

- － 病気を治療し、その悪化を防ぎ、あるいは病気による苦痛を緩和することに利用され、通常は介護専門家または介護要員に委ねることができる医師の治療措置（治療ケア）。
- － 日常生活における**基本的介護**。
- － 自立した家計を維持するのに一般に必要とする基本的な必要事項の維持のための措置（家事サービス）。

被保険者は、必要な行為を自ら行うことができないか、あるいは世帯者が自ら介護や介助を必要な範囲ですることができない場合、その限りにおいてのみ在宅患者ケアを利用することができる。

在宅患者ケアの指定は、被保険者が病気のため、医師の治療を必要とし、かつ在宅の病人介護が医師による治療計画の一部である場合にのみ許される。在宅患者ケアは、医師の支援のもと以下のような目的をもつ。

- － 被保険者が、できる限り早期に自己の家庭での生活に復帰できるようにする（病院回避ケア）。
- － 訪問による医師の治療を可能にし、その結果を保証する（保全ケア）。

**病院回避ケア**（病院代替ケア）は、以下の場合に在宅病人介護を指定することができる。

- － 病院治療もあり得るが、実行できない場合。たとえば、被保険者が病院への入院に検証可能な理由から同意しなかった場合。
- － 在宅病人介護の措置を伴う医師の訪問治療で補完されるため、必要となる病院治療の代替が可能で、病院治療を回避できる場合。
- － 病院治療が短縮された場合。

病院回避ケアは、個々に必要な治療ケア、基本的介護、それに家事サービスも含む。

**保全ケア**としての在宅患者ケアは、訪問による契約医師の利用が在宅患者ケアの措置によりできる場合に指定することができる。このような場合、在宅患者ケアは、治療ケアとしてのみ指定することができる。基本的介護および家事サービスは、保証ケアの範囲内では独立して指定できず、必要とする治療ケアと一緒になければ指定できない。さらに、病院の定款にそのことが規定されていることが前提である。

重要な点は、病院代替ケアの場合も、保全ケアの場合も、被保険者は、介護保険からの給付を受けないということである。医療的ケアとして、疾病保険からの給付となる。

医師の判断によって、要介護の必要性について診断されると、メディカルサービスによる要介護認定審査に引き継がれ、認定後は、病院による**基本的介護**および**家事サービス**の提供はできなくなる（社会法典第5編第37条第2項）。この場合の業務範囲は、公的介護保険の**基本的介護**と**家事サービス**が該当している。

治療ケア、基本的介護、家事サービスの利用は、疾病ごとに4週間に限定されている。

但し、メディカルサービスによる審査後に、疾病金庫が在宅患者ケアについて長期ケアを認める場合は例外とする。

## 2) 施設における医療的ケア

病院、リハビリ施設、(宗教関係の) 宿泊施設、介護ホーム、身体障害者ホームなどの入所または部分入所の期間については、在宅患者ケアは指定できない。

既に述べたように、介護給付補完法(PfIEG2001年)には、医療ケアに必要な費用については、2005年1月1日より疾病金庫が引き受けると規定されている。しかしながら、この期日は2005年1月1日に施行された行政簡易法により2007年7月1日まで延期された。この延期は、ショートケア施設に対しても、入所介護施設に対しても適用される。

この件については、「医療治療ケアのコストは、いつまでも財政的に制約された介護保険の給付予算に依存することはできない。このことは、ホーム居住者も法定疾病保険の保険料を支払っていることから正当化することはできない。疾病保険の給付に対する法的請求権は誰かが疾病ケアを施設で行おうが在宅で行おうが何ら違いはないのである」(連邦参議院連邦議会印刷物13/4521、1996年5月3日の決定)。

この問題が、すべての政党の手によって介護保険の責任ある改革、あるいはさらなる発展につながり解決されることが期待される。

## 6 契約および報酬

ドイツ介護保険法は、国民に対する介護サービスの供給は、社会全体の課題であると解している。介護施設、地方自治体、介護金庫は、給付能力があり、地域ごとに組織された地域密着型の、かつ相互に調整のとれた在宅介護と施設介護サービスの供給を国民に保証するために、密接に協力し合う義務を負っている。

法は、社会連帯における個々の関係者の責務と使命を、次のように具体的に規定している。

- ① 介護施設は、その給付を請求する要介護者を、一般に認められている医療・介護の知見に基づいて、介護し、サービスを提供し、世話することを義務づけられている。給付の内容と構成は、人間の尊厳を尊重し、人間的でかつ要介護者を活動的にするような介護を保証しなければならない(社会法典第11編第11条)。
- ② 各州は、効率的で、量的に十分な、かつ経済的な介護の供給体制を維持する(かつ資金を調達する)責任を負っている(社会法典第11編第9条)。
- ③ 介護金庫は、被保険者の介護サービスを確実に供給する責任がある(保障の任務)。その際に介護金庫は、介護・保健・社会サービスの関係者と協力し、介護供給体制における欠陥を取り除くことをめざすものとする。介護金庫は、要介護者に必要な援助を手配し確保して、個々のケースに対し、医師の治療、治療ケア、リハビリテーション、基本的介護、家事サービスをシームレスに支障なく実施する使命がある(社会法典第11編第12条、第69条)。

責任範囲を割り当て、あるいは統合することにより、介護の質に関する重要な尺度が同時に規定される。

ドイツ介護金庫は、原則としてその保障の任務を遂行するために、専用施設と職員を擁していない。すなわち、第三者の援助に依存している。保障の任務のため、介護金庫は、以下を在宅介護事業所や介護施設運営者との間に締結する。

- － サービス供給契約
- － 給付および質に関する協定
- － 報酬協定

その目標設定と任務の遂行においては、介護施設運営者の多様性、自立性、独立性ならびに自己理解を顧慮しなければならない。

### (1) サービス供給契約による介護市場参入の認可

介護金庫は、サービス供給契約を締結した認可介護施設のみによって、訪問介護と施設介護を提供することが認められている（社会法典第11編第72条）。

サービス供給契約は、被保険者による在宅介護・施設介護の給付請求と、被保険者の介護サービス供給に関する介護金庫の保障責務とを結ぶ役割をはたす。

#### 1) サービス供給委託

サービス供給契約は、存在の根拠づけとなる、「認可」を伴う契約である。契約では、介護施設が契約期間中に提供すべき介護給付の種類、内容および範囲が定められる。

サービス供給契約ひいてはサービス供給委託の対象は、被保険者が法律に基づく請求権を有する現物給付またはサービス給付のみである。すなわち、在宅介護の場合、基本的介護と家事サービス、施設介護の場合には、完全入所または部分施設介護とショートステイである。

#### 2) 契約当事者

サービス供給契約の当事者は、次のとおりである。

- － 給付者側：個々の在宅事業所および介護施設の運営者
- － 介護保険側：介護金庫の州連合会

介護金庫の州連合会は、州法に基づき管轄権を有する地域内運営者／社会扶助の地域の枠を超えた運営者と協力し、合意を得なければ、サービス供給契約を結ぶことはできない。

#### 3) 認可の前提条件

介護金庫の州連合会は、給付能力があり経済的な介護サービスの供給を保証できる介護

施設（在宅事業所・ホーム）としか、サービス供給契約を締結することはできない。給付能力と経済性という2つの概念は、介護に必要な品質を含んでいる。さらに、2002年から適用されている新规定に基づき、介護施設（在宅事業所・ホーム）は、内部に品質マネジメントシステムを導入することを義務づけられている。

介護施設（在宅事業所・ホーム）の認可は、需要に左右されてはならない。需要計画は存在しない。その限りにおいて、介護保険法は病院部門と一線を画する。病院部門では（病院財政法に基づいて）認可が得られるかどうかは、その病院が「需要に見合った」サービスを住民に供給しなければならないという追加条件を満たしているか否かに左右される。

認可の条件が、「給付能力のある経済的な」サービス供給の保証に限定されていることにより、介護金庫州連合会には、現実の需要を上回っても、被保険者の介護のための介護施設を認可することが認められている。それにより、認可介護施設の市場が閉鎖的になるのを防ぎ、イノベティブな新規給付提供者が「介護市場」に参入する道が開かれ、介護施設間の競争が促進される。

#### 4) 法的効果

サービス供給契約は、国内の介護施設とすべての介護金庫に対して直接的な拘束力を発揮する。これを締結することにより、介護施設は契約期間中、被保険者に対する介護サービスの供給を認可される。それにより介護施設（在宅事業所・ホーム）は、法律上の権利と義務が相互に結び付いている公法上の社会給付制度に組み込まれる（社会法典第11編第72条第4項）。すなわち、

- － 認可介護施設は、そのサービス供給委託の枠内で、被保険者に介護サービスを提供することを義務づけられる。
- － 訪問／施設介護給付の報酬を、法律に則って定める権利が与えられる。

その際、報酬に関しては協定原則が適用されることに留意しなければならない。

#### 5) 解約

サービス供給契約は、新規のサービス供給契約により解消するまで、あるいは解約を告知されるまで有効である。原則として1年の期限をもって、解約することができる。介護施設に瑕疵がある場合には、告知期間なしの解約も可能である（社会法典第11編第74条）。

サービス供給契約の解約告知に対しては、その却下を社会裁判所に申立することができる。

#### 6) 介護金庫の情報提供義務

要介護者は、さまざまな認可施設運営者（事業者、ホーム）の中から選択をすることができる。法は、要介護者に対し、その居住圏にある認可介護施設の給付と価格に関する総合的な情報を提供することにより、この選択権を支援する（社会法典第11編第7条第3項）。

介護金庫は、すべての要介護者に対して、少なくとも、給付申請の承認通知の時までに、居住圏内で介護サービスを提供する認可介護施設の給付と報酬に関する比較一覧リストを

手渡さなければならない。

給付・価格比較リストには、介護施設のために給付・品質協定と報酬協定の現行規定が含まれていなければならない。同時に、要介護者に対しては、その個人的状況を勘案してどの介護給付が考慮の対象となるかについてアドバイスが与えられる。

情報提供により、既存の提供内容の一覧性が改善されるばかりでなく、介護施設間の競争が促進される。要介護者は、介護サービスを要求するに当たり、どれが最も適しているかを自ら検討できなければならない。

## (2) 介護サービスに関する枠組契約と連邦勧告

介護保険制度は、公的疾病保険のように経済性の要請を受け（社会法典第 11 編第 29 条第 1 項）、給付は、効果的かつ経済的でなければならない。

社会法典第 11 編は、この要請の履行と実現を介護金庫と介護施設の自治に委ねている。介護金庫州連合会は、在宅・施設の運営者連盟と枠組契約（州レベル）を締結し、連邦レベルで勧告（連邦勧告）を出すことが規定されている。これによって、被保険者の効果的で経済的な介護サービスを確保する（社会法典第 11 編第 75 条）。

州レベルにおける契約当事者は介護金庫の州連合会および在宅および入所介護施設の運営者連盟である。これらの連盟は、原則として一体となり活動する。

\* 教会、宗教団体、福祉団体運営者に分類される介護施設については、枠組契約は、その介護施設が帰属する教会や宗教団体、福祉団体と締結することができる（社会法典第 11 編第 75 条第 1 項第 2 段）。これにより、介護保険制度は、特に教会や福祉団体の運営者の自治と独立性を尊重している（社会法典第 11 編第 11 条第 2 項参照）。

### 1) 規定対象

枠組契約は、介護サービスの一般的条件の他、以下のことを規定する（社会法典第 11 編第 75 条第 2 編）。

- 介護給付の内容、並びに施設介護の場合には一般介護給付、宿泊および食事に関する給付と追加給付との区別。
- 経済的、能率的、サービス提供の任務に対応した介護施設の人員配置の基準と基本原則。
- 介護の必要性とその期間の再検査。
- 要介護者が介護施設から一時的に不在（入院、休暇）にする際の介護報酬の割引。
- メディカルサービスやその他の介護金庫より委託された審査官の介護施設への立ち入り。
- 審査費用の配分も含めた経済性検査の手続および審査の基本原則。
- 介護施設の受入地区および地域確定の基本原則。

枠組契約は、介護金庫と認可された介護施設を直接拘束する。

訪問介護、施設介護に関する契約が全部、もしくは部分的に成立しない場合には、その内容を契約当事者の申請に基づき調停機関が決定する(社会法典第11編第76条)。これは、既存の枠組契約を改訂する場合、あるいは新しい契約によって解消する場合にも適用する。調停機関は、州の関連団体により共同で形成され、対等な立場で参加する。調停機関の構成員は、両者より選任された独立の代表者および代行者によって行われる。判定は、各自1票ずつの多数決による。

各団体の中央本部は、連邦勧告をドイツ全土に適用される枠組契約の内容形成の基準として使用すべきである。

## 2) 人員配置基準

枠組契約においては、必要人員と介護時間について、州全体で適用される算出基準、州全体で適用される職員配置基準に関して、合意しなければならない。

その際、精神的障害、知的疾病、認知症による能力障害、その他神経系疾患を有する要介護者の介護や世話については特段の考慮をする。ここでは、ドイツ国内で既に検証済みの諸外国の知見も考慮する。

施設の人員配置規定の適用については、この規定により、その効力を妨げられない。

## 3) 個人の介護要員による在宅介護

介護保険法は、介護金庫に対して適当な個人の介護要員との間に契約を結ぶことを認めている。介護金庫の州連合会とのサービス契約による形式的な認可ではなく、この場合、一カ所以上の介護金庫との契約で足りる。契約では、介護給付の内容、範囲、報酬、それに合意された給付の経済性および質の審査を個別に規定する(社会法典第11編第77条)。

個別の介護契約の締結は、関係介護金庫の裁量による。これにより、訪問介護施設により意図的に採用された居住地近くの支援によるサービス提供を補完することができるとともに、在宅介護提供者の競争を促進することができる。

但し、介護金庫は、要介護者の身内の者と個人的なケア契約を締結することは認められない。これは、介護手当に対する請求を回避し、介護保険の財政的枠組を超えることを防ぐためである。

## 4) 経済性の審査

サービス供給契約で重要な点として、介護金庫の州連合会の指示による経済性審査がある(社会法典第11編第79条)。

介護金庫州連合会は、(場合によっては、介護施設の運営者の意思に反しても)一方的に同団体が任命した専門家により、経済性の審査を実施させる権限を有する。

経済性の審査は、次のような二重の目的をもっている。

- 不経済性が証明された場合、それが一時的なものでないときは、サービス契約の解約の理由となる。
- 検査結果は将来に対して効力を有する次の報酬協定で(たとえば、介護料金の減額による)考慮される。

## 5) 品質管理

介護の品質は、その効果と経済性の内在的な構成部分である。介護金庫の介護確保の使命にとり、介護の品質に対する恒常的な保証は不可欠である。それと関連した、要件が、2002年1月1日に施行された介護品質保証法(PQSG)によって、新たな基礎の上に制定された。

### (3) 施設介護の報酬

介護保険制度により、在宅介護と施設介護の報酬に関し、実体的な報酬規則と報酬手続を網羅した、新たな法的根拠が確立された。

法はいわゆる「多元的」財源システムを前提としている。州は在宅および入所介護施設の維持と投資資金調達のための責任を負っている。経常的な経営費用とサービス供給コストは、要介護者またはその費用負担者が支払う。

介護報酬に関する規定は、州介護金庫連合会とサービス供給契約を締結した介護ホーム運営者のみに適用される。

#### 1) 財政枠

介護保険制度導入以前、介護ホームの給付には、統一的なホーム利用料金が報酬として支払われ、ここには介護ホームが事業体として必要とする(公的な助成金によりカバーされない)投資費用を含めた人件費と物件費が含まれていた。介護保険制度により、施設の運営にかかわる費用は、次のような3種類の独立した財源に分かれることになった(社会法典第11編第82条)。

- 一般的な介護給付、社会的な世話、(2007年6月30日までの)医師の指示に基づく治療ケアの報酬は、介護報酬によりまかなわれる。要介護者または要介護者の費用負担者(介護金庫、社会扶助機関)は、その支払いを義務づけられている。
- 宿泊および食事に関する費用に関しては、要介護者本人が費用を負担しなければならない。本人が困窮状態にある場合には、社会扶助による。
- 投資費用は、介護報酬および宿泊・食事費用から除外している。投資資金を調達する責任は、原則として州が負う。州の助成が十分でない場合に限り、公的助成金によりカバーされない投資費用は、介護施設は、個別に要介護者に請求することができ、必要があれば、社会扶助による。

介護報酬と宿泊・食事費用は、入所介護施設(ホーム)の運営者が費用負担者(介護金庫、社会扶助機関)と協定(介護報酬基準額協定)によって取り決められ(協定の原則)、国家の介入(たとえば認可の留保など)は見込まれていない。合意に達することができない場合には、中立的な立場の仲裁機関がこれを決定する。

#### 2) 算定原則

施設介護給付に対する報酬は、入所施設の介護給付、社会的世話、(2007年6月30日までの) 医療的ケアに対する対価である。介護報酬には、宿泊費および食費、投資費用は含まれない。

法律的に重要な算定の基本原則は、次の通りである(社会法典第11編第84条第2項参照)。

- 介護報酬基準額は、給付に見合ったものでなければならない。これは、介護ホームに経済的な事業運営を可能にし、(所轄の社会扶助担当機関の合意のもと介護金庫の州連合会と締結した) サービス内容を可能にするものでなければならない。
- 介護報酬基準額算定の際には、保険料率安定の原則(社会法典第11編第70条)を配慮する。
- 介護報酬は、すべての施設入居者に対して**統一的基本原則**に基づき算定されなければならない(社会法典第11編第84条第3項)。このことは、費用を自己負担する者に対しても適用される。またその者に対して「健康保険患者」よりも多額の介護料金を算定してはならない。費用負担者の違いによる差別化は許されない。

法は、入所介護施設が利益を得ることを可能にすることにより、給付に応じた価格形成ができるよう介護報酬の方向付けをしている。これは、同時に、損失を招くリスクとも結びついており、介護施設は自らそれに責任をもつことになる。それと同時に、経済的な事業運営への強力なインセンティブにも繋がる。

### 3) 最高限度額

介護報酬は、要介護者がその要介護状態の種類や難度に応じて必要とするサービス費用に基づき**3つの等級**に分類される。その際、要介護者の介護等級を基礎にする。但し、メディカルサービスと介護施設の介護責任者の共同の判断で、他の介護等級への分類が必要であり、かつそれで十分と認めた場合にはその限りではない(社会法典第11編第84条第2項)。

在宅介護現物給付、施設介護現物給付ともに、それぞれの介護等級に応じて金額に対して、月給付額が設定されている。入所施設介護に関しては、最高で介護等級 III、月額 1,432 ユーロ(約 200,000 円)(特に過酷な場合は、1,688 ユーロ(約 236,000 円))である。

取り決められた介護報酬基準額が、介護金庫により定められている給付法上の上限を上回っている場合は、要介護者自身がこれを負担し、必要な場合には社会扶助がこれを支払う。介護金庫が負担しない介護料金の「超過」部分についても、介護金庫との協議で取り決めなければならないという点が重要である。

### 4) 介護報酬手続(個別交渉)

介護報酬手続の核となるのは、協定の原則、介護報酬の調整、中立的な調停機関による対立の解決である(社会法典第11編第85条)。

対立の解決である（社会法典第 11 編第 85 条）。

介護報酬の種類・金額・支払い期限は、個々の介護施設運営者と、費用負担者である担当の介護金庫、その他社会扶助機関との間で取り決める（社会法典第 11 編第 85 条）。

このことは、個々の運営者が介護報酬交渉の場や介護報酬協定の締結の際に、第三者（その中には連合会も含まれる）によって代理させ、介護報酬を介護報酬基準額委員会（社会法典第 11 編第 86 条）を通して交渉させる可能性を排除するわけではない。

介護施設は、契約当事者の要求があった場合には、報酬を要求する給付の種類・内容・範囲を、介護関連文書やその他の適正な給付証明書により示さなければならない。証明書は、報酬交渉が開始される前に適時に提示されなければならない。さらに、介護施設は、その経済性と給付能力を評価するために必要となる場合には、より広範囲な情報の提供と要求があった場合には、追加の資料を提示する必要がある。これには、その経済性と給付能力を詳細に評価するために必要となる場合には、介護施設の人的・物的構成に関するデータも含まれる。職員に関するデータは、匿名とする。

要介護者は、施設運営者と費用負担者（介護金庫、社会扶助機関）との間の介護施設交渉の準備と実施に際し、自ら選定したホーム協議会を通して影響力を行使する。施設運営者は、特に、介護料金または宿泊・食事料金の値上げ計画について、介護金庫と報酬交渉を開始する前に、時機を逸することなくホーム協議会に諮問し、文書による意見表明の機会を与える義務を負う。

さらにホーム法に基づき、ホーム協議会の代表者またはホーム代弁者は、ホーム運営者から要求があった場合には、費用負担者との報酬交渉に助言を与える。

介護報酬基準額協定は、介護施設運営者と、介護料金交渉に参加した費用負担者の過半数との合意により成立する。協定は文書により締結する。契約当事者が、新しい介護報酬基準額協定に合意できない場合は、調停による。得票数が同じであった場合には、座長の票が全体を決する。独立的な調停機関は、たとえ対立がある場合でも、介護報酬基準額の担う意味を考慮して、迅速に決定を出さなければならない。

調停機関の決定に対しては、社会裁判所への提訴が可能である。これについて、事前手続は行わず、訴えによる延期の効果はない。

介護報酬基準額協定と調停機関の決定は、介護ホームの各経済年度が始まる前に、今後の介護報酬支払い期限を想定してあらかじめ実施しなければならず、遡及的な発効は容認されない。それによって、介護報酬を未来志向で調整し、費用の返済を受けようという心理を阻止することができる。

一つの介護報酬基準額協定からもう一つの協定へ時間的にシームレスに移行できるように、新しい介護報酬基準額が施行されるまでは、規定の介護報酬基準額がひきつづき適用される。

介護報酬協定の業務関連事項に予見外の変更が生じた場合には、一方の契約当事者の要求があれば、これを新たに交渉しなければならない。しかしながら新しい交渉に至るのは、すべての交渉当事者が合意した場合に限られる。合意に達しない場合には、調停機関が決定する。

## 5) 介護報酬基準額委員会（集中交渉）

介護保険制度は、連邦社会扶助法（現在の社会法典第12編）での実績に基づき、介護報酬基準額交渉の継続を修正した形で地域または州レベルで活動する介護報酬基準額委員会において、介護報酬基準額の決定権限を認めた（社会法典第11編第86条）。

この場合の契約当事者は、個々の介護ホームや現地の給付運営者ではなく、州における連合会や中央機関である。介護施設の中央機関は通常、会員のための法律行為に介入する権限をもたないため、介護報酬基準額委員会では、この手続に事前かつ明確に同意した介護施設のみが交渉の対象になる。

その他では、先述の介護報酬基準額手続の基本原則が準用される。その中には、介護報酬の調整および独立の調停機関による紛争の解決も含まれる。

郡に属さない市町村や同じ郡にある介護ホームについては、介護報酬基準額委員会は該当する介護ホーム運営者の同意のもと、一律の介護報酬基準額を合意することができる。関係介護ホームは、その給付を協定した介護報酬基準額の範囲内で提供する権限を有する。これは、多数の介護ホームに対する一律の価格の合意が給付に見合う報酬となるためであり、郡の地区的な管轄権を超えた競争の促進は許されないことが明らかにされている。

そのため、交渉対象地域は、たとえば、郡内の市町村や郡に属さない都市のさらに一地区のように小さなものでもかまわない。このような報酬基準額は、グループ内や他の介護ホームとの関係においてのみ、要介護者の経済性や給付効率の基準として使用するのに適切だけでなく、グループ内の介護ホームに、経済的な事業運営により利益を獲得する機会と刺激を提供する。

## 6) 宿泊および食事に関する費用

宿泊と食事する費用は、要介護者自身の自己負担とする。しかし、介護報酬基準額協定の当事者に該当する給付運営者の介護金庫とその他の社会給付機関は、介護にともなう給付に対する介護報酬と並び、宿泊・食事に対する対価を討議して取り決めるという法律上の任務を負っている（社会法典第11編第87条）。この規定により、介護ホームが提供する宿泊と食事が、請求代金に対して妥当なものでなければならない。

このようにして取り決められた報酬基準額により、要介護状態の種類と程度に応じて宿泊と食事に必要なすべての給付がまかなわれる。宿泊と食事においては、介護ホームはその他に個別に算定可能な追加給付を提供することができる。しかしながらこれは、必要とされている程度を上回るような給付に限られる。ただし必要な給付に関しては、たとえば技術的に特に手間がかかっている介護ベッドや食事療法の特別食などのように通常の上回っている場合でも、追加料金を請求することはできない。

価格交渉には、協定の原則と独立の調停機関による争いの解決を含む介護料金手続規定が準用される。

従来法との本質的な相違点は、宿泊と食事が、報酬法上統一的な総報酬の構成部分ではなくなり、介護料金で報酬が支払われるケア給付（基本的介護、公的ケア、治療ケア）とは独立に協定され証明されねばならないということである。宿泊と食事は、介護帳簿令に基づく損益計算の意味における独立の費用発生源である。

## 7) 付加給付

介護料金および宿泊・食事料金の他に、介護施設は要介護者に対していわゆる付加給付を提供し、サービス供給契約で取り決めた必要給付を上回る分は費用を請求することができる（社会法典第11編第88条）。法律は次の2つの領域を掲げている。

- － 宿泊・食事における特別な快適給付
- － 追加的な介護および世話の給付

要介護状態の種類と程度に応じて必要な給付は、追加給付に関する協定の対象とはなり得ない。別途請求可能な宿泊・食事の追加給付として考えられるのは、ホームの他の部屋と比較して特に大きな部屋、贅沢な設備の部屋や食事などである。

介護の世話に関しても原則として「選択給付」が認められている。もっともここで考慮しなければならないのは、介護行為というものは、（やむを得ず）被介護者の不可侵性に踏み込んでしまうことがある。過剰な介護給付は、目的に反し非経済的であるばかりでなく、「要介護者の人権尊重」という介護本来のあり方と文化に矛盾してしまう危険性が潜んでいる。

\* 連邦政府は介護保険法政府案の理由付けの中で、追加的な世話の例として、特に必要な「爪の手入れ」の範囲を超える、マニキュアやペティキュアのような時間のかかる「美容上の手入れ」を挙げている。それまでの人生がつねに文学または音楽との関わりの中にあつたような人の場合でも、朗読または音楽プログラムを個別に選択するなどの介助は、通常範囲を超える精神的、「芸術的」な世話の一つと考えられるとしている。

必要な透明性を確保するために、介護施設が請求する付加料金は、通常の給付とは別に示されなければならない。追加給付と必要給付の線引きは、州行政レベルの枠組契約にゆだねられている。

## 8) 新しい介護報酬の発効

ホームの報酬額値上げは、ホーム運営者が入所者に対し、遅くともそれが実施される4週間前に書面により連絡した場合に限り有効である（ホーム法（HeimG）第7条）。運営者は、値上げを適時に通知し、かつ正当な事由がある場合に限り、値上げした料金を適用することができる。

入所者には、できるだけ平易かつ確実に、費用値上がりの種類と程度について知らせなければならない。従って予定されている変更の理由付けは、対照できるような形で行うべきである。ホーム入所者ならびにホーム顧問会は、算定基礎を閲覧することにより運営者のデータを審査する権利を有する。閲覧権は、透明性確保のために必要な帰結である。契約のパートナー関係は平等であるという立場から、運営者のデータを自らチェックする機会を与えずに、これを信用するよう入所者に強いることはできない。

## 9) ホーム利用費用の算定と支払い

介護品質保証法 (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz) が 2002 年 1 月 1 日に施行され、ホーム利用料金の算定と支払いに関して重要な意味をもつ一連の新規事項が導入された (社会法典第 11 編第 87a 条)。

第一に、ホーム利用にかかる費用として、介護報酬、宿泊・食事の費用、ならびに別途算定が可能な投資費用は、1 日 (計算日) 単位で計算することが定められた。それにより、現場で広く使用されてきた月間料金算出のための換算係数は、使われなくなった。

この新規定は、ホーム入所者、またはその費用負担者の支払い義務は、入所者のホーム退所または死亡をもって、終了するということを確認するものである。余分に支払われた金額は、介護ホームにより返済されなければならない。死亡または退所に伴い生じる定員の空きは、既に現在行われているように、施設利用率予測により対処する。この規定は、定員の空きを二重に考慮してしまうことを防ぐものである。

なお、入院、休暇など、介護ホームから一時的に出ている期間に関しては、入所者は原則として料金を前払いしなければならない。前払い料金の種類と金額は、(従来どおりに) 州レベルの枠組み契約の協定当事者が決定する。

また、要介護状態のホーム入所者が支払うことになっていた介護保険法に基づく給付金額は、介護金庫からホームに免責効果を伴い直接支払われることとなった。これは現物給付の原則に則している。さらにまた、介護金庫から支払われるべき給付金額は、毎月 15 日を支払日とすることが定められた。

## (4) 在宅介護の報酬

在宅介護給付と家事援助の報酬にも、協定の原則が適用される (社会法典第 11 編第 89 条)。

報酬協定を締結する契約当事者は、個々の介護サービスの運営者と、その地域を担当する社会給付運営者、すなわち第一義的には介護金庫である。報酬は給付に相応したものでなければならない。合意に至らない場合には、仲裁機関が決定を下す。

\* 連邦保健・社会保障省は、連邦家族省の同意のもと、連邦参議院の同意により報酬規則を公布する権限を有している。統一的な料金規則によって、コスト的に有利な給付が実現されるはずである (社会法典第 11 編第 90 条)。このような報酬規則は、現在まで施行されておらず、現在では必ずしもその必要があるとは見なされていない。

### 1) 報酬規定の基本原則

報酬規定に基づく報酬が支払われない場合については、法は算定の基本原則と訪問介護の報酬手続のための基準のみを定めている。

在宅介護給付の報酬協定に関しても、入所介護と同様、給付に応じた報酬の原則が適用されている。また、以下のように施設介護報酬の規定が準用されている。

- － 給付に相応した報酬の提示。
- － 統一的な原則に基づく報酬の算定。
- － 介護報酬を自ら交渉するか、あるいは（連合会レベルで）介護報酬委員会を通じて交渉させるか、介護サービスの運営者にとっては選択可能性がある協定の原則。
- － 独立した仲裁機関による紛争の解決。
- － 介護料金の調整。

報酬を決めるに当たって、契約当事者には、高度の融通性が確保されている。具体的には、所要時間、給付内容、複合給付（例外的には個別給付）に応じて決める場合もあれば、家事サービス・役所の用事などの給付や交通費は一括料金で決める場合もある（社会法典第11編第89条第3項）。

介護サービス報酬をめぐる重要な問題は、要介護者の選択の自由から生ずる。要介護者は、その介護をどの程度まで自分で保障するのか、あるいは全面的／部分的に介護サービスを要求するのを選択することができる。介護手当と介護の現物給付の両者を組み合わせて要求することもできる。

疾病保険のメディカルサービスは、個々の要介護者に対して個々に必要とする援助を確認した個別の介護プランを作成しなければならない（社会法典第11編第18条第6項）。この確認のための基礎が法律（社会法典第11編第14項第4項）に掲げられている通常の、そして定期的に繰り返される日常生活の関連事項である。法律は、4つの必要援助分野における合計21の事項を列挙している。この援助一覧から、要介護者が個別的に必要とする援助をその要介護状態の種類と困難度に応じて、いわば「メニュー」のような形で確認する。この必要とする事項のメニューから、要介護者はどの事項が身内の者のだけの援助で足り、何をソーシャルステーションに依頼したいのか選択できるのである。

## 2) 介護金庫中央連合会の報酬勧告（1996年）

要介護者の選択に基づき報酬制度が作成されなければならない。介護金庫中央連合会は、1995年3月、複合的な給付に関する在宅介護報酬のための第一連邦勧告を出した。

中央連合会の第二（改訂版）報酬勧告（Vergütungsempfehlung、1996年11月8日付）は、介護施設との協定のもと、既存の報酬支払方式を修正、改良に有用であり、要介護者の選択の自由と複合給付方式が重視されている。

### ① 基本原則

在宅介護給付の報酬支払方式は、特に以下のような基本原則を満たす必要がある。

- － 要介護者の選択の自由。要介護者の日常生活の中で何を支援対象とすべきかという問題に決定を下すのは、要介護者のみである。要介護者が自分の個人的な「給付プログラム」を援助メニューから自分でつくることが保証されなければならない。

- － 報酬システムは、要介護者と介護要員にとってわかりやすく、かつ契約当事者にとっても取り扱いやすいものでなければならない。
- － 個別の給付報酬システムは作られるべきではない。介護活動を個別給付に分割することは、全体性の原則に合致せず、ゆえに介護の品質に好ましくない。
- － 合意された報酬は、給付に相応したものでなければならない。報酬は、介護サービスがそのサービスを経済的な事業運営で提供できるものでなければならない。その際、各介護サービスに対する報酬を合意する必要がある。給付の上限は遵守しなければならない。
- － 介護金庫は、報酬基準額の安定性の原則に拘束される。
- － 介護施設の給付は、効果的、かつ経済的なものでなければならない。給付は、必要とされる範囲を超えてはならない。
- － 一つの介護サービス内での費用負担者別の報酬の差別化は認められない。
- － 介護サービスは、契約給付の支払いを要介護者に要求したり、要介護者から受領してはならない。

## ② 報酬支払が可能な給付

在宅介護において報酬が得られるのは、基本的介護、家事援助（社会法典第 11 編第 36 条）、および介護現金給付受給者における介護サービス投入のみである（社会法典第 11 編第 37 条第 3 項）。基本的介護と家事援助の報酬を得られる給付には、以下の分野の業務の際の支援が含まれる。

- － 身体の手入れ
- － 食事
- － 移動
- － 家事援助

各給付の内容は、州レベルにおける自治パートナーの枠組契約の給付の説明に記載されている。

## ③ 報酬システム（複合給付）

介護金庫中央連合会の第 2 報酬勧告で列挙されている複合給付には、以下のものがある。

- － 最初の訪問
- － 基本的介護
- － 家事援助
- － 介護投入（社会法典第 11 編第 37 条第 3 項に基づく）

複合給付は、組み合わせの際、給付の重複や二重計算が発生しないようにする必要がある。

- － 介護は、介護学の知見レベルに基づき、積極的な介護として供与する。実施される援助の内容は、日常生活の活動のサポート、あるいは完全な引き受け、これらの活動の独自の引き受けを目的とした監督と指導である。
- － 二次的発病防止のための予防は、基本的介護活動の構成要素であり、活動的介護の意味において個別の活動の枠内で供与され、別個に報酬は、支払われない。
- － どの複合給付にも、必要な材料、場合によっては材料の処理も含めた介護範囲の準備および事後処理の段階が含まれている。それによって、このような活動が実行され、かつ汚染が生じたときには当然のこととして介護領域の清掃も行うことが保証される。
- － 給付の実行には、常に介護計画を考慮した記録文書の作成を含む。

要介護者は、必要とする援助の範囲内で、介護施設が要介護者のために実施する複合給付を選択する。要介護者により選択された介護サービスから定期的実施される給付の費用一覧表が作成される。この一覧表から介護金庫と要介護者が負担する費用が明らかになる。要介護者が、個々の介護状況の中でさらなる給付を要求する場合には、追加費用に関する情報も得ることができる。

介護サービスは、要介護者の個別の必要性に応じて行われる。複合とされる給付は、完結的な列挙がされているわけではない。むしろ、複合給付の枠中で、個々の介護状況を考慮し必要なすべての活動が実施されなければならない。

要介護者による給付実施の確認は、給付証明書により行われる。給付証明書では、介護サービスで実施したすべての給付が書面により確認できる。

#### ④ 報酬

複合給付は、点数により評価される。これは、個々の複合給付に必要な費用の比率、および複合給付の比率を表す基準である。給付費用は、個別的な介護状況の中で異なる可能性があるが、概算で計算を行う。

基本的には、複合給付に入るすべての事項が原則的に実行されなければならない。要介護者の個人的な援助の必要性によっては、これと異なることができる。記載事項が実施されない場合には、複合給付も再度計算される。給付計算の基礎となるのは、その複合給付の総合ポイント数である。報酬交渉においては、点数の評定はユーロまたはセントによる金額で行われる。その際、基本的介護および家事サービスについては統一的な点数値にしなければならない。

介護サービスは、居住地近くのサービス提供が保証されなければならない。そのため、ポイントの中には交通費も含まれている。別個に交通費について協定が結ばれている場合には、ポイントも減少させられる。その際、費用の中立性が保証されなければならない。

ケアハウスなど居住施設における要介護者は、定期的にケアハウス独自の在宅介護サービスを受ける。この介護サービスのためには原則として交通費は発生しない。別個に交通費の合意もすることができない。他の介護サービスと比較して運営費が少ない場合には、

ポイント数も少なくされる。

交通費について合意がされ、要介護者のところで一度の訪問で同時に在宅介護の給付(社会法典第 11 編)と在宅疾病介護の給付(社会法典第 5 編)を受ける場合には、交通費を二重に計算するのではなく、両費用負担者がそれぞれ半分を負担する。

#### ⑤ 報酬対象とならない費用

投資費用は、介護報酬と宿泊および食事と区別される。介護サービスの経常費用に対する公的運営費補助金については、介護報酬から差し引かれる(社会法典第 11 編第 82 条第 5 項)。報酬対象となる介護給付を超えるような介護サービスについては、介護金庫の報酬支払い対象にはならない。

### 3) 在宅介護の介護契約

介護品質保障法の目標の一つは、在宅介護・施設介護「市場」の消費者である要介護者の権利を保護し、強化することにある。在宅介護の領域では、この目標を達成するため、要介護者と介護サービス間の契約関係について、法律により具体化されている(社会法典第 11 編第 120 条)。

- 在宅介護においては、認可介護サービスは、遅くとも初回の介護活動開始の段階で、要介護者を要介護状態の種類と程度に応じて(要介護者が求めた給付に即して)介護し、家事サービスを提供することを義務づけられている(介護契約)。
- 介護サービスは、要介護者と管轄の介護金庫に対し、遅滞なく介護契約書を渡すものとする。
- 初回の介護活動後 2 週間以内であれば、要介護者は、理由を明示および期限の遵守なしに、介護契約を解約することができる。
- 介護契約書には、給付の種類、内容および範囲について、費用負担者が社会法典第 11 編に基づいて取り決めた各給付または複合給付の報酬も含め、別々に記載されていなければならない。
- その介護給付および家事給付に対する報酬に対する介護サービスの請求は、管轄の介護金庫に直接行う。要介護者が求める給付が、介護金庫が支払うべき給付法上の最高金額を上回る場合には、介護サービスは要介護者に、追加的に求められている給付に対する報酬を請求するが、その額は介護保険法で取り決められている報酬額を上回ってはならない。

介護サービスは、要介護者の状態に変化があった場合には、そのたびに所轄の介護金庫に遅滞なくこれを報告しなければならない。

### 4) 品質上の瑕疵がある場合の制裁手続

メディカルサービスが、介護サービスの審査において訪問介護に重要な瑕疵があることを確認した場合には、所轄の介護金庫は介護サービスに対し、要介護者の世話を続行する

ことを暫定的に禁ずることができる。このようなケースでは、介護金庫は、介護が切れ目なく行われるように、要介護者のためにその他の適切な介護サービスを仲介しなければならない。その際にも、要介護者の選択権を可能な限り顧慮しなければならない（社会法典第11編第115条第5項）。

介護施設の運営者が確認された瑕疵（民法典を準用）の責任を引き受ける場合には、該当する要介護者またはその費用負担者に対し、他の訪問介護施設を仲介することにより発生した費用の責任を負う。

## 7 投資の促進

介護保険法に基づき、各州は、給付能力があり、量的にも十分な、経済的な介護サービス供給体制の構築に対する責任を負っている（社会法典第11編第9条）。投資費用を調達するために、州は、介護保険の導入により社会扶助運営者に生じる削減分をこれに投入するものとする。介護施設の計画と促進に関する詳細は、州法により定める。

### （1）二元的財政システム

この模範となったのが、病院財政法（Krankenhausfinanzierungsgesetz:KHG）に基づく二元的な財政システムである。それによれば、投資費用は公的財源から、経常的な経営費用は費用負担者（ここでは介護金庫を指す）から介護報酬という形で調達する（社会法典第11編第82条）。しかしながら病院財政法とは異なり、介護保険は、介護施設に対し、投資助成の請求権を認めていない。各州に対し、投資費用の引き受けを法により強制的に義務づけようとしたが、連邦参議院が抵抗したために法案は通らなかった。最終的にこれは各州の裁量に任されている。

投資費用が公的助成金により十分にカバーされない場合、憲法を根拠に、介護施設は補填できない分を要介護者に請求できる。公的介護保険は、投資費用の不足分を報酬により調達することを想定している。

州の財源によりカバーされない投資費用は、介護に対する介護報酬にも、宿泊・食事の料金にも、含めることはできない。これは別個に計算すべきである。これによって透明性が確保され、特に各州の投資費用調達に関する責任が明確になる。

この資金調達方法は、介護報酬および宿泊・食事料金の分離により、投資の領域に割り当てられる費用を保護している。法律は、以下の領域の費用を明示している（社会法典第11編第82条第2項）。この分類により、州の財政責任となる、助成の構成要件が明確になる。

- － 介護施設の運営に必要な建物およびその他の減価償却可能な固定資産を創設、調達、再調達、補充、維持または補修するための措置
- － 土地の取得および開発に要する費用
- － 土地、建物またはその他の固定資産の賃貸借、賃貸借、使用または共同使用に要する費用
- － 介護施設の開設または事業体内部での転用に要する費用

- － 介護施設の閉鎖またはその他の目的への転用に要する費用  
但し、介護報酬に分類される消費財は例外である。

投資費用の助成は、16の連邦州において大きな違いがある。投資助成の根拠は、各州の州法である。公的な助成手段によりカバーされない投資費用は、介護者自身（あるいは必要があれば社会扶助の担い手）が負担する。一部の州では、要介護者の負担はいわゆる介護居住手当により軽減されている。これは対象の助成と並ぶ、（人に対する）特殊な投資助成の形式である。こうした居住者を対象とした投資費用の補助金は、ハンブルク、メクレンブルク＝フォルポメルン、ニーダーザクセン、ノルトライン＝ヴェストファーレン、ザールラント、シュレーズヴィヒ＝ホルシュタインの連邦州で導入されている。

## （２）旧東独地域における当初の財政プログラム

1990年のドイツ統一後の旧東独各州は、実質的にすべての介護提供施設（約85,000）を新設または徹底的に補修しなければならないという特殊事情を抱えていた。遅れを取り戻すため、立法機関は介護保険法の採択時にこの需要を考慮し、介護施設における投資のための財政プログラムを導入した。

連邦保健・社会保障省（BMGS）との調整に基づく旧東独各州の投資プログラムにより、あわせて1,026件の個別プロジェクトが実施され、総投資額は45億ユーロを上回っている（＝約6,300億円）。

この金額には、連邦の助成資金、各州および市町村の自己負担分、ならびに助成対象の介護設備の自己資金・他者資金が含まれている。

2004年12月31日未現在で、既に907のプロジェクトが完成している。119のプロジェクトがなお途上にある。この施設の新規稼働により、多くの要介護者の居住環境が一段と改善されることになる。介護者にとっても、空間的な作業条件が大幅に改善された。

## 参考資料2 ドイツ介護保険制度の議論の回顧

本稿は、元ドイツ連邦保健省介護保険部長ルドルフ・フォルマー博士 (Dr. Rudolf Vollmer) 氏執筆論文「*Soziale Pflegeversicherung in Deutschland — Deutscher Beitrag zum Drei Lander Vergleich der Pflegeversicherungen in Japan, Luzemburg und Deutschland*」について、独文を和訳したものである。

### はじめに

要介護リスクの保障は、ドイツでは70年代初頭から社会政策上の問題として認識され、公に議論されてきた。この論議には、すべての社会的グループと団体、学会、政党、連邦各州、市町村と連邦政府が参加した。

### 1 諸団体の案

1974年にドイツ高齢者扶助機構の高齢者施設において、病気治療に関する鑑定書が出たのを受けて、この論議は開始された。それに続き、ドイツ公的扶助・民間扶助協会の提案(1976年)と労働者福祉協会の提案(1977年)が行われた。

ドイツ公的扶助・民間扶助協会は、1976年8月の「社会扶助の発展のための提案」の中で、すべての要介護者の保障を考えている。提案では、要介護リスクは、この10年間で保険の対象となりうる、また保険を必要とする生活リスクになったと指摘し、そこから生ずる問題は、社会保険の枠内でのみ解決が可能であるとしている。

法定疾病保険との結び付きを明文化したのは、労働者福祉協会である。その1976年、1984年、1990年の「費用三分割の提案」の基本構想は次のとおりである。

- 疾病保険は、訪問介護、部分施設介護、入所介護の費用を負担する。
- 要介護者は、ホームに入所する場合には、宿泊と食事の費用を負担しなければならない。
- 地域の社会扶助運営者は、ホームでの社会的・文化的な世話の費用を引き受ける。

1980年6月、ドイツ公的扶助・民間扶助協会は「要介護状態におけるリスクを保障する新規定の8つのテーゼ」を打ち出した。これらのテーゼは、1983年1月に、市町村の中央組織、社会扶助と自由福祉介護の地域を越えた担い手の連邦作業共同体、ドイツ公的扶助・民間扶助協会、ならびにドイツ高齢者扶助機構によって採択された。その中で、関係した協会と作業共同体は、要介護リスクを保障するために下記の諸点を強調している。

- 疾病保険と組織的に結び付いた介護保険の施設
- 費用動向が予測できるよう、まず高齢者が要介護状態に備えて保険に加入しなければならない。

- － 法定疾病保険に加入していない者に対して、任意保険の可能性を開くべきである。
- － 給付は介護の費用に限定し、宿泊と食事は含めない。
- － 保険は、法定疾病保険の加入者（年金受給者を含む）と雇用主から資金を調達する（52億ドイツマルクの費用）。

1986年、ドイツ公的扶助・民間扶助協会は介護リスクの保障について独自の法案を発表した。

## 2 連邦各州及び各政党の法案

ここで、各州と政党の提案すべてを個別に説明すること、20年来の議論の歴史的経緯を細部まで追うことは不可能である。従ってキーワードを挙げ、最も重要な法案のみを（時系列順に）述べていく。

### （1）緑の党

1984年12月12日「よりよい介護の財政に関する法律（連邦介護法）」草案（連邦議会印刷物 10/2609）。1988年再提出（連邦議会印刷物 11/1790）。

税収を財源とする緑の党の法案は、第10立法期間の期限切れで採択されなかった。

### （2）ヘッセン州

1986年2月7日の「要介護リスクの保障に関する法律（介護保険法）」草案（連邦参議院印刷物 81/86）。ここでは、社会保険の新しい枝として独立した介護保険を導入することが提案されている。すべての国民がここに組み入れられる。介護保険は法定疾病保険により実施され、保険料と連邦補助金を財源とする。年齢制限は設けていない。

ヘッセン州の法案は、連邦参議院の過半数を獲得できなかった。

### （3）バイエルン州

1986年3月11日「介護リスクの保障に関する法案」（連邦参議院印刷物 138/86）、1987年4月15日再提出。この草案は（全体経済を考慮し、迅速に実現が可能な解決策にするという意味合いから）法定疾病保険の給付法を条件付きで拡大し、「急を要する高齢者の要介護状態」に対象を絞っている。

この構想は、基本的に1986年10月9日に連邦参議院がドイツ連邦議会に提出した、以下の諸点を眼目とする「介護リスクの保障に関する法律の草案」（連邦議会印刷物 10/6135）に反映されている。

- － 法定疾病保険の内部に新たに「介護援助」という給付を導入する。請求権を与えられるのは、満65歳以上で重度及び最重度の要介護状態の被保険者である。
- － 介護援助は、在宅介護、部分施設介護、入所介護において提供され、在宅介護は（部分）施設介護よりも優先される。