

# 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—

石橋 敏郎・田中 孝明・河谷 はるみ

## 目 次

- I はじめに
- II 調査対象地域と調査項目 (石橋敏郎)
  - 1 調査対象地域
  - 2 調査項目
- III 介護保険サービス契約 (田中孝明)
  - 1 取り扱う範囲と内容
  - 2 「措置から契約へ」の転換
  - 3 介護保険サービス契約の特殊性
  - 4 介護保険サービス契約の実態と問題点
  - 5 小括—法改正にむけたこれからの課題—
- IV 介護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 介護サービスの質の保障の方法
  - 3 介護サービスの質の保障の実態とその問題点
  - 4 介護サービスの質の保障のための課題
  - 5 小括
- V おわりに

## I はじめに

介護保険法は、1997（平成9）年12月17日制定され、2000（平成12）年4月1日より施行された。介護サービスを社会保険方式で提供するわが国初めての制度であったために、実施前からさまざまな問題点が指摘され、いくつかの不安を抱えながらのスタートとなった。2003（平成15）年1月13日には、初めての介護報酬見直しが行われ、在宅重視・自立支援の観点から、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は4.2%引き下げ、訪問介護は2.3%引き上げ、居宅介護支援（ケアマネ報酬）は17.1%の引き上げなどが答申され、既に4月から実施されている。初年度は黒字であった介護保険財政も、年々悪化し、熊本県の場合、94市町村のうち半数以上の55市町村が県の財政安定化基金からの借入れを申請している。これを受けて、3年ごとの見直しを求められている保険料については（介護保険法129条）、熊本県の11市の介護保険料は平均で23.6%（710円）も引き上げられることになった。

介護保険法の附則には、法律施行後5年を目途として、政府は、地方公共団体等の関係者の意見を十分考慮しながら、制度全般にわたって検討し、その結果に基づき必要な見直しを行うことが盛り込まれている。2005（平成17）年度がその時期であるが、いくつかの問題点も早くから指摘されていたので、それらを含めて厚生労働省は前倒し実施も視野に入れているとの報道もなされている。いずれにせよ、本格的な見直しの議論が本年度中になされることは間違いない。見直しの分野は、介護保険の柱ともいべき要介護認定、ケアマネジメント、介護手当、サービス事業者、基盤整備、保険料の減免、保険財政など多岐に及ぶことになろう。そのなかで、本稿は、本格的見直しを目前にして、いまだ改正の論議があまりなされていない介護サービス契約とサービスの質の保障の2点に絞って、熊本県の7つの市町村の実態調査を踏まえて、検討を加えようとするものである。介護サービス契約とサービスの質の保障に限定して研究を進めようとした理由は以下のとおりである。

高齢者に対する介護サービスは、1963（昭和38）年の老人福祉法制定以降、

行政庁への利用申請、決定、サービスの提供といういわゆる「措置制度」として運用されてきた。しかし、介護保険法はこの方式を180度転換させて、サービス提供機関を利用者自らが選択し、気に入ったならば契約を締結し、その契約に基づきサービスが提供されるという「契約制度」を導入した。まさに社会福祉基礎構造改革と呼ぶにふさわしい大改革であった。しかしながら、利用者は十分な知識をもたない高齢者であり、なかには、痴呆、虚弱、知的障害などの判断能力に乏しい心身状況にある者もいるために、サービス提供者との契約関係では対等な立場にたっていないことが多い。したがって、「契約」といっても、介護サービス契約は、例えば労働契約がそうであったように、どこかに社会法としての修正が加えられる必要がある。

次に、サービスの質の保障についてであるが、社会福祉事業法の一部を改正する法律（社会福祉法、2000（平成12）年5月）78条は、国と社会福祉事業経営者双方に福祉サービスの質の向上のための義務を規定している。

「社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービス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、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない。」

2 国は、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置を援助するために、福祉サービスの質の公正かつ適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならない。」

措置制度から契約制度に変更されれば、サービスの質の問題は、単に利用者のサービス選択の際の材料になるだけでなく、一定水準のサービスを保障するという国の公的責任の問題ともかかわってくる。従来から社会福祉サービス全般にわたってサービスの質の基準が設定されていないわが国では、事実上、行政監査、サービス評価事業、苦情解決システムなどがサービスの質の維持・向上に寄与してきた。特に、在宅・施設を問わずサービス全体にわたって質を評価するサービス評価事業に対する期待は大きい。1993（平5）年度に、12の府県で先行的に実施された「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」を皮切りにして、その後、在宅サービスの評価事業が続き、痴呆対応型共同生活介護（いわゆるグループホーム）についてはサービス評価が法的義務と

されるところまできている。サービス評価事業は、自己評価と第三者評価を組み合わせることによって、日ごろのサービス内容を再検討し、そのことによってサービスの質の向上と職員の資質アップを図ろうとするものであるが、同時に、施設・在宅サービスの質の基準を設定するうえでも重要な指針を提供してくれている。

われわれは、以上2つの論点について、ただ単に制度上の問題点を指摘するだけでなく、実務上も、例えば、サービス契約であれば、利用者とサービス提供者との関係で、どのような様式で、どんな内容について、だれとだれが立ち会い、どのような状況で契約がなされているか、サービス評価事業であれば、どのような項目でだれが評価しているのか、どの程度定期的に行われているか、事業者ごとの独自のサービス自己評価項目はあるのかなど調査をする必要があると感じていた。そこで、熊本県内の7つの市町村の協力を得て、数回現地を訪問し、主として聞き取り方式で調査を行い、調査の一部をこのような形でまとめてみることにした。細かな法制を解説することはできるだけ避け、ここでは、制度上の仕組みと実際との対比が可能な限り鮮明になるように、そのような方向で記述に配慮したつもりである。

## Ⅱ 調査対象地域と調査項目

### 1 調査対象地域

今回、調査対象としたのは以下の7つの市町村である。

#### ① 菊池市

菊池市は、熊本県の北東部に位置し、市の南西に広大な菊池平野が広がり、菊池米の産地として知られている。阿蘇外輪山に発する菊池川、迫間川がほぼ市の中央部を貫流し、有明海に注いでいる。東西約19km、南北約17km、面積182.60km<sup>2</sup>の広大な地域を有している。農業、商業、観光（温泉）等の要素がほぼ同じくらいの割合で混在してきたが、近年は第1次産業の減少とこれに代わる第3次産業の増加がめだっている。人口は1975（昭和50）年以降から現在ま

で、28,000人から29,000人の間で推移してきたが、1990（平成2）年に28,166人となり、以後は減少の傾向が続いている。高齢化率は、年々上昇し、2000（平成12）年で24.4%に達している（菊池市老人保健福祉計画、1994（平成6）年3月）。菊池市は菊池郡の中心都市として、行政機関や商業機能が集中している関係上、福祉行政についても周辺町村との結び付きが強く、例えば、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）「つまごめ荘」（設立昭和50年5月、定員120床）が菊池広域事務組合によって運営されている。

## ② 人吉市

人吉市は、熊本県の南部、人吉盆地の西南端に位置し、南は鹿児島、宮崎両県に接している。市域の面積は約210km<sup>2</sup>であり、市の中央部を日本三大急流のひとつ球磨川が東西に貫流している。気候は内陸性気候に属し、寒暖の差が激しく、濃霧発生が名物となっている。1995（平成7）年九州自動車道が全線開通し、交通アクセスが飛躍的に高まり、球磨地方の生活、産業、文化などのあらゆる面で中心都市としての役割を果たしている。

人口は、戦前は3万人前後であったが、戦後1955（昭和30）年の国勢調査で78,877人をピークに減少を続け、2000（平成12）年の国勢調査では、38,815人、14,076世帯となっている。人吉市の高齢化率は2000（平2）年現在24.1%であり、2004（平成16）年には25.6%に増加するものと推定されている。これに伴い要援護高齢者数は、1998（平成10）年の945人から、2004（平成16）年には1,072人に増加する見込みである（人吉市老人保健福祉計画及び介護保険事業計画、2000（平成12）年3月）。介護老人福祉施設「龍生園」（設立昭和51年4月、定員117床）、介護老人保健施設「リバーサイド御薬園」（設立平成4年3月、定員80床）、介護老人保健施設「タンポポ」（設立平成10年10月、定員80床）がある。

## ③ 牛深市

牛深市は、熊本県の天草下島最南端に位置し、熊本市から陸路で140km、車で3時間かかる熊本県内でも遠隔な地にある。自然はリアス式海岸が多く、複雑な地形をなしており、海の透明度が高く、国立公園に指定されている。自然の良港と豊かな海洋資源に恵まれたことから、基幹産業として漁業が発展し、それに関連して水産加工業、造船業など地域独自の産業を形成してきた。しかし、

近年漁獲量の減少にともない、10代、20代の若者の60%以上が市外に流出し、過疎化の進行とともに、高齢化が進んでいる。

2002（平成14）年10月1日現在の人口は18,885人で、世帯数は7,598世帯である。65歳以上の人口は5,509人、高齢化率29.17%で、国の16.2%、熊本県の平均21.8%と比較してはるかに高い数値となっている（牛深市地域福祉活動計画、2003（平成15）年7月）。2003（平成15）年4月からの介護保険料改定に当たり、熊本県11市平均で23.6%の引き上げ（金額にして710円）であったのに、牛深市は3.3%（100円）アップに止まり、他の市町村の注目を浴びることになった。その原因として、施設が比較的少ないこと、早くから24時間体制のホームヘルプサービスなど在宅サービスを充実させてきたことがあげられている。介護老人福祉施設「明照園」（設立昭和62年12月、定員40床）がある。

#### ④ 天草町

天草町は、天草下島の最西端に位置し、東西6km、南北20km、面積85.46km<sup>2</sup>の細長い地形をした町である。2003（平成15）年7月1日現在、人口は4,727人、世帯数は1,871世帯である。高齢化率は2000（平成12）年度33.4%に達し、人口の3分の1が65歳以上の高齢者となっている（天草町老人保健福祉計画・介護保険事業計画、2000（平成12）年3月）。熊本県下で高齢化率が常に上位にあり、そのため天草町では、1990（平成2）年より、町独自に「やすらぎの里づくり」構想を打ち出し、高齢者福祉行政を町の重要施策と位置付け、着々と福祉プランを実施してきた。介護老人福祉施設「春光苑」（設立昭和59年4月、定員50床）がある。

#### ⑤ 矢部町

矢部町は、九州中央山地に接し、九州のほぼ中央に位置しており、典型的な山間準高冷地である。面積296.42km<sup>2</sup>で熊本県最大の広さを持ち、広大な地域に200余りの集落が点在しており、中央部の浜町に公共機関等の施設及び商店街が集中している。人口は、国勢調査によると1975（昭和50）年には、17,950人、1985（昭和60）年には、16,160人、1995（平成7）年には、14,043人、平成11年には13,403人と減少傾向が続いている。高齢化率は、30.3%（1999（平成11）年）である（矢部町老人保健福祉計画・介護保険事業計画、2000（平成12）年

3月)。矢部町は、福祉行政に熱心に取り組んできた町として知られており、住民参加の福祉のまちづくりが徹底しており、物的・人的資源がかなり整備されている。介護老人福祉施設「矢部大矢荘」（設立昭和51年4月、定員120床）、介護老人保健施設「彩雲苑」（設立平成5年9月、定員70床）、介護老人保健施設「ライフライト矢部」（設立平成6年5月、定員50床）がある。

#### ⑥ 小国町

小国町は、九州のほぼ中央、熊本県の最北端、阿蘇外輪山の外側にあり、筑後川の上流に位置している。東西北部を大分県、南部を南小国町と隣接し、東西18km、南北11km、総面積136.72km<sup>2</sup>で、町全体の74%を山林が占める農山村地域である。人口は、1985（昭和60）年は10,898人、1994（平成6）年に10,000人、2000（平成12）年には9,454人とわずかずつ減少している。2000（平成12）年4月現在、65歳以上の高齢者人口は2,675人、全人口の約27%を占めており、そのうち介護保険の対象者は約14%である（小国21世紀シナリオ、2001（平13）年3月）。小国公立病院に隣接して介護老人保健施設「おぐに老人保健施設」（設立平成11年6月、定員50床）がある。

#### ⑦ 南小国町

南小国町は九州のほぼ中央に位置し、阿蘇外輪の北斜面に広がる町である。地形は、東西17.5km、南北8.3km、面積115.86km<sup>2</sup>、周囲60kmに及び、標高430mから945mの高原に大小70余りの集落が点在している。南小国町の土地はほとんどが針葉樹林と原野であり、農業・林業が主な産業である。人口は、1955（昭和30）年の7,761人をピークに毎年減少し、2002（平成14）年3月31日現在、4,904人、世帯数は1,551世帯、高齢化率29.4%である。少子超高齢化現象の中で、自立または要支援の状態をより長く維持できるよう、保健・医療・福祉の連携を強化することや、介護を地域全体で支える仕組みづくりに取り組んでいる（南小国町総合計画きよらの郷、2002（平成14）年3月）。介護老人福祉施設「悠清苑」（設立平成3年10月、定員50床）がある。





## 2 調査項目

市町村への聞き取り調査は、市町村福祉課の介護保険担当者・保健師、社会福祉協議会、在宅介護支援センター、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）にあらかじめ質問・調査項目を郵送しておいて、その後出向いて行って補足質問や補足説明を受ける形で実施した。

調査項目は、高齢化率、被保険者数、要介護度別の人口から、保険料、予防給付、介護者に対する支援事業、啓発活動、県との関係など広範囲に及んでいるが、ここでは、本論文が課題とした介護サービス契約とサービスの質の保障に関する共通質問項目だけをいくつか例示することにした。

《社会福祉協議会、在宅介護支援センター、介護老人福祉施設、介護老人保健施設共通質問項目》

[サービス利用者への情報提供の手段]

どのような形で利用者に宣伝を行っていますか。

宣伝をするにあたって、どのようなことに気を使っていますか。

[サービス利用契約を締結するにあたって]

サービス利用契約書は何を参考にして作成していますか。

だれがどのような環境（家族が同伴など）で説明していますか。

契約時間は平均どれくらいかかりますか。

契約で合意をするにあたって、困ったことはありませんか。

サービス内容を変更する場合、だれがどのような手続きで変更しますか。

[サービス内容に関して]

サービス内容について苦情があった場合にどのように対応していますか。

どのような苦情が多いですか。

介護保険開始以前と比べて、利用者数、サービス内容、利用者の反応などどのような変化がありましたか。

[ケアマネージャー]

ケアプラン作成時に困難を感じることはありませんか。

ケアプラン変更時はだれがどのような判断をしますか。

どこにどのようなケアマネージャーがいるのか、利用者に対してどのようにして知らせるのですか。

[運営の変化、職員の意識]

介護保険開始以前と比べて、運営状況に変化がありましたか。

介護保険開始以前と比べて、職員の意識に変化がありましたか。

[改善してほしい点]

介護保険制度が実施されて3年たちました。現場サイドで困惑している点、改善したい点、不満に思う点などありませんか。

(石橋 敏郎)

### Ⅲ 介護保険サービス契約

#### 1 取り扱う範囲と内容

介護保険法の大きな特徴のひとつが、それまでの福祉サービスで行われていた行政庁の処分によって実施される措置方式から、被保険者（以下、サービス利用者とよぶ）とサービス提供事業者との契約方式によってサービスの給付を行うという、制度への転換である。介護保険法以前は、福祉サービスに「契約」という考え方を導入することはさほど議論されることはなかった。それは、これまでの福祉サービスが、救貧的性格を引きずってきたこともあり、他の分野に比べて権利性の点でかなり劣ってきた経緯もその一因となった。しかしながら、介護保険法実施後、福祉サービスに契約方式という手法が取り入れられたことによって、それまで指摘されてきた権利性の側面でも、利用者の自己決定権の尊重や、選択権の保障といったことが担保されるようになってきた。このような福祉分野における「契約」の導入は、原則として当事者の自由に委ねられるものではあるが、サービス利用者の状況を考慮すると、サービス事業者と実質的に対等な地位に立つことは難しいとされる。よって、サービス利用者とサービス事業者との両者間の契約問題を考える上では、一般の経済取引とは異

なる福祉契約<sup>(1)</sup>の特性をどう考えるのかが問題となり、そこでは契約上の一般的な問題として考えるだけでは単純に処理し得ない事情が絡んでくることになる<sup>(2)</sup>。また、福祉分野における「契約」という問題をどのように扱うのか、学問的な研究蓄積も近年になり、やっと始まったばかりともいえる<sup>(3)</sup>。

そこで、本章では問題の射程として介護保険サービス契約を取り巻く諸問題について、以下の手順を踏まえ、論を進めることとする。まず、福祉サービス、特に高齢者サービス分野がこれまでの措置方式から契約方式へと移行した過程を概観し、それらを踏まえた上で、介護保険サービス契約の特殊性を検討しておきたい。この作業は少なからず、これまでの契約とは異なる介護サービス契約特有の諸問題を考える上でも、必要不可欠なものであると考える。そして、介護保険法が実施され早3年が経ち、現場レベルでどのような問題が生じ、それをどういった方法で解決しているのかを、熊本県下7市町村で実施したヒアリング調査を参考に、介護保険サービス契約の実態とその問題点を明らかにする。それらの実証的研究から導き出される論点を踏まえた上で、最後に2005（平成17）年に控える法改正にむけた課題について、若干指摘することとしたい。

## 2 「措置から契約へ」の転換

わが国においては、これまで措置制度のもと福祉サービスの給付が行われてきた。その措置制度から社会保険方式による契約制度へ移行する変遷をたどるなかで、措置制度の性格ゆえの諸問題について、ここでは検討していきたい。

### (1) 「措置」の性格と法律関係

#### ① 「措置」の性格

戦前において、社会福祉といえは、社会事業あるいは救済事業の色彩が強かったことはいうまでもない。そこでの対象者は、貧困のために生活できない者が大半であった<sup>(4)</sup>。戦後、日本国憲法の制定の下、憲法25条1項に「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」として、生存権が掲げられた。このことは、戦前の救貧法制を根本から変えていく足がかりにな

ったといえよう。生存権保障を掲げる憲法体制のもとで、社会保障制度を社会保険、公的扶助、社会福祉および公衆衛生の4部門から成る体系にする方向が、1950（昭和25）年の社会保障制度審議会の「社会保障制度に関する勧告」（25年勧告）で示された。社会福祉の制度もこの時期を境に、社会保障の一分野としての展開をみせることとなる。しかしながら、そこでもまだ戦前からの救貧的、恩恵的発想の影をいくつか残していたといえる。たとえば、福祉サービスの支給対象者を低所得層に限定したり、受給権が法的に確立していないなど、社会保障としての実質に不十分さがあったと指摘されている<sup>(5)</sup>。

現行の社会福祉各法のなかで、最初に「措置」という言葉が明記されたのは、1947（昭和22）年の児童福祉法である。それ以降、わが国の社会福祉法制度の根幹をなすものとして今日まで維持されてきている<sup>(6)</sup>。このようにみえてくると、措置制度はその時代を反映する制度、いいかえると社会的弱者を公的責任のもとに支援する役割を担ってきたものといえるであろう。そうした生活保障の制度としての役割を担う一方で、そこでの法的関係はどのように解釈され、そこにはどのような問題があるのか、次にこれらの問題に対して検討を加えたい。

## ② 「措置」に関わる法律関係

従来、施設への入所措置に関しては、次の3つに分けることができよう。すなわち、ア．利用者と措置権者との関係、イ．措置権者と福祉施設との関係、ウ．サービス利用者と福祉施設との関係、の三者関係である。ここでは、それらが法的にどのような関係をもちうるのかを検討したい。

### ア．サービス利用者と措置権者との関係

両者の関係においては、措置権者による福祉施設への入所措置を行政行為＝行政処分と考えることがまずは妥当であろう<sup>(7)</sup>。このように入所措置を行政処分であると理解した場合でも、いくつかの見解に分けることができる。

1つは、倉岡小夜教授が示している確認説といわれているものである<sup>(8)</sup>。倉岡教授によれば、行政法学上の「確認」とは、特定の事実又は法律関係に関し疑い又は争いがある場合に、公の権威をもってその存否を確認する行為とされている<sup>(9)</sup>。しかしながら、福祉六法の入所措置の要件は必ずしも明確ではなく、権利が自動的に発生しているとはいえない。また、入所の可否のみならず、

どこの施設にいつから入所できるのかなどについては、行政庁の実質的な判断で決められる側面が多く、措置権者による入所措置をすでに発生している権利を確認するに過ぎないとする、この確認説に対してはいささか疑問が残るとされている<sup>(10)</sup>。

2つめに、「かつて児童福祉施設への入所措置の法的性格について『下命』と解する説が行政内部に有力であった。おそらく法が制定された終戦直後の社会状況の中では、触法少年や浮浪児などを対象とした教護院や養護施設への入所措置がその大半を占めたため、その性格を『下命』と解さざるをえない状況があったと思われる<sup>(11)</sup>」として、入所措置を「下命」としての性格をもつと解するものがある。ここでいう下命とは、行政法学上、作為、不作為、給付を命ずる行為であるとされている。

3つめに形成的行為説をとる見方である<sup>(12)</sup>。これは法律上の効力を発生、変更、消滅せしめる行為として、「特許」、「許可」、「代理」に分けるものであり、福祉六法上の入所措置が福祉施設への入所を認め、そこでの福祉サービスを受けることができるという法的関係を形成するものであることは明白である、とする考え方である<sup>(13)</sup>。

#### イ. 措置権者と施設との関係

まず措置権者は、入所措置を決定した場合に、サービス利用者を福祉施設へ入所させなければならない<sup>(14)</sup>。従来、措置委託は契約であると解されており、行政解釈や学説でもほぼ同様な見解がもたれていた<sup>(15)</sup>。しかし、それが私法上の契約なのか公法上の契約なのかが問題となろう<sup>(16)</sup>。福祉六法上の措置委託は、以下のように私的自治の原則の根幹に関わるような公法上の制約が課されており、その点からみて公法上の契約と解すべきである<sup>(17)</sup>。その根拠としてまず第1に、福祉施設の長は正当な理由のない限り措置委託を拒んではならないとされ、施設側に自由な契約の締結が認められていないことである<sup>(18)</sup>。第2に、施設に対し、報告義務、立入検査、改善命令等の権限が行政庁に認められていることである<sup>(19)</sup>。第3に、措置委託の費用としての措置費は、措置権者の予算によって決められたものが支弁され、その額や支払方法などに関して、施設側の裁量の余地が残されていないことである。

このように福祉施設に対する措置委託が公法上の契約であると解した場合、次にその契約がどのような内容を有しているのかが問題となつてこよう。民法第3編第2章は、贈与、売買、交換、雇用、委任等13の典型契約を定め、契約の成立要件や法律効果を定めている。これらの典型契約の中から措置委託に類するものと思われるものは、請負と準委任であろう。請負契約は有償契約であり（民法632条）、準委任契約は原則、無償であるが（同法648条1項）、措置委託に関しては、措置費が施設に対して支払われる。

しかし、措置と報酬とは性格が異なるので、措置委託は無償の準委任契約に類するものと考えられよう<sup>(20)</sup>。委任は法律行為を行うことを委託し（民法643条）、準委任は法律行為でない事務を委託するものである（同656条）。ここでの措置委託は、措置権者の法律行為を委託するものではなく、施設に福祉サービスの提供という事実行為を委託するものであるから、措置委託は準委任契約に類するものと解される<sup>(21)</sup>。

#### ウ．施設入所者と施設の関係

施設入所者と施設との法律関係をどのように理解するかは、社会福祉法令や関係通知を調べても、明確に規定しているものは極めて少ない。施設が入所者に対してなす不法行為に対する損害賠償請求は、もともと私法上の契約関係に基づくものではないので、措置権者に対する国家賠償責任または民法715条の使用人責任が適用されうることとなるであろう。この点が問題となった判例として、福山愛生会事件がある<sup>(22)</sup>。この訴訟は、福山市が設置、社会福祉法人福山愛生会が運営していた知的障害者授産施設で入所者が死亡したために、両親が当該法人と市を相手どり、損害賠償請求を起こした事件である。これに対する広島地方裁判所福山支部の1979（昭和54）年6月22日の判決は、福山愛生会の責任を認めるとともに、福山市に対しても国家賠償法1条1項の損害賠償責任を認めている<sup>(23)</sup>。

ただし、このケースは市が設置した施設を民間に委託したものであり、設置者が民間施設の場合における措置委託の場合には、性格が異なってくるであろう。従って、保育を民間に委託した場合の責任については、「国家賠償法1条1項の『公権力の行使に当たる公務員』の意義に係わる判例・通説は、再検討を

要する」として、「国又は公共団体がその業務を私人に委託された業務が優越的な意思の発動たる公権力を行使するものでなければ、委託者たる国・公共団体の責任を認めるべきではない」<sup>(24)</sup>とする考え方が出されている。このような民間委託の形が、公的責任の転嫁になりはしないかという声も一方ではあろう。しかし、公的責任の転嫁にならない理由として、次のようなことが挙げられる。すなわち、委託費その他の委託条件が正当なものであること、つまり、受託者が憲法25条にふさわしいサービスを、当該社会事業サービスを必要とする者に対して、提供するに必要十分なものでなければならない<sup>(25)</sup>。いいかえれば、民間施設だからといって、公立施設よりも当然サービスの低下があってはならないのであり、サービスが劣らないよう提供することこそが公的責任の転嫁にならない要件となると考えられる。

## (2) 「措置」への批判と介護の社会保険化

### ① サービス利用者の権利の展開

措置方式をサービス利用者の権利行使の視点からとらえた場合に、社会福祉立法の規定の中でみられる「…することができる」規定<sup>(26)</sup>と「…しなければならない」とする義務づけ規定について議論が展開されてきた。例えば、要介護老人が特別養護老人ホームへ入所するにあたって、福祉事務所長は法的にこれを義務付けられていたが、その利用者を個室に入居させるか否かは、所長の裁量に委ねられていた。また、それらを象徴する判例（養護老人ホームの個室入居を求めた訴訟）<sup>(27)</sup>をみても、その利用者には施設を選ぶ選択権の保障はなく、措置権者の裁量によって、利用者の施設が決定するという仕組みになっていたとすることができる。つまり、福祉サービスの受給について、その権利の不明確さが指摘されていたのである。

これに関して行政解釈は、「老人ホームにおいて養護されることは、老人に与えられた権利ではなく、公的機関に措置義務があることから派生する反射的利益である」と解してきた<sup>(28)</sup>。こういった考え方の背景には、社会福祉各法が無拠出制をとっており、金銭給付を内容としないものであったことも否定できない。こういった行政解釈、つまり「反射的利益」とされた福祉サービスを改め、

これを「恩恵」ではなく「権利」として要求するための具体的手立てが検討され始め、利用者の権利性が叫ばれるようになったのである<sup>(29)</sup>。

## ② 介護の社会保険化

そのように「措置」への批判が声高に叫ばれるなか、1990年代に入り、介護サービスの社会保険化の議論が活発になってきた。社会保険化のメリットとしては、サービス利用者の受給権が確立されることや、財政の基盤安定などがあげられた。そのような議論の末、1997（平成9）年介護サービス分野に社会保険方式を導入した介護保険法が成立し、多様なサービス提供機関の促進が図られることとなった。介護サービスを社会保障法の体系上、生活障害保障給付に属する考え方<sup>(30)</sup>で捉えると、それが社会保険方式に移行した背景も、医療保険とそれに関連する老人保健法の運営や実態に関係があると考えられる<sup>(31)</sup>。これは、国民健康保険の受診にあたっての3割自己負担分を、老人福祉法による措置として肩代わりした、いわゆる老人医療の無料化によって、かえって濫診濫療と社会的入院を招き、本来は介護施設で介護を受けるべき高齢者が、結果として医療機関に入院している状況をつくり出してきたことにも起因する。また、医療保険からの老人医療への拠出が、健康保険や共済組合の財政を圧迫してきた経緯から、老人医療を含めた医療保険制度全般の抜本改正が政策的課題とされ、その先駆けとして介護保険制度創設の動きがあらわれてきたといえる。

介護の社会保険化はまた、介護供給体制として民間事業者の参入を促し、これまでの提供機関の考え方を一掃するものということもできる。いいかえると、介護サービス分野に競争原理が導入されたことによって、提供機関の利用者に対する位置付けが変化してきたともいえる。つまり、そこには利用者本位のサービス提供という理念があげられるようになったのである。しかし、競争原理を介護サービスにそのまま当てはめることは危険をとまなう。なぜなら、競争原理が生み出すさまざまな弊害が起りかねないからである<sup>(32)</sup>。その弊害に関しては、イギリスのように福祉サービスにいち早く競争原理を導入した例をみても理解できよう<sup>(33)</sup>。

それらの問題に対して、医療サービスとの比較でみた場合、医療サービスは従来から社会保険制度のもとで展開されてきた経緯があり、そこでの提供機関



すなわち、医療機関はサービス利用者との医療契約によって、保険給付を行うこととなっている。ましてや、介護サービスの提供機関には、老人福祉施設のほかに老人保健施設および療養型医療施設も介護実施の施設とされている（介護保険法48条1項）。また、医療機関は大半が民間事業であり、あくまで行政庁の監視・監督のもと、サービスの提供が行われる。そこで行われるサービス提供も、患者と医療提供機関の間には、大きな立場の違いが存在する。そこで、医師法あるいは医療法等において、提供機関側に社会的規制を設けているのである。

このようにみてくると、介護サービスと医療サービスとは、共通点も少なくなく、かなり密接な関係をもったものといつてよいであろう。そしてそれが、社会保険方式へ移行すること自体も一連の変遷をたどるなかで、必然性をもち得るものともいうことができるのである。

### 3 介護保険サービス契約の特殊性

前節において、介護保険サービスが行政庁による措置から、サービス利用者と事業者との契約成立から生じる保険給付へと移行した変遷を、「措置」の性格を中心に論じてきた。そこで問題となるのが、介護保険サービスにおける契約が、措置とは違って、いかなる性格を有しているのかということである。よって以下では、介護保険サービスの特殊性を、契約の性格、機能面から考察していくことにしたい。

#### (1) 介護保険サービス契約の法的性格

##### ① 介護保険サービス契約の特徴

介護保険サービス契約の特徴としてまずあげられることは、それが継続的契約の性格を有しているということである。継続的ということつまり、信義則の法理（民法1条）が幅広く適用されるわけだが、ここで重要なことは、まず履行過程の段階で、契約締結時のサービス内容とは違ったサービスを必要とする利用者も含まれるということである。つまり、サービス利用者の日常的身体

状況が日々変化するために、その都度、契約内容を見直し、必要に応じて契約内容の変更を行うことの必要性があるからである。いいかえると、この契約の目的が、サービス利用者の生活支援ということを重点に置いているがゆえに、継続的契約にならざるを得ないとも考えることができよう。継続的であるがゆえに途中で状況が変わることもあり、それだけ紛争が生じやすいが、紛争を生じても契約の性質上、直ちに契約を終了させることが困難な場合が少なくなく、紛争を抱えながら契約を継続するということも考えられる。

第2の特徴としては、附合契約の一種と捉えることができる。すなわち、サービス利用者は、サービス事業者と契約を締結する際に、その契約内容に関しては限られたサービス内容の範囲でしか、契約を締結できない側面が考えられる。いいかえると、そのサービス範囲内で契約を締結するかどうかの判断をサービス利用者は迫られることとなり、この点で介護保険制度の理念である利用者本位のサービス提供には、程遠いものとの指摘もある。また、そこでの契約書の作成に関しては、サービス事業者側でも準備期間が短かったことと、法律に関する知識不足から、契約書を作成するには困難を伴うとして、全国各地でサービス利用契約書のモデルが検討され、すでにいくつかの案が公表され、利用されている<sup>(34)</sup>。

第3には、この契約において、サービス事業者には、サービス提供について一定の制限が設けられているということである。「指定居宅サービス等の事業の人員設備及び運営に関する基準」(厚生省令37号、平成11.3.31)でも規定があるように、サービス事業者が正当な理由もなく、サービスの提供を拒むことは禁止されている(同基準9条)。仮にサービスの提供が困難な場合にも、サービス利用申込者に対し、ほかのサービス事業者へ紹介の斡旋を行うなど、必要な措置を講じなければならないことになっている(同基準10条)。このような規定が設けられている背景には、サービス利用者が社会的弱者である高齢者という配慮があり、逆に、サービス事業者の立場からすると、民法上の契約締結の自由がある程度、制限されているといえよう。その理由は、先に指摘した通りである。

このように介護サービス契約は、従来の契約とは異なる独自の性格を有して

いることが理解できよう。そこで問題になってくるのが、そのような性格のもと、サービス利用者・保険者・サービス事業者の法律関係は、どのような関係を持ち得るのであるかということである。ここでは、「措置」における三者関係とどのような違いを見出せるのか、次に検討を加えたい。

## ② 介護保険サービス契約の法律関係

前節において、「措置」における法律関係をみてきたが、以下では介護保険サービス契約におけるサービス利用者・保険者・サービス事業者の三者関係を明らかにしていきたい。これらを明らかにすることにより、介護保険サービス契約の特徴が浮き彫りになってくるものと思われる。

### ア. サービス利用者とサービス事業者の関係

ここでの両者の関係は、サービス事業者が、サービス利用者に対して介護サービスを提供し、その対価として介護報酬の支払いを受けるという、介護サービスを目的とした準委任契約が成立していると解されよう<sup>(35)</sup>。それらの法律関係を考えるならば、サービス利用者が複数のサービス提供機関から相手方を選択し、要介護認定により定まった介護等級のサービス限度額の範囲内で、自由なサービスを選択できることから、私法上の契約関係ということができよう。

ここで注目すべきことは、私法上の契約関係といっても、サービス利用者は契約内容を完全に自由に定めることはできず、市町村（保険者）とサービス事業者との間の公法上の契約関係において定められたサービス内容と報酬、実際にはそれらに関する政令・省令等によって契約内容が間接的に制約されていることである<sup>(36)</sup>。サービス利用者とサービス事業者のような私法上の関係を、保険者とサービス事業者のような公法上の契約内容によって、ある程度コントロールしているのが現物給付型としての社会保険の特徴ともいうことができる。

### イ. 保険者とサービス利用者の関係

保険者とサービス利用者との関係は、サービス利用者が保険料支払いを義務付けられるとともに、保険者の認定により介護サービスの受給権を取得するという、給付関係ということができよう。従来の措置と違う点は、契約を基礎にしながら、社会保険制度で介護保険サービスが行われるということである。しかし、これはただ単に、方法ないしは手段が社会保険方式に移行しただけであ

り、保険者とサービス利用者との関係は、性格的にはあまり変化がないように思われる。両者の法律関係をみた場合、サービス利用者が加入すべき保険者が法定され、保険料支払いを法律上義務付けられること、法定された保険事故（すなわち事前に保険給付の支給が約束された事実）の発生により被保険者は抽象的な給付請求権を取得し、保険者の認定により具体的請求権となることから、公法上の給付関係ということができよう<sup>(37)</sup>。

#### ウ．保険者とサービス事業者の関係

保険者とサービス事業者との関係は、市町村がサービス利用者に対する介護保険サービスの提供をサービス事業者に委託し、サービス事業者がこれに対する報酬の支払いを約するという準委任契約といえよう。いいかえると、ここでの法律関係は、保険者が法定の基準（介護保険法74条、81条、87条、97条等）を備えた法人に対し、保険給付としての介護保険サービスをサービス利用者へ提供するよう委託し、これに対する報酬の支払いを約束するものとして、公法上の契約関係ということができる。

以上のように、三者の法律関係をみてくると、次のようなことがいえる。つまり、措置制度における三者関係と契約制度における三者関係を比べた場合に、もっとも大きな違いは言うまでもなく、サービス利用者和服务事業者との関係である。そこでの両者の関係はあくまでも私法上の関係に位置づけられるのである。この点で、措置制度のもとでのサービス利用者和服务事業者との関係において、明らかに違いを見い出すことができる。そこでは、両者の関係において、介護保険サービス契約がいかなる役割を果たしているのかが重要になってくる。よって以下では、介護保険サービス契約の機能を検討していきたい。

### (2) 介護保険サービス契約の機能

#### ① 介護と医療における契約

先に介護保険サービス契約の三者関係を中心に、その性格を考察してきたが、ここでは介護保険サービス契約の機能を、他の契約との比較で明らかにしつつ論じていきたい。

介護保険サービス契約にもっとも類した契約としては、医療保険サービス契約があげられる<sup>(38)</sup>。それは、医療サービスがそもそも社会保険制度のもとで展開されてきたことや、福祉サービスとともに、高い公共性をもつことから指摘できる。それらの相違点をあげるとすれば、以下の点が指摘できよう。まずは対象者の範囲である。医療保険サービスの場合は、対象年齢に制限はなく、普遍的な給付サービスである。これは、医療行為の目的が、疾病等の治療・完治を目的とする性格のものであることから当然のことであろう。一方、介護保険サービスでは、対象者が高齢者と限定されており、介護サービス受給権は要介護被保険者本人に属する権利である。当該サービスの受給によって実質的に恩恵を受ける者が当該要介護被保険者の家族であったとしても、介護保険サービス契約の当事者は要介護被保険者本人であることを原則とする<sup>(39)</sup>。そこでの介護行為の目的は、サービス利用者の生存権の保障（憲法25条）を目的とした性格を有しているものといえることができる。

第2に、契約期間の相違が指摘できよう。そもそも医療保険サービス契約の場合には、程度の差こそあれ、疾病が完治すれば、提供機関との医療サービス契約は解約されることとなる。その根拠は、上記で指摘した医療行為の目的を考えれば理解できよう。一方、介護保険サービス契約は、生活そのものの支援を目的とした完全な継続的契約の性格といえる。もちろん、サービス利用者の回復度によって、サービス内容に変更が生じる場合も考えられるが、そこではまた新たな介護保険サービス契約を締結することとなる。よって、介護保険サービス契約は、原則的に「期間の定めのない契約」であり、例外的に当事者の合意によって期間を付することができるものといえよう<sup>(40)</sup>。

## ② 消費者契約としての介護保険サービス契約

介護保険サービス契約は、サービス利用者が一般の市場から自分の望むサービスを購入するという点、およびサービス提供事業者は事業としてサービスの販売を行うことから、「消費者契約」としての性格を持つと一般的にいわれている<sup>(41)</sup>。消費者契約の特徴としては、以下の4点があげられる<sup>(42)</sup>。すなわち、イ) 契約当事者の交渉能力の差、ロ) 消費者行動の非合理性、ハ) 消費者側の損害回復の困難性、二) 契約当事者の情報力の差である。そのなかでももっと

も重要であるのは情報力の差であろう。

2000（平成12）年6月に成立した「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」で新たに改正された社会福祉法において、「社会福祉事業者の経営者は、・・・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」（同法75条）ことや、利用契約の申込みの際にも経営者は、その契約内容及びその履行に関する事項につき、利用者に説明するよう努めなければならないとする規定（同法76条）を設けた。どのような情報がサービス利用者にとって必要であるかという点については、イ）サービスに関する情報、ロ）ニーズに関する情報、ハ）処遇に関する情報、ニ）サービス評価の公表、が挙げられる<sup>(43)</sup>。このような情報の担い手として、介護保険サービス契約では、居宅介護支援事業者に居宅サービス事業者との関係において、中立性を義務づけている（指定居宅介護支援事業運営基準1条3頁）。この中立性とは、具体的には、イ）介護支援専門員による、当該地域の提供者に関する諸情報の適正な提供（同基準13条2号）、ロ）介護支援専門員による特定提供者の利用指示等の禁止（同基準25条1項）、ハ）事業者とその従業員による、特定提供者からの財産上の利益の収受の禁止（同基準25条2項）等である。

消費者契約としての性格を介護保険サービス契約が有するのであれば、利用者保護の観点から情報力の格差是正のためにも、このような法的枠組みを整備することは不可欠なことといえる。特に、介護保険サービス契約の場合には、サービス利用者の情報処理能力（理解力）が典型的な消費者像と比較して格段に低い可能性が大きい点に問題があることから、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業といった補完的機能を有効活用しながら、利用者本位のサービス実現のための契約を締結・履行することが求められているといえよう<sup>(44)</sup>。

#### 4 介護保険サービス契約の実態とその問題点

介護保険法施行後3年が経過し、現場レベルにおいては、契約の実態が浮き彫りになってきた。ここでは、熊本県下7市町村の関係機関にヒアリング調査を行った結果をもとに、実際の契約がどのような形で行われているのかを分析

し、居宅介護支援契約からサービス利用契約までの締結過程を中心に論じ、その問題点を検討していきたい。

## (1) 居宅介護支援契約締結前の段階

### ① 居宅介護支援事業者の選択

まずサービス利用者は、いかなる方法で居宅介護支援事業者を選択しているのだろうか<sup>(45)</sup>。これについては、介護保険法施行以前からサービスの提供を受けていたサービス事業者から、そのまま引き続き居宅介護支援契約を締結するサービス利用者が大多数であった。熊本県内でも介護保険法施行後、大手民間サービス事業者の参入もみられたが、都市部以外の地域で苦戦を強いられた背景には、次のような要因があったと考えられる。つまり、サービス利用者は、自分の地域にどれくらいの居宅介護支援事業者がいるのかを判断して居宅介護支援契約を締結するというよりは、法施行以前から利用していたサービス事業者が居宅介護支援事業者として認可されたと同じくして、そのまま従来のサービス事業者と継続的に居宅介護支援契約を締結しているケースが多かったことが考えられる。

また、サービス利用者にとってみれば、サービス事業者が居宅介護支援事業所を併設している場合には、居宅サービス計画を作成する居宅介護支援事業者と、実際にサービスの提供を行うサービス事業者は全て同一の事業者であるという認識があるように思われた。いいかえると、サービス利用者にとってみれば、介護支援専門員、各種サービス事業者もどこの所属でどのような役割分担になっているのかと理解するには時間を要するのではないかと思われる。現行制度においては、ひとつの事業者が在宅介護支援センターを併設し、また居宅介護支援事業者の認可も受け、サービス提供主体として訪問介護事業所も設置しているケースが多い。このように複雑な仕組みになっていると、今後はますます各々の役割を明確に、そして理解しやすい表現を用いてサービス利用者に説明する必要性も出てくるであろう。

### ② 居宅サービス計画依頼作成（変更）届出書の提出

要介護認定を受けたサービス利用者は、居宅サービス計画の作成を居宅介護

支援事業者に依頼することになるが<sup>(46)</sup>、その際に居宅サービス計画作成依頼届出書を市町村へ提出しなければならないことになっている（介護保険法施行規則64条、厚生省令36号、平成11・3・31）。この届け出がない場合には、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担しなければならない場合もある。この届出書を市町村へ提出してはじめて、居宅介護支援事業者とサービス利用者が居宅介護支援契約を締結することになる。居宅介護支援事業者を変更する場合にも、この届出書を再度提出することとなり、その際には変更する事由を書かなければならない（「居宅サービス計画作成（変更）届出書の様式について」平成11・12・8老企31）。

実際のヒアリングによれば、この届出書は居宅介護支援事業者が所有し、居宅介護支援契約を締結する際にサービス利用者に署名捺印をしてもらい、その後、居宅介護支援事業者が市町村へ提出するケースが多いことが判明した。すなわち、この届出書を提出した後に、サービス利用者と居宅介護支援事業者が居宅介護支援契約を締結するというよりは、この届出書にサービス利用者が署名捺印する段階で、すでに居宅介護支援契約が居宅介護支援事業者と締結されているということである。よって、どの段階でこの届け出を市町村へ提出しなければならないかについては、ある市町村書式の届出書の注意事項欄によれば、「要介護認定の申請時」もしくは「居宅サービス計画を依頼する事業者が決まり次第」ということになっているが、実際には居宅介護支援契約と同時に届出書に関する手続きも行っているといえる。このことは、どの事業者も手続きの簡素化を目的として、そのような事務手続きをとっていると思われる。

## (2) 居宅介護支援契約締結時の段階

### ① 契約締結時の立会い

サービス利用者と介護支援専門員が居宅介護支援契約の締結をするまでには、上記の過程を踏んでいることが明らかになったが、両者が契約締結をする際、数回の事前調査が行われていた。この調査は、サービス利用者の心身状況、あるいは家族環境の把握、介護支援専門員との信頼関係の構築などを目的に行われていた。この数回の事前調査をもって、居宅介護支援契約の締結が行われる



ことになる。実際の契約場面においては、サービス利用者と介護支援専門員との二者による契約交渉ではなく、サービス利用者側の家族が同伴し、契約交渉を行うことが大半のようである。特に、要介護度の高い、判断能力に欠けるサービス利用者の場合には、本人の代行者として、家族と介護支援専門員で居宅介護支援契約を締結する。諸般の事情、たとえば、家族が遠方にいる場合や、独居老人で親族が遠方にいるサービス利用者については、契約書を郵送して対応している居宅介護支援事業者がほとんどであった。要介護度の高いサービス利用者については、ほとんど判断能力に欠ける状況なので、家族と介護支援専門員の二者で契約交渉を行うのが現場レベルでは圧倒的に多い結果が出ている。これはサービス利用契約時における立会いでも同様であった。

## ② 事業者の契約書

居宅介護支援契約書の作成については、日本弁護士連合会や全国社会福祉協議会等が作成しているモデル契約書を参考に、事業者で契約書を作成していたところもあった。居宅で介護保険サービスを利用する場合に最低限必要な契約書は、居宅介護支援契約書と各サービス利用契約書であり、関係書類として重要事項説明書があげられるが、その他にも、利用者の個人情報サービスを担当者会議や、介護支援専門員との連絡調整で使用する事の同意を求める個人情報使用同意書、契約更新の合意を確認する契約更新合意書を別途作成している居宅介護支援事業者も存在した。個人情報の秘密保持や契約更新については、契約書のなかにも、契約条項として含まれているわけだが、個人情報使用同意書、契約更新合意契約書として通常の居宅介護支援契約とは別に作成している点については、サービス利用者側の権利意識を再度促す点においても、重要であると考えられる。

居宅介護支援契約に関してみると、契約書に記載されている主な項目は、「居宅介護支援の目的、契約期間、担当者、支援の内容、居宅サービス計画の作成・変更、苦情解決、緊急時の対応、費用、秘密保持、契約の解除・終了、損害賠償」等が共通して記載されており、重要事項説明書（厚生省令37号8条に基づく説明事項）において、事業所の概要、職員体制、営業時間、サービス方針、相談窓口等の項目が並んでいる。契約書作成に際し、事業者側が配慮しなけれ

ばならない点、すなわち、契約当事者が高齢者であるという特質を考慮した契約書になっているのか、ということに関しては、次のような視点が求められるといえよう。つまり、イ) わかりやすい言葉を使っているか、ロ) 文字を大きくしているか、ハ) 文章がまとまっているか、という3つの視点である。

今回の調査で各事業者の契約書を分析したところ、3つの視点を取り入れて契約書を作成している事業者は、ごく稀であった(資料Ⅲ-1参照)。資料Ⅲ-1をみてもわかるように、モデル契約書をそのまま参考にし、作成したであろうa事業者がいる一方で、3つの視点を取り入れたb事業者の契約書は、サービス利用者側に判別しやすいような文字の大きさと書かれ、文章表現も簡易にまとめられている。もちろん、契約書として最低限記載しなければならない項目はあるとしても、契約当事者の特質を考慮すれば、事業者にはいま以上の創意工夫をした契約書作成が求められてこよう。

#### 資料Ⅲ-1 各事業者の契約書

##### ○ a事業者の居宅介護支援契約書の一部

(秘密保持)

第12条 乙は、甲より委託された業務を行うにあたって、甲及びその家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

2 前項の場合を除き、乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその家族に関する個人情報について第三者に漏らしません。

##### ○ b事業者の居宅介護支援契約書の一部

(秘密保持)

第10条 事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

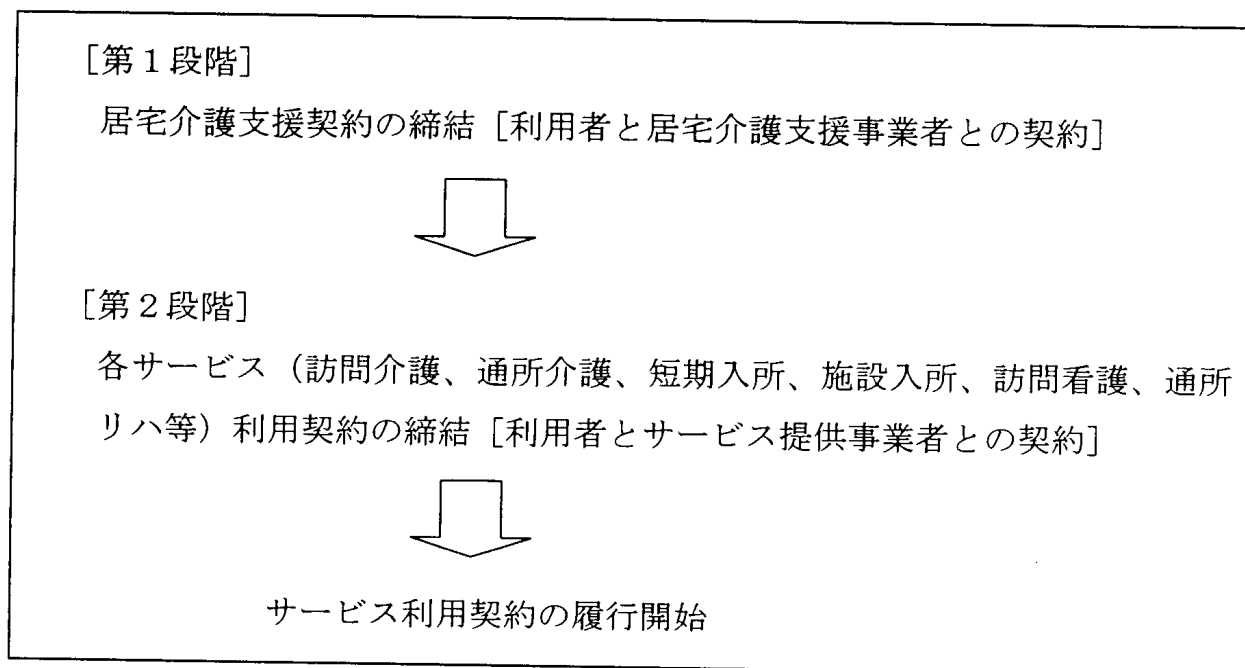
2 あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。

### (3) サービス利用契約締結過程の段階

#### ① 居宅介護支援契約からサービス利用契約へ

居宅介護支援事業者と居宅介護支援契約を締結したサービス利用者は、介護支援専門員との居宅サービス計画の作成後、今度はサービス事業者とのサービス利用契約手続きへ移行することになる（図Ⅲ－1参照）。実際には、契約場面のどの段階でサービス利用契約の手続きが行われるのであろうか。ヒアリングの結果では、実際にサービスを利用する当日に、サービス事業者からサービス利用契約書と重要事項説明書の説明がサービス利用者側に行われ、署名・捺印の手続きをするケースが多かった。このような場合、居宅サービスの場合よりも、施設入所の場合には入所者側に十分な説明が必要になってこよう。現実には、何年も入所待機を強いられてきた入所者側の心理として、契約の細かい説明よりも、とりあえず入所できるという安心感で満たされる気持ちも分からないわけではないが、施設入所といっても、そこは生活の場としての空間であり、サービス利用者側も十分にその施設のサービス提供方法や運営理念、施設内の雰囲気等を熟知する必要があると思われる。

図Ⅲ－1 サービス利用までの契約に関わる流れ



## ② 契約期間の手続き

サービス利用契約の更新については、契約書のなかで契約期間の項目が設けているが、契約期間の満了日の数日前までにサービス利用者側から更新拒絶の意思表示がない場合には、自動的に更新されるとする契約書が多く、実際のサービス利用契約では具体的な契約期間は定めず、要介護認定の有効期間終了時にあわせて、居宅サービス計画の変更がない限りは、自動的に契約の更新が行われている（表Ⅲ－1参照）。このことは、一般的にサービス利用者の心身状況に短期間では急激な変化がみられないこと、また居宅サービス計画の作成にかかる期間などを考慮に入れた結果として、そのような自動的な契約更新の手続きになっているものと思われる。

一方で、サービス事業者によっては契約更新同意書を作成し、有効期間が近づくと、サービス利用者側とサービス事業者で再度、契約更新の確認を実施している事業者もあり、事業者によって手続きの対応に差がみられた。このような手続きは、事業者側からすると、一見煩雑な手続きと考える余地もなくはないが、両者で契約の同意を再確認することは、両者間での契約トラブルを未然に防止するには大きな効果があると考えられ、今後は現場レベルでこれを周知徹底することが必要になってこよう。

表Ⅲ－1 サービス利用契約書（訪問介護）での契約更新

事業者	契約期間の自動更新に関する記述
a	契約期間満了の10日以上前に更新拒絶の申し出がない場合
b	契約期間満了の2日前までに契約終了の申し入れがない場合
c	契約期間満了日の7日前までに契約拒絶の意思表示がない場合
d	契約期間満了の2日前までに契約終了の申し入れがない場合
e	契約期間の最終日までに契約終了の申し出がなかった場合

## ③ 契約の終了と解除事由

契約の終了に関する事由として、一般的には「契約者の死亡」、「要介護認定

により、自立又は要支援と判定された場合」、「事業者の破産、指定の取消し等」が挙げられる。ヒアリング結果によれば、現段階ではサービス利用者の死亡が契約終了の事由でもっとも多かった。サービス利用者の解約権については、各サービス利用契約書で規定されている。その要件としては、「サービス利用者の入院」、「居宅サービス計画の変更」が共通して挙げられている。そのなかでも、「居宅サービス計画の変更」というのは、実質的にサービス利用者には事業者変更の自由を保障したものだといえよう。解約の告知については、大方7日前までに事業者へ通知をすることになっており、事業者の事務手続きに配慮したものといえる。

契約の解除についてはまず、サービス利用者からの契約解除要件として、「正当な理由なく契約に定めるサービスが実施されない場合」や、「サービス従事者が守秘義務に違反した場合」、「他のサービス利用者が契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、重大な事情が認められる場合」等、を規定している（表Ⅲ－2参照）。一方、サービス事業者側からの契約解除要件としては、「サービス利用料の3ヶ月以上の滞納」や、「利用者の著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合に限り、30日間以上の予告期間をもって契約の解除ができる」とする契約書が一般的であった（表Ⅲ－3参照）。ここでいう「利用者の著しい不信行為」とは、「病歴等の重要事項について故意の隠匿等、重大な事情があった場合」、「利用料の支払い未納」、「故意または重大な過失による事業者もしくは他の入所者の身体、財産、信用等を傷つける行為を行った場合」等、が考えられる<sup>(47)</sup>。

表Ⅲ－2 サービス利用契約書（訪問介護）での契約解除要件

[サービス利用者からの解除]

事業者	サービス利用者からの解除
a	事業者側のサービスの不実施、守秘義務違反、著しい不信行為
b	7日間以上の予告期間をもっていつでも解除が可能
c	7日間以上の予告期間をもっていつでも解除が可能
d	事業者側のサービスの不実施、守秘義務違反、著しい不信行為
e	事業者側のサービスの不実施、守秘義務違反、著しい不信行為

表Ⅲ－3 サービス利用契約書（訪問介護）での契約解除要件

[事業者からの解除]

事業者	事業者からの解除
a	利用者の不実の告知、利用料の3ヶ月以上の滞納、不信行為
b	利用者の法令違反、サービス提供への阻害行為、30日間以上の予告期間をもって契約解除
c	規定なし
d	利用者の不実の告知、利用料の3ヶ月以上の滞納、不信行為

## ④ 損害賠償責任

損害賠償に関する規定に関しては、どの事業者も概ね同じ規定内容であったが、特記すべき内容として、いくつかの項目が注目される（表Ⅲ－4参照）。たとえば、b事業者のように事故発生後の対応マニュアルを契約条項に盛り込んでいるものもあれば、事業者の損害保険加入を契約条項に明記しているものもあった。これは、契約締結をする際に、サービス利用者側に対して積極的に責任の所在を明らかにしていこうとする姿勢のあらわれとして捉えることができる。これまでの介護事故でも、結論を分けたのは、事故発生直後の緊急救命時の対応である<sup>(48)</sup>。そのためにも、b事業者のように事故発生時の対応マニュアルを何らかの形で契約条項に盛り込むことは、事業者側の損害賠償責任を明確にするものとして評価できよう。

表Ⅲ－4 損害賠償に関する規定（訪問介護）

事業者	特記すべき規定内容
a	事業者の守秘義務違反
b	事故発生後における契約者の後見人又は家族への連絡
c	事業者の守秘義務違反
d	事業者の守秘義務違反
e	事業者の損害保険加入の明記

一方で、事業者側として、損害賠償がなされない要件も契約条項に掲げている事業者もある（表Ⅲ－５参照）。これらの要件は、サービス利用者側が、契約締結時に心身の状況や病歴等の重要事項について、故意にこれを告げなかった場合や、不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合である。また、「契約者が、事業者及びサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合」とする条項を掲げている事業者も多数存在した。しかしながら、特に施設サービスにおいては、施設の諸事情により、どうしても身体拘束をせねばならない状況があった場合に、サービス利用者がそれを無視し、行動した結果、怪我をしてしまうケースも現実には考えられる。このようなケースの場合、身体拘束を行った事業者に責任があるのか、それを無視した結果、怪我をしたサービス利用者側に責任があるのか、どちらかについては判断が分かれるところであろう。

居宅介護支援契約に関する損害賠償責任についても、サービス利用契約同様の契約条項となっていたが、そのなかで、事業者側が加入している保険もさまざまであった<sup>(49)</sup>。特に、居宅介護支援事業者の場合、居宅介護支援業務による経済的損害補償に関する保険に加入している事業者が目立った。この保険内容はおもに、事業者がケアプラン作成やそれに付随して行われる業務の遂行に伴い、要介護者等の第三者に対して経済的損害（対人事故や対物事故を伴わない損害）を与え、賠償責任を負った場合に、その損害を補償する保険である。具体的には、「ケアプランの作成ミスにより、本来受けるべき介護給付より劣る内容の給付しか受けられなかったとして、要介護者が自己負担した差額分について賠償請求された」ケースなどである。今回のヒアリング結果においては、これまで居宅介護支援事業者に対してサービス利用者側から損害賠償の請求がなされたケースはなかったが、今後、居宅介護支援業務の拡大が図られるようになると、このようなケースが発生してくることも十分考えられるであろう。

表Ⅲ－5 損害賠償がなされない要件（訪問介護）

事業者	要件内容
a	病歴等の不告知、不実の告知を行ったことに起因しての損害発生
b	規定なし
c	病歴等の不告知、不実の告知を行ったことに起因しての損害発生
d	病歴等の不告知、不実の告知を行ったことに起因しての損害発生
e	規定なし

#### (4) 介護保険サービス契約の問題点

##### ① 介護支援専門員の選択

ヒアリング調査の結果、サービス利用者側は居宅介護支援事業者を選択する際に、市町村などの広報等による情報収集というよりも、介護保険法施行以前からサービスを利用していたサービス事業者あるいは、医療機関を通じた居宅介護支援事業者の紹介というケースが大半を占めていた。このことは、介護保険法施行以前からサービスの提供を受けていたサービス利用者和服务事業者との信頼関係が、ある程度すでに構築されていたためと思われる。いいかえれば、どの介護支援専門員と居宅介護支援契約を締結するのかという発想よりは、サービス事業者の紹介のもとで、居宅介護支援事業者と契約締結が行われているともいえる。

しかしながら、どの介護支援専門員に居宅サービス計画を作成してもらうかで、その後の居宅介護支援の内容に大きな違いが生じることもあるし、介護支援専門員の資格によって、居宅介護支援の内容に大きな隔たりがあることも指摘されている<sup>(50)</sup>。よって、契約締結前のサービス利用者側への情報提供としては、例えば、市町村の広報においても、これまでのような居宅介護支援事業者の一覧のなかに、少なくとも介護支援専門員の人数等を考慮した広報のあり方も考えられるべきであろうし、サービス利用者側も、どの事業所にどのような資格を有した介護支援専門員が配置されているのかを、居宅介護支援事業者側にアクセスすることも、これからは必要になってくるとと思われる。



本来、居宅介護支援における居宅サービス計画作成の重要性を指摘するのであれば、サービス利用者側に介護支援専門員を選択することができる旨の条項を契約書に明記することも考えられるが、それ以前の過程として、どの居宅介護支援事業者と契約をするのかという発想を転換し、どの介護支援専門員を選択するのかという発想へサービス利用者側も考え方を変えていくことが必要になってこよう<sup>(51)</sup>。そのような発想の転換が、より充実したケアマネジメントとあってあらわれてくるであろうし、また介護支援専門員の資質の向上にもよりよい効果を及ぼすものとする。

## ② 契約書における代理署名

サービス利用者と事業者との契約書の取り交しについては法的に義務づけられているわけではないが、当事者の権利義務関係を明確にするためには必要不可欠なものである<sup>(52)</sup>。今回、サービス利用者と各事業者で締結する契約書のなかで、各事業者間でもっとも表現上、特徴的だった箇所が、契約書における契約者の署名欄である。一般的には、サービス利用者と事業者との契約関係をもって契約が成立するとされるが、先述したように、実際には要介護度の高いサービス利用者ほど、家族と事業者間で契約交渉を行っているのが現実である。また、家族のいない判断能力の欠けるサービス利用者等も考えられることから、契約書のなかで契約者の署名欄に、本人の代わりに署名を行ったとする代理人の欄が設けられている<sup>(53)</sup>。これらは法定代理人または任意代理人を想定したものといえるが、なかには代理人欄に「契約者」や「代筆者」という表現を使用している事業者も見受けられた（資料Ⅲ－3参照）。また、契約書に「契約当事者の変更」は記載してあるが、代理人の記入欄を設けていない契約書や、どちらも記載していない契約書を作成している事業者もあった。

一方で、代理人欄と同じく、「立会人」という欄を別途署名欄に設けている事業者もあった。これは、代理人と異なり、あくまで契約場面に同席し、第三者として両者の契約合意を確認することを目的としているものといえる。よって「立会人」を設けている意図は、代理人のように、サービス利用者本人の代理行為を行うのではなく、サービス利用者と事業者との契約締結を客観的立場に立って確認するものと位置づけられているといえよう。このように、各事業者

によって、契約書における契約当事者以外の者の位置づけが異なっていることが明らかになった。今後は、代理人はもちろんとし、代理人と事業者が契約締結を行う際に第三者として立ち会う立会人を、契約書のなかに盛りこませることは、契約トラブルが起こった場合などを考えると、少なからず効果があるものといえよう。

代理人制度に関しては、介護保険制度と並行して実施された、成年後見制度の活用が一般的に言われているが、今回の調査のなかでは、この制度を活用しているサービス利用者は皆無に等しかった。その要因としては、家庭裁判所に対する申立てに要する経費及び成年後見人等の報酬に対する自己負担への抵抗などが考えられ、まだまだ制度の浸透が行き届いていない側面があったように思われる。

表Ⅲ－3 サービス契約書（訪問介護）における代理人の取り扱い

事業者	契約当事者の変更	署名欄における契約代行者の規定
a	規定あり	本人と同じく「契約者」として規定
b	規定あり	「代筆者」として規定
c	規定あり	「代理人」として規定
d	規定あり	規定なし
e	規定なし	規定なし

### ③ 居宅介護支援事業者間の格差

居宅介護支援事業者は、多くのサービス利用者の居宅サービス計画を作成することによって、自ら事業者の利益にもつながるわけだが、居宅介護支援事業者がサービス利用者と居宅介護支援契約を締結するにあたって、その契約交渉の前提となる要介護者の情報を早く入手するか、しないかで、事業者間でのサービス利用者の奪い合いが起こりうることは十分予想される事態である。というのも、単独で居宅介護支援事業所を立ち上げている事業者と比べ、在宅介護支援センターと併設して居宅介護支援事業所を立ち上げている事業者とでは、

明らかに要介護予備軍の高齢者に対する心身の状況等の情報量が違っている。それは、在宅介護支援センターの役割と関係していると考えられる<sup>(54)</sup>。在宅介護支援センターの中心的な役割とは、在宅の要援護高齢者もしくは要援護となるおそれのある高齢者又はその家族等に対し、在宅介護等に関する総合的な相談に応じることである（「在宅介護支援センター運営事業等の実施について」平成12・9・27老発645）。

今回のヒアリング調査においても、在宅介護支援センターと併設して居宅介護支援事業所を設けている事業者は、要介護予備軍の地域高齢者の心身状況を常日頃から把握しているという点で、単独で事業所を設置している事業者よりも圧倒的に多い情報量を有していることが判明した。本来の在宅介護支援センターの設置目的は、要援護高齢者やその家族の総合的な相談に応じるために設置されたものであるが、介護保険法施行後は、「ケアプラン作成機能」がその相談業務機能の一部に含まれるという位置づけがなされた結果、保険給付対象外のサービスに縮小化の弊害が起こっているとの指摘もある<sup>(55)</sup>。そのような政策誘導によって、在宅介護支援センターにおける相談業務の大半が、介護支援専門員による居宅サービス計画の作成という結果に陥る形となったことは否定できない<sup>(56)</sup>。もちろん介護保険制度は、サービス利用者の申請主義を原則としているが、本来給付を受けるべき高齢者の発掘を少なからず行う側面も、在宅介護支援センターの役割にはあるはずである。在宅介護支援センターの新たな役割の再考の時期が近づいている今日、在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所とを完全に分離した方策をとることも考えられなくてはならないであろうし、そのような動きが出てこなくてはサービス利用者に対する情報量の事業者間格差はなくなることはないであろう。

熊本県内で、居宅介護支援事業者は平成13年8月現在、451事業者にもものぼる。そのなかで、いかに契約の相手方を探すかは、事業者間の生き残りをかけた切実な問題でもある。特に、居宅介護支援契約は、サービス利用者本人の心身状況を考慮しなければならない事項も多いことから、なるだけ居宅介護支援事業者間の競争を公平な環境整備のもとで促進し、サービス利用者にとって有効的な事業者選択ができるようにすることが、今後の政策課題としても急務といえ

よう。

## 5 小括一法改正へむけたこれからの課題—

福祉サービスに「契約」という新しい考え方が導入され、3年を迎えた。現場レベルではサービス利用者、サービス事業者ともに、まだまだ「契約」に対する考え方が浸透していない側面もあるように思われた。その原因としては、まずサービス利用者側に福祉サービスを契約方式で利用するということが、あまり意識が向けられていない点が挙げられる。たとえば、サービス事業者が指定された日時にサービス利用者宅へ足を運んでも、サービス利用者本人が不在の場合もあると聞く。その場合、サービス事業者はサービス利用者に債務不履行を理由に訴訟まで発展させることはせず、サービス利用者との関係を悪化させない程度のレベルで問題解決をしているのが現実である。また、サービス利用者側にとれば、サービスを利用する際にいくつもの契約書に署名・捺印をせねばならず、どの契約書が各サービス利用契約書なのか、明確に理解しづらいという面がある。その他、「事業者が詳しく説明してくれない」あるいは、「事業者に説明されてもあまり理解できない」などの声もあるようである。

これからの課題としては、まず事業者側による、いま以上の契約締結の際での説明義務が徹底されるべきであろう。その際には、いかにサービス利用者側に分かりやすい言葉使いや表現で説明をするのかということが事業者側に求められることになる。もちろん契約書には必要不可欠な事項の明記は最低限必要であるが、契約内容のなかで、それぞれのサービス従事者の役割をわかりやすく説明することも今後、検討される必要があるだろう。またサービス利用者側にとっても、少なからず不明な点についてはなおざりにせず、また事業者任せの契約締結とならぬよう積極的に契約へ関わる必要があるようになってくるであろう。また、そこには両者間の中間的役割として行政の責任が重要視されることになる<sup>(57)</sup>。行政の役割としてサービス利用者と事業者の二者関係にどのような介入をすべきか、その介入の程度と意義は何かということについても議論されるべき課題である。

これまでサービス利用者と事業者間で、訴訟にまで発展したケースは、いまのところ介護事故のみである<sup>(58)</sup>。介護事故以外で、いまだ訴訟にまで至る問題が発生していない要因については次のようなことが考えられる。つまり、この介護保険サービス契約そのものが、相手の気持ちとか信頼といった情緒的な部分も含めた個別的な関係を重視する福祉の論理から成り立っているからだといえるだろう<sup>(59)</sup>。

このように法律では決して解決できない問題に対して、いかなる方法・手段で対応すべきなのか、またこの契約の本質的な原理・原則とは何なのか、これらはこれから検討されるべき学問的研究の課題といえる。とりわけ、介護保険サービス契約は、福祉契約といわれる新たな概念を検討するにあたって、示唆に富むものであり、2005（平成17）年に予定されている法改正へむけて、サービス利用者、事業者そして各関係機関でこれまでの問題点を整理し、望ましい介護保険サービス契約とはどういうものなのかについて、互いの共通認識を鮮明にすることこそが、この契約がよりよい方向へ向かっていく条件となるであろう。

- (1) 福祉契約という言葉をいち早く論じたものとして、大曾根寛『成年後見と社会福祉法制』（法律文化社、2000年）193頁以下。
- (2) 「〈座談会〉社会福祉政策研究の現在」（『季刊社会保障研究』第38巻4号、2003年）297頁〔秋元美世発言〕。
- (3) 民法学では、内田貴『契約の時代』（岩波書店、2000年）1頁で、商取引契約ばかりでなく、最近では、福祉サービスも契約を通じて提供されることになったことに触れ、行政法でも大橋洋一『行政法—現代行政過程論—』（有斐閣、2001年）358頁以下において、行政行為と行政契約の選択関係から福祉サービスを捉えようとする試みがある。社会保障法学においては、菊池馨実「社会保障法の私法化？」（『法学教室』252号、2001年）119頁以下で、近時の福祉領域における法主体の多様化から福祉契約論の必要性を論じている。
- (4) 戦前の社会福祉立法においては、1874（明治7）年に恤球規則が制定され、その後、1929（昭和4）年に救護法、1938（昭和13）年に社会事業法など次々と福祉立法の動きがみられるようになった。詳細については、荒木誠之『社会保障の法的構造』（有斐閣、1983年）30頁以下を参照されたい。
- (5) 荒木誠之『生活保障法理の展開』（法律文化社、1998年）141頁。

- (6) ここで「措置」についての定義をしておきたい。福祉六法において、福祉サービスを行うような行政庁に義務づけたり、行政庁にその権限を与えたりしているが、このように行政庁の義務や権限あるいはそれに基づいて行われる福祉サービスそのものを、ここでは「措置」と呼ぶこととする。
- (7) 堀勝洋『福祉改革の戦略的課題』（中央法規、1986年）175頁。ここで堀教授は、その根拠を次のように述べている。第1に、福祉六法の入所措置に関する規定の多くが、職権で入所措置を採るよう措置権者に義務づけていること、第2に契約によって福祉施設に入所した場合に、その対価の支払いは施設に対して行うべきであるが、福祉六法では費用徴収という徴収権限を措置権者に与えている等を根拠にしている。
- (8) ここで倉岡教授は、「都道府県知事の措置によって実体上の受給権が発生するのではなく、法定の要件を充足したときに既に発生した受給権は、措置によって具体的に行使することができるのである。したがって、措置という行政庁の行為は、法律効果を新しく発生せしめるような形成的行為ではない。」と指摘している。倉岡小夜「社会福祉サービスに関する法理と裁判」（仲村優一ほか編『講座社会福祉6 社会福祉の法と行財政』第6章、有斐閣、1982年）350頁。
- (9) 一方で、精神保健及び精神障害者福祉法に関する法律29条の都道府県知事における入院措置等は、本人の保護又は他人に害を及ぼす恐れがあるための措置として、強制力をもった行政行為であり、福祉施設への入所が入所者の福祉向上を図ることを目的とし、その同意を得て入所させるものとは性格が異なるとの見解もある。ここで福祉の措置と入院措置との明確な法的違いをみることができるだろう。堀・前掲書182頁。
- (10) 堀・同書183頁。
- (11) 河野正輝「社会福祉」（園部逸夫ほか編『社会保障行政法』第7章、有斐閣、1982年）626頁。
- (12) 佐藤進「社会福祉の法構造と権利性」（仲村優一ほか編『講座社会福祉6 社会福祉の法と行財政』第3章、有斐閣、1982年）115頁。
- (13) 堀・前掲書184頁。
- (14) 福祉六法では、これを「委託」という語で用いている。生活保護法30条1項、児童福祉法27条2項、老人福祉法11条、身体障害者福祉法18条1項3号、知的障害者福祉法15条の3。
- (15) 小室豊充『社会保障と福祉施設の展開』（全国社会福祉協議会、1986年）186頁。
- (16) これを区別する基準について、田中館照教授は次の3つの説に分け、区別している。第1は主体説であり、国又は地方公共団体を一方の当事者とする関係を規律する法が公法とし、私人相互間の関係に適用される法が私法であるとする。第2は権力説であり、法律関係の当事者を法律上平等として規律する法が私法であり、不平等関係を規律する法が公法であるとする。第3は利益説であり、私益を目的とする法が

- 私法であり、公益を目的とする法が公法であるとする。田中館照「社会保障行政における法律関係」（園部逸夫ほか・前掲書）103頁以下参照。
- (17) 同旨、本沢巳代子「措置の対象から契約の主体へ」（「法学セミナー」529号、2000年）56頁。
  - (18) 生活保護法47条1項、児童福祉法46条の2、老人福祉法20条、身体障害者福祉法28条の2、知的障害者福祉法21条の4。
  - (19) 生活保護法44条及び45条、児童福祉法34条の4及び5、老人福祉法18条。
  - (20) 堀・前掲書191頁。
  - (21) 田村和之『保育所行政の法律関係』（勁草書房、1981年）121頁。
  - (22) 堀・前掲書199頁以下参照。
  - (23) この判例については、橋本宏子『福祉行政と法』（尚学社、1995年）25頁以下で詳しく分析されている。ここでは、その他にも民間委託をめぐる判例として、ハルム保育園事件一審判決（浦和地熊谷支判平成2年10月29日）、真理ちゃん訴訟の一審判決（千葉地松戸支判昭和63年12月12日）が挙げられている。
  - (24) 橋本・前掲書29頁。
  - (25) 橋本・同書56頁。
  - (26) 児童福祉法21条の10、老人福祉法15条、身体障害者福祉法38条。
  - (27) 熊本地裁判決昭和46年10月22日判決。この評釈として、林弘子「社会福祉施設の最低基準と生存権」（荒木誠之・林迪廣編『判例研究 社会保障法』、法律文化社、1979年）267頁以下参照。
  - (28) 厚生省社会局老人福祉課『改訂 老人福祉法の解説』（中央法規出版、1987年）88頁。
  - (29) 一方、措置制度を擁護するものとして、成瀬龍夫「社会福祉措置制度の意義と課題」（「彦根論集」第309号、1997年）参照。ここで筆者は、社会福祉サービスの一定水準を維持、向上させてきたのは措置制度であり、施設の経営保障をはかってきたと指摘している。そしてまた、契約制度に伴う市場原理の導入は、所得に応じたサービスの質と価格に格づけされた市場構造ができあがると指摘している。そのほかにも保険制度への批判として、里見堅治「論争・公的介護保険制度論」（「ジュリスト」1094号、1996年）19頁以下、里見堅治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に意義あり』（ミネルヴァ書房、1996年）等がある。
  - (30) この考え方については、荒木誠之教授の法体系論に拠っている。すなわち、社会保険・公的扶助・社会福祉・公衆衛生という4つの柱を中心としての保障方法によって分類してきた、これまでの社会保障体系を批判し、要保障性の構造と程度を基本に社会保障を所得保障給付と生活障害保障給付に区分し、社会福祉サービスを医療サービスとともに、生活障害保障給付に属せしめる考え方である。詳細につき、荒木・注(1)前掲書301頁以下を参照。

- (31) 荒木・注(2)前掲書155頁。
- (32) たとえば、アメリカの市場経済社会のひとつとして、1996年クリントン大統領が児童扶養家族扶助 (AFDC Aid Family Dependent Children) を2年以内に廃止する法案に署名したことは、市場原理によってはじき出された社会的弱者を増加させる要因になりかねないとする指摘もある。福島清彦『暴走する市場原理主義』(ダイヤモンド社、2000年) 236頁以下。
- (33) 競争原理を導入したイギリスでの社会的ケア (Social Care) の弊害については、以下の指摘がなされている。第1に、供給機関の増大の一方で、過疎地での供給者確保が困難になったこと、第2に、供給者のなかでも、非営利組織 (voluntary suppliers) が営利組織に押されて発達しにくい状況になったこと、第3に、供給側の問題として、非営利組織と民間組織とが行政庁の監視下のもとで、活発な競争を行う基盤が整えられていないこと、があげられている。Gerald Wistow, Martin Knapp, Brian Hardy and Caroline Allen, *Social Care in a Mixed Economy*, Open University Press, 1994, pp.101-105.
- (34) 品田充儀「介護保険契約の特徴と法的問題」(「ジュリスト」1174号、2000年) 72頁。
- (35) 本沢・前掲書57頁。
- (36) 水野英夫「「介護サービス従事者」の法的地位と責任」(「季刊労働法」193号、2000年) 71頁。
- (37) 本沢・前掲書58頁。
- (38) この点につき、「診療契約の場合も、介護保険契約の場合も、当事者間の権利義務関係は必ずしも公法によって設定されるわけではない」として、診療契約との比較によって介護サービス利用契約の法的問題を検討するものとして、品田充儀「福祉サービスの利用方式」(日本社会保障法学会編『講座・社会保障法 第3巻 社会福祉サービス法』、法律文化社、2001年) 54頁以下。
- (39) 品田・注(37)前掲論文59頁。
- (40) 清水幸雄「介護保険契約と当事者能力」(『清和法学研究』第7巻第1号、2000年) 16頁。
- (41) 岩村正彦「社会福祉サービス利用契約の締結過程をめぐる法的論点」(「季刊社会保障研究」第35巻第3号、1999年) 252頁。
- (42) 額田洋一「福祉契約論序説」(「自由と正義」52号7巻、2001年) 14頁。
- (43) 今里佳奈子「福祉と情報」(『情報化の公法学—川上宏二郎先生古希記念論文集—』、信山社、2002年) 161頁以下参照。
- (44) 新井誠「介護保険契約と成年後見」(「自由と正義」第51巻第6号、2000年) 30頁。
- (45) 今回のヒアリング調査の範囲内では、サービス利用者が自らで居宅サービス計画を作成しているケースは皆無であったので、居宅介護支援契約を締結することを前提に論を進めることとする。



- (46) 今回のヒアリングの結果、居宅サービス計画を利用者自ら作成しているケースはどの市町村でも聞くことはなかった。よって、現場レベルにおいて居宅サービス計画は、大多数が介護支援専門員に依頼しているといつてよいであろう。
- (47) 品田・注(37)前掲論文68頁。
- (48) 菊池馨実「介護事故関連裁判からみたリスクマネジメント」（増田雅暢・菊池馨実編『介護リスクマネジメント～サービスの質向上と信頼関係の構築のために～』、旬報社、2003年）189頁以下。
- (49) 介護事業者が加入している損害賠償責任保険について詳細に論じているものに、長沼建一郎「介護者向け損害賠償責任保険について」（「賃金と社会保障」1327号、2002年）43頁以下。
- (50) 岡村世里奈「介護保険におけるケアマネジメントの現状と課題」（日本社会保障法学会編『社会保障法』第18号、法律文化社、2003年）95頁。
- (51) 河野正輝「介護保険サービス契約モデル案の検討」（「週刊社会保障」2086号、2000年）24頁以下。河野教授は自己決定権の尊重という見地からみた場合、利用者による選択権を最大限に保障したのものとして、イギリス、カナダの直接支払い方式（ダイレクト・ペイメント）を挙げている。
- (52) 品田充儀「介護保険契約の特徴と法的問題」（「ジュリスト」1174号、2000年）72頁。
- (53) 権限乱用の危険性が小さい契約内容の諸問題を考察したものに、道垣内弘人「福祉サービス契約の構造と問題点」（「判例タイムズ」1030号、2000年）178頁以下。
- (54) 在宅介護支援センターは、1989（平成元）年の『高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略（ゴールドプラン）』により設置されたものであり、法文上は「老人介護支援センター」と呼ぶ（老人福祉法20条の7の2）。
- (55) 藤原笛「在宅介護支援センターのケアマネジメント実践—介護保険の影響による変化と課題—」（関西学院大学『社会学部紀要』第88号、2000年）47頁以下参照。
- (56) 倉田聡『これからの社会福祉と法』（創世社、2001年）110頁。
- (57) 介護保険法における行政責任の変容を指摘するものとして、又坂常人「契約による福祉と行政の責任」（塩野宏先生古希記念『行政法の発展と変革（下巻）』、有斐閣、2000年）841頁以下参照。
- (58) 介護事故の判例については、菊池馨実「介護事故裁判からみえてくるもの」（「週刊社会保障」2115号、2000年）24頁以下参照。
- (59) 注(2)前掲書298頁〔秋元美世発言〕。

（田中 孝明）

## IV 介護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は、介護サービスは措置制度から、利用者が選択して決定するという契約制度へと転換された。利用者は、施設サービスではどの施設に入るか、入所した施設ではどのような内容のサービスが受けられるのか、居宅サービスでは、どのようにサービスを組み合わせたらよいか、どの事業者なら限られた時間内で期待どおりのサービスを受けられるのかという選択に直面したのである。そのような現状のなかで現在、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問題提起がされている。そこで本章では、介護サービスの質の保障のなかで「第三者によるサービス評価」に重点をおき検討を行うことにしたい。なお、実証的な研究とするために、熊本県における特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価事業と高齢者在宅福祉サービス評価事業、熊本市介護サービス評価モデル事業を取り上げ、施設と在宅のサービス評価の手法の違いと、具体的な評価項目の検討に重点をおき考察する。そして介護サービスの最重要課題である、従来からの施設の構造・設備基準だけではなく、対人関係を中心とした「サービスの内容の基準」の設定に向けて研究していきたい。

### 2 介護サービスの質の保障の方法

#### (1) サービス評価事業

わが国では、1981（昭和56）年、社会福祉施設運営改善検討委員会報告「社会福祉施設の運営をめぐる諸問題についての意見」において、措置制度の改革に関わって、施設サービスのマニュアル化など、サービス評価の必要性に関する課題が提起された。続いて1987（昭和62）年、厚生省（当時）と日本医師会

が「病院機能評価マニュアル」、1988（昭和63）年には民間の団体である全国老人福祉施設協議会が「老人ホーム機能・サービス評価チェックリスト」を作成・公表した。後者は、老人ホームの社会的評価を得るとともに、老人ホームのサービスを平準化し、サービスの質を高めることを意図したもので、施設の事業評価を具体化したはじめてのものであった<sup>(1)</sup>。翌年の1989（平成元）年、施設共通のサービス、運営の基準の客観化を目指し、福祉施設の自主評価基準として、全国社会福祉協議会と全国社会福祉施設経営者協議会が中心となり「社会福祉施設運営指針」をまとめた。その後、全国老人保健施設協会が「老人保健施設機能評価マニュアル」を作成するなど、次々に施設サービスのあり方を示すものがだされたのである。こうした動きから、国（当時厚生省）のレベルでもサービスを評価できるものを作成する必要性が提起されたのである。

1992（平成4）年、厚生省（当時）の委託を受けて全国社会福祉協議会が「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価基準」を策定し、1993（平成5）年度から、国の事業として全国12のモデル県において先行的に「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」が開始された<sup>(2)</sup>。特別養護老人ホームは、措置施設として長い歴史を持つ施設であり、老人保健施設は、保健・医療サイドからの新たなニーズに対応した中間施設である。厚生省（当時）はサービス評価事業の実施目的を、利用者の希望に沿った、質の高いサービス提供に向けて、施設自らが行うサービス水準の向上を支援することにおいている。その他の目的として、①仕事のマンネリ化を打破することができ、サービスの種類ごとに長所と短所を確認できる、②現場の職員への教育・助言に活用でき資質の向上に役立つ、③到達すべき目標が分かり、サービスのより一層の充実が図られ、施設が成長していけること等があげられる。制度上の位置づけは、従来より実施されている指導監査とは趣旨が全く異なるため、監査とは別に実施され、施設はサービス評価を受けることにより、何ら制度上の制約が生じることはないと言われた。サービスを評価するとは、利用者に対してどういうサービスを提供しているかという事実を評価することである。この事業は、施設が実際にその内容のサービスを「実施しているか」「実施していないか」が判断の基準であるとされ、施設にとって「やればできるだろう（可能性）」や「したい

(希望)」という判断に基づき評価するものではない。

サービス評価基準項目は、日常生活援助サービス（食事、入浴、排泄、寝たきり防止、自立援助、外出や外泊への援助、会話、レクリエーション、痴呆性老人、利用者の自由選択）39項目、専門的サービス（看護・介護、リハビリテーション、社会サービス）18項目、その他のサービス（入退所に関する項目、在宅支援）8項目、地域連携（協力医療機関、地域福祉、他機関・他施設との連携、広報活動）11項目、施設設備環境（施設設備、施設内環境衛生）11項目、運営管理（職員への教育・研修、記録・調査、プライバシー、処遇計画等、カンファレンス、事故発生時の対応）13項目の全部で100項目から構成されている。評価の方法については、段階評価「A・B・C・D」の4段階、それぞれの具体的な判断基準は以下のとおりである。なお、特別養護老人ホームでは「C」あるいは「BとCの間」あたりが現状と考えられている。

- (A) Bの基準を満たした施設が、施設独自のサービスとして実施しているものがあればAと判断する。「サービス評価基準」に示されているAランクのサービス内容は、あくまで例示である。
- (B) 施設が将来的に目標とする、最適基準がこのランクである。
- (C) 施設サービスの現状はこのランクである。
- (D) A・B・Cとの比較の意味で設けているが、施設サービスの現状を把握する上でのランクでありDが「よくない施設」という意味ではない。

また、サービス評価策定にともなう基本理念は、①自己決定、②残存能力の活用、③サービスの継続性である。

#### 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、なんらかの理由で利用者が自ら決定できない場合にあっては、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、自立を援助および促進する目的で提供される。利用者は、一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに、残存能力を維持・開発し、日常生活に活用することが求められる。

## ③サービスの継続性

サービスの提供にあたっては、利用者の生活を制限することは必要最小限にし、家庭的雰囲気重視を重視すべきである。さらに、適切なサービスの可能性を常に検討し、施設サービスと在宅サービスとの連続・連携をはじめ、保健・医療・福祉の連携を積極的に進めるべきである。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。

実際にサービス評価を実施するのは、都道府県に設けられているサービス評価委員会である。委員会の組織は、都道府県によって構成は異なるが、施設関係者などの現場職員、学識経験者、利用者代表、地域代表など、介護サービスの現場に近い人々によって構成されている。実際のサービス評価にあたって、まずはじめに、評価希望施設を募る。選定された評価実施施設は「サービス評価基準」に基づいて自己評価を行う。その後、評価委員が施設を訪問し、実地視察と評価を行う。一定の客観性や委員が訪問する現地評価という緊張感が、自己評価を含め、真剣なサービス評価への取り組みを進めてきた。

では次に、サービス評価の基本理念である「自己決定」について、具体的にあてはまる項目の一例（日常生活援助サービス評価基準項目のなかの「食事の選択」）を取り上げることにしよう。

図IV-1 特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価基準の一例（食事）

1 食事をおいしく、楽しく食べるための食堂の雰囲気づくりを行っていますか。

共通用

A :  Bを満たしている上で、観葉植物を置いたり、音楽を流したり定期的にイベントメニューを設ける等、施設独自の工夫をしている。

- B :  食堂の採光に気を配っている。  
 照明設備に工夫している。  
 椅子・テーブルに工夫している。  
 食器類に気を配っている。  
 見ても楽しめるような盛りつけ等の工夫をしている。

C :  Bのいずれかは実施している。

D :  雰囲気作りの工夫はみられない。

2 食事の選択が可能になっていますか。

共通用

A :  Bを満たしている上で、毎日複式献立にしたり、行事日には、バイキング方式をとったり、常設喫茶等を設けさらに献立を増やし選択できる等、施設独自の工夫をしている。

B :  一日の内、何度かは複式献立にし選択できるようにしている。

C :  毎日ではないが、1週間に1度以上は複式献立にしている。

D :  複式献立は、1週間に1度未満である。

1993（平成5）・1994（平成6）年度熊本県特別養護老人ホームサービス評価事業における、この項目の实地訪問施設の状況、および評価結果のまとめは以下のようになっている。

「常食と粥食とで副食の内容を変えたり、パンや麺類等の代替食が用意されている施設は見受けられたが、現実には、毎日の複式献立には無理があり、誕生日会等の行事食として実施している。食事の選択は、利用者のADL（日常生活動作）により、どこまで可能かという問題もあるが、次のような内容・方法により、実施を可能にすることができる。①セットメニューの導入、②主菜にこだわることなく副菜、汁物、デザートを選択を可能にする、③数種類の漬物、佃煮等、シュガーポットに入れて選択してもらう等。」<sup>(3)</sup>

サービス評価事業における自己決定とは、利用者自身が自ら受けられるサービスを選択し決定できるという環境づくりを、施設側がどれだけ準備できるかということである。例えば、利用者に対して「昼食はAです」ではなく、利用者の自己決定権を尊重して「昼食はAとBとCの三種類ありますが、どれがいいですか」と聞かなくてはならなくなったということである。

サービス評価の結果については、施設が改善を行った後、公表することとされている。この公表について、さまざまな課題が考えられるが、施設ごとに格差が分かるような形でA・B・C・Dの数を公表するのは適当ではなく、公表する施設が実際に提供している「サービスの内容」を具体的に提示することが望ましい。公表にあたっては、サービス評価基準に示されている全ての項目について、一挙に公表する方法でも、または特に優れたサービスの内容を部分的に公表する方法でもよいであろう。評価が高かったサービスの内容を、施設のPRに活用することも考えられるが、プライバシーの問題も含めて、公表については何らかの工夫が必要であろう。なお2000（平成12）年度から、熊本県における介護老人福祉施設サービス評価事業は、熊本県社会福祉協議会老人福祉施設協議会事業として実施されている。熊本県介護老人福祉施設サービス評価委員会では、特別養護老人ホームの専門的分野から評価委員6名を選出して事業を実施している。このなかで、評価項目「食事の選択」についての实地訪問の評価結果は「定期的ではないが複式献立やバイキング、主食・副菜・デザー

トの選択、お好み弁当、朝食の選択等が実施されていたり、定期的に喫茶や手作りおやつが利用者へ提供されていた。」と報告されている。評価結果に対する委員の意見等は「対象者が重度になり、聞き取りが難しいとは思いますが、個人の食に対する満足や興味等を引き出して欲しいと思う。また、嗜好調査や嗜好台帳等を基本にして選択の回数や献立の種類を増やし、定期的に選択ができるよう食事サービスの向上に努めていただきたい。」とまとめられている<sup>(4)</sup>。

2002（平成14）年度には「4人部屋・集団介護型」から「個室・ユニットケア型」という「新型特養」が登場しており、施設サービスの質的向上が図られている。現在、従来型である介護保険施設以外に、特定施設入所者生活介護（いわゆるケア付有料老人ホームや介護型ケアハウス）や痴呆対応型共同生活介護（以下、グループホーム）の伸びは目覚ましい。これらは介護保険制度上では在宅サービスに位置付けられているが、利用者からみれば施設入所と同様の感覚で利用されていると思われる。2002（平成14）年度からは、グループホームの第三者評価が義務づけられているが、今後、施設におけるサービス評価はサービス基準の設置という目標に向かって、その役割を変化させていくであろう。

続いて、在宅サービスのサービス評価を検討することにしよう。1995（平成7）年3月高齢者在宅福祉サービス評価基準が策定され、1996（平成8）年度から、在宅福祉サービス評価事業が実施された。基本理念は、①利用者本位・自己決定、②残存能力の活用－自立支援、③サービスの総合性－ケアシステムの構築、④サービスの柔軟性・即応性である。なお、①利用者本位・自己決定と②残存能力の活用－自立支援については、施設サービス評価基準と同様である。

### ③サービスの総合性－ケアシステムの構築

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らない。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る。



#### ④サービスの柔軟性・即応性

サービスは、運営主体の資源・能力、また地域の諸条件に応じ、効率的かつ柔軟にまた迅速に提供されなければならない。その際、運営主体には、ボランティアや地域住民等のインフォーマルな活動との共働や、既存資源の有効活用など創意工夫に富んだ積極的な姿勢が求められる。

では次に、個々のサービスに関する項目のなかの「食事」を取り上げることにしよう。この評価の目的は、①評価項目をチェック・検討することを通じて、在宅サービスの改善につなげる。評価によって優劣をつけるのではなく、改善すべき課題の抽出とその解決までのプロセスを導きだし、サービスの質の向上を目指す。②実施主体である市町村の理解を促進し、連携して在宅サービスの向上を図る。サービスを提供する運営主体だけの評価に留まらず、評価結果をもとに受託内容について市町村と協議すること等により、一致連携して問題の解決とサービスの質の向上を目指す<sup>(5)</sup>。なお、評価項目設定の視点は「サービス提供の様式」「サービス提供体制について」に重点をおいているが、今後は在宅サービスの内容について、詳細な評価基準が設定される必要があるだろう。

図IV-2 高齢者在宅福祉サービス評価基準の一例（食事）

**食事-3**

利用者の心身の状態に配慮した適切な内容の食事が提供されていますか<sup>註釈</sup>。

- ホームヘルプ
- デイサービス
- ショートステイ
- 実施主体協議項目
- 支援センター関連項目

1. 達成度の評価

- 実施できている（→次の項目へ）
  実施できているが不十分
  実施できていない

2. 実施が不十分／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
  来年度以降に改善に着手
- 早急（本年度中）に改善着手
  改善の必要性と  
 実現可能性の検討に着手
- （必ず、改善に着手して下さい）

4. 改善の必要性の根拠／判断材料

註釈) 以下に例示されるような点に留意し、工夫を行って下さい。

- 栄養士や保健・医療スタッフとの連絡調整ができており、個別の状態に対応した食事が用意できる
- 歯痛・発熱などの一時的・突発的な状況にも即応できる配慮がある
- 粥・パン・麺類等主食も多彩に用意するなど、代替食の用意ができる
- 利用者の身体状況、咀嚼力、嚥下力、消化力、排泄状態に合わせた調理方法、栄養バランス、好み、味加減、継続性等を総合的に考え、食事内容を考える
- 利用者の食習慣を尊重し、好みの物なども踏まえた献立を考える
- 必要に応じて補食を行う
- サービス提供時以外の食事にも配慮し、必要があれば家族への指導や一人暮らしの場合は配食サービス等の利用をすすめる

（出典）『高齢者在宅福祉サービス事業評価基準』（全国社会福祉協議会、1996年）80頁

現在、介護保険法では介護サービスの選択的利用を利用者が適切に行えるように、権利擁護システムと苦情解決制度の確立とともに、サービス評価を法定化している（法73条、87条、96条、109条）。現在、介護サービス評価事業への取り組み（表IV-3）と具体的な評価項目数（表IV-4）は、次の表のとおりである<sup>(6)</sup>。ここでは熊本市介護サービス評価モデル事業を取り上げることにしよう。特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価事業と高齢者在宅福祉サービス評価事業は、ともに措置制度のもとで実施された事業である。現在の契約制度のもとでのサービス評価事業は、法律（努力義務）に盛り込まれたことと、サービス評価が自分の施設の「事業評価」にもなり得ることから、サービス評価を通して、介護サービスの質の保障について、真剣に取り組む施設が増えている。

表IV-3 介護サービス評価の取り組み

	高齢者在宅福祉サービス評価事業（厚生省）	福祉サービスの第三者評価に関する中間まとめ（厚生省）	介護保険サービスの評価に関する北海道基準（北海道）	第三者機関による介護サービスの評価（神戸市）	訪問看護質評価モデル事業（(社)日本看護協会）	「シルバーマーケット」((社)シルバーサービス振興会)	「チェックリスト」(市民互助団体全国協議会)	〔参考〕病院機能評価((財)日本医療機能評価機構)
策定期期	1996年	2000年（本年度も引き続きモデル調査等を実施）	2000年（試案）	2000年	1999年（モデル事業）	1989年	2000年	1996年
対象サービス	訪問介護、通所介護、短期入所生活保護	福祉サービス全般	訪問介護、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	訪問介護	訪問看護	訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具、有料老人ホーム	居宅介護支援、訪問介護	一般病院、精神病院、長期療養病院
評価主体	第三者（県の評価委員会） *事業者も自己評価を実施	第三者機関（国が育成した評価機関）	事業者自身 *第三者評価にも使用可	第三者機関（神戸市消費者協会）	事業者自身 *同協会が一定の分析	第三者機関（同社団） *事業者も事前に自己評価	利用者	第三者機関（同財団） *病院も事前に自己評価
評価方法	・事業者に対する実施調査 ・小項目ごとに3段階評価および改善必要性の確認 ・事業者が改善→再評価	・事業者に対する（実施）調査 ・細目を3段階または2段階評価 ・各細目に重み付けをして、その結果に基づき評価項目（達成目標）を5段階評価 ・評価結果は、指針に従って評価機関が公表	・事業者自身が評価項目に○×をつける ・○の多寡は直接考慮しない ・事業者に自己評価結果の公表を促す	・事業者、従業員、利用者に対する書面調査 ・各小項目を3段階評価し、点数化 ・協会のホームページ、市の窓口で評価結果を開示 ・利用者の意向により項目ごとに重み付け	・事業者、従業員に対する書面調査 ・小項目を3段階評価 ・協会が結果について簡単な分析を行い、各事業者にフィードバック	事業者に対する書面・実施調査 ・基準が達成されているかを評価 ・達成されていればシルバーマーケット設定を行うとともに、事業者はシルバーマーケットを表示し、認定事業者をホームページで紹介	・契約締結前（説明段階）または契約更新前において、サービス体制などに関する事業者の説明、または実際に受けたサービス内容をもとに、チェック項目に利用者自身が評価	・病院に対する書面・実地調査 ・小項目を3段階評価 ・小項目の結果に基づいて、中項目を5段階評価 ・中項目がすべて「3」以上であれば認定証を交付（原則）し認定証を院内掲示するとともに、認定病院をホームページで紹介

（出典）筒井孝子『介護サービス論』（有斐閣、2001年）26頁

表IV-4 介護サービス評価の項目数

	高齢者在宅福祉サービス評価事業(厚生省)	福祉サービスの第三者評価に関する中間まとめ(厚生省)	介護保険サービス評価に関する北海道基準(北海道)	第三者機関による介護サービスの評価(神戸市)
評価項目 *( )内 は小項目数	<ul style="list-style-type: none"> <li>○サービス提供の様式(38)</li> <li>・申込みから利用終了</li> <li>・個別援助計画</li> <li>・サービス内容の工夫</li> <li>・プライバシー</li> <li>○サービス内容(27)</li> <li>・自立支援</li> <li>・食事、入浴、排泄、外出・外泊</li> <li>・痴呆性高齢者</li> <li>○サービス提供体制(19)</li> <li>・チーム運営</li> <li>・カンファレンス</li> <li>・他機関との連携</li> <li>・感染症対策</li> <li>・災害時対応</li> <li>○事業の管理運営(18)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○対等なサービス利用関係の構築(4)</li> <li>・契約</li> <li>○福祉サービス提供過程の確立(14)</li> <li>・サービス提供計画</li> <li>○福祉サービスの適切な提供(27)</li> <li>・生活環境の整備、食事、入浴、清拭、排泄、相談、機能回復支援</li> <li>○利用者本位のサービス提供(12)</li> <li>・プライバシー</li> <li>・事故防止</li> <li>・緊急時対応</li> <li>・感染症対策</li> <li>○地域などとの関係(6)</li> <li>○サービス提供の基本方針と組織(18)</li> <li>・組織運営、職員の研修</li> <li>○組織の運営管理(14)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○基本的事項(13)</li> <li>・契約</li> <li>・人権への配慮</li> <li>○サービス提供内容(訪問介護)(18)</li> <li>・利用者の生活自立への支援</li> <li>・利用者の心身の状況や生活習慣など個性に配慮</li> <li>・利用者の人権、意思などの尊重</li> <li>○サービス提供体制(16)</li> <li>・個別援助計画の策定</li> <li>・家族支援体制</li> <li>・ケアカンファレンス</li> <li>・感染症予防</li> <li>○事業の管理・運営(9)</li> <li>・事業計画</li> <li>・人事管理</li> <li>・職員研修</li> <li>・非常勤職員の処遇</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○サービス運営(16)</li> <li>・利用者の権利の尊重</li> <li>・相談・援助</li> <li>・サービス内容の管理</li> <li>○介護技術など(16)</li> <li>・コミュニケーション、排泄、入浴、移動介助、家事援助(調理)、食事介助</li> <li>○サービス提供実態(1)</li> <li>・サービス提供時間実績</li> <li>○事務・体制(21)</li> <li>・訪問介護員の研修・教育</li> <li>・苦情対応</li> <li>・緊急時対応</li> <li>・衛生管理</li> <li>○他のサービス・医療との連携(1)</li> </ul>
小項目数	102	95	56	55

訪問看護質評価モデル事業(社)日本看護協会	「シルバーマーク」(社)シルバーサービス振興会	「チェックリスト」(市民互助団体全国協議会)	【参考】病院機能評価((財)日本医療機能評価機構)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○アセスメント・計画・評価(4)</li> <li>○看護サービス運営基準(10)</li> <li>○看護サービスの内容(36)</li> <li>・日常生活・医療生活ケア</li> <li>・医療処置</li> <li>・リハビリテーション</li> <li>・感染の処置と予防指導</li> <li>・ターミナルケア</li> <li>・精神的援助</li> <li>・権利義護</li> <li>・家族支援</li> <li>○感染管理(6)</li> <li>○事故・緊急対策(5)</li> <li>○連携(13)</li> <li>・主治医、医療機関・特養などの入所施設、市町村・保健所、地域関係者との連携</li> <li>○経営、人事・労務管理(9)</li> <li>○教育指導、研修、研究(8)</li> <li>○記録(4)</li> <li>○運営理念(5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者の安心と満足(8)</li> <li>・利用者の権利の尊重</li> <li>・適切な情報公開・契約</li> <li>・安定的なサービス提供</li> <li>○サービスの適切な提供(26)</li> <li>・サービス運営</li> <li>・訪問介護のサービス体制と手順</li> <li>・訪問介護計画の作成・実施</li> <li>・利用者記録の管理</li> <li>・安全衛生対策</li> <li>・医療・他のサービスとの連携</li> <li>○事業の管理運営(22)</li> <li>・職員の研修</li> <li>・苦情対応</li> <li>・緊急時対応</li> <li>・業務改善</li> <li>・賠償資力の確保</li> <li>○事業者の理念と組織的基盤(11)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【居宅介護支援事業者】</li> <li>○契約する前(19)</li> <li>○ケアプランを承諾するとき(13)</li> <li>○契約を継続するとき(7)</li> <li>【訪問介護事業者】</li> <li>○契約する前(17)</li> <li>○契約を継続するとき(10)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○患者の満足と安心(51)</li> <li>・患者の立場と意見の尊重</li> <li>・患者サービスの配慮</li> <li>・院内環境整備</li> <li>・安全確保</li> <li>○医療の質の確保(57)</li> <li>・責任体制</li> <li>・医師の教育・研修</li> <li>・院内感染防止対策</li> <li>○看護の適切な提供(38)</li> <li>・看護ケアの質の向上</li> <li>・看護部門職員の教育・研修</li> <li>○地域ニーズの反映(24)</li> <li>・地域における病院の役割と連携体制</li> <li>・救急医療活動</li> <li>○病院運営管理の合理性(34)</li> <li>○病院の理念と組織的基盤(29)</li> </ul>
100	67	66	233

引用: [http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99\\_4/after\\_17/kaigo91.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/after_17/kaigo91.html) より。

(出典) 筒井孝子『介護サービス論』(有斐閣、2001年) 30~31頁

熊本市介護サービス評価モデル事業の目的は、「サービス評価を通して、事業者自身が自己改善を行うきっかけとし、サービスの質の全般的なレベルアップを図るとともに、利用者がサービスを適切に選択するための情報提供を行うことを目的として、介護サービスの客観的評価の仕組みや方法を検討するもの」とされている。まずはじめに、サービス評価を行うための評価項目（基準）や実施方法などを検討するため、学識者、施設・事業者職員、利用者家族などからなるワーキンググループが設置された。初年度（平成12年度）は、特別養護老人ホームと訪問介護について評価基準試案が作成され、それぞれ1ヶ所、施設・事業者の協力を得て、モデル的に評価が実施されている。ここでは、通所介護サービスのなかの「食事」を取り上げることにしよう（図IV-5）。同時に、利用者・家族が、施設やサービス事業者を選択する際などに、サービス内容について自らチェックすることができるような簡便なチェックリストの作成（図IV-6）も行われている。

図IV-5 熊本市介護サービス評価基準（通所介護サービス）

大項目 IV. サービスの実施  
中項目 基本サービス

評価対象事業所：  
評価調査日時：平成14年2月21日（木曜日）

評価担当者：

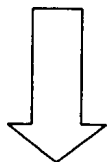
評価 記入欄	評価設定	特記事項：コメント記入欄
	<p>〈食事〉</p>	
	<p>身体状況に合わせて、椅子・テーブル・福祉用具・食器に工夫して、食べやすくしていますか。                      【判断の目安・評価の視点】2項目 ○</p> <p><input type="checkbox"/> 椅子・テーブル・福祉用具・食器を工夫している（実際に利用している物品を観察する）  <input type="checkbox"/> サービスプランに計画されている</p>	
	<p>食事をおいしく食べられる雰囲気づくり(花を飾る・音楽を流す等)を行っていますか。                      【判断の目安・評価の視点】○ or ×</p> <p><input type="checkbox"/> 雰囲気づくりを行っている。(照明・盛り付け・テーブルクロス・季節の花などを観察する)</p>	
	<p>毎日通所される利用者へ配慮し、違うメニューの工夫をしていますか。                      【判断の目安・評価の視点】2項目 ○ 3項目 ◎</p> <p><input type="checkbox"/> 毎日違う献立である  <input type="checkbox"/> 粥・パン・麺類等の主食を多彩に用意するなど代替食の用意がある  <input type="checkbox"/> 利用者の好みや握る為、利用者への聞き取りやアンケートなどの方法を取っている</p>	
	<p>利用者の心身の状態に配慮した適切な内容の食事(きざみ食・制限食)が提供されていますか。                      【判断の目安・評価の視点】2項目以上 ○</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の身体状況、咀嚼力、嚥下状態などについてケアマネージャーや家族から情報を得ている(記録している)  <input type="checkbox"/> 利用者ひとりひとりの食事内容を検討している(記録がある)  <input type="checkbox"/> 減塩食、きざみ食、カロリー制限食がある</p>	
	<p>食前の手洗い、食後の歯磨き等の誘導や介助を行っていますか。                      【判断の目安・評価の視点】2項目 ○</p> <p><input type="checkbox"/> 食前の手洗いをやっている(おしぼりでも可)  <input type="checkbox"/> 食後の歯磨きの誘導や介助を行っている</p>	

図IV-6 ホームヘルプサービス（訪問介護）を利用する方のためのチェックリスト  
熊本市介護保険課

### 3 利用者本位

介護サービスは利用する方の希望を取り入れたものとなっているでしょうか。  
次の項目について、お尋ねしてみてもいいでしょうか？

- (1) ヘルパーさんは、人柄が良く、信頼がおけますか？
- (2) ヘルパーさんは、親身になって話を聞いてくれますか？
- (3) ヘルパーさんは、よく声をかけてくれますか？
- (4) ヘルパーさんは、利用者の希望を聞いて、相談に乗ってくれますか？
- (5) 買い物は、安くて良い物を買ってくれますか？
- (6) 食事は、自分の好きな物を聞いて作ってくれますか？
- (7) 担当のヘルパーさんを代えてほしい時は、すぐに代えてくれますか？
- (8) 必要な時に、病院（医師）との連絡は取ってくれますか？
- (9) お風呂に入る時は、恥ずかしくないように配慮してくれますか？

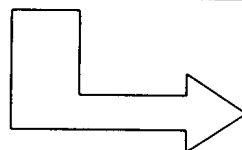


以上、お尋ねされた結果はどうでしたか？

- ◇すぐに説明してくれた
- ◇説明してくれたが時間がかかった
- ◇説明してくれなかった

説明の内容は理解できましたか？

- 理解できた
- 理解できなかった



2001（平成13）年度からは、実施方法の確立（評価基準の改善、評価主体、評価対象事業者の選定方法、評価結果の公表方法）、評価対象サービスの拡大（評価基準試案の検討）の取り組みがなされている。評価方法及び活用のあり方としては、サービスを構成する基本的要素を分析し、評価基準（評価項目）を作成するが、あまり項目が多いと評価作業が困難となり、わかりにくいなどのデメリットがある。誰が評価するか（評価主体）については、事業者自らが行う自己評価、利用者（又は家族）評価、第三者による客観的評価が検討され、評価結果の公表方法、活用方法、利用者への配布、事業者へのフィードバック等が検討されている。

## （2）苦情解決制度

介護サービスの質の保障に向けて、苦情解決制度も重要である。この制度はサービス評価とも密接に関わっており、サービス評価基準のなかに、事業者が苦情解決体制を持つことも盛り込まれている<sup>(7)</sup>。介護保険法176条による介護サービスの苦情は、居宅介護支援事業者、サービス提供事業者、市町村、国民健康保険団体連合会（以下、国保連）のいずれの窓口でも受け付けている<sup>(8)</sup>。これらの窓口を持ち込まれるのは、利用者がサービス事業者との契約によって利用しているサービスに対する具体的な苦情であるが、苦情の性格や種類は様々であり、利用者は苦情の内容に応じて適切な相談窓口に行くことになる。また、介護サービスの提供場面に外向いてくれる「介護相談員」の制度もある<sup>(9)</sup>。

まず苦情は利用者が契約を結んでいる居宅介護支援事業者、サービス提供事業者において検討される。それでも解決困難の場合、市町村が相談窓口となる。市町村は、居宅介護支援事業者への調査・助言・指導を行うことができる（介護保険法23条）。さらに市町村で解決困難な場合、国保連が相談窓口となる。国保連は広域的対応が可能であり、介護サービスにおいて第三者機関であること、審査・支払い業務を通じて、受給者及び事業者に対する情報を保有すること等の理由から、介護保険法176条で苦情解決機関として明確に位置づけられている。国保連では、①介護保険法上の指定サービスに関する苦情であること、②市町村域を超える案件であること、③市町村で取り扱い困難な場合、④申し立て人



が特別に希望する場合を条件に受け付けている<sup>(10)</sup>。国保連は市町村同様、調査・助言・指導を行うことができる。

### 3 介護サービスの質の保障の実態とその問題点

#### (1) サービス評価事業

今回の熊本県における介護保険実態調査（2002年10月～2003年6月）では、施設・在宅ともにサービス評価事業は実際あまり行われていなかった。そのなかで、f施設は自ら作成したサービス評価項目によるサービス評価（自己評価・第三者評価）を行っていた（図IV-7）。その他の施設については、第2節で述べた10年前（1993年・1994年）の熊本県サービス評価事業（モデル事業）の際、評価を受けた程度であった。介護サービスの質に関する現場の意見としては、人事考課とあわせて検討している、1年に1回は自己評価をしている、研修においてサービス評価に関するグループワークが少ない、研修でもサービスの質は話題にあがっている、チェックする必要はあると認識はしている等であった。施設サービスと居宅介護支援事業者ともに、サービス評価への認識と関心、そして必要性は実感しているものの、サービス評価事業自体は定着していないようである。なお逆に、サービス評価により事務量が増え、サービスの低下に繋がるという意見もあった。しかし、介護保険実施後、施設と居宅介護支援事業者ともに「選ばれる施設・事業者へ」「サービス業として」との意識は、確実に芽生えていたといえるであろう。

では次に、その市町村にしかない独自の介護サービスは何か、施設と居宅介護支援事業者それぞれ独自の介護サービスは何か、今後可能であろうサービスには何が考えられるかについて検討することにしよう<sup>(11)</sup>。B町は熊本県内有数の過疎地域で、交通の便が限られていることから、町独自で福祉バスを、B町役場からその地域の比較的大きな病院まで走らせている（図IV-8）。またb施設では、サービス評価の基本理念「サービスの継続性」を確保するために、利用者に対して家庭的な雰囲気や快適性に配慮がされていたが（図IV-9）、この施設で注目したいのは、熊本県内の施設で初めて取り入れられた「おむつ洗浄

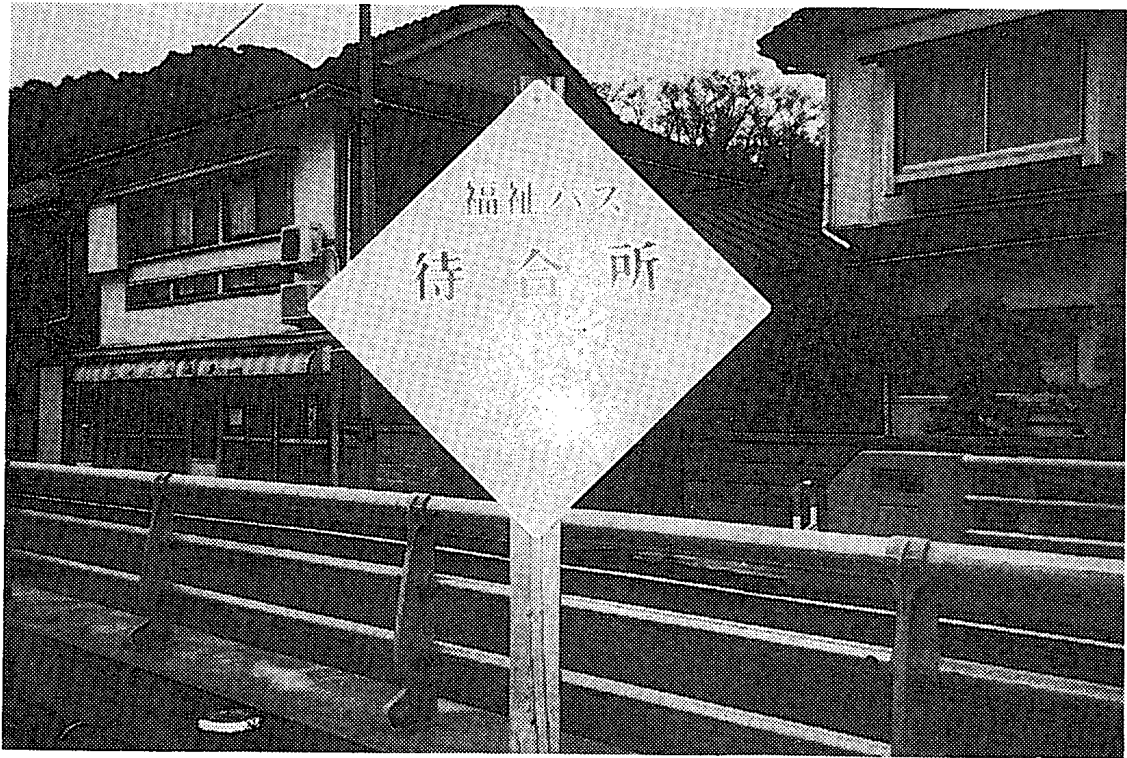
センサー」である（図IV-10）。このセンサーは、施設内の廊下に数ヶ所取り付けられており、施設職員はセンサーが点滅すると、直ちに対応できるようになっていた。しかし本当に入所者の尊厳が守られているのか疑問が残った。

今後は、サービス評価を定着させることはもちろんのこと、施設・居宅介護支援事業者の独自の介護サービスの内容の評価、生活の質（Quality of Life）や満足度に配慮した評価など、より一層「サービスの内容」について深めた評価項目が必要となるであろう。

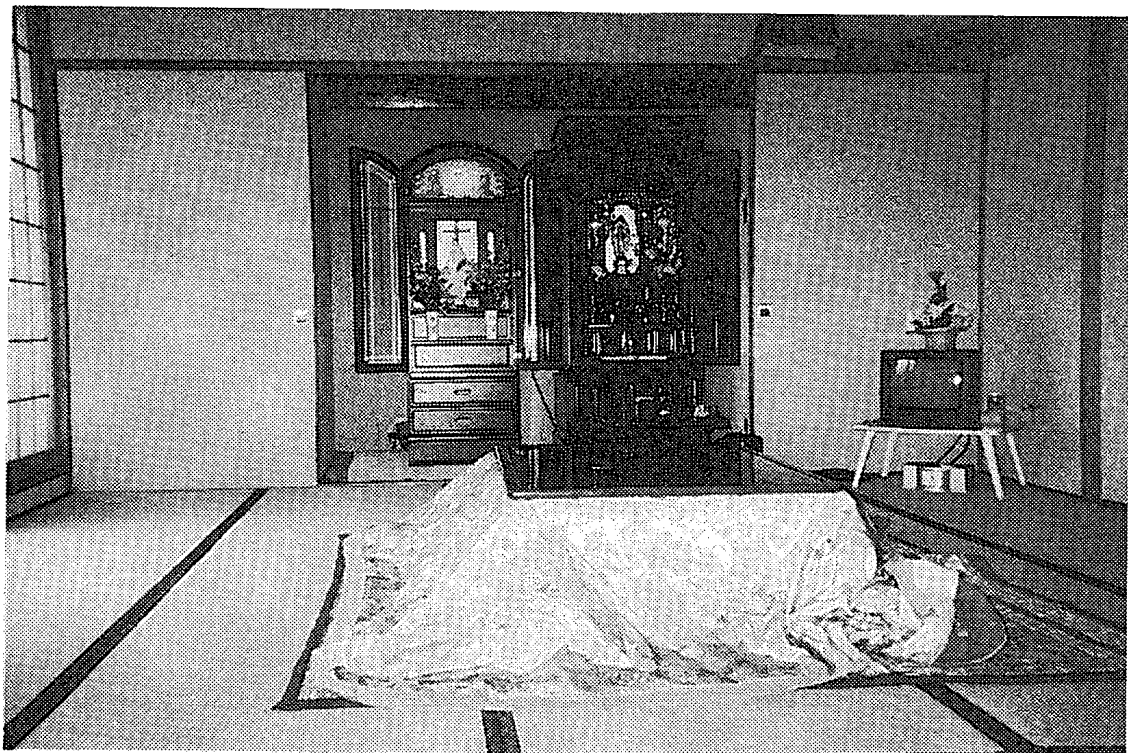
図IV-7 f 施設のケアサービスチェックリスト（食事）

番号	チェック事項			評価委員意見
	<b>食事</b>			
1	ご利用者の嗜好や身体状況に応じた食事サービスが提供されているか。	はい	いいえ	
2	彩りよく盛り付けられ、食欲をそそる食事になっているか。	はい	いいえ	
3	食事時間はゆっくりと、それぞれのペースにあわせているか。	はい	いいえ	
4	食事時間はゆっくりと、それぞれのペースに合うように介助しているか。	はい	いいえ	
5	温かいものは温かいうちに、冷たいものは冷たいうちに、提供されているか。	はい	いいえ	
6	自力摂取できるように、食器の工夫や環境の整備に努め、支援をしているか。	はい	いいえ	
7	水分摂取は、スポーツドリンク・麦茶・牛乳・ヨーグルト等で飲みやすくしているか。	はい	いいえ	
8	水分摂取時は、ゆっくりとそれぞれのペースに合わせて飲めるように介助しているか。	はい	いいえ	
9	水分摂取のコップ、薬のみ等は、衛生的で、食欲をそそるものとなっているか。	はい	いいえ	

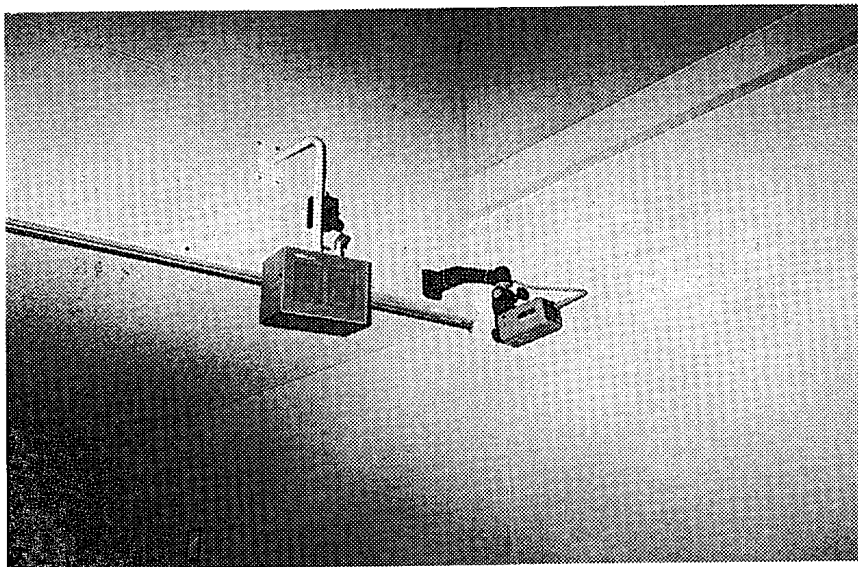
図IV－8 B町の福祉バス（2002年7月から週3回）



図IV－9 b施設内の生活空間（一部）



図IV-10 b施設のおむつ洗浄センサー (24時間)



次に、サービス評価事業の問題点のなかで、特に施設と在宅のサービス評価事業の手法の違いと、具体的な評価項目に重点をおき考察をしていくことにしよう。まず手法について、施設サービスは段階評価「A・B・C・D」の4段階、若しくは「はい・いいえ」の2段階となっている(図IV-1、図IV-7参照)。これらは1項目につき、複数の要件を満たすことを必要としている評価方式ではなく、1項目につき1つのサービスの内容に関する質問でもって評価する方式である。今後は設問毎に備考欄を設けて、B・C・Dの場合、何故そのような評価結果となったのか、Aには何が足りなかったのか等について、具体

的に記入する手法がより望ましいと思われる。在宅サービスでは、まず「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」という達成度の評価から始まっている。実施できていれば、次の項目へ進めるが、「実施できているが不十分、実施できていない」場合はその理由、そして改善の必要性とその根拠・判断材料までを記入しなくてはならない（図IV-2参照）。また1項目1質問ではなく、複数の質問が用意され、それをクリアした数によって評価が異なる「○ or ◎ or ×」方式も取り入れられている（図IV-5参照）。この方式では、質問内容の全てをクリアしないと上位の評価結果とはならないので、1項目1質問の評価方式と比べて、より具体的な評価が求められる。ただし自己評価であっても、客観性を保つためには必ず複数の関係者との検討会を開いてチェックしなくてはならない。また、3段階評価より多い段階評価（例えばA、B、C、Dの4段階評価）になると、BとCはどこがどう違うのか、それぞれの基準を定義するのが困難であるという問題は残る。なお、施設サービスの評価でも「特記事項とコメント記入欄」は必要であろう。これについては、熊本県f施設のチェックリストでは「評価委員意見記入欄」という形が設けられている（図IV-7）。今後は、集計を行う際に使用しやすい様式、利用者にとって見やすくわかりやすい様式、そして事業者の介護サービスの質の程度が把握しやすく、情報提供のための有効な資料となるような評価方法へ向けての検討が進められるであろう。

次にサービス評価項目について、項目数は施設100項目、在宅109項目であるが、少し多い感がする。在宅サービスについては、共通する項目とサービスの違いからくる個別の項目があるのは当然であるが、それぞれにわかりやすい評価項目をたて、それをできるだけ必要最低限の項目数に限定する等の工夫が必要であろう。なお、各章毎の評価の一覧表と発展・改善計画策定への流れは、計画（PLAN）→実行（DO）→評価（SEE）の効果を図ったものと見受けられる。項目内容では、例えば、「利用者の希望や選択に注目してつくられた項目」に絞って検討をしてみたところ、施設サービスでは100項目のうち、「利用者の自由選択6項目（酒・たばこ、テレビ・新聞・雑誌・図書・ビデオ、髪形・服装、外部との通信、金銭管理、施設外部団体への参加）、社会サービス5項目（人

間関係のトラブル、職員、サービスに対する不満等、利用者全員の個別の話し合い、情報提供、家族相談)、プライバシー2項目(人権やプライバシー保護、利用者の情報流出)」の13項目がこれに該当していると思われる。在宅サービスでは109項目のうち、「参加と自己決定1項目、利用者・家族とのコミュニケーション3項目(相談・情報提供活動、利用者の苦情受付、家族との連携)、プライバシー保護1項目、コミュニケーション2項目(利用者への言葉づかい、心理面配慮)、利用者の意向の尊重1項目、痴呆性高齢者3項目(痴呆性高齢者に配慮したプログラム、適切な対応、環境の整備とサービス提供)」の11項目がこれに当てはまることになる。今後、指定基準等を確認する項目とケアプランのチェックに関する項目の新設、サービス評価や苦情解決という、サービスの質の保障に関する項目、介護支援専門員の資質向上を図る項目等、より専門的な評価項目を準備し、その上ですべての項目にわたってサービス評価の客観性と信頼性を備える必要がある<sup>(12)</sup>。その際、設問の意図「何を確認する目的で問うているのか」を明確にした方が、評価される方も答えやすいのではないだろうか。そして、理事長・施設長などの管理者にヒアリングする項目と、現場職員にヒアリングする項目とを分類して、かつヒアリングにもっと時間をかけるべきであろう。

## (2) 苦情解決制度

熊本県における介護保険実態調査(2002年10月～2003年6月)のなかでは、苦情解決についても、様々な取り組みと現場の意見が取りあげられている。施設では、玄関(事務室受付窓口)に「御意見箱」を設置しているところが多かったが、実際にはそのほとんどが空箱であった。利用者自ら、施設職員が出入りする玄関(事務室受付)まで行き、投函することには、施設内の人間関係(職員と利用者の間、利用者同士の間)もあるせいか、躊躇しているようである。それよりも、利用者は施設職員に直接口頭で話す方が、言いやすくかつ気軽のようである。施設によっては、「悪口」を聞いたら「苦情」とする姿勢をとっているところや、第三者機関(民生委員、学識経験者、施設長などで構成)が月2回例会を実施して、あがってきた苦情の報告を行っているところもあった。

在宅の場合は、苦情解決担当第三者機関として、介護支援専門員をたてているところが多く<sup>(13)</sup>、このことは市町村役場における苦情解決の場合も同じであった。居宅介護支援事業者の現場の意見としては、訪問介護員（以下、ホームヘルパー）の交代要請が数件ある程度であり<sup>(14)</sup>、その他、聞き取り調査で出ていた内容は、時間内で仕事を収めるホームヘルパーや、何でもしてくれるのが良いホームヘルパーという認識がある、サービス内容に関する苦情はあまり多くない等であった。苦情というより「勘違い」の場合もあり、第三者委員はあわててつくらない方がいい、利用者の立場できちんと判断ができる人が第三者委員になって欲しいという希望もあった。施設・居宅介護支援事業者ともに、利用者の権利意識が向上すれば次第に苦情も増えてくるであろうと実感しているようであった。

#### 4 介護サービスの質の保障のための課題

##### (1) サービス評価事業と苦情解決制度

介護サービスの質を確保する手段としては、行政による指導監査があるが、これは補助金の適正な執行という観点からの経理の監査や、施設構造・設備・人員配置基準に関する監査が中心であり、サービスの内容面に関する指導はほとんど行われていない。また指導監査の結果、不備な点が発見された場合の是正手段に関しても疑問が残る。1998（平成10）年6月中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」では、「行政による監査は、外部監査の導入、経営情報の開示、第三者評価の導入、苦情処理体制の整備などを踏まえ、これらの仕組みを活用することにより、重点化、効率化する必要がある」と行政による監査の限界が指摘されており、ここでも、第三者評価事業が福祉サービスの質を向上させる施策として注目されている。そのため厚生労働省（当時厚生省）は、社会福祉基礎構造改革の一環として、第三者評価事業のあり方を検討し、2001（平成13）年3月「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する最終報告書」<sup>(15)</sup>を公表している。福祉サービスの質の向上は、事業経営者等の努力義務であるが（社会福祉法78条1項）、

その努力義務を積極的・主体的に果たせるような支援こそが第三者評価事業の意義である。ただし、第三者評価により、行政監査の役割が縮小するのではなく、最低保障のための行政監査の必要性は継続すると考える。今後、施設の指導監査について、第三者評価による評価の低い施設を重点的に対象とすることや、監査の際、事前に入所者や家族に通知し、苦情などを収集した上で調査のポイントを定めるなど、監査の仕組みをより効果的なものへと改善していくことが望ましい<sup>(16)</sup>。

このような現状のなかで、サービス評価事業は、介護サービスの質を高める方法として期待されている。サービス評価の意義としては、第一に自己評価がある。介護サービスにおいては、利用者がサービスの内容を評価することは現実的に困難なため、まずはサービス提供側が行なうサービス業務面からの評価を先行的に実施しているのが現状である。第二に、サービス評価の結果を、介護サービス選択の際の重要な目安に活用できるということである。これまでの介護サービスは、措置制度の枠のなかにあって、サービスの内容、質の情報については、あまり重視されてこなかった。しかし、サービス評価は利用者にとって、サービスに関するまとまった情報であり、サービス選択の基本的情報であるから、サービス提供事業者も利用者の便宜のためにサービス評価結果の公表・開示を積極的に進める必要がある。今後の課題としては、サービス評価を行っていないところをどうするか、いつまで行政主導でサービス評価を行うのか、サービス評価基準を用いた自己評価と第三者評価、および利用者の満足度などによる当事者評価の組み合わせと制度的位置づけをどうするか、サービス評価の内容と評価方法の検討（サービス実施過程の明示、評価者の養成と研修体制のあり方）、評価項目の少なさ、評価項目の曖昧さ、評価結果の公表のあり方と情報提供・公開の仕組みの構築、評価にかかる費用負担等があげられよう。

苦情解決制度は、未だに「苦情」という認識がないことや「対価を払って介護サービスを買う」という意識と認識が低いことから、日常生活のなかから苦情をどう掘り起こすかということが出発点といえよう。苦情の持つ意味を積極的に捉え、それをサービスの改善に生かすことで、結果的にサービスの質の向上に向けた取り組みに、利用者自身が参加することになる。苦情を申し立て



ることは、利用者の参加であり、自己決定そのものといえよう。現場における苦情には、コミュニケーションの問題、人間関係の問題ともいえる場合がある。介護保険法における苦情解決制度は、国保連の役割が大きいですが、その運用については、利用者にとってより身近で気軽、そして簡単に苦情が申し立てられるような制度の構築（例えば市町村レベル、各施設レベルでの窓口設定など）とそれをどう機能させ、具体化していくかが今後の課題であろう<sup>(17)</sup>。

## (2) 熊本縣市町村実態調査からわかったその他の課題

介護サービスの質が問題になると、その質を実質的に支えるサービス供給体制の整備も問題にされなくてはならなくなる。これには、市町村福祉の時代に対応した国と地方公共団体の適正な事務分担、介護サービスの総合性に対処できる行政機構の整備、特に要介護者に最適なサービスを組み合わせ提供できるようなケアマネジメントの確立やコーディネーターといった機関の設置、サービス利用の利便性、公私の適切な役割分担、サービスを提供するマンパワーの確保と資質の向上等が含まれることになろう<sup>(18)</sup>。ここでは、マンパワーの確保と資質の向上<sup>(19)</sup>、特に介護支援専門員の課題を取り上げることにしよう。個々の介護サービスについての質の出発点は、介護支援専門員の作成するケアプランである<sup>(20)</sup>。ケアプランの策定には、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していく作業が不可欠である<sup>(21)</sup>。しかし、現実には介護支援専門員の資質の問題として、その業務能力に大きな格差があること、また介護支援専門員の能力によって居宅介護支援の内容に大きな隔たりがあることが指摘できる。その原因としては、介護支援専門員はかなり高度な専門性が要求される資格であるにもかかわらず、その資格を取得するための受験資格が相当広く認められていること、また受講資格試験や実務研修、その後の現任研修等の養成システムが介護支援専門員の質を担保するには不十分であるということが考えられる<sup>(22)</sup>。現在の資格制度では、多様な医療関係職種に多く付与されていると見受けられるが、今後、介護支援専門員に関する省令を見直し、社会福祉士との整合性や、地域住民の生活実態を包括的に捉えることのできる職種の検討が必要であろう<sup>(23)</sup>。そして養成システムについては、研修の

あり方を見直し、特に今後はフォローアップ研修の充実が必須となるであろう。

## 5 小括

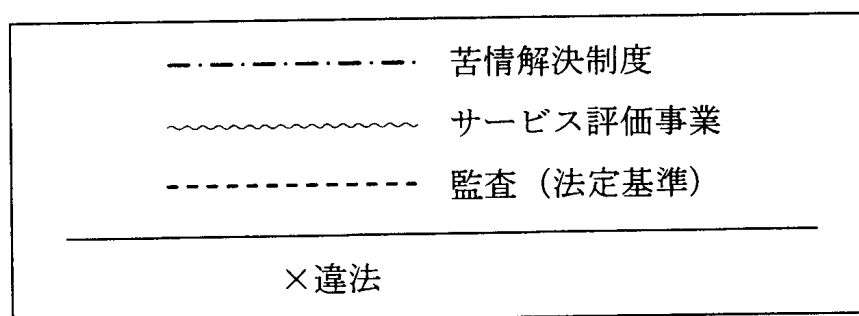
サービス評価事業は、第三者の評価を受けることによって、サービスの質の向上と職員の資質の向上を第一の目的としているが、施設・在宅サービスの最低基準あるいは最適基準を設定するうえでも重要な指針を提供してくれるものである<sup>(24)</sup>。こうした事業の積み重ねにより、介護サービスの基準が、利用者にとってもサービス提供者にとっても、明確でわかりやすい形で設定される必要がある。なお施設サービスと在宅サービスとではいくつかの違いがみられる。第一に、施設サービスは要介護老人の生活全体をカバーしているのに対して、在宅は生活の一部をカバーしているため、本人の意向や家族の意見と介護能力が関係する。第二に、施設サービスは要介護状態が比較的似通った利用者を対象としているので、サービスの内容がある程度画一化しているが、在宅サービスは要介護状態の個人差が大きい。例えば施設サービスでは、食事は選べるかどうかという違いであって、値段の違いはない。これがホームヘルパーの家事援助となると、夕食の値段をいくらにするか（予算の考慮）、どのような材料にするか（嗜好）まで利用者が決定していくことになる<sup>(25)</sup>。以上のことから、在宅サービスの基準は、施設サービスの基準と同等のものが保障されたうえで、より細分化された基準や、利用者が置かれている家族環境も考慮した基準が求められるといえよう。なお、自己決定権の尊重に結びついた基準を設定する際、自己決定が困難な人（たとえば痴呆性老人）の自己決定権の尊重をどうするかという問題は、十分に検討しなくてはならないと考える。

介護サービスの基準をつくる際には、老人保健福祉計画・介護保険事業計画で「サービスの量」、サービス評価事業で「サービスの質」という両者を考慮することはもとより、その上で要介護状態を類型化し、要保障性の程度に基づくサービスができるよう、サービス内容を簡潔な形で基準化することが考えられる。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、基準化された介護サービスの内容をみることで、利用者が保障される「1日の

生活の様子」が思い浮かべることができるようなものであってほしい。また、介護サービスの基準の内容に即して、法的基準かガイドラインかなどの性格づけを行う必要がある。なお、法定化（法的基準）した場合、義務違反、救済方法、責任の主体を明確にしなくてはならなくなるので、まずはサービス実施に関する細かなマニュアルは、行政庁あるいは業界団体によるガイドライン作成（通達または民間事業者内部の自己規制）によるとする方が現実的な方法であろう。ただし、基本原理、利用者の処遇過程の権利、基準の遵守義務と監督規定については法律形式が望ましい。

これから求められる介護サービスの理想は、サービスを必要としている利用者に、利用しやすい状態で、質のよいサービスが提供されることである。介護サービスの質の保障について、一番困難なのは、介護サービスの「質」とは何か、具体的基準を導く基本理念をどこに求めたらよいかについての検討であろう。なぜならば「介護サービスの質とは何か」には様々な捉え方が考えられるからである。まずは、情報を知る権利、処遇過程に参加する権利、苦情を申し立てる権利などの権利性からの捉え方もあろうし、夕食は何時か、入浴は週何回かなど、といった視点から質を考えようとすることもできよう。また、監査・サービス評価事業・苦情解決制度は、一定の範囲でどれも介護サービスの質を保障する制度であるが、それぞれの制度では、質の保障の方法や質のレベル、強制力などの点で違いがみられる。監査では最低基準である法定基準を満たしているかどうかを調査して、遵守されていない場合は違法とされる。サービス評価事業は、監査を満たした上でのよりよい水準を目指し、苦情解決制度はサービス評価事業よりさらに利用者の満足度を個人的レベルで個々のサービスについて確保しようとする制度である（図IV-11）。今後、監査・サービス評価事業・苦情解決制度が、介護サービスの「構造・プロセス・結果」のどのレベルで、どの側面から、サービスの質を維持する方法なのか、それぞれの性格づけを明確にしなくてはならないであろう。同時に、介護サービスの質をチェックするそれらの制度が、サービスの質の保障に向けて、サービスの基準設定をどこにおくのかも検討する必要があるだろう。

図IV-11 監査・サービス評価事業・苦情解決制度の関係



- (1) 小笠原祐次「高齢者福祉におけるサービス評価の視点と課題」(「月刊福祉」第82巻11号、1999年) 29頁。
- (2) 熊本県(初代サービス評価委員会委員長、熊本県立大学総合管理学部石橋敏郎教授)と山口県はモデル県の一つとして選ばれた。山口県にも直接ヒアリングに伺ったが(1997年)、課題と問題点については共通する部分が多かった。
- (3) 「自己決定」の食事については、献立の種類や選択の幅を広げたり、食事の開始時間の選択制を取り入れた場合、職員数や過重労働の問題が生じることにも留意する必要がある。なお、「残存能力の活用」と「生活の継続性」についての具体的な項目と検討は、河谷はるみ「社会福祉サービスの基準とサービス評価事業について」(「熊本県立大学生生活科学部紀要」第3巻(通巻第49巻)、1997年) 107頁以下を参照。
- (4) 介護老人保健施設のサービス評価については、全国老人保健施設協会編『【新版】介護老人保健施設サービス評価マニュアル』(厚生科学研究所、2000年)のなかで、各項目毎に「評価のねらい」「評価の方法」「具体的な取り組み例」が詳しく説明されている。
- (5) 当時は措置制度のもとで実施された事業であったため、実施主体が「市町村」であることに注意を要する。
- (6) 例えば、福岡市社会福祉協議会「介護サービス評価センターふくおか」では、2002(平成14)年10月から「介護サービス評価事業」を開始している。62事業者の申し込みのうち、29事業者については、自己評価・第三者評価(訪問調査)・利用者評価(満足度評価を含む)の3評価を実施し、評価委員会判定会議に諮られた後、25事業者が評価基準をクリアして認証を取得している(認証取得率86.2%)。評価を受けた事業者に対しては、サービスの改善のために評価分析結果を、絶対評価・相対評価としてフィードバックしている。なお、認証を取得した事業者の情報は、評価センターのホームページ(<http://www.hyoka-fukuoka.gr.jp>)で、条件の絞り込み検索を可能にするなど工夫をこらし、事業者の詳細な情報とともに公表されている。
- (7) 高岡國士「第1章社会福祉法と利用者保護」(大國美智子編『福祉サービスにおける

第三者委員苦情解決ハンドブック』、中央法規出版、2001年）13頁は「今後の苦情解決の仕組み、あるいは情報の提供・開示、施設運営の透明性を図るといった取り組みは、福祉サービスの評価システムと相まって、サポートシステムの充実に大きくつながっていくのではないだろうか」とする。

- (8) なお、居宅介護支援事業者の指定基準違反や不正によって生じた苦情の場合は、都道府県が相談窓口となる。都道府県は、調査を行い、必要ならば居宅介護支援事業者の「指定取り消し」を行うことができる（介護保険法77条、92条、104条、114条）。
- (9) 杉本敏夫「第2章介護保険制度」（杉本敏夫・四方克尚編『ケアマネジャーの仕事～基礎とスキルアップ』、朱鷺書房、2002年）43頁。
- (10) 伊藤信司「苦情相談事例に垣間見る介護保険制度の矛盾－国保連合会の苦情相談事例を通して－」（「総合福祉研究」第21号、2002年）165頁。
- (11) 介護保険制度は、高齢者が要支援・要介護状態になってからの介護サービスの利用制度だが、全高齢者の約8割は要介護認定を受ける必要がなく、身体的には自立した高齢者である。今回の調査でも、各市町村が介護保険以外のサービスについても積極的に取り組んでいた。これは保険給付の増大を抑制し財政負担を軽減することに繋がるであろう。
- (12) 2002（平成14）年3月、熊本県健康福祉部高齢保健福祉課は「介護サービス計画評価（手引き書）」を作成している。そのなかで、介護サービス計画評価表（様式2）は、居宅サービスを一定期間実施した後、居宅サービス担当者と介護支援専門員が一緒に話し合って効果判定を行い、サービスを充実させ、利用者のよりよい生活支援を行うためのものである。評価の視点として、①計画どおりに実施されたか、②目標を達成するための手段であったか、③自立支援となったか、④サービス担当者の専門性に添った内容であったか、⑤費用面を考えたか、⑥利用者及び家族の気持ち（満足感）はどうかを「はい・いいえ」で確認し「いいえ」の場合は、その理由も記載する。そして総合的な評価の視点で、「目標設定に無理矛盾はなかったか」「サービス種類の選択は妥当であったか」「サービス内容に無理、矛盾、不合理はなかったか」に基づき総合的に考察する仕組みとなっている。
- (13) ただし、東京都国民健康保険団体連合会『苦情相談白書（平成13年度）』によると、介護支援専門員に対する苦情（居宅介護支援に関するもの）は635件（22.1%）も占めており、訪問介護の889件（30.9%）に次いで多い。なお、東京都では、東京都国民健康保険団体連合会に委託する形で、2002（平成14）年8月、介護支援専門員のための相談窓口を開設している。そこでの相談内容としては、ケアプランに関するものが多く、次いで制度関連、サービス関連、給付管理関連の順となっている。また東京都武蔵野市では、2002（平成14）年11月、ケアマネ研修センターを独自に設置し、ケアマネジメントリーダーを2名配置して相談窓口を設けている。
- (14) 堀勝洋「介護保険制度－その仕組み・課題と今後の展望」（「都市問題」第91巻第11

号、2000年) 17頁は、「訪問介護に関しては、そのサービスの質が不十分であること、庭の草むしり、家族の衣類の洗濯等、本来給付に含まれないサービスを行うよう利用者が要求すること、特にパートタイマーの訪問看護員の賃金等労働条件が低いことなどである」とする。

- (15) 厚生労働省においては、1998(平成10)年11月に社会・援護局長の私的懇談会として「福祉サービスの質に関する検討会」を設置し、2001(平成13)年3月の最終報告書までに16回の会議を重ねている。なお、福祉サービスの質の保障については、鵜沼憲晴「福祉サービスの質」の向上に向けて一質の規定因子構造および第三者評価事業の課題一」(「社会福祉研究」第80号、2001年)、瀧澤仁唱「第4章福祉サービスの基準と質の保障」(日本社会保障法学会編『講座社会保障法第3巻』、法律文化社、2001年)を参照。
- (16) 石田道彦「社会福祉事業における第三者評価の意義と課題」(「季刊社会保障研究」第35巻第3号、1999年) 292頁。
- (17) 熊本県国民健康保険団体連合会がまとめた「平成12年度介護サービス苦情・相談事例集」によると、利用者等からの相談・問い合わせ等件数60件、苦情申立件数は5件となっている。これに対して、熊本県下の市町村における利用者等からの相談・苦情等の受付件数は概算で1万件を越えており、この結果からも利用者等にとって身近な相談窓口が市町村であることは明らかである。また本沢巳代子「ドイツ公的介護保険の先例に学ぶ」(「都市問題」第91巻第11号、2000年) 35頁は、「保険者である市町村をはじめとする多様な相談苦情窓口を多数設けること、苦情処理のためのシステムを確立すること、さらに介護サービスの質の審査システムを構築することがとくに重要である」とする。また小林良二「社会福祉改革と自治体の課題」(「週刊社会保障」2133号、2001年) 23頁は、「もっとも、苦情処理やサービス評価制度などの評価システムについては、行政の関与の仕方は必ずしも直接的なものではなく、むしろ、第三者機関や民間機関によるシステムの立ち上げが必要であるとされており、複雑な検討が求められている」とする。
- (18) 石橋敏郎「第8章社会福祉サービス」(清正寛・良永彌太郎編『論点社会保障法(第3版)』、中央経済社、2003年) 263頁。
- (19) 荒木誠之『生活保障法理の展開』(法律文化社、1999年) 25頁では、福祉サービスの質と従業者の労働条件のなかで「福祉サービスの実施過程では、サービスの受給者と提供者は、直接に接触する関係にある。そこでは、サービスを提供する従事者の資質・能力、またその勤務にかかわる労働条件が、サービスの質を大きく左右する。わが国ではいまだに、福祉サービスは素人でもできるといった考えが強く残っているが、これは問題だといわねばならない。福祉サービスには医療などと同じく、専門性が要求されるはずである」とする。他に、橋本泰子「第11章高齢者福祉サービスと人材」(小笠原祐二・橋本泰子・浅野仁編『高齢者福祉(新版)』、有斐閣、2002

- 年）、小島晴洋「第3章健康・介護・福祉」（山口浩一郎・小島晴洋編『高齢者法』、有斐閣、2002年）参照。
- (20) 国立保健医療科学院が2002（平成14）年度介護サービスマネジメント研修で行った研修内容には「介護サービスの質の評価について（海外の動向）」も盛り込まれており、またケアプランの作成とその評価についても例年以上に重点化されたプログラムが組まれている。
- (21) 石橋敏郎「第6章保健・医療・福祉の連携と地方自治」（河野正輝・菊池高志編『高齢者の法』、有斐閣、1997年）249頁。
- (22) 岡村世里奈「介護保険におけるケアマネジメントの現状と課題」（日本社会保障法学会編『社会保障法』第18号、法律文化社、2003年）95頁。
- (23) 熊本県においては、市町村社会福祉協議会が中心となり、ケアマネ連絡協議会を設置し、介護サービスについてより一層の連携を図っているところもあった。太田貞司『地域ケアシステム』（有斐閣、2003年）196頁は「ケアマネージャーは個々のサービスを行うのではなく、地域のサービスを活用し支援を行うことに責任を持つのであって、地域のサービス資源の配分に深く関わる」とする。
- (24) 西田和弘・西元晃・久木元司「医療・福祉サービスにおける第三者評価システムの比較検討ーサービス受給者の権利擁護の視点からー」（『法学論集』第36巻第2号、鹿児島大学法学会、2002年）では、第三者評価のサービス受給権擁護機能に着目し、患者・福祉サービス受給者の良質なサービスを受ける権利を保障するために、第三者評価はどのように構築・改善されるべきかについて論じられている。
- (25) 石橋敏郎「第3章児童・障害者と社会保障」（阿部和光・石橋敏郎編『市民社会と社会保障法』、嵯峨野書院、2002年）146頁。

（河谷 はるみ）

## V おわりに

介護保険法は、要介護状態となった者が、「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・・・」（介護保険法1条）自立支援を目的として制定されたものである。また、これによって、従来の措置制度が廃止され、「被保険者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、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。」（同2条3項）として、利用者の契約関係を基本としたサービス提供に移行される

ことになった。ここでは、サービス提供のスタートでもあり、サービス内容の決定根拠でもあるサービス利用契約と、この契約に基づき良質のサービスが本人の心身の状況や希望に応じて提供されることが大きな柱となっている。そこで、この論文では、熊本県の7つの市町村の実態調査を踏まえた上で、重要と思われるこの2つの論点に絞って検討を加えてきた。

まず、サービス利用契約に関して、社会福祉法は、次のような関連する規定をおいている。

「社会福祉事業の経営者は、福祉サービス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。」(75条1項)

「社会福祉事業の経営者は、その提供する福祉サービスの利用を希望する者からの申し込みがあった場合には、その者に対し、当該福祉サービスを利用するための契約の内容及びその履行に関する事項について説明するよう努めなければならない。」(76条)

「社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した書面を交付しなければならない。

- 一 当該社会福祉事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在
- 二 当該社会福祉事業の経営者が提供する福祉サービスの内容
- 三 当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項
- 四 その他厚生労働省で定める事項」(77条)

しかし、これらの規定の大部分が努力義務にとどまっているのは問題であろう。また、実際には、説明が十分でなかったり、利用者が理解しにくいような難しい表現の契約書であったりすることが多い。今回調査していてわかったことだが、こうした問題点を解決すべく、事業者の中には、一定のモデル契約書を参考にしながら、これに修正を加えてより分かりやすい形で契約書を作成し直している例も少数ながら見られた。このような工夫をしながら利用者が納得したうえでサービスが提供されるような仕組みを作って行かなくてはならない。

次に、契約締結・履行には、利用者の契約締結を援助し、権利を擁護するシ



システムの構築が不可欠である。利用者が高齢・障害のために判断力が低下している場合が多いので、契約締結時及びその履行過程の両方において、利用者をサポートする必要があるからである。そうでなければ、利用者の選択により、利用者本位のサービスの提供がなされるという介護保険法そのものの根幹が揺らぐことになってしまう。

そして理論面では、サービス利用契約（介護保険サービス利用契約）の性格と特殊性を明らかにする作業が残されている。介護保険サービス契約は、医療保険契約、労働契約、消費者契約と対比したとき、類似する面と相違する面とをもっている。どこがどう類似し、相違するのか、それは介護保険契約の特質から来るものなのか、そういったことを追及して行けば、やがて、介護保険契約とは一体どのようなものなのかというより本質的な性質論にまでたどり着くことになろう。

サービスの質の保障については、わが国では以下のような問題点が指摘されてきた。第1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」（1966（昭和41）年、厚生省令19）でもわかるように、これまでの基準はあくまでも施設の構造・設備及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。第2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、なかには最低基準性がないと思われるようなものがあることである。第3に、介護保険法は、「施設から在宅へ」という大きな動きのなかで制定されたのにもかかわらず、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内容の基準が設定されていないことである。サービスの質を維持・向上させ、最終的にはこうしたサービスの基準を設定するうえでも、サービス評価事業は重要な役割をもっていると考えられる。最初は、国の補助事業としてスタートしたサービス評価事業も、最近では、医療サービス機能評価と同じように、事業者の負担で第三者機関から評価を受ける方式へと移行してきているようである。このような方式をとる場合には、第三者機関としての独立性や専門性が問われることになろう。また、社会福祉法78条は事業者にサービスの質を評価することを求めているが、努力義務規定であるためか、自らすす

んで定期的あるいは本格的にサービス評価を行って自己点検している事業者は、今回の調査ではほとんど見当たらなかった。ただ、自分たちで工夫して独自のサービス評価基準を作成している事業所もわずかながら見られた程度であった。ドイツ介護保険法では、サービスの質を確保するために、「介護給付は、医療・介護的知見の一般に認められた水準に基づき供与されなければならない。」（同28条3項）という規定をおき、これを受けて80条で、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、サービスの質、質の確保、質の審査に関する原則、基準、審査の実施、質の欠陥に関する是正措置を規定しているとき<sup>(1)</sup>。

もちろん、監査や苦情解決システムも別な角度からではあるがサービスの質の保障に一定の役割を果たしている。こうした制度も含めて、ドイツ介護保険法のように、サービスの質が多角的方面から保障されるような制度の確立に向けて一層の整備が進められなくてはならないであろう。また、監査、サービス評価事業、苦情解決システムそれぞれが、サービスの質の維持・向上のためにどのような独自の意義をもち、どの側面から貢献しているのか、それぞれの特色と関係を明らかにする理論的解明も待たれるところである。

最後に、この調査に協力していただいた菊池市、人吉市、牛深市、天草町、矢部町、小国町、南小国町の福祉課職員、保健師、社会福祉協議会、ホームヘルパー、特別養護老人ホーム、老人保健施設の職員の方々に対して心から感謝とお礼を申し上げたい。改善すべき点は改善し、より良い介護保険制度の構築に向けて努力していこうとする意欲を関係者の方々と共有できたことも大きな収穫のひとつであった。

(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号、1879号、1890号、1891号、1996(平成8)年3月、(1)の31頁)

## 資料 ヒアリング調査様式

・・・市町村福祉課 御中

### 研究課題「熊本県における介護保険制度の実施状況とその課題について」

下記の調査項目につき、当日ヒアリングを行いたいと思いますので、どうぞよろしくお願いたします。

---

#### 《調査項目》

##### 1 被保険者の統計資料

Q. 要介護度別の被保険者数、被保険者の独居・同居率、年度別の被保険者の推移

##### 2 市町村特別給付の内容

Q. 上乗せ、横だしサービスは行っていますか？（サービス内容はどのようなものですか？）

##### 3 保険料設定の問題

Q. 低所得者に配慮した対策は行っていますか？

Q. 保険料の設定はどのようにして行われていますか？

##### 4 予防給付について（保健師ヒアリングも含む）

Q. 自立認定者への支援事業、介護予防への取り組み、福祉用具購入費、住宅改修費などはどのような形で行っていますか？

##### 5 介護者に対する支援事業

Q. 例えば、リフレッシュサービス、在宅介護手当てなどの事業は行っていますか？

##### 6 住民への啓発活動

Q. 制度紹介や保険料負担増に対する理解の試みなど、住民に対してどのような取り組みを行っていますか？

##### 7 県レベルとの関係

Q. 現在のサービス供給量について、どのようにお考えですか？また、まちづくりとの連携について、市町村の考えを教えてください。

##### 8 これまでの現場の問題を通して

Q. 介護保険制度の運営上、現場サイドで困惑した点、見直し時期に改善したい点、不満に思う点などありますか？

- ・・・特別養護老人ホーム 御中
- ・・・老人保健施設

### 研究課題「熊本県における介護保険制度の実施状況とその課題について」

下記の調査項目につき、当日ヒアリングを行いたいと思いますので、どうぞよろしくお願いたします。

-----●

#### 《調査項目》

#### 1 サービス利用者への情報提供の手段

- Q. どのような形で施設の宣伝を行っていますか？
- Q. 施設の宣伝をするにあたって、どのようなことに気を使っていますか？

#### 2 サービス利用契約を締結するにあたって

- Q. サービス利用契約書はどのような見本をもとに作成していますか？
- Q. 誰がどのような環境のもと（家族が同伴の場合等）で説明していますか？
- Q. 契約に要する時間は平均どのくらいかかりますか？
- Q. 契約の合意をするにあたって、困ったことはありませんか？
- Q. サービス内容を変更する場合、誰がどのような変更手続きをしますか？

#### 3 サービス内容に関して

- Q. サービス内容について、苦情等があった場合にどのように解決していますか？
- Q. サービス評価は行っていますか？
- Q. 介護保険開始以前と比べて、利用者数、サービス内容、利用者の反応にどのような変化がありましたか？（デイサービス、ホームヘルプサービスも含む）

#### 4 ケアマネージャー

- Q. ケアプラン作成時に困難だと感じたことは何ですか？
- Q. ケアプラン変更時に、誰がどのような判断をしますか？（最終的な意思決定はどのように行いますか？）。また、ケアプランを変更する利用者の変更回数頻度はどのくらいですか？
- Q. どこにどのようなケアマネージャーがいるのか、利用者に対してどのような形で知らせていますか？

#### 5 施設運営上に関して

- Q. 介護保険開始以前と比べて、運営状況はどのように変化しましたか？
- Q. 介護保険が開始され、職員の意識にどのような変化がありましたか？

#### 6 これまでの現場の問題を通して

- Q. 介護保険制度が3年経ち、現場サイドで困惑した点、見直し時期に改善したい点、不満に思う点などありますか？

・・・社会福祉協議会 御中

## 研究課題「熊本県における介護保険制度の実施状況とその課題について」

下記の調査項目につき、当日ヒアリングを行いたいと思いますので、どうぞよろしくお願いたします。

●-----●

### 《調査項目》

#### 1 サービス利用者への情報提供の手段

- Q. どのような形で社協の宣伝を行っていますか？
- Q. 社協の宣伝をするにあたって、どのようなことに気を使っていますか？

#### 2 サービス利用契約を締結するにあたって

- Q. サービス利用契約書はどのような見本をもとに作成していますか？
- Q. 誰がどのような環境のもと（家族が同伴の場合等）で説明していますか？
- Q. 契約時間は平均どのくらいかかりますか？
- Q. 契約の合意をするにあたって、困ったことはありませんか？
- Q. サービス内容を変更する場合、誰がどのような変更手続きをしますか？

#### 3 サービス内容に関して（ヘルパーへのヒアリングも含む）

- Q. サービス内容について、苦情等があった場合にどのように解決していますか？
- Q. 介護保険開始以前と比べて、利用者数、サービス内容、利用者の反応にどのような変化がありましたか？（デイサービス、ホームヘルプサービスも含む）

#### 4 ケアマネージャー

- Q. ケアプラン作成時に困難だと感じたことは何ですか？
- Q. ケアプラン変更時に、誰がどのような判断をしますか？（最終的な意思決定はどのように行いますか？）。また、ケアプランを変更する利用者の変更回数頻度はどのくらいですか？
- Q. どこにどのようなケアマネージャーがいるのか、利用者に対してどのような形で知らせていますか？

#### 5 社協の運営上に関して

- Q. 介護保険開始以前と比べて、運営状況はどのように変化しましたか？
- Q. 介護保険が開始され、職員の意識にどのような変化がありましたか？
- Q. 社協独自の事業はありますか？（例えば、給食サービスなど）

#### 6 これまでの現場の問題を通して

- Q. 介護保険制度が3年経ち、現場サイドで困惑した点、見直し時期に改善したい点、不満に思う点などありますか？

・・・市町村在宅介護支援センター 御中

**研究課題「熊本県における介護保険制度の実施状況とその課題について」**

下記の調査項目につき、当日ヒアリングを行いたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいいたします。

●-----●  
《調査項目》

1 サービス利用者への情報提供の手段

- Q. どのような形で在介の宣伝を行っていますか？
- Q. 住民の在介への認知度に、介護保険制度開始以降、変化がありましたか？

2 法施行以前との比較

- Q. 介護保険開始以前と比べて、業務内容にどのような変化がありましたか？

3 サービス利用者からの相談内容

- Q. 相談内容として、どのような相談が多いですか？
- Q. サービス内容について、苦情等があった場合にどのように解決していますか？

4 居宅支援事業以外の事業について

- Q. 介護予防教室、転倒骨折予防教室等の事業は行っていますか？

5 在宅介護相談協力員

- Q. 在宅介護相談協力員とは、具体的にどのようにして選抜され、実際どのような業務を行っているのですか？

6 住宅改修・福祉用具等について

- Q. 居宅介護住宅改修、福祉用具の紹介等に関する相談業務で、特に苦勞する点がありますか？

7 地域ケア会議について

- Q. 会議の中で、一番苦慮する点は何ですか？
- Q. 1チームで対応する対象者数はどのくらいですか？
- Q. 開催時期の頻度はどのくらいですか？
- Q. この会議における今後の課題は何ですか？

8 これまでの現場の問題を通して

- Q. 介護保険制度が3年経ち、現場サイドで困惑した点、見直し時期に改善したい点、不満に思う点などありますか？

## 介護保険実態調査ヒアリング結果

2002（平成14）年10月～2003（平成15）年6月

### [市町村福祉課]

- ①要介護状態になる前に病気等で死亡する高齢者の割合は、約4割にものぼる。（A市）
- ②在宅サービスよりも施設サービス利用の重視が傾向としてみられる。その理由として、近所の目を気にしてサービス利用を控えるケースが未だ存在することが考えられる。（B町）
- ③要介護認定の再登録期間は、要介護度4・5のみ、12ヶ月に期間延長の措置をとっている。（B町）
- ④市町村自治体として、住宅改修費の効果を図ることは困難である。なぜなら、改修後に被保険者の状態が悪化し、入院を余儀なくされた場合に、その後の在宅生活が困難になるケースがあるため。（B町）
- ⑤ケアマネジメント制度の充実に加え、保険料の高騰をいかに抑えるのかが自治体の緊急的課題である。（B町）
- ⑥介護手当の支給に関し、要介護度4以上の介護家族に対して、年10万円を市町村独自の判断で支給している。（B町）
- ⑦保険料を抑制する為に、特に保健サービスを中心とした介護予防に重点施策を置くようにしている。（C町）
- ⑧公共交通機関があまりない市町村にとってみれば、被保険者の日常生活に関わる交通手段（例えば病院への通院など）さえ不便している。（C町）
- ⑨介護給付の8割が施設サービスである。施設が多く存在する分、保険料に反映されるため、自治体として在宅サービスをいかに充実させるかが鍵である。（C町）
- ⑩市町村自治体によっては、特別養護老人ホームへの入所待ちに2年半以上要するため、待機者は自宅で待機するというよりは、老人保健施設や病院で待機をしているのが現状である。（C町）
- ⑪要介護認定の認定審査期間中に、緊急を要する要介護者の対応をする場合、各機関との連絡調整に困難なケースが多々ある。（D町）

- ⑫家族介護慰労手当と称し、要介護4・5の被保険者対象として、年12万円を支給している。(E町)
- ⑬介護保険施行3年後の保険料改定は、将来を見越して(グループホームの建設等)100円の上積みだけであった。その要因としては、第1に、被保険者の要介護度が県平均を下回っていたこと、第2に居宅サービスの充実(1997年10月からの24時間ホームヘルプサービス等)が挙げられる。具体的には各機関での共通認識の確立がなされていたことと、各機関でリーダーシップを発揮する人材が豊富だったことが考えられる。(F市)
- ⑭介護保険施行3年後の見直し時期には、保険料の値上げの話題が中心になりがちであった。現在は、市町村合併との関連を考えずに介護保険の先行きは検討できない。(G町)
- ⑮介護保険外の事業として、3ヶ月以上の在宅介護経験者に月1万円を支給している。(G町)
- ⑯今回の調査では、市町村特別給付を行っている自治体はなかった。

◆-----◆  
[施設サービス全般]

- ①利用者は、施設入所の際、介護支援専門員や病院関係者、民生委員から情報を得ることが多い。(A市・特別養護老人ホーム)
- ②入所者の一時入院期間中の空ベッドをどう埋めるかは、施設側も対応に苦慮している。(A市・特別養護老人ホーム)
- ③ショートステイの利用増が目立つが、緊急用のため、ベッドを満床にすることは困難な状況である。(B町・特別養護老人ホーム)
- ④介護リスクマネジメントとして、月1回ヒヤリ・ハット事例の報告を施設内の介護リスクマネジメント委員会で報告している。(B町・特別養護老人ホーム)
- ⑤入所待機者の対応は、施設内の入所判定検討委員会を設置し、緊急度の高い待機者を優先的に入所させている。(C町・特別養護老人ホーム)
- ⑥職員の意識もサービスの提供を意識したものに变化した一方で、従事者個人の事務処理が多くなり、以前と比べ、入所者とのコミュニケーションも十分にとることができない面も出てきた。(E市・特別養護老人ホーム)
- ⑦入所契約に関しては、主に生活指導員と介護支援専門員が担当している。(B町、E市、F市・特別養護老人ホーム)



- ⑧入所者の症状の重複化、家庭環境の事情により、在宅へ戻れない入所者も存在するため、そのような対象者への処遇を行う中間施設はこれからも貴重である。（C町・老人保健施設）
- ⑨入所者の要介護度の重度化が進むにつれ、施設内の設備投資（例えば、入浴機器の設置等）も進むのが現状である。（C町・老人保健施設）
- ⑩被保険者が入所する当日に、家族に対して重要事項説明書の説明を行っているが、本来であれば、入所日迄にそのような手続きは済ませたい。（E市・特別養護老人ホーム）
- ⑪生活支援施設として、入所者の家族とのコミュニケーションを大事にして、毎月入所者の心身状況や、近況の報告書を郵送している。（F市・特別養護老人ホーム）
- ⑫経営の意味合いが強くなり、収支のメリハリがでてきた。運営全般には、情報開示等に務め、積極的な運営ができるようになったと思われる。（F市・特別養護老人ホーム）
- ⑬介護事故への対応として、ヒヤリ・ハット事例を報告し、毎月1回会議の場を設けている。（B町・特別養護老人ホーム）

◆-----◆  
 [居宅サービス全般]

- ①介護保険事業については赤字経営であるため、「介護予防・生活支援事業」の加算等で赤字部分を埋めている。（A市、B町・在宅介護支援センター）
- ②家事援助サービスが一番手間と時間がかかるのが現実であるのに、報酬単価の額と比例していない。（A市・訪問介護事業者）
- ③移動時間に片道1時間以上を要する場所もあるため、経営面では苦しい。採算を度外視せざるをえない側面もある。（C町・訪問介護事業者）
- ④ヘルパーの交代を利用者側から言い出したケースもあったが、それはサービス提供の問題というよりも、相性の問題であった。その時は、介護支援専門員が両者の間に立ち、調整を行った。（E市・訪問介護事業者）
- ⑤家事援助において、時間内では、食事の準備や洗濯で占められるため、利用者がヘルパーにやってもらいたいこと（例えば、自分で届かない高い場所の掃除等）や本当にして欲しいことがなかなかできずにいる。（G町・訪問介護事業者）
- ⑥ヘルパーによる病院への移送が禁止となったが、公共交通機関が不便な過疎地域においては、被保険者がタクシーを使用して病院へ行くと、かなりの出費がかかる。訪

問介護事業所の車両をもっと有効活用した事業を再考すべきである。(G町・訪問介護事業者)

◆-----◆  
[居宅介護支援事業者]

- ①理想の居宅サービス計画(以下、ケアプラン)と実際に提供できるケアプランに格差がある。供給体制の基盤整備が必要である。(A市・居宅介護支援事業者)
- ②要介護度の低い利用者ほど、訪問調査にかかる時間がかかるが、プラン作成の報酬単価は意外と低いので、採算が合わないように感じる。(B町・居宅介護支援事業者)
- ③家族の意向と本人の状態をいかに調整してケアプランを作成するかは、困難な作業のひとつである。(C町・居宅介護支援事業者)
- ④1人の利用者に多様なサービス事業者が関与していればいるほど、その事業者間の調整が難しい。(C町・居宅介護支援事業者)
- ⑤特定の居宅介護支援事業者によっては、似かよったサービス内容に陥りがちの傾向もみられる。(C町・居宅介護支援事業者)
- ⑥ケアプラン作成時において、介護支援専門員同士で視点が異なるため、介護支援専門員によってケアプランの内容が異なるという恐れがある。(C町・居宅介護支援事業者)
- ⑦介護支援専門員の職務内容が、生活全般までかなり広範囲に広がっている。(D町・居宅介護支援事業者)
- ⑧ケアプラン作成に要する労力は、本人や家族の心身状況を考慮しつつ作成するために、かなり時間を要するものである。しかしそれにもかかわらず、ケアプラン作成報酬料はそれほど高くない。(E市・居宅介護支援事業者)
- ⑨他の業務と兼務しているため、家族とのコミュニケーションを十分にとる時間的余裕がない。(F市・居宅介護支援事業者)
- ⑩訪問調査に関して、在宅か施設か、独居か同居かで、本人の状況が異なってくるが、それに対応した調査項目になっていない。(D町・居宅介護支援事業者)

◆-----◆  
[社会福祉協議会に関する事項]

- ①生活問題が複雑な被保険者に対しては、より一層、社協としての存在意義を意識した活

動で取り組まなくてはならないと感じる。（A市・社協）

②社協本来の役割もあるため、民間事業者のように営利目的ばかりを追求できない側面もある。（C町・社協）

③各町内のイベント、集会等で積極的に出向き、社協のPRや制度の説明を繰り返し行っている。（E市・社協）

④地区の老人クラブを中心とした座談会で、制度の説明会を開く。その後、住民から説明会開催のニーズが寄せられ、住民主催の説明会に出向く機会も多くあった。（F市・社協）

⑤ケアマネージャーの連絡協議会を中心となって主催し、相互の情報交換やサービスの質の向上へ向けた取り組みを行っている。（F市・社協）

---

[現場からの要望]

①要介護認定の簡素化に向けて、介護保険を見直してもらいたい。（A市・福祉課）

②給付サービスの種類は多いが、もっと「自立支援・在宅型」のサービスを増やして欲しい。（A市・老人保健施設）

③要介護認定については、特に居宅サービスの場合は症状が変わったときだけに変更申請を出せばよいのではないかと。（C町・特別養護老人ホーム）

④介護報酬が複雑すぎて、家事援助の区分が不透明である。報酬単価でも介護と医療では差がありすぎる。（D町・訪問介護事業者）

⑤ヘルパーの処遇改善を含めた法的地位の向上を検討してもらいたい。（F市・訪問介護事業者）

⑥利用限度額の差が大きい（例えば、要支援と要介護度1）ので、要支援の限度額を今以上に高く設定してもらいたい。（F市・居宅介護支援事業者）

⑦養護老人ホームには、まだ低所得者対策としての意義と役割がある。（F市特別養護老人ホーム・G町福祉課）

⑧ヘルパーが利用者を病院などに移送することが、2003（平成15）年4月から認可制になったために、利用者側にも戸惑いを感じさせている。病院への送迎だけでも、弾力的な制度運用を認めて欲しい。（G町・訪問介護事業者）