

平成11年度長寿科学総合研究事業

H10-長寿-011

「介護保険制度における最適マネジメントの方策に関する研究」

総括研究報告書

平成12年3月

主任研究者 小山秀夫

(国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長)

はじめに

医療分野における最適マネジメントは、米国においてはマネジトケアとして注目を集めているところである。マネジトケアに関する文献は、平成9年度長寿科学総合研究事業「高齢者の長期ケアにおける経済的評価に関する研究」（主任研究者 小山秀夫）の一環として、文献集を作成し、その整理分析を行ってきた。DRG、マネジドケアやクリティカルパス等の米国における医療施策の動向は、わが国において注目を集めるところではあるが、それぞれが単独に研究されており、施設マネジメントと結びつけた総合的な研究は十分なされていない。

わが国においては、論文・研究等において、高齢者保健医療施設の最適マネジメントに触れたものは少なく、実証研究によってまとめられたものはほとんどない。また、主任研究者の著書である「高齢者ケアのマネジメント論」（厚生科学研究所97.6）において、施設マネジメントの論述が試みられているが、必ずしも実証的研究とはいえない。本研究は、そのような意味から、介護保険制度における最適マネジメントの方策について実証的に検証する研究として、企画したものである。

本研究のもう一つの特色は、要介護度と施設マネジメントを明らかにするところにある。要介護認定は周知のように、わが国独自の方法であり、入所者の要介護度調査は厚生省のモデル事業でも行われているが、要介護度と施設マネジメントとを関連させた調査は未だ行われていない。介護保険法施行時に向けて、このような調査を行うことは重要である。なぜならば、公的介護保険制度が本格的に実施されることによって、介護保険施設のマネジメントがどのように変化すると予想できるのか、そしてマネジメントの最適化のためにどのような方法があるのかを研究することは、平成12年の介護保険制度施行に向けて、重要な課題である。本研究の最終目的は、今後大きな変革を求められる介護保険施設における最適なマネジメントを模索し、効果を発揮するような施設マネジメントにおける最適化指標等を作成することである。

平成10年度においては、施設マネジメントの最適化について、①特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群、その他として複数種類を展開している社会福祉法人並びに医療法人に対する聞き取り調査の実施、②入所者に対する要介護認定調査の実施、③オーストラリアにおける高齢者ケアの実態についての調査研究、などを行なったが、介護保険制度施行前夜である今年度は、研究会において、まず、最適マネジメントの基本的分析基軸を明らかにした上で（第1章「本研究上の最適マネジメントの基本的視座」

参照)、介護保険のマネジメントに重要な意味を持つ要介護認定基準について分析を試み(第2章「介護認定システムの現状と課題」参照)、さらに介護報酬基準の策定過程について検討を加えた(第3章「介護保険報酬基準」参照)、その上で、各施設、事業者に予定されている各種事業を調査し、主に、要介護認定の状況について、実態調査を実施した。

本実態調査研究は、介護保険制度の最適マネジメントを研究するために、介護サービス毎の介護認定調査を実施し、各種事業ごとの特徴を把握することを目的とするとともに、一定期間の経過した場合の要介護度の変化状況やわが国の要介護認定システムとオーストラリアのRCS(Resident Classification Instrument)を比較研究するものである。本調査研究に協力を表明した関東圏内の5病院(入院患者2,127人分)をはじめ、データの提供を頂いた申し出たデイケア、デイサービス、訪問看護、ホームヘルプサービスを実際に受けており、かつ単独のサービス以外を利用していない1,385人、さらに特別養護老人ホーム入居者998人、老人保健施設入所者1,999人分、合計6,509人分のデータを調査対象とした結果、第1に、施設別・サービス別平均要介護度は、病院要介護3.1、特養要介護2.0、老健要介護25、訪問看護要介護25、デイケア要介護17、デイサービス要介護1.4、ヘルパー要介護1.1であり、合計は要介護2.6であった。このため施設別・サービス別要介護度分布状況には、一定の差が存在すると考えられる。

第2に、A病院について同一入院患者に6か月後に再調査を実施した結果、要介護度の変化が大きく、要介護度が低位に変化するものより、高位に変化するものが多いことが示されたとともに、変化がなかったのは43.0%にすぎず、高位への改善が19.4%、低位への悪化が37.6%であった。ただし、要介護度の変化が1ランク以上は、合計で9.2%に過ぎず、上下1ランクが47.6%であった。

第3に、A病院の要介護度の変化を85項目の選択肢の変化状況との関連で観察すると、選択肢の変化が、30%以上変化している項目は、座位の保持、浴槽の出入り、食事摂取、ひどい物忘れ、周囲の無関心、視力、聴力、意思の伝達、昼夜逆転、介護に抵抗である。これらの質問項目は、判断が難しい上に6か月間に変化しやすい項目であると考えられることができる。

第4に、B病院について要介護度と同時にオーストラリアのRSC調査を同一入院患者に実施した結果、全体として観察すると、この両者のが相関すると考えられるが、RSCより要介護度の方が高位に変化することが認められる。なお、相関係数 $\alpha=0.54$ ($p<0.001$)であった。以上の結果から施設別・サービス別要介護度分布状況に一定の差が存在することは、介護保険制度の最適マネジメントの検討する際の重要な要件である。施設別・サービス別要介護度分布に差が存在することになれば、当然を施設やサー

ビス毎にマネジメントの方法論を検討することが必要となる。要介護者の認定調査を6か月後に調査を再実施した結果、要介護度の変化が大きく、要介護度が低位に変化するものより、高位に変化するものが多いという結果は、認定調査をへて決定される要介護度が6か月固定されてよいのかどうかという新たな検討課題を、提示することになると考えられる。また、85項目の選択肢の変化状況との関連で観察すると、選択肢の変化が、30%以上変化している項目が比較的多いことから、①要介護者の状態は、6か月間では必ず変化すると考えるか、②調査の質問項目により判断が難しい項目があるか、③調査精度に差が生じることが少なくないなどの要因が考えられる。このことについては、今後、さらに詳細な調査研究が必要であると考えられるとともに、将来、要介護認定システムを変更する際の貴重な知見であると思う。

本調査研究の進捗にあたり多くの人々にご協力いただいた、特に、青梅慶友病院の大塚宣夫院長と上川病院の吉岡充理事長には、高齢者の専門医療について幅広い情報提供を、藤林慶子氏には研究の企画や取りまとめを、西村秋生氏にはオーストラリアのRSCに関する情報提供と分析を、筒井孝子氏にはわが国の要介護認定システムの詳細なロジック等についての膨大な情報提供を、西村啓氏にはデータの解析を、平井政規氏には原稿の整理をそれぞれお願いした。このほかご協力いただいた各研究協力者および調査にご協力いただいた多くの方々を含めて、深く感謝を申し上げる次第である。

平成12年3月30日

平成11年度 長寿科学総合研究事業

「介護保険制度における最適マネジメントの方策に関する研究」

主任研究者 小山 秀 夫

(国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長)

目 次

第1章 本研究上の最適マネジメントの基本的視座

- 第1節 介護保険制度とコミュニティケアとの関係について…………… 4
- 第2節 介護保険とマネジメントの動向…………… 8
- 第3節 前提としての高齢者の人権問題…………… 13

第2章 介護認定システムの現状と課題

- 第1節 要介護認定等基準時間…………… 17
- 第2節 ケアの基準ないし標準化としての1次判定…………… 22
- 第3節 一次判定システム（コンピュータシステム）の概要…………… 24
- 第4節 樹形図に関する検討…………… 26

第3章 介護保険報酬基準

- 第1節 介護保険報酬基準の考え方…………… 32
- 第2節 介護報酬と診療報酬の関係…………… 38

第4章 要介護度調査研究

- 第1節 要介護度調査の概要…………… 43
- 第2節 調査結果…………… 52
- 第3節 考察…………… 58
- 第4節 オーストラリア高齢者入所施設におけるケアレベル分類法の検討… 60

第1章 本研究上の最適マネジメントの基本的視座

第1節 介護保険制度とコミュニティケアとの関係について

1. 介護保険制度の評価の論点

1997年12月17日に公布された介護保険法は、2000年4月1日の施行に向けて各種の準備が進められている一方で、財源や介護報酬、家族に対する給付のあり方や要介護認定の精度に関する議論が続いている。わが国の介護保険制度は、要介護高齢者の急激な増加、家族介護力の低下による相対的サービス量の不足、および経済状況の悪化に伴う財政難を背景として立案された。それは、民間活力を導入することによる介護サービス量の確保と、これまでの医療サービスと福祉サービスの調整により利用者の選択肢を増加させ質を向上させる代わりに、40歳以上の国民に新たに介護保険料の負担を要請するものである。

現在、介護保険制度を採用しているのは、ドイツ、ルクセンブルグ、オランダのみであるが、高齢者の介護に関する問題は先進国共通の課題であり、完全に合意を形成するまでには長い時間が必要になる。

OECDの高齢者介護に関する報告書である“Caring World”（1998年）は、介護に包括的な検討を行っている先進国共通の課題をあげている。この報告書でも介護財源をどうするかが重大な課題となっていることがわかる。介護については、医療分野としてでなく、福祉サービスの分野で扱われる国が多いが、最近の傾向として、財源問題を背景として要介護高齢者に対する何らかの公的保険制度の立案が多く、多くの国で政策目標となりつつある。

ただし、各国の要介護高齢者に対する政策の重点は当然相違がある。例えば、コミュニティケアへの関心（カナダ、フィンランド、フランス、ポルトガル）、長期介護を必要とする高齢者の増加（アイルランド、日本、ルクセンブルグ）、介護サービスの質（オーストラリア、スウェーデン、英国）、インフォーマルな介護支援（カナダ、ノルウェー、アメリカ）、サービスの連携（カナダ、イタリア、日本）、コスト効果や財政面からの必要性（オーストラリア、メキシコ、スウェーデン）などがあげられている。しかし、OECD加盟国の全体的傾向としては、財政的な問題よりもむしろサービスの質に関心が向けられている。この傾向は政策の評価課程でも考慮すべき項目となっている。

わが国でも介護保険制度の導入による議論の大半はサービスの質に関するものである。そのキーワードは、自立支援（autonomy）、プライバシー（privacy）、消費者選択（consumer choice）、サービスの統合（integration）などである。また、質の向上と総介護費用の抑制（cost-containment）という観点からも予防重視・在宅重視策、

何らかの要介護基準の設定などが具体的な課題として挙げることができる。

このほか介護保険制度自体の評価という観点からは、政策の評価と制度運用の評価が論点として考えられる。政策的な効果や運営上の成果を経済性（Economy）効率性（Efficiency）有効性（Effectiveness）の3つのEから検討することも必要であろう。

本来、介護保険制度の評価は、このような観点から議論されるべきであり、制度の準備段階で、将来の不安や危惧、現状への不満や利害対立を助長するような議論は、建設的でないように思う。国際的観点から改めて介護保険制度の評価の論点を主張するのは、制度の施行の目的が、いかなるものであるかを再確認することが、介護保険事業の評価であり、介護保険施設や事業者の課題であると考えらるからにはほかならない。

以下では、これらの論点の中からコミュニケアとの関連を中心に、今後対応すべき課題について若干の私見を述べてみたい。

2. コミュニケアの意義

コミュニケアという言葉からすぐに頭に浮かぶのは、1990年6月にイギリス国会で成立した「国民保健サービスおよびコミュニケア法」である。英国流のコミュニケアは、施設ではなく地域で人々をケアするという方針が明確で、その場合、公的施策でなく私的部門を優先してコミュニティの自発性を尊重するという意味合いが強く、システムとして組み立てるのには地方行政改革が必要であり、ケア提供の方法論の中にケアマネジメントを位置づけるという展開になったと考えることができる。コミュニケア法は、コミュニケアの責任を地方自治体に与え、計画立案し、資源を拡大し、サービスの評価をし、精神障害者に対する社会的援助も地方行政の責任としたことが特徴で、医療も福祉も、公も民も、在宅も施設も一元的に進める責任を地方行政に与えたことになったことを確認しておく必要がある。

ところで、長い老後生活を考えてみると、自らが生活する場であるコミュニティを無視することは、社会的に孤立し、地域生活を享受することなく生活の幅自体を自ら狭めることになる。このこと自体が高齢期の生活問題といえは問題である。

高齢期の生活にとって福祉や医療は、生活の一部として重要であるが、これまで福祉分野のサービスの多くは、サービス受給には行政上の判断を受ける必要があった。例えば、特別養護老人ホームに入所するためには、市町村への申請、入所判定委員会の決定、市町村長の措置という手続きが必要となる。福祉サービスは、本来、生活の場である地域の中で提供されることを前提としているが、行政が関与することによって住み慣れた地域あるいはコミュニティから分離されてしまうこともある。医療についても同様に、身近に入院医療を提供する医療機関が存在しない場合など、やむをえず遠方の病院に入院することも少なくない。これらの費用については、額の多少の差があっても住民税や地域保険の費用が投入され、その費用の一部は利用者とともに地域が負担する構造になっているにもかかわらずである。

介護保険制度は、このような「措置」の仕組みから、被保険者の「選択」へと大き

く転換させ「与える介護」から「自立を支援するための介護」へと基本的に考え方を
変更させた。そして、市町村が保険者として高齢者介護の責任を担うとともに、介護
サービスの需給関係を調査し、介護保険事業計画を策定する義務が生じ、都道府県は、
介護保険支援計画を策定し、介護サービスの需給関係を調整することが任務となった。

一言で「措置」から「選択」へといっても、これまでの仕組みを大きく変更するこ
とになるとともに、その影響は計り知れないものとなろうとしている。まず、介護サ
ービスの利用者は、一部の自己負担を支払うとともに、保険料を拠出することから、
介護サービス受給の権利が発生することになる。このことは、「カネも出すが、口も出
す」ということにつながるはずである。そして、カネを出す以上、消費者生権を最大
限に認めるよう要請することになる。保険者としての市町村は、介護に関する全国統
一のシステムが構築されることから、介護サービスの供給体制を整備するとともに、
介護保険制度自体を円滑に運営することが求められる。さらに、これまで介護サービ
スを提供してきた介護保険施設や事業者は、利用者を顧客と明確に位置づけることが
求められるとともに、民間企業の参入などによって、競争力を保持することが必要と
なるのである。このような変化は、高齢者の介護自体を地域で考えざるをえなくさせ
るとともに、介護を中心としてコミュニティ自体を再構築させるきっかけとなろうと
している。

3. 介護保険制度との関係

介護保険制度は、ニーズに応じたサービス量を確保し、その費用を公平に負担する
ための新しい制度として企画され実行されようとしているが、その仕組みをみるとい
くつかの特徴がある。

第1に、多くの国民に高齢者介護が身近な生活問題となり、社会連帯の精神に基づ
いて社会的に対応せざるをえないことである。40歳以上の国民は、強制的に介護保険
料を徴収されるが、それは単に壮年層が拠出し高齢者層が給付を受けるという従来
の仕組みから、高齢者自身も保険料の拠出や一部負担を支払うことによってサービス
受給の権利意識が醸成されることになる。また、壮年層も介護費用を負担すること
を通じて家族や本人の介護問題を身近に感じざるをえなくなる。このことは「カ
ネを出す以上、その仕組みや用途について口も出す」ことにつながり、そのこと
自体が制度への参加を意味する。

第2に、各自の保険料は原則として地域内で消費される介護費用の総額によって
上下することから、サービスが多いほど負担も増加する仕組みとなっており、負担
と給付の関係を身近に感じるようになる。つまり、老人介護の量と質の両面から、
必要なサービスがどのようなものであり、それがどのような人にどのように提供
されているのかを知る権利が生じることにつながる。このことは、一方で制度運用
実態に関する情報公開を求め、他方で負担と給付、権利と義務、質と量とのバラン
スを考えざるをえないことから、介護保険制度による地域民主主義とも言うべき考
え方が成立する可

能性がある。

第3に、サービスを受ける権利が発生した要介護者は、施設を選択することも、サービスの組み合わせを選択することができる。多くの場合、より質の高い施設が選択され、区分限度支給額の上限まで各種サービスを利用しようとするはずである。このことは、量的なサービスの供給体制の整備ばかりか、介護サービスの質の向上を求める圧力となる。ただし、費用総額の1割が自己負担となることから高額になればなるほど負担も増えることになるとともに、限度額以上の上乘せサービスや給付に含まれない横だしサービスがどのようなものであるかを確認し、選択するという消費行動が確立することになる。別の言い方をすれば、要介護認定のランクにより、要介護者が購買力を持ち、介護サービスを自由に選択することによって、サービスの提供者も選別されることになるのである。

第4に、自立支援のための介護と言う考え方から、費用と効果の関係が追求される。生活に障害があっても、その障害の程度を改善したり、悪化を予防することはある程度可能である。漫然と食事、排泄、入浴などの介護サービスを提供するのか、それとも予防的、積極的な介護によって自立を支援するかには、大きな差がある。例えば、栄養状態を科学的に改善したり、リハビリテーションにより障害の程度を改善したり、適切な看護観察によって状態の悪化を未然に予防したり、排泄の自立を再確保したり、限定されていた生活範囲の幅を広くしたりすることが可能となる。もちろん人にとって死は必然であるが、決して敗北ではなく、むしろターミナルケアの質こそが問われるべきなのである。このように考えてみると、当然、介護サービスには効果があり、その効果に応じた費用がある。ただ、これまではこのようなことを正確に測定しようと言う機運自体が乏しいという状況があったが、今後は費用と効果の関係を明確に説明することが求められる時代となる。

第5に、介護給付と保健福祉サービスとの関係の明確化がある。介護保険は、制度として組み立てるために予め給付対象者の範囲を特定し、サービスの内容も限定している。したがって、介護に関するサービスであれば何でも給付するといったものではなく、これまでの老人保健や老人福祉サービスが全て介護保険制度に移行するわけでもない。さらに、地域で展開されてきたインフォーマルな活動も同様に今後とも一層充実されることが期待されている。むしろ、介護給付自体は、要介護者への必要不可欠なサービスだけを保障するにすぎず、介護給付が対象を限定することによって、その他のサービスが活動する範囲や役割がより明確になると考えることもできる。このことは、介護給付以外のサービスについても、コミュニティケアを促進させる契機になるかもしれない。

4. コミュニティケアへの期待

以上の5点を総合的に考えてみると、介護保険という介護費用を保障することによって必要な介護サービスを普及させ、その制度自体を生活の場である地域で展開する

ことから、身近な保険料の拠出と給付の関係を通じて、地域自体を再生させる可能性が、改めて理解できると思う。

それは、介護問題を生活の場である地域で考え、保険料の負担やサービスの質や量を確認する役割を被保険者が担い、本人の、家族の、そして地域の介護環境の整備に自らが参画し、いずれは構築される介護サービスの利用者として安心して依存できる体制を確立することにほかならない。自らの長い老後生活の全てを、保健・医療・福祉従事者に依存するべきでもないし、そうすることも不可能である以上、生活する地域自体を共同体化し、費用に見合った効果があり、有効で効率的なサービスを展開するコミュニティケアを、経済法則にかなった形で構築することが必要になっていると考えられることができる。

冒頭でサービスの質に関するキーワードとして掲げた自立支援、プライバシー、消費者選択、サービスの統合、あるいは質の向上と総介護費用の抑制という観点からも予防重視・在宅重視策、何らかの要介護基準の設定などといった具体的な課題は、別な言い方をすればコミュニティケアがわが国に定着するかどうかという課題でもある。

そして今後は、政策的な効果や運営上の成果をコミュニティケアの経済性、効率性、有効性の観点から、詳細に検討することも必要であろう。それゆえ、介護保険事業の評価とか、あるいは介護保険施設や事業者の評価がコミュニティケア全体に対する貢献度や成果によるという考え方が採用されるべきであろう。

このことは、何も介護保険関連事業にのみ当てはまるわけではなく、およそ事業の成果とは、地域に対する結果としての貢献度にほかならない。この意味でも、介護保険施設や事業者のコミュニティケアへの貢献に対して、今後とも期待したいと思う。

第2節 介護保険とマネジメントの動向

1. マネジメントの意義

本研究主任研究者は、長寿科学総合研究において、ケアプラン、ケアマネジメント、要介護認定などの介護保険制度に関連する研究業務を進めてきた。その過程で考え続けたことは、マネジメント手法を駆使することによって、効率的で質の高いシステムの構築と円滑な運用が可能ではないかということである。

「計画し、組織し、動機づけ、調整し、そして統制する」という一連の作業は、20世紀に入ってからマネジメントという分野を生んだ。このマネジメントを学問にしたのは経営学である。マネジメントの定義は何かということになると、訳語さえ定着していない状態であるが、「マネジメントとは、ある組織がその目的を達成するための各種業務遂行上の機能や方法、さらには手順を効率的に進めるためのシステムである」と考えることができる。多くの場合、それはヒト・モノ・カネおよび情報を組み合わせたシステムであり、技法であり、そして科学である。

このマネジメントということが、その対極にあるとさえ考えられていた医療や福祉の世界にも大きな影響を与えていることは、間違いのない事実であるばかりか、実は行政実務を大きく変革しようとしているのである。

2. NPM と介護保険制度との関係

1998年9月21日に各国の主要新聞社に英国のブレア首相が投稿した「第3の道」(朝日新聞)の中で「われわれは、公共サービスの下手なマネジャーである」と宣言した。それは英国の行政部門を新公共マネジメント (new public management ; 以下 NPM という) の手法を導入することによって、改革中であることを強調しているかのようであった。NPM とは、簡単にいってしまえば経営学的アプローチを行政実務に採用することである。

NPM 理論は、介護保険制度に関する長期間の議論の影で、直接的にも間接的にも影響を与えてきたと考えられる。なぜならば 96年1月に発足した橋本内閣は、同年11月に行政改革会議(会長橋本首相)を設置し、翌97年1月20日の施政方針演説で財政構造改革をはじめ行政改革、社会保障構造改革、経済構造改革、金融システム改革そして教育改革の「六つの改革」を掲げたからにはほかならない。介護保険法案は社会保障構造改革の中心的課題であり、今後とも増加する介護需要に対応する財政対策という性格と介護供給を円滑にするためのサービス提供体制の多様化を促進するという側面を具備した制度であるといえる。

施政方針演説直前の1996年12月16日、行政改革委員会は「行政関与の在り方に関する基準」を公表した。この委員会の問題意識は、「行政の関与の在り方を整理するための基準の必要性を認識し、あらゆる行政活動は財政的措置や経済活動への関与など経済的側面を有しているという点に着目して、行政全般を対象とする汎用性のある判断基準を策定した。今後、ここに示す判断基準を適用し、行政が何をなすべきか、なすべきでないかについて整理することが必要不可欠であると確信している」とした上で、次の3原則を基本原則とした。

- (1) 「民間でできるものは民間に委ねる」という考え方に基づき、行政の活動を必要最小限にとどめる。
- (2) 「国民本位の効率的な行政」を実現するため、行政サービスの需要者たる国民が必要とする行政を最小の費用で行う。
- (3) 行政の関与が必要な場合、行政活動を行っている各機関は国民に対する「説明責任(アカウンタビリティ)」を果たさなければならない。

基準の核心部分である「判断基準」は、「1.全般的な基準」「2.行政の関与の可否に関する基準」「3.行政の関与の仕方に関する基準」から構成されている。このうち「3.行政の関与の仕方に関する基準」は、さらに(1) 政策手段・形態に関する基準、(2) 行政による利害調整等の活動、(3) サンセット制(あらかじめ期間を設け、その期間が終了するとともに制度が終わる仕組み)からなり、(1)の中で「擬似市場原理の

導入」が主張されている。

「行政の関与が必要な場合、市場が存在しない分野についても、可能な限り擬似的な市場原理が働く仕組みを導入する。特に財、サービスの提供に対して補助を行うベネフィット・イン・カインド型の補助の場合には、擬似的な市場原理を導入する方向で検討する。なお、行政活動について、市場テスト（民間からの入札を募集して、その内容を既存の政府部門と比較し、民間の方がコストと品質の面で優れていれば民間に委託する制度）の導入について検討する」。

このような構成の「行政関与の在り方に関する基準」は、一見して政府文書として急進的で基準として完成度が高いと考えられるが、内容的には、英国の行政改革手法を大幅に取り入れ、わが国にNPMを定着させることを意図していると考えられるのである。

介護保険制度は、措置制度による老人福祉サービスの一部を社会保険システムによって擬似市場化し、医療や福祉に関する広範な利害を調整し、一定期間の見直し規定や介護力強化病院における2003年3月末までの退院期間給付等にみられるようなサンセット制を導入している。これらは、明らかにNPM理論そのものである。

3. 認定調査にみる揺れ戻し

「民間でできるものは民間に委ねる」「国民本位の効率的な行政」「行政の説明責任」という原則を忠実に施策化したものとして、要介護認定のシステムがある。要介護認定はまず、調査表も調査内容も、そして判定の仕組みについても説明している。調査にあたる調査員については、原則として地方公務員か介護支援専門員の研修受講者を当てることにより「民間でできるものは民間に委ねる」という姿勢を示した。現実問題として、調査員の確保とその研修だけでも大事業であったし、行政費用の最小化という意味では効率的な行政といえなくもない。

このような要介護認定のシステムは、多少の批判を受けながらも全国規模の事業としては比較的円滑に実施されつつあるといえる。しかし、調査に手心を加える調査員がいるとか、あろうことか虚偽の調査を行う医師が保険者から契約を破棄されるという不幸な事件まで起きた。こうなると「調査は公務員が行うべきだ」という意見が正当化されることになる。ただし、公務員の不祥事が日常茶飯事の様に報道されている現状では、公が正義で民間が悪であるかのような判断はあまりにも一面的であろう。

この種の議論は、最近の規制緩和の揺れ戻し議論に似ている。政府の市場介入を可能な限り排除すべきだという考え方は、80年のレーガン大統領とサッチャー首相という世界の2大巨頭の信念であった。しかし「市場の失敗」という理論から「政府の失敗」を認め、政府の経済への支配と責任の範囲を縮小し、後退させるべきであるという考え方が定着したのは90年代になってからであった。それは、OECD加盟各国が協調し、法律的規制も行政的規制も見直すとともに、規制の範囲を明らかにしようとしたためである。

わが国政府も「規制緩和推進3ヵ年計画」(1998年度からの3年間)を実施中であり、医療や福祉の分野でも各種規制緩和が進んでいる。しかし、規制を緩和すれば広範な問題がただちに解決されるわけではない。正確に言えば、規制緩和により利益を受ける場合もあれば、逆に既得権を失う場合もある。

たとえば、これまで市町村や社会福祉協議会が実施してきたホームヘルプ事業は、介護保険制度施行を目前に「民間とは競争できない」という理由で、事業を廃止する組織が続出している。このことをどのように理解したらよいのであろうか。まさか租税で負担されている限りで事業は可能であったが、市場原理の前では対応困難であるというのであれば、これは仕組みの問題というより、マネジメントが問題であったとしかいいようがない。

検討課題は、国民の最大多数にとってどちらが有利かという冷静で公平な判断である。少なくとも、民間に委ねた業務の一部に不祥事が生じたから、一切公務員が行うということにはならないはずである。

いかなるシステムであれ、それを不正に利用しようというものに対しては無力である場合が多い。たとえ若干の不満があったとしても、制度はそれを遵守しようとする善意の第三者によって運用されるものであり、単に罰則規定を強化することで、十分な対応が可能であるはずもない。必要なことは、絶えず不正を監視できるシステムを構築することと、不正に対して敏感な成熟した社会を形成することである。

今後、現行の要介護認定調査を継続するか、それとも訪問調査業務を公務員に限るのかという判断が示されることになるが、少なくとも何らかの揺れ戻しがあるように思う。しかし、公務員がよいか民間人がよいかといった二者択一的な議論ではなく、どのようにすれば要介護認定調査がより公正に実施可能なシステムが確立でき、それを維持するためのどのようなマネジメントが必要なのかを検討しつづける必要があると思う。

4. マネジメントの所在

一般のサービスでは、提供者(provider)がサービスを提供し、消費者(consumer)がその対価を支払うことで成立する。しかし福祉や医療サービスと同様に介護分野では、提供者と消費者以外に第三者介入登場する。

たとえば、医療保険の場合は、健康保険組合や社会保険事務所、あるいは市町村などが保険者として登場する。福祉サービスにも市町村や福祉事務所など介在する。このように、提供者と消費者以外のなんらかの第三者が介在することが一般的である。ここでは、これらの第三者支払い者(payer)と呼ぶことにする。

つまり介護保険は、消費者と提供者、そして支払い者の三者の関係でサービスが提供され、対価が支払われる仕組みになっているのである。

マネジメントということでこの三者をみると、提供者である介護保険施設や事業者は、それぞれの施設を運営するためのマネジメントや提供するサービス自体のマネジ

メントを行っていることになる。一方、支払いは支払いのためのマネジメントやその組織、あるいは制度の管理・運営という意味でのマネジメントを行うことになる。そして、消費者も自らの生活やケアをマネジメントしているとも考えられる。

つまり三者三様のマネジメントによって、ケアを提供する仕組みがあることになる。ただし、これら三者三様のマネジメントには共通点が少ない。それぞれの立場によって、都合がよい方法が採用されているにすぎない。

介護という仕事が特殊で稀れなことであれば、それぞれのマネジメントを適切に行うことによって全体のシステムはうまく動くが、ケアが普及したり、費用の負担や給付の額が大きくなると、それぞれバラバラではうまく機能しなくなってしまう。そこで、おのおのをつなぐ部分にもマネジメントが必要だと認識されるようになるか、この三者を全体的にあるいは総合的にマネジメントする必要が主張されることになる。

つまりサービスでは、提供者と消費者そして支払い者を結ぶ線上に発生するマネジメントが求められることになる。それにはまず、第1に消費者と提供者間のマネジメントが必要になる。提供者は消費者にサービスを提供する。しかし消費者は、どのようなサービスがどこで受けられるのか、また、どのサービスを選択すればよいのか、あるいは、どのサービスをどの程度受ける必要があるのかといったことがわからないといったことが起こるため、消費者と提供者間の調整、計画、助言、指導といったことを行うケアマネジメントが必要になる。

第2に、消費者と支払い者間のマネジメントである。介護保険制度によって、サービスの必要度を判断し、あらかじめ設定した費用を支払うということになれば、支払い者自身が要介護認定をしたり、要介護度判定をするためのシステムをマネジメントすることが必要となる。このことは、要介護認定業務のマネジメントという新しい仕事が増加されることを意味する。

第3に、提供者・支払い者間のマネジメントとして、費用自体をコントロールするためのマネジメントの手法が不可欠ということになる。

このように考えるのは、マネジメントの問題をクローズアップさせることによって、介護保険制度をよりよいサービス内容に革新し、システム全体を安定化させることが重要であるという考えるからにほかならない。

参考文献

- 1) アンソニー・ギデنز（佐和隆光訳）『第三の道—効率と公正新たな同盟』、日本経済新聞社、1999.
- 2) 大住庄四郎『ニュー・パブリック・マネジメント—理念・ビジョン・戦略』、日本評論社、1999.
- 3) 山崎泰彦他『介護保険システムのマネジメント』、医学書院、1999.
- 4) 小山秀夫『高齢者ケアのマネジメント論』、厚生科学研究所、1997.

第3節 前提としての高齢者の人権問題

1. 措置から契約へ

介護保険制度は、結果的にこれまでの措置体系を中心にした老人福祉の世界を大きく変化させることになる。そのキーワードは、利用者本意、契約、消費者保護ということになる。

老人介護の世界が「措置から契約」に変わるということは、行政権限としての措置が、行政と福祉施設あるいは福祉サービス提供者という関係であったものが、利用者の施設あるいは事業者との契約に変更されることを意味する。

特養の場合、これまでは行政が措置した入居者に対して、行政から委託されたサービスを提供することが求められ、サービス内容等については行政の指導監査を受けることになっていた。ここでは、行政と施設間に契約が成立していることになるが、では実際の入居者と施設間の契約が成立しているのがどうかといえ、いかにもあいまいな関係となっているといわざるをえない。

介護保険制度本格実施後は、介護保険制度の被保険者であり、かつ要介護認定を受けた利用者が、施設と直接契約し、サービスを利用することになる。こうなると、利用者は介護サービスを受ける権利を明確に保持するとともに要介護度に応じたサービスを受ける権利をも持つことになる。それゆえ、利用者と施設の関係は、措置関係ではなく、明らかに契約関係ということになる。そしてそこには、何らかの契約書が存在すると考えることができる。

特養は今、この契約書の作成や利用者からの苦情処理のシステムの構築が求められているといってもよい。しかし、長年の措置制度によって、いわば保護されてきた特養の対応は、必ずしも十分でないばかりか、どのようなことが起こるのかについても十分理解されていないように思う。そして、この契約と苦情処理という問題は、介護保険制度以外の福祉制度全体にも波及し、社会福祉制度改革の中心的課題となっているのである。

「措置から契約」ということを「サービスと権利」あるいは「人権とサービス」という言葉に置き換えることも可能である。それは、保険システム自体が契約の体系であり、権利と義務、給付と拠出を事前に明文化したシステムにほかならないからである。つまり契約内容が不明では、そもそも保険制度は成立しないことを意味しているのである。

介護保険制度は、被保険者および利用者の給付内容や受給する権利について明文化しているとともに、利用者の権利保護について各種の対応を予定している。ひとつは、苦情処理や契約内容の明文化であり、介護計画に基づく介護サービスの提供もその一部である。もうひとつは、利用者の権利擁護に関する取り決めである。平成 11 年 3 月 31 日付の厚生省令における、身体的拘束の禁止規定や、同年 10 月 1 日より実施された「地域福祉権利擁護事業」として平成 12 年 4 月 1 日から実施される民法上の新

しい「後見・保佐制度」などの対応は、明らかに利用者の権利擁護施策といえる。

これらの一連の対応は、利用者のサービス受給は権利であり、サービス提供者と利用者の間には、契約が成立することを前提としており、何らかの契約不履行に対してはペナルティーが用意されていることを意味する。それゆえ、措置から契約への転換は、サービスの提供方法やその内容について消費者パワーを利用して、その質の維持や向上を期待することになる。

2. 虐待の存在

介護サービスにおける利用者の権利擁護として、虐待問題がある。家庭内の児童の虐待については、陰惨な家庭内暴力事件として、世論の注目を集めることが少なくないが、これに比較して老人虐待は、大きな社会問題として認識されない場合が多い。老人福祉あるいは医療の関係者と話し合ってみると、確証は得られなくとも、容易に老人虐待の痕跡を発見することができるという。家庭内で食事を提供しない。あろうはずのない新しいヤケドやキズがある。毎日のように続く言葉の暴力など、列挙にいとまがない。

介護保険制度により要介護認定を受けるためには、認定調査を受ける必要がある。認定調査の概況調査には「Ⅳ. 調査対象者の主訴、家族状況、住居環境、虐待の有無等について特記すべき事項を記入してください」という欄がある。この欄は、平成9年度高齢者介護サービス体制整備支援事業では「その心身状況から判断して、介護がかなり不足しているか、または虐待が疑われる状況と思われますか。はいの場合は判断理由を記入してください」というものであった。

要介護認定のシステムを考える上で平成7年度より実施されたいわゆる「モデル事業」で「虐待」の問題が、法案立案者たちにとって重要な関心であったことは事実である。しかし、モデル事業で「虐待」を明確に指摘したケースはほとんどなく、現行の様式に変更されたのであろう。

仮に調査員が「虐待」を発見した場合は、ただちに市町村に連絡し、市町村職員が調査を行い、しかるべき措置を行うことになる。ただしこれは虐待に対する調査権限があるのかどうかといったことにも関係することになる。仮に虐待の事実が明らかになれば、家族分離の必要性を判断した上で、行政上の措置が行われ特養等への入所措置ということもありうる。

問題は、調査時点で「虐待」が容易に判断できるケースが少ないこと、たとえ「虐待」を疑うことができても、それを証明することが困難なこと、そして「虐待」を報告することの義務やその場合の何らかの不利益に対する対応が明確になされていないことである。

児童福祉法第25条は「保護者のいない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認める児童を発見した者は、これを福祉事務所又は児童相談所に通告しなければならない」と明文化しており、これは戦前からの「児童虐待防止法」からの流れ

であり「虐待」に対する法的手続き等についても規定している。このことは、少なくとも戦前において児童虐待が社会問題化しており、戦後も児童福祉の一環として虐待に対する法的対応が明文化されてきたことを意味するのである。

これに対して、老人虐待に対する法的手続きや老人福祉法の法体系は、老人の虐待に対して想定してこなかったことは明らかである。しかし、老人虐待については、国内外の研究者によって、僅かではあるが研究を進められてきており、老人虐待はむしろ古くて新しい社会問題として、現実存在しているのである。

3. 老人虐待とは何か

全米高齢者虐待問題研究所（National Center of Elder Abuse）は、老人虐待の種類別定義を行っている。

第1に、虐待には、家庭内虐待と施設内虐待および自己放任または自虐（Self-neglect or Self-abuse）といった分類が可能である。第2に、虐待は身体的、性的、情緒的・心理的虐待に加えて、介護者が要介護老人を無視することや世話の放棄、金銭的・物質的な搾取および自己放任・自虐とされている。（以上の詳細な定義については（<http://www.gwjapan.com/NCEA>）を参照のこと）

身体的虐待は理解できるとしても、その他の行為について、それが虐待であるかどうかにとったことについて、わが国の保健医療福祉関係者に共通の理解があるかどうか疑わしいが、改めて考えてみればこれらの行為の全てが虐待であるとする主張を十分理解することが必要である。さらに、高齢者虐待について、介護保険制度の本格実施を機会に、その対応方法などを検討することは、きわめて重要な課題である。

この虐待問題研究所（NCEA）の所長を一昨年まで務めたのは、現在、淑徳大学社会学部の多々良紀夫教授である。教授は、全米で少なくとも55万人以上の60歳以上高齢者の虐待が発生していると報告するとともにアメリカ合衆国でも以下のような問題が発生しているという。

1. 虐待に関する全国共通の定義がなく、用語も州の間で統一されていない。
2. 現存する州の法律の執行力が弱い。
3. 高齢者虐待問題の実態や深刻さに関する情報が不足している。
4. 高齢者虐待問題に関わる機関の連絡・調整・協調の不備である。

ただし、米国高齢者法（The Older Americans Act）の第7条では「高齢者の権利保護制度」が規定されているほか、各州レベルでも成人保護サービス制度（Adult Protective Program）があり、8州を除く各州では「高齢者虐待通報システム」が設立されており、虐待に関する通報も義務づけられているという。

そして、高齢者虐待の対応とその予防については、①早期発見・早期介入、②家族介護者の訓練とサービス、③介護専門職の専門性の強化、④介護現場の地域開放化、⑤市民レベルの啓発運動、⑥法による規制の強化、⑦介護者の心理的負担に対する軽減策の強化などが必要であると主張している。

このような多々良教授の主張やこれまでの研究活動は、わが国の高齢者虐待問題に対する対応としても貴重であるばかりか、大いに参考とすべきであると考えられる。

4. 対応手順の検討

わが国には、高齢者虐待がどの程度あるのかといった全国的統計資料もなければ、虐待の定義すら明確ではない。その上、たとえ現場で虐待を予想することができたとしても、その後の対応について、明確な手順が示されていない。このこと自体が、問題である。

今後、毎年、認定調査のために少なくとも400万回以上の調査が、実施されることになる。訪問調査員が注意さえすれば、虐待の発見者になる可能性がある。虐待を発見した場合、少なくとも市町村に通報すべきであり、その場合、各市町村はこのような通報に対する対応手順を明確にしておく必要がある。多くの場合、保健医療福祉従事者は「見て見ぬふりをしてきた」のか「そのような通報という行為は、利用者との信頼関係を損なう」と考えてきたか定かではないが、老人虐待が明らかになることは少なかった。しかし、虐待の存在が明らかである以上、まずは介護保険関係者のひとりとして、勇気ある第一歩が必要であると思う。

高齢者虐待は人権問題であるとともに、虐待の発見は重要な業務である。仮に、400万回以上の調査で、ほとんど虐待の報告がないとすれば、そのこと自体が問題であり、訪問調査員の専門性等を再検討しなければならないと考えることもできる。高齢者虐待に対する社会的関心が低く、介護業務を担う専門職が虐待問題を認識していないのであれば、職員の再教育を含めて、何らかの制度化を検討することが必要であろう。

高齢者虐待の問題は、古くて新しい問題であるが、老人介護の世界が「措置から契約」に変化する過程で、そして利用者本意、契約、消費者保護と観点からも、問題に対する対応を真剣に検討することが必要である。なぜならば、介護の質や、介護支援専門員の倫理規定、あるいは高齢者の生活の質といった議論と直接間接に関連するとともに、高齢者の権利擁護の最重要課題だからである。

第2章 介護認定システムの現状と課題

第1節 要介護認定等基準時間

1. 要介護認定基準時間の手順

要介護認定等（要支援認定を含む）については、平成11年4月30日付厚生省令第58号「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」により、厚生大臣の定める方法により推計された「要介護認定等基準時間」により要介護度等が判定されることになった。

厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室では、この省令を受けて具体的な要介護認定基準案を作成するとともに、各都道府県を対象に要介護認定における一次判定用ソフトウェアに関する検証を進め、平成11年7月29日に都内で開催された「都道府県等要介護認定担当者会議」の席上で公表した。

一次判定の方法やその判定結果については、各種の議論があったが、「要介護度ごとの状態像の例」や「介護認定審査会運営要綱」など、二次判定以外の部分については、この時点で、ほぼ固まったといえる。なお、正式には、平成12年3月24日の官報（号外第55号）に、要介護認定等基準時間の推計方法が掲載されている。

一次判定の流れを図示してみると、いくつかの段階があることがわかる。図2-1は、あくまでも私見であるが、11段階に区分してみたものである。以下では、それぞれの段階ごとに解説を加えてみたい。なお、③から⑩まではコンピュータで処理される段階である。

2. 要介護認定における一次判定の流れ

①認定調査票

一次判定に用いられる認定調査票の内容は、以下の3点を除いて基本的に10年度試行的事業と同様である。第1に、第1群から第7群の中間評価項目の採用によって、中間評価項目順に並べ換えてある。第2に、第5群の「身の回りの世話に関する項目」のうち「周囲への無関心」は「まわりのことに関心を示さないことが」に変更された。この質問は、試行では「まわりのことに関心がない」であった。第3に「認定調査票記入の手引き」が若干変更された。実際に調査を担当する場合、以上の3点に注意することが必要である。

②調査項目の入力

認定調査票の85項目の基本調査内容は、介護保険制度施行準備室が配布するソフト

ウェアに入力することになっている。この場合、85の全項目にチェックされていることが前提であり、チェックされていない項目が存在する場合には、システムが作動しないことになっている。それゆえ、調査終了後、調査項目の記入漏れ等がないかを確認し、確実に入力することが必要となる。なお、調査項目に記入漏れがあった場合には、調査員に調査票を戻し、場合によっては再度調査を実施する場合もあるので、調査員は全項目を調査する習慣を身につける必要がある。

③極めてまれな事例の警告

入力されたデータに不備があった場合は、まず「調査項目の組み合わせが極めてまれな事例として警告する」ことになっている。例えば、寝返りができないにもかかわらず、歩行ができるとか、両足での立位ができるにもかかわらず、立ち上がりができないといった事例がこれに該当する。このような組み合わせはあらかじめ84種類準備されており、これらについても公表されている。

試行事業においては、理論的に考えられない組み合わせについては「再調査」をすることになっていたが、全国18万件のデータの中には、例えば歩行や立ちあがりができなくても、浴槽の出入りが自立というケースが報告された。このケースは、浴槽を改造して、きわめて浅い浴槽に自力で出入りしているものであった。この例のように、机上で「ありえない」と考えられたものが現実にはあったというケースについては、警告からは除外してある。

なお、試行調査では単に「再調査」としていたが、今回のソフトウェアでは「警告」した上で判定結果が示されるように改善してある。

④中間評価項目の点数計算

心身の状況に関する73項目については、例えば、動作については「自立」「一部介助」「全介助」や、問題行動については「ない」「ときどきある」「ある」というように機能の高さや状態の良さなどの順番に並んでおり、それぞれに点数化されることになっている。73項目は、第1群から第7群までのいずれかにグループ化されており、群ごとの合計点は、最も機能の高い（状態が良い）場合が100点、最も機能の低い（状態が悪い）場合に0点となるようになっている。

この中間評価項目は、群を越えて選択肢への配点の高さを比較することはできないが、複数のケースを同じ群で比較検討することができるという利点がある。

なお、群ごとの中間評価項目は、次に述べる樹形図の分岐に採用されていることから、それぞれの中間評価項目得点は、要介護度に大きく影響を与える仕組みになっている。

⑤樹形図をたどる

今回のシステムは、原則として、「直接生活介助（「整容」「入浴」「排泄」「移動」「食事）」5つの樹形図と、「間接生活介助」「機能訓練関連行為」「問題行動関連介助」「医療関連行為」の4つの樹形図を追い、時間を出すしくみになっている。ここで注