

- － 介護援助として固定額が支払われる（現金給付）。最重度要介護者は、固定額が高くなる。固定金額は、在宅介護、あるいは部分施設介護・入所介護の介護にともなう余剰費用を補うために役立てるものとする。
- － 固定額の金額は、連邦のいずれの場所でも、疾病金庫が自主管理により定める。

連邦参議院の法案は、連邦議会の第 10 立法期間でそれ以上協議されることはなく、そのままになってしまった。

（４）ラインラント＝プファルツ州

1986 年 3 月 7 日「介護援助の新規定に関する法律（介護援助新規定法）」法案（連邦参議院印刷物 137/86）、1987 年 4 月 30 日再提出（連邦参議院印刷物 178/87）、1990 年 6 月 12 日再々提出（連邦参議院印刷物 425/90）。内容的には連邦給付法の体裁をとり、同内容の 3 法案のいずれもが、社会政治的なアプローチから、要介護状態の保障を家族負担調整の側面からとらえている。提案されている新规定がめざしているのは、在宅介護とホームの介護により発生する費用を分割して負担し、在宅介護に資金を提供し続けて介護者の財政負担を軽減すると同時に、入所介護を受けている人が社会扶助受給者にならないように取り計らうことである。法定給付（約 67 億 5,000 万ドイツマルク）は、60 歳またはそれ以上のドイツで生活するすべての要介護者に与えられなければならない。

ラインラント＝プファルツ州は、後にこの法案を取り下げた。

（５）ドイツ社会民主党（SPD）

1988 年 11 月 22 日に保健改革法に対する変更動議として連邦議会に提出された租税を財源とする「第 1 連邦介護法」提案（連邦議会印刷物 11/3439）。この法案の根底にあるのは、連邦から資金を調達する介護給付法のコンセプトである。介護給付の担い手としては、郡と（郡に属さない）独立市が予定されていた。この動議は、その後の立法手続で過半数を獲得できなかった。

（６）バーデン＝ヴュルテンベルク州

1990 年 5 月 28 日「財政的な介護リスクに対する準備措置のための法律」草案（連邦参議院印刷物 367/90）。この法案の目標は、要介護状態の財政リスクに対して国民の個人的な自己準備を強化し、最低準備の義務を導入することにある。

- － 45 歳以上のすべての市民に準備義務を適用する。
- － 準備義務を負う者は、自ら選択した民間の保険会社で介護保険に加入しなければならない。その際に疾病保険と生命保険の会社から選択することができる。介護保険は、要介護状態の程度に基づいて段階を付けた最低保障を計画する。これは最重度要介護状態の場合、月額 1,500 ドイツマルクを下回ってはならない。
- － サービス供給を受けるのが自宅であるかホームであるかに関わりなく、要介護者は現金給付を受ける。それにより要介護状態にある要介護者の選択の幅が広がり、

ホーム入所の傾向に歯止めがかけられなければならない。

- ー 自己準備の義務が完全に施行されるまでの移行期には、自己準備ができない者（すなわち 65 歳以上の重度要介護者）は、1988 年の保健改革法(GRG)を補完するものとして、入所介護の場合には、法定疾病保険から月に最高 750 ドイツマルクの現金給付を受け取るものとする。

バーデン＝ヴュルテンベルク州は 1992 年以降、この法案を打ち出していない。

3 主な争点と基本モデル

提出された改革提案の多くは、内容の細部が異なる。一部の提案は、刺激や考えるきっかけを与えようとしているにすぎない。報告またはテーゼのかたちをとるか、あるいは要求目録のような体裁のものもある。中には、きちんと整理された法案もある。

内容的に見ても、提供されている選択肢は多種多様である。しかしながら、考慮するに足る解決案のみを論議の対象としなければならない。

(1) 内容上の争点

この 20 年間の論議で最も重要な争点は、以下の点にまとめることができる。

- ー 国民保険という意味合いで国民全体によりよい保護を提供するのか、被用者、法定疾病保険の被保険者など、特定のグループのみを対象とするのか。
- ー 生涯全体を保護するのか、60 歳、70 歳以降など、特定の人生の時期のみを対象とするのか。
- ー 介護給付を本来の意味での狭義の介護に限定する（基本的介護）のか、（医師の指示に基づく）治療ケア、家事サービスの供給、医師の指示に基づくリハビリ給付を含む「移動」や「コミュニケーション」の援助も含めるのか。
- ー 現金または現物給付としてのみ援助を提供するのか、二つのタイプの給付を組み合わせるのか。
- ー 援助を本来の介護の費用のみに限定するのか、要介護者は、宿泊・食事の費用の全額を負担するか、もしくは特定の部分を支払うのか。
- ー 年金を費用のために使うかどうか。
- ー 在宅の介護者が、年金保険・災害保険に入ることにより、新しい給付に参加するかどうか。

(2) 基本モデル

秩序政策の側面、あるいは要介護状態におけるよりよい社会保障構想に関し、論議されている解決策は、以下の 4 つの基本モデルに分けられる。

- ① 連邦社会扶助法における介護給付の改善 – 困窮状態の審査を原則的に続行する

- ② 租税を財源とする介護給付法 – 社会扶助法の助成の原則を放棄する
- ③ 民間の介護保険（法定強制民間保険、あるいは任意保険）
- ④ 次の選択肢付きの社会保険による解決
 - ・統合的な解決法として、すでに存在する社会保険部門に分類する（たとえば年金保険または法定疾病保険）
 - ・独立した新しい公的介護保険を創設する（組織的に独立しているか、あるいはすでに存在する社会保険に組み込むか）

提案は多数あるが、社会保険法による解決を支持するものがほとんどである。

- － 雇用主及び被用者から原則として平等に資金を調達
- － 収入に応じた保険料
- － 被扶養資格のある世帯員は保険料なしで保険に加入できる
- － 保険の発効時にすでに要介護状態の者には、ただちに給付請求権が生ずる
- － 組織的には疾病金庫に結び付いている（法定疾病保険の傘下にある公的介護保険）

4 連邦政府のイニシアチブ（1977～1988年）

1977年に連邦青年・家庭・保健省は、「高齢者の要介護状態」に関する第1回報告書を提出し、その中で要介護状態における保障の問題を分析した。

同年、連邦労働・社会秩序省(BMA)は、連邦／州の作業部会を招集した。この会の使命は、訪問・施設介護サービスの構造、分類及び財政に関する調査を実施し、解決策を提案することであった。この作業部会は1980年に報告書を出している。

長期にわたる論議を経て、ドイツ連邦議会は1982年12月10日の決議において（連邦議会印刷物 9/2117）、連邦政府に対し、連邦／州作業部会の活動について報告し、必要に応じてその他の解決策を提示するように要請した。

（1）1984年の報告書

連邦政府は、1984年9月、「要介護状態に関する問題に関する報告書」（連邦議会印刷物 10/1943）によって介護論議に加わった。政府は其中で、次の点を確認している。

- － 現在の要介護者に対するサービス供給と保障制度は不十分で、改善する必要がある。
- － しかし現時点では、財政上の理由から包括的な新规定を設けたり、社会保障制度を抜本的に変更したりすることは、考慮できない。
- － 要介護者に対する現行のサービス供給と保障制度は、少しずつ段階的かつ効率的に改善する必要がある。

(2) 1986年の法案

それを受け、連邦政府がさまざまな州のイニシアチブに答える形で1986年10月9日に決定した介護改善法の草案（連邦議会印刷物10/6134）のポイントは次のとおりである。

- － 法定疾病保険に加入している、あるいは連邦援護法に基づいて請求権を認められているすべての最重度要介護者は、在宅疾病介護と家事の援助を受ける。給付は月に25回の介護を含み、各回の時間は1時間までとし、これをフレキシブルに請求することができる。
- － 介護者に一時的に支障が生じた場合には、最重度要介護者は、1年につき最長4週間にわたって代替介護者を請求する権利を有する。
- － 医療リハビリテーションの給付は、要介護状態の回避または軽減のためにも為されなければならない。

この法案は、保健改革法(G R G)を考慮し、その後は検討されなかった。

(3) 保健改革法(1988年)

1986年の法案の主要点は、1988年12月20日の保健改革法(G R G)（連邦官報第I部2477頁）に基本的に変更を加えることなく採択された。

最重度要介護者への新しい給付により、法定疾病保険が疾病治療給付に設けていた制限（純粋な介護給付を除外する）が初めて取り払われた。ただしこの措置には明確な制約があり、訪問在宅介護の給付は数字の上で制限され、しかも対象は旧西独地域の当時の見積りで60万人の重度要介護者に限られていた。

- － 1989年1月1日から、疾病金庫は、在宅介護者の4週間にわたる介護休暇の費用を負担した。
- － 1991年1月1日から、疾病金庫は、当時の約70万人の重度要介護者に400ドイツマルクの介護手当を支払うか、あるいはソーシャルステーションの介護25回分（1ヶ月につき750ドイツマルク相当）の費用を負担した。

このように疾病保険が介護給付に対して開かれたことは、介護問題の総合的な解決策として意識されていたのではなく、要介護者とその家族を顧みていることを示す立法機関の政治的シグナルのようなものであった。

保健改革法の理由付けとして、以下のような説明がある。「介護リスクに対するよりよい社会保障は、最も緊急性の高い社会的問題である。従って連邦政府は、現在の要介護者に対するサービス供給は改善する必要があると考える。ただし、要介護状態の問題を総合的に解決するのは、法定疾病保険の課題ではない。介護者の社会保障と施設介護については、法定疾病保険とは異なる資金提供の担い手が必要である。」このようにして社会保障の枠内での解決は、明確に否定された。しかし「少しずつ段階的に」という哲学は、まだ生きている。おそらくここで示唆されているのは、税収を財源とする介護給付法である。

5 1993年の介護保険法までの道

ドイツの統一（1990年）により、要介護状態の保障の問題も新しい側面を迎えた。

周知のように、ドイツ民主共和国（DDR）が1990年10月3日にドイツ連邦共和国に加わったことにより、再統一が実現した。DDRは、統一により国法上、国際法上の中断を余儀なくされた。かつてのDDRに属していた5州（ブランデンブルク、メクレンブルク＝フォルポメルン、ザクセン、ザクセン＝アンハルト、チューリンゲン）は、ドイツ連邦共和国の州となった。これらがいわゆる「新しい」連邦諸州である。ベルリンは連邦の首都に定められた。さらに、再統一までは分断されていたベルリンが一つの独立した連邦州となり、かつての西ベルリンと東ベルリンの領域をカバーすることになった。いわゆる「古い」連邦諸州（バーデン＝ヴュルテンベルク、バイエルン、ブレーメン、ハンブルク、ヘッセン、ニーダーザクセン、ノルトライン＝ヴェストファーレン、ラインラント＝プファルツ、ザールラント、シュレースヴィヒ＝ホルシュタイン）と共に、統一後のドイツは16州から構成されることになる。

ドイツ全土の最初の選挙は、1990年12月3日に実施された。これまでのCDU/CSU（キリスト教民主同盟、キリスト教社会同盟）とF.D.P（自由民主党）から成る連立政府は、全体で397議席（661議席のうち）を獲得し、全ドイツの最初の連邦議会でも過半数の政権与党となった。これまでの連邦共和国首相（ヘルムート・コール）が統一ドイツの最初の首相となった。

連邦首相は、1988年の保健改革法（GRG）においてすでにその「介護の章」の責任者であったノルベルト・ブリューム博士を連邦労働・社会秩序省（BMA）大臣に任命した。ただし法定疾病保険の管轄権は、（1991年1月18日の連邦首相の組織通達により）BMAから離れ、新たに設立された連邦保健省（BMG）に移管された。ブリューム大臣は（その代わりに）介護保険の責任を負うことになった。

（1）新しい取り組み

1990年9月26日、連邦労働大臣ノルベルト・ブリュームは任意疾病保険金庫大会における保健政策に関する基調演説で、今後、介護保険の社会保障は社会政策上の大きなテーマになるだろうと述べた。

「次の会期における社会政策上の課題は介護である。社会保険制度には4本の柱ではなく、今後は5本の柱が必要である。災害、疾病、年金、失業保険と並ぶ第5の柱は、介護保険でなければならない。何かをしなければならないという点に関しては、異論のある人はいないであろう。よってこの社会保険5本目の柱の礎石となるべく、誰もが貢献をしなければならない。」

それまではどちらかというと連邦政府は積極的でなかったため、連邦労働大臣が公的介護保険を疾病金庫の下に創設しようとしていることは、驚きをもって受け止められた。この突然の発言の背景には、下記の3つの重要な経験があったのである（ユング上掲書 50頁以下）

- － ドイツ統一により公共予算の財政上の圧迫が高まり、今後数年間にわたって税金を

財源とする給付法を持ち出すチャンスはないと考えられる

- － これまで連邦政府が追及してきた「少しずつ段階的に」という政策では、問題は解決せず、それどころか問題のプレッシャーと行為の必要性は大きくなる一方であるという認識。
- － 経験的に、民間の介護保険では、全国をカバーする十分な介護問題の解決がはかれない。

当時、任意介護保険の提供を受けていたのは約7万人にすぎなかった。だが、保険加入義務に法律の根拠が与えられたとしても、部分的な解決しかもたらしてくれないだろう。なぜならすでに要介護状態にある者は、保険事故がすでに起こっているから加入できないからである。たとえば60歳以上の高齢者は、リスクに見合うように算定された保険料を支払える状態にはないだろう。従って20年間にわたる不毛の議論と不採用法案の瓦礫の山を踏み越え、介護の問題をほんとうに解決したいのであれば、現在の状態を現実的に評価して、公的介護保険の道を選ぶしか方法はなかったのである。

(2) 1991年1月16日の連立協定

1991年1月16日の連立協定において、CDU/CSUとF.D.P.は、ドイツ政府が1992年6月1日までにドイツ連邦議会に対して、要介護状態における保障に関する法案を提出するという事で同意した。

もっともこれに続く交渉では、連立内のさまざまな立場を一つにまとめることはできなかった。公的介護保険を法定疾病保険の傘下におさめるという連邦労働大臣ブリューム博士が提出したコンセプト（「ブリュームモデル」）について、意見の一致が見られなかったのである。ただし、ここで反対したのは、当時まだ任意の民間介護保険というコンセプトに固執していたF.D.P.だけではない。CDU/CSUの重要勢力、特に中間層と経済評議会は、人口構成の推移と賃金付帯費用の上昇を心配し、ブリューム大臣の構想に異を唱えたのである。

従って連立協定においては、介護問題を解決するためのポイントとして、下記についての同意が得られたにすぎない。

- － 税金を財源とする給付法の却下
- － 社会扶助の枠外で解決法を探ることに同意
- － 実質的に社会保険または民間保険によって問題を解決する
- － リハビリテーションを介護給付よりも優先する
- － 在宅介護を施設におけるサービス供給よりも優先する
- － 要介護者は要求できる範囲内で介護の費用を負担する
- － 家庭における介護者の社会保障
- － 複数の多様な介護施設の担い手（教会や福祉財団など、民と官）。運営者間の競争の促進

(3) 原則をめぐる政府与党間の論議

ようやく 1992 年夏に、政権与党（CDU／CSU と F. D. P.）内部で介護保険コンセプトを巡る原則の論議が終わった。

- － 財界及び中間層団体との困難をきわめた論議の末、1991 年秋に、CDU と CSU は原則的に公的介護保険に基づくブリュームモデルに同意した。
- － F. D. P.（自由民主党）は、当初は、事前資金調達方式による民間の介護強制保険を優先する立場を固持した。

この原則をめぐる（＝公的介護保険か、民間の介護保険か）政府与党の議論は、1992 年夏まで続いた。F. D. P. は、すべての国民が負担できる条件で民間の介護保険が実現可能であることを、納得のいくかたちで示すことができなかった。すでに要介護状態に陥っている人をただちに加入させることが叶わず、年代が高くなると保険料が高くなってしまうためである。それに対し、ブリューム大臣は、被用者と雇用主の保険料から介護リスク保障のための分担金を調達することに対する異議を退けることに成功した。

協議を積み重ね、ついに 1992 年 6 月 30 日の大規模な連立政党の会議における原則決議で、公的介護保険の導入が決定し、補償のための義務として雇用主も保険料を負担することが決まった。この補償は、1992 年 10 月 1 日までに提出されることになった介護保険法草案の重要な構成要素であることが明らかにされた。

(4) 諸団体の抵抗

これに引き続き、連邦労働相は雇用主の負担調整の問題で社会的なコンセンサスを得ようと試みたが、不調に終わった。

- － 労働組合は、社会的既得権放棄による補償という考え方を原則的に却下した。将来的に賃金が上がるのであれば譲歩も可能であるが、この点に関しては、雇用主は不確実だった。
- － 保険金が支払われない日の導入（疾病時）を、労組は断固として拒否した。雇用主もこの方法を望まなかった。将来的に「保険金が支払われない日」を排除する新しい協定が団体交渉により導入される可能性があるからである。

ドイツ法（報酬の継続支払いに関する法律）に基づき、雇用主は、本人に責任がない疾病の場合には、被用者、派遣労働者、職業訓練中の従業員に対して賃金を最高 6 週間まで継続して支払う義務がある。「保険金が支払われない日」を導入すると、雇用主は病気になった次の日から支払わなければならないことになる。

- － 祝日または休日の放棄も、労働組合の同意を得られなかった。
- － 教会は、教会関連の祝日（聖霊降臨祭翌日の月曜日、贖罪祈祷日など）の廃止に難色を示した。

(5) 1993年5月27日の政府与党の原則決定

長い論議の末、1993年5月27日に、連立政党は、疾病時の報酬の継続支払いに被保険者の自己負担を導入して調整をはかることで一致した。疾病ごとに、最初の2日間は報酬の継続支払いから除外され(=保険金が支払われない日)、これは年間で最大6日間とする。労災と妊娠は除外され、休暇日の使用を選択することもできる。

1993年5月27日の連立与党党首の原則決議は、介護保険の政治的な基準を11点にまとめている。その中で重要なのは、上述の調整措置以外に次の諸点である。

- ①法定疾病保険のもとに、賦課方式の公的介護保険を導入する。
- ②保険料率は、法定疾病保険の保険料算定用所得限度額に対して1.7%とする。保険料は、被保険者と雇用主が折半する。
- ③公的介護保険は、以下のように段階的に施行される。
 - 1994年1月1日から在宅介護給付を開始(保険料率1.0%)
 - 1996年1月1日から施設介護給付を開始(保険料率1.7%)
- ④個別には下記の給付が予定されている(いずれも月毎の最高額が制限されている)。
 - ・在宅介護給付(介護手当、介護現物給付、在宅介護職の災害保険への加入、年金保険保険料の負担)
 - ・施設介護給付 -- 介護費用を、訪問介護最大給付に基づいて払い戻す
- ⑤立法機関が保険料率を定める。給付は保険料収入の動向に適合させる。
- ⑥経済的な事業所経営と介護施設の競争中立性を確保するために、一元的な財政制度を導入する。つまり、投資費用も経常費用も介護料金に反映される。
- ⑦疾病保険は介護保険に優先する。法定疾病保険に実際に加入しているすべての者は、任意の被保険者も含め、公的介護保険に加入する。民間の疾病保険に加入しているすべての者は、民間介護保険の加入者となる。その前提として、民間の介護保険は同等の給付を提供し、高齢者に対しても妥当な条件と保険料を提示し、すでに要介護状態に陥っている者も加入させなければならない。

この原則決定により、連邦労働大臣(ブリュームモデル)の当初の立場である「公的介護保険の導入」は基本的に確認されたが、F. D. P. の要請(補償、民間介護保険)により、重要なポイントがいくつか変更された。

(6) 立法手続

1993年5月27日の連立与党の原則決定を受けて、介護保険法(PflegeVG)の政府案が準備され、1993年6月23日に連邦内閣がこれを決定した。

介護保険料の雇用主負担分の補償として、疾病時に2日間の「保険金の支払われない日」を導入することが、報酬継続支払法の改正に対する独立した法案に盛り込まれ、同じく1993年6月23日に内閣で決議された。CDU/CSUとF. D. P. の連立政党は、1993年6月24日に同内容の介護保険法と報酬継続支払法の法案を、党イニシアチブとしてドイツ連

邦議会に提出した。

2つの法案に分けたのは、介護保険により社会扶助の負担が軽減されて各州が大きな利益を受けるために、介護保険法に必要な連邦参議院の同意は得られるだろうという考えからだった。ところが連邦参議院は、同時に「保険金の支払われない日」が導入されるのであれば同意しないという姿勢を貫いた。保険金の支払われない日に対して、野党と連邦参議院の過半数は激しく抵抗したからである。それに対して、報酬継続支払法の変更は、連邦参議院の同意が必要なかった。連邦参議院には異議を唱える権利だけが与えられていたが、それも連邦議会の過半数を占める連立与党により却下されるだろうからである。

こうした実務的にも政治的にも波乱含みの立法手続の中で、本論では以下の点についてのみ述べる。

1) 競合法案

SPD (239 議席の最大野党) は、法定介護保険の導入に関する法案 (介護保険法) をドイツ連邦議会に提出した (連邦議会印刷物 12/1156)。その中でSPDは、全国民を対象とした例外なしの国民保険を提案した。SPD案は、政府案及び同内容のCDU/CPU及びF.D.P.の連立案と、特に投資費用の資金調達の方法が異なっていた。

* 連立政府：一元的な資金調達；各州は、社会扶助との関連で節約した 30 億マルクを介護金庫に支払い、介護金庫はそこから介護施設の投資費用を支払う。

* SPD：二元的な資金調達；各州は自己責任において投資費用を直接引き受ける。連邦法の規定はない。

SPDは委員会協議の中で、多数の変更動議を提出したが (連邦議会印刷物 12/5952、27 頁以下)、これは法案そのものと同様、連立政府により却下された。

旧東独の民主社会主義党 (PDS) から生まれた社会主義統一党 (SED) は、「PDS/リンケ・リステグループ」として統一ドイツ最初の連邦議会において 17 議席を獲得したが、この党も介護協立法 (連邦議会印刷物 12/4099) という独自の法案を提出した。しかしながらこの提案は、その財政的な規模のために (連邦国家予算から約 1,000 億マルク = 約 7 兆円の費用を調達する)、連立政府も SPD もまったく注目しなかった。この法案は委員会の協議でも顧みられず、最終会議で却下された。

1993 年 10 月 23 日にドイツ連邦議会は、第二及び第三議会で連立与党の票数が野党を上回り、介護保険法が決定した。

連邦参議院は 1993 年 11 月 5 日に介護保険法の同意を拒み、仲裁委員会による仲介を決議した。ここには、すでに報酬継続支払法 (と、そこに盛り込まれている補償措置) が提出されており、二つの法律は、仲裁委員会とともに協議されることとなった。

2) 2つの仲裁手続

その後、法律の計画を実現するために、2つの仲裁手続が必要となった。

* 仲裁委員会は 16 名の連邦参議院の議員（各州各 1 名）と、各党の議席数に応じて任命された同数の連邦議会議員から成る。彼らは指示に拘束されない。議長役は 4 年に 1 度、連邦議会と連邦参議院の構成員の間で交代する。仲裁委員会の任務は、連邦議会が議決した法律が連邦参議院で過半数を得られなかった場合に、連邦議会と連邦参議院の間のコンセンサスを取りまとめることである。

1 回目の仲裁手続は、仲裁委員会の提案で 1993 年 12 月 9 日に開始された。だがこの提案はすんなりと受け入れられなかった。連邦議会は 1993 年 12 月 10 日にこの提案に同意したが、連邦参議院は同意しなかったからだ。連邦参議院は、1993 年 12 月 17 日にふたたび介護保険法の同意を拒否し、報酬継続支払法に対して異議を唱えた。

1993 年 12 月 20 日の連邦政府の申請により、第 2 の仲裁手続が開始された。当初は何回会議をしても思わしい結果が得られなかった。連立与党と野党各党、SPD 党员が知事の座にいる各州が何回もトップ会談を繰り返して、1994 年 3 月 10 日になって最後まで争われていた経済界の負担軽減措置の問題で、意見の一致を見ることができた。その提案は基本的に下記のような内容である。

- 連邦州は、介護保険の第 1 段階（在宅介護）との関連で、仕事日に当たる州の法定祝日 1 日を廃止する。この祝日廃止を実施しなかった州では、この州で働く被用者は、介護保険の全額を負担する（社会法典第 11 編第 58 条第 2 項及び第 3 項）。
- さらに負担軽減として、疾病保険における介護援助を廃止し、不当に割り当てられている病院のベッド数を削減して疾病金庫の負担を軽減し、今後職場に復帰できるのかどうかを厳しくチェックして、賃金継続支払いのための費用を引き下げる。
- 連邦政府は、連邦参議院の同意を得た法規命令により、第 2 段階（施設介護）の発効を定める権限を与えられる。「全体経済的な発展を審査するための有識者評議会」の鑑定により、第 2 の祝日撤廃によるなおいっそうの補償が必要かどうかを明らかにするというのが、その前提条件である（介護保険法第 69 条）。

「祝日規定」を介護保険法に採り入れることにより、報酬継続支払法の規定の必要性はなくなった。その改稿は（第 53 条として）介護保険法にも反映されたが、もともとあった補償規定は盛り込まれなかった。

3) 議会の同意

ドイツ連邦議会は 1994 年 4 月 22 日、ドイツ参議院は 1994 年 4 月 29 日に、仲裁結果に同意した。それによりほぼ 20 年に及んだ介護リスクの保障をめぐる論議にひとまず幕が引かれ、（現在）165 万人の要介護者とその世帯員の状況は持続的に改善されている。

介護保険の 2 段階目の給付である施設介護給付は、（介護保険法に定められているように）1996 年 5 月 31 日の法律（連邦官報第 I 部 1996、718 頁）により、同年 7 月 1 日から施行されたが、さらなる補償措置は実施されなかった。

平成 17 年度
介護老人保健施設及び介護療養型医療施設における
経営実態及びマネジメント実施状況に関する研究
研究報告書

(平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業)

2006 年 3 月発行

主任研究者 小山 秀夫

〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6

TEL 048-458-6137

FAX 048-468-7985

<http://www.niph.go.jp/>
