

ドイツにおける家族介護の法的位置づけと家族介護者支援

研究分担者 本澤巳代子 筑波大学 名誉教授

研究要旨

日本における介護保険および他の諸制度における家族介護者支援の可能性を検討するために、介護保険先進国であるドイツ連邦共和国における家族介護の法的位置づけと家族介護者支援のあり方を明らかにする。そのために、研究分担者が従来から積み重ねてきたドイツ介護保険の法制度に関する研究をベースに、ドイツの社会保険関係の研究者および家族介護に関わる関係機関や団体に対する聞き取り調査を行って、ドイツ介護保険と家族介護者支援に関する最新情報や資料を収集する。この現地調査を通して、ドイツにおける介護保険と家族介護者支援に関わる諸制度の背景や相互の関連性や連携などについて、また介護保険制度下における家族介護の社会的評価のあり方および家族介護者支援のあり方について、より正確かつ具体的な情報を得ることとした。現地調査の前後には、本研究グループの研究会だけでなく、ケアラー連盟のシンポジウムや高齢者法研究会において、ドイツの介護保険と家族介護者支援について報告を行い、参加者と意見交換を行った。そこでの意見ならびにドイツにおける家族介護の法的位置づけと家族介護者支援のあり方を参考に、日本においても実現可能と思われる家族介護者支援の諸施策について具体的検討を行った。

その結果、日本においても、介護保険制度における家族介護者支援の可能性として、①ドイツの介護保険のように、保険給付の対象者の範囲を子どもにまで広げ、障害のある子どもから高齢者まで共通して提供できる基本給付と成長期にある子どもや認知症高齢者など、その特性に配慮した介護給付を用意するなど、総合的な介護保険制度とすること、②要介護の障害児・者および要介護高齢者を世話ないし介護する家族のために、専門職による総合的な相談・助言および要介護者の特性に応じた自宅での介護講習の機会提供などを保険者に義務付けること、③家族の病気や休暇のための在宅での代替介護者の確保費用を通常給付とは別個に提供すること、④介護を社会的労働として評価し、一定以上の時間数の介護を行う家族の年金保険料を介護金庫が負担すること、⑤家族介護者と要介護者との間の事故をカバーする公的災害保険を用意すること、⑥家族介護の終了後における介護者の就労支援を雇用保険に位置づけることが考えられる。また、介護休暇制度の柔軟性の確保として、⑦介護休暇の取得可能期間を延長するとともに、短時間勤務や在宅勤務などを取り入れること、⑧通常の介護休業とは別に看取り休業制度を新設すること、⑨多様な在宅介護のあり方のモデルを企業および労働者の双方に提示すること、⑩休業制度や保険給付の内容について、企業および地方自治体が相談窓口を設けることが考えられる。さらに、家族介護者を地域社会で支えるために、⑪子どもからお年寄りまで集まれる「多世代の家」の日本版を各地方自治体で展開するとともに、そのためのモデル事業を国の補助金等で支援すること、⑫地域における家族介護者やボランティアの地域貢献を社会的労働として評価するための仕組みを設けること、⑬地域力強化のために、企業やNPOや地域住民が一緒になって各種行事やイベントを企画運営

する「家族のための地域同盟」の日本版を展開するためのマネジメント支援を行うこと、⑭地域で認知症高齢者を見守り家族介護者を支援するために「認知症患者のための地域同盟」の日本版を展開することなどが考えられる。

A. 研究目的

介護保険先輩国であるドイツ連邦共和国において、介護保険制度および他の諸制度は、家族介護者の介護をどのように評価し支援しているかを明らかにし、日本における介護保険および他の諸制度における家族介護者支援の可能性を検討する。

B. 研究方法

ドイツの介護保険制度における家族介護の法的位置づけと家族介護者支援を明らかにするために、①研究分担者が従来から積み重ねてきたドイツ介護保険の法制度に関する研究をベースに、ドイツにおける最新の介護保険制度改革の内容について、家族介護者支援の視点から日本語・ドイツ語の資料収集を行うとともに、シンポジウムや研究会などにおいて、他分野の研究者との意見交換を行う（5月6月）。②ドイツのマックスプランク社会法・社会政策研究所にて、ドイツの介護保険法改正および家族介護者支援に関わる最新の資料収集を行う（7月）。③ドイツの研究者および関係機関に対し直接聞き取り調査を行うとともに、一般市民向けの広報パンフレットやブックレットなどを収集する（8月9月）。④上記①～③の方法で収集した資料を活用して、ドイツの介護保険制度と家族介護の関係性について、依頼されたシルバー新報の連載記事「介護と家族—ドイツの選択」を執筆する（7月～9月）。⑤上記④の連載記事をもとに、上記①～③の方法で収集した現地情報等を加え、高齢者法研究会において報告を行い、研究者および弁護士等と意見交換を行う（10月11月）。⑥上記①～③

の方法で収集したドイツ語資料を精査し、

重要と思われるものを日本語に翻訳しまとめる（11月12月）。⑦上記①および⑤の意見交換を参考に、⑥でまとめたドイツの最新情報を整理したうえで中間報告を作成する（12月1月）。⑧他の研究会メンバーの中間報告原稿および研究代表者が厚生労働省に提出した中間報告書を参考に、上記⑥の報告内容を再検討し、最終報告書作成のために開催される本研究のための研究会（3月）にて報告するための準備を行う（2月）。⑨上記⑧の研究会での意見等を参考に最終報告書を作成するために、日本における家族介護者支援のあり方ないし可能性について、ドイツの介護保険制度および介護休業制度などにおける家族介護者支援の諸施策との比較検討を行う（3月）。

（倫理面への配慮）

個人特定のできる情報・資料等は、現地調査の対象から除外した。

C. 研究結果

1. ドイツ介護保険制度と家族介護者支援 (1) ドイツ介護保険の基本理念

ドイツ介護保険の基本理念は、①要介護者本人の自立と自己決定の尊重、②在宅介護の優先である。特に②の基本理念は、要介護者を介護する家族や近隣住民等によるインフォーマルケアを第一義的なものとしたうえで、介護保険によるフォーマルケアはこれを補充するものとして位置付けられたという意味で、ドイツ社会で高く評価されたものである。しかし、日本では家族に介護を押し付けると勘違いされることを危惧してか、単に在宅介護の優先としてしか紹介されなかったと言える。

「自立と自己決定の尊重」は、ドイツの

社会保障制度の基本理念でもある。この理念は、具体的には、加入する医療・介護保険の保険者を選択できること、保険給付である現金給付・現物給付・両者の組み合わせを自由に選択できることとして現れる。この2点は、日本の介護保険とは、大きく異なっている。

「在宅介護優先」は、要介護者の介護を家族や近隣住民、ボランティアが無償で介護することを前提にしている。そのため、ドイツの介護保険制度は、これらの無償の介護を社会的に評価するための仕組みを設けている。介護金庫は、介護保険料収入で得られた財源の中から、在宅で要介護者を介護する家族介護者等のために、法定年金保険・法定災害保険・失業保険のための保険料を支払うのである。すなわち、無償での家族介護者等の介護を社会的労働と評価して、年金保険や労災保険・雇用保険の給付が受けられるようにしたのである。

(2) ドイツ介護保険の要介護者本人給付

ドイツ介護保険給付の支給対象者は、給付申請前の直近10年間に2年以上の被保険者期間を有する者またはその被扶養家族に限られる。したがって、日本の介護保険のように高齢者だけでなく、障がい児・者も介護保険の給付対象者となる。ただし、ドイツの介護保険は中・重度の要介護者のみを対象とする制度として導入され、その後認知症について給付の上乗せをするなどの工夫を行ってきた。したがって、日本の介護保険における予防給付や要支援給付は、ドイツ介護保険の給付にはないが、介護保険給付とは別に、公的疾病保険には予防給付やリハビリ給付があり、これらの給付は介護保険の給付に優先する。

ドイツ介護保険の基本理念の一つである在宅介護優先原則に従って、要介護者本人に支給される保険給付は、①在宅介護のための保険給付が優先し、これを補充するも

のとして②部分的施設介護（デイケアやナイトケア、ショートステイ）があり、③入所施設介護は最終手段ということになる。ここにいう入所施設は、世話や介護の付いた多様な住まいのことであり（介護ホームや老人ホーム、ケアハウスなど）、高齢者向け住宅など自宅類似の住環境を維持できるものは在宅介護とされ、一定条件のもと付加給付が支給される。

① 在宅介護給付

現金給付（介護手当）は、要介護者本人が自分で確保した在宅介護の支援（基本介護と家事援助）のための経費負担の軽減を目的としたものである。要介護者本人に支給されるものであり、無償で介護する家族介護者等に直接支給されるものではない。介護手当は、これを受け取った要介護者本人が、自ら在宅での生活を継続するために必要な介護や家事援助をコーディネートするために必要な経費に充てることを前提に支給されるものである。仮に要介護者本人が、支給された介護手当を家族介護者等に支払ったとしても、あくまでも本人の自己決定によるものであり、家族介護者等の介護に対する対価ではないのである。

この現金給付は、専門職による訪問看護・介護などの現物給付と組み合わせることができる。ただし、二重請求はできないことから、現金・現物の各給付割合に従って各上限額に対する金額を計算し、支給調整することとなる。ドイツの介護保険制度では、現金給付の選択が常に約8割を占めており、現物給付や両者の組み合わせは若干増加傾向にあるとはいえ、なお少数である。

これら月々の保険給付とは別に、無償で要介護者を介護する家族介護者等が病気になったり休養が必要になったりして在宅介護に支障が生じた場合には、要介護者の在宅介護の継続のために、親族でない者による補充的代替介護が必要であるときは、年間6週間までの補充的代替介護の経費補助

が支払われる（レスパイトケア）。なお、親族による代替介護の場合には、介護手当の支給を受けることができる。

② 部分的施設介護

デイケアないしナイトケアの利用は、これらを利用しなければ、自宅での介護が十分に保障されない場合であることを要する。これらの給付は、介護度別に定められた上限額の範囲内において、介護手当と組み合わせて利用することもできる。

ショートステイは、介護金庫の認可を受けた介護施設における介護ができない場合や期待できない場合（特に入所介護施設に入所できるまでの過渡期、在宅介護やデイケア・ナイトケアで対応できない虐待などの場合）、年間4週間まで利用することができる（レスパイトケアを利用していない場合、年間8週間まで利用可能）。

(3) ドイツ介護保険における家族介護者等のための給付

公的介護保険の保険者である介護金庫は、介護保険料収入で得られた財源の中から、在宅で要介護者を介護する家族介護者等のために、法定年金保険・法定災害保険・失業保険のための保険料を支払う。すなわち、無償での家族介護者等の介護を社会的労働と評価して、年金保険や労災保険・失業保険の給付が受けられるようにしたのである。この家族介護者等の無償の介護を社会的労働として評価したことは、ドイツ社会において高く評価された点である。

① 家族介護者等の法定年金保険料支払い

介護金庫による法定年金保険の保険料支払いの前提条件は、家族介護者等が週14時間以上要介護者の在宅介護を行っていること、家族介護者等が介護と平行して毎週30時間以上稼得活動に従事していないことである。介護離職した場合はもちろん、家族介護のため労働時間を短縮した場合にも、介護金庫から法定年金保険の保険料が支払

われるのである。法定年金保険の保険料率は、2016年現在で18、7%であり、実際に支払われる保険料の金額は、要介護者の介護等級や家族介護者等による介護時間（要介護認定を行う専門職等によって必要と判断された介護時間）に従って、法定年金保険の前年度における被保険者の平均賃金相当額（旧西ドイツ地域では2905ユーロ、旧東ドイツ地域では2520ユーロ）を基準に計算される。ちなみに、法定年金保険における家族介護者等の強制加入者数は、2016年1月20日に連邦保健省が公表した数値によれば、2013年で約41万4000人であり、介護金庫の支払った保険料の総額は約9億ユーロであった。

② 家族介護者等の介護に対する法定災害保険の適用

家族介護者等に対して法定災害保険が適用されることによって、家族介護者等の労働災害または職業病に対して災害保険給付が支給されることになる。家族介護者等の労働災害となるのは、家族介護者等による要介護者の身体的介護（食事介助や移動介助）や家事援助といった通常の介護に伴う労働災害だけでなく、要介護者の自宅と介護場所との移動経路における通勤災害も含まれる。このように家族介護者は、労災適用によって、施設の介護職員等と同様に、怪我や病気の治療やリハビリを無料で受けたり、傷病手当金の支給、障害年金・遺族年金の支給を受けたりできるのである。

③ 家族介護者等に対する失業保険の適用

家族介護者等が要介護者の在宅介護を終えた後、改めて労働市場に復帰することができるように、無償で職業教育を受けられるようにしたり、ハローワークによる職業紹介を行ったりしている。

(4) 家族介護者等のためのその他の給付

① 家族介護者等のための無料介護講習

家族介護者等による要介護者の在宅介護

の質の確保のために、また家族介護者等の相互交流や悩み相談の機会提供のためにも、無料の介護講習は役立つものと考えられている。また、この無料の介護講習は、要介護者の自宅など在宅介護の環境でも提供可能であるため、専門職による介護との違いを具体的に理解することができる機会ともなるため、現物給付との組合せ利用を促す機会にもなりうると言われている。

② 家族介護者等のための介護相談

公的介護保険の保険者である介護金庫は、各担当地域において、家族介護者等のために介護相談を行っている。これを通して、家族介護者等の在宅介護と専門職や部分的施設介護の利用などを促すことができる。また、在宅介護における要介護者の虐待等を事前に予防したり、早期発見したりすることも可能になる。私的介護保険の団体も独自に介護保険相談の窓口を設けている。さらに、介護保険を担当する連邦保健省とは別に、連邦家族・高齢者・女性・青少年省が介護テレフォンを開設し、介護保険の申請や要介護認定の内容など、一般的な電話による介護相談を行っている。そのほか、高齢者の住まい（付随サービス等を含む）に関わる契約については、消費者センターが相談を受け付けるとともに、連邦消費者センターが消費者の利益を守るために代表訴訟を提起したりしている。

(5) 介護保険強化法Ⅱ(2017年1月1日施行)

介護保険強化法Ⅰ(2014年制定、2015年1月1日施行)は、認知症等に対する付加給付を導入したが、要介護認定および保険給付における見守り負担等が十分に考慮されていないと批判されていた。2015年には、要介護認定の基準および従来の3段階の介護等級を見直す介護保険強化法Ⅱが制定され、モデル事業による検証などを経て、2017年1月に施行された。なお、2016年に制定された介護保険強化法Ⅲ

(2017年1月1日施行)は、各地域の事情に即した要介護者の世話や介護を提供できるように、コミュニケーションの権限を強化することとした。介護保険制度の導入によって全国レベルで展開されてきた要介護者の世話と介護がより柔軟に実施できる利点はあるが、他方では地域格差が生じる可能性もあり、今後の各地での動きに注意する必要がある。

① 介護保険強化法Ⅱによる要介護度

従来の評価基準が基本的な身体的行動に対する支援ニーズによるものであったのに対し、介護保険強化法Ⅱによる新しい評価基準は、従来の評価基準に加えて、日常生活に制限を受ける認知症患者等に対する見守り等のニーズを加え、総合的に判断するものとなった。その結果、従来の評価基準(Pflegestufe)では非該当であった者の一部は、新評価基準(Pflegegrad)では要介護度1となり、従来の要介護等級ゼロ(認知症有)と要介護等級Ⅰ(認知症無)は要介護度2、従来の要介護等級Ⅰ(認知症有)と要介護等級Ⅱ(認知症無)は要介護度3、従来の要介護等級Ⅱ(認知症有)と要介護等級Ⅲ(認知症無)は要介護度4、従来の要介護等級Ⅲ(認知症有)と要介護等級Ⅲ(苛酷な場合)は要介護度5となった。

② 介護保険強化法Ⅱによる本人給付

在宅介護優先原則のもと、新たに設けられた要介護度1については、具体的な現金給付または現物給付の支給はなく、介護保険者の介護相談および介護講習が無料で提供されることが明示された。現金給付(月額)については、要介護度2:316ユーロ、要介護度3:545ユーロ、要介護度4:728ユーロ、要介護度5:901ユーロとされ、専門職による介護の現物給付は、要介護度2:689ユーロ、要介護度3:1.298ユーロ、要介護度4:1.612ユーロ、要介護度5:1.995ユーロとされた。

また、部分的施設ケア(デイケア・ナイ

トケア)についても、要介護度1は、介護相談および介護講習の無料提供にとどまり、要介護度2:689ユーロ、要介護度3:1.298ユーロ、要介護度4:1.612ユーロ、要介護度5:1.995ユーロとされ、ショートステイも要介護度2以上の者のみ利用可能で、原則年4週間まで一律1.612ユーロとされた。これに対し、入所施設ケアについては要介護度1についても給付が支給され、要介護度1:125ユーロ、要介護度2:770ユーロ、要介護度3:1.262ユーロ、要介護度4:1.775ユーロ、要介護度5:2.005ユーロとなっている。ただし、実際の施設入所費との関係からすれば、要介護度1で入所する場合には、他の要介護度の入所者に比べて支払月額が高額になる。したがって、要介護度1で施設入所する要介護者は在宅が困難な者に限られることになる。在宅が困難な場合に限られる(自己負担できない施設費用は社会扶助で不足分が補われる)。

③ 介護保険強化法Ⅱによる家族介護者等のための社会保険

新たに設けられた要介護度1は、在宅の本人給付だけでなく、家族介護者等の社会保険料等の支払いの対象からも除外されている。したがって、法定年金の保険料は、要介護者の介護度2からは、介護度にしたがって、かつ、要介護者が介護手当または介護現物給付を受給しているか否かにしたがって、介護保険の保険者が段階的に年金保険料を支払う。また、要介護者の介護度2からは、家族介護者等のために、失業保険料が支払われるとともに、介護継続期間は法定災害保険でカバーされることも従来どおりである。

2. ドイツでの聞き取り調査結果

ドイツでは、介護保険法の専門家であるGerhard Igl キール大学名誉教授および介護現場と介護の質に詳しいAndreas

Büscher オスナブルック専門大学教授を訪問し聞き取り調査を行った。また、連邦消費者センター高齢者住宅契約関係担当者Dieter Lang氏、私的介護金庫全国組織

(PKV) 介護保険部長 Sibylle Angele 女史、ドイツ商工会サービス会社成功の要因・家族ネットワーク事務所長 Kristen

Frohnert 女史、ドイツ連邦家族・ジェンダー・高齢者・青少年省介護機関・家族介護期間担当 Christine Stüben 専門官を訪問し聞き取り調査を行った。その結果、①

2017年1月1日施行の介護保険強化法Ⅱ

において要介護認定の基準および介護度の見直しが行われた後も、原則として保険給付に変更はなく、家族介護者のためのレス

パイトケアに変更はないこと、②新たに設けられた要介護度1については、現物給付も現金給付も支給されないが、保険者の費用負担による訪問相談・助言や訪問介護講習が無料で受けられること、③上記①および②による保険者の相談・助言や訪問介護講習は、家族介護者に対する精神的支援に役立つことがケース調査等で示されていること、④就労している家族が要介護者のために取得できる有給の介護期間(10日間)、原則無給の看取り休暇(6ヶ月)、原則無給の家族介護期間(24ヶ月)の情報提供および普及のために、経営者団体が積極的に先進事例を集めて紹介したりしていること、⑤上記④の介護期間や家族介護期間の普及のために、連邦家族省は補助金により各自治体や企業のモデル事業を推進したり、アンケート調査を行ったりしていること、さらに家族介護を支援するために介護全般に関する相談を全国的に受け付ける介護電話を設置したりしていること、⑥原則無給の家族介護期間を利用したり介護離職したりした場合にも、社会保険である年金保険や災害保険・失業保険については、介護保険の保険者が保険料を負担することで不利にならないようにしていること(介

護の社会的評価)などが、要介護者を介護する家族に対し直接・間接的支援となっていることが明らかとなった。

D. 考察

日本の介護保険は、被保険者が加齢に伴って要介護・要支援状態になった場合を想定しているのに対し、ドイツの介護保険は子どもから高齢者まで、すべての年代の要介護者に対する給付を行うものであり、在宅介護を前提に家族介護等を補充するものとして制度設計されている。そのため、ドイツの介護保険は、①当初から、要介護者の自立と自己決定の尊重（被保険者による保険者および保険給付の選択）および在宅介護の優先（保険給付は家族や近隣住民による介護を補充するもの）の2つを基本理念としてきた。したがって、在宅介護における家族介護者の支援も、要介護状態にある障害児・者や高齢者を世話ないし介護する家族等を念頭に展開されてきた。②在宅介護優先ゆえに、当初から家族介護者の年金・災害・雇用の各社会保険の保険料を介護保険財政から支出する形で、社会的労働として評価してきた点において特徴的である。こうした社会保険による保障は、要介護者を介護する家族介護者だけでなく、就労しつつ家族の介護をしたいと希望する者および介護離職者にとっても必要なものである。家族介護者の適切な支援によって、介護施設入所者や在宅サービスの利用者の数を抑えられるとすれば、介護保険財政にも利することになる。また、③被保険者給付として、介護家族等が病気や休暇で介護できず、外部の介護サービスを利用した場合、通常の介護保険給付とは別に保険給付が支給されることは、家族介護者等の心身の負担軽減に役立つものと思われる。さらに、④介護保険の保険者に義務付けられている相談・助言や介護講習などは、多様な主体（国や自治体、消費者センター、自助

組織など）による多様な形態での相談・助言や介護講習とも相まって、要介護者を介護する家族等の精神的負担や不安の軽減に役立っているだけでなく、介護保険や介護休業など広く介護に関する情報を提供することにも役立っている。そして、⑤被用者が家族のために事前申し出なくても取得可能な介護期間だけでなく、無給とはいえ無利子貸付制度とセットになった6ヶ月の看取り休暇や24ヶ月の家族介護期間（事前申し出が必要）などの長期休業や時間短縮など、就労しつつ家族を介護できる制度の構築を日本でも検討すべきである。また、これらの介護休業の取得方法や介護保険給付との組み合わせなど、多様な介護関係情報を先進事例の紹介とともに企業が主体的に行うように促すべきである（育児の場合の体験を活かす）。さらに、日本における地域包括ケアシステムの構築にあたっては、⑥要介護者や家族介護者が地域で孤立しないように、地域行事等のマネジメント支援（家族他のための地域同盟）、児童青少年の活動拠点やファミリーサポートセンターなどを活用し、多様な世代間の相互交流を行う事業（多世代の家）、さらに認知症高齢者に対する正しい知識の普及を目指した新しい地域同盟（認知症患者のための地域同盟）など、地域の住民や企業を巻き込んだ取組みの展開なども参考としつつ、単に高齢者や介護家族が集まる場所の提供にとどまらず、専門職等による相談・助言が無料で提供されたり、相互に助け合ったりできる関係形成のためのマネジメント支援を行うことも重要と思われる。

E. 結論

日本においても、要介護者の自立と自己決定の尊重および在宅介護の優先を重要視するのであれば、ドイツの介護保険における家族介護者支援のあり方を参考に、以下のような諸施策を検討するべきものと思わ

れる。

まず、①ドイツの介護保険のように、保険給付の対象者の範囲を子どもにまで広げ、障害のある子どもから高齢者まで共通して提供できる基本給付と成長期にある子どもや認知症高齢者など、その特性に配慮した介護給付を用意するなど、総合的な介護保険制度とすること、②要介護の障害児・者および要介護高齢者を世話ないし介護する家族のために、専門職による総合的な相談・助言および要介護者の特性に応じた自宅での介護講習の機会提供などを保険者に義務付けること、③家族の病気や休暇のための在宅での代替介護者の確保費用を通常給付とは別個に提供すること、④介護を社会的労働として評価し、一定以上の時間数の介護を行う家族の年金保険料を介護金庫が負担すること、⑤家族介護者と要介護者との間の事故をカバーする公的災害保険を用意すること、⑥家族介護の終了後における介護者の就労支援を雇用保険に位置づけることなどの諸施策が考えられる。

また、介護休暇制度の柔軟性を確保し、介護離職を防止する方策として、⑦介護休暇の取得可能期間を延長するとともに、短時間勤務や在宅勤務などを取り入れること、⑧通常の介護休業とは別に看取り休業制度を新設すること、⑨就労との両立を可能にする多様な在宅介護のあり方のモデルを企業および労働者の双方に提示すること、⑩介護休業制度や介護保険給付の内容について、企業および地方自治体など多様な主体による相談窓口を設置することが考えられる。

さらに、家族介護者を地域社会で支えるために、⑪子どもからお年寄りまで集まれる「多世代の家」の日本版を各地方自治体で展開するとともに、そのためのモデル事業を国の補助金等で支援すること、⑫地域における家族介護者やボランティアの地域貢献を社会的労働として評価するための仕組

みを設けること、⑬地域力強化のために、企業やNPOや地域住民が一緒になって各種行事やイベントを企画運営する「家族のための地域同盟」の日本版を展開するためのマネジメント支援を行うこと、⑭地域で認知症高齢者を見守り家族介護者を支援するために「認知症患者のための地域同盟」の日本版を展開することなどが考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表等

本澤巳代子「ドイツの少子高齢化と家族政策」ドイツ研究第51号（2017年3月31日）137-147頁

本澤巳代子「介護と家族—ドイツの選択①～⑤」シルバー新報2016年8月19日8頁、8月26日8頁、9月2日8頁、9月16日8頁、10月7日16頁

2. 口頭報告

本澤巳代子「ドイツの介護保険と家族」ケアラー連盟シンポジウム（日本女子大学）2016年6月19日

本澤巳代子「ドイツの介護保険」これからの介護を考える会（全国市町村会館）2016年6月27日

本澤巳代子「ドイツの介護保険と家族介護者支援」高齢者法研究会（かながわ県民センター）2016年10月31日

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし