

項の要件を厳密に守ったうえでのみ住居に立ち入ることができる。

介護サービスが社会法典37条に基づく在宅病人看護サービスをおこなう場合には、これも審査の対象とされる。

#### f) 介護の瑕疵に対する制裁措置の可能性

介護の質に瑕疵が見つかった場合の制裁措置は細分化されている。仮にある介護施設が法定あるいは契約で取り決めた義務を一部あるいは全く守らず、特にサービス供給契約(第72条)あるいは給付および質に関する取り決め(第80a条)から部分的に、あるいは全く逸脱した品質の給付を行った場合は、義務を怠った期間にまで遡及的に報酬を切り下げることができる。

減ずる額については、第85条第2項にしたがって契約当事者間で調整する。合意に達しない場合には、当事者の一方の申請により第76条にいう仲裁機関で議長および中立の委員2名が陪席して決定する。介護施設に包括的な法的保護を与えるために、仲裁機関に対する不服申立には延期的効力がある。減額が決定された場合、介護施設は当該要介護者あるいは費用負担者に按分して払い戻す(SGB XI第115条第3項)。

#### g) 「給付および質の証明」の費用

「給付および質の証明」にかかる必要経費(SGB XI第113条)は、審査を受ける介護施設の運営者が負担する。この経費は社会法典第11編の定める次期報酬協定のなかで勘案しなければならない。経済性の審査にかかる費用についても同様である(SGB XI第79条)。

#### h) 「給付および質の保証」に関する助言および審査規定

品質保証の実務上の実施に対して、ドイツ全土で統一的、かつ信頼に足る基礎を与えるため、連邦政府は連邦参議院の同意のもとに、在宅介護、部分施設介護、完全施設介護における品質保証のための助言および審査規定のための法令を公布する権限を有している(SGB XI第118条第1項)。

命令では、特に以下のことを規定する。

- 介護施設の助言と審査のための基準と原則。これには介護施設運営者に課される「給付および質の証明」も含まれる。
- 「給付および質の証明」ならびに品質審査の方法、規模、頻度についての詳細。
- 「給付および質の証明」の交付を含む審査手順。
- 品質審査を請け負う専門家と検査機関の資格。

- 連邦または州の介護金庫連合会が、第三者機関である専門家および検査機関を選任する場合の要件と手順。

この時、注意しなければならないのは、一般的な介護サービス、医療介護および社会的世話についての助言や審査は、政令で決められた助言と審査についての規定を心得、定められた研修を経た介護の専門家あるいは医師がおこなわなければならない点である（SGB XI第118条第2項）。

政令が定める助言と審査に関する規定は、社会法典第11編に基づいておこなわれる助言や審査にかかわる人々や機関、管轄の官庁、給付運営者および施設運営者、あるいはその連合組織といった品質保証にかかわる者すべてに適用される（SGB XI第118条第1項）。

疾病保険のメディカル・サービスが助言と審査を通じて集めた経験や認識は、まず2003年12月31日付けでまとめ、これ以降は3年ごとに 疾病金庫中央連合会のメディカル・サービスが報告書にまとめ介護金庫中央連合会と連邦保健省に提出する（SGB XI第118条第4項）。

### 3. ホーム監督官庁との協力

ホーム法を改正するにいたった共通の目的は、公的なホーム監督官庁と疾病保険のメディカル・サービス、および社会扶助運営者が協力することにある。この協力という枠組みのなかでのメディカル・サービスの義務は、法政策、法制度を根拠に介護保険法の基礎をなす法律である社会法典第11編で規制されることになったのである。「介護品質保証法」の改正点は以下のようにまとめることができる。

#### a) 相互課題の調整

認可ホームの審査をおこなう場合、州の介護金庫中央連合会と疾病保険のメディカル・サービスは、ホーム監督官庁と密接に協力して任務にあたり、社会法典とホーム法に定められる相互的な任務を以下の点で調整し合わなければならない。

- たがいに情報を交換し、助言すること、
- ホームを合同で、あるいは分担して審査する場合に期日の調整をおこなうこと、
- 危険防止または品質保証に必要な措置について個々の事例で情報を提供し合うこと。  
この時に確認しなければならない点は、二重審査をできる限り回避することである（SGB XI第117条第1項）。

ホーム監督官庁と協力することで、介護金庫とその連合組織の介護サービスの内容や品質、

および検査に対する責任が制限されることも拡大されることもない（SGB XI第117条第2項）。

#### b) データ交換

密接な協力が実現するように、州の介護金庫中央連合会と疾病保険のメディカル・サービスは、所轄のホーム監督官庁に社会法典第11編にしたがって入手した介護ホームのデータを知らせる権利があり、かつ請求に応じて通知する義務がある。特に収容の形態、収容可能数、要介護者数（収容数）、介護要員および物的な設備、ならびにホームのサービスと報酬についてである。個人情報には匿名化する必要がある。

ホーム法の執行に必要な限りにおいて、疾病保険のメディカル・サービスまたは社会法典に基づき品質審査を実施するその他の専門家や機関は、審査を通じて得られた介護ホームの情報を所轄のホーム監督官庁に遅滞なく通知しなければならない（SGB XI第117条第3項および第4項）。

#### c) 協力の費用

ホーム監督官庁と協力して任務にあたる場合に介護金庫とその連合会、ならびに疾病保険のメディカル・サービスに生じた経費は、これらの団体が自ら負担する。ホーム監督官庁の経費に関与すること、あるいはホーム監督官庁が関与する機関または団体が関与することは許されない（SGB XI第117条第5項）。

ホーム監督官庁の指示により生じる超過または過小費用は、介護保険法第82条第1項の意味における報酬支払可能性に基づく理由が認められる場合には次期の介護報酬基準額協定で考慮する。介護報酬基準額当事者の異議申立または訴訟については、停止的効力は認められない（SGB XI第117条第6項）

## II. 消費者の権利を強化するためのポイント

在宅および施設で介護サービスを受ける要介護者の消費者としての権利を保護しかつ強化し、市民たる要介護者を援助することが主な目的である。すなわち、

- － 要介護者が他人の助けに頼らざるを得ない状況にあっても、可能な限り独立し、自律性のある生活を送れるようにすること。
- － 介護「機関」すなわち、介護ホームにあっても自立して自の生活管理に関われるようにすること。

つまり、介護サービスを受けるなかでも生活の質を保ち、改善することが目的とされているのである。これには要介護者とその身内の者が助言を得てその権利を認識することが含まれている。さらに介護施設が、自らの保護のもとにある要介護者を決められた介護品質でケアできない場合、財政的な側面でも考慮しなければならないことが含まれる。

介護品質保証法の消費者の権利強化に関する諸提案は、まったく未知の領域の話ではなく、既知の確実な道を進もうとするものである。既存の介護保険法に盛り込まれていた規定と関連して、新たな規定が法技術的に多数の箇所に分散されることとなった。

事実関係からみると新規定は以下のようにまとめられる。

### 1. 要介護者への助言

要介護者への助言がさらに改善されている。従来、社会法典第 11 編第 72 条第 5 項に規定のあった介護金庫の助言義務は、同法典 7 条の基本条文に組み入れられ拡大された。

#### a) 料金比較リスト

被保険者が在宅介護、部分施設介護、完全施設介護のいずれかを選択し同意するまでに介護金庫は料金比較リストを示し、要介護者が施設介護、在宅介護のいずれかを自由に選択できるよう支援することが求められている (SGB XI 第 2 条第 2 項)。

新しいサービスと料金の比較リストには介護費用が適用される地域のサービスと料金が比較して記載されなければならない点が明確に規定されている。これまでは、要介護者が居住する地域の介護施設が記載されているだけであった。サービスと料金の比較リストは、内容的にも今回のサービスおよび品質協定に深く関わっている。これにより既存の最新データの参照が可能になり、介護金庫による処理が容易になった。サービスと料金の比較リストがサービスおよび品質協定の条件に基づいて作成されるために、リストはより見やすくなり、内容が豊富になった。したがって要介護者と家族にとっては判断の助けとして実務的な利用価値が向上したのである (SGB XI 第 7 条第 3 項)。

## b) 財源調達と助言提供組織への参加

介護金庫はさらに、社会法典第11編に基づく助言任務を実施するため、介護金庫の管理機構を使って他の運営者の財政と業務にかかわる助言機関（例えば地域の相談所）に参加する権能を持つことになった。このような可能性が生まれたことによって、遠隔地の被保険者にも確実に地域に密着した十分な助言をおこなえるようになったのである（SGB XI第7条第4項）。

## 2. 要員の確保

これまでも述べてきたように、入所介護施設は顧客たる特別な入所者に品質の確かな介護、ケア、世話をおこなうために必要な要員を整える義務のあることが強調されている。これは特に日常的、社会的に手厚い介護が必要な痴呆症の入所者にあてはまる（SGB XI第80 a条第2項および第4項）。

## 3. 義務違反した場合の制裁措置

在宅介護支援施設、通所または入所介護施設が契約上の義務に違反して品質の確かな介護をおこなわなかった場合、要介護者あるいは費用負担者の不利益にならないよう、合意した介護報酬を遡って減額する。他の法規定が定める損害賠償請求権は、これによりその効力を妨げられない。介護金庫は、社会法典第5編第66条を準用して被保険者が介護施設運営者に対して損害賠償を請求する場合は支援する権限を有している（SGB XI第115条第3項第7段）。

短期間には改善できないような重大な瑕疵が施設介護に認められた場合、介護金庫はホーム入居者の申請に基づいて、そのまま同じ介護ケアを引き継いでくれる別の適切な施設へ入居者を斡旋する義務がある（SGB XI第115条第4項）。

メディカル・サービスが在宅介護サービスに重大な瑕疵を確認した場合、管轄の介護金庫は介護サービスに対して要介護者のケアを暫定的に停止させる。介護金庫はこのような場合、そのまま同じ介護ケアを引き継いでくれる別の適切な施設へ入居者を斡旋しなければならないが、要介護者にできる限り選択の権利を委ねるよう注意が必要である（SGB XI第115条第5項）。

介護施設運営者に確認された瑕疵の責任がある場合（民法276条の準用）、運営者は、要介護者または費用負担者に対して（他の在宅または入所介護施設への）斡旋にかかった費用について責任をとらなければならない（SGB XI第115条第6項）。

## 4. ホーム委員会の介護報酬基準額交渉への参加

今回のホーム法改正では、ホーム運営者が費用負担者（介護金庫、社会扶助運営者）と

のあいだでおこなう介護報酬基準額交渉の準備から実施にいたるまでの過程に、ホーム委員会（要介護のホーム入居者のあいだから入居者たち自身によって選ばれる）が参加することが規定されている。今回の改正法には特にホーム委員会に対するホーム運営者の義務が盛り込まれている。この義務とは、介護金庫との費用交渉を始める前に、十分な時間的余裕をもって介護報酬基準額を引き上げる予定や食事代、宿泊費の値上げについてホーム委員会の意見を聴き、場合によってはホーム委員会が書面で見解を明らかにする機会を与えなければならないという内容である。

介護品質保証法（PQsG）で拡大された、ホーム入居要介護者の参加権は、次のような手続で保障されている。つまり、介護報酬基準額交渉においてホーム委員会の見解を提出資料に添付するよう、ホーム運営者に義務づけているのである。この提出資料は、介護金庫に提案の受入を求めるものである（SGB XI 第 85 条第 3 項第 2 段）。このように介護報酬基準額手続には、契約交渉に際して費用負担者にあたる契約当事者が、ホーム委員会の見解に適切な配慮をおこなえるようなシステムが組み込まれている。

認可入所施設運営者と要介護のホーム入居者のあいだで取り交わされる個々のホーム契約について定めるホーム法の規定が、ホーム法の適用を受けない介護ホームにも準用されることが保障されている（SGB XI 第 119 条）。これに相当するのは特に児童や青少年が暮らす介護施設である。

## 5. 在宅介護における消費者の権利の強化

在宅介護の場合、認可を受けた介護サービスは、要介護者に対して遅くとも初回のサービスを実施するまでに、（要介護者が求める）介護の種類と程度に応じてケアし、家事援助をおこなう義務を負っている（初回のサービスまでに介護契約を締結しなければならない）。介護サービスは遅滞なく要介護者と所轄の介護金庫に介護契約書を作成して手渡す（SGB XI 第 120 条）。以下その詳細である。

要介護者は初回の訪問介護から 2 週間以内であれば告知せず、理由を示さずに介護契約を解除できる。

介護契約には、社会法典第 11 編にしたがい費用負担者と合意したサービスまたはサービスの組み合わせに対する報酬をそれぞれ項目別にし、サービスの種類、内容および規模について記載しなければならない。介護サービスがおこなった介護および家事援助の報酬支払い請求は、直接所轄の介護金庫に対しておこなわれなければならない。要介護者が求めるサービスが、介護金庫から支払われる最高限度額を超える場合、介護サービスは要介護者に対して、余分に求められたサービスについて、社会法典第 11 編に基づいて合意した報酬より高く計算してはならない。介護サービスは要介護者の状態の変化について逐一、遅滞なく所轄の介護金庫に知らせなければならない。

### III. ホーム法の改正

ホーム法第3次改正法は、介護品質保証法と同じく2002年1月1日に施行された。同日付けで新しい文言は連邦法律官報に公示された。

ホーム法 (HeimG) は1974年に「老人ホーム、老人居住ホームおよび成年者介護ホームに関する法律 (ホーム法)」として可決された。この法律の目的は、「ホーム入居者の利益と諸要求をその侵害から保護し、特にホーム入居者の独立と自己責任を保護すること」、と同時に「ホームの業務に対する助言をおこなう」ことである。連邦政府の見解では、ホーム法は総合的にみると適切であったとされる。しかし、年月を経るにしたがって時代の要請に対応して改正すべきであることが明らかとなった。

1990年の改正も、1996年と1997年の小規模改正も、構造的に変化した社会的、法律的枠組み条件に合わせ、老人扶助の領域に山積した改革を要する諸問題に十分対応するには至らなかった。社会的枠組み条件の変化に数えられるものに、在宅からホームへ転居する老人の平均年齢が著しく上昇したこと、要介護ホーム入居者の数が増大し、要介護度ランクが高くなったことがあげられる。加えて介護スキャンダルや虐待がマスメディアで取り上げられたこともあって、連邦政府が施策の必要性を認識するにいたったのである。

#### 1. 改正の主な目的

改正の主な目的は次のようにまとめることができる。

- 老人ホーム、老人居住ホームおよび介護ホームケア・ハウス、ならびに障害者ホーム入居者の法的地位と保護をホーム法の新規定によって大幅に改善すること。
- ホームに暮らす高齢者および障害者のケアのために、現実的で現場の要請に応える法的基礎をつくりだすこと。最大の目的はホームにおいて人間の尊厳にふさわしい生活が保障されることである。これには、介護とケアについて適正な品質が保証されることも含まれる。
- 改正法の目的はさらに、現行ホーム法の明らかな瑕疵を取り除き、法律の不備を埋め、明快な規定で法の適用を容易にすることである。
- ホーム法と介護保険法 (SGB XI) の領域を広範に連結させたことも、介護サービスにおける品質を保証するという目的に資するものである。これは特に、ホーム監督当局と疾病保険メディカル・サービスの協力により保証されている。

改正規定の要点は以下のようにまとめることができる。

## 2. ホーム法の適用範囲

従来よりも適用範囲が明確にされた。特にホームは、ケア付き入居の多様な新形態をより明確に打ち出している。これは入居施設（短期介護施設も含む）ならびに部分入居施設が該当している。さらに、適用範囲はホスピスにまで及ぶ。

さらにまた改正法は、ケア・ハウスにもホーム法を適用するための解釈規定をおいている。この規定によると、居住空間の賃貸人が第三者との契約またはその他の方法で借借人に世話もしくは介護の提供を保証したという事実だけでは、ホーム法の適用の理由とはならない。さらに別の特性が追加されなければならない。「ホームに相応しい」世話および介護が提供され、入居者のために「ホームと同様の」生活状態が作り出された場合にのみ、ケア・ハウス施設は、ホーム法で定めるホームとみなされる。すなわち、居住空間の引き渡し、食事の提供および世話のほかにさらに別の特性が追加されなければならない。「ケア・ハウス」の定義はあえて行わない。「ケア・ハウス」とは、ダイナミックに変化し、一概に定義することができない多様な居住形態を指すのである。ホーム法は要約すると下記の場合にかぎり適用される。

- ー 居住空間が高齢者または成年要介護者もしくは成年障害者に賃貸借の方法で引き渡されている場合、
- ー 世話が賃貸借による居住空間の引き渡しと法的に結びついており、その際に賃貸借人の契約上の義務とともに、居住空間の引き渡しと同時に世話に関する合意もなされ、居住空間の提供者と世話の提供者との法的連携が十分である場合、かつ
- ー その世話がホーム法で定める世話に相当する場合である。看護契約においてホームに相応しい介護に相当しない一般的な世話の給付のみが約定されている場合には、ホーム法で定めるホームではないことになる。

## 3. ホーム契約における透明性の改善

ホーム入居希望者は、競合するホームの給付と料金を比較しなければならず、また現在ではその料金が適切であるか否か、またどの給付に対してどのような料金を支払うべきかということを見ることができなければならない。したがって今後は、ホーム契約では、運営者の個別給付（宿泊、食事、世話およびその他の給付）のみならず個別給付のそれぞれの料金構成部分が項目別に表示されなければならないのである。さらにホーム契約書には、ホームの全般的な給付に関する説明および設備の説明を記載しなければならない。

透明性を増すために、後日、給付および料金の変更が生じる可能性があることを入居者に説明すべきである。料金の引き上げは項目別に文書に記載し、理由を挙げなければならない。



ここに至りはじめてホーム契約に関する規定と、社会法典第11編（SGB XI）および連邦社会扶助法（BSHG）の規定とが包括的に連携したことになる。

さらに、以下の点があらたに規定された。

- － 入居者が苦情を申し立てる権利を容易に行使できるようになった。
- － 費用負担者に応じた料金差別化の禁止。同一の給付である場合、自己負担する入居者が他の入居者よりも高額な料金を請求されることがあってはならない。
- － 介護品質保証法と足並みを揃え、運営者が質の悪い給付をおこなった場合の減額請求権が導入された。
- － ホーム監督官庁と新設の共同作業機関に対する入居者の助言請求権の範囲が拡張された。

#### 4. ホーム運営への参画

ホーム法改正の主たる目的は、ホーム入居者に個人的な生活状況の設計に参画する機会を可能な限り広範に与えることである。したがってホーム委員会の参画は拡大され、今後は品質保証措置、ホーム監督官による監督にもおよび、さらに報酬交渉にも関与することになる（ホーム法10条第1項）。

それだけでなく、ホーム委員会の影響力はホームに居住しない第三者にも開放することによって確保されることになる。ホーム入居者の親族および、その他の信頼できる者ならびに老人団体もしくは障害者団体の代表者が被選挙権者として明示されている（ホーム法10条第5項）。したがってホーム委員会の設立が、多くの場合、著しく困難が伴うという事実も考慮されるべきである。

ホーム入居者が広範に協力する可能性は、ホーム委員会が社会法典第11編によるサービスおよび品質協定、あるいは連邦社会扶助法による給付、品質および審査に関する協定の準備段階に関与することによって生じるのである。

ホーム委員会は、その職務をおこなう場合に外部の専門家の参加を求めることができる。ただし、これらの者は守秘義務を負い無償で奉仕する。詳細はホーム協力政令によって定められる。

新たに設けられたホーム法10条第2項によると、ホーム委員の仕事は拡張されることになった。これまで実務において必要であると認識されてきたのは、ホーム入居者とホーム委

員会に、法律に優先して適用されるホーム委員会およびホーム入居者の利益を代表するホーム委員会の可能性について情報を与えるということである。このような情報の伝達を確実にするために、ホーム監督官の職務領域が拡張された。ホーム監督官は、(改正前は申立があるときだけであったが)入居者およびホーム委員会に接近して積極的に助言する義務を負う。ホーム監督官が情報提供の任務および助言提供の任務をどのようにして果たすかは、その裁量に委ねられている。したがって、ホーム監督官は、ホーム委員会および具体的なホーム入居者が個別的な助言を必要とするときに柔軟に対応することができる。

## 5. ホーム監督の強化

ホームの監督に関する規定は、特にホームにおける品質保証に目標を設定し、それまでの法文を補充し、精密化することによって形を変えた(ホーム法第15条)。ホーム経営に対する要件は拡大した。これに対応して、届出と関連した記載事項がこれまでの法律に比べて補充されている(ホーム法第11条および第12条)。

また審査の頻度を増やすことが目標とされている。ホーム監督官は通常、少なくとも1年に1回審査を実施しなければならない。疾病保険のメディカル・サービス、あるいは適切な中立の審査官によって審査が実施される場合は、審査の間隔が延長される可能性があることがはっきりと示されている。これによって介護品質保証法が予定している中立の専門家または審査機関によるサービスおよび品質証明の交付に関する規定と同様の規定が設けられたことになる(ホーム法15条第4項)。

ホーム監督官による審査はいつでも、事前に通知してもあるいは、しなくても実施することができる(ホーム法15条第1項)。サンプリング検査も含めて、事前の通知の有無にかかわらず審査の要件は定められていないので、何時でもすることができる。ホーム監督官の審査権は時間的制限に服さない。夜間の審査は、当然のことながら他の時間では審査の目的が達することができない場合にのみ行うことが認められる。相当性の原則が守られねばならない。例えば、夜間に審査できることは、十分な資格を持った要員が夜間の世話のために勤務しているかどうか、夜間にどのような薬剤が投与されているか、許されない拘束がおこなわれているか否か、または入居者が生理学的に適切な時間にベッドに連れて行かれているか、もしくは起こされているかどうか、といった検査である。

瑕疵が確認された場合には、強制的な措置をとる前に先ずホーム運営者に対して助言がなされるべきことが定められている(ホーム法16条)。

次に、新たな重要な規制は、ホームの一時的代行運営制度の導入である。この制度は、ホームの運営者に従わないホーム責任者に対して管轄官庁が業務の停止を命じた場合のためのものである(ホーム法18条)。

立法手続のなかで採用された審査規定は、世話の諸形態もしくはホームの諸形態のさらなる発展のために重大なインパクトを与えるであろう。これによって新たな介護形態を緊

急に審査する必要がある場合には、部分的にホーム法の要件から外れる事態が生じかねないこととなった。

ホーム監督官庁は、入居者だけでなくホーム委員会もしくはホームの代弁者とも連絡を取ることができるとする規定も新たに採用された。

改正前の法からは、ホーム監督官庁は、従業員に質問することができるとする旨の規定がのこされた。この規定によって、労働法上の結果を恐れずに自分に向けられた質問に回答できる従業員の権利が発生する。

運営者はこれらの措置を受忍しなければならない。さらに、監督官庁は、特定の専門領域について専門知識を有する者を審査に参加させることができる。これらの者には、とりわけ、医師や介護スタッフが含まれる。後見人も、ホーム監督官庁は審査に参加させることができる。参加した者は全員、守秘義務を負う。これらの者は、入居者の個人データを蓄積したり、第三者に譲渡してはならない（ホーム法第15条第2項）。

入居者もしくは情報提供者の同意がない場合でも、公共の安全および秩序に対して急迫する危険を防止するためにこれらの者の部屋に立ち入ることができる。

## 6. 協力関係の改善

関係者は二重作業を回避し、協力の効果を発揮するために（例えば、世話の質に対する要求および訪問の頻度に関連して）その作業を相互に調整するべきである。ホーム監督官と疾病保険のメディカル・サービスは共同審査について合意することができる。さらに必要な情報の交換および必要とみなされた監督措置に関する調整が行われることになる。関係者の相互信頼に基づいた協力作業は、結果として、ホーム内における介護の品質を含む世話の質の向上をもたらす。協力に関する規制は、介護品質保証法にある対応する準則によって根拠づけられる。

したがって、改正の中核は、ホーム法第20条の新規定、すなわちホーム監督官、疾病保険のメディカル・サービス、介護金庫および社会扶助運営者間における協力の改善に関する規定である。この規定は、関係機関に緊密な協力を義務づけている。協力命令が出された場合には、それは単にプログラムのものではなく、拘束力のある法的義務が生ずるのである。この命令は、とりわけ、相互の情報交換、審査活動について協力し、または品質保証のために必要な措置に関する申し合わせをすることによって実現される。関係者は、審査活動について協力し、事情によっては必要となる瑕疵除去のための措置について検討し、関係者がどのような時間的枠組みでどのような措置を講じるかを明確にしておくべきである。関係者がホームの審査を共同して、または分担しておこなう予定日に関する申し合わせをすることも審査活動の協力である。ホーム監督官庁が、例えば、介護ホームのなかで瑕疵を確認した場合には、そのホーム監督官庁は、監督措置を講じる前に、意思疎通のために介護金庫および社会扶助運営者に連絡しなければならない。

関係機関は、協力の本質的要素として、協力のために必要な情報およびデータを相互に交換する権利を有し、義務を負う。データおよび情報の交換がなければ、効果的な協力をおこなうことができないであろう。データ交換義務は、自ずと守秘義務がともなう（守秘委員会委員の義務に相応する）。データ交換義務は、データ保護法の規定によって側面から保護されている。この義務は、個人データの採取、処理および転送の場合におよぶ。したがって、個人に関するデータは、伝達される前に匿名化されなければならない。

ホーム経営には、入居者の尊厳および利益ならびに要求を妨害から保護することが要求される。すなわち、要介護者の場合には、介護医学の知見で一般的に承認されている水準に相応する介護が受けられることである。その限りでは、ホーム法および社会法典第11編においても同じように厳しい要件が定められている。ホーム監督官庁は、定められている要件が満たされているか否かを審査しなければならない。その際にホーム監督官庁は、要件を厳しくしたり、緩和することはできない。

協力してことにあたるについては作業共同体 (Arbeitsgemeinschaft) という法的に拘束力のある機構を整えることが望まれる。詳細な規制は、州法に委ねられている。ホーム監督官庁は独立した中立の機関であり、ホーム法の全領域にその専門管轄はおよぶので、作業共同体の議長および業務指揮をホーム監督官庁に任せるのが妥当である。しかし、州法で異なる規定をすることは可能である。関係者は、協力によって生じた費用を各自負担する。

## 第3部

### 痴呆介護 —新しい考えとそのあり方—

#### I. 導入

介護品質保証法 (PQsG) は 2001 年 9 月 9 日に制定され (連邦法律公報第 1 部 第 47 号 2320 ページ)、2002 年 1 月 1 日に施行されたが、これは在宅ならびに施設介護において、サービスの質を確保しさらに発展させ、消費者保護と国民の権利を守ることをより強めるための第一歩となるものである。

同じく 2002 年 1 月 1 日に施行された「通常以上の全般的な介護を要する要介護者の在宅介護における給付を補完するための法律」(2001 年 12 月 14 日制定、連邦法律公報第 1 部第 70 号 3728 ページ) 略称「介護給付補完法 PfIEG)」はこの課題を補足するものである。

#### 1. 出発点

現在、ドイツ国民のうち、約 196 万人が法定介護保険のサービスを受けている。そのうち約 135 万人が在宅介護、約 61 万人が施設介護である。

- 痴呆の要介護者は在宅介護で 55 万人 (約 45%) 近く、施設介護では 40 万人 (70%) 以上、合計で約 95 万人である。
- 要介護者のうち約 70% がアルツハイマー病、20% が脳血管性痴呆を患っている。残りの 10% は精神分裂病 (統合失調症) や躁鬱病などいわゆる内因性の精神障害や、薬物に起因する痴呆 (主としてコルサコフ症候群) に分類される。

それに加えて、介護保険法的前提条件を満たさないため公的サービスを受けていない痴呆患者もいる。その確かな数はわかっていない。

痴呆は年をとるにつれ急激に増加する。EU の共同研究 (ホフマン他、1991 年) では次のような結果が出ている。

年齢層 (歳)	痴呆患者の割合
65 ~ 69	1.4 %
70 ~ 74	4.1 %
75 ~ 79	5.7 %
80 ~ 84	13.0 %
85 ~ 89	21.6 %
90 以上	32.2 %

この有病率は、中程度ないし重度の痴呆のものである。EU で共同研究によれば、EU 加盟国の 65 歳以上人口における総有病率は約 7% である。

年間の新発生患者数はドイツでは約 20 万人である (ピッケル、2000 年)。予防と治療において持続的な進歩がなされない限り、中程度ないし重度の痴呆患者の数は今後 50 年間で倍増する。つまり、今の約 95 万人から 50 年後には 200 万人を超えるとされている (ピッケル、2001 年)。

「身体的な」面においてすら介護の質はすでに危機的状況にあるが、痴呆介護にいたっては、ドイツは (ある公益的な民間介護団体の著名な人の言葉を借りれば) 「発展途上国」でしかないのである。

## 2. 病像

痴呆 Demenz とは、脳機能の後天的な障害のさまざまな形態を包括した概念である。この言葉はラテン語起源で、「精神から離れて」「精神なしに」という意味である。その基本的な特性は「精神の能力を失うこと」と要約される。特に、記憶力、方向感覚、理解力、学習能力、判断力、思考力、言語に関わることが失われる。意識の混濁はない。これらの症状とともに、感覚や衝動や社会行動の変化もみられる。病状は進行性であり、しだいに自律した日常生活を営むことができなくなる。

初期においては、短期記憶と注意力に障害がみられる。さらに病状が進むと、すでに記憶された長期記憶の内容も失われ、これまでの人生で獲得した技能や能力をしだいに失うことになるいく。先に述べた通り、痴呆はふつう人生の後半に発生し、年をとるにつれてその有病率が増えていく。また、年齢以外の原因によっても痴呆は引き起こされる。

痴呆の主たる形態には、アルツハイマー病と脳血管性痴呆がある。世界中で研究され、ある程度の進歩はみせているものの、双方とも現在もなお不可逆性である。

### a) アルツハイマー病

アルツハイマー病はいろいろな意味で 21 世紀「ナンバー・ワンの病気」である。その特徴は、神経細胞とその連結の破壊が非常にゆっくり進行するという点にある。その破壊は、記憶や思考力にとって重要な脳のすべての部位に及ぶ。

病気の進行はそれぞれの患者によってことなるが、概して 3 期に分類され、それぞれ切れ目なく次の段階へ進んでいく。最初の発症から死に至るまでの期間は、平均で 7 年間である。

特徴としては、発症はひそやかで、ほとんど気づかれないうらいだということである。まず最初に、小さな記憶の欠落や気分の動揺がみられ、学習能力が衰え、反応が鈍くなる。ここで最初の言語障害が起こる。患者は簡単な言葉や短い文しか用いなくなり、文の途中で言いよどんだり、脈絡を失ったりする。空間的・時間的な方向感覚の障害も出てくる。衝動が弱くなり、しだいに新しいものへの関心を失っていく。この初期の段階では、患者は、自分の内面に起こっている変化を知覚している。したがって、多くの患者は、怒り、不安、屈辱、落胆などの反応をみせる。

中期には症状は顕著なものとなる。仕事や自動車の運転は遅くともこの時期までにはやめなくてはならない。患者は身の回りの手入れや食物の摂取といった日常生活においても他人の援助に頼るようになる。この段階で顕著なのは、強度の記憶障害である。近親者の名前もわからなくなり、時間や空間の感覚は失われ、言語は不明瞭で内容のないものになる。患者はもはや自分の感情をコントロールすることができず、突然の気分の動揺、興奮、鬱状態が強く起こる。

末期の患者は完全に他人の看護に依存することになる。家族ですらそれが誰か認識されず、言葉による意思疎通は不可能になる。歩行障害、嚥下障害、痙攣発作といった身体症状も増え、大小便のコントロールもできない。寝たきりになるため感染症の危険も高まる。患者は肺炎で死ぬことが多い。また、もっとも多い死因は、餓え、そしてのどの渇きによるものであるとされる。

アルツハイマー病の原因についての研究はまだ十分とはいえないが、今までにわかっているところでは、患者の脳の中に連続的な変化が起こっているということである。つまり神経細胞とその連結が破壊されているのである。これによって、脳の重量が減少する（脳萎縮）。さらに、脳内のタンパクの蓄積（老人斑、神経原繊維）や、記憶にとって重要な伝達物質（アセチルコリン）の減少も見られる。これらの変化が見られるといっても、発病の原因についての情報を与えているわけではない。したがって重要な研究の手がかりは、いわゆる危険要素を探すことである。

アルツハイマー病の発病に際し、遺伝的要素はあまり重要ではない。両親・子供・兄弟姉妹といったもっとも近い近親者に痴呆があっても、それがゆえに本人の痴呆の危険が高まることはほとんどない。頭部に重度の損傷を負った場合も、危険がいくぶん高まるにすぎない。

これに対し、精神活動はよい影響を与えている。ほとんど精神活動をしない人に比べると、知的職業に就いている人がアルツハイマー病にかかることはまれである。

## b) 脳血管性痴呆

脳血管性痴呆は脳の血流障害のため神経組織が破壊されることによって起こる。痴呆の度合いは、血流障害の規模による。

脳血管性痴呆の形態のひとつが「多発梗塞性痴呆」である。この原因となるのは、軽い脳梗塞を繰り返すことによって脳細胞が破壊されることである。臨床症状はアルツハイマー病とよく似ているが、さらに、耳が聞こえない、さまざまな反応が鈍くなる、痙攣する、などの身体的な症状を伴う。脳血管性痴呆の進行の特徴は、突然発病し、段階的に悪化し、1日のうちでも行動能力が揺れ動くということである。

主な原因としては、高血圧、心臓疾患、糖尿病、喫煙など、一般に血管の病気のリスクを高める要因があげられる。

### 3. 課題

遺伝子技術やバイオ医学によって医学的に「原因の段階から」アルツハイマー病や脳血管性痴呆を治すことに期待がかけられているが、その実現にはまだ時間を要するであろう。それまでの間は痴呆者とその家族は社会から疎外されてほおっておかれるのである。いま必要なことは、痴呆を病気としてとらえるのではなく、障害として社会が受け入れ、そのハンディキャップを埋め合わせることである。

ドイツ高齢者援護機構 Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) によれば、新たな知識によって、多くの場合、人間に中心をおいて「門戸を開いた」介護と世話を行うことによって、長期間にわたり、比較的快適に過ごしてもらうことが出来るようになることが望まれている。このことはまたしても家族や職業的介護専門員にとって「燃え尽きないために必要な、健全な気持ちと成功体験」をもたらすのである。KDA のクラウス・グロースヨハン理事長の言葉によれば、

その結果、「痴呆を減らす・・・痴呆患者の快適さを可能な限り保ち、家族を元気づけ、支援し、力づけ、職業的介護専門員の労働条件を改善して過剰な負担を防ぐために。

高齢化社会、つまり4～5世代が同時に生きている社会においては、痴呆との対決は避けられないことである。痴呆と関わることは、長寿社会という輝かしいメダルの裏面でもある。痴呆やその個人的ないし社会的な結果に不安を感じて排除しようと、あるいは痴呆の克服のための戦略を作ること課題としようと、いずれにせよ痴呆とつきあうことがわれわれにとっての宿命である。痴呆と適切に取り組むということは、多くの人にとってまだまだ十分に満足できるほどには受け止められていないが、それはわれわれの社会にとっての発展途上の課題なのである。われわれはまだその課題を正しく理解していないというだけのことなのである」。

最後に。痴呆は、それを患った人とその家族にとってまったくもってカタストロフなのである。顕著にみられるのは、痴呆にともなってしばしばみられる差別や介護する家族の自己卑下である。これは家族が短期間であれ長期間であれ、社会的に孤立してしまうことによる。



## II. 第一歩

介護給付補完法 (PfLEG) が公布された 2001 年春には、この領域に対するドイツ連邦保健省が果たすべき専門的・政治的な責任が公的な場において明確に確認されることとなった。

すべての関係者（連邦、州、政治家、介護団体）が、介護保険の準備と実行にかかる問題（たとえば今日において介護の質が明らかに低いことが一般的であるように）の規模を過小評価していたのである。このことは、連邦保健省のモデルプログラムのおかげで、根本的に変化してきた。

最初に述べた 2 つの法律、すなわち「介護品質保証法 (PQsG)」と「介護給付補完法 (PfLEG)」は、痴呆の要介護者の介護を持続的に改善するものである。

### 1. 介護品質保証法 (PQsG)

介護品質保証法には次の 2 つの中心的な目標があり、それらは互いに結びついて介護保険の発展を目指している。すなわち、

1. 介護の質を保証しさらに発展させること
2. 受益者の権利の強化

である。

これらの目標は、完全施設介護の領域においては、介護品質保証法と同時に制定された「ホーム法（障害者・高齢者のための施設における入居者の権利擁護に関する法律）」の改正法と密接に関わっている。これら 2 つの法律は（介護給付補完法と同様）2002 年 1 月 1 日に施行された。介護金庫・メディカルサービス (MDK) とホーム監督局との緊密な協働によって施設における介護の質を保証する、という目標において、相互に補完しあうものである。

介護品質保証法の詳細に関して、介護の質を確保するための背景説明は省略するが、ここでは介護品質保証法の幅広いスペクトルから、特に痴呆高齢者等の介護に重要な 3 つの新たな点について取り上げる。

#### a) 給付および質に関する取決め (LQV)

介護品質保証法において介護金庫と個々の介護ホームとの間の「給付および質に関する取決め (LQV)」を導入することにより、施設における痴呆者介護を改善するための重要な前提条件が作られた (SGB XI 改正第 80 条 a)。

給付および質に関する取決めの意味は、痴呆の介護にとっても、つぎの 3 つの原則との総合的な関連において理解されうる。これらは現行の SGB XI ですでに適用されていたが、給付および質に関する取決めで 3 つがひとまとめにされたものである。

- 第 1 の原則は、介護事業者の自己管理責任の原則である。介護金庫による保障の任務 (SGB XI 第 69 条) に関わらず、自分たちの施設における介護の質を確保し発展させる責任があるということである。これは SGB XI 改正第 112 条第 1 項に明文化さ

れている。

- 当事者の自己管理責任の原則に次ぐ第2の原則は、人員や設備の確保に関し、介護施設事業者自身が義務を持つということである。これは、当該施設内の要介護者の状況に応じ、適したサービスの量と質の介護を行うために、不可欠なものである(SGB XI 改第80条a第2項参照)。

給付および質に関する取決めで基準とされるサービスと質の重要な特徴は、基本介護・医療処置介護・身の回りの世話が特に必要であり、数の上でも能力の上でも必要な人員を確保すべきだということである。

立法者によれば、この規定は特に、部分施設介護ないし完全施設介護施設において、基本介護に加えて生活全般にかかわる全般的な見守りの必要性が高い痴呆の要介護者の利益となるべきものである。

- 給付および質に関する取決めにおいて契約として定められた基準は、契約当事者すべてに対し、報酬基準算定基礎となる(SGB XI 改正第80条a第2項第3段)。

#### b) 人員配置

この関連におけるもうひとつの重要な一步は、人員配置の法的な基準の具体化である。現行法においても、介護サービス供給契約当事者、すなわち

- 費用負担者の連盟(介護金庫の州連合会、社会扶助の運営者)
- 州内の在宅および入所介護施設の運営者の連盟

は、州レベルの枠組契約において「経済的でかつ給付に連動し、サービス提供の任務に対応した介護施設の人員配置に関する基準および原則」に合意が義務付けられている(SGB XI 第75条第2項第3号)。

これに対する補則(SGB XI 改正第75条第3項)によって、包括的契約の当事者に対する義務として明文化されたことは、

1. 介護要員の仲介や介護時間の算定に関する州レベルでの手続き
2. 州レベルの人員配置の基準値

について合意することである。

その際(法律の条文通りに言えば)、特別な介護を必要とする、精神障害・精神病・痴呆による能力障害ないしその他の神経系の病を持つ要介護者ひとりひとりを考慮しなければならない。

介護要員数算出手続についての合意に際しては、ドイツ国内でも試されて実証された国際的な経験を考慮しなければならない。人員の基準値は変動値として合意されうるもので、部分施設介護ないし完全施設介護においては少なくとも次のことを含む。

1. 要介護度ごとに分類した、施設入所者の数と介護要員の数(フルタイムに換算して)の関係(人員算定基準値)
2. 基本介護・社会的世話・医療処置介護の分野において付加的に必要な、介

護専門要員の割当て。

ホーム法に基づき公布された「ホームの人員に関する命令」については、いかなる場合もその効力を妨げられない。

#### c) 品質管理

社会法典第 11 編は、介護金庫の州連合会とのサービス供給契約を締結した介護施設に対してのみ、介護サービス供給の認可を与えると規定する（SGB XI 第 72 条第 3 項）。現行法で前提としているのは、認可介護施設（介護ホーム、介護サービス機関）が、効率的かつ経済的な介護サービスの供給を保証することである。効率性と経済性という 2 つの概念は、望ましい介護の品質を含むものである。

介護品質保証法によって、さらなる認可条件が導入された。つまり、介護施設は自らその内部において品質管理を導入し発展させることが義務づけられたのである。

内部における品質管理は介護の品質保証についての専門的な議論を呼び起こすこととなる。この議論からもわかるように、介護の質はそもそも介護施設の外部からの審査に任せるのではなく、施設運営者の自己責任とサービス供給者の共同責任において、自発的な取り組みとして内側から発展させなければならないものなのである。

ここでいう品質管理とはある種の総合戦略のことである。ここではすべての関係者の支援を得ながら、介護の質にかかわる様々な側面のうち特に

- 組織的な質
- プロセスにおける質
- 結果における質

の 3 点を中心に据えて、これらの改善と、要介護者・介護専門職・介護する家族が何を必要としているかを考慮することを継続的に追求すべきなのである。このこととの関連において特に重要なことは、職業グループやヒエラルキーや専門領域を超越した共同作業と、品質保証の努力によって達成されたレベルを、内部から、システムティックに、常に評価し再審査することである。品質管理の義務は、SGB XI 改正第 112 条第 1 項で明文化された、「介護施設が介護の質に関して負うべきもともとの責任」と、密接でシステムティックな関連が見られる。

SGB XI 改正第 80 条に則った、連邦レベルの合意との関連で保証されるのは、内部における品質管理に対する要求は、費用負担者の側（介護金庫等）から一方的に決められるべきものではなく、介護の自主的な管理に関わるもの同士の連邦レベルでの双方の取り決めに基づくべきものなのである。

介護施設内部における品質管理手続の導入により、痴呆介護の領域においてもまた、成果を求めるプラスの効果が期待される。

## 2. 介護給付補完法 (PfIEG)

介護給付補完法 (PfIEG) は財政的な理由により、サービスの改善は限られているため、痴呆介護についての課題に関しては、第一歩を踏み出したにすぎない。

a) 施策の必要性

連邦政府から提案された法律によれば、介護保険で使用可能な財源（年間約 2800 万ユーロ）は、施策の必要性がもっとも大きいところに集中して投入されなければならない。それは在宅介護の領域である。

ここでは、全般にわたり相当な介護の必要のある要介護者の介護状況の負担を軽減することが特に急務である。このことは特に、要介護者の介護家族に目を向けることである。家族は要介護者をひとりにしておけないため、介護や全般的な見守りや世話で一日中忙殺されている。

施設介護ではなく在宅介護を優先させるためにさらに必要なことは、将来の人口統計上の変化に目を向けることである。平均寿命が伸び続けることにより、65 歳以上の割合、特に居住人口における高齢者の割合が増えるとされている。このグループは痴呆を患う危険も高い。それと同時に、介護することのできる若年層が人口に占める割合が減少する。生活条件や家族関係の変化により、少人数の家族や単身世帯がさらに増えてくる。このような社会的な変化により、在宅介護はさらに困難になっている。それとともに不可欠なことは、早期から完全介護を要求することを避けるために、痴呆高齢者等の在宅介護を推進・支援するための、個々の必要性に応じた援助を、適切な時に十分に提供することである。痴呆による影響が、本人、介護する家族や介護専門職にとって耐え難いものではなくなるような、介護の工夫がなされるべきだということである。

b) 解決の手がかり

このような背景から、この法律は、痴呆介護者等、全般的な見守りや介護を相当に必要とする要介護者の在宅介護を推進・支援するための対策パッケージを計画している。介護する家族にとっては、過重な負担の軽減を早急になされる必要がある。要介護者自身にとっても、介護する家族の負担を軽減することによって、活動的にさせる質の確保された介護サービスが提供され、政治的・構造的に有意義な柔軟性が得られるべきである。詳細としては次のような対策が考えられている。

1. 全般的な見守りや介護を相当に必要とする要介護者に関しては追加的な給付請求権が導入された。それによれば、質を保証した介護給付を行うため、これらの要介護者の在宅介護においては、年 460 ユーロまでの追加給付を介護保険に申請できる。

2. 痴呆高齢者等、全般的な見守りや介護を相当に必要とする要介護者の介護のための新しい施策や体制を発展させるために次の 2 つを助成する。

a) 非職業的介護者（無償の介護家族や、ボランティア介護者）による介護の助成

これに補足ないし組み合わせるものとして

b) モデル・プロジェクトに対する助成

この 2 つに対しては、公的ないし民間の介護保険側と、州・市町村側の両方によって、合計で年に 2 千万ユーロが賄われる。これによって従前の介護保険のサービスを補足・支援するものとして、痴呆高齢者等全般的な見守りや介護を相当に必要とする要介護者、追