

法は下記の新たな取り決めに導入することにより、特に施設介護の分野で施設運営者の自己管理責任を果たせるようにしている。

- － 給付と品質に関する取り決め (Leistungs-und Qualitätsvereinbarung: L Q V)
- － 職員評価基準 (Personalrichtwertvereinbarungen)

これによって、費用負担者、すなわち介護金庫の共同責任も、同時に明確にされる。

法の立法趣旨は、訪問介護及び施設介護「市場」における消費者としての要介護者の権利を保護し、強化することである。これは特に、要介護者とその世帯員の相談にのり、権利を行使できるようにはからうことを意味する。

1) 自己管理責任による介護の質の保証

この法律のポイントは、施設における介護品質の確保と改善をめぐる運営者の自己責任を明らかにし、強化していることである。この責任は介護金庫の保障任務とは無関係である。この自己責任は、介護施設が監督を引き受けている要介護者が必要としている適正な給付と品質の供給のために、人的・物的配備を整えるという、運営者の義務と権利を含んでいる (社会法典第 11 編第 112 条)。

施設の運営者は、この責任を引き受けられる状態でなければならない。これは介護保険制度においては、給付に見合った報酬を費用負担者に対して効率的に請求できるようにする手段が必要であることを意味する。

① 給付と品質に関する取り決め (L Q V)

新たな法律は、介護金庫と、個々の介護ホームとの間の「給付と品質に関する取り決め (Leistungs-und Qualitätsvereinbarung: L Q V)」を導入している。「給付と品質に関する取り決め」は、介護施設のサービス供給委託を、その配置及び給付構造の変化にあわせて柔軟に適応させる手段を提供している (社会法典第 11 編第 80a 条)。取り決めは、入居者の状況に応じて、必要となる人員や介護ホームで期待されるサービスの種類、施設や設備に関する具体的な要件を定め、介護ホーム運営者は、そのために必要な人的・物的要件を確保する義務が課せられる。これは特に、基本的介護の給付と同時に、全般的な社会的世話の必要性が高い認知症の要介護者のために有用となる。

「給付と品質に関する取り決め」によって定められる基準は、介護金庫と介護ホームとの間で定める報酬基準の算定基礎として直接の拘束力を発揮する。介護金庫は、個々のホームごとに、介護の質によって、介護報酬の支払い金額を変えることができるようになる。それによって、ホーム運営者の自己責任を強化することができる。なぜなら、給付に見合った報酬に対する施設運営者の請求権を行使するための前提条件が、持続的に改善されるからである。

その一方で、介護ホーム運営者は、給付と品質に関する取り決めで定められた必要人員を確保し、常にホーム入所者に確実なサービスを供給することが義務づけられる。従って、職員の不足や欠員の際には、適切な措置を講じて、入所者へのサービス供給に悪影響が及

ばないように対応しなければならない。

さらにLQVは、介護ホームが、経営原則に基づき、ホーム入所者に適正な給付と品質を供給するために必要な人員を調達・配置しているかどうか、審査することができる。契約当事者のいずれかの求めがある場合には、運営者は「人員調整」を行って、このことを証明しなければならない。「人員調整」は、要介護者に損害をもたらす不法な策に対する有効な保護手段であり、実在しないのにもかかわらず、介護報酬に含まれている架空の介護職の仕事を引き受けている介護職対策にもなる。

② 職員評価基準、職員評定手続

介護保険法に基づく契約・報酬（サービス供給契約、給付と品質に関する取り決め、報酬協定）に関わる難題は、介護ホームの職員評定基準が、現時点では、ないという点である。職員評定手続は、いまだに学術的な議論が行われている最中である。そのため法律は、適切な職員評定のための暫定的な基準として、以下を州レベルの介護自治体組込み契約の構成要素として、提案している（社会法典第11編第75条第3項）。

- － 職員需要の算定または介護時間算定のための州の手続に関する協定
- － 州レベルの職員評価基準の協定

その際、精神的障害、知的疾病、認知症による能力障害、その他神経系の病気のある要介護者の特別な介護の必要性を配慮しなければならない。職員需要の算定または介護時間算定の手続を取り決める際には、ドイツ国内ですでに検証済みの諸外国の知見も考慮するものとする。職員の評価基準は、一定の幅として取り決め、部分施設介護と入所介護の場合には、少なくとも下記を包含するものとする。

- － ホーム入所者数と介護人員の比率（フルタイム職に換算）を介護等級に配分する（必要職員数基準）。
- － 介護、社会的世話、医師の指示に基づく治療ケアの分野について、介護職員中に占める専門教育を受けた人員の割合。

この人員関連の契約要素により、「経済的で、給付に関連付けられ、サービス供給契約に照らした介護ホームの人員配置基準と原則をめぐる枠組協定」が、さらに具体化する。それにより介護金庫と一部の運営者組織の関心も考慮され、自主的運営による職員評定制度の導入が支援される。

2) 品質検査と品質保証

介護品質の保証と改善のための新たな規定は、介護の質とは外部から介護施設を「コントロールする」ことによってではなく、内部から、すなわち施設運営者の自己責任と給付運営者の共同責任によって改善されるべきであるという認識と哲学に基づいている。法律に基づき、以下のような二重の取り組みが必要となってくる（社会法典第11編第112条）。

- － 第一に、介護施設の運営者は、訪問サービス、施設サービスの品質を保証し改善していく責任を負っている。それは各介護ホームと介護サービスが、総合的な施設内部の品質管理を導入し、改善していくことを義務づけられているというだけでなく、運営者は、定期的に自らの施設が提供する給付の品質を、中立的な立場の専門家または検査機関に依頼して、証明することも義務づけられている。
- － それと並行し、州の介護金庫中央組織による外部の品質保証（さらに、ホーム監督当局による国の検査）もある。従来どおりに、介護施設は、介護金庫の州連合会の求めがあった場合には、疾病保険メディカルサービスまたは介護金庫の州連合会が委託した専門家に、履行した給付の検査、個別検査・無作為抽出検査・比較検査による品質の検査を許可しなければならない。

① 給付と品質の証明 (Leistungs-und Qualitätsnachweise)

今後の争点及び論点は、介護施設の「持参債務」と言われている、給付と品質の証明である（社会法典第11編第113条）。

介護保険指定事業者は、介護金庫の州連合会に対して、連邦または州連合会が認定した第三者機関である専門家または審査機関が付与する証明により、その給付の品質を定期的に立証することを義務づけられている。審査証明書の内容は、検査を受けた介護施設が審査の時点で少なくとも介護保険法に基づく品質要件を完全に満たしていることを確認できるにすぎない。

MDKの質の審査は、給付と品質の証明の交付によって、排除されたり、制限されることはない。ホーム法に基づく措置と審査も、これと抵触しない。

介護保険指定事業者は、給付及び品質の証明を、介護金庫州連合会に対し、2年ごとに提出することが義務づけられ、2004年1月1日からは、介護報酬協定の必要条件とされている。

「給付と品質の証明」の新たな手段は、諸規定（法規命令）が議会の第二院である連邦参議院で否決されたために、まだ実施できない状態である。今後の新しい展開が待たれる。

② 質に関する助言・相談

MDKの「助言・相談」は、法律にその根拠が明示されている。MDKは、介護施設に対して、可能な範囲で質の保証に関して、助言・相談対応すべき、とされる。相談・助言を通して、品質上の瑕疵を適時に予防し、介護品質の保証と改善に対する介護施設とその運営者の自己責任を強化することを目的とする。このサービスは、今後も介護施設に対して無償で提供される。ただし相談の請求権は存在しない（社会法典第11編第112条第4項）。

③ MDKの審査権限

MDKは、訪問介護施設または入所介護施設が、介護保険法が定める給付と品質の要件を満たしているかどうかを介護の現場で検査する権限を有し、またそれを義務づけられている。この目的を達成するため、MDKは（憲法に基づく制限を遵守した上で）立入り権

限を与えられている。部分施設介護、完全施設介護の領域には、次の4段階の区別がある（社会法典第11編第114条）。

- － 原則としてMDKは、品質保証のために、審査と視察を実施し、要介護者／世帯員／介助の担当者と接触し、従業員／ホーム顧問会／ホーム代表者に質問するために、介護ホームの敷地・建物に、事前予告の有無にかかわらず、立入る権限を与えられている。
- － 夜間の審査と視察は、品質保証の目的が他の時間帯には達成できない場合に限り許容される。たとえば、要介護状態のホーム入所者が夜間に「拘束されている／鎮静剤を投与されている」かどうか、必要な夜間当直者が配置されているかどうかを確認する場合などが、これに当たる。
- － ホーム入所者が居住権をもつ空間は、入所者の同意なくして立ち入ることはできない。但し、公共の安全と秩序に対する切迫した危険を防止する必要がある場合に限り、居住権者の同意を得ずに立ち入ることが可能である。この憲法に基づく強行規定（基本法第13条第7項参照）は、審査の実施が昼間か夜間にかかわらず、有効である。医師による指示と命令なしに、身体を拘束したり、薬剤による鎮静を行うことは、公共の安全と秩序に対するさし迫った危険に該当することは、議論の余地はない。
- － 所轄のホーム監督官庁がホーム法の規定に基づいて認可介護ホームの審査を実施する場合には、メディカルサービスは、事前通知の有無にかかわらず、審査に協力する権限を与えられている。ただしこの協力は、介護保険法に基づく品質保証分野に限定される。

この立ち入り権が法により承認されているとはいえ、MDKは個々の事例でどの程度までこれを利用するかを考慮する義務がある。特に入所者の同意なしに居住空間に立ち入る場合には、原則としてあらかじめ国のホーム監督機関に連絡し、参加を要請する。ホーム監督機関が同伴せずに、ホーム入居者の居住権が及ぶ空間に、本人の意思に反して立ち入るのは例外的な場合に限る。たとえばMDKの職務に基づく（具体的な根拠のある）判断により、要介護状態のホーム入所者に差し迫っている直接的な危険を回避するためにただちに介入する必要がある場合、ホーム監督機関がただちに立ち会うのが無理である場合などが、これに当たる。

④ 要介護者の住居における審査

メディカルサービスは、在宅介護サービスの事業所空間においてだけでなく、要介護者の住居内での作業中においても住居に立ち入り、助言を与え、審査する権限を有している（社会法典第11編第114条第3項）。

要介護者の住居における立ち入り審査のためには、原則として要介護者の同意が必要である。要介護者がMDKに住居への立ち入りを許可した場合には、介護サービス提供者はその審査を認めなければならない。要介護者が同意を拒否した場合には、その住居には（施

設介護の場合と同様に) 基本法第 13 条第 7 項の要件を満たす場合にかぎり、立ち入ることができる。

⑤ 品質上の瑕疵に対する制裁手続

介護の質の瑕疵が確認された場合の制裁は、さまざまである。介護施設が、特にサービス供給契約で取り決めた給付義務を、一部もしくはすべて怠った場合には、取り決めた介護報酬額を、遡及的に引き下げることができる(社会法典第 11 編第 115 条第 3 項)。

引き下げ額は、契約当事者間で合意を試みなければならない。合意に達しなかった場合には、契約当事者の一方の申請があれば、議長及び 2 名の中立な委員から成る仲裁機関が決定を出す。当該介護施設の権利を保護するために、仲裁機関の決定に対する不服申立は、停止的効力を発揮する。取り決められた引き下げ額は、介護施設が該当する要介護者または費用負担者に返済するものとする。

3) ホーム監督庁の協力

州レベルでの権利・義務を組織化する国のホーム監督庁については、ホーム法(HeimG)に定義されている。

* ホーム法(Heimgesetz: HeimG)は、1974 年「老人ホーム、高齢者住宅及び介護ホームに関する法律(ホーム法)」として施行された。この法律は連邦法であり、各州により財政的に運営され実施される。2002 年 1 月 1 日に発効した改正ホーム法は、根本的に変化した社会的、法的環境に対する適合が計られた。その目的とするところは(ホーム法第 2 条)、以下の通りである。

- ホーム居住者の尊厳と利益、欲求が妨げられないように保護する。
- 居住者の自立、自己決定、自己責任を擁護し促進する。
- ホーム運営者に対し居住者に課せられる義務の維持の確保。
- 居住者の協力の確実な保証。
- 一般に認められた専門知識のレベルでの居住とケアの確保。
- ホーム関連事項における助言の促進。
- ホーム法の実行を管轄する官庁と運営者及びその連合会、介護金庫、疾病保険のメディカルサービス、社会扶助の運営者との協力の促進。

改正ホーム法は、2002 年 1 月 1 日に施行された介護品質保証法と密接な関係を有している。両法の規定範囲は一致している。特に、MDK とホーム監督機関との協力に関する規定は、相互にきわめて緊密に関連している。

介護金庫州連合会と MDK は、認可介護ホームの審査に際して、ホーム監督官庁と密接に協力し、介護保険法とホーム法に基づく相互の課題を下記の措置により調整し合うものとする。

- － 相互の情報交換、相談
- － ホームの共同審査と分担審査の日程調整
- － 個々の事例に必要な危険回避措置、品質保証措置に関する相互理解（社会法典第11編第117条）

二重審査は可能なかぎり回避する。緊密な協力を実現するために、関係者は、厳密に定めた前提条件の下に必要なデータを相互に交換するものとする。

4) 消費者の権利の強化

もう一つのポイントが、消費者の権利を強化するための諸規定である。消費者保護の視点に立つ既存の規定（社会法典11編72条第5項：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拡大された。

① 助言・相談

要介護者に対する助言・相談サービスは、さらに改善されている社会法典第11編第7条）。

- － 介護金庫は、被保険者が在宅介護／部分施設介護／入所介護のいずれかを選択し、同意するまでの間に、被保険者に対して価格比較リストを提示し、数ある施設とサービスの中から自由に選択できるようにサポートしなければならない。給付・価格比較一覧表は、管轄内のすべての認可施設の給付と報酬を記載すべきことが、明示されている。この点、従来は、要介護者の居住地の近くに限定した入所介護施設のデータのみが記載されていたにすぎなかった（社会法典第11編第7条第3項）。
- － さらに介護金庫は、介護保険法に基づく助言・相談業務を遂行するために、自らの管理機構を使って、他の運営者の財政と業務に関わる助言機関（たとえば地域の相談所）などに参加する権限を与えられている。これにより、遠隔地の被保険者に、地域密着の十分な助言・相談サービスを提供できるようになった（社会法典第11編第7条第4項）。

② 必要要員数の確保義務

入所介護施設では、日常的・社会的な世話の必要性が高い認知症のような入所者に対して、確かな品質の介護、サービス供給、世話を提供するのに必要な要員を確保することが、法律により義務づけられている（社会法典第11編第80a条第4項）。

③ 欠陥ある給付の際の報酬引き下げ

訪問介護施設、部分介護施設、または入所施設が、確かな品質の給付を行うという契約上の義務を怠った場合、該当する要介護者または費用負担者の利益を考慮し、取り決めた介護報酬を遡及的に減額する。その他の規定に基づく要介護者の損害賠償請求権は、これによりその効力を妨げられない。介護金庫は、介護施設の運営者に対して損害賠償を請求する場合には、被保険者を支援する権限を有している（社会法典第11編第115条第3項）。

④ 欠陥ある給付の際の介護施設や介護サービスの変更

施設介護に、短期的には解決できないような重大な瑕疵があることが確認された場合には、介護金庫は、該当するホーム入所者から申請を受けて、他の適切な介護施設を紹介し、シームレスな介護、サービス供給、介助が受けられるように取り計らうことを義務づけられている。MDKが在宅介護に重要な瑕疵があると確認した場合には、管轄の介護金庫はその介護サービスに対し、要介護者に対するケアの継続を暫定的に停止させる。このような場合には、介護金庫は要介護者に対し、適切なその他の介護サービスを紹介し、介護がシームレスに継続するように取り計らう。その際に、可能なかぎりにおいて要介護者の選択権を配慮しなければならない（社会法典第11編第115条第4項及び第5項）。

重大な瑕疵ある介護サービスを提供した介護施設運営者（在宅・施設）は、該当する要介護者または費用負担者に対して、他の訪問介護または施設介護の施設への斡旋に係る費用を負担しなければならない。

⑤ 契約交渉への参加

介護ホームの要介護者は、自ら選んだホーム委員会を通して、ホーム運営者と費用負担者（介護金庫、社会扶助運営者）との間の介護報酬基準額交渉の準備と実施の過程に参加する。ここにホーム運営者の義務が生ずる。すなわちホーム運営者は、介護金庫との報酬交渉に入る前に、介護報酬または宿泊・食事料金の引き上げについて、ホーム委員会の意見を聴取し、意見表明の機会を与えなければならない。ホーム運営者は、介護金庫が介護報酬交渉の開始にあたって要求する提出書類に、ホーム委員会の表明した意見を添付することを義務づけられている（社会法典第11編第85条第3項、ホーム法第7条第4項）。

介護における消費者保護の観点において重要な新规定としては、認可介護ホームで死亡した場合の、死亡後支払い義務の撤廃がある。

⑥ 訪問介護における書面による契約の締結

在宅介護の場合、認可を受けた介護サービス事業者は、初回介護の開始とともに、要介護状態の種類と程度（要介護者が要求した給付に基づく）に応じて、要介護者を介護し、家事援助を提供する義務を負う（介護契約）（社会法典第11編120条第120条）。

初回介護から2週間以内であれば、要介護者は理由を挙げることなく、解約告知期間を遵守することなしに、介護契約を解約できる。

要介護者が要求した給付が、介護金庫が支払うべき給付上限額を超える場合には、介護サービス事業者は要介護者に対し、追加要求された給付について報酬を請求できる。但し、法に基づいて取り決めた報酬額の範囲を超えてはならない。介護サービスは、要介護者の状態に変化が生じた場合には、管轄の介護金庫に遅滞なくこれを報告しなければならない。

2 介護給付補完法 (Das Pflegeleistungs- Ergänzungsgesetz:PfLEG)

先述のように、ドイツでは認知症患者の数は約 110 万人と推計され、うち 93 万人以上が中程度または重度の認知症とされる。そのうちの約 40 万人がホームに、55 万人が自宅でケアを受けている。これは施設介護を受けている要介護者の 60%、訪問介護を受けている要介護者の 45%に当たる。

政治的に見て、2002 年 1 月 1 日に「全般的に世話の必要性が高い要介護者の在宅介護給付の補完に関する法律」が施行に至ったのは、認知症介護の問題が引き金になっていることは間違いない。従って、「介護給付補完法 (PfLEG)」と略称されるこの法律は、「第 1 認知症介護法 (Erstes Demenzpflegegesetz)」とも呼ばれている。しかしこの名称では説明不足の感がある。その理由として、以下のことが指摘できる。

- － 本法律の対象は、認知症患者よりも広く、認知症に伴う能力障害がある要介護者（介護等級 I、II、または III）だけではなく、精神障害、精神病をかかえる要介護者も対象となる。
- － この法律は、基本的介護と家事援助の領域で、全般的な世話の必要性が高い要介護者を援助するものである。従って、疾病または障害の結果として、日常的能力が衰えており、毎日の生活における活動への影響が認められるか否かである。

MDK は、要介護状態を確認するための審査において、すべての個別事例でこの前提条件を検査しなければならない。

(1) 立法趣旨

連邦政府は、介護給付補完法 (P f l E G) の 2001 年 8 月 17 日付の草案 (連邦参議院印刷物 649/01) において、施策の必要性の根拠を次のように示している。

「現在、施策の必要性は在宅介護の領域が優先する。この領域では、認知症のような、全般的な世話の必要性が高い要介護者へのサービス供給における負担の軽減が緊急の課題である。これは特に、要介護者を一人にしておくことが難しいため、介護とともに 24 時間体制で全般的な見守り・世話をしなければならないような世帯の介護者に当てはまる。

施設介護に関しては、全般的な世話の必要性が高い入所者に関して、介護保険の給付の改善を前提としていない。認知症の要介護者への特別な援助と介助の必要性のために施設で発生する費用は、すでに現行法において、給付に相応した報酬に対するホーム運営者の請求権が存在し、ホーム利用料金にこれを反映できるからである」

この法律は、認知症に代表されるような、全般的な見守りと世話の必要性が高い要介護者の在宅介護の促進強化対策として作成されている。在宅介護における介護者の負担を緊急に軽減するための方策として、介護者の負担軽減期間にも、質の確保された、活性化に

つながるような介護提供ができるよう、システムの意味のある政策が講じられなければならない。

法律では具体的には次のような措置を規定している（社会法典第 11 編第 45b 条及び第 45c 条）。

- ① 疾病保険のメディカルサービスは、全般的な世話の必要性が高いと確認した在宅の要介護者に対して、2002 年 4 月 1 日から、年間最高 460 ユーロ（= 約 65,000 円）の追加介護費用が支給される。この資金は、デイケア及びナイトケア、ショートステイ、質の確保された、活性化につながる介護の提供（ボランティア介護、無償の介護提供）の目的のために使用するものとする。
- ② 全般的な世話の必要性が高い要介護者のための相談体制が、改善・拡大され、在宅介護の相談援助について、介護サービスまたは介護専門職が追加的に家庭訪問することにより強化される。
- ③ 新しい施策とサービス供給体制の発展のために、相互に関連のある以下の 2 つの要素を助成する。
 - a.) 非職業的介護者（ボランティア介護、無償の家族介護）の促進
 - b.) モデルプロジェクトの促進この 2 点に対し、公的ないし民間介護保険、ならびに州・市町村が分担して、年間で合計 2,000 万ユーロ（約 28 億円）の資金が助成される。従来の介護保険による給付を補完する目的により、「非職業的介護者による介護提供」の強化によって、全般的な見守りの必要性が高い（日常生活能力の衰えた）要介護者、特に認知症の要介護者に対し、追加的介護の提供が為されなければならない。モデルプロジェクトにより、要介護者に必要な援助を総合的に供給し、ネットワーク化できるかどうかを検証する。
- ④ 加えて、介護金庫中央連合会は、年間最高 500 万ユーロ（約 7 億円）を投じ、要介護者のための人件費予算と新しい住居コンセプトモデルを検証する（州・市町村からの助成はない）。これにより、要介護者と介護者のニーズに即した居住者主体の段階的な支援とサービス提供のネットワーク構築の道が開かれる。

日本の介護保険制度を参考に、「要介護概念」の拡張についても盛んに論じられているが、現在の財政下ではむずかしい面がある。

（2）制度対象

従来考慮されてきた、日常の活動に関連した援助必要性のみではなく、全般的な見守りや世話の必要性の高い要介護者として、疾病保険メディカルサービス（MDK）によって認められた者が対象となる（社会法典第 11 編第 45a 条）。

これは老年精神医学的な変化が生じている、主に認知症に伴う能力障害のある者、ならびに精神病または精神障害の者をさす。対象グループの特定にあたっては、要介護認定と同様、特定の疾病の有無ではなく、いわゆる日常生活能力の欠如により引き起こされる実

際上の援助の必要性を基準とする。

疾病金庫中央組織のメディカルサービス(MDS)は、ここ数年にわたる審査により得られた知見を基礎として、担当者が審査手続において妥当な人的集団に分類できるように、外部の有識者と協力して多数のチェック項目を開発した。それによれば、日常生活能力の低下を評価するためには、下記領域の損傷または能力障害が基準となる(社会法典第11編第45a条第2項)。

1. 自己管理ができず、居住領域からふいに立ち去ってしまう(徘徊の傾向)。
2. 危険な状況を誤認する、引き起こす。
3. 危険な対象または潜在的危険性がある物質を不適切に扱う。
4. 状況を誤認し、攻撃的な行動または言動をする。
5. 状況の前後関係から見て不適切な行動をする。
6. 自分の肉体的な感覚、感情、欲求を認識できない。
7. 鬱状態または不安障害のための、治療または保護上の措置に必要な協力ができない。
8. 日常生活を送る上で、支障となる高度の脳機能の障害(記憶障害、判断能力の低下)
9. 昼夜のリズムの障害
10. 自分で一日の流れを計画し、構成することができない。
11. 日常生活における状況を誤認し、それに対して不適切な反応をする。
12. 情緒不安定またはコントロールの効かない情態が顕著である
13. 鬱に起因する落胆、無気力、絶望が時間的にある。

上記のうち、2つ以上の領域において要介護者に著しい問題があると確認した場合、日常生活能力が低下しているとみなされる。但し、項目1～9のうち1つ以上、継続的、定期的な欠陥または能力障害が認められることが条件となっている。

この規定の対象者は、在宅介護受給者の約50万人～55万人と推計される。

(3) 法律の個別措置について

このような制度により、財政上の責任を伴う形で、全般的な世話の必要性が高い要介護者に対するサービス供給状況の改善がはからねばならない。ここでは、次の点に注意を促したい。

1) 追加的な介護費用

追加介護費用460ユーロ(約65,000円)は、介護手当とは異なり、要介護者が自由に使用できるように事前に支払われる。この追加費用は、質の確保された介護を受けるという目的を念頭に置いて投入されるものであり、それがインフラに作用を及ぼすことにつながる(社会法典第11編第45b条第1項)。

下記に該当する場合に、個々の要介護者に発生する費用が支払われる。

- デイケア、ナイトケア、ショートステイ
- 介護保険法に基づく「非職業的介護者による介護」給付
- 認可介護サービスによる、全般的な見守りと世話に関する特別な提供

要介護者は、介護金庫ないし民間保険会社から追加的資金を受け取る。補助給付を受けられる権利がある場合には、自己負担分に関する証明書を提示した上で、補助給付の査定機関からも一部が支給される（社会法典第 11 編第 45b 条第 2 項）。

デイケア、ナイトケア、ショートステイを求める要介護者の財政的負担が軽減されれば、介護保険において重要なこれらの給付に対する需要は、さらに増加するだろう。他方で、ある程度の構造の改善推進が行われ、特に認知症の要介護者に重点を置いたサービスを発展させる推進力となることが期待される。

デイケア、ナイトケア、ショートステイの施設において、老年精神医学に基づく介護の品質をさらに改善する努力が必要である。これとの関連で、英国で開発された、部分施設介護・入所介護施設における認知症患者の行動及び健康観察のための計量心理学的な手法、いわゆる認知症ケアマッピング (Dementia Care Mapping) が特に重要である。この観察方法により、実質的にはじめて老年精神医学上の介護品質が適切に評価され、細部を改善することが可能になった。これは認知症が本人と介護者に及ぼす影響を耐えられるものにするという将来の課題の重要な前提条件である。

2) サービス供給構造の改善

全般的にわたる相当な介護を必要とする要介護者は、非常に多様な能力を保持していると同時にさまざまな能力の欠如を抱えており、介護の要求条件も各人各様である。従ってその個人の要求に合い、適時・適切で、質的にすぐれた措置と援助を提供する必要がある。現時点では、その提供は量的にも不十分で、既存のサービスと施設は認知症に適した介助の要件をまったく満たしていない。人口学的に認知症の国民の増加が予想されるのを考慮すると、将来は、認知症患者とその世帯員に対して納得のいく入所介護の選択肢を提供できるインフラを、住居の近くに構築することがいかに必要であるかがわかる。

従って、認知症患者と介護する世帯員の生活の質を高める余裕を与えてくれるような、介護の仕組みの強化が緊急に求められる。このために、公的介護保険及び民間介護保険と、州または市町村からの同程度の資金参加を得て、1 暦年に 2,000 万ユーロ (= 約 28 億円) を投入し、一般的な介助の必要性が高い要介護者を助成するサービス供給構造のさらなる助成がはかれる（社会法典第 11 編第 45c 条）。

3) 相談提供の拡大

全般的にわたる相当な介護を必要とする要介護者と介護をする世帯員のためのこれまでの助言・相談提供は、特に在宅領域における相談援助の拡充により改善され、拡大される必要がある（社会法典第 11 編第 37 条第 3 項、第 45c 条第 3 項）。

特に介護金庫は、要介護者の在宅環境における実践的な指導と教育にも照準を合わせた

介護講習の提供を強化しなければならない。現在提供されている介護講習では、まだ認知症要介護者への考慮が不十分で、一つの開催場所で数晩にわたって行われる講習に出席できるといった在宅介護の条件が整っている人にしか開かれていない。認知症の要介護者を抱える介護世帯員は、特殊な種類の介護により時間的にいつも縛られている状態であるために、講習に出席できない場合が多い。従って、介護金庫は介護講習を提供する際に、要介護者の在宅領域も念頭に置かなければならない。

4) 効果的な広報活動

これらの措置は、連邦政府と介護金庫の効果的な広報活動により支援しなければならない。そのねらいは次のとおりである。

- 特に認知症患者の置かれた状況に対する理解が生まれる。
- 認知症患者との接し方の指針が与えられる。
- 要介護状態を回避し、悪化を阻止するための予防措置を明らかにする。
- 認知症患者の需要に合った介護と介助の基礎知識を学ぶ。

さらに認知症患者の介護が成功している事例を紹介する。このような事例では、要介護者とその世帯員の健全な生活のために、市民参加と専門職による介護が結び付けられている。

(4) 実施状況

第3回介護報告書(2004年11月)で、介護給付補完法(P f l E G)の実施は当初の2年間にはかならずしも円滑には進まなかったことが確認されている。各州の報告書によれば、立法手続では予見できなかったこの助走段階は、以下のような原因があると考えられる。

- 法律にともなう命令の発効が、多くの州で遅れた。
- ボランティア介護者を集めるのがむずかしい。
- ボランティアのヘルパーを組織し、調整するのがむずかしい。
- 要介護者とその世帯員が適切な提供を受けるのに慎重である。
- 関係者のさまざまな助成戦略が統合されているために、開始段階の手続が煩瑣である。
- 州と介護金庫もしくは連邦保険庁の共同出資をめぐる予算法上の問題を解決しなければならない。
- 申請人が提出する助成申請が、助成前提条件に適合せず、まず申請人と話し合って改善してもらわなければならない。一部では、申請人がその申請を完全に引込めたという報告もある。
- 州と市町村の財政状況

介護給付補完法の導入の速度は、一部の州では、既存の措置及び構造とどの程度関連づ

けられるかによって変わってくる。

1) 各州の法令

介護給付補完法を施行するに、各州は法規命令を出す必要がある。州政府はこの法律に基づき、法規命令によって下記のような詳細を規定する権限を与えられている（社会法典第11編第45b条第3項）。

- 非職業的介護者による介護提供の承認について
- 非職業的介護者による介護提供とモデル計画の促進について

その後、ほとんどの州は、介護給付補完法施行のための法規命令か、あるいは方法は異なるが命令と同等な枠組み条件を確立した。

① 非職業的介護者による介護提供の承認

非職業的介護者による介護提供とは、ボランティアのヘルパーが介護専門職の指導を受けて、グループまたは在宅領域で認知症患者の介助をすることである。世帯員の多種多様な負担軽減の希望に迅速かつ適切に対処できるように、できるだけバラエティに富んだ追加的な介助が提供されなければならない。承認を受けることにより、要介護者は新たに導入された年間460ユーロ（＝約65,000円）の介助費用を必要な提供を受けるために使用できるようになる。多くの州では、非職業的介護者による介護を承認する管轄権を、中央機関に委託している。

提供されている非職業的介護者による介護は、下記のように州によってさまざまである。

- 認知症にともなう能力障害、精神的障害、または精神病を抱える人のための介護グループ
- 介護要員を仲介する代理機関
- 家族の負担を軽減し家族をサポートするサービス
- 認定ヘルパーによる個別の介護
- 在宅領域における介護世帯員の負担を1時間単位で軽減するためのヘルパーグループ
- 小グループでの日中の介護
- 特にバイエルン州では家族介護ステーション／地域ヘルパーステーション

第3回介護報告書によれば、すべての州を合わせると、1092件の非職業的介護者による介護提供が承認されている。ただし州が承認した担い手の数は、提供総数とかならずしもイコールではない。さらに多くの運営者は複数の提供を引き受けており、サービスによって介助を受ける要介護者の数が異なるため、提供数だけで各地域のサービス供給状態と密度を確実に評価することはできない。

（承認された）非職業的介護者による介護提供を全国ネットで展開していくには、あら

ゆる努力にもかかわらずまだ数年かかることは必至である。

② 非職業的介護者による介護の促進とモデルプロジェクト

特に認知症の要介護者に益する新しいサービス供給コンセプト／構造の開発のため、年間で合計 2,000 万ユーロ（約 28 億円）が出資される。そのうちの 1,000 万ユーロ（約 14 億円）は公的／民間の法定介護保険が、残りの 1,000 万ユーロは（共同出資として）州または市町村が負担する（社会法典第 11 編第 45c 条第 2 項）。敷居の低い介助の提供の促進と並び、要介護者、特に認知症の要介護者のためのサービス供給構造改善を目標とするモデル計画の促進も眼目となる。その際に、特に要介護者に統合的なサービスを提供するために方途を尽くし、個々の地域においても、サービス供給状況を改善するために、認知症の要介護者に必要なあらゆる援助を有効にネットワーク化することが試みられなければならない。

非職業的介護者による介護提供の促進は、予想よりも立ち後れている。2004 年中頃までに全体で 203 件の助成が行われ、さらに 220 件の申請がある。ドイツアルツハイマー協会とその支部が、各州において介護給付補完法の実施に特に重要な役割を果たし、敷居の低い介助、モデル実験、州レベルの相談・調整機関として多様な方法により現場で活動していることが多くの報告書からわかる。

モデルの促進は基本的に 2003 年末に始まったので、ここで総括するのは時期尚早である。

2) 追加的な介護費用の請求状況

在宅介護を受ける全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者は、年間に最高 460 ユーロ（= 約 65,000 円）の追加的な介護費用を請求できる。

全般にわたる相当な介護の必要性を確認するための審査手続は、第 3 回介護報告書（2004 年 11 月）によれば、順調に進み、迅速かつ確実に実地に適用されたとのことである。

介護費用は、2002 年 4 月 1 日より、デイケアまたはナイトケア、ショートステイの給付のために請求可能となった。これは、これらが、施設における特殊な追加的な介護提供と関係していないからである。認可介護サービスによる特別な介護の提供も、請求可能である。

2003 年末の時点で、国内約 10,600 の認可訪問介護サービスのうち、1,123 のサービスが特別な介護の提供を実施しており、全国的なサービスの供給が確保されている。追加的な介助の提供に関心を示す介護サービスはさらに増えており、こうしたサービス機関は、認知症患者をその住居において 1 時間単位で介護するために、研修を受けたボランティアの調整と斡旋も引き受けている。介護を提供するインフラの拡充は、加速度的に進んでいる。

だが追加的な介助の金額の要介護者からの申請は、まだ予想よりも立ち後れている。立法手続において追加的な介護費用の請求権を有する者の数は、約 50 万人から 55 万人であろうと予想されていた。この数は、その後、約 40 万人に下方修正された。追加的な介護費用の金額のための支出は、2003 年は約 1,340 万ユーロ（約 19 億円）であった。

第 3 回介護報告書作成者の判断によれば、これまで追加的な介護費用の申請が控え目だったのは、各州の命令施行が遅滞し、追加介助の提供の構築と拡充に時間がかかっている

ことだけが原因ではない。むしろ介護する世帯員や要介護者が、外部の援助を求めることに対し、昔ながらの心理的な抵抗感をもっているからであろう。

現場の経験によると、認知症患者の家族は、外部の援助を受けることにしばしば抵抗感があることがわかった。たとえば「無力をさらけ出す」不安、介助の提供がそれを受ける者の状態に心理的にどのような影響を与えるのかわからない不確かさ、あるいは外部の人をプライベートな領域に巻き込むことに対する恐れが、大きく作用している。認知症患者の立場からも、居住領域でこれまでの日常的状況で経験してきた安定感や心の支えが、変化により脅かされ、それが介助の拒否につながる可能性がある。しかも、世帯員は、さまざまな動機により、過大な要求を突きつけられている状態にあっても介助をなおざりにしたりすることはできないし、またそれを欲していない。

前述のような関係者による適切な広報活動のもつ意味は、ますます大きくなっていくだろう。

(5) 今後の対策

こうした改革法を実施していく上で、専門的な観点からいえば、次の点での進展が必要であり、すでにその一部は連邦保健・社会保障省 (BMGS) で取り組みが始まっている。

特に以下のプロジェクトが重要である。

1) 統合的なサービスネットワークの構築

この原則は、総合的なケアマネジメントによるシームレスケア（継ぎ目のないケア）という日本の方式を手本にしている。

認知症患者のサービス供給は、個々の患者に必要な医学上、治療上、介護上の措置を相互に調整する必要がある。その一方で、サービス供給構造は、それがすでに確立している場合には、相互に結び付け、イノベーティブな新しい提供によって補完しなければならない。その際に民間ボランティアの社会参加が重要であり、これがドイツにおいては認知症の人々の介護において発展を示している。

2) 老年精神医学の知見に基づくネットワークの構築

現在この分野では、連邦保健省の「介護」モデルプログラムの財源を得ているモデルテストの取り組みが行われている。その目標は、英国ですでに実績を上げている「DCM 支援老年精神医学ネットワーク」の取り組みを、ドイツの介護にいかに関り入れるかを明らかにすることである。

* DCMは「痴呆ケアマッピング」の省略形である。これはブラッドフォード（英国ヨークシャー州）のトム・キットウッド氏が開発した計量心理学の方法で、体系化された「痴呆介護の図解」である。

DCMはグループの中で認知症患者を観察し、その症状と行動に基づいて、相対的・個別的な快不快を詳細に図式化することを試みる。その際に、認知症患者の未解決なままの希望と要求は、プロフィールとグラフによって視覚化される。

観察は、完全入所介護と部分施設介護を行っている老人介護施設の共用空間で行われる。介護者の観察も行われ、特にその介護行動が人格にプラスに作用しているか、マイナスに作用しているかを見る。背景には、すべての人間は、自らの存在を他者との関係においてのみ知覚できるという、キットウッドの基本理念がある。攻撃的な言動や行動、認知症患者の行動障害、精神運動性の落ち着きのなさ、介護措置の拒否などは、(Wojnar 博士の言葉を借りれば)「健全な周囲の環境」と「相互行為の妨害」により発生する。

観察結果は評価の後(通常は翌日)、介護チームにフィードバックされる。これは、介護の経過構造を再点検し、ケアプランを変更し、それによって日常の介護を認知症患者の実際の要求に相応したものにするためである。

DCMの基本哲学と目標は、ドイツ高齢者扶助機構(KDA)の「オープンドアコンセプト」に対応する。KDAのこのコンセプトは、人間を中心とした関係の中での介護により、認知症患者の「沈静化した世界」との接点を持てるようにしようとするものである。この考え方はドイツに浸透しつつあり、認知症の介護に持続的な改善をもたらし、知覚の訓練により介護者のつねにポジティブな姿勢を引き出すために適した手段であると認められている(認知症の患者の対処法に関するドイツアルツハイマー協会のガイドラインを参照のこと)。

こうしたドイツの背景を考えると、デイケア施設の観察から得られた知見を家族にフィードバックするというDCMの目標をさらに推し進めることが必要であろう。メディカルサービス(MDK)はそのために尽力している。

3) 認知症介護の領域における研修と継続教育

部分施設介護と入所施設における高齢者扶助の居住・介護の領域では、すでに冒頭で述べたように、老年精神医学的に見て問題を抱えた人たちがますます増加している。介護の文化とその組織も、これらの人々の要求に合わせていかなければならない。

モデルテスト「老年精神医学ネットワーク」では、特に高齢者扶助の領域において、十分な数の老年精神医学の専門介護者を研修または再教育することが試みられている。適切な職業像の開発と認定も、そのテーマである。

痴呆ケアマッピングにより得られた経験を、老年精神医学の継続教育の方向付けに反映することが重要である。認知症ケアを提供するすべての施設において、関係の促進、環境療法、職業的行為のシステムの対応を根づかせることが包括的な目標である。

現在、基礎教育(病人介護、高齢者介護)で取り上げている知見は、現場における老人精神医学の観点から不十分であることが多い。

- 精神疾患は、世帯員、介護者、チームに対してネガティブな影響を及ぼし、特に罪悪感、拒絶感、諦念、燃え尽き感を与えがちである。高齢者の精神疾患、とりわけ認知症は、多くの不安感、回避姿勢、拒絶形態が投影される。介護文化と組織文化が、潜在的にこれに関わってくる。
- その一方、認知症による変化は、生活構造・人格に深刻な影響を与え、その結果、周囲の環境への依存度が非常に大きくなる。人間らしくあるために、患者は、この

構造をできるだけ補完し、維持する、支援的な環境を必要としている。

専門的にも人格的にもすぐれたスタッフは、この生活空間において決定的なカギとなる。彼らは挑戦的な行動から読み取り、本人のアイデンティティを保持・サポートし、情緒的な欲求を正しく評価する。また、保護空間を作り上げ、患者は其中で、精神医学的な障害を抱えつつも、比較的充足した状態で生活し、生涯を終えるチャンスを与えられる。

4) 持続的な広報活動

持続的な広報活動を通し、要介護者、特に認知症の要介護者のために配慮し、彼らと関わっていくことがドイツ国民全員の課題であることを知らせなければならない。

遺伝子工学や生体臨床医学の発展によって、アルツハイマー病と脳血管性認知症の「原因」治療が実現されるまでは、まだ時間を要する。それまでの間、我々は患者本人とその世帯員を、社会の片隅に追いやってしまってはならない。認知症を単なる病気にとらえずに、障害として認識・受容し、そのハンディキャップを埋め合わせる努力をしなければならない。認知症は、本人とその家族にとってはまさに悲劇的な事態である。認知症を患う本人とその介護者への差別も依然としてあり、彼らは社会的に孤立した状態を余儀なくされている。

新しい知見によって、人間を中心に据えた開かれた介護により、多くの事例で、長期にわたり患者本人に比較的快適な状態を与えられるとしている。これは世帯員と介護職に対しても、燃え尽き感を排除する「健全な気持ちと成功体験」をもたらす。

5) 結論：社会全体の課題

しかしながら、要介護者と介護にあたる世帯員の深刻な状態をできるだけ改善するという課題は、介護保険制度だけでは、解決できるものではなく、むしろ社会全体が取り組むべき問題といえる。本人と介護者、介護に従事するスタッフの生活の質は、社会の姿勢に大きく左右される。すべての関係者、国、州、市町村、社会扶助運営者、介護金庫、教会、福祉協会、民間のイニシアチブにより、さまざまなレベルで共に考え、行動し、この問題に関わっていかなければならない。

3 介護保険 子の養育考慮法 (Kinder-Berücksichtigungsgesetz:KiBG)

2005年1月1日施行「公的介護保険の保険料法において子どもの養育を考慮することに関する法律」によって、2001年4月3日の家族負担調整に関する連邦憲法裁判所判決が公的介護保険に反映された。

(1) 2001年4月3日連邦憲法裁判所判決

連邦憲法裁判所 (Bundesverfassungsgericht) は、2001年4月3日の判決において、介護保険の保険料法における合憲性の問題を取り上げ、保険料法が、原則的に憲法の立場から問題がないかどうかを検証した。連邦憲法裁判所はその判決の中で (BVerfGE 第103巻、242頁)、賦課方式の公的介護保険の保険料を決める際には、子の養育による貢献を考慮すべきであるとし、違憲判決を下した。

判決理由について、介護保険の動向に関する第3回報告書 (Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, 2004年11月4日連邦議会印刷物 15/4125) に次のように要約されている。

「連邦憲法裁判所は、被保険者の高齢化によるリスクをカバーする資金賦課方式の社会保険制度においては、保険に加入している親の養育の功績は、この制度が機能するために重要な意味をもつと理由づけている。大部分の保険適用時に、賦課方式は次世代の保険料に頼らざるを得ない。これから育っていく世代、つまり現在の子どもは、将来は「高齢者」のために強制保険に加入して保険料の負担を引き受け、集団的な資金調達義務を課せられる。それによって子どものいない被保険者は、保険の適用を受ける際に、保険料を義務づけられている他の被保険者による養育業績の恩恵をこうむることになる。その一方で子どものいる被保険者は、養育のために消費と資産形成を諦めるといふ不利益をこうむっている。子どもの養育により、被保険者である両親は、公的介護保険に二重の貢献をしていることになる。すなわち、保険料を支払うだけでなく、制度の維持に欠かせない次世代育成という貢献を果たしているのである。

これを考慮すると、保険料の等しい負担は、子どもを養育する者が保険に支払う総額と、子どもを持たない者の金額との間に明白なアンバランスを生む。子どもを世話する／養育する被保険者が子どものいない被保険者と同額と保険料を払うだけで、家族保険に加入している世帯員にも給付を得られるという点で、一定の補償は成立する。だがこの恩恵により、養育の業績によりもたらされる次世代育成の貢献が、完全に報いられることにはならない。これは、子どものいる親がこうむる養育にともなう不利益と、子どものいない者が前者の養育の功績により手にする利益とを考慮してのことである。

他の被保険者が子を養育することにより子を持たない保険料支払者が享受する利益は、現在保険に加入している子どもの一部が、将来は保険加入を義務づけられる保険料支払者にならない、あるいは一時的にしかならないとしても疑問視されることはない。」

連邦憲法裁判所は判決の中で、立法機関に対し、2004年12月31日までに、子ども養育の業績を賦課方式の公的介護保険の保険料において考慮する法律規定を設けることを義務づけた。

(2) 法律の概要

立法機関には、連邦憲法裁判所の決定を反映するために大きく2つの選択肢があった。つまり、子どものいる被保険者の保険料を下げるか、子どものいない被保険者の保険料を上げるかである。そして、連邦政府の提案により、第2の方法が選択された。

最も重要な変更点は次のとおりである。

- － 子のいない公的介護保険の加入者は、2005年1月1日から0.25%の保険料が加算される。従って、子がいるかあるいは過去に子がいた加入者は、公的介護保険の保険料の面では比較的優遇されることになる。
- － 1940年1月1日以前に生まれた子のいない加入者（2005年の時点で65歳以上）は、追加保険料支払い義務を免れる。満23歳以下の者、ならびに失業手当II受給者と兵役／兵役代替社会奉仕勤務に従事している者も除外される。
- － 引き上げられた保険料は、加入者の親としての資格が介護保険料を支払うべき機関に対して立証された場合、あるいはなんらかのきっかけで知られた場合には、支払う必要がない。養子、新しい婚姻関係による血縁を伴わない子、里子も考慮の対象となる。

追加保険料の支払いは、介護保険料の通常徴収手続と同様に実施する。保険者は、構成員に支払う給付から、保険料の0.25%に当たる追加分を徴収する。

- － 雇用主は、労働報酬から天引きし、
- － サービス供給事業は、サービス供給収入から天引きする、というやり方である。

年金受給者に対しては、下記が適用される。

- － 1940年1月1日以前に生まれたすべての年金受給者は、保険料追加分を負担しなくてよい。
- － 1940年以降に生まれた子を持たない年金受給者の場合には、従来の介護保険料と同様に、年金保険の担い手が追加保険料を年金支払額から天引きし、これを介護保険に支払う。

両親の資格は、介護金庫へ保険料を支払うことになっている機関に対して、適切な方法で証明するものとする。立法機関は、介護金庫中央組織に対し、どのような証明が適しているかに関する共通の勧告を出すことを義務づけた。中央機関は、2004年10月13日の「親の資格証明に関する共同勧告」により、この指示を適時に履行した。

第6章 ドイツ介護保険制度における評価と展望

本稿は、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 (Dr. Rudolf Vollmer) 氏執筆論文「*Soziale Pflegeversicherung in Deutschland – Deutscher Beitrag zum Drei Lander Vergleich der Pflegeversicherungen in Japan, Luzemburg und Deutschland*」について、独文を和訳したものである。

1995年1月1日に介護保険がスタートしてから約10年が経過した。10年とは、介護保険の傾向、動向、結果、成果が見えてくるばかりでなく、要介護状態の市民とその家族にとって、改善を明確にするのに十分な時間である。

1 プラス評価

これまでの制度導入からの推移をかなり批判的な目で評価したとしても、介護保険はその「導入期間」を無事に終了できたと言えるだろう。各方面の努力にもかかわらず、介護保険が順調にスタートするには多くの困難が伴った。現実的に考えると、介護保険法(PflegeVG)がなんの問題もなくスムーズに実施できると期待していた人はいなかっただろう。新しい社会保険と民間の介護保険という構造は、円滑な導入を困難なものにしている。介護保険には、さまざま利害関係を持つ連邦、州、市町村レベルの多数の関係者が関与している。こうした背景を踏まえなければ、介護保険のこれまでのプラス・マイナス評価と動向を正しく判断することはむずかしいだろう。

介護保険の改善とスムーズな実施のために、必要に即応して法律上の措置が講じられ、2002年1月1日に施行の介護品質保証法(PQsG)、介護給付補完法(第1認知症介護法とも呼ばれる)が制度化された。

アンケート結果からも、介護保険がある一定の成果を上げ、確かな援助の実現と、要介護者の期待をおおむね満たしていることが読み取れる。

- 人口の80%以上は、特に在宅介護をめぐる規定を評価している。
- 回答者の2/3は、介護保険制度は介護に当たる世帯員や知人を「勇気づける」効果を上げているとしている。これらの回答者は、介護保険によって、介護する世帯員と近隣・ボランティアの貢献が正しく評価されるようになったと考えている。

全回答者の約80%は、全体として見ると、現在の介護状況は良好であるにとらえている。もう一点見落とせないのは、回答者の77%がMDKによる審査手続を評価し、75%が審査結果に納得していると回答している点である。

施設介護に関しては、アンケート結果から浮かぶイメージはかならずしもはっきりしていない。ここでの意見は、特に、介護保険が総合的な「全額補償」保険ではなく、部分的な保障しか提供しないという点に影響を受けている。要介護者の社会扶助への依存は文字どおり「半減」したにもかかわらず、介護ホームではまだかなりの数の入所者が依然とし