

列挙されているのは、時間経費、給付内容および複合給付（例外的な場合、個別給付）による報酬、および家事援助、官庁回りまたは乗物代のような給付の包括払いによる報酬である（SGB XI 第 89 条第 3 項）。

介護サービスの報酬に対する重大な問題は要介護者の選択の自由から生じる。要介護者は、自分で自身の介護をするか、それはどの範囲か、あるいはそのために全部または部分介護サービスを請求するか選択することができる。現金給付および現物給付は組み合わせて請求できる。疾病金庫のメディカル・サービスは、各要介護者のために個々のケースで必要な援助を確定するため、個別の介護計画を勧告しなければならない（SGB XI 第 18 条 5 項）。この確認の原則は介護保険法（第 14 条第 4 項）に掲げられている日々の生活を送る中での通常および定期的に繰り返される活動についてである。社会法典第 11 編（介護保険法）は、要介護の 4 つの範囲のなかで、次の 21 の活動を掲げている：

身体介護の範囲

1. 体を洗うこと
2. シャワーを浴びること
3. 風呂に入ること
4. 歯を磨くこと
5. 髪をとかすこと
6. ひげを剃ること
7. 排便および排尿

食物摂取の範囲

8. 食物を食べやすい形に調理すること
9. 食物を摂取すること

移動の範囲

10. 自力による起床就寝
11. 衣服の脱着
12. 歩行
13. 起立
14. 階段の昇降
15. 住居からの外出および帰宅

家事援助の範囲

16. 買い物
17. 料理
18. 住居の掃除

19. 食器洗い
20. 洗濯物および衣類の交換と洗濯
21. 暖房をすること

このような援助項目の一覧表から、要介護者の個別援助の必要性が介護等級に応じて、いわば「メニュー」の形で確定する。要介護者は、自身に必要不可欠な活動メニューのなかから、どの活動が身内の助けを借りながらも自身でできるか、およびどれがソーシャルステーションに来てほしい活動か、選択できる。

2. 介護金庫中央連合会の第1回報酬勧告（1995年）

報酬方式はこのような選択権に適合するものでなければならない。介護金庫中央連合会は1995年5月1日に複合給付方式に関する在宅介護の報酬のための第1回連邦勧告を発表した。

この複合給付方式には、複合的な介護および家事に関する典型的活動が18の給付案にまとめられている。たとえば、次の通りである：

- 複合給付「朝晩のちょっとした身づくろい」：衣服の脱ぎ着、洗面の一部、口および歯の手入れ、髪をとかすこと。
- 複合給付「食物摂取の際の介助」：食物を食べやすい形に調理すること、飲食および食物摂取と関連する衛生行為の際の介助
- 複合給付「買い物」：買い物および献立の作成、食品およびその他の必要不可欠な衛生用品および家政用品（例：顔のクリームおよび洗剤）の購入、および買った品物を住居（貯蔵戸棚）に運搬すること。

複合給付には、平均的な費用を考慮に入れて、各種給付の費用（評価との関連）を比率に基づきで相互に決める連邦レベルで統一的なポイント制が使用されていた。たとえば、両方のここで列挙した介護複合給付では、いずれも介護ごとに250ポイントと定められていた。家政複合給付（買い物）については150ポイントで週に2回の利用に限られる。

給付計算の基礎は、利用の際にすべての給付が供与されかどうかによって左右されることのない、その時々々の複合給付の総合ポイントだった。

報酬の交渉では、ドイツマルクによるポイント評価が決められた。

この介護金庫中央連合会の第1回報酬勧告は、「さまざまな」相違点をもつ、州レベルで介護金庫と給付供与者の間の自主管理により契約によって決められた。その際、ポイントによる評価は、複合給付方式の価格形成の重要な計算係数として、第1回報酬交渉（1995年）で、家政援助は4,5ペニヒと7,5ペニヒとの間、基本介護給付は5ペニヒと8,5ペニヒとの間を変動すると決められた。

改定報酬支払い方式による経験を最初に得た後、予測外の価格の変化を修正するために一連の適合措置を行う必要性が出てきた。特に、以下のような弱点が明らかになった：

- － 複合給付が部分的に重複しているため、個々の給付で二重計算をしてしまう可能性がある。
- － 実際のサービス供給における各種の必要性に必ずしも基づかない若干の複合給付が存在する：これらの給付には、頻繁に供与を要求されないが、支払の必要があるような給付が含まれていた。この場合、個別給付の報酬の支払を助けるのではなく適切な分離計算が必要だった。

複合給付方式のこのような構成に基づく欠陥と並んで、個別ではなく州レベルで各介護施設との交渉を行った結果、立法者が要望した「現地」の介護施設間の給付面での競争が効果を発揮しなかったこともマイナスだった。

3. 介護金庫中央連合会の第2回報酬勧告（1996年）

介護金庫中央連合会は、1996年11月8日に同連合会が手を加え、介護保険法に基づく在宅介護給付の報酬方式に関する第2回勧告を公表した。この勧告は、介護施設との今後の協定で現在の報酬支払い方式を手直ししさらに発展させる際にも有用である。

新しい報酬支払い方式の最も重要なポイントは次のとおりである：

a) 一般的原則

この在宅介護給付報酬支払い方式は、特に次の原則を満たしていなければならない：

- － 介護保険システムの基本的な要求は要介護者の選択の自由である。日々の生活を送る中でどの援助が介護施設から供与されるべきかの決定は、要介護者のみの責任である。要介護者が援助プログラムのなかから個人的「給付プログラム」を作成することが、保証されなければならない。
- － 報酬システムは、要介護者および介護要員にとって透明性があり、契約の当事者にとって扱い易いものでなければならない。
- － 個別給付報酬システムを作ってはならない。介護活動を個別給付に分割することは、全体の原則に合致しないため、介護の質が適切なものにならない。
- － 協定が結ばれた報酬は、給付に見合うものでなければならない。報酬は、経済的な経営を行う際に、サービス供給契約の供与が可能なものでなくてはならない。その際、介護サービスの報酬はそれぞれ個人的な合意が必要である。給付の上限に注意すること。
- － 介護金庫は保険料率安定性の原則に拘束されている。
- － 介護施設の給付は、有効かつ経済的でなければならない。必要性の基準を超えては

ならない。

- － 費用負担者に応じて介護サービス範囲内の介護給付報酬を差別化することは認められない。
- － 要介護者の介護サービスは、契約給付の追加支払いの要求も受け取りもしてはならない。

b) 報酬の支払いが可能な給付

在宅介護における基本介護および家事援助（SGB XI 第 36 条）、および現金給付受給者の場合には介護サービスの介護投入（相談員の訪問）に対してのみ報酬が支払われる（SGB XI 第 37 条第 3 項）。その他の給付の報酬は支払われない。

基本介護および家事援助の報酬の支払いが可能な給付には、次の活動の援助も含まれる：

- － 身体の手入れ
- － 食物摂取
- － 場所の移動
- － 家事援助

各給付の内容は、枠組契約の給付の説明に記載されている。

c) 報酬システム

報酬システムの構成要素は、添付書類に勧告として列挙されている複合給付、すなわち

- － 最初の訪問
- － 基本介護
- － 家事援助
- － 介護保険法第 37 条第 3 項に基づく介護投入

複合給付は、複数の組み合わせの場合に超過給付にならないように形成する。そうすることにより二重の清算が発生しないようにするのである。

- － 介護は、現行介護学の知見に基づき活動的にさせるための介護として供与する。供与される援助の内容は、日常生活の活動のサポート、部分的または完全な引受け、もしくははこのような活動の独自の引受けを目的とする監督および指導である。
- － 二次的発病防止のための予防は基本介護活動の自明の構成要素であり、活動的介護の意味において個別の活動の枠内で供与されるものであり、別個に報酬は支払われない。
- － 各複合給付には、介護範囲の準備および後片付けの段階も含まれ、必要な材料と場合

によってはその材料の処理を含む。これによって、このような活動が本来行われ、汚れている場合には当然ながら介護範囲の清掃も行うことが、明確にされている。このようなサービスも同様に、独立した報酬は支払われない。

－ 各サービスの供与には、介護計画を考慮した記録も常に含まれる。

要介護者は、その援助の必要性の枠内で、介護施設が要介護者に対して供与すべき複合給付を選択する。要介護者が選択した介護サービスは、定期的に供与する給付の費用一覧表を作成する。介護金庫および要介護者の支出が、この一覧表から判明するものでなければならない。要介護者が介護の個人的な状況のもとでその他の給付をさらに請求したい場合は、追加費用に関する情報も得ることができる。

介護サービスは、要介護者の個人的な必要性に基づきサービスを提供する。複合給付とされる活動は、完結的な列挙がなされていない。むしろ、複合給付の枠内で、介護の個人的な状況を考慮して必要なすべての活動が実行されなければならない。

要介護者によるサービス供与の確認は給付証明のなかで行われる。給付証明によって、介護サービスで実行されたすべての給付が確認できなければならない。

d) 報酬

複合給付はポイントで評価される。ポイントは、個々の複合給付履行のための平均的に必要な費用の比率、および複合給付の比率をあらわす基準である（評価の比率）。給付費用は、介護の個人的な状況で異なることもあり得るが、一括評価でカバーされている。

複合給付に入るすべての活動は、原則として供与しなければならない。個別のケースでは、個人的な援助の必要性によっては、この原則と異なることもでき、一つの活動が供与されなかった場合にも、複合給付の計算は行われる。給付計算の基礎は、それぞれの複合給付の総ポイント数である。

報酬の交渉では、ポイントの評価がドイツマルク（2002年1月1日以降はユーロ）で交渉される。その際、基本介護の活動および家政援助の活動については、統一ポイント評価がなされるように努力しなければならない。

介護サービスは、住居地に近くにおけるサービス供給を保証しなければならない。このためポイントには交通費が含まれる。ただし別個に交通費に関する協定が結ばれている場合は、ポイントを下げなければならない。その際、費用の中立性が守られなければならない。

ケア・ハウス施設内では、要介護者は、定期的にケア・ハウス独自の介護サービスから世話を受ける。このような介護サービスでは原則として交通費が発生しないため、交通費の契約を独立して結ぶことはできない。他の介護サービスに比較して少な目の運営費を根拠に、むしろポイントは引き下げられなければならない。

交通費が合意され、要介護者が同時にケアの範囲内で在宅介護（社会法典第 11 編）と在宅疾病介護のサービスの供与（社会法典第 5 編）を受ける場合には、交通費を二重に計算してはならず、双方の費用負担者がそれぞれ半額を負担しなければならない。

家族共同体（例：夫婦）で生活し、あるケアの範囲内で介護保険法に基づく給付、ないしは社会法典第 5 編の在宅疾病介護を供与される要介護者の場合、協定交通費は一回に限り計算するか、もしくは両方の費用負担者がそれぞれ半額を負担しなければならない。

e) 報酬を支払えない費用

投資費用および運営費補助金は、介護金庫からは支払われない（SGB XI 第 82 条）。現行の介護サービスの費用に対する公的運営費補助金は、介護報酬から差し引かれるものとする（SGB XI 第 82 条 5 項）。介護サービスが報酬の支払可能な介護給付の範囲を超えてその他のサービスの提供を申し出た場合、これに対して介護金庫からは報酬の支払は行われない。

4. 在宅介護の介護契約

介護品質保証法の重要な目標のひとつは、要介護者の権利が在宅介護および施設介護「市場」では消費者としての特性を有するところから、それを保護強化することである。在宅介護の領域については、以下の事項を重点とした要介護者と介護サービス間の契約関係の法的具体化がこの目標に貢献している（SGB XI 第 120 条）：

- 在宅介護の場合、認可介護サービスは、遅くとも最初の介護活動の開始と共に、要介護者に対しても要介護度の種類と重症度に基づき（要介護者が求めるサービスに応じて）介護し、家政の世話をする義務を負う（介護契約）。
- 介護サービスは、要介護者および管轄の介護金庫に、遅滞なく介護契約の正本を渡さなければならない。
- 要介護者は、最初の介護活動開始後 2 週間以内は、理由の説明および期限の遵守なしに契約を解約できる。
- 介護契約においては、給付の種類、内容および範囲は、このために介護保険法に基づき費用負担者と合意した各サービスや各複合給付に対する報酬を含み、別々に記述しなければならない。
- 介護および家政給付の報酬に対する介護サービスの請求は、管轄の介護金庫に直接行わなければならない。要介護者が求めた給付が、介護金庫から支払われる給付に見合った最高額を超える場合には、介護サービスは、要介護者に対してその付加給付に対し、介護保険法に基づき合意された報酬よりも高い金額を算定してはならない。

介護サービスは、管轄介護金庫に要介護者の状態のどのような変化も遅滞無く報告しな

ければならない。

5. 品質に欠陥がある場合の制裁

メディカル・サービスが介護サービスの審査で、在宅介護における重大な欠陥を確認した場合、管轄介護金庫は介護サービスに要介護者の世話の続行をを暫定的に禁止することができる。介護金庫はこのような場合、介護をスムーズに引き継ぐ別の適切な介護サービスを要介護者に斡旋しなければならない。その場合、要介護者の選択権をできる限り配慮しなければならない（SGB XI 第 115 条第 5 項）。

介護施設の運営者が（民法第 276 条の準用で）確認された欠陥の責任を引き受ける場合、介護施設の運営者は、該当する要介護者またはその費用負担者に対して、他の在宅介護施設の斡旋により発生した費用の責任を負う（SGB XI 第 115 条第 6 項）。

その他の詳細については、第 2 部参照。

V. 費用の償還

ソーシャルステーション、その他の在宅介護サービスや施設介護給付の在宅介護ケアは、（サービスまたは現物給付として）介護金庫から介護施設の運営者に直接報酬が支払われる。

そのため、介護保険法は、意図的に介護金庫との報酬協定の締結を拒絶するか、または介護金庫とのその種の協定が成立しなかった認可介護施設を例外としている（SGB XI 第 91 条）。介護施設に報酬協定の締結を強制することはできない。逆に、たとえばある介護施設の価格の請求が、契約締結が介護金庫にとって考えられないほど提供される給付に対して不適切なものとなっている場合は、介護金庫の契約締結の拒絶が認められなければならない。

要介護者の選択の自由を制限したくないが、同時に、要介護者がこの種の施設による介護を望んでいる場合は、介護保険法はこのような場合、費用の償還の可能性を介護金庫に認めている（SGB XI 第 91 条第 2 項）。償還は、要介護者の個別給付請求の額に基づいて決められるが、給付に見合う費用の上限の 80%を超えてはならない。この規定は、民間の保険会社の被保険者にも準用される（SGB XI 第 91 条第 3 項）。これは、民間の保険会社に加入している介護ホームの入居者にも、通常の介護給付については社会保険に加入している介護ホームの入居者よりも高額の介護報酬基準額を計上してはならないとの介護保険法第 84 条第 4 項に記載された原則に基づく結論である。この原則は在宅介護にも適用される（SGB XI 第 89 条第 3 項第 3 段）。

介護保険法は、社会扶助の運営者による費用の継続的な償還は認められないと定めている（SGB XI 第 91 条第 2 項第 3 段）。これによって、要介護者との「契約が成立していない」介護施設が社会扶助の負担で価格協定を締結し、その結果、介護保険法に基づく契約報酬システムが損害を被るのを回避するのである。

要介護者およびその身内の者は、適切な時期に介護金庫と介護施設によって費用償還の法的効果について教示されなければならない（SGB XI 第 91 条第 4 項）。このような教示義務は要介護者およびその身内の者の保護に役立つものである。

第2部

介護の質の保障

はじめに

2002年1月1日からドイツでは「介護品質保証法（PQsG）」が施行されている。この法律は連邦政府の提案によるもので、ほとんど何の修正も加えられず両院（連邦議会と連邦参議院）を通過した。この「介護品質保証法（PQsG）」には主として連邦政府の掲げる二つの課題が盛り込まれている。これら二つの課題は相互に関連している。

1. 介護の質の保証と改善、特に

- － 介護事業者の自主管理にともなう自己責任の強化
- － 介護の質を保証し、改善し、かつこれを点検すること
- － ホーム監督官庁との協力

2. 消費者の権利の強化

介護の質の保証と改善、ならびに消費者の権利の強化という、この二つの大きな課題は、完全施設介護の分野に関して言えば、ホーム法の改正と密接なかわりがある。また介護品質保証法とホーム法という二つの法律は、介護の自主管理と国家によるホーム監督との密接な連携により、ホームにおける介護の品質を保証するという目的において互いに補完し合う法律である。

施策の必要性

連邦政府の上記の取り組みにより、具体的な施策を必要とする領域が明確に示されることとなった。

1995年に介護保険が導入されて以来、介護の質の確保が一般に広く意識されるようになった。これは要介護リスクへの備えを国民が重視するようになったことと無関係ではない。今日では、およそ6000万人の人々が公的介護保険あるいは民間介護保険に加入している。家族保険も含めると、国民の98%以上（約8000万人）が介護保険に加入していることになる。介護が必要になった場合には、その保険料の反対給付として、自らの権利に基づき請求権を獲得することになる。

そのために該当者に新しい意識が芽生え（「消費者主権」）、徐々に社会扶助に依存していることからくる一種の屈辱感が生まれてくるようになった。その一方で施設介護の分野では、十分な介護を受けていないと感じている要介護入居者、あるいはその身内の者が「毎月5000マルク、6000マルク、あるいは7000マルクといった料金を介護施設に支払っているが、介護要員を満足に確保してくれない、いったい施設は我々の金をどう使っているのか」といった疑問を抱くようになり、一般でも論議されるようになったのである。

このような疑問や、これに類似した疑問が呈されるようになったことが契機となって、しばしば介護の瑕疵が報告されるに至った。敏感なマスメディアは、特に介護施設における問題状況を指摘した。十分な介護が行われず、繰り返しそうした状況が発生するため、すべての関係者の視点から懸命な改善にあたらなければならないとしたのである。

一般にはあまり知られていないが憂慮されるべき事実がある。この事実は、介護保険法の施行（1995年）以来、疾病金庫の全国組織のメディカル・サービス（MDS）が、要介護認定機関たる疾病保険のメディカル・サービス（MDK）を通じて、4000件にのぼる入所介護施設および在宅介護施設についておこなった介護品質の審査から明らかになった。

州レベルのメディカル・サービス（MDK）に対して立法者は、介護提供者から独立した機関として、外部からの介護品質管理における中心的な任務を課した。MDKは、法律上、審査、助言および勧告をおこなう機関として位置付けられ、MDK自身もそのように理解して活動を行っている。このような介護提供者とのパートナーシップに基づく審査と助言の試みは審査報告書からも見てとることができる。またこのようなパートナーシップは、通常、品質の瑕疵を指摘し、強制的な方法によってこれを排除することはせず、むしろ助言と勧告によって介護施設が介護の品質を改善し、恒常的に質を確保できるような内部の品質管理の確立に寄与するのである。

したがってMDSの審査報告書が示すものは、メディアのセンセーショナルな報道とはかなりかけ離れたものであるが、しかし現状を正当に表している。審査が実施された施設は、MDSの観点から下記の4つに分類される。

- まず第一の категорияに入るのは、長年にわたって質的に高いレベルを保ってきた在宅介護支援施設および入所介護施設である。これらの施設は、MDKの審査を自らの仕事の確認と認定と受け止めている。このような施設に対してはMDKは、通常、サンプリング的な検査を実施するだけである。
- 第二の категорияに入るのは、介護保険の施行と同時に、内部的な品質管理を開始し、すでに最初の成果を出しているサービスと施設を対象としている。ここでも、MDKの審査は、主として選ばれた介護項目の確認である。品質管理に対するMDKの勧告は、品質管理を推進し、さらに改善の方向に向かう道を示すものである。
- 第三の categoriaには、MDKにより、はじめて介護保険法によって敷かれた品質管理の「ルール」にのることになった介護施設が入る。このような介護施設に改善のインパクトを与えるMDKの機能は、一般にはほとんど知られていない。
- 最後に、第四の categoriaに入るのは、品質の瑕疵を除去するための改善勧告を提示することもできない施設である。このような施設には、品質管理上のあらゆる面で専門性の高い介護を提供する基礎（組織、プロセスおよびその結果としての品質）が欠落している。このような施設については、MDKの職員は助言しようにも何もできず、MDKの全国組織（MDS）のみるところ、要介護者の介護を任せることのできない危険な施設であって、主に寄せられた苦情を基にして個々の審査項目を対象に詳細なチェックを行

う。1999年には、MDSの視点から、審査報告書において、該当する施設の介護契約を解除すべく、それを管轄する州介護金庫連合会に対して勧告したケースが50件あった。これらの施設における品質上の瑕疵は余りにもひどく、適切な期間内に品質が改善される見込みはないとされたのである。

メディカル・サービスの全国組織(MDS)による4000件にのぼるメディカル・サービス審査報告書によると、審査した施設の大多数は第二カテゴリーまたは第三カテゴリーに分類することができ、これらの施設では、とりわけ内部の品質管理を導入することによって介護サービスの品質を確保し、改善する努力を明らかに示している。第四カテゴリーに含まれる依然として改善の可能性が見られない「異端児」のような少数の施設とは対照的に、第一カテゴリーに属する多数の介護ホームや介護サービスがメディカル・サービスの審査報告書では望ましい介護サービスの品質を保持していると証明されているのである。

このような背景があるにしても全体からみて看過してはならない点は、多数の報告が指摘する介護サービスの不備にもかかわらず、在宅、通所あるいは入所して介護を受けるドイツの人々は総じて質的に高いレベルの介護サービスを楽しんでいるという点である。施設をすべて一律に論じて批判するのは、介護を必要とする人々の信頼に応え、各種の施設で懸命に介護にあたっている職員にとっては不当なことである。大部分の介護提供者は、その職員のおかげで優れた品質の介護を提供することができているのである。したがって、いたずらに不安をかき立てたり、大ざっぱな批判を浴びせるべきではなく、困難でしかも責任の重い、ヒューマニズムに裏付けされた職業の遂行に対しては、功績が正当に認められなくてはならないのである。

介護の瑕疵は、将来も必ずしもすべての場所で排除できないことが懸念される。このような場合には、個々の事例について事実関係を詳細に検証し、必要な結論を導き出さなければならないが、このときにただ一点次のような忘れてはならないことがある。

一定のレベルをつねに保たねばならない介護品質に関しては、各州の8,500箇所の介護ホームや13,000箇所にのぼるソーシャルステーションおよび介護サービスが、外部から「コントロール」されるようなことがあってはならないのである。

品質検査は必要ではある。そして、介護サービスの不備が懸念されるような場合には、欠くことができない。介護の質の検査が、持続的で広範かつ効果的に発揮されるのは、まさに、メディカル・サービスのような要介護審査機関がおこなう専門性に富んだ助言に結びついている場合だけであり、この助言が、運営者の自己責任と、とくにその介護施設のサービスの質向上に結びつくのである。

介護品質保証法の基本原則

このような背景から、連邦政府の提案は、介護の品質は介護施設の外部からの介入を受

けて審査されるのではなく、内部から、つまり施設運営者の自己責任や給付運営者の共同責任により改善されるのでなければならないという認識に基づいている。重要なのは次の二つの項目である。

すなわち、

- 第一に介護施設運営者がその在宅給付、部分、完全入所施設給付の品質の確保と改善に責任を負うということである。これに該当するのは、各介護ホームや介護サービスが、包括的な施設内部の品質管理（基準）を導入し、改善しなければならないという義務のみではない。さらに施設運営者は、その施設のサービスの品質を定期的に、第三者機関である専門家ないし検査機関に証明させなければならないという義務があるのである。この「運営者に密着した」品質保証のためのガイドとなっているのが「給付と質の証明」という新たな規定である（SGB XI第113条）。
- これと並行して、介護金庫の州連合会による外部品質保証とホーム監督官庁による行政監査も継続される。

これまでと同様、介護施設は、州の連合会の求めに応じて、メディカル・サービス（MDK）または州連合会の委託を受けた専門家に、介護サービスとその品質について、個々に検査したり、サンプリング検査またはそれに準ずる方法によって検査させることもできる（SGB XI第112条第3項）。その際、MDKの助言機能は強くなることになる（SGB XI第112条第4項）。さらに、介護施設に対するMDKの立ち入り権限が具体化され、施設介護の領域では公的なホーム監督官庁との協働も促進される。

二重審査の無駄を回避するために、社会法典第11編（SGB XI）とホーム法に基づく各種領域の品質管理は適切に相互に調整される（SGB XI第114条第2項および第4項、第117条第1項）。

介護保険法が国民に介護サービスの品質についての議論を呼び起こし、またその議論が介護施設自身あるいは、その事業者や事業者団体、職員や職業組合にまでも及んだことをみても、このような二本立ての基準の合目的性が証明されるのである。

大手の事業者団体では、自らのイニシアチブで積極的に質の確保に取り組んだ。もはや介護サービスやケアの品質保証や改善についての責任を同業者組織に任せたり、ホーム監督官庁あるいはメディカル・サービスに委ねようとはしなくなった。大手事業者団体では、以下の方法によって、むしろ自らの事業をできるだけ自立して管理しようとした。

- 自らの品質管理コンセプトを開発し、同時に自らの考えを反映させようとした
- 独立した専門家あるいは審査機関と審査および証明に関する契約を締結する
- 事業者団体で独自の手順を確立し、そのなかで互いに定期的に助言し、審査し証明しようという提案を会員の施設に対しておこなう

この背景には、独自の品質観に則った独立した証明によって、団体間で競争して独自の「価値観を共有したグループ」を形成しようという意図があるのである。

介護の質の確保と改善に対して介護事業者の自己責任の基本理念は法律草案にも反映されている。しかし、介護施設のサービスの質を審査して、サービスの質に関する証明をおこなうことは、どのような場合であっても必ず、サービス提供者から独立した審査機関によってなされる必要があるという制限が設けられている。事業者団体独自の検査手順については、介護品質保証法 (PQsG) の草案の作成にあたっておこなわれた公聴会でも、若干の運営者連合組織が進めるメディカル・サービスの審査権能を特定の審査への限定同様、圧倒的多数をもって許否された。

介護サービスの品質保護のために設けられた二重基準が目的とするところは、要介護者としての生活状況と、在宅介護と入所介護の「市場の消費者」としての特性において、その者の人間としての権利を保護し強化することにある。

I. 介護品質保証法 (PQsG) の重点

草案では、介護サービスの質の問題が積極的に取り上げられている。その一つは介護品質を保証し、さらに改善することを目的とした介護の自己責任に基づいた自主管理の強化、もう一つはこれまで規定のなかった介護品質の審査に明確な法的基盤を与えるというものである。全体として、連邦政府の提案は、そのおのおのとの関連から見ると以下のようにまとめることができる。

1. 介護の自主管理における自己責任の強化

基本は介護の品質保証と改善に対する運営者の自己責任を明確にし強化することである。この自己責任は、介護金庫の保障の任務とは無関係である (SGB XI第112条第1項)。

この自己責任には、介護施設で保護されている (具体的な顧客である) 入居者に品質の確かなサービスを実施するために必要な要員と物的な設備を整えるという運営者の義務と権利が含まれる (SGB XI第80a条第2項および第4項)。

a) 給付および質に関する取り決め (LQV)

給付運営者 (介護金庫、社会扶助運営者) の共同責任は、連邦社会扶助法改正法 (1995年) にならって個々の介護施設との給付および質に関する取り決め (LQV) を締結することによって確保される (SGB XI第80a条)。

給付および質に関する取り決めに締結する義務は、部分施設介護と完全介護施設の運営者のみに課され、在宅介護施設には課されていない。LQVは、サービス供給契約と報酬協定の仲介をするものである。

- この取り決めは、介護施設のサービス供給委託を、その配置および給付構造の変化に合わせて適応させる柔軟で有効な手段を提供している。しかもその都度サービス供給契約を締結する必要がなく、個々の介護ホームや介護サービスの（経済的存立のため必要不可欠である）「介護市場」への参入許可が問題視されることはない。

給付および質に関する取り決め（LQV）の契約当事者（介護金庫と個々の介護施設）は、介護報酬基準額に関する協定の当事者である（SGB XI第85条第2項）。LQVは、通常、介護報酬基準額協定と一緒に締結されなければならない。しかし契約当事者のいずれか一方の求めに応じて、介護報酬基準額協定の時期とは関係なく締結することが可能である（SGB XI第80a条第3項）。これは、介護ホームの給付および配置構造が、介護報酬交渉にありがちな切迫した時間的な状況とかかわりなく、大幅に変更されるようなことがあるが、このような場合、徹底した討議が不可欠であり、そのような場合を想定している。

- 介護施設から期待されるサービスは介護要員の構成と予測できる今後の変化に応じて、給付および質に関する取り決め（LQV）において決定され、かつそれに必要な人的および物的要件が契約により確定される（SGB XI第80a条第1項および第2項）。

このことは特に介護施設に暮らす痴呆症の要介護者にとって有益である。痴呆症の要介護者の場合には、基本的な介護サービスに加え、しばしば一般的援助および社会的世話に対する必要性が高くなる。

- 給付および質に関する取り決め（LQV）において契約上確定された事項は、介護報酬交渉の当事者すべてに適用され、介護報酬の査定の基礎として拘束力を持つ（SGB XI第80a条第2項第3段）。

社会法典第11編（SGB XI）では、介護報酬基準額と対価によって原価が支払われるのではなく、給付の報酬が支払われるのである。報酬は給付に見合っていないと見なされず、経済的に運営を行っている場合には、介護ホームがその報酬で施設の（個別的な）サービス供給の委託を履行できなければならない（SGB XI第84条第2項参照）。給付と報酬を概念的に区別することにより（同時にLQVのなかで給付を個別に定義することにより）、個々の介護施設が提供し、報酬を支払う給付の種類や規模が「財政事情」によって左右されるのではなく、立法者の明確な意思を反映して、もっぱら需要と必要性により決定されるようになる（SGB XI第4条第3項、29条、69条参照）。

このような背景から、給付および質に関する協定における契約規定は、同時に既存の介護報酬または要求されている介護報酬を「経済的」に評価する際の具体的な根拠となる。給付比較なしの価格比較は、実際には何の意味もなさず、裁判所もこれを認めていない。

介護報酬基準額協定のなかで費用負担者が遂行するまたは遂行を試みる実務、つまり個々の介護ホームの介護報酬基準額を地域または州における類似のホームの平均値と比較したり、あるいはそれに合わせて制限する（平均値モデル）ことは、法的にも保証された個別ホームの給付に見合った報酬に対する請求権（個別原則）と矛盾するものではないが、これは費用を増大させる。なぜなら、一方で実際の介護報酬基準額が地域あるいは州の平均値を上回っている介護ホームは、個別原則ゆえに、報酬を算術平均値に引き下げるよう強制されることはない。しかし、他方で費用負担者は、独自の算定基準の論理に基づいて、介護報酬基準額が平均を下回っている（多数の）施設に対し、算術平均値に適合させることを拒めないからである。その価格が交渉の対象であるという各看護ホームの経済的な観点のもと介護報酬基準額の算定に際して、費用負担者は、個々の給付において具体的に比較できる地域や州のホームと比較するという努力は避けて通れない。政治家による論議の場で却下されたいわゆる「標準介護報酬基準額モデル」は、明らかに地域または州の「平均値モデル」よりも劣り、法的にも、経済的にも評価できない。これまで価格の比較に固執してきたために、1995年以来法律で規定されている経済性の審査（SGB XI第79条）という手段はこれまでは全く利用されておらず、また利用することもできなかった。なぜなら、個々の介護施設の個別給付に関する具体的な説明がないからである。それがないと価格を経済性の視点から判断することはむずかしい。

給付および質に関する取り決め（LQV）は、個々の介護ホームのサービスやサービスの要件を契約として確定することで、合理的で法にかなった判定基準による経済性審査の要件を整えている。費用負担者が自ら合意したLQVの確定事項に拘束されるということは、報酬手続きの迅速化を意味する。つまり、毎年大量の件数（8500箇所を超える介護ホームとの交渉）を処理しなければならないという「処理件数の問題」の克服につながり、また交渉手続の質を改善することにも役立っている。

介護施設の運営者は、給付および質に関する取り決め（LQV）で施設入居者へのサービス供給のために必要であると認められた介護要員を常に確保する義務を課されている。したがって、介護施設運営者は、介護要員が不足あるいは欠員が生じた場合には、施設入居者介護に影響が及ばぬよう、しかるべき対応策を講じなければならない（SGB XI第80a条第4項）。

給付および質に関する取り決め（LQV）によって、効率的な経営原則に則った適切なサービスと品質をともなったケアを入居者におこなうための要員が、配備または登用されているかどうかを点検できるようになった。契約当事者のいずれかが求める場合には、運営者は、LQVで必要かつ十分であると認められた要員が実際に配備され、規定通りに登用されているかどうかを、要員調整の中で証明しなければならない（SGB XI第80a条第5項）。

2000年春、メディカル・サービスが22箇所の介護施設で実施した要員調整について調査したものである。この調査によると、18の施設で介護とケアにあたる要員について、介護報酬基準額で計算した要員数および要員にかかる経費と一致していないことがメディカル・サービスによって確認されている。差異は以下のとおりである。

不足要員数	
3名以下	8箇所
3.1～9.9名	6箇所
10名以上	4箇所

契約に違反の介護要員の不足数が10名以上ということは、年間を通算すると約80万マルクの収入（「棚ぼた式利益」）に相当し、どの介護施設もこれに見合う給付はなかった。

このような状況を背景に、LQVは、要員調整の必要手段を信頼できる根拠をもって示している。介護要員の調整は、介護施設の企業責任や運営の自由を損ねるものではない。しかしながら、要員調整は、要介護者に被害をおよぼす違法な介護行為を防ぐ有効な手段を提供するものであり、かつ、特に、既存の介護報酬の対象ではないが介護施設内の既存の介護要員の作業を引き受けることになると推測される介護要員の役にはたつ。介護要員の調整は、それほどのコストを要するものではない。これは、通常、使用者側が税務申告のために作成する年間賃金リストを「閲覧」すれば済むことである。

給付および質に関する取り決め（LQV）から得たデータは、州レベルの介護施設比較基準を作成する重要な資料となり、これは州内のできるだけ多くの介護施設についてその構成、サービスと価格を透明化するのに役立つ（SGB XI第92a条）。

b) 介護要員査定基準

社会法典第11編（サービス供給契約、LQV、報酬協定）に基づく契約および報酬権の全体にかかわる困難な問題は、一般に認められた看護ホームにおける介護要員査定基準がまだないことにある。例えば「Persys」あるいはカナダの「Plaisir」といった介護要員数算出にかかわる手続は、学問上もまだ議論の余地を残している。

したがって、介護保険法は、LQVの枠内において実状に即した暫定的な査定基準として、つまり介護自主管理の基本契約の一環として州内あるいは地域に対応した介護要員査定基準値協定を州レベルで導入することを想定している（SGB XI第75条3項）。通所または入所介護施設の場合に広範に合意を得るための介護要員基準値には、少なくとも以下の点が盛り込まれなければならない。すなわち、

- － 施設入居者の数と介護にあたる要員の数（専従要員に換算）の比率を介護等級に配分すること（介護要員基準数）、
- － 介護、社会的世話および医療介護の領域における専門教育を受けた要員の割合。

さらに契約当事者は州に共通の介護要員必要数算出手続を理解していなければならない。このような要員に関連した契約エレメントによって基本契約が具体化される。すなわち、経済性を重視した介護サービスを目標とし、サービス供給契約に即した要員を配備した社会法典11第編75条第2項第3号にいう介護施設に対応した基準と原則を定めた基本契約である。しかし協定の締結にあたっては常にホーム要員に関する命令に配慮しなければならない（SGB XI第75条第3項第3段）。

介護の自主管理がドイツ全土に及ぼす影響は、新しい契約上の規制に対する構成要件（介護要員必要数算出手続および介護要員基準値）すなわち、基本勧告にいう施策についての構成要件に対しても、連邦全体で変わることなく保証されることが望ましい（SGB XI第75条第6項）。勧告の策定にあたっては今後、民間の疾病保険組合ならびに第三者機関が参加することになる。介護職と当該者の連合会は互いに密接に協力して職務にあたらなければならない。

c) 今後の新規介護施設認可にLQVが与える影響

給付および質に関する取り決めは、今後の新規介護施設の認可にも影響がある。新規介護施設は（従来の法律にもある）効率的で経済的な介護サービスの提供を保証するだけでなく、それを超えて施設内部において常にサービスの改善と質の保証を目指す品質管理を導入することが義務づけられている（SGB XI第72条第3項1段第3号、第80条第1項第1段）。

給付および質に関する取り決めによって、一瞥するだけでも、従来とは異なる別の契約類型が導入されることになる。現行の法律によっても介護施設に期待される給付とその質は、（認可のための）サービス供給契約においても、また（報酬のための）報酬協定においても明確に規定されなければならない。したがって現実にはLQVは、契約当事者に対して、形式的ではあるが、期待される給付内容の決定事項とその質を、両契約を結合する取り決めにおいて利点を明示して確定するという可能性を提供するのである。

d) LQVの施設介護への限定的適用

草案作成時に公聴会を開き検討した結果、給付および質に関する取り決めは、部分施設介護および完全施設介護に限定して適用されることになった。在宅介護における「スムーズな」給付の必要性ということから、参加者の多数が在宅介護領域にLQVを導入するについては、（州により異なるサービス内容、要介護者の判断により請求される給付、介護手当、介護現物給付および複合給付の中からの自由選択、介護サービスによる要員の確保状況に左右される点を考慮して）さらなる実務経験を積む必要があるという認識にいたっている。

2. 介護品質の保証、改善および審査

介護品質保証法は現行法にも結びついており、社会法典第11編に定められた品質保証規

定については慎重に改革するように制限が設けられている。概要は以下である。

現行法では、連邦全体に拘束力のある品質基準を作成する点に関しては、連邦レベルの自主管理原則および基準（質の確保のための自己管理に関する共通原則および基準ならびに質の審査実施手順）に委ねられている（SGB XI第80条第1項）。この原則および基準は1995年～1996年にかけて介護関連のすべての分野（在宅介護、ショートステイ、部分施設介護および完全施設介護）ですでに存在している。

介護施設は、品質保証のための措置を講じるよう義務づけられている。これに含まれるものに疾病保険のメディカル・サービスによる質の審査（サービスの構成、プロセスから生じる質の点検）がある。審査方法には、個別審査、サンプリング検査または比較審査がある（SGB XI第80条第2項）。

州の介護金庫連合会は、相当性の原則を尊重しながら、見つかった瑕疵を除去するための適切な対策を講じることができる。これには最後の手段としてサービス供給契約の解除も含まれている（SGB XI第80条第3項、74条）。

しかし、以下の問題についてはまだ規定がない。

- － 介護施設へのメディカル・サービスの立入権限
- － 専門の第三者機関または検査機関による定期的な給付と質の証明を介護施設の提出義務とすること
- － 品質審査の財源調達
- － 国のホーム監督当局との協力

これらの問題は法律であらかじめ枠組を作らなければ、自主管理原則および基準だけでは解決できるわけではない。なぜなら、常に第三者の負担となる契約が関係してくるからである。それは、個々の施設運営者にもかかわるが、一部は、要介護者の利益にも直接かかわるものなのである。

現行の社会法典第11編第80条が巨大化して長くわかりにくい条文になるのを避けるため、ここに収められていた基本的な規定を改正社会法典第11編に多数の規定にして組み入れ（SGB XI第112～118条）、規定を必要とする事実関係を追加している。追加事項の概略は以下の通りである。

a) 品質管理に関する原則

連邦レベルで自主管理に基づき契約により基準を作成する権能は、包括的な品質管理の基本原則の確定まで拡大されている（SGB XI第80条第1項）。品質審査の実施手続は、自主管理の原則から除外され（特に疾病保険のメディカル・サービスの施設への立入権限の観点から）、とりわけ憲法にかかわる領域であるがために法律で直接規制されることとなった（SGB XI第114条第1項）。

現行の法律でも規定されている品質管理に積極的にかかわるという介護施設の義務はさ

らに強化され、定期的にサービスの品質について証明しなければならない（SGB XI第112条第2項）ことになった。

b) 給付および質の証明

変更箇所の中心は「給付および質の証明」である。これは介護施設の「持参債務」として規定される。

施設運営者は州の介護金庫連合会に対してサービスの品質を定期的に証明する義務がある。証明は、連邦または州の連合会から認定された第三者機関である専門家もしくは審査機関の審査証明書を提示しておこなう。審査証明書の内容は、単に審査した介護施設がその時点で少なくとも社会法典第 11 編にいう質に関する要求事項をすべて満たしている点だけを確認すればよい（SGB XI 第 113 条第 1 項および第 2 項）。

ホーム法に基づく措置や審査は、給付および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。同じことは疾病保険のメディカル・サービスが地域でおこなう審査にもあてはまる（SGB XI第113条第4項）。過去一年以内に介護施設が給付および質の証明を提出している場合、審査時期と審査規模を決めるにあたって疾病保険のメディカル・サービスは、この点に適切な配慮をしなければならない（SGB XI第114条第1項第2段）。

c) 質に関する助言

多くの介護施設が受け入れている疾病保険のメディカル・サービスの助言は、明確な法律上の基礎が与えられた。疾病保険のメディカル・サービスは（～すべきという）「当為規定（Sollvorschriften）」により介護施設に対して可能な範囲で品質保証の疑問に助言する。この助言は質の瑕疵を予防し、介護施設とその運営者が介護の質を保持し、かつ改善し、自己責任を強化することを目的とするものである（SGB XI第112条第4項）。このサービスは今後も介護施設には無料で提供されるが、助言に対する請求権は存在しない。

d) メディカル・サービスの審査権能

現行法で規定されている疾病保険のメディカル・サービスの審査権能（SGB XI第80条第2項）は、さらに具体化された。在宅介護支援施設あるいは介護施設が社会法典第11編に規定される介護の質に関する要求事項を引き続き満たしているかどうか、メディカル・サービスは現場で審査する権限を明確に持ち、かつその義務を負っている（SGB XI第114条第1項）。

この目的のもとに疾病保険のメディカル・サービスの立入権限については、憲法上の制限に十分な配慮をしながら明確な法的裏付けが整えられた。通所および入所介護施設は、

以下の4段階に区分されることとなった（SGB XI第114条第2項および第4項）。

- － 原則として、疾病保険のメディカル・サービスはサービスの品質を確認する目的であれば、事前届出の有無にかかわらず、いつでも介護ホームの利用地と建物に立入る権限を持ち、査察を実施することができる。要介護者本人、その身内の者または後見人と連絡をとることができ、職員およびホーム委員会、あるいはホームの代弁者に尋ねる権限をもつ。
- － 介護サービスの品質検査の実施が他の時間には無意味な場合に限り、審査と査察は夜間でも許される。これは例えば、要介護者が夜間「拘禁されたり鎮静剤を投与」されていないかどうか、あるいは夜間、当直者を置いているかどうか点検するような場合である。
- － ホーム入居者が居住権をもつ部屋では、入居者の承諾なくして立入ることはできない。ただし、公共安全と秩序を守るために急迫する危険を予防する場合にはこの限りではない。このような憲法上やむを得ない規定（基本法13条第7項参照）は、審査が昼間おこなわれようともあるいは夜間におこなわれようとも無関係に適用される。拘禁や鎮静剤の投与が、医学上の適応もなく、医師の指示もない場合は、公共安全と秩序を危険にさらすものとされることは、言うまでもない。
- － 所轄のホーム監督官庁が、ホーム法の規定にしたがって認可介護施設の検査を実施する場合には、メディカル・サービスは審査権能と事前通知の有無に関係なくこの検査に参加することができる。この場合にメディカル・サービスが関与できるのは、社会法典第11編にしたがい品質保証の領域だけに限定される（SGB XI第114条第4項）。

このように法的に立入権限を認めるからといって、この権限をいかなる規模で利用するか、個々の事例で十分に考慮する義務がメディカル・サービスにはある。とりわけ入居者の許諾なくして居室に立入る場合は、常に、公的なホーム監督官の参加を要請する。ホーム監督官の同伴なくして入居者の居住権を侵してはならない。入居者の意思に反して立ち入ることが許されるのは、例外的な場合だけに限られる。すなわち職務上メディカル・サービスが（具体的な根拠に基づいて）要介護のホーム入居者に及ぶ直接的な危険の回避を予測でき、かつホーム監督官の同伴が緊急にはおこなえない場合である。

e) 要介護者の住居への立入り検査

メディカル・サービスは、在宅介護サービスの事業所だけではなく支援サービスの業務中に要介護者の住居に立ち入って助言し審査する権限を持つ。

要介護者の住居において審査するには、原則として要介護者の許諾が必要であり、かつそれで十分である（SGB XI第114条第3項）。要介護者が自らの住居で疾病保険のメディカル・サービスの立入りを承諾するならば、介護サービスは、審査を受忍しなければならない。要介護者の許諾が得られない場合には、（施設介護の場合と同じように）憲法13条第7