのであって「完全保障」ではないと言われる所以でもある⁽⁵⁾。日本の介護保険にあっても、サービスの質の面でも、サービス時間の面でも、実際にはこの金額では十分なサービスは受けられない結果となるのではないかという不安は常につきまとうことになる。社会保険のもつ保険原理（収支相当原則）からいけば、社会保険給付に限界が存することは当然かも知れないが、社会保険にお

ける扶養原理の占めるウエイトが高くなってきている現在、これは理論的にも、改めて問い直されなければならない問題であろう。介護保険は、介護サービスを社会保険方式で行うことの意味、ひいては「社会保障と社会保険」という論点に関して再検討の必要を呼びかけているともいえるのである⁽⁶⁾。

③要介護認定機関の構成メンバーと実際にどこがこれを担当するかの問題がある。老人保健福祉審議会報告書「高齢者介護保険制度の創設について」（平成8（1996）年4月22日）では、「要介護認定は、…高齢者介護について学識経験を有する保健・医療・福祉の専門家によって構成される合議体の審議を経ることとする」となっていたのを受けて、介護保険法案では、市町村に審査判定業務を行うために介護認定審査会を設置し(14条)、「委員は、要介護者等の保健、医療又は福祉に関する学識経験を有するもののうちから、市町村長が任命する。」(15条)ことになった。ドイツでは、疾病保険のメディカルサービス（MDK）がこれを担当しているが、医学的判断に偏重して、介護保険の本来の目的である日常生活への援助という視点が薄くなるのではとの批判があり、介護の専門職を参加させることにしたといういきさつがある⁽⁷⁾。これは要介護認定の段階での保健・医療・福祉の連携を求めているものと解される。ただし、効率的かつ公平な事務処理、人材の確保などの観点から、保険者が共同して要介護認定を行うことを可能にするために、都道府県による共同設置の支援と調整とを規定している（16条）。また、市町村の委託があれば、都道府県に都道府県介護認定審査会をおくことができるようになっている(38条)。

ただし、いずれにしても、認定機関によって判断が違ってくるということも考えられるし⁽⁸⁾、認定の仕方によっては対象外とされる例が多くなり、その結果不服申し立てが激増することもありうる⁽⁹⁾。介護等級の認定は、結局のところ給付金額の決定に結び付いているのであるから、事実上提供される介護サービスの質や量を決定してしまうことになる。そのため、後述するケアプランの作成も、介護等級で示された給付額の範囲内でのサービス提供という枠に縛られてしまうのであり、その結果、本人のニーズや希望にそったプランはなかなか作れないのではないかという不安が広がっている。そうした不安を解消するためにも医療・看護・福祉の専門家で構成される認定機関を設置し、そこで統一的で公平な認定が行われるような仕組みと簡便な不服申し立て制度が準備される必要がある。

④介護認定過程で、利用者の希望や意見がどのような形で聴取されるのか、ケアプラン策定過程ほど明確ではない。

⑤家族の介護力を過大評価してはならない。家族形態のいかんにかかわらず、まず、要介護者のニーズを客観的に評価することが先決である⁽¹⁰⁾。

- (1) 木下秀雄「ドイツにおける介護保障 — 公的介護保険と社会扶助給付」(賃金と社会保障1158号, 平成7(1995)年7月, 43頁)
- (2) 毎日新聞, 平成8(1996)年4月23日号
- (3) 本沢巳代子「ドイツの公的介護保険」(ジュリスト1056号, 平成6(1994)年11月, 118頁)
- (4) 木下秀雄「介護問題を考える — ドイツ介護保険を手がかりに」(週刊社会保障1796号, 平成6(1994)年7月, 23頁)
- (5) 木下秀雄「ドイツの介護保障と介護保険」(週刊社会保障1087号, 平成7(1995)年7月, 24頁)
- (6) 藤井良治「社会保障と社会保険」(週刊社会保障1861号, 平成7(1995)年10月, 22頁)。工藤恒夫「社会保障における社会保険とは何か」(賃金と社会保障1154号, 平成7(1995)年5月, 18頁)。地主重美「社会保険における公費負担」(週刊社会保障1881号, 平成8(1996)3月, 22頁)
- (7) 本沢巳代子「ドイツの公的介護保険」(注1, 112頁)。同「ドイツの公的介護保険と介護保障」(社会保障法11号, 平成8(1996)年5月, 137頁)。また, 古川孝順「公的介護保険と福祉マンパワー問題」(ジュリスト1094号, 平成8(1996)年7月, 34頁)は, 「介護保険制度案大綱」をみると, 要介護認定とケアプラン作成の主要な担い手を医療と看護職にとする構想が支配的になってきているとして批判している。
- (8) ドイツでも, 等級Ⅲの比率が高い州と極めて低い州とまちまちであることが紹介されている。手塚和彰「ドイツ介護保険法の成立と展開(上)(下)」(ジュリスト1083号, 同1084号, 平成8(1996)年2月, (下)94頁)
- (9) 小柳治宣「ドイツ公的介護保険実施後の動向 — 第二段階(施設介護)の実施は可能か」(週刊社会保障1888号, 平成8(1996)年5月, 30頁)によると, バイエルン州では, 約25万件の資格審査が行われ, 却下が26.2%, 社会裁判所に持ち込まれた苦情件数は1410件にのぼるといふ。
- (10) 河野正輝「介護・老人福祉制度の課題と将来」(週刊社会保障1850号, 平成7(1995)年8月, 121頁)

IV. ケア・マネジメント

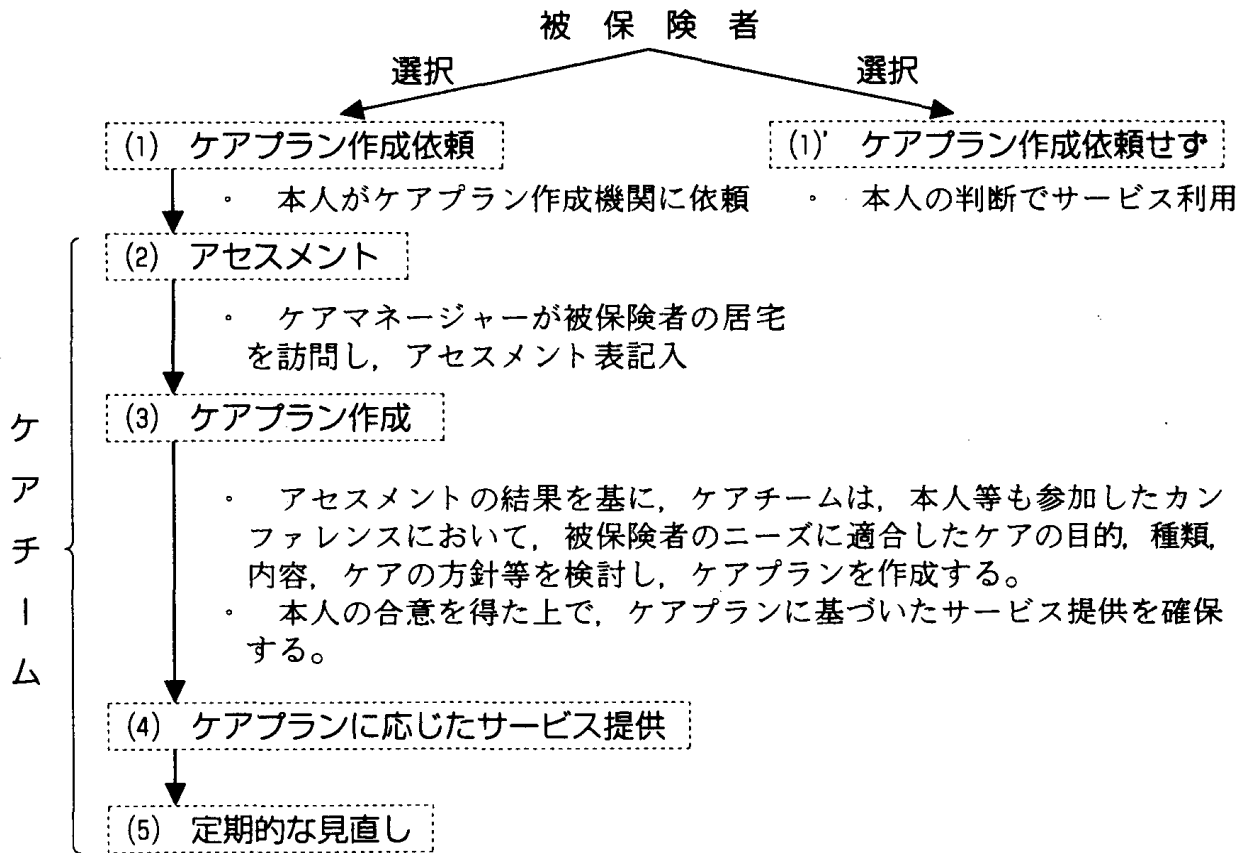
1. ケア・マネジメントの意味、ケアプラン作成

老人保健福祉審議会報告書（平成8（1996）年4月22日）は、要介護認定とケアプランの作成は区分すべきであるとして、その理由として、「要介護認定は、保険給付の適否の決定という性格を有するのに対し、ケアプランの作成は、高齢者や家族の相談に応じケアの方針やサービスの内容を作成して、サービス利用につなぐ」ものだからとしている。ただし、実際の要介護認定においては、アセスメント票を用いたニーズの判定を基礎にして、当該利用者に必要な援助方法は何かにまである程度踏み込んで判断せざるをえないであろうし⁽¹⁾、このニーズ訪問調査をケアプラン作成機関の介護支援担当者（ケアマネジャー）に依頼することもできるようになっているので両者は緊密な連携関係にたっているといえる。

ケア・マネジメントサービスとは、「ケア担当者が利用者側の立場に立って、本人や家族のニーズを的確に把握し、その結果を踏まえ、ケアチームを構成する関係者が一緒になって、ケアの基本方針であるケアプランを策定し、実行していくシステム」⁽²⁾である。これは、本人の希望というより行政の都合に合わせてサービスを与えていた従来の態度を逆転させ、あくまでも利用者本位のサービスを提供しようとしたことに特徴がある。そうになると、ここでは利用者の選択の自由および自己決定権の保障が極めて重要になってくる。介護保険法案では、ケア・マネジメントについて次のように規定している。「… 必要な保健医療サービス又は福祉サービスの適切な利用等をすることができるよう、当該居宅要介護者等の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者等及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類、内容およびこれを担当する者その他厚生省令で定める事項を定めた計画（居宅サービス計画）を作成する…」（7条18項）。

ケアプラン作成のプロセスは図6のとおりである。

(図6) ケアプラン作成のプロセス



まず、本人からの依頼があると、ニーズ判定の基礎となるアセスメント（高齢者の状態把握）が行われる。理想をいえば、この段階から保健・医療・福祉のそれぞれの分野からの判定が必要であろう。ニーズの訪問調査をケアプラン作成機関の介護支援担当者（ケアマネジャー）に依頼することもできるようになるであろうが、ケアマネジャー一人のアセスメントで保健・医療・福祉の連携が実現しているとは言いにくい。

次にケアプラン作成機関が利用者の意見を聞きながらその人にふさわしい適切な介護サービスプランを作る。作成機関については、介護支援担当者（ケアマネジャー）を配置していることを要件として、保険者自身が設置するもの、在宅介護センター、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、介護施設や医療機関が設置するものなどがある。サービス提供機関をメンバーに加えるかどうかについては、サービス提供機関の参加がなければ、サービス資源の整備状況や具体的なサービスの調整等はできないのであるから、ケアプラン作成の基本的な部分

はサービス提供機関に委ねたほうが効果的だとする意見もある⁽³⁾。しかし、反面、ケアプランの作成は、サービス提供機関と分離した専門的かつ中立機関で行うべきだとする意見もある。分離しないと、財源の膨張を招いたり、ニーズに関係なく自分の機関に引き込む可能性があるとかの理由があげられているが⁽⁴⁾、それ以上に、ニーズ評価の責任とサービス提供の責任とをはっきり区別することにより、常に、現実のサービスがニーズ評価とこれに基づくケアプランと一致しているかをチェックする必要があることにも留意すべきであろう⁽⁵⁾。

老人保健福祉審議会報告書は、ケアプランの作成に当たっては、次のような点に配慮することを求めている。

①本人または家族の参画を得ながら、できるかぎり高齢者の身近なところで行われるのが望ましい。

②高齢者や家族の生活全般の支援という観点から、市町村一般保健福祉サービスの利用、近隣やボランティアの協力等も視野に入れる。

③施設におけるケアプランは、在宅生活への復帰の可能性を念頭におき、入所から退所までに要する介護の方法、期間等を記載した退所計画を作成する。報告書の参考資料では、要介護度に介護者の有無、介護力の差を考慮したケアプランの具体例が8つのサービスモデルとして提示されている。例えば、要介護度が最重度の高齢者で、虚弱な高齢配偶者と同居している場合には、次のようなサービスが予定されている(図7)。

(図7) サービスモデル (典型ケース)

自分で寝返りすることができず、日常生活行動には介護を必要とし、深夜巡回のホームヘルプサービスが必要であり、療養上の管理を必要とするケース。要介護高齢者が虚弱な高齢配偶者と夫婦で生活している場合。

	午前	午後	夜間	深夜
(月)	ホームヘルプ 訪問看護		ホームヘルプ	巡回ヘルプ
(火)	デイサービス/デイケア			巡回ヘルプ
(水)	ホームヘルプ		ホームヘルプ	巡回ヘルプ
(木)	デイサービス/デイケア			巡回ヘルプ
(金)	ホームヘルプ	訪問看護	ホームヘルプ	巡回ヘルプ
(土)	デイサービス/デイケア			巡回ヘルプ
(日)	ホームヘルプ			巡回ヘルプ

月1回1週間程度の
ショートステイ

医学的管理

リハビリ

※このほか、訪問歯科指導、訪問服薬指導、福祉用具等サービスが考えられる。
※巡回ヘルプとともに訪問看護が行われるケースがある。

具体的なサービス量

- (1) ホームヘルプサービス 週14回訪問 約11時間20分/週
- (2) デイサービス 週3回通所 8時間/週
- (3) 訪問看護 週2回訪問
- (4) ショートステイ 月1回入所 7日間

2. ケア・マネジメントにおける問題点

ケア・マネジメントが本来の機能を果たし、一人一人のニーズに的確に対応したケアプランが作られるには、報告書の指摘の他にも以下のような点での配慮が必要であろう。

①利用者の自己決定の尊重という場合には、受けられるサービスにつき十分な情報が提供されていることが前提である。知らされるべき情報の中には、福祉サービスの種類、受給資格、申請の方法、ニーズ判定に参加する方法、サービスの基準、サービスの利用料、アドボカシーまたは不服申立ての手続きなどが含まれる⁽⁶⁾。その際、利用者は専門的知識に乏しい場合がほとんどであるので、ケアプラン作成機関は、判定の根拠となる基準や専門家の報告書等を含めて本人に開示し、判定の結果については理由を付さなくてはならない。

②ケアプランの作成の現場では、各機関ごとに情報交換が不十分なことや、保健・医療・福祉の各分野で高齢者ケアに関する考え方が違っており、共通認識による土台のないままでのプラン作成は困難であるとの声がある。ケア・マネジメントにおける専門性、科学性の確立という意味で、客観的なニーズアセスメント基準、ケアプランニング基準を設定し、そのうえで各分野での共通認識をえておくことが不可欠であろう。

③在宅ケアの場合、格差が生じないようにサービスの質と量をだれにでも分かるようにできるだけ簡潔な形で基準化して（ケアミニマム）、それを利用者に提示して、意向を聞かなくてはならない。基準化にあたっては、週何回、1日何時間というようにサービス提供の数値を示すのではなく、ケアミニマムの内容を見ることで、その人が保障される「一日の生活の様子」がおおよそ思い浮かべることができるようなものであることが望ましい⁽⁷⁾。

④介護者の有無はともかく介護力にいたっては、これを客観的・数量的に把握することは極めて難しいし、まして、本人の要介護状態から介護力を割り引いて残りの分をサービスでまかなうという判断は困難を極める。介護サービスの提供は、要介護老人本人だけでなく、その介護者や家族の負担軽減をも目的とするものであるから、本人や家族の利用意向がないことを理由に安易にサービス提供の対象外としたり、介護力を必要以上に過大評価することのないように注意しなく

てはならない。

⑤利用者の権利が最大限尊重される形で実際のサービスも提供されるべきである。まず、利用者がサービスをコントロールするという立場から、利用者の希望に合わせた時間や介護方法、可能なら利用者がヘルパーを選択できること、利用者の満足度を確保することなどの配慮が求められる。また、個人の尊厳を守るために、大人としての処遇に心掛け（言葉づかいに対する配慮など）、プライバシーを尊重し、サービスは利用者の趣味や宗教、文化的な要求にかなうものでなくてはならない。許可なく家具や持物を移動させないなど利用者の日頃の家庭生活を乱さないことも大切である⁽⁸⁾。いつもこうした処遇の基礎的知識・訓練が身につけているようにするため、サービスに従事する者の専門性を高め、さまざまな研修制度を通じて資質の向上を図っていく必要がある。

⑥高齢者の希望をケアプラン作成のどの段階でどのような方法で聞き、それをプランにどのように反映させていくかについては、細かな点まで踏み込んだ実務的マニュアルが策定される必要がある。さらに、高齢者ニーズ判定やサービスの選択に当たって、自分の利益のためにアドバイスを与えてくれ、時には自分に代わって判断してくれる専門的知識をもった人（advocate）を利用できなくてはならない⁽⁹⁾。特別養護老人ホームが、次第に最重度の要介護老人もしくは痴呆性老人の介護施設へと転換してきている事実をみると、こうした高齢者にとっての情報をうる権利やサービスを選ぶ権利はアドボケイトによってしか実現できないのであるから、アドボカシーの制度についてはその具体化が急がれなくてはならない。

⑦サービス提供の現場からは、高齢者の症状は日々変化が激しく、援助開始時のケアプランは短期間で実態に合わなくなってしまうことが指摘されている。したがって、ケア・マネジメント機関は利用者のニーズの変化に即座に対応できるように比較的短い間隔で定期的にケアプランの見直しをする義務を負っていると考えるべきであろう。

⑧介護サービスを提供する機関は、そのサービス体制や施設設備等につき、組織の内部と外部の双方から、定期的にチェックを受ける必要がある。特に、自らが提供するサービス内容についての自主的な評価とともに、第三者的な機関による客観的な評価も受けなくてはならない。

⑨それぞれのサービスモデルが十分であるかについてはさまざまな見解が出されているが、その前に、そのサービスモデルでさえ現在の供給体制ではもちろん実現不可能だし、近い将来でもその実現は難しいのではないかという意見や、介護保険制度ができて「保険あって介護なし」という状態になるのではないかという意見は圧倒的に多い。市町村老人保健福祉計画実現の鍵をにぎる「高齢者保健福祉推進十カ年計画」（ゴールドプラン、平成元（1989）年12月）と、それに続く「高齢者保健福祉計画」（新ゴールドプラン、平成6（1994）年12月）はなかなか進展をみせず、それに伴い市町村老人保健福祉計画もまた現在のところ進捗状況ははなはだ心もとないと言わなければならない⁽¹⁰⁾。老人保健福祉審議会報告書もこの点を配慮してか、「直ちにすべてが実現するものではなく、…それまでは、各地域における基盤整備の進捗度や財政全体の状況等に応じて、段階的にレベルを引きあげていくこととし、介護保険に期待される本来にレベルに達するまでの間、給付額・保険料額を提供されるサービスに見合った水準に設定する…」と述べているが、ここ数年の状況を見る限り、本来のレベルにいつ達するのだろうかという不安は無理からぬところであるし、まして、介護保険法の真髓が「一人一人のニーズに即したサービスの提供」にある以上、こうした過渡的状況が続くとなるとそれは介護保険の意義そのものを否定することにもなりかねない⁽¹¹⁾。利用者のサービスの量と質の確保は、マンパワーを含む供給体制の整備なしにはありえないのであるから⁽¹²⁾、公的責任による介護サービス供給体制の基盤整備が緊急の課題であるといわなくてはならない⁽¹³⁾。

3. ケア・マネジメントにおける保健・医療・福祉の連携の課題

(1) ケアマネージャー

日常生活動作能力や痴呆の状況など要介護の程度を客観的に判断し、本人および家族の希望を踏まえて、利用可能な施設やサービスと結びつけるケアマネジメントという作業では、その中心となるケアマネージャーと呼ばれる役割が重要になってくる。また、ケアマネージャーは、個々の対象者のニーズアセスメントを基本にしてケアプランをたて、実際にそれを実施し、その効果を評価する等一連

のサービス調整機能を果たすことになる。ケアマネージャーについては、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、OT、PT、社会福祉士、介護福祉士等の保健・医療・福祉の専門職のうち、一定の実務経験を有し、所要の研修を修了した者とする事が考えられているようである⁽¹⁴⁾。高齢者サービス調整チームはこの役割を担うことを期待されていたが実効をあげている事例は少ないといわれており、むしろ、保健婦や医師の個人的な努力によって辛うじて実現していることのほうが多いと聞いている⁽¹⁵⁾。介護保険法制定後は、このケアマネージャーの需要が急速に高まるものと考えられる。介護ニーズを判定し、サービスの選択や適用、介護給付の範囲についての判断等の権限が付与されることが想定されるからである。1990年のイギリスにおける「国民保健サービスおよびコミュニティーケア法」ではケア・マネジメントの実効性を確保するために、医療と福祉などタテ割りの組織体系を横断的に網羅することができるように情報の取得と権限・責任をケアマネージャーに集中させるなどケアマネージャーにかなりの権限が与えられている⁽¹⁶⁾。そうするとなおさら、この役割を果たすには、保健・医療・福祉全般に対する素養と管理的な能力が要求されることになる。すぐれて高度な専門教育の対象となるので、こうした人材の育成が緊急の課題とされるところである。

(2) 共通認識の欠如

ケアプラン作成には、保健・医療・福祉のそれぞれの立場からの判断と、それを有機的に組み合わせていく作業が不可欠である。その結果として、その対象者にとって最も望ましいケアサービスが提供されることになる。しかしながら、保健・医療・福祉の各分野間で当該対象者にとって「最もふさわしいサービスの組み合わせとはなにか」という点で考え方が違っており⁽¹⁷⁾、共通認識という土台のないままそれらを連携させようとしても、互いにつながりのないまま断片的なサービスが個々に存在するにすぎない状態になってしまう。保健・医療・福祉の各分野に共通する客観的なケアプランニング基準を設定することが必要であろう。そうすると、保健・医療・福祉の連携の問題もやはり基本的にはサービスの基準（最低基準でも最適基準でも）の設定の問題に行き着くことになる。

その際、サービスの基準および保健・医療・福祉の連携のあり方を考えるうえ

で、施設および在宅サービス評価基準は参考に値するものとなろう。高齢者在宅福祉サービス事業評価基準(平成7(1995)年3月)は、基本理念の一つとして「サービスの総合性—ケアシステムの構築」という項目をあげ、保健・医療・福祉の連携の必要性を次のように述べている。

「利用者にとって必要なサービスは、一人一人の個別的な状態に応じて、包括的・重層的に検討されなければなりません。また、在宅サービスと施設サービスの連続、24時間対応を視野に入れたサービス提供体制、福祉・医療・保健の連携により、利用者にとって適切なサービスの可能性が総合的に検討され、提供されることが求められます。」

保健・医療・福祉の連携をどのようなものととらえているかを、施設・在宅サービス評価基準でみると、およそ次のような項目がこれに関係してくるものと思われる。こうしたサービス評価事業を通じて、保健・医療・福祉の連携のためにも、サービスの基準が設定されることが要請されてくる。

《特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準(1993(平成5)年3月)》

4. 地域連携

[協力医療機関]

- (1) 内科、外科、精神科、歯科等協力医療機関と十分な連携がとれ、必要な時に適切な措置を講ずるようにしていますか。
- A ◇Bを満たしている上で歯科その他の往診も可能である等、施設独自の工夫をしている。
- B ◇内科・外科・精神科等必要な診療科とは少なくとも協力契約を交わしている。
◇歯科とは必ず協力契約を交わしている。
◇契約書がある。
◇夜間・休日であっても適切に対応できる。
- (2) 入院に関して利用者や家族、福祉事務所等と相談していますか。
- A ◇Bを満たしているうえで、入院後も利用者・家族のフォローを行い、治療後の療養計画を立てるなどサービスを提供している等施設独自の工夫をしている。
- B ◇入院に関しては、状況を利用者・家族・福祉事務所などに説明し合意のもとに行っ

ている。

◇その際の記録がある。

[他機関・他施設との連携]

- (1) 市町村(サービス調整チーム)・保健所・福祉事務所等の機関との連携や協力を配慮していますか。
- A ◇Bを満たしているうえで、日頃より、これらの機関と連携をとるための会議などを施設長が主催し、入退所に当たっての必要な情報を交換したり、記録がある等、施設独自の工夫をしている。
- B ◇担当者が決まっている。
◇サービス調整チームや福祉事務所との連絡会等にはほぼ参加している。
◇医療機関からの情報の収集や提供に努めている。
- (2) 必要な場合には、病院・診療所・老人福祉施設・在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、老人性痴呆疾患センター等、各種施設と連携がとれていますか。
- A ◇Bを満たしているうえで、定期的な会議などを通じて、情報交換をしている等、施設独自の工夫をしている。
- B ◇各種施設との連携が十分とれている。
- C ◇Bの一部を満たしている。
- D ◇上記の配慮が全くみられない。

《高齢者在宅福祉サービス事業評価基準（1995（平成7）年3月）》

[ホームヘルプ]

1. サービス提供の様式

《事前調査の実施》

- (7) サービス利用の可否を検討するために事前に訪問し、専門的な視点からニーズの評価がなされていますか。
- ①達成度の評価 ◇実施できている ◇実施できているが不十分
◇実施できていない
- ②実施できていない理由
- ③改善の必要性 ◇既に着手している
◇早急(本年度中)に改善に着手

- ◇来年度以降に改善に着手
- ◇改善の必要性と実現可能性の検討に着手
- ◇当面、改善に着手しない。

④改善の必要性の根拠

注釈) 事前訪問、及びニーズの評価は多くの場合事務職のみで行うのでは不十分であり、保健・医療・福祉の専門性に基づいて行うことが必要です。そのため、必要に応じて介護職、医師、看護職、理学療法士、作業療法士等の参加を得て下さい。

[ニーズの評価と利用要否の決定1]

- (8) サービス利用の可否を決定する際に、必要に応じ各種専門職の参加を得て行っていますか。

[ニーズの評価と利用要否の決定2]

- (9) ニーズの評価を行い利用者の決定を行う際に、他のあらゆるサービスの必要性の検討が合わせて行われていますか。

注釈) 本人にとって、より適切なサービスを考えるという観点から、公的サービスからボランティア活動等のインフォーマルサービスまで含めた各種サービスの必要性の検討を行って下さい。

3. サービス提供体制

[個別援助計画策定と実施2]

- (21) 個別援助計画を策定する際に、必要に応じ各種専門職の参加を得て行っていますか。

注釈) 介護職、看護職以外に、必要に応じて医師(かかりつけ医等)、理学療法士、作業療法士等の参加を得て下さい。

[他機関との連携1]

- (73) サービス提供機関等との連携・調整を図り、個々の利用者が必要な援助を受けられるように努めていますか。

[他機関との連携2]

- (74) 利用者のかかりつけ医を確認し、かかりつけ医との連携を確保していますか。

5. 地域全体のサービス提供体制

[域内での分担]

- (06) 利用者のニーズに応えるよう、域内の機関・団体で地区分担・機能分担が適切に行われていますか。

注釈) 域内の機関・団体で機能分担を行うためには、以下に例示される点が重要であり、それが達成されるように市町村に働きかけを行って下さい。

○域内で同種のサービスを提供している他の機関(老人保健施設、保健所、保健センター等を含む)との間で、サービス実施に当たっての情報の共有化や利用の調整を行っている。

○サービスの質の水準を一定にするために、サービス機関の適正配置を行っている。

[域内関連機関との連携]

- (07) 関連する専門諸機関と連携がとれていますか。

注釈) 個々のケースやサービスに関する連携や情報交換・共有化(参考:評価項目(73))以外にも、日常的に以下に例示される点で連携と協力を推進して下さい。

○職員の研修の共同実施

○行事の共同開催

- (1) 小林良二「要介護認定とケアプラン作成」(週刊社会保障1882号, 平成8(1996)年4月, 23頁)
- (2) 高齢者介護・自立支援システム研究会報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」(平成6(1994)年12月)
- (3) 小林良二「要介護認定とケアプラン作成」(注1, 24頁)
- (4) 白澤政和「公的介護保険が地域福祉を推進する条件 — ケアマネジメントを鍵として」(ジュリスト1094号, 平成8(1996)年7月, 29頁)
- (5) 河野正輝「ケア・マネジメントの法的課題」(週刊社会保障1830号, 平成7(1995)年3月, 48頁)
- (6) 河野正輝「福祉における自己決定権」(週刊社会保障1745号, 平成5(1993)年6月, 50頁), 同「福祉サービスにおける適正手続と自己決定権」(週刊社会保障1856号, 平成7(1995)年9月, 46頁), 同「新介護システムと権利保障」(週刊社会保障1822号, 平成7(1995)年, 50頁)
- (7) 北九州市八幡東ケアミニマム研究会「在宅24時間体制におけるマネージメントとケア

ミニマム(上)(下)」（週刊社会保障1885号，平成8（1996）年4月，（下）70頁）

- (8) 河野正輝「イギリスの在宅支援サービス基準」（週刊社会保障1847号，平成7（1995）年7月，47頁）
- (9) 大谷強「介護保険とアドボカシイ」（週刊社会保障1814号，平成6(1994)年11月，46頁）
- (10) 熊本県の場合，平成7（1995）年度末実績で，老人保健福祉計画の目標達成率は，ホームヘルパーが40.3%，ショートステイ専用ベッドが44.5%，在宅介護支援センターが45.8%にしか達していない。
- (11) 義務的サービスの場合にも，地方当局は利用できる資源の範囲内で給付の義務を負い，ニーズの判定結果に拘束されないかどうかについては，河野正輝「ニーズと権利の間—英国コミュニティ・ケア法の場合」（週刊社会保障1804号，平成6（1994）年9月，46頁）
- (12) 古川孝順「公的介護保険と福祉マンパワー問題」（ジュリスト1094号，平成8（1996）年7月，32頁）
- (13) 星野信也「普遍性とケアマネジメント」（週刊社会保障1854号，平成7（1995）年9月，46頁），同「介護保険制度の前提条件—社会福祉供給体制の転換」（週刊社会保障1828号，平成7（1995）年2月，46頁），同「介護保険制度論の課題と問題点」（週刊社会保障1850号，平成7（1995）年7月，124頁），木下秀雄「介護保障の権利論—人間の尊厳に値する介護保障の実現と介護保険構想」（社会保障法11号，平成8（1996）年5月，176頁）
- (14) 老人保健福祉審議会「高齢介護保険制度の創設について」（平成8（1996）年4月22日）
- (15) 大道久「病院と地域のマネジメント」（週刊社会保障1857号，平成7（1995）年10月，46頁），同「ケア・マネジメントの裁量を考える」（週刊社会保障1865号，平成7（1995）年11月，46頁），同「地域でのマネジメント」（週刊社会保障1806号，平成6（1994）年9月，54頁）
- (16) 河野正輝「ケア・マネジメントの法的課題」（週刊社会保障1830号，平成7（1995）年3月，48頁），同「コミュニティ・ケア法の示唆するもの」（週刊社会保障1736号，平成5（1993）年4月，46頁）佐藤進「英国の保健医療・福祉サービス改革とその動向—国民保健サービス・コミュニティ・ケア法の実施を通じて」（週刊社会保障1809号，平成6（1994）年10月，22頁）
- (17) 熊本県保険医協会は，平成8（1996）年8月に実施した要介護老人在宅介護実態調査の中で，聞き取り調査を行った保健婦に，「望ましい在宅介護実現のためにこの人にとってどのようなサービスが与えられたらよいか」という観点から，1週間のスケジュール(ケアプラン)を作成してもらった。その結果，極めて似通った要介護状態にある高

齢者であっても、それを調査した保健婦によってケアプランがかなり違っていることがわかった。つまり、保健婦それぞれで望ましいサービスについてのイメージが異なるということである。同じ職種であっても個人的な主観に左右されるとなれば、保健・医療・福祉という異業種間ではなおさらのことであろう。

V. 苦情処理システム、不服申立て、行政訴訟

介護保険法案は不服申し立て制度について、「保険給付に関する処分又は保険料その他この法律の規定による徴収金に関する処分に不服がある者は、介護保険審査会に審査請求をすることができる。」と規定している(184条)。介護保険審査会は都道府県に設置され、その構成員は、被保険者を代表する委員3人、市町村を代表する委員3人、公益を代表する委員3人となっており、いずれも知事が任命することになっている(186条)。訴訟については審査請求前置主義がとられている(197条)。

老人保健福祉審議会報告書ではこの点について、「介護保険制度の適正な運用を確保するため、要介護認定や保険料賦課等に対する不服申し立ての仕組み、介護サービス等に対するオンブズマン制度などを確立すべきである」としていた。現行制度上も不服申立て制度は存在しているが、福祉サービスの分野で見るといくつかの不備が早くから指摘されてきた。わが国の現行不服申立て制度の問題点としては、不服申立ての件数が少なく、しかも、現実に異議申立てや審査請求が容認される例が極めて少ないこと、不服申立て審査機構が行政組織から完全に独立した第三者機関になっていないこと、生活保護法や社会福祉サービス法において採決過程への要保障者の参加権が保障されていないことがあげられている。しかし、サービス受給権の実質的保障にとって、それ以上に重要なのは、例えば施設サービスであれば、施設内に簡単に利用できるような苦情処理手続きが設けられており、そこで解決できなければ第三者機関による苦情処理委員会が迅速な救済を図るような仕組みが準備されていることであろう⁽¹⁾。具体的に言うなら、苦情処理および不服申立て手続きには、①現在の社会保険制度で採用されている方式をそのまま利用するのではなく、審査官であれば要介護認定機関やケアプラン作成機関からは独立した機関とし、審査会は行政から独立した機関または独立

した中立の委員を含むものであること、②明白な権利侵害の形をとらない不利益や行政処分性のない事実行為としてのサービスに関する苦情を取り上げ、それを救済するような手続きが整備されること、③イギリスの「苦情処理手続令」（1990年）および手続基準にみられるような苦情処理手続きの基準を定めること等が盛り込まれるべきである⁽²⁾。

現行の行政訴訟については、生活保護の廃止処分等を争う場合には処分の執行停止を認めなければ生存が維持できないとか、給付開始や増額を求める訴訟の可能性、あるいは訴訟費用の援助等の問題が議論されてきた。わが国では、不服申立てに対する採決を経た後でなければ訴訟を提起できないとする審査請求前置主義が取られている場合があるが、公的介護保険では、専門家による要介護認定審査会の採決についての不服は、再審査請求せずに直ちに訴訟を提起できるとすべきであるという意見がある⁽³⁾。ここではこのことを紹介するにとどめておきたい。

- (1) 石川正美「在宅サービスをめぐる法的問題点」（法律のひろば49巻5号，平成8（1996）年5月，28頁）
- (2) 河野正輝「イギリスの苦情処理手続基準」（週刊社会保障1839号，平成7（1995）年5月，47頁），同「福祉サービスの苦情」（週刊社会保障1728号，平成5（1993）年2月，58頁），同「介護保険法案の立案と審議に望む」（法律時報68巻7号，平成8（1996）年6月，5頁）
- (3) 田村和之「特集・公的介護保険・情報公開・不服申立て」（ジュリスト1094号，平成8（1996）年7月，45頁）

VI. おわりに

利用者を主人公にしたサービス給付の構成という点では、これまでの医療・福祉の分野とはかなり違った意味で介護保険制度は一定の意義を認められるものだと考える。しかし、利用者の権利という観点から見たとき残された問題点も少なくない。ケア・マネジメントをはじめとして、高齢者自身の自己決定を中心にサービスを構成していこうという姿勢で作られていることは間違いないとしても、そ

れが十分貫徹された制度になっているかについては、法案の内容をみるかぎり断言できないところがある。少なくとも、介護保険制度を全体をリードする基本理念や基本的事項については法案の中で明確に規定する必要があったように思われる。福祉の現場では、利用者の希望や選択が発揮されにくい状況があったり、それどころか、拘束や虐待といった悲惨な事件がいくつか報告されているのを見聞きする時、なおさらである。

先輩であるドイツ介護保険法も、介護給付の質を確保するために、「介護給付は、医療・介護的知見の一般的に認められた水準に基づき供与されなければならない」（第28条3項）という規定をおき、これを受けて第80条は、介護施設の提供する介護サービスの質を確保するために、質、質の確保、質の審査に関する原則・基準、質の審査の実施、質の欠陥に対する是正措置を規定している⁽¹⁾。わが国でも、最近老人福祉法が改正され、新たに、福祉サービス提供機関は「自らその行う処遇の質の評価を行うこと、その他の措置を講ずることにより、常に処遇を受ける者の立場に立ってこれを行うように努めなければならない。」（20条の2）とする規定がおかれることになった。

この点に関して介護保険法案は、総論としてその2条4項で、「保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行わなければならない。」と規定している。一步前進であるが、さらにこれを進めてわが国の介護保険法にも、①介護保障の基本原理、②サービス利用者の権利と義務、③ケア・マネジメントの機関と手続き、④与えられるサービスの基準、⑤供給体制の整備等の基本的事項がもう少し詳しく法案のなかに盛り込まれるべきではなかったかと思う⁽²⁾。滞納者制裁措置ともいべき給付制限については、「支払い方法変更の記載」、保険給付の一時差し止め、保険給付額からの保険料の控除などかなり厳しい処置が盛り込まれた（63条以下）こととの対比においても、利用者の権利の観点からの配慮が望まれたところであった。しかも、具体的な手続きやサービス基準については、「厚生大臣が定める基準により」とか、政令、厚生省令にゆだねられている部分がかかなり多く、利用者にとっては一番関心のあるサービス内容については介護保険法案では不明のままである。この法案に付随して作られる各種命令や基準の内

容についてもあわせて関心を持ちながら、法案の今後の審議を見守りたい。

- (1) 松本勝明「ドイツ介護保険法 — 介護サービスの提供と質及び経済性の確保(1)(2)(3)(終)」
（週刊社会保障1878, 1879, 1890, 1891号, 平成8（1996）年3月, (1)31頁）
- (2) 河野正輝「介護保障基本法の提唱」（週刊社会保障1864号, 平成7（1995）年11月, 46
頁）