

介護サービスの質の確保 ―ドイツ介護保険法

松本 勝明

■ 要約

ドイツにおいては、介護保険の導入により、供給者間の競争を通じて介護サービスの質の向上が図られる枠組みが作り出された。しかしながら、現実には市場メカニズムの活用だけでは介護サービスの質の確保に十分ではなく、これを補完する方策が必要となる。このため、介護保険法ではサービスの供給者と介護金庫の間で、質の確保に関する共通原則及び基準等を取り決めるなどの具体的な方策が規定された。この取決めは、良質のサービスを継続的に確保するための枠組みを定めたものであり、その遵守状況のチェックも介護金庫の設立した専門機関であるMDKにより行われている。

このように、質を確保するための方策は、公的な関与の強化よりも、供給者及び介護金庫の自己責任を基本に、当事者の取組みを促すことに主眼がおかれている。

介護サービスの質に関し、様々な問題が出てきているため、現在、新たな対策が講じられようとしている。この場合にも、あくまでも、当事者による自己責任を強化する方向での対応が行われようとしている。こうした対応が、うまく機能するかどうか、今後、大いに注目される。

■ キーワード

介護サービスの質、介護保険法、ホーム法

I はじめに

ドイツ介護保険法(社会法典—Sozialgesetzbuch—第11編)の目的は、単に要介護者の介護のために要する費用について金銭的な負担の軽減を行うことだけではなく、要介護者に対しその援助の必要性に応じた適切な介護サービスの確保を図ることにある。このため、介護保険法は、健康保険法(社会法典第5編)が健康保険による医療サービスの供給を行う契約医及び認可病院について規定しているのと同様に、介護保険による介護サービスの供給を行う認可介護施設の要件、認可介護施設と介護金庫との間のサービス供給契約など、要介護者に対する介護サービスの供給に関して具体的な規定をおいている。

介護保険の給付は、社会連帯の考え方に基づき被保険者が負担する保険料により賄われるわけで、高齢化の一層の進展に伴い要介護者の増加が予想される中で、効率的・経済的な介護サービスの供給を確保し、できる限りの保険料率の安定を図っていくことが求められている。この場合、効率的・経済的な介護サービスの供給とは、どのような質のサービスであれ、とにかく安価に供給すればよいという意味ではなく、良質なサービスであることが当然の前提となる。したがって、介護保険においては、質の高い介護サービスを効率的・経済的に供給するシステムを作り上げることが最も重要な課題となる。このため、介護保険法は、「経済性の原則」¹⁾と並んで介護サービスの質の確保を介護給付の基本原則として規定するとともに、

質の確保のための具体的な方策についても規定しているところである。

本稿においては、介護サービスの質を確保するための方策の必要性について考察した上で、介護保険法が規定する具体的な方策等について検討を行うこととする。なお、介護サービスの質を確保するためには、複合的な需要に対して最適なサービスを供給するためのいわゆる「ケアマネジメント」やサービスの担い手となる良質なマンパワーの確保なども重要な課題になると考えられるが、ここでは、主として、個々の供給者の行うサービスの質の水準を継続的に確保・維持するための方策を検討の対象としている。

II 質を確保するための方策の必要性

サービス供給に対する報酬が、そのために実際に要した費用に応じて支払われるのではなく、あらかじめ定められた一定の基準に基づき算定される場合には²⁾、一般的に、供給者にはサービスの量や質を下げることににより費用を節約しようとする誘因が働く恐れがある。特に、租税や社会保険料を財源として行う給付について規定する社会給付法においては、給付供与についての経済性の原則、すなわち、できるだけ少ない投入によりサービスの供給を行うことが強調されるため、質の低下についての懸念が大きくなる。こうした懸念を取り除きサービスの質を確保するため、福祉サービスの分野においては、ホーム(高齢者、要介護者又は障害者を入所させ、食事及び世話のサービスを提供する施設)の設置・運営に関する規制法であるホーム法(Heimgesetz)による規制のほか、給付法においても次のような対応が行われている。

1. サービス内容についての取決め

サービスの質を確保する方法の一つは、社会扶助法第93条第2項の規定にみられるように、給付

制度実施者(社会保険の場合には保険者)とサービス供給者との間で供給するサービス内容の詳細を定めることである。同項の規定は、社会扶助の実施機関(地方公共団体)と実際のサービスを行う施設との間の契約において、報酬だけではなく、提供すべきサービスの詳細を定めることを求めている。

この場合、取決めの内容が詳細であればあるほど、社会扶助実施機関にとっては、供給者を監視し実際に行われたサービスがそれに合致したものであったかどうかを判断することが容易になるが、もちろん、こうした監視を行うためには相当の費用がかかるという問題がある。更に本質的な問題点は、こうした取決めがなされることによってサービスの内容が固定化し、同じ目的をより効果的・効率的に達成することができる画期的なサービス供給の方法を開発しようとする試みが妨げられる恐れがあることである。

こうした問題を避けるために取決めの内容を大まかなものにし、供給者が個々の利用者の状況に応じサービス内容等を個別に判断する方法を採用する場合には、それぞれの供給者が行うサービスの内容を比較できる統一的な基準が存在しない限り、利用者間での不公平が生じる恐れがある。

2. サービスの質に関する競争

介護保険の導入により、要介護者は費用負担についての保障を受け自らの選択によりサービスを利用する需要者として介護サービス市場に登場した。一方、供給側においても、介護保険によるサービス供給を担当する介護施設³⁾の認可については需給関係を考慮した制限が行われないなど、サービス供給者の自由な参入が保障されることにより、供給者間の競争が促進され、市場メカニズムが機能しうる前提条件が作り出された。一般的に、競争は需要者に対してできる限りその希望に沿った質及び価格での財・サービスの供給を保障する機

能を有するといわれている。しかしながら、問題は、介護サービス市場においても、市場メカニズムが果たしてこのような機能を持ちうるかどうかである。なお、この問題について検討する場合、介護保険におけるサービスの価格は一定の報酬基準により定められるため、供給者間の競争はサービスの質の面での競争が中心になることに留意する必要がある。

このような前提の下で、介護サービス供給者間の競争が可能な限り高い質のサービス供給につながるためには、サービス供給能力になお余裕があること及び個々の供給者に対する需要が当該供給者の行うサービスの質の高低により左右されることが必要条件となる。

前者の条件が欠ける場合、報酬基準によって定められる固定的なサービス価格の下では、サービスの質を上げることは、収入の増加には結びつかず、単にコストを上昇させるに過ぎない。一方、サービス供給能力に余裕がある場合には、一定のコストをかけてでも質の改善を行うことにより追加的な需要が獲得でき、限界費用を上回る価格の下では、利益を拡大する可能性がある。しかしながら、現状では、特にホームの定員は全般的に不足の状態にあり、前者の条件は満たされていない。

従来³⁾の社会扶助における介護ホームの報酬は、いわゆる「実費用補填原則」に基づきサービス供給に要した費用に応じて算定されるため、利益が発生しない仕組みとなっていた。そのために民間企業の参入が起りにくいことが、ホームの供給不足が生み出された背景としてあげられる。一方、介護保険の下では、経営次第では利益獲得の可能性のある報酬体系が導入されたことから⁴⁾、今後は、民間企業の参入により供給不足が解消される可能性もある。

後者の条件についても、それが満たされているかどうかは疑問の残るところである。この条件が満たされるためには、まず、サービスの需要者に対

し、供給者を適切に選択するに十分なだけのサービスの質に関する情報が与えられなければならない。また、痴呆性高齢者などで判断能力が低下している者の場合には、適切なサービスの選択及び利用が行えるようにするための特別の援助が必要となる。仮に、こうした条件が整ったとしても、老人ホームなどの入居者にとっては、そのホームが生活の本拠であり、その人たちが毎朝自分の入居しているホームにおけるサービスの質を他のホームのものと比較し、転居すべきかどうかを検討するとは考え難い。

しかしながら、サービスの質による需要の変化は、既にホームに入居している者がサービスの質のより良いホームに転居することだけで起こるのではなく、新たにホームに入居しようとする者の選択によっても起こりうる。ドイツの老人ホームの場合には、平均入居期間が4年程度⁵⁾であり、1年間で入居者の4分の1が入れ替わることになる。このため、ホームにとっては、常に新たな入居者を獲得するために周辺地域住民の間で良い評判を得ておくことが重要となる。このような良い評判を得るための競争の存在によって、供給者が高いコストをかけてでも質の高いサービスを確保することに報いられる状況が作り出される。

それにとどまらず、供給者が競争を意識することは、供給者の需要者に対する態度を変化させることにもつながる。こうした競争の存在により、需要者は、もはや慈善の対象者ではなく、その者の満足のために供給者が日々努力をする「顧客」としての地位を獲得する。このことは、高齢者や障害者に普通の生活を保障することにつながるものであり、人としての尊厳の維持という観点からも高く評価されるべきである。

さらに、いかに質が高いサービスであっても、それがサービスを受ける要介護者の自立度の向上など一定の成果に結びつかなければ望ましいサービスとはいえないとの考え方に立てば、報酬体系の

中に、供給されたサービスの種類及び量に応じた報酬だけでなく、そのサービスによる目標の達成度に応じた成功報酬の考え方を導入し、供給者の努力を促す方法も考えられる。ただし、この考え方を実践するためには、供給されたサービスとそれによって得られた成果との関係をどのように評価するかなど、なお検討すべき課題が残されている⁶⁾。

以上のように、介護サービスの場合には、サービス需要者による供給者の選択とそれによる供給者間の競争を促進することにより、市場メカニズムの活用を意識して、サービスの質と効率性の向上を図ることが指向されている。しかしながら、介護サービス市場は、必ずしも市場メカニズムだけで経済理論が想定するような望ましい姿が実現される条件が備わっているわけではない。したがって、市場における適正な競争が行われる条件を整備するとともに、市場メカニズムを補完しサービスの質の確保を図るための方策が必要となる。

サービスの質の確保を図ることは、福祉団体⁷⁾のような非営利の供給者と営利を目的とする供給者との間の競争条件を均一化し、公正な競争が行われる環境を整備することにもつながる。福祉団体側からは、営利企業がより低い報酬で利益を得ることができる理由としてサービスの質の低さが指摘されるが、こうした見方が正しいのか、営利企業がより合理的にサービスの供給を行っているのかは、両者にサービスの質に関する同一の基準を適用し、それを遵守させることによって初めて判断可能となる。

III 具体的な方策

1. 経緯

ドイツにおいて介護サービスの質に関する議論が開始されたのは今から10年ほど前のことであり、国際的には比較的遅い時期であったというこ

とができる。これに先行して、医療の分野においては、コスト削減との関連においてサービスの質に関する議論が行われてきた。医療サービスの質の確保も、もともとは英米圏から持ち込まれた概念であるが、ドイツにおいても1970年代には入院医療を中心に医療サービスの質の確保に関する研究が始まった。1980年代の半ばになると、医療サービスの質の確保に関し、連邦医師会、ドイツ病院協会など関係団体間での具体的な取決めも行われるようになった。さらに、1989年に施行された「医療保障改革法」(Gesundheitsreformgesetz—GRG—)においては、医療サービスの質を確保するためにすべての加盟国において効果的な対策を導入すべきであるとの世界保健機構(WHO)の要請に応え、健康保険について規定する社会法典第5編に、給付供与に関する質を確保するための方策が規定された。これにより、質の確保と経済性の確保とが法律上同等に位置づけられるとともに、健康保険による医療サービスの質の審査などを行うための専門機関であるMDK(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung⁸⁾)の活動の基礎が築かれた。

介護サービスに関しては、GRGにより重度の要介護者に対する在宅介護給付⁹⁾が健康保険の給付として位置づけられ、社会法典第5編第132条に質の確保に関する規定が設けられた。この規定は、保険者である疾病金庫が、医療保険による在宅介護サービスの供給を行う者と、サービスの内容及び量、報酬並びに質及び経済性の審査について取り決めることを義務づけるものであった。施設サービスの分野では、ようやく1994年7月から前述の社会扶助法第89条第3項の規定が適用された。これらの規定が質の確保のための具体的な方策を当事者間の取決めに包括的に委任する内容となっていたのに対して、1994年に制定された介護保険法では、健康保険による医療給付の例に倣って、質の確保に関する詳細な規定が設けられた。

以上のように、福祉サービス分野の法律におい

ては、質の確保の問題が長年おぼろげにされてきた面がある。介護保険の導入に伴い、ようやく、質に関する議論が活発になり、法的な問題としても取り上げられるようになった。それまでは、質の確保についての専門的な研究成果の実践も散発的に行われていたに過ぎず、参考にすべき経験もあまり存在しなかったため、質に関する議論を早急に進め、深化させることが重要課題となった¹⁰⁾。

2. 介護保険法

介護保険法においては、介護保険の給付として行われる介護サービスの質に関していくつかの規定が設けられている。例えば、同法第4条第3項は効果的な給付の実施を、第28条第3項は医療・介護に関する知識・技術の一般的に認められる基準に基づく給付の実施を、同条第4項は他の人とのコミュニケーションを持ちたいという要介護者の要望に対する配慮や低下した機能を活性化させるような介護の実施を求めている。また、第69条により、介護金庫は被保険者に対する介護サービスの供給を確保する責務を負っており、質の確保はこの責務の重要な内容の一つとなっている。

こうした規定の中でも、認可介護施設の行う介護サービスの質を確保するための具体的方策について規定した同法第80条はその中心を成すものである。同条は、まず、当事者間で「質及び質の確保に関する共通原則及び基準並びに質の審査の実施手順」(以下「共通原則及び基準等」という。)を定めなければならないと規定している。具体的には、介護金庫の中央連合会、介護施設運営者の連邦レベルの連盟などがこの取決めを行わなければならない。さらに、この取決めにはMDK及び介護専門職の連盟が参加することになっており、こうした専門機関の経験が内容の充実に役立つことが期待されている。この取決めは、連邦レベルで行われるものではあるが、すべての個別介護金庫及び介護金庫の連合会並びに個別認可介護施設に

対して直接的な拘束力を持っており(同条第1項)、その意味で法律に匹敵する効果を持っている。

次に、介護保険によるサービス供給を行う認可介護施設は自ら質を確保するための方策に参加する義務があることを規定している。このほか、認可介護施設は介護金庫の州連合会の要請に基づきMDKなどが行う質の審査を受け入れる義務があること、介護金庫の州連合会は把握した問題点を解決するために適切な措置を講じることができること及びその措置には最終的な手段としてのサービス供給契約の解約が含まれることを規定している。

保険者である介護金庫には介護保険法を適正に執行する責務があり、介護金庫は給付されるべき介護サービスの質についても責任を負っている。しかしながら、介護金庫は、自ら直接に介護サービスの供給を行うわけではなく、認可介護施設を通じて介護サービスの供給を確保するため、認可介護施設との間でサービスの質に関する取決めを行うことによりその責務を果たすことができる仕組みとなっている。

前述の共通原則及び基準等はサービスの種類ごとに定められている。在宅の要介護者を支える中心的なサービスである訪問介護の場合には、その概要は次のとおりであり、本質的な部分は施設介護の場合にも共通している。

(1) 質の基準

介護サービスの質は、本来、実際に行われるサービスが法律に規定される給付の目的にどの程度合致したものであるかによって示すことができるはずである。しかしながら、現実には、法律上の目的は必ずしも具体的なものでないため、両者の整合性を考えるだけでは質の確保は十分には図れない。したがって、具体的な基準を定めることが、質の確保のための第一歩となる。このため、組織、プロセス及び結果の三つの観点から、次のような質の基準が定められている。

① 組織

組織の基準では、サービス供給の基盤となる介護施設(介護サービス実施機関)の組織・体制が対象となる。

介護サービス実施機関は、対象地域の要介護者に対し、十分で、均質で、かつ、安定的な介護サービスの供給を行うことができる継続性のある組織体で、週末や夜間も含め個別の需要に応じた介護サービスを供給する。

介護サービスは、専門の養成訓練を受けた介護専門職の恒常的な責任の下に実施する。つまり、このような介護専門職が、介護プランの作成、介護実施記録書類の作成、個々の需要に応じた介護要員の投入計画及びサービスの実施に関する内部の打合せなど介護サービスの統括に責任を持つ。責任者となる介護専門職は、看護婦、老人介護士の資格を有するとともに、一定の実務経験及び管理者としての継続教育を終えていることが条件となる。

具体的なサービスの供給においても、中心的な役割を果たすのは専門的な養成訓練を受け資格を有する者であるが、補助者や訓練中の者も専門的な指導の下に介護サービスに従事する。

また、介護サービス実施機関の運営者には、向上訓練及び継続教育を通じて職員の資質の向上に努めることが求められる。

② プロセス

プロセスの基準では、介護に関連する状況把握、介護プランの作成、介護の実施及び介護実施記録書類の作成といった介護の実施過程が対象となる。

介護サービスの実施機関は、要介護者の家庭を最初に訪問する際に、要介護者に係る援助の必要性及び家族等による介護の状況を把握する。それを基にして、個別の介護プランが作成される。介護プランの中では、介護サービス実施機関と家

族その他の介護者との間の介護についての役割分担が定められる。

介護サービス実施機関は、適切な介護実施記録のシステムを持たなければならない。介護実施記録は事実即し継続的に行われ、記録書類は要介護者のもとに保管される。介護に参加する者の間で定期的に情報交換が行われ、また、介護サービス実施機関内部でも定期的にサービス実施に関する打合せ会議が行われる。

介護要員がそれぞれ別個に介護を行うのではなく、全体的に見通しのきく介護チームを作り上げることにより、サービスの継続性が最大限維持されるとともに、できるだけ少ない要員での介護が可能になる。介護要員の出勤は、時間的に要介護者の希望に沿い、十分でかつ目的に合ったサービス提供に配慮したものでなければならない。

介護に当たる家族の相談援助や介護技術面での支援を行うとともに、主治医や他の介護施設との連携を図ることも求められる。

③ 結果

結果の基準では、達成しようとした目的と現実とに到達した状況についての要介護者の判断及び満足度を考慮した比較検討が対象となる。この検討においては、要介護者の低下した機能をどの程度まで活性化させたか、また、関係者の要望にどこまで配慮したかが考慮される。

検討の結果は、介護に参加する関係者及び要介護者との間で議論され、介護実施記録書類の中に書き留められる。この検討においては、いずれのケースの場合も、残された自立能力の維持と低下した機能の活性化、コミュニケーション、場所、時間及び状況に応じた支援、不安の除去、意欲の低下防止ないしは過剰反応の緩和、要介護者の希望に対する配慮並びに家族その他の介護者の介護態勢について、見解が明らかにされる。

(2) 質の確保のための措置

介護サービス実施機関の運営者は、この組織、プロセス及び結果における基準を満たすため、必要な措置を実施しなければならない。具体的には、QCサークルの設置、質の監督者の任命、質の確保会議への参加、介護サービス標準の開発など様々な措置¹¹⁾の中から適当なものが選択され実施される。

介護サービス実施機関は、介護金庫の州連合会に対し、求めに応じ、質の確保のための措置を実施していることを証明しなければならない。

(3) 質の審査実施のための手続き

介護金庫は、質の審査が必要であると判断した場合には、介護金庫の州連合会を通じて審査を開始する。介護サービス実施機関の運営者等は、審査の実施、対象、範囲及び期間について通知される。MDKまたは任命された専門家は、審査のために営業時間内に介護サービス実施機関に立ち入ることが認められる。

審査に関し、その対象及び結果並びに問題点を解消するために必要な措置を記した報告書が作成される。この報告書は、審査終了後6週間以内に介護サービス実施機関の運営者等に届けられる。

3. ホーム法

「質の確保」は介護保険法第80条が規定する以上に広範な内容を持っている。したがって、この規定のほかにも、ホーム法及び同法に基づく法規命令¹²⁾、社会扶助法(第93条第3項)、介護専門職の資格及び養成について規定した州法¹³⁾、さらには保健、消防の観点からの法規、介護補助具に関する基準など、介護の質の確保に関連する様々な法規規定などが存在する。

その中でも特に重要な意味を持つのは、ホームに関する規制法であるホーム法及び同法に基づく法規命令である。これらにおいては、ホームの人

員配置及び施設・設備についての最低基準、ホーム設置者と入居者との間の契約事項、入居希望者に対する事前説明、ホーム運営に対する入居者の関与など、入居者の利益を保護するための規制が設けられている。ホームの設置・運営者には、そのホームが介護保険の認可介護施設となるかどうかにかかわらず、最低限、それらの規制を遵守する法的義務が課せられている。また、こうした規制についての遵守状況は、監督庁である地方公共団体により監視され、違反が発見された場合には行政処分の対象となる。介護保険法においては、前述のとおり、質の確保のために当事者間の取決めを基本とした契約法的な方策が採用されているのに対し、ホーム法においては規制法としての性格を反映したものとなっている点に特徴がある。

IV 改善のための取組み

最近、マスメディアにおいては、介護サービス、特に介護ホームを巡る問題が盛んに報じられるようになってきている。MDKによる調査結果でも、介護実施記録書類の不備や入居者への指示が不徹底である事例などが報告されている。こうした不適切な事例は、一部に見られる問題であり、それを直ちにすべてに引きなおして考えることは適当ではない。また、入居者への虐待などの酷い処遇のケースは、ホーム法に基づく行政監査やそれに基づく行政処分の対象領域に属する事柄ではあるが、当事者間の取決めに基づく質の確保のための取組みについても、一層の推進を図ることが必要となっている¹⁴⁾。

こうした状況を踏まえ、大手の事業者団体では、質の問題をMDKなどの専門機関に任せきりにするのではなく、自らが積極的にサービスの質についての考え方を発展させ、質の確保に努力するところも出始めてきている。こうした動きに呼応して、政府においても、連邦保健省を中心に「介護サー

ビスの質の確保と利用者保護の強化のための法律案」¹⁵⁾の準備が進められている。

質の確保にとって、外部からのコントロールはあくまでも補完的な手段に過ぎず、中心的なものにはなり得ない。むしろ、質の確保は、事業者による自発的な取組みとして行われるべきであり、その経営哲学の一部となるべきである。このような考え方にに基づき、この法律案には、①当事者の自己責任強化、②質の審査の強化、③行政監査と自発的努力との協調、④利用者保護の強化を目的とした対策が盛り込まれる予定である。

当事者の自己責任強化を目的とする対策としては、介護金庫と個々の介護ホームとの間の「給付及び質に関する取決め」が導入される。この取決めにおいては、当該ホームで期待されるサービスの種類や入居者の状況に応じ必要となる人員及び施設・設備に関する具体的な基準が定められる。ホームの設置・運営者にはその基準を遵守する義務が課せられる一方で、この基準は介護金庫側と当該介護ホームとの間で定める報酬基準の算定基礎となる。

質の審査の強化を目的とする対策としては、ホームにおいて重大な問題点があると考えられる場合のMDKによる事前予告なしの立入り調査が導入される。また、在宅サービスの場合には、MDKに利用者の同意を得てサービス実施の実態を調査する権限が与えられる。サービスの質に問題がある場合の制裁手段も多様化され、介護金庫は、契約の解除だけでなく、介護報酬の一部または全部のカットが行えるようになる。さらに、介護金庫の中央連合会が事業者団体に対して自らの責任で傘下の介護施設の質の審査を行う権限を付与することが認められる。

行政監査との協調を目的とする対策としては、MDKとホーム法の監督庁との間の協力関係を促進するため、ホームで行われているサービスの問題点を発見した場合の相互の情報交換、ホームの

合同監査、個別のケースについての改善措置の共同実施などが導入される。

利用者保護の強化を目的とする対策としては、介護金庫が、その被保険者である要介護者や家族が必要とする場合に身近で相談・援助を受けられる者を紹介することや現在受けているサービスに問題がある場合に他の適当な事業者を斡旋する仕組みが導入される。また、ホーム委員会を通じた入居者意向のホーム運営への一層の反映や、ホームへの入居契約の変更及び終了について、利用者保護の観点からの規定が追加される。

V まとめ

以上のようにドイツにおいては、介護保険の導入により、介護サービスの質を巡る供給者間の競争が促進され、それを通じて質の向上が図られる枠組みが作り出された。しかしながら、現実にはこうした市場メカニズムの活用だけで介護サービスの質の確保が十分に図られる前提条件が整っていないわけではない。このため、従来のホーム法に基づく規制に加え、介護保険法の中でも介護サービスの質の確保・向上を図るための仕組みが設けられた。その中心は、介護保険による介護サービスの供給を行う者と介護金庫との間で、質の確保に関する共通原則及び基準等についての取決めを行うことにある。この取決めは、ホーム法に基づく規制のように施設・設備や人員配置などについての具体的な基準を示すものではなく、良質のサービスを継続的に生み出す基盤となる枠組みを組織、プロセスなどの面から定めたものである。また、この取決めには則り適切なサービスが提供されているかどうかのチェックも、州などの行政機関ではなく、保険者である介護金庫によって共同設立された専門機関であるMDKの専門職により行われることになっている。

このように、ドイツにおける介護サービスの質の

確保についての基本哲学は、国や地方公共団体による直接的な関与を強化することにあるのではなく、あくまでも、供給者及びその団体や介護金庫などの自己責任を基本に、その専門性を活用しつつ、質の向上を図るための当事者の取組みを促すことに主眼があるといえることができる。国内に8500ある介護ホームと1300あるソーシャルステーション等在宅介護サービス実施機関を外部から常時効果的にコントロールすることは事実上困難であり、供給者と介護金庫の自己責任に基づく自発的な取組みが不可欠であること、介護サービスを巡る実態の変化への柔軟な対応が必要であることなどが、その背景にある。

こうした取組みにもかかわらず、介護保険法施行後5年を経過し、介護サービスの質に関わる様々な問題が出てきていることも事実である。こうした状況に対処するため、現在、新たな対策が講じられようとしているが、この場合にも、あくまでも、前述の基本哲学に立って、むしろ、当事者による自己責任を強化する方向での対応が行われようとしている。

介護サービスの質を確保するための取組みは、ドイツでは比較的最近になって開始され、介護保険の導入により本格化したといえることができる。こうした対応が、市場メカニズムの活用とうまく噛み合った形で機能していくのか、それとも、公的な関与を強化せざるを得ない方向に進んでいくのか、今後の推移が大いに注目されるところである。

注

- 1) 介護保険法は、第29条第1項において、「給付は効果的かつ経済的でなければならない。」と規定するとともに、第79条において、経済性を担保するための方策として、介護金庫の州連合会による経済性の審査などについて規定している。
- 2) 介護保険法第85条第3項は、介護報酬基準があらかじめ将来の期間に関して取り決められなければならないと規定している。訪問介護の場合には実際に行われたサービスの種類ごとに、介護ホームの場合には入居者の要介護度に応じて、一定の報酬基準額が定められている。
- 3) 介護保険法にいう介護施設には、ソーシャルステーションなどの在宅介護事業(在宅介護施設)及び介護ホーム(入所介護施設)が含まれる。
- 4) 介護保険法第84条第2項は、「介護報酬基準額は、介護ホームが経済的な経営を行う場合に、サービス供給の任務を果たすことが可能となるものでなければならない。黒字分は介護ホームの手元に残り、赤字分は介護ホームが負担する。」と規定している。
- 5) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Pflegebedürftige in Heimen, Stuttgart, 1992, S.39.
- 6) Breyer, F., “Ökonomische Grundlage der sozialen Pflegeversicherung”, in: B. Schulin, *Handbuch des Sozialversicherungsrechts* Band 4, München, 1997, S.89-90.
- 7) ドイツには、労働者福祉団、ドイツ・パリティティッシュェ福祉団、ドイツ赤十字、デアコニー事業、ドイツ・カリタス及びユダヤ人中央福祉所の6民間福祉団体が存在する。
- 8) MDKは、疾病金庫が州レベルで共同設置する組織であり、疾病金庫のために個別の医療給付に係る審査や医学的な助言を行うなど、必要な専門医学的知見の提供を行っている。また、介護保険法の制定により、医療保険関係の業務に加え、要介護認定に関する審査なども併せて担当することとなった。MDKによる審査等は、職員として勤務する医師、看護婦、老人介護士などの専門職によって行われている。
- 9) この在宅介護給付の内容は、次のとおりである。
 - (a) 1年以上にわたって在宅の重度要介護者を介護している者が、病気、休暇などの理由で介護できない場合に、疾病金庫が1年間に4週間を限度として代替介護人の費用を負担する(1件当たり1800マルクを限度とする)。
 - (b) 在宅の重度要介護者に月25時間までの介護現物給付(月750マルクを限度とする)を行う。家族等が介護をする場合には現物給付に代えて月400マルクの現金給付を行う。
- 10) Igl, G., *Das neue Pflegeversicherungsrecht*, München, 1995, S.109.
- 11) このような措置については様々な議論があり、専門家の間でも一定の基準が定まっているわけではない。このため、共通原則及び基準等においても、こうした措置が例示として掲げられているだけで、実際にいづれを採用するかは、サービス供給者の裁量に委ねられている。
- 12) ホーム法第3条に基づく法規命令として、ホームの施設・設備に関する最低基準及びホームの人員配置に関する最低基準が定められている。
- 13) 老人介護の専門職である老人介護士の資格及び養

成は、各州ごとに州法などにより定められている。このため、資格取得に必要な修学年限等に州による違いがあるが、この制度の統一化を図るための法案が、現在、連邦議会に提出されている。

- 14) Schmidt, E., *Änderungsbedarf in der Pflegeversicherung aus der Sicht der Bundesregierung*, Krankenversicherung November 1999, S.324.
- 15) この法律案の詳細については、Bundesministerium für Gesundheit, *Eckpunkte—Papier zu einem Gesetz zur Qualitätssicherung und Stärkung der Verbraucherrechte in der Pflege* (18. Februar 2000)を参照されたい。

参考文献

松本勝明 1998 「社会保障構造改革—ドイツにおける取組

みと政策の方向—』信山社

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 1999. *Qualitätsmanagement und Care Management in der ambulanten Pflege*. Stuttgart.

Igl, G. 1995. *Das neue Pflegeversicherungsrecht*. München.

Jung, K. 1995. *Die neue Pflegeversicherung*. Bonn.

Kesselheim, H. 1995. *Die Praxis der Pflegeversicherung*. Filderstadt.

von Maydell, B./ Ruhland, F. 1996. *Sozialrechthandbuch (SRH)*, 2.Aufl. Neuwied.

Schulin, B. 1997. *Handbuch des Sozialversicherungsrechts Band 4*. München.

(まつもと・かつあき

年金福祉事業団資金運用事業部次長)