

因は問題とされない。要介護状態の法律上の概念における疾病または障害として、下記の可能性が考えられる。

- ・ 生体支持組織や運動組織の喪失、麻痺、その他の機能障害
- ・ 内部器官または感覚器官の機能障害
- ・ 中枢神経系（刺激、記憶、方向感覚など）の機能障害、内因性の精神病、神経症、精神障害

介護保険制度は、保険料率を 1.7%と定めており、財源には限りがあるため、法は要介護者の範囲を制限している。「日常的、規則的に繰り返される生活上の活動」とは、以下のとおりである。

- ① 身体の手入れ：洗浄、シャワー、入浴、歯磨き、整髪、ひげ剃り、トイレの使用
- ② 食事：食物を小さく切る、摂取できるようにする
- ③ 移動：起床・就寝、衣服の着脱、起立、歩行、階段の昇降、住居への出入り
- ④ 家事：買い物、食事の支度、部屋の掃除、食器洗い、シーツや衣類の交換・洗濯、暖房

この一覧には全部で 21 種類の活動が含まれており、うち 15 種類が基本的介護、6 種類が家事の領域である。ここには、介護者が毎日の介護作業で行わなければならないすべての活動が含まれているわけではなく、ここに列挙されていない活動は、介護等級の調査の際に考慮されないことになる（たとえば一般的な監督、治療措置または予防措置など）。

外部からの援助の形態も、要介護状態の概念の一部として、法律により次のように定義されている（社会保障法典第 11 編 14 条 3 項）。

- 要介護者の支援
- 日常生活の活動の一部またはすべてを引き受ける
- これらの活動を自立的に行えることを目標とし、要介護者を監督または指導する。

* 「支援」とは、要介護者は原則としてある活動を自立的に行える状態にあるが、その準備、実行または後始末のために介護者の補完的な援助が必要であることを指す（たとえば、部分的な麻痺があるために、髪をとかす際に、右腕の動きを他の人に導いてもらわなければならない、など）。

* 「一部を引き受ける」とは、一部は独力で行える活動に援助が必要な場合である。「すべてを引き受ける」とは、要介護者がその活動を自らは行えないために、必要が生じた場合には、介護者がそれを行う場合を指す。

* 「指導と監督」の目的は、毎日の活動を合理的な方法で要介護者が自分で行えるようにすることである。「指導」とは、介護者が具体的な活動に際して個々の行為段階の流れ、または全体の行為の流れを誘導、実演して説明しなければならないことを意味する（たとえば、身体を洗うときには、介護者は個々の行為を誘導、実演して説明しなければな

らない)。「監督」とは、具体的な活動の流れにおける安全性(自分と他者を危険にさらさない)を重視し、その一方で当該の活動が要求されている方法で行われているかどうか点検することである。活動の安全確保(これらの活動において自分と他者の危険を回避するための監督も含む)を超える監督は、考慮されない。

精神疾患・認知症患者は、少なくとも「中度の要介護状態」(介護等級Ⅰ)の前提条件を満たしている場合には、他の要介護者と同様に給付を受ける。法律に掲げられている身体の手入れ、食事、移動と家事の諸活動において指導と監督が考慮されている場合にも、精神疾患患者固有の必要性に配慮するものとする。

一人にしておくことができないような精神疾患患者、認知症患者の場合、身体の手入れ、水と電気器具の取り扱いおよび家事に際しては介助を必要とする。現在、精神疾患を有する者は、かなりの範囲に及んでいる。調査によれば、精神疾患患者からの申請は却下されることはまれであり、身体的な疾病または障害がある人と比較すると、より重度の介護等級に分類されることが多い。

なお、2002年1月1日には、介護給付補完法が施行され、認知症など、全般的な世話の必要性が高い要介護者の在宅介護を強化する一連の措置が実現した。

(2) 要介護状態の区分

給付提供にあたり、法は要介護状態を3段階の介護等級に区分している。基準となるのは、身体の手入れ、食事または移動において必要な援助の種類、頻度および所要時間である。さらにすべての介護等級において、家事援助の必要性が前提とされている。

1) 介護等級Ⅰ(中度の要介護)

介護等級Ⅰ(中度の要介護状態)の要介護者は、身体の手入れ、食事または移動の領域の2つ以上の活動について、少なくとも1日1回の援助を必要とする。さらに週に数回、家事援助を必要とする。精神疾患、認知症、脳の損傷がある者の場合には、毎日の生活の2つ以上の活動において、少なくとも1日に1回監督または指導が必要であることが、介護等級Ⅰに認定される前提条件である。介護等級Ⅰには、その他にも朝と夜など1日に2回の援助を必要とする人的集団も含まれる。

2) 介護等級Ⅱ(重度の要介護)

介護等級Ⅱの要介護者(重度の要介護者)は、身体の手入れ、食事または移動に際して、毎日3度以上異なる時間帯に介助を必要とする。原則としてこれは朝、昼、夜である。さらに週に数回、家事援助を必要とする。精神疾患、認知症、脳の損傷がある者の場合には、日常的、規則的に繰り返される生活上の活動に際して、少なくとも1日に3回、特に朝、昼および夜に監督と指導を必要とする場合には、この等級に分類される。

3) 介護等級Ⅲ(最重度の要介護)

介護階級Ⅲの要介護者(最重度の要介護者)は、身体の手入れ、食事または移動に際し

て時間帯にかかわらず介助を必要とする。介助は夜間も規則的に必要である。さらに週に数回、家事援助を必要とする。精神疾患、認知症、脳の損傷がある者の場合には、監督または指導の必要性が非常に高く、要介護者が時間帯にかかわらず、すなわち夜間にも監督と指導を必要としている場合には、この要件を満たすものとする。

4) 所要時間

介護の所要時間も法律に定められている。その際、(介護等級の分類のためには) 介護専門職が要介護者のケアに要する時間を基準とするのではなく、家族の構成員や、介護職としての訓練を受けていない非職業的介護者が、基本的な介護と家事サービスに要する時間である。これは、1日の平均時間にして次のとおりである。

- ①介護等級 I：最低 90 分。うち、基本的介護が 45 分以上を占める。
- ②介護等級 II：最低 3 時間。うち、基本的介護が 2 時間以上を占める。
- ③介護等級 III：最低 5 時間。うち、基本的介護が 4 時間以上を占める。

5) 介護を必要とする子ども

介護を要する子どもへの援助の必要性を認定するには、同年齢の健常な子どもと比較するものとする。基準となるのは、年齢に基づき自然に発生する介護費用ではなく、それ以外の食事、身体の手入れ、さらに乳児年齢をすぎた子どもの場合には、可動性などの費用である(社会法典第 11 編第 15 条第 2 項)。

6) 介護等級 0

家事だけに援助が必要な場合、あるいはごくわずかな基本的介護が必要である場合(45 分未満)といった介護等級 I の区分基準に満たない軽度の要介護者(介護等級 0)は、介護保険の対象とはならず、必要な援助を受けるためには、全額自己負担となる。この場合の対象となるのは週に 1～2 回の家事援助や援助(たとえば洗濯、入浴等)である。要支援者が自己負担できない場合には、社会法典第 12 編(SGB XII)に基づく給付を受けることが可能である。社会法典第 12 編は、2005 年 1 月 1 日付で、これまで連邦社会扶助法に定められていた社会扶助の権利を(内容上、形式上の変更を加えた上で)社会法典に統合している。

資料 1 - 3 介護等級の区分

	基準	介護時間
介護等級 I (中度)	身体の手入れ、食物摂取および移動の領域の 2 つ以上の活動について、少なくとも 1 日 1 回の援助を必要とする。さらに週に数回、家事援助を必要とする。	最低 90 分。うち、基本的介護が 45 分以上を占める。
介護等級 II (重度)	身体の手入れ、食物摂取および移動に際して、毎日 3 度以上異なる時間帯に介助を必要とする。さらに週に数回、家事援助を必要とする。	最低 3 時間。うち、基本的介護が 2 時間以上を占める。

介護等級Ⅲ (最重度)	身体の手入れ、食物摂取および移動に際して夜間も含めて、24 時間体制の援助を必要とする。さらに週に数回、家事援助を必要とする。	最低 5 時間。うち、基本的介護が 4 時間以上を占める。
----------------	---	-------------------------------

(3) メディカルサービスによる認定手続

介護保険の給付手続は、利用者本人または被扶養家族からの介護金庫への申請により開始される。受給資格の審査は、介護金庫が行う。申請がない場合でも、介護金庫は、第三者から要介護状態またはこれに瀕している状態について情報を得た場合には、手続を開始しなければならない。

介護金庫により申請が却下された場合は、まず介護金庫に対する異議の申立、さらにはその後は社会裁判所への申立手続を行うことができる。

要介護状態の有無および程度の医学的な認定は、疾病保険メディカルサービスの専門職（主に医師と介護職）が行う（社会法典第 11 編第 18 条）。

メディカルサービスは、法定疾病・介護金庫が州レベルで組織している組織で、相談と審査の分野でさまざまな任務を担い、質の審査にも関わる。メディカルサービスは個々の疾病・介護金庫から独立しており、費用負担者の影響を受けることなく客観的な審査が確保される。認定審査は、メディカルサービス専任の医師、介護専門職、その他の適当な専門職によって行われる。2003 年では、全国のメディカルサービスにおいて、約 2,000 人の医師と 1,000 人の介護専門職が認定審査に従事した。

連邦レベルで中心的役割を果たしているのは、エッセン（ノルトライン＝ヴェストファーレン州）にある疾病金庫のメディカルサービス中央本部（Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen :MDS）である。MDS は、疾病金庫および介護金庫に医療や介護、公衆衛生制度のあり方について助言する。

そのうち、介護保険の関連分野における MDS の任務は、継続的な品質保証措置により統一性のある審査が実施されるよう、質の審査を保証することにある。MDS は、コーディネーターとしての役割りを担い、メディカル・サービスとの共同作業を支援し、一体的な実施の促進をはかる。そのための重要な基礎となるのが、メディカルサービス中央本部（MDS）のメディカルサービス（MDK）に対する以下の指導（2000 年 6 月 7 日付）である。

- － 訪問介護サービスの品質検査
- － 施設介護サービスの品質検査

これにより、金庫の種類や州の違いにかかわらず、統一的な判断基準と手続による審査が被保険者に対して保証されることになる。これと関連して、2003 年 7 月の「高齢者の食事および水分供給」に関する MDS の基本見解も重要な意味をもつ。約 10 年に及ぶ審査と検査の経験は、「訪問介護および施設介護における質」に関する MDS の第 1 回報告書（2004 年 11 月）にまとめられている。

法律は、疾病保険メディカルサービスが要介護認定手続に関与することを義務づけてい

る。メディカルサービスは、予防・リハビリテーションは介護保険給付に優先するという原則に基づき、同時にリハビリテーションの可能性と介護補助具と技術的援助を提供する必要性もチェックする。

メディカルサービスによる訪問審査は、初回審査と再審査を要介護者の居住領域で実施しなければならない。ただし、病院に入院中の申請者は、病院で審査を受けることができる。そのため、2002年1月1日には、重要な変更が行われた。すなわち、申請者が病院や入所リハビリテーション施設等に入院・入所中で、在宅または施設における継続的なサービスと介助を確保するために施設内で審査が必要であると指摘された場合には、管轄の介護金庫が申請を受理してから遅くとも1週間以内に、その場で審査を実施しなければならない。この期限は、地域の協定により短縮することができる。

要介護者の居住領域で審査をする場合には、医学的な視点ばかりでなく、在宅の介護状態・サービス供給状態と要介護者の社会的環境も確認しなければならず、全体的な状況から、どのような介護活動に特に負担がかかっているかに注意を払う。

また、リハビリテーションの可能性を確認するため、リハビリ措置により介護する介護者の負担が軽減できるかどうか点検しなければならない。

メディカルサービスの職務には、ケアプラン作成も含まれている。ケアプランは、基本的介護と家事サービスの分野で個別に必要な介助、補助具、技術的援助の情報を与え、リハビリ措置を提案し、要介護状態の今後の推移を予想し、そこから生ずる再調査の必要性についても触れる。

要介護状態の認定と介護等級の分類は、原則として有効期限が定められておらず、申請があれば等級を変えることが可能である。介護金庫は、要介護の調査を妥当な期間において繰り返すことを義務づけられている。要介護者の状態が改善した場合には、等級を下げることもできる。

メディカルサービスの認定は、介護金庫中央連合会「要介護認定に関する指針 (Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit :1995年4月1日発行、2002年1月1日改訂)」に基づいて実施される。この指針は、ドイツ連邦全体に共通する認定の基礎であり、介護金庫に対しても、メディカルサービスに対しても拘束力を発揮する。

3 介護保険給付

要介護者が、長い間慣れ親しんだ生活や家庭的環境において過ごすことは、重要である。介護保険制度は、在宅介護を施設介護よりも優先し、在宅介護の諸条件を徹底的に改善することをめざしている。また、介護する家族や世帯員の態勢が持続的に支援し促進されなければならない。

介護保険給付は、以下のようにまとめることができる (社会法典第11編第28条)。

① 在宅介護給付

a) 介護の現物給付

b) 現金給付 (自己で調達した介護援助の費用に充てる介護手当)

- c) 現金給付と現物給付の組み合わせ
- ② 代替介護（介護者に支障がある場合の在宅介護）
 - ③ 世帯員とボランティア介護者のための介護講習
 - ④ 介護者の社会保障給付
 - ⑤ 在宅介護における介護補助具と技術的援助
 - ⑥ 介護にともなう住宅改修のための補助金
 - ⑦ デイケアとナイトケア（部分施設介護）
 - ⑧ ショートステイ
 - ⑨ 完全入所施設介護
 - ⑩ 障害者ホームにおける完全入所施設介護
 - ⑪ 全般的な世話の必要性が高い要介護者のための付加給付（社会法典第 11 編第 45a 条）

このうち、①～⑧の給付は、在宅介護の強化に貢献するものである。

（１）在宅介護給付

在宅介護は、現物給付と現金給付に区別されるが、２つの給付は、相互に組み合わせることもできる（組み合わせ給付）。要介護者は、各種の給付を自由に選択する（社会法典第 36 条ないし第 38 条）。

在宅介護は、要介護者が自己の世帯で介護されることをかならずしも前提としていない。要介護者を受け入れる他の世帯、あるいは老人用ケア付き住宅、老人ホーム、障害者用ケア付き住宅またはこれに類似する障害者施設であってもよい。要介護者が介助を受けている施設が、介護保険法上の入所介護施設である場合に限り、在宅介護の給付は排除され、施設介護給付の請求権が生ずる。

在宅介護の給付（現物および現金給付）は、要介護度に応じて段階的に決められている（介護等級 I～III）。

介護手当（現金給付）は、現物給付の代用である。これにより、要介護者は、介護手当に見合った、世帯員やその他の介護者が在宅領域で提供してくれる介護を確保できるよう、自身で評価を与えられることになる。

在宅介護と介護手当の受給権は、要介護者が老人用ケア付き住宅、障害者用ケア付き住宅または類似の障害者施設に居住している場合にも及ぶ。ただし、居住者が施設内で自らの世帯を運営できることが前提となる。完全に居住領域にいるのではなく、一定の期間寮（＝家庭外）で介助を受けている要介護者については、これと並行して家庭内でも介護費用が生ずる場合には、介護手当も要求できる。

１）介護現物給付

「介護現物給付」においては、要介護者は、訪問介護施設の専門職によるサービスを要求する。ソーシャルステーションのサービスまたは民間介護サービスなどがその例である（社会法典第 11 編第 36 条）。介護保険は、法律に掲げられている最高限度額を上回らない範囲で、その費用を負担する。

現物給付の金額は、要介護状態の程度により決まってくる。月額は次のとおり。

- 介護等級 I 384 ユーロまで (約 54,000 円)
- 介護等級 II 921 ユーロまで (約 129,000 円)
- 介護等級 III 1,432 ユーロまで (約 200,000 円)

介護等級 III のうち、特に過酷なケースにおいては、現物給付を月間 1,918 ユーロ (= 約 269,000 円) まで認められる。特に過酷なケースでは、介護等級 III の通常の範囲をはるかに上回り、介護の費用が著しく高くなったり、集中的に発生したりすることが考えられる。たとえば、以下のような場合である。

- ガンまたは AIDS の末期段階
- 新生児期および幼児期における重度の奇形
- 重度の認知症

上記のような場合には、夜間にも定期的に数回の援助を受けなければならない。詳細は介護金庫中央連合会の『特に過酷なケースの指針 (Hartefall-Richtlinien)』(1996 年)に定められている。中央組織は、「特に過酷」条項が連邦全体で統一的に適用されるようにしなければならない。「特に過酷」条項は例外規定であり、その適用は、各介護金庫で保険に加入している介護等級 III の要介護者の 3% を超えてはならない。

介護金庫は、支払うべき給付額を要介護者に対してではなく、訪問介護施設に直接支払うものとする。これを上回る費用は、要介護者が自己負担しなければならない。

2) 現金給付

現物給付の代わりに、要介護者は現金給付を受給することができる(社会法典第 11 条第 37 条)。これも介護等級に応じて金額が段階別になっており、月額は次のとおりである。

- 介護等級 I 205 ユーロ (= 約 29,000 円)
- 介護等級 II 410 ユーロ (= 約 57,000 円)
- 介護等級 III 665 ユーロ (= 約 93,000 円)

介護手当(現金給付)は、介護金庫が要介護者に直接支払われ、受求権を有するのは、介護する世帯員ではなく、要介護者自身である。介護手当を報酬または謝礼として介護者に渡すのは、要介護者の裁量である。

但し、介護手当請求の条件は、要介護者が介護手当を使って必要な基本的介護と家事を適切な方法で自ら確保することであり、そのように行われているかどうかは、メディカルサービスが初回審査と後日の再審査でチェックする。

一方、介護手当のみを受給しているすべての要介護者は、自宅で、認可介護提供施設による相談サービスを受けなければならない。この際に、要介護者は認可訪問介護施設にサ

サービスを委託することができる。認可訪問介護施設が住居に訪問することができない場合には、介護金庫は（その介護金庫の職員ではない）介護専門職にこれを委託することができる。このアドバイスにより、在宅介護の質を確保すると同時に、介護者を定期的に援助し、実践的かつ専門的な介護支援が実行できる。

介護手当を受給しており、かつ認知症のような全般的な世話の必要性が高い要介護者は、法定期間内に、相談訪問サービスを2回受けることができる。2001年に導入された本規定は、認知症による能力障害、精神的障害または精神的疾病をもつ介護等級Ⅰ～Ⅲの要介護者を対象としている。

相談訪問に関しては、介護等級ⅠおよびⅡでは最高16ユーロ（=2,240円）、介護等級Ⅲでは最高26ユーロ（=3,640円）までを、管轄の介護金庫、または民間介護保険加入の場合には担当の民間保険会社が負担する。

現物給付受給の要介護者は、相談訪問を受けることができない。この場合、現物給付を実施する認可訪問介護施設のスタッフが、介護の一環として具体的な個別例に応じて要介護者または介護をする世帯員の指導・支援・相談の必要性を認識し、適切に配慮することが期待されている。

3) 組み合わせ給付

現物給付と介護手当は組み合わせて受給することができ（社会法典第11編第38条）、介護手当は、現物給付で受求する割合だけ減額される。

要介護者は、どのような比率で現金給付と現物給付を受給するのか、自身で決定し、その決定は、6か月間に変更できない。この規定により、介護金庫は、現物給付と現金給付の間の頻繁な変更によって過剰な管理上の出費が発生するのを回避できる。

2003年の現金給付と現物給付の受給者比率は、80対20であった。現金給付と現物給付の実際の支出額比率は63対37であり、これは組み合わせ給付を請求している要介護者の割合が比較的高いことに起因している。

(2) 介護者に支障がある場合の在宅介護

介護者が休暇、病気またはその他の理由により介護できない場合には、年に最長4週間までは、必要な代替介護の費用を介護金庫が負担する（社会法典第11編第39条）。これは、家庭領域における介護態勢と介護能力が維持され、促進されることを目的とする。

但し、前提条件として、介護者が介護できなくなった時点で、既に在宅環境において12か月以上介護していることとする。介護金庫の出費は、毎年1件につき1,432ユーロ（約200,000円）を上回ってはならない。

要介護者の二親等までの親類、姻戚関係にある者、または要介護者と共同生活を営む者（＝パートナー）が介護者として代替介護をする場合には、代替介護が職業として遂行されていないと推測される。この場合には、介護金庫の支出は、認定されている介護等級の介護手当を上回ってはならない。さらに介護金庫は、証明書の提示があれば、代替介護との関連で介護者に発生した必要経費を引き受けることができる。しかしながら介護金庫の支出は、全体で1,432ユーロ（約200,000円）を上回ってはならない。

(3) 家族やボランティア介護者のための介護講習

介護保険制度は、在宅介護を優先し、家族など世帯員、隣人、その他のボランティア介護者による介護態勢を支援し、それによって要介護者ができるだけ長く在宅環境に留まれるようにすることを目標としている（社会法典第 11 編第 45 条）。

介護者を支援し、在宅介護の質を改善するために、介護金庫は現場での研修（介護講習）を提供し、介護の負担を軽減し改善するための知識を教授する。介護金庫は、この講習を独自に、あるいは他の介護金庫と共同で実施することができる。また、介護金庫は、例えば任意の介護団体にその実施を委託することもできる。

介護講習の目的は、介護領域への社会参加を促進・強化し、介護や世話を容易にし、介護による肉体的・心的負担を減ずることにある。特に、要介護者の在宅環境で介護を自主的に行うために必要となる知識を、教え、深めることが肝要である。

研修は、要介護者の自宅においても実施すべきである。介護講習は、世帯員と、ボランティア介護活動に興味をもつすべての人に対して、無料で行われる。介護講習の無料実施は、公的介護保険への加入の有無に左右されない。

(4) 介護者の社会保障給付

介護者とは、要介護者を在宅環境で職業としてではなく介護している者、すなわち主に家族などの世帯員や隣人などである。

これらの介護者は、介護活動を引き受けたためにこれまで行ってきた職業活動を放棄することも珍しくはなく、職業活動を制限したり、職業そのものをできなくなったりする場合がある。それによって職業の収入を諦めるばかりでなく、年金保険の保護を失うことになる。

そこで、介護保険は介護者の年金保険料の支払いを引き受ける（社会法典第 11 編第 44 条）。対象となる介護者とは、介護のために、週 30 時間以上の就労に従事しておらず、勝老齢完全年金を未だ受給しておらず、週 14 時間以上家庭的環境の中で介護をする者である。介護等級および介護行為の量に応じて、月額最大支払額が規定されている。

－ 旧西独の各州：125～376 ユーロ（約 18,000～53,000 円）

－ 旧東独の各州：105～316 ユーロ（約 15,000～44,000 円）

連邦保健・社会保障省第 3 回介護報告書（Dritten Pflegebericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung:2004 年 11 月）によれば、2001～2003 年では、年間約 10 億ユーロ（= 約 1,400 億円）が 50 万人以上の介護者に支払われ、うち 90%以上が女性と報告されている。

年金保険の保険料が支払われることで、介護者は老齢保障に関してはいかなる不利益もこうむる心配がなくなる。

介護活動中、介護者は法定労災保険の保護を受ける（社会法典第 11 編第 44 条）。それにより発生した費用は、地方自治体が負担する。そのための前提条件は、介護活動が職業

として遂行されていないことである。

(5) 在宅介護における介護補助具と技術的援助

介護金庫はさらに介護補助具の費用を負担し、在宅介護の負担を軽減し、要介護者が自力で生活を営むことを可能にすべく、世帯内における技術的援助への補助金を支払う（社会法典第11編第40条第1項および第2項）。

消耗品として指定されている、補助具とみなされるのは、たとえば消毒剤やパッドなどである。技術的援助とは、介護用ベッドまたは昇降装置などである。補助具に関しては医師の指示は必要ないが、介護金庫は、申し込みのあった介護補助具を支給する必要性の有無を、介護専門職またはメディカルサービスの協力を得て審査する。

介護保険の費用負担を制限するため、消耗品とみなされる補助具への介護金庫の出費は、月に31ユーロ（=約4,300円）を上回ってはならない。

技術的補助具も、同じくコスト抑制のために、可能な場合には要介護者に貸与という形で提供するものとする。介護金庫は、要介護者が介護補助具に適合し、自分で／介護者が使用法を会得できるかどうかにより、許可を出すか決めることができる。ただし満18歳以上の保険加入者は、補助具の費用の10%を自己負担する。各補助具につき、自己負担の最高額は25ユーロ（=約3,500円）である。それにより被保険者は、経済性に配慮するきつかけを与えられる。消耗品とみなされている補助具、ならびに貸与されている技術的援助に対しては、追加支払いを課せられることはない。ただし、差し迫った理由がないのに被保険者が技術的援助手段を貸与の形で受けるのを拒否した場合には、その者は補助具の費用を全額自己負担しなければならない。

(6) 住宅改修補助金

介護補助具と技術的援助に並行して、介護にともなう住居の改修にも補助金が支払われる（社会法典第11編第40条第3項）。

住居の瑕疵は、要介護者が自宅に留まらず、特に退院後にふたたび居住領域に戻れなくなる決定的な要因となることがしばしばある。

従って介護金庫は、それによって在宅介護が可能となる、負担が軽減される、あるいは要介護者が自力で生活を営めるようになることが確かな場合には、居住環境を改善するための補助金を出すという選択肢を、補足的に認めている。たとえば、以下のような場合である。

- － ドアの拡張
- － 浴槽のシャワーへの交換
- － 階段用リフトの設置
- － 取っ手の取り付けのような小規模な措置
- － 通り抜け可能な施設のための車イス

補助金の額は、対策に要する費用を考慮し、要介護者の妥当な自己負担額を算定して決

定される。自己負担分は、要介護者の収入を基準として決める。介護金庫の補助金は、1件につき2,557ユーロ（=約358,000円）を上回ってはならない。

（7）部分施設介護（デイケア、ナイトケア）

要介護者は、十分な在宅介護が確保できない場合、あるいは在宅介護の補完または強化のために必要とされる場合には、デイケアまたはナイトケア施設での部分施設介護を請求できる（社会法典第11編第41条）。部分施設介護には、必要に応じて要介護者を住宅からデイケアまたはナイトケア施設までの送迎サービスも含まれる。

要介護状態の等級に応じて、1か月に、以下の金額が支払われる。

- － 介護等級 I : 384ユーロ（約54,000円）まで
- － 介護等級 II : 921ユーロ（約129,000円）まで
- － 介護等級 III : 1,432ユーロ（約200,000円）まで

在宅介護給付との組み合わせも可能で、介護現物給付だけでなく介護手当との組み合わせも可能である。この場合には、給付の額は、割り当てに応じて各種給付に分配される。

部分施設介護は、現物給付として提供される。この中には、介護にともなう費用、社会的な介助（福祉団体やボランティアなどによる介助）、2007年6月30日までは医師の指示に基づく治療ケアの費用も含まれている。

（8）ショートステイ

一時的に在宅介護も部分施設介護も不可能な場合には、要介護者をショートステイ施設に収容することができる（社会法典第11編第42条）。これが該当するケースは、次のとおりである。

- ① 要介護者の入院治療に引き続く移行期。
- ② 一時的に在宅介護または部分施設介護が不可能、あるいは不十分であるような他の危機的状況。

ショートステイの請求は、年4週間までに限定されている。介護金庫の出費は、年間1,432ユーロ（=約200,000円）を上回ってはならない。

ショートステイは、部分施設介護と同様に、介護にともなう費用、社会的な介助、2007年6月30日までは医師の指示に基づく治療ケアの費用を含む。

（9）完全入所介護

要介護者は、在宅または部分施設介護が不可能な場合、または個別の特殊事情のためにこれを考慮できない場合には、入所施設における介護を請求できる。介護金庫は、現物給付として下記を負担する。

- － 介護にともなう費用
- － 社会的な世話の費用
- － 2007年6月30日までは医師の指示に基づく治療ケア

宿泊および食費は、要介護者が、在宅看護時同様、自己負担となる。2007年6月30日までの移行期間について、介護金庫が負担すべき月給付額（定額）は下記のとおりに決められている。それに基づいて、介護金庫は毎月下記の金額を負担する。

- － 介護等級 I 1,023 ユーロ（約 143,000 円）
- － 介護等級 II 1,279 ユーロ（約 179,000 円）
- － 介護等級 III 1,432 ユーロ（約 200,000 円）
- － 特に苛酷 1,688 ユーロ（約 236,000 円）

しかし、月額、最高でホーム利用料金総額の75%を超えてはならない。ホーム利用料金総額の75%という制約については、原則として個々の入所している要介護者が宿泊とケアの費用を負担しなければならないことが考慮されている。その他、個々の介護金庫の施設介護支出は、入所している各要介護者につき年平均して15,339ユーロ（＝約114万8千円）を超えてはならないという制限が適用される。この平均額を上回る場合には、個々の要介護者について定められている介護金庫の給付額がそれにあわせて減額される。

介護給付補完法（PfLEG 2001）において、医師の指示に基づく治療ケアを給付するための費用は、2005年1月1日から法定疾病金庫が引き受けることが定められた。しかしながら、この期日については、2005年1月1日に施行された行政簡易化法によって、2007年7月1日に延期された。この延期は、ショートステイ施設にも、部分的介護施設と入所介護施設にも適用される。

（10）障害者施設の完全入所施設介護

介護金庫は、障害者施設に入所している要介護者のために、施設運営者と社会扶助機関との間で取り決められているホーム利用料金の10%を負担する。介護金庫の費用は、個別には月256ユーロ（約36,000円）を上回ってはならない（社会法典第11編第43a条）。

障害者施設とは、労働や共同体における生活への参加、学校教育あるいは障害者教育が施設目的の前面に押し出されている施設である。

介護金庫の給付は、ショートステイ施設や部分介護施設／入所介護ホームにおける介助と同様に、介護にともなう費用、社会的な介助、2007年6月30日までは医師の指示に基づく治療ケアの費用を網羅する。

介護保険の動向に関する第3回報告書によると、2003年末現在、約60,000人の要介護者が障害者施設で介助を受けていた。

（11）全般的な世話の必要性が高い要介護者の給付

介護保険の今後の発展において重要なマイルストーンとなるのが、2001年12月14日の「全般的な世話の必要性が高い要介護者の在宅介護給付の補完に関する法律（Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei hauslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf）」（連邦官報第I部、2001年、3728頁）、略して介護給付補完法（Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz: P f l E G）である。

2002年1月1日に発効したこの法律（「第1認知症介護法（Erstes Demenzpflegegesetz）」とも呼ばれる）は、相当の全般的な世話のニーズを伴う、認知症、精神的障害、精神的疾病をもつ要介護者のサービス供給状況を改善するための新规定が設けられている。措置のパッケージにより、こうした全般的な世話ニーズの高い要介護者の在宅介護について、特に強化がなされた。全般的な世話の必要性が高い要介護者の追加給付だけでなく、同時に追加的な世話の提供を促進するための資金も提供される。

資料1-4 ドイツ介護保険の給付概要 単位：ユーロ

		介護等級 I	介護等級 II	介護等級 III	
		中度の要介護	重度の要介護	最重度の要介護	特に苛酷
在宅介護	在宅介護現物給付（月給付額）	384	921	1432	1918
	介護手当（月給付額）	205	410	665	
代替介護	年4週間までの代替介護（年限度額）	205 ¹⁾	410 ¹⁾	665 ¹⁾	
		1432	1432	1432	
ショートステイ	年4週間まで（限度額）	1432	1432	1432	
部分介護（デイケア、ナイトケア）	月限度額	384	921	1432	
全般的にケアの必要性の高い要介護者のための付加給付	年（限度額）	460	460	460	
完全入所介護	月給付額	1023	1279	1432	1688
障害者ホームの完全施設介護	介護費用	ホーム報酬の10%。 （但月額上限256ユーロ）			
消耗品の補助具	月限度額	31			
技術的補助具	支出額	費用の90%。 各補助具につき最大25ユーロの自己負担。			
住宅改修	支出限度額	1措置につき2557ユーロ。 相応の自己負担を伴う。			
介護者のための年金保険料支払	介護行為の量 ²⁾ に応じた月支払い限度額	125	251	376	
	新規加入州	105	211	316	

1) 非職業的な介護者の必要な支出（収入減への補償、交通費など）を添付し、証明することにより、合計 1,432 ユーロまで償還される。

2)介護者が30時間未満の就労活動で、かつ老齢完全年金をまだ受給していない場合に、週の介護行為が最低で14時間の場合。

出典：Federal Ministry of Health and Social Security [Selected Facts and Figures about Long-Term Care Insurance, Benefit provided by LTCI scheme, 1.A Survey of benefits and services]

(12) 給付の推移

介護保険のその後の動向を評価するために、要介護者数と並んで、受給者数と構造、個々の介護等級における分布は、非常に重要な意味がある。介護等級と給付の種類は、介護保険の支出動向に決定的な影響を及ぼす。

現在、公的介護保険と民間介護保険には、約136万人の在宅給付の受給者、約65万人の施設給付の受給者がいる。そのうちの約60,000人は、障害者援助施設の施設給付を受けている。全体として約200万人の要介護者が、介護保険の訪問給付と施設給付を受けていることになる。

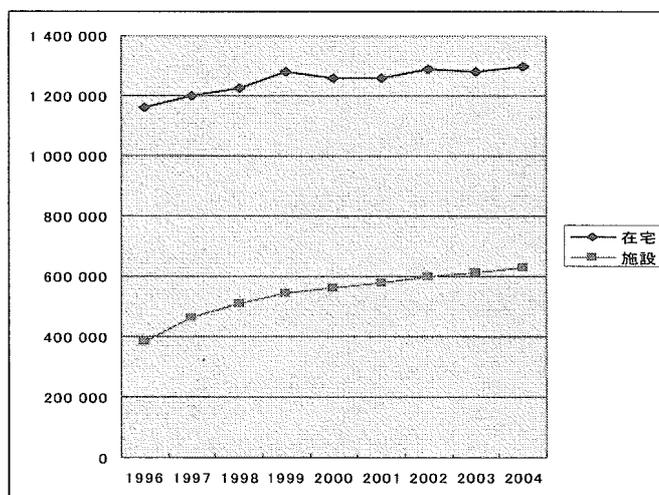
給付別と介護等級別の分布は、連邦保健・社会保障省第3回介護報告書（Dritten Pflegebericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung:、2004年11月）にまとめられている。

1) 公的介護保険

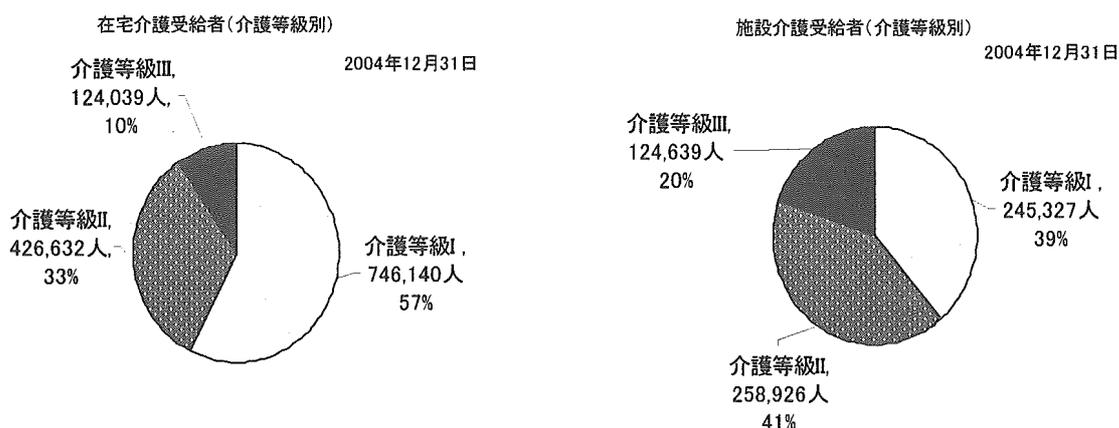
2003年末時点の介護金庫の業務統計によれば、約128万人の要介護者が、公的介護保険の在宅給付を受けている。施設給付を受けている要介護者は、2003年末の時点で、約61万人で、そのうちの約60,000人は障害者援助施設の施設給付を受給している。

受給者数は、介護保険の導入以降、明らかに増加している。ただし最近数年間は、要介護者数の増加は、導入当初ほど著しくはない。要介護者数の増加は、在宅介護よりも入所施設介護の分野で比較的顕著である。2003年末の時点で在宅給付を受けている人の数は、1999年末から横ばいであるのに対し、施設介護受給者数は同時期と比較した場合、12.1%増加している。

資料1-5 公的介護保険受給者数（在宅・施設）



出典：Federal Ministry of Health and Social Security [Selected Facts and Figures about Long-Term Care Insurance, をもとに作成



出典：Federal Ministry of Health and Social Security [Selected Facts and Figures about Long-Term Care Insurance, をもとに作成]

① 介護等級別の受給者

2003 年末の時点の在宅介護給付受給者は、以下のようになっている。

- 介護等級Ⅰ : 732,000 人 (57.2%)
- 介護等級Ⅱ : 424,000 人 (33.2%)
- 介護等級Ⅲ : 123,000 人 (9.6%)

介護等級Ⅲのうち、約 1,100 人の要介護者 (= 介護等級Ⅲの 0.9%) は、特に過酷なケースとして、1か月に最高 1,918 ユーロ (= 約 269,000 円) までの現物給付を請求する権利が認められた。認可介護施設または障害者施設で施設介護を受けている要介護者は、2003 年末の時点で次のとおりである。

- 介護等級Ⅰ : 237,000 人 (38.8%)
- 介護等級Ⅱ : 254,000 人 (41.4%)
- 介護等級Ⅲ : 121,000 人 (19.8%)

介護等級Ⅲのうち、約 3,000 人の要介護者 (= 介護等級Ⅲの 2.5%) が、施設領域における特に過酷なケースとして認められ、1ヶ月に最高 1,688 ユーロ (= 約 236,000 円) までの給付請求権を認められた。

② 給付の種類別の受給者

給付の種類は、現在でも介護手当の占める割合は大きい。2003 年の年平均では、受給者の 49% がこの給付タイプを選択した。これに続くのが下記の給付である。

- 入所介護 (27%)

- 組み合わせ給付（10％）
- 介護現物給付（9％）
- 障害者施設における入所介護（3％）

その他の給付タイプ（デイケアおよびナイトケア、ショートステイ、介護者が不在の場合の在宅介護）は、性質上、補完的あるいは時間的な制限付きの給付であるので、その占める割合は少ない。

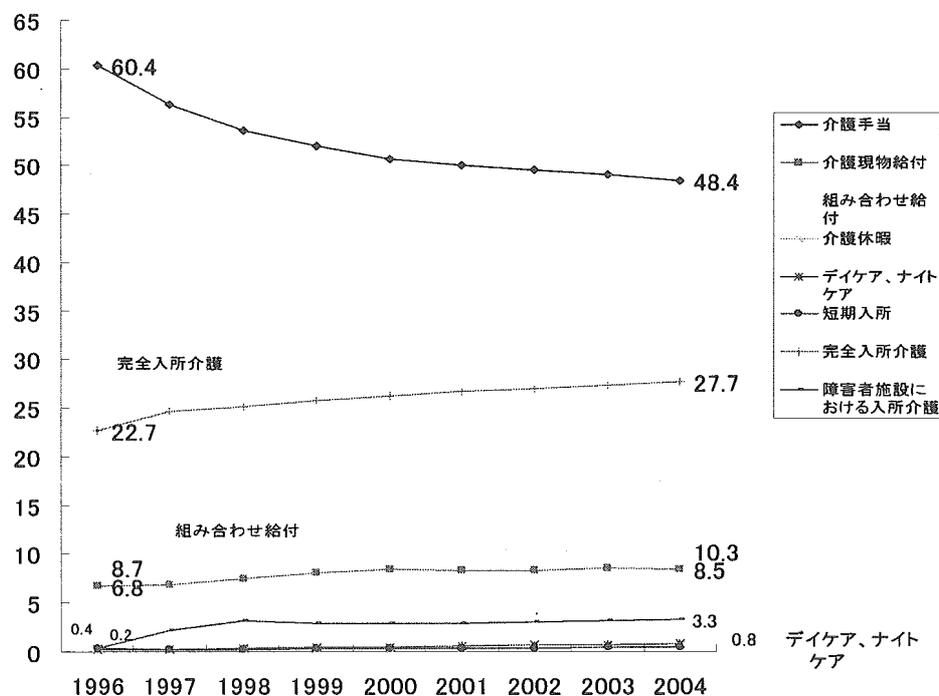
給付の種類は、介護等級別にその分布が異なる。介護等級 I では介護手当がきわめて優位に立っている。しかし介護等級 II では、組み合わせ給付と入所介護が増え、介護手当は後退する。そして介護等級 III では、入所介護が介護手当を上回る最も重要な給付タイプとなる。時間の経過とともに、介護手当受給者の割合は若干減る傾向にある。それに対し、介護現物給付、組み合わせ給付、入所介護給付の受給者の割合は、それぞれ若干増えている。以前は低いレベルであったのに、顕著に増加したのが、デイケアとナイトケアの利用である。

③ 年齢および性別と受給者数の関係

当然のことながら、要介護状態は高齢者に集中しがちである。2003 年末の時点で、在宅介護受給者の約 44％が 80 歳以上で、施設介護では、その率が 63％にも上っている。

要介護者の過半数は、平均余命の関係で女性である。その占める割合は、入所している要介護者の 76％で、在宅介護を受けている要介護者の率（64％）よりも高い。

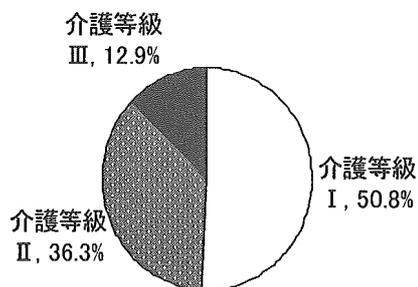
資料 1-7 介護給付の推移（1996～2004 年）



出典：Federal Ministry of Health and Social Security [Selected Facts and Figures about Long-Term Care Insurance, をもとに作成]

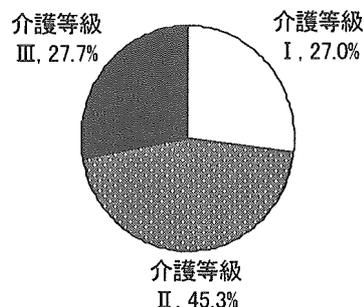
民間介護保険在宅介護受給者(介護等級別)

2003年12月31日



民間介護保険施設介護受給者割合(介護等級別)

2003年12月31日



出典：Federal Ministry of Health and Social Security [Selected Facts and Figures about Long-Term Care Insurance, をもとに作成]

2) 民間介護保険

民間介護保険の2002年末の業務統計によれば、民間介護保険加入者のうち、約79,000人の要介護者が在宅介護を、約35,000人が入所施設介護を受けている。障害者援助施設における入所給付は、それだけで統計をとっていないが、それほど大きな数には上らないと考えられる。

民間介護保険は、1999年から2002年の間に、公的介護保険の場合と同様、要介護者の数が3倍にも跳ね上がった。原因は、比較的若かった被保険者が、この数年間のうちに、より高い介護リスクを負う年齢グループに入ってきたことにある。この増加傾向は、在宅介護と入所施設介護の両分野で共に著しかった。

2002年末現在、要介護者のうちで訪問介護受給者は次のとおりである。

－ 介護等級 I	50.7%
－ 介護等級 II	36.3%
－ 介護等級 III	12.9%

施設介護を受けていた人の割合は次のとおり（2002年末現在）。

－ 介護等級 I	26.2%
－ 介護等級 II	45.7%
－ 介護等級 III	28.2%

公的介護保険と比較して、民間介護保険では重度の介護等級に区分されている人が多いのが特徴である。これは、主として民間介護保険に加入している人的集団の構造上の特性

と、要介護者の平均年齢が高いことに起因するのであろう。公的介護保険と同様、要介護者の多くが80歳以上である。2002年末時点で、在宅給付を受けている要介護者は約52%、施設介護は約76%であった。また、要介護者の半分以上が女性である。但し、その割合は、在宅介護が約55%で公的介護保険よりも低い一方、施設介護は約74%で、公的介護保険とほぼ同率であった。

4 リハビリテーションの優先

介護保険は、「予防とリハビリテーションは介護に優先する」という基本原則を前提としている。

要介護状態は通常、常に安定した状態ではなく、予防や治療、あるいはリハビリ的措置や活性化介護によって影響を受けるプロセスである。従って要介護状態とは、回避、克服、緩和することができ、要介護状態に陥った後にも、予防措置やリハビリテーションの措置を著しく必要とするものといえる。そうしなければ、一人で生活したり、自立できる状態に復帰することは難しい。このような事情から、介護保険法は特に以下のような規定をしている。

①介護金庫は、管轄の給付運営者に、早期に予防、疾病治療および医学的リハビリテーションのための適切な給付が開始され、要介護状態に陥るのを回避するよう指示することができる（社会法典第11編第5条）。給付運営者は、その給付権の範囲内で要介護状態に陥った後にもリハビリテーションのための医療的給付や補足給付を全面的に行わねばならず、要介護状態を克服したり、縮小したり、悪化を防ぐようしなければならない。

②疾病保険のメディカルサービス（MDK）は、個々の事例において要介護状態に関する自らの判断に基づきリハビリの可能性を検査しなければならない。メディカルサービスが医学的リハビリテーションを適切、必要、かつ要求しうるものと判断すると、被保険者は、クアを除く外来の医学的リハビリテーションについて法的請求権を有する（社会法典第11編第18条第1項）。

③介護金庫は、個々に、要介護状態の克服や縮小、あるいはその悪化を防ぐために医学的リハビリテーションの給付や補足給付の内容を検査する。介護保険法に基づく給付に問題がない場合には、事後調査で医学的リハビリテーションの給付が適切であったか、問題がないか検査する。介護金庫が個々に医学的リハビリテーション給付を通知する場合には、被保険者とリハビリの担い手に遅滞なく連絡しなければならない。介護金庫は、医学的リハビリテーションの給付請求の際にも、特にその申請時において被保険者を支援する。

④介護金庫は、差し迫る要介護状態の回避、既に生じている要介護状態の克服、緩

和、悪化を防止するため、さもなければ、迅速な措置の開始が損なわれ、かつ即時的な給付が不可欠な場合には、医学的リハビリテーションの暫定的給付を行う。介護金庫は、事前に管轄の担当機関に通知し、給付の緊急の必要性を指摘する。担当機関が適時に行動しない場合には、介護金庫が暫定的に行う（社会法典第 11 編第 32 条）。

この規定の意味における給付運営者は、通常疾病保険または年金保険である。公的疾病保険については、社会法典の第 5 編に明白な記述がある。疾病金庫は、医療リハビリテーションの給付や扶助の給付を、要介護状態の回避や緩和という目的をもって行わねばならないのである。これは、要介護状態が発生した後でも同様である。

第 3 回介護報告書（2004 年 11 月）によれば、MDK（疾病保険のメディカルサービス）は、2003 年の意見書において、事例の約 6 %において医療リハビリテーション給付を推奨している。

リハビリと活性化介護は区別する必要がある。要介護者の活性化とは、要介護状態が発生した後に介護保険の課題となるのである（社会法典第 11 編第 28 条第 4 項）。いずれにせよ、この介護は、独自の給付は有さず、全て介護給付の中にその一部として組み入れられている。

要介護状態の克服、介護状態の改善、あるいは悪化を阻止するための、要介護者の積極的姿勢は、その重要な前提である。そのためには、たとえば、寝たきりの要介護者が立ち上がり、歩けるようにするための励ましや補助、受け身の食事摂取ではなく、一人で食べられるようにするための指導がある。また精神的な励まし、独居者に対する励ましもこれに含まれる。要介護者の能力を維持するための訓練、失われた能力をできる限り回復させる場合も同様である。

要介護者は、その自立性や残存能力を保持・発揮するため、すべての介護給付の実施の際にその協力のための指導を受けなければならない。活性化措置は、すべての身体の動きに関係するが、家事、日々の組織的なルーチンワーク、住居の形態、介護ホームの部屋の形にもかかわる。要介護者の身内の者も活性化介護に関与すべきであろう。

5 要介護者の疾病治療

公的介護保険給付の他にも、要介護者は、公的疾病保険に対する請求権を有する。特に以下のような目的をもつ各種給付がある。

- － 病気と病気の悪化予防（予防、医療扶助）
- － 病気の早期発見
- － 病気の治療

疾病の治療には特に以下のものが含まれる。

- － 医師および精神療法上の治療としての精神療法を含む医師の治療
- － 義歯の使用を含めた歯科医の治療

- － 薬剤、救急用品、治療剤および補助具の使用
- － 患者の在宅介護および家事手伝い
- － 病院での治療
- － 医療リハビリテーションおよびその補助給付

ここでは、特に、要介護者にとり重要な医師による治療と医療的ケアという2つの分野について説明する。

(1) 医師による治療

医師による治療とは、医師の技能に応じ、充分かつ合目的な疾病予防、早期発見、治療のための医師によるすべての行為である。公的医療保険に加入した要介護者は、認可されている保険開業医の中から自由に選択することができる。

要介護者による医師の選択は、要介護者が在宅、あるいは介護施設で介護を受けているかに依存しない。このことは、要介護者が介護施設に入所した後にも、引き続きその信頼する開業医の治療を受けられるという利点がある。

医師による治療は、公的医療保険の現物給付である。開業医の精算手続は、医療金庫の医師の同意により行われる。被保険者は、この精算手続にかかわらない。

介護施設は、医師を常駐でおいていない。そのような業務に対する支払いは、医療保険からも介護保険からも行われぬ。その報酬を人件費として、要介護者が支払うホーム報酬の中に算入させることも許されない。

2004年1月1日以来、18才以上の被保険者は、四半期中の初診時に、10ユーロ(1,400円)の診療費を現金で支払わなければならない。これは、在宅、または介護施設で医師による治療を受ける要介護者についても適用される。

医師による訪問治療ではその治療目的を達成できず、入院または部分的な入院が必要な場合には、入院治療を受けることができるが、18才以上の被保険者は、最長で年28日、一日あたり10ユーロ(1,400円)を負担する。入院治療は、包括的な給付であり、医師の治療、病人介護、薬剤、救急用品、治療剤および補助具の提供、それに宿泊およびケアを含む。

(2) 医療的ケア

医療的ケアにおいては、在宅の患者ケアと部分入所施設または完全入所介護施設における治療ケアとを区分しなければならない。

1) 在宅患者ケア

在宅で疾病にかかった場合、要介護被保険者は、医師による治療だけではなく、在宅患者ケアを利用することもできる(社会法典第5編第37条)。

医師による在宅患者ケアの指定は、医療上の必要性がある場合に行われる。在宅患者ケアは、被保険者負担またはその家族の負担において行われる。以下が対象となる。