

200500105A

厚生労働科学研究費補助金
政策科学研究事業

サービス利用モデルを用いた給付実績分析による 介護保険政策評価研究

平成16年度（第3年度） 総括・分担研究報告書

主任研究者 田宮 菜奈子
(筑波大学)

平成17（2005）年3月

目次

I. 総括研究報告

サービス利用モデルを用いた給付実績分析による介護保険政策研究
田宮菜奈子

II. 分担研究報告

1. ドイツの介護保険の現状—家族介護者権利擁護・質の保証を中心に 田宮菜奈子
2. 介護給付実績・要介護認定情報・人口動態統計ならびに臨床登録情報を
活用した地域介護保険制度の社会経済学的検討
～ 介護予防の観点から見たサービスの効果性の検証 ～ 矢野栄二
3. 家族介護者における在宅介護継続可能性の判断とその関連要因 荒井由美子
4. ケアプランの質向上を目指した居宅介護専門員に対する学習活動の試み、
および居宅介護世帯の実態調査 濱田千鶴

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

IV. 研究成果の刊行物・別刷

平成16年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）
総括研究報告書

サービス利用モデルを用いた給付実績分析による介護保険政策研究

主任研究者 田宮 菜奈子 筑波大学大学院 人間総合科学研究科
ヒューマン・ケア科学専攻 教授

研究要旨

本研究は、3年計画において高齢者医療福祉制度の大転換であった介護保険制度開始2年目から3年間における実証データによる実績の評価分析、それに基づく施策への提言を、介護者である市町村行政との連携のもとで2600人の認定者データを対象として系統的・学術的に行った。最終年度では、2年間の追跡で不備のあった点の補強を含めた追跡調査データを整え、時系列データの分析を中心に実施し、総括を行った。具体的には、①サービス利用開始およびその後の決定要因、②介護度変遷への影響要因、③施設入所のリスク要因、④介護負担軽減への要因の4点に影響する要因を、給付実績・行政データおよび独自の調査に基づく多要因をもとに、社会経済学・行動学的モデルを用いて明らかにした。また、上記分析と並行して当初2年でドイツ・米国における高齢者医療福祉制度との比較を行った結果、最重要と考えられたドイツの介護保険における家庭介護者擁護システムについて、最終年度で、現地視察を行い、詳細を明らかにした。さらに、当初2年度で開発した評価アウトカムとして重要である介護負担尺度短縮版を用いた実証研究も行った。

分担研究者：

帝京大学医学部 衛生学公衆衛生学
矢野栄二

国立療養所中部病院 国立長寿医療センター研究所 長寿看護・介護研究室
荒井由美子

鹿児島県串良町役場 福祉課 福祉係
濱田千鶴

A. 研究目的

平成16年度は、高齢者医療福祉制度の大転換であった介護保険制度開始2年目から開始した当研究の最終年度であった。当年度では、初年度および次年度において整備した、市町村行政との連携のもとで得られた2600人の認定者データをもとに、死亡者の追跡も加え、3年間における実証データをコホートとして整備し、分析研究のまとめを実施した。具体的には、①サービス利用開始およびその後の決定要因、②介護度変遷への影響要因、③施設入所のリスク要因、④介護負担軽減への要因の4点に影響する要因を、給付実績・行政データおよ

び独自の調査に基づく多要因をもとに、社会経済学・行動学的モデルを用いて明らかにすること、ならびに、⑤ドイツ・米国における高齢者医療福祉制度との比較では、当初2年度の研究結果から最重要と考えられたドイツの介護保険における家庭介護者擁護システムについて、実地調査により、詳細を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

本研究班初年度では、市町村と連携のもと正当な手続きによって行政データを共有し、2600人の認定者を対象とした介護保険開始時からの全レセプトデータをもとに、われわれ独自の方法によりデータベースを作成した。これに、行政データに含まれていない家族項目を中心にしたアンケート調査（初年度に実施）、コホートにおける脱落者把握のための人口動態統計調査（第2年度に入手）、介護保険見直し時における追跡調査（初年度に当班で開発した簡略版介護負担尺度を含めて、最終年度に実施）をリンクさせ、断面調査においては、サービス利用開始、サービス利用量、施設入所率、Zarit介護負担尺度を上述のそれぞれの目的に対する従属変数として、独立変数にはサービス利用モデルに含まれる要因（入手が困難である所得レベル、サービス提供側の要因としてわが国独自の制度であるケアプラン作成者の属性も含んだ）、を含み、多重ロジスティック分析および重回帰分析など疫学的手法により影響要因を明らかにした。また、時系列分析においては、介護度の変遷、サービス利用の変遷、介護負担度の変化を従属変数として同様の分析を行い、さらに、介護保険利用の推移については、社会実験ともいえる介護保険導入時に実施された3段階の保険料発生（無料、半額、全額）の利用変遷への影響を、AICを用いて明ら

かにした。ドイツの介護保険制度については、当初2年間の文献情報に加え、最終年度は実際にドイツの介護保険関連機関を訪ね、要介護度調査・サービスの調査にも同行し実地調査を行った。

C. 研究結果及び考察

①サービス利用開始およびその後の利用への決定要因 においては、独居者や経過措置などの低所得者対策および高所得者であることが利用開始およびその後の利用においても有意な影響を及ぼしていた。また、家族形態によってサービス利用が異なり、的確なニーズの把握には、家族情報の把握が必須であると考えられた。経過措置は利用促進効果が強かったため、今後の経過措置廃止の影響を、とくに低所得層において継続的に分析していく必要があると考えられた。また、ケアプラン作成者の所属により、ケアプランに含む利用サービスが質・量ともに異なることが明らかになった。また、3段階の保険料発生の影響は、女性利用者においてのみ、段階別発生に伴い利用が増加しており、保険料発生による権利意識によって利用が促進された可能性が示唆された。

②介護度変遷への影響要因においては、性別・疾病ごとに変遷タイプが異なり、疾病別の介護予防対策の実施の重要性が示された。また、介護度変遷には1) 家族の要因が大きく、配偶者（妻）が介護している場合には男性の介護度低下が有意に少なかったこと、2) 利用サービスの比較では医療系サービスの方が福祉系サービス利用者に比べて介護度悪化率が有意に低かったことが明らかになった。介護度変遷においても家族介護の要因は大きいこと、また各種サービスの質の検討（特に福祉系サービス）が重要であると考えられた。

③施設入所のリスク要因については、低所得・独居であることが利用の最大要因となっており、ホテルコストをカバーしていた介護保険においては、施設入所が相対的に在宅より安価であったと考えられる。今後の施設コスト見直しの影響に対し、適切なニーズが充足されるか検討が必要である。

④介護負担への要因 断面調査では、介護度が最も大きな介護負担決定要因であるが、介護者の性別年齢によっても異なることが示された。また、ザリット介護負担尺度の日本語版妥当性を明らかにした荒井は、本研究班において、短縮版を作成し妥当性を検証し、さらに実際に用いた研究を行い、今後の追跡調査への基礎を築いた。

⑤ドイツ・米国における高齢者医療福祉制度との比較国際比較においては、アメリカのNational Long-term Care Surveyデータを入手しての分析や、ドイツの介護保険制度の文献調査などを第1・2年度で実施した。その調査結果および2年度までに明らかになった前述の分析結果を加味すると、ドイツの介護保険における家庭介護者擁護システムが、現在のわが国にはなく、かつ検討すべきこととして重要であると考えられた。そこで、最終年の実地調査においては、ドイツの制度が介護者擁護に対して充実していること、サービスの質の保証を法的に重要視していること、それでも財政の悪化から、給付条件は厳しくなっていることが明らかになった。

D. 結論

介護保険は、全体にはサービス利用を促進し、保険であることの権利意識も利用者に生じていることも示唆され、一定の効果があったと考えられる。しかし、本調査を通

して最も重要なサービス利用決定要因であった家族介護者の要因については、要介護認定調査に含まれていないことから、行政で情報を把握できていないことは、適切なニーズの把握のためにも、改善を要すると考えられる。また、施設入所のリスク軽減、介護度悪化軽減に家族の果たす役割は大きいことが結果で示され、また、家族の介護負担感の要素がケア継続の決定に大きいことも明らかになった。家族の介護が基本であったわが国においては、介護の社会化を図る上でも、家族介護者の存在は重要であり、ドイツのような家族介護者に対するなんらかの対策（現金給付のみでなく社会保障、労災補償など）がわが国でも必要であると考えられる。さらに、サービスの質の保証はわが国では各種試みが始まったところであるが、サービス提供事業所属性やケアプラン作成者の属性によりサービスの質が異なることが調査結果から明らかになり、体制整備が急務であろう。

このように、介護保険開始から見直しの時期にあたる継続データを分析できたことにより、各種の課題が明らかになった。これは、全レセプトが電算化され、市町村との協力により入手できたことによる寄与が大きく、医療保険においてはいまだ困難なことである。今後、この3年間で得たヘルスサービスリサーチ手法をもとに、介護保険給付見直し後についても、継続してデータ整備分析を続け、実証データによる政策評価を継続していきたい。

E. 研究成果 別紙参照

F. 健康危険情報
特記すべきことなし

ドイツの介護保険の現状—家族介護者権利擁護・質の保証を中心に

報告者（分担研究者・主任研究者）

田宮 菜奈子

筑波大学大学院 人間総合科学研究科

研究協力者

ジーバース 能里子

筑波大学大学院 人間総合科学研究科

研究要旨

1995 年から施行されているドイツ介護保険は、幾度かの改変を経て今年施行 10 年目を迎え、介護保険の直面する問題の先例を提供しているとも考えられる。日本の介護保険は、ドイツ連邦共和国の介護保険を参考に立案されており、ドイツ介護保険が現在取り組む問題点を明らかにすることは、日本における介護保険改善に資するものであると考えられる。本報告は、現地視察・インタビューにより、ドイツ介護保険に関連する問題項目を明確化することを試みたものである。また、ドイツで行われている介護の質審査の現場を報告し、さらに、介護者の事故保険適用条件について、現地研究者からの情報収集、文献検索により明らかにすることを試みた。

その結果、ドイツ介護保険法は、現在主に、介護者・要介護者の権利擁護・介護保険の経済的運営に関連する問題に直面していることが明らかになった。現在、介護の質審査を推進してゆくことによりこれらの問題に取り組んでおり、また、多職種間の意見交換により、実際的な対処方法が検討されていることが明らかになった。また、介護者の事故保険適用条件がより明確になった。

A. 研究目的

日本の介護保険は、ドイツ連邦共和国の介護保険を参考に立案されている。1995 年から施行されているドイツ介護保険は今年施行 10 年目を迎え、介護保険の直面する問題の先例を提供しているとも考えられる。

本項では、現地視察・インタビューにより、ドイツ介護保険に関連する問題項目を明確化することを試みた。また、ドイツで行われている介護の質審査の現場を報告する。さらに、介護者の事故保険適用条件に

ついて、現地研究者からの情報収集、文献検索により、明らかにすることを試みた。

B. 研究方法

I. 現地視察

I.1. ドイツ キール大学 ヨーロッパ社会保険・社会政策研究所 イーグル教授 (Prof. Gerhard Igl) を訪問し、ドイツ介護保険に関する情報収集・質疑応答を行った。

I.-2.ドイツ ハンブルグ市 MDK (Mdizinischer Dienst der Krankenversicherung:健康保険認定機関)の介護保険部門を視察し、介護レベル変更認定の訪問に同行。

I.-2.-1)介護保険部長エルケ モーア医師訪問、情報収集を行った。

I.-2.-2)一障害児の介護レベル変更認定同行視察

I.-2.-3)一高齢在宅要介護者ならびに一高齢施設入所要介護者の介護レベル変更認定同行視察

I.-3.ドイツ ハンブルグ法医学研究所 プッシュェル教授訪問、情報収集を行った。

I.-4.ドイツ ハンブルグ警察本部 医療過誤・介護過誤特捜部を訪問し、情報収集を行った。

I.-5.ドイツ ハンブルグ市 MDKによる、介護事業者の介護の質監査に同行し、情報収集を行った。

II. 文献レビュー

在宅介護者が加入する事故保険において、どのような状況で保険適用が行われるのか、文献検索を通して明らかにした。

C. 研究結果

I.-1.ドイツ キール大学 ヨーロッパ社会保険・社会政策研究所 イーグル教授 (Prof. Gerhard Igl)を訪問し、ドイツ介護保険に関する情報収集・質疑応答の内容は以下のようなものである。

(1) 介護者の事故保険について

連邦レベルで規定された職業病に関する省令 (Berufskrankheiten - Verordnung (BKV)) (資料 1)をもとに、各一般企業の労働者が所属する職業組合 (Berufsgenossenschaft)ならびに州労災組合 (Landesberufsgenossenschaft)が健康障害の成立に関する定義を設け、これらの組合が鑑定に携わり、指定医が職業病の診断を行う。職業病の定義には、たいいてい長期の従事と明確な因果関係の成立が記載されており、その健康障害を予防する手段に関する指導と実践が前提とされている。在宅介護の場合、現金給付を受ける要介護者が自由意志によりその介護を近親者 (家族) にゆだねるという形態になるが、たとえば、介護者が腰椎椎間板ヘルニアを罹患した場合、それが職業病の認定を受けることはまずない。つまり、家庭介護者には、事故保険加入の権利はあるが、鑑定機関である労災組合のような組織は存在せず、その因果関係の成立に関しても立証が困難である。また、家族介護者に対して、介護金庫により介護講習・介護指導などの学習機会が提供されている (社会法典 XI-介護保険、第4章 介護保険給付、第3節 給付、第1部 在宅介護給付) の中に、月一回の助言指導が要介護者の義務として明記されており、介護度ⅠⅡでは一回16ユーロ、介護度Ⅲでは一回23ユーロが介護金庫から支払われるとされている。(資料 2)が、実際請求率が低く、家族介護者が十分な予防手段を講じているとは言いがたい状況である。もちろん、介護中にその健康障害が生じた場合は事故保険がその治療費の支払いに携わるが、

職業病認定の対象にはならない。また、その健康障害が継続的、長期の治療を要する場合、健康保険による障害年金支給を受けることができる。

(2) 介護保険の改善に関する連邦レベルの企画（円卓意見交換：Runder Tisch）

（<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen.did=16378.html>）（資料 15）

2003 年 12 月から、訪問介護・施設入所介護・官僚主義排除・要介護者の権利擁護の 4 テーマを主として、介護現場に関わる様々な職種が意見交換を行う場が設けられている。

訪問介護に関しては、第 3 者機関である MDK により行われる介護事業者の提供する介護の質の監査ならびに指導に関する意見交換が主に行われている。2003 年より、介護保険法 11 章「質の保証と、その他の要介護者擁護を目的とした規定」、§ 118 節「介護監査にあたる者の監査と助言に関する権利省令」（資料 10）により、介護の質監査と助言に関する規定が明文化されているが、権利原則の記述に欠け、実際の法的強制力を欠いている。

施設入所介護の分野では、介護の質の統一的な保証が問題となっている。つまり、現在施設入所介護の質監査には、介護保険をベースに州レベルで活動する MDK と、施設法（Homegesetz）をベースとした群・市レベルの行政機関が独自の方法で携わっており、その評価基準などが統一されて折らず、混乱と不経済を招いているといえる。これらの一歩化を図り、連邦レベルで統一された介護の質保証を達成する方向性など

について意見交換が行われている。

官僚主義排除をテーマとする円卓会議では、介護領域において、管理経費の節減をいかに実現してゆくかという課題に取り組んでいる。また、要介護者の個別性を重視した介護のあり方について討議されており、たとえば、MDK により行われる介護認定の際に、介護者の過労や、要介護者の孤立などの個別の要因も寛容に認め考慮することが検討されている。

要介護者の権利擁護に関しては、介護の質保証などに加えて、要介護者の治療選択権の保障などを課題として意見交換が行われている。

(3) 介護者ならびに高齢者の健康維持に関する項目

介護者の健康維持に関するものとして、先にあげた社会法典 XI-介護保険、第 4 章 介護保険給付、第 3 節 給付、第 1 部 在宅介護給付（資料 2）の中に、月一回の助言指導が要介護者の義務として明記されており、これを通して介護者は適切な介護行動などの指導を受けることになる。さらに健康維持・疾病予防に関しては、健康保険がその多くの給付を行っており、リハビリテーションも健康保険給付である。

高齢者を対象とした「将来的に要介護者にならない」ための予防的健康維持活動では「活性化」をスローガンとしたプログラムが提供されており、健康保険と年金保険が給付を行う。この「活性化」という概念は、要介護者の介護活動に対しても「活性化を目的とした介護」として提唱され、要介護者の QOL 向上と ADL 拡大を目的とした積極的介護に重点が置かれるようになっている。

(4) 介護施設に関して

老人介護ホーム：1995年の介護保険導入前は、老人ホーム入所は希望すれば可能であったが、現在は要介護者が最優先される。施設法に則りその管理経営が行われ、65歳以上を対象とし、その平均年齢は80歳である。介護保険の導入により、医師は常時勤務ではなく、必要に応じて往診が行われる。

ドイツの介護保険は全世代を対象としており、その対象となる要介護者の発達段階に適した入所施設の設備が必要とされる。たとえば、障害児者の介護施設は介護を受ける居住環境に加え、医療施設の特徴を備えており、治療教育師が常勤する。

ドイツの施設数は日本に比べて多く、ハンブルグには151の老人介護施設が存在し、340の訪問介護事業所が存在する。

医療施設（病院）からの早期退院、介護施設介護への移行により、行政の社会扶助負担の削減と病院内の要介護者の負担減の達成が推進されているが、医療施設と介護施設をつなぐ中間施設の必要性が指摘されている。また、オーストラリアのシステムである包括報酬制度の導入も検討されている。

I.2.ドイツ ハンブルグ市 MDK (Mdizinischer Dienst der Krankenversicherung:健康保険認定機関)の介護保険部門を視察し、介護レベル変更認定の訪問に同行。

I.2.1) 介護保険部長エルケ モーア
医師訪問時の情報収集の内容は以下のようである。

(1) 介護者の資格

介護保険に携わる職種の資格取得に関して、その責任機関が連邦(看護職・介護職)、州(医師職)と異なり、特に、介護職に関しては2004年から、3年間の研修期間が義務付けられるなど、まだその資質確保の過渡期といえる。看護職に関しては、約6年前から、オスナブリュックの専門大学に8ゼメスター(4年間)の大学教育機関が設置され、専門職水準(スタンダード)・看護水準設定・褥創予防看護・疼痛セラピー・早期退院促進などをテーマに大学レベルの研究が行われるようになった。しかし、ドイツの看護職は従来、実習に重点を置いた職業養成機関によって養成される専門職であり、学問としての認識はドイツではまだ低い。看護師集団は10年前から、連邦医師会に匹敵する職能集団(Kammer)の設立を試みているが、未だ達成されていない。

(2) 介護保険第5改正法

要介護者の個別ニーズに対応してゆく一方法として、サービスのあり方を検討する動きがある。社会扶助と介護保険の両者のサービスを結合した形で金券(Pflegegutschein)を発行する。従来の現金給付・現物給付・混合給付に加えて用途の多様な介護金券を総額予算内で提供し、個人のニーズに適用した介護給付の提供を目指すものである。これは、介護保険第5改正法で提唱され、現在フライブルグ大学のクリー教授の下で「介護予算(Pflege Budget)」モデルプロジェクトが進行している

これは、先に述べたオーストラリアの包

括報酬制度をモデルとしている。

(3) 介護過誤(Pflegefehler)

不適切な介護による健康障害が生じた場合、MDKあるいは施設監査局のチェックのもと、事業者に対して介護報酬の返還が求められる。このような事態が生じることを未然に防ぐために介護の質監査が行われるが、一方で、要介護者自身の積極的な関与が求められている。つまり、自分自身が受けている介護に疑問を感じた場合など、介護金庫あるいはMDKに積極的に報告し、質のチェックが行われるようにするべきであるとされている。在宅介護

の場合、MDKの介護の質監査は、要介護者自身、あるいは担当医師の介護金庫への報告があった場合のみ行われる。家族による在宅介護の選択は、あくまで要介護者の自由意志によるものであり、家族介護者の介護方法・介護の質向上には、家族介護者の意識を高め、より高度な介護が提供されるように指導してゆく必要がある。

介護過誤の中で一番頻度が高いのは、脱水と栄養不足である。多くは、担当医により報告され、MDKの監査、指導が行われる。

(4) チューブ人工栄養(PEG Sonde)を行っている要介護者の介護

弾力包帯交換など医療専門技術を要する治療に関しては健康保険がその費用を支払う。チューブ人工栄養の場合、介護施設でその管理が行われるが、包帯交換は健康保険負担、人工栄養分は介護保険負担である。過去、連邦社会裁判所にて人工栄養を行っている要介護者の介護費用分担に関して裁

判が行われ、先例とされているが、このような費用負担に関するトラブルはかなり存在すると思われる。

包括的な介護を目的として、一般的治療と介護活動を分割している現行のシステムの変更が2007年を目途に試みられている。

(5) 介護度の変更

要介護者の介護度の変更は、介護者あるいは要介護者自身の申請によるものと、介護金庫からの申請によるものがある。これらの要請を受けて、MDKが第2回目の認定審査を行う。認定審査はMDSから発行されている認定審査の手引書(資料11)に従い行われる。介護金庫からの要請は、混合給付を受ける在宅介護の要介護者の場合が多い。つまり、混合給付の場合、現金給付の割合が介護者の年金保険算出に影響が大きいため、チェックシステムがある。介護度の変更申請には、在宅介護者の健康状態や、子どもの出産なども考慮される。第2回目の介護認定作業は、ほぼ1時間を目途として介護が行われている現場(家庭・施設)において行われる。MDKには、2名の小児看護師と2名の小児科医が常勤しており、小児を対象とした介護認定に当たる。現地でのインタビュー、話し合いが終了した後、これらの認定者は約2週間を介護認定書類作成作業に当てる。認定結果に関しては、通知され、介護者あるいは要介護者はそれに対して不服申し立てを行うことができ、この場合、別の認定者が再認定に当たる。

I.2.2)一障害児の介護レベル変更(介護給付形態変更)認定同行視察

要介護者は、現在 9 歳の女兒であり、乳児期に心臓疾患の手術を受け、長期入院。脳障害による行動障害、歩行障害、言語障害がある。2 年前、7 歳時に第一回の介護認定が行われ、介護度Ⅲと認定されている。混合給付を受けているが、現行の現物給付では不足となり、給付形態の変更が必要となった。

自宅居間にて、介護認定プロトコールにしたがって、約一時間のインタビューが行われた。小児の発達段階の評価に必要な情報収集、介護者が行う在宅介護の項目がインタビューを通してチェックされ、介護環境のチェックが行われ、介護者の現状報告が行われた。現在、養護施設への通学補助、介護事業者の訪問などの現物給付を受けているが、これらの現物給付以外に、買い物の間近所の知人に子どもの世話を頼み謝礼を支払うなどの事態が生じるようになり、給付比率を変更する必要性の説明が行われた。

小児の場合、発達段階の評価が重要であり、健常児との比較において介護度が決定されるが、これに加えて、介護場面において発達を促進することを目的とした介護方法について説明を行うなど、認定現場においても専門知識が必要とされる。

I・2・3) 一高齢在宅要介護者ならびに一高齢施設入所要介護者の介護レベル変更認定 同行視察

(1) 施設入所要介護者の介護レベル変更認定

介護施設にて介護に当たる介護者より、介護度変更の申請が行われた。居住環境は、

家庭から持ち込まれた家具や置物などで構成されている。要介護者は車椅子を使用しており、トイレ、バスルームとも車椅子で使用できるように設備されている。見当識悪化が見られ、介護度の変更が必要となった。

(2) 在宅要介護者の介護レベル変更認定

要介護者の住居は、アパート内に介護士が居住しており、排泄行動の援助など定期的に訪問を受けている。また、必要時にはベルを用いた呼び出しが可能となっている。食事は、近くの介護施設から配達され、週一回施設にて入浴している。息子が近所に居住しており、食料品などを購入し、毎日訪問している。

視力の低下が進み、部屋でほとんど一日中座位で過ごすようになり、介護度の変更が必要となった。

上記両ケースでも、小児の認定場面と同様現在の介護提供状態、介護度変更の必要性に関する情報収集が穏やかに行われ、成人要介護者の場合、可能な限り、要介護者本人からの発言を促していた。

I・3. ドイツ ハンブルグ法医学研究所 プッシェル教授訪問、情報収集の内容は、 以下のものである。

(1) 褥創

褥創は介護保険の対象となる要介護者に多く見られる介護問題のひとつである。その予防・早期発見、早期治療が治療面でも経済面でも最も効果的な手段であるにもか

かわらず、その発生は後を絶たない。法医学の分野では、褥創の持つ意義は多様である。褥創の発生が在宅介護に携わる家族・あるいは施設介護者の不適切な介護によるものか、暴力がその背後にあるのか、死亡例では褥創を原因とする敗血症などによる過失致死であるのかなどの疑問に答えるために、司法解剖に当たることになる。これらの情報は、警察、連邦裁判官にも重要なものとなる。

ハンブルグで死亡者の司法解剖の標準化が可能であるのは、死亡者の65~70%が火葬にされ、火葬前の検死が法的に義務付けられているからである。

ハンブルグの病院・介護施設を褥創発生を指標とした介護の質保証の視点で評価すると、褥創予防率は50%に留まるという事実が指摘できる。現在3ヶ月ごとに設けられる介護保険に関する「円卓会議(Runder Tisch)」は、この問題に対する積極的な共同の取り組みを提案し、推進してゆくために大変有益な場である。円卓会議は介護保険に関与する多様な施設、たとえば、病院・介護士・老年介護施設、ハンブルグ介護協会・介護の質監査に当たる役所・健康保険金庫・介護金庫・MDK・保健省・その他の役所・法医学などの関係者が参加しており、これらの多様な関連施設の協力的取り組みを実現している。この円卓会議の目的は、要介護者の状況を改善することを目的としており、各自が責任逃れをすることなく、積極的に問題解決に取り組むという成果をもたらしている。その成果の一つとして、ハンブルグのアルベルティネンハウス(介護施設)と法医学研究所の共同症例研究により、2002年に褥創発生の主な危険因子

が明らかになった。

不適切な介護により発生し、進行した褥創による死亡例と考えられた症例でも、その困難な因果関係の立証ゆえに刑罰にいたることはほとんどない。37症例のうち2症例が罰金刑と処されている。

しかし、最も重要であるのは、死亡者の司法解剖を標準化することによって得られた統計量や診察所見を、褥創発生の予防・介護の質向上につなげてゆくことである。

法医学研究所では、年間約18,000人の検死を15名の医師が担当している。褥創発生と進行による死亡が疑われた症例は、1998年には4.1%であったが、2003年には1.8%に減少している。

(2) DV と 小児虐待

DVの犠牲者の診断に当たっており、2003年には1200症例の調査を行った。小児虐待の診断・調査も行う。

(3) ペースメーカー機能の検査

5年前より、火葬前の検死時に心臓ペースメーカー機能の調査を行っており、2年前からは閉胸状態で検査を行うことができるようになった。心臓ペースメーカー装着の患者にとって重要であるのは、装着後の適切なりハビリテーション、医師による指導であることを指摘している。(資料 3)

I.4.ドイツ ハンブルグ警察本部 医療過誤・介護過誤特捜部を訪問し情報収集を行った内容は以下のようである。

(1) 活動

医療過誤・介護過誤が疑われる場合、司法医から連邦裁判所と警察担当部局(ハンブルグでは 72 部局)に連絡が行われる。連邦裁判所との共同作業の形態で、家族あるいは介護事業者からの事情聴取、証人の捜査、介護記録やカルテの収集、他州の医師による客観的診断の要請などを行い、立件してゆく。検死解剖が行われるがその際の鑑定医は、死亡原因との関連でリスト化されている。証拠物件の入手は大変困難で、法医学教室検死医の報告、写真撮影が主となる。

自然死の場合、死亡後 24 時間以内に死亡診断書が作成されるが、介護過誤による死亡例では、その死亡原因が明確でない場合死亡診断書を作成することができない。死亡診断書がないと埋葬許可が下りず、早急に調査、立件を進めなければならない。

介護過誤に関して、ハンブルグでは警察に特殊捜索部門が設置されているが、例えばシュレスビッヒホルシュタインでは、MDKならびに監査の行政機関であるホーム監督局が担当するなど、州によって異なる。ハンブルグでは、1995 年の介護保険成立までは、介護過誤のケースが発生するたびに特捜班が結成されていた。特捜班が常設されるようになって、介護過誤・医療過誤が包括的に把握されるようになった。

(2) 介護過誤

介護過誤で、褥創が関連した死亡例では、複数の介護者が関与している場合が多く立件が極めて難しい。平均して、年間 50 例程度の通報があるが、そのうち 20 例近くが誤報、5~6 例が褥創、10~15 例が施設における虐待による身体的障害、4~5 件が過失

致死である。過失致死の内容は、暴力、薬物による鎮静、放置、脱水などが挙げられる。

(3) 虐待・暴力

介護者による暴力・虐待に対する通報は一日に平均 1~2 例みられる。刑事告発に発展した場合、傷害事件担当刑事の領域となるが、刑事告発に発展することがないように予防指導してゆくことに重点がおかれている。また、通報される暴力、虐待は、施設勤務の介護者によるものが大半であり、施設勤務介護者の労働条件が過酷であり、オーバーワークによるストレスから暴力に発展するケースが多い。

(4) 拘束

要介護者・患者の自由な体動を制限する拘束は、民法の中で規制されている。また、施設介護場面での適用には、裁判官の許可が必要となる。介護者は、要介護者の拘束を行った場合、介護記録にその状況と方法を詳細に記録しなければならない。

(5) 介護記録の重要性

介護記録は、介護者の介護活動を証明するものであり、その詳細且つ正確な記述が求められる。介護の質監査の際にも、介護記録の重要性が強調され指導される。

この記録に基づいて、3~4 回/2~3 ヶ月の頻度で、MDK・施設監督局・介護事業者・警察のメンバーとする介護カンファレンスが行われる。現在のこのカンファレンスのテーマは「介護に携わる家族の支援:知識不足のために生起する介護トラブルを回避する」である。

I.-5.ドイツ ハンブルグ市 MDKによる、介護事業者の介護の質監査に同行し、情報収集を行った結果を以下に記述する。

(1) 介護の質審査の法的基盤

介護の質審査に関するMDKの手引き (MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität) (資料 9) に従い、在宅の要介護者の介護にあたる介護事業者の介護の質監査が行われる。

この手引きは、介護保険法 第 7 章 § 80 介護の質の保証と向上のための原則 (SGB XI - Soziale Pflegeversicherung - Siebtes Kapitel Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern Viertes Abschnitt Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung § 80 Masstabe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität) (資料 4) に規定されている契約に基づき作成されている。

介護の質審査の内容は、介護保険法 § 71 介護事業経営の条件 (SGB XI - Soziale Pflegeversicherung Siebtes Kapitel Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern Zweiter Abschnitt Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen § 71 Pflegeeinrichtungen) (資料 5)、介護保険法 § 4 介護給付の形態 (SGB XI - Soziale Pflegeversicherung - Erstes Kapitel

Allgemeine Vorschriften

§ 4 Art und Umfang der Leistungen) (資料 6)、

介護保険法 § 37 在宅介護の際の給付 (SGB XI - Soziale Pflegeversicherung - Viertes Kapitel

Leistungen der Pflegeversicherung

Dritter Abschnitt

Leistungen

Erster Titel

Leistungen bei hauslicher Pflege

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen) (資料 7)

介護保険法 § 80a 施設介護における介護給付と介護の質に関する条文 (SGB XI - Soziale Pflegeversicherung -

Siebtes Kapitel

Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Vierter Abschnitt

Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung

§ 80a Leistungs- und

Qualitätsvereinbarung mit

Pflegeheimen) (資料 8) などに定められた項目に関して、作成されたものである。

MDK の全国的統合組織である MDS (Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkasse e.V.)

より発行されている審査手引書(資料

11) (<http://www.mds-ev.org/index2.html>)

(<http://mds-ev.org/pflegevers/pflegebegutachtung/beguttrili.html>) に従い、審査項目の作成が行われている。

(2) 介護の質審査の流れ

介護の質審査は、2日間に渡り、2名のMDK職員(主に、看護師・介護士)により実施される。この2名は、常にチームとして介護の質審査を担当している。

MDKは、介護の質審査の実施の旨を、対象介護事業者に前もって連絡し、同意書を回収する。この選択は、無作為に行われる。

介護事業者は、審査の行われる日までに要求された必要書類を作成し、介護記録の提示の準備をする。審査員の書類審査のために、事業所内の一室が提供される。

審査一日目：審査員は、介護事業所を訪問し、介護事業所責任者からの口頭の情報収集、提出された資料の審査、介護事業所内の審査が午前中の3時間を用いて行われた。提示資料には、介護事業者独自に作成された介護活動の手順、活動の目的、事業所に所属する介護従事者のリスト、勤務表、各従業員の署名リスト、介護記録、その他の申請書類(各介護金庫に提出する書類など)などが含まれ、これらの資料を基に事業所の経営管理の状態を審査する。

介護事業所内の審査では、薬物管理の状態、担当要介護者の個人情報を含めた介護記録保管の状態と保管方法のチェック、委託されている要介護者の居室の鍵管理の状態、介護用品の保管・管理・種類の確認、介護活動に当たる被雇用者の継続教育に必要な書籍・雑誌などの整備状況、職場環境などがチェックされ、不備な点はその場で指摘され、指導されていた。(例：不必要となった内服薬、外用薬が介護事業所内に保管されていた。これらの薬品は、即時薬局にて、処分されなければならない。)

午後は、介護事業者の担当する在宅要介護者を訪問し、介護現場での審査を行う。この審査には、主に介護に対する評価・満足度を含めた要介護者からの情報収集、居住環境のチェック、与薬方法・薬物管理の方法、鎮静薬などを使用した場合の効果の確認方法、ADL拡大などを目的とした介護方法の確認、食事形態の確認、水分補給の確認、要介護者の個人的ニーズの把握の程度、介護記録の確認、食料品のストック量、賞味期限の確認、要介護者の皮膚の状態チェック、基本的看護技術の確認、介護に当たる介護者間、あるいは家族を対象とした連絡ノートの適切さ、などの項目が含まれる。審査員はそれぞれ2名の要介護者を在宅訪問し、合計4名の要介護者を訪問し審査に当たる。内服薬処方がある場合、介護者は担当医師と面会し、与薬方法・頻度・与薬量などに関して確認する。内服薬が要介護者に自己管理されている場合、安全確実な内服が行われるための介護が問われる。朝の訪問の際、一日分の内服薬が一回分ずつ分割され、要介護者の視力を考慮した記述方法でメモを作成する。訪問毎に内服の確認が行われチェックされる。水分摂取に関しては、要介護者の嗜好に適した飲料が用意されていること、一日摂取量の目安と、どのような頻度で水分摂取を促すかなどの項目が詳細にチェックされる。

血圧測定に関して、要介護者の最高値、最低値が把握されていること、以上の際の対応方法について認識されていることなどが確認される。

審査2日目：審査員は、再度介護事業所を訪問し、午前中の3時間は、手引書に従

った提示書類のチェック、前日の在宅要介護者の訪問結果に関する話し合い、介護記録の詳細な検討に費やされた。介護記録の正確な記述方法に関するチェックがされ、「頻回に十分な水分摂取を促す」などのあいまいな記述、不明確な署名・署名の欠如、従事時間の矛盾などが指摘されていた。

午後から、事業所責任者の在席の下、審査の結果報告に加えて指導・助言が行われる。詳細な審査結果に関しては、6週間後に通知されるが、この場では問題点の明確化、改善方法に関する指導・助言が行われる。

今回の介護の質審査は、第一回の主審査である。主審査結果は、介護事業所、介護金庫に報告され、改善の必要な事業所は時期を改めて2回目の審査を受ける。この際の審査員は、主審査の際の1名と、主審査に関わらなかった審査員1名で構成される。

(<http://www.mds-ev.org/index2.html>)

(http://www.mds-ev.org/pflegervers/pflegerbegutachtung/qs_lang.html) (資料 12)

II. 文献レビュー

在宅介護者が加入する事故保険において、どのような状況で保険適用が行われるのか、文献検索を通して明らかにした。

法定事故保険(労災保険)の法的基盤である Sozialgesetzbuch VII(社会法典 第7巻) (Gesetzliche Unfallversicherung) 第1章、第2節 §2-17により、在宅介護者の介護活動中に生じた事故による健康障害が保険対象となることが明記されている。

(資料 13) 詳細は §14- (4) に以下のような項目が列記されている。(資料 14)

1. 清拭、入浴、シャワー浴、口腔ケア、整髪、髭剃り、排泄
2. 食事の準備(料理を摂取可能な大きさに準備すること)、食事援助
3. 起立、就寝、衣類の着脱、歩行、立位保持、階段の昇降、外出、帰宅時の運動機能面での援助
4. 買い物、調理、居住空間の清掃、食器洗浄、シーツや衣類の交換・洗濯、暖房操作

介護に関連した活動中に生じた健康障害に対しては、その活動の間接性・直接性を問わず、法定事故保険により治療費が支払われる。たとえば、医師受診を終えた要介護者を迎えに行く途中に自動車事故が生じた場合、要介護者の介護のために階段を急いで上った際に生じた事故、食事の支度中に生じた事故、要介護者の体位交換を行おうとしたときに生じた事故などが挙げられる。

D. 考察と結論

今回の調査研究によって、現在のドイツ介護保険の持つ問題点のいくつかを明確化することができた。これらは、要介護者・介護者の人権擁護、介護保険の経済性の2点に大きく要約することができる。

現在のドイツ介護政策の方向性は、前述した円卓会議(Runder Tisch)設置の目的のなかに見ることができる。そのひとつは、

介護の質の改善・保障であり、これは要介護者の権利擁護であり、介護の経済性を改善することにもつながる。その一方法としてMDKによる介護の質審査が進められており、今回の訪問によりその現場の状況を報告することができた。MDKは、その審査結果を分析・評価しており、介護の質改善につながる審査方法のあり方を考察している。

介護者の事故保険に関しては、職業病認定はないこと、介護活動に直接的・間接的に関連する活動中に生じた健康障害すべてが事故保険の保険対象であることが明らかとなった。

日本の介護保険が直面している課題の方向性はドイツのものと同様といえる。介護保険施行10年目を迎えたドイツの先例からの情報が、日本介護保険改革に役立つことが望まれる。

E. 参考資料

- 1) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) Pflegeversicherungsgesetz
textausgabe : Bundesministerium fuer Gesundheit und Sozial Sicherung, 2002.
<http://www.bmgs.bund.de/download/br oschueren/A501.pdf>

- 2) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)
http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/GESAMT_index.html
- 3) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI)
http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/GESAMT_index.html
- 4) Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
<http://www.bmfsfj.de/Politikbereich/aeltere-menschen,did=16378.html>
- 5) Puschel K. Dekubitus vor der Kremation, Fachforum Pflege Hill Rom. 2004.
- 6) MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität, nach § 80 SGB XI in der Ambulanten Pflege, MDS e.V., 2000.
- 7) Begutachtungs Richtlinien, MDS e.V.
<http://mds-ev.org/pflegevers/pfl egebegutachtung/begutrili.html>
- 8) Keller S., Pflege und Pflegeversicherung, Stiftung Warentest, 2002.

資料 1

職業病に関する省令

Berufskrankheiten-Verordnung (BKV)

vom 31. Oktober 1997 (BGBl. I S. 2623)

zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung

vom 5. September 2002 (BGBl. I S. 3541)

Stand: 1. März 2005

zuletzt bearbeitet 28. Februar 2005

Auf Grund des § 9 Abs. 1 und 6 und des § 193 Abs. 8 des Siebten Buches

Sozialgesetzbuch Gesetzliche

Unfallversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom

7. August 1996, BGBl. I S. 1254) verordnet die

Bundesregierung:

§ 1

Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind die in der Anlage bezeichneten Krankheiten, die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch begründenden Tätigkeit erleiden.

§ 2

Erweiterter Versicherungsschutz in Unternehmen der Seefahrt

Für Versicherte in Unternehmen der Seefahrt erstreckt sich die Versicherung gegen Tropenkrankheiten und Fleckfieber auch auf die Zeit, in der sie an Land beurlaubt sind.

§ 3

Maßnahmen gegen Berufskrankheiten, Übergangsleistung

(1) Besteht für Versicherte die Gefahr, daß eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die Unfallversicherungsträger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Ist die Gefahr gleichwohl nicht zu beseitigen, haben die Unfallversicherungsträger darauf hinzuwirken, daß die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen. Den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ist Gelegenheit zur Äußerung zu geben.

(2) Versicherte, die die gefährdende Tätigkeit unterlassen, weil die Gefahr fortbesteht, haben zum Ausgleich hierdurch verursachter Minderungen des Verdienstes oder sonstiger wirtschaftlicher Nachteile gegen den Unfallversicherungsträger Anspruch auf Übergangsleistungen. Als Übergangsleistung wird

1. ein einmaliger Betrag bis zur Höhe der Vollrente oder

2. eine monatlich wiederkehrende Zahlung bis zur Höhe eines Zwölftels der Vollrente längstens für die Dauer von fünf Jahren

gezahlt. Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit sind nicht zu berücksichtigen.

§ 4

Mitwirkung der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen

(1) Die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen wirken bei der Feststellung von Berufskrankheiten und von Krankheiten, die nach § 9 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch wie Berufskrankheiten anzuerkennen sind, nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 mit.

(2) Die Unfallversicherungsträger haben die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen über die Einleitung eines Feststellungsverfahrens unverzüglich schriftlich zu unterrichten; als Unterrichtung gilt auch die Übersendung der Anzeige nach § 193 Abs. 2 und 7 oder § 202 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch. Die Unfallversicherungsträger beteiligen die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen an dem weiteren Feststellungsverfahren; das nähere Verfahren können die Unfallversicherungsträger mit den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen durch Vereinbarung regeln.

(3) In den Fällen der weiteren Beteiligung nach Absatz 2 Satz 2 haben die Unfallversicherungsträger vor der abschließenden Entscheidung die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen über die Ergebnisse ihrer Ermittlungen zu unterrichten. Soweit die Ermittlungsergebnisse aus Sicht der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen nicht vollständig sind, können sie den Unfallversicherungsträgern ergänzende Beweiserhebungen vorschlagen; diesen Vorschlägen haben die Unfallversicherungsträger zu folgen.

(4) Nach Vorliegen aller Ermittlungsergebnisse können die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ein Zusammenhangsgutachten erstellen. Zur Vorbereitung dieser Gutachten können sie die Versicherten untersuchen oder andere Ärzte auf Kosten der Unfallversicherungsträger mit Untersuchungen beauftragen.

Gebühren

(1) Erstellen die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ein Zusammenhangsgutachten nach § 4 Abs. 4, erhalten sie von den Unfallversicherungsträgern jeweils eine Gebühr in Höhe von 200 Euro. Mit dieser Gebühr sind alle Personal- und Sachkosten, die bei der Erstellung des Gutachtens entstehen, einschließlich der Kosten für die ärztliche Untersuchung von Versicherten durch die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen abgegolten.

(2) Ein Gutachten im Sinne des Absatzes 1 setzt voraus, daß der Gutachter unter Würdigung

1. der Arbeitsanamnese des Versicherten und der festgestellten Einwirkungen am Arbeitsplatz,
2. der Beschwerden, der vorliegenden Befunde und der Diagnose

eine eigenständig begründete schriftliche Bewertung des Ursachenzusammenhangs zwischen der Erkrankung und den tätigkeitsbezogenen Gefährdungen unter Berücksichtigung der besonderen für die gesetzliche Unfallversicherung geltenden Bestimmungen vornimmt.

§ 6

Rückwirkung

(1) Leidet ein Versicherter am 1. Oktober 2002 an einer Krankheit nach Nummer 4112 der Anlage, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. November 1997 eingetreten ist. Satz 1 gilt auch für eine Krankheit nach Nummer 2106 der Anlage, wenn diese nicht bereits nach der Nummer 2106 der Anlage in der am 1. Dezember 1997 in Kraft

getretenen Fassung als Berufskrankheit anerkannt werden kann.

(2) Leidet ein Versicherter am 1. Dezember 1997 an einer Krankheit nach Nummer 1316, 1317, 4104 (Kehlkopfkrebs) oder 4111 der Anlage, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1992 eingetreten ist.

(3) Hat ein Versicherter am 1. Januar 1993 an einer Krankheit gelitten, die erst auf Grund der Zweiten Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung vom 18. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2343) als Berufskrankheit anerkannt werden kann, ist die Krankheit auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. März 1988 eingetreten ist.

(4) Hat ein Versicherter am 1. April 1988 an einer Krankheit gelitten, die erst auf Grund der Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung vom 22. März 1988 (BGBl. I S. 400) als Berufskrankheit anerkannt werden kann, ist die Krankheit auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1976 eingetreten ist.

(5) Bindende Bescheide und rechtskräftige Entscheidungen stehen der Anerkennung als Berufskrankheit nach den Absätzen 1 bis 4 nicht entgegen. Leistungen werden rückwirkend längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren erbracht; der Zeitraum ist vom Beginn des Jahres an zu rechnen, in dem der Antrag gestellt worden ist.

§ 7

Berufskrankheitenanzeige

Aufgehoben mit Wirkung vom 1. August 2002 durch § 6 Abs. 2 der Unfallversicherungs-Anzeigeverordnung (BGBl. I S. 554)

§ 8

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Dezember 1997 in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft:

1. die Berufskrankheiten-Verordnung vom 20. Juni 1968 (BGBl. I S. 721), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 18. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2343);
2. Artikel 3 Abs. 2 der Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung vom 22. März 1988 (BGBl. I S. 400);
3. Artikel 2 Abs. 2 der Zweiten Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung vom 18. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2343).