

<p>episode paid at the onset of the episode and the residual 50% paid at the end.</p>	<p>and wage adjusted episode paid at the onset of the episode and the residual 40% paid at the end. Subsequent episodes for eligible beneficiaries who require continuous home care are paid at the 50/50 percentage split.</p>
<p>Rules Governing Split Percentage Payments New Notice of Admission Identifies the HHA as primary for the 60 Day Episode.</p> <p>Initial Claim submitted for initial percentage payment based on signed plan of care.</p>	<p>Rules Governing Split Percentage Payments No need for proposed notice of admission due to the new RAP approach based on physician verbal orders and documentation.</p> <p>RAPs not initial claims available before physician signed plan of care, not subject to payment floor. If a physician signed plan of care is not available at the beginning of the episode, the HHA may submit a request for anticipated payment or •RAP• for the initial percentage payment based on physician verbal orders. The request for anticipated payment of the initial percentage payment must be based on: a physician's verbal order that is recorded in the plan of care; includes a description of the patient's condition and the services to be provided by the home health agency; includes an attestation (relating to the physician's orders and the date received) signed and dated by the registered nurse or qualified therapist (as defined in 42 CFR 484.4) responsible for furnishing or supervising the ordered service in the plan of care; and the plan of care is copied and is immediately submitted to the physician OR a referral prescribing detailed orders for the services to be rendered that is signed and dated by the physician.</p> <p>HCFA has the authority to reduce or disapprove requests for anticipated payments in situations when protecting Medicare program integrity warrants this action. Since the request for anticipated payment is based on verbal orders and is not a Medicare claim for purposes of the Act (although it is a claim for purposes of Federal, civil, criminal, and administrative law enforcement authorities, including but not limited to the Civil Monetary Penalties law, Civil False Claims Act and the Criminal False Claims Act), the request for anticipated payment will be canceled and recovered unless the claim is submitted within the greater of 60 days from the end of the episode or 60 days from the issuance of the request for anticipated payment.</p> <p>The plan of care must be signed and dated by a physician as described who meets the certification and recertification requirements of section 424.22 and before the claim for each episode for services is submitted for the final percentage payment (40% for new patients and 50% for subsequent episodes). Any changes in the plan of care must be signed and dated by a physician.</p>

<p>Final Claim submitted for residual percentage payment based on signed plan of care.</p>	<p>No Change-Final Claim submitted for residual percentage payment based on signed plan of care.</p>
<p>Law Eliminates Periodic Interim Payments with PPS</p>	<p>Unchanged</p>
<p>Low Utilization Payment Adjustment (LUPA) Proposing Four or Fewer Visit Threshold Episodes with four or fewer visits are paid the national average per visit amounts for FY 2001. These per visit amounts will be further divided into a wage adjusted labor portion and a non-labor portion: Home Health Aide = \$34.44 Medical Social Services = \$123.31 Occupational Therapy Services = \$83.57 Physical Therapy Services = \$83.39 Skilled Nursing Services = \$76.32 Speech Pathology Services = \$90.79</p> <p>LUPA Rate Components Reflected in Proposed Amounts Listed Above: Average per visit cost for non-routine medical supplies reported on the cost report = \$1.41 Average cost per visit for non-routine medical supplies that could have been unbundled to Part B prior to PPS = \$0.35 Average cost per visit for ongoing OASIS reporting = \$.12 Standardization factor for wage index = .94622 Budget Neutrality Factor = .78578 Outlier Adjustment = 1.05</p>	<p>Low Utilization Payment Adjustment (LUPA) Retained Four or Fewer Visit Threshold Episodes with four or fewer visits are paid the recomputed national average per visit amounts FY 2001 (Included additional OASIS and therapy adjustments). These per visit amounts will be further divided into a wage adjusted labor portion and a non-labor portion: Home Health Aide = \$43.37 Medical Social Services = \$153.55 Occupational Therapy Services = \$105.44 Physical Therapy Services = \$104.74 Skilled Nursing Services = \$95.79 Speech Pathology Services = \$113.81</p> <p>LUPA Rate Components Reflected in Final Amounts Listed Above: Average per visit cost for non-routine medical supplies reported on the cost report = \$1.71 Average cost per visit for non-routine medical supplies that could have been unbundled to Part B prior to PPS = \$0.23 Average cost per visit for ongoing OASIS reporting = \$.12 Average Cost per visit for one-time OASIS scheduling Implementation Change = \$.21 Standardization factor for wage index = .96674 Budget Neutrality Factor = Not Applicable Outlier Adjustment = 1.05</p>
<p>Significant Change In Condition (SCIC) Payment Adjustment If a patient experiences a significant change in condition that was not envisioned in the original plan of care, the HHA may adjust the payment level to reflect the resources needed to treat the significant change in condition. The SCIC adjustment is a proportional payment adjustment reflecting the time both before and after the patient experienced the</p>	<p>Significant Change In Condition (SCIC) Payment Adjustment Unchanged</p>

<p>significant change in condition during the episode. The SCIC adjustment does not restart the 60 day episode clock. The SCIC adjustment occurs within an episode.</p> <p>In order to receive a new case mix assignment for the purposes of a SCIC adjustment during the 60 day episode, the HHA must complete an OASIS assessment and obtain necessary physician change orders reflecting the significant change in treatment approach in the patient's plan of care.</p> <p>The first part of the SCIC adjustment is calculated by taking the span of days (first billable visit date through the last billable visit date) before the patient experienced the significant change as a proportion of 60 multiplied by the original case mix and wage adjusted 60 day episode. The second part of the SCIC adjustment is calculated by taking the span of days (first billable visit date through the last billable visit date) after the patient experienced the significant change as a proportion of 60 multiplied by the new case mix and wage adjusted 60 day episode for the balance of the episode.</p> <p>The therapy threshold for case mix purposes applies to the total 60 day episode. In the case of a SCIC adjusted episode, the therapy threshold applies cumulatively to the total episode.</p>	
<p>Partial Episode Payment Adjustment (PEP Adjustment) In case of beneficiary elected transfer or discharge and return to the same HHA during a 60 day episode, the original episode is closed out with a proportional payment. A new 60 day episode clock for payment, OASIS assessment & plan of care certification begins as a result of the beneficiary elected transfer or discharge and return to the same HHA during a 60 day episode.</p> <p>Proportional payment is calculated using span of days (first billable visit through last billable visit) as a proportion of 60 multiplied by the original case mix and wage adjusted 60 day episode payment.</p> <p>PEP Adjustment does not apply under circumstances of HHAs under common ownership as defined in PRM 1004. Those situations are under arrangement.</p>	<p>Partial Episode Payment Adjustment (PEP Adjustment) In case of beneficiary elected transfer or discharge and return to the same HHA during a 60 day episode, the original episode is closed out with a proportional payment. A new 60 day episode clock for payment, OASIS assessment & plan of care certification begins as a result of the beneficiary elected transfer or discharge and return to the same HHA during a 60 day episode.</p> <p>Retained billable visit dates: Proportional payment is calculated using span of days (first billable visit through last billable visit) as a proportion of 60 multiplied by the original case mix and wage adjusted 60 day episode payment</p> <p>PEP adjustment does not apply in circumstances of HHAs under common ownership as defined in 42 CFR 424 for the balance of the 60 day episode, unless the beneficiary moves out of the MSA or non-MSA during the episode. Situations that meet the definition of common ownership are considered to be under arrangement.</p>

<p>The therapy threshold for case mix purposes applies separately to the proportional adjustment and the resulting new episode.</p>	<p>The therapy threshold for case mix purposes applies separately to the proportional adjustment and the resulting new episode.</p>
<p>Cost Outlier Payments-holding estimated outlays at 5%</p> <p>Fixed Dollar Loss of 107% of the 60 day national standardized episode amount</p> <p>Loss Sharing Ratio=60%</p> <p>Imputed Amounts for Episode=Per Visit Amounts from NPRM Table 6 Wage Adjusted for Beneficiary Site of Service</p> <p>Wage Adjusted (outlier threshold & imputed amounts)</p>	<p>Cost Outlier Payments-holding estimated outlays at 5%</p> <p>Fixed Dollar Loss of 113% of the 60 day national standardized episode amount</p> <p>Loss Sharing Ratio=80%</p> <p>Imputed Amounts for Episode=Per Visit Amounts from Final Regulation Table 6 Wage Adjusted for Beneficiary Site of Service</p> <p>Wage Adjusted (outlier threshold & imputed amounts)</p>
<p>Case Mix</p> <p>80 Groups</p> <p>19 OASIS Items & Therapy Variable</p> <p>Clinical,Functional,Intensity of Service Domain</p>	<p>Case Mix</p> <p>80 Groups</p> <p>23 OASIS Items (Including new Therapy Variable)</p> <p>Changes Designed to give more weight to serious conditions, particularly wounds and wound related conditions.</p> <p>Clinical Domain</p> <p>MO240-Added Secondary Diagnosis due to manifestation of underlying medical condition. Only codes from original list in NPRM that must be coded secondary.</p> <p>MO440-Added Wound/Lesion distinction for Burns & Trauma Diagnoses in MO230</p> <p>MO450 -Added Multiple Pressure Ulcers-split stages of ulcers-added points for 2 or more stage 3 or 4 pressure ulcers</p> <p>Functional Domain-Retained</p> <p>Intensity of Service Domain</p> <p>MO175-Distinction between previous stay in SNF versus Nursing Home</p> <p>MO825-New Therapy Threshold Variable</p>
<p>Wage Index-Adjusts Labor Portion of Rates Based on Site of Service of Beneficiary Episode Rates,Adjustments, LUPA Rates, Outlier Calculations use the latest pre-floor and pre-reclassified hospital wage index</p>	<p>Unchanged-latest version of pre-floor & pre-reclassified hospital wage index</p>
<p>Proposed Requirement Physician must certify the HHRG as part of the plan of care certification requirements.</p>	<p>Eliminated Proposed Requirement Physician must certify the HHRG as part of the plan of care certification requirements</p>
<p>Consolidated Billing Requirements Govern all Covered Home Health Services listed in 1861(m) of the Social Security Act.</p> <p>6 Disciplines of Home Health</p> <p>Routine & Non-Routine Medical Supplies</p>	<p>Balanced Budget Refinement Act of 1999 Removed Durable Medical Equipment from the Consolidated Billing Requirements Governing HHA PPS</p> <p>Consolidated Billing Requirements Govern all Covered</p>

<p>Durable Medical Equipment Covered Injectable Osteoporosis Drug</p> <p>HHA must bill Medicare for the services governed by the Consolidated Billing Requirements. As long as the HHA bills Medicare directly for payment for these items or services, HHA may provide these services either directly or under arrangement.</p>	<p>Home Health Services listed in 1861(m) (except durable medical equipment) of the Social Security Act. 6 Disciplines of Home Health Routine & Non-Routine Medical Supplies Covered Injectable Osteoporosis Drug</p> <p>HHA must bill Medicare for the services governed by the Consolidated Billing Requirements. As long as the HHA bills Medicare directly for payment for these items or services, HHA may provide these services either directly or under arrangement.</p>																																																																																																								
<p>IMPACT of PPS Rates on HHAs by Type and Location Based on Audited Cost Report Sample HHAs Proposed Rule PPS Rates must be Budget Neutral to the IPS Limits Reduced by 15% in FY2001</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Type of HHA</th> <th>% Change from IPS to PPS Proposed Rule</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>All Agencies</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">By Urban/Rural and Provider Type:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Rural</td> </tr> <tr> <td>Freestanding: For Profit</td> <td>-17.0</td> </tr> <tr> <td>Govt'l</td> <td>46.4</td> </tr> <tr> <td>Non-Profit</td> <td>13.7</td> </tr> <tr> <td>Provider Based</td> <td>10.1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Urban</td> </tr> <tr> <td>Freestanding: For Profit</td> <td>-18.4</td> </tr> <tr> <td>Govt'l</td> <td>50.9</td> </tr> <tr> <td>Non-Profit</td> <td>20.5</td> </tr> <tr> <td>Provider Based</td> <td>2.1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">By Provider Type:</td> </tr> <tr> <td>Freestanding: For Profit</td> <td>-18.1</td> </tr> <tr> <td>Govt'l</td> <td>47.9</td> </tr> <tr> <td>Non-Profit</td> <td>19.4</td> </tr> <tr> <td>Provider Based</td> <td>3.8</td> </tr> <tr> <td colspan="2">By Urban/Rural:</td> </tr> <tr> <td>Rural Agencies</td> <td>4.2</td> </tr> <tr> <td>Urban Agencies</td> <td>-0.4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">By Region:</td> </tr> <tr> <td>Midwest States</td> <td>21.8</td> </tr> <tr> <td>Northeast States</td> <td>21.4</td> </tr> <tr> <td>Southern States</td> <td>-15.5</td> </tr> <tr> <td>Western States</td> <td>-1.3</td> </tr> </tbody> </table>	Type of HHA	% Change from IPS to PPS Proposed Rule	All Agencies	0.0	By Urban/Rural and Provider Type:		Rural		Freestanding: For Profit	-17.0	Govt'l	46.4	Non-Profit	13.7	Provider Based	10.1	Urban		Freestanding: For Profit	-18.4	Govt'l	50.9	Non-Profit	20.5	Provider Based	2.1	By Provider Type:		Freestanding: For Profit	-18.1	Govt'l	47.9	Non-Profit	19.4	Provider Based	3.8	By Urban/Rural:		Rural Agencies	4.2	Urban Agencies	-0.4	By Region:		Midwest States	21.8	Northeast States	21.4	Southern States	-15.5	Western States	-1.3	<p>IMPACT of PPS Rates on HHAs by Type and Location Based on Audited Cost Report Sample HHAs Final Rule Rates must be Budget Neutral to the IPS Limits in FY2001 (BBRA Change)</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Type of HHA</th> <th>% Change from IPS to PPS Proposed Rule</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>All Agencies</td> <td>0.0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">By Urban/Rural and Provider Type:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Rural</td> </tr> <tr> <td>Freestanding: For Profit</td> <td>-7.50</td> </tr> <tr> <td>Govt'l</td> <td>29.98</td> </tr> <tr> <td>Non-Profit</td> <td>13.28</td> </tr> <tr> <td>Provider Based</td> <td>5.31</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Urban</td> </tr> <tr> <td>Freestanding: For Profit</td> <td>-14.25</td> </tr> <tr> <td>Govt'l</td> <td>20.58</td> </tr> <tr> <td>Non-Profit</td> <td>18.89</td> </tr> <tr> <td>Provider Based</td> <td>-2.50</td> </tr> <tr> <td colspan="2">By Provider Type:</td> </tr> <tr> <td>Freestanding: For Profit</td> <td>-12.77</td> </tr> <tr> <td>Govt'l</td> <td>26.50</td> </tr> <tr> <td>Non-Profit</td> <td>17.88</td> </tr> <tr> <td>Provider Based</td> <td>-1.03</td> </tr> <tr> <td colspan="2">By Urban/Rural:</td> </tr> <tr> <td>Rural Agencies</td> <td>5.94</td> </tr> <tr> <td>Urban Agencies</td> <td>-0.08</td> </tr> <tr> <td colspan="2">By Region:</td> </tr> <tr> <td>Midwest States</td> <td>14.77</td> </tr> <tr> <td>Northeast States</td> <td>15.37</td> </tr> <tr> <td>Southern States</td> <td>-16.75</td> </tr> <tr> <td>Western States</td> <td>17.84</td> </tr> </tbody> </table>	Type of HHA	% Change from IPS to PPS Proposed Rule	All Agencies	0.0	By Urban/Rural and Provider Type:		Rural		Freestanding: For Profit	-7.50	Govt'l	29.98	Non-Profit	13.28	Provider Based	5.31	Urban		Freestanding: For Profit	-14.25	Govt'l	20.58	Non-Profit	18.89	Provider Based	-2.50	By Provider Type:		Freestanding: For Profit	-12.77	Govt'l	26.50	Non-Profit	17.88	Provider Based	-1.03	By Urban/Rural:		Rural Agencies	5.94	Urban Agencies	-0.08	By Region:		Midwest States	14.77	Northeast States	15.37	Southern States	-16.75	Western States	17.84
Type of HHA	% Change from IPS to PPS Proposed Rule																																																																																																								
All Agencies	0.0																																																																																																								
By Urban/Rural and Provider Type:																																																																																																									
Rural																																																																																																									
Freestanding: For Profit	-17.0																																																																																																								
Govt'l	46.4																																																																																																								
Non-Profit	13.7																																																																																																								
Provider Based	10.1																																																																																																								
Urban																																																																																																									
Freestanding: For Profit	-18.4																																																																																																								
Govt'l	50.9																																																																																																								
Non-Profit	20.5																																																																																																								
Provider Based	2.1																																																																																																								
By Provider Type:																																																																																																									
Freestanding: For Profit	-18.1																																																																																																								
Govt'l	47.9																																																																																																								
Non-Profit	19.4																																																																																																								
Provider Based	3.8																																																																																																								
By Urban/Rural:																																																																																																									
Rural Agencies	4.2																																																																																																								
Urban Agencies	-0.4																																																																																																								
By Region:																																																																																																									
Midwest States	21.8																																																																																																								
Northeast States	21.4																																																																																																								
Southern States	-15.5																																																																																																								
Western States	-1.3																																																																																																								
Type of HHA	% Change from IPS to PPS Proposed Rule																																																																																																								
All Agencies	0.0																																																																																																								
By Urban/Rural and Provider Type:																																																																																																									
Rural																																																																																																									
Freestanding: For Profit	-7.50																																																																																																								
Govt'l	29.98																																																																																																								
Non-Profit	13.28																																																																																																								
Provider Based	5.31																																																																																																								
Urban																																																																																																									
Freestanding: For Profit	-14.25																																																																																																								
Govt'l	20.58																																																																																																								
Non-Profit	18.89																																																																																																								
Provider Based	-2.50																																																																																																								
By Provider Type:																																																																																																									
Freestanding: For Profit	-12.77																																																																																																								
Govt'l	26.50																																																																																																								
Non-Profit	17.88																																																																																																								
Provider Based	-1.03																																																																																																								
By Urban/Rural:																																																																																																									
Rural Agencies	5.94																																																																																																								
Urban Agencies	-0.08																																																																																																								
By Region:																																																																																																									
Midwest States	14.77																																																																																																								
Northeast States	15.37																																																																																																								
Southern States	-16.75																																																																																																								
Western States	17.84																																																																																																								

<p>Grace Periods for OASIS Assessments and Plan of Care Certifications Associated with Transition of all HHAs to PPS Effective October 1, 2000</p> <p>Proposed a one-month grace period for both OASIS assessments and plan of care certification requirements</p>	<p>Grace Periods for OASIS Assessments and Plan of Care Certifications Associated with Transition of all HHAs to PPS Effective October 1, 2000</p> <p>HCFA is providing a one-time implementation grace period for OASIS assessments and plan of care certifications to alleviate transition concerns associated with all HHAs starting PPS with the same effective date of 10/1/00.</p> <p>Plan of Care Certifications: For established home health beneficiaries as of September 1, 2000, we are providing a one time grace period that provides a certification period up to a maximum of 90 days (September 1, 2000 through and including November 29, 2000). HHAs in conjunction with a certifying physician and HHA may have a one-time maximum 90 day plan of care certification. The regulatory requirements governing the Medicare home health benefit before PPS would apply to the certification period up to and including September 30, 2000. The plan of care must reflect a statistical break between the pre-PPS physician ordered services (September 1, 2000-September 30, 2000) and the post-physician ordered services (October 1, 2000-November 29, 2000). Included in the statistical break is the notation of the start of care date/first billable visit date for this patient under PPS</p> <p>OASIS Assessment Schedules Grace Periods for patients under an established plan of care:</p> <ul style="list-style-type: none"> -On or after September 1, 2000 - September 30, 2000, HHAs may use the most recent OASIS start of care or follow-up to group for case mix. -On or after August 1, 2000-August 31, 2000, HHAs discretion to complete the next schedule in September 2000 for case mix -On or after October 1, 2000 resume OASIS requirements governing last five days of episode certification period. <p>* In order to take advantage of grace periods, HHAs need to use grouper software during September 2000.</p>
--	--

付録 A : ドイツにおける介護保険制度

序

1994年5月、ドイツ連邦議会は、長期もしくは恒久的な「非医療的」介護を必要とするドイツ国内の居住者に対する、新たな社会保険制度についての法案を可決した。1994年介護保険法（LTCI法）には、1990年代前半、OECDが策定した基本的なガイドラインが盛り込まれている。本法は、以下の3段階を経て施行された。

最初の支払いが行われる3ヶ月前である1995年1月1日より、本制度の財源を確保する分離給与税が被雇用者に賦課された（第1段階）

1995年4月1日を以って、在宅介護手当の支給（現金もしくは現物）が開始された（第2段階）。

15ヶ月後の1996年7月1日、施設介護が開始された（第3段階）。

この新たな制度は、欧州において最も古くからある社会保障制度に最後まで残っていた欠落部を補うものとなった。1880年代、ビスマルクによって開始された社会保障制度は、今日、ドイツ国民全体の92%（8,200万人）をカバーするものとなっている。その中には、1883年に導入された医療保険、労働災害保険（1884年）、老齢年金・遺族年金・障害年金の支給（1889年）、及び失業保険の支給（1927年）が含まれる。

施行後5年経ち、介護保険法はドイツ国内の大多数の人々から、極めてうまくいっている制度であると認識されている。とはいえ、本制度の欠点の1つは、介護に依存しているとみなされる人々の定義の範疇が狭すぎることであると言われる。具体的には、痴呆症の人々が多かれ少なかれ、介護保険法が支給する給付金の対象から除外されているという意味である。この非難が妥当であるかどうかについては後に検討する。しかしながら、そもそも、高齢者の間に見られる痴呆症の蔓延が度を増しつつあることは、ドイツの介護保険制度が抱える、著しく大きな課題の1つであると付け加えておく方が公平というものだろう。

2000年10月16、17日の両日、パリにおいて行われた、社会政策に関するOECD特別調査委員会第19回総会において、OECD社会政策局は、パリとストックホルム会議（1999年12月、2000年5月）を総括して、痴呆症が突きつける諸課題は、ドイツだけに限ったものではなく、ほとんど全てのOECD加盟国に影響を及ぼしている、と指摘した。この問題に対し、加盟各国の示した高い関心は、両会議の事務局総括の中にも以下のように強調されている。

「障害が健康上に持つ意味という観点から、パリ会議では、データ収集者や政策アナリスト、研究者などのネットワークが取り組みを行いそうないくつかの問題が認識された。その中には、肉体的、精神的な障害の出現率はなぜ変化するのか、また、それはどうすれば定義つけられ、測定されるのか、ということについての国際的理解を深めること。さらに、最後のパネルプレゼンテーション（ストックホルム会議にて）中、いくつかの重要な点が指摘された。重要点は、以下のように表せる……次に、障害状態が政策的に持つ意味について、より詳しく調べる必要があるかもしれない……興味関心の的となったもう1つの具体的な課題は、どうすれば、痴呆症やその他の認知障害を持つ高齢者が利用できる介護が継

続できるかを模索することである。議長から、正規の介護制度かそうでない介護制度かという問題、そして公的支援を受けた介護レベルが介護パターンにどのように影響するか、といったことが重要である、との提案がなされた。認知障害は、介護提供者にとって極めて高レベルの負担につながるものであり、とりわけ痴呆症の場合には、施設介護が妥当になるほど多大になることもあり得る……」

ドイツの体験は、こういった結果を確認するものである。実際のところ、痴呆症を持つ他者依存の高齢者に対する介護に真っ向から立ち向かっているのは、正規の介護者ではなく、ほとんどの場合、その配偶者達なのである。

最近開かれた、社会政策に関する特別調査委員会のパリ会議でも、アンドレア・フィッシャードイツ保健相が、パリ・ストックホルムイニシアティブを歓迎しており、長期介護の分野、特に痴呆症やその他の認知障害を病む人々に対する介護の分野で、国際的な理解や協力を深めるための試みを進める上で、OECD を強力に支援する、としていることを私は伝えた。

このような状況において、もしそういったプロジェクトに、「介護の質」に関する問題に対応するものが加われば、ドイツ保健相はどんなにか喜ぶことだろう。その分野については、他の OECD 加盟国の経験が極めて有用であると考えられる。しかるべき品質基準命令は、あらゆる範疇の他者依存の人々に対する介護に適用されるが、とりわけ、我々の社会において最も弱者である構成員、アルツハイマー病と、血管性痴呆症や他の形で現れる認知障害を病む人々に対して、それらは欠くべからぬものであり、また必要とされるものである。どちらの分野においても、現在のドイツにおける介護保険制度を改善する余地と、緊急にそれを行う必要性がある。こういった必要性に対応して、連邦政府は、以下のような2つの大規模な改革プロジェクトに着手した。

長期介護の質を改善させること、及び「介護市場」における消費者としての立場で、介護を必要としている人々の権利を強化することを目的とした法案、及び痴呆症の人々に対する介護内容を改善することを意図した法案が整いつつある。

最初の法案は（内閣の承認を得た後）、国会に提出されたところである。2番目の法案は、まだ検討中の段階である。つまり政府は、この法案を、より大掛かりに痴呆症の問題に取り組むための第1歩に過ぎないと考えているのである。

上記2つの改革プロジェクトについては、以下に、新ドイツ介護保険制度への概論と実施後5年を経たのメリットを述べた後に詳述する。

I. 問題の範囲

1995年までの間、社会保障制度は、恒久的な介護を必要としている人々に対して適切な支援を提供してはいなかった。例外的なものは、労働災害にあった公務員や労働者や、戦没者やその遺族といったいくつかの特定された、比較的小さなグループであった。それゆえ、恒久的な介護を必要としているほとんどの人々は、「公的扶助」に依存するようになったのだが、それは、所得調査を伴う福祉政策にありがちな、あらゆる否定的な結果を伴うものである。

1. 正確な詳細情報と傾向

いくつかの数字を挙げるだけで、長期介護に伴う問題の重要性が分かるだろう。

・ドイツでは今日、およそ 186 万人の人々が恒久的な（非医療）介護を必要としており、これは、全人口 8,200 万人のうち、ざっと 2%に当たる。この数字は、ハンブルグ市の人口規模に匹敵する。

・これらの人々のうち、55 万人はナーシングホームで生活している。残りの 131 万人は、近親者や隣人、ボランティア、介護専門者などによって、自宅で介護を受けている。

法律上の定義によれば、恒久的な（長期）介護を必要とする人々とは、疾病または廃疾の結果、恒久的な介助がなければ日常生活に必要な作業を行うことのできなくなった人々のことである。当該の人々が介助を必要とする分野とは、

身の回りの衛生に関する事柄

栄養摂取

移動

家事全般

上記の定義は、あらゆる年齢の人々に該当する。しかしながら、その過半数（約 152 万人）は、60 歳以上の人々である。これらのうち、およそ 563,000 人の人々は 60 歳から 80 歳で、853,000 人は 80 歳を越える人々である。

長期介護の必要性は増しており、これは主として人口統計的な構成によるものである。一人暮らしの世帯や少人数家族が増える傾向は今後も続くとみられる。

60 歳以上の人々の数は、2010 年までに 200 万人増え、1,910 万人から 2,100 万人になるとみられる。これは即ち、全人口（8,200 万人）の 26%に当たる。2010 年から 2030 年までの間に、この年齢層の人々はさらに 620 万人増え、2,720 万人に上ることになる。この時期に、総人口は、8,200 万人から 7,700 万人へと減少することが予測される。その結果、2030 年までに、ドイツに住む人々のうち、3 人に 1 人（正確には 35%）が 60 歳以上になるとみられる。

現在、平均余命は以下の通りである。

新生男児の平均余命	74.0 歳
新生女児の平均余命	80.3 歳
65 歳男性の平均余命	15.1 歳
65 歳女性の平均余命	18.8 歳

1995 年に、介護保険法が導入された際、長期介護を必要としている人々は 165 万人であった。現在、5 年後のそれは 186 万人である。この数字は今後 10 年間で 34 万人増えて、220 万人に上ると予測されている。長期介護に依存するようになる危険性を、以下の年齢層の人々の平均値でみると、

60 歳未満	0.5%
60 歳から 80 歳	3.5%
80 歳以上	30%

施設介護については、ナーシングホームに入る平均年齢は 85 歳に近づきつつある。今日では、滞在期間は、10 年前の 5 年間から 2 年以下へと、着実に減りつつある。

ナーシングホームで介護を受けている 70%以上の人々が、何らかの（往々にして極めて重度の）痴呆症を病んでおり、アルツハイマー型のものが増えている。在宅介護については、その数字はおよそ 50 万人と見積もられている。ここに、ドイツの制度上の不備の 1 つが潜んでおり、このことは後に触れる。

逆にいえば、高齢者の人数の増加が、恒久的介護を必要とする人々の割合の増加に、必ずしもつながるわけではない。予防やリハビリテーションによってもたらされた、より長期間の永続的な健康状態が、平均余命の伸長を生じさせるのであれば、この数字はより小さくなり得るのである。

2. 議論の 20 年間

介護保険法は、ドイツ国内での 20 年以上に及ぶ議論の末、作られたものである。

政治的、憲法上、宗教上、哲学的、経済的、財政的、社会的な観点から。このような議論は、つまるどころ次のような疑問として浮上した。

我々はどのような社会に住んでいるのか、そして住みたいのか？

圧倒的多数の人々が比較的快適な生活を満喫している国において、自分達自身には何の落ち度もないのに困窮にあえぐ人々が、小規模だが特徴的なマイノリティとして存在していることは、あるべき状態であり公平なことなのか？

以上のように情緒的なものでなく、より冷静な立場から、正面切って対応しなければならない問題が 2 つあった。それは即ち、介護に伴うコストと在宅介護の問題である。

1) 介護に伴うコスト

長期介護は、概して極めて高額である。とりわけ、施設介護はドイツにおいては非常に高額になってきている。ナーシングホームによっては、1 ヶ月に 3,000 マルク（約 1,500 ユーロ）から 8,000 マルク、もしくはそれ以上かかっており、これは、平均的な年金支給額を受け取っている人々の収入を確実に上回る。

結果として、圧倒的多数のナーシングホーム入居者が、月額介護費用を賄うために「公的扶助」に依存している。

1995 年に新介護保険制度が導入される以前は、高額な施設介護は、年金支給額にかかわらず、高齢者の全財産を吸い上げてしまうものだった。長期介護が必要になるということは、生活の低下をもたらす強力な効果を持っていた。多くの場合、それは個人の資産の喪失や生活水準の低下につながるものだった。しかも、それは、直接影響を受ける本人のみならず、長期介護を必要とする者の子供や両親に対してまで及ぶものだったのである。

公的扶助は、資産調査を伴う社会福祉政策の 1 つである。もし、ある人がナーシングホームにかかる費用を支払えない場合、地方自治体がそのコストを負担する。しかし、地方自治体は、困窮者の資産を差し押さえることにより、少なくともその支出の一部でも充当しようとする場合がある。その結果、長期介護に依存するようになると、本人及びその家族は、不安定、かつ往々にして絶望的な財政状態に陥ることになる。

2) 在宅介護の問題

長期介護を必要としている人々のうち、およそ 90% が自宅に住み、その家族による介護を受けている。しかしながら、社会の進展により、家族による介護は、極めて困難な状況に置かれている。

- ・離婚後、または配偶者の死後、独身生活や 1 人暮らしを続ける人々が増えている。
- ・出生率の低下が少子化につながっており、両親の介護をするであろう子供の数が減っている。
- ・高齢者の平均余命の伸長が、少子化とあいまって、自分の両親と配偶者の両親の両方を看なければならぬ状況を生み出している。
- ・フルタイムの仕事と身内の介護を十分に行おうとすることからくる過労は、しばしば耐え難いものとなる。

多くの場合、介護を行ってしかるべき家族の住む所は、遠すぎて介護できない。

一般的に、身内に対する在宅介護を提供し、外では働いていない人々は、自分自身の適切な社会保険に加入していなかった。

3. 1988年医療改革法

1988年医療改革法は、恒久的介護の必要を、広く生命を脅かす危険として認める第一歩であった。1991年1月から1995年4月までの間は、法定医療保険基金（クランケンカッセン）が非医療的在宅介護に対する支払いを行っていた。介護を必要とするものは、以下のどちらかを選択することになっていた。

- ・現金による介護給付金（在宅手当）
- ・介護専門スタッフによる訪問という形を取る、在宅介護現物給付

介護手当は、受給者が、近親者や友人、隣人を通じて、しかるべき在宅介護を受けられることが確実な場合のみ支給されていた。その額は、1ヶ月当たり400マルク（200ユーロ）であった。受給者が介護専門者による介護を選択した場合、本人の医療保険基金から、1ヶ月当たり、金額にして最高750マルク（375ユーロ）に相当する、介護専門スタッフによる最高25回の訪問に対する支払いが行われていた。この場合、介護給付金は個々の受給者に対して支払われるのではなく、サービスを提供している在宅介護機関に対して支払われていた。

II. 新介護保険制度

1994年介護保険法を可決することにより、議会は、長期介護への依存は「広く生命を脅かす危険」と認めたのである。新たな制度は、現在では、その機能を存分に発揮している。

1. 財源確保と運営

1) 包括的な填補

恒久的（非医療的）介護を必要としている人々に対する新しい社会保険制度は、ドイツ国内で雇用されている全ての人々を対象としており、国籍に無関係である。これは以下の原理原則に基づく強制的な制度である。即ち、「介護保険法は、医療保険加入の結果、支給される」医療保険には強制（公的）保険または民間（任意）保険のどちらでもよく、介護保険法もそれに倣う。言い換えれば、新たな法的制度は、2つの支流をつなぎあわせたものである。その2つとは即ち、公的介護保険制度と民間介護保険プランである。

A) 強制、もしくは「公的」医療保険への加入を義務づけられる者はすべからず、同様に介護保険法に加入する必要がある。これは、全ての被雇用者とその家族、即ち国民のおよそ92%に対し、効力を持って適用される。

B) 民間の医療保険に加入している人々は、長期介護についても民間の保険による填補を受けなくてはならない。しかし、それは、入院治療費も含めた包括的な民間の医療保険でなくてはならない。補足的保険または、旅行保険単独では、民間の医療保険に加入する義務を生じさせるものではない。現在のところ、総人口の約7%が包括的医療保険による填補を受けており、それにより民間の介護保険への加入も義務づけられることになる。

この層に属する人々は必然的に、月収が6,450マルク（3,225ユーロ）を越える高額の収入を得ている

被雇用者に限られてくる。法律によれば、彼らは民間の医療保険か、公的医療保険への任意加入かどちらかを選択できることになっている。どちらの場合にも、彼らは、介護保険法に加入しなければならない。

民間の医療保険を選んだ場合、民間の介護保険による填補を受けなければならない。

自発的に、公的医療保険に加入した場合には、民間の介護保険か、公的介護保険かどちらによる填補を選ぶことができる。選択の機会は1度しか与えられず、一旦選んだらそれを継続しなくてはならない。

C) 一般的に、自営業の人々は、公的医療保険制度に加入することを認められていない。つまり、彼らは介護保険を取得することを義務づけられていないということになる。しかし、以前は被雇用者であり、従って法定医療保険に加入している自営業者であれば、自営業者としても加入を続けることができる。この場合、彼らが民間の保険を（一定期間内に）選択しない限り、公的介護保険に加入することが求められる。

D) 長期介護を必要とする公務員は、特別の補助金を、雇用主から継続的に受け取れる。当該公務員は、残りのコストを支払うためにしかるべき保険に加入しなければならない。

2) 源泉徴収方式（賦課税方式）

資金確保に関しては、公的介護保険法（以下参照）と強制的民間介護保険との間に明確な区別がなされなくてはならない。以下の指摘は、この新制度の「公的」な部分に限っていえるもので、「民間」の部分については後に言及する。

新たな介護保険法制度は、全額、源泉徴収方式（賦課税方式、即ち、現在では年金生活者となっていたり、介護を受けている人々も含めた雇用主、被雇用者から等しく徴収することによって賄われる。働いていない配偶者や子供については、保険料を支払わなくても填補される。負担金額は、介護保険の支出額が、現在の保険料を通じて入ってくる歳入額を越えることのないようにするとの原則に基づき、国会で決められる（収入比例支出の法則）。

1995年1月に徴収が開始された時の金額は、1.3パーセントに設定された。これは、改革の第1段階を賄うに十分な資金を生み出すものだった。1996年7月（ナーシングホームサービスがこの制度の中に組み入れられた時）、施設介護にかかる介護関連コストを賄うために必要となる追加の資金を徴収するため、分担金額は1.7%に上げられた。

医療保険や年金保険と同様に、介護保険制度の保険料も、「収入比例制」を取っている。しかし、その金額は、実際の収入に基づいて査定されるのではなく、ある一定の「最高限度額」が決められた「被保険収入（または保険適用収入）」に基づいて査定される。この限度額は毎年、増額される。この「最高限度額」は、公的医療保険におけるものと同じである。現在のところ、旧西独においては、月額6,450マルク（3,225ユーロ）であり、旧東独においては、月額5,325マルク（2,663ユーロ）である。それ以上の収入のある人々でも、保険料を支払わなければならないが、この査定は、それぞれ最初の3,225ユーロ、2,663ユーロにのみ適用される。

給与所得者の保険料は、雇用主によってその賃金・給与から前もって控除される。控除された保険料は、医療保険基金へと送金され、そこからしかるべき介護保険基金へと送られる。大体において、雇用主は、同額を負担しなくてはならない。しかし、雇用主は、この新しい制度の資金調達において彼らが負担している分についての埋め合わせは受けているのである。これは、全てのドイツ連邦国民が、毎年、祝日を1日、出勤日にすることによって行われている。

そのために選ばれた日は「懺悔の日」である。ザクセン地方だけが唯一、この祝日を放棄することへの反対を決めた。その結果、ザクセン地方の被雇用者は、保険料の1.35%を支払わなければならない（通

常の0.85%に対して)。

介護保険法についての保険料額は、1994年に、元々の介護保険法の中で決められた。保険料額におけるいかなる変更にも立法措置が必要である。それに対し、医療保険基金に対する保険料額は、個々の基金によって決められている。その平均料率は「被保険収入(または保険適用収入)」の、およそ13.6%である。

運用開始の最初の年(1995年)、この新介護保険制度は、あっという間に、250億マルク(125億ユーロ)。1999年、介護保険基金は、310億マルク(155億ユーロ)以上を集めた。現在は、累積黒字が100億マルクを少し切り、うち約40億マルク(20億ユーロ)は、法定留保分として取り分けられている。

3) 運営

新介護保険法は、医療保険基金によって、全国に広がるその事業所のネットワークを通じて運営・実施されている。このような方法によれば、新たな運営事務局を設立する必要もなく、さらに、医療保険サービスにおける既存の専門知識という利点を十分に生かすことが可能である。

それらのサービス運用コストを賄うために、現在、医療保険基金は介護保険基金から30億マルク(15億ユーロ)を受け取っている。

今のところ、ドイツ国内のおよそ600に上る介護保険基金が依然、様々な従来からのドイツ労働者や職人の代表となっていたり、その意見を反映したりしている。

「1次基金」には、およそ総人口の60%が加盟しており、加盟者主としてブルーカラーの労働者である。これには以下のようないくつかの種類が存在する。

「地域密着基金」は、1基金が1つの地域か、1つの大都市といった程度の比較的、狭い地域の中で運営されている。

「企業依存基金」は、主に、雇用主が、自社の被雇用者のために組織しているものである。

いくつかの基金は、職種・職能別に組織されている：炭坑夫、農業家・農業従事者、職人・熟練工、船員など。

「代替基金」は、総人口のおよそ30%をカバーするもので、主としてホワイトカラーの雇用者が加盟している。これらも(1つの例外を除いて)、全国規模のものである。

最近の法制下では、被保険者は自分達の医療保険基金、ひいては介護保険法基金を、多かれ少なかれ1年に1回は変更することができることになっている。これは、異なる基金同士の競争を促進し、会員となることに伴うリスクが高かったり低かったりする基金間に存在する既存の財政負担格差をなくすことを目指した措置である。

全ての介護保険法基金は、公社としての立場が認められている自主管理の非営利団体であり、理事会と管財人によって運営される。1次基金の場合、これらの理事会は労働者と雇用主が同人数の代表者を出し合って構成される。代替基金の場合は、被雇用者だけから成る。介護保険基金の方針、手法、運用形態を決定するのは、このような団体(法律の枠組み内で)なのである。

外国から見れば、このような複雑な仕組みは、極めて分かりにくいものに写るかもしれない。この基金は、1883年医療保険法において初めて、正式に明確化されたものだが、実は、はるか中世の相互基金にまで溯るものだ。今日ただ今の時代、行政府は、生活のあらゆる面にまで入り込んできているように思えるかもしれないが、これらの基金には2つの大きな利点がある。

ドイツの介護保険法基金も、同じ法律、即ち介護保険法に基づいているのだが、それらの基金は行政府の介入を受けないものである。

ドイツの長期介護は、毎年、納税者の貴重な金の配分をめぐり、少しでも多くの分け前を確保しようとする省庁間で繰り広げられるつまらないケンカに加わって、「大砲とバター政策（軍備と国民経済とを両立させる政策）」と競い合わずに済む。

介護保険基金は、自分達の基金を、労働者と雇用主から強制的に徴収される保険料から得ている。言い換えれば、ドイツの介護保険法は、産業界の両方の立場の人々によって運営され、賄われているのである。

2. 指針となる原理原則と受給資格

1) この新制度の基準となる原理原則がいくつかある

第1: 介護保険法は介護を必要とする人々のあらゆるニーズを満たす、完全に包括的制度ではない。むしろ、気前はよいが限定的な給付金を伴う部分的な保険填補制度である。

在宅介護において、給付金は、受給者に対し、その家族、友人またはインフォーマルな介護者によってなされる介護と心遣いを補完することを目的としている。

施設介護において、給付金は、介護に付随する支出による受給者の負担を軽減することを目的としている。従って、ナーシングホームに入居している人々は、自分自身の生活費や宿泊・食事代などは支払わなくてはならないことになる。このことは、明確な政治決定であった。生活費や宿泊・食事代などを介護給付金の範疇に含めると、介護している近親者が「老人」をナーシングホームに「押しつけ」、老人の年金を取り上げてしまうのではないかという危惧があったのである。

第2: 一般的に、施設介護に比べ、在宅介護の方が好まれる。ドイツにおいて主たる長期介護の「提供者」は常に家族であった。自宅に留まり、日々の活動に対する援助を必要とする人々は、通常、自身の近親者によって介護される。これはよいことである。なぜなら、長期介護を必要としている人々はほとんどが、家族と共に、慣れ親しんだ環境にできるだけ長く暮らしたいと願うものだからである。このような理由だけでも、在宅介護は施設介護に優先されなくてはならない。従って新制度は、在宅介護における情報を改善し、介護者の負担を軽減することに重点を置く給付金の支給に重点を置いている。しかし、誰も、自宅に留まることを強制されることはないし、強制できるものでもない。もし、医学的、社会的その他の様々な理由により、ナーシングホームに入居する必要があったり、それを望んだりした場合には、それは権利として認められる。

第3: 当事者が受ける介護のレベルにかかわらず、予防及びリハビリテーションは介護に優先する。医療保険基金は、医学的予防及びリハビリテーションを通じて、介護を受けなくてはならない状態になるリスクを回避したり軽減したりするために益々尽力することを義務づけられている。

第4: 受給者は、ドイツ国内に8,600ヶ所あるナーシングホームと、ほぼ13,000もある在宅介護機関の中から気に入るものを自由に選ぶことができる。彼らの加入する介護保険基金は、受給者が知識や根拠に基づく選択ができるよう、サービスごとの料金比較表を提供するなどのアドバイスを行わなくてはならない。介護を提供する施設や機関は、自分達のサービスを、顧客のもっともな個別要望に合わせなくてはならない。とりわけ宗教上の信念については尊重しなくてはならない。

2) 受給資格

もしある人が介護保険法に加入している場合、介護の必要が生じたならば、当該者は、当該制度が提

供するあらゆる給付金及びサービスを受ける資格がある。受給者、またはその家族の財政状態がその資格に影響を及ぼすことはない。資産調査は伴わないのである。

法律によれば、もし、ある人が一般的な日常活動を行うのに、頻繁に、もしくは著しく手助けを必要とする場合、当該者は受給資格があるとしている。この場合、「長期」とは、介護の必要性が、少なくとも6ヶ月またはそれ以上認められることを意味する。

前述のように、ある人が介護を必要とするかどうかを決定する際には4つの異なる分野が考慮に入れられる。即ち、身の回りの衛生に関する事柄、栄養摂取、移動、家事全般、この4つである。

もしある人が、日常生活において以下の活動を行う上で、誰かの助けや指図、導きを必要とする場合、当該者は介護を必要としているとみなされる。

身の回りの衛生面: 洗身、入浴、シャワー、歯科衛生管理、梳毛、髭剃り、トイレ介助

栄養摂取面: 食べること、給食（水）すること、食物を口に入れられる大きさにし、食べられる状態にすること。

移動に関する事柄: ベッドから起き上がったたりベッドまで行くこと、着脱衣、歩行、直立、階段を上ること、外出し、自宅へ戻ってくること。

家事全般に関する事柄: 食料雑貨品の買物、調理、掃除、食器洗い、シーツ類・衣類の取り替え・洗濯、自宅の暖房管理。

この場合の介助は常に、受給者がこれらの作業を、一部でもよいから自分自身で行うためや、自分自身で行う能力を再び身につけるために介助を行うことを目指したものであるべきなのである。

日常生活動作の、最初の3つの分野（身の回りの衛生に関する事柄、栄養摂取、移動）は、「基本介護」と呼ばれている。この用語は、家事全般と区別する意味で、概して給付金を割り振る時に使われる。

給付金やサービスの程度を決定するために、介護の必要性の程度や、その結果必要とされる手助けの程度に応じて、受給者は3つの介護レベルのうち1つを割当てられる。その割当は、専門の査定に基づくものである。もし、ある人が介護給付金の受給申し込みをする場合、（医療保険基金の医療部門から）有資格の看護婦または医師が申込者の自宅へと派遣され、当該者が長期介護を必要としているかどうか、またそれはどの程度のものかを判断することになっている。

「介護レベル I」は、長期介護を「相当に」必要とする者に対して付与される。当該者は、身の回りの衛生、栄養摂取、または移動に関する事柄について、少なくとも2つの活動に関し、少なくとも1日に1回の介助を必要とする。

「介護レベル II」は、長期介護を「深刻に」必要とする者に対して付与される。当該者は、身の回りの衛生、食べることや動き回ることに、少なくとも1日に3回の介助を必要とする。それに加え、彼らは家事全般についても1週間に数回は介助を必要とする。

「介護レベル III」は、長期介護を「極度に」必要とする者に対して付与される。当該者は、家事をこなすのに1週間に数回の介助を必要とするのみならず、日々刻々と介助を必要とする。

このような介護の必要性は、さらに、時間的要件によっても具体的に示される。

介護レベル I は、受給申込者が、少なくとも1日に90分の介助（うち45分は基本介護）を必要とする場合に付与される。

介護レベル II においては、介助の時間が、少なくとも1日に3時間は必要であり、そのうち2時間は基本介護のために費やされなくてはならない。

介護レベル III は、申込者が、少なくとも1日に5時間の介助時間を必要としており、そのうちの少なくとも4時間は基本介護に充てられている。

もし、長期介護を必要とするのが子供の場合、その介護レベルは同年齢の健康な子供に比べ、当該の子

供がどれくらい追加の介助を必要としているかに基づいて決定される。

3. 給付金の範囲

基本的に、以下の分野をカバーする 8 種類の長期介護給付が存在する。

1. 在宅介護
2. 代理人介護
3. パートタイム介護
4. 短期介護
5. 専門補助器具
6. 近親者やボランティアの介護者向けの看護習得講座
7. インフォーマルな介護者に対する社会保障保険
8. 恒久的な施設介護

最初の 7 種類の給付金は、施設介護よりはむしろ、在宅介護を強化することを目的とするものである。

1) 在宅介護給付

在宅介護を必要としている人々は、現金か現物による給付のどちらかを選ぶことができる。現金給付または介護手当は、直接、介護者へ支払われる。これは、受給者が、自分自身に対する、近親者や友人、隣人などを通じたしかるべき在宅介護を確保できる場合のみ、支給される。症例の程度に応じて、月額給付は以下の受給者につき、

介護レベル I	400 マルク (200 ユーロ)
介護レベル II	800 マルク (400 ユーロ)
介護レベル III	1,300 マルク (650 ユーロ)

もし、受給者が、専門の在宅介護を選択した場合、新制度では、介護専門スタッフによる訪問にかかる費用を支給する。この場合、介護給付金が、サービスを提供している在宅介護機関に直接支払われることになる。これらは、現金給付よりも高額であり、月額で以下ようになる。

介護レベル I	750 マルク (375 ユーロ)
介護レベル II	1,800 マルク (900 ユーロ)
介護レベル III	2,800 マルク (1,400 ユーロ)

極めて厳しい窮乏状態にあるばあい、月額で 3,750 マルク (1,875 ユーロ) の介護給付金が支払われることもある。

現金と現物を組み合わせて給付を受け取ることも可能である。こうすると、自分達のニーズに合った介護を受けることができる。

興味深いことに、1995 年 4 月に在宅介護給付の支給が開始されてから 5 年経っても、67%の人々は依然、ずっと高額の非現金給付よりも、低額の現金給付の方を好むようである。1995 年には、その比率は 88 パーセント対 12 パーセントであった。外部介護の方へ傾く受給者が徐々にとはいえ増えているが、この数字は、心遣いのできる介護者のほとんどは、この国においては依然として家族であり、また今後も、家族であり続けるであろうということを示している。

在宅介護に対する現金給付は、往々にして、介護コストを填補するには程遠いものであるが、調査によれば、大多数の家族、友人、その他のインフォーマルな介護者はそれらを、自発的またはインフォーマルな介護に対するお礼の現われであると認知していることが分かる。これは、議会が在宅手当の適用範囲や限度を決定した時に掲げていた理念にぴったりと合致するものである。

2) 代理人介護（「休日」介護）

在宅介護を提供している近親者や友人、隣人またはその他のインフォーマルな介護者は、1年に4週間の休日を取れることになっており、その間は、2,800 マルク（1,400 ユーロ）を上限として、介護保険が在宅介護専門サービスに対して支払われる。これは、もしいつもの介護者が病気にかかって、介護ができなくなった場合も、同様に適用される。しかし、これが適用されるためには、当該の介護者は、休みを取る前に少なくとも12ヶ月間は受給者のための介護を続けていなくてはならない。

もし代理の介護者が近しい近親者である場合、介護保険基金からは、受給者の介護レベルに応じて400 マルク（200 ユーロ）、または800 マルク（400 ユーロ）、または1,300 マルク（650 ユーロ）しか支払われない。このような場合、当該基金は、この代理介護者に対し、文書によって証明されているならば、最高で2,800 マルク（1,400 ユーロ）まで必要コストの弁済を行う。

3) パートタイム介護

デイセンターまたは夜間センターでのパートタイム介護は、長期介護を必要としている者が在宅でしるべき介助を得られない場合に適用されなくてはならない。給付金の額は、当該受給者の介護レベルに応じて見積られる。これは1ヶ月、介護レベルIの場合で750 マルク（375 ユーロ）、介護レベルIIの場合、1,800 マルク（900 ユーロ）、介護レベルIIIで2,800 マルク（1,400 ユーロ）である。

4) 短期介護

在宅介護またはパートタイム介護が十分でない場合、受給者は短期介護施設での介護を受ける資格がある。短期介護は1年間に4週間まで受けることができる。給付金額は、介護レベルに関係なく、最高で2,800 マルク（1,400 ユーロ）である。

5) 専門補助器具

長期介護を行いやしくするため、介護を必要としている者は特別のベッドといった介護用の補助器具を使用することができる。

さらに、普通の家を、介護によって生じる特別のニーズ（エレベータ、階段、浴室など）に合わせるために必要な助成金が受け取れる。もし他にそれを賄う手段がない場合、最高で5,000 マルク（2,500 ユーロ）がプロジェクト1件当たりに与えられる。受給者は、それにかかるコストの、適当とみなしうる一部分を負担することが求められる。

6) 看護習得講座

介護保険法基金は近親者やインフォーマルな介護者に対し、看護習得講座を無料で提供しなくてはならない。

7) インフォーマルな介護者に対する社会保障保険

定期的に、インフォーマルで専門的でない在宅介護を行っている近親者、友人、隣人は、ドイツの年金制度の加入できる。

在宅介護は介護者に対し、重い負担を強いる。介護者のほとんどは女性である。介護者が、長期介護を必要とする近親者や友人の世話をするために、自分の仕事を続けることをあきらめたり、労働時間を短縮したりすることも少なくない。その結果、彼らが年金資格を喪失することもしばしばである。

新介護保険法制度は、以下の2つの条件を満たしているインフォーマルな介護者を、法定の保険填補を付与することにより、こういった状態を救済する。

雇用されていないか、定期で就いている仕事の、1週間の労働時間が30時間であること。

少なくとも1週間に14時間は無償の在宅介護を提供していること。

介護保険基金では、こういったインフォーマルな介護者達のグループに対し、年金保険料を支払っている。その金額は、提供する介護のレベルや、介護者がその結果、介護に費やさなくてはならない時間によって異なる。これは、月額200マルク（100ユーロ）から600マルク（300ユーロ）までに及ぶ。

1999年、介護保険基金では、ほぼ60万人に及ぶインフォーマルな介護者を保険填補するため、年金基金に対し22億マルク（11億ユーロ）を送金した。それだけでも、この新介護保険法制度にとって大きな成功であるといえる。

インフォーマルな介護者にとっては、さらに2つの給付がある。

インフォーマルな介護者は、無償の在宅介護を行っている間、災害保険による填補を自動的に受けられる。

インフォーマルな介護者は、介護を終えた後、有給の仕事に復帰したい場合、さらなる研修を受ける費用ために支払われる権利がある。

8) 恒久的な施設介護

前述のように、ほぼ55万人に上る人々がナーシングホームにおいて恒久的介護を受けている。介護保険基金では、基本介護、社会的介護、そして医学的介護といった、介護に付随するサービスについてしか支払いを行わない。

月額の介護料は、ナーシングホームに直接支払われる。その額は、受給者の介護レベルによる。現行の介護料金は、以下の場合、

介護レベルI 2,000マルク（1,000ユーロ）

介護レベルII

法は、この必要性を利点としているのである。つまり、法律によれば、もし当該組織が、当該制度への参入を認める有効な介護契約の交付を持っていれば、ナーシングホームや在宅介護機関（公営であろうと、民営や慈善組織であろうと）は、介護保険基金の費用負担によって、介護を必要とする人々の世話をすることだけが認められるのである。

その契約には、個々のナーシングホームや在宅介護機関、さらにその地域の長期介護基金協会の集まりである合同委員会も含まれる。これは、ドイツ国内のナーシングホーム、在宅介護機関、そしてあらゆる介護保険基金に対して拘束力を持つ。言ってみれば介護契約の交付は、それぞれの介護施設にとって、「介護保険市場」への入場券のようなものなのである。この入場券なくしては、ナーシングホームも、在宅介護機関も生き残っていくチャンスは全くないのである。それは、介護保険基金が介護市場を席卷する独占的な立場にいるという単純な理由によるものである。

とはいえ、介護提供者は、法律で規定されている参入条件を満たしているならば、市場へ参入することを認められる権利を有する。この権利は憲法で保障されたものである。実際には、地域の介護保険基金の調査団は、当該のナーシングホームや在宅介護機関が品質基準を満たしていなかったり、財政的に立ち行かなくなっていたりする場合、介護契約の交付を拒絶したり、打ち切ったりすることができる。

ドイツの病院制度とは対照的に、ある特定のナーシングホームや在宅介護機関に対する必要性があるかどうかという問題は無関係である。このような仕組みになっている目的を表すと、

開かれた介護市場創設の一助となること。

様々な介護提供者団体の間におけるサービス、価格、品質面での競争を促進すること。

介護における革新への道を開くこと。

このような期待は、後に記すような形となって実現されてきている。

端的に言えば、介護契約の交付は、3つの大きな目的のために貢献している。

介護契約の交付は、契約期間内に、ナーシングホームや在宅介護機関によって提供される介護やサービスの種類、目的、その程度を決定している。

介護契約の交付は、ナーシングホームや在宅介護機関に、介護保険基金の加入者（被保険者）に対する適切な介護を提供させるものである。

介護契約の交付は、介護保険基金に対し、相互（基金と介護提供者）に合意した金額に基づき、介護提供者が行ったサービスに対する支払いを義務づけるものである。

ここで特筆すべきことは以下の通りである。即ち、介護保険法基金と介護提供者との間の交渉に対して、いかなる場合であっても、行政府による介入は行われぬ。介護契約の交付についても価格協定についても、行政府の承認を得る必要はない。

5. 価格交渉

ドイツは、以下の社会保障サービスについてのあらゆる価格が、サービス提供者とそれぞれの社会保障基金との間の交渉によって決定される、数少ない国の1つである。具体的には以下について交渉が行われる。

外来治療費や入院治療費

在宅介護や施設介護

社会福祉

以下に述べる指摘は、施設介護における交渉に限っていえることである。

新介護保険法の仕組みのもとでは、介護保険基金は、個別のナーシングホームとそれぞれに、予見定額支払額について交渉を行う。これは契約期間中、双方に対する拘束力を持つ。介護保険基金は、合同の交渉団を組織する。交渉団の中には、ナーシングホームの総介護日数のうち、少なくとも5%を占めている加入者を擁する基金が全て含まれている。その地区を管轄する社会福祉事務所は、常にその交渉団の1員となるのが義務づけられている。

交渉価格には、以下の両方が含まれる。

介護に付随するサービスに対する1日当たりの介護料金

一律の生活費や宿泊・食費

1日当たりの介護料金は、3つの介護レベルに合わせて3階級に分かれている。それらは、当該介護機関やナーシングホームが節約すれば、その顧客に対して適切なサービスを行えるような金額に査定される。「節約している」と正当化された金額が、介護保険法基金が個々の受給者に支払うことを法律によって認められている給付金額、即ち、介護レベルに応じて月額2,000マルクから2,800マルク（1,000マルクから1,400マルク）という金額よりも高くなる可能性があるということは、一般的に容認されている。その差額は、個別の受給者が自ら支払わなくてはならない残余原価なのである。

生活費や宿泊・食事代についての一律の金額は、提供されるサービスの価格に比べて手頃なものでなくてはならない。介護保険基金は宿泊コストについては負担しないものの、交渉を行う法的権限を与え

られている。その訳は、これらの基金は、保険加入者の管財人とみなされるからである。

契約交渉を行う両者（介護保険基金と介護提供者）が、合意できない場合、独立仲裁手続きが求められる。新法に基づき、全国で各地域の仲裁委員会が組織されている。ナーシングホームと介護保険基金は、その中で同人数の議席を占める。介護保険基金の「議席」には、常に民営の各介護保険会社の代表と、社会福祉関連の公共機関の代表が含まれている。両者により、どちらとも利害関係のない独立した議長、さらに独立した2名の構成員が選出される。全ての構成員が1票ずつ持っている。もし仲裁委員会が行き詰まった場合、独立の議長が、介護に付随するサービスに対する1日当たりの介護料金や、一律の生活費や宿泊・食費を決定する。

6. 設備投資

あらゆるナーシングホームやサービスに対する設備投資、公的、非営利、民営を問わず、行政府（国家や地方自治体）が一般税収から賄い、またさらに補充する。これは、病院に対する現行の資金調達制度と同様のものである。そのコストは、1年間におよそ30億マルク（15億ユーロ）と見積もられる。

7. 民間の介護保険

民間の介護保険法は、民間の医療保険会社によって組織されている。

民間の介護保険プランに基づき支給される給付は、公的な介護保険法制度のもとで支給される額と同一でなくてはならない。さらに、民間の保険会社は家族や高齢者のために、適切な条件や金額を提供することが求められる。

III. 評価

新介護保険制度の開始後5年経ち、当該制度は、ドイツの社会保障制度を支える大きな柱として確立したといっても過言ではないだろう。この制度は広く一般に知られ、あらゆる階層の人々に認知されている。

調査の結果、総人口の80%は優に越える人々が、とりわけ在宅介護について好ましいと認識していることが分かる。

調査の対象となった人々のうち、ほぼ65%に当たる人々が、新制度を、近親者や友人の介護を引き受けるインセンティブと捉えていると答えている。

既にインフォーマルな介護に従事している家族、隣人、友人は、在宅介護手当を、自分達の仕事に対するお礼のしるしだと認識している。

施設介護に関しては、人々の反応はそれほど明快ではない。とりわけ、介護保険法は、包括的なものではなく、部分填補を行うだけのものだと感じる向きが多い。資産調査を伴う福祉施策への依存は実質的には半分に減ったが、依然として、ナーシングホームで生活するかなりの数のマイノリティの人々が、部分的にせよ、社会福祉施策に依存し続けているのである。

プラスの効果としては、ナーシングホームの空きを待っている人々が多少なりとも減ったということである。これは、新しい制度が、介護提供者に対して開かれた、競争を促進する市場を創設したという事実とあいまって、在宅介護に重きを置いていることによるものである。過去8年間で、ナーシングホームの数は約4,300（1992年）から8,600へと倍増し、在宅介護機関の数は、4,000（1992年）から13,000へと急増したとみられる。旧東独においては、この自然な「市場」の発達には、ドイツ政府によ