

<p>料率を除けば、社会的介護保険の保険料法は相当部分が法定疾病保険の保険料法に対応している。</p> <p>保険料率および保険料算定所得限度額</p> <p>公的介護保険の保険料率は、1995年1月1日の介護保険導入当初は1.0%で、施設介護サービスも施行されることになった1996年7月1日からは、保険料を義務づけられる収入（SGB XI 第11編第55条第1項）の1.7%である。介護金庫の補助給付を受ける権利を有する加入者（公務員など）は、本人と、補助給付規定に基づいて顧慮される身内の者となされる、家族保険に加入している身内の者のために、介護保険の給付の半分を受け、それに応じて保険料も半額のみを支払う（SGB XI 第28条第2項、第55条第1項）。</p> <p>これまで農業疾病保険には保険料率がなく、介護保険の保険料率に相当する疾病保険料増徴料金が徴収されていた（SGB XI 第57条第3項）。</p> <p>公的介護保険に関して全国共通の保険料率を実現するために、各種金庫を広く対象とした財政調整を連邦保険庁が実施する（SGB XI 第65条以下）。調整は流動性調整として月に1度実施され、年間調整を補完する。財政調整により、個別の介護金庫が他者の負担で非経済的に行動する可能性を排除できる。</p> <p>介護金庫は、需要に見合い、均質で、医学上の一般的最新知見に基づいた介護を保障することを委託されている。介護金庫は、この目的の</p>	<p>固定資産からの収益およびその他の収入のほかに、介護保険の財源調達のための手段は次の通りである。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 国家予算からの補助金。これにより準備金へ回す分も含め、総支出の45%がカバーされる。 - 電気エネルギー業界の負担による3.5%の租税引上げに基づく特別保険料。この引上げ分の2/3は介護保険の財源となる。 - 残りの支出をカバーするための介護保険保険料 <p>国家の出資</p> <p>国家予算から調達される介護保険総支出の45%に当たる分担保金は、国家が月に1度、前払い金の形で支払う。</p> <p>給付供与者に対する関係</p> <p>介護保険法が言うところの介護施設とは、要介護者が日中および夜間滞在し、その要介護状態に応じて必要とする援助および介護を得ることができるとする施設のことである。</p> <p>その活動を行うために、公法上または私法上の介護施設は許可を要し、介護保険の保険者と施設サービスとの供給に関する契約を締結しなければならぬ。</p> <p>介護要員は、介護施設外で行われる在宅介護サービスの一環としての援助および介護給付を供与することができる。介護要員は活動を行うために許可を要し、介護保険の保険者と在宅介護の領域におけるケアに関する契約を締結し</p>	<p>決められ、疾病保険金庫（健保）により疾病保険料と一緒に集金される。</p> <p>公的資金</p> <p>受給者の自己負担率は、発生費用の10%である。残額は、公的基金と被保険者の保険料で折半して負担している。公的基金は国（50%）、県（25%）、それに市町村（25%）である。</p> <p>官吏と任意被保険者は、介護保険保険料の50%しか支払わない。しかし、必要な場合、得られるサービスも50%のみである。保険者は地方自治体である。地方自治体は介護保険料を受け取り、発生した費用の支払をする。保険料の必要とされる50%は被用者と雇用主が折半して払い込む。被用者の休暇はカットされない。保険料支払い義務と受給の権利は、当初は40才を超えた者に対して与えられる。それより若い人が要介護の状態に至った場合には、その世話は家族の任務である。要介護者は、在宅介護を利用する場合には、費用の10%を負担する。施設介護の場合には10%に食費が加算される。10%の支払ができない者は、時として身内の者によって、安価な施設に入れられる。このような方法もない場合には、社会扶助が不足分を補う。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ために、在宅および施設介護施設の運営者とサービス供給契約および報酬協定を締結する。介護サービス専門性およびスタッフの品質の確保は、介護金庫の恒常的な責務である。

全国民に対する保険義務

法定介護保険はほばすべての人口をカバーしているが、「介護保険は疾病保険に続く」という原則に拠っている。それによれば社会的介護保険と民間介護保険が並立し、両方は法定介護保険の独立した部分、強制保険として存在する。

一 公的介護保険には、法定疾病保険(GKV)に加入しているすべての人(人口の約92%)が加入する。これは強制保険の被保険者にも任意保険の被保険者にも当てはまる。ただし任意の被保険者は、民間の介護保険を選ぶ権利がある。

一 民間介護保険に加入しているのは、民間の疾病保険会社(PKV)の被保険者(人口の約7%)である。重要なのは、完全な民間疾病保険は、病院サービスに対する請求権がある点である。単なる付加あるいは旅行疾病保険は、介護保険に加入する義務を伴わない。

一 公務員は、介護が必要な場合には補助給付を受ける。公務員は補助給付によりカバーされない自分の介護費用に関しては、すでに疾病保険に加入している機関で介護保険にも加入しなればならぬ。これは主として民間の疾病保険であり、ごく一部は法定疾病保険の任意被保険者である。

なければならぬ。

供給契約の期間は無期限である。双方の契約当事者は、6ヶ月の解約告知期間の後、契約を解除することができる。

介護保険の保険料

介護保険料の算定用所得限度額として、生業所得、補償および資産からの所得を考慮する。保険料率は1%とする。

生業所得および補償所得から徴収する介護保険料は、すべての疾病保険被保険者が支払わなければならない。この保険料は疾病保険の算定基準に基づき、保険料を義務づけられる所得下限および上限を適用することなく定められている。賃金・給料または社会保険の補償給付を受給している場合には、毎月の算定基準は18才以上の未熟練労働力に対する社会的最低賃金の1/4だけ削減される。

介護保険の保険料は、社会保険料に適用される規定に基づいて社会保険の共同機関が定め、徴収する。

資産所得の場合には、介護保険料を決定し徴収するのは直接税を担当する財務行政官庁である。同様のことが純年金所得から徴収する介護保険料にも当てはまる。例外は、ルクセンブルク社会保険法と年金に関する諸規定に基づいて、公共サービス特別制度から支払われる個人年金と遺族年金である。

有資格者

人的範囲

保険の対象となるのは40才以上のすべての住民である。被保険者は2つのカテゴリーに区分されている。65才以上の被保険者はカテゴリーIである。40才以上64才までの被保険者はカテゴリーIIに分類される。カテゴリーIのすべての要介護者および要援助者(将来要介護者になる可能性がある)は、給付に対する請求権を持っている。カテゴリーIIの被保険者は、次に述べる15の年齢に起因する疾病の1つにより要介護状態になった場合にのみ給付請求権を有する。

1. 筋萎縮性側索硬化症
2. 後縦靭帯骨化症
3. 骨折を伴う骨粗鬆症
4. シヤイ・ドレーガー症候群
5. 初老期の痴呆
6. 脊髄小脳変性症
7. 脊柱管狭窄症
8. 早老症
9. 糖尿病性神経障害、腎症、網膜症
10. 脳血管疾患
11. パーキンソン病
12. 閉塞性動脈硬化症
13. 慢性関節リウマチ
14. 慢性閉塞性肺疾患
15. 変形性関節症

日本に1年以上滞在している40才以上の外国人は介護保険への受け入れが義務づけられている。

<p>一 疾病リスクに対する特別制度により保護されているために、法定疾病保険にも民間疾病保険にも加入していない者は、民間介護保険に割り当てられる。その対象となるのは、郵便および鉄道公務員疾病金庫の加入者、およびいわゆる治療扶助受給資格者（国境警備隊、警察、連邦軍および消防隊の構成員）である。</p> <p>一 疾病保険に加入していない者は、要介護状態に対する保険に加入する必要はない。このグループの強制的な把握と保険料支払い状況の監視は、管理上の費用が非常にかさむと考えられる。</p> <p>公的介護保険は、法定疾病保険の下にある社会保険の第5の柱として創設された。つまりそれはけっして新しい官僚機構、独自の管理機構ではないのであり、疾病金庫が介護金庫の業務も遂行するような形である。疾病金庫は管理費用を支払う。介護保険は、保険料の賦課方式により財源を調達する。被保険者と使用者は、保険料をそれぞれ1/2ずつ負担する（ザクセンを除く）。保険料率は、当初は1%、1996年7月1日からは1.7%である。法定疾病保険の保険料算定用所得限度額が適用される（2001年の限度額は月額6,525DMである）。子供および配偶者は、毎月の所得が些細性の限界（2001年の場合、月間640DM）を上回っていない場合には、保険料を支払うことなく保険に加入することができる。</p> <p>すでに要介護者と年金生活者も、保険料を支払うことを義務づけられている。ただし年金保険は、年金生活者のために保険料の半分を負担する。</p>	<p>疾病保険に加入しているすべての者は、介護保険給付の請求権を有する。ただし任意に疾病保険に加入している者の場合には、1年の待機期間が経過した後に請求権が生ずる。請求権の維持に関する疾病保険の規則は、介護保険にも適用される。</p>	<p>受給権者</p> <p>日本で受給権があるのは、65才以上の者および40才から64才までの者で、たとえば、老年痴呆、脳血管障害による卒中や骨粗しょう症のような老人性の疾患のある者である。</p> <p>障害者や65才以下の要介護者、それに子供も考慮されない。これらでも介護を要すると思われる者については、場合によっては、2005年に計画されている介護保険法の改正で受給権者として受け入れられることもある。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>被扶養者の配偶者および加入者の子供のためには、同じ条件の下で、法定疾病保険においてそうであるのと同様に (SGB V 第 10 条)、保険料免除の家族保険の請求権がある。その結果、現在法定疾病金庫において家族保険の請求権を有する者は、同様に介護保険においても保険料免除で家族保険に加入することとなる。身体的な家族保険の請求権は、加入者の配偶者と子供が国内に居所と通常の滞在所を有し、月間基準額の 1/7 (2001 年の場合には 640DM) を上回る総所得がないことが前提となる。年金の場合には、子供養育期間の報酬点数に割り当てられる部分を除いた支払額が考慮される。</p>	<p>要介護の概念</p> <p>法律で言うところの要介護とは、身体的、精神的または情緒的疾患または同じ種類の障害のために、日常生活における基本的な活動のために第三者の援助をかなりの程度規則的に要する者を指す。</p> <p>日常生活における基本的な活動とは、下記の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 身体の手入れの分野：洗淨すること、歯を磨くこと、肌の手入れ、排便または排尿 - 食物摂取の分野：食物を食べやすい形に調理すること、適切な栄養を摂取すること - 移動の分野：自力による起床就寝、姿勢を変え、衣服の着脱、歩行、適当な姿勢の 	<p>要介護の概念</p> <p>要介護については、法律の定義では 65 才以上の者で、以下の 5 つの行為の 1 つにおいて援助を要する者としてしている。</p> <p>身体の手入れ、衣服の着脱、食事、排泄および入浴。(「日常生活の行為」)</p> <p>厚生労働省は、「高齢者の要介護者」のグループを 3 つに区分している。寝たきり状態の者、寝たきり状態の者、それに「弱った者」である。寝たきり状態はさらに次のように区分されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 日常生活では自立； 障害は存在、だが、日常生活では自立し自ら外出可能である (J)。 ほぼ寝たきり状態； 住宅内では自立、だが、補助がなければ外出不可である (A)。 寝たきり状態；
<p>民間介護保険は、民間の疾病保険会社により実施される。その給付は社会的介護保険の給付に準ずる。保険料を決める際には、被保険者の利益を考慮し、特に保険料上限、リスク割増料金、家族の共同保険、さらに既往症の排除に関する特別条件が有効である。</p> <p>要介護の概念</p> <p>介護保険で言うところの要介護とは、疾病または障害があるために、日常生活の規則的に繰り返される通常の活動のために継続的に相当程度の援助を必要とする者を指す。要介護状態およびそれにとりもなう援助の必要性の重要性に応じて、要介護状態は 3 段階に区別される。</p> <p>疾病保険法における従来の規定 (重度の要介護者のための給付のみ) と比較すると、相当の介護を要する者 (中度) もサービスを受給する資格のある者のグループに組み込まれている。そ</p>		

れにより、介護保険が要介護状態の一般的生命リスクに対して幅広い予防的措置を講じなければならぬという事態が考慮される。その一方で、短期間のみ必要な、わずかな、あるいは一時的な援助給付は、相当の介護を要する状態（中度）よりも下に位置づけられ、連帯共同社会から財源調達を受けるべきではない。このような援助需要に対しては、個人が自ら責任を持つことができるし、そうすべきである。

要介護性は、身体的または精神的もしくは情緒的疾患、障害の結果として生じうる。その一方、器質性の病気は同等に位置づけられる。

申請手続きと決定

要介護状態の確認手続は、要介護者が給付を申請することにより開始される（SGB XI 第 33 条、SGB I 第 16 条）。請求要件は、介護金庫が職権により審査する（SGB X 第 20 条および第 21 条）。第三者側から要介護状態が発生するおそれがある、あるいはすでに発生している旨を確認した場合（SGB XI 第 7 条第 2 項参照）も、介護金庫は申請を受けなくとも活動を開始しなればならない。要介護状態および要介護状態の程度の確認も、その他の請求要件の存在に関する審査と同様に介護金庫の任務である。

要介護の子供は、援助の必要性を確認する際に、同年齢の健常児と比較するものとする。

維持、階段の昇降、家から外出し再び帰宅すること

第三者の援助とは、要介護者の支援および機械付け、日常生活における基本的な活動の一部またはすべてを引き受ける、あるいは活動を自力でできるように要介護者を監督または指導することである。

給付の許可は、要介護者がおそらく 6 ヶ月を上回るだろうと思われ一定期間、週に 3 時間半以上、上記の 1 つまたはそれ以上の分野において援助と介護を必要とすることが前提となる。

要介護状態の確定

必要な援助および介護の種類と範囲は、アンケート調査に基づいて確認し、標準一覧表に基づいてケア・プランに記録する。

標準一覧表は日常生活の基本的な活動以外に、下記を考慮している。

- 家政援助の分野では、主として買い物、家の掃除、どうしても必要な技術機器のメンテナンス、食器洗い、シーツなどの大きな洗濯物・衣類の交換、洗濯および手入れ個人支援の分野では、デイ・ケア施設へ通う、買い物および散歩の付き添い、家庭環境における援助および監督としての付き添い
- 日常生活の基本的な各種の活動への助言、要介護者の周囲の環境に関する助言

標準一覧表は、さまざまな援助および介護サ-

住宅内では援助が必要、一日中ほとんどをベッドの中で過ごすが、まっすぐに立つことができない (B)。

一日中ベッドの中で過ごす。食事、着脱および排泄にも援助が必要 (C)。

狭義の寝たきり状態とは、B および C の等級に属する者のみを指す。「弱った」高齢者の名称は、日常生活で援助を必要とする寝たきり状態等級 A および J の要介護者にまとめて適用される。

日本の厚生労働省は、アメリカの精神医学診断ハンドブック (DSM-III-R) に基づいて痴呆の要介護者を定義している。日本では、要介護の予想期間を少なくとも 6 ヶ月とすることに価値をおいていない。

要介護の申請と承認

高齢の要介護者、その家族、地方自治体からの受託者、あるいはケア・マネージャーが地方自治体の窓口申請をする。

ケア・マネージャーは申請者を家に訪ね、その者の精神的、身体的状態について 85 の質問をする。そして質問結果を調査票に記入する。記入されたデータは、評価できるようにコンピュータに入力される。担当医の意見やケア・マネージャーが書き込んだ調査票の特別意見を参照して調査委員会が申請者の介護の必要性と介護等級に関する要介護度の決定を下す。その結果、申請者は「自立」、「要援助」または「要介護 1-5」に区分される。

<p>申請、介護金庫による決定、メディカル・サービスによる審査</p> <p>介護保険の給付は、介護金庫が申請に応じて提供する。要介護状態の存在および重要度に関して必要な医学上の確認は、疾病金庫のメディカル・サービス、主として医師および介護要員が担当する。介護金庫が却下の決定を出した場合には、最初は異議の申立て、さらにその後は社会裁判所への訴えが認められる。</p> <p>SGB XI 第 18 条第 1 項は、疾病保険のメディカル・サービスが要介護状態審査手続きに強制的に関与すべきことを規定している。リハビリテーションは介護保険の給付に優先するとい</p>	<p>ビスについて標準所要時間を設定している。援助および介護の程度、必要な介護要員の資格を考慮に入れた係数を使い、これに重みづけが可能である。標準所要時間の重みづけは、想定されるすべての援助および介護給付に対して行われる。</p> <p>サービス受給者またはその家族、在宅介護サービスまたは介護施設との間の取り決めにより作成されるケア・プランには、標準一覧表に基づいて、在宅介護において介護サービスが提供すべき、あるいは介護施設が提供すべき援助および介護給付の所要時間が記載される。</p> <p>子供の場合には、要介護状態の確定に際し、身体的・精神的に同年齢の健常児と比較して付加的に必要となる第三者の援助が基準となる。</p> <p>審査指導機関</p> <p>介護保険導入に関する法律は、下記の責務を負う審査指導機関の設立を定めている。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 要介護状態の確認および必要な援助および介護の確定 - 給付の承認、必要な製品、技術的補助具および住宅の改造措置の提供、ならびに給付承認の取消し措置に関する審査書の交付 - 必要に応じて、再教育および再編入措置に関する勧告書の交付 - 在宅ケアまたは介護施設入所の勧告書の交付 - 在宅ケアの場合に個人の援助および介護の調整を担当する在宅介護サービス、施設ケアの場合にこれを担当する介護施設に 	<p>子供と障害者は、この法律の枠内では保険の対象にならない。</p> <p>介護等級の確定</p> <p>基本的には、申請後 30 日以内に要介護に関する決定結果が地方自治体から通知される。その際、「自立」と等級分けされない。この場合には、その者は、給付を受けられない。この場合には、その者は、地方自治体の社会サービスを請求することができ。しかしながら、「要援助」または「要介護 1-5」に分類された者は、在宅介護と施設介護のどちらかを選択することができる（だが、要援助者は在宅介護のみ受けることができる）。</p> <p>給付は申請日の 1 日目から遡及的に適用される。</p> <p>決定に対する異議申立は各県にある調査委員会に提出することができる。</p> <p>介護等級の審査は、通常、6 ヶ月後に地方自治体が行う。</p> <p>ケア・マネージャーは、要望に応じて週間「ケ</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

う原則に基づき、メデイカル・サービスは同時にリハビリテーションの可能性(SGB XI 第 18 条第 5 項)と介護補助具および技術的援助(SGB XI 第 40 条)によるケアの必要性も審査する。

メデイカル・サービスは第 1 回の調査のみならず反復調査も要介護者の居住領域で行うこととする。これは、まだ病院にいる申請者をその場で調査する可能性を排除するものではない。

要介護者の居住領域において調査を行う場合、医学的な視点だけでなく家庭内における介護およびケア状態、要介護者の社会的環境も確認しなければならない。

あらゆる状況に基づき、介護活動における特別な負担があるかどうか注意を払うべきである。

リハビリテーションの可能性を確認する際には、リハビリテーション措置により介護要員の介護負担を軽減できるか否かも審査しなければならない。

介護計画の作成もメデイカル・サービスの任務である。介護計画は、基本介護と家政援助の領域において個々の事例で必要な補助具および技術的援助(SGB XI 第 40 条)に関する情報を記録し、リハビリテーション措置を提案し、要介護状態の今後の推移に関する予測、そこから生ずる反復調査の必要性についても言及するものとする。

要介護の程度

対するケア・プランの作成

施設介護を必要とする者を、当該者の要介護状態と周囲の者によるケアの可能性を勘案した緊急性判定基準に基づいて等級づけする。

完全介護施設およびデイ・ケア/ナイト・ケア施設における介護の提供に関するデータをとめる。

介護保険の保険者、介護システムの財源調達、介護サービスおよび施設の許可を担当する省に対して、介護を要する市民の欲求に応えることのできる高品質で経済的に効率のよい介護システムに関する助言を与え、年間報告書を作成する。

被保険者、医師、専門介護要員に、要介護状態の予防および要介護者のケアの問題についてアドバイスを与え、啓蒙する。

要介護状態の確認と給付の認定に関して審査指導機関が交付する個別審査書は、介護保険の保険者に対して拘束力を発揮する。

公共サービスとして審査指導機関は社会保障大臣の監督下であり、行政上は社会保障監督局に所属する。

ア・プラン」を要介護者のために作成する。その中で、ケア・マネージャーは市町村の提供するサービス(在宅および施設)の調整を行う。申請者は、各サービス提供者と個別の契約を締結する。

要介護の 6 等級

人物

「要援助」：要介護ではないが毎日の日常生活の中で援助が必要。

「部分的に要介護」：平衡を保つのが不確実、1日1回介護が必要。

「軽度の要介護」：1人で立ち上がることができないか、あるいはベッドで寝返りが打てない。両足の足底が床に接触していても座った姿

サービスを提供するために要介護状態の現象形態を3つの介護等級に区分する。その尺度となるのは、身体の手入れ、食物摂取または移動に関する必要な援助の種類、頻度および介護時間である。さらにすべての介護等級において家政援助の必要があることが前提となる。

介護等級Ⅰ（相当の介護を要する者）

介護等級Ⅰの要介護者（中度要介護者）は、身体の手入れ、食物摂取または移動に関し、少なくとも2つ以上の活動に毎日最低1回の援助を必要とする。さらに週に数回、家政援助を必要とする。

精神病患者、痴呆症、脳損傷の者は、日常生活の少なくとも2つ以上の活動に関し、毎日最低1回、監督または指導が必要であることが介護等級Ⅰと認定されるための条件である。

介護等級Ⅱ（重度要介護者）

介護等級Ⅱの要介護者（重度要介護者）とは、身体の手入れ、食物摂取または移動に関し、異なった時間帯に毎日最低3回の援助を必要とする者である。原則的にはこれは朝、昼、夜のことである。それに加え、家政援助に関しても週に何回かの援助が必要である。

精神病患者、痴呆症、脳損傷の者は、少なくとも毎日3回、特に朝、昼、夜に日常生活の規則的に繰り返される活動に関し、監督および指導を必要とする場合に、この介護等級に分類するものとする。

が不安定。薬の服用時と金銭の取扱い時にサポートが必要。奇矯な行動が若干見られる。上記5つのうち3つ以上の領域で1日2回介護が必要。

「**中程度の要介護**」：立ち上がれない。あるいはベッドで寝返りが打てない。5つの領域のすべてで、部分的または完全な介護が必要。コミュニケーションに重大な問題。精神的な混乱が見られ、身体の手入れ、食事、入浴、排泄、衣服の着脱、ベッドで体を起こす／寝返りを打つ、のうち2つ以上の領域で少なくとも毎日3-4回介護が必要。

「**重度の要介護**」：口頭で意思を表示できない。4等級よりさらに援助が必要。あらゆる領域で1日3-4回の介護が必要。

「**最重度の要介護**」：あらゆる領域で24時間の完全な介護が必要。

要介護者の特別な介護必要性を確認するために、客観的かつ個別的な審査を実施する。審査指導機関は要介護の程度を評価する。これは介護の需要をカバーするために必要なサービスを決める際の基礎となる。この程度は、援助および介護に必要な時間として表され、これに基づいて給付を確定する。1つの介護段階は施設介護では1420LUFの貨幣価値に相当する。在宅介護では1500LUFの貨幣価値に相当する。

<p>介護等級 III (最重度要介護者)</p> <p>介護等級 III の要介護者 (最重度要介護者) とは、身体の手入れ、食物摂取または移動に関し、毎日、夜も含めて 24 時間態勢の援助を必要とし、それに加え、家政援助に関し、週に何回かの援助を必要とする者である。</p> <p>精神病患者、痴呆症、脳損傷の者は、監督および指導の必要性が高く、要介護者が夜も含めて 24 時間態勢で監督または指導を要する場合には、この介護等級の要件を満たすものと見なされる。</p> <p>SGB XI 第 43 条 a に基づく障害者援助のための完全介護施設にいる要介護者に関しては、介護等級 I の要件を満たしている確認がとれればよい。介護等級に基づき差別化は、このグループに対しては適用されない。</p>	<p style="text-align: center;">給付の請求権</p> <p>給付は早ければ申請当日から提供される。給付は制限付きの期間中、あるいは無制限に承認される。現物給付は介護保険の保険者が直接準備するので、給付供与者は被保険者に対し、介護保険が提供する給付を超える費用部分のみを請求することができる。</p> <p>給付は週単位で承認される。請求されている給付が 1 週間分よりも少ない場合には、1 日を 1/7 と数える。現金給付は、認定された月の翌月に支払われる。</p> <p>給付を受ける権利を有する者、その家族または給付供与者の申請により、あるいは介護保険の保険者または審査指導機関の指示により行われる可能性がある要介護状態の再審査に基づき、給付は新たに取り決められる。再審査は、要介護状態の確認のために提供される判定基準に基づいて行われる。</p> <p style="text-align: right;">給付範囲</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>介護保険の給付</p> <p>在宅介護と施設介護、現物給付と現金給付、ならびに要介護者本人への給付と介護要員への給付は厳然と区別される。</p>	<p>給付の認定の裏付けとなった条件がもはや存在しない場合には、介護保険のすべての給付の認定が取り消される。</p> <p>給付</p> <p>介護保険は、日常生活の基本的な活動における第三者の援助必要性に基づいた介護のために発生する費用のうちの相当部分を支払わなければならない。これからの費用を社会全体が引き受けることは、リスクが一般的かつ標準的な性格（誰もが任意の年齢に要介護状態に陥る可能性がある）を持ち、また自らの物質的な生活基盤を脅かされることなく、その費用を個人またはその家族が単独で負担できないことから正当化される。</p> <p>したがって介護保険は、要介護者に対し、所得とは無関係に、想定されている給付に対する無制限の請求権を認める。</p> <p>在宅介護は施設への入所よりも優先される。この優先的取扱いには、要介護状態であっても家庭環境の中で適切な条件下でできるだけ長く留まることができ、早期に施設介護を請求することを避けるための一般的な前提条件を打ち立てようという努力に由来している。この願いを現実のものとするために、介護保険は在宅介護に関連する多くの給付を用意している。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 職業的介護サービスを補償する現物給付 - 現物給付と組み合わせることでもでき、職業的介護サービスの委託で活動しているのではない者の報酬にあてることができる 	<p>在宅介護と施設介護の給付を区分しなければならぬ。金銭給付は、在宅介護では存在しない。</p> <p>在宅介護：</p> <p>ケア・マネージャーと相談し、介護等級、要介護者とその家族の希望を考慮してケア・プランの作成が行われる（無料）。要介護者自身、またはその家族もこのプランの作成に参加できる。</p> <p>在宅介護の給付は、決められた総額の範囲内で供与されるため、給付の組み合わせが行われる。</p> <p>在宅介護の際の月間支払上限（介護等級別）： 状態</p> <p>総額 (単位円)</p> <p>要援助 要介護ではないが毎日の日常生活の中で援助が必要。 61,500</p> <p>介護等級1 部分的に要介護 165,800</p> <p>介護等級2 軽度の要介護 194,800</p> <p>介護等級3 中程度の要介護 267,500</p> <p>介護等級4 重度の要介護 306,000</p>
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>現金給付</p> <ul style="list-style-type: none"> - 後者の介護要員の肩代わりをし、社会的に保障するためのさまざまな追加措置 - 技術的補助具の調達、住居の改造措置 	<p>介護等級 5 最重度の要介護 358,300</p> <p>このようなケア・プランは、もちろん義務ではない。しかし、プランにミスがあると要介護者は給付に対する費用をまず最初は自ら負担しなければならず、その後には還付を受けられることになる。</p> <p>家政援助は、きわめて早い段階から可能であり、自宅周辺で引き続き自立した生活ができるように援助の実際の必要度に即している。</p> <p>請求できるサービスの内容とその提供者は確定されている。ケア・プランに基づいて介護給付が保証される。要介護者は発生した費用の10%を負担しサービス提供者に支払う。</p> <p>要介護の認定は6ヶ月で期限が切れる。その後にもさらに介護を望む者は、期限前60日以内に地方自治体に認定の延長の申請をする。しかし、この6ヶ月のうちには給付受取者の精神的、身体的状態が悪化し、認定介護等級がもはや不適当になってしまった場合には、要介護者は同様に地方自治体の窓口にて介護等級変更の申請をする事ができる。この両方の場合の申請手続きは、最初の認定手続きの場合とまったく同じである。</p> <p>在宅介護サービス</p> <p>在宅介護の給付は、日本ではホーム・ヘルパー</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

の派遣、家庭用器具や警報装置の貸し出し、賃貸、老人ホームまたは老人介護施設でのショート・ステイ、並びにデイ・ケア・センターでの介護援助も含まれる。

ホーム・ヘルパーは、最大週 18 時間、食事、洗濯、清掃、買い物で高齢者を助けることができる。その上、ヘルパーは家族介護者に助言をする。

デイ・ケア・センターの任務には次のようなものがある：高齢者の日々の生活とその家族内での介護に対する助言、レハビリテーション、介護親族のための介護研修、運搬、デイ・ケア・センターでの入浴、食事のサービス。

この介護者は、また要介護者のためにその住居にもおもむき、要介護者を入浴させ、洗濯物を洗い、車椅子に乗った患者の食事の世話もする。食事や食料品の費用は個人的に精算されなければならない。

在宅介護

- ・在宅介護サービス (ホームヘルプ・サービス)
- ・入浴補助
- ・看護婦による在宅介護
- ・在宅のリハビリテーション
- ・自宅での医師や歯医者への助言/治療
- ・在宅デイ・ケア (デイ・サービス)
- ・リハビリテーションの日の中受け入れ (病院でのデイ・サービス)
- ・介護ホームでの短期滞在型介護 (ショート・ステイ)
- ・グループでの痴呆患者の介護 (痴呆性老人向

<p>けグループ・ホーム事業)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定の介護施設におけるホーム入居者の介護 (有料介護施設など) ・機器類の貸し出し ・家庭介護装置の購入時の資金援助 (貸し出しに向かず、厚生大臣より指定を受けている機器類購入のため必要な費用の還付) ・住居のリニューアル時の資金援助 (厚生大臣より指定された小さな範囲での特定のリニューアルの費用の還付) ・自宅での介護の際のサポート 	<p>施設介護：</p> <p>いかなる場合もケア・プランは介護施設により作成される。</p> <p>施設介護</p> <p>施設介護には所得と関連して3段階の上限がある。37,200/ 24,600/ 15,000/ 円/月である。これに加えて、平均的な食費として、それぞれ760/ 500/ 300/ 円/日加算される。3%の値引きが2002年末まで適用される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者用介護ホーム ・高齢者用健康維持施設 ・介護用病院 ・介護用ベッド ・痴呆性老人用のセンター ・病院の介護能力の強化 (導入後3年以内) 	<p>在宅介護における給付</p> <p>在宅介護の場合に提供される現物給付は、日常生活の基本的活動において前述の説明に従って確定した週の間一ただし1週当たり24時間半を限度とする一提供される援助および介護を網羅する。</p> <p>さらに家政援助の提供を1週間当たり2時間半を限度として受けることができる。この時間数は、管轄を有する官署が相応の必要性を確認した場合には、週4時間にまで延長することができる。個人的な支援は、週12時間を限度として提供される。</p>	<p>在宅介護</p> <p>在宅介護に対する給付は、要介護状態の程度により段階的に行われる (介護等級 I~III)。現在、社会的介護保険に割り当てられている人数は次の通り。</p> <table border="1"> <tr> <td>介護等級 I の要介護者</td> <td>681,658</td> </tr> <tr> <td>介護等級 II の要介護者</td> <td>448,406</td> </tr> <tr> <td>介護等級 III の要介護者</td> <td>130,696</td> </tr> </table>	介護等級 I の要介護者	681,658	介護等級 II の要介護者	448,406	介護等級 III の要介護者	130,696
介護等級 I の要介護者	681,658								
介護等級 II の要介護者	448,406								
介護等級 III の要介護者	130,696								

その他の給付内容

- (1)ホーム・ヘルパー：日々の生活で問題を抱える高齢者のいる家庭を訪問し、介護や家政援助の形でサービスを提供する。
- (2)在宅介護ステーション：常勤看護婦や健康相談員が配置された施設。サービスは、家庭近くでの高齢者の介護に重点を置いている。
- (3)寝たきり高齢者用ショート・ステイ：公的施設への寝たきり高齢者の短期的な受け入れ。
- (4)デイ・ケア：高齢者を家庭からバスに乗せ、たとえば、入浴、食事、健康診断、リハビリテーションなどを公的施設で受けさせる。
- (5)要介護者のショート・ステイ：短期の滞在と介護、毎日の世話およびリハビリテーションの確保のための介護ホーム／施設における短期間の滞在。
- (6)医師による世話を伴う要介護者のショート・ステイ：医師による治療が必要な場合には、高齢の要介護者をヘルス・ケアのための施設や

<p>現物給付</p> <p>介護に対する現物給付として毎月 1 回下記が提供される。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 相当の介護を要する者（介護等級 I）に対し、総額 750DM まで - 重度の要介護者（介護等級 II）に対し、総額 1,800DM まで - 最重度の要介護者（介護等級 III）に対し、総額 2,800DM まで。特別な苛酷事態においては 3,750DM までの現物給付が可能である。 <p>「現物給付」とは、社会ステーションのような巡回介護施設の介護給付を、介護保険の負担で請求することである。ただし介護金庫は、法律で掲げる最高額までの費用しか負担しない。それを上回る費用は、要介護者が自己負担しなければならぬ。</p> <p>現金給付</p> <p>現物給付の代わりに要介護者は介護手当の形で現金給付を請求することができる。その月額は次の通りである。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 相当の介護を要する者（介護等級 I）に対し、400DM 	<p>介護施設およびサービスに対して有効である現物給付の価値は、1 週間に必要な介護時間に貨幣価値を乗じて求める。この貨幣価値は、介護保険の保険者が、相応の給付に関し、1 年に 1 度、給付供与者または担当の職業団体と個々に交渉して決める。上記の規定にもかかわらず 1999 年と 2000 年に関する貨幣価値は大公命令により定められる。これらに関しては、現在準備中である。</p> <p>現物給付は現金給付で代えることができる。ただしこれは、ケア・プランに定められている援助および介護を職業的介護サービスとは違う方法で調達するために使用する場合に限る。現物給付に代わる現金給付の請求は、7 週間を限度として可能である。請求が 7 週間分の現物給付を上回る場合には、さらに第 7 週から第 14 週までの現物給付の半分を現金給付で代えることができる。</p> <p>代わりとして提供される現金給付は、これに対応する現物給付に対して定められた価値の半分に相当する。現金給付は社会保険料と租税がかからない。現金給付は担保にすることができず、また譲渡することもできない。</p> <p>認定された現金または現物給付とはかわりなく、要介護者は、在宅環境においてケアを受</p>	<p>介護用ベッドのある病院に短期的に入所させ、毎日、医師の世話やリハビリテーションを受けさせる。</p> <p>(7)特別介護ホーム：高齢者用社会施設。介護を必要とされ、日常生活を自宅では自立して行えない高齢者用。</p> <p>(8)高齢の要介護者のためのヘルス・ケア用施設：入所施設介護は必ずしも必要としないが、病院のリハビリテーションおよび家庭での日常生活への復帰のための介護を必要とする高齢者用施設。</p> <p>(9)ケア・ハウス：新しい老人ホーム。回転椅子を使用し、ホーム・ヘルパーが日常生活の自立を助ける高齢者用ホーム。</p> <p>*介護支援の専門家： 要介護者および要援助者に対し個人的に適し、包括的な給付提供ができるようにする次のような任務は、専門家の仕事である。援助サービスの問題分析、ケア・プランの作成、介護サービスの調整と実施、給付の継続的なコントロールと評価。これが「ケア・マネージャー」である。</p> <p>日本は、現物給付の純粋な供与の決定を下した。2005 年に定められている確認で、実際に必要とされている状況への適用が確かめられる。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- 重度の要介護者（介護等級 II）に対し、800DM
- 最重度の要介護者（介護程度 III）に対し、1,300DM

「現金給付」とは、介護金庫が介護手当を要介護者に対して支払うことである。請求権を有するのは要介護者であり、介護をする家族ではない。介護手当を介護要員への報酬または対価として渡すのは、要介護者の義務である。

介護手当と介護現物給付とを組み合わせる請求することもできる。

介護要員に支障がある場合には、介護金庫が年に1回、4週間にとわって代替介護要員の費用を最高2,800DMまで引き受ける。代替介護が通常は就業していない介護要員により確保されている場合には、介護金庫の費用は第37条第1項に基づいて確定した介護程度の介護手当の金額を上回ってはならない。さらに代替介護との関連で介護要員に発生した必要経費は、証明書を提示すれば介護金庫が負担することもあり得る。

シヨート・ステイの給付は最高額を2,800DMとし、デイ・ケアおよびナイト・ケアの場合には、最高額を介護等級 I では750DM、介護等級 II では1,800DM、介護等級 III では2,800DMとする。

さらに介護金庫は介護補助具（介護ベッド、リフトなど）の費用を負担し、介護に起因する住居の改築のために1措置当たり最高額5,000DMの補助金を支払い、身内の者および

けている場合には、援助および介護に必要な製品、技術的補助具、今後も、あるいは再びできるだけ自律的な生活を送ることを可能にしてくれる住居環境の改造を請求することができ

る。
技術的補助具は要介護者に貸与される。それにより発生する費用は、その補助具が評議委員会が定めた一覧表に記載されている場合には、介護保険が負担する。貸与が不可能な場合、あるいは指示されていない場合には、介護保険は所轄を有する官署が定めた限度まで、要介護者の特殊な要求を考慮した上で、取得のために必要な費用を負担する。

介護保険は、65才以下で要介護者を在宅環境においてケアしている無職のすべての介護要員のために、保険料を義務づけられている者に対する最低額から算出した額を限度として年金保険の保険料を肩代わりする。

在宅介護要員の代理を確保するために、介護保険は毎年3週間、倍額の現金給付を支払い、さらに介護施設に一時的に入所させる場合には、必要な援助と介護の費用を負担する。

非職業的介護者のために無料で介護講習を提供する。

介護者の社会保障のための給付

介護者とは、要介護者とその家庭環境にあって仕事としてではなく介護する者であり、主として身内の者または隣人である。これらの介護要員は、介護活動を引き受けることにより従来から従事していた職業活動を放棄したり、職業活動を制限したりあるいはまったく職業活動を行えなくなったりすることもある。こうした人々はそれにより生業所得を断念するだけでなく、年金保険の保護も喪失してしまう。こうした人々のために、介護保険は年金保険の保険料の支払いを引き受ける。その額はそれぞれの介護程度と介護活動の範囲に応じ、月額 230.57DM～691.71DM（西）もしくは 187.34DM～562.02DM（東）である。これは 970.67DM～3,584.00DM の被保険所得に相当する。現在、約 500,000 人の介護要員がこの給付の恩恵を受けている。

さらにこれらの者の介護活動は法定災害保険の保護にも組み込まれている。

施設介護

介護金庫は、施設介護において介護に伴う費用、社会的世話の費用、ならびに 2001 年 12 月 31 日まで月間 2,800DM までの医療処理介護給付のための費用（平均して月 2,500DM）を現物支給の形で引き受ける。再重度要介護者の場合には、過酷事態を回避するために例外的に月 3,300DM を限度として提供する。

施設介護の場合の給付

要介護者が介護施設でケアを受ける場合には、在宅介護に適用される規定に応じた現物給付を請求することができる。

事情によっては介護施設における援助および介護の認定のために、現在作成中の大公命令に基づいて、要介護の程度に応じた総額が取り決められる。ただしこの額は、月額 LUF16,8000（指数 100）を上回らないものとする。

1 週間に 24 時間半を限度とする日常生活における基本的活動の援助は、施設介護においては、所轄を有する官署により正規に定められたきわめて重度の事例に関しては、1 週間につき 31 時間半に増やすことができる。

<p>2001年12月31日までの過渡期間に関しては、介護金庫が負担する毎月の給付は一括して確定されている。それにより介護金庫は、毎月一介護等級Ⅰの要介護者のために2,000DM、一介護等級Ⅱの要介護者のために2,500DM、一介護等級Ⅲの要介護者のために3,300DMを引き受ける。</p> <p>宿泊および食事の費用は要介護者が負担する。</p>		
<p>現在、社会的介護保険に、 一 介護等級Ⅰの要介護者 210,883人 一 介護等級Ⅱの要介護者 234,836人 一 介護等級Ⅲの要介護者 115,625人 が割り当てられている。</p> <p>身内の者および非職業的介護者のための介護講習</p> <p>非職業的介護者を支援し、家庭介護の質を向上させるために、介護金庫は介護講習を提供し、その中で家庭環境における介護活動に必要な、あるいは役に立つ知識を指導する。しかしながら講習は、実践的な援助のみならず介護要員の精神的、身体的負担を支えるものでなければならぬ。</p> <p>介護に伴う住居の改造に対する補助金</p> <p>住居の欠陥は、しばしば要介護者が自宅にとどまれない決定的な理由となる。特に入院後に再び家庭領域に戻れない理由がこれである。この場合、技術および建設に多額の費用を投じないことには居住環境を変更し、介護ホームへの入</p>	<p>助言</p> <p>要介護者が引き続き自宅に住むことができるように、介護保険は一定の期間、要介護者のもとに下記の目的で職員を派遣する。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 日常生活における活動について助言を与えるため - 家庭環境にあつて非職業的に要介護者の世話をする介護要員に援助が与えられるように取り計らうため。 <p>職員を派遣する期間はケースバイケースで定める。</p> <p>支援措置</p> <p>支援措置の範囲</p> <ul style="list-style-type: none"> - 専門のデイ・ケア施設に通う - 買い物および散歩の付き添い - 自宅における監督 - 程度に応じた支援 	

所を阻止することができない。したがって介護金庫では、それにより在宅介護が可能になる、負担が軽減される、あるいは要介護者のより自立的な生活が可能になる場合には、家庭環境改善措置 1 件につき最高 5,000DM までの補助金を提供する可能性を補完的に認める。

文献

『社会法一覽』所収「社会法典第 11 編介護保険」、連邦労働・社会秩序省編、ボン、2000 年

援助は週 12 時間までとする

専門のデイ・ケア施設に通うためには、査定された時間の 4 倍を当てることが可能である。

介護のための住宅の改造

介護保険は、住居の改造、リフト、特殊な扉が必要な場合には、費用の一部を負担する。

文献

1. 日本における疾病保険、介護保険および疾病保険者、編集、健康保険組合連合会（健保連）、東京、2001 年
2. ドイツ連邦共和国の視点から見た日本の介護保険、紹介と考察、バルバラ・ライザッハ、グイテン、1999 年（PIG 誌第 5 卷（2000 年）第 4 号）

第Ⅲ部

資料A

ドイツ 介護保険料の一律徴収に関する連邦裁判所 違憲判決について

ドイツ連邦憲法裁判所は、公的介護保険制度の保険料算定にあたって、子を養育している者と子をもたない者について一律の保険料を課している現行制度は、基本法3条「法の下での平等」、6条「家族の保護」に反するとして憲法違反であるとの判決を示した（2001年4月3日連邦憲法裁判所第一法定判決）。

本裁判は、多くの子供を抱える親等が集まり、子の養育という貢献を考慮することなしに、若い世代を育てる者と子をもたずに介護保険に全面的に依存する者が、同水準の介護保険料負担を強いられるのは不公平であるとして訴えを提起したものである。

1995年に発足したドイツ介護保険制度は、連邦社会保険庁の1999年介護保険会計によると、1999年に赤字財政に転落し、2000年は約10億マルク（約560億円）、2002年には約20億マルク（約1200億円）まで赤字額が増大すると予想している。上記の判決が示されたことは、今後の介護保険財政に影響を与えるのではないかと懸念も生じている。

ドイツ介護保険制度においては、家族被保険者として、一定の所得以内の被保険者の配偶者・子に関して保険料納入をせずに被保険者となることができるという家族に対する優遇措置がとられている他、家族介護者に対する年金制度の加入など、家族に対し配慮する制度が存在する。その上での今回の決定は、今後の社会保険制度保険料算定の考え方に大きな影響を与えるものと指摘される。（後掲松本 P20.）

ドイツ介護保険制度の財源は、保険料によるものであり、賦課方式による運営を選択している。一方、日本における財源は、公費と保険料が半々となっている。

制度の違いがあるため、ドイツでの議論がそのまま日本において当てはまるものではない点に注意が必要ではあるが、子を養育することで社会保障制度存続に貢献している者と、そうでない者の扱いをどのようにするのか、という問題は、少子高齢社会を迎えているわが国においても、今後争点になる可能性のある問題であり、多くの示唆を受ける判決といえる。

本章においては、上記判決文の和訳を紹介することにより、現在ドイツ介護保険制度が直面している問題とその動向を探り、少子高齢社会における保険制度のあり方についての検討に役立てることを目的としている。なお、参考までに本判決の争点となった条文について章末に掲載する。

本判決について、読売新聞（2001年4月4日）報道他、解説としては社会保険旬報「介護保険の保険料負担と子の養育」松本勝明著 No. 2110. p20-p27 が詳細である。また、本判決の原文は、ドイツ連邦最高裁判所ホームページにて閲覧可能である（<http://www.bverfg.de/>）。