

第一文は、年金申請者が自分自身の年金、労働報酬、労働収入又は恩給給付を受けている場合には適用されない。

- (3) 保険加入者は、妊産婦手当又は育児手当を受給している期間、保険料を免除される。保険料の免除対象は第一文の給付のみである。
- (4) 予測ができない期間にわたり施設介護を受け、かつ、連邦援護法代35条第6項、ライヒ保険法第558条第2項第2号、官吏恩給法第34条又は連邦援護法を援用する法に基づきすでに給付を受けている保険加入者は、第25条に基づく保険が成立する家族を有さない場合、申請より保険料を免除される。

§ 57

保険料納付義務収入

- (1) 公的医療保険への加入義務のある介護金庫加入者の場合には、保険料の査定に関して第5編第226条から第238条まで及び第244条、並びに雇用促進法第157条第3項並びに第163条第1項及び第3項が適用される。
- (2) 傷病手当金の受給者の場合には、傷病手当金算定の基礎となる労働報酬の80%を保険料納付義務収入とみなす。この規定は、農業企業者の傷病手当金受給に関しても適用される。年金保険の加入を義務づけられていない共同家族従事者の傷病手当金受給に際しては、給付支払額が、保険料算定の基礎とされる。
- (3) 農業企業者及びその共同家族従事者の場合、農業者の医療保険に関する第二法の規定に基づいて、農業及び林業による労働収入から支払われるべき医療保険保険料に対し、付加保険料が課される。付加保険料の額は、第5編第247条に基づき決定された疾病金庫の平均一般保険率に対する第55条第1項の保険料率の比率から算定される。連邦労働社会省は付加保険料額を毎年1月1日に決定する。これはその年の7月1日から翌年の6月30日まで適用される。引退者の保険料算定には、農業者の医療保険に関する第二法第45条を適用する。
- (4) 公的医療保険の任意加入者及び公的医療保険に加入していない社会介護保険の加入者の場合には、保険料算定について第5編240条の規定を援用する。公的医療保険に加入している年金申請者及び任意加入の年金受給者の保険料算定には、さらに第5編第238a条及び第239条の規定を援用する。第1文にかかわらず、公的医療保険に任意加入している第20条第1項第10号に基づく加入者の場合には、第5編第236条の規定を準用する；公的医療保険に任意加入している聖職者団体の定款にもとづく構成員、助祭、又は類似の者の保険料納付義務収入としては、与えられた現物給与、又は住居、食事、衣服など直接的な生活必需品の調達のために支払われた報酬が基礎となる。リハビリテーション運営者から障害手当金、援護傷病手当金、又は移行手当を受け取っている公的医療保険の任意加入者の場合には、保険料算定については第5編235条第2項を準用する；農業医療保険の任意加入者には、農業者の医療保険に関する第二法代46条を適用する。
- (5) 第26条第2項に基づいて継続保険に加入している者の保険料の計算は、暦日に対して第4編第18条に基づく平均報酬月額額の180分の1が基礎である。

第58条

保険加入義務のある被用者の場合の保険料負担

- (1) 公的医療保険に強制加入している被用者で第20条第1項第1号に基づき保険加入義務のある者及びその使用者は、労働報酬に基づいて査定される保険料をそれぞれ半分ずつ負担する。
- (2) 使用者保険料と関連して生ずる経済上の負担調整するために、各州は、つねに労働日に当たる州の法定休日を1日廃止する。
- (3) 第1項にいう被用者は、1993年12月31日現在の州の法定休日数から、つねに労働日に当たる休日が1日分減ぜられていない州に就労場所がある場合は、保険料を全額負担するものとする。
- (4) 介護保険法第69に基づく法規命令において、施設介護給付施行後の期間に2つ目の休日の廃止が必要であると定められている場合、就労労働場所が第2項に相当する1休日のみを廃した州にあるときは、被用者は0.7%の追加保険料を一人で負担するものとする；この場合の使用者の負担分は、保険料算定の基礎となる労働報酬の0.5%に限定される。
- (5) 休日の廃止は、暦年全体に有効である。当該暦年において削除に関する規定の施行前に存在する休日が問題となる場合には、廃止は次の暦年から有効となる。
- (6) 第5編第249条第2項及び第3項を準用する。

第58条3項の改正

1996年5月31日 介護保険法第2段階施行法

第2

社会保障典11編の変更

(介護保険法 1994年5月26日付BGB I IS. 1014第1) 社会法典11編第58条は、1995年12月15日第4(BGB I IS. 1824)によって変更されていたが、以下のように変更する；

1. 第58条第3項に規定される被用者負担について「全額」から「100分の1」へ変更する。
第55条第1項第2文に該当する者に関して、保険料率は100分の0.5とする。
その他は第1項が適用される。
2. 第4項は削除される。
3. 第5項と第6項は、それぞれ第4項、第5項とする。

第60条 保険料給付

- (1) 法律に基づいて別の規定が設けられていない限りにおいて、保険料はこれを負担すべき者が納付しなければならない。第5編第253条から第256条まで及び農業者の医療保険に関する第二法題50条の規定を準用する。農業者の老齢扶助に関する法律及び農業就労中止促進法による継続中の現金給付から支払われるべき保険料は、老齢金庫から納付される；第4編第28g条第一文を準用する。
- (2) 傷病手当金の受給者については、疾病金庫が保険料を納付する。保険料の控除に関しては、第四編第28g条第1文を準用する。第21条第1号から第5号までの加入者についての保険料の負担を義務づけられている者は、第三者に保険料の納付を委任し、保険料の納付及び決算に関する詳細について介護金庫と取り決めることができる。
- (3) 保険料は、管轄の介護金庫が設置されている疾病金庫に対し、介護保険のために支払われる。第一文に基づいて介護保険に入金された保険料は、疾病金庫により遅滞なく介護金庫に回されなければならない。

ない。介護金庫は、規則通りの保険料納付がおこなわれているかどうか、検査を行う権限がある。第4編第24条第1項を適用する。

介護保険法（Pflege-Versicherungsgesetz vom 26.Mai 1994,BGBl.IS.1014）条文和訳として、松本勝明「要介護リスクの社会的保障に関する法律」季刊年金と雇用一三巻四号（一九九五年）43頁～参照

資料 B

ドイツ介護保険の基礎データ

I 被保険者数

公的介護保険	約 7,132 万人	(2001年 1 月 1 日現在)
民間介護保険	約 836 万人	(2000年 12月 31日現在)

II 受給者総数 (在宅介護及び施設介護) 196 万人

在宅介護	約 135 万人
施設介護	約 61 万人

III 在宅介護における受給者数 (給付者)

1 公的介護保険 (介護金庫の事業統計)

a) 在宅介護の要介護者 約 127 万人

b) 介護等級別内訳

	1999年 12月 31日	2000年 12月 31日	2001年 6月 30日現在
介護等級 I	668,314 (52,2%)	681,658 (54,1%)	695,852 (54,7%)
介護等級 II	472,189 (36,9%)	448,406 (35,6%)	447,348 (35,1%)
介護等級 III	<u>139,876</u> (10,9%)	<u>130,696</u> (10,4%)	<u>129,739</u> (10,2%)
	<u>1,280,379</u> 人	<u>1,260,760</u> 人	<u>1,272,939</u> 人

2 民間介護保険 (民間介護保険業務統計)

総数 (2000年 12月 31日現在) 約 7,4000 人

<内訳>

介護等級 I	49,1%
介護等級 II	37,3%
介護等級 III	13,6%

公的介護保険と民間介護保険をあわせると、現在約 135 万人の要介護者が介護保険から在宅介護給付を受けている。

IV 施設介護における受給者数

1. 公的介護保険(介護金庫の業務統計)

a) 完全入所施設介護を受ける要介護者数 約 573,000 人
うち、最大で 60,000 人が障害者施設の要介護者

b) 介護等級別内訳

	1999年12月31日現在	2000年12月31日現在	2001年6月30日現在
介護等級 I	203,950 (37.4%)	210,883 (37.6%)	217,202 (37.9%)
介護等級 II	226,657 (41.5%)	234,836 (41.8%)	240,578 (41.9%)
介護等級 III	<u>115,376</u> (21.1%)	<u>115,625</u> (20.6%)	<u>115,596</u> (20.2%)
	<u>545,983</u> 人	<u>561,344</u> 人	<u>573,376</u> 人

2 民間介護保険(民間介護保険業務統計)

総数(2000年12月31日現在) 約 33,000 人

<内訳>

介護等級 I	23.7%
介護等級 II	45.8%
介護等級 III	30.5%

公的介護保険と民間介護保険をあわせると、現在約 606,000 人の要介護者が、介護保険から施設介護給付を受けている。(うち、社会法典代1編、第43条aに該当する要介護障害者も含まれる。)

V 公的介護保険の給付支出(1995年から2000年)

(単位：ユーロ) ***

	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年
在宅	約 50 億*	約 80 億	約 80 億	約 80 億	約 80 億	約 80 億
施設	...	約 30 億**	約 70 億	約 70 億	約 70 億	約 80 億

* 在宅介護給付開始：1995年4月1日

** 施設介護給付開始：1996年7月1日

*** 1ユーロ：112円(2002年3月現在)

VI 介護保険給付額

1. 給付概要

		介護等級 I (かなりの要介護者)	介護等級 II (重度要介護者)	介護等級 III (最重度要介護者) (特に苛酷な場合)
在宅介護	現物給付 (月額給付限度額) (1-0)	384	921	1,432 (1,918)
	現金給付 (月額給付限度額) (1-0)	205	410	665
代替介護 - 親族 - その他	年 4 週間の範囲で (1-0)	205 ¹⁾	410 ¹⁾	665 ¹⁾
		1,432	1,432	1,432
短期介護	年間介護給付限度額 (1-0)	1,432	1,432	1,432
部分施設介護 (デイケア、ナイトケア)	月額給付限度額 (1-0)	384	921	1,432
完全入所施設介護	月額概算限度額 (1-0)	1,023	1,279	1,432 (1,688)
障害者援助の完全入所施設介護	給付限度	月額 256 1-0 を限度に施設費用の 10%		

1) ボランティア介護者の証明に基づいて必要な費用(収入の損失、交通費など)の総額 1,432 1-0 まで支払われる。

VII. 介護者のための社会保障給付

1. 法定年金保険制度の受給対象となる介護者数

1995 : 約 394,000 人
 1996 : 約 531,000 人
 1997 : 約 575,000 人
 1998 : 約 574,000 人
 1999 : 約 574,000 人
 2000 : 約 528,000 人 (暫定値)

受給対象となる介護者の 90% 以上は女性である。

年金保険の費用計算

介護のために所得活動に従事できない介護者に対して、法的年金保険制度において、要介護者の介護等級及び介護者の介護従事時間数に従って平均報酬額の40%、60%、80%の報酬を得ているとみなす。介護等級Ⅲの要介護者について最低週28時間の介護をしている介護者の場合、立法者の目的は、実際の平均報酬の75%を報酬とみなすことで法定年金保険における保障をしようとした。現在平均報酬額はその時点では持ち得ないので、SGBⅣ第18条の額を参考に他の社会保障制度により公表されている額によらなければならない。この平均報酬額は、年金保険者の過去の平均報酬額を反映しているだけでなく、実際の平均報酬の75%に到達するために5%追加することが意図された。

2. 介護金庫によって支払われる介護者のための年金保険料（2002年）

（介護保険の現金給付の範囲内の労働報酬しか受けておらず、週30時間を超えて就労していない介護者が対象）

介護等級	I週間 当たり の最低 介護時 間	平均報酬額の各等級の割合 (%) と標準報酬月額(ユーロ)		月額保険料 ¹⁾ (ユーロ)		年間介護活動に対 する 年金月額(ユーロ)		
		西	東	西	東	西	東	
Ⅲ	28	80%	1,876,00	1,568,00	358,32	299,49	19,98	17,44
	21	60%	1,407,00	1,176,00	268,74	224,62	14,99	13,08
	14	40%	938,00	784,00	179,16	149,74	9,99	8,72
Ⅱ	21	53,3333%	1,250,67	1,045,33	238,88	199,66	13,32	11,63
	14	35,5555%	833,78	696,89	159,25	133,11	8,88	7,75
I	14	26,6667%	625,33	522,67	119,44	99,83	6,66	5,81

保険料率：2002年 19.1%。 平均報酬月額：西が2,345ユーロ、東が1,960ユーロ。

2002年1月現在

Ⅷ. ドイツにおける人口の推移

1 要介護認定者数	約165万人
在宅介護	約120万人
施設介護	約45万人

2 人口予測

60歳以上人口は、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%にあたる。

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。総人口7,700万人の35%が60歳以上になるとの予測である。

3 平均余命

0歳男児の平均余命	74.0年
0歳女児の平均余命	80.3年
65歳男の平均余命	15.1年
65歳女の平均余命	18.8年

4 要介護リスク

60歳未満	約 0.5%
60歳～79歳	約 4%
80歳以上	約 32%

介護保険給付対象の介護施設数（2001年10月1日現在）

連邦州	在宅介護機関	デイ・ナイトケアセンター	ショートステイ	完全入所介護施設
バーデンヴェルツェンベルグ	1,369	385	973	1,168
バイエルン	1,841	412	554	1,379
ベルリン	364	44	26	369
ブランデンブルグ	540	80	172	231
ブレーメン	129	11	76	76
ハンブルグ	414	29	101	149
ヘッセン	927	295	472	617
メクレンブルク-フォアポメルン	401	33	75	185
ニーダーザクセン	1,201	185	280	1,124
ノルトライン-ヴェストファーレン	2,651	466	641	1,775
インラント-プファルツ	461	250	322	380
ザール	170	73	105	118
ザクセン	1,001	266	161	463
ザクセン-アンハルト	531	128	324	266
シュレスヴィヒ-ホルシュタイン	569	72	271	613
チューリンゲン	381	137	163	194
計	12,950	2,866	4,716	9,007

第IV部 ルクセンブルグの介護保険制度について

2001年6月に、ルクセンブルグ大公国疾病保険基金ユニオン会長・ロベルト・キーファー氏が来日した際の資料である。これは、キーファー氏の許可を得て、当資料を日本語に翻訳し、再構成したものである。なお、英語文の資料は2001年10月18日に名古屋で開催された **The 14th International Symposium on Aging and Health** でも紹介されたものである。

第IV部：ルクセンブルグの介護保険制度について

第1部：介護保険制度について

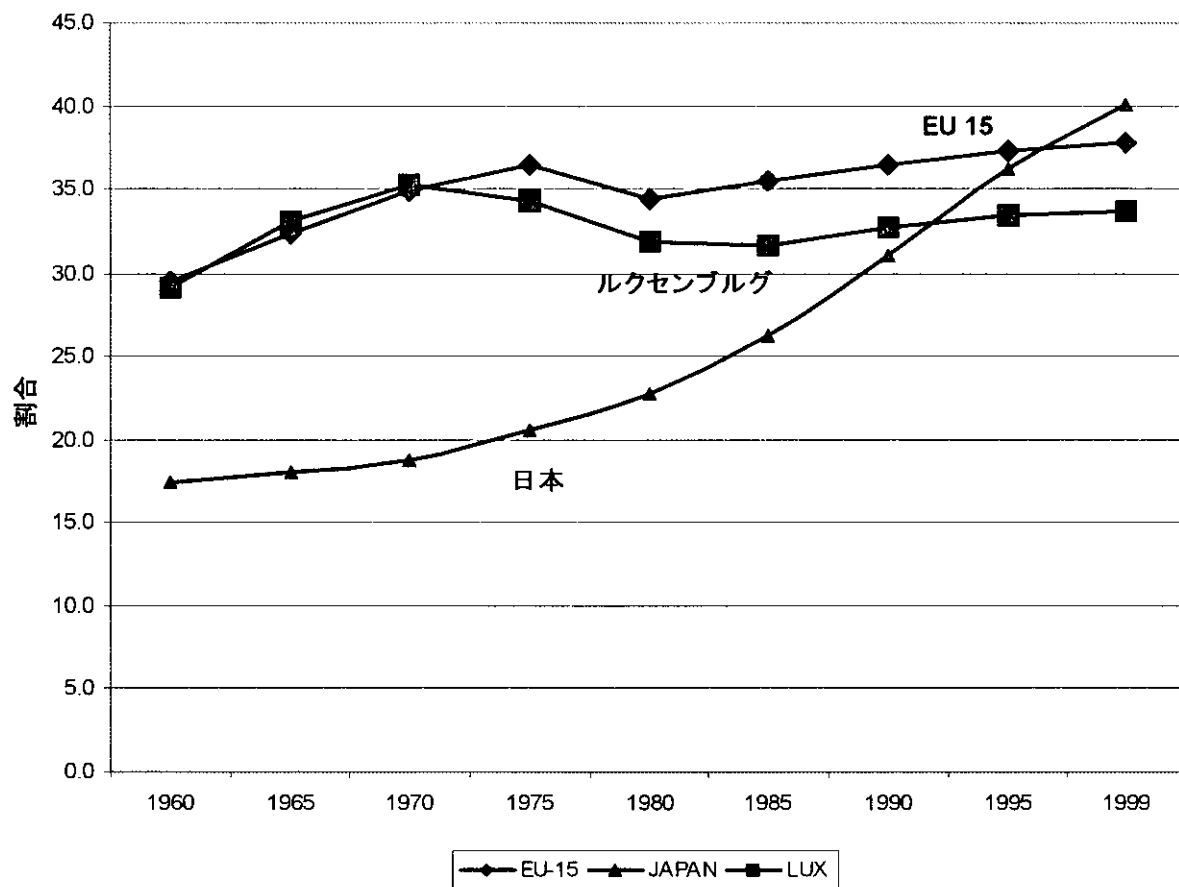
1. 介護保険制度の成立

ルクセンブルグにおける最初の介護保険制度は、1998年5月に議会において介護保険制度案が可決された後、1999年1月から施行された。この新しい、自治的な社会保障制度は、10年以下という比較的の短期間で作成された。制度立案の際、社会保険方式を採択することについて労働組合や雇用者連盟から反対されるという不利な状況に立たされたが、1995年のドイツ介護保険制度の施行がルクセンブルグの介護保険制度立案に大きな起動力を与えたため、無事施行に至ることができた。

この制度の主要な目的は、要介護状態にある者の介護と支援を確保し、在宅及び施設サービス、福祉用具の提供、住宅改修費などのサービスを提供することである。また、在宅の要介護者に対し、現金給付や家族介護の支援策も盛り込まれている。

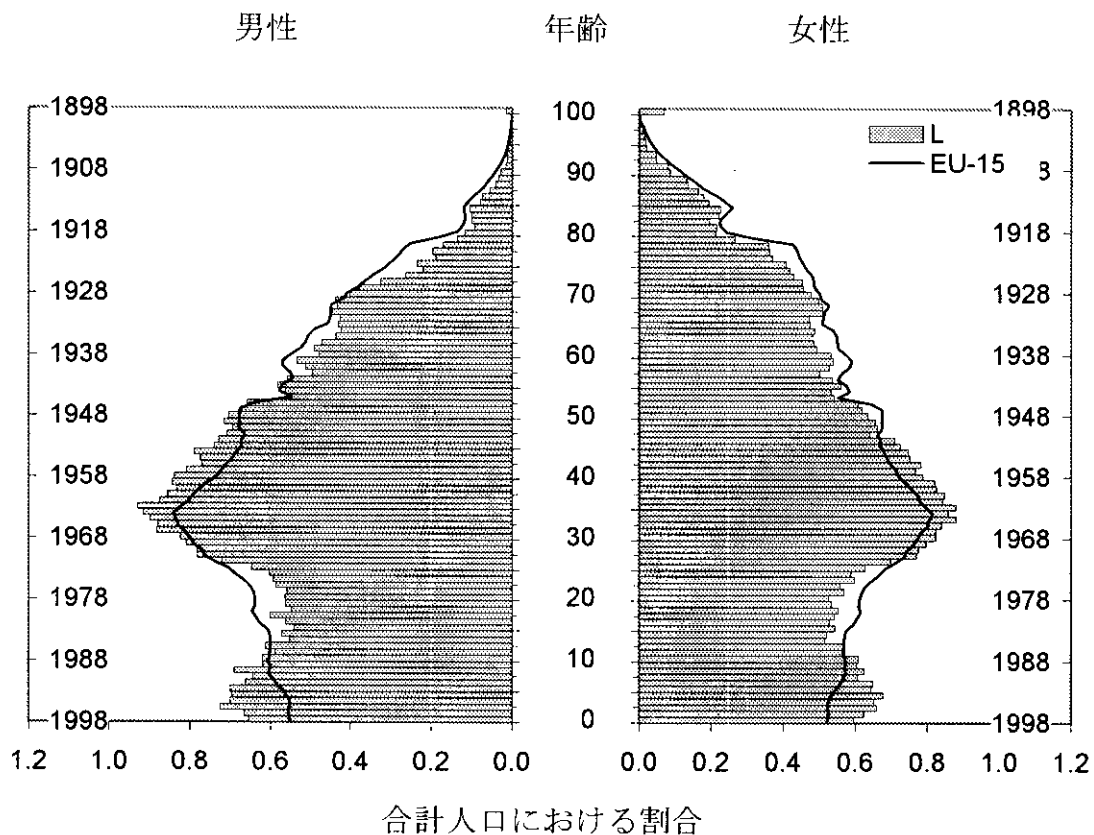
1. 1 経済・人口構造背景

図1. 老年従属人口比率(60+)/ (20-59)



人口構造背景から分かるように、多くの OECD 諸国と同じく、ルクセンブルグでは平均寿命が伸長し、特に高齢者の平均余命が伸長している。ルクセンブルグでは、生産年齢人口(20-59才)に対する老年人口(60才以上)の割合がさらに増加していくが、他の国々と比べると、この増加は抑えられる傾向がある。なぜならばルクセンブルグには、子供を持った若い移民層が流入しており、これら移民層がこの増加を抑えているからである。また、ルクセンブルグでは、それら移民層から、労働力としての利益を得ている。過去10年間、ルクセンブルグでは毎年人口が1.4%増加し、その増加の4分の3は移民層が占めていた。

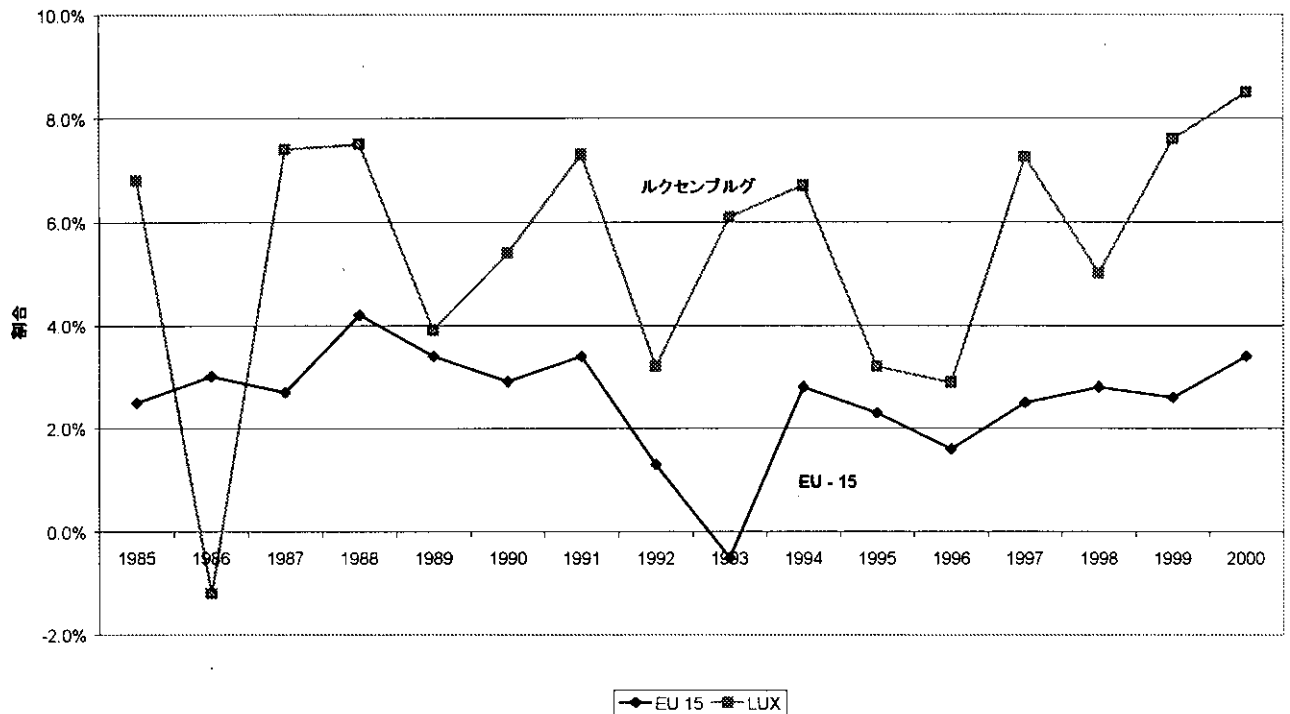
図2. 1999年の人口ピラミッド



ルクセンブルグの人口ピラミッドは、欧州連合の人口ピラミッドの型よりもわずかに形勢が有利なデータを示している。

過去15年の急速な経済成長が、この重要な移民層を招く結果となった。ルクセンブルグの実質GDPは平均して毎年5.5%成長し、欧州連合では毎年2.6%成長している。

図3. 実質 GDP の毎年成長



しかし、経済成長は、移民の影響だけでは生じえず、実際に労働力の増加は、フランス、ドイツ、ベルギーから国境を越えて通勤する者によってもたらされた。ルクセンブルグ国内雇用での越境通勤者が占める割合は、1985年には10%であったが2000年には33%にまで増加した。

このように、圧倒的に多くの越境通勤者がいるという事態は、欧州連合の他加盟国と比較すると、ルクセンブルグのGDPに著しい特徴を与えている。しかし、これら越境通勤者は、未解決の介護保険問題の要因となっている。なぜなら越境通勤者は、ルクセンブルグ介護保険制度の財政には貢献しているが、ルクセンブルグ国外に居住しているために現物給付への実際のアクセスが問題となっているからである。

越境通勤者と移民数の増加により、ルクセンブルグ社会保険制度がカバーしている総人がもはや高齢化していないということが判明した。事実、過去10年間に人口は若返りを迎え、この若返り現象は、一般年金制度の早期退職年齢を60歳から57歳に引き下げる行動を政府に与えた。

ここで判明しているのは、介護保険の導入は、人口構造増加の圧迫により生じたのではなく、非常に有利な経済・財政環境により可能となった自発的政策により生じたということである。

1. 2 介護保険発足前の状況

介護保険導入に至った実際の動機は、要介護の高齢者問題に対処した、政府の明確な政策がないという意識が高まっていたことにあった。実際に、要介護高齢者問題は、以下の

3省がそれぞれ所管していた：

—厚生省：特別ナーシングホームと病院の企画立案と財政

—社会保障省：医療保険制度の監督管理

—家族省：ナーシングホーム、ケアホーム、在宅福祉サービスの企画立案と財政

欧州共同体の調査では、ルクセンブルグ国内の病床数が欧州共同体内で第四位になるという矛盾に直面した。なぜ矛盾かと言えば、つまり 65 才以上の高齢者 100 人あたり 7.8 床という数字が出ていたことになるが、実際に特別ナーシングホームに入所するには長い順番を待たなければならなかったからである。このように、異なる省庁が運営を行っている施設の間で、完全な調整不足が見受けられていた。

特別ナーシングホーム入所のための長い順番待ちは、一般病院における高齢者の社会的入院を招いた。このとき、一般病院の入院費用は医療保険によっては負担されず、患者が自費で支払うか、社会扶助によって負担されるかのどちらかであった。

1. 2①在宅サービス費用の負担

近隣諸国と比べた場合の、ルクセンブルグ医療保険の明確な特徴は、要介護高齢者への介護サービス費用払い戻し額が最低額に設定されていたことである。医療保険は、公的施設に入所している高齢者の介護サービス費用を給付対象とせず、また、在宅サービス費用の給付範囲を、基本的介護を除いた特別治療（注射、包帯など）に狭く限定していた。

医療保険制度内で、在宅サービス費用給付の規定が乏しいことは、在宅サービスの発展を妨げた。訪問看護と訪問介護はそれぞれ別の事業者によって提供され、訪問看護は医療保険から現物として給付され、医療保険と要介護者自身の負担により費用を賄っていた。訪問介護の場合は、資力調査に基づいて、家族省が扶助を行っていた。

1. 2②施設サービス費用の負担

施設サービスでは、公費から直接、費用の多くが負担されていた。施設入所者は、宿泊費の部分を負担する標準負担額のみを支払っていた。この標準負担額は、入所者の要介護の度合いによって金額が変動することではなく、要介護者の所得が標準負担額を支払うに満たないときは、減額措置がとられ得た。標準負担額と入所申請規定は、各担当施設に責任を持つ各省庁によって別個に設定されていた。これらの比較的に不明瞭な財政構造により、公的施設もしくは非営利団体へのサービスの供給は、公的補助額に応じて減らされていた。

よって、特別ナーシングホーム入所の順番待ちを解消し、また、在宅介護を支援するために、政府は 1989 年に要介護高齢者を対象とした、資力調査に基づく現金給付を導入した。この現金給付は公的施設に入所していない要介護高齢者に支給され、要介護の度合いによって金額が変動することではなく、定額が設定されていた。実際の現金給付は、要介護者の介護を負担している、専門家以外の介護者に支払われていた。

当時の医療保険制度に対して挙げられた主な批判とは、要介護者の立場に立った場合、急性期治療後の病院と在宅介護の間の調整不足と、在宅介護と施設介護間の調整不足についてであった。

2. 介護保険制度の構造

2. 1 原則

1993年に、ルクセンブルグ政府は四名の専門家を任命して研究を行い、ドイツ、フランス、オランダの高齢者の状況について分析を行った。その結果、ルクセンブルグの社会保障改革について提案がなされた。この研究を基にして、以下の公的原則に従って、政府は法案を制定した：

- 要介護給付の無条件受給権利の設定（つまり資力調査がない）
 - 自立性を保ち、要介護状態の始まり・重度化を遅らせるために、すべてのリハビリテーション施策を優先
 - 在宅介護の優先（施設介護に対して）
 - 現物給付の優先（現金給付に対して）
 - 要介護者に向けた全ての施策の統合による、介護継続の保証
- これらの原則は、以下の政府の選択を導いた。

2. 2 介護保険制度の選択

当初の論議は、要介護問題に取り組んだ、大・小の解決法を発達させることについてであった。小さい解決法とは、要介護の程度を考慮しながら、すべての要介護者に対し、現存の現金給付を普及させることであった。この解決法は、介護保険制度導入をより迅速に、より簡単に行っただろうし、制度施行によって生じる経済的影響をより簡単に抑えることが出来ただろう。また、大きい解決法とは、新たな社会保険制度の創設であった。この具体的な解決法とは、1. 要介護者への給付についての完全詳細な定義づけ、2. 要介護者のニーズ査定の的確な方法の導入、3. サービス提供者の質基準の導入、4. 現在の介護提供者の全面的な再編成、5. 公的資金介入の全面的な再編成を行うこと、であった。

最大規模の貿易組合と雇用者連合の反対を受けたにもかかわらず、政府は大きい解決法を選択した。貿易組合の反対理由は、この保険制度が社会福祉サービス対価である利用料を求めず、税金が投入されている公的なサービス提供者に介護保険料を請求していることであった。一方雇用者連合は、要介護の本質は雇用と関連性がないため、雇用者のいかなる保険料出資に反対した。

大きい解決法として選択された社会保険制度は、要介護問題を所管している社会保障省の中央権限下におかれている。介護保険制度に社会保険制度が選択されたことは、ルクセンブルグ社会保障構造の過去の展開と一致していた。つまり、ルクセンブルグの社会保障では、保健医療、疾病現金給付、妊娠出産、国民年金制度、労働者の業務上の傷害と職業病は、社会保険制度を軸に体系づけられているからである。

2. 3 補償範囲

医療保険制度と同じく、介護保険制度は総人口のほとんどを給付対象としている。すなわち民間・公的セクターの賃金労働者、自営業者（農業者を含む）、いかなる代替給付の受

給者（年金、疾病現金給付、失業等給付、最低賃金など）、その家族である。介護保険の補償範囲は、居住人口の97%に達し、越境通勤者とその家族にも及んでいる。年令の若い要介護者も受給資格があるため、ルクセンブルグの介護保険制度は、給付の受給資格について年令下限はなく、保険料を支払う年令下限もない。これらの点が、日本の制度と大きく異なっている。

2. 4 財政運営

2. 4 ①介護保険の財政

ルクセンブルグの社会保障の特徴は、事業主と被保険者からの社会保険料を低額に保つために、それぞれの保険制度費用を国庫が負担していることである。この国庫負担金額は、保健医療費の合計歳入の37%に達し、疾病現金給付では10%、基礎年金制度では33%に達する。介護保険制度では45%に達したが、この割合は以前の要介護費用における国庫負担金の割合と大まかに一致しているので、新たな介護保険制度の導入は国庫負担金の安定には差し障りがないと言える。ここで介護保険の財源をそれぞれまとめてみると、

- 国庫（費用の45%）
 - 電力会社による特別の拠出（事業主負担はないが、政治的理由により、電力会社のみ負担がある）
 - 保険料
- となっている。

介護保険の財政制度は、賦課方式を用いている。この方式には、毎年の給付に必要な費用の10%以上20%未満の積み立て金が予備費として維持されなければいけない規定がある。保険料率は、現在1%に固定されているが、国会に提出される法案により、今後は変動していくだろう。

2. 4 ②介護保険料の特徴

被保険者は勤労所得と代替給付、資産収入から得られる総所得の1%を介護保険料として支払わなければならない。これは、介護給付拡大の新たな財源となっている。介護保険料は社会保険事務所によって定められ、徴収される。

介護保険制度を他の保険制度の保険料と比較すると、以下の特徴がある：

- 一 介護保険料は、労使折半負担ではなく、被保険者単独負担である
- 一 介護保険料の上限はない（他の保険制度では、最低賃金5倍の保険料が上限）
- 一 介護保険料は所得税を決定する際、所得から控除されない
- 一 介護保険料は資産収入（賃貸料、利息、株の配当金）などからも支払われる

介護保険料は被保険者にのみ課されるので、要介護者の自己負担金は導入されていない。介護保険料のこれらの特徴から、制度の導入が総人件費には直接の影響がないことが分かっている。

2. 5 給付

社会保障改革の目的の1つは、専門家による質の高い介護サービスを、要介護者に提供することである。よって、給付構造の主な方向性は、介護事業者に直接支払われる現物給付に向けられている。介護事業者が現物給付を提供する場合、事業者は全介護サービスを網羅するネットワークに属していなければならない。また、施設サービスよりも在宅サービスに重点を置いているが、これにより、すべての者が出来る限り自立した、在宅という希望環境の下で生活できるようになるものである。

2. 5①基準給付時間決定方法

給付の主要な特徴として、週当たりの要介護度に見合った、個別の介護・支援サービス提供基準時間が出されている。ドイツと日本の給付構造とは異なり、ルクセンブルグの給付構造では、要介護者は要介護状態に応じた要介護度区分によって分けられていない。代わりに要介護者は、個別に決められた介護・支援サービス提供時間の合計に見合ったサービスを受ける権利がある。このサービス提供時間量は、身体衛生、栄養摂取、動作、家事援助、支援の5つの「介護・支援行為」の、各分野項目の合計として算出される。また、各項目の基準時間は、介護の度合いと介護提供者の必要最低資格も加味される。

施設や在宅事業者が提供可能な現物給付の量は、在宅介護と施設介護とで個別に設定されている報酬単価に、週当たりに必要な介護時間を掛け合わせて算出される。これら2種類の報酬単価は、保険運営機関と介護・支援事業組合の間で毎年決定され、ルクセンブルグで運営しているすべてのサービス事業者と保険運営機関を結びつけている。

要介護者が給付を受けるのに必要な最低介護時間は、身体衛生、栄養摂取、動作の分野においてそれぞれ週 3.5 時間と設定されている。給付の複雑な構造は、以下となっている：

2. 5②在宅サービス

介護・支援：

一週 3. 5 時間から 24.5 時間までの基本的な日常生活（身体衛生、栄養摂取、動作）に対する介護と支援

一週 4 時間までの家事援助（買い物、家事、生活必需品の維持、皿洗い、寝具及び衣類の洗濯など）

一週 12 時間までの支援（デイサービスへの移送、要介護者の買い物や外出の付き添い、介護者や家族の援助）

一基礎的な日常生活のための相談や家族に対する相談サービス

福祉用具の貸与・購入費の支給：

一介護支援に必要な用具に対し、毎月定額 4000 円の支給

一必要な特定介護用具（購入もしくは貸与）

一住宅改修費（支給限度額は 2 百万円）

その他：

- 65才未満の非専門介護者に対し、年金保険料の負担（一定の限度額まで）
- 年に3週間までの施設サービス（在宅で介護・支援する家族を支援するための代替給付として）

2. 5③施設サービス

介護と支援：

- 基本的な日常生活に対し、週31.5時間までの介護と支援
- 週4時間までの家事援助
- 週12時間までの援助

福祉用具の貸与・購入費の支給：

- 介護支援に必要な用具に対し、毎月定額4000円の支給
- 必要な特別介護用具（購入もしくは貸与）

施設サービスの場合、宿泊費と食費は入所者の自己負担となるが、入所者は、所得と財産が少ない場合、家族省による特別社会扶助を受けることがある。施設サービスを提供している多くの施設においては、出資費用はそれまで公費で賄っていたか、補助金を受けてきていたが、この件について政府の将来の政策は、まだ明確に打ち出されてはいない。よって、投下資本の割賦償還がホテルサービス費用に含まれるかどうか、まだ確定していない。

介護給付は、医療費と看護費は支給しない。看護や施設における医療行為は、疾病保険から費用が支払われている。

2. 5④現物給付と現金給付

社会保障改革の目的の1つは現物給付を支援することであるが、現金給付は在宅サービスの場合に支給されることがある。週10.5時間までの介護・支援時間は現金給付に置き換えることができるが、その場合は介護・支援ネットワークに属していない者（主に家族）が現物の介護・支援を負担するという条件である。現金給付の金額は、在宅サービスの報酬単価の半分と時間を掛け合わせた額で、要介護者に直接支払われる。

在宅サービスにおける現金給付は、在宅サービス受給者の89%が現金給付を選択したことから、非常に人気があることを証明づけた（このうち現金給付のみを選択したのは47%、現金給付と現物給付の組み合わせを選択したのは42%であった）。

2. 6介護保険運営機関(UCM)

UCMは、介護保険の保険者であり、運営機関であり、国の機関である。ドイツと同じく、介護保険の運営は疾病保険金庫組合が行っているが、その主な理由は以下である：

- 医療保険と介護保険は、補償範囲が類似している
- 保健医療サービス提供者との折衝経験と、現物給付サービスに取り組んだ経験を持つ
- リハビリテーションと介護との間の連携を強める

一医療保険と介護保険の間の摩擦を最小限に抑える

運営を適切に行うため、機関には監督委員会が置かれ、介護保険の年間予算、歳入・歳出を決定し、社会保障大臣の承認を受けるなどの業務を行っている。

2. 7介護・支援提供事業者との関係

施設サービスを提供している全施設と、在宅サービスを提供しているすべての介護事業者は、厚生大臣もしくは家族大臣によって登録と認可を受けなければならない。また、保険運営機関と契約を結ばなければならない。その契約は、提供しているサービスについて、全体的な質の必要条件と管理上の条件を取り決めている。在宅サービスの場合、介護事業者は必要なサービス提供時間の合計を提供し、かつ要介護者周辺の調整を行うために、ネットワークの中の組織に属していなければならない。

(*ルクセンブルグの在宅サービス事業者は、多種類のサービスを提供すると共に、事務所が各地にあり網の目のようになっていることから、ネットワークという用語で呼ばれている。ちなみに国内の在宅事業者は民間大手3社である。)

介護サービス事業者市場が民間企業に開かれているにもかかわらず、民間企業の多くが非営利団体である。この状況の理由の一つは、報酬単価の取り決めが、サービス提供者の有効原価に基づいていることである。

3. 要介護認定の流れ

3. 1 要介護認定機関

要介護認定を行うために、社会保障大臣の権限下において、評価・指導を行う部局が創設されている。この部局は、保険運営機関とは独立しており、医師、看護婦、理学療法士、心理療法士、社会福祉士から成る複数のチームで構成されている。個人の給付、必要な福祉用具、住宅改修、給付の取り消しなど、個々の事例に関する部局の意見は、保険運営機関と部局を法的に結びつけている。介護保険の申請は、一般医の報告書とともに、運営機関(UCM)に対してなされ、ここから評価指導部局に送られ、要介護認定が行われる。ルクセンブルグ介護保険制度内容の多くがドイツの介護保険制度から影響を受けているが、要介護認定手順はルクセンブルグ介護保険制度独自のものである。

3. 2 要介護者の区分方法

要介護者の区分については、3つの要介護状態区分に分類するという当初の意見は取り下げられた。なぜなら実地調査を行った際、3区分に応じた十分な給付構造を認めるには、介護・支援必要時間の分散が各区分において大きいことが分かったからである。次に、要介護者個人が週ごとに必要な、介護・支援平均時間の算出方法を導入することが決定された。給付はこの時間算出の結果と直接に結びついており、介護の度合いと介護事業者の必要最低資格も考慮されている。

標準時間によって判定している要介護認定方法は、モントリオール大学で開発されたカナダの制度(CTMSP)を基にしている。この方法は個人のサービスを特徴づけるために、4

つの範囲を設けている：

—必要な介助の度合い：見守り、一部介助、全介助

—必要サービスの調査期間：（どの程度のサービスが必要であるかを見るために、看護婦や社会福祉士などの専門家が施設又は在宅へ訪問調査を行う）

—サービス提供基準時間

—必要サービス調査期間内の訪問回数

また、サービスが本当に必要かどうかを決定するために6つの基準を設定している：それらは、サービスの適切性、有効性、公平性、効率性、要介護者の好みの選択、サービスの包括性である。

3. 3 要介護認定手順

具体的な要介護認定手順は、以下の段階を経る：

1. 要介護の医学的原因を調査するために、部局の医師が在宅・施設に訪問して調査を行い、医学評価を行う。このとき、疾病・要介護状態が6ヶ月以上続くか否かが判定される。
2. 看護婦やソーシャルワーカーが施設又は在宅に訪問調査を行い、要介護者と家族と別々の面接が行われ、自立性が失われているかの基礎評価を行う。また、どのような介助が必要か調査される。
3. 特定分野における専門家が、医学的所見などの補足的意見を述べる特別評価を行う。
4. 多くの専門分野で構成されたチームにより、必要な介護、支援、援助が判定される。この判定結果は、基本的日常生活の介護・支援、家事、援助活動、相談活動、製品や特別用具のすべてのサービス項目が記載されている結果通知書に記載される。この結果通知書は、各サービス項目の標準時間を記載し、評価指導部局チームは週あたりの介護・支援サービス頻度を決定している。
5. 在宅サービスを提供する場合は、要介護者と介護専門ネットワークは、ネットワークと家族による介護・支援の分離に同意しなければならない。
6. 介護サービス計画は保険運営機関、サービス事業者、要介護者に送られる。この計画には、ネットワークもしくは施設でのサービス提供時間、現物給付から現金給付へ置き換えられた時間、購入もしくは貸与する用具、住宅改修額が含まれる。要介護認定期間は、最短で6ヶ月と決められている。

以上の要介護認定の手順は、質問票に対する回答に基づいて評価され、必要な介護・支援の量と頻度が評価され、費用が支払われている。要介護認定には再認定の仕組みがあり、再認定を申請できるのは、受給者、その家族、在宅サービス事業者、施設、保険運営機関である。再認定の際、認定と同じ要件によって再評価され、要介護状態がもはや存在しない場合は、給付は行われない。

要介護者が子供の場合の要介護認定は、心身が健康な同年齢の子供と比較し、第三者による補助的支援が必要であるか否かを基に決定される。

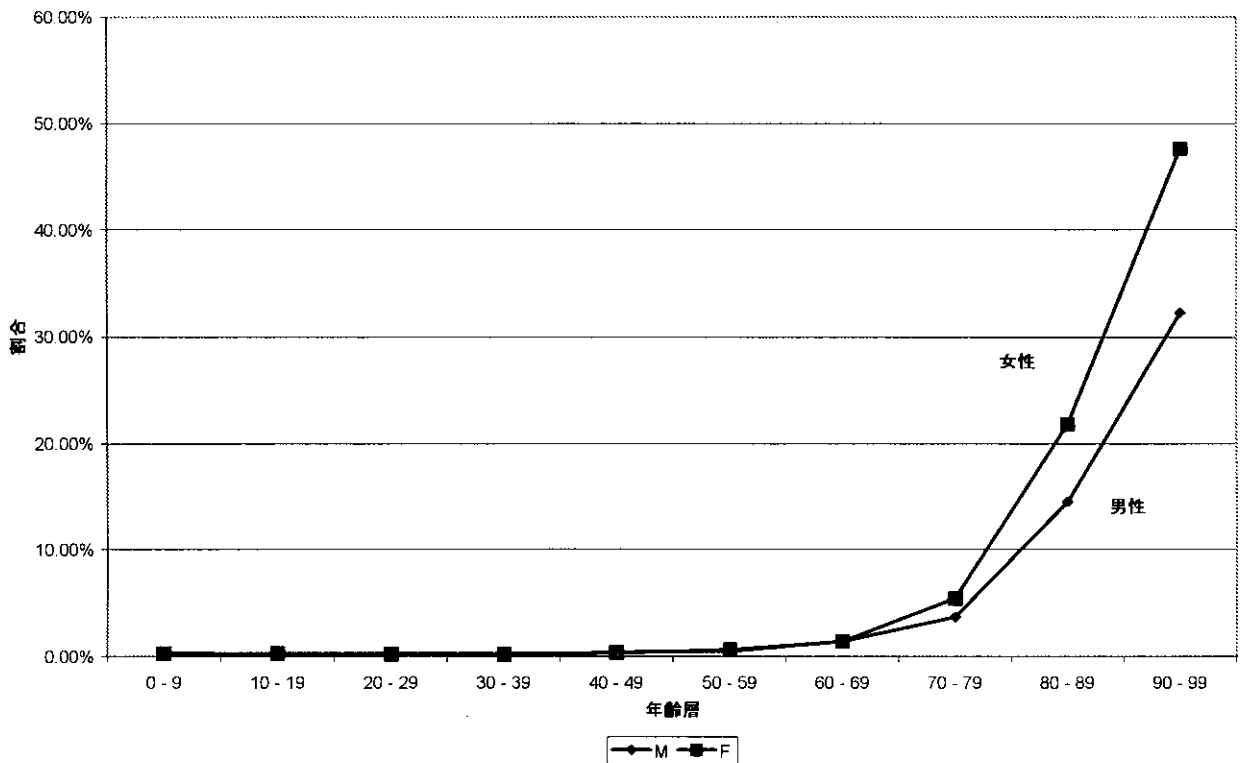
4. 量的データ

介護保険制度が施行して2年以上が経過し、ここで、介護保険制度について初めての量的結果を出すことが可能となった。

4. 1 受給者の構造と給付の構造

介護保険制度導入から2年が経過した2000年12月末において、介護・支援給付の受給資格者は5845人である（男性は31%、女性は69%）。彼らは、総居住人口の1.4%を示す。（男性は0.9%、女性が1.9%）。70才以上になると、要介護受給者の割合は男性より女性の方が高くなる。

図4. 居住人口における要介護者の割合（2000年12月31日現在）



介護・支援のサービス平均時間は週 18.2 時間に及ぶ。サービス提供平均時間は、施設サービスと在宅サービスとで大きな違いがある。（施設サービスは週 21.8 時間、在宅サービスは週 16.9 時間）各サービスにおいて、男性と女性間での大きな違いは見られない。