



## はじめに

この報告書は、平成 13 年度長寿科学総合研究事業 H13-長寿-025「高齢者保健・医療・福祉サービス提供機関におけるマネジメントに関する実態分析並びに理論構築に関する研究」の総括研究として、最新のドイツ、ルクセンブルグ、イスラエルの介護保険関連資料をとりまとめたものである。

現在、独立した介護保険制度を実施している国は、わが国とドイツ及びルクセンブルグの 3 か国である。そのほかオランダが、1968 年から特別医療費保険という名称で、イスラエルが 1988 年から長期ケア保険という名称で、介護費用に対する社会保険方式の保障を制度化している。OECD は、これらの制度比較に強い関心を示しており、情報交換の機会を確保するために努力している。なぜならば、これらの国々の制度運営の実態を正確に把握し、情報を共有化することが不可欠であると認識されているからである。このことは、わが国でも同様であり、本研究の目的である高齢者保健・医療・福祉サービス提供機関におけるマネジメントに関する実態分析並びに理論構築のためにも必要な作業である。

わが国におけるドイツ介護保険制度についての研究は、多くの研究者が取り組んでいるものの、研究者間の情報交換や情報の共有化は進んでいないように推察できる。このようなことから、前ドイツ連邦保健省大臣官房介護保険部長のルドルフ・J・フォルマー博士を招へいし、介護保険制度の共同研究を進めることが必要であるという結論に至った。

この招へいについては、あいち健康の森健康科学総合センター長井形昭弘先生の強い希望により計画されたものであり、厚生労働省老健局、財団法人長寿科学振興財団、駐日ドイツ連邦共和国大使館、その他関係者の方々にご協力をいただくことができた。また、ルクセンブルグの情報については、疾病保険基金ユニオンのロベルト・キーファー会長に、イスラエルの長期ケア保険については同国立保険研究所介護保険部のブレンダ・モーギンズティン部長から、英文資料の提供と直接のご指導をいただいた。主任研究者として、まづもって、ここに深く感謝を申し上げたい。

この報告書が、介護保険関係者の何らかのお役に立てれば、幸いである。

これら資料の取りまとめについては当部の柳澤直子協力研究員と、三羽牧子協力研究員が中心となって作業し、医学用語等については西村秋生主任研究官が、ケアマネジメント等の情報の整理は、当部の協力研究員でもある藤林慶子氏（東洋大学）が、全体のスケジュール管理等は西澤美香氏が担当した。このほか当所の小林秀資所長をはじめ、所内の職員の皆様にも多くのご指導、ご協力を得ることができた。これらご協力いただいた方々に対して、深く感謝を申し上げる次第である。

平成 14 年 3 月 29 日

主任研究者 小山 秀 夫  
国立医療・病院管理研究所  
医療経済研究部長

## —目次—

第Ⅰ部 ドイツ介護保険制度についての研究経過・・・・・・・・・・5

第Ⅱ部 ドイツ介護保険制度について・・・・・・・・・・19

### 第Ⅲ部 資料編

#### 資料 A:

介護保険料の一律徴収に関する連邦裁判所  
違憲判決について・・・・・・・・・・123

#### 資料 B:

ドイツ介護保険の基礎データ・・・・・・・・・・147

第Ⅳ部：ルクセンブルグの介護保険制度について・・・・・・・・153

第Ⅴ部：イスラエルの長期ケア保険受給者について・・・・175

## 第 I 部 ドイツ介護保険制度についての研究経過

# 第 I 部 ドイツ介護保険制度についての研究経過

## I. ルドルフ・フォルマー博士招へいプログラムについて

このプログラムは、前ドイツ連邦保健省大臣官房介護保険部長のルドルフ・J・フォルマー博士を、国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長小山秀夫との研究交流から企画され、長寿科学振興財団・長寿科学総合研究推進事業・外国人招へい事業の一環としてフォルマー博士の招へいが実現したものである。

この招へいについては、あいち健康の森健康科学総合センター長井形昭弘先生の強い希望により計画されたものであり、厚生労働省老健局、東京都福祉局、財団法人長寿科学振興財団、駐日ドイツ連邦共和国大使館、その他関係者の方々に深く感謝を申し上げる次第である。

## II. 2001 年 3 月からの研究経過

2001 年 3 月に、長寿科学国際共同研究「諸外国と日本における介護保険制度の国際比較研究」の一員として、ドイツを視察訪問した。ドイツ連邦保健省を訪れ、フォルマー介護保険部長からドイツ介護保険についての講義を受け、日独介護保険について意見交換を行った。2001 年 4 月には、ドイツ連邦憲法裁判所において、子供のいる家庭と単身家庭について一律の保険料を課している現行制度は、基本法 3 条「法の下での平等」、6 条「家族の保護」に反するとして憲法違反であるとの判決が下された。この判決文を日本語に翻訳する作業を行い、日独の介護保険制度比較研究を更に進めることとなった。これ以降、介護保険についてフォルマー博士と密な連絡を取りつつ、国際比較研究について意見交換を行った。2001 年 10 月には、長寿科学振興財団・平成 13 年度外国人招へい事業として、フォルマー博士を 2002 年 3 月に招へいする運びとなった。なお、フォルマー博士の略歴は文末に示した。

研究経過	
2001 年 3 月	長寿科学振興財団欧州視察訪問
2001 年 4 月	ドイツ連邦憲法裁判所違憲判決
2001 年 5 月～9 月	日独介護保険制度比較研究について、フォルマー博士との連絡
2001 年 10 月	長寿科学振興財団・平成 13 年度外国人招へい事業として、フォルマー博士の 2002 年 3 月招へいを確認。招へいについて、博士との連絡・準備等の開始
2002 年 3 月	フォルマー博士来日

### Ⅲ. 2002年3月フォルマー博士招へいプログラムの内容について

平成13年度外国人研究者招へいプログラムとして、前ドイツ連邦保健省大臣官房介護保険部長のルドルフ・フォルマー博士が、2002年3月16日に来日した。この度の招へいプログラムの日程を下に示した。

訪問日程表		フォルマー博士プログラム内容
3月15日	金曜日	フランクフルト発20:25、JAL408便
3月16日	土曜日	成田着15:40 (JAL408便、ターミナル2)
3月17日	日曜日	12:00-15:00日程確認と研究打ち合わせ会議
3月18日	月曜日	厚生労働省訪問:9:50-10:00堤局長のご挨拶 10:00-11:15講義Ⅰ+意見交換 (省内専用13階第16会議室) 11:15-12:30講義Ⅱ+意見交換、昼食会 14:30-15:45講義Ⅲ+意見交換 15:45-17:00講義Ⅳ+意見交換
3月19日	火曜日	10:00-12:00国立医療・病院管理研究所視察 15:00-17:00東京都福祉局保険部介護保険課での特別講演会 「介護保険制度の現状と課題」、東京都庁第一本庁舎33階特別会議室N6にて 18:00より東京都福祉局レセプション
3月20日	水曜日	13:00-16:00国立医療・病院管理研究所にて研究打ち合わせ会議
3月21日	木曜日 (祝日)	13:20東京発 (のぞみ67号)、名古屋着15:01、健康科学総合センター視察、19:00より11階のレストランにて夕食会
3月22日	金曜日	午前に福祉施設・中部病院見学、午後に名古屋大学で見学・講義
3月23日	土曜日	1時半名古屋発、大阪へ移動。夕方、新阪急ホテルにおいて大阪ケアマネジメント学会での講演
3月24日	日曜日	京都での福祉施設見学
3月25日	月曜日	帰京、15:00-17:00より最終研究打ち合わせ会議
3月26日	火曜日	16:00-18:00ドイツ大使館にて研究取りまとめ会議
3月27日	水曜日	成田発13:30、J L 407便ターミナル2、フランクフルト着17:35 (同日)

公式講演プログラム内容については、以下に順に示した。なお、すべての公式講演には、ドイツ語通訳者が出席した。

## 公式講演日程

日時：3月18日（月）9:50-17:00

場所：厚生労働省13階、専用第16会議室

参加者：堤厚生労働省老健局長以下、局の幹部職員、その他厚生労働省職員、学識経験者、カンペッター・ドイツ連邦共和国大使館社会労働担当参事官、約30名

議題：「ドイツ・ルクセンブルグ・日本の介護保険制度の比較、介護報酬規定」

概要：

### 1. 介護保険制度導入の背景：

平均寿命の伸長、出生率の減少、女性の就業率の増加、核家族化現象

### 2. 制度導入時に予測不可能であった問題：

介護サービスの質、痴呆性老人の介護

### 3. 日独ルクセンブルグ介護保険制度の比較：

#### 3ヶ国の制度の共通点：

介護保険は非常に豊かな文化、そして民主的國家の現れとして成立している。要介護という言葉の定義については、3ヶ国でほぼ同じである。

相違点：

① 財政方式について、ドイツでは、給付に必要な費用の100%が保険料で賄われ、労使折半で負担。ルクセンブルグでは給付に必要な費用の45%を国が税財源から賄い、3.5%は環境税、残りを保険料で負担。日本では、必要な費用の10%は自己負担、残り90%は半分が国、残りの半分は保険料で負担。

② 要介護レベルについては、ドイツでは3段階が設けられ、日本では5段階と要支援。ルクセンブルグでは要介護段階が設けられていない。

③ 要介護認定については、ドイツでは疾病保険のメディカルサービス所属の医師が個別な要介護認定を患者の自宅で行うので時間がかかる。日本で二重の判定方法を使っているため、要介護認定が迅速に進むという点は評価すべきである。

④ 日本では給付に年齢制限が設けられているが、ドイツでは制限がなく、青少年も給付対象となる。青少年の要介護者は4万人おり、彼らをどのように介護するかについて、問題として取り上げられてきている。

### 4. 制度導入による成果：

① ドイツにおける多くの社会保険制度の中で、介護保険だけが唯一50億ユーロの黒字で、長期的に安定。

- ② サービス事業者や施設運営が、国からの登録だけで事業ができるようになった。その証明として、1992年から現在でサービス事業者数が3倍に増加。施設数は、1992年から2001年では2倍近く増加。
- ③ 介護保険導入により、在宅訪問介護分野だけで30万の雇用が生じた。
- ④ 政治的成果として、国民が訪問、在宅、介護の分野において、介護保険導入に満足している。

#### 5. 施設介護報酬価格について：

- 報酬価格決定には、国の介入は一切なく、市町村レベルの介護金庫が施設事業者と交渉して決める。その際、過去の価格で決定されるのではなく、将来に向けた価格が決定される。
- 価格交渉時の透明性を確保するために、2004年1月1日から、サービスと品質の合意が実行される予定である。合意書の中には、施設入所者定員数、入所者の医学的問題、入所者の何%が痴呆なのか、何人の介護要員がいるのかが盛り込まれる。
- 介護要員については、人数とその専門性、資格も加味されるが、資格を持った専門介護士の数が少ないのが現状である。施設事業者は、合意書にのっとった形でサービスを行っている証明をしなくてはならない。

#### 6. 在宅介護報酬価格について：

- 個別のサービスや時間に対して価格は設定されておらず、まとめたサービスに対する支払いを行っている。
- 例えば洋服の着脱についてはそれぞれ50点というポイントが決まっており、これらポイントに50点がかけられて価格が決まる。この点数の有り方は、ドイツ全国的に統一されている。
- この方式では、サービス提供事業者側は、できるだけたくさんポイント数を上げたいが、ポイント数上がると介護保険側の負担になる、という問題が生じている。

#### 7. 痴呆介護について：

- ドイツ190万人の要介護者のうち、要介護状態の痴呆老人は100万人おり、痴呆性老人介護は、ドイツ介護保険財政を破綻させる可能性がある。痴呆性症状の現れた夫を持つ妻は、夫を世間から隠し、その夫を世話する妻自身も社会から隠れるという二重の差別問題が生じている。
- 痴呆性老人介護法律が作成され、痴呆性老人問題が注目されるといった効果が生じた。

この法律では、痴呆性高齢者の介護における家族支援強化を明文化している。

- ドイツでは、痴呆性老人介護が国の課題となることを願っている。フォルマー博士は、2003年か2004年に、ドイツ老人支援組織の全国組織設立40周年を記念し、痴呆をテーマにした会議開催を連邦議会が行われている帝国議会の中で開催する予定である。会議では、連邦議会議長が「痴呆の方といえども、人間であることには変らない。人間の尊厳を持ち、人格を持つ」と語りかけるだろう。この会議が成功すれば、世論に対して痴呆介護に対する大きな働きかけをしていける。
- フォルマー博士は、特に痴呆介護の分野については日本から学ぶ点が大いにあり、お互いに協力して学んで行きたい。またドイツ側からも、知識を提供して行きたいので、それを実現するために、お互いの将来の意見交換や交流を大切にして行きたい、と考えている。

日時：3月19日（火）15:00-17:00

場所：東京都庁第一本庁舎 33階特別会議室N6

参加者：前川東京都福祉局長、吉川福祉局保険部長、東京介護保険を育む会委員、都庁職員、市町村職員、医療福祉関係団体職員

議題：介護の質、痴呆介護について

概要：

#### 1. 介護の質について：

- 1996年の介護保険制度導入を機に、人々は、保険料を支払った対価として、当然の権利として給付が受けられ、どのような質のものを受け取ることができるのか、と考えるようになった。
- 質の問題について、メディアでも頻繁に報道されるようになったことを背景に、ドイツのメディカルサービスが、サービス事業者・介護施設調査を行った。調査結果は芳しくなかったが、大半の施設において、施設が内部から自らを改善することを認識し、クオリティマネジメントを導入していた。これにより、内から質改善を行う動きが開始、ドイツ国内団体にこの動きが広がった。
- 介護の質確保法により、施設において質を確保し改善する責任は、施設運営者にあることが第1の原則として明文化されている。第2の原則は、運営者は、入所者に対し、十分なサービス提供に必要な物的・人的体制を整備すること。第3の原則とは、介護金庫が自ら施設を運営するのではなく、すでに存在している良い施設を利用してサービスを提供させ、そのサービス対価を支払わなくてはならない、ことである。
- これら義務関係を法律技術的に明確にし、価格交渉の透明性を実現するために、サー

ビスの品質に関する契約の合意書が、価格交渉の一段階前に取り入れられた。この合意書の合意事項には、施設内の定員数、入所者の人数別各要介護レベル、入所者個別の特別な問題、の以上3点がある。また記載事項として、どんな種類の介護を入所者が必要としているか、その介護の要員数も盛り込まれている。

## 2. 痴呆介護について：

- 介護質確保の法律と、痴呆性高齢者介護の状態を改善する法律は、2002年1月1日に施行された。痴呆性高齢者介護の法律を強化するために、家族の介護の積極的な支援と、家族へのコンサルタントのサービスが展開されている。
- この新しい法律作成を契機に、痴呆を抱え、閉じこもっている人々に対し、世界を開くことが大事である。痴呆性高齢者を抱えた家族を放置したままにせず、社会とのつながりを作ることが大事である。
- 痴呆介護はドイツの課題であり、ドイツ連邦大統領は、「痴呆にかかっている人々も、私達と同じように、権利、尊厳、人格を持った人であることを認識しなければならない」と述べている。フォルマー博士は、2003年か2004年に、ベルリンでアルツハイマーをテーマに大きな世界会議を開くことを考えている。この会議開催によって、痴呆問題をドイツで支援していくことになるだろう。

日時：3月22日（金） 14:00-16:15

場所：名古屋大学・アジア法政情報交流センター2階「CALEフォーラム」

参加者：名古屋大学内外の教官、大学院生、福祉関係者、医療関係者、愛知県行政関係者、合計28名

議題：ドイツ介護保険の現状と課題

概要：

- ドイツ介護保険制度導入背景
- ドイツ介護保険制度の特色
- 日本の介護保険制度との違い、共通点について。
- 2001年に制定され、2002年1月から施行されたドイツ介護の質確保法の概要、痴呆性高齢者介護への取り組みについて。

また、会場からの意見交換として、以下が挙げられた。

1. サービスの質の評価方法として、ISOのような方法は用いられているのか？
2. 年齢の若い利用者はいわゆる障害者なのか？
3. 介護保険制度の利用を円滑にするため、在宅と施設サービスのウェイト、変化の動向はどのようになっているのか？
4. サービス事業者と疾病金庫との契約における利用者の声の反映は行われているのか？

## 5. 家族介護の扱いの背景などについて

日時：3月23日（土） 16:30-17:30

場所：大阪市天満研修センター、日本ケアマネジメント学会

出席者：ケアマネジャー（主に大阪、京都、兵庫、滋賀、奈良和歌山から出席）、合計で約600名

議題：「ドイツ介護保険制度の概要」

概要：

- ドイツにおいて2002年1月1日から施行された介護の質確保法の概要について。
- 介護保険導入により痴呆介護の問題が生じ、国の課題となったため、痴呆介護の法律が作成されたことについて。
- 日本の介護保険において現金給付を導入すべき、との提案。
- 要介護認定の際、ドイツでは約800人のMDKが個別に認定を行うが、日本には20万人のケアマネジャーが認定を行うことは評価すべきことである。

## IV. 研究取りまとめ会議・議事録

日時：2002年3月26日（火） 16:00-18:00

場所：ドイツ連邦共和国大使館・大使公邸

出席者：ルドルフ・フォルマー博士

ヴァーナ・カンペッター・ドイツ連邦共和国大使館社会労働担当参事官

ドイツ語通訳者1名

井形昭弘・あいち健康の森健康科学総合センター長

遠藤英俊・国立療養所中部病院内科医長

貝谷 伸・厚生労働省老健局介護保険課長

熊木正人・厚生労働省老健局介護保険課課長補佐

吉川和夫・東京都福祉局保険部長

小山秀夫・国立医療・病院管理研究所医療経済研究部部長

三羽牧子・国立医療・病院管理研究所医療経済研究部協力研究員

小山隆一・日本ヘルスケアテクノ社長

計11名

### 1) 会議の目的と概要

フォルマー博士招へい最終日程行事として、研究取りまとめ会議が行われた。本会議で

は、博士からこの度の招へいプログラムの全体的な感想や成果、日本の介護保険制度についての率直な印象が述べられた。また報酬価格決定と、質確保の問題をテーマに両国の制度について比較しつつ、出席者との活発な意見交換を行った。また、博士から日本の介護保険制度の優れている点についても述べられ、それらの点は、1. ケアマネジャー制度、2. 健康増進・疾病予防対策と医療・介護の統合、3. 介護従事者の社会貢献への意欲、についてであった。最後に、両国間の将来の協力についても具体的な話し合いがされ、今後の両国間の交流における非常に展望的な取り組みについて、積極的な意見が交わされた。

## 2) 意見交換について

### ①報酬価格規定

フォルマー博士は、ドイツ介護保険制度の報酬価格規定について、「サービス事業者が独自に価格を決定でき、国がまったく介入しないようなシステムになっている」と説明した。日本の介護保険では、報酬価格規定においては、国と県の役割がどのような構造になっているのか、つまり報酬価格の決定は、サービス事業者や施設が行うのではなく、国や県、地方自治体が独自に行うことができるのか、との質問をした。

これに対し貝谷厚生労働省老健局介護保険課長、熊木課長補佐より、「厚生労働省の審議会によって報酬価格の上限が決められ、サービス事業者がその上限より低い価格を設定することは可能である。離島など移動に時間のかかる地域についてはホームヘルパーの移動分が報酬点数として加算される。単価については、地域ごとに異なることがあるが、これは地域が任意に決定するのではなく、国がそれら地域を決定している。よって、報酬価格決定は、基本的には国が行っているという理解でよい。」との答えがあった。

これを受けてフォルマー博士は、「ドイツでこのような制度が導入されたら、国が決定した価格の上限以下でサービス提供をする事業者はいないだろうし、価格や品質に関しての競争が成立しないのではないかと、また経済効率を考えると経営を行う魅力に欠けるのではないかと述べた。

### ②介護の質確保について

フォルマー博士は、質確保については、「ドイツでは10年前から介護品質検査に関する法律が施行されているが、その効果はほとんど現れなかった。ドイツでは品質確保について、内部からの品質改善には限界があり、外部からの品質監督・検査が必要ではないかと考えられている。ドイツでは質確保を外部から行うために、将来的な2つの制度の導入が考えられており、その制度とは、1. 各施設における質管理制度の導入、2. 中立の監督機関が定期的な検査を行い、質基準を保っているかの報告」と述べた。またフォルマー博

士は、日本の介護施設で質を確保する対策について知りたく、資料等も入手したいと考えている。

更に、質確保についての具体的な比較研究プロジェクトとして、ドイツで最も質的に信頼でき、経済効率的にもうまく機能している介護施設と日本の介護施設とを比較し、研究していくことにも興味を示している。

### 3) 日本の介護保険制度の優れている点について

#### ①ケアマネジャー制度

フォルマー博士は、日本の介護保険制度で優れている点として、ケアマネジャーの制度を挙げている。その理由として、ケアマネジャーは、1. 内部での品質検査・監査をするのに適切な制度であること、2. どのような給付が行われているかを目の当たりにし、質についても評価できる立場にある、ということからケアマネジャー制度を高く評価している。博士は、「ドイツにおいて、もしケアマネジャー制度の実現について考えるならば、日本の前例を参考にしていきたい」、と述べた。また日本では20万人のケアマネジャーの要員があるが、これらケアマネジャーが独立して活動し、国民の間に受け入れられるようになれば介護の質改善への起動力になるのではないかと、とも述べた。

フォルマー博士は、ケアマネジャーは実際に質の検査・監督をすることができるのか、また政府から独立している存在なのか、との質問をした。

これに対し小山秀夫は、日本とドイツの介護保険制度の大きな違いを述べた。ドイツ介護保険について考えた場合、蓄積された保険財源をどのように分配するかという議論をしていくことがドイツ介護保険制度の特徴であり、一方日本では施行から2年が経過したが、介護保険を盛り上げて行こう、という成長段階にある。このように、ドイツと日本では、比較の段階が大きく異なっている。もし実際に質の問題について議論をするのであれば、質とともに費用も価格も上がる、その逆もまた同じ、という議論をする必要がある。現在の日本介護保険はストラクチャーレベルの段階にあるので、価格と質をからめた議論を進めるのには時期尚早である、と述べた。

これについてフォルマー博士は、ドイツでは一般的に、保険料だけ徴収しても質はまったく改善されないとされている。博士自身も、品質は倍にして価格を半分にすることを実現するために闘っている、と述べた。質とコストの問題は必ずしも一致せず、コストだけかかるが質は改善されない可能性はある、と付け加えた。

また、貝谷介護保険課長より、「日本の介護の質は諸外国と比べても遜色がないと考えている。過去の福祉時代から、国が最低の基準を決め、平均的以上の質は守られてきていた

が、保険制度に変わってから、利用者によって更に質の良いものが求められた。最低基準より上のものを目指すためには、情報の公開が必要である。情報公開を行い利用者が選択していく、という方法が、水準以上のサービスを目指すための最良の方法である」と述べた。

フォルマー博士は、「ドイツでも情報公開は第一に重要なことである。ドイツも介護の水準は、世界でかなり高水準にあると信じているが、しかし介護保険導入によって、必ずしもそうでないということが判明した」と述べた。

## ②健康増進・疾病予防対策と医療・介護の統合

フォルマー博士は、この度の招へいプログラムとして3月21日に愛知健康プラザを見学した。博士は、「当プラザ内の施設が健康増進・疾病予防、リハビリテーション、健康への啓蒙活動、教育、フィットネスを目的に運営されていることに感動し、高く評価している。このようなセンターは疾病予防の集約点として、大きな役割を果たしている。ドイツでは、健康増進と疾病予防のための施設はあまり見ることはできない」と述べた。

また、同じく愛知で見学したルミナール大府においては、患者が治療を受けた後、リハビリテーションを受け、その後に短期介護を受けるという形を目の当たりにした。日本の場合、病院、リハビリ、介護がうまく連結している印象を受けた。ドイツではこのように各段階での治療・介護の統合は不十分であるので、このように統合されたシステムがドイツで実現出来るように努力したいと考えている。

## ③介護従事者の社会貢献に対する意欲

この度の招へいプログラムとして3月23日に大阪で行われたケアマネジメント学会に出席した際の印象について、「学会出席者には女性が多く、活動したいという意欲に燃えている印象を受け、自分が何か社会のために尽くしたいという気概が感じられる。これがドイツであれば、出席している看護婦、介護士は、自分は社会のために何かをやってあげており、見返りを受けて当然だという非常に敵愾心を持った視線にぶつかるだろう。ケネディ大統領の言葉を引用すると、「国は自分に何かをしてくれるのではなく、自分が社会のために何が出来るのか」、を考えることが大切である。この言葉のように、自分が社会に役立つ資格を得て、社会貢献していく、という意欲に燃える人々に接することができたことが大変印象深い」と述べた。

## 4) 将来の協力について

最後に、今後の協力について話し合われた。フォルマー博士は、「ドイツが日本から学ぶ点、日本がドイツから学ぶ点が多々あるため、ドイツ保健省、他の関連組織・機関は、日

本とさらに緊密な協力関係を築きたい」と述べた。具体的な協力について、いくつかの点が挙げられた。まず、医療サービスのピーク会長の提案を挙げ、日本・ドイツの介護保険専門家がどちらかの国で数日間共に協議を行い、アセスメントとケアマネジャー制度について意見交換をしたい、とした。この提案について、貝谷厚生労働省老健局介護保険課課長は、日本とドイツは、介護保険制度を施行している数少ない世界の国同士として、お互いの国からの使節団派遣を前向きに考えて行きたい、と述べた。

またフォルマー博士は、「痴呆症問題、質確保などについて話し合っ行って行きたい。日本からの視察団の世話や、コーディネイトを自分自身が行いたい」と述べた。また博士は、その他の比較研究プロジェクトとして、ハンブルグ、ブレーメン、ベルリンなどの都市と、東京都の経済比較を行い、研究・討議することも考えて行きたいと考えている。その場合の視察のアレンジも検討して行きたい、と述べた。また、博士がボランティアとして関わっているロベルトボッシュ財団で、日本からケアマネジャーを受け入れ、痴呆介護の問題について研修を行い、日独間の交流を深めることができるのでは、と考えている。さらに、フォルマー博士は、日本の介護保険に関する自分の知識はまだ不完全であるため、今後、更に多くの資料を入手し、知識を深めて行きたい、と述べた。

## ルドルフ・J・フォルマー博士略歴

1936年	ドイツ、メンデン生まれ
1966年	法学博士号取得
1966年	ドイツ連邦社会労働省入省
1967年	欧州共同体ドイツ連邦共和国外務省常任代表
1968年	欧州共同体委員（欧州原子力共同体欧州副代表内閣委員会）
1969年	ドイツ連邦社会労働省大臣官房
1970年	在ロンドン・ダブリンドイツ大使館労働参事官
1977年	在ワシントンD.C. ドイツ大使館労働・地域調停活動参事官
1981年	ドイツ連邦社会労働省病院政策立法担当次官補
1990年	東ドイツ初の自由選挙による政府顧問官
1991年	ドイツ連邦社会労働省介護保険法令担当次官補
1998年	ドイツ連邦保健省介護保険法令担当次官補
2000年	ドイツ連邦保健省大臣官房介護保険部長

ドイツ連邦保健省では、介護保険の質確保法令や、最初の痴呆介護法令の起草を担当

最近の著作	国際労働社会政策関係： —欧州社会政策 —イギリス・アメリカ雇用政策 —イギリス・アメリカ労使関係 病院関係： —「病院における法律と実務」の論評 —ドイツにおけるリハビリテーション —統合ドイツにおける社会保障 介護保険関係： —介護の質確保法令、老人ホーム保護法令、複式簿記の手引きについての研究論文等
-------	--

## 第Ⅱ部 ドイツの公的介護保険制度について

ルドルフ・J・フォルマー博士  
元ドイツ連邦保健省大臣官房介護保険部長

平成13年度 長寿科学総合研究事業「高齢者保健・医療・福祉サービス提供機関におけるマネジメントに関する実態分析並びに理論構築に関する研究」の一環として、平成14年3月、元ドイツ連邦保健省介護保険部長ルドルフ・フォルマー博士に「ドイツの公的介護保険」について、ドイツ語で執筆した原稿を和訳したものである。

正確を期すためには、バックトランスレーションが必要であるが、邦訳名が学術上確定していない法令や用語も多く、今回の来日でフォルマー博士自身も修文の必要性を認めため、直訳的表現を用いた。

第1部においては、ドイツ介護保険制度の契約および報酬に関して、第2部においては、介護品質の保証に関して特に2002年1月施行「介護品質保障法」を中心に、そして第3部においては、痴呆介護に関して、痴呆高齢者等への給付状態の改善のための動きを中心に、第4部では、ドイツ・ルクセンブルグ・日本の介護保険制度の国際比較研究について、まとめたものである。

# ドイツの公的介護保険

## 第1部 契約および報酬に関する法律

### 目次

	ページ
はじめに	24
三者の責任	24
契約の開始	25
I. 介護金庫と介護施設の関係	25
1. 介護施設の概念	25
2. 介護金庫の保障任務	26
3. サービス供給契約	27
a) サービス供給の任務	27
b) 契約当事者	27
c) 認可の条件	28
d) 法的効力	28
e) サービス供給契約の解約	29
f) 介護金庫の情報提供義務	30
4. 個別の介護要員による在宅介護	30
5. 経済性審査	30
6. 質の保証	30
II. 介護報酬	31
III. 施設介護の報酬	32
1. 財政の枠組み	32
2. 投資優遇措置	32
3. 給付報酬	33
4. 給付に見合った最高額	34
5. 介護報酬基準額の定義	35
6. 介護報酬基準額算定の原則	36
7. 介護報酬基準額の手続き	37
a) 個別介護報酬基準額	37
b) 統一介護報酬基準額	37
c) 介護ホームの証明義務	37
d) ホーム委員会の参加	37
e) 仲裁手続き	38
f) 介護報酬基準額の見込み予想による方向付け	38

8. 宿泊および食事	39
9. 付加給付	39
10. 新しい介護報酬の発効	40
11. ホーム対価の算定と支払い	41
12. 給付および質に関する取り決め	41
<b>IV. 在宅介護の報酬</b>	<b>42</b>
1. 報酬規定の原則	42
2. 介護金庫中央連合会の第1回報酬勧告（1995年）	44
3. 介護金庫中央連合会の第2回報酬勧告（1996年）	45
a) 一般的原則	45
b) 報酬支払可能な給付	46
c) 報酬システム	46
d) 報酬	47
e) 報酬を支払えない給付	48
4. 在宅介護の介護契約	48
5. 品質に欠陥がある場合の制裁	49
<b>V. 費用償還</b>	<b>49</b>

## 第2部 介護の質の保証

はじめに	51
施策の必要性	51
介護品質保証法の基本原則	53
I. 介護品質保証法(PQsG)の重点	55
1. 介護の自主管理における自己責任の強化	55
a) 給付および質に関する取り決め(LQV)	55
b) 介護要員査定基準	58
c) 今後の新規介護施設認可にLQVが与える影響	59
d) LQVの施設介護への限定的適用	59
2. 介護品質の保証、改善および審査	59
a) 品質管理に関する原則	60
b) 給付および質の証明	61
c) 品質に関する助言	61
d) メディカル・サービスの審査権能	61
e) 要介護者の住居への立入り検査	62
f) 品質の瑕疵に対する制裁措置の可能性	63

g) 給付および質の証明の費用	63
h) 品質保証に関する助言および審査規定	63
3. ホーム監督官庁との協力	64
a) 相互課題の調整	64
b) データ交換	65
c) 協力の費用	65
II. 消費者の権利を強化するためのポイント	66
1. 要介護者への助言	66
a) 料金比較リスト	66
b) 財源調達と助言提供組織への参加	67
2. 要員の確保	67
3. 義務違反した場合の制裁措置	67
4. ホーム委員会の介護報酬基準額交渉への参加	67
5. 在宅介護における消費者の権利の強化	68
III. ホーム法の改正	69
1. 改正の主な目的	69
2. ホーム法の適用範囲	70
3. ホーム契約における透明性の改善	70
4. ホーム運営への参画	71
5. ホーム監督の強化	72
6. 協力関係の改善	72

第3部  
痴呆介護  
新しい考えとそのあり方

I. 導入	75
1. 出発点	75
2. 病像	76
a) アルツハイマー型痴呆	76
b) 脳血管性痴呆	77
3. 課題	78
II. 第一歩	79
1. 介護品質保証法 (PQsG)	79
a) 給付および質に関する取り決め (LQV)	79
b) 人員配置	80