

令和元年6月21日現在

機関番号：22702

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2016～2018

課題番号：16K17005

研究課題名（和文）介護サービスの質の確保と行政の役割 - ドイツを参照した解釈論的・実証論的研究 -

研究課題名（英文）Improving Long-Term Care in Public Insurance and Welfare Administration in Germany

研究代表者

川久保 寛 (KAWAKUBO, Hiroshi)

神奈川県立保健福祉大学・保健福祉学部・講師

研究者番号：90706764

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 3,000,000円

研究成果の概要（和文）：本研究はドイツ介護保険制度を参照して介護サービスの質の確保を目的とした取り組みを検討した。ドイツでは介護保険の保険者による指針（基準）を策定し、事業者がその基準を順守することでサービスの質を確保している。また、施設サービスでは自治体による監査がサービスの質の確保をもたらしている。本研究では、介護支援拠点における情報提供・相談支援によってサービス選択の実効性が確保されており、よりよいサービスを選択することが可能になっていることも明らかにした。

研究成果の学術的意義や社会的意義

本研究はドイツ法を参照しながら介護サービスの質を確保するために取りうる手段を検討するものである。ドイツ法における事前規制として介護保険の保険者が策定したサービスの質についての基準を明らかにし、事業者の遵守状況を確認した。また、基準の策定に関わった実務家へのヒアリング・介護支援拠点の現地調査を行い、個別具体的な高齢者に情報提供および相談支援を行うことを通じて、よりよい介護サービスを選択する実務のあり様を明らかにした。本研究によって、介護保険の保険者・介護支援拠点・行政・当事者の関係によって介護サービスの質が確保されていることを明らかにできた。

研究成果の概要（英文）：This project aims at explaining the system of improving long-term care in Germany. In Germany, Public Insurers make the standards for long-term care and Service Provider observe it to improve long-term care. This project found that Information Service and Consultation Support in care center should improve long-term care, people could make a choice of better long-term care.

研究分野：社会保障法

キーワード：介護保険法 介護サービス ドイツ 介護支援拠点 意思決定支援 相談援助

様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19、CK - 19 (共通)

1. 研究開始当初の背景

2000年から施行されている介護保険法は国が人員基準や施設基準を定め、これらの基準を満たす指定事業者によって提供される介護サービスを保険給付としている。また、2005年には地域包括支援センターが設置され、より充実した相談援助が行われるようになった。介護保険は、高齢者が在宅で自立した生活を続けるために必要不可欠なものとなっている。一方で、2015年改正において保険給付の絞込みが行われ、2017年までに一部の介護サービスが保険給付外とされるに至った。すなわち、介護サービスは、保険者や地域包括支援センターによって統制されるサービス(介護給付)と、新たに市町村ないし都道府県のみによって統制されるサービス(予防給付)に分かれることになる。とはいえ、こうした変化によって介護サービスの質が低下することは高齢者にとって望ましい状況ではない。介護サービスの質の確保のため、これまでは主に契約を通じた統制が重要であると考えられ、研究が行われてきた(岩村正彦編『福祉サービス契約の法的研究』(信山社、2007年))。そこでは、介護サービスの質を確保するための契約へのサービス水準の明示等が検討されているが、今後必要となる地方自治体による統制や地域包括支援センターの活動とどのように関係するのか、実際の活動がどのように行われているのか明らかではなく、今後、地域包括支援センターおよび地方自治体がどのように活動すべきか、将来を見通すものではない。

一方、日本と同様に介護保険制度を持つドイツでも、2008年に日本の地域包括支援センターに類似する「介護支援拠点(Pflegestützpunkte)」が創設された。介護支援拠点は、保険給付・給付外を問わず、サービス量を確保し、かつその質の確保にも一定の役割を果たす役割を持つ(SGBXI 92c条)。実際に、介護支援拠点は、保険給付と保険給付外の調整を行うことで在宅で介護するために必要なサービス量の確保を図り、高齢者が在宅で生活することを可能にしている。つまり、介護サービスの質の確保のために有効な機関が創設されている。こうしたドイツの変化について、すでに研究書(松本勝明『ドイツ社会保障論 介護保険』(信山社、2007年)等)で一部検討されているものの、大改正であった2008年等近年の改正を検討せず、現行制度とはかい離がみられる。また、介護支援拠点について、構造はともかく実態を明らかにする邦語文献はない。

2. 研究の目的

本研究は、ドイツを参照して、高齢者が在宅で自立した生活を送るために取りうる手段を提示する。研究代表者は博士論文を執筆する過程で、ドイツの介護支援拠点が保険給付と保険外給付の確保・調整を行い、高齢者が在宅で自立した生活を行うことを可能にしていることに気づいた。本研究では、介護支援拠点の権能および実態を明らかにし、日本の地域包括支援センターが果たすべき機能を提示する。また、ドイツにおいて介護サービスの質の確保を行う医療サービス機構および地方自治体の実態を明らかにすることで、今後、日本の地方自治体が介護サービスの質の確保のために取るべき選択肢を明らかにすることを目的とする。

3. 研究の方法

本研究は、ドイツの制度および現状を参照して、日本への示唆を得る。

まず、介護支援拠点が持つ統制機能を明らかにするべく、介護支援拠点の権限および実際の活動を明らかにした。それにより、これから日本で問題となる在宅介護での介護サービスの実際を把握することを目指した。具体的には議事録および文献調査を行い、あわせて現地調査を行った。当初は初年度に行う介護支援拠点の現地調査だったが、2年目に行うこととなった。代わりに、初年度には介護保険の保険者にヒアリングを行い、保険者と介護支援拠点の相互関係について把握することができた。

次に、介護支援拠点以外の統制機能を研究した。ドイツ介護保険制度には介護サービスの統制を行う医療サービス機構(MDK)があり、施設介護サービスの統制を行うホーム監督局とともに介護サービス全般の統制を行ってきた。現在ホーム監督局の権限は縮小されており、医療サービス機構および地方自治体による介護サービスの統制が重要になっている。本研究では、文献研究および3年目に行った介護サービス基準の策定者へのヒアリングを行い、医療サービス機構および地方自治体による介護サービスの統制を明らかにした。

そして、法改正によって日本でも同様の問題が起こる統制主体の変化によって、どのように介護サービスの法的統制が変化しうるのか、明らかにした。重要な統制手段である行政監査や基準設定の実態等も文献研究や現地調査によって検討し、今後、独自の役割が期待される地域包括支援センターの果たしうる役割について考察した。

4. 研究成果

(1) 介護保険法の成立とその理念

ドイツの介護保険法は1994年4月に成立した。翌年から施行され、保険料の徴収は1月から、在宅における保険給付は4月から、施設における保険給付は7月から始まった。このように段階的に施行された理由として、いわゆる要介護認定など一連の事務手続きを分散させること、そして保険給付に必要な財源を確保することなどが指摘されている。

また、介護保険法の成立にあつてその理念が法律に明記された。下記の3点がとりわけ重要である。第一に、在宅介護の優先である(3条)。具体的には、施設における給付(完全施設給

付)よりも部分施設介護給付および短期介護給付が優先するとしており、そうした給付を受けることによって、在宅で生活する要介護者は、できる限り施設へ入所することを避けるように求められる。第二に、予防とリハビリの優先である(5条)。保険給付には含まれていないものの、予防とリハビリによって要介護状態という保険事故の発生に加入者が至らないよう努力することを、保険者に求めている。第三に、行政や施設、介護金庫が負う介護サービス供給の共同責任である(8条)。なかでも、部分施設介護給付および短期施設介護給付によって、在宅において介護保険制度以外から提供される介護サービスの提供を補完すること、介護を補完する医学的リハビリテーションを提供すること、この2点を具体的にあげている。

このように、ドイツの介護保険法は在宅介護優先を明記しているだけでなく、在宅介護を支える給付やその責任体制においても、わが国の介護保険制度に類似しているといえる。現在においてもこれらの原則は維持されており、様々な努力が続けられている。

(2) 医療サービス機構(MDK)の機能

1995年の施行後、すぐに問題となったのは医療サービス機構(MDK)への不満であった。MDKは、疾病保険における専門機関として、医師の認証や保険給付の適否について判断してきた。以下、概略を述べる(エルケ・モア医学博士講演会資料「メディカルサービスはよい介護を認識しているか?」財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団『介護保険転換期 新制度のしくみとドイツ制度の現状』(2005年)[脇野幸太郎訳]145頁以下参照)。

MDKは、ライヒ保険法における相談医サービスをその前身としており、疾病保険における保険給付の実施について、医学的見地から助言および鑑定意見の提出などを行う(SGB第5編275条ないし283条)。そのため、医師を中心に構成されていた。また、MDKは州ごとに設置されており、それぞれ疾病金庫の連合会が費用を負担している。

こうしたMDKは、介護保険法の施行にともなって新たに加わった現物給付である介護サービスについても、同様の機能を発揮するよう位置づけられ、要介護の認定や施設において保険給付が適正に給付されているかの監督権限を与えられるにいたった(80条以下)。このために、MDKは新たに介護サービスの専門家を雇ったり医師たちに研修を行ったりすることで任務に対応した。具体的には、施設の作成した介護計画や記録など書類の確認、サービスの支給と要介護状態の変化の調査、要介護者本人からの聞き取りなどを行っている。しかしながら、MDKによる審査は申請時の事前の審査を中心としており、サービスの提供が始まってからの審査も、それらに割く人員が不足しており、要介護度の認定のための申請があいついで業務が混乱したこともあいまって、年1回を見込んでいた監査を実施することは難しい状態であった。そのため、介護保険法の施行によってこれまで提供されていた介護サービスが劇的に変化しただけではなく、介護サービスの供給の拡大に対しても対応が遅れたとされる。

もちろん、MDKが、施行後に膨大な業務を担わなければならないことは予想されていた。介護保険法の施行に際して、保険料の徴収が先行し、在宅ならびに施設への保険給付が段階的に行われた理由は財源の確保が主な理由であったが、要介護状態の認定などのMDKの業務がある程度分散したのも事実である。また、MDKの審査について、医学的視点からの判断が中心であるという批判が存在した。確かに、MDKは疾病保険における専門機関として創設されており、医師など医学の専門家の比重が高かった。さらに、MDKによる要介護度の認定基準は抽象的なものにとどまっていた。

また、介護手当の受給者に対してMDKは訪問審査を行い、立ち入りを行う義務を負う。この立ち入りは、在宅の要介護者が介護手当を受給する場合において、介護を行う者が親族に限られるケースもありえるため、第三者によって要介護者の状況が確認できる数少ない機会になりえる。すなわち、MDKは専門性の不足を指摘されながらも、要介護度の認定を行うという最初の入り口としても、あるいは在宅の要介護者の状況を確認するという継続的な援護機関としても、重要な機能を有していることになる。

(3) 相談の必要性と介護支援拠点の機能

介護保険の加入者が介護サービスを利用するにあたって、最初にMDKによる対応を受けることが予定されている。具体的には、介護サービスを得るためには、受給資格を備え、要介護状態にあると介護金庫に認定されることが必要である(14条)。そのために、介護保険法は、被保険者からの申請に対する審査を介護金庫に義務づけており(18条)。その審査のために、MDKによる訪問調査が行われる。この訪問調査において、様々な相談が事実上行われる可能性がある。

しかしながら、MDKはもともと疾病保険のために設立された専門家機関であり、MDKの職員に介護に関する専門教育が一定程度行われるとしても、介護サービスにかかる相談機能を有しているとまでは言い難い。実際、MDKは要介護度の認定と、施設職員による在宅への介護サービスおよび施設における介護サービスの品質の保障が責務であり、各介護施設に助言はするものの要介護者に助言はできないとされる。つまり、加入者は、基本的に自らの情報を集めたうえで、自らの判断でサービスの受給に関するさまざまなこと(たとえば、業者の選定、サービスを受ける手段など)を決めなければならない。

また、要介護者が受給する介護サービスは、私的自治の原則にもとづき要介護者本人が決めているが、契約がないことが多い親類や友人などによるサービス、契約にもとづくプロに

によるサービス、契約にもとづく有償ボランティアによるサービスなどがあるが、それぞれ別個に提供されており、要介護者ごとに統一的な把握がされているわけではなかった。

そこで、2008年改正で新たにケースマネジメントが導入された。あわせて、保険給付に介護相談（Pflegeberatung）が創設された（7a条）。それにより、2009年1月から保険給付を必要とする被保険者は介護相談員（Pflegeberater/in）に対して相談を行い、援護計画（Versorgungsplan）の作成などを請求することができる。また、相談者は介護相談員に対して、介護保険および疾病保険の保険給付を申請することができる。つまり、介護金庫によって用意される介護相談員は、介護相談サービスを提供する専門家として位置づけられる。

あわせて、こうしたケースマネジメントを行う機関として介護支援拠点が2008年改正で創設された。

介護支援拠点は州の介護委員会の支援のもと、「中心的な始動機関（zentrale Anlaufstelle）」としての機能を有する機関である（92c条）。その任務として、社会法典の規定にもとづく権利および義務などの案内や相談ならびに州による独自の給付などの案内や相談、身近な地域でのケアおよび世話のための、医学的・介護的・社会的な扶助・支援サービス、などである（同条2項）。さらに、介護金庫に対して、介護サービスを提供する施設や、介護保険を運営する民間の医療保険を介護支援拠点へ参画させるよう求めている（同条2項3号）。これは、費用負担と介護支援拠点創設の目的が関係する。すなわち、介護支援拠点は参加する施設や会社によって運営され、必要な費用もそれらの施設や会社によって按分される。また、参加しない施設や会社は費用を徴収され、この財源調達のために、州介護金庫連合会は、州疾病金庫連合会との間で大綱契約（Rahmenvertrag）を締結することができる。なお、立ち上げにあたっては45,000ユーロを上限にした助成金がある。

介護支援拠点の運営にかかるこうした措置は、介護サービスを提供する施設や会社にとって負担となるものの、介護支援拠点の存在は、介護保険の被保険者にとって大きな利益となりえる。つまり、介護保険外で介護サービスを利用する者や将来的に介護サービスを利用する者にとっても、介護サービスに関するすべての事柄について、窓口となる機関として存在することになるためである（川久保寛「第2章 ドイツ介護保険制度における介護者の支援」JILPT資料シリーズ186号『ヨーロッパの育児・介護休業制度』（2017年）18-29頁参照）。

（4）介護相談員による実際の活動

相談には被保険者のほかに家族や友人、実際に介護を行っている者が来る。それぞれ加入する介護保険の保険者（介護金庫）から、介護支援拠点の方が適切に対応してくれるから相談に行くように言われて来ることも多い。医師やリハビリ施設職員、鑑定書を書く人に紹介されて来ることもある。介護支援拠点を理解したうえで来所することはなく、いわば口コミによる来所である。

周知を図るために、介護相談員が大きな会社に行き情報提供をすることもある。介護と仕事の両立をどのように図るかなどのお話を。また、大学には家族オフィスという相談窓口があることが多いが、そこで大学教職員や学生に対して介護と勉強・仕事の両立方法について話をすることもある。

相談内容は介護に関するあらゆることであり、こういった給付があるのか、こういった内容なのか、給付の要件は何か、申請書の記入方法などである。また、保険者（金庫）の決定に対する意義申立てをするときのサポートも行っている。また、介護扶助とのつなぎもしている。保険者（金庫）の方が適切に回答できるような質問もあるが、たらい回しを避けるために介護支援拠点ですべて回答するようにしている。

また、介護支援拠点ではケースマネジメントを必要な者に対して行っている。自分で行うことが難しい状況にある方に対して、支援を行うことで人間関係のネットワークを再構築したりサービスの調達を行ったりする。つまり援護計画の作成はすべての人に行っているわけではない。

実際に活動を行った例として、2歳の障害を持つ子どもに対するケースマネジメントがある。それまで小児科の医師や保育所との関わりがあったが、その家庭はトルコ出身であることから言語の問題があり、解決に至らなかった。結局、介護支援拠点は1年半をかけて通訳を連れて訪問し、母親から問題を聞きとる、子どもの診断を行う専門機関につなぎ、医学的診断を得る、大学病院につなぎ、障害の原因を探る、自治体の青少年局につなぎ、福祉給付を得る（異議申し立てを手伝う）、介護保険にもとづき、本人が介護サービスを利用できるようにする、障害児に理解ある保育園につなぎ、そこに通わせる、障害児を支援する団体につなぎ、ボランティアで見守りをしてもらう、といった支援を行った。介護相談員が総合的な相談をできる立場にあり、家庭訪問を通じて多くの支援を行った事例である（2017年度現地調査による）。

5．主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計 10件)

川久保寛「ドイツにおける高齢者の意思決定支援 - 介護支援拠点および介護相談を手がかりに - 」比較法研究 80号 (2019年) 88-101頁 (査読無)

川久保寛「遺族厚生年金に関する教示の誤りと国家賠償請求」社会保障研究 3 巻 3 号 (2018 年) 395 - 402 頁 (査読無)

川久保寛「社会保障における行政の情報提供と年金給付の教示義務」社会保障研究 3 巻 3 号 (2018 年) 392 - 394 頁 (査読無)

川久保寛「通所介護記録に記載のないサービスの提供と介護報酬の返還請求」北大法学論集 69 巻 2 号 (2018 年) 353 - 368 頁 (査読無)

川久保寛「境界層措置の意義と課題 - 低所得者支援制度としての限界と可能性」週刊社会保障 2973 号 (2018 年) 40 - 45 頁 (査読無)

川久保寛「判例回顧 (社会保険系)」社会保障法 33 号 (2018 年) 206 ~ 210 頁 (査読無)

川久保寛「判例回顧 (社会保険系)」社会保障法 32 号 (2017 年) 260 ~ 263 頁 (査読無)

川久保寛「第 2 章 ドイツ介護保険制度における介護者の支援」JILPT 資料シリーズ 186 号『ヨーロッパの育児・介護休業制度』(2017 年) 18-29 頁 (査読無)

川久保寛「原爆医療給付と放射線起因性」別冊ジュリスト (社会保障判例百選) 227 号 (2016 年) 232 ~ 233 頁 (査読無)

川久保寛「判例回顧 (社会保険系)」社会保障法 31 号 (2016 年) 195 ~ 198 頁 (査読無)

[学会発表](計 1 件)

川久保寛「ドイツにおける高齢者の意思決定支援 - 介護支援拠点および介護相談を手がかりに - 」比較法学会総会シンポジウム報告 (於関西大学) 2018 年 6 月 3 日

6. 研究組織

(1) 研究分担者

該当なし

(2) 研究協力者

該当なし

科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属されます。