

## 積極的介護 (Aktivierende Pflege)

消極的介護(看護)、権威的介護(看護)、保護的介護(看護)に対して用いられる。児童や障害者に対するケアの際に重要だといわれる。

介護保険法 28 条から積極的介護という概念のもつ本質的な重要性が明らかとなるが、要するに、現存する能力を保持し、出来る限り速やかに、広範に出来なくなつたことを再びもとの状態に戻り、出来る限りおこなえるようにするためのあらゆる行為といえる。それは自尊感情にも訴えるものである。

個人個人の普段の習慣に配慮して、日常の生活の克服に向けて必要とされる能力を引き出すということが基本となる。

家政援助(生活支援)や一日の流れを作っていくこと、さらにたとえば住居を確保するといった際にも積極的介護は考慮されなければならない。

家族も出来る限り、参加し、要介護者の不安や望みを出来る限り、客観的に実現できるように目に付くようにしなければならない。

積極的介護はあらゆる介護給付の構成要素であり、基本介護（身体介護）や家政援助（生活支援）をする際に加えなければならないことである。

しばしば積極的介護について誤解があるが、積極的介護はなにもたとえば入所者を活動的にさせることではない、そうではなくて介護者から全般的な自律・自立という目的に向けて自力でできることを促進しようということなのである。たとえば入所者にとつて伴われているという気持ちは何とかしたい。また依存しなければならないという感情はいやなものである。積極的介護は自助を助けるということであり、それぞれの個人個人の可能性という枠のなかで、日常においてものごとができるということを成就するに当たっての示唆であり、相談であり、支援を含むものである。補充的な(代行的)な介護はあまりにだらだらと続き、また常に介護サービスの消費を高め、介護需要を増大させてしまう。介護サービスによってさえられる

専門家による高齢者介護の原則は包括的なケアであるが、その場合、心理低側面を積極的介護が重視していることを良く認識しておかなければならぬ。むしろ、身体の部位に働きかけるばかりでなく、心理面な側面支えとなる。

積極的介護はしたがって自助を援助することであり、それは当事者にとって、自己に自信を持つ、自己価値感情、自尊感情をもどすのである。

# 公的介護保険における 介護指針について

社会保障研究所  
研究部主任研究員

## 桝本一三郎

本誌の十一月一日号と十一月二十一日号「高齢者介護システムの構築と二〇〇〇年までの課題で触れたように、

ドイツにおける「介護リスクの社会保障に関する法律」(公的介護保険法)により、本年四月から在宅給付が行われることになった。社会保険である以上、その保険により何が給付されるかが重要であるが、それを示したのが以下で述べる「介護指針」である。ドイ

ツ介護保険制度におけるサービス内容を示すものとして、この介護指針は極めて重要な資料といえよう。ただ、本文にあるように、「指針」は提供されるサービスの質やサービス報酬に関しての取り決めに影響をあたえようとしているものではない。

すでに述べたように、介護金庫とともに実務上重要な役割を果すのがMDKであり、連邦政府も大きな期待を寄せている。その役割を具体的に定め、

その遂行の際のよりどころとなるのが

この「指針」である。等級の認定(本法十五条)や介護計画についてはMDKが行うことになるが、具体的には医者とともに医者以外の介護専門家、およびその他の専門家がその任にあたることになる。その手続きの際、等級の設定や介護保険における要介護状態をどのように見るかを示したもののがこの「介護指針」(本法十七条の定めるところによる)である。さまざまな団体の意見を調整し作られたものであるが、この内容自体も今後制度が軌道に乗ることによって変化していくと思われる。

「指針」は当初、一九九四年十月一日までに作成し、連邦社会労働省に介護金庫中央協議会が以下の仮し書きに

ある。審査書は「本人申告による援助の状況と介護に力点を置いた既往歴」、「審査員による調査結果および所見」などから構成されている。本編および審査書について紙面の関係から子細な解説はここでは付けないが興味深いものがある。

なお、介護金庫中央協議会では「社

「指針」は本編と付属資料があり、

本編は2・「介護の目的」、3・「要介護状態のメルクマール」、4・「介護等級の設定」、5・「要介護状態の認定手続き」、6・「異議申し立て手続き」、7・「再審査」が主な内容である。付属資料は、

具体的なチェック表となる社会法典XII(二)の部分は公的介護保険であるが、社会保険関係法規はすべて社会法典に納められるこになつており、本法は十一編となつた。社会法典については『ドイツ社会保障総覧』(参照)に基づく要介護状態の認定のための審査書である。審査書は「本人申告による援助の状況と介護に力点を置いた既往歴」、

意味を持つかについてはさまざまな議論がある。そして、今後は介護サービスを提供する供給側と介護金庫に質の高いということになろうということ指摘もある。

「指針」を定めた介護金庫中央協議会が十一月に提出した「質の保障のための共通原則と基準」(案)はその意

会法典XI八十條による在宅介護の質の審査を実施する際の手続きを含む質と質の保障のための共通原則と基準」案を十一月十五日付で示している。從来、介護サービスの質についてどのように実際上担保してきたのか、そもそも介護サービスの質や標準化についてどのように既存福祉事業団体、現場がどの程度熱心であつたかについては相反する見解、指摘、反論がある。それが今回の介護保険導入による介護サービスの質への影響に対するさまざまな見解の相違とながつてくるわけであるが、いずれにせよ、中長期的に見れば、介護の質がさらに向上することは間違いないであろう。

味で、これまた興味深いものである。先程、介護の質の議論について相反する議論があると述べたが、今後さらに質の向上が図られることは間違いないであろう。

おわりに、本指針の翻訳にあたっては、本指針を直ちに送つて下さったドイツ公私福祉連盟のハインツ博士にまず感謝したい。ハインツ博士にはさま

ざまな形で協力をいたしており、本論も度重なる博士とのファクシミリの交換の賜物である。また、この翻訳は、日常の研究の一環としての私個人の訳出であり、出来るかぎり正確を期したつもりであるが、多くの方々に見ていただいた方がよいと判断し、掲載させてもらつた。

## 『要介護状態のメルクマールと介護等級の設定および要介護認定手続きに関する介護金庫中央協議会指針』

一九九四年十一月七日

介護金庫中央協議会である連邦AO  
K連合会、連邦企業疾病金庫連合会、  
船員疾病金庫、連邦農業疾病金庫連合  
会、連邦鉱員(共済)組合、サラリーマ  
ン疾病金庫連合会、AEV労働者補足  
金庫連合会は、疾病金庫連合会のMD  
(医療サービス機関)、連邦金庫医連盟、  
連邦の介護職能団体および障害者団  
体、民間社会福祉介護事業連合のワー  
キンググループ、広域社会扶助事務組  
合連合のワーキンググループ、市町村  
会、連邦民間老人・老人介護ホーム連  
合、在宅サービス連合の参加のもと、  
社会法典V第二百十三条と関連して、  
社会法典XI(=介護保険法)第十七条  
に基づき、一九九四年十一月七日、要  
介護のメルクマール、介護等級の設定、  
要介護の認定手続きに関する包括的か

つ一元的な指針((要)介護指針—  
PfR)を決定した。

### 1. はじめに

この指針は、要介護(社会法典XI  
第十四条)、介護等級(社会法典XI第  
十五条)、並びに、介護必要性の認定  
手続き(社会法典XI第十八条)を規定  
するものである。これらは、介護金庫  
にとっても疾病金庫のMDKにとつ  
て、必要不可欠なものである(社会法  
典第二百十三条、第二百八十二条)。

地域による格差は認められていない。  
特に提供されるサービスの質や、個  
人のニーズ、サービス報酬の点などに  
関して、サービスの提供者と介護保険  
組合との関係をこの指針によつて定め

2. 介護の目的  
要介護状態は定型化され、少しも変  
化しないというような固定化された状  
態ではない。要介護状態とは、予防的  
処置、治療上(セラピー)の処置、リハ  
ビリ処置、さらには、積極的介護によ  
り影響を受け、変化するプロセスなの  
である。

積極的介護は、リハビリの処置と共に  
介護を必要とする人が、介助を必要  
とするとはいゝ、可能な限り広範にわ  
たり自立した日常生活をおくれるよう  
に、あるいは、再び自立した日常生活  
ができるようになるのを助けるもので  
なければならない。この時、特に以下  
の点が達成されるよう努力されなけれ  
ばならない。

△現在残されている自立能力(自分で  
自分の世話をできる能力)を保持し、  
失われた自立能力を再び取り戻すこ  
と。

△サービス提供の際に、コミュニケーション  
を改善すること。

△精神障害者、心的障害者、精神病者、  
精神錯乱者の場合は、自分の存在する  
環境および時間的な事柄が理解できる  
ようにする。

### 3-2 継続する要介護の状態とは、

介助を必要とする人が、いわゆる活動  
を遂行するために、六ヶ月以内の期間、  
社会法典第十四条の対象となる介助を  
受けることによって(例えば、リハビ  
リの処置によって)、制限された能力、  
あるいは失われた能力を再び取り戻せ  
る場合である。また、寿命が6ヶ月以  
内と予測されることにより、介助の需  
要が六ヶ月を越えない場合も継続する

は、この目的を達成するために適切な  
処置を提案し、指示し、これを遂行す  
る義務を負う。

### 3. 要介護状態のメルクマール

3-1-1 社会法典XI第十四条に基づ  
き、介護の必要があるのは、身体的、  
精神的、もしくは心理的な疾病や障害  
のために、日常生活における通常の活  
動、あるいは繰り返し行われる活動を  
するため、おそらく六ヶ月間、継続的  
に、かなりの割合で介助を必要とする  
者である。この規定の意味する病氣・  
障害は、以下の通りである。

(1)姿勢保持と運動器官に関する損傷、  
マヒ、その他の機能障害。

(2)内臓もしくは感覺器官の機能障害。

(3)衝動抑制障害、記憶障害、方向障害  
などの脳の神経系の中枢の障害、並び  
に内因性の精神病、ノイローゼ、もし  
くは精神障害。

要介護状態と認められる。

3-1-3 要介護状態の前提となるのは、日常生活で一定の活動を遂行する能力が制限されていること、もしくはこうした能力がないことである。従つて、要介護状態の判定規準は、このような活動の遂行能力だけであり、現存する病気（例えば、癌あるいはエイズ）や障害（例え、聴覚、盲目、麻痺など）の種類や症例の重症度ではない。たとえば、GdBなどのような障害に関する他の社会福祉分野での決定、あるいは、年金給付の申請認定などは、この介護金庫に対して拘束的な効力をもつものではなく、また、要介護状態の存在についてそれすべてを証明するというのではない。

さらに、介護を必要とする人が、運動機能的には活動を行えるが、活動の必要性が認識できなかつたり、目的に即した有効な行動に置き換えることができない場合にも（例え、内的な衝動抑制障害、記憶障害、住居あるいは生活環境内の知識（オリエンテーション）の低下、親しい人物を認識できなかつたり間違えたりする場合、並びに、感情のコントロールに障害がある場合）、要介護状態と認められる。

3-1-4 要介護状態の認定の際に対象となるのは、法律の中で規定された、日常生活の中で定期的に繰り返される

通常の活動だけである。

3-4-1 対象となる活動は、以下の通りである。

△身体的な手入れの分野▽

(1) 体を洗う

(2) シャワーをあびる

(3) 入浴

(4) 齒磨き

(5) 髪をとかす

(6) ひげそり

(7) 排便、排尿

(8) 食物を口に適度の大きさで運ぶ

(9) 食物の摂取

△行動の分野▽

(10) 起床、就寝

(11) 衣服の着脱

(12) 歩行

(13) 立位

(14) 階段の上り下り

(15) 住居からの外出、帰宅

△家事に関する分野▽

(16) 買物

(17) 料理

(18) 住居の掃除

(19) 食器等の水洗い

(20) 着衣の交換、衣類や洗濯物の洗濯

(21) 暖房

3-4-2 洗髪散髪および手足の爪切りは、通常、毎日起きる活動ではない。

(4) 齒磨きには、口の手入れ（口腔掃除）も含まれる。(6) ひげそりには、これに伴う皮膚や顔の手入れも含まれる。(8) 食物を口に適度の大きさで運ぶ、(9) 食物の摂取には、食事の準備に直接役立つ、固形食や流動食の摂取を可能にする全ての動作も含まれる。例えば、

△適切な分量、適切な温度で食物を準備。

△日常生活の介護に関連した活動を行う場合の支援（援助）。

△日常生活の介護に関連した活動を行ふ場合の支援（援助）。

れる。(18) 住居の掃除は、一般的な通常の生活領域に制限される。(20) 洗濯物や衣類の洗濯の概念には、洗濯物と衣類の手入れの全体（例えば、アイロンかけ、縫い）が含まれる。(21) 暖房には、燃料の調達、ゴミ処理も含まれる。

3-5 介助は、

△日常生活の介護に関連した活動を行ふ場合の支援（援助）。

必要とする人を、与えられた補助具を正しく使用するために指導することも含まれる。

支援(援助)には、さらに、病気もししくは障害のある児童の場合、介護要員によるその他の介護処置、例えば、膀胱線維症の児童の打診など(介護支援(援助)的処置)も含まれる。

病気の治療処置(社会法典V第七条)、医学的なりハビリ(社会法典V第十一條第一項)、もしくは療養介護(社会法典V第三十七條)は、要介護需要の認定の際には、考慮されない。

3—5—2 一部もしくは完全に引き受けるとは、介護要員が、介護を必要とする人が独自には遂行できない日常生活の活動の一部を引き受けることである。

3—5—3 監督と指導は、介護を必要とする人が、日常的な活動を独自に有効に遂行できるようにすることを目的としている。監督もしくは指導が考慮されるのは、特に精神的障害者、心理的障害者、精神病者、精神的錯乱者などの場合である。監督と指導は以下を指向するものである。

▽身体的、心的、精神的能力を伸ばし、保持すること(例えば、固有の人物の認識、環境内の知識)

▽自分自身あるいは第三者を危険にさすことを避ける(例えば、電気、水、一度は介助が必要とされる場合、介護

火などを伴う不適切な行動により)  
▽不安感、神経過敏、攻撃性を取り除く

下は考慮されない。  
▽就職、社会的参加を遂行するための处置

▽医学的リハビリの処置

▽コミュニケーションを促進するための処置

#### 4. 介護等級の設定

4—1 介護等級は三段階あり、各々を分類するための規準は、すでにあげた前提条件と並んで、介助需要の頻度、および介護のために提供される最低時間である。介護の需要がわずかである場合、または短時間しか介助の需要がない場合、介護等級の認定は行われない。また、家事の世話だけに介助が必要である場合なども、介護等級の認定は行われない。各々の介護等級で規定されている介護時間の確定は、訪問介護サービスを個人的に人的に占有する所要予定条件とはならない。

4—1—1 介護等級Ⅰ—介護の必要性が大きい。

身体の手入れ、食事、動作をする場合に、少なくとも一日に三回、異なる時間に介助が必要とされる場合に、介護の必要性が大きいとされる。さらに、週数回、家事の介助が必要とされる。

家族、隣人、あるいは介護スタッフとしての教育を受けていない他の介護要員に対し、介護を必要とする人の世話をために、介護の必要性の種類と重度に応じて必要とする、基本介護、家事、介護支援処置(3—5—1 参照)のサービス全てに要する週間介護時間は、一日平均最低五時間でなければならない。

4—1—2 要介護児童は、介助需要の確定のために、同年齢の健康な児童と比較されなければならない。乳児あるいは幼児の介助需要の判定にとって重要なのは、生理的な意味での年齢的条件ではなく、そこに発生している介助の需要だけである。病気や障害を持つ児童の場合は、補足的な介助需要が考慮される。補足的な介助需要とは、例えば、先天的な病気、積極的な医療処置、手術などの結果、身体介護、食事、動

の必要性が相当あるとされる。さらに、週に数回の家事の介助も必要とされる。

る。

家族、隣人、あるいは介護スタッフとしての教育を受けていない他の介護要員に対し、介護を必要とする人を世話するのに必要な要介護の種類と重度に基づく、基本介護、家事家政援助、介護支援処置(3—5—1 参照)(二十四時間介護)

家族、隣人、あるいは介護スタッフとしての教育を受けていない他の介護要員に対し、介護を必要とする人の世話をために、介護の必要性の種類と重度に応じて必要とする、基本介護、家事、介護支援処置(3—5—1 参照)のサービス全てに要する週間介護時間は、一日平均最低五時間でなければならない。

4—1—3 介護等級Ⅲ—介護の必要性が最大である。

昼も夜も四六時中、具体的な介助の需要があり、そのため常に介護要員の確保が可能でなければならない場合に介護の必要性が最大であるとされる。

身体の手入れ、食事、動作の分野の一つ、あるいは複数の分野で、最低二つの活動を行う際に、毎日少なくとも一度は介助が必要とされる場合、介護

家の家政援助、介護支援処置(3—5—1 参照)のサービスの全てに要する週間介護時間は、一日平均すると少なくとも三時間でなければならない。

その際、介護に費やされる時間は、家