

アメリカにおける高齢者在宅福祉サービスと法

——在外研究覚書——

橋本宏子

目次

- 1 概観 アメリカにおける高齢者在宅福祉サービス
- 2 法と制度
 - (1) 在宅ケア (Home Health) と在宅・地域医療
 - (2) 日常生活への援助サービス
- 3 サービス供給の構造 — 郡と市
 - (1) 郡とサービスの供給
 - (2) 市とコミュニティサービス
- 4 在宅サービスの仕組み — IHSSの場合
 - (1) In-Home Supportive Services (IHSS) の概観
 - (2) プログラムの定義
 - (3) 財源と管理

- (4) 根拠法
(5) 適格性 (Social Services Standard)
(6) サービスの限界
(7) 供給されるサービス
(8) 供給者と供給のモデル (Required Services Programs)
(9) サービスの供給方法 ナパの場合
- 5 「サービスの質」と法令の規定
(1) はじめに
(2) 「サービスの質」と法令の規定
- 6 総括 アメリカの在宅福祉サービスの申請手続と苦情処理手続
(1) I H S S の申請手続と苦情処理手続
(2) 高齢者法と苦情処理
(3) メディケイド・メディケア
(4) その他
- 7 メディケイドをめぐる新しい傾向 —重要視される「契約」と「質の確保」の行方—
(1) Managed Care Programs とはなにか
(2) managed care と契約
(3) 法令を具体化する契約の重要性
(4) 契約において具体的に注意すべきこと
(5) 州とMCOとの契約締結過程
(6) 契約の検討
(7) 利用者個人の権利が否定されたとき、どのように防御するか
(8) 選択されたモデル規定

- 8 在宅ケアと訴訟 — 最近の動向 —
- (1) メディケアをめぐる最近の動向
 - (2) 在宅ケアサービスに対する法的権利を基礎づけるもの
 - (3) メディケイド在宅ケアに対する財政削減へのニューヨークの経験
 - (4) 在宅ケアを必要とする人々の手続的権利を含む問題

- 9 在宅サービスとオンブズマン
- (1) LTC オンブズマン事業と在宅の高齢者への適用
 - (2) 在宅ケアオンブズマン事業の特性
 - (3) 在宅ケアオンブズマン事業への反対理由
 - (4) 在宅ケアオンブズマン事業への賛成理由
 - (5) 委員会の結論

1 概観 アメリカにおける高齢者在宅福祉サービス

アメリカにおける高齢者在宅福祉サービスは、①メディケア・メディケイドから拠出される医療的色彩の強い在宅サービス ②食事サービス (nutrition programs) — 通常高齢者法 (The Older Americans Act) の第三章や社会保障法 TitleXX 関係の補助金 (The Social Services Block Grants 以下SSBGsとしよう) を通じて資金が拠出され、その事業は地方高齢者センター (local senior citizen centers) ⁽¹⁾ によって管理されている — ③「日々の生活を援助するための雑多なサービス」(最も一般的なのは、家事 (home care/homemaker) サービス、買物、移送サービスである) — 主としてSSBGと高齢者法から資金が拠出されている — に分けられる。

その他在宅ケアを繋ぐサービスとして、次のようなサービスがある。

(1) Screening

当初メデイケイドにおいて使われたもので、ナースングホームの利用を必要としない人を選別する仕事である。Screeningは、ナースングホームに代わるサービスを提供するわけではない。

(2) Referral

多くの場合病院のソーシャルワーカーがやっていることで、主に退院させられる患者に在宅や地域でのサービスを供給する業者や他の機関を紹介するものである。

(3) Case management⁽²⁾

ケースマネジャーは、患者の変化していくニーズに対処するためサービスを評価したり、調整したり、又患者の代弁者 (advocate) になったりする。

Case managementは、「在宅ケアを繋ぐサービス」のうちで最も中心的なサービスである。Case managementは、ナースングホームの不適切な利用を減少させる上で効果的であるという見方もある。Case managementという言葉は、かつては学究的な言葉であったが、現在は「過程」と「専門職」の両方を意味するようになっていく。「過程」は、次のような段階を含んでいる。

- ①患者のニーズや利用出来るもの (resources) についてのアセスメント
- ②異なった専門職からなる「複数の訓練チーム」を常を含むプランニング
- ③プランについてのクライアント (利用者) との合意。ここでは、利用者の選択が重視される。
- ④サービスの調整
- ⑤当初のプランが有効に機能しているかを確認し、変化する状況やニーズに対処するために、監視をし調整をする。

(4) Channeling

Channeling は、通称 Case Management とサービスの供給の両方を含んでいる。

(注)

(1) サービスの運用は、郡を単位に A O A によって一元化され、さらに具体的なコミュニティサービスは、A A A の運営のもとで実施。実際は、A A A が Local Services Provider と契約を結んでいる。

野村知子「アメリカにおける高齢者とコミュニティサービス」海外社会保障情報 No. 103 p. 7 の図参照

(2) California Elder Law An Advocate's Guide 3・29

ケアマネジメント機関は、介護サービスの事業者に対する直接の規制を目的とするものではないが、要介護者のニーズアセスメント、介護計画の作成、介護サービスのアレンジ等により、要介護サービスの提供を確保する役割を担っているとされる。ケアマネジメントを行う主体については、ケアマネジメントを専門に行う機関が存在する他、病院や在宅サービス事業者がケアマネジメント専門の部門を設けたり、郡の社会福祉部 (County Department of Social Services) や地域の A A A s がケアマネジメントを行うケース等があるとされる (詳しくは、伊原和人・和田康紀「米国における介護サービスの質の確保②」p. 50～53 参照 週間社会保障 No. 2005)。

2 法と制度**(1) 在宅ケア (Home Health) と在宅・地域医療****① メディケア**

(a)

メディケアは、在宅・地域医療サービスの大きな財源であるが、メディケア全体からすれば全財源の二%にすぎない。

い。メデイケアの特徴は、病院ならびに病院関連費用をカバーするため、給料差し引きで積み立てられた疑似保険 (quasi insurance) であることにあるといわれている。メデイケアの主たる適格者は、

① 社会保障退職年金を受け取っている六五才以上の高齢者

② 二年間以上社会保障の障害年金を受けている六五才以下の者

である。

事業は、サービス費用支払代行者 (通常保険会社) を通じ連邦政府によつて管理されている。州が関与している所は少数である。

在宅ケアサービスを利用するきっかけは、入院中の者が退院のさいに、病院から在宅ケア事業所を紹介される場合が多いといわれる。在宅ケア事業所は、サービスを直接供給するか、その調整を行う。在宅ケア事業所は、メデイケアから支払われることになるサービス費用について、費用支払代行者 (通常保険会社) に、請求書を送る。⁽¹⁾

(b)

一般に、メデイケアによる在宅ケアには、供給されるサービスの内容、適格要件、いずれからみても、医療的視点が強く反映されている。サービス内容には、看護、理学療法・作業療法・言語療法、医療社会事業 (medical social services)、在宅ケア援助サービス、⁽²⁾薬以外の医療供給品や器具の供給が含まれる。看護サービスは、看護婦もしくはその監督のもとに行われなければならないとされている。医療社会事業とは、カウンセリング及びその関連サービスをさす。在宅ケア援助サービスには、「入浴の介助、ベッドからの出入の介助、洗髪・歯磨きの介助、主治医により命じられた医療行為の援助」が含まれる。⁽³⁾すべての場合、サービスは六〇日毎に医者の監査に従って行われる。⁽⁴⁾すべての在宅ケア事務所は、ライセンスをえなければならない。外来サービス以外のサービスを受けるためには、患

者は「外出が出来ない状態」(homebound) でなければならぬ。そして全ての看護と在宅ケア援助サービスは、当該援助が非常勤の形態もしくは断続的な形態でよいとされる場合に限定される。また供給されるすべてのサービスは、メデイケアのパートAとパートBに適合していることが要求される。⁽⁵⁾

(c)

在宅サービスの適用に関するこれらの制限は、病院が早期退院を奨励する傾向にある中で、患者にとって特に厳しいものになっている。しかもいくつかのメデイケアに関する制限は、さらに厳しく解されるようになってきていると言われている。

例えば「全ての看護と在宅ケア援助サービスにおける断続的な介護」の要件は、法令にも規則にも明白には規定されていないにもかかわらず、マニュアルでは「一時的な措置を除き、介護は、一週数回、一日数時間のみ」と解され、それが当然のこととして対処されているのが、現状とされる。しかし、この解釈については、行政聴聞でも疑義が唱えられ、行政法審判官により、その主張が受け入れられてきている。また一例ではあるが、「法令の規定・法令の構成・立法過程は、いずれも(全ての看護と在宅ケア援助サービスには断続的な介護だけでなく)『非常勤の形態で日々のケアをカバーする』とする議会の意向が反映されている」(法律は、断続的な介護だけでなく、非常勤の形態で事実上継続的な在宅サービスが提供されることを想定しているということ)という主張がなされていることが指摘されている。⁽⁶⁾

関連する問題として、メデイケアにおける「高度な看護」(skilled nursing) についても、厳しい解釈が提示されてきている。⁽⁷⁾

「断続的介護」については、いくつかの州の費用支払代行者(通常保険会社)が、在宅ケア事務所に対し「すでに

『メデイケアに基づくいくつかの在宅ケア』を受けている患者は、継続的な介護に対するニーズをもつと考えられるが、彼らがメデイケイドや TitleXX 或は私保険等の他のサービスを申請しているなら、メデイケアによるサービスは打ち切られると考えられる」と伝えている。こうした動向については、もしそうならそれはミーンズテストと同じことになるといふ批判もなされている。⁽⁸⁾

このように「断続的介護」に対する究極の問題は、受給要件についての費用支払代行者（通常保険会社）による様々な解釈である。この点に関連する立法が、一九八四年に提案されたが、否決されている。⁽⁹⁾

「外出が出来ない状態」(homebound)の要件についても、厳しい解釈がなされている。現在のマニュアルによれば、「外出が出来ない状態」と判断されるためには、寝たきり (bedridden) である必要はない。必要なことは、「外出がかなりの重荷となっている」ことであるとされている。マニュアルもまた、「家から短期間離れたり、たまの外出が出来ても、『外出が出来ない状態』にあたる場合もある」としている。しかしいずれにしてもこれらは明らかに、主観的な基準であるという批判がなされている。home とは、高齢者の家以外に親戚の家でもよいが、病院や SNF (skillednursing facilities 高度看護施設) は外されている。

(d)

メデイケアは、「ほぼ完全に連邦の事業」であるが、州のプランナーは、以下のような方法を通じて、メデイケアによる在宅ケア事業に一定の影響を与えることができる。

一、州は、在宅ケア事務所にライセンスを付与するかどうかを決定出来る。州はサービス供給者によるサービス供給量を増加させることに慎重であり、用心深い制限的な規制を行っている。他方ではサービスの質についても何らかの規制を行っている。⁽¹⁰⁾

二、保険会社に対する州の監督者は、在宅保険がどの程度までのサービスをカバーしているのかを把握することが出来る。

三、メディケアによる在宅ケアは、HMOs⁽¹¹⁾を通じて供給することが可能であり、その規則は州の規則に依存する。

最近の民間在宅ケア産業の急速な増加は、以上の問題に関連して、或はその他の問題に関連して、州のプランナーがメディケアに関係してくる余地を高めてきていることが指摘されている。

(注)

- (1) 詳しくは左記の論文を参照。
Representing Older Persons 17 (National Senior Citizens Law Center ed. 1985)
- (2) メディケアへの参加の条件は、「home health aide services」(療法サービス)、対人看護サービス、歩行および体操、在宅看護に必要な家事サービス、通常自己管理で行われる薬物治療の補助、患者の状態および要求の変化についての報告、適切な管理記録、までも含むもの」として定義されている。
- (3) Medicare Home Health Manual §206.2
- (4) メディケア法 (Title XVIII of the Social Security Act) では、評価の基準を、「制度の利用状況—不正や濫用がないかどうか」と「手続についてのチェッカーちゃんと守られているかどうか」という点だけに絞り、しかもこの重要な事項が医師によって判定される仕組になっている(二八一条)。すなわち「連邦政府の職員はいかなる者であっても、医療の内容や医療が供されている方法について、これを監督したり規制したりする権限は与えられない」。これは、「不干涉条項」として有名であるが、「メディケア」の「サービスの質」の監督機構を確立するためには、最大の障害となっている(M・O・ミュンデインガー著岡本祐三監訳高山佳洋他訳「アメリカの在宅ケアと老人医療保険」p.58)。
- (5) 「メディケア」は、二種類の保険制度から成る。「パートA」と「パートB」である。「パートA」は、入院医療費と退院後の費

用を給付し、財源としては「社会保障税」―事業主・被雇用者・自営業者から徴収する―を充てる。「パートB」は、「一般歳入と加入者の掛金」を財源に充てている。「パートB」は、「パートA」の補充物といふべきもので、医師料金や「在宅ケアサービス」費用の給付をする。「パートB」は、任意加入だが、「パートA」加入者の九七%もが併せて加入している（前掲「アメリカの在宅ケアと老人医療保険」p.28）。

(6) Miller v. Heckler, No. H84-167 (D. Conn., filed Feb. 16, 1984)

(7) "Representing Older Persons, supra note 1, at 18"

(8) "Ibid"

(9) part of the Omnibus Deficit Reduction Act of 1984

(10) メディケア、メディケイドの受給資格者に対して介護サービス事業者がサービスを提供し、メディケア、メディケイドから償還を受けるためには、連邦法及び連邦規則に定められた一定の指定条件に合致し、HCFAの指定 (Certification) を受けなければならない。HCFAは、州の医療部局と契約を結んでおり、州の医療部局が事業者に対し適切なサービスを提供する能力があるか
いなくにつき、監査を行っている。監査の結果が指定条件に合致していると判断される場合には指定が与えられる。指定を受けた業者は、一ヵ月から三ヵ月ごとに、同様の監査を経て、HCFAから再指定を受けなければならない（伊原和人・和田康紀「米国における介護サービスの質の確保」②「週間社会保障 No.2005」（一九九八年九月二二日号）

(11) HMO (Health Maintenance Organization) は、患者の受ける医療を管理する健康維持機構であり、HMOのマネジャーが、要介護者の受けるサービスを管理（承認）するとともに、介護を受けた者の満足の度合等に基づき、事業者が提供する介護サービスの質をコントロールする動きが生じてきているとされる（詳しくは、伊原和人・和田康紀「米国における介護サービスの質の確保」②「週間社会保障 No.2005」。

② メディケイド (The Social Security Act of 1965, Title XIX, 42 U.S.C. §§1396 et seq.) による在宅ケア

(a) 一般的な仕組み

在宅ケアに関するメディケイドの利用が全国的に必要とされてきている。⁽¹⁾

メディケイドは、貧困者に在宅ケアを供給する州と連邦基金による公的給付事業である。⁽²⁾ 州はどんなサービスが供給されるか、だれが受給資格をもつかにまで、細かい規制を定めている。しかしその前提として連邦法は、以下のようなことを規定している。すなわち連邦法は、

●メディケイド事業に参加する州に対して、一定の階層（クラス）に属する人々には、必ず一定のサービスを提供することを求めている。⁽³⁾ 更に、

●州は完全な「貧困者プログラム」(a full-blown “medically needy” program) を作らずに、(前述の階層以外の)「任意に選定した特定の階層に属する医療を必要とする人々」(optional categorically needy)⁽⁴⁾ に、医療を供給することができる。この事業を選択した州は、income cap 州といわれる。最近の income cap は、州の補助なしで月額一二六六ドルとされている。

●州は、AFDC 及び SSI 受給者と分類上関連ある人々にも⁽⁵⁾ メディケイドから給付を行うことができる。これらの人々は、医療貧困者 (medically needy)⁽⁶⁾ といわれる。

●州は、“Section 209 (b) option”⁽⁷⁾ を選択していない場合には、高齢者ならびに前述の障害者 (注4 参照) に対して、SSI 受給者の場合と同様程度の制限内容の「適確基準」(eligibility criteria)⁽⁸⁾ を使用しなければならぬとされている。

もし州が、「任意に選定した特定の階層に属する医療を必要とする人々」(optional categorically needy) に医療を供給する場合には、categorically needy (注3 参照) に対して供給される全ての義務的サービス (mandatory services) を供給しなければならない。

(b) 高齢者に対する義務的サービス (Mandatory Services)

高齢者に対する在宅ケアへのメデイケイドからの支払は、次の三つの方法に従い供給される。

●在宅ケアサービスは、施設サービス利用 (nursing facility placement) 資格をもつすべての者に給付される。⁽⁹⁾

●対人介助サービス (personal care services) は、必要性のある者に支給することができる。在宅ケアサービスは、施設サービス利用 (nursing facility placement) 資格のない者についても給付することができる (注 (12) 参照)。

●連邦政府の定める放棄要件 (waiver requirement) を満たす様々な在宅ケアサービスを供給するために、州は要件の放棄を連邦政府に求めることができる。

連邦法⁽¹⁰⁾は、「州プランの基で、専門看護施設 (skilled nursing facility placement) サービスの利用資格をもつすべての者に、在宅ケアサービスを給付すること」を州に義務づけている。⁽¹¹⁾これらの義務づけられたサービスは、「特定の階層に属することにより、当然に受給資格を有する人々並びに医療上の貧困者とされる人々」(the categorically and medically needy) 両方に対して支給されなければならない」としている。

規則 (regulations) は、在宅ケアサービスには、次のものが含まれるとする。

(a) 機関 (home health agency) により供給される時間単位、あるいは断続的なサービス

(b) 機関 (home health agency) による home health aide services (在宅ケアに必要な家事サービスおよび対人サービスを含む)⁽¹²⁾

(c) 医療品 備品 それに類するもの

(d) 機関 (home health agency) による理学療法および作業療法、言語病理学および聴覚治療サービス

最初の三つのサービスは、在宅ケアサービス上必須項目であり、四番目は選択できるものである。すなわち在宅ケアサービスは、看護・在宅ケア援助サービス・家庭で利用する薬以外の医療供給品や器具の供給を含まなければならぬ。選択的な在宅ケアサービスとしては、物理・作業・言語療法士が含まれる。

このようにメデイケイドのもとでの在宅ケアサービスは、メデイケアのカバーするサービスと類似している。メデイケイドの在宅ケアサービス機関は、メデイケアと同じ基準に適応しなければならない⁽¹³⁾。メデイケイドによる在宅ケアサービスは、書面による医師のプランに基づき提供される。

サービスは通常自宅で供給され、施設 (病院・SNF・ICFへ intermediate nursing facilities 中間的ケア施設) でのサービスを含まない⁽¹⁴⁾。「パートタイム」かまたは「断続的な」サービスであることの要件は、メデイケアの場合と同様に、メデイケイド看護サービス (nursing services) にのみ適用される⁽¹⁵⁾。

(注)

(1) アメリカ全体で使われているメデイケイドによるホームケアサービスの費用の半分以上が、ニューヨークで使用されてきた。ニューヨークに住む虚弱高齢者と障害者には、定期的に「巡回訪問サービス」が行われてきた。ニューヨークのホームケアサービスは、少数の例外を除き、後述する連邦法令に基づくメデイケイド事業 (Federal Medicaid services) に基づくものではないことも、指摘しておく必要がある (Fatoullah, *Medicaid Home Care for the Elderly and Persons with Disabilities*, Clearinghouse Review, 882 (Dec. 1992))。本節は全体として、同論文に依拠している。

- (2) Medical Assistance Program (Medicaid)は、一九六五年に連邦議会で制定され、各州で施行されている連邦政府と州の合同プログラムである。メディケイドの目的は、健康管理に対して出費できない人々を援助するものである。また各州はこのプログラムに参加を強制されるものではないが、事業に参加すると連邦政府は、少なくとも費用の半分を負担することになる。
- (3) 例えば、AFDCあるいはSSIを受給している妊婦および子供に対しては、入院、外来、検査、エックス線、看護、医師、助産婦の各サービスを提供しなくてはならない。
- (4) optional categorically needy といわれる人々には、AFDCやSSIの受給資格があるが、申請をしていない人や、在宅でSSIを受給している人の三倍以上の収入のある老人ホーム入居者 (nursing home residents) が含まれる。州が自ら選定した optional categorically needy に対しても、メディケイドを提供する場合には、本来の categorically needy に対するサービスと同一のサービスを提供しなければならない。
- (5) 一八才未満の児童、視覚障害者、身体障害者で、それぞれに適用される金銭援助事業 (cash assistance program) から援助を受けることができる人々をさす。
- (6) The medically needy program のもとでは、医療貧困者に対する「州が定めた収入金額」以上の収入のある者は、差額分を受給できることが認められている。これは既存の「健康保険での現金控除 (cash deductive) と類似の機能である。一旦差額受給が認められると、メディケイドは分担金を支払うことになる。医療請求書は、支払のためではなく、収入超過分を差引くために必要となる。
- 州が、medically needy program を採用する場合には、次の四種類のサービスを提供しなければならない。
- ① 胎児期のケアおよび出産時のサービス
 - ② 一八才未満の子供及び制度上のサービスを受ける権利のある人々に対する一時的なサービス
 - ③ 州のプランが精神病の施設でのサービスを含んでいる場合は、相応のサービス
 - ④ 看護サービスを受ける権利のある人々に対する在宅看護サービス
- (7) Section 209 (b) of the 1972 Amendments to the Social Security Act, 42 U. S. C. §1396a (f)
- (8) つまり、メディケイドの用語でいえば、州はSSIあるいはSection 209 (b)のどちらかを選択しなければならない。
- (9) 施設サービス (nursing facility services) は、the categorically needy に支給されなければならないので、AFDCおよびSSI

I 受給者は全員サービスを受ける資格がある。州プランは、施設サービスをカバーし、the categorically needy に対すると同じサービスを提供する州が自ら選定した optional categorically needy に対しても供給しなければならぬから、収入が cap 未満であるなら、income cap で生活している者は、施設サービスの適格者ということになる。medically needy に対しては、施設サービスの受給資格を付与している州の場合のみ可能ということになるが、幸い大多数の州が資格を付与しているとされる。

(10) 42 U.S.C. §1396a(a)(10)(D)

(11) skilled という言葉は、財政削減一括法 (OBRA-87) の要件と整合させるために、一九九〇年一月一日づけで、削除されている。

なお州は、「SNFでの介護について適格性を有する者が、在宅ケアを利用出来る」とされていることに関連して、メディケイドに基づく在宅ケアについて、ある問題を提起している。すなわち貧困者は、「ナーシングホーム (SNF) にあって、SSIの受給資格があると推定される」場合に、メディケイドの「(作業療法のような) 選択的なカテゴリ別の処遇や医療を受給する要件を満たす」と判断されている。そのため、彼らが施設を離れる時には、「もはや施設ケアは必要としない」ことになり、従って「在宅ケアは受けられないことになるのか」ということである。いくつかの州は、これを肯定している。この問題は次の三つの仮説を生じさせる。

(a) 月一五〇ドルの収入の者は、ナーシングホーム内でも或は以外でも SSI を受けることが出来る。

(b) 社会保障からの退職給付月一五〇ドルを受給していて、カテゴリ別の選択的な貧困者救済制度 (the optional categorically needy option OCN) 或は貧困者の為の医療上の選択制度 (the medically needy option MN) のある州に住む者は、SSI をある程度まで利用出来る。しかしそれはナーシングホームを利用していない場合に限られる。ナーシングホームでは、当該者は SSI に対し適確であると判断されるので、ナーシングホームの利用についてはメディケイドの適用が受けられる。ナーシングホーム内では、退職給付月一五〇ドルのうち、二五ドルだけ所有することが容認される。ナーシングホームは、残りの一二五ドルを受け取ることになり、当該ナーシングホームが受領すべき額の残額については、メディケイドから支払われる。しかし、当該退職給付受給者は、ナーシングホームを退所する時点では再び SSI の受給資格を有することになり、従って SNF に対するメディケイドからの支払並びに在宅ケアについても、資格を有することになる。

(c) 社会保障からの退職給付或は年金から月五五〇ドルを得ていて、貧困者医療 (MN) 或はカテゴリ別に選択される貧困者の為の事業 (OCN) をもつ州に住む者は、ナーシングホームにいる間、メディケイドによりその支払がカバーされる。ナーシン

グホーム内では、退職給付月・五〇ドルのうち、二五ドルだけ所有することが容認される。彼の収入の残り（殆どすべてが）、ナースィングホームにいき、メデイケイドがその幾許かのゆとり部分を吸い上げる。しかしナースィングホームの外では、当該受給者は、SSIの受給資格はない。所持金のほとんど全てが使い果たされることになる州では、当該受給者は、ナースィングホームを利用した場合には、メデイケイドから支払があると推定されるので、その結果在宅ケアについても、資格を有すると判断されることになる。しかしOCNをもつ州においては、当該者はナースィングホーム費用については、メデイケイドから支給されない、従って在宅ケアに対する支払もないということが論じられてきた。その相違は、適確と判断される規定の運用の仕方にある。MNの形態をとる州においては、もし、所持金のほとんど全てが使い果たされているのなら、ナースィングホームでのメデイケイドの適用については常に、適確であると判断される。OCNの形態をとる州においては、実際に、ナースィングホームに入るまでは、ナースィングホームの費用がメデイケイドから支払われることについて、適確性はないと判断されることになる。

現在の連邦政策のもとで、家事・援助サービスが、どこまでメデイケイドから給付されるのかも議論のあるところだが、家事・援助サービスは、受給者の容体にそのまま関係し、対人サービスには、不可欠なものであるから、パーソナルアテンダントの費やす時間の三分の一までは、家事・援助サービスにあてることができるという見解も示されている（注1の文献のp.888及び注12参照）。

(12) 在宅ケア援助サービス (home health aide services) は、「在宅介護に必要な家事サービス」及び「対人看護サービス」を含む。州プランのもとで、施設サービスを受ける権利があるなら、メデイケイドが承認した「機関」が提供するサービスの範囲内でのサービス（少なくとも一定の量、期間、範囲内での家事及び対人看護サービス）を受けることができる。家事サービスや対人看護サービスは、高齢者がもっとも日常的に必要なもので重要なサービスと考えられている。対人看護サービスについては、

- ① 医師に処方されたサービスであり、
- ② 受給者の家族以外の資格のある者によって提供され、
- ③ 正看護婦 (registered nurse) によって監督されること
が要請されている。

対人看護サービスは、個々の患者の状況、診察にあたる医師、正看護婦の判断によってまちまちであるとされる (HCFA Medical Assistance Manual)。しかし一般的には、次のようなサービスを含んでいる。

- ① 基本的な対人看護、入浴、髪の手入れ、着替えの補助を含んだ身繕い
- ② 尿意や便意をもよおした際の補助で、トイレへの誘導やおまるを使つての手助け
- ③ 一般的には自己管理されている薬物療法の援助

④ 医療上の必要性が出てきた場合における食事の準備や食物、栄養摂取、食事療法の援助

⑤ 治療上の必要性や患者の健康や家庭で快適に過ごすために必要な家事サービス

一九八七年十一月、HCF Aは、州によってはかなり自由裁量に任せている在宅ケアを制限するために、42 C. F. R. §440.170 (f) の修正案を提出した。HCF Aの案は、ホームアテンダント（注13参照）の合計時間のうち、家事・雑事に割ける時間をわずかに三分の一に制限し、しかも直接的に患者のケアに関連したサービスのみを求めたものであった。特に提出された規則は、パーソナルケアサービスを次のように定義していた。

■ 受給者の状況に直接関わり、受給者が身体的あるいは精神的に必要としている医療を中心とした仕事

■ 公認看護婦の監督の下でなされること

■ パーソナルケアサービスの中で、代替えのきかない不可欠なものである場合に限っては、家事・雑事を含む

■ 家族では出来ないこと

■ 受給者の治療プランに従つて、医師が処方しなければならない

基本的にパーソナルケアは、身体にかかわることで自分でできないことを、「実践的に」補うもので、家事だけを独立して行うものではない、とされている。しかし、受給者の施設入所を遅らせたり、延期できたりする場合には、パーソナルケアアテンダントは、不随的な家事・雑事をしてよいことになっている。この場合のサービスには、需給者の生活空間を安全かつ清潔な環境に保つこと、簡単な家事、気持ちよく小綺麗であるために必要な洗濯、食事の準備、食料品の買い出し、食器洗い等を含んでもよいことになっている。

前述の42 C. F. R. §440.170 (f) の修正案は、公示されていない（判例法は、公示がなければ制定法を強制できないとする）。

いずれにしても修正案は、実際上はそれほど制約的なものではなかったといわれている。ホームアテンダントの行う大部分のメデイケイドにおける家事・雑事は患者の病状に直接関係するものであったこともその理由のひとつとされている。対人介護サービ

スに不可欠な家事・援助サービスは、パーソナルケアアテンダントの費やす時間の三分の一まで可能といわれている。
 なお、一九九四年一月一日から、42 U.S.C. §1398 (a) (7) は、「在宅ケアサービスは、以下を満たす対人介護サービスを含むものである」と改正されている。すなわち、

■治療計画に従って個々人のために医師が処方している

■そのようなサービスを提供する資格があり、受給者の家族ではない個人による

■正看護婦による監督下にある

■在宅あるいは他の場所での療養に不随する、しかし入院患者や看護施設入居者を対象としない

しかしフロリダ州等では、パーソナルケアアテンダントが雑事や軽い家事サービス、食料品の買い出し、食事の準備に類することを禁じている。そのため、このようなサービスを必要とする受給者は、TitleXX, Meals on Wheels, Older American Act funds, county funds やボランティアサービス基金を頼ることになるが、長時間の待機が必要とされている。こうした実態は、在宅看護や対人介助サービスにとって不可欠である家事・雑事サービスを提供するように求めている前述の連邦政府の政策とは矛盾してくることになる。また州プランが施設サービスを受ける権利のある受給者に対して、在宅看護・在宅看護補助・対人介助サービスを含むことを求めている連邦法の姿勢とも一貫しないこととして批判されている。

(13) 規則 (42 C.F.R. §440.70 (d)) では、home health agency とは、メデイケア事業のもとでの参加の要件に合致する機関と規定されている。メデイケアの参加の要件は、在宅ケアサービスとは、以下のものを含むものとして定義している。すなわち療法サービスに関する簡単な手続、対人介助、歩行および体操、在宅看護に必要な家事サービス、通常自己管理で行われる薬物治療の補助、患者の状態および要求に関する変化の報告、適切な記録。実際問題としては、ホームアテンダントと呼ばれる人々による在宅ケア援助 (home health aides) と対人介護サービスの援助 (personal care) との区別は、往々にして曖昧である。多くの場合、資格のある home health agency が雇った在宅ケア援助者と home health agency に属さないホームアテンダントは、同じサービスをしているといわれている。

(14) メデイケアは、ICFを自宅として扱いICFでのサービスを含む。なお注(11)参照

(15) ホームヘルスエイドや他のホームヘルスサービスには適用されない。

(2) 日常生活への援助サービス

州が、在宅ケアサービスを、医療的色彩の薄い在宅・地域ケアサービスにまで範囲を広げる為のいくつかの方策が考えられる。

① メディケイドに基づくサービス

すでに述べたように、メディケイドに基づく在宅ケアサービスは、メディケアに基づく在宅ケアサービスと似ている。しかし次に述べるように、メディケイド事業の場合には、在宅及び地域サービスにも、その資金を振り向ける可能性があることが指摘されている。

(a) 州の選択的サービス (Optional Services)

第一にメディケイドは、「州は、貧困者 (categorically needy and medically needy recipients) に、州法に基づき長官によって特定された他の医療上のケア並びに他の治療の為のケアを選択的に付与することが出来る」ことを規定している (42 U. S. C. §1396 (a) (7) & (22))。すなわち、州は、かならず提供しなければならないサービス (mandatory services) に加えて、施設サービスを受ける資格のない人や対人介護サービスを必要とする人々 (42 C. F. R. §440.170 (H)) へのサービスを選択的に実施することができる。州は、法令や規則にサービスに関する項目を組み入れ、書類を H C F A に送付するだけで、⁽ⁱ⁾ 選択的サービスを実施することができる。

しかし残念なことに、従来長官は州の選択を限定的に解釈してきたといわれる。つまりそこには、「受給者の自宅における対人介護サービス (personal care services) は含まれるが、「对人的な介護サービスは、治療計画に従い医師によって処方され、正看護婦 (registered nurse) によって監督されるものとされ、家族による介護は含まれない」とされてきた。⁽²⁾ メディケイドマニュアル (CCH Medicare and Medicaid Guide) は、その範囲をさらに限定している。そこでは、对人的なケアは、衛生学上の必要性からなされる援助・着替え・食事介助・移動介助等とされ、家事は、身体的介助に不随して行われる場合以外、含まれないとされる。これは、前述のメディケアにおける在宅ケア援助サービス (home health aide services) と類似している。規則 (42 C. F. R. §440.170 (F)) に従って認定された対人看護サービスは、在宅ケア援助サービスに比べると、一般的には研修の面でも習熟度の面でも劣る家事援助者 (Home Attendant) によって行われている。規則 (42 C. F. R. §440.170 (F)) に基づく対人看護サービスは、メディケイドの承認を受けた在宅ケア事務所によって行われる必要はないとされている。

(b) 新しい選択的サービス

The Frail Elderly Law として知られる OBRA-90 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, 42 U. S. C. §1396t) は、州が州計画として行ってよい新しい選択的サービスとして、機能障害のある高齢者のために家庭およびコミュニティを基盤としたケアサービス事業を設けている。この法律は、患者や家庭やコミュニティを基盤としてサービスを必要としているかどうかを評価する基準として、「医療上」よりも「機能上」という言葉を使っている点に特徴がある。サービスを受給できるかどうかの適確性の判断基準は、年齢、機能障害の程度、サービスの必要性といった妥当な分類を基にして行われてよく、いくつかの必要条件を満たすことは求められていない。

この新しい選択的サービスの特徴は、州が包括的なサービスを提供できるという点である。これらのサービスは次

のサービスを含んでいる。

- ホームメーカー（ホームヘルパー）／在宅ケア援助サービス
- 雑事サービス
- 対人看護サービス
- 看護サービス
- 看護休暇サービス
- 家族研修サービス
- 成人要介護者のデイケア
- 慢性的精神病者の通院治療（day treatment）あるいは一時入院
- （食事つき貸間提供以外の）長官が承認した家庭および地域を基盤とするサービス

前述のことは、二つの意味でメデイケイドサービスが拡大してきていることを示していると指摘されている。第一に、メデイケイドについての従来の州計画の中で、ここに挙げられている全てのサービスを含んでいる州は少ない。第二に、現状ではHCF Aは、サービスが、患者の病状や治療計画に直接関連しかつ患者に対する直接的な看護に関連して実施されることを求めているのに対し、The Frail Elderly Lawの下では、患者は機能的に家事雑事を自分で行なうことが出来ない時にも、ホームヘルプサービスや雑事サービスを、受けることが出来るとされている。

The Frail Elderly Lawの基においては、医療モデルではなく、機能モデル（functional model）に基づき、機能障害についての簡単な定義がなされており、それを判断するために医師や看護婦の承認は必要とされていないことも特

徹的である。一九九二年現在、まだどの州もこの選択サービスを採用していないが、The Frail Elderly Lawは、将来の在宅ケアや在宅ケアのモデルとなっていくことが期待されている。

(c) 放棄条項に基づくサービス (waiver services)

州は、多様なサービスを供給する為、連邦政府の定めたメデイケイドの適用要件のうち、ある要件の放棄 (waiver requirement 42 U. S. C. §1396a (a) (10) (D), 1396 (a) (1)-(5), (17), and (21), 1396n (c) and (d); 42 C. F. R. §440.170 (f)) を申し出ることにより対象者を拡大出来る。⁽³⁾

高齢者及び障害をもった高齢者に関する在宅ケアサービスは、二種類の「放棄事業」(waiver program)により、サービスの拡大が予定されている。

第一のプログラムは、通常「§2176」[放棄事業] (waiver program) といわれる (Omnibus Budget Reconciliation Act, §2176, 42 U. S. C. §1396n (c))。これは、メデイケイドのもとで資金が付与される医療的色彩の薄い在宅・地域サービスである。一九八一年のメデイケイド修正条項は、州がHCFAに対し、(家事・在宅ケア援助・对人的なケア・アダルトデイケア・介護休暇その他のサービスを含む) 実質的に意味のある在宅・地域サービスを供給するために、メデイケイド基金の使用を申請することを認めている。この事業のもとで長官は、事業が州全域にわたること、他と同等なものであることを放棄し、そのようなサービス規定がなかったら、施設に入るしかない人々にメデイケイドが在宅および地域サービスを供給しうるとみなす権限を有するとされている。

第二のプログラムは、一九八七年に制定されたもので、同様の放棄条項をもつが、高齢者のみに適用される。⁽⁴⁾

§2176「放棄事業」の申請は、供給されるサービスが一人あたりの費用を増加させないことを求めている。この規

定を導入するにあたり、議会は実際にどの程度節約出来たかを州に提示させることを検討したが、結果的には実施していない。にもかかわらず、規則 (42 C. F. R. §441.303.) は、より低額の全体費用の提示を求めた書式を用いることにより、費用節減を提示することを申請時に求めてきたといわれている。さらなる問題は、多くの保健プランナーが、論拠は不明であるが、「もし費用が彼らの想定範囲を超えるなら、州は危機的状況となる」と考えていることであると指摘されている。

「放棄事業」は、申請が承認されてから三年間付与される。長官が承認すれば州の要求に基づきさらに三年間延長される。多くの州が、『§2176「放棄事業」』を申請しているが、サービスの多くは知的障害者に対するものである。

『§2176「放棄事業」』の目的のひとつは、対象となる人々に対して、州が州計画に基づいて、広範囲なサービスを提供できるようにすることである。ここでいうサービスには、ケースマネジメント・ホームヘルプサービス・看護・在宅ケア援助・対人看護・成人デイケア・リハビリ・看護休暇・長官によって承認された他のサービスが含まれる。州は、waiver program⁽⁵⁾の提供の方が、施設利用よりはるかに費用がかさむ場合には、「放棄事業」を利用するサービスを提供しないことができる。一度施設サービスの利用が適当と判断された場合には、「放棄事業」を利用するか、施設入所を希望するかを本人に選択させることができる。

§2176「放棄事業」のもとでは、州は「モデル放棄事業の申請」(“model waiver” request)を提出することができる。“model waiver”の適用範囲は、視力障害で身体障害をもつ成人、(みなし規定により、地域にいないで、施設にいたとしたらメデイケイドの受給資格があると推定される)こどもに制限されている。

§2176「放棄事業」の制定の後、メデイケイド法は「地域推定要件」(community deeming requirements)みなし規定により、地域にいないで、施設にいたとしたらメデイケイドの受給資格があると推定される(を放棄できる)「在宅

地域サービス」に対する新しい「サービス適用グループ」(optional categorically needy group)を確立するように修正されてきているとされる。⁽⁶⁾

(注)

(1) the Health Care Financing Administration 米国厚生省医療保険財政庁 週間社会保障 2003 p. 54

(2) 前項 注(12)の、「なお、一九九四年一月一日から、42 U. S. C. §1398 (a)(7)は、『在宅ケアサービスは、以下を満たす対人介護サービスを含むものである』と改正されている」以下参照。

(3) ナーシングホームに係わるメディケイドの負担の増加を防ぐとともに、在宅への転換を進めるため、連邦法が定めたメディケイド適用条件のうち、特定部分の適用除外を連邦政府に申請し承認を受ける(「米国における介護サービスの質の確保①」週間社会保障 No. 2003 p. 54参照)。

(4) 42 U. S. C. 1396n (d)
これは、六五才以上の高齢者に適用されるという点を除けば、1396n (c)と同一である。

両者は異なる対費用効率基準を設けている。対費用効率に関しては、1396n (c) waive 条項では、waiverを採用した長期ケアサービス(nursing home & home health services)の費用をwaiverなしで長期ケアサービスを利用した人数で割ったものは、waiverなしの全長期ケアサービスの費用をwaiverなしで全長期ケアサービスを利用した人数で割ったものより少なくともなければならぬ。従って、分母は問題ではなく、waiverを採用した長期ケアの費用の総額が、waiverを採用しない長期ケアの費用総額を越えることはできないというのが結論である。ナーシングホームのベッドをほとんどもっておらず、長期ケアにかかる総費用が少ない州にとっては、前記の公式は厳しすぎることになる。特に、オレゴン州は、これに該当することから1396n (d)が作られている。

(5) 最近裁判所は、Martinez v. Ibarra (Medicare & Medicaid Guide (CCH) I 39, 427 (1991))で、「施設でのケアのレベルの設定」の問題に触れている。この事件で、州(正確には、Colorado州のソーシャルサービス部)は、「機能障害があるかどうかの適格性の判断」に、老人ホームへの入所適格要件に依拠したことを明らかにしている。老人ホームへの入所適格要件は、二〇点だが、当該ソーシャルサービス部は、在宅ケアを受けるために、入所適格要件に付加する基準(MINS)を設定している。しかし地方裁判所

は、「MINSによる付加的な審査手続は、連邦法に違反しない」と判決している。

- (6) 以上を要約すれば次のようにいえよう。老人ホーム（ICFも含む）に入る資格のある人は州プランのもとで、義務的サービス（Mandatory Services）を受けることができる。義務的サービスは、（サービスが州により承認された）メデイケアの「在宅ケア事務所」で供給されている限り、在宅ケア援助サービスと対人介護サービスを含まなければならない。家事援助サービスや連絡調整サービスは、患者への看護サービスに付属するものではあるが、欠くことの出来ないサービスとして供給されねばならない。
- 一九九四年一〇月現在承認を受けている「在宅ケア事務所」から供給される必要のない対人介護サービスも、義務的サービスと同様のものになっている。メデイケイドの放棄事業とともに、州の選択事業に基づき在宅ケアサービスや対人介護サービスは、受給者に対する在宅サービスの他の供給源となっている。

② SSBG (The Social Services Block Grants)

SSBGは、全体からすると少額ではあるが、次のような目的の達成をめざした柔軟性をもつ補助金である。

- (a) 個人の依存性を防止、減少、除去させるために、経済的な自立（self-support）の確保或は維持に努めること
- (b) 依存性の防止、減少を始めとする自己充足（self-sufficiency）の確保或は維持に努めること
- (c) 自身の利益を守ることの出来ない児童や成人を虐待、懈怠、搾取から守り、救済すると共に、家族を守り、活性化し、再結合させること
- (d) 地域ケア（community based-care）、在宅ケア（home-based care）或はより個別的な他のサービスを提供することにより、不適切な施設ケアを防止し、減少させること
- (e) ケアの他の形態が、適切でない時に、施設ケアの紹介或は申請を行う、或は施設にいる人々にサービスを提供する

しかしSSBGについて連邦の法令は、ガイドライン⁽¹⁾と他の少数の規制以外、ほとんどガイダンスを与えていない。実際には、SSBGは、しばしば在宅サービスに対し用いられ、(医療と切り離された)完全な在宅サービスについての一方策を提供している。例えば、ある州は、SSBGから九〇〇万ドルの補助金を受け、そのうちの多くを情報・ホームヘルプサービス・食事サービス・移送サービスの資金として利用している。⁽²⁾

(a)このうち、「情報と紹介」への援助資金は、在宅関係サービス(home and community based-care)等についての質問(inquiries)に回答する地方の福祉事務所(local office)の職員への支払に充てられている。これらのサービスは、もちろん無料である。ある地方事務所の例では、当該地域では、通常一日に、一、二回の電話による質問があるとされている。

(b)ホームヘルプサービス(Homemaker services)もまた、地方の福祉事務所を通じて管理されている。当該事務所は、当該地域住民とサービスを供給する契約を結んでいる。

(c)食事サービス(Homes meals)は、地域のサービス供給者との契約による。食事サービスは、都会でのみ行われている。

(d)移送サービスの為に充てられる資金は、都市で高齢者に移送サービスを提供する為に民間業者との契約に関連して使用されている。このサービスには「収入認定テスト」が使用されている。過去には、この資金の一部は、移送サービスを購入する為に高齢者センターに回されていたこともある。

州は、SSBGを自由に使うことが出来るので、州当局(State Agency Planner)が、在宅サービス間のギャップ⁽³⁾を埋める方向で資金を使うように要請していくことが重要とされている。

(注)

(1) 本論で触れた在宅サービスや地域サービスを念頭において書かれたSSBGの目的は、さらに詳細に次のように述べられている(42 U.S.C. §1397)。

児童介護サービス、児童及び成人に対する保護サービス、児童及び成人への寄託扶養サービス(foster care)、家の維持・管理に対するサービス、成人のためのデイケアサービス、移送サービス、家族計画サービス、訓練とそれに関連するサービス、雇用サービス、情報・紹介・相談サービス、食事の準備と供給に対するサービス、健康維持のためのサービスと(児童・高齢者・知的障害者・視力障害者・情緒障害者・身体障害者・麻薬中毒者の)特殊なニードに対処するためのサービスの適切な連携。

(2) National Senior Citizens Law Center, Representing Older Persons pp. 15~22

後述するカリフォルニア州のIHSSサービスは、SSBGと州と郡の資金(mating funds)によって運営されているが、この事業は、低所得の高齢者或は障害者に、家事サービス(domestic services)、村人サービス(personal care services)、医療関連サービス(paramedical services)を提供している。

(3) SSBGに関する住民参加について、橋本宏子「住民参加と法」日本評論社(一九九一年)第四章第三節参照

③ The Older Americans Act and RSVP

高齢者法(The Older Americans Act)は、高齢者センターや食事サービス(nutrition services)に対し、資金を供給する根拠法としてよく知られているが、それ以外にも社会的に求められてきている在宅・地域サービス(home and community based care services)を始め他の多くの事業に対し、同法に基づき資金が拠出されている。⁽¹⁾ 高齢者法は、連邦レベルにおいては、the "Administration on Aging" (AOA)により、州レベルでは、the "State Unit on Aging" (SUA)、⁽²⁾ 地方レベルでは、"Area Agencies on Aging" (AAAs)により、管理されている。SUAは、総称的な用語である。通常州の一番大きな福祉局が、SUAに指名される。州は、複数の多くのAAAsをもつことも

出来るし、SUAが州全体のAAAsを兼ねることも出来る。AAAsとSUAは、社会サービスと食事サービス(nutrition services)を結合する計画をつくる。プランニングに対するピアリングは、当該地域における高齢者法に基づく資金の使用に、住民の意見を反映させる手段のひとつである⁽³⁾。

あるサービスが、高齢者法に基づくサービスとして適切かどうかを判断するのは難しいとされている。法は、AAAsに対し経済的ニードの高い高齢者を優先することを求めているが、ミーンズテストについては規定がない。このことから、法は貧困者を重視する計画をたてることを指示しているが、適格性について判断までも求めるものではないという見解もある。

在宅・地域サービスは、通常地域のセニアセンターを通じて供給される。これらのサービスには、「情報・紹介サービス」・在宅ケア・ホームヘルプサービス(homemaker services)・家事援助サービス(home health aide services)・施設に入る前の評価・ケースワーク・カウンセリング・雑用援助(Core Maintenance)・訪問・買物・読書・手紙代筆・電話による安否確認等が含まれる⁽⁴⁾。移送サービスの導入が望まれているが、義務づけられているわけではない。移送サービスは、他の機関との契約によっても実施することが出来る。

高齢者法の八七年の改正は、家庭にいる虚弱老人・長期介護施設の居住者・虐待の恐れがある人々を含む高齢者のなかの特定のニーズにこたえる為、三章のサービス事業(注1参照)として、州とAAAsが実施するサービスの種類を拡大した⁽⁵⁾。すなわち、八七年法は、三章のサービス事業として、「虚弱高齢者、LTCオンブズマン事業(the long-term care ombudsman program)、特別なニーズをもつ高齢者の援助、保健教育促進教育、虐待防止サービス、SSI・メディケイド・フードスタンプサービスに基づく給付」に対し適確性を有する人々へのoutreach activities(支援サービス)」といった六つのサービスを加えた。州とAAAsは、これらのサービスについてある責任(some

responsibilities) を持つといえるが、八七年の修正以前にはその責任を実施する為に必要とされる「特定された固有の財源」に対する権限をもっていなかったということになる。

高齢者法の九二年の改正は、高齢者の自立、自治、権利を守る為のサービスを促進する一連の変更を通じて、三章を強化している。これらの改正に基づき、いくつかの事業 (the long-term care ombudsman program; services to prevent abuse, neglect or exploitation; and state legal assistance development services) が、三章から新しく七章における脆弱高齢者の保護活動 (Title VII, Vulnerable Elder Rights Protection Activities) に移されることになった。八七年法でおかれた他の三章事業も、新しい七章に移行され、拡大された。七章の事業は、(高齢者がもっているかもしれない) 他の公的事业を受給する資格に対するある種の権利を確保する為に、或は民間事業のもとでの援助を与える為に高齢者を援助するものである。

新しい高齢者の権利の章の創造に加えて九二年法は、三章に二つの新しいサービスを加えている。高齢のボランティアへの学校を利用した食事サービスの提供と世代間の交流を計る事業ならびに脆弱高齢者に在宅サービスを供給している介護者 (caretaker) への支援活動がそれである。

在宅・地域サービスに関連する財源は、退職者ボランティア事業 (the Retired Senior Volunteer Program RSVP) からも拠出される。この事業はかつては、高齢者法の一部に規定されていたが、現在は ACTIION⁽⁹⁾を通じて管理されている。RSVPは、高齢者センターのスタッフの援助やホームヘルパーとして活動するボランティアに援助を行っている。

(注)

(1) 一九六五年の法の通過以来、三章の事業は、ソーシャルサービス事業に対する財源から、高齢者への幅広い支援サービスへの財政権限をもつ包括的・連携的サービスと在宅への食事サービスの計画手段となった。一九六九・一九七三・一九七八年の重要な修正が、活動の範囲を広げ、三章事業の傘下のもとで、高齢者に関するネットワークの基本を確立した。三章の様々な修正を通じて、議会は州や地域の機関が、高齢者のためのサービスや事業の計画・結合・擁護の中心になっていくことをめざしていた。

六五年の法修正は、連邦の第三章が高齢者に関する州機関に、高齢者にサービスする事業に直接基金を交付することを認めていた。州機関は、プランナーとしてより、連邦基金の消費者として行動した。一九六七年の修正は、州が行使できる基金を増額した。一九六九年、議会は事業を、州機関に責任を与え、州全体にわたる事業への基金の交付、州のリーダーシップの育成に向けて、画期的な変更を行った。議会はこれらの修正において、ソーシャルサービス事業への基金の授与を続けたが、同時に初めてのこととして、州機関行政への基金の授与を行った。

一九七三年の修正は、州や地域のレベルで高齢者のサービスの計画や組織を改良する為に、三章を再構築した。州高齢者機関は、州を地域に分割し、高齢者へのサービスの日常的なシステムを構築するために、*aaa*を設立することを求められた。これらの修正は、既存のサービス事業を州・地域両方のレベルで、より効果的に計画し、結合することの必要性を強調していた。

一九七三年の修正は、部分的には、議会におけるヒアリングの結果に基づき行われた。

(2) 一九七三年法に従い、*AAAs*は、通常は直接にはサービスを供給しないが、既存のサービス供給システムの弱点やギャップを確認し、結合を促進することに限られた資金を導入した。ソーシャルサービスの多様性は、州機関の後援のもとで、*AAAs*を通じて一九七三年修正の実施を通じて供給された。しかし高齢者法の主たるサービス、食事サービスは議会により、一九七二年に法の七章として制定された。そして一九七三年に最初の資金を受けた。

(3) 45 C. F. R. §1321 subpart J sets out the procedures for participation in hearings.

(4) アメリカでは、福祉サービスの種類として、ケースワーク等の「技術的なサービス」が、個別サービスと並んであげられている。日本でも、介護保険の導入が具体化され、市場によるサービスの供給が重視されてくる中で、その意味が具体的に理解されるようになってきている。また現実には、地域の中でこれらの全てのサービスが実施されているわけではなく、日本以上にバラツキが大きいことも指摘されなければならない(橋本宏子「福祉のレギュレーション—福祉の現在—」神奈川大学評論 二二 一九九五

年 特に、同論文の追記参照)。

- (5) 以下の高齢者法の改正についての指摘は、Institute of Medicine Washington, DC, Real People, Real Problems: An Evaluation of the Long-Term Care Ombudsman Programs of the Older Americans Act 1995 p. 254 以下。
- (6) 42 U. S. C. 85001; 45 C. F. R. §1209

④ 食事サービス

SSBGsの資金も、食事サービスに利用されているが、その多くは高齢者法から拠出されている。⁽¹⁾特に会食サービス (Congregate Meals Services) は、最も一般的に利用出来る重要な在宅・地域サービスのひとつとされている。会食サービスは、通常は地域の高齢者センターで実施されており、六〇才以上の人なら誰でも利用出来る。食事は、一週五日のうち、少なくとも一日は提供されなければならない。会食サービス・自宅への配食サービスいずれもボランティアに多くを依存して実施されている。配食サービスを受けるためには、六〇才以上で地域内に居住していなければならない。供給者は多くの場合高齢者センターであるが、会食サービスのようには普及していない。配食サービスを受けている高齢者は、会食サービスを利用している高齢者より、一般に高齢で貧困である。

配食サービスも、一週五日のうち、少なくとも一日行われなければならない。実際には、一日以上供給されている場合は稀である。その理由として、一日の会食で十分であるからだともいわれているが、財源をより多くの人々に振り分ける為ともいわれている。いずれにせよ、他に手段をもたない、貧困な高齢者には悲惨であり、施設への入所を余儀なくされる理由ともなっている。

(注)

(1) A A A s を設立した一九七三年の改正は、三章によりカバーされる食事サービスへの行政費用を供給した。この行為は、一九七八年法でさらに改良される食事サービスの統合の第一歩であった。

一九七八年の修正は、従来それぞれに別れて行われてきたソーシャルサービス・食事サービス・高齢者センター事業が、三章の行政構造のもとに、ひとつに纏められた。

三章のソーシャルサービスは、Area Agenciesを通じて基金を付与されている。七章の食事サービスは、A A A s が直接に州機関により交付されている。これらの分離した章をひとつの章に纏めることは、A A A s がその管轄内の社会・食事・高齢者センター事業に対する基金を管理することに責任あるA A A s と高齢者法に基づく事業についてのより大きな結合を育成しようとするものであった。この結合はまた、活性化、政治的強化、A A A s の機能強化を促進するものと推定された。一九七八年法の他の変化は、以前には七章でなされてきた食事サービスに別の財源付与を行ったことである。七八年改正は、サービスをひとつの事業に纏めたが、支援サービスと食事サービスは分離されたままであった。

3 サービス供給の構造 — 郡と市

連邦法の高齢者法と TitleXX (The Social Services Block Grants, SSBG)⁽¹⁾のもとで実施されるサービスは、郡を中心に実施されている。その他、州が独自の財源で実施している在宅サービスもある。加えて連邦法に基づくC D B G、CSBG⁽³⁾も在宅サービスに関係している。これらの事業法は、市を中心に実施されている。以下では、こうしたサービス供給の構造についてカリフォルニア州を例に、一定の整理を試みてみたい。

前述のように高齢者へのコミュニティサービスに大きな影響を与えている法律は、(メデイケイド・メデイケアによる在宅介護サービスを除けば)、高齢者法と TitleXX⁽²⁾である。

(注)

- (1) 社会保障法 TitleXX は、一九八一年の一括歳出削減法 (O B R A) の成立により、同法サブタイトルCソーシャルサービスに対する包括補助金事業 (Subtitle C Block Grants for Social Services) の規定するものに従って修正され (Sec. 2352)、サブタイトルCは、ソーシャルサービス包括補助金法 (The Social Services Block Grants Act) と呼称されることになった。
- (2) The Act §308 (a) amending §119 of the Housing and Community Development Act of 1974 に基づく事業は Community Development Block Grant, CDBG と呼称される。
- (3) 経済機会法第二編は、一九八一年の一括歳出削減法の成立により廃止された。もっとも、一括歳出削減法に基づくコミュニティサービス包括補助金事業 (Community Services Block Grant Programs, CSBG) は、経済機会法第七編に対応する面が少なくない。

(1) 郡とサービスの供給

① 高齢者法と食事サービス

カリフォルニア州の例でいえば、州 (California Dept. of Aging) は、その管轄下にある A A A s (Area Agencies on Aging) を通じて、食事サービスを管理している。これらのサービスは、高齢者法と州の一般財源 (general fund) からの拠出で賄われている。⁽¹⁾ 集合食事サービス (Congregate Nutrition Services) は、食事をグループ単位で供給する。そこでは利用者は、食事だけでなく、社会参加の機会や、食事指導や食事相談を受けることになる。次のような人々が集合食事サービスを受けることができる。⁽²⁾

- ・ 六〇才以上の高齢者
- ・ 一定の基準を充足する障害者
- ・ 年令に関係なく、前述に該当する者の配偶者

・食事中、必要なサービスを行うボランティア

この事業では、「低所得であること」は要件とされていない。費用の支払は強制ではないが、参加者は自分の気持ちでいくらかの支払をする。

宅配食事サービス (the home delivered program services) は、外出が出来ない人々 (the homebound) に食事を供給する。このサービスを利用できるのは、

- ・六〇才以上の高齢者
 - ・障害、意思能力の欠如 (incapacity)、病気あるいは地理的な理由から外出が難しい人々
- である。

集合食事サービスと同様、この事業では、「低所得であること」は要件とされていない。費用の支払は強制ではないが、参加者は自分の気持ちで支払をする。⁽³⁾

多くの宅配食事サービスは、一週五日暖かい食事を供給する。食事指導や食事相談を受けることもできる。高齢者法に規定されているコミュニティサービスは、郡を単位に設置されている A A A s が高齢者施策全般の計画を策定することにより実施されている。しかし具体的なサービスは A A A s が契約を結んでいるサービス供給事業者 (Local Services Providers) のもつて提供されている。

(注)

(1) カリフォルニア州法は、「州 (California Dept. of Aging) は、連邦の高齢者法第三章に従い実施される事業を補充するため『高齢者食事業』に対し、州の資金を補助金として交付する」と規定している (Welfare & Institutions Code Analysis, §9310)。

(2) 1 California Elder Law, 3.37 (ed. Continuing Education of the Bar 1995)

(3) *Id.*, at §3.44

② 州独自の食事サービス (the Brown Bag Network Programs)

この事業 (the Brown Bag Network Programs) は、⁽¹⁾低所得の高齢者に食料品を供給する事業で、カリフォルニア州の資金で実施されている。食料品は、余剰野菜・果物その他の食品である。これらの食品は、旬のものであり、利用者の栄養補給に役立つものであるが、必要とされる食料の全てを充足するものではない。

この事業は、六〇才以上の低所得の高齢者が利用することができる。年間の登録料が、利用者から徴収される。一度登録料が支払われると、⁽²⁾登録カードが発行される。

(注)

(1) Welfare & Institutions Code Analysis (以下 Welf & IC と略), §9600

(2) 1 California Elder Law, 3.38 (ed. Continuing Education of the Bar 1995)

③ 移送サービス

高齢者への移送サービスは、様々な事業に組み込まれその一部として提供されている。⁽¹⁾その中には、次のようなものがある。

・ Multipurpose Senior Services Programs

在宅の低所得高齢者の為の包括的なケースマネジメントサービス

・ Linkages program

主に、機能障害のある高齢者や成人障害者に対する訓練を受けた複数のソーシャルワーカーによるケースマネジメント事業

・ In-Home Supportive Services (IHSS)

低所得の高齢者や障害者に対する在宅福祉サービス

高齢者並びに障害者は、交通クーポン (transit vouchers) や割引パス (discount passes) を利用できる可能性がある。これらの制度の利用には、所得制限が課せられる。交通クーポン事業には、タクシー会社や自動車サービス業者の参加も可能である。移送サービスやその利用要件に関する情報は、地域A A A s から提供される。⁽²⁾

加えて、多くの高齢者センターが、通常の定期的な交通機関を利用出来ない高齢者の為にドライブ、グループ旅行、医療機関の受診や食事の為の外出に際し、移送サービスを提供している。

(注)

(1) 1 California Elder Law, 3. 39 (ed. Continuing Education of the Bar 1995)

(2) Id. at 3. 44

④ ホームヘルプサービスとTitleXX

SSBG (TitleXX) に基づくサービスは、カリフォルニア州では In-Home Support Services (以下IHSSという) として、郡を単位に実施されている。⁽¹⁾ 公的なホームメーキングサービスは、カリフォルニア州ではこのIHSS

を通じて行われている。⁽²⁾

サービスの利用を希望する者は、郡の担当部局 (Designated County Department) に申請しニーズアセスメントが行われる。しかし担当部局では、サービスを購買する費用が決定・交付されるのでありサービス自体の供給は、IHSSの利用者がサービス供給者を雇用する (employ) ことにより実施される。⁽³⁾ 郡はこれに先立ち、サービス供給者を雇用 (hire) している。⁽⁴⁾ そのでは、いずれも郡がサービス供給の中心になっていることがわかる。

(注)

(1) 1 California Elder Law, 3.32 & chap 7 (ed. Continuing Education of the Bar 1995)

(2) *Id.* at 3.34

(3) Social Services Standards 30-753 (Cont.) Services Program No. 7: In-Home Support Services Regulation p. 53
規則は、雇用者と被雇用者について次のように規定している。

(e) (1) Employee means the provider of IHSS under the individual delivery method as defined in Section 30-767. 13.

(2) Employer means the recipient of IHSS when such services are purchased under the individual delivery method as defined in Section 30-767. 13.

(4) Required Services Programs No. 7: IHSS Regulation 30-767 Services Delivery Methods (Continued) p. 237

.11 County Employment.

.111 The county shall be permitted to hire services providers in accordance with established county civil requirements or merit system requirements.

.13 Purchase of Services from an Individual

.131 The county shall make payment under this delivery method through the payroll system as described in Section 30-769.

.132 The county shall make a reasonable effort to assist the recipient to obtain one individually.

(2) 市とコミュニティサービス

以上に対し、市を中心に実施されている在宅福祉関連サービスもある。

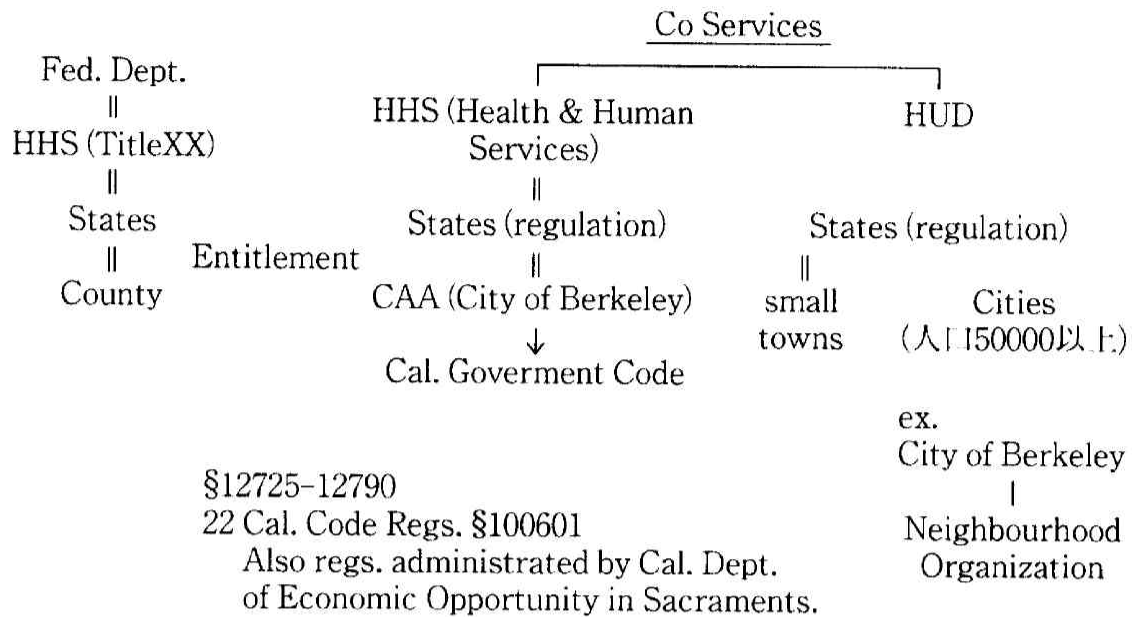
例えば、バークレー市やオークランド市では、民間非営利団体 (Non Profit Organization 以下NPOという) が、いくつかの連邦補助事業 (例えば、地域開発包括補助金事業 CDBG, Community Development Block Grants、コミュニティサービス包括補助金事業 CSBG, Community Services Block Grants) や州の一般補助 (General Grant) を得て、様々なサービスを実施している (FUNDの一覧)。CDBGを管轄する連邦の部局は、HHSであるが、その多くは州法に委任されCDBGの実際の運営は、州が委任するCAAによって実施されている。⁽¹⁾

CAAの多くはNPOであるが、バークレー市では、市がCAA (Public Agency) である。⁽³⁾

CDBGを管轄する連邦の部局は、HUDである。この事業は、多くが連邦から直接市に事業が委任されている (図参照)。市の全ての部局は、City Managers Officesのもとに統括されており、City Managers Officesは、City Hallへ市議会へに対し責任を負う。CDBGは、一括財政削減法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981) に基づくコミュニティサービス包括補助金事業CSBGと対応する面が少なくない。図ではHHSからの流れが、CSBGである。

バークレー市やオークランド市では、CDBGに関わる The Housing Advisory Commission (HAC, HACは、CDBG等に関係する市民の正式な住民参加組織である) と The Human Welfare and Community Action Commission of the City of Berkeley (HACに対応するCSBG関係の機構) が、住居・ソーシャルサービス・地域開発に対するニードやニードに対応する手段について共同でパブリックヒアリングを開催している (因みにバークレー市では市議会によって任命された四一の部局及び委員会のうち、少なくとも一二が、住居・社会サービス・地域開発に関係してい

バークレー市とコミュニティサービス



(アメリカの在宅福祉関連サービスには、「OAA や SSBG 等郡を中心に行われる事業と市を中心に行われる連邦補助事業、州独自の事業、全く私的な事業」があるように見える。アメリカの福祉サービス、特に在宅福祉関連サービスが多様で複雑な理由のひとつはこの点にあるといえよう。又ここでは、法的関心から、基本的に法律の規定毎に、サービスの内容をみているが、実際には NPO は、様々な連邦補助金の交付や民間の寄付を財源に事業を実施しており、純粋に「**法に基づく事業」とは言い難い面がある。このことは、いいかえればアメリカの在宅福祉関連事業が、「所得補助事業」に近いことを意味しているといえよう。)

る)。このヒアリングの結果を参考にしながら、委員会は毎年一二月までに提出される NPO からの補助金申請やプレゼンテーション、委員会自身が実施する各 NPO への訪問調査や住民全体についてのニーズアセスメントの結果をふまえ、四月までに五〇〇万ドルの連邦補助金をどう使用していくかを決定していく。

バークレー市では、三つの大きな NPO を中心に様々な NPO が広義の福祉サービス(ここでは、住居・ソーシャルサービス・地域開発等をさす)を実施している(図参照)が、そこには給食サービス・家事援助サービス・移送サービスのような在宅関連サービスも少なからず含まれている。バークレー市では、現在五一の NPO に補助金が交付されている。NPO への補助金の交付というと、わが国の措置委託が連想される。NPO も補助

金の交付を受けると、市（諮問委員会）と委任契約を結び福祉サービスを実施することになる。しかし、福祉サービスの実施については各NPOの「自主管理」的要素が強く、利用者は福祉サービスの申請も直接NPOに対して行うことになる。どこにどんなサービスがあるのかは日本以上にわかりにくいことになる。民間レベルでの情報提供サービスが日本以上に発展しているのはこの点と関連がありそうである。

NPOが、連邦補助事業からの補助金を受けると、州や市（諮問委員会）は、当該連邦補助事業に関わる連邦法や州法もしくは州や市の規則に基づき、NPOに対し様々な監督責任を負っている。しかしこの監督責任の性格については検討が必要である。⁴又CSBG事業の場合、州法は、各NPOに対し苦情処理手続を義務づけている。しかし、前述のように複数の連邦補助事業から補助金の交付を受けているNPOに、或る連邦補助事業の規制を貫徹させることは困難な実情があるように見受けられる。又NPOでは、障害者への職業紹介事業や家庭内暴力へのカウンセリングサービス等が幅広く行われている場合もあるように見受けられる。こうしたサービスにおける苦情は、サービスについての差別が主たる問題となり、在宅福祉関連サービスのような給付サービスにおける待機や優先順位、資源との調整はあまり問題にならない。福祉サービスに応じた苦情処理手続の在り方も検討される必要がある。

以下 TitleXX 関係のサービスを中心に、「メデイケア・メデイケイドによる在宅福祉サービス」「CDBG/CSBG 連邦補助事業としての在宅福祉サービス」「高齢者法における在宅福祉サービス」の申請手続とその保障、苦情申し立て手続について可能な限りホローしておきたい。

(注)

(1) 州の経済機会局は、この章に基づく責任を遂行する為に補助金を交付し、CAAと必要かつ適切な契約に入る。

- (2) コミュニティ活動事業のサービスや活動は、CAAにより直接或は委任契約に従い他のエイジェンシーにより管理される (Welf & IC §12750 C)。すなわち、CAAは、他の公的機関又はNPOと契約(サブコントラクトのことと考えられる)する権限を含むコミュニティ活動事業を計画し、行動し、管理し評価する権限・能力をもつ。
- (3) バークレー市のCAAの話では、
- ・ 貧困者がサービスの範囲を決定する
 - ・ CAB (community action board) の事務所は、市役所の三階
 - ・ CABは、お金は操作しない。市役所と市議会に勧告する。CABは無料で活動している。サービス供給機関に対するお金の割当てについて、市議会をガイドする。
 - ・ サービスはサービスの機関ごとに申請する。
- とのことであった。
- (4) 弁護士の見もわかれる。利用者に監督を求める権利 (Cause of Action) があるかは、判例もないので不明とのことであった。

4 在宅サービスの仕組み — HSSの場合

これまで、アメリカの在宅福祉サービスの種類、在宅サービスと法制度との関係、サービス供給についての連邦と郡並びに市町村の関係を概観してきた。

ここでは、それを確認する意味で、カリフォルニア州で実施されている代表的な在宅福祉サービスである In-Home Supportive Services を例に、アメリカでの在宅サービスの実施の有り様を具体的にみていくことにしたい。

(1) In-Home Supportive Services (IHSS) の概観

IHSSは、郡のソーシャルサービス部か郡の福祉機関で管理される州の事業である。この事業は、サービスを必要としている低所得の高齢者や障害者に、家事援助 (Domestic Services)、対人的なケア (Personal Care Assistance)、いくつかの副次的な医療関連サービスの供給者 (Worker) に支払をする制度である。⁽¹⁾

SSIの受給者はこの制度の適格者である。SSIの受給要件をこえる収入のある者は、部分的に費用負担することでサービスを利用できる。事実上カリフォルニア州では、公的なホームメーカーサービスはIHSS事業を通じて実施されている。MEDI-CAL (Medicareの⁽¹⁾と) も⁽²⁾に言われる対人的なケアサービス (Personal Care Services) をカバーする。⁽²⁾

(注)

(1) Welf & IC §12300 詳しうは後述参照。1 California Elder Law, 7, 40 & chap 7 (ed. Continuing Education of the Bar 1995)

(2) *Id.* at §7. 27, California-DSS-Manual-SS MANUAL LETTER No. SS-93-01

(2) プログラムの定義⁽¹⁾

一 IHSS事業は、これらの援助がなければ家庭で安全に生活することの出来ない適格要件を満たす高齢者・視力障害者・その他の障害者に対し、援助を供給する。

二 *Id.* (The Personal Care Services Program) は、法令 (Welf & IC §14132. 95 and Title 22, California Code of Regulation, Division 3) に従って、MEDI-CAL (Medicareの⁽¹⁾と) の適格な受給者に、対人ケアサービス

(Personal Care Services) を供給する。事業は、Division 30 に従って行使される。

三、IHSSとPCSPの両方の資格要件を満たす者には、PCSPが適用される。

他の在宅ケア制度と比較してIHSSは、「柔軟性があり、消費者によるコントロールや自主性が保障されていること、提供されるサービスの量や規制の少なさ、監督や責任の面」で高く位置付けられている。問題点は、個々のサービス提供者 (IPs、後述参照) が、低い賃金と保険給付しか受け取っておらず、仕事の保障がないということである。その為にこの仕事を魅力あるものにし、彼らを永くこの仕事に止めておくことは難しいと言われている。個々のサービス提供者は殆ど研修を受けておらず、ライセンスもなければ認可も受けていない。⁽²⁾

(注)

(1) Social Services Standards 30-700 (Cont.) Services Program No. 7: In-Home Support Services Regulation p. 193

(2) 1 California Elder Law, 7, 40 (ed. Continuing Education of the Bar 1995) もっとも、ナパ郡で入手した契約書 (Community Based Organization Mass Contract Exhibit A & B Coversh p. 3) によれば、具体的には、ワーカーを募集し、資格あるワーカーをリストアップし、サービスを求めている高齢者に資格のあるホームサービスワーカーを送る。そしてサービスが遂行されているかホローアップする。月約一三三単位 (一時間一単位) までとされている (9) サービスの供給方法 (1) 参照)。

医学的・専門的なケアを提供する事業者 (Home Health Care Agency) に対しては、ほとんどの州で許可制がとられている。また多くの州では、個々の在宅サービス提供者 (Home Care Workers) のうち、訪問看護婦等特定の業務を行う者に対する免許又は登録制度を設けていることが指摘されている (伊原和人・和田康紀「米国における介護サービスの質の確保②」p. 49 週間社会保障 No. 2005 <一九九八年九月二二日>)。

(3) 財源と管理

IHSS 事業は、SSBG (TitleXX) と州・郡のSSBG分担金によって実施されている。郡の福祉局を通じ社会サービス部によって管理されている。^(一)

(注)

(一) 1 California Elder Law, 7.41 (ed. Continuing Education of the Bar 1995)

(4) 根拠法

① 連邦法

42 USC §§1396d (a) (24), 1397-1397e ;

45 CFR Pt 96.

② 州法

The state statutes, regulation, and rules governing IHSS are

・ Welf & IC §§10000-10002, 11000, 15000-15001) ;

・ 22 Cal Code Regs §§51003. 1, 51011, 51025. 2, 51051 (b), 51145. 1, 51181-51184, 51204, 51350, 51454. 1, 51476. 2, 51483. 1, 51535. 2

・ Department of Social Services, Manual of Polices and Procedures.

(5) 適格性 (Social Services Standard)

受給者は、SSIの受給者である。SSIの求める低い資産要件に当てはまるが、収入があまりにも高い人は、費用を一部負担してIHSSを受給することが出来る。⁽¹⁾

受給者と同一世帯を形成している親族の収入や資源は適格性の判断・費用負担額の決定の際に考慮される。

働いて収入を得ることが出来るようになった為に、SSIの受給者でなくなっても、IHSSは、受給出来る。受給者は、家で生活するか施設から家に戻る人でなければならない。

受給者は、自分で身の回りのことをすることが出来ず、IHSSのサービスが供給されなければ、自宅での生活が安全に出来ない人でなければならない。

(注)

(1) (5)の記述は、1 California Elder Law, 7.44 (ed. Continuing Education of the Bar 1995) による。

(6) サービスの限界

サービスは、意思と能力のある他の個人や公的機関から代替のサービスが受けられない場合にIHSS事業によって供給される。受給者を援助出来る配偶者は、非医療的な対人サービス (Non-Medical Personal Services) と二次的な医療サービス以外の代替サービスを供給する意思と能力があるものとみなされている。⁽¹⁾

対人介護サービス (Personal Care Services) を一週につき、二〇時間以上必要とする者 (重度者) の最大限の利用時間は一月二八三時間である。一週二〇時間以下の対人介護サービスを必要とする個人の一月の利用量は一九五時

間以下である。

もし受給者が、供給機関と契約の形で取決をする場合には、供給者の賃金は、州法で定められた一時間の賃金レートでの計算に依拠する。

(注)

(1) このような配偶者を、個人の供給者 (IPS) として IHSS から給付を受けることができることになる。(6)の記述は、
I California Elder Law, 7.45(ed. Continuing Education of the Bar 1995)

(7) 供給されるサービス

次のサービスは IHSS によって供給される。⁽¹⁾

- ・家事援助サービス (domestic services)、大きな物の洗濯、対人ケアサービス (personal care services)
- ・病院又はそれに類する場所への付き添い
- ・敷地内の危険物の排除
- ・予防的な見守り (IHSS のもとでの見守りの対象は、自分で注意をすることが出来ない障害者に限定され、かつ非医療的な理由での監視が、身体的に制約のある障害者を許されない形で差別することがないように規制されている。)
- ・他からの援助を減らす為の教育や実習
- ・二次的医療サービス (paramedical services)

対人ケアサービス (personal care services) とは、次の全てを指すとされる。

- ・移動についての援助
- ・入浴、口腔衛生、身繕い (grooming) の援助
- ・着付け (dressing) の援助
- ・義歯義足等 (prosthetic devices) の介護や介助
- ・排便 (bowel)、排尿 (bladder)、生理 (menstrual) の介助
- ・体を横にさせる (repositioning)、清拭 (skin care)、色々な種類の体を動かすこと (range of motion exercises)、移送 (transfers) に伴う援助
- ・適切な流動物を飲ませたり、確保すること
- ・人工呼吸装置の援助
- ・投薬の自己管理の援助

自宅に調理場のない受給者は、外食手当を受けることが出来る (Wel & IC §1230.3.7)。I H S S は、他の在宅ケアサービス (home health services) を補充する⁽¹⁾とが出来る。

(注)

(1) ①の記述は、1 California Elder Law, 7.46 (ed. Continuing Education of the Bar 1995) に於ける。

(8) 供給者と供給のモデル⁽¹⁾ (Required Services Programs)

郡の福祉部は、次の三つのモードの組合せを通じてサービスを供給することが出来る。

- (a) 郡の職員によりサービスを供給する
- (b) 他の機関と契約し、その機関を通じサービスを供給する
- (c) 個人の供給者 (IPs) によりサービスを供給する

(注)

(1) 1 California Elder Law, 7.47 (ed. Continuing Education of the Bar 1995)

(9) サービスの供給方法⁽¹⁾ ナパの場合

郡は、承認された郡のプランに従い以下に特定される方法の一つ以上採用することによりIHSSの供給を行う。

① 郡の雇用

郡は、設定された要件 (County Civil Services Requirement 或は Merits System Requirement) に従い、サービス供給者を雇うことが認められている。⁽²⁾

郡は、サービス供給者が予定されているサービスを供給出来、現に供給していることを確認しなければならない。⁽³⁾

もし適切な雇用制度 (Civil Services System) によって、承認されるなら一時的な雇用者として雇用することが出来る。⁽⁴⁾

② 機関からのサービスの購買⁽⁵⁾

郡は、要件に従い⁽⁶⁾、サービスを供給する機関と契約する。

郡は、契約者が受給者に対しサービスの継続性と信頼性を与えるものであることを確保し、サービス供給者がサービスを供給出来、現に供給しており、かつ要件に従うことを確保するとともにサービス供給者の監督を行うべきであるとされている。

③ 個人からのサービスの購買

郡は、支払基準に従い⁽⁸⁾、支払をする。

郡は、受給者がサービスを供給してくれる個人をみつけることが出来ない時には、サービス供給者を獲得出来るよう受給者を援助する合理的努力をすべきであるとされている。

対人ケアサービス (Personal Care Services) の受給者は、サービス供給者を選択することが出来る⁽⁹⁾。サービス供給者は、州の保健福祉省 (DHS) の承認を経なければならない。そして対人ケアサービスの供給と MEDICAL を規制する法や規則に従うことを定めたサービス供給契約に署名しなければならない。

対人ケアサービスの契約機関は、規則に従って⁽¹⁰⁾ 選ばれるべきであるとされている。

被雇用者 (Employee) とは、IHSS の個人の供給方式の基でのサービスの供給者をいう⁽¹¹⁾。雇用者 (Employer) とは、IHSS の個人の供給方式の基でのサービスの受領者をいう。

多くの受給者は、(受給者が直接に雇い、支払をし、受給者に郡が直接給付をする形態の) I P s からサービスを受けている。これらの供給者には、家族・友人が含まれる。

いくつかの郡の福祉部では、潜在的な供給者を募集し、審査し紹介する新しい供給者の指導・研修、緊急時の援助、継続的な供給者への監督を行っている。他の郡では、サービスの給付の支払への関与を制限している。郡が雇用者であったり、契約機関の場合には、責任保険に入っているが、個人の供給者の場合は、めったにそれをしていない。I P s の休みの為に、介護されないという経験を多かれ少なかれ受給者がもっているといわれる。

(注)

- (1) Social Services Standards 30-753 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 193
- (2) Social Services Standards 30-767 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 237
- (3) "Ibid"
- (4) "Ibid"
- (5) .11 County Employment
"Ibid"
- (6) .12 Purchase of Services from an Agency
Division 10 & 23 of The Welfare & Institution Code
- (7) Division 9 of The Welfare & Institution Code
- (8) Social Services Standards 30-769 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 237
- (9) Social Services Standards 30-769 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 238 . 1
- (10) The Welfare & Institution Code §12302. 1
- (11) Social Services Standards 30-755 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 58

5 「サービスの質」と法令の規定

(1) はじめに

アメリカでは在宅サービスに対する苦情処理手続が、それなりに整備されている。

しかしそこで受付けられる苦情の対象は、特にメデイケアやメデイケイドの場合には、サービスに要する費用の支給やその減額、打切りについての苦情が中心であり、供給されるサービスの質に関する苦情は、前述の機構の中では解決されにくい。例えていえば、わが国の介護保険制度において、介護保険給付については、介護給付費審査委員会がおかれているが、サービスの質に関する問題への対処については、その全容がみえにくい現状と一見似ているところがある。

アメリカでも在宅・地域ケアサービスの領域が広がっていくにつれて、サービスの質を確保する機構の設立に関心が向けられてきているといわれている。在宅・地域ケアサービスの利用者は、施設における場合と同様に介護者に依存的で、要求を自分ではうまく伝えられない場合が多い。この問題は、特に定期的に介護者が家に入りするサービスにおいて、重要となる。自宅における個人的なケアやホームヘルプサービスの供給は、難しい仕事であり、社会的に高い熟練度が要求される。時には利用者から恨みを買うことにもなりかねない。にもかかわらず、全ての在宅・地域ケアサービスの中で最も賃金が安く、監督 (supervise) ももつとも難しい領域であることが指摘されている。⁽¹⁾ 質の確保 (Quality Assurance) の問題は、特にこのような監督の難しい家事援助や在宅ケアの領域で必要とされている。苦情処理手続 (Grievances Procedure) ・監視 (oversight) ・機構組織 (mechanism) ・サービス供給者の資格 (Provider licensing) は、質の確保のための重要な手段と考えられている。在宅・地域ケア事業を発展させるために

活動する擁護者⁽²⁾ (advocates) のような存在も必要とされている。擁護者は、クライアントが法のもとで利用出来る既存の全てのサービスを利用出来るよう注意を怠ってはならないとされる。家族や友人もこの点については、重要な役割を果たしうると考えられている。介護者への研修や監督も必要と考えられてきているが、それらを利用する費用とのバランスが重要なことも指摘されている。

アメリカには、「質の管理機構のうち最も必要なのは、供給者を選択する自由である」という考え方もある。後述の「CILの苦情処理手続」からもその傾向は窺える。特に在宅ケアの領域では、ケアの種類や利用量は、アメリカでは多くの場合民間事業者である供給者の質に依存しているのは事実といつてよいだろう。一〇年ほど前から、多くの公的事業においては、行政上の事務費用を減らす目的で、利用者が供給者を選択する幅を狭めたり、固定したりしてきていることが指摘されている。

こうした事実があるにせよ、「選択の自由の保障だけでは、質の管理は確保できない」ところに、問題の一層の難しさがあることもまた事実である。

以下ではまず、初歩的な仕事であるが、アメリカにおける広い意味での「在宅ケア関連法令」が、「広い意味でのサービスの質の確保」についてどのように規定しているかを確認することから、検討を始めたい。⁽³⁾

(注)

- (1) Home-and Community-Based Long Term Care for the Elderly Poor, Clearinghouse Review, August/September 1984, p. 378
- (2) Advocates「福祉と法」に関する文献では、社会保険や公的扶助、日本でいわれる「福祉サービス」の利用者の権利擁護の為に、活動する弁護士を指すことが多い。(1)の論文ではもっと広く「生活支援員」のような概念でとらえているようにみえる。
- (3) アメリカでは、介護サービスの質の確保に関連し、連邦政府や州の規制、監督とともに、第三者評価機関の活動にも目を向け

る必要があると指摘されている（伊原和人・和田康記「米国における介護サービスの質の確保①②③」週刊社会保障 No. 2003, 2005, 2006 参照）。前述の論文では、「わが国でも、規制の遵守は重要だが、定数削減が求められている公務員が、増加が予想される在宅サービス事業者を日常的に監視することは難しい。公的な規制により、最低限の基準の確保を計るとともに、第三者評価機関による評価・認定を通してより質の高いサービスの向上をめざしていくことが重要である」と指摘されている。

(2) 「サービスの質」と法令の規定

在宅ケアについて州政府が行う規制は、主として専門的な介護サービス⁽¹⁾を提供する在宅ケア提供機関に対するものであり、日常生活援助など非熟練型の在宅ケアについては、ほとんどの州が免許制度を設けていないことが指摘されている。⁽²⁾在宅ケア提供機関については、メデイケアに関連する連邦法に規定された、⁽³⁾或は長官が必要と判断したその他の「参加の条件」に合致すること等が要請されている。

カリフォルニア州の場合も、在宅で専門的な看護サービスを提供する在宅ケア提供機関は、州のライセンスを保持しなければならぬとされ、⁽⁴⁾在宅ケア提供機関に関する一章を設けている。⁽⁵⁾そこでは、専門的な看護サービスとは、正規看護婦⁽⁶⁾かライセンスをもつ職業看護婦⁽⁷⁾により提供されるサービスと定義されている。⁽⁸⁾ライセンスは、一年毎に更新されなければならない。⁽⁹⁾州当局は、利用者へのサービスの質を確保するために、ライセンスを得た在宅ケア提供機関を、一年以内に監査しなければならない。⁽¹⁰⁾また州当局は、本章の目的のために必要とされる規定や規則を制定することとされ、⁽¹¹⁾本章の規定もしくは本章の目的のために制定された規定や規則の違反者は、一〇〇〇ドルを超えない範囲で罰金を課せられることとされている。⁽¹²⁾また長官は、⁽¹³⁾\$1726 違反もしくはその恐れがあるときは、上位裁判所⁽¹⁴⁾あるいは当該違反が生じた（生じようとしている）郡に対し、差止命令を要求する訴訟を提起できる。⁽¹⁵⁾本章の違反につ

いての訴追は、各郡に配置された州の地区首席検事⁽¹⁶⁾によって行われる⁽¹⁷⁾。

(注)

- (1) skilled nursing services
- (2) 石田道彦「アメリカの長期ケアにおける利用者の権利とその実現」九大法学七三号 p. 39~40
- (3) 42 USCA §1395x (c) は在宅ケア機関という用語は、公的機関、民間機関ならびにこれらの機関の支部をさし、かつ同条に掲げる要件をみたしているものをさすとしている。
- (4) H & SC §1726
- (5) chapter 8 §§1725~1742
- (6) a registered nurse
- (7) licensed vocational nurse
- (8) *Id.* at §1727 (b)
- (9) *Id.* at §1730
- (10) *Id.* at §1733
- (11) *Id.* at §1734
- (12) *Id.* at §1739
- (13) director
- (14) superior court
- (15) *Id.* at §1740
- (16) the district attorney
- (17) *Id.* at §1742

① 在宅ケアにおけるナーシングホーム改革法 — メディケイドと質の確保 —

一九九〇年、連邦法⁽¹⁾（以下 OBRA-90 とする）は、メディケイドの新しい選択サービスとして、機能障害をもつ高齢者に対する在宅地域サービスを確立した。The Frail Elder Law⁽²⁾として知られる OBRA-90 は、後述のように利用者の権利・従事者の資格・監査方法・制裁の方式等について規定している。これらの規定は、見方によってはとりたてて指摘するほどの内容のものではない。しかし、メディケイドに関係するこれらの規定は、一九九〇年の同法制定により初めて規定されたもので、アメリカでは「在宅ケアにおけるナーシングホーム改革法」とも呼称されていることは指摘されねばならないだろう。しかも一九九二年現在、いずれの州もこの制度を選択していないことに、アメリカにおける在宅ケアサービスの現状が窺える。

州が州計画の中でカバー出来る（メディケイドの⁽³⁾）新しい選択的なサービスである The Frail Elder Law は、州に対し連邦法の要請と完全に一致することを要求してはいない⁽⁴⁾。

また同法は、在宅地域サービスに対する患者のニーズを評価することにおいて、医療モデルよりも機能障害があるかないかに注目している。同法のもとでは、適確性は、年齢・機能障害の程度・サービスに対するニーズといった合理的な理由に基づく分類によって判断される。同法の規定する“home and community care”⁽⁵⁾は、ケアプラン⁽⁶⁾に従って供給される。ケアプランは、資格を有するケアマネジャー⁽⁷⁾によって作成され、定期的に見直しが行われる。同法にいう「資格を有するケアマネジャー」とは、法が規定するいくつかの要件に合致する「非営利もしくは公的な機関あるいは組織」である。当該要件には、審査手続を含む「ケースマネジメントサービスの質」⁽⁸⁾を確保する手続を有することが含まれている⁽⁹⁾。

州は、アセスメントの結果に基づく決定により不利な影響を蒙る個人のために、「訴えの手続」を定め実行しなけ

ればならない。⁽¹⁰⁾ ICCPに不同意の個人に対しても、同様の要請がなされている。⁽¹¹⁾

The Frail Elder Lawは、前述のように「在宅ケアにおけるナーシングホーム改革法」と言われているが、その理由は連邦政府が、何よりまず在宅ケア産業に「質の基準」⁽¹²⁾を課しているからである。前述のように法は、サービスの供給者に資格を要請していることもそのひとつである。

また機能障害のある高齢者個人の権利も保護されなければならない。⁽¹³⁾

同法では、利用者は次のような権利を保障されている。利用者はケアの供給やその変更の前に、十分に知らされる権利をもつ。またケアの料金、苦情手続⁽¹⁴⁾、いかにその苦情を申立てるか、患者本人並びに家族に対する教育・研修の機会の保障、肉体的・精神的な虐待の禁止、研修や便宜のためになされる身体的抑制や薬物による抑制の禁止、利用者が有するすべての権利を完全に報されること、州によって確立されたその他の権利について完全に報されること、以上である。もしサービス供給者が、このいずれかの要件に適合していないことが明らかになった場合には、州はサービス供給者のメデイケイドへの参加を終結させることが出来る。また金銭的な制裁を課す⁽¹⁵⁾ことが出来る。

問題は前述のように、いずれの州もこの制度を選択していないことであるが、⁽¹⁵⁾The Frail Elder Lawは、将来の在宅地域ケア改革の柱になるものとして注目されていることもまた指摘されねばならない。

(注)

- (1) Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, 42 U. S. C. §1396t-Home and community care for functionally disabled elderly individuals hereinafter OBRA-90
- (2) uniformity requirement
- (3) Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, *supra* note 1 at §§1396t (m) (3) and 1396t (1)

- (4) an individual community care plan ICCP
- (5) 同法の規定による "home and community care" の内容について。 See, Fatoullah, *Medicaid Home Care for the Elderly and Persons with Disabilities*, Clearinghouse Review 888, December 1992.
- (6) community care case manager
- (7) Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, *supra* note 1, at §81396t (a)
- (8) peer reviews process
- (9) Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, *supra* note 1, at §81396t (d) (2) (D)
- (10) *Id.* at §81396t (c) (2) (G)
- (11) *Id.* at §81396t (c) (3)
- (12) quality standards
- (13) Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, *supra* note 1, at §81396t (f) (2)
- (14) voice grievances
- (15) Fatoullah, *supra* note 5, at 891

② 高齢者法 (Older Americans Acts) 関係

高齢者法令の中から、「サービスの質の確保」に関連すると思われる条文を拾いあげると以下のとおりである。

(a) 高齢者法の規定

● 州機関は、栄養士やそれと同等の専門家のアドバイスのにより、食事サービスのプランニングを監督し、調整し、評価する (§3027(L))。

● 契約者や下請負人に雇用される者の賃金は、労働長官によって決定されたその地域の同様の仕事に従事してい

- る人が通常受けている賃金より低額であってはならない (§3027(D))。
- 州機関は、食事サービスの受給要件を定める (§3027)。
 - 州プランには、「州機関は経済的に需要度の高い人々に優先的にサービスが供給されているか」の評価を含む周期的な点検・州プランのもとで実行される活動とプロジェクトに関する公聴会を実施すべきことを規定すべきである (§3027(8))。
 - 州プランには、「このサブ章のもとでのプランに対し、州機関は、サービス供給者や受給者が、AAAに要求を提出する際のヒアリングについての公的手続」を規定すべきである (§3027(5))。
 - AAAは、このサブチャプターの基でのサービスを否定されたり、不満な高齢者の為の苦情処理手続 (Grievances Procedure) を策定する (関連 §3026(p))。
 - 州プランは、州機関に対し §30268(a)(6)(D)により要請される苦情処理手続の為のガイドラインをだすことを要請する (§3027(43))。
 - 州プランは、州がこのサブチャプターの基での在宅サービス (In Home Services) の供給において質を確保する為の機構をもつことの確保を含むべきである (§3027(44))。
 - 副州務長官 (Assistant Secretary) は、公的基金で在宅高齢者に供給される「医療サービス以外のサービス」の消費者保護プロジェクトの効果を評価する為六〇一〇の州に補助金を与える (§3035(g))。
 - 補助金の交付を受けた機関は、在宅サービスに対する消費者保護事業を実施する上で要求されることや問題点について報告すること (§3035(3))。

(b) 連邦規則

●各州は、食事サービスその他のサービスに対し、対応されていないニーズに対するデータを提出する (§1321・52)。
 ●サービスの供給者は、急迫状態にある高齢者について、本人もしくは家族その他の同意をえて、状況をホローアップする為、関係当局に連絡する (§1321・65)。

(c) カリフォルニア州法

カリフォルニア州法である Older Californians は、州高齢者省の義務と権限について規定する中で、州プランを連邦法の要請に従い実施することとしている (Chapter4, State Department of Aging and Long Term Care §9306 (b))。

また連邦法 (Older Americans Act) によって拠出されているサービス、資源そして計画における優先順位は、社会的経済的にみて需要度の高い長期介護の受給者や高齢者と並んで、六〇才以上の長期介護制度利用者についても配慮されると規定している (§9306.5)。

具体的には、例えば州高齢者省 (CA Dept. of Aging) の行う食事サービスは、AAAを通じて行われ、連邦基金と州の基金で賄われている (Elder Law 3・37)。すなわち連邦法 Older Americans Act 三章に基づいて実施される事業ということになる。

また同省によって管理される事業やサービスについて、高齢者省は標準化された手段をもちいて、これを点検し (monitor)、評価する (§9306.3.(a))。さらにAAAの任命、AAAに対する制裁や基金の打切りに対する基準を確立すべきことを規定している (§9306.3.(b))。

③ 社会保障法 TitleXX (SSBG)

社会保障法 TitleXX⁽¹⁾ 関係の法令から、「サービスの質の確保」に関連すると思われる条文を拾いあげると以下のとおりである。

(a) 連邦法

本章に基づく基金を受領した最初の財政年度の終了後、州は供給された基金の分配や使用目的について公聴会 (public hearing) を行う (Chapter 106 §9904. (b))。CAAやNPOの委員会における住民参加を保障する (Chapter 106 §9904. (C) (3))。本章に基づく基金を受領する条件として、CAAやNPO (each eligible entity) は、プラン (community action plan 監査の為、州長官に提出される) の中に次のことを含まなければならない (Chapter 106 §9904. (C) (13))。

- (A) 地域のニーズアセスメント
- (B) 地域の貧困者に焦点をあてたサービスの供給組織についての記述
- (C) 各サービスを有効に繋いでいくために、情報・紹介 (referral) ・ケースマネジメント・ケースの継続的見守り (followup consultation) を行っていくかについての記載
- (D) 当該基金を、他の公的資金や民間資金と繋いでいくか
- (E) (本章の目的が) 遂行されているかの確認のために使用された結果測定の手法についての記述

前述の要請 (subsection (c)) に加えて、各州の責任者 (the chief executive officer of each State) は、前述の要請をいかに実行するかについての記述を含むプランを準備し、常備しなければならない (Chapter 106 §9904. (d) (1))。

(1) で準備されたプラン等は、プランについてのコメントや審査がしやすい方法で、住民の審査 (public inspection) に供されなければならない (Chapter 106 §9904. (d) (1))。

(b) 連邦規則⁽²⁾

州から、連邦への年次報告書において「収入適格性のガイドライン・料金スライド表・公的扶助との関係等のようなサービスの適格性を決定する為に採用される基準」を報告する (§96. 74 (a) (5))。

(c) 州法⁽³⁾

The In-Home Supportive Services Program

いくつかの郡の福祉部は、潜在的なサービス供給者を集めたり、チェックしたり (screening)、紹介したり、さらには新しいサービス供給者のオリエンテーションや研修、緊急時のバックアップ援助、サービス供給者の継続的な監視を行い、活動を援助している。他の郡は、その役割をサービスの費用の支給に限定して考えている。

郡の雇用者と郡と契約を結んでいる機関は、責任保険 (liability insurance) に入っているが、個人のサービス供給者の場合は、殆ど加入していない。⁽⁴⁾

(注)

- (1) (Social Security ch. 7 Block Grants Subchapter XX-Block Grants to States for Social Services) 42 USCA 1397~/Public Health and Welfare Chapter 106 Community Services Block Grant Program
- (2) 45 CFR Subtitle A (10-1-94 Edition) Subpart G-Social Services Block Grants §96. 70~
- (3) カリフォルニア州法 Public Social Services Aid and Medical Assistance Chapter 5. 1 Social Services §13000~13008. (The In-Home Supportive Services Program ; Wel & I C §812300-12314, 14132. 95) (adding personal care) (see also Wel & I C §810000-

10002, 11000, 15000-15001. TitleXX に基づく州の補助金交付事業のひとつである。)

(4) ナパにおける I H S S 事業においても、サービスを供給出来る者に制限はない。事実、サービス供給者に対する特別の研修や資格は求められていない。

その他州の関連法令としては、次のものがあるが、「サービスの質」については前述の内容以上のものは規定されていない。

(a) 州規則 22 Cal Code Regs §§51003. 1, 51011, 51015. 2, 51051 (b), 51145. 1, 51181-51184, 51204, 51350, 51454. 1, 51476. 2, 51483. 1, 51535. 2

(g) Department of Social Services, Manual of Policies and Procedures
なお、

(c) Barkeley Official California Code of Regulations (行政命令集)

Ord. 6011-NS §1~, 1990 (命令) Board, Commissions & committees s100705. Delegation Agreement. には、「政府規定 (Government Code Section 12750 (c)) に従い、委任契約を締結した全ての委任機関は、サービス並びに活動の委任を統治する補助金行使に関する文書に含まれる合意と条件を遵守すべきである」との規定がみられる。

④ C D B G 関係

(a) 連邦法⁽¹⁾

●補助金交付に先立ち、補助金の被交付者（州等をさす）による補助金の使用目的と使用内容についての文書の作成。被交付者の提案が交付され、提案について住民に告知され、コメントが求められること。市民参加に関するプランの作成 (§5304 (a))。

●住民からのコメントの内容、有用性、事業の実施に関する年次監査と査察、補助金の額の適切性に関する補助金の被交付者の報告 (§5304 (e))。

- 補助金の被交付者に対する会計検査院 (General Accounting Office) の監査、会計検査院の代理人による書類等の調査 (§5304 (f))。
- 議会並びに長官に対し年次報告書を提出すること (§5313)。
- (b) 連邦規則⁽²⁾
 - C D B G 補助金の過去の使用に関する記録を、適切な方法で住民に公開すること (§570. 508)。
 - HUD は、補助金の受領者が法の要請に従って事業を実施しているかどうかを査察する (§570. 91)。
- (c) 州法⁽³⁾
 - 経済機会局 (州) は、この章に基づく責任を遂行するために補助金を交付し、必要かつ適切な契約に入る (§12738 G)。
 - C A A は、他の公的又は N P O と契約する権限を含むコミュニティ活動事業を計画し、行動し、管理し評価する権限・能力等をもつ (ここでの契約は、サブコントラクトを意味するものと思われる)。
 - コミュニティ活動事業のサービスや活動は、C A A により直接あるいは、委任契約に従い他の Agency により管理される (§12750 (C))。
 - 州の政治区画 (The Political Subdivision 例えば郡) は、既存の C A A の再考を適切な受益者 (§12730) により求められる (§12750. 1)。
 - 新コミュニティ活動委員会を任命する時は、Political Subdivision は、予め告示をだす (§122610)。
 - §12750 (c) に基づき、委任契約に入る全ての機関は、サービスや活動の委任を統治する補助金活動の声明書に含まれる条件と契約 (§12750) に従う。

- 補助金の被交付者（委任状を受けたNPO）は、活動の遂行をたえず監視する（§100730）。
 - 四半期に一度活動報告を提出する（同）。
 - DEOは、機能の遂行を管理し評価する（同）。
 - 委任契約等に基づき供給されるサービスを申請し、それを否定された者は、被交付者（委託を受けたNPO）に、そのような行為を訴える権利をもつ。被交付者は、
「給付が現在供給出来る状態にある、被交付者が、サービス供給の権限をもつ、申請者が、サービスを受けるニーズがあり、資格があると考えている場合」被交付者は、全ての申請者に対し、サービスが一部又は全部否定された場合の手続きをつくり、報せなければならない（§100751）。
- 被交付者への訴えが、功を勞しない時は、Departmentに訴えることが出来る（§100751 D）。

(注)

- (1) 42 U. S. C. A. §5301 et seq. 及び財政一括削減法（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981, Subtitle B-Community Services Block Grant Programs）（「住民参加法」 pp. 302～303）
- (2) Community development, 24 C. F. R. §571. 1 et seq. Discrimination against poor, see West's Federal Practice Manual §13050 et seq.
- (3) Deering's Codes Government 12725～ 特に出 Article 6 Community Action Programs, 及び Chapter 12 Community Development Block Grant Program Funds 50825～
- (4) 実際には、十分に機能してはおらず、事例も少ないと言われている。

⑤ 州独自の事業 — Older Californians Brown Bag Network Act §9603 —

この事業の実施主体は、The Dept. of Aging (以下DAとする)であるが、地域のAAAを通じて事業は、実施されている。DAは、財政的に信用出来る公私のNPOを三つ以上選択し、事業の後援者(sponsors)として契約を結ぶ。DAは、事業について年次監査を行う。事業について意思の疎通をはかり、政策を最大限発展させるために、受給者の代表を含む諮問委員会(Advisary Committee)が組織されている。高齢者に供給させる食物は、郡の保健規則に従わなければならない。しかしこの法に従って、食物を供給することに関連し、郡の規則はこの法の目的の為に設立された郡の機関、農産物を付与した者は、(重過失や作為がある場合を除き)食物の摂取に限られない行為の結果や不作為が結果する被害について責任を負わないとしている。

6 総括 アメリカの在宅福祉サービスの申請手続と苦情処理手続

IHSSに関して、法的な関心からみておく必要があるのは、申請手続と苦情処理手続であろう。

ここではIHSSも含め、アメリカの在宅福祉サービスの申請手続と苦情処理手続について、概観しておきたい。

(1) IHSSの申請手続と苦情処理手続

① 申請手続に関する一般的な規定¹⁾

申請者は、電話・書面・本人自身で郡の福祉部にコンタクト出来る。もし必要であるならば訴えを渉らせる為に書面申請が勧告される。申請登録は、まだ退院していない場合でも可能とされる。²⁾

サービスへの要請や申請は、規則に従って行われる。³⁾

申請が受理された者に関する人種的分類・基本となる言語 (Sign Language を含む) を含む情報は、記録されなければならぬ。

社会サービス局 (DSS) は、申請者からの情報と別個の収入認定調査に基づき、サービスの受給の適否を判断する。受給が適当と判断する場合には、続いて供給されるサービス時間について、アセスメントが行われる。

(注)

- (1) 1 California Elder Law, 7. 48 (ed. Continuing Education of the Bar 1995) & Social Services Standards 30-756 (Cont.) Services Program No. 7: In-Home Support Services Regulation p. 202. 1
マニュアルは、地方のDSS事務所で作成されるべきである。
- (2) Form SOC 295 (Application for Social Services) 申請者が、SSIを受給している場合、Form SOC 310 (Statement of Facts) も提出されなければならない。
- (3) Social Services Standards 30-009. 22 (Cont.) Services Program No. 7: In-Home Support Services Regulation p. 213

② 補足 — ナパ郡の場合の申請手続 —

申請が受け付けられると、ソーシャルワーカーは適格性を判断する為家庭訪問を行う (DSSは、適切な申請者をナッシングホームから家庭での介護とコミュニティサービスへと軌道修正するために、事前承認審査をすることを求められている)。デイケアセンター等のサービスが必要な場合には、又別個に申請をしなければならない。ナパ郡では、精神保健とアルコール/麻薬中毒に対するサービスは一ヶ所に対応されているが、郡の福祉部以外で扱われている多くのサービスがあることが指摘されている。

DSSは、申請者から提供された情報と独立した収入認定に基づき適格性の決定をする。適格性は、郡のソーシャルサービススタッフにより申請時・一二カ月後・個人の状況変化が申請された時に判断されることになっている。⁽¹⁾

申請が適格なら、DSSは必要とされるサービス供給時間についてアセスメントを行う。

ニーズアセスメントがなされると、規定に基づき受給者に通知がなされる。通知には、規定で要請されるサービスに加えて、次のことが含まれるべきとされている。⁽⁴⁾

- ・ ニードが評価された各作業の種類
- ・ 作業の完成に要する時間
- ・ 増加又は減少された作業時間、以前との作業時間の相違の確認

判例は、「友人 (Housemate) と一緒に生活している場合には、見回りサービス (Protective Supervision) は、必要とされない」とする規定を無効としている。⁽⁵⁾⁽⁶⁾

ニーズアセスメントを委任されている郡の機関は、その責務を他の機関や組織に委任することは出来ない。⁽⁷⁾

ソーシャルサービスのスタッフは、評価されたニーズに対応しうるサービスを購買する為の費用の総額を決定する。⁽⁸⁾ その額は法的な最低賃金以上のものでなければならぬ。前払いがなされる場合、サービス供給者への受領者(費用の受領者、すなわちサービスを受ける者)からの支払は、郡の決定した基本的な支払基準を超えるべきではないとされている。⁽⁹⁾

費用の受領者は、郡の決定を基礎として決定されたサービス供給時間と、致するようにサービスの供給についての

計画をたてる。もし支払が郡の計算のベースを超える場合、申請により必要と判断されれば差額が支給される。⁽¹⁰⁾

I H S S の申請は、三〇日以内に処理され、それに続いて直ちに、決定が通知されなければならない。I H S S 給付の中止・減額・終結は、その一〇日前に受給者に通知されなければならないとされている。

(注)

- (1) Social Services Standards 30-755 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 59
- (2) DSS Manual §10-116 & Social Services Standards 30-759 . 7 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 59
- (3) DSS Manual §10-116
- (4) Social Services Standards 30-763 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 228
- (5) DSS Manual §30-463 & Social Services Standards 30-765 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 233. 1
- (6) On October 21, 1983 the Court of Appeal, Fourth Appellate District, issued a decision in the consolidated case of Miller vs. Woods and Community Service Center for the Disabled vs. Woods.
- (7) Social Services Standards 30-763 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 228
- (8) Social Services Standards 30-761 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 217
- (9) Social Services Standards 30-764 (Cont.) Services Program No. 7 : In-Home Support Services Regulation p. 230
- (10) "Ibid"

③ I H S S の苦情処理手続

申請者 (applicant) 或は受給者 (recipient) は、要件に該当しない (ineligibility) という決定・ニードに対応するサービスの供給時間・給付の打切りと縮小・郡の不作為 (inaction) 対し、Fair Hearing を求めることが出来る。要請は、書面でなされる⁽¹⁾。

I H S S に関するサービスの申請に対する手続は、三〇日以内に行われ直ちに決定書 (the notice of action) が郵送されなければならない。給付の中止、減額、終結に関する通知は、実施の一〇日前に受給者に送付されなければならない。⁽²⁾

(注)

(1) 1 California Elder Law, 7, 49 (ed. Continuing Education of the Bar 1995) 聴聞 (A State Hearing) が、Administrative Law Judge のもとで行われる。

(2) DSS Manual of Policies and Procedures 30-759, 7

(2) 高齢者法と苦情処理

在宅福祉サービスには、高齢者法に関連する事業が多いことは、先にふれた。

高齢者法は、苦情処理について、どのように規定しているのだろうか。

高齢者法は、In-Home Services⁽¹⁾ に関する高齢者の権利について規定しているが、その中で、「苦情を訴えたことにより、差別されたり、仕返しを受けることなく、供給されるべきサービスや供給に問題のあるサービスについて、苦情を述べる権利」に言及している⁽²⁾。Area Agency は、州の承認を得る為には、Area Plan において「高齢者法

(subchapter 3) に基づくサービスを否定されたり、不満をもつ高齢者に対し、苦情処理の「⁽³⁾ 手順を導入すること」を定めなければならないとしている。因みに、高齢者法 (Subchapter 3 Grants for State and Community Programs on Aging of Part C) では、会食サービス並びに配食サービスについて規定がなされている。カリフォルニア州では、会食サービス (Nutrition Services) が、高齢者法と州の基金で運営されている。⁽⁴⁾ 従って、カリフォルニア州の会食サービスについては、Area Planで苦情処理手順が設けられなければ、ならないはずである。しかし高齢者法並びに州の一般基金からの拠出により運営されている食事サービス (Nutrition Services) をみる限り、カリフォルニア州法には対応する苦情処理手順についての規定はない。⁽⁵⁾

(注)

- (1) 高齢者法は、In-Home Servicesの種類について規定している (Chapter 35 Programs for Older Americans Subchapter II Administration on Aging 3030)。
- (2) "Id. at 3030C"
- (3) "Id. at 3026 (p)"
- (4) 1 California Elder Law, 3. 37 (ed. Continuing Education of the Bar 1995)
- (5) "Ibid"

(3) メディケイド・メディケア

メディケイド・メディケアは、法令上・規則上幅広い給付を規定しているにもかかわらず、実際にはそれを受給することは難しいとされてきた。⁽¹⁾ 現在の制度のもとでは、ナーシングホームに措置する方が、在宅サービスを受けるよ

り容易とされている。その理由のひとつは、関係者がナースィングホームに入所できる適確要件やナースィングホームの償還システムになれているということであるといわれている。今後は、申請者がサービス受給についての適格性とサービスの質を権利として追及出来るように準備されることが重要と考えられてきている。⁽²⁾

① メディケア

(a) 申請手続

通常、患者又は在宅ケア関係者 (training physician・hospital discharge planner) が、在宅ケア機関 HHA と接触する。⁽³⁾ 医師は、在宅ケアに関する処遇プランを作成しなければならぬ。⁽⁴⁾ 在宅ケア機関はメディケアのサービスが利用出来るそうなことが決定した後で、サービスを供給し、費用支払代行者 (fiscal intermediary) に請求をする。⁽⁵⁾

(b) 不服申立 (appeal)

メディケアの受給者は、当該決定に関する聴聞についての適切な通知と聴聞の機会についての権利を保障されている。

一九七〇年代最高裁判所が、ゴールドバーク事件⁽⁶⁾で、「サービスの否定・終了・減少に関する適正手続」について強調したように、メディケア受給者の適正手続についての保障が、主として憲法上の人権擁護の視点から取り上げられてきた。ゴールドバーク事件において裁判所が述べたところに従えば、福祉サービスの受給資格をもつかどうかについて争いのあるサービスの受給の停止は、受給資格があるかもしれない受給者から、生きる手段を奪うことになる。しかし最高裁判所はまた、「適正手続は、柔軟なものである。特定の状況に応じた手続を求めている」とも記している。⁽⁷⁾ この点に関連しエルドリッジ事件⁽⁸⁾において、裁判所は社会保障のケースにおいて、聴聞手続が、適正手続の基準にあ

っているかどうかを評価する三つの基準をあげている。

残念なことに、メデイケア事業については、法的概念としての事前審査（受給を停止する前に、適否についての審査を行うこと）は、一律には行われてきていない。しかし事前審査は、メデイケアでカバーされる在宅ケア、老人ホームでのケア（SNFケア）と病院ケアではある程度認められてきている。⁽⁹⁾ ただその場合でも、事前審査の詳細な性質や形は、確立されていないのが現状とされている。⁽¹⁰⁾

メデイケアに基づく在宅ケアの適用（coverage）が否定されたことに対する訴えの手続（聴聞の手続）は、次のとおりである。⁽¹¹⁾

- ① 苦情申立者（請求者 claimant）は、費用支払代行者（fiscal intermediary）の決定（請求を認めないという決定）の再考を要請する（42 CFR 88473.12(a)(1), 473.16）。
- ② 再考に対する要請が否定された場合には、行政法審判官 ALJ（Administrative Law Judge）のもとで、証拠聴聞が要求される（42 CFR 88473.40, 473.42(b)）。
- ③ 行政法審判官 ALJ が、請求を棄却した場合には、上訴審査会（Appeals Council）に、行政法審判官 ALJ の決定の再考を求めることができる（42 CFR 88405.724, 473.46(a)）。
- ④ 行政救済がなされた後、苦情申立者は、連邦裁判所に司法審査を求めることができる（42 USC 8405(g)）。

- ①の段階での聴聞は、対審ではない。⁽¹²⁾ アピールの手続は、その特性に応じて様々であるが、いずれの場合も最低、(a) 最初の決定をした機関或は第三者による再審査或は再考 (b) 独立した聴聞職員（hearing officer 連邦では ALJ と

いう)による聴聞の形式による再審査 (c)発端となった受給額についての争いがまだ継続しているならば、司法審査を求めることができることになっている。⁽¹³⁾

(注)

- (1) Chiplin et al, *Due Process Consideration for Medicare and Medicaid Beneficiaries in Managed Care Systems*, Clearinghouse Review 629 (Oct. 1995)
 - (2) "Ibid"
 - (3) 1 California Elder Law, 7.8 (ed. Continuing Education of the Bar 1995)
 - (4) "Ibid"
- 多くの受益者は、メデイケアの在宅介護給付をよく知らないで、他から提示されなにかぎり、申請の方法もわからなかったり、或は病気が重くて利用の意思を明確に表明できないでいる。ナーシングホームの場合と同様、実際には供給者(ここでは、在宅ケア機関HHA)が、メデイケアがサービスをカバーするかどうかを最初に決定する。メデイケアの全ての在宅ケアの給付は、ライセンスをもち、認可を経たHHAによって行われなければならない。医師も供給者と同様の立場にあるはずであるが、通常メデイケアの給付要件に精通していないので、HHAの助言に従っている(1 California Elder Law, 6.32 (ed. Continuing Education of the Bar 1995))。
- (5) "Ibid"
- 費用支払代行者 (fiscal intermediary) は、在宅ケア事務所HHAと対立し、請求を文書で否定する「二次決定」(initial determination) をする⁽¹⁴⁾ことが出来る(1 California Elder Law, 7.17 (ed. Continuing Education of the Bar 1995))。
- (6) Goldberg v. Kelly, 397 U. S. at 264
 - (7) Morrissey v. Brewer, 408 U. S. 471, 481 (1972)
 - (8) Mathews v. Eldridge, 424 U. S. 319, 334-35 (1976).
 - (9) "Chiplin et al, *Supra* note 1, at 632"
 - (10) "Ibid"

- (11) 病院におけるメディケアの適用は複雑である。この場合の訴えの手続 (Appeals Procedures) については、1 California Elder Law, (ed. Continuing Education of the Bar 1995) 6, 54 以下参照
- (12) See, e.g., Richardason v. Perals, 402 U. S. 389, 403 (1971)
- (13) なお、メディケア受給者の適正手続の問題は、HMOs 関連の訴訟の主要な問題になってきている。この点に関するHMOの規定が不明確であるためである (see, "Chiplin et al, *Supra* note 1, at 633")。

② メディカル (カリフォルニア州におけるメディケイド)

(a) 申請手続⁽¹⁾

医師は、在宅ケアサービスの処方箋を書き、処遇計画をたてる。医師・退院プランナー或は患者個人にとって、メディカルの患者を受け入れてくれる在宅ケア事務所HHAを探すのは、難しいとされている。メディケアよりメディカルの償還率が低いからである。メディカルの患者を受け入れるにあたり在宅ケア事務所は、保健サービス部 (Department of Health Services, DHS) に対し、医師の診断書をそえて、処遇承認申請 (a Treatment Authorization Request) をしなければならない。評価 (evaluation) の目的で、在宅ケア事務所により六カ月に一度行われる訪問のための費用は、処遇承認申請なしに償還される。医師は、六〇日毎に処遇プランを再検討しなければならない。

(b) 不服申立ての手続⁽²⁾

DHSは、処遇承認申請 (Treatment Authorization Request) に対し、公正聴聞に対する申請者の権利を規定した書面通知を含む「決定通知書」(a Notice of Action form) をもって対応しなければならない。

サービスを減じたり、終結させる通知は、その実施前に郵送で受給者に通知されなければならない。受給者は、通

知が郵送されてから九〇日以内に、公正聴聞を求めることが出来る。公正聴聞の間、サービスの継続を求めるためには、当該通知が郵送されてから一〇日以内（又は、当該措置がなされる以前）に、書面で聴聞が要請されなければならない。

(注)

- (1) 1 California Elder Law, 7.28 (ed. Continuing Education of the Bar 1995)
 (2) "Id, at 7.30"

③ メディケイド受給者の権利

メディケイドの申請者並びに受給者は、彼らに有害な行為や不作為を訴える権利をもつことが主張されている。⁽¹⁾ 通知と聴聞の保障は、受給の否定（支給要件に該当しないとされること）⁽³⁾ 或は供給されているサービスの⁽⁴⁾ 打ち切り、記入の誤りのような技術的理由に基づく請求の否定に対する苦情や共同支払（自己負担）⁽⁶⁾ の付与を含む「不利な行為一般」に関する広い範囲を対象としているとされる。加えて、当該機関はその聴聞手続を作成し、公表しなければならぬ。利益に反する機関の行為については、通知をもって申請者や受給者に報せなければならぬ（一般には、係争中も援助やサービスは継続されると主張されている）。申請者や受給者は、決定の為の資料として当局によって使用された資料を検討する為に自分のケアファイルをみる事ができる。⁽⁷⁾

受給者はまた、特定の期間内に争訟記録に関する決定を受ける権利と同様、証拠を提示し対立する証拠に反対尋問する権利を有する。⁽⁸⁾

メデイケイド受給者は、「サービス供給者の出した請求」が否定されたことについて、通知されなければならない。⁽⁹⁾メデイケイド機関は、そのことについて当該機関に責任がないことを文書で受給者に報せなければならぬ。受給者は、否定された「サービス供給者の出した請求」について限定づきの通知と聴聞の権利を有する。⁽¹⁰⁾メデイケイドに関し、受給者は金銭の多寡に関わらず、連邦裁判所において彼らの権利を主張することができる。メデイケイド関係法令は、連邦や州の正式な裁判手続ならびに連邦の行政審査手続について規定していないので、法令に依拠した権利の否定については、42USC1983に基づき連邦裁判所に訴えを提起しうると考えられているわけ⁽¹¹⁾ある。実体法上、手続上の適正手続に基づく訴えもまた、適切となりうると考えられている。⁽¹²⁾多くの州の裁判所もまた、裁判管轄を有する⁽¹³⁾と考⁽¹⁴⁾えられている。弁護士や専門家への支払についても、当該受給者は便宜を受けることができるとされている。⁽¹⁵⁾

(注)

- (1) ③ *Chipin et al, Due Process Consideration for Medicare and Medicaid Beneficiaries in Managed Care Systems*, pp. 634-5.
- (2) 42 U.S.C. §1396a(a)(3); 42 C.F.R. §431, subpt. E, as mandated by *Goldberg v. Kelly and its progeny*.
- (3) See, eg., *Phillips v. Noots*, 728 F.2d 1175 (8th Cir. 1984).
- (4) See, eg., *Eder v. Beal*, 609 F.2d 695 (3d Cir. 1979).
- (5) See, eg., *Eastley v. Arkansas Dep't of Human Servs.*, 645 F.Supp. 1535 (E.D. Ark. 1986).
- (6) See, eg., *Claus v. Smith*, 519 F.Supp. 829 (N.D. Ind. 1981).
- (7) See, eg., 42 C.F.R. §431.242.
- (8) "*Ibid*"

- (9) *Easley*, 645 F. Supp. 1535
- (10) *Daniels v. Tennessee Dept of Health & Envi.*, 1985 Medicare & Medicaid (CCH) 今後このように手続を整備したらよいかについて” See, “*Chiplin et al*, *Supra* note 1, at 635~”
- (11) See, e. g., *Wood v Tompkins* (6th Cir1994) 3 F3d 600
- (12) 1 *California Elder Law*, 6. 32 (ed. Continuing Education of the Bar 1995, *The Waiver Programs* についてあるが” See, e. g., *Martinez v Barra* (D Ariz 1993) 836 F Supp 664/J. K. By & Through P. K. v Dillenberg (D Ariz 1993) 836 F Supp 694)
- (13) “*Chiplin et al*, *Supra* note 1, at 635”
 メディケイド受給者を、契約に基づく第三受益者と構成することにより州裁判所に waiver provision の供給を求める法的戦略について検討した論文として” *The Advocacy Challenge of a Lifetime: Shaping Medicaid Waivers to Serve the Poor*, 28 *Clearinghouse Review* 864 (Dec. 1994) があつた (1 *California Elder Law*, 7. 39 (ed. Continuing Education of the Bar 1995))。
- (14) “*Chiplin et al*, *Supra* note 1, at 635”

(4) その他

NPOが、連邦補助事業からの補助金を受け取ると、州や市（諮問委員会）は、当該連邦補助事業に関わる連邦法や州法もしくは州や市の規則に基づき、NPOに対し様々な監督責任を負っていることは、先に触れた。CSBG事業の場合、州法は、各NPOに対し苦情処理手続を義務づけている。バークレー市にある大きなNPOのひとつでホームレスの人々に様々なサービスを提供しているBOSS (Berkeley/Oakland Support Services) は、CSBGその他から補助金を受けて事業を実施しているが、苦情処理手続について独自の規定を置いている。また同様にバークレー市にある大きなNPOのひとつで障害者に対し、様々なサービスを提供しているCIL (Center for Independent Living) は、CDBGその他から補助金を受けて事業を実施しているが、苦情処理手続についても独自の規定を置い

ている。しかし、複数の連邦補助事業から補助金の交付を受けているNPOに、ある連邦補助事業の規制を貫徹させることは困難な事情があるように見受けられる。バークレー市の場合にも、CSBGから補助金の交付を受けているNPOは、いくつかあり、市当局によれば、これらの事業はすべて苦情処理手続を置いているとのことだが、実際には、置いていないところもある。BOSSやCILの場合も、苦情処理手続が職員や利用者十分に周知されているようにはみえない。またこれらのNPOでは、障害者への職業紹介事業や家庭内暴力へのカウンセリングサービスも幅広く行われている。そのため、苦情の内容も、サービスの給付についての待機や優先順位やサービスの質の問題より、差別の問題が多くを占めている場合もある。そうになると、苦情処理手続の在り方も、変わってくることも指摘されなければならない。⁽¹⁾

(注)

(1) サンフランシスコ市の場合には、調査した限り、ホームレス関係のNPOについては、バークレー市より充実した苦情処理手続が置かれている。内容についても、緊急保護施設を強制的に退所させられたことへの苦情申立て等サービスの供給により関係した苦情もなされている。

7 メディケイドをめぐる新しい傾向 — 重要視される「契約」と「質の確保」の行方 —

(1) Managed Care Programs とはなにぞか

一九九〇年代半ば以降のアメリカで、頻繁にきかれる managed care という言葉は、広くは「病院や老人ホームや在宅ケア等の利用に先立ち、その費用が給付されるかどうかについて、事前の承認が必要とされる看護供給システム

「health care delivery」を⁽¹⁾す。例えていうなら、要介護度によって給付額が予め設定されているわが国の介護保険給付は、さしずめ managed care という⁽²⁾ことになろう。

メディケア制度の下では、被保険者が managed care を選択することができ、⁽²⁾被保険者の七%が、HMOs⁽³⁾に登録している。⁽⁴⁾各州は、メディケイドウェイヴァー (Medicaid waiver/放棄条項) プログラムを実施することで、AFDC (Aid to Family with Dependent Children) 受給者への managed care を義務的な制度にしてきたが、SSI 受給者については、ほとんどなにもなされてきていない。⁽⁵⁾

州知事達は、制度の運用に関する連邦政府の規制を抑制して、メディケイドについての主導権を握りたいがために、連邦補助金の導入をむしろ歓迎しているようにみえると指摘⁽⁶⁾されている。そして州知事達の多くは、managed care programs への強制加入を増やすことにより、部分的にメディケイド費用を抑制し、この点についての議会の攻撃を⁽⁷⁾逸らせることが出来ると考えている。

(注)

(1) Medicare managed care plan は、メディケアから毎月固定した額を受け取ることと引替えに、メディケアの被保険者に予め想定された範囲内の介護を供給することを、予め承認している「医師、病院その他の保健や介護の供給組織」によって成立している。managed care plan には、HMOs, HMOs with a POS (Point of Service Option), PSOs (Provider Sponsored Organization) and PPO (Preferred Provider Organization) が、関係していることが多い。被保険者が選択できる医師や病院は、Medicare managed care plan のタイプにより異なっている。被保険者は、プランに参加している医師や病院の中から自分の医師や病院を選ばなければならない。Medicare managed care plan の被保険者は、メディケア (パート B) の保険料四五・五〇ドルを払わなければならない。プランによっては、追加料金を求めるものや訪問やサービスについて自己負担のあるものもある。

(2) この制度に入ると、制度を補充する保険 (Supplemental Insurance Policy) に、わざわざ加入する必要はない。利用者は、別料

金で Medicare managed care plan 外の医師や病院を利用できる。最近 managed plan について言及した編訳者住居広士、著者アン
ドル・カッカンバウム/MMPG 総研/伊原和人『アメリカ社会保障の光と影 マネジドケアから介護まで』二〇〇〇年、大学教
育出版が発行された。内容の検討については、他日を期したい。

- (2) Medicare managed care plan については注1参照
 - (3) Health Maintenance Organization
 - (4) Chiplin et al, *Due Process Considerations for Medicaid Beneficiaries in Managed Care Systems*, Clearinghouse Review, 630 (Oct. 1995)
 - (5) メディケイド受給者のほぼ二五%が、なんらかの managed care plan に参加しているが、そのうち、SSI受給者は三〇% (2.5million) である。これに対し、メディケア受給者の七% (2.3million) が、managed care plan に参加しているのに対し、総人口の一九%が何らかの managed care に参加している (“Chiplin et al, *Supra note 24 at 630-631*”)。
AFDC受給者に比べ、SSI受給者への managed care plan への参加が少ないという現象は、以下の理由による (“Chiplin et al, *Supra note 24 at 631*”)。
 - ① 高齢者や障害者の保健サービスへのニーズは、一般の成人や児童と比べ複雑であること、managed care が重視する、予防的、第一次的医療との関連が相対的に低い。
 - ② メディケイドを受給している高齢者の多くが、メディケアの受給資格もある。メディケアは、医療の多くの領域をカバーしている。そのため、managed care により費用削減をめざすHMOsの関心は、メディケイドよりメディケアに向けられている。加えてこれらの人々を、managed care programs へ参加させることを必須とするメディケアの要件を「放棄条項」とすることを、連邦政府に承認させることは難しい。
 - ③ メディケイドの財源の三分の一が、長期介護に、五分の一以上が、ナーシングホーム施設関係に使用されている。しかしナーシングホーム施設の managed care の適用はあまり考えられていない(ないわけではないが)。
- しかしより最近では、これらの人々への managed care の適用も、だんだんに広まってきているという指摘もある (Perkins et al, *An Advocate's Primer on Medicaid Managed Care Contracting*, Clearinghouse Review, 19 (May-June 1997))。

DC (the District of Columbia) 並びに多くの州は、HHS (the U. S. Dept. of Health and Human Services) から、この事業 (risk-based managed care programs) に、メディケイド受給者を強制加入させる放棄条項を獲得している。しかしこの事業は、母子を主として対象とするものであるが、障害者にも適用され始めている。また州が、州内のある地域、あるいはある人々のみを適用対象とする放棄条項を重複して採用していることもまれではない。とりわけこれらの州の全てが、managed care 契約を通じて、部分的に事業を行っていることが注目される。

州内のある人々のみを適用対象としている、特に behavioral health and substance abuse を適用対象としている州もいくつか存在する。この中でも managed care 契約を通じて、部分的に事業が行われている ("Id. at 22")。

(6) "Chiplin et al. *Supra* note 4 at 629"

(7) Perkins et al, *An Advocate's Primer on Medicaid Managed Care Contracting*, Clearinghouse Review, 19 (May-June 1997) 26
「メディケイド費用を抑制し、保健医療 (health care) を受けやすくするために、州はメディケイド受給者を managed care programs に加入させようとしている。かつては、強制加入は母子関係で発展してきたが、障害者等についても加入が求められてきている」ことが指摘されている。

(2) managed care の契約

risk-based management care は、⁽¹⁾これまで⁽²⁾の伝統的な fee-for-services とは違いをもっていることが指摘されている。fee-for-services のもどきの契約のポイントは、単に「サービス供給者 (病院等) が、メディケイド患者を受け入れる資格をもっているか、州は適切に請求に対し、償還を行うか」にある。州と「制度に参加するサービス供給者」(サービス提供機関) ⁽³⁾ならびに被保険者 (受益者) の間の関係は、希薄である。

これに対し、risk-based management care においては、

①新しい強力な契約当事者 MCO (前払保健機構 Managed Care Organization) は、州のメディケイド機関との契

約上設定された金額で契約上要求されたサービスを供給する責任を負う。

新しいMCOは、メディケイド受給者に、看護サービスを供給する「従来の地域のサービス給者」(Community-based providers, NPOが多い)と異なり、商業ベースのところが多くなってきたことが指摘されている。⁽⁴⁾

② (risk-based management careを内容とする) 契約は、メディケイド受給者に対する財源上のリスクを州からMCOに移すことになる。MCOは、予め固定された金額内で、採算のとれるサービスを行うことを要請されることになるからである。⁽⁵⁾ 州は、「制度に参加するサービス供給者」(サービス提供機関)から出される請求の審査を行い、支払をする役割から、将来のサービスの購買者として位置づけられることになる。⁽⁶⁾

(注)

(1) Risk-based managed careといわれる Riskの意味は、一定額の中で採算にあう治療を行うリスクがMCOに及ぶことをさすと考えられる。

(2) 例えていうなら、日本の医療保険のように保険給付の対象となる保健サービスについて、「出来高」に応じて保険給付がなされるサービスをさすと考えられる。

(3) 例えば、サービス供給者の参加と供給者への支払は、多くの場合「当該供給者が、特定の被保険者(患者)に処置をすることを承認し、サービス提供後に保険請求がなされること」によって決まっている。

(4) これらの新しい民間の「サービス提供機関」は、メディケイド関係の法令や判例に精通していないこと、特に契約にあたって、法的な権利や義務を明確にしておくことを軽視しがちであることが指摘されている (Perkins et al, *An Advocate's Primer on Medicaid Managed Care Contracting, Clearinghouse Review*, 21 (May-June 1997))。

(5) わが国の介護保険下の「指定居宅介護支援者」の位置を、MCOになぞらえて考えてみることも重要であろう。

(6) 従来わが国で実施されてきた東京都の「家事援助者派遣事業」では、東京都(市町村)が、予め「サービス提供機関」から、「介護券」を購入し、それを市町村は、利用者に交付する。利用者はそれを金銭支払にかえて、「サービス提供機関」に支払う。

「将来のサービスの購買者」の典型であろう。

(3) 法令を具体化する契約の重要性

この事業 (managed care programs) は多様だが、この事業に特徴的なこととして、

(a) managed care organization (MCOs)、購買者としての州、メデイケイド受給者のそれぞれの権利と責任を明確にするために、契約が重要な意味をもってくる。

(b) として契約は、「法が、違反に対し救済を付与していること、あるいは法が、義務と考えていることの実行」を約束するものであることが確認されなければならない。⁽¹⁾

ことが指摘されている。⁽²⁾

こうしたことからこの事業 (managed care programs) のもとで、契約は、既存の一連の法的要請や民間の第三者評価機関⁽³⁾の基準の上に構築された新しい重要な書類となりつつあると、指摘されている。⁽⁴⁾

問題は、「将来のサービスの購買者」として、「サービス資金を事前に供給する」というやり方に、州は慣れていないことにあると指摘されている。⁽⁵⁾さらに、「サービス資金を事前にMCOに供給する」ことは、「MCOが、採算をとるためサービスを抑制したり、否定する危険性がある」ことを意味している。⁽⁶⁾

こうしたことから、この事業 (managed care programs) のもとでの州の役割は、fee-for-servicesのもとでの「不必要なケアをチェックする」(わが国で、保険者が保険医療機関の診療報酬の不正受給をチェックするようなもの) という役割から、利用者にとって、必要なサービスが抑制されていることをチェックする役割に変わってきていることが重視されなければならないことになる。⁽⁷⁾

しかしながらこの点を監視するための、モニタリングのシステムは多くの州で十分ではないことが指摘されている。⁽⁸⁾ こうした点を補充するためには、州は、州行政手続法において要請されているところに従い、規則制定 (rule making) を行い、Medicaid managed care から生じる新しい要求に対応することが必要だが、ほとんどの州がこうした措置をしていないことが批判されている。⁽⁹⁾

(注)

- (1) この点は、わが国の介護保険関係の契約を考える上でも、基本的視点とされなければならないことであろう。同時に、利用者の人権に視点を据えた法令の整備が望まれる。
- (2) Perkins et al, *An Advocate's Primer on Medicaid Managed Care Contracting*, Clearinghouse Review, 19 (May-June 1997)
- (3) 同じくは、NCOA (第三者評価機関) のような民間の評価機関の基準を指している。NCOA (the National Committee for Quality Assurance) については、伊原和人・和田康紀「米国における介護サービスの質の確保 ①②」週刊社会保障 No. 2003, 2005参照
- (4) "Perkins et al, *Supra* note 23 at 21"
- (5) "Ibid" アメリカでも、公的な医療保険の「市場化」が、層進んできていることがわかる。
- (6) "Ibid"
- (7) "Ibid"
- (8) "Ibid"
- (9) "Ibid" この点は、介護保険制度の導入にともないわが国でも制度の相違をこえて、要請されることである。この点に関連し、連邦行政手続法が「契約と公示」について規定していることも指摘しておきたい。同時に、この論文では、契約が政府とMCOとの関わりで、受給者は、渦中から外されているにもかかわらず、将来にわたり、その内容に拘束される理不尽さについても指摘がなされている。

(4) 契約において具体的に注意すべきこと

① 契約の重要性

新しい契約 (Medicaid managed care contracts) は、メディケイドの受給者に「新しい法的権利」を付与することになるといわれている。なぜならこの契約において、州は、「想定されたサービス」についての資金を予めサービス供給者に支払っている。メディケイドの受給者は、メディケイド法において意図された「契約上の第三受益者」であるから、当該メディケイドの受給者は、契約上規定されていることを契約当事者として要求できるからであると説明されている。⁽¹⁾

これらの契約は、憲法・メディケイド法・メディケイド放棄条項によってメディケイド受給者に保障された法的な保護を無視したり、制限することはできないが、他方契約を通じて法律や放棄条項関係の文書では解決されない問題を明確にすることが要請される。

契約は又、連邦法令や州法令において規定されている既存の要請を、MCOに知らせ、強制する役割も果たすことになる。この通知機能は、MCOの契約の多くがメディケイド受給者を扱ったことがなく連邦や州の要請に不慣れであることから、特に重要とされている。実際の場面では、契約はしばしばMCOの日々の活動にもっとも密接に関係する書類であり、もっとも詳細な法的書類となっている。こうしたことから、契約を無視することは出来ないことになる。契約が明白な用語を使用し、各当事者の責任が明確であり、執行と制裁の結果が明白であるようにしなければならぬのはそのためであるといわれている。⁽²⁾

② 副次的な契約

州とMCOs間の契約に加えて、MCOsは、サービス供給者と契約をすることになる。州と契約をするMCOsは、通常 *network model MCOs* (そこに加入する人が利用できる病院、薬局その他のサービス供給者のネットワークをもつ) である。このことは、MCOsが、契約上求められているサービスを実際に提供するサービス供給者と副次的な契約を締結することを意味する。契約と同様、副次的契約においては、*managed care programs* についての重要事項を詳細に規定することが必要とされている。しかし、副次的契約を一般の人が入手することは難しいことにひとつの問題がある。

いくつかの州は、「*managed care* について或はMCOsへの加入」に関し、「利用者を指導、教育する責任」を遂行する為に、民間業者と別個に契約している。

③ 契約の様式 —きっちり型と柔軟型のせめぎあい—

契約の様式は、州が詳細に基準を定めているところと、州は概括的な契約をし、契約の明細な記載については、MCOsが柔軟に対応できるようにしているところがあることが指摘されている。

州が詳細に規定することを選択した州は、規定が明確でない場合の苦情を含め、州が細かく規定を定めている。ペンシルヴァニアでは、契約のドラフトにパブリックコメントを求めていることが注目される。⁽³⁾

(注)

(1) Perkins et al, *An Advocate's Primer on Medicaid Managed Care Contracting*, Clearinghouse Review, 22 (May-June 1997)

- (2) “*Ibid*” 以下本項については、全体として同論文による。
- (3) “Perkins et al, *Supra* note 1, at 24”

(5) 州とMCOとの契約締結過程

州とMCOとの契約締結過程は、州によって異なっている。⁽¹⁾

いくつかの州は、事業についての記載事項に合致するMCOsに契約締結を容認する「承認手続」を採用している。しかしながら多くの州は、契約締結資格をもつMCOsは、RFPs (Requests for Proposals) によって選ばれる。簡単に説明すると、Medicaid Agencyによって、RFPsが設置される。契約に関心のあるMCOsが、契約に規定されている義務に同意し、かつ修正事項を提示した署名入りの申請書 (bids) をRFPsに提出する。州は、申請のあったMCOsについて、費用の点に(希望的観測としては、質に)着目して検討する。いくつかMCOsが選択された後で、州は、それらのMCOsと最終的な契約に入ることになる。さらに契約の後で(利用者の加入がなされる前に)、州は、MCOsを審査することが出来る。例えば、ペンシルバニア州では、メディケイド受給者に規定のサービスを実施する用意が、既存のMCOsならびに新規のMCOsにあるかどうかの redness assessment test を用いている。とりわけ、消費者のアドヴォケイトが独自に redness assessment test をやっていることが注目される。⁽²⁾

(注)

(1) アドヴォケイト(ここでは、メディケイド受給者の権利を擁護するために、活動している人々。具体的には弁護士を指している)が、その州の契約過程を知るためには、

(a) 契約に関する州の Key Personnel をみつけること

(b) 契約の制定までの過程をしること→MCOをどのように選ぶか

(c) 契約書のコピーを入手すること

が重要とされている (Perkins et al, *An Advocate's Primer on Medicaid Managed Care Contracting*, Clearinghouse Review, 25

(May-June 1997))。

(2) "Id, at 24"

(6) 契約の検討

連邦規則は、契約書に含まれるべき「一般的ならびに特別の要請」を列挙しているが、managed care contractsの内容は、州によって様々に異なっている。にもかかわらず、それらは、全く契約書の典型的な方式に従って作成されていることが指摘されている。⁽¹⁾

契約は、通常「なぜ当事者がこの契約を締結するかの一般的用語を記述する「wheres」(〜であるが故に)で始まる。ついで(しばしば見過ごされることが多いが、重要になってきている)いくつかの用語―対象者・加入・給付適用範囲・給付の終了・契約がカバーするサービス・州の義務・契約の相手方の義務・支払と積立・契約の終了と再契約・その他の見過ごされがちだが重要な事項―の定義がなされている。契約の添付書で契約上重要なことが述べられることもある。例えばイリノイ州の契約は、アセスメントの結果、支払割合、質の保証、審査の活用、その他添付書において要請されていることを報告することとしている。他方ノースカロライナ州の契約の添付書は、給付割合・苦情手続・EPSSDT (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment) の要請にふれている。

利用者とそのアドヴォケイトは、サービスの供給に関係する契約だけでなく、保険給付マネジャーとの契約(或はRFPs)についても同様の視点から、目を通すべきである。これらの契約も、契約書の典型的な方式に従っている。

すなわち、一般的な情報・斡旋・加入・加入の不履行・会員の移転・脱退・EPSDTの利用方法・支援並びに連携サービス・教育活動・コンピューター情報交換・費用並びに支払・一般用語の説明が含まれている。MCOと保険給付マネジャーとの契約においては、「当該契約が、MCOs に関係するその他の契約の内容と矛盾していないこと」が互いに確認されるべきである（ノースカロライナ州の例では、保険給付マネジャーの契約と医療マネジャー契約が、適用対象者・苦情処理手続について矛盾していることが指摘されている）。

最後に、広域にわたる managed care に適用される一連の法的要請と契約が一致していることを確認することも重要とされている。

(注)

(一) Perkins et al, *An Advocate's Primer on Medicaid Managed Care Contracting*, Clearinghouse Review, 25 (May-June 1997) など
本項は、全体として同論文による。

(7) 利用者個人の権利が否定されたとき、どのように防御するか

managed care 事業に加入している者が、必要とされる保険給付を否定された時には、連邦や州のメデイケイド法に照らし、行為の適法性が判断されるべきである。managed care のもとでも、the fee-for-service system のもとでの法的要請は、連邦において放棄された規定以外については有効と考えられている。さらに連邦憲法やその他の連邦法令や州法令によって保障された権利は、放棄できないと解されている。加えて州行政手続法 (APA) の規定は、managed care 事業に関する規則が、パブリックヒアリングの通知と機会に従って実施されるべきことを求めている。

この点に関連して、例えばカリフォルニア州では、州のメディケイド機関が、managed careの苦情処理手続を、PAの規則制定手続よりも、政策文書(policy letters)や契約に従って実施している現状を、一旦停止させる訴訟が提起されている⁽¹⁾。

以上の点に加え、契約違反については次のことが留意されるべきであるとされている。

①まず連邦法や連邦規則違反については、当該利用者は、MCOに対して私法上の請求権(private cause of action)をもちうると指摘されている⁽²⁾。「州法の外観のもとに」行動し、連邦法に基づく他者の権利を奪う者は、被害者により訴えられうる⁽³⁾。州の「メディケイド行政管理者」(medicaid administrators)は、「州法の外観のもとに」行動した者とみなされると主張されている⁽⁴⁾。MCOも「州法の外観のもとに」行動した者であると解されている⁽⁵⁾。もっとも裁判所は、「議会は、『民間団体に契約によりその義務を課すことにより、州が連邦法上の責任を放棄すること』を、認めている」と推測することは、合理的でない⁽⁶⁾としていた。

②第二に、契約の執行を要請する「契約上の第三受益者の請求」(第三者が自己の権利と名において自己の利益の為に締結された契約を実現すること)を利用することがあげられている⁽⁷⁾。伝統的な「契約上の第三受益者の請求」と同様、MCO (the promisor) は、州メディケイド機関 (the promisee) と、メディケイド受給者 (the third party) のために行動することを契約している。もっとも契約に関する「リステイトメント第二版」によれば、契約を第三者に執行するためには、一般に第三者の同意があること、第三者が、契約の不随的な受益者ではないことが表明されなければならない⁽⁸⁾。福祉関連の公的な契約の執行を求める第三受益者の請求は増加してきているが、決定は必ずしも第三受益者の地位を認めていないことも指摘されている⁽⁹⁾。しかしながら、公的な契約の執行を要請することは、伝統的な「契約上の第三受益者の請求」を用いる以上に問題が多いことが指摘されていることは重要である。それだけ、社

会保障の権利の救済方法については、アメリカにおいても限界が多いことを示しているからである。

こうしたことから、契約に関する「リステイトメント第二版」の §313 は、福祉分野では、通常使用されていないが、第三受益者が、公的契約を強制しうるかを決定するためにもっとも広く用いられるべき方法であることが強調されている。⁽¹⁰⁾

③ 契約が明白にメデイケイド受給者に、契約を執行する権利を付与している場合には、第三受益者の地位を求め訴えを提起する必要はない。しかし実際には、第三受益者が直接に執行できることをうたっている契約はほとんどないことが指摘されている。しかし、「リステイトメント第二版」(§313(2)(b))にしたがい、MCOを直接的な相手方とする訴訟は、契約を重視する政策の方向性や契約上の文言とも一致すると指摘されている。⁽¹¹⁾

要するに、一九八三条項に基づく請求権も第三受益者の請求権も主張しうるものであるが、第三受益者の地位を確認するために用いられている多くの基準(§313等)を念頭に置いておくことが重要であるとされている。⁽¹²⁾

いずれにしても、契約関係が重要な意味をもってくる中で、メデイケイド受給者の権利、特に法令に規定されている「サービスの質の確保」⁽¹³⁾についての公的責任の追及は、保険給付の否定や減額の問題以上に、ますます難しくなってきたようにみえる。

(注)

(1) Gutierrez v. Cope (Perkins et al, *An Advocate's Primer on Medicaid Managed Care Contracting*, Clearinghouse Review, 31 (May-June 1997)

(2) "Id. at 31" この種の訴訟は、個人もしくは、当該行為によって影響を受ける個人もしくは、グループのクラスアクションとし

て提起されうると指摘されている。

- (3) 42 U. S. C. §1983 (1996 Supp.)
- (4) "Perkins et al, *Supra* note 1, at 31"
- (5) "*Ibid*"
- (6) "*Ibid*"
- (7) "*Ibid*"
- (8) "*Ibid*"
- (9) "*Ibid*"
- (10) "*Id*, at 32"
- (11) "*Ibid*"
- (12) "*Ibid*"
- (13) なお契約に効力をもたせるまでの期間、相手方を調査することを、ビジネス法では、*due diligence* というが、この契約でもアドヴォケイトはそれを行すべきことが指摘されている ("*Id*, at 33")。

(8) 選択されたモデル規定

州で実際に用いられている契約 (Medicaid managed care contracts) は、二〇ページ程度のものから、数百ページに及ぶものまで様々である。契約が、柔軟な方がよいかそうでない方がよいのかの問題は、*medicaid managed contracts* をめぐる継続的な問題のひとつとされている。ここでは、わが国の介護保険下での契約モデルについて思いを馳せながら、契約書を点検する上でチェックポイントとされている事項について、簡単に言及しておきたい。⁽¹⁾ チェックポイントを要約すれば、次のとおりである。

(a) 三〇日以内に、受益者によるMCOの自発的な選択がなされなかった場合、契約書その他の法律文書は、MCOにいくつかの基本的要請を課しているが、MCOが自発的にそれ以上の規定を置いていることは少ないので注意すること。

(b) PCP (primary care providers) の自発的な選択が一〇日以内になされなかった場合、MCOが適切なPCPに会員(被保険者)を割り当てる。その場合、現在のサービス供給者との関係や医療上や環境上のニーズを考慮して割当てがなされているかが重要である。

(c) 保健プラン⁽²⁾には、全ての医療上の必要性(サービス・器具・医薬品の供給を含む)が記載されるべきである。全ての医療上の必要性とは、担当医が必要と判断したものである。医療上の必要性の法的定義は、規則においてなされ契約に組み込まれるべきである⁽³⁾。

(d) サポートサービスについての配慮

保健プランは、メデイケイド利用者の特別なニーズに対処する手段(移送や地域サポートや社会サービスへのアクセスとそれらについての情報提供等)を検討すべきである。低所得・障害・不法滞在や英語が話せないという理由で不利益をもつ人々のニーズを喚起するために、前述の手段は、スタッフ研修とあいまって行われるべきである。

(e) 第一次的ケア並びに特別なケアに対するアクセスと利用についての配慮
managed care planのもとでは、利用しやすい医療提供を保証すべきである。

例えばプランは、第一次的並びに特別なケアサービスの場所までに要する時間を保証すべきである。薬局までの時間は、都市部では二〇分、郊外では三〇分を超えるべきではない。個人の選択でそれ以外の選択をすることは妨げない。FTE (Full-Time Equivalent) の一次診療にあたる医師と患者の割合は、自費患者等を含め一二〇〇対一の割

合を超えるべきではない。しかし、契約はしばしばアクセスと利用しやすさについての基準を詳細に規定することは少ない。

(f) ケアの継続

加入期間中、記載のケアは、新しいケアの計画が策定されるまで継続されなければならない。

(g) 第三受益者

連邦メディケイド法の背後にある目的は、契約の目的が利用者の利益に資するものであることを明確にしているけれども、さらに契約は、メディケイド受給者が第三受益者の地位にあることを、特に確認すべきである。

(h) 契約に基づきえた利潤は、サービス供給に回すことを明記すべきである。

ある地域では、商業ベースのMCOsが、メディケイド市場を支配するようになるにつれて、契約からの利潤がMCOの株主に利するか、利潤も又MCOが機能している地域に投資されるのかの問題が生じてくる。medical managed contractsは、この問題に言及しはじめている。例えば、ノースカロライナ州の契約は、メディケイドのメンバーのために必要なサービス基盤を発展させるために、市と協力することをMCOsに求めている。

(注)

(1) Perkins et al. *An Advocate's Primer on Medicaid Managed Care Contracting*, Clearinghouse Review, 35 (May-June 1997) 々々他
本項は、全体として同論文による。

(2) プランでは、法令の規定を無視し、medical necessityについての固有の定義をすべきではない。「医療上の必要性」についての法的定義は、規則に規定され、その上で契約に組み込まれる必要がある。また定義については、次のような一般的な問題が生じる。①どんな給付がカバーされるのか ②そのケアがmedical necessityにあたるかどうかをだれが決定するのか ③medical neces-

city)を決定する一次的責任はどこにあるのか。MCOにあるとする指摘もあるが、医師が一次的責任を負うべきとされている。ノースカロライナの例をモデルとした規定では、MCOが供給し、あるいは接続させることが期待されているサービスの種類が列挙されている (“Id. at 35”)。

MCOによってどんなサービスが供給されるかを定義し、明確にすることに加えて、契約は、メディケイド受給者の特別な医療ニーズに対応しようとしているかを論じなければならない。これらのニーズには、移送から通訳まで、そして地域の援助やサービスへのアクセスを含む、とされている。

(3) カリフォルニア州アラメダ郡において、現実に使用されているIHSS関係の契約書には次のようなことが、記載されている。

- ① サービスの内容 Homemaker (In-Home Services)
- ② 契約部局 Adult and Aging Director, Social Services Agency
- ③ Contractor Coordinated Association of United Seniors (CAUS) は、

この契約の規定に従い、Homemaker Services 及 Outreach Services (訪問援助) を行う。Homemaker Services は、食事・お金の管理・電話・軽度な家事を含む。サービスは、南アラメダ郡に住む次のような低所得のマイノリティをターゲットとする。六五%七五才以上、四〇%経済的需要大、七〇%機能障害がある 三三%マイノリティ

④ 契約者の責務 (例)

- (a) 状況確認となくさめのために訪問すること
- (b) サービスを求めている高齢者に資格あるサービスワーカーを派遣すること
- (c) サービスが行われたかを確認すること

⑤ 実施基準に従わなかった場合の規定と (契約者への) 救済制度

(a) 契約者は、契約で定められた水準と特定された実施基準の遂行を求められる。

Supportive Services においては、サービスが契約レベルの九五%以下になった時は原因についての書類を提出し、是正計画をだす (サービスの質のことではなく、前述③のカテゴリー別の割合のことかと思われる。橋本注)。もし問題が二ヵ月以上続く場合は、郡は契約者と問題の究明を行い、是正計画の提出を行わせる。もし定められた期間内に是正計画が出されない時は、Sanction Policy (契約に規定されている) に従い、制裁がなされる。

(g) Nutrition においては、サービスの供給水準が、5%以下に落ち、九ヵ月後に6%になった時は、契約者の基金の5%以上は、サービス供給が水準を上回る供給者にまわされる。

⑥制裁

郡は、契約者が Fiscal Reporting と Program Requirements に従わなかった時には、以下のような財政制裁手続をとる（以下略）。

⑦contracter から、A A A の director に制裁の放棄を求める訴えの手続

契約者は、AAA101 の書式に於いて、Supportive Services に対しては、AAA186、Congregate Meals に於いては AAA187、Home Delivered Meals に於いては、AAA187 の書式を A A A に提出することを求められる。

8 在宅ケアと訴訟 — 最近の動向 —

(1) メディケアをめぐる最近の動向

① 在宅ケアの適用

在宅ケアの方が、施設入所より費用が安くてすむことや、利用者も在宅ケアの方を好むという事実にもかかわらず、連邦政府・州政府ともメディケアやメデイケイドのもとでの在宅ケア費用を縮小しようという傾向にある。中でも、メデイケイドの対人ケアサービスがもつとも大きな影響を受けている。連邦政府は、メデイケア在宅ケア事業を「詐欺と虐待」の温床として注目してきている⁽¹⁾。にもかかわらず当局は、当該事業への執行を強化するのではなく、給付金やサービスを減らすことでそれに対処しようとしているかのようである。

在宅ケアへの支払は、一九八〇年の二・二%から、一九九五年には八・五%に及んでいる。当初は、緊急の介護

(acute care) が中心だったが、利用者のニーズはだんだんに変化し、長期的・慢性的に介護を要する状態にある人々に対するサービス (long-term, chronic care services) へと、費用の比重は移ってきている。訪問介護の九六%が、永続的に介護を要する人々であるという調査結果もある。また、永続的に介護を要する人々の介護ニーズと金銭(介護費用) が給付されるという方法の間には、大きなズレがあり、システムが変更されない以上、高齢者や永続的に障害を有する人々のニーズは対処されないとも指摘されている。⁽²⁾

メデイケアによる在宅ケアを受給できそうな人々(貧困で、非常に高齢の女性、これらの人々と相互扶助関係にあるより若年の慢性障害者) は、在宅で生活するための恒常的な援助 (aides) や時折の看護 (nursing) や療法 (therapy) を必要としている。現在、メデイケアは、これらのサービスを医学上必要とされ、医者によって命じられており、かつ受益者が「外出が出来ない状態」(homebound) で、継続的でなくつまり断続的な間隔でサービスを必要としている場合にかぎり支給している。

いくつかの在宅ケアの適用を入院で代替させ、訪問介護を抑制しようとする最近の議会の方向は、短期間でみれば財政を削減させることになるが、長期的には施設化の傾向に拍車をかけ、より大きな財政的、人的負担をもたらすことになる⁽¹⁾と批判されている。

(注)

(1) "Bogart et al, *Legal Issues in Securing Home Health Services Under Medicare and Medicaid*, 31 Clearinghouse Review 199 (Sept. & Oct. 1997)

以下、9. については、個別に指摘するもの他、全体として同論文に依拠している。

(2) わが国の介護保険制度も基本的に同じ問題を胎んでいるようにみえる。

② 在宅ケアサービス PartA から PartB へのシフト

在宅ケアサービスに対するメデイケアの適用は、多くの場合 PartA によって行われる。PartB は、PartA の適用のない受益者に対してのみ、適用されている。両方から、受給を受けている者は、圧倒的に少数であることが指摘されている。

PartA の適用を受けている受益者は、訴権 (appeal rights) をもつが、他方 PartB の受益者には、他の手続が適用される。つまり、サービスが否定された場合の手続は、両者の間で異なることになる。最近の法律は、メデイケアにおける在宅ケアの適用を PartA と PartB に分割した。そこで、在宅ケアを受給している人々は、ふたつの異なった構造 (PartA と PartB) とどのように関係するのかを理解する必要がある。もつとも新法を、論理的にみると、在宅ケアについての訴訟は、他のケース (managed care case) と同様の手続に従うことになると考えられている。すなわち、在宅ケアの審査手続は、相互 (PartA と PartB) に調和のとれたものでなければならぬことが指摘されている。

(注)

(1) Balanced Budget Act of 1977 §4611

③ メデイケアにおける在宅ケアの適用基準の厳格化

メデイケアの受給者が、在宅ケアを受けるためには、「外出ができない状態」(confined to home) であることが必要である。「外出ができない状態」とは、援助器具と他人の援助を必要としていることを意味する(準寝たきり)。

H C F A の勧告により議会は、基準 (the homebound standard) にいわれる「外出ができない状態」(confined to home) の「定義」を検討してきた。基準では、非医学的な理由での外出 (例えば通院のための外出は、医学的理由による外出である) の回数が減らされている (外出が、頻繁に出来るものは「外出ができない状態ではない」という理由づけになる)。その結果、在宅ケアを継続して受けようとする、デイケアやワークショップへ出席することが出来ないという事態が生じてきていると指摘されている。⁽¹⁾

議会は、食事・入浴・着脱・投薬管理や物理療法といった基本的な必要性の為に在宅給付を必要としている何千人もの人々の在宅ケアを阻止することになる新しい基準を採用しようとしている。

(注)

(1) わが国の介護保険制度で、デイサービスへの補助単価が非常に低いのも、デイサービスが利用できる者は、介護度が低いと考えられていることと関係していると考えられる。

④ 規範的な基準と「寝たきりに対する介護」——サービスの回数と期間の制限——

現状では、メデイケアは訪問介護の回数を制限していない。しかし残念ながら、H C F A と議会は、サービスの回数と期間を制限する方向にあることは前述のとおりである。

在宅ケア事務所 (home health agencies) の「メデイケアへの」参加の条件⁽¹⁾として H C F A により提案されている規則の重点は、「ホームケアサービスを受領した後の個人の変化を測定すること」⁽¹⁾におかれている。それは、現行法にはない「患者の状態が改善される」という要請を加えることを意味し、それによって、現在の多くのサービス利

用者の適確性が制限されることが懸念されている。もしHCF Aやサービス供給機関が、機能改善として予定した結果が、得られないなら、たとえ現状を維持するために、ケアの継続が必要とされたとしても継続されないことになる。そこでは、審査 (utilization review) は、サービスを終結させる手段として利用されることになる。

HCF Aは、在宅ケアの適用を否定するシステムを問題とした Duggan 事件⁽²⁾における和解同意書 (the settlement agreement) の用語を制限する方向にある。和解同意書においては、個人への適用の決定に関しては、ケア目標 (norms) や篩にかけること (utilization screens)、詳細な規則 (rules of care) の使用が禁止されている。しかし、HCF Aにより支持されている議会提案は、在宅ケアサービスの頻度と継続について、目標的なガイドライン (normative guidelines) を作成する権限をHCF Aに付与しようとするものである。それは、同意書によって求められている「個々人のアセスメントの遂行」に反するものであることが指摘されている。

(注)

(1) 62 Fed. Reg. 11004 (Mar. 10, 1997)

(2) Duggan v. Bowen, 691 F. Supp. 1487

(2) 在宅ケアサービスに対する法的権利を基礎づけるもの

これらの実質的な「財政削減」を戦いぬくために用いられるふたつの法的な戦略は、連邦と州のメデイケイド法と ADA (Americans with Disabilities Act) であるといわれている。

① メディケイド法

各州は、それぞれメディケイド法を制定しているが、連邦政府からの基金を受けるためには、「各サービスをどの程度まで、だれに給付しうるか」について、連邦政府の定める最低基準に従わなければならないことになっている。

② ADA法

Helen事件⁽¹⁾において、連邦控訴裁判所は、「ADAは、六〇七年施設にいる四三才の母親に対し、州が在宅サービスを供給すべきことを要請している」と判示した。州は、彼女がメディケイドの在宅ケアに対し適確性を有すると判断したが、待機リストにのせたままであった。裁判所は、「ADAは、家庭は生活を維持する上でもっとも総合された場所であるという理由で、州に原告に対するホームサービスの支給を求めている」と判示した。他の裁判所もHelen事件判決に従い、「地域でサービスの供給を受けながら、生活することを求めている施設にいる人々」の請求を容認している。⁽²⁾

(注)

(1) Helen v. Didario, 46 F. 3d 325 (3d Cir. 1995)

(2) Williams v. Wasserman, 937 F. Supp. 524 (D. Md. 1996)

③ 手続的権利

アメリカ合衆国憲法第一四修正第一節は、法の手続によらずに、個人の「財産」を奪うことを禁止している。メデ

イケイドの給付は、「財産権」であるから、メデイケイドサービスが否定されたり、終結されたり、減額される時には、告知と聴聞の権利を有するとの指摘もある。この権利は、既にサービスを受給している人々にとって、特に重要とされている。これらの人々は、政府がサービスの停止や減額を決定した後でも、聴聞が実際に行われ、決定されるまで、従前どおりのサービスを受ける資格を有すると解されることになるからである。

確かに連邦裁判所の一裁判官は、在宅ケアサービスを終結あるいは減額されたメデイケアの受給者は、聴聞審査の間サービスを受給しつづける資格を有すると判決している。⁽¹⁾しかし判決の後、程なく出されたHCF Aの規則は、その権利を含んでいない。⁽²⁾それ以前の判決の内容も、HCF A規則と同旨のものであったが、その判決の適用はニューメキシコに限定されていた。⁽³⁾HCF A規則は、それを全国的に拡大することになったといつてよいであろう。

(注)

- (1) Grijalva v. Shalala, 1997 WL 155392 (D. Ariz. Mar. 3, 1997)
- (2) 62 Fed. Reg. 23368 (Apr. 30, 1997)
- (3) Martinez v. Richardson, 472 F. 2d 1121 (10th Cir. 1973)

(3) メデイケイド在宅ケアに対する財政削減へのニューヨークの経験

ニューヨークのメデイケイド在宅ケア事業は、従来のアメリカではもつとも包括的なものとされてきた。しかし、ニューヨークでも対人ケアサービスに対する費用を削減する州立法が、制定された。そのためこの財政削減を訴訟で争う事件が増加していることが指摘されている。

① Task-based Assessment

Task-based Assessment は、従来からの利用者の利用時間を制限するために、安全の為の見守りや査察といった「サービスの遂行を確認するための仕事」(the critical function) も、サービスの時間 (task) の中に入れる Task-based methodology を使用している。Task-based Assessment の使用に、裁判所は全体として、暫定的差止命令 (a preliminary injunction) を認める方向にはないが、ある連邦裁判所は、「安全のための見守り」を仕事時間に算入することの過失とし、正当と認められたサービス時間を増加していない「利用者通知」の利用を禁じている。⁽¹⁾ この訴訟の予備段階 (preliminary stage) では、裁判所はアセスメントシステムが、独断的で、個人のニーズを考慮しておらず、州全域に互る統一的な政策を欠くという主張を否定していた。Task-based Assessment について、早い時期に示された裁判所の解釈は、一九九二年に Dowd 事件においてであった。この事件で、州裁判所はその使用を禁止している。⁽²⁾ 残念なことに、州は、Dowd 事件で裁判所が提示した「改良されたアセスメント」の使用を拒否し、代わりに各郡が、独自の Task-based Assessment を創ることを許容したのである。

(注)

(1) Rodriguez v. DeBuono, No. 97-CIV-0700 (S. D. N. Y. Aug. 21, 1977)

(2) Dowd v. Bane, No. 177335/92 (N. Y. Sup. Ct. N. Y. County June 1992)

② Fiscal Assessment

一九九一年に制定された州法 ("Fiscal Assessment" Law) は、メディケイドの在宅ケアの費用が、地域のナース

グホームを利用した場合の平均的費用の九〇%を超える場合には、例外を除き、在宅ケアを受ける資格はないものとしている。州裁判所は、*Burland* 事件⁽¹⁾において、郡とニューヨーク市に、現在自宅にいるナーシングホームの利用申請者に、実際にホームを利用できる時まで、在宅ケアサービスを供給することを求めている。しかしナーシングホームの利用申請者が、現在病院にいる場合にはその限りではないとしている。

(注)

(一) *Burland v. Dowling*, No. 407324/93 (N. Y. Sup. Ct. N. Y. County July 3, 1995)

③ Higher Level of Care より高いレベルのケア

多くの郡と最近ではニューヨーク市も、在宅ケアを受けている人々のうち「ある人達」の資格を喪失させる新しい政策を採用している。「ある人達」とは、対人ケアサービスが実際に供給できる以上の「より高いレベルのケア」を必要としている人達である。政府は、アルツハイマーその他の理由のために必要とされる二四時間の安全確認や見守りは、対人ケアサービスの対象の範囲をこえた、「より高いレベルのケア」を必要していると主張している。「より高いレベルのケア」のニードを基盤とする介護の否定は、彼らに適切である唯一の在宅ケアの方式を奪うことになる」と批判されている。一九九七年八月、連邦裁判所は、「知覚障害のある利用者の見守りを対人ケアサービスから除外するニューヨーク市の政策は、連邦の Medicaid comparability requirement (メデイケイドの給付が、同等に実施されることの要請) に違反していると判決した。裁判所は、ADAと §504 を根拠とする「精神障害に基づく差別の請求」は取り上げなかった。州裁判所での分離された訴訟は、彼らが「より高いレベルのケア」を主張したことで、精

神障害のある申請者をパーソナルケアから除外したニューヨーク市の行為を訴えている。⁽¹⁾

(注)

(1) Levitt v. Barrios-Paoli, No. 97-401791 (N. Y. Sup. Ct. N. Y. Co. Apr. 24, 1977)

④ 学校や家の外で在宅ケアサービスを求める

Skubel事件⁽¹⁾で裁判所は、「メディケイドのCHHAサービス (certified home health aide services) は、必ず自宅で⁽²⁾供給されねばならない」というHCFAの政策を否定した。メディケイドの対人ケアサービスについては、法律は、対人ケアサービスを「自宅やその他の場所に置かれた人々」に拡張している。これを受けてHCFA (Health Care Fin. Admin.) は、この修正を実施するためのルールメイキングに関する通知をだしている。しかし、規則は自宅外でのサービス供給を、州の選択に委ねるという形での修正に止めている。今日まで最終的な規則は採用されていない。

(注)

(1) Detsel v. Sullivan, 895 F. 2d 58 (2d Cir. 1990)

(2) 42 U. S. C. §1396d (a) (24) (OBRA1993)

(4) 在宅ケアを必要とする人々の手続的権利を含む問題

① Mayer 事件⁽¹⁾ 正当な事由なく在宅ケアサービスは拒否されない

最近の受給者は、サービスが減額されたり、終結される前に聴聞がなされるという手続的権利以上の権利を有する。彼らはサービスを減額されたり、終結される理由がないのなら、継続してサービスを受ける権利があると解されている。Mayer事件は、ニューヨーク社会サービス部によって始められた special reauthorization project を訴えている。この project においては、理由なくサービス時間が縮小されたからである。しかし削減された時間内で、常に健康と安全が十分に保障されるというのが当局の見解であった。

理由なしの削減を阻止する為の差止請求を求めた Mayer 事件で、連邦判事は、「適切な判断なしにサービスを削減することは、原告の憲法上保障された適性手続を奪うことになる」とした。また裁判官は、「最小限、適性手続は、政府役人が非合理的な、専断的なあるいは気まぐれなやり方で、行動することの阻止を要請している。在宅ケアにおける削減は、回復できない被害をもたらす」として、「裁判所が掲げるいくつかの理由に基づき、削減が正当化されるのでなければ、市は在宅ケアサービスを削減できない」と判決した。一九九六年五月、判決の効力は、州全域に拡大された。

(注)

(1) Mayer v. Wing, 922 F. Supp. 902 (S. D. N. Y. 1996)

② ⁽¹⁾ Deluca 事件 新しい申請者であることの不利益

申請者に対するヒアリングの権利は、受給者の場合と同じではない。申請者は、在宅ケアサービスの外に留め置かれるという他の障害に直面することになる。費用削減という政府の中心的な新しい政策は、申請という「入り口」での阻止を惹起させることになりやすい。一九九六年六月、*Deluca* 事件判決において、裁判所は「申請者のニードは、彼らが制度の適用を受けた後で初めて、知られるものである」という州の主張を否定した。申請者と受給者の見え透いた平等でない扱いは、禁止されたことになった。

(注)

(1) *Deluca v. Hammons*, 927 F. Supp. 132 (S. D. N. y. 1996)

③ ⁽¹⁾ Granato 事件 一時的入院の後で復活される在宅ケアに対する権利

ニューヨーク市は、「受給者」と定義される者の数を減らそうとしてきた。その結果、個人が入院した時には、受給者ではなく申請者として扱おうとするのが、州の政策とされてきた。*Granato* 事件で、裁判所はこの政策は、非合法であると判決し、一時的に病院やリハビリテーション施設にいる者は、在宅ケアの受給者であり続けると判示している。

(注)

(1) *Granato v. Bane*, 74 F. 3d 113 (2d Cir. 1995)

④ Catanzano 事件 ⁽¹⁾

聴聞と援助の継続に関する権利は、長いことニューヨーク市のHRAのような「地方メデイケイド機関」からサービスの受給を承認された在宅ケアの受給者に、限定されてきた。Catanzano 事件の結果、この重要な権利は、「メデイケイドの承認された在宅ケア援助」(それは、多くの場合民間のCHHAs (Certified Home Health Agency) によって承認されている)の受給者にも拡張された。裁判所は、「CHHAsは、政府機関によって密接に規制され、受給者のサービスが削減されたり、終結される際には、fiscal assessment法のような政府の作成した適格規則が適用されてきた。そのような拡張された公的規制の故に、CHHAsは、政府の傘下であり、その受給者は通知・聴聞・給付の継続に対し、完全な適性手続に対する権利を有する」とした。⁽²⁾しかしCatanzano 事件は、目下のところ継続中である。第二巡回区裁判所は、「メデイケイドの選択の自由に関する規定は、州が適性手続の要請に従うことを州に禁止しているか」を決定する為に、事件を地方裁判所に差し戻している。CHHAsは、「例えば州が適正聴聞の後で、個々人の受給者にサービスを供給することを義務づけられているとしても、CHHAsは『選択の自由』規定により、サービスを供給しないことができる」と主張している。もし連邦裁判所が、CHHAsに同意するなら、適正手続は意味のないものになることが憂慮されている。

(注)

(1) Catanzano v. Wing, 103 F.3d 223 (2d Cir. 1996)

(2) 42 U.S.C. §1396a(a)(23); 42 C.F.R. §431.51(b)(1)(II)

9 在宅サービスとオンブズマン

連邦政府は、メデイケア在宅ケア事業を「詐欺と虐待」の温床とみている。にもかかわらず、当局は、当該事業への執行を強化するのではなく、給付金やサービスを減らすことでそれに対処しようとしていることについては先に触れた。

法令に規定されている「サービスの質の確保」についての公的責任の追及は、保険給付の否定や減額の問題以上に難しい。特に、高齢者や障害者であるメデイケイド受給者にも、Managed Care Systemsを導入することへの政策的関心が高まり、それにともない契約関係が重要な意味をもってくる、その傾向はさらに強まってくるものと予想される。公的な契約の執行を要請することは、伝統的な「契約上の第三受益者の請求」を用いる以上に、困難とされていることにも、それは示されている。

また、この事業 (managed care programs) のもとの州の役割は、fee-for-services のもとの「不必要なケアをチェックする」(たとえていえばわが国で、保険者が保険医療機関の診療報酬の不正受給をチェックするのようになる) という役割から、利用者にとって、必要なサービスが抑制されていることをチェックする役割に変わってくるが、この点を監視するための、モニタリングのシステムも多く州で十分ではないことも前述のとおりである。

このような問題点の改善を始め、「サービスの質の確保」のために、法は何をすることができのだろうか。

今後においては、広い意味での Managed Care Systems のもとの、契約関係をどのように構成するかが、「サービスの質の確保」にかかわっても重要になってこよう。あわせて、公的な契約の執行を要請する仕組の確立も、人間の生存の保障に対する公的責任を考えれば、避けて通れない課題である。これらのことは、介護保険の導入後のわが

国においても重要な課題となつてこよう。

本稿では、最後に、ADR（代替的紛争解決）のひとつであるオンブズマン制度の在宅サービスへの適用を概観し、とりあえずの結びとしたい。アメリカでは、高齢者法に基づき長期介護オンブズマン制度（Long Term Care Ombudsman Program）が設けられ、ナーシングホーム等の施設で生活している高齢者が直面している問題の解決に、一定の貢献を果たしていることは、別稿でふれたとおりである。⁽¹⁾

（注）

（1）橋本宏子「アメリカ ナーシングホームと法—在外研究覚書—」神奈川法学三三巻三号

（1）LTCオンブズマン事業と在宅の高齢者への適用

現在一三の州で、⁽¹⁾州のLTCオンブズマンにより、在宅の高齢者にも援助サービスがなされている。⁽²⁾かつては、ニューヨーク市も数年にわたり、在宅ケアオンブズマン事業（home care ombudsman）を実施していたことが指摘されている。

事業を実施している州での事業の実施方法は異なっており、比較するのが難しいとされている。在宅ケアオンブズマン事業についての包括的な調査研究はなされていない。

「委員会」⁽³⁾の報告によれば、ある州では、州の全ての高齢者を事業の対象としている。ある州は、高齢者のあるグループ（州が実施しているサービス事業を受給している者）だけを対象としている。経験的な面からみても、ある事

業は一〇年以上行われているし、他は始まったばかりという違いがある。

しかしながら、いくつかの共通性も指摘されている。事業はいずれも、少数の例外をのぞき、(在宅ケアオンブズマン事業のために)付加された財源や人材の補充を受けていない。事業がうまく活用されていないという点でも共通している。アラスカ/アイダホ以外は、在宅高齢者からは本当に少数の苦情しか受け付けていない。オハイオ/ミネソタ/ペンシルバニア/ウイスコンシンのように、多くの高齢者を有し、明快な命令 (mandates) がだされている州でさえ、年間三〇〇より少ない苦情しか受け付けていない。

報告された苦情が少ないことは、オンブズマンが本来扱わなければならない苦情や問題の少なさを意味するものではなく、財源や人材の不足を反映していると考えられている。

過去数年にわたる在宅サービスの進展と介護の質に対する関心の増大を考えるなら、上がってきている問題は、氷山の一角であると委員会は報告している。

苦情の少なさは、苦情確認の方法にも関係していると委員会はみている。現在は、実施されていないニューヨークの例をのぞき、苦情を確認する為に規則的な訪問は行われていない。時々ワーカーが、家庭訪問を行っているが、苦情の多くは電話で受け付けられていると報告されている。

現状の施設に対するLTCオンブズマン事業と異なり、ボランティアが利用されているところはひとつもない。おそらくどのような役割をしてよいのかわからないからであろうと委員会はみている。いくつかの州は、個人の家にボランティアを派遣することにも躊躇を示している。しかしそのもっとも大きな理由は、ボランティアとコンタクトをとる有給の職員を雇う費用がないからであると分析されている。

調査/解決/調停の為に必要とされる技術については、いずれの州からも同様の要請がなされていると報告されて

いる。現状の施設に対するLTCオンブズマンの場合と同様、権利についての教育／消費者の権利／介護者援助グループの援助／変更の為の創造的な交渉や調停への援助、監督機関や法律扶助機関への接近が重要と考えられている。委員会は、「これらの州の経験からみて、既存のアプローチはかなり修正される必要がある。スタッフの補充と公的な情報・訪問活動・支援／擁護活動を援助できる資金の適切な増加なしに、現在の事業を拡大しても非実践的で、おそらく望ましいものにはならない」と述べている。

(注)

- (1) Alaska, Colorado, Idaho, Indiana, Maine, Minnesota, Nevada, Ohio, Pennsylvania, Vermont, Virginia, Wisconsin, and Wyoming.
- (2) Real People, Real Problems: An Evaluation of the Long-Term Care Ombudsman Programs of the Older Americans Act, 216 (Institute of Medicine Washington, ed. 1995) 本項の記述は同書による。
- (3) 高齢者法に基づき実施されている州のLTCオンブズマン事業の実情を調査するために設けられた委員会で、一六人の長期介護や医学、保健法、州の政策行政等に精通した専門家から構成されている。この委員会により、(2)の報告書が作成された。委員会による調査研究は、DHSS (Department of Health & Human Services) のAOAの資金援助によって行われた。

(2) 在宅ケアオンブズマン事業の特性

在宅ケアオンブズマン事業の概念上の焦点は、LTC事業の場合と同様、「個々人へのケースワーク、組織的なアドヴォカシー、教育である」と考えられている。しかし、これらの焦点に関係する力点や重点は、LTC事業とは異なってくるのが指摘されている。

「在宅ケアにかかわるオンブズマンは、在宅生活者が、LTCの居住者と異なり、家や地域について、自分のもの

という意識が強いことを考慮しなければならない」と指摘されている。つまり、サービス供給者やオンブズマンは、サービス利用者の縄張りに入っていくという認識をもたなければならぬことになる。こうした違いにもかかわらず、受け付けられている苦情は、LTC事業の場合と同じであることが指摘されている。例えば、高齢者を一人で生活させておくことが難しいと判断すれば非発的に施設入所を決定するというように。これらの問題の多くは、LTCオンブズマン事業の場合と同じ技術で解決されていることが指摘されている。

こうしたことから委員会は、「LTCオンブズマン事業の基本的な目的は、在宅ケアオンブズマン事業の第一の拠り所であり続けるべきである」と述べている。ナーシングホーム居住者の権利は、連邦や州の法令で成文化されているが、在宅ケアを受けている者の消費者としての権利や施設外でのLTCサービスについての権利は、同じように明白には宣言されていないことが指摘されている。委員会は、「オンブズマンは、ナーシングホームに適用される規則的なフレームワークの中で働いてきた。個々人の苦情に接近し問題を解決する為にオンブズマンは明白な基準をもっている。在宅ケアの場合は、事情が違ってくる。これらの人々は市民の権利を享有しているが、オンブズマンは苦情にアクセスする錨を少ししかもたない」ことを強調している。

国家レベルでの在宅ケアサービスへの規則には多様性があるが、この多様性にもかかわらず、消費者の権利は、四つに分けられることが指摘されている。すなわち「情報の権利／参加とコントロールの権利／一般的市民権の保護と救済に対する権利／質に対する権利」がそれである。これらは、LTCオンブズマンが施設居住者に求めているものと同じであることが指摘されている。

最後に委員会は、「在宅ケアサービス利用者に対する多くの体系的な擁護が、オンブズマンのような事業を通じてなされうる」ことを確信している。しかし、「この擁護は、抗争なしにはなしえないであろう」とも指摘している。

例えば、在宅ケア領域の擁護者は、成文化された各種の基準を根拠に、総合的な援助を行うべきかどうかは、論争があるところである。そのような基準の成文化とそれに基づく援助は、利用者の自治や選択の妨害になるという指摘もある。それに対し、虚弱な消費者への保護は必要という議論も、もちろん存在することを報告書は指摘している。

(3) 在宅ケアオンブズマン事業への反対理由

もつとも大きな反対理由は、在宅ケアにまでオンブズマン事業を拡大することが、施設オンブズマンの機能を弱めることになりはしないかということであると指摘されている。

在宅ケアオンブズマン事業を実施している各州は、「関連機関（州機関・S U A s・A A A s）との詳細な協力は、在宅サービスに関する各機関の役割を明確にする為に、現状の事業以上に重要である」と述べている。そしてとくに A P S、P & A s、法律サービス機関の相互関係を明白にすることを強調している。

在宅ケアオンブズマン事業への反対理由として、多くのサービス供給者が、質を供給機関内部の自主規制により確保できるとしていることも指摘されている。

在宅サービスを実施する多くの州が、質の確保を事業の構想に入れている。サービスの質を確保する為の活動（quality activities）には、周期的なケースの再検討、家庭訪問、消費者満足調査、機関や供給者のライセンス制、虐待の報告義務が含まれる、とされている。多くのサービス供給者と州は、L T C オンブズマン事業によって付加された質の調査の上塗りに戸惑っているとも指摘されている。しかしこれらの事業（前述のライセンスの付与やL T C オンブズマン事業等をさす）のいずれもが、明白には消費者の見解を代表してはいないことも、また事実とされている。

さらに他の患者等の擁護者は、在宅ケアオンブズマン事業が彼らの働きを奪うことになることを恐れていることも指摘されている。

委員会は、「ヘルスケア改革とヘルスケア消費者の為の分離された別立のオンブズマン事業を相定する連邦の法令は、オンブズマン事業の拡大に影響を与えるかもしれない」とみている。

しかし他面「もし消費者が自分の為に関係する複数の擁護者（対象が重複する複数のオンブズマン事業が存在するようになること）をもつことになるなら、問題が生じるかもしれない」とも指摘している。

(注)

(1) Adult Protective Services

連邦レベルでは義務づけられていないが、多くの州が、APSユニットをもつ。これらのユニットは、一般に一八才以上の人々への虐待に対処し、援助を供給する。それは、SUAを通じて行われている州もあるが、やり方は州によって様々である。APSは、州の補助者として働くが、LTCオンブズマンは居住者の代理人として働く。州によっては、両者は共同して事業を実施しているが、LTC居住者のAPSへの苦情を阻止しているところや制限しているところがある。

(2) Protection & Advocacy Systems

連邦法で規定されている制度で、各州および the District of Columbia 等で実施されている。(a)知的障害者 (b)精神病患者 (c)一九七八年のリハビリテーション法の対象となっている人々 (d)一九九二年の改正リハビリテーション法に基づき、上記三つの範疇に入らないすべての障害者を対象としている。P&Sは、これらの人々が直面している問題（差別や給付の否定等々）に情報を提供したり、法的な援助等を行う。

(4) 在宅ケアオンブズマン事業への賛成理由

これに対し、「オンブズマン事業の在宅ケアへの拡張は、在宅介護サービスへの供給方法が変化していくことやサービスを利用する人々に共通する問題を確認する上でよい影響を付与していく上で有効である」という積極的な意見もだされている。高齢者が異なる段階のサービスにスムーズに移行していく為には、援助が必要である。施設にだけ限定的に向けられたオンブズマン事業は、全ての虚弱高齢者の状況を把握できない。そのためにサービスを全領域に広げるべきであるとも指摘されている。

加えて委員会は、ヘルスケアと LTC サービスの質に関する世論の関心の増大を指摘し、これらの関心は、今後ますます増加していくとみている。「役人は、一九七〇年代の始め、オンブズマン事業においてそうであったような圧力を感じている」と述べていることは興味深い。議会は、在宅サービスに関し、すでに公聴を行っていることも指摘されている。⁽¹⁾

(注)

(1) U.S. Senate, 1994

(5) 委員会の結論

委員会は、「在宅ケアオンブズマン事業についての二三州の経験から推察すると、事業をより適切に実施するためには、財源や人材が不足しているようにみえるが、確固たる証拠があるわけではない。二三州における経験は、限られたものであり、現在のオンブズマン事業が在宅サービスにまで拡張されるべきか、いかに拡張されるべきかについ

て具体的提案をするまでの材料はない」と述べている。その上で、オンブズマン事業以外のいくつかの活動は、それぞれが長所、短所を有することを指摘した上で、なお地域で保健サービスや長期介護サービスを受けている人々を援助しようとしてみている。こうしたことから委員会は、「これらの問題の解決が、既存の組織を強化することによるのか、新しいひとつの組織に統合しその機能を強化することによるのか、総合的な組織としてオンブズマンを創造するのか」については、結論を保留している。

(注)

(1) こうした活動として委員会は、「ケースマネイジメントプログラム、多くの州で利用されているAPS事業、一九八七年に法律で義務づけられた『在宅ケア苦情ホットライン』、在宅ケア機関へのライセンスの付与と監査・監督の過程」をあげている。加えて、公的・私的なガーディアンやコンサーバターの制度は、自己決定の困難な人々が彼らの最善の利益のもとに行動する代理人を確保する上で意味があるとしている。