

要介護認定とケアマネジメント

小林 良二

はじめに

本稿の課題は、日本の介護保険における要介護認定とケアマネジメントについて論じることである。

介護保険は2000年4月から実施されたが、厚生省（厚生省、2000）の見解によると、滑り出しは「おおむね順調」とであるとされ、その根拠として、サービス利用者が20%以上増加し、サービス利用量も増加したことが、いわゆる定点観測調査の結果によると、サービス内容に満足あるいはサービスの質がよくなったと答えている利用者が多く、苦情が思ったより少なかったことなどがあげられている。

他方で、新聞などによると、ショートステイやデイサービス等のサービス資源が不足していること、特別養護老人ホームの待機者が相変わらず多いこと、ホームヘルプサービスは全体的にサービス量が不足しているとともに、朝夕の時間帯の派遣が足りないことなどが指摘されている。また、利用者については利用者負担の増加によるサービス利用の抑制傾向が見られること、事業者については、ホームヘルプサービスに見られるように、サービスの報酬単価が低いため、民間事業者の参入が思うように進んでいないこと、介護支援専門員については、制度開始当初、介護報酬の請求事務に多大の時間が費やされ、本来のケアマネジメントが実行できないこと、報酬単価が低く介護支援専門員の確保が難しいと見られること、などが指摘されている¹⁾。

本稿では、要介護認定とケアマネジメントについて、以上のような制度施行後の状況から見た課題を直接に論じるのではなく、それぞれのシステムの設計過程で明らかになった論点を筆者の観点から整理することにより、若干の解釈と課題を提起してみたい。特に日本の介護保険においては、イギリスとは異なり、要介護認定がケアマネジメントの過程から論理的には切り離されたため、この2つのシステムの関連をどのように理解するかは重要な課題であると思われる。本稿では、この点に特に注意をはらって検討することにする。

I 要介護認定とケアマネジメントの関連について

要介護認定とケアマネジメントそれぞれの検討に入る前に、まず、この両者の関連について若干ふれておこう。

日本の介護保険の特色は、保険の仕組みとケアマネジメントの仕組みを組み合わせた点にあるとされる。例えば、ドイツには介護保険はあるが、はっきりしたケアマネジメントの仕組みはないし、イギリスにおいては、ケアマネジメントはあるが保険の仕組みはない²⁾。

そこで、よく紹介されているイギリスのケアマネジメントと日本のケアマネジメントの違いを見ると、イギリスにおけるケアマネジャーは自治体の職員であり、自治体の予算を背景としてサービスの提供に関わるケアマネジメントを行うのに対し、日本のケアマネジャー（介護支援専門員）は、独立した機関の職員ではあるが、一般的にはサー

ビス事業者の組織に属し、介護報酬を前提としてサービス計画の作成とサービスの調整を行うことになっている。言い換えると、イギリスのケアマネジャーは、サービス事業者からは独立した公的あるいは第三者的な立場に立つのに対して、日本では、利用者のニーズに即してサービス計画の作成やサービスの調整を行うけれども、基本的には関連の深いサービス事業者のサービスを前提にしてケアマネジメントを行うことになる。

もちろん、この2つの仕組みのどちらが優れているかということを一概に決めることはできない。公的サービスによる資源配分機能と事業者によるサービス調整機能とは、それぞれその意義を異にしており、そのシステムのおかれた環境によってそれぞれの機能の長所、短所が異なるからである。しかし一般的には、市場にサービス資源が十分整備されており、サービス提供をめぐる競争状態があるときには、サービス事業者を中心とするシステムのほうがサービスの拡大と質の向上につながるであろうが、資源の整備が不十分な場合や、利用者側に十分な支払能力がない場合には、公的機関による必要原則に即した資源の配分のほうがより公正であるといえるだろう。

では、日本の介護保険では、必要原則に即したサービス資源の分配の公正さは何によって保障されるのかということ、それはまず、要介護認定の公正さに求められる。つまり、全国どこにおいても、客観的で公正な基準と手続によって要介護度が判定され、それに基づいて介護給付額が決められるということに公正さの根拠がおかれている。これに対して、ケアマネジメントにおいては、要介護認定によって決定された介護給付額等を念頭において、利用者のニーズに即したサービス計画が作成され、サービスの調整が行われることになる。この意味では、資源配分の公正さを保障するのが要介護認定であり、個別のニーズに対応するのがケアマネジメントであるということもできる³⁾。

もちろん、一般的にいえば、要介護者のニーズは原則的に個別的であり、個別的なニーズに対しては個別的なサービスを提供すればよいという議論も成立する。しかしその場合でも、サービスが

社会的に提供されるのであれば、何らかのサービス＝資源の配分原則が必要であり、事実、この点をめぐってさまざまな議論が行われてきた。

ところで、イギリスにおけるコミュニティケアにおいては、資源の配分における公正さは、基本的にはケアマネジャーの専門性とその裁量にゆだねられている(西村, 1997)。これに対して日本の介護保険においては、まず、客観的に確定する介護ニーズ、すなわち、要介護度が存在するという前提から出発する。これが理論的にも実際的にも確立できれば、次の段階では、その要介護度に応じて設定された介護給付の範囲内で、個別的なサービスの利用が可能になるということになる。

しかし、もう少し問いを進めて、その場合の要介護認定の客観的な公正さと、ケアマネジメントにおける個別性という意味での公正さがどのように保障されるのかというように考えてみると、事態はかなり複雑であり、事実システム設計の過程でさまざまな議論が行われたし、また現在でも行われている。

そこで本稿では、まず、介護保険における要介護認定とケアマネジメントそれぞれのシステムについての公正さをめぐる議論がどのような意義をもっているのかについて整理し、それがこの制度の将来についてどのような課題を提起しているかを考察してみたい。

II 要介護認定

現行の要介護認定の仕組みについては、1999年7月29日の都道府県等要介護認定担当者会議(厚生省, 1999)において、詳しい説明が行われている。

それによると、要介護認定とは、寝たきりや痴呆などで常時介護を必要とする状態(＝要介護状態)になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要になった状態(＝要支援状態)の場合に、あらかじめ定められた認定基準に従って、その程度を判定することであるとされる。また、実際の認定にあたっては、調査員による高齢者等の心身の状況に関する基本調査に基づく一次判定

(コンピュータ判定)の結果、同じく調査員による特記事項、および主治医の意見書等を参考にして、保健・医療・福祉の専門家からなる介護認定審査会における二次判定によって決定されることになる。

1 一次判定

このうちまず問題になるのは、要介護認定基準(以下「認定基準」とする)である。認定基準は、「介護の手間」をしめす「ものさし」としての「要介護認定基準時間」によって定められるとされ、85の基本調査項目と、特別養護老人ホーム、老人保健施設などの施設入所者3,400人について行われたタイムスタディの結果とを用いて作成されている。

ところで、認定基準が「全国一律で客観的」であることを保障する仕組みとしてまず強調されたのがコンピュータによる一次判定であるが、その方法や結果の妥当性について、さまざまな批判や意見が出された。特に、平成9年度と10年度の要介護認定モデル事業においては、コンピュータ判定の妥当性をめぐる議論が中心になっていた。すなわち、コンピュータ判定による要介護度が、二次判定における審査員による判断とどれだけかけ離れているかということが問題にされ、一次判定と二次判定の間の変更率が論議されたが、このことはまた、日常生活で行われている介護「実感」と、コンピュータによって示される「客観的な」判定との乖離であったともいえる。

このように当初の厚生省の作業では、一次判定結果の妥当性の確保に重点がおかれ、二次判定ではその結果を確認するという位置づけになっていたように思われるが、一次判定をめぐってさまざまな批判が出され、コンピュータ判定の方法について改善が加えられた。そのうちの1つが、コンピュータ判定ソフトの公開と、基準時間の算出にあたって73の調査項目を分類しなおした7つの「中間評価項目」ごとの基準時間の設定、および、特別な医療項目による基準時間を加える方式にしたことなどである。厚生省の説明では、このようなコンピュータ判定の改善によって、判定の制度

がかなりあがったとしている⁴⁾。

2 二次判定

次に二次判定について見ると、ここでも判定の基準あるいはロジックがかなり変更されてきた。厚生省(1999)の説明によると、介護認定審査会による二次判定では、次のような手順で判定を行うとされる。やや長くなるが引用しておこう。

介護認定審査会では、一次判定を原案として、要介護度別に示された複数の「状態像の例」の中から各々のお年寄りの状態に近い1又は複数の「状態像の例」を選び、それらの属する区分に応じて最終判定(二次判定)を行います。その際、主治医意見書や訪問調査の際の特記事項の情報を加味するほか、要介護度別の中間評価項目の平均得点、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)」や「痴呆性老人の生活自立度」から見た要介護度別の発生割合等から得られるその方の状態に関する情報も参考にします。

最終判定においては、主治医意見書や特記事項の記載内容から、特に介護の手間がかかることが具体的に明らかにされている場合には、それに基づき一次判定結果を変更することもできます。在宅・施設の別や家族介護者の有無という事実のみに基づいて一次結果を変更することは不适当ですが、主治医意見書や特記事項において、それらの事実の結果として特に介護の手間がかかることが具体的に明らかにされている場合には、それを踏まえて最終判定をすることができます。

平成10年度までの要介護認定モデル事業における二次判定の最大の問題点は、判断の基準となる「状態像」のイメージが必ずしも明確でなく、一次判定の是非を検討する基準が明確でないということであった。

これに対して、上記の引用からもわかるように、平成11年度に示された方式では、一次判定の場合と同様に、7つの中間評価項目を用いた要介護度別レーダーチャートによる60の状態像が登場した。これによって、個々人の状態像と、あらか

じめ示された状態像のうち、「近似する状態像」を探すという方法を用いて、要介護度の判定が行われることになった。つまり、コンピュータを用いた統計的客観性を重視する一次判定に対して、二次判定においては状態像の照合という「視覚的」な判定方法を用いることにより、認定にあたる専門家間での合意を得やすくしたといえる。

二次判定を行う審査委員会は、医師、保健婦・看護婦、社会福祉士、介護福祉士、施設関係者など多様な専門家によって構成されているから、医師の意見書や調査員の特記事項という定性的な記述だけでは、一次判定の結果の変更理由を説明することが困難であることは想像に難くないし、要介護度の判定にあたって特定の専門家の意見が支配的になってしまうような事態を避けるためには、やはり何らかの判定のロジックが必要であったといえる。もちろん、近似する状態像を探して、コンピュータ判定の結果を当てはめることが認定審査委員会の主要な業務ではないが、医師の意見書や調査員の特記事項を、要介護度に反映するためにより明確な検討の土俵が設定されたという意味で、このレーダーチャートの出現は重要であったと思われる。

3 一次判定と二次判定との関係

以上述べてきたところから一次判定と二次判定との関係について整理してみると、次のようになる。

先の厚生省の説明にも示されているように、コンピュータによる一次判定は二次判定における1つの判断材料にすぎず、最終的な判定は介護認定審査会の認定にゆだねられている。しかし、こうした判定の構造が成り立つためには、一次判定の方法とその限界、および二次判定のロジックの妥当性が何らかの形で確保されていなければならない。その点から見ると、今回導入された要介護認定の判定方式においては、一次判定における統計的客観性と二次判定における経験的妥当性という2つの原則についての調整が行われたといつてよい。こうした方式は、確かにアメリカにおけるMDS方式とイギリスのケアマネジメントにおけ

る専門家判定方式の混合型であるといえるだろう。筆者の考えでは、要介護度というこれまで存在しなかった新しい観念=尺度を創り出し、定着させるためにも、この混合方式の採用は不可欠であったといえる⁹⁾。

要介護認定の作業は、2000年8月ころから認定更新の時期に入るが、いくつかの自治体のヒアリングによると、二次判定における作業は比較的順調に推移するようになったという見解が聞かれる。これは、一次判定の結果と二次判定におけるレーダーチャートを主要な参考資料とし、これに医師の意見書や特記事項を勘案して判定するという判定の方法になってきたのであろうというのが、自治体の審査会担当者の解釈になっていた。ただし、痴呆性高齢者の一次判定はやや低く出るので、審査会においてその点を修正することで、ほぼ、合意が得られているという。

当初の厚生省の説明を見ると、要介護認定基準の設定にあたって、医学的な判定とは異なる「介護」という基準を構成することが重要な課題であったともいえる。担当者の説明においては、痴呆性高齢者や経管栄養の例を用いて、医学的重症度と介護上の重度とは意味の異なることが強調されている。

なお、要介護認定基準は、高齢者個人の心身状況のみを踏まえて判定されることになっており、家族状況や住宅状況、あるいはサービスの有無などの環境条件とは無関係に設定され、認定されるという原則に対して、そのようなやり方では、総合的な要介護状態の認定にはならないのではないかという批判が各方面から寄せられた⁹⁾。筆者の考えでも、ニーズの総合的把握という観点からすれば、この批判は妥当と思われる。しかし、「全国一律の客観的な」要介護判定が必要であるという保険方式の要請を前提とすれば、この点は、ケアマネジメントを含む他の方式で補うほかはない。これについては、ケアマネジメントのところでもふれる。ただし、現行の方式においても、見守りの程度、本人の意欲の有無、一定の住宅環境や家族介護者の有無などが、一次判定の変更をする際の状況として考慮できることになっている。こ

の意味でも、統計的客観性に対する専門家の経験的判断との間での妥協が図られているといえる。

4 要介護認定とサービス利用との関係

最後に、要介護認定の結果がサービスの利用やケアマネジメントにどのように反映されるかについて検討しておこう。

厚生省の介護保険担当者の説明によると、「要介護認定というのは、基本的には、要介護か要支援の状態にあるかどうかと、要介護状態区分を判定することで、サービスの選択そのものを要介護認定の中で指示をするといったことは原則的にはない……従って、介護サービス計画の作成にあたっては、利用者、家族の希望を十分配慮して作成するというのを運営基準でも定めている」(医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・介護給付部会第11回合同部会における制度施行準備室神田次長の説明)とされている。

これによれば、要介護度の認定と、サービスの利用あるいは提供とは原則的には関係がなく、後者はケアマネジメントの領域に属するということになるが、では要介護度とケアマネジメントはまったく関係がないかという点、そういいきれない部分がある。まず、要介護認定で、「要支援」と判定された被保険者は介護施設の利用ができないことになっているし、また、ショートステイの利用については、要介護度別に利用日数の制限が決められている。また、市町村は、認定審査会の判断により、要介護状態の軽減や悪化の防止のためにサービスの指定をすることもできるとされる。

より重要なのは、要介護認定と介護給付、あるいは、介護報酬との関係であろう。介護報酬の仕組みの検討は、本稿の課題ではないので、詳しく検討することはできないが、必要とする限りでふれることにする。

まず、要介護度と施設サービスの介護報酬との関係を見ると、要介護度で決められる基準時間は、「固定部分」と「変動部分」に分けられた施設サービス給付のうち、人件費部分にあたる「変動部分」に反映されている。これに対して居宅サービスの場合は、要介護度別の支給限度額として示さ

れている。また、通所サービスの場合、介護報酬は施設サービスと同様に変動部分に反映されるが、利用者の利用時間によっても報酬額が異なる。最後に居宅サービスの場合には、要介護度別の支給限度額が設定されており、サービス計画においては、さまざまなサービスの報酬単価を考慮しながら、計画が作成されることになる。

ところで、このような要介護度と介護報酬との関係については、興味深い論点が存在する。

先に述べたように、今回作成された認定基準は、介護に要する基準時間を基礎としており、この基準時間は施設ケアの実践(手間)を基礎としている。つまり原則的には、施設ケアの実践が在宅ケアにも適用可能であるという建前をとっている。ところで、基準時間と介護給付との関係を見ると、施設ケアの場合には、基準時間が介護報酬に比例しているのであるが、在宅ケアの場合の、給付限度額は等間隔になっていない。つまり、在宅ケアにおける介護給付の場合、要介護度は等間隔尺度として用いられてはおらず、順序尺度として用いられているのである。こうした状況が生じたのは、在宅ケアの給付限度額があらかじめ構成された「サービスモデル」に基づいて算出されたからであろう。このことは、施設ケアの構造と在宅ケアの構造とが異なることをものがたっているともいえる。いずれにしても、この点に関しては理論的、実践的な妥当性についての吟味が必要だろう。

III ケアマネジメント

ケアマネジメントについては、これまでさまざまな説明や紹介がなされているが、ここではもっぱら介護保険におけるケアマネジメント、そのなかでも特に、そのシステム上の位置づけについて論点を整理することにしよう。

1 ケアマネジメントの前提

まず、ケアマネジメント(居宅介護支援)の定義は、指定サービスやその他必要な保健福祉サービスを適切に利用することができるように、身体

居宅サービス計画を作り、そのサービス提供のために連絡調整や紹介をすることとされている(介護保険法第7条18項)。

また、厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会が監修した『介護支援専門員標準テキスト』(厚生省, 1998)によると、ケアマネジメントの理念や意義について、受給者とその世帯の主体性の尊重、自立支援や多様なニーズを支えるサービスの提供、家族介護者への支援、保健・医療・福祉サービスを統合したサービスの調整、サービス展開におけるチームアプローチ、効果的・効率的から見て適切なサービスの利用、保険給付サービスとインフォーマルサポートを統合する社会資源の調整、が掲げられている。これを要約すれば、介護保険におけるケアマネジメントにおいては、要介護者および要支援者の意向に十分配慮しつつ、介護サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、保健・医療・福祉にわたる介護の各サービスが総合的、一体的、効率的に提供されるようにすることであるといえよう。

ところで、このようなサービス提供の総合性、一体性、効率性の実現は、ケアマネジメントによって、どの程度確保されるのであろうか。

第1に、すぐわかることは、介護サービスの種類と量が一定程度整備されない限り、そうしたサービスの総合性、一体性、効率性を保障しようがないということであり、サービス資源が不足している場合にはその機能は十分発揮されない可能性があるということである。先に述べたように、サービス資源が不足する場合には、公共性に基づく必要原則が優先されるから、ケアマネジメントの機能は、資源の必要度に応じた分配に重点がおかれるであろう。介護保険制度の開始にあたって、ほとんどの自治体では、公設民営の施設利用に関して、これまでの利用の優先順位を維持していることがこうした状況の一端をものごとっている。

第2に、介護支援専門員による一体的・総合的なサービスの調整の範囲がどこまで及ぶかという問題がある。ほとんどの自治体では、要介護認定で自立とされた高齢者で援助を必要とする者に対して、日常生活支援サービスを提供することとし

ている。具体的には、ホームヘルプサービス、食事サービス、移送サービス、日常生活用具等の給付が実施されているし、また、安否確認事業、介護者支援事業、在宅保健医療サービスなどのサービスが実施されている。これらのサービスは自治体のサービスとして実施されるので、介護支援専門員が居宅サービス計画を作成する場合、これまでのようにこうした公的サービスの利用については、利用者が自治体に申請し認定・許可を受ける必要がある。

また、地域には、自治体によるサービス以外に、社会福祉協議会、ボランティア、住民参加型のサービスや活動があるので、これらをどのように総合的に組み合わせるかが課題になる。理論的にいえば、要介護認定によって要介護・要支援という認定を受けたものは、介護保険によるサービス以外に、一般の自治体のサービス、その他の民間サービスをすべて利用することができるから、介護支援専門員は、法定サービス以外でも、そうしたサービスの紹介や調整を行うことが期待されることになる。また、要支援・要介護の認定を受けなかった高齢者は、一般の自治体サービスおよび、その他のサービスの総合的な利用が可能である。

しかし、このような総合的・一体的なケアマネジメントをどの程度まで行わなければならないのかについては具体的な規定があるわけではなく、その達成は、個々のケアマネジャーにゆだねられることになる。

第3に、このこととの関連で、介護支援専門員の権限について考えてみよう。これまでの公的な福祉の仕組み(措置体制)の場合、最終的な援助の責任は公的機関としての自治体にあった。言い換えれば、公的機関に属する援助担当者は、その権限と責任に基づいて、サービスを直接に提供するにせよ、委託という方法をとるにせよ、何らかの対応を行うことが義務づけられていたといっただけよい。しかし介護保険における介護支援専門員については、原則的には利用者との契約による範囲でサービスを調整すればよいのであるから、場合によって、契約を締結しないことも可能である。

このように、公的責任を背景とするケアマネジ

メントとそれのないケアマネジメントでは、責任の範囲も異なることになる⁹⁾。

2 ケアマネジメントの過程と責任の範囲

以上のことを、ケアマネジメントの過程に即して検討してみよう。

第1に、情報の提供と相談について見ると、介護支援専門員が紹介するサービス情報は、その介護支援専門員が属するサービス事業者についての情報に偏る可能性が大きい。適切な情報の提供に関する厚生省の見解は、ケアマネジャーの基本倫理としての公平性、中立性という形で表現されている(厚生省、1998、181-184)が、サービス情報の提供や相談が公平に行われるためには、保険者である自治体その他の公的機関による「総合的」な情報が必要なのは明らかであり、事実そのような情報提供の仕組みが整備されようとしている。

第2に、アセスメントについて見ると、介護支援専門員の行うアセスメントは、ニーズアセスメント(課題分析)とそれに基づくサービス計画の作成からなるとされる。ところで、厚生省が求めている居宅および施設サービス計画の様式は、ニーズの詳しい分析様式ではなく、サービス実施計画書のための様式であり、また、厚生省の方針でも、アセスメントの方式は、自治体あるいはサービス事業者の裁量にまかせている⁹⁾。

第3に、居宅サービス計画の作成については、利用者の意向とともに、どの範囲のサービス資源を紹介できるかで計画の善し悪しが決まることになる。言い換えれば、理想的なサービス計画と実施される計画との間には常にギャップが存在する。サービス提供側から見れば、できるだけ介護報酬の高いサービスを効率的に提供できることが望ましいが、それによって、利用者のニーズが満たされなくなる可能性がある。また、サービス資源はあったとしても、利用者の側で給付限度額や一部負担を考慮してサービス利用を手控えることもある。

この場合、居宅サービス計画の作成にあたって、介護支援専門員がその所属するサービス事業者のサービスだけを前提に計画を作成するというこ

は、厚生省の指針により「専門性、公正・中立性」の観点から望ましくないとされている。しかし、介護支援専門員が適切なサービスを紹介するためには、地域の他の事業者との連携をせざるをえない場合が多いであろう。従って、どの程度そのようなサービスを紹介をできるかが、介護支援専門員についての評価基準の1つであるといえる。

第4にモニタリングについてであるが、介護支援専門員は月に1回は利用者宅を訪問して、利用者から作成された計画の承認を得なければならないとされ、この業務は、給付管理上必要な手続でもある。1月に1度、計画の妥当性やサービスの利用状況を検証することは、必要なことであろう。介護支援専門員は、このような訪問を通して、利用者の要望や苦情を聞いたり、サービスの組み替えを行ったりすることができる。しかし、介護支援専門員では処理できない要望や苦情が出される場合には、最終的な対応を外部の機関に依頼せざるを得ず、このため、第三者機関を含むさまざまな仕組みが設置されたり、検討されている。

以上述べてきたことからわかるように、介護保険の枠内で事業者が中心となっていくケアマネジメントは、総合性、一体性、効率性といっても、公的機関が行うケアマネジメントのように、権限と責任を背景として行われる資源配分、特に、重点的な資源の配分についての最終的な責任はないといえる。むしろ、適切な情報の提供や専門的なアセスメントの実施、また、介護保険内およびそれ以外のサービスをできる限り紹介することが中心的な役割となろう。

これに対して、公的機関、特に自治体に対しては、介護支援専門員では処理することが困難な部分への対応が求められる。

まず、上で述べたような、中立的な立場からの情報提供、適切なアセスメント様式の開発やサービス計画に関する地域での研修や協議の場の設定、サービス資源の整備、モニタリング、苦情処理、サービス評価などに関する仕組みなど、いわゆるケアマネジメントの基盤整備が重要な課題になる。

次に、市町村自治体が、直接にケアマネジメントの責任を持つことが考えられる。例えば、利用

者の無理な要求に対して、個別事業者が対応を拒否するような場合や、また、介護保険によるサービスの範囲を超える専門的な対応が求められる場合には、公的機関による「ケアマネジメント」が考えられてよいであろう。つまり、ケアマネジメントについても、契約すなわち合意を背景とするケアマネジメントに対して、権限を背景とするケアマネジメントの両方が必要になると思われる。

また、要介護認定において自立とされた高齢者で、一般の福祉サービスが提供される場合でも、「ケアマネジメント」が必要な場合があるかもしれない。いわゆる「見守り」のような予防的生活支援については、個別サービスの提供を超えた何らかのケアマネジメントの必要性が考えられるからである。

最後に、以上のような介護保険におけるケアマネジメントとの関係で、これまで公的仕組みとして運営されてきた在宅介護支援センターの役割が重要になる。伝えられるところによると、現在の在宅介護支援センターでは、介護支援専門員としての業務に追われており、支援センター本来の業務をほとんどなして得ていないという。しかし将来、介護支援専門員が十分確保され、居宅サービス計画や給付管理の仕事から解放されるか、その割合が少なくなれば、地域資源の開拓や組織化、予防を目的とする業務や、基盤整備の仕事ができるかもしれない。

こうした公的責任に基づくケアマネジメント機能が強化されることによって、介護保険におけるケアマネジメントの機能もより強化されると考えられる。

ま と め

以上、本稿では、2000年4月から施行された介護保険における要介護認定とケアマネジメントの内容とその関連について考察してきた。簡単に要約すれば、要介護認定においては、コンピュータ判定による統計的客観性と専門家による経験的妥当性の組み合わせによってある程度妥当な判定が行われるようになって考えられる。また、ケア

マネジメントにおいては、それぞれの利用者のニーズに合わせたサービス計画をつくる必要があるが、介護保険におけるケアマネジメントにおいては、期待されるケアマネジメントの機能には原理的に見て一定の限界があり、その機能の強化を図るためにも、一定の権限を持つ公的ケアマネジャーの整備が必要ではないかと述べた。

結局これらのことは、保険の枠組みにおけるケアマネジメントと措置の枠組みにおけるケアマネジメントの機能的差異と相互補完関係、あるいはその効果性・効率性についてのより踏み込んだ考察が必要であることを示している。

このことはまた、今後、以上の様な観点から、日本の介護保険におけるケアマネジメントと、イギリス、オーストラリア、アメリカなどのケアマネジメントの類型と機能とを比較検討する必要性があることをも示唆している。

注

- 1) まとまった資料としては、東京都社会福祉協議会の発行している諸資料(2000)のほか、伊藤周平(2000)等を参照のこと。東京都国民健康保険団体連合会(2000)によると、2000年4月、5月に、同会、東京都、保険者に寄せられた苦情の集計結果は、総件数1,462件のうち、「サービス提供、保険給付関係」54%、「要介護認定」14%、「ケアプラン」と「制度上の問題」が8%、となっており、「サービス内容、保険給付関係」の内訳をみると、サービス別では、「訪問介護」35%、「居宅介護支援」25%、「通所介護」8%の順、内容別では、「サービスの質」23%、「説明・情報の不足」17%、「従事者の態度」14%、「利用者負担」13%の順になっている。

このような制度施行直後の状況については、これまでの情報に加えて、8月頃から開始される要介護認定の更新後の状況や、市町村自治体(以下断らない限り「自治体」とする)などによるさまざまな検証を待って、総合的に判断すべきであろう。特に、上記のような報道がどの地域でどのような形で起きているかについては、自治体による積極的な検証が必要である。

- 2) これらについては、西村淳(1994, 1997)、広井良典(1997)、筒井孝子(1998)などを参照のこと。永田あゆみ(1997)は本稿の考察にとって有益である。なお、介護支援サービスとケアマネジメントとの関連については、詳しい検討が必要であるが、本稿では、特に区別して用いないこととする。

- 3) これに対してイギリスにおいては、ケアマネジメントの過程において、ニーズの判定とサービスの提供とが同一の過程に属しており、原則的にはケアマネジャーがそのすべてのプロセスに関与することになる。つまりそれだけ、ケアマネジメント全体に対する公的責任の度合いが高いといえる。
- 4) これらについては、平成11年の「都道府県要介護認定担当者会議資料」(厚生省, 1999)を参照のこと。コンピュータによる一次判定の方式については、現在でもさまざまな批判が提出されており、テクニカルな面では、利用されたタイムスタディ・データの信頼性、「中間評価項目」を用いた「樹状モデル」による介護時間算出の妥当性、などについて疑問が提出されている。また厚生省も、痴呆性高齢者についての一次判定については検討しなおす予定であるとしている。土肥徳秀(2000), 石田一紀(2000), 内藤圭之(2000)等を参照のこと。
- 5) 従って、コンピュータによる一次判定の結果と、レーダーチャートを用いた二次判定の結果のどちらかに偏るような判定が行われるのは望ましいことではない。望ましいのは、両方の結果が一致することであろうが、一致しない場合には、それ以外に考慮すべき点も含めて、協議が行われることになる。この場合、二次判定における手間を省くために、一次判定結果をそのまま援用するか、あるいは、「総合せ」を行うことが多くなれば、二次判定の意義がなくなってしまうことになる。
- 6) この点については中山正次(1999)の分析が興味深い。
- 7) この点は、品川区が特別養護老人ホームの施設入所等について、資源の整備が終わるまでという条件のもとで、サービスの割当方式を導入したことが批判的に報道された。
- 8) 永田あゆみ(1997)のほか、全国在宅介護支援センター協議会(1999)がこうした問題を考える上で参考になる。
- 9) 本年(2000年)3月頃から開始された居宅サービス計画においては、それまで利用していたサービスをそのまま引き継ぐことが多かったため、適切なアセスメント様式の検討は8月以降の段階に持ち越されたといつてよい。

参考文献

石田一紀(2000)「要介護老人を一人も泣かせない」

- 『ゆたかな暮らし』No.219, 全国老人問題研究会。
- 伊藤周平(2000)「高齢社会における社会福祉政策——介護保険制度の人権問題」, 鉄道弘済会『社会福祉研究』78号。
- 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会監修(1998)『介護支援専門員標準テキスト』, 長寿社会開発センター。
- 厚生省介護保険制度実施推進本部(1999)『都道府県等要介護認定担当者会議資料』(7月29日)。
- (2000)『全国介護保険担当課長会議資料』(7月31日)。
- 社会保険研究所(1999a)「要介護認定基準決まる」, 社会保険研究所『社会保険旬報』No.2023。
- (1999b)「要介護認定と医学的重症度の違いの認識が重要」『社会保険旬報』No.2023。
- 筒井孝子(1998)『介護サービスマネジメント』, 日本経済新聞社。
- 土肥徳秀(2000)『全国一律不公平』, 萌文社。
- 東京都国民健康保険団体連合会(2000)『介護保険に関する苦情等の状況調査集計結果資料』。
- 東京都社会福祉協議会(2000)『介護保険制度関係通知集〔第2集〕』
- 内藤圭之(2000)「介護保険における要介護認定への疑問と提言」『社会保険旬報』No.2060。
- 永田あゆみ(1997)『ケアマネジメントの日本的展開』, ジャパン通信情報センター。
- 中山正次(2000)「介護保険の問題点:介護報酬」『総合社会保障』第38巻4号, 社会保険新報社。
- (1999)「介護保険の問題点(1), 要介護認定のシステム」『総合社会保障』第37巻8号。
- 西村 淳(1994)「英国における地域介護サービス最新事情」『週刊社会保障』。
- (1997)「ケアマネジメントを理解するために」, 白澤政和・広井良典・西村淳訳, イギリス保健省『ケアマネジャー実践ガイド』, 医学書院。
- 広井良典(1997)「介護, 医療保険, ケアマネジメント」, 白澤政和・広井良典・西村淳訳, イギリス保健省『ケアマネジャー実践ガイド』, 医学書院。
- 三浦公嗣(2000)「要介護認定の概況と課題」『月刊福祉』2000年4月号, 全国社会福祉協議会。
- 全国在宅介護支援センター協議会(1999)『これからの在宅介護支援センターの機能と役割について』, 全国社会福祉協議会。
- (こばやし・りょうじ 東京都立大学教授)