

サービス給付と社会保障法(2)

—介護保険法から—

渡 邊 裕

- 目次
- 1 はじめに
 - 2 介護サービス給付の品質（質）の考え方
 - 3 介護サービス給付のシステムと介護サービスの内容と水準
(以上第4号)
 - 4 介護給付サービスと利用者のニーズ
 - 5 介護給付サービスとサービス施設・事業者
 - 6 介護サービス労働 (以上本号)
 - 7 介護サービスをめぐる法的紛争 (以下次号)
 - 8 介護サービスをうける権利（介護サービスの法的保障）

4 介護給付サービスと利用者のニーズ

介護給付サービスの質的内容は、第1に、サービス利用者のニーズとの関係で把握されることが必要である（これを本稿4で扱う）。第2に、サービスを給付する介護施設と事業者のサービスの質的向上への取り組みを把握することが必要である（これを本稿5で扱う）。第3に、サービスを担う介護サービス労働者の状態を把握することが必要である（これを本稿6で扱う）。以下、順次、これらについて、考察する。

- (1) まず、利用者のニーズの視点から、法定サービスの種類と定義、サービスに対するニーズの位置・類型及び捉え方、ニーズの現状とサービスの問題点及び利用者のニーズを反映するサービス給付システムの在り方について考察する。

利用者のニーズの受け皿となるサービスは、介護保険上、在宅介護サービス、通所介護サービス及び施設介護サービスの3種に分けられている。これは、法的制度として、受け皿の在り方を通した利用者のニーズの捉え方とみることができる。他面、利用者のニーズを法定サービスの種類と内容・程度に限定するものであるとの側面をもつ。いわばサービスの供給形態という大枠からみた利用者のニーズへの対応であり、この対応状況の意味を把握することが必要である。法定サービスは、具体的には次の種類に限定される。在宅介護サービス系には、①訪問介護（ホームヘルプサービス）、②訪問入浴介護、③訪問看護、④訪問リハビリテーション、⑤居宅療養管理指導、⑥福祉用具貸与、⑦居宅介護福祉用具購入費等（特定福祉用具の購入）、⑧居宅介護住宅改修費（住宅改修）、⑨居宅介護支援が挙げられ、通所介護サービス系には、⑩通所介護（デイサービス）、⑪通所リハビリテーション（デイケア）、⑫短期入所生活介護（ショートステイ）、⑬短期入所療養介護（ショートステイ）、⑭痴呆対応型共同生活介護（痴呆性老人グループホーム）、⑮特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム）が挙げられる。施設サービスには、⑯介護老人福祉施設（小規模生活単位型、従来型）、⑰介護老人保健施設、介護療養型医療施設が挙げられる。

これらによるサービスは、各々、介護保険法上の定義規定が置かれ（介護保険法7条6項以下）、例えば、④訪問リハビリテーションとは、「居宅介護者等（主治の医師がその治療に必要な程度につき厚生労働省令で定める規準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話及び必要な診療の補助をいう」と定義され（同法7条9項）、厚生労働省令で定める基準は、「病状が安定期にあり、居宅において、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るため、診療に基づき実施される計画的な医学的管理下における理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを要することとする」と定められている（同法施行規則8条）。ま

た、施設サービスの一つである⑩介護老人福祉施設（介護特別養護老人ホーム）とは、「老人福祉法二十条の五に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を目的とする施設をいい、『介護福祉施設サービス』とは、介護老人福祉施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいう。」と定義される（同法七条21項）。

そして、この法定サービスの内容となるサービスの基準は、前稿で記したとおり、「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」（平成11年3月31日厚生労働省令37号）、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（同、厚生労働省令38号）、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（同、厚生労働省令39条）、「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（同、厚生労働省令40号）及び「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」（同、厚生労働省令41号）の定めるところによっている。これらの法定サービスの内容・程度が、前記厚生労働省令上の諸基準という「人員、設備及び運営」という量的基準規定による最低サービス基準を示すに止まり、利用者の個々のニーズに対応できるような、この最低基準を上回る質的内容・程度を示すものでないことは、前稿に記したとおりである。

- (2) 利用者の実際的なニーズは、法定サービスについては、量的には、法定サービスの利用状況に現れ、質的には法定サービスに対する苦情や評価によって計ることができる。また、法定外サービスサービスについては、法定サービスからこぼれたニーズに対応する量的質的サービスを意味する。サービス給付主体である市町村による上乘せサービス・横出しサービスの種類・内容・程度により、また社協、町内会・部落会、農協婦人部、郵便

局やボランティア団体等の任意に提供されるサービスの種類・内容・程度により、計ることができるところである。

法定サービスへの上乗せサービスには、サービス限度量や限度額の引き上げ、自己負担額の軽減、介護保険料の軽減免除などがある。また、横出しサービスには、法定外サービスとして、住宅提供サービス、食事サービス、配達サービス、法定外搬送サービス、買い物サービスなどが生活に密着するものとして案出されている。これらの法定外サービスについては、財政状況に余裕ある地方自治体の高齢者福祉増進という意味をもつが、それ以上に他方、低所得高齢者層に対する補助という側面が大きくなる。とくに、高齢化に伴う重度の要介護者の増加と介護財政・年金財政の逼迫に伴う自己負担額の増加や年金給付額の削減という今後の動向を見通すと、低所得者層に負担が大きくなる事態に対して、所得保障に代えて介護保障の手厚く行うことを意味する（平成17年介護保険制度改革はこのような方向を歩みだしたともいわれるところである）。しかし、富裕な地方自治体は大都市圏に偏在することから、地方格差介護格差という別の問題を生ずることにもなるし、今後の地方自治体財政の悪化方向をみると、このようなニーズにこたえていくことは困難になっていくものと予想される。郵便局も地方自治体と連携しながら、配達時に健康確認・声掛け・特配など「ひまわりサービス」などに力を入れて地方基盤の構築に努力してき好評であったが、郵政公社化から民営化する現況で、経営効率優先の考え方のなかで急速に崩壊していくことが確実である。今後は、公的な特別サービスは成立しがたく、むしろ、地域団体、福祉団体やNPOによる任意の特別サービスがニーズ対応として主流をなしていくことになる。

- (3) 次に、利用者のニーズの現状とこれに対応するサービス給付の問題点について、苦情事例の内容を通して、素観素考する。

サービス給付の現状に対する利用者のニーズを実際的に把握するには、苦情の内容・状況が参考になる。滝澤仁唱教授は、介護サービスの質的保障の柔軟な制度として市町村が関わる苦情処理制度に触れ、二つの市の苦

情相談事例を紹介している（平成12年～14年期,「介護サービスの基準と質」学会誌社会保障法19号 p58以下）。一つの市の苦情相談例は, ①要介護認定の方法に対する不満（認定調査員の発言・態度—多数, 認定申請期限, 更新手続き）, ②要介護認定の内容に対する不満（状態把握不正確—多数, 状態変化不反映—多数, 認定不信）, ③ケアプラン作成に対する不満（不作成—多数, 押しつけ, プライバシー侵害, 交代, 作成遅延, サービス不手配）, ④介護支援専門員に対する不満（対応の悪さ—多数, 申込み忘れ, 事業者等無断変更, 希望プランの不作成, 訪問回数不足）, ⑤ヘルパーに対する不満（遅刻, 予約日不訪問, 指導への不満, 無断変更, 器具破損, 盗難・紛失, 急な調整の不可, 誤訪問, 人数不足による利用制限, 資質）, ⑥医師に対する不満, ⑦サービス量に対する不満（事業者等の不足—多数, 支給限度額による制約—多数）, ⑧サービス内容に対する不満（サービス未了での費用満額請求, 希望サービスの不提供, 乱暴なサービス, 突然の事業者変更, 職員間の連絡の悪さ, 費用算定への不満）, ⑨事故及び事故への対応に対する不満, ⑩住宅改修に対する不満, ⑪情報提供に対する不満（対応不満, 病院での明細書交付拒否）, ⑫制度そのものに対する不満（一部費用負担—多数, 保険料徴収方法—多数, サービス内容の限界—多数, 不正請求の心配, ヘルパー変更へのとまどい, 老健間転所不可, 通院介助無料搬送不可, 申請手続きの複雑, ヘルパーの医療行為禁止, 認定期間切れ後の費用全額請求, 早急なヘルパー派遣の困難, 入院中のオムツ助成なし, 入所中のデイケア利用不可, 入院中の介護制度医療の利用不可）, ⑬事業主等の制度誤解に対する不満（希望施設への転所時の費用全額請求）, ⑭訪問介護（事業者による変更申し出, サービス終了時刻無記入, 要介護者サービス受入拒否）, ⑮通所介護（送迎時間, 希望無視, 事故）, ⑯福祉用具（長期入院時のレンタル料負担, 身体不適合器具, レンタル業者による損害請求）, ⑰ショートステイ（利用制限, 利用拒否）, ⑱居宅介護支援（事業者間連絡調整不備, 解約申し入れ拒否, 事業者変更による解約料請求, サービス提供遅延, 事業者変更への不満, 介護不安）, ⑲利用

者負担（料金誤請求，支給限度額超過，他者の負担料金との相違，高額負担），⑩保険料負担（介護サービス不希望による負担不満）などである。

もう一つの市での相談事例は，i）制度について，①制度そのものへの不満，②家事援助が要介護者に限定されることへの不満，③制度理解の少なさによる不満，④制度紹介不足への不満，⑤要介護認定への不満，ii）処遇について，①介護労働者の対応への不満—多数，②食事内容への不満—多数，③リハビリへの不満（少ない，苦しい），④転倒への対処，⑤食事方法・場所，⑥椅子使用，⑦入浴時間の短さ，⑧入浴不可への不満，⑨介護労働者の関わり過ぎ，⑩異性介助入浴，⑪熟練介護労働者の退職による不安，⑫夜間スタッフの少なさ，⑬施設の金銭管理への不満，⑭不希望介護への出費，⑮外出制限，iii）設備について①設備への不満，②施設そのものへの不安，③面会者に対する施設の不備，iv）同室者又は他の利用者について，①同室者等への不満，②他の利用者となじめなさ，③他の通所者への不安，④同室者の転出への不安，⑤異性入所からの関わりに対する不満，などである。

両市の苦情相談方法などに違いはあるものの，滝澤教授は，調査から判明したこととして次の点を指摘する。第1に，ケアプラン作成時点で介護サービスの質が決定される点である。介護費用の1割自己負担に忠実にケアプランを作成すると，利用者のニーズを満たすことがなく，不満が残ることである。第2は，不満の解決は事業者や施設の変更ではない点である。同じ事業者により良いサービスを求める目的で苦情を述べることである。第3は，苦情や処理は，現場で即座に解決しないと意味がないこと，生活の質につながるサービスの質に密着したものが多く，想定した解決方法が機能しにくいことなど（前掲，p61～2）である。

これらの苦情相談から導かれる介護サービスの質に関する評価に加えて，法的保護の視点から重視されなければならない事項には，第1に，ケアプランに関わる問題，ケアマネジャー（介護支援専門員）に関わる問題が表面化している。ケアマネジャーの役割，能力にとどまらず，ケアプラン作

成契約に関する整備や責任について標準化し明確化を図ることが必要である。とくに、中立義務（サービス選定に関する事業者からの一定の中立・独立性）、適切な情報収集・提供義務、利用者本人及び家族（とくに同居家族）との調査による状況把握義務、一定の条件の下での関係専門職との協同相談（カンファレンス）義務、助言義務、早急なニーズへの対応義務、苦情処理義務、守秘義務などが整備すべき事項とされる（同旨、高島淳子「介護支援相談員の専門性と職務体制の改革」学会誌社会保障法19号 pp 42～7）。次に、問題にされるべきは、現場で介護サービスを実際に提供する介護サービス労働者（ホームヘルパーなど）のサービスの提供方法についてである。人間的接触の場面であり日頃の障害がもたらす人間的影響状況を把握し満足度のあるコミュニケーションや家事援助を行うことは容易ではない。また、得てして、使命感や同情心から過度のサービスを限度を超えて提供しがちともなる。これらについても、現場のサービスの契約内容をできるだけ詳しく標準化し、これをサービス提供開始時に説明する義務、苦情・トラブル処理義務（サービスに関する不満やトラブルの迅速処理方法の整備）、守秘義務などを明確にしていくことが必要になるであろう。

- (5) 最後に、利用者のニーズを反映するサービス給付システムのあり方を含めて、以上述べてきたところをまとめて考察する。

ニーズの反映には、ニーズの全体に対するシステム設計に関わる部分と、各レベルでの個別のニーズに対する対応とに関わる部分がある。全体のシステム設計に関わる部分は、公的責任に関わる問題であり（古川孝順『社会福祉の運営』pp221～8、秋元美世「福祉契約の法的関係と公的責任」学会誌社会保障法19号 pp141～8）、第三者評価制度が問題となるところである。これに対して、後者の個別サービス給付レベルに関わる部分は、事業者・施設と利用者本人・家族との具体的関係に関わるものであり、さらには事業所・施設の雇用するサービス労働者と利用者本人・家族とが接触する場合の問題である。

前者については、介護保険制度全体に対するニーズ反映につき、多くの研究調査文献や厚生（労働）省審議会・研究会報告書があるので省くこととするが、介護保険制度運営主体である市町村に関する努力事例として、①高齢者窓口の一本化とワンストップ方式として高齢者支援室を設立している事例（三鷹市）、②高齢者福祉の窓口及び全体の統括を介護化に集約した事例（松本市）、③2ヶ所に高齢者サービスの対応窓口を設けた事例（宇都宮市）がある（「地域における民間事業推進のための調査研究報告書—介護保険のサービス運営における組織と一ネットワーク—」社団法人生活福祉研究機構、平成15年3月を参照されたい）。市町村あるいは広域単位で、高い質で迅速に個別具体的ニーズを統合的に公的に処理するシステムが必要であることはいうまでもない。

後者の個別的具体的介護サービス提供をめぐるニーズとサービスの関係をどのように健全なシステムとして整えていくか、が利用者本人や介護サービス労働者本人の切実な問題であり、現実のサービスの質や利用者（顧客）満足に関係する。これらについては、当該介護サービス提供契約の内容を質的に高める方向で明確化し、当事者が契約上の権利義務を明確に行使できるように講ずることである（この際、各種の消費者契約が参考になる）。

介護サービス事業者・施設が、できるだけ経営負担の軽減を図りサービス従事労働者の責任を回避するためには、サービス提供契約（約款）の内容が簡単であり、しかも規定自体が抽象的曖昧であり、利用者の権利行使に対する保障措置が規定化されていないとすると、サービス提供自身は契約上のサービス受給の形態を採りながらも、その内容は実際のサービス給付方法や利用者処遇とは結びつかなくなるし、具体的権利の行使は困難になり、利用者は契約劣者の位置に立たされることになる。まず、利用者のサービスニーズが契約上適切適正なものであるか否かを、利用者自身（重度者の場合は家族）が容易に明確に判断することができるようにすることが重要であり、具体的サービスの提供内容をめぐる具体的権利の行使をす

る際の前提である。(前稿本稿で指摘してきたように、厚生労働省の諸基準やこれを約款化したに過ぎないような公的約款モデルには、きわめて問題が多く、消費者契約の発展動向を踏まえていないといえることができる。)

この点については、実務家による優れた研究が示されており、今後のサービスの契約的あり方について貴重な示唆がなされているところである(平田厚「福祉契約に関する実務的諸問題」学会誌労働法19号 pp124～135)。同氏は、福祉契約の給付義務が事業者と利用者との間の権利義務のパッケージとして一束化されているので、個別具体的なサービス内容を丁寧に記載することが必要であり、サービス利用説明書と併せてこのような具体化を図るべきと提言する。またサービス給付契約が準委任契約であることから信託関係の要素が重視されなければならない、契約付随義務として安全配慮義務、説明義務、守秘義務、記録作成保存義務など存在することを挙げている。モデル契約書(約款と利用説明書)の内容の向上とこれの第三者評価制度を通じた確保が求められることになる。

5 介護給付サービスとサービス施設・事業者

ここでは、介護給付サービスの質的視点から、介護サービスを給付する介護サービス施設及び介護サービス事業者の事業運営について、介護サービス施設、介護サービス給付事業者及びケア・マネジメント事業者の順に考察し、最後に介護サービス契約について検討する。

- (1) 介護サービス施設の状況については、2003(平15)年10月1日時点で数値(以下いずれも「平成15年介護サービス施設・事業所調査」厚生労働省大臣官房統計情報部編、による)をみると、総施設数11,914(介護老人福祉施設5,084、介護老人保健施設2,013、介護療養型医療施設3,817)に上る。その定員(病床数)・在所要者数・利用率は、介護老人福祉施設が346,069床・341,272人・98.6%であり、介護老人保健施設が269,524床・245,268人・91.0%であり、介護療養型医療施設が139,636床・129,365人・92.6%である。病床数の前年からの増加数は、介護老人福祉施設が15,035

床、介護老人保健施設が14,606床、介護療養型医療施設が1,668床である。利用率は殆ど同率である。利用者の要介護度別入所率をみると、介護老人福祉施設では、要介護度1が7.8%、要介護度2が13.2%、要介護度3が18.3%、要介護度4が29.3%、要介護度5が31.1%、その他0.3%となっており、介護老人保健施設では、要介護度1が12.3%、要介護度2が19.6%、要介護度3が23.7%、要介護度4が26.7%、要介護度5が17.4%、その他0.3%となっている。在所（入所）期間は、介護老人福祉施設では1年未満が18.2%、1年～3年が28.0%、3年から5年が19.2%、5年以上が26.9%である。介護老人保健施設では、3年未満が41.7%、3月～6月が23.2%、6月～1年が15%、1年～3年が14.8%、3年～5年が3.0%、5年以上が0.4%となっている。退所後の経路については、介護老人福祉施設では、死亡が71.3%、医療機関が23.4%、家庭が2.7%である。介護老人保健施設では、家庭が39.2%、医療機関が38.5%、介護老人福祉施設が9.4%となっている。

この数値からみると、介護老人福祉施設の利用率は高く、殆ど空き病床がなく運営されている。空き病床の殆どは短期入所者向けのもので推測されるので、ほぼ満床状態が維持されているとみることができる。他面、経営面から実質的な満床状態で財源（介護保険給付費）を確保することを迫られているともみられるところである。また、介護老人福祉施設は、重度化が激しいこと、終身在所傾向にあることを示している。

室定員別室数の構成割合をみると、介護老人福祉施設では、個室が35.3%（前年は32.2%）、2人室が17.5%、3人室が1.7%、4人室が44.0%（前年は46.1%）、5人以上室が1.6%である。介護老人保健施設では、個室が30.8%（前年は28.6%）、2人室が15.9%、3人室が2.2%、4人室が51.1%（前年は52.8%）、5人以上室である。4人室から個室への構成割合が高まる傾向にあり、個室化の流れがうかがえるところである。（しかしながら、平成17年法改正により、個室化への都道府県の施設新築改築補助金が廃止されることになり、今後は個室化への改修条件は困難に

なると予想されている。)

このうち、新たに導入され政策手段として推進されているユニットケア（小規模生活単位型及び一部小規模生活単位型）介護施設のうちに、介護老人福祉施設については、施設数が75, 定員が4,480床であり、ユニット数の構成割合は、2ユニットが2.7%, 3ユニットが8.0%, 4ユニットが12.0%, 5ユニットが28.0%, 6ユニットが14.7%, 7ユニットが2.7%, 8ユニットが18.7%, 9ユニットが6.7%, 10ユニットが6.7%である。平均ユニット数が6.0, 1ユニットあたりの定員が10.1である。介護老人保健施設については、施設数が143, 1ユニット13.3%, 2ユニットが16.8%, 3ユニットが21.0%, 4ユニットが12.6%, 5ユニット以上が36.4%であり、平均ユニット数が4.3, 1ユニットあたりの定員が12.7である。

この状況のなかで注目されるべきは、ユニットケアを採用している介護老人福祉施設における個室及び2人室における居住費の徴収される施設が75施設中46施設存在することである。個室の場合は、500～1000円が16施設、1000～1500円が16施設ある。自己負担額に加えて居住費が徴収されることになり、低所得者の入居者の負担が過重になっている。(また、平成17年法改正により居住費・食費が保険外自己負担になることから、今後はより一層過重な負担となる。)

- (2) 次に、介護サービス事業者について事業者の存在状況を把握し（紙数の都合上、代表的な訪問介護サービス、通所介護サービス、通所リハビリテーションに限ることとする）、事業運営の質的確保について素考する。

訪問介護サービス事業所数は15,701, 通所介護サービス（以下デイサービスとする）事業所数は12,498, 通所リハビリテーション（以下デイケアとする）事業所数は、介護老人保健施設併設が2,960, 医療施設併設が2,772である。利用人員状況（平成15年9月分）は、訪問介護サービス事業所では、39人以下が49.3%, 40人～99人が36.9%, 100～199人が10.9%, 200人以上が3.0%であり、1事業者あたり59.0人となっている。

デイサービス事業所では、39人以下が27.4%、40～99人が47.3%、100～199人が23.7%、200人以上が1.5%であり、1事業者あたり73.9人となっている。また、デイケア事業所では、39人以下が24.5%、40～99人が51.3%、100～199人が20.6%、200人以上が2.0%であり、1事業所あたり73.8人となっている。次に、要介護度別利用者構成割合をみると、訪問介護サービスでは、要支援が17.2%、要介護度1が39.3%、要介護度2が16.0%、要介護度3が9.8%、要介護度4が7.8%、要介護度5が7.6%となっている。デイサービス事業所では、要支援が13.6%、要介護度1が35.3%、要介護度2が19.7%、要介護度3が12.6%、要介護度4が8.7%、要介護度5が5.2%となっている。また、デイケア事業所では、要支援が11.0%、要介護度1が36.9%、要介護度2が22.9%、要介護度3が14.2%、要介護度4が9.5%、要介護度5が5.0%となっている。利用者数及び利用回数（平成15年9月）については、訪問介護サービスでは、利用者数が899,167人、利用者1人あたり12.3回であり、デイサービスでは、利用者数が920,869人、利用者1人あたり6.4回であり、デイケアでは、利用者数が419,510人、利用者1人あたり7.2回とであった。

これからみられることは、重度者の利用が少なくないことである。利用回数も多く、訪問介護サービスと通所介護サービスを併用するとその合計回数も多くなることが分かる。これについて他の調査研究結果を利用する（「民間介護事業の効率的・安定的推進のための調査研究報告書—事業経営と在宅介護労働力問題—」（以下「民間介護事業調査研究報告書」とする。社団法人生活福祉研究機構，平成14年3月，pp26～42）と、民間訪問介護事業等は、次のような状況にある。i）多数の零細経営—単独事業所型と総数の大規模全国展開型の両極があり、その中間に、特定地域集中型と中規模公益展開型があること、ii）提供サービスの種類タイプは、零細経営が介護又は入浴に特化する傾向をもつのに対し、中規模経営は、入浴から入浴＋介護へ、または介護から介護＋入浴へ展開を図っているが、このいずれかに軸足を置く傾向がある、大規模経営は、介護中心に展開し、

入浴、さらにデイサービスなどの通所施設系サービスへの総合サービス提供型への展開を図ろうとしていること、iii) 地域事業所の規模は、①採算ライン、②地域社会との関係、③労働力の供給と管理、④サービスの管理などの要因から、一定の標準的な規模をもつ傾向にあること、iv) サービスの事業種類によって、経営面での性格が異なり、収支状況にも、大きな相違があり、介護は赤字傾向、入浴は先発事業者を中心に安定傾向にあること。今後の民間事業の展開は、それぞれの特性をもつ地域に適合した福祉諸サービスの有機的な供給ネットワークをどのように形成していくか、という条件のなかで考えられるべきこと、v) 民間介護事業が経営上直面している問題として、①介護報酬体系のあり方と報酬単価の低さ、②高い労務比率、③労働力調達と雇用管理、④経営能力・管理能力の低さ、人材不足、⑤設備投資資金の調達、⑥間接経費の高さ、などを挙げることができると、である。

民間介護事業の質を確保するためには、民間介護事業を成立させる（あるいは競争的市場を育成し参入を促す）ためにはまず、労務費比率の高さと間接経費の高さ、高い経営能力・管理能力を担う人材の不足をいかに克服するかを指摘することができる。しかし、労務費削減の努力は、現状においては、労働力集約型の介護サービス事業に介護労働力のより質の低さしかもたらさないマイナス効果を伴うばかりであり、間接経費の節減もたやすすくないからである。この点で、多くの零細事業所にみられるような、ボランティア的な経営の質ではなく、高い質をもつビジネスとして成立しうる設置基準、介護報酬条件そして経営管理ノウハウと質を確保するための事業者間の協同・ネットワーク化を整備することが求められるところである。

(3) 最後に、居宅介護支援事業所（ケア・プラン事業所）について、存在状況を把握し、質的確保について検討する。

i) 事業所数は、23,184であり、在宅介護支援センターと併設するものが6,261、同一法人の介護保健施設・居宅サービス事業所と併設するもの

が20,043である。また、経営主体別にみると、営利法人6,036、社会福祉法人(社協外)5,665、医療法人5,467、社協2,242、社団・財団法人1,123、地方公共団体1,063、協同組合867、NPO447などである。

事業者利用者総数1,884,265人であり、介護支援専門員の勤務形態別の利用者人数及び構成割合をみると、常勤介護支援専門員1,499,110人—79.6%—(うち専従994,597人—52.8%—,兼務504,513人—26.8%—),非常勤介護支援専門員116,016人—6.2%—,不詳269,139人—16.2%—である。介護支援専門員1人あたり利用者数は、29.8人(うち専従常勤者が34.5人、兼務常勤者が19.4人、非常勤者が13.7人)となる。ちなみに、介護支援専門員(以下ケアマネジャーともいう)数は、総数59,325人であり、所属事業所別うち分けと構成割合は、介護居宅支援事業所に44,723人—75.4%—,短期入所介護事業所に1,499人—2.7%—,介護老人福祉施設に5,253人—8.9%—,介護老人保健施設に4,175人—7.0%—,介護療養型医療施設に3,675人—6.0%—である。

- ii) ケアマネジャーの機能は、単純にみると、介護サービスと利用者のニーズを繋ぐこと、すなわち利用者および家族のニーズとコストとこれに見合う介護サービスを適切に調整して介護サービス計画(以下ケアプランという)を立て、介護サービスの給付を仲介することにある。この点において、まず、ケアマネジャーの資質と能力が問われ、①利用者本人及び家族のニーズ及び利用者負担費用の的確な聴取と把握が必要であり、次に②このニーズを反映する介護サービスの種類とサービス給付時間を組合せる専門的技術が必要であり、さらに③この介護サービスを給付する適切なサービス業者を選択しサービス給付契約の締結の仲介することにある。これらの行為には、いずれもケアマネジャーの能力と作業取り組みへの誠実性の如何により、ケアプランの内容上の質が高まりもし低まりもするところである。日頃からの変化する利用者の要介護状態を把握していることが必要であり、サービス事業者(及び事業者の雇用するサービス労働者の質)についての最新の情報を入手していること

が求められる。ケアマネジャー個人による単独の判断によるよりも、サービス担当者会議（以下ケアカンファレンスともいう）での情報交換と調整・共同判断による方が、高いレベルのケアプラン（利用者の状態に最適な程度の介護サービス給付計画）を開発することができるのである。しかし、これらの共同作業は、ケアマネジャーにとり調整時間や準備作業にコストをかけることになり、事業者の事業運営コストに跳ね返ることになる。このような事業運営のコストと高いレベルのケアプラン作成のコストとの調整力もまた必要とされるところである（高いレベルのケアプランの作成は、利用者の信頼を高め、業者間の市場競争の際に顧客を維持獲得するメリットを伴う側面がある）。このレベルのケアマネジャーのケアプラン作成作業の質的確保の段階を第1次段階の質的確保とよぶことにする。

- iii) 次に、第2段階のケアマネジャーの質的確保が問題にされなければならない。ケアマネジャーを取り巻く介護システムという条件が変わり、これに応じた機能が重要になっている。すなわち、平成17年度介護保険制度改革にともなう地域包括ケアシステムのもとで、このシステムの担い手としてのケアマネジャーの役割が求められることである。高齢化率がより厳しく進行する今後は、年齢を反映した重度の要介護者の絶対数は著しく増加する。平成17年度予防給付制度の新設みても、この傾向に大きな歯止めがかかるとは、予測しがたいところである。

ケアマネジャーの役割は、第1段階から発展し新たに社会システム化の道を進んでいる。2004年7月に示された「介護保険制度見直しに関する意見」（社会保障審議会介護保険部会）では、従来の「介護」モデルから「介護+予防」モデルへの転換を提言し、ケアマネジメントが「利用者にとって最適な「サービスパッケージ」を他職種協働・連携により総合的に「設計」し提供する」という「統一的なマネジメントシステム」を必要としている。とくに、地域密着型のサービスの確立を求め、医療と介護の包括的・継続的サービスを行うことを提言する。ケアマネ

ジャーも、このような方向で位置づけ直され、介護給付マネジメントは「包括的・永続的なマネジメント」を実行する役割を求められ、その質の向上を求められる。その後、介護予防の観点から、新たなこの提言をうけて「地域包括支援センター」構想が出され、①地域支援の総合相談、②介護予防マネジメント、③包括的・継続的マネジメントの支援の基本的機能を担うべきことが示された。このうち最も重要な「包括的・継続的マネジメントの支援」という基本的機能を実際的に負担するためには、ケアマネジャーが中心的役割を演ずることが必要であり、「地域包括的支援センターが主導的かつ中立的な立場で主治医との日頃のネットワークの構築に乗り出すことに加えて、現場のケアマネジャーの資質と専門性の向上が欠かせないことになる」（「地域包括ケアにおける在宅ケア体制確立のための連携体制のあり方等に関する研究報告書」（以下、「在宅ケア連携体制あり方研究報告書」という。社団法人生活福祉研究機構，平成17年3月）p35）のである。このために、ケアマネジャーの階層化が計画される。すなわち、①「初任者・新人レベル」、②「中堅レベル」（現場経験と専門性を高める現任研修の修了者）、③「スーパーバイザーレベル」（一定の実務経験と主任介護支援専門員研修の修了者）という、3階層化である。重度化や医療連携など支援困難なケースでは、「現場のケアマネジャーへの支援・指導という形で関わるスーパーバイザー的ケアマネジャーと現場のケアマネジャーが協働して1人の利用者のケアプランを作成する仕組みを読み取ることができる。これまでのケアマネジャーが1人で抱え込むことが多かった支援困難ケースをケアマネジメント・ネットワークのもとで解決する道筋を作り、地域包括センターというフィールドを介して、介護保険給付サービス外のサービス情報へのアクセスを可能とする新しいシステム」（前掲「在宅ケア連携体制のあり方研究報告書」p37）となる。しかし、この新しいケアマネジメント・ネットワークシステムのもとにおいても、個別のケアプランを作成する主体はあくまで現場の個別ケアマネジャーであることには変

わりなく、スーパーバイザーを含めた専門家が複数で協働して支援するに過ぎない。ケアマネジャーとサービス利用者との法的関係、すなわち契約責任関係に、この協働ケアマネジメント・ネットワーク・システム関与者がどのように関係するのか、不安とされているところである（前掲「在宅ケア連携体制のあり方研究報告書」p38～p41）。

ただ、ケアマネジャーの専門性と職務の重要性にも関わらず、やりがいに比べて担当ケースが多く、作成ケアプランも多く、新規ケアプランも入ってくる。仕事は極めて多忙激務である例が多い。また、アセスメント、モニタリング、再アセスメントに所要する時間も少なくない。ケアマネジャーの多忙・激務・過重を解消することも課題の一つであり、適正数のケースの担当に止めることが必要である。（サービス給付管理を含めて定められた手続で1人で50ケースを担当することは無理を伴うといわれる。）また、ケアプラン作成過程における事業者からの介入から中立＝公共を確保することも困難を伴うが重要な課題である。この意味で平成16年介護保険法改正が、ケアマネジャーを独立事業者と認めるとしたことの意義は大きい（介護保険法79条）。ケアマネジャーの能力を高めるためにも、ケアマネジャー同士や他の専門職員とのフォーマルやインフォーマルなネットワーキングや自主的な勉強会・研修会に取り組むことも大切であり、このための時間も確保されなければならない（前掲「地域における民間介護事業推進のための調査報告書」pp55～72）ところである。

6 介護サービス労働

- (1) 介護サービスに携わる労働者の介護サービス労働の質の確保については、すでに様々に指摘されてきている。ケアマネジャーについては、前述したところであるが、一般的には、社会福祉や介護福祉の理念の高さとは裏腹に、経営目的から福祉・介護サービス労働者に個々的な使命感や献身的努力を求めることが長く続いてきた。介護サービス労働においても、サービ

ス労働者の資質や能力を高めるためには、高い専門性を確保するための専門資格制の導入と専門資格に対する社会的評価が必要であると唱えられてきた。そこで、1987年には社会福祉士と介護福祉士が国家資格となったが、名称独占ではあるものの業務独占には及ばず、また国家資格の取得が採用や昇進の条件に利用されるなど、資格として実質的には半専門的にとどまり、社会的には十分成熟しているとは言い難い。1997年には、精神保健福祉士が国家資格化されたが、前2資格と同様な専門資格としての機能に止まっており、今後の関係専門職の協働・連携を必要とする機能を重視し、将来的には総合資格化を図る必要が指摘されている（古川孝順『社会福祉の運営』p265～8）ところである。他面、法定運営基準には配置が求められていても、専門資格性を伴わない生活指導員、介護職員などの職種もあり、専門的育成上の不安・懸念が残されている。また、介護サービス労働等の人事・労務管理の面においても、必要な質を備えた人材を確保していくために、労働市場の開放、賃金労働時間等労働条件上の改善、施設・機関間の人事交流の活発化、高度研修の推進などが伴わなければならないとされている。

- (2) 次に、居宅介護サービス労働者の状況を、訪問介護サービス労働者の状況から把握し、その問題点を検討し、居宅介護労働の質の確保を考察する。

訪問介護事業所が全国に15,701事業所設置されているが、ここに働く訪問介護員（訪問介護サービス労働者）数は、総数339,169人に上る（以下、前記「平成15年介護サービス施設・事業所調査」平成15年10月1日時点調査による）。このうち、常勤労働者数と構成割合は、常勤者が75,625人—23.0%—（うち、専従者が55,580人—16.9%—、兼務者が20,045人—6.1%—）であり、非常勤者が253,034人—77.0%—である。資格別にみると、介護福祉士が30,204人—9.2%—、ホームヘルパー1級者が24,146人—7.3%—、ホームヘルパー2級者が251,132人—78.9%—、ホームヘルパー3級者が4,592人—1.4%—、その他が10,510人—3.2%—という構成である。資格別に常勤者（専従・兼務）と非常勤者の構成をみると、介護福祉

士については、常勤者20,642人—68.30%—（うち、専従者が15,111人—50.0%—、兼務者が5,531人—18.3%—）、非常勤者9,562人—31.7%—である。注目すべきホームヘルパーの構成をみると、1級者については、常勤者12,980人—53.8%—（うち、専従者が10,044人—41.6%—、兼務者が2,936人）であり、2級者については、常勤者が38,486人—15.1%—（うち、専従者28,086人—11.2%—、兼務者10,400人—3.9%—）、非常勤者が212,646人—84.9%—である。

訪問介護員33万人を、①29万人のホームヘルパーが占めており、②その資格は大半が2級者であること、しかも③ホームヘルパーの8割以上が非常勤者であることが分かる。

このように、現在の介護保険制度の重点である居宅介護サービスは、訪問介護員の中心であるホームヘルパー2級の非常勤ヘルパーによって担われている。

さらに、ホームヘルパーの属性を、一つの調査研究（前掲「民間介護事業調査研究報告書」）の結果からみると、①間接管理部門は正規従業員であるのに対して、現場部門は非正規従業員であること、②既婚女性の登録ヘルパーであること、③子育て期を終えた40歳代50歳代の年齢層であること、④事業所から10キロ以内に居住し、事業所や顧客への移動手段を自転車・自動車としていること、が分る。

(3) そこで、非常勤ホームヘルパーを中心とする訪問介護労働者の労働条件をみながら、ホームヘルプサービスの質について考察を進める（主として、前記「民間介護事業調査研究報告書」を参考にする）。

i) 事業所（30名程度の従業員規模）における雇用管理・業務管理は、2名程度の正規従業員（月給制労働者）の下に、大半はパートタイム介護労働者が配属され、月間1,200時間程度のサービス給付を行う。業務の遂行手続は、①ケアマネジャー作成のケアプランに基づき、介護の指示書がヘルパーに渡される、②最初の訪問はケアマネジャー又はリーダー格経験者が同行しオリエンテーション指導を行う、③以降は、ヘルパー

は顧客先へ直行直帰となり、事業と必要な連絡は電話による、④実施サービスや問題事案の報告は電話で行われ、1ヶ月1回の事業所ミーティングで報告書が提出される、という具合である。

従って、事業所内での管理者とヘルパーの間、ヘルパー相互の間でのコミュニケーションの機会にはなほ少なく、関係意識が希薄になる。苦情や問題事案が発生すると管理者と相談し改善を図る機会が増加し、サービスの向上とヘルパーの技能評価につながることも生ずる。

- ii) ケアマネジャーにより提供されるケアプランに基づく「シフト表」(ヘルパーの担当労働配置表)は、1月単位で作成されるが、直前に配置を求められるものもあり、計画的に作成することが極めて困難であり、これを調整し作成していく能力が管理者に求められる。また、ヘルパーの事情にも通ずることが必要であり、顧客との関係では同一ヘルパーの派遣を継続することが必要ともなる。ケアマネジャーの資質能力と並んで、事業所の管理者のヘルパーの把握力とケアプラン実施のシフト表の作成力が重要になる。
- iii) 担当するサービス給付労働時間は、多様であるが、月間総計50時間以上のヘルパーが全体の労働時間量の70%以上をまかない、これらの長時間ヘルパーが中核を担っている。従って、ヘルパーの労働量は長短いくつかのグループに分かれることになり、労働時間量は一様ではない。これを反映して、介護労働に関わる意識、責任感、向上心など質的部分に影響が出てくる。

労働時間についてとくに問題となるのは、サービス給付間の「空き時間」問題である。一つの顧客から次の顧客への移動する間の空白時間の発生と移動距離(移動所要時間)の長さは、ヘルパーにとり過大な負担(リスク)となる。一日の顧客への訪問回数が増加すればそれだけ、サービス給付労働が断続し、空き時間が増加する。他方、回数が少なくとも、間隔時間が長ければ、就労時間の短さに比べて拘束時間が長くなるともみることができる。この空き時間を短くすることも、管理者のシ

フト表を作成する際の能力の問題となり、ヘルパーの業務満足度、ひいては雇用管理の質に影響する。

ヘルパーの多くはこの空き時間を利用して報告書類の作成を行っているが、頻繁な中断・移動時間の存在とこの長さは、他の問題を生じる。一つは、労働時間性の法的評価に関わる問題であり、もう一つは賃金時間の算定に関わる問題である。労働時間性については、空き時間がいわゆる待機時間に該当したり報告書作成等の業務に関連する場合は労働時間性を認められなければならないであろう。あるいは、通勤時間性を認められなければならない。しかし、契約上は、多くは、これらの扱いについては明示されておらず、実質的に労働時間・通勤時間の扱いを受けていない。そこで、これらの空き時間および直行直帰時間中の事故による損害が労働災害又は通勤災害に当たると評価されないことになるが、問題となるところである。ヘルパー自身の業務に対する不安の大きな事項となっている。後者の賃金時間算定についても、業務関連時間・通勤時間の評価・算定基準を就業規則・労働契約上明確にし、現在の曖昧な状態（まさに事業者に対する“サービス労働”となる）を改善することが必要である。実勢労働時間に比べた実勢賃金の低さとか技能・経験に見合う賃金が保障されないこと、安定した労働時間とそれに伴う賃金が保障されないことが不安の理由に挙げられる所以である。介護技術・技能・ノウハウ向上のための研修や交流の機会もますます重要であるが、これを保障していくためにはこのための時間の確保とこの時間に対する報酬を必要とすることはもちろんである。

関係するものとして、24時間ケアの問題がある。このための巡回型訪問介護についても、コアの正規従業員ヘルパーを非常勤のヘルパーが補充するという勤務体制が採られることがある。正規従業員ヘルパーを少なく押さえる体制の下では、非常勤ヘルパーに負担がかかることになる（石田一紀『介護福祉労働論』p184～6）

iv) 在宅介護サービス労働の特性として、「利用者のプライベートな生活

環境（家庭）の中に入り、『人』（利用者）を対象に行われるサービス労働」を挙げられる（前掲「民間介護事業調査研究報告書」p17～8）。これは一定の専門的技能の要素とサービス労働者の人間的要素（心遣い、利用者の生活歴・嗜好・考え方・現状の把握、家庭内人間関係への配慮、職業倫理など）から成る。サービス労働者の個人性・人間性を強く反映するとともに、自己判断・自己決定と責任を伴う労働である。

「家事援助」におけるヘルパーの技能に関する資料（前掲「民間介護事業調査研究報告書」掲載資料、p23～5）によると、例えば、家事援助に要求されることとして、総論的に、①利用者の生活歴・育った環境・趣味・嗜好・現状の把握（身体的・精神的）・家族関係・友達関係など、ニーズに基づく個別性への対応をしなければならない、②掃除、調理だけでできればよいと言う、限られたサービスの提供だけでなく、マルチ型でなければならない、③知識、技術だけでなく、利用者が暮らしてきたやり方や方法に限りなく近い状態で援助しなければならない。知識・技術だけでは、コミュニケーションや信頼関係は成り立たない、④ヘルパーの年齢には関係なく、利用者との関わりを築き上げるノウハウを心得ていなければならない、と記し、以下調理・洗濯・掃除・コミュニケーションについて具体的に留意点と参考事例を記し、研修教材としている。

また、利用者からのニーズが強い孤独感からの解放のための独居者の対話・コミュニケーション・サービスの扱いである。重度者・孤老者のコミュニケーション介護についても、ケアマネジャー、ホームヘルパーの連係の質に委ねて、給付サービス化する方向が検討されるべきであろう。同時に、ホームヘルパーの直行直帰型勤務によるホームヘルパー自身の孤独化（ひとりぼっち意識）が懸念されるところであり、グループ化や他の専門職とのネットワーキングが必要である。（前掲、石田「介護福祉労働論」pp209～14）。

介護サービス労働者の知識・技術・技能・能力・資質は、家族的介護

の社会化を反映して、高いレベルの人間的能力を求めるものである。これらの各要素を、専門性に昇華して量的質的両面から高度化する数値目標化することはなかなか困難であるし、この困難を打開していくためには、介護サービス労働に対して社会的評価を高めることと評価に見合う報酬を伴わせること、サービスの質に関する職業倫理と（契約的）責任を明確にしていくことが求められる。

- (4) 質の高い介護労働力の育成にむけて、前掲「民間介護事業報告書」は、いくつかの提言を行っている（同報告書 pp84～100）。具体的には、①介護サービスヘルパーには既婚女性の経済的動機によらない社会奉仕意識を根拠とする人が少なくないが、専門的・準専門的な意識に立つ中核的ヘルパーが現実の介護労働力を支えており、中長期的に介護労働力の労働市場を整備していくためには、この中核的介護労働力の育成に向けて、雇用・労働管理の整備・改善・充実が必要になること、②民間事業者による雇用・労働管理の実態が他産業に比べて未成熟であり、とくに使用者である事業者とヘルパーとの関係が希薄で、雇用労働者として管理が極めて弱体であること、③介護保険の報酬体系における訪問介護の扱いは、公的管理からする規制面が強すぎる。民間事業者の活性化を促すためには、事業者の商品設計、労働者管理における規制を撤廃し、自由化を進める必要があること、④業界レベルでの労使協同（労働組合への組織化を含めて）による自主的努力が重要であること、を提言する。さらに、雇用条件・労働条件の整備・改善のために、①雇用契約・就業規則の明確化標準化、②実勢賃金の引き上げ、③労働環境の改善、④希望に添う労働時間（報酬）の確保、⑤技能・経験の向上に即した昇進・昇給システムを整備すること、と労働意欲・やりがい意識・仕事への誇り意識を高める施策が必要であることを敷衍する。さらには、将来的基盤の確立のために、①現場に即した技能・経験の向上の機会の拡大、②プランづくりを含めた介護全体への参加の拡大、③在宅介護スタッフの交流の拡大、④ケアプランづくりへの参加、現場からのフィードバック機会の拡大など、が求められることを提言

する。

- (5) それでは、質の高い介護サービスをどのように確保していくべきか。第1に、前述のとおり、ケアマネジャーによるケアプラン作成は、利用者との委任契約による。委任契約上の適正な内容、適正なケアの質を保障することが、委任契約の内容を為すことになる。これは、前記第一段階のレベルのケアプランの質を保障することを意味する。次に、2005年度介護保険制度改革により、地域包括支援センターを基礎とする継続的・包括的ケアマネジメント・ネットワークシステムには現場の介護サービス労働者も参加することになろう。また、このようなシステムのもとで作成されるケアプランは、利用者からみると様々な専門職種の介護サービス（例えば訪問介護サービス、訪問医療サービス、通所介護サービス）がそれぞれ分断的に独立してサービス提供されるのではなく、相互に協同連携して質の高いサービスとして総合化包括化されることになる。このように、ケアプランに協同化されるサービス事業者は、このような性格をもつケアプランを分担し実行するものとして、契約実施上の法的責任を負担することになるのではなからうか。第2に、介護サービス契約が、長期にわたりうる継続的契約であり、ともすれば強者たる健常介護サービス者と弱者たる要介護者との関係を考えると、より一層消費者契約の原則を生かした、要介護者の権利を見ることができ、要介護者でも容易に主張できるような介護サービス契約を整えていくことが必要である。権利の明確になりないところから契約制度化の役割はないし、高い質の介護サービスを法的に保障することにならないからである。また、低い質のサービス事業者を排除するためにも、契約の役割は大きいと捉えられなければならない。

以下の次号掲載稿分では、このような観点を生かして、これまでの介護サービス給付をめぐる法的紛争（紛争事例と判例）を分析し、利用者の介護サービスへの権利の保障とサービス給付事業者・施設の法的責任を考察することとする。