

加的な介護サービスが行われるのである。

3. 全般的な見守りや介護を相当に必要とする要介護者に対する相談体制として、既存のものが改良・拡大される。特に、在宅介護の領域では、巡回（訪問）を付け加えることによって、助言サービス等相談体制の充実を図る。

他方面から要望されている「要介護概念」の拡大のためには、連邦保健省の試算によると、低く見積もっても年間に 10 億ないし 13 億ユーロが必要であり、現在の財政の枠内ではまったく不十分である。

c) 制度対象者

これによって利益を受けるのは、既に SGB XI 14, 15 条で考慮されている日常生活における活動のための援助に付け加え、さらに見守りなど全般的な見守りや介護を相当に必要とすることを疾病保険中央連合会のメディカル・サービス (MDS : MDKの全国組織) が認めた要介護者である。

つまりこれらは痴呆高齢者等や精神病ないし精神障害を持つ人々のことである。どうい
う人が含まれるかについては、要介護者の定義と同様、一定の病気の診断によるものではなく、日常生活に支障をきたしていることによる実際の援助の必要性によって定義づけられるべきものである。

MDS の調査によれば、ここ数年にわたる審査によって蓄積された知識を基に、外部の専門家とも協力して、審査担当者がアセスメントの手續の枠内で受給権者の分類に関して審査基準点を決めた。それによれば、日常生活が制限されているということの評価に関しては、次に掲げる領域の障害ないし能力障害が決定的だとされ、法律 (SGB XI 第 45 条 a) にも明文化されている。

1. 自己管理できずに居住地から離れること (徘徊)
2. 危険な状況を誤認したりその原因となったりすること
3. 危険な物体や危険が潜む物質を不適切に扱うこと
4. 状況を誤認して乱暴な行動や言動をすること
5. 状況的な文脈から不適切な行動をすること
6. 自分の肉体的・精神的感覚や要求を知覚することが出来ないこと
7. 治療に耐えうる鬱や不安障害のための治療対策ないし支援対策に必要とされる協力ができないこと
8. 社会的な日常生活を送る上で問題となるような脳の機能の障害(記憶障害、判断力の減退)
9. 夜・昼のリズムの障害
10. 自分で日課を計画し構成することができないこと
11. 日常生活における状況を誤認したり、その状況に不適切に反応したりすること
12. 情緒の不安定ないしコントロールできない状態が顕著であること
13. 鬱病に起因する落胆、気後れ、無力感、絶望が時間的に優勢であること

この規定によれば、日常生活を遂行する能力が相当に制限されているとは、上に掲げたうち少なくとも2つの領域、そのうち1～9までの領域から少なくとも1つに関しては継続的・規則的に、障害や能力障害がみられるとメディカル・サービス（MDK）の審査担当者が確認した要介護者をいう。

疾病保険中央連合会のメディカル・サービス（MDS）の調査によれば、これによって利益を受ける在宅介護の要介護者は50万人から55万人にのぼるものとみられている。

d) 追加的な介護費用（介護予算）

一般的な見守りや介護を相当に必要とする要介護者には、年460ユーロまでの追加介護支出の申請権がある。ここで要介護者と認められるものは、SGB XI 第14条にある日常生活における活動のための援助に付け加え、さらに一般的な見守りや介護を相当に必要とする者である。

これらの支出は、現金給付のように前もって自由な使い道のために支払われるものではない。追加資金援助は、品質が保証された介護サービスを提供するという目的に結びついて投入されるもので、同時にインフラストラクチャーによい影響を与えるものでなければならない。

このため、個々の要介護者による次の要求に関係する場合にのみ支払われる。

- デイケア、ナイトケアないしショートステイ
- 第45条cによる助成能力のあるいわゆる非職業的介護者（以下参照）による介護給付
- 一般的な指導や介護に関する認可介護サービス機関による特別なサービス

要介護者は、管轄の介護金庫ないし民間保険会社から、そして補助金受給権者の場合には補助金査定機関から、法律に列挙された介護サービスの要求との関連により生じた自己負担金に対する証明書と引き換えに付加的な資金を受け取る。

認可在宅介護サービスならびに介護専門職による付加的な介護現物給付（SGB XI 第36条）にこの460ユーロを使用することは認められていない。認可在宅介護サービスが、全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者に対する「通常の」現物給付に対する報酬として特殊勤務手当を要求し、付加的財源を使い尽くしてしまうことを避けることが肝要である。しかし、これらの要介護者に対し認可在宅介護サービスの運営者が同じような一般的な指導や介護を提供することを禁じるものではない。

追加的な介護費用はSGB XI 第39条による「休暇による代替介護」のために使うこともできない。というのは、もしそれを認めるならば、第39条の適用範囲が非常に広くとらえられているため、新たな給付申請に加え、家族・隣人・友人・血縁者による介護に関して発生する費用の請求もこれで賄うことになってしまうからである。つまり、その結果として、事実上、介護する家族の負担軽減のための介護給付によって生じるすべての支出を賄うことになってしまう。しまいには、そのような解決は、望ましいインフラストラクチャー助成的効果のみならず介護費用全体の高騰を招いてしまう。とはいえ、年間460ユーロの介護予算を休暇による代替介護や、その他第39条第1項に記載された介護者に支障が生じた場合に用いることも現状ではもちろん可能である。

要介護者がデイケア、ナイトケアないしショートステイを利用する際の負担軽減により、

介護保険によるこれらの重要な給付に対する需要は増加している。このことはさらに、かなり広い範囲において、構造助成的な効果を結果としてもたらし、介護施設に対しても、痴呆を患っている要介護者に重点をおいた特別なサービスを発展させるための刺激を与えるものである。デイケア、ナイトケアないしショートステイのための介護施設においては、老年精神医学的介護の質をさらに向上させる努力がなされる必要がある。この関連において、イギリスで部分介護ないし施設介護における痴呆患者の行動や快適度を観察するために発展した心理学計量的手続、いわゆる痴呆ケアマップが特別な意味を持つことになる。この観察方法によって、老年精神医学的介護の質を目的を持って評価し、細部にわたって発展させる可能性が実際上はじめて出てきたのである。痴呆の与える影響が患者本人と介護者にとって耐え難いものではなくなるようにするという将来の課題にとっての重要な前提条件である。

介護サービスの質を保証するためには、全般的な見守りや介護を相当に必要とする要介護者がサービスを請求することを望む介護市民団体を認可することが必要となる。その認可は個々の州法に従わなければならない。介護市民団体の認可に携わるポストについては州法で定められる。これによって、要介護者とその家族は、どの介護サービス機関になら付加的な介護費用も含めて請求できるかということを知る。介護金庫や民間保険会社は自らの給付範囲において手元にある認可介護サービスのリストを作成しなければならない。そのリストは要介護者の要求により公開される。

e) 介護システムのさらなる発展

全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者の介護のための新しい施策や組織の発展を助成するために、公的ならびに民間介護保険から暦年毎に合計 1000 万ユーロが支出され、州・市町村による同額の助成金で補足される。

痴呆高齢者等、全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者は、その能力や欠陥がまったく異なっているので、介護や世話についての要求もさまざまである。それゆえ、個々の要介護者の必要性に応じて調整された、適切で、早期の、量的にも良質な対策と援助を提供することが不可欠である。目下のところ、これらのサービスは量的に不十分であり、現存のサービスや施設が痴呆に対応した介護の要求を満たしているとは一般には言い難いのである。人口統計学的には痴呆者数の増加が見込まれているが、それを鑑みるならば、痴呆患者とその家族に完全施設介護の確かな代替サービスを提供するために、居住地に近く効率的なインフラストラクチャーを整えることが将来においていかに必要であるかが明らかとなるであろう。

それゆえ早急に必要なことは、痴呆患者とその家族が生活の質を保つためのゆとりを得られるような介護の工夫を強化することである。この目的のために、公的ならびに民間介護保険が年毎に合計 1000 万ユーロ、州や市町村から同額が支出され、全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者のための介護システムのさらなる発展が助成されるのである。助成分野には次の 2 つがある。

第1の助成分野（非職業的介護者による介護サービス）

第1の助成分野として、いわゆる非職業的介護者による介護サービスの構築と拡充が助成される。これは、介護専門職の指導のもとで、（非職業的）介護者が、特に痴呆患者のグループ介護ないし在宅介護を請け負うものである。

たとえば、現在バーデン・ヴュルテンベルク州においては、介護グループひとつあたり年間1万マルク（約5100ユーロ）まで助成されている。この助成額は一律に十分な額であるとみなされているが、この介護グループに対しては、介護費用を含めて全日なら一日約60マルク（約30ユーロ）、半日なら約20マルク（約10ユーロ）の費用を、介護を受ける要介護者が各自負担しなければならない。年額1000万マルク（510万ユーロ）の助成額によって、たとえば2000の介護市民団体なら一団体あたり年額5千マルク（約2560ユーロ）の補助金が賄われることとなる。その結果として、全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者のための介護グループないし介護市民団体の連邦レベルのネットワーク構築が可能となり、人口4万人あたりにつき介護市民団体が出来るものと計算されている。

実践による経験から証明されているように、介護する家族にとっては、非職業的介護者による介護を請求するならば、自分たちの負担軽減のために必要な外部からの援助を受け入れる決定がより容易になる。というのもこの種の介護は一般に、施設介護に比べ、より家族的な雰囲気の中で行われるからである。前述のこれらの介護サービスに対する助成は、介護する家族の希望と必要性に応じたものである。

現在、ドイツ国内には、さまざまな地域に特に痴呆の要介護者向けの介護市民団体が既に存在している。これは痴呆の要介護者の介護におけるボランティアの取り組みが、それに関わる要介護者と介護する家族の幸せのためだけに実践されうるのではなく、専門的な支援と介護専門職の指導の下でボランティアとし介護者自身に自分の行為に満足感と自信を与えるものである、ということの確かな例である。

ドイツには、ボランティアの介護グループに参加する準備のあるかなり大きな潜在人口がいる。一般に、有意義な支援活動への関心は高いが、とりわけ全般にわたる相当な介護を必要とする家族を介護した経験がある高齢者には、その体験を喜んで他の関係者に伝えたいと思う人も多い。こういったボランティアの取り組みは支援されなければならない。市民運動は社会の団結のために避けられない条件である。ところで、このガイドラインにそってドイツ連邦議会はすでに1999年にボランティアと市民参加を助成する提案をするための調査委員会を設置している。これはとりわけ国内の数百万人のボランティアを注目し認めているというシグナルであった。しかし公に認めるだけでは十分ではない。ボランティアに参加する人々やボランティア団体は、自分たちの取り組みにとっての枠組条件が具体的に改善されることを期待しているのである。

しかし単に財政援助をするだけで介護グループが作られるわけではない。それよりもっと必要なことは、さまざまなレベルにおける市民運動と協力である。ここではとりわけドイツ・アルツハイマー病協会によって企画された「介護グループ構築の手引き」に示唆を求めることができる。

非職業的介護サービスに携わる全ての人の考えによれば、とりわけ大切なのは、要介護者のための市民運動への基本的な参加を促進するために、これらの活動のよい例を目的をもってひろく一般に示すという公共活動である。

第2の助成分野（モデル・プロジェクト）

要介護者、特に痴呆要介護者のための介護システムをさらに発展させることを目的とするモデルプロジェクトを助成することである。ここではとりわけ、より統合的な介護の可能性を利用し、個々の地域において、介護状態改善のために要介護者にとって必要な援助をすべて、効果的にネットワーク化する可能性を探らなければならない。

非職業的介護者による介護の助成と、全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者の介護のためのコンセプト、それに介護の仕組みをさらに発展させるためのモデルプロジェクトのための助成には、民間の保険会社も参加すべきである。なぜなら、その助成された介護サービスは、民間保険会社自身の被保険者である要介護者の利益にもなるからである。民間保険会社が賄うべき額の割合は、助成金の合計金額の10%であるが、これは、法定介護保険（公的介護保険+民間介護保険）の被保険者総数における民間介護保険の被保険者数の割合に相当する。

公的ならびに民間の介護保険を財源とする助成金が供与されるからといって、地方自治体がインフラストラクチャーを整えるための責任を免れるものではない。介護保険と民間の保険会社からの助成金は、州や市町村が個々の介護市民団体やモデルプロジェクトに対して行う助成を補充すべきものなのである。介護保険を財源とする助成金は州や地方自治体の助成金と同額であり、これによって、合計で暦年毎に2千万ユーロが介護保険における介護システムのさらなる発展のための助成対策のために使われることができるようになる。州内の個々のモデルプロジェクトに対し労働助成金の財源が投入された場合（たとえば全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者のための介護サービスを仲介するエージェントなどによる）、この財源は州ないし市町村から支出される助成金と同等である。

f) 既存の相談体制の拡充

全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者と介護する家族に対する既存の相談体制は、特に在宅介護の領域で助言サービスを強化することによって、改善・拡大されなければならない。

実践的な経験から示されているように、全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者と介護する家族は、日々の介護における肉体的・精神的な強度の負担を克服できるようにするため、在宅介護における付加的な助言と援助を必要としている。しかし現在においてはまだ対象者を志向した相談体制が十分整えられているとは言えない。したがって、これらの人々にとって在宅の環境における相談体制を助成することが優先的に必要である。

そのためには介護保険法第37条第3項にみられる介護施設からの介護供給が、巡回（訪問）による相談として強化されねばならず、連邦全体で統一的な基準を呈示することによ

って認定されなければならない。これはすべての要介護者ならびに介護する家族が関心を持っていることである。それと同時に、全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者に対しては、法律で定められた間隔（介護段階3で四半期に一度、介護段階1と2では半年に一度）内に2回の巡回（訪問）による助言サービスを請求する可能性が認められることとなる。

さらに、既に採決された介護品質保証法の法案には、全般にわたる相当な介護を必要とする要介護者とその家族のための既存の相談体制を拡大・改善するための規則が含まれている。ここで見込まれているのは、介護金庫内の人員による助言に補足して、介護サービス提供者にとって第三者の専門家による現場での助言・相談体制作りにも共同出資することである。

さらに、介護金庫は、要介護者の在宅介護における実践的な指導と介護講習を強化しなくてはならない（SGB XI 第45条）。しかし、これまでの介護講習はまだ十分に対象者を志向したものとはいえない。というのも、在宅の介護者のうち、（夜の）講習会のために何度も会場に足を運ぶことが状況として許される者にしか役立っていないからである。痴呆の要介護者を介護する家族の多くはそれができる状態にはない。時間的な意味での拘束のされ方が特殊だからである。その上、従前の講習会では個人個人に対する助言のためにはあまりに短く、各自がおかれた社会的環境をめぐる問題を織り込むことが出来ない。したがって、介護金庫が行う介護講習では、要介護者の在宅介護の領域についての内容をより強化してゆくべきなのである。

g) 目的を持った広報活動

前述の対策を側面から援護するものとして、連邦政府と介護金庫による目的を持った広報活動がある。すなわち、とりわけ痴呆高齢者等のおかれた環境への理解を呼び起こし、彼らとの接し方を指導し、要介護状態に陥らないため、あるいは状態の悪化を防ぐための予防対策を示し、痴呆者の必要性に応じた介護や世話についての基本的な知識を伝達するものである。さらに、痴呆者の介護に関するプロジェクトの成功例にも注目させるべきである。ここでは市民の参加と介護専門職による介護が、要介護者とその家族の幸せのためにしっかりと結びついている。このような肯定的な例を示すことによって、全般にわたる相当な介護を必要とする市民のための介護市民団体の活動に関心を持つひとりひとりに対し、その活動に参加する動機づけを与えるのである。

h) 結論：社会全体の課題

これらの施策パッケージにより、財政的に責任をもった形で、痴呆高齢者等の介護状況の改善への努力に重要な進歩が実現されるのである。しかし、これらの要介護者とその家族のおかれた困難な状況を和らげるという課題は、そもそも介護保険の財源だけによって克服されるものではなく、むしろ社会全体の課題と言えるものなのである。関係者ならびに介護する家族、そして職業的介護要員の生活の質は、社会全体の考え方や行動によって重大な影響を受ける。ここで求められることは、さまざまなレベルにおいて、ともに考え、ともに参加することである。そしてそれは、連邦、州、市町村、社会扶助の運営者、

介護金庫、福祉団体、さらに介護市民団体といったすべての関係者に求められることなのである。

III. 将来の発展のためのさらなる貢献

今回の改革法を運用していく上で、専門的観点からいえば、とりわけ次の点での進展が必要かつ有用であると考えられる。部分的には既に連邦保健省が取り組んでいるものである。

1. 統一的な介護ネットワークの構築

痴呆高齢者等の介護のために必要なことは、ひとつには、要介護者ひとりひとりにとって必要な医学的で治療や介護に関わる対策を相互に調整すること、もうひとつは、そのために必要とされる介護システムが既に存在するならばそれを相互に結びつけ、新しい革新的なサービスで補足することである。そのためには、痴呆者の介護においていまや喜ぶべき発展を見せている、民間のボランティアの社会参加を結びつけることが中心的な意味を持つ。

それゆえ推奨されることは、まずはモデルケースとして、そしてゆくゆくは可能な限り国内全域にわたって、痴呆者の介護のための患者本位の介護ネットワークを構築することであり、それは相互に調整された次のような構成要素を持つものである（既存の構造を結びあわせることも含む）。

在宅介護と自己支援においては特に

- 一般医や専門医によるケア
- 近隣住民の援助
- ヘルパーのサークル
- 介護グループ
- 家族の話し相手をするグループ
- 患者グループ
- アルツハイマー病協会その他
- 在宅介護サービス機関
- 訪問して世話をする住民グループ
- その他のボランティア介護サービス

部分介護施設

- 老年精神医学的デイケア
- 老年精神医学的ナイトケア

施設介護施設

- 介護ホーム
- ショートステイ
- 精神病院
- 一般病院
- 予防やリハビリのための施設

既存の介護サービスや介護施設は、これまでのところ、広域的なものでもなければ、一般に老年精神医学的な能力も不十分である。重要なことは、こういったサービス機関や施設の介護ネットワークを実際に作ることである。つまり、調整されネットワーク化された、ひとつの連結したシステムを作ることである。

この種の介護ネットワークにおいては、地域在住の医師が重要な役割を担う。

2. モデル・テスト「老年精神医学的ネットワーク」

連邦保健省内で準備し連邦保健省の「介護」モデルプログラムの財源によるモデル・テストが始まっている。既にイギリスで定評のある「痴呆ケアマップ (DCM) に支えられた老年精神医学的ネットワーク」の取り組みを、いかにしてドイツにおける介護環境に取り入れることができるか、を示すことを目的とするものである。

a) 痴呆ケアマップ (DCM)

痴呆ケアマップは、ブラッドフォード大学（イギリス・ヨークシャー州）のトム・キットウッド博士が開発した心理学的計量法で、システムティックな「痴呆介護の図解」を持つものである。

痴呆ケアマップとは、痴呆患者をグループ内で観察し、患者の様子や行動を手がかりとして、ひとりひとりの相対的・個人的な快感や不快感を詳細にわたって図式化することを試みる。その際、痴呆患者の希望や要求ではっきりわからない部分に関しては、プロフィールやグラフによって視覚化される。

その観察は、完全施設介護ないし部分施設介護のための老人ホームないし介護施設の共用空間で行われる。さらに、介護者も観察の対象となる。特に、彼らの介護行動が人格にプラスに働くか、マイナスに働くかということについて観察されるのである。この背景には「すべての人間はその人間としての存在を、他者との関係においてのみ知覚することができる」というキットウッドの基本的な考え方がある。攻撃的な言動や行動、精神運動性の落ち着きのなさ、介護を拒絶することといった、痴呆患者の行動障害の多くは、(ヴォイナーWojnarの言葉によれば) 彼らの周りの「健全な環境」との「相互行為が妨害されることによって」起こるのである。

その観察結果は評価の後（たいていの場合その翌日）介護チームに直接フィードバックされる。その目的は、介護の経過の構造を再検討し、介護プランを変更し、それによって日々の介護を痴呆患者の現実の要求に即したものとすることである。

痴呆ケアマップはその基本理念と目的において、ドイツ高齢者援護機構 (KDA) の「門戸開放コンセプト」に相応するものである。つまり、人間中心で人間関係を大切にした介護を

行うことによって、痴呆患者が「健全な世界」との接点を持てるようにしようというものである。とりわけ、クリスチャン・ミュラー＝ヘーグル氏の率いるパダボーンのマインヴェルク研究所における先駆者的な取り組みのおかげで、痴呆介護の改善を持続的に行うため、さらに介護者のとるべき望ましい態度について繰り返し認識させるために適した方法として、ドイツにおいてもその基盤と認知を獲得しつつある（ドイツ・アルツハイマー病協会「痴呆患者と接するための手引き書」参照）。

約 55 万人の痴呆患者が在宅で介護されているというドイツの事情を鑑みると、デイケア施設における観察から得られた知識を家庭での介護に生かせるよう、痴呆ケアマップの考え方をさらに発展させることが必要だと思われる。これについては疾病保険のメディカル・サービスが尽力しようとしている。

b) 連邦保健省 (BMG) のモデル・プロジェクト

イギリスのモデル・プロジェクト「痴呆ケアマップ (DCM) に支えられた老年精神医学的ネットワーク」のドイツ版を作るに際して考慮すべきことは、連邦健康省のモデル・プログラムはただきっかけを与えるにすぎないということである。ここでは3つの目標が前面に置かれる。

- － 既存の老年精神医学的課題のための（特に完全施設介護と部分施設介護の領域における）サービスに資格を与えること
- － 現在の介護制度で抜け落ちている部分（特に、相談体制、家事援助、住居、介護、自助努力など）を埋めること
- － リハビリ、老人扶助、老年精神医学といった既存のサービス分野を供給面においてうまく相互に調整し、相互にネットワーク化すること

第1回の予備会合ではすでに、アーヘン、ブランデンブルク、ミュンスターの三都市と、マルブルク＝ビーデンコプフ・ヴェツラー地区、マイン＝キンツィヒ地区（福祉事務局）が、モデル・テストに参加を表明している。これらの都市ならびに地区がプロジェクト参加に適している理由は、相応の（とりわけ「介護」モデル・プログラムの財源で助成された）インフラストラクチャーが各部門で既に整っているからである。アーヘンも、大臣による（当地の情報による）バーマー任意疾病保険金庫 (BEK) が医療分野における統合的な介護連合を提供しているため、候補に値するのである。ここでは医療と介護の2つの領域におけるパラレルな観点と発展がみられる。

このモデル・プロジェクトのためには、準備段階から既に大がかりな参加と計画が必要である。これらの参加者は喜ばしいことに大変積極的に参加しているため、先にあげた2地区では2002年前半、3都市では2002年の後半から、モデル・プロジェクトが本格的に始められるものと見込まれている。

このプログラムは約3年間続けられ、それぞれの参加者に対し約50万ユーロが「介護」モデル・プログラムから出資される。

c) 二重の調整

介護ネットワークという考え方には根本的に二重の調整を必要とする。

- 制度の領域では、ひとりのコーディネーター（ほぼイギリスを模範とする）による調整である。コーディネーターは、現地で参加する介護サービスや介護施設の共同作業を指導し確かなものとする。この責任を負うのは 5つのプロジェクトに参加する都市ならびに地域である。
- 患者本位のひとりひとりの介護という領域では、ケア・マネジャー（ほぼ日本を模範とする）を投入することによる調整である。ドイツでいまなおはっきりと区分されているさまざまな社会保障システム（疾病保険、介護保険、年金保険、社会扶助）の間の境界線を越え、シームレスで患者ひとりひとりの必要に応じた医療・介護・リハビリ的な世話を（現場で）確実にするのが彼らの役割である。

ドイツにおけるケア・マネジャーの役割を果たしうるものは、わたしの考えでは、疾病保険のメディカル・サービス（MDK）である。

メディカル・サービスは、介護金庫の要請により、個々の事例において要介護の要件が満たされているかおよび要介護度を審査する法的な任務がある。その際、医学的リハビリテーションを含む、要介護状態の排除、緩和または悪化防止のための措置が適切か、必要か、要求しうるものかについての確定もしなければならない（SGB XI 第 18 条第 1 項）。さらに、介護金庫に審査の結果を通知し、リハビリテーションの措置、介護給付の種類および範囲、個別の介護計画を勧告しなければならない（SGB XI 第 18 条第 5 項）。

「ただし、被保険者はケアを除く外来の医学的リハビリテーション給付について管轄の費用負担者（まず第一は疾病金庫）に対し請求権を有する（SGB XI 第 18 条第 1 項）。」メディカル・サービスが専門的審査をしたうちの約 15~30 パーセントはリハビリテーション給付が相当であると勧告しているものの、これまで疾病保険が認めたことはほとんどない。

メディカル・サービスが呈示した介護プランが、その中で勧告されるリハビリテーション措置を含めて、関係する費用負担者（介護金庫、疾病金庫、社会扶助の運営者）に対し法的拘束力を持つならば、包括的なケア・マネジメントへと前進する決定的な一歩となるであろう。

3. 痴呆介護に関する教育と専門教育

最初に述べたように、部分的ないし完全施設介護での居住と介護の領域においては、老年精神医学的に変化した人々の増加が顕著である。このため必要になるのは、こういった人々の必要性に応じた、介護・世話・組織的な文化を達成することである。

モデル・テスト「老年精神医学的ネットワーク」において実証されたことは、ドイツにおける介護環境においては次の 2 つの変更が必要だということである。

- 先に述べた痴呆ケアマップのシステムを国内全域で導入すること。
- 痴呆介護の専門介護要員の十分な数に対し教育と専門教育を施すこと。それにふさわしい職業イメージを発展させ認知させることも含む。

この 2 点は互いに密接に関連している。痴呆ケアマップから得られた経験を、老年精神医学の専門教育の新たな方向性に取り入れようということである。その背景となるのは、他者との接点を保つこと、環境療法、そして職業上の行動をシステムティックに反省する

ことを、痴呆介護を提供するそれぞれの施設の組織において定着させるという、包括的な目標である。

現在、医療的処置介護と老人介護の基礎教育段階で教授されている知識や技能は、職業的な実践、特に老年精神医学の現場において不十分なことが多いと証明されている。

- 精神の病気は、一方では家族や介護者や介護チームにマイナスの効果をもたらし、それはことに罪悪感、拒絶感、あきらめ、燃え尽きなどに反映されている。老齢による精神の病気、特に老人性痴呆は、多くの不安、回避行動、防御形態を投影したもので、その根底においては介護ならびに組織の文化が関与している。
- 他方、痴呆による変化は、それまで培ってきた人生や人格的構造を損なう。その重大な結果として、該当者は日に日にまわりの環境に依存するようになっていくのである。人間としての尊厳を保つためには、これらの構造を補足しつつ維持できるような、保護された環境が必要なのである。

専門知識と人格を十分に備えた職員が、このような生活環境における重要な要素である。彼らは挑戦的な行動を資源であると解釈し直すことができ、アイデンティティーを保ち、それを支援し、結合を許し（患者に疎外感を与えず）、情緒的な要求を尊重する。また、彼らが門戸を開く保護された空間においては、患者たちに、神経症的障害を持ちながらも比較的満足を感じながら生き、そして死を迎える、というチャンスを与えることができるのである。

ここでもまたパダボーンのマインヴェルク研究所がパダボーン司教区カリタス協会との協力で新たな道を開いた。同研究所は、ノルトライン・ヴェストファレン州の助成による「老年精神医学的なコンセプトを発展させるための革新的プロジェクト」の枠内で「老人施設介護における老年精神医学的な専門介護の専門家」を対象とした再教育のための講習会が開かれている。この再教育は、老人扶助施設に働く医療介護や老人介護を修めた職員に対し、職業に密接した形で行われている。

その再教育の目的は、精神を病んでいる人、特に痴呆の人に対し、人格を強めるように介護することや、社会的な環境に影響を与えること、組織の構造を目的を持って変えていくこと、そしてこれらの能力を他の人に伝えることができる、「老年精神医学における話し合えるパートナー」の育成である。

さらに、ロベルト・ボッシュ財団の「未来工房・介護教育」の枠内で実現される可能性のある分野もある。

IV. 経験から得た知識を役立てよう

さらに、連邦健康省によって、ないし連邦健康省の責任下において、国内外におけるこれまでの経験から得られた知識を目的をもって集め、評価し、実践的に使えるものにもすることも役立つであろう。特に、

- 老年精神医学的介護（たとえば、痴呆ケアマップや、老年精神医学の教育ならびに専門教育、痴呆介護）における知識
- IT によって支えられた住居や介護施設（「グラウチェスター・スマート・ハウスな

ど) を作ること。つまり、「インテリジェント」な電気技術の助けを借りて、事故を回避し、施設に入所しなくなればなくなるような事件を防ぐような住環境を作るための知識

- 住居を適応させる（個人の住居を簡単な材料で痴呆患者にとって住み心地のいいものにする）ための簡単な方法

などである。

連邦保健省は、ドイツにおいて時として非常に際だった振る舞いをしている介護研究からその仕事を奪うことはできない。しかし連邦保健省に出来ることそしてしなければならないことは、政治的な目標設定を実践し、専門的なレールの上に乗せるために必要な刺激を与えることである。言い換えると、我々に必要なものは介護一般、そして特に痴呆介護にとっての経験とアイデアの取引市場なのである。

1. 介護研究のための新しい助成重点目標

さらに、連邦保健省 (BMG) は、連邦教育科学省 (BMBF) から、介護研究のための助成重点目標の設置と財政援助のために、今後6年間で合計約2500万マルク（約1300万ユーロ）の助成金を受けられることになった。

新しい助成重点目標は2001年6月8日に連邦教育科学省によって公表された。応用できる介護に関する問題を研究する組織6つまでが助成される。その設立のために今後6年間に渡り年額500万マルク（250万ユーロ以上）までが用意されている。助成重点目標の目的は、要介護者の必要に応じた介護のための基盤を発展させることである。研究プロジェクトには特に、介護者にとって最善の健康を可能にするための貢献が望まれている。さらに、回復の見込みのない患者の苦しみを軽減し、人間としての尊厳を持った死を可能にすべきである。

介護に関する研究は多岐に渡るが、特に社会的な観点がそこに含まれる。それゆえ、助成のための前提条件を満たすためには、専門領域を越えた取り組みをしなければならない。介護専門職、医師、セラピスト、社会福祉員などの専門職は共同で該当する問題の解決のために研究しそれを発展させなければならない。こういった形の共同作業はこれまでドイツではほとんど実践されてこなかったのである。

この助成が特に目標としているのは、精神障害のある老人、遺伝病の患者、複合的な機能障害を持つ人の介護についての研究である。性に特有の観点は優先的に考慮されるべきである。要介護者の多くは女性であるという事実が考慮されるのである。

得られた知識は将来を見通した研究に用いられ、新しい介護施策を発展させなければならない。目標は、それぞれの介護措置の効率性と有効性を高め、研究の結果を日常の介護に取り入れるような措置を提案することである。

連邦教育科学省による2001年4月25日の「応用性を志向した介護研究のための助成指針」は2001年6月8日の連邦官報の中で公表された。

この指針に添ったプロジェクトの一つが、「経験とアイデアの取引市場」の組織である。その任務は、特に痴呆介護の内容と質の保証に関しての世界中の知識や経験や施策やアイ

デアを集め、それを吟味し、実践的に役立つかどうかを判定・評価し、必要ならばドイツ語に翻訳し、日常の介護にとっての未来志向の施策へと導くことである。

2. 国際協力

この目標に貢献するものとして、目下のところ、連邦保健省主導による次の国々や機関との国際協力がある。

1. ルクセンブルク、日本：これらの国々にはドイツと同じく独立した介護保険システムがある。

日本からは 2001 年 7 月に第 4 次視察団が、同年中に第 5 次視察団が意見交換のため連邦保健省を訪れた。ドイツ側の視点から大変有用だと思われる重点は、日本側の関係者の、とりわけ、介護に関する専門的な判定方法、ケア・マネジメント、介護ネットワークの統合に関する非常に革新的な考え方である。

2. ドイツとルクセンブルクの第 2 回会合は 2001 年 7 月 11 日にエヒターナハで行われた。

この回の会合における重点は、専門的な判定方法、痴呆患者の介護、そしてドイツ・ルクセンブルク・日本の三国による共同作業についてであった。

－ ルルクセンブルクの介護保険法と専門的な判定に関する指針はその後フランス語からドイツ語に翻訳された。

ドイツ・ルクセンブルク・日本の共同作業における具体的なプロジェクトは、この三国の介護保険システムを三段組でひとつに並べてまとめることである（ドイツが左段、ルクセンブルクが中段、日本が右段）。最初の草案は既に出てきているが、さらに相互に調整が必要である。この文書はまず 4 カ国語（ドイツ語・フランス語・英語・日本語）に翻訳され、それに引き続いて関係各国が共同で OECD における国際的な議論の場に提出することとなっている。

3. 品質保証と痴呆介護を含むドイツの介護保険については、連邦健康省によってパリ、ストックホルム、東京における OECD の議事日程に載せられた。なかでも 2000 年 11 月の東京会議のために準備された「ドイツの介護保険 Long-Term Care Insurance in Germany」（付録参照）は日本語に翻訳され、インターネットを通じて広く配布されている。

4. 「Measuring Up - Improving Health Systems Performance in OECD Countries (OECD 加盟国における健康制度を改善しよう)」というテーマで 2001 年 11 月にオタワで開かれた OECD の健康に関する会議は、OECD 自身のワークショップの品質保証のために貢献している。そのテーマは「Moving beyond hospitals and doctors: Measuring the quality of long-term and home-based care (病院や医師を越えて動こう。長期

介護や在宅を基礎とする介護の質を向上しよう)」というものである。ここでの重点は、痴呆介護の品質保証についてであった。

痴呆介護に関する国際協力のプラットフォームとして OECD が特にふさわしいのは、加

盟国のうち高齢人口の多い発展途上国がこの問題に特に関わるからである。

OECDはドイツ連邦健康省との共同作業に非常な関心を持っており、後で述べる(5.を参照)ベルリンで国際痴呆介護会議(2003年ないし2004年)をドイツと共同開催する予定である。

5. 2001年7月25・26日にはさらにイギリス健康省と経験を交換する会談がボンで(イギリス側の希望による)行われた。そのテーマは「ドイツにおける品質保証と痴呆介護」「イギリスにおける高齢者のための新しいナショナル・サービスの枠組」「痴呆ケアマップとイギリスの介護ネットワークに関する経験」などであった。イギリスとの対話には、ルクセンブルクや日本の場合と同様に、出来る限り様々な面からの経験を交換することを保証するために、介護金庫、メディカル・サービス、ドイツ高齢者援護機構それぞれの代表者が参加した。

3. 財団との共同作業

喜ばしいことに、ドイツには、たとえばロベルト・ボッシュ財団のように、痴呆者の介護の改善に刺激を与える運動に参加してきた財団がいくつかある。

ドイツ高齢者援護機構の予備会合(連邦保健省も非公式に参加)の後、ロベルト・ボッシュ財団が関心を示しており、その特別な経験と助成資金を、大きな可能性のあるアクション・プログラム「痴呆介護—新しい考えとそのあり方」に提供し、市民社会に現存する人的資源と市民の「善意」を束ねるため貢献する用意があるらしい。

しかし基本的な条件としては、ロベルト・ボッシュ財団のようなこの種の財団の自己理解と独立性を尊重することと、政府寄り(の財団)だという印象を呼び起こさないことである。ロベルト・ボッシュ財団の他には、ベルテルスマン財団、アクション・メンシュ、ヴェステンロート財団などの大財団に声がかけられているようである。

V. 持続的な広報活動

介護給付補完法によってついに、連邦保健省が、持続的な広報活動を通じ、要介護者、特に痴呆を患う要介護者の利益となる共通の配慮や共通の参画を表明することが求められることとなった。

既に述べたように、遺伝子技術やバイオ医学によって医学的に「原因の段階から」アルツハイマー病や脳血管性痴呆を治すことに期待がかけられているが、その実現にはまだ時間を要するであろう。それまでの間は痴呆者とその家族は社会から疎外されてほっておかれるのである。いま必要なことは、痴呆を病気としてとらえるのではなく、障害として社会が受け入れ、そのハンディキャップを埋め合わせることである。痴呆は、それを患った人とその家族にとってまったくもってカタストロフなのである。顕著にみられるのは、痴呆にともなうしばしばみられる差別や介護する家族の自己卑下である。これは家族が短期間であれ長期間であれ、社会的に孤立してしまうことによる。

新たな知識によって(KDAの言葉による)、多くの場合、人間に中心をおいて「門戸を開

いた」介護と世話をを行うことによって、長期間にわたり、比較的快適に過ごしてもらうことが出来るようになることが望まれている。このことはまたしても家族や介護専門職員にとって「燃え尽きないために必要な、健全な気持ちと成功体験」をもたらすのである。

これは、痴呆患者の利益になる目的を持った持続的な宣伝活動にとっての政治的にも魅力的なきっかけであるとわたしは考える。その焦点は、フランス雇用連帯省の成功によって発案されたような「要介護者の権利と自由のための憲章」を発展させることであろう。

その後の成果としては、今年既に、ヨハネス・ラウ連邦大統領が、自ら後援するドイツ高齢者援護機構 (KDA) の設立 40 周年記念式典の祝辞で、このテーマに取り組み、われわれの社会の痴呆患者とその家族のために尽力する、と述べている。そのメッセージは易しいものである。「痴呆患者は、自分のからだを天国に連れて行くのを忘れた死者などではありません。あなたやわたしと同じように、生きている市民なのです。わたしたちと同じように、精神、魂、情緒を持ち、同じように人間としての尊厳、人格の尊重、幸福の追求に対する要求を持っているのです」。

さらに、2003 年か 2004 年に国際痴呆介護会議をベルリンで開くことが検討されている。この会議では、それまでに集められた国内外の経験を示し、共通の「要介護者の権利と自由のための憲章」を基盤として、アクションプログラムを策定することが望まれている。OECD もこの会議の共同主催者となる予定である。

第4部 公的介護保険制度の3国比較

(第一次案)

この「介護保険制度の3国比較」は、ルドルフ・フォルマー博士のドイツ語資料を直訳したものである。3国比較における日本の状況に関しては、必ずしも正確な情報ではないが、今後ドイツ、ルクセンブルグ、日本の各国間においてドイツ語、フランス語、英語、日本語の4種類の作成を予定している。そのための第一次案であり、正確ではないが、国際共同研究の1ページとしての資料的価値があると考えられるので、直訳の原稿を掲載するものである。

3 国間介護保険制度の比較

ドイツ

ルクセンブルク

日本

序論	序論	序論
<p>1994 年はドイツの社会史にとって記念すべき年である。この年に社会保険制度の 5 番目の柱たる法定介護保険が、社会法典第 11 編として創設されたのである。それにより百年以上前に法定疾病保険の創設により始まった発展の歴史は一応の完結を見たことになる。</p> <p>1883 年～ 法定疾病保険 1884 年～ 法定災害保険 1889 年～ 廃疾および老齢保険 (現在の年金保険) 1927 年～ 失業保険</p>	<p>1998 年 6 月 19 日の法律により、ルクセンブルクの世界保険制度に介護保険が加わった。これは社会保険の新しい一部門であり、介護を要する人に与えられる援助および介護の財源を調達することによってその要求に応えていく可能性を提供している。介護を要する者とは、身体的または精神的疾病または障害により、日常生活において基本的な活動のために、すなわち移動、身体の手入れおよび食物摂取との関連で、規則的に相当程度の援助を必要とする者のことである。介護保険は疾病保険の諸原則に基づいて機能し、義務保険である。被保険者が支払わなければならない保険料は、総所得の 1% に定められている。国家は介護保険の支出合計の 45% を負担する。その財源は国家予算である。</p> <p>被保険者ならびに家族は、介護保険の保護の下にある。</p> <p>現金および現物給付は 1999 年 1 月 1 日から許可された。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 現物給付とは、援助および介護、介護補助具および個人の居住環境の改善措置といった形態で提供される給付である。現物給付制度に基づき、相応の貨幣価値が直接在宅介護サービスに支払われる。 - 現金給付は現金で支払われる。これは民間 	<p>日本の疾病保険システムは、きめ細かく区分されている。住民はすべて、法定疾病保険に加入し、その保護下にある。民間の追加保険は、1992 年、被用者のおよそ 60% と入院日当給付保険の契約を締結している。両方の主要な公的健康保険基金、企業健康保険および地方自治体の健康保険基金の保険料は、4.2% から 10.3% の間で一定しない(雇用主負担分と被用者負担分を合算)。保険料は、賃金所得や年齢別のリスク、その職業、病歴などにより異なるためである。また雇用主と被用者がそれぞれ保険料の半分を負担している。</p> <p>1980 年代の始めに、日本政府は高齢者への医療給付支出の増加率の伸びの大きさに対し老人保健法による対処を試みた。この法律の目的は、高齢者を対象とした予防的措置を含む給付を提供し、かつ、このコストをすべての保険契約者が均等に引き受けるといものである。それに加えて、各種基金の違いを超えた財政調整が被保険者中の高齢者の割合とその支払の割合に応じて実施された。そのうえ、被用者に対する一般的な自己負担率と 65 才以上の高齢者の定額保険料が決められた。その際、低額の年金が考慮された。これによって、病院での給付請求へのコスト意識を目覚めさせようとしたのである。</p> <p>自己負担率は、形式的には病院でも適用され</p>

<p>担をなんらかの形で相殺する必要が生じた。</p> <p>補償というキーワードは、介護保険論議が始まった当初からつきまとい、時として介護保険そのものの影が薄れるほどであった。しかし最終的にこの原則は一般に受け入れられ、祭日の廃止も広く受け入れられた。</p> <p>要介護者とは、身体的、精神的あるいは情緒的な疾病または障害により、日常生活において規則的に繰り返される通常の活動のために、身体の手入れ、食物の摂取、移動、家事の分野で継続的な援助を必要とする者のことである。要介護であるということは、病気および障害と区別される。病人あるいは障害者がすべて介護を要するわけではないが、すべての要介護者は病気または障害をもつ。</p> <p>現在、約186万人が介護保険のサービスを受けている。そのうちの大部分、すなわち約4,500万人が60才以上である。しかしながら要介護性は年齢のみの問題ではない。若い人も介護を要する場合がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 要介護者のうち約50,000人は40才～60才である。 - 要介護者のうち約200,000人は40才未満である。 <p>約124万人の要介護者は、自宅で家族、隣人あるいは巡回介護サービスの世話を受けている。約523,000人の要介護者が、介護施設または障害者扶助施設においてケアを受けている。</p> <p>要介護状態は、疾病や障害と同様に古くから知られていたにもかかわらず、25年ほど前から</p>	<p>の介護要員の報酬となるが、要介護者本人に支払われる。</p> <p>介護法に基づいて現物給付は現金給付よりも明瞭に優先される。その結果、職業的な扶助が優先され、介護の品質が保証される。</p> <p>さらに在宅介護において、法律は、現物給付の一部あるいはすべてを現金給付で代える可能性を考慮している（混合給付）。代替として提供される現金給付は、これに対応する現物給付として定められた価値の半額に相当する。さらに現金給付をもって代えることのできる援助および介護のために認定される時間は、次のように制限されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7時間までは現物給付は完全に現金給付をもって代えることができる。 - 7時間～14時間の場合には、半分のみを現金給付で代えることができる。 - 14時間を超えた場合には、現物給付を現金給付により代えることは不可能である。 <p>現金給付が現物給付により代えられる場合には、援助または介護のために請求された時間1時間につき最高750 LUFの補償の支払いが行われる。</p> <p>法律が言うところの要介護状態とは、一定の重要度を前提としている。法律は相当の程度、規則的に援助を必要とする者であることを定めている。さらに、要介護者は少なくとも週3時間半、すなわち1日に30分、少なくとも6ヶ月間にわたり援助および介護を必要とすることも定められている。</p> <p>また法律は、職業的な介護サービスの委託で活</p>	<p>る。一部ではあるが、患者が民間ベースで特定の医師の治療を受けたり、付加的な介護者を希望する場合には、その支払のため著しい追加支払の必要がある。</p> <p>日本の介護政策は、要介護者のための施設の拡大ということに力点が置かれていた。いわゆる「ゴールドプラン」計画が1989年に開始された。ゴールドプランは、高齢者の健康と健全な生活を支援するための10カ年にわたる戦略計画であった。それによって、施設介護や在宅介護施設の急速な拡大を意図したものである。家政援助、デイ・ケアおよびショート・ステイ施設の提供が拡大した。</p> <p>日本における介護保険の導入は、家族内における介護の伝統的な方法と日本人家族の近代的な生活方法とを調和させる試みでもある。</p> <p>先進諸国のうちでも、日本は今後20年の間に高齢者住民（少なくとも65才の年齢の人物であると定義）の増加がもっとも多いと予測されている。この年齢グループは、すでに2006年には20%に達し、その後14年間で早くも25.8%に至る。つまり、2020年には、日本人の4人に1人は65才以上の年齢になるのである。誕生時の平均的な平均余命は、日本は世界でもっとも高い。1992年には女性の平均余命は83才であり、男性の場合、76.3才であった。日本では、従来同様に3世代同居世帯が広く普及している。子供、両親および祖父母、場合によっては高齢の傍系親族までも一つ屋根の下で暮らすのである。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ようやく社会的なリスクとして一般の人々に意識されるようになった。幅広い人口層で平均寿命が上がり、同時に家族構造が変化したことにより、要介護状態が量的にも看過できないものとなり、社会問題としてクローズアップされるようになったのである。

平均寿命がさらにアップし、出生率が低い状態が続き、職業を持つ女性の数が増加し、少人数家族の傾向が持続し、職業生活において移動性が重視されるために、介護の問題は今後さらに深刻化するであろう。要介護者数が増加しているにもかかわらず、家族内の介護態勢と介護能力は低下しているのが現状である。

2010年までに60才以上の人口は380万人増えると考えられている。それに伴い要介護者の数も340,000人増える。

介護保険は以下のように段階的に施行されてきた。

- 保険料の支払いは1995年1月1日に開始された。
- 在宅介護サービスは1995年4月1日に開始された（第1段階）。
- 施設介護サービスは1996年7月1日に開始された（第2段階）。

公的介護保険の組織

公的介護保険は、社会保険の第5の独立した柱として導入され（社会法典第11編[SGB XI]、第1条第1項）、疾病、年金、失業、および災害保険と並んで施行されることとなった。介護保険の保険者は介護金庫である（SGB XI 第1条第3項、第46条第1項）。

動しているのではない介護要員（民間の介護要員）に対する給付も定めている。それによればこれらの者の年金保険料は、介護保険が引き受ける。さらにこれらの者は、年間休暇の請求権を行使する可能性を有する。なぜなら法律は、年間3週間について倍額の現金給付を、要介護者がこの3週間の期間、暫定的に介護施設においてケアを受ける場合には、必要な援助と介護を引き受けることを考慮に入れていっているからである。

介護保険の保険者

介護保険の管理は疾病金庫連盟の義務である。（介護保険導入段階においては、保険者に委託される任務を社会保障監督局が1999年1月1日まで暫定的に遂行する。）

管理委員会には次のような責務がある。

介護保険保険者

地方自治体

個々の市町村への事務の分散化の考えは、日本全国で高齢者の分布に著しい違いが明確に存在するため、地域的な事情に配慮が必要である。各自自治体の共同体意識は強くなり、高齢の要介護住民に対する責任感が生み出されるはずである。

<p>介護金庫は独立した自治管理を行う公法上の団体であり（SGB XI 第 46 条第 2 項）、国家の監督の下にある。</p> <p>介護金庫は、疾病金庫の傘下に創設された。どの疾病金庫にも介護金庫が設立される。すなわち地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、海員疾病金庫、農業疾病金庫、鉱山労働者疾病保険の保険者としての鉱員共済組合、ならびに任意疾病金庫すべてである。介護金庫は、独自の管理職員を擁さない。疾病金庫がその職員を使って介護金庫を同時に運営する。</p> <p>公法上の団体としての介護金庫は、1994 年 6 月 1 日付けの法律（SGB XI 第 46 条および介護保険法第 46 条と関連した介護保険法第 68 条第 4 項）により創設された。疾病金庫は、その空間的、物的、人的インフラストラクチャを自ら設立した介護金庫に提供する。疾病金庫の営業所は、介護金庫の業務に対処するために、必要に応じて疾病金庫に新しい管理職員を雇用することにより拡充を図った。被保険者の側から見ると、疾病保険と介護保険のために実質的には一つの金庫のみが存在することになる。</p>	<p>- 介護保険の収入および支出に関する年間予算および年度未決算書の作成。これらは監督官庁の意見表明を受けて、社会保障大臣が承認するものとする。</p> <p>- 議長もしくはその代理人が給付供与者を行う交渉の準備、ならびに交渉結果に対する意見の表明</p> <p>- 介護給付の分野における個別の決定</p> <p>これらの分野における管理委員会の助言は、5 名の使用者代表を除外して行う。</p> <p>介護保険の保険者は、疾病金庫連盟である。受給者の査定は、複数の職業グループの代表者（医師、心理学者、ソーシャルワーカー、運動療法専門家、看護師、精神医学の訓練を受けた看護師）から成る審査指導機関の責任である。</p>	<p>財源調達</p> <p>保険料</p> <p>カテゴリー I の被保険者の保険料は、その所得水準に応じて各市町村が決定する。年金額が定められた水準より上にある場合には、保険料が年金支払い時に控除される。その他の場合には、保険料を個人的に市町村に支払わなければならない。カテゴリー II の被保険者は、保険料は疾病保険の場合と同じ算定手続きをもとに</p>
<p>介護保険の財源</p> <p>賦課方式</p> <p>公的介護保険の資金は、保険料ならびにその他の収益によりカバーされる（SGB XI 第 54 条第 1 項）。財源の調達はいわゆる賦課方式で行われ、必要な資金は収入により得られる。保険</p>	<p>資金の管理</p> <p>介護保険の保険者は、準備金を社会保障大臣によりこの目的のために許可されている 1 つないしは複数の金融機関に短期間投資する。</p> <p>起債と与信枠の利用は、もっぱら流動性危機の克服のために許可される。これらの期間は 1 年間以内に制限され、社会保障に対する管轄を有する大臣の許可を得ていることが前提となる。</p> <p>介護保険の財源調達</p> <p>介護保険の財源調達は準備金の確保も含め費用賦課方式で行われる。準備金は少なくとも年間経常支出の 10% は必要だが、20% を上回ってはならない。</p>	<p>介護保険の財源調達</p> <p>介護保険の財源調達は準備金の確保も含め費用賦課方式で行われる。準備金は少なくとも年間経常支出の 10% は必要だが、20% を上回ってはならない。</p>