

介護保険法の改正に伴う諸問題について

—新「予防給付」、地域支援事業、サービスの質の評価、
情報の公開、介護手当を中心として—

石橋敏郎、河谷はるみ、長 千春

目 次

- I はじめに
- II 改正介護保険法の新「予防給付」、地域支援事業 (石橋敏郎)
 - 1 予防重視型システムへの転換
 - 2 新「予防給付」、地域支援事業の法的検討
- III サービスの質の保障 (河谷はるみ)
 - 1 取り扱う範囲と内容
 - 2 サービス評価事業の新しい試み
 - 3 サービスの質の保障としての情報公開
 - 4 サービスの質の保障における法制度、情報公開、エンパワーメント
 - 5 小括
- IV 介護保険法と介護手当 (長 千春)
 - 1 取り扱う範囲と内容
 - 2 介護保険法制定と介護手当
 - 3 市町村における介護手当の実際
 - 4 介護手当の意義
 - 5 小括
- V おわりに

I はじめに

1997(平成9)年12月、医療、年金、労災、雇用に続くわが国で第5番目の社会保険制度として制定された介護保険法は、2年あまりの準備期間において、2000(平成12)年4月から実施された。介護保険法はその目的を第1条で次のように規定している。

「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態になり、……これらの者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、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、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。」

家族による介護から社会的なサービスへという目的を持って登場した介護保険法は、実施当初は、周知度の問題もあってか、要介護・要支援状態にあってもサービスを利用しない人や、給付限度額いっぱいまでサービスを利用する人が少なかったこともあって、市町村が管理する介護保険財政は一年目は黒字で迎えることになった。しかし、保険料改定期の2003(平成15)年を迎えると、市町村が、最初は政治的な配慮もあって保険料負担を低く押さえがちであったことや、その後、要介護・要支援認定者が急激に増加したこと、介護保険の認知度が高まってサービスの利用が促進されたことなどの理由から、介護保険財政は年々悪化の一途をたどり、近年、都道府県からの財政安定化基金の援助を受ける市町村が目に見えて増えてくるようになった。厚生労働省の調査によると、2004(平成16)年度に介護保険財政が赤字に陥った市町村は、広域連合も含めて、全国で290団体となり、前年度比で1.7倍にもものぼっていることが明らかになった。熊本県でも、68団体のうち23%の16団体が赤字となり、その赤字総額は3億2000万円にも達している。また、介護保険制度の中核を担っているケアマネジメント・システムにも様々な問題が生じてきた。わが国では、ケアマネジメントにおいて中心的役割を担うケアマネージャー(介護支援専門員)は、居宅介

介護支援事業所に所属して業務を行っているが、居宅介護支援事業所は実際には介護サービスを与える居宅介護サービス事業所や施設と9割以上が併設される格好となっており、ややもすると自らの事業所のサービスをケアプランに盛り込んだり、サービス量を水増しする危険性があるのではないかと指摘されてきた。また、ケアマネージャーの不祥事も多発して、各地で介護サービス従事者の専門性の確保や資質の向上が叫ばれるようになってきた。

こうしたなか、2004(平成16)年7月30日、社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」が公表され、今後とも持続可能性をもった介護保険制度とするために、給付の効率化・重点化、新たなサービス体系の確立、サービスの質の確保・向上、負担の見直しの諸点について改正の方向が打ち出された。その後、この意見書の内容をほぼ受け入れる形で、2005(平成17)年6月22日、改正介護保険法が参議院の本会議を通過、成立し、費用負担の部分については、2005(平成17)年10月1日から、その他の部分については2006(平成18)年4月1日から実施されるはこびとなった。

介護保険法改正でとりわけ注目を浴びたのが新予防給付と地域支援事業の創設である。新予防給付の創設は、受給者の半数以上を占めている軽度者(要支援者・要介護者Ⅰ)の多くが時間の経過とともに介護度が重度化しており、現行の介護サービスでは必ずしも利用者の症状の改善につながっていないという問題意識を出発点にしている。新予防給付は、従来の要支援者と要介護者Ⅰとを再編成して、要支援Ⅰと要支援Ⅱに分け、そこでは筋力トレーニングや栄養指導、フットケアなどを導入して、受給者の積極的な協力のもとに、要介護状態の悪化を防止しようとするものである。地域支援事業とは、介護保険法の対象にはならなかったが、今後、要支援・要介護になるおそれの高い者を地域で選出して、介護保険財源の3%以内の予算で、市町村が責任者となって、運動器の機能向上、口腔機能の向上、閉じこもり防止、うつ予防、認知症予防などの健康維持・自立支援事業を実施するものである。これまで、医療の領域でも介護の領域でも、1982(昭和57)年制定の老人保健法(これが社会保険法に属するかどうかは議論があろう)を除いては、社会保険法がこうした予防・健康維持を目的として積極的に個人に介入して行ったケースはほとんどなかったといつてよ

い。予防や健康管理の大部分は、これまで公費（租税）をもって運営される公衆衛生の分野と考えられてきた。だからこそ、社会保障制度審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2004（平成16）年7月30日）でも、「総合的な介護予防システムは……社会保険制度として実施すべき内容のものであるかどうかの吟味を行う必要がある。」（33頁）との意見が出されているのである。また、こうした新予防給付はどこかで受給者の参加や協力のもとに実施されるのであるから、そこでは受給者の意思（自己決定権）との摩擦が起こることがあるかもしれない。これをどのように理解し、調整して行くかは新予防給付の重要な課題となろう。

また、今回の改正では、介護サービス事業者の情報提供が義務化され、介護サービス事業者は、介護サービスの内容及び施設の運営状況について都道府県知事に報告しなければならず、知事はその報告が真実かどうかを調査し、結果を公表しなければならないこととされた（改正介護保険法115条の29第1項、2項、3項）。介護手当に関しては、介護保険制度の施行後4年を経て、当初の予想以上にサービスの利用が拡大し、自宅で介護している者に対する現金給付の意義は薄れてきているとして（同「介護保険制度の見直しに関する意見」（2004（平成16）年7月30日、51頁）、今回も、改正介護保険法に盛り込むことが見送られた。

この論文は、介護保険法の諸改正が行われたこの時期をとらえて、この中から、新予防給付・地域支援事業の内容とその法的意義、介護保険法制定当初から論議的とされてきたサービスの質の保障の問題、特に、サービス評価事業と情報の公表の問題、及び、今回も見送りとなったが在宅で介護している介護者への支援としての介護手当の支給問題、これらの問題を中心として、いくつかの実態調査の結果を踏まえて、具体的な実務上の取り扱いを紹介するとともに、できるかぎり理論的な考察も加えながら、総合的に検討しようとしたものである⁽¹⁾。

(1) 改正介護保険法の内容については、稲森公嘉「介護保険制度の見直しの方向」（ジュリストNo.1282、2005（平成17）年1月1日・15日号）83頁参照。

Ⅱ 改正介護保険法の新「予防給付」、地域支援事業

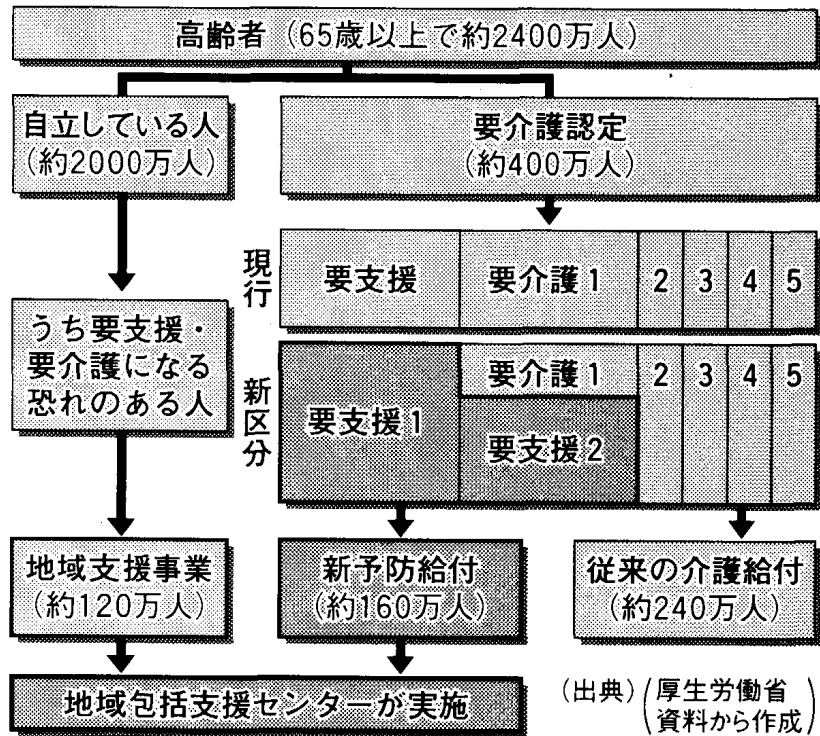
1 予防重視型システムへの転換

(1) 新「予防給付」

旧介護保険法18条は、保険給付の種類として、被保険者の要介護状態に関する保険給付を「介護給付」と呼び、被保険者の要介護状態となるおそれがある状態（要支援）に関する保険給付を「予防給付」（旧予防給付と呼ぶ）と称していた。旧予防給付には、居宅介護サービス費の支給、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、高額居宅支援サービス費の支給などが含まれていた。

現在、介護保険サービスを受けている者のうち特徴的なのは、要支援・要介護Ⅰのいわゆる軽度者の大幅な増加が目立っていることである。例えば、熊本県植木町では、2003(平成15)年度のサービス利用者のうち要支援と要介護Ⅰを合わせると、51.2%と半分以上を占めていることがわかる。しかし、こうした軽度者に対する介護保険サービスの内容に対しては、要介護度の改善率が低く、必ずしも十分な予防効果を発揮していないという点が指摘されてきた。特にこれらの軽度者の原因疾患は筋骨格系の疾患をはじめとした慢性疾患が多く、こうした者の多くは「廃用症候群モデル」に該当するとされている。「廃用症候群」または「生活不活発病」とは、心身の不使用が招くさまざまな機能低下をいい、こうした人々に対しては、過度の安静や何でもしてあげるという型のサービスはかえって本人の残存能力の活用を妨げる結果になるといわれている。たとえば、家事を行う能力があるにもかかわらず、すべて家事代行型の訪問介護サービスにゆだねて自分は何もしないでいると、能力が次第に低下し、しまいには家事不能に陥る場合があるという。これに対して、旧予防給付は、施設介護サービス費がないだけで、他は介護給付の与えるメニューと完全に同一であり、ただサービスを受けることのできる限度額が違うだけであったため、予防給付としての特性に欠け、「ミニ介護給付」と受け取られがちであった。そこで、今回の改正では、従来の要支援、要介護Ⅰの軽度者を対象として、これを要

図Ⅱ-1 新予防給付

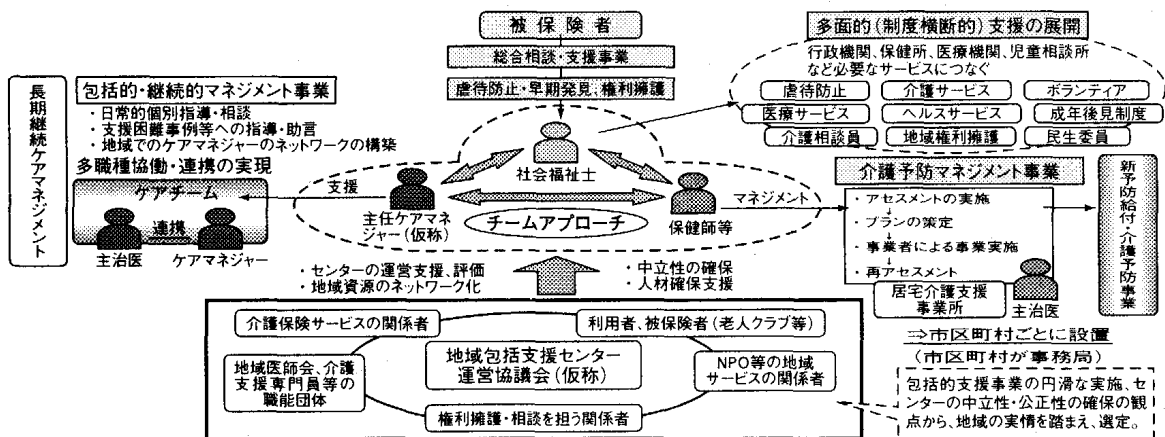


支援Ⅰ、要支援Ⅱと分類し直し、要支援者に対しては筋力予防トレーニング、歯磨きや義歯調整などの口腔ケア、栄養改善指導などを含む新たな「予防給付」を創設することにしたものである（図Ⅱ-1）。新「予防給付」の対象者については、介護認定審査会において、現行の「介護の必要度」に係る審査に加えて、高齢者の「状態の維持・改善可能性」の観点からも審査を行い、その結果を踏まえ、市町村が決定することになっている。主治医意見書においても、高齢者の生活機能の評価の点が拡充される。なお、要介護Ⅰの者のうち、①疾病や外傷等により、心身の常態が安定していない状態にある者、②認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお新予防給付の利用にかかる適切な理解が困難な状況にある者、③その他、心身の状態は安定しているが、新予防給付の利用が困難な身体の状態にある者は新「予防給付」の適用から除外されている。条文上は、介護保険法7条2項に、「要支援状態」として、「常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要する状態又は身体上若しくは精神上の障害があるために一定期間日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態」という文言が挿入されることになる。これに伴い、こ

れまでの、居宅支援サービス費の支給、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といった給付（旧介護保険法52条）は、新しく介護予防サービス及び介護予防サービス費の支給（新介護保険法8条の2第1項から13項まで）、介護予防支援及び介護予防支援サービス計画費の支給（同8条の2第18項）として再編成されることになった。介護予防サービスには、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問介護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具販売がある（新法8条の2第1項）。介護予防支援とは、居宅要支援者が介護予防サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、地域包括センターの職員のうち厚生労働省令で定めた者が、利用する介護介護予防サービス等の種類及び内容、担当者等を定めた計画を作成するとともに、介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者等との連絡調整等を行うことをいい（新法8条の2第18項）、市町村は、居宅要支援被保険者が指定介護予防支援事業者から介護予防支援を受けたときは、介護予防サービス計画費を支給することとなっている（新法58条）。

なお、この新予防給付に関するケアマネジメントは、市町村が責任主体となる地域包括支援センターを新たに創設して、保健師、社会福祉士、ケアマネジャーによるチームを結成し、そこで行われることになっている（図Ⅱ-2）。

図Ⅱ-2 地域包括支援センター(地域包括ケアシステム)のイメージ



(出典) 厚生労働省資料

新予防給付のケアプランは、①生活機能低下の危険性を早期に発見し、軽い段階から短期・集中的な対応を行うこと、②サービスの提供は必要ときに、比較的短期間に限定して、計画的に行うこと、③高齢者の個別性や個性を重視し、一人ひとりに応じた効果的なプログラムを用意することの三つの基本的な考え方に沿って作成されなければならない。

(2) 地域支援事業

地域支援事業とは、介護保険法の対象にならなかったものの、このままでは要支援・要介護になるおそれのある高齢者を対象とし、これに対して効果的な介護予防事業を介護給付費の3%以内の費用を使って実施する制度である。国は、介護予防に要する費用額の100分の25、都道府県は100分の12.5、市町村は一般会計より100分の12.5に相当する額を負担することになっている。

改正介護保険法は地域支援事業について次のように規定している。

「市町村は、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために、介護予防事業、包括的支援事業（介護予防マネジメント、総合相談・支援事業及び包括的・継続的マネジメント支援事業をいう。）その他の地域支援事業を行うものとする。」（新法115条の38第1項、2項）

「地域支援事業は、当該市町村における介護予防の実施状況等を勘案して政令で定める額の範囲内で行うものとするとともに、市町村は、地域支援事業の利用者に利用料を請求することができる。」（新法115条の38第3項、4項）

具体的には、虚弱高齢者（高齢者人口のおおむね5%程度、約120万人。平成18年度、平成19年度においてはその6～8割を実施）を対象とした特定高齢者施策（ハイリスクアプローチ）を設け、これらの人々に対して、介護予防の観点から、市町村が実施主体となり、骨折しないための転倒予防トレーニング、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり防止、うつ予防、認知症予防等の事業を行うものである。予防プランの作成は、市町村が新設する地域包括支援センターが行い、そこでは保健師が中心的な役割を担う。地域支

援事業は、介護認定審査会で認定されなかった人や地域の保健活動などで効果のありそうな人を選び本人の同意を得て実施する。特定高齢者施策は、通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業とに分かれる。介護予防に関する事業は、一部は、これまで老人保健事業や地域支え合い事業において既に実施されてきていたが、これらの既存事業を踏まえて、新しい地域支援事業が組み立てられることになっている。新しい地域支援事業と既存の予防事業との関係はおおよそ以下のようなものである（表Ⅱ-3）。

表Ⅱ-3 既存事業(老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業)と地域支援事業の関係イメージ案

事業名	新区分 既存事業区分	介護予防事業			
		通所型介護予防事業(仮称)	訪問型介護予防事業(仮称)	その他介護予防事業(仮称)	
特定 高齢者 施策 (ハイリスティアプローチ)	運動器の 機能向上	老人保健事業	骨粗鬆症(転倒予防)健康教育 骨粗鬆症健康相談 総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域 支え合い事業	転倒骨折予防教室 足指・爪のケアに関する事業 IADL訓練事業 高齢者筋力向上トレーニング事業		
	栄養改善	老人保健事業	総合健康相談	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域 支え合い事業	高齢者食生活改善事業 IADL訓練事業	高齢者食生活改善事業 「食」の自立支援事業	
	口腔機能の 向上	老人保健事業	歯周疾患健康教育 歯周疾患健康相談 総合健康相談	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域 支え合い事業			
	閉じこもり 予防・支援	老人保健事業	総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域 支え合い事業	生きがいと健康づくり推進事業		
	認知症予防・ 支援	老人保健事業	総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域 支え合い事業	アクティビティ・痴呆介護教室 生きがいと健康づくり推進事業		
	うつ予防・ 支援	老人保健事業	総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域 支え合い事業	生きがいと健康づくり推進事業		
	その他	老人保健事業	病態別健康教育 病態別健康相談 介護家族健康相談	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域 支え合い事業	運動指導事業		生活管理指導員派遣事業 生きがいと健康づくり推進事業
	一般高齢者施策 (ポピュレーション アプローチ)	老人保健事業	薬健康教育 一般健康教育 介護家族健康教育		健康手帳の交付
		介護予防・地域 支え合い事業	高齢者食生活改善事業 生きがいと健康づくり推進事業 寝たきり予防対策普及啓発事業		地域住民グループ支援事業 生活管理指導短期宿泊事業 寝たきり予防対策普及啓発事業

(出典) 厚生労働省資料

2 新「予防給付」、地域支援事業の法的検討

(1) 新「予防給付」、地域支援事業と社会保険法

ところで、要支援・要介護のおそれのある高齢者ではあるが、いまだ介護保険法の対象とはされていない健康な高齢者を対象とする今回の地域支援事業は、介護保険法に限らず、わが国の社会保険制度にとって重要な転換点を示しているように思われる。つまり、社会保険法たる介護保険法の財源の一部を使って、要介護認定で「自立」と判定された人々に対して「地域支援事業」と称して予防サービスを実施することの理論的な位置付け、ないしは許容性の問題である。なぜなら、これまでの一般的な見解では、社会保険というのは、あらかじめ一定の保険料を強制的に納付させて、これもあらかじめ法定された保険事故が発生した場合に、既に納付している保険料等によって所定の給付をなすことを目的とした制度と理解されてきたからである。別ないい方をすれば、社会保険は、保険事故に対する事後的な対応を基本的な役割としてきたのである。したがって、健康増進、介護予防、生活支援といったサービスは、保険方式にはなじまず、それらは公費(租税)で賄われるべきであると通常考えられてきた⁽²⁾。とはいっても、今回の新予防給付については、「予防」という名称を使っているものの、対象となっている要支援Ⅰ、要支援Ⅱに該当する人々は、もともと介護認定審査会から介護保険法の保険事故たる「要支援・要介護状態」に当たると認定された人達である。だから、予防給付といっても、実質は、保険事故該当者たる要支援Ⅰ、要支援Ⅱの人たちの要介護度悪化防止プログラムと解釈できるサービスであろう。これに対して、地域支援事業が扱う特定高齢者施策は、いまだ保険事故が発生しているとはいえない一般高齢者に対する健康管理サービスであるから、純粋な「予防」給付と見ることができよう。だとすれば、改正介護保険法は、これまでのいわば常識を覆して、地域支援事業のようなサービスを含む「予防」という保険事故を新たに設定したものと考えられるのであろうか、それとも、保険事故はあくまでも「要支援・要介護状態」であり、地域支援事業は、その「要支援・要介護状態」に極めて密接な関係を持つ要支援転落危険状態としてとらえて、介護保険の財源のごく一部を使って政策的に実施される

健康・自立維持サービスと考えるべきであろうか。

予防給付の問題については、医療給付あるいは公衆衛生との関係でかなり以前から論じられてきた。当初、伝染病・感染症予防をはじめとして取り締まりの性格の強い予防給付は公衆衛生の分野に属するものと考えられ、個人に対する個別的給付の性格をもつ医療給付（治療）とは、歴史的にも法的にも別個のカテゴリーとして発展してきた。それに対して、疾病の予防とリハビリテーションをまったく含んでいない現状への批判として、予防・治療・リハビリテーションの一貫した医療体制の確立を要求して「医療保障」論が登場してくる。この「医療保障」論については、社会保障法体系論の立場から、制度構想の面での意義は認められるとしても、法的な論理からは疑問であるとする意見が提起された。すなわち、疾病予防を医療と結び付けようとするれば、公衆衛生という非個人的性格のサービスを医療保険と連携させることになるので、この場合には、医療だけを社会保険方式にしておく根拠が乏しくなり、医療を社会保険の枠から解放して、社会サービス方式に切り替えるべきであるという主張である⁽³⁾。そこでは、やはり予防給付は、理論的には、社会保険給付とははっきりと一線を画するものだという強い認識があったように思われる。

社会保険法では、予防に関しては、健康保険法や労働者災害補償保険法にわずかの規定が見られるのみであった。健康保険法は、1922(大正11)年の制定当初から、健康の保持などの予防事業を保険者の保険施設事業と位置付けて、その第23条(旧)で次のように規定していた。

「保険者ハ被保険者及被扶養者ノ疾病若ハ負傷ノ療養又ハ被保険者及被扶養者ノ健康ノ保持増進ノ為必要ナル施設ヲ為シ又ハ之ニ必要ナル費用ノ支出ヲ為スコトヲ得。」

しかし、財源に余裕のあった健康保険組合は別として、政府管掌健康保険や国民健康保険では、保険施設事業の実際の活動は極めて低調であった。

予防と医療との結び付きは老人保健法の制定(1982(昭和57)年)によって新しい局面を迎えた。背景には、医療の対象となる疾病構造が、従来結核や伝染病などの感染症疾患から、がん、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病へと大きく変化したことがある。従来のように、発症したら社会的に分離して、入

院・加療を加えるという感染症疾患の場合と違って、生活習慣病にならないための健康診断による疾病の早期発見、健康管理、悪化防止のための保健サービスなどの予防給付が重要な位置を占めてくることになる⁽⁴⁾。こうした健康維持・予防給付の重要性を認め、これを立法の中に体系的に位置付け、積極的に対応しようとしたのが老人保健法であった。同法の制定によって、70歳以上の高齢者を対象とした老人医療のほかに、新たに40歳以上を対象とする保健事業が規定され、市町村を実施主体として、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導などの健康維持、病状悪化防止のためのサービスが提供されることになった（同法12条）。老人保健法は、高齢者の負担する一部負担金を除き、健康保険、共済組合などの各医療保険者から提供される拠出金と公費（国、県、市町村）で賄われるという特殊な構造を取っている⁽⁵⁾、そこで与えられる予防サービスと今回の改正介護保険法の新予防給付や地域支援事業とをまったく同一に取り扱ってよいかは更なる議論が必要となつてこようが、少なくとも、老人保健法が疾病構造の変化に対応して予防の重要性を認識し、それに対するサービス給付を法律の中に取り込んできたのと同じように、介護保険法の新予防給付や地域支援事業も、従来の「脳卒中モデル」から「廃用症候群モデル」への転換を通じて、高齢者の心身機能・活動・参加といった生活機能の低下を予防するという社会的要請に応えようとしている試みであることは間違いのないであろう。その点では、同様の問題意識とその意義とを認められるものである。

「予防」は、主として伝染病・感染症予防という社会防衛的な役割をもつものとして公衆衛生の分野で語られてきたのであり、その点で個人の努力の範囲を超える社会全体の問題と考えられていたので、当然、個人の拠出ではないところの公費（租税）をもってカバーされるべきであると主張されてきた。しかし、いまや超高齢社会の到来と疾病構造の変化がもたらす医療・介護給付費の高騰が制度自体を崩壊に追い込んでしまうのではないかという危機感にわれわれは曝されている。このような危機的状況のなかで、医療費・介護費を抑制することについて、一定の範囲で個人の努力と寄与を求めることは当然のなりゆきであったかもしれない。しかも、例えば、生活習慣病は、個人の生活環境の改善、

適度な運動、食生活の考慮など個人的な努力でかなりの予防が可能であることが立証されてきている。こうなると、以前のように、予防は非個人的給付であるので社会保険給付になじまないと割り切っていえる状況にはないように思われる。個人の健康維持・予防への努力と要支援・要介護状態との因果関係が極めて濃厚になってきているとすれば、健康維持・予防給付も、社会保険の果たすべき役割として、社会保険法の中に包摂されていくことはあながち無理なこととはいえない。

こうした方向とは逆に、改正介護保険法の新予防給付を社会保険給付とすることに対して疑問を提示し、むしろ予防を社会保険から外して、相当程度の自己負担による給付とすべきであるとの主張も見られる。この主張は、予防の重要性は認識したうえで、この費用が大部分、社会保険料と租税で賄われるとすれば、国民が本当に予防の努力をするだろうかとの問題提議をしている。生活習慣病はかなりの部分、個人のライフスタイルや日常生活態度が原因となっているので、そこには自己責任や自己負担といった考え方を積極的に導入して、予防に対する個人の努力を喚起すべきであるという⁽⁶⁾。これは、予防の効果を自己負担の強化によって引き出そうとする実践的な立場からの議論であろう。

予防における自己負担をどの程度にするかの議論は一応わきにおくとして、いずれにせよ、健康増進法の制定（2002(平成14)年8月）を見ても分かるように、法律をもって国に国民の健康増進を図るための措置を講ずることを命じ(同1条)、国民には「健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」(同2条)義務が規定されるような社会的状況にあることから考えて行くと、健康維持・予防というこれまで社会保険法が直接取り扱うことがなかった分野に積極的に社会保険のサービスが及ぶ可能性はこれからも十分に予想されることである。背景には、介護保険法の財源悪化があることは誰しも否定できない。しかし、財政面からの議論ばかりでなく、このような社会的状況が今後とも続いて行くとすれば、なおさら、介護保険法、医療保険法両方を含めて、健康管理・予防に対する社会保険法の対応のあり方とその理論的な説明をどのようにするかは、これからの社会保障法学にとってとりわけ興味を持たれる課題

であろう。改正介護保険法の新予防給付を「保険者が保険料と公費を財源として行う保険給付」、地域支援事業を「保険者が保険料と公費を財源として行う非保険給付」⁽⁷⁾というように、認定の仕方や与えるサービス内容の違いから、両者を明確に分離しえたとしても、社会保険法が、社会的な変化を背景に意図的に健康維持や予防給付を取り込もうとしているという現象を見る限り、その境界線はますますあいまいなものになって行くように思われる。

(2)健康維持に努める義務と自己決定権

第二に注目すべきは、新予防給付や地域支援事業のように、要介護度悪化防止や自立・健康維持を目的として要支援者や一般高齢者に一定の行為を要求するサービスが現れてきたことである。こうしたサービスは、本人の参加意思と積極的な協力なしには成果をあげられない性質のものである。では、本人が筋力トレーニングに参加しなかったり、健康維持に消極的な態度をとった場合には、介護サービスはどのようなのであろうか。積極的な行為は法的な義務と考えられるものであろうか、もしそうだとすれば、本人の行為を要求する根拠をどこに求めるべきであらうか。障害者自立支援法（2005(平成17)年10月31日、衆院で可決・成立。）では、障害者に自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を提供するとともに、これまでの介護給付費、訓練等給付費、サービス利用計画作成費、自立支援医療費などは、すべて自立支援に向けた給付として「自立支援給付」としての位置付けを与えられることになっている（障害者自立支援法第6条）。また、2004(平成16)年12月16日に出された社会保障審議会福祉部会「生活保護制度の在り方に関する専門家委員会」報告書⁽⁸⁾では、稼働能力のある被保護者に対して、就労促進政策を具体化した制度としての「自立支援プログラム」の提供を提案している。それによると、被保護者は、生活保護法に定める勤労・生活向上等の努力義務（生活保護法第60条）を実現する手段の一つとして、稼働能力活用のための自立支援プログラムに参加することを求められる。ただし、プログラムへの参加は、被保護者の同意を得ることを原則とすることにより、自立支援プログラムは被保護者が主体的に利用するものであるという趣旨を確保す

ることという条件がつけられている。しかし、プログラムへの取り組み状況が不十分な場合や、被保護者が合理的な理由なく参加自体を拒否している場合には、文書による指導・指示を行い、それでもなお改善が見られない場合には、保護の変更、停止又は廃止も考慮することになっている。こうなると、プログラムへの参加はあくまでの被保護者の自主的な同意によるものだといったところで、受給者という弱い立場にあるものにとっては同意をせざるを得ないという状況に追い込まれるというのが現実であろう。まして、消極的な態度や指示・指導への不服従に対して、保護の変更、停止又は廃止というサンクション（制裁的措置）が加えられるとなれば、自立支援プログラムの参加は事実上強制され、自立支援に向けての行動は「法的義務」と同じような性質を帯びるかもしれない。

しかし、介護保険法改正で実施されようとしているさまざまな要介護度悪化防止や自立・健康維持のための行為はこれと同じ性質のものとは解されないであろう。たしかに、介護保険法4条〔国民の努力及び義務〕には、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」という健康の保持に関する努力義務規定がおかれている。また、保険給付の制限等に関する被保険者に対する制裁規定として、「市町村は、自己の故意の犯罪行為若しくは重大な過失により、又は正当な理由なしに介護給付等対象サービスの利用、居宅介護福祉用具購入費若しくは居宅支援福祉用具購入費に係る特定福祉用具の購入…実施に関する指示に従わないことにより、要介護状態若しくはその原因となった事故を生じさせ、又は要介護状態等の程度を増進させた被保険者の当該要介護状態等については、これを支給事由とする介護給付等は、その全部又は一部を行わないことができる。」（同64条）と規定している。しかし、この規定は故意の犯罪行為や重大な過失によって要介護状態になった場合やそれによって介護度を悪化させた場合の給付制限規定であって、4条の「常に健康の保持増進に努める」との努力義務違反との関係で適用されるものではないと考えられる。現に厚生労働省老健局も、この新予防給付の創

設によって、運動機能の維持・向上を図り、廃用症候群防止のために筋力トレーニングなどのメニューが用意されることになるが、本人が嫌がるのにそれが強制されるのかという疑問に対しては、「介護保険のサービスは本人の選択が基本であり、特に筋トレは本人が意欲を持って継続的に行うことで初めて効果が見込まれるものであり、嫌がる方に無理に筋トレが強制されることはありません。」との回答を行っている（同旨。2005(平成17)年4月28日、衆議院厚生労働委員会での答弁）。

虚弱高齢者に対する健康・自立維持サービスである地域支援事業も当該高齢者の同意を得て実施されるものとなっている。同じように、新予防給付の与える筋力向上トレーニング、転倒骨折予防、低栄養予防、口腔ケア、認知症状の進行や閉じこもり防止、フットケアなども要支援者の同意を前提にしていると考えられる。それでは、そこにはサービスを与える側とサービスを受ける側との間に一種の契約関係が存在していると解釈されるべきものであろうか。すでに20年以上も前からアメリカ合衆国では社会保障給付に「契約関係」を導入する試みがなされてきた。その根底に流れる思想はミード (Lawrence M.Mead) の次の言葉によく現れている。

「これまでの社会保障は、受給者に給付を与えるだけでその代わりとして何をしなければならないかという条件をほとんどつけてこなかった。法律家は、国家に対する受給者の請求権を確立することだけに関心があり、受給者に対する国家の請求権というものを強調する者はいなかった。」⁽⁹⁾

さらに続けて、ミードは次のように言っている。

「私は、『社会問題 (social problem)』というのは、一般国民と扶助受給者との『社会的分離状態 (separation)』をいうのであり、『統合 (integration)』とはこれを克服するという意味で使っている。

これから必要とされる福祉改革は、給付の範囲を変えることではなくて、扶助受給者に仕事を与えたり、何らかの社会的な役割を果たしてもらったり、社会的な統合 (integration) を促進して行くために、受給者に一定の義務を課すものでなくてはならない。これから目指すべき改革の目標は、多くのアメリカ国民が福祉国家の外で家族を養うために働き、その他の社会的な義務

(social obligations) を果たしている、それと同じような形で、受給者に対する給付と義務の両方を福祉国家の中に創設することである。』⁽¹⁰⁾。

そして、この社会的義務は、国と受給者との一種の社会的契約 (social contract) のもとに発生すると考えるのである。しかし、社会保障給付を国・地方公共団体・保険者と受給者との契約関係とみる見解については、アメリカでも当初からその契約の意味内容について多くの疑問が提示されてきた。「被扶養児童を有する家庭に対する公的扶助」(AFDC) に就労支援政策を導入しようとした1960年代に、そのときの根拠となっている契約関係について、ある論者は次のように疑義を唱えている。

「就労支援プログラムへの参加の行動を作り出そうとする試みの核心には、参加者と行政との両方に権利と義務を想定する契約の概念が宿っている。アート・アグノズ (Art Agnos、前カリフォルニア州下院議員) は、これを雇用促進計画と呼ばずに契約としたのは、受給者はその過程において、対等な取引権限 (bargaining power) を持つのだとの印象を与えようとしたと説明している。たとえば、Moynihan案では、州には、家庭が自立できるような機会を提供する義務を、これに対して参加者にはそれを受け入れる義務を課したものであると説明されている。契約という考え方は、それまで多くの人々が、AFDC受給の見返りとして政府は何も求めないとする体系の変更を意味する。

すなわち、AFDC世帯は、AFDC給付を権利として受け取るのではなく、契約上の義務 (就労計画参加) と引き換えに受給することになるのである。こうしてみると、単に国だけが制裁として給付を与えないという方法によってこの不真正契約 (pseudo-contract) を執行できることになる。参加者がその契約を相手側 (行政) に実行させる権利はない。義務的契約の基本となる約因 (consideration) を、受給者の側に見いだすのは困難である。しかも、参加者は行政に対してその契約上の義務を強制できないし、契約の名のもとに、わずかな権利をも制限されることがある。

新社会契約という概念は、修辞学上の約束 (a rhetorical promise) に過ぎず、法的意味の契約ではない。』⁽¹¹⁾

就労・自立支援プログラムにせよ、健康維持・予防プログラムにせよ、それ

を契約関係として構成するかどうか、もしそうならその際の契約とは一体いかなる効力を有するものと考えられるべきかについては、今後議論が深められていく必要があるが、少なくとも、ここでは、契約関係と仮定した場合にも、受給者と国・地方公共団体・保険者との権利義務関係について一つだけ確認しておきたいことがある。現在提案されている生活保護法の自立支援プログラムに参加したとすれば、参加者には、個別的な事情を考慮したうえで作成されるメニューに沿って、自立に向かう努力義務が課せられ、それに対応して、国や地方公共団体には、それぞれの参加者のニーズに応じた多様なメニューを準備し、それに参加させ、その過程でメニューをこなせるよう支援し、最終的には雇用を創設してでも就労を確保する努力義務が発生すると考えられる。しかし、前記の記述を見ても分かるように、アメリカの多くの論者は、そうではなくて、就労支援プログラムに参加することと引き換えに、反対給付として生活保護給付を受給すると考えていることである。したがって、プログラムへの不参加やその過程における消極的態度に対しては、その反対給付とみなされている生活保護受給権そのものを失うという制裁（債務不履行責任）が課せられることになる。もちろん、わが国でも生活保護法の自立支援プログラムを、生活保護受給権とは関係なく、プログラムに参加する参加者の義務とその自立を援助して行く地方公共団体の義務と構成したとしても、参加に対する消極的態度が生活保護法4条〔補足性の原理〕の定める労働能力の活用要件と結び付けられてしまうと、労働能力を活用していないと認定され、生活保護法27条、62条を根拠に、保護の変更、停止又は廃止へと結果的に結び付いてしまうことになる。こういう事情があれば、改正介護保険法の新予防給付（例えば筋力トレーニング）に積極的参加をしなかった場合には、介護保険法の介護給付が打ち切られるのだろうかという不安を国民が最初に抱いたのは無理からぬところであろう。

だが、筋力トレーニングをはじめとする新予防給付の求めるさまざまな行為を、単にこれらは法的義務ではないと言うだけでは、現在の介護保険法が抱えている深刻な問題を解決することにはならない。障害者自立支援法、介護保険法改正、生活保護法における自立支援プログラムの新設などの一連の法改正の状況を見る限り、受給者本人の積極的参加意思と協力なしにはこれからは社会

保障制度の持続可能性さえ危うくなって来ているという深刻な状況があることもまた否定できないからである。現在の厳しい状況を乗り切るために、健康維持や予防というサービスが実施されようとしているのである。もちろん、健康維持や予防サービスの実効性如何については、これは本人にとって良いことであるとして、本人の同意を前提に構成する考え方を取るか（弱いパターンリズム）、あるいは、国・地方公共団体・保険者にとっても良いことであり、本人が同意するかどうかにかかわらず、本人に介入すべきであるという考え方（強いパターンリズム）を取るかについてもまた別に議論が展開されて行かなくてはならないであろう⁽¹²⁾。さらに、もっと論を進めるならば、われわれは、今、こうした社会的・経済的状況を踏まえたうえで、虚弱高齢者や要支援高齢者に対して国・地方公共団体・保険者から健康維持や予防という一定の行為を要求されることと、そのことから当然にして起こって来るであろう受給者の自己決定権の尊重との衝突をどのようにして調和・調整して行くのか（受給者の権利擁護規定を整備することもその一つの方法かもしれない。）、その質問に答えるよう要請されているように思われる。ドイツの介護保険法6条では〔自己責任（Eigenverantwortung）〕という見出しのもとに次のように被保険者の義務が規定されており、それは受給権と引き換えの性質をもったものだと紹介されている。

「1 被保険者は健康を意識して生活し、早めに予防措置に参加し、病気の治療や医学的リハビリテーションに積極的に参加し、要介護状態を回避しなければならない。

2 要介護状態が始まったときには、医学的リハビリテーションと自立に向けた介護（actvirende Pflege）の処置に協力しなければならない。

もし、被保険者が、予防とリハビリテーションの措置に参加し協力しなければ、被保険者の受給の権利は保障されない。健康か病気かは私的な個人の領域の問題と言う考え方が許されない。なぜなら、要介護状態になれば、介護保険という公共財を活用せざるを得ないからである。健康であり続けること、もし病気になったら医師の処方に従うこと、そしてリハビリテーションの措置に協力すること、これら一連の過程が自己責任に基づく公共性のルールである。」⁽¹³⁾

国、地方公共団体、保険者が、これまで原則として個人責任と考えられてきた健康維持や予防という分野に、何を根拠に、どこまで介入して行くべきか、また行けるのか、それは個人の自己決定権の尊重との関係でどのように理解されるべきなのか、そういった重要な課題を、改正介護保険法の予防給付と地域支援事業はをわれわれに投げかけているように思われる。

- (2) 小林弘人「介護保険の行政法的検討」(日本財政法学会編『社会保険の財政法的検討』、龍星出版、2005(平成17)年) 頁。
- (3) 荒木誠之「医療の視点－社会保障法学の立場から」(健康保険、1970(昭和45)年4月号) 12～13頁。
- (4) 上村政彦「医療保障法の展望」(『講座・社会保障法、第4巻医療保障法・介護保障法』法律文化社、2001(平成13)年) 254頁以下。
- (5) 2002(平成14)年4月までは、拠出金70%、公費30%であったが、公費が段階的に引き上げられ、拠出金50%、公費50%となる予定である。
- (6) 「Close Up、医療費は国民的な議論で伸び率を決定」(週刊社会保障No.2331、2005(平成17)年5月2日-9日) 10頁、西村周三教授に「医療費適正化」を聞くのインタビュー記事。
- (7) 稲森公嘉「予防給付に関する一考察」(週刊社会保障、No. 2349、2005(平成17)年9月19日) 48頁。
- (8) 月刊福祉第88巻第3号、2005(平成17)年3月号56頁以下。
- (9) Lawrence M.Mead 「Beyond Entitlement : The Social Obligation of Citizenship」 The Free Press, A Division of Macmillan, Inc. New York (1986) 2 頁。
- (10) Lawrence M.Mead、前掲書、3 - 4 頁。
- (11) Ann VanDePol and Katherine E. Meiss 「California's GAIN : Greater Avenues or a Narrow Pass ? The Politics and Policies of Welfare Reform and AFDC Work Program in the 1980s」, 3 Berkeley Women's Law Journal 49 (1987-1988)。
- (12) 秋元美世「生活保護と自立支援－自立支援プログラムをめぐって」(週刊社会保障 No.2326、2005(平成17)年3月28日) 48頁。
- (13) 豊田謙二『質を保障する時代の公共性－ドイツの環境政策と福祉政策』(ナカニシヤ出版、2004(平成16)年9月) 157頁。

(石橋敏郎)

Ⅲ サービスの質の保障

1 取り扱う範囲と内容

2000(平成12)年4月から施行されている介護保険法であったが、5年を経て見直しの時期を迎え、主として財政面からの大幅な改革を加えたのち、2005(平成17)年6月、改正介護保険法として成立した。これまで筆者は、介護サービスが従来の措置制度から契約制度へと転換されたなかで、介護サービスの質とは何か、多様なニーズを持った利用者の自己決定権を尊重し、かつ良質な介護サービスをどのように保障したらよいかという課題について、特に「第三者によるサービス評価」に重点をおき、評価の手法、具体的な評価項目の検討等を中心に考察を行ってきた⁽¹⁴⁾。今回はサービス評価に関する新しい試みや、改正法に盛り込まれたサービスの質の保障としての情報公開に着目して論述することにした。特に情報公開については、これまでのサービスの質の保障を図る方法の一つとして考えられてきた行政監査制度・サービス評価事業・苦情解決制度に加えて、新たなサービスの質を担保する方法として注目を集めてきている。こうした新しい方法も考慮に入れながら、現時点でのサービス評価の意義と限界について、実際のヒアリング結果などをもとにして実証的に考察することにした。

2 サービス評価事業の新しい試み

(1) 介護サービス評価センターふくおか

福岡市社会福祉協議会が運営している「介護サービス評価センターふくおか」では、2002(平成14)年6月からホームページを開設して、同年10月から評価を開始し、12月から介護サービス評価事業の結果を公開している。また、介護サービス評価センターふくおか（以下、評価センターと呼ぶ）と福岡市介護保険課がそれぞれにパンフレットを作成して「事業所のサービスの質の向上と利

「利用者のサービス選択」という目的実現に向けて、福岡市が策定した評価基準を用いて、実際のサービス評価は評価センターが行なうというように連携を取りながらサービス評価を実施している（資料Ⅲ－1）。その他、評価センターの独自の試みとして、広報誌や新聞、雑誌などを使って評価事業の周知徹底を図っている。このような評価センターの先駆的な取り組みと実績は、全国的にも注目されていることから、今回直接訪問してヒアリング調査を行った⁽¹⁵⁾。

資料Ⅲ－1 介護サービス評価センターふくおか

信頼できる 事業所の証



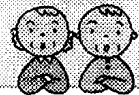
安心して利用できる
事業所選びのお手伝い

このマークは、一定水準以上であると認められた介護サービス事業所としての証です。認証証書や認証マークステッカーに使用されています。

※認証取得事業所・施設は入り口などに掲示しています。

介護サービスを受けたいのだけど...
どうやって事業所を選べばいいの？

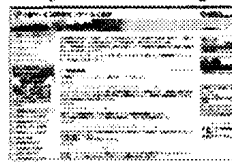
情報はこちらです



1 ホームページでさがす
介護サービス事業所選びに役立つ情報がいっぱい。

ホームページアドレス

<http://www.hyouka-fukuoka.gr.jp>



※全ページ

「介護サービス評価センターふくおか」のホームページには認証の交付を受けた介護サービス事業所の情報を掲載しています。



※全ページ

名称、所在地、介護サービスの種類など、利用目的に応じて事業所を検索できます。さらに、事業所の特徴や対応できる内容で絞り込みもできます。



わかりやすいアイコン(擬文字)でサービス内容が一目でわかる

**2 区役所などの
在宅ケア・ホットラインに相談**
福岡市の各区役所で情報収集できます。

**3 あなたの担当の
ケアマネジャーさんに相談**
福岡市の各区役所で情報収集できます。

介護サービス評価センターふくおか

〒810-0062 福岡市中央区荒戸3丁目3番39号
TEL 092-720-5355 FAX 092-720-5356

(資料は介護サービス評価センターふくおかより拝受)

介護サービス評価センターふくおか

評価の目的

“介護サービス評価センターふくおか”が実施する介護サービス事業所・施設のサービス評価は、次の2つを目的としています。



◎事業所のサービスの質の向上

◎利用者のサービス選択

次の5つの基本理念と具体的内容に基づき評価を実施します。

1. 利用者本位の介護サービスの提供

- 利用者評価の実施
- 評価項目内容への取り込み
- 第2段階の評価基準を想定（より高い目標を設定）

2. 利用者に役立つ情報の提供

- 基本情報と事業所を選択するための情報提供機能
- 認証の交付（一定水準以上の事業所）

3. 事業所のサービスの質の向上を支援

- 評価、分析結果の詳細な情報提供
- 事業所間や市場調査との相対的分析結果の情報提供

4. 公平かつ公正な評価システム

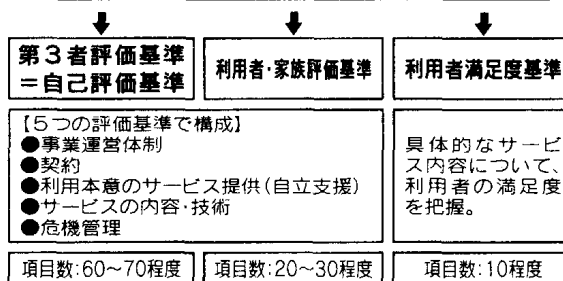
- 介護サービス評価委員会における評価判定
- 評価委員、調査員の氏名職歴の公表
- 評価センター所長の外部からの登用（非常勤）

5. 効果的かつ効率的な評価システム

- 調査員の採用
- コンピュータの活用

システムの概要

サービス基準は、サービス種別ごとに福岡市が策定



●福岡市が策定した評価基準を用います。

福岡市市域をサービス提供地域とする事業所に対して「共通の評価基準」を用いることにより、事業所や市民に対してひとつの指針を示すものです。

評価センターでは、福岡市が策定した評価基準を採用しています。

●3種類の評価基準と4つの評価からなります。

1. 事業所自己評価・第三者評価基準
2. 利用者・家族評価基準
3. 利用者満足度評価基準

●事業所には2年間の認証有効期間内に、1回の評価で事業所のサービスの質の向上のために、改善に役立つ3種の情報提供がなされます。

1. 事業所の絶対的分析結果を情報提供

事業所による自己評価、第三者評価、利用者評価、利用者満足度評価結果から経営改善に役立つ情報に分析・加工して情報提供します。客観的な視点による強みや弱み、重点的な改善ポイントなどを事業所が把握し、サービスの質の向上に役立てることができます。

2. 事業所間の相対的な分析結果を情報提供

他の事業所の評価結果が累積されることにより、評価を受けた事業所全体の中でどの位置にいるのか、また他の事業所と比較した場合の最優先課題は何かなど事業所間の分析結果を情報提供します。事業所は、事業戦略立案のための基礎情報を把握し、サービスの質の向上に役立てることができます。

3. 市場調査との相対的な分析結果を情報提供

今後介護サービスが必要となる人・その家族の方などを対象とした市場調査を行い、その結果と個別事業所との相関性の分析結果を情報提供します。事業所はマーケティング活動に活用し、利用者の要望するサービスを提供することに役立てることができます。

（資料は介護サービス評価センターふくおかより拝受）

ヒアリング当日の資料によると、介護サービス評価事業進捗状況（平成14年度からの累計）は表Ⅲ-2のとおりである⁽¹⁶⁾。これによると、評価を受ける事業所の絶対数が少ないことがまず問題である（平成14年度からの累計で15.7%）。次に、新たに事業を始めた新規参入事業者と既設事業者であっても、評価を十分に理解できていない事業者は、ともに認証率（後述）が低いとのことであった。反面、監査前に評価センターの評価を受けると、事前に書類等の準備が必

要なので、監査の際にも資料が使えるという実際上のメリットもあるようである。評価(審査)は、1日がかりの仕事なので負担に感じている事業所もあり、各事業所の評価への関心度のばらつきや評価を受けようとする事業者の伸び悩みという課題もでてきているようである。実際のところ、平成15年度、平成16年度ともに100ヶ所程の事業所が評価を受けているが(延べ265事業所)、全体としてみると評価を受ける事業所数が伸びている訳ではない。評価費用については、福岡市からの補助があり、評価(審査)に落ちたところからは費用を受け取

表Ⅲ-2 介護サービス評価事業進捗状況(14年度からの累計)

1 評価申込み・調査・認証交付の状況 参考
平成16年8月31日現在

コード	サービス種別	指定事業所数 (H15.3末)	累 計						16年度					
			申込 事業所数	申込率 (%)	調査済 事業所数	判定済 事業所数	認証交付 事業所数	認証率	申込 事業所数	申込率 (%)	調査済 事業所数	判定済 事業所数	認証交付 事業所数	認証率
11	訪問介護 (ホームヘルプ)	202	33	16.3%	27	26	20	76.9%	5	2.5%	1	1	0	0.0%
12	訪問入浴介護※	17	2	11.8%	0	0	0	-	2	11.8%	0	0	0	-
13	訪問看護※	57	13	22.8%	12	12	12	100.0%	1	1.8%	0	8	8	100.0%
14	訪問リハビリテーション※	0		0.0%	0	0	0	-	0	-	0	0	0	-
15	通所介護 (デイサービス)	114	19	16.7%	17	16	16	100.0%	0	0.0%	0	0	0	-
16	通所リハビリテーション※ (デイケア)	108	11	10.2%	8	8	8	100.0%	2	1.9%	2	2	2	100.0%
17	福祉用具貸与※	139	6	4.3%	5	4	4	100.0%	1	0.7%	2	2	2	100.0%
21	短期入所生活介護 (ショートステイ)	40	11	27.5%	11	11	11	100.0%	0	0.0%	0	1	1	100.0%
22	短期入所療養介護※ (ショートステイ)	76	3	3.9%	2	2	2	100.0%	1	1.3%	1	1	1	-
32	痴呆対応型共同生活介護※ (グループホーム)	34	2	5.9%	2	2	2	100.0%	1	2.9%	2	2	2	100.0%
33	特定施設入所者生活介護※	5	1	20.0%	1	1	1	-	0	0.0%	0	1	1	-
43	居宅介護支援 (ケアマネジャー)	303	48	15.8%	40	39	34	87.2%	9	3.0%	3	3	2	66.7%
51	介護福祉施設サービス (特別養護老人ホーム)	27	20	74.1%	18	18	17	94.4%	2	7.4%	2	4	3	75.0%
52	介護保健施設サービス (老人保健施設)	24	12	50.0%	10	10	10	100.0%	2	8.3%	2	3	3	100.0%
53	介護療養施設サービス (療養病床等)	49	7	14.3%	7	7	7	100.0%	0	0.0%	0	0	0	-
合 計		1,195	188	15.7%	160	156	144	92.3%	26	2.2%	15	28	25	89.3%

・※このサービス種類は、平成15年度から評価を開始しています。

- ・ 申込中3事業所が2回目申込。申込中6事業所が更新申込。
- ・ 認証交付中2事業所が2回認証取得、1事業所が不可から認証取得。
- ・ 平成16年3月末で保留が4事業所。
(内訳:通所介護1、福祉用具貸与1、特定施設入所1、介護老人保健施設1)
- ・ 平成16年8月末で保留が1事業所。
(内訳:通所介護1、介護老人保健施設1)
- ・ 上記申込以外に、申込後辞退した事業所が14年度申込事業所中[5事業所]
(内訳:訪問介護2、通所介護1、短期入所生活介護1、居宅介護支援1)

年 度	申込 実件数	目標 件数	達成率	判定 件数	達成率
平成14年度 実申込み件数	57	70	81.4%	34	48.6%
平成15年度 実申込み件数	105	240	43.8%	94	39.2%
平成16年度 実申込み件数	26	240	10.8%	28	11.7%
累 計	188	550	34.2%	156	28.4%

(資料は介護サービス評価センターふくおかより拝受)

2 法人別・所在地別 評価申込み・調査・認証交付の状況

参考

平成16年8月31日現在

①運営法人別

運営法人	累計				
	申込 事業所数	調査済 事業所数	判定済 事業所数	認証交付 事業所数	認証率
社会福祉法人	59	49	49	47	95.9%
医療法人	58	49	52	48	92.3%
財団法人	12	8	8	8	100.0%
社団法人	15	15	11	11	100.0%
NPO法人	1	1	1	0	0.0%
協同組合	11	9	6	6	100.0%
株式会社	16	15	15	12	80.0%
有限会社	13	12	12	10	83.3%
特殊法人	3	2	2	2	100.0%
計	188	160	156	144	92.3%

16年度				
申込 事業所数	調査済 事業所数	判定済 事業所数	認証交付 事業所数	認証率
6	1	7	6	85.7%
9	7	12	11	91.7%
4	0	0	0	-
0	0	3	3	100.0%
0	0	1	0	0.0%
4	3	0	0	-
1	1	2	2	100.0%
1	2	2	2	-
1	1	1	1	100.0%
26	15	28	25	89.3%

②所在地別

所在地	申込 事業所数	調査済 事業所数	判定済 事業所数	認証交付 事業所数	認証率
東区	15	14	11	11	100.0%
博多区	30	27	27	23	85.2%
中央区	17	16	16	14	87.5%
南区	30	25	24	23	95.8%
城南区	14	14	14	14	100.0%
早良区	29	23	23	21	91.3%
西区	21	20	20	19	95.0%
福岡市計	156	139	135	125	92.6%
前原市	9	7	7	7	100.0%
古賀市	2	1	1	1	100.0%
春日市	2	2	2	2	100.0%
宗像市(旧玄海町合)	1	1	1	1	100.0%
大野城市	2	2	2	2	-
太宰府市	3	0	0	0	-
二丈町	3	1	1	1	-
志摩町	1	0	0	0	-
篠栗町	1	1	1	1	100.0%
志免町	1	1	1	1	100.0%
粕屋町	2	2	2	2	100.0%
福岡町	1	1	1	0	0.0%
久留米市	1	1	1	1	100.0%
直方市	1	1	1	0	0.0%
若松区	2	0	0	0	-
市外計	32	21	21	19	90.5%
計	188	160	156	144	92.3%

申込 事業所数	調査済 事業所数	判定済 事業所数	認証交付 事業所数	認証率
4	4	3	3	100.0%
3	0	3	2	66.7%
1	0	2	2	100.0%
4	2	5	5	100.0%
0	2	3	3	100.0%
7	2	4	3	75.0%
1	1	3	3	100.0%
20	11	23	21	91.3%
1	0	0	0	-
1	0	0	0	-
0	0	0	0	-
0	0	0	0	-
0	2	2	2	-
3	0	0	0	-
0	1	1	1	-
1	0	0	0	-
0	0	0	0	-
0	1	1	1	100.0%
0	0	0	0	-
0	0	0	0	-
0	0	1	0	0.0%
0	0	0	0	-
6	4	5	4	80.0%
26	15	28	25	89.3%

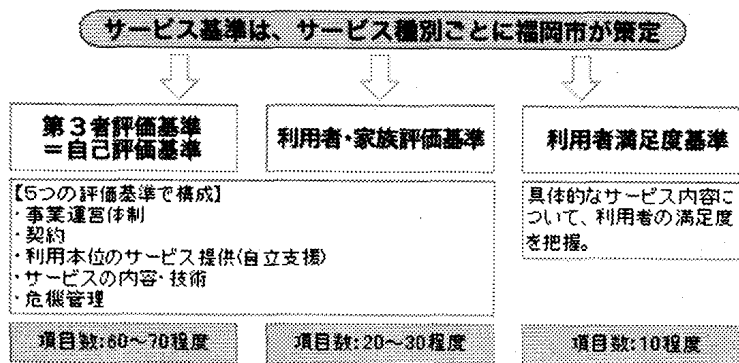
・上記申込以外に、申込後辞退した事業所が14年度申込事業所中 [5事業所]
 法人別内訳：社会福祉法人4、医療法人1
 所在地別内訳：西区1、前原市4

(資料は介護サービス評価センターふくおかより拝受)

らないとのことであるが、評価センターの運営や収入面、効率性から考えると、ある程度は評価（審査）を受ける事業者の数を増やす必要が求められるであろう。

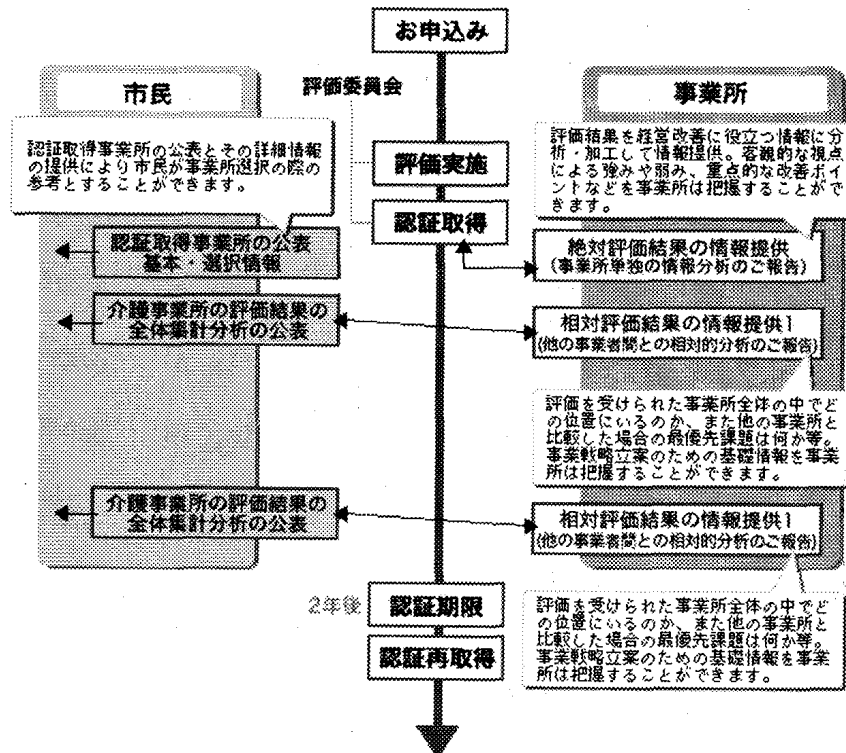
ではここで、評価センターの認証の基準について検討することにしよう。評価センターのホームページを見ると、評価の目的、評価基準の概要（図Ⅲ－3）、評価システムの全体像（図Ⅲ－4）が以下のように表記されている。

図Ⅲ－3 評価基準の概要図



(出典) <http://www.hyouka-fukuoka.gr.jp/jigyousya/outline.htm>

図Ⅲ－4 評価システムの全体像



(出典) <http://www.hyouka-fukuoka.gr.jp/jigyousya/outline.htm>

評価センターでは、サービスの質を確認する具体的な設問を評価項目として準備している。今回の評価基準では、介護保険法の「運営に関する基準」で求められる内容をもとにした「評価項目」と、それ以外で必要と考えられる「評価項目」である追加基準が盛り込まれている。評価項目には、サービスの質の状況について評価の際の目安となる2から7段階の「判断基準」が設定されている。すべての評価項目の判断基準には、一定の質を確保するために満たすことが望ましい水準を「☆」マークで示し、介護保険法の運営基準をもとに設定している評価項目については、最低限満たしておくべき水準を「○」マークで示している。☆は満たすことが望ましい基準であり、○と合わせて85%以上満たしていないと認証されず、○については最低基準であるので、100%全て満たしていないと認証されない。評価区分は、事業運営体制、契約、利用者本位のサービス提供（自立支援）、サービス内容・技術、危機管理の5つである（図Ⅲ-5）。

図Ⅲ-5 評価区分について

○事業運営体制

事業運営の基本となる運営方針や、管理者による適切な事業管理、苦情処理体制、従業員の管理など、事業運営全般にわたる事項を評価します。

○契約

契約内容や重要事項の説明を行い、利用者の同意を得て適切に契約が行われているか、また、利用料の収受は適正に行われているかなど、契約に関する事項を評価します。

○利用者本位のサービス提供（自立支援）

サービスの提供にあたり、サービス計画や提供内容をはじめ、苦情処理、損害賠償などについて、わかりやすく適切な説明が行われ、利用者の同意に基づくサービスが提供されているか、また、適切なアセスメントの実施、他事業所との連携、利用者には有益な情報提供など、利用者本位のサービス提供に関する事項を評価します。

○サービス内容・技術

責任者の管理のもと、マニュアルを基本とした的確なサービスが提供され、さらに介護技術の向上への取り組みなど、具体的なサービス内容や技術に関する事項を評価します。

○危機管理

利用者に安心してサービスを受けていただくための、緊急時の対応や衛生管理、事故の再発防止など、危機管理に関する事項を評価します。

（出典）介護サービス評価センターふくおか

<http://www.hyouka-fukuoka.gr.jp/> 評価基準とポイントの見方より抜粋

ここで具体的な例として「訪問介護」評価基準とポイントを取り上げること
にしよう（図Ⅲ－6）。また福岡市H区の評価結果は図Ⅲ－7のとおりである。
評価センターのホームページでは、評価基準とポイントについても詳細な説明
がなされており、これをもとに認証に向けた各事業所の事前準備も可能となっ
ている。

図Ⅲ－6 「訪問介護」評価基準

評価区分ごとの評価項目				
第三者評価項目・自己評価項目		57項目	利用者・家族評価項目	28項目
事業運営体制		17項目	6項目	
1	運営方針の説明			
8	社員証等の携行		4	社員証等の提示
9	サービス提供の記録			
15	サービスの質の自己評価			
21	管理者の業務管理			
22	管理者の責務			
24	勤務体制の確保			
26	健康管理			
31	秘密の保持		14	秘密の保持
32	個人情報の取り扱い		15	個人情報の取り扱い
33	広告		16	広告
34	居宅介護支援事業者への利益供与の禁止			
35	苦情相談体制		17	苦情相談体制
36	苦情の一元管理			
52	綱紀粛正		27	綱紀粛正
55	苦情相談マニュアル			
56	苦情の整理分析			
契 約		9項目	5項目	
2	重要事項(内容及び手続)の説明及び同意		1	重要事項の説明及び同意
3	サービス提供拒否の禁止			
4	サービス提供困難時の対応			
5	受給資格等の確認			
10	利用料等の受領		5	利用料等の支払い
11	領収書の交付		6	領収書の受領
48	契約の締結		25	契約の締結
49	実績の確認		26	実績の確認
51	利用者に代わって判断を行う人			
利用者本位のサービス提供(自立支援)		10項目	8項目	
6	心身の状況等の把握		2	心身の状況等の把握
7	居宅サービス計画に沿ったサービス提供及び変更の援助		3	サービス変更の援助
12	訪問介護計画の作成と他事業所との連携			
13	訪問介護計画の説明		7	訪問介護計画の説明
19	訪問介護計画の見直し		10	訪問介護計画の見直し
37	苦情対応に関する説明		18	苦情対応に関する説明
43	サービスの変更		20	サービスの変更
47	個人の尊厳への配慮		24	個人の尊厳への配慮
50	成年後見制度の説明			
54	損害賠償内容の説明		28	損害賠償内容の説明

評価区分ごとの評価項目				
第三者評価項目・自己評価項目		57項目	利用者・家族評価項目	28項目
サービス内容・技術		10項目	5項目	
14	サービス提供時間	8	サービス提供時間	
16	サービスの提供	9	サービスの提供	
17	介護技術の向上			
18	サービス提供責任者の計画管理			
23	サービス提供責任者の責務			
25	訪問介護員の資質向上			
41	業務マニュアルの整備			
44	痴呆性高齢者への対応	21	痴呆性高齢者への対応	
45	鍵の管理	22	鍵の管理	
46	担当者の緊急的な交代	23	担当者の緊急的な交代	
危機管理		11項目	4項目	
20	緊急時の対応			
27	感染予防1（マニュアル）			
28	感染予防2（交替体制）	11	感染予防1（交替体制）	
29	感染予防3（予防用品）	12	感染予防2（予防用品）	
30	衛生管理	13	衛生管理	
38	事故発生時の対応			
39	事故発生時の連絡	19	事故発生時の連絡	
40	損害賠償への対応			
42	疾病の把握			
53	事故処理の記録			
57	事故の再発防止			

No. ※1～40, 53, 56は運営基準をベースとした項目 No. ※1～19は運営基準をベースとした項目

No. ※40～57は追加項目(除く53, 56)

No. ※20～28は追加項目

(出典) <http://www.hyouka-fukuoka.gr.jp/> 訪問介護基準とポイントより抜粋

《 訪問介護 》

事業運営体制

1 運営方針の説明（事業運営体制） 事業所の基本理念や運営方針が記載された資料を作成し、従業員に配布していますか。	基準 4条
--	----------

判断基準

	得点	達成率
1 資料を作成し、配布しており、全従業員が説明できる	6	100.0%
☆ 2 資料を作成し、配布しているが、全従業員は説明できない	5	83.3%
3 資料を作成しているが、配布していない	4	66.7%
○ 4 基本理念や運営方針はあるが、資料を作成していない	3	50.0%
5 基本理念や運営方針が無い	0	0.0%

指定訪問介護事業の基本方針

要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。

〈評価のポイント〉

- 事業所の基本理念と運営方針を書面で確認します。
- 書面は、従業員向けの資料、パンフレット、重要事項説明書などの種類は問いません。
- 基本理念や運営方針の周知状況について従業員が説明できるかどうかを確認します。

〈用語の定義〉

- 従業員とは、常勤・非常勤または、職種を問わず、貴事業所に雇用されるすべての従業員を指します。

8 社員証等の携行（事業運営体制） **基準**
18条
訪問介護員に、社員証または名札（事業所名・氏名入り）を携行させていますか。

判断基準		得点	達成率
	1 社員証または名札を携行させ、初回訪問時には必ず提示させている	6	100.0%
☆○	2 社員証または名札を携行させ、初回訪問時には提示するよう指導している	5	83.3%
	3 社員証または名札を携行させている	4	66.7%
	4 社員証または名札を携行させていない	0	0.0%

利用者評価
4 社員証等の提示（事業運営体制）
ヘルパーは、社員証・名札（事業所名・氏名入り）などを携行していますか。

判断基準		得点	達成率
☆	1 初回訪問時に見せてもらった	5	100.0%
	2 初回ではないが、いつか見せてもらったことがある	4	80.0%
	3 持っているようだが、見せてもらったことはない	3	60.0%
	4 持っていないようだ	2	40.0%
	5 わからない 又は 覚えていない	—	—

（評価のポイント）

- 事業所の名称や氏名などが記載された社員証または名札などを携行しているかどうか、また提示しているかどうかは利用者評価でも確認します。
- 2の指導については、その指導内容を記録（事業所内のミーティング記録など）で確認します。

2 重要事項（内容及び手続）の説明及び同意（契約） **基準**
8条、29条
重要事項を記載した書面を、利用申込者又は家族に交付して説明を行い、同意を得ていますか。

判断基準		得点	達成率
	1 書面を交付し、わかりやすく説明のうえ書面で同意を得ている	6	100.0%
☆	2 書面を交付し、説明のうえ書面で同意を得ている	5	83.3%
○	3 書面を交付し、説明のうえ口頭で同意を得ている	4	66.7%
	4 書面を交付していないが、説明のうえ口頭で同意を得ている	3	50.0%
	5 説明していない	0	0.0%

重要事項

- ① 運営規程の概要
 - ・ 事業の目的及び運営方針
 - ・ 従業者の職種、員数及び職務内容
 - ・ 営業日及び営業時間
 - ・ サービスの内容及び利用料、その他の費用
 - ・ 通常の事業実施地域
 - ・ 緊急時等における対応方法
 - ・ その他運営に関する重要事項
- ② 従業者の勤務体制
- ③ 事故発生時の対応
- ④ 苦情処理の体制
- ⑤ 介護サービス記録の利用者への開示※
- ⑥ その他利用申込者のサービス選択に資すると認められる重要な事項

利用者評価
1 重要事項の説明及び同意（契約）
重要事項を書いた書類（重要事項説明書）をもらい説明を受けましたか。また、同意を求められましたか。

判断基準		得点	達成率
	1 重要事項説明書の内容についてわかりやすく説明を受け、重要事項説明書に署名（押印）した	6	100.0%
☆	2 重要事項説明書の内容について説明を受け、重要事項説明書に署名（押印）した	5	83.3%
	3 重要事項説明書の内容について説明を受け、口頭で同意した	4	66.7%
	4 重要事項説明書の内容について説明を受けたが、同意は求められなかった	3	50.0%
	5 重要事項説明書はもらったが、説明は受けなかった	2	33.3%
	6 重要事項説明書はもらっていないし、説明も受けていない	0	0.0%
	7 わからない 又は 覚えていない	—	—

(評価のポイント)

- 重要事項説明書などの重要事項を記載した書面とその記載事項を確認します。
- わかりやすい説明とは、そのための工夫がなされているかを確認します。たとえば字体を大きくし見やすくしているや専門用語を避けた言い回しで表現しているなどが考えられます。
- 説明を行ったかどうか、説明がわかりやすかったかどうかなどについて利用者評価でも確認します。
- 同意の確認は、その書面を確認します。同意した書面がない場合は、聞き取りなどで確認します。
- 重要事項の運営規程の概要の項目で※印がついているものは、運営基準において運営規程の内容としては直接その指示はありませんが、福岡市においてその他運営に関する重要事項と考えているものです。

第三者評価・自己評価基準や評価ポイントの見方

評価項目
どのようなことを評価するかの具体的な内容です。

評価区分
5つの区分があり、区分ごとに分けてあります。

運営基準に基づくものには「基準」を表示し、省令の該当する「条」を表記しています。「準用」とあるのは、他のサービス種類で適用される規定を該当サービスで適用しようとするものです。「改正」とあるのは、改正後の運営基準によるものを示します。

契約

2 重要事項 (内容及び手続) の説明及び同意 (契約)
重要事項を記載した書面を、利用申込者又は家族に交付して説明を行い、同意を得ています

判断基準

1	書面を交付し、わかりやすく説明のうえ書面で同意を得ている	6	100.0%
☆	2 書面を交付し、説明のうえ書面で同意を得ている	5	83.3%
○	3 書面を交付し、説明のうえ口頭で同意を得ている	4	66.7%
4	書面を交付していないが、説明のうえ口頭で同意を得ている	3	50.0%
5	説明していない	0	0.0%

判断基準
サービスなどの実態がどのような状況であるかを評価する際の目安です。

重要事項

① 運営規程の概要

- ・事業の目的及び運営方針
- ・従業者の職種、員数及び職務内容
- ・営業日及び営業時間
- ・サービスの内容及び利用料、その他の費用
- ・通常の事業実施地域
- ・緊急時等における対応方法
- ・その他運営に関する重要事項

② 従業者の勤務体制

③ 事故発生時の対応

④ 苦情処理の体制

⑤ その他利用申込者のサービス選択に

利用者・家族評価項目
利用者や家族から評価項目について具体的に確認する質問内容です。

利用者評価

1 重要事項の説明及び同意
重要事項を書いた書類 (重要事項説明書) をもらい説明を受けましたか。また、同意を求められましたか。

判断基準

1	重要事項説明書の内容についてわかりやすく説明を受け、重要事項説明書に署名 (押印) した	6	100.0%
☆	2 重要事項説明書の内容について説明を受け、重要事項説明書に署名 (押印) した	5	83.3%
3	重要事項説明書の内容について説明を受け、口頭で同意した	4	66.7%
4	重要事項説明書の内容について説明を受け、口頭で同意した	3	50.0%
5	重要事項説明書はもらったが、説明は受けていない	2	33.3%
6	わからない 又は 覚えていない	0	0.0%

得点・達成率
各判断基準毎の得点です。☆マークの判断基準が5点で、上下に行くとともに±1点ずつ変化し、何もしていない場合は0点です。
達成率は、各判断基準の得点を最高得点で除したのもっとも高い判断基準に対する達成の割合を表します。

評価のポイント
判断基準を決める根拠になる考え方や、確認の方法などを示します。また、評価項目や判断基準で使用している「用語の定義」を説明している項目もあります。

評価のポイント

- 重要事項説明書などの重要事項を記載した書面とその記載事項を確認します。
- わかりやすい説明とは、そのための工夫がなされているかを確認します。たとえば字体を大きくし見やすくしているや専門用語を避けた言い回しで表現しているなどが考えられます。
- 説明を行ったかどうか、説明がわかりやすかったかどうかなどについて利用者評価でも確認します。
- 同意の確認は、その書面を確認します。同意した書面がない場合は、聞き取りなどで確認します。

(出典) <http://www.hyoka-fukuoka.gr.jp/> 訪問介護基準とポイントより抜粋

○ 利用者評価（満足度）基準（訪問介護）

下記の項目、内容について、5段階評価を行う。

※5段階：「とても満足」「やや満足」「ふつう」「やや不満」「とても不満」

※該当がない場合も考えられるため、内容に応じ「該当なし」を設ける。

1 掃 除

- ① あなたが希望する順番、やり方を確認して、掃除してくれますか？
希望するやり方でできない場合は、その理由を説明してくれましたか？
- ② 掃除のできばえは、きれいですか？

2 調 理

- ① あなたが希望する料理を確認して、作ってくれますか？
希望する料理を作れない場合は、その理由を説明してくれましたか？
- ② あなたが希望する味付けを確認して、調理してくれますか？
希望する味付けできない場合は、その理由を説明してくれましたか？
- ③ あなたの健康や体の状態を確認して、調理してくれますか？

3 洗 濯

- ① あなたが希望するやり方を確認して、洗濯してくれますか？
希望するやり方でできない場合は、その理由を説明してくれましたか？
- ② 丁寧に洗濯してくれますか？

4 入浴介助

- ① あなたが希望する入浴方法を確認して、入浴させてくれますか？
希望する方法でできない場合は、その理由を説明してくれましたか？
- ② 丁寧に介助してくれますか？

5 食事介助

- ① あなたが希望する順番を確認して、食べさせてくれますか？
- ② あなたの食べる速さを考えて、食べさせてくれますか？

6 排せつ介助

- ① あなたの排泄の希望を確認して、介助してくれますか？
- ② 丁寧に介助してくれますか？

7 外出介助

- ① あなたの外出の希望を確認して、介助してくれますか？
- ② あなたが希望する介助の方法などを確認して、介助してくれますか？

8 苦 情

- ① あなたの意見や苦情を聞いてくれますか？
- ② あなたが苦情や意見を言ったときに、迅速に適切な対応をしてくれましたか？

9 サービス全体

- ① サービス内容は、満足していますか？
- ② ヘルパーの対応や態度は、満足していますか？

利用者評価（満足度）基準

利用者評価（満足度）基準は、サービスの種類毎に、それぞれの特性に応じて利用者がサービスに対してどのように感じているかを質問形式で把握し、サービス提供側の認識との違いなどを分析するものです。

各項目の質問内容について、利用者又は家族が「とても満足」「やや満足」「ふつう」「やや不満」「とても不満」「該当なし」の評価を行います。

利用者（満足度）評価は、第三者評価の判定には反映しません。

（訪問介護）の例

1 掃 除

- ① あなたが希望する順番、やり方を確認して、掃除してくれますか？
希望するやり方でできない場合は、その理由を説明してくれましたか？
- ② 掃除のできばえは、きれいですか？

2 調 理

- ① あなたが希望する料理を確認して、作ってくれますか？
希望する料理を作れない場合は、その理由を説明してくれましたか？
- ② あなたが希望する味付けを確認して、調理してくれますか？
希望する味付けできない場合は、その理由を説明してくれましたか？
- ③ あなたの健康や体の状態を確認して、調理してくれますか？

⋮

それぞれの質問に5段階評価又は「該当なし」の選択を行います。

（出典）<http://www.hyouka-fukuoka.gr.jp/> 訪問介護基準とポイントより抜粋

図III-7 介護サービス事業所・施設情報検索結果の一例

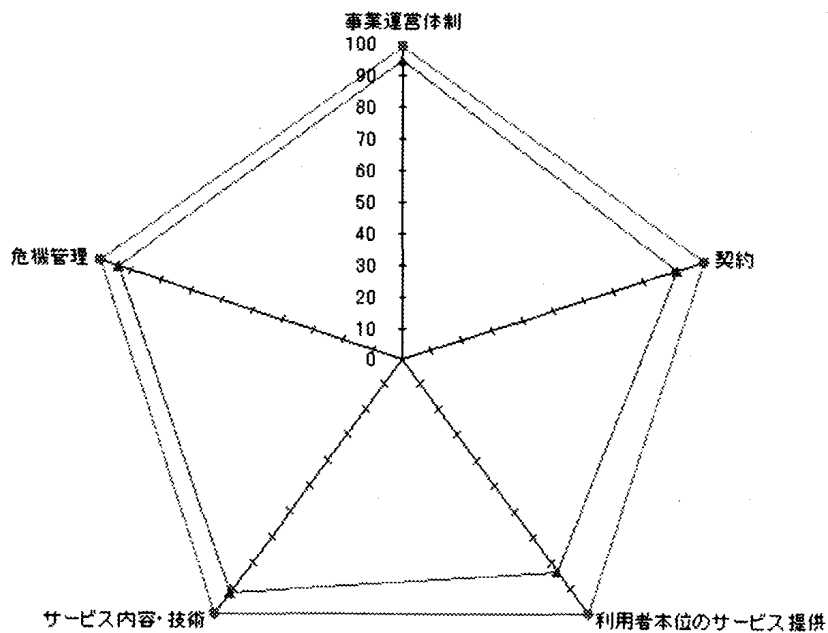
介護サービス評価センター ふくおか

介護サービス事業所・施設情報検索

訪問介護 福岡市H区の一部 【認証2回目】

説明 説明 説明 説明 説明 説明

基本情報 詳細情報 評価1 評価2 評価3 写真1 写真2 写真3



Copy right 2002 介護サービス評価センターふくおか All Rights Reserred.

評価1の説明

このグラフは、サービス対応の状況を5つの評価区分ごとにまとめ、もっとも高い水準を100%とし、達成率を五角形のレーダーチャートに表示しています。数値の高い、外側ほど達成率が高いことを表示し、自己評価(青)、第三者評価(赤)、利用者評価(緑)のそれぞれを表示しています。ここでは、事業所の強い分野や弱い分野、さらに全体のバランスなどを知ることができます。

(出典) 介護サービス評価センターふくおかのホームページより検索



介護サービス評価センター ふくおか

介護サービス事業所 施設情報検索



訪問介護

福岡市H区の一例

【認証2回目】

- 説明 説明 説明 説明 説明 説明
- 基本情報 詳細情報 評価1 評価2 評価3 写真1 写真2 写真3

満足度評価(上位3つ)

カテゴリ	No.	項目	満足度(人数分布)					満足率	
			とても満足	やや満足	ふつう	やや不満	とても不満		
F	排せつ介助	2	丁寧に介助してくれますか?	3	0	1	0	0	100
D	入浴介助	1	あなたが希望する入浴方法を確認して、入浴させてくれますか?	5	1	1	0	0	100
I	サービス全体	2	ヘルパーの応対や態度は、満足していますか?	12	1	4	0	0	100
D	入浴介助	3	丁寧に介助してくれますか?	5	1	2	0	0	100
B	調理	5	あなたの健康や体の状態を確認して、調理してくれますか?	6	3	1	0	0	100
H	苦情	2	あなたが苦情や意見を言ったときに、迅速に適切な対応をしてくれましたか?	6	2	2	0	0	100
F	排せつ介助	1	あなたの排泄の希望を確認して、介助してくれますか?	2	1	1	0	0	100
D	入浴介助	2	希望する方法でできない場合は、その理由を説明してくれましたか?	3	1	2	0	0	100
B	調理	2	希望する料理を作れない場合は、その理由を説明してくれましたか?	3	0	3	0	0	100
A	掃除	3	掃除のできればは、きれいですか?	8	6	4	0	0	100
A	掃除	1	あなたが希望する順番、やり方を確認して、掃除してくれますか?	8	4	6	0	0	100
C	洗濯	2	希望するやり方でできない場合は、その理由を説明してくれましたか?	3	2	2	0	0	100
G	外出介助	1	あなたの外出の希望を確認して、介助してくれますか?	3	2	2	0	0	100
C	洗濯	3	丁寧に洗濯してくれますか?	4	5	1	0	0	100
C	洗濯	1	あなたが希望するやり方を確認して、洗濯してくれますか?	4	4	2	0	0	100
H	苦情	1	あなたの意見や苦情を聞いてくれますか?	4	2	4	0	0	100
E	食事介助	2	あなたの食べる速さを考えて、食べさせてくれますか?	2	0	3	0	0	100
B	調理	3	あなたが希望する味付けを確認して、調理してくれますか?	3	3	2	0	0	100
B	調理	1	あなたが希望する料理を確認して、作ってくれますか?	3	3	3	0	0	100
G	外出介助	2	あなたが希望する介助の方法などを確認して、介助してくれますか?	2	2	2	0	0	100
E	食事介助	1	あなたが希望する順番を確認して、食べさせてくれますか?	2	1	3	0	0	100
B	調理	4	希望する味付けできない場合は、その理由を説明してくれましたか?	2	2	3	0	0	100
A	掃除	2	希望するやり方でできない場合は、その理由を説明してくれましたか?	3	4	6	0	0	100

評価2の説明

利用者の満足度評価のうち、満足率「ふつう」以上の評価をした人の割合が高い項目上位3位までの項目を表示しています。同率の場合は、「とても満足」の割合が高いものからすべて表示しています。
 これらは、その事業所の得意とするサービス内容と言えます。
 なお、利用者満足度評価の結果は、評価した人数の分布と満足率で表示していません。満足率は、「ふつう」から「とても満足」までの評価を行った利用者の占める人数割合を表示し、色のついた項目は、もっとも人数分布の多い項目を表示しています。

(出典) 介護サービス評価センターふくおかのホームページより検索

カテゴリー	第三者/自己							自己評価	第三者評価	
	No.	評価項目	得点		達成率		カテゴリー達成率			
			自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価			第三者評価
事業運営体制	1	運営方針の説明	6	6	100.0	100.0	99.0	99.0		
	8	社員証等の携行	6	6	100.0	100.0				
	9	サービス提供の記録	5	5	100.0	100.0				
	15	サービスの質の自己評価	6	6	100.0	100.0				
	21	管理者の業務管理	5	5	100.0	100.0				
	22	管理者の責務	5	5	100.0	100.0				
	24	勤務体制の確保	5	5	100.0	100.0				
	26	健康管理	5	5	83.3	83.3				
	31	秘密の保持	7	7	100.0	100.0				
	32	個人情報の取り扱い	6	6	100.0	100.0				
	33	広告	5	5	100.0	100.0				
	34	居宅介護支援事業者への利益供与の禁止	7	7	100.0	100.0				
	35	苦情相談体制	6	6	100.0	100.0				
	36	苦情の一元管理	5	5	100.0	100.0				
	52	綱紀肅正	7	7	100.0	100.0				
55	苦情相談マニュアル	7	7	100.0	100.0					
56	苦情の整理分析	5	5	100.0	100.0					
契約	2	重要事項(内容及び手続)の説明及び同意	6	6	100.0	100.0	100.0	100.0		
	3	サービス提供拒否の禁止	6	6	100.0	100.0				
	4	サービス提供困難時の対応	6	6	100.0	100.0				
	5	受給資格等の確認	5	5	100.0	100.0				
	10	利用料等の受領	5	5	100.0	100.0				
	11	領収書の交付	6	6	100.0	100.0				
	48	契約の締結	6	6	100.0	100.0				
	49	実績の確認	5	5	100.0	100.0				
51	利用者に代わって判断を行う人	5	5	100.0	100.0					
利用者本位のサービス提供	6	心身の状況等の把握	7	7	100.0	100.0	100.0	100.0		
	7	居宅サービス計画に沿ったサービス提供及び変更の援助	7	7	100.0	100.0				
	12	訪問介護計画の作成と他事業所との連携	5	5	100.0	100.0				
	13	訪問介護計画の説明	6	6	100.0	100.0				
	19	訪問介護計画の見直し	7	7	100.0	100.0				
	37	苦情対応に関する説明	6	6	100.0	100.0				
	43	サービスの変更	6	6	100.0	100.0				
	47	個人の尊厳への配慮	6	6	100.0	100.0				
50	成年後見制度の説明	6	6	100.0	100.0					
54	損害賠償内容の説明	6	6	100.0	100.0					
サービス内容・技術	14	サービス提供時間	6	6	100.0	100.0	100.0	100.0		
	16	サービスの提供	7	7	100.0	100.0				
	17	介護技術の向上	7	7	100.0	100.0				
	18	サービス提供責任者の計画管理	6	6	100.0	100.0				
	23	サービス提供責任者の責務	6	6	100.0	100.0				
	25	訪問介護員の資質向上	7	7	100.0	100.0				
	41	業務マニュアルの整備	7	7	100.0	100.0				
	44	認知症高齢者への対応	7	7	100.0	100.0				
	45	鍵の管理	6	6	100.0	100.0				
46	担当者の緊急的な交代	6	6	100.0	100.0					

カテゴリー	第三者/自己		得点		達成率		カテゴリー達成率	
	No	評価項目	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価
危機管理	20	緊急時の対応	7	7	100.0	100.0	100.0	100.0
	27	感染予防1	7	7	100.0	100.0		
	28	感染予防2	6	6	100.0	100.0		
	29	感染予防3	5	5	100.0	100.0		
	30	衛生管理	6	6	100.0	100.0		
	38	事故発生時の対応	7	7	100.0	100.0		
	39	事故発生時の連絡	5	5	100.0	100.0		
	40	損害賠償への対応	5	5	100.0	100.0		
	42	疾病の把握	5	5	100.0	100.0		
	53	事故処理の記録	5	5	100.0	100.0		
	57	事故の再発防止	5	5	100.0	100.0		
トータル			338	338	99.7	99.7	99.7	99.7

評価3の説明

評価項目と評価区分ごとの点数や達成率を表示しています。この評価結果については、事業所が公表を了解した場合のみ掲載しています。
 得点は、自己、第三者評価のいずれも5点が基準値の点数です。判断基準が上位に一つ上がるごとに1点加算、下位の項目に一つ下がるごとに1点減点となっています。何も行っていない場合は0点になります。達成率は、その評価項目の最高点に対して、事業所が取得した点数の割合となっています。したがって達成率の100%はその評価の最高位の判断基準を示します。
 第三者評価得点欄の色のついたところは、自己評価より第三者評価が下回った項目を表示しています。第三者評価達成率欄の色のついたところは、基準値以下の項目を表示します。

No	評価項目	得点		達成率		カテゴリー達成率	
		自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価	自己評価	第三者評価
1	緊急時の対応	5	5	83.3	100.0		
8	感染予防1	6	6	100.0			
9	感染予防2	5	5	83.3			
15	感染予防3	3	4	50.0			
21	衛生管理	5	5	100.0			
22	事故発生時の対応	5	5	100.0			
24	事故発生時の連絡	5	5	100.0			
26	損害賠償への対応	5	5	83.3	83.3		
31	疾病の把握	5	7	71.4	100.0	86.5%	92.5%
32	事故処理の記録	5	5	83.3	83.3		
33	事故の再発防止	5	5	100.0	100.0		
34	緊急時の対応	4	5	57.1			
35	感染予防1	5	5	83.3			
36	感染予防2	5	5	100.0			
52	感染予防3	7	7	100.0			
55	衛生管理	7	7	100.0			
56	事故発生時の対応	5	5	100.0			
57	事故発生時の連絡	5	5	83.3			
58	損害賠償への対応	5	5	100.0			
59	疾病の把握	5	5	100.0			
60	事故処理の記録	5	5	100.0			
61	事故の再発防止	5	5	100.0			
62	緊急時の対応	0	0	0.0	0.0		
51	感染予防1	4	5	80.0	100.0		
63	感染予防2	6	7	85.7	100.0		
7	感染予防3	5	6	71.4	85.7		
12	衛生管理	5	5	100.0	100.0		
13	事故発生時の対応	3	4	50.0	83.3		
19	事故発生時の連絡	4	4	57.1	57.1	80.3	80.3
37	損害賠償への対応	5	5	100.0	100.0		


(出典) 介護サービス評価センターふくおかのホームページより検索


認証のクオリティについては、最良で認証を受けた事業所と合格点ぎりぎり
で認証を受けた事業所というように幅が広いようである。なお、認証は2年間
有効であるため、平成16年度は2回目の評価（審査）を控える事業所がでたた
め、実際2回目の評価を受けた事業所は第1回目の評価を受けた事業所の6割
弱であった。なお、2回目の評価は1回目の評価（審査）より厳しく評価を行
なったとのことである。そして評価基準を満たしていない項目が1つ2つあっ
た場合、保留というかたちで3ヶ月間の改善期間を与えているが、最終的には
改善期間を与えるかどうかは委員会の判断によっている。そして2回目の評価
結果については、国（厚生労働省）の情報開示のあり方についての動向を見守っ
ている段階であり、現在は検討中とのことであった。2回目の評価の運用結果
から、評価を継続的に受けてもらうにはどうしたらよいか、事業所は職員の入
れ替わりもあることから、評価をどうやって自分達のサービス向上に向けて連
続させていくか、評価制度自体のあり方がこれまで以上に問われているといえ
よう。

評価センターがサービス評価を実施する場合の5つの基本理念は、①利用者
本位の介護サービスの提供、②利用者に役立つ情報の提供、③事業所のサー
ビスの質の向上を支援、④公平かつ公正な評価システム、⑤効果的かつ効率的な
評価システムである。評価センターではこの理念にしたがい、最終的に認証を
取得した事業者の情報をホームページで公開し（ただし「評価3」については
公表の了解を得た事業所のみ）、さらに、サービス種別、地区、施設名等それぞ
れの条件による絞り込み検索を可能にするなど工夫をこらしたうえで、事業者
の詳細な情報を公開している。

検索システムは、まずはじめに「サービス種別からの検索（サービス種別に
ついての説明も含む）」「地区別からの検索」「施設名称からの検索」の項目から
始まり、これら3つの検索項目を組み合わせた検索も可能となっている（図Ⅲ－
8）。

図Ⅲ－8 介護サービス事業所・施設情報検索





戻る
ホーム
検索トップ
検索手順
種別詳細

介護サービス事業所・施設情報検索では、「介護サービス評価センター福岡」の「認証」を取得した福岡市内を営業範囲とする居宅介護サービス事業所や福岡市市民が入居している施設などを利用者の目的に合わせて検索していただけます。なお、ここに掲載している事業所・施設情報は、事業所がみずから評価した「自己評価」、評価センターの「第三者評価」、にその事業所・施設の利用者による「利用者評価」を基にしたデータです。

介護サービス事業所・施設情報検索はこちらから

以下の事項に選択及び入力して、最後に「検索する」ボタンを押してください。

① サービス種別を選択してください。（複数選択可）

在宅サービス(居宅サービス区分)
 施設サービス
 居宅介護支援(アマネジャー)

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護	
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援			

② ご希望の地区を選択してください。（複数選択可）

<input type="checkbox"/> 東区	<input type="checkbox"/> 博多区	<input type="checkbox"/> 中央区	<input type="checkbox"/> 南区	<input type="checkbox"/> 西区	<input type="checkbox"/> 城南区
<input type="checkbox"/> 早良区	<input type="checkbox"/> 福岡市外				

③ 施設名称を入力してください。

施設名称を入力してください。（施設名称及び名称の一部を入力してください。）

検索する
すべての選択・入力を消す

Copyright 2002 介護サービス評価センター 福岡 All Rights Reserved.

（出典） <http://www.hyokka-fukuoka.gr.jp/cgi-bin/shisetsu/search.htm>

(福岡市H区で訪問介護と介護老人福祉施設を検索した例)

介護サービス評価センター ふくおか

介護サービス事業所・施設情報検索

戻る ホーム 検索 **検索結果: 検索条件に8件該当しました。**

>>>8件中、1~5件を表示しています。 次の5件▶ さらに絞り込む

No	施設種別	名称	所在地	電話	特徴	基本情報	詳細情報	評価	写真	地図
1	訪問介護	A	福岡市	092		基本情報	詳細情報	評価1 評価2 評価3		
2	介護老人福祉施設	B	福岡市	092		基本情報	詳細情報	評価1 評価2 評価3		
3	訪問介護	C	福岡県福岡市	092		基本情報	詳細情報	評価1 評価2 評価3		
4	訪問介護	D	福岡市	092		基本情報	詳細情報	評価1 評価2 評価3		
5	訪問介護	E	福岡市	092		基本情報	詳細情報	評価1 評価2 評価3		

*1. 特徴の詳細につきましては、以下の絞り込み検索を参照してください。 次の5件▶ さらに絞り込む

絞り込み検索

上記の検索結果をさらに詳しく検索できます。以下のアイコンを選択して検索ボタンを押してください。

<input type="checkbox"/> 24時間対応あり	<input type="checkbox"/> 土日OK	<input type="checkbox"/> 年中無休	<input type="checkbox"/> 男性ヘルパー在籍あり	<input type="checkbox"/> リピーター率90%以上
<input type="checkbox"/> 遺失責任損害賠償責任保険加入あり	<input type="checkbox"/> 無遺失責任損害賠償責任保険加入あり	<input type="checkbox"/> 時間外対応あり	<input type="checkbox"/> 苦情解決対応自信あり	<input type="checkbox"/> 個人情報開示対応あり
<input type="checkbox"/> 外国語対応あり	<input type="checkbox"/> 身体拘束廃止への取組み自信あり	<input type="checkbox"/> 痴呆症高齢者対応自信あり	<input type="checkbox"/> 料理自信あり	<input type="checkbox"/> お風呂自信あり
<input type="checkbox"/> 施設内トイレ洗浄機能付あり	<input type="checkbox"/> 機能訓練自信あり	<input type="checkbox"/> レクリエーション自信あり	<input type="checkbox"/> 個室対応あり	<input type="checkbox"/> 家具持込可能
<input type="checkbox"/> 情報は発行あり	<input type="checkbox"/> ボランティア受け入れあり	<input type="checkbox"/> 外出援助対応自信あり	<input type="checkbox"/> 異種介護自信あり	<input type="checkbox"/> 特殊自信あり
<input type="checkbox"/> 洗濯自信あり	<input type="checkbox"/> ストーマ対応あり	<input type="checkbox"/> 筆書きパーテル対応あり		

絞り込み検索する すべての選択・入力を消す

(出典) <http://www.hyouka-fukuoka.gr.jp/cgi-bin/shisetsu/list/list.cgi?n=1> を
筆者が修正 (個人情報保護のため)

検索結果は、各事業所・施設ごとに各内容「名称・所在地・電話番号・特徴・基本情報・詳細情報・評価・写真・地図」が表示される。これらの各内容をクリックすると、より詳細な情報を閲覧することができる。またその他にも24時間対応、土日対応、男性ヘルパー在籍、リピーター率、個人情報開示対応、苦情解決対応などの絞り込み検索も可能である。絞り込み検索では「身体介護自信あり、痴呆性高齢者対応自信あり、料理自信あり、掃除自信あり、洗濯自信あり」といった「自信あり」の項目があることも注目できよう。これらの検索結果は各内容の「特徴」のなかでアイコン表示され、視覚的なアピールを伴った表示が行われている。なお、評価センターの評価は、福岡市が策定した3種類の評価基準と4つの評価から構成されている。すなわち3種類の評価基準とは、①事業者自己評価・第三者評価基準、②利用者・家族評価基準、③利用者満足度評価基準である。4つの評価とは、評価する側の違いであり、それぞれ事業者評価、第三者評価、利用者評価、家族評価から成り立っている。ホームページでは、各内容の「評価」のなかで「評価1：サービスの対応の全体的状況（達成率）、評価2：利用者の満足度評価（実数ではなく割合）、評価3：評価項目と評価区分ごとの点数や達成率（ただし公表の了解を得た事業所のみ）⁽¹⁷⁾」に分けてその評価結果を公表している（前述図Ⅲ－7参照）。

平成16年度後半における評価センターのホームページへのアクセスは、土日が多いようである。平日は事業所からのアクセスが多いことから、事業所の職員が他の事業所の情報入手や確認を行っているのではないかとと思われる。土日は、市民（利用者やその家族、これから利用しようとする人など）のアクセスが多いことからみても、2年半が経過して少しずつではあるが、評価センターの認証結果が利用者にとっても事業所選択の目安になっていることがうかがえる。今後は監査・サービス評価事業・苦情解決制度に加えて、情報提供や情報公開のあり方がサービスの質の保障に大きく関与するであろうと考えられるので、次節ではサービスの質の保障としての情報公開について考察することにしよう。

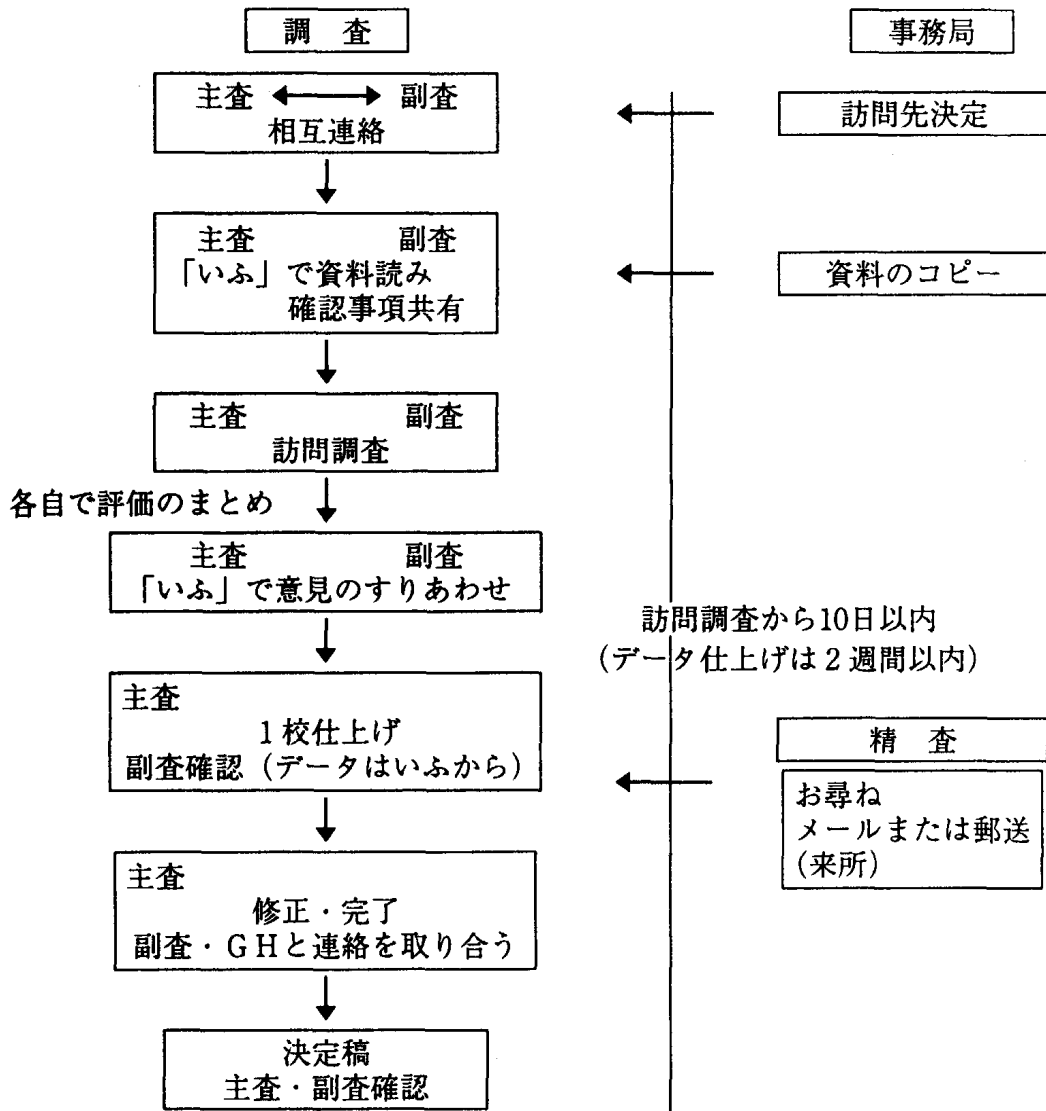
(2) NPO法人ワークショップ「いふ」

介護保険法の規定により痴呆性高齢者グループホーム（当時の名称、現在は「認知症」と用語が見直されている）は、2004(平成16)年度末までに外部評価（第三者の評価機関による評価）を最低1回は実施するように法律で義務づけられた。そして2005(平成17)年度からは、年1回は実施するように改正された。なお義務づけ以前に、熊本県は東京都、岡山県とともにモデル県の一つとして選ばれ、先行的にこれを実施している。

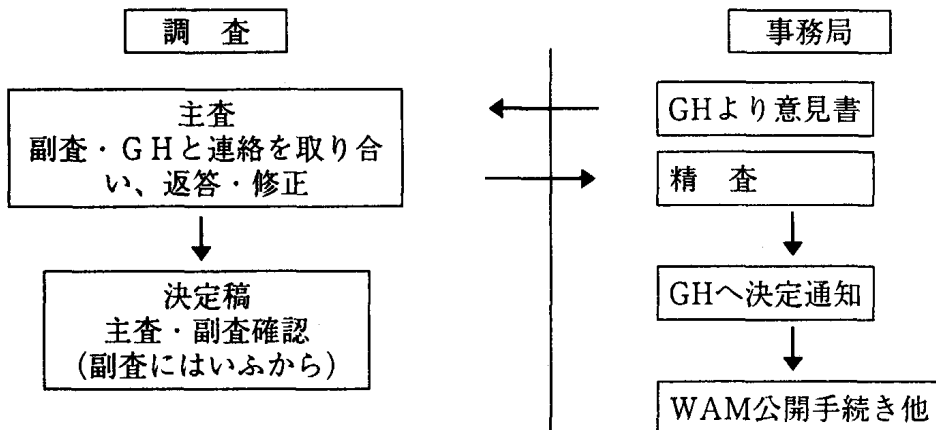
2004(平成16)年度は、熊本県内115のグループホームについて、3つのNPO法人が外部評価を行っている。今回、実際に1つのグループホームについて6万円で外部評価を実施したNPO法人ワークショップ「いふ」（以下、「いふ」）に、直接ヒアリング調査を行い、その具体的内容と問題点をたずねることにした⁽¹⁸⁾。これまでに「いふ」では、介護保険法の実施とともに、サービス利用は利用者が自ら選択し、契約を締結するという方式に変更されたことにともない、その選択に対する予備知識が必要であろうとの趣旨で、それぞれの老人介護施設を訪問してそのサービス内容を調査し、福祉と保健、医療の各施設、ケアハウス、グループホームなどのサービス状況を紹介した情報誌を発行している⁽¹⁹⁾。施設の概要や機能、特色、各種行事が写真入りで紹介されており、とてもわかりやすい内容のガイドブックとなっている。「いふ」の外部評価結果とガイドブックの両方を活用することでより一層、サービス選択の際の資料として情報を活かすことができるであろうと思われる。では、実際に「いふ」ではどのようにして外部評価を行っているのか、評価事業スキームに沿って確認してみることにしてしよう（資料Ⅲ-9）。

はじめに「いふ」からグループホームに「外部評価に必要な書類一覧チェック表」が渡される（資料Ⅲ-10）。書類が整ったことを確認してから「いふ」は、グループホームへ直接、外部評価実施要領の説明と契約に伺う（資料Ⅲ-11）。

資料Ⅲ-9 評価事業スキーム



評価事業スキーム2



(資料はNPO法人ワークショップ「いふ」より拝受)

資料Ⅲ-10 外部評価に必要な書類一覧チェック表

グループホーム名：	(提出日 年 月 日)
外部評価調査員名：	(預かり日 年 月 日)

資 料 名	GH記入欄 チェック	調査員記入欄 チェック	評価機関記入欄	
			GHより 受理	調査員 受理
パンフレット(案内図も添付) 部				
自己評価票(全ユニット分) 部				
情報提供項目シートと追加項目 部				
運営規程 部				
入居契約書・重要事項説明書 部				
介護計画書(未記入のもの) 部				
業務日誌(未記入のもの) 部				
グループホーム職員勤務時間表 部				
グループホームのある日の1日の流れ 部				
献立表(過去1週間分の実際に食べたメニュー) 部				
その他(参考に提出するものがある場合) 部				
・				
・				
利用者家族アンケート (通)				

* アンケート通数は評価機関で記入します

●グループホームへのお願い

- ①資料はパンフレットを除き、すべてA4版(拡大、縮小可)、片面コピーして下さい。
(提出いただいた資料は、評価機関でファイルします)
- ②上にホーム名、提出日をご記入下さい。
- ③資料として提出したのものには「GH提出チェック」の欄に○を記入して下さい。
- ④事前打合せ当日までに全項目の準備をいただけない場合には、早い時期に間違いの無いように「書留」でお送り下さい。

(資料はNPO法人ワークショップ「いふ」より拝受)

資料Ⅲ-11 グループホームの外部評価実施要領

特定非営利活動法人ワークショップいふ(以下、「当機関」という)におけるグループホームの外部評価の実施については、本実施要領に定める。

1 グループホームの外部評価の目的と基本方針

外部評価の目的は、一定の評価項目に基づいて、事業者が提供するサービスの質を第三者がチェックすることで、事業者自身がサービスの質の改善を図るとともに公表することで利用者等が事業者を選択するためにホームのいいところ、改善を要するところ、改善に向けた努力などの情報を提供し、活用していただくことを目的とするもので、ランク付けやグループホームの画一化を計るものではありません。よって、調査は各

グループホームの欠点を荒立てたり、外部の一方的な指導をするものではなく、グループホームを良くしていこうという共通視点に立って、調査員は改善に向けての支援者という役割を基本姿勢とし、利用者側、事業者側に片寄ることなく、公正な立場の支援者であり、グループホームに対する社会的信頼を高めるための一役を担うことを基本方針とします。

2 外部評価の体系及び評価項目

外部評価の体系及び評価項目については、県において定めた項目とし、別添1によるものとする。

なお、評価を受けるグループホームが複数のユニットで構成されている場合には、特別な事情がある場合を除き、すべてのユニットについて評価を行った上で、最終的な評価はグループホーム全体を1つの単位として行うものとする。

3 外部評価の構成

外部評価は、当機関の委嘱する複数の評価調査員により実施する「書面調査」及び「訪問調査」、並びに利用者・家族等へのアンケート等による「利用者評価」の結果を総合した上で、当機関としての決定に基づき行う。

4 書面調査

当機関は、グループホームから外部評価の依頼を受けた場合には、所定の手続きに基づき契約を締結し、原則として、評価手数料の受領を行った後に、次の書面調査を行う。

(1) グループホーム現況調査

評価を受けるグループホームから、「痴呆性高齢者グループホームの適正な普及について」（平成13年3月12日老計発第13号）に定めた情報公開項目（別添2）について記した文書その他グループホームの運営やサービス提供に係る文書の送付を受けることにより行う。

(2) 自己評価調査

評価を受けるグループホームから、「痴呆性高齢者グループホームの自己評価項目の参考例等について」（平成14年1月28日老計発第3号）に沿って県において定められた自己評価項目（別添3）について、当該グループホームを設置・運営する法人の代表者の責任の下に、管理者が介護従業者と協議しながら実施した直近の自己評価結果について記した文書の送付を受けることにより行う。

5 訪問調査

(1) 訪問調査は、書面調査を実施した後に、評価調査員がグループホームを訪問し、別添1の評価項目についての調査を行うことにより実施する。

(2) 訪問調査は原則として1日間とし、当該グループホームの運営状況の概要等について評価調査員全員が管理者等から説明を受けた後、現状の確認及び所定の評価項目に関する状況の調査を行う。

(3) 所定の調査作業を終了した後、管理者等を交えて全体的な総括と確認を行い、訪問調査を終了する。

(4) 緊急を要する事項（明らかな基準省令違反により、入居者に対するサービスの質

が著しく低下している場合等)があった場合には、評価調査員は、当機関を通じて都道府県の担当部局に通報するなど、適切な対応を行う。

6 利用者評価

利用者評価は、グループホームの利用者の家族に対し、当該グループホームを通じて「利用者家族アンケート用紙」を配布し、直接回答を受けることにより行う。

7 評価結果の確定

(1) 当機関は、書面調査及び訪問調査並びに利用者評価の結果を総合的に判断し、別添1の評価項目について訪問調査を行った評価調査員全員の合意により評価を行う。

(2) 当機関は(1)で作成した報告書については、評価を受けたグループホームに対して、郵送又は電子メールにより同報告書の写しを送付し、意見がある場合には挙証資料を添付した上で、当機関が定める日までに提出することができる旨を告知する。

(3) 当機関は、(2)の告知期間が経過した後に、(1)の報告書を踏まえて当機関としての評価結果を決定する。また、評価を受けたグループホームから告知期間内に(2)の意見及び挙証資料の提出があったときには、これを参酌して(1)の報告書の内容を検討し、当機関としての評価結果を決定する。

ただし、いずれの場合にあっても、(1)の報告書又は評価を受けたグループホームからの(2)の意見と挙証資料について専門的な観点から審査を行う必要があると判断したときは、評価審査委員会(委員名簿:別添5)を開催するものとし、その審査結果を踏まえた上で、当機関としての評価を決定する。

8 結果の通知等

当機関は、評価結果を決定したときは、これを評価を受けたグループホームに通知するとともに、定められた様式及び方法に従い、独立行政法人・福祉医療機構が運営する「福祉保健医療情報ネットワークシステム(WAM NET)」に掲載する。

また、当該結果を評価を受けたグループホームに通知する際は、当該グループホームとしての評価結果に関する事後の改善状況を「WAM NET」に掲載する手続について、併せて情報提供するものとする。

9 その他

本実施要領は、評価を受けるグループホームからの求めに応じて開示することとする。

(別添1) 外部評価項目

(別添2) 情報提供項目

(別添3) 自己評価項目

(別添4) 利用者家族アンケート用紙

(別添5) 評価審査委員会委員名簿

(資料はNPO法人ワークショップ「いふ」より拝受)

サービス評価とはこういうものであるということを説明したうえで、外部評価の流れの説明に入る。この際には、サービス評価請負契約を結ぶ前提として評価の方法と意義についての十分な説明が必要となる。またグループホームに利用者家族アンケート票（資料Ⅲ-12）を渡し、後日「いふ」に直接返送してもらうことを依頼する。利用者家族アンケートについては、グループホームの利用者は9名と少人数であることから、比較的短期間での返送が可能である。またグループホームではなく「いふ」に直接返送する仕組みをとることで、グループホームに内容を知られることがないので、率直な意見がでていようである。意見内容は、各グループホームで似通ったところがあり、グループホームからも是非とも利用者家族のアンケート結果を聞きたいとの希望がでていよう。「いふ」が貴重な情報として現在整理作業を行っているが、訪問調査当日以外でのこのような取り組みは、外部評価全体でみても意義が大きいといえよう。

資料Ⅲ-12 利用者家族アンケート

このアンケートは、痴呆症高齢者グループホームの外部評価の一環として行う「利用者評価」のためのアンケートです。グループホームのサービスの質の向上を進めるために、日頃からお感じになっておられることを素直にご記入ください。

なお、ご記入されたアンケート用紙は同封の返信用の封筒で、直接ワークショップ「いふ」に郵送してください。

- 1 利用しているグループホームの名称をご記入ください。
()
- 2 利用しているグループホームについておたずねします。各設問のあてはまるものに○を付け、枠内に日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。
 - (1) グループホームは、利用者ご本人にとって、安らぎがあり自由な暮らしができる場になっていますか。
 いる いない
 - (2) グループホームでは、職員側のきまりや都合が優先されずに、利用者ご本人のペースで暮らせていますか。
 いる いない

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。
()
- (3) グループホームには、健康管理や医療面、安全面について心配な点はないですか。
 ない ある

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

()

- (4) グループホームには、ご家族が気軽に会いに行きやすい雰囲気があり、訪問した際は心地よく過ごすことができますか。

できる できない

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

()

- (5) グループホームは、ご家族が気がかりなことや意見、要望を気軽に伝えたり、相談しやすい雰囲気になっていますか。

いる いない

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

()

- (6) グループホームでは、ご本人の暮らしや援助のあり方、金銭管理などについて、ご家族（あるいは代理人）と相談しながらサービスを行っていますか。また、報告もしっかりなされていますか。

いる いない

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

()

- (7) グループホームでは、利用者ご本人は、暮らしの中で不安やおびえが見られず、他の利用者との関わりや出番、楽しみごとなどで、生き生きとした表情や姿が見られますか。

見られる 見られない

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

()

- (8) グループホームでは、散歩、買い物、本人の好きなおところなどへ、日常的に出かけることができますか。

できる できない

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

()

- (9) グループホームでの暮らしや介護サービスに満足していますか。

おおむね満足している 満足できないところがある

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

()

- 3 利用しているグループホームの職員についておたずねします。各設間のあてはまるものに○を付け、枠内に日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

- (1) 職員は、常に利用者ご本人を尊重し、誇りや尊厳、プライバシーが保てるような言葉かけや対応をしていますか。

している していない

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

()

(2) 職員は、利用者ご本人が自分の力を発揮しながら暮らせるように、極力手や口を出さずに見守りながら支えていますか。

いる いない

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

()

(3) 職員は、利用者ご本人の意見や希望をよく聞いて、暮らしの中でそれを大切に活かしていますか。

いる いない

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

()

(4) 職員は、いつもと同じ顔なじみの職員が働いており、生き生きと楽しそうに利用者として過ごしていますか。

いる いない

日頃気づかれている具体的な状況をご記入ください。

()

入居しているグループホームのすぐれている点や良い点など、ご自由にご記入ください。

()

5 入居しているグループホームの特に改善してほしいと思う点や気になる点など、ご自由にご記入ください。

()

(資料はNPO法人ワークショップ「いふ」より拝受)

そして、訪問調査前に資料が全て揃ったことを確認してから、訪問日を決定する。訪問調査（評価）は、1日がかかりで、かなりハードなスケジュールで進む。築年数などハード面については当事者の努力を超える問題なので、なかなかよい評価がつけにくいことや、施設によっては評価項目にはないが特定のサービスの内容が充実していることもある。またどうしてこの評価になったのか、その判断理由や根拠をきちんと明記することで信頼のある評価結果が得られるといえよう。最後に「いふ」からグループホームへ外部評価後のアンケート調査を行う（資料Ⅲ-13）。「いふ」が行ったグループホームの外部評価結果報告概要表と評価報告書は、社会福祉・医療事業団（WAM）のホームページ（<http://www.wam.go.jp/>）によって確認することができる。

今後の課題としては、サービス評価にかかる経費の問題、はたして、6万円で外部評価を行うことができるのか、評価委員の育成・研修をどのように行うのか、

守秘義務や個人情報保護をふまえたうえでの情報提供・公開のあり方や評価結果の活用方法はどうしたらよいかなどがあげられる。しかし、何よりも職員の態度や接し方といったソフト面を評価するという難しさがつきまとう。誰が評価してもある程度似通って、同じ評価結果になるハード面の評価と異なり、ソフト面の評価は個々人で受ける印象に違いがみられるため、それをどのように客観的にしていくか、その後、利用者が選ぶための評価にどのように繋げていけばよいか残された課題は多い。これからの継続的な外部評価の実施を待つて少しずつ課題を解決していく以外にはない。

資料Ⅲ－13 外部評価後のアンケート

グループホーム名

各項目ともあてはまる◇に○を付けてください

1. 契約前の説明から訪問調査後の結果通知まで、全体を通しての事務手続きは分かりやすかったですか。
 分かりやすかった だいたい分かった 分かりにくかった
 何かお気づきの点がありましたら、お書き下さい。
 ()
2. 施設に伺った調査員からは、共にグループホームのサービス向上に努めようというパートナーとしての姿勢が感じられましたか。
 感じられた まあまあ感じられた あまり感じられなかった
 何かお気づきの点がありましたら、お書き下さい。
 ()
3. 訪問当日、評価はスムーズに行われましたか。
 スムーズに行われた だいたいスムーズに行われた
 あまりスムーズには行われなかった
 何かお気づきの点がありましたら、お書き下さい。
 ()
4. 貴施設に伺った調査員の、入居者への配慮等は十分でしたか。
 充分配慮されていた だいたい配慮されていた
 あまり配慮されていなかった
 何かお気づきの点がありましたら、お書き下さい。
 ()
5. 訪問当日、調査員は貴施設の評価を行うのに十分な話し合いや観察ができていたと思われませんか。
 できていたようだ だいたいできていたようだ
 あまりできていなかったようだ

何かお気づきの点がありましたら、お書き下さい。

()

・そのほか、お気づきの点やご意見、ご感想などありましたら、ご自由にお書きください。

()

*ご協力ありがとうございました。

（資料はNPO法人ワークショップ「いふ」より拝受）

3 サービスの質の保障としての情報公開

(1) 介護保険サービス選択のための評価の在り方に関する検討会

2000(平成12)年11月から厚生労働省は「介護保険サービス選択のための評価の在り方に関する検討会」において、利用者が介護サービス事業者を選ぶときに役立つチェック項目の検討を進めてきた。2002(平成14)年8月には、「よりよい訪問介護事業者を選ぶためのチェック項目例」を解説編とともに整理して、厚生労働省ホームページで公開している⁽²⁰⁾。介護支援専門員が事業所を利用者に紹介する際や、訪問介護事業所がサービスの質の向上に向けた取り組みを進める際にこのチェック項目例を参考として役立ててもらい、利用者によるよりよい介護サービスの選択と介護サービスの質の向上を目指してほしいという趣旨である。またこのチェック項目例は、全国一律に適用されるものではなく、地域や利用者の実情に応じて、自由に追加、変更などがなされ、地方自治体や関係団体による地域性に合致した取り組みが進められることが期待されている。

「解説編」では、はじめに「まず情報を集めましょう」から構成されている。その地域にどのような事業所があるのか、市町村の窓口や介護支援専門員から情報を入手することや、インターネットでの探索の仕方が盛り込まれている⁽²¹⁾。地域の介護サービス事業者の内容をより詳しく知った上で、利用者自身が自分なりにそれらの事業所とサービスをどのように選ぶのかを考える必要がある。また単に情報の一覧表を確認するだけでなく、実際に事業所のパンフレットを取り寄せたり、電話で問い合わせたり、いくつかの事業所を比較検討することなども重要であろう。そうすることによって、より納得のできる事業所選択が可能になるからである。

(2) 介護サービス情報の公開の準備について

現在厚生労働省は、介護制度改革関連法案「サービスの質の確保・向上」のなかで、改正の趣旨を「利用者の適切な選択と競争の下で、良質なサービスが提供されるよう、情報開示の徹底、事業者規制の見直し等を行う」こととしたと述べている（資料Ⅲ-14）。改正の内容は、①情報開示の標準化、②事業者規制の見直し、③ケアマネジメントの適正化であるが、ここでは、①情報開示の標準化について検討してみよう。

資料Ⅲ-14 介護保険制度改革関連法案（参考資料）

サービスの質の確保・向上

【改正の趣旨】

- 利用者の適切な選択と競争の下で、良質なサービスが提供されるよう、情報開示の徹底、事業者規制の見直し等を行う。

【改正の内容】

I. 情報開示の標準化

- 利用者が適切に介護サービスを選択することを可能となるよう、全ての介護サービス事業者に介護サービスの内容や運営状況に関する情報の公表を義務付け。
- 具体的には、介護サービス事業者が所在地の都道府県知事に介護サービス情報（※）を報告し、都道府県知事が当該情報の内容を公表する（年1回程度）。
介護サービス情報のうち確認を要するものについては都道府県知事が調査を行い、報告内容を確認の上公表する。

※介護サービス情報の例

職員体制、施設設備、利用料金・特別な料金、サービス提供時間、サービスの提供記録の管理状況、職員研修の実績等

II. 事業者規制の見直し

(指定の欠格事由、指定の取消要件の追加)

- 指定の欠格事由に、申請者又は法人役員（施設長含む）が以下のような事項に該当する場合を追加（更新時も同様）。

- ①指定の取消から5年を経過しない者であるとき（指定取消の手続き中に、自ら事業を廃止した者を含む。）
- ②禁錮以上の刑を受けて、その執行を終わるまでの者であるとき
- ③介護保険法その他保健医療福祉に関する法律により罰金刑を受けて、その執行を終わるまでの者であるとき
- ④5年以内に介護保険サービスに関し不正又は著しく不適当な行為をした者であるとき

（指定の更新制の導入）

- 事業者の指定に更新制（6年ごと）を設ける。

（勧告、命令等の追加）

- 都道府県（地域密着型サービスについては市町村）が、より実態に即した指導監督や処分を行うことができるよう、事業者に対する、①業務改善勧告、②業務改善命令、③指定の停止命令、④当該処分の公表、の権限を追加する。

（事業者の責務規定の創設）

- 介護サービス事業者の責務について、利用者の人格を尊重して対応すべき「忠実義務」を規定し、虐待等これに違反したケースについては、指定の取消ができることとする。

Ⅲ. ケアマネジメントの適正化

（軽度者のマネジメントの適正化）

- 事業者等による掘り起こしが指摘されている軽度者に対するマネジメントは、市町村の責任の下に、公正・中立的な「地域包括支援センター」において、一元的に介護予防マネジメントとして実施。

（介護支援専門員（ケアマネジャー）の見直し）

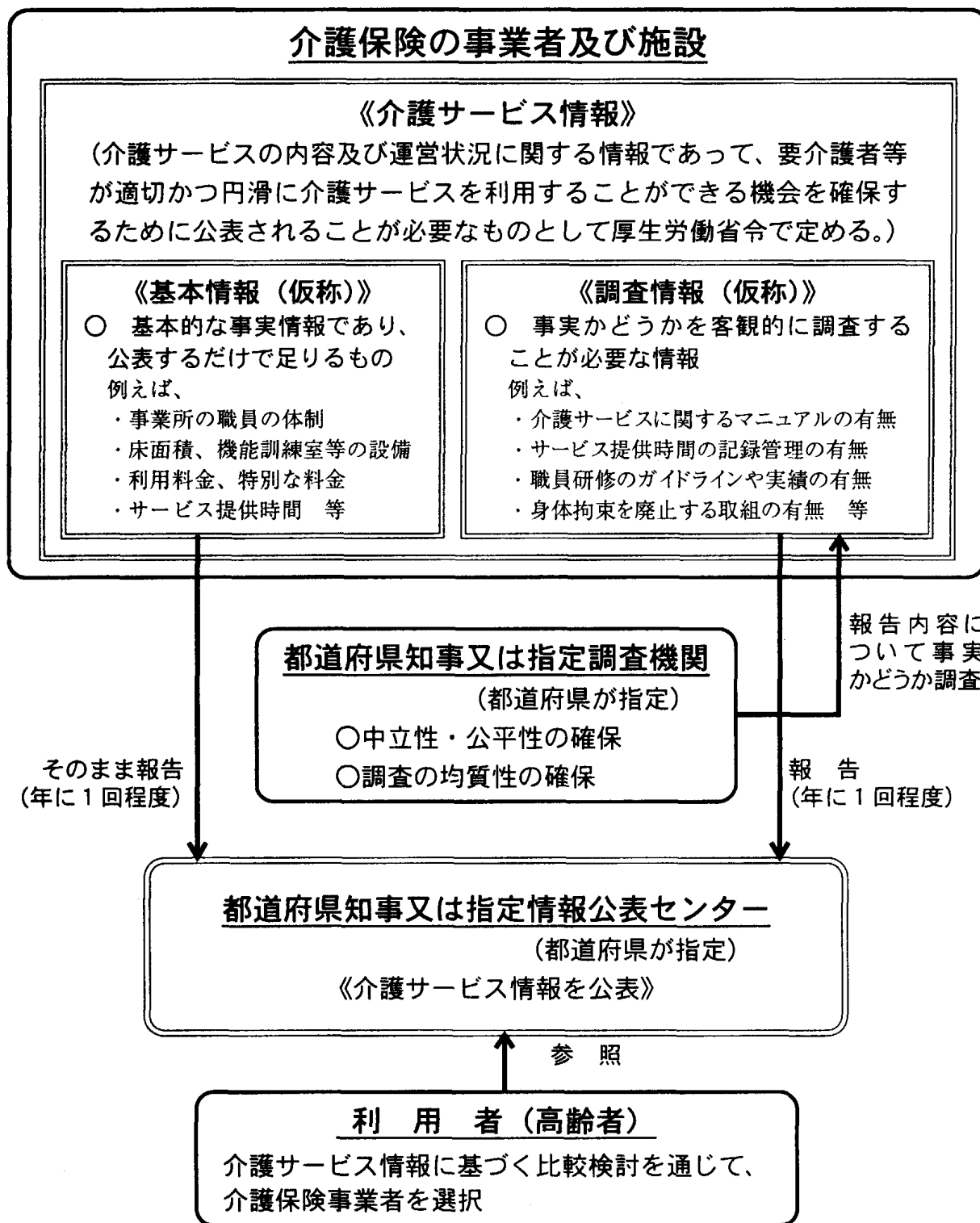
- 資格の更新制（5年間）の導入
- 更新時研修（都道府県知事が実施）の義務化
- 責務規定の整備と名義貸し等不正行為に対する対策の強化

（政省令・告示事項）

- 二重指定制の導入（ケアマネジャーごとにケアプランをチェックできる仕組み）
- 主任ケアマネジャー（仮称）の創設
- 担当件数の見直し
- 独立性・中立性の確保の観点からの介護報酬・指定基準の見直し

介護保険法の改正を受けて、都道府県・市町村において介護サービス情報の公開の準備が求められている⁽²²⁾。介護保険の利用者は要介護高齢者等であり、利用するサービスの情報の入手において事業者と対等な立場になることが困難である。そこで、利用者が適切なサービスを利用できない場合、その心身の機能が低下するおそれがあることから、介護保険の事業者又は施設の開設者（以下、介護サービス事業者）に対し「介護サービス情報」（介護サービスの内容及び運営状況に関する情報であって、介護サービスを利用し、又は利用しようとする要介護者等が、適切かつ円滑に当該介護サービスを利用する機会を確保するために公表されることが必要なものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下同じ。）の公表を義務付ける仕組みを整備することとしている（図Ⅲ-15）⁽²³⁾。

資料Ⅲ－15 介護サービス情報の公表の仕組み



(出典) 2005(平成17)年2月18日厚生労働省老健局「全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議」資料より抜粋

(1) 介護サービス情報の公表の仕組み

介護保険法改正法によれば、介護サービス情報の公表の仕組みについては、以下のとおりである（法律事項）。

- ① 介護サービス事業者は、訪問介護、訪問入浴介護、その他の厚生労働省令で定めるサービス（以下、介護サービス）の提供を開始しようとするときその他厚生労働省令で定めるときは、当該介護サービスを提供する事業所又は施設の所在地を管轄する都道府県知事に介護サービス情報を報告しなければならない⁽²⁴⁾。
- ② 都道府県知事は、介護サービス情報の報告を受けたときは、当該報告をした介護サービス事業者に対し、介護サービス情報のうち厚生労働省令で定めるものについて、調査を行うものとする。
- ③ 都道府県知事は、調査が終了した後、介護サービス情報のうち、調査しない項目については介護サービス事業者から報告された内容を、調査する項目については調査の結果、公表すべき正しい内容を公表する。
- ④ 都道府県知事は、介護サービス事業者が介護サービス情報を報告せず、若しくは虚偽の報告をし、又は都道府県知事が行う調査を受けず、若しくは調査の実施を妨げたときは、期間を定めて、当該事業者に対し、その報告を行い、調査を受けることを命ずることができることとする。また、介護サービス事業者がその命令に従わないときは、都道府県知事は、その指定（介護老人保健施設については許可）を取り消し、又は指定（介護老人保健施設については許可）の全部若しくは一部の効力を停止することができることとする。
- ⑤ 指定地域密着型サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者及び指定介護予防支援事業者については、市町村に指定の権限があることから、都道府県知事は、これからの事業者に対し報告を行い、若しくは調査を受けることを命じたとき、又はその指定を取り消し、若しくはその指定の全部若しくは一部の効力を停止することが適当であると認めるときは、その旨を市町村長に通知しなければならないこととする。

（2）指定調査機関

都道府県知事は、介護サービス事業者から報告を受けた介護サービス情報のうち、客観的に調査することが必要な情報について、その内容が正しいかどうかを確認するための調査を行う。この調査の事務は、制度を効率的かつ円滑に実施する観点から、都道府県知事が、都道府県の区域ごとに、その指定する者（以下、指定調査機関）に調査の事務を行わせることができることとしている。

指定調査機関は、介護サービス事業者の秘密を知りえることから、指定調査機関の役員及び職員並びにこれらの者であった者について、調査に関して知り得た秘密を漏らしてはならない旨の秘密保持義務（違反した場合の罰則あり）を課すとともに、指定調査機関に対して都道府県知事に必要な監督権限を与えることとしている。

また、指定調査機関が行う調査の事務は、公正かつ全国的に一定の基準のもとに行われる必要があるため、調査の実施方法を厚生労働省令で定めるとともに、調査の実施については、専門的知識及び技術を有するものとして政令で定める要件を備える者のうちから選任した調査員に行わせることとしている。

都道府県は、地方自治法に基づき調査の事務に係る手数料を徴収する場合には、指定調査機関が行う調査を受けようとする者に、条例で定めるところにより、当該手数料を当該指定調査機関に納めさせ、その収入とすることができることとしている。

（3）指定情報公表センター

都道府県知事は、介護サービス事業者から介護サービス情報の報告を受け、これを公表するとともに、指定調査機関の指定を行う。これらの事務については、制度を効率的かつ円滑に実施する観点から、都道府県知事が、都道府県の区域ごとに、その指定する者（「指定情報公表センター」という。）にその事務の全部又は一部を行わせることができることとしている。

指定情報公表センターは、介護サービス事業者の秘密を知り得ることから、指定情報公表センターの役員及び職員並びにこれらの者であった者について、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない旨の秘密保持義務（違反

した場合の罰則あり)を課すとともに、指定情報公表センターに対する都道府県知事の必要な監督権限を置くこととしている。

都道府県は、地方自治法に基づき介護サービス情報の公表及び指定調査機関の指定の事務に係る手数料を徴収する場合には、介護サービス情報の報告を行い、又は指定調査機関の指定を受けようとする者に、条例で定めるところにより、当該手数料を指定情報公表センターに納めさせ、その収入とすることができることとしている⁽²⁵⁾。

介護サービス情報の公表については、平成17年度早々に各都道府県において実施体制等の整備に向けた準備が求められている。なお、平成16年度「介護サービス情報開示の標準化」都道府県モデル事業は、43都道府県において実施され、現在、各種調査結果の全国集計が行われている。

では次に、介護サービス情報の公表に関する介護保険改正法について検討しておこう。情報の公開は、社会的評価と契約制度によって支えられた選択権の行使を実質的に可能にするための前提条件となるものである。情報の提供に関しては、これまで児童福祉法第24条第5項では、「市町村は、第1項に規定する児童の保護者の保育所の選択及び保育所の適正な運営の確保に資するため、厚生労働省令の定めるところにより、その区域内における保育所の設置者、設備及び運営の状況その他の厚生労働省令の定める事項に関し情報の提供を行わなければならない。」、同法第48条の3「保育所は、当該保育所が主として利用される地域の住民に対してその行う保育に関し情報の提供を行い、並びにその行う保育に支障がない限りにおいて、乳児、幼児等の保育に関する相談に応じ、及び助言を行うよう努めなければならない。」と規定され、これが福祉関係法に情報公開が盛り込まれた最初の例となった。その後、社会福祉法第75条第1項で、「社会福祉事業の経営者は、福祉サービス（社会福祉事業において提供されるものに限る。以下この節及び次節において同じ。）を利用しようとする者が、適切かつ円滑にこれを利用することができるように、その経営する社会福祉事業に関し情報の提供を行うよう努めなければならない。」、第2項「国及び地方公共団体は、福祉サービスを利用しようとする者が必要な情報を容易に得られるように、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」と努力義務ながら、すべ

ての事業者と国・地方公共団体に対して情報の提供が義務づけられることになった。

さらに、今回の介護保険改正法では、介護保険法第115条の29第1項において、介護サービス事業者は、介護サービスの内容及び事業者又は施設の運営状況に関する情報であって厚生労働省令で定めるものを都道府県知事に報告しなければならないとし、第2項で「都道府県知事は、前項の規定による報告を受けたときは、当該報告をした介護サービス事業者に対し、介護サービス情報のうち厚生労働省令で定めるものについて、調査を行うものとする。」と規定している。また都道府県知事は、介護保険法第115条の29第1項、第2項の報告の内容及び調査の結果のうち、厚生労働省令で定めるものを公表しなければならないものとし、これらの事務を指定する者に行わせることができる（介護保険法第115条の29第3項から第115条の37項関係）と規定している。知事が公表する内容については厚生労働省令で定めることになっているが、少なくとも、事業者の知事への報告内容の真偽についての知事の調査権及びその公表が法律で明記された以上、事業者が不利な情報は公開しないというような事態は避けられることになろう。また、知事への報告、知事の公表事項となっている介護サービスの内容、事業の運営状況については、当然にサービス評価事業で調査された項目が含まれていることが予想される。省令で定められる具体的な報告・公表事項がどのようなものになるかは別として、少なくとも法律上もこのような情報提供の仕組みが一層強化されるとなると、介護サービスに関するサービス評価事業は、情報公表の際の重要な資料の一つとしてますますその重要性を増していくに違いないであろう。

4 サービスの質の保障における法制度、情報公開、エンパワーメント

(1) ドイツにおける介護の質の確保法 (Vgl. BT-Drucksache 14/5395) についてドイツ介護保険法 (社会法典 Sozialgesetzbuch ; SGB第11編) は、1994年5月26日に制定され、1995年1月1日から保険料の徴収、同年4月1日から在宅介護給付の支給が開始された⁽²⁶⁾。この法律が介護サービスの拡充や要介護者を抱える家族の負担軽減をもたらしたと評価される一方で、財政状況やサービスの質などに関する問題点も指摘されている。介護保険法の下では、介護金庫 (Pflegekassen) が法定疾病保険の保険者である8つの疾病金庫 (Krankenkassen) に対応して新設された公的介護保険の保険者となり、保険料徴収や保険給付の提供責任を負っている⁽²⁷⁾。この介護金庫の委託を受け、実際の介護給付の質の審査と要介護認定の業務は、社会法典第5編の規定に基づき、法定疾病金庫の州レベルでの共同組織であるメディカルサービス (正確には疾病保険のメディカルサービス、Medizinischer Dienst der Krankenversicherung、以下MDK) が行っている。MDKは、1989年の医療保障改革法の発効にともない、保健医療サービス (VAD)、ラント保険機関 (LVA) の後継機関として創設された組織であり、その運営費用は、疾病金庫と介護金庫で折半負担するものとされている。なお、MDKの審査が行われるようになったきっかけは、施設入所者を訪問した家族や知人、権利擁護のために選任された世話人 (Betreuer) などから、各苦情相談窓口に寄せられた苦情が多かったため、その解決のために設置されたものである。MDKの任務は、本来、疾病金庫のために必要な専門医学的知見を提供することにあるが、介護保険法の施行に伴い、MDKが要介護に関する審査も併せて担当することになった。つまり、介護金庫の質の保障責任は、MDKが施設介護 (宿泊、給食、付加給付を含む) および専門職による在宅介護の質・介護プロセス・介護結果について審査を行うことにより現実化・具体化されているのである。MDKの質の審査は、1996年に作成されたコンセプトによれば、①介護給付提供プロセスの枠組み条件となる構造上の質として、設備・組織・専門性の問題、②プロセスの質として、介護計画、介護記録、介護水準、実際の介護状況、③結果の質として、要介護状態の改善、介護に先立つリハビリ原則の保障、要介護

者の満足度、社会的ネットワークの取り組みなどについて行われる。つまり、施設監査とならんでMDKは、法定疾病金庫に対し助言を行うとともに、公的介護金庫および8つの介護金庫の団体に対しても、医療上および介護上の基本的諸問題、すなわち質の確保や通院および入院による病院での世話における報酬体系のより広範にわたる発展の分野において、また介護による世話の体系の分野において、ならびに新たな検査や治療の方法の有効性について助言を行っている⁽²⁸⁾。さらにMDKには要介護認定も委託されており、医師とならんで介護専門職もこの任務に組み込まれている。連邦規模では、現在16のMDKに6,900人以上の職員がおり、そのうち約6,300人が常勤職として勤務しているが、MDKの人員にも限りがあり、実際の質の審査件数は全国で年間2,500件程度にとどまっていた。

そこで、介護保険法上保険者に明文で義務づけられている介護の質の確保責任を、さらに実効性のあるものにするとともに、これと同一目的を持つホーム法による行政の施設監査を有機的に結びつけることを目的として、「介護における質の確保と消費者保護の強化に関する法律（介護の質の確保法）」と「ホーム法改正に関する第3法律」が、連邦議会および連邦参議院において同時進行的に審議され、それぞれ2001年9月9日および2001年11月5日に制定・公布され、2002年1月1日から試行されている⁽²⁹⁾。なおホーム法とは、入所施設における入所者および入所希望者の保護、ならびに入所者の自立と自己責任の保持を目的とする法律である⁽³⁰⁾。

このドイツの介護の質の確保法により、介護事業者の自己管理責任による質の確保と改善を実現するために、まず事業者自身による内部的な質のマネジメントが義務づけられた。この内部での質のマネジメントを促進するための原則と基準の策定は、MDKの「社会法典第11編に従った介護の質の審査に関するMDKコンセプト」を策定してきたMDKの全国組織であるMDS（Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen）が行うこととされている。またMDSは、MDKの審査の結果を毎年公表する機関でもある。この事業者内部での質のマネジメントは、今後は介護保険事業者の指定条件の一つに加えられることになっている。さらに、自己管理責任による介護の質の確保と改善を実現す

るために、介護金庫と事業者との間で締結される保険給付と報酬に関する包括的枠組契約において、事業者指定、介護基準と介護報酬の合意とともに、両者の間における「給付と質の合意 (LQV)」が重要な役割を果たすことになる。特に「給付と質の合意」は、介護基準と介護報酬に関する合意を、介護金庫と個々の介護ホームとの間で行うための必要条件とされることになっている。すなわち、介護金庫は、個々の介護ホームごとに介護の質によって介護報酬の支払金額を変えることができるようになるのである。また介護の質の確保と改善のために、事業者の内部的な質のマネジメントとともに、第三者機関による「給付と質の証明」が新たに義務づけられた。この「給付と質の証明」とは、当該事業者および施設の提供する介護が、現行法の要求する介護の質を満たしていることを確認するものであり、連邦ないし州の介護金庫連合（8つの介護金庫の連合組織）の認めた第三者機関である専門家ないし審査機関がこれを付与するものである。またこの証明書は介護金庫の州連合に対して、介護保険の指定事業者（施設・在宅）が2年ごとに提出することを義務づけられ、介護報酬に関する合意のための必要条件とされることになっている。これを得るための費用は事業者負担とされるが、介護金庫と個々の事業者との間の介護報酬の合意にあたって必要経費として考慮されることになっている。

そしてMDKの審査が強化され、事前通知なしでも、また夜間でも審査を行うことができるようになり、この審査結果をもとに介護金庫が必要な措置を決定することになった。MDKの審査結果はすべての関係者に通知され、この審査結果をもとに介護金庫の州連合は適切な措置（改善を促すために負担を課すこと、改善命令や指定取消などの処分）を決定しなければならない。そして、新たな制裁措置として、適切な質の介護提供義務に違反した事業者の介護報酬を遡及的に切り下げることができるようになった。この具体的な金額は、当事者の合意により定められるが、合意が整わない場合には、保険者・事業者間の紛争処理機関である調停所が決定することになっている⁽³¹⁾。

表Ⅲ－16 質の確保に関する日独比較

	質の確保法（ドイツ）	介護保険法関係法規等（日本）
介護事業者側の自己責任の強化	①事業者自身による内部的な質のマネジメントを義務付け。 ②介護金庫と事業者との間の公法上の契約関係において、「給付と質の合意（LQV）」が重要。	質の確保については、現段階では、次に述べる第三者評価の方が進捗している。
第三者評価	①第三者機関による「給付と質の証明」を新たに義務付け。 ②MDKの質の審査の強化。 ③この審査結果をもとに、介護金庫が必要な借置（事前届出なしに立ち入り調査可能へ、また新たな制裁措置として、適切な質の介護を提供すべき義務に違反した事業者に対して、事業者の介護報酬を適時的に切り下げ可能へ）。	介護保険指定サービスに対する第三者評価は、痴呆対応型共同生活介護については義務付けられ開始されている。その他のサービスについては平成17年度から義務付けられる予定。すでに、その他のサービスについては、国のモデル事業とともに、東京都・兵庫県・岡山県など都道府県レベルで第三者評価の取り組みが開始されている。
協働関係	介護金庫・MDKとホーム監督局間で、情報交換、助言。	介護保険事業の観点から、国は福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策を講じ、都道府県は必要な指導・適切な援助をしなければならず（介保5条）、医療保険者も協力しなければならない（同6条）
消費者としての要介護者の保護	介護金庫による、事業者利用料比較一覧表の提供を法律上の義務へ。 介護金庫による、要介護者にとり重要な給付に関する助言も法律上の義務へ。 介護給付に欠陥がある場合、他の適切な施設を仲介する義務。 訪問介護の場合、従来義務付けられていなかった契約文書の交付が義務付けへ。	・行政や介護支援専門員による情報提供 ・介護支援専門員によるサービス利用の支援 ・消費者契約法による消費者被害の防止 ・成年後見制度（判断能力が不十分な成年者の利益保護）と福祉サービス利用援助事業（判断能力が不十分な高齢者や障害者が地域で安心した生活が送れるように、福祉サービスの利用手続や金銭管理などを手伝う）

（（出典）三重県立短期大学講師 小西啓文作成 財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団後援会 福祉契約研究会作成ドイツ関係資料「明日の介護保険制度ードイツ介護保険の現状に学び、今後の介護の「質」を考えるー」、2004（平成16）年10月9日）15頁

ドイツにおいては、質の確保は第一義的にはサービスを行う事業者の自己責任の問題であり、外部からのコントロールはあくまでも補完的な手段にすぎないとの考え方にたって、①質の審査の強化、②当事者の自己責任の強化、③行政監査との協働、および、④利用者保護の強化を目的とする対策が盛り込まれている⁽³²⁾。またMDK連合の介護専門職による介護記録の審査には重要な意義が与えられている⁽³³⁾。なおドイツにおいては、要介護者の50%は専門職によってではなく、親族、友人、隣人、もしくはその他の私人といった素人の介護者

によって世話がなされているが、法律では、これらの者に関する質の確保措置は規定されていない。またMDKの現在の審査手法で測定されるのは、主として専門家によってなされるサービス、つまり厳密な意味での身体介護のみである。しかし、ドイツにおけるサービスの質についての法律制定は、わが国においても介護サービスの内容そのものの質を審査するシステムやその手続きを構築する必要性と、そのためにはどのような法整備をしていくことが必要かについての問題提起をしているといえよう。

(2) サービス評価の意義と限界

これまでサービス評価事業の意義としては、①日頃の仕事をふり返ってみるという意味でのサービス提供従事者の注意の喚起、②サービスの内容についての基準がないわが国においては、そのサービスの水準を決める上での指針提供の意味をもつものと理解されてきた。もちろん、サービス評価事業には調査項目の抽象性や実効性への疑問等、その限界も指摘されてきた。具体的には、限界とは以下に述べるような事柄である。

まずサービス評価の項目・内容自体が、抽象的で漠然としており、評価基準も曖昧であることである。例えば施設の築年数により建物自体が古い場合、物理的に評価基準を満たせない場合があげられよう。また評価には主観的要素が伴うこともあり、それを客観化することへの限界や、評価を通して総合点は出すことができても、その中に重要な基準（点数）を満たしていない場合が含まれているとすれば、必ずしも総合点が高いからといってサービスの質が高い事業所とはいえないかも知れない。また実効性の点でも、現在のところ、法律によってサービス評価の結果をもとに「改善する」というところまで結びつけていくことまでは義務づけられていない。つまり現行の法律では、サービス評価は規定されていても、サービスを「改善する」ことまでの強制力（改善命令権）はないのである。サービス評価の中身自体が曖昧なことと相まって、サービス評価を実施して、その結果によって違法性を指摘できる程、サービス評価に法的な効力を認めることは難しいであろう。ただ、こうしたサービス評価の限界は、サービス評価事業そのものが本来持っている限界であって、サービス評価

事業の価値自体を否定するものではない。むしろ、そう考えるのではなく、サービス評価事業は、その他の機能と結びつくことによって、その実効性を確保できるものと理解すべきである。その他の機能として、ここでは、利用者のエンパワーメントと情報公開とを取り上げることにしたい。

まず、ドイツの「ホーム協議会」を取り上げて、利用者のエンパワーメントを背景にしたサービス評価の実効性について検討をしていくことにしよう。ドイツでは、利用者の代表が選出されて「ホーム協議会」を形成し、経営の事項に関して施設長と協議する。このような運営への参加制度はわが国には設けられていない⁽³⁴⁾。この協議会は「居住者（女性/男性）は、ホーム協議会（Heimbeirat）を通じて、宿泊、世話、滞在条件、ホーム秩序、食事、および余暇の活用等の様々なホーム経営事項において協働する。…」とホーム法第10条に規定されており、これは入所者が自らの力でサービス改善を図る組織、つまり入所者の労働組合のようなものといえよう。この「協働」こそが世話や介護などの質の保障について実効性を持たせる結果になっており、それを受けて1997年法はこの箇所を中心にかなりの改正が施されている。また2002年の改正では、施設でのホーム協議会がさらに強化され、居住者の施設内での発言力を向上することがあげられた。ホーム経営者にとっては、ホームの「協調的な共同生活」、および居住者との「信頼関係」の構築がねらいである。これを見る限り、ドイツでは、居住者（利用者）に保護を与えるというよりはむしろ、居住者（利用者）自身の発言力、交渉力、社会的影響力を強化する支援を行っていると考えられる。このように居住者（利用者）自身が交渉して、サービスの内容をチェックし改善していくこと（利用者のエンパワーメント）は、日本におけるサービス評価の一つの限界を克服する重要な方法となるであろう。

次に、情報公開とサービス評価の関係について述べておこう。サービス評価が客観的かつ信頼を得ていると仮定してそれを情報公開した場合、それは利用者のサービス事業所選択の材料となることは間違いない。そうなれば、利用者は高い評価を与えられた事業所にサービスを求めて利用者が集中し、質の悪いサービスを提供している事業所は自然淘汰されていく。高い評価を得た事業者にはサービス利用者が集中するとなれば、どの事業所もサービス評価で高い評価

を得ようと努力する。そうした努力を通してサービスの質が上がり、サービス評価事業の役割も高くなっていく。情報公開とサービス評価が結びついた結果、サービス評価が実効性を持つということはこういうことであろう。

このようにサービスの質の保障の一つの方法・手段であるサービス評価は、サービス評価それ自体だけでは実効性を持ちにくいことが明らかである。つまり、サービス評価は、評価自体に何か他の要素（エンパワーメントや情報公開）が加わることで実効性を持ち、その効力を発揮するということができる。

5 小括

サービス評価については、医療のサービス評価が先行している。そのためには、まず医療サービスの特徴を検討することも重要であろう。医療サービスは一般に短期間で、扱う対象者も症状が悪化した患者が多く、全体的にみれば人数としてはごく一部の人たちである。そのなかには特殊な技術や、繰り返し執行することによって質が保たれる技術の集積性が必要とされたり、それを支えるための特殊な専門家の存在が不可欠となっている。それに対して、福祉サービスは長期に続く日常的なサービスの提供であり、ほとんどの場合、技術集積性は少ないといえる（図表Ⅲ-17）。現在医療分野では、疾病別に最も信頼できる病院のランキングや、その疾病についての専門医がいる病院の一覧などの情報が患者（利用者）の選択情報として注目されている⁽³⁵⁾。また1997(平成9)年から、財団法人日本医療機能評価機構が医療機関の第三者評価を行い、医療機関が質の高い医療サービスを提供していくための支援を目的に活動を行っている⁽³⁶⁾。この機構は、患者の視点に立った多様な評価者がいない、患者のニーズにあった評価内容になっていない、評価の結果などの情報がきちんと開示されていないなどの課題を指摘されながらもそれぞれの項目について改善を図りつつ、医療サービスの質の向上にかなりの有用性を認められてきている。医療と福祉のサービスの特徴から、福祉サービスの質の内容は医療ほど複雑ではなく、そのため医療機能評価機構のような高度な第三者評価機構は必要ないかもしれ

ないが、しかし参考に値する部分も多くあるはずである。

図表Ⅲ－17 サービスの特徴

	医 療	福 祉
必 要 機 関	一般に短期	長期続く
取 扱 問 題	稀で重篤	日常的で継続的
技術集積性	一般にある	少ない
特殊専門家	必要である	必要なことは少ない
情報偏在性	一般に存在する	一般に存在しない
評 価	一般には難しい	一般にしやすい
供給誘導需要	存在する	不明

（出典）長谷川敏彦「福祉サービス評価システム構築への課題－医療サービス評価に学ぶもの－」（月刊福祉第82巻11号、1999(平成11)年9月号) 54頁

医療サービスと福祉サービスでは、専門性や特殊性の違いがあるにしても、それらをふまえたうえで、医療サービス評価の中には、この部分は福祉サービスにも必要だと思われるものも多く含まれており（例えば、手術後からの回復による入浴の介助など）、特に介護サービスの内容に関しては共通項目が見いだせる。また医療は治療や自立というはっきりとした目的があり、これに対して福祉は生活の基盤・生活の場での日常生活支援サービスの提供と考えられてきたが、現在、福祉の分野でも医療と同じようにしきりに「自立」が取り上げられ始めている。介護保険法の改正のなかでも「自立」が重要課題として位置づけられているのは周知のとおりである。もし、これからは、福祉サービスについても「自立」ということが最重要課題になるとすれば、サービスの質の評価も、これまでの評価項目に加えて、例えば「自立に向けての試み」といったものが追加されていくであろうことは想像に難しくない。介護・福祉サービスにおいても、予防や自立支援という新しい理念が登場してくると、当然にしてサービス評価の項目は見直されていかななくてはならないであろうが、情報提供や利用

者のエンパワーメントといった他の機能との組み合わせによって、サービスの質の保障に果たすサービス評価事業の役割とその重要性は今後とも薄れていくことはないように思われる。

- (14) 河谷はるみ「第IV章 介護サービスの質の保障」(石橋敏郎・田中孝明・河谷はるみ「介護保険実施後の最重要課題:介護サービス契約、サービスの質の保障について—熊本県の実態調査を踏まえて—」、アドミニストレーション第10巻1・2合併号、熊本県立大学総合管理学会、2003(平成15)年) 88頁以下参照。
- (15) 2004(平成16)年9月9日内満副所長から、資料をいただき丁寧な説明をしていただいた。また論文執筆にあたり確認事項等がでたので、電話で御教示いただいた。
- (16) 介護サービス評価センターふくおかのホームページ (<http://www.hyouka-fukuoka.gr.jp>)によると、2005(平成17)年7月28日現在、198事業所の情報が公開されている。事業所数には認証取得2回目の事業所は含まれるが、認証の有効期間満了の事業所は削除されている。
- (17) 評価を行なった事業所のなかで、公表の同意を得られなかった事業所は1事業所のみである。
- (18) 2005(平成17)年5月10日星子邦子理事長から、資料をいただき丁寧な説明をしていただいた。
- (19) 著書名は『熊本県老人介護施設ガイド』(NPO法人ワークショップいふ、2001(平成13)年)であり書店でも購入可能である。
- (20) 厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/020807-1/1.html>)参照。
- (21) ここでは全国的な団体(社会福祉・医療事業団)のWAMネットが紹介されている。
- (22) 従来「情報開示の標準化」としていたが、介護保険法等改正法案で「公表」と規定していることから、「介護サービス情報の公表」としている。
- (23) 2005(平成17)年2月18日厚生労働省老健局「全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議」資料参照。
- (24) 介護サービス情報の公表の対象となるサービスは、厚生労働省令で定めることとしており、平成18年度以降、実施の準備ができたサービスを、逐次規定することとしている。
- (25) 2005(平成17)年2月18日厚生労働省老健局「全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議」資料参照。
- (26) ドイツ介護保険法制定とその後の法改正については、本沢巳代子「ドイツの介護保障制度と利用者の法的保護」(財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団後援会福祉契約研究会作成ドイツ関係資料「明日の介護保険制度—ドイツ介護保険の現状に学び、今後の介護の「質」を考える—」、2004(平成16)年10月9日) 5頁以下参照。

- (27) ドイツ介護保険法における介護金庫の質の保障責任に関する規定(80条)、およびMDKの審査基準と審査項目については、本沢巳代子「介護サービスの質の審査ードイツの先例に学ぶー」(週刊社会保障№2023、1999(平成11)年2月1日)参照。またMDKの組織および審査については、松本勝明『社会保障構造改革ードイツにおける取組みと政策の方向ー』(信山社、1998(平成10)年)195頁以下、本沢巳代子「高齢者・障害者の権利擁護と介護保険ードイツの世話制度と介護保険の実際を参考としてー」(日本社会保障法学会編『社会保障法』第14号、法律文化社、1999(平成11)年)132頁~146頁参照。なお審査の実際については、ハンブルク市の実例が日本経済新聞(1998(平成10)年10月24日夕刊)で紹介されている。
- (28) Dr. Elke Mohr「メディカルサービスはよい介護を認識しているか?」(日本語訳:明治大学大学院博士後期課程・脇野幸太郎、財団法人 東京都高齢者研究・福祉振興財団 後援会 福祉契約研究会作成ドイツ関係資料「明日の介護保険制度ードイツ介護保険の現状に学び、今後の介護の「質」を考えるー」、2004(平成16)年10月9日)30頁。
- (29) 本沢注(26)、前掲第1論文、6頁。またこの法案の概要については、松本勝明「介護サービスの質の確保ードイツ介護保険法ー」(海外社会保障研究131号、2000(平成12)年)37頁以下参照。
- (30) ホーム法について詳しくは、本沢巳代子「西ドイツ老人ホーム法の実証的研究」(経済研究34巻2号、1989(平成元年)、ドイツのホーム法と施設介護の質の確保」(経済研究40巻2号、1995(平成7)年)参照。
- (31) 本沢巳代子・長谷憲明『介護保険転換期ー新制度のしくみとドイツ制度の現状』(財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団、2005(平成17)年)8頁以下参照。
- (32) この法律の詳細については、松本勝明「ドイツ介護保険法の施行状況(下)ーその評価と今後の課題ー」(週刊社会保障№2158、2001(平成13)年10月29日)、本沢巳代子「ドイツの介護保険と利用者の権利擁護」(週刊社会保障№2160、2001(平成13)年11月12日)参照。
- (33) 本沢・長谷注(31)、前掲書、156頁。
- (34) 豊田謙二『質を保障する時代の公共性ードイツの環境政策と福祉政策ー』(ナカニシヤ出版、2004(平成16)年9月)189頁。
- (35) 江草安彦「社会福祉におけるサービス評価の意義と課題」(月刊福祉第88巻第11号、2005(平成17)年10月号)15頁。
- (36) 財団法人日本医療機能評価機構のホームページ(<http://www.jcqh.or.jp>)によると、2005(平成17)年9月1日現在、全国1738の病院に認定証を発行している。

(河谷はるみ)

IV 介護保険法と介護手当

1 取り扱う範囲と内容

高齢者は、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう望んでいる。そうした高齢者の希望に応えられるように、我が国では、介護保険制度が2000(平成12)年4月から施行された。その後介護サービスの利用者数は、在宅サービスを中心に大きく増加しており、施行時の利用者約149万人から、現在は約298万人へと約2倍の伸びになっている⁽³⁷⁾。その反面、自宅で家族による介護を受けて生活している高齢者もかなりの数にのぼっている。しかし、議論になっていた家族介護に対する現金給付(介護手当)については、結局、施行時の介護保険法では制度化されなかった。その理由としては、介護手当を支給することによって家族介護が固定化される、介護手当は必ずしも適切な介護に結び付くものではない、在宅サービスの拡大を阻害する、財政的な困難などがあげられる。一方、賛成意見としては、外部サービスを利用している人との公平性、介護労働に対する社会的評価、介護者に対する慰労、高齢者の自己決定権の尊重などがあった⁽³⁸⁾。現在、これに代わるものとして、国の補助金を受けて行われる家族介護慰労事業があるが、この給付を受けるためには、他の介護サービスを受けていないことなど受給要件がかなり厳しくなっており、また、金額においても十分なものとはいえない。

介護手当の制度化については、賛成、反対それぞれの意見があり、各意見とも、視点の置き方と論じるレベルが違っており、どれを優先させるかの判断は容易ではない。そこで、本章では、その中で最も重要であると思われる「自宅で家族による介護を受けている者と施設・在宅サービスを受けている者との受益の公平性」と「家族による在宅介護労働の社会的評価」の二点に絞って、介護手当の意義とその導入の必要性を論じたいと思う。

2 介護保険法制定と介護手当

介護保険法は、1997(平成9)年12月17日に制定され、2000(平成12)年4月1日より施行された。介護保険制度検討過程において、介護手当導入の可否に関しては、老人保健福祉審議会で議論されている。同審議会は、1995(平成7)年2月から審議を重ね、1996(平成8)年4月に取りまとめられた老人保健福祉審議会報告「高齢者介護保険制度の創設について」の中で、家族介護に対する現金給付について言及している。この最終報告では、家族介護について、「介護保険制度においては、現物給付が基本となるべきである。家族介護に対する現金支給については、消極的な意見と積極的な意見があり、さらに広範な国民的議論が期待される。」と述べられており、介護手当支給については、消極論・積極論の両論併記の内容となっている。この最終報告に至る経緯としては、1995(平成7)年5月31日の老人保健福祉審議会にて以下の4点について、家族介護をテーマとした議論がなされている。1点目は、在宅介護に対する基本的な考え方についてであり、多くの高齢者は、できる限り在宅で介護を受けることを望んでおり、それならば在宅介護を基本に置き、高齢者が無理なく在宅介護を選べるような環境を整備すべきである、という意見である。この点については、制定された介護保険法の目的・理念に、「…保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、こ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に配慮されなければならない」(介護保険法2条4項)と規定されており、報告書で示されていた在宅介護重視の考え方が条文として盛り込まれることになった。2点目に、在宅介護における家族の役割についてである。介護保険の与えるサービスは、家族介護の完全な代替とはならず、依然として要介護者に対する精神的支えをはじめとして、家族の役割は重要である。しかし、現在では、社会的な支援の不十分さや家族構成の変化により、家族介護の限界が浮き彫りとなっている。また、家族介護のために、介護者が離職を余儀なくされているケースも出ている、などの報告がなされている。

3点目に、現実に介護を行っている家族に対する評価についてである。実際、

懸命に介護をしている家庭が数多くあり、こうした家族による介護労働は、制度的にも評価されるべきである。また、どのような形で介護を受けるかは、高齢者や家族が選択すべきものである。家族介護を選択した場合においても、その意思を尊重し、その介護労働に対して適切な評価がなされるべきであるとの意見がある。他方で、家族介護に対する評価の仕方によっては、家族による介護を固定化させるおそれもあるので、家族介護の評価については慎重な検討が必要であるという意見も出されている。

4点目が、家族介護に対する現金支給（介護手当）についてである。家族介護に対する現金支給の取扱いについては、さまざまな意見がある。まずは、現金支給に積極的な意見として、次のようなものがある。

- ① 高齢者やその家族の選択を重視する、外部サービスを利用しているケースとの公平性を保つ等の観点から、家族介護に対して一定の現金支給を検討すべきである。ただし、家族への介護研修や専門家によるバックアップ等を現金支給の条件とすべきである。
- ② 介護を受ける人の考え方と、それを囲む家族の考え方の中には人間関係も含めて難しい問題が存在していることも多い。そのような中では、本人、家族それぞれに様々なニーズがあることを前提とした上で、家族介護と公的介護との間に選択の自由を持たせるべきである。制度として現物サービスしかないというのは問題ではないか。
- ③ 多くの自治体が現金支給事業を行っているのは、家族が面倒を見るのは当然であり、しかもそれは無償であるべきだという議論はもうできないとの認識の現れと考えられる。ただし、手当をもらった家族がきちんと介護をするとは限らないので、現金支給の場合、介護の基準に対する一定の条件が必要である。

次に、現金給付に慎重な意見であるが、以下のようにまとめることができる。

- ① 家族介護は十分に評価されるべきであるが、現金の支給は、必ずしも家族による適切な介護の提供に結びつくものではない。場合によっては、現金を受け取ることにより、家族介護が固定化される懸念がある。また、現金の支給要件の定め方次第では、高齢者の状態の改善につながらないおそれ

もある。

- ② 現金給付を多くの人を選択するようになると、現物サービスが拡大しないのではないか。したがって、現物サービスをまず行うとか、現金給付をするとしてもその金額を抑えること等が必要ではないか。
- ③ 現金給付は現在の制度には存在しないものであるから、新しい介護保険で実施することになれば、新たな予算措置が必要となるので、慎重な検討が必要である。
- ④ 家族が介護に果たす役割は極めて大きいですが、過大な負担とならないよう、社会的支援すなわち介護システムの中でカバーすることが必要である。サービスの現物給付を基本に、それを側面から家族が支えるというのが好ましい姿である。仮に、現金支給を行うとしても、家族介護に関するケアプランの作成など一定のルールに基づいて、それを満たしている場合のみ、介護に当たった家族に対して現金を支給するということが適当である。

また、現金支給の取扱いについての積極論・消極論に加えて、現金支給の在り方に関して、その後の老人保健福祉審議会介護給付分科会では、次のような意見が出されている。

- ① 家族介護に対する現金支給といっても、その位置づけや性格は様々である。例えば、(ア)本人や家族に対する慰謝激励、(イ)現物サービスとの公平性の確保、(ウ)介護に伴う収入減の補填、(エ)家族介護に対する労働として評価、などいろいろな考え方があり得る。支給するか否かということだけでなく、こうした点も議論すべきである。
- ② 仮に、現金支給を行う場合には、誰に対して支給するのかということも論点である。保険制度としてのあり方から見ると、被保険者である高齢者本人に支給することが基本である。

1996(平成8)年6月、老人保健福祉審議会に諮問された「介護保険制度案大綱」において、介護手当についての記載は、次第に有力となってきた消極説⁽³⁹⁾の影響を受けて以下のとおりとなった。「保険者は、要介護者を介護する家族を評価し、それを支援する観点から、保健福祉事業の一環として、自らの保険料財源により各種の家族支援事業を行い得る。ただし、家族介護に対する現金支給

は、原則として当面行わないものとする。』。反面、「家族介護の実態からみて、当分の間、現金支給を行うべきであるという少数意見があった」と積極論を併記する形になったが、結局、介護手当は制度化されなかった。

審議会における議論はまとめると、表Ⅳ-1に示したとおりである。

表Ⅳ-1 老人保健福祉審議会における介護手当をめぐる議論

	消極的意見	積極的意見	その他
老人保健福祉審議会・報告(概要) 一高齢者介護保険制度の創設について— 平成8年4月22日	<p>○現金支給は必ずしも適切な介護に結びつかず、家族介護が固定化するおそれがある。</p> <p>○高齢者の自立を阻害するとともに、家族の負担が過重となるおそれがある。</p> <p>○現在最も必要なのはサービスの充実である。</p>	<p>○高齢者や家族の選択と外部サービス利用との公平性からみて現金を支給すべきである。</p> <p>○高齢者が家族介護を望んでおり、また、介護に伴い支出が増大している実態は無視できない。</p> <p>○現物給付が受けられないケースは保険料の見返りとして現金を支給すべきである。</p>	
老人保健福祉審議会・報告 一高齢者介護保険制度の創設について— 平成8年4月22日	<p>○現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。</p> <p>○現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、身体的精神的負担が過重になり、介護の質も確保できないおそれがある。</p> <p>○今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。</p> <p>○現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。</p>	<p>○高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点に立って、一定の現金支給を検討すべきである。制度として現物給付しかないというのは制限的過ぎる。</p> <p>○現状は、家族による介護を望む高齢者も多く、また、家族が介護しているケースが大半であり、介護に伴う家計の支出が増大している実態もある。そうした現実は無視できない。</p> <p>○介護保険制度の下で国民に負担を求める以上、現物給付を受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。</p>	<p>○家族介護に対する現金支給といっても、その位置付けや性格について、例えば、(ア)本人や家族に対する慰謝激励、(イ)現物給付との公平性の確保、(ウ)介護に伴う収入減の補填、(エ)家族介護に対する労働としての評価など、いろいろな考え方があり得る。</p> <p>○また、サービスが不足している状況を踏まえた過渡的な措置として、例えば家族への研修の義務付けなど要件を付すことにより、限定的な手当として位置付けるという方法も考えられる。仮に支給する場合には、被保険者である高齢者本人に支給することが基本となる。</p> <p>○サービスが不足している現状においては、まずサービスの充実を最優先すべきである。現金支給は、高齢者が自らの希望に応じて実際にサービスを利用できるような環境になった時点で、高齢者の選択権の確保という観点からその導入を検討すべきである。</p> <p>○現金支給はいつたん始めると廃止しにくいということを踏まえ、仮に支給する場合でも期限を区切るなど、確実に廃止できるような仕組みとすべきである。</p> <p>○現金そのものを支給するという方法のほか、利用券(バウチャー)方式を探るなど、その支給が実際に介護サービスに結びつく方式も検討すべきである。</p>
老人保健福祉審議会介護給付分科会における議論の概要	<p>○現金の支給は、必ずしも家族による適切な介護に結びつくものではない。場合によっては、現金を受け取ることで、家族介護が固定化され、特に女性が家族介護にしばりつけられるおそれがある。ドイツの介護保険では現金支給が認められているが、わが国とドイツとは家族の状況が異なっている。</p> <p>○「寝たきり状態」が継続する方が現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。</p> <p>○介護を家族だけに委ねると、介護がいわば密室化し、介護の質も確保できないことになり、高齢者にとっても問題が多い。</p> <p>○今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、現物サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。</p> <p>○現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。</p> <p>○家族介護に対する評価を行うとしても、その方法としては現金支給よりはむしろ税制上の控除措置等を検討する方が適当である。</p>	<p>○高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点から、一定の現金支給を検討すべきである。</p> <p>○高齢者と家族の関係は多様であり、ニーズも様々であるので、家族介護と公的介護との選択の自由を尊重すべきであり、制度として現物サービスしかないというのは制限的過ぎる。</p> <p>○介護によって休・退職し、収入が減少するようなケースもある。そうした収入減を補填すべきではないか。</p> <p>○現状は、家族が介護しているケースが大半であり、直ちにそれが変わることはない。また、介護に伴い家計の支出が増大している実態もある。そうした現実は無視できず、家族介護に対して何らの給付も行わないという訳にはいかない。</p> <p>○国民に新たな負担を求める以上、現物サービスを受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。</p>	<p>○家族介護に対する現金支給といっても、その位置付けや性格は様々である。例えば、(ア)本人や家族に対する慰謝激励、(イ)現物サービスとの公平性の確保、(ウ)介護に伴う収入減の補填、(エ)家族介護に対する労働としての評価など、いろいろな考え方があり得る。支給するか否かというだけでなく、こうした点も議論すべきである。</p> <p>○仮に、現金支給を行う場合には、誰に対して支給するのかということも論点である。保険制度としてのあり方からみると、被保険者である高齢者本人に支給することが基本である。</p>

	消極的意見	積極的意見	その他
「新しい介護システムの在り方」に関する主な論点とこれまでの議論等の概要（分科会における主な意見を含む。）	<p>○現金の支給は、必ずしも家族による適切な介護に結びつかず、場合によっては、現金を受け取ることにより、家族介護が固定化され、特に女性が家族介護にしばりつけられるおそれがある。</p> <p>○ドイツの介護保険では現金支給が認められているが、わが国とドイツとは家族の状況が異なっている。</p> <p>○「寝たきり状態」が継続する方が現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。</p> <p>○介護を家族だけに委ねると、介護がいわば密室化し、介護の質も確保できないことになり、高齢者にとっても問題が多い。</p> <p>○国民が求めていることはサービスの充実であり、現金支給の制度化によって、現物サービスの拡大が十分に図られないおそれがある。</p> <p>○現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものであり、財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。</p>	<p>○高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点から、一定の現金支給を検討すべきである。</p> <p>○高齢者と家族の関係は多様であり、ニーズも様々であるので、家族介護と公的介護との選択の自由を尊重すべきであり、制度として現物サービスしかないというのは制限的過ぎる。</p> <p>○介護によって休・退職し、収入が減少するようなケースもあり、そうした収入減を補填すべきである。</p> <p>○現状は、家族が介護しているケースが大半であり、また、介護に伴い家計の支出が増大している実態もある。そうした現実は無視できず、家族介護に対して何らかの給付を検討すべきである。</p> <p>○国民に新たな負担を求める以上、現物サービスを受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給は必要だ。</p>	<p>○家族介護に対する現金支給といっても、その位置づけや性格は様々である。例えば、①本人や家族に対する慰謝・励励、②現物サービスとの公平性の確保、③介護に伴う収入減の補填、④家族介護に対する労働としての評価などの考え方があり得る。</p> <p>○仮に、現金支給を行う場合には、誰に対して支給するのかということも論点である。保険制度の性格からみると、高齢者本人に支給することが基本ではないか。</p>
老人保健福祉審議会・第2次報告「新たな高齢者介護制度について」平成8年1月31日	<p>○現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。</p> <p>○現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、身体的・精神的負担が過重になり、介護の質も確保できないおそれがある。</p> <p>○今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、現物サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。</p> <p>また、現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。</p>	<p>○高齢者や家族の選択の重視、外部サービスを利用しているケースとの公平性等の観点から、一定の現金支給を検討すべきである。制度として現物サービスしかないというのは制限的過ぎる。</p> <p>○現状は、家族による介護を望む高齢者も多く、また、家族が介護しているケースが大半であり、介護に伴う家計の支出が増大している実態もある。そうした現実は無視できない。</p> <p>○新制度の下で国民に負担を求める以上、現物サービスを受けられないケースについては、保険料負担に対する見返りとして現金支給を行うべきである。保険料を徴収する立場からみても、現金支給の必要性がある。</p>	<p>○家族介護に対する現金支給といっても、その位置づけや性格について、例えば、(ア)本人や家族に対する慰謝・励励、(イ)現物サービスとの公平性の確保、(ウ)介護に伴う収入減の補填、(エ)家族介護に対する労働としての評価など、いろいろな考え方があり得る。</p> <p>○また、現物サービスが不足している状況を踏まえた過渡的な措置として、例えば家族介護者への研修の義務づけなど一定の要件を付すことにより、限定的な手当として位置づけるという方法も考えられる。</p> <p>○誰に対して支給するのかということも論点となるが、保険制度としての在り方からみると、被保険者である高齢者本人に支給することが基本となる。</p>

(出典) 厚生省高齢者介護対策本部事務局「高齢者介護保険制度の創設について」(ぎょうせい、1996(平成8)年)より

3 市町村における介護手当の実際

2001(平成13)年4月1日からの国の補助金の対象としての「介護予防・地域支え合い事業」の中に、市町村を実施主体とした「家族介護支援事業」がメニュー化されている。趣旨は、「高齢者(40歳以上65歳未満の者であって特定疾病に該当する者を含む。)を介護している家族等の様々なニーズに対応し、各種サービスを提供することにより、高齢者を介護している家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図るとともに、要介護高齢者の在宅生活の継続、向上を図ることを目的とするものである。」とされており、具体的な事業としては、家族介護教室、介護用品の支給、家族介護慰労事業、認知症高齢者家族やすらぎ支援事業な

どがある。中でも、家族介護慰労事業は、介護手当の名称は使用していないが、現金の支給を認めており、介護手当と同じ役割をもったものと見ることができる。具体的な実施基準については、以下のように定めている⁽⁴⁰⁾。

① 実施方法

支給対象者に対して、介護を行っていることの慰労として金品(年額10万円まで)を贈呈した場合に、これに要する経費を助成する。

② 支給対象者

要介護Ⅳ又はⅤに相当する市町村民税非課税世帯に属する在宅の高齢者であって過去1年間介護保険サービス(年間1週間程度のショートステイの利用を除く。)を受けなかった者を現に介護している家族。

③ 事業実施にあたっての留意点

- a 要介護認定を受けていない高齢者については、市町村の判断で、正式な審査判定を経ないまでも、基本的には要介護認定と同じ方法を利用して、要介護Ⅳ又はⅤに相当すると判断されるものを対象とする。
- b 家族が高齢者と同居していない場合であっても、隣地に居住していて事実上同居に近い形で介護に当たっている場合などは、実情に応じて市町村が支給するかどうか判断するものとする。
- c 過去1年間介護保険サービス(年間1週間程度のショートステイの利用を除く。)を受けなかった高齢者を介護する家族を支給対象者とすることから、支給を行う1年前に要介護Ⅳ又はⅤに相当することが認められていることが必要である。したがって、市町村は、支給を行う1年前から順次対象予定者のリストアップを行った上で、それぞれの者について1年間のサービスの利用状況を見て支給を行うか否かの判断を行うものとする。

市町村における介護手当制度について、福岡県の状況を示したものが表Ⅳ-2である。2004(平成16)年4月現在、県内96市町村のうち、46%にあたる44市町村が何らかの形で介護手当制度を実施している。市町村によって、独自に支給月額や対象者の要件を設定しているので、その点について多少の差異はあるが、対象者は概ね共通して、65歳以上の寝たきりや認知症の高齢者を在宅(同

居・同一生計)で介護している者となっている。要介護度を明示している市町村は、Ⅳ以上(Ⅳ又はⅤ)と規定しているところが多いが、中にはⅢ以上と規定しているところもある。介護の継続期間や要介護状態の継続期間の定めも設けてあり、3ヶ月以上や6ヶ月以上という規定が多いようである。また、受給者は低所得者(住民税非課税世帯)であることを要件に加えているところも見られ、さらに、高齢者だけでなく、寝たきりの(重度)心身障害者を対象に含めている市町村もある。給付額については、月額5千円から2万2千円まで開きがあるが、月額1万円又は2万円と設定している市町村が多く見られる。制度の開始年度から見て、大半は介護保険制度創設以前から実施されていた地方単独事業としての介護手当が継続しているものと推測されるが、先に述べた2001(平成13)年度から国庫補助の対象となった家族介護慰労事業を93%にあたる89市町村が実施しており、その要件が類似していることを併せると、これらの大半が国庫補助を受けて実施している制度であると考えられる。

表Ⅳ-2 福岡県 平成16年度介護手当実施状況

	開始年度	支給月額	所得制限	対象者	家族介護慰労事業	介護手当との併給
北九州市	×				○	
福岡市	×				○	
大牟田市	×				○	
久留米市	×				○	
直方市	×				○	
飯塚市	平成元年	10,000	無	要介護認定において要介護3, 4又は5と判定された者を常時介護している同一生計家族の介護者	×	
田川市	平成5年	5,000	無	65歳以上で引き続き3ヶ月以上寝たきりの高齢者と同居し、介護している者	○	無
柳川市	平成3年	10,000	無	在宅にて6ヶ月以上寝たきり状態又は重度の痴呆状態にある65歳以上の高齢者を介護している者	○	無
山田市	昭和52年	10,000	無	在宅で食事、排便等の日常生活に支障があり、寝たきりの状態が3ヶ月以上継続している者	○	無
甘木市	×				○	
八女市	×				○	
筑後市	×				×	
大川市	×				○	
行橋市	平成12年	10,000	有	半年前に要介護(4, 5)者であり、過去半年間サービス利用額の平均額が支給限度額に対して2割を超えない	○	無
豊前市	平成5年	20,000	無	介護度3以上、在宅介護15日/月以上(デイサービス除く)	○	無
中間市	×				×	

	開始年度	支給月額	所得制限	対象者	家族介護慰労事業	介護手当との併給
小 郡 市	平成12年	12,000	有		○	有
筑紫野市	昭和63年	20,000	有	介護保険の要介護認定4又は5の認定を受けた者を在宅で常時介護している者	×	
春日市	昭和59年	15,000	有	寝たきり及び痴呆の状態が3ヶ月以上継続している65歳以上の者を同一住所地で介護している介護者	○	有
大野城市	昭和59年	14,000	有	寝たきり高齢者等と同一の住所地で常時介護している者	○	有
宗 像 市	×				○	
太宰府市	×				×	
前 原 市	×				○	
古 賀 市	×				○	
那珂川町	平成4年	10,000	無	要介護4, 5の者を在宅で介護している者	×	
宇 美 町	平成6年	15,000	無	要介護4, 5に該当する者を家庭で常時介護している家	○	無
篠 栗 町	昭和56年	15,000	無	介護保険の要介護認定で要介護4以上に該当する者、又はそれに準ずる者を在宅において3ヶ月以上介護している者	○	
志 免 町	平成3年	20,000	無	・介護保険要介護認定 要介護4, 5 ・在宅介護実績が月15日以上	○	無
須 恵 町	平成6年	20,000	無	在宅の寝たきり老人(65歳以上)を家庭で介護している者 「寝たきり老人」とは6ヶ月以上臥床の状態にある者	○	無
新 宮 町	平成11年	20,000	無	65歳以上の寝たきり高齢者及び痴呆高齢者を在宅で6ヶ月以上、常時介護している者	○	無
久 山 町	昭和49年	22,000	無	65歳以上、要介護4又は5認定期間1年以上経過した者で介護保険サービスを利用せず、入院期間が通算30日以内	○	無
粕 屋 町	平成13年	20,000	無	・介護保険で要介護3以上と判定された高齢者等の介護者 ・介護対象期間を連続する4ヵ月間とし、その2分の1以上	○	無
福 間 町	×				○	
津屋崎町	×				○	
大 島 村	×				○	
芦 屋 町	×				○	
水 巻 町	×				○	
岡 垣 町	×				○	
遠 賀 町	×				○	
小 竹 町	×				○	
鞍 手 町	×				○	
宮 田 町	×				○	
若 宮 町	×				○	
桂 川 町	平成6年	10,000	無	寝たきり高齢者を6ヶ月以上常時介護を行っている同居家族	○	無
稲 築 町	平成2年	10,000	無	居宅で6ヶ月以上臥床している65歳の者	○	無
碓 井 町	平成16年	10,000	無	介護度4, 5の高齢者を介護する世帯	○	
嘉 穂 町	平成6年	10,000	無	町内在住で、6ヶ月以上在宅で常時寝たきりの高齢者等を介護している者	○	無
筑 穂 町	平成6年	10,000	無	町内居住者で65歳以上の寝たきり高齢者を常時介護している期間が6ヶ月以上経過し同一生計家族の介護者	○	無
穂 波 町	平成6年	10,000	無	在宅の寝たきり高齢者等を6ヶ月以上にわたって常時介護を行っている同居の介護者	○	無
庄 内 町	平成6年	10,000	無		○	無

	開始年度	支給月額	所得制限	対象者	家族介護慰労事業	介護手当との併給
額田町	平成6年	10,000	無	在宅で6ヶ月以上寝たきり高齢者、痴呆高齢者を介護している者	○	無
杷木町	×				○	
朝倉町	×				○	
三輪町	×				○	
夜須町	×				○	
小石原村	平成11年	10,000	無	居宅において、寝たきり老人及び痴呆性老人を常時介護している者	○	無
宝珠山村	平成7年	10,000	無	65歳以上の者で、居宅において常時介護している者で、寝たきり状態が6ヶ月以上継続している者	○	無
二丈町	×				○	
志摩町	×				○	
吉井町	×				○	
田主丸町	×				○	
浮羽町	×				○	
北野町	平成6年	5,000	無	介護保険で要介護3以上に認定された者を在宅で介護している者	○	無
大刀洗町	平成4年	10,000	無	長期寝たきり療養者等及び痴呆性老人に対し、当該対象者の住居又は居所において常時介護をする者	○	有
城島町	平成2年	20,000	無	寝たきり高齢者又は重度身体障害者を居宅において常時介護する者	○	無
大木町	平成6年	10,000	無	介護保険介護認定4以上の者を在宅で3ヶ月以上介護している介護者	○	無
三瀧町	平成7年	10,000	無	要介護4、5で、その者の属する世帯の生計中心者（最多課税者）の町民税所得割が非課税であること	○	無
黒木町	×				○	
上陽町	平成12年	10,000	無	65歳以上の者で、要介護度4及び要介護度5に認定された者の家庭において常時介護する者	○	無
立花町	×				○	
広川町	×				○	
矢部村	×				○	
星野村	×				○	
瀬高町	×				○	
大和町	平成5年	10,000	無		○	無
三橋町	×				○	
山川町	×				○	
高田町	×				○	
香春町	×				○	
添田町	×				○	
金田町	平成6年	5,000	無	寝たきり状態が継続すると見込まれる高齢者、医師の所見により状態が継続すると認められる者	○	無
糸田町	×				○	
川崎町	×				○	
赤池町	×				○	
方城町	平成12年	10,000	無	要介護者を常時介護している者	○	無
大任町	×				○	
赤村	×				○	
苅田町	×				○	
犀川町	平成4年	20,000	無	要介護者を1ヶ月以上介護し、引き続き介護する意志のある者	○	無

	開始年度	支給月額	所得制限	対象者	家族介護慰労事業	介護手当との併給
勝山町	平成2年	20,000	無	・65歳以上で在宅において3ヶ月以上寝たきり状態の者 ・65歳以上で在宅において3ヶ月以上痴呆状態の者	○	
豊津町	×					
椎田町	昭和63年	20,000	無	居宅療養の老人を介護する者	○	無
吉富町	平成2年	20,000	無	介護度3～5であり、居宅において6ヶ月以上常時介護を要するものを常時介護する者	○	無
築城町	平成5年	20,000	無	・65歳以上で居宅において6ヶ月以上寝たきり状態で常時介護を要する者（重度心身障害者含）	○	
新吉富村	平成2年	20,000	無	65歳以上で、居宅において6ヶ月以上常時臥床の状態である、寝たきり老人等の介護に従事する者	○	無
大平村	平成2年	20,000	無	要介護度3以上の者、重度心身障害者	○	無
44市町村						89市町村

※家族介護慰労事業は、広域連合加入市町村は、広域連合が実施

(出典) 2004(平成16)年4月調査(福岡県調べ)

家族介護慰労事業は、2004(平成16)年4月1日現在、全国で1,775(56.8%)の市町村が実施している(表Ⅳ-3)。全国的に見ても半数を超える市町村が、介護手当を制度として設けていることがわかる。

表Ⅳ-3 全国における家族介護慰労事業の実施状況

平成13年		平成14年		平成15年		平成16年	
	実施率		実施率		実施率		実施率
1,979	60.9%	2,006	61.9%	1,973	61.4%	1,775	56.8%

(出典) 各年4月1日現在(厚生労働省調べ)

4 介護手当の意義

介護手当導入に関する賛否両論については表Ⅳ-1でみてきた。賛成意見の紹介および反対意見に対する妥当性の検証は、増田雅暢氏が丁寧に整理している⁽⁴¹⁾。増田氏は、消極論のうち、「①現金の支給は、必ずしも適切な介護に結びつくものではない。家族介護が固定化され、特に女性が家族介護に拘束されるおそれがある。」という理由は、前半部分については、現金給付を適切に行うた

めの条件を整備すれば解決できるものもあり、後半部分については、実際の介護者の意識・行動の分析を無視した情緒的な観念論といわざるをえないと指摘する。また、「②現金支給を受けられることから、かえって高齢者の自立を阻害するおそれがある。また、介護を家族だけに委ねると、身体的精神的負担が過重になり、介護の質も確保できないおそれがある。」の問題については、介護手当の給付方法を工夫すれば改善可能な問題にすぎないと言う。そして、「③今国民が最も求めていることはサービスの充実である。現金支給の制度化によって、現物サービスの拡大が十分に図られなくなるおそれがある。」という理由に対しては、制度施行直後と比較して民間事業者の経営が好転してきた状況からして、現在ではウエイトが小さくなった問題であると評している。最後に「④現金支給は新たな給付であり、費用増大につながるものである。財政的な面からみても、慎重に検討すべきである。」との理由、つまり、新たな負担論であるが、これについてもドイツの介護保険制度の例を引き、正しくない論拠であると述べている。

介護手当の意義については、さまざまな視点から肯定する根拠がいくつか挙げられているが⁽⁴²⁾、本章では、その中で、「施設と在宅との受益の公平性」及び「家族による在宅介護労働の社会的評価」の二点⁽⁴³⁾が最も重要であると考えるので、その点について考えていきたい。

要介護高齢者が家族による介護を受けたいと願い、家族もまた要介護高齢者の介護をしたいと希望する場合には、高齢者の自己決定権を尊重する意味で家族介護の実現に向けた支援策が講じられる必要がある⁽⁴⁴⁾。その場合、在宅サービスがその支援策の中心になろうが、仮に在宅サービスをどれだけ利用しようとも、家族の介護負担を完全に払拭することは難しい。介護者の介護負担については、心身ともにその苦労が過重であることは以前から指摘されてきたが⁽⁴⁵⁾、介護保険制度導入後においてもこの負担はなお続いていると言える。在宅において介護をしている家族（主な介護者）の介護時間を平成13年国民生活基礎調査（厚生労働省）から見ると、「ほとんど終日」介護している割合が、要介護4で51.3%、要介護5では59.4%となっており、その中で居宅サービスの利用に関して1種類でも利用したという割合が全体で75.6%を占めているところから

みても、サービスを一部利用しながらも介護度の高い高齢者を在宅で介護する家族は、多くの時間と労力を介護に費やしていることが分かる。高齢者の在宅生活が家族の重い介護負担の上に成りたっているという現実をみる限り、やはり、施設入所との公平性を考える必要があるのではないかと思う。現実問題としては、要介護度の重い者は施設に、軽い者は在宅にという結果も想定されるが、しかし、そのような単純な区分では高齢者の自己決定権が尊重されているとは言いがたい。この点で保険給付としての介護手当は、被保険者である高齢者の老後の生活に対する選択の幅を広げることにつながると言えるのではないだろうか。ドイツの介護保険制度には、在宅サービスと並んで介護手当が設けられており⁽⁴⁶⁾、その場合、介護手当の受給権者は要介護者本人となっている。わが国の家族介護慰労事業は受取人を介護している家族としている点でドイツの介護手当とは異なる。しかし、その点の違いはあるにしても、高齢者が自己決定により家族介護を選択でき得る環境づくりという側面を考える限り、家族介護慰労事業も一定の評価を与えることのできる仕組みではないかと思われる。またドイツでは、現物給付と金銭給付は二者択一的に選択させられるのではなく、両者を組み合わせて受給することもできるようになっており、わが国の介護手当のあり方を考えるうえでも参考に値する制度であろう⁽⁴⁷⁾。

介護保険制度は、家族介護から社会的なサービスへと転換することを目的にしているが、なおも在宅での生活を望む高齢者や家族は多く、そうした家族は、基本となる支援策のないまま家族介護を続けていく中で、自らの介護に対する社会的な評価を望んでいると考えられる⁽⁴⁸⁾。諸外国には、家族介護人への介護評価を制度化している国々があり、前述のドイツ以外にもフィンランドで家族介護手当が支給されている例がみられる⁽⁴⁹⁾。介護手当は、社会的評価を望む家族への重要な支援策の一つになり得るのではないか。そうしたことを考慮すれば、表Ⅳ-2に示した家族介護慰労事業は、介護手当の先駆的形態と理解したい。ただし、現行の家族介護慰労事業は、厚生労働省通達で、過去1年間介護保険サービスを利用していないことを要件としているが、「家族介護への慰労」を目的とする以上、その要件は厳し過ぎるように感じられる。介護手当は、在宅での介護を社会的に評価するものであり、他のサービスを多少受けたとしても、

家族介護者に対してその労苦に報いることは必要であろう。逆に、家族介護慰労金を受けようとすれば、他のサービスは受けられないということで、かえってサービスの利用が抑制されては、介護の社会化をめざした介護保険の目的からして、本末転倒の結果になりかねない。介護手当の支給要件については、財源の問題が大きいと一般に厳しく設定する傾向にあるとしても、在宅サービスとの併用要件については、家族介護の実態をみながら、介護負担の軽減のためにいくつかのサービスの利用も可能とする方向で、緩やかに設定すべきであると思われる。また介護手当は、在宅で高齢者を介護する家族が受給要件や給付内容に関して、どの市町村に居住していようとも等しく利用できるものでなくてはならない。よって、現在のように、さし当り地方公共団体への補助金として実施していく場合でも、市町村はより緩やかな基準で給付が受けられるようにすべきである。そして、何よりも、こうした補助金制度ではなく、将来は介護保険制度のなかで全国的に統一した形で制度設計を行い、国の責任で介護手当を実現していくことが望ましいと言える。

5 小括

介護保険制度については、法施行後5年を目途にその制度全般に関して、見直しを行うこととなっている⁽⁵⁰⁾。見直しに向けた議論は、2003(平成15)年5月27日からの社会保障制度審議会介護保険部会にて行われ、2004(平成16)年7月30日には、「介護保険制度の見直しに関する意見」という報告書が取りまとめられた。この報告書は、家族支援と現金給付についても、制度施行後の状況をみながら言及している。介護保険部会は、介護を行っている家族は、介護サービスの利用の有無に関わらず、何らかの心理的な負担や孤立感を感じていることを指摘し、家族支援の必要性を認識しているが、現金給付については、以下の3点を理由に消極的な意見が強まっているとまとめている。まず1点目は、制度設計時に議論となった「利用者が現物サービスを受けられない場合の保険料負担の見返り」としての現金給付の意義は薄れていると考えられるためであり、2

点目は、国民の意識も「家族だけに介護されたい」とする者の割合が大幅に減少したためである。最後に3点目として、現金給付を導入した際に介護費用が増大するという財政的な問題のためであるとしている。こうした点を踏まえ、今後、家族に対する相談・支援体制の強化を図るとともに、地域におけるサービスの充実を図っていく必要があると述べるにとどまっている。しかし、介護保険法が介護サービスの利用を強制するのではない以上、家族介護を選択する者の介護保険料が事実上「掛け捨て」となり、被保険者や家族の選択の幅を狭めている実態は、利用状況や国民意識の変化にかかわらず、問題とされなければならないであろう⁽⁵¹⁾。また、この家族支援と現金給付の論点については、今回の見直しの議論の中で十分に検討されたとは言い難いように感じる。消極論は、一面的な見方によるものであったり、以前から検討課題とされていた理由によるものであったりしているためである。こうした中、介護保険法改正法案が、2005(平成17)年6月22日成立した。改正法は、保険財政の悪化を少しでも解消できるようにとの配慮から、予防を重視することで要介護者数を減らし、自己負担を増加させる内容になっている。しかし、今回の改正法にも介護手当は盛り込まれていない。介護手当(現金給付)は、家族による在宅介護を社会的に評価する手段となり、高齢者の自己決定権の尊重や実施の仕方次第では在宅ケアの推進に資することも大いに期待される。そのため、早期に制度化されることが望ましいと言えよう。

(37) 厚生労働省『平成16年版 厚生労働白書』(ぎょうせい、2004(平成16)年)。

(38) 佐藤 進・河野 正輝『介護保険法—権利としての介護保険に向けて—』(法律文化社、1997年) 230~233頁。

(39) 増田 雅暢『介護保険見直しの争点—政策過程からみえる今後の課題—』(法律文化社、2003(平成15)年) 178頁では、①老健審の女性委員からの強い反対論、②財政的問題からの慎重論、③民間事業者からの利用伸び悩みへの懸念の3点を理由として挙げている。

(40) 「介護予防・地域支え合い事業の実施について」(老発第0809001号) 2004(平成16)年8月9日。

(41) 増田注(39)、前掲書、182~186頁。

- (42) 西村健一郎「介護保険における家族介護と介護手当」（週刊社会保障No2215、2002(平成14)年12月23日)は、介護の専門家による介護サービス提供の意義は否定できないとしながらも、被保険者・家族の介護サービス選択の問題として考えると、介護手当が制度化されなかったことで、サービスを受ける者とサービスを見送る者との不公平感を増幅していると指摘している。
- (43) この二つの論点は、石川 恒夫・吉田 克己・江口隆裕『高齢者介護と家族—民法と社会保障法の接点—』（信山社出版、1997(平成9)年) 35～39頁にて、介護の社会化と家族の役割について述べるに当たり、取り上げられている。
- (44) 山脇貞司「第4章 介護保障と家族」（日本社会保障法学会編『講座 社会保障法 第4巻 医療保障法・介護保障法』、法律文化社、2001(平成13)年) 225～226頁は、要介護高齢者の家族から介護を受ける権利及び家族が要介護高齢者の介護をする権利について述べ、その本質は、家族として互いに交流し家族生活を営み得るような条件整備をすることを国や自治体に請求する権利として位置付けられると指摘している
- (45) 岩田正美・平野隆之・馬場康彦『在宅介護の費用問題—介護にいくらかけているか—』（中央法規出版、1996(平成8)年) 144～153頁では、個別世帯レベルにおいて、社会サービス利用の動機づけが弱いために在宅介護は費用化されにくく、介護費用の負担感より無償の介護労働の負担感がいぜん大きいという問題があることを提示している。また、介護者への手当給付を、家族の心身の負担を社会的に評価する一つ的手段とする可能性があることを言及している。
- (46) 田中耕太郎「介護手当（金銭給付）の意義、実施状況およびその評価」（海外社会保障研究131号、2000(平成12)年）。
- (47) 本沢巳代子『公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ』（日本評論社、1996(平成8)年) 64～67頁。
- (48) 筒井孝子『介護サービス論 ケアの基準化と家族介護のゆくえ』（有斐閣、2001(平成13)年) 190～193頁。
- (49) 古橋エツ子「家族介護人への介護評価と社会保障」（週刊社会保障No2142、2001(平成13)年7月2日) 24～27頁。
- (50) 介護保険法附則第2条。
- (51) 稲森公嘉「介護保険制度見直しの方向」（ジュリストNo1282、2005(平成17)年1月1日・15日号) 87頁。

(長 千春)

V おわりに

契約制度の導入、要介護認定、ケアマネジメント、サービスの質の保障などこれまでにないシステムを含んだ介護保険法が施行されて5年目を迎えた。スタート当初は基盤整備が追いつかず「保険あって介護なし」という状況になるのではないかと懸念が大きかった介護保険制度であったが、5年を経て、それ以上に驚かされたのは高齢化の進展、要支援・要介護高齢者の増加、サービス利用の急速な拡大による急激な財政悪化である。2000(平成12)年時点では、介護保険費用は3兆6000億円だったものが、2005年(平成17)度には6兆8000億円になるものと見込まれている。この5年間でほぼ2倍の伸びである。これとともに、要介護認定者の数も増え続け、2000(平成14)年4月の該当者は218万人であったが、2004(平成16)年12月にはこれが405万人に増加している。年率10%を超える介護費用の伸びがこのまま続くとなると、介護保険料と租税を原資とする介護保険制度の存続さえ危うくなりかねない。社会保障審議会介護保険部会が、その意見書の中で、第一に制度の持続可能性を問題としたのは当然のことであったろう。介護保険法附則第2条は、今改正の基礎となった条文であるが次のように見直しを求めている。

「要介護者等に係る保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し、……保険料の負担の在り方を含め、この法律の施行後五年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとする。」

これを受けての今回の見直しであったが、しかし、その範囲と規模と性質の変更においてそれは「見直し」ではなく、「大改革」と呼ぶべきものである。一言でいえば、今回の改革は、制度の持続性をかけて、食費や居住費の自己負担を含む利用者の負担増と⁽⁵²⁾、予防を重視することで要介護者の出現を出来る限り少なくして、介護給付費の抑制につなげることの両方を組み合わせたものと見ることができる。改正しないまま推移したとしたら、2012(平成24)年～2014(平成26)年度には介護給付費は10兆6000億円になるものと見込まれている。これ

に対して、今回の改正により、利用者の居住費・食費の負担増による財源補填と新予防給付の実施による効果を加味すると介護給付費を8兆7000億円までに押さえることができ、約2割給付費を削減できる予定である。そのうち新予防給付による効果は約1兆円と推計されている。また、これにより、現在、65歳以上の介護保険料平均3300円であるものが、2012(平成24)年～2014(平成26)年度には6000円に上昇すると予想されていたが、今回の改革でなんとか5000円以内にとどめられるであろうと期待されている。

しかし、新予防給付は、受給者の積極的な協力を基に実施されるものであるから、これを実施して行くうえでは、これまで以上に保険者、事業者と受給者との協力関係が構築されて行く必要がある。この場合には、むろん受給者の自己決定権を尊重しながら、効果的な予防サービスが提供されなくてはならないことはいうまでもない。

次に今回の改正法には、情報の公表規定の強化、整備などサービスの質の保障に向けた改善措置も含まれている。措置から契約への変更によって、サービスの利用量は急増したが、それに伴いサービスの質をめぐる問題も大きな課題となってきている。利用者から寄せられる苦情を見ても、説明不足やサービス提供従事者の態度に対する不満が多いようである。また、本当に必要なサービスかどうか疑わしい利益誘導型の事業所が多数あることもあちこちから指摘されている。サービス提供従事者の専門性の確保、資質の向上、倫理性の強化などが今後とも必要であろうが、同時に、これらを含めて総合的にサービスの質を確保するための法的根拠法として、ドイツにおけるような「介護の質の保障法」(Pflege-Qualitätssicherungsgezet)の制定がわが国においても望まれることかもしれない。

介護手当については、1996(平成8)年の老人保健福祉審議会の最終報告においても、その本格的な導入については、積極的な意見と消極的な意見の対立があり、結局両論併記の記述となったという経緯があり、結果として、「家族介護に対する現金給付については、原則として当面行わない。」こととされた。介護保険法が実施されて5年、最近では、国民の意識も「家族だけに介護を任せたい」とする高齢者の割合は大幅に減少してきていることや、現金給付を導入した

ときの財政的な負担を考えると、介護手当創設については消極的な意見が優勢となっている。介護保険創設当時から介護手当を導入したドイツにおいても、金銭給付の利用については年々相対的な減少傾向がみられるという。もちろん、介護手当の支給だけで問題が解決するわけではない。介護家族の心理的な負担や孤立感は金銭給付でカバーできるものではないからである。ただ、要介護高齢者の中に可能であれば家族の介護を望む者がいたり、家族の中に高齢者の介護をしたいと希望する者がいる限り、それらの希望をかなえる方法としての介護手当、高齢者の自己決定権の保障を実現する手段としての介護手当の存在意義はいまなお失われてはいないように思われる。

- (52) 今回の改正によって、負担上限額は、新第3段階（市町村税世帯非課税）では、多床室では、住居費用が1万円、食費が2万円、合計3万円の負担増、第4段階だと、居住費が1万円、食費が4,8万円、合計5,8万円が自己負担となる。